

社会 保障 研究

第3巻
第4号
2019年

医療専門職のあり方をめぐる課題

..... 尾形 裕也

特集：医療専門職の業務の変化と 現代的課題

総論：日本の医療専門職の特徴

—医師をめぐる多面的考察から—

..... 渡邊 洋子

医師の卒後研修の現状と課題

—医師の地域偏在問題を中心に—

..... 遠藤 久夫

医療機関における医療専門職の健康と生産性：

健康経営の視点から

..... 津野 陽子

医療専門職の労働条件，職場環境，そして働き方と

医療サービス：日米比較の視点を交えて

..... 中田 喜文

イギリスにおける医療専門職の業務変化

—労働時間規制下での持続可能性確保—

..... 白瀬由美香

医療専門職に求められるコンピテンスと専門職連携教育：

専門職的自律性，相互依存性，ネットワークの観点から

の考察

..... 山本 武志

社会保障研究 第3巻第4号 (2019年) 目次

巻頭言

医療専門職のあり方をめぐる課題	尾形 裕也	456
-----------------	-------	-----

特集：医療専門職の業務の変化と現代的課題

総論：日本の医療専門職の特徴—医師をめぐる多面的考察から—	渡邊 洋子	458
医師の卒後研修の現状と課題—医師の地域偏在問題を中心に—	遠藤 久夫	476
医療機関における医療専門職の健康と生産性：健康経営の視点から	津野 陽子	492
医療専門職の労働条件、職場環境、そして働き方と医療サービス：日米比較の視 点を交えて	中田 喜文	505
イギリスにおける医療専門職の業務変化—労働時間規制下での持続可能性確保—	白瀬由美香	521
医療専門職に求められるコンピテンスと専門職連携教育：専門職的自律性、相互 依存性、ネットワークの観点からの考察	山本 武志	536

投稿：論文

妊婦健康診査の公費負担回数増加が健診回数及び低体重出生児割合に与える影響	松島みどり・小原 美紀	546
--------------------------------------	-------------	-----

情報

Human Cause-of-Death Database プロジェクト	大津 唯	562
ドイツの住宅福祉政策と空き家対策①	森 周子	564
『日本における中長期在留外国人の移動過程に関する縦断調査』について	是川 夕	567
社会保障費用をマクロ的に把握する統計の向上に関する研究—地方単独事業の総 合的計上に向けて—	竹沢 純子	573

書評

高林陽展 著『精神医療、脱施設化の起源—英国の精神科医と専門職としての発展1890-1930』 (みすず書房、2017年)	後藤 基行	576
------------------------------------------------------------------	-------	-----

新刊紹介

ジェームス・K・ガルブレイス 著 (塚原康博・馬場正弘・加藤篤行・鏑田亨・鈴木賢志 訳) 『不平等—誰もが知っておくべきこと』(明石書店、2017年)	渡辺久里子	580
--------------------------------------------------------------------------------	-------	-----

巻頭言

医療専門職のあり方をめぐる課題

わが国の医療提供体制の特色の1つとして、相対的に資本集約的＝労働節約的な医療サービスの提供が行われてきたことが挙げられる¹⁾。表は、厚生労働省のホームページに掲載されている国際比較データであるが、これを見ると、日本は、主要国に比べ、人口当たり病床数が多いのに対し、病床当たりの医師や看護職員数が際立って少ないことがわかる。また、CTやMRIといった医療機器の整備状況も世界一であることを考えると、わが国においては、相対的に医療に関する資本が豊富にある一方、極めて手薄な人員配置によって医療サービスの提供が行われてきたと言える。こうした提供体制のあり方についてはさまざまな利害得失があるが、一方で、近年、医療及び患者ニーズの高度化等を背景に、病床当たりの人員配置が年々厚くなってきていることも事実である²⁾。こうした「労働集約的」な方向への変化、さらには近年の社会全体の「働き方改革」の動向の中で、医療専門職のあり方についてもさまざまな課題が顕在化してきている。

OECD（2016）によれば、医療及び社会福祉分野の雇用は、多くのOECD諸国で雇用全体の10%を超えている。従来、医師や看護職員等の不足が問題とされてきたが、近年の関心は、むしろ一般的な労働力不足の問題から、人々の医療ニーズの変化によりよく対応するために、適切なスキルを

表 医療分野についての国際比較（2012年）

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり総病床数	3.1 ^{※1}	2.8	8.3	6.3	2.6	13.4
人口千人当たり急性期医療病床数	2.6 ^{※1}	2.3	5.4	3.4	2.0	7.9
人口千人当たり臨床医師数	2.5 ^{※2}	2.8	4.0	3.3 [♯]	3.9 ^{※2}	2.3
病床百床当たり臨床医師数	79.9 ^{※1}	97.7	47.6	48.7 [♯]	148.7 ^{※2}	17.1
人口千人当たり臨床看護職員数	11.1 [♯]	8.2	11.3 ^{※2}	8.7 [♯]	11.1 ^{※2}	10.5
病床百床当たり臨床看護職員数	371.4 [♯]	292.3	138.0 ^{※2}	143.6 [♯]	420.2 ^{※2}	78.9

注1：「※1」は2010年のデータ「※2」は2011年のデータ「※3」は2009年のデータ。

注2：「♯」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

出所：OECD Health Data 2014 OECD Stat Extracts.

出所：厚生労働省ホームページより転載。

¹⁾ 尾形（2012）、尾形（2018）を参照。

²⁾ 一般病棟の病床100床当たり従事者数（常勤換算）は、2017（平成29）年10月現在148.4人であるが、これは10年前の2007年の115.6人の28.3%増、20年前の1997年の103.3人の43.7%増となっている（厚生労働省「医療施設調査・病院報告の概況」による）。

持った医療従事者を適切な構成で確保することや、適切な場所でサービスを提供するといったことに関連した、より特定の課題へとシフトしてきているとされる（下線は引用者）。このことは、同書の副題にRight Jobs, Right Skills, Right Placesと謳われている通りである。こうした基本的な問題意識は、わが国における近年の議論においても共通のものであると言える（例えば、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書（2017）」等）。その後、実際の政策においても、医療従事者の働き方改革が進められ、2018年度の診療報酬改定においては、医療機関における勤務環境改善の取組の評価や看護職員の夜間等の負担の軽減を含む医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減が実施された。また、2019（平成31）年度予算案においては、医療従事者の働き方改革の推進に15億円（平成30年度は6.9億円）の予算が計上されている。そして、医師、看護職員、理学療法士及び作業療法士の中長期的な需給のあり方については、「医療従事者の需給に関する検討会」及びその下に設置された3つの分科会において検討が行われている。特に医師については、「医師の働き方改革に関する検討会」が2017（平成29）年以來、医師に対する時間外労働規制等の課題の検討を行っている。

こうした状況を踏まえ、本号においては、「医療専門職の業務の変化と現代的課題」というテーマについて、日本の医療専門職（医師）の特徴、医師の卒後研修の現状と課題、医療機関における医療専門職の健康と生産性、医療専門職の現状と変化、イギリスにおける医療専門職の業務変化、医療専門職に求められるコンピテンスと専門職連携教育という6本の論文により、検討を行っている。それぞれの執筆者の専門領域の相違により、問題へのアプローチは異なるが、このきわめて今日的なテーマに関して、一定の光を当てることができているのではないかと考える。本特集に関しては、執筆者が一堂に会する執筆者会議を開催し、国立社会保障・人口問題研究所（社人研）の泉田部長及び西村室長を含めた活発な討議を行った。同会議の開催は各論文の質の向上に寄与しているものとする。執筆者一同を代表して両氏及び社人研に対して感謝したい。

<参考文献>

- 尾形裕也（2012）「日本の医療提供体制の現状及び改革の基本的方向」『福岡医学雑誌』Vol.103, No.3, pp.49-58。
———（2018）「医療提供体制の課題と将来」『週刊社会保障：社会保障読本2018年版』pp.82-87。
OECD（2016）Health Workforce Policies in OECD Countries, Right Jobs, Right Skills, Right Places, OECD, Paris.

尾 形 裕 也

（おがた・ひろや 九州大学名誉教授）

特集：医療専門職の業務の変化と現代的課題

総論：日本の医療専門職の特徴 ——医師をめぐる多面的考察から——

渡邊 洋子*

抄 録

本論では、日本の医師の専門職的・歴史的・社会的考察を通し、その日本の特徴と今後の「働き方」への示唆を探究した。得られた知見は、①日本の医師は男性を前提に構築され、女性の参入で変容した「女性参入型」専門職であり、現在もその性質が濃厚なこと、②近年、医師のプロフェッショナリズムが議論・強調される一方、それが医師のライフやファミリーのさらなる最小化を自明視する土壌にもなっていること、③医師のキャリア支援が、女性医師の職業継続と両立支援に焦点化され、男女医師のライフとワークのバランス調整、長時間労働の是正、ワーク・ファミリー・コンフリクトの対応には及んでいないこと、④一人の医師に共存すべきプロフェッショナリズムとキャリアが実際には、プロフェッショナリズム＝男性、キャリア＝女性と分岐する方向で働き方や労働時間に影響を及ぼしていること、などである。以上を踏まえ、「医師の働き方」をよりトータルに検討することが望まれる。

キーワード：専門職， 医師， 「女性参入型」専門職， プロフェッショナリズム， キャリア

社会保障研究 2019, vol.3, no.4, pp.458-475.

序

本論は、日本の医療専門職のうち医師に注目し、医師世界の専門職的・歴史的・社会的考察を通して、医師の「働き方」をめぐる問題構造にアプローチするものである。明治以降の医師養成をその日本の特徴、医師をとりまくプロフェッショナリズムとキャリアをめぐる現状や課題を手がかりに、今後の医師、ひいては医療専門職の働き方への問題提起を行いたい。

現代の専門職は、グローバリゼーション、高度情報化、知識基盤型社会の到来などを背景に、「不確実性、複雑性、不安定性、独自性、価値観の衝突により、専門的多面性 (professional pluralism) の発生が促された」(Donald Schön)¹⁾状況に置かれている。Schön自身が提起した「省察的実践」(reflective practice)も含め、専門職は現場の諸課題に柔軟かつ臨機応変に対応できる資質・能力を期待されている。さらに高度化・複雑化する現場の状況やニーズに即応して知識・技術を効率的・効果的に更新し続けるべく、生涯継続的な専門職

* 新潟大学人文社会科学系 創生学部 教授

¹⁾ D. Schön, *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*, London: Temple Smith, 1983, p.17. (ドナルド・ショーン『省察的実践とは何か—プロフェッショナルの行為と思考』, 柳沢昌一・三輪建二監訳, 鳳書房, 2007年, 16頁)。

能力開発 (Continuing Professional Development) が求められている。

「専門職」の原語 *profession* は、1933年に A.M.Carr-Saunders と P.A.Wilson が刊行した書名 (*'The Professions'*)²⁾ に由来する。国内の専門職研究は「米国の専門職の分析概念規定」との対比検討の段階から、「専門職の特徴的要素の考究 (trait approach)」の段階へと軸足を移してきた。その動向における現代の「代表的な専門職の特徴的要素」(以下、「特徴的要素」) は、次の4点にまとめられる。

- (a) 長期の訓練・教育を通して、高度の体系化・理論化された知識・技術 (rational body of knowledge) を習得していること。
- (b) その職業集団の成員に、国家または団体による資格認定がなされていること。
- (c) 職業集団自体の組織化と組織維持のための一定の行為準則が存在すること。
- (d) 職務を遂行する際の目的 (service ideal) は、営利でなく、愛他的動機に従った公共の利益であること³⁾。

現代社会では、領域や分野にかかわらず、これらの条件を満たす職種は「専門職」と呼ばれる。また、この職種に就く者は、性別、年齢、人種、出自などの属性や障害の有無などを問わず、一律に専門職として認知され、社会的責任を付与され、専門職性に即した自律的な働きが期待される。現在では担当領域によって、医療専門職、法務専門職、教育専門職、福祉専門職などと呼ばれ、職種ごとに職能団体が組織されている。

このうち医療専門職は文字通り、医療に携わる専門職であり、一般には医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師などを指す。本論では、このような広範な医療関係従事者を念

頭に置きつつ、医師に注目する。医師は、医療行為の中核的存在とも言える職種であり、患者や一般の人々に与える直接的・間接的影響も最も大きい。それゆえに医療分野はもちろん、あらゆる専門職域を考慮しても、最も高度な社会的地位と社会的権威に位置づけられる。

以下、医師法と日本医師会の対応を手がかりに、先の「特徴的要素」の4点とかがわって、専門職としての医師の位置づけを吟味する。

まず、(a) の長期の教育・訓練、(b) 国家・団体による資格認定、にかかわる点である。

医師法では、医師の職務内容は「医療及び保健指導を掌ること」により「公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するもの」(第1条)と規定されている。そして「医師になろうとする者は、医師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない」(第2条)と規定される。免許取得の前提となる医師国家試験は、「臨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」(同第9条)について行われる。受験資格は、主に学校教育法に基づく「大学」で「医学の正規の課程を修めて卒業した者」(第11条)とされており、実質的には、大学医学部ないし医科大学の卒業者のみが、医師国家試験を受験できることになる。すなわち、日本の医師の場合、「特徴的要素」4項目のうち、「医師か否か」の区分を決定づけるのは (b) の医師免許の有無である。免許取得が医師国家試験受験と不可分な中、受験要件として、(a) に該当する大学医学部での「長期の訓練・教育」が存在する、という構造になっている。また、(c) に挙げられた「行為準則」(Codes of Practice) とは、労働分野において「特定の領域の行為に関する実務的ガイダンスを提供する文書」⁴⁾を指す。従来、

²⁾ 中野秀一郎『プロフェッションの社会学』木鐸社、1981年、37頁。

³⁾ 専門職の定義や特徴にかかわる内外の議論では、若干の相違はあれ、これらに集約される要素が提示されている。時井聰『専門職論再考—保健医療観の自律性の変容と保健医療専門職の自律性の変質』(淑徳大学社会学部研究叢書16、2002年)。

⁴⁾ イギリスの文脈では、「それ自体としては法的拘束力を持たない」が、これを遵守しているかどうかは裁判所等における手続の結果に影響を与える可能性があり、その意味で、「労使双方にとって無視できないルール」とされる。内藤忍「イギリスの行為準則 (Code of Practice) に関する一考察—当事者の自律的取組みを促す機能に注目して」JILPT Discussion Paper 09-05、独立行政法人 労働政策研究・研修機構、2009年8月、4ページ。

医師の行動規範については、医療事故との関連で「医学的準則」が取り上げられる程度であったが、近年は、医の倫理全般にかかわって医師が共有すべき事項が明示的な形で導入されてきた。

日本医師会は2000年に新たな「医の倫理綱領」、2004年には「医師の職業倫理指針」を作成後、医の倫理にかかわる会員医師への情報提供や啓発に努めている。2016年11月には、世界医師会が刊行した「医の倫理マニュアル」(2005年1月)を翻訳刊行し、18年8月には日本医師会HPに「医の倫理の基本知識」ページが立ち上げられた。(d)「目的」にかかわって日本医師会は、「営利でなく、愛他的動機に従った公共の利益」を強調し、「医の倫理の基本知識」の情報提供に加え、「ジュネーブ宣言」「医の国際倫理綱領」「ヘルシンキ宣言」「患者の倫理に関するリスボン宣言」「プロフェッショナル・オートノミーと倫理上の独立性に関するソウル宣言」「医師主導の職業規範に関するマドリッド宣言」などを翻訳・掲載している。これらを通して、世界医師会を中軸に、医師の職業倫理への認知の共有化を推進しようとしているのである。

ヘルシンキ宣言の「一般原則」は、ジュネーブ宣言「医の国際倫理綱領」の「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」条項、および「医師は、医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべき」との条項を踏まえ、「医学研究の対象とされる人々を含め、患者の健康、福利、権利を向上させ守ることは医師の責務である。医師の知識と良心はこの責務達成のためにささげられる」とする。後述するように、このような「医師—患者」の関係性を軸とする医師の責務は近年、医師の職業倫理の根幹をなすものとして最重要視されるようになっており、医学部の卒前教育における医療倫理やプロフェッショナリズムにかかわる教育の推進にも顕著に反映されている。

では、以上の諸要素を備えた専門職としての医師は、日本においていかに生み出され、どのような専門職世界を構築してきたのだろうか。近年、

「ワークライフバランス」の重要性が社会のあらゆる領域で強調され続ける中、医師は、専門職としてのワーク(職務/責務)とライフ(個人生活)が最も両立しにくく、最も葛藤を引き起こしやすい職種と言える。そして、その困難さは女性医師に、より顕著に見出される。すなわち医師こそが、日本の医療専門職の特徴、および働き方にかかわる現代的課題を、最も集約的に体現しているのである。

本稿では以下、Iで近代日本に「医師」という職業とその養成課程(医学教育)が「医師=西洋医=男性」として成立した経緯、そこにパイオニア女性が「参入」し、女子医学教育の成立に至ったプロセスを跡づけた後、IIで「女性参入型」専門職としての医師世界の特徴を明らかにする。その上で、IIIとIVで一人の医師の中で表裏一体として存在すべきプロフェッショナリズムとキャリアが、男女医師において異なる位相を呈していることを示す。IIIでは近年、医のプロフェッショナリズムをめぐる議論と推進動向が「患者のため」を至上命題と明確に位置づけていること、IVでは、キャリアにかかわる視野が女性医師の「両立」「継続」支援に矮小化されており、女性医師の「両立」「継続」への努力や意欲、予測される新たな変化、男女医師の長時間労働、男女医師のバーンアウト問題などが看過される状況にあることを指摘する。Vではこれらを踏まえ、現状では結果的に、プロフェッショナリズム=男性、キャリア=女性と分岐する方向で、両者が医師の働き方や労働時間に影響を及ぼしており、今後、当事者の視点からの再検討が必要なことを提起する。

I 医師養成をめぐる歴史的経緯

1 近代日本における医師の成立と医学教育

日本社会に西洋医学とそれに基づく医療システムを導入したのは、明治新政府である。広範な社会改革の中で、医学は兵学と並ぶ「西洋近代科学受容の窓口」⁵⁾とされた。1867(慶応3)年、王政復

⁵⁾ 神谷昭典『日本近代医学の定立—私立医学校済生学舎の興廃』、医療図書出版社、1984年、7頁。

古の大号令を受けた「太政官布告」ではすでに「医学振興」が謳われている。1871（明治4）年には、岩倉具視を全権大使とする欧米使節団に文部少丞長与専齋が同行し、医学・医療分野の調査に当たった。米英独やオランダなどを精力的に調査した長与は「衛生行政」「公衆衛生」の概念を持ち帰り、帰国後に設置された文部省医務局の局長として、医事衛生に関する法規の制定に取り組んでいる⁶⁾。

以後の日本の近代医学は、「文部省、帝国大学医科大学の“官権的医学”の潮流」とその対極にある「民権的医学」の潮流の「対立、相剋の図式」⁷⁾の中で進んだとされる。当初、外国人による西洋式の医学教育に取り組んだ二校のうち長崎医学校が廃校になり、1882（同15）年、東京医学校（現東京大学医学部）⁸⁾が中央で唯一の官立医学校となった。同校は無試験開業免許を授与され⁹⁾、86（同19）年に帝国大学として不動の地位を得ており、「プロシャ陸軍軍医学校を模した」「“官医”“学医”の養成機関」であった。

これに対し、「国の医療政策からはみ出てくる『四方疾病ニ苦シム人』のため」に私立病院が生まれ、「官立大学から締め出された多くの医学生」のために私立学校が「簇生した」。具体的には、1874（明治6）年2月、医務官僚佐藤が建設・開学した順天堂学院、同年10月にアメリカをモデルに開設された慶応義塾医学所、1877（明治9）年4月、長谷川泰が本郷の自宅に開いた医学私塾済生学舎、

1882（明治14）年、海軍軍医高木兼寛がイギリス医学のもとに創始した夜間医学校成医会講習所（東京慈恵医院医学校）などが挙げられる¹⁰⁾。

この二つの潮流の狭間で、西洋医学がいかに日本社会に大きな影響力をもつものであったかは、「[術は支配者も民衆もともに、最も期待を寄せた異国文明の要素だった]¹¹⁾」との記述にも示唆される。とはいえ、一般民衆の間ではまだ、東洋医学の影響を受けた「民間療法」が一般的であった。「患者を診察して、種類や軽重など症状に応じて、数種類の生薬を配剤して治療を行う」漢方医の医療に加え、その治療法から派生した民間療法が普及し、「医者にかかることが『贅沢』であった時代」に、人々は医師以外の多くの「医療者」に接していた。「宗教家や呪術師の施す治療」も、庶民の生活の中では「無視できない役割をはたしていた」¹²⁾とされる。

1874（明治7）年の「医制」¹³⁾の公布、翌年の東京・京都・大阪の三府への医師開業試験施行の通達により、各府県で開業試験の実施が指示されることとなった¹⁴⁾。同試験は78年頃にはほぼ全国で実施されており、医師を志望する者は、私塾や私立学校に入って、試験準備を行った。

そのような私立学校のうち「明治期最大」の済生学舎は、1876（明治9）年4月、後の内務省衛生局長長谷川泰¹⁵⁾が「西洋医の速成」を掲げて創立し、野口英世など著名な医師や学者を輩出したことで知られる。開校当初は生徒数28、9名程度と

⁶⁾ 新村拓編『日本医療史』、吉川弘文館、2006年、225-227頁。

⁷⁾ 『日本近代医学の定立』、5頁。

⁸⁾ 東京医学校では、政府が幕府から接収した医学所を東校と改名し、西洋医学教育を施した（現東京大学医学部）。同校では設立当初、洋書でなく日本語訳を用いた短期速成の養成課程を設置したが、方針転換し、ドイツ陸軍軍医学校式の厳格な医学教育を導入した。同前、11-22頁。

⁹⁾ 「医学校規則」による。同前、146頁。

¹⁰⁾ 同前、58-59頁。なお、高木は1975（明治8）年、海軍留学生としてロンドンの医学校に在籍し、臨床医学重視の伝統と病院での徒弟的技術教育を特徴とする英国医学を学び帰国した（同書120頁）。

¹¹⁾ 梶田昭『医学の歴史』、講談社、2003年、280頁。

¹²⁾ 同前、235-236頁。

¹³⁾ 全76条。西洋医学に基づく医学教育と医師開業免許制度、医薬分業など幅広い事項が含まれた。

¹⁴⁾ 科目は、物理・化学・解剖・生物・病理・内外科・薬理学の7つ。同前、227-235頁。

¹⁵⁾ 長谷川は漢方医から出発し、佐藤尚中に師事後、佐藤の計らいで大学東校の学事監督、文部少教授、医学校長、長崎医学校長などを務め、後に済生学舎を創設した。唐沢信安『済生学舎と長谷川泰—野口秀世や吉岡弥生が学んだ私立医学校』、日本医事新報社、1996年。

小規模で「幕末洋学塾の延長線上」と形容されたが、80（明治13）年頃には地方から学問を志す青年が上京し、数百名の学生を得て「学校」の体裁が整った¹⁶⁾。同校は82年に「医学専門学校」に昇格、87年には試験が免除される「特別認可学校」と認定され「全盛時代」を迎えた¹⁷⁾。1903（明治36）年8月末の「ドラスティックな廃校」までの間、入学者21,494人、医術開業試験前期・後期合格者9,628人、東京以外の同試験合格者が2,000余人で、「全国開業医の半ばに達した」¹⁸⁾とされる。とはいえ「臨めば誰でも年齢制限も、学歴も問わず入学せしめ」た済生学舎の開放性には、林太郎（森鷗外）のような「官権の医学」の関係者からの手厳しい批判もあった¹⁹⁾。

以上のように、医師開業試験を軸に「西洋医」が確実に日本社会に根づく中、新時代の医療への意欲をもちつつ、潮流から排除される人々がいた。一方は、江戸時代から日本の医療を担ってきた漢方医、他方は、医業を志した女性である。医制施行当初、一定の履歴を有するとして同試験の受験を免除された²⁰⁾漢方医は、後に新規開業には「受験が必須」とされた。危機感を募らせた漢方医が、抵抗運動を展開する動きさえ生まれた²¹⁾。この動きは西洋医学への一元化を目指す政府方針の下で次第に弱体化したが、政府は1882年、加持・祈祷・お祓い・まじないなどを、近代的医学を「妨害するもの」と禁じている²²⁾。

そして女性もまた、同試験の受験を認められていなかった。その「第一の理由」は「医業は命を預かる重要な仕事である。身分の低い女性が携わる仕事ではないと、役所は女性の受験を拒否した」ことにあったとも言われる²³⁾。また明治政府

は、従来の開業医（漢方医）に履歴を出させ、新たに開業医と認めて医業を継続させたが、そこでも女子は排除された。開業医として十分な資格があったシーボルトの娘イネさえも、明治期の新制度のもとでは産婆として扱われ、医師としては認められていない²⁴⁾。この時期に、ほとんどの府県に公立病院が誕生し、大半に医学校が併置され、地域の医療とともに西洋医学の伝達・普及に貢献するようになったが、そこで期待された人材は「医師＝西洋医＝男性」であった。

2 「女医」と女子医学教育

このような動向の中、「女医」の名称のもとに医師世界に参入したパイオニアの女性たちがいた。「公許（官公庁の正式な認可を受けた）女医」の第1号は、高階経徳の好寿医院で学んだ荻野吟子である。荻野は夫の梅毒に感染し男性医師の診察を受けた辛い体験から「女性の病は女性が診るべき」との信念をもち、一大決心をして医学を学んでいる。

医術開業試験は1884（明治17）年に初めて前期・後期の二回に分けて施行された。前期合格者が後期試験を受験でき、後期合格者は医術開業免許を得られることとなったが、政府は「前例なし」と女子の受験を認めなかった。荻野の恩師に依頼された医学界の重鎮、陸軍軍医監・大学医学部総理心得の石黒忠恵は後に、衛生局長の長与に「女は困る」と言われたと回想した。石黒自身は「医術開業試験に『女が医者になってはいけない』という条文があるか、ない以上は受けさせて及第すれば開業させてもよいではないか、もし女がいけないなら『女は医者になる可からず』と書き入れ

¹⁶⁾ 『済生学舎と長谷川泰—野口秀世や吉岡弥生が学んだ私立医学校』、66頁。

¹⁷⁾ この時点で在籍者484名、教員16名であった。

¹⁸⁾ 「廃校の辞」『日本近代医学の定立』、2頁。

¹⁹⁾ 『済生学舎と長谷川泰』65-68頁。なお、長谷川はその後、森の批判を受け、顕微鏡の購入や演習の開始など、大幅な改善に努めていった。

²⁰⁾ 同時点に全国で開業していた西洋医は約5,200人、漢方医は約23,000人であった。

²¹⁾ 『日本近代医学の定立』、160-164頁。

²²⁾ 山本和利編著『医学生から見る医学史』、診断と治療社、2005年、179頁。

²³⁾ 酒井シヅ「女性医師の歩み」津田喬子編著『女性医師からのメッセージ—医系キャリアアップの道しるべ』、真興交易（株）医書出版部、2005年、15頁。

²⁴⁾ イネは、福沢諭吉の推挙を得て、助産婦として宮中に仕えたという。「女性医師の歩み」。

て置くべきだ、と言ってやった」という。さらに「女性医師がいれば自分のような女性患者が早期に診断治療を受けて救われる」との荻野の嘆願書と熱意によって、受験が可能となった。荻野は84年の前期試験の女子受験者4名のうち唯一合格し、85年の後期試験にも合格して、初の「女医」となった²⁵⁾。荻野以外に別の経路を取った女子受験者がいたことも注目される。

これに続く生沢クノは、埼玉の医師の家庭に生まれ育ち、樫村清徳の東亜医学校で学び、85年に前期試験、翌86年に後期試験に合格し、第2号となった。3番目となる高橋瑞子は、1884（明治17）年12月に済生学舎への入学を長谷川に直接交渉し、「体当たりで学校の門の鎖を破った」ことで知られ、「女医を志す人々の道がそこに開けた」（吉岡彌生）とされる²⁶⁾。

この交渉経緯には諸説ある。「三日三晩頑張つて、漸く舎長長谷川泰の許可を得て入学を受諾された」（唐沢信安）、上京し学舎門前で3日間長谷川を待ち「女医が許されているのに女子が入学を許されない方はないという論法」で懇願し、10日間のやりとりで「ようやく入学を許可された」（村上信彦）、そこで長谷川が「女医が許されたのに学校がないのは不都合な話だが、自分の一了簡にも行かないから、教授達と相談の上で返事をしよう」と対応した（『吉岡彌生伝』）、長谷川が高橋の「熱誠に感激され、多数の男性中只一人の女性でも、斯様に意志の堅固なる人ならば弊害もあるまいと許可」した（吉岡彌生）、などの説である²⁷⁾。

高橋の入学以後、済生学舎では1884（明治17）年から1901（明治34）年までの17年間に、総計59名の「女医」を輩出した²⁸⁾。神谷昭典は、同学舎が

「医学に向う日本の女性たちに道を開いた」と評価し、唐沢信安は高橋の入学許可をもって「済生学舎の女子学生の教育が始まった」として「済生学舎の女子医学教育」の経緯を概観した。だが、同校の受け入れ体制や学習環境からは、女子の入学が学校側の積極的取り組みによるとは認め難い。むしろ、高橋の熱意と意志が、性別を超えて「個人」として認められ、それが後継の女子志望者に有用な「前例」を提供することになった、それゆえの展開、とみる方が妥当であろう。

1901（明治34）年、同校は昇格を焦り、「風紀悪化」を理由に女子の入学を禁じた。これを受け、同校の卒業生吉岡彌生（公許27番目）は、夫とともに1900（明治33）年12月、東京女医学校を創立した。至誠医院の一室を使った同校の教室は机とイスを並べただけの粗末なもので、夫が物理と化学、吉岡が生理学を、済生学舎の木村太郎が解剖学を教えることから始まった²⁹⁾。

日露戦争開始後、至誠医院は多くの患者を迎える。「女だからということをはなれて、普通の町医者としての信用が付いてきましたまた女医でなければという婦人や子供の患者も詰めかけてき」た³⁰⁾。また、「若い婦人の間に女でも万一の場合には働けるよう自分の体になにか職をつけておかねばならないという自覚」³¹⁾から同校には、「びっくりするほど多勢の志願者が押し寄せてき」たという。同校の志願者数は当初の50～60人から200人以上に激増している。

1887年以降の10年間で、医師総数に医術開業試験合格者の占める割合は二倍以上となり³²⁾、同試験は西洋医の急速な増加と西洋医学普及の一翼を担った。97年以降、医師の権利擁護団体として医

²⁵⁾ 日本女医史編纂委員会編（秋山籠三著）『日本女医史 追補』、1991（1962）年、71-80頁。

²⁶⁾ 吉岡博人（高見君恵著）『吉岡彌生』、中央公論事業出版、1960年、128頁、吉岡彌生女史伝記編纂委員会編（神崎清著）『吉岡彌生伝』柏書房、1941年、114頁。

²⁷⁾ 『済生学舎と長谷川泰』104頁。村上信彦『大正期の職業婦人』ドメス出版、1983年、269頁、『吉岡彌生』128頁、『吉岡彌生伝』114頁、および吉岡彌生「女醫五十年史」『科学知識』第16巻第7号、1937年。

²⁸⁾ 『済生学舎と長谷川泰』、104頁。なお、同年までの「女医」数の累計は83名とされる。吉岡彌生「日本に於ける女子医学教育」『日本女医界雑誌』第33号、1928年12月、および同「女医五十年史」。

²⁹⁾ 『吉岡彌生伝』、226頁。

³⁰⁾ この時期、往診が一日10件程度あり、真夜中も急患で起こされることが続く中、吉岡は1907（明治40）年にチフスで寝込み、休養を余儀なくされた。同前、248頁。

³¹⁾ 同前、247頁。

師会も結成され、医師の質的向上を目指す医学教育制度改革の一連の動きが生まれた。その中で1902（明治35）年3月の専門学校令は、私立学校を公立学校と同様、文部省監督下に置くべく公布された³³⁾。同法令により、専門学校卒業生以外の医師への道は閉ざされた³⁴⁾。

