抜粋

[redacted]

強力な医師会による当事者自治のドイツ医療

－「ゲートキーパーはドイツの文化に合わず」－

平成26年９月

日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団　報告書Ⅱ

[redacted]

1 調査の目的と成果および提言について

強力な医師会による当事者自治のドイツ医療
－「ゲートキーパーはドイツの文化に合わず」－

1. はじめに

我々の海外訪問調査も７年目を迎えた。格差の大きなアメリカ型でも、負担の重い北欧型でもない、その中間に位置するフランス・イギリス・ドイツを詳しく調べればわが国の参考になるのではないかと考えて、学者の同行を得て調査を行い、報告書を作成して各方面に提言する活動を行っている。これまでにフランス、イギリスを二度ずつ、ドイツ、オランダを一度ずつ訪問した。

一連の調査により明らかとなったことは、わが国の医療制度は介護も含めて極めて優れたものであるという事実であった。公的国民皆保険の下での民間中心の提供体制という形で、先進各国が医療費抑制のために目指している「公＋民のミックス型」をいち速く実現したためであると考えられるが、ここに来て、2025年（平成37年）を目指して世界に類を見ない超高齢社会を乗り切るための体制を確立するための改革が始まった。その目標は、医療機関の機能分化・連携とかかりつけ医機能の充実・強化による地域包括ケアシステムの構築にあるが、その実現のためにはこれまで以上に都道府県及び郡市区医師会の役割が重要となる。

今回の訪問先はドイツとしたが、ドイツは医師会が強力で専門医制度の管理を行い、姉妹関係にある保険医協会が地域偏在の是正を行っている。わが国の今後の改革において医師会が重要な役割を果たすために、ドイツから学ぶ点は多いと考えられた。

なお、３年目に筆者が日本医師会常任理事となって以来、報告書のタイトルに日医の名称が入っているが、それに伴い日医より様々な支援をいただいていることを付け加えておきたい。

2. 強力な医師会・保険医協会による当事者自治

ドイツは連邦国家であるために、法律により全員加入が義務付けられているのは、医師は州医師会及び保険医は州保険医協会となる。両者は姉妹関係にあり、連邦医師会の役員が州保険医協会の役員を兼務していることもある。保険医協会は開業医の労働組合から発展して来たもので、わが国の中医協に相当する連邦共同委員会（ＧＢＡ）に病院の報酬を担当する病院協会と共に委員を出している。保険医協会は公法人であるが医師会はそうではない。ちなみに連邦共同委員会は、完全に診療側と支払側の自治により行われており、結論が出るまでは非公開で、わが国のように保健省が事務局と称して介入することはなく、政治的圧力も排除しているとのことであった。

そもそもドイツでは保健省は政策の大枠を決めた後は、詳細の決定は当事者自治に任せており、わが国のように政令、省令、通知等で「箸の上げ下ろしまで」国が決めることはない。

