

医師の需給バランスについての考察

0. 要旨

近年、マスコミなどでも騒がれているように、地方・僻地での医師不足が問題となっている。

今までは地方への医師の配置については大学病院における医局制度の下、地元の国立大学医学部に人事権があり、それにより地方・僻地への医師確保が行われていた。しかし新たな医師研修制度（マッチング制度）が施行され、研修医が自立的に研修先を選ぶことができるようになると、都市部への医師の流れが顕著になり、地方で働く医師が劇的に減ってしまった。これによりいくつかの地方病院では小児科や産婦人科を始めとした医師が比較的に足りていない科の閉鎖を余儀なくされるケースも出てきている。

こうした状況を踏まえ、国や厚生労働省では地域間・診療科間における医師の偏在を解消するため、より国民の納得が得られ、十分な医療サービスが受けられるような制度、法案の策定を行っており、その進捗状況は新聞などでも頻繁に報道されている。

こうした法案策定の際に問題になるのは、実際に働く医師に対してどのようなインセンティブを与えれば有効なのかを的確に分析し、それに基づく制度を打ち出すことである。そうした意味でも今現在、医学生ないし医師が勤務地・勤務形態に対してどのような志望、動機を持っているのかを探ることは非常に重要であると考えられる。

本研究では山形大学の協力のもとアンケートによる医学生の意識調査を行い、医学生の希望する勤務形態・勤務地、そして従事したい診療科などを調べ、その理由の分析を行った。

その結果、本学のアンケートでは45%の学生が地方で就業してもよい、または就業地にこだわらないと答えており、東京の医学生だけに行った結果としては非常に有望であると思われる。またどのような条件なら地方勤務するかという質問には、症例数の多さ、給与面での厚遇

などが多く挙げられている。十分なやりがいと収入を与えることで地方勤務を厭わない人が比較的多いというのは本研究における福音であろう。

また勤務形態についてであるが、大学病院勤務志望、研究者志望が際立って低く、多くの学生が非常に強い臨床志向を有していることが分かった。医学における教育・研究を担う大学病院での医師不足は全国的に深刻な問題であり、何らかの策を講じる必要があるだろう。

また厚生労働省が策定した各法案についても考察を行った。厚生労働省でも医師の偏在は喫緊の課題として捉えており、様々な政策を考案している。その中には医師・医学生の将来の選択に大きな影響を与えるものも多々ある。このような政策を知ることは医師にとって役立つだけでなく、国が医療というものをどう捉えているのかを知る意味でも興味深い。

医師の需給バランスという問題は、簡単なようで実に奥が深い。ただ医師の偏在を解消すればよいというものではないのだ。本国における適正な医師数・病床数はどれぐらいなのか、医療費と労働の分配は適正なのか、日本の医療システムは正しい方向へ向かっているのか。そうした様々な問題を背景に含んでいる。こうしたことについても考察を行ってみた。

1. 緒言

1-1 医師の需給とは

医師が足りないとはどういうことだろうか？人口当たりの医師数がある値を下回れば医師が不足していると言えるのだろうか？実は、医師の需要を正確に示す数値や基準というのは存在しない。

試しにある地域における医師の配置基準作成しようとしてみる。必要な指標として住民の罹患率、医療機関への満足度、医師の忙しさといったものが挙げられると思うが、どれもが地域の状況や個人の考え方によって左右されるため全国共通の基準を作ることが難しい。それと同時に医療費の問題もある。医師数の増加は医療費（保険料）の増加を招いてしまうのだが、その負担に対して全住民の一致したコンセンサスを得るのは難しいだろう。

