差の研究において、人口対 CT 数が入院医療費を引上げている側面を明らかにした。Tokita et al.(1997)では、同様な医療費の地域間格差の研究において、CT スキャナー設置数が外来医療費を引上げていることを実証的に示している。このように医療機器の普及は、医療費高騰を招く要因であると考えられているが、現在の日本では医療機器設置に関する規制は実施されていない。

このように医師誘発需要は、日本の医療供給規制の根幹を成す根拠となっており、多くの研究が必要とされている。今後、医療供給規制の是非を考えるにあたって、医師誘発需要の有無や病床数規制の効果、医療機器導入評価や規制の是非について、実証的に明らかにする必要があるものと考えられる。

(3) 近年の議論

近年の日本における医師誘発需要仮説の研究は、鈴木(1998),岸田(2001),山田(2002)が代表的である。基本的な研究方法は、西村(1987)で提示された仮説検定モデル（人口あたり医師数と医療費の統計的関係を検定する方法）と大差ないが、利用データや分析手法にいくつかの改良点が施されている。以下では、上記 3 点の研究を利用して、その特徴と医師誘発需要仮説に関する結果についてまとめることとする。

鈴木(1998)は、老人保健レセプトデータ（1992 年・全国 11 県）を利用して、医師誘発需要仮説の検定を行った。この研究の特徴は、海外における医師誘発需要に関する議論を利用して、初診の受診決定は患者自身が主体的に選択する部分、受診後の診療内容（診療密度）は医師が裁量的に決定する部分であると考え、後者の受診後の診療内容（診療密度）こそが医師誘発需要を示すものであるとして分析を行っている点である。分析結果は、医師がその裁量によって濃密診療を行うとする医師誘発需要仮説は支持できないことが明らかにされている。

岸田(2001)は、鈴木(1998)の手法を踏まえた上で、国民健康保険の若年者と老人について、二次医療圏レベルと市町村レベル（ともに 1992~96 年）の分析を行った。分析結果は、医師誘発需要仮説は支持できず、たとえ存在するとしても非常に小さな規模であることを示している。

山田(2001)は、鈴木(1998)や岸田(2001)の手法や結論を踏まえた上で、国民健康保険レセプト（1997 年）からエピソードデータを作成し、医師誘発需要仮説の検定を行った。分析結果は、医師裁量により診療内容（診療密度）に影響を与えていることが示された。

以上の分析結果から、西村(1987)で示された医師誘発需要の存在は、その後の研究によって再検定が実施されている。これら再検定は、分析手法や利用データの工夫が施された上で実施されている。しかし医師誘発需要の存在に関する結論は、一致していない。

参考文献

泉田　信行ほか(1998)「医師誘発需要仮説の実証分析－支出関数アプローチによる老人医療費の分析－」『季刊社会保障研究』33(4):374-381.

漆　　博雄(1998)「第 3 章　医師誘発需要」
漆博雄編『医療経済学』39-60,東京大学出版会.

大内　講一(2002)「第 8 章　医療費の審査支払制度」
南部鶴彦編『医薬品産業組織論』251-274,東京大学出版会.

大竹　文雄(1990)『国民健康保険における地域格差に関する調査報告書』
大阪地域医療研究会.

岡村　恭子(2002)「地域医療計画の役割と行政戦略計画－アメリカ Certificate of Need プログラム」平成 11 年度 厚生科学研究（医療技術評価総合研究事業）『医療計画の評価に関する研究』（主任研究者 長谷川敏彦）.

尾形　裕也・泉田　信行(1999)「わが国の医療供給の現状と展望」
『季刊社会保障研究』35(2): 180-191.

岸田　研作(2001)「医師誘発需要仮説とアクセスコスト低下仮説－2 次医療圏、市単位のパネルデータによる分析－」『季刊社会保障研究』37(3): 246-258.

郡司　篤晃(1991)「地域福祉と医療計画－医療計画の基本的諸問題」
『季刊社会保障研究』26(4): 369-384.

厚生省保険局(1990)『欧米の医療保障』,社会保険法規研究会.

鈴木　玲子(1998)「第 6 章　医療資源密度と受診・診療行動との関係」
郡司篤晃編著『老人医療費の研究』50-60,丸善プラネット.

鴇田　忠彦(1995)「第 2 章　健康と医療需要の決定要因」
鴇田忠彦編『日本の医療経済』25-40,東洋経済新報社.

中泉　真樹(1995)「供給者による需要誘発と暗黙契約に基づく規制の経済理論」
『季刊社会保障研究』31(3):252-263.

西村　周三(1987)「第 3 章　医師誘発需要理論をめぐって」
西村周三『医療の経済分析』25-46,東洋経済新報社.

西村　周三(1996)「第 11 章　医師数と医療費」
社会保障研究所『医療保障と医療費』235-252,東京大学出版会.

西村　周三・大竹　文雄(1989)「医業に要する経費の地域格差と診療報酬評価」
『医療』5(12): 35-37.

長谷川　敏彦(1998)「地域医療計画の効果と課題」
『季刊社会保障研究』33(4): 382-391.

広井　良典(1994)「第 1 章　医療費のマクロ分析」
広井良典『医療の経済学』17-44,日本経済新聞社.

前田　信雄(1983)「高齢者の入院費用の高低に関する研究－地域差の分析」
『季刊社会保障研究』19(1): 56-69.

山田　武(2002)「国民健康保険支払い業務データを利用した医師誘発需要仮説の検討」
『季刊社会保障研究』38(1): 39-51.

B．労働関係法規・労働形態

研究要旨

平成 16 年 4 月から国立大学及び国立病院・療養所等が独立行政法人に移行し、医師の新臨床研修制度がスタートするなど労働基準法と医師の勤務について社会的な関心が高まっている。ここでは「労働基準法」における医師の休日・夜間勤務等に関すること、「労働者派遣法」における医師派遣に関すること、「男女雇用機会均等法」、「次世代育成支援対策推進法」、「育児・介護休業法」及び「母子保健法」における女性医師等に対する育児支援等に関すること、さらに「出入国管理及び難民認定法」における外国人医師の就業に関すること等、労働関係法規と医師の需給について、文献及び情報の収集を行い、検討した。その結果、労働基準法の適用に伴う影響は推察されたが、医師の需給について将来推計を行うに足りる十分なデータはなく、今後の調査を待つ必要があると考えられた。労働者派遣法の改正に基づく医師の派遣並びに出入国管理及び難民認定法改正による規制緩和ついては、医師が直ちに増加し、我が国の医師の需要に影響を及ぼすとは考えられないと推察された。しかし、麻酔科など新たな医師派遣ネットワークがはじまっており、今後のフォローアップが必要である。育児支援については、国家試験合格者に占める女性の比率（33.7%:H17.2）を考えると、育児支援の充実如何が、今後の医師需給のポイントの一つであると考えられる。しかし、これについても全国規模の詳細な調査はなく、今後、調査する必要がある。

以上のことから、労働関係法規に関連する医師の需給について、最近の状況の変化を踏まえた詳細なデータはなく、現時点で、これらについて予測をすることは難しいと考えられた。

