

海外研修助成

助成番号：107

ドイツの大学生健康管理の研修と実地見学

佐々木 博 司

保健管理センター

1. 目 的

わが国の大学保健管理センターの歴史は浅い。文部省は一定の規準は示しているものの、実際の運営は各大学により少しずつの違いがある。正直に言って、大多数の保健管理センター運営はまだ模索の段階にあると表現するのが妥当かも知れない。全国大学保健管理協議集會に参加することにより得られる研修も、一般普遍のものであり、現実と照合すると模索の域を脱しきれない。特に本学には、保健管理センターの目標とするとところと、根本的に志向目的を別とする共済診療所運営の問題がある(この問題については、全国大学保健管理協議會「会誌」昭和52年号に寄稿してある)。

私は、医師免許証を持つ保健教官という立場で、学生および職員に一体何をなしうるのか、迷うことしばしばである。この制度は多分アメリカから導入されたものであろう。ヨーロッパ、特に過去に医学の先覚的立場であったドイツ、しかも同じ敗戦国でありながら、アメリカ式教育制度導入を排除したこの国で、どう処理しているかに関心を持ち、解決点発見の糸口を見つけようと試みた。

2. 期間・場所

(1) 期 間

昭和51年10月15日から11月13日まで29日間

(2) 研 修 先

ボン大学、ベルリン自由大学、ミュンヘン大学、ウイーン大学

3. 研修地における現状と考案

(1) 現状：結果は全く期待に反したものであり、同時にある種の予測懸念が適中したともいえる。わが国の若年者保健、大学保健といったこま切れ予防医学や、健保制度における被保険者本人、家族の区別を越えた別の大きな仕組の中に、学生保健管理も包含されていたのである。

(A) ボン大学の現状

戦後一般国民の医療状態が十分でなかった頃、すなわち1949年に、大学生の健康カウンセリングと軽治療を目的としたものが、大学付属のポリクリニック内に置かれたことがあった。ポリクリニックが選ばれた理由は、ボン大学医学部が各科別研究棟となっているので、総合多角判

断を必要とする「保健」には、各科共存のポリクリニックが適当と判断されたからであった。しかしこの制度はなぜに欠陥があったのか、長続きはしなかった。利用者は次第に少なくなり、6年前に自然消滅して、現在この機構は無い。大学の規約の中にも、これに関するものは残っていない。ただ、ボン大学で学生保健に準ずるものがあるとすれば、次のa), b), 2項目だけである。

a) 医学部精神科棟（ポリクリニックとは別）における学生精神相談

学生相談専門の医師のポストが一つ確保されている。しかしそのポストのみで精神科医の研究が充たされるものではないので、現実的には、そこでは単純なカウンセリングを行うのみで、質的診断は他のそれぞれのスペシャリストである精神科医にゆだねられる。したがって、このポストの医師が、該当学生を一人で始めから終わりまでfollow up することはない。学生相談専門の医師が非活動的であっても、現実には大した不便は生じていない。

b) 大学体育館における医療

2名のスポーツ医のポストと研究室がある。午後2時～5時の体育またはスポーツの行われる時間帯に、交替で一人の医師が出勤してくる。軽い応急処置を行う程度であるが、応急処置を超える状態の時には外科棟、整形外科棟に連絡して処置を依頼する。医師はスポーツ医学を研究テーマとしている専門医であるため、研究室を持たない他の体育館にも時に顔を出し、情報処理をしている。これら小規模体育館でも、専門医巡回時に処置できるように、医務室だけは備えていた。