そして1906（明治39）年5月、医師法改正により、医術開業試験に代わる新たな医師試験が施行される。受験資格に高等女学校が明記されたとはいえ、私立学校には専門学校昇格が新たな課題として立ち現れた³⁵⁾。吉岡は校長として施設の条件整備に取り組んだが、文部省との交渉は難航し経営上の困難にも直面し続け、「一生の中で最も苦心をし、最も辛い思ひをした」³⁶⁾時期だったという。そんな中の1908（明治41）年1月、創立9年目に竹内茂代が後期医師試験に合格し、同年に2名、09年に2名、10年に8人が合格して、医学校として「面目躍如」となった³⁷⁾。だが09年6月、医学専門学校設立申請書を文部省に提出したが、「一向沙汰が」なく「かなり足を運んでも局長次官に会うことも出来な」³⁸⁾かった。吉岡が「官尊民卑の権化」と呼んだ文部省は「私立でしかも女子の医学専門学校を必要と認めていなかった」³⁹⁾。「同国のよしみ」の文部大臣岡田良平も「きわめて冷淡な御挨拶」⁴⁰⁾に留まり、文部省当局との交渉は「数え

るに暇もないほど行われ」た⁴¹⁾。だが同省には「潰れてもよいという態度があった。役人は相変わらず、女医の意義、必要性を全く無視していた」⁴²⁾という。東京女子医学専門学校（以下、東京女子医専）がようやく条件付きで認可されたのは、1912（明治45）年3月であった⁴³⁾。

さらに1920（大正9）年、東京女子医専は、文部省から無試験検定の指定校の資格を得て、専門学校として安定した地位を得た。同校の受験倍率は、1914年の1.23倍、19年の1.47倍、20年の2.61倍、24年の3.66倍と明らかに上昇し、入学生数もこの14年間に二倍程度に増えている。28年時点の日本の「女医」の総数は1,500人程度、同校の卒業生総数1,247人を考慮すると、昭和初期までの「女医」の大半が、同校出身者で占められたことがわかる⁴⁴⁾。とはいえ、時すでに医科大学の時代であった。

1918（大正7）年の「大学令」は、地方公共団体および私人の大学設置を認め、法学・医学・工学・文学・理学・農学・経済学・商学のうち複数学部で構成される専門学校を「大学」として認可するもので、単科大学の設置も認められた⁴⁵⁾。医学専門学校（以下、医専）の単科大学昇格は比較的早く、官立や府県立の医専が続々と認可を受けた⁴⁶⁾ほか、財政基盤の審査が厳しかった私立でも、東

³²⁾ 試験及第者は、明治20年の4,072人（医師総数40,343人の10.1%）、明治30年の8,467人（医師総数39,392人の25.4%）に増加した。『東京女子医科大学百年史』、東京女子医科大学（ぎょうせい）、2000年、20頁。

³³⁾ 専門学校令の下、「公立私立専門学校規程」と「同入学者検定規定」が定められた。前者は、専門学校の認可申請に当たり、申請の必要事項、専門学校が備えるべき条件等を規定するもので、後者は、専門学校本科への受験資格を「男子は満17歳以上、女子は満16歳以上」「身体健全であること」「品行方正であること」「中学校あるいは高等女学校に在学中であること」と定めた。『学制五十年史』（『東京女子医科大学百年史』、21頁より重引）。

³⁴⁾ 1884年以降の医術開業試験では「医師は年齢二十歳以上にして、医術開業試験を受け、内務卿により開業免許を得たる者」とされ、受験資格は問われていなかった。

³⁵⁾ 『東京女子医科大学百年史』、23頁。

³⁶⁾ 吉岡彌生（平井恒子著）『この十年間一続吉岡彌生伝』、学風書院、1952年、10頁。

³⁷⁾ 例えば、菅志津勢や三輪田繁子なども含まれる。

³⁸⁾ 吉岡弥生『来るものの為に』、相模書房、1927年、286-290頁。

³⁹⁾ 酒井シヅ『通史』『東京女子医科大学百年史』、31頁。

⁴⁰⁾ 『来るものの為に』、286-290頁。

⁴¹⁾ この経緯は『東京女子医科大学小史』、1966年、94頁、ならびに『東京女子医科大学百年史』、29-39頁に詳しい。

⁴²⁾ 『通史』、18-19頁。

⁴³⁾ 吉岡弥生「女医志望の婦人へ」『婦人公論』第1巻第10号、1916年10月。

⁴⁴⁾ 吉岡弥生「日本における女子医学教育」『日本女医会雑誌』第33号、1928年12月。

⁴⁵⁾ 『学制百年史』第一編第三章第四節二を参照。

京慈恵会医科大学、日本医科大学などが認可された。他方、この時期になって東京女子医専はようやく文部大臣指定学校に認定された段階にあり、制度上も政策上も、女性医師は常に、男性医師より一段階遅れて認められるという形で、劣位に置かれていた。

そのような中で、吉岡は新入学生に対し、「其処に三ヶ年の差があるのに、同じ力をつけやうと云ふのですから、非常な努力を要します」と並々ならぬ覚悟を促し続けた。具体的には、貞操問題や健康保持、規則正しい生活、授業出席と自習時間の厳守、「医者はやせられるより敬せられるやうにと云ふ態度」などを説き、「かくの如く堅苦しい事を細々と申しますのも、只皆さんを立派な女医として、五カ年の後に華々しく社会に送り出し度いため、その成業を希ふ一心からであります」⁴⁷⁾と叱咤激励した。だが、同医専の「女子医科大学」への昇格は、「女子大学令」の未発により、戦後を待たねばならなかった。

以上のように、日本の医師養成システムとしての医学校＝医学教育は、1880～1900年代に西洋医の育成を目的に男性を前提に構築され、それは大枠として「女性」を排除する方向で確立された。吉岡は自らが「排除される側」として直面した問題や経験を踏まえ、女子のみを対象とする医学校＝医学教育を設立し、傍流としての女性医師養成システムを生み出したのである。

II 医療専門職としての医師世界の特徴

一 「女性参入型」専門職一

Iで考察した成立経緯から、医師世界は、当初は男性を前提に（あるいは、女性を想定せずに）

成立した職域であり、女性の参入や増加によって一定の構造変容がみられる専門職の領域ととらえられる。このような領域を「女性参入型」専門職と呼ぶ⁴⁸⁾。

戦後改革の五大柱の一つに「教育の民主化」が謳われ、1946（昭和21）2月には、総司令部の勧告に基づき、医学教育の改善、特に医専の整備と水準向上に向けた検討が行われた。翌年3月に「医学教育刷新改善要領」が閣議決定され、医学教育は1951年度以降、すべて大学教育に統一すること、医専は大学昇格の可能性を調査・判定することなどが決定された。ほかの専門学校の大半は1948（昭和23）年度から順次新制大学に転換したが、医専の多くは22年に旧制の医科大学ないし医学部に昇格し、次いで新制大学に転換された。それに先立つ45年12月には、男女間における教育の機会均等、教育内容の平準化などを目指す「女子教育刷新要綱」で、女子の大学入学を妨げる規定の改正、女子大学の創設、大学での共学制の実施、などの方針が定められた。翌46年の「米国教育使節団報告書」でも女子への高等教育開放が強く勧告され⁴⁹⁾、以後の医師養成は、東京女子医大を唯一の例外に、男女共学の新設大学医学部・医科大学で行われてきた⁵⁰⁾。

ゆえに現在、日本の医療を支えている医師のほとんどは、以上のような戦後理念を背景に、おおむね男女共学で育った世代である。では、戦後73年を経た現在、男女の割合はどうなっているのか。表1は、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、看護師、保健師の男女比を示したものである。性別の偏り具合に注目すると、(1)男性が圧倒的に多い職種（医師8：2、歯科医師約8：2）、(2)女性が圧倒的に多い職種（助産師0：10、保健師約0：

⁴⁶⁾ 1926（大正11）年、官立医学専門学校のうち新潟と岡山が、翌年には千葉・金沢・長崎が、医科大学に昇格し、1929（昭和4）年には公立からの移管で熊本・愛知の医科大学が、府県の医学専門学校でも大阪府立医科大学（後の大阪帝国大学医学部）などが生まれた。『学制百年史』。

⁴⁷⁾ 吉岡弥生「医学を学ぶ婦人の為に」『女医界』第266号、1935年5月。

⁴⁸⁾ 渡邊洋子『近代日本の女性専門職教育—生涯教育学から見た東京女子医科大学創立者吉岡彌生』、明石書店、2014年、42頁、および註（63）。さらに、渡邊洋子「専門職のキャリアをめぐる現代的課題—女性医師を手がかりとして」『京大大学生涯教育フィールド研究』第4巻、2016年、4-5頁も参照。

⁴⁹⁾ 「終戦直後の高等教育」『学制百年史』文部科学省HP、http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/others/detail/1317750.htm、2018年12月9日最終参照。

表1 主な医療専門職におけるジェンダー比

	男性 %	女性%	備 考
医師	78.9	21.1	2016*
歯科医師	77.0	23.0	同上
薬剤師	34.1	65.9	同上
理学療法士	57.5	42.5	同上
看護師	93.0	7.0	2012
保健師	1.3	98.7	2010
助産師	0	100.0	

厚労省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」、平成30年日本理学療法士協会調査などをもとに、筆者作成。

10、看護師1:9)、(3) 中間にある職種(理学療法士6:4、薬剤師3.5:6.5)の3タイプがあることがわかる。「女性参入型」専門職である医師世界は、現在に至っても、ほかのどの医療専門職にも増して、男性が圧倒的に優勢な世界なのである。

では、日本社会で「女性が医師になること」自体は、どう受け止められてきたのか。再び、戦前期に戻って探してみよう。

明治社会は基本的に、「女の独立を刺戟して家制度を弱体化すること」を恐れ、知識や技術を基盤とする職業に女性が就くのを拒んだとされる。だが、「女教師」「産婆」「看護師」はすべて「国や公共事業が必要とみとめて発足した」がゆえに、むしろ資格化によって積極的に保護された。これに対し、「女の医者……男の社会の欲求とはまったく無縁の、純粋に女の側からの発想」であった。大正期には「職業をもつ」ことを「女の新しい生き方として認める機運」も生まれたが、医師は除外された。なぜなら、一般社会の認識として「医師は男と相場がきまっでいて、だれひとり疑問を抱くものがない。医師は患者と対等でなく、支配し、命令し、ときには叱りつけても意に従わせる。八字の威厳がふさわしいイメージであ

る。投薬するだけでなく場合によってはメスも振るわなくてはならない。そんなことがどうして女にできようか⁵¹⁾といった医師観(村上信彦)が濃厚だったためである。それゆえ、医師になろうと懸命な女性たちに「男たちの反応は他の女の職業に対するよりもはるかに強く、厳しかった」とされる。「女がわざわざ医者になろうなどと考えるのはまったく無益の空想のようなものだ」というのが、一般社会や教育関係者にも広く浸透した受け止め方だったのである⁵²⁾。

このことは、先の東京女子医大創立者吉岡彌生の二つの回想から裏付けられる。

1つは、済生学舎での「男女共学」経験である。吉岡の入学時点には、計16人の女子前期生が在籍した。数百人の男子学生の中で戸惑う少数派の女子に対し、同校は「特別の配慮」として、教壇の近くに「女子席」を設置した。女子学生は通常、そこにすわったが、受講者が多い臨床講義では常に後ろに追いやられ、板書や実演を十分に見られなかった。男性優位・女性蔑視の社会風潮の中、男子学生にとって女子は対等な「仲間」どころか、格好の「からかい」や「冷やかしの対象だった。どの女子もやじや嘲笑などの侮蔑的な言動・行動にさらされ、講義中に紙の礫があちこちから机上に飛んでくる状況に加え、「付け文」「送り狼」など、女子学生への妨害や誘惑が繰り返された⁵³⁾。学生同士の演説会で、女子学生は「学校の組織に食いこみ、学生を腐敗と墮落に導く」「特異性バクテリア」なので速やかに「駆逐せねばならない」と主張する男子学生に対し、ほかの男子学生が一斉に拍手を送った、との事件もあった⁵⁴⁾。

吉岡のように「医師になるまで」と苦痛に耐え抜いた者の一方で、せっかく入学しながら耐えき

⁵⁰⁾ 新設機関の中には、第二次大戦終盤に医師が不足する中、医師速成機関として設立された女子医学専門学校を改編したものも少なくない。1943(昭和18)年10月12日、閣議決定された「教育二関スル戦時非常措置方策」を受け、福島県立女子医専(現福島県立医大)、岐阜県立女子医専(現岐阜大学医学部)、名古屋市立女子高等医専(現名古屋市大医学部)、北海道庁女子高等医専(現札幌医大)などが設立されている。「戦時下の教育行政」『学制百年史』文部科学省HP http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/others/detail/1317720.htm, 宮原誠一他編『資料日本現代教育史4』三省堂, 1974年3月, 334-336頁, など。

⁵¹⁾ 『大正期の職業婦人』267-268頁。

⁵²⁾ 村上信彦『明治女性史 中巻後編 女性の職業』, ドメス出版, 1971年, 245-248頁。

⁵³⁾ 以上、『吉岡彌生伝』133-135頁。

れずに3、4日でやめる女子もいた。吉岡は後に男子学生について「新しい時代の医者 of 学問に触れているのですから、少しは考えが新しくてもいいはずでしたのに」と嘆いた。世界初の女性医師 E.Blackwell がニューヨークの Geneva College of Medicine に入学希望した際、男子学生が満場一致で賛成し、「私たちのいかなる行動も、彼女がこの学校に入学したことを後悔させる要因とならないことを誓います」との「宣誓」まで行っている⁵⁴⁾。このことを念頭においた吉岡は済生学舎の「共学」体験に、「あ、こんな間に合わせな共学はいけない、女は女で十分に研究することの出来る学校があったら」と実感したという⁵⁵⁾。

もう1つは、「女医亡国論」である。1908（明治41）年6月、東京女子医専が初の卒業生（竹内茂代）を出し、第一回卒業式が挙行された。その際、来賓が壇上から「女医亡国論」を次々と弁じて混乱し、大隈重信の演説でようやく収拾がついたとされる⁵⁷⁾。「亡国論」の論旨は、以下の4点に要約される。

- ①女子に高等教育を授けることは、おのずから晩婚になり、あるいは独身生活を余儀なくさせる基となる。日本の人口を減らすことは国家の危機を招く。
- ②手術をし、血を流すことに平気な殺伐な女が増え、日本の醇風美俗を壊し、ひいては国家を滅亡に誘う。
- ③女は月経という穢れがある。手術室の神聖を冒す。
- ④女は妊娠して仕事を休む。人命を任される医師には不適當である⁵⁸⁾。

これらの点のうち、①は「女子高等教育有害論」、②は「手術をし、血を流すことに平気」という医師の職業的専門性を「女性の特性」に合わないものとみなす「女性医師排除論」、③は「女人禁制」にも通じる「女性不浄論」、である。現代社会において①～③はときに、人々の意識の中に垣間見えることはあっても、声高に語られることはほぼない。これに対し、「医師には不適當」とまで言われないにしても、現代の少なからぬ女性医師も、妊娠・出産で「仕事を休む」ことにかかわる数多くの言説に晒されている。このような言説や意識が、第一線からの撤退（一時休業）の要因や契機となることも多く、まさに時代を超えた女性医師の苦悩を示唆している。

女子医学生の教育のみならず、卒業生の就職や活動基盤の形成に何より心血を注いだ吉岡は、女性医師を「害悪」「無用」とする「女医亡国論」と対峙し、それを克服し、展望や可能性を見出すべく、独自の「女医論」「女医養成論」を構築した⁵⁹⁾。医師という専門職の直面する諸課題を見る限り、「女性」「男性」との性別呼称を使わざるを得ない状況は、看護師（「男性参入型」専門職）と並び、今後も続くであろう。これこそが、日本社会における医療専門職の特徴の一つと思われる。

Ⅲ 医のプロフェッショナリズム

日本では近年、医師の「プロフェッショナリズム」について活発に議論がなされるようになった。2018年12月時点の研究情報検索サイトJStageで「プロフェッショナリズム」を検索すると608件

⁵⁴⁾ 吉岡弥生『来るものの為に』、相模書房、1937年、209-210頁、『吉岡弥生伝』142-145頁。またこれらに対して、吉岡を含む女子学生が「女医学生懇話会」を結成している。詳細は、渡邊洋子『近代日本の女性専門職教育—生涯教育学から見た東京女子医科大学創立者吉岡弥生』、明石書店、2014年、84-85頁参照。

⁵⁵⁾ 渡邊洋子・柴原真知子『イギリスにおける女性医療専門職の誕生と養成・支援活動—パイオニア女性のキャリア確立プロセスに関する成人教育的考察から』、『京都大学大学院教育学研究科紀要』第59号、2013年、108-109頁（99-123頁）。吉岡は別の論稿には、この件への言及と思われる記載が見られる。

⁵⁶⁾ 吉岡彌生『来るものの為に』215頁。

⁵⁷⁾ 『吉岡弥生伝』、251-253頁。

⁵⁸⁾ 『大正期の職業婦人』272頁。

⁵⁹⁾ 吉岡の「女医」論および「女医」養成論については、渡邊『近代日本の女性専門職教育』「第4章『女医』像=キャリアモデルの構築」を参照。

がヒットし、掲載誌別は『医学教育』(123件),『日本内科学会雑誌』(55),『日本プライマリケア連合学会』(33),『心身医学』(24),『日本マスコミュニケーション研究』(11)と、医学系学会が40%近くを占め、医学分野でのプロフェッショナルリズムへの注目が、特にプロフェッショナルリズム教育とのかかわりで顕著なことがわかる。

プロフェッショナルリズムは、欧米では以前から“明示的に”教えられるべきとの考えで教育が進められてきたが、国内でこの言葉を使った教育は、一部で行われていても、公式に取り上げられることはほとんどなかった⁶⁰⁾。だが、国際認証の必須化などを機に、事態は変化している。2017年2月、すべての大学医学部・医科大学で採用される「医学教育モデル・コアカリキュラム 平成28年度改訂版(最終版)」(文部科学省高等教育局)が公表された。そこでプロフェッショナルリズムは「医師として求められる基本的な資質・能力」の第一項目に掲げられ、「人の命に深く関わり健康を守るという医師の職責を十分に自覚し、患者中心の医療を実践しながら、医師としての道(みち)を究めていく」ものと解説されている。

このような動向を背景に、自ら医師である大生定義が「医のプロフェッショナルリズム」を「自律性を持ち、社会契約に基づいた医師という専門職の姿勢・構え・行動様式であり、その背景には健全な倫理感がある⁶¹⁾と定義している。そこでは、チーム医療や患者中心の医療を行う現代では、もはや医師単独で「医のプロフェッショナルリズム」を考えることはできない。すなわち「社会の視点や医療を遂行する多くの職種との相互作用の中で考えていくことが必須である」と述べられており、現代的な問題意識が反映されている。

2015年に「医学教育専門家認定制度」を発足さ

せた日本医学教育学会には、大生が副会長を務める「倫理・プロフェッショナルリズム委員会」が設置されている。同委員会の活動は活発で、2008年に『医療プロフェッショナルワークショップガイド』、2012年には、『医療プロフェッショナルリズム教育—理論と原則—』を編集・刊行した。また2014年11月には、ワークショップ「プロフェッショナル教育のコンセンサスを形成しよう」を実施し、成果を『医学教育』誌に掲載するなど、プロフェッショナルリズム教育への会員の関心を喚起してきた⁶²⁾。

同委員会は、近年の複雑な医学・医療の状況におけるプロフェッショナルリズムには「包括的な定義がない」(宮田靖志)としつつも、「プロフェッショナルリズムに含まれる資質・能力」として「1. 社会的使命に献身する意志, 2. 患者中心の医学の実践, 3. 誠実さと公正性の発揮, 4. 多様な価値観の受容と基本的価値観の共有, 5. 組織やチームのリーダー/メンバーとしての役割, 6. 卓越性の追求と生涯学習, 7. 自己管理とキャリア形成」(野村英樹)を設定しようとする。1の「社会的使命」とは、欧米のprofessionに関連の深い「社会契約」を「より日本人にも受け入れやすいと思われる別の表現」にしたものだ⁶³⁾。

他方、この間に、日本人医師のプロフェッショナルリズムの根幹にかかわる議論が展開された。武士道を日本固有の倫理規範の一つととらえ、新渡戸稲造が「医は仁術」の「仁」を英語で解説したことを評価する立場からは、武士道の徳目(義・勇・仁・礼・誠・名誉・忠義)が日本の文脈でのプロフェッショナルリズムに繋がるとの主張⁶⁴⁾、「身内への忠誠を誓う倫理」の「武士道」より「三方よし」の精神による「商人道」こそが「患者よし、医療者よし、社会よし」につながるとする主張⁶⁵⁾、

⁶⁰⁾ 宮田靖「プロフェッショナルリズム教育」日本医学教育学会監修・日本医学教育学会学会広報・情報基盤委員会編集『医学教育白書 2018年版』, 篠原出版新社, 2018, 33-36頁。

⁶¹⁾ 大生定義「医のプロフェッショナルリズム総論」『京府医大誌』120(6), 2011, 399(305-402)。

⁶²⁾ 同委員会の活動については、<http://jsme.umin.ac.jp/>を参照。同ワークショップの成果は、「特集 プロフェッショナルリズム教育の現在とこれから」と題して『医学教育』46-2号, 2015年4月にまとめられている。

⁶³⁾ 野村英樹「専門職の倫理—プロフェッショナルリズム その期待と責務—医師の立場から—」『理学療法学』第42巻第8号, 2015年, 730-731頁。

⁶⁴⁾ Nishigori H. Harrison R, Busari J. Dornan T. Bushido and medical professionalism in Japan, Acad Med 2014;89:560-3.

医療人が最も重視すべきは「現在および将来の病者の『保護』」であり、「忠誠」や「権威」などの道徳的直観を重視する武士道は「医療者の職業道徳として相応しくない」⁶⁵⁾との主張、「武士道プロフェッショナルリズム」の議論自体が本質主義的で、「日本人」「日本文化」の多様性や境界領域に置かれた人々の存在を軽視し、武士道を非歴史化し、西洋の東洋を見る差別的な視点を内包しているとの批判⁶⁷⁾、などである。これらは、欧米発のグローバルスタンダードに歩調を合わせることを余儀なくされる現代日本の医学教育ゆえに、ローカル（日本独自）な文脈のプロフェッショナルリズム論が要請されたことを示唆すると言えよう。

なお、同委員会は、2015年の学会誌『医学教育』で「特集 プロフェッショナルリズム教育の現在とこれから」に、2017・18年には、医学生・研修医の「アンプロフェッショナルな行動」に注目し、同じ2018年には「卒前・卒後教育に継続的にプロフェッショナル教育を組み込む」ことにも取り組んでいる。そこで改めて「プロフェッショナルリズムは、医療専門職集団、個々の医療専門職者が、患者、住民、社会とともにより良い医療を進めていくために必要な信頼構築の基盤となる価値観、態度、行動」(宮田)⁶⁸⁾との定義が示されている。

これまで見てきたように、プロフェッショナルリズム教育の導入過程における、一連の議論や取り組みの最大の成果は、日本の医師の職業倫理の中核に「患者」「住民」「社会」が明確に位置づけられ、「患者のため」が医師の最大の使命として明示されたことだと言えよう。これは、医師法第19条

「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」の遵守について、単なるコンプライアンスの問題を超えた職業倫理上の裏付けを設けたものともみなしうる。

IV 医師におけるキャリアとジェンダー

前述のように、プロフェッショナルリズムは、専門職者（医師）の属性を問うことなく、専門職に一律に、同一の価値規範や具体的行為を期待するニュートラルな概念である。これに対し、次に見ていくキャリアは、専門職者（医師）の属性や環境など固有の文脈における価値や行為と結びついて成立する概念である。この意味で、両者が異なる次元で論じられ、異なる諸側面を有することは不自然ではない。とはいえ、プロフェッショナルリズムもキャリアも、ともに一人の医師の中に、表裏一体で存在すべきものなのである。

「キャリア」概念は、働く当事者が自分なりの職業人生のあり方について考え、学び、問題解決する、との当事者性の志向の上に成り立っている⁶⁹⁾。2015年に医療系の論文検索サイト、医学中央雑誌（「医中誌」）で行った調査によれば、医師のキャリア研究が盛んになったのは、2000年代後半以降である⁷⁰⁾。従来、大学の医局が研修医の配置に影響力をもった時期には、医師は自らのキャリアに関心をもつ必要はなかった。2004年に医師臨床研修制度が導入され、マッチングにより各自が研修先・就職先を選ぶようになったことを契機とし

⁶⁵⁾ 大生、「医のプロフェッショナルリズム総論」401頁。

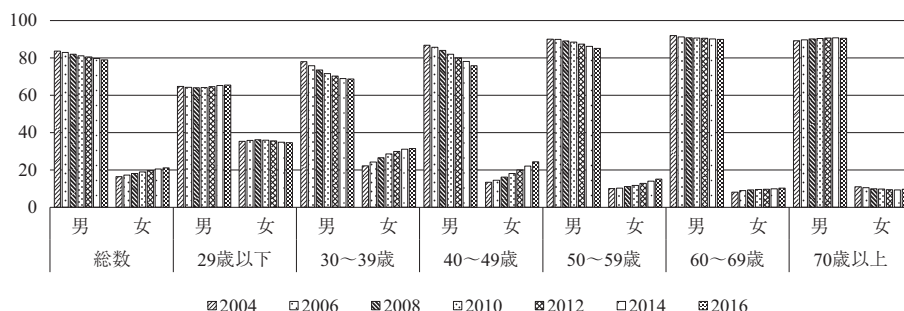
⁶⁶⁾ 野村「専門職の倫理」, 731頁。

⁶⁷⁾ 飯田淳子「意見：武士道プロフェッショナルリズムと本質主義について」『医学教育』第47号6巻, 2016年, 377-380頁。

⁶⁸⁾ 宮田靖志「プロフェッショナルリズム教育の基本的考え方と教育方略共有の重要性」『第50回日本医学教育学会大会 パネルディスカッション開催報告書 卒前・卒後教育に継続的にプロフェッショナル教育を組み込む』, 2018年, 5-9頁。

⁶⁹⁾ 例えば、金井壽宏は「長期的な（通常は何十年にも及ぶ）仕事生活における具体的な職務・職種・職能での諸経験の連続」および「節目での選択が生み出していく回顧的意味づけ（とりわけ、一見すると連続性が低い経験と経験の間の意味付けや統合）と、将来構想・展望のパターン」と周到な定義を行っている。金井壽宏『働くひとのためのキャリア・デザイン』, PHP新書, 2002年, 140-141頁。

⁷⁰⁾ 医中誌は、特定非営利活動法人医学中央雑誌刊行会による国内医学論文情報の検索サービスで、現在、全国の医学・歯学・看護学系大学の大半で導入され、約6,000誌から収録した約1,000万件の論文情報を網羅している。



出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師の概況」をもとに筆者作成。

図1 医師の男女別構成割合の経年変化 2004-2016年

て、総体として、キャリアに注目が集まるようになったとみることができる。

だが、近年の医師のキャリア研究には、男性・女性と性別を冠したもの、特に女性医師に焦点化した研究が多い。その中心的課題は、結婚・妊娠・出産・育児などのライフイベントをめぐる就業継続支援、すなわち「仕事と子育ての両立」である。具体的には、専門科・機関ごとの女性医師の働き方と支援体制（労働環境の整備、チーム内の連携など）を取り上げたものが多く、医師個人の人生選択（職業継続）を周囲がどう応援し支えるかに焦点を当てる傾向にあった⁷¹⁾。

だが、ここで注意すべきは、医師のキャリアにかかわる視野が女性医師の「両立」「継続」支援に限定されてきた点である。女性医師自身の「両立」「継続」への努力や意欲、予測される新たな変化に加え、深刻化する男女医師の長時間労働、男女医師のバーンアウト問題などは、医師のキャリアの問題として看過されるべきではない。

近年の調査を見てみよう。日本国内の現役医師における女子の占有率は、1970年に9.5%、1982年に10.2%、1990年に11.5%、1998年に14.1%、2002年に15.7%と遅々とした歩みながら、上昇してき

た。前掲の通り、2016年の厚労省調査の時点で現役医師のジェンダー構成比は約8:2 (78.9:21.1)⁷²⁾、医師国家試験合格者の女性割合は2018年で34.0%、2014～18年の平均でも30.9%⁷³⁾を占めている。これらの数字の正確な分析には、コーホート調査が必要であるが、従来、この動向については、30～40代の育児・子育て期に離職・休職者が多かったために、女性比率が低下していると解釈されてきた。実際はどのようなのだろうか。

図1は、2004～16年度の各年代の医師総数を100とした場合に、男女が占める割合をグラフにしたものである。20代では12年間に女性割合の大きな変化はないが、30代では9.3% (22.1→31.4%)、40代では11.0% (13.3→24.3%)、と増加していることがわかる。これは明らかに、離職・休職者の減少を示唆するものである。とはいえ、望ましい形での職業継続ができていないことを意味するわけではない。むしろ、この間に「継続」に向けた努力や取り組みが、当事者のみならず、医療現場にも、見られるようになったと推測すべきであろう。

田中朱美らは今から20年前の1996年、「近い将来、必然的に全医師に占める女性の割合は増加することが予測される」がゆえに、「来るべき21世紀

⁷¹⁾ 佐伯知子「研究動向 女性医師をめぐるキャリア研究の現状と課題」（同前特集）『京都大学生涯教育フィールド研究』3号、101-106頁、2015年。

⁷²⁾ 厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」、<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/> 2018年12月9日最終参照。

⁷³⁾ 「第112回医師国家試験合格状況」<https://www2.tecomgroup.jp/igaku/topics/kokushi/112result/>、2018年12月9日最終参照。

における女性医師のあり方を模索する」として、全国の女性医師全員29,275人に質問紙を送付し、就業状況および家庭環境などのアンケート調査を行った⁷⁴⁾。同調査では、「結婚によって生じた問題」は約半数が「ある」と回答し、「問題」の内訳（複数回答）は「仕事量が多くて家事ができない」が最も多く、「研究ができない」「夫の面倒が見られない」が続いた。また59.8%が「仕事と家庭の両立」は「大変」と回答している。

他方で、結婚や出産が、女性医師にとってキャリア形成の障碍になるよりむしろ、医師という職業への満足度を上げるというプラスの効果を持つことを示唆する研究もある⁷⁵⁾。2011年、2つの医学部同窓生962人を対象（回収率は38%・71%）とする調査では、医師という職業選択に「満足している」と回答した女性医師は85%、既婚者は74%、うち80%に産後経験があり、77%が医師と結婚していた。女性医師の職業満足度に正の関連を認めた因子は、全女性医師では「未婚に比して既婚であること」、既婚女性医師では「産後経験」であったという。さらに2014年には、女性医師の離職と復職及び育児休業の取得について岡山大学卒業生などを対象にアンケート調査が行われ、回答者（1403名のうち420名、回答率29.9%）のうち、離職経験者は46.6%、離職時期は卒後92.4%、離職理由は「出産育児」が51.5%、「夫の転勤」が21.1%で、初回離職時82%が復職を希望していた

ことが、明らかにされている⁷⁶⁾。

以上を見る限り、日本の女性医師にとって結婚、出産育児、それに伴う離職・復職などにかかわる諸課題は、決して少なくないとはいえ、女性医師の多くがこれらに前向きに対峙し、自らのライフイベントとキャリアを両立させるべく努力していることが、図1の変化の背景にあると考えられる。とはいえ、日本の女性医師は、国際的には低位にある。2017年にOECDが加盟国を対象に行った女性医師占有率の国際比較調査⁷⁷⁾では、加盟34か国の平均46.5%を境に、最上位はラトビア74.4%、日本は最下位の20.3%であった（2014年データ）。

特筆されるのは、2000年以降の約15年間、西欧・北欧で、東欧社会の後を追うように、女性医師が10%以上増えている点である（表2）。この医療専門職の急速な「女性化」現象は多くの研究者から注目されており⁷⁸⁾、EU諸国の比較研究では医療に加え、法律・財務などの専門職域でも「女性化」傾向が指摘されている⁷⁹⁾。

序章で言及した現代の専門職全般への期待や要求の高まりは、「男性か女性か」よりも「必要とされる能力を有するか否か」の価値がより優先されることにより、「女性参入型」専門職域にも、より透徹した能力主義を加速させるものと思われる。それはまた、医師という専門職の性格をよりジェンダー中立なものに変容させる契機ともなりえよう。

⁷⁴⁾ 同調査の回収率29.5%、回答者の平均年齢45.2歳、医療施設従事者94.8%、常勤職者89%、既婚者61.4%、最少年齢25歳、最高年齢97歳であった。田中朱美、清水悟、澤口彰子、神津忠彦、橋本葉子「日本における女性医師の現況に関する調査研究—全女性医師（対象27,779名）に対するアンケート結果から—」『医学教育』第28巻、第3号、1997年6月、181-186頁。

⁷⁵⁾ 野村恭子・山崎由花・鶴ヶ野しのぶ、丸井英二、矢野栄二「結婚・出産が女性医師の職業満足度へ与える影響—2大学医学部同窓会調査より—」『医学教育』第42巻第4号、2011年、209-215頁。

