

医療マンパワーについての研究

1981年12月

財 団 法 人

政 策 科 学 研 究 所

Institute for Policy Sciences, Japan

緒 言

マンパワーは、わが国における貴重な財産・戦略的資源のひとつである。エネルギー・資源制約下の現状から、日本のおかれている立場、果す役割りとその方向を探るにあたり、マンパワーを最適かつ有効に活用してゆくことが、日本の将来の大きな課題のひとつにあげられる。

そこで、医療にかかわるマンパワーの現状をとらえ、近年の医師数の増加傾向の持つ意味、将来にわたる問題点を抽出し、医療問題の一断面としての医療マンパワー研究を実施した。

本研究は、財団法人政策科学研究所の自主研究であり、別記の医療マンパワー研究会を設け、医師数将来予測、医学教育、医師養成、経済性評価他の様々な視点から医療問題をめぐる日本、外国の現状と課題、将来の方向性について議論を重ねてきたものを研究会報告としてまとめたものである。

医療にかかわる問題は、今後さらに、多角的なアプローチが必要とされ、社会情勢の変化、制度的検討などに対応する医療マンパワーの問題や、他の側面からの課題、問題発見が益々重要となってきている。本研究が、多方面の視点から医療問題をとらえる上での、ひとつの判断材料、評価項目を明らかにすることを目的とした現状認識のうち、医療マンパワーにかかわる部分について、整理されたものであり、次なる問題点の展開が期待される。本研究内容にかかわるご意見、ご批判を各位にお願い申し上げますとともに、成果が医療問題解決のための一助となり得れば幸甚である。

医療マンパワー研究会（座長 市川洋筑波大学教授）のメンバーの方々の熱心なご討議、ご報告に感謝申し上げますとともに、研究会の講師としてご意見をいただいた諸先生方に心から厚く御礼申し上げます。

また、本テーマの研究を実施するきっかけとなりましたご示唆、ご助言を賜りました向坊隆氏（原子力安全委員会委員長代理、前東京大学総長）に、衷心より感謝の意を捧げたいと存じます。

1981年12月

財団法人 政策科学研究所

理事長 笠井章弘

目 次

緒 言

- 医療マンパワー研究会研究メンバーならびに講師リスト 1
- 医療マンパワー研究会について
 - 座 長 市 川 洋 2

第Ⅰ部 — 研究メンバー報告 —

「医療マンパワーに関するメモ」

- 山 田 圭 一 3

「医師数の将来予測と将来像について」

- 方波見 重兵衛 15

- 「医者の養成問題」 市 川 洋 25

- 参考資料「医・歯学部の研究」 30

「医学教育における大学教育の側面の検討を」

- 西 三 郎 71

「経済学の視点からみた医師マンパワー問題」

- 田 中 滋 79

第Ⅱ部 — 講演記録 —

「医師数の将来予測について」

- 方波見 重兵衛 91

「医師に関する調査資料について」

- 西 三 郎 96

「医療の将来と医学教育」

- 中 川 米 造 123

「80年代の医療問題 — 医師過剰時代の到来と対応策 —」

- 川 上 武 158

「予想される医師過剰問題と私立医科大学の対応」

- 田 中 直 樹 177

「医学教育行政からみた医師養成の現状と課題」

- 川 村 恒 明 208

「アメリカにおける医療制度と医療マンパワー問題の現状について」

西村周三・田中 滋230

— 研究会記録 —280

《医療マンパワー研究会研究メンバーリスト》

座長 市川 洋	筑波大学社会工学系教授
方波見 重兵衛	国立公衆衛生院 衛生統計学部長
西 三 郎	国立公衆衛生院 衛生行政学部 衛生行政室長
真 島 審 一	会計検査院第三局建設検査第一課調査官
山 田 圭 一	筑波大学社会工学系教授 経営・政策科学研究科長
信 川 益 明	慶応義塾大学医学部大学院医学研究科 病院管理学教室
田 中 滋	慶応義塾大学大学院経営管理研究科助教授 慶応義塾大学ビジネススクール専任
山 田 嗣	財団法人 政策科学研究所 主任研究員
恵 小百合	財団法人 政策科学研究所 研究員
小 林 啓 子	財団法人 政策科学研究所 嘱 託

《講師リスト》

中 川 米 造	大阪大学医学部文部教官教授 環境医学教室
川 上 武	医事評論家・医師
田 中 直 樹	学校法人 慈恵大学理事 東京慈恵会医科大学教授
川 村 恒 明	文部省学術国際局学術課長 (前)文部省大学局医学教育課長
西 村 周 三	京都大学経済学部助教授 (前)横浜国立大学経済学部助教授

医療マンパワー研究会について

座長 市川 洋

医療マンパワー研究会は、医学校の入学定員増加が将来の医療問題に大きな影響を与えることに注目する人々をメンバーとして、政策科学研究所により組織され、1979年12月から研究が開始され、1981年8月に結論をまとめる運びとなった。従来、この問題につき発言し、あるいは関心を有する人々をメンバー、あるいは報告者とした。

従来、この問題について発言し、関心を示しているのは主として医者グループであって、医者以外の人々の、この問題に対する関心はまだあまり高くない。従って、当研究会が招いてヒヤリングを行った大部分の人々は医者であったが、今までに、本問題に対して発言した人々のかなりの部分をカバーしている。本問題に医者以外で関心を示しているのは教育界、特に受験界であり、受験界が本問題に注目したのはかなり早期であったが、本研究会は受験界の問題は取り扱わなかった。

本問題は、その重要性にかんがみ、これから活発な論議が幅広く行わなければならない。本研究会の行った研究はそのタタキ台の一つとなるであろう。

医療マンパワーの研究に関するメモ

筑波大学 社会工学系教授

山 田 圭 一

1. マンパワーの社会的配分

私自身は医学についても医療マンパワーについても専門家ではない。しかし政策科学研究所において、このような自主研究を提案したメンバーの1人として、また、今まで科学技術者の教育とマンパワー問題を中心にして、さまざまな公共政策の問題と取り組んできた立場から、若干のコメントをまとめてみたい。先ず医療マンパワーについて強い問題意識を持つようになった第1の理由は、国全体のマンパワー — とくに highly qualified manpower — の配分が今のような状態を続けて良いのか、という危惧である。よく知られているように最近の受験生の動向をみると、たとえば資料1にあるように、共通試験において最も成績のよい受験生が圧倒的に医学部に集中する、といった状況が続けられてきている。もちろん国民の健康の維持という重要な社会的活動に対して、質の高いマンパワーが十分に確保されるということは、それ自体悪いことではないにしても、ただ国全体のもっている1番優れたマンパワーが集中的にその分野に投入されて、他にもあるはずの数々の重要な分野に対する資源配分に比較して、著しくバランスを欠くということが、深刻な問題なのである。しかしながら、過去の歴史をみるとこのようなマンパワー配分のアンバランスは、さまざまな時代にさまざまな分野に繰り返し起った現象である。たとえば科学技術の分野だけをとってみても、戦後間もなく湯川博士が中間子理論によってノーベル賞を受賞された前後から、素粒子理論を中心とする一部の理論物理学の分野が、社会的な脚光をあび、その分野に非常にすぐれた理科系の研究者が集中した、という時期が長い間続いていた。また、東京大学教養学部の理科1類の入学者をみても、その中で最も成績の優秀な人たちの大部分が素粒子を専攻するという状態が続いてきたわけである。しかもいっそう困った問題は、既にそれらいわゆる“秀才”たちが殺到した時点では、素粒子論という専門分野 (dicipline) そのものが、既に物理学あるいは自然科学全体の中においての最も創造的なフロンティアであるという時代が終ってしまったあとであった、ということである。その結果、先輩たちの華々しい研究成果にあこがれて入ってきたこれらの人たちが、一人前の研究者になってリサーチ・フロントに辿りついた時には、もうその分野での目ぼしい研究はほ

とんどしつくされてしまっていて、いわば落穂拾いのようなテーマしか残っていないという現実をつきつけられることになった。しかし、そのような時点まで専門家として教育されてから、改めて他の分野に転向することは非常に困難なことである。そのような意味からすると、他の専門分野とのバランスを欠いているということではなくて、そのような優秀な人材が集中的に集まった分野においてさえ、たいへんなマンパワーの浪費が行われた、という二重の損失を招く結果になってしまっている。もちろん現在でもこのような事実を、素粒子論の専門家が公式に認めることは決して多くはない。が、しかし比較的個人的な立場で話す際には、かなりの専門家たちさえもこのような状況を否定してはいないことも事実である。

また、私自身が大学時代からしばらくの間専攻した応用化学の分野についても、第2次世界大戦前後から1950年代までの研究教育活動の中で、いちばん優秀な学生をひきつけた有機合成化学の分野は染料合成であった。当時の化学技術は、戦前以来の石炭科学の技術体系を依然として踏襲していたわけであって、その立場からすると石炭タールを出発点とする医薬、染料その他の複雑な有機化合物の研究は、きわめて重要な分野であった。そしてそれらの中でも技術的に最も困難で高度な研究を積み重ねてきていた染料合成技術は、有機合成技術の最も華々しいフロンティアとしての位置を占めていた。しかしすでに第2次大戦中からアメリカを中心として、急激に発展しはじめていた石油化学、つまり石油を出発点とする合成化学の体系は間もなく日本にもとり入れられはじめ、1955年前後から新しい石油コンビナートが次々に各地につくられ、石油化学工業がいっせいに開花するという、新しい時期に入っている。また、ちょうどそれと平行してナイロン、ポリエステル、アクリルに代表される高分子合成技術が急速に日本の中で展開されていった。しかし少なくとも私たちまでの世代が受けていた応用化学の教育カリキュラムは、依然として石炭化学、電気化学を中心とするものであったし、その中で石油化学あるいは高分子化学に関連するような講義は極端なほどわずかなものにすぎなかった。従って実質的に新しい化学技術の日本における発展期を担った化学技術者たちのほとんどは、大学を卒業してから自分自身の努力によってそうした新しい研究成果、技術を身につけていったわけである。又、この頃の応用化学は、電気工学と並んで工学部の中で最も魅力的な分野であったために、東大のみならず全国の工学系の志望者の中でいちばん優秀な学生がこの分野に進んでいた。しかしそれらの人々が研究活動や生産活動の実質的なリーダーになる時期には、既存の化学工業のシステムそのものが既に最盛期をすぎたといわれるような段階に入っている。

このような優れたマンパワーの社会的配分の不適切さという現象は、依然として現在でも繰り返されている。たとえば現在の花形の分野の1つである電子工学、情報工学などの分野につ

いてみると、全国の主要な大学の関連学科を最も優秀な成績で卒業した人たちは、競って電々公社に入社することを希望し、そのため激しい試験によって電々公社が受け入れるマンパワーは、ある意味で全国のトップレベルを集めていることになる。言うまでもなく日本全体の立場からすれば、電々公社以外にエレクトロニクス、電子技術、情報技術の最先端の活動を必要とする分野はかなり多いはずであるし、又、その反対に電々公社の側について言えば、社員の全てが優秀な能力の持主である必要はないため、公社に入った人たちのかなりの部分が必ずしもその才能を十分発揮できないような仕事にたずさわることを余儀なくされているはずである。もちろん受験秀才型の学生が本当に社会の必要とする highly qualified manpower の素質をどれだけ身につけているかは、それ自身かなり疑問のあることではあっても、それも含めて今後さらに検討しなければならない重要な課題が残されている。

2. 公共政策のタイミング

私たちの研究グループは十数年前から、このような国全体としてのマンパワーやそれ以外の様々な資源の配分のアンバランスがどのように起ってきているかについて、いろいろ分析を行ってきている。その結果、このような事態のいちばん大きな原因の1つは、政策の策定と意志決定及びそれに対応する資源配分という一連の公共政策の流れにおいて、非常に大きなタイム・ラグがあるということであると判断するにいたった。もちろんこのようなタイム・ラグは単に担当者の能力の不十分さなどだけによって説明されるのではなく、日本の研究・教育活動その他様々な社会制度（Institution）全体にかかわる基本的な問題である。そしていろいろな段階でおこっている情報の伝達に生ずるタイム・ラグもその大きな問題点の1つである。

たとえば第1図はわが国の高分子化学の研究教育活動を対象として行われた一連の分析結果である。この分析の基本的な立場は、研究開発あるいは教育活動に関連する様々な指標の時間的变化が、ライフサイクルの特性をもっていると考えて、このような変化を同じ時間軸の上に重ね合わせて表示したものである。これによってみると、まず、

(1) 外国発表：すなわち日本の高分子化学の研究者たちが、自分たちの研究成果を欧文でまとめ、外国の質の高い学会誌に発表した、という活動

(2) 研究費：ここではとくに研究者の側から出された研究計画を審査して、最も重要な研究であると判断された研究課題に重点的に配分される、文部省の科学研究費を対象にしている。のピークが現れ、次いで、

(3) 論文数：日本の高分子に関する全ての研究者たちの発表した論文数

- (4) 特 許
- (5) 製 品
- (6) 研究者数

といった指標のライフサイクルのピークが続いている。そして最後に、大学に設置された学科の数の変化がみられる。

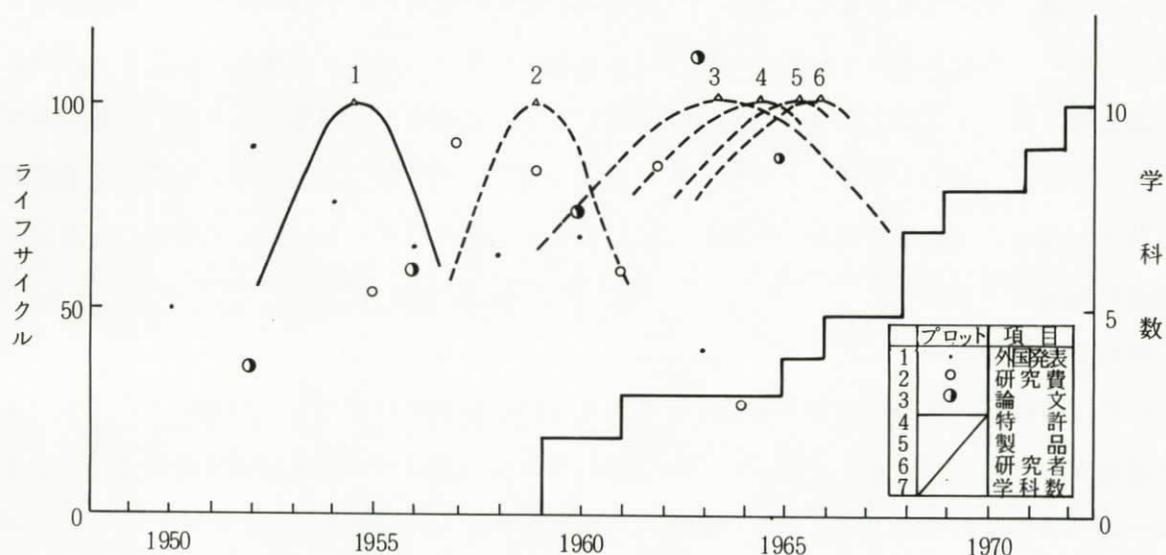


図1 高分子化学のライフサイクルと学科数

このようなデータを見ると、わが国においてそれほど多数の研究者が育っていなかったし、また、国として積極的にその分野を振興させるための研究費も投入されていなかった時期に、きわめて質の高い研究が集中的になさされていて、むしろそのような研究が一通り片附いてしまったあとに、国としての高分子化学に対する振興策が開始され、その結果として、研究者が増え、研究組織が整備されていったという、時間的なプロセスが辿られている。

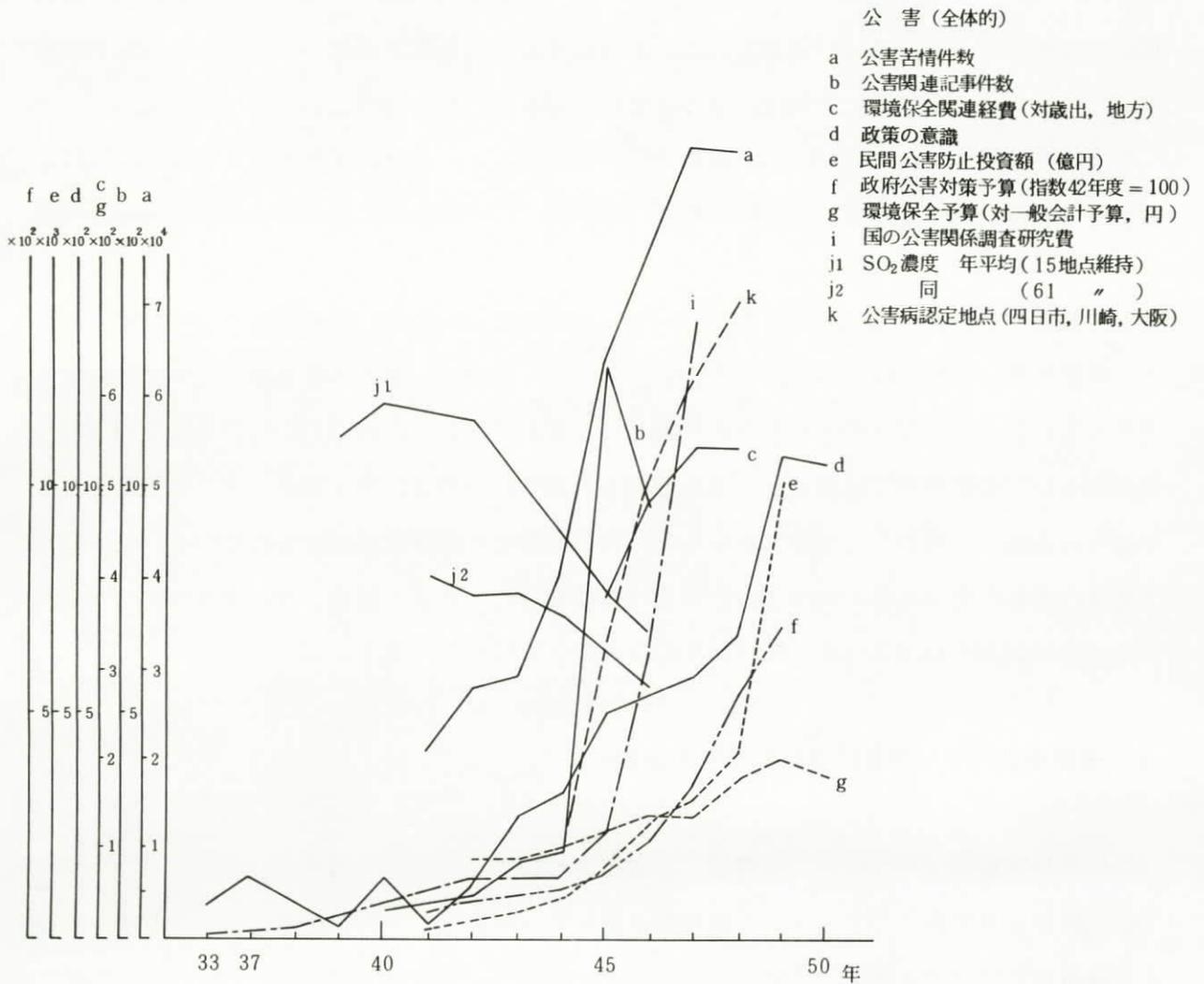
この一連の変化の中で、とくに目立つのは、大学における高分子化学の専門家の養成がきわめて立ち遅れて着手されたということである。1950年代の半ばに、日本における研究活動の最盛期があったにもかかわらず、専門学科が設置されはじめたのは、やっと1960年代近くなってからであり、それから次々に全国の大学に高分子化学科が設置されている。しかもこれらの学科から専門家が送り出されてくる頃には、既に特許、製品のピークさえ過ぎてしまっているわけである。その上世界における研究開発の歴史をみると、シュタウティンカーらの高分子学説が発表されたのは、1930年前後であるし、デュボン社のカローザスらのナイロンの合成が1938年に行われている。そして1950年頃までには基本的な高分子材料であるポリアクリルニトリル、ポリエステル、ポリアミドのすべてについて、基本的な開発は終わってしまっていたし、

わが国の発明した唯一の高分子材料であるポリビニールアルコールを含めても、その後の高分子化学を支えた4つの基本的なポリマーは、すでに出つくしていたことになる。一般に名前を知られている高分子材料は、塩化ビニール(1930)、ポリスチレン(1928)、シリコン(1930年代)、ポリウレタン(1937)、ポリエチレン(1939)、テフロン(1943)など、いずれも、1930～1940年代に開発されていたし、その後日本だけでなく世界的にみても、現在にいたるまで長い間、莫大な研究費とマンパワーを投入させていながら、その結果としてこれらの4大高分子材料に匹敵するような新しい繊維はほとんど生まれていない。それだけでなく、最近の十数年間、高分子化学工業はむしろ成熟期をすぎて、過剰生産に悩まされるという事態に立ち到っている。しかしそれにもかかわらず、全国の高分子化学科では、依然としてかなり多数の専門家が送り出されているし、それに対応して多くの研究機関において、依然として高分子の研究を続けてきている。

われわれのこのケーススタディではとりあえず1つのdisciplineだけを対象にして、実証的な分析を試みたが、実際には化学関係だけをみても、この他にいくつもの分野において似たような事態が繰り返されてきているし、それ以外の様々な分野についても同様の経過を辿ってきたケースの少なくないことは、かなり確実である。

また、別の事例として、第2図には公害問題についての対策がどのようにとられてきたかが示されている。この図の中で J_1 及び J_2 は大気中の SO_2 (SO_x)の濃度を示しているが、それに対してA(公害苦情件数)、C(環境保全経費)、あるいはE(民間公害防止投資額)、F(政府公害対策予算)といったような、様々な指標に示されている公害対策の活動が続けられてきた。このような時系列データをみると、大気の汚染が最もひどかったのは昭和40年前後であって、その後 SO_x の濃度は急速に低下してきている。それに対して、公害問題が新聞その他のキャンペーンなどに頻繁にとり上げられ、政府が公害対策に費用を投入したり、公害防止のための費用が支出されるようになった時期はかなり遅れている。そのために実際には、 SO_x の問題が基本的に解決して後に、そのような対策のための資源が投入され始めるという結果になっている。このような現象は、われわれの分析だけを見ても、 SO_x だけでなく水質対策その他の様々な環境汚染の問題について、同じように起ってきている。

その上政策決定と資源配分の立ち遅れは、いろいろな政策のために投入された費用のかなりの部分が無駄になったというばかりでなく、そのような政策に対応して自分たちの進路を決めた優秀なマンパワーの1人1人に、たいへんなしわ寄せを引き起す結果にもなっている。たとえば先に述べた応用化学や高分子化学の場合をみても、私自身の卒業した前後かなり長い期間にわたって、卒業生の中で最も優秀なマンパワーが競って東洋レーヨンやテイジンなどに就職し



ている。しかし彼らが入社して10年ないし20年たって、研究者や技術者としていちばん油の乗り切った能力を発揮できる年齢になった頃には、既にその産業、あるいはその企業の生産活動が最盛期を越して、むしろ停滞期や衰退期に入ってきてしまっている。そのためにこれらの貴重なマンパワーが十分に能力を発揮することができないだけでなく、社会的にみても大きな損失となっている。そしてまた個人の立場からみても、それらの企業の中にとどまるにしてもあるいはそれをとび出して違った組織や専門領域に移るにしても、大きなリスクを伴う選択を強いられて、ひどい負担を負わざるを得なくなっている。このような場合に、個人が自分の将来に関しての進路を決めることは、当然自分自身の意志にまかされているわけである。しかし国としてあらかじめそれぞれの選択の結果、どのような事態が起る可能性があるかという将来

の動向について情報を提供するとともに、マンパワーの配分に関して困難な状況が起った場合に、それぞれの人々が新しい選択をして、もっとその能力を生かすことのできるような場に移動してゆくことを助けるとすれば、事態はずい分変り得るであろう。

このような意味で、マンパワーへの対策は個人個人のミクロな問題であるのみでなく、同時に国全体としての資源配分あるいは投資の効率という、マクロにみた公共的立場からも、きわめて重要な問題である。

はじめに述べたように、私が医療マンパワーの問題について強い関心を抱くようになったのは、科学技術の分野で繰り返されてきた以上のような問題が、まさに同じ形で医学の分野でも進行しているのではないかという危惧を感じているからである。しかし、私自身はこのような問題についての専門家ではないし、またそれぞれの委員会や専門の立場から様々に検討されているし、委員会に招かれたゲストからも異った視点からの問題点が指摘されている。従って以下では、さしあたって各メンバーのとり上げた問題点とはあまり重複しないようにしながら、どのような対策をたてるべきかについてのコメントを簡単に列挙するにとどめたい。

3. 医師マンパワー対策についてのコメント

ここでは医療マンパワーという問題への対策について

(1) 教育システムへのインプット側の間の問題点 — 主として大学医学部への入学者と大学入学以前の進路指導に関する問題点。

(2) 教育システムの内部における問題。

(3) 教育システムのアウトプット側、すなわち社会に送り出された医師、またはそれに準ずる専門家のとり扱いの問題。

という3つのカテゴリーに分けて考えてみたい。

(1) 教育システムのインプット

(1)–A 将来の医師の需給関係に関する予測 — 方波見、西、両先生を中心に行われてきたような計量的な分析を、さらに発展させていくこと。

(1)–B 医学生の選抜 — 現在行われているように、学力試験のみによった医学部の適性を判断するのではなく、それ以外の様々な適性や能力の評価方法も含めて、よりよい入学者の選

抜方式を検討すること。

(1)－C 入学者に対する進路指導 — 上述のように学力試験において、最も優秀な成績をおさめた受験生が、医学部に集中するということが不適切である以上、高校教師、高校生、父兄をはじめ一般の人々に対して、

i) 医学生がどのような能力をもった人たちに適切な職業であるか。

ii) 医者数の需要と供給について、将来どのようなアンバランスが起るか。

iii) これから医学部に進学する人たちが、将来医師になった場合に、現在の一部の医師たちが享受しているような経済的特権を望むことはきわめて困難である。

などといったことをも含めて、より多くの必要な情報を提供すること。このためには、ジャーナリズムその他のチャンネルも含めて、従来行われている啓蒙活動よりもさらに広い様々な働きかけをすることが必要であろう。

しかもその場合に、医学部にかわるべき進路選択の代替案として、どのような選択があるかについて、ある程度まではっきりした情報を提供する必要がある。既に一部の予備校などでは医学部に進学することに対してブレーキをかけ始めているといわれるが、その代りに東大その他の一流大学の法学部がすすめられるという状態は、決して好ましいものではない。

(2) 教育システムの内部に関する問題点

(2)－A 医師数の過剰に対する対策 — 今までの様々な検討によっても、将来とくに21世紀のはじめころから、医師数が過剰になる事態がかなり確実に起ると予測されている。それに対して、

i) 教育システムから送り出す医師の数をおさえること。

ii) 養成された専門家を、従来の医師としての活動以外の新しい専門分野に進出する途をひろげること。

という2つの可能性がある。そしてi)については、

a. 医師の国家試験の水準を引き上げることによって、十分な専門的な能力を身につけていない学生を排除すること。但しこの場合、医師になれなかった人たちを社会がどのように受け入れるかについて、ある程度の対策を検討しておく必要があるであろう。

b. 従来の方式による医学教育の専門学部の数、あるいは入学定員を減らす。これに関しては比較的水準の低い大学を廃止するという方式も検討する余地があるが、それ以外に従来の

医学部における専門教育の対象とは考えられていなかった、新しい専門分野に教育活動の対象を広げていくという選択もあるはずである。たとえば、

イ. ライフサイエンスに関連する領域。

ロ. メディカル・エンジニアリング, メディカル・エレクトロニクスなどの職種。

ハ. 青少年非行, 精神障害者対策など, 精神医学に関連する分野。

などのように, physical な健康ではなくて, mental な健康に関する領域。また、

ニ. 国際協力, その中でもとくに発展途上国に対する国際協力。

などの対策があげられよう。そしてとくにニに関しては, 単に医師としての専門教育を受けさせるだけでなく, 全く異った地理的, 文化的環境の中で仕事をするために, 巾の広い教育を行う必要がある。そして派遣医師の養成と途上国側の医学生教育のため, 既存の医科大学や医学部の一部を転換させることも検討されるべきであろう。

しかし, この場合, 短期的に途上国における病人を減らしたり, 死亡率を切り下げるという目的のみを考えて医療活動を行った場合, 長期的にはその国の人口爆発を加速度的に起こさせる危険が大きい。そのためには, 狭義の医療活動の他に, 家族計画, 人口抑制計画などを含めた活動領域の重要性を再認識する必要があるだろう。

(2)一B 再教育, 継続教育機関としての医学部 — 医学研究, 医療活動の水準がますます上っていくに従って, 医学部を卒業して医療活動に従事している医師が, 従来のような自己研修, 大学や医師会の研修コースなどに頼るだけでは, 十分高い水準の医療活動を続けていくことはますます困難になろう。そのような意味で, 医学部の一部を医師の再教育, 継続教育の場として再編成することが必要になってくるであろう。

(2)一C 医学教育, 医療政策を対象とする研究教育機関の充実 — ここで問題にされてきたような, 医学教育あるいは医療政策に関連するような研究 — とくに, 医療経済学, 医療社会学, あるいは社会保障制度, 医療保険制度などの政策に関する研究 — は, 今後ますます重要になってくるはずである。そしてこのような研究者や政策担当者たちを養成するための教育研究機関を積極的に整備する必要があると思われる。

(3) 医学教育システムのアウトプット側に関連する問題

これに関しては委員会においても, 様々な検討が行われているので, ここでつけ加えること

はあまりないが、とくに重要であると思われる点を列挙する。

(3)一A 医療サービスの質を向上させることによって、その需要を拡大すること — たとえば現在の開業医が掲げている、内科、外科などという専門分野の名称が、全くそれぞれの医師の個人的な選択に任されていることは、現在のように進歩し複雑化した医療サービスのプロフェッショナルとして妥当であるとは考えにくい。将来は何らかの形で、専門毎にさらに高度な教育を施した上で、それぞれの専門分野について何らかの資格認定を行うというような制度の導入が必要であろう。また、その他にもホームドクターと専門医という分業体制によって、この問題に対応するというような方式なども考えられるかも知れない。

(3)一B 狭義の医療（治療行為など）以外の分野における医療活動 — これについては既に(2)においても触れているが、ライフサイエンス、メディカル・エンジニアリング、あるいはパラメディカルの分野のような領域も、将来非常に大きな医学部と関連学部に対するマーケットを開拓することになるであろう。また、医療行政や医療システムをチェックする専門家をはじめ公衆衛生、社会福祉などの専門家の養成と確保が、質、量両方の点でかなり立ち遅れているということも取り上げられるであろう。開業医の場合も、僻地や離島、寝たきり老人に対する医療サービスといった、従来のコマーシャルベースによる方式にはなかなかのらないような領域に関して、何らかの形で公共的あるいは半公共的な医療サービスを充実させていくことが必要不可欠である。

(3)一C 医師の定年とその後の生活保障 — 他の多くの職業活動の分野と同様、ある年齢に達した医師は医療サービスシステムから引退してもらうことが望ましいであろうが、これに関しては、当然、引退後の生活保障に関する配慮をする必要があるはずで、社会保障や年金制度を含めて、かなり長期的に対策を検討しなければならないであろう。

既に述べたように、科学技術の分野について考えると、理学部、工学部を中心にしてほとんど全ての専門分野に関するきわめて大きな研究教育システムが整備されているにもかかわらず、工学教育全体について、あるいは日本の科学技術政策というような公共的な問題に関する教育研究システムがきわめて立ち遅れている—というよりはむしろほとんど欠落している状況が、今後の日本の科学技術に関して、致命的な欠点になっているのではないかということが、われわれのこれまで指摘してきた重要な問題点であった。そのような意味で、医学教育、あるいは医

療政策について、もっと十分な検討をするための教育研究体制を整備することは、それ自体が今後の医療問題にとって、最も大切な課題の1つであるように思われる。

<文 献>

1. 向坊 編 「才能開放への道」平凡社, 1963.
2. 山田 「現代化学技術史」コロナ社, 1966.
3. 林, 山田 「科学のライフサイクル」中央公論社, 1975.
4. 大島, 山田 「技術発展の社会に対するインパクトに関する調査研究(II)」機械振興協会, 1975.
5. 荒井, 塚原, 山田 「科学技術者の高等教育に関する研究」I, 大学論集, Vol. 5. 1977.
6. 同II, 同, Vol. 6. 1978.
7. 高橋, 塚原, 山田, 同III, 同, Vol. 8. 1980.
8. 山田 「戦後の産業発達と工業教育」IDE (民主教育協会誌), No. 217. 1981.

資料 1

主要10大学・医学部系難易度

(駿台予備学校編)

大 学	本 年 偏差値	前 年 偏差値	大 学 学 部	本 年 偏差値	前 年 偏差値	大 学 学 部	本 年 偏差値	前 年 偏差値
筑波大	49.9	50.3	名大文	49.8	49.7	東大文I	60.5	60.6
群馬大	54.4	55.1	名大文	48.6	48.6	東大文II	57.6	56.7
千葉大	58.6	58.8	名大文	51.3	50.4	東大文III	56.3	56.0
東医大	63.2	62.2	名大工	48.2	48.4	東大理I	58.7	59.8
新潟大	54.0	54.8	名大工	62.3	59.7	東大理II	53.6	55.4
富山医大	49.6	54.7	名大農	45.6	46.8	東大理III	70.5	70.2
金沢大	56.9	58.1	京大法	56.7	56.6	一橋大 法	53.0	54.3
福井医大	53.3	53.3	京大法	55.9	55.7	一橋大 経	52.3	52.0
山梨医大	53.0	54.1	京大文	56.1	55.7	一橋大 商	50.5	50.8
信州大	53.9	54.4	京大文	54.8	55.2	一橋大 社	50.7	51.0
岐阜大	54.2	54.3	京大工	58.0	58.3	東工大 1類	52.1	52.2
浜松医大	53.5	54.0	京大工	50.9- 57.9	52.4	東工大 2類	47.8	49.2
三重大	52.3	54.1	京大医	66.0	66.0	東工大 3類	47.3	48.2
滋賀医大	51.4	54.1	京大薬	53.6	54.2	東工大 4類	49.1	49.2
神戸大	58.6	58.0	京大農	48.0	49.6	東工大 5類	52.8	51.9
鳥取大	52.2	53.8	阪大法	52.8	52.2	東工大 6類	50.2	50.4
鳥根医大	49.4	53.3	阪大文	51.7	51.7	東外大※ 1群	56.0	52.3
岡山山	56.0	56.3	阪大文	55.9	54.3	東外大※ 2群	50.2	52.0
広島島	56.8	56.7	阪大人間	52.3	50.5	北大文I系	52.1	51.4
山口大	53.8	52.8	阪大工	52.6	52.6	北大文II系	46.4	48.2
徳島大	52.9	54.4	阪大基礎工	49.7	49.8	北大文III系	50.3	51.0
香川医大	50.3	51.3	阪大基礎工	51.0	50.3	北大理I系	45.2	46.7
愛媛大	52.8	51.8	阪大医	64.1	64.1	北大理II系	43.9	44.0
高知医大	52.9	51.8	阪大歯	53.6	55.1	北大理III系	44.0	45.4
佐賀医大	50.2	49.8	阪大薬	49.3	49.6	北大医	59.1	58.1
長崎大	49.8	53.0	九大法	51.5	50.9	北大歯	50.6	53.1
熊本大	54.1	56.3	九大法	49.7	50.9	北大水産	39.0	38.1
大分医大	52.8	54.0	九大文	52.6	52.0	東北大 法	51.4	54.8
宮崎医大	52.8	53.5	九大文	48.4	48.1	東北大 経	52.1	52.5
鹿児島大	51.4	53.6	九大理	48.0	48.3	東北大 文	53.2	52.3
札幌医大	50.5	51.4	九大工	46.8	48.0	東北大 教	48.7	48.5
福島県医大	50.2	52.8	九大医	62.8	60.2	東北大 理	52.9	51.0
横浜市大	53.3	54.8	九大歯	52.9	53.4	東北大 工	46.1	46.7
名古屋市大	54.1	56.6	九大歯	48.6	49.0	東北大 医	57.1	56.8
京都府医大	56.8	58.0	九大農	45.8	48.2	東北大 薬	52.5	54.0
大阪市大	56.6	57.9	旭川医大	48.8	50.3	東北大 歯	45.8	48.4
奈良県医大	53.6	52.4	弘前大	53.4	54.0	東北大 農	42.6	44.8
和歌山県医大	52.3	53.6	秋田大	52.1	53.4	名大法	51.8	51.1
琉球大	48.7	50.3	山形大	52.0	51.5	名大 経	50.1	50.4

※1群は英、独、仏語など、2群は中国、朝鮮語など

医師数の将来予測と将来像について

国立公衆衛生院衛生統計学部長

方波見重兵衛

1 はじめに

将来医師数が過剰になるかもしれないという議論が活発になされている。その根拠を推測すると、第1に医師の国家試験合格数が、昭和40年初めの3,000強より、昭和60年初めには8,500前後になることである。第2に、昭和45年よりスタートした新設医大の増加とともに、入学定員の急増の結果として、昭和75年には人口10万対200を超えると予測されるからである。第3には、世界に類をみない人口の年齢構成の変化、即ち人口の老齢化の速度の速さから、医療経済に及ぼす影響の大きさを考慮しての事と思われる。

現在でも、医師の少ない多くの地域、衛生行政、また、日本は世界の中で最も多い人口対病床数を有する国の1つであるが、この病床数を肯定するならば、医師1人当り病床数が30前後の県が多いことから、医師不足状態にあると思われる。しかし将来は充足状態に移行していくことは大方の予想するところである。従って現在は、昭和30～40年代の不足状態から、昭和60年代の充足状態へと移行する分岐点であると思われる。

医師過剰論あるいは不足論には、背景として、医師の適正数があると思われるが、適正数については勿論、それに関連すると思われる因子についても殆んど議論されていないといっている。ここでは、医師の将来予測について、また医師の将来像について、検討したいと思う。

2 ヘルスマンパワー及び病床数の将来予測

(1) 医師数の将来予測

昭和42年以来将来医師数の予測をくり返している。その基本としては、その時点での医師の集団から、減少する因子としては死亡、増加する因子としては国家試験合格者として、有資格者の予測である。少数と思われる他の職業への転職、外国への移住等は考慮しておらず、また日本においては年齢、疾病等による引退の資料はなく、これらを考慮していない。以上の条件の下で予測を試みたが、予測結果に影響する因子について検討する。

1) 死亡率

予測にあたって、5歳階級別5年毎の死亡率を用いた。問題点は2つあり、1つは将来の死亡率であるが、死亡率の予測は行わず、最も新しい年次の死亡率（5歳階級別5年毎の最も新しい資料）が将来も継続すると仮定した。第2は一般男子の死亡率を用いたことである。即ち医師の死亡率と一般男子の死亡率の差である。日本では曾田の論文（昭和40年）があるのみであり、医師の死亡率は一般男子より低率であると思われる。米国でも医師の死亡率に関する論文があり、一般の住民より死亡率が低率であると述べている論文が多い。従って将来の医師数は、予測結果よりむしろ多くなる可能性がある。

2) 入学定員

昭和45年より私立の新設医科大学が認められて以来、また1県1医科大学構想もあり、昭和56年度沖縄県に最後の医科大学が設置されて終了するように、ここ10年間は入学定員が急増している。しかもさらに医学部の入学定員の増加を計画している大学も多いように思われる。即ち昭和54年当時は、沖縄県を含めて将来入学定員を8,160としたが、昭和55年度の入学定員はそれより180の増加となっている。例えば入学定員100名より120名と増加しているのではないかと思われる。

将来、さらにこの増加の傾向が継続するか、または人口対医師数の状況から入学定員が調整されるかは不確定であるが、もし人口対医師数が一定であることが好ましいという判断がなされると（例えば人口10万対190～200）、入学定員は減少の方向で調整される。しかし、将来の医師数を人口10万対190と一定にしようと仮定する。人口10万対医師数190にするには、昭和60年より入学定員を、1校あたり15人（国公立のみでは30人）減少させる必要があるし、昭和70年より1校あたり45人（国公立のみでは90人）の減少を必要とする。従って、国公立のみでは調整不可能であるし、私立の医大を含めるとしても、入学定員45名の減少は不可能であろう。即ち将来の医師数人口10万対190以下とすることは、もはや無理のように思える。

一方、入学定員120名は、教育の質的面から問題であると言われている。従って、無理をして120名の医師を養成する理由はもはやない。むしろ上限を100名として、各県の医師数その他の状況によって入学定員の減少または増加を考えた方がよいのではなかろうか。

3) 国家試験合格数対入学定員

国家試験合格数対入学定員の比は、昭和40年前後は1.08前後であった。即ち入学定員の8%増が国家試験合格数であった。昭和45年度の新設医大の卒業生は、昭和51年度の国家試験

を受験したが、入学定員との比は 1.05 で、昭和 40 年代後半と比較し変化はない。昭和 52 年度も同様であるが、昭和 53 年度、この比は 0.99、昭和 54 年度は 0.96 と国家試験合格数は入学定員を下回り、減少傾向を示した。

これは国家試験受験者が減少して入学定員に近くなったことも考えられるし、また一方では国家試験が厳しくなってきたという見方もある。将来の医師数が充足状態に移行することは衆目の一致するところであるし、年 1 回の受験のみとなれば、尚更入学定員を上回る国家試験合格数は考え難く、むしろこの比はさらに低下する可能性がある。

国家試験合格数対入学定員の比の低下、即ち昭和 52 年までの比 1.05 より、昭和 53 年、54 年の平均、約 0.98 へとこの比が低下しているが、将来もこの比が継続すると仮定すると、将来医師数の予測に対しどの程度の影響があるか、検討してみる必要がある。

国家試験合格数対入学定員の比が 1.05 と 0.98 の両者による将来予測の差は、10 年後の昭和 65 年には医師数 5,914 (2.6%) の減少となり、人口 10 万対医師数では 4.7% の減少を示す。昭和 75 年には医師数 11,468 (4.1%) の減少となり、人口 10 万対医師数では 8.6% の減少となる。

しかし一方、国家試験の不合格数が蓄積、増加するにつれて、たとえ国家試験合格率が受験回数の増加と共にかなりの低率となるにしても、合格数は増加するであろう。従って、国家試験の合格率の予測は難しいが、国家試験合格数の予測も困難で、不確定要因の 1 つである。

以上のように不確定因子があるが、医師数の将来予測を試みると、昭和 65 年医師数 221,359 (人口 10 万対 175.3)、昭和 70 年医師数 245,753 (人口 10 万対 189.0)、昭和 75 年医師数 268,082 (人口 10 万対 200.6)、昭和 90 年医師数 324,086 (人口 10 万対 233.6) となる。

(2) 医師の需要に関する因子

将来の日本の社会において、国民の保健に関し、どの程度の医師を必要とするかという議論は、具体的数についてはなされていない。そのみならず、医師数に直接関連すると思われる因子についても殆んど議論されていない。

1) 医師の引退率と就業状況

引退の定義について簡単ではないように思えるが、それにしても日本では医師の引退率に関する資料がない。正確な数ではないが、約 3,000 の医師会員の中で引退する人は年間数名にすぎ

ないとの話もあるが、年齢分布、就業状況も不明であり評価することは困難である。しかし医師が完全に引退を意識し表明することも難しいのであろう。他の職業への転職、外国への移住また一定の就業状況をもって引退と定義し、引退率を推定するにしても、かなり大規模な調査を実施しないと年齢階級別引退率など得られない。

2) 医師の Productivity

医師の需要を考える上で、最も基本的で最も重要であるが、最も入手困難な資料である。性、年齢、診療科目、地域の状況等によってかなりの格差があると思われる。この入手の困難さは医師の収入に直結すると思われるからである。

医師の増加につれて、週休2日、または3日制にすればよいとの議論がある。確かに週休3日制にすれば、同じ状況の下で50%の医師の増加を必要とする。しかしこれには、現在の就業状況の資料が必要であることは勿論であるが、1つは医師の Productivity が問題であるしもう1つは医師に関する収入で、1/3減少に耐えられるかどうか。もし同収入とすると50%増となるので増税とならざるをえず、国民が耐えられるかどうか疑問となる。

医師の適正数について議論の発展しない最大の理由の1つが医師の Productivity である。

3) 患者数

患者が存在して、医師その他のヘルスマンパワーを必要とし、それに対する場としての施設が必要となる。しかし現実には必ずしもそうなるとは限らず逆の場合もある。患者は氷山に喩えられており、病院、診療所に記録されているものは、水面上にある一部といわれている。

潜在している患者は、「気づかず型」のように疾病があっても自覚のないもの、また本人が自覚していても診療所を訪れない「がまん型」等があるが、その顕在化にはいろいろな因子が影響する。「気づかず型」に対しては、健康診断等の普及により減少するであろうし、「がまん型」に対しては、衛生教育も必要であるし、医療施設の分布の問題もある。

問題となるのは疾病の程度である。高齢者は特に何かの疾病をもっていることも多く、また何処かに異常な状態をもつことも多い。病院に入院の必要があるのか、外来でよいのか、また日常生活でコントロールした方がよいのか一律には判断できないが、健康管理によって日常生活を維持できるような状態にあるものも多いと思われる。

この患者の顕在化に顕響を及ぼすのは、他に経済的因子がある。これは患者側にもあるが、医療側にもある。例えば次に述べる病床との関連で、平均在院日数が異常に長いことなどその現れである。また、患者の顕在化に医療制度が大きく影響することも周知の事実である。

4) 病 床 数

日本の病床数は、日本経済の高度成長と共に急速な発展をしてきたが、また新入院患者数、医師、看護婦等ヘルスマンパワーの発展と調和を失した増加である。昭和53年で、総病床数151万床、病院病床数123万床、診療所病床数27.8万床である。病院病床の内訳をみると、精神病床数29万床、結核病床数約10万床、らい病床数1.3万床、伝染病床数約2万床、一般病床数約80万床である。人口10万対病床数では、総病床数1,319、病院病床数1,076、診療所病床数242、精神病床数257、結核病床数87、らい病床数11、伝染病床数17、一般病床数703、である。

昭和26年人口対病床数を100とすると、昭和53年に、総病床数377、病院病床数393、診療所病床数320である。病床の種類別の内訳は、精神病床数1,345、結核病床数81、らい病床数130、伝染病床数146、一般病床数553とかなりの増加速度である。特に精神病床数の13.5倍は大きい、昭和26年が約2万床と少ないためでもあろう。結核病床数はかなりのスピードで減少している。現在では一般病床数の増加が一番大きい、全体として頭打ちの傾向を示している。

外国と比較すると、人口対総病床数で、スウェーデン、アイスランド、ノルウェーに次いで多く、一般病床数ではオーストラリアに次いで多い。また日本で人口対病床数の最も少ない県は埼玉県であるが、昭和53年人口対病院病床数595、診療所病床数146、合計741である。米国は1975年であるが人口10万対656で、年次は異なるが埼玉県の方が多。米国は1969年より1974年の5年間に人口対病床数で17%減少している。このことから日本の病床数が世界の中で最も多いグループの1つであることが想像されよう。

病床数は患者数との調和を失して発展してきたが、この不調和は病院の指標に歪みを呈している。即ち一般病床の平均在院日数が昭和53年36日を超えていることである。県レベルでは高知県が最も長く71日を超えている。この平均在院日数36.9日は、米国の4倍以上、イングランドの3倍以上であることから、各国それぞれ、分類、状況等異なるにしても、不調和の歪みがどの程度か想像されよう。埼玉県の富士見病院事件では、新聞の数字であるが、入院患者が減少し続けた後に事件が発生しているが、これが最少の人口対病床数を有する埼玉県での事件である。

このように、病床数もまた潜在患者の顕在化に大きな影響を与えていることがわかる。

5) 看護婦、保健婦、助産婦の将来予測

昭和50年人口10万対（active）看護婦数168、准看護婦数187、保健婦数14、助産婦数26であるが、昭和75年には看護婦数人口10万対（active）357、准看護婦数414、保健婦

数 15，助産婦数 16，と予測される。

看護婦は殆んど病院，診療所勤務であるが，保健婦は地域の保健に関連している。病院においては，病床数の調和を失した増加のため，医師と同様に，看護婦 1 人当りの病床数から見ると厳しい条件下の勤務といえる。昭和 49 年の資料であるが，調査した 26 府県の中で，一般病床のみを有する病院で，看護婦(助産婦，准看護婦も含む) 1 人当り 4 床以下は岩手県のみで，8 床代は和歌山，栃木，青森で，10 床以上は秋田，北海道，高知である。最高病床数は 1 人当り 100 床を超え，1 人当り 20～30 床の病院もかなりある。また医師と同様に外来も加わるため条件は一層厳しくなる。尚，産前産後の休暇をとる者があれば，残りの看護婦の条件はさらに厳しくなる。このような条件下での勤務は，医療にも，平均在院日数にも影響してこよう。

保健婦は，保健所，市町村所属のため，定員が存在するためであろうか，人口対保健婦数(active)は横ばいである。保健婦の活動は，在宅患者あるいは何等かの疾病をもっている高齢者に対する健康管理，相談等で，入院，医療に対する判断等かなりの影響をもっていると思われるが，現在の人口対保健婦数では限度がある。

看護婦のもう 1 つの影響する因子として，非就業卒業生の数がある。結婚その他で離職するものが多いためである。昭和 45 年～50 年の 5 年間に，20 歳～24 歳の年齢階級で，保健婦 60 %減，助産婦 55 %減，看護婦 31 %減，准看護婦 47 %減と推定されかなり大きい。従って，非就業卒業生は，昭和 50 年以降のみを考えても，昭和 65 年 33 万，昭和 75 年 44 万に達する。医師，薬剤師，臨床検査，放射線技師等加えると，単独世帯を除いて，昭和 65 年には 15 世帯に 1 人，昭和 75 年には 11 世帯に 1 人の保健の教育を受けた者がいると推定される。

これは，テレビ，ラジオ等による保健に関する大きな情報の流れと共に，社会の中に保健に関する知識が高水準に蓄積されていることを示す。これは医療，保健に対して，高度の専門性を要求するであろうし，セルフケアの水準も高く，また現在の医療施設の選択の自由も存続させていくであろう。

6) 医療制度

国民のすべてが，高水準の医療を何時でも受けられる状態にあるのが理想であろうが，一方，国にとっても，国民にとっても経済的負担には限度がある。患者に対しては，医療の経済的負担の方法と程度によって，潜在的患者の顕在化に大きな影響を及ぼす。それはまた医師，医療施設にも影響する。また地域に対する保健サービスを提供するシステムがある。医師等ヘルスマンパワーの就業の自由と，患者の医師，医療施設に対する選択の自由があって，さらに地域格差の解消を保健のみからの解決を試みても不可能のように思える。しかし放置するわけにはいか

ない。

3 医師の将来像

国民の保健を考えるに、どれ程の医師が必要であるのか、即ち医師の適正数はどの程度であるのか、具体的な議論はみられない。しかし医師数に対する考え方にはかなりの相違がみられる。そこで逆に、昭和70年に達成すると予測される人口10万対190の医師数とは、昭和50年と比較してどの程度であるのか検討してみよう。

昭和50年は、医師数約15万人、人口10万対135である。これは無届出医師（推定）を含んでいる。届出数でみると、医師数132,479、人口10万対118.4である。その内訳の主なものは、診療所の開設者59,904、病院の勤務者38,085、診療所の勤務者8,630、衛生行政又は保健衛生業務の従業者2,067等である。無届出医師は約18,000と推定され、届出医師数の約13.6%である。業務の種類別に等しく13.6%増の無届出の医師数が存在すると仮定すれば次のような数となる。即ち、診療所開設者68,050、病院勤務者43,265、診療所勤務者9,804、衛生行政又は保健衛生業務の従事者2,348である。

昭和70年の医師数の予測は、245,753、人口10万対約190である。従って増加数は95,000である。その内訳を次のように仮定すると、診療所開設者30%増で20,415の増加、病院勤務者100%増で43,265増加、診療所勤務者200%増で19,608の増加、衛生行政500%増で11,740の増加数、これらを合計すると約95,000となる。

この内訳の数が実現するかどうか、また妥当かどうか別問題として、充足した状態となることは想像されよう。

(1) 地域格差

昭和4年柳田国男氏は、時の小橋文相の医師充足論に対し、医師の地域格差を指摘している。昭和42年厚生科学研究「医師の長期需給計画策定に関する研究」においても、地域格差、特に府県レベルにおいて、医科大学のない府県の人口対医師数の伸び率が低率であることを指摘した。

その後1県1医大構想となり、昭和56年沖縄県で完結することになる。これによって府県レベルでの地域格差は解消に向うと思われる。また、この構想によって、医学の水準、各診療科目の地域格差と医療の水準も府県レベルでは格差を解消していくものと思える。

しかし市町村レベルでの地域格差の解消は困難であるように思える。鳥取県は人口対医師の

最も高い県の1つである。昭和44年人口対151，昭和52年183.7である。医師数は，昭和44年866，昭和52年1,084と218名の増加であるが，鳥取市，米子市での医師数の増加は217名である。このように県レベルでの医師の増加も，一部の都市のみで，他の市町村は人口対医師数が約半数において減少している。

これは，それぞれの府県，市町村によって理由は異なると思うが，保健面のみでの格差の解消は困難であることを示している。保健だけではなく経済，教育等の問題も含めた総合的な政策が必要である。少なくとも保健所等の公共施設は，現在とは逆に，より小さい市に，より小さい町村に設立しなければいけないと思われる。

(2) 開設者と勤務医師

現在の開設者数の動向は横ばいに転じており，このような状態で推移するならば，将来も急激な増加はないと予想される。

一方勤務医師であるが，公衆衛生，基礎医学，健康管理を主体とした産業関係に従事する医師は現在不足状態にあり，将来充足状態に移行するにつれて増加していくものと予想している。

また，病院の勤務医師であるが，前に述べたように現在不足状態，即ち医師1人当り病床数からみて厳しい条件下での勤務状態である。定員，病院経営などの制約があると思われるが，不足状態，医学の進歩，診療科目の細分化などを考慮すると，最も増加してよい分野であると思われる。

勤務医師の増加，開設者の横ばいの傾向は，従来の大学，大病院から開設者へという流れの程度を変えるかもしれない。その結果として，病院の勤務医師の固定化は促進されよう。

勤務医師の固定化は好ましい面もあるが，問題点も生ずる。第1に，社会的に評価の高い，勤務条件のよいと思われる病院への就職は困難となり，その範囲は徐々に拡大されてゆくと思われる。その結果，大学の管理能力は弱くなり，病院の開設者別，大学の系統が錯綜して人事管理はいっそう困難となろう。また，医学の進歩とともに診療科目の細分化は促進され，勤務医師の固定化の傾向と相俟って，老化現象が起るかもしれない。

好ましい面としては，現在の厳しい勤務条件が緩和されて余裕が生じ，学会への参加，公衆衛生活動など現在以上に参加することになる。また，勤務医師の固定化は，現在勤務医師としての意見がまとまって表現されていないが，将来，数の上でも最も大きな集団となり，集団としての意見が表面化し，現在の医師会以上の力を発揮するようになるかもしれない。

(3) 医師の収入

昭和 30 年から 40 年にかけて日本における病床数の増加は急激であった。また、開設者の増加もあって病院の勤務医師の不足状態は悪化の程度を強めてきた。不足状態は、勤務医師の収入の増加となって現れ、その結果として、公衆衛生、基礎医学へ志望する学生は減少し、不足状態は悪化した。この不足状態は希少価値となり、医師の収入にも影響したと思われる。

将来医師の充足状態に移行するにつれて、希少価値は薄れるので、それに伴った収入に影響を及ぼすかもしれない。もし将来医師の収入に低下の方向で影響があるとすれば、それが医学部への大学受験、また受験生の質にどのように影響するか注目される。

(4) 東南アジア諸国との協力

現在、東南アジアの諸国との協力は、第 1 次産業、第 2 次産業が主であると思われるが、将来は次第に第 3 次産業の協力が推進されよう。その中で医療、保健問題は中心となるかも知れない。また日本の医療は質、量共に急速に発展していくものと思われ、このような議論が高まってくるものと予想している。そのためには、東南アジア諸国の保健、医療システムの理解、日本において協力するシステムを整理する必要がある。基礎として最も重要なことは、東南アジア諸国との交流によって互いに文化、生活等に深い理解を得ることである。

4 ま と め

医師数の将来予測に関し、死亡率、国家試験合格数等問題点があるとしても、大きな変化がないかぎり、昭和 75 年には人口 10 万対 200 を超えると思われる。そこで、医師の適正数が議論となるが、医師の引退率、Productivity の資料を必要とし、看護婦等のヘルスマンパワー、病床数、患者数との関連についてさらに解析する必要がある。

人口 10 万対 190 は、前述の諸要因の解析結果からでた数字ではないが、昭和 50 年と比較すると、たとえ週休 2 日制になったとしても、充足状態にあるように思える。もし目標を人口 10 万対 190 の医師数とすると、入学定員の調整が必要となる。教育の質からいっても入学定員 100 以下が望ましく、府県によって入学定員を考えてもよいのではなかろうか。これ以上となれば、結局国民の経済的負担とのバランスにより、国民の判断が必要となろう。

国全体として充足状態にあるとしても、医師数、診料科目、医療の水準等の地域格差は存在

するであろうし、従ってその解消への努力が必要である。またそのために、日常の総合的計画、研究を行う政策部門、研究部門が必要ではなかろうか。

<文 献>

1. 方波見重兵衛，金子功 「ヘルスマンパワーの将来予測」
公衆衛生院報告，27 (3.4)，165－174，1978，
2. 方波見重兵衛，西三郎，橋本正己，金子功 「ヘルスマンパワーの開発と将来需給に関する研究」(1)，(2)，(3)
公衆衛生院報告，24 (3)，150－168，24 (4)，206－220，25 (1)，9－18，1975，
1975，1976，
3. 大谷 藤郎 「医師と歯科医師の数」
厚生指標，9 (9)，11－17，1962，
4. 方波見重兵衛 「将来医師数の推計について」
厚生指標，15 (7)，13－19，1968
5. 方波見重兵衛，金子功 「将来の医師数について」
公衆衛生院報告，19 (2)，128－136，1970
6. 方波見重兵衛，金子功 「日本における看護職員の減少率の推定について」
公衆衛生院報告，27 (34)，146－152，1978

医者の養成問題

筑波大学 社会工学系教授
市 川 洋

1. 需給関係

医療はその需要側である患者と、その供給側である診療所、病院等の両面から成立つ。一般の財貨の経済に於ては、需要と供給を結ぶものは価格であり、価格が形成される場合は市場である。市場が完全競争状態にあるとき、パレート最適が達成され、別な言い方をすれば無駄のない経済が実現されることは、厚生経済学の基本定理としても知られている。

医療サービスは完全競争条件を満たさない。需要側において完全情報の条件が満たされていないからである。別な言い方をすれば、患者には診療に関する知識がないから、医療サービスの購入はデパートで商品を購入するのとは根本的に異っている。一方、供給側においても完全競争条件は満たされていない。医療供給の主体は医者であるが、そこに参入するためには医学校を卒業し、医師国家試験に合格し、その後数年間は臨床の研修を受ける必要がある。この参入障壁は短期的には高いが、長期的には必ずしも高くはない。医者不足を解消するため医学校を増設すれば、6年後に卒業生が生まれ、更に数年後に一人前の医者が送り出される。調整のためのタイム・ラグは長いのである。医者が供給過剰になった場合、もし競争条件が維持され、他の分野における調整と同一の調整が医者についても起るとすれば、供給の増加は価格の低下をもたらす。医者の所得低下を通じて、医者志願者の減少、医者数の減少という順序の調整プロセスが起る。しかし大学学部の調整プロセスには長い時間を必要とするであろう。過去においても、蚕糸や鉱山の学部が他の分野に衣替えするのに長期間を必要とし、短期間に調整されたのは敗戦にともなう陸海軍学校、工学部の造兵学科、火薬学科、航空工学科等であった。そして調整に時間がかかることは、その間に需要と供給の不均衡が長期にわたって存在し、不均衡をもたらすギクシャクした社会、経済状態が継続すると考えられる。

厚生経済学の基本定理を復習してみよう。何等かの原因で供給が増えると、供給側の競争によって価格は低下する。価格の低下は収益悪化をもたらすから、生産要素（労働、資本等）を当該商品の生産に投入することは差控えられ、他の良好な収益をもたらす財貨サービスの生産のために振向けられる。そのような財貨サービスは需要の多いものであるから、かくして競争

は無駄のない経済状態（パレート最適）を作り出す。

以上は即時に調整が行われる場合である。調整に一定の時間がかかるのは、農産物はその代表的な例である。栽培に時間のかかる農産物はそれだけ調整に時間がかかり、不均衡の状態が継続する。畜産物においてこの傾向は著しい。このため豚肉等はその市況が乱高下する。この市況のサイクルはピッグ・サイクルと呼ばれるが、不均衡が継続すると市況は著しく軟化する。しかし冷凍技術の進歩と冷凍倉庫の発達はこのサイクルをなくす方向に働く。物の場合は貯蔵できれば不均衡をある程度平準化できるが、サービスの場合は貯蔵が一般にはきかないため、平準化はできない。この場合は価格の長期的低落が起るであろう。

2. 価格と質

医療における主体性は医者にあるから、医療の諸問題のかなり多くの部分は供給側である医者サイドにある。もちろんむやみと受診する患者や退院に同意しない老人患者等の存在のように、需要サイドの問題はあるけれども、やはり医療の主体性は医者にあり、そしてその事実の裏返しとして、医療の問題の多くは医者サイドにあると思われる。医療の主体を握る医者の増大は、医者の資格を持ちながら診療に従事しない者、あるいは医学部の卒業生で医者にならない者への転化が十分に行われない限り、医療自体に質的变化を起す可能性がある。

医者の専門医志向が強まり、1人の患者に対して多勢の専門医がそれぞれの専門分野について診療を行い、かつ総合能力に優れた医者が専門医の臓器別診療を総合できれば、医療プロパーの立場から見て、「十分な診療が行われた」ということになろう。この考え方は「医者は多ければ多いほど良い」という意見につながる。

この主張は「他の条件が不変ならば」という但し書が付く。本当に「医者は多ければ多いほど良い」のだろうか。国民生活は第1次的には衣食住によって支えられる。国民の健康を守るのは、第1次的には衣食住である。国民の衣食住は不完全かつ不十分である。また、衣食住を支える職場も不十分かつ不完全である。国民生活は、まず生産が行われ、生産物の価値が人々に分配されて所得となり、所得が消費されて生活が営まれる。生産及び消費（主に衣食住）が不十分かつ不完全であるとき、医療も又他の分野と比較して均衡を失しない程度に保持される必要がある。

最近の例で言えば、川合病院のように、きわめて稀な疾患に関する検査も大部分の外来患者に対して実施し、「当該疾患ではない」というデータをとれば診療は完璧に近づく。もしこのような検査がさして大きな金額的、労力的、精神的負担なしに可能ならば保検診療として許さ

れるであろう。しかし限界を超えて高価になる場合には、庶民の衣食住が不十分かつ不完全なとき、医療が何故「完璧」であるべきかは説明されなければならないはずである。患者側も納得の上、自由診療で「完璧」な医療が行われるのであれば、その患者は他の衣食住等の消費を自分の選好に従って選択せず、完璧な医療を本人の意志で選択したのであるから、それはそれでよいと思われる。

医療は庶民のくらしに必要な不可欠なもの1つであるが、唯一のものではない。従って公的保険制度によって供給される医療には、自ら国民生活全般のバランスからみて適切な限界があるのは当然と考えられる。医者の増加が医療供給体制に影響を与え、適切と思われる限界をもし超えることがあれば、いずれは摩擦が生じ、トラブルの原因となるであろう。

3. 医療保険制度

医療に関する提言等において、しばしば指摘されるのは「医療費」問題としての医療保険の問題である。医療費の認定及び支払いの方法としての医療保険制度は、もし需要及び供給側にモラル・バザードがなければ、あまり大きな問題ではない。従って、医療保険制度に関する提言がきわめてしばしば取り上げられるのは、保険制度を通じて需要及び供給側のモラル・バザードの防止をねらうものが多いのである。

医療保険制度が医療問題でしばしば取上げられるのは、医療費の支払い方法である保険制度が、支払いの前提となる医療費の認定を診療報酬点数表によって行っており、かつ被保険者に対しては一部負担があり、この両者が価格機能を背負わされているためである。一般的に、財貨市場において需要と供給を調整するのは市場で成立する自由価格であり、価格形成機能こそは供給を調整して、経済をパレート最適に導く主役なのである。先に述べたように、医療は完全競争の条件を満し難しい要因が多い。だからといってあまりにも統制色の強い制度に偏りすぎるのも問題であって、なるべく統制色を弱めることのできる分野があるなら、できるだけ統制しないですませた方がよいのである。統制されすぎた米価の矛盾がますます近年増大していることは、良い反面教師の1つである。

医療保険制度の統制色を弱める、調整機能を少しでも復活させる1つの方法は、保険診療か自由診療かのオール・オア・ナッシングの選択を弱めることであろう。過度に統制を強めるならば、それは英国式の国営医療化につながるが、日本において「国営化」は親方日の丸の国鉄の二の舞を演じる恐れがある。民営ですらうまく行かないものが、国営でうまくいくかどうかは疑しいと思われる。

統制をできるだけ弱めるのは、おそらく医者養成の分野でも実施されるべき路線であろう。自由な競争と自然淘汰は厳しい優勝劣敗をもたらすが、もしその過程を通じて良貨が悪貨を追い払う自浄力が発揮できるならば、自由な競争をする土俵作りまでが政策の限界として支持されよう。医者の養成とたくまざる研修は医療の基本であるが、単に医者が増える、という事実もさることながら、どのような医者が増えるのか、そしてどのような医者が競争に勝って生き残るのかが、最も重要な点である。生き残れなかった者の救済には、十分に注意して、米や国鉄の二の舞にならないような手を打つ必要があるだろう。いずれにせよ、価格機能の調整メカニズムは厳しい側面を持つが、良い点は十分活用しなければ、今後はやっていけない時代が来るかも知れない。

4. 負担の増大

このところ出生率の低下現象は続いており、1980年はついに合計特殊出生率が1.74児まで低下した。厚生省年金局の発表した1980年財政再計算結果によれば、厚生年金の老齢年金支給開始年齢を65歳に引き上げても、厚生年金の給付費を分子、標準報酬総額を分母とする比率は2025年において4割前後に達すると見込まれている。この推計は1975～1980年の死亡率を前提としているが、死亡率の低下は将来なお見込めること、合計特殊出生率2.1児の前提は大きすぎるのではないかと思われる点を考慮すると、支給開始年齢を65歳に引きあげてもなお比率は4割前後ではすみそうにないと考えられる。合計特殊出生率を1.65児とみ、死亡率を1978年安川誰計で概算すると、比率は厚生年金だけで5割前後に達する。

厚生年金給付費が標準報酬の5割に達するとすれば、さらにその上に医療保険負担と所得税、県民税及び市町村民税負担を上乗せする余地はあまりない、と見るのが適当だろう。要するに、国民医療費の今後の増大に対しては大いなる抵抗が起ることが予想されるのである。年金負担は人口構造の老齢化現象の進行とともに重くなることは不可避であり、かつ年金給付費は租税や医療におけるほどにはブラック・ボックス部分が少いため、人々にまだしも受け入れられ易いであろう。今後の負担の増大は厳しさを増し、そして厳しさを増すにつれて政府支出や医療費に対する批判は激化するだろう。医療費の増加は、そう容易に受け入れられなくなるにちがいない。

5. 医者の増加の影響

医者が医療に主体性を持つことは、医療の諸問題の多くが医療供給側の問題であることを意味することは、前述の通りである。そこで医者数の増大は医療の供給に大きな影響を与え、場合によっては医療の質的变化をもたらすかも知れない。川上武氏によれば、「現代は医者の黄金時代」であり、「エリート医師や金権医師が出現し、医学生の中には、医学生になることによって、他の人とは違った人間であるような気持ちになる者もいる」現状であるという。数において増大した医者が従来と同じ分け前を要求すれば、国民医療費は上昇せざるを得ない。しかし国民医療費の対GNP比をこれ以上増大させる余地は、もうあまり残されていない。

医者の供給が増大すれば、医者1人当りの分け前が減少するのは経済法則である。しかし川上氏によれば「医学生の中には高所得にひかれて医学部に入った者もいる」から、そのような人々は期待を裏切られるであろうが、そのような人々がもし所得の増大を図るとすれば、医療そのものの中身が歪むおそれがある。

付随的なことであるが、医者の分け前が減少してくると、私立医大で経営困難が発生する可能性がある。1978年度の国立大学の計算では、法学部、経済学部の学生1人当り年間経費は54万円前後、医学部では学生1人当り年間経費は650万円前後であった。1人の学生が卒業するまでに要する学校側の経費は法・経学部で220万円位、医学部で4,000万円弱となる。このコストの調整が診療に影響を与えないことが期待される。

医療の質は、医者の質に決定的に依存する。医者の質は医学校の入学者の選抜システム・医学教育、医療制度に深くかかわっている。従って一朝にして改めることのできるようなわけのものではない。将来の医療を決めるものは現代の医学教育のあり方である。今後ともこれ等について社会保障全般にかかわる問題として、広く議論を積重ねる必要があると思われる。我々の行った研究と論議は、これから行わなければならない幅広い論議のたたき台の1つとなるであろう。

医・歯学部の研究

市 川 洋

医療供給の主体は医者であるから、医者の養成は医療の将来に重大な影響をもたらす。文部省の「学校基本調査」(指定統計第13号)、受験界を中心とする医・歯学部の教育サイドの主要データをここにまとめて集録し、医者の養成、将来の医者・歯医者数増大問題等の研究者に情報を提供することとしよう。

1. 入学定員

第1表および第2表に、医学部および歯学部の具体的な名称および入学定員を示す。これは進学課程の入学定員であるので、三年次の専門過程編入については、注にあるように大阪大学が医学部および歯学部について20名づつ増員しているので考慮に入れる必要がある。第1表からわかるように、医学部入学定員の本格的な増大が始まったのは昭和45年以降のことである。

医・歯学部の設立状況を第3,4表に示す。このうち、広島大学、鹿児島大学は昭和29,30年に公立から国立に移管となり、さらに岐阜、神戸、山口の各大学は昭和39年に、三重は昭和47年に国立に移管になっている。そして既設大学の入学定員増はあったものの、昭和44年までは医学部の新設はなかった。歯学部については昭和36年以降少しずつ新設が行われている。公立の医学部および歯学部の新設は昭和25年以降全くない。

医学部の本格的な新設が始まったのは昭和45年である。国立の秋田大、私立の北里大、杏林大、川崎医科大が新設され、その後昭和49年の東海大、近畿大まで私立医学部の新設が行われた。国立は一県一医大が昭和48年に始まり、昭和56年の琉球医科大で終了している。私立の産業医科大学は特殊な大学であるから、実質的な私立医大の新設は昭和49年で終わっているといえよう。

歯学部は、第4表に示すようにもともと私立依存型であるが、昭和35年には国立2校、公立1校、私立4校のわずか7校にすぎなかった。歯学部が昭和36年の愛知学院大を皮切りに新設され始め、2倍を超える15校になったのは昭和42年であって、たった7年で学校が2倍になったわけである。昭和47年には3倍の21校となり、昭和55年には学校数では4倍を超える29校になった。

医学部および歯学部は、学校の新設だけでなく、既設校の定員増も行われ、結局入学定員は

第1表 医学部入学定員・学校別

(人)

大学	昭和	30	35	40	45	50	56	大学	昭和	30	35	40	45	50	56
北海道		80	80	100	100	120	120	札幌医科		60	60	80	80	100	100
旭川医科						100	120	福島県立医科		40	40	60	60	80	80
弘前		60	60	60	100	120	120	横浜市立		40	40	40	60	60	60
東北		80	80	100	100	120	120	名古屋市立		40	40	60	60	80	80
秋田					80	80	100	京都府立医科		80	80	100	100	100	100
山形						100	120	大阪市立		40	40	60	60	80	80
筑波						100	100	奈良県立医科		40	40	60	60	60	100
群馬		60	60	60	80	100	100	和歌山県立医科		40	40	60	60	60	60
千葉		80	80	100	100	120	120	公立計		580	580	580	620	620	660
東京		80	80	100	100	100	100	岩手医科		60	60	80	80	80	80
東京医科歯科		40	40	60	80	80	80	自治医科						100	100
新潟		80	80	100	100	120	120	独協医科						100	100
富山医科薬科							100	埼玉医科						80	100
金沢		80	80	100	100	120	120	北里					100	120	120
福井医科							100	杏林					60	100	100
山梨医科							100	慶応義塾		80	80	100	100	100	100
信州		60	60	60	80	100	100	順天堂		40	40	60	60	80	90
岐阜		40	40	60	60	80	80	昭和		60	60	80	100	120	120
浜松医科						100	100	帝京						100	120
名古屋		80	80	100	100	100	100	東海						80	110
三重		40	40	60	80	100	100	東京医科		60	60	80	100	120	120
滋賀医科						100	100	東京慈恵会医科		80	80	100	100	120	120
京都		80	80	100	100	120	120	東京女子医科		40	60	60	80	100	100
大阪		80	80	100	100	100	100	東邦		40	40	60	60	80	100
神戸		80	80	80	100	120	120	日本		80	80	100	100	120	120
鳥取		60	60	60	100	120	120	日本医科		80	80	80	100	100	100
島根医科							100	聖マリアンナ医科						100	100
岡山		80	80	100	100	120	120	金沢医科						100	100
広島		40	40	60	100	120	120	愛知医科						100	100
山口		40	40	60	80	120	120	名古屋保健衛生						100	100
徳島		60	60	60	100	120	120	大阪医科		60	60	80	80	100	100
香川医科							100	関西医科		40	40	60	80	100	100
愛媛						100	120	近畿						100	100
高知医科							100	兵庫医科						100	100
九州		80	80	100	100	120	120	川崎医科					100	100	120
佐賀医科							100	久留米		60	60	80	100	120	120
長崎		80	80	100	100	120	120	産業医科							100
熊本		80	80	100	100	120	120	福岡						100	100
大分医科							100	私立計		780	800	1,000	1,400	2,820	3,040
宮崎医科						100	100	合計		2,820	2,840	3,560	4,380	7,100	8,340
鹿児島		40	40	60	100	120	120								
琉球							100								
防衛医科						80	80								
国立大計		1,460	1,460	1,980	2,360	3,660	4,640								

注) 大阪医学部の第3年次定員が50年度から100人→120人となった。

第2表 歯学部入学定員・学校別

(人)

大学	昭和	30	35	40	45	50	56
北海道					40	40	80
東北				40	40	40	80
東京医科歯科		60	60	80	80	80	80
新潟				40	40	40	80
大阪		30	30	40	60	60	60
広島				40	40	40	80
徳島							60
岡山							80
九州					40	40	80
長崎							80
鹿児島							80
国立計		90	90	240	340	340	840
九州歯科		80	120	120	120	120	120
公立計		80	120	120	120	120	120
東日本学園							120
岩手医科				80	80	80	80
東北歯科						120	120
城西歯科					120	120	160
昭和							120
東京歯科		120	120	120	120	120	160
日本		120	120	120	120	120	160
日本松戸歯学部						120	160
日本歯科		120	120	120	120	120	160
日本歯科新潟歯学部						120	120
神奈川歯科				100	120	120	160
鶴見					80	120	160
松本歯科						120	120
岐阜歯科						120	160
愛知学院				120	120	120	160
大阪歯科		120	120	120	120	120	160
福岡歯科						120	120
私立計		480	480	780	1,000	1,760	2,400
合計		650	690	1,140	1,460	2,220	3,360

注) 大阪大学歯学部の第3年次入学定員が、56年度から60→80人となった。

第3表 医学部設立状況

昭和	国 立	公 立	私 立
25 以前	北海道 弘前 東北 群馬 千葉 東京 東京医科歯科 新潟 金沢 信州 岐阜 名古屋 三重 京都 大阪 神戸 鳥取 岡山 広島 山口 徳島 九州 長崎 熊本 鹿児島	札幌医科 横浜市立 福島県立医科 名古屋 市立 大阪市立 京都 府立医科 奈良県立医 科 和歌山県立医科	岩手医科 慶応義塾 順天堂 昭和 東京慈恵会医科 東京医科 東京女 子医科 東邦 日本 日本医科 大阪医科 関西医科 久留米
45	秋田		北里 杏林 川崎医科
46			帝京 聖マリアンナ医科
47			自治医科 埼玉医科 金沢医科 福岡 愛知医科 名古屋保健衛生 兵庫医科
48	旭川医科 山形 愛媛		独協医科
49	筑波 浜松医科 宮崎医科 防衛医科		東海 近畿
50	滋賀医科		
51	富山医科薬科 島根医科		
53	高知医科 佐賀医科 大分医科		産業医科
55	福井医科 山梨医科 香川医科		
56	琉球医科		

第4表 歯学部設立状況

昭和	国 立	公 立	私 立
25以前	東京医科歯科	九州歯科	東京歯科 日本 日本歯科
	大阪		大阪歯科
36			愛知学院
39			神奈川歯科
40	東北 新潟 広島		岩手歯科
42	北海道 九州		
45			城西歯科 鶴見歯科
46			松戸歯学部(日本) 岐阜歯科
47			東北歯科 新潟歯学部(日本歯科)
			松本歯科
48			福岡歯科
52	徳島		昭和
53	鹿児島		東日本学園
55	岡山 長崎		

第5表 医・歯学部入学定員

(人)

昭和	医 学				歯 学			
	国立	公立	私立	計	国立	公立	私立	計
35	1,460	580	800	2,840	90	120	480	690
36	1,460	580	800	2,840	120	120	560	800
37	1,460	580	840	2,880	120	120	560	800
38	1,520	720	860	3,100	120	120	600	840
39	1,720	560	960	3,240	120	120	700	940
40	1,980	580	1,000	3,560	240	120	780	1,140
41	2,140	600	1,080	3,820	260	120	780	1,160
42	2,140	600	1,120	3,860	340	120	780	1,240
43	2,220	620	1,140	3,980	340	120	800	1,260
44	2,280	620	1,140	4,040	340	120	800	1,260
45	2,360	620	1,400	4,380	340	120	1,000	1,460
46	2,400	640	1,680	4,720	340	120	1,240	1,700
47	2,620	580	2,400	5,600	340	120	1,600	2,060
48	3,040	580	2,580	6,200	340	120	1,720	2,180
49	3,540	600	2,780	6,920	340	120	1,720	2,180
50	3,660	620	2,820	7,100	340	120	1,760	2,220
51	3,860	620	2,920	7,400	400	120	2,100	2,620
52	3,860	660	2,940	7,460	520	120	2,220	2,860
53	4,180	660	3,040	7,880	640	120	2,400	3,160
54	4,240	660	3,040	7,940	680	120	2,400	3,200
55	4,540	660	3,040	8,240	840	120	2,400	3,360
56	4,640	660	3,040	8,340	840	120	2,400	3,360

注) 防衛医大を含む。

第5表の通り増加した。昭和35年から56年までの21年間で、医学部入学定員は2840人から8340人へ2.9倍となり、歯学部入学定員は690人から3360人へ4.9倍となった。医学部については、国立が1460人から4640人へと3.2倍、公立は微増、私立は800人から3040人へ3.8倍になっており、増大の主力は倍率では私立であるが、人員では国立3180人、公立80人、私立2240人で国立が大きなウェイトを占めている。歯学部については、国立は90人から840人へと3.7倍、公立は変化なく、私立は480人から2400人へときっかり5倍になっている。人員では国立が750人、私立が1920人で倍率、人員ともに増加の主力は私立であった。

1校当りの入学定員も増加している。医学部については、昭和20年代において国立の入学定員は最大80人、最少40人であり、公立は京都府立医大が昭和24年に120人であった入学定員を昭和25年に80人に減らした外はすべて40人であった。私立は昭和24年から昭和25年にかけて、慶応義塾大が160人から80人へ、東京慈恵会医科大が160人から80人へ、日本大学が100人から80人へ、日本医科大学が160人から80人（昭和26年）へと減らした結果、昭和26年から昭和38年まで、1校の入学定員は80人止りであった。昭和38年に、慶応大、東京慈恵会医科大、日本大が定員を100人に増員して、100人医大が出現する。国立は昭和40年に北海道、東北、千葉、東京、新潟、金沢、名古屋、京都、大阪、岡山、九州、長崎、熊本の13校が定員を100人に増員した。その後も定員増は続き、医科では1校120人が最大定員になったが、現在定員120人の学校は、北海道、旭川医科、弘前、東北、山形、千葉、新潟、金沢、京都、神戸、鳥取、岡山、広島、山口、徳島、愛媛、九州、長崎、熊本、鹿児島、北里、昭和、帝京、東京医科、東京慈恵会医科、日本、川崎医科、久留米の国立20校、私立8校の計28校である。国立は半分の学校が定員120人になっている。

