

# 医療従事者の 制度に関する検討課題

中垣英明 氏 厚生労働省医政局医事課長

昨年、新たな臨床研修制度がスタートするなど医療制度の改革が進められている。担い手である医療従事者の制度について政府はどのような問題意識を持っているのか。厚生労働省医政局医事課長・中垣英明氏にうかがった。



バランスの取れた医療制度にする  
医療従事者、医行為、医療情報開示といった各問題を整理し、安全を確保し、  
十分な医療が行き渡るよう、時代の変化、現状も踏まえた制度をつくっていかなくてはならない。

## 医師不足の診療科

国際比較した場合、日本の医師の数は適正な規模なのでしょうか。

**中垣** 日本の医師数は人口10万人につき200人をやや超えるくらいで、OECD諸国の平均が290人くらいですから、先進諸国では低い方です。ただ年々医師は増えています。日本の大学医学部の卒業生は年間7,600人ほどで、リタイアされる方を差し引いても、毎年3,000人から5,000人は増えている計算になります。にもかかわらず、剰余感がない。医師の適正な数というのはなかなか難しいテーマで、いろいろな議論があります。現在も、「これから人口減少時代に入っていけば医師が過剰になるのだから、医学部の定員を減らすべきだ」という主張がある一方、医師不足だという声も上がっています。私たちは、絶対数として極端に少ないことはないと考えていますが、

問題は偏在です。医師はどこにも均等に存在しているわけではなく、診療科ごと、あるいは地域ごとにバラつきが大きく(2頁・資料1参照)今、主にそこが指摘されているわけです。

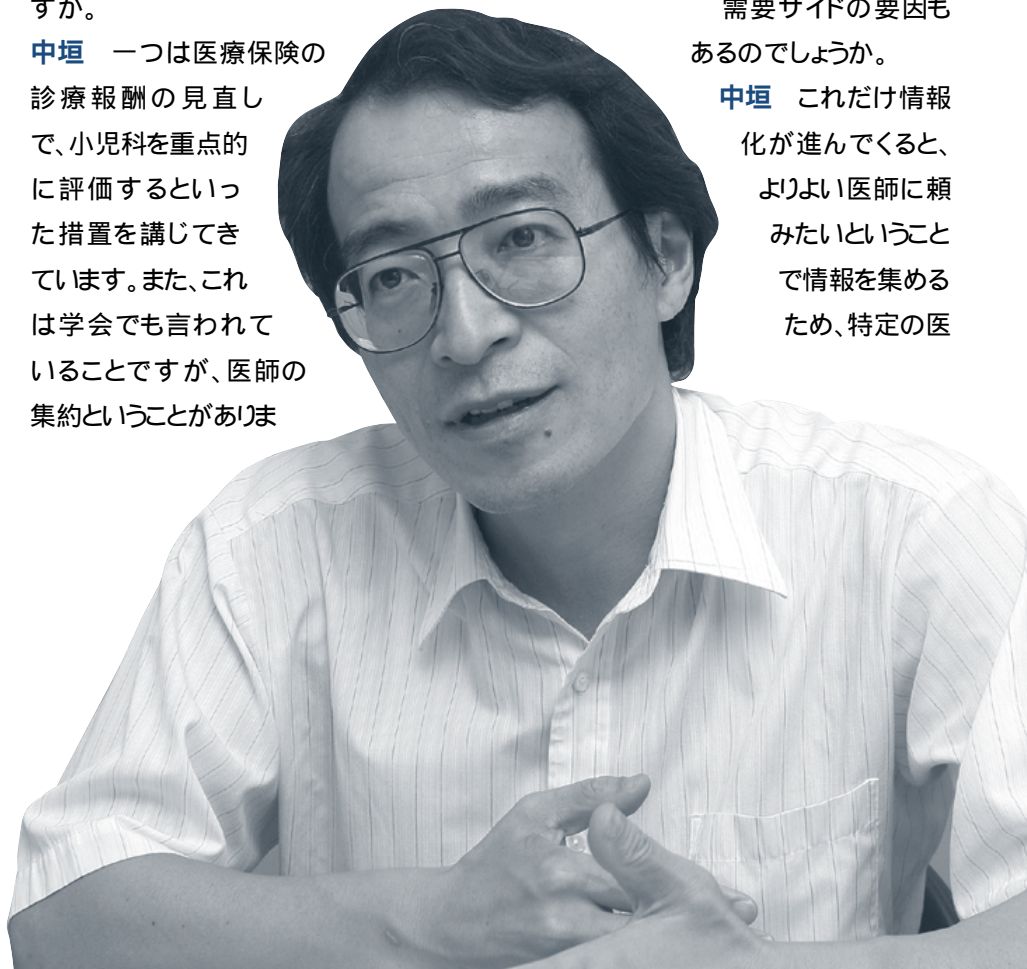
小児科や産婦人科、救急救命など不足しているとされる診療科に関する対策としてどのようなことが考えられますか。