研究目的

① 平成 16 年 4 月からの国立大学病院や国立病院・療養所が独立行政法人になったこと、さらには、医師の新臨床研修制度がスタートしたことなどによって、労働基準法の適用による医師の需給の変化について、②平成 15 年 3 月の労働者派遣法の改正による医療資格者に係る労働者派遣が解禁されたことによる医師需給の変化について、③男女雇用機会均等法、次世代育成支援対策推進法、育児・介護休業法及び母子保健法における育児支援と医師需給について、④外国人医師の就業と医師の需給について、最近の状況の変化と今後の医師の需給について文献的に検索し、考察することを目的とする。

研究方法

労働基準法、労働者派遣法、男女雇用機会均等法、次世代育成支援対策推進法、育児・介護休業法、母子保健法並びに出入国管理及び難民認定法と医師の需給について、厚生労働省及び学会等の調査・報告書等の文献検索、医療情報誌、インターネット等よる検索によって情報を収集し、検討を行った。

結果及び考察

1．労働基準法と医師需給

これまでも、医師の労働時間については、過重で不規則なことから様々な問題を生じていた。平成14年に関西医科大学研修医が過労死として労災認定されたことを端に発し、医師の過重労働問題に対して社会的関心が高まった。一方、平成16年4月から、国立大学及び国立病院・療養所の独立行政法人化に伴い、これらの医療機関でも労働基準法の適用を遵守することが求められ、医師と労働時間の問題は、その適正化と医師の偏在の狭間で、我が国の医療提供体制に大きな波紋を投げかけている。

労働基準法第41条では、労働者の休日・夜間勤務について次のように規定している。

第41条　この章(第4章：労働時間、休憩、休日及び年次有給休暇)、第6章(年少者)及び第6章の2(女性)で定める労働時間、休憩及び休日に関する規定は、次の各号の1に該当する労働者については適用しない。3　監視又は断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けたもの

この規程に係る医師等の宿日直勤務の取り扱いについて、厚生労働省は次のような見解を示している。

「日直・宿直は、本条第3号に基づくものとして、則第23条に定める日直・宿直勤務があり、これは、常態としては通常の勤務をし、時間外または休日にいわゆる宿直・日直という特定の業務に就く者について定めたものである。したがって、その業務は原則として定時的巡視、緊急文書の収受、非常事態発生の際の準備等に備えるものではなければならない。本来の業務の延長と考えられるような業務を処理するものは、たとえ宿直または日直の勤務といっても許可の対象とならない。しかしながら、医師・看護師は医療法により宿・日直が義務づけられている関係上、医師・看護師の本来の業務であっても、特定の軽易な業務（定時巡回、定時検温、検脈等）については、宿・日直勤務中に処理しても差し支えないこととされている。ただし、宿・日直中に本来の業務、たとえば医師が宿直中に救急患者の診療等の業務に従事したような場合には当然に時間外労働になり、宿直手当とは別に、割増賃金を支払わなければならない。この医師の例のような、宿直または日直勤務中に本来の業務に従事することがしばしばあれば、その勤務は宿・日直勤務に該当せず許可は当然に取り消されることになるが、本来の業務に従事することが稀である場合には、宿・日直の許可は取り消されることなく、その時間について法第33条(災害等による

臨時の必要がある場合の時間外労働等)または法第36条(時間外及び休日労働)による時間外労働の手続きをとり、かつ法第37条(時間外、休日及び深夜の割増賃金)の割増賃金を支払えばよい。このほかに、睡眠施設が整備されていること、その回数が1週1回（日直については1ヶ月1回）の基準であること、原則として、宿・日直勤務従事労働者に支払われている賃金の1人1日平均額の3分の1以上の手当が支払われていること等の許可条件があり、この勤務が通常の労働と混同され、濫用されないようにしている。」[1)]

以上のことから、本来業務の延長と考えられる業務は宿日直の許可の対象とはならないこと、宿日直中に本来の診療業務に従事した場合は、宿日直手当とは別に割り増し賃金を支払う必要があること等により、当該規定の遵守に伴い医師の労働時間及び病院運営との関連において医療機関の医師配置及び医師確保への少なからぬ影響が生じている。

また、厚生労働省による「医療機関の休日及び夜間勤務の適正化に係る当面の監督指導の進め方について（平成15年12月26日)」に基づき、改善が不能・困難等の600機関に対して監督実施(平成16年11月まで)した結果、監督を行った596施設のうち何らかの法違反は430機関（72.1%）であったことを公表しており、その中で医療機関の宿日直勤務等における法令遵守の課題が浮き彫りとなっている。具体的には、第41条関係では、「宿直勤務が通常の勤務期間の拘束から完全に解放された後のものとなっていない。」が53機関(対監査実施件数8.9%）及び15.2%（対許可のある医師の宿日直施設)、「夜間・休日に従事する業務について、昼間と同態様の労働に従事することが稀ではない。」が195機関(32.9%、56.0%)、「宿直の回数が週一回の原則を超えている。」が105機関（17.6%、30.1%)、「日直の回数が月1回以上の原則を超えている。」が81機関（13.6%、23.3%）であった。この対応策については、「宿直医師を医師の交代制で対応」(28.8%)、「医師のシフト勤務で対応」(20.7%)、「複数の近隣の病院と連携し、相互に協力」(5.9%)、「大学と連携して人員の確保に努める。」(34.0%）等となっている。

これまで医師の供給源であった大学病院において、平成16年度からの臨床研修義務化に伴い医師の不足が生じ、一部の大学では医局員の市中病院からの引き揚げ等が社会問題になっている。これに加え、独立行政法人化後の労働基準法の適用により、大学病院及び国立病院・療養所では、宿日直及び救急医療担当医師の不足、超過勤務費用の負担が大きな問題としてクローズアップされている。

このような実態を踏まえ、厚生労働省は労働条件改善策を通知し、「救急患者への対応が頻繁に行われる一部の時間帯、診療科、職種について、断続的労働である宿日直勤務の対象から除外すること」、「宿直勤務者を増やすこと」を指導している。労働基準法では、宿直勤務は「断続的労働」にあたり、労働基準監督署の許可が必要であり、宿直勤務中に救急医療などの通常業務が頻繁に行われる場合は宿日直勤務としては不適切であり、法定時間を超えた労働については割り増し賃金が必要である。しかし、前述したように、これらについて7割を超える医療機関で、何らかの労働基準法違反が認められたという実態がある。この要因の一つには医師の偏在があることは否めない。

一方、42の国立大学病院、154の国立病院・療養所の職員の労働条件はこれまで人事院規則で定められおり、医師の宿直手当などはあったが、大学では長時間勤務しても研究の一環とみなされ、手当ては支給されない場合が多かった。平成16年度からの独立法人化に伴い、労働条件は労働基準法で定められることになり、一部の大学は医師を含めた教員の

超過勤務手当ての発生しない裁量労働制を適用することにしたが、厚生労働省は、平成15年3月10日「急患などがある医師は、超過勤務時間を裁量で決められない。」として、医師には裁量労働制を適用しないよう各都道府県労働局長に通知した。また、同省は「裁量労働制は経費削減のための制度ではない。適用範囲を広げることは、働いた分の給与を受け取るという原則をゆがめるので認められない。」と主張している。

