

医師の労働市場における需給調整メカニズム

——卒後研修（臨床研修制度と専門医制度）に注目して

遠藤 久夫

(学習院大学教授)

医師不足といわれるが、医師総数の絶対的な不足に加えて、i) 特定の診療科における医師不足（産科医不足、救急医不足等）、ii) 特定の地域における医師不足（へき地の医師不足等）をそれぞれ分けて考える必要がある。絶対的な医師不足の解消は医学部の定員を増やす以外に方法はない。しかし、診療科と地域における医師不足には医師の卒後研修の仕組みが少なからず影響している。研修医を対象とした臨床研修は主に大学病院で行われてきたが、i) 狭い専門領域に偏った医師が養成される、ii) 研修医は診療科の実態を十分理解せずに進路を決定せざるをえない、iii) 研修医の待遇が劣悪である、という理由で2004年から新医師臨床研修制度が導入された。この制度の特徴は、i) 臨床研修を義務化する、ii) 一定の基準を満たせば大学病院でなくとも臨床研修病院になれる、iii) 複数診療科をローテーションする、iv) 研修医に給与を支給する、というものである。この制度の導入により研修医は幅広い診療科で研修することができるようになったが、次のような副作用も指摘された。i) 大学病院で臨床研修を行う研修医が減少したことにより、大学から地方の病院に医師を派遣することができなくなり、地方の医師不足を加速させた。ii) 研修の過程で各診療科の実態が分かるようになったため、厳しい診療科を志望する医師が減った可能性がある。このような状況の下、新医師臨床研修制度は2010年に部分的修正が行われた。診療科の偏在を是正するためには各学会が認定する専門医制度は重要な役割を果たす。アメリカやフランス等では、診療科ごとの専門医の数を社会で必要とされる水準に調整して認定しているため診療科の偏在はあまり大きくない。しかし、日本では専門医の認定に関して各学会の裁量度が大きく学会全体として調整してこなかったため、認定要件や認定数、認定率が学会ごとによりかなり差がある。そのため、専門医制度が診療科の偏在の是正に貢献しているとはいえない。現在、学会主導の下、専門医制度を見直そうという動きがあるが、その行方を注目したい。

目次

- I はじめに
- II 医師の労働市場の特徴
- III 卒後研修と需給調整メカニズム
- IV おわりに

I はじめに

医師不足問題は古くて新しい問題である。かつては医師の地域偏在の問題が大きく取り上げられた。最近では、産科医、小児科医、救急医、外科医

等、特定の診療科の医師不足が、地域偏在の問題と絡みながら問題を複雑化させている。地域偏在、診療科偏在の問題を一気に解決する特效薬はあろうはずがなく、考えられる規制やインセンティブを総動員して改善に取り組む集学療法が必要だろう。本稿では、その中でも医師の卒後研修のシステムがこの「不足問題」に影響を及ぼしている点に着目する。具体的には臨床研修制度と専門医制度が地域と診療科の需給調整にどのように影響してきたのかを概観し、これらの制度が問題解決にどのように貢献できるのか展望する。

II 医師の労働市場の特徴

1 医師の労働市場

医療と一言で言っても、その内容は細分化されているため、医療の労働市場も細分化して論ずる方が良い場合がある。特に医師不足を論ずる場合は、医療の労働市場を「診療科」「地域」の二つの次元に分けて考えるのが適切である。

(1) 診療科

法律的には外科医、内科医、眼科医といった診療科別の区別はない。医師法で定めるのは医師という資格だけである。開業する際の診療科は、広告可能な診療科名であれば、医師が自由に標榜することができる「自由標榜制」とをとっている。診療所の看板に1人の医師しかいないのに「内科」「小児科」「放射線科」など複数の診療科名が書かれているのを目にすることがあるのはこのためである。とはいえ技術が備わっていなければ診療行為ができないのであるから、医師が自称する診療科は実際の専門と大きくかい離することはない。診療科により労働市場の需給関係が大きく異なり、産科、小児科、救急科等は過少供給の状態にあることは知られているが、この需給バランスをどのように調整するのが大きな課題となっている。

(2) 地域

医療のようなサービスは物財と異なり遠隔地に「運ぶ」ことができないため供給する範囲に限られる。また急性疾患の患者は通院可能な医療機関の選択に距離やアクセス時間の制約を受ける。したがって、医療市場は地域的（空間的）にある程度分割される。患者が通院する範囲は診療圏などと呼ばれる。都道府県ベースでの人口当たりの医師数は平準化されてきているが、未だに医療過疎地は存在し、ある意味深刻さを増して来てもいる。この医療の地域格差という古くて新しい課題も解決しなければならないテーマである。

2 「診療科」と「地域」の需給調整メカニズム

このように医師の労働市場は大きく2種類の次

元に分類することができる。個々の医師は「内科医として県庁所在地で医療を行う」「眼科医として地方都市で診療する」というように分類できる。「医師不足問題」はこの2つの分類における過不足が問題なのであり、単純に患者対医師数の大きさと議論されるような問題ではない。2つの市場ではそれぞれ需給調整のメカニズムが異なるので、以下、それについて検討する。