結局適正な医師の需給とは、医療費をできる限り抑え

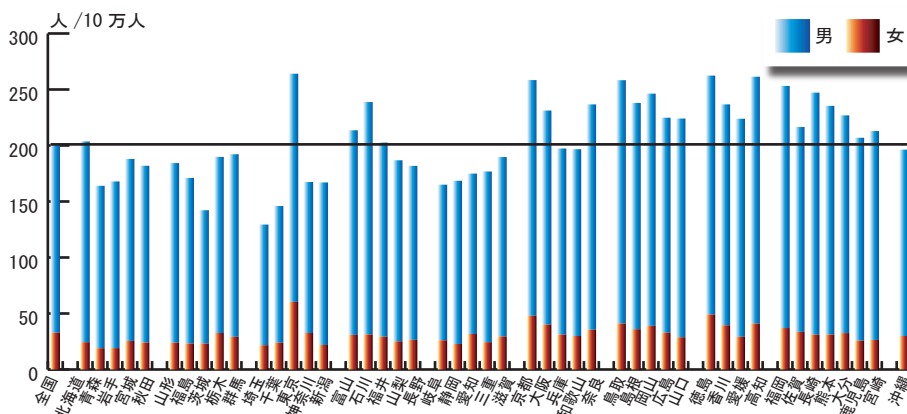


図 1-1 10万人当たり医師数の全国比較

全国平均は201人。東日本は少なく、西日本に多い傾向がある。特に東北、北関東で特に少ない。東京は全国でも一番多く、際立っている。グラフ中の横線は全国平均を示す。

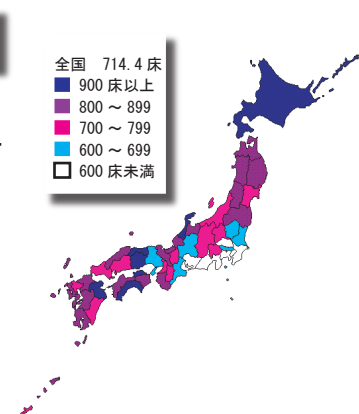


図 1-2 10万人当たり病床数の全国比較

これも大きく見て西高東低の傾向がある。北海道、東北、山陰、四国、九州が多い。

つつ、医療側・患者側双方からの苦情が生じないという状況であり、非常に曖昧な判断基準の上に成り立っているものなのである。

1-2 医師数・病床数の全国分布

現在医師が不足しているとされている地域としては、北海道、東北地方、山陰地方、四国地方、沖縄などが挙げられており、大都市部以外の多くの地域では医師が不足している。まず現在の医師の全国分布状況を見てみよう（図1-1）。現在の医師数の全国平均は人口10万人当たり201人である。概して東日本より西日本の方で医師数が多く、いわゆる医学界の「西高東低」といった現象が見られる。唯一、東京は別格であり、最も医師数の多い地域になっている。東北・北関東地方では特に医師数が少なく、医師不足が深刻な地域の一つである。

ここで注目したいのは、医師数の多いところでも医師不足に悩んでいるということである。例えば島根県や徳島県では、医師数は十分に確保されているはずなのに医師不足に悩んでいる。これは過剰な病床数が原因とされている（図1-2）。病院には病床数に対する医師の配置基準が定められており、これを満たしていなければ病院は診療報酬を減らされるという法律がある。つまり病院が過剰な病床を抱えている場合、診療報酬をもらうためにはその数に見合うだけの医師を雇わなければならない。結果として病床が多い地域では人工的に医師不足が生み出されてしまうことになる。これはまさしく医師の名義貸しの温床とされており、日本の過剰な病床数が生んだ歪みの一つであると言える。

医師の需給バランスを考える際には、医師数もさることながら病床数とのバランスを考慮に入れて分析しなければならない。そういう意味では、北海道、東北地方での医師不足は彼の地域の広さを考慮しても喫緊の問題であると言えるであろう。

1-3 なぜ医師不足になったのか

地方で医師が不足するようになった原因として、一番の元凶に挙げられているのが「新研修医制度」いわゆるマッチング制度である。これは過去の医局制度への反省とプライマリーケアの重視という医学界の流れから考案された制度であり、この制度により研修医は自由に研修病院を選ぶことができるようになった。その結果、やはり若いうちは都会に住みたいのだから、研修医たちはこぞって都会の病院を希望するようになり、地方で働く医師が劇的に減ってしまった。

それに伴い、大学病院離れも顕著になってきた。数年前までの医局制度においては大学病院が関連病院の人事

権と学位認定の権利を有しており、それにより大学病院は医師を確保していたのだが、その権威もマッチング制度と臨床志向への流れの中で失われつつある。実際に大学病院のマッチング率は年々低下の傾向にあり、2005年度のマッチング率は52.7%（前年比－6.1%）となっている。特に岡山大学、東北大学、秋田大学、名古屋大学、三重大学といった地方大学病院では3割を切る結果となっている。こうした大学病院離れは大学病院だけの問題ではなく、地方の医療事情にも大きな影を落としている。医局員の減った地方大学病院は市中病院から医師を引き上げ、それにより医師の確保を行っており、当然、市中病院の勤務医は少なくなる。つまり大学病院はただでさえ医師の少なくなっている地方病院からさらに医師を吸い上げることで「二重の医師不足」を生じさせているのだ。それにより産科、小児科といった医師が不足しがちな診療科の閉鎖を余儀なくされている地方市中病院が少なからず出てきている。

また勤務医と開業医の収入・労働条件の格差も問題とされている。勤務地や雇用条件によって異なるが、一般に開業医は労働時間が短く収入が良い一方、勤務医は過酷な労働条件とそれに見合わない収入で働いている。こうした状況下で40代、50代の勤務医が開業を志向するようになり、最も戦力となる年代の医師が医療機関で不足しがちになってしまうといった現象も見られる。

医学の進歩に伴う医療の専門化・細分化による医師需要の増加も医師不足の一因になっている。しかしこれは医学の発展の為に仕方のないことであり、また患者の要望でもあるので、おいそれと批判することはできない。

