

第7章

日本の医師の配置を規定する要因

池上直己

国は1880年頃、大学レベルに資源を集中し、それと併せて医学専門学校（医専）を設立するという決定を打ち出したが、これは現在の医療制度の方向性を決定する上で極めて重要であった。遺産として残されたのは二層構造、つまり、ほぼ全ての比較的大規模で先進医療を担う病院（大部分は公的）を有する権威のある医学部と、卒業生が開業医になる傾向が強い医学部という構造である。

医師は都市部の病院で専門医として勤務する傾向がみられるが、その傾向は、プライマリ・ケアを中心とする開業医と郡部の病院の勤務医の収入が高かったことによって緩和されてきた。

日本の経験から、医師に2種類の採用レベルと複数のキャリアパスを提供し、先進医療病院の開設を制限し、金銭的報酬と非金銭的報酬のバランスを取ることによって、医師のより適切な配置が可能になると言えよう。日本が成功したのは、国が診療報酬によって医療費と自己負担を抑制し、専門医療よりもプライマリ・ケアの報酬を高く設定したためである。

目的および歴史的背景

本章の目的は、日本の医師配分に関する経験について説明し、サービス提供のバランスを改善し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ目標の達成を目指す各国に教訓を示すことである。

医師は医療の中核に位置し、医師数や訓練の質などの要因と共に、人材の配分が良質な医療の鍵となる。政策立案者は専門職的自律性の確保と医療教育の国際標準化の両方に取り組む必要があり、勤務医と開業医、一般医と専門医、専門診療科目間、都市と郡部で勤務する医師の比率に関して、適切に

配分することは難しい。先進国や中所得国の経験から分かる通り、こうした影響により、プライマリ・ケアと郡部の医療施設が犠牲となり、専門医と都市部に権限と資源が集中する傾向が強い。日本では、バランスを取ることによって、これらの傾向が緩和されてきた。

日本の医師養成および病院発展の歴史を説明するには18世紀半ばにまでさかのぼる必要がある。当時からすでに漢方医学に携わる開業医が定着していた。このシステムと開業の自由の原則は、西洋医学への移行が漸進的であったこともあって、国が1868年から急速な近代化に乗り出した後も基本的に変わらなかった（布施1979）。そのため、1世紀以上前の政策決定が、今日の医療制度にまでに影響を及ぼし続けている（池上他1996）。

1882年、既存の開業医（および25歳以上の子息）は、国から診療を継続する免許を正式に認められた。これにより、既存の開業医の生計が保証され、一般の人々へのサービス提供が継続され、提供システムの基本構造がそのまま残されることになった。しかし、翌年以降の新免許では、西洋医学に限定した試験に合格することを要求された。この動きは事実上、有力者による熱心な陳情にもかかわらず、漢方の未来を閉ざすことになり、（現在の中国や韓国のように）西洋医学と伝統医学の二層構造が生まれることはなかった。

日本の限られた資源は、1877年の東京大学医学部の設立に注がれた。大半の教職員は、莫大な費用をかけてドイツから採用された。同大学の卒業生3人以上を教職員として雇うことが大学レベルの医学部の設置条件であった。この階層的な過程は、東京大学の卒業生を頂点とする医療従事者のピラミッド構造へとつながった。さらに、このような学閥的な縦の関係の強さが、水平的な同業者意識に根ざした専門家集団の発展を妨げた。

大学レベルの教育に加え、医学専門学校（医専）が許可された。医専の多くは当初、私的部門または地方自治体によって設立され、認定基準は高くなかった（ただし、大学医学部とは異なり、卒業生は資格試験に合格しなればならなかった）。後に国は認定基準を引き上げ、5年間の中等教育修了を入学の条件とし、体系的な4年間の課程を必修とした¹。その結果、私的部門のほとんどの学校は閉校を余儀なくされた。

1 大学レベルの医学部には入学前に3年間の高等教育が要求され、卒業者は国家試験の受験を免除された。

まもなく、地方自治体が運営するほとんどの学校も、補助金を削減する緊縮財政に伴い閉鎖された。1915年までに残りのほとんどの医専は国によって運営されることになり、1952年に米国の占領による医療改革の取り組みの一環として廃止されるまで存続した。

