

日医総研ワーキングペーパー

新医師臨床研修制度と医師偏在化・医師不足
に関する調査：
新医師臨床研修制度は医師不足を
顕在化させたか

No. 166

2008年6月10日

日本医師会総合政策研究機構

森 宏一郎

新医師臨床研修制度と医師偏在化・医師不足に関する調査

— 新医師臨床研修制度は医師不足を顕在化させたか —

日本医師会 総合政策研究機構 森 宏一郎（主任研究員）

研究協力者 坂口 一樹・土橋 邦夫

キーワード

- ◆ 新医師臨床研修制度
- ◆ 医師偏在化
- ◆ 医師不足
- ◆ 大学医学部の医師派遣機能
- ◆ 組織的な資源配分システム

ポイント

- ◇ 新医師臨床研修制度の導入を主因として、全体の約 60%の教室（医局）が医師派遣の中止・休止を実施した。
- ◇ 新医師臨床研修制度が医師派遣の中止・休止の原因となった経路は主に二つあった。一つは、大学病院で後期研修する医師が減少したことにより、人材不足になったためである。もう一つは、大学病院で初期研修する医師が減少したことにより、人材不足になったためである。
- ◇ 医師派遣の中止・休止があった派遣先の関連医療機関では、60%強の医療機関で、診療制限あるいは診療科閉鎖という影響が出ていた。大学医学部教室からの医師派遣の中止・休止を受けると、他からの医師調達は難しい状況を反映している。根本的に医師不足がその原因であると考えられる。また、このことは、大学医学部の医師派遣機能が組織的な人的資源の配分システムとして優れていることを示している。
- ◇ 診療科目別では、医師派遣の中止・休止があった医療機関数の割合が大きかったのは、産婦人科と内科であった。
- ◇ 人口当たり一般病院（大学病院以外の病院）従事医師数が最も小さい9都道府県のグループで、新医師臨床研修制度の導入前後における派遣医師数の純減少数が最大となった。もともと一般病院従事医師が手薄なところで、派遣医師数が大きく減少したことになり、地域間格差が広がっていると考えられる。

目次

1	はじめに.....	4
2	問題設定.....	10
2.1	新医師臨床研修制度とは何か.....	10
2.2	大学医学部教室(医局)の医師派遣機能とは何か.....	14
2.3	調査研究の課題.....	17
3	アンケート調査.....	19
3.1	アンケート調査の目的.....	19
3.2	調査概要.....	20
3.3	既存の調査.....	23
4	アンケートの集計・分析.....	25
4.1	回答教室(医局)の基本情報.....	25
4.2	大学の人材確保.....	27
4.3	医師派遣機能と新医師臨床研修制度の関係.....	33
4.4	開設主体別・診療科目別の分析.....	39
4.5	地域別の分析.....	43
5	結論： 主要な結果と考察.....	56

参考文献・資料等のリスト 61

資料 1. 大学医学部対象のアンケート用紙 64

資料 2. 大学医学部教室・医局対象のアンケート用紙 68

ケース・スタディー

I. 横浜市立大学麻酔科教室の同窓会組織による医師派遣システム 50

II. 北海道大学産婦人科教室の有限責任中間法人「ウィンド」の取組み 57

謝辞

本調査研究において、定性的な情報収集をするために、2008年3～6月に、以下の先生方にインタビューさせていただきました。個々の事例の貴重な情報を学ぶことができました。ここに心から御礼申し上げます。

- 海野信也氏 (北里大学 産婦人科学 教授)
- 大濱紘三氏 (県立広島病院 院長)
- 奥谷圭介氏 (横浜市立大学 麻酔科 助教)
- 後藤隆久氏 (横浜市立大学大学院医学研究科 生体制御・麻酔科学 教授)
- 佐川典正氏 (三重大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座 教授)
- 櫻木範明氏 (北海道大学大学院医学研究科 生殖・発達医学講座生殖内分泌・腫瘍学分野 教授)
- 竹下俊行氏 (日本医科大学 産婦人科学教室 主任教授)
- 中村京太氏 (横浜市立大学附属病院 麻酔科・救急部兼任 准教授)
- 福山宏氏 (横浜市立大学医学部 麻酔科 総医局長)

(50音順)

1 はじめに

この2・3年、医師不足に関するニュースや話題には事欠かない状況となっている。救急患者や妊婦が救急車で病院を転々としたといったニュースは頻繁に耳にする。病院自体あるいは個々の診療科が、医師を確保できないために、閉鎖するというニュースまで登場している。これらは、医療機関が手を抜いているわけでも、医師が責任逃れをしているわけでもない。病院の勤務医たちは懸命の努力をしているのが実情である。例えば、20歳代の勤務医の1週間の平均勤務時間が77.3時間であり、50歳近くになっても1週間の勤務時間が65時間というケースがあるという報告がある¹。表1-1は厚生労働省が発表している資料から病院勤務医の平均労働時間のデータを取ったものである。これを見ても、20歳代の男性勤務医の平均滞在時間は74.9時間と異常な水準にあることが分かる。では、何がこうした事態を引き起こしているのか。

表 1-1. 病院勤務医の平均労働時間

性別	年齢	平均値(時間/週)		
		滞在時間	従業時間	診療時間
男性	20～	74.9	57.4	51.3
	30～	68.4	52.2	44.5
	40～	64.5	49.6	40.3
	50～	58.7	43.7	31.9
	60～	50.0	35.4	22.6
	70～	41.0	30.1	21.6
	80～	31.4	18.8	14.6
女性	20～	68.8	52.2	47.8
	30～	61.1	47.8	41.4
	40～	56.7	44.6	37.5
	50～	52.5	41.6	32.4
	60～	46.6	35.3	27.4
	70～	39.5	31.4	22.4

資料:厚生労働省(2006)(国立保健医療科学院タイムスタディに基づく)

これらの背景には、歴然と「医師不足」という現実が横たわっている²。舛添厚生労働大臣は医師が総数としても不足しているという認識を示している。実体として深刻な

¹ 唐澤祥人(2008)

² 医師不足は広く認識されている。日野秀逸(2006)、東北大学大学院医学系研究科地域医療システム学(宮城県)寄附講座(編)(2007ab)、本田宏(2007)、永田宏(2007)。

のは、病院勤務医の不足であると言われる³。また、小児科、産科、救急医療といった特定の診療科目での医師不足も大きな問題になっている。ベースとして、医師が不足している状況下では、何らかの医師配置の変化（地域間、業務種別間、診療科目間など）が起きると、医師偏在化を通じて問題が表面化することになるというわけである。本レポートのテーマである新医師臨床研修制度の導入（2004年4月）は、医師供給に係る一つの大きな状況変化であり、医師偏在化を通じた医師不足の顕在化の引き金になっている可能性が高い。2005年12月時点で、全国知事会は「医師確保の要望書」を出している。その中で、新医師臨床研修制度の導入を契機として、医師確保の問題が顕在化したことが指摘され、医師のへき地勤務を促進する方策、特定診療科の医師の偏在を解消する方策、女性医師の継続勤務を支える環境整備を求めている⁴。ここで注意してほしいのは、新医師臨床研修制度が「医師不足」を招いたのではなく、「医師偏在化」を招いた結果、「医師不足」が顕在化したということである。つまり、もともとあった「医師不足」という現象が、大学医学部の教室・医局の医師派遣機能によって、なんとか抑制されてきたのだが、それが、新医師臨床研修制度の導入によって、その医師派遣機能が弱体化したことから、医師不足が「顕在化」したというわけである。このことは、本レポートにおいて、データで検証していく仮説的ストーリーである。

文献・資料のレビューからは、医師不足という状況は背景として認めてよいと思われる。しかしながら、日本の医師不足をきちんとデータ分析した研究報告は案外多くない。頻繁に行われる分析としては、OECDのHealth Dataを利用した国際比較である。人口当たり医師数で見て、日本の水準がOECD平均並みになるためには、約13~14万人不足していると分析される⁵。さらに、一人当たりGDPがOECD平均値を超える国の中では、人口当たり医師数は最低の水準となっていることも指摘されている⁶。

そこで、最新のOECD Health Data 2007（2007年10月更新）を用いて、データを確認しておこう⁷。図1-1はOECD30カ国で人口1,000人当たり医師数を比較したもの

³ 「現在危惧されている医師の偏在に伴う医療の危機は、病院医療の危機であり、医師不足は病院医師の不足である。」（日本学術会議, 2007） 「世界的に見て極めて少ない日本の病院医療従事者」（大村昭人, 2007）

⁴ 全国知事会(2005)

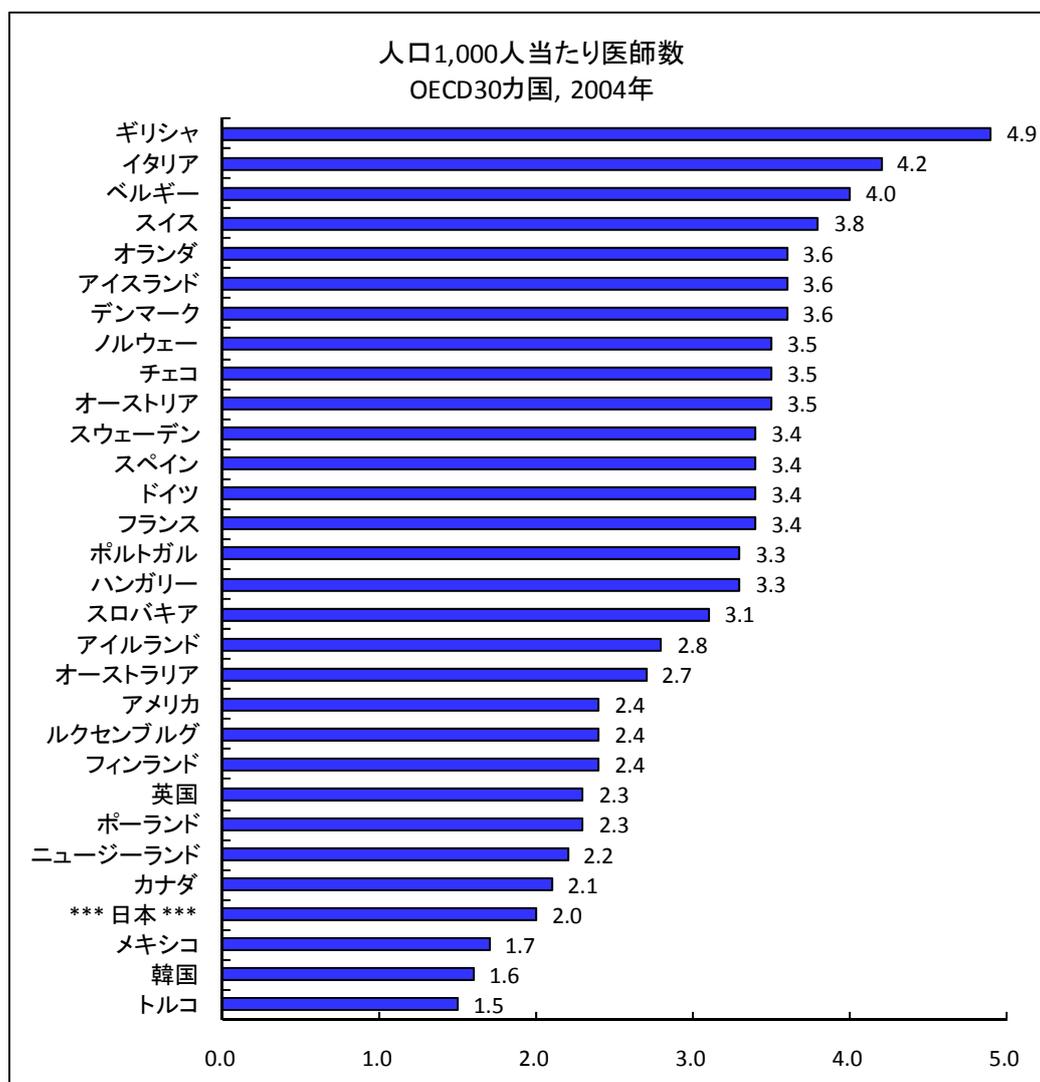
⁵ 日野秀逸(2006)、大村昭人(2007)、本田宏(2007)。

⁶ 日本医師会(2007)

⁷ ただし、日本の最新データは2004年となる上、2005年のデータには欠損値が多い。そのため、分析上、2004年のデータを用いた。

である。日本は 2.0 人で、30 か国中 27 位の水準である。OECD30 カ国平均値が 3.0 人であり、日本が OECD 平均並みになるためには、医師を 127,687 人増やさなければならないということになる⁸。

図 1-1. 人口当たり医師数の国際比較



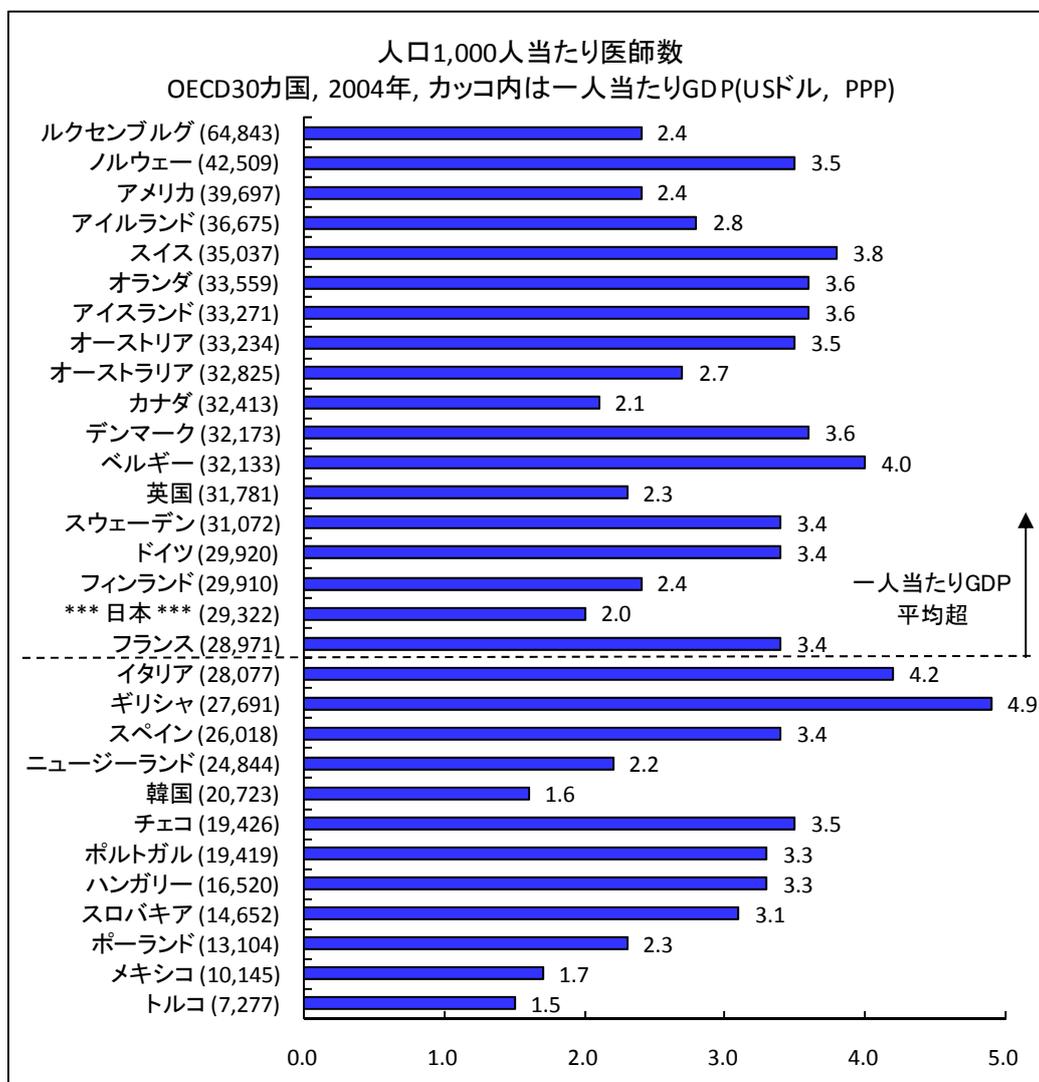
資料： OECD HEALTH DATA 2007, updated October 2007.

また、図 1-2 は、一人当たり GDP で人口当たり医師数のデータを並び替えたものである。一人当たり GDP の OECD 平均は 28,575 米ドルであり、フランスよりも上が平均超の国となる。一人当たり GDP が平均超の国の中で、日本は最下位である。さらに、日本の人口当たり医師数は、一人当たり GDP が平均より低いいくつかの国(イタリア、

⁸ 127,687 人 = (3.0 人 - 2.0 人) × (人口 127,687 千人)

ギリシャ、スペイン、チェコ、ポルトガル、ハンガリー、スロバキア) よりもかなり低いということも分かる。

図 1-2. 人口当たり医師数(一人当たり GDP の大きさに並び替え)



資料: OECD HEALTH DATA 2007, updated October 2007.

本来、医師不足を論じるためには、医師の供給サイドの議論だけでは不十分であり、需要サイドも考慮しなければならない。この点を検討している文献としては、厚生労働省「医師の需給に関する検討会報告書」がある⁹。この報告書によると、現状、医師が不足しているのはわずかに 9,000 人程度であり、問題なのは医師不足ではなく医師偏在

⁹ 厚生労働省(2006a)

であるとしている¹⁰。さらに、2022年には、医師の需給バランスが取れるという結論を導いている。いくつかの問題点を指摘しておきたい。第一に、「現状で総量としては、基本的には国民が必要としている医療を提供しているものと仮定」とある。現状で総量として需要を満たしている仮定を置けるかどうかの検討自体が必要である¹¹。そして、その仮定はかなり受け入れ難い状況にあるのではないか。第二に、医師数の将来推計に関して「平成10年に行われた検討では、医師の労働力提供を70歳までとしていたが、医師・歯科医師・薬剤師調査における現在の回答状況及び就労状況にかんがみ、今回は上限を設定していない」とある。しかし、年齢の上限を設けないということは、医師免許を持っていれば実情として引退していても医師数にカウントするということになり、医師数の過大評価となりやすい。今回から推計方法を過大評価のリスクのある方向に変えているというのは、医師不足であるという結論が出ないようにするための工夫であると見られても仕方ないのではないか。第三に、需要モデルにおいて、最終的に医師数に換算するプロセスの仮定に問題がある。需要量が患者数とその重症度の積で決まるとし、患者数は年齢階級受診率と将来人口の積で決まるというモデルである。最終的に、これらのモデルから医師の需要量として「必要医師数」を計算することになるのだが、2002年の医療施設従事医師数(249,574人)を基準にしている¹²。この基準設定(仮定)は、2002年の必要医師数が2002年の医療施設従事医師数に等しいことを意味している。2002年時点の医療施設従事医師数が必要医師数を満たしているかどうかの検討が必要であり、この仮定が満たされていなければ、必要医師数を過少評価する可能性が高いと言える。

さて、本ワーキングペーパーの目的は、2004年4月の新医師臨床研修制度の導入を契機として、医師配置がどのように変化し、どこで医師不足が顕在化したのかについて、データ分析を行うことである。したがって、マクロデータとしての医師不足については、

¹⁰ なお、9,000人の不足というのは、分析手続きの記述から読み取れる数字である。不可解な事に、どういうわけか「現状の9,000人の医師不足」という明確な一つの分析結果は書かれていない。

¹¹ インタビューにおいて臨床医師が声を揃えるのは、医師の仕事量は昔と比べて、明らかに多くなったということである。「処理しなければならない書類が多い。インフォームド・コンセントにより、一人の患者にかかる時間が増大した。それにも関わらず、医師数は十分に増えていない。」

¹² 「必要医師数は推計の基点である2002年を開始点とし2002年に対する各種需要推計の倍率と2002年の医療施設従事医師数249574をかけて推計した。」(厚生労働省, 2006a)

上述の程度で止めておきたい¹³。基本的なスタンスとしては、日本は医師不足の状況にあり、新医師臨床研修制度の導入が一つの契機となって、医師偏在の拡大を通じて、医師不足が表面化したという見方を取っている。なお、この二つのファクターをつなぐ既存データは存在しないため、全国規模のアンケート調査を実施し、そのデータを用いて分析を行った。

本ワーキングペーパーの構成は以下のとおりである。第2章では、本調査研究の視点を明確にするため、新医師臨床研修制度と大学医学部の医師派遣機能について整理を行い、調査研究課題を明確化する。第3章では、アンケート調査の概要をまとめ、既存研究に言及する。第4章では、アンケート結果を集計・分析する。新医師臨床研修制度と医師偏在化の関係性の分析、開設主体別・診療科目別の分析、地域別の分析に焦点を当てる。第5章では、主要な分析結果をまとめ、それに対する考察を加えて、結論とする。

¹³ 森(2008)で、医師の供給サイドのマクロ的な分析を補完的に行っている。

2 問題設定

本章では、本レポートの主要構成要素である「新医師臨床研修制度」と「大学教室（医局）の医師派遣機能」についての簡潔な整理を行う。最後に、調査研究課題を設定する。

2.1 新医師臨床研修制度とは何か

2004年4月から新医師臨床研修制度が導入された。この制度は簡単に言えば、医師の2年間の卒後臨床研修の必修化である。この制度の概要は以下の5点にまとめられている¹⁴。

- ① 診療に従事しようとする医師は、2年以上、医学を履修する課程に置く大学に附属する病院または厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。
- ② 臨床研修を受けている医師は、臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならない。
- ③ 厚生労働大臣は、臨床研修を修了した者について、その申請により、臨床研修を修了した旨を医籍に登録するとともに、臨床研修修了登録証を交付する。
- ④ 臨床研修修了の登録を受けた医師でない者が診療所を開設する場合には、都道府県知事などの許可を受けなければならない。
- ⑤ 病院などの開設者は、臨床研修修了の登録を受けた医師に、その病院などを管理させなければならない。

卒後臨床研修制度としては、戦後の1948年、GHQの指導の下、インターン制度が導入された。しかし、多くの研修病院では教育体制が整えられていないこと、インターンの身分が非常に不安定であることから、うまく機能しなかった。その後、1968年に医師法が改正され、「2年間の卒後臨床研修を行うものとする」努力規定が設定された。

努力規定による研修制度の問題点と見られていたのは、ほとんどの研修医が卒業直後から狭い専門領域に偏った研修を行うため、プライマリ・ケア能力が育成されないこと

¹⁴ 福井次矢（編）（2007）

であった。そこで、厚生労働省は新医師臨床研修制度の基本3原則を定めた¹⁵ ¹⁶。

1. 医師としての人格を涵養
2. プライマリケアへの理解を深め患者を全人的に診ることができる基本的診療能力を修得
3. アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備

表 2-1-1. 新旧の卒後臨床研修制度の比較

区分	新制度	旧制度
臨床研修	診療に従事しようとする医師は、2年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。 (医師法第16条の2)	医師は、免許を受けた後も、2年以上大学の医学部若しくは大学附置の研究所の附属施設である病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を行うように努めるものとする。 (医師法第16条の2)
専念規定	臨床研修を受けている医師は、臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならない。 (医師法第16条の3)	
修了時の 手続等	厚生労働大臣は、第一六条の二第一項の規定による臨床研修を修了した者について、その申請により臨床研修を修了した旨を医籍に登録する。 厚生労働大臣は前項の登録をしたときは、臨床研修修了登録証を交付する。 (医師法第16条の4)	臨床研修を行う病院の長は、臨床研修を行った者があるときは、当該臨床研修を行った旨を厚生労働大臣に報告する。 (医師法第16条の3)
診療所の 開設	臨床研修修了医師でない者が診療所を開設しようとするときは、開設地の都道府県知事等の許可を受けなければならない。 (医療法第7条)	医師でない者が診療所を開設しようとするときは、開設地の都道府県知事等の許可を受けなければならない。 (医療法第7条)
病院等の 管理	病院又は診療所の開設者は、その病院又は診療所が医業をなすものである場合は臨床研修修了医師に、これを管理させなければならない。 (医療法第10条)	病院又は診療所の開設者は、その病院又は診療所が医業をなすものである場合は医師に、これを管理させなければならない。 (医療法第10条)