将来的に問題になってくることとして、女性医師の増加が挙げられる。現在女性医師は全体の16%を占める程度であるが、30歳以下に限定するとその割合は33%以上になる。女性は結婚・出産・育児といった理由で離職することが多く、将来的な実質労働力の不足を引き起こすことは否めないであろう。

他にも、上述したような無駄な病床数、医療費抑制のための医師数の制限といった問題も挙げられる。

このように医師の偏在、医師の不足は複雑かつ難儀な問題を抱えており（図1-3）、これを解消するためには多大な努力と巧妙な政策が必要になるだろう。

2. 方法と結果

2-1 医学生へのアンケート

全国の医学生が勤務地・勤務形態についてどのような希望を持っているのかを調べるために山形大学の協力のもとアンケート調査を行った。本学のアンケートについて

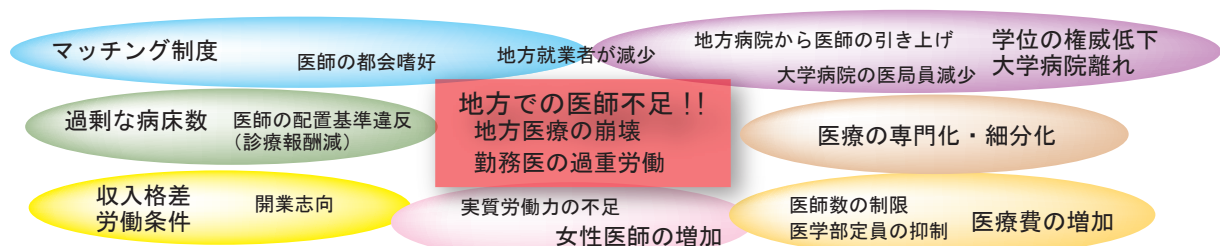


図 1-3 医師不足の原因とされる各種要因の概念図

ては4, 5年生の学生を対象に行った。アンケートの内容は出身地、研修したい病院とその条件、将来の希望勤務地、希望就業圏域、地方勤務する際の条件、従事したい・したくない診療科、どういった資格を取得したいかなどを聞いた。本来なら山形大学の研究結果と合わせて考察する予定であったのだが、時間の都合上そのデータを得ることができなかったため、本学のアンケート結果だけを以下に示す。アンケート回収率は4年生では61%であり、5年生では5%であった。それ故、今回の結果はほぼ4年生の意見であると考えたほうがよいだろう。

希望就業圏域については38%が大都市圏を希望したが、残りの62%が地方都市・特にこだわらないとしていた(図2-1)。これは東京の医学生の回答にしては非常に有望ではないかと思われる。地方勤務を希望する人の中では若干地方出身者の占める割合が多かった。僻地勤務希望はまったくおらず、これは残念な結果であった。大都市圏を希望する理由としては、生活や子供の教育に便利といった意見が多かった。また地方都市希望や特にこだわらないとした人では医師としてのやりがいが見られる場所を優先したいという意見が多かった。

地方勤務するとした場合の条件を聞いてみたところ(図2-2)、最も多いのは「多くの症例が経験でき、設備の整った中核的な病院に勤務するのならよい」で、それに続いて給与面での厚遇が挙げられた。また大きな病院の勤務ならよい、代診医の確保などにより学会などへの出席を保証してくれるのならよい、といった意見も多く、医師としてのやりがいやスキルアップが非常に大きな動機となっていることも分かった。個別の意見としては、当番制ならば僻地勤務をしてもよいといったものや、都市部への勤務を将来的に保証してくれるのならよいといった意見も多くあり、やり方次第では地方への医師転換も可能かもしれない。東京大学の研修医に対する同様の研究でも、9割の医師が条件次第では地方勤務をしてもよいと回答しており、その際の条件としては休暇、給与面での厚遇、高度な医療設備などが挙がっていた。