しかし、それは同時に自治を任された側にも責任が伴い、常に一定の結論を出すことが求められている。保険医協会では「愛すべき存在でなくても必要な存在」と話していた。

ドイツでは、州医師会が専門医制度の管理を行い（図１、２）、保険医協会が地域偏在の是正

図１

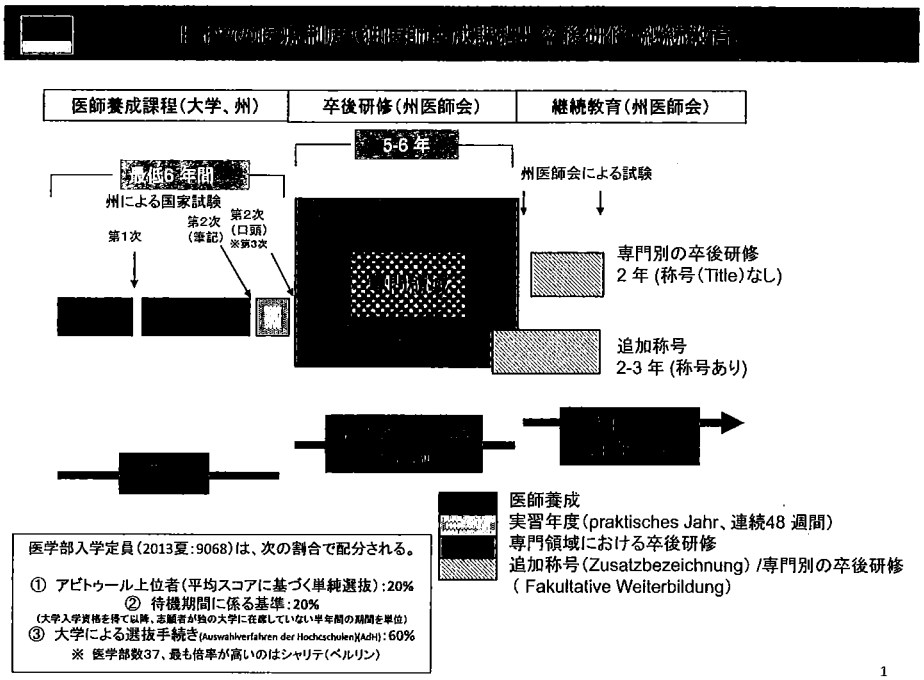


図２

専門領域	専門医(FA)及び重点(SP)の資格
1 一般内科	FA内科(家庭医)(家庭医)
2 麻酔科	FA麻酔科
3 解剖	FA解剖
4 感染症	FA感染症
5 血液学	FA血液学
6 生化学	FA生化学
7 外科	7.1 FA一般外科
	7.2 FA血管外科
	7.3 FA胸部外科
	7.4 FA小児外科
	7.5 FA整形外科及び災害外科
	7.6 FA形成外科
	7.7 FA脳外科
	7.8 FA内視手術
8 産婦人科	FA産婦人科及び産科
	SP産婦人科関連の内分泌
	SP産婦人科の腫瘍
	SP特殊な出産及び周産期
9 耳鼻咽喉科	9.1 FA耳鼻咽喉科
	9.2 FA言語・発生及び子どもの聴覚障害
10 皮膚科及び性感染症	FA皮膚科及び性感染症
11 遺伝子	FA遺伝子
12 衛生及び環境	FA衛生及び環境
13 内科	13.1 FA内科
	13.2 FA内科及び血管内科
	13.3 FA内科及び内分泌・腎尿病
	13.4 FA内科及び消化器
	13.5 FA内科及び血液・腫瘍
	13.6 FA内科及び循環器
	13.7 FA内科及び胃腸科
	13.8 FA内科及び呼吸器
	13.9 FA内科 リウマチ

専門領域	専門医(FA)及び重点(SP)の資格
	FA小児及び青少年
	SP小児血液・腫瘍
14 小児科	SP小児循環器
	SP新生児
	SP小児の神経疾患
15 小児精神科	FA小児精神科
16 臨床検査	FA臨床検査
17 微生物学、ウイルス学、細菌学	FA微生物学、ウイルス学、細菌学
18 口腔外科	FA口腔外科
19 神経外科	FA神経外科
20 神経内科	FA神経内科
21 核医学	FA核医学
22 公衆衛生	FA公衆衛生
23 病理	23.1 FA神経病理学
	23.2 FA病理学
24 薬理学	24.1 FA臨床薬理
	24.2 FA 薬理学及び毒性学
25 理学療法	FA理学療法
26 生理学	FA生理学
27 精神医学及び精神療法	FA精神医学及び精神療法
	SP法医精神学
28 精神身体医学及び精神療法	FA精神身体医学及び精神療法
29 放射線科	FA放射線科
	SP小児の放射線
	SP神経領域の放射線
30 法医学	FA法医学
31 放射線療法	FA放射線療法
32 輸液医学	FA輸液医学
33 泌尿器科	FA泌尿器科

※連邦医師会モデル卒後研修規則(Muster-Weiterbildungsordnung)に依っているが、州実務は州単位の医師会が実際に定める州卒後研修規則の定めるところによるため、州ごとに一部内容が異なり得る。

を行っている（図３、４、５）。中央集権的なわが国においては両者を担当するのは日本医師会と考えられるが、いずれにしても加入率向上による組織力の強化が前提となるであろう。とくに、専門医制度を管理し、医師に対する懲罰権を有する医師会は、文字通りすべての医師を代表するのにふさわしいあり方が求められると考えられる。ちなみに、医師全員には５年間で250点の生涯教育が義務化されており、ペナルティも設けられていた。なお、ベルリン州医師会の年会費は

