

日医総研ワーキングペーパー

フランスにおける医学教育改革

No. 63

平成 14 年 3 月 12 日

フランス駐在研究員

奥田 七峰子

フランスにおける医学教育改革

フランス駐在研究員 奥田 七峰子

キーワード

- ◆ コンクール制度
- ◆ インターン研修
- ◆ 一般医と専門医

ポイント

- ◆ 2001年、医学教育改革グランドデザイン発表（2005年実施）
 - ・ インターン・コンクール国家試験を全学生が受験（第二サイクル課程修了後）
 - ・ 試験方法と性質の変更
現在：選択回答方式・一般医と専門医の選別
2005年以降：自力で考え出す筆記方式・国民の保健需要に従い、成績上位順に進路選択を行う
 - ・ 一般医は内科専門医に格上げ

はじめに

アメリカで始まった医学教育改革の波は、約20年前から徐々に、ヨーロッパにも押し寄せてきた。しかし、新大陸とは大きく違い、歴史の古いヨーロッパでは、伝統や慣習が改革の進行を妨げていた。そのため、大きな成果を上げるのには、1984年の、欧州統合のための統一基準法制定を待つことになる。

この年、一般医を除く全ての専門医に、卒後研修制度が法制化された。従来の大講堂での講義を中心とした、徹底的な理論学習プログラムを見直し、臨床教育の重要性を認めたものである。

また、この頃より、国民の高齢化が問題となるとともに、医療費削減、患者の権利、QOL（Quality Of Life）等の重要性も大いに語られる時代に入った。

フランスの医学教育改革は、急ピッチで進められた。他のヨーロッパ諸国と比べ早期の臨床実習の開始、研修医への給与支給（公的バックアップ）、研修の質の向上、一般開業医ら大学外部の臨床医との提携による研修、さらに、医学生のより豊かな人間性形成のために、1992年、人文系科目が重視されたプログラム改革が行われた。ペイン・リリーフ（緩和医療）教育、ターミナル・ケア（末期医療）教育など、人の痛み、苦しみ、最期への対応を教えるカリキュラムが法制化されたのもこの年である。

時代の変化と共に、過去の改革の問題点、反省点が徐々に明らかになった。

教育とは、結果が目に見えるまでに、時間もお金もかかる事業である。新科目、新資格、新選抜国家試験方式等の卒前教育制度の改革、及び卒後教育で、従来フランスでは軽視されていた一般内科医の専門化、老人科・救急科・予防医学・公衆衛生科等の専門分野の明確化、医師の生涯教育の義務化、といった、2005年から実施されるグランド・デザインが昨年（2001年）発表された。その多くは、現在、すでに法制化されているか、今年2002年の法制化を待つ段階である。また、第一学年は、看護、助産婦、リハビリ他全てのコメディカルから、歯・薬学部まで、医療職に携わる全ての専攻学生を共通課程とする構想も出ている。これも、将来、チームで患者に対応する彼らに、全員一致の価値観、ハーモニーを与えることが主旨である。

なお、本稿では、卒前・卒後医学教育改革の中核である、保健省と教育省各官房事務官へのインタビューを掲載した。彼らは共に、教育者側を評価する必要性を説いている。改革現場の生の声を感じていただければ幸いである。（2001年現在の医学教育カリキュラムは、38ページに掲載）

（なお、医師数等の引用データについては、各表ごとに調査時が異なることから、必ずしも一致していないことをお断りいたします。）

第一部：フランスの医学教育の歴史と現状

1. 研修医の歴史

インターン制度は、1802年ナポレオン時代から開始され、19世紀中続いた。インターン・コンクール国家試験は、窓無しで暗い個室で10分間の準備時間が与えられた後、広場に押し出される闘牛のごとく、10分間講堂で独り弁論する口頭試問方式がとられた（これはいかなる事態においても全ての責任を自身が負う、当時のインターンには必要不可欠な“度胸”テストの意味もあった）。

1971年、年々増加し続ける医師数をコントロールするため、大学医学部第一学年から第二学年に進級できる学生数を定員制限する、コンクール制度が開始された。

その後欧州統合に向け、1984年、加盟国共通の医学教育制度の統一法制が制定された。この欧州法規ヨーロッパ・ディレクティブにより、一般医を除く全ての専門医に研修医制度が必須となる。これが医学教育における第三サイクルの始まりであった。また1993年には、これまで6年間の医学部教育を修了した翌日に開業することができた一般医にも、2年間の研修が義務化された。これにより、全学生に理論・実習（フルタイム・有給）の必須が法制化された。さらに1998年から、一般医の研修期間が2年から2年半となり、その延長された半年間を開業医のもとで研修することが必須となった。

2. 医学部教育システム欧州国内比較

	フランス	ドイツ	イギリス	イタリア	日本
医学部数	44(大学病院24)	36	27	34	80
卒前履修年数	6	6	5	6	6
卒後教育年数	一般医：2.5 専門医：4~5	3~8	3~9	2~5	
医師人口10万比	330	464	175	570	200

データ：De la Medecine a la Sante, 医学フランス語会話, 平成10年医師・歯科医師・薬剤師調査

3. 医学部二年生進級許可定員制による人員数制限

前述の1971年に導入されたコンクール制度とは、医師人口密度、地域医療需要度、全国教育医療機関のキャパシティを総合し、第二学年進級のための選抜コンクール¹の合格者

¹ 選抜コンクールは、毎年1月末と翌年度の5月末の2回にわたり行われる。不合格者は、1度に限り、次年度に再受験できる。

数を、関係省（保健省と教育省、現在は雇用連帯省と教育省）が決めるものである。医師数が増えすぎないように、厳しい進級定員制度²によって統制してきた（その倍率は過去には1/10、1/20とも言われ、近年では、医学部で1/7、薬・歯学部で1/5と、やはり難関であることには変わらない）。しかしここへ来て、特に2008年までの間に、戦後ベビーブーム世代の医師の定年退職（65歳）や廃業増が見込まれ、医師数の不足が予想されるようになった。また、これは地域間格差が大きく、特にフランス北部では深刻な医師不足となる。このため、政府は医学部二年生進級定員数を大幅に増枠した。

2000年12月21日条令により、医学・外科・歯学部定員数が増員された。（官報2001年1月6日発布）2000年10月10日条令は、医学部第二サイクル課程教育に関する法令である1973年3月4日条令を改定したものであり、2001年から実施された。翌年も同じく、2001年12月21日条令により増員された。

各大学第二学年進級定員数

大学病院	1998 - 99年	2000 - 2001年	2001 - 2002年
パリ		950 パリ第 : 238 パリ第 : 261 パリ第 : 211 ポビニー : 74 クレタイユ : 92 クレムリン・ピセトル : 74	1,098 パリ第 : 273 パリ第 : 299 パリ第 : 211 ポビニー : 85 クレタイユ : 105 クレムリン・ピセトル : 94
アミアン		98	112
アンジェ		81	93
ブザンソン		86	98
ボルドー		218	242
ブレスト		78	89
カーン		93	107
クレアモン・フェラン		96	110
ディジョン		102	117
グルノーブル		98	112
リール		294	337

² 1971年7月12日制定教育・厚生共同省令、その後73年3月4日改定

リモージュ		7 5	8 6
リヨン		2 5 7	2 8 3
マルセイユ		2 1 1	2 4 2
モンペリエ・ニーム		1 3 5	1 5 5
ナンシー		1 5 6	1 7 9
ナント		1 0 8	1 2 4
ニース		7 9	9 0
ポワントピットル		1 5	2 5
ポワチエ		9 1	1 0 4
ランス		9 8	1 1 2
レンヌ		1 0 0	1 1 5
ルーアン		1 1 2	1 2 8
サント・エチエンヌ		6 5	8 0
サン・ドニ(レユニオン諸島)		6	7
ストラスブール		1 4 0	1 6 0
トゥールーズ		1 5 2	1 7 4
トゥール		1 0 6	1 2 1
合計	3 , 7 0 0	4 , 1 0 0	4 , 7 0 0

データ：官報 2000年

医学部・歯学部、年度別第一学年学生数、第二学年進級学生数比較

年	医・歯学部第一サイクル課程第一学年学生数	医学部第二学年進級定員数	歯学部第二学年進級定員数
1982 - 1983	26,549	5,900	1,317
83 - 84	25,442	5,000	1,159
84 - 85	24,366	4,750	1,020
85 - 86	22,357	4,754	1,020
86 - 87	21,793	4,460	950
87 - 88	21,712	4,100	900
88 - 89	21,574	4,100	850
89 - 90	21,657	4,000	850

90 - 91	20,181	4,000	850
91 - 92	18,594	3,750	800
92 - 93	19,359	3,500	800
93 - 94	23,393	3,570	800
94 - 95	30,024	3,576	800
95 - 96	30,369	3,576	800
96 - 97	27,663	3,576	800
97 - 98	26,489	3,583	800
98 - 99	27,225	3,700	800
99 - 2000	26,278	3,850	800

データ：D P D (Direction de la Programmation et du Developpement) 2000年

4. 卒前医学部カリキュラム内容

第一サイクル課程は、日本の医学部の一般教養課程に類似する。

第一サイクル第一学年では、医・歯学部共通で科学一般を学ぶ。物理学、生物学、化学、生化学、生物物理学などの理数系必須科目と人文系1科目が必須、選択で解剖学、発生学、細胞学、組織学等の医学科目を履修する。人文系科目は、医学生の豊かな人間性や文化、一般教養を養成する目的で、1992年の教育プログラム改革から必須とされた。「ワクチンの歴史」、「遺伝子工学とバイオ・バイオレンス」、「加齢と死」、「医療と経済」等のテーマが扱われ、現代社会における倫理、哲学、経済、法学を学ぶ。成績評価の比重は、人文系科目が20%以上であることが決められ、コンクールの出題比重もこれに等しい。一年生から二年生へ上がるためのコンクールでは、一度に限り落第が認められる。