日本では、1880年代から、近代医療制度が発展し、医師教育の国際的な基準が設定され、十分な人数の医師が教育を受けるようになった戦後期まで、医療教育の二層構造が広く普及していた。重要な原則は、専門学校卒業者を明示的に「格下の」医師に分類するのではなく、国が適切な学校認定基準を設定し、卒業者が免許試験を受験して大学卒業者と同一資格を取得できるようにすることであった。このような慣行により、医専の卒業生も医療に従事しやすくし、質の基準の徹底を助け、専門学校を卒業した学生に代替のキャリアパスを提供して、プライマリ・ケアへの医師の貴重な供給源となった。

病院の発展形態も、医療制度に長期的な影響を及ぼし続けた。病院あるいは病院の中核をなす公共機関や宗教法人は西洋化以前には存在せず、教育および研究（臨床研究せずに西洋医学を教えることはできないため、医学部に病院を併設しなければならなかった）²、軍事的必要性（明治時代初期の反乱とその後の日清・日露戦争により、戦争に関連した病気や負傷を治療する病院の必要性が高まった）³、伝染病患者の隔離（隔離収容するために地方自治体が専門病院を建設することになった）という3つの主目的を満たすために設置された。同時に、政策方針が明確に示されないまま、成功した多くの開業医が病床数を増やし、病院へと拡大したが、この種の病院が施設数の大多数を占めるに至った。

設備の整備された病院が不足し、高学歴の大卒の医師が不足していたこともあって、病院と大学臨床科の「閉鎖的なネットワーク」が確立された。この慣行は今日まで続いている。実質的に主要病院の全ての勤務医は、ひとつの大学で教育を受けて派遣されている。このネットワークは地方病院を含む小規模な病院まで広がり、大学の教授と病院開設者との個人的な関係を通じて大学医局との関係が築かれた。主要病院では、有名大学の卒業者であって

2 当時、医学部が認定を受けるには、600床以上の病院を開設していなければならなかった。

3 敗戦に伴う陸軍および海軍の解体後、軍病院は厚生省に移管された（本書第9章「日本における国立病院改革：成果と課題」を参照）。

もほとんど診療科長などになれなかったため、卒業者は小規模な病院にも勤務した。

大学医局の階層構造は、大学病院に限らず、日本の大部分の病院にも広がっていった。そのため、大学医局の長である教授は、病院での研究と臨床を監督するだけでなく、関連病院の専門医に対しても権限と責任を持っていた。大学を中心として、結束の強い医師集団が形成され、国や職能団体よりも強い力を有するようになった。この構造から、開業医と一部の私的病院は取り残された。

こうして、医療の二層構造が出来上がった⁴。上層は、ほぼ全ての比較的大規模な先進医療（大部分は公的）病院を含む一流の医学部から構成される。下層は、卒業生が開業医になる傾向が強いやや知名度の低い医学部から構成される。ただし、この区分は必ずしも厳密なものではなく、大学教授になるのはほんのわずかな医師だけで、その他は以下の選択肢に進むことができる。

- ・ 主要な関連病院の診療科長になり、さらに病院長にもなり得る。
- ・ 出張先の診療科を発展させ、さらに病院長になり、病院を地域のセンターにする。
- ・ 開業医として診療所を開院し、プライマリ・ケアに専念することにより、階層構造から離脱する。
- ・ 診療所を病院に拡大する。いくつかの私立医科大学は個人開業の診療所を母体とする。

下の2グループの医師は、社会的地位は低くなるが、一般に収入は高い。それらの医師は、日本で最も有力な職能団体である日本医師会の中心をなす。意欲的な医師は、日本医師会の会長や理事ではないとしても、都道府県や地域医師会の会長や理事を目指すこともある。

日本に関するもうひとつの特徴は、日本医師会は別として、専門医団体が他国に比べて弱く、(大学医局の医師の)縦の関係が(専門医団体の)横の関

4 区別は重複するが、国公立/私的とは一致しない。他の国とは異なり、日本では、「公的」に国と地方自治体が開設する施設だけでなく、日赤、厚生連、健保組合などの準公的組織が開設する施設も含まれる。ほぼすべての「私的部門」は、医師が実質的に保有する病院から構成される。配当を行う投資家所有の病院は参入を禁止されている(ただし、開設者はキャピタルゲインを得ることができる)。