図３

目的：GKV被保険者が、居住地や収入に関わらず近隣で等しくアクセスする出来るために偏在を防ぐ（'93年当時の目標：保険医数抑制）

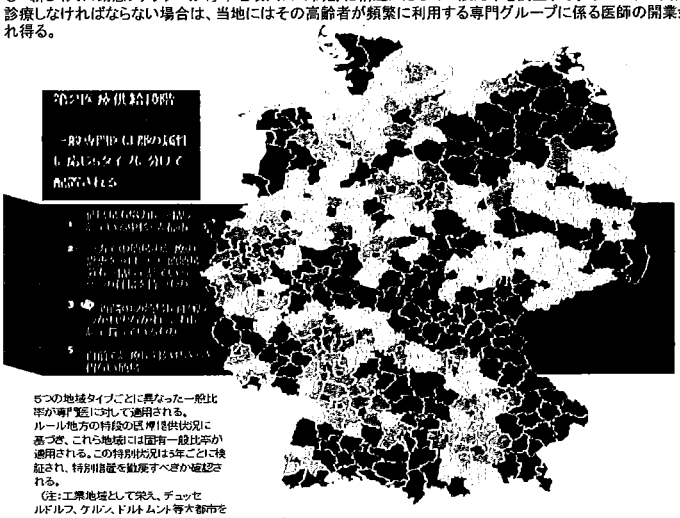
一般基準（需要に適応した供給比率）：ある特定の計画区域における人口に対する、専門グループごとの医師数の基準（一般基準）。
1990年末の医師・人口数を元に（それまで計画制度の対象となっていなかった診療科は2010年）に決定。

（例）家庭医：人口1671名につき1名。一般専門医（眼科医等）13399名～20664名につき1名（地域偏性により5パターン）、特別専門医（麻酔科医等）は人口46917名につき1名、特定特別専門医（放射線療法医等）173576名につき1名を標準に配置される。

適用される専門医	専門医	計画対象地域の単位	計画区域数	備考	州での専門医の配置状況（例）
第1段階 医療給付の場合 家庭医	家庭医	市区町村	883	計画区域は従来よりも小さく区切られ、医療提供状況に適確に対応する。需要に応じ、計画区域は統合又は分割され得る。	州での家庭医：30計画区域を市区町村単位に設置
第2段階 医療給付の場合 一般専門医	眼科、外科、婦人科、耳鼻科、皮膚科、小児科、神経科、整形外科、精神科、泌尿器科	郡、都に属さない市及び集合都（最特項で説明する通り5種に分けられる）	372	超域診療（Mitversorgung）が考慮される。この限りは公共政策の区域分けに使われ、例えは学校計画に適用されている。市町村はさらに細かく地域分けされ、他計画区に統合され得る。児童・青少年精神科及び精神科医は今後定められる。	州での一般専門医：13計画区域を郡・都に属さない市単位に設置
第3段階 医療給付の場合 特別専門医	麻酔科、専門内科、児童・青少年精神科、放射線科	国土整備区域（Raumordnungs-region）	97	この計画区域内での医師の偏在は起こりえるものとする。	州での特別専門医：97計画区域を国土整備区域単位に設置
第4段階 医療給付の場合 特定特別専門医	ヒト遺伝科、検査医、脳神経科、核医学、病理科、理学リハビリ、放射線療法、輸血医学	州保険医協会の単位	17	これまで計画対象でなかった。一般比率は2010年を基準に定められる。許可制限は既に施行されたガイドライン により行われ、全土で禁止されることが予定。	州での特定特別専門医：17計画区域を州保険医協会の単位に設置