歯学部については、戦後の増加のすう勢は著しい。昭和24年には歯学部はわずかに6校で入学定員は600人であった。東京医科歯科大（国立）40人、九州歯科大（公立）80人、東京歯科大、日本大、日本歯科大、大阪歯科大（いずれも私立）各120人である。その後昭和25年に東京医科歯科大が定員を40人から60人に増員し、大阪大が新設されて定員30人で発足し、入学定員650人となった。昭和35年に九州歯科大が定員を80人から120人に増員して入学定員は690人となった。その後第4表のように歯学部の新設が行われたが、昭和51年および昭和53年の定員増は大きかった。城西歯科大、東京歯科大、日本大、日本大・松戸歯学部、日本歯科大、神奈川歯科大、鶴見大、岐阜歯科大、愛知学院大、大阪歯科大の10校が定員160人を実現した。卒業生数の増大も間近である。

なお、参考のため第36～39表に医・歯学部の大学別入学定員の推移を示しておく。

注：第1表、第3表は、昭和52年分までについては、

医学教育研究会「医学教育機関要覧」

ぎょうせい「医師養成関係資料」

による。他の部分は主として受験関係資料による。

2. 受 験 界

川上武氏によれば、「現在は医者⁽¹⁾の黄金時代である」から、受験界における医学部のランクもそれに⁽¹⁾応じて極端に高くなっている。第6, 7表に昭和56, 55年の受験前に受験界で作成された国公立大学の共通一次目標値による受験ランキングを示す。私立大学については共通一次がないので、予備校の成績を基にした偏差値による受験ランキングを第8表に示す。ただし、私立大学においては医・歯系各校が英・数・理の試験科目をだいたい課しているのので、この課目を同様に課している工学部とも比較を行った。

受験界は非情な世界である。したがって美辞麗句や建前論、虚構は不要であり、ズバリ本音しか通用しない。そして本音の世界では各大学の学部・学科が精密に共通一次の値あるいは偏差値によってランク付けされ、整理されている。第6, 7, 8表は受験ランキングを露骨に示したものである。

第6表によれば東京大学理Ⅲ（医学部）の難しさは極端である。共通一次の目標値900点という値はかなり異常であって、よほど特殊な人が東大と京大の医学部に入学していることになる。医学部（国公立）は最低でも共通一次目標値780を必要とし、難関であることに変わりはない。昭和55年度分予想値のランキングはだいたい56年と似ており、あまり大きな変動は見られない。ただし、上位の東大理Ⅲ、京大、阪大医、医科歯科医、九大医、名大医あたりと東大文Ⅰ（法学部）との差が広がっている。第6表は関東中心、第7表は関西中心のデータであり、地域差も含まれている。

第6表の示す旧帝国大学系の医学部の難かしさは異常である。このため、一部受験エリートの間では、本人が医者に向いているか向いていないかに無関係に、単に東大医学部が最難関であるという理由によって、そこにチャレンジする者が現われている。これは受験オリンピックとでもいうべき現象であろう。そこでこの受験オリンピックに勝抜いたエリートが東大出の医者になる。川上氏によれば、「このことが長所として働くかといえば、必ずしもそうではない。青年医師が非常に特権化してくる。ひどい場合には、医学生になることによって、すでに自分は他の誰ともちがうような感じをもってくる。」「医師への道の選択は医学研究・医療への人間的関心というよりは、医者になれば社会的経済的地位が高いということだけが選択基準になっ

第6表 国公立大学受験ランキング(昭和56年度分子予想値)

共通1次 目標値	医学部	歯学部	その他
900	東京・理3 京都・医		
890	東京医歯・医 九州・医		
880	大阪・医 名古屋・医		
870	東北・医		東京・文1 京都・法
860	神戸・医		東京・文2, 文3 京都・経, 文
850	千葉・医		東京・理1 京都・理, 工(電)
840	北海道・医 新潟・医 筑波・ 医 京都府立医科		
830	広島・医 徳島・医 信州・医 金沢・医 岡山・医 熊本・医 横浜市立・医 札幌医科		東京・理2 一橋・法 京都・工(機, 航, 建) 大阪・文, 法, 理(数, 物) 東北・ 文, 法
820	大阪市立・医 岐阜・医 群馬・ 医	大阪・歯 九州・歯	京都・工(合化) 大阪・経, 理(生), 工 (電) 一橋・経, 商, 社 九州・法 名古屋・理 東北・理(物)
810	三重・医 長崎・医 弘前・医 浜松医科 高知医科 香川医科 佐賀医科 福井医科 名古屋市 立・医 奈良県立医科 和歌山 県立医科	東京医歯・歯 東北・ 歯	京都・工(土木) 大阪・工(応化) 東京 工業・5, 6類 東北・経 名古屋・文, 法, 理 九州・文, 理(数, 物)
800	鳥取・医 秋田・医 山口・医 山梨医科 滋賀医科 大分医科 鹿児島・医 福島県立医科	新潟・歯	大阪・理(化), 工(機, 精) 東京工業・1, 4類 東北・理(数) 京都・工(金, 石化) 名古屋・工(空) 九州・経, 理(化, 生)
790	富山医科薬科・医 山形・医 宮崎医科	北海道・歯	京都・工(資源) 大阪・工(土, 建) 東北・理(化, 地), 工(建) 名古屋・経, 工(建) 九州・工(建)
780	島根医科 旭川医科 愛媛・医 琉球・医	徳島・歯 岡山・歯 広島・歯	大阪・工(石化, 金材, 冶金), 基工(機) 東京工業・3類 東北・工(電) 名古屋・工(機) 九州・工(機, 空)
770		長崎・歯 鹿児島・歯	大阪・基工(化工, 合化) 東京工業・2類 名古屋・工(応化, 土木)
760		九州歯科・歯	大阪・工(船) 名古屋・工(金属) 東北・工(土木, 機, 資源, 化)

第7表 国公立大学受験ランキング(昭和55年度分予想値)

1次最低	医 科	歯 科	そ の 他
910	東京・理3 京都・医		
880	大阪・医 九州・医		東京・文1
870	東北・医 東京医歯・医 名古屋・医 北海道・医		東京・文2, 理1 京都・法, 理
860	神戸・医 岡山・医 千葉・医		東京・文3, 理2 京都・文, 経, 電気
850	金沢・医 京都府立医科 大阪市立・医		
840	筑波・医 岐阜・医 三重・医 浜松医科		東京工業・1類 一橋・法 大阪・文, 法
830	新潟・医 徳島・医 山口・医 熊本・医 長崎・医 群馬・医 鹿児島・医 島根医科 富山医科薬科 佐賀医科 名古屋市立・医 奈良県立医科 横浜市立・医	九州・歯 大阪・歯	東京工業・5類 九州・法 大阪・経 東北・法
820	弘前・医 秋田・医 信州・医 札幌医科 大分医科 鳥取・医 和歌山県立医科 福島県立医科	北海道・歯	東京工業・4類, 6類 一橋・社会, 経, 商 大阪・物理 東北・数
810	滋賀医科 旭川医科 山形・医	東北・歯 東京医科歯科・歯 鹿児島・歯	東京工業・2類 名古屋・文, 法, 理, 建築 大阪・建築 九州・文, 数, 物, 薬, 電 東北・文, 経
800	高知医科 愛媛・医 宮崎医科	広島・歯 新潟・歯	東京工業・3類 名古屋・経 九州・教育, 経 東北・電気系
790		徳島・歯 九州歯科	

第8表 私立大学受験ランキング(昭和56年度分子想値)

目 標 偏 差 値	医 科	歯 科	そ の 他
74	慶応		
68	自治医科 産業医科		
67	日本医科		
66			
65	大阪医科		早稲田・電子通信
64			上智・数学物理
63	昭和		早稲田・電気 東京理科・数学
62	東京医科		早稲田・建築
61			慶応・理工 上智・電気電子
60			上智・機械 早稲田・機械 津田塾・数 学
59	東京慈恵会医科 関西医科		学習院・物理 同志社・機械系
58	順天堂 日本		立教・数学 東京理科・機械 立命館・ 土木
57	東邦 久留米		上智・化学 中央・数学 東京理科・電 気
56	岩手医科 北里 東海 東京女 子医科 近畿		中央・物理 立命館・機械 関西・建築
55	独協医科 兵庫医科 福岡	日本	青山学院・物理化学 東海・数学
54	聖マリアンナ医科 名古屋保健 衛生	岩手医科 東京歯科	立教・化学 立命館・化学 中央・電気
53		昭和 日本松戸 大阪歯 科	名城・数学 成蹊・電気 東京電機・電 子
52	埼玉医科 帝京 愛知医科 川 崎医科	日本歯科 神奈川歯科 岐阜歯科	甲南・理 関西・土木 明治・工業化
51	杏林 金沢医科	愛知学院	東京電機・数理 工学院・電気
49		城西歯科 鶴見	神奈川・電気 神奈川・応化
47		東北歯科 日本歯科新潟	東海・化学 関東学院・電気
46		福岡歯科	東邦・化学 工学院・化学工
45		松本歯科	玉川・電子 近畿・建築
44		東日本学園	城西・化学 日本・電気

ているから、ひどく営利化と結合しやすい。そういうことを考えると、これから出てくる医師は、特権化がすすむ」という。⁽²⁾

医学部と比較すると、歯学部のランクはかなり低い。しかも歯学部の入学定員増は大幅になっている。もっとも、歯学部のランクの低さは医学部と比較してのことであって、他の文学部、理学部、工学部と比較するとずい分高い。第6表で注目すべきことは、法学部のランクが高くなって来ており、工学部のランクの低下傾向が著しいことである。旧帝国大学系の法学部、そしてそれより1ランク下の経済学部は、各大学とも理学部および工学部より上にある。共通一次目標値で800点を割る所は、第6表では工学部に集中している。

一般的にランクが低いのは、工学部、農学部、教育学部であるが、この所教育学部はもり返している。工学部でも電気、電子、通信系は目標値が高く、化学、船舶、土木が比較的ランクが低い。この傾向は最近著しいように思われる。

第8表は私立大学のランクである。医科と歯科の偏差値の差は国立よりも大であり、昭和45年以降に新設された私立歯科大で偏差値が50を上廻っているのは昭和大、松戸、岐阜歯科大の3校だけであって、あとの7校は40台に止まっている。(この傾向は国公立においても大体似ているが、私立において著しい。) 歯科のランクの低いこと以外については、傾向は国公立と類似している。

医学部に全国の受験エリートが殺到する状況はまともとはいえない。しかし、この点は改善に向いつつある。昭和56年の東京大学の入学について、入学辞退者が9人あった。4人は慶応大医学部へ、5人は防衛医大へ進学した。東大入学辞退者は、昭和51年に49人もいて、この年がピークであった。その後減少して昭和54年15人、昭和55年15人、そして昭和56年にはついに1桁となった。東京大学入学辞退者は全部他大学の医学部進学者であり、昭和51年にはいわゆる「駅弁大学」医学部進学者が見られたが、昭和56年は慶応大と防衛医大だけとなった。いずれも高額な寄付金のいらぬ大学である。傾向として「何が何でも医学部」という受験生の志向は変化してきたと言えよう。そしてそれは望ましいことである。医者に向いていて、人間的な学生が医学部に進学するのでなければ、医療全体がひずみをもつこととなろう。この意味から言えば、受験エリートは医者に向かない場合もあるのではなかろうか。

昭和53年度の国民医療費の対国民総生産比は4.7%である。産出額は農林水産業15兆円、食品製造業25兆円、化学14兆円、一次金属(鉄鋼等)28兆円、一般機械18兆円、電気機械16兆円、輸送機械(自動車等)20兆円、その他製造業23兆円、建設業45兆円等となっている。これに対し国民医療費は10兆円である。国民の健康を守るために、医療は不可欠だけれども、国民の健康を第1次的に守るのはいうまでもなく「衣・食・住」である。国民の衣食住を守るには、衣

料、食料、エネルギーの原料の輸入が必要であり、輸入を確実に行うためには国内産業が国際競争力を十分もっていて、輸出で外貨をかせぐことが不可欠である。そのためには自動車、エレクトロニクス、鉄鋼等の輸出産業が活力をもっていなければならない。

国民が食べてゆけるためには、先進的な製造業が健全で、優秀な若者がこれら産業にどんどん参入することが必要である。理学部および工学部の人気低下は好ましい現象とは言えない。日本経済・社会が健全に発展し、高齢化社会をのりきるためには、文学、法律、経済、経営、教育、農学、工学、理学、医学等々の分野がバランスよく進歩する必要がある、そのためには日本の優秀な人材、頭脳がこれらの分野にバランスよく配分されねばならない。現在のように医学部だけが受験エリートを独占する傾向は、日本全体の頭脳構造をいびつにするとともに、医療そのものがゆがんでしまう結果をもたらすであろう。

東京大学入学辞退者が漸減の方向にあることはさきに述べた。これは受験界の指導も影響している。医・歯学部の入学生数の大幅増にかなり早くから注目したのは受験界であった。受験生は「現在は医者黄金時代」であることに気をとられ、入学生数の大幅増が将来どのような結果をもたらすか、という情報に乏しい。受験界でも医学部志望のトップクラスの集まる有名予備校においては、現在の医者黄金時代はいつまでも続くわけではないこと、そのうちに医者数は非常な勢いで増加すること、そして将来は法学部が有望であることの指導を始めたのは5年以上も以前のことであった。おそらくこの予想はあたるだろうし、すでに第6、7表から分るように、法学部の目標値はかなり高くなっている。

注：(1) 川上武 「80年代の医療問題中—医師過剰時代の到来と対応策—」社会保険旬報 No.1353 昭和56年3月

(2) 同上

(3) 市販されているランキングには、例えば次のようなものがある。

「昭和56年度大学入試 難易度ランキング」福武書店 昭和55年9月

「『私大進学』編集部編 私大ランキング」ライオン社 昭和55年11月

3. 医・歯学部の費用

学校基本調査（指定総計13号）では学校の学部別経費を国立および公立校について行っているので、昭和53年度経費およびその分析データを第9、10表に示す。経費は学生数、教員数に大きく関係するので、学生数を学部および大学院別に、教員数を教授、助教授、講師および助手別に、本務者のみ昭和53年5月の実績を示す。医・歯学教育に臨床教育は重要であり、付属

第9表 昭和53年度国立大学経費分析データ

	法学部	経済学部	理学部	工学部	歯学部	医学部			
						学部	付属病院	純計	
支出計(100万円)	5,549	11,253	40,925	102,983	8,761	68,920	84,900	153,820	
学生数(人)	学部	10,044	19,929	17,885	79,125	2,584	22,188	22,684	
	修士課程	220	268	2,577	9,156		36	36	
	博士課程	230	391	2,105	1,492	272	2,065	2,065	
	大学院小計	450	659	4,682	10,648	272	2,101	2,101	
	合計	10,494	20,588	22,567	89,773	2,856	24,289	24,785	
教員数(人)	計	486	834	3,095	8,020	740	5,086	4,042	9,128
	教授	233	360	838	2,285	138	1,166	47	1,213
	助教授	97	283	759	2,027	100	960	144	1,104
	講師	7	56	176	545	43	477	1,027	1,504
	助手	149	135	1,322	3,163	459	2,483	2,824	5,307

第10表 昭和53年度公立大学経費分析データ

	法学部	経済学部	理学部	工学部	歯学部	医学部			
						学部	付属病院	純計	
支出計(100万円)	904	3,076	3,648	7,405	1,490	16,977	8,788	25,765	
学生数(人)	学部	2,434	7,661	1,088	5,200	764	3,894	3,894	3,894
	修士課程	12	45	185	489	-	-	-	
	博士課程	10	64	158	98	61	335	335	335
	大学院小計	22	109	343	587	61	335	335	335
	合計	2,456	7,770	1,431	5,787	825	4,229	4,229	4,229
教員数(人)	計	92	247	318	698	125	1,700	162	1,862
	教授	50	115	65	159	23	264	3	267
	助教授	28	85	78	124	17	213	12	225
	講師	2	19	16	111	16	225	42	267
	助手	12	28	159	304	69	998	105	1,103

病院の経費のウェイトは大きい。しかし学校経費調査では付属病院経費を医科と歯科に分けていないので、便宜上付属病院経費を医科と合併することとした。したがって歯科の経費が若干低めに、医科の経費が若干高めにすることになる。

付属病院は経費が莫大にかかるが、病院収入もまた大である。国立大学付属病院においては昭和53年度経費は、2411億円、収入は1562億円あった。そこで差引き純経費として849億円を付属病院経費として第9表に計上する。公立大学付属病院では、総経費は547億円、収入は459億円、差引純経費は88億円である。第9表の医学部の学生数が、学部と付属病院で異っているのは、筑波大学医学専門学群の分が、学部経費には含まれず、付属病院経費には含まれているので、その分を調整したものである。したがって学部と付属病院の計欄に対応する学生数は空白のまま残されている。なお、大学本部等の全学部共通の経費は第9表から第12表までには含まれていない。

第9、10表の学部学生を分母とし、経費（支出）を分子とする学部学生1人当り経費とその内訳、および大学院を含めた学生1人当り経費を第11、12表に示す。（第9、10表では支出の内訳は省略されている。）第11、12表においては、付属病院は経費および収入を別々に計上し、差額に学部分を加えたものを計欄に掲げてあるが、大学院生も含めた場合については、経費から収入を控除した差引額の1人当りをカッコ内に表示してある。例えば、国立大学付属病院の学生1人当り経費は1063万円、収入は689万円、差引純経費は374万円となり、それに学部経費311万円を加えた685万円が学部と付属病院を通じた経費となる。

学生1人当り経費は国立、公立を通じて法学部、経済学部のいわゆる文科系は低い。次いで工学部、理学部、歯学部、医学部の順に高価になるが、公立校の理学部はきわめて高く、歯学部をも上廻っている。理学部は、数学、物理学、化学、生物学、地学、その他に分かれるが、「その他」は国立校においては学生数15%、公立校では32%で、特殊な学科構成になっているようである。なお、大学院生を多数かかえる理学部は、分母に大学院生を含めると学生1人当り経費はかなり低下する。国立、公立とも医学部の学生1人当り経費は600万円台であるが、これは経済学部学生の10人分の経費を上廻っている。歯学部はそれほど高価についていない。公立の場合、人件費は国立より高くなっている学部があるが、地方公務員の方が国家公務員よりも給与が高いためもあると思われる。ただし、文科系は国立の方が人件費は多い。これは、学生100人当り教員数、とくに教授が法学部、経済学部において国立の方が多いためであり、その実態を第13表に示す。

第13表に、学部学生100人当り教員数を示す。第9、10表の教員数を分子、学部学生数を分母とする比率（昭和53年）である。第13表の学生100人当り教員数と、第11、12表の学生1人

第11表 昭和53年度国立大学学生1人当り経費

(万円)

	法学部	経済学部	理学部	工学部	歯学部	医学部	付属病院	医学部・病院純計
合計	55	57	229	130	339	311	1,063	685
A 消費的支出	49	45	179	104	210	222	880	413
人件費	41	36	131	79	165	158	432	
教員給与	30	26	98	54	125	112	113	
職員給与	10	10	33	25	40	46	320	
その他	8	9	49	26	45	64	447	
B 資本的支出	7	11	50	26	129	89	183	
付属病院収入▲	-	-	-	-	-	-	▲ 689	
参考：大学院生も含めた場合の合計	53	55	181	115	307	284	(343)	626

第12表 昭和53年度公立大学学生1人当り経費

(万円)

	法学部	経済学部	理学部	工学部	歯学部	医学部	付属病院	医学部・病院純計
合計	37	40	335	142	195	436	1,405	662
A 消費的支出	35	36	294	128	145	386	1,299	506
人件費	28	27	224	94	102	289	562	
教員給与	24	20	183	76	71	206	34	
職員給与	4	7	41	18	32	83	528	
その他	7	9	70	34	42	97	737	
B 資本的支出	2	5	42	14	50	50	106	
付属病院収入▲	-	-	-	-	-	-	▲ 1,179	
参考：大学院生も含めた場合の合計	37	40	255	128	181	401	208	609

第13表 学生 100 人当り教員数(本務者のみ)

昭和54年 5 月

		法学部	経済学部	理学部	工学部	歯学部	医学部	付属病院	医学部と付属病院計
国立	計	5.0	4.2	17.0	10.1	26.7	55.0	18.4	73.4
	教授	2.4	1.8	4.7	2.9	5.2	12.7	0.3	13.0
	助教授	1.0	1.5	4.2	2.6	3.5	10.4	0.7	11.1
	講師	0.1	0.2	1.0	0.7	1.9	5.0	4.8	9.8
	助手	1.5	0.7	7.1	3.9	16.0	26.9	12.6	39.5
公立	計	3.8	3.3	29.1	13.4	16.2	43.1	3.9	47.0
	教授	2.0	1.5	5.8	3.0	3.5	6.6	0.1	6.7
	助教授	1.1	1.1	7.2	2.3	1.9	5.5	0.4	5.9
	講師	0.1	0.3	1.4	2.2	2.3	5.9	0.9	6.8
	助手	0.6	0.4	14.7	5.8	8.5	25.1	2.5	27.6
私立	計	1.1	1.2	4.3	3.3	19.2	44.8	1.2	46.0
	教授	0.7	0.7	1.8	1.2	3.1	6.1	0	6.1
	助教授	0.3	0.3	0.8	0.7	1.9	5.6	0.1	5.7
	講師	0.1	0.2	0.7	0.7	2.8	8.0	0.3	8.3
	助手	0	0	0.9	0.6	11.4	25.1	0.8	25.9

当り経費は当然のことながら並行的である。医学部学生100人当り教員数は、国立においては73人の多きに達する。公立でも47人であり、このレベルは私立でも46人と変わらない。歯学部は教員数は医学部と比較すると急激に低下するが、それでも他学部よりは多い。(公立の理学部は例外的に教育が29人と多い。)私立の文科系は学生100人に対して教員わずかに1人強であって、マスプロ教育になっている。私立の理学部、工学部が国立、公立の法、経済学部と同程度である。学生100人当り教員数でみると、医学部は法学部の14倍(国立)ないし12倍(公立)であるが、学生1人当り経費も類似傾向をもっている。

注：第9表から第13表までは、学校基本調査による。防衛医大を含まない。

4. 入学・在学・卒業

第14表に各年の医・歯学部入学者数を示す。各年の入学者数を第5表の入学定員と比較すると、昭和37年以降一貫して医学部、歯学部とも定員を超過する入学者があったことが分る。そしてこの定員超過は歯学部においてかなり大幅であった。医学部について検討すると、国立は必

第14表 入 学 者 数

(各年4月)

昭和	医 学 部				歯 学 部			
	計	国立	公立	私立	計	国立	公立	私立
37	3,065	1,498	653	914	967	126	139	702
38	3,329	1,561	773	995	1,043	117	144	782
39	3,384	1,808	575	1,001	1,158	129	142	887
40	3,791	2,012	603	1,176	1,443	240	146	1,057
41	4,142	2,214	616	1,312	1,639	267	146	1,226
42	4,162	2,222	640	1,300	1,827	344	146	1,337
43	4,370	2,367	636	1,367	1,826	328	146	1,352
44	4,331	2,275	653	1,403	1,854	335	137	1,382
45	4,686	2,307	634	1,745	2,139	321	122	1,696
46	5,075	2,368	664	2,043	2,642	331	123	2,188
47	6,104	2,571	587	2,946	3,143	326	120	2,697
48	6,398	2,681	594	3,123	3,302	334	120	2,848
49	7,114	3,218	605	3,291	3,035	324	120	2,591
50	7,475	3,528	632	3,315	3,066	338	120	2,608
51	7,704	3,819	621	3,264	3,014	388	120	2,506
52	7,630	3,797	674	3,259	3,302	503	120	2,679
53	8,197	4,135	667	3,395	3,365	618	120	2,627
54	8,219	4,199	684	3,336	3,373	688	120	2,565

ずしも定員超過とは言えず、昭和44年から50年まで、若干の欠員である。公立は昭和37年以降一貫して定員超過であるが、昭和37年の73名過員が最大で、昭和42年の40名をピークにその後低下し、昭和54年は24名、4%の過員となっている。

私立大学医学部は一貫して大幅定員超過であるが、昭和37年は定員840人に対して74人、9%の過員、昭和44年は1140人の定員に対して263人、23%の過員、昭和50年は定員2820人に対して495人、18%の過員、昭和54年は3040人の定員に対して296人、10%の過員で、過員状況は縮小傾向にある。昭和40年代中頃が定員超過のピークであり、定員増は、過員の後追いの色彩をおびていた。

歯学部については、定員超過はかなり極端である。国、公立はほぼ定員どおりの入学者があったが、私立歯学部においては、昭和37年定員560人に対して142人、25%の過員、昭和42年は780人の定員に対して557人、71%の過員、昭和46年は過員の割合がピークに達し、1240人の定員に対して948人、76%の過員であった。過員の人数そのものは昭和48年、定員1720人に対して1128人、66%の過員をピークに低下し、昭和49年は定員1720人に対して871人、51%の過員、そして昭和54年には定員2400人に対して165人、7%の過員と、過員率は1桁に収まるに到った。歯学部の定員増はまさに過員の後追いであったといえる。

第15表に、入学者の浪人状況を示す。一般学部については、国立、私立ともに現役67%前後、1浪25%前後、2浪6%弱、3浪1%強となっており、国立は1浪が多く、私立は現役が多いが、これは私立には付属高校をもっている学校があることも、若干は影響しているだろう。医・歯学部以外については、現役割合の低いのは法学部である。受験ランキングで法学部は難関であるが、難関は浪人比率が一般に高いようである。文学部、工学部は現役比率が高い。2浪以上の割合の高い所として、理学部が目立つ。医学部、歯学部の現役比率の低さは異常である。医学部の現役は3分の1に近く、歯学部も3割ないし4割台である。1浪が約3分の1、そして2浪が15%前後もある。一般的に国立に浪人が多く、私立に現役が多い傾向は、他学部と同様である。国立および公立の医・歯学部において、4浪以上が10%を超えているのは異常である。一般に浪人は一浪が限度で、2浪、3浪と重ねるにしたがってかえって学力は低下すると言われている。どんなに浪人しても、医・歯学部に入りたい学生が多いということであろうか。なお、第15表の学部計の欄は、すべての学部を含んでおり、従って医学部、歯学部も学部計欄に含まれている。計欄の浪人比率を押し上げているのは、医・歯学部である。

第16、17、18表に在学学生数を示す。文部省の統計においては、医学部と歯学部は修学年限6年であるため、データが明確に分けてあり、使いやすい。第16表の年次は、入学してから何年たっているかを示す。例えば4年次は専門課程に入ってから4年経過しているという意味であ

第15表 昭和54年度入学者数および浪人割合

(昼間部のみ)

	人員	現役	1浪	2浪	3浪	4浪以上	その他	
	人	%	%	%	%	%	%	
計	378,463	67.9	24.4	5.6	1.2	0.7	0.2	
国 公 私 立 計	文学部	43,988	74.8	19.9	4.0	0.9	0.2	
	法学部	30,057	56.3	34.0	7.6	1.4	0.2	
	経済学部	49,707	65.7	26.6	6.3	0.9	0.2	
	理学部	8,163	65.4	27.0	5.4	1.3	0.2	
	工学部	58,469	74.9	20.1	4.0	0.7	0.2	
	教育学部	22,503	73.5	21.7	3.6	0.8	0.1	
	計	80,926	66.1	25.7	5.2	1.4	1.4	0.2
国 立	文学部	1,294	70.5	24.7	3.9	0.5	0.2	
	法学部	1,897	61.8	33.8	3.5	0.5	-	
	経済学部	5,001	67.9	25.8	4.6	1.2	0.1	
	理学部	4,811	68.5	25.0	4.6	1.1	0.2	
	工学部	18,274	68.8	25.6	4.1	0.9	0.2	
	教育学部	19,884	74.5	21.0	3.3	0.7	0.1	
	計	287,617	68.9	23.9	5.7	1.1	0.5	0.3
私 立	文学部	41,149	74.9	19.7	4.0	0.9	0.2	
	法学部	27,759	55.8	34.1	7.9	1.4	0.2	
	経済学部	43,070	65.9	26.4	6.5	0.9	0.2	
	理学部	3,146	61.0	30.0	6.5	1.7	0.2	
	工学部	39,015	78.3	17.0	3.7	0.7	0.1	
	教育学部	2,619	66.0	26.4	5.7	1.5	0.4	
	計	8,116	36.0	30.9	14.8	7.2	10.9	0.3
医 学	国立	4,096	34.9	31.1	13.4	6.5	13.8	0.4
	公立	684	36.0	30.7	14.0	4.8	14.0	0.1
	私立	3,336	37.4	30.7	16.7	8.5	6.5	0.3
計	3,373	42.6	30.9	12.5	6.3	7.5	0.2	
歯 学	国立	688	36.3	29.8	14.7	8.0	10.6	0.6
	公立	120	36.7	34.2	14.2	3.3	11.7	-
	私立	2,565	44.5	31.0	11.8	6.0	6.5	0.2

第16表 昭和54年5月 学生数

(人)

			計	1年次	2年次	3年次	4年次
医学	計	進学	17,377	8,503	8,874		
		専門	31,925	8,327	8,116	7,587	7,895
	国立	進学	8,613	4,220	4,393		
		専門	15,140	3,931	3,853	3,644	3,709
公立	進学	1,402	700	702			
	専門	2,560	677	649	647	587	
私立	進学	7,362	3,583	3,779			
	専門	14,225	3,719	3,611	3,296	3,599	
歯学	計	進学	7,072	3,486	3,586		
		専門	13,038	3,561	3,203	3,153	3,121
	国立	進学	1,359	692	667		
		専門	1,551	476	395	361	319
公立	進学	251	122	129			
	専門	489	137	119	127	106	
私立	進学	5,462	2,672	2,790			
	専門	10,998	2,948	2,689	2,665	2,696	

第17表 医学部学生数

(人)

	計		国立		公立		私立	
	進学	専門	進学	専門	進学	専門	進学	専門
37	6,144	12,623	3,029	6,360	1,323	2,522	1,792	3,741
38	6,622	12,755	3,158	6,382	1,463	2,545	2,001	3,828
39	6,966	13,055	3,743	6,676	1,170	2,412	2,053	3,967
40	7,499	13,546	3,982	7,088	1,214	2,329	2,303	4,129
41	8,507	13,725	4,406	7,434	1,445	2,059	2,656	4,232
42	8,849	14,701	4,667	8,039	1,350	2,168	2,832	4,494
43	9,343	15,839	5,091	8,638	1,358	2,376	2,894	4,825
44	10,357	15,796	5,799	8,344	1,542	2,366	3,016	5,086
45	10,087	16,997	5,170	9,239	1,397	2,499	3,520	5,259
46	10,678	17,971	5,135	9,697	1,371	2,606	4,172	5,668
47	11,925	18,813	5,449	9,939	1,226	2,524	5,250	6,350
48	13,309	19,760	5,676	10,271	1,271	2,493	6,362	6,996
49	14,532	21,533	6,494	10,617	1,262	2,435	6,776	8,481
50	15,509	23,980	7,197	11,373	1,280	2,440	7,032	10,167
51	16,254	26,250	7,801	12,256	1,312	2,442	7,141	11,552
52	16,544	28,734	7,897	13,421	1,434	2,422	7,213	12,891
53	17,075	30,575	8,258	14,426	1,464	2,430	7,353	13,719
54	17,377	31,925	8,613	15,140	1,402	2,560	7,362	14,225

第18表 歯学部学生数

(人)

	計		国 立		公 立		私 立	
	進 学	専 門	進 学	専 門	進 学	専 門	進 学	専 門
37	1,930	3,198	246	365	281	390	1,403	2,443
38	2,061	3,411	254	386	293	516	1,514	2,509
39	2,242	3,579	254	416	285	555	1,703	2,608
40	2,658	3,854	389	428	301	578	1,968	2,848
41	3,143	4,171	533	463	304	572	2,306	3,136
42	3,577	4,648	658	586	310	566	2,609	3,496
43	3,758	5,302	722	727	301	584	2,735	3,991
44	3,915	5,973	850	825	289	600	2,776	4,548
45	4,091	6,819	691	1,181	266	606	3,134	5,032
46	5,004	7,963	706	1,293	261	583	4,037	6,087
47	5,969	8,347	733	1,329	271	541	4,965	6,477
48	6,764	9,003	728	1,329	262	527	5,774	7,147
49	6,730	10,031	719	1,341	258	512	5,753	8,178
50	6,462	11,564	701	1,360	252	499	5,509	9,705
51	6,568	12,373	821	1,315	256	505	5,491	10,553
52	6,744	12,972	920	1,374	250	504	5,574	11,094
53	7,030	13,106	1,150	1,434	256	508	5,624	11,164
54	7,072	13,038	1,359	1,551	251	489	5,462	10,998

って、専門課程の最終学年のコースに入っていることを意味しない。したがって、たとえ病気や外国留学等で休学していても、4年たてば4年次とカウントされている。医学部の進学課程2年次および専門課程4年次の人員が多くなっているが、これは専門課程に進めない、あるいは卒業できないで滞留している学生がいるためと思われる。

第19表 卒業生数（各年3月）

(人)

	医学部				歯学部			
	計	国立	公立	私立	計	国立	公立	私立
43	2,884	1,476	397	1,011	1,022	119	137	766
44	3,367	1,826	466	1,075	1,049	105	132	812
45	3,296	1,740	579	977	985	123	137	725
46	3,693	2,059	547	1,087	1,385	198	150	1,037
47	3,966	2,242	613	1,111	1,712	253	149	1,310
48	4,065	2,143	573	1,349	1,927	333	142	1,452
49	4,369	2,403	649	1,317	1,891	308	135	1,448
50	4,251	2,360	590	1,301	1,824	324	139	1,361
51	4,695	2,454	572	1,669	2,059	291	108	1,660
52	4,946	2,511	556	1,879	2,454	339	125	1,990
53	5,656	2,740	613	2,303	2,821	318	110	2,393
54	6,309	3,077	604	2,628	3,281	346	144	2,791

第20表 男女別卒業生数（各年3月）

(人)

昭和	医学部			歯学部		
	計	男	女	計	男	女
43	2,884	2,583	301	1,022	925	97
44	3,367	3,019	348	1,049	951	98
45	3,296	2,951	345	985	868	117
46	3,693	3,321	372	1,385	1,208	177
47	3,966	3,485	481	1,712	1,517	195
48	4,065	3,601	464	1,927	1,672	255
49	4,369	3,879	490	1,891	1,625	266
50	4,251	3,774	477	1,824	1,578	246
51	4,695	4,216	479	2,059	1,692	367
52	4,946	4,430	516	2,454	2,033	421
53	5,656	5,026	630	2,821	2,359	462
54	6,309	5,576	733	3,281	2,745	536

第19, 20表に卒業生数を示す。この表を、第14表の入学者数と比較することとしよう。もし留年者がいなければ、入学してから脱落した者を差引くと卒業生になるから、6年前の入学者数と卒業生数は若干の脱落減をみてつき合うはずである。留年者があっても、留年者の発生と、以前の留年者の卒業がバランスしておれば、6年前の入学者に若干の脱落率をみれば、おおよそその卒業生数に見合うはずである。

第19表の医学部の国立と公立は、直接には卒業生と6年前の入学者を比較できない。公立の国立移管が岐阜, 三重, 神戸, 山口で行われているためである(広島と鹿児島は古いので第19表には影響を与えない)。医学部の国・公立を合算した昭和43年から54年までの卒業生計と、6年前の入学者計を比べると、33790人対33512人で入学者の方が少ない。これはおそらく3年編入が行われているためと思われる。私立大においては、17707人対19325人であって、編入による欠員補充がなかったと仮定すると欠減1618人で、欠減率は8.4%となる。12年間のデータをとっているから、留年者の影響はだいたい除去されていると思われるので、この欠減率(ドロップ・アウトの比率)はおおむね信頼できよう。

歯学部については公立校の国立移管がないので、国, 公, 私立別比較が可能である。歯学部における昭和43年から54年までの12年間の卒業生計と6年前の入学者計は、国立3057人対3198人、欠減141人、欠減率4.4%、公立1608人対1631人、欠減23人、欠減率1.4%、私立17745人対18154人、欠減409人、欠減率2.3%であって、歯科の欠減率はきわめて低い。なお、私立校がこの12年間に送り出した卒業生数は、医科が17707人、歯科が17745人であって、歯科の方が少し多いのである。

番21表に、昭和54年3月卒業生の留年状況の学部別比較を示す。「最低」は、医学および歯学部においては6年、その他の学部においてはほとんどの場合4年である。昼間の学部で5年次のあるのは商船学部だけである。それ以外で5年次のあるのは夜間に限られる。最低年限で卒業する学生が多いのは人文、社会科学(法・経・商等)であり、理学部は留年が多いが、1留が2割前後を占めている。また、国立に留年が多く私立に少ないのは、授業料が高いことも影響しているだろう。医学部および歯学部は最低の6年で卒業する者が8割を超えているが、公立の歯学部が国立の理学部と並んで留年が多くなっている。歯学部の留年は他学部と比較して多いわけではないが、国公立に留年が多く、4留以上の、どうかと思われるケースが若干ある。

第21表は「卒業生の留年状況」であったが、第22表から第25表までに「在学生の留年状況」を示す。第22表の左端に昭和54年3月の卒業生数が示してあるが、これは在学生の留年状況を比率で示すための分母として、卒業生数を使用したためである。分母として他のものを使用しても差支えないであろう。第22, 24表は修学年限4年の課程について、第23, 25表は医・歯学部

第21表 昭和54年3月卒業生・留年数別

		合計人員	最低	1 留	2 留	3 留	4留以上	その他
		人	%	%	%	%	%	%
計	人文科学	51,962	85.5	8.9	2.2	0.6	0.3	2.4
	社会科学	156,042	84.8	11.0	2.2	0.6	0.3	1.1
	理学	11,047	73.6	19.5	4.5	1.4	0.7	0.3
	工学	73,605	78.3	15.1	3.5	1.0	0.5	1.7
国立	人文科学	4,032	71.8	19.5	5.6	1.4	1.0	0.9
	社会科学	10,320	76.9	16.4	4.0	0.9	0.8	0.9
	理学	4,935	70.4	21.8	5.0	1.6	1.0	0.2
	工学	20,065	77.6	16.3	3.3	0.9	0.7	1.3
公立	人文科学	2,080	81.2	12.6	3.1	1.2	0.4	1.6
	社会科学	3,303	83.9	12.2	2.3	0.8	0.5	0.4
	理学	270	76.3	17.0	4.4	0.7	1.5	3.3
	工学	1,093	78.0	16.6	2.9	1.1	0.6	0.8
私立	人文科学	45,850	86.9	7.8	1.8	0.5	0.3	2.6
	社会科学	142,419	85.4	10.6	2.1	0.6	0.3	1.1
	理部	5,842	76.2	17.6	4.1	1.2	0.4	0.5
	工学	52,447	78.6	14.6	3.6	1.0	0.4	1.8
医学	計	6,309	81.9	12.3	3.6	0.7	0.8	0.7
	国立	3,077	85.7	9.2	2.7	0.6	0.7	1.1
	公立	604	84.9	9.4	4.0	0.5	1.2	-
	私立	2,628	76.8	16.7	4.6	0.8	0.8	0.3
歯学	計	3,281	81.4	12.2	4.4	1.1	0.6	0.3
	国立	346	68.8	12.7	11.6	3.8	1.4	1.7
	公立	144	71.5	16.0	8.3	2.1	2.1	-
	私立	2,791	83.5	11.9	3.4	0.7	0.4	0.1

第22表 昭和54年5月現在 最低在学年限超過学生数
修業年限4年制学部

(人)

	54.3月 卒業生	計	1年超過 昭50年入学	2年超過 昭49年入学	3年超過 昭48年入学	4年超過 昭47年入学	5年超過 昭46年入学	6年以上超過 昭45年以前入学
計	363,717	89,130	59,673	18,353	7,204	3,208	440	252
国立	67,501	18,855	12,344	3,922	1,584	788	141	76
公立	8,874	2,232	1,414	449	213	138	9	9
私立	287,342	68,043	45,915	13,982	5,407	2,282	290	167

第23表 昭和54年5月現在 最低在学年限超過学生数
医，歯学部

(人)

	54.3月卒業生	計	1年超過 昭48年入学	2年超過 昭47年入学	3年超過 昭46年入学	4年以上超過 昭45年以前入学
計	9,590	3,611	2,052	919	365	275
国立	3,423	727	418	129	79	101
公立	748	107	71	23	8	5
私立 (再掲)	5,419	2,777	1,563	767	278	169
医学部	6,309	2,601	1,482	657	256	206
歯学部	3,281	1,010	570	262	109	69

第24表 最低在学年限超過学生数 / 昭和54年3月卒業生数
修業年限4年制学部

(%)

	計	1留 昭50年入学	2留 昭49年入学	3留 昭48年入学	4留 昭47年入学	5留 昭46年入学	6留以上 昭45年以前入学
計	24.5	16.4	5.0	2.0	0.9	0.1	0.07
国立	27.9	18.3	5.8	2.3	1.2	0.2	0.1
公立	25.2	15.9	5.1	2.4	1.6	0.1	0.1
私立	23.7	16.0	4.9	1.9	0.8	0.1	0.06

第25表 最低在学年限超過学生数 / 昭和54年3月卒業生数
医，歯学部

(%)

	計	1留 昭48年入学	2留 昭47年入学	3留 昭46年入学	4留以上 昭45年以前入学
計	37.7	21.4	9.6	3.8	2.9
国立	21.2	12.2	3.8	2.3	3.0
公立	14.3	9.5	3.1	1.1	0.7
私立 (再掲)	51.2	28.8	14.2	5.1	3.1
医学部	41.2	23.5	10.4	4.1	3.3
歯学部	30.8	17.4	8.0	3.3	2.1

について示す。第24表によれば、4年課程の場合留年者はほぼ卒業生数規模の4分の1に達しているが、医学部は4割に達している。

注：第14表から第25表までは、すべて学校基本調査による。

5. 国家試験と医師・歯科医師数

最近の医師、歯科医師の国家試験学校別合格状況を第26表から第29表までに示す。また、第30、31表に国家試験受験、合格者の時系列を示す。国家試験に合格すれば医師免許を取得できるが、医師および歯科医師の年齢別構成を第33、34表に示す。この計数は医師および歯科医師の届出を集計したものである。届出は、免許取得直後の者がもれる可能性が大きいので、過少推計になっている。

医学部および歯学部の入学生定員が大幅に増大したことは、遠い将来における医師および歯科医師数の大幅な増加をもたらす。簡単に遠い将来の医師および歯科医師数を概算する方法をここで示しておこう。あらすじは次の通りである。

防衛医大および大阪大学の3年次編入20人を含めて医学部の定員は1学年8360人である。毎年毎年8360人の新しい医者が生れるとしよう。この医者はある死亡率に従って少しずつ死亡してゆき、高齢に達してついにリタイアするであろう。そこで死亡率の逆である生残率を利用し、毎年生き残る医者をカウントしてゆく。ついに高齢に達してリタイアするであろうと思われる年齢層まで、生残率を乗じる計算を続けるのである。

具体的には次の通りに計算を実施する。まず、25～29歳の年齢層の人が5年後に生き残って30～34歳の年齢層に入る率、30～34歳の人が生き残って35～39歳の年齢層に入る率等々の生残率を前提する。第35表に高めと低めの生残率を示す。高めの生残率は、昭和53年安川推計において、2000年以降の人口推計に使用された男子の生残率、低めの生残率は、昭和50年から昭和55年の間の推計に使用された男子の生残率である。生残率は1年ごとに計算すればより精密であるが、そこまでやる必要もなく、5年ごとにくくって計算することとする。第35表において、高めの生残率で説明すれば、25～29歳の人が5年後に生き残って30～34歳の年齢層に入る率が0.99605、逆に言えば5年間に死亡する率は0.00395である。同様に30～34歳の人が5年後に生き残って35～39歳の年齢層に入る率が0.99404、5年間に死亡する率が0.00596となる。

生残率を次々と乗算した値が累乗に示される。これは25～29歳の人が10年後に生き残って35～39歳の年齢層に入る率は、それぞれの生残率0.99605と0.99404を乗算した値である0.99011である。同様に順次生残率を乗じてゆく。累乗欄は、1人の人が25～29歳の年齢層から出発し

第26表 医師国家試験受験者数および合格者数 国立大学

昭和 年 期	49 春		50 春		51 春		52 春		53 春		54 春		55 春		56 春		秋 期 合 格 者 数			
	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	52	53	54	55
北海道	123	97	124	107	107	87	107	88	121	98	133	111	130	114	146	124	10	7	4	6
旭川医科											78	73	90	84	93	90			2	2
弘前	94	73	96	89	113	97	116	94	120	95	143	105	136	119	132	108	12	10	15	9
東北	108	96	113	98	96	84	43	31	185	170	147	131	129	111	132	113	6	8	5	12
秋田					75	65	81	70	83	76	96	89	85	77	91	81	7	2	3	3
山形											88	70	104	90	106	85			7	3
筑波													80	79	103	102				4
群馬	96	87	104	87	96	82	82	67	106	96	109	95	109	103	92	83	8	7	8	4
千葉	84	76	126	107	107	92	103	84	122	99	96	82	137	119	133	115	9	13	1	9
東京	7	5	41	35	108	96	115	103	121	111	106	99	111	98	113	97	4	3	4	6
東京医科歯科	81	71	85	77	68	62	75	67	69	63	78	72	81	74	80	75	8	9	5	5
新金	105	93	102	87	114	94	121	93	112	100	132	103	142	121	136	113	15	6	10	8
新潟	103	88	127	98	125	97	117	100	132	112	133	118	121	103	128	111	16	11	7	17
信州	81	76	82	70	74	63	102	86	101	86	98	78	96	82	107	96	7	8	9	7
岐阜	72	67	68	59	75	66	86	70	80	68	85	75	86	79	77	67	11	7	2	2
浜松医科													82	79	96	88				1
名古屋	101	87	98	91	113	99	107	95	101	94	107	92	108	96	111	97	10	7	7	6
三重	89	77*	80	61*	88	79	89	82	104	93	105	93	106	99	110	102	4	4	8	5
滋賀医科															81	64				
京都	112	103	110	103	101	88	106	94	109	93	129	111	128	112	140	121	9	8	5	3
大阪	110	103	106	92	109	96	109	98	123	105	134	116	132	122	136	119	2	4	8	1
神戸	88	80	91	76	93	81	108	88	107	88	128	101	143	123	135	103	21	9	8	10
鳥取	81	65	101	82	100	84	97	80	114	87	120	92	141	99	127	95	12	15	8	23
岡山	117	94	100	84	127	109	117	88	89	68	132	103	145	117	124	105	14	13	9	12
広島	98	88	100	93	84	68	118	92	112	97	112	84	127	120	135	112	17	5	11	2
山梨	78	66	80	65	83	66	94	75	88	67	111	86	114	84	121	99	13	13	10	10
徳島	86	74	109	95	114	98	109	98	126	113	117	109	135	100	151	118	4	5	2	14
愛媛											86	76	86	71	101	88			5	6
九州	105	95	106	98	95	89	108	101	127	115	108	94	133	120	132	114	5	7	8	9
長崎	96	71	141	101	127	100	128	97	114	92	135	99	145	114	150	96	22	13	14	22
熊本	86	75	107	86	112	80	116	86	129	108	129	94	145	118	145	113	19	8	12	19
宮崎医科													72	71	81	76				
鹿児島	94	71	97	72	104	84	120	92	107	87	111	86	147	117	131	105	15	9	9	14
防衛医科													40	38	74	71				2
国立計	2,295	1,978	2,494	2,113	2,608	2,206	2,674	2,219	2,902	2,481	3,286	2,737	3,766	3,253	3,950	3,346	280	211	206	256

注) *印: 当時は県立 受: 受験者数 合: 合格者数

第27表 医師国家試験受験者数および合格者数 公立大学

昭和 年 期	49春		50春		51春		52春		53春		54春		55春		56春		秋 期 合 格 者 数				
	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	52	53	54	55	
札幌医科	86	57	90	71	75	66	83	68	101	78	100	79	105	90	106	85	7	13	10	4	
福島県立医科	70	50	63	48	79	62	70	49	77	54	89	71	70	56	95	73	15	12	4	3	
横浜市立	55	51	51	48	62	56	65	52	63	58	64	56	59	53	67	56	10	3	5	4	
名古屋市立	65	54	68	59	70	62	55	43	85	74	68	56	66	62	89	76	8	6	6	1	
京都府立医科	127	110	96	78	104	82	109	94	103	96	103	92	113	99	117	101	10	2	12	6	
大阪市立	53	49	62	54	60	56	61	45	92	80	90	75	82	71	88	79	9	7	3	7	
奈良県立医科	62	51	55	42	90	71	63	50	65	45	79	47	78	62	66	48	7	8	3	4	
和歌山県立医科	71	64	66	60	62	51	78	49	82	51	81	56	85	66	79	57	13	12	13	3	
公立計	589	486	551	460	602	506	584	450	668	536	674	532	658	559	707	575	79	63	56	32	

注) 受：受験者数 合：合格者数

第28表 医師国家試験受験者数および合格者数 私立大学

昭和 年 期	49 春		50 春		51 春		52 春		53 春		54 春		55 春		56 春		秋 期 合 格 者 数				
	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	52	53	54	55	
岩手医科	116	87	115	84	107	50	117	99	103	82	133	84	132	92	128	87	12	4	10	12	
自治医科									105	104	97	97	115	108	104	100			1	1	
独協医科											68	57	105	71	94	66			10	27	
埼玉医科									72	51	94	64	109	72	115	54		14	4	6	
北里					113	75	139	98	147	105	143	95	139	105	118	66	39	13	16	11	
杏林					60	45	86	66	93	60	146	59	164	96	165	80	13	15	16	16	
慶応義塾	97	95	96	93	109	98	115	107	93	89	108	99	18	11	6	3	5	4	2	85	
順天堂	80	63	78	61	82	74	84	66	82	72	87	78	94	79	101	76	15	5	2	9	
昭和	154	107	113	82	146	111	137	98	128	104	152	110	170	137	168	104	33	6	15	15	
帝京							62	38	61	51	89	57	91	68	98	65	16	19	13	14	
東海													62	55	65	56				3	
東京医科	134	89	156	130	138	84	132	78	116	88	129	87	154	120	162	109	37	24	18	22	
東京慈恵会医科	96	88	122	109	121	105	132	99	122	104	126	109	147	119	137	105	17	7	7	14	
東京女子医科	113	95	99	76	116	82	118	85	112	90	115	93	124	101	133	101	19	9	3	3	
東邦	96	81	91	80	72	51	77	63	78	46	98	73	119	80	110	69	15	12	14	9	
日本	150	110	144	117	119	100	148	107	144	111	145	112	157	122	164	121	33	15	9	16	
日本医科	47	15	75	39	144	102	175	121	156	108	155	102	139	91	140	107	19	16	16	18	
聖マリアンナ医科							66	21	63	59	76	51	95	72	150	68	39	12	9	14	
金沢医科									71	57	108	67	114	69	154	85		13	8	22	
愛知医科									71	45	93	57	125	78	113	48		11	8	7	
名古屋保健衛生									88	62	109	79	121	92	132	89		9	11	15	
大阪医科	94	79	99	72	111	85	98	81	101	82	120	99	107	81	133	97	7	1	7	9	
関西医科	111	93	120	100	121	88	131	77	113	95	124	94	152	112	135	94	32	11	9	12	
近畿													80	55	82	70				14	
兵庫医科									77	54	115	80	123	75	138	61		13	20	20	
川崎医科					73	67	83	78	86	76	106	100	101	97	115	99	16	16	11	8	
久留米	138	99	137	103	119	90	143	90	151	117	134	91	174	138	158	119	35	17	17	20	
福岡									63	41	83	66	95	83	120	69		14	9	7	
私立計	1,426	1,101	1,445	1,146	1,751	1,307	2,043	1,472	2,496	1,953	2,953	2,160	3,326	2,479	3,438	2,268	402	280	265	429	

注) 受: 受験者数 合: 合格者数

第29表 歯科医師国家試験受験者数および合格者数

昭和 年 期	50春		51春		52春		53春		54春		55春		56春		秋 期 合 格 者 数			
	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	受	合	53	54	55	
北 海 道	46	46	32	32	36	36	33	32	44	44	32	32	37	36	1	1		
東 北	29	28	17	15	52	52	36	36	41	41	33	33	38	38				
東 京 医 科 歯 科	77	77	78	74	85	83	75	74	75	75	77	76	92	91	1	1		
新 潟	37	37	42	42	38	37	37	37	37	37	35	35	44	44	5			
大 阪	51	51	60	60	56	55	49	49	56	56	56	56	62	62	2		1	
広 島	40	39	30	30	41	41	38	38	47	47	39	38	50	50			1	
九 州	42	42	31	31	32	31	44	42	39	39	38	37	38	38	2		1	
国立大学計					340	335	312	308	339	339	310	307	361	359				
九 州 歯 科	140	138	110	107	128	125	111	108	146	144	105	105	128	127	1	1		
岩 手 医 科	98	98	81	81	98	93	107	104	99	94	99	98	88	87	1	4		
東 北 歯 科							148	141	141	141	147	133	151	148	6	7	20	
城 西 歯 科			206	203	188	185	225	217	245	236	189	184	207	204	7	7	2	
東 京 歯 科	175	175	160	160	151	151	153	153	170	170	164	160	171	171			3	
日 本	187	178	213	207	226	218	192	183	165	162	166	164	173	170	13	4	6	
日本・松戸歯学科					107	107	113	113	182	182	174	173	178	173		32	5	
日 本 歯 科	264	254	267	234	222	200	212	184	208	202	205	191	217	210	41	22	17	
日本歯科新潟歯学部							75	75	94	93	101	101	124	124	23	18	29	
神 奈 川 歯 科	200	187	221	210	189	177	201	190	194	174	177	167	217	216	26	15		
鶴 見			113	112	148	148	147	146	147	147	143	139	155	153	8		10	
松 本 歯 科							159	150	172	171	162	161	180	179	11	16	6	
岐 阜 歯 科					212	201	233	223	238	236	222	193	180	175	8	41	14	
愛 知 学 科	181	176	181	181	178	178	202	202	188	187	173	172	164	164				
大 阪 歯 科	255	249	228	220	242	222	241	221	222	214	213	209	219	216	17	7	5	
福 岡 歯 科									185	182	125	116	163	159		44	14	
私立大学計					1,961	1,880	2,408	2,302	2,650	2,591	2,460	2,361	2,587	2,549				

注) 受: 受験者数 合: 合格者数

第30表 医師国家試験状況

昭和	春			秋			春・秋計
	受験者数	合格者数	合格率 %	受験者数	合格者数	合格率 %	合格者数
21				268	137	51.1	137
22	1,646	1,364	82.9	251	151	60.2	1,515
23	951	527	55.4	1,996	1,241	62.1	1,768
24	3,242	2,035	62.8	3,040	2,642	86.9	4,677
25	7,208	6,670	92.5	698	427	61.2	7,097
26	7,438	7,237	97.3	371	188	50.7	7,425
27	5,352	4,999	93.4	413	249	60.3	5,248
28	3,447	3,090	87.6	377	162	43.0	3,252
29	3,229	2,984	92.4	284	128	45.1	3,112
30	3,625	3,075	84.8	542	406	74.9	3,481
31	3,534	3,130	88.6	453	329	72.0	3,459
32	3,010	2,701	89.7	359	231	64.3	2,932
33	3,204	2,840	88.6	417	203	48.7	3,043
34	3,297	3,128	94.9	246	132	53.7	3,260
35	3,163	3,069	97.0	189	149	78.8	3,218
36	3,259	3,036	93.2	207	195	73.0	3,231
37	3,155	2,980	94.5	204	128	62.7	3,108
38	3,108	3,001	96.6	160	101	63.1	3,102
39	3,120	3,063	98.2	90	64	71.1	3,127
40	3,040	2,961	97.4	100	73	73.0	3,034
41	3,096	3,032	97.9	79	46	58.2	3,078
42	404	377	93.3	2,705	2,671	98.7	3,048
43	1,165	1,137	97.6	5,521	5,407	97.9	6,544
44	3,186	3,060	96.0	382	287	95.1	3,347
45	3,247	3,179	97.9	628	562	89.5	3,741
46	3,476	3,359	96.6	433	364	84.1	3,723
47	3,893	3,650	93.8	548	313	57.1	3,963
48	4,080	3,627	88.9	922	519	56.3	4,146
49	4,346	3,674	82.2	1,072	502	46.8	4,176
50	4,528	3,731	82.4	1,025	564	55.0	4,295
51	5,015	4,034	80.4	1,159	609	52.5	4,643
52	5,373	4,159	77.4	1,383	778	56.3	4,937
53	6,145	4,989	81.2	1,448	573	39.6	5,562
54	7,010	5,467	78.0	1,836	536	29.2	6,003
55	7,889	6,341	80.4	2,016	746	37.0	7,087

第31表 歯科医師国家試験受験者数，合格者数

昭和	春		秋	
	受験者数	合格者数	受験者数	合格者数
22	1,079	761	411	157
23	1,208	928	394	213
24	1,325	907	582	508
25	1,234	1,051	374	268
26	656	496	265	248
27	801	759	232	205
28	283	247	73	45
29	491	451	81	50
30	595	526	159	96
31	479	413	125	77
32	720	653	154	90
33	782	699	167	82
34	860	734	199	105
35	926	727	285	181
36	908	789	206	152
37	946	920	84	67
38	926	894	81	40
39	925	910	58	33
40	949	935	48	39
41	1,003	991	47	32
42	1,040	1,032	58	40
43	1,061	1,050	41	30
44	1,094	1,080	44	22
45	1,111	1,005	213	183
46	1,522	1,475	91	49
47	1,771	1,651	185	94
48	2,023	1,647	456	328
49	2,025	1,857	293	226
50	1,893	1,795	230	167
51	2,085	2,005	193	106
52	2,447	2,346	277	212
53	2,853	2,732	250	186
54	3,150	3,080	304	239
55	2,906	2,791	250	154
56	3,108	3,058		

第32表 医学部入学・卒業・国試合格比較

昭和	6年前の入学者数		卒業者数	春・秋 国試合格者数
	定員	実員		
43	2,880	3,065	2,884	6,544
44	3,100	3,329	3,367	3,347
45	3,240	3,384	3,296	3,741
46	3,560	3,791	3,693	3,723
47	3,820	4,142	3,966	3,963
48	3,860	4,162	4,065	4,146
49	3,980	4,370	4,369	4,176
50	4,040	4,331	4,251	4,295
51	4,380	4,686	4,695	4,643
52	4,720	5,075	4,969	4,937
53	5,600	6,104	5,656	5,562
54	6,200	6,398	6,309	6,003
55	6,920	7,114		7,087

第33表 年齢別医師数（各年12月末日現在）

(人)

	昭和54年	昭和53年	昭和52年	昭和51年	昭和50年	昭和49年	昭和48年	昭和47年	昭和46年	昭和45年	昭和40年	昭和36年
総数	150,229	142,984	138,316	134,934	132,479	128,455	126,327	125,302	123,178	118,990	109,369	104,280
～24歳	451	334	226	264	260	268	391	447	482	213		
25～29	15,910	14,541	14,203	14,302	12,944	11,672	10,952	10,175	9,483	9,033	6,658	7,811
30～34	18,465	15,503	13,778	11,788	11,651	11,636	11,315	11,068	11,120	11,022	12,932	19,123
35～39	13,818	12,741	12,182	12,241	12,449	12,634	13,018	13,652	14,123	14,018	22,516	22,407
40～44	13,706	13,896	14,245	14,720	15,105	14,973	15,779	18,168	20,655	22,896	19,634	11,856
45～49	15,690	16,270	18,211	20,525	23,211	24,964	25,594	24,653	22,664	19,584	10,761	11,492
50～54	25,163	25,626	24,198	22,137	19,522	16,831	14,829	13,135	11,675	10,586	11,368	10,549
55～59	16,737	14,628	12,766	11,312	10,464	9,921	10,103	10,547	10,865	10,934	9,380	6,933
60～64	9,686	9,789	10,029	10,284	10,425	10,324	10,090	9,786	9,422	8,688	6,182	5,140
65～69	9,455	9,095	8,722	8,374	7,815	7,060	6,608	6,241	5,609	5,376	4,112	3,757
70～74	5,992	5,577	5,188	4,657	4,417	4,129	3,839	3,629	3,534	3,236	2,903	2,749
75～79	3,130	2,862	2,631	2,532	2,336	3,890	3,752	3,642	3,492	3,363	2,902	2,433
80～84	1,373	1,319	1,214	1,145	1,130							
85～	648	616	652	592	570							
不詳	5	187	71	61	180	153	57	159	54	41	21	30

第34表 年齢別歯科医師数（各年12月末日現在）

(人)

	昭和54年	昭和53年	昭和52年	昭和51年	昭和50年	昭和49年	昭和48年	昭和47年	昭和46年	昭和45年	昭和40年	昭和36年
総数	50,821	48,731	45,715	44,382	43,586	41,680	40,490	40,293	39,218	37,859	35,558	33,617
～24歳	282	226	186	107	139	159	201	198	204	107	94	78
25～29	7,545	6,890	6,305	6,414	5,941	5,213	4,572	4,131	3,637	3,225	2,804	2,603
30～34	8,507	7,304	5,965	5,023	4,783	4,485	4,244	4,173	4,050	3,911	3,735	4,867
35～39	4,959	4,717	4,306	4,200	4,245	4,119	4,047	4,196	4,078	3,922	5,320	5,002
40～44	4,223	4,288	4,095	4,049	4,018	4,028	4,400	4,874	5,099	5,272	4,684	3,367
45～49	4,057	4,470	4,764	4,994	5,302	5,306	5,211	5,178	4,989	4,636	3,276	4,207
50～54	5,254	5,211	5,040	4,879	4,630	4,189	3,795	3,493	3,292	3,213	4,329	4,183
55～59	4,138	3,773	3,417	3,267	3,195	3,218	3,464	3,725	3,959	4,145	3,830	3,045
60～64	3,127	3,344	3,523	3,761	3,969	3,954	3,923	3,905	3,744	3,565	2,779	2,787
65～69	3,623	3,585	3,474	3,352	3,194	2,951	2,753	2,648	2,519	2,442	2,343	2,034
70～74	2,522	2,328	2,189	2,055	2,008	1,980	1,974	1,956	1,963	1,895	1,535	1,076
75～79	1,433	1,444	1,406	1,372	1,346	2,027	1,881	1,776	1,658	1,521	801	355
80～84	832	763	731	666	606							
85～	319	290	299	224	191							
不詳	—	98	15	19	19	51	25	40	26	5	28	13

第35表 生残数計算による医師数推計

	高めの生残率を前提		入学定員から算出した人員(人)		低めの生残率を前提	
	生存率	累乗	医師数	歯科 医師数	生存率	累乗
25～29	0.99605	1.00000	41,800	16,900	0.99453	1.00000
30～34	0.99404	0.99605	41,635	16,835	0.99229	0.99453
35～39	0.98985	0.99011	41,385	16,735	0.98777	0.98686
40～44	0.98392	0.98006	40,965	16,565	0.98142	0.97479
45～49	0.97761	0.96430	40,310	16,295	0.97347	0.95668
50～54	0.96789	0.94271	39,405	15,930	0.95979	0.93130
55～59	0.94964	0.91244	38,140	15,420	0.93602	0.89385
60～64	0.91568	0.86649	36,220	14,645	0.89527	0.83666
65～69	0.85631	0.79343	33,165	13,410	0.82767	0.74904
70～74	0.76551	0.67942	28,400	11,480	0.72951	0.61996
75～79	0.63698	0.52010	21,740	8,790	0.59802	0.45227
80～84	0.49446	0.33136	13,850	5,600	0.45715	0.27046
85～89	0.35509	0.16384	6,850	2,770	0.32624	0.12364
計		10.1403	423,865	171,375		9.83038

て、当該年齢層まで生き残る率を示している。

医学部の卒業定員は 8360 人、歯学部の卒業定員は 3380 人である。5 年分で医学部は 5 倍の 41800 人、歯学も 5 倍の 16900 人としよう。今、入学した学生が仮に脱落せずに卒業して、すべて国家試験に合格し、医師および歯科医師になるとしよう。そして簡単化のために、新しく生まれた医師は 25～29 歳の年齢層であると仮定しよう。医師 41800 人は少しずつ死亡してゆくが、生き残る者は生残率を適用して計算すればよい。医師の 1 割弱、歯科医師の 1 割強は女性であるが、計算の簡単化のために男子の生残率を適用する。また、医師は一般の人々より早死にするか、長生きするかは、よく分らないので、一般の生残率を適用する。はじめ 41800 人いた医師は 5 年後に 41635 人となり、10 年後に 41385 人になる等々と少しずつ減少してゆく。毎年 8360 人の医師が生まれる場合、第 35 表の「医師数」欄は、遠い将来の医師の年齢別分布を表わす。

全年齢を合計すると、医師数は 423000 人、歯科医師数は 171000 人と推計される。低めの生残率を使用する場合は、生残率の合計である 9.83038 に医師数 41800 人を乗じれば医師数が、410910 人と推計され、高い生残率を使用した場合との差は 12955 人である。生残率をきめ細

かく操作しても、結果はあまり大きく変らない。

医学部入学者の若干は脱落するだろうし、どうしても国家試験に合格できない者もある程度発生するだろう。今仮に1割の者は医者になれないとすれば、その前提をおくことによる医師数の変化は、医師の生まれる数41800人が1割引きになるのであるから、総数である423865人を1割引きすればよい。また、2050年にはおそらく日本人口はちょうど1億人になっているだろうが（合計特殊出生率を1.65児と前提すれば）この時の人口10万人当り医師数を20人と目標設定すれば、医師数は20万人ということになる。20万人を「高めの生残率の累乗の合計値」10.1403で割り戻せば、25～29歳当該医師数は19723人。これは5年分だから、1年分ならさらに5で除して3945人となる。医学部の入学定員はだいたい4000人前後と算出される。

注：第26～29表は日刊紙による。

第30～31表は厚生省資料による。

第32表は第14表、第19表による。

第33、34表は「医師、歯科医師・薬剤師調査」による。

第35表の生残表は昭和53年安川推計による。

安川正彬 「わが国の将来人口推計」『三田学会誌』第72巻6号（1979年12月）

*以上は、1981年5月、「総合社会保障」に掲載された文章を加筆訂正したものである。

第36表 国立医科大学定員の推移

大学名	年度	24	25	26	27 36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	年度	大学名
北海道旭川医科大学		80							100								120									北海道旭川医科大学	
北海道弘前医科大学		60								80			100			120										北海道弘前医科大学	
北海道東北医科大学		80											100			120										北海道東北医科大学	
山形医科大学														80								100				山形医科大学	
筑波大学																	100						120			筑波大学	
群馬大学		60								80						100										群馬大学	
千葉大学		80																	100							千葉大学	
東京医科歯科大学		80							100																	東京医科歯科大学	
新潟医科大学		40					60			80																新潟医科大学	
富山医科大学		80																								富山医科大学	
金沢医科大学		80																								金沢医科大学	
福井医科大学																										福井医科大学	
山梨医科大学																										山梨医科大学	
信州医科大学		60								80						100										信州医科大学	
岐阜医科大学		40													80											岐阜医科大学	
浜松医科大学																										浜松医科大学	
名古屋医科大学		80																								名古屋医科大学	
三重医科大学		40																								三重医科大学	
滋賀医科大学		80																								滋賀医科大学	
京都医科大学		80																								京都医科大学	
大阪医科大学		80																								大阪医科大学	
神戸医科大学		80																								神戸医科大学	
鳥根医科大学		60																								鳥根医科大学	
岡山医科大学		80																								岡山医科大学	
広島医科大学		40																								広島医科大学	
徳島医科大学		40																								徳島医科大学	
香川医科大学		60																								香川医科大学	
愛媛医科大学																										愛媛医科大学	
高知医科大学																										高知医科大学	
九州医科大学		80																								九州医科大学	
佐賀医科大学																										佐賀医科大学	
長崎医科大学		80																								長崎医科大学	
熊本医科大学		80																								熊本医科大学	
大宮医科大学																										大宮医科大学	
分岐医科大学																										分岐医科大学	
鹿児島医科大学		40																								鹿児島医科大学	
琉球医科大学																										琉球医科大学	
防衛医科大学																										防衛医科大学	
国立大学計		1,380			1,460	1,520	1,720	1,980	2,140	2,220	2,280	2,360	2,400	2,620	3,040	3,540	3,660	3,860	3,860	4,180	4,240	4,540	4,640			国立大学計	

注1. 大阪大学医学部の第3年次定員が50年度から100人→120人となった。

注2. 27~36年度の欄の○内の数字は、国立移管を行った年度を示す。

第37表 公立医科大学定員の推移

年度 大学名	昭和	25	26	27 36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	年度 大学名	
	札幌医科		40		60		80											100								札幌医科
福島県立医科	40					60								80												福島県立医科
横浜市立	40								60																	横浜市立
名古屋市立	40					60												80								名古屋市立
京都府立医科	120	80							100																	京都府立医科
大阪市立	40					60									80											大阪市立
奈良県立医科	40								60											100						奈良県立医科
和歌山県立医科	40								60																	和歌山県立医科
公立大学計	640			580		720	560	580	600		620			640	580		600	620		660						公立大学計

注1. 27～36年度の欄の○内の数字は入学定員増を行った年度を示す。

2. 公立大学計の計数は、国立移管になる前の分を含む。

第38表 私立医科大学定員の推移

大学名	年度	昭和 24	25	26	27 ~ 36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	年度	大学名	
	昭和 24																									昭和 24		
岩手医科		60								80																		岩手医科
自治医科																	100											自治医科
独協医科																	100											独協医科
埼玉医科																80				100								埼玉医科
北里															100			120										北里
杏林														60	80		100											杏林
慶応義塾		160	80					100																				慶応義塾
順天堂		40					60								80						90							順天堂
昭和		60						80			100						120											昭和
帝京															80			100			120							帝京
東海																			80		110							東海
東京医科		60						80		100					120													東京医科
東京慈恵会医科		160	80					100												120								東京慈恵会医科
東京女子医科		40			60					80				100														東京女子医科
東邦		50	40			60										80					100							東邦
日本		100	80					100							120													日本
日本医科		160		80						100																		日本医科
聖マリアンナ医科															80		100											聖マリアンナ医科
金沢医科																100												金沢医科
愛知医科																100												愛知医科
名古屋保健衛生																100												名古屋保健衛生
大阪医科		60	80	60						80										100								大阪医科
関西医科		40				60					80						100											関西医科
近畿																		100										近畿
兵庫医科																100												兵庫医科
川崎医科														100							120							川崎医科
久留米		60							80		100				120													久留米
産業医科																						100						産業医科
福岡																100												福岡
私立大学計		1,050	880	780	800	840	860	960	1,000	1,080	1,120	1,140	—	1,400	1,680	2,400	2,580	2,780	2,820	2,920	2,940	3,040	3,040	3,040	—		私立大学計	

注) 27~36年の欄の○内の数字は、入学定員増を行った年度を示す。

第39表 歯学部入学定員の推移

区分	年次		昭和																								年次	
	大学名	昭和24	25 34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	大学名		
国立大学	北海道北 東京医科歯 新大 徳島 岡山 九州 長崎 鹿児	40	60 30		80				40		40									80						北海道北 東京医科歯 新大 徳島 岡山 九州 長崎 鹿児		
	小計 (11大学)	40	90		120				240	260	340									400	520	640	680	840		小計 (11大学)		
公立大学	九州歯科	80		120																						九州歯科		
	小計 (1大学)	80		120																						小計 (1大学)		
私立大学	日本学 園								80																	日本学 園		
	東岩手 東北 城西 昭 東 日 日本 日本 日本 神 鶴 松 岐 愛 大 福															120										東岩手 東北 城西 昭 東 日 日本 日本 日本 神 鶴 松 岐 愛 大 福		
	東 城 昭 東 日 日本 日本 日本 神 鶴 松 岐 愛 大 福	120																				120				東 城 昭 東 日 日本 日本 日本 神 鶴 松 岐 愛 大 福		
	日本 松戸 歯 科	120													120											日本 松戸 歯 科		
	日本 松戸 歯 科	120														120										日本 松戸 歯 科		
	日本 松戸 歯 科	120															120									日本 松戸 歯 科		
	日本 松戸 歯 科	120															120									日本 松戸 歯 科		
	神 奈 川 歯 科							100				120															神 奈 川 歯 科	
	鶴 本 歯 科													80							120	140					鶴 本 歯 科	
	岐 阜 歯 科														120							140					岐 阜 歯 科	
	愛 知 学 院 歯 科				80		120															160					愛 知 学 院 歯 科	
	大 阪 歯 科	120																				160					大 阪 歯 科	
	福 岡 歯 科																									120	福 岡 歯 科	
	小計 (15大学) (17学部)	480			560		600	700	780		800	1,000	1,240	1,600	1,720	1,760	2,100	2,220	2,400								小計 (15大学) (17学部)	
	合計 (27大学) (29学部)	600	650	690	800		840	940	1,140	1,160	1,240	1,260	1,460	1,700	2,060	2,180	2,220	2,620	2,860	3,160	3,200	3,360					合計 (27大学) (29学部)	

注) 1. 表中㊦は、それぞれ東京医科歯科大学の入学定員改訂年度と大阪大学医学部歯学科の設置年度を示す。
2. 上記入学定員のほか、大阪大学の第3年次入学定員が、56年度から60→80人となった。

医学教育における大学教育の側面の検討を

国立公衆衛生院衛生行政学部衛生行政室長

西 三 郎

1. はじめに

医師の将来需給のアンバランスについて、社会的な関心が著しく高くなってきている。このことは、医師急増によりもたらされた現象で、急増時点ですでに明白な事象であったといえよう。このことが現在、強く言われることの背景には、国民医療費への影響がより深刻なものとなるであろうことの恐れが強まったこともその一因といえよう。ここでは医師の養成を、医師の職業訓練としてのみ着目するのではなく、大学教育として、医学教育に着目することについて、考察を加えたので報告する。

医師の養成の現状では、大学としての医学教育の側面と、専門職としての医師の養成訓練という2つの側面を有している。一般に、後者についての検討が進められている。とくに、プライマリ・ケアという概念が新しく登場するとともに、医師としてのあり方が問われ、教育自体に、プライマリ医の養成が大きな目的とされる大学も見出されている。このこと自体、医師の養成ということから大いに期待されるべきものといえる。しかし、大学として、プライマリ・ケアを学問として体系づけ、その学問により教育を行うことがなければ、単に実務家の養成にすぎず、大学教育というには十分ではないのではなかろうか。ここでは、大学としての医学教育の内容にまで立入ることは、次回の報告の機会にゆずり、大学としての医学教育に、より重点をおいて、現状での医学教育の特殊性として社会的要請との関連、職業教育、および医学教育が高価であることに限り考察を加え、最後に、新しい医学教育制度についての報告を含み報告する。

2. 医学教育の特殊性

(1) 社会との関連

医行為とは、他人の傷害、病気の苦しみをやわらげることが目的としたもので、本来誰人に

も許される行為であり、とくに緊急時においては、医師以外の人にも人として当然援助の手をさしのべるべきものとすらいえる。しかし、行為を業とするには、医師法に基づく特定の人として免許が国から与えられた医師に限られている。このため、一般の人が医業を行うことは法により禁止されている。医療の目的達成のための行為には、他人に傷害を与える危険が常に内包されている。このため所定の養成訓練を受けた特定の人のみ、医行為を業とすることを限ることが、結果として、社会の安寧を保つことになることから、法により、医師免許の制度が導入されたといえる。このことにより、医学の進歩、社会の複雑、高度化により、医療を担当する医師の資格が厳しいものとなることは当然といえよう。

わが国では、近代国家としての各種の制度を創設した明治維新に、衛生行政としていち早く医師の免許の制度を導入した。しかし、医師の養成が、学校教育法により医学校に限定されたのは、明治39年の医師法からであり、しかも、その施行は大正5年からであった。このことは、医師に対して、高度な医学教育体系に基づいた教育をという社会的期待と、現実の社会経済的要件との関連のなかで、医師の資格を定めたことによる。すなわち、明治維新の時代では、免許制度の導入を図ってはいたが、従来から医師であった漢方医に既得権として医師の資格を与えていた。次いで、免許を得るための試験制度の完全施行、さらに、医師は医学校卒業に限るという段階的な方法を採用してきた。一般に、近代国家及びその植民地での医師の制度は、厳しく、医学教育卒業者に限られて免許が与えられ、その他の人による医行為を業とすることの多くは、非合法化されていた。このため、植民地の独立にあたり、医師は、限られた社会階層にのみ存在し、一般庶民は、非合法の医師にたよらざるを得ない状態で、医師不足の解消を著しく困難にさせた。また、植民地ではなく、古くからの独立国においても、近代国家に脱皮する過程で、医師の資格は、近代国家と同様厳しいものとされ、在来の医師は、非合法化されるか、限定された業務を担当するに限られていた。そのようななかで、わが国のみが、近代国家としての医師免許に、従来からの漢方医の既得権を認め、漢方医にも医師免許を与えた。このことに加え、前述のような段階的な医師の免許制度の整備は、わが国の医師不足、とくに、庶民階層における医師不足をきたすことなく、漢方医学から西洋医学への転換を行うことができた。このように、医師の免許制度が、医学的な根拠とともに社会的な要請との相関のなかで定められ、発展してきていることは大きな特色といえよう。

医師は医学校卒業に限るとされたが、その医学校には、大学教育と専門学校教育の2つの系列があった。しかし、医師の業務の重要性から、人格的、教養的にも高いレベルが要求され、大正末期頃より、大学教育への一本化の動きがみられた。しかし、同時にその頃より農村部での医師不足がみられ、無医村の出現が社会問題となっていたことに加えて、私立学校は、その

経営面からも専門学校制度の存続を希望していた。その後、戦争に突入していくにあたり、軍医の必要から、医学専門学校の急増がなされた。

戦後、大量の軍医の復員とともに、軍医養成のための医学専門学校は、その存在意義を失い、臨時医専の多くは、募集を停止し、廃校となった。また、学校制度の改革とともに専門学校の制度が無くなり、医学校も医科大学又は大学医学部に一本化された。しかし、従来の医科大学の4年間の教育は、新制大学においては、教養課程2年を加算し、医科大学は6年となった。このことは、歯科大学においても同様6年間とされ、このような新教育制度は昭和22年にスタートされた。なお、獣医師は、4年の大学教育卒業をもって、獣医師の国家試験受験資格が与えられていたが、獣医学の進歩により昭和53年度入学者より、国家試験受験資格が、獣医学の修士課程を修了したものとされ、大学4年、大学院修士2年計6年に改正された。なお、この改正にあたっては、医師、歯科医師のように大学6年制の案も検討されたが、採用されなかった。

1960年代頃より国際的に広くいわれていた医師不足に対し、日本では各医学校の定員増によりまかなってきた。しかし、その増加方式も大学に限度とされ、また、私立大学としての医科系大学の新設の要望もあり、昭和45年より医科大学の新設があいついだ。さらに、昭和48年より一県一医科大学構想がスタートし、医科大学の新設が始まり、昭和56年琉球大学医学部の新生募集による完了まで、医科大学の新增設が続いた。

以上、医師の養成は、医学の進歩によりその養成基準の高まりとともに、社会的な要請に基づき、養成数の拡大、縮小という経過を追って現在にいたっている。

(2) 医師という職業人の養成

医学教育は、一般の高等教育と同様、医学の教育を目的としてはいるが、同時に職業人としての医師を教育することを目的としている。このため、学問とともに、医療の実践的訓練をも教育の過程に含めている。職業教育の傾向を大学教育の中に含んでいることは、医師以外の分野においてもみられている。しかし、医学教育ほどの実践的訓練を加味した教育は少ない。戦前からの伝統のある教員の養成は、戦後の教育制度のもと、教員養成より学問の教育が重視された。最近には、また教員養成の性格が、相対的に上昇した傾向もみられなくはない。しかし、戦前のような教員養成目的に限った教育体系においても、現在の医学校における医師職業訓練体系ほど、職業実務教育が重視されていたとはいえない。

現在のわが国の医学校における医師の養成訓練のあり方は、人により医師養成としては十分ではないと述べている。そのことは、日本での新卒医師が、医師としての修練の不足が著しい

ことがしばしば指摘されていることから、理由のないこととはいえない。なお、ここでいう職業訓練とは、即戦力となる職業訓練に限るものではなく、実務家としての医師の職業人としての基本訓練という意味を含むものである。しかし、実際にこのような職業訓練を受けた医学校卒業生の殆んどすべてが、患者の診察を担当していることは、その理由として、訓練の成果であるともいえよう。勿論、患者の診察を担当する医師の所得が著しく高いことなどが、その説明要因として大であるという意見も少なからずみられているが、これについては後述しよう。