**中垣** 一つは医療保険の診療報酬の見直しで、小児科を重点的に評価するといった措置を講じてきています。また、これは学会でも言われていることですが、医師の集約ということがありま

す。一つの病院に医師が少ないと週に2回も3回も当直が回ってくる。医師が薄く広がり過ぎていたため、みんな疲弊している。今や全国どの地域もある程度交通の便がよくなっているのだから、一カ所に集めてはどうか。一定数の医師がそろっていれば、当直も少なくなり、余裕を持ってやっていける、ということです。

需要サイドの要因もあるのでしょうか。

**中垣** これだけ情報化が進んでくると、よりよい医師に頼みたいということで情報を集めるため、特定の医



療機関に集中しがちになるということはあ  
るでしょう。また、世帯の変化もありま  
す。共稼ぎの世帯が増えることで夜間の  
患者が増える。あるいは核家族化し、子  
どもの数も少なくなったため、昔なら世帯  
として子育てに慣れていて、「一晩様子  
をみよう」となったケースでも、今の若い  
夫婦はすぐに病院に連れてくるというこ  
ともあります。無論、中には危険なケー  
スもあるわけで、それを一概に抑制するわ  
けにはいきませんが、現実として、かつ  
ての外来は緊急が中心だったものが、  
緊急度が低いケースが多く混在するよ  
うになっていることも「医師不足」に  
影響していると思われます。

女性の医師が結婚や出産を機に  
仕事を離れるケースも影響しているのでは。  
**中垣** 今のところ医師に占める女性の  
割合は約15%と先進国の中では低い方  
ですが、現在、急速に増えています。直  
近の医師国家試験では女性の合格者  
が3割を超え(資料参照)さらに大学入  
学者では4割を超えるようになっていま  
すので、今後、女性の割合が高まってい  
くことは間違いありません。問題は、女性  
医師が結婚、出産などで離職されるとき  
のことです。せっかく医師の資格を取っ  
ただから、働き続けたいという方は大  
勢いるはずですが、小児科などでは、昼  
間診療をして、そのまま当直し、翌日の  
昼まで30数時間病院に詰めて働く、とい  
うような実態もあるわけですね。結婚後も  
そのような就労を選択する女性もいるで  
しょうが、すべての人にそれを押し付け  
るわけにはいきません。結局、医師の就  
業にもマルチトラック化が求められてい  
るということでしょう。一般企業は雇用形  
態の多様化が進み、正規社員のほか、  
パートタイマーや派遣など多様な形態が

一般的になっています。医療  
の分野も次第にフレキシブル  
になってはいますが、それを  
さらに進める。外来だけ週何  
回か働く。あるいは午前中だ  
け働く。さまざまなかたちを  
組み合わせることで人的資  
源を活用していくという視点  
が求められていると思いま  
す。

医師の免許更新の  
議論が出てきていますが、出  
産などで現場を離れたケー  
スでも、腕が衰えたり、知識  
が古くなったりということがあ  
るのでは。

**中垣** 現場を長く離れれば、  
やはり復帰するときに障壁が  
できるはずで、出産、育児の  
時期も、完全に離れてしま  
うのではなく、週何時間は働く  
といったかたちが望ましいと思  
われ、そのような意味でも  
働き続けられる方策を用意することが必  
要であると言えるでしょう。

