

別表1 埼玉県・開設者と判定のクロス表

開設者	判定	1999					2000				
		門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計
診療所		500	133	18	12	663	582	143	27	16	768
厚生省				2		2			2		2
文部省											
労働福祉事業団											
その他				1		1			1		1
都道府県				1		1		1		1	2
市町村		1		5		6	1		5		6
日赤				3		3			2		2
済生会		1			1	2	1			1	2
北海道事業協会											
厚生連				2		2			2		2
国民健康保険団体連合会											
全国社会保険協会連合会				2		2			2		2
厚生年金事業振興団											
船員保険会											
健康保険組合及びその連合会											
共済組合及びその連合会											
国民健康保険組合											
公益法人		2				2	4				4
医療法人		93	3	7	1	104	97	2	10		109
学校法人			1	1	1	3	1		2		3
会社											
その他の法人							1				1
個人		10		1		11	12				12
合計		607	137	43	15	802	699	146	53	18	916

別表2 埼玉県・医療圏と判定のクロス表

開設者	判定	1999					2000				
		門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計
東部		17	1	6		24	16		6		22
中央		26		5	2	33	26	1	6	2	35
西部第一		36	1	8		45	40	1	8		49
西部第二		5			1	6	6		1		7
比企		2	1	1		4	2	1	1		4
秩父		3		1		4	4		1		5
児玉		2				2	3				3
大里		6		2		8	8		1		9
利根		10	1	2		13	12		2		14
合計		107	4	25	3	139	117	3	26	2	148

別表3 千葉県・開設者と判定のクロス表

開設者	判定	1999					2000					2001				
		門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計
診療所		431	187	17	23	668	489	214	14	28	745	518	237	17	36	808
厚生省				4	1	5			4	1	5			4	2	6
文部省				1		1			1		1			1		1
労働福祉事業団									1		1			1		1
その他																
都道府県					1	1			2		2			3		3
市町村		4		8	1	13	4		12	1	17	4		13		17
日赤				1		1			1		1			1		1
済生会																
北海道事業協会																
厚生連																
国民健康保険団体連合会																
全国社会保険協会連合会				1		1			2		2			2		2
厚生年金事業振興団																
船員保険会																
健康保険組合及びその連合会																
共済組合及びその連合会																
国民健康保険組合																
公益法人			1			1		1			1					1
医療法人		69	4	5		78	75	6	5		86	76	5	9	1	91
学校法人		1		3		4	1		4		5	1		5		6
会社				1		1			1		1			1		1
その他の法人		1				1	1				1			1		1
個人		15	2	1		18	15	3	2		20	14	3	2		19
合計		521	204	42	26	793	585	224	49	30	888	615	245	59	39	958

別表4 神奈川県・医療圏と判定のクロス表

開設者	判定	1999					2000					2001				
		門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計
千葉		13	1	6	1	21	13	3	6		22	11	2	9	1	23
東葛南部		17		5		22	21		5		26	19	1	6	1	27
東葛北部		21	2	3		26	24	3	5		32	25	3	6		34
印旛山武		12	1	4	2	19	11	2	8	1	20	12		6	1	19
香取海匠		7		2		9	5		5	1	11	7		6		13
夷隅長生		8	1	3		12	8	2	4		14	7	2	5		14
安房		6	2	2		10	8		2		10	9		2		11
君津		6				6	6		2		8	7		2		9
合計		90	7	25	3	125	96	10	35	2	143	97	8	42	3	150

別表5 神奈川県・開設者と判定のクロス表

開設者	判定	1999					2000					2001				
		門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計
診療所		823	608	25	122	1,578	866	714	42	123	1,745	893	761	50	144	1,848
厚生省				3	1	4			3	1	4			4		4
文部省																
労働福祉事業団									1		1			1		1
その他															1	1
都道府県					1	1			3	1	4		1	6		7
市町村				4	3	7			7	2	9			8	1	9
日赤		1		1		2	1		1		2	1		1		2
済生会		1		2	1	4	1		2	1	4	1		1	2	4
北海道事業協会																
厚生連		1		1		2			2		2	1		1		2
国民健康保険団体連合会														1	1	2
全国社会保険協会連合会				1		1			2		2					
厚生年金事業振興団																
船員保険会				1		1			1		1			1		1
健康保険組合及びその連合会		1		1		2	2		1		3	2		1		3
共済組合及びその連合会		1		5		6	2		4		6	2		4		6
国民健康保険組合																
公益法人		5	1			6	5	1	1		7	5	1	1	1	8
医療法人		70	4	8	4	86	72	5	11	3	91	76	6	9	3	94
学校法人		2		3	2	7	2		7	2	11	2		6	4	12
会社		1				1	1				1	1				1
その他の法人		6		2		8	5		3		8	5		3		8
個人		14	1	1		16	18	1	1		20	17	2		1	20
合計		926	614	59	134	1,733	975	721	92	133	1,921	1,006	771	98	158	2,033

別表6 神奈川県・医療圏と判定のクロス表

開設者	判定	1999					2000					2001				
		門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計
横浜北部		15		4	3	22	19	1	5	1	26	20	1	4	2	27
横浜西部		12	1	5	1	19	12	1	5	1	19	14	1	4	3	22
横浜南部		6	1	3	4	14	8	1	5	3	17	7	1	7	3	18
川崎北部		6	2	1		9	5	1	2		8	5	2	2		9
川崎南部		10		3		13	10		6	1	17	10		6	1	17
横須賀三浦		10		7	1	18	10		8	1	19	9		8	3	20
湘南東部		6	1	2		9	5	2	4		11	6	2	3		11
湘南西部		7		3	2	12	7		4	2	13	8		4	1	13
県央		11	1	1		13	12	1	2	1	16	10	3	2		15
県北		11		5		16	11		7		18	13		6	1	20
県西		9			1	10	10		2		12	11		2		13
合計		103	6	34	12	155	109	7	50	10	176	113	10	48	14	185

別表7 大阪府・開設者と判定のクロス表

開設者	判定	1999					2000					2001				
		門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計
診療所		514	324	24	53	915	599	403	25	68	1,095	634	467	26	76	1,203
厚生省				3		3			4		4			5	1	6
文部省				1		1			1		1			1		1
労働福祉事業団					1	1										
その他				3		3								1		1
都道府県				3		3			3	2	5			3	2	5
市町村		1		5	2	8			9		9			10	2	12
日赤		1		1		2			1	1	2			2		2
済生会				2		2			1	1	2			1	1	2
北海道事業協会																
厚生連																
国民健康保険団体連合会																
全国社会保険協会連合会					1	1				1	1				1	1
厚生年金事業振興団									1		1			1		1
船員保険会										1	1			2		2
健康保険組合及びその連合会									1		1					
共済組合及びその連合会																
国民健康保険組合																
公益法人		3	1	2	1	7	5	1	3		9	5	1	5	1	12
医療法人		92	12	10	4	118	119	5	13	5	142	125	8	15	5	153
学校法人				2		2			2		2			2	1	3
会社					1	1			1	1	2		1	1		2
その他の法人		2	1	4		7	4	1	3		8	5	1	4		10
個人		14	2	1		17	19	1	1		21	18	2	1		21
合計		627	340	59	62	1,088	746	411	69	80	1,306	787	480	81	90	1,438

