

フランスの医師養成制度改革をめぐる一動向

—— 1983年春の病院紛争に関連して ——

中 上 光 夫

はじめに

フランスの病院もその目指すところにおいては他の国々の病院とそれほど違いがあろうとは思えないし、それがかかえている問題も普遍的なものが多いであろう。しかし、その制度となると、それは独自のものというべきであって、ことに日本の病院制度とは大きく異なっている。1982年から1983年にわたってフランスの病院では紛争が頻発したが、こうした問題も、その社会的経済的な根本原因はともかくとして、紛争の具体的背景およびフランス的医療制度の独自性との関連といった点は、われわれにとって未知の部分が多いので、非常に理解しにくい。本稿では、一つの紛争という突出した部分に焦点をあてることによって、フランスの医療制度、とりわけ、広い意味でのフランスの医師養成の制度について考察してみたいと思う。

1. フランスの病院制度

フランスの病院は、第一に、その性格の大きな違いからして、公立病院と私立病院が区別される。そのうち、公立病院が中心となってフランスの病院制度ができあがっている。公立病院は、通常の病院である「一般病院 (hôpitaux généraux)」と、部分的には治療も行われているにしても、むしろ長期の療養や単なる収容を目的とした施設としての色彩の濃い「救済院 (hospices)」や「老人ホーム (maisons de retraite)」とに分類される。

「一般病院」は 4 種類の病院から構成されていた¹⁾。「地方病院 (hôpitaux

注 1) 公立病院の分類方法は頻繁に変更されており、新しい規則に基づく施設の実際の分類は緩慢に行われている。近年においては下記の表 1 のように変化しているが、保健省の統計も、しばしば、CHR, 病院センター, 病院という旧分類を使っているという。また、公立病院の数については、分類方法の変更によっても数値が若干異なっているが、次の表 2 参照。

表 1 公立病院の分類

1972年12月6日デクレによる分類		1980年4月17日デクレによる分類	
病院センター	CHR 一般病院センター (centres hospitaliers généraux) 専門病院センター (注) (centres hospitaliers spécialisés)	病院センター	CHR 一般病院センター 専門病院センター 地区病院センター (centres hospitaliers de secteur)
入院単位 (unités d'hospitalisation)		地方病院	
回復期センター (centres de convalescence, cure ou réadaptation)		中期滞在センター (centres de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladie mentales) 長期滞在センター (centres de long séjour)	

(注) 専門病院センターは、精神病院や結核病院のように特定の疾病を対象とする。

出所, *L' hospitalisation en France — Synthèse des études du CERC sur le coût de l' hospitalisation*, n° 72, 1984, Paris, CERC, p. 21より作成。

表 2 公立病院の数

A. 1975年			B. 1981年12月31日		
一般病院	CHR	29	Assistance publique de Paris	1	
	病院センター	99	CHR	28	
	病院	401	一般・専門病院センター	181	
	地方病院	365	病院及び地区病院センター	319	
	計	894	地方病院	359	
	認可された救済院と老人ホーム	約 1,100	計	888	

出所, A : J. Guillot, P. Hermange et M. Toullalan, "La politique économique en matière hospitalière", (Santé et économie), *Cahiers français*, N° 188, oct-déc. 1978, p. 25.

B : *L' hospitalisation en France*, op. cit., p. 64.

locaux)とは小さな町や村の小規模な病院である。「病院(hôpitaux)」は、内科、外科、産科ならびに外来診療部門をもつもので、1つの県に5～6施設あって、市町村が共同で経営する。「病院センター(Centres hospitaliers)」は、通常、県営施設であって、県庁所在地のような県の最も重要な都市に設立され、内科、外科、その他多くの専門的診療部門、分析室、機能訓練部門を有する総合病院である。ただし、病院センターは高度に専門化したサービスは行わない。フランスの病院制度の頂点に位置付けられているのが「地域圏病院センター(Centres hospitaliers régionaux, CHRと略称される)」である。フランス本国は、広域行政圏として、数県を一つの単位とする22の「地域圏(régions)」に分けられるが、地域圏の中心都市に設けられ、あらゆる診療部門、高度の検査を行う分析室や機能訓練センターなど、最高級の設備と内容を備えた病院がCHRである²⁾。

ところで、フランスでは、大学医学部がそれ自身の付属病院をもつという制度にはなっていない。公立病院は医学教育のための病院として利用されていたが、病院と医学部は別個の存在であった。1945年～58年の医学教育制度の下では、医師の卵たちが患者と接する機会は非常に少なく、そのために一般の医師の水準はあまり高くなかったという。そこで、「大学・地域圏病院センター(Centres hospitaliers régionaux et universitaires)」の設立を定めた1958年12月30日のオルドナンスをはじめとする諸立法によって、大病院と大学との相互依存体制が作られていく。少数の最も重要な病院であるCHRに診療、教育、研究という三つの使命を担わせるとともに、それらの病院施設を重点的に整備していこうという考えに基づいた政策であった。かくして、大病院と大学医学部³⁾は、それぞれ別個の法人格と財政的自治権を確保しつつ、場所

2) 厚生省医務局総務課編『世界各国の医療制度』医歯薬出版、昭和35年、265～7頁。
藤井良治訳「1970年フランス病院改革法」、『国際社会保障研究』(健康保険組合連合会)、
No. 14, 1974年12月, 19頁, 訳者注参照。Jacques Doublet, *Sécurité sociale*, Paris, PUF, 1972, pp. 126-127.

3) 1968年以降は、正式には医学部は医学 UER (Unité d'enseignement et de recherche, 教育研究単位) となったわけであるが、各大学での実際の名称は多様である。

や設備や医療職員を共同利用し、効率性を高めるために協約を締結しなければならなかった。ここに「大学病院センター (centres hospitaliers et universitaires, CHU と略称される)」が成立する。現在、CHU は CHR の数に対応する29ヵ所あるが、Assistance Publique de Paris の下にあるパリの病院が11の医学部と協約を結んでいたり、Hospices civils de Lyon は4つの医学部と協約を結んでいたりして、厳密に言えば、合計43の CHU がある⁴⁾。

病院の内部に目を向けてみよう。公立病院は理事会 (conseil d'administration) が管理するが、日常的な管理運営は directeur⁵⁾ に委ねられる。また、医療面については医療諮問委員会 (commission médicale consultative) が管理するが、実際に医療を担当するのは専門分野ごとの「診療科 (service)」である。各診療科の最高責任者は「医科長 (chef de service)」と呼ばれ、大きな権限が与えられていた。CHU では大学医学部の教授が医科長になることが多い。医科長の下には、正規に雇用された医師と一定期間だけ雇用される医師がいる。assistant や adjoint などと呼ばれる助手は前者であり、attaché, アンテルヌ (interne, internat), 臨床医長 (chef de clinique) などが後者である⁶⁾。

4) Jean Imbert (sous la direction de), *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Édition Privat, 1982, p. 418.