(B) ミュンヘン大学

ボン大学とほぼ同じa), b)がある。

(C) ベルリン自由大学

上記a), b)に該当するものなし。

(D) ウイーン大学

上記a), b)に該当するものなし。

- (2) 考案：それでは、西ドイツやオーストリアの大学生は、アメリカのように大学保健管理センターを完備する国や、日本の現状の保健管理センターを持つ国の学生に比べて、保健サービスがなされていないか、というとそうではない。少なくとも疾病に関する限り、医療給付は一般国民と同じ保険制度のもとに、カウンセリングに始まり治療に至るまで一切無料である。一般国民の保険とは義務加入のAOKA（さらに医科AOKA、歯科AOKAに別れる）と、private に保険会社と契約するものとの二本立てとなっている。前者は中間所得者で10%、高額所得者で15～16%（各州により違う）の月掛けが給与から天引されるが、天引額はわが国の保険料より高い。たとえば、ベルリン市では月収1,200マルク（邦貨130,800円）で月額200マルク（邦貨20,300円）の保険料である。この高額負担でも、なお患者の医師選択権は非常に狭く、初診はまず開業医に相談すること。しかも開業医との間で受診日の約束 Apointment, Ammerdung から始めなければならない。学生に与えられている特権は、掛金月額25マルク（2,800円位）の最低料金の支払いに止まる点だけである。AOKAは医師選択のでき難い不自由さはあるが、初診、入院、加療共に無料給付になっている。後者のprivate 保険はAOKAに上積みして会社と契約するので、掛金はそう高くないが、それでも一般に高所得者が加入する傾向が強い。この制度の利点は、保

険会社に登録されている範囲内で、患者が専門医を選択する権利のあることである。名医と登録契約をしている会社の保険料が高いのは当然である。これは一見、名医に診てもらうにも金次第か、との印象を受けがちであるが、研鑽を重ねた名医も、卒業したてのフレッシュマンも、診断、処方、処置が病名で一率に分類評価している方（わが国の方式）がおかしいのであって、卒業後の多くのライセンスで医師を評価し、相当支払する方が欧米方式なのである。この評価黙殺の考え方が、わが国での卒業後の医師の不勉強につながる危険がありうる。private 保険のもう一つの利点は、さらに高度医療を必要と判断された患者が、大病院に紹介される時である。患者は医師の知識、実技を評価することはむずかしいが、医師の目で見ても Best の医療機関と医師を紹介されることである。private 保険医から紹介されても、もし患者に対し濃厚医療がなされる場合は、その時点で義務加入の AOKA が一切を支払うのである。

この二本立て保険制度では、實際上、保健受理の面で少なからず空白点がある。これを補足すべく小学校から高等学校までは、西ドイツ、オーストリア共に保健所勤務医（普通 3～4 名の医師常勤）が定期検診、予防接種を行い、時にはビタミン投与程度の処方箋を発行するか、または直接ビタミン（主に V.D）を投与する。保健所もわが国のデスクマン方式とは少し違い、このように外部に出て予防医学を分担しているのである。また、初診が予約制度となっていることから、緊急時は救急医療制度がこの時間的空白を補う。救急医療は、両国とも極めて（とうていわが国では近い将来実現不可能な程）発達利用されており、全科にわたる医師団によって編成組織され、大学病院、総合病院、また専門病院にセンターが設置されている。わが国では救急車利用が軽症者で利用され過ぎるとの批判が医師側やマスコミでいわれることがあるが、ドイツにおけるそれは全く反対で、歩行中の軽い目まい、学生の軽度傷害、在宅老人の精神不安発作など、およそ疾病といえない軽症者でもこの救急車を利用し、その大半は医師から「何も心配いらない」の一言を聞くだけで帰宅するのである。

ウィーンはもっと徹底している。市内を 4 分割し、そこに各 2～3 台の救急車を配置し、それぞれの車に医師 2 名ずつが同乗しているのである。患者をセンターに運ぶまでの間、2 名の医師は相談合意の上で車内での治療を開始する。ちなみにドイツ式救急医療器具の発達は目覚ましく、わが国ではこの点著しく遅れている。患者または患者らしく思われるものは、連絡時点からドイツ都市で 3 分、ウィーン市で 1 分で医師の保護下に入ることができる。ウィーンが早いのは、救急車がセンターと連絡をとりながらパトロールをしているからである。利用頻度をベルリン自由大学（F.U）で見学した限りでは、1 分間に 1 人位の頻度で搬送され、それを 30 台程のストレッチャーをふる回転していた。F.U は Erste Hilfe と呼び、各科複数の医師の 8 時間交替制である。