別表8 大阪府・医療圏と判定のクロス表

開設者	判定	1999					2000					2001				
		門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計
豊能		10	1	3		14	13		4		17	13	1	5		19
三島		11	1	4	1	17	17		4	1	22	14	1	5	1	21
北河内		11		3	1	15	16		3	1	20	17		3	2	22
中河内		10	1	2		13	11	1	3		15	11	1	2	1	15
南河内		8	1	2		11	8	2	2		12	10	2	3		15
堺市		8	3	2	1	14	11	1	1	1	14	13	1	2	2	18
泉州		14	3	4	2	23	16	1	5	2	24	16	1	5	3	25
大阪市		41	6	15	4	66	55	3	22	7	87	59	6	30	5	100
合計		113	16	35	9	173	147	8	44	12	211	153	13	55	14	235

別表9 福岡県・開設者と判定のクロス表

開設者	判定	1999					2000					2001				
		門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計
診療所		1,269	380	17	27	1,693	1,340	392	15	32	1,779	1,358	407	17	35	1,817
厚生省		1		3		4	1		2	1	4	1		3	1	5
文部省				1		1			1	1	2			1	1	2
労働福祉事業団									2	2				2	2	
その他																
都道府県				1		1			2	2				2	2	
市町村		1		1		2	2		5	7	2	1	4		7	
日赤										1	1				1	1
済生会																
北海道事業協会																
厚生連																
国民健康保険団体連合会																
全国社会保険協会連合会		1				1	2			2	2				2	
厚生年金事業振興団											1				1	
船員保険会																
健康保険組合及びその連合会									1	1						
共済組合及びその連合会																
国民健康保険組合																
公益法人		5				5	5			5	5		1		6	
医療法人		100	6	1		107	109	6	2	1	118	113	3	3	1	120
学校法人									1	1				1	1	
会社		1		1		2	1		1	2	1		1		2	
その他の法人		1		1		2	1		1	2	1		1		2	
個人		21	1			22	20	1		21	21				21	
合計		1,400	387	28	27	1,842	1,481	399	33	35	1,948	1,505	411	38	38	1,990

別表10 福岡県・医療圏と判定のクロス表

開設者	判定	1999					2000					2001				
		門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計
福岡・糸島		42	3	3		48	46	4	4	3	57	49	2	4	3	58
粕屋		5				5	7				7	7				7
宗像		3				3	2				2	2				2
筑紫		6	1			7	7				7	7				7
甘木・朝倉		3				3	3		1		4	3		1		4
久留米		15				15	15				15	18		1		19
八女・筑後		5		1		6	5		1		6	5		1		6
有明		8		1		9	8		1		9	7		1		8
飯塚		6		1		7	6		1		7	6		1		7
直方・鞍手		4				4	4				5	5				5
田川		4				4	4				4	4		1		5
北九州		24	3	3		30	27	3	10		40	28	2	9		39
京築		6				6	6				6	6				6
合計		131	7	9		147	141	7	18	3	169	147	4	19	3	173

⑫ 免許制度と業務独占

分担研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所

本稿の目的は、医療サービスの生産に関わっているサービス提供者に対する規制のあり方を検討するものである。医療サービスは対人サービスであるだけでなく、高度な専門知識と技術によって行われるサービスであるという特色をもつ。このため、医療セクターにおいてサービス提供に従事する提供者についてはそのサービスについて質の確保が求められることとなる。

現実の制度においては、競争市場の機能に頼るのではなく、サービス提供者の質を確保するための規制措置が多くとられてきた。これは「安全規制」と呼ばれる。そのひとつの業務独占資格が持つ参入規制効果、及び医療従事者の質の確保に関する効果について検討する。専門職の供給数をコントロールする場合、競争によって効率的な資源配分が達成されないばかりでなく、質の向上も期待されない。それゆえ、免許制度によって競争が規制されている市場における質の確保策の実態についても検討する。

さらには、やや個別的な論点、1)情報開示、2)同僚審査システムの設計、3)専門分化と専門職間の連携、4)外国人専門職の問題、について制度の現状と研究の方向性について検討する。本章ではこれらの問題について順に検討し、現在の医療供給体制一部としての免許制度が抱える問題点について概観する。

A. 研究目的

本稿の目的は、医療サービスの生産に関わっているサービス提供者に対する規制のあり方を検討することである。特に、業務独占資格が持つ参入規制効果、及び医療従事者の質の確保に関する効果について検討する。

B. 研究方法

内部収益率法によって現在の医師数が最適な状態からどの程度乖離しているのかをまず検討した。その上で、業務独占が持っている質担保効果について検討した。その上で今後行われるべき政策について検討した。

C. 研究結果

内部収益率法による分析の結果、先行研究と同様に、最近においても医師になることの内部収益率は高い。その意味では現在の医師数はいまだ過少であると考えられる。よって免許制度（業務独占制度）は参入規制効果を持つと考えられる。

D. 考察

免許制度（業務独占制度）は参入規制効果を持つと考えられるが、質の担保効果は、免許保持者も卒後臨床研修を受けなければ十分な診療が行えないことを勘案すれば、充分であるとは必ずしも言えない。

E. 結論

医療供給体制の検討されるべき課題としての医療従事者の資格制度については専門職の最適数や質の担保問題等についてより深く検討されるべき課題が存在する。

F. 研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

1.特許取得

なし。

2.実用新案登録

なし。

3.その他

なし。

第12章 免許制度と業務独占

泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所）

I. はじめに

I-i. 医療セクターと資格

本稿の目的は、医療サービスの生産に関わっているサービス提供者に対する規制のあり方を検討するものである。医療サービスは人対人の対人サービスであるだけでなく、高度な専門知識と技術によって行われるサービスであるという特色をもつ。もし低い技術水準しか持たない労働者がサービス提供に当たれば、サービス需要者である患者の生命が脅かされる可能性すらある。このため、医療セクターにおいてサービス提供に従事するサービス提供者についてはそのサービスについて質の確保が求められることとなる。

サービスの質を確保する方法は幾つか考えられる。一つは新古典派経済学が依拠するように医療セクターの労働者間に「競争」を励起し、質の向上を促すことである。もうひとつは資格試験といった「規制」によって制度的に労働者の質を担保することである。

競争による質の確保については疑問が呈せられる。それは医療サービスの特徴である、サービス提供者と需要者である患者の間に医学や医療に関する知識の量に格差が存在すること（情報の非対称性）である。経済学の教えるところでは、情報の非対称性が存在する場合には競争的な市場は必ずしも成立しない。(Akerlof(1970))

現実の制度においては、競争市場の機能に頼るのではなく、サービス提供者の質を確保するための規制措置が多くとられてきた。これは「安全規制」と呼ばれるものの範疇に入る。八代(2000)によれば、「安全規制の基本は、事故防止のために、政府が事前的に、製品・サービス・設備等の質の維持や安全確認を、事業者に法律で強制することである。このための具体的な手段が、基準・認証、検査・検定、および資格等の規制である。」と述べられている。公的資格には以下の3種類：1)業務独占資格、2)必置資格、3)名称独占資格、がある。本稿では医療部門において重要な役割を果す1)業務独占資格のみを検討の対象とする。