5) directeur は事務・管理部門の責任者であって医師ではなく、専門の学校で養成される。近年は directeur の権限の強化がはかられている。伊奈川秀和, 「フランス病院制度の現状と改革」, 『国際社会保障研究』, No. 35, 1985年3月, p. 67.

6) 表 3 1981年の医師数

分 類	公的部門(1)	私的部門	計
医師と生物学者	48,163	33,487	81,650
内 訳 : 常 勤	17,313	8,831	26,144
パート	5,572	24,656	30,228
attachés	25,278 (2)	—	25,278
アンテルヌ 常 勤	14,279	1,896	16,175
〃 パート	—	820	820

(1) 精神病と結核の公立病院センターと公的機能を果している私立精神科病院の医療職員を含まない。

(2) 1981年に地方病院に勤務することを認められた3,216人の医師を含む。

出所, Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, *Annuaire des Statistiques Sanitaires et Sociales* 1982. 83, p. 97.

attaché とは病院につながりをもっている医師という意味と思われるが、医学部のある都市の病院には昔から見られる存在であり、医科長がパトロンとなって募集した臨時雇用の医師である。彼らは医科長から報酬を支払われており、医科長の寛大さによってその状況は大きく異なっていたが、正規の保障は何ら与えられてはいなかった。attaché は助手 (assistant) の定員不足を補うという点と、病院と町の医療との間の結びつきを作るという点で有用性をもっていると考えられた⁷⁾。また、アンテルヌとは専門医になるためのコンクール選抜試験に合格した医学生であって、病院の公式の名簿に職員として記載され、医師として働くが身分は学生である。彼らは専門についての理論的教育を受け研究をするほかに、特殊な資格の医師として公立病院の医療活動の中心的働き手となり、週60～80時間勤務して年に8万～8万6千fr.の給与を支払われた。数年間のアンテルヌの期間を終えると、彼らは各専門分野の専門医の資格を得る。臨床医長は、アンテルヌの期間の末期に行われる clinicat という選抜試験の合格者であり、CHUの大学の職務と病院の職務の双方において、同時に中心的な役割を果す正規の資格をもった医師であるが、臨時雇用の医師である。大学の職務としては、彼らは学生に対して基本的な医学知識を講義するなど実質的に学生を指導教育する役割を担う。(教授は基礎知識の講義は行わない。)病院の職務としてはアンテルヌとともにCHUの診療活動の基本部分を構成する。ただし、臨床医長の職も経過的なものであって、数年——4年に引下げられた——後にはその職を去らねばならない。公立病院に正規に雇用されている常勤の医師は「有資格医師 (médecins titulaires)」と呼ばれるが、「有資格医師」には、病院と大学の両方の職務を遂行する「二重所属者 (bi-appartenants)」と、大学の職務がなくもっぱら病院の職務を遂行する「単一所属者 (mono-appartenants)」とが存在した⁸⁾。前者は保健省と国民教育省の両省の管轄下にあり、後者は保健省の管轄下にあった。

7) J. Imbert, *op. cit.*, pp. 440-442.

8) Jean-Yves Nau, 《Un livre blanc— Qui sont-ils, que veulent-ils ? 》, *Le Monde*, 21 avril 1983.

2. 医師養成制度

病院制度にしばしば修正が加えられていたように、医師養成制度もかなり頻繁に手直しされてきているが、その概要は次のように説明できるであろう。

大学の医学課程も第1期課程 (PCEM), 第2期課程 (DCEM), 第3期課程と3期の課程に分れている。第1期課程は2年間の課程で、その1年次にはバカロレア合格者であれば誰でも入学できるため多くの在籍者がいるが、2年次に進級するには選抜試験^{コンクール}に合格しなければならず、多くの学生がその先の医学課程に進むことを断念させられる。政府はこの選抜試験の合格者数を調整することによって将来の医師の数を調整している⁹⁾。

3年次から4年間の第2期課程が始まる。1969年にエクステルヌ¹⁰⁾(*externe, externat*)の選抜試験が廃止されてからは、すべての医学生が第2期課程の初めから臨床教育をうける¹¹⁾。

近年しばしば問題となったのは第3期課程およびそれから先のことである。第3期課程においては、専門医になるためのコースと一般医になるためのコースとが分れていた。1979年7月6日法～1980年12月28日デクレによる医学教育制度改革によって第3期課程は大きく変わることになったが、この改革が適用される前の医学生の場合、一般医になるには一年間の第3期課程を終えて学位論文を提出することによって医学博士の資格を取得できた。専門医になることを希望する者は非常に選別的な選抜試験が課され、合格者がアンテルヌとして数年間を過したのち医学博士号を取得し、各専門分野の専門医になることができた。一般医となった者が4年間のCES (*Certificats d'études*)

9) 「第9次計画」は、これから新たに医師となる者の数を年に5,000人を越えないものとするにしていた。9^e Plan de Développement Économique Social et Culturel 1984-1988, *Rapport annexé à la deuxième loi de plan* 《LES MOYENS D'EXÉCUTION DU 9^e PLAN》, Paris, p. 93.

