



医師や看護師の人手不足が発生していること

遠藤 久夫

今、医師、歯科医師、看護師の労働市場において急速に不均衡が拡大しつつある。つまり、必要などころに必要な職種の人が不足している、という状況が進んでいる。医療はわれわれが生活する上で最も大切なサービスの一つであるが、意外にその実態が知られていない。本稿では、今、生じつつある不均衡の実態を紹介して、医療労働市場の特徴について考えてみたい。

医師の労働市場で進む三つの不均衡

医師の労働市場が三つの意味での不均衡に悩まされている。第一の不均衡は過疎地の医師不足の拡大である。国民が等しく医療サービスを受けられるようにと昭和40年代後半から1県1医大政策が進められた。その結果、医科大学のない県はなくなり、都道府県間の医師の偏在は縮小した。しかし、医師が都会の大病院で勤務したい、都会で子女の教育をしたいと願うのは自然なことで、過疎地域の医師不足は解消せずには半ば恒常化している。それでも過疎地対策に貢献してきたのは、皮肉にも何かと評判の良くない大学の医局制度であった。これまでは国家試験に合格した医師の大半は大学の医局に入り、系列病院と大学間をローテーションしながら臨床技術を磨いていくのが一般的だった。このような仕組みの下では、過疎地の病院であっても大学の派遣先になれば医師を確保することができた。ところが、国は、大学で行われてきた単一診療科での研修は地域医療との接点が少なく、専門に偏りすぎた研修が行われてきたとして、複数の診療科をローテーションする研修プログラムを用意した臨床研修病院（大学病院を含む）を新たに認定し、平成16年から研修医

にここで2年間研修することを義務づけた。その結果、それまでは研修医の約7割が大学病院で研修していたものが、平成18年度は大学病院で臨床研修を受けた研修医は45%にとどまった。大学病院は若手の労働力が不足する一方で、大学病院自らが魅力的な研修病院となるべく研修医の指導体制を確立させなければならなくなり、中堅医師を系列病院から引き上げざるをえなくなった。これにより大学病院の医師派遣機能は低下し、大学からの派遣に頼っていた地方、過疎地の病院を中心に医師不足が表面化した。これまで大学病院が多く医師を引きつけておけたのは、i) 大病院では公募による医師採用は少なく特定の大学医局との間の相対取引で医師を採用してきたため、大学に籍がないと魅力的な就職先を得られない、ii) 大学に在籍していないと学位が取得できない、という理由からであった。しかし、臨床研修必修化により研修医の公募を経験した市中病院は今後は医師全般にわたって公募制を拡大することも考えられる。また、医学博士号は従来から臨床技術を評価していないと指摘されてきており、これに代わって学会が認定する専門医の取得状況や臨床研修を行った病院名が、その医師の臨床能力を評価する上で重視される傾向も生まれている。大学病院と市中病院との相対取引関係が縮小し、医師の労働市場がより流動化していくことは望ましい面も大きいですが、反面、過疎地の医師不足を加速化させる可能性もある。過疎地の医師確保が難しいのは日本だけではない。とりわけアメリカは、i) 大学と市中病院との関係がより「市場」的であり医師労働市場の流動性が高いことと、ii) 高齢者と貧困者以外には公的医療保障がないため住

民の所得水準が低い過疎地では医師の所得も低くなる傾向があり、日本以上に過疎地の医師確保は困難だといえる。過疎地の医療を推進させる目的の奨学金制度等があるものの効果は十分とは言えない。

第二の不均衡は、病院勤務医の開業医シフトによる勤務医不足である。元来、医師は開業より病院、とりわけ大病院の勤務医を志向する傾向がある。病院勤務であれば医療技術の進歩に後れをとらないし、病院によっては高度な医療を行うことができる。自分の専門の患者だけを治療するので専門医としてのキャリアも向上する。しかし、最近産科・小児科や外科系を中心に勤務医を辞めて開業する医師が急増しているのである。これを虎の門病院の小松秀樹医師は著書『医療崩壊』の中で「立ち去り型サボタージュ」と呼んでいる。本来「日本の勤務医は自らの知識や技量に対する自負心と、病者に奉仕することで得られる満足感のために働いている。このため、ハードワーク・ローリターンに耐えてきた」にもかかわらず、急速に拡大している医療の安全要求によって、医師は医療訴訟や逮捕という大きなリスクを背負わざるを得なくなってきた。これに対する「消極的対抗手段」として、「楽で安全で収入の多い」開業医にシフトしていると小松氏は解釈する。この現象の深刻なことは、一人の勤務医が退職すると容易に欠員補充できないため残った医師の負担が増加し、その医師も同じ選択をするということである。元々医師が不足している病院では、勤務医が昼間通常に勤務した後そのまま夜勤に入り、翌日もそのまま通常勤務を行うという勤務体制も珍しくない。このような勤務態勢は看護師では絶対に許されない。開業医シフトはこのような過酷な労働をさらに助長させる。その結果、産科が閉鎖された、夜間救急が閉鎖されたという病院があちこちに出現した。病院勤務医が開業しても、勤務医時代と同じ医療を行うのであれば、医療を提供する場所が病院から診療所に移っただけであるから社会的には問題ない。しかし実際には、勤務医時代には産科をやっていた医師が内科・婦人科として開業するといった勤務医時代よりローリスクの医療を行うのが一般的なものである。