選抜コンクールの後、第二学年において、より医学専門的な理論を学ぶ。またこの年に、研修医制度とは異なるが、病院で臨床イニシエーションと称する看護実習を行う。内容は、採血、輸液交換、刺針・抜針等の、看護行為に限られる。

第二サイクル課程は4年間で、疾病と治療の医学理論と実践を学ぶ。医学部入学後4年目にあたる、第二サイクルの第二学年から、給与(700フラン/月)の支給が開始される。これは、他の国と比べて早期の臨床に対する報酬の開始である。

医学部入学後5年目にあたる、第二サイクル第三学年からは、病院から実習に対する本格的な報酬が支払われる。この第二サイクル課程までを卒前教育とする。これを修了し、インターン・コンクール国家試験を受験して(一般医は2005年から合格が必須)、第三サイクル課程に進級すると、研修医として、卒後教育研修を病院で行うことになる。

5.医学生の臨床実習範疇

第一サイクル課程の第二学年時、臨床イニシエーション実習として、看護実習を二週間行う。これらは、医学臨床実習とは位置付けられていない。内容は、主に看護婦と一緒に行動し、入院患者の朝の採血、尿検査、点滴輸液の交換、針抜き差し、検温血圧サーベイ等の看護行為を行う。医学行為は、第二サイクル課程（期間四年）の第一学年から、つまり、医学部に入学して3年目より、病院での臨床実習として開始される。期間は5ヶ月で、主に患者の問診、検査、カルテ記入と、それらに対する意見を患者本人に告げるという実習を、医師やインターンらを行く。この期間の医学生は、キャラバン（小隊）と呼ばれる。第二学年から、いよいよ本格的に、疾病と治療について学ぶ。午前中は病院で臨床を、午後は大学で理論を学ぶ。この期間から、インターンとなるまでの医学生を、エクスターンと呼ぶ。彼らには、その対価となる報酬が支給される。第二サイクル第二学年より支給される給与は、月111ユーロ（700フラン）、第三学年で月221ユーロ（1,500フラン）、第四学年で248ユーロ（1,700フラン）である。（2001年現在）インターン・コンクール国家試験にもパスしていない、全くの学生に給与を支払う理由は、学生に、医師としての勤労意欲と責任の重さを感じさせるという、心理的効果を期待するためである。医学生の医療実習行為は、科の部長とインターンによりコントロールされる。彼らが腰椎穿刺、血液ガス濃度検査といった医療行為を初めて実技実践するタイミングは、医師とインターンらが判断し、彼らの同席監督のもと実施する。この第二サイクル課程の最後に論文を書き、臨床分析認定証（CSCT: Certificat de Synthèse Clinique et Therapeutique）を取得し、インターン・コンクール国家試験を受験して、次の課程の進路を決める。

6.インターン・コンクール国家試験、成績ランキングによる専門科の選択

インターン・コンクール国家試験は、専門医はインターン研修医として、一般医はレジデント研修医として、第三サイクル課程を開始する前の、いわば選抜コンクールの性質をもつ（2005年から改革される）。この試験が選抜コンクールと呼ばれる理由は、全国約4,000人の医学生に対し、2,000席の専門研修医ポストしか用意されないからである。成績上位者は、九科の専門科から、当然好きな専門科を選択できるが、成績下位者は残りの専門科から選択するか、インターン・コンクール国家試験を必要条件としない一般医となる。これが、医師間での一般医軽視傾向の原因である。成績上位者から人気の科を選ぶと思われるが、自ら好んで一般医や産業医、公衆衛生医となることを選択した者には、不本意な偏見が付きまとう。このため、本制度は、特に一般医について大きく改革された。（後述）

2000 - 2001年 専門科研修医ポスト定員数

内科（皮膚・呼吸器・リウマチ・腎・肝・心など）	670席
外科（一般・眼科・耳鼻科・整形・形成など）	286席
麻酔蘇生科	200席
精神科	176席
産科・婦人科	140席
小児科	148席
産業医	86席
バイオロジスト	72席
公衆衛生科	65席
合計	1,843席

データ：Premier Annee de Medecine 2000年

7. 卒後教育 研修医インターン・レジデント制度

医学教育と法学教育は国家の仕事であるとするフランスでは、医学部は全て国立である。全国を衛生保健地図24地区に分割し、28の大学病院(CHU:Centre Hospitalier Universitaire)と44の医学部を設置している。

全国24の各地方委員会 Commission Regional のリージョナル・コーディネーター（一つの大学区に、一人のコーディネーターが専門科ごとにいる。彼らは大学教授の中から、学長指名によって選ばれる）と、国レベルの全国大学委員会 Conseil national(指導者側教官・講師・教授、医師、インターン、医師組合ら各代表者により編成)、教育省、保健省が、現場の声を反映させつつ、研修内容のガイドラインを決める。

プログラム・モデル内容を、上述団体順に協議の末、決定を官報に発布し、法的効果が生じる。決定は全国レベルであるが、詳細実施は、現場である大学の自主性に任せている。これは、一つには、地域の需要度に密接したオペレーションであるためである。例えば、小都市と都市部とでは、高齢化の進行度、疾病構造が異なり、需要も違う。また、もう一つの理由としては、第三サイクルの目的が、あくまでもプロフェッショナル教育であり、ハイパースペシャリストの養成ではないということである。このため、大きな流れを国レベルで決定すれば、おのずと必要な履修の詳細は、プロの医師である指導者側にはわかるものであると理解されている。

卒後教育課程に進む前に行われるインターン・コンクール国家試験の成績は、フランス南・北、二分割でランキングされる。成績上位順に専門科を選択し、その科を募集している病

院に、1 Semesterごとのローテーション制で配属され、研修を行う。

研修医は、この研修期間中フルタイムで病院内臨床を行う。病院から支払われる給与は、9,000フラン～13,000フランで、当直はさらにプラスされる（インターンの給与は決して厚遇とは言い難いが、1930年代は、月給40フラン。その後の30年間に大きく変革され、1963年には月給1,450フラン。現在は9,000フランとなり、フランスの全産業平均初任給与額と比較しても、決して低賃金ではない）。

また同時に、指導教官と研修医は、共同あるいは個人でカンファレンス、症例発表を定期的に行う。このプロフェッショナルな知識をもとに、さらに知識を伸ばしてゆく報告会は、すでに生涯教育の性格を持つものである。研修医に、生涯にわたって知識を更新することの重要性を学ばせる。

問題点は、臨床実習重視のため、理論を勉強する時間がないということである。このため、新しい法規（オベール法）で、当直は、最高で月5回を限度、そのうち週末の当直は月1回までとし、当直後は24時間安全休労義務が決められた。この時間の有効活用が期待される。インターン制度の一番の効果は、やはり、病院から（すなわち国民の社会保障拠出金、血税から）給与が支払われることにより、医学生のプロフェッショナル意識が向上することである。また、技術や患者との接し方も、インターン制度により習得することができる。

8.法制（*なお、ここで扱ったフランス法規の一部は、近く廃止または改定される。）

フランス法規

2000年6月15日制定教育相オールドナンス 2000-549号、教育法典第3編

第L631-1条：第一サイクル第一学年を修了し、医学・歯学・薬学部第二学年に進級を認められる学生数は、毎年、国民全体と地域別の需要と各大学がもつキャパシティを鑑みたと、高等教育省と保健省が定める。第一サイクル第一学年を修了していない学生であっても第二サイクルに編入することは可能であり、この定員数も同じく保健省・高等教育省が定める。医学・歯学・薬学教育に関する全ての決定は、必ず保健省が関与する。

同第631-2条：外国籍学生は、医学・歯学・外科教育、研究に、国家免許取得目的で登録することができる。

外国医師・歯科医師免許取得者は、その取得国で診療を行うことができ、フランス国家医師免許・歯科医師免許取得者および助産婦外国免許取得者は、相当するフランス国家免許受験資格を持つ。

L632-2条：医学部第三サイクルへの進級許可は、医学部第二サイクルを修了した全ての学生に認められる。しかしながら、第二サイクル履修課程において、臨床分析認定証

を除いて一つ認定証を得られなかった学生にも、第三サイクル第二学年に進級することが許される。その場合当該学生は、第二サイクル・ヴァリッド（教育認定証）を得ていることが義務となる。第三サイクルは、一般医となるためのレジデント実習、および専門医となるためのインターン実習であり、医師国家免許取得後にある選抜コンクールを通ったものに認められる。行政区画ごとのインターンの、リクルートに関する詳細を含む選抜コンクールの方法、および国家試験後教育は、コンセイユ・デタ（国務院）省令により、詳細が定められる。

L 6 3 2 - 3 条：医学部第三サイクル課程には、スポーツ医学教育が含まれる。

6 3 2 - 4 条：医師国家免許は、ドクトラ論文修了後に与えられる。第三サイクル修了後、専門医および一般医の資格が明示された証明書が発行される。医師が証明書に明示された内容と異なる資格を標榜することは、これを禁ずる。

第 6 3 2 - 5 条：第三サイクル課程において、インターンおよびレジデントは、大学管理下、フルタイムで理論・実習教育を受ける。インターンとレジデントは同等のステータスを有し、同条件の報酬が支払われる。

インターンとレジデントは、大学病院・公立病院・軍病院・公的活動参加私立病院、協定研究所、協定臨床検査所、協定開業医のもとで、有給医療活動を行う。専門医インターン生は、最低 2 セメスター期間、大学病院以外の病院で実習を行うことが必須である。レジデントは最低 1 セメスター期間を大学病院で、1 セメスター期間を開業医の下で実習することが必須である。各専門ごとの実習詳細は、省令によりこれを定める。精神科インターンは、最低 1 セメスター期間、大学病院において精神科医実習を行うことを必須とする。