資料: 厚生労働省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/shinkyu/index.html>

¹⁵ 吉村博邦・松本昭彦（編著）（2007）. 厚生労働省ホームページ：

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/001100.html>

¹⁶ 研修医の過酷な勤務実態やアルバイトに依存しなければならない状況なども背景にあると見られる。例えば、塚田真紀子(2002)を参照。

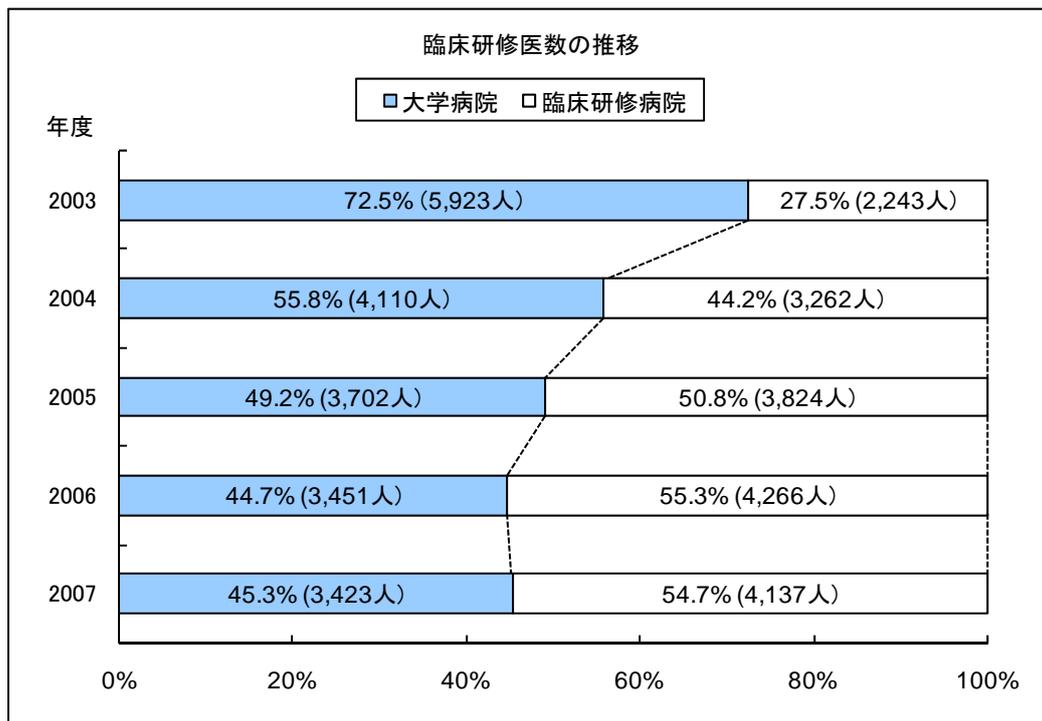
この3原則を受けて、医師法が改正され、新医師臨床研修制度が導入された。新研修制度の導入と併せて、医師法だけではなく、医療法等の関連法令も書き換えられた¹⁷。表2-1-1は、法令の観点から、新旧の制度を比較したものである。

法制面だけで整理すると、医師という人的資源の配置に対する新医師臨床研修制度の影響は見えにくい。しかし、表2-1-1の臨床研修の項目は実質的に大きな意味を持っている。次節で、大学医学部教室（医局）の医師派遣機能について整理するが、従来、初期研修医はそのまま出身大学の教室（医局）に入局した。そして、大学病院を中心に関連の連携病院を含めて、出向（派遣）を繰り返して卒業後の修練を行い、一人前の医師になっていったのである。ところが、新医師臨床研修制度下では、初期研修医は大学教室（医局）には入局しない。さらに、入局しないので当然ではあるが、教室（医局）や出身大学の意向とは無関係に、大学病院だけではなく、大学病院以外の臨床研修指定病院を選択することもできるようになった。この点が医師配置という視点から決定的に重要な変化である。結局、大学あるいは大学病院がこれまでどおり必要な人材を確保できなくなったということである。

図2-1-1は、大学病院と大学病院以外の臨床研修病院のそれぞれに所属する臨床研修医数（新規の初期研修医の在籍数）の推移を示したものである。新医師臨床研修制度が導入される前の2003年度では、大学病院の臨床研修医数は全体の72.5%を占め、実数では5,923人いたのだが、新医師臨床研修制度が導入された2004年度には、大学病院の臨床研修医数は全体の55.8%に激減した。実数でも4,110人といきなり、1,813人も減少した。さらに、2006年度まで、大学病院の臨床研修医数は減少を続け、2006年度、2007年度では、全体の約45%の水準に落ち着いている状況である。新医師臨床研修制度の導入前と現在の水準を比較すると、大学病院の臨床研修医数の比率は実に72.5%から45.3%へと27.2ポイントも減少した。実数ベースでは、2,500人の臨床研修医が減少したのである。医師配置という点で、これはかなり大きなインパクトがあると考えられる。

¹⁷ 医師法および医療法の関連部分を本章末に付けている。

図 2-1-1. 病院別の臨床研修医数の推移



資料: 厚生労働省医政局医事課調べ

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html>

さらに、医師配置の視点で、もうひとつ言及しておかなければならないことがある。新医師臨床研修制度下では、初期研修医はいわゆる専門性を持たない（追求しない）研修医であり、従来に比べ、即戦力医師という意味合いが薄い。関係者（医師）のインタビューによれば、新医師臨床研修制度は、学生と医師という身分は全く異なるものの、医学部6年間の教育がさらに2年間延長されたようなものだという。教育する側から見ても、自分のところの所属になってくれるかどうか分からない初期研修医に十分にコミットするのは難しいと言い、ある程度の専門性は与えることができて、重要な技術や知恵まで教えることはできないという。こうした現状を考慮すると、結局、新医師臨床研修制度が導入されて、ちょうど研修期間2年間分の医師（約15,000人）が臨床現場から消えてしまったような状況にあるという。病院の従事医師数が約168,000人であることを考慮すれば、約15,000人という規模の医師が抜け落ちるといったことは「医師不足の顕在化」には十分なインパクトがあるだろう¹⁸。

¹⁸ 病院の従事医師数のデータは、2006年12月31日現在のもので、168,327人。資料は、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」平成18年。

2.2 大学医学部教室（医局）の医師派遣機能とは何か

多くの大学医学部の教室（医局）では、「研究」と大学附属病院における「臨床」の両方において、主任教授（通常は一人）をトップとしたヒエラルキー構造の組織体制となっている。こうした構造を学閥支配などと呼び、さまざまな弊害があるという理由から、こうした構造を破壊して改革を進めなければならないというような意見もある¹⁹。他方で、リメイクされたドラマである山崎豊子の「白い巨塔」のような医局イメージは、全く過去のものであり、「教授の権限は一般的に弱まり、教授に代わって医局人事を動かす医局長たちも医局員の個別の要求と関連病院からの医師派遣要請にいかに応えるかなどに一生懸命腐心している。」（大村昭人, 2007）

しかし、いずれにしても、大学医学部の教室（医局）は、医師という人的資源を「組織的に配分」するという重要な機能を果たしてきたという面もある。教室・医局の構成員は、主任教授の指示通りに関連病院に派遣されるのが普通である。さらに、教室・医局には、医局長と呼ばれる人物がおり、関連病院に過不足なく、かつ、ヒト（人材）とヒト（人材）の調和も考慮した人的配置を日夜考えているという。

こうしたヒトを介した泥臭い調整プロセスは後進的なやり方と見る向きが多いが、多くの誤解である。経済学において、資源配分機構の両極には、「市場」と「組織」が配置される²⁰。言うまでもなく、どちらかが先進的でどちらかが後進的であるなどという概念ではない。現実的には、純粋な市場や純粋な組織という二分法になることはほとんどなく、この間のどこかに位置するが、この大学教室（医局）の医師派遣機能は、組織型の資源配分機構であると考えられる。組織型の資源配分機構は、市場型の資源配分機構がうまく働かない状況下では、非常にうまく働くことが分かっている²¹。まず、直観的な説明をしておこう。医師が供給不足になっている状況下で、市場によって医師の配分を行うと、価格メカニズムに基づいて、人口の多い都市部の大病院に医師が集中し、

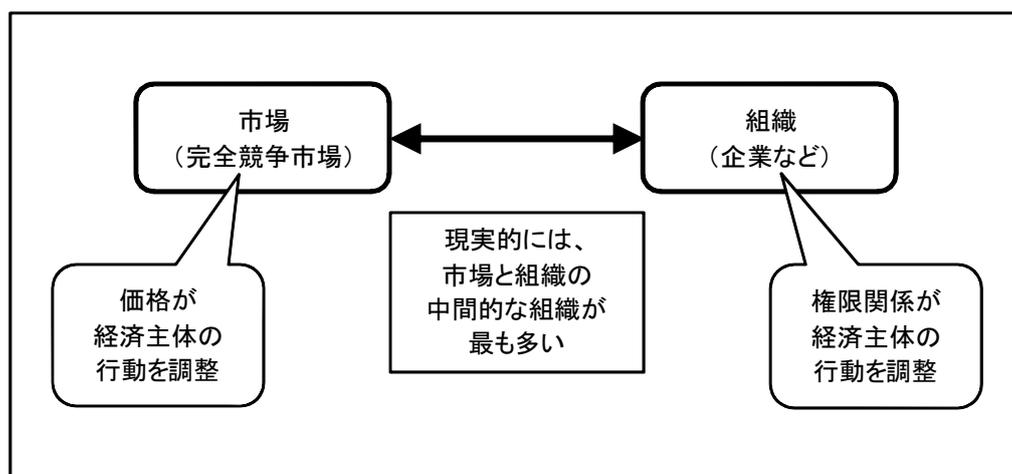
¹⁹ 米山公啓(2002).

²⁰ 市場では価格を媒介に（価格メカニズム）、組織では権限関係（命令）を利用して、資源配分を行う。Simon (1951).

²¹ ノーベル経済学賞受賞者のコース(Coase)氏は、市場が万能ならば、世の中に組織は一切必要ないということになるのではないかという素朴な疑問から出発して、市場で取引するのも多大なコストがかかる場合があるということに注目して、組織あるいは組織的取引の重要性を明らかにしている（取引コストの経済学）。Coase (1937).

地方病院では医師が不足することになる。つまり、相対的に高い価格（給与）をつけるところに、医師がより多く集中的に供給されるということである。他方、大学教室（医局）による組織型の配分の場合、権限関係（命令）に基づいて、市場では医師不足に陥りやすいような地方病院にも医師を供給することになる。市場において高い価格がつかないとしても、医療の高い公共性を考慮して、医師を配分するのが望ましいと考えられる地域にも、医師を供給していくことが可能となる仕組みである²²。

図 2-2-1. 市場 vs. 組織



大学教室（医局）の医師派遣機能に関して、もう少し論理的な説明を与えておこう。次の2つの条件が成立するとき、市場は致命的な失敗を引き起こし、組織型の調整プロセスが望ましい (Milgrom and Roberts, 1992)。

- ① 調整しなければならない変数間の最適な関係がこれまでの経験の蓄積として存在する。
- ② 変数間の最適な関係を実現することに失敗したときのコストが甚大である。あるいは、試行錯誤の過程（調整過程）のコストが甚大である。

この2つの条件を医師配分のケースに当てはめて考えてみる前に、分かりやすい例を紹介しておこう。救急車の配分は、このおもしろい例である。①の条件は簡単で、ある重大さを超えていれば、それぞれの必要な救急の傷病者のところに一台ずつの救急車を配分するのが最適であることが分かっている。ところが、市場配分によると、最も高い

²² もっとも、このことは、医師や医療機関だけがそのコストを負担するということを正当化しない。むしろ、公共性を考慮して、社会的にコストを負担する仕組みが必要である。

支払価格をつける傷病者のところに供給が集中し、最低価格で供給された救急車だけが使われ、他の救急車は用なしとなる。そして、他に必要としていたところには、当初、救急車は一台も行かなかったということが起きる。調整プロセスとして、順次、救急車は次に高い支払価格を提示した救急の傷病者のところに向かうことになるだろうが、今さら、行っても無駄である。その頃には、人命が失われているかもしれない。②の条件も簡単に分かる。必要なところに救急車が一台ずつ行かなかったときのコストは大きい。人命が失われることになる。また、すぐに行かなければ、意味はない。死亡が確認されてしまったあとで、病院に急いで運ぶことに意味がないのは明らかである。したがって、市場での価格による調整を待っている余裕など全くないのである。

救急車ほどの緊急性はないかもしれないが、医師配分の問題も救急車配分の問題と非常に似ている。①の条件は、病院自体の必要性の議論が必要なので、救急車ほど明快ではないかもしれない。しかし、都市圏だけの病院に医師が充足されればよいということではなく、地方病院にもある程度の数の医師が確保されなければ、地域医療は立ちいかななくなるが、これまでの経験上分かっている。②の条件は、救急車の例と同様、医師配分の失敗は大きなコストである。地域病院のある診療科が閉鎖される事態になれば、その地域の国民・患者にかかるリスク・コストは甚大である。また、仮に医師が配置されることになるとしても、休止期間のそのリスク・コストはやはり甚大である。また、閉鎖や休止までいかなくても、昨今の医師が不足しているために、救急患者や妊産婦の受入先病院がなかなか見つからないということのコストは大きい。救急車の問題と同様、人命が失われるかもしれない。

上述のように、大学医学部の教室（医局）の医師派遣機能は、医師が不足している状況下での医師という人的資源の配分において、重要な機能を果たしてきたと言える。新医師臨床研修制度の副作用として、この機能が崩壊したことが医師不足を顕在化させたのではないかというわけである。

2.3 調査研究の課題

ここまで整理してきたように、基本的な問題は「新医師臨床研修制度の導入によって、医師という人的資源の配置がどのように変化し、その結果、どこでどれくらい深刻な医師不足という現象が起きているのか」ということである。この問題の中で、人的資源の配置がどのように変化したかという部分については、大学医学部の教室（医局）の医師派遣機能が崩壊したのではないかという仮説があり、この部分を検証する。したがって、本調査研究の課題を次のように設定する。

- 新医師臨床研修制度の導入によって、新医師の配置はどのように変化したか。
- 新医師の配置の変化は、それまでの医師配置にどのような影響を与えたか。
- 新医師の配置の変化は、大学医学部の教室（医局）の医師派遣機能をどのように変化させたか。
- 結果として、どこで医師不足という現象が顕在化したか（する可能性が大きいか）。
- 医師偏在化によって生じた医師不足問題はどれくらい深刻なのか。

章末資料²³

医師法（昭和二十三年七月三十日法律第二百一号）

第三章の二 臨床研修

第十六条の二 診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定により指定した病院が臨床研修を行うについて不適當であると認めるに至ったときは、その指定を取り消すことができる。
- 3 厚生労働大臣は、第一項の指定又は前項の指定の取消しをしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。
- 4 第一項の規定の適用については、外国の病院で、厚生労働大臣が適當と認めたものは、同項の厚生労働大臣の指定する病院とみなす。

第十六条の三 臨床研修を受けている医師は、臨床研修に専念し、その資質の向上を図るよう努めなければならない。

第十六条の四 厚生労働大臣は、第十六条の二第一項の規定による臨床研修を修了した者について、その申請により、臨床研修を修了した旨を医籍に登録する。

- 2 厚生労働大臣は、前項の登録をしたときは、臨床研修修了登録証を交付する。

第十六条の五 前条第一項の登録を受けようとする者及び臨床研修修了登録証の書換交付又は再交付を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を納めなければならない。

第十六条の六 この章に規定するもののほか、第十六条の二第一項の指定、第十六条の四第一項の医籍の登録並びに同条第二項の臨床研修修了登録証の交付、書換交付及び再交付に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める。

²³ 総務省行政管理局が提供する法令データ提供システムに基づく。

<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi>

3 アンケート調査

本章では、アンケート調査について説明する。本レポートのテーマである新医師臨床研修制度の導入と医師偏在化・医師不足の関係を直接的に結びつけられるデータは存在しないことから、アンケート調査を実施し、データを収集することにした。

3.1 アンケート調査の目的

第2章で議論したように、2004年4月に、医師のプライマリ・ケア能力を充実させることを目的として新医師臨床研修制度が導入された。この制度により、初期研修医は自由に研修病院を選択できるようになり、大学病院以外の病院を選ぶ比率が高くなった。さらに、この制度は実質的に医学教育が8年間になったようなものだと言われ、2年間の医師（約15,000人）が大学教室（医局）に入局しないということになった。そのため、この制度の導入によって、各大学の教室（医局）では従来通りの数の研修医を確保できなくなった。その影響で、各大学の教室（医局）では医師が不足することになり、一般病院への派遣医師を教室（医局）へ呼び戻すことを余儀なくされたと言われる²⁴。つまり、大学教室（医局）の医師派遣機能が大きく後退し、そのために、市場メカニズムでは医師を配分できないであろう病院では、医師不足が起き、診療科の閉鎖に追い込まれるケースが出ていると言われている。これは、結局のところ、その病院を利用してきた国民の負担となっているというわけである。

新聞などの記事やテレビで報道されている内容やインタビューなどから分かる個々の事例から、上述のようなメカニズムの新医師臨床研修制度の導入を契機とした医師偏在の加速・拡大（結果として医師不足の顕在化）はおそらく事実であろう。しかしながら、日本の全体像としてデータでの裏付けが取れておらず、より具体的に、どこで、どれぐらい、どのように（新医師臨床研修制度の影響はどれぐらいなのか、他の要因はないのか）医師偏在化が起きているのかを把握できていない。そこで、本調査研究では、医師派遣機能を担ってきた大学の臨床系の各教室（医局）を対象に、アンケートで具体

²⁴ 例えば、水野肇(2008)

的に医師派遣の中止・休止の有無、その理由、具体的な医師派遣の状況などを直接的に聞くことによって、データを収集し、分析することとした。

3.2 調査の概要

本調査では、2種類のアンケート調査を行っている。それぞれは相互にデータ補完的なものとなっている。一つは大学医学部へのアンケート（調査①）であり、もう一つは大学の臨床系の各教室（医局）へのアンケート（調査②）である。以下、それぞれの調査の概要を説明する。

調査①と調査②の共通事項

調査母体

調査母体は、日本医師会であり、唐澤祥人 日本医師会長の名で実施した。

調査期間

2008年3月下旬～4月上旬にアンケート用紙を発送した。アンケート用紙の回収締切日は発送タイミングで調整して、2008年4月18日あるいは4月25日に設定した。最終的に、アンケートの受付を締め切ったのは、2008年5月26日とした²⁵。

調査対象期間は、設問によって異なるが、2000～2007年度までのデータを取得することを目的に設計した。

調査方法

アンケートの回答方式については、基本的に選択方式であるが、記述方式の部分もある。具体的なアンケート用紙については、巻末の資料を参照してほしい。また、全て郵

²⁵ なお、回答内容に著しい矛盾がある場合やぜひ取得したい情報が欠損となっている場合、回答者への問合せを実施した。完全にカバーできたわけではないが、問合せを実施したもののうち60%程度、情報収集できた。また、発送に関して問題があったところについては、再送し、新たな締切日を設定した。こうした事情により、最終的な締切日は本文のとおりとなった。

送調査（返送封筒には切手貼付済み）で実施した。

調査① 大学医学部へのアンケート

調査対象

日本全国の 79 の医学部設置大学の医学部を対象に実施した。全国に 80 の医学部設置大学があるが、今回の調査目的から見て、防衛医科大学校は対象から除外した²⁶。

調査内容

新医師臨床研修制度の導入前後の研修医数の変化に関するデータを聞いた（表 3-2-1 を参照）。具体的には、2000～2007 年度について、医師国家試験合格者数、卒後 2 年未満の研修医（2004 年度以降の新制度下の初期研修医）の数、卒後 2 年以上の研修医（2004 年度以降の新制度下の後期研修医）の数、基礎系教室への入局・入室医師数を聞いた。

表 3-2-1. アンケート調査①の主要質問項目

主な質問項目	対象期間
医師国家試験合格者数	2000～2007年度
卒後2年未満の研修医(2004年度以降の新制度下の初期研修医)の数	2000～2007年度
卒後2年以上の研修医(2004年度以降の新制度下の後期研修医)の数	2000～2007年度
基礎系教室への入局・入室医師数	2000～2007年度

回収状況

調査対象 79 のうち、65 件の有効回答を得て、その有効回答率は 82.3%となった（表 3-2-2 を参照）。なお、調査①は分析上の基本データとなるため、設定締切日までに回収できなかった大学医学部については、再送を実施した。しかし、最終的な有効回答率は 80%を超えて満足できるものだが、再送によって大幅な回収増とはならなかった。

²⁶ 防衛医科大学校についての人事権は、防衛省に集中しており、医師派遣機能を尋ねるアンケート調査は不適であると判断した。実際、回答されたアンケートを見ると、関連病院数は「ゼロ」と回答されていた。

表 3-2-2. アンケート調査①の回収状況

項目	データ
調査対象数	79
有効回答数	65
有効回答率	82.3%

調査② 臨床系の大学医学部各医局・教室へのアンケート

調査対象

日本全国の大学医学部（防衛医科大学校を除く）の 1,821 の臨床系の教室（医局）を対象に実施した²⁷。

調査内容

新医師臨床研修制度の導入以降の医師派遣の中止・休止の有無およびその理由を中心に聞いた（表 3-2-3 を参照）。具体的には、医師派遣の中止・休止の有無、その理由、派遣先医療機関への影響、医師派遣状況の詳細、今後の医師派遣の中止・休止、2000～2007 年度において入局した研修医数を聞いた。

表 3-2-3. アンケート調査②の主要質問項目

主な質問項目	対象期間
専門科と関連病床数	
医師派遣の中止・休止の有無	2004年4月以降
医師派遣の中止・休止の理由	
関連医療機関数	2004年3月末
医師派遣を中止・休止した関連医療機関数	2004年4月以降
そのうち、診療科閉鎖数など	
医師派遣状況の詳細	2004年3月末 2008年3月末
今後の医師派遣中止・休止の予定・打診	2008年4月以降
入室・入局した研修医数	2000～2007年度

²⁷ 実際の発送数は 1,899 であるが、防衛医科大学校の教室と、「関連病院なし」あるいは「新設教室ため、医師派遣は全くなし」と回答してきた教室は、調査対象として扱えないため、調査対象数から除外した。これらは、有効回答にも無効回答にもカウントせず、除外扱いとした。

回収状況

調査対象 1,821 のうち、1,024 件の有効回答を得て、その有効回答率は 56.2% となった（表 3-2-4 を参照）。分析に耐えられる程度の有効回答率を得られたと言える。

表 3-2-4. アンケート調査①の回収状況

項目	データ
調査対象数	1,821
有効回答数	1,024
無効回答数	1
有効回答率	56.2%

3.3 既存の調査

新医師臨床研修制度（卒後臨床研修制度）に関する教育的視点からの調査研究はいくつかある。例えば、厚生労働省による「平成 17 年度 臨床研修に関する調査²⁸」「平成 18 年度 臨床研修に関する調査²⁹」や福井次矢など「臨床研修の現状：大学病院・研修病院アンケート調査結果³⁰」がある。厚生労働省(2006b)の調査では、研修体制・プログラムへの満足度とその要因について分析されている。研修体制についての研修医の満足度は、大学病院より臨床研修病院の方が高く、病床規模が小さい病院ほど高くなっている。福井次矢など(2007)の研究からは、研修医の幅広い臨床能力の獲得を目指した新医師臨床研修制度は、一定の成果を上げつつあるようである。これらの調査研究は、教育的視点に立っており、本レポートのトピックとは直接的には関係がないため、これ以上深く内容を検討しない。

さて、実は、同じトピックのアンケート調査の報告がある。2004 年 5 月に、全日本病院協会が「新医師臨床研修制度施行に伴う医師の引き揚げに関する調査」を実施している。全日本病院協会の 2,089 全会員病院（大学病院を除く）を対象としたハガキアン

²⁸ 厚生労働省(2006b)

²⁹ 厚生労働省(2007b)