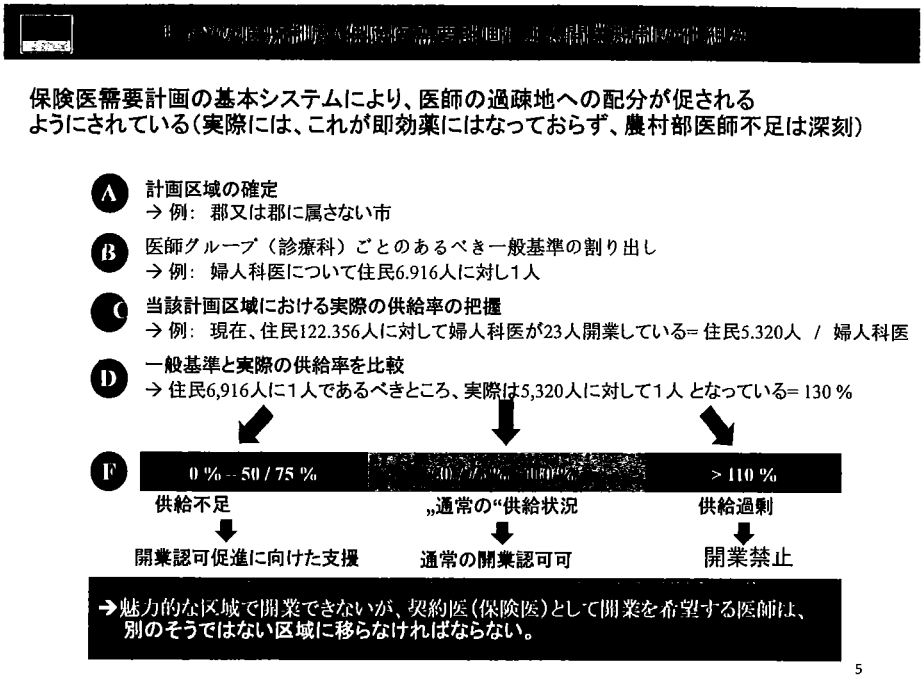
図４

○ 眼科・外科等一般専門医については、地域の実情（診療構造・人口動態・交通事情）に応じて、一般基準の値が変わる。
当該市町村が自ら診療しているタイプ、周辺地域からの診療を受けている、純粋な農村部といった状況の違いにより、それぞれ異なった値が適用される。
○ 新しく人口動態ファクターが毎年地域人口の高齢化構造に応じて一般比率を調整する。ある地域が高齢者をより多く診療しなければならない場合は、当地にはその高齢者が頻繁に利用する専門グループに係る医師の開業余地が増やされ得る。



5つの地域タイプごとに異なった一般比率が専門医に対して適用される。
ルール地方の特段の医療提供状況に基づき、これら地域には固有一般比率が適用される。この特別状況は5年ごとに検証され、特別措置を継続すべきか確認される。
（注：工業地域として栄え、デュッセルドルフ、ケルン、ドルトムント等大都市を抱えるルール地方等（NRW州）は広範に濃厚な赤である）

図５



300€（約4.2万円）であった。また、保険医協会の開業規制による地域偏在是正は、厳格な基準が定められているが、それでも過剰地域には有効ではあるが、過疎地域には有効とは言えず、加算などの優遇策を採っているが決め手とはなっていない。強制配置も困難とのことにて、若い世代にも受入られるように、遠隔医療やサテライトの開設、職住分離などが考えられていた。ドイツでは2007年まで68歳の定年制があったが、医師不足、とくに負担が重く収入の低い家庭医のなり手が少なくなったため廃止となった。

ところで、今回は調剤薬局も訪問したが、正に面分業を行っており、かつ一人のオーナーが持てる店舗数は４軒までと規制されていた。しかも、10年までは一人１軒のみであったとのことにて、わが国のような大手調剤薬局チェーンによる弊害は起きていない。このわが国の歪んだ姿を是正するには、外来の院外処方の見直しを含む抜本的対策が必要であろう。

3. ドイツの家庭医と専門医の現状

厚労省は、よくわが国以外はすべて家庭医制度を採用しているかの印象を与えるような伝え方をしているが、それは全くの誤りであることは既に以前の報告書で指摘している。

ドイツにも家庭医と呼ばれる医師は存在するが、わが国のかかりつけ医のイメージに近く、本来の専門医としての家庭医である一般内科専門医（家庭医専門医）以外に、内科専門医と小児科専門医及び2004年に専門医制度の改革によりインターン制度が廃止されて、すべての医師が専門医を取得するようになる以前の一般医も家庭医になれる。家庭医と専門医の開業は半々で、一人

の医師が複数の専門医資格を取得することは可能だが、開業する際の標榜科は一つに限られている。専門医に比べて収入が低い家庭医の希望者は少ないが、そのため家庭医の枠の方が空き易く、専門医の資格を持ちながら家庭医として開業せざるを得ないことも少なくない。家庭医の平均年収はベルリン州で12万ユーロ（約1,680万円）であった。

今回の訪問では、家庭医(一般内科専門医)、眼科専門医、循環器内科専門医、医療供給センター(複数の医師が勤務し、今回の訪問先では消化器内科専門医が含まれていた)、及び民間保険専門の診療所（保険会社の子会社が経営し、各科の有名専門医を非常勤医でそろえ、短時間に幅広い診療が受けられる）を訪問した。

このうち、家庭医の診療所は、家庭医専門医と一般医との間に実質的な差はないとのことであったが、在宅医療への取り組みはまだ十分とは言えない状況であった。訪問看護や介護との連携も思ったより進んでおらず、医師会や保険医協会が強力であるためか、高齢化率はわが国より低いがＥＵ諸国の中では高いにも拘わらず、病院モデルから生活モデルへの転換は十分に進んでいないと思われた。しかし、わが国より５年先行した介護保険は、わが国の要介護３～５に相当する３段階のみに適用され、しかも部分保険であったが、2008年の改革でケースマネジメントを導入した他に、軽度～中等度の認知症に対応するために、近々５段階に変更し、予防給付も導入するとのことであった。このように介護保険に関しては、事務レベルでの日独交流が行われ、ドイツが高齢化のより進行しているわが国を参考にしている点もあることが窺えた。