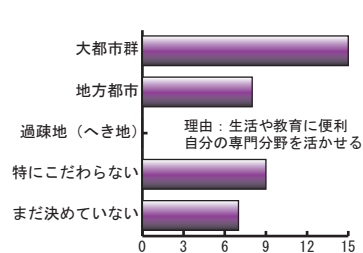


図 2-1 従事したい就業地

約6割が大都市圏以外でも働く可能性がある。また僻地勤務希望者はいない。

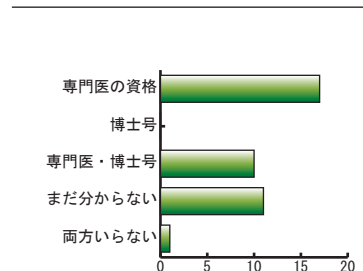


図 2-4 取得したい資格

専門医志望が多く、臨床志向を思わせる。

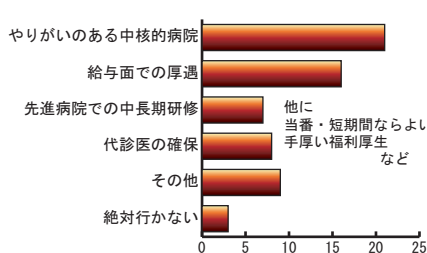


図 2-2 地方就業する際の条件

やりがい、待遇により地方勤務を厭わない人が多い。またその他の意見として当番制、短期間ならよい、といった意見も多かった。

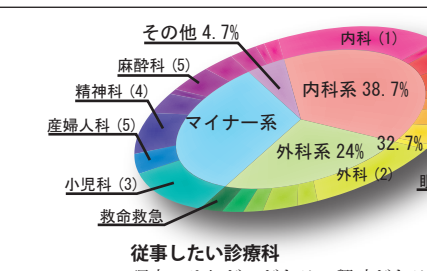


図 2-5 診療科に関する回答

理由: やりがいがある、興味がある

将来希望する勤務形態としては大学病院以外の勤務医が最も人気が高く全体のおよそ5割を占めている(図2-3)。大学病院勤務を希望する人はやはりそれほど多くない。大学病院以外の勤務医を希望する理由として専門性を高めたい、給与が良いといった意見が多かった。この場合の専門性とは恐らく症例数の多さからくる臨床医としての経験を意図しているのだと思われる。また研究者を希望する人は皆無であり、本学のような大学院大学を名乗る大学としては寂しい結果と言えるだろう。上述と同様、現在の医学生がかなり強い臨床志向を抱いているのは確かなようだ。

資格の取得についてもこれを裏付けるような結果が出ている。将来取得したい資格を聞いてみたところ、専門医、または専門医と博士号両方を取得したいと考えている割合は70%にのぼり、かなりの臨床志向を有しているようである(図2-4)。

また診療科についてもアンケートを取ってみた(図2-5)。現在足りないとされている診療科は産婦人科、小児科を筆頭に麻酔科、病理医と続く。本アンケートの従事したい診療科では1位 内科、2位 外科となり3位に小児科が入っている。また産婦人科、麻酔科も5位に入っており、非常に好感の持てる結果となっている。従事したくない診療科では外科が最も多く、次に産婦人科が続く。小児科も4位につけている。これらの科に従事したくない理由として多いのは、やはり訴訟リスクと過酷な労働である。これらの科に関しては政策的に何らかのインセンティブをつける必要があるだろう。一つ注意したいのは、小児科はさほど訴訟リスクが高くないということである。もっとも訴訟が多いのは外科、特に脳神経外科であり、次に産婦人科が続く。訴訟リスクが理由で小児科を避けている人には再考を促したい。

2-2 厚生労働省の政策について

厚生労働省は地方と都市での医師偏在、診療科間の医師偏在を解消するために様々な政策を提示している。以

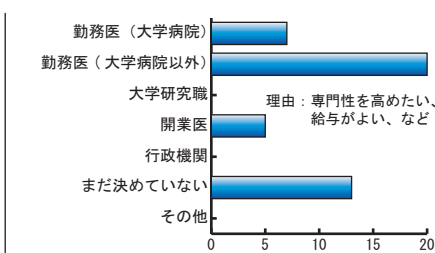


図 2-3 希望する勤務形態

大学病院・研究離れが顕著である。また研究よりも臨床志向が強い。専門性を高めたいという理由も多くは臨床医としての専門性を求めている。

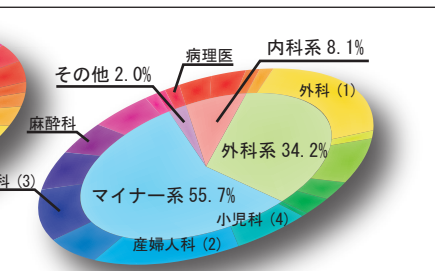


図 2-5 診療科に関する回答

理由: きつそう、興味がない、訴訟リスク

下にこれらの政策について見ていきたい（図2-6）。

上述のアンケート結果でも明らかなように給与というのは勤務地選びにおいて大きなインセンティブとなっている。各地方自治体は自らが経営する公立病院において給与に地域格差を設け（というより、自然な流れでそうなったと思われるが）、医師の偏在の是正を促している。例えば最も医師の多い東京では年収にして約1200万円、医師が最も不足している地域の一つである北海道では約2000万円弱となっている（図2-7）。これを大きな差ととるかは人により様々であると思うが、現在の医師の偏在状況を考えると今後もっと大きな給与格差が生じることは十分考えられる。