具体的に、労働基準法を遵守することにより、どれくらいの医師が必要かについては、「最近、厚労省より病院に対して勤務医師の労働時間遵守の指導が入っているが、遵守したら、24時間体制の救急医療はどこの病院も不可能になるであろうし、交代制にすれば、医療の機能を大幅に低下させ、経営も困難になるであろう。勤務医師数の必要数は少なくとも現在の3倍は必要となる。(樋口紘岩手県立中央病院院長)」という医療現場の意見がある。今後の医師の需要を考えるにあたって労働基準法の適用の問題は重要と考えられるが、その影響を科学的に推計するには、現状では十分なデータはなく、今後の詳細な調査研究が必要である。

2．労働者派遣法（労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律）と医師の需給

平成14年度の一般労働者派遣労働者数及び派遣件数はそれぞれ213万人、36万件で、年間売上高は2兆2,472億円の規模となっている（労働者派遣事業：平成14年度報告)。労働者派遣法に基づく労働者派遣事業制度の適用除外業務は、①港湾運送業、②建設業務、③警備業務、④医療関連業務とされ（平成11年)、医療分野における医療資格者の労働者派遣については、「医療機関が派遣労働者を特定できないこと」及び「派遣労働者が頻繁に入れ替わることで、連携に支障が生じることへの懸念」等の理由でこれまでは認められていなかった。

労働者派遣法施行令の改正（平成15年3月28日）が行われ、福祉分野では社会福祉施設等の医療資格者に係る労働者派遣が解禁された。さらに「医療分野における規制改革に関する検討会」（平成15年4月）が設置され、これらの検討を受けて、労働者派遣法施行令が改正（平成15年6月）されたことにより、平成16年3月1日から「紹介予定派遣による医療業務への労働者派遣業務」が可能になった。この「紹介予定派遣」とは、「労働者派遣のうち、派遣元事業主が派遣労働者及び派遣先に対して職業紹介を行うことを予定しているもの」をいい、紹介予定派遣は、一定の労働者派遣期間を経て直接雇用に移行することを念頭に行われるもので、最長派遣契約期間は6ヶ月（医療機関への就職を前提としたもの）である。通常、派遣先企業は労働者と事前面接できないが、医療分野では事前面接は可能となっている。

これまでのところ、労働者派遣法改正（医療分野への紹介予定派遣）による派遣医師の増加等の報告はない。今回の法改正を契機に就業時間、勤務日、生活スタイル等医師側の多様なニーズに応える派遣方式が普及するか、またそれが医師需給にどのような影響を及ぼすのか等については、今後の動向を注視していく必要がある。

3．育児支援関連法と医師需給について

（1）女性医師の増加と育児支援

現在、新たに医師になる3分の1は女性であり、毎年約2,500人の女性医師が誕生している。ちなみに、平成17年2月に行われた第99回医師国家試験の合格者は7,568人で、このうち女性は2,549人(33.7%)であった。現在の医師全体に占める女性医師の割合は15.6%（H14）であり、これから女性医師は増加していくと推察される。働く医師として、また母親としての女性医師を支援し、労働環境及び出産・育児環境を充実させていくことは、今後、ますます重要になってくる。

（2）産前・産後や育児における母性の健康管理について

1）　男女雇用機会均等法(雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律)は、第22条で「保健指導又は健康診査を受けるための時間の確保(事業主は、女性労働者が妊産婦のための健康診査等を受診するために必要な時間を確保することができるようにしなければならない。)」と定められている。また、同法第23条では、「事業主は、その雇用する女性労働者が前条の保健指導又は健康診断に基づく指導事項を守ることができるようにするため、勤務時間の変更、勤務の軽減等必要な措置を講じなければならない。」とされ、同条第2項において「厚生労働大臣は、前項の規定に基づき事業主が講ずべき措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を定めるものとする。」とされている。つまり、同法では、これらの規定により妊産婦の健康管理及び保護等のための事業者の配慮を求めている。

2）次世代育成支援対策推進法第5条では、「事業主は、基本理念にのっとり、その雇用する労働者に係る多様な労働条件の整備その他の労働者の職業生活と家庭生活との両立が図られるようにするために必要な雇用環境の整備を行うことにより自ら次世代育成支援対策を実施するように努めるとともに、国又は地方公共団体が講ずる次世代育成支援対策に協力しなければならない。」とされ、事業主の努力規定を明示している。

3）　育児・介護休養法(育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律)第5条において、「労働者は、その事業主に申し出ることにより、育児休業をすることが出来る。」こととされ、原則として「子が1歳に達するまでの間」、または、「保育所に希望しても入所できない場合、子を養育している配偶者が死亡、負傷、疾病等で子の養育が困難になった場合等、一定の場合には、子が1歳6ヶ月に達するまでの間」育児休業できることとされている。同法第16条2及び3（子の看護休暇制度）では、「小学校就学前の子を養育する労働者は、申し出ることにより、1年に5日まで、病気、怪我をした子の看護のために、休暇を取得することができる。」とされている。また、同法第23条及び同規則34条により、「事業主は、a短時間勤務制度、bフレックスタイム制、c始業・就業時刻の繰上げ、繰り下げ、d所定外労働の禁止、e託児施設の設置、運営、その他これに準ずる便宜の供与、f育児・介護費用の援助措置を講じなければならない。」とされており、「事業者は0歳児を育児している労働者の請求があれば育児休業を取らせる義務があり、

取らない場合はa～fのいずれかの措置を行わなければならない。また、1～3歳までの子供を養育する労働者には育児休養に準ずる措置あるいはa～fのいずれかの措置を講じなければならないほか、3歳から小学校就学前までは、育児休業の制度又はa～fに準じた措置を講ずるように努めなければならない。」[3]とされている。以上の規定により、事業主に対し育児支援に関する具体的対応を求めている。

4）母子保健法第12条では、「市町村は、次に挙げるものに対し、厚生労働省令の定めるところにより、健康診査を行わなければならない。(1　満1歳6ヶ月を超え満2歳に達しない幼児、2　満3歳を超え満4歳に達しない幼児)」とされ市町村の義務を定めている。また、同法第13条では、「前条の健康診査のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児もしくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない(妊娠23週までは4週間に1回、35週までは2週間に1回、36週以後は1週間に1回)」とされ、母体及び乳幼児に対する保護を求めている。

（3）国における経済的な育児支援体系について

医療機関に勤務する者に対しては、国により「病院内の保育所運営費補助事業」、「育児両立支援金」、「看護休暇制度導入奨学金制度」等の経済面での育児支援が行われている。現金給付では、出産すると「出産一時金」が保険から1児ごとに支給される（例:社会保険30 万円)。社会保険料負担は、育児休業中の同保険料は健康保険法と厚生年金法により本人負担分と事業主負担分が免除され、休業中の雇用関係は継続していることから社会保険の被保険者としての資格は継続される。また、育児休業期間中、雇用保険から育児休業給付、賃金は保障される。育児休業基本給付金は、支給単位期間ごとに、原則として休業開始時賃金月額の30%相当額が支給され、支給単位期間中の賃金額が賃金月額の50%以下の場合休業開始時の賃金月額の30%を支給し、50%～80%未満の場合賃金額＋給付が休業開始時の賃金月額の80%相当額に達するまで支給、80%以上の場合は支給されないこととされている。