³⁰ 福井次矢など(2007). 関連文献としては、厚生労働省(2007a)や福井次矢・宮崎雅則(2008)がある。

ケート調査である。1,326 病院から有効回答を得ており、有効回答率は 63.5%と比較的高い。この調査は、我々の調査とは異なり、医師派遣を受ける側の病院を調査対象としている。この調査の主な結果をまとめておこう。

- 過去 1 年間における常勤医師の引き揚げは、常勤医師派遣を受けている病院中 24.3%であった。全国的規模で見ても、極端な地域差はなかった。
- 過去 1 年間における非常勤医師の引き揚げは、非常勤医師派遣を受けている病院中 34.1%であった。同様に、極端な地域差はなかった。
- 過去 1 年間における常勤医師の引き揚げ打診は、常勤医師派遣を受けている病院中 17.5%であった。
- 過去 1 年間における非常勤医師の引き揚げ打診は、非常勤医師派遣を受けている病院中 26.4%であった。

この調査結果は興味深いだが、いくつかの点で不満もある。一つには、新医師臨床研修制度は 2004 年 4 月に導入されたわけだが、このアンケート調査は 2004 年 5 月に実施されており、その影響を評価するためには、実施タイミングが早すぎるのではないかということである。もう一つは、派遣医師の引き揚げ自体は、医師の開業や離局などの他の理由でも起きることであり、新医師臨床研修制度が理由であるとは限らないということである。したがって、引き揚げの理由についても聞いておく必要がある。最後に、派遣を受けていない病院も調査対象となっており、このトピックの調査対象数は実は不明となっている。回答のあった 1,326 病院のうち、402 病院 (30.3%) が医師派遣を受けていない病院である。上述のような問題点はあるが、我々の調査の視点と共通している。

4 アンケートの集計・分析

本章では、アンケート調査で得たデータを集計・分析し、結果をまとめる。その中で焦点を当てるのは、新医師臨床研修制度が大学医学部教室・医局の医師派遣機能をどの程度麻痺させているかという点である。その結果、医師不足が顕在化したのではないかというのが我々の仮説的ストーリーだからである。

4.1 回答教室（医局）の基本情報（調査②から）

第3章で示したように、有効回答率は56.2%（有効回答数1,024）と十分な分析サンプルが収集できた。しかし、その回答教室（医局）に何らかの偏りや特徴があるか否かについては検討しておかなければならない。そこで、本節では回答教室（医局）の基本プロフィールについての集計結果を示しておく。

図 4-1-1. 専門科別の回答教室(医局)数

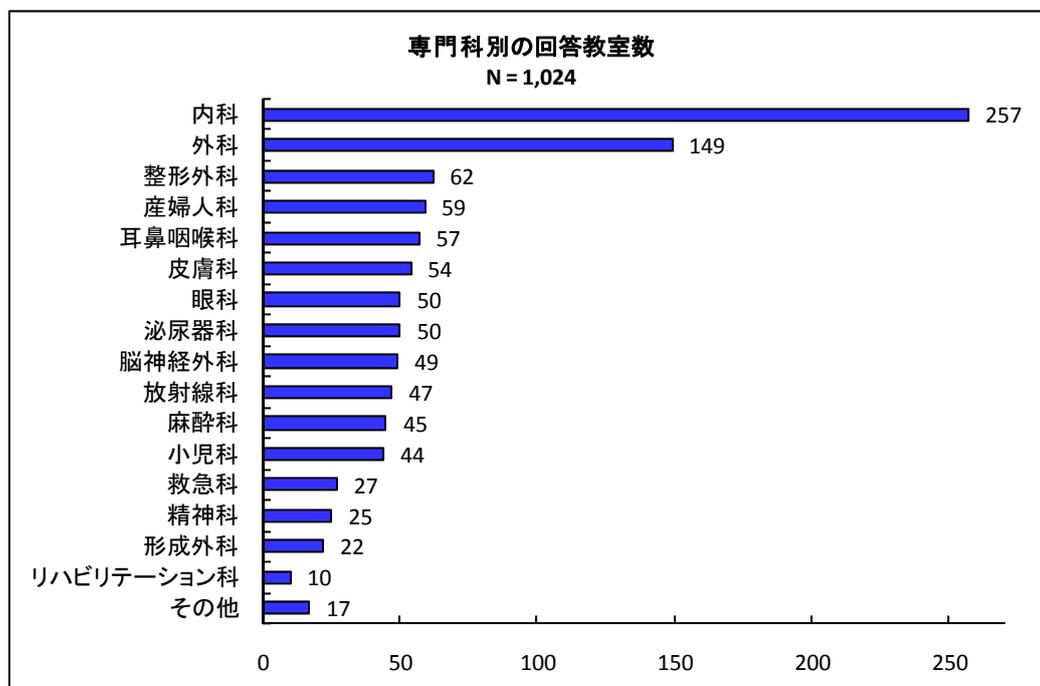


図 4-1-1 は、専門科別の回答教室数を示している。内科と外科は細分化が進んでいる

ため、一つの大学に複数の教室がある。そのため、回答教室数で見ても、当然多くなる傾向にある。それ以外についても、小児科までが 44 以上となっており、79 の医学部設置大学を対象にしていることを考えれば、専門科については割合幅広く有効回答を得られたと言ってよいと思われる。

図 4-1-2. 日本医師会の地域ブロック別の回答教室数

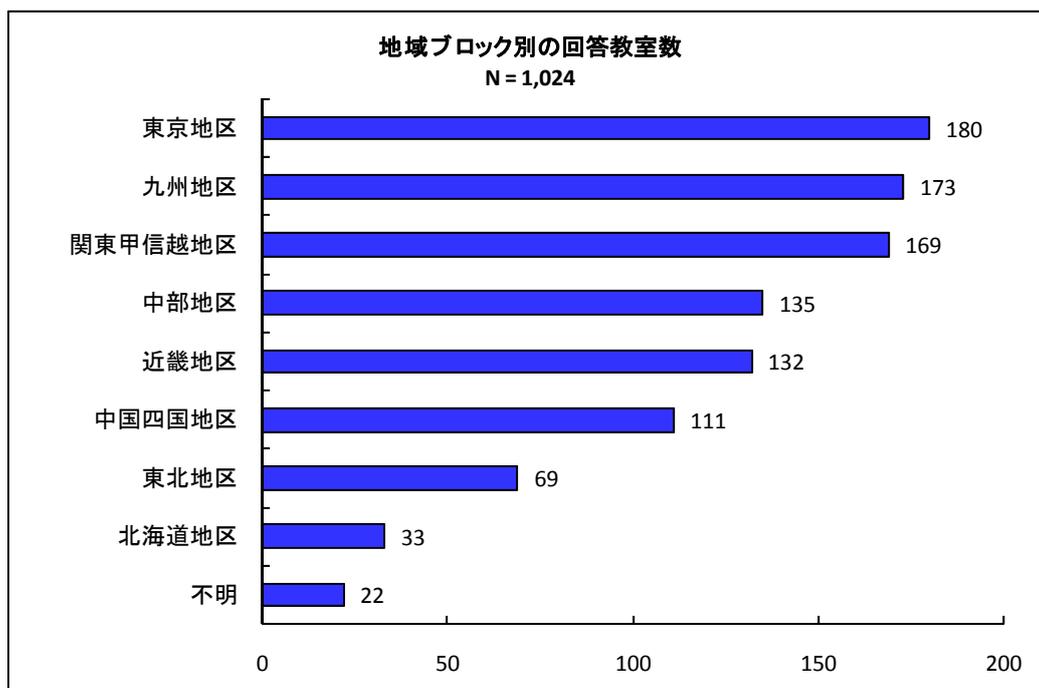


表 4-1-1. 日本医師会の地域ブロック区分

地域ブロック	都道府県
北海道地区	北海道
東北地区	青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
東京地区	東京都
関東甲信越地区	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県
中部地区	富山県、石川県、福井県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
近畿地区	滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
中国四国地区	鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県
九州地区	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

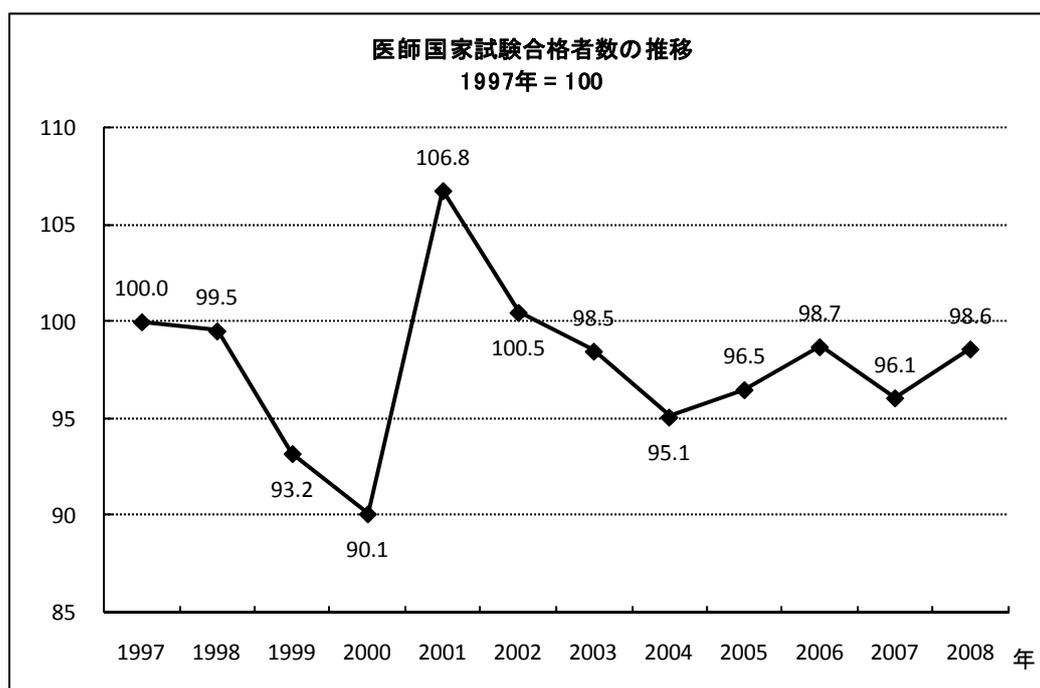
図 4-1-2 は、日本医師会の地域ブロック別の回答教室数を集計したものである（表 4-1-1 を参照）。地域ブロックの区分方法は必ずしも一般的とは言えないが、地域別分析

ではこの区分を使用するため、この地域区分での集計結果を示した。図 4-1-2 や都道府県単位の元データを概観する限り、特別大きな偏りがあるとは言えない。

4.2 大学の人材確保

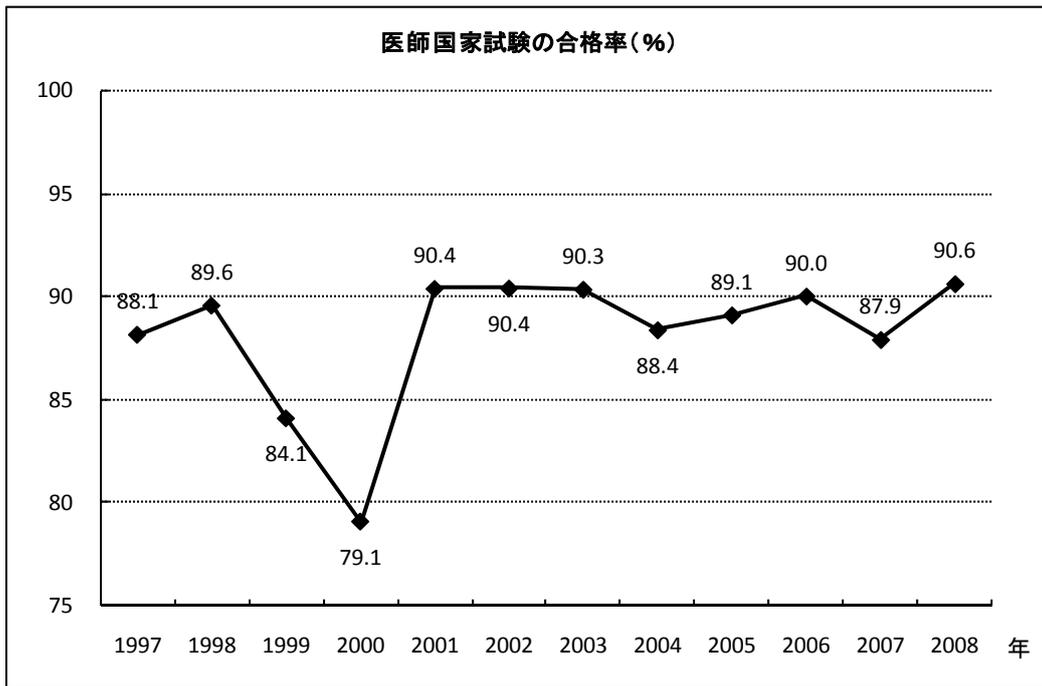
大学医学部に対する調査①によって、医師国家試験合格者数、初期研修医受入数、後期研修医受入数についての分析が可能である。また、教室・医局に対する調査②で、教室（医局）ごとに、研修医（初期・後期区別なし）の入室数のデータが入手できる。まず、これらのデータを分析することによって、大学が医師という人的資源をどれくらい確保しているかをチェックしたい。

図 4-2-1. 医師国家試験合格者数の推移



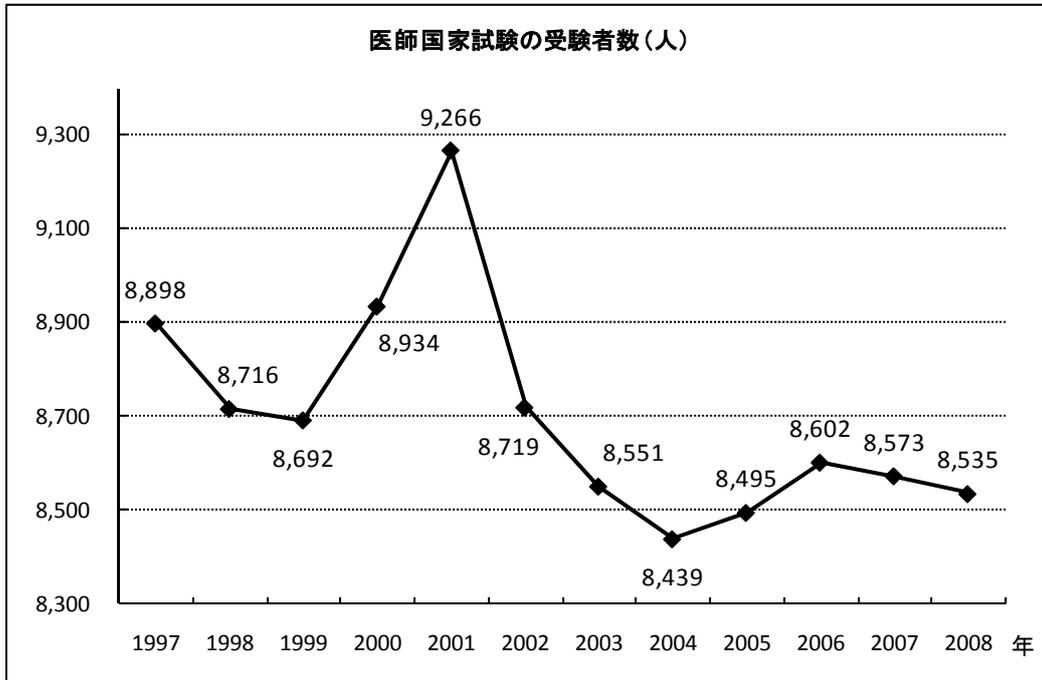
資料：厚生労働省発表資料

図 4-2-2. 医師国家試験合格率の推移



資料：厚生労働省発表資料

図 4-2-3. 医師国家試験受験者数の推移



資料：厚生労働省発表資料

図 4-2-1 は、1997～2008 年における、厚生労働省が発表した医師国家試験合格者数の推移を示している。医師国家試験合格者数は受験者数と合格率の積で決まるため、どちらの変数も変化しても変動する。1999～2001 年にかけて、大きく変動しているが、これは 1999 年と 2000 年の合格率が大きく落ち込んだためである（図 4-2-2）。2001 年以降の合格率はおよそ 90% で安定しているが、1999 年と 2000 年の合格率の落ち込みのために、2001 年は受験者数が増加し、その影響で、2001 年の合格者数が大きく増加している（図 4-2-2 と図 4-2-3）。平均的に、毎年 7,500 人程度の新医師が誕生していると見て、差し支えないだろう。

図 4-2-4. 医師国家試験合格者数の推移(調査①から)

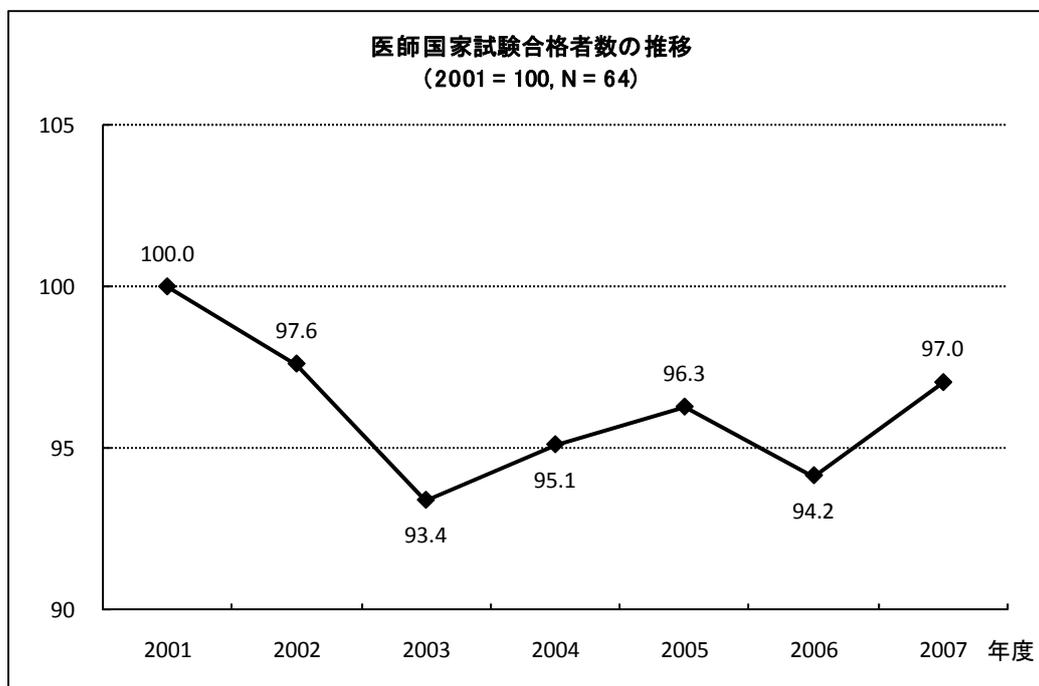


図 4-2-4 は、調査①のアンケート調査から集計した、2001～2007 年度における医師国家試験合格者数の推移である（2001 年度の合格者数を 100 としている）。サンプルとしてはちょうど 80% 程度（64/80）だが、推移としては全体の傾向（図 4-2-1 を参照）と一致している。したがって、アンケート調査のサンプルから全体の傾向を分析しても大きな問題はないと考えることができる。

図 4-2-5. 受入れ初期研修医数・後期研修医数の推移

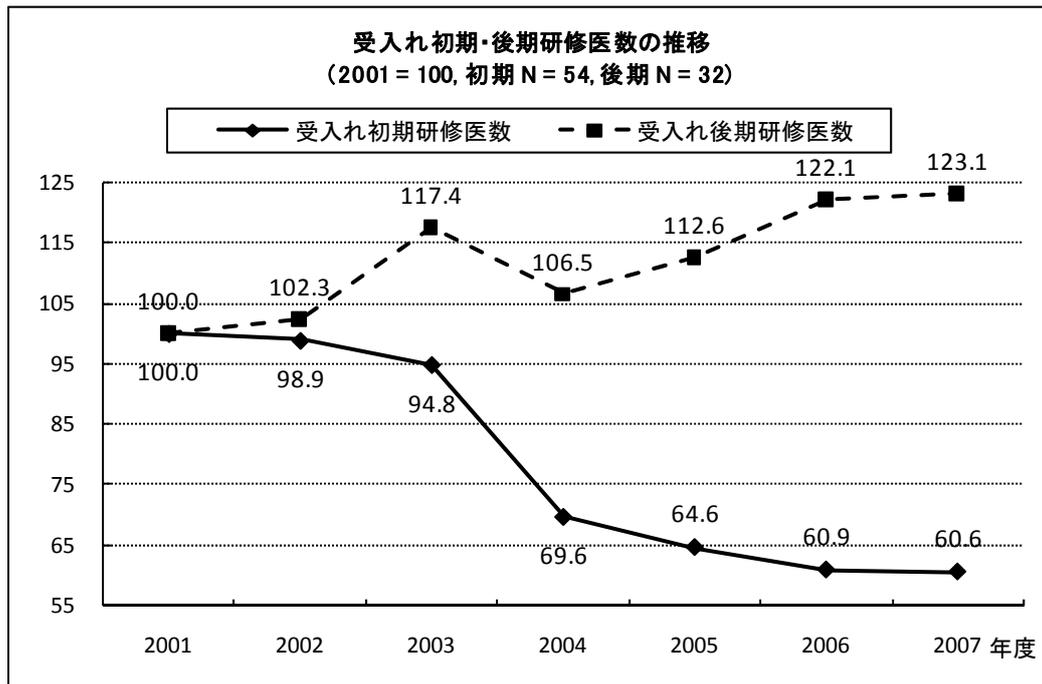


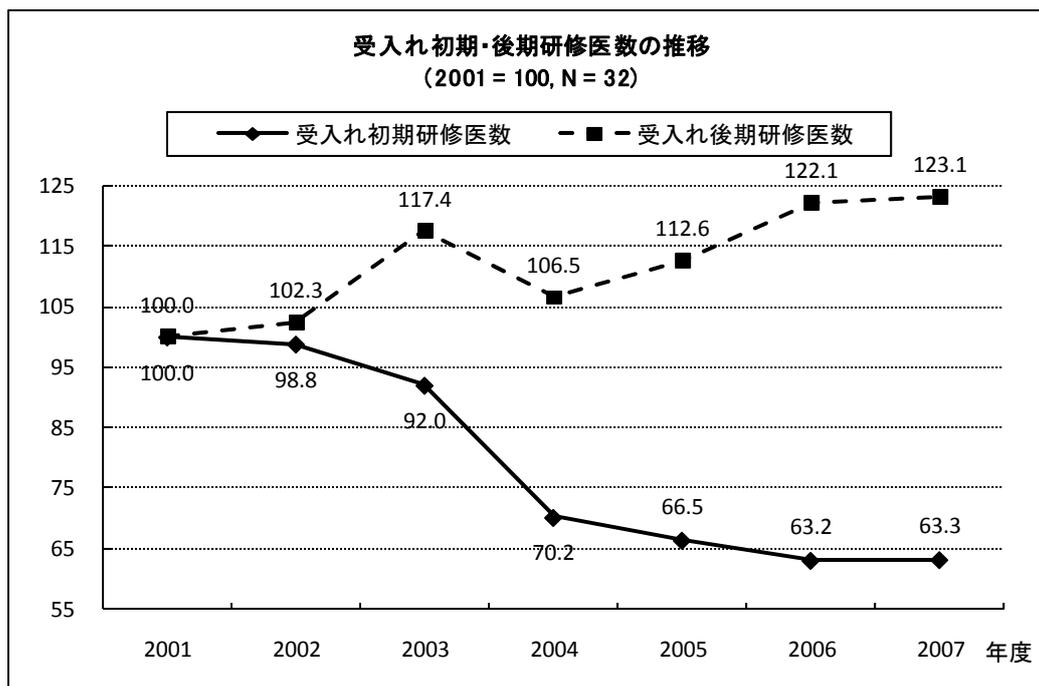
図 4-2-5 は、調査①のアンケート調査から集計した、2001～2007 年度における受入れ初期研修医数（新制度前では卒後 2 年未満の医師と定義）と後期研修医数（新制度前では卒後 2 年以上の研修医と見なせる医師（通常 5 年以下）と定義）の推移を示している³¹。2001 年度のそれぞれの受入数を 100 として、推移を見ている。これによると、受入れ初期研修医数は減少傾向にあり、2004 年度に急激に減少したことが分かる。他方、受入れ後期研修医数は 2005 年から増加傾向となっている。このことは、新医師臨床研修制度の導入による影響であると考えられる。新医師臨床研修制度によって、新医師は大学教室（医局）に入局せず、大学病院あるいは指定の一般病院（大学病院以外の病院と定義）で初期研修を行うようになった。このことで、新医師はそれまで当たり前のように大学病院で研修したのだが、一般病院にも多く行くようになったのである。他方、受入れ後期研修医数の増加傾向はやや不思議な感じがするが、次のように考えることができる。初期研修医数の減少あるいは入局者の激減に伴って、大学側が積極的に後期研修医の入局者を獲得する努力をしたのではないかと考えることができる。インタビュー等によれば、元来、初期研修医は即戦力ではなく、後期研修医が減少することの方が人材としては痛手になるという³²。人材不足の教室（医局）では、後期研修医