以上、医学教育の特殊性として、職業人でありかつ専門職としての医師の養成ということが、医学教育に含まれていることがあげられる。

(3) 高価な医学教育

医学教育の特殊性として、医学会の封建性、医学自体の学問としての特殊性など考えられるが、これらは他の分野における学問においても多少なりとも共通要素として含まれていることであろうことより、ここではそれ以外に残された特殊性として、経済面をあげよう。

現在の医学教育の経費をみると、昭和53年度国立学校では、医歯系学生数は全学生数の7.6%であるが、経費では34.1%を占めている。このことは、国立医歯学系大学のみならず、私立においても同様の傾向があるといえる。このような高額な経費を医学教育にそそぎこんで、その卒業生の殆んどが医師として働くことは、学生の質の問題を除けば好ましいことであるが、一方ではそのことが医療費上昇の重要な要因となるという矛盾が生じている。

その上、医学生自体の質についての論議もあり、医学教育、医師養成のあり方について論議がなされている。

これらの論議がすべて医学教育の特殊性にのみ着目されている感がなくもない。このため、次項で医学教育そのものについて、普通高等教育の側面をみてみよう。

3. 医学教育における高等教育の側面

医学校の整備拡充は、社会的な要請に基づいて行われたものであるといえよう。しかし、社会の要請は、一般に短期的視点からなされるものであり、教育は逆に長期的な視点から行われなくてはならないものである。このための矛盾は、医学以外の分野でも少なからずみられている。例えば、戦争中に航空工学の教育の拡充がなされたが、戦後は航空工学の教育は、占領政策の中で縮小、廃止せざるを得なかった。1960年代高度経済成長に伴い理工系教育の拡充

がなされた。しかし現在では、理工系教育の増加が行き過ぎであるという批判も出されている。従来より医師の養成は、日本のみでなく、世界各国とも社会的要請に対し、不足ぎみであったといえる。このため長、短期の違いが矛盾としては必ずしも顕在化されなかったといえよう。しかし、最近のように社会的、短期的な要請に基づいて、急激に学生数を上昇させてきたことは、長期的にみると過剰となる危険が生じるようになったものといえる。

このような、長、短期での矛盾は一般の高等教育ではしばしば認められることである。この矛盾の調整は、高等教育の段階でなく、卒業生の就職難などという形で処理され、高等教育自体の本質にかかわることのないような形となっている。医学教育を単なる職業教育であると考えれば、従来の高等教育体系とは別に、入学定員を社会の必要数から算定し、年ごとに定められた数の養成をすることが可能となろう。しかし、医学教育は高等教育であるとするならば、その教育目的より、短期的に入学定員を増減することは好ましくない。一般に、学生定員を減少させるには、それなりの学問的な理由が提示されなくてはならないのではなかろうか。このことを別の形で表現すれば、大学で各々の学問を履修することは、直接社会に出てその学問で働くことを意味しているものではない。このため、履修した学問と、実際に職業上要求される学問とに乖離がみられても問題にすべき事項とはいえない。このため医学を修めることが、医師にとって必要、最低限の条件であるが、逆に、医学を修めた者全てが医師になる必要があるということにはならないのではなかろうか。医学を修めた人々が多数医師以外の職業分野で働くことが、社会全体にとって、より必要性が高いのではなかろうか。このことから、医学校急増、学生定員増加がいかにか叫ばれようと、その医学教育自体の水準の低下をきたさない限り、その批判は、経済的側面を除けば、当を得たものとはいえなからう。すなわち、現在でも医師が働くことが好ましい職業は、医薬産業、医療産業等直接医療を支える産業以外にも数多くあるといえる。例えば、情報、流通産業等、新しい分野では、医学を修めた人、すなわち、健康を一義的なものとして考える人々が一緒に働くことは不可欠ではなかろうか。新しい分野では、今までの人間社会で経験していなかった新しい事象に取り組むことから、色々な視点の人が混在してこそ、安全、快適な人間社会の建設に貢献し得るものとなるといえよう。その他、教育、行政、その他各種のサービス業務等々数多くの分野が、健康を第1義に考える教育を受けた人を求めているといえよう。医師の増加により、国民医療費の負担が国民に耐えられないなら、医学校を卒業した医師を国民医療費に結びつかない分野で働くよう、社会的政策を提示することでたりるのではなかろうか。

次の反論として、医学教育における経費の問題がある。このこと自体高等教育が高いか安いかの判断材料は、単価の高さでのみ規定される性格でないことは明らかである。国民が、医

学教育に全国立大学の経費の34%をあてても良いという判断のもとで、医学教育がなされているのが現状であるともいえる。しかし、この数字が他の分野に比し高いということから、その分析を多少試みてみよう。

学生1人あたりの経費は、昭和53年度3400千円である。とくに病院を含めると医・歯学生1人あたり12144千円と計算されている。しかし、病院とは教育的側面があることは否定しないが、病院での実習は本来、医師の職業訓練のためのものである。また、この病院の費用には、収入もあることから、その収入を減額することが必要である。ここでは、収入を引いた額を医学部の1.5倍と仮定すれば、5100千円となり医学部と病院との合計8500千円となる。国立学校の医・歯学部及び病院費用を除いた費用を、全学生から医・歯学生を除いた学生1人あたりで計算すると1900千円となる。この費用には、学生教育費用以外の費用も含まれているが、一応医学部以外との比較資料と考えてみる。この経費と医学生の経費を比較すると、医学部のみでは1.8倍、大学病院を含めると4.5倍となる。

大学病院における医師の職業訓練としての費用は、文部省としてたとえ支出していても、本来国民医療費計算に含まれてしかるべき性格であるといえよう。勿論その訓練を受けて、医師の業務につかなかった人に相当する分だけその費用は、国民医療費のなかで回収できないことから、文部省の教育費に含まれることとなろう。このため、その率を10%とすれば学生1人あたり病院費用は850千円、20%とすれば1700千円、30%とすれば2550千円となり、これが病院費用として医学部に加算され、各々4150千円、5100千円、5950千円となる。この費用は、前述の他の学部等の学生1人あたり費用の2.2倍、2.7倍、3.1倍となる。本来、大学の学生あたりの費用の計算には、その学問自体の研究費を含んでいることより、医学の研究のように、大学の研究費と教員を必要とする分野での学生あたりとして計算される費用が高くなることは避けられないといえる。このため医学教育による超過負担となる教育費は、社会全体のメリットにより許される範囲といえなくはないのではなかろうか。

以上のことから、医学教育の費用計算を職業人として医師養成により医師となった費用を、国民医療費として計上して考えることとし、医学教育自体を高等教育の一環として考えるという方法もあるのではなかろうか。ここでの試算は、より正確にいずれ行うことが必要と考えるが、今回は一応のめどに留めて今後の検討をまとう。

4. 医学教育改善への提言

医学教育は現在6年制で、一貫教育を重視している。このことは、高等教育というよりも、

職業教育の面を重視しているためともいえよう。獣医師では、学部4年、修士2年の分離（たとえ形式的であれ）教育を行っている。また、アメリカにおいても医師は、普通他の学部を卒業後4年の教育である。これらのことから、日本においても、学部卒業生を受け入れる4年間の医学修士課程を設置し、医学教育と医師養成とを併せ行うことも考えられよう。近い将来一県一医大が定着していくなかで、医学部の定員を削減することは、現在では困難であろう。このため、この方式への転換時期に、各県の実態に合わせた定員の修正も考えられるのではなからうか。

そのための具体的提案の例として、新制度を昭和58年度に公示し、将来医師を希望する高校生に、医師になるには2つの道があることを知らせる。その1つは現在の6年制医科大学を卒業、国家試験合格で医師になる道である。他は、新制度の道として、大学卒業後4年制医学修士課程を卒業、国家試験の合格で医師になる道である。しかし、従来の6年制は昭和59年度までとし、昭和60年度には6年制を廃止する（又は一部廃止）。昭和62年度より、新制度の4年制医学修士課程の入学を開始する。これにより、新制度の移行になんらのギャップなく、しかも、58、59年度高校卒業生には、医学部入学の機会を倍増（但し、新4年制度の定員を減ずれば、その分だけ減ずる）することから、学生、父兄からの不満も解消されよう。また、大学の教官も、学部から大学院教育への転換によることから、多少学生定員が減少しても、現状の教育体制の維持が可能であることから良しとしよう。なお、進学過程の教官は、失業を余儀なくされることから、その就職への配慮は不可欠といえる。

ただ、この制度の新医学修士課程での入学条件については、十分に検討することが必要であろう。とくに、社会科学系を履修した学生を含め、広く学生を受け入れることが好ましく、また、その実現を可能とする入学者選抜方法の検討が必要ではなからうか。

新制度の実施にあたり、旧制度の6年制の医学教育を全廃するのか、全廃するとしても即時に実施か、段階的に順次行うか、存続するときはどのような条件をつけるか等の論議がなされなくてはならない。また、新制度により社会的に財政負担が増加し、しかも学生には経済的以外にも高年齢化その他多くの負担をかけることとなる。このように負担を多くすることは、医療の質の向上のために医療分野へより多く投資することを意味している。この増加される投資が、長期的にみて、さらに大きな投資の必要を喚起させることも考えられなくはない。その喚起された増加分の投資が真に国民の福祉に結びつくもので、国民の同意が得られるならば、特に発言する必要もなからうが、必要以上に投資を引出す危険もなくはなからう。このため、国民医療費の上昇をより加速させ、国民経済全体への負の影響を与えることに対して、十分な配慮が必要といえる。

5. おわりに

医師養成のあり方について、多くの論議があり、簡単に一側面からのみ発言、提案することは好ましいものとは言えない。しかし、大学教育という視点から、医学教育についてさらに考察を加えることが必要であると考え、あえてここに報告した次第である。今後のすすめ方として、大学教育とは何か、研究とは何かという、より基本的な問題から討議が深められることを期待して終りとする。

最後に、この機会を与えて下さったヘルスマンパワー研究（市川 洋主査）および、同研究を推進された、財団法人・政策科学研究所に感謝します。

経済学の視点からみた医師マンパワー問題

慶応義塾大学大学院 経営管理研究科助教授

田 中 滋

1. はじめに

今、医師マンパワー問題の検討が要求されるのは何故か。この問に対し、経済学の視点を中心に4つの節に分けて分析を展開してみたい。2、3節において問題発生の原因と現状、続く4節で将来の予測を論じ、最後の5節でまとめと提言を行う。

あわせて、このテーマの持つ特殊性を浮き彫りにするため、法律家（弁護士、検事、判事）とエンジニアという2つの職業を、随時比較の対象として取り上げていく。「他の専門的職業におけるマンパワーの過不足が、（当事者は別として一般に）医師の場合ほど騒がれないのはいかなる訳か」について考察を加えることにより、「医師過剰」問題への対応策の位置づけが明らかになると思われるからである。ただし、職業間の違いの説明として、「任務の重要性」といった概念は全く答にならないと考える。「社会にとってどの職業がより大切か」という質問はもともと無意味なものだし、たとえ無理に解答を得たとしても、それは価値判断に基づく断定にすぎず、科学的客観性を持つ命題とは言い難いためである。従って本稿では事実の指摘と、経済学の視角から導かれるその事態の吟味にとどめて論をすすめたい。

分析は以下の順に行われる。

I 医師マンパワーと医療市場

- (1) 医療サービス市場と医師労働市場
- (2) 医師に対する雇用需要の発生
- (3) 医師マンパワーの“生産”と供給

II 医療市場の特質と問題点

- (1) 市場環境
- (2) 規制の必要性をめぐって

Ⅲ 医療市場のパフォーマンス予測

- (1) マクロレベル：国民医療費
- (2) ミクロレベル：医師マンパワーの処遇

Ⅳ 結論と提言

以上の全体をまとめた図を次に掲げておこう（図1）。無論、上図は医療市場の要因すべてを示すものではない。たとえば本来，“医師マンパワー”のボックスと同様の位置に，歯科医師・薬剤師・看護婦等の他の医療従事者や，ME 機器等の資本設備，さらには薬品等の材料を表わすフレームも置かれるべきであろう。また，“医師労働市場”のボックスと並び，上記諸生産要素の需給が出合う場を示すフレームも必要である。しかし，ここでは本稿の主題である医師マンパワーだけが特掲されていることは言うまでもない。

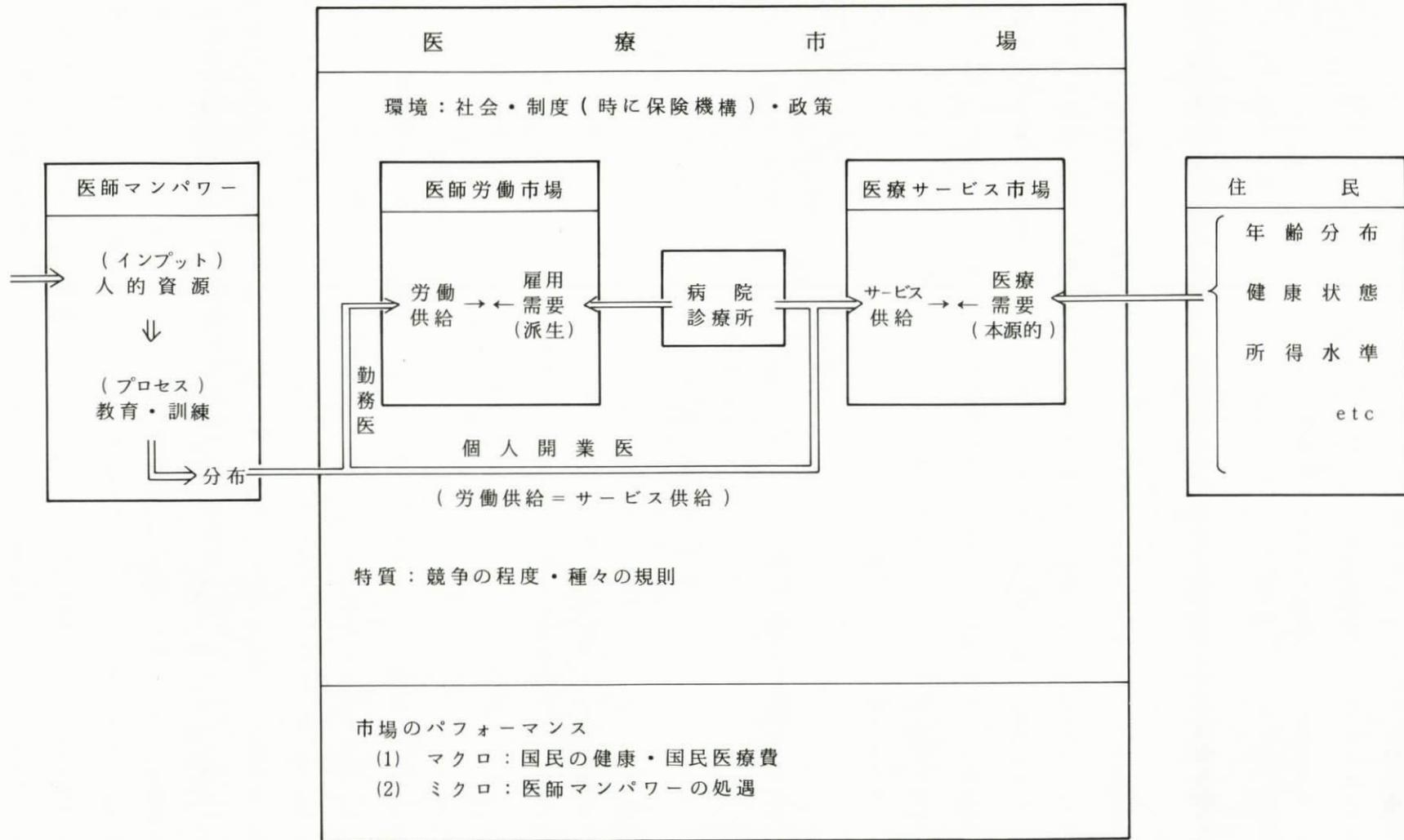
2. 医師マンパワーと医療市場

(1) 医療サービス市場と医師労働市場

分析の初めに，まず次の点を確認しなければならない。すなわち，図1に示されるように，「医師という1つの専門的サービスの提供者に対する需要は，医療サービスそのものに対する需要（これを本源的需要という）から生ずる派生需要（あるいは要素需要）である」という認識である。

周知の通り，医療サービス市場への専門用役提供者には，勤務医と開業医の2つのグループがある。⁽¹⁾後者を選択した場合には，自営業主＝経営者として医療サービス市場に直接参入することになる。従って自己の判断に基づき，供給時間やサービス供給量等を（需要の弾力性無限大なら収入額も）決定するわけである。自らを雇用の対象としていてもよいかも知れない。いずれにしても，医療需要量もしくは供給予定量に応じ，労働投入量を決定する当事者でもある。一方，勤務医を希望する医師は労働市場への参入者といえる。そこで医師を雇おうとする需要者（医療施設）にとっては，医療需要量と並んで，サービス供給の生産方法や生産要素の相対価格も，労働投入量決定の重大な要因である。どちらのグループにとっても，医師マンパワーに対する需要を分析するためには，医療サービス市場における需給の動向をふまえてはならぬことは明らかである。〔マンパワー問題を考える際，雇用者あるいは自営とい

図1 分析枠組



う2種類の就業方法があるという点は、弁護士についても同様であろう。それに対し、判・検事には自営はありえず、エンジニアに関してほとんどが雇用者とみなしえる。]

医療サービス市場を巨視的に評価すれば、人口の高齢化に伴い、総医療需要は増大傾向をたどるものと想定できる。しかし供給力の伸びはより急速かつ顕著であり、マクロの指標について論ずる限り、供給不足は解消していくことが予想される。⁽²⁾ [法律家の供給は医師のように急増せず、近い将来需要超過の(と思われる)現状が大きく変化することは予規されていない。エンジニアの行う用役提供については、需要・供給とも増え続けるだろう。]

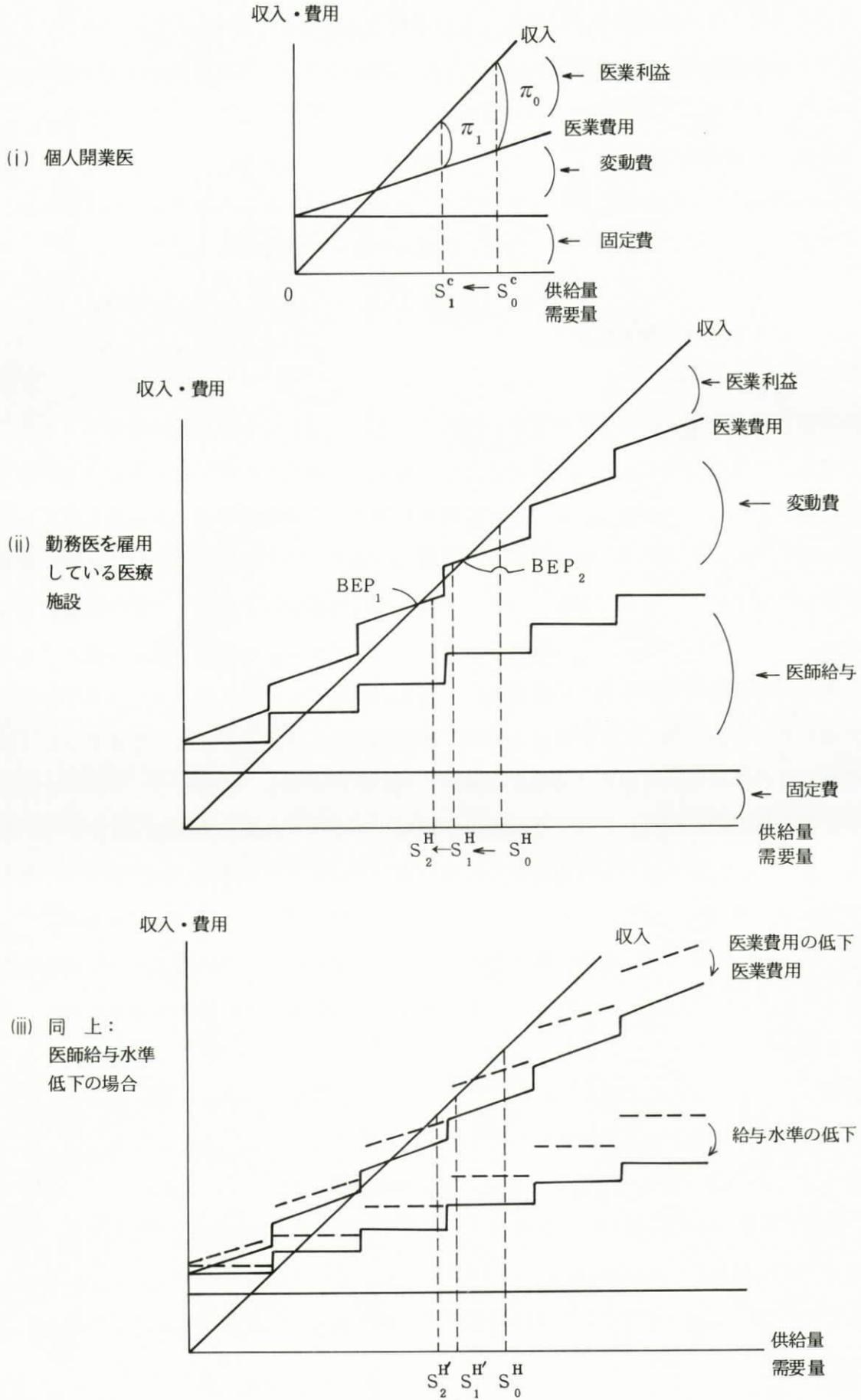
(2) 医師に対する雇用需要の発生

我が国では医療サービスに対する需要を、対個人開業医も対病院も1本の連続線上で考えることができる。両者への需要の間に本質的な断絶は無く、対病院の医療需要の方が平均値で見れば、より重症というだけだろう。しかし、これを医師という専門職労働力に対する需要の次元でとらえれば、明らかに差が存在すると言える。⁽³⁾ 個人開業医の専門能力への需要は、後に示すように本源的需要の量と不可分である。他方、勤務医の雇用量の決定に当って医療施設開設者は、医療サービス供給の方法と、医師給与相場等の各生産要素価格の相対水準も考慮せざるを得ない。取り分け医療の提供には、(i)医師のみならず、いわゆるパラメディカル・スタッフ等と共同で遂行しなければ為しえない業務が多い。(ii)最近の技術進歩と一体化した資本の投入量も急速に増加しつつある、等の意思決定を複雑化させる要因がある。すなわち、サービス供給方法間の代替や補完の形が様々に入り組んでいるばかりではなく、速い速度でシフトしているのである。従って、医師マンパワーの雇用(可能)量を予測するためには、(i)医療サービス生産関数とその変化の方向、(ii)相対費用構造の現況と予想の推定を綿密に行う必要がある。⁽⁴⁾

国全体における医療サービス供給力が増強されつつある現在、1医療施設当りの平均医療需要量が低下していくことは十分に考えられる。その場合の医師雇用量への影響を図2を用いて考察してみよう。

個人開業医は、需要減に応じ供給量を減らすことになろう($S_0^C \rightarrow S_1^C$)。現われ方としては患者1人当り診療時間増という形を取るかもしれない。いずれにせよ、医院の粗利益は π_0 から π_1 へと縮小する。一方、勤務医を雇用している病院や診療所では、これとは異なった対応が可能である。医師給与費が準固定費的に、勤務医の数ごとに階段状に表わしえるものとしよう。その場合、図2-(ii)に示すように複数個の損益分岐点が存在することもありうる(BEP_1 と BEP_2)。需要量が S_0^H から S_1^H に減少すると、当該医療施設では医業費用が医業収益を上廻る事態となる。

図2 1 医療施設当り医療需要低下の影響



その際、経営努力により需要を増大させるという通常の解決策⁽⁵⁾の他に、勤務医数を1人減らし、供給量を S_2 まで下げて医業利益を確保する方法も選択しうる。またもし、市場圧力により勤務医給与水準の低下がもたらされれば(図2-(iii)) $S_1^{H'}$ でも粗利益を保ちえることがわかる。

(3) 医師マンパワーの“生産”と供給

医師マンパワーを論議する際、人的資源インプットである医学部への入学者と、その育成プロセスである教育・訓練のあり方については分けて考える方がよい。さらに、前者をめぐる主たる批判、すなわち“医学部への集中”というテーマも、以下の3種類に区分する必要がある。

(i) 他分野でも活躍できるであろう優秀な頭脳の独占……これは、たとえ医療サービス市場、あるいは医師労働市場が需要超過状態であっても起る問題である。従って、下記(ii)とは区別して社会的合意を見出さなくてはならない。

(ii) 優れた才能の“浪費”……ある学問の“最盛期”を過ぎてから学生が増えるという、タイミングの問題と言える。こちらも、たとえ現在の医療市場で需給が釣り合っているとしても生ずるだろう。しかし、個々の専門分野の研究はいざ知らず、患者との対応である医療そのものの必要性については、“最盛期”などありえない(常に重要であり続ける)ものと思われる。

(iii) いわゆる“医師過剰”の原因と言われる定員増……(i)(ii)とは異なり、将来の需要量との相対的な関係で決まる事柄である。また、医師育成の社会的費用との兼ねいで論じなければならない点、後述の教育とも関わってこよう。

[法律家志望者についても(i)は起りえる。しかし、絶対数が少ないため社会的には目立たない。理・工学部も同様、優秀な頭脳を(医学部進学者より遥かに多数)吸収するが、適した素質を持つ供給母体の大きさから、やはり批判の対象とはなっていない。むしろエンジニア志望者にとっては、(ii)がより大きな問題と言えよう。]

次に医師育成過程に注目し、何故マンパワー問題が論議されるのかを考察してみよう。

(i) 医学部における教育には多大な費用を要する。しかも国公立教育機関は言うに及ばず、大部分の私学においても、多額の国庫負担に依存せざるを得ない。[司法修習所における法律家の養成にも各人当たり相当な金額が注ぎ込まれ、かつ全額国庫負担である。しかしここでも医学部と比較して少ない絶対数ゆえ、社会的費用の配分問題として論ずる声はほとんどない。理・工学部学生の育成に要する費用は、文科系より遥かに高額とほいうものの、1人当りで見れば医学部の場合より少額である。]

(ii) 医学部学生にとっては、学部教育課程修了後に国家試験が存在する。育成プロセス前に

司法試験がある法律家の例と比較し、養成費が効を奏さない者が出現する確率が高いことは否めない。〔エンジニアについては、種々の専門資格試験が存在するとはいえ、「技術者一般になるための国家試験」は無い。〕

(iii) 投下費用に対する見返りとしての社会的便益が、“国民の健康水準”という意識しにくいものである。それは、生活のマイナス面の減少という形をとるため、日常のくらしの中での向上感に直接結びつかない。従って費用だけが目立ってしまうことになる。〔技術者の場合、経済成長というプラス面の促進への貢献の形をとるため、便益が相対的に意識され易い。一方、法律家の果たす“社会の安寧の維持”等の役割は、医師の場合よりさらに把握しにくいものと思われる。〕

最後に教育・訓練修了後の医師の身の進め方もまた、マンパワー問題の1つのサブ・テーマであることは言うまでもない。このテーマでは、(i)就業形態別、(ii)診療科目別、(iii)地理的分布、(iv)対象患者層別、等々の需給の現状と、将来の予想が分析されなくてはならない。〔法律家にも分布の問題は存在する。特に(i)は、弁護士・判事・検事への労働供給という点で、必ずしも需要を充たしえない職種がありうることが懸念されている。エンジニアの場合は、大部分が雇用者であるため、企業の意思により各種の移動・異動が比較的容易に為されてきた。〕

3. 医療市場の特質と問題点

(1) 市場環境

医療市場を取り巻く社会・政治環境の中で最も特徴的な事柄の1つは、強力な職業団体である日本医師会の存在である。他の専門職では弁護士について全国組織が機能しているが、(専門分野内での評価はともあれ)社会的影響力は医師会に遥かに及ばない。また、拮抗力としての厚生省もしくは法務省との力関係でも、医師会のパワーは極めて大きいものとみなされている。従って、マンパワー需給の将来予測や、様々な代替案の設計に際し、医学面から見た必要性の吟味、あるいは経済学的な市場メカニズム分析だけではカバーしきれない要因として、これを忘れることはできない。〔技術者にはそのような社会的パワーを持った職業団体は無い。〕

第2に、医療の分野では比較的明白な政策目標と具体策が存在してきた点を指摘しうる。特に供給面については、医学部増設を始めとする供給能力増強策を列挙できるだろう。〔法律家の需給に関する国家目標は、基本的には現状からの大きな逸脱の無い方向、と見受けられる。他方、技術者の養成は、経済成長の起動力たる技術革新の担い手供給のために重視され、理・

工学部も医学部と同様、国家の政策的誘導のもとで拡充が図られてきた。]

第3に、医療に独特の市場環境として、健康保険制度にも触れる必要がある。この制度により、医療サービスの需要者は直接自己負担額が軽減され、また供給側も需要者の支払能力を気にせずに望ましい治療を行えるため、ニードの潜在化は他の財貨・サービスより少ないものと思われる⁽⁶⁾。しかし医療全体の中で、保険機構が必要でかつそれが成立しうる部分、またそのうち社会保険が必要な分野、あるいは私的保険が好ましい分野、等々についての整理された意味付けが為されているとは言い難い。従って、医師マンパワーの論議も、その土台となるべき制度枠組の社会的最適化に関し、分析努力が足りないまま討議されていることを意識しなければならない。

[法律家、特に弁護士の提供する用役に関しては、売手寡占の状態にあるとみなしえる。但し、日本の風土の特殊性ゆえ、法律家の手に委ねることなく処理される事項が多い点は割引けるだろう。エンジニアの提供する用役の需給は、前2者と比べ相対的に自由な市場で取引されていると考えられる。]

(2) 規制の必要性をめぐって

医療サービスに限らず、「需要側と供給側の自由意思に基づく市場の裁定に何を託し、一方公共の手でどの程度規制を加えるべきか」という問に対する答は画一的なものであってはならない。最適な区分は、一国の所得や教育の水準、あるいは文化のあり方により異なるはずである。特に、不完全市場と規制の組み合わせの度合に関する比較検討は難しい。さらに、国民の合意を基本とする国家的目標の存在も、規制の必要性の程度に影響しよう。

我国の医療市場を顧る時、「政府が何を規制し、何を市場に委ねるか、その場合何をシグナルもしくはインセンティブとすべきか」についての、客観的な評価と見通しの欠如を指摘せざるを得ない。この重大な欠陥が、医師マンパワー問題を含む、すべての懸案事項の解決を迷路に陥れる原因と言ってよいのではないだろうか。「過去の経緯から何となく現状維持」は最も好ましくない選択である。たとえ反論があっても、何らかの明確な方針が示されている方が、メリット・デメリットを整理して改善策を図る出発点を与えるため効用が大きい。[法律家の業務そのものについては様々な規定があるが、弁護士の費用には健康保険と同じ意味での公定料金は無い。エンジニアの活動やその賃金水準は、医師と比べれば相対的に遥かに大きな部分が市場メカニズムにより決定されている。]

4. 医療市場のパフォーマンス予測

(1) マクロレベル：国民医療費

日本人の健康水準が国際的に見て良好な状態にあることは、多くの識者により指摘されている。にもかかわらず、マスコミ等で医療をめぐる甲論乙駁が絶えない理由としては以下が考えられる — (i)国民の期待水準が高く、かつ高齢化の予想に伴いそれがより上昇しつつある。(ii)医療施設調・患者調査・国民健康調査、並びに国民医療費等々、医療に関するデータが相対的によく把握され、周知の程度が広い。〔日本の社会の安寧さ、及び工業技術水準の高さとも、やはり国際的には最良のグループに属する。そして、現状を不満とする声があっても、医師の場合のように職業集団に向けられることが少ない。これは上述の(i)の差ではなく、医療に比べ対象が一般国民にとって捉えにくいことが理由であろう。⁽⁷⁾法律家の活動について“国民法務費”などは発表されないし、一方、技術者は大部分雇用者であるため、たとえば公害問題についても、通常批判されるのは「〇〇株式会社」であって、エンジニアではない。〕

俗に「医療では供給が必要をつくる」と言われることがある。確かに、医師数や施設数の不足が解消されていく過程 — それはまた、健康保険制度が整備され、さらに保険給付率が引き上げられた過程 — では、潜在需要を顕在化させたため、供給のアヴェイラビリティ増大が需要量の増加を伴った。しかし、マクロで見れば1通りニードが充たされたと思われる1975年以降、年齢階層別受療率はほとんど変化していない。最近5年間にも供給キャパシティが増大していることを考えれば、先述の命題が必ずしも常に妥当するとは言い難い。にもかかわらず、国民医療費が急成長してきた理由は、主として診療1件当り費用の高騰にある。

これから今世紀末にいたるまでの、人口構成高齢化に起因する医療ニード漸増の程度と、医師マンパワー増強の進展の度合を比べれば、後者の方が速度が大きいことは明らかである。それでも、上に述べた観測事実から類推すれば、もはや1970年代前半までのようには、供給力拡大に導れて需要量（受診率）が伸びていくことはないと予想される。従って平均値で見る限り、医師1人当り診療件数の減少が起る可能性が高い。その場合、患者1人当り診療時間増が生じ、それが1件当り診療行為量増 = 1件当り費用の上昇へつながる形で、国民医療費を膨張させていくという経路が危惧される。特にこれを社会保険料負担の観点からながめれば、高齢化社会でやはり必然的に問題となる年金負担との兼合い上、重大な課題となろう。

(2) ミクロレベル：医師マンパワーの処遇

既に分析してきたような趨勢のもとでは、個々の医師に対しどのような経済的影響が現われるであろうか。これを3つに分けて考えてみよう。

平均値で見れば、まず1人当たり所得の相対的低下が予想される。ただし実際には、勤務医・開業医とも平均所得の伸び率が相対的に低くなるという形をとり、名目値では上昇を続けるだろう。これは、医師マンパワー不足時代の、一種の寡占に起因する超過利潤が解消し、競争市場における主体の活動に対する、正常な利潤率へとシフトする過程で生ずる。従って1度、需給の伸びの均衡が実現した後は、それ以上の相対的減少が起きることはない。そして、医師マンパワーへの人的資本投資量と、医療行為のための設備投資量が多大である以上、その報酬としての収益は、当然社会の上位にランクされて然るべきである。〔法律家の用役の需給から考えれば、この先相対的所得が減少するとは思われない。エンジニアの場合は、いわゆる日本の雇用慣行の中で長期的に対応がなされ、年々の短期の需給バランスだけで給与水準が変動することはありえない。〕

第2は、医師1人当たり平均労働時間の短縮が可能となるだろう。これを活用すれば、何年かに一度ずつ交替で長期の研究・研修休暇を取るシステムや、その後の保障を伴った（選択的）定年制を勤務医のみならず、開業医にも適用しうる道が開けよう。また、労働供給時間1単位当たりの所得で見れば、実質でも増加を続けうることになる。〔法律家については、これまでの論旨から明らかなように、むしろ1人当たり労働時間増が要求されよう。他方技術者は、経済全体の雇用者平均労働時間短縮の恩恵を受けていくものと思われる。〕

第3に、医療市場に限らず供給者間の正当な競争が漸減していけば、結果として経営格差、あるいは勤務者の待偶格差が拡大するはずである。言い換えれば、階層分化の明確化が起こることになる。従って、「医師の大部分が相対的に高所得層」とは言えなくなるだろう。就業分野に関しても、たとえば病院の経営管理を専門とする医師や、ME機器メーカーに雇用される者、あるいはライフ・サイエンス関連企業に従事する者等が増大するかもしれない。社会全体にとって、医学を修めた人間がいろいろな分野に進出することはむしろ好ましい事態であろう。さらに、医学部卒業の非医師も、特異な存在ではなくなるのではないだろうか。これらすべては、医学教育の再検討と多様化を要求するものである点を明記する必要がある。〔言うまでもなく、法学部もしくは理・工学部卒業者の就業状態を観察すれば、法律専門家あるいはエンジニアではない者も全く異例ではない。〕

5. 結論と提言

前節までの論旨から明らかなように、医師マンパワー論議を、いわゆる“医師過剰論”だけに狭めてしまってはならない。そうした限定からは、一方には医師救済策、他方には状況の変化に応じて制度を変更させる努力を無視した放任策しか生まれない確率が高い。さらに付け加えれば、医療の将来を国民医療というマクロの指標だけで判断しようとするのも好ましからざる態度である。何故なら、マクロ指標の抑制を目的関数とすると、抵抗の強弱を標準に、削減してはならないはずの分野であっても減額がなされる恐れがあるためである。

我が国の医療をより改善するには、市場における需給均衡を機に、然るべき部分の自由化を図るべきであろう。市場メカニズムの導入により、需要側に対しては、「負担増は反対だが高水準の医療を」という要求が不可能であることを明確にする。具体的には、医療のアメニティ部分の差の拡大という形がとられるだろう。ただし、アメニティの“自由選択”が、医療、取り分け診療の格差とならぬよう、配慮が必要であることは勿論である。一方、供給側に対しては、「統制には反対だがほとんどが高所得」という事態はあり得ないことを明確にする。完全市場とは失敗の自由をも含むシステムである。

医療という国民生活に不可決の分野では、先述の通り人々の期待水準が高く、また公共の手と市場メカニズムの役割区分が不明確なため、様々な不満が醸し出され易い。

たとえば、医療サービス供給の充実により、ニード潜在化防止を目指す国では、誰がその費用を負担すべきかという難題が必然的に当来する。その際、健康保険収支の均衡を重視すれば、保険料負担もしくは家計の医療費自己負担額について不服の声があがるだろう。反対に保険財政に赤字を許すならば、結局一般会計からの繰り入れ等が必要となり、最終的には税率の上昇を招く。どちらにしても、所得に対する賦課の形が違っただけで、マクロの負担額は同じである。また供給側について考えれば、設備のみならずマンパワーの増強も目指した場合には、一部には失業とその救済といった問題も誘発されるかもしれない。一方、英国式の体制を採択すれば医療費の高騰は起きにくい。しかし、医療の供給不足、患者の待時間増という、より深刻な事態が発生する可能性が高い。

以上見てきたように、一国の制度を前提にすれば、供給と需要の過不足という事柄と、それが惹起する影響は主として経済的な現象である⁽⁸⁾。従ってこれらは、医学的に見た供給能力の適正水準の養成の有無とは異った意味で検討されなければならない。たとえ医師マンパワー論を客観的、技術的に扱ったつもりでも、それは暗黙のうちにある制度、ある政策を選択している

ことになる。そして制度・政策の採択とは、同時にひずみ = 呻吟の生ずる場所を選別したことに他ならない — それが医学の立場からする最適な制度であろうと、あるいは国民経済にとって最も納得のいくシステムであろうとも — という点を改めて強調しておきたい。

注：(1) 勿論、ある1人の医師がその双方を兼ね、曜日や時間帯により労働供給形態を変えることは取り立てて異例ではなからう。

就業の型の決定を含む、最適労働供給の理論については小尾恵一郎教授の下記諸論文を参照。

i) 「家計の労働供給の一般図式について」三田学会雑誌 62 巻 8 号, 1969 年 8 月

ii) 「労働市場モデル」, 同 71 巻 4 号, 1978 年 8 月

iii) 「家計の労働供給の一般理論について — 供給確率と就業の型の決定機構 —」同 72 巻 6 号, 1979 年 12 月

(2) 待時間の減少や患者 1 人当り診療時間の増大という形をとるだろう。勿論、分野別や地域別に見ればすべてが同じペースで改善されるわけではなく、一層混雑する科目もありうる。また当然、個別の医療機関の 1 つ 1 つが平均的に影響を受けるはずもない。

(3) 就業形態の変更が可能となるような長期の視野内では両者を区分することはできない。上はすべて職種を固定した上での分析である。

(4) (i)と(ii)と様々な可能性ごとに、医師雇用吸収量の条件付予測も可能とならう。

(5) 受療の時間コスト低下を主動因とする、各種医療施設に対する需要増加策を導くモデルについては、田中滋「これからの中小病院経営」(病院, 40 巻 10 号, 1981 年 10 月) 参照。

(6) 家計所得と保健医療価格および一般物価水準、さらに保険種別が医療需要に与える影響の計量経済分析については、田中滋・三上扶美子「勤労者家計における保健医療支出と診療代支出の動向」(季刊社会保障研究, 16 巻 1 号, 1980 年 6 月) 参照。

(7) 勿論これは、医学や医療が、法律や法学、あるいは工学に比べて容易だという意味では全くない。医療の現場である病医院を訪れたことの無い人間はまずありえないが、法延や研究所と生涯無縁で過ごすことはそう珍しくなからう、と言うに過ぎない。

(8) 以上の論点の整理については、田中滋「書評と紹介—石本忠義著『世界の医療問題』」(病院, 40 巻 8 号, 1981 年 8 月) 参照。

いたが、昭和53年は0.99，昭和54年0.96と低下の傾向にある。

3) 無届出医師数：昭和50年推定，18,000人（引退，転職，外国移住含む）

4) 死亡率：現在の5歳階級別一般男子の死亡率を用いた。将来，死亡率はさらに低下すると予想され，また，医師の死亡率は一般男子のそれより低いとの報告（JMA調査，富田論文）もあり，これを考慮するならば，将来医師数は予測値を上回る値となる。

・年齢分布推計方法

次のようなモデルにより計算した。

m_{ij} …… i 年次 j 年齢階級（男）

f_{ij} …… i 年次 j 年齢階級（女）

q_{ij} …… i 年次（5年毎） j 年齢階級死亡率

α_{ij} …… 5年毎 i 年次の j 年齢階級の減少率

（または増加率）

C_k …… 5年間の中 k 年目の減少率（又は増

加率）に対する係数

r_k …… 5年間の中 k 年目の死亡率に対する係数

$$m_{i+1,j} = m_{i,j} \cdot (1 - C_k \cdot \alpha_{ij}) \cdot (1 - r_k \cdot q_{i,j}^{(m)})$$

$$f_{i+1,j} = f_{i,j} \cdot (1 - C_k \cdot \alpha_{ij}) \cdot (1 - r_k \cdot q_{i,j}^{(f)})$$

医療マンパワーの将来予測

・年齢階級別医師

表1 年齢階級別医師数の将来予測

年齢階級	昭和50年	55	60	65	70	75
20～24	272	461	525	545	545	545
25～29	14,744	21,927	28,918	31,043	31,063	31,063
30～34	19,642	21,334	31,823	39,957	42,069	42,089
35～39	15,913	19,819	21,648	32,106	40,177	42,272
40～44	17,491	15,762	19,638	21,452	31,781	39,753
45～49	24,842	17,169	15,477	19,281	21,060	31,194
50～54	19,251	24,158	16,699	15,055	18,753	20,483
55～59	10,670	18,451	23,154	16,005	14,429	17,974
60～64	10,808	9,965	17,232	21,625	14,948	13,476
65～69	8,121	9,623	8,872	15,343	19,253	13,309
70～74	4,643	6,638	7,866	7,253	12,541	15,738
75～	4,147	5,303	7,284	9,107	9,537	13,530
計	150,544	170,610	199,136	228,772	256,156	281,426
人口10万対	135.3	145.1	162.8	181.2	196.9	210.5
65歳以下 人口10万対	119.4	126.8	143.1	156.1	165.2	178.7

開設者数の将来予測

	昭和50年	55	60	65	70
開設者数	63,154	67,634	70,696	73,251	75,348
人口10万対	56.8	57.5	57.8	58.0	57.9

国家試験合格率を0.98とした場合の将来予測

年次	医師数	1人10万対医師数	1.05との差
昭和50年	150,544	135.3	
55	169,281	144.0	
60	194,846	159.3	
65	221,359	175.3	+ 5,914 (2.6%)
70	245,753	189.0	
75	268,082	200.6	+ 11,468 (4.1%)
80	287,975	211.0	
85	306,261	221.8	+ 16,767 (5.2%)

医療マンパワーの現状とその問題点

- ・現在は不足状態から充足状態への過渡期である。(人口10万対医師数180～190前後が限度、昭和65～70年ごろ)
- ・開設者は横ばい状態。(図1参照)
- ・病床数はすでに世界のトップグループ → 次第に頭打ちに。(図2参照)

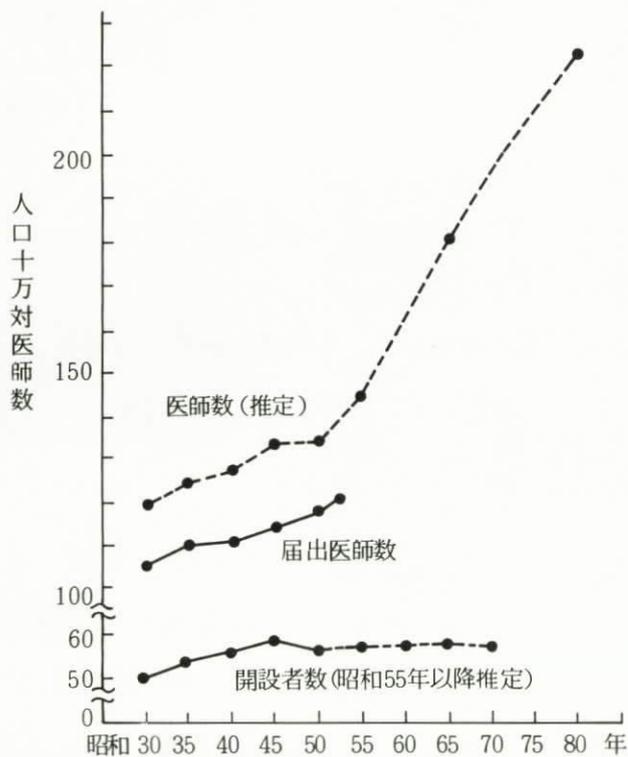


図1 医師数の将来予測と開設者数の推定

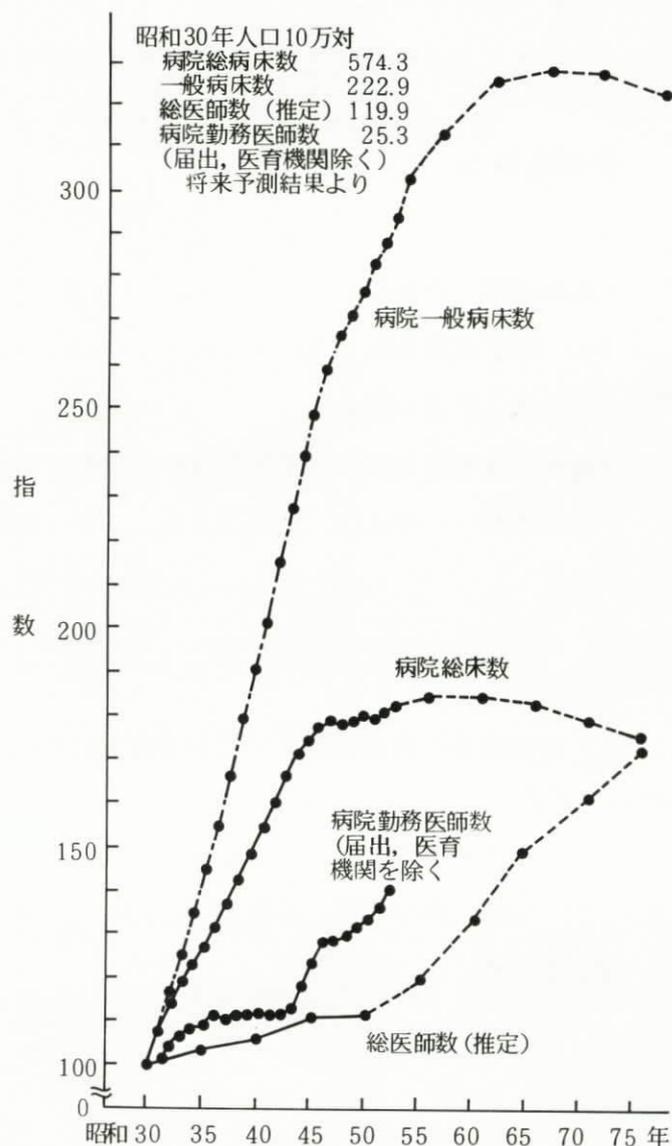


図2 病院総病床数，一般病床，総医師数
病院勤務医数（指数）の動向
（人口10万対，昭和33年を100）

・ 医師過剰の問題点

- 1) 人口の老齢化による年金増とともに，医療費増加の負担に国民がどこまで納得できるか。
- 2) 充足による医師の競合状態はどうなるか。（医師の希少価値が減じ，収入減になるのは……）

・ また一方，医師増は医師の労働負担の緩和をもたらし，ひいては在院日数の減少等，医療に良い影響をもたらすことも考えられる。（現在，病床数と医師数はアンバランスな状態にあ

- り、県別にみると、病床数の多いところほど在院日数が長くなっている。)
- ・地域格差 — 府県レベルでの数の充足と郡部レベルでの減少 — が拡大。

今後の課題

- ・医師数増加の抑制
 1. 国家試験合格者（入学定員 + α ）の α の部分の見直し。
 2. 入学定員の調整
- ・海外、国際協力については早期に体制整備が必要
- ・将来予測 — 今後は、地域的分布、医師の移動状況、業務の種類別、専門別医師数の分布に
焦点

* 再掲図表の出典に関しては以下のとおり

表 1 方波見重兵衛：「医師増加と医師のあり方」、『病院』第39巻第1号，第39巻第1号，医学書院，昭和55年1月，p. 35

図1,2 同，p. 36

医師に関する調査資料について

国立公衆衛生院衛生行政学部衛生行政室長

西 三 郎

医 籍

西：大きく二つに分けて、われわれが比較的よく分析している資料の分野と、それから必ずしもあまり十分分析していない分野とがあると思います。まず最初に日本の医師の原籍ともいえる医籍について述べます。医師とは医学部に入学し、医学生になり、卒業して医学士となり、国家試験に合格して、かつ登録をすることにより医師となるわけです。日本では一般に医学部に入学することは医師になるためであり、医学部入学と医籍登録とは6年間のずれがあります。100%ではありませんが一定の比率で医学部入学者＝医師と考えてよいでしょう。このようにして医師になり、そして最後に登録を抹消するというのが医師の経路です。厚生省に医籍として登録する事項は、登録番号、登録年月日、本籍地都道府県名、日本の国籍でないものについてはその国籍、氏名、生年月日及び性別、医師の資格を得られた年月日、免許の取得又は医業の停止の処分に関する事項、再免許、再交付の場合は事由及び年月日、登録の抹消をした場合には、その旨並びにその事由及び年月日です。現在では、資格要件というのは、国家試験の合格ということになっています。外国人で外国の医師の資格を持っている人でも日本で日本人と同じ国家試験を受けなければなりません。また、昔は医科大学等を卒業した人は、国家試験がなく、登録をすれば医師になれたわけです。このような場合も含めて、現在の医師の免許取得資格の種類はだいたい八つぐらいの分類があります。現在の医師調査（後述）によると図1に示した状況です。大学又は医専卒と国家試験合格の違いは、ただ戦前に卒業したか否かで、戦後に卒業した人には国家試験があったということだけです。

もちろん一度登録されていても、氏名が変更になった場合や、国籍、本籍に変更があった場合、届出をします。性でも変ることがあり得るわけですが、それにも全部届出をし直すわけです。

それから医師が死亡した場合には、家族が死亡届を提出すると同時に、医師の登録抹消の届出をすることによって、医籍から抹消されます。これは逆に言うと、死んでも抹消の手続がない限り、自動的に医籍から消すことは出来ないということになります。登録を抹消する手続な

図 1

免許取得資格の種別 免許取得を関係法令の年次別に区分すると、下図のとおりである。

医 師	明 治 17 年 1 月	明 治 39 年 10 月	大 正 3 年 10 月	昭 和 21 年 1 月	昭 和 21 年 9 月	昭 和 37 年 12 月
9 その他の 資格の者	8 医に 師よ り免 許規 則者	(医学校卒)	4 大学卒で無試験の者	1 国家試験 合格者		
			5 医専卒で無試験の者			
		(外国で資格取得)	6 外国の医学校卒又は外国の医師 免許取得者で無試験の者			
		(医術開業試験合格)	7 医師試験合格者	2 引揚医で銚衝による者		
	(仮開業免状)			3 引揚医で試験合格者		

歯科医師	明 治 17 年 1 月	明 治 39 年 10 月	大 正 10 年 10 月	昭 和 21 年 1 月	昭 和 21 年 9 月	昭 和 37 年 12 月
8 その他の 資格の者	7 医に 師よ り免 許規 則者	(歯科医学校卒)	4 歯科医専卒で無試験の者	1 国家試験 合格者		
			5 外国の歯科医学校卒又は外国の 歯科医師免許取得者で無試験の者			
		(外国で資格取得)	6 歯科医師試験合格者			
		歯科医術開業 試験合格		3 引揚歯科医で試験合格者		
	(仮開業免状)					

のですが、家族が保健所に届出して、保健所を経由して、都道府県の衛生部局を通して厚生省へいくというルートになっています。これは本人が亡くなっていますから、残された家族が届出をするということになる。これではじめて抹消することが出来るわけです。ですから死んだことが明らかであっても、厚生省としては家族からの届出がない限り職権で抹消が出来ないのです。そのため、抹消しようとする、抹消の手続を家族に依頼して、全部の手続をふんでもらうことになるわけです。これは、まったくの経由事務ですから、保健所、都道府県では、ただ単に書類をチェックして、判子を押し回すだけの話で、死亡した医籍をどうのこうのということはありません。まったくナンセンスな話ですけれど、こういう手続が定められているので、厚生省のみでは抹消が出来ないのです。ですから医籍には、非常に高齢者がたくさん生き残っています。また、抹消の届出は、免許証といっしょに提出するということが義務づけられています。このことの意味はニセ医師の防止で、免許証をほかのことに使わないためということです。

この医籍というのは登録番号順に大福帳に書いてあります（資料1参照）。戦後になってから外国人医籍というのが出来まして、外国人は外国人用に、別に籍を移すようになっています。非常に複雑なのは、戦前、日本人であった人が、戦後になって外国人になった場合です。そうすると戦前の医籍を消して外国人用の医籍へ移す作業がいるわけですが、それが必ずしもスムーズにいていないこともあり得ます。もっとも、オフィシャルには外国人籍はないのですが、特定の番号から先を外国人というふうにしております。医籍にはすべての医師が全部医籍番号で登録されてあります。

資料 1

登録番号	登録年月日	本籍地 都道府県名	氏名	生年月日	資格取得年月 資 格	記 事
第 222×××号	昭和49年 ×月×日	××県	男 ○○○○	昭和24年 ×月×日	昭和49年 5月	
第 222×××号	昭和49年 ×月×日	××県	男 ○○○○	昭和25年 ×月×日	昭和49年 5月	
第 222×××号	昭和49年 ×月×日	××県	男 ○○○○	昭和24年 ×月×日	昭和49年 5月	
第 222×××号	昭和49年 ×月×日	×××県	男 ○○ ○○	昭和22年 ×月×日	昭和49年 5月	
第 222×××号	昭和49年 ×月×日	××県	男 ○○ ○	昭和24年 ×月×日	昭和49年 5月	

私はこういうことをやっていたから自分の医籍番号を覚えていますけれども、たいていの人は最後まで覚えていません。一般に、下の桁を覚えていないので、アイデンティファイできないのです。逆に下の方の桁を知っていれば同定出来ます。例えば、方波見先生でしたら、年齢やなにかからすると13万という数字のあたりはすぐわかるわけです。最後の番号さえきちっとしてると、わりに同定するのは容易です。医籍番号は年次の入っていない通し番号なのですが、われわれはわかるのです。というのは、これは公表されてはいないのですが、多少内部資料的な形で、明治43年なら43年に登録したなら何番から何番までというように、各登録年ごとにその年は何番から何番まで登録しましたという表はあります。これに基づいてほしい何年に登録したかがわかるのです（資料2参照）。

こういうふうに番号が出来ているわけですが、欠番もあります。死亡すれば、もちろん登録

資料 2 医師数（外国人医師を除く），免許取得資格の種類・登録年別

	総数	国家試験 合格者	引揚医で 登歯に よる者	引揚医で 試験 合格者	大学卒で 無試験 の者	医専卒で 無試験 の者	外国の医学 校卒又は外 国の医師免 許取得者で 無試験の者	医師試験 合格者	医師免許 規則によ る者	その他の 資格の者	不詳
総数	148 832	111 461	221	260	17 181	17 813	249	1 301	100	20	278
昭和	146 284	111 456	221	260	16 517	16 097	247	1 156	42	18	250
54年	5 160	5 136	-	-	6	4	-	6	-	-	6
53	4 595	4 579	-	-	-	2	-	5	-	-	9
52	4 171	4 158	-	-	-	1	-	7	1	-	4
51	3 926	3 917	-	-	1	-	-	4	-	-	4
50	3 557	3 540	-	-	1	1	-	12	-	-	3
49	3 333	3 321	-	-	1	3	-	4	-	-	4
48	3 468	3 444	-	-	4	9	-	9	-	-	2
47	3 223	3 215	-	-	1	1	-	3	-	-	3
46	3 119	3 106	-	-	-	1	-	7	1	1	1
45	3 147	3 136	-	-	1	-	-	9	-	-	1
44	3 791	3 779	-	-	1	1	-	6	1	-	3
43	4 800	4 774	-	-	1	-	-	18	-	-	7
42	2 448	2 435	-	-	-	3	-	9	1	-	-
41	2 722	2 711	-	-	-	-	-	8	-	-	3
40	2 643	2 635	-	-	2	-	-	6	-	-	-
39	2 812	2 802	-	-	3	-	-	6	1	-	-
38	2 758	2 747	-	-	-	1	-	9	-	-	1
37	2 851	2 832	-	-	3	1	-	14	-	-	1
36	2 922	2 900	-	7	3	2	-	7	-	-	3
35	2 923	2 886	2	23	1	-	-	10	-	-	1
34	2 937	2 913	-	8	3	1	-	10	-	1	1
33	2 766	2 755	1	-	-	-	1	7	1	1	-
32	2 806	2 790	-	4	-	-	-	10	-	-	2
31	3 156	3 152	-	2	2	1	-	9	-	-	-
30	2 988	2 972	1	6	1	-	-	6	-	-	2
29	2 806	2 789	3	2	3	1	1	4	-	-	3
28	3 322	3 254	15	30	5	4	6	8	-	-	-
27	4 771	4 745	1	4	2	4	-	11	-	1	3
26	6 589	6 533	1	16	-	9	-	25	1	1	3
25	7 194	7 130	9	18	6	12	1	14	-	-	4
24	2 757	2 671	4	57	3	11	2	6	1	-	2
23	669	591	17	31	6	18	5	-	1	-	-
22	1 368	1 092	98	50	25	59	24	19	-	1	-
21	1 250	12	69	2	245	817	67	32	3	1	2
20	2 757	-	-	-	1 045	1 575	50	59	2	1	25
19	2 795	-	-	-	1 114	1 566	36	59	2	2	16
18	2 497	-	-	-	933	1 442	28	79	-	1	14
17	4 102	-	-	-	1 807	2 153	4	105	7	1	25
16	1 956	-	-	-	1 113	783	4	44	-	-	12
15	1 859	-	-	-	1 049	740	2	56	1	1	10
14	1 879	-	-	-	986	827	-	55	1	-	10
13	1 867	-	-	-	1 018	784	1	52	1	1	10
12	1 728	-	-	-	924	750	3	43	2	1	5
11	1 689	-	-	-	906	719	-	56	3	-	5
10	1 605	-	-	-	857	692	-	44	3	1	8

	総数	国家試験 合格者	引揚医で 登歯に よる者	引揚医で 試験 合格者	大学卒で 無試験 の者	医専卒で 無試験 の者	外国の医学 校卒又は外 国の医師免 許取得者で 無試験の者	医師試験 合格者	医師免許 規則によ る者	その他の 資格の者	不詳
9年	1 589	-	-	-	829	708	2	38	3	-	9
8	1 465	-	-	-	755	667	2	33	1	-	7
7	1 233	-	-	-	649	559	2	17	3	-	3
6	1 019	-	-	-	654	331	2	29	-	-	3
5	802	-	-	-	478	294	1	24	-	2	3
4	686	-	-	-	433	230	-	21	-	-	2
3	552	-	-	-	377	158	-	15	-	-	2
2	428	-	-	-	260	152	3	9	1	-	3
大正	2 549	-	-	-	660	1 688	2	143	46	1	8
15年	294	-	-	-	147	131	1	15	-	-	-
14	372	-	-	-	129	227	-	15	-	-	1
13	366	-	-	-	91	257	-	16	-	-	2
12	336	-	-	-	86	238	-	9	2	-	1
11	252	-	-	-	52	191	1	6	-	-	2
10	219	-	-	-	50	156	-	9	3	-	1
9	162	-	-	-	35	112	-	15	-	-	-
8	127	-	-	-	18	90	-	19	-	-	-
7	91	-	-	-	17	68	-	6	-	-	-
6	93	-	-	-	15	67	-	10	1	-	-
5	72	-	-	-	9	49	-	9	5	-	-
4	71	-	-	-	4	48	-	11	7	-	1
3	38	-	-	-	2	20	-	3	12	-	1
2	37	-	-	-	5	21	-	-	10	1	-
1	19	-	-	-	-	13	-	-	6	-	-
明治	45	-	-	-	3	27	-	-	12	1	2
44年	12	-	-	-	-	9	-	-	2	-	1
43	17	-	-	-	3	10	-	-	3	1	-
42	6	-	-	-	-	5	-	-	1	-	-
41	3	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-
40	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
39	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
38	3	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1
37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
不詳	22	5	-	-	1	1	-	-	-	-	15

注) 昭和1年は大正15年に、明治45年は大正1年にそれぞれ含めた。

を抹消できるわけで、それによって欠番が出来るわけです。それから登録のミスによって欠番が生ずることもあります。その欠番に、ニセ医師が入りこむとすると問題が生じます。手続によって抹消した場合には、抹消した記録が残っていますからわかりますが、そうではないところの欠番もあって、その番号をもって、自分は医者だと言った場合に、その医者を排除することは著しく困難になるわけです。そのようなこともあって、医籍の全体の公表はしていません。医籍の公表をしてもそのなかでの欠番は医師ではないことをはっきりさせれば問題ないわけです。しかし、その欠番が手続や登録上のミスではないことが明らかでない限り、混乱が起こらないとは限りませんから、医籍の公表は原則としてやらないわけです。

医籍は明治から続いていて必ずしも完全でないことから、いろいろなことを論議される面があるのです。本来は実際に活動している医師の資料が必要なわけですが、今申し上げたように、分母の医師でさえもいろいろ問題があるわけですし、活動する医師、アクティブな医師をきちっと同定することは非常に困難な作業です。国際的に、日本のように医籍により、こんなにきちんとしている国は少ないのです。但し、人口の小さい国は別としてですが。

医師調査・医療施設調査

それから資料としては、医師届（資料3参照）というものを毎年出しまして、それに基づいた医師調査がありますし、また医療施設調査というものもあります。医療施設調査は医師の数だけ報告しています。そこでの区別常勤と非常勤の医師が何人ということですが、常勤および非常勤という定義が必ずしも明確ではありません。非常勤の医師がいくつも非常勤を兼ねると、合計した時ダブルカウントされてしまいます。

それから医療施設に対して法による医療施設基準があるわけです。施設基準を下回った形で医療施設調査を提出することは、提出先が監督官庁である保健所であることから、施設基準を上回るように、なんらかの配慮をするということはあるでしょう。それで医師届出による医師調査と医療施設調査とは、多少数字の違いが出てきている。つまり、医師調査のほうは本人が届出るものであり、医療施設基準には関係ありません。その為申告を忘れてして、数が少なく出て、医療施設調査は多少オーバーに出てくるという面もあるわけです。

医療法に基づく届出

それから医療法にもとづく各医療施設別の保健所への届出があります。これは医療施設に医師

資料 3

医師届出票

厚1-1-6-1

昭和53年10月24日登録

(昭和54年12月31日現在)

■ 登録番号

(1)住所	都道府県 市区町村			番地	番号
よりがな				電話	市外局番
(2)氏名					
(3)性別	1 男 2 女	(4)生年月日	1 昭和 2 大正 3 明治	年	月 日
(5)本籍	都道府県 市区町村			番地	番号
(6)医師登録番号	第 号	(7)年 月 日	1 昭和 2 大正 3 明治	年	月 日
(8)資格の種別	1 国家試験合格者(昭和21年9月以降) 2 引当医で検査(せんこう)による者(昭和21年1月以降昭和37年12月以前) 3 引当医で試験合格者(昭和21年1月以降昭和37年12月以前) 4 大学卒で無試験の者(明治39年10月以降) 5 医専卒で無試験の者(明治39年10月以降) 6 外国の医学学校卒又は外国の医師免許取得者で無試験の者(明治39年10月以降) 7 医師試験合格者(大正3年10月以降) 8 医師免許規則による者(明治17年1月以降) 9 その他の資格の者				
(9)業務の種別	1 病院の開設者 2 診療所の開設者 3 病院(医育機関附属のものを除く。)の勤務者 4 診療所の勤務者 5 医育機関附属の病院の勤務者 6 臨床以外の医学の教育機関又は研究機関の勤務者 7 衛生行政又は保健衛生業務に従事する者 8 その他の職業に従事する者 9 無職の者				
よりがな				電話	
00従事先の名簿 (9)欄で①・②の者も必ず記入のこと。				電話	
01従事先の所在地 (9)欄で①・②の者も必ず記入のこと。	都道府県	市区町村	市市区町村号		
02従事する診療科名等 (9)欄で①・②・③・④・⑤の者は必ず記入のこと。	I 1.内科 2.呼吸器科 3.消化器科(胃腸科) 4.泌尿器科 5.小児科 6.精神科 7.神経科 8.神経内科 II 1.外科 2.整形外科 3.形成外科 4.美容外科 5.脳神経外科 6.呼吸器外科 7.心血管管外科 8.小児外科 9.産婦人科 10.産科 11.婦人科 12.眼科 13.耳鼻いんこう科 14.気管食道科 15.皮膚科 16.泌尿器科 17.性病科 18.こう門科 III 1.理学診療科 2.放射線科 3.麻酔科 4.全科 IV 1.その他()				
03備考					

-101-

→ 本年の提出方法

1. 「(9)業務の種別」欄で1~7までのいずれかを○で囲んだ方は「00従事先の所在地」を管轄する保健所長に提出しても差し支えないこと。
 2. 1以外の方は「(1)住所」を管轄する保健所長に提出すること。
- 提出期限
昭和55年1月15日

歯科医師届出票

厚1-1-6-2

昭和53年10月27日登録

(昭和54年12月31日現在)

■ 登録番号

(1)住所	都道府県 市区町村			番地	番号
よりがな				電話	市外局番
(2)氏名					
(3)性別	1 男 2 女	(4)生年月日	1 昭和 2 大正 3 明治	年	月 日
(5)本籍	都道府県 市区町村			番地	番号
(6)医師登録番号	第 号	(7)年 月 日	1 昭和 2 大正 3 明治	年	月 日
(8)資格の種別	1. 国家試験合格者(昭和21年9月以降) 2. 引当医で検査(せんこう)による者(昭和21年1月以降昭和37年12月以前) 3. 引当医で試験合格者(昭和21年1月以降昭和37年12月以前) 4. 大学卒で無試験の者(明治39年10月以降) 5. 医専卒で無試験の者(明治39年10月以降) 6. 外国の医学学校卒又は外国の医師免許取得者で無試験の者(明治39年10月以降) 7. 医師試験合格者(大正3年10月以降) 8. 医師免許規則による者(明治17年1月以降) 9. その他の資格の者				
(9)業務の種別	1. 病院の開設者 2. 診療所の開設者 3. 病院(医育機関附属のものを除く。)の勤務者 4. 診療所の勤務者 5. 医育機関附属の病院の勤務者 6. 臨床以外の医学の教育機関又は研究機関の勤務者 7. 衛生行政又は保健衛生業務に従事する者 8. その他の職業に従事する者 9. 無職の者				
よりがな				電話	
00従事先の名簿 (9)欄で①・②の者も必ず記入のこと。				電話	
01従事先の所在地 (9)欄で①・②の者も必ず記入のこと。	都道府県	市区町村	市市区町村号		
02従事する診療科名等 (9)欄の1から5までのいずれかを○で囲んだのみが記入すること。	1. 歯科 2.矯正歯科 3.小児歯科				
03備考					

→ 本年の提出方法

1. 「(9)業務の種別」欄で1~7までのいずれかを○で囲んだ方は「00従事先の所在地」を管轄する保健所長に提出しても差し支えないこと。
 2. 1以外の方は「(1)住所」を管轄する保健所長に提出すること。
- 提出期限
昭和55年1月15日

が就業しますと、医療施設の管理者が保健所に、こういう医師を雇ったという届を出すというものです。そこでは、医師の名前を書いて届を出し、その医師が辞めると、辞めたといって届けを出すのです。医師の出入があまり頻繁ですと、必ずしも保健所にきちっと届行されていないこともありましよう。それに、これは保健所から外へ報告されません。個々の保健所を歩いて、各々のファイルを見ればいいのですが、実際に何時の時点かを明らかにしておかないと、医師の移動が激しいことから調査は技術的に著しく困難です。診療所の場合は開設といっしょに届出ますから、いわゆる管理者は明確ですが、非管理者に関しては必ずしも明らかではありません。これがもしはっきりしていると、アクティブな医師の資料が集められるわけです。発表されている資料として厚生省で行っているものでは、アクティブな状況を示すものとして、医師調査とか医療施設とかありますが、必ずしも実態を意味しているものではないと言えます。

医師会名簿

それを補充するものとして医師会の名簿があります。医師会の名簿は、例えば東京都医師会では2年に1度ずつ「東京都医師会名簿」というのを作っていますし、それから各医師会もそれぞれ一定の年数ごとに名簿を作っております。日本医師会は、日本医師会名簿を作っておりません。膨大になりますから。ただ日本医師会および各都道府県、各地区、各医師会には、必ず医師会カードというのがあって、個人の記録が全部残っております。医籍とは違いますが、開業または勤務先、診療科名及びどういうことをしたとか、簡単なヒストリーを書いたものです（資料4.5参照）。そのほか病院とか学会とかその他の名簿が個別にあります。これを使っての分析は、一部行われたりしております。保健所長の異動の状況について、保健所長の同じ職場における寿命の分布という調査をしたことがあります。

医師名鑑

それから医師会名鑑、又は似たようなものでいろいろな名称のものがあります。その他ここには書いておりませんが、民間の会社が自分達のダイレクトメールとかその他のために、医師名簿を持っております。これにはいろいろな形で医師が把握されているようです。私のところにはその名簿に基づいて、ダイレクトメール、電話などがかかってきます。

— 医師名鑑というのはどこが出しているのですか。

西：民間のいろいろなところで出しています。1冊2万円ぐらいですかね。

資料 4

⑭ 出身校 明大昭 年 月 卒業

⑮ 免許取得年月 明大昭 年 月

⑯ 学位取得年 明大昭 年

論文審査校 _____

論文題目 _____

⑰ 現在研究
中のテーマ及び最近の論文 _____

⑱ 所属学会 _____

⑲ 主な職歴 (医局, 研究室も含む)	年から	年まで	に勤務 で開業
	年から	年まで	に勤務 で開業
現在の自己開業または勤務	年から		

⑳ 指定医 健保, 国保, 生保, 結核予防, 優生保護

㉑ 備考

上記のとおり入会を申込みます。

氏 名 ㉒

— ニュースの出どころはどこですか。

西：いま言った医師会名簿、病院、学会、その他の名簿を全部いろいろ集めて、それで作っているわけです。

— 医師会名簿はどこで手に入れるのですか。

西：医師会名簿というのは医師のところに行けばあります。私のところにも東京都医師会と、三鷹市医師会の名簿があります。

卒業名簿

それから資料としては、大学の卒業名簿があります。それで大学の卒業名簿の分析というのが行われています。最近報告されているのは阪大前教授の丸山博先生が、大学の卒業名簿を使って、医師の寿命の分析をしています。というのは、卒業名簿を見ると死亡者がわかり、死亡年齢が推定出来るからです。わりあい大学の卒業名簿が、そういう点ではアクティブであるかどうかを推定することの資料になります。それに、これには医療以外に就業した人というのも書いてあります。ただ、残念ながら全国の大学の卒業名簿が出るのは毎年ではなく、何年かおきですから、時点がそろっていません。それで時点をそろえてやるためには、どうしてもある程度推計操作をするということが必要です。

— それで何がわかりますか。

西：だいたいどこも現在の就業場所が書いてあるわけですが、卒業名簿というのはだいたい正直に書き入れているようです。学校によっては就業のポストまで書いてあります。ただ行方不明者は、どこでも多くございます。アメリカでは、WHOのヘルスマンパワーのセミナーで、アメリカ人の報告では大学の卒業名簿がもっとも医師を追跡するには好ましい資料であるということを言っていました。日本は医師届をやっていると言ったら、びっくりしていたという状態での話です。

専門分化に関する資料

まあ、医師というのはこういう形で現在資料があり、それで把握ができるようになっています。それから医師の専門分化に関しては、標榜診療科名というのがあります。これは医籍を除けばほとんど上記の資料にみな入っていますが、全部自称です。自称標榜科名ですから、そういう点では有効な資料ではあるのですが、将来推計していくなかで問題点を多く含んでいます。それは、新しい標榜科名が多く出来たときにどうするかという問題です。たとえば内科に勤めていた医師が放射線科に標榜科名を変えています。それはどうしてかということ、彼は放

射線をもともとやっていたのですが、内科教室に所属していたから、内科医として標榜していた。ところが就職先が診療科の放射線科に所属したものですから、放射線科に標榜科名を変えたわけです。つまり、そういうことでも標榜科名というのは変えるということです。

それから麻酔科のように新しい標榜科名は当然従来の標榜科名から出ていない。外科、その他の人々のなかから新しい標榜科名に途中から変るという状態です。ですから、方波見先生がなされた、標榜科名にもとづく将来推計を行ったときには、いくつかの仮説を置いたわけです。

それから専門医とか認定医とか指定医とかの分類もありますが、専門医というのは正式ではありません。内科学会その他で認定医という制度を作り、認定しています。指定医とは結核予防法指定とか、健康保険法の指定医とかあるわけです。しかし、それらの全体としての資料はありませんで、それぞれの団体が持っているだけです。おそらくそれぞれの団体が持っているのは、いわゆる認定、指定等の免許証に相当するものを出した時点で持っているだけで、あと追跡しているところは少ないと思います。現在どれだけそれぞれの認定、指定医師がいるかということは必ずしも明らかではないでしょう。

大学講座別出身者名簿

それから比較的専門科目別の実態を示すものとしては、大学講座別の出身者名簿というのがあるわけです。これはきちっとした形で出ているわけではないのですが、各講座ごとに大学へ行くとありまして、印刷されているところと、印刷されていないところがあります。各々の講座で寄附を集めることとの関連もあって、名簿が作られているという事情もあります。その大学講座ごとの名簿というのは、例えば内科学の講座の名簿というのは、内科から放射線に行こうとも、ベースに内科を勉強したということを示しているといえます。小児科ならベースに小児科を勉強して小児科になったということがわかるわけです。

医師の地域施設分布

それから医師の地域施設分布というのは、これはいままでの資料は全部地域施設が入っていますから、わかります。

ただ施設の分布というのは、例えば病院の場合は病院がなければ病院医師はいないわけですから、理論的にいけば、病院の分布が先行するわけです。けれど、実態としては、最近の例で言うと徳州会みたいに、社会的な条件ではなくて医師側の条件によって施設が作られることも

なくはないということもあります。だから将来推計していくときに、社会的、経済的な要件だけでなく医師側の要素もあるので、必ずしも容易ではないでしょう。

それから診療所に関しては、これは自分で開業する意志を持てば、いつでも開業できるという点で、これからとくに医師があふれてくるということが言われていますけれども、あるレベルまでは比較的どんどん開業医が増える可能性はあります。ただあるレベルを超えた場合には、これは自然淘汰によってそんなに増えるわけではない。方波見先生がまえにおっしゃったように、都心においてはもうそろそろ減ってきているということがみられているわけです。こういう地域的な施設分布の現状を把握すること自体、必ずしも容易でないうえに、それがどういう要因で出来て、将来どうなるかは必ずしも簡単ではありません。

医師の移動状況

その次に医師の移動状況とライフステージに関してですが、医師の移動状況というのは、いまお配りいたしました資料のなかに、「北海道に従業地を有する医師」というのがあります。みな古い文献で申し訳ありませんが、全部私が書いたものです。どうして古いのかというと、新しくこれを全部続けていなかったためです。猛烈にエネルギーを使ったわりには生産性が悪い仕事なものですから。お金もかかりますし……。

いちばん最後のほうに「卒後研修上好きくない」という若手医師についての報告があります。この資料は昭和40年と41年の医師調査のなかから一部を抜き取りまして、マッチングを行うという作業をしたものです。そうしてその移動率を割り出したわけです。図2にその移動率を出しておきました。卒業当初に猛烈に移動して、それから移動しなくなって、だいぶ年齢が過ぎてから移動をするという形です。最後の方に、移動状況が上がってきているのは、リタイアする直前に、例えば開設者である診療所長が、息子に代を譲ると移動になり、それが数字に現れたと考えられます。最初の方のは大学病院から病院へ、病院から開業医と、そういう移動を意味しています。資料の関係で、ここでは病院間での、又は診療所間での移動については移動とはしてありません。そうとうたいへんな資料だったものですから、病院の名前が変っているかどうか、全部チェックしてありません。そのため病院から病院へは移動でないという形にしてあります。いわゆる勤務の種類を大学病院とか普通の病院とか診療所とか開設者とか勤務者というように7種類に分けて、そういうものの移動だけを取って、実際の個々の中味については触れてないわけです。それにもかかわらず、図に示したように移動しているということです。

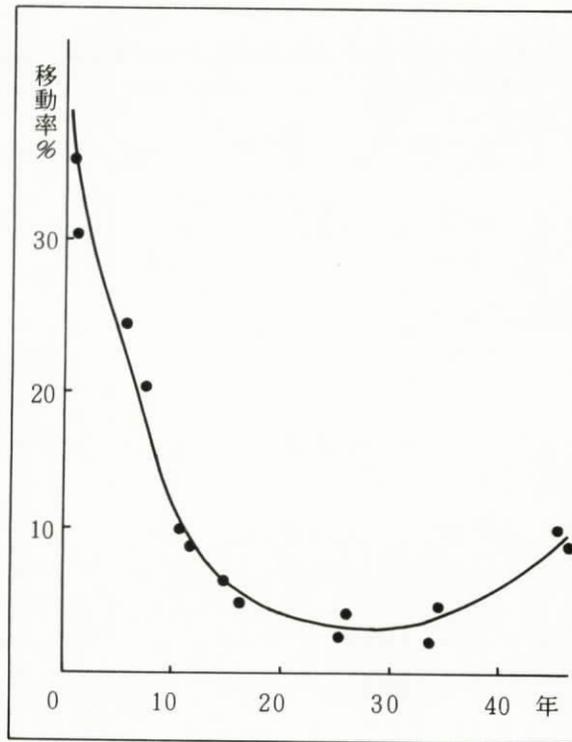


図2 医師経験年数別移動率

これは学会誌に発表しただけで、きちっとしたペーパーにしてありません。多少いろいろな条件がありまして、きちっとしたペーパーにはしなかったわけです。

こういう調査がありまして、その次に北海道のは、このなかの一部についてだけ分析したわけです。北海道というのはわりにクローズドな地域であるし、それから北海道の医師会の調査があって、それとの比較検討が出来るということで、北海道を行いました。

北海道の移動状況の66ページ(136ページ)、「医師の移動状況」という論文のです。この表1~6というのは、40年、41年の1年間ですね、実際には。二つの調査の時点において、同じところで届けている男子だけで、女子は取っておりません。下に図が書いてありますが、これは昭和生れだけを取っているのですが、この1年間のあいだにこういう具合に移動が見られています。(図3参照)

実は、医師の年代別の移動についての遷移確率を使って、将来どうなるかというのをやるつもりでした。この移動確率、遷移確率を取るために、調査を行ったわけなのですが、どうもうまく収斂しないで発散するような可能性もあるということもあったりして、それ以上つづけませんので、これは単年度での結果です。

こういう調査で、従来から常識的に言われている、大学を卒業すると大学病院に勤めて、そ

表1 2年とも従事先が同じ医師数（百分率）〔男〕

業務の種類	40年を100とした場合翌年も同じ場合			41年を100とした場合前年が同じであった場合		
	国家試験 昭和生れ	国家試験 明治・大正生れ	その他	国家試験 昭和生れ	国家試験 明治・大正生れ	その他
病院開設者	96.0	91.4	89.0	75.0	86.5	89.0
診療所開設者（市部）	94.7	96.1	95.6	78.4	91.9	97.6
診療所開設者（郡部）	91.4	93.4	94.8	75.7	92.5	94.2
病院勤務者	67.7	80.7	83.7	66.2	91.2	88.9
診療所勤務者	50.6	82.8	71.0	48.9	81.6	79.3
大学病院勤務者	63.6	86.2	87.8	57.4	75.8	89.6
保健所勤務者（同じ保健所）	38.1	62.5	71.9	36.4	76.9	67.6
保健所勤務者（別の保健所）	33.3	12.5	21.9	31.8	15.4	20.6
その他	44.2	82.6	55.9	35.9	70.4	65.6
全医師	67.9	88.2	87.9	64.2	89.6	90.6