育児休業職場復帰給付金は、育児休業前と同じ事業主に6ヶ月以上雇用された場合に支給される。ただし、たとえば育児休業終了後6ヶ月以内に医局に戻り、事業主の違う他施設に移動した場合、この給付金は支給されないこととされている。

（4）女性医師の就労及び育児等に関する意識、実態等について

女性医師に関し、様々な角度からアンケート調査が実施されており、就労及び子育て等に対する考え、要望及び実態等が報告されている。

1）　東京女子医大を最近16年間に卒業した1,721人の若手医師への郵送アンケート調査(東京女子医大大澤真木子教授：回収数508件、回収率30.9%、期間は平成14年11月から平成15年2月)を実施した[4]。40歳以下の女性医師では、508人のうち常勤が半数、既婚が65%、配偶者の7割が医師、子供がいるのは7割、子供の数は1人が最も多かった。勤務時間は「1週間に50時間以上」が43.5%,「日勤のみ」が28.5%、「日勤と当直」が30.4%、

「日勤、当直、出張」が32.5%であった。時間外保育を利用している医師は35%、ベビーシッターの利用は40%であった。仕事と家庭の両立に必要な支援は、「保育園などの整備」が82%、「職場の子育て支援、出産・育児休業取得者の復帰支援」が66%、「配偶者の協力」が60%、「学童保育の充実」が50%、「ワークシェアリング」、「情報提供の場」、「学会に託児設備がある」がそれぞれ40%等であった。 女性医師が勤務しない理由は、「子育ては親が行うべき」(50%)、「子供を見てくれる人がいない」(70%)、「保育園に入れない」(30%)、「子育てを終わったら就労を希望」(40%)であった。職場の託児所、病後保育が必要(50%)、代替医師制度が必要(60%)との意見もあった。子供が病気の時、「子供を預けて仕事に出る」は7割であった。また、子供を預けるところは、「両親」が60%、「主人に預ける」は3%、「欠勤する」は 13%であった。妊娠して勤務時間を減らした人は、「産婦人科」40%、「内科」25%、「小児科」20%であった。

2）北海道の3大学の調査（小児科関連施設92病院に、女性小児科医の産前及び産後の育児に関するアンケート調査を実施(回収数72:回収率78.2%)[5]では、72病院の総医師数は2,833名、その内女性医師総数は347 名で、全体の 12.2%を占めていた。この内、女性小児科医師数は59名で、小児科医師全体の 22.7%であった。産休の期間は、90%以上の病院が「産前6〜8週/産後8週」としているが、産休中の給与では「通常通り」は63.9%で、あとは「全くない」が13.9%、「一部あり」が15.3%であり、これらの 60%は健康保険組合からの給与補償で対応している。産休中の代替小児科医師派遣希望は 73.6%である。育児休暇は、「満1歳まで」(45.8%)、「満3歳まで」(15.3%)であったが、「育児休暇なし」も1施設あった。1 人の小児科医師の欠員は、他の医師に大きな加重をかけるため、多くの場合、育児休暇を最短にし、勤務時間帯や勤務形態を変えることで、育児休暇中も診療に当たっているのが現状である。「保育所を有している」は55.6%に過ぎず、例えあったとしても「女性医師が利用できない施設」が保育所所有の施設の30%にのぼった。一方、「24時間保育受け入れ施設」が 22.7%も見られたのは特筆に値することである。今後は、この「保育施設の完備」と「24 時間運営体制の整備」が必須と考えられる(特に、ベビーシッター等を容易に得られない町村の病院勤務医)。 育児休暇中の給与は57.1%が「全く支払われず」、「通常通り」は4.3%に過ぎない。多くは雇用保険、または市町村職員共済から3割の補償を受けている。育児期間中の勤務形態では、「時間外や夜間当直の制限をしている。」のは 23.6%で、多くは通常勤務を課していることが窺える。女性小児科医師が育児をしながら医師として活動できるための環境の整備として、「柔軟な勤務形態」、「フレックスタイム制の導入」等が考えられるが、この際の最大の難関は、同僚の小児科医師の荷重を増やさないための代替医師の確保である。代替医師・非常勤の医師の派遣は、多くは大学からの医員・大学院生に頼っており、大学自体の小児科医が不足している現状では、育児という長い期間をカバーする医師の派遣は大学自体の空洞化を招く危険性があり、容易なことではない。女性小児科医師の多くは育児と勤務の狭間で苦悩し、結局は大都市の保健所勤務などを希望し、病院勤務から離脱する傾向にある。

3） (社)日本医師会勤務医部の「女性勤務医アンケート調査結果」(平成14年秋)では、広島市医師会会員女性勤務医を対象に232通のアンケートを送付し、132 通の回答（回収率56.9%）があった。[6] 1週間の勤務日数は、週5日勤務(週休2日)が定着。1日の勤務時間は大病院において10時間以上の勤務が約30%あった。月平均の当直回数の比較では病院