(1) 診療科間の需給調整

1) 新規参入時

医師は自身が専門とする診療科をどのように決定するのだろうか。医師免許取得後の医師は知識や技能の習得のためベテランの医師の指導の下、臨床経験を積む臨床研修を受ける仕組みがある。2004年度までは努力義務であったが大半の医師は臨床研修を受けていた。その際、研修医の多くは大学病院に属して大学病院が提供する研修プログラムを受けた。大学の医学部は各専門分野ごとに教授を頂点とした医局とよばれる組織があり、研修を希望する医師はこの医局に入局することになる。医師免許取得直後に行う「どの診療科の医局に入局するか」という決定によって、その医師の専門が決まることになる。診療科を決定する要因として何を重視するかは個人の価値観によるもので、興味や経済的メリット等様々である。ここで重要なことは、各診療科の実態を十分把握していないうちに医局の選択（＝進路）を決定せざるを得ない、不完全情報下の決定だということである。

2004年度からは新臨床研修制度が導入された。この制度の詳細については後述するが、大きな変化は、1) 研修プログラムを共通化させる、2) 複数診療科をローテーションして幅広い臨床経験を積ませる、3) 大学以外の病院で臨床研修を行う道を広げた、という点である。新制度により医師免許取得直後に専門を決定するということはなくなった。自身の専門の決定は臨床研修が終了した後で行われるので、各診療科の実情をある程度理解したうえで進路を決定できる。その意味では情報の不完全性のレベルは低下したといえる。

2) 診療科間の移動の可能性

診療科間の移動，すなわち卒後かなりたってから専門の診療科を変更することは可能であろうか。自由標榜制であるから何科を標榜することもできるが，実質的な技能の習得は可能なのだろうか。病院で短期間の研修を受けることも可能であるから結論は本人の決意次第だといえよう。しかし，現在の診療科と変更する診療科との関係によって診療科変更のハードルの高さは異なる。内科から外科へ，といった知識だけでなく新たな手技の修得が必要な診療科への移行は一般にハードルが高い。現実には，診療科の大きな変更はあまり見られないが，勤務医が開業する際に標榜する診療科の範囲を広げたり（小児科⇒小児科，内科，放射線科），リスクの高い診療科を避ける（分娩を伴う産科⇒内科，婦人科）というケースはしばしば見られる。

3) 需給調整メカニズム

医師が自身の専門診療科を決定するのは結局は自分の意思ということになる。もちろん，研修病院や医局の診療科ごとの受け入れ定員はあるが，これは比較的弾力的であるため実際上，診療科の適正配分に貢献しているとは思われない。医師の専門性を客観的に示すものとしては各学会が認定している専門医資格がある。もちろん専門医資格がなくても専門医として認められないわけではないが，近年は専門医を取得するのが一般的となっている。日本の専門医制度の課題については後述するが，アメリカでは専門医資格が専門医として働く上で極めて重要でありポストや所得を決める重要な要件であるが，日本ではそれほど決定的な意味はもっていない。またアメリカでは委員会が診療科ごとに専門医の定員を設けることにより需要に応じた専門医の育成が行われることになる。フランスでも，診療科ごとの専門医の定員を設け，国家試験の成績順に診療科を選択できる仕組みになっており，専門医の需給調整の役割を果たしている。しかし，日本では学会が認定する専門医の数や認定率は学会に任されており，日本全体の需要に合わせるように調整は行われていないのが現状である。そのため診療科の偏在を専門医資格の付与により調整するメカニズムは現状では存在し

ない。

臨床研修制度による調整メカニズムはどうか。新臨床研修制度が発足する前も後も各診療科における需要と供給が均衡するような明確な調整メカニズムは存在しないが，新臨床研修制度により研修医の臨床研修の環境は整備され，2年間じっくり構えて自身のキャリアパスを考えることができるようになった。しかし，このことはむしろ診療科における需要と供給のミスマッチに拍車をかけているという意見もある。すなわち，新臨床研修制度導入後，診療科の実態が分かることにより，肉体的に厳しい診療科の選択を敬遠するなどの傾向がでてきたという指摘である。このことについても後述する。

それでは価格メカニズムはうまく機能しているのだろうか。医療における価格メカニズムの基本はつぎのようなものである。日本（だけでなく大半の国では）の公的医療保険制度では医療サービスの対価である診療報酬には公定価格が設定されている。さらに，現行の医療保険制度では診療報酬は保険者（実際には保険者と医療機関の中間に位置する支払基金）から保険医療機関に支払われるのであって，医師に直接支払われるわけではない。医療機関は給与等として医師に対して報酬を支払うのであるが，この給与等については特段の規制はない。なお，開業医は自営業であるから医療機関の収益が高くなれば自身の報酬も増えることになる。したがって，不足している診療科の診療報酬を引き上げれば，勤務医は給与等の引上げが，開業医は利益の増加が見込まれる。もっとも，不足している診療科の医師にのみ高い給与を支払うのは人事労務管理上不適切だと考えている医療機関も多い。このように，診療報酬の引上げはその診療科目の選択につながることは考えられる。2年に1度，改定を行う診療報酬では，18年度，20年度，22年度の改定において，不足しているといわれた小児科，産科，救急科の報酬を引き上げた。22年度では若い医師の外科医離れが叫ばれたので難度の高い手術の大幅な引上げも行った。このうち小児科医は増えてきているので，長期的には価格メカニズムはある程度働くと思われる。最近の若い医師や医学生はまじめに人