第三の不均衡は研修医が選択する診療科に偏りが生じてきていることである。具体的には外科系（脳外科、心臓外科等）や産科が敬遠され、内科系や俗にマイナーと呼ばれる眼科、耳鼻科、皮膚科を選択する若い医師が増えてきている。このことは将来、診療科の偏在という大きな問題を引き起こすことになりかねない¹⁾。外科系が敬遠されマイナーが好まれるようになった第一の理由は、先に示した医師に対する安全要求が高まったことにより、3K職場といわれるきつい環境で訴訟リスクを抱えて診療を行うことが嫌われたためである。第二の理由は女性医師の増加である。ここ数年医師国家試験合格者の3分の1は女性である。毎年2500人を超える女性医師が誕生している。20年前は国家試験合格者の5分の1であったことを考えればめざましい増加である²⁾。もっとも医師全体に占める女医の比率は15%程度であるが、これはイギリスやフランスの3割台後半、東欧諸国や北欧諸国には5割を超えている国もあることからすれば、まだ少なく、今後ますます増加すると予想される。体力的な面や出産・育児と仕事の両立を考えれば、女性医師が体力的にあまり厳しくなく開業もしやすい内科、眼科、皮膚科、耳鼻科等を好んで専攻するのも当然だといえる。

過剰に悩む歯科医師市場

歯科医療は緊急性が低いこともあり、歯科医師の地域偏在は大きいものの医師の場合ほど偏在は問題にならない。歯科医師市場の問題は歯科医師過剰である。かつて国民医療費の1割を超えていた歯科医療費であるが、直近では8%にまで低下している。その最大の理由は高齢化が歯科需要を増加させないからである。70歳未満の人と70歳以上の1人当たりの平均医療費を比較すると、内科では1:4.5だが、歯科は1:1である³⁾。それにもかかわらず歯科医師数の増加は医師数の増加を上回っていたため、ほとんどが開業医である歯科医師は診療所の経営悪化という問題に直面し、歯科医師数を削減することが喫緊の課題となっている。

歯科医師数を削減する方法は、①歯学部の新入定員の削減、②国家試験を難しくして合格率を下

げる、③保険医資格の定年制⁴⁾の実施、の3種類しかない。保険医定年制(③)はドイツなどで保険財政健全化の視点から医師・歯科医師に対して行われた例があるが、わが国では関係者の合意が形成されておらず当面は実施不可能である。国家試験合格率引き下げ(②)は浪人生が大量に生まれることが懸念されてこれまでは消極的であった。そのため歯科医師国家試験の合格率は医師国家試験と同様に9割前後と高い水準である。実際に供給量調整手段として実行可能性が高いのは入学定員の削減(①)である。医師ではこれまで医学部定員の削減により医師の需給調整を行ってきた。しかし、歯科は医科と異なる一つの事情がある。医学部の場合、定員の7割は国公立大学が占めているが、シガク歯学部定員の7割は私立大学である。わが国は「シガク歯学は私学によって創られた」といわれるように、歯科医師養成において私立大学の比率が高く、私立大学は経営上の理由から入学定員の削減には難色を示す傾向があった。このように、歯科医師削減方法には課題はあるものの、過剰供給は歯科医師の質に悪影響を与えるとして平成18年に、厚生労働大臣と文部科学大臣が国家試験の合格率の引き下げ(すなわち浪人の増加を容認)と歯学部入学定員の削減について合意した。今後、この方法で需給調整が進んでいくことになる。

「7対1特需」に揺れる看護師市場

診療報酬の改正は医療に大きな影響を与えるため、医療政策上の有効な経済誘導手段としても使われてきた。しかし、政策目的とかけ離れた方向に医療を動かしてしまう副作用が現れることもある。その典型的な例の一つが平成18年度診療報酬改定に伴う看護師の「7対1特需」である。入院の際、患者1日当たりで医療保険から病院に支払われる入院基本料は看護職員1人当たりの入院患者数で決まり、看護師密度が高いほど高額に設定されている。従来10対1(看護職員1人に入院患者10人)が最高の入院基本料であったが、平成18年度から新しい7対1基準が新設され、10対1基準より高額に設定された。この引き上げには背景がある。国は従来から病院の機能分化を進めており、急性期病院に対しては集中的に治療を