勤務医で月 3 回以上(16%)、月 10 回以上(3 名)であった。当直明けの休み(2%)、通常通り(42%)と、診療所および病院ともに取得するのは難しいようである。妊娠中の勤務については 85%、育児中の勤務については 90%の女性医師が、常勤医師のまま時間短縮などの配慮、あるいはさらに有給休暇をとるかパートタイム勤務などに変わる必要があると考えている。家庭環境については、夫の職業は 87%が医師で、9%が別居(単身赴任)生活であった。家事を主に担当しているのは「自分自身」(66%)、「夫と半々」(12%)、「親」(10%)、「家政婦」(7%)、「夫」(5%)の順であった。妊娠中の勤務状況については、「常勤医師の身分で妊娠を経験」(70%)、「日中は今まで通りの勤務時間で勤務」(74%)、「宿直および日直回数が免除あるいは減った。」(32%及び 24%)。産前休暇の日数は 4～6 週間が最も多く 35%、4 週未満との回答も 31%有り、これらの回答は、やはり医師数の少ない診療所勤務の医師に多かった。産後休暇について、8 週間以内に職場復帰(63%)、4 週間以内に復帰(4%)であった。産前・産後休暇中の給与について、ほぼ同額支給(28%)にとどまっていた。産前・産後休暇中の代理医師の派遣があったのは 41%にすぎなかった。妊娠経過の異常を経験した医師は 37%おり、このうち 51%は「この厳しい職務体制に関係あり。」との考えだった。妊娠中の職務体制について、39%が「重病患者(原因不明の感染症を含む)の担当は免除して欲しい。」、「個人差のある妊娠状況あるいは妊娠時期により、柔軟に対応できる環境が欲しい。」、「国や県で何らかの体制を確立して欲しい。」等と回答している。育児中の勤務状況について、育児中に勤務先を変わらざるを得ない状況があったかの問いに対し、「診療所勤務」(32%)、「病院勤務」(56%)で、全体で 50%の医師が「勤務先変更があった。」と回答している。「現在の勤務状況では育児できないと判断して退職した。」、「常勤医であったのを非常勤に代えた。常勤医のままでは、肉親の助けがないと子育ては難しかった。」との回答があった。勤務時間については、「今まで通りの勤務時間で勤務している。」(66%)、「勤務時間を減らすべき」(22%)との考えだった。30～40%の医師はこれまでどおりの日・宿直業務をしており、30%強の医師が「これらを減らすべき。」との考えだった。子供が病気のとき、「全く休めないあるいは（ほとんど）休めない。」(43%)、「休めるようにすべき」(48%)と答えている。育児中の収入については、「変わらない。」(61%)、「たとえ収入が下がっても勤務を楽にして欲しい。」との希望が 56%に達した。勤務中の子供の保育について、未就学児の場合、「保育所・幼稚園」(61%)、「祖父母に子供を預けて」(21%)であった。このうち保育所と回答した医師のうち、院内に保育所を完備している恵まれた医師は 12%にとどまっており、延長保育あるいは二重保育の利用などでなんとかやり繰りしている状況が伺える。小学生の場合では、「祖父母に保育をお願いする。」(33%)、「学童保育を利用」(23%)。子供が病気にかかった時は、「自分が仕事を休んで子供を看病する。」は 24%にとどまっており、「祖父母にお願いする。」(39%)、「ベビーシッターに依頼する。」(17%)だった。その他、「女性医師が増加しているにもかかわらず、女性医師の結婚・妊娠については周囲から理解されていないのが現状」、「妊娠・出産・子育てを終えた後、職場に復帰するのは困難」、「この問題を職場・医局レベルだけで考えるのではなく、県や国全体で考え少しでも女性医師の働きやすい環境を整えていくべき」あるいは、「勤務時間の短縮などは最低限必要」、「育児休業についても、看護師にあっても医師はとれないということが多い。」などの意見があった。

この他類似の調査には、名古屋大学(名古屋大学における男女共同参画報告書:H1 3.5～7、女性医師 65 人)[7] 及び山梨医科大学（山梨医科大学卒後動向調査－女性医師の卒後に関す

る調査結果－：2001 年 7 月調査、212 人の女性医師対象、回収率 31.6%）[8] 等がある。

（5）解決すべき課題と育児・就労支援

1）今後、早急に解決すべき課題

産休・育児休業に対する法的な整備、経済的な保障は、前述したように十分とはいえないまでも、システムは整備されつつある。しかし、今後、早急に解決すべき課題は、

① 産休・育児休暇中の中長期的な代替医師の確保
② 代替医師用ポストの確保制度の創設
③ 妊娠中・育児期の突発的なトラブル発生時の対処
④ 病児保育(病気の時にも安心して預けられる低年齢からの保育)等である。

2）厚生労働省の育児支援（少子化対策プラン等）

平成 14 年に厚生労働省は「男性を含めた働き方の見直し（子育て期間中の残業時間の縮減等)」、「仕事と子育ての両立の推進（育児休業取得率の向上：男性 10%, 女性 80%等)」及び「保育サービス等の充実（待機児童ゼロ作戦の推進、特定保育事業の創設等)」などを盛り込んだ「少子化対策プラスワン」を発表し、少子化対策への取組みを行っている。

その他の具体的な対応策として、

① 院内保育所の完備
② 24 時間保育
③ フレックスタイムの導入など思い切った方策の導入

などをあげ、「育児を行う女性医師が安心して診療に従事できる体制を築くことは、21 世紀の医療界ではますます重要になるであろう。」と提言[9] している。

3）都道府県の育児支援

① 岩手県では、女性医師の家庭へベビーシッターを派遣、育児休暇取得中の代替医師確保制度を整備
② 東京都では「小児科医人材情報センター」を設置し、出産や育児で離職中の女性医師の経歴、住所、勤務可能な時間帯等をデータベース化

など独自の方策を行っている。

4）大学・学会等の育児支援

① 横浜市立大学麻酔科では、「ジョブ・シェアリング」[10] の導入により、医局員が 200 名以上に増えている。
② 大阪大学麻酔科[11]では、「ママ麻酔医制度」として 2001 年から①保育時間に合わせた勤務、②当直の免除、③子供の急病等による急な欠勤可能、遅刻早退も認め、週 2～3 日の勤務も可能とするシステムを導入している。
③ 日本小児科学会では、「ドクターバンク」を設立し、出産や育児で一旦、医療現場を離れた小児科の女性医師を医療機関に紹介する（非常勤やパートに狙いを絞った）取組みを行っている。

育児支援については、国家試験合格者に占める女性の比率(33.7%:H17.2)を考えると、育児支援の充実如何が、今後の医師需給のポイントの一つであると推察される。出産・育児支援は法的には整備されつつあるが、現状は厳しい状況にある。今後は出産・育児支援と医師需給について全国規模の詳細な調査を行う必要がある。

4．外国人医師の就業と医師について(出入国管理及び難民認定法)

(1) 現状と課題

平成 14 年度の外国人医師の登録は 114 人、総数で 2,473 人である。厚生労働省は、医師が毎年約 7,000 人増えている中、一般には外国人医師は受け入れられないとの判断に立っている。外国人が当該国民を診察することは、英国、フランス、シンガポール（口上書を取り交わしている国）の医師は可能であるが、ＦＴＡ交渉で具体的な議題となれば各省庁と協議するとのスタンスである。

出入国管理及び難民認定法第 7 条第 1 項第 2 号（上陸許可基準）では、「外国人の在留資格については、いくつかの制約がある。外国人が日本の医師免許を取得しても、離島、へき地の診療に限ってしか就業できない（病院・診療所)。あるいは 6 年間に限って大学病院、臨床研修病院等でしか医療行為ができない。」とされ、このことが課題となっていた。

(2) 規制改革・民間開放推進会議（旧：総合規制改革会議）

総合規制改革会議では、「規制改革の推進に関する第 3 次答申(平成 15 年 12 月 22 日)」において、「外国人医師の臨床修練制度の充実を平成 16 年度中の早期に措置すること」及び「外国人医師の臨床修練については、医療に関する知識及び技能の習得に加え、これに附随して行われる外国人医師による指導を容認し、さらに、これらの医師には報酬を支給しないとしていたが、報酬を支給すること」を要請した。この他に、「永住許可がなくても、我が国の医師国家試験を受験できるようにすべきであること」、「医師国家試験及び医師国家予備試験の“厚生労働大臣が適当と認めたもの”との基準を明確にすべきであること」、「国家資格取得者の就労制限の緩和」、「ＦＴＡ交渉で合意した場合には、我が国の医療分野の国家資格を取得した外国人には就労制限の緩和を急ぐべきであること」、「医師などの相互受入協定締結の推進」、「外国人医師等の相互受入時の国家資格の取得要件の緩和」及び「外国人の診療（仏、英、シンガポールの外国人医師以外）を“当該国民”としている（対日投資会議決定）対象を“外国人”とすべきであること」などを要請した。