係より強いことである。麻酔学などの一部の例外は別として、専門医団体が正式な認定プログラムの策定に着手したのは1980年代になってからである。二層構造のいずれにおいても正式な認定を受ける必要がほとんどないためである。階層構造の大学医局に属する医師は、臨床技能の研鑽ではなく、昇進のために学術研究に重点を置く。このシステムから離脱する医師は、専門科目を標榜する権利を含め、最大限の開業の権利を求める。若手医師の大多数は専門医として認定を受ける正式なプロセスを踏んでいたが、今世紀初めともなっても、約半数の認定専門医が「既得権を認められた」状態であり（池上2003）、専門医団体は西欧ほどの影響力を持っていない。

国は、医学教育の構造を設定し（次項を参照）、公的病院の設置を制限したが、医師と医療施設の活動と収入をほとんど直接管理しようとしなかった。上層では、大学医局が階層内で相当の自律的な権限を保持している。下層では、日本医師会を通じて強力な政治的影響力を行使し、私的医療機関の拡大が制限されないよう努めてきた。実際に、1960年に医療金融公庫が設立されて低金利の融資を受けられるようになり、1964年に公的病院の設置が制限されたことで、私的医療機関の拡大余地が広がった。1985年に都道府県医療計画が策定され、病床数の管理が私的病院にも適用拡大されたが、設備の購入やサービスの拡大はいまだに制限されていない。

文部科学省（文科省）⁵は、医学部の設置と入学定員の設定を直接管理している。長年にわたって政策は削減と拡大の間で二転三転した。削減は費用抑制と質の保証という2つの目的にかなうものであったが、医師不足が政治問題化した時期には拡大された。1948年には、入学定員の上限は47の医学校で戦前の3030人から2840人にまで減少した⁶。その後、公的保険の拡大に合わせて医療の利用が増加するにつれ、入学者が徐々に増加し、1969年には4040人に達した。1970年代には、地域での医師不足が批判されるようになり、「一県一医大」をスローガンに掲げて33の医学部が新設され、入学定員が8260人へと倍増した。しかし、景気後退と医師過剰が予想される中で、1995年には入学定員が7710人に削減された。

5 正式には、2001年に文部省と科学技術庁が統合され、文部科学省が発足した。

6 戦中の需要を満たすため、すべての大学レベルの医学部は専門学校を設立し、入学者を増員した。そのため、入学者は1945年には1万533人へと3倍に増加した。

報道により医師不足の懸念が再燃すると、再度状況が逆転し、2012年の9076人へと入学定員が漸増した（文科省2013）。

医師と病院の現状

日本の医師数は2010年現在で人口1000人当たり2.2人であり、経済協力開発機構（OECD）の平均を下回るが、病床数は2011年現在で人口1000人当たり13.4床と世界最多である。このように病床数が多いのは、日本では精神科病院と、実際は介護施設として機能する慢性期病院が多いことも一因である。ただし、それを除いても、一般病床数（日本では急性期および亜急性期を含む）は2011年現在で人口1000人当たり8.0床となっており、依然として非常に高水準である（OECD 2013）⁷。

医師数と病床数の不一致から、日本の入院患者は十分なサービスを受けていない可能性がある。さらに、開業医である医師の3分の1は病院の施設設備を利用できず、ほぼ全ての病院は勤務医が診療する大きな外来部門を持っている。その結果、入院患者の治療に当たる時間が不足する。

日本の医師に見られるもうひとつ顕著な特徴は、自身を出身医局に結びつけるため、実質的にすべての医師が専門科目（内科や外科だけでなく、眼科や整形外科など）に属することである。これは病院だけでなく、診療所にも当てはまる。ほとんどの開業医は主にプライマリ・ケアを行い、患者が訴えるほとんどの不調を診るが、専門医であることを標榜する（特に担保を必要としない）。

入院患者の治療に当たる医師の不足に加え、教育の特化と帰属意識が不幸な結果を招く可能性がある。例えば、日本の病院は、救急患者の受け入れを拒否するとしてしばしば批判される。救急隊は受け入れてもらうために複数の病院に連絡しなければならず、数時間の遅れが生じて患者が死亡する事故につながることもある。対応可能な医師が単に不足しているというのが最大の原因であるが、日本の医師には専門外の新規重症患者を治療する自信がな

7 2003年にはその他病床が一般病床および療養病床と区別されていたため、傾向を比較することができない。「一般病床」の区分には、多くの長期入院患者が含まれることに注意されたい。