注 病院従事者は同じ病院，診療所従事者は同じ市町村にある診療所に従事した場合従事先を同じとした。

表2 開設者の移動〔男〕

業務の種類	40年開設者100に対する 翌年業務に従事した数			41年開設者100に対する前年 の業務に従事していた数		
	国家試験 昭和生れ	国家試験 明治・大正生れ	その他	国家試験 昭和生れ	国家試験 明治・大正生れ	その他
開設者	96.2	97.0	96.2	79.4	93.4	97.6
病院勤務	0.7	0.6	0.5	15.3	5.0	0.9
その他	2.4	0.8	1.3	2.8	1.0	1.2
届出無	0.7	1.6	2.0	2.5	0.6	0.3
医師数（人）	290	496	945	352	515	931

注 開設者=病院開設者+診療所開設者

表3 病院勤務者の移動〔男〕

業務の種類	40年病院勤務者100に対する翌年の業務に従事した数			41年病院勤務者100に対する前年の業務に従事していた数		
	国家試験昭和生れ	国家試験明治・大正生れ	その他	国家試験昭和生れ	国家試験明治・大正生れ	その他
同じ病院勤務	67.7	80.7	83.7	66.2	91.2	89.0
別の病院勤務	10.7	6.6	4.9	10.5	7.5	5.2
大学病院勤務	6.2	0.3	0.7	7.6	—	0.3
開設者	5.6	7.8	2.6	0.2	1.0	1.7
その他	2.0	1.9	2.2	2.2	0.0	2.8
届出無	7.8	2.7	5.9	13.3	0.3	1.0
医師数(人)	962	332	307	983	294	289

表4 大学病院勤務者の移動〔男〕

業務の種類	40年大学病院勤務者100に対する翌年の業務に従事した数			41年大学病院勤務者100に対する前年の業務に従事していた数		
	国家試験昭和生れ	国家試験明治・大正生れ	その他	国家試験昭和生れ	国家試験明治・大正生れ	その他
同じ大学病院	63.6	86.2	87.8	57.4	75.8	89.6
別の大学病院	1.6	3.4	0.0	1.5	3.0	0.0
病院勤務	19.9	—	2.0	14.4	3.0	4.2
開設者	0.3	—	2.0	0.5	9.1	—
その他	3.7	3.5	—	4.1	—	2.0
届出無	10.9	6.9	8.2	22.1	9.1	4.2
医師数(人)	376	29	49	416	33	48

表5 診療所勤務者の移動〔男〕

業務の種類	40年診療所勤務者100に対する翌年の業務に従事した数			41年診療所勤務者100に対する前年の業務に従事していた数		
	国家試験昭和生れ	国家試験明治・大正生れ	その他	国家試験昭和生れ	国家試験明治・大正生れ	その他
同じ診療所勤務者	50.6	82.8	71.0	48.9	81.6	79.3
別の診療所勤務者	5.6	6.3	11.0	5.4	6.1	5.7
病院勤務者	14.6	—	4.8	12.0	9.3	2.1
開設者	10.1	7.8	4.2	5.4	1.5	5.7
大学病院勤務者	5.6	—	—	12.0	1.5	0.0
その他	3.4	—	0.7	3.3	—	1.5
届出無	10.1	3.1	8.3	13.0	—	5.7
医師数(人)	89	64	145	92	65	140

表6 その他の業務に従事する医師の移動〔男〕

業務の種類	40年その他の業務に従事する医師100 に対する翌年の業務に従事した数			41年その他の業務に従事する医師100 に対する前年の業務に従事していた数		
	国家試験 昭和生れ	国 家 試 験 明治・大正生れ	そ の 他	国家試験 昭和生れ	国 家 試 験 明治・大正生れ	
同 じ 業 務	29.0	74.3	61.0	36.0	72.5	66.3
別のその他の業務	14.0	7.8	13.0	17.5	7.5	14.1
大学病院勤務者	11.2	—	1.0	3.5	—	—
病 院 勤 務 者	7.5	—	1.0	9.3	—	4.3
診 療 所 勤 務 者	2.8	—	2.0	3.5	—	1.0
開 設 者	—	—	4.0	—	—	4.3
届 出 無	35.5	17.9	18.0	30.2	20.0	9.8
医 師 数 (人)	107	39	100	86	40	92

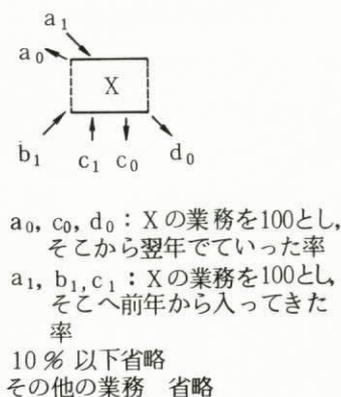
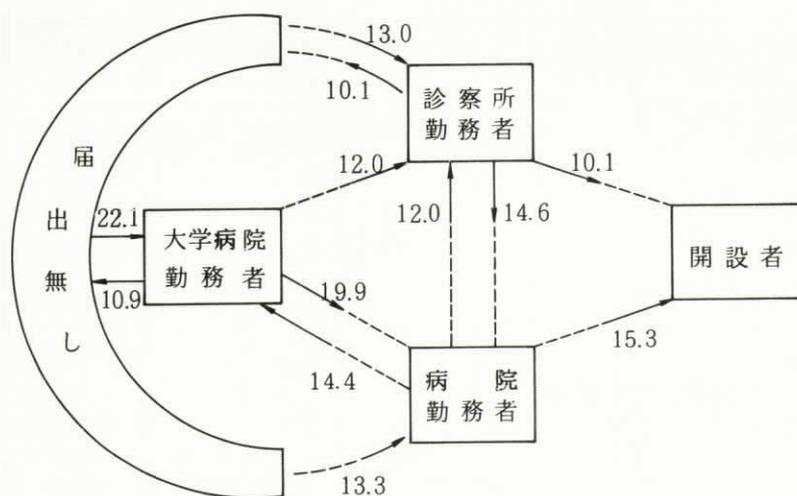


図3 医師調査から若年層医師の移動
(国家試験合格昭和生れ, 男 昭和40年→昭和41年)

れから地方病院に行って、最後に開業するという基本的なパターンというのは、このときにもだいたい認められたものなのです。もちろんこのあいだに、地方病院から大学病院に戻るといふこともあります。しかし、基本的なパターンというものはある。ところが最近では最終的に開業で終わらないで、地方病院で終るといふ人達が増えてきております。その増えてきたことによって、さらに地方病院の座席がいっぱいになってきたという現象があります。

昔はどんどん開業した。たとえば大学から、次の院長なり部長にいくときに、前の部長に、

君そろそろ開業したらという形で次を出せば、こちらから部長に押込むことが出来た。このため流れがよかった。最後は開業というので、砂地にどンドンしみ込んでいくし、皆ある面で偉くなったわけです。しかし開業するには資金も要るし、労働力もたいへんです。実は開業年齢がだんだん漸進してきているのです。これはコーホート分析を行えばすぐわかります。そうなるとだんだん開業する者が減ってくる。やはり、あまり年齢がいったからでは無理ですから。そうなると病院の方でも人の流れが悪くなりまして、万年医長というのが続々と出てくるということになってくるわけです。東京都では長く医長であり、近く部長席に空席がない人達を保健所長に送り出しています。最後に部長職である保健所長として辞めていただくという形を取っています。しかしこのこともいづれ保健所の増設がない限り困難になるでしょう。

こういう状態の資料なわけです。この二つのレポートは私が分析したのですが、コーホート分析は、だいぶあちこちでも行われております。医師調査そのものを用いて分析したのは私だけですけれど…。他の人のものも報告を持ってきませんでしたけれども、だいたい似たようなものです。

医師調査についてこのような分析を行ったのは、コンピューターを用いれば比較的簡単に出来るということを明らかにするためでした。ようやく本年度の予算で、コンピューターがある程度起動するようになったということもあります。毎年、届出はきちんと全部コンピューターに入っているのですが、アイデンティファイ出来るようには入っていない。だから毎年コンピューターに入れて集計して、全部捨てているわけです。それを今度はコンピューターに入れて残しておいて、そうして医籍とのマッチングということをやり出しました。私としてはひとつの目的を一応それで達したわけです。医籍と医師届とをマッチングして、医籍の修正は出来ないまでも、実際のアクティブな状態がわかる。ある程度、届出を修正した、いわゆる活動してるファイルが出来るわけです。そしてまたその翌年ファイルを届出により直すこともできます。こういうふうなことが現実に出来るようになってきました。ただこれは全部厚生省では公表してませんけれども…。これをきちんとすれば、いまの分析みたいなものは全部出来るわけです。以前なら猛烈な金と人力と労働力を使って、66ページにチャートしたようなものが、いまあるデータを使えばすぐ出来るというふうになってきました。

医師登録の運用状況

—いろいろなものに医籍番号を書かせるようになっていますか。

西：なっていません。

— 医者を雇ったり、開業したりする時に、なんでもかんでも医籍番号を書かせればどうせ背番号が付いているのだから名寄せ出来ますよね。

西： だけど実際には名寄せする人がいないですね。たとえば保険医の場合は書きます。それから麻薬の届出のときは書きます。しかし麻薬の届出と医籍との照合はやっていません。さっき私が154990と書いたのを、158990と書いても、医籍とは一般に照合しませんのでそのままになります。しかしときたまなんかおかしいぞというときに問い合わせがきて、医籍と照合をするだけです。年間相当数照合はあるようです。

アメリカでは、昔はソーシャル・セキュリティ・ナンバーをいろいろな時に書かせました。しかしナンバーを書かせるという形を取っていても、照合はしていません。例えば、図書館で本を借りる時にもそれを書かせていました。いまは違いますね。

— だいたいアイデンティフィケーション・ナンバーがいっしょになります。

西： 私は医師に対してはアイデンティファイできる番号を書くという習慣をつけるようにしたらと考えています。以前資格認定の変更にあたり、医師手当を、例えば全国の医師に1人年間100万円（金額は仮として）くらい渡せということを出しておいたのです。そして医師には全部IDカードというのを渡しておくのです。もちろんIDカードを落せば、また再発行すればいいというものです。私としては常識的だと思うのですが、厚生省にはそんなバカみたいなアイデアは通りませんでした。

医師の社会学的分析

その次は、あまり検討されていないので、これは必ずしも名称が妥当かどうか分かりませんが、社会学的な分類としてメディカル・ソシオロジーとか、ソシオロジー・オブ・メディシンというのがあります。日本のなかでもアメリカのなかでもメディカル・ソシオロジーか、ソシオロジー・オブ・メディシンかで喧々ごうごうの議論をしています。そんなことは別として、アメリカの場合にはメディカル・ソシオロジーが非常に進んだことの理由として、メディカル・ソシオロジーの研究に金がたくさん流れたということがあります。そのため研究者が集まってきた。メディカル・ソシオロジーに研究者が集まったことのもうひとつの大きな理由には、やはり人種問題、セグリゲーションの問題があります。もちろん社会的背景のなかで、現実に医療が差別されているわけですが、その差別をいかにして乗り切っていくかということがアメリカのなかの大きな課題で、それを解消するためにメディカル・ソシオロジーが進んだということが一説として言われています。

事実、1965年のメディケア、メディケードが出来たときに、セグリゲーションしている病院は、メディケア、メディケードに認定されないという形が取られたのです。このため形式的にはセグリゲーションは解消されるという、非常に強力な形で行われたわけです。しかしおそらく実態としては、やはり、別の分野が残っていることも考えられますね。とくにある階層より上になれば別でしょうね。だいたい白人の患者に黒人の医師が診療するということは、必ずしも好感を持たれないのが一般的なようですから、そういう点では研究する対象があるけれども、日本ではそんなものはほとんどないわけです。日本の場合はソーシャル・ステータスが固定化したものにはなっていませんから、医師においても三代たどれば皆同じ人間になってしまう。社会学的な分析の必要性が少なかったわけです。

ただ医師の社会階層というのはここに書いてありますけれども、どういう階層から出てきて、どういう階層に帰属するかという調査はずいぶんあります。それから一般の人は医師をどういう社会階層として見ているかという調査はあります。だんだん下がってきているようですが、しかし、いまでも比較的高いようです。出身がどういう社会階層かという調査は、あまりないですね。

— 同和部落出身の医師というのはかなりありますか。

西：知りません。そういう調査はないですね。困難でしょうね。同和部落にいる医師はいますけどね。ただ日本の場合は、出てくる可能性はありますね。

— 出たっておかしくない。別にどうということはないわけで…。

西：そういうことは明らかではないわけです。また社会階層と別に、もうひとつ医師の特殊性を考えなくてはなりません。医師の社会というのは非常にクローズドな社会ですし、その上医師一般の思考形式が医学の論理面について専門ですので、医師としての形式を有していますが、それ以外の社会的な面での論理形式にも特殊性があるといえましょう。そういう面での特殊性はあまり分析されておられません。医師が将来過剰になるかというときに、医師の医学者としての特殊性、これは当然維持されなければいけないのですけれども、社会的に人と付き合いときに、社会一般とはまったく異った特殊な付き合い方をしている、社会人として不適格となることが考えられます。そのため、そういうものを分析しておくことが必要です。医療行為を行うために不可欠な医師としての特殊性は残さなければいけないけれど、医療行為に関連のない分野での特殊性は除くということにより、医師の社会性を増すことは出来るわけですから、そういう分析をしておくことも必要でしょう。

専門、地域の選択及び退職の理由

それから医師がどういうふうにして専門を選択するのか、どうしてそういう地域を選択するのか、どういう理由で退職するのかということについての分析も、必ずしも十分でない。私は公衆衛生を選択したわけですが、医学部へ入る目的は公衆衛生を選択する目的ではなくて、いろいろなきさつとか理由があって公衆衛生を選択したわけです。それに私達の友達を見ても、非常にはっきりした目的意識を持っているものもいれば、そうでないものもいますし、いろいろな選択の理由があります。

たとえば第1内科と第2内科とあって、第1内科というのはだいたい教授自身もそうですし、モダンですし、やっていることがわりに先進的なことをやっている。一般では第2内科というのは少し蛮カラでして、やっているフィールドは、ちょうど公衆衛生的なフィールドです。第1内科を選択したようなものはだいたい都会出身のモダンボーイで、第2内科はそうでない者が選択したという傾向がなくはなかったということがみられたりします。そんなふうに、専門選択には、非常に高次の次元ではない要素がだいぶ作用している感じはあります。それから地域の選択の要因というのは、東京の人が沖縄に行くのは意識的に選択していますけれども、一般的には専門の選択同様いろいろの要因があるようです。

退職の要因についてもそうですが、こういう医師の社会的な特性についての分析というのは、必ずしも十分ではありません。

医学教育の費用

それから経済的な分析に関しては、医学教育の費用についての分析ということで試してみました。医学教育に関する費用を明確化するつもりでしたが、だいたいどこにいう金が、どんなふうに使われているか、まったくわからないようになってるのが医学教育の実態です。これはこのなかにも書いておきましたけれども、いったい医科大学を作るのにいくら金がかかるかというのは、293ページのところです。だいたい苦労して国立大学における講座の、土地を別にして120億という推定を出したわけです。私立のほうはまことに失礼な話ですが、強引に、あなたの大学を作るのにいくら金がかかったということを聞きに行ったわけです。教えてくれるのもあれば、教えてくれないものもある。なにやかやと言われましたが、235億という数字をはじき出しました。国立大学の倍の金がかかっています。235億というのは、入学金を多く取るために表向き235億という数字を出しているのか、ほんとうに235億かかっているのか、そ

ういうことはわかりません。こんなに金がかかるのだから、入学金を多く取ってもおかしくないぞというような意味もあるかもしれません。

国立大学では、大学単位で決算は出しますが、学部別の決算は出しません。私立は学部ごとに全部決算を出します。

— 単科大学の資料がありますか。

西：国立で最近出来まして、それが今度わかるようになりました。

— 防衛医大などはわかるでしょう。

西：わかるでしょう。単科大学である医科大学が出てきましたから。ただ単科大学の場合は新設医科大学でして、平均値にはならないのです。これはちょっと別の話ですが、私立のその大学が定めさえすれば、大学教授というのは大学病院に勤めているのみではなくて、開業していったいいのだし、その他の仕事をしていても良いと言えます。医学部の学生さえきちんと教育すれば、そんなことはどうだっていいと思うのですが、国立大学とまったく同じ方式で大学病院以外の勤務にはつかない点で同じです。このため教授等の教職員には十分な給与を支出しなくてはならず、その上研究費も計上しなくてはならないから、大学として金がかかるような仕組にしておいて、入学等の時に金を多く取らせるようにしている。ということで一応数字を出してみましたけれど、医学の教育費用というのはもっと安易に資料が入手でき、判り易くきちっとしなければならぬ。それもひとつは国の側からの大学を単位としたマクロ分析と、それから学生1人についてどうなのか、二つのレベルが必要でしょう。

医科大学の医学部の、私立については学生1人当りの経費というのは、299ページに載っております（表7参照）。これは昭和44年度です。だいたいほかの学部に対して、6倍から10倍くらい高いのです。これは工学部を100として、医学部が1,172、43年値では656、43年と44年、1年違いで2倍になっているわけなのです。これは表の示し方がまずかったので、うしろのほうにはランニング・コストが示されています。まえのほうは全部を入れたものだったのですが……。こういう具合に計算は推計されていますが、もう少しほか 資料からもこれらの数字が妥当であるかどうかのチェックをしないで、この数字だけでもものを言っているかどうかが気になるものですから、これで終わっているわけです。少なくとも医学の教育費用というのはどうなのかははっきりする必要があるでしょう。

卒後研修の費用について

その次に医者というのは卒業したあとも生涯勉強が必要な職業です。そのため生涯学習につ

表7 私立大学（昼間）の主要学部別経費（昭和44年度）

	1学部当 たり経費	学生1人当 たり経費	工学部学生1人 当たりを100と した場合	同43年値	学生1人当 たり経常経費	工学部学生1人 当たりを100と した場合	同43年値
	千円	円			円		
文 学 部	213,870	160,695	64	60	118,401	73	71
法 学 部	213,717	88,513	35	34	72,286	45	44
経 済 学 部	232,846	107,861	43	40	72,709	45	44
商 学 部	285,877	117,340	46	41	76,189	47	45
理 学 部	332,427	324,192	128	123	256,652	156	
理 工 学 部	780,982	201,830	80	76	157,540	97	99
工 学 部	637,705	253,062	100	100	161,640	100	100
農 学 部	355,529	157,286	62	51	139,042	86	79
医 学 部	1,847,870	2,964,985	1,172	656	1,116,379	691	681
歯 学 部	524,514	501,311	198	167	373,497	231	238
薬 学 部	325,067	304,814	120	105	211,776	131	127
医 学 部 (45年度)	2,252,130	3,334,968	—	—	1,270,441	—	—
歯 学 部 (45年度)	1,436,802	1,231,644	—	—	520,809	—	—

資料：1. 私立学校の支出および収入に関する調査報告書（昭和44会計年度）文部省
2. 文部省調べ

いて、きちっとフォローアップしなければいけない。そのためには卒後研修が必要ですが、これについてはどういう金をどういうふうにしているのか、ぜんぜんわかりません。実際卒後研修の実態を見てみると、いろいろな予算がたくさんあるわけです。アメリカでは卒後研修について、アメリカの医師会雑誌に1年に1回ですが、来年度における卒業研修の一覧表が載っています。それを見ると、自分はどこへ行ってどんな勉強をしたらいいのか、全部わかるようになっています。もちろんそれに載らないものもありますが…。

— 卒後研修というのはお金を取るのですか。

西：いろいろです。お金を取るのもあればスポンサーがついていて、ただで行けるのもあります。それから相当密度の高い実習をやるのもあれば、眺めているだけのものもある。費用に関して、その出所のことですらいろいろとおかしな話もありますが、最近きちんとフェアにスポンサーなしで、開業医からきちんと金を取って、講師としての医師を雇って行う卒後研修がポツポツはじまっています。でもやはり少しスポンサーが付いているのでしょうかね。

— この学生1人当りの分母はなんですか。大学1年から6年までの正規の大学生が分母ですか。

西：それは目的によって、どういう形を取ってもいいですが、ここに出ているのは医学部学

生です。大ざっぱにだいたい医師1人を6年間で養成するには、1,000何百万かかるということが言われていますが、1,500～1,600万ぐらいかかるのですかね。そういう数字が、もうちょっと根拠があって出てこないといけないわけですね。そうすればこういう教育を受けるなら1,000万、こういう教育を受けるなら3,000万、こうしたら2,000万、じゃあどっちを選択するかというのがわかるわけです。いまの1,500万というのはどうやって計算するのかぜんぜんわからないという形でしかないわけです。医師を養成するには、1人1,000万かけても大事なのか、500万の医師だっていいのか根拠がないわけです。

いま、だいたい私立の大学で親が大学に納めている金が、公称2,000万から2,500万とされています。授業料その他全部で200万から250～260万、そして入学金が公称1,000万です。だから年間費用を250万とすると、6年で1,500万でしょう。1,500万に1,000万ですから2,500万取っているわけです。その他寄附金は1,000万から3,000万とされていますが…。

実は土曜日、私立の大学へ行ってその話をしたのですが、大学病院に新しく神経内科の講座が出来たけれど、必要なかどうかという質問をされまして、結局、神経内科を作ったのは病院の格のためではないかと思えます。コストとしては、大学1講座作るために何千万とかかかるわけです。それは病院の収入にはなるけれども、医学教育のほうではどうでしょうかね。私立の医大と付属病院というのは、病院の収入のことも、いわゆる教育のことも、あまり整理されていないようでよくわからないですね。医学教育と、それから病院の経営というものの経費をきちっと分けておく必要があると思う。

— 慶応大学の病院が赤字ですね。医学部自体の予算、決算、黒字なんですけどね。

西：私にはわかりません。とくにいま借金経営を行っていますと、借金経営しているときの借金の取扱いの仕方、帳簿上は赤字でも黒字でも、どうでもなるわけですからね。これは田中滋先生がご専門なわけだけれど、なにも経営内容の公開をしろとか、特定大学をどうこうするというのではなくて、国家的な規模でもって、そういう1人当たり学生どのぐらい、医科大学どのぐらい、大学はどうかということが明確になるようになっていないと困りますね。もう選択の方法がまったくないというのが現状ですから。

— それは別に医学部に限らず、工学部だって理学部だって文学部だって、ほんとうはそういうことをちゃんとはっきりさせるのが、タックスペアに対する義務だと思うのだけれど。

— すべてそうでしょうね。

西：そんなに大したことないことに関しては、細かいことをぬきにしてお互いに仲良くやった方がいいと思いますが、経済的にそれが大きなインパクトを与えるとなるとやはりまずいのではないかという意味で、医学部をいまきちんとしろと言っているだけで、医学部を社会がお

おらかに見るようになれば、またもとに戻して、現状でいいと思うのです。

医師の生産性

あと、医師の生産性がどうなるかということがありますが、生産性という概念自体、言葉としてはアメリカでも、日本でも使われていますが、必ずしも明確な概念ではありません。とくにアメリカの場合の医師の生産性というのは、日本と比べて、まったく違う条件の下での生産性です。というのは、アメリカでは1時間に約4人です。15分ずつでアポイントメントをとって、6時間労働で20人という形でやっている。そのため患者があふれるから、いかにして医師が患者をたくさん診るかという状態で医師の生産性が議論される。日本の場合には、1日に100人くらい診る医者が少なからずいるという状態で、そのため日本における医師の生産性というのはどういうことなのかということを明確にしておいて、そのうえで生産性を高めることの議論が必要だと思う。

教育学的分析

3番目に、教育学的分析で、資料として医学教育学会の研究報告というのがあります。これは医学教育技術論的分析が中心です。いろいろな面白い分析がたくさんありますが、最近のものとしては、この医学部の入学試験をどうするか、入学試験というのはこういうふうにするか、国家試験に合格の率が高いとか、こういう教育をやると成績がよくなるかというようなことはやっていますが、どうも教育技術論的な分析が中心になってきています。まだ社会学とか、経済学的な視野を含めた教育の分析というのは、必ずしも十分ではないように思えます。

医学教育の位置づけ

それから、医学教育というのは基本的には職業教育なのか、医学そのものの教育、すなわち医師というマインドにするのかという点について必ずしも明確にされているわけではない。非常に強調されているのは、医師の心の教育で、新設医科大学などでは、そのようなカリキュラムが組まれています。しかし担当者の多くは職業教育を行っています。そのため医学概論というのをつくるわけです。私は医学概論設置反対論なのです。それは医学概論をつくと医学概

論なら医学概論の教授がやればいからというので、内科の教授は内科の実技だけを教えるという、逆に非常に誤った結果が出てくる。私は、医学概論など必要なくて、内科の教授が内科のフィロソフィーとか論理を教えるというので十分だと思います。外科が、外科とはなにかということ教える。医学概論というと、形式的で、医学の基本としての実態を通じての医学の認識でなく、観念としての医学論のみに終わる危険があると思うのです。また、それをきちんと教えらる人というのは、今の段階では非常に少ない。

また、医学教育を職業教育ととらえた場合、大学というのはリサーチとエデュケーションというのが密接であるから大学なので、職業人を養成するには、リサーチやエデュケーションとは別の要因があるのではないかと思います。こういうことが当然出てくるわけですが、このへんは実にあいまいです。医学教育、医師養成、そういうことが混沌としているというのが現状ですね。

ただ私は、これはあとでもちょっと触れようと思うのですが、医師の養成というものは、やはり医療の技術を養成することよりも、メディスンなり、メディカル・マインドというんですか、そういうものをきちんと教育していくことが必要ではないか、という気がしているわけであります。それを教育することのために医学の研究の全分科をそろえておく必要性はなんらなくて、ある程度限られた分科だけで構わない。たとえば慶応だったら、医学マインドをある程度内科的なフィールドを中心として、それも循環器のフィールドを通じて、きちんと教育する。また、ある大学では、少し別の分野のほうを中心としながらやっていくという具合です。ただし最終的に内科の医者を養成するのではなく、基本的には内科も外科も全部教育しなければいけない。しかし、医師の心というのを養成するには、全部の研究者をそろえてないといけないことではないという気がしているのですが、そのへんが少しも整理されてませんし、医学教育学会でもそういうことの議論はしておりません。

日本の場合だけではなくて国際的に、医師の基本というのは、従来、私は、病理学、さらに病因論だと思います。そういうものをきちんと教育しておいて、次いで内科学がそういう点では臨床としての基本であり、それに対して、ある程度外科的なものなどをきちんと教育すれば、私はそれで十分であると思います。それをしないで、いまはどんどん新しいものが出てきている。それがウェーブづけがあまりなされずに、ただ並べただけということになると、医学の知識はふえるけれど医学の学問としての論理が構成されないという状態になってしまうのではないかと思います。今の教育の現場では、医学のフィロソフィーなり、医学の論理をきちんとさせることと、医学の知識与えることが混同しているような気がしています。

医師の他分野への進出

その他に、医師の診療以外の分野への進出ということについて、行政官としての医師が新聞に出ましたが、こういったことは将来ふえるだろうし、また、ふえることを私どもは期待しております。後藤新平がそのいい例です。それから、岡山県の元の知事は医師で、衛生行政から知事になっていった人です。新潟県の元の知事にも衛生行政官から知事になった人がいます。

それから、医療産業への進出ということでは、生命保険会社が医師をずいぶん雇っています。それはいわゆる認定医として診療をするために雇っているのではなくて、保険会社の経営陣に医師が参加しています。そういう点では、ほかの保険の営業や福祉産業に、医師がもっと入り込んでいいという気がします。ただ、今の段階ではあまり入っていません。

医学の論理はなにかということはいちおうここでは議論することを抜きにしまして、それは医学の単なる知識でないということにとどめておきます。その医学の論理を他の産業分野に導入するということが必要ではないかと思います。政治家に転身していくということのなかに、生命を尊重するという医学の論理から出発し、発展したものといえましょう。医師を養成していくときに、さっき申しあげたメディカル・マインドをきちんとし、そして医学の科学的な論理をきちんとすることは、逆に、ただ聴診器を持っている医師以外に、進出分野を拡大させることの可能性を広げていくことでもあります。

医療における専門分化と総合性

いま、医療について、医師のなかで、専門分化と総合性ということが議論されています。それは一方では専門分化がどんどん進行しているなかで、他方では、総合性の必要性があるためであると言われていています。それから、補助業務がどんどん拡大されて、新しい職種がアメリカの場合などはどんどんふえてきています。これに対する批判がアメリカの大学でも出てきています。すでに専門分化がどんどん進み、各々に補助業務を担当する職種が生まれ、そういう点では混沌とする可能性がある。そういうなかで、総合性というのはもう1度、医師の役割とその評価を明確にするという形でも出てきているわけです。将来の問題を議論するときは、こういった医学の進歩ということと関連させておかないといけない。

国際協力について

これは、現在、あまり大してウェートを置いてはいませんが、国際協力の問題もある。現状では、免許証の問題と言葉の問題が、国際協力の大きな障害になっています。将来にわたっては、国際機関の就業の機会がどんどんふえていくと思います。国際的には、診療行為をするには免許証が要りますが、そうではない形で進出することも可能です。私は国際協力で、医師をもっと意欲的に輸出していいと思いますが、それは非常に注意深い配慮のもとに行われる必要があることは当然です。

市川先生からこの前おっしゃられたことに対して、ご期待に沿っているかどうかわかりませんが、多少思いつきのことを、ちょっと整理してお話したということで、いちおうの責めを終わらせていただきます。

* 再掲図表の出典に関しては以下のとおり

図 1 厚生省：「医師・歯科医師・薬剤師調査」，昭和54年12月31日，現在，p103
表 1~6 西 三郎：「医師の移動状況－北海道に従業地を有する医師－」，『公衆衛生』
第36巻第2号，医学書院，昭和47年2月，pp. 66-67

図 3 同，p. 66

表 7 西 三郎：「医学教育に要する費用の明確」，『医学のあゆみ』，第89巻号5・6
号，昭和49年5月，p. 299

資料 2 厚生省：「医師・歯科医師・薬剤師調査」，昭和54年12月31日現在，pp. 50 -
51

資料 3 同，p104

医療の将来と医学教育

大阪大学医学部文部教官教授環境医学教室

中 川 米 造

医療批判と医療のパラダイム革新

—— きょうは大阪大学の中川先生をお招きいたしまして、医学教育に関するお話をいろいろしていただきたいと思います。中川先生、よろしく願いいたします。

中川：ここ数年、医療に質的転換が起こらなければという期待が高まってきているように思われます。いつの時代でも批判はあるのですが、批判が医療の中身にまで入ってきて、医学は果して正しいかどうかという問いかけにまで発展している。今まで医者が隠してきたことが表に出てきたという言い方をする人もあります。医療というのは、実は、科学的な部分ももちろんありますが、かなり非科学的な部分もありまして、それを科学の名で隠してきました。それを全部表に出してみてもいいということで、これまではコンフィデンシャルだったことを洗いざらい言う空気も出てきていると思います。

どこから始まったのか、私も系統的には把握していませんが、1つは精神病概念の再検討からきています。病気というのは医者が診断を下すことによって初めて病気になるのですが、特に精神病はかなり概念的にあいまいなところがあります。医者同士でもなかなか診断が合うことは少ない。しかしながら、精神病と名付けられた人達は社会的に特別な扱いをされるわけです。社会的な義務を免除される反面、社会から隔離されるという——。これは病人一般に対する社会的扱いとも通じているわけですが、精神病の場合は、これがもろに出てくる。そういったところから、では精神病とは一体何なのか、医学が精神病と診断すれば精神病患者ができてしまうのではないのか、といった問いかけが一種の政治運動化した形で始められたわけです。このような精神病学に対する批判がまず最初にあって、それにあおられた形で、医療の根拠であるとか、医療全体について、もう一度見直してみようということになったのだと思います。

それに、これには様々なインパクトが考えられますが、一番ドラスティックなのは、「ニューイングランドジャーナル・メディシン」編集長でインゲルフィンガーが、この人はボストン大学の胃腸科の教授をしていた人ですけれども、1977年の何月号でしたか、例のイヴェン

イリッチの書評に関連して出した数字があります。われわれが扱っている患者の80%くらいは治療を受けても受けなくても変わりがない。11~12%の患者は確かに近代医学が劇的に有効である。が、残りの9%くらいは、近代医学を適用したためにかえって悪くしたり、殺したりしているのではないかと言っています。そうすると、ゲインは2~3%ということになります。これはきちんとした科学論文ではないのですが、ずいぶん話題になりまして、若手の医者や医学生が、この数字は本当なのかどうかと言って、ずいぶん先輩に聞いたらしいです。すると、先輩の医者たちは答がみんな違って、へへへと笑う人もいれば、バカなど言う人もいます。どれが本当なのかわからない。しかしこれは、医学が本当に役に立っているかどうか、いわゆるコスト・ベネフィット分析が本気でなされるムードになってきたということを示していると思います。ご承知のように、アメリカでは、医療費の国民経済に占める割合が非常に大きくなり、経済成長をはるかに上回ってしまっていて、その辺からのインパクトもあると考えられます。

さらにもう1つ矛盾してきたことがあります。医療は患者と医者的人格関係であるという古典的医療関係の理論—患者は医者を信頼して、医者の前では心も体も裸になって自らを提示し、また、医者は提示された情報を外にもらさない—からすれば、第3者を排除するという機構が存在して初めて医療が成り立つという原理が要求される。一方、科学は第3者の論理ですから、本当は折合いが悪いのですけれども、なんとか折合いをつけてきた。それはつまり、医者が全部心得ていて、図式的に言いますと、医者と患者のかかわりとは別の次元に医学というものを想定して、これを修得したものがドクターであるということになるわけですが、このように医学と医療を区別することで矛盾が顕在化するのを回避してきた。医学とは限らず、学問一般についても、現実とは別個のものといった考え方がありますが、医者にとっての学問、つまり医学も医療関係の外にあるものだというのが古典的な考え方です。

こうして、科学である医学と第3者排除という医療関係を重ねてきたわけですが、先ほど述べたように医療批判がその中身にまで及んで、本当のところ医者のやっている学問、彼の言うところの医学とは一体何なのかという問が発せられ、また一方で、医者—患者関係を通じた治療はどれほど有効かと真の意味での科学性が要求されてくると、ここのところをあいまいなままにすませしておくことはできなくなってくる。先の経済的なインパクトと、今の医療関係の矛盾点をもう少し明確にしようではないかということが最近の医療批判の引き金になっているようです。

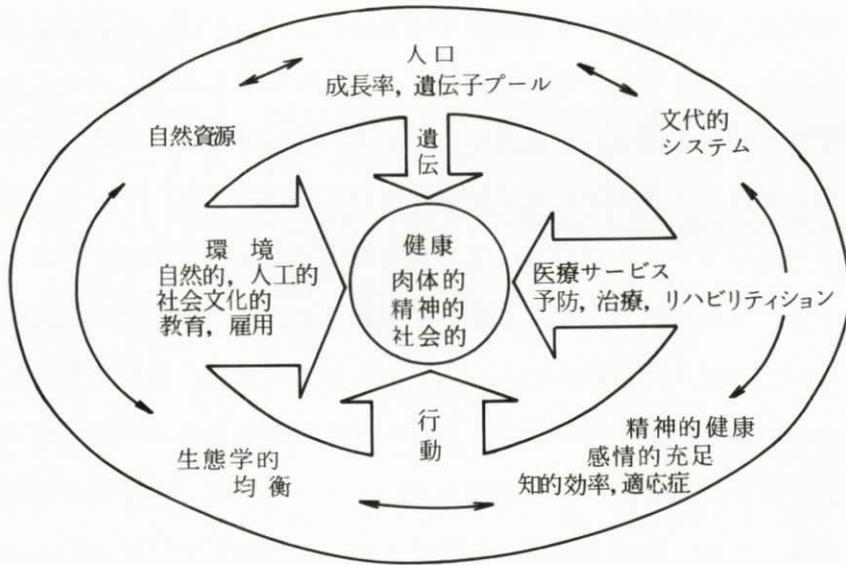


図1 健康へ及ぼす要因 (H. L. Blum :
International J. of Health Sci-
ence, 4 (2), 368, 1974.) より

健康を守る4要因

科学的に言う、健康を守る手段には4つないし5つくらいの方向がある。(図1参照)
1番決定的なものは人間の持っている遺伝的なもので、これはもうどうしようもありません。遺伝的な性質が変われば健康状態もずいぶん変わると思うのですが、残念ながらそれは殆んど実行不可能なのです。例えば、悪い因子を除くために結婚を禁止するとか、集団から排除していくというようなことをしてみても、30世代くらい後でないと明白な効果は出てこない。つまり、千年たってやっと、もちろん理論的にですけれども、悪い性質は除けるわけですが、そうなった時、一人人間はどうなってしまうのかはわからない。重症の遺伝的疾患は大きな個人的負担にもなりますから、これには遺伝相談なり早期人工中絶なり対応できますが、社会集団の健康を遺伝学的に変化させるためには殆んど意味がない。

第2に意味がありそうなものは医療サービスですが、先のインゲルフィンガーではありませんが、どうも限界があるようだというデータをあげる人が次から次に出てきました。日本の場合は、例えば結核の死亡率がある時期上昇していった、それから下降した。その落ち際にちょうどストマイが使われだしたり、肺外科なども始まって、いかにも新しい医学の進

歩のために死亡率が下がったと言ってきたわけですが、これほど近代医学の成果と死亡率の低下が同時に進行したのはむしろ例外的なのです。先進国の多くではストマイ以前に死亡率の上昇と下降が見られるわけだし、発展途上国では、現在ストマイや肺外科があるにもかかわらず、結核による死亡率は上昇中です。

Mckewon というイギリスの社会学者は様々な病気について研究を行って、近代医学が導入されてからいろいろな病気の死亡率や発生率が低下したのではなく、それ以前から下降しているという証拠を多数あげています。とすると、この下降は、新しい医学によるものではなさそうだということになります。結局、医療サービスは健康状態をそう大きく左右するわけではない。

これらの要因以上に重要なのは人間の行動様式や環境といったファクターです。例えば、医療サービスを向上させることで肺ガンの治療成績を1%上げようとする、膨大な費用と設備が必要ですが、禁煙させれば30%程度は落ちるし、喉頭ガンはタバコをやめるだけで100%防げるという人もいます。とすれば、医療サービスに多大な投資をするよりは環境や行動様式を変えていった方が有効だということになる。要するに医療サービスの効用の限界を考えていかなければならないということでしょうね。特に最近、慢性の病気や、精神と肉体とが不可分である身心症が増えてきたりしていますが、そういうものにいまの形の医療サービスではたしてうまく対応できるかどうか疑問です。

今はどういう形になっているかといいますと、非常に抽象化された理論に基づいて、画一的、機械的にできるだけ効率を上げていくという方法をとっています。これは医療産業には都合のいい考え方でもあります。しかしそういう合理化された医療は、慢性病、身心症などには殆んど効果がありません。なるほど身心症には精神安定剤を投与すれば一時的には効果があるけれども、また元どおりになってしまう。

近ごろはいろいろな病気がふえています、糖尿病もそうで、私が医学生の頃（昭和20年～25年）は、糖尿病はほとんど見られなくて、講義でもあまり触れられなかったくらいです。それが昭和30年頃から急激に増えてきました。およそ5年毎に患者数が1桁ずつ上っています。30年に数百人で、35年に数千人、今は数百万の患者がいるという話です。

そうなると問題は、こういった多数の患者をいかにするかということになります。患者がこう増えてくると、病院や診療所で定期的に血糖を計って必要量のインシュリン注射をするというのも大変になって、今度は自分で注射する方法を教えようということになってきた。しかしそれも不安なので、最終治療法として考えられているのが人工膵臓です。これは要するに、小さな血糖測定装置と血糖を一定に保つためのコンピューター、それにインシュ

リンのタンクをセットにして体の中に埋め込んでしまうというものです。そうすればいちいち病院や診療所に行って血糖を計ってもらう必要もなく、必要量のインシュリンが体中に供給されるから、常に血糖はフラットに保たれる。これについての研究・開発はずい分とスポンサーも付いてやられているようですが、何か話がおかしい。というのは、それで糖尿病の患者が減るかといえば減らないわけだし、何百万という患者全てに人工膵臓を使うということで解決がつくかどうか疑わしい。

この間の人工心臓の問題でも、臨終期の治療についていろいろと問題が起ってきますから、ああいった形で心臓病の治療にかたがつくかどうか疑わしいと思います。いずれにしても、一刻でも一秒でも長く生かすということに全力をあげることが医療だといった考え方に対しても最近反論が出ています。

医療・医学の発展段階

こういった状況の中で、私は医学概論のアプローチを、1つは歴史、1つは医療の社会学、そしてもう1つは理論と、この3つを踏まえるべきだと考えています。歴史については、量と質の転換に問題が起こってきているという考えから、医学の発展の法則性を考えてみました。さらにそれに基づいて、医学史の時代区分を試みてみました(表1参照)。これは、15年から20年ほど前に考えたものですが、大体これで整理できると思います。

表 1

	主 体	課 題	方 法
侍医の医学	特定・少数	健康(軽症・虚弱)	自然史
開業医の医学		Human Technology	
病院の医学	不特定・多数	病気(重症)	分 析
社会の医学	特定・全員	不健康・ (積極的)健康	生態学

ここに示したように、医学はだんだん多数の患者に対応できるようになり、最終的にはすべての人をカバーした社会の医学にならないといけないと思いますが、まず侍医の医学についてみると、この段階では、サービスを受ける主体は特定の特権階級の人ですから、対象は特定少数ということになります。そこでの課題はその特定少数の人達の健康を守ることです。

また方法としては、いつも、それら特定少数の個体を身近に観察し続けていく、自然史的とも呼べる方法をとります。特定の人間の日常をずっと観察していて、その人間がいろいろとストレスを受けたり、様々なものを食べたり、スポーツをした時に起す反応をくり返し見ている。それによって、比較的少数のくり返しでも、ある関連が望ましくない結果につながるものが想定される場合の個人的なと言いますか、実践的な法則性をつかむことができるわけですね。つまり、望ましくない反応に対して何があったのかという見方ですね。しかも常に過去へ、あの時どうだったかとレトロスペクティブに考える。

この考え方は、実は、漢方医学であろうが古典ギリシャ医学であろうがインド医学であろうが、共通の考え方であると言えますが、この方法の別の側面について言えば、これは生活全体を考えているということ、人間というものを全体的にとらえているということがあります。理論の枠組としては、身体の実体を流体、すなわち、液体か気体と考える。例えば、漢方医学では気と気の2つ、古典ギリシャ医学の場合は4種類の液体、インドの場合は風と粘液と胆汁の3つが実体と考えられていました。このような考え方は、流体は全身にひろがっていますから、全体論の基礎になれるのです。

侍医の医学的発想のなかで、自然治癒力という概念もまた重要でしょう。全体としての身体に何か異常な、望ましくない刺激が与えられると、それに対して反応が起る。この反応が実は病気と呼ばれるものなのですが、より正確に言うと症状です。症状というのは、何かの異常に対して全体を整えるための反応ですから、自然治癒力の現われだと考えることができます。このように考えると、治療というものは症状をその方向に助けるということになります。同じものをもって同じものを攻める—*Similaria similis curator*—といった考えは正にこれに由来している。この場合大事なことは、病気ではなくて、症状なのです。実は病気という概念ができるのは病院の医学以後なのです。

開業医というものは医学は作らない、作れないわけです。先ほど述べました1つの限定条件によって、第3者的な立場で客観化できませんから、科学はできません。ヒューマン・テクノロジーと言いますか、人間的な対応の仕方、安心のさせ方をめぐって無意識の技術化が行われてくる。技術的には侍医の医学をそのまま適用してくるという形になります。

病院の医学というのは、これは私が言い出した概念でして、17世紀以後の医学です。それ以前にもホスピタル(Hospital)はありますが、その語幹のHospesから判るように、ホテルと同様、ゲストハウス、宿泊所でしかなかった。中世のホスピタルは大体そういう性格のもので、治療機関ではない。これが治療機関になってくるのは人口の都市集中が起ってくる17世紀以降で、その後のホスピタルは、それ以前とはまるで異って、病人が入る所にな

るわけです。都市化の進行で、周辺の地域から街に働きに出て来たのはいいが、病気になり生活ができなくなると、衛生上の問題になるばかりか、治安上も問題になる。路上にゴロゴロ寝られても困るということで、そういった人達を収容する場所としてホスピタルが、公共の施設として、設けられるわけですね。

そうしますとここでまったく違った条件が出てきます。まず、病院に来るのは不特定多数であるということがあります。また、病院は健康を守るのではなくて、はっきりと、これは病気の人間が病気の治療を求めてやって来るところになってくる。

ところでこの病気という概念を考えると、病気という“もの”はどこにもないわけで、1つの状態でしかない。存在するのはそういった状態の人間がいるだけです。人間のことを理解しようとするならば、やはり自然史的に見ていかなければなりません。その人がどんな生活をしているか、不断の観察が必要です。

医学では病歴というのをとりまして、一応患者の史的な資料をつくる習慣がありますが、病院ができた当初は、それほど重態になった人間を大量に扱ったことは、それまでの医学には経験のないことだったので、患者を死なせてしまうことが非常に多かった。するとますます普通の市民は行きたがらなくなって、病院に送り込まれるのは重症の患者ばかりになります。そうすると、その患者は意識もしっかりしていないような者ばかりですから、患者の全体を把握することなどとてもできません。

しかし、幸か不幸か今度は、病気が重くなってくると、個人差が消去され、共通した症状が前面に出てくることになる。例えば、はしかの初期は子供がぐずるだけで何だか理由がわからないけれども、ある時期になると、ほおの裏側の粘膜に斑点ができてくる。そこまで病気が進めば誰でも診断できるわけです。

そのように病気が進行すると、病気としての特徴が出てきますから、病気は動植物のように種的なものだという考え方も出てきます。これは17世紀に、シデナムという人が言い始めたことですが、19世紀の初めころになり、病院が医学・医療にとって大きな位置を占めるようになると、病気に対する決定的な見方となってきます。

特にフランスあたりでは、その考え方を徹底して進めていき、新しい医学のスローガンとして、“病人を見るな。病気を見よ。”と言われるまでになりました。フランス革命の時に医者もずい分活躍しましたが、彼らの間でこれが盛んに言われたようです。というのも非常に個人差の大きい「人間」というものを見て、わけもわからずウロウロするよりは、それを一度カッコの中へ入れて、「病気」を人間から分離させて概念化し、それを除去することが治療であると考えられたからで、これこそ真の医学であると言ったのです。

ちなみに、これより以前にはこれと対照的な医学の金言があります。「ソクラテスとバカが同じ症状を呈していても同じ治療をしてはならない」、つまり、ソクラテスの自然史とバカの自然史は違うわけだから、たまたまある時点で同じ症状を呈したとしても、同じ治療をしてはいけないということなのです。

それが病院医学の時代になりますと、ソクラテスもバカも同じ症状を呈したら同じ治療をするということになってくる。画一性が出てくるわけですね。近代医学というものは実はそういう構造を持っています。病気というものの抽象を、顕微鏡なり、生化学なり、いろいろなもので構造化、実体化していき、この実体化されたものを除くことが近代医学の方法論であったわけです。

それはそれなりに、確かに有効性もあったと思います。減ってきた病気は確かにあるのだから、それは医学の進歩のおかげだろうと思っていたわけです。しかし、反面、増えていく病気もある。減った病気というのは大体、急性感染症、つまり伝染病で、増えているものは慢性の病気、それに退行性の病気ですね。少なくとも急性感染症にこの病院の医学が成功するならば、当然慢性の病気に対しても有効なはずなのですが、これはどうもうまくいかない。そんなことを言っているうちに、今度は、先ほども紹介しましたように、急性感染症に対する近代医学の有効性までが疑問視されるようになってしまった。

医学と自然科学

話を戻しますと、病院の医学では、方法としては、分析的な方法がとられています。分析的な方法ということになりますと、自然科学的と非常にアフィニティがあって、医学イコール自然科学と考えられがちですが、そういう理解の仕方はどうやら日本だけのようです。ムードとしては、医学と自然科学は近しいのですが、決定的に同一視するのは日本だけのようです。科学の分類をあちこち探してみましたが、医学を科学の分類に入れている分類はなかなか見つかりませんでした。

そこで、正統な科学分類のほうからのアプローチではないのですが、図書分類で見ますと日本の医学の位置付けでは自然科学の系列に入っている。0が総記で、1が数学、2が物理という具合で、8に動物学があって、9が医学です。これによれば、医学は自然科学系列の一番尻尾にあり、人間動物学と言うこともできると思います。これはNDC（日本十進図書分類）ですが、UDC（国際十進図書分類）をみると、医学は自然科学の系列ではなくて、テクノロジーの系列のトップに医学が出てくる。2が農業、3が工業ですが、こういった生

業として、テクノロジーとして、医学がとらえられている。日本の場合、自然科学という言葉で神聖不可侵性をうたう傾向もありますね。

話が少々それでしたが、もしこの病院の医学が最終医学であるとする、全ての人を病院の医療と結びつけることが正しい医学になるわけですが、それは不可能です。一番簡単にわかるのは財政の面で、患者を全部病院に入院させてしまったらどうしようもなくなってしまいます。先ほど病院の医学の有効性は不特定多数という条件であると言いましたが、では不特定多数というのは具体的に言うとどのくらいなのか、はっきりとはわかりませんが、17世紀から19世紀にかけてのある社会の病人の数といったら、1%以下です。それくらいならば、なんとか対応することができます。ところが、今、日本で患者数は10%くらいですし、もっと増える可能性がある。しかも、最高医学は病院医学なのだから、病院で診療・管理されたい、したいということになると、もう理論的にも不可能です。それに急性病と慢性病の原理的な扱いが違ふということもあります。また、ここで健康権を考えなければならないのですから、不特定多数などといってられない。100%の人のことを初めから特定して考えていかなければなりません。東京都なら東京都、ある工場なら工場で、そこにいる全ての人を初めから射程に入れた医学を作らなければならない。

病気と不健康

そうしますと、病気という概念ではどうしようもなくなってきます。そこで、不健康という概念が出てきました。不健康というのは、1人の人間にとってみますと、こういう生活をしているとこういう病気になるという可能性のことです。病気の定義は、先ほども言いましたように、人間全体から分離して、身体の中に証明可能な、可視的な異常な団塊があるというのが最も古典的な定義です。形式論理的には、この団塊という言葉は情報の塊と考えるのもよいでしょう。それが最も普遍的な定義になると思います。

それに対して、不健康というのは、先にも申しましたとおり、1人の人間にとっては、その病気の起る可能性のことですし、また、特定の環境を共有する人間にとってみれば、その中の何人かがある同一の病気になったということは、可能性として全体の問題でもあります。結局、医学の方法としては、生活の仕方や環境に対して、健康を維持できるような手だてをするというやり方、つまり、生態学的アプローチが必要だということになります。こういった医学は、予防医学と考えるもいいし、あるいはまた、地域医療やプライマリー・ケアと考えるもいいわけですが、それを社会全体、地域全体の中で考えていくことが重要であり、生

態学的アプローチとはそうした医学の方法であり、論理なのです。

結局、今、批判されているのは病気に対応してきた医学なわけです。その医学によって本当に科学的な実証性が押えられているかどうかというと、あまりはっきりした答えは出ない。今まで隠していたのですが、実は、そうきちんと科学的な論理や方法でやっていたのではない。つまり、動物実験のようにきちんと押えられていたのではないということが、知られるようになってきた。であるならば、社会の機構として、社会全体の仕組みの中で、その機構自体を健康ならしめていくより他に、全面的な健康の問題を解決する方法はないと思います。

と同時に、一方で、セルフケアということが、アメリカなどではかなり頻繁に言われ出し始めています。これは、一般論としては、かなり危険な概念です。しかし、ある意味で、今までの医学は全て医者まかせ、病院まかせという方法をとってきましたが、病気によってはそういうディペンデントのままでは決してよくならない病気もある。やはり自主性というか、病気に対する患者自身の構えを作り上げていくことも重要です。特に、リハビリテーションはあなたまかせでは絶対不可能です。

そうなりますと、先ほどの医療関係のモデルもだいぶ変わってきます。全て医者まかせであるということは、医者が主体的、積極的に治療を行って、患者は受身で身体だけ提供する。口出ししようものなら、非協力的な患者だということにされてしまう。しかし、セルフケアという概念が出てくることによって、それまでの、医者は指導し患者はそれに従うという型から、医者と患者の医療への相互参加という型になってきます。この型では患者側の主体性が重要で、それに対して医師が時々助言をする。そういった医療関係の形態になってくるわけです。

慢性の病気や身心症は、最終的には、自立できるまで、自分の身体を自己管理できるまでにもっていかなければなりませんから、そういった意味でセルフケアは重要であると思います。しかし、今、セルフケアが盛んに言われている背景には財政問題がからんでいるわけで、金がなくなったから、自分でみんなやれということでは問題があります。先ほど、一般論として危険だと言ったのは、セルフケアがこの意味で強調されることに対してなのです。

ハードな医学からソフトな医学へ

病院医療の最も進んだ形態はスペシャリスト医療、分科した医療とされてきました。分科と分業は、スペシャライゼーションとディビジョン・オブ・レーバーで、本来は違うものなのですが、50年くらい前から同じような意味に考えられて、アメリカやイギリスなどでは

この方向を追求する傾向が以前から強かった。ところが、先のような動きが出てくると、分科も分業も、本来の意味の違いはいずれにしても、正しく医療をとらえ、正しく対応できるものではないということが言われ出しました。

私が4,5年前アメリカに行った時、アメリカの医学生は変わってきたということをあちこちで聞かされました。それまでは医学生のほとんどがスペシャリスト志向で、卒業してからも非常に勤勉であった。ところが最近、そういう傾向が薄れつつあるようです。5年前、スペシャリスト志向が約半分に減り、それに代って、地域医療や一般医、また家庭医というコースができたこともあり、そういう方向に志望が変わってきた。

そうなりますと教育の仕方も変わってきました、今までは専門医へつないでいくために、結局、自然科学的な医学ということになっていた。もっとも、アメリカでは、日本のように医学すなわち自然科学であるとは言いません。メディスンという言葉には医学という匂いはあまりないのです。日本ではメディスンに、医学医療というややこしい訳を付けますし、実際そのようなものですが、それでは近代の自然科学的な病院医学からはずれているという理由で、バイオ・メディカル・サイエンスと言われるようになりました。また、1960年に、バイオテックスとかバイオニクスという言葉ができて、生物学を技術的に考えようということになった。そして、そのためには自然科学をより強化して、その応用として医学を考えようということになったわけです。この辺、日本の医療は医学の応用であるという考え方と似ていますね。それがアメリカにも出てきて、物理とか化学、生化学というようなものを非常に重視したハードな医学が出てきました。そしてそれが、スペシャリスト医療の主流となっていました。

ところが、家庭医や一般医を志向する人達は、ハードな医学よりむしろソフトな医学、つまり、心理学、社会学、歴史学等を重視する、ヒューマンスティック・サイエンス的な医学を指向するようになってきています。

実は私、医学概論を昔から阪大で受けもっていますが、外国に行く時に、名刺の肩書きを何としたらよいか非常に困りまして、15年前になります、メディカル・ヒューマニティーズという名称を考案しました。当時はずいぶんめづらしがられましたが、ここ4,5年でかなり一般的になったようです。私は別に外国の例をまねたわけではないのですが、そういう言葉が通用するらしくて、デパートメント・オブ・メディカル・ヒューマニティーズというセクションを設けている学校がどんどん増えてきました。例えば、最も大きいのはテキサスのガルベストン大学で、これはかなり歴史のある大学ですが、デパートメント・オブ・メディカル・ヒューマニティーズというセクションに教授が12人もいます。経済学、歴史、政治、

法律、心理、宗教等と医学ですね。多くの医学校で、こういうデパートメントができています。また、デパートメントを設けないまでも、セクションはつくられました。つまり、医学というものをもう一度、人間の生きざまというところへ回帰させようという運動が起り始めたということでしょうね。

倫理を考えましても、医療の古典的な倫理では、何をやっているのか患者に知らせない。知らしむべからず、よらしむべしといった倫理であったわけです。しかしいまは、科学であるからには、オープンが原則ということになっています。それに少なくとも、意志決定は、医者がするのではなくて、患者がするのだから、きちんと情報を与えた上でのコンセントがなければならない。これが原則ということになりますと、医療のやり方もいままでとは全然違ってきます。倫理自体も新しい研究が必要になりますから、医療倫理関係の雑誌がアメリカでは4つほど、それに医療の倫理のための研究所がニューヨークに2つ、カナダに1つ、スウェーデンとイギリスにもできています。ハーバードでは医療の倫理のためのフェローシップがあります。私も医学概論の中に倫理も入れなければならないと思って、勉強したのですが、とても研究が進んでしまって、どうにもならないくらい開きが出てしまいました。

このように、医療の流れ、医療の基礎になる考え方がずい分変わってきている。ですから、今までのように医療をただ単に合理化していくというのでは、将来は考えられないと思います。特に、最も基本的である病人の伸びが横ばいになってきた。これはもう確定的な傾向であると思います。計算の方法が多少変わっていますから、それも影響しているのかも知れませんが、臨床医、それに開業医はその辺の変化に敏感ですね。みな外来の患者が減ってきたということを言っています。これに危機感をもった開業医は、いまのうちに病院医学の特殊性を徹底的に追求しなければならないと、今、コンピューター付きのレントゲン機械などというのを競って買っていますし、人工腎臓は関西では機械の数が患者数を上回っているくらいです。病院の医学というものをもっとさらに医療産業と結びつけた形で徹底させるようなものが出てくるのかどうか、その辺問題でしょうね。

それに医者が増えていく。日本では、マンパワー・ポリシーというのは殆んどなかったわけですから、ただ数を増やすということで対応してきて、どういう場合にどういう形の医療従業者が必要かということ、経済効率を考えながら調整するということは殆んどなされていなかった。自治医大を作る前に多少そういう考え方もありましたが、結局、霧散してしまいましたね。

そういう中で今後の医療を考えていかなければならない。将来の医師数の推計については方波見先生も具体的な数字を出していただきましたし、私も学生といっしょに計算してみた

のですが、学生たちはそれを見て、いままでのような医者への生活は望めないという意識になりつつあるようです。

あまりまとまりのつかない話でしたが、この辺で中断しまして、ご意見をいただき、また考えてみたいと思います。

— 確かに先生の整理なされたような体系があるにはあると思いますが、日本の薬師の例のように、元来医療というものは、人間のいるところには必ず出てきているはずですね。これは、侍医の医学とは少し違った形で、対象からいうと特定全員であったし、そこでの課題も健康の維持ということですから、ある意味で、最終の医学として先生の提示なされたものと同じではないでしょうか。方法論としては自然史的であるかもしれませんが、非常にエコロジカルな形をとっていたと思います。それから、特定少数とか不特定多数といった分類からいえば、当然、不特定全員という形態が考えられるのではありませんか。その辺、欠けているように思いますがどうでしょうか。

中川：体の体系は、歴史的事実というよりも、構造的なもので、どれが最も基本になるかというだけのことです。侍医の医学というものも、実は家庭医学の延長であると考えられる。母親の医学は子供を始終見守るなかで、子供1人1人の健康のパターンを見つけていくのでしょからね。また、この流れとは別の次元に魔法というものがあります。それに、生きること自体が健康を守ることでもありますから、何を食べたら良いか、どういう運動をするのが体に良いか等、人間の知恵として生活を改善するための方法もあったと思います。そして、この魔法系列と生活系列はその時々で交差している。一方、薬の魔法効果というものもあります。科学的に薬の検討をするためには、にせ薬と本物の薬を比較すればよいとよく言われますが、妙なもので、にせ薬が結構よく効くということもまたよく知られている。「これはにせ薬ですが、大体あなたのような症状の時にはかなり効きます。飲んでみますか。」と言って、飲ませたら効いたという話もあります。つまり、患者には医療への期待というものがあり、そのディペンデンスーを実体化することで治る部分もあると思われるわけです。そのようなことで、私が挙げたのはあちこちに分散している健康に関する知識をまとめる原理です。それが、侍医の医学では特権階級であったし、開業医の医学では市民階級でした。また病院の医学では行政と言いますか、ヨーロッパの市民社会が病院というものを作ったのでしょうし、その後は社会一般になるということで、自然発生的な健康に関する知識を排除するという意図はありません。

— 確かに、ここ3年くらい前から、患者数の伸びがにぶくなってきましたね。昭和47、8年頃から、健保の本人、特に若年の本人は減ってきています。若干増えていたのは家族で

すが、それももう頭打ちになってきました。非常に増えたのは老人医療支給制の開始時で、これはまだ多少増加の傾向にありますね。要するに、医者にかかることが時間、コスト供にただという老人達の患者が増加しているわけで、健保の本人はいくら健保で10割給付されるからといっても、時間とその他のコストが莫大にかかりますから、20代から30代半ばまでは減少気味ですね。

— 時間コストも患者数が伸びないことに影響しているかもしれませんが、実際、病気をしなくなったのも事実ですね。実感ですが、具体的に私を含めた周囲の人達があまり病気をしなくなりました。まず風邪、腹痛、昔は食中毒もあればその他でも結構お腹こわしてましたが、そういうのはあまり聞かなくなった。風邪にしても、インフルエンザは別としても、大体寝込むようなことがあまりなくなりましたよね。新しい病気は別として、結局、古典的な病気の場合、まず栄養状態が良くなって、病気に対する抵抗力がついたことが大きいと思います。先ほどの中川先生のお話にもありましたように、病気をトータルで見た場合、古典的な病気、例えば先ほどの急性感染症ですが、それが、医学の進歩のみならず、その他の様々な要因で減少してきたことによって、患者数がある程度頭打ちの状態になったと考えられます。

— やはり、人間の生活にとって、衣・食・住が基本でしょうね。

中川：しかしまた一方で、変なものもずいぶん摂取されていて、肝硬変が非常に増えている。昔はそれほど多くはなかったのです。肝臓というのは主にいろいろな毒物を解毒する器官ですから、ビールスによるものもあるが、一般的な意味での栄養レベルの上昇と同時に、変なものも入って来て、肝臓に蓄積されているということでしょう。有害な摂取物の中に酒も含めれば、酒量の変化ということも考えられますが……。

— 先生が最初に精神科にふれていらしゃったし、ハードな医学とソフトな医学ということもおっしゃっておられたので、ついでにお伺いしたいのですが、私も多少興味がありましたので、精神科の教科書を読んでみたところ、非常に違和感を覚えたという経験があります。物理や化学、生物学などの論理構成とは極端に違うようですし、さりとて文科でもない。異質な論理という印象を受けましたが、精神科というのはどのような位置付けで考えたら良いのでしょうか。

中川：論理ではないのです。例えば、分裂病の診断の1つのクライテリアとして、現実との生ける接触を失ったということがあげられます。どうもあの患者は話がうまく通じないという場合、これを先のように言うわけです。しかし、コミュニケーションというものは相対的なものですから、医者の方が人嫌いだとしたら、患者はみな分裂病になってしまう。つまり、医者ごとに診断が違うことがあり得るわけです。精神科医に言わせると、一応診断を付け

て、後にそれを治療するわけだから、どんな診断でも別に問題はないと言うのですが、そのような程度のことですから、一般性はないと言ってもいいでしょうね。普通の病気でも診断が合わない場合がありますが、精神科は特にひどいですね。もう20年前になりますが、阪大で、ある1人の老人の患者に対して、7人の中堅以上のドクターが1人ずつ診断をつけたら、全員まちまちであったということがありました。また、アメリカでは、分裂病は大体30%程度しか診断が合わないと言いますね。今、日本では、分裂病という診断をあまりつけないようになってきました。というのは、分裂病という病気は治らないということになっていましたから、偏見を助長するというのです。この頃、分裂病が治るようになってきたのです。治ると定義が崩れてきますが、社会の側の態度を即時に変えるということは期待できませんから、医者の方でこの病名を使うのを控えているというわけです。

— 治るといのはどのような意味ですか。普通の人と変わらずに社会生活ができるようになるわけですか。

中川：寛解して、第1にコミュニケーションができるようになりますし、社会内での生活も、働くこともできるようになります。

— 市川先生のご覧になったのは、国立武蔵療養所の患者さんで、これは分裂病でもすべにあるレベルを越えた人ですから、治るということに関しては非常に理解しにくいのではないかと思います。というのは、その人が実際に形式的に復職しても、それは本当の復職ではない。周囲から支えられている部分が大きいわけで、結局、入退院をくり返し徐々に荒廃してゆく。そういうケースしか、市川先生はご存知ないわけですね。

— まあ、そう言われればそうですね。見たケースが全部、そういった経過をたどっていましたから。

中川：比較的初期に発見された例では、治癒する人がかなり増えてきています。アメリカでは、病院に入院させるとかえって悪化するということが言われ出し、地域精神医療という形に変わってきました。以前は病院に入院させれば全て解決ということでしたが、その結果として病院が満杯になってしまった。すると看護が機械的になり、それに対して批判が起こって、今はもう主に地域のなかで行われている。

— 先ほどおっしゃっておられた、医学生が地域医療を志向するようになってきているということは非常に良いことだと思いますが、その際、例えば、学位取得のためのシステムであるとか、医師国家試験のあり方であるとか、そういったものとの関連はどうなっているのでしょうか。というのは、そうしたやや文化的なものを評価して学位を与えるような構造がある程度存在しないと、学生たちの地域医療志向も生かされてこないと思うからです。

中川：学生たちの変化の最も大きな理由は、多少意地の悪い言い方をすると、結局、アメリカの医事訴訟の頻発、これが学生の専門医になろうという意欲を阻害している。このようなケースが増えてきまして、アメリカでは、事故は医者責任ということで、病院で損害賠償をやらないのです。病院の施設が悪い場合は病院が払うと言っていますが、インターンとかレジデントの段階でも、事故になった場合、責任を問われることになるので、インターンやレジデントがマルプラクティスの保険をかけなければならない状況です。その保険料がどんどん上ってしまって、年間2万ドルとか3万ドルとかを払わなければならなくなっている。レジデントの給料は年間3万ないし4万、多くても5万ドルですから、殆んど保険料になってしまう。それではやっていけないから保険料を病院が払えといってストライキもやっています。しかし、病院としてはそのようなものを払う理由はないとしてだいぶもめました。結局そのようなことで専門医志向が薄れたといえるでしょうね。

— 先日、アメリカから昨年帰国した人の報告が今年の『健康保険』5月号に載っていましたが、それによると、ある脳障害児訴訟で、医者の出産時の手当てが問題になり、結局、2千万ドルで患者側が勝訴しました。2千万ドル、日本円に換算して40～50億円ですか、これは信じられないくらい高額ですね。

中川：5千万円とか1億円とかその程度と聞いていましたが、最近はもっと高額になっているのですね。特にマルプラクティスで訴えられるのは専門医です。というのは、専門医はそういったことがないという理由で専門医になっているわけですから。それにもう1つ、専門医は多かれ少なかれハードな科学者としてのトレーニングを受けてきて、患者とのコミュニケーションを無視する傾向が強い。その辺で患者の不信をかっていても考えられます。ところが、地域医療や一般医療ということになりますと、患者とのコミュニケーションが非常に重要になってくる。地域を組織したりするのにも、チームワークが大切になってきます。そこで医学校の教育でも、インターパーソナルなコミュニケーションを必修にするとか、人間を理解しなければならないということで、哲学も心理学も経済学も必要だということになってきました。方法も講義形式をとらずに、問題を与えて、それをグループでディスカッションする、資料を学生自身が集めて議論するという仕方になってきています。教師が大講堂で一方的に講義するという形式は、逆に減ってきています。

— 医師国家試験に関して、日本では非常に難しくなっている、まるでクイズのようだというようなことが言われていますが、その辺はどうでしょう。医師国家試験が技術的、クイズ的になれば、医学部はますます予備校化していくだろうし、しかもさらに、学位が非常に細かい、体のごく一部のことを徹に入り細に渡ってやらないと学位がとれないということに

なれば、これは先の話と逆の方向に向かうことになるわけですが、そういったことに対する障害は、アメリカでは起きていませんか。

中川：それはもうすでに起こってしまって、今は逆になってきています。方向が変わりつつある。ひところ、スプートニク・ショックの後ですか、本当にサイエンス中心で、ソビエトに負けては大変だというわけで巨額な研究費が出て、それが医学校にもずいぶん流れ込んできていました。医学生のうちから研究室に出入りさせて研究させようとしたし、それでアメリカの医学は急速に進んだわけですがけれども、やはりそれだけでは十分ではないという反省が起った。それ程科学的であるならばマルプラクティスは起るはずがない。実はそうではなかったのだというのが先のインゲルフィンガーの話になるわけです。この頃、医学はあまり効かないものだというのを、逆に、盛んに宣伝するような傾向が出てきました。

— 先生は医学は盛んに大したものではないとおっしゃいますけれども、それを言えば、他の学問、例えば経済学も似たようなもので、一見難しそうですが、経済学者の予測は当たったためしがない。

中川：まあ、人間のことは難しいものですからね。

— 医学の場合には、職人を養成しているという面、つまり医学生自身も教師自身も、プラクティカルなものを志向しているということがあるわけです。ところが、こう言っては経済学の分野の方を怒らせることになるかも知れませんが、経済学を生きるツールとして使おうと思っているわけではない。失礼な言い方ですが……。

— いやいや、正にそのとおりで、高等常識です。

— ですからそういう意味で、これは中川先生のご意見を伺いたいのですが、医学教育の内容はどこかで生活と結び付いていると思います。例えば、精神病といっても実際梅毒が多いわけで、梅毒というのは割に日常茶飯事としてわれわれの周りにある。患者が医者の方の生活の視野に入っていたわけです。多くの病気が自分の生活の視野に入る得るものであった。ところが、今教えているものは視野に入らないものばかりになってきました。医者になるということには多少なりともプラクティショナーになるという側面があるのに、一方では自分の生活の視野に入らないことばかり教わる。そういう矛盾に、医学生は潜在的に反発を感じていたのではないのでしょうか。

中川：そうですね。市川先生のおっしゃったような高等常識、医療でいえば第3次医療とでも言うのでしょうか、これは非常にソフィスティケートされた医療で、実際の日常的な診療の場では、殆んどそれを適用するケースにぶつかることはない。例えば、風邪の診断治療を教えることはないし、盲腸炎も大学病院ではまず扱いません。大学では先ほどの特殊な仕事だけす

るわけです。それは実際には役に立たないけれども、今まではそういうことを知っているということで患者に臨めたという面もあった。医学の学位もあるということで、患者の方でも医学の権威を信じて、それ程難しいことを知っているのだから、風邪の治療法であろうと、盲腸の手術であろうと難なくやってくれるだろうと期待する。けれどもあにはからんや、実際にはかなり非科学的なこともやっていて、それを科学的にみせかけてきたとも言えます。

従来、日本の医学教育は大体そういう形でなされてきました。職業教育という意識はない。「医」学部でありまして、大学の先生方というのは、医師養成所などと言おうものなら、侮辱されたと思うでしょうね。日本では、学者が一番上位に位置付けられていて、学者になれなかった人が開業医や病院の勤務医になるという考え方が根強いですから、開業医は一段低いものと見られている。これがヨーロッパでは、開業医が一番出世したと言いますか、一番医者として成熟した形態であると考えられているわけですが、日本では先のような状況ですから、開業医自身も自分の仕事に誇りがあまりない。持ちようがないわけです。すると、金でも儲けようかということになる。川上先生がよく言われていますが、日本の医療は営利というか、経営中心に動いてしまう。それは何も開業医に限ったことではなくて、国公立病院でもそうです。不採算部門はできるだけやらないようにという独立採算ですから。病院は本来公的なもので、また公的なものというのは不採算部門が当然大きな部分を占めるはずであるのに、日本では国公立病院でも独立採算で、不採算部門はなるべくするなという指導がきます。

— 確かに、そういう教育が射程の中にあいましたね。大学の教育の中で、虫垂炎について、私たちの時代はていねいに講義も受けたし、手術の見学もしました。それがいまはもうなくなってしまいましたね。

— 講義がなくなってしまったら、学生はいったいどうやってそれを習得するのですか。

中川：開業した場合、我流で勝手にやっています。市中病院などで習う場合もありますが……。

— カリキュラムに余裕がないわけですよ。

— 私は経済が専門なのですが、経済を研究している人に2種類ありまして、経済学をしている人と経済学学をする人とあります。でも、私個人としてだけではなくて、一般的に言って、経済学学の方が上で経済学の方が下だという意識はあまりないですよ。

— それは、1つには、経済学部を出た人達のその後の社会的なステイタスを見た場合、学学をやった人と学をしていた人とにそれほど差がないどころか、逆転していたりもしますよね。ところが、医学の場合は完全なピラミッドを形成していて、学学の方が徹底して偉

いということになっているわけです。もっとも、営利が第1の目的である病院でも、あるレベル以上の病院では必ずレポートを書いていますし、開業医も学会に参加しています。自分はペーパーを扱わなくても、少なくとも、学会に参加し、学術雑誌を読み、学学の人と対話ができる条件を生涯持ち続けていますから、学をやった人と学学の人との縁がまったく切れてしまうということではありませんし、その区別もこうしてみると割とあいまいですが、そうした学学的なことは日常診療にはあまり関係ないこともあります。

中川：やはり、それは関係ありますよ。いざという時、例えば医療事故などがあった時、学学の人を呼んで、証人になってもらって、自分の立場を守ってもらうわけですから。医学というものは不確定部分が多くて、その不確定部分を確定させるのが権威です。権威者の見解はこうだということですね。ですから、学学の頂点も利用価値、存在価値があるわけです。

— 先ほどのプライマリー・ケアとか地域医療、それに開業医の医学分野での地位が低いから誇りが持てないという話に関してですが、最近、いままでの普通の開業医とは違って、市民と連帯して新しい医療を築いていこうというような医者が身近に見られるようになりました。それを担うのは自分達であると言って、非常に開業医であることに誇りを持っていますね。

中川：少数派ですけれども、そうした医者が出てくるようになってきました。

— 私もそうしたなかの1人を紹介されたことがあります。その人はもともとは文科系の出身らしいですね。

中川：アメリカの医科大学でも文科系統の出身者を優先して取るという学校が出てきました。

— 何ごとにつけ、文科と理科、源氏でなければ平家、白でなければ黒と、そういう分類はあまり有効なことではないということでしょうか。話は変わりますが、先ほどセルフケアはそのままでは危険だというのは、どのような意味においてですか。

中川：セルフケアを前面に立てますと、財政の緊迫している時ですから、福祉カットの隠れ蓑に使われる恐れがあります。にもかかわらず、健康を保持するためには自主性が重要ですから、それを援助するようなお金の出し方をしてくれれば良いのですが、今、予算削減に国は必死になってますから、そのためにセルフケアを提唱されたのでは困るわけです。

— もともと、セルフケアを最初に言い出したのはWHOです。WHOというのは発展途上国を主に対象とする国連機関です。発展途上国の場合、医療需要が猛烈な勢いで増加している一方、医者は金持ちしか相手にしないという状況にありますから、セルフケアをせざるを得ない。WHOの文章にそのようなことがあからさまに書かれているわけではありません

が、セルフケアが提唱される背景は察知できます。それが、プライマリー・ケアの名のもとに、先進諸国に導入された場合、ヨーロッパにしてもアメリカにしても、医療費を押える意図が明らかで、プライマリー・ケアということから連鎖的にセルフケアが言い出されてくるわけです。日本の場合でも同様ですね。

— この間、肺ガンの専門家が先生と同じようなことを言っていました。半年に1回くらいは健康診断をしたいが資金が問題だといった話でしたが、その話をしている間、そこに出席している医者の方の1/3くらいが、プカプカ、タバコを喫っているのですよ。

中川：日本の医者だけです、世界中回ってもタバコを喫っている医者というのは。他の国ではもう殆んど喫っていません。

— タバコをやめるといふのはセルフケアの最たるものでしょう。

中川：そのことが、日本人にとって科学とは何かということにつながっている。科学というのはいわば1つの商売であって、科学が真理であり、自分にも影響を与えるものと認識されていないということでしょうね。医学はタバコは有害だ、肺ガンになるとしているけれども、自分は別だと思っている。論理に一貫性がないわけですね。ヨーロッパではそんなことは通用しません。徐々に医者もタバコを喫わなくなっているようなきざしもなきにしもあらずですが……。

— その部会では1/3くらい喫っていましたね。それで、タバコの害についての文章を出しているのですからね。

— その辺、外国の科学を導入する際、よく言えば、日本が上手に導入した。が、しかしどうも日本的なものに科学の根本をとり込めなかったようですね。そのことの1つの現われではないかと思えます。

中川：はい。何か書いたことがあるのですが、日本ではドイツ医学を移殖したと言いますね。ところが、この移殖、トランスプランテーションという言葉は外人には理解できないらしくて、普通こういう場合、アダプションと言うらしいです。けれど、アダプションすると、ジャーマン・メディスンは消えてしまう。そういえば、ドイツ医学の盛んな時には、ロシアからもアメリカからもみんなドイツに渡りました。みんなドイツ医学を持って帰ったのですが、それはもう、アメリカではアメリカ医学に、ロシアではロシア医学になっている。しかし、日本ではあくまでドイツ医学の伝統に立って、カルテもドイツ語で書いたりしています。アメリカではドイツ語でカルテを書いたりしません。日本ではドイツ語でなければならない。つまり、これが、アダプションでなしに、トランスプランテーションしているということです。ドイツ語は医学のシンボルなのですね。そこが、日本人にとっての科学というのは、何

かよそ者と言うか、身過ぎ世過ぎの看板のようなものではないのかと思うところですね。

— 移植というより接ぎ木のようなものではありませんか。

中川：接いでませんよ。何かフレムドなものですな。

— そうですね。でも、移植というと植えて、根づいているという感じがするでしょう。日本でのドイツ医学はそうは言えないように思う。

中川：植わっている。育っているけれども本当に根づいていない。花びんの中に生けてあるようなものかも知れませんね。イメージとしてはそのほうが当たっているかも知れません。しかし、我々としては根がついているという意識を持ちたい、とそんなところですね。

— それは先ほどのタバコを喫うということが、医学を含めた科学に対する我々の態度を示していて、だから科学の基本まで導入しなければならないとおっしゃりたいわけですね。

中川：はい。要するに、日本は、科学的思考ではなしに、科学という1つのやり方、How toを導入しただけなのですね。

— では、大体ご質問が出たところで、先を続けていただけませんか。

日本の医療

中川：これまでは、世界的な動きを中心にお話してきました。ヨーロッパの場合、開業医は市民階層のものであるし、病院は貧困階層のものという形で対応してきたと思います。そのうちに、技術が進歩してきて、それを日本が利用するという恰好になってきました。ところが、日本の場合、公的な病院の育成はほとんどしていなかった。国立病院は戦後まで、日本にはなかったのです。大学病院や陸海軍病院は多少ありましたが……。それが戦後になって初めて、陸海軍病院を一般市民に解放するという形で、いわゆる国立病院ができてくるわけです。公立病院については、明治になった頃から各地に公立病院を作り始めるのですが、例の松方デフレ政策で、地方公共体が病院や医学校を持つてはならないということになりました。具体的には、地方税から病院の予算を割くことが禁じられて、それによって、公的病院が圧迫されたのです。

それ以後、公的病院の数も減ってしまい、国立病院もないから、結局、基本的に医療機関としてあるのは、開業医と私的病院だけということになります。そこで、日本では私的病院というものが非常に多い。私的病院は開業医と同様、経営主義的なものになりやすいのです。戦後、国立病院なり公立病院ができて、やはりこの私的病院の感覚は払拭できません。救急医療や僻地の問題は、本来ならば、公的病院がやるべきものなのです。それが私

的病院任せになっている。救急医療は、自賠法と言いますか、自動車事故の場合、50万円までは殆んど無審査で医療ができますから、それで私的病院に救急医療を引き受けさせることで対応してきましたが、僻地の問題はどうしようもありません。このように、日本の医療は、国公立病院、私的病院を問わず、経済合理主義的な線が強く出ていて、しかもそれに先ほどの医学が結びつきますから、合理化の限界にまできているわけです。

外国の場合ですと、医療は公的な性格が強いものですから、救急医療はどこかの公的病院でもやっていますし、僻地のことも行政的に考えて、それなりの対応をしている。日本の医療は、ある意味では、病院医療の最先端を行っているともいえます。

そのようなところへ地域医療と言われ出したものですから、日本の場合、おかしな形になってしまいました。世界的には、地域医療の定義は住民参加によって地域の医療社会資源を1番効果的に組織運用していくということですが、日本の場合、住民参加を全部切り捨てて全て医師会の管理の下に地域医療をマネージするということになってしまう。これは特に医師会の意向ですね。