## 医局の代替機能

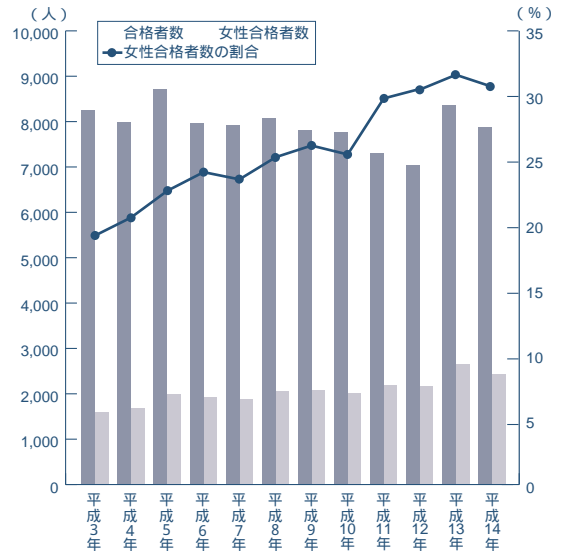
地方の医師不足についてはどの  
ようにお考えでしょうか。

**中垣** 僻地の医療過疎の問題はかなり  
以前から言われています。「すべての医  
師に僻地医療を義務付けてはどうか」と  
いう極端な意見もありますが、多分その  
ようなことは現実的ではないだろうと思  
います。「これで解決する」という決定的  
な処方箋は存在せず、いくつかの方法  
を組み合わせなければならぬはずで  
すが、難しいのは地方を避ける理由が、

## 資料 医師国家試験合格者数

年度	合格者数(人)	女性合格者数(人)	女性合格者の割合(%)
平成3年	8,256	1,589	19.2
平成4年	7,988	1,645	20.6
平成5年	8,698	1,983	22.8
平成6年	7,982	1,929	24.2
平成7年	7,930	1,883	23.7
平成8年	8,088	2,040	25.2
平成9年	7,843	2,060	26.3
平成10年	7,806	2,001	25.6
平成11年	7,309	2,170	29.7
平成12年	7,065	2,160	30.6
平成13年	8,374	2,659	31.8
平成14年	7,881	2,424	30.8

厚生労働省調べ



出所：内閣府男女共同参画局ホームページ  
(<http://www.gender.go.jp/2002statistics/3-1-4.pdf>)

経済的なことだけではない点です。収入  
面でよい条件を提示してもなかなか来て  
くれない。理由には、お子さんの教育の  
ことや、一人であらゆる患者を診るのは  
難しいとか、さまざまなことがあります。地  
方に行きっ放しにさせるのではなく、一  
定期間が経てば戻れることを確約する  
仕組みであるとか、僻地での医療をキャ  
リアとして正當に評価する仕組み、その  
ような総合的な処遇を考えていかなけれ  
ばならないと思います。

現在、地方の医師不足が顕在化  
している原因のひとつに、これまで地方  
の病院に医師を派遣していた大学の医  
局の機能低下があるようですが。

**中垣** 確かに、大学病院が中堅の医師



を引き上げる傾向が出ています。その際、「研修の指導医として必要だから」といった説明がなされているのですが、昨年、新臨床研修制度が始まり、多くの新人が市中病院に研修に行くようになりました。大学ではその分研修が減っているので、指導医は必ずしもたくさんいらないはずですが、そこはやや論理の破綻があると思われるのですが、とにかく大学から派遣される医師が減っている。この問題を解決していくためには、医師の多様な確保策を用意するとともに、誰が人事権者か、そこを明確にしなければならないでしょう。地方の病院は医師の供給を一元的に大学の医局に頼っていたため、大学が医師を引き揚げ出すと、お手上げになってしまう。つまり、県立病院なのに知事なり病院長なりに人事権がない、あるいは行使する気がないということです。確保策で必要なことは、大学の医局の機能が低下しているのはどうやら間違いない。では、その機能をいかに代替するか、つまり、一定の医師を抱え、相対的に余裕のあるところから、本当に窮しているところにいかに移していくかという視点です。