³¹ 2001～2007 年度において、欠損値のないサンプルだけを集計している。各 N 数に注意。

³² この点は、後で議論する調査②の集計結果からも分かる。また、初期研修医もすぐにと

の募集キャンペーンでかなり忙しいとも聞く。したがって、初期研修医が減少し、いずれ後期研修医も減少することが予想される中、初期研修医の減少分のカバーと将来の後期研修医不足のカバーという理由から、そうした行動が起きても不思議ではない。念のため、サンプル数は小さくなってしまいが、サンプルを完全に一致させて集計した場合を図 4-2-6 に示した。変化動向は図 4-2-5 とほぼ一致している。

図 4-2-6. 受入れ初期研修医数・後期研修医数の推移(サンプル完全一致)



次に、サンプルを完全に一致させて、国家試験合格者数に対する受入れ初期研修医数の割合 (%) を見てみよう。図 4-2-7 は、その変化動向を示している。2004 年度に、新医師臨床研修制度の影響を受けて、その割合は大きく落ちていることが分かる。その後も、少しずつ低下していることが分かる。このことは、図 2-1-1 で見た「病院別の臨床研修医数の推移」と一致している。これらのデータから分かることは、新医師臨床研修制度をきっかけとして、大学あるいは大学病院から医師が一般病院へ流出しているということである。

わけではないが、救急においてはアルバイトという形ではあったが、非常に重要な人的資源となっていた。新医師臨床研修制度になって、アルバイトが禁止されたことによって、救急における人材不足が深刻になっているとも言われる。

図 4-2-7. 国家試験合格者数に対する受入れ初期研修医数の割合 (サンプル完全一致)

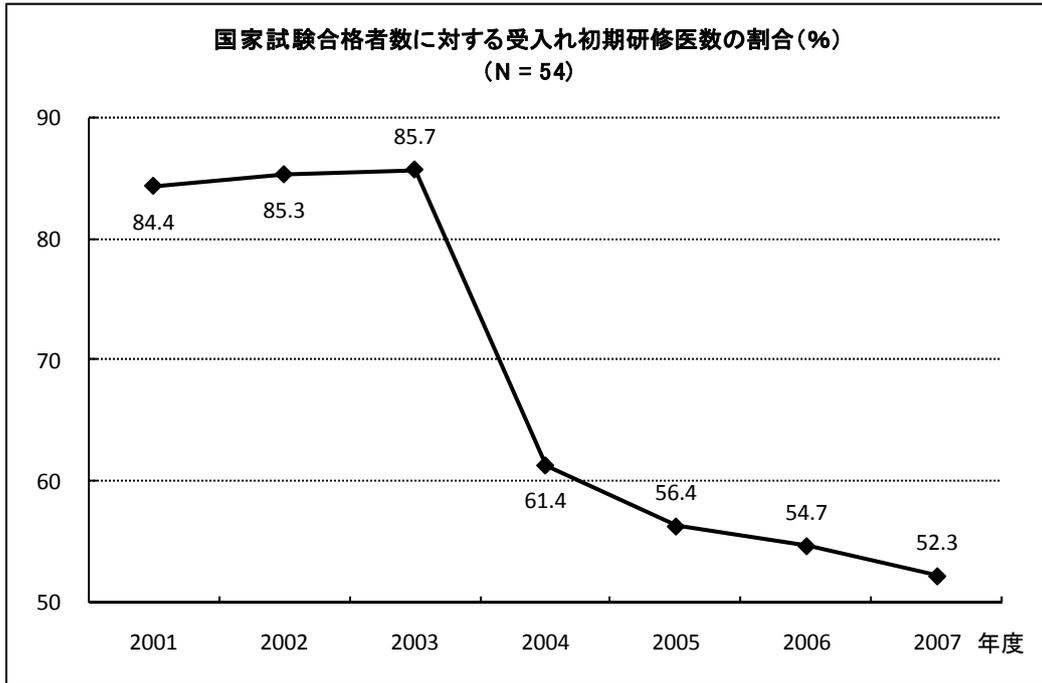


図 4-2-8. 臨床系教室 (医局) に入局した研修医数の変化動向

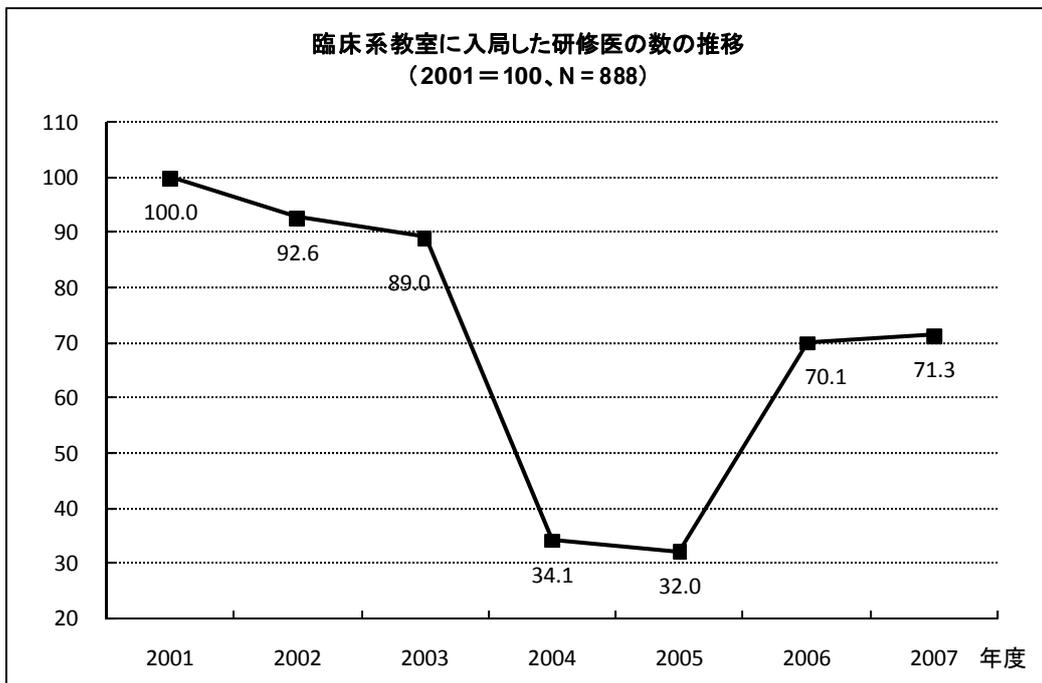


図 4-2-8 は、教室・医局を対象としたアンケート（調査②）から集計した、臨床系教室に入局した研修医数の変化動向を示している³³。これによると、新医師臨床研修制度が導入された 2004 年度と 2005 年度の 2 年間（研修期間が 2 年間であるため）落ち込んだ後（制度上、当然）、2006 年度に増加した。しかし、2001 年度の水準の 70%程度で推移しており、一度、一般病院に出た新医師が必ずしも大学に戻ってくるわけではない構図ができていると言える。明らかに、新医師臨床研修制度によって、大学における人材不足という状況が生まれた。

4.3 医師派遣機能と新医師臨床研修制度の関係

本節では、教室（医局）を対象としたアンケート（調査②）を使って、新医師臨床研修制度の導入と大学医学部の医師派遣機能の崩壊の関係を検討する。なお、「医師派遣」という言葉は誤解を招きやすいものであり、実際は医師を推薦して人材を供給しているという意味であることに注意したい³⁴。また、医師派遣の「中止・休止」の定義は次のようにした。医師派遣の中止・休止とは、「関連医療機関に派遣していた医師を教室（医局）に呼び戻し、同一人数以上の代替りの医師を派遣しない状況」である。

図 4-3-1 は、2004 年 4 月の新医師臨床研修制度の導入以降、関連医療機関への医師派遣を中止・休止したことがあるかどうかを集計したものである。医師派遣の中止・休止があると回答したのは、有効回答 1,024 のうち 784 教室（医局）であり、76.6%を占めている。実に 4 分の 3 以上の教室・医局が新医師臨床研修制度の導入以降に医師派遣の中止・休止を経験しているということである。

³³ 欠損値が含まれていないサンプルだけで集計。

³⁴ 文字通りの「強制力のある医師派遣」というのは違法であると言う。したがって、現場ではこの言葉を嫌うことが多い。ただ、現実的には、推薦という形で医師を供給している。本レポートでは、このことも医師派遣という言葉で捉えている。

図 4-3-1. 医師派遣の中止・休止の有無

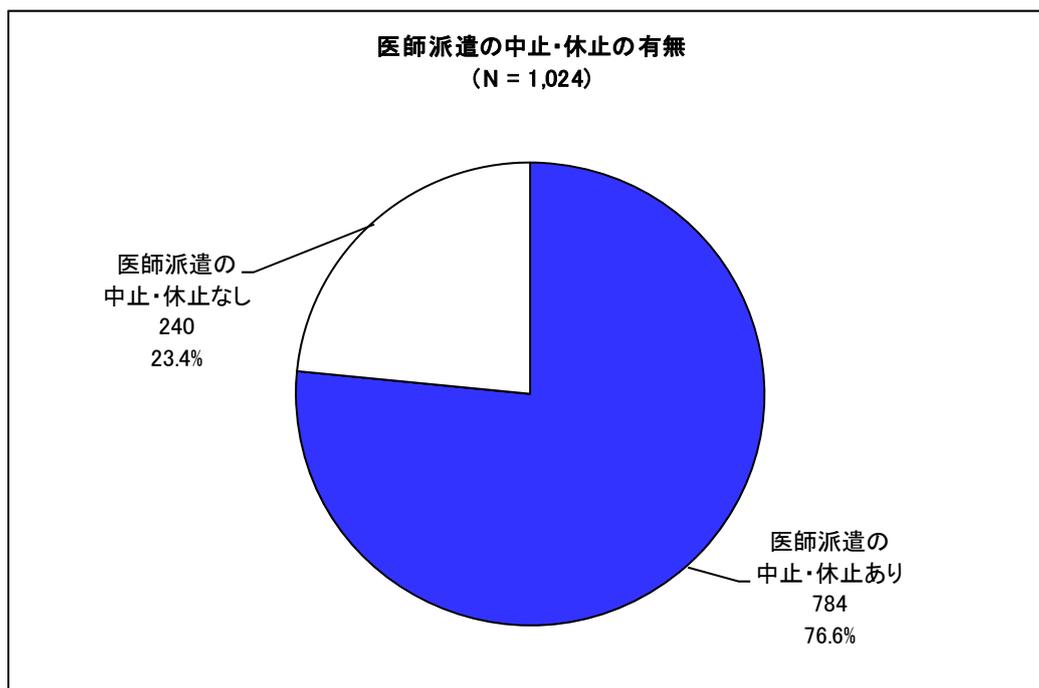


図 4-3-2. 新医師臨床研修制度導入が医師派遣の中止・休止の主因か否か

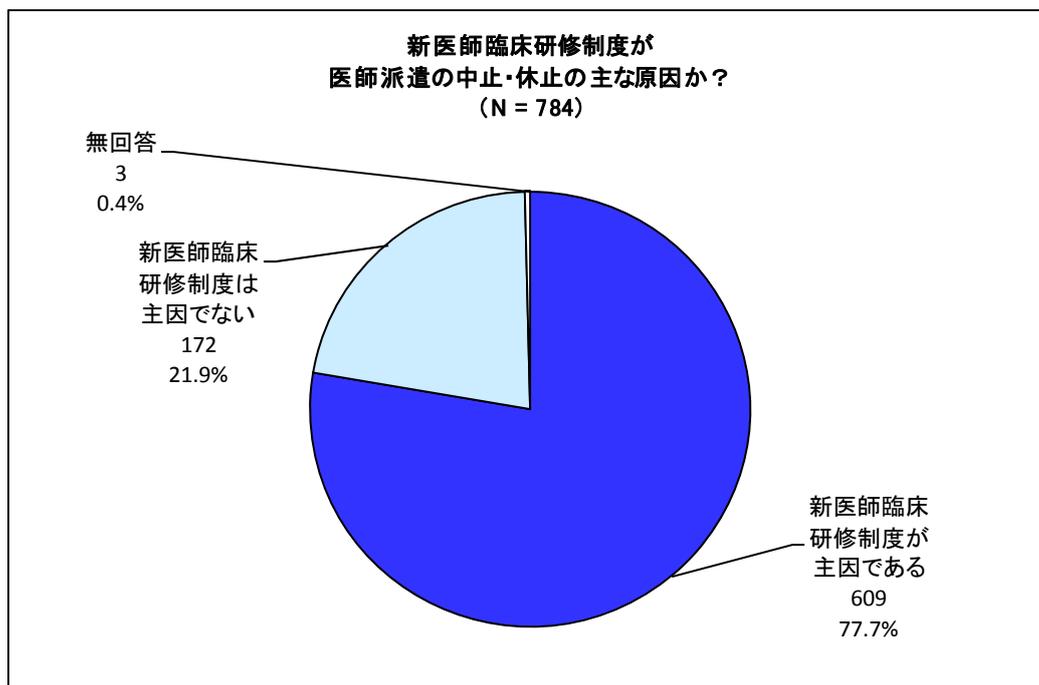
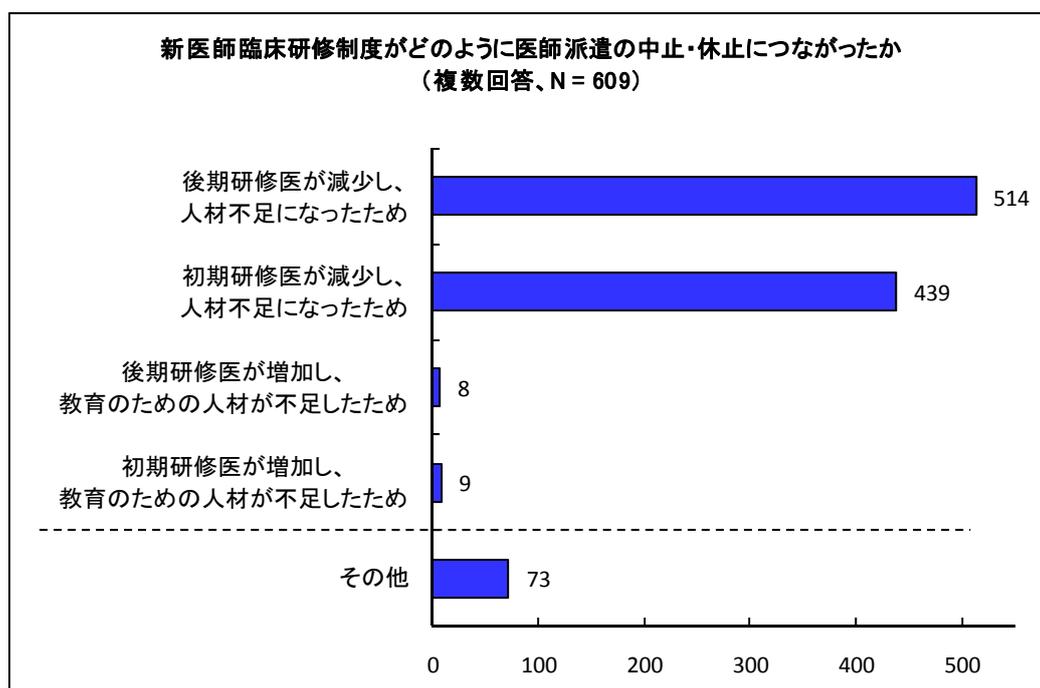


図 4-3-2 は、図 4-3-1 で医師派遣の中止・休止があると回答した 784 教室（医局）について、新医師臨床研修制度導入が医師派遣の中止・休止の主因であるかどうかを集計したものである。結果、医師派遣の中止・休止があると回答した 784 教室（医局）の

うち、609 教室（77.7%）が新医師臨床研修制度の導入が医師派遣の中止・休止の主因であると回答した。結局、有効回答 1,024 について、全体の約 6 割³⁵の教室（医局）が、新医師臨床研修制度導入を主因として医師派遣の中止・休止を実施したことがあるということである。また、新医師臨床研修制度は主因ではないと回答した教室（医局）で、その理由として「人材不足」と記述しているケースが散見され、そもそも医師不足であるという認識が示されている場合もあった。

図 4-3-3. 新医師臨床研修制度がどのように医師派遣の中止・休止の主因となったか

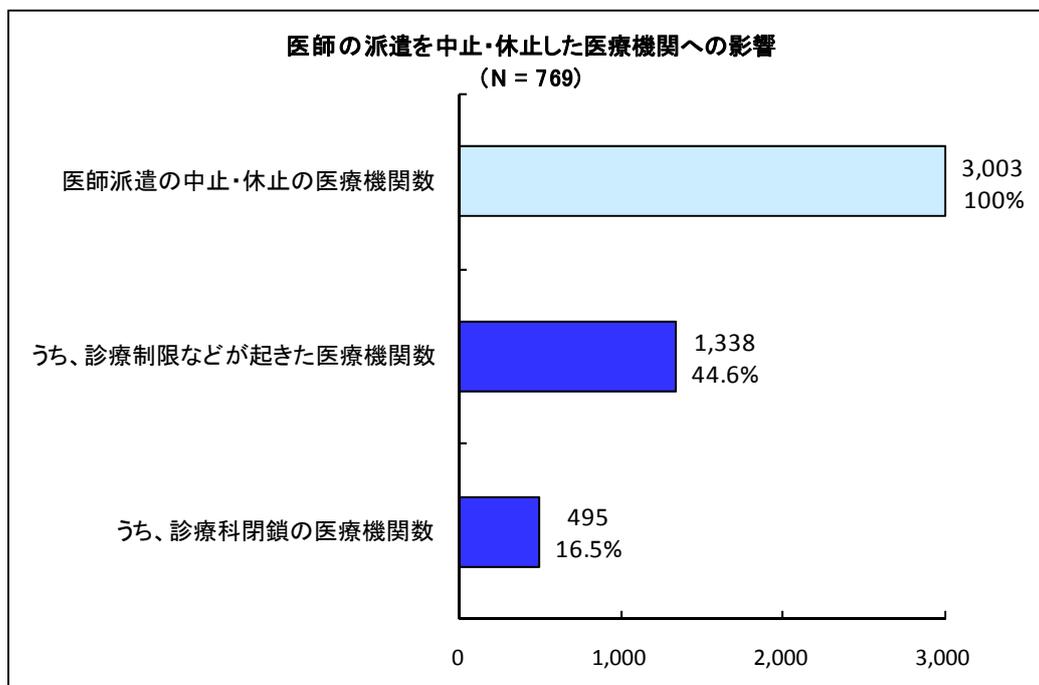


さらに、図 4-3-3 は、図 4-3-2 で新医師臨床研修制度が医師派遣の中止・休止の主因であると回答した 609 教室（医局）について、具体的にどのように新医師臨床研修制度が医師派遣の中止・休止の主因になったのかを集計したものである。複数回答であるが、一番多かった内容は「大学病院で後期研修する医師が減少したことにより、人材不足になったため」であった。4.2 節で指摘したように、後期研修医は教室（医局）にとって即戦力の人材と見ているため、後期研修医が減少するのは痛手となる。また、2 番目に多かった内容は「大学病院で初期研修する医師が減少したことにより、人材不足になったため」であった。実は、この選択肢に含まれていると解釈した回答者も多かったと推測しているが、新医師臨床研修制度下では、初期研修医は入局しないため（診療科

³⁵ 正確には、59.5%（ $=0.766 \times 0.777 \times 100$ ）。

目を選択しない)、仮に大学病院で初期研修してもらっても、教室（医局）ではやはり人材不足ということになる。したがって、その他を選択して「入局者が減少したので」を理由として記述しているケースが散見された。

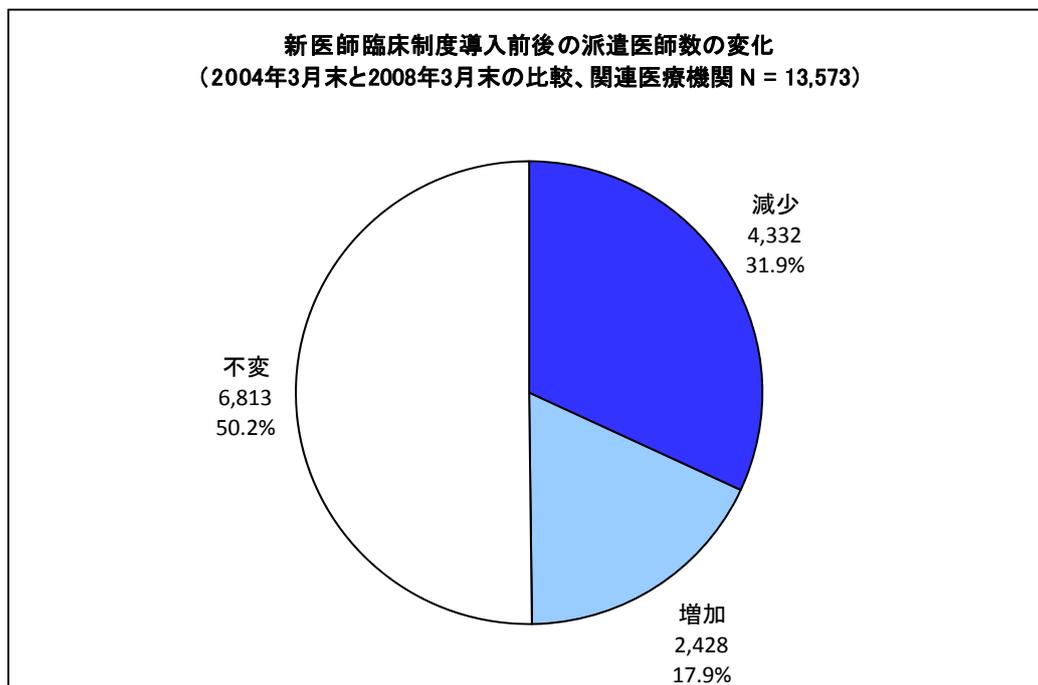
図 4-3-4. 医師派遣を中止・休止した派遣先医療機関への影響



次に、医師派遣の中止・休止の影響についてチェックしておきたい。図 4-3-4 は、医師派遣を中止・休止した派遣先医療機関数のうち、診療制限（外来のみにした、分娩中止、診療時間短縮化など）が実施された医療機関数と診療科閉鎖（医療機関の閉鎖を含む）が実施された医療機関数を示している。ここでのデータについては一つ注意点がある。この後の分析では、アンケートの Q-7 の詳細な回答内容を用いるが、この図 4-3-4 については、医師派遣を中止・休止した医療機関数は Q-5 の回答内容に基づいている。Q-6 で、派遣先医療機関への影響について尋ねているが、この質問は Q-5 の内容に対応しているためである。ただし、回答者が必ずしも我々が与えた定義に基づいて医師派遣の中止・休止をカウントしていないため、Q-5 で回答した医師派遣を中止・休止した医療機関数は Q-7 の詳細な回答内容と一致しないことには注意しておきたい。この図 4-3-4 の結果に基づくと、6 割超³⁶の医療機関で、医師派遣の中止・休止によって、診療制限あるいは診療科閉鎖といった悪い影響が出ているということになる。