機械化医療と数字信奉

また、この「地域医療」というのは、医療産業と結びついて、いろいろな検診用機械を大幅に導入して、患者数の減少傾向に対して、早期発見ということで、積極的に病気を発見し、管理していこうということらしいのです。

ここで、病気作りのトリックを見てみましょう。この頃、科学的と言いますか、測定技術が非常に進歩しています。そこで、それを使って正常と異常を分けようというわけです。本来、正常と異常は価値的な概念です。生活全体の中で、これは正常ではない、病的だという価値判断がなされていた。しかし、ハードな自然科学的な判断が医学の拠り所となってくると、こうした価値判断は排除されてしまい、測定値によって、正に機械的に、正常と異常が分けられてしまう。例えば、身長なら身長、血圧なら血圧を計って、その中で正常、異常を分けてしまうわけです。

その時の基準は何かと言いますと、大体世の中には正常な人間の方が多くて、異常な人間は少ないという一般的な合意がありますから、測定値が一定の分布を示すと、それを正規分布、正しい分布の仕方であるとまず仮定します。そして、90%なり95%なりを多数派、すなわち健常者とします。大体、異常者は少ないほうが望ましいので、95%の数値がとられていますね。そうして、別に理論的に明確な根拠があるわけではないのですが、標準偏差

を中心に、中の95%が正常、両端の5%は異常となるわけです。

ここからトリックが始まります。身長について同様、体重についても測定を行うと、どちらも正常の範囲に入る人は、 0.95^2 ということになります。その他いろいろと検査をして、測定をくり返していきますと、すべて正常の範囲に入る人は 0.95^3 、 0.95^4 …… 0.95^n と減っていき、大体 0.95^{60} くらいで0.05くらいになります。するとなんらかの項目が異常という人が0.95、95%になってしまう。つまり、検査を多くすればするほど異常値を持つ人が多くなるしかけなのです。これは病気ということではなくて、偏差にすぎないわけですが、機械的にしていくにはこういう方法しかないのです。

これは医学の論理の問題ですが、このように、価値を削って、実践科学的に展開すると中立の論理ができ上がるかという、そうでもなくて、かなりいいかげんな論理ができ上がる。むしろ、日常的な、常識的な価値を入れて考えた方が素直な診断ができます。先ほどの検査の例のように、全部確率論的にいきますと、結局、その検査結果は人はみな違うということを行っているだけなわけです。その上さらに、違うということは病気ではないと言うことを言わなければならないのに、その辺は黙って、違うということは病気だとしてしまう。そこに論理の飛躍があるわけです。実際、再三申し上げていますように、医学の中身は不確定なことが多い。それをいままでは医者 of 権威で隠していた。隠しきれなくなったので、数学的論理に逃げて、一見ソフィスティケートされたように見えるけれども、実は全然意味のないことをやっている。

また、数学的な分析によって、かなり奇妙なことがわかったということも少なくありません。いままでは少数例について、治ったとか治らないとか言っていたわけですがけれども、もっと多数の例について、長期的にフォローしてみたり、大量観察をやりますと、どうも違う結果が出てくることが多いようです。

例えば、糖尿病の治療法には、普通、食事療法とかインシュリン注射、それに戦後、内服で血糖を下げる薬が出てきましたから、これを使うなどの方法があります。アメリカで、これらの方法をそれぞれ患者にやらせてみると、結果は1番内服薬投与がよくない。全体で何千人という患者を使った調査ですが、内服薬は合併症などをかなり引き起しています。その次に結果のおもわしくないのはインシュリンで、結局、何もしないか食事療法をした患者の結果が多少良い。このようなデータが出てきて、アメリカでは薬を使うなということを行っています。日本でも二宮先生は、血糖を下げる薬を内服させるのは殺人行為であるということをおっしゃっていますが、それはこのようなデータから言ってらっしゃるわけです。また、腎不全に副腎皮質ホルモンを使うと非常によく効く患者と全然効かない患者と二種類あると言

われていますが、長期的に成績をとってみると、結局、みな殆んど同じような状態になってしまう。

つまり、数学的な方法は、ごまかしのための方便にもなるし、また一方ではいままで信じていた治療方法の効果をより全体的に見るための助けともなります。結局、医学には不確定性が多かれ少なかれあるのですから、これは公にしていかなければなりません。わからないものはわからないとしてやっていかなければなりません。特に、急性の病気とか感染症、それに重症の病気は個体差を超越したのですが、慢性の病気や身心症、あるいは精神病といったものはむしろ個体差の大きく出てくるものなのです。個体差ということになりますと不確定性が強くなります。この頃の医学はできるだけ個体差のないように、動物実験も純系の動物で殆んど形質の差がないものを使って実験をしないと意味がないと言われています。ところが人間の治療の場合、個体差が強いのですから、その扱い方が問題になってきます。

特に、寿命の研究などでは、統計的なデータだけではどうしようもない個体差が大きく出てきます。この間、百歳以上の人達の健康法の特集が何かの雑誌に載っていましたが、それがみなそれぞれ違う。酒を飲む人もいるし、タバコを喫う人もいます。やはり、自分に合った方法があるということでしょうが、そういった個体差を見つけていく方法は、自分で自分の望ましい健康のパターンを自然史的方法によると思います。問題はそれを医学がどう援助していくかということですね。つまり、普遍的なものと個別的なものと両方ふまえた医学が必要になってくるわけです。

医学教育における新しい試み

医学教育もいままでは普遍的な、インターナショナルな医学を指向してきたわけで、日本の医学書、それから新設医学校の設立趣意書などを見ると、みなそうです。しかし、国際的な医学では地域医療はできないし、個体への還元もできない。地域医療の場合にはどうしても普遍的なものではなくて、本当に生きた現実の特定の社会を前提にしなければならないわけです。

昨年の暮れにフィリピンに行きまして、フィリピンで数年前から非常に力を入れている医学教育がありますので、それを多少見せていただきました。フィリピンは、これまでアメリカの指導を受けて、言葉まで英語でしたし、もちろんテキストブックもアメリカのものを使っていました。すると、フィリピンの医学校を出た医者が全部とまではいかないけれど、半数以上アメリカに行ってしまう。国民の税金を使って医者をいくら養成しても、どうして

もフィリピンに居つかない。せいぜい大都会に残るだけで、僻地はどうしても医者不足を解消できなかった。ずいぶんいろいろな方法もとられたのですが、どうもうまくいかなかった。

それで、いまから5,6年前、レイテ島のタクロバンという町に、変わったヘルスマン養成所を作りました。それは、レイテ島とミンダナオ島、それにその周辺の島民の健康作りの担当者の養成を図るということで、あちこちの村から推薦を受け、村の健康のために働こうという人、働ける人を集めたものなのです。もちろん全寮制で、10週間、最初に基礎的な教育として、調査論、調査方法をやります。それでベーシックな調査の方法とか救急処置を学んだ後、村へ帰り、宿題として、自分の村の人達はどんな生活をしているかを調査するわけです。戸別訪問をして、家族構成、死亡者、死亡原因などから始まって、ブタの飼い方であるとか、飲料水の状態、排泄物の処理方法、また、どんな虫がいるかまで、40～50ページの調査をする。その時に怪我人などが出れば、ちょっとした救急処置などもします。

それがすむと、また学校に帰ってきて、それをもとにして、自分達の村の保健問題について議論をするのです。基本的な原理は、もちろん教授が説明しますが、それに従って学生達は具体的な、個別の問題をディスカッションする。また同時に、例えば統計学の勉強をしたりもします。どこの村でも最初からだいたい察しのつくことですが、学生達はそれを自分の手で調査して、実感としてつかんでくるわけです。

それで、それから2年間は助産婦の学習を中心に、婦人の生殖の生理や産科学、小児科学、小児栄養学等をやって、それでまた次の宿題をもらって村に帰る。村では助産婦として、お産の手伝いをしたりして、半年するとまた学校へ帰ってくる。次がバachelor・オブ・ヘルスサイエンス、いわゆる保健婦ですが、男女両方いますから保健学士になり、最終的にM. D. になります。

フィリピンでは、このような自分の村と学校を行ったり来たりしながらより上級の段階に進んでいくという教育をしています。建物などは本当に粗末なところで、顕微鏡も何もないという学校ですが、学生、それに教官の意欲はすごいです。それに、原地の言葉で教育をしている。調査票もそうですし、病気も病名も原地の言葉で、その言葉で訴える患者の悩みに医学がどう対応していくかという発想で教育がなされている。今ちょうど保健学士になるあたりまで進行しているのですが、村の方では、助産婦になった学生が戻ってくる時には、助産のための機械を買ってくれます。ハサミとか血圧計とかベーシックなもので、金額にしたら50ドルくらいのものですが、それを村が整えてくれる。学生はそれを使って、お産を中心とした健康管理をするわけです。正に、地域のニーズをそのまま踏まえて、学校と協

力し合いながら、また、地域には保健所も病院もありますから、それらとも協力しながら、地域医療を進めていこうという形ですね。

それから、村を組織して健康教育もやっています。それによって迷信的な医療がずいぶん減っていった。統計もきちんととっていて、月毎にコレラの発生件数の増減や妊婦の死亡者数を、保健所の出張所のようなところの壁に張り出しています。非常に本気でやっている感じですね。もっとも、こういった施設はフィリピンでも1つしか作られていませんから、将来どうなるのかわかりませんが、地域医療に対する1つの解決策ではあろうと思います。それに、フィリピンの学生をアメリカがシャットアウトし出しましたから、アメリカへ行きにくくなって、地方へ行く他はないような状況も出てきているようです。医学校卒業後半年か1年は必ず僻地へ行くようにという大統領命令が出ましたし、そういった理由で保健所にいる人達もいました。いままでアメリカやイギリスが吸収していたインターナショナルな医者が、地域へ帰っていかざるを得ないという状況にもなっているわけですね。とりとめのない話で申し訳ないのですが……。

— それはどなたの発案なのですか。

中川：マルコス夫人が中国に行って視察してきたことが1つのヒントになったそうです。

— 彼女はレイテ島出身なのですか。

中川：はい。彼女はまず自分の島にそういうものを作ったと言いますから、たぶんそうだと思います。

— 私もフィリピンに行ったことありまして、その時の印象から言うと、フィリピンのドクター達からは現地から入った知識は1つも出てこないのです。フィリピンでは肺因の致命率が非常に高く、50%を越えている。それに対して質問をしても、誰も受け付けてくれないので、非常に驚きました。それで先生のお話を聞いて、どなたのお考えになったものなのか興味をおぼえたわけです。

中川：保健婦やら栄養士、そういう人達がこれに協力したいと集ってきている。ドクターはあまりいません。若手のドクターが入ってまして、みなパートタイムで教えているようです。まあ、松下村塾のようなものでしょうか。

— しかし、フィリピンあたりでアメリカ式の医学をしていたら、毒ヘビにかまれた際の処置の仕方とか、キニーネについてとかわかるはずないでしょう。

中川：そうです。

— 私がアメリカで教育を受けました時、名前は忘れましたが、エコロジーをやっていた人が、いままでの医療を持って行っても全然受けつけないという話をしていました。これは

どとは言いませんけれども、非常に鮮烈な印象を持ちまして、早速応用して、いまでも講義に入れてあります。それに保健計画というコースでは同じ方法を使ってやっています。これは全く独立でやっているのですが、いままでは、4週間学校に出て来て教わっていたのを、2週間来て、後の6カ月は自分の村で計画をたてて、それを今度は持って帰って、次の2週間は全体でディスカッションするという方法をとりました。最初、学生たちは勝手に違うのでずい分不満そうでしたよ。

中川：しかし、本当はそういった方法が1番知識が身につきますね。

— ただ、今度は教える方が非常に大変です。先の方式を採用する時にも非常に反対があって、賛成者は私1人でした。教える人間がそれぞれの村の違いを実際に知らなければ、学生が持ち帰ったデータを判断する際、学生の技術が未熟でそうなっているのか、事実なのか見分けがつかない。仮説が鈍くて非常に悪い結果が出てしまったのを、事実として受け取ってしまったら、教訓にはならないわけですから、学生の能力と現状とのギャップをきちんと押えられるよう、教師はサービスリーグの間中にある程度自分自身で調べておかなければなりません。そうでないと、本当の教育はできませんね。

— その島の広さはどのくらいですか。

中川：日本くらいあるのではないですか。

— そうなると行き来するだけでも大変ですね。

中川：7万も島があると言いますからね。マニラからレイテ島まで飛行機で1時間くらいですから、500キロはあるのではないですか。

— 日本のように隔差はないでしょうか。

— レイテ島というと、寄生虫の宝庫ですね。

中川：そのようです。

— 南方に生存する寄生虫は全部、まあ全部と言わないまでも、大体わかっているのですか。少なくともリストアップされているとか、特効薬があるとか……。

中川：大体あると思います。

— 今はそういう発想ではなくなっているのですよ。それは先ほどの正常、異常と同じで、別にいてもいいというものもありますし、人間にはまだだが、動物には寄生しているというものもあります。また、例えば犬のファラリアなどは人間に寄生すると障害を起す。要するに、一口に寄生虫といっても、病理的な現象を起すもの、別にいても異状のないもの、それに、人間には寄生するはずがないものと大体3種あって、これが古典的な分類です。その内、病理的と言われてきたものについてのリストアップはすんでいる。でも、いても別に異

状をきたさないというものも、場合によって、プラスに働くこともあれば逆にマイナスに働くこともある。例えば、大腸菌によって起るものでもヘルペスは何でもないが、具合が悪くなってくることもあります。また、人間に寄生するはずがないと考えられていたものが実はそうでなかったという場合もあります。ファラリアなどはその例で人体に入ると生体反応を起します。そうなるリストに加えなければなりません、やはり、古典的、病的なものについてはリストアップされていると考えていいと思います。そうでないものは、あらゆる生物を全部リストアップしないとすまなくなる。人間に関係のない生物の資料はまず非常に少ないでしょうね。

中川：ブタと一緒に生活をしていると、ブタの寄生虫と人間の寄生虫も一緒のものになってくるわけで、駆虫剤を飲んでも、そうした生活をしてはすぐまた入って来てしまう。ですからまず、ブタ小屋を作って人間とブタの生活を分けなければなりません。そうしたことをして始めて、寄生虫による病気がなくなっていくわけです。

— 日本の医学教育というのは、何かレールブーフ的だと言われていますが、どうでしょうか。

中川：先のフィリピンでアメリカ医学を学んでいるという話ほどではないですが、やはり外国文献は重要視されていますね。

— 私の学生の時もそうだったと思います。例えば、戦後、放射能の問題で、白血球の測定をしたのですが、どうも、私が習ったのは日本人の白血球ではなかったのではないかと考えたことがあります。

中川：それはありますね。日本にはそういう基礎的データが非常に少ない。例えば、成長過程で脾臓がどのように大きくなっていくとかの基本的な数字は日本にないので、結局、アメリカなどの文献に頼るしかない。日本には、系統的にきちんとした仕事をした人はいないですね。部分的にはあっても、息の長い仕事はあまりされていない。1回きりで終わってしまっただけで後がないですね。イギリスでは、戦後すぐに生まれた千人の新生児の追跡調査というのがありました。……。

— その類のことは日本でもやっていますよ。

中川：そうですか。

— 例えば、先天性異常児のフォローをしてみるとか、双子の研究とかをしていますが、それは外国の学会へ発表して、外国では高く評価されていますが、日本ではあまり評価されていません。長い年月追いかけてゆくわけですが、微小な変化しか見られないので、毎年同じスライドを見ているようなものですよ。

— やはり数でいえば、そういう研究は日本には少ないのではないのでしょうか。確かアメリカ人でしたか、20年間、何十万という同一の人の血圧をフォローした研究がありましたね。あれには驚きました。

— 先ほど市川先生のお出しになった医学教育の問題ですが、最近のことはよく知りませんが、実際の医学教育は、少なくとも患者を使った教育をしていることは事実なわけです。昔の3年次、4年次、いまの人の5年次、6年次には相当数の患者を相手にした教育が行われている。ただ、手を触れるかどうかは別ですけれども、私が最高年次の時は、いわゆる教科書の講義は全然ありませんでした。午前中はずっと外来に行っていて、教授が患者を診察すると同時に、実際の患者を通じて、レールブーフにあるものを教育する。だから、レールブーフ的とは言っても、経済学の場合と全然違うと思います。

— 程度問題ということですか。

— 程度問題どころか全然違うわけです。具体的に、そこに存在している患者とレールブーフとを対比させながら教育するという形をとっていますからね。逆に言えば、そこに実在する患者がいなかったら教育ができない。それで、以前は我々に非常に親しみのある患者が座っていたのが、いまでは、日本に何例しかいないとか、非常に特殊な患者がそこに座っているという点で変わってきているわけです。でも、患者のいるところで教育しているということには変わりがない。そういうレールブーフの使い方です。

— いえ、例えば、アメリカと比べてレールブーフを使う時間数が日本の方が長いとか、そういう意味ですよ。

— それは大して意味がないわけですよ、時間の多い少ないは、患者を使っても、レールブーフを使っても、言ってしまうと教育です。問題なのは、先ほど中川先生のおっしゃったように、患者を病気と見るか、人間として見るかです。でもそれは、いま日本の中でも人によってだいぶ違いますから、先生のおっしゃるような形で簡単には答えられないわけです。

— なるほどわかりました。

中川：ただ、1つ申し上げておかなければなりません、アメリカでもヨーロッパでも、臨床医学の段階になりますと、原則として、臨床医学の講義というものはありません。ところが日本では、内科学として臨床医学があるわけです。部分的に、西先生の時代に最高学年ではなさらなかったということもありますが、大体に内科学、精神科学、小児科学、みなやります。ところが欧米ですと、基礎医学を終了すると病院へ入ってしまい、診療を手伝いながら覚えていく。先輩の医者が時々質問したり、課題を出して調べさせたりして学んでいくわけです。そういうことからしますと、日本の場合、よりレールブーフ的だと言えるかも

知れません。日本では講義がありますからね。例えば、糖尿病はこういう病気だと教科書で習ってから、患者を見せられますから、それで教科書とは少し違うということだけはわかりますね、日本の場合。ところがヨーロッパなどでは、いきなり患者を見て、そこからつかんでいきますから、描象的なことは後から出てきます。日本では描象的なものを先に覚えて、臨床はいわばデモンストレーションです。欧米では病人から出発するのに対して、日本では病気の科学、すなわち医学をやった上で現場に出ていきますから、どうしても医療は医学の応用という感じがあるわけですね。

— 経済学の場合、例えば、金融学者はまず欧米の金融に関する論文を読む。ところが、ヨーロッパと日本では制度的に違いがあって、ヨーロッパでは金利は自由ですが、日本には臨時金利調整法がある。つまり、目の前の現実にはそれほどうまくあてはまるはずはないのに欧米の論文が重視されているわけです。そういう面が相当強い。ですから、医学の場合どうなのかと思ったのでお伺いしたわけです。

— 私が先ほど経済学と違うと言いましたのは、どんなに教科書を中心として、医学を中心として勉強しても、あくまでも患者を見ながらの教育であり、しかも、それを教えている、例えば内科の教授にとっては、医者である自分の患者なのです。私は今の医学教育の体系を弁護するつもりはありませんが、ルールブックを使いながらの教育であろうと、デモンストレーションであろうと、やはりその先生は目の前の患者を治すことを使命とっているという面が厳然とあるわけです。治療方法を講義しない教授もいるし、治療方法だけを講義する教授もいるかも知れない。けれども、内科の教授であっても、患者を診察している時には、基本的にはプラクティショナーであって、その中のある部分についてだけ教育の素材として提供している。それに、学生の方でも、その教授が診断だけして、あとは放ってしまうなどとは思わない。それが経済の分野なり他の分野とは基本的に違いのあるところだと思うわけです。

— それはそうですね。

— 工学もそこまではっていないでしょう。そういう点では、医学が最もプラクティスなことをして、医学教育は基本的には職人教育だと思うわけです。きょうちょうど慈恵医大の安部教授が、医大での倫理を教えているという話をしていました。その倫理は古典的な倫理であるかも知れないが、プラクティショナーとしての、それぞれの知識に結びついた倫理であるはずですからね。それが診断の部分であれ、どの部分であれ、にじみ出るという安倍先生の考え方は、個人的なものというよりむしろ、いままでの医学に特徴的な考え方であると思う。医学倫理を教えるのはどうかという問題に関して、私は、それがきちんとわ

かって教育するならいいけれども、そうでないと、医学倫理学という変な学問を教えてしまい、他の先生が非倫理的なことをやる免罪符になってしまうのではないかと思います。

中川：そうになってしまうでしょうね。

— ですから、私は、中川先生を前にして失礼かも知れませんが、医学の倫理の講座を作るのには反対ですね。

中川：倫理的に考えると、医学教育はずいぶん批判されることが多いですね。というのは病院というのは貧乏人の病人を相手に始まってますから、非倫理的なところがずいぶんあります。それは隠していますが……。例えば、解剖実習は必修としてあるわけですがけれども、倫理性の教育という観点からするとあまりおもしろくない。というのは、あれは一種の通過儀礼のようなもので、それを通過することによって、人間をものとして見ることができる。ですから、この頃、解剖実習をしない国がだいぶ出てきました。例えばスウェーデンでは、もう20年以上前からしてませんし、アメリカでも選択課目にした学校もあります。解剖から始まる教育は、実は古典的な教育なのです。それから、この頃の医学校は少し変わってきているけれども、臨床講義といって、患者を講堂に連れてくるのがありまして、学生の前で裸にして、数人の学生が前で診察し、教授に指導を受ける。それなども、患者にしてみれば、衆人監視の下で見せられるわけですから、倫理的にはおもしろくない。また、回診とか、言うと学生達がぞろぞろついて回って、1人の患者に何人も群がって、教授が「この患者は肝臓がはれている。」と言うと、我も我もと触わる。あれもよくない。ですから、かなり神経質な医学校では、患者1人に教師1人、学生1人と3人1組で動くということをやっていますし、患者を講堂に引っぱり出すようなことも禁じられています。また、触診にしても、日本ですと実地の患者で習っているわけで、技術も何もないものが婦人科の内診などでもいきなりやってしまう。それはあまり望ましいとは言えませんね。アメリカなどでは、まず模型でトレーニングして、それから、シミュレーテッド・ペイシャントという職業的に患者の真似をしてくれる役者が医学教育の中に導入されていて、その人が学生の相手をしてくれます。そうしてトレーニングを受けて、かなり技術が上がって、患者を触ってもあまり不安がらせないという段階まで進んでから、初めて臨床の場に出すということになっています。ところが日本の場合は、まだまだ昔風の教育が行われていますから、その中に倫理を入れても全然話が合わないわけです。私の大学でも、医療には全然関心がないと大威張りで言う人がいます。大学というものは学問をするところであって治すところではないと言っています。例の青山先生の話も有名ですよ。亡くなられる時に、私は患者という意識を持ったことはなくて、診断だけに関心があったが、それは間違いだったとおっしゃいましたね。

— 中川先生は少し厳しい見方をなさる方ですけども、古典的な倫理が教育されていることの1つとして、自分は診断だけをする、治療はしないという医者は、医学界の中ではやはり批判されます。例えば、沖先生が誤診のことをおっしゃったことは、逆にプラクティショナーとして一生懸命やっているということを示しているわけですしね。それから、臨床内科の会ですか、あれができたことに猛烈な反対をした偉い先生もいます。

— 臨床内科というのは何ですか。

— 内科学とは臨床だから、それにあえて臨床を付けるというのがおかしいのであって、少なくとも内科の教授というのは、内科をプラクティスするところに意義がある。もちろん診断だけをする教授も少なからずいて私もそういう教授に習ったことがあります。その教授に対して学生は非常に反発していましたね。それに、大学の教授会の中でも孤立していました。医の倫理にしても、医学の倫理学というのが別個にあるのではなくて、実践活動の中にプラクティショナーとしての倫理があり、これを教授でもあり、プラクティショナーでもある人間が、やはり実際の活動を通じて示していくのが本来のあり方であると思います。ですから、私はこうした倫理が学として別個のものとなることをむしろ恐れているのです。

— もし、これから医者が増えることが予想されるとすれば、医者の活動分野にも変化が起きるかも知れませんね。そうした場合、特に講座制の場合にはカリキュラムの変更等、非常に遅れるのではないかと思います。医学教育の適応性についてはどうでしょうか。

中川：どうでしょうね。講座制とは言っても形は変えられますけれども……。いまでもだいぶ変わってきたのですよ。1つのテーマをいろいろな講座で協力してやるというような形のものも出てきていますし、昔風の境界をきちんと守ってやるというようなことはむしろ少なくなってきました。そんなことは現実にはやれませんか。

— 学問の進歩がそれを崩さざるを得なくするのでしょうか。

— これは私の淡い期待かも知れませんが、少なくとも10年前に比べると、医学界における医学教育学界の評価が変わってきたことは事実だろうと思います。10年前は、医学教育学は、例えば、内科学を真面目に勉強できなかった落伍者のいく分野で、内科の中身が教えられないから、教育というテクノロジーを教えて、自分をごまかしているという見方がなくなかった。けれども、今は、一流の人が入っていくようになりましたね。それからもう1つ、一県一医科大学が、もう少し長い目で見て、やはり地方大学にならざるを得なくなった時、そこでローカリティをもし組み入れられないとすれば、当然、県の中での社会的批判を受けざるを得ないでしょうね。筑波大学はインターナショナルな大学であると言っているが、現実にはやはり茨城県に指向し出してきただしょう。ですから、変わる変わらない

の問題ではなくて。変わっていかねばならない社会的必然性が、医学の内部からも外部からも出てきていると思います。その時のスピードが速いか遅いかという問題はあるでしょうが……。

— 案外、世の中の変化のスピードについていく能力が非常に少ない、適応能力が割と低いのが大学だと思うのですよね。

— それは先ほどから私が言っていますように、内科教授が同時に内科部長であるということは他の学部では例がないわけです。工学部長が特定の工場の工場長ではないでしょう。経済の教授が日銀の頭取ではないですよ。けれども医学教育というのは、全部プラクティショナーが教育をしているわけです。理論外科という学問もあるけれども、一般的に耳鼻科の教授は耳鼻科の患者を診ている。そこが根本的に違うわけですから、医学教育の改革も他の学部の改革と本質的に違うと思います。私が非常に甘い見方をしているのは、他の大学教育とのちがいに着目しているからで、医学教育の中にいる人達は、他の大学教授との違いに着目しないで、大学とプラクティショナーの距離の遠いのに慨嘆している。私の立場から見ると、医学はこのままでいいと思います。中川先生はある程度プラクティショナーと離れておいでの方だから、この見方が妥当であるかどうか、ご意見を伺ってみたいと思いますが……。

— 経済学で10年前と今とを比べてみますと、「財政学とは国家独占資本主義論のことである。」などと言う人がグッと減りましたね。しかしそれでもまだそういう人達が相当数残っているということは、プラクティショナーでないから、そんなことをいまだに言っても務まるということになりますね。そこが医者と違うところなわけですね。

— 医学教育に非常に近いのは社会福祉ですね。社会福祉はある意味において、最も新しい世代の教育をすべき性格を持っていながら、教授の殆んどは社会福祉学の人です。この頃はプラクティショナーが教育の中に少しずつ入り込んできてますが、これは少し医学びいきになるかも知れませんが、医学は比較的古典的な学問でありながらも、プラクティショナーとしての古典的な倫理を持っている。それに対して社会福祉は、新しい倫理感に基づいた教育をしていながらも、その点遅れていますね。

— そう言えば、社会福祉というのは、アメリカの論文とかを一生懸命やっていますね。しかし、総じて医学教育に関しては、かなり見通しが明るいわけですか。

中川：そうとも言い切れませんが、やはり状況が変わってきていますから、学生もかなり敏感に変わってきています。昔のイメージは踏襲し得ないということがわかっているようです。それに、医学や医療を変えるのは、医学教育ではなくて、やはり社会が変えていくの

だろうと思います。その中で、医学教育も少しずつ恰好を変えてきていますから、結局、何が変化の原因となるのかわかりませんね。

— 具体的な例で言いますと、自治医大が設立された時、自治医大の基本的な考えを正しく持っている人は、私の恩師でもある柳沢教授だけで、あとは中尾学長を含めて、自治医科大学で学学をするつもりだったそうです。しかし、今、自治医大の教授は毎年夏に学生を連れて僻地に行くことを義務づけられている。すると、ローテーションして、1年に1回か2年に1回は、自分の研究から見れば全く無駄な仕事をさせられていることになるが、その積み重ねが徐々に変化をもたらしていることも事実です。そういうことから考えると、一県一医科大学の制度によって、対象地域が特定されてくれば、そこでの特定の問題を教育に反映せざるを得なくなる社会情勢が出てくるだろうと思う。愛媛大学と筑波大学等、地方の大学がインターナショナルを指向する限り、その教育は変わりませんが……。

— インターナショナルにすると、医学学になる可能性がありますか。

— ありますね。でも、一県一医大ということになれば、例えば、愛媛県医科大学は愛媛県の問題を取り上げざるを得なくなる。というのは、隣には香川県医科大学がありますから、香川の問題はそちらでやればいいということになるわけでしょう。四国全体の問題に関しては多少関心が薄れるかも知れないけれども、各県に医科大学があるということが、そのように、うまく機能していく可能性はあります。事実、少しずつそうした例が見られるようになってきました。

— その辺、やはり、経済学では教科書が目の前にあるという意識が薄いのがいけないのですね。その意識が学問にないと墮落しますね。

中川：患者が教師だという言い方が我々にはありますね。

— 今日、それを安部先生がおっしゃってました。「患者に聞け、患者が診断を言う。」と。それがオーソドックスな内科の教授にはあるのです。患者が診断を教えるというのは、医学の分野での教育の基本なわけです。いくら教科書本位、学問的と言っても、教育をしている人達は患者が教えるという教育をしているか、それをしなければならぬという気持を持ちながら、教科書を教えている。自分は診断しかしないということを、あえて公言するのは、そう言わないと自分を正当化できない。もし黙っていれば、治療をしないと批判されますからね。結局、医学関係を弁護するようですが、プラクティショナーがプラクティショナーとしての教育をしている。カッコよく他の学部に負けないように、学問的なことを言うけれども、それが医学教育の特色だと思います。これは、中川先生は多少はずれたところから見ておいでなので理解していただけたと思いますが、医学部の中にいる人にこういうこ

とを言っても、恐らく通じないし、また、ある人にとっては当り前のことだと言われるかも知れません。それが特異なことであるということがきちんと認識されていないのですね。その辺、医学教育の中で、私の意見が特殊か一般か、今度少し討議していただきたいですね。

* 再掲図表の出典に関しては以下のとおり。

図1 中川米造：「現代環境問題と衛生学 — 医学史的視点から —」，日衛誌
(Jpn. J. Hyg) 第35巻第1号，1980年4月，p. 63

表1 同，p. 61

80年代の医療問題

— 医師過剰時代の到来と対応策 —

医事評論家・医師

川上 武

はじめに

日本医療はいま、病院スト以来再び転機に立たされている。その兆候は医療の全分野にあらわれており、マスコミの動向にしても、注意して見れば80年代に入ってから明らかに様相が変っている。また日常診療での仕事のあり方自体も、10年前とでは大きく変ってきている。これは医療の全分野に徐々に変化がしのび寄っていることにはかならない。それは部分的なものでなく、日本医療に構造的な変化が起きていると考えられる。日本の社会構造の変動とも無関係ではない。

戦後35年間をみると、石油ショック(昭和47年)以来転機が徐々にきている。現在から振り返ってみると、石油ショック以前の15年間は戦後の混乱・回復期をうけた高度成長期であり、この時期には医療の分野も例外ではなく、医療機関が順調に拡大できた。ところが低成長になってから、とくに大型病院では経営がたいへんになってきている。医療がいまになって景気が悪いというか、きつくなっているのは、医療経営は他の産業に比べて景気変動が遅れてくるといふこともある。また、医療は不景気に強いという特徴のために、景気変動の山がおくれてきているといえよう。

このような視角から医療の全分野をながめ、そこで起きている問題点を概括すると同時に、その1つである医師過剰問題についてはとくに焦点をあわせ、それが今後どういう意味をもってくるかを考えてみたい。

医療保障の後退招く健保改正

まず第1に、医療のいちばん根幹的部分である医療保障の分野では、3年ごしの健康保険法の改正が重大な政治問題になり、最終的には保険料率のアップ・一部負担の増加という従来の健保赤字の解決策の枠内で決着をみた。そこに落ち着くまでにいろいろ迂余曲折があったが、最初の政府原案をみると、国のねらいは2点あったと思う。

第1は本人の給付率の引き下げであり、第2は薬剤費の一部負担である。これらによる受診制限によって、医療費削減をはかることが考えられていた。今までの医療費削減方式とは質が違う点にここで注目しなければならない。医療費の増大→社会保険の赤字問題が起きたときに、従来は、社会保険料率の引き上げとか制限受診に重点があり、健保本人の給付率そのものに手をつけることはなかった。ところが今回は、一部負担を増大させた上に、薬剤費の一部負担、健保本人の給付率の引き下げがはかられた。その意図は成功しなかったとはいえ、その意味はいままでの社会保険の医療費問題とは質の違う次元にきたものといえよう。これは医療保障の質的後退をもたらすものではないかと考える。

戦後の医療保障拡大のあとをみると、昭和36年の国民皆保険の達成、その後、老人医療無料化、高額医療費・難病医療費の公費負担と、いろいろな形をとってはいるが、日本国民が病気になったとき、医療費を直接負担しないでもよいようにという、医療費の社会化への道を歩んできた。いずれは、医療費が完全無料になる時代がくるであろうと考えて、私たちは社会保障闘争に力を注いできた。ところが、ここで健保本人の給付率が原則として10割を切ることになると、その道が完全にカーブを描いて横に曲ってしまい、油断をすると後戻りすることになる。

その結果は、私的 disease 保険への道を開くことになる。すでに現在でも、ガン保険とか成人病保険とか、生命保険会社はいろいろな疾病保険を売っている。これをさらに大きくするようになる。そうなる病気の治療は受益者負担となり、企業活動の対象となってしまう。私たちが戦後一貫して追求してきた医療保障の拡大からみると、質的に後退すると考えられる。

現物給付・出来高払いへの批判

さらにそれに関連して、社会保険の診療報酬支払い方式のあり方をめぐって、根本的な論議が行われている。健保改悪の背景に国民医療費増大の圧力があるのはいうまでもない。医療費が一貫してG.N.Pの伸び率を上回って増大しているのは事実だが、これは日本だけの問題ではなく、国民医療費は世界的にも増えている。国民医療費のG.N.P対比が6%をこすようになると、いろいろの対応策が考えられるようになるといわれている。

たとえばイタリアでは70年代末にイギリス型の医療国営に踏み切り、今まで病院医療が中心であった自由診療の国アメリカでも、病院医療費の増大に音をあげ、プライマリー・ケア→外来診療の重視により医療費の削減をはかろうとしている。同時に、ヘルス・メインテナンス・オルガニゼーション(HMO)、これはちょうど戦前の日本の国保の医療機関と同じようなものだ

が、住民が一括して予防から治療まで全部委託するという形の医療機関が広がっている。また、西ドイツは日本といちばん医療の形態が似ているといわれるが、ここでも医療費抑制政策がとられ、一括払いとか、引き上げ幅を消費者物価指数と連動させるといったことで医療費の増大を防いでいるという。(詳細は石本忠義著『世界の医療費問題』を参照)

日本でも国民医療費の増大の原因をめぐって、`乱診乱療`というマスコミのキャンペーンが盛んである。`乱診乱療`というが、その実体は1日当りの診療点数がふえることをめぐっての論議である。

医療費がふえるのは、診療件数・診療日数・診療報酬点数の3つの要因に影響されるが、医療保障の拡大に伴い潜在需要の顕在化によってふえていた件数・日数は今や横バイとなり、最近では1日当り診療点数の急上昇が大きな問題になっている。

そして、点数増加の原因を現行の社会保険支払い方式に求め、そのために`乱診乱療`といわれるような事態が起きてくるのだから、現物給付・出来高払い制が医療費問題をめぐる諸悪の根源という論調が強く打ち出されている。それを裏づけるものとして、最近では大学病院の月1件で1千万円をこす事例とか、何百万円という高額医療費の増加が報道されている。

登録医制の提案

その解決策として、マスコミの動きを見ていると、80年に入ってから、登録医制を推進する主張がとり上げられる機会がふえている。また行政レベルには乗ってこないが、研究者レベルでは2つの注目すべき動きがあった。

1つは、現代総合研究集団から刊行された『福祉社会の実現のために』である。正村公宏専修大教授が中心になり、それに7人の研究者が協力し、年金・保健医療・福祉の3本の柱について、当面の諸問題について政策的発言をしたものである。政策提案の根底には、北欧・イギリス型体制への指向があるように思われるが、福祉のところは一味ちがい、考え方としては非常にすぐれている。だが、私たちに直接関係のある医療のところは、医療の現場を知らずに医療費を減らすという大前提だけで考えているように思う。その中で政策として、はっきり登録医制を主張している。医療費がふえるのは現物給付・出来高払い制のためで、これを登録医制にすれば減るという主張をしている。

登録医制というと、すぐ頭に浮かぶのは、地域のGP(ジェネラル・プラクティショナー)の定数を決め、患者はGPのところへ登録しておくという形のイギリスのナショナル・ヘルス・サービスである。これに対して正村提案の特徴は、医者の方は旧来の開業医制を尊重して

自由開業にしておき、逆に患者の開業医への登録だけを強制する。それから先の医療費の具体的な支払いがどうなるかには触れていない。

いま1つは、総合研究開発機構（NIRA）の援助を受けて沖中記念成人病研究所が実施した研究報告（代表は都留重人氏、非売品）である。その目的は、「増大かつ多様化する医療需要に対する医療組織の対応に関する研究」という表題からもわかるように、医療組織の改革である。ここでは登録医制の推進について、前者ほど強い主張ではないが、婉曲に登録医制に賛成している。この2つの研究集団は、経済官庁をバックにしたシンクタンクといわれているので、この問題が政策化され行政の問題になってくるであろうことは十分に予測される。

医療官僚化の突破口

第3は、医師の黄金時代にかげりが出てきたのではないかという見方である。現在（昭和54年分）、課税所得1千万円以上の高額所得医師は全国で5万4,252人であり、これを医師数13万8,316人と比較してみても、全高額所得者数の中に占める割合からみても、医師は経済的にめぐまれていることがわかる。この事実をふまえた医師の社会経済的地位の向上が、医師志向者の急増をもたらしている。社会の医師をみる目からみても、いまは「医師の黄金時代」なのは間違いないであろう。まだこの基調が大きく変わったとは思えないが、80年代に入って少し様子が変わってきているのも事実である。

その兆候は医療告発→医療不信のムードの激化のなかにもみられるが、ながいこと「黄金時代」の牽引車となってきた日本医師会→武見会長の圧力活動が曲り角にき、低下に向っているのではないかと思われる事態が次々にはっきりしていることのなかにもみられる。

武見日医会長が13選、過去20数年ずっと日医会長を務め、厚生省と対立してきたのは社会的には高度成長期であった。そのために、医者への要求がどんどん通ってきたという面があったが、低成長になり、「福祉の見直し」がいわれるようになってから少し調子がおかしくなってきた。かつてのように日医会長が厚生大臣さえも日医に呼びつけたり、厚生官僚を「アカ」呼ばわりし、どなりつけるという状況ではなくなっている。とくに武見会長が80年秋に病気になり、がんセンターに入院したのは1つのアクシデントだが、それが明らかに「医師の黄金時代」の幕引きのきっかけになっているのも見逃せないであろう。しかし、そういうアクシデントがなくても、日医の圧力低下は進んできたように思う。現に80年の両院同時選挙に際して、参院の日医推せん候補に足なみの乱れがみられ、かつてのように一本化した状況ではなくなっている。

また、マスコミ・世論の医療告発にしても医弊というか、スモン・サリドマイドという具体的な薬原病・医療事故に焦点のあった時期が長かったが、今は医療システム全体に中心が移ってきている。80年秋にマスコミの大問題になった所沢市の富士見産婦人科病院の問題にしても、批判すべき問題は山積しているが、その受けとめ方は立場によって非常に複雑である。たとえば厚生官僚は、その責任を痛感するというより、この不祥事を千載一遇の好機ととらえ、この機会を逃がさず開業医・病院を徹底的に監査する方向を確立・定着させたいと考えているといわれる。医療を官僚化する突破口として使っていこうとする傾向が強いという。現にその後の病院監査のきびしさは、武見会長全盛時代には考えられなかったことである。富士見産婦人科病院のニセ医者の問題とか、正常な医療が行われなかったといった問題は厳しく追及しなければならないが、同時に厚生省がこれを突破口にして、医療機関全体を官僚化していこうとする動きが露骨に出てきていることにも注目すべきだと思う。

投資しても薄い医療効果

さらに日常の医療技術レベルの問題も、70年から80年にかけて明らかに変わってきている。レントゲンとか検査室関係を見ると、ここ10年間くらいのめざましい変貌に驚く。レントゲン技術にしても、昔のX線発生装置という概念の枠をこえるような問題が出てきた。検査室にしても、手を使っていちいち検査をしていくという時代ではなく、血液自動分析装置にみられるようなコンピュータ化・自動化が追究される時期に入っている。

そうした一連の動きを、私は、「第2次医療技術革新」と呼んでいる。これにより医療技術水準は高まるが、同時に医療費との関係でむずかしい問題が起きてきた。問題点を要約すると、医療機械に設備投資をどんどんしていくと、それに伴って医療費は増大してくるが、そのアウトプットとして必ずしも投資額に見合うほどのものが生み出されないということである。その背後には、疾病構造の重点が成人病になってきたということもあり、投資額がかさむわりに医療効果はそれほどめざましくないという技術問題がある。抗結核剤の使用により、わずか10年足らずの間に結核の死亡率を激減させたというような戦後の事態はもう期待できない状況に入っている。

その典型的な例は、蘇生術の進歩をめぐる問題である。交通事故やショックなどで急死する危険が多かったのが、蘇生術の進歩で助かるケースが出てきた。同時に、そのために今度は“植物人間”といわれる人がふえ、日本全国で常時3,000人ぐらいいると推計されている。植物人間的状態になれば、本人の不幸・苦痛はもちろん、家族が大変である。最初は付添い

を頼んでも、経済的圧力でやがて頼めなくなり、家族が職場をやめて自ら付添うようになる。それに医療費も膨大になる。毎月百万円単位の金がかかるのに、治療していても果して治るかどうかわからない。その現象だけ見ていると、まったく無駄ではないかと思われる。そういうなかで安楽死が話題になってきており、医療の正式な土俵で安楽死とか脳死の問題が論じられるようになってきた。これらの問題の根本的解決に当っては、現時点では基礎医学研究・福祉に力を入れることによって医療費減少をはかる長期の観点を樹立しなければならないのに、逆に医薬品産業・医療産業の圧力に押され、当面の診療面に資金を投入することに追われている。追加投資とアウトプットが見合わない時代が相当長く続くものと思われるが、そういう動きに対してどのような考え方をもつべきか。

これを極限状況でみたのが、朝日新聞に出ていた渡辺昇一（評論家）と大西巨人（作家）両氏の論争である。大西氏の2番目の子供が血友病で、手術するのに1月1千万円以上かかったという。それに対して渡辺氏の論旨は、血友病とわかっているのに2番目の子供を産むのはふらちだ、1月1千万円もの金を1人の人間が使えば、他の誰かがそれだけマイナスになるではないかというのである。そのようなことが平気でまかり通るようになってきている。いまの医療費ではそういうことをするのはおかしい、なぜ産児調節なり墮胎をしなかったのかと露骨にいう。血友病でも手術できるようになったのは医学の非常な進歩である。血漿のなかからいろいろの成分を取り出し、それを注射することによって、今まで不可能だった手術もできるようになったのは非常にすばらしいことである。いま金がかかっても、それを積み重ねていくことにより、人間が遺伝病とかいろいろの難病を克服する道を開くなら決して無駄な金ではない。金がかかるというだけで「無駄」という評価を下すのは、医学進歩の歴史からみて好ましくないと思う。

医学教育の分野にも変化

そういう状況の変化は、医学教育の分野でも同じである。長いこと医師不足が医師養問題の基調であり医師養成が急がれていた。だがいま全体の問題としてみると、医師数をめぐって複雑な動きが出ている。また、医師数がある一定数に達したときに、医療合理化と重なるのではないかという不安もある。そういう視角から医師数の問題に焦点をしばって考えてみたい。

医師数の問題として医師不足が長いこと基調だった原因としては、戦後、戦中につくった医専を整理し、他の分野では評論家の大宅壮一が「駅弁大学」という言葉をつくったくらい

大学がふえたのに、医科大学だけはかえって減少した。国民皆保険で医療需要は逆に増大してくるのに、医者数は抑えたため医者が非常に忙しくなった。そういうことで医者不足が重大な社会問題になってきた。しかし、それも今になってみると、どうも過渡期に入ってきたのではないかと思われる。

医師不足と医師過剰が共存

しかし、詳細に検討してみると、医師供給に関しては、医師不足と医師過剰とが共存しているのが実情である。数年前までは医師不足が叫ばれていたが、現在はむしろ医師過剰に問題の基調が移りつつある。そして医師不足と医師過剰とが共存しているところに、日本医療の将来像が予見されている。

昭和45年に秋田大学医学部がつくられ、その後、田中内閣のときに一県一医大方式が採用されてから、政策転換の影響は急速に現れてきた。戦後、長いこと、医専整理はあったが医科大学の新設はなかった。ところが、医大新設が始まってから10年たつたのに、もう医師過剰が叫ばれている。そしてそれは単なるおどかしではなく、すでに医者の世界に、医師過剰を示す兆候が出てきている。

まず第1は、都市の公的・大型病院での就職難がある。5、6年前には勤務医の就職は売り手市場という状況だった。しかし、今はむしろ買い手市場で、レジデントにしても競争が非常に激しく、都立病院でもなかなか就職できない。

また地方でもすでに医師過剰が現れている。これは県民数が少なく、しかも医科大学がすでにあったところに特徴的に現れている。その典型的な例が徳島や鳥取である。徳島では町を歩けば医者がいっぱい目につくといわれている。しかも、こういうところの特徴は、県民人口当りの医師数が多いからといって、僻地の医療が完全に満足しているかということではなく、やはりその県の市部に医師が集中し、医者のなかでの過当競争が起きてくる。

第3番目に、大学卒業の青年医師の志望、将来専攻に特徴が出ている。青年医師の志望にはその時代の傾向が反映しやすいが、戦後すぐは産婦人科、つい最近では一時は精神科、その後は整形外科（内科・外科はいつも一定数ある）という流行があった。ところが数年前から、眼科や耳鼻科などクライントとよばれる科を選ぶ人がふえてきている。大きい科にいったのでは、将来、勤務医として立ったときに見通しがないため、積極的に小さい科を選びだした。産婦人科は戦後、人工中絶が公認されたり、ベビーブームで出産もふえた時期、さらに整形外科は交通事故や腰痛症など老化に伴う痛みの病気がふえてきたことで注目されてきた。

さらに国立病院の動きをみると、病院長の定年をみても、長いこと、あつてなきがごとき状態で、70歳をこす院長もあった。公には65歳と決まっていますが、経過措置で70歳までいたのが、最近では定年をきちっとしていき、人事の交流をするという形で院長の更迭をはかる。同時に、国立病院の院長に、大学の定年教授が天下るといふようなことが非常にむずかしくなつてきている。つまり、都市や大型病院ではすでに供給過剰の兆候が現れてきている。

だが同時に、現時点で医師不足が依然として残っている点にも注目すべきである。たとえば『日本医事新報』の巻末の求人欄を見ても、最近では適正配置委員会の広告が公正取引委員会の調査があつてからなくなつたが、地方の公的病院の「求む医師」というところは依然として多い。こういうところは病院をビルドしベッドをふやすための人の確保と、本当に人がいないという両方の側面があり、それはその病院の今までの性格に左右されている。

次に診療所をみると、診療所といつても開業医が中心の診療所と勤務医が運営している診療所があるが、勤務医が中心で運営している診療所は絶対的に不足である。僻地診療所も同じである。そしてこの分野の医師不足は、医師の絶対数が増加すれば解決するかといふと、必ずしも予断を許さない。

以上いくつかの事例からもわかるように、一方で医師過剰がはじまりながら、他方で医師不足が解決できないという状況がここ当分、大きな基調になつていくと考えられる。

医師への影響、技術・所得の両面に

医師過剰時代の到来が、今やいろいろの面に現れているといへよう。その影響は、医療・患者・医療費の問題の3つに大きくわけてみることができる。

医師過剰時代の到来に伴う医師への影響には、技術面と所得面の両面がある。医師が増加すれば医療需要が拡大する。当然、医療費の増加が予測される。同時に医師の増加過程は、医療技術の進歩と並行することを考えると、それに伴う医療費の増加、自然増といふことが加つてくる。これは自然増と呼んでいいかどうかは別として、いずれにしろ、医師の増加が医療費の増大をもたらすのはまちがいない。

ただ、そのなかで国民医療費がG.N.P対比で6%をこえ、さらにふえていくのが予想される時、その総額が締められることは十分予測される。これは単に日本だけの問題ではなく世界的な問題であり、その解決策についてイギリス、西ドイツ、イタリア、アメリカと、各国ちがつた政策をとっている。それは、国によって医療システムの伝統がちがうからだが、削減策がとられ始めているのはまちがいない。

医療費を削減するとなると、まず人件費にシワ寄せされてくる。たとえば、薬や器械代の高騰も激しいのだが、それが企業の圧力により最終的に削減しにくくなれば、人件費のところが圧迫されてくる。そうなれば、医者数はふえるのにその取り分は一定であるか、場合によっては相対的に少なくなるので、医師の分配競争はさかんになる。こうなるとたださえも現在、医療が営利的性格をもっているといわれているが、その営利性が促進され、医療技術の歪みが出てくる。医者への選択が経済的により有利なところのみ集中してくる可能性が大きい。

医師の所得は低下・青年医師は勤務医志向

一般論としては、医師1人当りの所得は相対的に低下する。現在は医師の黄金時代だといわれているが、こういう状況はやがて医師の社会的・経済的地位の低下につながってゆく。社会全体が管理化されているなかでいろいろの人がその管理に伴う不自由を感じているときに、医師は自由度があるから、そういう意味でのプラスはあったとしても、所得という意味ではいまのように簡単に伸びてはいかない。

これをさらに細かく開業医と勤務医とについてみると、青年医師は勤務医志向が非常にふえており、その動機としては、勤務医の所得がよい、仕事が面白い、責任が比較的軽い、たとえば医療訴訟が起きた場合にも、直接、自分が訴訟の当事者にならなくてすむということがある。これは開業医と決定的にちがう点である。こういうこともあり、青年医師の勤務医志向がふえている。

だが、この傾向がどこまで続くかの問題はある。もちろんそのなかでも、診療所勤務医が絶対的に減少することはまちがいないが、問題は病院勤務医のエコロジー、行動様式がどう変わるかである。それを予測してみると、病院数が今後ある程度ふえ、それにベッド数の増加ということで大型化が予測されるが、国民1人当りのベッド数の上限はもうこの位でよいのではないかという見解も出てくるにちがいない。そうなると、病院数には全国的に一定のワクがあり、医師数がふえたから病床病院がどんどんふえるような事態は予測しにくい。

国公立病院の勤務医は高齢化

そこで考えられることは、新規に誕生する医師数に見合うだけ大型病院が新設されることはありえないから、就職が非常に困難になってくる。それに総定員法の制約もあり、国立病

院で勤務医の高齢化が進む。現に国立の大型病院でも、青年医師の出番は非常に少なく、むしろ年配の医師の比重が高くなっている。それに今までは同じ国立の医師でも、大学の教官と国立病院の部長・医長を比較すると収入に10万円以上のちがいがあるなど診療手当で差がついていた。また、青年医師が卒業して都立病院に勤めれば20万円をこすといわれるが、やはり基本給より診療手当でそうになっている。しかし、医者数がふえていけば、診療手当のカットが当然予測される。経営的には考えられることで、勤務医の所得は相対的に減ってくる。

現在、勤務医も50歳前後になると、ふつう国公立で仕事の面白いところでも60万~700万円になっている。これは開業医の半分以下ぐらいの所得の人とそう変わらない。このような状態の下では、やはり面白いということになれば、勤務医のほうがいいが、診療手当のカットで所得全体が減ってくると、そういうメリットが減ってくるにちがいない。青年医師としては、大学を拠点としてのローテーションが中心となり、いわゆる流動要員になる。国公立病院はいうまでもなく、私的医療機関でも医療法人の大型病院の場合には、部長や上級職は全部常勤の年配医師に占められ、労働力としての青年医師が入れ替り立ち替りするという感じでローテーションする流動要員になってくる。

そのローテーションをくりかえしている間に将来の選別が行われ、教職課程に進める人とか大型病院の常勤医になる道が決定され、残りは将来の保証も弱くなり、自分も不安定になってくる。

新規開業は困難に・地域医療の風化促す

次に開業医の問題をみると、開業医は現在でも高額所得だといわれているが、28%課税が修正されて以来、税制面で不利になってきている。これは今後さらに加速されると一般に予測されるが、その速さは武見日医会長の進退とも関係してちがってくる。同時に新規開業が非常に困難になってくる。都市で新規開業しようと思えば、土地代の問題がいちばん大きい。建築代、医療器械代を考えると、1億円があながち不当ではなく、最近では1億5千万円はかかるといわれるほど新規開業資金がふえている。そのために青年医師が開業しようと思っても、簡単に開業するわけにはいかない。

戦前、それから戦後しばらく、医療技術の進歩が現在ほど進んでいない段階では、聴診器1本あれば開業できる時期が日本の開業医のなかにあった。そういう時代はもう去りつつあるが、反面で、そのことが地域医療の風化を促している。私立医大の入学をみると、多くの大学で80%をこすといわれるくらい開業医の子弟が多いが、それでも全国の開業医、とくに

無床診療所の後継者は100%円滑に引き継がれるわけではない。都市で無床診療所を営んでいる場合には、採算性がないから子どもを医者にはしないので、その人が医者をやめれば、そこが空白になる。

その場合に新規開業は、ちょうど住宅地域に家がある医師は別だが、そうでないと、そのところは空白になる。それが積み重なっていくと、住宅地での開業医（一般医）を軸とした地域医療は、この医師過剰が進むのと並行して、かえって空洞化してくることが十分考えられる。そしてそれは同時にオフィス・クリニック化の傾向が出てくる時期である。駅周辺の高層ビルのなかに開業するクリニック化である。開業場所としても、疾病構造が感染症から成人病に移ってくれば、必ずしも地域のなかでなく駅の近所でもよくなる。しかも住宅地に診療所をつくるコストに比べると、オフィス・クリニックのほうがはじめの投資がずっと安く上る。

そのほか、保健所や研究所の医師は相対的に増加してくる。だが、保健所、研究所、健康増進、リハビリ、社会福祉施設、そういうところに、増加した医師を吸収するほどの余地があるかどうかという点になると、かなりむずかしい。これは国の姿勢にかかわってくるが、医療行政全体からみて、それほど吸収する余地はないように思う。そういう点でも過剰がはっきりしてくる。コンプリヘンシブ・メデシンとかりハビリの重要性が叫ばれているが、必ずしもそこへ人材が導入されるとは考えられない。

患者の不満は解消するか

医師増加による国民医療への影響も重要な問題になる。一県一医大方式が採用された政治的背景には、医師不足による医療サービスの低下、すなわち国立病院も中小病院も医師不足、保健所も定員割れ、医者のサービスが悪い、三時間待たされて三分診療というような医療サービスに対する国民の不満の増大があった。問題は医師の増加がそのような不満にはたして応えられるかである。

医者の所得が相対的に低下するということは医師社会の問題であり、医師の増加は国民医療の水準を上げる前提条件としては評価できる。問題はふえた医者により医療の質がよくなるかどうかだが、それは1人1人の医師のモラルや知能水準より、医学教育や医療制度の問題の方がより関係が深い。医師数の増加に医学教育や医療制度が連動できるかどうか、医師増加・医師過剰がプラスに働くかマイナスに働くかの分れ道になってくる。

医学教育をみても、現在のような専門医志向、一般医軽視という傾向がより進むならば、

ふえた医師はみんな専門医型志向になる。そうすると地域医療はすでに風化する状況を持っているのに、そういうものに対して少しも役に立たない。すでにその先例はアメリカでも見られる。アメリカでは医療費増大の解決策として、プライマリー・ケアが叫ばれてきている。長いこと病院では原則として外来を取り扱わない、医師は日常業務における主体性の尊重を自分のプライドとしていたが、昨今、簡単な仕事は看護婦に渡してしまい、病院でも外来を扱うように変わってきているという。そういうことをみると、やはり一般医を養成しなければだめだということになるが、はたしてこれが教育としてきちっとできるかどうか、専門医方式と一般医方式とは現行の医師報酬制度の下では本質的にちがうところがあるので、両方をうまくいかにふやすわけにはいかないように思う。

都市集中・患者よりデータ

医療制度にしても、治療偏重の都市集中傾向はなかなか変わらないであろう。大都市でも、地方都市でも変わらないことになると、これを変えるのに、医師数がふえて競争が激しくなれば、都市で生活困難な人が僻地とか離島に行くであろうという競争の原理が働くかどうかだが、必ずしもうまくいくとは思えない。実際には僻地へいくのは、そういう競争で破れた少数の老齢医師か、戦前、日本で教育を受けた韓国や台湾の高齢医師であり、青年医師が期待されるほどいくかどうかは疑問である。

そういうなかで、しかも治療偏重といっても、現在の病院医療は非常に器械化された医療である。医療行為が医者对患者、その間にあるのがたかだか聴診器、手の延長、耳の延長という程度のレベルでは、人間疎外とか患者疎外というようなことをほとんど気にする必要はなかった。ところが、現在のように患者と医者の中にCTやレントゲン器械、臨床検査、心機能検査、肺機能検査など高度の検査器械があり、また治療についても薬・注射というレベルだけでなく、CCU、ICU、RCUというような器械化された医療が導入されてくると、いきおい医者のほうは患者をみるよりもデータをみることに走りがちになる。検査はするけれども説明をしないという状況がますます増えてきて、患者の不満はより増大する。

それからんで青年医師の中身を見ると、マスコミで批判されたように、私立医大の場合には入学金を数千万円もとられるような金権医師であり、国公立医大の場合には非情な受験戦争を耐え抜いたエリート医師である。このことが長所として働くかといえば、必ずしもそうではない。青年医師が非常に特権化してくる。ひどい場合には、医学生になることによって、すでに自分は他の誰ともちがうような感じをもって来る。しかもこれは営利化と結合し

やすい。私立医大の場合は明らかに親の後継者であり、国公立医大の場合にも、医師選択は医学教育・医療への人間的関心というよりは、単純に医科大学がむずかしい、医者になれば社会的経済的位置が高いということだけが選択基準になっているから、ひどく営利化と結合しやすい。そういうことを考えると、これから出てくる医師は、特権化が進み、患者との関係でいえば患者が疎外されるタイプの医者がふえてくるにちがいない。

もちろんそのほかに予防や労働衛生、健康増進、障害者医療というところにふえた医者がいけば、国民にとって非常にプラスだが、これは個々の医者がそういうものを選択できるわけではなく、自分はリハビリをやりたい、健康増進をやりたいといっても、問題はそれに見合う施設がなければだめである。それに、そこでの待遇がたとえば病院に行ったときと同じようであれば困る。この点に関して、どうも国の姿勢としてはあまり力を入れていない、入れないだろうということも十分予測されるので、先行は非常に難しい。

医療費への影響・技術水準への明確な理解を

つぎに医療費への影響だが、医療経済としてはこの面の関心がいちばん大きい。一般的に供給が需要を拡大するといわれているが、とくに医療費支払い方式が現行の現物給付・出来高払い制の下では、医療費は増加の一路をたどると一般にいわれている。そのため、何年たてば国民医療費はどのくらいになると現行の数字をそのまま拡大して予見するような意見が出てくるが、この場合、供給というのは医師数、医療従業者、医療施設、医療技術の進歩の総和に規制される。

だが、供給によって需要が拡大するといっても無制限ではなく、医療の性格からみて一定の上限があるように思う。いくら濃厚診療をしようとしても、医者に科学的な良心がある限り、病人でないものに薬をやったり注射をすることはできないはずだし、また検査をするにしても目茶苦茶な検査をする、たとえば問題になった大阪のK病院のように、ちょっと訴えをもってきた患者に、免疫学的な検査、がん関係の検査、動脈硬化症の検査など人間ドック以上の検査をするというようなことは実際にはできない。

そういう意味では、おのずから上限が出てくる。それを決定するには、技術水準についての明確な理解を社会や医者がもつ必要がある。このような医療行為は技術水準としては好ましくない。明らかに金もうけ医療だということを思い知らせるといふか、自分はいいことをやっているんだという言い逃れができないような問題の立て方がきちとなされないとだめである。そういう点さえははっきりすれば、医療需要はおのずから上限があるはずである。も

もちろん医療技術の進歩による自然増はあったにしても、必要以上にふえつづけるようなことはなく、その時代の医療水準によってある上限がでてくるにちがいない。

ただ問題は、この上限を何で決めていくかである。医療費がふえたから上限を決めろというのではなく、もっと医療の内側の問題として決めていく必要がある。

このように考えた場合、医療費を減らすのに予防に力を入れてはどうか次の問題になるが、予防に力を入れれば効果が眼にみえた伝染病時代とはちがひ、疾病構造が成人病中心の時代には簡単には減らない。早期発見→治療が機械的に短絡してしまう現在の医療観の下では、簡単に減らないばかりか、逆にふえる可能性も大きい。

成人病医療観への転換が重要・大学医療の質が問題

たとえば成人病はある一定年齢をすぎると、多くの人が発病する。そのうえ、精密に検査すればするほど異常値が発見され、その異常値に対して食餌療法、生活改善、運動といった処方をして老化予防をしていくという前提に立てば、注射や薬代は減るが、実際にはなかなかそうはいかず、高脂血症ならばすぐ脱コレステロール剤を使うということになると、医療費はどんどんふえてくる。ちょっと胃痛の訴えがあった場合、年に2度くらい精密検査をしてガンが出るかどうか、とことんまで追跡していき、その間に胃腸薬を出すことになれば、もちろん治療費はふえてくる。

だから問題は、成人病診療の医療観の転換ができるかどうかである。そのためには、成人病・老人病の診断治療に関しては、ただ検査し薬を大量に使うのが必ずしもよいとは限らないという合意が医師と患者の間にできる必要がある。

これに関連してマスコミなどから、乱診乱療の原因として開業医の金もうけ医療が告発されるが、実は大学医療が成人病診療に際して検査づけ・薬づけを積極的に推進し、そのパターンが末端の開業医レベルに影響しているのが見落されている。問題はむしろ大学医療の質にある。今のような大学医療が続く限り、そこで教育を受けた青年医師は、できるだけ検査をし、できるだけ薬を出すのが正しいと思うようになる。そして、それだけが臨床のあり方として定着してしまうと、こんどは患者の方までもおかしくなる。患者の生活とか労働条件をよく聞いて、それに合わせて指導するのは古い医者だ、あの検査もしなかった、この薬も出さなかったといった批判をする患者がふえてくる。

そういう意味で医療観の転換が重要になるわけだが、これは単純に1人1人の医者の考え方を変えることだけでは限界があり、やはり必然的に医療システムの変革を要請するところ

までいかざるをえない。

いずれにしても医師過剰は医師の供給増加といってもいいが、今のままでいけば医療費増大は避けられず、その対応策として医療費抑制策が出てくる。

医療費抑制・医師人件費にホコ先

医療費がふえると、その中身の具体的分析をぬきにして、ともかく医療費抑制策という大方針の出てくる可能性があるが、その場合、根本的に抑制できるかどうかがまず大きな問題である。抑制するとしたら、日本のいまのやり方では、マンパワーの側、医師やパラメディカル・スタッフなどの人件費の抑制にホコ先が向いてくる。医薬品産業・医療器機産業の影響も大きいはずだが、その圧力の排除は、いまの政府の姿勢からみるとそう簡単にはいかない。むしろ人件費への抑制が主として働くようになるろう。

その場合、医療費がふえるのは診療報酬支払い方式に問題があるというので、支払い方式の変更を中心に、医療費の増加を抑える政策がいまいろいろ考えられている。しかし、原則的には医療システムの変更なしに、医療費削減が可能かどうかということになると、相当難しい。病院と診療所の関係をどうするかがはっきりしない限り、登録医制にすれば医療費が減るかという、そう簡単にはいかない。診療所レベルを抑制しても、病院のほうの抑制がなければ尻抜けになってしまう。現在でも大ざっぱに言えば、病院関係の医療費は6、診療所関係の医療費は4ぐらいだが、その4を抑えると、逆に6の方はさらに増大する可能性が高くなる。現在、医療費が増大する最大の要因は高額医療費の問題であるが、最近マスコミでも問題になっている1件で1カ月に1千万円をこすような事例は、みな病院医療のなかから出てくる。そういうことを考えると、登録医制で地域医療のところを抑えてみても、問題の解決にはならない。

受診制限と登録医制

一般に医療費削減策として2つの方策が考えられるのは、どこの国、いつの時代でも同じである。第1は受診制限である。これは一部負担を増加するやり方での制限である（健保本人の初診時・入院時の一部負担）。

これに対して登録医制は、患者の受診窓口を一本にしぼる方式である。いま日本では、患者は好きなところに何カ所でもいける。たとえば午前中に大学病院にかかり、夕方に熱が出たからといって地域の開業医にかかる。また大学病院の結論が気に入らないといつては、国

立病院へ行って胃の検査をしてもらうことも自由である。そういうなかでいわゆるムダのあるのも事実だが、それだけに患者には選択の自由がある。登録医制にすれば窓口一本化になるが、窓口を一本化しても、それだけでは医療費は減らない。問題は、そこで行われる医療、たとえば診療内容の制限と結合しなければ減ってこない。当然、登録医制の問題はそういうことを考慮に入れていると思う。

その登録医制で考えられることは、患者・家庭の医師への登録とならんで、地域での医師の定数化（登録制）が行われるかどうかである。総合科学研究集団の提言では、イギリス型の地域での医師の登録医制を行わないで自由競争にするとしているが、はたしてそういうやり方でうまくいくのかどうか。いずれにしても、そういう方式が医療国営化への1歩前進であるのはまちがいない。

日本の場合には地域での医師の定数化は、いまのところなかなか難しいということで提案されていないのだと思う。さらに登録制になった場合、地域の開業医・家庭医・一般医の技術サービスの内容は技術装備に規定されるが、これをどうするかが重大問題である。イギリスのGP型、すなわち聴診器と血圧計・検尿というレベルの検査技術水準でいくのか、それとも日本の開業医がすでにやっているようにレントゲンや心電計はふつうで、それに検査センターの利用といった現行方式でいくのかの選択である。

だから、1件当りの医療費をいくらと決めて、その予防に力を入れれば安く上るという考え方は、頭の中での計算である。現実にはちょっと面倒な病気になれば、患者のほうもすぐ大学病院なり地域の大型病院へ行って検査を希望するだろうし、薬をあまり出さないと、薬をたくさん出す大学病院へいった方がよく診てもらっていると思うようになる。すると、地域の医療費を減らせば減らした分だけサービスは低下し、逆に大学病院とか大型病院の医療費はふえてくる。ここをどうするかがいちばん問題だと思う。

病院の定額制には疑問・極端なサービス低下も

内科でみていると、病気の80%程度は地域医療のワク内で解決する。第1線で処理するのがいちばん患者のサービスもよくなり、医療経済としても得だと思う。病院までもっていった問題を解決するのは、患者サービスを悪くし、しかも医療費は増大する。現にイギリスのナショナル・ヘルス・サービスの病院の待機患者の問題が、日本とはちがった医療問題になっているというのは、その典型的な例であろう。

医療費を減らすためには、同時に定額制にしなければならないはずである。定額制の実施

方法としては件数払いか人頭払いの方式があるが、いずれにしても本質的には技術としては制限診療につながる。それをさらに進めれば、予算制に通ずる。だからこれをする場合、診療所のGPレベルでは、病気が非常に単純であるという前提に立てば、定額化も可能だが、はたして病院では定額制でできるかどうか非常に疑問である。もし病院で医者が納得する検査・治療をする自由な診療を行うためには、定額制の下ではワク組み自体に非常な矛盾が出てくる。そうすると当然、完全無料、国営にするかどうか、それとも大まかな出来高払い制にして、別に専門医の自由診療をするかどうかということになる。

それにしても、医療費は減少しないし、減少させようとすれば、極端なサービス低下が起る。とくに日本では、病院のなかの中小私的病院の比率が非常に高いため、このなかでの問題をどうするかが非常に難しい。そういうことを考えると、すっきりした、合理的な診療報酬体系の確立はなかなか難しい。

・ 医師の仕事の仕方を変え、休暇・内地留学で青年医師に出番

医師過剰をめぐるマイナス面を述べてきたが、それは医師所得・医療経済という面での問題であり、患者・国民にとってはとにかく有利な条件であるのは間違いない。とくに医療水準・サービスの向上が考えられるが、同時にそれが医療費の増大・国民の負担増につながってくる限りではマイナスになる。しかし、医師増加は患者・国民の健康増進にとって基本的にはプラスである。

しかし、そういう前提をふまえた上で、さらに医師をも納得させるような過剰医師の解決策としては、医師の現行の仕事のしかたの変更以外によい案はないように思う。そこで考えられるのは、日本の医者に高額所得者が多いといわれているが、その実態は極度の重労働が背後にある。そういう意味で、たとえば週休2日制、長期の休暇（夏休み、冬休みを2週間程度）をとれる体制を組むようにすれば、当然、人手が必要になってくる。現に西ドイツや外国では、一般労働者でも夏季の2、3週間の連続休暇をとっているときに、日本の医者、とくに地方で中小病院を経営している医者の24時間労働のような状況は好ましいものではない。この忙しい医師に休暇をとらせるようにしない限り、本当の医療や準医療サービスの向上は期待できない。そのために医師数がふえてもよいということになる。

さらに、年輩医師を少なくとも6カ月単位で教育病院において再研修を実施する。その間は内地留学とし、あとは代診の医者がいくように義務づければ、より多くの医師数が必要となるであろう。

そうすれば当然、多くの医者で一定の仕事を分担することになるので、1人当りの労働量は減少し、そのことによって患者サービスや技術水準は向上する。同時に青年医師の出番もふえてくるように思う。たとえば、救急センターをつくるとか、開業医、地方病院の医師の内地留学中の研修は青年医師に依存するという方式を考えれば、青年医師の出番はふえてくる。しかし国民医療費の総ワクが締められてる以上、1人当りの医師の所得は低下せざるをえないが、医療サービスの向上ということを考えれば、悪いことではないように思う。

同時に、コンプリヘンシブ・メデシンの方向をとれば、医者の吸収策はより多くなるはずである。だが、これは重要性ははっきりしているが、実際問題として施設がない。勤務医がそういうところに行きたがらないいまの行政のやり方では、うまくいかないであろう。

青年医師の海外流出の可能性

いまは医師の黄金時代というか、医者天国で、医科大学に入学しただけでなにか社会で特別のステータスをもつような感じになるほど医師の社会的位置が高いが、はたしてあと10年たったときどうかという点になると、大きな問題が残る。とくに青年医師のなかに不満が増大してくるようになると思う。従来の医療制度にさしたる変革が加えられないとすると、ふえた医者のなかで青年医師の出番が非常に少ない。大学での研修という名前の研究要員、ローテーション病院の労働力としては大いに役立つが、その人たちの人生設計として研究者・臨床医として成長する条件が非常に少ないため、不満が増大してくるようになると思う。

その場合いくつかの見通しが考えられるが、その1つとして日本の青年医師の海外流出の可能性はどうか。イギリスではふえた医師が、病院の上級医の数が決まっているために、そこに進む条件がないときにはカナダ、オーストラリアなどの英語圏の条件のいいところに流出したといわれているのであるが、たとえば、日本の医師免許をもっているからといって、アメリカ・ブラジルへ行って医者をすることはできない。開発途上国はどうかというと、語学の問題もあり、それに開発途上国に近代的な医師を受け入れるだけの経済的水準がいまのところないこともあって、そう簡単にはいかない。

そうすると、たかだか考えられるのは、経済進出した在留邦人のための日本語のできる医師ということである。いままで男子だけが行っていたのが、最近では家族連れで任地に行くようになると、病気になった場合、語学の障害とか習慣のちがいで困る。その場合、日本人の医者が1人いれば非常に落ちつくということで、日本人の医師に対する要望は高まっている。これはある程度、満たされる。しかし、数はそう必要なわけではない。

安い労働力への期待だけでは第2の医学闘争も

つぎに出てくるのは、やはり国内での自由診療への傾斜の問題である。イギリスでは病院上級医・専門医の個人患者の診療がますますさかんになっているが、これは私的医療保険を背景としたものだといわれる。これに対して日本の場合、はたしていままでの皆保険体制とは別に私的医療保険を中心にした専門医の自由診療が行われる余地があるかどうかについては疑問がある。少数は出てくると思うが、見通しはそう簡単にはいかない。さらにこれは医療保障の風化にもつながる問題で、患者としては医療格差の拡大ということになる。

さらに当面の問題としては、青年医師の研修問題がどうなるかである。よりよい医者になるためには、臨床医としての技術を習得しなければならないが、この問題が最近どうもおかしくなっている。医者がふえているということもあり、大学病院では青年医師に国民の役に立つような臨床医学の研修を、内科系、外科系と研修医が希望するようなローテーションできちっとするところは最近減ってきているように思う。大学では、教室の業績を上げるためだけに青年医師を導入する傾向がふえている。こういう方向の行先は、理学部系のオーバー・ドクターと同じ問題が医学部にも起きてくる可能性を高めるであろう。このままいけば、研修問題においても、インターン闘争が起きる前夜のように、安い労働力としてだけ期待されてくるということになり、第2の医学部闘争が起きないという保証はないように思う。

現在の医学生には金権学生、エリート学生が多いが、社会との関係でいえば無気力な学生が多い。社会に背を向けている学生が多いわけだが、こういうようなものがまったく変らないという保証はないと思う。そして、その時期こそ日本の医療制度の根本的変革と重なるような予感がある。

注) 川上先生のご希望により、講演と内容の同一な「社会保険旬報」No.1352 (S.56.3.1), No.1353 (S.56.3.11), No.1357 (S.56.4.21) より転載。

予想される医師過剰問題と私立医科大学の対応

学校法人 慈 恵 大 学 理 事
東 京 慈 恵 会 医 科 大 学 教 授
田 中 直 樹

将来における医師の過剰について

— 今は慈恵医科大学の田中直樹先生をお招きいたしまして、今までいろいろな先生方の話を聞いてきたわけでありますが、今までの教育畑の先生方の話を聞いたことがありませんでしたので、とくに私立医科大学の理事をしておられる田中先生に、今後の見通しとか、医者の養成に関する私学の問題、あるいは経営問題とか、そういうことに関しまして、いろいろ私達にお話を願いたいと思うわけです。それでは田中先生、よろしく願いいたします。

田中(直): 私は、元来が外科医師でありますから、実は、経営とかに関してはあまり詳しくないのです。つい最近、もう2週間になりますか、アメリカの医科大学協会のジョン・クーパーという人と、デューク大学医学担当副学長のウィリアム・アンリアン氏の2人を招いて、日本で医学教育国際シンポジウムというのが開かれました。それから、そのあとで私立大学関係者だけで、クローズド・ミーティングが行われて、私はそのほうに出席したわけですが、話の内容が、私の予想とは少々異なっていました、私は、私立大学というものはこうなければならないというようなことを知りたと思ってましたし、それをここでの話の材料にしようと思っていた次第でもあります。

ところが、クーパー氏は、医者の数のことの予想のつく国などありはしない。どこの国でも、そういうことはやろうと思っても出来ない。それゆえ医学教育というものの幅を広げようが、狭めようが、仕方がないことだというようなことをイントロダクションとして、まず言っていました。それで、自分でも少々困惑してしまったわけです。

そこで、ではなぜクーパー氏がそんなことを言ったのかというと、医科大学は、アメリカでは、だいぶ前の話ですが、一時非常にたくさんになった。それが、いわゆる淘汰現象によって、自然淘汰が行われた結果、いまのようにある程度適正な、と彼らは言っているのですけれども、適正な率になってきた。それで、医学部に関する限り、いまでも志願者は減って

いて、倍率は2倍にすぎないというわけです。日本では、われわれの大学でも常に10何倍ですから、それに比べれば、はるかに少ない。

もっとも、この2倍というのは、日本とアメリカでは少々状況が違いまして、彼らは1つの大学しか受けにいきませんが、われわれのほうはダブって3つも4つも受けるから、それは何割か引いて考えなければならない。それにしてもアメリカでは、実際、倍率が2倍であるわけですから、新しい学校が出来ても、必ずしもその定員を確保出来ないのではないかと、そう言っているわけですね。それに医者というものは、それほど魅力のある職業じゃなくなったということもあります。これはどこの国でもありうることです。けれども、特にアメリカ人は普通の大学を出てから医学部を出ますから、結局、医師になるためには8年かかるわけですよ。それだけの年月を費して医学部を出て、はたして医学部を出ない人に比べて収入にどんな差があるかという、そう差はない。それに、医学部の授業料は高い。だから、もともと家が裕福な人や暇な人だけが医者になる。

そういったことから、結局医学部は危機だと言われていて、地域的な協力や保障、それに財団とか、製薬会社との間で、ギブ・アンド・テークをすとかしています。それでも財政上の負担が増えている。それで医学部の年限をもっと短かくするというのを、彼らは真剣に考えているようです。たとえば、医師助手制とか、これは昔、アメリカは除隊兵でやったことがあります。いわゆる衛生兵ですね。そういうのを医師の助手として、中途半端な資格を与えて、医師の数を補っていたわけですが、それをまた、いま考えているようです。

それに多少近いのは医学部保健学科です。あのへんがそういうものになれば、もっと保健学科は使い道があるけれども、いまのままでは、ちょっと中途半端でしょう。でもそこまで日本では真剣に考えたことないですね。

そんなことで、非常に彼らは悲観的です。ところが、いま私達、日本でそれほど悲観的な考え方をしているかという、そうではない。いま医者というものはサラリーマンより余計働いているわけですよ。サラリーマンの1日平均の労働実時間というのは、6時間ぐらいですか。ところが医者は、勤務医でも8時間働いています。もちろん日曜を含めて、平均してね。開業医になると、まず10時間労働だと言ってもいい。とすれば、まだふえても少なくとも自分達がある程度労働時間を減らせば、そして、それによって収入が大して目減りしなければ、やっていけると思うわけです。理想的な労働時間とは何かと言われると困りますが、最近読んだ本に、労働時間は4時間が理想であると書いてありまして、まあ、21世紀の話ということでしたが……。しかし、もし、そういう推定が成り立つならば、医者はいま、倍以上の時間働いているわけですから、いまの医師人口が倍に増えてもいいと、大ざっぱに考

えればそうなりますね。厚生省が、目標とすべき数ということで出したのは人口10万当り150人ですけれども、米子などの例を見ますと、ざっと見積って、人口10万当り300人くらいになってもやっていけないのではないかと思えます。

それはなぜかという、1つには、いま臨床でも、麻酔科とか、耳鼻科、眼科、これは足りないわけですよ。また、将来、救急医療をもっと充実させようということになると、最近、医学のなかにでも救急医学診療科というようなものを設けているところがふえてきましたが、これはやはり1日4時間の労働でなければ出来ないかもしれない。現在でもこれはそういわれていますし、さらに、プライマリー・ケアなどというものをやるとなれば、ますます医師が多量に必要になります。

それと、最近のめだった動きとして、女医が非常にふえているということがあります。しかし、女医はある程度ふえても、ふえすぎれば、家庭に入るということが考えられるし、実際、労働量も男性に比べて少ない。ということであれば、女医がふえているという傾向は、それほど、医療の同じ果実をみんなに分けるのを圧迫することにならないわけです。

それに、いま医師になるのは医者の子が多いわけです。国立の場合はそうでもないですけど、私立の場合などは非常に多いのです。全体で合わせてみると、3分の1くらいが医者の子です。ですから少なくともその3分の1は親の後継者ということになりますから、あと残った者が、先ほど言ったように、臨床の方で足りないところへいけばいいわけです。

さらに、例えば公衆衛生、行政とか保健所、そのようなところにも行けますし、それから産業医とか薬品会社、研究所、医学部以外の教員、また生命保険会社、あるいは救急車などに進出することも当然考えられます。従って、医師が医療分野に限らず、ある程度までいろいろなところへ分散していくということまで考えに入れると、それほどすぐに医師が溢れるということは起らないのではないかと思います。これは楽観論でしょうか。