業務独占資格は政府が管理する資格試験に合格した個人に資格を与えるものであるから、規制の一種であることは明らかである。どのような目的であれ、規制を導入・運用する場合にはその費用と便益が検討されねばならない。この場合においては便益は医療従事者の質の確保である。費用に当たるのは業務独占資格が副次的な効果として持ち得る参入規制効果である。業務独占資格の保有者数が過度に少数に抑制される場合には、医療従事者の質を担保するという規制の便益以上に参入規制による費用が大きくなる。

そこで、本章においては、規制の費用と考えられる参入規制効果、及び規制の便益と見なされる医療従事者の質の確保について検討する。専門職の供給数をコントロールする場合、競争によって効率的な資源配分が達成されないばかりでなく、質の向上も期待されない。それゆえ、免許制度によって競争が規制されている市場における質の確保策の実態についても検討する。

最後にやや個別的な論点、1)情報開示、2)同僚審査システムの設計、3)専門分化と専門職間の連携、4)外国人専門職の問題、について制度の現状と研究の方向性について触れる。本章ではこれらの問題について順に検討し、現在の医療供給体制一部としての免許制度が抱える問題点について概説する。

本章で取り扱っている論点はこれまで経済学的な分析のみならず、その実態が余り明らかにされていないものばかりである。それゆえ、本章では個別の論点について新規の知見を得ることよりも実態を明快に明らかにすることとその後検討されるべき研究課題について述べることに集中する。

Ⅱ. 医療従事者数の最適数について

前節でみたとおり、専門職によって供給される医療サービスに関して効率的な資源配分が達成される必然性は薄い。医療サービスの需給を均衡させるためには「競争」的な環境において医療従事者数、ひいては医療サービス供給量、が決定されるか、もしくは「規制」の下で医療従事者数が政策的に決定されねばならない。しかし、これまで医療従事者の最適な数について経済学的にはほとんど検討されてこなかった¹。

医療サービス市場及び各医療従事者の労働市場が完全に競争的な場合の医療従事者の最適数は競争市場均衡で決定される。しかし、医療提供者に限らず、現実の労働市場が経済理論の示すところの完全競争市場であると必ずしも前提できない。これには幾つかの理由がある。①各労働供給者について、医療従事者としてその質が一定であるとは前提出来ず、かつ個別労働者の質を事前に需要者が判断することが可能であるとは限らない。②生産物市場（医療サービス市場）が競争的でないのと同様に生産要素市場である医療従事者の労働市場も競争的でない場合があること。などがあげられる。

他方、規制下で政策的に決定される医療サービス提供者数も必ずしも最適であるとは言えない。社会的に最適な医療提供者数を決定するために必要な情報を規制主体が必ずしも利用可能ではないためである。

以下の議論の準備として、(1)実態として現状の医療従事者の賃金水準を確認する。(2)実態として現状の医療従事者数がどの程度の水準であるのか、それらを踏まえた

¹ 医師数の将来予測については、システムダイナミクスからの予測が行なわれてきた。これらは例えば、西三郎(1977)、西田在賢(1995)があげられる。しかしながら、ここでの問題は最適な医療サービス提供者数はどの程度であるか、である。

上で、(3)医療従事者の最適水準と実際的水準の乖離がどの程度であるか、を検討する。

II-i. 実態としての医師・看護婦所得

この節においては、まず実態としてどの程度の所得を医師が得ているのかを把握する。その際に看護婦との比較等も行う。これは実際の医療従事者の所得水準の動向を把握することと、次節における医師になることの内部収益率を測定するための準備として有意義であるためである。

図1は医師と看護婦の年齢階級別の所得を昭和55年、平成12年について図示したものである。ここで使用した医療従事者の賃金水準のデータソースは厚生労働省の行っている賃金構造基本統計調査である。この調査は民間企業の賃金について調査しているものである。そこには各職種の賃金が掲載されており、医師と看護婦の賃金も含まれている。ここでは賃金として6月分の「決まって支給される現金給与額」と「年間賞与及び特別給与額」を利用する。一月分である「決まって支給される現金給与額」を12倍し、その上で「年間賞与及び特別給与額」を足すことによって以下で利用する賃金とする。

図1から医師・看護婦賃金に関する幾つかの状況が浮き彫りになってくる。まず、看護婦の賃金について昭和55年度と平成12年度の数値を観察すると、年齢階級があがると賃金が上昇していくことがわかる。しかし、その上がり方は医師と比較してそれほど大きくなく、20～24歳階級と60～64歳階級の間で200万円程度の差となっている。

次に、医師の平成12年度の賃金を観察すると、最小は20～24歳階級の301万円であるが、最大は55～59歳階級での1758万円である。その差は5倍である。年齢階級別の賃金の差は経験が重要な生産性の差をもたらす医療サービスの特性によると思われる。これは昭和55年の医師の賃金と比較することによってもわかる。年齢階級が低い場合には名目賃金率の上昇率は相対的に低いですが、年齢階級が高くなるにつれてその伸び率は拡大している。医師と看護婦の職種間でもこの差は観察される。看護婦の場合には低い年齢階級でも伸び率は相対的に高く、年齢階級間でも賃金の伸び率格差はそれほど大きくない。

年齢階級の高い医師の賃金率の伸びが大きい事実を説明する要因は何であろうか。年齢階層の高い医師に対して病院が高い賃金を支払い理由としては、年齢階級の高い医師が自ら診療所を開業することによって病院をやめる可能性である。この可能性を考慮に入れると、管理職クラスとなる年代の医師を雇用するために病院は高い賃金をオファーすることが必要となる。しかしながらこの事実は年齢層の高い医師の所得の伸び率が若年層の医師のそれよりも相対的に高くなることの説明にはならない。診療所を開業している医師の収益の伸びが高いことなどは理由になり得るかも知れないが、実際に確認された事実ではない。

この点を補足するために医療経済実態調査のデータを検討しよう。医療経済実態

調査は病院・一般診療所・歯科診療所及び保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、中央社会保険医療協議会が実施するものである。一般診療所については 2380（平成 11 年調査）が調査対象となっている。