職業紹介、あっせんの仕組みの整備が必要なのは。

**中垣** 既にいくつか存在していますが、そのようなシステムを充実させていくことは、とくに女性医師については有効だと思います。

労働者派遣業務の医療分野への対象拡大が議論されています。

**中垣** 労働者派遣法との関係では、今のところ医師・看護業等については紹介予定派遣の方式については認められていますが、通常の方式は禁止されています。現在、規制改革の観点から解禁が

求められており、これからも議論されるものと思います。

夜間の患者、女性医師の増加などの状況を踏まえて、思い切って医師を増やすという方法は考えられないのでしょうか。

**中垣** 医師の養成には最低でも8年はかかります。医学部の定員を増加してもすぐに効果が出るわけではありません。また、一つのネックとして財政の問題もあります。医師一人を養成するには少なからぬコストがかかります。また方法論としても、医師をどんどん供給して、いわば過剰なところから溢れさせるようなかたちで地方の医師不足を解消する、さらに将来の人口減少の社会においては失業する医師が増えてもよい。それは健全な方法と言えないのではないのでしょうか。

## 医行為の規制緩和

看護師やその他のコメディカルとの供給についてうかがいたいと思います。

**中垣** 厚生労働省は、看護師についても需給の見通しもしているのですが、かつてはかなり不足していたとされていたものの、近年ほぼ均衡してきています。また他のコメディカルも、PT(理学療法士)・OT(作業療法士)などの養成数も増えており、現状として供給が極端に不足しているということはなく、むしろ今後、人口減少の中、過剰になっていく可能性があると思定しています。

コメディカルなどへの一部の医行為の移譲が行われていますが、その際、どこまでが資格者が担うべき医行為なのか、その仕分けが必要ですね。

**中垣** 患者の爪切りなど医行為とされることがかなり広義にとらえられているという指摘があり、私たちとしてもやや混

乱があると思いましたが、それを明確にするための検討をしました。今年3月末から1カ月間、通知案を公表してパブリックコメント的に意見を求め、それを踏まえ、近々、通知を出す予定です。

アメリカでは看護師に特別な資格を設け、地域医療の担い手として活用していますが、日本でも同様のことを検討されるお考えは。

**中垣** 一つの方法でしょうが、国民はやはり医師に診てもらいたいということになるのではないのでしょうか。現実の国民の行動を見れば、情報を集め、医師の中でも少しでも優秀な専門医を探そうとするわけです。日本でも、看護師のレベルを上げようということで、民間資格として専門看護師の制度がつけられていますが、3年という看護師の養成過程の期間が同一であることを前提にすれば、現時点で根本から制度を見直すのは難しいと思います。ただ、医療機器の発達でいちいち主治医の判断を仰がなくてもよい行為が増えるようなことは十分考えられますが。

コメディカルの行為を規定する「医師の指示に従って」という法律の文言はやはり必要であるということでしょうか。

**中垣** 医行為の責任の所在ということを考えれば、そのようなかたちにせざるを得ないと思います。近年の裁判例を見ても、患者に何らかの病変があった場合、実際に間違った注射をしたのは看護師でも、指示をした医師の責任が問われています。責任の所在が一定せず、ある場合はこちら、ある場合はこちら、というのではなく、最終的な判断者が明確になっていることが大事なはずで、チーム医療にしても、専門家間で合意形成のプロセスはあるものの、決定権は医師にあり、その方針に従って力を合わせ



る。そのようなかたちが適切であろうと思います。もちろん、医療従事者のさらなる活用という視点は大切です。絶対数として医師は増えているのに、なぜかみんな忙しくしている。その理由について、「医師が医師でなくてもできる業務を過ぎているのではないか」という指摘もあります。他の医療関係職種や事務職の仕事までしているため、医師が疲弊し、医療のパフォーマンスが落ちるようでは困ります。そのような意味でもそれぞれの職種が能力を最大限発揮できるチーム医療のあり方が求められてしかるべきでしょう。

医師と他の医療従事者の関係性は今後変化していくのでしょうか。

**中垣** 変化があるとすれば、今回の新医師臨床研修制度が一つのきっかけになるのかもしれませんが、現場にうかがいますと、研修医の評価はいろいろな立場からなされています。指導医、1年先輩の医師、部長や院長、そして医師の目だけでなく、患者への接遇、指示の明確さなどについてはコメディカルの評価を重視している病院が多いようです。