しかし、僻地に行くということは、いくら医師をふやしてみても、解決できないだろうと思われま。というのは、新入生のうちには、確かに僻地に行きたがる者が多い。これはいわゆる若者特有の正義感として当然なわけですけど、それが卒業するころになると、やはり大学に残って、偉い先生になりたい、しかもどこかの病院の院長とか、部長になりたい、あるいは開業して、はやる開業医になりたいとかに考えが変わってきて、結局僻地志望は22%ぐらいしかいなくなってしまう。

逆に、医師がふえたら困るということを心配している学生は、驚いたことに10%ぐらいしかいないというのをどこかで読んだことがあります。とすると、まだまだこれから医者になりたいという学生は多いだろうから、私立大学は、アメリカほど学生が来ないということ

恐れる必要はないですね。

医大の経営状況について

ただ問題は、これからちょっと経営のことに入りますけれど、私立大学は決してアメリカほど困ってないと言われると、そうではなく、いま私立大学で、授業料だけで完全に大学運営が出来る学校は1校もないわけです。非常に身近な例ですけれど、早稲田大学という大きな大学がありますね。あそこには医学部がなくて、約5万人ぐらい学生がおられる。それに対して私どもの大学では、だいたい700人しか学生はいません。ところが、2つの大学の予算を比べてみると、だいたい毎年同じか、私達の大学の方が上になっています。ということは、それだけ医学部にはお金がかかるということですね。もちろんそれは病院の方の収益とか、あるいは赤字分とかを含みに入れての話ですけれども、それにしても私立医科大学というのは、普通に考えても、採算の合う話ではないですね。

では、授業料はなんのためにあるのかというと、最近私達の大学では値上げをしまして、いまは早稲田大学の4倍ほどですかね。しかし、これも私達の値上げの仕方が下手なのかどうか知らないけれども、いまだに上のほうのクラスは年間25万円で、東大よりも安い。こういうクラスがまだ2つぐらい残っているわけです。それが全部卒業しないことには、授業料が完全に上がったことにならない。そういうことで、授業料だけでは医科大学は運営出来ない。

それでは、実際、どうしているかと言いますと、結局、付属病院の方は普通の一般病院に比べて、患者の出入りが多いものですからそれで採算をとるという格好になっています。しかし、これも本来、医科大学の付属病院での治療というのは、非常に高度の治療が多くて、しかも高度の治療ほど収益は上がらない。そのような仕組に日本の健康保健医療はなっているわけです。したがって、これもある程度限界が見えている。というのは、国立病院は、軒並み赤字といわれています。ということは、同じようなことを同じようにやっている国立病院が赤字で、私立大学の付属病院だけ黒字ということはあり得ないから、やはり私立大学の病院も、なんらかの形で赤字を出していることは間違いないわけです。要するに、ある程度借財をしながらやっているということで、表面上赤字になっていないように見える、ということになるでしょうね。

それと、補助金というのが非常にふえまして、うちの大学でも今年度は27億円くらい受けていましたか。ですから、それで非常に助かっていますね。でも、それだって、うちの大学の予算の9%から8%の間くらいなのですよ。

したがって、ここまでの結論として申し上げたいのは、これ以上医科大学はふえてはいけないということです。というのは、たとえ医学部出身者が将来失業するという事態がすぐには来ないとしても、医科大学をふやすということには、それだけでいろいろなマイナス面が大きいわけです。とくに国立医科大学をふやすことは、やはり税金を払っている側の負担をふやすことになるわけですから、そういうことから言っても、これ以上、医科大学は必要ないと思います。

それに学生の数もこれ以上増やさないほうがいいと思います。先ほど、将来ある程度医師がふえても大丈夫だと言いましたが、それは、今現在、養成中の者の増加分ということで、医者が足りないという状態でもないし、学生数を増やしても、赤字が増えるだけですから、これ以上ふやすことに意味はないと思います。つまり、現状維持ということですね。ここまですでにかご質問がありましたら応じますが。

アメリカにおける医大の状況

—アメリカの医科大学で、定員を減らすとか、廃校とかになった例はありますか。で、そうなった場合、学生はどうなるわけですか。

田中（直）：廃校になった大学がかなりあったということは聞きました。学生は、どこかほかの学部へやるようですよ。

—経済学部とか、商学部にですか。

田中（直）：ええ。たしかそんなことを言っていましたよ。日本では、大学というのはある程度、一旦出来たらつぶれるわけではないと、そういう観念がありますね。ところが、アメリカでは、経営体がある財団であったり、ある個人であったりして、採算がとれないとなると、学部などすぐに廃止しますし、場合によっては、大学自体がとりつぶしになります。学生の進路などはおかまいなしでそういうことをやる。でも別に社会的な問題にならないような、そういう国柄ですかね。

アメリカに流入する医師の現状

—アメリカはよその国からやって来る医師の数というのが結構多いですよ。それが、いまシャット・アウトされたというようなことを聞きましたが……。

田中（直）：シャット・アウトまではいかないけれども、昔、私達が感じてたよりも状況は

はるかに厳しくなったですね。要するに、予算がつかないのですね、外人の医師を雇うということでは。自国人の医師を雇うとか、あるいは、いわゆるマイノリティー集団の人達を雇うほうには予算がつかますが。だから日本からも、昔は麻酔科の人とか、ずいぶんたくさん行っていました、どんどん引き揚げてきてしまいましたね。他国人がたくさん入ってくるということは、アメリカに限らず、その国のいろいろな機構にとって、かなり嫌なことらしいですね。日本はそれをされたことないから、わからないですけど。

—たとえば、看護婦の場合、これはカナダの厚生省の人に聞いた話ですけど、トロントでは、看護学校の卒業生の9割がアメリカに行ってしまうですね。では、カナダではどうしているかという、フィリピンとか東南アジアから来た人たちがかなりいる。これは、アメリカにも流れていますけれども、その辺のところはどうですかね。

田中(直): 看護婦は、割合いでもまだ、たとえば東南アジアとか、台湾あたりからアメリカへ行っていますね。日本からも来てほしいというようなことを、アメリカは意志表示しています。そのところは看護婦の数がまだ足りないのか、あるいは人件費の問題なのか、いろいろ考えられます。私達の学校は台湾の人を少し研修に入れていました。この前そのことで台湾に行ったら、チープ・レーバーはいやだと言ったことがあるので、ひょっとするとアメリカあたりで、安く雇われているのに出たことがあるんだというような気がしました。

大学の経営形態

—全世界で、私立医大が存在するのは、アメリカと日本と韓国だって聞いたことがありますけど……。

田中(直): 外国の場合、その辺のところはあまりはっきりしていません。たとえば、ロンドンのセント・トーマス病院という病院がありまして、それに付随した形で、医師の養成機関もあるわけですが、その所属がどうもはっきりしない。日本式に考えると、病院が私立なら、大学も私立だと考えますね。ところが、この医学校は一応、ロンドン大学の医学部ということにもなっているわけです。病院側は、その病院の付属という意識が強いですから、当然、私立と考えているのだと思いますが、その辺は明確でない。

—もともとイギリスは徒弟制度で医者を養成していますから、大学としてはロンドン大学のなかに所属している。医学部がセント・トーマスとか、そのほかの病院に付属していくつもあるということになっているのではないですか。

大学の増設と廃止

— アメリカの場合、医学部だけではなくて、大学全体でみて、学部の増減というのは、日本と比べて非常に柔軟性があるというのか、流動的だという感じがしますが、その辺どうですか。

— 質の下のほうの大学は、盛んに入れ変わりますね。それから州立大学ですと、キャンパスを移すということはあるわけですよ、人口の増減で。その場合、移転と称するのか、消滅して新しいところにつくったということになるのか、どうでしょうか。たとえば、カリフォルニア大学というのはキャンパスをたくさん持っていますから、わりと簡単に移しますね。

— いや、移ったときに、学生と教官をそのままもっていったのか、全部クリアにして、新規につくったのか、学生や教官に関してはどうかということを知りたいわけですが。

— 教官や母体は移りますよね。いずれにしても教官は、年ごとの契約ですから大学自体は残ってても、契約をやめたり、来たりしますから、別にそんなに気にしないですね。

— そうすると、日本とちょっと違うわけですね。

— 経済学部でも医学部でもそうでしょうけれど、3年契約ぐらいでやってて、教師は3分の1ぐらいずつ毎年入れ変わりますから、別につぶれても、学部がなくなっても、そんなに気にしません。学生はおそらく近所の大学と単位交換というか、単位を認めるような融通措置をとると思うのです。

— しかし、別に医学部だけではなくて、工学部とか、そういうところだと、工学部でも猛烈に実験をやる工学部などでは単位を交換しても、制度が出来たとしても、受け入れ困難ですよ。実験設備の数しか学生はとれない。そういう場合は学生はどうするのでしょうかね。

— いい大学でそういうことが起きたという例はないと思いますね、おそらく。州立でそういうことが起きたとしても、それはもう少しレベルの低い州立か、もともと危ないことがわかっている州立ですから、学生も納得するのかもしれないけれども、有名な大学でそういうことが起きたら、かなり問題になると思います。

— やはり文化的にだいぶ違うわけですね。国情が違うとね。日本のようなセンスでは考えられないですね。

田中（直）：もっとも日本でも、医専はつぶれていますね。たとえば山梨医専とかというのが戦争中はあったはずですよ。

— あれはマッカーサー司令部がつぶした、戦後ね。軍医養成が要らなくなったから。

— アメリカの場合、実際に医学部がつぶれたというのは、「JAMA」を追っていけば、どこが、いつつぶれたとはっきりするけれど、それほど顕著につぶれているのはあるのでしょうか。

田中（直）：これはデータをもらってくればよかったですね、何年間か前のときにバタバタとつぶれたようですね。それで整理されたので、アメリカの医科大学はどちらかといういまは危ない大学はないと、そういうふうに思っているわけです。で、今はむしろ、そんな事が起こると問題になるくらいの情勢ですね。

— では、そのアメリカで減ったというのは、5～6年前までの話ですか。

田中（直）：ちょっと年代までは聞かなかったのですが。

— たしか私が聞いた限りでは、フレキシナ・レポートで、大量に医科大学の整理をやったということらしいですね。

— 7～8年前のマンパワーの予測では、かなりふえるような形で出ていますが。

— だから、マンパワーは減ってはいないでしょう？ それに、7～8年前から、アメリカでは新設医科大学が続々と出てきていることは事実ですね。

— アメリカの60年代の文献を見ると、医者が足りないと、どの本にも書いてありますね。

— それでどんどん医学校が出来てきて、新しい医学教育のトライアルということで、3年教育の医科大学がスタートしましたし、午前中、解剖の教育をやって、午後は空いているのだから、午後の第2医学部をつくれという勧告まで出しました。実際には、それは出来なかったでしょうし、4年を3年に一部した実験的の大学は、みんな4年に戻ったそうですけどね。だから、先生がおっしゃった、減ったというのは、おそらくフレキシナ・レポート直後のことで、これが出たのがたしか1920何年ですから、昭和の初期か、もうちょっと前の話でしょうね。

— いま医学部を1つつくるとすると、用地代は別にして、400億ぐらいかかるかしら、付属病院は別にして。

田中（直）：いや、付属病院を入れてでしょう、400億は。

— そうすると、学校だけではどのくらいでしょうね。しかし、付属病院はちょっと切り離せないとも考えられますね。

田中（直）：いや、日本の法律では、付属病院を切り離しては考えられませんが、アメリカはそれが出来る。もちろんフランスでもそうですね。

— でも、それだけ投資して、よく簡単に手離しますね。

田中（直）：その投資したものが、さらにもうすぐお金を使うわけですよ。で、そのお金

をどこも出してくれない。州も、この大学はあまりよくない大学だということ、補助金を出してくれないわけです。それで財団のほうは少し危なくなったとか、そうなってくるとやはり投げ出さざるを得なくなる。私は、そういうふうにして自然淘汰が行われるという話に、非常に共鳴を覚えました。

— あのかきは、医学教育の目的から見て、非常に低いレベルの医学教育をやっている大学をつぶしていくという政策を導入していましたけどね。

田中（直）：確かに医科大学協会は、非常に力を持っているようですね。日本で言うと、大学設置審議会みたいな役割をしている。だから彼らがきちんとしている限り、どういう分野でも、全国委員会が医科大学の場合には医科大学のアクセディションがあって、毎年変わるのですね。たとえば、過去100年間アクセディションされてても、レベルが落ちたと見なされると、カットされる。そうすると、学生はそれを見て大学を選びますから、アクセディションに通ったか、通らないかが、受験者の数を左右することになります。それによって学生数があまりに減ってしまうと、実際には存続は出来なくなるわけです。

医学生を増減と将来予測

— となると、それがその学生の増加とか減少になるわけですけど、それは人口対医師の数が非常に多いとか少ないとか、そういう判断とはまったく切り離して考えられているのでしょうか。

田中（直）：だから、それはクーパー氏も最初に言っているように、人口対医師の比率というものは、なにがいちばん最適であるかということの結論は、そう簡単に出せないわけです。

— ただ、実際には、医師の予測はたくさんの国がやっています。で、クーパー氏がどうして減ってると言ったのかという1つの根拠は、おそらく理屈の上から、予測は困難だろうということですね。実際数はいくらでもあちこち計画を立ててやっている。

田中（直）：いまの日本はあまりにも病院にかかり過ぎるから、医者がもっといてもいいけど、アメリカは医者にかかると破産するからかからなくなりつつありますね。そういう国とわれわれとはちょっと概念が比較出来ないのですけど、要するに、そんなにたくさん患者を見なくても生活できる。けれども、患者のほうで、医者にかかるのを控える人が非常に多くなると、医者はそれほど要らなくなるわけですね。

アメリカにおける医学教育に要する費用

— アメリカの私立医大では、学生の負担はどのくらいでしょうか。

田中（直）：ほとんどの連中はそれを言わなかったような気がするけれど、私が3年前に行ったとき、たしかカナダかアメリカで、年額で2万ドルと言われていました。州立大学のいちばん安いところで、1万2,000と言ったかな。そんなところではないですか。

— 実際には、国が学生奨学金として補助金を出します。それから、その他にいろいろ奨学金が出ていますね。

田中（直）：ええ、でも、いま政府のいろいろな奨学金にしても、完全にそれを補うほどではないということで、大学が学生に学費を全額貸し付けようという案も出ているようですよ。しかも授業料は上げなくてはならないわけですからね。で、日本は支出から見て、年額500万かかるというのを出していますね。とすると、日本とあまり変わらないということになりますね。もっとも、これは3年くらい前の話ですから、もう少し上がったかもしれません。

— 最近、連邦政府が奨学金やなにか、はっきり覚えていませんけど、やめるとか、削るとかいうことを言っていましたね。

— 優先的にもらえるのは、圧倒的にマイノリティ集団出身の人か、女性かです。だから白人で健康な男性というのはいもらえない。

— それは家の収入とかに無関係に出るのですか。

— マイノリティ・グループと女性と白人でも極貧階層ですね。

田中（直）：あれは政治的配慮でしょうね。

— 政治的配慮です、完全な。だから能力の意味でも逆差別ですし、奨学金においても逆差別になっています。

— その2万ドルというのは、入学時以降の寄付金などは別枠でしょうか？

田中（直）：そういうのは学生からはとりませんよ。学生からとるのは全額で2万ドルだけです。そのかわり、アメリカでは、いろいろな財閥とか、財団とか、そういうところから寄付金をもらう。そうすると、財団とか財閥の方では税金がなくなって、その分助かるのでそういう寄付をする習慣は盛んですね。

— ハーバード大学とかの一流大学の文科系の授業料が、いま年間6,000か7,000ドルです。もちろん授業料だけで。それから、たとえばカリフォルニアの州立大学などですと、2,000ドルか3,000ドルくらいで、自分の州の学生はもっと安い。

田中（直）：よそ者は高いのですよ。不思議ですね、あれ。

— シカゴとかノース・ウエストの大学でだいたい6～7,000。医科系はそれの何倍かな。

田中（直）：まあ3，4倍というところではないですか。

— JAMAは毎年、医学特集を組んでいますね。あれには載っていませんか。

田中（直）：調べれば、授業料なんか、彼ら、毎年きちんと発表しますから、出ているでしょう。

— 毎年、アメリカ医師会雑誌で医学教育特集号というのが出るんですよ。どこに医科大学があって、学生数が何人で、卒業してどうしたとか、いろいろ書いてありますし、経営のことも書いてあるから、それから割り出せば、単価は出るでしょうが……。

医学生の減少の原因

— そうすると、学生のなり手が減ったというのは、8万ドルをかけて出ても、その見返りがあまりないということですか。

田中（直）：それに、その4年間だけで生活できるようになるわけではなくて、またその上にレジデントとかありますし、インターン制度は向こうでも、あまり近頃言わなくなったらしいけれども、レジデントはせめて4年ぐらい積み上げなければならない。その間にいろいろの資格をとるわけです。

— レジデントは4年間ですか。

田中（直）：4年くらいやるでしょうね。

— レジデントを4年やって、それで一般医になるわけね。

田中（直）：いや、レジデントを終えると、たとえば外科医なら外科医、内科医なら内科医になるわけです。専門医ですね。

— そのレジデントのときの給料が、一般の人とは違って極端に低い。学生と違って、授業料を払わないというだけのことですね。

田中（直）：ところが、専門医になっても、まだレジデントを済んだぐらいでは、そんなに収入にならない。大学病院に残っていれば、アシスタント・プロフェッサーぐらいになるかもしれないですけど、そのくらいで、アメリカのアシスタント・プロフェッサーというのは、日本で言うと、多少古手の助手くらいのところですからね。これも、そんなに収入が低いわけではありません。専任講師程度です。それにアメリカでは、ほかの学位を持ってから医科大学に入るでしょう。だから、それこそ法学部であろうと、経済学部であろうと、それだけでも、よそで通用するわけですよ。

— ロー・スクールはどうかしら。ロー・スクールは高校卒業後に入学するのでしょうか。

— いや、大学を出た人ですね、ロー・スクールもビジネス・スクールも。ロー・スクール、メディカル・スクール、ビジネス・スクール、その3つが大きなプロフェッショナル・スクールです。

— ロー・スクールの場合も4年間ですか。

— いえ、年限は3年です。

— ロー・スクールを出てから、やはり司法修習生みたいなものがあるのかしら。

— ロー・スクールを出ると、弁護士です。

— では、司法修習生の2年間というのはないのですか。

— 裁判に出られるというのは、別の名前を持った弁護士なのです。

田中（直）：そうすると、弁護士になったら、すぐどこかの弁護士事務所みたいなところに所属しなければならないわけね。

— ええ、就職して、たとえば企業の顧問弁護士になったりします。人口割りにしまして、アメリカの弁護士というのは日本の10倍以上かそれ以上いますかね。

田中（直）：すさまじいですよ。カリフォルニアが圧倒的に多くて、カリフォルニアでは、要するにハングリー・ローヤーという言葉が使われてますね。で、そうした弁護士が、医者を圧迫することになるわけですね。それでカリフォルニアがいちばん医者の医療事故の保険が高いのです。

— いま、その保険料はどのくらいですか。

— 私が3年前に行ったときに、当時私は2万円くらいだったわけですが、向こうはそのときに2万ドルだと言っていました。普通の外科医で。

— 3年前？

田中（直）：3年前でしょうね。外科医で2万ドル。

— この値上り率は非常に高いですね。

— 幾可級数的に上がっています。

田中（直）：いまはもっと高いでしょうね。当時でも250倍近いですからね。いまは、日本でもずいぶん保険料が上がったはずですし、だいが医療訴訟もふえています。日本にはまだハングリー・ローヤーという人はまずいないから、それほど問題になってませんが……。そういうことも今回、アンリアン氏か誰か言っていました。その医療についての事故ということが、医者になるという希望を非常に失わせることになっている。これはやはり日本でも起こりうることなんです。あまり事故がふえてくると、医者になったけれども、メスを使

う医者にはなりたくないとかね。メスを使うと、加害者的な意識がかなり強くなって、だから、内科とか小児科とか、そのへんがいいとか、皮膚科がいちばん安全とか、いろんなことを考えますからね。

— 彼らは学生のとくに、生涯所得の計算をして、そして職を選ぶというような意識が非常にありますからね。日本は、生涯所得よりも大企業に勤めて、安全なところとか、そちらを選びますけれど。4年間所得を失って、ほかにすぐ就職すれば、入るはずの給料が得られないので、その先はいくらになるなどということをして、きちんと割引率を使って計算する。

— 確かに、どんなに一生懸命になって稼いでも、事故で訴えられたら終わりですからね。

田中（直）：だから、そのために補償が何百万ドルになってもいいような保険が出来ている。2万ドルとか、さらに3万ドルとかね。

— 本当にアメリカの経営のほうでもそうですけど、活力を失わせしめる原因の1つは、弁護士が多すぎることですよ。

田中（直）：そうですね。私が、最近聞いた話で、1年ぐらい前だったかな、乳ガンの手術でリンパ腺をとるというのは当たり前の話ですよ。世界中どこでもやっている。それをやると、しばらくはリンパ管が鬱滞しますから、手にむくみがくる。これもある程度しょうがないことですね。それはだんだん慣れてきて、自然に消えてなくなるのですけれど、ところが、そのむくみがきた状態で告訴されて、医者が負けたという例がありました。カリフォルニアでの話ですが。それは弁護が上手だったのではないかと思えますが、その弁護士の主張は、乳ガンといえども、いまはレントゲンで治るとのことだそうです。レントゲンを照射すれば治る。だから、そんな無駄なことをしたことに對して、2万ドルとか、10万ドルとかを払うべきだということで医者が負けたというんですね。それを聞いて、非常に恐怖を感じたのですが。というのは、レントゲンで治るといふ人がいるかもしれないけれど、少なくともいまの世界の通念では、レントゲンでは治らない。ただ、レントゲンをかけることによって、散っている細胞を抑えて、再発を防止するということは出来るかもしれないけれど、腫瘍を治すほどかければ、今度は体のほうが参ってしまうとか、いろいろなことがありますからね。

しかし、それを弁護士が滔々と述べると、向こうの陪審員制度はそれで通してしまった。これでは困るわけですが、陪審員をだますに足る弁護士か、あるいはそれに足るような証人をたくさんそろえれば、裁判には勝てますね。

— そういう点で、アメリカと日本とはだいぶ性格が違うから、先程のクーパー氏の、アメリカの医科大学における入学者が減ってきたというのは、確かに、相対的に、男子の進学

率が下がってきて、相対的に、これも確か話してたと思いますが、医学部志望の学生が減ってくるから、相対的に難易度が下がってくるということは言えますね。それに、いま言った医者マイナス要因が加わってくると、さらに下がるのもうなずけますが、国際的に見たときに、アメリカのように、あれほどすぐ2倍になってしまうということは、まだないのではないのでしょうかね。

田中（直）：少し異常な事態とも思えますね。

——ドイツはどうなのですか。ドイツは進学率が下がる可能性を持っている国ですよ。

田中（直）：ドイツも下がるでしょうね。英語民族はまだいいことに、他の国へ行けるわけですよ、余ったら。イギリスみたいにどんどん流出すればいい。ところが、ドイツ人だと、いま植民地はないし、あまり言葉は通じない。もっとも、そんなことを言えば、日本人はいちばん世界に進出しない医者ですがね。

——それから、医者が増えても、国民医療費として国民が負担する額には限りがありますからね。当然、医師1人当りの収入は減るわけでしょう。そうなったとき、年間50万払うかどうかですよ。その辺がよくわからない。私が驚いたのは、去年か、一昨年か早稲田の商学部かどこかで答案を盗んで、あれは500万か1,000万でしたか。私は早稲田の商学部に入るために1,000万の金を払っても、絶対採算とれないと思うけれど、それでも入りたがる人がいる。1,000万かけて入りたがるというのは医学部だけではないのですね。

——私は、それには別に驚きませんね。先程田中さんが言われたように、アメリカの場合はそういう点はきちんと計算するわけです。学費は全部親が出すのではなくて、学生自身が自分で稼ぐわけですからね。日本の場合は全部親が払うわけで、その場合、子供が1,000万円稼ぐかどうかということだけが、費用を出す目的ではないですからね。

——早稲田に入るといふことのステータスを買うのでしたら、それはそれで筋が通りますね。

田中（直）：経済的な問題に限って考えれば、医学部の場合は、日本では、店と同じで世襲制度でしょう。だから親自身がある程度投資をして、立派な病院にしたとしますね。すると、これは後継者がいないと、非常に困るわけです。いま、雇い院長というのは、それほどうまくいかないといわれていますし、というのは医師は雇われても、そこに骨を埋めることはあまりない。ちょうど職人みたいに、ある程度経つと、独立してしまう。だから、どうしても息子を医師にしておかなければ困るというわけですね。そうすると、その投資額が大きければ大きいだけ、息子をなんとかしなければならぬという額も、それに見合ったぐらい大きくなってくる可能性がありますね。

それでは、医者の子でない者が、医師になって、さて、そんなに投資をして割りに合うかという、これは絶対割りに合わないと思う。それが、割りに合うとしても、開業すること自体がたいへんだから、月給でそれを賄うのが、またたいへんですね。だから、いま開業するにしても、ずいぶん外科系が減ったと言われる原因は、1つには医療事故のことで、もう1つは開業費が高くかかり過ぎることだと思いますね。いま、標準的な外科の医院をつくると、1億円は普通だといいますね。1億円といたら、われわれがかなり一生懸命稼いでも、そう簡単に返せない金額です。そうすると息子の代まで引き継がないと、借金がなくならないということになるかもしれないですね。

失業対策としての労働時間の短縮

— 先程先生がおっしゃった労働時間で調節するというのは、日本の産業自体が通ってきたプロセスなわけですよ。石油ショックのあとの普通の製造業の労働時間の減り方というのは、ずいぶん激しい。それで、その分、失業率を上げなかったと言えると思います。だから医療の分野でも、一人当たりの労働時間を減らして、みんなが就職していくという形は、日本でコンセンサスを得やすいように思います。

田中（直）：いや、そうなんです。だめですか。

— 私はむずかしいと思う。なぜかという、一般社会の場合、失業率が高いから、そう出てくるのであって、医者の場合に、失業という形が出るかどうかはわかりません。それから医者の場合、非常に高いステータスを持っています。一般的に言って、高いステータスの人は8時間労働ではなくて、非常に高い労働時間をとっているでしょう。だから、自分達の労働時間を縮めて、もう一人、人を入れてふやすという形は、財政的に豊かなときならいいけれど、財政的に厳しくなってくれば、無理だと思いますね。

田中（直）：財政的に厳しくなれば、自分でやらざるを得ないということになりますが、ただ、開業医は別にしても、勤務医の場合は看護婦の例と同じように考えられるのではないかと思うわけです。看護婦はいま3交代をとっているでしょう。それによって看護婦の失業はまったくないわけです。ないどころか看護婦が不足して、フーフー言っている。医師の場合でも、たとえば2交代でやることになったら、医師は倍要るわけですからね。だからそんなことを考えると、必ずしも労働時間ということを経済に当てはめられないこともないと思う。ただ、もちろん自分が病院を開いているときには、そんなことは言っていられないですが。

— そうですね。個人の病院ならば、金のことを考えると、医師を雇うぐらいだったら自

分が働く。公的な医療機関の場合は、予算的に非常に制約が出てきて、自分が働く時間を減らして一人の医者を入れるよりは、ナースを自分の配下に入れていった方が仕事がしやすくなるし、そのほうが単価としても安くて、医師の生産性も上がる。だから、ほかの職種に対する期待がふえる可能性はあるでしょうね。

——しかし、たとえばいまの話でも、開業している場合には雇わない。病院の場合でも、そういうことをすると非常に経営的に苦しくなるのではないですか。

田中（直）：いまの保険点数制では、とてもだめですね。いま人件費に見合った保険点数は全然出していないから。それに3年間全然上がっていかない。

——看護婦でさえもあまり雇わないのではないかという気がする。それはひどいところがあるのですよ。医師が一人で、看護婦も数人しかいないとか。

——だからそういう点で、田中さんがおっしゃったようなことは、一方で生産を上げるといふ可能性はあるから案として出てくるわけだけれど、医師の場合には、それは可能性がない。というのは、いわゆる市場の普通のメカニズムと違って、医療の場合、生産性を上げても金が儲かるという仕組みでは全然ないからです。

田中（直）：たとえば厚生省なら厚生省が非常に強力な指導をすれば、仕方なしに、3人でも4人でも増やしますね。それから看護婦の場合でも、看護婦の側から、2・8という制度が打ち出されたわけですけれども、これから若い医師が雇われたときには、当然それが出てくると思う。いまは医師はある程度ステータス・シンボルというような感じでやっているから、自分がやるのはなんでもないと考えているけど、これが労働者という意識に立つと、そうはいかなくなってくると思う。

——確かに、若い医師はたいへんセンスが違いますよね。ただ、労働者的な意識は、かえって中年の医師のほうが持っていますね。昔はいろいろな面で社会的な意識に目覚めている人達が医学部に入ってきていた。いま医学部に入ってきている連中は、社会的に非常にアイソレートされた、とくに国立大学なんていうのは、社会を知らないから医学部へ入れる連中ですからね。だから、そのへんも少し疑問ですよ。

——いや、それは目覚めさせないような政策をとっているわけですよ。東大の紛争以来、あまり暇にして、マルクスやエンゲルス全集を読まれても困るから実習をふやして、だからカリキュラムをこなすだけで、せいっぱいですよ、今の学生は。

——それは医科大学の教育ずばりの形でしょう。私は医学部に入るときに、入る学生自体があまり社会性を持っていない人間が入ってきていると言いたいわけですよ。

田中（直）：だいたいそうですよ。医学部の人間というのは、社会性から言ったら、非常に

幼稚な、子供っぽい学生が多いですね。

— それは医者がふえるという問題ともう少し別な、妙な人間が医者になるという問題があるわけで、医学部に行くと、まず高校の受け持ちの先生の人気上がる。何クラスの誰先生のクラスからは、今年は医学部に5人入ったということになる。すると、それは高校の成績にもなる。そういったことが先行して、個々の生徒がほんとに医学に向いているか、向いていないかは関係なしに、とにかくトップの生徒を医学部に何人入れるか競争している。それで高校の評価が決まるわけですね。ですから、向き、不向きなんて考えない。入れる者はみんな送り込んでしまう。

— アメリカの場合、医学部に応募する人数が減ってきたという傾向が見られているわけですけど、日本の場合には、そう簡単に、そういうふうにはならないように、私は思います。

それから、医者が余ってくると、卒業しても、働く場所がなくなるわけですけど、そうかといって、自分達の労働時間を縮めるという事も出てこないように思います。ある面で、仲間意識がはっきりすれば、8時間働くのをやめて6時間にして、ポジションをふやすということも可能性としては考えられますが、はたして、そううまくいくでしょうかね。いまは旧来の病院のところで余剰労働力を吸収するのではなくて、財政問題は別にして、病院を新規に建てることによって、市場の開拓をしようとしていますね。でも、新規の病院をつくっても、6時間労働や4時間労働で現在の賃金をペイ出来るような病院の経営は絶対成り立たないから、そうすると、旧来の病院みたいに8時間労働なり、10時間労働という形式で、新規病院でもはじめてしまうでしょうね。そのへんが医療費に対する、非常に大きなプレッシャーともなるわけですが、別の面から言えば、ポストの増加はあまり期待出来ませんから、パニックみたいになるでしょうね。製薬に行くとか、行政に行くとか、誘導政策をとれば、そちらに流れるでしょうが、そのためには、非常に多くの高次の政策的な配慮が必要で、自然に放置しといて、医師階層の知恵によって、上手に問題を解決するというのは無理なような気がします。

病院経営について

— 私は、いまのままだと、病院というのはかなり潰れるのではないかと、10年ぐらい前から思っているのです。というのは新規の外来患者で見ますと、病院のふえ方と診療所のふえ方は、ここ20年間同じですし、外来全体では病院のほうが大きいです。ところが、相対的には病院の方が少ないんですし、入院患者も、病院に比例すると、かなり少ないんですね。

それで、非常に危ないのではないかと、10年前思ったわけです。それが現在、やはり下がってきましたね。途中で老人無料化で、少しはね上がって助かったわけですが、それと在院日数を延長させることで、なんとか辻褄を合わせてきたのではないのでしょうかね。そういったことでは、ちょっと今後が心配ですね。

田中（直）：いま新しく病院をつくっても、下手をすると採算が合わないと思いますね。だから、いままでのようになんでもそろえるというようなデパート形式じゃなくて、スーパー形式の病院でもつくらなければ、採算は合わないでしょうね。

— スーパー形式というのは、どういう感じですか。

田中（直）：いま、それに近い形では、こんなことはあまり大っぴらに言いたくないけれど、老人を対象にしたような、わりあい人手がかからなくて、あまり高度の治療もしないというような形の病院を考えているところがかなりあると思うのですよ。

— 利益率の高い患者だけ扱って、利益率の悪い、むずかしい患者は母校に送るとするのは、おそらく採算はいいでしょう。

— だんだんそういうローテーションもうまくいかなくなっているのではないのでしょうか。老人病院もいま一方では盛んにつぶれていますよ。

— 今、国の政策待ちですけれども、地方自治体では老人医療の無料化に対して足踏みしている状態で、所得制限強化とか、いままで67歳以上だったけれど、それを、まず第1段階で68歳にして、最終的には70歳にまでもっていかうとか、そういう動きがかなり出ています。今後も、こういった傾向は強まってくるのではないですか。

田中（直）：普通の医療でも、一部負担金を少し上げれば、当然受診率は下がりますね。これは現実化される可能性は大いにあります。いまは、まだ薬屋に行くよりも、医者に行ったほうが安いくらいですが……。

— 現在、医療機器を導入している病院も必ずしも採算が取れるとは言えなくなりましたからね。この間、病院管理研究所の集まりで一条さんが、病院管理のしっかりした経営が出来ないくせに、機械ばかりたくさん入れると赤字になるというようなことを言って、また別の人が、機械を入れなければ、黒字がふえるみたいな報告をしていました。この報告の論理は少し粗雑だと思いますが、確かに、医療機器を入れればいいのかというとそうでもないし、病院をつくれれば採算が合わない。とすれば、方波見先生がおっしゃったように、減るはずなのに、病床数はわずかながらふえていますね。薬もふえています。それに、そういった傾向は都市近郊だけではなくて、農村地帯でも病院は建っていますよ。

医師国家試験について

— 先ほどの話に戻りますが、頭数の問題だけでなく、質の問題で、いままで方波見推計では、国家試験合格率が1.05でしたね。このところ、0.98とか、1.0を下回る数字が少しずつ出てきていますね。おそらく厚生省が医師国家試験をだんだんむずかしくしていて、それで医師の数や質を調節するつもりなのかもしれない。でも、そうした場合、ますます医学部が国家試験の予備校化して、はたしていい結果を生むでしょうかね。

田中（直）：いまでも、国家試験の内容とか形式にはずいぶん問題があります。

— それはそうですけれど、ただ、先生が心配なさっているように、だんだん学生の質が落ちていて、国家試験に落ちるのだろうということは、私は考えられないですね。というのは、いまの国家試験の問題がいくらむずかしくなろうと、逆に言えば、むずかしくなればなるほど、いいか悪いか別にして、それに応じるテクニックというのが発達してきますから。だから、入学する医学部の学生の質が下がったから、落ちるということはないでしょうね。

— いえ、質が下がるというのは、医者に向いていないのに、偏差値ばかりがよくてクイズ番組に向いているような者が医者になるというのは、診療という見地からすると、質が下がることになるという意味です。

— それは学生の問題ではなくて、国家試験を含めた広い意味での医学の問題でしょう。

— 高校の進路指導からはじまる問題ですよ。

— 私はあまり入学試験のふるい分けに対して、どうこう言うつもりはないですね。医学教育のなかで6年間きちんと教育すれば、落ちこぼれは別として、たいていの人は医者になれると思う。そんなに医者というのはむずかしいものでもないし、高邁な理想を持たないといけないものでもないから。ただ、いまの医学教育が、国家試験を意識していて、それに合格することを目標にするから、歪まざるを得ないということはあるでしょうね。でも、そういったことも含めて、質の問題は医学教育のなかで十分カバー出来るのではないですか。昔医学部に入ってきた者でも、そういう医学的センスのあるものばかりとは限らなかったと思いますよ。

田中（直）：いまでも、医学部に入ってから成績というのは、国語の成績に比例するという統計を出しましてね。高校時代の国語の成績がよかった者は、医学部へ入ってから成績がいい。

— だから、大学の教授とか研究者は別としても普通の医者になるのであれば、教育者さえしっかりしていれば、入学者に対してはそう神経質にならなくてもいいだろうと思います。

田中（直）、ただ、私もベッド・サイド・ティーチングというのを熱心にやるべきであると主張しているほうですし、うちの大学にもそれに非常に熱心な人が多い。実際に、ベッド・サイドで患者を見ると、医者としての自覚も出てくるし、いいと思うのですが、国家試験の問題とはおよそ大して関係がない。もちろん、問題なのは、国家試験の方で、もっと基本的な問題を試すような試験をしてくれれば、教育の方でも、もっと基本的な事柄に重点を置いた教育ができると思いますが、実際問題として、国家試験に合格するかどうかは、やはり大きいですからね。

—うちの話を恐縮ですが、筑波大学は新しい大学で、まだ国家公務員上級職に受かるのは少ない。そこで、対策委員会を開いて、試験問題を分析すると、一般教養というのがひどいというわけなのです。見ると確かに、美術の話が出てくるかと思えば、今度は漢文が出てきたりと、わけがわからない。役人になるのになぜ、こんな問題が出来ないといけないのか、わけがわからない。結論は、とにかく、もし国家公務員の上級職に受かろうと思ったら、半年か1年間ぐらい、何も考えずに、ひたすら、こういった知識をつめこむ受験準備をすることだということになります。なんだか、ばかばかしい気がしますね。

—そういうことでは、試験の制度は全部共通でしょう。医師の国家試験の問題に対する批判は非常にたくさんあるけれども、いま先生がおっしゃったような、上級職の試験について言う人は少ない。この間、問題を間違えた暗号の試験がありました。普通の人には、あんなことは全然考えられないのに、彼らはああいうのに瞬間的に答えられるように訓練しているのです。それから、弁護士や法曹の試験についても、あれは実際に法学をきちんと勉強することとは別なわけですよ。そういうこととは別の試験技術を持ってなければ受からない。

—そうとばかりも言いきれないと思いますよ。もちろん一級の試験というのはクイズみたいなものかもしれないけれど、あれだって、法学の全体がわかってないと答えられないでしょう。2番目は論文形式です。

—いや、そういう意味で否定するわけではなくて、言われている法律の問題にしても、たとえば法学のなかで、現在論争されているような問題について、きちんとそれをマスターしていったのではだめなのです。一般的に、教科書だって、法律の教科書というのはみんな説があるから、われわれの分野の教科書と違って、教科書ごとにみんな違うわけなのです。そのなかで、教科書間における違いの問題が重要というのではなくて、大多数の人達が、それから試験問題を出す委員の人達と、同じ答えを書くことが期待されているのですよ。

—いや、そうではなくて、ある問題の解答を出すでしょう。それに対して、判断が論理的に合っていないとだめなのです。それが一般的でしょう。

— いや、それは建前で、実際問題としては、出題者と意見が合えば、それでいいわけで論理試験じゃない。論理試験だって言いながら、実際には論理試験ではないですよ、法学でさえ。

— それはちょっと言い過ぎだと思うよ。

— だから、試験の制度というのはね、私は医者の問題だけではなくて、全体として、医者以外の分野でもたくさんの人達をふるい分けようとするときには、一般的には、まるでクイズのような、ある一定の様式のパターンのなかに収まるようなものになってきているわけですよね。だから、そういう意味では国家試験をやめてしまうか、それとも、もっとずっと自由度の高いような国家試験でもしない限り無理でしょうね。

— 私は社会政策の問題で、時々解答を書かされるのですが、あれを見ると、出題者のカラーがものすごく出てて、たとえば社会政策の問題だと、歴史の問題がものすごく多いですよ。生活保護法は明治何年にはじまったかとか、そんなことは、社会政策の本質には関係ない。28年だろうが、10年だろうが、どうでもいいことだけれども、それを書かせるわけですね。出題の先生の講義を聞いている学生には有利でしょうが……。

田中（直）：それはそうなんですよ。国家試験はそうですよ、医師国家試験もね。だから、その出題の先生の講義を聞いた学生は、出来るけれども、よその大学の学生は出来ないと、そういうことがありますね。

— だから、試験というのはもともとそういう性格を持っているわけです。そういうなかで、たとえば法学部の場合には、なにも司法試験に落ちたって、法学部出で職業について生活できますよね。それから、ほかの学部についても、なにも国家公務員にならなくてもいいわけですからね。ところが医者の場合だけは国家試験を通らなかったら、医学士というのはどうにもしようがない。

田中（直）：これから本当に考えなければならないことは、医師にならない医学士ははたしてどこに就職できるかということですね。

— そういう意味で、ほかのところの試験は、ある程度おかしな試験をやっても、別にいいけれど、医師の試験に関しては多少考えなければいけない。だから医師の国家試験に対する批判はしますけれど、試験制度そのものについては、ある程度避けられない運命を持っていると思いますね。アメリカの国家試験というのは私もよく知りませんが、相当なボリュームがあると言われますが、やはり日本と、五十歩百歩の点もあるのではないですか。

田中（直）：ただ、向こうは在学中に受けますでしょう。ですから、ちょっと日本とは事情が違います。日本の場合、すぐそれによって資格を与えられるけれど、アメリカでは、それ

によって学生の質を高めることをねらうような気分でやるわけで、ある資格を得るとか、得ないとかという問題と関係ないような感じがしますね。で、意味的に日本の国家試験にあたるのは専門医の試験ですね。

医師の将来と医学教育

— もう1つ伺いたいのですが、これからは医学部を出て医者になったとしても、いわゆる病院の現場で臨床をやるか、開業するかばかりではなくて、いろいろなコースがあり得るわけですよね。そのときに、たとえば若干違うカリキュラムを考えると、そういうことはないでしょうか。

田中（直）：でも、これが以外にむずかしい。新しい大学だと、カリキュラムを変えるのはわりあい簡単だけれど、古い大学には伝統的なカリキュラムがあるでしょう。だから、簡単にカリキュラムを変えることは出来ないですね。それに、医師というのはどこまで知識があればいいのかということになると、これまた、それほど正確に解答出来る人はいないと思いますよ。たとえば内科の医師になるのに、なぜ婦人科のことをあれほどまでに教えないといけいいのかと言われると、なるほどそうかなとも思うけれど、やはり婦人科は婦人科として、基礎的知識は役に立っているとも言えるわけですよ。そうすると、あえてそれをカリキュラム変更して半分に減らすこともない。それでは、婦人科はそれでいいとして、耳鼻科について、内科になる人がなぜ耳鼻科をそんなに学ぶ必要があるかという意見も出てきます。それで、最近、私達も少しずつカリキュラムを修正していて、その方針としては、一応、一般の医学と言われているものを広げて、専門家的な医学を削るということにしています。そうしないと、6年なら6年の期間に履習出来なくなっているのですね。最近、情報が多過ぎて。

— いま、専門に分かれるのは、慈恵の場合は何年目からでしょうか。

田中（直）：卒業まで専門に分かれることはないですよ。

— では、その内科になるとか、耳鼻科になるとかいうのは、医師国家試験に合格したあとの話ですか。

田中（直）：そうです。だから耳鼻科になる人も、内科の医師国家試験を受けなければならないし、ひと通り全部受けることになっているのですよ。アメリカとそこが違うわけで、西先生も確か、国家試験に合格なさっているはずですが、でもその必要はまったくないわけですよね。そういう基礎系統の人はたくさんいるわけですが、その人達でも、やはり国家試験に通っておかないと、またいろいろなところでさしさわりのあるから、いちおう受けて、資

格をとるわけですよ。要するに一般の人達がどういう医者を要求しているのかということ、国家試験をやっている問題作成者はあまり考えてない。普通の人には小型乗用車に乗ればいいと思うのに、試験は、ダンプカー的なセンスがないと出来ないような試験を行う。で、それに受かったからと言って、なにが出来るといって、今度はジェット機に乗っても構わないという資格なんですね。要するになにやっても構わない。

だから、たとえば在学中には、内科の成績が合格すれすれで、そのかわり、耳鼻科が非常によく出来たとしても、やはり自分は内科医になりたいと言え、内科医になっていいわけですよ。ほんとうは耳鼻科に行くほうが望ましいかもしれないのにね。そういうことは医学界ではざらですね。そういうことから言えば、まず国家試験というのは、一般医をつくるための試験であるから、国家試験に受かっただけでは、意味がないというのが、昔から言われている専門医制度志向側の主張ですね。でもそれを受けなくても、日本では十分やっていますから、受ける人は少ないですね。

— 日本に専門医制度があるのですか。

— 試験があって、学会が認定しているものが、内科専門医とか、その他たくさんありますよ。

田中（直）：最近、麻酔科では標榜医でないと、麻酔がかけにくくなったようですよ。というのは、医療事故につながった場合、いろいろと問題にされますからね。それで麻酔科の医師が近ごろ足りないわけです。いままで外科の医師が麻酔をやって、誰も文句を言わなかったし、事実、外科で麻酔を教えていたのにそのようになってきています。

— そうすると、たとえばいろいろな医科大学を出て、医師国家試験に受かった人達が就職難であるということで、いろいろなところに行くとしても、医科大学のカリキュラムはだいたいいまのままであるだろうということになりますか。教授を解任することが、アメリカのように簡単には出来ないとすれば、そうなってしまいますね。

田中（直）：ただ、退任した教授の講座はもう開講しないで、別に新しい講座を設けるといことはできますね。

— 定年退官制度という方法です。

医師の増加、卒後教育

— 実際に慈恵では、卒後の教育が苦しくなりそうなのは何年ぐらい先になりますか。

田中（直）：苦しくなるというのはどういうことでしょうか。

——慈恵の卒業生というのはどこかで研修していますね。正式な制度ではないけれど、だいたい3～4年か4～5年、いろいろな病院へ送り込んでやりますでしょう。それが満杯になりそうなのはいつごろか、見当がつかますか。

田中(直):それは推定が出来ないです。というのは、いま私達が、いわゆる教育関連病院として扱っているのは、約10ぐらいあるわけですね。そこで、1つの病院に、たとえば平均20人送ったとして、全体で200人の若い医師がそれらの病院で、年中、いろいろな科を交代しながら研修が行われているわけですね。だから、それがいつ満杯になるかということはちょっとわかりません。それにまだうちの大学は開業医志望というのが多いですね。というのは、さきほども言いましたように私立の医学部では開業医の子弟が全学生の3分の1を占めています。うちの大学の場合、もっと多くて、おそらく3分の2ぐらいにいたっているのではないのでしょうか。

——そうすると、慈恵の場合には、勤務医としての職場を開拓するということは、あまり苦勞しなくてもいいわけですね。

田中(直):いまのところはね。でも、将来、これだけでは不安ですから、いま、関連病院の他に、小さな出張病院というのがあって、そういうところも維持しておこうと思っているわけですが、いま行っている人が帰ってくるとか、開業するとかすると、その次に行く人がいない。結局、そういうところは、ほかの人が行くとか、地元から誰か募るとかいうことになって、なかなか、維持していくのはむずかしいですね。

——慈恵の教官は、やはり慈恵出身が圧倒的ですか。

田中(直):そうですね。8割は慈恵じゃないですか。

——そうすると、関連病院開拓とかいうと、これはオール慈恵のパワーでやるほかないということになりますか。

田中(直):別にモンロー主義をとっているわけではないけれど、教育関連病院というのはどこでも自分のところのスタッフがたくさんいないと、一貫した教育が出来ないですからね。それは、大学によって、機材1つにしても違うくらいですから、外科なら外科で、関連病院とか、出張病院にしようと思ったら、やはりうちの人が行ってキャップかなにかになっているところでない、若い医師を送り込んでも、大学で教わったときには、例えばメスは丸い刃で切ると教わったのに、研修へ行ったら、とがった刃で切れと教わったというのでは具合が悪いですね。

——田中先生、私が非常に気になっていますのはですね、将来、どんどん卒業生が増えてくる一方で、これは単なる予想でしかないですけども、どうもいまの状態ですと、開業する

というのは以前ほど増えていない。そうしますと、当然勤務医というのが非常に多くなる可能性がありますね。そして、その勤務医というのは開業もなかなか出来ないから、簡単にやめて、ほかへ行くというわけにはいかないということになりますと、なかなかやめないという現象が起こってくる。

そうしますと、いろんなローテーションといいますか、そういう人事管理が非常にむずかしくなるのではないかと思います。それに医学の場合には病院の系列が非常に細分化されていて、しかもその科ごとになっていますから、そういう問題が非常に起こりやすいのではないかと思います。どうでしょうか。

田中（直）：いま、その問題については、みんなが不安に思っているようです。ところが、そういう不安がありながら、就職の自由というのか、出張の自由というのか、そのために昭和42～43年ごろ、反乱が起こったでしょう。あれは1つには、もちろんインターン問題が尾を引いていたわけですが、もっと直接の原因は教授のパワーが強過ぎて、その指図1つで、あまり教育的でない出張病院へ行かされたりしたことがあって、それが若い人達の間で反感をつのらせるもとになったのです。だからいまでも、教授達はそんなに強く、関連病院の維持を言えない。そのへんの兼ね合いで、若い人達にその要望がないと、どうしても関連病院は縮小せざるを得ないということになる。そして、うちが手を引いた分だけ、よその人が入ってくるのは仕方のないことです。だから、今は、1つの系列をつくろうと思ってもそう簡単に出来ないという情勢でもあります。研修生の数がまた非常にふえてくれば、事情も変わってくるでしょうが、まだ危機感がないですね。

病院数の増加

—たとえば方波見先生がよくおっしゃるように、開業医数は横ばいですよね。とするとその3分の2に当たるところがほとんど横ばいだと思わないといけな。でも、医師数は全体では増えていくわけだから、結局もっと勤務医を開拓しない限り、厳しくなるわけで、それが病院が増える原因の1つでしょうか。

—そうです。勤務医を開拓しなければならないということは、慈恵の場合はわりに優雅だけれど、そうかと言って、卒業生が教室のなかにいるわけにはいかない。それで、病院を建てればいいということになるのです。それも東京のなかだと土地が高いから、地方へ行く。

田中（直）：地方へ行けば安いけれども、やはり患者がこないから、赤字になると、そういうことですね。

— 実際に、この間も先生もごらんになったでしょう？ 社会保険旬報に過疎の赤字の農村に、立派な病院が2つ建っていますね。だから、ある程度その財政が赤字になるかどうかは別にして、老人医療の無料化とか、国民皆保健ということで、病院を建てるということは、社会的には政策として採用されやすいですね。でも、それから先のことは考えていない。

歯科の場合

— 歯科の話はしないということでしたが、この間、文部省の人に聞いたのですが、一県一医科大学で、やっと各県に医科大学が出来たのだから、今度は歯科大学の設置だということで陳情があったそうですよ。でも、方波見推計の数字では、2005年に歯科が3万7,000になることになってますね。

— そうです。

— とすると、おそらくその歯科のほうがもっと厳しいわけですよ。けれども、とにかくいま知事、代議士から県会議長が束になって文部省に圧力かけているそうです。

田中（直）：いま、歯科医の学校では、みな口腔外科というのをやりたがっていますね。口腔外科というのは、たとえば兎唇を治すとか、あるいは扁桃腺をとるとか、口に関することすべてを対象にしていますが、歯科医のそういった動きを見ると、そちらの方も行き詰まっているのではないかと思えますね。

将来予測

— いちばん私が驚いたのは、地元では将来の計算なんかしてないということね。

— いや、地元だけではなくて、そんなことはしてないのが普通ではないですか。最近になって、ようやく将来の計算をあちこちでやり出した。

アメリカでも1960年にドクター・ショーテージが出てきて、医師が不定かどうか実証するためには、まず医師数の把握が必要だということで、調査が始まっている。そのとき出た将来の数には、田中先生がおっしゃったように、合理的な根拠はなにもない。で、いろいろな理屈を述べているけれども、最終的には、またもとに戻って、人口当たりがよさそうだというような形になったわけです。

将来予測の不安定要因

— アメリカで、いちばんはじめの話にあったように、医者の予測は困難だと言うのは、アメリカの最近の傾向のように、受験者が減少するかもしれないということですよ。日本の場合なら、要するに方波見推計の数字の1.05、つまり国家試験の合格率が0.98になるかどうかということが予測の数値を大きく変えますよね。

— はい。

— おそらくコントロール出来るのも、そこ以外には考えられないでしょうね。1.05じゃなくて、0.95にしようとか、それだけでしょう、動く要素は。

田中（直）：ところが、その0.95にされたのでは、あとの0.05が困るわけでしょう。免許を持たない医学士がどんどん増えてくるわけですから。いまでも思い出すけれども、東大の保健学科が出来たときに、当座、保健学科卒の人を当てはめるところがなくて、困ったことがあったでしょう。そのときに保健学科はなにを言い出したかという、保健学科にも医師免許を与えろと言ったことがあります。これは非常に不思議なことだと思うけれども、やはり日本では、行政に行くにしても、どこに行くにしても、医師の免許がないとやりにくいということがあるわけですよ。だから、同じようなことが今度は医学部で起こるとすれば、もっと重大なことになるでしょう。

— 国家公務員上級職試験の場合、原則として全部落とすわけね。落とすために試験をやる。医者場合は、原則みんな通す。だから、昔1.05で、最近それが0.97ぐらいまで下がってきたということは、もっと背後に、まだ8年生とか9年生とかいうのがどこか滞留しているということではないのですか。

田中（直）：これはどこでも困っているだろうと思いますね。まだそれが5人や10人のうちはなんとかなるけれど、そうした学生が100人もいたら、たいへんなことになる。もしそうなったら、新しい卒業生が全部受かっても、合格率50%で、ワースト・ファイブに入ってしまうわけですから、その人達に試験を受けてもらいたくないと、大学としては思うでしょうね。

— 60%台の国家試験合格率の学校がありますでしょう。すると、3年後には倍になるわけですよ、最後の学年というのは。

— そうでしょうね。だからほんとは、あまり医師国家試験で難問珍問は要らないわけですね。

田中（直）：かといって、国家試験のレベルを下げるわけにいかないでしょう。ドイツでは

在学中の2年くらいのときに国家試験をやりますね。そこで試験に落ちると進級出来ないけれども、まだ2年生だから方向転換がきくわけです。医学部の学生も、ほかの学部の講義に出たりしているしね。

— 6年間修了してから、国家試験で落とすというのも考えてみれば、可哀そうな事ですね。

田中（直）：だから、日本でも、そのようなことを考えてもいい時代がそろそろきているのかもしれないですね。そうして、2年間医学部にいた者は、もちろん医師の免許はないにしても、たとえば検査技士とか、そういう免許を与えろとか、そういうことになってくれば、話は別になってくるわけでしょう。

— それも全部国家試験に受からなければだめですがね。

田中（直）：そりゃそうです。

— だから、それは医学校が、臨床検査技士の資格の出来る単位があるということで、厚生省の臨床検査技士養成所の認定をとればいいわけですよ。

— 衛生検査技士はありますね。

— 衛生検査技士はあるんですけど、臨床検査技士はないです。

— あれは科目が少なく、受けられない。

— ただ、だいたい試験に落ちるのは、どれ受けても落ちますね。というのは、試験というのはさっきも言ったように、基本的には受かる要領は同じでしょう。医学部を受けたから衛生検査技士や臨床検査技士を受けて受かるかということ、もちろん受かるのもいるでしょうけど、だいたい勉強するのがいやだということのもずいぶんいますからね。

— はじめの話に戻りますと、確かに、私も医師が多少増えてもなんとかなると思うのですが、放任しておいたのでは、うまく収まりませんか。なにかポリシーが要りますかね。

医療マンパワー・ポリシー

田中（直）：せめて医学部の進学過程を出て、一定の学士号でもあれば、またそれはそれなりになにか使い道があるかもしれないし……。

— いえ、私が言うのは、医師国家試験を終わって、医者になった人に対して、私らみたいな経済学の立場から言って、なにかポリシーか要るかどうかですよ。

— それはどういう意味ですか。

田中（直）：それは、自然に淘汰されて、うまくいくのではないですか。

— 医者の世界でポリシーをつくれればいいわけで、医者以外の世界の人には、なにも言わなくてもいいとそういうことですが。

— それは他の分野だって同じことでしょう。だいたい自分がその中にいたら、さっき言った病院を建てる政策を立てるし、知事に圧力をかけて、医科大学の定員を増やすということをするでしょうね。医科大学の定員を増やせば、教授の数も増えるし、病院の数も増えるから、失業救済策になって、そこで卒業する医学部の6年か7年か、10年先までは安心ですよ。だから、いま新設医科大学でも、定員120人の方向に向いています。定員をふやすと先行困るわけですがけれど、増やせば、当面、少なくとも6年間は教授の数だけでもポストが増えるわけですからね。

— 今年、300名近く増えています。

田中（直）：やはり教授の定員を増やすために学生を増やすとすれば、およそ意味ない話ですね。要するに質を下げるだけでしかないですから。というのは定員を増やしたからといって、それに合っただけの設備をするかということ、しないわけでしょう。もちろん予算を増やせばいいと言われればそれまでだけれども、そうすると、今度はそれだけ税金の負担が増えるわけですよ。いま国立が年額25万円しか授業料をもらってないでしょう。26万だったかな、今度東大は。それにしても1人当たり経費の560万から見たら、20分の1ぐらいしかもらってない。それなのにその人達を余計増やすということは、結局その分、どこかに歪みがかかることになる。

— ということはだいたい考えないのが普通ですからね。国の予算、国の金といっても結局は税金なのに。それに、新しく定員を増やした学生があとあと困るということは、もう明々白々ですよ。それでも増やしています。

田中（直）：私達は、私立大学の授業料でも、実を言うと理解出来ない。アメリカの授業料のほうがまだ理解しやすいくらいで、日本の国立の授業料というのはまったく理解出来ません。というのは、受益者負担という原則があまりないわけです。国立というのは、国が受益者であるのかと言えば、そうとも言えない。自治医科大学などはまだ受益者負担で、資金を出すかわり、自分のところの僻地へ行ってもらおうという契約をしていますね。国立というのはそうではないでしょう。

昔の帝国大学はまだ国家枢要の人を養うというような目的でつくって、だいたいはお役人とか、あるいは学者を養成しましたから、これは理屈に合ってたわけです。けれどもいまはもう帝国大学もなにも、同じようなサラリーマンしか養成してないでしょう。だから、国立がどうして授業料が安いのか考えると不思議ですね。

学生をむやみやたら増やすということは、それだけ余分に税金を使うということですが、この税金というのは、大学に行きたくても行けないような、今、そういう人がどれほどいるかわかりませんが、そういう人の負担している分もあるわけでしょう。とすると、これも差別ということになりませんか。

—そういう話はわかりますけれど、一般的には、先生のようなお考えを医科大学の教授というのは持ってないわけですよ。月給というのは湧いてくるし、国家が国立大学に金を出さないのはけしからんと思っている。で、自分達の大学がどれだけ、先程市川先生がおっしゃったように、社会に奉仕しているのかという考え方はないですからね。でも、これは国立の医学部だけの問題ではなくて、大学全体に共通の問題ではないでしょうか。

大学進学率の動向

田中（直）：いま日本では、非常に大学というものの需要があるわけですね。大学生になりたがる人が多い。でも、これがいったいいつまで続くでしょうね。問題は医学部だけではないですよ、やはり。というのは、大学を出ても、たとえば高校出と大して変わらない月給をもらうのだったら、早く月給をもらったほうが得ですね。定年までの時間も長いし、退職にかける倍率も大きいですからね。だから、そのうちに大学、大学と騒ぐことがばかばかしくなるときもくるのではないかと思いますね。

—いま1990年の予測をやっています、大学の進学率が40%を切るのはいつかというのですが、全般の意見としては、移行は緩かであるとしても40%はいずれ切るだろうと言われています。ということは、少なくとも、少し長い目で見ると、大学進学率は下がってくるということが言えます。となれば、アメリカのような問題も起きなくはないでしょうけれど、そう短期には無理でしょうね。

—普通の大学ですと、18歳の進学率が下がっても、大学は今度は、生涯にわたっての自己資本への投資としての需要ではなく、たとえば主婦で40歳になった人が来るとか、朝日カルチャーセンターに行くのと同じ感覚で、需要層があり得るわけです。もちろん潜在的な。そちらでカバー出来ると思うんですね、きっと大学の文科系は。

—しかし、まだ理科系はそういう経済的な問題で行っているわけではないでしょう。

田中（直）：だから、これも不思議ですけど、女子学生が多いでしょう。あれだって、女の人で、はたして大学出であるということをどのくらい利用しているかわかりませんよ。医学部にも優秀な女子学生がたくさんいますけど、結局子供を産んでしまうと、半分退官したみ

たいに、それこそ半人前ぐらいしか働かないということになってしまう。もったいないと思うのですが、女の人で博士号を持っている人が、うちはかなりいるわけですね。だから、そういう人が将来ずうっと残って、プロフェッサーにならないまでも、内科部長ぐらいになるかと期待していると、そこまで絶対いかないですね。

注：文中の「医者」と「医師」は、これを職業として見た場合に「医者」、また、資格としては「医師」として、両者を一応区別し、使い分けたものである。

(10月25日付、コメントより)

医学教育行政からみた医師養成の現状と課題

文部省 学術国際局 学術課長
前文部省大学局 医学教育課長
川 村 恒 明

医学校の現状と経緯

川村：私、ただいま医学教育課長を拝命いたしておりますので、医学教育行政の立場から、現状とその問題点を少し整理してみようと思います。

まず現在の医学校の状況でございますが、学校数が80校、入学定員の合計が8,340人でございます。ただ、この中には防衛医科大学校を含めております。ここは正確には大学ではありませんが、医師の養成の観点からすれば、医学校に変わりはありません。そのうち沖縄の琉球大学医学部が来年度から学生受入れですから、正確に言えば、これは56年度の数字です。

次に、それらの学校の成り立ちを見ますと（資料1参照）大ざっぱに分けて戦前の時期と、それから軍医養成に伴う昭和14年以降の急増期、それから21年から22年までの急減期、それから設置者別の再編成をやって、45年以降の急増期と、こういうふう整理ができるわけです。

仔細に見ると戦前期もいろいろあるわけですが、簡単に申し上げますと、国立は7大学と旧6ということになります。つまり、国立は旧制帝国大学7校に医学部があり、それから旧制の専門学校から単科大学になったのが6校あるということです。そういうことで国立のほうは安定しており、公立は京都府立が1校昔からあっただけでございます。それから私立で戦前派というのは13校とっておりますが、正確に言えば、順天堂が昭和18年に設置されておまして12校ということになります。

戦前は一応そういう状態でありましたが、昭和18年から20年にかけて軍医養成で急激に増加しました。国立の専門学校で、この時期につくられたものが六つあって、古い旧制専門学校時代のものを旧6というのに対して、これを新6とっております。それから同じ時期に、公立として設置されて、戦後、国立へ次々に移管されたのが6校ほどございます。それ以外にも、公立として移管された専門学校が七つほどあり、私立でも順天堂が18年につくられたわけで、この時期に非常にたくさんの学校が設置されたということになります。

それで戦前のピークに当る昭和20年の入学定員をとりますと、1万533人という膨大な数

資料 1.

設置経緯別国公立医科大学（医学部）一覧

1. 国立医科大学（医学部）

設置経緯	学校数	設置年度	備 考
1. 旧帝国大学	7 (2)	明19～昭6	北海道（大8），東北（大4），東京（明19） <u>名古屋</u> （昭6）， <u>京都</u> （明32）， <u>大阪</u> （昭6） 九州（明44）
2. 旧制医科大学	6 (1)	明34～昭4	千葉（明34），新潟（明43），金沢（明34）， 岡山（明34），長崎（明34）， <u>熊本</u> （昭4）
3. 急増専門学校 （軍医不足対策）	6 (1)	昭18～昭20	弘前（昭19），群馬（昭18），東京医科歯科 （昭19），信州（昭19），鳥取（昭20）， <u>徳島</u> （昭18）
4. 戦後公立移管 （軍医不足対策）	6 (6)	昭18～昭20	<u>広島</u> （昭28）， <u>鹿児島</u> （昭30）， <u>岐阜</u> （昭39） <u>神戸</u> （昭39）， <u>山口</u> （昭39）， <u>三重</u> （昭47）
5. 新設医科大学 （無医大県解消計画）	16	昭48～昭56	旭川医科（昭48），山形（昭48），愛媛（昭 48），筑波（昭49），浜松医科（昭49），宮 崎医科（昭49），滋賀医科（昭50），富山医 科薬科（昭51），島根医科（昭51），高知医 科（昭53），佐賀医科（昭53），大分医科 （昭53），福井医科（昭55），山梨医科（昭 55），香川医科（昭55），琉球（昭56）
6. そ の 他	1	昭45	秋田
計	42 (10)		入学定員 4,560人

注) 1. 学校数の()は戦前戦後を通じ、公立から国立に移管された学校数を内数で、

また学校名の次の()は設置又は移管年度をそれぞれ示す。

2. 学校名の下線は公立から移管された学校を示す。

2. 公立医科大学（医学部）

設置経緯	学校数	設置年度	備考
1. 旧制専門学校	1	明 36	京都府立医科
2. 急増専門学校 （軍医不足対策）	7	昭18～昭20	札幌医科（昭19），福島県立医科（昭19） 横浜市立（昭19），名古屋市立（昭18）， 大阪市立（昭19），奈良県立医科（昭20） 和歌山県立医科（昭20）
計	8		入学定員 660人

3. 私立医科大学（医学部）

設置経緯	学校数	設置年度	備考
1. 旧制医科大学	4	明36～昭19	東京慈恵会医科（明36），慶応義塾（大6） 日本医科（明45），日本（大14）
2. 旧制専門学校	8	明45～昭3	東京医科（大7），東京女子医科（明45） 東邦（大14），久留米（昭3），岩手医科 （昭3），昭和（昭3），大阪医科（昭2） 関西医科（昭3）
3. 急増専門学校	1	昭18	順天堂（昭18）
4. 新設医科大学	16	昭45～昭53	北里（昭45），杏林（昭45），川崎医科 （昭45），帝京（昭46），聖マリアンナ医科 （昭46），自治医科（昭47），埼玉医科 （昭47），金沢医科（昭47），愛知医科（昭 47），名古屋保健衛生（昭47），兵庫医科 （昭47），福岡（昭47），独協医科（昭48）， 東海（昭49），近畿（昭49），産業医科（昭 53）
計	29		入学定員 3,040人

を抱えていたことになります。それを戦後急速に整理をいたしまして、いちばん減ったのは昭和26年で、このときの入学定員の合計が2,800人でございますから、ほぼ3分の1に減らしたわけです。そのときの学校数は46校ということでございまして、これは昭和26年から44年まで変わらないわけでございます。この間みんな鳴りをひそめてじっとしておったと、こういうことでございます。

その間進められていたことは、設置者別の再編成でございまして、公立が財政的にもちきれなくなって、国立へ移管をするということで、先ほど申し上げた6校というのはそういうことでございます。医科大学をもつということは地方自治体にとっては大きな財政負担となるわけ、なるべく国に移管したいというご希望であったわけですがけれども、国の方でも事情は同じようなものですから、大変消極的な対応をして参りまして、結局、現在でもまだ8校、公立で残っていて、いまでも国と地方自治体の間で、この問題がくすぶっています。

そんな状態でともかく昭和44年まで参りましたが、後ほど申し上げますとおり、医師不足が次第に顕在化してきまして、昭和45年から医科大学の新設が相次ぎました。その先駆となったのが私立の医科大学でございまして、資料の私立の欄のいちばん下に、新設医科大学、昭和45年から53年と書いてございますけれども、45年にいきなり北里、杏林、川崎の三つがつけられました。それから46年に帝京、聖マリアンナと続き、47年には、自治医科はちよっと別でございましてけれども、埼玉医科、金沢医科、愛知医科、名古屋保健衛生、兵庫医科、福岡と、非常にたくさんつくられたわけです。

これだけの私立の設置が進んだあとで、今度は国立の移管が進められた。国立は昭和48年から無医大県解消計画というキャッチフレーズのもとに、16残っている無医大県に1つずつつくりましょうということできりはじめた。これは琉球大学が昭和56年に学生の受入れを開始するというので、いちおう打上げという形になるわけでございます。

つまり、昭和26年から44年まで、医科大学の数はぜんぜん変わらずに46校で推移していたのが、45年を境にして、国立16校、私立16校、合計32校を量産したということになるわけです。

これは基本的には昭和36年に国民皆保険が実施したということと、それから経済の高度成長の波に乗って、医療需要が急速に増大した結果、医師不足が深刻な社会問題になったということとでございます。文部省では40年ごろから医者が不足しているという話を、あちこちで聞かされてきたわけです。この問題については文部省も厚生省にいろいろ意見をうかがっていたわけですが、なかなか踏ん切りがつかなかったというのが、正直なところでございますが、社会的には非常に声が大きくなってきていた。それで昭和41年に厚生省も当面人口10万人当たり、150人の目標というのをい出して、これに合わせて文部省も当初は既存大学の入学定員をふやすと

いう形で対応して参りましたが、それでは到底間に合わないということで医科大学の新設を認めるようになったというわけでございます。

私立のほうは別にして、なぜ16も国立の医科大学をつくったのかと申しますと、医師不足という社会的な声にこたえるというのが第1であります。同時に、医師の地域的偏在の是正を図る、さらに地域における医療水準の向上に資するということが、例えば新設医科大学の付属病院というのは、それぞれの地域医療の中核的機関になるべきだという考え方がございまして、このへんになると文部省というよりも、むしろ厚生省所管の問題なのですけれども、ともあれ、こういういくつかの考え方が重なって、無医大県の解消という声が出てきたということでございます。こういうことがなくて、単に医者数を増やすだけのことであるならば、なにも無医大県解消、1県1医科大学という必要はないわけでありまして、この計画を進めた背景は単に数だけの問題ではなかったということでございます。

なお、私立については、昭和52年以降は新設を認めないということになっております。53年に産業医科大学というのが出来ておりますが、これはご案内のとおり、少々特別な大学で、いならば労働省立の医科大学でございますから、こういう特設の事情がない限り、私立はつくらないということでございます。国立のほうは無医大県解消計画を途中でやめるわけにはまいりませんが、16校の医科大学のなかで、定員を当初の計画どおり120人にしたのは、旭川、山形、愛媛と、いわゆる1期校のみでありまして、あと筑波以下につきましては、いずれも入学定員は100人ということでおさえてございます。そんな状況でございます。

医師供給体制をめぐる現時点の動き

私どもからみて、この医師の供給体制についてどうかということになると、地域的にはまだふやしてくれという要望がかなり強いわけでございます。たとえば、北海道の釧路に医科大学をつくってほしいとか、あるいは浜松医科大学の入学定員はぜひ120人までふやしてもらいたいとか、それはやはり医師の少ないところなのです。人口10万人当たりでいいますと、釧路が70人くらいでしょうか、採り方にもよりますけれども、道東地域の医者の少ないところだけ寄せ集めてくると70人くらいという数字が出てくるし、静岡県というのはまた不思議なところで、いま人口10万人当たり100人くらいでしょうか、そういう地域的なことはポツポツでございますが、全体的に言えば、今後医師の急速な供給過剰が予測される今日、入学定員は思い切って減らすべきだという声が2～3年前からきわめて大きな声になっていると受止めております。

私どものチャンネルでいえば、たとえば全国の医学部長、病院長会議というふうなところ、あるいは国立大学の医学部長会議とか、そういうところでは、もはやこれ以上ふやすことはないし、教育内容をよくするためにも少なくとも1大学の入学定員が120人のところは、100人まで減らすべきではないかというふうな声が上がっております。これは医師の需給関係を見通した議論というよりは、むしろ教育の面から見て、現在の施設設備、教員の配置のままで120人を教育するというのは非常に無理であるということであろうと思います。

もう一つつけ加えますと、これだけ新設の医学校が出来ますと、私立の中には経営の危機に陥っているところがあるわけです。そういうところからも現在の体制、入学定員のあり方にいろいろな意見が出てきているのが実情でございます。

医師養成に要する経費

次に、医師養成に要する経費の問題ですけれども、これは非常にむずかしいわけでございます。資料2を見ていただきますと、そもそも医大をつくるのにどれくらい経費がかかるかということでございますが、入学定員が100人で、講座が30、付属病院のほうは診療科が17、病床が600と、これだけの規模で考えますと、実際、これは国立大学でも最も小さなものですが、まず教職員定員のほうは約900人、正確にいうと930人くらいの手がかかると。それから臨時的経費で、施設、設備費で投入する額は240億と書いてございます。これは建物代と設備代だけでございまして、そこにありますように用地購入は別でございまして。

土地というのは、その場所によりまして1㎡当たり100万円する土地もあれば、1000円で買える土地もあるから、にわかには計上できないので、ここにはございませんけれども、たとえば1㎡当たり1万円の土地にしますと、新設医科大学には22万平方メートルとっておりますから、22億という金額になるし、5000円にすると11億という感じになるわけです。ここには純粹の施設費と設備費だけのせております。土地代はむずかしいから出さなかったということでございます。

それから学生1人当たりの経常費ですけれども、資料3で、これも大変むずかしいものですが、仮りに公立という、国立と私立の間にあるところをとってみました。まずこのa、b、cといういくつかの医科大学を抽出したわけですが、学生数がa大学の場合681人、これは現員がそれだけいるということです。経費は学部と研究所とあわせて37億でありますから、単純に1人当たりに割ると500万という金額になるわけです。以下500万、400万、300万、400万と、だいたい300万から500万です。

資料 2.

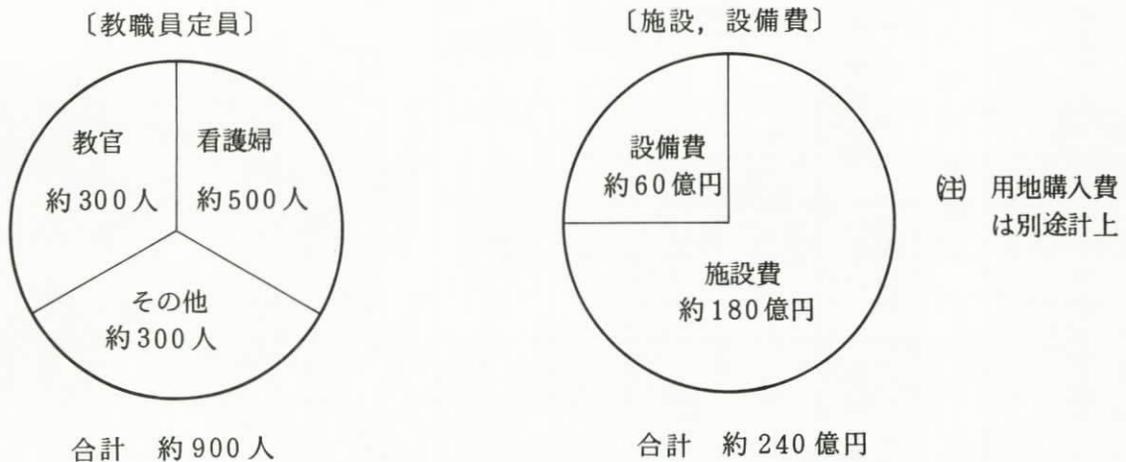
無医大県解消計画の進捗状況

I 大学及び附属病院の開設状況

区 分	計画数	既開設	残 り	未設置の大学病院の内訳
大 学	大学 16	大学 15	大学 1	琉球 (56)
附 属 病 院	病院 16	病院 9	病院 7	高知, 佐賀, 大分 (以上56), 福井, 山梨, 香川 (以上58), 琉球 (59)

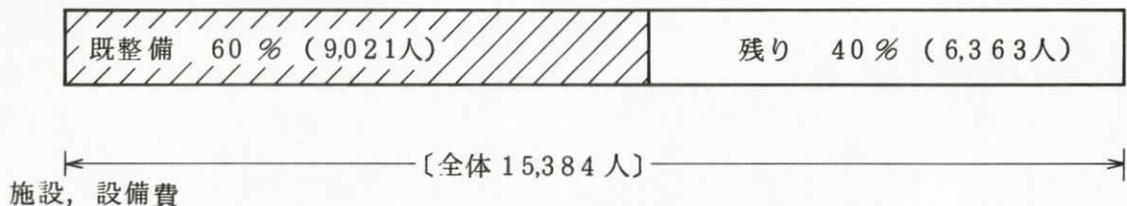
(注) ()内は開設予定年度を示す。

II 1 大学当たり所要経費



III 教職員定員及び施設, 設備費進捗状況

教職員定員



資料3. 昭和54年度公立医科大学学生1人当り経常的経費

(百万円)

区分	学生数	学部等関係				病院支出を含む			病院収支差を含む			備考	
		学部 ①	研究所 ②	計 (①+②) ③	学生1人 当り経費	支出額 ④	計 (③+④) ⑤	学生1人 当り経費	収支差額 ⑥	計 (③+⑥) ⑦	学生1人 当り経費		
医科大学	a	681 ^人	3,584	137	3,721	5.46	8,889	12,610	18.52	2,306	6,027	8.85	
	b	483	1,974	97	2,071	4.29	5,421	7,492	15.51	973	3,044	6.30	
	c	697	2,154	—	2,154	3.09	7,300	9,454	13.56	891	3,045	4.37	
	d	524	2,008	276	2,284	4.36	5,915	8,199	15.65	1,182	3,466	6.61	

- (注) 1. 学部及び研究所経常費は、「土地費」、「建築費」及び「積立金」への支出を除く全ての経費。
2. 病院支出額は、「積立金への支出」を除く全ての経費。

ただ、これはいわゆる学部経費でございまして、病院のことも考えなければならない。次の欄で、病院支出額を単純にだしたのですが、a大学の場合は病院支出額が年間88億ございすから、単純にさきほどの37億に88億をたして、人員数で割りますと1人当たりの経費は、1800万というとてもない額になるわけでありす。以下1800万、1500万、1300万、1500万と、こんな経費になるわけです。

しかし病院というのは収入もある。例えばa大学では88億の金を全部文字どおり支出しているのではなくて、歳入があるはずだから歳入を差し引きましょうということで、その収支差額というものをそこへのせる、つまり学部教育に要する経費と病院の赤字分だけで計算するといくらになるかというのが、いちばん右はじの欄で、そうするとa大学の場合は、学生1人当たり880万程度で、以下600万、400万、600万となるわけです。

資料の4は、国立の浜松医科大学の大学要覧からもってきたものですけれども、いま申しました1人当たり経費の計算をこれでやってみますと、まず学生数の現員が1年から6年まで全部で593人おります。次の会計の欄の歳出の欄を見ると全部で65億8400万という数字がございす。ですから、65億を593人で割りますと、たぶん1100万ぐらいになると思ひます。先ほどの公立の1800万とか、1500万まではいかないけれども、そのくらいの金がかかる。

また、この大学は病院収入が15億入っております。そのほかの授業料等を入れますと収入が17億ですから、65億から17億差し引いて計算すると800万ちよつとになるんでしようか。それともう1つ歳出のなかに施設、整備費というのがございまして、この施設、整備費というのはまさに臨時的支出で新設大学の建設途上の経費なものですから、これは差し引いて考えてもよいわけです。だから最大限差し引けば、65億から収入の17億と、施設、整備費の14億を差し引いたものになるし、経費の最大限となれば、65億と計算してもいいというようなくあい、経費の出し方というのはその使い方によっていろいろあります。

ちなみにこの病院の場合は、附属病院収入が15億で、歳出が33億ということでございすから、収支差比率は50%に満たないわけございす。ここは新設の医科大学で病院開院3年目、しかも新設の医科大学の例にもれず必ずしも立地条件がよくないから、収支差比率が大変低い。最近、だいぶ経営はよくなっております。そんなことございす。

ついでにその次のページをめくっていただきますと、土地、建物というのがございまして、これは16の新設医科大学それぞれ違うのですけれども、ここは全部で29万平方メートルとなっております。

それから資料5は、学校基本調査を使いまして出してみたものです。読みづらいかも知れませんが、資料5のうしろのほうの数字は積算の内訳です。このグラフを見ていただきますと、

資料 4.