³⁶ 61.1% = 44.6% + 16.5%

図 4-3-5. 新医師臨床研修制度導入前後の派遣医師数の変化

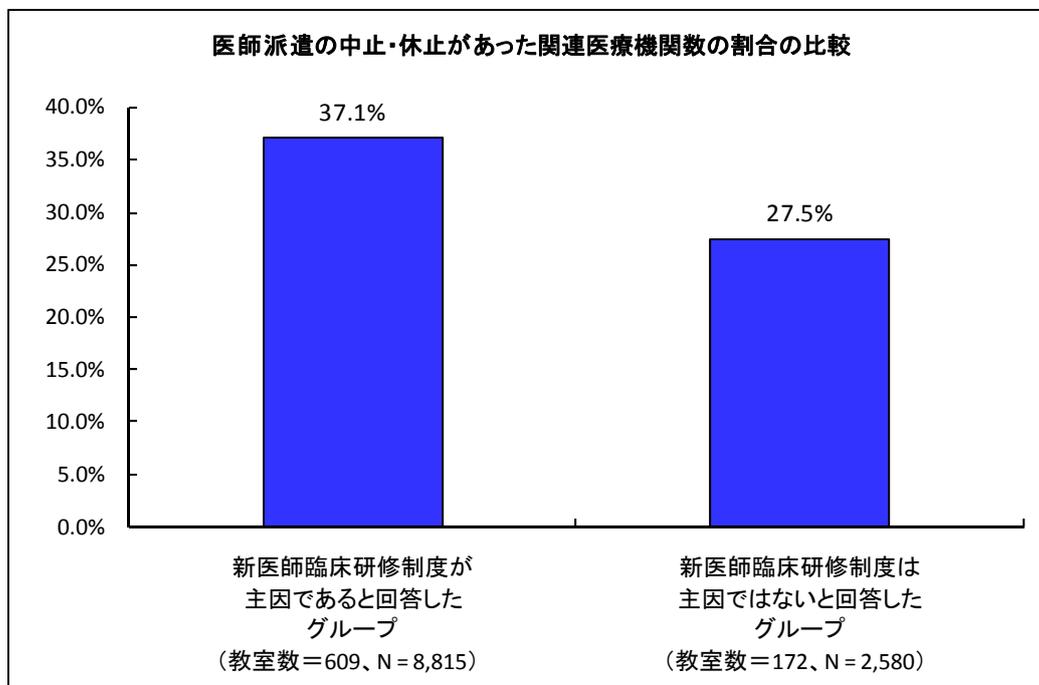


ここから、Q-7の詳細な回答の情報を利用して、新医師臨床研修制度導入後の医師派遣の中止・休止あるいは導入前後の派遣医師数の変化を分析していく。図 4-3-5 は、新医師臨床研修制度の前後（2004年3月末と2008年3月末を比較）で、派遣医師数の変化動向を派遣先医療機関単位で集計したものである。関連医療機関数 13,573のうち、4,332（31.9%）の医療機関で派遣医師数が減少した（医師派遣の中止・休止）。他方、増加したのは 2,428（17.9%）医療機関であった。このデータで注意したいのは、アンケートの単位が教室（医局）であるということである。ほとんどの派遣先医療機関は病院であるが³⁷、日本に存在する病院数よりも大幅に多くなっている。これは、教室単位でデータを取っているため、診療科目が異なれば、同じ病院を重複カウントすることになるからである。また、同じ診療科目であっても、他の教室も派遣先病院になっていれば、やはり重複カウントとなる。その意味では、ある教室から見て、派遣医師数を減少（医師派遣の中止・休止）させていても、他の教室が派遣医師数を増加させて相殺しているケースも含まれていると考えられる。しかしながら、全体として、減少となっている医療機関数が増加となっている医療機関数を大幅に上回っている。したがって、個々

³⁷ アンケートから、派遣先医療機関のうち、病院が 98.5%（15,284 医療機関のうち 15,056）を占める。診療所は 1.5%に過ぎない。

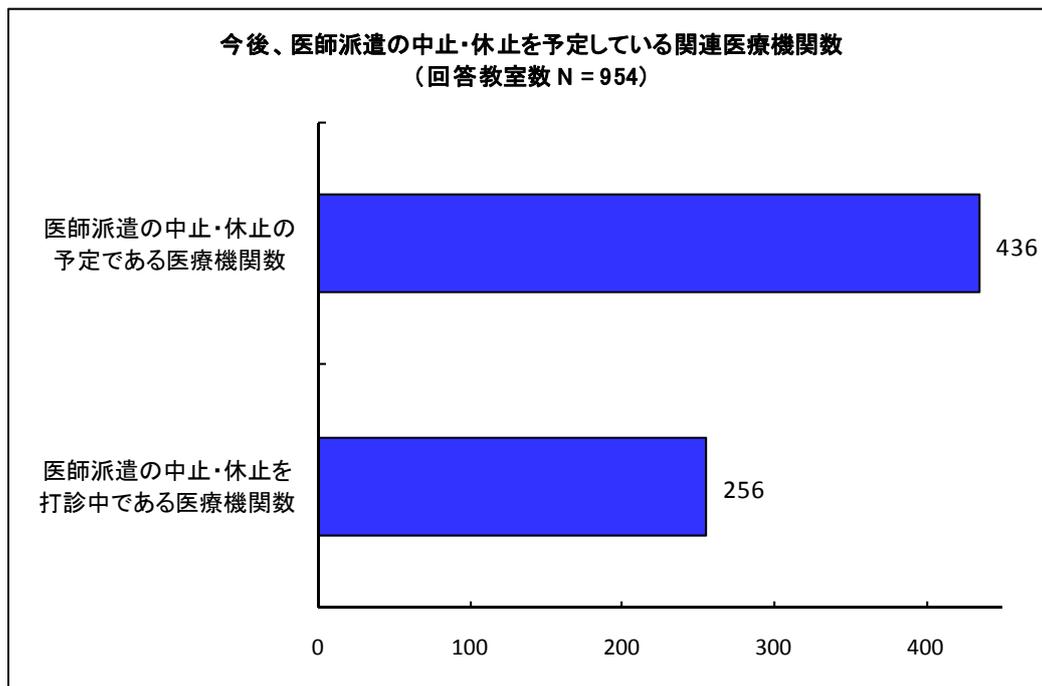
の派遣先医療機関を単位とした分析に基づいても、新医師臨床研修制度導入をきっかけに、医師派遣の中止・休止が生じていると考えることができる。

図 4-3-6. 医師派遣の中止・休止があった医療機関数の割合のグループ間の比較



さらに、新医師臨床研修制度が医師派遣の中止・休止の主因であると回答した教室(医局)グループと主因ではないと回答した教室グループの間で、医師派遣の中止・休止があった関連医療機関数の割合を比較しよう。図 4-3-6 がその比較である。なお、医師派遣の中止・休止があった関連医療機関数は、既述の定義に基づいて、Q-7 の詳細な回答内容からカウントした。その結果、新医師臨床研修制度が医師派遣の中止・休止の主因であると回答したグループでは、医師派遣の中止・休止があった医療機関数の割合が 37.1% となり、主因ではないと回答したグループの 27.5% よりも約 10 ポイント高かった。ここで、注目すべきは、この単純な結果だけではなく、新医師臨床研修制度は主因ではないと回答したグループでも、27.5% の派遣先医療機関で、医師派遣の中止・休止が実施されたという事実である。これらを総合的に考慮すると、新医師臨床研修制度の導入は医師不足の根本原因ではないが、少なくとも医師不足の顕在化の引き金にはなっているとと言える。つまり、新医師臨床研修制度の導入は、それまで潜在化していた医師不足を顕在化させたということである。

図 4-3-7. 医師派遣中止・休止の今後の予定(2008 年 4 月以降)



本節の最後に、医師派遣中止・休止の今後の動向について見ておきたい。図 4-3-7 は、2008 年 4 月以降、医師派遣の中止・休止を予定している医療機関数を集計したものである。回答教室 954（一つの教室について、複数の医療機関に対して中止・休止の予定がある場合があるため、参考の数字に過ぎない）について、すでに 2008 年 4 月以降に医師派遣の中止・休止を予定している医療機関数は 436 あり、2008 年 4 月の医師派遣の中止・休止について打診中である医療機関数は 256 ある。

4.4 開設主体別・診療科目別の分析

本節では、開設主体別・診療科目別に派遣医師数の変化動向を分析していきたい。新医師臨床研修制度の導入が、医師不足の「顕在化」のきっかけになったことは間違いないと考えられるが、どのような開設主体の医療機関で影響が大きいのか、どの診療科目でその影響が大きいのかを分析していく。

図 4-4-1. 開設主体別の新医師臨床研修制度導入前後の派遣医師数の変化

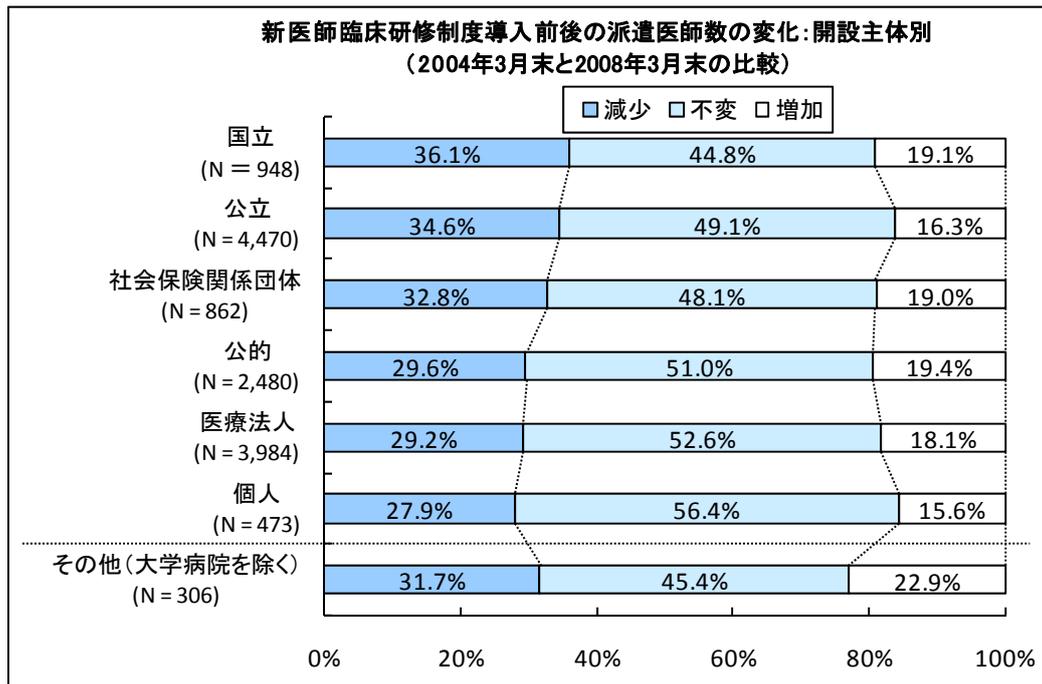
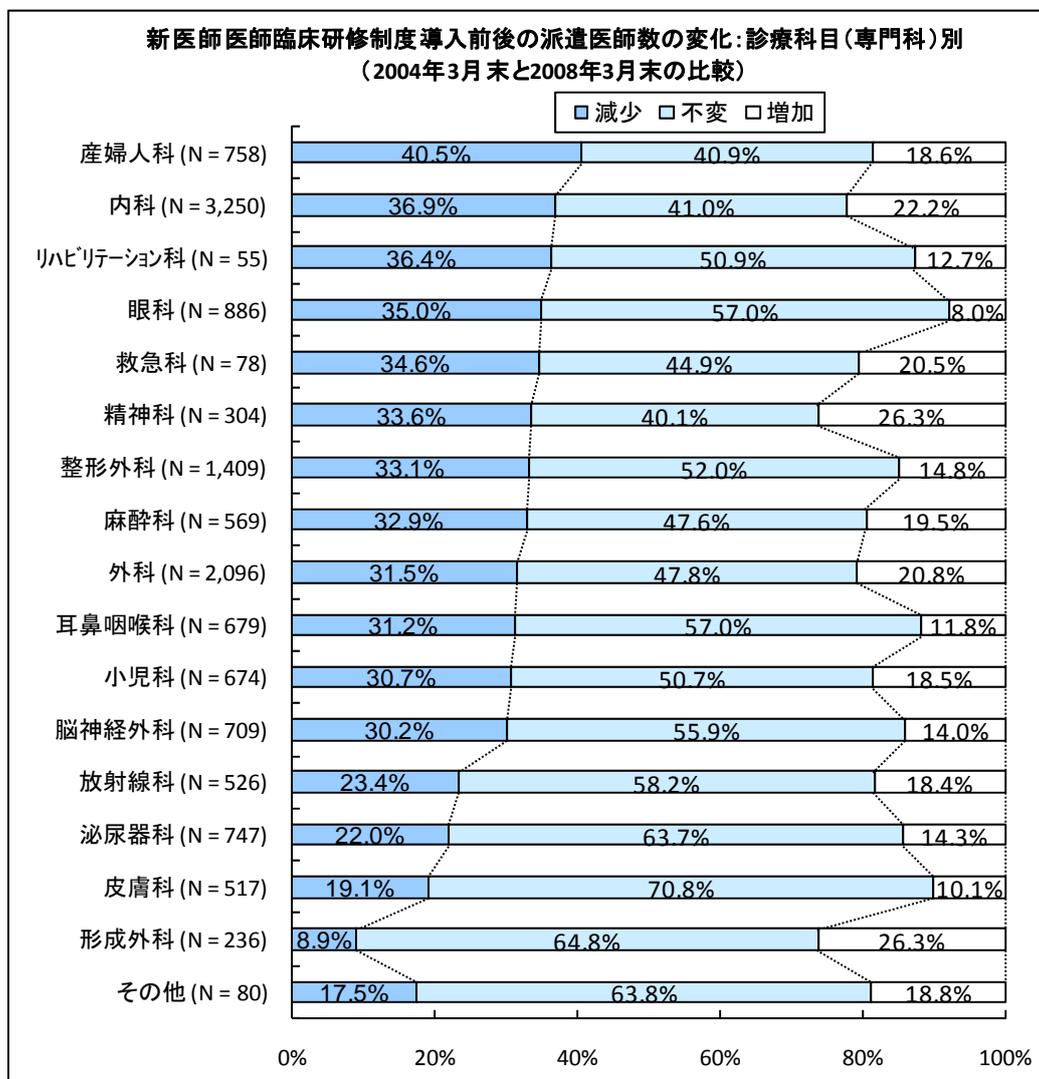


図 4-4-1 は、派遣先の関連医療機関の開設主体別に、新医師臨床研修制度導入前後の派遣医師数の変化を示したものである。派遣医師数が減少している（医師派遣の中止・休止があった）医療機関数の割合が大きいののは、国立病院（36.1%）、公立病院（34.6%）となっている。「医師の引き揚げ」という用語で新聞によく掲載されているのは、自治体立（公立）病院であるが、おおよそ同じ実態を示している。さらに、もう一つ注目しておくべきことがある。確かに、国立・公立病院で、派遣医師数が減少した医療機関数の比率が高くなっているが、全体として、おおよそ 30%程度となっており、ある開設主体で突出して高いわけでも低いわけでもない。つまり、開設主体別で見て、どの種別でも医師派遣の中止・休止は起きていると捉えて差し支えない。

次に、図 4-4-2 は、診療科目（専門科）別に、派遣先の関連医療機関を単位として、新医師臨床研修制度導入前後の派遣医師数の変化を示したものである。診療科目ごとのサンプル数（N 数）に注意してほしいが、派遣医師数が減少した（医師派遣の中止・休止があった）医療機関数の比率が高いのは、産婦人科、内科、眼科であった。産婦人科と内科は新聞等で「医師の引き揚げ」や「医師不足」としてよく取り上げられるが、おおよそ一致した結果となっている。他方、派遣医師数が減少した医療機関数の比率が 30%を超えているのは、分類した 16 診療科目のうち脳神経外科までの 12 診療科目と

なった。また、外科もよく話題になるが、31.5%とやはり30%を超える水準である。

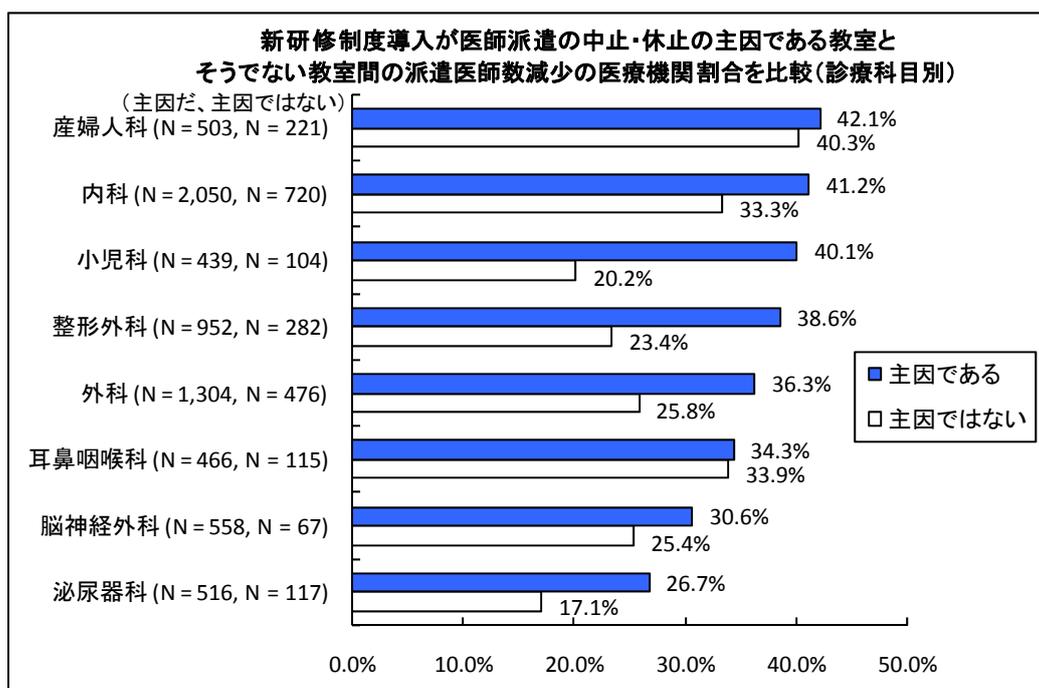
図 4-4-2. 診療科目(専門科)別の新医師臨床研修制度導入前後の派遣医師数の変化



さらに、新医師臨床研修制度導入の影響を見るために、診療科目別に、新医師臨床研修制度が医師派遣の中止・休止の主因であると回答した教室グループと主因ではないと回答した教室グループ間で、派遣医師数が減少した(医師派遣の中止・休止があった)医療機関数の比率を比較しよう。図 4-4-3 はその結果を示している。僅差になっているものもあるが、どの診療科目についても、新医師臨床研修制度導入が医師派遣の中止・休止の主因であると回答している教室グループの方が、派遣医師数が減少した医療機関数の割合は大きかった。この事実の他にぜひ注目したい点がある。産婦人科においては、主因であると回答した教室グループと主因ではないと回答した教室グループの間で、他

の診療科目に比べて（耳鼻咽喉科を除く）、かなり小さい差になっている。産婦人科は医師派遣の中止・休止割合が高い診療科目であるが、この差が小さいという事実から、他の診療科目とは異なる事情があると見るべきである。本調査研究では、何人かの産婦人科を専門とする教室主任教授から話を聞いているが、彼らは一同に次のように言う。産婦人科も新医師臨床研修制度導入の影響を受けていることは間違いないが、もともと医師不足あるいは産婦人科医減少の傾向があり³⁸、新医師臨床研修制度の導入とは関係なく医師偏在化・医師不足の顕在化が起きている。福島県立大野病院事件に見るような訴訟リスクがあり、産婦人科医減少の中で、産婦人科医が一人しかいない医療機関では危険すぎて分娩は継続できないという考えから、産婦人科の集約化が起きていると言うのである^{39 40}。

図 4-4-3. 医師派遣の中止・休止があった医療機関数割合のグループ間比較(診療科目別)



³⁸ 森(2008)

³⁹ ある病院から産婦人科医 2 人のうち 1 人が退職し、医師 1 人の状況を解消するために、もう 1 人の医師を引き揚げたという事例がある。それに対して地元で署名活動等が行われたりもしたが、典型的な地元のエゴなのではないかという。医師 1 人でやっているとは客観性がなく独りよがりの医療になる危険性もあり、医療の質や安全面で問題が大きいという。こういう事情は根本的には医師不足から来ていると考えられる。

⁴⁰ 他に、北海道の事例としては、櫻木範明(2005)を参照。

4.5 地域別の分析

本節では、都道府県を単位とした地域別の分析を行う。一般的に議論されるのは、都市部ではなく、特に地方で医師不足が顕在化しているというものである。この点を含めて、分析していく。なお、一府県一大学になっている府県があり、データの特定化を防ぐ目的で、分析結果は日本医師会の地域ブロック別に整理することにした⁴¹。また、ここまでは派遣医師数が減少した（医師派遣の中止・休止があった）医療機関数の比率についてデータを集計・分析してきたが、地域別分析では派遣医師数の純増減数について集計・分析する。これにより、都道府県別（地域別）に、大学医学部教室（医局）による医師供給構造の変化を見ることができる。

表 4-5-1. 地域ブロック別の派遣医師数の純減数

地域ブロック	合計	県内から	県外から	医療機関数
北海道地区	-214	-207	-7	670
東北地区	-295	-171	-124	1,033
東京地区	-196	-194	-2	1,048
関東甲信越地区	-716	-296	-420	2,728
中部地区	-376	-209	-167	1,951
近畿地区	-389	-300	-89	1,893
中国四国地区	-255	-128	-127	1,762
九州地区	-447	-316	-131	2,273

表 4-5-1 は、都道府県を単位として、地域ブロック別に派遣医師数の純減数を集計したものである。集計した医療機関数に差があるため、このままでは地域間の比較はできないが、合計・県内からの派遣・県外からの派遣のいずれで見ても、純減（ネットで減少）となっていることが分かる。

さらに、地域間の比較のため、一医療機関当たりの派遣医師数の純減数を計算した。図 4-5-1 はその結果を示している。北海道地区、東北地区で派遣医師数の純減数が大きいことが分かる。なお、全ての都道府県単位で純減となっていることに留意したい。