10) エクステルヌは外から病院に通ってくる研修生のことで、黒前掛をかけており、これに対してアンテルヌは病院の中で食住を与えられる研修生で、白前掛をかけていた。

11) J. Imbert, *op. cit.*, p. 443.

spéciales, 専門教育課程修了証書) 取得コースを終えたあとで専門医になるというルートもあったが、79—80年改革によって廃止が決まり、改革が適用される学生から後はこのルートはなくなった¹²⁾。

1979—80年に出された一連の法令は、専門医に較べて低く評価されがちの一般医についてその養成制度を改善することと、増加率が必要以上に大きい専門医についてその数を規制することを目的としていた。この時の改革によって、第3期課程の一般医養成コースの期間は1年から2年へと延長され、このコースの学生はレジダン (résident, résidanat) として2年間に150時間の理論教育を受けるとともに病院での実地教育と開業医宅での研修を伴う病院外での実地教育を受けることとなった。理論教育には一般医も参加することになった¹³⁾。また、第3期課程の専門医養成コースは、4～5年間の地域圏別アンテルヌ (internat régional) の制度とされた。アンテルヌになるには、やはり選抜試験に合格しなければならないが、それは八つに分けられた地域圏ごとに募集され、しかも募集数は一般医と専門医の需要評価に基づいて所轄の大臣たちが決めるとされた¹⁴⁾。医師の地域的偏在の是正をも意図していたことは明らかであろう。

1981年5月のミッテラン政権成立後、1982年5月に公表された医療制度改革の草案は、保健地域圏 (région sanitaire) ごとに第2期課程末に学生が第3期課程へ進学するのを可能にするための試験を実施することを定めていた。この改革では第3期課程へ進学した医学生全員をアンテルヌとして扱うことにしており、第2期課程末の試験の合格者は第3期課程の一般医療コースのアンテルヌになれることになっていた。第3期課程には、期間2年の一般医療のほか、期間3～4年の専門医療、公衆衛生、研究の計4コース (filières) が設けられ、このうち専門医療には、医学専門 (spécialités médicales)、外科専門 (spécialités chirurgicales)、医生物学 (biologie médicale)、精神

12) *Le Monde*, 17 mars 1983, 22 avril 1983.

13) Claude Got, 《Réformes et sources de conflits》, *Le Monde*, 17 mars 1983.

14) J. Imbert, *op. cit.*, pp. 444—446.

医学の四つの選択分野 (option) が置かれていた。一般医療以外のコースを希望する者には選抜試験が課されることになっていた¹⁵⁾。1982年12月23日法¹⁶⁾によってこれらの改革の実施が決められた。

第3期課程を修了することによって正式の医師としての資格が取得できるわけであるから、フランスの医師の養成制度としてはそこまで終わるといえるのであるが、その後にはより高度な養成と医師としての昇進のルートを兼ねた制度がある。医師の世界においては、^{シエフ・ドゥ・セルヴィス}医科長や教授あるいは医科長教授 (professeur chef de service) として任命されることがこの職業 (carrière) における「成功」と考えられていた¹⁷⁾。医科長は^{シエフ・ドゥ・クリニク}臨床医長の中から任命されてきたし、教授資格 (agrégation) を得るための試験に合格することができるのも臨床医長であったから、医師の世界で高い地位を得るためには、まず第3期課程においてアンテルヌとなり、その後臨床医長になる必要があった。当然のことながら、これはとても困難な道であった。第2期課程末に行われるアンテルヌになるための選抜試験の合格率は9%であったという。合格者以外の医学生は一般医養成コースに進み、医学博士号取得後は一般医の開業医などとして「自由部門 (le secteur libéral)」に進む。アンテルヌとなった者は、その期間の末期に行われる選抜試験 (climat) によって、55%の者が臨床医長になり、残りの45%¹⁸⁾の者は専門医の開業医や私立病院勤務医などとして自由部門に進む。彼らは元アンテルヌ (ancien interne) の肩書を使える。

15) *Ibid.*, p. 446. なお、専門医療などのコースに進むための選抜試験には、「第2期課程の最終年度と翌年度に志願できる。例外も計画されているが……」ということで、原則として受験の機会は2回までとすることが考えられていたようだ。《Réforme du troisième cycle des études médicales》, *La Press Medicale*, 15 janvier 1983, 12, n° 2, p. 111.

16) この法律の本文が、保健・国民教育両大臣の共同署名の下に官報で公表された日をもって、1982年12月26日法とも呼ばれた。この法律は、制定当時はほとんど注目を集めなかったという。Jean-Yves Nau, 《La règle du jeu modifiée》, *Le Monde*, 19 février 1983, p. 11.

17) *Le Monde*, 22 février 1983.

18) ここで使われている9%, 55%, 45%という数字は「アンテルヌ・臨床医長白書 (le (次頁脚注へ続く))

臨床医長となった者のうち、25%は、その後、病院センター、すなわち大学と提携していない病院に転出していき、^{シエフ・ドゥ・セルグイス}医科長になった。臨床医長のうち5%だけが引続きCHUに勤務することのできる職——「教授資格をもつ助教授 (maîtres de conférences agrégés)」といった医科長教授へのルート——に就くことができた。残りの70%の者は、高度の技術をもちながらも、結局は40歳ぐらいの年齢で、元臨床医長 (ancien chef de clinique) の肩書をもって自由部門へ進むことになった。

3. 1983年春の病院ストライキ

1982年12月末に医学教育制度を改革する法律が制定されると、医学生はこれに反発した。83年2月中旬までに医学生のストライキがパリの多くのCHUに広まっていった。法の施行規則は発表されておらず、彼らに適用される経過措置が不確定であることから、彼らは具体的な方法の発表が遅いことを批判したが、とりわけ、第2期課程末の試験——「修了証明と分類の試験 (l'examen validant et classant)」と言われた——が合格者数の絞られる選抜試験に変わってしまうことを恐れたのであった。また、彼らは、すべてのアンテルヌに対して平等の報酬と完全な社会的給付 (couverture sociale) を保証するように「アンテルヌの身分」が詳細に取り決められることを要求した¹⁹⁾。

これに対して医学教育改革を担当している保健省と国民教育省の両省は、次の点を明らかにした。(i) 第2期課程末の試験ではあらかじめ合格者数を決めたりせず、第2期課程末に在籍する全学生を受け入れるだけのアンテルヌのポストを用意する。また、この試験に数回失敗すると他の職業に就くように強制されるという風聞は根拠がなく、試験に合格しなければ第3期課程

Livre blanc des internes et des chefs de clinique) からの引用であるという。J.-Y. Nau, 《Un livre blanc — Qui sont-ils, que veulent-ils?》, *art. cit.* しかし、何年度の数字であるかは不明である。なお、1983年の臨床医長数は2,500名であったという。

19) *Le Monde*, 17 février 1983, p. 36.