図 1 医師・看護婦の年齢階級別名目賃金

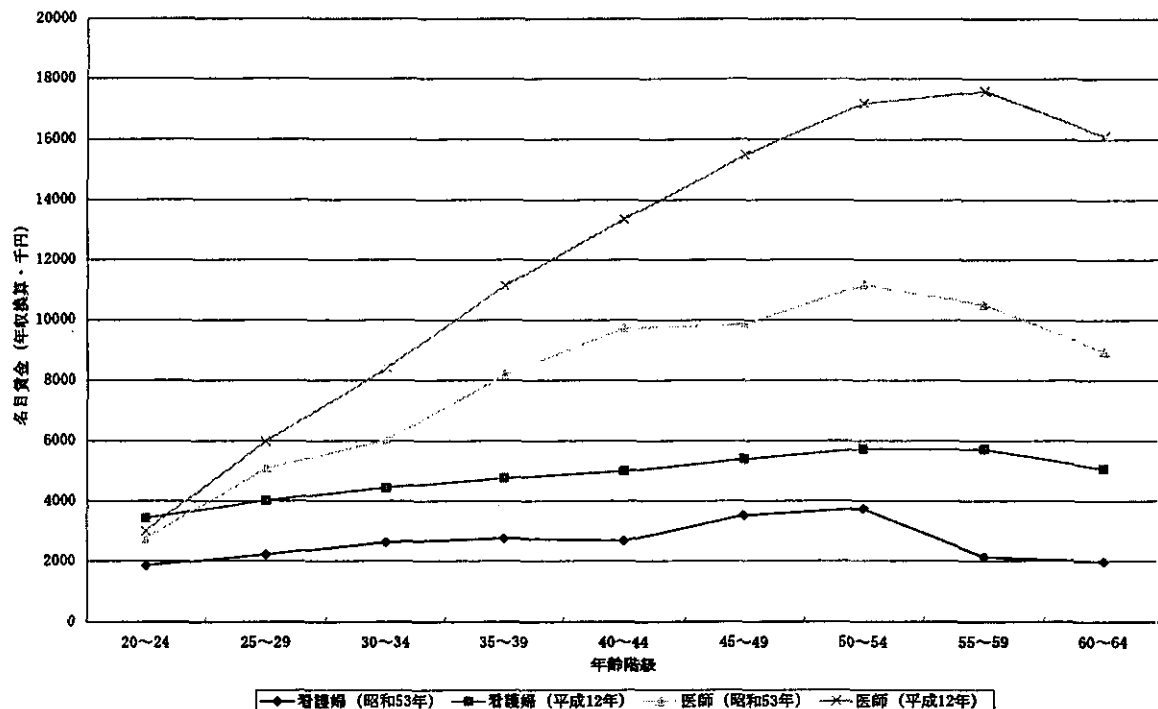
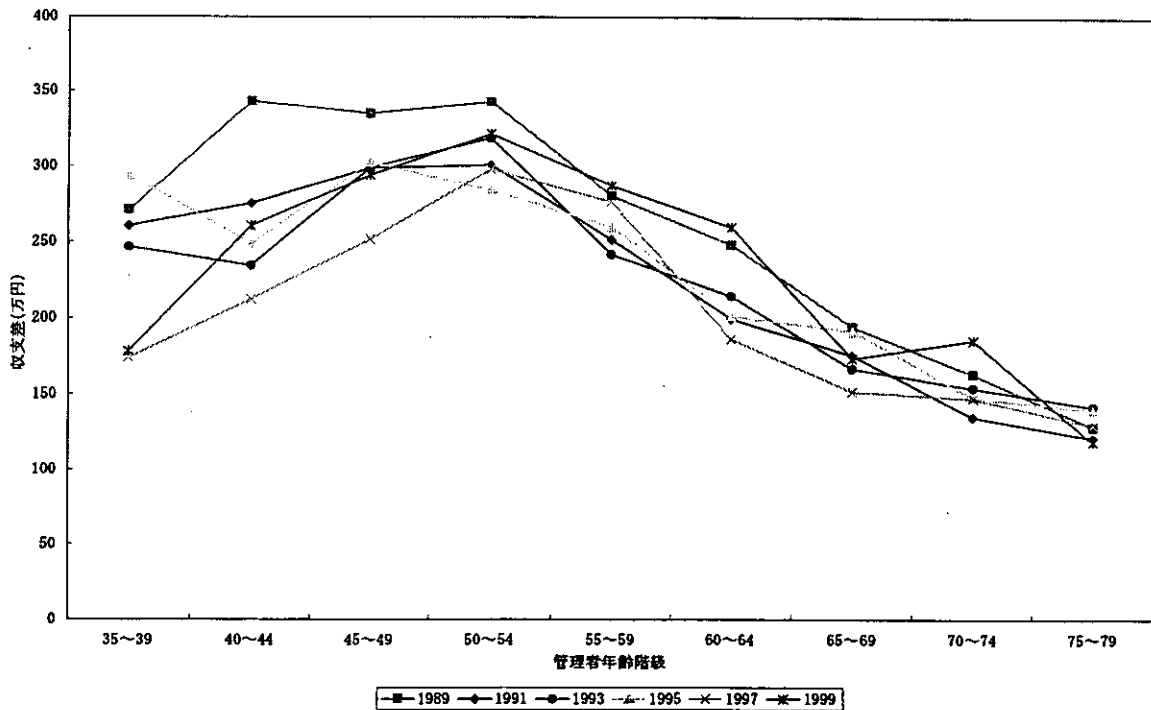


図 2 は医療経済実態調査から作成した調査年次別、診療所開設者の年齢階級の月間収支差額を示している。収支差額はその中に再投資に使用される部分も含まれている。また、年度ごとの診療日数別の補正は行っていない。他方、薬価差の部分も明示的には含まれていない。

調査年次ごとの差はそれほど大きくない。また、診療所開設者の年齢階級ごとの収支差額は 50~54 歳階級をピークとして、それ以後の年齢階級では収支差が低下している。しかしながら、絶対額としては 150 万円~350 万円と勤務医の給与を超えるような額を計上している状況である。荒井(1986)の推計においては引退期の収入についてはほとんど考慮されていないが、診療所開設者についてはそれが大きなゆがみを与える可能性がある。

図2 診療所収支差



II-ii. 医師の開業及び看護婦の就労について

実態としての開業医の所得については大きな変化はないが、医師による開業の意思決定については変化が見られる。図3は年次別年齢階級別開業率を示している。開業とは病院・診療所及び老健施設の開設主体となることを指している。通常は開業という言葉は診療所の開設を指すと考えられるので、ここでの定義は若干広い概念である。開業率とは、上述の意味で開業している医師数の同一年齢階級の（医療施設等に従事する）医師総数に対する割合を示している。図3から明らかであるように、同一年齢階級の開業率は年々（10年ごとに）低下していることが明らかに見てとれる。開業することのメリットが低下していることを示唆している。開業医師の大多数が診療所の開設者であるため、開業比率の低下は地域医療を担う開業医数の低下を意味する。

図4は開業している医師の年齢階級別の分布を示している。この図から明らかに開業している医師の中心にいるのが昭和43年に40歳～45歳であった層であり、それが高い比率を維持したまま開業医の高齢化が進んでいる事実である。（尾形・泉田（2000）も参照。）

これら二つの事実は開業医中心の地域医療が長期的にはその維持に関する問題が生じる可能性があることを意味している。

看護婦の就労については三上（1986）がフェルドスタインが提案した形式の労働供給関数の推計を行っている。それによれば、看護婦の実質賃金及び相対賃金の増加が看護労働供給の増大を導くことを示している。また、労働時間の低下も看護労働