生設計を考える傾向があり、経済的な条件も重視するようになってきていると言われる。「ブラックジャックがかっこいいから外科に飛び込む」という人は減ってきて、将来開業できる診療科か、訴訟のリスクや忙しさに報酬が見合っている診療科か等、現実的な判断を行う人が増えているそうだ。その意味では、診療報酬のコントロールは診療科の需給調整にこれまでより効果が出てくると考えられる。

このように診療科における不均衡を調整する上で十分に有効な方法はない。表1は『病院等における必要医師数実態調査』（厚生労働省（2010年））の結果であるが、ハビリテーション科や救急科、産科のように需要に見合うだけの人材確保が難しい診療科が全国的に存在しているのが実態である。

(2) 地域間の需給調整

1) 医師の勤務地の選択と競争メカニズム

医師がどの地域で医療活動を行うか、ということは自由に選択できる。その結果、医師の地域格差、偏在の問題は古くからの課題である。一般に、供給者が過剰な地域は競争が激化するため供

給者の少ない地域への新規参入が促され、結果として供給の偏在が解消されるということが考えられる。医療の場合、この競争メカニズムは有効に機能するだろうか。確かに一部の県の県庁所在地等では医療機関が過剰な地域も見られるし、医療機関の新規開設に先立ち競争環境のマーケティングを行って競争の激しいところを避けて開院するのは今や常識である。しかし、このメカニズムで調整されるのは大都市から中規模都市へ新規参入が移行する程度であり、医療過疎地域の医療が充足することはない。理由は、高齢者の増加により医療需要は増え続けているため全体として過剰需要の状態が続いているからである。日本の高齢化率は世界最高であるにもかかわらず日本の人口100人当たりの医師数は2.1人とOECD諸国の平均値である3.1人を大幅に下回っているのである。また、医師過剰地域であっても、濃厚診療（過剰な検査や入院の長期化等）を行うことによって患者の不足による収入減を補おうとする「医師誘発需要」によって経済的なリスクを低減させる可能性も考えられる。このように単純な競争メカニズムに委ねても医師の地域偏在を解消するのは難しいのである。

2) 需給調整メカニズム

①規制によるコントロール

競争メカニズムによる地域における医療需給の調整は難しいので、規制により調整する方法が導入されている。現在、2次医療圏ごとに必要病床数が定められ、それを超える増床は都道府県知事が保険医療機関として認可しないという病床規制がある。病床の規制は間接的に医師の需要にも影響を及ぼすことになる。それでは、この病床規制は医師の偏在を改善したのであろうか。病床規制は日本全体の病床の総量規制には役立ったが、病床数の少ない地域の増床を促したかどうかのエビデンスは十分でないといわれる。またこの規制は無床診療所（いわゆる医院）を対象としていないので、開業医の開業場所を規制することはできない。このように現状の病床規制は医師の地域格差を是正する有効な手段とはなっていない。この状況に対して規制を強化すべきという意見もある。例えば診療所の開設についても規制の対象とすべ

表1 必要医師数の現員医師数に対する倍率が全診療科平均を上回る診療科

診療科	倍率
リハビリ科	1.29
救急科	1.28
産科	1.24
呼吸器内科	1.20
腎臓内科	1.20
神経内科	1.20
心療内科	1.20
病理診断科	1.20
産婦人科	1.18
脳神経外科	1.17
リウマチ科	1.16
小児科	1.16
麻酔科	1.16
整形外科	1.16
全体（41診療科）平均	1.14

出所：厚生労働省『病院等における必要医師数実態調査』（2010年）より作成

きとか、さらには保険医（保険診療を行うことができる医師のことで、医師の登録により国から資格を得る）についても地域別に数量制限すべきだという意見もある。しかし、どちらも審議会などで審議されてはいない。特に後者は、保険医療が大半を占めるわが国の医療制度において、医師の居住や就職先を事実上制約する規制となるので慎重を期す必要がある。

②インセンティブによるコントロール

報酬によるインセンティブは医師の偏在解消に有効であろうか。これは実際には行われてきた。特定の地域における医師不足はその地域の医療提供能力を大きく低下させることになる。例えば産科医が不足すれば分娩ができなくなる。それはそれで重大なことであるが、医師不足が地域の医療に及ぼす影響はそれだけではない。内科のように病院の収益の柱となる診療科の医師が不足すると病院経営が苦しくなり、病院の閉鎖に追い込まれ、他の診療科の医療も提供されなくなることもある。したがって、地方の公立病院などでは、地域の医療を守るために自治体の補助金を原資とした高額の報酬で医師を招聘しようとする例も散見された。しかし、必ずしも期待した効果が得られない、高額給与を示すことは品が無いといった意見もあり、最近あまり積極的には行われなくなったと聞く。

診療報酬によるインセンティブはどうであろうか。現行の診療報酬は同じ医療行為であれば全国均一である。これは公的医療保険である以上公平であるべきという思想によるものである。これを修正して、医療過疎地の診療報酬を高くしてそのような地域で医療を行う医師の報酬を増やしてはどうかという意見がある。賛成する声もあるが、一方で、過疎地の医療の自己負担額が高くなることから、慎重論も根強いのが現実である。