に進むことはできないが、試験は何回でも受けられる。この試験は知識よりもむしろ能力 (compétence) を検査することを主眼とし、2年間暫定的形態で実施してみて、その間に詳細を決める。(v) 専門医コース希望者に課される地域圏共同選抜試験 (concours interrégionaux) の1984年に実施するものの方式については近々明らかにする。第2期課程末の試験の方式もそれに伴って明らかになる。(vi) 地域圏共同選抜試験と第2期課程末の試験の試験科目 (programme) は同一である。(vii) アンテルヌの身分や報酬についてもできるだけ早く明らかにする、など²⁰⁾。しかし、事前に十分な説明もないままに新しい制度を押しつけられた医学生は両省の説明に納得せず²¹⁾、改革の実施延期や現行制度の継続を要求してストライキを続けた。

一方、1983年2月15日に保健相は公立病院医師の職業に関する法規の改革案の概略を発表した。この法規は、当面、CHUの「二重所属者」である医師と医療諸施設の臨時雇用の医師以外の大多数の病院医師 (praticiens hospitaliers) を対象とするものであって、これらの病院医師を単一の枠組の中に置くことにしていた。無記名式の全国選抜試験の後に受入れリストに登録された候補者は病院医師に立候補することができるが、この選抜試験を通じての募集は「巡回研修 (tour)」の後でしか行われず、「巡回研修」期間に3年以上の経験を持つ医師に優先権が与えられる。候補者は、その試験の成績だけでなく、研究歴や経歴についての書類を審査したあとで審査委員会がつけた成績も加えた成績によって、ランク付けされる。職業の経歴 (déroutement de la carrière) は12段階に細分され、第11段階と第12段階に到達する者は全国定員の3分の1に限定される。同期任官者 (promotion) となる医師の3分の1は『速い昇進 (avancement accéléré)』の対象となる。また、社会的給与 (avantages sociaux) として、病気休暇の場合、最初の3ヵ月間は俸給の100%、次の9ヵ月間は50%を支給するとか、年に2週間の研修休暇、週に半日の施設外活動——ただし、診療 (soins)、教育、研究の活動であることが条件——が認められ、私的活動

20) *Le Monde*, 3 mars 1983, p. 11.

21) J.-Y. Nau, 《La règle du jeu modifiée》, *art. cit.*

をしない医師を対象に俸給全体を基礎にした年金基金が今後設立され、年金額の大幅増加がはかれることなどが示された。現在勤務中の医師の報酬は法規の変更によっても変わらないことも強調された。政府は、施設の内部組織化——すなわち、「部門化 (départementalisation)」——を含めて、病院改革の全体が「総枠予算制 (budget global)」がとられる1984年1月1日から実施されることを望んでいた²²⁾。

政府のこうした病院医師制度の改革案は、CHUの教授や医科長を『Aクラス』とすると、それとは別個に『Bクラス』の病院医師の身分を設置するものと受けとられ、アンテルヌや臨床医長に不安の種を提供することになる。かつては、CHUにおいても、医科長や教授といった責任者のポストをふやすために必ずしも治療上の必要性や現実に対応しない診療科目が作り出されていた。CHUのポストがとぎされてきたときにも、CHUの外に非大学系の一般病院や専門的医療施設が数多く存在していたから、CHUの中にポストを見つけられなかった臨床医長も、医科長として一般病院等に雇用され、その機能改善に貢献することにもなった。元アンテルヌなども多数が一般病院医師として配属されていた。しかし、しだいに一般病院などの医科長のポストも少なくなり、臨床医長がアンテルヌと競争して助手のポストに就くこともふえてきた。45歳で医科長の終身の助手に押し込まれた医師は、知識や能力が医科長より劣るわけではなかったが、非常に少ない報酬を受け取り、社会的給与の面でも良くない待遇を受けていた。アンテルヌや臨床医長として10年ほどの期間を過ぎてきた医師が、教授有資格者 (agrégé) に任命されてCHUでその職業を続けることができなくなり、単一所属者として任命されることも難しくなって、もはや公立病院は、従来のように、医師の職業を保証することができなくなってきていた。改革案においても、ポスト——とりわけ高いレベルのポスト——の新設を制限することにしてはいたが、これは、最も資格のある (les plus titres) 医師がしばしば昇進の可能性を奪われるということ

22) *Le Monde*, 17 février 1983, p. 11.

意味していた。病院内に閉鎖的状况が生じ、医師のフラストレーションは高まってきていた。

医療費の増大を抑制するという政府の方針が公立病院全体の医師のポストの増加を抑制し、とりわけ上級のポストの新增設を抑制するということになり、一方、医療需要の増大に対応するためにより下位のポストを増やすという政策になっていったわけであるが、改革案は、単一所属者に単一の枠組を設置するということによって、落ち着く先のない臨床医長をその臨時の職——大学病院の『Cクラス』の職とみなされる——から『Bクラス』の常勤の病院医師へと格上げし、段階的に臨床医長の職を消滅させ、職業上の地位と診療上の責任のような実際上の任務とを分離 (dissociation grade-fonction)²³⁾ し——医科長の下での病院医師にとっては職務がやりやすくなる——、また、病院医師の社会的給与や年金を改善するなど現状を改良する方向を示していたのだといえよう。しかし、アンテルヌや臨床医長は、『Bクラス』の病院医師への「格上げ」はCHUの医科長や教授への道からはずれたポストに押し込まれることであり、社会的給与などの改善も、病院医師の職務が公的機能の遂行に厳格に限定されるという条件が付いているのであれば、養成期間が長くて公務員の大多数よりも職業期間の短い病院医師にとって有利ではないと批判した。

病院医師の組合は医師の状況の多様性に対応して分立しており、当初、この改革案を前にして統一した行動はとれなかった。1982年に設立された組合連合会は、若干の条件つきながら保健省の改革案の前向きの方角性を認めた。だが、もう一方の設立されたばかりの組合連合会は財政的措置が不十分であることを理由にストライキを呼びかけた²⁴⁾。

改革案は現状を改善するものといえたから、アンテルヌや臨床医長がこれを認めることも不合理ではなかったろう。ところが彼らは不安定な状況に置かれていたから、医師の身分の将来や経過的措置が不確定であることに多大

23) *Le Monde*, 22 février 1983, 21 avril 1983, 20 mai 1983.