いという要因もある。専門分野をまたぐ総合診療や家庭医療に特化する医師はほとんどなく、救急医療を専門とする医師もわずかしかない。

厚生省は、1987年に、総合診療や家庭医療を医学部のカリキュラムの環境として確立し、それを専門科目として認めるという報告書を発表した。この報告書は、専門職としての自律性が制限される可能性があるとして、日本医師会の反対に遭った⁸。さらに、医学部及び大学での医療教育を管轄する文部省は、生物医学研究と専門教育を重視したため、この提案を支持しなかった。最初の総合診療科は1978年に佐賀医科大学（現・佐賀大学医学部）に設立され、現在では大部分の医学部に設置されているが、専門科目としての正式な承認は2015年ようやく始まることになっている⁹。

厚生労働省（厚労省）¹⁰は、医師の卒後教育に大きな影響を及ぼす措置を導入した。2004年の制度では、2年間の臨床研修（前期研修）が義務付けられただけでなく（以前は推奨のみ）、主要専門科目と救急医療を含むローテーション研修も課されることになった。最終学年の学生は、マッチングシステムを通じて研修プログラムを申請する。臨床研修制度の導入により、新規に免許を取得した医師が専門医として訓練を受けた出身医学部の大学医局に入るという古くからの慣行が実質的に終焉することになった。しかし、この新制度の影響を十分に評価する前に、医学部からの反対を受け、2010年には義務付けられたローテーション期間が実質1年間に短縮された。それらの医学部は、この新制度は卒業生が都市部の病院で研修医となり、出身大学に残らなくなると主張した。この傾向は、地方都市の医学部で特に深刻であった。不足を埋めるには関連病院から医師を引き揚げざるを得ず、その結果、関連病院では医師が不足することになる。

この事例は、医師研修を断片的に改革することの問題を表している。改革を行う前に、国は、既存制度の重要な利点を検討すべきであった。第1に、日本では専門医の資格認定プロセスが十分に発達しなかったため、日本

8 日本医師会の動機は、人頭請負につながり、出来高払いに取って代わる可能性があるというものであった。人頭請負の場合、医師は、患者が登録しなければ、自由に開業できなくなる。

9 日本専門医制評価・認定機構は2015年に総合診療科を専門科目として承認し、2017年から研修を開始することを決定した。

10 厚生省は2001年に労働省と統合され、厚生労働省となった。

の医師は他国の医師に比べて正規の研修を十分に受けていない分野にも進んで参入する。特に、先に指摘したとおり、病院を離れて開業する医師は、専門医を標榜するにもかかわらず、主にプライマリ・ケアを提供する。そのため、卒業したばかりの医師は、専門医になるという希望は満たされるが、病院での専門医の地位が限られているため、大多数は診療範囲を拡大し、より全般的なプライマリ・ケア・サービスを提供せざるを得ない。他国では、このアプローチとは異なり、最終的な病院におけるポストによってではなく、専門科目ごとに研修医の人数を制限して、専門科目への参入を制限している¹¹。第2に、病院と提携すれば確実に医師が配属されるため、大学医局による医師の配置は、地域医療ニーズを満たす上で新しいアプローチを取るよりも効率的であった。

医師の収入格差

支払いは基本的に診療行為ごとに行われるが、請求金額と条件は厚労省の診療報酬で厳密に管理され、公的であるか私的であるかに関係なく、同一項目には同一金額が設定されている¹²。診療報酬は、国が間接的に医師配分を管理するための主な仕組みである。医療機関、特に日本医師会と交渉する必要があるため、必ずしも予期したとおりの影響が生じているわけではないが、診療報酬は、医師の収入に決定的な影響を及ぼす。

日本医師会の主な構成員は診療所でプライマリ・ケアを提供する医師や私的病院の開設者であるため、日本医師会は、医療活動に共通する圧力である専門化と都市化に対抗する力となっている。診療報酬は、専門医認定の有無に関係なく、同一サービスに同一報酬を設定している。診療報酬制度の構造により、平均すると専門医療よりもプライマリ・ケアに多くの報酬が支払われ、また、都市部よりも郡部における生活費の方が安いにもかかわらず同一サービスに同一報酬が支払われるため、郡部の医師の方が都市部の医師より

11 適切な規制を行った上で専門医の参入を制限すると質を維持できるが、このような制限を設けると医療労働力構造の流動性が損なわれ、変化する需要に対応してサービスを再編することが難しくなる。