供給量の増加を導くとしている。最近行われた遠藤(2001)も、国民医療費の伸び以上に看護婦賃金の上昇が早いこと、そしてそれが看護婦1人当たりの賃金の上昇によることを示している。

図3 年次別・年齢階級別開業率

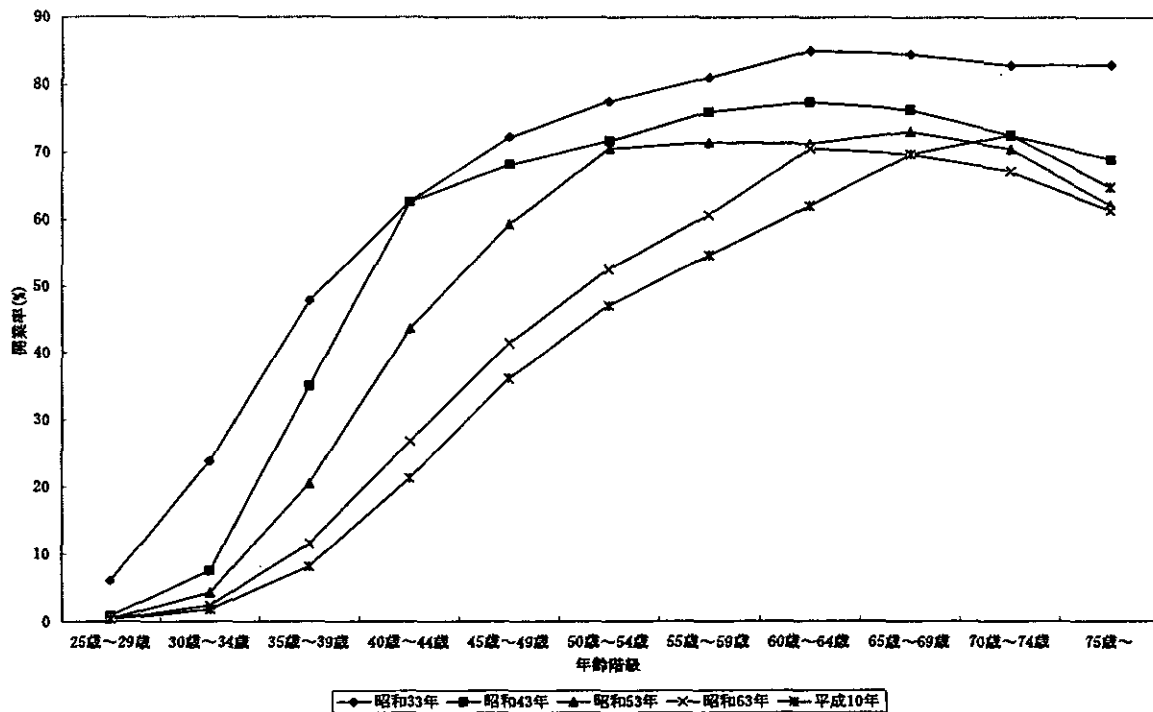
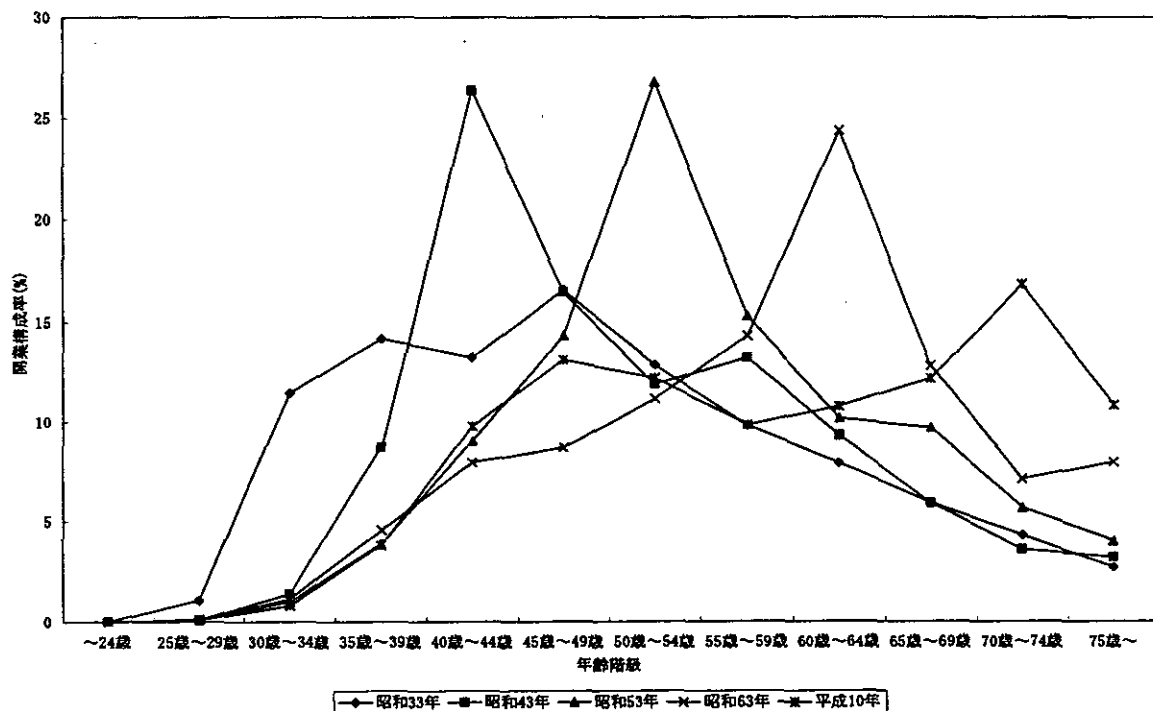


図4 年次別・年齢階級別開業構成率



II-iii. 医療従事者の最適数

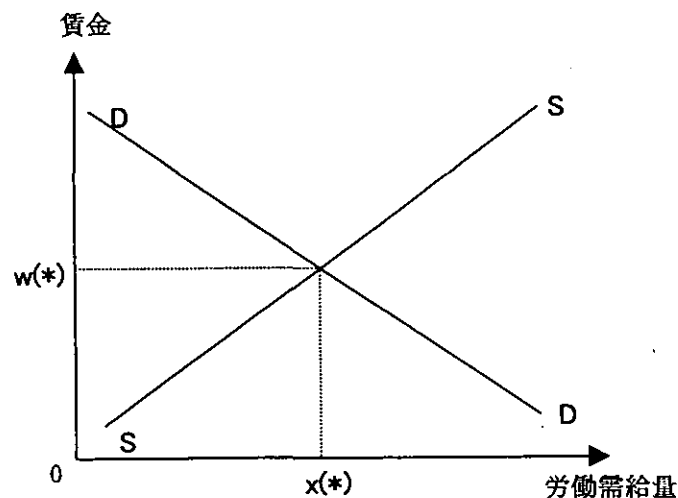
本節ではこれまで述べてきた問題意識から医療サービス提供者の最適数について検討する。まず、単純なモデルを利用して医師の最適数及び業務独占資格の参入規制効果について検討する。