24) *Le Monde*, 22 février 1983, 23 mars 1983.

の不安を感じ、それが改革案に対する異議申し立てにつながっていった。彼らは、本来彼らの受け皿であるべき「教授資格のある助教授」への任命が毎年非常に少ないことから、そのポストの新設計画をたてることや、年に500の病院ポストを新設し、それをCHUと一般病院センターに半分ずつ割り振り、CHUの元アンテルヌに優先的にあてがうこと、また、臨床医長職 (clinicat) の最終年度を将来の働き場所での活動の準備となるように整備することを要求した。臨床医長は、週に50時間以上を診療に費し、5日間の各半日を教育に使い、さらに臨床研究 (recherche clinique) の仕事や病院の管理や自宅での仕事もあって、医師が金持ちだというイメージとは異なるとてもたいへんな生活を送っているのに、報酬率は、一時間あたり24fr.でしかないということで、報酬や社会的給与等の改善を求めた。病院施設の「部門化」に対して、アンテルヌや臨床医長は乗り気であったが、「部門 (départements)」が特別の需要や保健地図による決定に対応して、各病院内で部分的に設けられることを希望した²⁵⁾。結局、アンテルヌと臨床医長を組織していた二つの組合連合会は、事前予告ののち、改革案の改善を求めて3月22日にストライキ指令を出した。ほとんどすべてのCHUにおいて、大多数のアンテルヌと臨床医長がストライキに参加した²⁶⁾。

こうして医療部門でのストライキは1983年2月の医学生のスライキから翌月のアンテルヌや臨床医長のスライキへと拡がり、さらに他の病院医師や《grands patrons》と呼ばれる教授や医科長をもまき込んで²⁷⁾、まさに「病院ストライキ (les grèves hospitalières)」へと発展した。診療活動への大きな影響がでる²⁸⁾中で、政府はストライキ参加者との交渉をもち、解決策をさぐ

25) *Le Monde*, 18 mars 1983.

26) *Le Monde*, 24 mars 1983.

27) *Le Monde*, 19 avril 1983.

28) アンテルヌと臨床医長はCHUの職員の6割を占め、診療活動の支柱であるから、彼らの大半が参加したストライキは、当然のことながら、病院機能を半身不随に追い込んだ。彼らは法によって要求されている最低限のサービス (service minimum), す

(次頁脚注へ続く)

った。多様な背景をもち、職務も利害も異なる医師たちのストライキは、要求もバラバラであり、運動の進展とともに、むしろそうした不統一性を明らかにしていった。こうした中で、政府は医師や医学生の諸要求を検討する目的で「調停者会 (conseil des médiateurs)」の設置を決めた。5月に入るとストライキも息切れ状態になっており、世論や労働組合の批判も高まる気配を見せるなかで、医師たちは政府提案を受け入れた形で5月2日にストライキの中止を決めた。政府提案はP. モーロワ首相のアンテルヌと臨床医長あての私信という体裁をとっており、7項目にわたっていた。これにおいて、政府は、終生の下級職だとみなされている『Bクラス』の有資格者の職をCHU内に置くことを放棄し、また、病院改革計画が準備していた入院施設の公立部門と私立部門への「融資の方法を調和させること」を断念することを約束した。大学病院でポストがあいたときには臨床医長を優先的に任用し、さらに、追加的にポストを設置することや、市中で開業した元アンテルヌや臨床医長に料金の割増 (bonification) を認める制度について研究を進めることなどを約束した²⁹⁾。

政府と医学生との交渉は、医師がストライキを中止したあとも妥協点に達しなかった。医学生は第2期課程末の試験を設けた1982年12月23日法の修正を求めたのだが、政府はこの試験は教育上有用であり、問題もないとして修

なわち、救急と危険な状態の患者に対する治療だけは行っていたが、それ以外の患者に対してはストライキに参加していない病院医師や教授・医科長らが応対し、「日曜日のような病院生活」となっていた。さしあたりは、医療行為を放棄した医師に対する世論の非難はそれほど大きくはなかった。しかし、ストライキが長びくにつれて、一部の医師による医療活動遂行にも支障が生ずるようになり、「徴用 (la réquisition)」が話題にのぼってきた。「徴用」はドゴール時代の1961年アルジェリア戦争のときに実施されたことがあるが、それ以来実施されたことはなく、徴用されると医師は武力の脅威の下で働かされる。強権的な制度であり、その実施の手続きは厳格に定められていたから、このストライキにおいて「徴用」が実施される可能性は少なかったであろうが、それが話題になるだけでもストライキ中の医師に対する圧力にはなっていたであろう。

L'Express, N° 1658, 22 avril 1983, pp. 62—63. *Le Monde*, 25 mars 1983, 12 avril 1983, 16 avril 1983.

29) *Le Monde*, 2 mai 1983, 4 mai 1983.

正法制定には応ぜず、ただし、1987年まではこの試験は「臨床・治療総合証明書 (certificat de synthèse clinique et thérapeutique)」を付与するだけで、分類するという特徴は消滅すると説明することによって納得を得ようとした。第3期課程の各コースへの進学方法についても、別々の選抜試験を実施するよう求める学生側と、一本化した選抜試験を実施しようとする政府とで意見がまとまらなかった³⁰⁾。医学生は5月に入ってもストライキを続けたが、医師がストライキを中止し、調停者が活動を始めると、病院をめぐる紛争の焦点は調停者の活動に向けられていき、1983年春の病院ストライキとしては一応の終結を迎える。

4. 調停者の提言

調停者会は、1983年4月29日に首相が依頼した5人の調停者によって構成され、単にストライキで争点となった問題だけでなく、広くフランスの医療制度の将来について考察して、公立病院の機能、病院と大学における医業や医学教育課程に対する提言を行うように求められていた。この調停者会は1983年8月4日に首相に報告を提出した。それが「フランスの保健制度、反省と提言——調停者の首相への報告³¹⁾」と題された冊子である。

次に、その報告書に拠りながらフランスの医師養成制度の問題点や望ましいと考えられたそのあり方を見てみよう。

フランスの医学教育制度は、1960年代末に医学生が急増し、伝統的な医学教育の構造や方法が覆されて以来変化が続き、新たな均衡が見いだされていない。1958年と70年の改革が、全員エクステルヌ制、学生数制限、UERの教育の自立をもたらし、1979年と82年の改革が、CESの廃止と専門医療と一般

30) *Le Monde*, 21 avril 1983, 8—9 mai 1983.