(3) 第 3 次出入国管理基本計画の策定について

南野法務大臣は、平成 17 年 3 月 29 日に、外国人の入国と残留に関する「第 3 次出入国管理基本計画の策定について」を定め、この中で、医師と歯科医師については、「我が国の国家資格を有する外国人医師については、就労場所の制限や、我が国での滞在は研修目的で 6 年間までとされている就労期間制限の緩和を図っていく。外国政府との間で、一定の数の相手国の医師又は歯科医師を相互に受け入れ合う旨を文書により確認し、英語による国家試験に合格した後、我が国において診療対象を外国人に限定する等の条件の下で診療行為を行う外国人医師・歯科医師については、その受け入れが外国人の住みやすい環境を整

備することにもつながると考えられることから、今後協定の締結状況等も踏まえつつ、上陸許可基準の整備を行う。」としている。厚生労働省は、医師・歯科医師は、3カ年計画で示された就労制限撤廃をそのまま受け入れる方針である。
母国での資格を持つ外国人の日本の国家試験受験資格認定申請は、医師、歯科医師、看護師合わせて年間50件程度で、この内20件程度が認定されている。厚生労働省、法務両省の見解では医師・歯科医師の場合、日本の国家資格を取得した後、卒後臨床研修を受ければ出入国管理上は期間、場所を問わず、医療機関に就業、開業できる。厚労省は、就業制限緩和により、国家試験受験資格の認定申請者は2倍程度の増加にとどまると見込んでいる。

以上のように、外国人医師の就業条件が若干緩和されることとなったが、このことによって、直ちに医師の需給に影響を及ぼすようなことはないと考えられる。

5　まとめ

（1）労働基準法と医師需給について
国立大学、国立病院・療養所等の独立行政法人化に伴い、これらの医療従事者にも労働基準法が適用され、同法を遵守するために必要医師数はこれまで以上に多くなることが予想される。しかし、独立行政法人化後1年を経過したところであり、現在は比較するデータがないことから、今後、詳細な調査を実施し、今後の医師需給への影響を分析する必要がある。
（2）労働者派遣法と医師需給について
平成15年3月、労働者派遣法施行令の改正が行われたが、このことによって、今後、医師派遣が急速に増えることは予想されていない。一方、「麻酔科」等において、最近、医師が病院勤務を辞め、自分達でネットワークを構築し、医局等に関係なく独自のルートで医師を派遣する新たな医師供給システム（例：麻酔医紹介センター）が行われており[11]、活動が活発化し、他の診療科へ波及することも予想される。この場合、専門の医師が少ない診療科においては、そのマンパワーの効率的な活用に寄与する側面も一方ではあることから、これら一連の現象は、今後の医師需給の観点からフォローアップが必要と考えられる。
（3）男女雇用均等法、次世代育成支援対策推進法、育児・介護休業法及び母子保健法等の育児支援に関連する法律と医師需給について
女性医師とWork　forceとの関連では、女性医師の割合は全体で15.4%（H14）であるが、最近の医師国家試験の合格者は3割を超え(H17.2:女性33.7%)、卒後11～15年目では、非常勤医師は32.4%にも達している。したがって、医師の需給を考えるにあたっては、女性医師の増加及び育児世代の女性の勤務状況を踏まえた需給を考える必要がある。前述のアンケート調査などから育児支援の実態を見ると、女性医師の勤務状況は、労働関係法等を十分に遵守しているとは言い難く、職場環境を改善し、育児をしている医師（男女とも）をサポートする体制を強化することが、医師の供給促進につながると考えられる。ジョブ・シェアリング及びflextimeの導入を促進する等により、今後の医師の需給に変化があると予想される。

（4）外国人医師と医師の需給について

外国人医師による医療行為は「出入国管理及び難民認定法」の改正により、若干緩和されたが、現状では外国人医師が急速に増えることは考えにくいという見方が一般的である。したがって、外国人医師については、当面、我が国の医師需給に大きな影響はないものと考えられる。規制緩和等の進捗、特に、外国人医師の医療行為及び就業地の拡大等の動向は、今後ともフォローアップしていく必要がある。

（5）労働関係法規と医師需給について

大学病院及び国立病院・療養所等の独立行政法人化、医師の新臨床研修制度、女性医師の増加に伴う育児支援並びに外国人医師による医療行為の規制緩和など、労働関係法規と医師需給については、最近、様々な状況の変化がある。一方、このことについて、全国的かつ詳細な調査はなく、現時点における推計は難しいと言わざるを得ない。労働法規関係法規と医師需給について、早急に全国規模で調査を実施し、より正確な医師需給を予測することは、今後の我が国の医療提供体制を考える上で重要である。

参考文献

1）厚生労働省労働基準局監督課. 改訂7版　労働基準法の早わかり. 労働調査会. 2004. 6.

2）橘敏幸, 高木慎介. 人材派遣業界からみた医療分野. 病院. 2004;63(12):980 - 983.

3）厚生労働省. 平成14年度厚生労働行政モニター報告書. 2003. 1. 29.

4）大澤真木子. 小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究－女性医師の職域での環境改善のための方策の検討－. 厚生労働科学研究(子ども家庭研究事業). 2004 : 79-90.

5）小林邦彦, 菊田英明. 小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究－女性小児科医の産前、産後および育児に関する研究－. 厚生労働科学研究(子ども家庭研究事業), 2004 : 148-152.

6）広島市医師会. 女性勤務医アンケート調査結結果について. 広島市医師会だより. 2003;5:23-31.

7）後藤節子. 名古屋大学医学部女性医師の母体保護に関するアンケート集計結果. 名古屋大学における男女共同参画報告書. 2002.

8）山梨大学男女共同参画ワーキンググループ. 山梨医科大学卒後動向調査－女性医師の卒後に関する調査結果－. 山梨大学男女共同参画推進の提言. 2001:150-165.

9）鴨下重彦. 小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究. 厚生労働研究費補助金総括研究報告書. 2003:8-12.

10）第23回臨床麻酔学会. パネルディスカッション－女性麻酔医の生き方－. 2004. 10. 23.

11）古井一匡. 麻酔医が危ない!Doctor's magazine. 2003;12:11-19.