行って患者の在院日数が短縮するように政策誘導してきた。その結果、在院日数は短縮されたが、重症の入院患者が増えて看護師の負担が増していった。調査をすると10対1基準を上回る看護職員配置をしている急性期病院も多く見られた。7対1基準の創設はこの実態を適正に報酬に評価しようとしたものである。

ところが、都市部の大病院を中心に日本中に予想外の「7対1特需」が発生してしまった。新しい報酬額は平均的な看護師を追加採用してもおつりがくる額であったため、看護師を増やせば増収できる、と多くの病院、特に都市部の大病院が看護師の採用に拍車をかけた。厚生労働省の調査によれば、平成19年度の国立大学医学部付属病院の看護師募集数は平成18年度の2.2倍であった。一方で看護師国家試験の合格者数は平成15年以降、減少傾向にある。この「7対1特需」により、地方の中小病院や訪問看護ステーションの看護師確保が急速に困難になってきている。この事態に直面し、国は7対1基準をとることのできる病院に制限をかける方針で沈静化を図ろうとしている。

不均衡の是正はどうすればよいか

医師、歯科医師、看護師の各労働市場が現在直面している不均衡を紹介した。これらの医療専門職に共通する課題は不均衡が自律的に調整されることが難しいということである。その理由の第一は、これらの職種が業務独占であり、かつ専門性が高いことに起因する。歯科医師の例でわかるように過剰を削減するのも大変であり、まして不足が生じた場合、各職種が業務独占であるためほかからの参入によって補うことができない。教育段階からの養成を行う必要があり需給調整にラグが生ずるため、緊急的には外国人の受け入れしか道がない。また、医師の場合、専門の違いが需給調整を阻害する。外科医が内科で開業することは比較的容易でも、内科医が外科を行うことはほぼ無理である。医療労働市場が自律的に調整されにくい第二の理由は、医師、特に勤務医の場合、価格メカニズムが機能しにくいことである。病院が産科医の欠員を埋めたいという状況を考えてみよう。病院は管理運営上、産科医を他の診療科と比較し

て破格の待遇で採用することは難しい。賃金体系が硬直的な国公立病院ではなおさらである⁵⁾。さらに、勤務医の労働供給において給与は必ずしも決定的な要素ではない。所得を満足したければ開業すればよいのである。開業で得られる機会所得を失っても勤務医を選択するためには、医師としてのプライドや高度な医療を行う満足感などが大きい。高給で処遇されても過剰労働で不安と疲労にさいなまれ、リスクと責任だけは大きいという職場環境では働こうとはしないであろう。過疎地に医師を招聘する場合でも同様である。医師不足に悩む自治体の一部には、医師の給与を相当な水準に引き上げている病院もある。しかし、それでも慢性的な医師不足は解消しない。都会で開業するという選択肢をもっている医師にとって、高度な医療でもないへき地医療を選択するには、給与の引き上げではインセンティブとして不十分なのであろう。

このように職種間の移動や参入に障壁があり、かつ価格メカニズムが必ずしも有効に働かないため、医療労働市場は自律的な調整にあまり期待できない。したがって、何らかの政策介入が必要となる。代表的な介入方法は労働市場への規制と診療報酬による経済誘導である。医療労働市場には医療の質や安全を担保するために様々な規制が存在する。たとえば病院を開設するためには基準以上の医師や看護師の確保が必要となる。しかし、研修医の専門の選択や医師の過疎地勤務を強制することは憲法上の問題とも絡み実現は難しい。事実、平成18年の社会保障審議会で「へき地医療・救急医療等の診療経験を病院・診療所の管理者の要件とすること」について議論されたが、法律上の問題が指摘され合意を得るに至らなかった。

もうひとつの介入方法は診療報酬による誘導である。「7対1特需」に見られるようにその効果は大きい。不均衡是正の最近の例では、小児科不足を解消する目的で小児科の診療報酬を引き上げた例がある。その結果、収益が向上し小児科医不足に歯止めがかかっている⁶⁾。しかし診療報酬は公定価格であるため、その価格設定において計画経済に見られる欠点があることは否めない。まず診療行為ごとのコストやリスクの正確な情報を当