③大学病院の医局人事

現実に医療過疎地に医師を派遣するのに最も貢献してきたのが大学病院の医局人事であった。新臨床研修制度が導入されるまでは臨床研修の多くは大学病院で行われていた。それにはいくつかの理由が関係しているが、最大の理由は勤務医の労働市場の特性にあったと考えられる。研修医を含

む若い医師の多くは、設備が整っており、医療スタッフが充実している急性期の大病院で診療することを希望する。豊富な臨床経験を積むことができるし、先端の医療技術に触れることができるからである。仮にその病院に定年まで勤務できなくとも、その病院とコネができキャリアに箔がつくと考える医師もいる。しかし、このような「魅力的な」病院の多くは医師を公募せず、特定の大学から派遣してもらうのが一般的であった。派遣を受ける病院の立場からすれば、大学から長期的、安定的に医師を派遣してもらえるので、医師の量や質の確保が図られるというメリットがある。大学にしてみれば医師を全員定年まで雇用することは財政的に不可能なので、派遣先病院（しばしば系列病院と呼ばれる）は就職先の確保としてのメリットがある。一般に、大学病院に入局した研修医を含む若い医師は、一定期間は大学病院と複数の系列病院の間を数年おきにローテーションする。その間に、臨床研修を修了し、人によっては学位や専門医の資格を取得する。ある年齢になると、大学でのポストや経済的理由、人生観等から大学から系列病院に籍を移してそこに落ち着く人もある。このように人気のある急性期の大病院で職を得るためには大学に籍を置くことが有利であった。また、医学博士号はしばしば「足の裏の米粒」（取らないと気持ち悪いが、取っても食えない）と揶揄する向きもあるが、大学病院に勤務する上では昇進などで重視されるため、ややトートロジーではあるが、大学病院に勤務するのに学位が必要で、学位取得のために大学にいるということもあるようである。なお、中小規模の亜急性期の病院や慢性疾患の患者が長期間入院する療養病床中心の病院等は大学の重要な派遣先となっていない場合も多く、その場合、医師は公募されたり専門業者を介してヘッドハンティングされたりしている。

このように大学病院は研修医を含む若い医師を多く抱えていたため、医師の供給基地となっていた。大学医局による人事ローテーションの対象となる病院は急性期の大病院だけではない。地域の医療に貢献しているが、設備が必ずしも充実しているとはいえない公立・公的の中規模病院等も含

まれる。医局人事ではこのようなところにも一定期間、医師を派遣する。このような地方の病院は大学からの派遣によって必要な医師を確保している。

Ⅲ 卒後研修と需給調整メカニズム

労働市場の需給調整には公定価格によるインセンティブや様々な規制等が考えられるが、卒後研修の方法が大きく影響している。以下では新臨床研修制度と専門医制度が労働市場の調整に及ぼす影響について考察する。

1 新臨床研修制度

(1) これまでの臨床研修制度の歪み

従来から研修医の多くが大学病院で臨床研修を受けていたが、このことに対して次のような問題点が指摘されるようになった。

1) 研修医は大学の医局に属することになるが、大学の医局は細分化（例えば内科系でも消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、腎臓内科、神経内科、心療内科など多岐に分かれている）されているため、研修の初期段階から専門の診療科に偏った研修が行われることになる。これでは「病気は診るが、人は診ない」と評されるような医師が育成される。また、高齢者は複数疾患が多いことを考えれば高齢社会の臨床医の養成に必ずしも適当でないという指摘もある。もっとも、実際には人事ローテーションで市中病院に派遣されている期間はあまり細分化された診療を行わないので幅広い臨床経験を積むことができたのも事実である。

2) 大学の基本は研究機関であるため、的確な診断能力や手術の手技の向上より研究（研究成果、論文作成数、学位取得等）を重視する文化があるが、これは研究者育成には適するが臨床医の養成には必ずしも適していない。また、学問の世界では狭い領域を深く追究することが望ましい研究姿勢だと考えられがちであるが、そのような環境下では総合的に診断・治療が行える医師を養成するということは重視されない。

3) 大学は予算制度や財政上の制約から研修医に対して極めて少額の報酬しか支払えないため、研

修医は生活のため市中病院の当直アルバイトを繰り返す等、研修に専念できない環境にあった。『研修医の処遇状況に係る調査』（文部科学省、厚生労働省（2002年））によれば、新臨床研修制度が導入される前の2002年度に支払われた研修医の平均給与は、大学病院以外の臨床研修病院29万8305円/月であったが、大学病院は15万4771円/月（私立大学10万6454円/月）とかなり低い。

4) 卒後の臨床研修が努力義務であったこともあり、研修内容や研修成果が適切に評価されてこなかった。

(2) 新臨床研修制度の内容

このような課題に対応するため医師臨床研修制度の改革が検討され、2004年から新臨床研修制度が施行された。変更の基本は、「医師としての人格を涵養し、プライマリケア（初期治療）の診療能力を修得するとともに、アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備すること」であった。変更点のポイントは次の通りである。

1) 義務化

診療に従事しようとする医師は、2年以上、医学部付属病院または厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けることを義務化した。

2) 臨床研修のプログラムの共通化

多くの診療科を経験させる目的で複数診療科をローテーションするプログラムを共通化した。

○内科、外科、救急（麻酔科を含む）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を必修科目とする。各科目は1カ月以上とする。特に内科は6カ月以上が望ましい。