第 L 6 3 2 - 6 条：一般医第三サイクル課程は、公衆衛生地図による区画ごとに構成される。一般医レジデント生は、例外を除き、自身が第二サイクルを履修した大学の所在地域で実習する。非大学所属臨床医は、規制に則り、レジデント実習教育プログラム内容決定に参加する。開業一般医と大学間の提携を行う。

6 3 2 - 7 条：全てのインターンは、医学分野以外の大学専門研究所で実習することができる。

6 3 2 - 1 0 条：毎年、第二サイクルを修了した全ての医師が、第三サイクル課程で、インターン・レジデント実習をするのに、十分な数のポストが用意される。国民の保健需要、医療地域格差の是正、大学・公立・軍・公的活動参加私立病院、臨床検査所、研究所全体のキャパシティ調整を鑑みた上で、関連省庁は、毎年、専門科ごとにコンクール合格者数

を定める。教官リストと、各教官につくインターンおよびレジデントの定員数は、各地域の委員会が、県条例によって発表する。国民の保健需要を評価するため、大学庁と保健省は、上記の地域委員会と協議を重ねる。本委員会の役割・機能・構成員については、コンセイユ・デタの省令によって定める。地域委員会は、医療従事者、その他の各代表者半数の原理に基づき構成される。

632 - 11条：ペイン・リリーフ教育、ターミナル・ケア教育に関する、卒前・卒後・生涯教育は、**公衆衛生法第L 1112 - 4条**に則り、大学病院および教育指定機関病院が行う。

632 - 12条：コンセイユ・デタ省令は以下の通り規定する。

1) 最低3年間、医師として活動を行った者、および過去に第632 - 2条が定める選抜コンクールを受験したことのない、一般医第三サイクル修了者は、最初に履修したサイクルとは異なる専門第三サイクルを履修することができる。

2) インターンが専門を変更する際の条件に関する規定

3) 外国人医師のための第三サイクルへのアクセスに関する規定

4) 第632 - 2条で定めた以外の医学生が病院で実習を行う際の条件に関する規定

公衆衛生法第L 1112 - 4条：公・私立医療機関、社会医療施設では、受け入れた患者、入居者のペイン・リリーフ・ケア、ターミナル・ケアに、全責任を持つ。

大学病院は、公的活動参加私立病院、公・私立医療機関と共に、上記の目的のため、卒前から生涯教育に到るまでの全ての教育を与えることを保証する。介護スタッフも含め、町の開業医からも同目的のために得られた知識は、全て研究・発展に生かすべく活用する。医療機関は社会医療施設と、同目的のために協定を結ぶことができる。

本法義務は、特に、未成年者・要保護成年者・高齢者を迎え入れる時に対象となる。

2000年6月15日制定相オールドナンス 2000 - 548号、公衆衛生法典第L 631 - 1条

教育省省令2001年10月19日法：1998年4月29日法改正法

第1条：レジデント研修期間を2年半より、3年に改定する。

第2条：一般医第三サイクル過程でのカリキュラムは以下のように改定する。「一般医第三サイクル過程での理論教育は3年間にわたり、約200時間とする。履修科目は以下のよ

うに改定する。

一般医とその分野におけるアプリケーション

一般医におけるテクニック、ジェスチャー

一般医における最も一般的なシチュエーション、診断学、治療学、それらの評価方法

一般医職業執行条件、今日の医療制度における一般医の位置

予防医学、公衆衛生教育、治療教育

データと疫学、資料文献検索方法、診療所経営管理学、生涯教育、一般医としてのさらなる研鑽に関する教科」

第3条：以下のように改定する。「病院内・外勤務レジデント研修医は、その期間を6セメスターとする。研修医を受容する指導医療機関、ラボラトリー、開業医は、教育指定認定を必要とする。3セメスター必須履修先は、1セメスターは、成人医学、一般医、内科専門医、ポリ医（総合）短期老人の科から、1セメスターは、産婦人科と、小児科、1セメスターは救急科とする。

教育指定の一般開業医診療所にて1セメスターの必須実習を行う（最低4ヶ月以上、残りを保健所母子保護センター、ディスペンサー、学校医務室、等一般医がプライマリ・ケアを行う、病院を除く施設にて行う）。

2セメスター選択科履修先として、UFR（Unite Formation et Recherche）責任者との協議の上、教育指定機関から選ぶ。それらは外来部門が好ましい。

これらの期間中全て、患者の心理、精神状態に取り組む教育時間を義務とする。

上記レジデント研修期間の合計は、6セメスターとなる。

第4条：本改訂法は、2001-2002年度より有効とする。

第5条：本改訂法施行開始日は、2001年10月1日とする。

アネックス A

要補完専門教育資格リストに、新生児科を新しく加え、その履修期間を4セメスターとする。

欧州法規

1993年4月5日制定法、ヨーロッパ・ディレクティブ93/16/CEEによって、EU圏内全ての国での共通の義務が、以下のように定められた。

- 医学部卒前教育期間を6年間に統一
- 卒後教育での、理論と研修両過程履修の義務化
- 研修時間を、教育指定病院でのフルタイム勤務とする
- 専門科ごとの研修期間の設定(3~5年)、または最低2年の一般医の研修

9.良い医師とは？(教育省・文部官房、医学教育担当事務官へのインタビューより)

本稿末に記する両官僚インタビューで、「良い医師とは？」という質問に対し、以下のような答えが返ってきた。

「サヴォワール・エートル(仁術)を教えることは、サヴォワール・フェール(技術)を教えるよりもはるかに難しい。対人関係術や人の訴えを聞く姿勢は大切である。しかしまた、十分な基礎知識と理論も、医師にとって最低必要条件である。医師となった後も、生涯医学教育により絶えず学び続け、知識を更新していこうと渴望する、向学心、探究心が大切である。また、医学的知識は申し分ないが、人柄に問題がある医師と、人柄がよく患者の訴えを一生懸命聞く姿勢はあるが、医学知識に乏しい医師のどちらを選ぶかという究極の選択には、前者の、知識がある医師を選ぶべき。」

10.医師生涯教育(根拠法：1996年12月5日省令)

教育とは時間もお金もかかる事業であるということは、今回の調査を進める中でも、再認識した重要なポイントである。理想の実現の鍵を握るのは、学ぶ側、教える側双方の経済的インセンティブを保障する財政基盤である。

フランスの生涯教育の財政保証制度として、生涯教育金庫 FAFPM (Found Association Formation Permanente Medical) がある。一般の社会保障負担費や租税と同様、フランスの医師は皆、毎月所得の一部から一定の額を、生涯教育費用として支払う。いわゆる、医師による医師の教育費用のための銀行として、公的に財政バックアップをしている。また疾病金庫からも助成金を出す。1996年ですでにその予算は、年間200ミリオン・フランと言われている。

1970年代後半に創られた全国医師生涯教育連盟 UNFORMEC(Union Nationale Formation Medicale Continue)が、その質の保証に務める。

四つのパートナー（医師会、大学、医師労働組合、全国医師生涯教育連盟）から成る全国医師生涯教育委員会 CNFMC(Conseil National pour la Formation Medicale Continue)が、毎年、扱うべきテーマを公表する。これに私的・公的各教育専門機関が公募に応える形で、カンファレンス、セミナー、テキスト・マニュアル等のプログラムを作成し、評価審査の後、承認を受ける。概して私的機関の方が、迅速に公募に反応する傾向がある。スピード力のない大学病院等の公的機関が主催者として参加するには、現行の締め切り制度がやや不利であるとの批判もある。

一方参加する医師の側にも、経済的インセンティブが保証されている。開業医と疾病金庫間、あるいは病院勤務医と疾病金庫間で、それぞれ協定を結び、生涯教育に参加する際の休診手当が支払われる。開業一般医では、一日に診察する患者数を15人と想定して、一日 $15 \times C$ （ C = 保険診療報酬単価、115フラン）、専門医では9人と想定し、一日 $9 \times C$ が支払われることが1990年に取り決められ、1993年に更新された。医師一人につき、年間10日間の生涯教育にまで適用される。大学病院勤務医には、勤務そのものが教育的性質を持つと理解されているため、休診手当はなく、別枠の援助がある。

ここまで制度が整っていても、実際に参加する開業医は10～20%と言われている。アンケートによれば、開業医が最も利用する教材は、メディカル刊行物か、製薬会社のMRからの情報である。2002年3月5日には、昨年提出された開業医の生涯教育を義務化する法案が法制化された。この義務化については、珍しく政府・保険者・医師とも意見が一致している。開業医の生涯教育が、患者ケアの質の向上に、必要不可欠だと認識されている証拠である。

11. 今後の課題提起

開業医評価の徹底：保健省官房、医学教育担当事務官ジェラルド・レヴィ氏は、インタビューの中で「ANAES（国立医療評価機構）により、病院は評価されるが、個人開業医は任意であるから、これを義務化するべき」としている。（2002年3月5日法「患者権利、ヘルス・ケア・システム・クオリティ」法で、2006年までに、公・私立全ての医療機関が、ANAESの評価を受けることを義務とすることが法制化された。）

今後、政府指導で、医療費抑制を目的とした、適正医療コントロールの強化が予想される。医学部では、医療経済学が必須科目となった。これは、将来の医師像が、従来に比べ、収入が少なく、職業行為は管理統制され自由が利かなくなることを意味する。このため、無駄な医療行為、検査、処方もなくした、適正医療が必要になる。

患者教育：供給者である医師への教育とともに、消費者である患者への教育も重要であると、政府は考えている。これも、マクロな考えでの医学教育と言える。上述のジェラルド・レヴィ氏は、患者一人ひとりが、どれだけ医療消費したかを知り、自己負担などの、コスト意識を持たせることが大切だとしている。もともと自己負担とは、「チケット・モデレーター」の言葉が示すとおり、モデレート（節制）させるためのものであった。