⁷⁶⁾ 片岡仁美、野村恭子、川畑智子、勅使河原早苗、岩瀬敏秀「女性医師の離職と復職に関する現状と課題：岡山大学卒業生及び同大学臨床系講座入局者のアンケート調査より」『医学教育』45巻5号、2014年、365-375頁。

⁷⁷⁾ ECD, Chapter 8. Health Figure 8.6. Share of female doctors, 2000 and 2015 (or nearest year), in *Health at a Glance 2017*, OECD Publishing, Paris, 2017. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-graph133-en, 最終参照2018年3月1日。

⁷⁸⁾ 例えば、Riska, E., “The feminization thesis: discourses on gender and medicine,” *Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, Vol.16, NO.1, 2008., Mari Tsouroufli Ed. *Gender, Careers and Inequalities in Medicine and Medical Education: International Perspectives*, Emerald, 2015など。

⁷⁹⁾ Malatesta, M., *Professional Men, Professional Women*, Sage, 2011. これらの国際的動向については、合わせて、以下を参照のこと。渡邊洋子「キャリアヒストリー法の構築に向けて—女性医師を対象として—」『創生ジャーナル Human and Society』新潟大学キャリア創生研究会、2018、1、65-74頁。

表2 OECD加盟国における女性医師占有率の変化(2000-2015)

増加割合の区分	国名・女性医師占有率の増加割合	備考
15.0%以上	オランダ17.3, スペイン15.8	
10.0~14.9%	ノルウェー*14.1, アイスランド13.0, デンマーク**12.9, ベルギー12.9, スイス11.5, イギリス10.5, カナダ10.5, イタリア10.5, ニュージーランド10.0, オーストラリア10.0	*2002 **2003 ***2014
5.0~9.9%	オーストリア9.7, ドイツ9.7, 米国*9.6, ポルトガル8.5, スウェーデン**8.0, フィンランド7.8, フランス7.8, ギリシア7.4, OECD34か国平均7.4, アイルランド6.7, 日本***6.0, ハンガリー5.8	*2014 **2014 ***2014
0.0~4.9%	チェコ共和国2.9, ポーランド2.7, イスラエル2.3, スロバキア共和国*1.4, ラトビア1.3, エストニア0.0	*2013
0.0未満	なし	
比較データなし	スロベニア, トルコ, チリ, ルクセンブルク, 韓国	

ECD(2017),Chapter8.Health Figure8.6.Share of female doctors, 2000 and 2015 (or nearest year), in *Health at a Glance 2017*, OECD Publishing, Paris. より筆者が計算・作成。なお, 上記は基本的に2015年の女性医師占有率から2000年の占有率を差し引いた数字である。

※創生ジャーナルHuman and Society第1巻(2018)より転載。

とはいえ, 表2の国々に示唆されるように, 女性医師の参入段階からの主流化には, 男女医師のキャリアとライフ, ファミリーにかかわる新たな視点が求められよう。

V 小括に代えて一日本の医師におけるプロフェッショナルリズムとキャリア

近年, 医学世界においてプロフェッショナルリズムをめぐる教育や議論は, 当然のことながら, 性別を問わず, すべての医師に向けられてきた。そして現在, 男女医学生そして男女医師は, 「卒前・卒後・生涯教育」において継続的にプロフェッショナル教育を受け, 実際にその成果を, 自らのキャリアの中で効果的に活かすことが期待されている。では医師個人にとってこれらの動向は, どのようにとらえられるだろうか。

現実社会において医師は, 属性にかかわらず, プロフェッショナルリズムの十全な遂行を最優先することを求められ, キャリアの継続・発展と違和感なく両立できることを期待されている。このため大多数の男性医師がライフやファミリーを度外視しがちになる一方, 女性医師の場合, 結婚や子どもなどのライフイベントの問いが, キャリアの分岐点となる。

すなわち, 男性医師と同様にプロフェッショナルリズム追求を最優先課題とする女性医師には, 非婚や一時休業で, キャリア・ファミリーコンフリクト(仕事と家庭生活の間の葛藤)の回避・先送

り・克服を図るか, あるいは, 家族生活とキャリア継続の調和/両立に最大限のエネルギーを投入しつつ, 可能な範囲でのプロフェッショナルリズムの遂行に留めるか, の二者択一の選択をせまられることになる。

このような中, 現代日本のプロフェッショナルリズムは, ライフやファミリーの占める割合を極限にまで最小化させられる(とみなされがちな)男性医師に深くかかわる問題と位置づけられてきた。他方, ワークとライフのバランスをとることは男女共通の課題であるとはいえ, キャリアは, ライフやファミリーを優先することが自明視される女性医師の専有物ととらえられがちであった。そこでは, キャリアをめぐる問題意識は, 女性役割の遂行上, プロフェッショナルリズムの縮小・制限を余儀なくされる女性医師に対し, 職業継続と円滑な両立を可能にするための支援策に集約されてきた感がある。

本来, プロフェッショナルリズムとキャリアはともに, 一人の医師の中で, 表裏一体の関係において共存すべきものである。だが現状では, 個々の医師にとってのプロフェッショナルリズムの追求と一人の人間としての働き方, 生涯を通じてのキャリアとライフやファミリー, などを架橋する視点が希薄と言わざるを得ない⁸⁰⁾。それは職業継続や両立問題に悩む女性医師だけの問題ではない。地域の医師不足や医療施設の経営困難などの外的要因により, 「過労死寸前」「バーンアウト」段階ま

での長時間労働のシフトやローテーションで働くことを余儀なくされ⁸¹⁾、傍らで「患者中心」を掲げるプロフェッショナルリズム教育を強化され、結果としてライフやファミリーを犠牲にせざるを得ない男女医師の直面する窮極の問題なのである。

最後に、保坂隆編著『医師のストレス』（中外医学社、2009）という本に言及したい。2008年6月、日本医師会内に「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」が設置された。翌年、同委員会では「医療崩壊の背景のひとつである『医師のストレス』を真正面からとらえるべき時が来た」との認識のもと、「医師が罹りうる精神疾患」「臨床各科に特異的なストレス状況」「諸外国での取り組み」「我が国の課題と取り組みの現状」などを紹介・整理した同書を刊行した。以下の序文は、深刻な医療現場の現状を、如実に示唆している。

本書はまず、現場で疲弊しながらも患者さんのために一生懸命臨床に従事して下さっている医師に読んでいただきたい。もしかしたら、誰か専門家に相談してもよい状況に陥っているかもしれないからだ。そして、病院長や経営者にも読んでいただき、一緒にストレス対策について考えていただきたい。また、国や自治体の行政に携わっている方にも読んでいただき、逼迫した現場の状況を感じとっていただきたい。そして最後に、患者さんや一般の方にも読んでいただきたい。現場で働く医師も、ストレス処理の下手な人間であることを知っていただきたいからだ。

医療は誰のものでもなく、社会全体のものすなわち公共財である。われわれは、そこで働く

医療者には十分に健康を維持していただき、この公共財を有効に利用すべきであろう⁸²⁾。

以上、本稿では、日本における専門職としての医師に多面的に光を当てて考察してきた。そこで得られた知見および課題は、以下の4点である。①医師世界は、医師＝男性を前提に構築され、女性の参入によって変化を遂げてきた専門職世界（「女性参入型」専門職）であり、その性質が現在も濃厚であること、②近年、患者本位のプロフェッショナルリズム教育が強調される一方、「患者のため」との至上命題により、ライフやファミリーの縮小・最小化が許容・奨励される傾向が否めないこと、③他方で、キャリアの問題への視野が、女性医師の職業継続と家庭との両立支援の範囲に留まり、キャリア支援も、生涯的な見直しをもった男女医師のライフとワークのバランス調整や長時間労働の是正、ワーク・ファミリーコンフリクトの解決などには至っていないこと、④医師個人の中で、表裏一体で共存すべきプロフェッショナルリズムとキャリアが、現状では、プロフェッショナルリズム＝男性、キャリア＝女性と分岐してしまう傾向にあり、このことが、男女医師の働き方や労働時間に直接・間接的に影響を及ぼしていることが示唆されること、などである。男女医師が生涯的視野に立ち、一人の人間としてキャリアとライフを享受しつつ、最大限のプロフェッショナルリズムを発揮できるような環境が何よりも求められる。

今後、これらの事項と「医師の働き方」の相互関連や実態について、「公共財」としての持続可能性との認識のもと、当事者の視点⁸³⁾に立って、よ

⁸⁰⁾ 渡邊洋子・佐伯知子・柴原真知子・池田法子「専門職におけるキャリアとプロフェッショナルリズムの現代的課題—日英の女性医師の比較研究から」第7回公教育計画学会研究大会、新潟大学サテライトキャンパス・ときメイト、2015年5月29日。

⁸¹⁾ 2018年12月、医師の働き方改革をめぐって2024年4月から勤務医に適用となる残業時間の上限規制について、厚生労働省が将来的な上限を「年960時間」とする方向で検討を進めていることが判明した。地域医療提供体制の維持や技能向上を理由により長い上限が必要として、特定の医療機関の医師は当面、上限が年千時間を超える見通しであるが、年960時間は1カ月に換算すると80時間で、脳・心臓疾患の労災認定基準となる「過労死ライン」と重なりとされた、「勤務医、残業上限を年960時間」、YahooJapanニュース、2018年12月12日。<https://news.yahoo.co.jp/pickup/6306524>、2018年12月13日最終参照。

⁸²⁾ 保坂隆編著『医師のストレス』中外医学社、2009年、序より。

り具体的に考察・検討していくことが望まれる。

(わたなべ・ようこ)

⁸³⁾ 例えば、筆者らは、専門職のキャリアの歩みを視覚化しながら振り返る、研究／実践方法論として「キャリアヒストリー法」を提起している。渡邊洋子・犬塚典子・池田雅則・種村文孝・池田法子「職業人生を振り返る／見通す学習—キャリアヒストリー法の課題と可能性—」日本社会教育学会第65回研究大会，名桜大学，2018年10月6日。

General Remarks: Characteristics of the Healthcare Profession in Japan; from the Multidimensional Observation of Medical Doctors

Yoko WATANABE*

Abstract

In this article, medical doctor in Japan is examined from professional, historical, and sociological perspectives, and through the work its uniquely Japanese traits and implications for the work style reform are inquired. Four points were clarified.: 1. Doctor in Japan is the profession of 'women entry' model, whose world was firstly built up for men-only, and later was transformed by the entry of women. And this historical background has a lot to do with today's gender situation in Japanese doctors. 2. Recently, professionalism of doctors is much discussed and valued, however, elements such as doctors' private life and family are regarded as something to be minimized on that ground. 3. The organizational career supports have mainly focused on helping the individual women doctors with continuity of vocation and balance of work and life but have not dealt with the total coordination of work and life balance of men and women doctors, correction of long working hours, and coping with the work family conflicts. 4. Professionalism and career, which are supposed to be coexisting in one doctor, are seemingly as canalized as professionalism for men and career for women. This tendency seems to be affecting to not only the working style but also the working hours of men and women doctors. Keeping these in mind, 'doctor' s working style' in Japan should be totally reinvestigated from the viewpoint of person concerned.

Keywords : Profession, Medical Doctor, Women Entry' Profession Model, Professionalism, Career

* Professor, College of Creative Studies, Niigata University

特集：医療専門職の業務の変化と現代的課題

医師の卒後研修の現状と課題 ——医師の地域偏在問題を中心に——

遠藤 久夫*

抄 録

医師の地域偏在はさまざまな理由で生ずる。卒後研修制度の目的は医療の質の向上であるが、同時に研修の方法によっては医師の地域偏在を助長させるという指摘がある。医師免許取得直後の医師が対象となる医師臨床研修制度は2004年度から必修化されたが、都道府県の募集人数に上限を課すことで大都市への研修医の集中を抑えてきた。一方、この医師臨床研修を修了した医師が対象となる専門医研修は、各学会が独自に運営、認定する民間資格であるため、診療科間で研修内容にばらつきが大きかった。2018年度から日本専門医機構による統一な専門医研修制度が開始されたが、新しい制度は医師の地域偏在を助長させると、地方自治体や病院団体が強い懸念を示した。そのため国は医師偏在を拡大させないための施策を講じた。2018年度の第1回の専門医研修では専攻医の東京集中が見られたが、これが新制度によるものなのかはデータが少なく断定できない。今後の動向を慎重に観察する必要がある。

キーワード：医師の地域偏在， 医師臨床研修制度， 専門医制度， 日本専門医機構

社会保障研究 2019, vol.3, no.4, pp.476-491.

I はじめに

医学の目覚ましい発展と医療ニーズの多様化により医師に対する教育は医学部教育だけでは不十分である。多くの先進国と同様にわが国においても医学部卒業後に体系だった卒後研修プログラムが用意されている。医師国家試験合格後、臨床医になるためには修得が義務付けられている「医師臨床研修制度」と、その後、任意で修得する「専門医制度」である。これらは医師の知識や技能の向上を目的として行われるが、研修方法や研修場所に関する制度設計によっては医師の地域偏在をも

たらすという指摘がある。医療の質を向上させるという目的であれば、卒後研修のあるべき姿は直接的には医学界、医療界の問題である。しかし、希少資源である医師不足につながるとなると医学界、医療界にとどまらず社会一般が大いに関心をもつことになる。そのため医師の地域偏在という視点から医師の卒後研修制度にはさまざまな公的介入が行われてきた。本稿では以下の二つの視点から、医師の卒後研修制度と医師の地域偏在に関する関係を分析する。

1. 卒後研修制度の変遷を医師の地域偏在を抑制するためにとられた公的介入の視点から整理する。

* 国立社会保障・人口問題研究所 所長

2. 卒後研修制度が実際に医師の地域偏在に及ぼした影響を分析する。

II 医師の地域偏在の現状

わが国では2008年度以降、医学部の定員増という方法で医師数を増やしてきたが、2014年のわが国の人口1000人対医師数は2.3人と、OECD諸国加重平均の2.8人を下回っている（OECD Health Statistics 2016）。医師の養成については、今後予想される高齢者人口の増加を背景に医師をさらに増やすべきという意見と、全体ですでに充足しており、医師不足は地域偏在によるものだという意見が対立している。どちらの立場をとるにせよ医師の地域偏在¹⁾は解決されるべき重要な課題であると共通に認識されている。

1 都道府県単位の医師の地域偏在

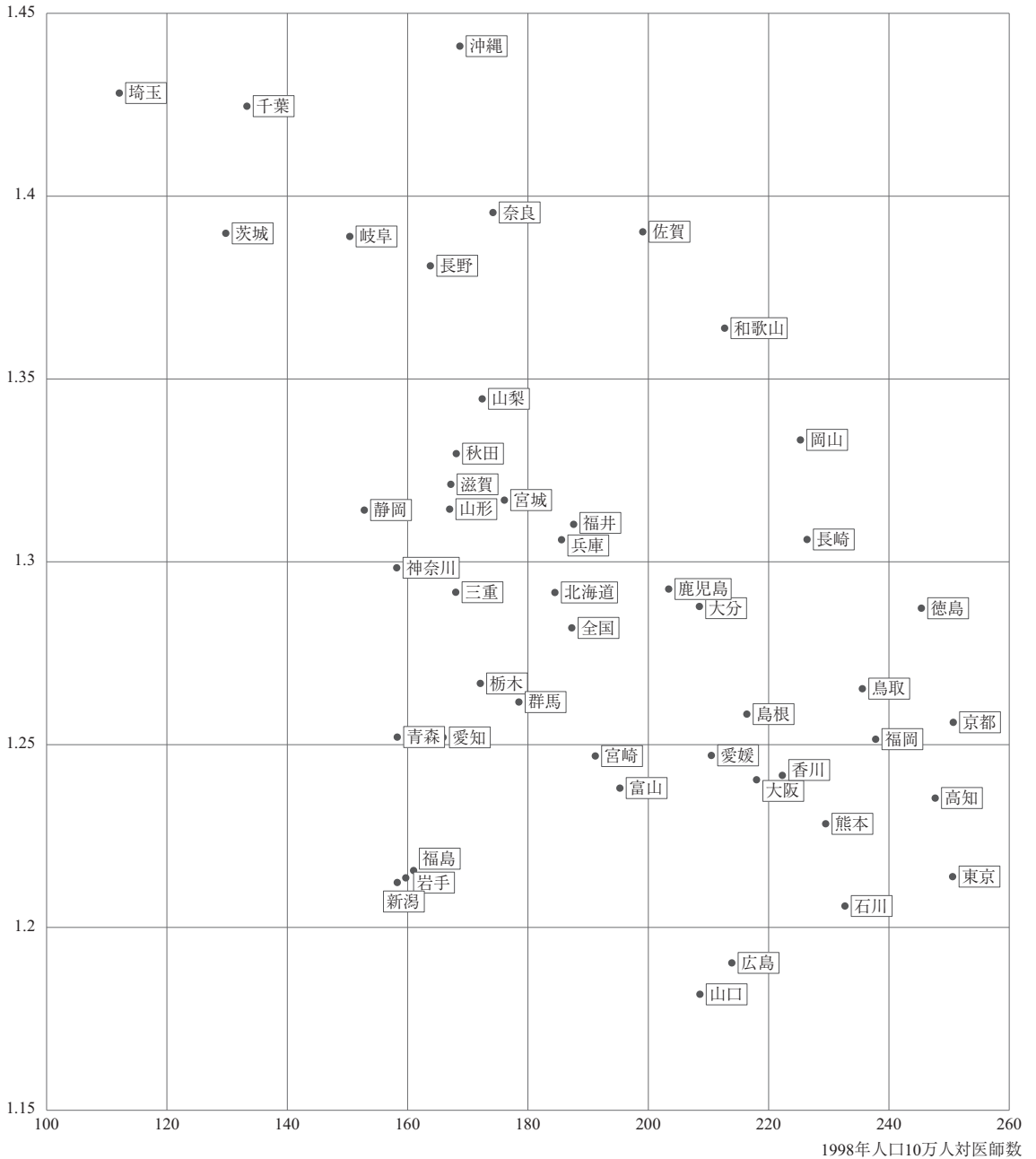
表1および図1は都道府県別の人口10万人対医師数の1998年度（平成10年度）から2016年度（平成28年度）までの変化を示したものである。図1から分かるように各都道府県は右下がりに分布しており、1998年度に人口10万人対医師数の多い都府県（東京、高知、京都、福岡、石川、等）の増加率は小さく、10万人対医師数の少ない県（埼玉、千葉、茨城、岐阜、等）の増加率は大きい。このことは都道府県単位では医師の地域偏在は改善傾向にあることを示している。表2は1998年度（平成10年度）から2016年度（平成28年度）までの都道府県単位の人口10万人対医師数のジニ係数の推移を示したものである。1998年度は0.1019であったが2016年度は0.0921へと低下しており、これからも医師の都道府県単位の地域偏在は改善傾向にあるといえる。

表1 都道府県別の人口10万人対医師数の変化

	1998年度 人口10万人 対医師数 単位：人	2016年度 人口10万人 対医師数 単位：人	人口10万人 対医師数増加率 (2016年度／1998 年度) 単位：倍
全国	187.3	240.1	1.28
北海道	184.5	238.3	1.29
青森	158.3	198.2	1.25
岩手	159.7	193.8	1.21
宮城	176.1	231.9	1.32
秋田	168.1	223.5	1.33
山形	167.0	219.5	1.31
福島	161.0	195.7	1.22
茨城	129.8	180.4	1.39
栃木	172.1	218.0	1.27
群馬	178.5	225.2	1.26
埼玉	112.1	160.1	1.43
千葉	133.3	189.9	1.42
東京	250.6	304.2	1.21
神奈川	158.2	205.4	1.30
新潟	158.3	191.9	1.21
富山	195.3	241.8	1.24
石川	232.7	280.6	1.21
福井	187.6	245.8	1.31
山梨	172.4	231.8	1.34
長野	163.8	226.2	1.38
岐阜	150.4	208.9	1.39
静岡	152.8	200.8	1.31
愛知	165.9	207.7	1.25
三重	168.0	217.0	1.29
滋賀	167.2	220.9	1.32
京都	250.7	314.9	1.26
大阪	218.0	270.4	1.24
兵庫	185.6	242.4	1.31
奈良	174.2	243.1	1.40
和歌山	212.7	290.1	1.36
鳥取	235.6	298.1	1.27
島根	216.4	272.3	1.26
岡山	225.3	300.4	1.33
広島	213.9	254.6	1.19
山口	208.6	246.5	1.18
徳島	245.4	315.9	1.29
香川	222.3	276.0	1.24
愛媛	210.5	262.5	1.25
高知	247.7	306.0	1.24
福岡	237.8	297.6	1.25
佐賀	199.1	276.8	1.39
長崎	226.4	295.7	1.31
熊本	229.5	281.9	1.23
大分	208.5	268.5	1.29
宮崎	191.2	238.4	1.25
鹿児島	203.4	262.9	1.29
沖縄	168.7	243.1	1.44

¹⁾ 医師の地域偏在の原因は卒後研修以外にも多々存在する。例えば子供の教育を考慮した親（医師）の大都市志向や、医学部は偏差値が高いため地方大学でも受験体制の整った大都市の高校出身者が多いなどが考えられる。しかし、本稿では卒後研修と地域偏在との関係に焦点を絞る。また産科医不足、外科医不足等の診療科の偏在も重要な課題であり、医師の地域偏在は診療科の偏在と複合して生じているが、本稿では診療科を考慮した地域偏在問題は扱わない。

2016年度/1998年度：倍



「医師・歯科医師・薬剤師調査」平成10年、平成28年より作成。

図1 1998年人口10万人対医師数および人口10万人対医師数の増加率（2016年度／1998年度）

表2 都道府県別人口10万人対医師数のジニ係数推移

年度	1998	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
ジニ係数	0.1019	0.0979	0.0972	0.0952	0.0938	0.0918	0.0938	0.0931	0.0921

「医師・歯科医師・薬剤師調査」平成10年～平成28年より計算。

2 二次医療圏単位での地域偏在

医師の地域偏在の問題は都道府県単位で生ずるだけではない。むしろ、同一都道府県内での地域偏在の方が大きい。2014年の同一都道府県内の人口10万人対医師数が最も多い二次医療圏²⁾と最も少ない二次医療圏を比較すると、北海道は3.3倍、宮城県は1.9倍、愛知県は4.6倍、大阪府は2.1倍、伊豆七島を有する東京都は10.6倍³⁾である。

表3は二次医療圏単位で見た人口10万人対医師数の2008年度（平成20年度）から2014年度（平成26年度）までの変化を示したものである。人口10万人対医師数が減少した二次医療圏の割合は、過疎地域医療圏（24%）、地方都市医療圏（5%）、大都市医療圏（2%）の順で大きい⁴⁾が、人口10万人対医師数が10%以上増加した二次医療圏の割合は、大都市医療圏（48%）、地方都市医療圏（36%）、過疎地域医療圏（21%）の順で大きい。これは、二次医療圏単位では人口10万人対医師数の格差は進んでいることを示唆している。

このように、都道府県単位では医師偏在に改善傾向が見られるが、二次医療圏単位ではその傾向が見られないのが現状である。

Ⅲ 医師臨床研修制度と医師の地域偏在

1 医師臨床研修制度に関する経緯

(1) インターン制度発足（1947年：昭和22年）
 インターン制度とは、太平洋戦争期に医師（軍医）を大量に養成したため「質」の問題があったことを背景に、戦後GHQ主導で導入された卒後研修制度である。医師国家試験の受験資格を得るために医学部卒業後インターン生として1年間の研修を課したのである。この制度はインターン生の身分や処遇が不明確であったことや指導体制が不十分であるなどの問題を抱えていた。特に、前者は国家試験の受験前なので医師ではなく、医学部を卒業しているので学生でもないという不安定な身分であり、インターン生の医療行為は厳密には無資格診療となり、過失による医療事故の責任問題も内在していた。また無給で経済的保証も無かった。このような課題を背景に1960年代後半にインターン闘争が起き、その後の学生運動の大きな火種のひとつとなった。

表3 二次医療圏ごとに見た人口10万人対医療施設従事医師数の増減（2008年→2014年）

	減少	10%未満増加	10%以上増加	医療圏数
全体	16%	56%	33%	344医療圏
大都市医療圏	2%	50%	48%	52医療圏
地方都市医療圏	5%	58%	36%	171医療圏
過疎地域医療圏	24%	55%	21%	121医療圏

大都市医療圏：人口100万人以上または人口密度2,000人/km²以上。

地方都市医療圏：人口20万人以上または人口10～20万人かつ人口密度200人/km²以上。

過疎地域医療圏：大都市医療圏にも地方都市医療圏にも属さない医療圏。

出典：「医師偏在対策について」平成30年2月9日 厚生労働省医政局医療計画策定研修会 資料3。

²⁾ 二次医療圏とは医療計画上の区分で、一体の区域として病院等における入院に関する医療を提供することが相当である単位として設定されている。2018年現在（平成30年）、全国に344圏存在する。

³⁾ 東京の人口10万人対医師数は「区中央部」（千代田区、中央区、文京区、港区、台東区）は1181.7人であるのに対し「島しょ」は111人。

(2) 医師臨床研修制度の創設(1968年:昭和43年)

1968年(昭和43年)にインターン制度は廃止され、医師臨床研修制度が導入された。インターン制度と決定的に異なるのは、医学部卒業時点で医師国家試験の受験資格が与えられ、医師資格取得者が研修医として2年間の臨床研修に参加するようになったことである。しかし、臨床研修は必須ではなくあくまでも努力義務であった。もっとも医学部卒業段階での医師の知識や技能は不十分であるため、ほとんどの医師国家試験合格者は臨床研修に参加した。むしろ努力義務であったことの問題点は、大学病院等の各臨床研修施設の自由度が高かったため全国一律の研修体制を構築できず、研修内容のばらつきが大きかったことである。

① 大学病院での研修が中心

医師臨床研修制度における研修施設は「大学病院または厚生労働大臣の指定する病院(臨床研修病院)」となっているが、研修施設に関する厳格な基準がなかったため臨床研修病院に手を挙げる病院は限られており、医療資源の豊富な大学病院での研修を選択する研修医が多かった⁴⁾。2001年度(平成13年度)では、研修医の71.2%が大学病院(国立大学病院31.7%、私立大学病院31.4%、公立大学病院8.2%)を選択し、臨床研修病院を選択した研修医は28.8%であった。

しかし大学病院で臨床研修を行うことについては次のような課題が指摘された。大学病院での臨床研修では、それぞれの診療科の医局に入局することになるが、その場合、医師としてのトレーニングの初期の段階から内科、外科等の医局関連の専門医を目指す研修(ストレート方式)となり、医師として基本的な領域を幅広く経験することが難しくなる。また、大学病院では紹介患者が多く、初診症例の診断経験を積むことが難しかった。このように大学病院での研修はプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得には不適切であった。さらに、大学病院のように病院内の医療療養資源が充実している環境で研修を行うことは、へき地医療などの医療資源の乏しい地域での医療への

関心が醸成されにくい点も指摘された。

② 受け入れ病院の指導体制が不十分

臨床研修制度が努力義務であったため研修プログラムや指導体制に統一基準がなく、研修施設間の格差が大きかった。また研修プログラムの評価や研修効果の評価という概念に乏しく、日常診療の中で指導医から指導を受けるOJTのレベルの研修が多かった。

インターン制度で問題となった処遇については医師臨床研修制度導入後も改善されず、相変わらずアルバイトによる生計の維持が必要であった。これは研修に専念できないだけでなく、技能が未熟な段階での(時給の高い当直等の)アルバイトは医療事故のリスクを潜在的に高めることにもつながった。

(3) 新医師臨床研修制度の施行(2004年:平成16年)

このような問題が指摘されたため、その改善を目的に2004年(平成16年)から医師臨床研修制度の内容が大きく変わった。従来の医師臨床研修制度と区別するため新制度は「新医師臨床研修制度」と呼ばれることもある。新医師臨床研修制度の基本理念は「医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアへの理解を高め、患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得すること」であった。それまでと大きく変わったのは以下の点である。

① 努力義務から必修化

医師法が改正され臨床医になるためには医師国家試験合格の後、2年間の臨床研修を終了しなければならないことになった。

② 統一的な基準の作成

必修化されたことにより国の関与が強化され、研修プログラムの内容、指導体制、臨床研修病院の施設基準の統一化が進められた。

③ マッチング制度の導入

従来は病院ごとに募集時期にばらつきがあったが、必修化に伴い公平性を確保しつつ、研修希望

⁴⁾ 研修医の多くは自身の卒業した大学の附属病院を研修施設に選んだ。

者（原則として医学部6年生）と研修施設の希望にできるだけ沿えるように新たに「マッチング制度」が導入された⁵⁾。

④ 研修医の処遇改善

研修医が研修に専念できるように、国は研修施設に補助金を出し、適正な給与の支給を求めた。その結果、研修医の給与水準は大きく増加し2011年度（平成23年度）採用予定の研修医の推計平均年収は、1年次435万円（大学病院307万円，臨床研修病院451万円），2年次481万円（大学病院312万円，臨床研修病院502万円）（厚生労働省調査）となり，新制度導入前と比較して大きく増加した。一方で研修に専念するようアルバイトが禁止された。

⑤ スーパーローテート方式のプログラム

高齢化の進展を背景に，複数疾患を持つ高齢者の医療ニーズをとらえて，これまでの大学病院中心の専門医志向の臨床研修（ストレート方式）を改め，研修プログラムは臨床研修の早期に基本となる診療科を短期間に経験させるスーパーローテート方式を採用した。具体的には，内科6か月，外科3か月，救急3か月，小児科，産婦人科，精神科，地域医療が各1か月を必修科目として，残りの8か月は自由に診療科を選択できる，というものである。

（4）新医師臨床研修制度の問題点

このように従来の医師臨床研修制度の課題改善のために導入された新医師臨床研修制度であったが，完ぺきな制度は存在しない。実際の運営を行う中で，次のような問題点が浮かび上がってきた。

①総合医志向，プライマリ・ケア重視の視点からスーパーローテート方式の研修プログラムが導入されたが，この研修プログラムでは必修科目

が7科目と多いため，科目ごとの研修期間が短く研修医は「お客さん」となりかねない。また目指すべき診療科が決まっている研修医にとっては興味を持たない科目が多いという不満も生じた。要するに，この制度では従来の制度とは反対に研修終了後，専門医等へのキャリアパスに円滑に接続することが妨げられるという指摘がなされたのである。

②臨床研修病院の指定基準が明確になったことにより全国で臨床研修病院が増加した。新医師臨床制度が導入される1年前の2003年（平成15年）は臨床研修病院は637病院であったが，2004年（平成16年）には1391病院へと倍増した⁶⁾。臨床研修病院の増加は研修医に大学病院以外の選択肢を増やすことになったが，一方で臨床病院間での指導体制の格差の拡大をもたらした。

③次のような理由で地域における医師不足が拡大したと指摘された。

○マッチング制度の導入により母校の大学病院以外の研修施設を選択することがマインド的にも技術的にも容易になったため，研修医が都市部の研修施設に集中した⁷⁾。

○大学病院の研修医が減少したため，大学病院の医師不足地域への医師派遣機能⁸⁾が低下したと指摘された。

（5）新医師臨床研修制度の見直し（2010年：平成22年）

以上の課題に対応するため次のような見直しが行われた。

①将来の専門医への連続性を高めるため研修プログラムを弾力化した。具体的にはそれまでの必修科目7科目（内科6か月，外科3か月，救急3か月，小児科，産婦人科，精神科，地域医療各1か月）を必修科目3科目（内科6か月，救急3か月，

⁵⁾ マッチング制度とは，次のような仕組みである。研修病院は研修希望者に対して採用選考を行い，病院は希望する研修希望者の順位を，研修希望者は希望する病院の順位をそれぞれマッチングの運営機関に提出する。それを基に一定のアルゴリズムに従ってコンピュータにより組み合わせを決定するシステムである。

⁶⁾ 「第2回新医師臨床研修制度施行準備有識者会議」平成16年3月10日。

⁷⁾ 医学部は入試難易度が高いため地方の大学医学部にも大都市の受験校出身者が数多く入学するため，卒業後に地元の大都市に戻るといふ行動が見られた。

表4 研修医の募集定員・研修希望者数の推移および倍率推移

年度	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010※	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
募集定員(人)	11,030	11,276	11,370	11,461	11,722	11,448	10,699	10,900	10,755	10,739	10,703	11,222	11,272	11,390
研修希望者(人)	8,443	8,720	8,802	8,759	8,702	8,572	8,597	8,729	8,655	8,679	8,717	9,206	9,637	9,826
定員/希望者(倍)	1.31	1.29	1.29	1.31	1.35	1.34	1.24	1.25	1.24	1.24	1.23	1.22	1.17	1.16