○地域保健・医療はへき地・離島診療所、中小病院、各診療所、保健所、介護老人保健施設等で行う。

例として次のようなカリキュラムの形態が考えられる。

1年目：内科（6カ月）、外科（3カ月）、救急（含麻酔科：3カ月）

2年目：小児科（1カ月）、産婦人科（1カ月）、精神科（1カ月）、地域保健・医療（1カ月）、選択科目（8カ月）

3) 基幹型臨床研修病院の指定基準の明確化

大学病院以外に臨床研修病院を増やすために臨床研修病院の指定基準を明確にして、基準に達している病院は臨床研修病院として申請してもらうことにした。

具体的な基準の一部は以下の通り。

○臨床研修を行うために必要な症例があること
(内科, 外科, 小児科, 精神科の年間入院患者数が100人以上)

○救急医療を提供していること

○臨床病理検討会(臨床科と病理医・検査医が合同で行う症例検討会)を適切に開催していること。

○指導医1人が受け持つ研修医は、5人までが望ましいこと。

○この指定基準は、協力型臨床研修病院と共同で満たす。

4) マッチングシステム

研修医が研修病院を選択する際、医師臨床マッチングというシステムを利用することになる。研修医は希望する複数の臨床研修病院の希望順位を登録し、病院は採用したい研修医の希望順位を登録し、医師臨床研修マッチング協議会が特定のアルゴリズムを用いて計算を行い、マッチング結果を公表する。

5) 研修医に給与

研修医が研修に専念できるようにアルバイトを禁止するとともに研修医に対して月30万円の給与が出るように研修病院に対して補助金を出す。なお、30万円は目安であり、病院によってのばらつきは容認される。

(3) 新医師臨床研修制度の見直し

このように従来の臨床研修制度の問題点を是正すべく大規模な改革が行われたが、新臨床研修制度にも予想外の変化や課題が散見されるようになったため、導入6年目の2010年に見直しが行われた。

1) 新臨床研修制度の導入に伴う変化・課題

○研修医の募集定員の変化

臨床研修が義務化されたことと、臨床研修病院の指定基準が明確化されたことにより臨床研修病院が増加し、それに伴い研修医の募集定員は全国で2004年度の1万1030人から2008年度は1万1722人へと増加した。特徴的なのは、大学病院の募集定員と(大学病院以外の)臨床研修病院の募集定員の割合は、新臨床研修制度導入年の2004年度は57:43であったが、2010年度は46:54と(大学病院以外の)臨床研修病院の定員が逆転したことである。

○研修医の大学病院離れ

研修医を実際どれだけ受け入れたのかを大学病院と(大学病院以外の)臨床研修病院で比較すると、新臨床研修制度導入直前の2003年度は大学病院が72.5%、(大学病院以外の)臨床研修病院は27.5%であったが、2005年度にはほぼ同じ割合になり、それ以降は臨床研修病院の受入割合が上回っている(表2)。

それでは2年間の臨床研修が終了した研修医は大学に戻るのだろうか。『平成22年臨床研修終了者アンケート調査』(厚生労働省(2010年))によれば、臨床研修病院で研修した医師の62.7%は大学病院以外の病院での勤務を希望しており(大学病院での勤務を希望する医師は34.6%)、大学病院で研修した医師でも25.8%は大学病院以外の病院での勤務を希望している(大学病院での勤務を希望する医師は71.7%)。

○大学の医師派遣機能の低下

それでは臨床研修が終了した段階で大学に勤務したいと考えている医師の割合は全体でどの程度なのだろうか。2010年時点で臨床研修を大学病院で受けている医師は47.2%、臨床研修病院で受けている医師は52.8%である(表2)。先のアンケート調査によれば臨床研修病院での研修終了

表2 臨床研修病院と大学病院の研修医受入割合

(単位: %)

	2003年度	04年度	05年度	06年度	07年度	08年度	09年度	10年度
臨床研修病院	27.5	44.2	50.8	55.3	54.7	53.6	53.2	52.8
大学病院	72.5	55.8	49.2	44.7	45.3	46.4	46.8	47.2

出所: 厚生労働省第1回「臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」(2011年7月)配布資料より作成

後、大学病院に勤務したい医師は34.6%、大学病院での研修終了後、大学病院に勤務したい医師は71.7%である。したがって、臨床研修終了後に大学病院で勤務したいと思う医師は、全体の52.1% ($47.2\% \times 0.717 + 52.8\% \times 0.346$) にすぎないのである。研修期間および研修後も約半数の医師は大学とは無縁の場所でキャリアを積んでいくようになってきている。このことの是非はともかく、新臨床研修制度の導入が大学の若い労働力を減少させたことは疑いないだろう。さらに、大学は臨床研修病院として研修医に選択してもらえるようにプログラムを充実させる必要に迫られ、そのためには中堅の医師を派遣先から引き上げるなどの対応をとるケースも見られた。その結果、中堅以下の医師の余剰が減少し、系列病院に対する派遣機能が低下していった。特に、医療過疎地・へき地の病院で医師を大学からの派遣に依存していたところの影響は大きく、閉院の危機にさらされた病院もある。