医療従事者の労働力に対する需要は医療サービス生産の派生需要として得られる。産出物としての医療サービス生産量が与えられている場合に、その医療サービスを生産するための投入要素として様々な種類の医療従事者の労働力に対する需要が、資本装置から発生するサービスに対する需要などと同時に発生する。この要素需要関数の性質の詳細について議論することは避け、とりあえずそれが図5の労働量-賃金平面上で右下がりのDD曲線のように描けることだけを指摘しておこう。これは医療従事者の賃金が低いほど当該医療従事者の労働力に対する需要が増大することを意味している。

他方、医療従事者の労働力の供給は短期的には当該職種として働くことから得られる賃金や他の就業機会における賃金に依存すると考えられる。長期的には既に医療従事者として資格を持っている個人の他に、新規参入者も存在する。それゆえ、新規参入者の行動に影響を与えるような費用、資格を得て医療従事者となるために当該個人が負担しなければならない教育費負担や喪失所得にも医療従事者の労働供給は依存すると考えられる。労働供給曲線は図5のSSのように右上がりに描かれる。

医療従事者の労働市場の均衡は労働需要曲線と労働供給曲線の交点で決定される。この「理想的なケース」の市場均衡ではパレート効率性が達成されている。この図において捨象されている内容について次に検討しよう。

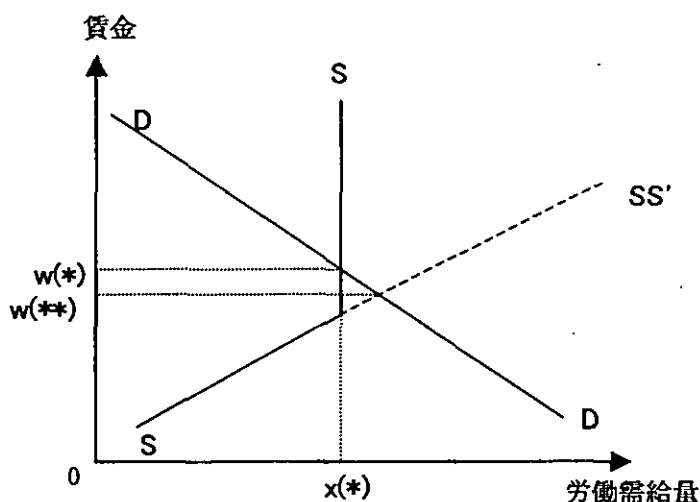
図5 労働市場の均衡-1



ひとつは当然、医療従事者の質の問題である。これは特に新規参入者について問題となる。質のコントロールを行うために、医療従事者の養成数を抑制したり、医療従事者が医療サービス生産に従事するための条件として試験を実施し、従事者数

をコントロールするものとしよう。この場合は図 6 のように、医療従事者の労働供給量が一定量の水準 x^* で供給が制限されることになると考えられる。この結果として、市場で医療サービス生産に従事する医療従事者は市場均衡で得られる賃金 w^{**} よりも高い賃金 w^* を得ることとなる。つまり、レントが発生していることになる。

図 6 労働市場の均衡-2



注意しなければならないことは、①規制下での労働需給量が、市場均衡での労働需給量と比較して、同量であるケースと少なくなるケースがあり得ること。②規制下の労働供給量が制限されることによって医療従事者の質が高まると考えることは議論の仮定であって、結論ではないこと。である。前者は規制により達成される労働需給量と市場均衡水準との大小関係は先験的には不明であることを意味している。このため、規制が有効に機能しているか否かは実証的に検討されねばならないこととなる。後者についても実証的に確認されねばならないが、データの制約から難しい。このため、まず前者についてデータによって検討する。その際に紙幅の関係から医師についてのみ検討する。後者については制度的な側面について概説することとする。

II-iv. 内部収益率法による最適医師数

規制により達成される労働需給量と市場均衡水準との大小関係について、労働経済学において使用される内部収益率法によって検討する。本節の内容は荒井(1986)の行った分析の追試となっている。荒井は内部収益率法を用いて労働経済学の観点から医師数の最適数について分析した。内部収益率法は人的資本投資などの投資費用の流列 $C_t, C_{t+1}, C_{t+2}, \dots$ の割引現在価値と投資収益の流列の割引現在価値 $R_t, R_{t+1}, R_{t+2}, \dots$ が一致するような割引率 r を計算する方法である。このため、 r の値が大きいほど投資収益が高いことを意味することとなる。

具体的には次のとおりに定義される。

$$C_1 + C_2/(1+r) + \dots + C_m/(1+r)^{(m-1)} = R_1/(1+r)^m + R_2/(1+r)^{(m-1)} + \dots + R_n/(1+r)^{(n-1)}$$

ここで C は医師になるための費用であり、 R は医師になることから得られる収入である。この等式を成立させる r が(私的)内部収益率である。ただし、医学部の正規の修業年限を考慮すると m は6以下である。

荒井(1986)は民間給与の実態(人事院)や賃金構造基本統計調査(労働省：当時)を用いて私的収益率と社会的収益率を計算した結果、私立大学医学部・国立大学医学部に入学し医師になった場合の私的収益率(成長率が0のケース)がそれぞれ8.7%、17.1%であることを示した。また、医学教育に投入されている補助金を控除した社会的な収益率は8.5%となった。

収益率の計算に際して、費用が近い将来の一定期間だけ計上される一方、収益は医療費の伸びに応じて長期間増大する可能性がある。医療費の伸びが0であるときの収益率を r^* 、収入の伸び率を g とすれば、医療費が一定率で伸びる場合の収益率 r^{**} は $r^{**} = r^* + g + r^*g$ と書ける²。もし医療費が3%で増加すればこれらの数値はそれぞれ12%、20.6%、11.8%となる。また、開業医となる可能性を入れれば社会的収益率は15%近くなると推計した。これらの推計から荒井は私的収益率にせよ社会的収益率にせよ他の投資機会よりも高いと論じ、結果として医師数はいまだ最適な数より少ないのではないかと述べている³。

全く同様の方法を用いて平成1年、5年、9年のデータにより追試を行う。ただし、使用するデータについては若干異なる。まず第一に荒井が社会的費用の推計に用いたデータ(日本私立医科大学協会「資金収支構成比調」等)が利用可能でなかった。この結果、社会的収益率の計算は行っていない。次に、医師の収入を測定するためのデータとして荒井は人事院による「民間給与の実態」を用いていた。しかしながら、「民間給与の実態」は被用者の給与はデータとして調査されているが、賞与が調査対象となっていない。それゆえ、勤務医の年間所得を過少に推計する恐れがある。そこで、本稿では労働省政策調査部(当時)が実施していた賃金構造統計基本調査のデータを用いて勤務医の年齢階級別の給与所得水準を測定する。本稿では私的収益のみを計算するので、所得水準は税引き後のものとなる。税引き後の医師所得の年齢後との流れを示したのが表1である。医学部に進学した学生が負担する私的費用については表2にまとめられている。