⁴¹ 表 4-1-1 を参照。

図 4-5-1. 地域ブロック別の1医療機関当たりの派遣医師数の純減数

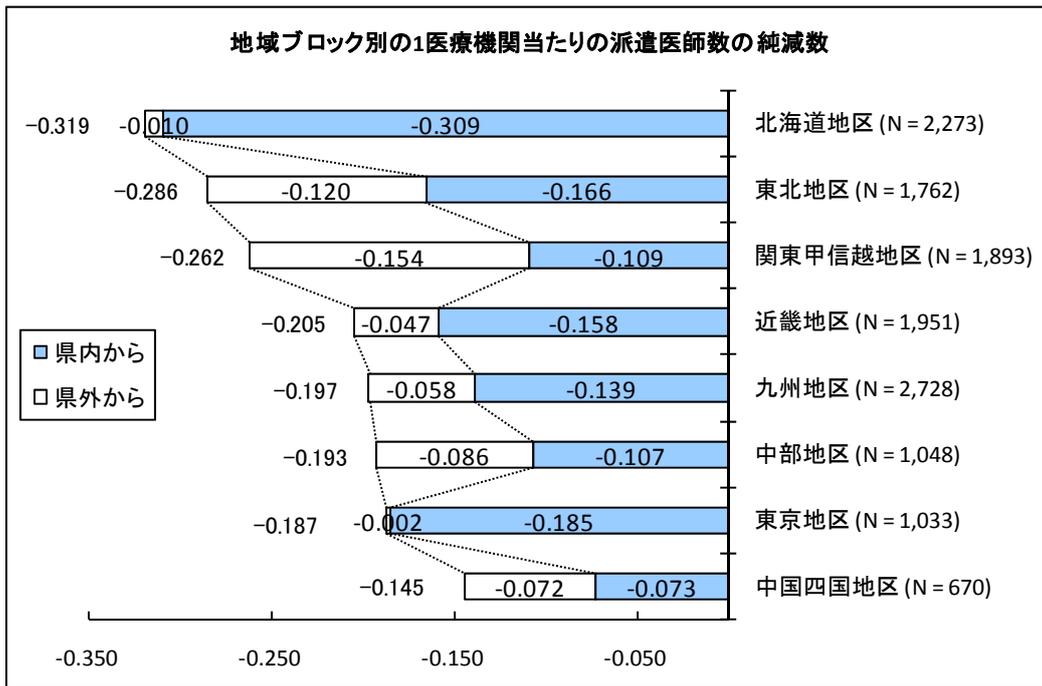


図 4-5-2. 人口密度による都道府県グループごとの1医療機関当たりの派遣医師数の純減数

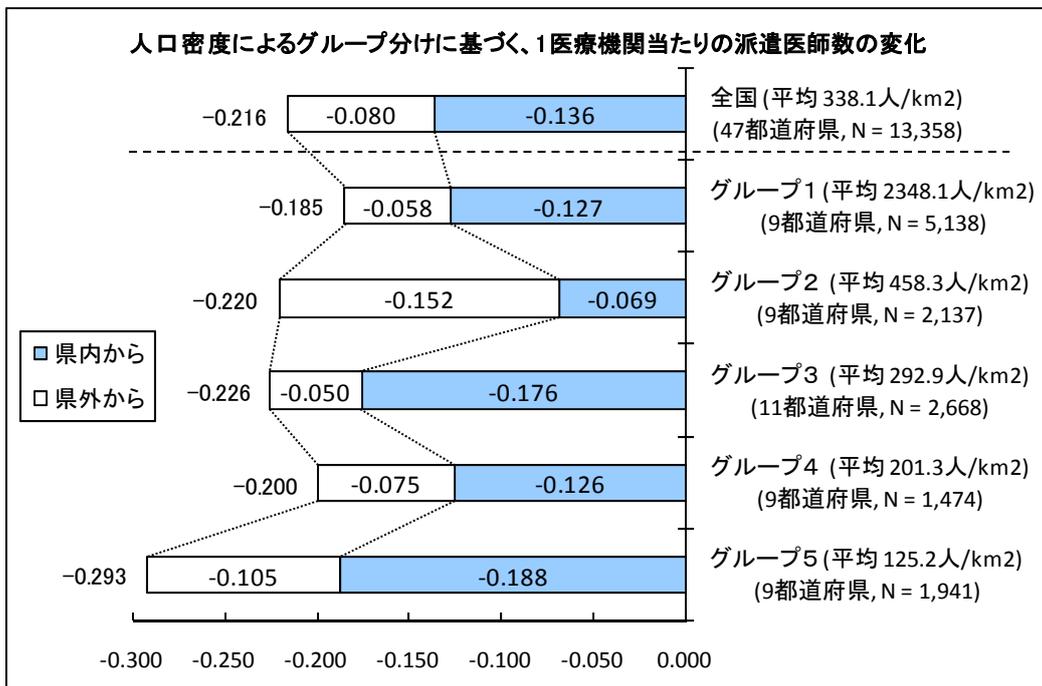
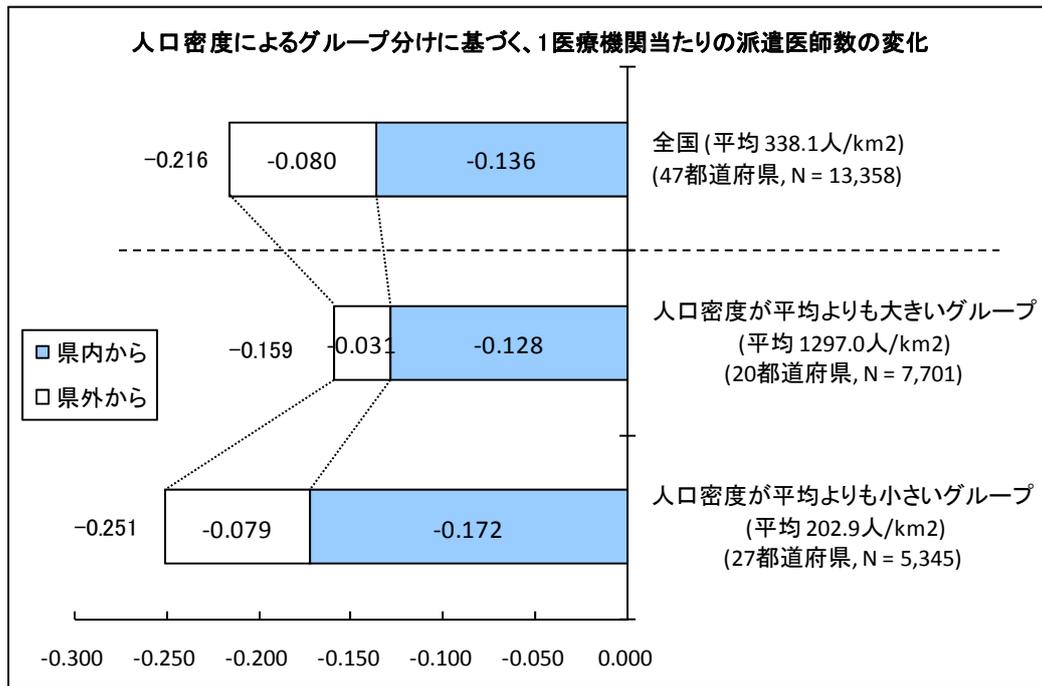


図 4-5-3. 人口密度による都道府県グループごとの一医療機関当たりの派遣医師数の純減数



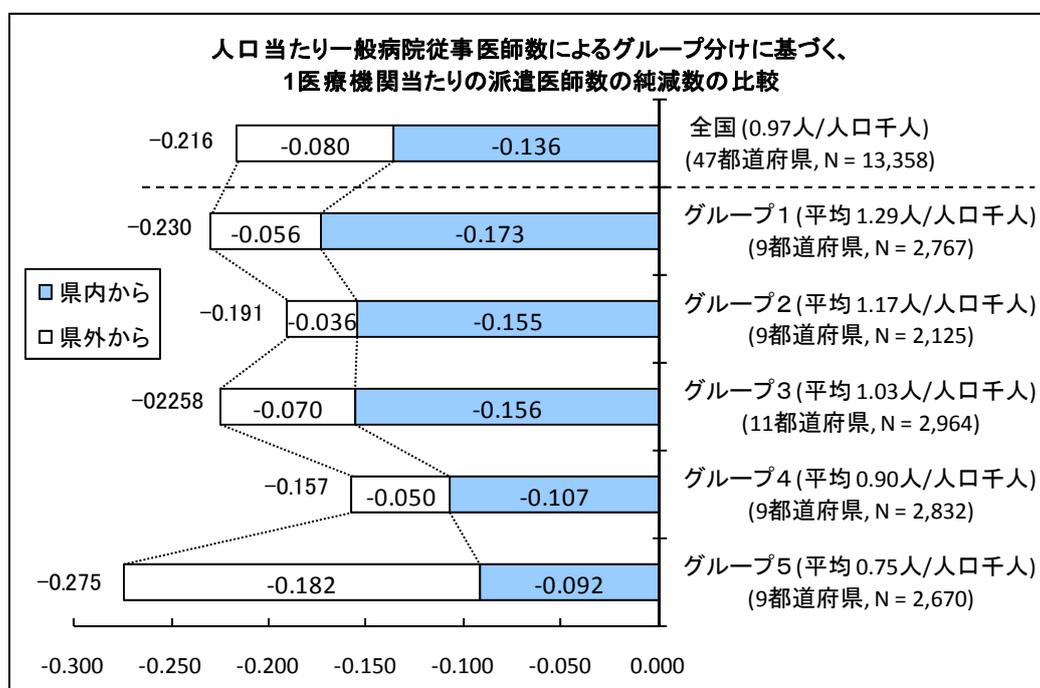
次に、与えられた地域ブロックではなく、都道府県を人口密度の大きさに基づいてグループ分けして、そのグループ間を比較することで地域別分析を行う⁴²。まず、図 4-5-2 は、人口密度の大きい順に都道府県を並べ、上から 9、9、11、9、9 都道府県ごとにグループ分けし、そのグループごとに一医療機関当たりの派遣医師数の純減数を比較したものである⁴³。必ずしも明確ではないが、人口密度が小さいグループほど、一医療機関当たりの派遣医師数の純減数が大きくなっている。特に、最も人口密度が小さい「グループ 5」では、一医療機関当たりの派遣医師数の純減数が最大となっていることに注目したい。つまり、過疎地域ほど、医師派遣の中止・休止の程度が大きいということになる。図 4-5-3 は、図 4-5-2 で明確な傾向が見えなかったため、より単純に人口密度が全国平均よりも大きい都道府県と平均よりも小さい都道府県に分けて、比較したものである。人口密度が全国平均よりも低いグループの方が、一医療機関当たりの派遣医師数の純減数が大きかった。ただし、この差は有意水準 10%でも統計学的に有意な差ではなかった。

⁴² 2006 年 10 月 1 日現在の都道府県別人口と面積を利用して、各都道府県の人口密度を計算。総務省(2006)、国土交通省(2006)。

⁴³ 都道府県の人口密度の分布は統計学的に意味のありそうなものではなく、真ん中のグループ数が多くなるように、機械的にグループ分けした。傾向を見るためだけのグループ分けである。

同様に、もうひとつ異なる基準で都道府県をグループ分けして比較しておきたい。人口千人当たり一般病院（医育機関附属病院（大学病院）を除いた病院）従事医師数の大きい順に、都道府県を上から 9、9、11、9、9 都道府県ごとにグループ分けし、グループ間で一医療機関当たりの派遣医師数の純減数を比較する。もし、一般病院の従事医師数が手薄なところで派遣医師数の純減数が大きければ、地域間格差が拡大する傾向にあると言える。このことをチェックすることが、この分析の狙いである。図 4-5-4 はその結果を示している。しかし、この二つの軸に傾向を読み取ることはできなかった。ただし、一つ注目しておきたいことがある。機械的なグループ分けではあるものの、人口千人当たり一般病院従事医師数が最も小さい「グループ 5」で、1 医療機関当たりの派遣医師数の純減数が最大になっていることである。つまり、一般病院従事医師数が最も手薄になっている 9 都道府県で、派遣医師数の減少度が最大になっているわけで、一般病院従事医師数が少ないところにさらに追い打ちをかけるような形で医師派遣の中止・休止が起きているということになる。このような地域で、医師不足の深刻な問題が顕在化しても何ら不思議ではないだろう。

図 4-5-4. 人口当たり病院従事医師数による都道府県グループごとの
一医療機関当たりの派遣医師数の純減数



ここからは、再び地域ブロックごとの分析を行う（ただし、データの集計は都道府県単位になっていることに注意）。診療科目別に、都道府県単位で、地域ブロック別の1医療機関当たりの派遣医師数の純増減数の比較を行う。4.4節の分析結果から、産婦人科、内科、眼科、整形外科、麻酔科、外科、耳鼻咽喉科、小児科、脳神経外科に焦点を当てて分析していく。

図4-5-5は、産婦人科における分析結果を示している。1医療機関当たりの派遣医師数の純減数が最大だったのは、関東甲信越地区であった。特徴的なのは、この地区の都道府県では、県外からの医師派遣を多く受けていると見られ、県外からの医師派遣を中止・休止されたケースが多かったということである。逆に、県内からの医師派遣は純増となっており、各都道府県単位の医師不足状況に対応するために、県外への派遣から県内の派遣へシフトしたのではないかと考えられる。産婦人科では、各地域ブロックとも、県内からの派遣数の純減が大きい。また、東京地区でも純減である。

図4-5-5. 産婦人科における地域ブロック別の1医療機関当たり派遣医師数の純増減数

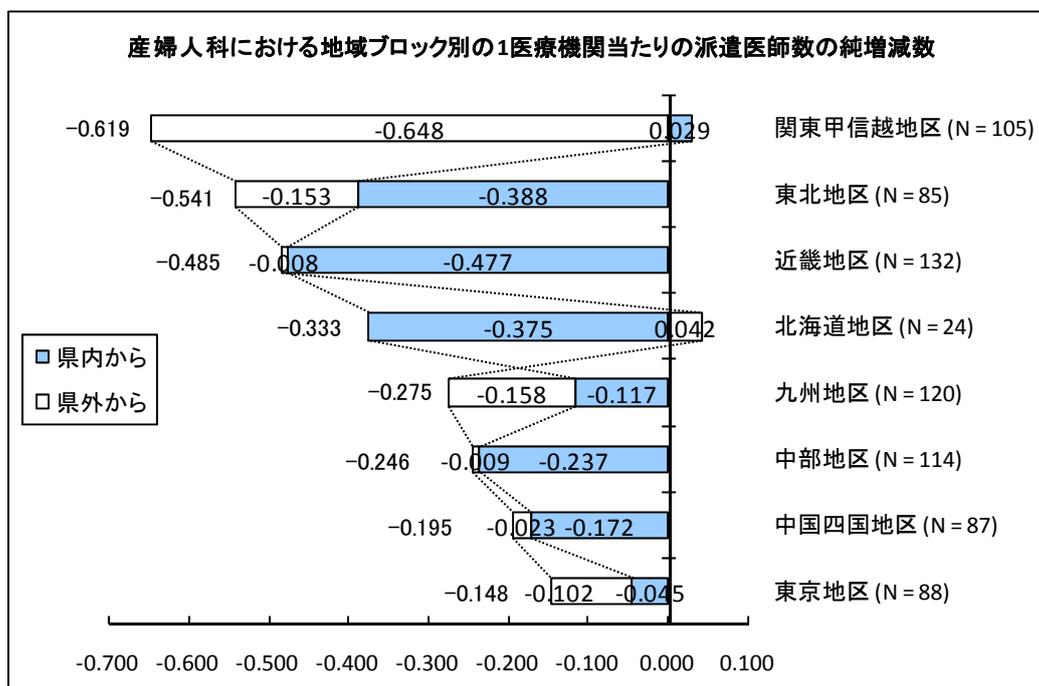


図 4-5-6. 内科における地域ブロック別の1医療機関当たり派遣医師数の純増減数

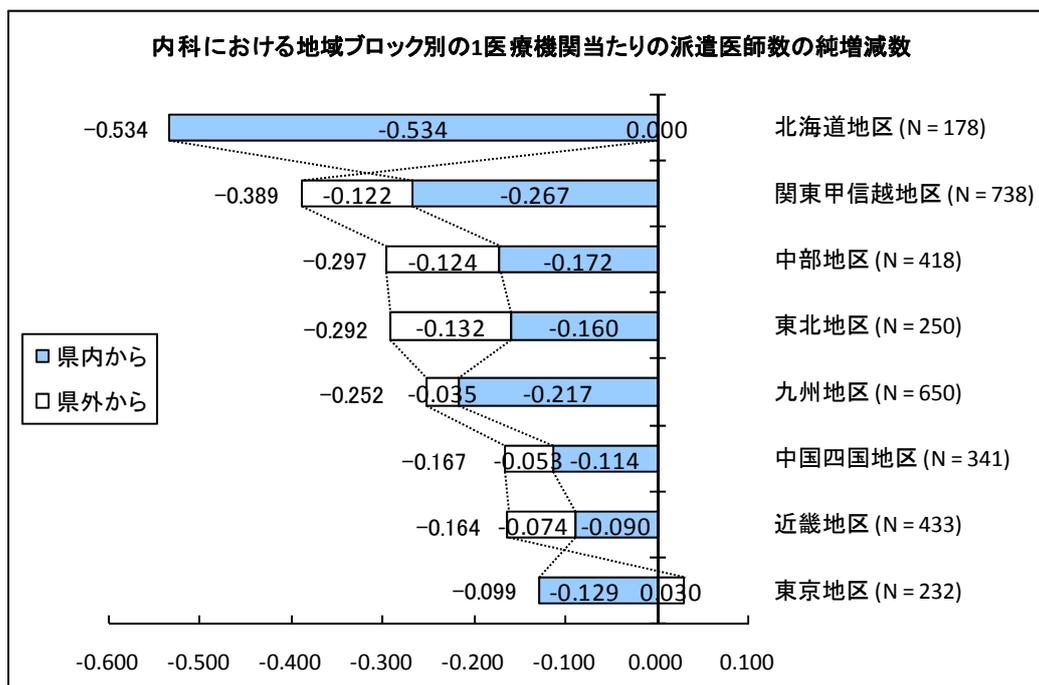


図 4-5-6 は、内科における分析結果を示している。1 医療機関当たりの派遣医師数の純減数が最大だったのは、北海道地区であった。特徴的なのは、この地区ではすべて北海道内からの医師派遣の中止・休止によっていることである。そもそも北海道外からの医師派遣は少ないと見られる。他方、東京地区では、東京都外からの派遣医師数は純増となっており、合計で純減ではあるものの、その純減数は一番小さくなっている。

図 4-5-7 は、眼科における分析結果を示している。1 医療機関当たりの派遣医師数の純減数が最大だったのは、近畿地区であった。また、眼科では、東京地区でも純減数が大きい。東京都内からの医師派遣の中止・休止によっている。逆に、北海道地区では、派遣医師数が純増となっているが、N 数が小さいことに注意しておきたい。

図 4-5-8 は、整形外科における分析結果を示している。1 医療機関当たりの派遣医師数の純減数が最大だったのは、関東甲信越地区であった。特徴的なのは、この地区の都道府県では、県外からの医師派遣を多く受けていると見られ、県外からの医師派遣を中止・休止されたケースが多かったということである。また、東京地区でも派遣医師数の純減数は大きかったが、東京都内から医師派遣の中止・休止によるものである。

図 4-5-7. 眼科における地域ブロック別の1医療機関当たり派遣医師数の純増減数

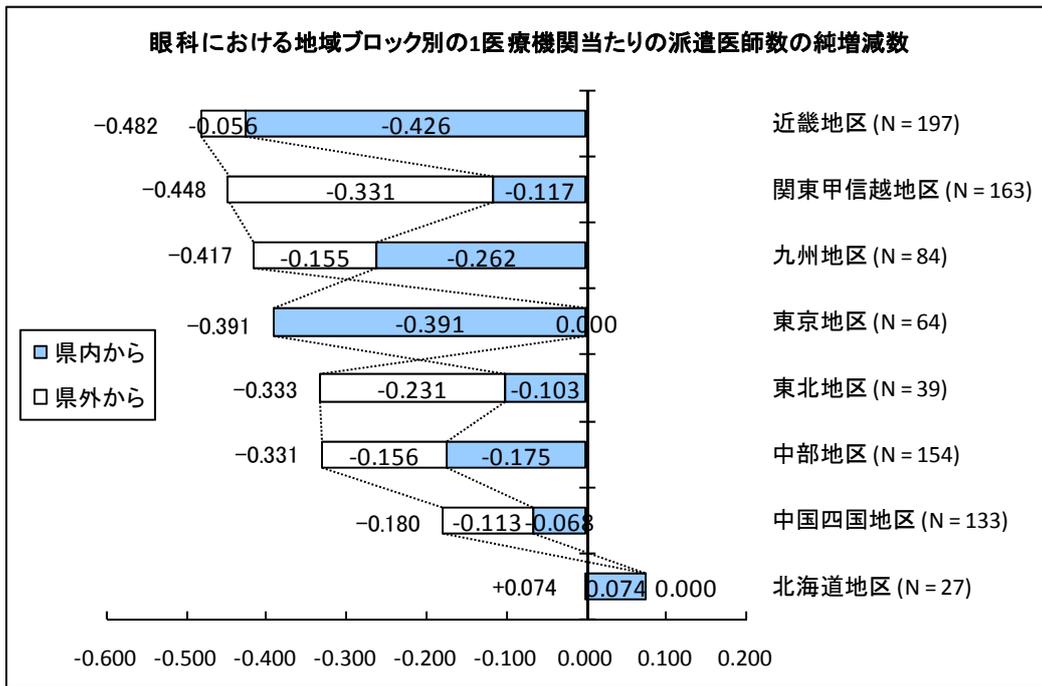


図 4-5-8. 整形外科における地域ブロック別の1医療機関当たり派遣医師数の純増減数

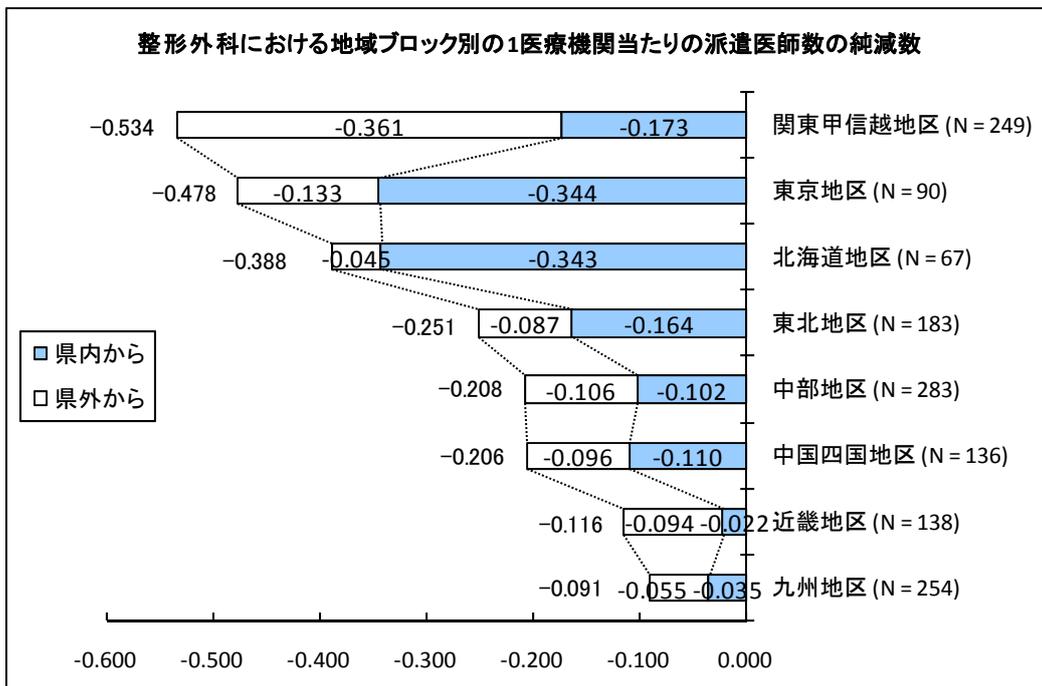


図 4-5-9. 麻酔科における地域ブロック別の1医療機関当たり派遣医師数の純増減数

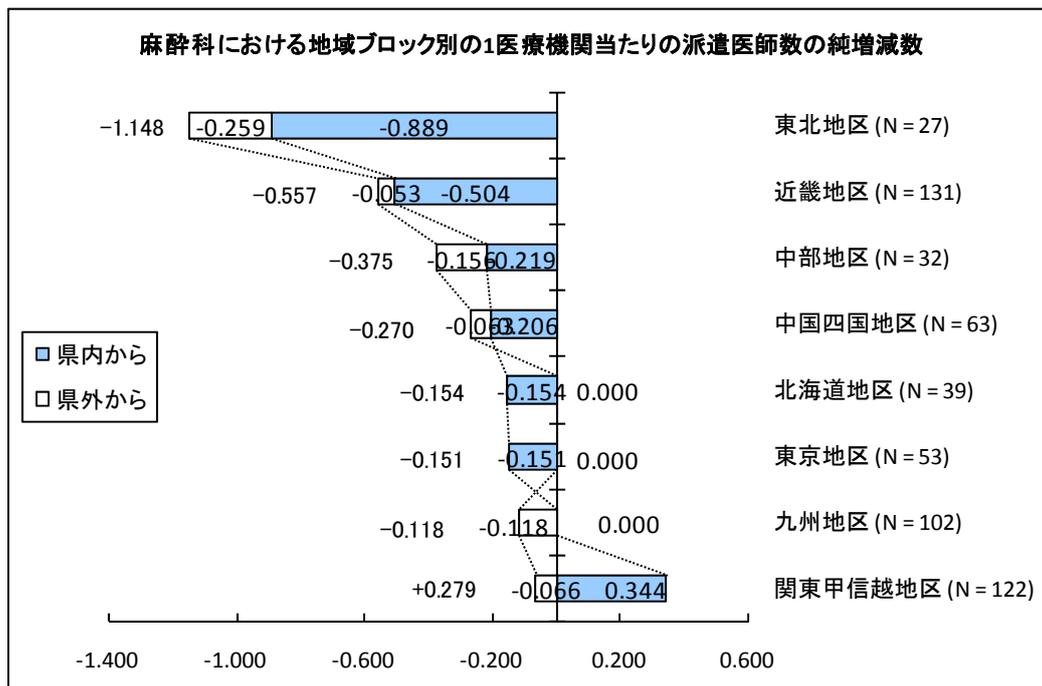


図 4-5-9 は、麻酔科における分析結果を示している。1 医療機関当たりの派遣医師数の純減少数が最大だったのは、東北地区であった。麻酔科では、各地域ブロックとも、県内からの派遣数の純減が大きい。ところが、関東甲信越地区では、純増となっている。これは、実は、神奈川県が突出して派遣医師数が大幅プラスになっているという事情による。横浜市立大学の麻酔科教室が、同窓会組織を利用して、ユニークな取り組みを行っているからである。簡単に言えば、大学医学部の教室（医局）の医師派遣機能をより組織化したものである（囲いのケース・スタディー I を参照）。