※2010年度に定員上限設定 「医道審議会医師分科会医師研修部会報告書 参考資料」平成30年3月30日より。

地域医療1か月) + 選択必修科目2科目(外科, 麻酔科, 小児科, 産婦人科, 精神科から選択)に変更し, 研修医自身が考えるキャリアパスとの整合性を高めた。

②研修病院の指導体制の確保のため基幹型臨床研修病院⁹⁾の指定基準に「年間入院患者数3,000人以上」などを加えた。

③研修医の募集定員には上限設定が行われなかった。そのため, 制度導入当初の2004年度(平成16年度)から, 全国の研修医募集定員の総数は研修希望者総数を上回っており, 2008年度(平成20年度)には1.35倍(募集定員総数11,722人, 研修希望者数8,702人)にまで拡大した。そのため希望者は比較的容易に都市部の臨床研修施設での研修を選択できた。そこで, 研修医の都市部集中を緩和させるため2010年度から募集定員に都道府県別の上限を設定した。

表4はこの影響を示したものである。2004年度(平成16年度)の研修希望者に対する募集定員総数

は1.31倍で, その後もほぼ同程度の倍率を維持したが, 2010年度(平成22年度)に都道府県別に募集定員の上限を設定したため倍率は1.24倍に縮小し, その後も縮小傾向が続き, 2017年度(平成29年度)には1.16倍までに縮小した。

2 新医師臨床研修制度と医師の地域偏在問題

2004年度(平成16年度)に新臨床研修制度が導入されると, ①大都市の大学病院や臨床研修病院の研修医が増えて医師の地域偏在が加速した, ②大学病院で研修する研修医が減少したため, 医師不足地域の病院に医師を派遣する大学病院の機能が低下した, と指摘されたが, これは事実なのであろうか。

表5は臨床研修病院と大学病院における研修医の採用割合の推移である。2003年度(平成15年度)は臨床研修病院27.5%であったが新医師臨床研修制度が導入された2004年度(平成16年度)は44.2%にまで急増した。その後も上昇傾向を示

表5 臨床研修病院と大学病院における研修医の採用割合の推移

年度	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
臨床研修病院(%)	27.5	44.2	50.8	55.3	54.7	53.6	53.2	52.8	55	55.6	57.1	57.2	58.3	59.5	59.6	61.1
大学病院(%)	72.5	55.8	49.2	44.7	45.3	46.4	46.8	47.2	45	44.4	42.9	42.8	41.7	40.5	40.4	38.9

厚生労働省「平成30年度 臨床研修医の採用実績」より。

⁹⁾ 大学病院は診療上も研究上も多くの医局員を抱えたいが財政的に困難なので, 医局員を市中病院に出向等の形態で一定期間派遣(給料は市中病院が支払う)する。一方, 派遣先の市中病院は安定的な医師の派遣が期待できるこの関係を受け入れる, あるいは医師不足を背景にこのような要請を行う。この大学病院と関連する市中病院との間の長期的な医師ローテーションの慣行を大学病院の医師派遣機能と呼ぶ。研修医は知識や技能が不十分で医師不足地域での戦力とはなれないが, 大学病院での一部の業務には対応可能である。それが中堅医師の大学病院内での業務負担の軽減につながり, 中堅医師の派遣余力を生み出している。したがって研修医の減少は中堅医師の派遣を抑制するという指摘である。また, 臨床研修病院との競合激化により研修医を確保すべく大学病院での研修体制の充実が求められた。そのため指導医となる中堅医師を派遣先から引き上げたとの指摘もある。

⁹⁾ 基幹型臨床研修病院とは独自に研修プログラムを作成して研修医を採用する病院。基幹型臨床研修病院とネットワークを組み, 基幹型臨床研修病院のプログラムの一部を担う病院は協力型臨床研修病院と呼ばれる。

表6 都市部とその他の道県との研修医の採用割合

年度	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010※	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
6都府県※ (%)	51.3	47.8	48.9	48.8	48.1	47.7	48.6	47.8	47.5	46.7	45.5	44.4	43.6	42.6	41.8	41.7
その他の 道県 (%)	48.7	52.2	51.1	51.2	51.9	52.3	51.4	52.2	52.5	53.3	54.5	55.6	56.4	57.4	58.2	58.3

※6都府県：東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡 厚生労働省「平成30年度 臨床研修医の採用実績」より。

し、2018年度（平成30年度）には61.6%と2003年度の2倍に上昇した。このことから、新医師臨床研修制度の導入に伴い大学病院で臨床研修を行う研修医の数が減少したことは明らかである。これは、プライマリ・ケア重視の研修の在り方として目的に沿った結果だといえる。

次に、研修医は都市部の臨床研修施設をより多く選択したのであろうか。表6は6大都府県（東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡）とその他の道県における研修医の採用割合の推移である。2003年度（平成15年度）の6大都府県は51.3%であったが、新制度導入が導入された2004年度（平成16年度）は47.8%に低下した。その後は微増傾向を示したが、募集定員に都道府県別の上限が設定された2010年度（平成22年度）からは一貫して低下し、2018年度（平成30年度）には41.7%となった。表7はより詳細に都道府県別に採用割合の推移を見たものである。2004年度（平成16年度）の新医師臨床研修制度導入に伴う6大都府県の採用人数の割合の変化は、東京（2003年度20.9%→2004年度17.8%）、京都（5.0%→3.6%）、大阪（8.4%→7.8%）、福岡（6.7%→5.9%）と、これらの都市は割合を低下させた。一方、神奈川（4.9%→6.7%）、愛知（5.3%→5.9%）は採用割合を上昇させた。この傾向は2004年度（平成16年度）以降も続き、2018年度（平成30年度）の研修医採用数が2003年度（平成15年度）の何倍になったかを見ると（全国では1.10倍）、東京0.79倍、京都0.63倍、大阪0.91倍、福岡0.69倍と減少したが、神奈川は1.56倍、愛知は1.56倍と増加している。

以上のことから都道府県単位では、新医師臨床研修制度によって医師の地域偏在が進んだとは考

えられない。一方で、大学病院で研修を行う研修医が減少したので、大学病院の医師派遣機能が低下して同一県内の地域偏在を拡大させた可能性は否定できない。しかし、入手可能なデータからこのことを検証することは困難である。

IV 専門医制度と医師の地域偏在

1 専門医制度の特徴と課題

(1) 専門医の特徴

専門医とは医学系の各学会が作成した研修を終了した医師に与える資格である。あくまでも民間資格であるため取得するかどうかは任意であり、専門医研修の対象となるのは医師臨床研修が終了した医師である¹⁰⁾。各学会は1981年（昭和56年）に学会認定医協議会、2001年（平成13年）に専門医認定制協議会、2003年（平成15年）に日本専門医認定制機構を設立して専門医の養成に積極的に取り組んできた。

しかし、あくまでも民間資格であり法的な裏付けはない。それを反映して診療報酬上の要件等に専門医資格が用いられることはない¹¹⁾。それでも若い医師にとって専門医は魅力的な資格で、多くの医師が取得をめざしているのが現状である。

(2) 専門医制度の問題

このように各学会が運営してきた専門医制度であるが、次のような問題が指摘された。

① 専門医の質

○各学会が独自に運用しているため、学会の専門医認定の基準にばらつきがあり、その統一性が課題であった。またそれに伴う専門医の

¹⁰⁾ そのため医師臨床研修は初期研修、専門医研修は後期研修と呼ばれる。

¹¹⁾ 例外的に特定機能病院の要件としてその病院に勤務する専門医の種類と人数（割合）が規定されている。

表7 各都道府県の研修医採用人数の変化

	2003年度 (人数)	各都道府県の研修医の採用数の全国の採用数に対する割合 (%)																2018年度 (人数)	2018年度 人数/2003 年度人数
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
全国	8,166	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	8,996	1.10
北海道	288	3.5	4.5	4.2	3.9	3.7	4.0	3.8	3.5	3.4	3.4	3.5	3.6	3.8	3.9	3.6	3.6	322	1.12
青森	56	0.7	0.8	0.7	0.6	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9	1.1	1.0	0.9	0.8	76	1.36
岩手	38	0.5	0.8	0.9	1.0	0.7	0.9	1.0	0.9	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	76	2.00
宮城	88	1.1	1.2	1.4	1.5	1.3	1.5	1.5	1.5	1.3	1.3	1.5	1.5	1.4	1.5	1.4	1.6	145	1.65
秋田	61	0.7	0.9	0.8	0.9	0.9	0.8	1.0	0.8	0.7	0.9	0.8	0.8	0.8	1.0	0.9	0.8	75	1.23
山形	56	0.7	0.6	0.8	0.7	0.9	0.8	0.8	1.0	0.8	0.8	0.8	0.9	0.8	0.9	0.9	0.7	67	1.20
福島	79	1.0	1.1	0.9	1.1	1.1	1.0	0.9	1.0	0.9	0.7	1.0	1.2	1.0	1.1	1.1	1.3	117	1.48
茨城	85	1.0	1.3	1.4	1.5	1.4	1.5	1.4	1.3	1.5	1.3	1.7	1.6	1.7	1.7	1.7	1.7	156	1.84
栃木	119	1.5	1.4	1.5	1.5	1.6	1.6	1.4	1.4	1.6	1.4	1.6	1.7	1.5	1.7	1.4	1.5	132	1.11
群馬	119	1.5	1.1	1.2	1.3	1.2	1.0	1.1	1.0	1.1	1.1	1.1	1.0	1.2	0.9	1.0	1.1	97	0.82
埼玉	118	1.4	2.6	2.4	2.8	2.9	2.8	2.7	2.7	3.2	3.1	3.3	3.4	3.3	3.4	3.9	4.1	371	3.14
千葉	268	3.3	3.3	3.7	3.8	3.5	3.7	3.5	3.6	3.7	3.8	3.8	4.2	4.4	4.6	4.5	4.3	389	1.45
東京	1,707	20.9	17.8	17.1	17.1	17.4	17.3	17.8	17.4	17.8	17.3	16.7	16.3	16.2	15.6	15.5	15.0	1,351	0.79
神奈川	404	4.9	6.7	7.2	7.5	7.3	7.6	7.7	7.5	7.2	7.2	7.1	6.7	6.8	6.9	7.0	7.0	629	1.56
新潟	89	1.1	1.2	1.2	1.1	0.9	0.9	1.3	1.1	1.2	1.0	1.2	1.0	1.1	1.1	1.1	1.4	127	1.43
富山	59	0.7	0.8	0.7	0.8	0.7	0.7	0.5	0.7	0.6	0.8	0.6	0.7	0.7	0.8	0.9	0.8	74	1.25
石川	95	1.2	1.3	0.9	0.7	1.0	1.1	1.0	1.3	1.2	1.5	1.2	1.2	1.3	1.1	1.1	1.2	109	1.15
福井	48	0.6	0.4	0.4	0.6	0.6	0.6	0.6	0.9	0.7	0.8	0.8	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7	62	1.29
山梨	54	0.7	0.5	0.6	0.5	0.6	0.7	0.6	0.6	0.5	0.6	0.6	0.8	0.8	0.6	0.7	0.6	55	1.02
長野	104	1.3	1.2	1.5	1.4	1.5	1.4	1.4	1.5	1.4	1.4	1.3	1.5	1.6	1.6	1.5	1.5	139	1.34
岐阜	116	1.4	1.2	1.1	1.3	1.3	1.2	1.2	1.4	1.3	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.5	139	1.20
静岡	109	1.3	2.0	1.9	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1	2.0	2.1	2.2	2.1	2.5	2.4	2.3	2.8	249	2.28
愛知	436	5.3	5.9	6.4	6.3	6.0	5.8	6.4	6.6	6.4	6.0	5.9	5.8	5.6	5.4	5.5	5.6	507	1.16
三重	77	0.9	0.9	0.8	0.8	1.0	1.0	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2	1.3	1.4	1.5	1.3	1.3	121	1.57
滋賀	83	1.0	0.9	1.0	0.9	1.1	1.1	1.0	0.9	1.0	1.0	1.0	0.9	1.1	1.2	1.2	1.2	104	1.25
京都	411	5.0	3.6	4.1	3.6	3.7	3.5	3.4	3.3	3.5	3.1	3.4	3.3	3.1	2.9	2.9	2.9	257	0.63
大阪	689	8.4	7.8	7.8	8.2	7.7	7.9	7.6	7.7	7.6	7.7	7.3	7.7	7.1	7.1	6.6	7.0	626	0.91
兵庫	310	3.8	3.4	3.7	3.9	3.8	4.1	3.8	4.1	4.4	4.2	4.2	4.2	4.4	4.1	4.4	4.7	419	1.35
奈良	101	1.2	1.1	0.9	0.8	0.9	1.0	0.9	0.9	1.0	1.1	1.1	1.2	1.0	1.2	1.3	1.3	120	1.19
和歌山	68	0.8	0.7	0.7	0.8	0.8	1.0	0.9	0.9	1.0	0.9	1.1	1.1	1.0	1.2	1.0	1.2	109	1.60
鳥取	51	0.6	0.7	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.5	0.6	0.5	41	0.80
島根	30	0.6	0.7	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.5	0.6	0.5	56	1.87
岡山	146	1.8	2.0	1.8	1.8	1.8	1.9	2.0	1.8	2.1	1.7	1.9	2.0	1.7	2.1	2.3	1.9	173	1.18
広島	181	2.2	1.8	1.9	1.6	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9	1.7	1.7	2.1	1.6	2.0	1.9	2.0	178	0.98
山口	93	1.1	0.9	0.9	0.8	0.9	0.7	0.8	1.0	1.1	0.9	1.0	0.9	0.8	0.9	0.9	1.0	88	0.95
徳島	68	0.8	0.8	0.5	0.6	0.5	0.6	0.7	0.7	0.6	0.7	0.6	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	51	0.75
香川	50	0.6	0.7	0.6	0.6	0.8	0.8	0.8	0.8	0.6	0.8	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.6	57	1.14
愛媛	65	0.8	1.0	0.9	0.7	1.0	0.9	0.8	0.7	0.9	1.0	0.9	1.0	1.0	1.1	0.8	1.0	94	1.45
高知	47	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.5	49	1.04
福岡	546	6.7	5.9	6.2	6.1	6.0	5.6	5.7	5.3	5.0	5.4	5.1	4.7	4.8	4.6	4.3	4.2	379	0.69
佐賀	58	0.7	0.8	0.7	0.6	0.6	0.7	0.6	0.7	0.4	0.7	0.8	0.9	0.6	0.8	0.5	0.5	43	0.74
長崎	105	1.3	1.0	1.4	1.1	1.1	0.9	0.9	1.1	1.0	1.1	1.1	1.0	1.1	1.0	1.4	1.1	95	0.90
熊本	115	1.4	1.4	1.4	1.2	1.4	1.3	1.3	1.2	1.2	1.4	1.2	1.4	1.2	1.2	1.4	1.2	105	0.91
大分	54	0.7	0.5	0.6	0.5	0.8	0.7	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.9	0.8	70	1.30
宮崎	50	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.5	0.4	0.8	0.6	0.6	0.7	0.5	0.7	0.7	59	1.18
鹿児島	91	1.1	1.4	1.2	1.1	0.8	0.9	0.7	1.0	0.8	1.2	1.0	0.9	1.1	1.1	1.3	1.1	103	1.13
沖縄	81	1.0	1.9	1.7	1.9	1.9	1.8	1.8	1.6	1.6	1.7	1.9	1.7	1.6	1.7	1.5	1.5	135	1.67

「臨床研修医の採用実績について」(厚生労働省)平成15年度～平成30年度より作成。■は6都府県。

質の担保に懸念があった。

- 医療技術の基本となる基本領域（内科、外科等）と、専門性の高い領域（循環器内科、消化器外科等）とが未分化で同一に扱われていた。

② 専門医の濫立

- 2002年に一定の外形基準の基で専門医の名称は広告可能になった。そのため、多くの専門医が濫立することになった¹²⁾。

③ 専門医の定義が不明瞭で一般国民との認識ギャップ

- 専門医とはその領域の基本的な知識と技能を習得した医師を示すが、一般国民は専門医をスーパードクターと思う傾向があった。

④ 域医療との関係

- 医師臨床研修制度と同様に専門医制度も医師の地域偏在に影響を及ぼす可能性があるが、これまで十分な検討がされてこなかった。

(3) 「専門医の在り方に関する検討会」2013年（平成25年）

このような課題を背景として2013年（平成25年）に厚生労働省に「専門医の在り方に関する検討会」が設けられ、新しい専門医制度の仕組みについて検討された。そこでは以下の内容の専門医制度の改革の骨子が示され、現在実施されている「新専門医制度」は原則、この内容をベースに制度設計されている。新制度の最大のポイントは、第三者機関を設立して各学会が独自に運営してきた専門医制度の統一を図るという点である。

① 基本的な考え方

- 国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築する。
- これまで同様、プロフェッショナル・オートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計する。

② 基本的な仕組み

i) 中立的な第三者機関

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一を行う。

ii) 専門医の養成・認定・更新

- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とする。
- 医師の専門性に関する資格名等の広告を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

iii) 総合診療専門医

- 高齢化の進展に伴いこれまでの学会主導の専門医にはなかった「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

iv) 地域医療との関係

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が病院群を構成して実施することにより、医師の地域偏在を緩和する。

v) スケジュール

- 新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。

(4) プロフェッショナル・オートノミーと公的介入

大学での医学部教育や卒後研修の一つである（義務化された）医師臨床研修制度には公的な介入が行われているが、専門医制度は民間資格であるため、制度の在り方について原則として公的介入を行う合理的な理由がない。茶道や華道の免状の内容に国や自治体が口出しできないのと同様である。しかし、若い医師にとって専門医資格の取得は非常に魅力的であるため、専門医制度の制度設計次第で若い医師の行動様式が大きく変わる可

¹²⁾ 医療は医療者と患者との間に情報の非対称性が存在するため、医療サイドの機会主義的行動を抑制することを目的に原則として医療に関する広告は禁止されている。しかし患者の適切な医療の選択に資するなど社会的に便益をもたらすと考えられる事項については個別に広告を許可するいわゆるポジティブ方式の規制をとっている。専門医はまさにその対象である。

能性がある。そのため新しい専門医制度の導入は 懸念が噴出した。これこそが公的介入の根拠で
 医師の地域偏在を拡大させるのではないかと いう あった¹³⁾。

表8 「新専門医制度」創設の経緯

平成25年4月	厚労省	「専門医の在り方に関する検討会報告書」取りまとめ
平成26年5月	機構	一般社団法人「日本専門医機構」設立
平成26～29年	機構	専門医制度整備指針及び（領域ごとの）プログラム認定基準の策定、申請されたプログラムの審査等。
平成28年2月～		地域医療の関係者から、医師偏在の懸念が示される。
6月	日本医師会・四 病院団体協議会	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」（専門医機構及び基本領域学会に対する要望書） ○一度立ち止まり、地域医療、公衆衛生、地方自治、患者・国民の代表による幅広い視点を加えた検討の場を新たに設置。 ○新たな検討の場で、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査。
6月	大臣談話	要望書の趣旨を理解するとともに、専門医機構と学会が、地域医療関係者や自治体等の意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をすることを強く期待。
6月	機構	社員総会を開催し、新理事を選出。 →学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制に。
7月	機構	「専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」（精査の場）を開催
7月	機構	社員総会を開催し、施行開始を1年間延期（平成30年度から開始）することを正式に決定。
12月	機構	社員総会を開催し、「専門医制度新整備指針」を決定。 ○基幹研修施設の基準を、原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする。 ○機構は、研修プログラムの認定に際し、都道府県協議会と事前協議を行う。 ○妊娠、出産、育児等の理由による研修中断に柔軟に対応する。
平成29年2月	機構	専攻医募集定員上限の決定 ○対象地域：東京、神奈川、愛知、大阪、福岡 ○不足しているため上限を設定しない診療科：外科、産婦人科、病理、臨床検査、救急 ○定員上限：過去3年間の専攻医の採用実績の平均
4月	全国市長会	厚生労働大臣に対して要望書提出「国民不在の新専門医制度を危惧し、拙速に進めることに反対する緊急要望」。
4月	厚労省	「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」設置 審議内容 ○地域医療に求められる専門医制度の在り方 ○卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方
8月	大臣談話	○専門医機構等に対し、学会ごとの応募状況及び専攻医の配属状況を厚生労働省に報告いただくことを求める。 ○厚生労働省においては、新たな専門医制度が地域医療に影響を与えていないかどうか、領域ごとに確認したい。 ○地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には、医療法上の国の責務に基づき、厚生労働省からも日本専門医機構及び各関係学会に対して実効性ある対応を求める。
8月～9月	機構	研修プログラムの認定に際し、各都道府県協議会と協議。
10月	機構	平成30年度の研修開始に向け、専攻医の仮登録開始。
平成30年4月	機構	新専門医制度開始：基本19診療科、3063プログラム、専攻医数8410人でスタート。
7月	厚労省	医療法及び医師法の一部を改正する法律を公布 ○厚生労働大臣は、医師の研修機会確保のために特に必要があると認めるときは、研修を実施する日本専門医機構等に対し、必要な措置の実施を要請できる。 ○日本専門医機構等は、医師の研修に関する計画が医療提供体制に重大な影響を与える場合には、あらかじめ都道府県知事の意見を聴いた厚生労働大臣の意見を聴かなければならない。
8月	機構	31年度専攻医募集定員：専攻医の東京集中の指摘を受け、31年度の東京の募集定員は30年度採用実績から5%減少。
9月	厚労省	「医道審議会医師分科会医師専門部会」設置 医師法改正により、医師の研修を行う団体に対し、医療提供体制の確保の視点からの意見及び研修機会の確保の観点からの要請を厚労大臣が行うこととされたことに基づき、医道審議会の下に新たな部会を設置した。

「新たな専門医制度の背景と現状」（第1回「医道審議会医師分科会医師専門部会：2018年9月28日」資料1）に加筆修正。

¹³⁾「国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制」を確保するという医療法上の国の責務が専門医制度に対する公的介入の根拠となる。

① 新専門医制度と医師偏在助長の懸念

新専門医制度の導入が医師の地方偏在を助長させる懸念は次のように整理される。

○医師臨床研修制度の必須化（2004年度）においても研修医の地域偏在の助長が懸念されたが、専攻医（専門医研修を受けている医師のこと）は原則として国家試験合格（医籍登録）3年目から5年目が対象となるため、研修医と比べて「使える」若手医師であり、専攻医の減少は研修医の減少以上に病院の機能低下につながる可能性が大きい。

○従来の専門医制度では、i) 研修期間の制限はなく、ii) 学会が定めた研修施設はあるが、専攻医は、途中での変更を含めて、研修施設の選択の自由があった。一方、新臨床研修制度ではi) 原則3年間で、ii) 選択したプログラムが指定する研修施設（基幹病院と連携病院）をローテートしながら研修するため、研修施設の選択の自由は制限される。例えば旧専門医制度では、最初の2年間で東京の大学病院で症例を集めて、その後、A県の（学会が研修施設として認定している）病院に3年間勤務して、その5年間で必要症例を集めて専門医を取得することが可能であった。しかし、新専門医制度では、東京の病院とA県の病院が連携しているプログラムを最初に選択しなければこのようなことはできなくなる。しかも3年間で必要症例の確保など密度の高い研修が要求される。このように、新専門医制度では専攻医の時間的、空間的な自由度は

これまでより低下することになる。誤解を恐れずに言えば医師臨床研修制度が緩やかな形で3年間延長されたイメージである。それが、地方の首長等に地方の医師を減少させるのではないかという懸念を抱かせた。

② 新専門医制度の創設と公的介入の経緯

表8は新専門医制度の創設と公的介入の経緯を整理したものである。医療関係団体、地方自治体から医師の地域偏在が加速することを懸念する意見や要望が頻出し、国もそれに対する対策をとり、専門医機構もこれらの要請に応じてきたというプロセスが見て取れる。最終的には医師法、医療法が改正され、専門医機構には「研修プログラムの内容等につき各都道府県に設置される地域医療対策協議会の意見を聴き、それを反映させる」努力義務が課せられた。また、この調整を目的として、厚生労働省の医道審議会医師分科会に医師専門部会が新設された。

2 新専門医制度の発足により東京一極集中は進んだか

新専門医制度は当初計画を1年遅らせて2018年度（平成30年度）から基本19診療科、合計3063プログラム、専攻医総数8410人でスタートした。その過程で専攻医が東京に集中したのではないかという指摘がされた。この点について検討する。

表9は「①2018年度（平成30年度）の専攻医人数」「②2016年度（平成28年度）の研修医採用数」「③2016年度（平成28年度）、2014年度（平成26年度）、2012年度（平成24年度）の医籍登録3年目（専

表9 2018年度（平成30年度）5府県における専攻医数・研修医数・三師調査の比較

	①平成30年度専攻医人数		②平成28年度研修医採用数		③三師調査による医師数（医籍登録3年目）		
	都府県別人数	都府県別人数／全国人数	都府県別人数	都府県別人数／全国人数	都府県別人数／全国医師数		
					28年度	26年度	24年度
東京都	1,824人	21.7%	1,347人	15.6%	17.4%	18.8%	18.3%
神奈川県	497人	5.9%	597人	6.9%	6.8%	6.9%	6.9%
愛知県	450人	5.4%	466人	5.4%	6.0%	5.7%	6.9%
大阪府	649人	7.7%	613人	7.1%	8.1%	8.0%	8.7%
福岡県	450人	5.4%	398人	4.6%	5.5%	6.0%	5.4%
全国	8,410人	100.0%	8,622人	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

「臨床研修医の採用実績について」（厚生労働省）平成28年度より作成。
第3回「医道審議会医師分科会医師専門部会：2018年12月11日」資料2-1より作成。

攻医1年生の年齢に相当する)の医師数]について5都府県の対全国人数比(%)を示したものである。「②平成28年に採用された研修医」が2年後の「①平成30年に専攻医に登録」するのであるから①と②を比較することで、研修医が医師臨床研修を修了して専攻医になる段階で東京集中が生じたかどうか、ある程度分かる。東京は平成28年度(2016年度)の研修医数1347人、対全国比は15.6%であったが、平成30年度(2018年度)の専攻医数は1824人、対全国比は21.7%となり、人数では477人増加し、対全国比も6.1%ポイント上昇している。ほかの4府県ではこのような上昇傾向はみられない。また、「三師調査(医師・歯科医師・薬剤

師調査)による医師数(医籍登録3年目)の対全国比」と比較すると東京のみ専攻医数の対全国比(21.7%)が三師調査による医師数(医籍登録3年目)の対全国比より大きい。表10は平成30年(2018年)3月に医師臨床研修を修了した医師に対して行ったアンケート調査結果であり、これより平成30年度(2018年度)に東京以外の地域から東京で専門研修を受ける医師が530人いることが分かった。

これらのデータから2018年度(平成30年度)に実施された第一回新専門医研修では、医師臨床研修を終了した東京以外の医師が、専攻医として東京に集まった事実是否定できない¹⁴⁾。しかし、次

表10 平成30年度3月臨床研修修了者(東京以外)で平成30年4月から東京での専門研修へ移動する人数
平成30年度3月臨床研修修了者に対するアンケート調査(厚生労働省:回収率82%)

北海道	13人	神奈川	110人	京都	3人	愛媛	0人
青森	1人	新潟	4人	大阪	10人	高知	1人
岩手	3人	富山	2人	兵庫	4人	福岡	15人
宮城	12人	石川	5人	奈良	2人	佐賀	0人
秋田	3人	福井	0人	和歌山	0人	長崎	1人
山形	2人	山梨	4人	鳥取	2人	熊本	1人
福島	9人	長野	10人	島根	1人	大分	2人
茨城	17人	岐阜	2人	岡山	2人	宮崎	1人
栃木	17人	静岡	49人	広島	2人	鹿児島	4人
群馬	5人	愛知	8人	山口	2人	沖縄	9人
埼玉	70人	三重	6人	徳島	0人	全国	530人
千葉	115人	滋賀	1人	香川	0人		

第3回「医道審議会医師分科会医師専門部会:2018年12月11日」資料4より作成。

表11 5都府県における医師数(25-29歳)対全国比および研修医採用数対全国比の推移 単位:%

		2000年度	2002年度	2004年度	2006年度	2008年度	2010年度	2012年度	2014年度	2016年度	2017年度	2018年度
東京	医師数(25-29歳)対全国比	14.8	14.6	15.6	15.5	16.3	16.7	16.9	16.6	16.0	—	—
	研修医採用数 対全国比	—	—	17.8	17.1	17.3	17.4	17.3	16.3	15.6	15.5	15.0
神奈川	医師数(25-29歳)対全国比	5.6	5.9	6.3	6.8	7.2	7.4	7.2	7.1	7.1	—	—
	研修医採用数 対全国比	—	—	6.7	7.5	7.6	7.5	7.2	6.7	6.9	7.0	7.0
愛知	医師数(25-29歳)対全国比	5.3	5.4	5.4	6.2	6.1	6.5	6.2	6.0	5.8	—	—
	研修医採用数 対全国比	—	—	5.9	6.3	5.8	6.6	6.0	5.8	5.4	5.5	5.6
大阪	医師数(25-29歳)対全国比	7.9	8.2	8.1	8.4	8.1	8.1	8.1	8.2	7.9	—	—
	研修医採用数 対全国比	—	—	7.8	8.2	7.9	7.7	7.7	7.7	7.1	6.6	7.0
福岡	医師数(25-29歳)対全国比	5.6	5.9	5.7	5.8	5.9	5.5	5.4	5.0	4.8	—	—
	研修医採用数 対全国比	—	—	6.9	6.1	5.6	5.3	5.4	4.7	4.6	4.3	4.2

「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)平成12年~平成28年より作成。

「臨床研修医の採用実績について」(厚生労働省)平成15年度~平成30年度より作成。

¹⁴⁾ これらを受けて専門医機構は2019年度の専攻医の上限を2018年度(平成30年度)の採用実績から5%引き下げることを選定した。

表12 平成26年度に医籍登録3年目の医師数が2年後の平成28年度には何人になっているか

	医師数		2年間の医師数の変化人数	2年間の減少率
	26年度調査 医籍3年目	28年度調査 医籍5年目		
	A	B	B-A	(B-A) / A
東京都	1309人	1079人	▲230人	17.6%
神奈川県	477人	511人	34人	-7.1%
愛知県	397人	384人	▲13人	3.3%
大阪府	554人	594人	40人	-7.2%
福岡県	414人	370人	▲44人	10.6%
全国	6956人	6985人	29人	-0.4%

第3回「医道審議会医師分科会医師専門部会：2018年12月11日」資料2-2より作成。

の理由で、これだけで新専門医制度が東京集中を加速させたと断定することはできない。

第一に、専門医研修において医師が東京以外から東京に流入する傾向はこれまではなかったであろうか。表11は5都府県における「25歳から29歳」¹⁵⁾の医師数の対全国比と研修医採用数の対全国比の推移である。東京は研修医の採用者数の割合は低下傾向にあるが、医師数（25歳～29歳）の割合にはこのような明確な低下傾向が見られない。このことは、これまでも東京以外の医師臨床研修修了者がかなり東京に流入していたことを示している。そのような傾向が常態化していたとすれば、「新専門医制度によって」東京に若い医師が集中したということではできないだろう。

第二に、日本専門医機構が主張するように、都市部の病院でも地方の病院と連携を組んだプログラムが多数あり、研修2年目以降は地方へ派遣する専攻医が増えることが期待できる¹⁶⁾。表12は厚生労働省が三師調査の特別集計によって作成したものである。平成26年度に医籍登録3年目（専攻医1年目に相当）の東京の医師数は、その2年後の28年度には17.6%減少している。このような大きな減少はほかの4府県には見られない。東京は私立の医科大学・医学部が数多いため¹⁷⁾、国立大学2

校と合わせると大学病院が多い。従前よりこれらの大学病院は人口当たりの医師が少ない関東、東北南部などに医師の派遣ローテーションを行ってきた。東京の医師数減少はこのことが反映されているのではないだろうか。新専門医制度では明確に複数の病院でのローテーション方式をとっているので、今後、地方への派遣が進むことも十分に考えられる。

以上の理由で、新専門医制度によって専攻医が東京に集中したと断定するには時期尚早であり、今後の実態を丁寧に観察していくことが必要である。

おわりに

本来、医療の質を向上させることが目的である卒後研修制度であるが、研修方法によっては医師の地域偏在を助長させるという懸念が地方の自治体等から示され、地域偏在の視点から対応が進められてきた。2004年度（平成16年度）から必修化された医師臨床研修制度では、都道府県の研修医募集定員に上限を課すことなどの方法を用いて大都市への集中を緩和してきた。一方、新専門医研修制度においては、第一回の専攻医募集の結果、東京への集中傾向が観察された。しかし、現在のデータだけではこれが新制度によるものなのか、今後もこの傾向が続くのか、など不確実な点が多い。卒後研修に関するこの問題の本質は「医療の質の向上」と「医療アクセスの公平性」というどちらも非常に重要な二つの社会的要請の対立である。したがって拙速な対応は適切ではない。医師臨床研修制度のもたらす医師の地域偏在問題においては豊富なデータを基に、時間をかけて対策を練っていった。新専門医制度においても、十分な量の客観的なデータを活用し、丁寧に検討を進めるべきである。

¹⁵⁾ 研修医はストレートに進めば24歳～26歳、専攻医は27歳位以上に相当する。したがって25～29歳医師は研修医と専攻医が混在している。

¹⁶⁾ 一般に専攻医1年目は基幹病院で研修し、2年目以降、連携病院に派遣するプログラムが多い。

¹⁷⁾ 全国の私立医科大学・医学部31校中11校（35%）が東京にある。

参考文献

- 遠藤久夫（2012）「医師の労働市場における需給調整メカニズム—卒後研修（臨床研修制度と専門医制度）に注目して」『日本労働研究雑誌』No.618, January pp.69-80。
- 北村聖（2015）「臨床研修必修化制度発足から10年を経て」『日本内科学会雑誌』104.12, pp.2533-2538。
- 桐野高明（2018）『医師の不足と過剰』, 東京大学出版会。
- 厚生労働省（1998）（2002）（2004）（2006）（2008）（2010）（2012）（2014）（2016）『医師・歯科医師・薬剤師調査』。
- （2003）（2004）（2005）（2006）（2007）（2008）（2009）（2010）（2011）（2012）（2013）（2014）（2015）（2016）（2017）（2018）「臨床研修医の採用実績について」。
- （2018a）「医師偏在対策について」厚生労働省医政局医療計画策定研修会資料。
- （2018b）「新たな専門医制度の背景と現状」平成30年度第1回医道審議会医師分科会医師専門研修部会, 資料1。
- 「第2回新医師臨床研修制度施行準備有識者会議：平成16年3月10日。
- 「平成30年度五都府県における専攻医数と三師調査の比較（全国・五都府県）」平成30年度第3回医道審議会医師分科会医師専門研修部会 資料2-1。
- 「平成30年度専攻医数と三師調査（年と年）の比較（全国・五都府県）」同 資料2-2。
- 「東京都以外の臨床研修から東京都の専門研修への医師の移動状況（速報版）」同 資料4。
- 関根道和・立瀬剛志・鏡森定信（2009）「人口10万人対研修医新規採用数の都道府県間格差の推移」『医学教育』40（4）, pp.265-269。
- 堀籠崇（2010）「実地修練（インターン）制度に関する研究—新医師臨床研修制度に与える示唆」『医療と社会』Vol.20, No.3, pp.239-250。

（えんどう・ひさお）

The Current Situation of the Postgraduate Training of Doctors and Its Challenges

—Focusing on the Problem of the Uneven Regional Distribution of Doctors—

Hisao ENDO*

Abstract

There are various reasons for the uneven regional distribution of doctors. The purpose of postgraduate training systems is to improve the quality of medical care, but at the same time, some point out that uneven regional distribution of doctors could be encouraged depending on the ways of training. The clinical resident training system, aimed at doctors who have just acquired their medical license, was made mandatory in fiscal year 2004. The system restrained the concentration of residents in major cities by imposing a limit on the number of applicants for each prefecture. On the other hand, because the medical specialist training, aimed at doctors who have completed this clinical resident training system, is a private qualification that is managed and awarded by each scientific society, the content of the training tended to vary widely across different departments. While a new, more unified medical specialist training system was initiated by Japanese Medical Specialty Board at fiscal year 2018, it was met with strong resistance by local governments and hospital associations, who claimed that the new system would exacerbate the problem of the uneven regional distribution of doctors. For this reason, the government has implemented measures for preventing the uneven distribution of doctors. When the new medical specialist training system was first implemented in fiscal year 2018, it was observed that senior residents tended to concentrate in Tokyo. However, there is insufficient data to conclude that this is due to the new system. Therefore, it is necessary to carefully monitor the trend in the future.