医師配分の是正：現在フランスにおける医師の配分は、一般医 51%：専門医 49%である。理想的配分とされる、一般医 60%：専門医 40%への是正が必要である。

12.新規医院開業、医院廃業へのインセンティブ

1950年に3万人であった医師は、その後大幅に増え、1990年には17万人（人口10万人当たり300人）、2000年には20万人（人口10万人当たり330人）となった。現在、開業医師が経営困難に直面する現象が起きている。国家医療費削減のために、年々保険者のコントロールが強化されている。また、地域格差による医師の過密は、過度の競争を生む。特に開業一般医では、「90年代、開業してから顧客患者を確保するまでの期間は、1~2年と言われていたが、現在は5年かかる」（インパクト・メドゥサン誌）と言われている。その間、保険会社、病院での夜勤当直、あるいはバカンス代診等、アルバイトによる厳しいスタートを切る医師も多い。

フランス開業医の平均月収は、3万フランと言われ、もはや、経済的理由が開業目的である時代は過去のものとなった（同平均年収で最も低いのは、小児科医・一般医の30万フラン、最も高いのは、放射線科医で90万フランであった）。

フランスには、医師を廃業し、その経営権や顧客患者リストを譲渡する際、新規開業医がその全てを買い取る慣習が存在する。その際、新規開業医が支払う代償、いわゆる、のれん料は、1996年で年収の50%と言われていた。現在この価格に大きな下降変動があり、特に過疎地域では、買い手のつかないままの廃業も稀ではない（インパクト・メドゥサン誌）。また、医師の高齢化も始まり、現在50歳以上の医師数は、40歳以下の医師数を超えている。平均年齢は、45 - 46歳である。性別では、医師人口の女性化が目立ち、特に皮膚科、小児科ではこの現象が著しい。彼女らの就労形態は、パートタイムが多い。また、政府が国家医療費削減目的のためにとった、65歳以下の医師を対象とした早期退職奨励政策MICAにより、多くの医師は早期廃業に走った。

これらのため、2010年以降、一部の地方や診療科では、医師が不足すると言われている。すでに麻酔・蘇生科専門医、外科専門では、病院勤務ポストで多数の欠員が出たままである。この不均衡を是正するために、質を下げずに、医学部二年生の進級定員数を増員することが、改革課題である。

表 1・

* 国民人口	5,910万人
* 65才以上人口	14.8%
* 医師数	17万5千4百人
一般医数	8万6千人
(病院勤務医)	(25%)
(開業医数)	(75%)
専門医数	8万8千9百4人
(病院勤務医)	(2万5千:32%)
(開業医数)	(6万3千:68%)
* 医師人口10万比	268人
* * 医学部入学生数	1999年:3,850人
(二年生修了)	2000年:4,100人
	2001年:4,100人

データ：* OECD (1998年時点のもの), * * 官報 (2000年時点のもの)

表 2 . フランス国民人口と医師数動態推移

第二サイクル 医学生仮定数 /年	4,700 (人)		5,300		7,500	
	医師数	人口10万人 対医師数	医師数	人口10万人 対医師数	医師数	人口10万人 対医師数
2005	195,400	322	195,700	322	195,700	322
2010	193,700	314	197,600	320	197,600	320
2015	183,100	292	191,000	305	19,500	311
2020	165,300	261	176,100	278	190,800	301
2025	148,300	232	161,800	253	186,600	292
2030	140,600	218	156,400	242	190,400	295
2035	139,500	214	157,200	242	198,500	304
2040	141,100	214	159,600	242	205,600	312
2045	142,700	214	161,300	242	209,200	314
2050	143,600	214	162,000	242	211,300	314

データ：Centre de Sociologie et de Demographie Medicale 2000年

13.インターン研修内容

インターンに対する研修教育カリキュラムは、現場の声を反映させた協議の末、保健省と教育省で決定する。例として、腎臓内科と神経科のカリキュラム・プログラムを以下に示す。このガイドラインの全項目が遵守されていれば、その他の詳細は任意であり、各大学病院、各科、各指導教官のスタイル等は、管理しない。

腎臓内科専門医インターン教育カリキュラム

期間：4年間（約250時間）

理論

基礎理論：

1. 腎臓内科における疫学・治療学・臨床アプローチの評価方法
2. 腎臓内科に関する法学、倫理学、管理学、組織と構造

専門理論：

1. 腎臓および泌尿器に関する解剖学、発生学、発達、生理学
2. 腎臓に関する遺伝子、免疫システム、がん
3. 腎治療に使用する薬学（代謝、分量、反応、毒性）
4. 腎臓および泌尿器の内視鏡検査、組織学、機能
5. ハイドロ・エレクトロリック障害、電解質システム
6. ネフロパチー（腎障害）分類
7. 腎臓および泌尿器に関する疫学、生理病理学、解剖病理学、診断、予見、治療方法
8. 急性腎不全、高血圧障害、初期および中期糸球体腎炎、尿路感染症、ネフロパチー、奇形性ユーロパチー（尿路障害）、結石、腎臓がん、先天性・遺伝性ネフロパチー、薬毒起因性ネフロパチー、循環器系疾患合併症としての腎臓病、慢性腎不全
9. 腎臓における救急治療
10. 末期慢性腎不全と人工透析、移植

実習

1. 必須単位：3セメスター腎臓専門教育指定医療機関にて実習（内2セメスターは、大学病院または協定病院）これらの期間、最低2つの異なる科で実習を行うこと。
2. 必須単位：1セメスター蘇生科専門教育指定医療機関にて実習を行うこと。
3. 選択単位：4セメスター（内1セメスター：腎臓専門教育指定検査ラボラトリーと、1セメスター：心臓・循環器専門教育指定医療機関、内分泌科、内科専門、小児科で実習することが望ましい。）

神経内科専門医インターン教育カリキュラム

期間：4年間（約250時間）

理論

基礎理論：

神経内科における疫学・治療学・臨床アプローチの評価方法

神経内科に関する法学、倫理学、管理学、組織と構造

専門理論：

1. 神経体系に関する解剖学、発生学、発達、生理学
2. 神経体系に関する主な遺伝子、免疫システム、がん
3. 神経治療に使用する薬学（代謝、分量、反応、毒性）
4. 神経サイコロジ、バイオ・サイコロジ、特徴的態度
5. ハイドロ・エレクトロリック障害、電解質システム
6. 神経機能検査
7. 神経障害における疫学、生理病理学、解剖病理学、診断、予見、治療方法
8. てんかん、頭痛、錐体外路系システム障害、先天性・後天性急神経障害、悪性腫瘍、循環器系疾患、感染症疾患、炎症疾患、周神経および筋性疾患、精神病症候学・疾病学、（麻薬・アルコール等の）中毒症・依存症
9. 神経における救急治療
10. 主要な神経外科手術と神経外傷

実習

1. 必須単位：4セメスター神経専門教育指定医療機関にて実習（内3セメスターは、大学病院または協定病院）これらの期間、最低2つの異なる科で実習を行うこと。
2. 必須単位：1セメスター神経科専門教育指定検査ラボラトリー
3. 選択単位：3セメスター神経科以外の専門教育指定医療機関より選択

第二部：2001 - 2002年フランス医学教育改革

キー・パーソン&ワード

1. ベルナール・クシュネール保健大臣（社会党、国境なき医師団創始者）
2. ジャック・ラング教育大臣（社会党）
3. 一般医
4. 内科専門医
5. 2007年～2010年、フランスにおける医師数の深刻な減少

背景

従来フランスでは、一般医（Generalist）の地位が、専門医（Specialiste）に比べて、低く見られてきた。同じ医療行為をした場合でも、診療報酬単価に違いがある（例：血糖値や血圧管理とそれに対する処方：一般医は115フラン、内分泌・循環器専門医は150フラン）。その原因は、医学部教育の選抜システムにあると思われる。なぜなら、インターン・コンクール国家試験前後の成績上位者が専門医教育課程進行を認められ、成績下位者は一般医となることを選択する、という見方をされているからである。

このためフランスでは、専門医至上主義が生まれ、ファミリー・ドクターによるプライマリ・ケアの確立や、予防医学の重要性は、過小評価されてきた（フランスの薬剤過使用傾向も、専門医至上主義と関連があると言われる）。しかし、今日一般医に課された役割は大きい。特に、老人科（Gerontologiste）、救急科（Urgentiste）の需要が増えている現状では、もはや、一般医を、内科専門医として確立し、教育することが必要となっている。同時に救急科、老人科をそれぞれ一つの専門科として確立する必要性も生まれてきた。

また、政府の医療費削減政策において、患者に、一般医を「参照医」として選択・登録させる制度や、患者を中心とした医療ネットワークをコーディネートさせる制度が提言された。ここにも一般医に寄せる期待の大きさが見える。それにもかかわらず、これらの政策は成功しなかった。これは、専門医ロビーと、國務院（Conseil d'Etat）による「一般医による職業権限の超越的行為」裁定といった、反対派の圧力があったためでもある。

反対派の本音には、患者を奪われる危惧と共に、一般医への蔑視傾向がある。そこで、ベルナール・クシュネール保健大臣は就任早々、この優劣障壁問題に正面から取り組んだ。その結果、ジャック・ラング教育大臣と共に、大学教育改革を行うことを宣言し、そのグランド・デザイン（以下）を発表した。（2005年実施予定）

<大学教育改革の概要>

インターン・コンクール国家試験方法：現行の選択回答方式を廃止（現行では、1 / 3 が（Q C M : Question a Choix Multiple）基礎理論選択回答 1 5 0 問、1 / 3 は（C C Q C M : Cas Cliniques a Question a Choix Multiple）クリニック選択回答、1 / 3 が診断と治療解説）。現在、試験問題が非常に専門的で難し過ぎるとの反省から、2 0 0 5 年以降、自分で考える力、パフォーマンス力、実践力を問う回答方式に変更。具体的には、症例論文読解と解説、医学アーティクルに対するコメント、患者への対応の仕方を筆記する方式。これにより、患者とのコミュニケーション力と、職業適正を判断する。