31) *LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS, Réflexions et propositions.*—Rapport des médiateurs au Premier ministre, Août 1983. Collection des rapports officiels, La Documentation Française, Paris.

医療のアンテルヌ制をつけ加えた。これらの改革は大きな進歩をもたらしたが、多くの問題をも提起し、1983年春にも医学部に騒動がもちあがった。

第 1 期課程に関しては、1 年次の試験に不合格の学生が問題となった³²⁾。これは学生本人にとっても国民にとっても時間と労力の浪費である。若干の大学では、不合格者であっても良い点をとった学生には DEUG (diplôme d'étude universitaire général, 大学一般教育免状) の一年修了と同等の学位を認めていたが、調停者はそれは良い政策であると考えた。また、第 1 期課程での医学教育については、日常的訓練で医学を実践しようとする考えの人と、医学に必要な基礎知識の修得にあてるべきだとする考えの人との間に長い論争があるが、調停者は後者の考えがフランスの医療水準を高めると主張した。フランスの将来の医師の科学面での養成のための時間数は先進国中最低であり、こうした不可欠の基礎が欠けると、将来の医師は将来の医療の急速な進歩についていけなくなると指摘した。とにかく、UER に教育のあり方を任せておくべきだとした。

第 2 期課程に関しても、1970年改革が医学 UER に教育の自治権を付与したのだから、基本的には UER それ自身の対応に任せられるべきであるとしながらも、国民教育省と保健省に学生代表も参加する委員会を設立し、問題点を討議するように調停者は希望し、次の若干の点について注意を促した。

32) 1977年までの「第 7 次計画」の期間には、第 2 年次への登録が認められる学生数を 9,000人とすることが目標とされたが、以後急速に減らされ、1983年には5,900人とされた。cf. *Ibid.*, p. 112. 毎年多数の学生が第 1 年次末の選抜試験に不合格となっていた。表 4 参照。

表 4 医学部歯学部学生数の推移

大学年度	1974-1975		1979-1980		1980-1981		1981-1982	
学 部	医科	歯科	医科	歯科	医科	歯科	医科	歯科
学 生 総 数	103,859	9,907	90,240	9,988	85,103	8,006	81,293	7,605
第 1 年次学生数	36,940	(1)	30,014	(1)	26,782	(1)	25,410	(1)
免許状交付数	7,495	2,826	8,687	1,621	8,935	1,849	-	-

(1) 医学 UER の第 1 年次は、医学課程志望者にも歯学課程志望者にも共通である。出所、*Annuaire des Statistiques Sanitaires et Sociales, op. cit.*, p. 87 より。

- (1) 医学生は UER において、正規の教育のほかに、アンテルヌが講師役になって行われる非公式の教育を受けてきた。非公式教育は何回も反復して知識を十分に修得するという点で利点もあったが、講師役のアンテルヌの経験不足からくる不都合な点も多く、1982年12月法はこうした二重の教育方法を廃止ないし減少させることを一つの目的としていた。しかし、正規の教育にも、大講堂での講義とか、小グループで知識を永続的かつ厳格に点検するということが行われないといった批判される点があった。
- (2) 理論教育は良い臨床訓練と結び合わされてこそ意義があり、実地訓練も理論教育と同じに基本的なことであるのだが、最近実地訓練が軽視されている。臨床医長は、しばしば、学生の日常的な訓練を怠って、患者を学生とともに直接検査せず、書類の検討で済ませている。一連の技術的行為や患者の心理的問題など、学生が臨床経験を積むことによってもみ修得できることも多いから、病院での臨床や診察に学生をより継続的に配属することが必要である。また、学生の自己学習、相互学習の能力を高めることや、学生に対する報酬支払い方法についても再検討されるべきである。
- (3) 医療の社会的・経済的側面を配慮した教育が必要であるが、こうした教育はフランスではほとんどなされていない。病理学の教育方法も社会経済面を考慮した行動をとるように影響をおよぼすことができる。例えば、フランスではアンテルヌの試験でできるだけ多くの補足的検査を引用した志願者に良い点が与えられるが、アメリカなどでは個々の検査の重要度をランク付けして、臨床の特徴に合わせて、必要最小限の検査を示した者に良い点が与えられる。
- (4) 学生がアンテルヌの選抜試験で選ぶコースに合わせて、関心のある知識をより専門的に学べるようにする手段として、選択教育が発達しなければならない。それは時間割全体の15~20%ぐらいが適当であろう。
- (5) 1983年春の論議の中心は第2期課程末の試験であったが、この試験に

よって付与される臨床・治療総合証明書は、学生が一般医療コースのアンテルヌになる前に、臨床の責任ある職務を果す能力があることを確認することを目的とするものであって、それゆえ、百科事典的な知識を証明するのではなく、種々の臨床場面に上手に対応できる基礎知識があるということを保証するものであり、試験の方法もこうした目的に照らして考えられねばならない。また、この証明書は第2期課程の間に修得された実際の知識の全体を確認するものであるから、試験が真の意義をもつには第2期課程の教育全体がこの試験の存在することを尊重することが必要であり、それゆえにその実施は段階的でしかありえず、経過期間においては毎年改定されねばならない。

第3期課程については、調停者は次のような指摘を行った。1982年12月法による第3期課程の大改造は称賛される。専門医を目指すアンテルヌのコースの選定は、例外的な場合を除いて、決定的であるが、コースの中の医学、外科、生物学といった各専門 (*spécialité*) は間口が広く、多くの専門につながっており、ポスト・アンテルナ (*post-internat*, アンテルヌ修了後または修了後の者) には第2の専門を修得することも可能である。専門を選択する場合の難しい問題は、専門の選択を早く決めるか遅く決めるかということである。この決定が早ければ、アンテルヌはその専門を修得できる保証が得られるが、時間をかけて適性を見ることは困難になる。もし選択の決定がもっと遅く行われれば、適性はわかってもアンテルヌの間に専門を終えられなくなり、財政問題を引き起こす恐れがある。この問題は各専門の受け入れ定員の規制の問題とも結びついている。これは学生代表をも含む委員会で討議されることになった。