【ケース・スタディー I】

横浜市立大学麻酔科教室の同窓会組織による医師派遣システム

麻酔科医のフリーター化のニュースが出ている。麻酔科医の場合、手術などの短期的な仕事に従事することが多く、長期的にどこかの病院にコミットしなくても仕事をしていくことができるからである。確かに、フリーターとして、経済的には十分な報酬を獲得することができる状況になっているが、麻酔科医にとっても、働けなくなれば、いきなり収入がゼロになるリスクがある。実際に、実力のある麻酔科医の中には、市場で自分の実力を評価されることを望んで、フリーター医師となる者もいる。しかし、フリーター医師は必ずしもライフ・スタイルを安定的に確立することはできず、麻酔科医全体でフリーター化することが望ましいとも言えな

いのではないか。病院側から見ると、相対的に他の医師よりも麻酔科医に多くの報酬を支払うことになり、組織としての不公平感の問題もある。さらに、そのコスト増から病院経営上の問題も出てくる。また、病院としては常時、短期的に麻酔科医を確保する仕事をしなければならない。これも大きなコストである。こうしてみると、全体として、麻酔科医のフリーター化はそれほど幸福な仕組みではないのではないかと思われる。しかし、一方で、医師不足の状況下で、医師が劣悪な勤務条件で働き続けることはできないということも事実である。

こうした状況下で、横浜市立大学の麻酔科教室がユニークな取組みを行っている。同窓会組織を使って、全国から麻酔科医を集め（現在約 260 人の医局員）、麻酔科医と病院側との幸福な関係構築に取り組んでいる。これはスーパー医局制度とも呼べるもので、横浜市立大学麻酔科教室の同窓会組織は第 2 章で議論した組織的な資源配分システムをきちんと機能させている成功事例である。

同窓会組織による医師派遣機能は約 20 年前に生まれたが、当時は地域医療を支えるための人材派遣システムという意味合いは小さく、麻酔科教室の教授不在への対応策として出てきたものである。教授不在への対応ということが奏功して、麻酔科医が教育・勤務・キャリアなどの視点から幸福にやっていくための民主的医局運営システムができた。それまでは、多くの教室（医局）と同様に、教室（医局）の人事権は教授が担ってきていた。横浜市大麻酔科の同窓会組織の特徴は、医局員の医局員による医局員のための合議制に基づく医局運営である。組織の理念としては、(1) 医局員の技術向上、資格取得推進、能力向上の支援、(2) 医師個人の生活のサポート、(3) 地域医療への貢献（社会性・存在意義の明確化）が挙げられている。組織形態としては、教授、医局長 3 人、各関連分野の代表などの合計 12 人による企画委員会が毎月開催され、基本方針などが議論される。他には、教授の入っていない人事委員会（医局員の配置案を作成）があり、医局員全員が参加（一人一票）する医局総会（年に 2 回開催）が最高議決機関となる。

医師派遣・供給のシステムについての詳細を見てみよう。人事委員会が中核を担う。人事委員会は、医局のさまざまな関連部門から自薦・他薦によって選出される。おおよそ、医局長、副医局長、麻酔科のサブ専門領域（手術麻酔、集中治療、ペイン緩和、救命救急、心臓麻酔など）の代表、指導医グループの代表、教育プログラム担当の代表など 10 人程度で構成され、これらのメンバーは毎年秋（9 月）の医局総会での承認を受ける。人事委員会の発足を受けて、医局員全員に対する人事アンケート調査を実施する。アンケート調査の内容は毎年、人事委員会に委ねられているが、主に、病院を 3 カテゴリーに分けて（若手の教育向けの研修中核病院、一般病院、専門病院の 3 つ）、医局員の希望を取る。他には、勤務形態、勤務時間、経験したい症例などが質問される。アンケートが回収されると、人事委員会は個別に面接や電話相談したりしながら、医局員の配置を決めていく。その際、中長期的な視点、個人の希望、サブ専門領域ごとの戦略を勘案するという。最終的な医局員の配置案は翌 1 月末の医局総会で承認され、4

月1日が異動日となる。ここで、驚くべきことは毎回80%超の医局員が第一希望の勤務先になっているということである。その調整プロセスは大変な作業が伴うことは間違いないが、質的情報を最大限考慮した配分システムであり、市場型の配分システムでは不可能な調整を行っている。さらに、人と人との組合せまで検討されているのである。

他方、病院側とは人事委員会が組織として交渉に当たっている。この点は当たり前のようでありながら、実に重要な点である。というのは、医師一人一人が組織である病院と交渉しても、医師の十分に良い勤務環境を確保することは難しいからである。報酬体系の交渉は他の科との不公平感の解消や時間外手当の有無など、限定的な実施となっているが、勤務環境の確保についてはかなり厳しい交渉をしているという。この点で、病院ごとに労働量を考慮して適正医師数になるように医師を供給するようにしているという。また、病院側に対しても、医師から希望が出なくなるようなことにならないようお願いしているという。病院側としても、横浜市立大学麻酔科教室から長期安定的に医師の供給を受けられるというメリットを享受できる。結果、こうした仕組みにより、全国から麻酔科医が横浜市大に集まっている状況が生まれ、その成果として、神奈川県では他の都道府県に比べて、十分な数の麻酔科医が需要のある病院に安定的に派遣されているのである。

この事例は、大学医学部の教室（医局）が母体にはなっているが、教室（医局）の医師派遣機能を回復させる取組みという見方をするよりも、従来の教室（医局）とは異なる取組みをしている点で新しいシステムと見るべきであろう。決定的なのは、個人単位で属人的に医師派遣の調整をするのではなく、組織単位で医師派遣の交渉・調整をしているという点である。ただし、この取組みは、人口の多い大都市圏型のものではないかという指摘もある。大都市圏では、基本的に病院側からの需要が非常に大きいため、医師をいろいろな条件で派遣するための調整範囲がかなり広いということがある。つまり、医師側にも選択肢が多いということである。また、それだけの需要があるために、多くの麻酔科医を組織的に抱え込んで、交渉・調整できる。さらに、個別的な事情としては、横浜市立大学の麻酔科教室が大病院を関連病院としていたという歴史的経緯が、こうした新しい取組みを可能にしたという面もある。しかしながら、そうした限界や成功条件があるかもしれないが、医師が疲弊し、医師不足で必要な医療が提供できていないような状況が出現している現状を考慮すれば、応用範囲やその可能性を検討していくことは十分意味があるだろう。

図 4-5-10. 外科における地域ブロック別の1医療機関当たり派遣医師数の純増減数

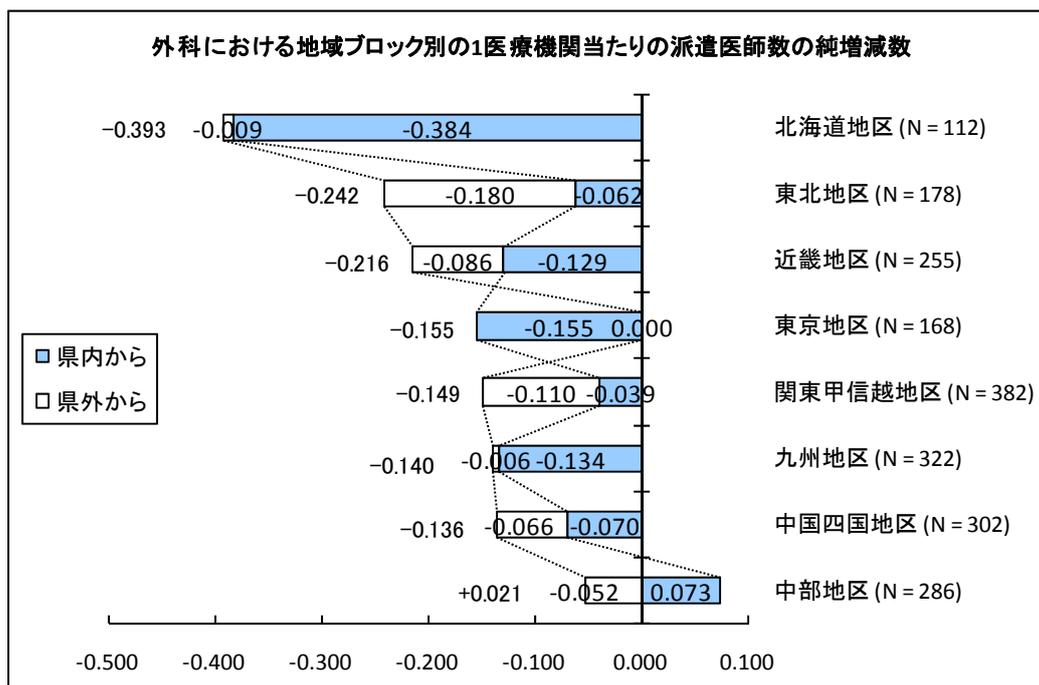


図 4-5-10 は、外科における分析結果を示している。1 医療機関当たりの派遣医師数の純減数が最大だったのは、北海道地区であった。特徴的なのは、北海道内からの医師派遣の中止・休止の影響が大きいということである。もともと、北海道外からの医師派遣は多くないと見られる。逆に、中部地区では純増となっている。

図 4-5-11 は、耳鼻咽喉科における分析結果を示している。1 医療機関当たりの派遣医師数の純減数が最大だったのは、中部地区であった。特徴的なのは、県内からの医師派遣の中止・休止の影響を受けているということである。また、耳鼻咽喉科では、各地域ブロックとも、県内からの派遣数の純減が大きい。なお、東北地区では純増となっている。

図 4-5-11. 耳鼻咽喉科における地域ブロック別の1医療機関当たり派遣医師数の純増減数

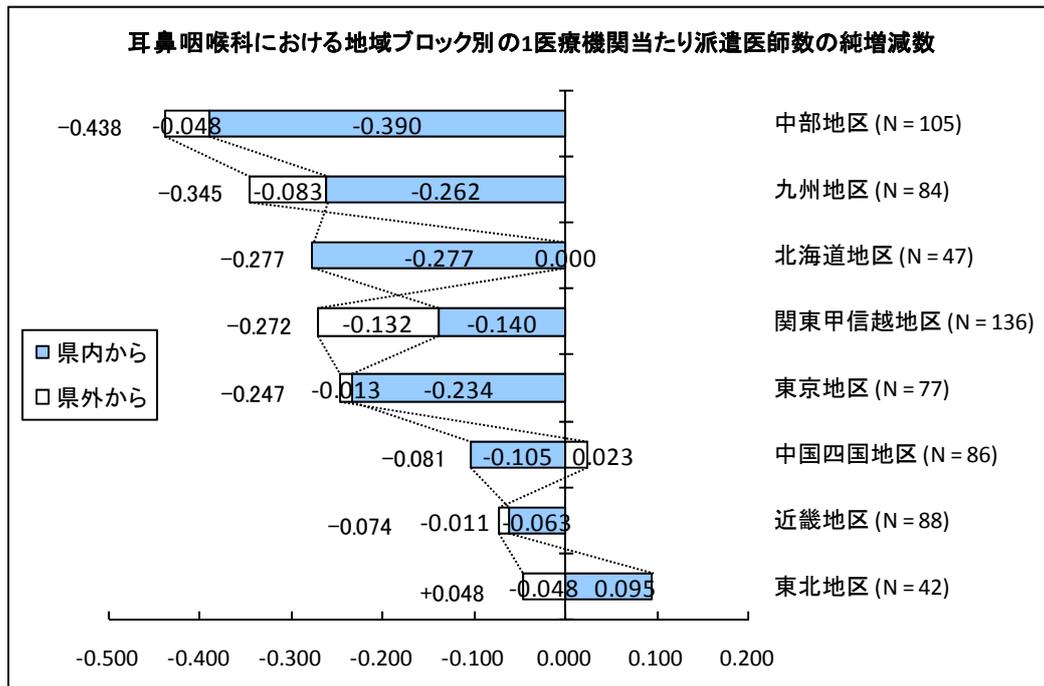


図 4-5-12. 小児科における地域ブロック別の1医療機関当たり派遣医師数の純増減数

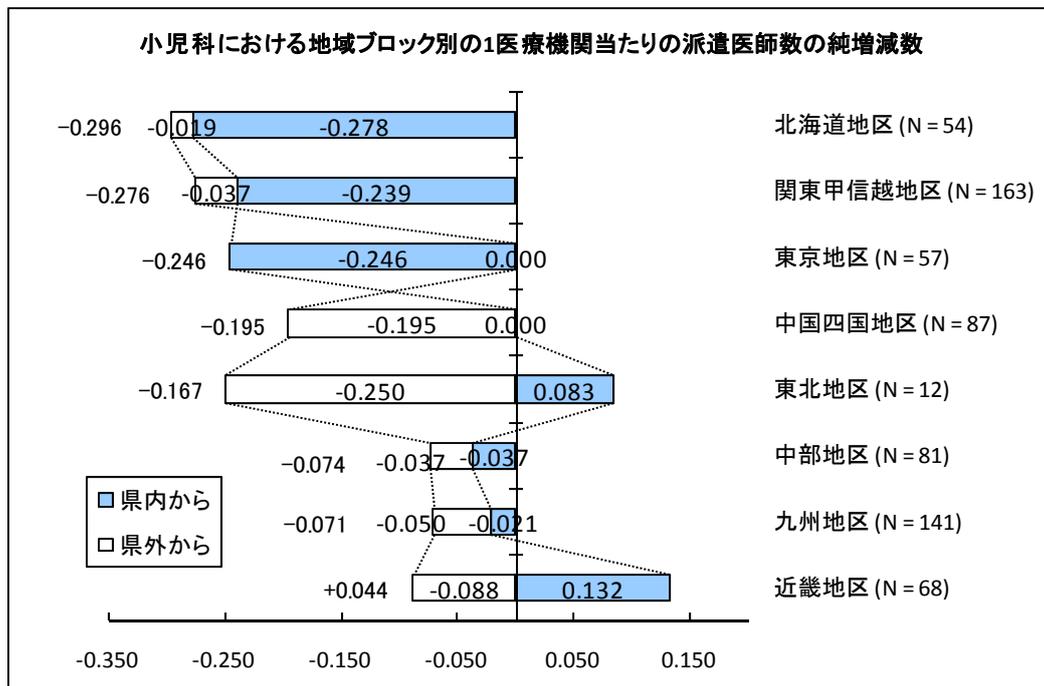


図 4-5-12 は、小児科における分析結果を示している。1 医療機関当たりの派遣医師数の純減数が最大だったのは、北海道地区であった。特徴的なのは、北海道内からの医師派遣の中止・休止の影響を受けているということである。もともと北海道外からの医

師派遣は多くないのではないかと見られる。逆に、近畿地区では純増となっているが、県外からの派遣医師数の純減を県内からの派遣医師数の純増でカバーしている。

図 4-5-13. 脳神経外科における地域ブロック別の1医療機関当たり派遣医師数の純増減数

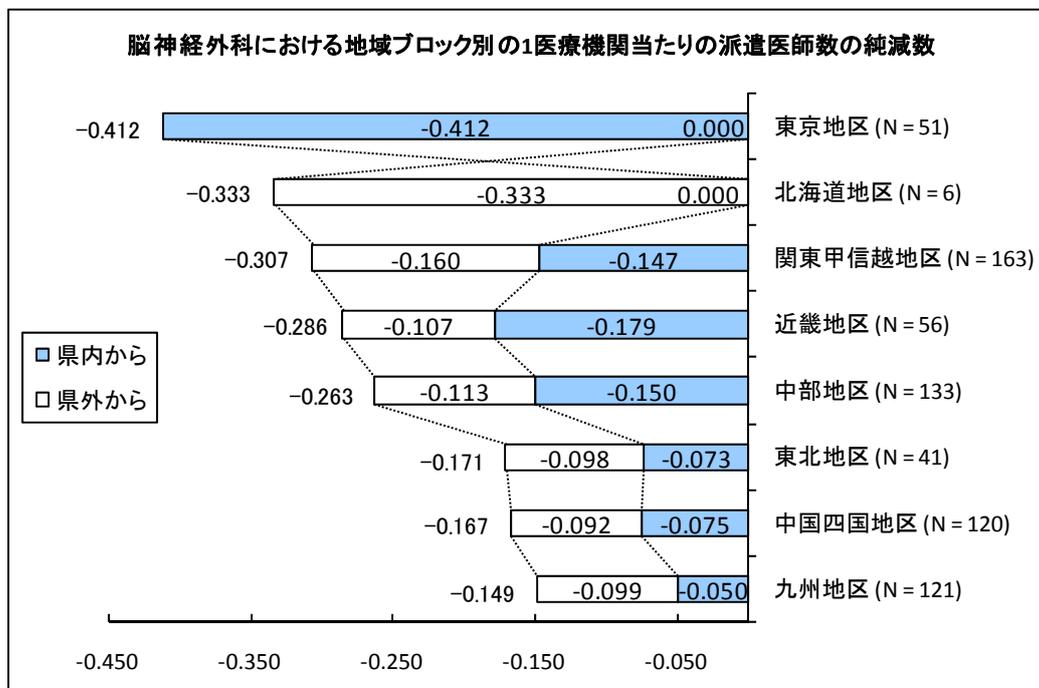


図 4-5-13 は、脳神経外科における分析結果を示している。1 医療機関当たりの派遣医師数の純増減数が最大だったのは、東京地区であった。特徴的なのは、全て東京都内からの医師派遣の中止・休止によるものであったことである。脳神経外科では、東京地区を除いて、各地域ブロックとも、県外からの派遣医師数の純減が比較的大きいことである。

5 結論： 主要な結果と考察

本章では、第4章の集計・分析から主要な結果をまとめ、それぞれについて考察を与えて結論とする。ポイントは二つある。一つは、新医師臨床研修制度が大学医学部教室（医局）の医師派遣機能に負の影響を与え、その結果、医師不足の顕在化を招いた点である。つまり、新医師臨床研修制度は医師不足の顕在化の引き金になったということである。もう一つは、医師偏在化を通じた医師不足の顕在化は、産婦人科や内科、国公立の医療機関、北海道地区や東北地区で相対的に大きいと見られるが、日本全体の問題として捉えるべき現象であるということである。

第一に、新医師臨床研修制度の導入によって、明らかに大学および大学病院に新医師が入ってこなくなり、大学および大学病院での人材不足が生じている。2004年以降、国家試験合格者数に占める大学病院の初期研修医数の割合は2004年に激減したあとも、減少傾向が続き、2007年では50%強の水準である。第2章で議論したように、大学医学部教室（医局）が組織的な資源配分システムとして評価できる医師派遣機能を維持できなくなれば、医師偏在化を通じて、これまで潜在化していた医師不足の顕在化が起きても不思議ではない。また、初期研修期間の2年間に相当する医師数分（日本全体で約15,000人）が実働医師としては減少となるため、医師不足に拍車がかかっている点も指摘しておきたい。大学医学部教室（医局）の医師派遣機能という点で言えば、最初の2年間は入局がなく、その後も研修医の入局者数が低位であることから、やはり医師派遣機能を維持することが難しくなっている。こうした事態を考えれば、短期的な解決策は難しいと思われ、医師不足解消の取組みが第一である。他方、短期的には、医師偏在化を抑制する取組みが必要であり、教室（医局）の医師派遣機能を回復させる方向性も考えたい。また、横浜市立大学麻酔科教室の同窓会組織の取組みを紹介したが、従来の教室（医局）の医師派遣機能に代わる人材供給・配分システムの構築も考えていかなければならない。この点については、ケース・スタディー I (pp.50-51)とケース・スタディー II(次のページ)をそれぞれ参照してほしい。

【ケース・スタディーⅡ】

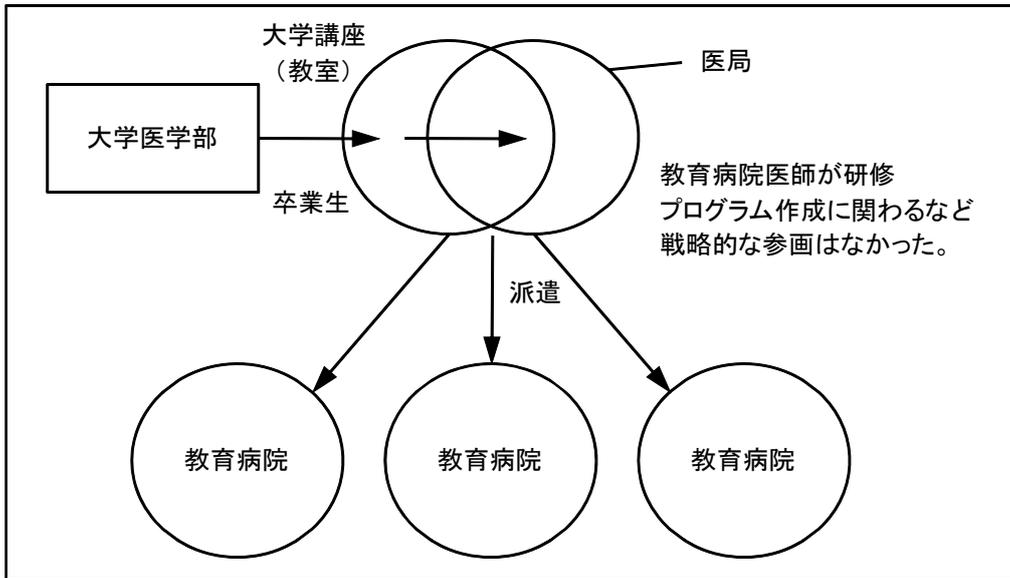
北海道大学産婦人科教室の有限責任中間法人「ウインド」の取組み

ここ数年間、産婦人科医数は明確な減少傾向を示し、不十分な人的体制での過重労働が問題になってきた。さらに、福島県立大野病院事件が象徴するように、訴訟リスクも抱える中、産婦人科医は極度に疲弊していると言われる。そうした状況を受け、産科あるいは産婦人科を中止・休止する病院や診療所が相次ぎ、国民医療の視点からも産婦人科医不足は深刻な問題となっている。こうした中、北海道大学産婦人科教室が新しい取組みを開始した。

北海道大学産婦人科の教室（医局）は組織改革を実施し、2008年1月12日に、これまでの医局を発展的に解消し、有限責任中間法人、女性の健康と医療を守る医師連合「ウインド（WIND）」を設立した。「中間法人ウインドの目的は、公正な開かれた組織として、その役割を明確化し、北海道の産婦人科医療水準の向上と均てん化を通して国民の健康および福祉の増進に貢献することである。（中略）中間法人ウインドの第1の役割は、地域の産婦人科医療を守り、産婦人科医療を等しく社会に提供することである。第2は産婦人科の労働環境を改善するために現場の医師を積極的に支援することであり、第3は若手産婦人科医の育成システムを充実し、若手医師を増やすことである。」（櫻木範明, 2008a）