1. 職員，学生等

昭和54年5月1日現在

職	区 分		学長	副学長	教授	助教授	講師	助手	計	事務官	技官	技能等 技 員	計	合計
	員	定 員		1	2	38	41	34	115	231	644			644
員	現	医 学 部			35	32	2	62	131	12	43	9	64	195
		医学部附属病院			2	3	27	24	56	5	348	28	381	437
		医学部附属動物 実 験 施 設									1	3	4	4
		事 務 局 等	1	2					3	131	22	38	191	194
	計		1	2	37	35	29	86	190	148	414	78	640	830

学	医 学 部	年度	入学定員	入学志願者(女子内数)	入 学 者(女子内数)	年次	現員(女子内数)		
		医 学 科	昭49	100	3,662(274)	101(7)	6年	83(6)	医員
		50	100	753(63)	100(9)	5	95(9)	医員(研修医)	16人
		51	100	1,560(154)	100(10)	4	100(11)	計	31人
		52	100	1,131(111)	100(6)	3	103(5)		
		53	100	1,005(90)	102(6)	2	106(7)	研究生	30人
		54	100	344(51)	101(20)	1	106(20)	(うち外国人留学生 2人)	
		計	600	8,455(743)	604(58)	計	593(58)		

2. 会 計

昭和53年度

区 分		科 目	決算額 (千円)	科学 研究 費 補 助 金		
歳 入	国立 学校 特別 会計	附属病院収入	1,595,127	採 択 種 別	件数	交付額 (千円)
		授業料及び 入学検定料	50,814	が ん 特 別 研 究	1	12,000
		学校財産処分収入	4,292	特 定 研 究 (1)	1	17,000
		雑 収 入	126,096	” (2)	1	500
計			1,776,329	綜 合 研 究 (A)	1	2,500
歳 出	国 特 別 学 校 計	国 立 学 校	1,733,812	” (B)	1	2,000
		大 学 病 院	3,356,607	一 般 研 究 (A)	1	600
		施 設 整 備 費	1,492,469	” (B)	6	13,600
	一 般 会 計	文 部 本 省 南 極 地 域 観 測 事 業 経 費	838	” (C)	8	12,370
		外国人留学生給与	438	” (D)	8	3,420
		計	6,584,164	奨 励 研 究 (A)	4	1,480
				試 験 研 究 (2)	2	4,200
				計	34	69,670

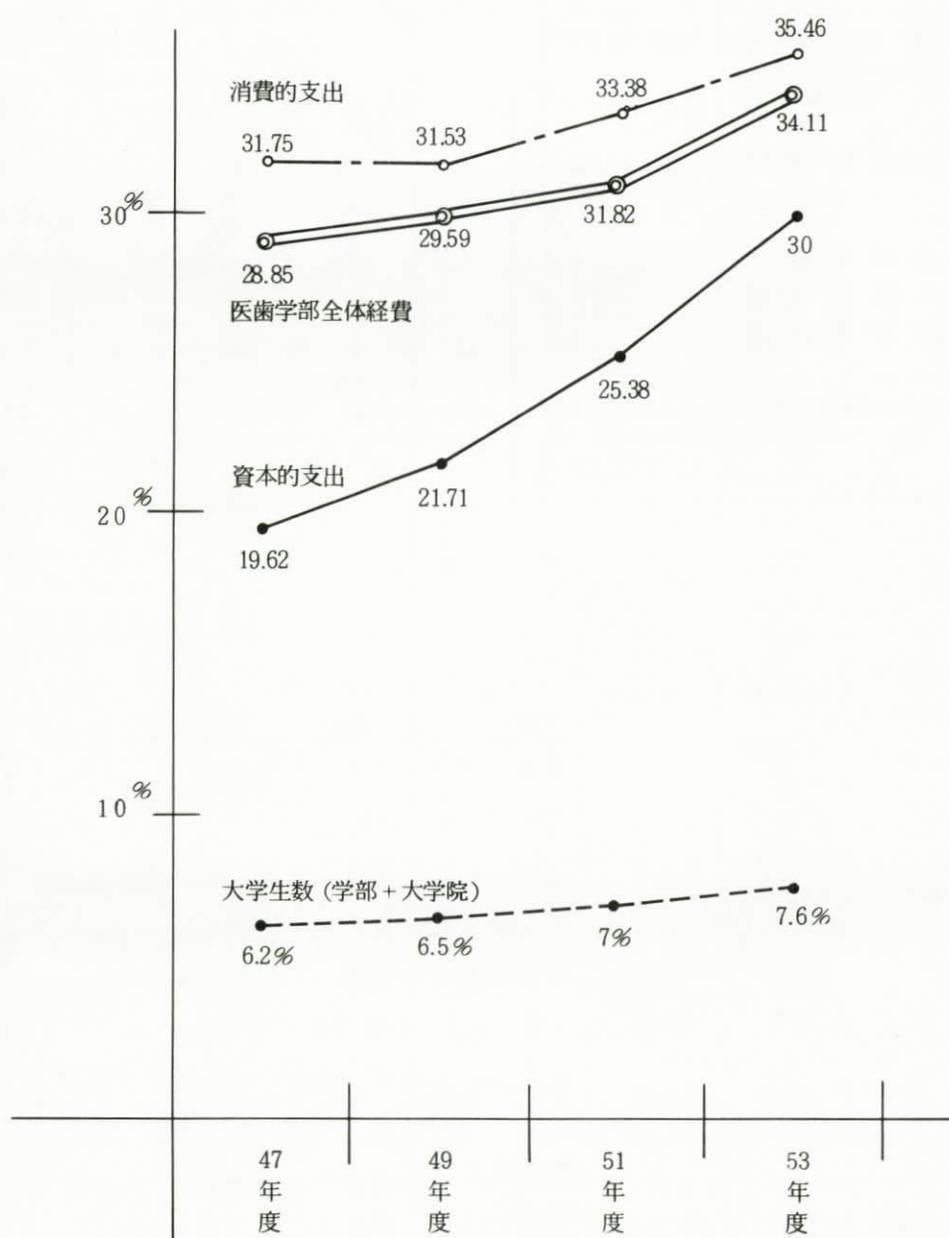
3. 土地及び建物

昭和54年5月1日現在

区分 口座	土 地	建 物		備 考
		建面積	延面積	
本 部	258,400 m ²	5,180m ²	9,357m ²	管理棟・半田山会館・福利施設棟・体育館 エネルギーセンター・その他
附属図書館		1,089	1,746	附属図書館
医 学 部		5,063	25,951	講義実習棟・基礎臨床研究棟・臨床講義棟 R I 動物実験施設・その他
附属病院		7,108	40,205	附属病院・その他
看護婦宿舍		1,419	5,526	3棟 180戸 (構造RC-規格b)
職員宿舍(□)		897	3,313	医大半田山宿舍 (構造RC-規格c 10戸 3棟 60戸 (構造RC-規格b 50戸))
” (←)	35,165	3,748	136,556	医大宿舍 構造RC-規格d 48戸 構造RC-規格c 140戸 構造RC-規格b 10戸

区分 口座	土地	建 物		備 考
		建面積	延面積	
佐鳴台宿舎(一)	365	106	106	学長宿舎 1棟1戸(構造W一規格e)
” (二)	707	212	212	副学長宿舎・事務局長宿舎 2棟2戸(構造W一規格e)
計	294637	24822	100,072	

資料 5. - 1. 国立学校特別会計に占める医学部，歯学部の割合



資料5-2. 国立学校特別会計に占める医学部、歯学部の割合

昭和47年度

(百万円)

	国立学校 特会 A	医学部 B	歯学部 C	病院 D	E (B+C+D)	百分比 (E/A)
A 消費的支出	278,707	18,582	2,343	67,563	88,488	31.75 %
1. 人件費	191,152	13,491	1,773	35,589	50,853	26.60
2. 教育研究費	31,040	2,782	322	3,969	7,073	22.79
3. 管理費	24,176	1,427	169	5,027	6,623	27.39
4. 補助活動事業費	2,075	128	14	45	187	9.01
5. 所定支払金	5,138	523	43	616	1,182	23.00
6. その他	25,126	231	22	22,317	22,570	89.83
B 資本的支出	87,681	6,922	824	9,459	17,205	19.62
1. 土地費	4,127	169	21	39	229	5.55
2. 建築費	44,731	4,476	425	4,573	9,474	21.18
3. 設備・備品費	33,219	1,885	338	4,672	6,895	20.76
4. 図書費	5,604	392	40	175	607	10.83
C 合計 (A+B)	366,388	25,504	3,167	77,022	105,693	28.85
D 大学生数 (学部・大学院)	307,379人	16,902	2,214人		19,116人	6.2 %

c/d 1,509^千 c/d 1,430^千

c/d 5,529^千

昭和49年度

(百万円)

	国立学校 特会 A	医学部 B	歯学部 C	病院 D	E (B+C+D)	百分比 (E/A)
A 消費的支出	463,313	32,533	3,826	109,687	146,066	31.53 %
1. 人件費	317,645	22,999	2,945	62,089	88,033	27.71
2. 教育研究費	48,200	4,596	442	6,442	11,480	23.82
3. 管理費	38,455	2,667	263	9,115	12,045	31.32
4. 補助活動事業費	2,963	205	24	59	288	9.72
5. 所定支払金	22,837	1,778	133	1,596	3,507	15.36
6. その他	33,213	308	19	30,386	30,713	92.47
B 資本的支出	113,843	11,104	688	12,927	24,719	21.71
1. 土地費	9,476	253	21	4	278	2.93
2. 建築費	55,186	6,694	220	8,237	15,151	27.45
3. 設備・備品費	42,049	3,574	392	4,610	8,576	20.40
4. 図書費	7,132	583	55	76	714	10.01
C 合計 (A+B)	577,156	43,657	4,514	122,614	170,785	29.59
D 大学生数 (学部・大学院)	328,447人	(18,956) 19,056	2,280人		(21,236)人 21,336	6.5 %

c/d (2,303^千) c/d 1,980^千

c/d (8,042^千)

注) 医学専門学群は、大学生数の中には含めているが、学部経費には含めていない。D欄大学生数の上段()は医学専門学群を含めない人数である。

昭和51年度

(百万円)

	国立学校 特会 A	医学部 B	歯学部 C	病院 D	E(B+C+D)	百分比($\frac{E}{A}$)
A 消費的支出	609,683	46,373	5,107	152,060	203,540	33.38%
1. 人件費	406,242	32,367	3,935	79,988	116,290	28.63
2. 教育研究費	66,111	6,625	612	9,627	16,864	25.51
3. 管理費	54,477	4,041	375	14,027	18,443	33.85
4. 補助活動事業費	4,474	288	33	326	647	14.46
5. 所定支払金	28,743	2,698	120	2,275	5,093	17.72
6. その他	49,636	354	32	45,817	46,203	93.08
B 資本的支出	148,640	15,040	1,563	21,119	37,722	25.38
1. 土地費	7,535	302	21		323	4.29
2. 建築費	71,323	9,126	1,034	8,357	18,517	25.96
3. 設備・備品費	60,308	4,734	437	12,669	17,840	29.58
4. 図書費	9,474	878	71	93	1,042	10.00
C 合計(A+B)	758,323	61,413	6,670	173,179	241,262	31.82
D 大学生数 (学部・大学院)	352,854	(22,126) 22,424人	2,411人		(24,537) 24,835人	7.%
		$\frac{C}{D}$ (2,776)* ¹⁾	$\frac{C}{D}$ 2,766		$\frac{C}{D}$ (9,833)* ²⁾	

昭和53年度

(百万円)

	国立学校 特会 A	医学部 B	歯学部 C	病院 D	E(B+C+D)	百分比($\frac{E}{A}$)
A 消費的支出	742,779	57,361	6,472	199,557	263,390	35.46%
1. 人件費	481,774	39,377	4,808	98,078	142,263	29.53
2. 教育研究費	83,895	8,723	773	11,939	21,435	25.55
3. 管理費	68,125	5,483	499	19,576	25,558	37.52
4. 補助活動事業費	4,860	364	42	354	760	15.64
5. 所定支払金	33,749	2,883	247	3,100	6,230	18.46
6. その他	70,376	531	103	66,510	67,144	95.41
B 資本的支出	243,233	27,104	4,265	41,585	72,954	30.00
1. 土地費	12,937	1,301	141		1,442	11.15
2. 建築費	128,240	17,482	2,479	15,712	35,673	27.82
3. 設備・備品費	89,967	7,281	1,550	25,754	34,585	38.44
4. 図書費	12,089	1,040	95	119	1,254	10.37
C 合計(A+B)	986,012	84,465	10,737	241,142	336,344	34.11
D 大学生数 (学部・大学院)	371,070人	(24,840) 25,336人	2,856人		(27,696) 28,192人	(75) 7.6%
		$\frac{C}{D}$ (3,400)* ¹⁾	$\frac{C}{D}$ 3,759* ²⁾		$\frac{C}{D}$ (12,144)* ³⁾	

注) 医学専門学群は、大学生数の中には含めているが、学部経費には含めていない。

D欄大学生数の上段()は、医学専門学群を含めない人数である。

出典：学校基本調査

いちばん下に学生数というのがございまして、53年度で申しますと、76% となっています。これは、国立大学の学生のなかで医歯系の学部、大学院学生の占める比率です。医学部は規模が小さいから、医学部が増えたといっても、全体の学生数からいうと76%にとどまっている。

一方、支出のほうはどうかといいますと、医歯学部経費全体をあわせると、国立学校特別会計の歳出の34%にもなります。学生は76%しかいないのに、歳出のほうは約3分の1を占めています。その上と下に消費的支出と資本的支出が、53年度に30%になっているのは48年から無医大県解消計画で医科大学をつくりはじめまして、施設整備費が非常にかかっていることによります。いまなお新設医科大学の整備計画は進行中でありますから、資本的支出の割合は非常に高くなっています。なお、消費的支出におきましても35%程度を占めておりまして、これを見るといかに医学部、歯学部というのはお金がかかるかということがわかると思います。

医師の需給関係に対する見通し

次に医師の需給関係について、どういう見通しを持っているかということですが、その前提として文部省が考えております高等教育全体の整備計画について、一寸ご説明いたしたいと思います。文部省は昭和50年度から「高等教育の計画的整備」という名前で進めております。これは昭和51年から55年までを前期として、この間に高等教育機関の全体的な整備をどうしたらいいかという作業をしているわけでございます。51年から55年までの前期が5年で、後期が56年から61年で6年になりますが、これはご承知のとおり昭和60年というのは丙午の年に生まれた子供が18歳になる年だそうで、そのところだけ同一年齢人口がガタッと減るから、多少計算がしづらい。そこで61年までということにしたわけです。

ちなみに18歳年齢人口というのは、昭和51年から55年までは毎年ほぼ同じで、だいたい150万人くらいで推移しているわけですが、昭和60年以降、第2のベビーブームの波が押し寄せて、最大のピークに達する昭和66～67年には、200万を越えることになるわけです。61年で、たしか180万くらいになる。

そういう見通しのもとに、高等教育全体をどういうふうに按配したらいいのかが、高等教育の計画的整備ということです。そのなかでいろんな試算をしましたが、医学についてはもはや社会的ニーズにはじゅうぶん応え得る体制になっているから、少なくとも高等教育の計画的整備の10年間では、原則として現在進められている計画以上にはつくらないということ、もうすでに50年にいっているわけです。さきほど申しましたように、無医大県解消計画というのはいまだ進行中の段階ですが、これの完了後はこれ以上間口をふやすべきではない

というのが文部省の方針でございます。

又、このことは別に最近の医療の動向からして、医師というものが社会的に不足しているかどうかという点につきまして、厚生省は最近「不足の時代から充足の時代への転換」というきまり文句で国会答弁をしておられまして、厚生省の判断ではいまや充足の時代に移りつつあるということです。このような情勢を踏まえて、文部省としてももうあまり数のことについてとやかくいう必要はないだろうと考えておる次第であります。

当面の問題とその処理

この需給関係についてはもう少しきちんとしなすことには、以下に申し上げます課題がどうにもこなせないわけですけれども、順次申し上げますと、まず第1は、目前の問題の処理ということでありまして、一つは一部の私立大学におけるひずみ、これはご承知のとおり、多額の入学時の寄附金の問題ですけれども、これをなんとかきちんとしなすと困る。

これはよくいわれることですけれども、事実で、一部の私立大学はいまでも何千万単位の寄附金や入学金を取っていて、そういう私立大学の学生の質は大変バラエティに富んでいる。一方国立大学にはものすごく質のいい学生が集まる。極端になっている。一部の私立は、そういう連中が入ったはいいけれども卒業ができない。いまいちばんひどいある新設医科大学の場合ですけれども、入学定員が100人で6年間だから、600人という総定員であるところに、現在920人もいる。これは学生を入れるには入れるけれども、出るほうが出ないということで、学内に溜り溜っている。かといって、下手に卒業させると、国家試験の合格率が極端に下って、マスコミにたたかれる。また、下手に国家試験に通ってしまうと、内容が伴っていないものだからなおさら困る。大学のほうはすっかり弱気になって、学内に溜め込んでいるという状況で、こういうばかみたいな話をとにかく早く解決しなければなりません。

次は、国立のほうですけれども、さきほど申しましたように、無医大県解消計画というのが48年からはじまって、琉球大学でいちおう終了ということですが、それは、実は学生の受入れのほうを開始したというだけの話で、付属病院などまだ半分くらいしかできていませんで、これから開設しなければならないものが7病院もあります。それにはお金と人員が莫大にかかることとなりますが、とても政府全体が借金財政のときに、病院開設の見通しが立たないわけです。これはまさに深刻な話でありまして、たとえば高知、佐賀、大分の三医科大学は56年に病院を開くという前提のもとに53年に学生が入りまして、いま学年進行で3年を終って、来年から4年になる。それが病院を開けないということになったら、いったいどうなるのかと

いうので、いちばん頭が痛いのはこの点です。とにかく学生を入れているのだから、残りの七つの病院は必死になって開かないとどうしようもない。しかも600床は財政的に無理だから、300床くらいに規模を縮小しようということも、これは医学教育の質の問題がかかってきますから、無理な話でございまして、それがいま目の前にある話としてはいちばん重いわけです。

新設医科大学の国立16校はもちろん最低限の整備をしなければいけません、それ以外の既設の医科大学のほうも、ほうっておくというわけにはまいりませんで、充実をしていかなければなりませんから、国の乏しいやりくりのなかで、どうやって新設医科大学を曲りなりにも1人前にするかということで、行政的にいえばこれで手いっぱいということでもあります。

医学教育の守備範囲の再検討

また、それ以外にもっと基本的な問題がいくつかございます。その一つが医学教育の守備範囲の問題でして、文部省は卒前で厚生省は卒後といわれるけれども、現在、医師法で定められている卒後の臨床研修2年というのは、その中でいったいどういうふうな位置づけで、どういうふうな教育上の対応をしたらよいのかということが必ずしも明確ではないわけです。つまり、医学教育というのはそもそも実質8年あると思ってやるのか、6年だと思ふのかということですが、こんな簡単なことをとお思いになるかも知れませんが、いまだに整理しきれていないわけです。

現在、6年を卒業したものが国家試験を受けて医師の免許状を得るわけだから、曲りなりにも独立して診療ができるというところまで卒前の6年間でやらなければならないことになっています。しかしながら、もし、卒業研修というのが本当に機能するならば、もう少し卒前教育のほうもゆとりが出てくるのではないかというふうな議論もありまして、卒前と卒後の区分をきちんとする必要がある。ところがこの臨床研修というものが、制度的に何かということがはっきりしないわけです。これは一応かつてのインターンの代替として出来たわけですが、非常に怪しげな制度でございまして、国立大学で申しますと、医学部を卒業して、医師免許をとって、そのあと医師法に書いてある2年間臨床研修に従事している者を研修医と称しているわけです。2年の研修医を終わってなお、のこっているものを医員と称しておりまして、これは5年くらいいるのでしょうか。

少なくとも研修医という人たちは、私どものほうでは基本的にはチーフ・レーパーという位置づけになっております。つまり、非常勤の国家公務員で、診療に従事する。それで非常勤職員でありますから給与は日給計算になっていて、毎日きちんと勤めて、月給はだいたい12万くら

いです。いい若者を、しかも医学部を出た医者を12万で使おうということが、だいたいおかしいわけですが、もし、彼らが大学院に入れば国に14万円の授業料を払ってもらうことになります。学生だという位置づけにすれば向うからお金をもらわなければならないし、労働力だといえはたくさんお金をやらなければいけない。そこがなんとなく変になっていまして、よくわからない。かりにこれを労働力と位置づけて、常勤の国家公務員にすれば、だいたい医師の初任給調整手当だけで月額14万円つくわけです。だから非常勤という現在の位置づけは非常に曖昧模糊としているということです。大学のほうでも、これを教える対象と理解するのか、教授の手足となる人間だと思ふのかははっきりしていない。臨床研修というのを真面目に教育の制度として考えるならば、この辺の位置づけをはっきりしなければならないはずなのですが、今のところ結着がついておりません。

教育内容・方法の改善

次は教育内容、方法の問題ですけれども、よくいわれておりますように、本当は20年後のニーズを見て医師養成をしなければならない。21世紀における医師の社会的な位置づけであるとか、どのような医師が求められるかということがなければ、これまた本当は教育ができないはずなんです。

現在、各大学でカリキュラムの再編の動きがございます。私どものほうでは、医学部は時間制でありますから、専門教育4年間のうちに4200時間やりなさいときめているわけですが、各大学を見ると4200時間でおさまっているところはほとんどなくて、4600時間から4800時間になっています。私どもは4600時間くらいまでなら文句をいわないが、4800時間くらいになると注意を喚起して、5000時間をこえると嚴重に指摘をするという仕掛けになっているのですが、さきほど申しましたとおり、留年学生を抱えた新設校では、表向きは4800時間にして、あとは自習という名目で実際は5500時間くらい、朝から晩まで勉強ばかり一生懸命やっている。

現在の教育の内容については、たとえば厚生省で盛んにプライマリーケアということをおっしゃってますが、となると卒前でプライマリーケアをどういうふうに取り入れていくのかという問題が出てきます。従来の大学教育というのは非常に専門医指向でありますから、今後の医療の中で本当にプライマリーケアの重視が必要だというなら、そういうふうカリキュラムを組まなければならないということになります。

社会的ニーズに対応する予測ということで、いま申しましたプライマリーケアの問題もあり

ますが、もう一つ、これは一つの例として持ってきたわけですが、資料6で、健康科学大学と
いうことを提唱している人があります。つまり21世紀の社会を考えてみた場合に、いまのよ
うな医療制度で対応しきれぬのかというと、しきれないだろう。というのは、これからの社会と
いうのは高年齢化がますます進むと考えられ、一方、老人というものは多かれ少なかれなんら
かの病気を持っていると考えられる。それを医師と看護婦が手厚くケアをしていては、財政的
にも問題が生ずることは目に見えている。であるから、健康人でもない、といって病人でもな
い、その中間のものを対象とする医療が必要であり、そのためには、大学の医学教育もそうい
う中身に切り替えなければならないのではないかということです。しかも実際に役に立つ人間
の養成には20年かかるから、早くこの大学をつくれというのが、この大学の構想を主張してい
る方々の意見でありまして、私どももきわめてもっともだと思えます。

ただ、具体的に、この健康科学大学を出た人が、社会的にきちんと位置づけられるような、
医療制度のほうの整備の見通しがないと、老人がふえることだけはわかっている、文部省だ
けでは、どうにもなりません。で、この辺のところは厚生省の方針いかんにもかかってきます。
文部省としてはこういうものを実験的にやりたいという気持ちはあるのですけれども、なかなか
そこのところの踏ん切りがつかない。しかしいずれにしろ、いまからこういうことをきちんと
考えておかなければならないという危機感を持っています。

それから、従来は医学生の実習というのは大学の付属病院でやることになっていました
けれども、これに対して関連教育病院という制度を導入したということがあります。これによ
って、以前医科大学の付属病院は800床、病床が必要であったところを、基準を改めまして、
600床、プラス関連教育病院として、300床以上の公定病院を活用するということにいたしま
した。これは、一つは医師養成のコストの軽減にもつながりますし、もう一つはプライマリ
ケアを重視するということから、大学病院という特殊な社会で、特殊な病気だけ見ていてもし
かたがないわけで、腹痛、風邪ひき、地域の病気というものに触れる必要があろうということ
で、教育内容とコストと両方の面からこれを活用すべきだと、こういっているわけです。しか
し、これは実際にはなかなかうまく機能していない。いろいろとトラブルがあって、私どもも
困っているわけですが、こういう方式については、もう少し真面目に見なおしをする必
要があろうかと思えます。

3番目に、厚生省あたりでおっしゃっているティーチャー・トレーニング・センター、TTC
構想というものがあります。ひとくちに言えば学生の質が非常に下がっているということに対
して、教育効果を上げるために、教師に教え方を教えましょうという話です。そういうことが
教育内容の問題でございます。

医学教育水準の確保システム

それから医学教育の質の水準の確保については、国立大学というのはいちおう国が直営でやっていますから、それほど問題はないけれども、私学の場合には、どうやって大学の質を確保するかという問題は重要です。ご承知のとおり、経常費助成という制度がございまして、国は私立大学の経常的な運営費の2分の1以内を補助することになっております。これは医学だけではございまして、私立大学全般がそうになっておりまして、現在人文社会、自然各分野を通じて、私立大学の経常費の30%くらいをすでに国で補助している。医科大学、医学部だけをとってみますと経常的経費の39%、約4割というのを国が補助しております。この補助金の交付を通じて、さきほど申しました留年学生をあまり溜め込むとか、寄付金をたくさん集めるために、入学定員100人のところを150人もとるとするのは、補助金の交付の対象にしない、あるいは減額するという形での間接的な誘導をしています。この経常費助成の仕組みは昭和45年からできたわけで、最近この額がふえて、私立大学のほうもこれに従わざるを得ない状況になってきました。そういうことで、だんだん寄付金をたくさんとって入れるというようなことはなくなってきているわけでありまして。もっとも、中には、補助金を辞退して、やりたいほうだいのことをやっている大学も若干あるにはありますが。

そのようなことで、間接的にコントロールはしていますが、基本的にいうと、日本の場合には、ア krediteーションといったものはありません。これは日本の大学とアメリカの大学の設置の仕方が違うわけで、アメリカはいわゆるア krediteーション方式でありますし、日本はどちらかというといギリス型のチャーターリング方式であると言えます。日本では、だれかが大学をつくらうとする場合、資金や、ティーチング・スタッフを集めて、その上で文部省に認可を願い出る。それで文部大臣の認可というお墨付きをもらえば、それが正式の大学となるわけです。つまり認可ということで大学ができる。

一方、アメリカのほうは、これは基本的にいえば大学をつくること自体はだれでもできるわけで、届出をすればいい。届出をすれば学校ができる。これはイギリスの小中学校でもそうで、2~3人集まって学校をやろうかといえば学校ができるという仕組みになっている。ただ、それは単に学校法人という法人の認可があっただけで、それを社会的に大学と認めるかどうかというのは、また別の話です。アメリカの場合、学校法人の設置自体は商法によって届出ればできるわけですがけれども、それがたとえば医科大学なら医科大学として認められるためには、同業者の仲間の規制を受けなければならない。つまり、アメリカの医科大学協会、この前みえたクーパー氏のあの協会へ加盟をしなければ大学であると社会的に認められない。アメリカでは医

師の免許状を出すのは各州知事のはずですけれども、この協会に入っていないければ実際は無効ということになる。ですから、つくるのはわりと簡単だけれども、同業者の規制があって、自分たちの仲間内の協会に入れるか入れないかという方式でチェックしていく。

ついでに申しますと、アメリカの規制は縦割の、つまり各分野ごとの同業者の規制と同時に横割の規制もあります。横割というのは、各地域ごとに、その地域の高校と大学とが集まって、それであれば大学であるかどうかという判断をするアクレディテーションと地域別のアクレディテーション、2重にかかっているわけで、ご承知のとおりアメリカの大学というのは、何々ユニバーシティというのもあれば、何々カレッジとか、メディカル・スクールとか、名前を見ただけではさっぱりわからない。それでそういう地域のおよび専門的な同業者規制のなかで、いいものを大学として認めるという仕組みになっている。

日本ではそういうのはなくて、文部大臣という偉い人が認めればそれで終わりですから、いったん大学が出来てしまうと、仲間内で、たとえば日本私立医科大学協会は、アメリカのような意味での規制力はないし、いわんやおまえのところはできが悪いから、わが協会から除名だということとはしないわけです。ですから大学の内容についてとやかくいうのは、これは文部省ということになり、視学委員とか、大学設置審議会の委員とか、そういう人が行って指導するわけですが、あまりききめはないということです。水準を維持するためにはもう少しきちんとアクレディテーションしたほうがいいと思います。

もう一つ、医学教育の水準の確保に関しては、入学者の選抜方法の問題がございまして、これがいま極端になり過ぎている。質のいい学生をつかまえることがいちばん重要ですが、片やお金で入ってくる、片や偏差値輪切りで、とにかく当該高等学校の名声を上げるために、むずかしいところへ何人入れるかという競争になってしまっていますから、本当に医師にふさわしい素質のある人が来ない。そういうことと別の意図から入ってくるような学生がかなり多い。医学部に偏差値のいちばん優秀な学生が集まるというのは非常に異常な事態で、それが高校の進路指導になり、世間の風潮になっているというのもおかしいことです。このところも真面目に考えなければいけないところだと思っています。

次に医師国家試験の問題ですけれども、私はこれは本当にいまの医学教育を歪めている大きな原因だと思っております、わずか1回の国家試験で、医師としての適性がわかったり、知識、技術がわかるなどということは、あり得ないことだと思います。それに、いまさきほど述べたようなレベルの低い私立大学がたくさんあって、かろうじて国家試験で医師の質の低下を防いでいるといえますけれども、一部の私立医科大学を見ると、国家試験のための勉強しかやらない。ご承知のとおり、あれは5科目の必須科目と、2科目の選定科目というのに分かれて

いて、2科目の選定科目というのは年によって違うのです。そうすると、私立の医科大学はそれしかやらない。今年は皮膚科が出ないとなると、皮膚科の勉強はいっさいしない。試験勉強に専念しているのが6年生の臨床教育の実態だなどというのは、やはりおかしいわけです。

戦前のご承知のとおり医学部を出れば医師免許状がとれたわけですから、それにせよとはいわないけれども、もう少しこのところは考える余地があるのではないかというようなことを考えているわけでございます。

大変飛び飛びで要領を得ませんでした。医学教育の現状についての概括的なご説明を一応終らせて頂きます。

アメリカにおける医療制度と医療マンパワー問題の現状について

京都大学経済学部助教授

(前) 横浜国立大学経済学部助教授

西 村 周 三

慶応義塾大学大学院経営管理研究科助教授

慶応義塾大学ビジネススクール専任

田 中 滋

アメリカにおける医療マンパワー問題の現状

西村：お配りした資料、これは「増大かつ多様化する医療需要に対する医療組織の対応に関する研究」という、NIRAの助成で、沖中記念成人病研究所で行った研究の一部です。マクロの医師マンパワー問題というのはもちろんアメリカでもいろいろな予測が行なわれています。基本的にはプライベートな組織、例えば医師会のいろいろなサブ・グループが中心で、政府が直接タッチしたり、直接的に数を決めるというわけではありません。ですから、いくつかマンパワーの予測というのはあるのですが、だいたいマクロ的な予測というのは少なく、例えば放射線医のマンパワーはどういうふうになるかとか、病理医のマンパワーはどういうふうになるか、内科のマンパワー・スタディとか、外科のマンパワー・スタディ、そういうたぐいのものがかなり出ています。それで、それを中心にちょっとお話申し上げたいと思います。

“The Health Professional Educational Assistance Act of 1976”というのが76年に通ったのですが、その前にマンパワー問題についての議論が非常に盛んになされました。以前は、とにかく不足ということで、急速にふやしたわけですけれども、今一番大きな問題というのは、マンパワー全体の数の大小というよりも、プライマリー・ケアをやる医師と、スペシャリストとの配分の問題です。つまり、みんなスペシャリストになり過ぎて、プライマリー・ケアの医師が少な過ぎるようになったということです。

それは地域間のアンバランスとまったく裏表でして、主としてアーバン・スプロールというのがあって、都市郊外の高級住宅地に、コミュニティ・ホスピタル等々も含めてどんどん病院が増えたのに対して、例えば僻地とそれからもうひとつは、例えばニューヨークのゲッター

というようなところで、極端にプライマリー・ケアをする医師が減ったということです。このように地域間のアンバランスと、それから専門間のアンバランスという二重の意味でのマルディストリビューションというのが、いちばん大きな問題のように思います。

アメリカの医療システム

私、そういう問題を考えるにあたって、医師がその一生をどのように経ていくかということで一人の医師のライフタイムのキャリア・ストラクチャーというのを見ると、アメリカの問題、日本の問題、イギリスの問題といった各々の問題点がものすごく際立ってくるのではないかと思います。(図1, 2参照)

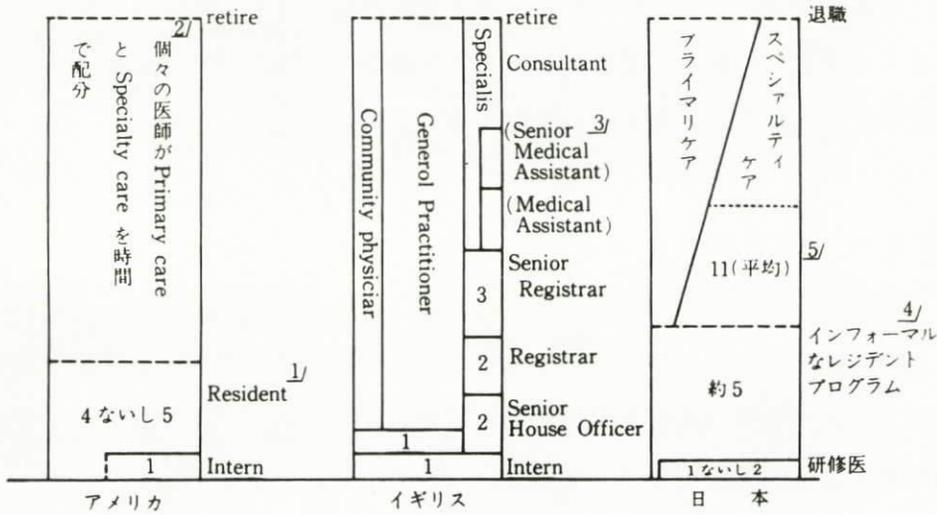
例えば、イギリスはいちばん簡単で、ジェネラル・プラクティショナー(GP)とスペシャリストというのは、はっきり人的に分かれていて、インターンと1年ないし2年のレジデントを終った段階で、パッと分かれてしまう。GPになった人はずっと一生GP、専門医になった人はずっと一生専門医です。

ところが日本の場合には、プライマリー・ケアという言葉が最近いろいろ問題になっていますが、現在の普通の開業医がやっているのを、プライマリー・ケアというべきかというのは、二つの面で問題があります。つまり、開業医といっても非常にスペシャリスト的なこともやっているし、それから同時にこんどは本来プライマリー・ケアのやるべきことをやっていないというふうな批判も出ていまして、このところは非常にあいまいですが、ある時点で医師一人が診療している内容というのは、病院の医師と、普通の開業医とは違いますから、ある程度分けることができる。若い間はスペシャルティ・ケアで、次第次第にプライマリー・ケアの方に移っていくというような形態ですね。

アメリカの場合は、実はオープン・スタッフ制とも関係しているわけですが、一人の医師が例えば1週40時間働くとする、そのうちの3割をプライマリー・ケアにあてて、そして7割を専門医としてやるということになっています。

例えば日本で外科と標榜して開業している場合と比較してみましょう。アメリカでは、オフィス・ベースド・フィジシャンというのでも、主に病院の中に病院とは別会計のオフィスを持っていて、そこで標榜される科目というのは、例えば外科というようなジェネラル・サージョンは次第に非常に減ってきて、内科でいうと胃腸科医、呼吸器科医等々、よりサブスペシャルになってきています。そこには、更に、ナース・プラクティショナーとか、あるいはもう少し小さな病院だとレセプションリストというのがいて、その人が最初に診て、それから各オフ

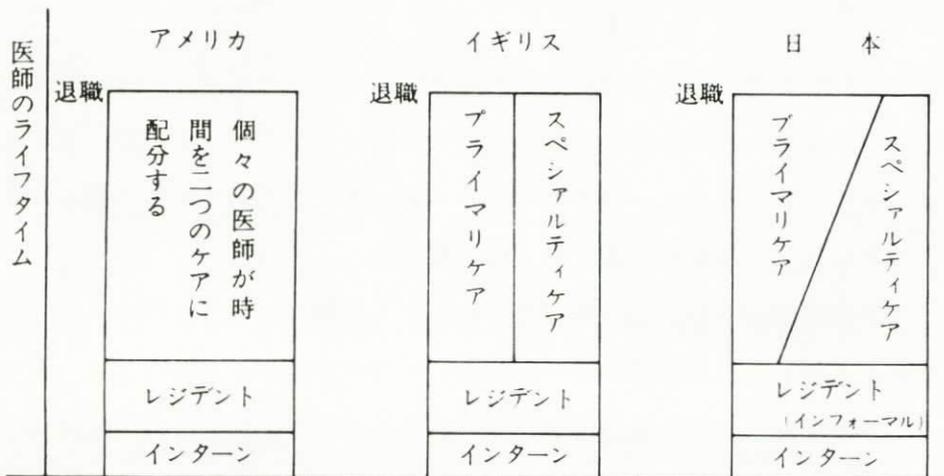
図 1. 医師のキャリアストラクチャー (その 1)



注・数字は年数を示す。資料の出所は本文第 4 節～第 6 節にわたる文献参照。

- 1) アメリカのレジデント教育の長さは、専門によって 3 年から 5 年にわたる。より詳細な分野ごとの年数については、Elzinga & Jacoby [1977] 参照。
- 2) アメリカの primary care と specialty care の配分については本文第 4 節参照。
- 3) Senior Medical Assistant, Medical Assistant の年数は、明示的に定められていない。Consultant になるまでの期間の暫定的なものであるとされている。くわしくは第 5 節参照。
- 4) 日本のレジデント教育は、公式には義務づけられていない。さらに研修医についても、公式には厚生省「臨床研修の運用について」の通達によっている。(1975年現在)
- 5) インフォーマルなレジデントを経たあと、医師は次第に開業をしていく。平均開業年齢は、1975年現在約 11 年の勤務医を経たあとである。なおくわしくは第 6 節参照。

図 2. 医師のキャリアストラクチャー (その 2)



注：上は図 1 を簡略化したものである。

イスへ患者を配分していく。

つまり、一人の医師が時間を二つに分けて週の何時間かプライマリー・ケアをやって、そこで診た人がさらに特殊な治療を必要とすれば、病院の中へ入院させて、実際にスペシャリストとしての治療をするという形であるように思うのです。

プライマリー・ケア医対策の現状

なぜこういう話をしたかという、さきほど言いましたプライマリー・ケアのマンパワー問題というのが、アメリカでは大変深刻な問題となって、76年に、プライマリー・ケアの養成のために政府が補助金を出して奨学金を増額し、プライマリー・ケアのレジデンシー・プログラムというのを受けると、たくさん奨学金がもらえるという法律が通ったのです。それで、76年から79年くらいの3年間くらい、学生がプライマリー・ケアの方にどんどん流れていくということを期待していたわけですね。ところが最近の調査ではどうもうまくいっていない。というのは、学生たちは一年のプライマリー・ケア・レジデンシー・プログラムというのを受けても、終わったらまたサブ・スペシャルのところへ行ってしまう、結局、その分教育年限を長くしてしまうだけの効果しかなかったわけです。長い目で見ると、受けた教育の内容というのは、たぶん役立つのだらうと思いますけど、頭数で、例えば実際にプライマリー・ケアをやる人というように見ていくと、ぜんぜん効果が上がっていない。

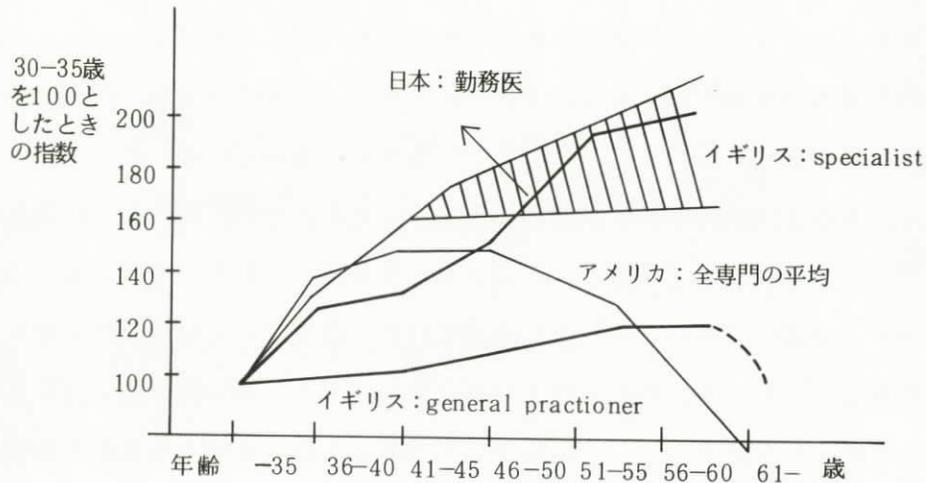
専門医志向と収入

それはなぜかといいますと、アメリカの場合医師というのはオープン・スタッフ制で、全部フィーで収入が得られます。日本の開業医が年齢別で所得がどうなっているか、ちょっとよくわからないのですけれども、イギリスのスペシャリスト、それから日本の勤務医というのは、いずれも年功序列型の賃金になっています。(図3参照)

ところがアメリカの場合、だいたい41から45くらいが一番稼ぎ時で、それからあとどんどん落ちていくわけです。しかも、この図では、全専門の平均で書きましたけれども、プライマリー・ケアをやっている医師と、より細分化した専門をやっている医師との収入を比べると、時間あたりで見ても、総所得で見ても、専門をやる人の方がずっと所得が高いのです。

これには、資格制というものが関係していて、例えば呼吸器なら呼吸器の専門医の資格をとりますと、一別の専門の医師が呼吸器の治療をやってもちろんいいのですが、— 同じこ

図3 所得の年齢別構成の比較



資料：アメリカ American Medical Association Profile Medical Practice, 1977, (American Medical Association, 1978)

イギリス Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration Seventh Report, (London, HMSO, 1977)

日本 人事院給与局「職種別民間給与の実態, 昭和51年」人事院, 1977年

注：日本の勤務医のパートタイムによる収入は含まない。イギリスのSpecialistの私的診療は含まない。なお、3国とも、歯科医は除く。

とをやっても高いフィーが得られる。これが極度に専門分化していく一つの理由なわけです。短期的にプライマリー・ケアのレジデンシー・プログラムというのを作ったり、あるいは入ってすぐくらいのところのフィーというのを上げるように努力したって、長い目でみたら、結局、できるだけ専門化していった方がより多くの収入が上げられますからね。

フィーの決定メカニズム

——フィーというのは、だれがどうやって決めるのでしょうか。

西村：これはまたもう一つの重要な論争なのですけれども、ユージュアル・リーズナブル・カスタマー（URC）クライテリオンというのがあります。ユージュアルで、リーズナブルで、カスタマーなものによってフィーは決めなさいというわけです。たとえば盲腸の手術をしますね。そうすると患者本人から直接とる場合にはそうメチャメチャにとれないけれども、実際いろいろな調査をしたら、同じような地域で調べてみても、いちばん低いフィーに対していちばん高いフィーは、だいたい3倍くらいなんです。つまり、盲腸炎の手術1回のフィーが

600ドルから1800ドルくらいに広がるんですね。これは、最近やっと調査が出てわかってきたことなので、今まで誰も知らなかったといっても言い過ぎではないくらいです。つまり、ブルークロス・ブルーシールドに請求がきますが、ブルークロス・ブルーシールドはどうやら内緒で最高の上限というのだけ決めているらしいですね。それは誰にもわかっていない。

——電話帳かなんかみたいなの、ものすごい価格表があるではないのですか。

西村：一応ありますが、それは医師会の方が作ったものです。自分達で組織し作った基準がありまして、それを目安にするように医師にはすすめているわけですね。もちろんそのようなものはブルークロス、ブルーシールドも持っていて、日本でいえば点数ですけれども、点数相当の額よりも倍くらいでも、あるいは3分の2くらいでも、別にどうということはありません。上限のある程度こしたときだけ、これは高過ぎるからだめだという答えがくるだけで、いくらぐらいだったらいいのかということのはわからない。医師の中でも、自分はどのくらい請求しているかわからないということを言う人がいます。歴史的には、同じ手術をしても、この手術はうまくいったと思えば高くとり、あまりうまくいかなかったと思えば低くとるとか、あるいは金持ちだったらたくさんとり、貧乏人だったら少くとるということをやってきたわけです。それが次第に保険が—プライベートな保険ですけれども—普及してきて、それからメディケア、メディケイドが普及してきたにもかかわらず、そのような歴史的な経過が残っているわけですね。それぞれのコミュニティでインフォメーションを交換し合って、もちろんだいたい相場は知っているわけですね。けれどもそれは決して表には出てこない。

——出ないでしょう。日本でもリーズナブルというのはあって、たとえば、タレントのギャラとか、講演の謝礼とかはリーズナブルといえるでしょうが、フォーマルなものではありませんから。

——それはどこの社会でも同じなのではないですかね。そちらのほうが普通なのです。公定価格でもそれを動かさないほうがおかしいでしょうね。

——おかしいです。そういうふうになんとなく評価ができていて、なんとなく払う、そちらのほうが正常ですよ。

西村：ただ、それはたとえば公的な、国民健康保険とはたして両立するののかという問題があります。

田中：途中ですが、「アメリカ合衆国コミュニティ病院の分析」の105ページに、これは医師ではなくて、病院費用の請求のほうですけれども、メディケアに対する償還請求額の計算方式がのっています。(資料1参照)このとおりにやっていると計算が出ますが、アメリカの場合、病院は事後償還方式ですね。日本みたいな点数で決まっているのではなくて、病院が機械

を買って5万ドルかかったから5万ドルくれという形です。そのときの計算の仕方ですが、費用ベースで計算していったのと、それからこの病院ケアの費用と料金の比較と書いてありますけれども、そこに「慣習的」料金とあるのは、病院のケアについて、つまり食事、寝泊りに関して「慣習的」料金というのがあるということです。それと比べて少ないほうをメディケアは出すのですね。メディケアというのは、実際にはブルークロスが代行している場合がいちばん多いですが、それが持っているリストがあったわけです。医師については、ちょっとわからなかったですね。病院のこれは、ブルークロスのバイスプレジデントから聞いたものです。

—— しかし、本当はそれがいちばん正しいやり方でしょうね。

田中：差があるのが普通でしょうね。

西村：しかし、国民健康保険と両立するのでしょうかね。それがいま問題になっていて、アメリカのヘルスケア・ファイナンス・アンシュレーションというのが、間もなく国民健康保険ができるのではないかということで、それに備えて一生懸命点数を作り出しています。なにをやっているかといったら、日本のやっているのと同じようなことで、そういう意味では日本の真似をしだしている。

—— それは、日本がいい、悪いではなくて、出来高払いで点数的な基準を決めないといけないとすると、日本がいちばん資料として豊富ですから、それで日本のを使うというだけのことでしょう。日本の点数の分布が妥当であるかどうかということについては、多くの議論があるけれど、少なくとも1億人の人間がそれを使ってそれほど大きなクレームはないのですから、だからそれを使うのがいちばん妥当なのではないでしょうかね。

田中：病院経営は費用を積み上げていって償還を頼めますが、医者へのサービスは費用を積み上げることは不可能ですね。

西村：そういうわけで、アメリカでの一番深刻な問題というのは、専門医がどんどん増えていくことなのです。専門医の占める比率というのは、ほかの国に比べても圧倒的に高いですね。たとえば専門医が、事実上プライマリー・ケアをしているという事は考えないことにして、標榜する診療科名という基準でいきますと、アメリカはプライマリー・ケアをやっていると標榜するのは3.9%、イギリスは56.5%、それから日本では診療所で診療している医師だけをプライマリー・ケア医師としてとりますと67.8%なんですね。これは75年のデータです。この数字をごらんいただいてもわかりますが、アメリカではどんどん専門分化していく。たとえば、同じ小児科でも、さらに小児外科を標榜するというようにです。小児外科がやった診療と、小児科がやった診療では、小児外科の方が高くとれるという雰囲気が出てきてしまっている。

—— そのほうがリーズナブルであるということですね。

資料 1.

保険機構に対する償還請求額計算方式

メディケア・プログラムは病院に対し、原則として費用の事後償還制をとっている。各病院は以下の手順で償還請求額を算出し、メディケア代行機関に提出しなければならない。

1 自己資本に対する報酬の算定

- (1) 当該期間中の平均自己資本額〔=年度初め、および各月末の自己資本額をそれぞれ足し合わせ、13で割ったもの。病院ケアには直接関係せず、投資目的で保有されている資産分はこの計算から除外される。〕
- (2) 想定利益額〔(1)×想定自己資本利益率：この率は制度で決められている〕
- (3) 医業（入院ケア・外来・救急・検査等）費用総額〔他のワーク・シートで計算〕
- (4) 対医業収入利益率〔(2)÷(3)〕
- (5) メディケア患者のケアに対する報酬額：各費目別〔メディケア患者ケア費用各費目×(4)〕
- (6) 自己資本に対する報酬額〔(5)の合計〕

2 病院ケアの費用と料金の比較

この部分では料金ベースの患者に対して適用される「慣習的」料金でメディケア患者のケアを評価した金額と、そのケアについて認めうる「妥当な」費用の比較が行なわれる。費用事後償還制が原則ではあるが、前者が後者を下回る場合には、「慣習的」料金分しかメディケア・プログラムに請求することができない。

I 費用

- (7) 医業費用〔(3)〕
- (8) 自己資本に対する「認めうる」報酬額〔(6)〕
- (9) 一定限度以上の腎臓透析費用
- (10) 病院ケアの妥当な費用の総額〔(7)÷(8)×(9)〕

II 料金収入（メディケア患者のケアを料金表に基づいて評価した、いわば「仮想」料金収入額）

- (11) 入院に付随する項目（検査等）からの料金収入額
- (12) 外来料金収入額
- (13) 入院看護料金収入額
- (14) インターンおよび病棟医による診療の料金収入額

- (15) 救急部門の料金収入額
- (16) 腎臓透析料金収入額
- (17) 「仮想」料金収入額合計 [(1)~(16)の合計]

Ⅲ 「慣習的」料金

- (18) 料金ベースでケアを受けた患者から実際に徴収した金額
- (19) 料金ベースでケアを受けた患者が、健康保険規定第405条455b項に定められた通りに支払を行なったとしたら実現していたであろう金額
- (20) 徴収実現比 [(19)÷(18)：但し、10を越えてはならない]
- (21) 「慣習的」料金による評価額 [(17)×(20)]

Ⅳ 超過額

- (22) 料金が費用を上回る場合 [(21)-(4)]
- (23) 料金が費用を下回る場合 [(4)-(21)]

3 償還額の計算

- (24) メディケア患者についての医業費用 [(10)]
- (25) 「妥当な」費用の超過額 [(23)：もし(22)ならこれはゼロ]
- (26) メディケア患者に起因する徴収不能損失(初診料+患者自己負担部分について発生したもの)
- (27) メディケア患者からの超過徴収額(26から戻入分を差引いた額を越えてはならない)
- (28) 小計 [(24)-(25)+(26)-(27)]
- (29) コスト制限の由に償還されない費用の復活
- (30) 料金を超過する由に償還されない費用の復活
- (31) 償却性資産の売却あるいは除却によって生じた、本来過去の会計期間に適用すべき損益額
- (32) 事業の中止、もしくはメディケア患者利用減少により発生した、超過減価償却戻入額
- (33) 総費用 [(28)+(29)+(30)±(31)-(32)]
- (34) メディケアからの期間中の暫定受取額
- (35) メディケア・プログラムへの償還請求額 [(33)-(34)]

西村：リーズナブル基準というのは非常に良いと思いますが、先ほども述べましたように、それが専門分化を極度に推し進めていくという可能性はあると思います。その他どのような問題があるかということ、いくつかの例とともに取りあげてみたいと思います。まず最近話題になりました病理医を例にとりますと……。

——病理医というものは具体的にいうとどのようなものですか。

——患者の死亡後解剖して病気の原因をさぐる医者です。このごろは生存中の患者からも肝臓や肺から標本をとってきて、顕微鏡でのぞいて判断するというをしています。

田中：病理医は病院に所属して、身分としてはホスピタルの被雇用者です。

——最初は病院から独立した存在であると主張していましたが、最近は被雇用者としての位置づけが一般的でしょう。

西村：アメリカはなにかにつけて資格社会ですから、たとえば病理医なり麻酔医というのはみんな協会があって、そこでフィーの基準も決めているわけです。それぞれの協会が力をもっている。先ほどおっしゃったように病理医というのは被雇用者ですから、ほとんどホスピタル・ベースで最初非常に地位が低かったわけですね。

病理医の地位が低かった理由の1つに、フォーリン・メディカル・グラジュエートといって、アメリカ本国の医科大学、メディカル・スクールに入れない者が、例えばメキシコの医科大学を卒業して医師になるときに、病理医なら直接患者には接触しなくてもすみますから、英語がうまく話せなくても務まるということで、病理にはフォーリン・メディカル・グラジュエートの医師が多数いたということがあります。

ところが、検査ブームというか、検査をしていないと医療禍誤で訴訟が起った場合不利であることや、また医療技術の進歩に伴って、検査技術が進歩し、医療のなかに重要な位置を占めるようになったこともあり、病理の相対的な地位が急激に上昇してきたわけです。それはただちにフィーにも反映して、非常に高額のフィーが得られるようになりました。事実、アメリカではおおよそ70年～75年くらいの期間、病理医に対しては非常に超過需要の状態でした。

それが現在どうなっているかといいますと、結論から先に云えば、また地位が落ちてきている。というのは、検査が次第にルーティン化してくるに従って、あるいは技術革新などによって、病理医でなくとも検査を行ったり、結果をある程度読みとることができるようになる一方、検査自体はMDでなくても、ケミストのPHDをとった人なども参入可能な場であることから、一種の検査産業、ケミカル・インダストリーができて、これが外注による検査を請負うようになりました。そのようになってくると、今まで病理が専門的な知識を生かしてより高い地位にいたのに、今度は地位が下がり出してきたのですね。日本でも最近、そういう事態が起り

つつありますが、検査技術産業、要するにテクノロジスト、日本でいうと臨床検査技師ですが、それと病理医、それに普通の臨床医と三つの団体の力関係がさらに問題を複雑にしています。はたして、どれが良いかというのは非常に難しい問題で、ただ単に技術として結果を読みとれば良いという問題ではないですからね。検査結果をこれがガンであるとかないとか判断する長い経験が病理医にはありますから、それは微妙なところだと思います。

しかし、それにもかかわらず、病理医の地位が落ちてきて、77年に“Clinical Laboratory Improvement Act of 1977”という法案が出てたのですが、去年現在ではまだ通っていません。というのは、そういう検査をする時には必ず病理医が立ち会わなければならないというように病理医協会ではしたいわけですが、ケミストのテクノロジストの多く加入している団体では当然それに反対して、相方向い合って問題が解決しない。

そういった例は、例えば放射線医についても見られますし、小児科と小児外科との間にもそういう問題がみられます。その際、経済学の需要と供給の法則が働いて、たとえば技術革新が起きると、とたんに今までのものがなくなってしまうということにはならない。資格というものはかなり後まで効力を持つものですから、ポリテクカルなコンフリクトが生じて複雑になってしまうのですね。

検査過剰の諸原因

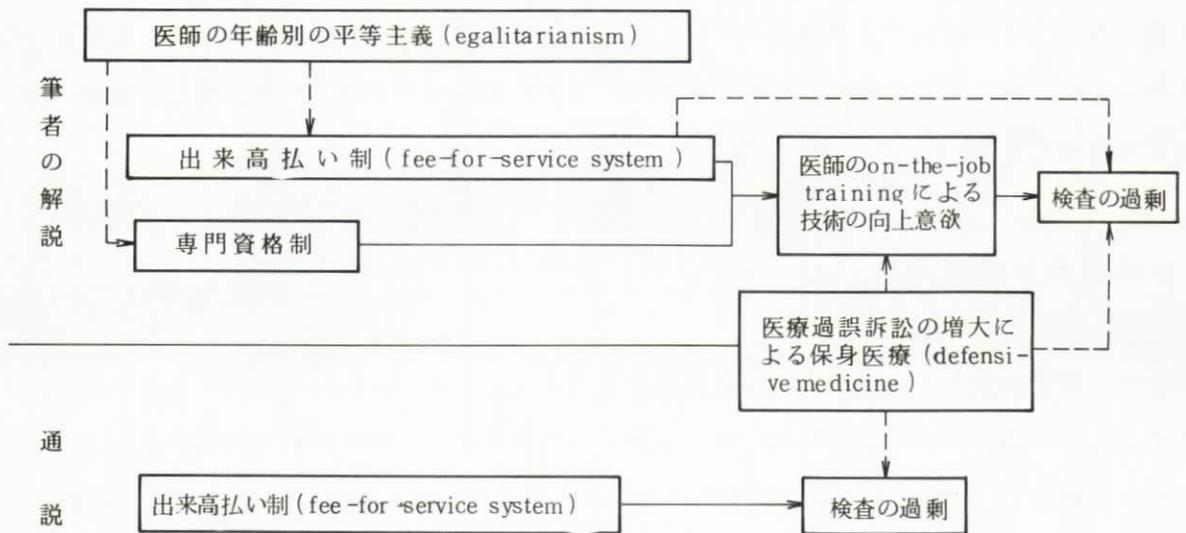
また、検査が過剰になって、検査費用が非常にふえてきているという問題がありますが、その理由として出来高払い制が原因であると良くいわれますね。確かに出来高払いをしているところと、HMOとでは検査の件数が大幅に違うというような調査結果もたくさんあります。しかし、ただ単に出来高払い制の弊害によって医療費が増加していくというわけではないと思います。

私の仮説から云いますと(図4参照)、これには、先ほどから話題にしております専門資格医制というものも大いに関係がありまして、平たくいいますと、医師があまりに勉強し過ぎる。日本のデータがないので比較はできませんが、私の印象では、各種の専門資格を持っている人というのは、それなりに職業意識も持っているし、事実技能も高い。常にオン・ザ・ジョブ・トレーニングで技術を向上させているわけで、勉強して、いろいろと知識を身につけようとするがゆえに検査が過剰ぎみになってしまう。そういう面が、特にアメリカなどの場合、強いと思います。もっとも、目先、少々フィーが上らなくても、できるだけ勉強して技術を上げ、より高度な専門資格をとれば、結局長い目でみるとインカムがふえるということもあるでしょう

が、フィー自体は決してそう高いものとも思えませんし、アメリカのオープン・スタッフ制と日本の病院のシステムを比べてみても、これは田中先生がご専門ですが、病院の経営方式においてはアメリカの方がかなり効率よくやっていると思います。

いずれにしても、アメリカで、少なくとも供給側の唯一の問題は検査に関する事柄であるといわれています。大型器機の導入も問題になっていますが、昨年の「ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディスン」によれば、78年度に使用した機械の総額が約6億ドルなのに対して、細かな検査費用は10億ドルにも上っている。“Small Technologies make big cumulative cost.”という言い方をしていますけれども、1つ1つの検査費用はたいしたことなくても、その量がたいへん多いわけです。

図4 検査過剰に関する諸原因の連関



* アメリカにおける医師の平等主義の伝統については、Stevens [1971] 参照。

専門資格医制の利点

以上、アメリカの医療問題に関連付けて専門資格医制について触れてきましたが、各種資格を持った専門医については別の面を示す面白い調査があります。それは医師の能力を調査するというものです。様々な技術に関しては、今議論がもめていて必ずしも決定的とはいえませんが、PSROなどが介入してきた結果、このような調査が盛んに行われるようになりました。例えば、抗生物質で、8歳以下の子供にはテトラサイクリンは投与してはいけない、他の抗生

物質にしなさいという調達が出て、なかなか全国の医師にいっせいに実行されるというわけにはいかない。ところが、そういった医学的な知識の浸透度を調査すると専門医の方が速くリスponsするという結果が出ています。

言い忘れましたが、小児科を標榜している医師のなかには、小児科の専門医の資格を持っている小児科医もいるし、そうでない者もいます。法的な規制は何もないわけで、医師の資格さえもっていれば、何を標榜しようと自由です。しかし、そのような資格を持っている医師と持っていない医師の薬剤の投与量を比較すると、技術進歩に対して反応するスピードは明らかに専門医の資格を持っている人の方が速い。

その他、外科については、いわゆるジェネラル・サージョンという普通の外科医と各種の特殊な外科、例えば直腸外科専門の外科医がありますが、この両者について調査を行うと、必ずしも直腸外科の専門医が治療においてすぐれていることが証明されるわけではない。このような結果になる調査も若干ありますが、全体としては、専門医の方がすぐれた治療をしているという報告が多いようです。

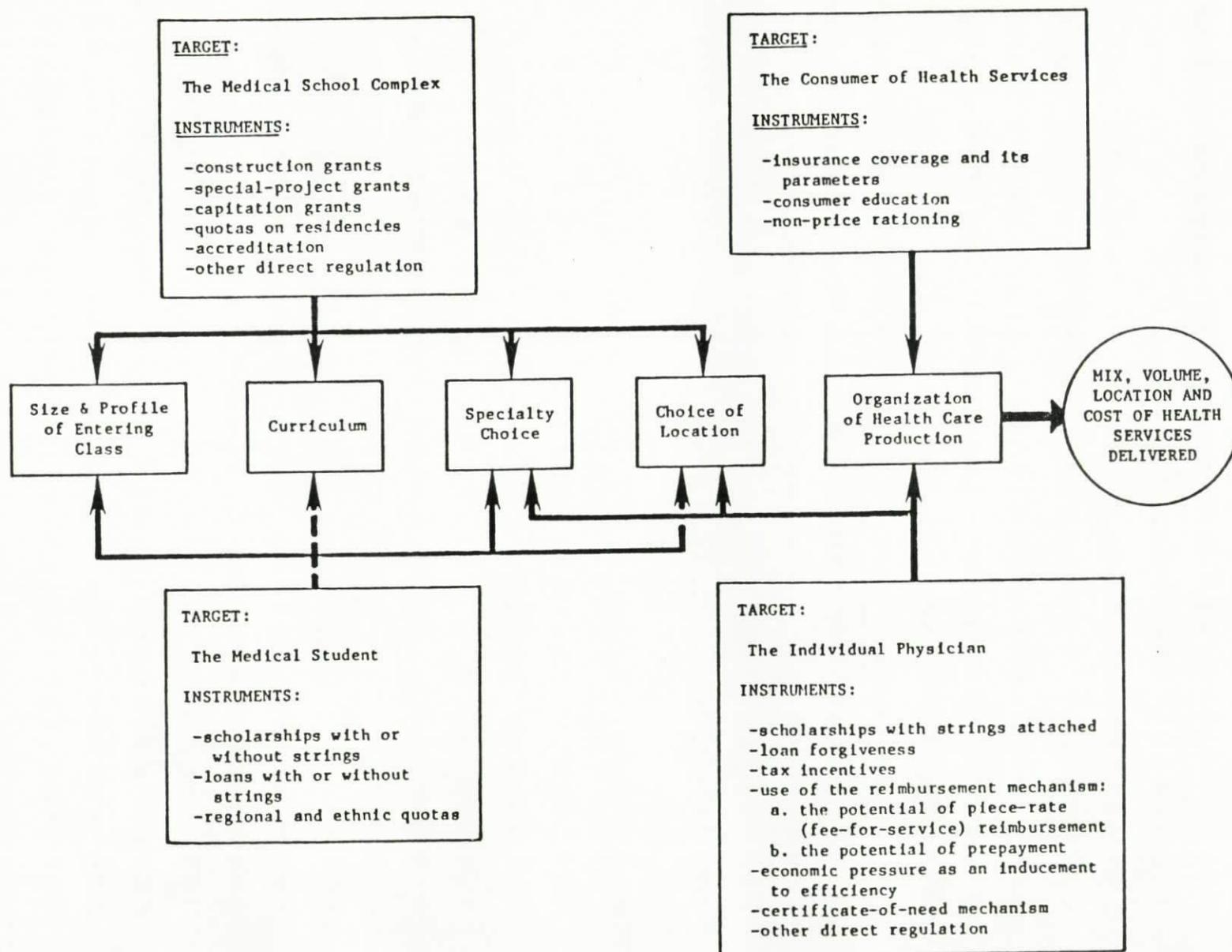
マンパワー予測とマンパワー・ポリシー

いくつかの専門医の境界が並合し合っているなかでの、いろいろな形での医師マンパワーのバランスの問題については、少なくとも3年に1回くらいの割合で、各学会—アソシエーションが、将来のパーソロジー・マンパワーに関するニードや、各々の専門科ごと、例えば結腸内科なら結腸内科についてのニードを推計しています。そしてそれに上積みして全体のマンパワーが出ると、ポリシーとして、全体のバランスを見ながらフェローシップを出していく。フェローシップをたくさん出したところには、ある程度人員が集まりますから、それで専門医間のアンバランスは調整されるという仕組みになっています。

事実、先ほど述べましたプライマリー・ケアとスペシヤリティ・ケアとの間のアンバランスの問題、それに医師と補助業務についている人とのアンバランスの問題は起ってきますが、専門医間のマンパワーのアンバランスという問題はあまり見られない。起ったとしても、新規卒業のところで調整するという方法もとれます。リエゾン・コミティという共同の委員会があって、各専門医を積み上げたマンパワーのニードをもとにして、疾病構造の変化をも視野に入れて、マンパワー・ポリシーを打ち出すわけですが、これは先の問題以外、かなり成功しているように思います。

リエゾン・コミティがやっているというマンパワー・ポリシーの考え方は図5を参照してい

☒ 5 Options in Health Manpower Policy



ただければわかると思います。最終的な目標は、右端の丸く囲ったものですが Mix, Volume, Location および Cost of Health Services Delivered がそれです。これにどのような ファクターが影響を与えているかに関しては、左から順に、Size of Profile of Entering Class, Curriculum, Specialty Choice, Choice of Location, それに Organization of Health Care Production が目標に影響する。そして、Medical School Complex と Medical Student をどのようにするかという観点からすれば、左の4つがターゲットとなるし、ファクターの1番右端は Consumer of Health Services の観点からのターゲット、さらに右の3つは Individual Physician からのターゲットとなっています。

—— Choice of Location について、日本のように、アメリカでもどの州で開業するかは比較的自由に変更できますか。

西村：それに関する規制はほとんど何もありません。

—— 医師免許を交付するのは連邦政府ではなくて、州政府でしょう。とすれば、カリフォルニアで医師免許をとった人が、例えばマサチューセッツで開業する場合、何か手続が必要なのではないですか。

西村：それは届け出をすればできます。その他は日本と似たようなもので、地域ごとに医師会がありますからね。そうした時、どこかの医科大学出身かということは、かなり重要なようです。これも日本と似ていますね。

田中：良い病院にスタッフとして入れるかどうかを別にすれば、基本的にはドライバース・ライセンスと同じで、どの州で医師免許をとっても開業、勤務は自由に選べます。

—— 日本では準看護婦の試験は都道府県がやっています。ですから、県によっては試験の難易に違いがあるかも知れませんが、もちろん建前上は同じことになってますが、実際、出題者が違うわけですからね。アメリカでも、州によってそうした違いがみられるようですね。

西村：もう1つ資料がありまして、これはジェネラル・アンド・ファミリー・プラクティスとそれ以外の医師の構成について、アメリカとカナダで比較したものです。表1のデータをごらんいただくとわかると思いますが、ジェネラル・アンド・ファミリー・プラクティスをする医師は、カナダでは50%くらいもいるのに、アメリカでは22%にすぎません。また、プライマリー・ケアとスペシャリティ・ケア、実は両者の区分は非常に難しいのですが、一応、インターナル・メディスン、ピディアトリクス・OB/GYN とジェネラル・サージャリーを広い意味でのプライマリー・ケアとすれば、これに関してはカナダとアメリカであまり違いはない。しかし、ファミリー・プラクティスに関しては、アメリカが極端に少ない。

さらにその後の調査で、インターナル・メディスンというカテゴリーに含まれる人でも、実

表1 Distribution of Physicians by Specialty :
Canada and the United States
1974

	CANADA		UNITED STATES	
	Number	%	Number	%
Total Active Physicians	37,297 ^a	120	301,238 ^a	124
Residents and Interns	6,189	20	59,022	24
Total Active, Not in Training	31,108	100	242,216	100
General and Family Practice	15,543	50	52,932	22
Internal Medicine	2,186	7	46,635	19
Pediatrics	1,116	3.6	19,633	8
OB/GYN	1,207	3.9	20,015	8
General Surgery	2,166	7	29,882	12
	22,218	71%	169,097	70%

^a Includes hospital-based physicians.

Sources: Canadian data--Canada, Department of Health and Welfare, Canada Health Manpower Inventory(1975), p. 186. United States data--American Medical Association, Profile of Medical Practice 75-76, Table 18, pp. 80-81.

はいろいろあって、そのなかでまた、ジェネラル・インター・メディスンと、心臓内科、胃腸科、呼吸器科、アレルギー科、血液科、内分泌科等々の専門的なものとに分かれているということがわかった。こういう事態なものですから、単純な比較はできませんが、……。

医師団体について

— 医師会には大多数の医師が入っているのですか。

田中：何パーセントかまでは知りませんが、確か日本ほど高くはないと思います。

西村：医師会の力はそれ程強くなくて、専門医の学会というか、協会の力が医師団体としては強いです。7割くらいの医師がなんらかの形でそこに入っています。また、そういった形式で医師が組織化されているといってもいいわけですが、その一ばん下—下といっっては語弊がありますが—のところに、メディカル・スクールを出なくてもいい人たちがいます。先ほどの技能に関する調査によっても、明らかに、その人たちは技術的に劣ることがわかりますが、とに

かく、そういう人でもなんとかやっていくことはできます。

—— スペシャリストというのはだいたいそのようなところに所属しているわけですね。

西村：少なくともどれかに所属している率は調べてませんが、何かの専門を標榜しているいわゆるスペシャリストは7割近くいますから、結局、その人達はだいたいどこかの協会に入っていると考えて、協会加入率も7割とみてよいように思います。

——それほどまでに専門分化が進むと、患者の方でもどこに行ったらよいか迷いますね。連れていくというか、紹介するだけでも大変でしょう。

西村：それは、先ほど云いましたようなレセプショニストとか、あるいはナース・プラクティショナーやフィジシャン・アシスタントというような新しい職種が出てきて、その人達が患者を各専門医に振り分ける仕事をするということになっています。

—— 実際、それは案外重要でしょうね。

田中：例えば、確率5%程度間違えることはあるでしょうが、それは後に医師の方でチェックできますから、残りの95%は医師のワーク・ロードを減らすことになり、そういった人達が第1次振り分けをしてくれれば、医師側はずい分楽になると思います。

学校経営の状況

西村：もう1つ申し上げておきますと、メディカル・スクールは全体として財政危機だということはあるようですが、私の知っている限り、倒産した例はありません。例えば、スタンフォード・メディカル・スクールも非常に深刻な財政危機に陥っているそうです。その原因の1つは、最近次第にメディケア、メディケイドが入ってきましたし、ブルークロスも点数の規制をやり出したということです。またもう1つの原因として、政府がプライマリー・ケア医を養成することに熱心になり、基礎研究や極度に専門化したリサーチ・リサーチと診療はアメリカではほとんど重複した概念を持っていますが—には資金援助をしなくなったということがあります。それでかえって、スタンフォード・メディカル・スクールのような名門メディカル・スクールのほうが財政危機になっています。

—— スタンフォード・メディカル・スクールは何立ですか。

西村：確か州立だったと思います。

—— 州立でも独立採算制ですか。

西村：原則として独立採算制ですね。州政府は、そこでやっている基礎研究にだけ資金を出している。アフィリエイトしている病院の方は独立採算制をとっています。でも、基礎研究に

資金援助しているといっても、実際にかかる費用と比べれば少ない。そこで、病院の収入をそちらへ回していたわけですね。

具体的にどのようにしていたかという点、メディカル・スクールがアフィリエイトしている病院の場合、大学の教官が同時にここで治療をします。以前ならば、当然フィーは、オフィスを持って治療している普通の医師よりもずっと高かった。ところが、フィーに対して一種の規制がなされるようになりましてから、メディカル・スクールのプロフェッサーがここで治療をすると、フィーを部分的に病院からもらって、その7割だったら7割を基礎研究に向けるということをやっていたわけです。

しかし、ステート・ユニバーシティが、カリフォルニア州でのプロポジション・サーティンとも関連して、基礎研究をするためにメディカル・スクールを運営しているのではないのだから、もっと臨床を多く、特にプライマリーケアをすべきであるとの意見を出しました。そのために、基礎研究の予算が非常に削減されてしまったのです。同時に、フィーの方も規制により減額されてしまいましたから財政危機に陥っているというわけです。まあ、ニューヨークの財政危機と同じようなレベルの話で、決して学校が倒産するようなことはあり得ないと思います。

アメリカにおける医療マンパワー予測の諸結果

田中：西村さんが理論的側面を説明してくださったので、私は主としてデータ面に触れたいと思います。私は先ほど申しましたように、医療マンパワー問題については専門というわけはありません。病院経営に関連する方面なら詳しくお話できるわけですが、今回アメリカに行きましたときに、たまたま DHHS（後述）や国会に所属する医療問題調査機関、それから病院経営会社などを回らして、データだけは最新の比較的細かいものを持ってきましたので、これをご報告したいと思います。

以前の DHEW (Department of Health . Education and Welfare) の組織が変わりまして、今は DHHS になりました。Department of Health and Human Service です。この下に Bureau of Health Manpower というのがあります。さらにその中に Manpower Analysis Branch というのがあって、ここが医療マンパワー問題を担当しているようです。

西村さんが先ほど云われたのは、“The Health Professional Educational Assistance Act of 1976”ですが、その前に Comprehensive Manpower Training Act of 71 というのがありまして、これが出たころをピークにして63年から76年までは医師の数が不足しているからふやさな

くてはならないと、すべての本に書いてあったといっても過言ではない状態でした。それで、医師をふやすべくいろいろな方策を立てるとというのが先の71年の法律だったわけです。その方向が変換になりましたのは先ほど西村さんのいわれた法律からで、数はもう十分ではないか、先行き余るのではないか、むしろ医師のディストリビューションの問題、あるいはまた質の問題といったことの方が重要なのであるというように、これ以後、アメリカの医療政策が大きく転換したといえると思います。

——その法律のもう1つ前に、確か1963年ですか、同じような法律がありましたね。

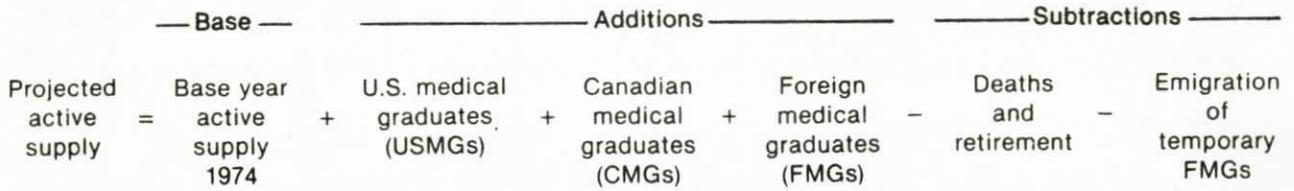
田中：63年、71年、76年と節がありまして、76年から後、全体数をふやすことよりも、ジェネラル・プラクティショナー（GP）をふやすとか、あるいはフォーリン・メディカル・グラジュエート（FMGs：外国人医師）を減らそうとかの政策が出てきました。FMGsに対しては入国を厳しく制限したり、非常に規制を強くいたしました。いちばん強く実行したのはその点かもしれません。あとは重点的に奨学金を出して、専門分野ごとの医師数の調節をするというのが基本政策です。

立法府に所属する調査機関のいちばん新しい予測ですと、医師のマクロの数は、75年が37万8000人、80年が45万人、90年が60万人となっています。しかし、どこまでを医師に含めるかという点で、実はいろいろな数字があります。GPの定義、あるいは医師の定義がいろいろあるため、これからお見せする表によって医師総数やその内訳が違うことに気づかれると思います。

医師数の推定方法は図6のとおりです。診療に従事する医師数（Projected Active Supply）の予測値を出すために、基準年の実際の医師数にアメリカのメディカル・スクール（以下「医学部」と互換的に用いる）を卒業した人（USMGs）、およびカナダ国内の医学部を卒業し、アメリカで医業を行う人（CMGs）の数を足します。それから、フォーリンというのはこの場合メキシコとか、フィリピンで、まあフィリピンが多いですが、そういうややレベルの低い国の医学部卒業生（FMGs）をプラスします。次に、死亡者と引退者、さらにFMGsが自国に帰ってしまう場合がありますので、これも引きます。以上がすべての場合の基本的な式になるわけです。これがグループ別や地域別に行われます。

それではお配りした資料の1ページめから、それに基づいた結果を見ていただきたいと思います。まず、表2は医師の死亡や引退の割合です。方波見先生の日本での推計の基本になっていたのと同じ種類の数字であります。年齢別、男女別のアメリカの医師の引退率および死亡率です。離職率（Separation Rate）は引退率（Retirement Rate）と死亡率（Death Rate）の合計です。

☒ 6 —Diagram of Projection of Supply of Active Physicians Through 1990



USMG = FYE^a - Attrition

FMG = Permanent visa + Temporary visa

Data sources

1. Federal capitation
2. Construction grant
3. Planned new schools
4. Potential support

Rates for:

1. FYE
2. 3-year program FYE
3. Transferees
4. Osteopathic schools
5. FMGs
6. Women

Estimates derived from visa qualifying exam pass rates

Estimates derived from 2-year service in U.S. medical system. Proportion will change status to permanent

Total separations = Deaths and retirements + Emigration of temporary FMGs

Derived from estimates of percent inactive (retirees) and percent mortality of MDs by age and sex cohort

^aFYE = first-year enrollment.

SOURCE: *Interim Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health, Education, and Welfare*, Washington, D.C.: Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 79-633, p. 112.

表2 - Derivation of Male and Female MD Retirement Rates and Death Rates by 5-Year Age Cohort

Age	Total MDs	Number inactive	Percent inactive	Retirement rate	Death rate	Separation rate
Male MDs						
Less than 30	31,047	64	.0020	—	.0007	.0007
31-34	39,470	64	.0016	.0000	.0007	.0007
35-39	38,562	88	.0023	.0001	.0014	.0015
40-44	37,501	107	.0029	.0001	.0022	.0023
45-49	32,989	156	.0047	.0004	.0043	.0047
50-54	27,319	188	.0069	.0004	.0066	.0070
55-59	25,100	370	.0147	.0016	.0111	.0127
60-64	19,452	708	.0410	.0053	.0188	.0241
65-69	13,368	1,483	.1109	.0140	.0294	.0434
70-74	8,941	2,034	.2275	.0233	.0465	.0698
75 and over	11,817	5,186	.4389	.0423	.1243	.1665
Female MDs						
Less than 30	3,568	70	.0198	—	.0005	.0005
31-34	2,929	157	.0536	.0007	.0008	.0015
35-39	2,617	166	.0634	.0020	.0013	.0033
40-44	2,894	226	.0781	.0029	.0023	.0052
45-49	2,313	163	.0705	.0015	.0028	.0013
50-54	1,832	151	.0824	.0024	.0043	.0067
55-59	1,410	126	.0894	.0014	.0064	.0078
60-64	1,105	139	.1258	.0073	.0098	.0171
65-69	993	242	.2437	.0236	.0152	.0388
70-74	779	290	.3723	.0257	.0250	.0507
75 and over	964	630	.6535	.0562	.0916	.1478

Based on: 1) American Medical Association, Department of Survey Research, *Selected Characteristics of the Physician Population, 1963 and 1967* (Chicago, 1978), table 21, p. 162; and 2) R. Hendrickson, "Specialists Outlive Generalists," *Prism*, December 1975.
 SOURCE: *Interim Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health, Education, and Welfare*, Washington, D.C.: Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 79-633, p. 119.

表3 - MD First-Year Enrollment Projections Using 1977 First-Year Enrollment as Base, to 1987

	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88
Low series											
Total	16,136	16,486	16,908	16,921	16,931	16,936	16,938	16,940	16,942	16,944	16,944
Base year	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136
Construction commitments	—	300	700	700	700	700	700	700	700	700	700
New schools	—	50	72	85	95	100	102	104	106	108	108
Basic series											
Total	16,136	16,725	17,350	17,525	17,612	17,690	17,765	17,838	17,909	17,980	18,047
Base year	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136
Construction commitments	—	450	950	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025
New schools	—	74	134	169	191	204	214	222	228	234	236
Other	—	65	130	195	260	325	390	455	520	585	650
High series											
Total	16,136	17,013	17,748	18,019	18,188	18,340	18,485	18,628	18,769	18,906	19,037
Base year	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136	16,136
Construction commitments	—	650	1,150	1,225	1,225	1,225	1,225	1,225	1,225	1,225	1,225
New schools	—	98	204	271	311	334	350	364	376	384	386
Other	—	129	258	387	516	645	774	903	1,032	1,161	1,290

SOURCE: *Interim Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health, Education, and Welfare*, Washington, D.C.: Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 19-633, p. 135.