地方の大学病院ほど研修医が都市部の臨床研修病院を選択する傾向があるため、その大学から派遣を受けている病院の影響が甚大だという指摘もある。それはこういう理由からだ。現在医学部は大変人気があり、入試の難易度は高い。そこで地方大学の医学部に入る学生の多くは地元の高校出身者ではなく、予備校等の受験体制が整った大都市出身の学生に占められる。彼らの多くは医師国家試験に合格した後は、出身地（やその周辺）に帰ろうとするためだという仮説である。一見もっとものような話だが、実際にはどうだったのであろうか。表3から読み取れるように新臨床研修制度が導入される直前の2003年度に6都府県（東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県）で臨床研修を行った研修医の割合は51.3%であったが、2004年度には47.8%へと微かである

が減少し、その後ほぼその水準を保っている。さらに興味深いのは2003年と2010年を比較して6都府県中で最も受入数を減らしたのが東京都で、402人減少し、2003年と比較して23.5%の減少であった。このことから言えるのは、新臨床研修制度は地方（の大学病院）から大都市（の臨床研修病院）へ研修医の移動を促したとはいえないということである。確かに、大学病院ではなく臨床研修病院で研修を受ける医師は増えており、大学病院の派遣機能を低下させているが、都道府県をまたいで研修医の大都市集中をもたらしたという事実は見いだせないのである。

○カリキュラムの一律化と必修科目の多さ

研修医に幅広い臨床経験を積ませる意図で必修科目は7科目としているが、これについて、「窮屈になり病院の特色がでない」「短期間で多くの診療科を経験するので研修医のモチベーションが損なわれる」「通り過ぎていくだけのお客さんになってしまい、しっかりした成果が得られない」などといった批判がされるようになった。

○診療科の偏在の解消につながるのか

研修医は研修の過程でそれぞれの診療科の実態を垣間見ることになり、つらい、しんどい診療科に進むのを敬遠するようになるため、現在不足しているといわれる、産婦人科、小児科、救急、外科などに進む人がかえって減ってしまうのではないかという懸念も指摘された。『平成22年臨床研修修了者アンケート調査』（厚生労働省（2010年））では、臨床研修前後での将来希望する診療科についての変化を調べている。この調査結果によれば、研修終了後に小児科、産科の希望者は減少したものの、不足著しい救急科の希望者は増加している（表4）。また、麻酔科、放射線科、泌尿器科、眼科、精神科等の診療科は増加している。新臨床研修制度が発足する以前の医師免許取得直後

表3 6都府県とその他の研修医受入割合

(単位：%)

	2003年度	04年度	05年度	06年度	07年度	08年度	09年度	10年度
6都府県	51.3	47.8	48.9	48.8	48.1	47.7	48.6	47.8
その他	48.7	52.2	51.1	51.2	51.9	52.3	51.4	52.2

出所：厚生労働省第1回「臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」（2011年7月）配布資料より作成。6都府県（東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県）

表4 臨床研修前後での将来希望する診療科の変化

	研修前人数	研修後人数	変化率(%)
内科系	1829	1674	-8.5
外科系	613	604	-1.5
小児科	546	417	-23.6
産婦人科	338	295	-12.7
救急	103	131	27.2
麻酔科	181	311	71.8
精神科	218	262	20.2
皮膚科	126	134	6.3
眼科	120	158	31.7
耳鼻咽喉科	114	138	21.1
泌尿器科	86	117	36.0
放射線科	113	185	63.7
病理診断	27	37	37.0

出所：厚生労働省「平成22年臨床研修修了者アンケート調査」(2010年)より作成

に大学医局に入局する状況であれば、臨床研修前に希望した診療科の医局に入局したと考えられるので、新臨床研修制度は若い医師の診療科の希望に影響を与えていることになる。しかし、この調査結果を見る限り、新制度が現在不足している診療科に進もうとする医師を著しく減らしているとはいえないだろう。

○急性期の大病院でも公募の増加

新臨床研修制度の導入は急性期病院の勤務医市場にも変化をもたらした。制度導入以前は、これらの病院の多くは大学との相対(あいたい)取引で医師を確保してきた。しかし、新制度導入に伴い、これらの病院の中にも医師の公募に踏み切るところが増加してきている。具体的には2つの方法がとられている。1つはホームページ等で告知する等の一般的な公募方式である。もう1つが「後期臨床研修制度」の活用である。義務化された新臨床研修制度を終了した医師を対象としたのが後期臨床研修制度である。このプログラムを受けられるかどうかはあくまでも任意であり、プログラムの内容や修了期間は個々の病院が自由につくることができる。専門領域の研修となり、各学会が認定する専門医資格の取得を到達目標とするケースが多い。後期臨床研修は公募により医師を募集し、研修期間はその病院の有期の勤務医師として

扱われるが、後期研修を修了した医師の中から、何人かを終身雇用するという方法をとっている病院もある。ワンクッションおいた公募方式だといえる。相手の能力・性格など事前に把握できるので病院としては不確実性が低下するというメリットがある。

このように、これまで公募してこなかった病院が公募に踏み切るようになった背景には、大学の人的余剰が低下して派遣機能が低下してきたこと、その裏返しでもあるが、大学に戻る意思のない若い医師の市場がこれまでより大きくなったことが挙げられる。さらに言うなら、新医師臨床研修の導入により、マッチングシステムを介するとはいえ、研修医の公募を行った経験により病院が公募のノウハウを修得したということも考えられる。