² 以下では $r^*g=0$ と想定する。

³ もちろんこれらの推計には限界が存在する。それは医師誘発需要の可能性を考慮に入れていないことである。医師誘発需要が存在する場合には収益率が低下した場合、所得を補填するように行動する可能性がある。医師誘発需要に関する主要な研究については、Fuchs(1978)、Dranove(1988)、Dranove and Wehner(1987)などがある。日本の状況に関しては西村(1987)、鈴木(1997)、泉田・中西・漆(1998)、岸田(2001)などがある。これらの研究では医師誘発需要の存在については存否が相半ばしている。それゆえ、収益率の計算において医師誘発需要の可能性を先験的に排除することは正しくない可能性がある。本稿では荒井の研究との比較可能性を確保するために医師誘発需要の可能性については考慮に入れていない。医師誘発需要の可能性を考慮に入れた分析の実施は将来の課題であろう。

表 1 年齢階級別税引き後所得

税引き後所得	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44
平成元年	225.9	741.6	1212.82	1243.4975	1608.7925
平成5年	320.49	801.66	1206.124	1409.135	2320.6545
平成9年	258.54	817.898	1381.0855	1507.116	1982.842
税引き後所得	45～49	50～54	55～59	60～64	65～
平成元年	1786.7675	1778.945	2014.88	1938.8075	1282.19
平成5年	3071.905	2940.345	3072.9775	3465.6555	2298.2035
平成9年	1990.16	2262.1625	2072.165	2200.265	1614.575

表 2 私的費用

	国立			私立		
	初年度	2年	3～6年	初年度	2年	3～6年
平成元年						
学校納付金	525	340	340	9350	4120	4120
修学・課外・通学費	159	159	159	173	173	173
高卒男子税引き後賃金	1980	1980	2656	1980	1980	2675
アルバイト	340	340	340	353	353	353
放棄稼得	1640	1640	2316	1627	1627	2322
平成5年						
学校納付金	642	412	412	9040	4040	4040
修学・課外・通学費	159	159	159	182	182	182
高卒男子税引き後賃金	2284	2284	3084	2284	2284	3084
アルバイト	337	337	337	387	387	387
放棄稼得	1948	1948	2747	1897	1897	2697
平成9年						
学校納付金	740	470	470	9040	4400	4400
修学・課外・通学費	148	148	148	180	180	180
高卒男子税引き後賃金	2386	2386	3219	2386	2386	3219
アルバイト	330	330	330	377	377	377
放棄稼得	2056	2056	2889	2010	2010	2842

これらを1式にあてはめて内部収益率を計算すると、表3の通りとなる。表3の数値を一見すると荒井が得た結果よりも大きな数値となっていることがわかる。これは民間給与の実態のデータを用いずに賃金構造基本統計調査のデータを用いていることによる。具体的には平成元年の国立大学卒の医師の内部収益率は26.10%であり、私立大学卒の場合には14.49%となる。国立大学卒の医師の内部収益率は平成5年、平成9年にはそれぞれ25.56%、24.79%となる。それゆえ、3時点ではあるものの、国立大学卒医師の内部収益率は低下している状態にある。

表 3 私的内部収益率

	国立	私立
平成元年	26.10%	14.49%
平成5年	25.56%	15.83%
平成9年	24.79%	14.99%

他方、私立大学卒の医師は若干状況が異なる。平成5年、9年の内部収益率はそれぞれ15.83%、14.99%となり、内部収益率が一貫して低下しているわけではない。これは私立大学の納付金額の低下による。特に入学時の納付金が平成5年には30万円ほど低下し、かつその後の納付金額も低下している。これも内部収益率の改善に貢献しているものと考えられる。

医学部入学費用の低下のみならず、実際の収入額も変化している。収入額の（割引現在価値に直さない）単純集計額は平成元年、5年、9年のそれぞれについて6億3138万円、9億5994万円、7億2941万円である。それゆえ、収入の単純集計額は平成5年が最も高くなっている。国立大学卒医師の内部収益率は一貫して低下しているので、平成5年の単純集計額の増加もうち消すほど大きいと言えよう。

内部収益率法ではなく、単純に投下した資金を金利負担無く回収するとすれば、国立大学卒の医師については投下資金を回収できる年齢が25歳、25歳、26歳と時系列的に変化し、私立大学卒医師については29歳、28歳、29歳と変化している。いずれにせよ金利負担を考えない場合投下した資金を30歳以前に回収できる状況である。

現行の金利水準を考えれば、費用を全額借入をして大学を卒業したとしても十分にリターンが期待できる職業であることがわかる。補助金等を考慮に入れた社会的収益については、データが存在しないため、十分に検討することは不可能であるが、未だ高い水準にあることが予想される。

II-v. 医師・看護婦数のコントロール政策

前節においては、医療サービス提供者の最適数を直接測定することができないために、内部収益率法によって医師になることの内部収益率を測定し、特に国立大卒の医師については私的內部収益率が持続的に低下していることを指摘した。現実の医療従事者の労働市場は完全競争市場ではなく、規制によって医師数をコントロールしている。

医師需給の問題は当初、医師の不足という形でとらえられていた。昭和44年の自民党の国民医療対策大綱において、昭和60年までに人口10万対150人の医師を必要とすることが打ち出された。医師の教育を所管するのは厚生省ではなく、文部省である。そこで厚生省医務局長は自民党の意向を受けて、文部省大学学術局長に対して昭和49年までに医学部の定員を1700人増員し、6000人程度とすることを要請した。次いで昭和48年2月には「経済社会基本計画」が閣議決定され、無医大県解消に向けて動き始めた。

これらの「医師不足」に対する対応は高度経済成長を背景としている。また、医師数の増加が医療費の増嵩を招きかねないという点についてもそれほど配慮していなかった。よって、その後の経済の低成長化に伴って、医師の過剰感が現れてくることは必然であった。

医師の過剰感が最初に厚生行政に反映されたのが厚生省が1984年に設置した「将

来の医師需給に関する検討委員会」である。この検討会は1986年7月に委員会意見を公表した。結論は昭和70年(平成7年)を目途に医師の新規参入を最小限10%削減するということであった。これに対して賛否両論が起こったが、医師養成数の削減が実施された。

実際にはこの削減は実効的ではなかった。医師需給の見直し等に関する検討委員会が1993年に設置された理由のひとつとして、先の検討会以来、医学部の入学定員数が7.7%程度しか削減されていなかったことがあげられる。

医師需給の見直し等に関する検討委員会はこの点をふまえて、1994年に検討結果を提出した。当該委員会では医師需要・医師供給に対して3種類の仮定(上位・中位・下位)をおき、それぞれの仮定を組み合わせ推計を行った。最もバラ色の推計である供給医師数の下位推計と必要医師数の上位推計の組み合わせでは平成27年頃から供給医師数が必要医師数を上回り始めるという結果を得た。次に、供給と必要に関してそれぞれ中位推計をとった場合には平成10年頃から供給が必要を上回るという結果を得た。