Keywords : Uneven Regional Distribution of Doctors, Clinical Resident Training System, Medical Specialist, Japanese Medical Specialty Board

* Director-General, National Institute of Population and Social Security Research

医療機関における医療専門職の健康と生産性： 健康経営の視点から

津野 陽子*

抄 録

従業員の健康・医療の問題を経営課題ととらえ、経営戦略に位置付ける「健康経営」の考えが近年日本においても認知されてきている。働く世代は、生活習慣病を発症するリスクの高い集団であり、職域における健康維持・増進への働きかけが強く求められている。職域における健康関連の生産性は、アブセンティーズム（病欠・病気休業日数）とプレゼンティーズム（何らかの傷病や症状を抱えながら出勤し、業務遂行能力が低下している状態）の両面でとらえられるようになってきており、特にプレゼンティーズムの損失の大きさが注目されている。「健康経営」の視点から、病院に勤務する医師・看護師等の健康問題に起因する生産性の損失と健康との関連を実証研究から職場環境を含む病院経営組織における課題について検討する。医療専門職のプレゼンティーズム損失やアブセンティーズムの増加による生産性の低下は、患者の安全と医療の質の低下につながる可能性があることから、医療機関において従業員の健康問題に取り組む意義が大きいだろう。

キーワード：健康経営，医療専門職，プレゼンティーズム，アブセンティーズム，生産性

社会保障研究 2019, vol.3, no.4, pp.492-504.

I はじめに：健康経営展開の背景

従業員の健康・医療の問題を経営課題ととらえ、経営戦略に位置付ける「健康経営」の考えが近年日本においても認知されてきている。この20年あまりの間に、欧米においては「疾病モデル」から「生産性モデル」へのパラダイムシフトがあり、医療・健康問題を単なるコストととらえることから、人的資本への投資ととらえるようになってきた。アメリカ自動車企業の経営破綻の一因として、医療費負担の重さが取り沙汰され、企業経

営と、医療・健康問題の関連が認識されるようになった。アメリカにおいては、企業が従業員にかかる医療費の高騰に伴い、1980年代以降、医療費削減を目的とした慢性疾患管理プログラムやヘルスプロモーションプログラムによる介入が盛んになった。プログラム介入の効果検証において医療費削減効果は十分得られないが、心身の健康へ良い影響を及ぼすことについては、一定のエビデンスが示されてきている〔Bierla et al. (2013)〕。健康関連コスト削減のための戦略は、経営者にとって大きな関心事であるが、この取り組みは従業員の健康に直接的に良い影響を及ぼすだけでなく、

* 東北大学大学院医学系研究科 講師

アブセンティーズム（病休・欠勤）を減らし労働生産性の向上にもつながり、企業の業績にも波及することが検証されてきている。そのため、研究者、実践者であるビジネスサイド双方において健康と労働生産性の両方を管理するという認識が広まった〔尾形他（2014）、pp.56-59〕。

日本においても、「企業にとって従業員の健康づくりは重要な経営課題」（データヘルス計画作成の手引き2014年12月厚生労働省）として、従業員の医療・健康の問題を経営課題ととらえ、経営戦略に位置付ける「健康経営」が推進されている。健康経営とは、健康と生産性の両方を同時にマネジメント（Health and Productivity Management）する考え方である。日本では健康経営は、日本再興戦略、未来投資戦略の目標の1つである「国民の健康寿命の延伸」に関する取り組みの一つとして位置づけられている。健康経営に関連して、データヘルス計画、コラボヘルス、健康経営銘柄、健康経営優良法人などの取り組みを通じ、社会的にも健康経営に取り組む機運が高まっている。

働く世代の健康維持・増進および生産性の向上は、企業や組織にとって大きな経営課題であるとともに、働く世代は、生活習慣病を発症するリスクの高い集団であり、職域における健康維持・増進への働きかけが強く求められている。医療費増大が課題とされるが、欧米の先行研究では、医療費1ドルに対して傷病による生産性損失コストは平均2.3ドルと傷病による労働生産性の損失コストのほうが大きいことが示されている〔Loeppke et al. (2009)〕。医療費は従業員にかかる健康関連総コストの一部にすぎず、傷病による生産性損失コストが最も大きい。職域における健康関連の生産性（Health related workplace productivity）は、アブセンティーズム（病欠・病気休業日数）とプレゼンティーズム（何らかの傷病や症状を抱えながら出勤し、業務遂行能力が低下している状

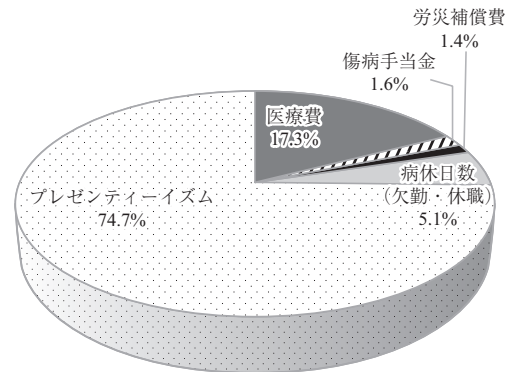


図1 健康関連総コスト（5組織47,348人）〔東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット〕¹⁾

態）の両面ととらえられるようになってきており、特にプレゼンティーズムの損失の大きさが注目されている〔Edington and Burton (2003)〕。企業・組織において従業員の健康関連コストを考えると、医療費に加え、生産性損失コストを含めた総額ととらえられるようになってきた。筆者らが日本の大企業におけるデータ（5組織47,348人）をもとに分析した健康関連コスト（医療費、アブセンティーズムコスト、プレゼンティーズム損失コスト、傷病手当金等）の構成割合を図1〔東京大学政策ビジョン研究センター経営研究ユニット（2016）〕に示す。日本において健康関連コストの構成割合を見ると医療費が17.3%に対し、生産性指標であるアブセンティーズムコスト5.1%、プレゼンティーズム損失コストは74.7%であり、生産性損失コストが約8割を占めていた。単純に国際比較はできないが、医療費よりも生産性損失のコストのほうが大きいことは、日本も同様の状況であり、最大の割合を占めるのはプレゼンティーズム損失コストであることも共通していた〔Edington and Burton (2003)〕。

健康経営は、健康と生産性の両方をマネジメントすることであるが、生活習慣や身体データ等の

¹⁾ ○アブセンティーズムコスト：病休日数（欠勤・休職）コスト。コスト換算は、総報酬月額（円）×アブセンティーズム（日）。

○プレゼンティーズムコスト：WHO-HPQによる相対的プレゼンティーズム（同様の仕事をしている人のパフォーマンスに対する、過去4週間の自分のパフォーマンスの比）。プレゼンティーズムコスト＝総報酬月額（円）×プレゼンティーズム損失割合（100%－プレゼンティーズム%）。

健康リスク項目と生産性との間には関連があることを示す研究蓄積があり、健康リスク項目が1つ増えるごとに生産性が有意に悪化していることが明らかにされている。欧米の先行研究においては、健康経営の取り組みにより、健康リスクが改善し、実際に健康関連コストの縮小につながる効果が出るまでには3~5年かかるとも言われている。日本においても健康と生産性指標の関連について検証が行われている。横断研究であるが、生活習慣リスク（運動習慣、睡眠休養）や心理的健康リスク（ストレス、生活・仕事満足度、主観的健康感）とプレゼンティーイズムに関連があること、健康リスク該当数が多くなるほどプレゼンティーイズム損失、アブセンティーイズムが大きくなることが示されてきた〔東京大学政策ビジョン研究センター経営研究ユニット（2016）〕。

II 健康経営研究と病院組織への着目

職場環境や仕事特性によって生産性指標であるプレゼンティーイズムやアブセンティーイズム（病欠）への関連が異なることを示した研究〔Gosselin et al. (2013)〕がある。専門性の高い仕事であったり、職場のサポートが少ない場合はプレゼンティーイズムの悪化につながることで、一方、労働時間の長さや仕事への責任の重さとアブセンティーイズムの少なさが関連していることが示されている。つまり、病気であるときに、仕事を休むか、それとも無理してでも出勤するかの判断には、当該仕事の状況が影響し、専門性の高い仕事や責任の大きな仕事に就いている人は、病気であっても休むことを選択せず、出勤するという選択をする傾向が強い可能性がある。こうした専門性の高い仕事の1つとして医療職が挙げられている。また、ほかの研究では、看護師や助産師、介護職などのケアワーカーや教育職は休む際に代替要員がない、もしくはみつけることが難しい職種であり、病気であっても出勤する可能性が高く、プレゼンティーイズム損失が大きいことが指摘されている〔Aronsson et al. (2000)〕。さらに、

睡眠障害、不安・抑うつ、肩こり・腰痛など心身の症状を持っている割合が高いことが指摘されている。さらに、夜勤があったり、週末も仕事となる交替勤務の看護職はワークファミリーコンフリクトが高く、ワークファミリーコンフリクトはバーンアウト、睡眠、プレゼンティーイズムと関連し、仕事のパフォーマンスに影響している〔Camerino et al. (2010)〕。このように医療専門職のプレゼンティーイズム損失やアブセンティーイズムの増加による生産性の低下は、仕事のパフォーマンスにつながり、患者の安全と医療の質の低下につながる可能性があることが指摘されている〔Brborovic and Brborovic (2017)〕。こうした健康と生産性の視点から、医療機関における従業員の健康問題に取り組む意義は大きいと言える。

アメリカ病院協会の報告書「A Call to Action: Creating a Culture of Health」〔American Hospital Association (2011)〕においては、病院が地域社会における健康増進のリーダーであり続けるための7つの勧告を提示している（表1）。病院は健康的な文化を創る地域社会のロールモデルとなるべきであり、病院自身がそれを実践していることの重要性が問われている。

表1 病院が地域社会における健康増進のリーダーであり続けるための7つの勧告

勧告1.	コミュニティにおけるロールモデル（手本）として機能すること
勧告2.	健康な生活に関する組織文化を創造すること
勧告3.	多様な健康増進プログラムを提供すること
勧告4.	プラスまたはマイナスのインセンティブを提供すること
勧告5.	従業員の参加度及び成果を測定すること
勧告6.	ROI（費用対効果）を測定すること
勧告7.	持続可能性を重視すること

注1：アメリカ病院協会の報告書「A Call to Action: Creating a Culture of Health」〔American Hospital Association (2011)〕

7つの勧告の中でも「従業員の参加度及び成果を測定すること」として、成果の測定に健康リスク評価を活用することが推奨されている。健康リスク評価は、従業員の健康リスク該当数によりリスクレベル別の割合をベンチマークとし、組織の健康リスク構造を把握することで健康問題を可視

化する手法である。

本研究においては、日本の病院組織を対象として、健康関連コストの算出や健康リスク構造の把握により医療機関における健康と生産性の関連を検討していく。

Ⅲ 病院組織を対象とした実証研究

1 研究目的と対象

筆者らが共同研究として行っている「健康経営」の枠組みに基づいた保険者・事業主のコラボヘルスによる健康課題の可視化に関する研究」における病院組織に関する調査研究結果²⁾を示す。病院組織における健康課題を可視化するため、①健康関連コスト（医療費＋生産性損失コスト）の算出、②健康リスクと生産性指標の関連性の検討、③職場環境要因と生産性指標の関連の検討、④縦断研究により生産性指標と健康リスク数の経年変化および生産性指標の改善に関連する健康リスク項目の検討を行った。

日本国内の社会医療法人立1病院の2014～2017年度の各年の健診・問診（定期健康診断・特定健診）データに健保組合によるレセプトデータおよび生産性指標（プレゼンティーズム・アブセンティーズム）に関する従業員アンケートデータを統合したデータを分析対象とした。2018年度時点での在籍者は2,425人であった。平均年齢（2018年度到達年齢）は男性38.7歳、女性36.1歳、男女比は男性29.8%、女性70.2%であった。

プレゼンティーズムとアブセンティーズムを生産性指標とし、健康リスクは、身体的健康リスク5項目（血圧・血中脂質・肥満・血糖値・既往

歴）、生活習慣リスク4項目（喫煙・飲酒・運動・睡眠休養）、心理的リスク3項目（主観的健康感・ストレス・仕事満足度・生活満足度）の13項目を分析項目とした。

2 健康関連コスト（医療費＋生産性損失コスト）の算出

健康関連コストについて、年間医療費、生産性損失コスト（プレゼンティーズム損失、アブセンティーズムコスト）、中長期障害コスト（傷病手当金、労災補償費）の推計による全体構造の把握の結果を図2に示す。健康関連コストにおけるプレゼンティーズム損失コストの割合は76.8%であり、アブセンティーズムコストは2.6%、医療費は18.4%であった。生産性損失コストが約8割を占めており、1年間（2017年度）の1人あたり平均健康関連コストは633,912円であった。組織の年齢構成や給与水準等によって金額は大きく異なるため、この金額の高低を評価するのは難しい。同じ組織における毎年のコストの大きさやコストの構成割合の変化を見ていくことが有用である。

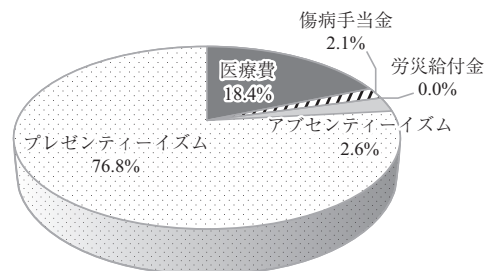


図2 健康関連総コスト (n=2,425)³⁾

²⁾ 本結果は、東京大学と社会医療法人雪の聖母会の共同研究「健康経営」の枠組みに基づいた保険者・事業主のコラボヘルスによる健康課題の可視化に関する研究（2014～2017年度）および「病院組織における健康と生産性指標の関連性と経済影響分析に関する研究（2018年度）」による。科研費15K20799の助成を受けたものである。東京大学倫理審査専門委員会（審査番号：14-160）、東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会（受付番号：2018-1-201）の承認を得た。

³⁾ ○アブセンティーズムコスト：総報酬日額（円）×アブセンティーズム（日）。アブセンティーズムはアンケートにより年間病休日数を取得した。コスト換算は、従業員それぞれの標準報酬月額を用い、日額（円）を算出した。

○プレゼンティーズムコスト：プレゼンティーズム損失コスト＝総報酬年額（円）×プレゼンティーズム損失割合（100%－プレゼンティーズム%）。プレゼンティーズムはWHO-HPQによる相対的プレゼンティーズム（同様の仕事をしている人のパフォーマンスに対する、過去4週間の自分のパフォーマンスの比）。

3 健康リスクと生産性指標の関連性の検討

健康リスクの該当項目数により当該組織の健康リスクレベルを低・中・高リスクに区分する健康リスク評価は、従業員の健康リスク構造を可視化する一手法である。健康リスク項目は、欧米における先行研究では10～13項目を設定している。本研究では定期健康診断・特定健診の健診項目・問診項目やストレスチェックに含まれる項目を活用し、身体的健康リスク5項目（血圧・血中脂質・肥満・血糖値・既往歴）、生活習慣リスク4項目（喫煙・飲酒・運動・睡眠休養）、心理的リスク4項目（ストレス・生活満足度・仕事満足度、主観的健康感）の13項目を設定した。これら健康リスク13項目の該当数によりリスクレベルを低リスク（0-3個該当）、中リスク（4-5個）、高リスク（6個以上）に区分した。先行研究にならい、リスクレベルの分類はパーセンタイル値によるリスク数で分類し、低リスクは約50パーセンタイル値（健康リスク数0-3）、中リスクは約90パーセンタイル値（健康リスク数4-5）、高リスクは90パーセンタイル値より上（健康リスク数6以上）を基準として設定した。

健康リスクレベルが低リスクの者のコストを1

としたときの中・高リスク者のコストは、中リスク者で1.45倍、高リスク者で2.19倍となっていた。健康リスクが高まるほど医療費が高くなることは当然の結果であるが、低リスク者に比べ、医療費は、中リスク者は1.28倍、高リスク者は2.88倍であった。生産性損失コストは、低リスク者に対しプレゼンティーイズム損失コストは中リスク者で1.47倍、高リスク者で2.88倍、アブセンティーイズムコストは中リスク者で2.13倍、高リスク者で3.05倍となっていた。年齢が上がると健康リスクのレベルも悪化する傾向があるが、こうした年齢や男女の差を除外しても、健康リスクレベルが悪くなるほど医療費も生産性損失コストも大きくなっていった。

さらに、健康リスクの各項目と生産性指標・医療費の関連を検討すると、医療費は血圧、血中脂質、血糖値の身体的リスクと主観的健康感と有意な関連があった。プレゼンティーイズムは生活習慣リスクの喫煙、運動習慣や睡眠休養と有意な関連があり、さらに、ストレス、仕事満足度、生活満足度、主観的健康感の心理的リスク項目すべてと有意な関連があった。医療費適正化には生活習慣病対策が有効である一方で、生産性に対しては

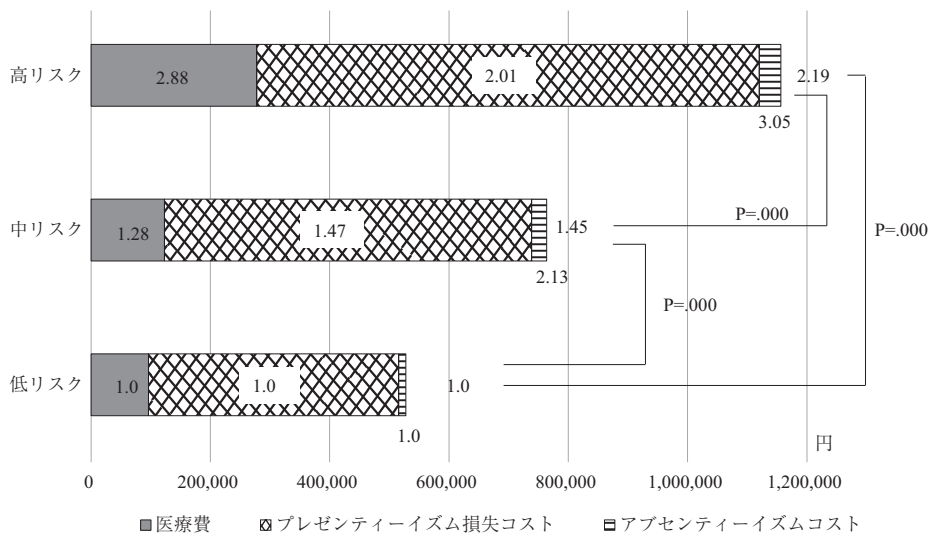


図3 健康リスク別健康関連コスト比 (n=2,425)⁴⁾

⁴⁾ P値は性別・年齢を調整したUNIANOVAによる。

	身体的健康リスク	生活習慣リスク	心理的リスク
プレゼンティー イズム損失	血圧 (r=.043, p=.050)	喫煙 (r=.078, p=.000)	主観的健康感 (r=.184, p=.000)
	血中脂質 (r=-.001, p=.948)	アルコール (r=-.010, p=.644)	生活満足度 (r=.135, p=.000)
	肥満 (r=.024, p=.282)	運動習慣 (r=.079, p=.000)	仕事満足度 (r=.168, p=.000)
	血糖値 (r=-.018, p=.413)	睡眠休養 (r=-.165, p=.000)	ストレス (r=-.169, p=.000)
	既往歴 (r=.003, p=.905)		
アブセンティー イズム (アンケート)	血圧 (r=.009, p=.692)	喫煙 (r=.016, p=.476)	主観的健康感 (r=-.079, p=.000)
	血中脂質 (r=.005, p=.810)	アルコール (r=-.005, p=.811)	生活満足度 (r=-.001, p=.974)
	肥満 (r=.014, p=.529)	運動習慣 (r=-.015, p=.497)	仕事満足度 (r=-.056, p=.011)
	血糖値 (r=.002, p=.910)	睡眠休養 (r=-.060, p=.006)	ストレス (r=-.089, p=.000)
	既往歴 (r=.047, p=.031)		
医療費	血圧 (r=-.077, p=.000)	喫煙 (r=-.017, p=.422)	主観的健康感 (r=.106, p=.000)
	血中脂質 (r=-.049, p=.019)	アルコール (r=-.012, p=.556)	生活満足度 (r=-.013, p=.526)
	肥満 (r=.034, p=.103)	運動習慣 (r=.020, p=.343)	仕事満足度 (r=-.008, p=.716)
	血糖値 (r=.092, p=.000)	睡眠休養 (r=.025, p=.229)	ストレス (r=.024, p=.256)
	既往歴 (r=.106, p=.000)		

図4 健康リスクと生産性・医療費との偏相関分析⁵⁾

メンタルヘルス対策が必要であり、職場環境の整備等の対応が重要であるといえる。

4 生産性指標と職場環境要因との関連の検討

プレゼンティーイズム損失とアブセンティーイズムそれぞれに関連する要因の分析結果を示す(表2)。プレゼンティーイズム損失割合を従属変数とした重回帰分析の結果、年齢が上がるほど有意に ($p < .0001$) プレゼンティーイズム損失割合は小さくなっていった。看護師はほかの職種よりもプレゼンティーイズム損失割合が有意に大きくなっていった ($\beta = .070, p = .044$)。一方、医師はほかの職種よりもプレゼンティーイズム損失割合が有意に小さくなっていった ($\beta = -.072, p = .015$)。主観的健康感、仕事満足度、ストレス状態もプレゼンティーイズム損失と有意に関連しており、主観的健康感がよくないほど ($\beta = .052, p = .025$)、仕事満足度が低いほど ($\beta = .056, p = .024$)、高ストレス状

態なほど ($\beta = .074, p = .002$)、プレゼンティーイズムの損失は大きくなっていった。

アブセンティーイズムと仕事特性、健康リスクとの関連性の分析は、アブセンティーイズムの回答日数の分布から、負の2項回帰モデルによる分析を行った。負の2項回帰モデルによる分析の結果、年齢が上がるほどアブセンティーイズムの日数は有意に多くなっていった ($p < .0001$)。看護師と医師は、ともにほかの職種よりも有意にアブセンティーイズムの日数が少なくなっていった(看護師； $p = .001$ 、医師； $p = .023$)。乳幼児の有無はアブセンティーイズムと最も強い関連 ($p < .0001$) を示しており、乳幼児がいる従業員はアブセンティーイズムの日数が多くなっていった。健康リスクでは、喫煙、肥満、主観的健康感、生活満足度、ストレス状態が有意にアブセンティーイズムの日数と関連しており、健康リスクがあるほどアブセンティーイズムは有意に大きくなっていった。一

⁵⁾ 年齢・性別を調整した偏相関分析結果。各健康リスク項目において有意差のあった項目に網掛けをしている。

表2 生産性指標と職場環境要因との関連

(n=1,815)	プレゼンティーイズム損失		アブセンティーイズム			
	β	p-value	Exp (B)	95% Cis		p-value
年齢 (歳)	-.244	.000	1.037	1.029	1.045	.000
性別 (1=男性, 2=女性)	-.019	.495	.844	.703	1.013	.068
交替勤務: 二交替	.018	.691	1.223	.935	1.600	.142
交替勤務: 三交替	.005	.891	1.020	.789	1.318	.882
看護師	.070	.044	.533	.366	.777	.001
医師	-.072	.015	.793	.649	.969	.023
事務職	-.009	.732	.953	.753	1.206	.687
乳幼児がいる	.002	.943	8.195	5.738	11.704	.000
健康リスク						
喫煙	.014	.540	1.264	1.050	1.522	.013
飲酒	-.015	.496	.683	.408	1.144	.147
運動不足	.027	.244	.928	.800	1.076	.322
睡眠・休養	.005	.834	1.048	.860	1.277	.645
高血圧	.018	.460	.769	.603	.982	.035
高コレステロール	-.002	.952	.412	.316	.536	.000
肥満	-.015	.530	1.221	1.023	1.457	.027
高血糖	-.041	.083	.529	.358	.783	.001
主観的健康感	.052	.025	2.909	2.431	3.481	.000
生活満足度	.036	.119	1.108	.918	1.338	.285
仕事満足度	.056	.024	.946	.808	1.109	.497
高ストレス	.074	.002	1.647	1.355	2.003	.000
Adjusted R ²	.114					

注1: プレゼンティーイズム損失割合と仕事特性との関連は、重回帰分析の結果。

注2: アブセンティーイズムと仕事特性との関連は、負の2項回帰モデルによる結果。

注3: 産休・育休取得の有の場合、「乳幼児がいる」として扱った。

方、血圧、血中脂質、血糖値は、健康リスクがあるほどアブセンティーイズムは小さい結果となっていた。主観的健康感とストレス状態は、プレゼンティーイズム損失と同様に、アブセンティーイズムとも関連していた。

看護師は、他職種に比べ、アブセンティーイズムが少なくプレゼンティーイズム損失が大きく出現しており、先行研究で指摘されていた看護職等ケアワーカーにおける結果と同様であった。医師はプレゼンティーイズム損失もアブセンティーイズムも両方小さく、医療職の中でも生産性損失の出現の仕方に違いがあると考えられる。

5 健康リスク数の経年変化と生産性指標の改善に関連する健康リスク項目

健康リスク数の経年変化および生産性指標の改善に関連する健康リスク項目を4年間のコホート

データにより分析を実施した。2018年度在籍者のうち、2014～2017年度の4年間継続して在籍している1,683件を分析対象とした。4年間のコホートデータにより、健康リスク該当割合と生産性指標の経年変化および健康リスク各項目の変化別生産性・医療費変化量について分析した。

4年間で健康リスク数に変化のない人(維持)が28.7%であり、改善群(1項目以上減った人)の30.3%に対し、悪化群(1項目以上増えた人)は41.0%であり、約11%悪化群が多くなっていた。2014年～2015年の2年間だけでみれば健康リスク数に変化しない人が37.3%であり、改善群(1項目以上減った)・悪化群(1項目以上増えていた)はともに31.3%で同数であった。健康リスク数には移動があり、年齢の上昇とともに健康リスクの保有数が増える傾向にあるため、改善群が3割程度存在するが、悪化群のほうが多くなってしまうこと

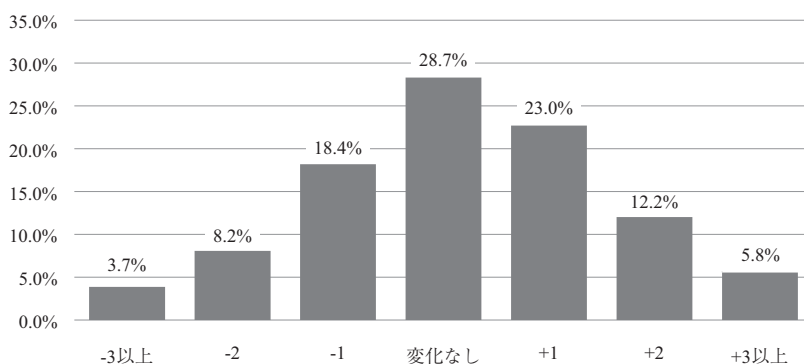


図5 健康リスク数（13項目）の2014～2017年（4年間）の変化

表3 健康リスク変化数別の生産性・医療費の変化

変化量（2017年-2014年）	全体	改善			維持		悪化		ANOVA	
		-3more	-2	-1	0	+1	+2	+3more		
プレゼンティーイズム 損失割合変化量（%）	度数	1348	52	106	243	390	314	166	77	p=.002
	平均	-0.64	-6.54	-4.62	-1.36	-1.23	-0.35	3.98	2.99	
	標準偏差	20.23	16.07	19.13	21.34	19.88	20.65	19.13	20.90	
アブセンティーイズム (アンケート) 変化量（日）	度数	1259	48	104	230	352	294	154	77	p=.172
	平均	-0.52	-3.65	0.24	0.39	-0.26	-2.55	0.34	2.49	
	標準偏差	17.52	26.22	2.97	15.50	5.10	29.23	4.45	20.68	
医療費変化量（円）	度数	1503	56	123	277	431	346	183	87	p=.837
	平均	32,060	34,438	20,972	34,860	16,165	37,130	43,492	71,815	
	標準偏差	326,795	101,943	465,853	288,882	422,601	235,912	231,384	223,334	