表4 - First-Year Enrollment Projections Using 1976 First-Year Enrollment as Base, to 1987

	1976-1977	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88
Low series												
Total	1,068	1,218	1,309	1,354	1,411	1,429	1,447	1,484	1,481	1,498	1,515	1,532
Base year	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068
Construction commitments	—	90	154	184	214	214	214	214	214	214	214	214
New schools	—	60	87	102	129	147	165	182	199	216	233	250
Basic series												
Total	1,068	1,258	1,364	1,437	1,522	1,562	1,603	1,643	1,682	1,722	1,762	1,801
Base Year	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068
Construction commitments	—	95	164	199	234	234	234	234	234	234	234	234
New schools	—	84	111	138	177	207	237	266	295	324	353	382
Other	—	11	21	32	43	53	64	75	85	96	107	117
High series												
Total	1,068	1,273	1,432	1,534	1,658	1,721	1,782	1,843	1,903	1,963	2,024	2,084
Base year	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068	1,068
Construction commitments	—	100	214	264	264	264	264	264	264	264	264	264
New schools	—	84	188	241	282	322	361	361	400	439	478	517
Other	—	21	64	85	107	128	10	150	171	192	214	235

SOURCE: *Interim Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health, Education, and Welfare*, Washington, D.C.: Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 19-633, p. 136.

次がアメリカ国内のメディカル・スクールへの入学者数です。表3には3種類の推計がありまして、ロー、ベシック、ハイと3つの予測が載っています。各組のいちばん上の行に入学者総数が書いてあります。以下はその内訳で、既存の医学部、現在建設中、さらにこれからふえる医学部にそれぞれ何人入学するかという3種の予測が出てきます。いちばん多い場合、8年後には年に1万9000人の医師の卵が新たに医学部に加わるわけです。少ない場合では1万6944人です。

表4は医師ではなくて、オステオパシスト(後述)の数です。前表とまったく同じ表示方法です。

—— 表3のOtherというのは何ですか。

田中：ニュースクールズでもないところへの入学者ですが、これは具体的には何を指すのか、今はちょっとわかりません。あとで調べておきます。

表を見ながら続けたいと思いますが、表5は医学部(Medical SchoolとOsteopathic School)への新入学者数の予測です。前2表における中位予測の数字の合計が書かれています。順調に進級すれば10年後には年間2万人弱ほどの医学部の卒業生が出てくるというわけですね。日本の倍にあたります。

表6は合衆国の医学部卒業生の予測です。オステオパシストの数もふえていっています。これはそれほどふえなくてもいいと思いますが……。

—— これは不思議なことですね。

田中：医学部がふえたのは、60年ころ医師が不足だといって増設したわけで、これは納得がいきますが……。一方、アメリカでいかに外国生れとか外国医学部卒の医師が多いかということを示すのが表8であります。

西村：今の話ですけれど、僻地とかでは結局、オステオパシストによって医療サービスが供給されている。これは深刻な問題ですね。

—— オステオパシストというものの実態は何ですか。

西村：辞書の意味からすると接骨医となっています。しかし、たとえば小児科の医師のような仕事もします。内容的には準医者の的なものでしょう。教育年限は同じですから、差といえば、日本の入試の偏差値にあてはめて考えると、それが低い方の人にあたるというだけです。

—— 医者ではあるわけですね。

田中：医者です。一般にフィジシャンというときにはMDプラスDOで、MDだけを指すものではありません。

—— MDとDOとどこが違うのですか。

表5 First-Year Enrollment in Medical and Osteopathic Schools
Projected Under the Basic Assumption; 1978-79 Through 1987-88

Academic year	Total MD and DO first-year enrollments	MD first-year enrollments	DO first-year enrollments
1978-79	18,089	16,725	1,364
1979-80	18,787	17,350	1,437
1980-81	19,047	17,525	1,522
1981-82	19,174	17,612	1,562
1982-83	19,293	17,690	1,603
1983-84	19,408	17,765	1,643
1984-85	19,520	17,838	1,682
1985-86	19,631	17,909	1,722
1986-87	19,742	17,990	1,762
1987-88	19,848	18,047	1,801

SOURCE: *Interim Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health, Education, and Welfare*, Washington, D.C.: Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 19-633, p.148.

表6 U.S.Trained Physicians, Graduates
(MD and DO); Projected 1978-79 Through 1989-90

Academic year	Total graduates	MD graduates	DO graduates
1978-79	16,044	15,048	996
1979-80	16,375	15,346	1,029
1980-81	16,997	15,789	1,208
1981-82	17,662	16,354	1,308
1982-83	18,333	16,956	1,377
1983-84	18,699	17,241	1,458
1984-85	18,818	17,322	1,496
1985-86	18,928	17,394	1,534
1986-87	19,036	17,464	1,572
1987-88	19,142	17,532	1,610
1988-89	19,201	17,554	1,647
1989-90	19,289	17,604	1,685

SOURCE: *Interim Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health, Education, and Welfare*, Washington, D.C.: Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 19-633, p.147.

表7 U.S.Trained Physicians, Graduates (MD and DO);
Projected for 1980 and 1990

Year	MD		DO		Total graduates
	Schools	Graduates	Schools	Graduates	
1960	86	7,081	6	427	
1970	103	8,367	7	432	
1975	114	12,714	9	698	13,412
1980 (projected)	121	16,086	13	1,069	17,155
1990 (projected)	121	18,318	13	1,069	19,987

SOURCE: *A Report to the President and Congress on the Status of Health Professions Personnel in the United States*, Washington, D.C.: Bureau of Health Manpower, Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 79-83, p.11-29.

表8 Supply of Active Foreign-Trained Physicians,
Using Basic Methodology, Projected 1975-90

Year	New entry supply			Losses			Active supply	
	Total	Permanent	Temporary	Total	Death and retirement	J-visa emigrants	FMG	CMG
1974	—	—	—	—	—	—	70,940	5,510
1975	7,316	3,898	3,418	2,166	764	1,402	76,090	5,510
1976	6,609	3,399	3,210	2,569	815	1,754	80,130	5,510
1977	6,596	3,399	3,197	2,626	872	1,754	84,100	5,510
1978	4,150	1,152	2,042	2,680	917	1,763	85,570	5,510
1979	4,857	2,521	2,336	2,737	983	1,754	87,690	5,510
1980	3,847	2,521	1,326	2,107	1,047	1,060	89,430	5,510
1981	4,591	2,521	2,070	2,371	1,109	1,262	91,650	5,510
1982	3,581	2,521	1,060	1,751	1,184	567	93,480	5,510
1983	4,325	2,521	1,804	2,355	1,276	1,076	95,450	5,510
1984	3,315	2,521	794	1,735	1,351	384	97,030	5,510
1985	4,059	2,521	1,538	2,349	1,453	896	98,740	5,510
1986	3,049	2,521	528	1,739	1,538	201	100,500	5,510
1987	3,793	2,521	1,272	2,353	1,640	713	101,490	5,510
1988	3,023	2,521	502	1,923	1,740	183	102,590	5,510
1989	3,287	2,521	766	2,227	1,862	365	103,650	5,510
1990	3,023	2,521	502	2,153	1,971	182	104,520	5,510

SOURCE: *Interim Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health, Education, and Welfare*, Washington, D.C.: Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 19-633, p.140.

表9 Basic, High, and Low Projections of the FMG Active Supply

Year	Basic		High		Low	
	FMG	Canadian	FMG	Canadian	FMG	Canadian
1975	76,090	5,510	76,090	5,510	76,090	5,510
1980	89,430	5,510	92,340	5,510	88,270	5,510
1985	98,740	5,510	104,340	5,510	92,910	5,510
1990	104,520	5,510	112,580	5,510	96,320	5,510

SOURCE: *Interim Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health, Education, and Welfare*, Washington, D.C.: Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 19-633, pp. 140-142.

表10 Supply of Active Physicians (MD and DO) by Country of Medical Education Using Basic Methodology: 1974 and projected 1975-90.

Category	1974	1975 ^a	1980	1985	1990
Number of active physicians					
All active physicians ^b	362,500	377,400	447,800 ^c	523,600	596,800
U.S.-trained	286,000	295,800	352,800	419,300	486,900
MD	272,400	281,700	335,100	396,100	457,000
DO	13,600	14,100	17,700	23,200	29,900
Canadian-trained MDs	5,600	5,500	5,600	5,600	5,600
Foreign-trained MDs	70,900	76,100	89,400	98,700	104,500
Rate per 100,000 population					
All active physicians	171.1	176.8	201.5	224.8	245.1
U.S.-trained	135.0	138.5	158.8	180.0	200.0
MD	128.6	131.9	150.8	170.1	187.7
DO	6.4	6.6	8.0	10.0	12.3
Canadian-trained MDs	2.6	2.6	2.5	2.4	2.3
Foreign-trained MDs	33.5	35.6	40.2	42.4	42.9
Percent distribution					
All active physicians	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
U.S.-trained	78.9	78.4	78.8	80.1	81.6
MD	75.1	74.6	74.8	75.6	76.6
DO	3.8	3.7	4.0	4.4	5.0
Canadian-trained MDs	1.5	1.5	1.3	1.2	0.9
Foreign-trained MDs	19.6	20.2	20.0	18.9	17.5

^aAvailable estimates for 1975 and 1976 for active U.S.-trained MDs are 282,800 and 290,900 respectively; active FMGs are estimated at 76,200 and 79,700 respectively. Active Canadian-trained MDs are estimated at 5,500 for both years.

^bAssumes that the percent active of the AMA "not classified" MDs is the same as the percent "professionally active" of the classified MDs including those with address unknown.

^cOriginal table added this column incorrectly to total 477,800.

Population figures used (In millions): 1960: 185.4; 1970: 206.1; 1974: 211.9; 1975: 213.5; 1980: 222.2; 1985: 232.9; 1990: 243.5.

SOURCE: *Interim Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health, Education, and Welfare*, Washington, D.C.: Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 19-633, p.144.

表11 Supply of Active Physicians (MD and DO) by Country of Medical Education Using Basic Methodology : Actual 1974, 1975; Projected 1980-90

Category	1974	1975	1980	1985	1990
Number of active physicians					
All active physicians	362,500	378,600	444,000	519,000	594,000
U.S.-trained	286,000	296,700	353,600	424,400	495,700
MD	272,400	282,600	335,900	401,100	465,900
DO	13,600	14,011	17,700	23,300	29,800
Canadian-trained MDs	5,600	5,700	6,000	6,100	6,200
Foreign-trained MDs	70,900	76,200	89,400	88,500	92,100
Rate per 100,000 population					
All active physicians	171.1	177.3	199.3	221.7	242.4
U.S.-trained	135.0	138.9	158.7	181.3	202.3
MD	128.6	132.3	150.8	171.4	190.1
DO	6.4	6.6	7.9	10.0	12.2
Canadian-trained MDs	2.6	2.7	2.7	2.6	2.5
Foreign-trained MDs	33.5	35.7	37.9	37.8	37.6

SOURCE: *A Report to the President and Congress on the Status of Health Professions Personnel in the United States*, Washington, D.C.: Bureau of Health Manpower, Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 79-93, p.A-25.

—— 違いはないです。ですから統計上はいっしょにしていますでしょう。

—— フィーが違うだけで法律上は違わないということですか。

田中：法律の上では違います。DOはDOの資格しか取れない者で、MDではないですから。

—— 日本ではフィジシャンとメディカル・ドクターとは同じですが、アメリカでは違う。

田中：つまり、アメリカではフィジシャンの方が大きい概念で、MD以外でもフィジシャンということがありえるわけです。日本ではフィジシャンというとMDだけを指しますが。

—— 国際的にもDOはフィジシャンとして通っています。

田中：話を外国医学部卒に戻します。表8の下の方を見ていただくと、新入国者がかなり減ってくるのがわかります。先ほど触れました規制の結果減少するというわけです。パーマネント・エントリーは一定とみなしますが、一時入国者は急激に減ってくる。もっともこれは予測で

—— 減ってくるというのは規制していくということですね。とすると、このパーマネントというのは一体、何ですか。

田中：アメリカに移住する人です。一時的滞在の間安い賃金で働いたり、あるいはアメリカで訓練だけ受けて自国に帰るといった人たちがアメリカでプラクティスすることに対しては、規制を厳しくしていますが、たとえばイギリスで訓練を受けて、アメリカの方がより多く収入になるから、アメリカに移住して働くというようなタイプの人の数は一定とみなしているようです。アメリカ人になってしまう人は受け入れるということでしょう。

—— そういう人たちの職場は、たとえば人種問題とか、地域の問題とかで分布の違いがみられますか。

田中：裕福な階層を診ることはできませんね。医師全体の数がふえてくると、ちょうど一般の労働問題とまったく同じで、パートタイム・ワーカーにあたる存在が発生し、市場に対して賃金を下げる圧力になりますから、それは規制されてしまいます。

次にまいりまして、表10ですが、これは合衆国のActive Physicians (MD and DO) が訓練を受けてきた国別の内訳を示す統計です。アメリカで訓練を受けた人、カナダの人、それにそれ以外の国の医学部卒の人と大きく3つに分けて、その数が年度別にどういう形で変化していくかという推定が出ているわけです。外国医学部卒のMDについては、新たに入ってくる数は減っていきますけれども、伸び率が低下してくるだけで、絶対数でみるとふえていきます。人口当り医師数合計は、いまから10年後には10万人当り245.1人とかなりの上昇を示すことが予測されています。下の表11も同じようなものです。表10と表11の差は推定のソースの違いですが、結果はわずか2000人のズレにとどまっています。

表12は、西村さんがお話して下さったプライマリー・ケアをはじめ、若い医師がそれぞれの専門を選ぶ比率が出ています。プライマリー・ケアというのを定義するのは非常に難しいことですが、ともかく数はふえていくと予想されています。81年には若い医師の52.2%はプライマリー・ケア・フィジシャンに分類されることがわかります。ただしこれは、レジデンスの第1年目に何を選ぶかという率で、これは新しく医師のプールに入ってくる人たちが最終的にどの科を選ぶかを推計する資料として用いられています。それで、これが一生に渡っての選択かというところではなくて、1年目にレジデントの23%がインターナル・メディスンの分野で訓練を受けても、実際に自分が開業するときにはそのうち何パーセントかは、たとえば胃腸科の専門医になってしまうということもあります。ですが、そういう確率まで計算して、専門科目別に統計を作るとなると推計量が多過ぎるので、このデータを使っているようです。要するにこれは、いま新たにインターンを終了した人たちがどこで訓練を受けているかということです。

—— 精神科は急激に減っていますね。

西村：精神科の場合、サイコセラピストというMDではない人が同じような仕事をしていて、要するに心理療法医ですが、それで、MDの精神科の一部が競合関係になっているということがあります。

—— 病院には必ず心理学出身の人が何人もいますね。

西村：アメリカはそういうものが非常にふえています。一面では医師の独占力があまりにも強くなり過ぎないための歯止めともなっているという見方もありますが、どこまで科学的というべきなのかは知りません。

—— アメリカは特に精神科の病床数が非常に多いでしょう。それを抑制しようと大変苦勞しているという話を聞きました。

—— しかし、わずか5年くらいで精神科が4.8%から2.2%、つまり半分以下に減ってしまうというのは激しすぎると思います。何かその他に原因は考えられませんか。

—— 精神科のベッド数が急速に減っているということではないでしょうか。精神科以外にも行場はたくさんあることですね。

田中：表12は入口のところの統計でしたが、それが医師の分野別総数にどう影響するかというのが表13です。プライマリー・ケア医は74年の13万人から、90年には24万人までふえることになっています。その内訳でみるとGPは4万6000人から2万6000人に減ると予測されています。一方、ファミリー・プラクティスと称する分野は9000人から5万5000人までふえています。さらに、インターナル・メディスンもふえていきます。これはおそらく、なんらかの専門科

表12 Percent Distribution of U.S./CMG First-Year Residency
Projections Using Simple Linear Regressions(1976 actual,
1977-81 Projections)

Specialty	1976 ^a	1977	1978	1979	1980	1981	F ^b	R ^{2b}
Total ^c	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		
Primary care.....	43.2	43.8	46.0	48.1	50.2	52.2		
General practice.....	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.2	.78
Family practice.....	12.0	13.5	15.1	16.6	18.1	19.5	385.9	.99
Internal medicine.....	22.6	21.2	21.7	22.2	22.7	23.2	10.1	.67
Pediatrics.....	8.5	9.1	9.2	9.3	9.4	9.5	9.6	.66
Other medical specialties.....	9.8	9.6	9.5	9.7	9.8	9.9	—	—
Other medical specialties.....	1.6	1.7	1.6	1.6	1.5	1.5	2.7	.36
Dermatology.....	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.1	.02
Pediatric allergy.....	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	2.6	.34
Pediatric cardiology.....	7.6	7.2	7.3	7.5	7.7	7.8	16.1	.76
Internal medicine subspecialties ^d	22.5	21.8	20.7	19.4	18.0	16.9	—	—
Surgical specialties.....	4.8	4.2	3.8	3.4	3.0	2.6	60.3	.92
General surgery.....	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.3	24.9	.83
Neurological surgery.....	5.9	5.8	5.8	5.7	5.6	5.6	0.4	.07
Obstetrics and gynecology.....	3.1	2.8	2.6	2.3	2.0	1.8	500.0	.99
Ophthalmology.....	3.4	3.6	3.4	3.2	3.0	2.8	7.9	.61
Orthopedic surgery.....	1.4	1.4	1.3	1.1	1.0	0.9	36.6	.88
Otolaryngology.....	1.0	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	8.8	.40
Plastic surgery.....	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	22.7	.82
Colon and rectal surgery.....	0.7	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	5.4	.52
Thoracic surgery.....	1.4	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	5.3	.51
Urology.....	24.6	24.8	23.8	22.9	22.1	21.2	—	—
Other specialties.....	2.2	2.0	1.7	1.4	1.1	0.9	113.9	.96
Anesthesiology.....	1.8	1.8	1.6	1.5	1.4	1.3	6.1	.55
Neurology.....	3.2	2.9	2.8	2.7	2.6	2.5	11.7	.70
Pathology.....	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.5	.11
Forensic pathology.....	4.8	4.5	3.9	3.3	2.7	2.2	26.0	.84
Psychiatry.....	1.3	1.5	1.5	1.5	1.5	1.4	0.01	.002
Child psychiatry.....	0.4	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0	5.1	.50
Physical medicine and rehabilitation.....	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	57.1	.92
Radiology.....	3.5	4.6	4.8	5.0	5.3	5.5	1.5	.28
Diagnostic radiology.....	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.07	.02
Therapeutic radiology.....	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7	—	—
Miscellaneous ^e								

^aActual figures.

^bThe degree to which simple linear regression represents actual historical trends in the individual specialties is reflected in the F and R² values.

^cFigures may not total due to independent rounding.

^dIncludes gastroenterology, pulmonary disease, cardiovascular disease, and allergy.

^eIncludes aerospace medicine, public health, general preventive medicine, occupational medicine, "other," and unspecified.

The "F Test," as applied to the regression on historical residency data, measures the statistical significance of the linear trend as an estimate of the past changes in the number of first-year residents by specialty 1968-76. Values of greater than 6.6 are statistically significant at the 95-percent confidence level.

R², the square of the Pearson product-moment correlation coefficient, is frequently referred to as "The Correlation Index." On a scale from zero to one, it measures the degree to which the linear trend estimates the actual changes in the number of first-year residents, by specialty, 1968-76.

SOURCE: *Interim Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health, Education, and Welfare, Washington, D.C.: Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 79-633, pp. 127-128.*

表13 Supply of Active Physicians(MD) , by Specialty:Actual 1974 ;
Projected 1980-90.

Specialty	Number of physicians				Percent distribution			
	1974	1980	1985	1990	1974	1980	1985	1990
Total active physicians	348,960	430,150	500,340	566,940	100.0	100.0	100.0	100.0
Primary care	133,240	166,790	203,370	239,830	38.2	38.8	40.6	42.3
General practice	46,530	39,290	32,870	26,350	13.3	9.1	6.6	4.6
Family practice	9,480	22,380	39,190	56,480	2.7	5.2	7.8	10.0
Internal medicine	54,780	73,280	91,020	108,530	15.7	17.0	18.2	19.1
Pediatrics	22,460	31,830	40,290	48,470	6.4	7.4	8.1	8.5
Other medical specialties	18,930	26,580	33,800	41,080	5.4	6.2	6.8	7.2
Dermatology	4,470	5,830	6,720	7,610	1.4	1.4	1.3	1.3
Pediatric allergy	480	870	1,210	1,500	0.1	0.2	0.2	0.3
Pediatric cardiology	590	850	1,030	1,200	0.2	0.2	0.2	0.2
Internal medicine subspecialties ^a	13,120	19,030	24,850	30,730	3.8	4.4	5.0	5.4
Surgical specialties	97,720	113,200	122,120	129,610	28.0	26.3	24.4	22.9
General surgery	32,100	34,700	35,210	35,140	9.2	8.1	7.0	6.2
Neurological surgery	2,990	3,470	3,360	3,710	0.9	0.8	0.7	0.7
Obstetrics and gynecology	22,080	26,620	30,040	33,230	6.3	6.2	6.0	5.9
Ophthalmology	11,220	12,630	13,210	13,730	3.2	2.9	2.6	2.4
Orthopedic surgery	11,550	14,280	16,170	17,890	3.3	3.3	3.2	3.2
Otolaryngology	5,870	6,640	6,980	7,310	1.7	1.5	1.4	1.3
Plastic surgery	2,330	3,370	4,280	5,150	0.7	0.8	0.9	0.9
Colon and rectal surgery	680	800	890	980	0.2	0.2	0.2	0.2
Thoracic surgery	2,100	2,750	3,080	3,350	0.6	0.6	0.6	0.6
Urology	6,790	7,960	6,620	9,150	1.9	1.9	1.7	1.6
Other specialties	99,070	123,580	141,050	156,410	28.4	28.7	28.2	27.6
Anesthesiology	13,330	15,600	16,210	16,830	3.8	3.6	3.2	2.9
Neurology	4,200	6,070	7,360	8,520	1.2	1.4	1.5	1.5
Pathology	12,310	15,860	18,120	20,020	3.5	3.7	3.6	3.5
Forensic pathology	220	360	540	700	0.1	0.1	0.1	0.1
Psychiatry	24,740	28,560	29,900	30,690	7.1	6.6	6.0	5.4
Child psychiatry	2,730	4,460	5,970	7,730	0.8	1.0	1.2	1.3
Physical medicine and rehabilitation	1,780	2,450	2,780	2,990	0.5	0.6	0.6	0.5
Radiology	11,900	11,710	10,950	9,970	3.4	2.7	2.2	1.8
Diagnostic radiology	3,650	8,180	13,440	18,660	1.0	1.9	2.7	3.3
Therapeutic radiology	1,200	2,000	2,760	3,420	0.3	0.5	0.6	0.6
Miscellaneous ^b	23,010	28,320	33,030	37,670	6.6	6.6	6.6	6.6

^aIncludes allergy, cardiovascular disease, gastroenterology, and pulmonary disease.

^bIncludes aerospace medicine, general preventive medicine, occupational medicine, public health, unspecified, and "other specialties."

NOTE: Figures may not add to subtotals and totals due to independent rounding.

SOURCE: *Interim Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health, Education, and Welfare, Washington, D.C.: Health Resources Administration, DHEW publication No. (HRA) 79-633, p. 153.*

を標榜したインターナル・メディスンがふえるということだと思います。小児科についても、アメリカの、日本でもそうですけれども、特に知識階層の親は、専門として小児科を標榜する医師でないと子供を安心してまかせられないというようになってきています。そのようなことを考えると、従来のGPは減っていくわけですね。年輩の医師だけがGPのカテゴリーに残っていき、もしかするといずれこの項はなくなってしまうかもしれません。GPは平均年齢が高い。

—— GPというのはスペシャリティをもっていないが、ファミリー・プラクティショナーは持っているということがありますね。

—— 産科はふえていますね。日本では51, 2年のころから産科はかなり厳しいという話があちこちで聞かれるようになって、減ってきました。

—— 年輩の医者がそのままいるからではないでしょうか。

田中：ここまでの専門科目別や年度別の詳しい数字は、バリンジ社の本などにもなかなか出ていなかったのですが、やはりアメリカでも官庁では、こういった統計をもっているわけですね。

西村：今、アメリカではさらにすごい研究がなされています。タイム・スタディというものは、たとえば、ある内科医が週40時間の労働時間を何と何に使ったか、その内訳を調べて膨大なレポートにまとめています。もちろん外科についても調査されていますし、徹底してますね。事の善し悪しは別としても……。

田中：同一の医行為を、医師が行う場合とフィジシャン・アシスタントや看護婦がする場合の効率をはかって比較するなど、このごろのアメリカの医療関係の本では、プロダクティビティということを非常に強調しています。医師数よりも医師のプロダクティビティ、それもフルタイム・イクイバレントではかったときの生産性のほうが頭数ではかるよりも重要であるということが、最近の文献のどれをみても書いてありますが、そういったことでしょうか。私が留学していた当時は次のような研究を多く目にしました。1日中、ストップウォッチを持って医療従事者のあとを追いかけて、様々な医行為の所要時間をはかって、各専門職の価値生産性と賃金を比較します。その結果、たとえば、医師はこれこれの行為に専念すべきだとか、あるいは医師1人当たり補助従事者を何人つけたときの生産性が最大であるかを提言する。そのようなタイプの研究です。

西村：先ほどのビューロー・オブ・ヘルス・マンパワーから研究報告が出ています。これは、たとえばメディカル・スクールを卒業した人が各科ごとに何を何年やってどこへ行くかというのを全部計算したものです。ところがこれをもとにして推計しても、どうも予測どおりにいか

ないことがわかった。そこで今度はタイム・スタディでより精密な予測をしようというわけです。

—— 5, 6年前に僕達もそのような研究をしようという話が出て、一部、そういった確率を出したこともあります。結局、途中で計画が中止されてしまいました。

田中：そういった、今アメリカでなされているような研究をみると、何か無意味なようにも思えますが、いろいろと試行錯誤をしていけば、そのうちには何か出てくるのでしょうか。

—— 国際的にはHSMD, ヘルス・サービス・アンド・ディベロップメントという概念がありまして、特に発展途上国で言われていますが、今までのマンパワーはヘルス・サービスと対応させてきた。それが、プロダクティビティの概念が非常に強調されるようになってきたことから、医師とその他のスタッフのチーム編成はどのようにするかといった問題が論議の的となってきたわけです。

田中：それはなにも医療の分野に限らず、企業経営の分野でも、人的資源に投資することが重要視されるようになってきていますから、より全体的なすう勢だと言えますね。

次にまいりまして、表14ですが、ここからは違う種類の統計に入ります。これは実際に、70年から77年まで、医師数全体が分野別にどのように変化してきたかを示す表です。

続く表15は専門別及び活動の場別（病院、オフィス、公衆衛生等の3区分）の医師数の統計が、アメリカ国内の地域別に示されています。さらに、それが72年から77年にいたる5年間にどのように変化したかを見ることができます。人口当りの医師数を見ていただくとわかりますように、北東部がいちばん多くて、その次が西海岸です。つまり、フィラデルフィア、ニューヨーク、ボストン地域が多くて、次いでサンフランシスコ、ロスアンジェルス、シアトルを含む西海岸地域です。もう少し地域を細かく分ければ、当然シカゴ周辺も多いですし、マイアミあたりも多いはずですが、合衆国を4つに分けるような区分の場合には北東部と西側が上位になりますね。中央北部でもイリノイ州は多いでしょうけれども、アイオワ州やネブラスカ州の人口当り医師数がきわめて少ないため、この区分ではこのような結果になります。これにより、地域的なマルディストリビューションの状況がわかりますね。

表16は現役の医師数が州別に出ています。私が手元に持っていたなかではこれがいちばん新しいものですが、残念ながら73年のデータです。これを見ると、ワシントン・D.Cでは人口10万当り535人ですから、頭抜けて多いのに対し、最も少ないサウス・ダコタ州では90人しかいないことがわかります。MDが全部で595人しかいないサウス・ダコタ州では、それもまた州都に集中しているでしょうから、実際に州の周辺部に行ったら全くの医療過疎の状態でしょうね。もっとも人口も少ないですが……。

表14 Professionally active Physicians(M. D. s),according to Primary Specialty :
United States,selected Years 1970-77

Primary specialty	Year					
	1970	1972	1974	1975	1976	1977
Professionally active physicians —	304,926	315,522	325,567	335,608	343,876	359,515
Primary care -----	115,505	120,876	124,572	128,745	134,051	139,248
General practice ¹ -----	56,804	54,357	53,152	53,714	54,631	54,361
Internal medicine -----	41,196	47,343	51,143	53,712	57,312	61,278
Pediatrics -----	17,505	19,176	20,277	21,319	22,108	23,609
Other medical specialties -----	17,127	16,282	17,220	18,743	18,702	19,656
Dermatology -----	3,937	4,166	4,414	4,594	4,755	4,844
Pediatric allergy -----	388	379	423	439	469	485
Pediatric cardiology -----	471	505	521	527	537	563
Internal medicine subspecialties ² -----	12,331	11,232	11,862	13,183	12,941	13,764
Surgical specialties -----	84,545	89,666	92,123	94,776	97,416	100,059
General surgery -----	29,216	30,518	30,672	31,173	31,899	32,014
Neurological surgery -----	2,537	2,716	2,824	2,898	2,959	3,049
Obstetrics and gynecology -----	18,498	19,820	20,607	21,330	21,908	23,038
Ophthalmology -----	9,793	10,318	10,621	11,011	11,326	11,483
Orthopedic surgery -----	9,467	10,216	10,861	11,267	11,689	12,223
Otolaryngology -----	5,305	5,563	5,509	5,670	5,788	5,910
Plastic surgery -----	1,583	1,770	2,075	2,224	2,337	2,509
Colon and rectal surgery -----	663	645	655	655	667	652
Thoracic surgery -----	1,779	1,899	1,909	1,960	2,020	2,131
Urology -----	5,704	6,201	6,390	6,588	6,823	7,050
Other specialties -----	87,749	88,698	91,652	93,344	93,707	100,552
Anesthesiology -----	10,725	11,740	12,375	12,741	13,074	13,815
Neurology -----	3,027	3,438	3,791	4,085	4,374	4,577
Pathology -----	10,135	10,881	11,274	11,603	11,815	12,260
Forensic pathology -----	193	187	192	186	203	206
Psychiatry -----	20,901	22,319	23,075	23,683	24,196	24,689
Child psychiatry -----	2,067	2,242	2,384	2,557	2,618	2,877
Physical medicine and rehabilitation -----	1,443	1,503	1,557	1,615	1,665	1,742
Radiology -----	10,380	11,772	11,485	11,417	11,627	12,062
Diagnostic radiology -----	1,941	2,055	3,054	3,500	3,794	4,236
Therapeutic radiology -----	855	920	1,060	1,161	1,202	1,305
Miscellaneous ³ -----	26,082	21,641	21,405	20,796	19,139	22,783

¹Includes general practice and family practice.

²Includes gastroenterology, pulmonary diseases, allergy, and cardiovascular diseases.

³Includes occupational medicine, general preventive medicine, aerospace medicine, public health, other specialties not listed, and unspecified specialties.

NOTE: Federal and non-Federal active M.D.'s in the 50 States and the District of Columbia are included. Physicians not classified, inactive physicians, and physicians with unknown address in the United States are excluded. For 1977 this includes 17,953 physicians not classified, 28,231 physicians inactive, and 10,946 physicians with unknown address.

SOURCES: Haug, J.N., Roback, G.A., and Martin, B.C.: Distribution of Physicians in the United States, 1970. Chicago. American Medical Association, 1971. (Copyright 1971: Used with the permission of the American Medical Association.); Roback, G.A.: Distribution of Physicians in the U.S., 1972. Chicago. American Medical Association, 1973. (Copyright 1973: Used with the permission of the American Medical Association.); Roback, G.A., and Mason, H.R.: Physician Distribution and Medical Licensure in the U.S., 1974. Chicago. American Medical Association, 1975. (Copyright 1975: Used with the permission of the American Medical Association.); Goodman, L.J., and Mason, H.R.: Physician Distribution and Medical Licensure in the U.S., 1975. Chicago. American Medical Association, 1976. (Copyright 1976: Used with the permission of the American Medical Association.); Goodman, L.J.: Physician Distribution and Medical Licensure in the U.S., 1976. Chicago. American Medical Association, 1977. (Copyright 1977: Used with the permission of the American Medical Association.); Department of Statistical Analysis: Physician Distribution and Medical Licensure in the U.S., 1977. Chicago. American Medical Association, 1979. (Copyright 1979: Used with the permission of the American Medical Association.)

表15 Active non-Federal physicians(M.D.s) per 10,000 civilian population, according to geographic region, primary specialty, United States, 1972 and 1977.

Year, specialty, and activity	All regions	Geographic region			
		North-east	North Central	South	West
1972		Number of physicians per 10,000 civilian population			
Total ¹ -----	14.7	19.0	12.6	12.1	16.6
Patient care -----	12.9	16.3	11.2	10.8	14.8
Office based -----	9.6	10.9	8.3	8.3	12.0
Hospital based -----	3.3	5.4	3.0	2.5	2.8
Other professional activities ² -----	1.2	1.8	0.9	0.9	1.3
Primary care ³ -----	5.5	6.7	4.9	4.6	6.2
Patient care -----	5.1	6.2	4.6	4.3	5.9
Office based -----	4.1	4.5	3.7	3.6	5.0
Hospital based -----	1.1	1.7	0.9	0.8	0.9
Other professional activities ² -----	0.3	0.5	0.2	0.2	0.3
Other medical specialties ⁴ -----	0.7	1.0	0.6	0.6	0.8
Patient care -----	0.6	0.9	0.5	0.5	0.7
Office based -----	0.5	0.7	0.4	0.4	0.7
Hospital based -----	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Other professional activities ² -----	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
Surgical specialties ⁵ -----	4.1	4.9	3.5	3.7	4.6
Patient care -----	3.9	4.8	3.4	3.5	4.4
Office based -----	3.0	3.4	2.5	2.8	3.7
Hospital based -----	0.9	1.4	0.8	0.8	0.7
Other professional activities ² -----	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
1977					
Total ¹ -----	16.7	20.4	14.5	14.7	18.9
Patient care -----	14.6	17.4	12.8	12.9	16.6
Office based -----	10.7	11.6	9.2	9.8	13.3
Hospital based -----	3.9	5.8	3.6	3.1	3.3
Other professional activities ² -----	1.3	1.8	1.0	1.1	1.4
Primary care ³ -----	6.2	7.3	5.6	5.4	6.9
Patient care -----	5.7	6.8	5.3	5.0	6.4
Office based -----	4.2	4.5	3.9	3.8	5.1
Hospital based -----	1.6	2.3	1.5	1.2	1.4
Other professional activities ² -----	0.4	0.6	0.3	0.4	0.5
Other medical specialties ⁴ -----	0.9	1.1	0.7	0.7	1.0
Patient care -----	0.7	1.0	0.6	0.7	0.9
Office based -----	0.7	0.8	0.5	0.6	0.8
Hospital based -----	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Other professional activities ² -----	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1

See footnotes at end of table.

表 15 のつづき

Year, specialty, and activity	All regions	Geographic region			
		North-east	North Central	South	West
Number of physicians per 10,000 civilian population					
Surgical specialties ⁵ -----	4.5	5.2	3.8	4.2	5.0
Patient care -----	4.3	5.0	3.7	4.1	4.8
Office based -----	3.4	3.7	2.8	3.3	4.1
Hospital based -----	0.9	1.3	0.9	0.8	0.7
Other professional activities ² -----	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2

¹Includes all other specialties not shown separately and those not classified.

²Includes medical teaching, administration, research, and other professional activities.

³Includes general practice, internal medicine, and pediatrics.

⁴Includes dermatology, pediatric allergy, pediatric cardiology, gastroenterology, pulmonary diseases, allergy, and cardiovascular diseases.

⁵Includes general and neurological surgery, obstetrics and gynecology, ophthalmology, orthopedic surgery, otolaryngology, plastic surgery, colon and rectal surgery, thoracic surgery, and urology.

SOURCES: Roback, G.A.: Distribution of Physicians in the U.S., 1972. Chicago. American Medical Association, 1973. (Copyright 1973: Used with the permission of the American Medical Association.); Department of Statistical Analysis: Physician Distribution and Medical Licensure in the U.S., 1977. Chicago. American Medical Association, 1979. (Copyright 1979: Used with the permission of the American Medical Association.); U.S. Bureau of the Census: Population estimates and projections. Current Population Reports. Series P-25, Nos. 727 and 799. Washington. U.S. Government Printing Office, November 1978 and April 1979.

表 16 - NUMBER OF ACTIVE PHYSICIANS (M. D. AND D. O.) AND
PHYSICIAN/POPULATION RATIOS, BY GEOGRAPHIC REGION,
DIVISION, AND STATE : 1971 AND 1973

Region, Division, and State	Number of active physicians	Resident population July 1, 1973 (in 1,000's)	Number of active physicians per 100,000 population	Number of active M.D.'s (1973)	Number of active D.O.'s (1971)
ALL LOCATIONS	348,131	—	—	338,111	—
UNITED STATES	343,178	209,851	164	333,158	10,020
NORTHEAST	100,674	49,678	203	98,004	2,670
New England	24,531	12,151	202	24,097	434
Connecticut	6,278	3,076	204	6,244	34
Maine	1,406	1,028	137	1,244	162
Massachusetts	13,060	5,818	224	12,931	129
New Hampshire	1,145	791	145	1,131	14
Rhode Island	1,755	973	180	1,686	69
Vermont	887	464	191	861	26
Middle Atlantic	76,143	37,528	203	73,907	2,236
New Jersey	12,062	7,361	164	11,469	593
New York	44,167	18,265	242	43,763	404
Pennsylvania	19,914	11,902	167	18,675	1,239
SOUTH	93,123	66,005	141	91,322	1,801
South Atlantic	51,758	32,459	159	51,016	742
Delaware	835	576	145	813	22
District of Columbia	3,992	746	535	3,980	12
Florida	12,326	7,678	161	11,828	498
Georgia	6,059	4,786	127	6,000	59
Maryland	9,988	4,070	245	9,965	23
North Carolina	6,475	5,273	123	6,455	20
South Carolina	2,936	2,726	108	2,931	5
Virginia	7,102	4,811	148	7,067	35
West Virginia	2,045	1,794	114	1,977	68
East South Central	14,819	13,289	112	14,742	77
Alabama	3,460	3,539	98	3,457	3
Kentucky	3,808	3,342	114	3,781	27
Mississippi	2,144	2,281	94	2,143	1
Tennessee	5,407	4,126	131	5,361	46
West South Central	26,546	20,257	131	25,564	982
Arkansas	1,983	2,037	97	1,973	10
Louisiana	4,846	3,764	129	4,833	13
Oklahoma	3,246	2,663	122	2,929	317
Texas	16,471	11,794	140	15,829	642
NORTH CENTRAL	81,492	57,601	141	76,993	4,499
East North Central	58,126	40,897	142	55,015	3,111
Illinois	17,199	11,236	153	16,950	249
Indiana	5,732	5,316	108	5,597	135
Michigan	13,636	9,044	151	11,928	1,708
Ohio	15,603	10,731	145	14,725	878
Wisconsin	5,956	4,569	130	5,815	141
West North Central	23,366	16,704	140	21,978	1,388
Iowa	3,305	2,904	114	2,995	310
Kansas	3,026	2,279	133	2,881	145
Minnesota	6,342	3,879	163	6,301	41
Missouri	7,476	4,757	157	6,633	843
Nebraska	1,935	1,542	125	1,915	20
North Dakota	664	640	104	658	6
South Dakota	618	685	90	595	23

表 16 のつづき

Region, division, and State	Number of active physicians	Resident population July 1, 1973 (in 1,000's)	Number of active physicians per 100,000 population	Number of active M.D.'s (1973)	Number of active D.O.'s (1971)
WEST	67,889	36,567	186	66,839	1,050
Mountain	14,370	9,149	157	13,721	649
Arizona	3,649	2,058	177	3,380	269
Colorado	4,795	2,437	197	4,583	212
Idaho	782	770	102	762	20
Montana	818	721	113	801	17
Nevada	658	548	120	642	16
New Mexico	1,530	1,106	138	1,436	94
Utah	1,759	1,157	152	1,745	14
Wyoming	379	353	107	372	7
Pacific	53,519	27,417	195	53,118	401
Alaska	400	330	121	399	1
California	42,458	20,601	206	42,333	125
Hawaii	1,333	832	160	1,317	16
Oregon	3,562	2,225	160	3,428	134
Washington	5,766	3,429	168	5,641	125
Puerto Rico	2,819	—	—	2,819	—
Outlying areas	2,134	—	—	2,134	—

Sources: M.D.'s—AMA Center for Health Services Research and Development: *Distribution of Physicians in the U.S., 1973. Regional, State, County, Metropolitan Areas*. G. A. Roback, Chicago, American Medical Association, 1974.

D.O.'s—Bureau of Health Resources Development: *Osteopathic Physicians in the United States: A Report on a 1971 Survey*. DHEW Pub. No. (HRA) 75-60, Health Resources Administration, U. S. Department of Health, Education, and Welfare, 1975.

Population—U. S. Bureau of the Census, *Current Population Reports*. Series P-25, No. 518.

Note: Figures may not add to totals and subtotals due to independent rounding.

表17 Estimated Persons Employed in Selected Occupations
Within Each Health Field : 1974.

Health field and occupation	Active workers
Total ¹	4,672,850—4,707,650
Administration of health services	48,200
Administrator, public health dept	5,200
Hospital Administrator and assistant	17,000
Nursing home administrator and assistant	16,000
Voluntary health agency administrator and program representative	10,000
Anthropology and sociology	1,700
Cultural and physical anthropologist	700
Medical sociologist	1,000
Systems analysis, data processing	4,000—5,000
Basic research scientists in health fields ¹	60,000
Biomedical engineering	12,000
Biomedical engineer	4,000
Biomedical engineering technician	8,000
Chiropractors	16,600
Clinical laboratory services	172,500
Clinical laboratory scientist	5,500
Clinical laboratory technologist	97,000
Clinical laboratory technician and assistant	70,000
Dentistry and allied services	279,800
Dentist	107,300
Dental hygienist	22,500
Dental assistant	118,000
Dental laboratory technician	32,000
Dietetic and nutritional services	72,700
Dietitian and nutritionist	48,000
Dietetic technician and food service supervisor ...	24,700
Economic research in the health field	400
Environmental sanitation	20,000
Sanitarian	15,000
Technician and aide	5,000
Food and drug protective services	47,900
Inspector (health, food and drug, other)	16,400
Food and drug chemist, microbiologist	1,100
Food technologist	7,000
Food technician	3,400
Funeral directors and embalmers	50,000
Health and vital statistics	1,350
Health statistician	1,100
Vital record registrar	150
Demographer	100
Health education	22,500—23,000
Public health educator	2,500—3,000
School health educator, coordinator	20,000
Health information and communication	7,400—10,500
Biomedical photographer	2,000—3,000
Health information specialist and science writer	2,000—4,000
Medical writer	1,400
Technical writer and editor	1,500
Medical illustrator	500—600
Library services in the health field	10,300
Medical librarian	3,000
Medical library technician and clerk	7,300

表 17 のつづき

Medical records	60,000
Registered record administrator	6,500
Accredited record technician	7,500
Other medical record personnel	47,000
Medicine and osteopathy	362,700
Physician (M.D.)	350,800
Physician (D.O.)	12,100
Midwifery	4,300
Lay midwife	2,500
Nurse-midwife	1,800
Nursing and related services	2,319,000
Registered nurse	857,000
Practical nurse	492,000
Nursing aide, orderly, attendant	936,000
Home health aide	34,000
Occupational therapy	13,500—14,500
Occupational therapist	8,000
Occupational therapy technician, assistant	5,500—6,500
Dispensing opticians	12,000
Optometry	25,100—25,300
Optometrist	19,300
Optometric assistant	5,000
Optometric technician	800—1,000
Orthotists and prosthetists	2,800—3,800
Pharmacists	132,900
Physical therapy	26,100
Physical therapist	18,000
Physical therapy technician, assistant	8,100
Podiatrists	7,100
Psychologists	35,000
Radiologic (X-ray) technologists, assistants	100,000
Respiratory therapists and technicians	18,000—19,000
Secretarial and office services in the health field ..	275,000—300,000
Social work	38,600
Medical and psychiatric social worker	34,300
Social work assistant and aide	4,300
Specialized rehabilitation services	11,250—13,250
Corrective therapist	1,100
Educational therapist	400
Manual arts therapist	1,000
Music therapist	2,200
Therapeutic recreational specialist	6,000—8,000
Home economist in rehabilitation	550
Speech pathologists and audiologists	27,000
Veterinary medicine	33,500
Veterinarian	28,500
Animal technician	5,000
Vocational rehabilitation counselors	17,700
Miscellaneous health services	323,950
Electrocardiograph technician	9,500
Electroencephalograph technician	4,000
Emergency medical technician	260,000
Medical assistant	16,000
Operating room technician	12,000
Ophthalmic medical assistant	20,000
Orthoptist	450
Physician's assistant	2,000

¹ Each occupation is counted only once. For example, all physicians are in medicine and osteopathy.

² Statistics are not available on what percentage of the estimated 260,000 physical scientists are employed in the health field.

——ワシントン・D.Cにこれほど集中している原因は何ですか。

田中：D.Cは居住人口はそれほどでなくても、他所からたくさん通勤してきますからね。東京の千代田区と同じことです。それに、バージニア州やメリーランド州にある、ワシントン市郊外に住む人々の所得はきわめて高いですし、人口当りの博士号保有者数がいちばん多いことを自慢しているような町があったりしますから、必然的に医師も多く集まってくるのではないのでしょうか。

表17は医療に関する全マンパワーの74年における数です。MDの35万人をはじめ、全部あわせて460万人から470万人くらいがヘルスにたずさわる専門的職業への従事者ということになっています。ただし、これには葬儀ディレクターといったものまで含まれていますから、とにかくヘルスに関係するものすべてがここに含まれているということになります。Economic research in the health feild というものも400人います。市川先生や西村先生、それに私などもこれに当るのではないのでしょうか。日本では、そういった関係には10人くらいしかないかもしれませんね。

西村：メディカル・リコーズが6万人というのはすごいですね。

田中：本当ですね。診療記録の管理は厳しいし、法律もうるさいですから。これは『ヘルス・イン・アメリカ 1776年～1976年：アメリカの最初の2世紀のヘルス』という本から引用したものです。

表18にまいりまして、すべてのヘルス・プロフェッショナル、これは表17ほど範囲を広くとっていません。普通いうときの医療関係者だけです。医師、歯科医師、看護婦、眼科医、薬剤師、獣医などです。Podiatrists というのは何でしょうね。医療英和辞典を見ましたら足専門医となっていました。先ほどのDOよりもう1つ下の職業でしょうか。で、これらは、この表によると、30年間で倍以上になります。

—— 歯科医が30%で、日本でもそうですが、これによるとフィジシャンの方がふえ方はかなり大きいですね。

田中：ええ、人口10万人当りで見ても歯科医の50人から62人への増加に対し、医師は140人から237人にふえます。アメリカの人口は日本より拡大速度が速いのですが……。

—— アメリカでは、医師養成に対して消極的な議論をしている一方で、総的には医者をつやしていますね。その辺の矛盾はどうなのでしょう。

田中：いちばん最初にお話した議会調査局のレポートでは、需要についても触れてまして、医療需要の増加があるのだから別に不必要に医師を養成しているわけではないといっています。

—— しかし、一方ではプロダクティビティという概念を出しているわけです。一般的に医

表18 Supply of All Active Health Professionals:

Actual 1960 and 1970; Projected 1980 and 1990

Year	All health professions	Physicians (M.D. and D.O.)	Dentists	Registered nurses	Optometrists	Pharmacists	Podiatrists	Veterinarians
Number active								
1960	1,029,620	251,900	90,120	527,000	16,100	117,800	7,000	19,700
1970	1,329,120	323,200	102,220	723,000	18,400	129,300	7,100	25,900
1980	1,885,370	446,800	126,170	1,099,600	21,800	146,100	8,500	36,400
1990	2,484,410	593,800	154,910	1,466,700	28,000	179,900	13,000	48,100
Percent distribution								
1960	100.0	24.5	8.8	51.2	1.6	11.4	0.7	1.9
1970	100.0	24.5	8.8	54.4	1.4	9.7	0.5	1.9
1980	100.0	23.7	6.7	58.3	1.2	7.9	0.4	1.9
1990	100.0	23.9	6.2	59.0	1.1	7.2	0.5	1.9
Rate per 100,000 population ¹								
1960	572.1	140.0	50.1	292.8	8.9	65.5	3.9	10.9
1970	652.1	158.6	50.2	354.7	9.0	63.4	3.5	12.7
1980	830.8	196.9	55.6	484.5	9.6	64.4	3.8	16.0
1990	991.3	236.9	61.8	585.2	11.2	71.8	5.2	19.2

¹ Resident population as of July 1.
Note: Figures may not add to totals due to independent rounding.

表19 Graduates of health professions and number of schools, according to profession:

United States, selected years, 1950-77 estimates and 1980-90 projections

(Data are based on reporting by health professions schools)

Year	Profession				
	Medicine	Osteopathy	Dentistry	Optometry	Pharmacy
Number of graduates					
1950	5,553	373	2,830	961	---
1960	7,081	427	3,290	364	3,497
1970	8,367	432	3,749	445	4,747
1975	12,714	698	4,937	806	6,886
1977	14,393	964	5,324	1,027	7,908
1980	16,086	1,069	5,150	998	7,455
1990	18,318	1,669	5,400	1,067	7,469
Number of schools					
1950	79	6	42	10	---
1960	86	6	47	10	76
1970	103	7	53	11	74
1975	114	9	59	12	73
1977	122	11	59	13	72
1980	121	13	60	12	72
1990	121	13	60	13	72

SOURCE: Bureau of Health Manpower: A Report to the President and Congress on the Status of Health Professions Personnel in the United States. DHEW Pub. No. (HRA) 78-93. Health Resources Administration. Hyattsville, Md., Aug. 1978, and selected data.

師1人に対して他のパラメディカル・スタッフの数をふやすと、医師のプロダクティビティが高まると言われてますよね。であるならば、医師の総数の伸びの方が高くなっても矛盾しませんか。

田中：政策意図はどうであれ、現実のマーケット・メカニズムとの間にはズレがあります。さらに、マーケット・メカニズムといっても、一般の財、たとえばチョコレートの需要供給とは異なり、制度的枠組が—アメリカでは相対的にゆるやかとはいえ—あるわけですね。具体的にはメディケア、メディケイド、それからきわめて発達した民間の医療保険です。これらのシステムの方式のなかでは、医療供給側は患者がふえればふえるほど、無限にそれに応じてゆくという機構になっています。当然、医師も医療需要増にともなって所得が相対的に高まるようなシステムになってしまっているわけですね。従って医師を志望する者がふえ続ける。自由主義の国アメリカでは、「志望するな」とは言えませんが医師の供給がふえてしまう。日本のように、医学部開設あるいは拡大の認可権を文部省が強く握っているのなら別ですが、供給増に対するアメリカ的な答えは、医療需要を抑制するシステムを取り入れるしかないと思います。

—— ミクロな研究者の研究報告とマクロにはふえてきているという事実の矛盾に対して、プロダクティビティを強調しているようなエコノミストは何もいわないのでしょうか。医師だけをふやしても他のアライド・ヘルス・パーソナルをふやさないと、プロダクティビティは相対的に下がってくるということになるのではないのでしょうか。

西村：需要は増加しているという認識がまず第1にあるのだと思います。それにこれは予測ですから、これに基づいて、今後アライド・ヘルス・パーソナルを増加させるなどの方策がとられると思います。

田中：その辺は奨学金の出し方で調節されていますね。奨学金の出方がディストリビューションにずいぶん影響を与えます。

—— アメリカの看護婦の場合、仕事量が日本とでは桁違いですね。医師の場合もそうでしょうが、日本のほうが数段労働条件が厳しい。日本の場合、病院で見ますと、1人当りベット数が非常に多くて、医師も看護婦も非常に過重労働の状態なわけです。50年を過ぎてからマンパワーが増加してきて、今は少し変わってきたけれども、それ以前はベット数が非常に伸びているのに人員は抑えられていましたから。そういった関係で、病院に関する勤務条件が悪くて、内容は別としても、たとえばある時間にどれだけの患者を診るかということ言えば、日本とアメリカでは桁違いではないですか。

—— 日本では、看護婦はOJと似たようなもので、結婚や出産を契機にかなりやめてしまいますね。年齢でいうと27、8ですか。よほどのことがない限り続かない。それは仕事があ

いからでしょうが、その辺、アメリカではどうでしょう。この統計の数字はアクティブな看護婦がこれだけいるということですか。

—— 日本の場合、最初の5年間で30%やめていきますね。

西村：労働時間はずいぶん違いますね。3交代制で夜勤もずいぶんありますが、その代り週4日くらいの勤務ですね。

—— すると二八闘争などというのは問題外ですね。

西村：ええ、すでに二八以上になっているわけですから。もっとも規定では二八ないし、極端な例では2交代制をとっているところもあって、連続して12時間働くような人もいます。けれども週のトータルでは日本よりずっと少ない。病院が雇っている人員数が圧倒的に多いということでしょうね。

—— アメリカではアクティブな看護婦のうち病院勤務の割合はどれくらいでしょうか。日本では100%近いのですが……。

—— 病院勤務の割合はアメリカでも高いです。ただその割合の分母が、アクティブなものか、資格取得者であるのか、これがはっきりしないと正確な比較にはなりませんね。

田中：今お話しした報告のシリーズの中に勤務場所についてのものもありました。

—— 統計がよく整備されていますね。

—— アメリカの場合、10年くらい前から医師の問題がでてきて、現状把握のための統計的な方法が開発されてきたのもそのころ、つまり1960年代ころからでしょう。それでようやく最近になって推計ができるようになって、同時に将来予測もできるようになってきました。それ以前は、まず医師数を正確に把握する方法ということさえ議論になっていたくらいで、卒業生名簿を集めるとか、コーホート分析を特定のクラスについて行うとか言われていました。日本の医師調査のように、性別、年齢別、地域別の統計まで出ているというのは、そのころでは驚異的なことだったのではないですか。それが、1960年代に、ヘルス・リソースという報告書の第1号が出まして、それから急速に整備されてきたようですね。その辺、JAMAが詳しい医師統計をたくさん出しているけれども、これを活用した報告はあまりないですね。

西村：それは卒業した後、どこへ行ったかわからないからです。

—— ああそれで医科大学協会が熱心に現在の医科大学の調査をしているわけですね。

西村：Distribution of physicians in U.S. というものがANAから出ていまして、それがいちばん使われています。

—— アメリカでは、先ほどの田中先生のお話によれば、卒業生を非常に大切にしているということですから、卒業生名簿なども整備されてあるはずですね。

田中：それはきちんとしていますよ。だいたい、ハーバードとかノースウェスタンとかスタンフォードなど、一流私大は整備されていると思います。

——日本でも医科大学では整っていますよ。どの大学でも何年かおきに卒業名簿を出しています。ただこれは毎年出るわけではありませんから、全国のを集めたときに年度がそろわないわけです。僕たちの研究グループでも資料として集めた人がいました。

医療機関の動向

田中：今回の目的にとりましてはつけたしになるかも知れませんが、病院関係の動きについて簡単に見てみましょう。最近アメリカでは営利の病院が非常に伸びていて、そういうところで働く医師がふえているという報告があります。それに表20をごらんになるとわかるように、病院の規模が大きくなってきています。

アメリカの病院の経営状態に関しては、たとえば表21に示されているように医業収益だけでは赤字ですが、総収益で見ると4%の黒字となっています。総収益というのは医業収益に寄付と補助金、それに交付金を加えたものです。やはり富裕なコミュニティにある病院は裕福ですね。ノースウェスタン大学のあるシカゴ北方というのはアメリカ有数の豊かなところですから、そういう地域の病院は裕福です。

——その場合の裕福だというのは医業外収入が多くて裕福なのか、それとも医業収入によって裕福なのですか。

田中：医業収益自体も多く、結局両方で裕福になっているといえます。

——単価も高いわけですか。

田中：こういった地域では料金を高くとれるのです。78年の調査では医師の費用は別にして、病院への支払い分が1日平均200ドルです。入院費については、実際には、公私とりまぜて90数パーセント、保険が普及しておりますので個人で払う人はあまりいません。それを財務分析したものが表22です。

——酸性比率とはどういったものですか。

田中：流動負債分の現金で、この値は大きい方がいいわけです。たとえばこの比率が1であれば、今ある短期の負債をその場で全部払えるということを意味しています。経営分野で用いられるタームです。

続いてアメリカの病院の経営がどうなっているかという話に移ります。大きな動きとしては医療費が増大を続け、しかもそのなかで特に病院費が急増している。その他の医師診療費や薬

表20 アメリカ合衆国コミュニティ病院規模別分布の変化：1965-1975

病 床 数	病 院 数		変 化 率(%)
	1965年	1975年	
6 ~ 24	562	299	- 46.8
25 ~ 49	1,445	1,155	- 20.1
50 ~ 99	1,482	1,481	- 0.1
100 ~ 199	1,108	1,363	+ 23.0
200 ~ 299	541	678	+ 25.3
300 ~ 399	306	378	+ 23.5
400 ~ 499	129	230	+ 78.3
500 以 上	163	291	+ 88.5

剤費の割合は急速に減っているのに、病院費が急増しているわけです。

—— 病院費の内訳は公表されていますか。

西村：人件費と非人件費は明確に区別されて出ています。

—— 損益計算書があればわかりますね。

田中：個別の病院はそれを出すことを義務づけられているので、それならいくつか持っています。日本と違いまして、特にメディケアから支払いを受ける場合には、損益計算書と貸借対照表の提出を義務づけられています。自分自身の統計を作るということは、かなりマネージメント・コントロールのいい勉強になるという意味で、病院経営の近代化にずいぶんプラスになったようです。

ところで非営利という語の意味は、利潤をあげないということではなくて、利潤を分配してはいけないという点に重きがおかれています。従って、非営利病院であっても、費用極小の行動をとることは当然であるのはもちろん、必要な利潤があってもいいし、それがコミュニティのためにうまく使われるなら、むしろそのようにすべきであると思います。

西村：先ほど田中先生が病院費用の事後償還方式について述べておられましたが、最近では事前償還もずいぶん増えてきたようです。政府が医療費をコントロールするための1つの政策として行っているようです。

—— 事前償還というとは後で精算するわけですか。

アメリカ合衆国コミュニティ病院の分析

表 21 アメリカ合衆国コミュニティ病院の収益と費用に関する統計：1975-1978

(各年第2四半期)	1975年	1976年	1977年	1978年
1 入院日当り総収益 ⁽¹⁾ (単位ドル)	138.43	160.82	185.10	207.98
医業収益/総収益	94.8%	95.3%	95.9%	95.5%
入院収入/総収益	83.4%	83.6%	83.7%	83.1%
外来収入/総収益	11.4%	11.7%	12.1%	12.4%
医業外収益 ⁽²⁾ /総収益	5.2%	4.7%	4.1%	4.5%
1 入院日当り総費用 ⁽¹⁾ (単位ドル)	135.62	155.36	178.33	199.17
給与費/総費用	52.3%	50.8%	49.8%	49.4%
福利厚生費/総費用	6.6%	7.1%	7.4%	7.5%
減価償却費/総費用	4.0%	4.1%	4.1%	4.2%
支払利息/総費用	1.4%	1.8%	2.0%	2.1%
その他の費用 ⁽³⁾ /総費用	35.7%	36.2%	36.8%	36.8%
(総収益-総費用) / 総収益	2.03%	3.39%	3.66%	4.24%
(医業収益-総費用) / 医業収益	-3.35%	-1.37%	-0.46%	-0.26%

(1) 年間総収益ないし費用を総入院日数 (= (年間入院件数) × (平均在院日数)) でわったもの。

(2) 主として、財団・企業・一般個人からの寄付金、および政府交付金・補助金。

(3) 主として、材料費および経費。

出所：Quarterly Report on Hospital Financial Statistics, 資料(3), pp.62 および資料(4), pp.52, 53より作成。

表 22 アメリカ合衆国コミュニティ病院の財務比率：1974-1978

(各年第2四半期)	1974年	1975年	1976年	1977年	1978年
(1) 酸性比率	.18	.20	.19	.20	.19
(2) 当座比率	2.26	2.26	2.19	2.12	2.12
(3) 流動比率	2.78	2.77	2.61	2.54	2.51
(4) 現金/流動資産	6.52%	7.28%	7.35%	7.88%	7.42%
(5) 医業未収金/流動資産	62.09%	62.43%	67.71%	67.60%	68.70%
(6) 医業収益/流動資産	3.40	3.68	3.96	4.12	4.04
(7) 医業収益/医業未収金	5.48	5.88	5.84	6.08	5.88
(8) 医業収益/現金	52.36	50.60	53.92	52.20	54.56
(9) 運転資本/医業収益	.19	.17	.16	.15	.15
(6)~(9)は年当りに換算済					
(10) 医業未収金平均回収日数	66.19	61.19	62.15	59.79	61.76
(11) 仕入債務平均支払日数	37.32	34.55	34.65	34.69	35.68

(1) 現金/流動負債

(2) (現金+有価証券+医業未収金) / 流動負債

(3) 流動資産/流動負債

出所：資料(3), op. cit., pp.63 および資料(4), op. cit., pp.54より作成。

西村：はい、そのようです。

田中：事前に何パーセントを上昇分とするかを定める際、それをどの程度に抑えるかというのは政治手腕にかかっている、そのために州ごとに異なる値になっています。

西村：そのあたりアンバランスがあって、非常にその方式を推進している州とそうでない州があります。

田中：たとえば、南部の州などでは事後償還制で、しかもブルークロス、ブルーシールドの査定が非常に甘いことを利用して、そういった州に営利病院が多いわけです。しかし、大規模な近代的営利病院チェーンというものはそれ以外の州にも急速に伸びてきています。

——この営利という意味は、単に、非営利とは逆に株主に配当ができるということですね。

田中：法律技術からいいますとそういうことになります。非営利でも利潤を獲得してもかまわないわけです。それを再投資するか、個人に分配するか、非営利と営利の差は、一言でいえばそれだけです。日本でも病院の経営方式は、たとえそれが国立や公的であろうが、あるいはまた私的なものであろうが同じですよ。

アメリカの営利病院の総数は、歴史的にみると減少してきています。というのは、今世紀の初頭にあった営利病院は、ほとんど医師が個人的に所有していたいわば個人病院だったわけです。それが減る傾向にあったのですが、メディケアが出来てからたとえ貧しい人達の治療をしたとしても確実に診療費がとれるようになりましたので、確実な入金を目当てにして、また営利病院が多くなってきました。

メディケアに対する医療費償還請求事務のためには技術的に非常に細かい知識が必要です。普通の非営利病院では財務の専門家をおく余裕はありませんが、営利の病院チェーンではこれをおいてファイナンスを有利にすすめています。その結果、今ではニューヨーク株式市場に病院経営会社が5社上場されています。もっとふえたかもしれません。

営利の会社の財務内容は表23と表24です。これで非営利病院の営業内容(表21, 22)と比較できるわけです。医療内容については、私には判断が付きませんが、アメリカの主要大学の教授たちへのインタビューで得た感触では、営利と非営利の間に差はないか、あるいは営利の方がむしろ少し良いくらいではないかというのが一般的な意見であったようです。德州会同様、営利病院では難しい病気を診ていないということは共通したコメントでしたが、普通の病気の治療については、営利の方が扱いが粗雑であるなどということは決してないということも万人の認めるところのようです。

経営の効率については、先ほども少し話が出ましたが、人件費とそれ以外の費用項目を分けたり、資源投入量、ケア提供能力、利用状態、平均在院日数といった項目を細かく病床規模別

アメリカ合衆国における大規模営利病院チェーンの分析

表23 病院経営会社の営業成績：1973および1978

会計年度	ニューヨーク株式市場上場5社														その他3社			
	Hospital Corporation of America		(American Medicorp)		Humana		American Medical International		National Medical Enterprise		Medenco		5社合計		Charter	Medical	R.H. Medical Services	General Health Services
	1973年	1978年	1973年	(1977年)	1973年	1978年 ⁽⁴⁾	1973年	1978年	1973年	1978年	1973年	1978年	1973年 ⁽⁶⁾	1978年	1973年	1978年	1978年	1978年
所有病院数	52	72 ⁽¹⁾	38	37 ⁽³⁾	49	63 ⁽¹⁾	44	42 ⁽¹⁾	13	16 ⁽¹⁾	n.a.	32 ⁽¹⁾	196+	262 ⁽¹⁾	10	18 ⁽¹⁾	4 ⁽¹⁾	8 ⁽¹⁾
経営受託病院数	5	23 ⁽¹⁾	2	12 ⁽³⁾	n.a.	n.a.	n.a.	6 ⁽¹⁾	n.a.	19 ⁽¹⁾	n.a.	21 ⁽¹⁾	—	81+ ⁽¹⁾	1	n.a.	n.a.	n.a.
所有病床数	6,832	11,545 ⁽¹⁾	n.a.	9,064 ⁽³⁾	4,684	8,920 ⁽¹⁾	n.a.	5,549 ⁽¹⁾	n.a.	n.a.	n.a.	3,554 ⁽¹⁾	—	38,632+ ⁽¹⁾	1,440	1,905 ⁽¹⁾	n.a.	n.a.
従業員数	15,000	32,000 ⁽¹⁾	10,350 ⁽²⁾	13,900 ⁽³⁾	8,700	15,700 ⁽¹⁾	9,000 ⁽³⁾	13,000 ⁽¹⁾	4,132	7,300 ⁽¹⁾	3,350	4,600 ⁽¹⁾	約50,000	約86,000 ⁽¹⁾	2,552	3,200 ⁽¹⁾	1,300 ⁽¹⁾	3,000 ⁽¹⁾
総資産(単位:1,000ドル)	319,711	854,945	358,069	483,865	199,115	951,672	207,509	347,225	115,842	232,465	36,650	89,520	1,236,896	2,475,827	38,630	94,863	36,383	82,864
固定資産(%)	217,314	613,773	152,095	231,069	131,560	664,912	146,486	236,160	82,321	149,752	22,313	43,643	752,089	1,708,240	26,335	63,764	19,405	38,624
純営業収益(%)	206,806	697,148	195,552	396,843	103,795	642,238	136,681	354,911	57,598	210,775	37,321	107,087	737,759	2,012,159	32,371	98,257	42,442	97,588
営業費用(%)	167,065	553,240	165,752	334,959	83,726	510,883	115,005	294,293	47,668	179,447	32,649	90,883	611,865	1,628,746	27,442	83,433	35,446	85,329
減価償却費(%)	9,157	36,466	7,232	12,777	3,641	35,834	5,105	10,611	1,363	4,628	948	3,345	27,446	90,884	1,384	3,072	1,238	2,603
支払利息(%)	8,912	32,256	9,588	15,712	6,822	37,345	3,760	13,138	3,069	9,323	1,254	3,056	33,405	95,118	1,710	4,958	1,120	3,975
営業利益(%)	21,674	75,186	12,980	33,395	9,606	58,176	12,811	36,869	5,498	17,377	2,470	9,803	65,043	197,411	1,835	6,794	4,638	5,681
税引後純利益(%)	12,324	42,043	3,746	17,340	5,549	22,097	7,545	18,619	3,382	9,807	1,756	5,343	34,302	97,909	1,111	4,759	2,378	3,341
使用総資本純利益率(%)	3.85	4.92	1.05	3.58	2.79	2.32	3.64	5.36	2.92	4.22	4.75	5.97	2.77	3.95	2.88	5.02	6.54	4.03
固定資産純利益率(%)	5.67	6.85	2.46	7.48	4.22	3.32	5.15	7.88	4.11	6.55	7.87	12.24	4.56	5.73	4.22	7.46	12.25	8.65
純利益/純営業収益(%)	5.96	6.03	1.92	4.37	5.35	3.44	5.52	5.25	5.87	4.65	4.71	4.99	4.65	4.87	3.39	4.84	5.60	3.42
営業利益/純営業収益(%)	10.48	10.78	6.64	8.42	9.25	9.06	9.37	10.39	9.55	8.24	6.62	9.15	8.82	9.81	5.61	6.91	10.93	5.82
営業費用/純営業収益(%)	80.78	79.36	84.76	84.41	80.66	79.55	84.14	82.92	82.76	85.14	87.48	84.87	82.94	80.95	83.84	84.91	83.52	87.44
減価償却費/総費用(%)	4.95	5.86	3.96	3.52	3.87	6.14	4.12	3.34	2.62	2.39	2.72	3.44	4.08	5.01	4.53	3.36	3.27	2.83
支払利息/総費用(%)	4.81	5.19	5.25	4.32	7.24	6.39	3.04	4.13	5.89	4.82	3.60	3.14	4.97	5.24	5.60	5.42	2.96	4.33

注(1) 1977年12月
 (2) 1971年12月
 (3) 1976年8月
 (4) 1978年2月2日以降、ヒューマナ社はアメリカン・メディコープ株式株式の54%を支配した。従って、この欄の数字は同月以降の後者の業績をも含む(1)の注つきの数字を除く)
 (5) 1972年11月
 (6) American Medicorp を含む6社の合計である。
 出所: 資料(7) op.cit. 各年各号より作成。

表24 病院経営会社の財務比率：1973 および 1978

会計年度	ニューヨーク株式市場上場5社														その他3社			
	Hospital Corporation of America		(American Medicorp)		Humana		American Medical International		National Medical Enterprise		Medenco		5社合計		Charter	Medical	R.H. Medical Services	General Health Services
	1973年	1978年	1973年	(1977年)	1973年	1978年	1973年	1978年	1973年	1978年	1973年	1978年	1973年	1978年	1973年	1978年	1978年	1978年
(1) 酸性比率	.17	.09	.16	.43	.24	.42	.35	.61	.42	.18	.20	.21	.23	.29	.22	.22	.49	.89
(2) 当座比率	1.14	1.15	1.31	1.61	1.55	1.31	1.53	1.51	1.88	1.42	1.36	1.27	1.39	1.29	1.50	1.08	1.22	2.28
(3) 流動比率	1.43	1.43	1.64	1.85	1.78	1.58	1.84	1.93	2.13	1.74	1.73	1.43	1.69	1.55	1.79	1.27	1.61	2.55
(4) 現金/流動資産	11.61%	6.27%	9.57%	23.36%	13.46%	27.57%	18.94%	31.85%	19.71%	10.09%	11.33%	14.92%	13.59%	18.96%	12.02%	17.56%	4.79%	35.11%
(5) 売上債権/流動資産	67.61%	74.11%	70.36%	63.80%	73.90%	58.58%	64.39%	46.25%	68.88%	71.91%	67.28%	73.69%	68.93%	63.90%	71.74%	67.64%	45.55%	54.65%
(6) 固定資産/流動資産	4.17	4.16	3.10	3.39	2.53	3.20	2.97	4.40	2.60	3.72	3.28	3.19	3.16	3.73	3.64	4.18	3.51	2.78
(7) 純営業収益/売上債権	6.17	5.61	4.40	5.31	3.42	5.47	4.61	9.52	3.77	5.17	4.87	4.34	4.59	5.84	5.08	6.19	7.71	5.09
(8) 純営業収益/現金	35.92	66.38	32.38	14.50	18.80	11.62	15.68	13.83	13.17	36.87	28.95	21.41	23.27	19.70	30.31	23.83	73.30	7.93
(9) 運転資金/純営業収益	.07	.07	.13	.14	.17	.11	.15	.11	.20	.11	.13	.09	.13	.10	.12	.05	.11	.22
① 売上債権平均回収日数	59.18	65.03	82.87	68.77	106.64	66.73	79.15	38.34	96.85	70.53	74.88	84.20	79.57	62.46	71.89	59.00	47.33	71.65
② 仕入債権平均支払日数	68.35	68.94	77.11	63.66	89.40	82.10	73.87	48.00	73.06	61.58	69.87	87.68	75.08	69.72	59.25	73.95	72.45	54.70
自己資本比率	39.41%	38.60%	48.99%	47.49%	31.44%	15.72%	43.02%	51.38%	34.51%	38.23%	36.99%	47.12%	40.99%	32.25%	41.90%	39.61%	56.60%	40.86%
会計年度終了月	12	12	12	12	8	8	8	8	5	5	12	12	—	—	9	9	9	8

注(1) 表1-3注(4)に同じ。
 (2) 同 注(6)に同じ。
 出所 表1-3に同じ。

に分け、さらにそれをタイムシリーズで分析した結果、明らかに営利の方が非常に経営の効率が良いということがわかりました。

——この表によると、1床当りの固定資産が非常に少ないですね。ということは、おそらく日本でいうと不採算部門の医療はやらないということですか。

田中：そうです。不採算部門は、特に病床規模の小さいところでは扱わないですね。もっとも、営利病院でも49床以下というのは昔風の病院で、近代的大規模営利病院ではありませんが。

——アメリカで固定資産が少ないのは、リースが多いからではないのですか。

田中：病院経営会社の場合、財務の専門家がいる、リースが得か、購入すべきか詳しく検討します。非営利の病院ではそういうことはあまり気にしませんが……。

西村：私も営利の病院の方が効率が良いように思いますが、これはオープン・スタッフ制と関係がありますね。要するに医師が経営にタッチしていない。医師がいっしょになって経営すると、日本のような問題が出てきます。

田中：医師の立場からすれば、営利の病院に勤務しても、非営利の病院に勤務しても、まったく違いはないのですね。アメリカの古い非営利病院、コミュニティ病院の典型的な例では、引退した高校の校長といった人を理事長に据えて、地域の銀行家等の町の名士達が集まって経営しました。それに比べれば、プロの経営者養成大学院であるハーバード・ビジネス・スクールを出た人のいる病院の方が経済効率がいいに決まっていますね。

——この資料によると、必ずしも営利病院で病床利用率が高いというわけではありませんね。

田中：平均在院日数が営利の方が短いからです。

——1床当りの人員も少ないですね。軽装備で効率よく運営しているということですか。

田中：手のかかる病気は扱わないというのがその大きな理由だと思います。制度を変化させないことを前提とすると、誰かがうまい汁を吸おうと思えば徹底的に吸えるわけで、営利病院というものは、そのプラス面として費用を下げるという点がありますが、反面、マクロでシステムとしてみた場合には、そこで汁を吸われるだけの結果になっているということも言える。その点を考えないといけないわけですが、だからといって利潤をあげることはいけないというような発想では何もできないと思います。

それから、病院経営会社では医師とどのように契約しているかという話を聞きました。医師を積極的にリクルートするのですね。病院チェーンに属する病院が非常にたくさんある場所の1つは、テネシー州ナッシュビル周辺ですが、そこでは、たとえばカリフォルニアやマイアミから医師を供給してもらわなければならないわけです。そこでどのような方策がとら

れるかという、初年度はいろいろな費用を会社側が全部みるということで医師と契約するわけです。家族の移動費から何から何まで含めて、収入保証として、あくまで月給ではないですけども、その医師の稼ぎ高にかかわらず契約金額の5万ドルに達しなければ、その差額を補助することになっています。しかし2年目からはもう面倒はみません。あとはその医師の実力次第ということで、それはどこの会社でもいっていました。それと、病院経営会社は日本のメディカル・マーケットに非常に興味を持っていました。

もう1つ今回の見聞をお話しします。コロンビア大学付属の病院は数多くありますが、これはその1つ、コロンビア大学付属プレシビトリアン・メディカル・センターのアニュアル・レポートです。こうした部厚い報告書を毎年出すわけです。この病院はニューヨークのなかでもいちばん恐いところ、161番地、ゲッターにあります。黒人、プエルトリカンの多い地域ですね。ジョギングしていて強姦されて殺されたといった話など日常茶飯事で、新聞にも出ません。それでいてこの病院は施設もスタッフも第1流です。ノーベル賞をとるような人がここにいるわけですね。日本人の感覚では不思議ですね。来る患者は貧しい階層の患者ばかりです。保険ができる前の昔はこういう病院には金持ちの患者しか来なかったそうです。ニューヨークの市立病院が隣りにありまして、以前は貧しい人達はそちらにいていたのですが、メディケア制度ができたため、みんな設備のよいコロンビア大学の付属病院の方へ行くようになって、結局市立病院は倒産してしまいました。

——それ以前にコロンビア大学の付属病院を利用していた患者はどこへ行ったのですか。

田中：それは郊外のさらにいい病院でしょうね。コロンビア病院の人が云っていましたけれど、コロンビアを卒業した人達がいい病院を周りにつくって、それ自体が競争相手になっているそうです。

——ゲッターのようなところの病院では、実のところ、来る患者はみな学用患者だと思っているのではないですか。新薬の投与が盛んであったりとか……。

田中：学生と医師は一流の人が残っています。

——実際それがこうした病院の魅力で、その成果を郊外の病院の患者に使うということではないでしょうか。それと医師の移動の問題ですけれども、こういった病院でうまくいかない場合、どういった病院へ移っていけるか、もうこういう病院にしか勤務できないのか、その辺のところはどうですか。

田中：移動に関しての支障はぜんぜんないと思います。いずれにしても複数の病院と契約して、営利にも非営利にもスタッフとして入りますし、ある特定の病院の専属というわけではありません。

—— 私たち素人の目から見ると医者の世界は鉄のカーテンに囲まれているようで、事実、診療内容についてはあれこれ批判するという事は、日本ではあまり聞きませんね。その辺、アメリカではどうですか。

西村：議論は盛んですよ。経験主義的伝統というのでしょうか、何を言うにも客観的なデータに基づいていないと認めてもらえませんが、そうした上で議論や批判が盛んにされています。

—— そういう差は何に起因するのでしょうか。

西村：文化的なことはおくとして、医療に関する制度的なことでは、政府が財政的な援助をしているわけですから、医療の内容の公開は当然と思われるようです。

* 再掲図表の出典に関しては以下のとおり。

- 図 1, 2 「増大かつ多様化する医療需要に対する医療組織の対応に関する研究」, (財) 冲中記念成人病研究所, 昭和 55 年 3 月, pp.131-132
- 図 3, 4 同, p.144
- 資料 1 田中 滋 「アメリカ合衆国コミニティ病院の分析—非営利病院を中心に—」, 『慶応経営論集』(慶應義塾経営管理学会機関誌), 第 1 巻第 2 号, pp.106-107
- 図 5 Uwe, E.Reinhardt ; *Health Man Power Policy in the United States*, peper presented to the bicoentennial conference on health policy, University of Pennsylvania, Novenber 1976.
- 表 1 Hadly, J.& Reinhardt, U.E ; *The Supply of Graduate Medical Education Positions by Specialty*, "Policy Analysis For Physician Manpower Planning", DHEW Pub. No. (NRA) 78-2, 1977
- 図 6 Office of Technology Assessment ; *Congress of the United States*, "Forecasts of Physian Supply and Requirements" ; April 1980. p. 21
- 表 2 同, p. 16
- 表 3, 4 同, p. 17
- 表 5, 6, 7, 同, p. 18
- 表 8, 9 同, p. 20
- 表 10,11 同, p. 22

- 表 12, 1, 同, p. 30
- 表 13 同, p. 33
- 表 14 U.S.Department of Health, Education and Welfare ; Public Health Service ; Office of Health Research, Statistics and Technology, *Health United States* 1979, DHEW Publication No. (PHS) 80-1232 ; 1980, P.159
- 表 15 同, pp. 160-161
- 表 16 Kenneth M.Endicott, *Health and Medical Manpower*, from U.S.Department of Health, Education and Welfare ; U.S. Public Health Services ; Health Resources Administration, "Health in America : 1776~1976", DEEW Publication No. (HRA) 76-616 ; 1976, pp. 144-146
- 表 17 同, pp. 139-141
- 表 18 同, p. 152
- 表 19 前掲書, p. 163
- 表 20 「アメリカ合衆国コミュニティ病院の分析」, p. 95
- 表 21,22 同, p. 97
- 表 23,24 田中 滋：「アメリカ合衆国における大規模営利病院チェーンの分析 非営利コミュニティ病院との比較一」, 『経営論集』(慶應義塾大学大学院経営管理研究科機関誌), 第1巻第3号, 1979, pp. 86-87

— 研 究 会 記 録 —

1979. 8. 発 足
- 9.17 研究会の経緯について
- 12.17 「歯科医必要マンパワー試算」
報告：信川 益明氏
1980. 1.21 「医師急増問題に対する予備的考察」
報告：真島 審一氏
2. 4 「医師数の将来予測についてⅠ」
報告：方波見 重兵衛氏
- 3.24 「医師数の将来予測についてⅡ」
報告：方波見 重兵衛氏
- 4.28 「医師に関する資料について」
報告：西 三郎氏
- 6.14 「医療の将来と医学教育」
報告：中川 米造氏
9. 8 「80年代の医療問題」
報告：川上 武氏
- 10.20 「予想される医師過剰問題と私立医科大学の対応」
報告：田中 直樹氏
- 11.10 「医学教育行政からみた医師養成の現状と課題」
報告：川村 恒明氏
12. 8 「アメリカにおける医療問題と医療問題の現状について」
報告：西村 周三氏, 田中 滋氏
1981. 8. ま と め