第3期課程の一般医療コースについては、次の点が指摘された。改革の主目的は一般医の養成を改善することである。ほぼ3分の2の医師が一般医になるのだから、第3期課程の町の医療向けの養成を2年に伸ばしたり、教育を改善することは重要な問題である。第3期課程の目標の決定や一般医の卵の理論教育および実際の訓練に一般医が参加するということはすでに多くの

UERで行われているが、さらに一般化されるほうがよい。一般医は、臨床・治療総合証明書や病理学の証明書のための教育に対しても関与しうる。一般医療についての一般医と学生との話し合いも促進されるべきである。一般医が自分の実行していることを教えるという町の医療の生きた教育は、専門化の進展によってますます困難になるかもしれないが、そうであればこそ、一定期間、一般医が客員教員となれるようにすることが必要とされる。多様な領域で多くの試みがなされるべきで、特に開業医宅での研修は試みられるべきである。こうした試みの客観的な評価は非常に有益であろう³³⁾。

調停者の報告は、大学の第3期課程までの医師養成制度については現状を追認するものであり、制度の変更を求めるものではなかったといえるが、公立病院の医師制度に対しては制度改革を伴う提言をまとめていた。

それによれば、専門医コースのアンテルヌと有資格医師の身分との間に、シェフ・ドゥ・フリニック臨床医長や実験医長 (chefs de laboratoire) といったポスト・アンテルナの期間を置くという点は従来通りであった。ポスト・アンテルナは三つの目的にかなっていると指摘された。(1) 養成を深め、将来の職務を準備することができる、(2) 学生を訓練することができる、(3) 若干の専門において生ずる必要に対応する上で、臨時の医師がいれば制度の中に柔軟性をもたらすことができる。だが、ポスト・アンテルナのあり方に対しては、従来と異なるものが提案された。ポスト・アンテルナとなる者は、専門医療、公衆衛生、研究のコースのアンテルヌの間で互選によって選ばれ、彼らは2年間——例外的には3年間——臨床医長や実験医長の肩書を有する。(従来、ポスト・アンテルヌの期間は数年以上もあったのを、ここでは短くしている。) 彼らはCHUやCHUと協約を締結した病院、あるいは一般病院——大学医学部と提携していない一般病院のこと、以下同じ——において職務を遂行する。配属された病院がなんであれ、報酬は同一であるが、CHUに配属され教育の任務も果している者の報酬は、病院と大学の双方によって負担される。臨床医長

33) *LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS*, *op. cit.*, pp. 65-72.

らは病院施設のイニシアティブのもとに、一年間そこに配属され、継続されることもある。一般病院に配属された者は公立病院医師の選抜試験の準備に不利となることもありえたが、一般病院の多くの診療科も CHU に劣らない選抜試験への準備の条件を提供してきており、現段階では他の配属のメカニズムは考えられない。とにかく、ポスト・アンテルナの期間中に、一般病院と CHU の間で移動を義務づけることは無理である。大学病院——すなわち、CHU ——では、1958年改革の原則によって、すべての医師は教育、研究、診療の三つの職務に従事しなければならないが、臨床医長らにもこの原則は適用される。一般病院では、臨床医長は診療活動と、診療科や「部門³⁴⁾」の中で一緒に働いているアンテルヌに対して「仲間うちの教育活動 (activités d'enseignement par compagnonnage)」を行う。

CHU の臨床医長助手 (chefs de clinique-assistants) は教育活動を軽視して診療活動に力を注ぎがちであるが、それは学生やアンテルヌの訓練に有害であるので、臨床医長や実験医長の法規の中に、教育と研究の任務を義務とするように記載することが必要である。彼らはまるまる一年間は——ことに午前中に——学生の訓練をしながら、教育と研究に専念することが必要とされる。この一年間には、当直などの場合を除いて、あらゆる診療活動を免除される。それは非常に有利な条件の下で選抜試験の準備をすることができる機会でもある。ポスト・アンテルナが終了して、公立病院医師になれなかった人々は元臨床医長、元実験医長の肩書で、自由部門で開業できる。

調停者は、CHU 内の単一所属者のポストや大学内の『Bクラス』のポストである chefs de travaux のような昇進のないポストの存在は医師のフラストレーションとやる気喪失の原因である³⁵⁾として、公立病院医師という身分をより

34) 病院内で専門化が進んで病院が細分化され、患者の扱い方や病院の管理運営などにおいて弊害が生じている。そこで創設されたのがいくつかの診療科 (service) を連合した「部門(département)」である。「部門」は診療科の構造や機能を修正することによって病院医師の職業問題にも対処しうる。cf. *Ibid.*, pp. 22-32.

35) *Ibid.*, p. 9.

上の地位に就くための途中の一段階として位置付けた。一般病院では主要資格をもつ者として、大学病院では一時的資格をもつ者として、医師、外科医、専門医、生物学者の全体を単一集団の「公立病院有資格医師」とするという方針は、二つの目的をもっていた。一つは、一般病院と大学病院という二種類の施設の間の移動を促進すること、もう一つは、病院医師に二重所属になる前に一定の身分を保証することである。この公立病院医師の募集は、さしあたり、次の者を対象とした選抜試験によって行われる。(1) 臨床医長や実験医長で、一年以上その職務を果たした者、(2) 専門医療コースの元アンテルヌで、自由開業5年以上の者、(3) 一般医療コースの元アンテルヌで、自由開業10年以上の者。以上の者であって年齢40歳までの者が2回まで選抜試験を受験できる。選抜試験は全国的なもので、専門ごと、ときには専門グループごとに実施される。それは二種類の試験を含み、一つは無記名式の記述試験で、さまざまな診断学や治療学に関する文献の研究や科学論文の分析から構成され、合計点の半分から3分の2を占める。この試験は将来の医師の省察力や決断力の特質を評価するためのものである。もう一つは、全国審査委員会によって行われる志願者の資格と業績の試験である。選抜試験の合格者はCHUか一般病院センターかいずれかへの配属を選ぶ。選択は得点の順番に決められる。施設内の配属はその責任者と志願者たちとの話し合いで決められる。一般病院で職務を遂行する公立病院医師に対しては、一般病院相互間や一般病院と大学病院間での移動を行うことが必要である。一般病院相互間での移動促進のためには、最低4年間の最初の配属のあとで、次の2年間については医師の選択に優先権を与えることが考えられる。一般病院と大学病院間の移動は、ますます専門化する大学病院と、医師が研究や新たな応用から遠ざけられてしまう一般病院との間の溝が深くなるのを避けるために必要とされ、一般病院の医師のCHU内での自発的な研修の制度を設けることも考えられた。この研修は定期的で——例えば、3年ごと——少なくとも半年間は続き、その間は教育と研究に専念できるものとする。また、一般病院医師をそこに所属した状態のままCHUに出向させることも可能であるが、