○研修医に対する高額な給与

研修医に対して30万円を目安に給与を出すように研修病院に補助金を出しているが、臨床病院によっては医師確保を目的として高額な給与を支払う例が見られた。

2) 見直しの内容

このような課題に対応するために、2010年に以下のような見直しを行った。

○研修プログラムの弾力化

- ・必修の診療科は内科、救急、地域医療とする(従来は、内科、外科など7診療科が必修)。
- ・外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は2科目選択必修科目とする(図1)。
- ・一定規模以上の病院には、産科・小児科の研修プログラムを義務づける。

○基幹型臨床研修病院の指定基準の強化

- ・新規入院患者数、救急医療の提供などについて、基準を強化する。
- ・新基準を満たさなくなる病院は、研修医の受入実績等を考慮し指定の取り消しを行うか否かを決める。

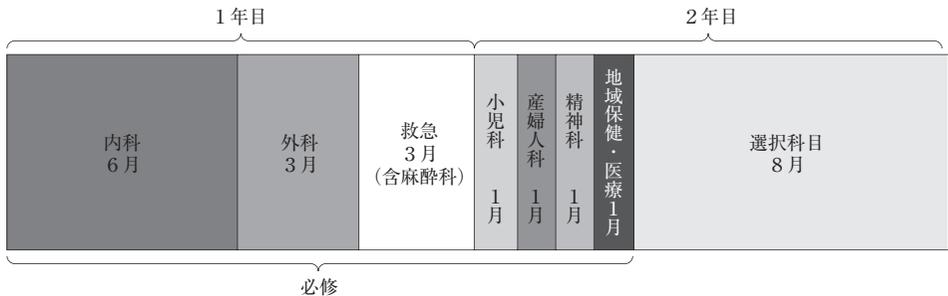
○研修医の募集定員の見直し

- ・都道府県別に募集定員の上限を設定する。
- ・病院の募集定員は、研修医の受入実績や医師派遣等の実績を踏まえ設定する。

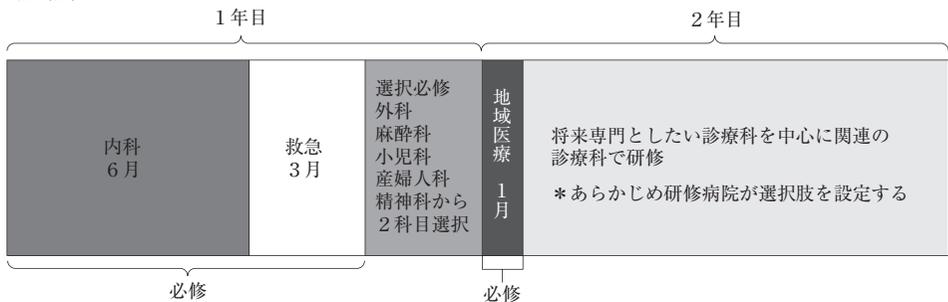
これらの見直しの効果については今後見極める

図1 研修プログラム見直しの例

制度見直し前（例）



制度見直し後（例）



出所：厚生労働省第2回「臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」（2011年9月）配布資料

必要がある。

2 専門医制度

近年の大学離れに伴い、学位取得より専門医資格の取得を希望する若い医師が増えている。専門医資格にインセンティブを設けたり、専門医の認定数に上限を設けたりすることにより、診療科の需給調整を図ることは可能なのだろうか。

(1) 現行の専門医制度

専門医資格は各学会が独自の基準で認定するものであり、国の関与は広告規制の下で一定の外形基準に則って専門医名称を広告可能とするかどうかを判断するにとどまっている（広告可能な専門医名称は現在55）。すなわち、専門医の質の確保については各学会に委ねられており、公的に評価する仕組みはない。いわゆるプロフェッショナルフリーダムである。表5は内科専門医、外科専門医、産婦人科専門医、整形外科専門医について専門医数や認定要件等の概要を示したものである。

ここから認定要件や認定率（専門医数/会員数）にかなり違いがあることが分かる（2006年時点の資料であり、現状とは異なる場合がある）。

厚生労働省の第2回「専門医の在り方に関する検討会」（2011年11月）において日本専門医制評価・認定機構理事長の池田康夫氏が現在の専門医制度について以下のように評価している。

〔現状分析〕

○外形基準に則った専門医広告の公示に伴い、学会独自の専門医認定と広告が可能となった結果、専門医制度を持つ学会が乱立し、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念が生じる事となった。その結果、専門医制度全体から見て患者さんの受診行動に必ずしも有用な制度になっていない。

○基本領域やサブスペシャリティ領域の医療を担う医師としての専門医と特殊領域の高度な技術・技能等に特化した専門医では「専門医」の持つ意味が異なる事から「専門医」の定義を明らかにする必要がある。