現在成績ランキングは、全国を南北に分けて順位付けしているが、これを全国統一にし、希望する専門科に配属できるようにする（現在は所属する大学地区の需要により、希望科配属が難しい場合もある）。

第一サイクル改革：医療職分野全てに共通の課程を検討中

第二サイクル改革：第二サイクル修了後、医師として医療行為を行うことができない場合に、異分野の大学の第三サイクル課程に進級し、ジャーナリズム、法律、医薬産業、経済の職業につくために、有利となる専門資格を検討中。

新選択科目として、「疾病プロセス、その予防と治療学」「医療機関組織構造」「ケアの評価」「老齡化学」「医療法学」「倫理」「患者とその家族への説明コミュニケーション学」が加わる。改革の主旨は、従来の「ハイパー・スペシャリスト候補生の養成」ではなく、「よりグローバルな視野での患者へのアプローチ」としている。

学生が、自分で考える力、パフォーマンス力を養うために、大講堂での講義形式から、より小規模教室でのゼミ形式にし、発表の機会を多くする。

第三サイクル改革：従来、第三サイクルに進級する一般医には必要とされなかったインターン・コンクール国家試験を、全ての学生が受験する。期間は3年。一般医は、内科専門医に格上げされる。経済としての医療消費学を必須履修（フランス医学教育において、画期的なことである）。

教育改革

1 . 医学生数制限

フランスの医学部教育では、第一サイクル課程の第一学年を修了することが、非常に難しい。二年生に進級するための倍率は、1 / 1 0 とも 1 / 2 0 とも言われている。再受験は一度しか許されないため、進級は難関となっている。これは、医師過剰時代に、医師数を

制限する役割も持っていた。

過去の医師数削減政策の影響で、2007年～2010年に、深刻な医師不足が予想される。これは特に遠隔地方で顕著となる。このため、ジャック・ラング教育大臣は、2002年度から、医学部二年生進級学生数を、15%増の、4,700人とすることを決定した。

2・第一学年の共通履修

医学部一年目の課程は、医学生・歯学生・助産婦の共通課程とすることが決定した。

これは、今春、産科従事者によるストライキの要求にあった、周産期に関わる「助産婦・士のステータスの向上」に応えたものでもある。

ジャック・ラング教育大臣は、「将来、患者を取り巻く、異業種医療従事者間の隔たりをなくし、連帯感を持てるよう、共通の課程を過ごす重要性を認めた」と述べた。これには、野党右派の医療議員も賛同した。

今後、この共通履修は、さらに他の医療職学生（リハビリ技師、介護士など）にも拡大する予定。

3・専門科としての救急科、一般内科

前述のとおり、老人科・救急科の専門性確立が急がれる課題となった。このため、ベルナール・クシュネール保健大臣は、医学部卒後教育の課程において、上記二科の専門教育をつくる意向を述べた。現在、第三サイクル課程の研修医教育カリキュラム・プログラムでは、6週間ごとに選択科を移動し、実習する。ただし、1．小児科、2．救急室、3．町の協定開業医診療所での実習は必須である。今後、この第三サイクル課程で、DESC(Diplome d'Etude Specialise Complementaire)というディプロムをつくり、6セメスターの期間で、1．蘇生科、2．麻酔科、3．外科、4．救急小児科を実習することが決められた。これは、現存する救急認定医資格のCMU(Capacite Medicine d'Urgence)に代わるものとなる。

また、一般医の第三サイクルの期間は、現行の2年半から3年に延長されることが決定され、2005年に開始される。単位は、3年間で計200時間を、3セメスターごとに分けて修了する。この3セメスターに、町の協定開業医診療所でのプライマリ・ケアが必須のほかは、1．成人内科、2．産婦人科、3．小児科、4．救急室での実習を選択する。もう一つの必須実習項目を、病院外来とするか精神科とするかは、現在論議中。指導教官委員会では、精神科履修の重要性を認めながらも、「臨床実習が、本当に将来の一般医にとって良い経験となるのかは疑問。教室での理論学習のみでよいのではないか」との見解を出している。

その他の医療改革

ベルナール・クシュネール保健大臣は、医学部教育改革の他にも、次の医療改革プランを発表した。

1. 地域医療再編成
2. 毎年、医療問題をディベートする議会を定設し、テーマ報告書を出し合う。
3. 警視庁に医師免許剥奪権を与える（現在は、医師会 L'Ordre de Medecin が管轄）
4. 医師会 L'Ordre de Medecin 組織の再編成（役職兼任、留任の禁止）
5. 予防医学の重要化
6. 医療ネットワークのコーディネート
7. 医療機器・製薬会社からの医師への贈答禁止（あるいは報告義務）の法制化
8. 遠隔地方開業援助
9. 生涯教育の義務化
10. 全ての医療事故被害者への賠償支払い（ただし、人数が非常に多いため、輸血による C 型肝炎感染者は除く）

自身も医師であるクシュネール保健大臣の医療改革プランは、その大部分が、野党医療議員からも肯定的な意見を得ている。

ジャン・フランソワ・マテイ教授 (Democrate Libérale 党議員、小児科医) による、 医療改革についての政界への進言

昨今のES細胞利用に関するバイオ・エシックス、ペルシュ判例、狂牛病等の社会問題に対して、サイエンスに裏打ちされた発言により、フランスで大きく注目を集めている医療議員が、ジャン・フランソワ・マテイ氏である。氏の政府への提言は、その多くが実際に法案に取り入れられていることから伺えるように、教訓に満ちている。以下にその提言書の要約を抜粋する。

1. 医師ばかりでなく、保険者側の教育、質の評価をするべき。フランス社会保障疾病金庫は、1946年の創設以来、重要な国民健康保険事業を司ってきた。しかし、財政不均衡の責任や、質の向上を、医師側ばかりに求めるのではなく、保険者側も同様に努力し、その質を評価する必要があるのではないか。
2. 疾病臨床教育だけでなく、予防医学も重要である。また、予防診療行為が、保険から無給付なのは、妥当なのか。真の節約とは、この予防給付も取り入れることではないのか。予防医学専門コメディカル職資格を創るべきではないか。
3. EBMを賢く取り入れるべき。
4. 医学生とその教育者側、両者の評価を行うべき。質の評価とは、一方的ではないはず。
5. 現行の医学部教育で早急に取り入れるべきなのは、分析と意思決定 複数の異なる専門科間でのグループ臨床 倫理・経済・法学 最も一般的な疾患の臨床教育 薬剤経済学、薬剤プリスクリプション学
6. 大学病院教官・教授職員は、臨床 研究 教育という三つの役割を担っている。しかし、現実問題として、これら三役を両立することは、不可能であるという認識が必要である。

当然のことを述べていると言ってしまうればそれまでだが、フランスの問題点が凝縮分析されており、はっとさせられる新鮮な観点である。

第三部：政府官僚へのインタビュー

保健省官房 医学教育担当事務官ジェラルド・レヴィ氏へのインタビュー

インターン制度はいつから存在し、法的に義務化されたのでしょうか？

インターン制度は、一世紀以上存在します。その間に主旨が変わりました。初めは、超エリート医師選抜試験のためのものでした。合格の確立は1 / 10ほどで、合格者は、まさに医学分野のエリート中のエリートでした。彼らは大学教授や専門医師、大きな大学病院の勤務臨床医となりました。当時、専門を選択するには、二つの方法がありました。一つは、インターン制度を通ること、もう一つは、専門医教育修了認定証を得ることです。後者は、医学部第二サイクルを修了し、前述の選抜試験をクリアした者に、受験資格が与えられる認定証でした。この間、一般医は専門科ではなかったため、研修制度はありませんでした。

1984年、欧州国内に、医学教育についての共通法規が定められました。理論と実践の分野において、共通の義務と、各国の自由に任せる部分を定めたのです。

1984年以降、理論とフルタイムの臨床研修が必須となりました（一般医には1993年研修が義務化）。専門医教育修了認定証制度は廃止となり、専門医になる道は、インターン制度しか存在しなくなりました。これにより、以前の超エリート選抜的性格はなくなり、一般医と専門医を選別するためのものになりました。ここに、医師間での一般医軽視の現象が生まれました。しかし、エリート選抜試験は、すでに第一学年から第二学年に進級する時点の厳しいコンクールにおいて行われており、医師になる者は皆、ある程度以上の優秀さが保証されています。ですから、この一般医軽視傾向は、一般医にとっては耐え難い偏見です。これが、今回の改革の引き金となり、一般医もひとつの専門となったわけです。今後、第二サイクル修了後のインターン・コンクール国家試験は、一般医候補生と専門医候補生を振り分けるためのものではなく、国民の保健需要によって、成績上位ランキングから進路選択を決めるものとなりました。2004年に行われるコンクールは、国民の保健需要にしたがって、医学生が選択するためのものになるでしょう。インターン制度は、超エリート選抜から、専門医・一般医の分岐、そして、国民の保健需要によって、成績上位ランキングから進路選択を決めるものとなります。

保健省は、どのように教育プログラムに関与しているのですか？

理論は教育省、臨床は教育省と保健省共同の管轄です。フランスでは、全ての教育に関する取り決めを、教育省が管轄しますが、公立病院は、保健省が管轄する分野です。医学生は第3学年から早期の臨床が開始されるため、臨床については、二つの省が共同で管理す

ることになるわけです。また、将来の医師が担う公衆衛生も、当然ながら保健省の管轄分野です。国民の保健需要度、保健目的、そして国家優先事項構想を果たすために、二つの省には、密接な協調が必要になるのです。