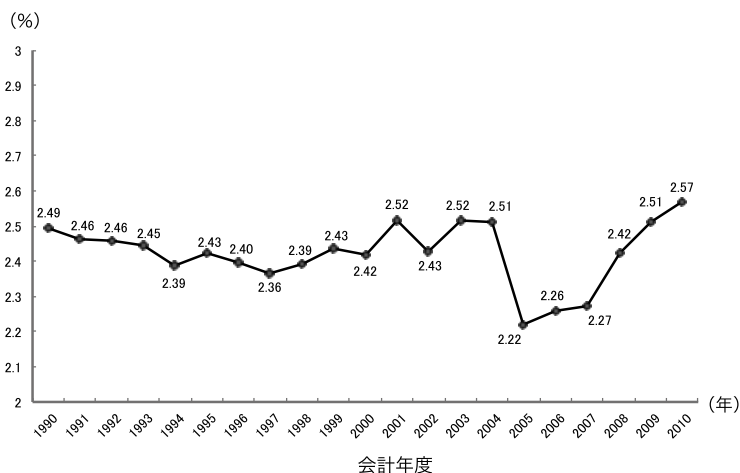
12 詳細については、第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」を参照。

収入が多い。これらの事実は現場で広く理解され、医師が病院を選ぶ際に大きく影響するが、残念ながら実証的なデータが不十分で、そうした傾向を示唆する事象以上は示せない。

専門化とプライマリ・ケア

診療報酬は、医師と病院のサービスに対する報酬だけでなく、請求要件も決定する。支払いは、医師個人ではなく、施設に対してのみ行われる。開業医の場合、圧倒的多数は個人開業であり、この支払いから経費を差し引いた分が所得となる。対照的に、病院勤務医には固定給が支払われ、患者からは直接支払いを受けない（患者に点数以上の「差額請求」をすることは診療報酬の規定で固く禁止されている）。これらの給与は年功序列に基づき、医師の専門科目や診療収入とは無関係である（病院を経営する医師を除く）¹³。日本では、病院勤務医の平均給与は比較的低く、過去20年間では平均的な勤労

図7.1 国公立以外の病院の医師の収入（一般的な労働者の平均との比較、1990年の消費者物価指数および年齢構成で標準化）



出典：1990～2010年の賃金構造基本統計調査（厚労省 1991-2011）

13 ひとつの理由として、特に同大学の同期の医師間で賃金に差を付けると、日本の組織的慣例に背くことが挙げられる。

者の2.5倍ほどである(図7.1)¹⁴。

プライマリ・ケアの報酬は病院での高度医療の報酬より高く設定されているため、収入面では開業医の方が恵まれている。1927年に診療報酬が確立された当時は、医療サービスの大部分は開業医によって提供されていた。その後の項目別改定は漸進的であったため、当初大部分を占めていた開業医に有利に働いた。さらに、日本医師会は、診療報酬改定に関する国との交渉で重要な役割を果たした。

厚労省が2年ごとに実施する抽出調査に基づく「医療経済実態調査」(厚労省2011a)によると、開業医の平均年収は2011年現在で2100万円であった。対照的に、「賃金構造基本統計調査」(厚労省2011b)によると、国公立病院を除く病院勤務医の平均収入は1140万円であった¹⁵。上層の病院に勤務する専門医の給与を推定する方法はないが、政令指定都市(人口50万人以上の都市)が運営する46の病院の医師は明らかに「上層」に位置し、同年(総務省2012)の全勤務医の平均よりも高く、平均1640万円であったが、全開業医の平均よりは低かった。

ただし、いくつか注意事項がある。

第1に、病院勤務医の収入には、病院勤務医の大部分が行う非常勤の副収入が含まれていない。一般病院の非常勤医師は、2010年(厚労省2011c)の常勤医師に換算した場合、全体の19.2%を占める。ただし、政令指定都市開設の病院に勤務する専門医は、通常は非常勤で他で診療することは許されておらず、賃金構造基本統計調査で見た場合、政令指定都市開設病院の勤務医の給与が平均より高くなっているのは、この制限による機会費用を補償していることが一因となっている。また、一部の非常勤医師、特に女性や高齢の医師の場合は、常勤の仕事を持っていない可能性がある。そのため、全病院勤務医の実際の収入が2割増しになるというわけではない。