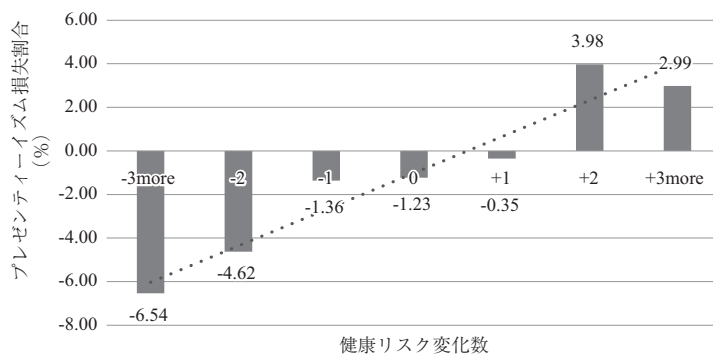


図6 健康リスク変化数別のプレゼンティーイズム損失割合の変化

が分かる。

健康リスク数の変化量はプレゼンティーイズムと関連 ($p=.002$) しており、健康リスク数が2個以上4年間で減った改善群は、プレゼンティーイズムが4.6%以上改善し、2個以上増加した悪化群は約4%悪化していた。統計的に有意ではないが、

アブセンティーイズムは1年間で健康リスク数が3つ以上増減しているとアブセンティーイズムの日数も大きく増減していた。分析対象の病院組織においては、ベースラインとなる2014年頃から保険者（健保組合）とのコラボヘルスによる健康経営に取り組んでおり、健康リスクの改善により生産

性指標の1つであるプレゼンティーイズムの改善に効果があることが示されたといえるだろう。

表4 健康リスク各項目の変化別プレゼンティーイズム変化量

リスク変化	プレゼンティーイズム損失割合の変化量 (%)					ANOVA p	
	全体	リスクなし L-L	リスク増 L-H	リスク減 H-L	リスクあり H-H		
喫煙	平均	-0.64	-0.59	-6.47	1.57	-0.96	.558
	標準偏差	20.23	20.38	14.98	19.22	20.00	
	度数	1348	1093	17	51	187	
運動	平均	-0.64	1.38	-0.94	-1.89	-0.70	.676
	標準偏差	20.23	19.27	18.49	19.84	20.47	
	度数	1348	109	64	111	1064	
飲酒	平均	-0.65	-0.72	6.92	-4.44	2.78	.393
	標準偏差	20.23	20.32	13.77	16.88	19.65	
	度数	1347	1298	13	18	18	
睡眠休養	平均	-0.64	-2.51	1.59	-1.67	1.96	.003
	標準偏差	20.23	20.00	19.91	19.33	20.89	
	度数	1348	622	189	180	357	

リスク変化	プレゼンティーイズム損失割合の変化量 (%)					ANOVA p	
	全体	リスクなし L-L	リスク増 L-H	リスク減 H-L	リスクあり H-H		
血圧	平均	-0.64	-1.25	5.00	-2.38	2.27	.026
	標準偏差	20.23	20.24	21.05	18.19	19.77	
	度数	1348	1110	68	42	128	
血中脂質	平均	-0.64	-1.29	2.65	3.44	2.06	.066
	標準偏差	20.23	19.60	22.23	24.89	22.12	
	度数	1348	1122	68	61	97	
肥満	平均	-0.64	-1.28	2.06	2.00	0.83	.244
	標準偏差	20.23	20.18	20.48	22.21	19.96	
	度数	1348	999	68	40	241	
血糖値	平均	-0.64	-0.75	-1.07	11.25	1.04	.366
	標準偏差	20.23	19.86	23.34	18.85	23.45	
	度数	1348	1208	84	8	48	
健康問題 既往歴	平均	-0.64	-0.35	-2.17	-10.00	1.02	.005
	標準偏差	20.23	20.12	16.59	22.40	20.60	
	度数	1348	1103	46	52	147	

リスク変化	プレゼンティーイズム損失割合の変化量 (%)					ANOVA p	
	全体	リスクなし L-L	リスク増 L-H	リスク減 H-L	リスクあり H-H		
主観的 健康感	平均	-0.66	-1.28	3.20	-3.56	5.71	.001
	標準偏差	20.19	19.53	24.22	17.89	23.04	
	度数	1348	1004	125	135	84	
生活 満足度	平均	-0.56	-0.90	2.73	-2.41	-0.41	.170
	標準偏差	20.16	20.32	19.21	18.11	21.39	
	度数	1333	998	150	87	98	
仕事満足度	平均	-0.56	-1.37	1.99	-1.89	-0.39	.111
	標準偏差	20.16	20.32	19.72	20.47	19.93	
	度数	1333	607	266	175	285	
ストレス	平均	-0.56	-1.00	3.27	-4.34	1.20	.012
	標準偏差	20.16	19.50	21.10	20.19	23.39	
	度数	1333	954	165	106	108	

注1: 変化量は2017年-2014年の値。

注2: リスクなし (L-L): 2014年・2017年ともにリスクなし, リスク増 (L-H): 2014年リスクなし→2017年リスクあり, リスク減 (H-L): 2014年リスクあり→2017年リスクなし, リスクあり (H-H): 2014年・2017年ともにリスクあり。

注3: p値はANOVAによる。多重比較にて有意な群間を記す。

4年間のプレゼンティーイズム損失の変化量には, 睡眠休養 (p=.003), 血圧 (p=.026), 健康問題既往歴 (p=.005), 主観的健康感 (p=.001), ストレス (p=.012) の健康リスク項目が寄与しており, 2014年と2017年の2時点ともリスクのないリスクなし維持群 (L-L) と2時点目ではリスクがなくなった改善群 (H-L) は, プレゼンティーイズム損失割合は1~10%改善傾向にあった。一方, 2時点においてリスクのある群 (H-H) と2時点目ではリスクありとなっている悪化群 (L-H) では, プレゼンティーイズム損失割合は1~5.7%低下していた。コホートデータによる健康と生産性指標の関連性の検証により, 生産性改善の関連要因が明らかになった。

IV 健康経営と医療機関経営

健康経営は, 生産性の水準そのものを上げるもう1つ手前の前提として, アブセンティーイズムやプレゼンティーイズムといった従業員の健康問題に起因する生産性の損失を回復させることを目指している点が特色である [津野他 (2018)]。元気なときであれば100%の生産性を発揮できる人が, 健康問題の存在によって90%しか実現できていなかったとすれば, 差し引き10%の労働生産性の損失が発生していることになる。健康経営において生産性を改善するということは, 本来発揮できるはずの生産性を100%として, 疾病等により低下している状態を100%にまで戻すことを目指すということである。そのため, 健康関連コストで構成割合の最も大きいプレゼンティーイズムに介入する意義は大きいだろう。

看護師はアブセンティーイズムが少なくプレゼンティーイズム損失が大きく出現しており, 専門性の高い仕事や責任の大きな仕事はアブセンティーイズムを減らす, そのことがプレゼンティーイズムの悪化につながりうる。アブセンティーイズムとプレゼンティーイズムは表裏一体の関係にあると考えられる。プレゼンティーイズム損失は, 睡眠休養やストレス, 仕事満足度, 生活満足度, 主観的健康感などメンタルヘルスに関

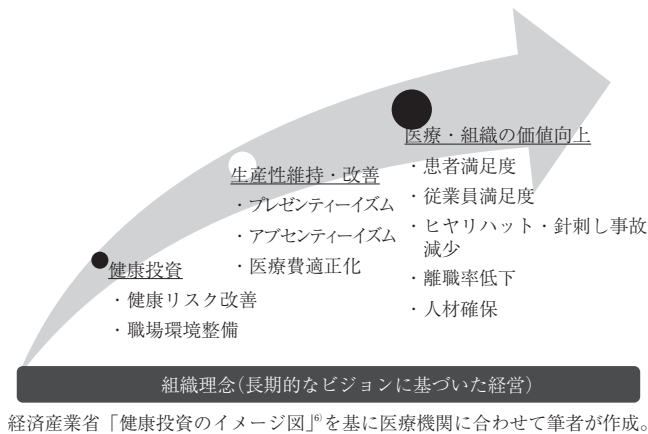


図7 健康経営推進により期待される医療機関経営への効果

連する健康リスクとの関連が強かったことから、プレゼンティーズムのマネジメントにはメンタルヘルス対策が有効であると言える。病院組織は多くの専門職で構成されており、職種による違いも示唆されたが、所属する部署による違いも大きい。本稿では結果を示していないが、仕事のストレス要因や心身のストレス反応の状況は、病棟によって違いがみられている。そのため、職種別だけでなく部署（病棟）別にプレゼンティーズムと健康リスクの状況をみていくことで有効な介入につながるだろう。看護職のプレゼンティーズム損失、アブセンティーズムの増加による生産性の低下は、コストの増加、医療の質の低下につながる可能性があることが指摘されているように〔Brborovic et al. (2017)〕、医療専門職のプレゼンティーズム損失やアブセンティーズムは従業員の健康問題のみならず患者の安全、病院経営にも影響すると考えられる。特に看護職は組織内において従業員の4割以上を構成する最大の専門職集団であり、病棟ごとの特徴を踏まえることでメンタルヘルス対策として職場環境に介入することが出来、医療機関経営におけるインパクトも大きいだろう。

企業や組織にとって、従業員の健康維持・増

進を行うことは、医療費の適正化や生産性の向上、さらには企業・組織イメージの向上等につながることを期待されており、そうした取り組みに必要な経費は単なる「コスト」ではなく、将来に向けた「投資」とすると考え、健康投資が行われる。このため、「従業員の健康保持・増進の取組が、将来的に収益性等を高める投資であるとの考えの下、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践すること」（企業の「健康経営」ガイドブック～連携・協働による健康づくりのススメ～改訂第1版）2016年4月経済産業省）であるとし、健康経営が推進されている。健康経営のメリットとしての業績向上・企業価値の向上が挙げられているが、医療機関には直接的に馴染まないようにも見えるが、医療の質向上となれば医療機関経営に大きくかかわってくる。健康経営推進による病院への効果として、従業員満足度の向上による離職率の低下、患者満足度の向上やヒヤリハット・針刺し事故等医療事故の減少による医療の質の維持・向上、それらによる組織の価値向上により人材確保の優位性へとつながることが期待される（図7）。

近年、健康経営に積極的に取り組む企業・組織を社会的に評価する仕組みが出来ている。経済産

® 経済産業省商務情報政策局ヘルスケア産業課「企業の「健康経営」ガイドブック～連携・協働による健康づくりのススメ～（改訂第1版）」（2016）p.3.

http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkokeiei-guidebook2804.pdf

業省では、健康経営に係る各種顕彰制度として、2014年度から「健康経営銘柄」の選定を行っており、2016年度から日本健康会議と共同で「健康経営優良法人認定制度」を創設している。上場企業に限らず大規模法人のうち保険者と連携して優良な健康経営を実践している法人について「健康経営優良法人～ホワイト500～」、協会けんぽ等の保険者の進めている「健康宣言」に取り組んでいる中小企業、中小規模の法人から「健康経営優良法人」として認定・公表する制度である。2回目となる健康経営優良法人2018において、大規模法人部門（ホワイト500）の539法人のうち医療法人は10法人、中小規模法人部門の775法人のうち医療法人が7法人認定されている。そのほか、社会福祉法人や財団法人も認定されている。企業同様、医療機関においても健康経営への関心は高まっており、医療機関においても健康経営を推進し、社会的評価を受けることは、医療機関の価値向上につながるだろう。

健康経営の取り組みは、各組織の特性・課題によって内容は異なる。各組織において健康課題を可視化し、職場環境や仕事特性との関連性をデータを活用し検証することで有力なエビデンスを持って従業員の健康課題や働き方に対する介入方策を検討することができる。日本においては、データヘルス計画により、母体組織と保険者のコラボヘルス（健康保険組合等の保険者と事業主の積極的な連携）により健康経営を実行していくことが推進されている。本研究では、健康関連コストと健康リスク評価による健康課題の可視化と経年データによる生産性と健康リスクの動態的分析を行ったが、現状把握だけでなく、介入の効果測定・評価に活用することで、PDCAサイクルを回し、従業員への有効な健康支援につなげることが期待される。健診・レセプトデータの分析、介入方策のための人的・物的資源の豊富さは、企業よりもむしろ医療機関に優位性があると考えられる。

健康経営は従業員を対象とした取り組みとして推進されてきた。しかし、交替勤務の看護職はワークファミリーコンフリクトが高いことが指摘

されているように、介護離職や育児・介護休業という視点からは、家族の健康状態もまた従業員の健康や生産性に大きな影響を与えていると考えられる。先行研究〔津野他（2018）〕において、被保険者（従業員）の医療費が高いほど被扶養者（配偶者）の健康リスク数は多く、被扶養者（配偶者）の外来受診日数が多いと被保険者（従業員）も同様に受診日数も多く、さらに有給休暇取得日数と生活習慣リスク数も多くなっていた。従業員（被保険者）と被扶養者（配偶者）の医療受診行動、生活習慣と受診状況が関連しており、従業員と家族の相互の影響が大きいことが推測される。今後は健康経営の対象を家族、さらにはコミュニティへと拡大してとらえていくことも必要であろう。

健康経営の推進のためには、健康と生産性をマネジメントする介入プログラム内容の良し悪しではなく、介入プログラムの効果を上げるためにも「健康的な組織文化」の醸成が重要であるというエビデンスが蓄積されてきている〔Flynn et al. (2018)〕。健康的な組織文化の要素は、「安全・健康への組織の方針」、「支援的な職場環境」、「コミュニケーション」の3つである。これは、組織のトップが健康経営宣言を行い、従業員の健康課題に取り組むことを明文化すること、健康的に仕事ができる職場環境を整備すること、そのためにも従業員間、組織トップと従業員間のコミュニケーションが円滑なことが重要であると考えられる。このことは、アメリカ病院協会の「健康的な組織文化の創造」に関する報告書〔American Hospital Association (2011)〕の病院への7つの勧告とも通ずる。これらの取り組みは、勧告7にある持続可能性を重視することが必要である。貴重な人的資源の確保のため、さらには、医療の質向上に寄与するため、医療機関において健康経営に取り組む意義は大きい。

参考文献

- American Hospital Association (2011) A Call to Action: Creating a Culture of Health, <https://www.aha.org/aharet-guides/2013-01-09-call-action-creating-culture-health> (2018年12月10日最終確認)。
Aronsson, G., Gustafsson, K., and Dallner, M (2000)

- “Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism,” *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.54, No.7, pp.502-509.
- Bierla, I., Huver, B., and Richard, S (2013) “New evidence on absenteeism and presenteeism,” *International Journal of Human Resource Management*, Vol.24, No.7, pp.1536-1550.
- Brborovic, H., and Brborovic, O (2017). “Patient safety culture shapes presenteeism and absenteeism: a cross-sectional study among Croatian healthcare workers,” *Arhiv Za Higijenu Rada I Toksikologiju-Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, Vol.68, No.3, pp.185-189.
- Brborovic, H., Daka, Q., Dakaj, K., and Brborovic, O (2017) “Antecedents and associations of sickness presenteeism and sickness absenteeism in nurses: A systematic review,” *International Journal of Nursing Practice*, Vol.23, No.6, p.13.
- Camerino, D., Sandri, M., Sartori, S., Conway, P. M., Campanini, P., and Costa, G (2010) “SHIFTWORK, WORK-FAMILY CONFLICT AMONG ITALIAN NURSES, AND PREVENTION EFFICACY,” *Chronobiology International*, Vol.27, No.5, pp.1105-1123.
- Edington, D.W., and Burton, W.N (2003) “Health and productivity,” In: McCunney, R.J., *A Practical Approach to Occupational and Environmental Medicine*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Third edition, pp.140-152.
- Flynn, J.P., Gascon, G., Doyle, S., Koffman, DMM., Saringer, C., Grossmeier, J., Tivnan, V., and Terry, P (2018) “Supporting a Culture of Health in the Workplace: A Review of Evidence-Based Elements,” *American Journal of Health Promotion*, Vol.32, No.8, pp.1755-1788.
- Gosselin, E., Lemyre, L., and Corneil, W (2013) “Presenteeism and absenteeism: differentiated understanding of related phenomena,” *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol.18, No.1, pp.75-86.
- Loeppke, R., Taitel, M., Haufle, V., Parry, T., Kessler, R.C and Jinnett, K (2009) “Health and Productivity as a Business Strategy: A Multiemployer Study,” *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol.51, No.4, pp.411-428.
- 尾形裕也・津野陽子・古井祐司 (2014) 「特別掲載 健康経営の推進を通じた「全体最適」の実現(上)」, 『週刊社会保障』, Vol.68, No.2759, pp.56-59.
- Riedel, J. E., Lynch, W., Baase, C., Hymel, P., and Peterson, K. W (2001) “The effect of disease prevention and health promotion on workplace productivity: A literature review,” *American Journal of Health Promotion*, Vol.15, No.3, pp.167-191.
- 東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット (2016) 経済産業省平成27年度健康寿命延伸産業創出推進事業「健康経営評価指標の策定・活用事業」東大WG報告書, <http://pari.u-tokyo.ac.jp/unit/H27hpm.pdf> (2018年12月10日最終確認)。
- 津野陽子・尾形裕也・古井祐司 (2018) 「健康経営と働き方改革」, 『日本健康教育学会誌』, Vol.26, No.3, pp.291-297。
- 津野陽子・尾形裕也・古井祐司・渋谷克彦・井手義雄・平田輝昭・福井卓子 (2018) 「病院組織における従業員の生産性・健康リスクと配偶者の健康リスクの関連」, 『日本医療・病院管理学会誌』, Vol.55 (Suppl.), p.96。

(つの・ようこ)

Health and Productivity Management of Medical Professionals in Hospitals

Yoko TSUNO*

Abstract

Health-related workplace productivity has been increasingly recognized as a managerial strategy and issue in Japan. Health-related workplace productivity is understood in terms of absenteeism, which is defined as “the number of days of absence due to illness or taken as sick leave”, and more so on presenteeism, which defined as “the loss in productivity that occurs when employees come to work but function at less than full capacity because of ill-health”. From the perspective of the health-related workplace productivity, we examined issues surrounding hospital management organization including workplace environment. Through our empirical research at health care facilities, the association between health and the loss of productivity due to health problems of health care professionals was explored. It has the significance to undertake measures to enhance the health of employees at health care facilities since the loss of productivity due to decreased presenteeism and increased absenteeism may adversely affect the safety of patients and quality of health care services.

Keywords : Health and Productivity Management, Hospital, Presenteeism, Absenteeism, Health Care Professionals

* Department of Community Health Care System, Tohoku University Graduate School of Medicine

特集：医療専門職の業務の変化と現代的課題

医療専門職の労働条件、職場環境、そして働き方と医療サービス： 日米比較の視点を交えて

中田 喜文*

抄 録

医師、看護師、そしてその他医療職について、労働時間の実態と過去10年の変遷をアメリカとの比較も交え、分析した。3つの医療職では、医師が突出して長い、従業上の地位や雇用形態間で差があった。雇用者で特に長時間労働の傾向が見られた。医師については、年間就業日数が多いほど、長時間労働となり、年300日以上就業者では、男女ともに6割以上が、週60時間以上就労していた。過去10年の労働時間の変遷では、それぞれの職種において労働時間の短縮化傾向が確認できた。これらの短縮が起こった時期は、医療職全般において人手不足が加速した時期と重なる。有効求人倍率の推移を見ると最も倍率の高い医師においては、給与の上昇と労働時間の短縮が同時に進み、大幅な労働条件の改善が実現された。また、労働条件の改善を各病院が実現するには生産性の改善が必要となる。そこでチーム医療の持つ生産性向上効果についてのケース分析を示し、その効果を検討した。

キーワード：医療職、長時間労働、超過需要、労働条件改善、チーム医療

社会保障研究 2019, vol.3, no.4, pp.505-520.

I はじめに

本小稿の目的は、日本の医療職の労働時間の現状を政府公表統計を用いて分析し、医療職の長時間労働の実態を確認することにある。日本の医療職の労働時間は、日本の中で他職種と比べ長いのだろうか？ 日本の就業者の長時間労働の実態については以前より国内外から指摘されており¹⁾、今に始まるものではない。その意味で、医療職の長時間労働は、日本人の働き方の問題としてとらえるべきか、それとも医療の問題としてとらえる

べきであろうか。

また、性別、年齢、組織規模、あるいは雇用形態で労働条件が大きく異なることも、労働経済学者が長らく主張するところである²⁾。医療現場における長時間労働も、このようなコンテキストの中で検討すべきであろうか。

社会的には、医療現場における長時間労働は、比較的最近の問題ととらえられているようだ。しかし、医師の視点から見れば、明治期の刑法を源流とする「応召義務」や戦中期の医師不足を振り返ると、むしろ戦前期から続く日本の医療提供体制における構造的な問題ととらえることも出来る。

* 同志社大学大学院総合政策科学研究科 教授

¹⁾ Sparks et al (1997) 等参照。

²⁾ 橋木 (1992) や Tachibanaki (1998) 参照。

この意識のギャップを埋める必要もあるだろう。

社会的には、医療現場における長時間労働は、比較的最近の問題ととらえられているようだ。しかし、医療の現場では、戦後、あるいは戦中、戦前から続く構造的な問題との意識が強い。この意識のギャップを埋める必要もあるだろう。その意味で、10年という限られた期間ではあるが、本小稿では労働時間の変遷にも注目する。近年、医療現場の労働環境は益々悪化し、長時間労働はさらに広がっているのか、その疑問にも答えたい。加えて、以上の日本の医療職における労働時間の特徴は日本固有のものか、それとも医療という特殊な対人サービスに伴う、普遍性の有る労働問題であるのか？限定された対象ではあるが、アメリカとの比較を通して、この疑問にも答えたい。

II 日本の医療職の労働時間の実態：就業構造基本調査とCPS（Current Population Survey）データを用いて

1 現状

(1) 医療職の従業上の地位や雇用形態の特徴

医療職の労働時間を考える上で、彼らの従業上の地位や雇用形態の特徴を確認しておく必要がある。従業上の地位や雇用形態とは、自営業主として働くのか、それとも会社や法人等の組織の役員なのか、あるいは役員ら経営者に雇用される雇用者（さらには正規か非正規か）の別である。なぜなら、雇用関係の違いによって労働時間の長さを含め、働き方に関する裁量度が大きく異なるからである。自営業主は、いつ、どこで、どのように

働くか、つまり仕事に関する裁量の程度は高い。また組織に雇用される者の中では、役員はほかの雇用者と比べ相対的に仕事裁量度は大きく、その雇用関係上の立場から、自営業主と同様に労働基準法の規制対象外である。つまり、労働時間の法規制の対象外である。

表1に日本の就業者の全体と3つの医療職について、彼らが、どのような従業上の地位や雇用形態で就業しているのかを、分布割合で示した。医師およびその他医療職の男性については、自営業主・役員率が高く、ほかの職種と比べ、仕事や労働時間の裁量度が高いと推察できる。男女別に見れば、女性がより裁量度の低い雇用者である割合が高いことがわかる。

日本の労働統計においては、その多くが調査票の中に労働時間について設問を設けている。それらの中で、就業構造基本調査（以下就調）の労働時間データは、自営業主、役員、正規・非正規等の従業上の地位・雇用形態によって分類されており、かつ就業者全体標本に関する推計値が掲載されていることから、この小稿では就調を用いて以下の労働時間分析を行うことにする。

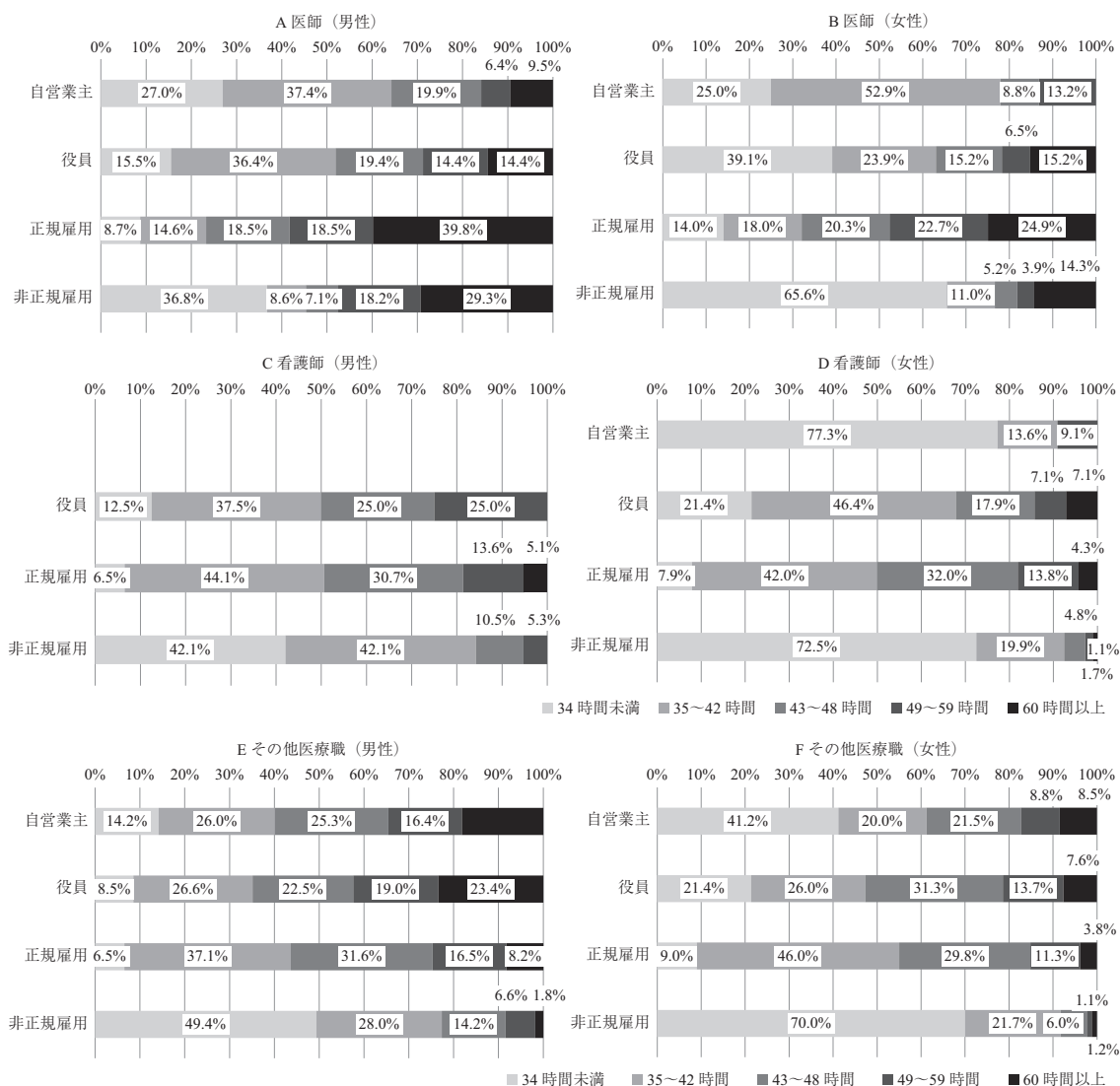
(2) 労働時間分布

まず、4つの雇用形態間での労働時間分布の違いを見ることにする。自営業主、役員、正規の職員・従業員、非正規の職員・従業員の別である。自営業主、役員は、本来的には仕事裁量度が高く、労働基準法の規制対象外である。では彼らの労働時間の実態はどうであろうか。彼らは正規、非正規の職員・従業員と比べ、より長く働いているの

表1 従業上の地位・雇用形態分布（2017年）

		自営業主	会社などの役員（雇用者）	正規の職員・従業員	非正規の職員・従業員
全職種	男女計	11%	5%	52%	32%
医師	男	17%	14%	59%	11%
	女	9%	6%	61%	24%
看護師	男	0%	1%	93%	6%
	女	0%	0%	72%	27%
その他医療職	男	28%	5%	60%	7%
	女	5%	2%	62%	31%

出所：総務省統計局『平成29年就業構造基本調査結果』より著者作成。



出所：同上より著者作成。

図1 雇用形態別に見た週労働時間の分布

であろうか。それとも、高い裁量度を反映して、彼らの労働時間のばらつきは大きいのだろうか。また、男女間では、ライフスタイルの違いは、労働時間の差異に反映されているのだろうか。

図1に医療3職種（医師，看護師，その他医療職）の雇用形態別に見た週あたりの労働時間の分布状況を示した。先ず医師であるが、男女ともに、自営業主で週60時間以上の長時間労働が最も少な

く、続いて役員が少ない。つまり、雇用形態、そして仕事裁量度の差異が労働時間の長さにも強く影響を与えていることがうかがえる。ただし、自営医師の中でも、60時間以上層が男性では10%弱存在するに対し、女性では皆無である。逆に週42時間以下のほぼ残業ゼロに対応する割合では、女性は男性より約14%多く、女性の短時間傾向が確認できる。

表2 医療職の職種構成と雇用者比率（2017年）

		総数	総合計に占める割合 (%)	雇用者比率 (%)	雇用者比率 (役員除く)	200日以上就業する雇用者比率 (役員除く)
医師	男	254,700	7.7%	83%	70%	56.2%
	女	74,000	2.2%	91%	85%	73.2%
看護師	男	108,500	3.3%	100%	99%	93.1%
	女	1,360,100	41.3%	99.8%	100%	78.1%
その他医療職	男	622,200	18.9%	72%	67%	66.2%
	女	870,900	26.5%	95%	93%	74.3%
合計	男	985,400	29.9%	78%	71%	66.6%
	女	2,305,000	70.1%	98%	97%	76.5%
総合計	計	3,290,400	100.0%	92%	89%	73.5%

出所：同上より著者作成。

また、非正規雇用者では、短時間雇用と長時間雇用に2極分化している。男性では、34時間以下グループが約37%と大きなシェアを占めるが、同時に60時間以上層も3割と、この両極のグループで、男性非正規医師の3分の2を占めている。しかし、非正規においても男女の差が確認できる。非正規雇用の女性医師の3分の2は、週34時間以下に対し、男性ではその割合はほぼ3分の1と、短時間労働の傾向が女性に強い。

以上のように、どの雇用形態においても、同じ雇用形態の中では、女性の方が長時間労働者の割合が小さい。その意味で、医師と言う職種は、女性が希望するライフスタイルを働き方に反映できる職種のようなのである。

では看護師はどうであろう。看護師は、医師と較べると、どの雇用形態においても長時間労働者は少ない。4つの雇用形態と性別を組み合わせた8パターンの中で、最も長時間労働者が多いのは女性の役員であるが、60時間以上層は約7%である。

その他医療職においては、男性の自営業主、役員に長時間労働者比率が高いことが特徴である。しかし、正規、非正規の雇用者については、看護師と似通ったパターンが観察できる。特に非正規雇用者においては、34時間未満の短時間就業者か、週42時間未満のほとんど残業をしない者の割合が、女性で92%、男性でも77%と、常時残業を行っている者の割合は低い。

以上をまとめると、3職種共通の労働時間分布の特徴は以下ようになる。

：労働時間の長さにおいては、職種以上に雇用形態による差が大きい。

：非正規雇用者においては、3職種共通に週34時間未満の短時間労働者が多い。

：役員と正規雇用者の状況は、職種により状況が異なる。

：役員の中で労働時間が長いのは、その他医療職の男性。

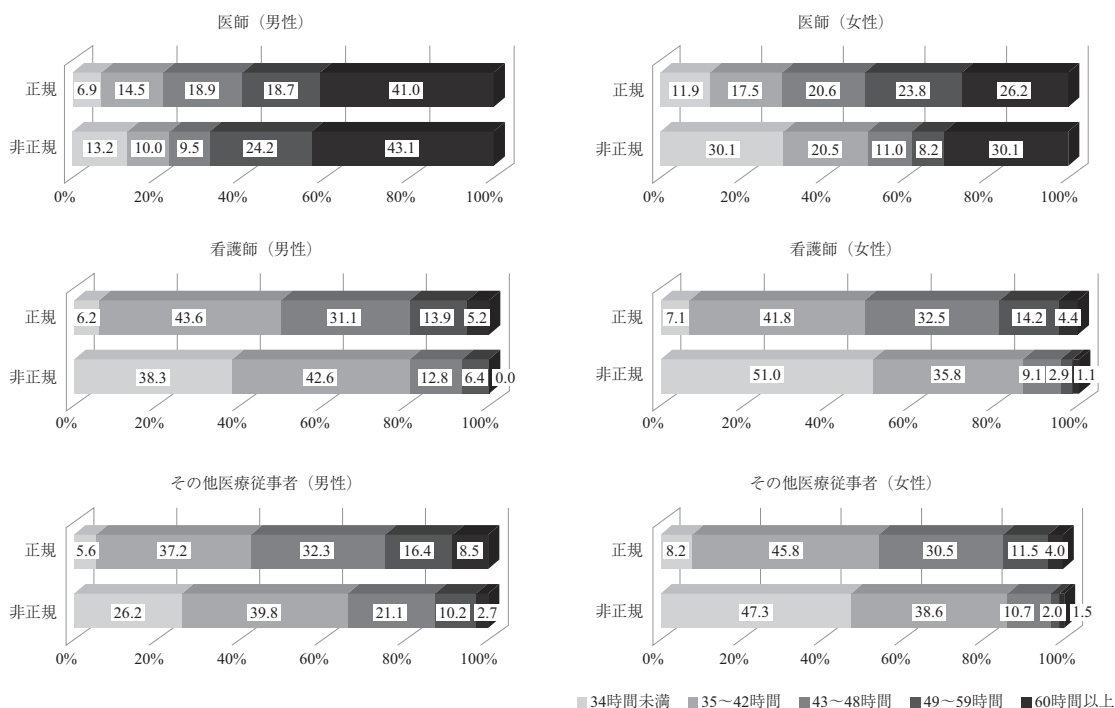
：正規雇用者の中で労働時間が長いのは医師。

：3職種のほぼすべての雇用形態において男女差が存在。

：基本的に同一職、同一雇用形態では、男性が女性より長時間労働。

：3職種の中では、雇用者（役員、正規雇用、非正規雇用）に限定すると、医師が最も労働時間が長い。特に、正規雇用の医師では、週労働時間が49時間を超えるものが5割、60時間以上が約4割。