離島や僻地での医師派遣に関しても新たな政策が提示されている。厚生労働省は各地方自治体の知事に医師派遣に関する権限を与えることを検討しており、人事権を与えられた知事は公立病院に対して医療過疎地への医師派遣を命令することができる。病院は命令に従う義務はないが、従った場合には補助金が増額され、一方従わなかった場合は逆に補助金が減額されるといった誘導措置が設けられている。現在、僻地医療の報酬は3000万円という高額な年収を提示しているところもあり、もし医療機関がこれを診療報酬として国からもらえるのであれば大きな収益となるだろう。またこの場合恐らく医療機関内の当番制になることも予想される。今回のアンケートにあったような意見（当番制なら僻地勤務をしてもよい）が政策的に実現される可能性も十分にありうる。

また今まで医療機関の既得権益でありまた重荷にもなっていた病床規制も緩和される方向で進められている。地域における病床数は国の権限によりその地域ごとに決められていたが（病床規制）、この権限を地方に移すことで地域の特性や実情に沿った病床の配置を地方独自に見直すことができるようになった。これにより小児科・救急など手薄な診療科を拡充することが容易になり、また医療機関の新規参入を促すことも可能になる。さらに新たな医療機関が進出してくことで病院同士の競争が促進され、優良な医療機関の選別、地域に散在している無駄な病床の削減、医療サービスの効率化・向上化などが期待されている。

次に診療科間の医師偏在に関してだが、これは診療報酬による方向付けが最も大きな力を発揮する。今年の診療報酬の改定でマスコミにも大きく取り上げられたのが、小児科、産婦人科、麻酔科など医師の少ない診療科への優遇措置である。これらの診療科の診療報酬を引き上げることによりそこで従事する医師・医療機関にもっと報いようというのである。診療報酬の上がった分だけ患者負担も増えてしまうが、今の小児・産科医療の現状を鑑みるにこれは仕方のないことであろう。

また医療法人制度の拡大も検討されている。僻地医療、

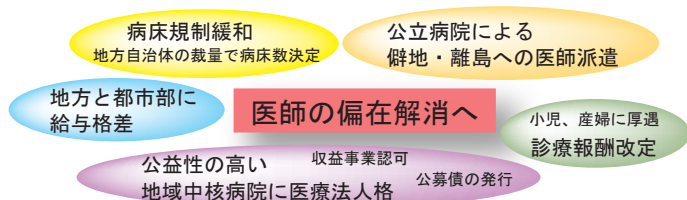


図2-6 厚生労働省の医師偏在解消策の概念図

小児・災害救急といった比較的収益性の低い分野では地方公立病院が大きな役割を担っていたが、赤字も多く現在の医療制度では対応できなくなっている。そこで厚生労働省はこうした分野で地域に貢献している地域中核病院に社会医療法人という新しい法人格を与え、経営面での支援を行うことを検討している。社会医療法人に認定された医療機関はこうした不採算分野の医療提供を義務化されてしまうが、その代わりに老人ホーム・介護施設といった本来認められていない収益事業への参加が認められている。また公募債の発行も許されており、一般投資家から広く資金を集めることができるようになり、さらに円滑な資金繰りが可能になっている。

3. 考察

3-1 医療費抑制の圧力と医療従事者の悲哀

日本の医療は WHO の指標で見ても先進国の中でもトップクラスである。一方、医療費で比較すると日本は GDP 比にして先進国中 17 位である。どうして日本はこのような低い医療費で高い医療の質を確保できているのだろうか？

もともと医療というのは経済効率の悪い産業である。大量生産できるものでもなく、一人が一度に多くの作業をできるものでもない。それ故、医療の質というのは金銭により担保されがちである。実際にアメリカの医療は世界最先端であるが、それを支えるための医療費は 150 兆円という莫大な額に上っている（日本の一般会計は 89 兆円、医療費は 30 兆円）。諸外国でも医療費・社会保障費というのは常に悩みの種であり、医療の質を保ちながら医療費の高騰を抑えるというのは非常に難しい。日本も例外なく医療費の高騰に頭を悩ませている国であり、特に少子高齢化の加速はその困難さを助長させている。こうした状況下で財政難に苦しむ国、財務省はますます膨らんでいく医療・社会保障費の削減に躍起になっており、その影響は今年の診療報酬 3.16% 下げという医療機関にはとても厳しい政策にも現れている。このような医療費抑制の圧力は常に存在し、医療機関・医療従事者への影響も免れない状況になってきている。

ではそれがどのような歪みを生み出すのか。医療費抑制の簡単な方法として医療従事者の削減というのが挙げられる。実際に厚生労働省は医学部の定員を減らすなどといった方策を打ち出しており、そのしわ寄せは医療従事者の労働量の増加という形で現れている。周知のとおり