医師会 L'Ordre des Medecins オードル・ド・メドサンは、何か発言しないのですか？

発言はしていただきますし、彼らの名誉ある意見は聞き入れます。各専門学会の方々についても同様です。しかし、決定権はあくまでも我々にあります。

良い医師とは何ですか？

非常に難しく、かつ大切な質問です。大量生産の工場を管理している実業家であれば、製品の品質管理がいかに大切かは、十分承知しています。しかし、医師育成は、缶詰や車をつくることとは違います。私は、医師の品質管理に、二つの条件を要求します。最も重要なのは、医学基礎知識と、その再評価です。医学は進歩の目覚ましい科学です。厳しい試験制度を経て、大学を卒業しても、その知識だけでは不十分です。その後の生涯教育によって絶えずフレッシュな知識を補っていかなければなりません。ですから、卒前・卒後教育の段階で、職業生涯教育の準備をする必要があります。つまり、知識への渴望が大切なのです。同時に、何でも疑問に思う、批判精神を持たせることも大事です。製薬業界等からの医療情報は、溢れ返っています。批判精神がなければ、この大量な医学情報を正しく識別することはできないのです。医師の品質管理のもう一つの条件は、理論と臨床の調和、患者の訴えを聞く姿勢です。患者は診療室に、体の症状を訴えにやって来ます。この時、患者の言葉に耳を傾ける姿勢がなければ、様々な高度医療機器を駆使しても、何もわからないという事態を招いてしまいます。これは、医療経済の立場から見ても、非常に不経済なことです。つまり、医師には、基礎知識とその再評価、新しい知識への渴望と批判精神、そして患者 医師間の人間関係が大切でしょう。

さて、それでは究極の選択として、もし明日わたしが、医者にかからなければならぬとしたら、「人当たりが非常に良く親切で丁寧だが、理論・知識にやや欠ける医師」と、「理論・知識は申し分ないが、人柄に問題がある医師」のうち、私は迷わず、後者を選ぶでしょう。でも、本来、この両方を兼ね備えていることが望ましく、またそれは可能でもあるのです。

どのように二つの条件を学生に与えていますか？

理論知識を与えることは簡単です。実践を教えることの方が難しい。教官は、学生にとって、モデルとならなければなりません。研修医は、教官の技術だけでなく、患者の言葉を

聞く姿勢や働く様子を見て学ぶのです。外国のシステムと比べて、フランスの医学教育の良い点は、早期から病院で臨床を開始することです。これは、優れた点です。

研修医の報酬は、その責任、激務からみれば決して高給ではないと報道されていますが、いかがでしょうか？また、この給与はどこから出されているのですか？

給与が開始される第二サイクル課程の第二学年は、エクスターンに過ぎません。報酬も当直手当込で、わずか月700フランです。インターンとなつてからは、ぐっと高額になります。つまり第三サイクル課程からは、月9,000フラン~13,000フランとなります。他の職業と比べてみますと、例えば小学校教師は月8,000~8,500フランから始まります。ですから、決して恥ずべきほどの安月給ではないと思います。それに、当直手当もプラスされます。これによって、通常の25~30%の給与アップにもなりません。

インターンの給与は、病院から出ています。つまり、保健省からということですが、保健省が、医学教育に関与している理由は、ここにあります。

研修制度に不足している点、問題点は？

反省点は、臨床研修の比重が、理論学習に比べて、大き過ぎた点です。

昨今のストライキでは、インターンが条件改善を勝ち取りました。今後当直は、月5日まで、そのうち週末は1回までと決められました。同時に、当直明けの休労義務も決められ、24時間勤務はできなくなりました。また、完全な休日も決められました。これらの時間を、理論学習に当てることができるわけです。

研修制度の良い点は？

フランスのインターン・システムの良い点は、それが病院の活動に、実際に組み込まれていることです。学生は、病院のスタッフ、チームの一員として参加します。これは、責任感や、自分の価値を大いに感じられることです。

今後は、どのように改革、改善されていくのでしょうか？

まず第二サイクル課程、次に第三サイクル課程のプログラムが変更されます。第三サイクル課程の変更事項は、現在計画中です。その後は、ちょっと休憩です。いつもいつもプログラム改革ばかりしているわけにはいきませんし、改革の経過を見る時間も必要です。

医師の生涯教育プログラムについてはどうですか？

生涯教育についても、先の国会で新法案が提案されたばかりです。この法案に問題はないと思いますので、おそらく近いうちに、法制化すると見られています。(2002年3月5日、医師の生涯教育の義務化が法制化された。)保健省は、医・歯・薬学生涯教育についても関与します。この法律は「患者の権利、ケア・システム・クオリティに関する法律」と称します。ケアのクオリティの中に、生涯教育は、おのずと必須条件として含まれますから。

保健省は、どのように、学生や医師の教育内容を評価するのですか？

フィードバックされる仕組みがあるのですか？

現在調整中です。現時点で、開業医を評価するシステムはありません。病院に関してはあります。これは、ANAES(Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation des Soins)国立医療評価機構が行っています。しかし、この評価は義務ではなく、任意です。将来的には、義務化されてゆくでしょう。(2002年3月5日法「患者権利、ヘルス・ケア・システム・クオリティ」法で、2006年までに、公・私立全ての医療機関が、ANAESの評価を受けることを義務とすることが法制化された。)

医師、医学生に限らず、指導者側(教官、教授)の評価も課題です。

フランス社会保障の疾病治療費給付については、いかがお考えですか？

とてもよくできたシステムです。全ての疾病がカバーされ、中には自己負担ゼロの、100%給付疾患もあります。慢性疾患や、動脈硬化、高血圧、糖尿病などです。また、上記の疾患以外でも、長期疾患の場合は、医師が判断して、自己負担ゼロとなります。その他の疾病も、給付率は70~75%ですが、全てカバーされます。公的国民疾病保険の他にも、自分たちで支払う任意加入の共済保険が存在します。これで、給付されない部分を補完します。これにより、70~100%の費用がカバーされます。ある程度以下の低所得層には、全ての医療費がカバーされるCMU保険(Couverture Maladie Universelle)が存在します。また、フランスでは、歯科治療費と眼鏡の償還率が非常に悪く、共済保険に加入せずに、公的保険だけだと、その償還率は、10~20%といったところです。チケット・モデレーターと呼ばれる自己負担額は、その名の通り、モデレーション(節制、節約)させるのが本来の意味です。つまり、国民に、医療費に関するコスト意識を持たせること。しかし共済保険の登場で、本来の意味であるはずのモデレーターはあまりなくなってしまいましたね。例えば、薬代に1000フランを支払ったとします。この場合は、300フランが自己負担になるわけで、この額は、決して無視できる額ではありません。

この300フランの自己負担が、患者の節約心奨励につながるという発想なのですね。

その通り。これが初めの考えでした。社会保障は、システムとして実によくできていて、
というか充実しすぎていて、逆に欠点があるのです。つまり、不幸なことに、患者への教育
が行き届かなくては、医療費は膨大な額になってしまうのです。あくまでも私の個人的
な意見として、例え話をしましょう。あなた方の奥さんに、一年の初めに1万フランを渡
して、スーパーで欲しいものを何でもかごの中に入れてきなさい、と言ったとします。1万
フランを超えても追加払いしなくてよいのですから、当然、買う量は増えますね。ソーシ
ャル・セキュリティは、これとよく似ています。一定額を初めに支払って、コントロール
なしに消費する。これでは、システムが破綻しない方が不思議です。

疾病によって、カバー率が違いますか？

癌や重篤な炎症などの長期疾患が100%カバーされることは、先ほど申し上げました。
ですから、なおさらチケット・モデレーターは、保持する必要があるのです。100%カ
バーされないものは軽い病気だとは言いませんが、少なくとも、生死に関わる重篤な疾病
とは言えないものです。したがって、この治療費には、患者もある程度、節約心を持って
もらいたい、と言うのが概念です。

**最後の質問になります。保険診療を行うセクター1、混合診療を行うセクター2、保険外
自由診療を行うセクター3の医師について、メリットとデメリットを教えてください。**

患者は、混合診療を行うセクター2の医師に見てもらいたい場合、自己負担分が増えてで
もそちらに行きます。共済保険が自己負担分を補完してくれるので、結局、自腹は痛まな
い人が多いのです。これでは患者に節制心、医療コスト意識は育ちません。

医師の側からすれば、保険診療を行うセクター1の医師であれば、老齢年金と健康保険へ
の掛け金が、セクター2の医師より小額で済む特典があります。

(保険外自由診療を行うセクター3の医師は、ごく一部の例外を除いて、フランスにはほ
とんど存在しないため、ここではご回答いただけませんでした。デメリットは、公的・私
的保険が全く利かないので、アクセスできるのが富裕階層に限られることです。)³

³ セクター1~3の説明は巻末を参照

教育省官房 医学教育担当事務官フィリップ・ローレ氏へのインタビュー

インターンの歴史(過去から2005年まで)について、教えてください。

インターン制度は、ナポレオンが総督の時代の、1802年から開始されたものです。当時は、インターン学生と呼ばれていました。彼らは病院で働き、観察を記録し、フランス中を回りました。この制度が大きく変わったのは、19世紀中で、インターン・コンクール国家試験の変化に伴うものでした。一番の特徴は、パリでの口頭試問方式がとられた点でしょう。

くじ引きで順番を決め、暗い窓無しの小個室で質問を片手に10分間の準備時間を与えられた後、それこそ、闘牛場に押し出される牛のように大講堂に出され、審査員(外科医・内科医各5名)の前で10分間回答弁論をする方式でした。審査員長が時間を計り、時間切れになると、弁論中でもストップしなければならない、実にストレスフルな試験方式でした。しかしこれには、いかなるストレス下においても、試験翌日から全責任を負って入院患者や緊急の患者を一人で扱える超エリート医師を選抜する思惑があったのです。当時のインターンは、午後の1時から翌朝8時まで、病院でひとりきりでした。パリには、各病院に内科と外科のインターンが一人ずつと、当直の外科医と内科医が全パリに一人いるだけでした。この条件でインターン期間を4年間過ごすことができれば、その後、どこでも臨床できる、偉大な診察医になるのです。