以下では、医療職における長時間労働問題の原因とそれへの対策を念頭に、裁量が限定される雇用者である役員以外の雇用者で、かつ年間労働日数が200日以上のものに限定して議論する。表2の右下に掲載されている%数値が、この基準で対象を限定した場合の、総医療職種就業者に対する割合である。対象は限定的にはなるものの、全体の75%が、以下の分析対象である。



出所：同上より著者作成。

図2 医療職の労働時間：正規・非正規比較（2017年）

① 正規・非正規比較

上述したように、医療職においては、職種によって正規・非正規雇用間で労働時間の分布に大きな違いがある点への配慮が必要である。以下では、図2を参照しながら、検討を進めよう。

まず、3職種の中で最も長時間労働者比率が高い医師では、週60時間以上者の割合は、男女ともに正規雇用者より非正規雇用者で、この割合が高く、男性で4割、女性でも3割を超える。前掲の図1では、非正規雇用者の中に占める就業日数年間200日未満者の割合が大きいと、総非正規雇用者の中では長時間労働者割合が、総正規雇用者における割合より低かったものの、年間200日以上働くいわゆる「常用労働者」に限定すると、医師の非正規雇用における長時間労働の問題が明らかになる。

他方、看護師およびその他の医療職では、対象を「常用労働者」に限定しても、週60時間を超える長時間就業者比率は、図1の場合と較べても

大きくは変わらず、長時間労働者の割合は低い。また、女性については、看護師、その他医療職ともに、非正規雇用のほぼ半数は、週労働時間が34時間未満の短時間就業者である。他方、男性は非正規雇用であっても、週の労働時間が35時間から48時間の間に収まる労働者が、55%から60%を占め、非正規雇用と言え、ほぼフルタイムで就業している者が大半であることがわかる。

② 長時間労働の負のスパイラル：より多く、より長く

医師の労働時間については、もう一つ課題が存在する。長時間労働の負のスパイラルである。年間就業日数が多い人ほど、週あたりの労働時間が長いという、問題である。この傾向は男女の医師に共通に見られる傾向ではあるが、特に男性の場合強くみられる。この傾向は、図3から明確に読み取れる。

先ず男性医師についてみてみよう。年間就業日数が200～249日の雇用者の内、週労働時間が60時

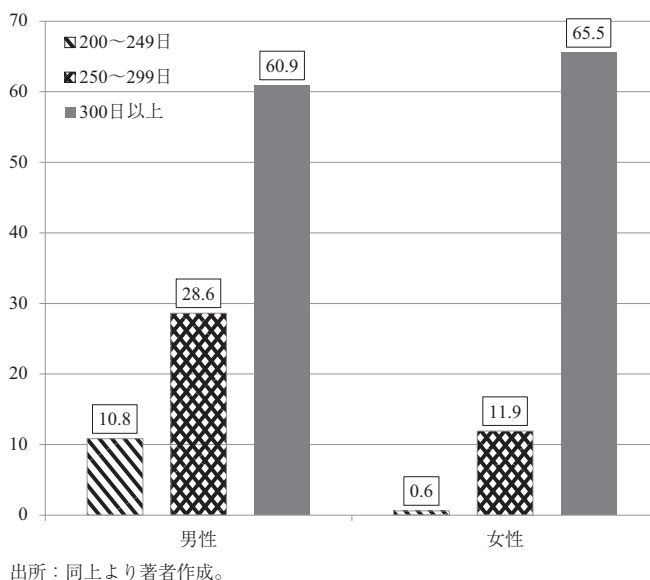


図3 医師の長時間労働の負のスパイラル

間を超える者の割合は10.8%である。しかし、この比率は250～299日就労する雇用者では28.6%と、ほぼ3倍に増える。さらに300日を超える雇用者では、60.9%と、割合はさらに倍増する。女性医師は、この増え方がさらに男性を上回る。週労働時間が60時間以上層の女性医師の割合は、就労日数が200日～249日では、0.6%に過ぎなかったのが、250～299日では、11.9%、そして300日を超えると65.5%と男性の割合をも上回る。働く日が増えれば増えるほど、1日当たりの労働時間も増えていくこの働き方は、過労死に向けての負のスパイラルと言えよう。

③ 日米比較による日本の医療職の労働時間評価では、このような日本の医師の長時間労働の実態ではあるが、この状況は長時間労働国日本の特殊性の反映だろうか、それとも医師と言う人間の命と向き合う職種に特有な労働特性であろうか。この点を明らかにするために、平均的に見れば日本と同程度に長時間労働国であるアメリカの医師との比較を行うことにする。

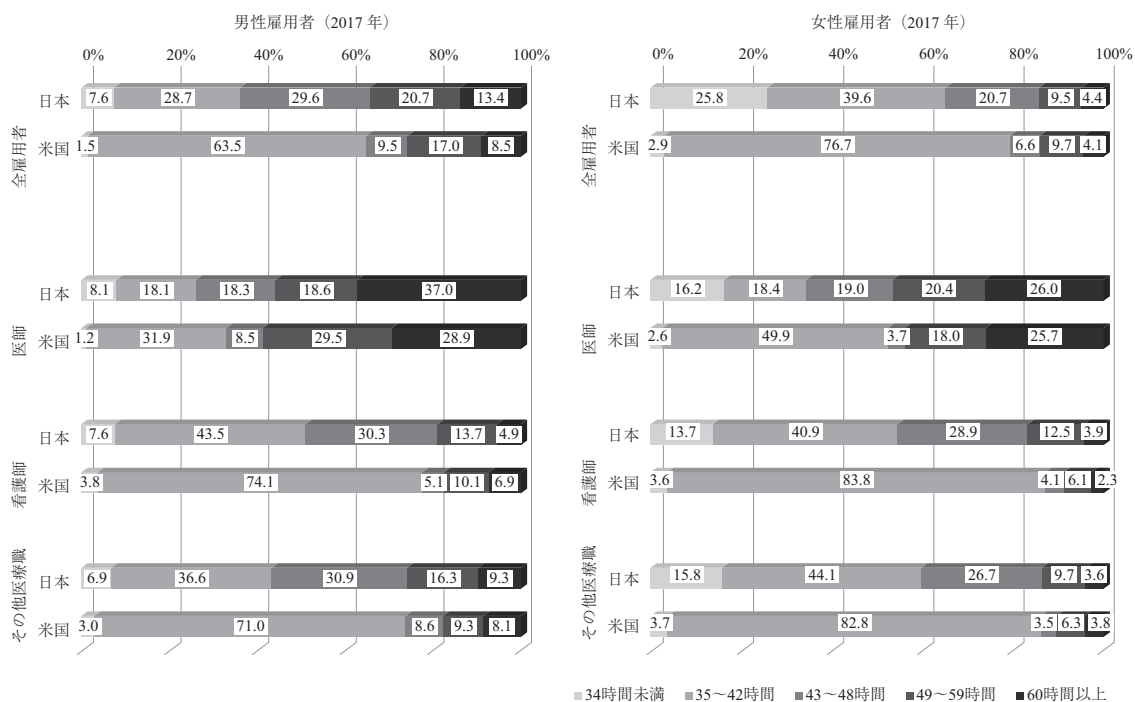
ここまでの日本の医療職種の労働時間分析は、就業構造基本調査という、世帯を対象として、全人口の就業状態を明らかにするための統計調査で

収集されたデータに基づき行ってきた。アメリカにおいても同種の全国の世帯を対象とする、通称CPSと呼ばれるアメリカ人の就業状態に関する無作為標本調査が存在する。以下で示すアメリカの数値は、このCPS（正式にはCurrent Population Survey）の約15万人サンプルから、調査時点で医師として就業する対象者を選択し、分析した結果である。

図4に、日本における分析対象である、年間労働日数が200日以上（正規・非正規の合計）の雇用者について、週あたりの労働時間分布における日米比較の結果を、全雇用者、および3つの医療職について示した。

雇用者全体では、アメリカの雇用者の大半、男性では65%、女性では約80%の雇用者は、週労働時間が42時間以下と、ほぼ残業をしていない。他方日本の雇用者で、残業がほぼ無いと言える42時間以下の割合は、男性では約36%、女性では65%である。男女ともに、日本の残業雇用者率が、アメリカの割合を大きく上回り、特に男性での差が大きいことが確認できる。

医療職ではどうだろう。まず医師については、多くの者が長時間労働する実態は、日米共通な現



出所：総務省統計局『平成29年就業構造基本調査結果』および、Bureau of Census for the Bureau of Labor Statistics, Current Population Surveyの個票データを分析した結果より著者作成。

図4 日米労働時間比較

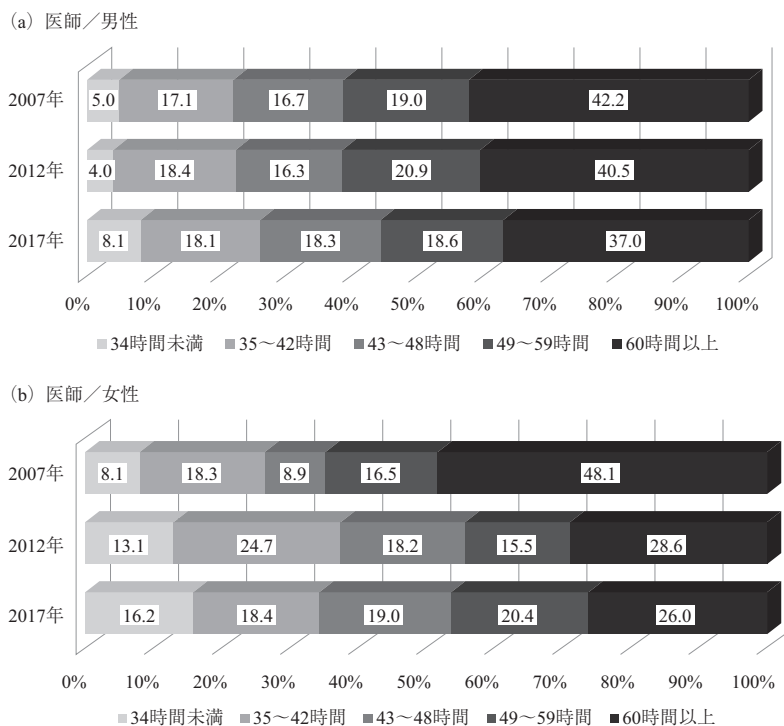
象であることがわかる。平均的にみればほぼ毎日2時間以上の残業をこなすことになる週49時間以上働く層の割合では、男性は日米ほぼ同水準の7割弱、女性でもともに45%前後の高水準である。平均残業時間が1日あたり4時間を超え、週労働時間が60時間を超える割合では、男性では、日本の37%に対し、アメリカは29%と日本が上回る。しかし、女性については日米ともに26%と同水準である。長時間労働者に注目すると、日米差は小さい。しかし、残業をしない層に着目すると日米で様相は異なる。ほぼ残業が無いと思われる週労働時間が42時間以下層の割合を比較すると、日本の男性医師が26%に対し、アメリカの医師では33%とアメリカが高い。女性では日米差はさらに開き、日本女性の35%に対し、アメリカ女性では53%弱と半数を超える。この医師に見られる長時間残業割合の類似性と残業皆無層における日米格差のパターンは、看護師、およびその他の医療

職においても確認できる。週労働時間が49時間以上で、日々の残業時間が2時間以上層は、日米ともに25%を超えることもなく、週残業が20時間を超える週労働が60時間以上層においても、日米ともに10%未満である。しかし、週労働時間が42時間未満の残業を行わない層では、アメリカはどちらの職種でも、男女ともに8割前後の高さであるが、日本では女性でも6割以下、男性では看護職が51%、その他医療職では43.5%と、日米で大きな差が存在する。

このように、現れ方は職種により異なるが、3医療職共通に、日本の医療職がアメリカの医療職より長く働いている現実が確認できた。

2 変化

では、以上で見た日本の医療職の労働時間の特徴、特に医師の極めて長い労働時間の実態は、長期に及ぶ慢性的な現象の2017年という一時点での



出所：総務省、『平成29年就業構造基本調査結果』、『平成24年就業構造基本調査結果』、『平成19年就業構造基本調査結果』より著者作成。

図5 労働時間分布の変化：2007年～2017年

断片なのか、それともここ数年の現在的な現象なのであろうか。この間に答えるには、中長期の労働時間データを用いた、経年的分析が必要になる。幸い前節までの分析に用いてきた就調は、5年間隔でほぼ同一の調査票を用いて就業者の労働時間に関するデータを収集している。この経年的データを用いると、過去からの変化を明らかにできる。そこで、図5に2007、2012、そして2017年の医師についての労働時間分布を掲示した。

(a) は、男性医師、(b) は、女性医師に関する週当たり労働時間の3カ年の分布である。男性については、週60時間以上層が、2007年の42%から2017年の37%へと5%減少している。同様に、49時間以上層についても、2007年の61.2%から2017年の55.6%へ6%近い低下である。この間の変化

は、女性においてはさらに大きい。週60時間を超えて勤務していた割合は、2007年の48%から2017年には26%へと、ほぼ半減である。看護師、その他医療職においても、その程度は異なるものの、ほぼ同様な減少傾向が確認できた³⁾。10年前は、今以上に医療の現場に過酷な長時間労働が存在していたのである。

そこで、次にこのような長時間労働者割合の急激な低下は、他方でどの労働時間層の増大をもたらしているのかをみてみよう。男女共通に見られた過去10年の長時間労働層の減少は、短時間労働層の増加、具体的には短時間パートの増大によるものか、あるいは残業をしないフルタイム層の増大によるものであろうか。図6にその答えを示した。

³⁾ ただし、男性看護職については、この減少傾向が確認できなかった。

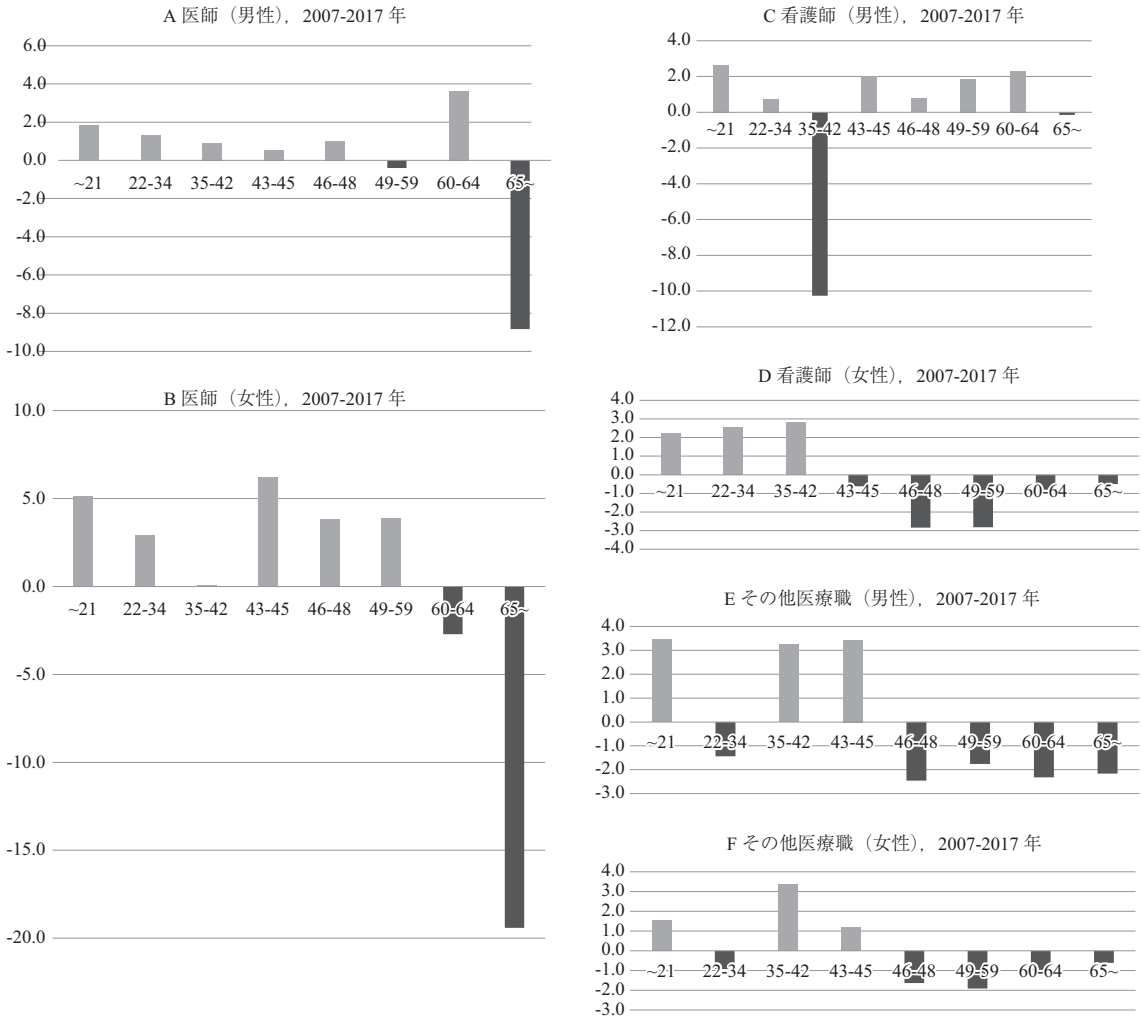


図6 日本の医療職の労働時間分布 (%) の変化

この図は、それぞれの職種別の週労働時間層について、2007年の割合から2017年の割合を引いた値である。左端の縦軸の0.0の線より上側が、2007年から2017年の間にその層の分布割合が増大した場合である。下側のヒストグラムは、逆にこの間に割合が減少したことを示す。まずAの男性医師の変化を見てみよう。65時間以上層で大きな減少が発生するとともに60～64時間層で、増加が起きている。さらには、48時間以下のすべての層で、その割合は小さいものの、増大が発生している。以上から男性医師の場合、もっぱら1つ下の

労働時間層である60～64時間層に移動するとともに、より短時間層にも幅広く移動が発生したことがわかる。長時間労働層の減少は、Bの女性医師の場合、より大きなスケールで発生している。65時間以上層が20%近くも減少し、加えて60～64時間層も減少する。これら長時間労働層の大きな減少は、それらの下位層の43～59時間層の大きな増大とともに、34時間以下層の増大をももたらしている。つまり、長時間層の大きな減少は、残業時間の少ないフルタイム層の増大とともに、34時間以下のパートタイマー層の増大も引き起こしてい

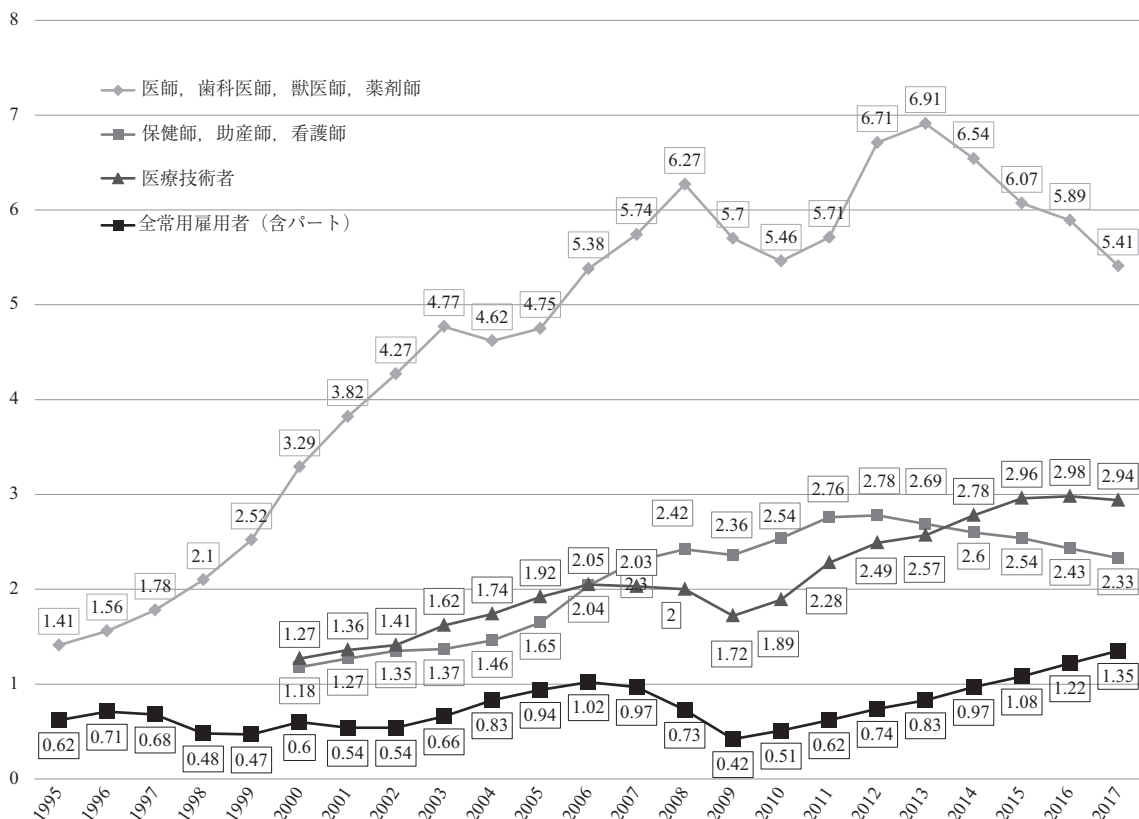
ることがわかる。

看護師、その他医療職においても、程度は異なるものの、長時間労働層からより短時間労働層への移行が見取れる。唯一の例外は男性看護師である。男性看護師の場合、この間、43時間以上すべての層で割合が増加している。同時に34時間以下の短時間層への移行も確認できる。労働時間の長短時間層への二極分化が進行していることがわかる。

近年のマスコミ等での報道から、社会的には、医師の超時間労働はあたかも近年その程度が悪化しているかの印象をうける。しかし、ここまで行ってきたデータでの検証は、事実は大きく異なることを示す。

そこで、次に、この10年の変化がどのようなメ

カニズムで発生したのか、その検討を行おう。ここで検討するのは、労働市場の需給調整メカニズムの効果である。通常市場に超過需要状況が続くと、その状況を改善するため市場価格の上昇が起こると考えられる。医療職について言えば、医療職の労働市場における需給バランスの回復作用である。この機能が日本において働いたのだろうか。この機能の働きを見るには、労働市場の需給バランス指標である有効求人倍率の動向をみるとともに、医師給与の変動を分析しなければならない。現実には、労働市場で超過需要状況が発生すると、給与の上昇のみならず労働条件がさまざまな形で改善し、超過需要を解消する力が働く。次節で行うのは、日本の医師労働市場の需給調整力の検討である。



出所：厚生労働省『一般職業紹介状況』より筆者作成。

図7 有効求人倍率（常用（含パート））年度計

Ⅲ 労働需給の状況と労働条件の変化

ここまでの医療職労働時間に関わった変化を踏まえ、同時期の医療職労働市場における労働需給の状況を検討する。

(1) 超過需要状況

① 医師と他の医療職の有効求人倍率の10年の変遷

医療職の労働市場の状況は、前節でみた労働時間の変遷と整合的である。3医療職の中で、最も労働時間の短縮が進んだのは医師で、続いてその他医療職、看護師は女性では進むが、男性では2極化が進行していた。労働市場のひっ迫度を表す指標である有効求人倍率の動きが、この労働時間推移と対応している。図7に、医療に関連する3つの有効求人倍率の近年の変化を示した。倍率が最も高いのは医師等（医師、歯科医師、獣医師、薬剤師）で、その他医療職に対応する医療技術者の求人倍率は、2014年以降、保健師、助産師、看護師を上回る。その限りで、労働市場のひっ迫度の高い職種程、労働条件の改善度が高いという労働市場の需給調整メカニズムから予想される関係と、過去10年間に起こった3つの医療職の労働時間変化は整合的である。

では、労働市場のひっ迫が、労働条件の改善を引き起こすなら、もう一つの労働条件である給与水準のこの間の変化も、労働市場状況と整合的に推移したのだろうか？

② 医療職の給与の変化

労働市場の需給バランスが崩れているとき、多様な労働条件の内、最初に反応するのは賃金である。理由の一つは、ほかの労働条件より交渉する頻度が高く、労働市場状況により感応的に反応できるからである。また、一般的には、給与が労働者にとって最も大切な労働条件であり、経営にとっては、最大の労務費用項目であるからである。

では、2007年～2017年の10年間で医療職の給与はどの程度、変化したのだろうか。具体的には、

次の2つの増加率を推計してみた。

A 時系列でみた水準の変化
(2009年－2017年)

B コーホートで見た水準の変化
(2009年－2017年)

これらの変化から、超過労働市場仮説を検討してみよう。

先ず表3のA、年収の時系列変化を見よう。この

表3 医療職年収増加率

A：同年齢層の時系列でみた増減率

(2017年30～34歳－2007年30～34歳)／2007年30～34歳

(2017年40～44歳－2007年40～44歳)／2007年40～44歳

	年齢／規模	1,000人以上	100～999人	10～99人
医師（男）	30～34	46.2	5.5	1.8
	40～44	14.8	13.6	-41.7
薬剤師（男）	30～34	7.5	10.4	3.5
	40～44	-2.5	-7.8	17.3
看護師（男）	30～34	13.9	14.6	13.6
	40～44	3.9	-2.4	-12.9
理学療法士、 作業療法士（男）	30～34	8.5	2.9	-12.5
	40～44	-26.9	-20.7	-14.7

	年齢／規模	1,000人以上	100～999人	10～99人
医師（女）	30～34	30.6	24.3	-30.9
	40～44	22.3	4.8	
薬剤師（女）	30～34	0.6	1.5	-0.2
	40～44	6.7	11.6	1.2
看護師（女）	30～34	-2.5	2.3	-2.0
	40～44	-4.6	3.9	1.5
理学療法士、 作業療法士（女）	30～34	-2.9	2.1	-13.8
	40～44		-6.7	-4.1

表3 B：コーホートで見た増減率

(2017年40～44歳－2007年30～34歳)／2007年30～34歳

男性	1,000人以上	100～999人	10～99人
医師（男）	89.0	47.2	-11.1
薬剤師（男）	44.1	30.4	19.7
看護師（男）	31.7	20.1	16.2
理学療法士、 作業療法士（男）	30.4	14.9	6.5

女性	1,000人以上	100～999人	10～99人
医師（女）	83.0	34.7	N.A.
薬剤師（女）	8.9	27.2	7.7
看護師（女）	11.6	11.0	11.0
理学療法士、 作業療法士（女）	15.9	13.8	9.8

出所：厚生労働省『賃金構造基本統計調査』各年より著者作成。

表に記載された30～34歳の増加率は、同じ年齢層である30～34歳層の2017年の年収が2007年の30～34歳の水準と比べ、どの程度増減したかを%表示したものである。40～44歳も同様に計算した。他方、Bのコーホートで見た増減率は、2007年に30～34歳層の医療職が10年後40～44歳になったとき、この10年間に彼らの年収が実際どれだけ増減したかを見た数字である。30～34歳は、医師にとっては初職に就く年齢であり、其の意味でAの増減率は、労働市場への初めて入職する時点の給与の上がり方を示す。通常、このような入職時給与は労働市場の需給環境に強く影響を受けると言われている。また、薬剤師やそのほかの医療職にとって30歳代前半は、初職年齢よりは高いものの、キャリアの初期フェイズに当たり、比較的労働移動の多い年齢層である。そのため、この年齢層の給与は、医師の場合と同様に労働市場の影響を受けると推察できる。他方、コーホートで見た年収増減率は、入職後の勤務先での年収の増加率にはほぼ対応する。つまり、内部労働市場における医療職の年収増加率である。この増加率には、経験、知識の増大に伴う収入の増加分が含まれるので、外部労働市場の影響をそのままは反映しない。しかし、経験や知識の増大をどれだけ評価するのか、とりわけ外部労働市場がひっ迫する場合、転職を抑制するためのインセンティブを反映する側面を持つ。それゆえに、外部労働市場の需給バランスが、間接的に内部労働市場に与えた影響と見ることが出来る。

では表3の数字は何を語っているのだろうか。先ず時系列の数値を見よう。そこには明確なパターンが観察される。1つは労働市場の超過需要状況が最も強い医師においては、男女ともに、30～34歳層、40～44歳層のどちらにおいても、大・中規模の組織において、大きな給与の上昇が確認できる。2つ目は、男性については、医師以外の3職種では、より労働市場の需給状況を反映する30～34歳層においては、この間に大きな給与の上昇が確認できる。唯一の例外は小規模組織で働く理学・作業療法士である。3点めとしては、女性の医師以外の3職種においては、薬剤師では給与の上昇

が確認できるが、理学・作業療法士においては、むしろ低下する場合が多く、職種により状況が異なる。これらの点は、労働市場の超過需要状況と整合的と言える。医師については、長年、規模の大きな組織より、規模の小さい組織の給与水準が高い傾向が続いてきた。そのため、医師の労働市場のひっ迫度が上昇し、医師不足が顕在化すると先ず採用の困難度が高まるのは大・中規模の医療機関である。大・中規模組織における医師の給与が大きく上昇しているのは、この採用難に対する市場合理的な対応である。同様にほかの男性医療職においては、40～44歳層より30～34歳層の年収増加率が高いのも、すでに述べた通り、この層の給与が上位の年齢層の給与より強く外部労働市場の影響を受けた結果と推察できる。

では、コーホートで見た場合はどうだろう。B表の数値も外部労働市場のひっ迫を推察させるものである。先ず、時系列の場合と同様、すべての医療職において、しかしとりわけ医師の年収については、年収引き上げ圧力の強い大・中規模組織における年収増加率が小規模組織をうわまわっている。また、これら大・中規模組織の4職種を較べると、超過需要状況が強い医師の年収上昇率が、ほかの3職種の上昇率を上回る。

以上の通り、医療職の給与水準の過去10年の変動を見る限り、医療職の労働市場、とりわけ医師の労働市場においては、需給環境が需要過多の状況が継続的に続き、そのことが需要側の対応として前節でみた労働時間やこの節で見た給与の改善を推し進めた可能性が強く示唆されるものである。

以上の医療職の給与水準の過去10年の変動を見る限り、医療職の労働市場、とりわけ医師の労働市場においては、需給環境が需要過多の状況が継続的に続き、そのことが需要側の対応として前節でみた労働時間やこの節で見た給与の改善を推し進めた可能性が強く示唆されるものである。

Ⅳ 医療サービスの供給量と質の改善のための試論

ここまでは、医療職、特に医師の長時間労働に注目し、其の実態と過去10年の変遷を明らかにした。医療職のなかでも、長時間労働の実態が職種や就業形態によって異なること、さらには、勤務日数と日々の残業時間の間に強い相関があること、等の現状が明らかとなった。さらには、このような過酷ともいえる長時間労働の現状は、実は過去10年間の改善を経た結果であることもわかった。また、この間の改善が、相当程度に医療労働市場における需給バランス改善のための市場メカニズムが機能した結果である可能性も示唆された。では、今後もこの労働市場のメカニズムによって、医療職の長時間労働は解消するのだろうか。近年の政策的介入は不要なもので、むしろ労働市場にとっては、機能の十全な発揮を阻害する要因なのだろうか。

ここまでの議論で欠落していた論点は、医療供給における効率性の向上が持つ労働時間短縮効果である。今後少なくとも短期・中期的には、医療人材、とりわけ医師の供給量が大幅には増加しないことを想定すれば、長時間労働を削減するには、医師の生産性向上、しいては医療サービス提供メカニズムの効率化が必須である。そのような効率化を実現するには、医療サービス提供メカニズムと患者の医療サービス評価の関係の分析とそれに基づく医療サービス提供の効率化施策の策定が必要となる。本節では、筆者が行った4つの中規模病院(病床数150-200)の医師、看護師、そしてコメディカルを含む医療職と入院患者に対するアンケート調査の結果、さらには入院患者のカルテ情報を用いて、チーム医療の有り様と入院中に提供された医療サービス量が、患者の医療サービス満足度に対し、どのような効果を持つのかを分析した。その結果を紹介しよう。

表4に今回の対象病院に勤務する医療職とこれら4病院に入院し、2018年1月～10月までに退院した患者に対する入院患者アンケート対象者の簡単

表4 A: 医療職アンケート対象

		年齢	勤続年数	配布数
		平均値(歳)	平均値(年)	(回答数)
A病院	看護師	47.0	7.0	58(32)
	その他職	30.9	4.1	
	医師	60.0	.	
B病院	看護師	45.0	1.6	57(22)
	その他職	38.5	4.7	
	医師	53.5	.	
C病院	看護師	36.5	1.7	186(126)
	その他職	31.0	3.6	
	医師	48.0	.	
D病院	看護師	36.1	3.4	188(51)
	その他職	29.4	4.1	
	医師	49.9	.	