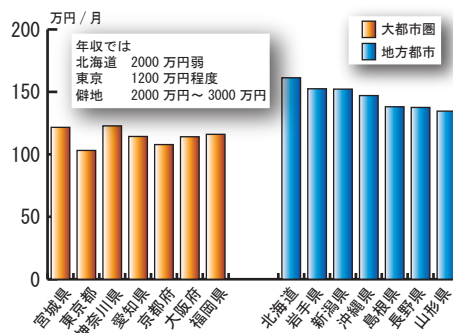


図2-7 都市部と地方の公立病院における給与比較

政令指定都市のある都道府県公立病院の平均月収と支給額の高い地方都市上位7件を挙げた。また僻地勤務の給与も示した。

り勤務医・看護師の労働条件は非常に過酷であり、研修医の過労死や看護師の離職率の高さなどはその表象と言えよう。つまり日本では医療費抑制の為に、医師・医療従事者の人数を抑え、その少ない人員に過酷な労働を課すことで医療の質を確保しているのである。実際にアメリカの同規模の病院と比べた場合、日本の医療従事者の数はおよそ 10 分の 1 というデータもある。一方で「医師の過重労働はその給与の高さにより補填されているのではないか」という意見もあると思われる。しかし現在の医師の給与水準というのは決して特権階級であるというほど高くもなく、また労働量との比率で考えるとむしろ低いほどである。恐らくこれからも医療費抑制の圧力というのは続くであろうし、それにより医師の給与水準は低くなることはあっても高くなることはないだろう。そしてそうした状況下においても、医療従事者の過重労働は続いていくのである。

3-2 国際比較から見る日本の医療状況

では他の国ではどうなのだろうか。ここではアメリカ、ドイツ、フランス、イギリスとの国際比較をしてみたいと思う（図 3-1）。それぞれの国の医療費給付体制を簡単に見ておくと、アメリカでは基本的に自己負担であり多くは民間保険により賄われる。イギリスでは税金によって全額負担されており、アメリカとは正反対の政策といえる。ドイツ、フランスは国や自治体の公的保険により払われており、税金とは別の財源がある。日本では基本的には公的保険であるが、足りなければ税金で補填されるという形をとっている。

アメリカでは基本的に自由診療であるため、医師の言い値により治療費が決められている。その額は総じて高く、また医師の人件費（給与）も他国より高い水準にある（日本の 2-4 倍）ため医療費は非常に高くなっている。アメリカでは確かに最高の医療を受けることができるし、その医療体制も病床あたり医師数を見れば分かるように非常に手厚い。しかしそれは医療への対価を支払う能力のある富裕層に限られており、そうしたお金持ち優遇制度の歪みはアメリカにおける保険未加入者数が 4000 万人も存在するところへ表れている。（例えばアメリカで無保険者が脳梗塞になった場合、その治療費は全国一律

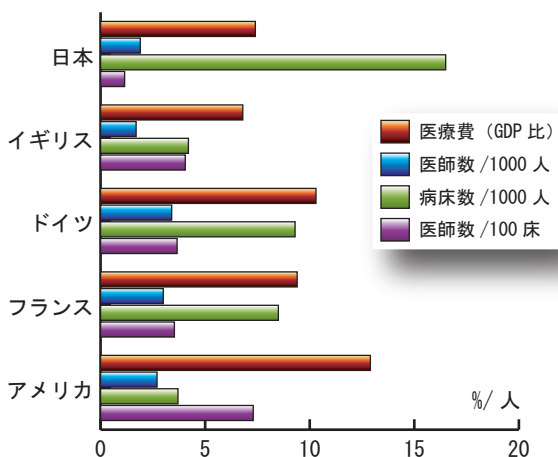


図 3-1 医療費、医師数、病床数、病床あたり医師数の国際比較

日本、イギリス、ドイツ、フランス、アメリカにおいて各医療指標を比較した。日本は医療費は低いが、病床数が多く、病床あたり医師数が少ない。アメリカは病床あたり医師数が多いが、医療費が高い。

ではないがおよそ 1200 万円にも上る。つまり貧困であるが故に保険に加入できないにも関わらず、不運にも病気になってしまった場合にはさらなる経済的困窮が待ち受けているのである。この状況を是正しようと、クリントン大統領は日本型の公的保険制度を導入しようとしたが、その反対声明として上院議会で次のような発言がなされたことは非常に興味深い。「医師をそんな屈辱的な収入で働かせることはできない！」。）

イギリスではサッチャー首相が財政再建の一環として医療費の抑制と効率化を掲げ、大幅な医療改革を行った。その結果医療費の抑制には成功したが、医療機関の財源不足を招き、またその待遇も悪いため多くの医療従事者が国外へ逃げ出した。そしてそのしわ寄せは国民に向けられ、イギリスは先進国とは思えないような低レベルの医療しか提供できなくなってしまった。（現在ではブレア政権が医療費・医学部定員を 1.5 倍にすることを政策として打ち出しており、国民からの支持を得ている。）