家庭医と内科系専門医の診療所は、保険医協会によって診療内容が細かく規制されており、例えば、家庭医は腹部超音波検査は可能だが、原則として心臓超音波検査は循環器内科専門医のみが、消化器内視鏡検査は消化器内科専門医のみが可能となっている。この家庭医の診療制限の話は、わが国では意図的に伝えられていないと思われるが、以前に我々が取材したフランスなどでも、家庭医は「広く浅く」であり、「深く行ってはいけない」という考え方が強調されていた。この診療制限をわが国でも実行しようとすれば大問題となることは確実であり、わが国では、総合的な診療と共に、在宅医療や時間外対応、地域保健活動など働き方の違いで差別化するのが望ましいと考えられる。なお、家庭医協会も訪問したが、家庭医契約を選択している国民は330万人と伸び悩んでいた。これは保険医協会との対立以外にも、家庭医契約が従来より２割高いことから保健省も医療費抑制の観点から好意的でないこと、家庭医契約がなくても直接専門医を追加コストなしに受診できることなど、患者にとってもメリットが少ないことなどが考えられた。保健省の担当者は「ゲートキーパーはドイツの文化に合わない」と断言していた。ちなみに、保険医協会の担当者はドイツ型医療の特徴として①手術の待機がないこと、②24時間救急医療体制、③家庭医か専門医かだけでなく、病院や疾病金庫（保険者）まで自由に選べることを挙げていた。

4. ドイツの株式会社立病院について

公立中心であったドイツの病院が4年前の前回の訪問で3分の1が株式会社立となっていたことに驚いたが、今回もその状況に変化はなかった。前回訪問時にも話を伺ったドイツ病院協会国際部長のマーク・シュライナー氏は、「株式会社立病院のどこが悪いのか」と自信を持って説明していた。元々保険料中心で運営されてきたドイツの医療は、病院の場合、通常経費を保険料で賄い、設備投資は州の補助金により行われてきた。それが州の財政難によりその補助金が削減されたため、設備投資の資金調達を目的として一気に株式会社化が進んだ。わが国においても、今回の診療報酬改定で新たな基金が創設された。ドイツ的な役割分担が行われるとすれば、改定率は今後共低く抑制されると共に、基金が十分に行き渡らないと設備投資ができなくなり、病院数を減少させる手段として用いられる可能性がある。民間がより圧迫されないためには官民公平の徹底が必須だが、それは金額が半々であるということではなく、病院数や病床数に応じた配分が必要ということになる。しかし、基金そのものが機能分化に沿った配分となるので、いずれにしても地域における公的コントロールは強化されることになる。

今回調査したSana病院は、ドイツで第3位の病院チェーンである。病院自体は有限会社であるが、株式会社のホールディングの一部門となっている。売上げは2013年で2,012.3M€で、税引前利益率は8.1%、人件費率は50%とのことであった。株式は非公開で、現在の株主は10%の配当で満足してくれているが、上場すれば株主からさらに高い利益率を求められる可能性があると話していた。事実、上位2社は利益を上げるため人件費を減らしていると批判されているとのことであった。わが国においても現在非営利ホールディングカンパニー型法人制度が検討されているが、何らかの形で導入されれば、いくら病院本体のみの非営利化を徹底しても、全体として現在よりも営利化の方向に進むことは避けられないと思われる。

同院は1914年の創立で今年100周年を迎える。当初は市立であったが、非営利組織への譲渡を経て2005年にSana社により買収された。しかし、元の非営利組織は現在も資本の24.9%を所有しており、Sana社の出資比率は75.1%であった。このように、大多数の自治体もその地方で最大である雇用を守るために一定の出資を望むので、Sana社に属する49の病院への出資比率は25～100%まで様々で、そのうち100%出資の病院は5つのみであった。

なお、わが国の消費税に相当する売上税は病院、開業医とも非課税であり、設備投資の際は19%の売上税を支払っているとのことであった。

株式会社化については、利益を追求し過ぎないことと品質をきちんと管理することが重要であり、日本で導入する際にも、利益優先とならないように、株主が高い配当を求めない工夫や様々なパラメーターの設定による品質管理が必要とのコメントがあった。さらに、海外進出については、Helios社は既に中国で5千床の展開をしており、Sana社としてもＥＵ各国への進出については興味があるとのことであった。

5. ドイツのＨＴＡ（医療技術評価）への対応

まず、日本で「ドイツではＱＡＬＹ（質調整生存年）は法律で禁止されている」と伝えられていることについて確認したところ、元保健省の幹部で、現在は企業疾病金庫連邦連合会のKnieps会長によれば、「かつてナチスが障がい者を抹殺するのに点数制で選別したことから、憲法裁判所が禁止した」とのことであった。結果的には、ＱＡＬＹは使わず、その後検討された効率性フロンティアもほとんど用いずに、2011年からＡＭＮＯＧ（医薬品市場再編法）により導入され、現在では日本でも知られて来た「早期有用性評価」という新しい方法が使われている。