局が把握することが非常に難しい。実際の診療報酬の策定過程ではこれらの把握は行われておらず、結果として診療行為間の収益率が大きく異なっている⁷⁾。また、これまでは声の大きな利害関係者の意見が報酬額に強く反映される傾向があった。具体的には、開業医の利益を強く主張する一部の医療団体の存在が大きく、診療報酬にその主張が反映されてきた。しかし、最近になって報酬額にコストを反映させようという気運が高まってきており、報酬改定に際しさまざまなコスト関連の調査が行われている。また、報酬額決定に参加できる医療団体を複数にし、多様な要求が反映されるようにするなど診療報酬決定システムの改善も行われてきている。診療報酬による誘導は副作用も大きい。合理的な価格設定を行えば医療労働市場の不均衡を改善させる有効な手段として期待できる。しかし、それでも診療報酬政策だけでは無医地区の解消や医師の専門の偏りの是正には十分ではない。これらの問題に対しては、奨学金政策⁸⁾、医学部の地域枠の拡大⁹⁾、外国人の医師・看護師の受け入れ緩和¹⁰⁾など総合的な対策が必要だと考える。

- 1) 日本の現状は人口当たりの脳外科や心臓外科の専門医は欧米と比較すると多いため、このような問題は当面は顕在化しないかもしれない。
- 2) 全国の進学女子中高では「娘を医師にしたいお母さんシンдрーム」が蔓延している。この母親たちは、自らの経験から、女性が有名大学を出て有名企業に勤めても勤め続けられる人はほんの一握りだということを知っている。そこで古典的な発想ながら、「女性はやっぱり資格がなければ」となる。これまで「手に職を」という女子学生に人気があった薬学部が平成17年から医学部同様6年制になった。このことも、同じ6年かかるなら頑張る医学部へ、ということで女子の医学部受験に拍車をかけている。もっとも、最近では女子学生に限らず空前の医学部ブームである。受験秀才がこぞ医学部を目指している。同様の現象は昭和40年代後半にも見られたが、その時は国が戦後一貫して医学部新設を認めず、一方で福祉重視路線により医療保険制度を拡充したため、医師の希少性が高まり経済的、社会的に魅力ある職業となったためである。最近では、医療費適正化政策により医師の経済的な魅力も薄れつつあり、訴訟リスクなども大きくなっている。それにもかかわらず、人気が低迷している理工系の学部をよそ目に医学部の偏差値だけが高騰しているのは興味深い。これは、長期の不況の過程での大規模なリストラやその後の雇用慣行の変化によって、「組織に頼らず資格に頼ろう」という風潮が高まったからだと考える。
- 3) 医科は高齢になるとあちこち悪くなるので受診回数、入院回数が増加するが、歯科は高齢者には歯が少ないことに加え、入院治療という概念がないため通院が困難な高齢者の歯科需

要は増えない。

- 4) 一定年齢を超えた医師には保険診療を許可しない制度。
- 5) アメリカは日本と医療制度が異なり、原則として病院は医師を「雇用」しない。独立開業している医師が病院と個別に契約する形態（オープン病院方式）をとっている。したがって、需給関係や医師の技能に応じて弾力的に契約額を設定することができる。
- 6) 勤務医の場合、診療報酬が引き上げられても給与が上がるのではなく、医師や看護師の増員が行われて個々の医師の負担が減少することにより医師をつなぎ止めているという対応がほとんどである。
- 7) アメリカの高齢者対象の公的医療保険であるメディケアでは、医師向けの診療報酬（ドクターズフィー）に、診療行為ごとの仕事量、コスト、訴訟リスクを反映させている。
- 8) アメリカでは不足している診療科を選択する医学生やへき地医療を志す医学生に奨学金が給付されるプログラムがある。
- 9) 医学部地域枠とは県内の受験生だけの受験枠のことである。地元高校の推薦方式をとるため入学しやすい。現在、国立大

学医学部の地元出身入学者は平均 27%と少ないため、地元出身者を増やして地元定着を促進させることを目的とした制度。平成 19 年度は地方国公立大学の 17 校が実施している。

- 10) アメリカは看護師不足の対応策としてフィリピン人の看護師を大量に受け入れてきた。フィリピン看護師は英語を話す上に、フィリピンの看護教育はアメリカが手本となっているため受け入れやすい環境があった。日本もフィリピン人看護師の受け入れをフィリピン政府と合意しているが、言葉の問題や看護師の病院内の地位などでアメリカのような円滑な受け入れができるかどうかは疑わしい。

参考文献

小松秀樹（2006）『医療崩壊』朝日新聞社。

えんどう・ひさお 学習院大学経済学部教授。最近の著書に『医療経済学の基礎理論と論点』（共編著、勁草書房、2006年）。医療経済学専攻。