一方、ドイツ、フランスの医療制度は日本のものとよく似ており、また医療レベルも同等と思われるので非常に参考になる。ここでは特にドイツとの比較をしていきたい。まず医療費についてであるがドイツの医療費は GDP 比率にして 10.5 % であり、日本は 7.2 % となっている。ここで医療従事者の数をみると、人口 10 万人当たり医師数はドイツ 340 人、日本 201 人となっている。この医療費と医師数の比率で考えると日本には 10 万人当たり 230 人程度には増やす余裕があるように思われる。こうした差は医師の給与水準に拠っている。ドイツの医師の平均給与はおよそ 1000 万円弱程度であり、日本の医師よりも総じて低く、そのためたくさんの医師を雇用することができているのである。

また病床数についてみると日本の病床数は他国と比べてとても多い。これは日本には介護施設や療養施設が不足しており、これを病院病床によりカバーしているという実情が関係している。日本では介護施設などが足りないため、いわゆる社会的入院（治療の必要もない人が介護施設代わりに病院に入院している状況）や入院日数の長期化が問題となっているが、この根本的原因是病床数の過剰にあると言われている。こうした過剰な病床は緒言でも述べたように医療費の高騰と無駄な入院・人員配置を生み出す原因ともなっており（日本の病床あたり医療従事者はとても少ない）、早急に是正する必要があるだろう。

3-3 ささやかながらの政策提言

今までの考察から日本の医療体制にはいくつかの問題点を指摘できる。まず医師の偏在を始めとして、勤務医・看護師の労働が過酷であること、医師の給与が保険制度上まだ高い水準にあること、医師・医療従事者が少ないこと、病床が多いことなどが挙げられる。

また開業医との比較によって他の問題点も浮かび上がる（図 3-2）。開業医と勤務医の労働条件を比較すると、開業医は少ない労働時間でいながら収入が多く、勤務医は多くの労働時間を課されながらその収入はさほど多くない。つまり開業医と勤務医の間で労働時間と医療費の分配に大きな偏りが生じているのだ。

これらの問題を解消するためにいくつかの提案をして

みたい。これからの医療状況を考えた際、最も重要になってくるのは医師・医療従事者の福利厚生であると私は考えている。特に将来的な女性医師の増加、高齢化による医療需要の増加といったことを考慮に入れば、その重要性はさらに大きくなっていくと思われる。ではどうすれば医療従事者の福利厚生を保証できるのであろうか。ここでは医療従事者の拡充という方向で考えていきたい。

第一に、今回の研究テーマでもあった医師の偏在の是正である。これについては結果の項で多くを述べたのでここでは省略したいと思う。

第二に労働分配の適正化である。開業医と勤務医の労働時間の不均衡は先に述べた通りであるが、これを是正するために開業医の救急当番制を実施する。ドイツではこの制度が施行されており開業医は救急車への同乗、地域病院での救急勤務などが義務付けられている。この制度により開業医を地域医療へ参加させ、それと同時に勤務医の負担を軽減させることができる。また医療機関における業務をさらに効率化させることも必要である。現在多くの総合病院は外来診療の多さに悩まされている。外来診療は経営的に言えば薄利多売の商売であり、そこへ多くの人的資源が投入されると病院は手術といった利益の見込める医療行為を行うことができず、大きな収益を上げることが難しい。こうした非効率性を解消するためには診療所と病院の病病連携が重要である。簡単な疾患などは診療所が率先して治療し、難しい疾患は大きな病院へ紹介することを徹底して行う。これにより外来患者を診療所と病院が取り合うこともなくなり、また病院も勤務医の負担を減らし高度医療に多くの人的資源を投入することができるようになる。厚生労働省の方針ではこうした流れを作ろうとしているのだが、医師が互いに目先の利益を追求するあまり、まだ大きな成果は得られていない。さらに無駄な病床の削減が上げられる。これは今回の医療改革法案でも慢性期病床削減と病床規制の緩和を行っているので問題なく進んでいくと思われる。しかし病床削減に応じて、介護施設・療養施設の拡充を図るべきであることには注意を促したい。また看護師の診療行為への参加も一つの方法である。優秀な看護師を試験や経験などにより選別し、診療行為への参加資格を与えるといったことをしてもよいのではないだろうか。

第三にさらなる医療従事者確保のための人件費の捻出である。まず医療費を抑制するためにDPC（包括的医療費支払い制度）をより広範の医療機関に適応し、さらなる医療の効率化を図る。次に医師の収入を全体的に減らし、もっと多くの医師を雇用できるようにする。恐らく