第2に、医師の平均年齢は、開業医の58歳に対し、病院勤務医では40歳

14 看護師の平均給与は病院勤務医の半分程度である。ここでの「私的部門」は、国立および公立以外のすべての病院を含む。2005年にサンプリング方法が改定され、それが一時的な低下に表れている。

15 購買力平価で見ると約19万3000ドルと10万3000ドルである。かつてはさらに差が大きく、2005年には2.5倍であったが、両調査はパネルデータではなくサンプルデータに基づいているため、傾向を比較することは難しい。

である。55歳～59歳の公立以外の病院勤務医の収入は、年功序列の給与体系により、1850万円であった。ただし、診療所の医師の20%は70歳以上であり（厚労省2011c）、常勤ではないため、平均年齢による比較は適切ではない。

第3に、開業医は、他の中小企業経営者と同じリスクがある。

都市部対郡部

これまで見てきたとおり、診療報酬は、郡部の生活費や給与に関係なく、日本全国の全ての医療者に、同一サービスに対して同一報酬を支払う。そのために郡部の病院は、看護師やその他の職員の給与を抑えることによって、都市部の病院より高い給与を医師に支払うことができる。都道府県の差が重要である。医師は移動しやすく都市部に集まる傾向があるが、看護師やその他の職員は移動が難しく地元とのつながりが強い。この収入パターンは、国が郡部の医師の給与を上げようと意図したのではなく、現地の労働市場の条件に合わせて各病院が賃金の幅を設定することによって実現した¹⁶。

都市部と郡部の差を分析しようと努めたが、ここでも包括的なデータの不足に直面した。賃金構造基本統計調査には全国の総計しか記載されないため、データから「都市部」と「郡部」を説明できなかつた。そのため、地方自治体が運営する公立病院の給与の中で、政令指定都市が開設する41病院と市町村が開設する178病院を比較した¹⁷。

2010年現在の勤務医の収入は、政令指定都市開設の病院では1637万6100円、市町村病院では1974万2500円であった（総務省2012）。対照的に、同年の看護師の賃金は都市部では595万5300円、郡部では541万8500円であった（厚労省2011b）。年齢構成の差を調整すると¹⁸、市町村病院の勤務

16 国立病院機構では、公共部門の給与規則が医師その他の職員に適用され、給与は現地の生活費を反映し、都市部のほうが高くなる。ただし、公立以外の全ての病院では、同じ仕組みが適用され、非常勤業務の機会が都市部と地方で基本的に同様であるため、医師の給与差が総収入にも当てはまる。

17 地方には私的病院が少なく、それらのデータを入手することができなかつた。2010年地方自治体事業年次報告（総務省2012）の給与データを使用した。19政令指定都市のうち、16都市が病院を所有していた。市町村は、人口2万人未満の自治体を指す。941市町村のうち、178が病院を所有していた。

18 医師と看護師の平均年齢は政令指定都市病院の方が市町村病院よりも3～4歳若く、医

医は政令指定都市病院の勤務医の1.2倍、同じく看護師は0.88倍、准看護師は0.77倍の収入であった（このような差は、1990年以降の20年間で医師では1.43倍から縮小したが、看護師では0.79倍、准看護師では0.75倍から拡大した。これは、市町村の所有する病院数が市町村合併で減少したためと考えられる。また、データは入手できないが、私的病院では看護師の収入は公立病院ほど年功序列に基づかないため、医師と看護師の収入差は、さらに大きくなると考えられる）。

へき地でのサービス提供

都市部の勤務医の方が収入が少ないため、郡部での医師不足は緩和されるが、問題の解決にはほど遠い。日本の都市部と郡部にデータを分けることは難しいが、地域の中には医師を集められないという問題を抱えている¹⁹。地方自治体・国民健康保険の保険者・農業協同組合そして私的部門が、病院や診療所を設置し経営することによって、郡部における医療サービスへのアクセスは担保されている²⁰。国の役割はそれほど直接的ではなく、郡部における医師の需要が増えたことが1970年代および2009年の民主党の勝利後に医学部とその入学定員を増加する決定のひとつの動機となった。対象を絞り込んだ施策も実施され、さまざまな効果をもたらした。

最も継続的に実施されたのは、過疎地の振興のために国から都道府県に対して交付した包括的な補助金である。その中で医療が対象となったのは、半径4 km以内に50人以上の住民が暮らし、医療施設へのアクセスに問題を抱える「無医地区」であった。「無医地区」を解消するために、へき地保健医