4. 考 察

- (1) ドイツ、オーストリアでの医療上、大学生にとっての特権は、義務加入保険金が安いという点だけである。一部の学生相談室的なものは、日本の実状と比較して急速に痕跡化している。
- (2) 乳幼児から小・中・高生に相当する若年者は、地区保健所が健康管理にあたっている。
- (3) 大学生は大人として取扱い、管理の対象外におかれている。
- (4) ドイツ、オーストリアの医療費は、わが国のそれよりはるかに高く（医師のランクにもよるが、

胃カメラ20万～30万円，虫垂手術100万円位），高医療高負担の制度をとっている。一人の医師の患者取り扱い数は1日10人～15人であり，乱診乱療に対してある種の歯止めがなされている。そのかわり患者側からすれば不便である。なお，医薬は完全に分業され，薬局も地区ごとに救急夜間当番制をとっている。

- (5) 予約制度は，他人の持ち時間を予約なしに侵さないという一般社会慣習から来ているものであり，ドイツ人の社会倫理を背景にしている。
- (6) 予約制度の時間的空白を補うものとして，また老人人口増加に平衡して，救急医療制度が高度に発達し，学生医療もこの救急体制の枠内で大半が処理されている。
- (7) ふりかえってわが国の医療を見ると，ドイツ，オーストリアに比し，低負担，過剰利用のきらいがある。わが国は医薬分業が定着しない土壌であるゆえ，便利さの点では高く評価できる。しかし，一面あたかも多目的企業における低利多売に似て，医師側から見ても患者側から見ても，医療の質・内容を貧弱にさせている感がある。なお，企業別縦割構造のわが国の医料保険掛金制度や，各会社，公社，官庁，大学が独自の小規模医療機関を設置するセクショナルな制度を見ると，わが国民性の中に棲む日本的個人主義が，医療の上にも反映しているのではないかと考える。
- (8) 日本の個人主義，ドイツの個人主義がそれぞれの医療に反映していると想定した場合，あるべき医療の社会的理想体系は，両者の中間位を目標とするのが妥当と考える。

付 表

Speiseplan

vom 18. 10. bis 24. 10. 1976 - 43. Woche

Datum	Gericht I	Cal.	Gericht II	Cal.	Dessert und Zulagen	Cal.
Montag 18. 10. 1976	Kohlroulade Kartoffeln DM 2.0	490	Möhreneintopf mit Schweinefleisch DM 1.5	430	Birne/Schokoladensoße Fruchtjoghurt Gemüsesuppe	124 147 24
Dienstag 19. 10. 1976	Sülze Remoulade DM 2.0 Röstkartoffeln	1188	Grüne Bohneneintopf mit Rindfleisch DM 2.0	373	Vanilleflammeri/Orangensoße Grüner Salat Brühe mit Reis	230 20 58
Mittwoch 20. 10. 1976	Wildragout Grünkohl DM 2.50 Kartoffelbrei	610	Nudeln Ital. Hackfleischsoße DM 1.5	216	Weingelee/Vanillesoße Tomatensalat Spargelcremesuppe	169 67 84
Donnerstag 21. 10. 1976	Zunge Madeira DM 2.0 Reis	493	Szegediner Gulasch Kartoffelbrei DM 1.5	476	Orangenquark Sellerie-Apfelmayonnaise Kalbfleischsuppe	238 154 99
Freitag 22. 10. 1976	Fisch mit Mayonnaise DM 2.0 Blätterteighörnchen	471	Kartoffelsuppe Wiener Wüstichen DM 1.5	711	Karamelflammeri mit Sahne Grüner Salat Tomatensuppe	206 20 134
Sonabend 23. 10. 1976	Schaschlik Jägersoße DM 2.0 Kartoffelbrei	671	Hühnerbrühe mit Fleisch und Gemüse Reiseinlage DM 1.5	224	Pflaumengrütze/Vanillesoße Krautsalat Fruchtjoghurt	222 115 147
Sonntag 24. 10. 1976	Putenbraten Mischgemüse DM 3.0 Kartoffeln	515	Lenseneintopf mit Kasseler DM 1.5	668	Obstsalat Eis Brühe mit Flädle	216 195 51

Änderungen vorbehalten

(注) ベルリン自由大学の職員、学生共用の食堂に提示されている毎日のメニュー、カロリー、価格表。
このメニューを見たいなら、食事によるカロリー計算が体験的におぼえられるようになっている。