ドイツでは、医療経済学者とＨＴＡの専門機関であるＩＱＷＩＧの間に対立があり、それに倫理学者も加わって論争になっており、ＩＱＷＩＧはＱＡＬＹの使用を拒否している。また、効率性フロンティアも方法としては存在するが、ごく特殊な場合にしか用いられていない。ドイツでは同じ適応症同士のみの比較が許され、ＲＣＴ（ランダム化比較試験）が重視されており、エンドポイントは死亡率、罹患率、ＱＯＬなど患者が関わるものしか認められていない。対象とした診療との直接的比較のみが許されており、間接的比較は許されていない。

6. まとめと提言

（1）医師会強化による当事者自治を推進すべき

ドイツでは、専門医制度の管理は医師会が、医師の地域偏在の是正は保険医協会が、いずれも全員加入の上、法的根拠をもって行っている。一方、外来医療は診療所が行い、入院医療は病院が行うという原則があるので、入院医療については病院協会が担当している。

わが国は、一部には営利化の動きもあるが、全体としては、公的コントロールを強化して超高齢社会を乗り切る仕組みを構築しようとしていると考えられる。その際に重要なのは、わが国の特徴である民間の活力を如何に維持するかである。そのためには、非営利化を徹底し過ぎてイギリスのように非効率的な医療制度にしてはならない。その点、同じ社会保険制度を採用しているドイツやフランスは参考になるが、フランスはより中央集権的である。連邦国家であるドイツは、国家は大枠を定め、後は法定化された当事者自治に委ねる手法を採用している。

わが国で現在行われている2025年に向けた改革の中心は、医療機関の機能分化と地域包括ケアシステムの構築であるが、この改革は、医療は都道府県中心に、介護と在宅医療は市町村中心にという、わが国においては珍しく地方分権的な発想に基づいており、より強力な当事者能力が求められている。その際、より直接的に強化が求められるのは都道府県及び郡市区医師会であるが、それは三層構造となっている日本医師会の組織力強化と一体のものでなくてはならない。

わが国の医師会は、ドイツにおける医師会と保険医協会の両方の役割を担っている強力な団体ではあるが、組織率が60%を割っており、その強化が喫緊の課題である。全員加入の法制化への道もあるが、まずは自力でできることはすべて行い、自ら組織力を強化することが必要である。

これまでの急性期の大病院を頂点とする垂直型のモデルでは、医師会を「開業医の代表」として軽視することもできたかも知れないが、これからの中小病院、有床診療所、日本型の診療所を中心とする水平型の地域包括ケアモデルでは、新基金の配分や地域医療ビジョンを含む医療計画の策定には都道府県医師会の、在宅医療推進や介護との連携には郡市区医師会の、それぞれ協力が前提となっており、これからは地域医師会の役割が死活的に重要となる。

この機会を我々は組織力強化のチャンスと捉えるべきである。専門医制度の管理も、地域偏在の是正も、今後勤務医と開業医のどの位が医師会に加入するかに懸っていると言えよう。深刻な財政危機の下で超高齢社会を迎えるわが国は、これからも厳しい医療費抑制政策は続くものと覚悟すべきである。それを突破する唯一の道は、事実上の全員加入による医師会の強化と、それに基づく当事者自治を強力に推進する以外にないと確信している。