師は44歳と47歳、看護師は37歳と41歳であった。准看護師では年齢差は逆転し、53歳と49歳であった。

19 1人当たりの医師数は、分布密度が最高と最低の都道府県間で2倍の開きがある。しかし、最低の県は東京に隣接しており、人口が比較的若い。この差は、1990年の2.24倍から縮小している。特に、多くの地方自治体が合併し、「市」に過疎地域が含まれるようになった2003年以降は、「市」や「町村」に基づいて地方自治体を都市部と地方に分けることは難しい。

20 市町村長の政治的責任は別にして、地方自治体は、国民健康保険制度を所管するため、医療に重点を置く傾向がある。これらの制度は病院や診療所も所有する。対照的に、都道府県の関心は、所有する病院の経営に限られる傾向がある。

療計画が1957年より通常5カ年のローリング方式で策定され、現在は2011年から開始された第11次計画である。しかし、補助金による「無医地域」の解消は体系的に評価されていないので、どの程度成功したか判断するのは難しい。確かに無医地区の数は1966年の2920箇所（人口119万人）から2009年の705箇所（人口14万人）（厚労省2010a）に減ったが、この減少のどこまでが無医地区からの人口流出によるもので、どこからがサービスの整備によるものかを把握する手段はない。

しかし、1975年から施行された「地域中核病院」の指定は有効であったことが認められている。現在までに47都道府県中30都道府県の263病院が地域中核病院に指定されており、へき地の診療所に医師を交替で派遣することが義務となっている。へき地の診療所に派遣された医師は、通常3年間の任期を務めた後、病院に復帰する。このシステムは、大学医局とその階層に属する病院によって長期にわたって確立されてきたパターンと、ある意味似通っている。郡部の診療所での業務に求められる能力は、地域中核病院で求められる能力とは異なるが、専門勤務医がプライマリ・ケアを主に扱う診療所に異動するという一般的な慣行と同様であり、ローテーションによって医師の知識と視野が実際に広がる。

地域医療を改善する日本の取り組みにおいて最も特徴的なのは、地域医療を提供する医師を育成することを目的として1973年に設立された自治医科大学である。規定上は私立大学に分類されるが、都道府県によって共同で出資され、運営されている（そのため、地方自治体を意味する「自治」医科大学と呼ばれる）。各都道府県に2～3人の入学定員が割り振られるが、学生の選考は大学に委ねられ、主に学力面の適性に基づいて選考が行われる。学生には、毎月の奨学金と授業料を対象とする融資が行われる。卒業生は都道府県が指定する医療施設に9年間（その半分以上を郡部で）勤務することが義務付けられる。これらの義務を満たせば、融資の返済は免除される（97%の卒業生が条件を満たす。Matsumoto et al. 2008a）。

同大学を提唱したのは厚生省ではなく、地方自治体を管轄する自治省であった。自治省は郡部の医師不足を懸念していた。当初は医専を再生する（中等学校卒業生が入学する）ことを提案したが、この意見は厚生省と医療専門家からの強い反対に遭った。そのため、自治医科大学は、都道府県間の

格差など多くの構造的問題を残したまま、政治的妥協の結果として設立された。例えば、都道府県の人口には20倍以上の開きがあり（東京都1300万人、鳥取県60万人）、「郡部」の常住人口には格差がある。当然ながら、都道府県と学生の関与も異なる。9年間の義務サービス以降も郡部にとどまる比率は全体で29.5%（厚労省2010b）であるが、郡部の都道府県出身者の方が69.8%と高い（Matsumoto et al. 2008b；2010）。

もうひとつの医学部のモデルは、地元高校の学生を優先し、より良い研修制度を提供することである。例えば、2005年、青森県にある弘前大学医学部は、研修医の急減に直面し、地元高校卒業生を優先的に入学させる制度を開始した。自治医科大学と同様、卒業生が指定施設に9年間勤務すれば、授業料と奨学金の融資返済が免除される。この制度を全面的に評価するのは時期尚早であるが、地元高校から同大学医学部に入学する学生数は2004年の23人から2010年の46人へと倍増した。医学部教員の努力により、2年間の研修を県内で行う学生数も2004年の56人から2011年の70人へと増加した（藤本2012）。