欧州統一のため、1984年、加盟国全体に共通の医師教育制度が必要になりました。理論教育と、病院でのフルタイムの臨床インターン制度が必須となりました(一般医には1993年研修が義務化)。これは、戦後の専門医教育の反省点として、理論に強く臨床に弱い医師が多く輩出されたという問題があったからです。

この制度は現在まで続いています。2005年から改革されるインターン・コンクール国家試験は、専門医と一般医を選別するものではなく、全ての医学生が受験するものになります。試験の性質は、専門医と一般医を振り分けるものではなく、成績ランキングにより、進路方向を決定するものになります。一般医も、専門科の一つとして格上げされます。

つまり、インターンは、ごく少数の超エリート医師選抜を目的として始まり、次に専門科医のため、そして2005年からは、一般医も含める全ての医師のためのものとなります。

インターン・プログラムの中で、最も重視している点は、何でしょうか？

インターン教育では、国レベルによってしっかりと定義された下での、個人のダイナミズ

ムが大切になります。これは卒後教育であると同時に、すでに生涯教育の性質を持つのです。なぜかという、生涯教育とは、あくまでもプロフェッショナルな立場で、自分の知識や技能を確認する自己評価を必要とするものであり、それをさらに深めていく教育だからです。ですから、この第三サイクル段階の教育は、生涯教育と全く同質だとは言いませんが、第三サイクルより前の教育とは全く違うものなのです。

研修医プログラムの標準モデルは誰がどのように作成しているのですか？

国レベルで、保健省と教育省官房の事務官が、現場の大学教授や教官たちの意見を反映しつつ作成しています。このプロジェクト段階で、各専門科の学会、学生連盟、セクターごとの医師組合、全国医師労働組合など様々な医療分野の人たちに参加してもらいます。これにより、作業は大変豊かなものとなります。インターンのプログラムは、まず各専門科の実習の標準モデルをつくります。標準モデルは、初めに理論定義を、次にその専門科実習におけるセメスターごとの履修定義をつくります。これらは、必須実習科目と選択実習科についても定義しています。

これをもとに地方間コーディネーターが、大学病院（CHUやUFR: Unite Formation et Recherche）の実習現場の責任者と共に、詳細を調整します。例えば、北西部地方コーディネーターは、リール、アミアン、ルーアンの、複数の大規模な大学病院全体を総括します。基本的に各インターンたちは、自分がインターン・コンクール国家試験を受験して在籍している大学病院で実習をします。すなわちルーアンでインターン・コンクール国家試験をパスしたインターンは、実習をルーアンで行います。しかし、別の6ヶ月をリール大学病院で、もう6ヶ月をカーン大学病院で行うこともできます。またこの地方にある病院であれば、大学病院でなくても、実習に選ぶことができます。もちろん、医学部との協約提携を交わした病院や科であることが必要です。理論学習についても、地方間コーディネーターが、管轄内の研修医が参加する合同セミナーなどの詳細を取り決めます。第三サイクル段階での理論学習は、講師が解説する方式の他に、研修医自身が共同で、あるいは個人で症例報告などを発表する方式もあります。これは、先生や他の同僚研修医の前で行うこととなります。このように、インターンは、彼らの指導教官にはもちろんのこと、同僚研修医らによっても評価されます。これは、インターンにとって大変良い刺激となります。

この標準モデルを総合分析して、国立高等教育・研究専門委員会（ESER: Enseignement Supérieur Et de la Recherche）に提出します。そこでの意見調整を踏まえ、本モデルが官報に発布され、法的効力を生じます。官報に発布された段階で、フランス国内全ての大学病院、医学部での実行が法的に義務づけられます。たとえ、各大学病院や医学部で、教育キャパシティに違いがあっても、最低限この内容は遵守しなければなりません。しかしモデルを実行することは、パリ首都圏均衡など、医療機関数や床数が多い地域では比較的簡単ですが、過疎地など、病院も患者数も少ない地域では、難しい場合もあります。このよ

うな事情により、詳細は地方レベルのコーディネーター（各地の大学教授が兼任）に任されているわけです。

各専門の研修期間等、どのような工夫をされているか、具体的にご説明願えますか？

研修期間は、量より質が肝心です。ほとんどの専門科の研修期間は8セメスターで、内科専門医（*一般内科とは異なる専門科である）は10セメスター、外科は12セメスター、一般内科が6セメスターとなっています。しかし時とともに、期間を変更する必要が生じることもあります。例えば、耳鼻科、顔面外科、眼科、解剖病理学科、細胞病理学科、血液ガン科、麻酔蘇生科などは、研修期間を4年から5年に変更しました。従来の期間では、専門知識の把握は難しいと判断したためです。

選択科目については、全くの自由ではいけないわけで、ある程度の規定が必要です。つまり、自分の専門の科を補完する役割を持った副必須科でなければならないということです。これも、地方コーディネーターと教育責任者が共に話し合い、インターン・コンクール国家試験の成績結果と合わせて決めます。また、耳鼻科インターンが、癌科で研修を行う必要が生じる場合もあります。将来の解剖病理学者が、臨床医と互いに情報交換をする機会を持つことも大変重要です。6ヶ月間、内科病棟で臨床し、診断や兆候、症状に触れることで、自分たちが行う検査の目的を知ることができるからです。これらを国レベルで編成し、さらに、ローカル・レベルで詳細をつくっていきます。

研修期間を延長したり、プログラムを変更するのはどのような時ですか？

新技術の開発など、医学的に大きな進歩があり、従来の履修時間では不足であると判断されたときに行います。ジェラルド・レヴィ氏とわたくしが、まずその分野の関係者の意見をよく聞き、時間をかけて話し合い、書類を完成させます。先ほど触れました、耳鼻咽喉科のプログラムの変更が良い例です。あれは、現場から上がった声を、わたくしの前任者ディーン・ジャン・レイが聞き入れ、時間をかけて協議を重ね、変わったのです。我々だけでなく、その他の関係省庁も、変更プロジェクトに参加してもらうことがあります。例えば財務省にとって、インターン研修期間の延長は、給与支払い期間の延長を意味し、この変更に対して発言権があると考えるのは正当なことでしょう。

フランスの医学教育システムの特徴に、変更・改定の頻繁さがあげられると感じますが、いかがでしょうか？

先ほどご説明しましたのは、国レベルでの大きな変更決定についてです。これは、協議するのに時間がかかります。次に、地方レベルで変更決定を更新しなくてはなりません。こ

れには、財政と第三サイクル課程のプロフェッショナルな視点が大切です。病院、大学、教官、臨床医は、すべて同志です。日々の医学の進歩の頻繁な更新は、国から改定決定が降りてくるのを待たずとも、彼らがそこで行います。

例えば、マルセイユ大学病院で、新しい画期的な新発明があったとします。その時、ル・アーヴル大学病院にこの技術が届くには、どのようなルートをたどるのですか？

A N A E S（国立医療評価機構）が新技術の評価し、認証します。ルートや評価方法は、唯一ではなく様々です。医学は、絶えず進歩している分野です。電光石火のように、瞬時に消滅する流行性のものもあれば、持続するものもあります。

（臨床新技術の評価は、教育省の管轄分野ではなく、保健省やA N A E Sなど、他の専門機関の管轄分野だと言い切りたいところを、やんわりと濁しているご様子でした。）

評価を省までフィードバックする仕組みはありますか？

省は、詳細をコントロールする機関ではありませんので、詳細な評価を、国にフィードバックする仕組みはありません。しかし、ケアの構造や、各病院の決定したプロジェクトについては、細かく把握しているつもりです。教育省は、保健省と共同で将来の医師を育成していますが、彼らは、第三サイクルの学生であり、インターンであり、病院で働く一人前のスタッフなのです。つまり、我々との間に、確固たる信頼関係が成立しているのです。同様に、新技術や新方法についても細かいコントロールはありません。各大学に任せます。（彼自身も政府官房事務官になる前は、ルーアン大学の学長でした。）

ここで忘れてはならないのは、医学教育の大きな目的は、超例外的ケースの治療を行うハイパー・スペシャリストの養成ではなく、良質の全般的な専門医療ができるスペシャリストの養成です。ですから我々は、学生に最新情報を知らせたり、可能性を見せることはしなくてはなりません。それより先は、各インターンのモチベーションで進ませます。インターン制度の第一使命は、良質なケアを行える専門医の育成です。超例外的症例を学びたいインターンは、ポスト・インターンに進み、そこで学びます。

インターン・コンクール国家試験について教えてください。

これからお話することは、すべて2005年以降改革され、廃止となるインターン制度についてです。私達はここ数年、この改革プロジェクトのために、多くの時間と労力を費やしています。現在のインターン・コンクール国家試験は、各分野で独自に組織されています。例えば、薬剤師試験では、町の調剤薬局薬剤師等、大学から離れた分野も組織しています。試験は、膨大な量の超専門的な知識に対し、4~5つの選択肢の中から答えを選ぶ回

答方式です。これは良い試験方法とは言えません。今後は全くスタイルが変わり、もっと基礎的な知識に対して、自分の力で考え出す記述形式に変わります。これこそ医師に求められる資質です。膨大な超専門的な知識に対して選択回答方式をとる試験方法は、過去の研修医、すなわち大きな病院の夜勤を一人で任され、何でも広く知っていることを要求された時代のインターンのために課されたものです。今日の研修医は、全てを一人で任されることはなく、実習の場にも、当直の場にも、いつも必ず、指導教官や先輩医師が立ち会う組織の中にいます。研修が行われる病院は、教育機関指定の病院ですから、インターンを迎え入れる環境に関する厳しい規定があるのです。改革の目的は、知識を詰め込んだだけの人材ではなく、実践力やパフォーマンス力を備え、第三サイクルに進むのにふさわしいインテリジェンスを持ったインターンを選抜することです。法が発布される2002年は、フランス医学教育の歴史上、大きな改革の年となるでしょう。