この出向も4年を超えてはならない。さらに、一般病院に古くからいる何人かの医師を、外部への巡回研修の際に、「教授資格をもつ助教授」に任命することも可能である。一方、CHUに配属された公立病院医師は4年以上そこにとどまることはできない。CHUの中では、彼らは法規において教育と研究が義務づけられ、半分の時間を診療活動に、他の半分の時間を教育と研究の活動に使う。それぞれの活動の時間は連続的に使えるので、ある時期には一方の活動を他の活動に優先させることができる。4年間で終了したとき、一般病院への配属に優先権をもつ。自由部門で開業する場合には元大学病院医師の肩書を使える。また、一般病院においても、大学病院においても、公立病院医師は一定の限度内において、公務の一般規則に従って、パートタイムで個人的な仕事をする事が認められている。

調停者は、既存のCHUの医師制度それ自体を改革しようとはしなかったが、公立病院医師制度を改革しようとしたのに伴って二重所属の大学病院の医師になるための条件を変更しようとした。調停者は次のように提言した。アグレガシオン (l'agrégation) に合格することが単一集団である大学病院医師への通常の到達方法である。この選抜試験への立候補者は、原則として、CHUに配属された公立病院医師であるが、一般病院やCHUと協定を締結した病院に勤務していた公立病院医師も立候補できる。公立病院医師となって3年目に初めてこの選抜試験に臨むことができる。ある専門分野では数年続けて大学病院医師の募集が非常に制限されることがあるという点を考慮しても、アグレガシオンに立候補できるのは最高3回までとしなければならない。この選抜試験に提供されるポストの総数は、すべての専門をひっくるめて、CHUやCHUと提携した病院に配属され、選抜試験に立候補する医師3人に対しておよそ1つの割合となるように、過去の平均を考慮して決めなければならない。予算手続き上の制約があるわけであるが、アグレガシオンに提供されるポストの数と配分は2年以上前に予告されなければならない。現状では、定数決定の手続きはあまりにもぐずぐずしていて、立候補者は募集手続きが始まるまでUERや専門分野に割り当てられるポストについて不安の中に置かれ

る。アグレガシオンは、毎年、同一の専門のすべての空きポストを対象として実施される全国的選抜試験であり、その審査委員会には大学の医師のほかには研究者やいくつかの専門分野の医師でない科学者が含まれねばならない。試験の内容は大学病院の医師に必要とされる診療、教育、研究という多様な機能に対応するものでなければならず、資格と業績の評価も考慮すべき第一の要素である。この点について、臨床専門分野においては DEA (Diplôme d'études Approfondies, 高等研究免状) や DERBH (Diplôme d'études et de recherche de biologie humaine) が、生物専門分野においては国家学位論文 (thèse d'Etat) が必要とされねばならない。立候補者は、図書館に4時間罐詰にされて準備をしたのちに『45分間の講義』をするという伝統に従って、教授する能力のあることを示し、そして、博士論文口頭試問のときのように、審査委員会のメンバーと徹底的な議論をしなければならない。診療と管理活動への参加も考慮される。選抜試験終了後の配属に関しては、地方の上層部は合格者のリストを見ても意見を述べるだけにとどめられねばならず、任用に反対したり、地方の立候補者の希望するポストをとっておくことは認められない。全国レベルで開かれる大学・病院合同委員会が、こうした意見をもふまえて、監督官庁に配属を提案する。「部門」の設置は、たぶん、「望まれない」立候補者が任用されたときに生ずる紛争を制限する手段となるだろう³⁶⁾。

結 語

フランスでも医療費増大の抑制がはかられており、また「医師の過剰³⁷⁾」が語られている。今回の紛争の根本的原因は、こうした状況に対する医師や医学生危機感であったといえよう。公立病院に『Bクラス』のポストを設置するという提案も、それが昇進の可能性のないものだとすれば医師が不満

36) *Ibid.*, pp. 41~49.

37) フランスの人口10万人当りの医師数は1970年の128人から1980年の201人へ急増した。
Données Sociales, édition 1984, INSEE, Paris, p. 388.

をもつのもっともであるが、現実には非常勤職に甘んじている多数の医師がいるわけであり、政府の提案も彼らに対する救済策としての側面をもっていった。問題の解決としてはそのポストからも上のポストへ昇進できるようにすればよいわけであり、調停者の提言もそうした一面をもっている。しかし、上のポストの数が増える見込みのない以上、そのような改正をしたところで、医師の不満や不安はなんら解消されはしないし、場合によっては、問題をより深刻にしかねないであろう。調停者の提言も、結局、昇進のルートをより遠回りするように改め、そして、一応、中間ポストに上のポストへの昇進可能性を与えながらもその機会を制限することによって、事実上『Bクラス』のポストを作っているのだともいえよう。

医師や医学生のスライキは特権的知識階級 (mandarin) のスライキ、右翼のスライキなどと皮肉られ、社会の流れの変化を示すものとしても受けとられた。結局、1983年春の紛争は一旦は終息するものの、調停者によっても根本的な問題はなんら解決されなかったし、解決のしようがなかったであろう。かつては政府に対して強い立場をとっていたフランスの医師たちであったが、厳しい医療費抑制策がとられる中で、立場が逆転し始めたことを示すものであろう。