考察

日本の医学部は、専門医療を提供する病院の数が限られているため、研究と専門医の研修に重点を置くが、医師の大部分は診療範囲を拡大して患者のニーズに応えるか、あるいは専門的な目標を反映して施設を拡大してきた。同時に、診療報酬は、費用と医師の収入を抑えるだけでなく、診療所と郡部病院の医師の収入を都市部の病院の専門医より高くなるように支払っている。

それでは、他国にはどのような意味合いがあるだろうか。日本の政策手法は、概念的な枠組みというよりも、その時点の特定のニーズに対応したものであり、さまざまな要素が絡むため、日本の政策手法をそのまま他国に導入することは難しい。それでも、日本の経験からは以下のことが分かる。

第1に、医師の養成には、より柔軟なアプローチがあり得る。大学と並行して専門学校で医学教育を提供している国では、専門学校の卒業生を格下に扱うべきではない。

第2に、専門医はキャリアの途中で、その自由と適切なインセンティブが

あれば、診療範囲を拡大して住民のニーズを応えることができる。

第3に、都市部の病院の専門医に対しては、継続医療教育の機会や家族向けの福利厚生などを通じた、専門職としての地位や都市生活の利点などを享受することと相殺する形で、報酬を抑えることにより、適切な配置になる可能性がある。

第4に、大学医局や地域の基幹病院は、郡部の医療施設に勤務する医師を交替で派遣する拠点として役立つ。

第5に、2年間のローテーションの研修制度等の義務化による部分的な解決策では、医師の地理的配置の不均衡をかえって悪化させる可能性がある。

日本のシステムは、医師をどのように教育し、配置するかについての正統派の立場とは一致しないかもしれない。しかし、まさにこの理由から、低中所得国に別の展望を示す可能性がある。

【参考文献】

池上直己、J.C. キャンベル (1996) 『日本の医療—統制とバランス感覚』(中公新書、中央公論社)

池上直己 (2003) 「日本の医療制度における専門医の役割」『総合臨床』52巻12号 3125-30 ページ

厚生労働省 (2011) 「医療経済実態調査」(平成23年6月実施)

<<http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/10/tp1019-1.html>> (2013年10月アクセス)

厚生労働省 (1987) 「家庭医に関する懇談会報告書」第1法規出版

厚生労働省 (2010) 「へき地保健医療対策検討会報告書(第11次)」<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/s0401-4.html>> (2013年10月アクセス)

厚生労働省 (2013) 「専門医の在り方に関する検討会 報告書」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju.html>> (2013年10月アクセス)

厚生労働省 (2010) 「平成21年度無医地区等調査・無歯科医地区等調査の概況について」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000ulrk.html>> (2013年10月アクセス)

厚生労働省 (2011) 「平成22年(2010年)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/index.html>> (2013年10月アクセス)

厚生労働省 (1991～2011) 「賃金構造基本統計調査」(平成2～22年のデータ)<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chingin_zenkoku.html>、詳細データ

は <<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001028607&cycode=0>>
(2013年10月アクセス)

総務省 (2012) 「平成 22 年度地方公営企業年鑑」

<http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/kouei22/html/mokuji.html> (2013
年10月アクセス)

橋本鉦市 (2008) 『専門職養成の政策過程—戦後日本の医師数をめぐって』(学術出版社)

藤本幸男 (2012) 「青森県の挑戦」『病院』Vol.71 No.2、107-110 ページ

布施昌一 (1979) 『医師の歴史—その日本の特長』(中公新書、中央公論会)

文部科学省 (2012) 「平成 25 年度医学部入学定員の増員計画について」<http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/24/12/1328793.htm> (2013年10月アクセス)

Matsumoto, M., K. Inoue, and E. Kajii. 2008a. "A Contract-Based Training System for Rural Physicians: Follow-up of Jichi Medical University Graduates (1978-2006)." *The Journal of Rural Health*. 24, no. 4: 360-8.

Matsumoto, M., K. Inoue, and E. Kajii. 2008b. "Long-Term Effect of the Home Prefecture Recruiting Scheme of Jichi Medical University, Japan." *Rural Remote Health* 8, no. 3: 930.

Matsumoto, M., K. Inoue, and E. Kajii. 2010. "Definition of "Rural" Determines the Placement Outcomes of a Rural Medical Education Program: Analysis of Jichi Medical University Graduates." *Journal of Rural Health* 26, no. 3: 234-9.

OECD. 2013. *OECD Health Data 2013*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> (2013年10月アクセス)