第５部　Ｃ．医療の質と医師需給

１．医学教育と医師需給

（1）　目的

平成 16 年度から実施されている新医師臨床研修制度により、卒後の臨床教育の充実が図られることとなり、今後は卒前医学教育、専門医教育、生涯教育との間の連係が課題となる。今回の研究では、わが国のこうした医学教育の状況を踏まえて、注目すべき海外の医学教育の動向を把握することにより、望ましい医師教育制度、医師免許制度の構築に資することを目指した。

医学教育の状況のすべてについて検討することは不可能であるため、具体的には、(1) 医師の需給計画に関する動向、(2) 医師の進路の多様性への対応に関する動向、(3) 医師の能力の評価と認定の他国との共通化に関する動向をとりあげた。

(1) 医師の需給計画に関する動向

わが国では医学部入学定員の抑制策が続けられているが、英国では、深刻な医師不足を背景に、医学部入学定員の大幅な増加が行われたことが知られている。これらの状況を踏まえて、英国以外の国での医師数や医学部入学者数の増減に関する動向に注目した。

(2) 医師の進路の多様性への対応に関する動向

新医師臨床研修制度と同時に開始されたいわゆるマッチング制度により、医学部卒業後の医師の進路が変化し始めている。平成１８年春には、新制度下で初期２年間の研修を修了した医師が、その後の進路に分かれていく。初期の２年間で基本的な臨床能力を修得した医師たちは、その際に、今までに無いほど多様な進路選択をする可能性があるだろう。こうした推測に基づいて、医師の進路の多様性への医学教育の対応に関する動向に注目した。

(3) 医師の能力の評価と認定の他国との共通化に関する動向

医師の能力の評価と認定は医師国家試験など、色々な形で行われているが、いずれも国内のみで通用するものであり、他国では通用しない。新医師臨床研修制度など、新たな医学教育制度が始まる転換期にある日本の医師の能力が、今後、海外でどのように評価されるか注目すべきであろう。そのような観点から、医師の能力の評価と認定の他国との共通化に関する動向に注目した。

（2）　研究計画

海外の医学教育に関する動向を把握するために、医学教育分野で国際的に知られている大学や医学教育センター、あるいは学術団体などのホームページを検索し、前述の目的に有用と思われる情報を収集し翻訳した。

○岐阜大学医学部　医学教育開発研究センターMedical Education Development Center, Gifu University（日本） http://www.gifu-u.ac.jp/~medc/

○イリノイ大学シカゴ校医学教育部門University of Illinois at Chicago (UIC) Department of Medical Education（米国）
http://www.uic.edu/com/mcme/index.htm

○ダンディー大学医学教育センターUniversity of Dundee, Centre for Medical Education（英国） http://www.dundee.ac.uk/meded/welcome.htm

○マーストリヒト大学健康科学部Universiteit Maastricht, Department of Educational Development & Research（オランダ）
http://www.unimaas.nl/default.asp?template=home.htm&id=BF564I5LN115H7FFT603&taal=en

○米国医科大学協会AAMC: Association of American Medical Colleges（米国）
http://www.aamc.org/

○世界医学教育連盟WFME: World Federation for Medical Education(本部：デンマーク)　http://www.sund.ku.dk/wfme/

○国際医学教育学会　IIME: Institute for International Medical Education(本部：米国)　http://www.sund.ku.dk/wfme/

（3）調査結果要約と考察

1）医師の需給計画に関する動向

AAMCのホームページから、同協会が医学校の定員増を求める勧告を発表したという情報を得た。米国は、卒後研修の段階で、海外の医学校卒業生を多数受け入れて、医師不足を補っている。この勧告で示されたように将来の医師不足が生じるとすれば、海外からの医師の受け入れも更に増加すると予想され、日本から優秀な臨床医が臨床研修を受けに渡米する医師もこれまで以上に増える可能性がある。

2）医師の進路の多様性への対応に関する動向

AAMCのホームページから、同協会がADEA: American Dental Education Association米国歯科教育学会との共同プロジェクトとして、医療サービスが医学校の定員増を求める勧告を発表したという情報を得た。医療の普及やその多様化が遅れている民族や少数派民族，また歴史的に医療の普及やその多様化が遅れている過疎地域（農村地帯など）の出身者を対象に教育の支援が行われる。日本でも、特に僻地医療に従事する医師の養成が求められているが、大学間や学部間で協力して実施されるこのプロジェクトは参考になるだろう。

3）医師の能力の評価と認定の他国との共通化に関する動向

IIMEのホームページから、同学会が行っている、巨大プロジェクト「global minimum essential requirements in medical education」に関する膨大な資料を得た。このプロジェクトは医学教育の世界共通の基盤を作ることを目指しているが、注目すべきことは、中国の関与である。中国はこのプロジェクトに資金面、人材面、そして実際の研究フィールドの面できわめて協力に関与していることが伺える。一言で言えば、中国の医育期間をこのプロジェクトの実験の場とすることで、同国の医学教育の改革・向上を図っているよう

に読み取れる。近い将来、EU内ではどの国で医師免許を取得しても、域内で自由に医師として活動できるようになると予想されている。そのような動きは、更に他の地域にも波及する可能性は十分にあるだろう。

（4）まとめと今後の課題

国や地域による特殊な背景や事情は考慮する必要はあるにしても、今回の研究で得られた諸情報は、今後の日本の医学教育を検討していく上で、かなり参考になるであろう。現在の医学教育の動向を把握し、今後の方向性を検討する上で、海外の医学教育の動向を研究することの重要性の一端を示すことができたのではないだろうか。

今後は、このような情報を定常的に把握し、日本国内の関係者が共有することが課題となるであろう。その場合に、言語の問題を忘れてはならない。関係者が海外の情報を容易に理解できるようにするためには、今回の研究のように、膨大で詳細な資料を適切に理解し翻訳できる機能を充実させていく必要があるだろう。

（5）調査結果詳細

調査結果は翻訳資料集として本報告書第II部・資料編に掲載する。

2．卒前・卒後医学教育

はじめに

プライマリ・ケア（Primary care, 以下 PC）の卒前実習は極めて重要な課題である。大学病院ではプライマリ・ケアでよく診療することになる common disease の患者が来院することが少ないため、主に外来を中心とする PC の実習・教育は困難とされてきた。しかし、卒業後、第一線病院で研修中および研修後には、典型的な愁訴がない軽症急性期の患者や、それほど稀ではない慢性疾患もち長期に渡り通院している患者に多く遭遇することがあるため、PC の教育（実習）は、大学病院以外で行う必要がある。ここで、まず、大学における卒前実習で、医学生がどのような実習をうけ、どのようなプロダクトを結果となったかを認識する必要がある。

（1） 卒前 PC 教育実施の調査

ＰＣの現場にて地域と大学での医療の差異を認識し、ＰＣの重要性を学習することを目的とし、北海道大学医学部附属病院総合診療部の実習調査の報告を以前行った[1)]。これは立地・診療形態に特徴のある４ヶ所の医療機関に協力を得て行われている。内訳は人口 8 万 5 千の地方都市住宅地のＡクリニック、Ａクリニック近隣の過疎地で医療を展開するＢ診療所（Ａ、Ｂはお互いにグループ診療）、人口 185 万余の札幌市内で外来と訪問診療を展開するＣクリニック、Ｄ医院である。日程は１週間の総合診療部の臨床実習中（１グループ 6～7 名）の１日または半日で、人数は各施設 1～2 名で、内容は外来見学および訪問診療同行であり、現地までの交通費は自己負担とした。評価は学生からの口頭報告と自由記載（記名あり）によるレポートで行った。

対象は 2002 年 10 月から 2003 年 7 月までの期間に、ＰＣ実習に参加した 5 年生全員 78 名（全 115 名の 67.8%）とした。実習参加は必修ではなく、事前のオリエンテーションにて実習内容と医療機関の紹介をして希望者を募り、学生同士の話しあいで行き先を決定させ、原則的に無作為に振り分けるように指導した。参加を希望しないものは、同じ時間帯に大学の実習室にて、教官の指導による身体診察実習、または自習を行った。