○専門医育成の為のプログラムが確立していない

表5 専門医数、認定要件等の概要

団体名	名称	会員数	専門医数	専門医数/ 会員数	専門医取得に必要な研修期間			専門医認定の際の 要件、必要な提出 資料等（主なもの）	試験		
					通算	認定 施設	認定施設の要件（主なもの）		筆記	口頭	その他
(社)日本 内科学会	内科専 門医	92,632	10,564	11%	6年	6年	○単独型もしくは管理型臨 床研修病院の資格を満たす 病院、管理型臨床研修病院 に準ずる病院 ○内科病床数が50床以上 ○年間内科剖検体数が16体 以上、又は内科剖検率が 20%以上で内科剖検体数が 10体以上 ○指導医5名以上で、その うち専門医（認定内科医を 含む）が3名以上 ○臨床病理検討会（CPC） が年3回以上定期的に開催 ○2年ごとの更新制	○受け持ち入院患 者20症例の病歴 要約の提出 ○学会又は医学雑 誌に発表した臨床 研究・症例報告2 例提出	●		
(社)日本 外科学会	外科専 門医	38,853	13,774	35%	5年	5年	○外科系病床常時30床以上 ○指導医1名以上、専門医 又は認定医2名以上常勤 ○年間150例以上の外科手 術症例数 ○剖検室の設置又は剖検の 体制整備 ○教育的行事の定期的な開 催 ○中央検査室、中央図書館、 病歴の完備 ○3年ごとの更新制	○診療経験一覧表 及び業績目録の提 出 ○修練期間中の診 療経験として350 例以上の手術に従 事（術者として120 例以上）、学術集会 又は学術刊行物に 研究発表又は論文 発表（一定単位以 上）	●	●	面接
(社)日本 産科婦人 科学会	産婦人 科専門 医	15,538	11,882	76%	5年	3年	[以下のいずれかの施設] ○医療機関附属病院 ○臨床研修病院 ○下記の基準を満たす病院 ・総合診療が可能 ・年間分娩数原則200件以 上 ・年間開腹手術50件以上 ・複数の専門医の常勤、う ち1名は8年以上の産婦人 科臨床経験 ・症例検討会、抄読会等の 集会の定期的な開催 ○5年ごとの更新制	○研修記録（実地 経験目録、症例記 録、参考資料とし て学会出席、発表、 論文等の記録）の 提出 ○症例に関するレ ポート（3症例）の 提出	●	●	
(社)日本 整形外科 学会	整形外 科専門 医	21,370	15,741	74%	6年	3年	○整形外科入院患者20名以 上 ○整形外科手術件数年間 100例以上 ○診療を適切に行える十分 な設備等 ○専門医の1名以上常勤 ○2年ごとに施設の再審査	○診療記録10例 提出 ○研修内容等を記 載した研修手帳の 提出 ○学会発表・論文 発表各1編以上の 提出	●	●	

出所：厚生労働省「医療施設体系のあり方に関する検討会」（2006年11月）配布資料より一部抜粋

為に必ずしも臨床能力本位の認定制度になっていない。

○専門医の適正数・適正配置等，わが国の医療が抱える諸問題（地域医療の崩壊，診療科の医師の偏在等）に大きな影響を与える事項についての議論は必ずしも十分に出来ていない。

このように現状を分析した上で，以下の提言を行っている。

〔提言〕

○個別学会単位では無く，診療領域単位の専門医制度とする。

○専門医制度は基本領域とサブスペシャリティの二段階制とする。

○専門医の認定は学会ではなく，中立的第三者機関を設立しそこで行う。

○専門医育成の為の研修プログラムと研修施設の評価・認定のシステム構築は必須である。

(2) 専門医制度による診療科の需給調整の可能性

アメリカでは各委員会が専門医認定数を調整しており，フランスでは地域毎に専門診療科の定員が設けられている。それに対して日本の専門医数は各学会が独自に決めており，それは必ずしも社会的に適正な水準である保証はない。

また，不足している診療科の専門医が行った医療行為に対して高い診療報酬を支払うというインセンティブは，不足している診療科の医師を増やす意味で有効であろうか。現状では認定率は各学会が自由に決められるので，専門医の診療報酬が引き上げられることになれば認定基準を緩和して認定率が大きく上昇する可能性を否定できない。現行の診療報酬制度においても，施設基準（診療報酬を支払う上での施設上の条件）や算定要件（診療報酬を支払う上での要件）に専門医資格を求める

ものが無いわけではない。しかし，それは極めて例外的である。診療報酬の支払い要件として専門医資格を抑制的に扱っている理由は，学会とはいえ民間団体の裁量で決められる資格と公費や保険料を財源としている医療費とを結びつけることに対する根強い違和感である。このように，現状の専門医制度では診療科の偏在を是正するのは難しい。池田氏の指摘するような改善が必要であろう。

IV おわりに

臨床研修制度や専門医制度は医師の「能力開発」の仕組みであるが，同時に医師の地域偏在や診療科偏在に対して影響を及ぼしている。臨床研修制度は2004年に大きな改革が行われ，さらに2010年度に部分的な修正が図られた。この改革は所期の目的を果たしているが，同時に大学病院離れに伴う医局人事の機能低下は地域の医師不足という予想外の副作用を生じさせた。また，3K診療科を敬遠する傾向に拍車をかけているという指摘もある。これらについては今後，対策が必要である。

専門医制度は診療科偏在を是正する上で有効な仕組みだと期待されるが，現行制度は各学会の裁量権が大きく，認定基準や認定率にもばらつきがある。これが改善されなければ限定的にしか機能しないだろう。現在，専門医制度についても見直しが行われ始めた。今後の行方を注視したい。

参考文献

医療経済研究機構『フランス医療関連データ集（2009年版）』（2010年）。

えんどう・ひさお 学習院大学経済学部教授。最近の主な共編著に『医療経済学の基礎理論と論点』（勁草書房，2006），医療経済専攻。