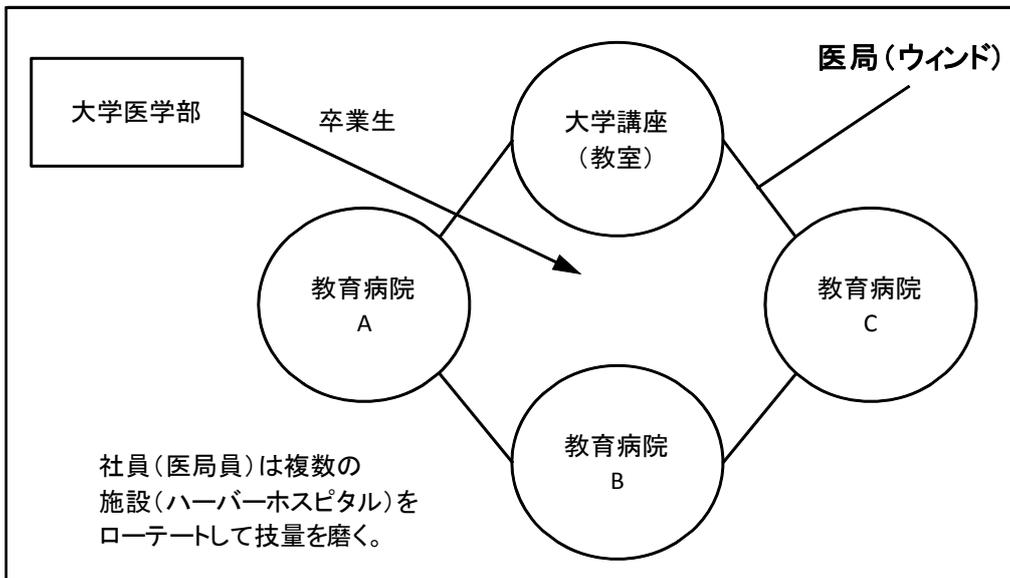
ケース・スタディーⅠで、横浜市大麻酔科の同窓化組織の取組みを紹介したが、次の3つの点で、この中間法人ウインドは組織としてさらに一歩進んでいると言える。第一に、組織形態として、中間法人という法律によって法人格が与えられた組織であるという点である。社会に対して、法的な組織団体として、正当な権利主張あるいは交渉ができるからである。産婦人科医の労働環境改善が疲弊する産婦人科医療において一つのカギであることを考えれば、こうした組織形態は必要であろう。第二に、産婦人科医の地域医療への供給システムという点に加えて、若手医師の育成システムをも担っているという点である。「若手医師の間には、地方病院に勤務することにより最新の医療に遅れるとの不安がある。教育・研修システムの充実とキャリアパスの提示は若手医師が最も求めていることであろう。中間法人ウインドは若手医師のこのような不安を解消し、期待に応えるために、大学と地方の基幹病院を循環しながら産婦人科学の基礎と実際を学び、自分のキャリアアップと地域への貢献を両立できる体制づくりを実現しようとするものである。」（櫻木範明, 2008a）第三に、従来の教室（医局）組織を明確に解体し、新しい組織体制を構築している点である。これは、大学医学部教室（医局）の医師派遣機能の回復などというような次元のものではなく、明らかに新しいシステムが構築されていると捉えるべきである。従来の教室（医局）はピラミッド型のシステムとなっているのに対して、中間法人ウインドは、オーケストラ型のシステムとなっているのだという（櫻木範明, 2008b）。組織システム図は次のページを参照。

【ピラミッド型医局】



資料: 櫻木範明(2008b)

【オーケストラ型医局】



資料: 櫻木範明(2008b)

中間法人ウインドはまだ誕生したばかりであり、その成果は未知数である。しかし、このように、中間法人ウインドは斬新かつ重要な使命を担う組織であり、その成果が期待される。成功事例として社会に広く知れ渡ることになれば、新しい医師育成・供給システムとして日本の共通モデルとなるかもしれない。加えて、北海道という広大な土地で、明らかに大都市圏とは異なる地域での成功事例ともなれば、その意味は非常に大きいだろう。

第二に、新医師臨床研修制度の導入後、全体の 75%強の教室（医局）が医師派遣の中止・休止を実施した。また、新医師臨床研修制度の導入を主因として、全体の約 6 割の教室（医局）が医師派遣の中止・休止を実施した。このことから、新医師臨床研修制度は間違いなく、医師偏在化を通じた医師不足の顕在化の大きなきっかけになっていると言える。しかし、新医師臨床研修制度とは関係なく、医師派遣の中止・休止を実施せざるを得なくなっている教室も多く、それらは根本的に医師不足に起因していると考えられる。

第三に、新医師臨床研修制度が医師派遣の中止・休止の原因となった経路は主に二つあった。一つは、大学病院で後期研修する医師が減少したことにより、人材不足になったためである。もう一つは、大学病院で初期研修する医師が減少したことにより、人材不足になったためである。初期・後期研修医の増加により教育のための人材が不足したを理由に挙げるところはほとんどなかった。総じて、大学に入ってくる新規の人材が減少したことが負の影響を与えたと考えてよい。

第四に、医師派遣の中止・休止があった派遣先の関連医療機関では、60%強の医療機関で、診療制限あるいは診療科閉鎖という影響が出ていた。このことは、大学医学部教室（医局）からの医師派遣の中止・休止を受けると、他からの医師調達は難しい状況を反映している。根本的に医師不足にあるからと考えられると同時に、大学医学部教室（医局）の医師派遣機能が組織的な資源配分システムとして優れていることを示していると考えられる。

第五に、新医師臨床研修制度の導入前後で派遣医師数が減少した関連医療機関は 30%強ある。また、新医師臨床研修制度が医師派遣の中止・休止の主因であると回答した教室グループと主因ではないと回答した教室グループ間で、その比率を比較すると、主因であると回答した教室グループの方が約 10 ポイント高かった。この事実からも、新医師臨床研修制度が医師偏在化を加速させ、医師不足を顕在化させたと言える。

第六に、開設主体別では医師派遣の中止・休止の割合が大きかったのは、国公立病院であったが、他に比べて特別大きいというわけではなかった。また、診療科目別では、産婦人科、内科で、医師派遣の中止・休止の割合が大きかったが、他には眼科、救急科、

精神科、整形外科、麻酔科、外科、耳鼻咽喉科、小児科、脳神経外科までが、その割合が30%を超えていた。これらの事実から、新医師臨床研修制度をきっかけとした医師派遣の中止・休止は、若干の偏りはあるものの、開設主体別・診療科目別で見て、広く影響を与えていると言える。ただし、産婦人科については、もともとの産婦人科医の減少傾向や訴訟問題があり、他の診療科目とは若干事情を異にしている。

第七に、人口密度が最も小さい9都道府県グループと人口当たり一般病院（大学病院以外の病院）従事医師数が最も小さい9都道府県グループのそれぞれについて、新医師臨床研修制度の導入前後における派遣医師数の純減数が最大になっていた。このことから、いわゆる過疎地域（人口密度が小さい）で、医師偏在化を通じた医師不足が顕在化している（顕在化する可能性が大きい）と言える。また、一般病院従事医師が手薄なところほど、派遣医師数が減少しており、それだけ地域間格差が拡大していると言える。

最後に、以上をまとめておこう。日本は根本的に医師不足の状況にあったが、大学医学部教室（医局）による医師派遣機能によって、医師不足の問題を潜在化させていた。しかし、新医師臨床研修制度をきっかけとして、大学側で人材確保ができなくなると、医師派遣機能が麻痺した。その結果、医師偏在化が加速し、これまで潜在化していた医師不足の問題が顕在化したのである。

本レポートでは、新医師臨床研修制度の教育的側面は議論していない。あくまでも医師配置の視点のみで議論してきた。したがって、こうした結論に至っても、ただちに新医師臨床研修制度をやめるべきという主張にはならないことに注意したい。関係者に話を聞くと、いくつかの重要な教育効果を認めながら「専門科は研修前に決定したうえで、1年で必修科目だけをやるという初期研修で十分なのではないか」という声が多かった。同時に、医学部教育における臨床教育の充実を含めたトータルでの議論が必要だという意見も多かった。他方、「こういう勉強ができる期間が2年間あってもいい半面、やはり一つの病院だけでの研修では不十分」という後期研修医（新医師臨床研修医制度下で初期研修を受けた）の意見もある。こうした教育的視点での議論は別途必要である。

参考文献・資料等のリスト

大村昭人(2007)『医療立国論—崩壊する医療制度に歯止めをかける!』日刊工業新聞社.

唐澤祥人 (2008)『医療崩壊 医師の主張』毎日新聞社.

厚生労働省 (2006a) 「医師の需給に関する検討会報告書」平成 18 年 7 月.

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/s0728-9.html>

厚生労働省 (2006b) 「臨床研修に関する調査」報告のポイント」平成 18 年 8 月 31 日

(平成 17 年度 臨床研修に関する調査 (アンケート調査) に基づく) .

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/chosa-saisyu/index.html>

厚生労働省 (2006c) 「医師・歯科医師・薬剤師調査」平成 18 年. 厚生労働省統計表データベースシステムからダウンロード可能。

http://www.dbtk.mhlw.go.jp/IPPAN/ippan/scm_o_NinshouNyuuryoku

厚生労働省 (2007a) 「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書」平成 19 年 12

月. <http://www-bm.mhlw.go.jp/houdou/2007/12/h1225-2.html>

厚生労働省 (2007b) 「臨床研修に関する調査」報告のポイント」平成 19 年 9 月 6 日

(平成 18 年度 臨床研修に関する調査 (アンケート調査) に基づく) .

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/chosa-saisyu06/dl/01a.pdf>

厚生労働省 「医師臨床研修制度のホームページ」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/index.html>

国土交通省国土地理院 (2006) 「全国都道府県市区町村別面積調」平成 18 年. 政府統計の総合窓口のサイトからダウンロード可能。

<http://www.stat.go.jp/data/nenkan/zuhyou/y0107000.xls>

櫻木範明 (2005) 「北海道における産婦人科地域医療の集約化」『週刊医学界新聞』第 2625 号. 2005 年 3 月 14 日.

櫻木範明 (2008a) 「医局の法人化が目指す産婦人科医療の新たな方向性」『新医療』5 月号. p.19.

櫻木範明 (2008b) 「中間法人ウィンドがめざす産婦人科の将来」『有限責任中間法人ウィンド設立記念講演会プログラム』平成 20 年 5 月 31 日, 北海道札幌.

全国知事会 (2005) 「医師確保対策に関する要望」平成 17 年 12 月 12 日.

http://www.nga.gr.jp/upload/pdf/2005_12_x17.PDF

全日本病院協会 (2004)「新医師臨床研修制度施行に伴う医師の引き揚げに関する調査 (平成 16 年 5 月実施)」平成 16 年 7 月.

http://www.ajha.or.jp/about_us/activity/zen/200407.pdf

総務省 (2006)「人口推計」平成 18 年. 政府統計の総合窓口のサイトからダウンロード可能.

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/OtherList.do?bid=000001007604&cycode=7>

総務省行政管理局「法令データ提供システム」<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi>

塚田真紀子 (2002)『研修医はなぜ死んだ?』日本評論社.

東北大学大学院医学系研究科地域医療システム学 (宮城県) 寄附講座 (編) (2007a)『医師不足と地域医療の崩壊 (V o 1 . 1) 今、医学部に何ができるのか—東北大学地域医療シンポジウム講演録』日本医療企画.

東北大学大学院医学系研究科地域医療システム学 (宮城県) 寄附講座 (編) (2007b)『医師不足と地域医療の崩壊 (V o 1 . 2) 現場からの「提言」医療再生へのビジョン』日本医療企画.

永田宏 (2007)『貧乏人は医者にかかるな!—医師不足が招く医療崩壊』集英社.

日本医師会 (2007)『グランドデザイン 2007 —国民が安心できる最善の医療を目指して— 総論』第 2 版, 日本医師会.

http://dl.med.or.jp/dl-med/nichikara/gd2007/gd2007_souron.pdf

日本学術会議 (2007)「対外報告 医師の偏在問題の根底にあるもの 提言: 量から質の医療への転換による克服」臨床医学委員会医療制度分科会, 平成 19 年 6 月 21 日.

日野秀逸 (2006)『医療構造改革と地域医療—医師不足から日本の医療を考える』自治体研究社.

福井次矢 (編) (2007)『研修医のための卒後臨床研修ガイドブック』永井書店.

福井次矢・高橋理・徳田安春・大出幸子・野村恭子・矢野栄二・青木誠・木村琢磨・川南勝彦・遠藤弘良・水嶋春朔・篠崎英夫 (2007)「II. 新臨床研修制度の影響—1. 臨床研修の現状: 大学病院・研修病院アンケート調査結果」『日本内科学雑誌』平成 19 年 12 月 10 日, 第 96 巻, 第 12 号, pp. 31-44.

福井次矢・宮寄雅則 (2008)「対談 臨床研修制度の評価と展望」『週刊医学界新聞』第 2768 号, 2008 年 2 月 11 日.

福山宏 (2008)「大学麻酔科の役割と民主的医局運営への取り組み」『医学のあゆみ』Vol. 225. No. 10. pp. 1123-1126.

- 本田宏 (2007) 『誰が日本の医療を殺すのか—「医療崩壊」の知られざる真実』 洋泉社.
- 水野肇 (2008) 「「医療崩壊」の危機に直面して 上」『社会保険旬報』No. 2342 (2008.2.11), pp. 6-10.
- 森宏一郎 (2008) 「医師数の統計分析—医師不足はどこで起きているか」 日医総研ワーキングペーパー, No. 167. <http://www.jmari.med.or.jp/research/research.php>
- 吉村博邦・松本昭彦 (編著) (2007) 『崩壊する医師養成制度—新医師臨床研修制度』 ブレーン出版.
- 米山公啓 (2002) 『学閥支配の医学』 集英社.
- Coase, R.H. (1937). The Nature of the Firm. *Economica*. 4: 386-405.
- Milgrom, P. and Roberts, J. (1992). *Economics, Organization and Management*. New Jersey: Prentice-Hall.
- OECD (2007). OECD HEALTH DATA 2007, updated October 07.
- Simon, H. (1951). A Formal Theory of the Employment Relationship. *Econometrica*. 19: 293-305.

資料 1. 大学医学部対象のアンケート用紙

日本医師会

新医師臨床研修制度と医師偏在・不足に関する 緊急アンケート調査

5分程度で回答できますので、ご協力をよろしくお願い申し上げます

- この調査票に必要な事項を全てご記入の上、**2008年4月18日（金）**までに、同封の返信用封筒（切手貼付済）にてご返送ください。なお、万が一、上記の期日に遅れた場合でも、ご返信いただきますようお願い申し上げます。
- 本調査でご不明な点等がございましたら、日医総研（担当：坂口^{さかぐち}または森^{もり}）にご連絡いただきますようお願いいたします（電子メール： doc@jmari.med.or.jp、電話 03-3942-6141（受付：平日 10：00～16：00、日医総研・呼・内線 2232 の坂口または 2261 の森））。

【注意事項】

- 選択式の回答欄につきましては、該当する選択肢の□にチェック（✓）を付けてください。
- 本調査は個別の大学を評価するものでも責任を問うものでもありません。あくまでも、新医師臨床研修制度と医師偏在あるいは医師不足の現状を把握するための調査であり、医師偏在・医師不足対策となる政策提言を行うための基礎データ資料となります。
- なお、本調査は調査全体の一部であり、医師配置などの詳細な調査部分は各教室（医局）を対象に実施しています。

※ご回答いただきましたアンケート票は厳重に管理し、統計的に処理いたします。グループ名、病院名、個人名などの情報や個別データは、一切公表しないことをお約束いたしますので、記入可能な項目については、すべてご記入をお願いいたします。

【研修医の動向について】

Q 2. 2000～2007 年度において、受け入れた**卒後 2 年未満**の研修医（2004 年度以降の制度での**初期研修医**）の数をご記入ください。

年度	受け入れた初期研修医の数
2000	人
2001	人
2002	人
2003	人
2004	人
2005	人
2006	人
2007	人

Q 3. 2000～2007 年度において、受け入れた**卒後 2 年以上**の研修医（2004 年度以降の制度での**後期研修医**）の数をご記入ください。

年度	受け入れた（後期）研修医の数
2000	人
2001	人
2002	人
2003	人
2004	人
2005	人
2006	人
2007	人

Q 4. 2000～2007 年度において、貴医学部設置の**基礎系教室**（臨床系以外の教室）に新たに入室した医師の数（合計）をお答えください。そのうち、卒後 2 年未満の医師の入室者数についてもお答えください。

年度	基礎系教室に入室した医師の数（医学部全体での合計）
2000	※うち、卒後 2 年未満の医師 人（ 人）
2001	※うち、卒後 2 年未満の医師 人（ 人）
2002	※うち、卒後 2 年未満の医師 人（ 人）
2003	※うち、卒後 2 年未満の医師 人（ 人）
2004	※うち、卒後 2 年未満の医師 人（ 人）
2005	※うち、卒後 2 年未満の医師 人（ 人）
2006	※うち、卒後 2 年未満の医師 人（ 人）
2007	※うち、卒後 2 年未満の医師 人（ 人）

資料 2. 大学医学部教室・医局対象のアンケート用紙

日本医師会

新医師臨床研修制度と医師偏在・不足に関する 緊急アンケート調査

15分程度で回答できますので、ご協力をよろしくお願い申し上げます

- この調査票に必要な事項を全てご記入の上、**2008年4月25日（金）**までに、同封の返信用封筒（切手貼付済）にてご返送ください。なお、万が一、上記の期日に遅れた場合でも、ご返信いただきますようお願い申し上げます。
- 本調査でご不明な点等がございましたら、日医総研（担当：坂口^{さかぐち}または森^{もり}）にご連絡いただきますようお願いいたします（電子メール：doc@jmari.med.or.jp、電話 03-3942-6141（受付：平日 10：00～16：00、日医総研・呼・内線 2232 の坂口または 2261 の森））。

【注意事項】

- 選択式の回答欄につきましては、該当の選択肢の□にチェック（✓）を付けてください。
- うまく当てはまる選択肢がない場合や用紙に従った回答が難しい場合、スペースに内容をご記入いただけますと、誠に幸いです。
- 本調査は個別の病院や大学を評価するものでも責任を問うものでもありません。あくまでも、新医師臨床研修制度と医師偏在あるいは医師不足の現状を把握するための調査であり、医師偏在・医師不足対策となる政策提言を行うための基礎データ資料となります。

※ご回答いただきましたアンケート票は厳重に管理し、統計的に処理いたします。グループ名、病院名、個人名などの情報や個別データは、一切公表しないことをお約束いたしますので、記入可能な項目については、すべてご記入をお願いいたします。

【基本プロフィール】

大学名	
所在地	都・道・府・県
講座名（教室名）	

記入者 （連絡可能な方）	
電話番号	
電子メール	@

【専門科について】

貴教室（医局）の専門科に最も近いもの1つを選択してください。

- ① 内科 { 消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、腎臓内科、内分泌科、糖尿病科、膠原病科、リウマチ科、アレルギー科、血液内科、神経内科、心療内科、感染症内科、腫瘍内科、その他内科
- ② 外科 } 胸部外科（呼吸器外科・心臓血管外科）、乳腺外科、消化器外科、甲状腺外科（内分泌外科）、小児外科、肛門科、その他外科
- ③ 整形外科
- ④ 形成外科
- ⑤ 脳神経外科
- ⑥ 小児科
- ⑦ 産婦人科（含む、産科のみ、女性診療科のみ、婦人科のみ）
- ⑧ 皮膚科
- ⑨ 泌尿器科
- ⑩ 眼科
- ⑪ 耳鼻咽喉科
- ⑫ リハビリテーション科
- ⑬ 放射線科
- ⑭ 麻酔科
- ⑮ 救急科
- ⑯ その他の科

貴大学病院における、上記の専門科（診療科目）に関連する総病床数を教えてください。

（ ） 病床

【大学医学部による医師派遣機能について】

※ここでは「医師の派遣中止・休止（含、引き揚げ）」について質問します。「医師の派遣中止・休止（含、引き揚げ）」とは、「**関連医療機関に派遣していた医師を教室（医局）に呼び戻し、同一人数以上の代わりの医師を派遣しない状況**」を言います。

Q-1. 2004年4月の新医師臨床研修制度の導入以降、関連医療機関（健診施設、介護福祉施設、研究機関や海外への派遣は除く。以下同じ）への医師の派遣を中止・休止したことはありますか？ 医師の派遣中止・休止の定義は上の囲い込み内をご参照ください。

- 1. はい （⇒ Q-2 へ）
- 2. いいえ （⇒ Q-4 へ）

Q-2. （Q-1. に「はい」と答えた方）関連医療機関への医師の派遣を中止・休止したのは、新医師臨床研修制度が導入されたことが**主な**原因ですか？

- 1. はい （⇒ Q-3 へ）
- 2. いいえ ⇒ *呼び戻した理由をお答えください。

Q-3. (Q-2. に「はい」と答えた方)新医師臨床研修制度の導入が、どのように、医師の派遣の中止・休止につながったのですか。(※複数回答可)

- 1. 大学病院で**初期**研修する医師が**減少**したことにより、人材不足になったため。
- 2. 大学病院で**初期**研修する医師が**増加**したことにより、教育のための人材が不足したため。
- 3. 大学病院で**後期**研修する医師が**減少**したことにより、人材不足になったため。
- 4. 大学病院で**後期**研修する医師が**増加**したことにより、教育のための人材が不足したため。
- 5. その他

Q-7. 2004年3月末時点と現時点（2008年3月末）での教室（医局）構成員の教室（医局）への配置している数、および派遣先の関連医療機関に常勤医師として勤務している数について、お答えください。（健診施設、介護福祉施設、研究機関や海外への派遣は除く）

※ 記入例（回答欄は次ページより）

※ 派遣先の医療機関で常勤として勤務している医師数をお知らせください。常勤の定義は、それぞれの医療機関における定義あるいは貴教室の認識に基づくもので構いません。
 ※ 個別具体的な派遣先医療機関名を記入する必要はございません。

※開設種別については、次の番号でお答えください。

- ①…大学病院（国公立大学法人[独立行政法人]、学校法人）、②…国立（国・厚労省など）、③…公立（都道府県立・市町村立）、④…公的（日赤、済生会、厚生連等）、⑤…社会保険関係団体（全社連・厚生年金事業振興団等）、⑥…医療法人、⑦…個人、⑧…その他

派遣先医療機関	施設種別	開設種別	常勤派遣医師数		場所（都道府県）
			2004年3月末	2008年3月末	
大学教室（医局）	病院・診療所	1	26人	21人	福岡
A総合病院	病院・診療所	7	2人	4人	長崎
B	病院・診療所	1	6人	0人	福岡
C医療センター	病院・診療所	2	3人	3人	大分
D	病院・診療所	2	3人	3人	山口
E病院	病院・診療所	2	2人	0人	福岡
F	病院・診療所	2	0人	1人	熊本
G病院	病院・診療所	7	2人	2人	福岡
H	病院・診療所	3	3人	3人	佐賀
I 医院	病院・診療所	7	0人	1人	福岡
J	病院・診療所	7	3人	0人	大阪
	病院・診療所		人		

Q-8. 今年（2008年）4月以降、関連医療機関への医師派遣を中止・休止する予定がありますか？ また、現在、関連医療機関に、医師の派遣を中止・休止することを打診していますか？ それぞれの件数をご回答ください。

- ① 医師派遣を中止・休止する**予定**・・・（ ）医療機関
 ② 医師派遣の中止・休止の**打診中**・・・（ ）医療機関

【教室（医局）への研修医の入室（入局）について】

Q-9. 2000～2007年度において、入室（入局）した研修医の数をご記入ください。

年度	入室（入局）した研修医の数
2000	人
2001	人
2002	人
2003	人
2004	人
2005	人
2006	人
2007	人

ご協力いただき、誠にありがとうございました。