これには医療側から多くの反対が予想されるが、何も全員の給与を減らせと主張しているわけではない。能力や労働時間に沿ったメリハリのある医療費分配を行うべきではないかと言っているのだ。例えばアメリカの専門医は普通の医師よりおよそ2-3倍程度の収入を得ている。しかしその資格を取るためにはそれ相応の能力と経験が要求され、合格率も低く非常に高いハードルが課されている。サークル活動の延長のような日本の専門医制度に比べると、それにかかる情熱も誇りも全く異なっている（最近ではこの専門医の粗製乱造にも少しは改善が試みられているようである）。日本でもこうした専門医制度などを洗練させることで医師同士に競争を促し、能力のあるものにはそれに応じた収入で報いるといった制度が必要なのではないだろうか。そしてそうした制度により全体としての人件費を削減しつつ、優秀な医師を育成することもでき、またより多くの医師を雇用することも可能になる。しかし仮にこうして医療費をうかしたとしても、現在の制度では保険料負担の軽減という形で国民に還元される仕組みになっており、医療従事者の拡充や努力したものへの還元という形では使われていない。医師・医療従事者は現状を認識し、より良い制度作りにもっと積極的でもよいのではないかなと思う。（そういう意味では今回の診療報酬改訂で診療報酬下げ決定の際、日本医師会会長が「人件費を下げざるを得ない。納得はできない。」としか反論できなかったことは残念の限りだ。）

最後に、もはや医師をやりながら安穩と暮らしていくという時代は終わっている。これからの医療界はますます苦しい状況におかれるだろうし、それに対する不満や疑問も出てくるだろう。しかしそれでも医療というのは国民の生命・健康を守り、国を根底から支える分野であり、それに携わる人には大きなやりがいと喜びを与えてくれる仕事であることには間違いない。そのような中で、将来そうした苦境に立たされた時こそ、我々は医師としての真のnoblesse obligeが問われるのではないだろうか。

謝辞

山形大学医療政策分野の清水助教、本学医学科4.5年生にはアンケートの協力をしていただいた。この場で深く感謝の意を表したい。

参考文献

1. 厚生労働省、第21回社会保障審議会医療部会議事次第資料、2006年12月2日
2. 厚生労働省、地域医療に関する関係省庁連絡会議資料、2005年8月11日
3. 厚生労働省、平成17年賃金構造基本統計調査結果、2006年2月3日
4. 厚生労働省、平成17年毎月勤労統計調査特別調査結果、2005年12月15日
5. 厚生労働省、第15回医療経済実態調査の結果速報、2005年11月9日
6. 厚生労働省、平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況について、2005年11月17日
7. 厚生労働省、平成16年賃金構造基本統計調査（全国結果）の概況、2005年3月14日
8. 日本経済新聞社、日本経済新聞、2005年12月19日付
9. 日本経済新聞社、日本経済新聞、2006年1月5日付
10. 日本経済新聞社、日本経済新聞、2006年1月12日付
11. 日本経済新聞社、日本経済新聞、2006年1月25日付
12. 日本経済新聞社、日本経済新聞、2006年1月29日付
13. 日本経済新聞社、日本経済新聞、2006年2月4日付
14. 日本経済新聞社、日本経済新聞、2006年2月8日付
15. 山陰中央新報社、山陰中央新報、2005年6月15日付
16. 徳島新聞社、徳島新聞、2004年1月30日付
17. 地方公営企業年鑑2002年度、都道府県別の医師給与平均月収
18. OECD Health data 2001
19. Med Qoml Wiki、<http://med-qoml.ddo.jp/wiki/wiki.cgi?page=FrontPage>
20. 三重県医師会、<http://ml.mie.med.or.jp/index.html>
21. ドイツの医療と医療制度、<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/m405.htm>
22. 医療の国際比較、<http://www.fukuyama.hiroshima.med.or.jp/iryou/kokusaihi-kaku.html>
23. 日経BP社、<http://nikkeibp.jp/sj2005/special/67/index.html>
24. 池上直己(著)、J.C. キャンベル(著)、John Creighton Campbell(原著)、日本の医療—統制とバランス感覚、中公新書
25. 川淵孝一(著)、日本の医療が危ない、ちくま新書

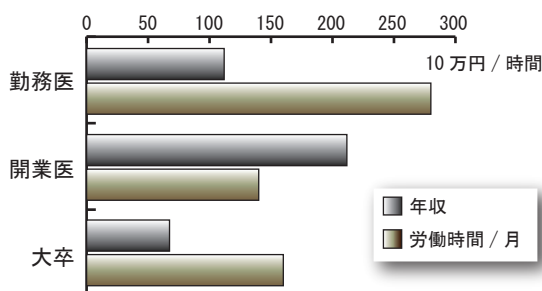


図 3-2 勤務医と開業医の収入と労働時間の比較

勤務医は労働時間が多く、開業医は勤務時間は短い。勤務医の収入は大卒平均に比べて多いが、時間あたりではそれほど多いわけではない。また開業医の収入は概して高い。