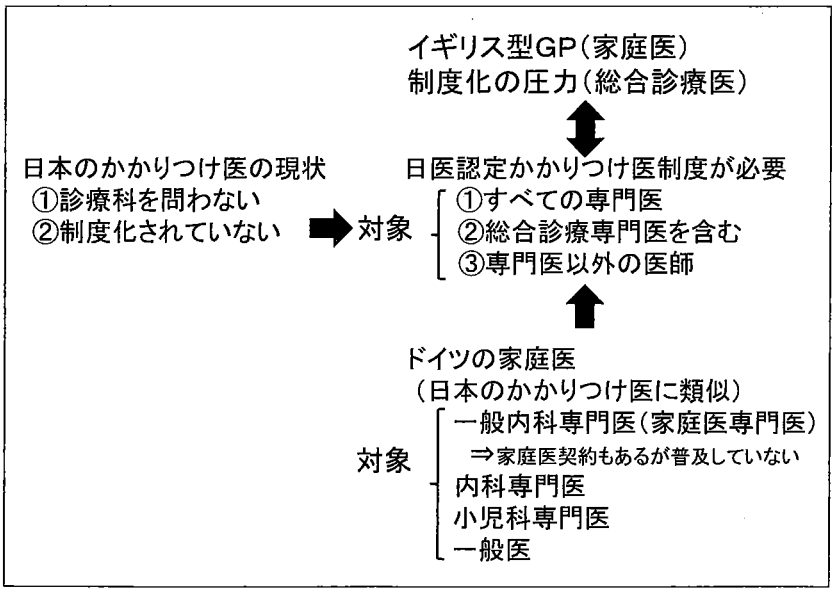
（2）日本医師会認定かかりつけ医が「家庭医」の中核となるべき

今後公的コントロールが強化される中で、民間の活力を失わないようにするために医師会の果たすべき役割は重要である。

その中で、現行のシステムの利点を生かしつつ総合的に診られる医師を確保するためには、かかりつけ医機能の強化が必要となる。

具体的には、かかりつけ医機能を有する医療機関は引き続き許可病床200床未満の中小病院、有床診療所、診療所とする。開業する医師は、本人の希望により、総合的に診る医師（専門医を持ちつつ総合的に診る医師も含む）と専門的に診る医師に分け、総合的に診る医師は、日本医師会が一定の要件を定めて「認定かかりつけ医」として認定する。但し、認定かかりつけ医となれる診療科は制限せず、今後養成される予定の総合診療専門医も含む（図６）。将来はかかりつけ医機能を有する医療機関や中小病院以下の専門医療機関への受診や入院はこれまで通り自由にするが、

図６　　日本型のかかりつけ医制度の必要性



200床以上の大病院への受診や入院はかかりつけ医機能を有する医療機関の紹介状を必要とすることも考えられる。いずれにしても、できるだけ多くのかかりつけ医が「日本医師会認定かかりつけ医」になることが、わが国における「家庭医」問題を現実的に解決する唯一の道である。

（3）日本型のかかりつけ医と郡市区医師会が地域包括ケアシステムのリーダーとなるべき

わが国は、従来より医師が介護保険の主治医意見書を作成するだけでなく、自ら介護支援専門員を取得して地域の介護認定審査会の委員長や委員を務めたり、医療機関の経営者として介護保険サービスも提供するなど、ドイツよりも介護保険に対する関わりが深い。また、近年の在宅医療推進の方針の下、かかりつけ医の在宅医療も充実しつつある。これは厚労省が北欧やイギリス、オランダなどの仕組みを参考にして診療報酬や介護報酬を通じて地域包括ケアを推進して来た成果であるとも言えるが、その結果としてイギリス・北欧モデルがわが国にそのまま当てはまらないことも明らかになってきた。在宅至上主義でも、施設至上主義でもなく、世界に類を見ない高齢化が進行するわが国においては、民間中心で自助努力が可能な、病院の７割以上を占める中小病院と、検査・診断・治療・時に投薬・健診と高齢者に便利なワンストップサービスが可能な専門医が開業する、有床診療所を含む日本型の診療所という既存資源を利用した、在宅も施設も活用する日本型の高齢者ケアシステム、即ち地域包括ケアシステムを、地域性に応じた形ですべての地域に構築する必要がある。そのリーダーとして期待されているのは日本型のかかりつけ医および郡市区医師会であり、我々はその期待に応えなければならない。

日本型のかかりつけ医が地域包括ケアシステムのリーダーとなって、わが国の地域医療の大半をカバーする時代が来れば、大病院の専門医も含めた強力で寛容な医師会が保険者や行政と協議しながら、わが国においても当事者自治を実現することが可能になると強く期待している。

（4）医療・介護分野が率先して、少子化対策と地域活性化を通じてまちづくりに貢献すべき

ドイツでは、原則として入院医療＝病院、外来医療＝診療所と厳格に区分けされている。わが国では大病院の一般外来縮小の必要性こそ求められているが、中小病院や有床診療所にそうした制限はない。その弊害の例としては、前立腺癌の治療は近年手術だけでなく、外来でも可能な薬物療法も増加しているが、ドイツでは入院医療と外来医療が分断されているために、依然として世界で最も前立腺癌の手術が多いとのことであった。

わが国は、イギリスやオランダで見られたような家庭医（ＧＰ）と専門医の分断も少ないが、ドイツから見ると、他にも医師会と病院団体の分断も、特に都道府県や市区町村レベルでは少ないし、わが国の医師会自体が、ドイツにおける医師会と保険医協会を合わせた役割を果たしている。また、わが国は、医療と介護の分断もドイツに比べて少ない。これは地域包括ケアシステムの構築に向けて有利な条件である。