検討方法は２名の教官が、レポート内容を検討して内容をカテゴリー分類し、さらに各カテゴリーをサブカテゴリーに分類した。学生が各カテゴリー内容を記述している場合、それをポイントとして計上し、その内容を検討した[2)]。なお、内容に関して、ＰＣの必要性に言及したもの、またはそれに類した記載をしたものを「必要性」を指摘したとし、本実習参加を有意義としたもの、またはそれに類した記載をしたものを「有用性」を指摘したとした。

検討事項は、上記に加え、学習内容およびＰＣ医療の展開に必要な資質の分析、さらに今後の実習に対する要望とした。その結果、以下の知見を得た。

1）　ＰＣ実習の学習内容

大きく二つのカテゴリー、「医療形態」と「人間関係」に分類された。前者ではさらに五つのサブカテゴリーに分類され、Ａ、Ｂのグループ診療機関では、かかりつけ医や家庭医、グループ診療に対する印象が強く、Ｃ、Ｄの大都市クリニック・医院では訪問診療の重要性が数多く指摘され、それぞれの医療施設の特徴を適切に把握していた。また後者では三つのサブカテゴリーに分類され、医師と患者や家族との関係、適切な病診連携の構築が重要とする記載が多く、実習後、ＰＣの必要性を指摘したのは30.7%であった。

2）　ＰＣ医療の展開に必要な資質

これは、二つのカテゴリー「診療技術」「医療への取り組み」に分類された。前者は五つのサブカテゴリーに分類され、全科的な知識・技量を基本として、大掛かりな検査に頼らず診断・治療が出来ることや、緊急疾患の対応では時期を逸することなく他院に紹介することなど、提供可能な医療の認識が重要とした記載が多かった。また、後者は二つのサブカテゴリーに分類され、ＰＣに対する熱意、ならびに患者はもとより、チーム医療を担当するスタッフや他院医師とのコミュニケーションが重要とする意見が多数見られた。これらの検討から、ＰＣを展開するためには医療機関の立地・診療形態に関わらず、共通の要因が要求されることが学習され、全体を振り返ってこのＰＣ実習に有用性があるとしたのは、今回の自由記載レポートで93.6%（73/78）であった。

3）　実習に対する要望

冬季豪雪地帯となる過疎地診療所への交通手段の確保や交通費自己負担などに改善希望があり、さらに、より複数の医療機関訪問への参加希望、約1週間程度の期間で夜間当直も含めた実習の希望、また、内容が非常に有用のため全員参加にした方がよい、などの要望が数多く寄せられた。

PC医療では、多くの愁訴を持った患者が受診するために、common diseaseに対する幅広い造詣が必要である。このため、重視されるべき医療技術としては、全科目の知識・技量や、ある程度の専門性の確立、最新の医療情報の収集のためのIT、PC医療の限界（専門医への転送・転医のタイミング）の熟知などがあった。また、ＰＣに対するモチベーションやコミュニケーションを能力の重要性も挙げられた。

考察として、卒前のＰＣ実習では、大学附属病院では学習困難な包括的なＰＣの体験が可能であり、特に病診連携や高齢者医療、医療と行政の関わりなど、地域特有の医療形態[3)]を中心に、医療にかかわる様々な観点からの学習が可能である。

今回の実習内容に関しては、外来見学では高齢者を主体とした慢性疾患のマネジメント、特に患者本人のみならず家族ともども見守っていく心遣いを学習したり、訪問診療同行では疾患そのもの以外に全人的ケアを中心とした在宅医療の現場を体験することが可能であり、まさに大学附属病院では学習が容易でない医療を経験できる絶好の機会と考えている。本実習での行き先決定が完全な無作為に行われなかった可能性は否定できないが、参加者

の殆どが本実習に有用性があったと指摘したことは注目すべきことと考える。反面、PCの必要性を指摘したのは30.7%と比較的低めであったのは、ＰＣに対する認識の低さも一因と思われるが、個々の学生によっても認識の程度が様々であることが伺われた。現状では、卒前臨床教育の中心である大学附属病院ではＰＣの展開が必ずしも容易ではないため、この様な地域の現場におけるＰＣ教育をさらに充実化させることが優先課題と考える[4)]。

また、自由記載のレポートからカテゴリー表を抽出するには、情報の選択や解釈にかなりの主観的判断が含まれるため、複数名のデータ分析者が十分な時間をとって、主題を確認し再検討を繰り返す必要が生じるが、今回は2名の教官の分析結果であり、検討した時間を考えると分析プロセスの妥当性に関しては、やや不十分といわざるを得ない。今後は、この点を踏まえて、より十分な質的研究の手続きを踏んだ検討を予定している。

ＰＣ実習の効果に関しては、その目的によって評価が分かれる。我々は、前記の如く、本実習の目的を「地域と大学での医療の差異を認識し、ＰＣの重要性を学習する」ことに設定し、実習期間は半日～1 日であったが、今回の検討ではＰＣ、特にグループ診療の実態をよく把握した報告が多く、また、この実習を有意義とする意見が殆どであったため、ＰＣで展開する医療の一部に関しては、ある程度の理解が深まったと考えられた[5)]。

しかし、実習目的が「ＰＣの現状、課題を知る。よいＰＣ医になるための方策を学習する、地域そのものを総合的に理解する」などとなると、やはり1週間またはそれ以上の期間が必要と思われ[6)]、その実施には、大学教官がＰＣ実習担当者とＦＤを行って、実習内容や評価項目を再確認する必要があり、さらにカリキュラム変更、交通費・滞在費等の学生への経済的支援、実習医療機関に対するインセンティブの配慮など、様々な課題をクリアすることが必要である。現状ではこの実習では物足りない学生は、夏季休暇などに自主的に各医療機関に訪問している状況で、意欲のある学生に十分対応しきれておらず、また、実習医療機関が限られているため、全員参加に対しても対応困難な状況にある。

今後の検討課題として、卒前ＰＣ教育をさらに充実させるために、実習レポートは自由記載とともに構造化質問表方式も導入し、フォーカスグループインタビュー等を利用した質的検討を行い、実習医療機関からの学生評価を導入し、双方向のフィードバックを実施して、より実りある実習をめざせればと思われた[7)]。

また、さらに複数の医療機関訪問を実現させるためには、実習可能なＰＣ医療機関の増加が急務である。これに対しては、知己に頼るという個別対応には限界があることから、今後は当該医師会ならびに近隣医系教育機関との連携・協力を検討し、実習医療機関の選択枝を増加させることも考慮すべきと思われる[8)]。

ＰＣ医療における疾病管理では、多くの愁訴を持った患者への初期的（時に緊急的）対応と、慢性疾患に対する科学的根拠に基づいた継続医療が必要であり、今後益々この領域に対する専門的教育の充実が望まれる。

（2） 国外の PC 医師需給―オーストラリアの例

へき地への医師需給において、医学教育システムではどのような対策をとりうるかということに関しては、例えばオーストラリアでは、へき地、遠隔地に医療を提供することは政府の長年の懸案事項であったが、この需給の問題は医師不足ではなく、医師の偏在が原