この推計結果を得て、医師需給の見直し等に関する検討委員会では佐々木委員会が公表した10%入学定員削減案の完全実施について再度要望している⁴。

このように医師数のコントロールは実際には医学部の定員を抑制ないしは削減することによって行われてきている。それゆえ、現実に医師数が過剰である地域が存在したり、過少である地域が存在する場合には実効的な政策的対応手段は存在しない。もっとも、医師数が過少である地域では金銭的誘因によって不足する医師を補うことは可能である。しかし医師数が過剰な地域においては有効な政策的対応はほとんどない。開業している医師については彼らの自発的な市場からの退出を待つしかない。病院勤務医については病院自体が地域医療計画によって病床規制がかけられている場合雇用される勤務医の数が抑制されると考えられるが、削減されるとは限らない。

看護婦数コントロール政策については岩下・奥村(1988)が次のようにまとめている。看護婦については昭和40年代以降、看護婦不足解消を目標とし、昭和49年、

⁴ ただし、全国的な医師の過剰感は全ての地域において医師が過剰であることを意味しない。なぜなら、医師は既に医師が過剰である地域だけでなく、住民数が少ないために採算がとれない地域も医師は立地しない可能性があるからである。この意味で立地選択は経済的な誘因から行なわれる医師の行動のひとつとして考えられる。

漆(1986)は医師の立地選択について検討した日本での先駆的な研究である。彼は変動係数を用いて、人口あたり医師数のばらつきを検討した。変動係数は標準偏差を平均値で除したものである。それゆえ、分散の値が小さい程変動係数は小さくなる。この性質を利用して都道府県別の医師の利用可能度の指標として利用している。医師の分布のばらつきは医療サービスへのアクセスの不平等としても捉えられる。このような観点から漆は1県1医大構想や、国公立医療機関が医師分布のばらつきに与えた効果を分析した。

漆(1986)のように、医師の立地選択の結果を分配上の観点から検討することは有意義であるが、さらに一歩進めて医師の立地選択がどのような要因によって規定されるのかも研究し、全国的な医師の過剰感と地域的な不足感のギャップを埋めるための政策立案に必要な情報を作成する必要があると考えられる。そのためにはいわゆる「医局人事」、「開業の意思決定」について検討する必要があるかも知れない(医局制度については猪飼(2001)の研究を参照。)

54年にそれぞれ看護婦需給計画を策定した。それにより看護婦の不足は緩和されたが、昭和63年の医療法改正による地域医療計画に基づいた病床規制が開始される直前のいわゆる「駆け込み増床」によって看護婦不足の状態に再び陥った。

もっとも、看護婦不足は病床数や診療所数を基準とした不足であり、看護ニーズを基準として算出された不足ではない。つまり、病床数や施設数が何らかの基準により適正数とされたわけではないので、それに基づく看護婦不足も適正数からの乖離であるのか否かについて明らかではない。また、医療施設以外の看護ニーズについてはニーズの存在が意識されたとしてもそれに応ずる財源が不十分で看護職員の需要に結びつかないのが看護婦不足として認識されることは少なかった。訪問看護制度の創設や介護保険制度の創設による看護婦需要の拡大については今後検討されねばならない問題といえよう。

Ⅲ. 質の問題について

Ⅲ-ⅰ. 免許制度の概要

第1節でも見たように、医療関連専門職の資格の代表として医師免許・歯科医師免許があげられるが、その他にも様々な種類の資格が存在する。この資格制度は医療従事者が専門家としての高度な専門知識と技術を保有していることを確認・証明することを目的としている。

例えば、医師免許については医師法第2条から第8条までに規定されており、医師国家試験については、同じく第9条から第16条までに規定されている。医師国家試験の内容は第9条に次のように規定されている。「医師国家試験は、临床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。」

これにより医師免許を与える医師国家試験は資格試験の一種であることがわかる。その他の医療従事者の免許試験も資格試験である。資格(免許)試験を行う目的として試験時点における受験者の知識・技能の水準を試験の合否という形で明らかにし、試験に合格しないものは専門性が欠如ないしは低いものとして当該業務に従事することを禁止することである。その他の医療従事者の資格試験についても医師とほぼ同じ趣旨で厚生労働大臣が行うものである⁵。

受験者が絶対的欠格事由に該当する場合には免許が交付されない。相対的欠格事由に該当する場合には免許が交付されないことがある。例として医師免許のケースを考える。絶対的欠格事由に該当するのは受験者が未成年者・禁治産者・準禁治産者などの場合である。相対的欠格事由に該当するのは、精神病患者又は大麻もしくはあへんの中毒者、罰金以上の刑に処せられた者、等である。既に免許を持っている

⁵ ただし、准看護婦についてのみ、試験実施者が都道府県知事となっている。

者が絶対的欠格事由に該当する場合には免許が取り消される。相対的欠格事由に該当する場合は免許の取り消し又は一定期間の医業停止が命ぜられる。

試験の受験資格としては一定の教育を受けた者となる。医師国家試験の場合には次のいずれかの条件を満たすことが必要とされる。

- 大学において、医学の正規の課程を修めて卒業した者
- 医師国家試験予備試験に合格した者で、合格した後一年以上の診療及び公衆衛生の実地修練を経た者
- 外国の医学校を卒業し、又は外国で医師免許を得た者で、厚生大臣が前二号に掲げる者と同等以上の学力及び技能を有し、且つ、相当と認定した者

しかしながら現在の医療技術の進歩は専門分化を生み、例えば医師免許を保有していたとしても専門の診療科目によって必要とされる技術がはるかに進んでいる場合も存在する。この結果、医師国家試験に合格したとしても専門の医師としての知識・技術水準が担保されているとは考えにくい状況になっている。また、そもそも医師国家試験が、参入規制になっているか、もしくは医師の質を担保するという目的を達成しているかは不明である。もちろん他の資格職の試験についても本質的には同じことが言える。その際に重要であるのは資格試験を合格した後の卒後教育システムである。この点について次に概観することとする。

Ⅲ-ii. 卒後教育

卒後教育は現状においては卒後臨床研修が医師法において努力目標とされている他、医師については学会認定医、看護婦については専門看護婦及び認定看護婦の制度がある。また、他の職種についても同様の認定制度がある。これらを順に概観することとする。

大学において医学教育を終了し、医師国家試験に合格することを以て医師の資格が与えられる。医師国家試験合格後は臨床にあたって法的には問題ない。しかしながら、医師法第16条の2では臨床研修に努めるように規定されている。すなわち、

医師法第16条の2：医師は、免許を受けた後も、2年以上大学の医学部若しくは大学附置の研究所の付属施設である病院または厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を行うように努めるものとする。

もっとも、臨床研修を行わずに実際に診療を開始しても罰則規定はない。また、臨床研修の指導体制については基準がないため、臨床研修の内容について研修場所である医療機関においてばらつきが発生する可能性がある。このため、卒後の臨床研修は医師としての質を向上させるために必要なものであるが、その基礎が固まっているか否かについては慎重に判断されるべきかも知れない。

認定医制度は各診療科の医師の専門性を高めるために各医学会において実施されている。実施主体が各学会であるため、認定について法的な裏付けがあるわけではない。しかしながら、診療報酬支払にかかる施設基準において、各学会指定の認定医が勤務していることが条件とされる場合がある。認定医として認定されるための