コンクールの方法と、合格後のインターン配属病院の振り分け方法を教えてください。また、それは改革後、どうなるのでしょうか。

現在はフランスを二つの地区に分割していますが、改革後には一つになり、全国単一成績ランキングが出ます。まずインターンをしたい都市を選び、成績上位者から自分の好きな専門科を選びます。問題点は、自分の行きたい都市と、希望する専門科がうまく合わない時があることです。これらの問題は、コンピューターによって、全て解決する方向で、現在改善中です。

選抜コンクールの良い点を一言でおっしゃると？

国民の保健需要度と各教育医療機関のキャパシティの二点を反映した数字を定めることにより、その科の定員数を割り出すことができる点です。医学教育地方委員会 CREM(Commission Regional des Etudes Medicales)により、需要と供給の均衡が分析されています。例えば、現在フランスには、麻酔 蘇生科の専門医が不足しているため、来年度の麻酔コンクール定員を増員しました。このように、国民の保健をまず第一に、次にその必要に応じて医師を育成します。成績上位者から順に好きな科を選んでゆくの、成績下位者は、不本意ながらも、残ったポストから専門科を選ばなければなりません。残念ながら、こればかりは、改革後も変わることはありません。

研修医の報酬について、「なぜ教育を与えるのに給与を払うのか」という意見と「激務の割に低賃金ではないか」という意見の両極論がありますが。

学生であれ、現場スタッフとして働くインターンに給与が支払われるのは、当然のことで

す。臨床医がいる時も、あるいはいない時には彼らに代わって業務をこなし、患者の声を聞き、診察もしているのです。インターン制度をなくしたら、臨床医スタッフを増員しなければならないでしょう。でも、そうしたら、将来の医師を育成することはできません。賃金についてですが、1930年代のインターンの給与は、わずか40フランでした。当直手当もつきません。その後、私自身がインターンになった1963年の5月当時、賃金は、当直手当で1,450フランでした。30年前に、インターン給与は大きく改善されました。インフレ率などを考えても、今日のインターンは、高給厚遇とは言いませんが、かなり恵まれていると言わなければなりません。医者やインターンも、待遇に不満があればデモやストで訴えます。しかし、彼らに節度を教えるのも政府の仕事です。例えばアメリカでは、医学教育を受けるためには、とても高いお金を払わなければなりません。現在のインターン制度は、過去と未来への間にたった、欧州法規を守ったフランス文化です。20年後に歴史が判断してくれるでしょう。

教育プログラムについて、あなたと保健省との関係はどのようなものですか？

保健省と教育省は密接な関係を持っています。インターンは、コンクールをパスし、大学から配属病院が言い渡された直後から、配属病院の専門科部長と病院長により、出欠、態度などを細かく評価されます。しかし、あくまで研修医は、大学に在籍し続けます。なぜなら、大学が、所属学生の学習評価を総合的に分析した上で、医師免許を発行するからです。

フランスの現在のインターン制度をどのように評価していらっしゃいますか？

残念ながら、質の低い研修が存在することは、認めなければなりません。研修の質の評価は、大切なことです。教育者側の評価実施に向けて、着々と準備を進めています。これには、学生も参加させるべきだと考えています。学生には、専門者により定義された枠の中で、研修の質、問題点を正確に報告させます。我々の考えるところは、ジャック・ラング教育大臣の提唱する大学教育評価と重なります。評価は、国レベルで国立医療評価機構が主役となって行われるでしょうが、それを待たずとも、各大学医療機関に自己評価を開始してもらいます。学生を評価する時は、現段階でどこまで学べたかを学生自身が自己評価する方法があります。

質の低い研修とおっしゃいますと？

研修医がひとりきりにされ、指導教官や専門科部長らに質問しても返答がなく、教えるのに十分な時間をとってくれない研修。また、文献カンファレンスや、朝の報告会などを行

わなかったり、図書館が整備されていないといった問題のある研修です。

研修医のセメスター修了時の評価は、誰がどのように出すのでしょうか？

各大学各科のチーフと、科部長、教授が出します。

研修が修了した後の就職先の病院はどのように決まるのでしょうか？

インターン修了後、さらにコンクール国家試験をパスすることが条件です。そして、各病院がポストを募集し、インターンは、それに応募します。ですから、基本的には、本人の自由応募で決まります。中には、Chef de Clinique（臨床教育指導医）や、Assistant Specialiste（専門助手）といったチーフ職を、インターン終了直後約2年間、大学病院や医学教育指定機関病院に勤務して得ていることが、職歴として条件になるポストもあります。

Chef de Clinique や、Assistant Specialiste などを経ないと、専門医の資格がとれないのですか？それともさらに良いということでしょうか？

両職を経ないと、専門医の資格が取れないということはありません。混合診療を行うセクター2の医師の資格はとれません。ただし、その後の就職の際に、病院、医療機関側が、募集条件にすることがしばしばありますので、あれば有利です。

研修医や先輩医師が後輩研修医に指導することは、義務あるいは評価の対象になるのですか？

これは、伝統として継承されています。しかし、義務ではありません。評価の項目にもありません。

ただでさえ多忙な大学勤務の指導医に、経済的援助や時間的考慮はあるのですか？

基本的にはありません。大学病院などの教育指定病院勤務医のポストに就くときに、彼らは、臨床医であると同時に指導医であることを、仕事の一つとして提示されます。確かに、教えることで時間は取られます。しかし同時に、研修医が仕事に加わることによって、指導医の仕事量は軽減するのです。研修医を迎えることは、彼ら（教官、教授）にとってもマイナスばかりではないのです。

最後に、日本の医学部長に、何かメッセージを頂けますでしょうか。

我々も、日本の医学教育制度から学べることは、きっとたくさんあると思います。このご質問を、同じように、日本の同輩に尋ねてみたいですね。次期の大統領選で内閣交代があれば、わたしもこの官房室を去り、もとの大学（ルーアン）に戻ります。是非、そこでお会いしましょう。

<セクター1～3の概要>

1980年から、フランスの開業医、医療機関は、協定料金の保険診療のみを行うセクター1と、協定料金に自由に超過額を上乗せする混合診療を行うことを認められたセクター2、そして非協定料金の保険外で自由診療を行うセクター3が存在する。患者がセクター1, 2の保険協定医に診察を受けた場合、健康保険からの償還は、協定診察料金である一般医：18.50ユーロ、専門医：22.87ユーロをベースに、その70%が償還される。残り30%以上は、自己負担となる。すなわち可超過報酬保険協定医であるセクター2の医師にかかった患者の自己負担はそれ以上となる。国公立病院は、全てセクター1である。また、保険非協定医をあえて選択したセクター3は、その数が極めて少なく、フランス全国に500人程と、言わば例外的なため、本稿では割愛する（セクター3の診察を受けた場合にも、患者は健康保険から、0.60ユーロの償還を受けることができる。これは、共済保険償還申請を可能とするためにある措置）。

また、セクター1の医師により、保険診療は確保されているので、フランス国民からの不満、社会的不公平問題はない。患者が自由に選べる選択の幅の広さが、患者の権利の一つとして評価されている。

（料金は2002年2月1日改定後のもの）

参考文献

Avenirs: Les Professions Medicales
Les Metiers de la Sante
De la Medecine a la Sante
Journal Officiel
Premier Annee de Medecine
Les metiers de la Sante
Les Formations aux Medecines Differentes
Chirurgien-Dentiste
Pharmacien
医学フランス語会話
平成 10 年医師・歯科医師・薬剤師調査
ラボラトリー-Aventis ホーム・ページ
雇用連帯省 ホームページ
www.remede.org

ONISEP
ONISEP
Flammarion
Ministere de la Justice
Jeunes Editions
Jeunes Editions
Actuel CIDJ
Actuel CIDJ
Actuel CIDJ
医薬出版

医療系専門大学教育カリキュラム

年	通常 年齢	専門医履修サイクル 課程・学年(計11年)	一般医履修サイクル 課程・学年(計8.5年)	大学病院専門歯科医 履修サイクル課程・ 学年(計8年)	一般歯科医師履修 サイクル学年 (計6年)	薬局薬剤師履修サイク ル課程学年 (計6年)	病院薬剤師履修サ イクル課程学年(計 9年)
11	28	第三サイクル五年					
10	27	第三サイクル四年					
9	26	第三サイクル三年					
8	25	第三サイクル第二学年	第三サイクル第二学年	第三サイクル 第三学年			第三サイクル第四 学年
7	24	第三サイクル第一学年	第三サイクル第一学年	第三サイクル 第二学年			第三サイクル第三 学年
インターン・コンクール国家試験							
6	23	第二サイクル第四学年	第二サイクル第四学年	第三サイクル 第一学年	第三サイクル第一 学年	第三サイクル第二学年	第三サイクル第二 学年
				インターン歯科医師国家試験			
5	22	第二サイクル第三学年	第二サイクル第三学年	第二サイクル 第三学年	第二サイクル第三 学年	第三サイクル第一学年	第三サイクル第一 学年
4	21	第二サイクル第二学年	第二サイクル第二学年	第二サイクル 第二学年	第二サイクル第二 学年	第二サイクル第二学年	第二サイクル第二 学年
3	20	第二サイクル第一学年	第二サイクル第一学年	第二サイクル 第一学年	第二サイクル第一 学年	第二サイクル第一学年	第二サイクル第一 学年
2	19	第一サイクル第二学年	第一サイクル第二学年	第一サイクル 第二学年	第一サイクル第二 学年	第一サイクル 第二学年	第一サイクル第二 学年
第二学年進級選抜コンクール							
1	18	医学部・歯学部共通 PCEM1 第一サイクル第一学年				薬学部 PCEP1 第一サイクル第一学年	
科学系・普通バカロレア大学入学資格試験							
高校卒業							

PCEM: Premier Cycle d'Etude Medicales

PCEP: Premier Cycle d'Etude Pharmaceutique

DES: Diplome d'Etude Specialisees(Medicine & Pharmacie)