図7

医療機関・介護施設における地域活性化モデル

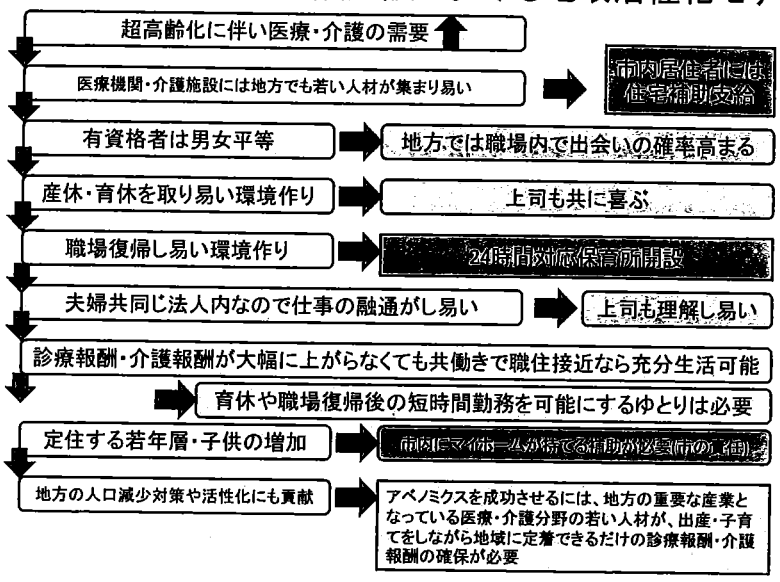
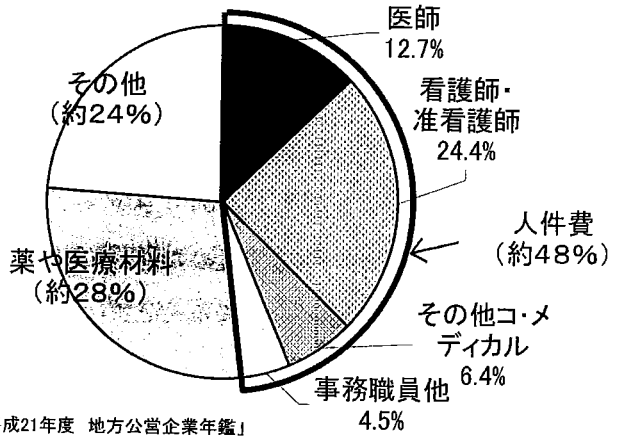


図8

医療費の内訳



*出所:総務省「平成21年度　地方公営企業年鑑」

さらに、ドイツでは保健省や保険医協会において、医療が産業として果たしている経済的及び雇用面での効果を強調していたが、わが国においても、特に地方では医療・介護分野は若い労働力の最大の受け皿となっている。しかも、医療・介護分野は同じ資格であれば男女差別はほとんどない。私はそれらの特徴を生かした「医療・介護分野の雇用確保及び共働きによる少子化対策と地域活性化モデル」を提唱している（図７）。

そもそも、わが国の最大の問題は高齢化よりも止まらない少子化である。医療費の中で、勤務医を含むすべての医師の人件費は１割強である。診療報酬改定の度に開業医の収入のみが問題とされるが、医療費の９割近くは医師以外の様々な職種の人件費や物品費などである（図８）。元より、民間医療機関の職員の給与は、公立・公的よりも抑制されているが、私は、診療報酬・介護報酬の抑制が続いて、若い職員の処遇が改善できなくなることを強く懸念している。しかし、今

後共その給与の大幅な引き上げは望めないにしても、共働きの上に、少しずつでも処遇が改善できれば、特に地方では充分生活していける。私の法人は高齢化率が既に30%以上の地方都市にあるが、それでも毎年若い方々が数多く就職してくれている。私は市内居住と職場内結婚を奨励し、「子供は3人以上」と踏み込んだ発言もしている。その代わり産休や育休が十分取れるようにし、24時間対応の保育所も整備して、仕事と子育ての両立を可能にしている。その結果、産休・育休取得者や保育所利用者が大幅に増えたため、代替要員や保育士の確保が必要となり、診療報酬・介護報酬の抑制は大きな打撃となっているが、何とかこの取り組みを継続して、地方に定着してもらい、人口減少を少しでも抑制すると共に、消費を通して商店街も活性化しながら、医療機関を中心としたまちづくりにより地域を守っていきたいと考えている。

日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団
団長 鈴木邦彦
（医療法人博仁会理事長
志村大宮病院院長
日本医師会常任理事）