## 情報開示の重要性

新臨床研修医制度の目的、意義についてうかがいたいと思います。

**中垣** 従来は努力義務でしたが、今回、内科・外科・小児科・産婦人科・精神科・救急などが必修になりました。これまでのように専門ばかり学ぶ教育では、地域で一人だけであらゆる患者を診る自信がある医師を養成できないという弊害があったかもしれません。今の臨床研修制度では、医師の引き合いを招くといった批判はありますが、プライマリ・ケアの充

実ということから言っても、長い目で見れば、医師が一通りのことが分かるようになることは有意義だと思っています。

専門医制度のあり方については、**中垣** 今のところ、専門医制度はそれぞれの学会でつくられています。基準がまちまちで、それが混乱のもとになっている面があるようです。いわば医師の品質保証をどのようにしていくか、そこが今後重要な論点になっていくものと思われます。

医師にかかる制度改革では、何より医師会や学会の主体的な努力が求められると思われませんが、行政としてどのようなかたちで後押しするお考えでしょうか。

**中垣** 現在、社会保障審議会医療部会(部会長・鴨下重彦社会福祉法人賛育会病院長)で、平成18年の医療制度改革に向け、ご検討いただいておりますが、私が個人的に最も重要であると考えているのが情報の問題です。国民の間には医療の情報に対して非常に強い欲求があります。まず前提として安全ということがあり、さらにより良質な医療を求めている。それに応えるため、私たちはさまざまな取組みをしていますが、さらに臨床研修や専門医の制度などを通して、国民が判断するための材料の提供が重要であると考えています。情報開示については、医療機関が広告することのできる客観的な内容などを増やしてきましたが、それをもう一段進めたいと思います。例えば、手術の成功率などのアウトカム指標があります。比較するのは難しいとしても、やはりそれが国民の求めるところなのでしょう。現在、広告事項はポジティブリスト方式で、法令なり厚生労働省の省告なり告示にある事項だけを書けるかたちです。そうではなく、「書いてはならないことだけを定めるネガティブリスト方

式にしてはどうか」というご意見が出ていますが、これも一つの考え方だと思います。

根拠に欠ける標榜が横行するようであってはならない。開示された情報の正確性を担保する。そこに行政の重要な役割があるということですね。

**中垣** 広告に関しては罰則規定がありますが、インターネットのホームページについて、これは広告ではない。見たい人だけが見るものだ、という見解がある一方、これだけ多数の国民がアクセスする時代に野放しのままではよいのか、という意見も出ています。現に医療機関のホームページを見れば、医師の履歴や医療実績などさまざまなことが書かれています。それらの内容の正確性もさりながら、専門医制度一つをとっても、どういふ条件でそれを名乗れるのか、基準なりをきちんとしておかなければ、かえって誤解、混乱を生じさせかねないはずであり、患者の利益を考えれば、そのような観点で規制を検討していくことも必要であろうと考えています。

厚生労働省医政局医事課長

### 中垣 英明(なかがき ひであき)

1958年愛知県生まれ。1982年東京大学法学部卒業。1982年厚生省入庁。1992年4月浦和市保健衛生部次長。1993年4月浦和市保健衛生部長。1994年4月厚生省健康政策局指導課長補佐。1996年7月厚生省健康政策局総務課長補佐。1997年7月厚生省官房会計課長補佐。1998年7月文部省初等中等教育局特殊教育課特殊教育企画官。1999年7月文部省生涯学習局社会教育課地域学習活動企画官。2000年7月厚生省生活衛生局食品保健課新開発食品保健対策室長。2001年1月厚生労働省医薬局食品保健部企画課新開発食品保健対策室長。2002年8月総務省行政評価局評価監視官。2004年7月厚生労働省医政局医事課長(現職)

読者の皆様のご意見・ご感想をお寄せください。

[h-bunka@lec-jp.com](mailto:h-bunka@lec-jp.com)



新医師臨床研修制度：従来努力義務であった新人医師の臨床研修が義務化され、幅広い分野における基本的臨床能力を習得することを目的として、内科・外科・救急部門などさまざまな臨床分野での研修を実施することが平成16年4月から必修化された。同時に研修医を受け入れる側の施設基準(研修医の定員、指導医の条件など)も明確にし、研修医が研修に専念できるよう、経済的保障も確立する方針である。臨床研修を義務化した新制度が、良質な医療提供につながるか否かが今後の制度評価のポイントと考えられる。