出所: 著者が実施した4病院アンケート調査より著者作成。

表4 B: 入院患者アンケート対象

	入院患者		年齢	女性比率
	人	欠損サンプル	平均値	%
A病院	75	9	76.2	47%
B病院	77	10	68.1	62%
C病院	265	18	76.4	63%
D病院	95	13	71.7	65%

出所: 上記4病院が実施した入院患者アンケート調査より著者作成。

な属性をしめした。医師については、比較的年齢が高く、逆に看護師やほかの医療職については、比較的若く、かつ勤続年数が短い点の特徴である。また、入院患者については、4病院共通に平均年齢が高く、入院患者が高齢者中心であることがわかる。医療職については、各種個人属性以外に、仕事と職場についての意識と評価、特に能力開発、処遇制度、そしてチーム医療について尋ねた。また、入院患者については、各病院が退院時に患者に対して記入を依頼している入院患者アンケートの情報を利用した。さらには診療報酬点数と入院理由である疾患名を各入院患者アンケート情報に加えた。今回の分析のポイントは、診療報酬点数であらわされる医療サービスの量的データと医療職に対して実施したチーム医療に関する実践と意識に関するデータを用いて、医療サービスのアウトカムとの関係性をみることにある。ここでチーム医療に着目する理由は、チーム医療の推

表5 患者満足度①と患者満足度②を従属変数とする重回帰分析の結果

説明変数	モデル1患者満足度①			モデル2患者満足度②		
	β	t	有意確率	β	t	有意確率
(定数)		-1.369	0.172		-1.149	0.252
年齢カテゴリ (40歳以下)	0.072	0.970	0.333	0.056	0.747	0.456
年齢カテゴリ (41~50歳)	-0.022	-0.279	0.781	-0.046	-0.578	0.564
年齢カテゴリ (51~60歳)	0.028	0.330	0.742	0.010	0.111	0.912
年齢カテゴリ (61~70歳)	0.091	1.030	0.304	0.074	0.829	0.408
年齢カテゴリ (71~80歳)	0.176	1.838	0.067	0.165	1.700	0.091
年齢カテゴリ (81~90歳)	0.181	1.691	0.092	0.169	1.551	0.122
性別ダミー	-0.042	-0.643	0.521	-0.045	-0.679	0.498
医療サービス	0.111	1.663	0.098	0.125	1.850	0.066
チーム医療水準④	0.290	4.582	0.000	0.232	3.614	0.000
F		3.468 ***			2.649 ***	
R2乗		0.124			0.098	
調整済みR2乗		0.088			0.061	

注：年齢カテゴリダミーでは91歳以上グループをベース。
出所：上記分析結果より。

進が、医療マネジメントにおける1つの重要な効率性向上のツールと考えられるからである⁴⁾。今回の調査では、チーム医療の指標として、CICS29 (The Chiba Interprofessional Competency Scale)⁵⁾を用いた。また、医療サービスのアウトカムとしては、医師や看護師を含めたさまざまなアクターから受けたサービスに対する患者アンケートの10個の設問回答を主成分分析して得た、各人の主成分得点を患者満足度として用いた。また、医療サービスの量的データとしては、各患者の入院期間中の総診療報酬点数を入院期間（日数）で割った、一日当たりの平均診療報酬点数である。

分析には重回帰分析を用い、説明変数の内、年齢については、カテゴリカル変数として処理した。対象者も病院数も極めて限られていることから、ここで紹介する結果は一般性を持つ結果とは言えないことに留意しながら紹介しよう。

最も興味のあるチーム医療水準は、入院患者の医療サービスに対する満足度に有意な正の効果を示した。同様に医療サービスも、統計的有意確率は上がるものの、正の効果が示唆される結果であった。しかし、如何せん今回の調査対象病院は4病院で、かつ中小規模であることから、対象患者

数も約400人と限定されたため、チーム医療水準の変数としての観察単位が個別病院の診療科ではなく、病院全体でとせざるを得なかった。そのため、医療職アンケートで収集したチーム医療情報が効率的に推定に利用できず、患者満足度モデルの説明力は極めて低かった。しかし、今後の医療サービス効率化に向けて、チーム医療のさらなる検討の必要性は示唆された。

V まとめ

本小稿では、日本の医療職の長時間労働の実態を、「就業構造基本調査」の結果から分析した。日本の医療職、とりわけ医師の大半は長時間労働が常態化している。この長時間労働とは、雇用者として働く医師の約3分の1が年間300日を超える就労をし、彼らの6割以上が月間80時間を超える残業を行う労働である。この非人間的ともいえる労働条件が今日の日本の医療現場に存在し、かつそのような医師によって日本の医療が提供されている現実は、社会全体として重く受け止めねばならない。

他方、この長時間労働の現状は、この10年で大

⁴⁾ Maynard (2012) 等参照。

⁵⁾ Sakai et al (2017) 参照。

きな改善があった結果でもある。改善の結果が、それでもこれだけの長時間労働である。ここ数年の政策的努力とは別の力が、この間の改善に働いていたことに留意せねばならない。市場の需給調整メカニズムの効果である。人手不足になれば、それを解消する方向に市場の調整力が働く。日本の多くの労働者は転職を望まず、労働市場の流動化は進みにくい、との一般的認識とは異なり、医療人材、特に医師においては、外部労働市場の需給調整メカニズムが働き、労働条件の改善が進んでいたことは、驚きである。超過需要の状況が今後も中期に続くことが予想される今、継続的に労働時間、および給与の改善が進む可能性が示唆される。

とはいえ、市場の調整力にのみ依存することなく、現状の改善に効果が期待できる施策は今後も模索されなければならない。その有力な候補が、チーム医療の推進である。この小稿で示した限定的なケーススタディーの結果も、チーム医療の推進が医療サービスのアウトカムに効果を持つ可能性を示唆するものであった。さらなる研究が待たれる。

謝辞

本研究はJSPS科研費基盤研究 (B) 16H03634の

助成、および医療法人全心会からの奨学寄附金の助成により実施した研究成果です。

参考文献

- 橘木俊詔編『査定・昇進・賃金決定』有斐閣, 1992年。
Ikuko Sakai, T. Yamamoto, Y. Takahashi, T. Maeda, Y. Kunii and K. Kurokochi, "Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: The Chiba Interprofessional Competency Scale (CICS29)," *Journal of Interprofessional Care*, 2017, Vol.31, No1, pp.59-65.
Kate Sparks, Cary Cooper, Yitzhak Fried and Arie Shirom, "The effects of hours of work on health: A meta-analytic review", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.70, Issue4, December 1997, Pages 391-408.
Toshiaki Tachibanaki ed., *Wage Differentials: An International Comparison*, Macmillan, 1998.
M. Travis Maynard,, David Marshall,, Matthew D. Dean, (2012), "Crew Resource Management and Teamwork Training in Health Care: A Review of the Literature and Recommendations for how to Leverage such Interventions to Enhance Patient Safety", in Leonard H. Friedman, Grant T. Savage, Jim Goes (ed.) *Annual Review of Health Care Management: Strategy and Policy Perspectives on Reforming Health Systems (Advances in Health Care Management*, Volume 13, Emerald Group Publishing Limited, pp.59-91.

(なかた・よしふみ)

Health Professionals: Their Working Conditions, Working Environment and the Health Service They Provide

Yoshifumi NAKATA*

Abstract

We analyzed the working hours of health professionals. Among them physicians, particularly those who are employed, work the longest. We have also found that physicians who work more days work lonest week. Actually, more than 60% of those physicians, who work more than 300 days per year, work more than 60 hours per week. We have also found that those health professionals' working hours have been shortened in the last 10 years. In those 10 years the labor market for those professionals have been very tight as the excess-demand conditions have persisted. It seems that those labor market situations have caused the improvement of their working conditions, including working hours and salaries. Among the health professionals, the working conditions of physicians have improved most as their labor market has been most tight.

We have also presented the result of a small case study of health professionals working in 4 mid-size hospitals in Kansai Area in Japan. We analyzed the evaluation of the health service by patients who stayed in those hospitals. It seems that those patients who were most satisfied are those who stayed in the hospital which have good interprofessional collaboration. We found that the interprofessional collaborative competency scale variable showed significant statistical significance parameters in the regression models with patient evaluation scale of the health service they received during their hospital stay in2018.

Keywords : Health Professional, Long Working Hours, Excess Demand, Improvement of Working Conditions, Teamwork

* Professor, Graduate School of Policy and Management, Doshisha University

特集：医療専門職の業務の変化と現代的課題

イギリスにおける医療専門職の業務変化
——労働時間規制下での持続可能性確保——

白瀬 由美香*

抄 録

本論文は、近年のイギリスにおける医療専門職の業務変化にまつわる検討を行い、日本への示唆を探ることを目的としている。イギリスでは1990年代にEU加盟国に導入された労働時間規制により、医療専門職も大幅な労働時間の短縮が求められた。それと並行する時期に、厳しい財政状況のもとで疲弊した医療サービスの量と質とを向上し、持続可能性を確保するため、専門職養成システムの整備や外国人労働者の雇用など、医療専門職にかかわるさまざまな施策が行われた。さらに、処方をはじめコメディカルによる医療行為への関与が増加し、新たな補助職が創設され、コメディカルにもコンサルタントの職位に達するキャリアパスが開かれるという変化があった。しかしながら医療サービスの持続可能性を保つためには、医療専門職の確保や業務変化を促すだけでなく、患者・市民もその一員として制度を支えていくNHS Constitutionの理念が重要であると考えられた。

キーワード：イギリス, NHS, 医療専門職, 労働時間規制, 業務変化

社会保障研究 2019, vol.3, no.4, pp.521-535.

I はじめに

本稿は、近年のイギリスにおける医療専門職の業務変化について検討を行うことを目的としている。イギリスでは1990年代に導入されたEUによる労働時間規制を受けて、医療専門職も大幅な労働時間の短縮が求められた。それと並行する時期に、厳しい財政状況のもとで疲弊した医療サービスの量と質とを向上し、持続可能性を確保するため、医療専門職のあり方にかかわるさまざまな施策が行われていた。そうした一連の過程を経て、イギリスの医療専門職は現在どのような状況にあ

り、業務内容にはどのような変化が起こったのかを追うこととしたい。

医療専門職の労働時間や働き方に関しては、日本においても大きな関心が寄せられている。とりわけ医師の過酷な労働実態が顕在化しつつあり、厚生労働省は「医師の働き方改革」検討会を設置し、2018年2月に「緊急的な取組の項目」として以下の6つを挙げていた。

- ①医師の労働時間管理の適正化に向けた取組
- ②36協定の自己点検
- ③既存の産業保健の仕組みの活用
- ④タスク・シフティング（業務の移管）の推進
- ⑤女性医師等に対する支援

* 一橋大学大学院社会学研究科 教授

⑥医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

これらのうち①～③は既存の法制度の枠組みのもとで対応可能であるが、④～⑥は職場における業務分担のあり方全般に変更を迫る項目である。タスク・シフティングは業務の移管と書き添えられているように、ほかの職種に業務の一部を移管することで、医師の業務負担を軽減させることを意図している。医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組には、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルや完全休日の設定など、イギリスの労働時間規制にも盛り込まれているような内容が含まれている。イギリスで過去20年間になされた施策の状況を見ると、これらの実現は一つ一つの項目に順番に取り組むのではなく、同時進行的に全体を変えていかざるを得ないような印象も受ける。

イギリスにおいて労働時間規制を伴う多様な改革が、医療専門職の業務にどのような変化をもたらしたのか、多様な施策がどのようにかわりあっていたのかを概観することで、日本への示唆も見えてくるように思われる。

以下ではまず、イギリス医療制度の基本構造と医療専門職の特徴をおさえるところから始めたい(Ⅱ)。そして、1990年代にEUによる労働時間指令がどのようにイギリスに導入されたのかを説明し、現在の医療専門職の労働時間をめぐる問題点を指摘する(Ⅲ)。次に、2000年代初めに行われた医療専門職の確保策を挙げ(Ⅳ)、そのもとでなされた医療専門職の業務変化を検討する(Ⅴ)。これらをもとにして、イギリスにおける医療専門職の業務変化と医療サービスの持続可能性について議論してまとめとしたい(Ⅵ)。

なお、本稿での「イギリス」という記載は、特段言及しない限りイングランドにおける事柄のみを指している¹⁾。

Ⅱ イギリス医療制度の基本構造と医療専門職

1 National Health Service

イギリスでは1948年以来、National Health Service (NHS) という租税を主な財源とする制度を通じて無料で医療サービスが提供されている。医療機関はGP (General Practitioner) と呼ばれる家庭医の診療所と、二次・三次医療機関である病院とに明確に機能分化されており、NHSを利用するには必ずGPへの登録が必要である。救急を除く病院での専門的な医療、地域で訪問看護やリハビリを受ける場合など、必ず登録したGPによる紹介が必要な仕組みとなっている。

2 医療専門職の雇用関係

NHSで働く医療専門職の処遇に関しては、医師は英国医師会 (British Medical Association)、看護師は英国看護協会 (Royal College of Nursing) が労働組合としてNHS Englandと交渉を行っている。そのほかの医療専門職についても同様に、各専門職団体が臨床面のガイドラインを提示するだけでなく、労働組合としても活動している。また、公共サービス部門の労働組合であるUNISONには、医師・歯科医師・シニアマネージャーを除くNHS職員が加入しており、看護師と事務職員がその多くを占めている。

ただし医師の中でもGPは、独立した事業主として開業している者と開業したGPに雇用されている勤務医がいる。GP契約に関しては、英国医師会がNHSと契約方式に関する交渉を行い、そこで定められた方式に沿って各GPは契約を締結している。したがって開業医は、診療所運営に伴う経費を含めて、登録者数と成果報酬などにもとづく支払いを受けている [白瀬 (2016), p.22]。関連して、診療所にはGPのほかにも看護師等のコメディカルもいるが、これらの医療専門職の処遇はそれぞれの診療所によって定められている。

¹⁾ イギリスの医療は、連合王国を構成するイングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドのそれぞれで独立した制度が運営されている。

3 患者の権利・義務と医療専門職の役割

イギリスでは、NHS Constitutionという、医療サービスの利用・提供に関する社会契約が示されている²⁾。これは、2008年に発表された「すべての人に質の高いケアを（High Quality Care for All）」報告書でその原型が示され、2009年1月に初版が発表された〔NHS (2015)〕。NHS Constitutionは、常に時代に即した医療サービスを実現し、医療サービスの持続可能性を保つための基盤と呼べるものであり、その内容は数年ごとに改訂されている。

具体的な内容を見ていくと、患者・一般市民・スタッフそれぞれの権利を確認するとともに、NHSが達成すべきことを誓約している。さらに、患者・一般市民・スタッフには、互いにNHSを公平で効率的に運営する責任があることが示されている。例えば、医療専門職は専門職登録団体が定める行動規範に従って行動し、良いケアを患者に提供する義務があるのに対して、NHSはスタッフの職場環境の改善、教育研修機会の提供、健康や安全管理に務めるとされている。また、患者や一般市民は、質の高い医療サービスを利用する権利を持つと同時に、健康であるよう自己管理に務めることが求められている³⁾。

このように、医療関係者だけではなく、患者や一般市民にもNHSが今後も持続可能であるように取り組むことが求められている。

III 労働時間規制の導入と医療専門職の処遇

1 欧州労働時間指令のNHSへの適用

欧州委員会（European Commission, EC）は1993年に、欧州労働時間指令（European Working Time Directive）を採択した。その意図は、労働者の最低限の安全衛生の要件を定めることであり、EU

加盟国は原則としてこの規制のもとで労働者を雇用することとされた。労働時間指令には以下の項目が含まれている。

- ・24時間につき連続11時間の休養（第3条）
- ・6時間以上の労働には休憩時間を確保（第4条）
- ・7日間に付き連続24時間の休養⁴⁾（第5条）
- ・1週間あたり残業を含めて48時間以内の労働（第6条）
- ・年間4週間以上の有給休暇（第7条）
- ・深夜労働者は平均して24時間に8時間までの勤務（第8条）

ただし、トップマネジメント従事者、家業専従者のほか、適用が難しい一部の職種については、加盟国の法律で適用除外（derogations）とすることが認められた。また、適用された労働者についても、個別に事業主との合意のもとで離脱（Opt-out）することも可能とされた〔EC (1993); EC (2018)〕。

イギリスにおいては、1998年10月に国内法に欧州労働時間指令が反映されると同時に、NHSの職員にもこの規制が適用されることとなった〔NHS Employers (2009)〕。

けれども、当初は研修医にだけは適用されなかった。適用が始まったのは2004年であるが、それも週58時間労働まで認めるものであった。その後、2007年に56時間、2009年以降はほかの医師と同様に週48時間労働の規制が研修医に適用されるようになった⁵⁾〔EC (2015b), pp.182-183〕。

2 医療専門職の労働時間・労働環境の現状

NHSでは37.5時間が所定労働時間とされている。しかしながら、欧州委員会の報告書によれば、2012年時点におけるイギリスの医療専門職の労働時間はほかの業界に比較して長く、臨床医の労働時間の中央値は40時間、平均値は39.8時間で

²⁾ NHSでは、準市場が導入されるのと同時期の1991年に「患者憲章（Patient's Charter）」が示され、患者の権利に関する枠組みが明文化されていた。NHS Constitutionは、患者憲章が現代化され、内容が発展したものと位置づけられる。

³⁾ こうした方針に関連して、NHSでは健康やセルフケアに関する情報提供や患者教育も推進されている。詳しくは、松繁（2010）を参照。

⁴⁾ これは日々の連続11時間の休養に加えて設定されるので、35時間のインターバルをあけることになる。

⁵⁾ 週あたり労働時間は、26週間の平均労働時間をもとに算定することとされている〔EC (2015b), p.183〕。

あった〔EC (2015b), p.184〕。2017年に実施されたNHS Staff Surveyにもその傾向は読み取ることができ、71.7%のNHS職員が所定労働時間を超えて働いたことがあると回答していた。さらに、そのうち33%は有給の残業であったが、58.3%は無給であったという。以下では近年の調査結果をもとにして、医師を中心に労働の現況を示す。

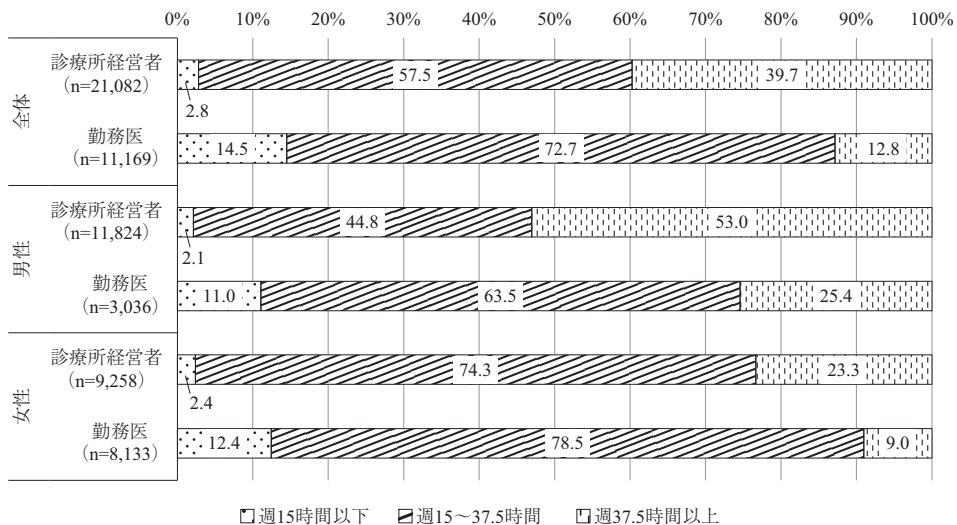
英国医師会が連合王国の医師に対して行った調査結果によると、所定労働時間を超過して無給で働いた経験については、「まったくない」は7%にとどまり、「やや超過して働いたことがある」39%、「非常に超過して働いたことがある」54%であった〔BMA (2018), p.26〕。

とりわけ、研修医の過酷な労働環境については、労働時間規制の適用が遅かったこともあり、かねてから問題視されてきた。医師免許を管理する総合医療協議会（General Medical Council）による2013年の研修医調査では、外科では軒並み70%前後が48時間を超えて勤務していたことが示されていた。超過が無かったのは、耳鼻咽喉科の一部（Audio Vestibular）のみであった〔Independent Working Time Regulations Taskforce (2014), pp.16-17〕。2016年にはNHSとの契約の改正をめくり研

修医による全国ストライキも行われた。NHSでストライキが行われるのは1970年代以来のことであり、医師の労働問題の中でも象徴的な問題として特に注目が集まった。

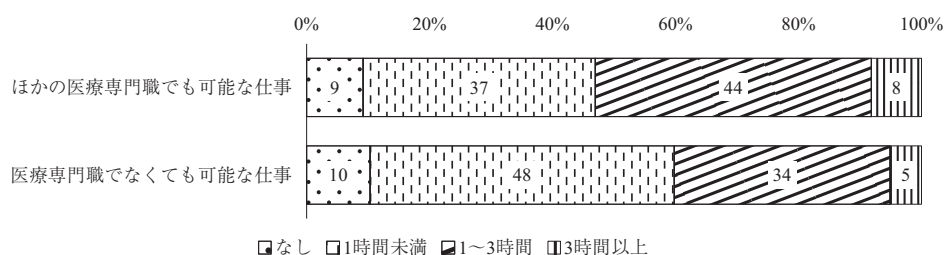
GPの労働時間は診療所の経営者であるか、勤務医であるかによって異なっている。2018年3月のデータによれば、診療所経営者GP（GP Providers）の約4割がNHSの所定労働時間を超えて働いていたのに対して、勤務医GP（Salaried GPs）の超過労働は1割強に過ぎなかった。とりわけ男性の診療所経営者では過半数が所定労働時間を超えていた。他方女性GPは全体の52%を占めており、研修医については7割近くが女性である。診療所経営者の約4割が女性であるが、そのうち約75%が所定労働時間以内で働いている。女性勤務医GPでは約9割が週37.5時間以下の労働である（図1）。

また英国医師会の最新の調査では、医師以外の医療専門職が担える仕事に約半数、医療職でなくとも可能な仕事には約4割の医師が1日あたり1時間以上従事していることも明らかになった（図2）。さらに、医師たちは多様なプレッシャーにさらされながら働いていることも示されていた（表1）。GPと病院勤務医とを比較すると、「同時に複



出所：NHS Digital (2018a) をもとに筆者作成。

図1 GPの労働時間（2018年3月）



出所：BMA（2018），p.31をもとに筆者作成。

図2 医師以外でも担える仕事に従事した時間（1日あたり）

表1 患者への安全なケアに影響する事象（％）

患者への安全なケアに影響する事象	UKの 全医師	GP	病院 勤務医
同時に複数のタスクに対処	68%	83%	59%
患者を診る時間がない	63%	86%	50%
欠員がある，交代要員の不足	62%	53%	68%
看護師やほかの職種への不足	55%	36%	66%
長時間労働による疲労	39%	54%	31%
病床の不足	35%	9%	51%
事務的なサポートの不足	33%	21%	39%
職場の運営ルールや組織	28%	17%	35%
検査機関等へのアクセスの限界	22%	29%	17%
専門外の診療	16%	28%	9%
設備の不足	9%	3%	13%
その他	6%	8%	5%

出所：BMA（2018），p.12より筆者作成。

数のタスクに対処」「患者を診る時間がない」「長時間労働による疲労」「検査機関へのアクセスの限界」「専門外の診療」について、GPのほうが病院勤務医よりも割合が高かった。他方、病院勤務医は、「欠員がある，交代要員の不足」「看護師やほかの職種の不足」「事務的なサポートの不足」のほか、病床や設備の不足に関する回答がGPよりも高かった。これらのことから、事業主として疲弊するGP、業務分担の不調に悩む病院勤務医の姿が浮き彫りになる。

他方、看護師についてもイギリスは長時間労働の傾向がある。Griffithsらの研究によれば、看護師のシフトの長さや超過勤務に関する欧州12ヶ国比較調査の結果、最も超過勤務者の割合が高かつ

た国はイギリスで50%であった⁶⁾。さらに、1回勤務するごとのシフトについてもイギリスはほかのEU諸国に比べて長い傾向があり、日勤では8時間以下が45%であるが、12時間以上も3割を占めている。夜勤では10時間以上が7割を超えている〔Griffiths et al. (2014)〕。常勤看護師の勤務シフトは12時間交代の病院が多いとされているが、上記調査はそれを裏付ける結果であった。

IV 医療専門職の確保策

1990年代までのNHSは保守党政権下での財政抑制によって、医療サービスは量・質ともに低下し、受診までの待機時間の長期化が問題となっていた。1997年に労働党のブレアが首相となると、NHSへの投資を大幅に拡大し、まずはサービス供給量の拡大が図られることとなった〔近藤(2004)〕。サービスの担い手である医療専門職の確保策は、上述の労働時間規制が強化されたこと、より良い労働環境を求める医療専門職の海外流出への対応という観点から行われた。

NHSにおける人材確保策は、2002年以降、戦略的保健局（Strategic Health Authority, SHA）のもとで全国を10か所に分けた広域的な計画のもとで進められた⁷⁾。その後、2013年のNHS組織改編により戦略的保健局は廃止され、現在は保健医療教育イングランド（Health Education England, HEE）が人材育成・確保の戦略策定にあたっている。以

⁶⁾ 所定労働時間以上の超過勤務を行った看護師の割合は以下のとおりである。1位：イングランド50%，2位：ギリシャ44%，3位：ベルギー43%，4位：スイス41%〔Griffiths et al (2014)〕。

⁷⁾ 2002年当初は28か所の領域が設定されていたが、2006年に10か所に集約された〔松本（2015），p.233〕。

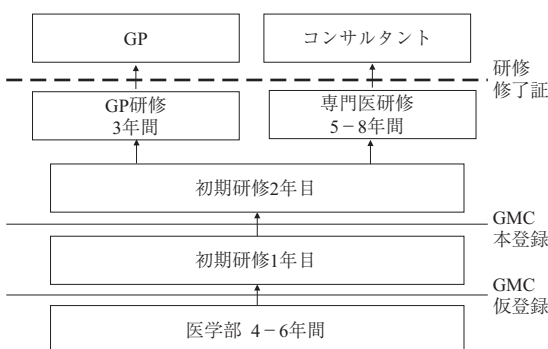
下では2000年代初頭からなされた医療専門職の確保策について、特に養成システムの整備と外国人労働者の雇用の状況を見ていく⁸⁾。

1 養成システムの整備

(1) 医師

ブレアおよびブラウン政権下では、医師の確保策として、新しい研修医プログラムの導入による研修期間の明確化と短縮、医学部の定員増加や養成課程の多様化を行った。これは、2005年に開始された「医師養成の現代化」と名付けられた新たな養成システムである。イギリスで医師になるためには、まず大学医学部に入学し、通常は5年間の課程を修めることが必要である。他分野から編入学する場合は4年間、生命科学の基礎教育を充実させたプログラムでは6年間で修了年限とされた。卒業と同時に医師免許を管理する総合医療協議会（General Medical Council, GMC）に仮登録し、初期研修1年目修了後に本登録となる。2年間の初期研修修了後は、目指す専門分野によって研修期間が異なり、GPは3年、それ以外は5～8年の研修が続く（図3）。

なお、研修中は研修医契約に基づいて給料が支払われる。初期研修中の平均年収は3～4万ポンド、専門研修中は5～6万ポンドとなっている。最



出所：Medical Schools Council（2018）をもとに筆者作成。

図3 医師養成システム

も高い職位にある専門医はコンサルタントと呼ばれ、NHSから支払われる平均年収は10万ポンド超となる⁹⁾〔NHS Digital(2018b)〕。

また、2009年から医師免許は、医師登録と診療免許という2つの要素から構成されるようになり、2012年からは業務再検証にもとづく5年ごとの更新（revalidation）が導入された。更新するには、(i) 知識・技能・パフォーマンス、(ii) 安全と質、(iii) コミュニケーション・連携・チームワーク、(iv) 信頼の維持、という4つの側面から評価を受けることとなる。このような施策を通じて、医師の量と質を保つことが目指されている〔松本（2015）、p.245〕。

とはいえ現行の養成システムも問題がない訳ではない。NHSの人的資源管理を統括するHEEは、特にGPを希望する医学生が少ないことを懸念している。その理由として、専門医と比べて低い地位とする医学部内での集団意識、実習時のGPの様子から受け取るネガティブなイメージ、GPは金儲けを目的に医学部教育に携わっていると誤解があるという。HEEは医学校協議会（Medical School Council）と合同で、「偶然にではなく選択によって」と題して、大学入学前の学生にもGPの職業的魅力を伝え、GP希望者を増やしていくこと、医学部のカリキュラム改革を行うことなどを提言し、それに沿った事業が現在進められている〔HEE（2016a）〕。

(2) 看護師

かつては看護師の養成は主として病院で行われていたが、1990年代以降、准看護師の養成は廃止され、すべての看護師は正看護師として大学で養成されるようになった。2006年には「看護師養成の現代化」と題した改革が提示され、2013年以降の入学生については看護学生が必ず学士を取得するカリキュラムになった。現行の養成システムは、成人・小児・精神保健・知的障害の4つの分野のうちから1つの専門分野を選択し、座学と実習がおよ

⁸⁾ イギリスにおける医師・看護師の養成システムについては、白瀬（2011a）および松本（2015）が詳説している。

⁹⁾ 医師はNHSにパートタイムで勤務し、私費診療の患者を診ることも認められているため、実際の年収はここで示されているより大きい金額の可能性がある。

そ半々の割合で構成される3年間のプログラムとなっている。看護師は従来から看護助産協議会(Nursing and Midwifery Council, NMC)に、3年ごとに一定の継続教育と臨床経験を要件とする免許更新(renewal)があったが、2016年以降は医師と同様に業務評価を伴う更新(revalidation)に変更された。

看護師についても、プライマリ・ケアで働く者の不足が懸念されている。診療所の看護師は人数では23,000人程度いることになっているが、常勤換算すると15,000人程度にすぎない。診療所看護師の約3分の1は55歳を超えており、今後退職者が増加すると見込まれている〔NHS Digital (2018a); Nuffield Trust (2018)〕。HEEの調査によれば、新人看護師にとって診療所看護師は「リスクの高い選択」で「セカンドキャリア」とみなされているという。それがプライマリ・ケアを目指す人材の不足にもつながっており、HEEは診療所での実習を増やすこと、卒後研修を整備することなどを通じて、診療所看護師の養成を強化する計画を策定したところである〔HEE (2016b)〕。

2 外国人労働者の雇用

労働党政権期の医療専門職の確保策には、外国人労働者の雇用もあった。現在までの増加の経緯のすべてを統計でたどることはできないが、データが入手可能な2010年以降の傾向を見ると、EUおよびEEA出身者は2.5%だったのが2017年には5.2%に増加した。そのほかの諸外国出身者は6%台で横ばいであった〔NHS Digital (2017a)〕。ただし、この間に国籍不明者が17.9%から6.7%に減っ

ていることから、データ収集の精緻化がEU出身者の割合の増加の要因となっている可能性がある。

職種別にみると、外国人割合が最も高いのは医師で約25%、看護師やヘルスケア・アシスタントは約15%であった。出身国別では、必ずしもEU出身者が多い訳ではなく、医師、看護師、ヘルスケア・アシスタントについては、どちらかと言えばEU域外の国から採用されている(表2)。

そして、外国人のNHS職員は全般的にロンドンを中心とした都市部に集中している。ロンドンでは23%前後、近郊では10数%であるのに対して、そのほかの地域では10%に満たない。イングランド北東部が最も低く、約5%であった〔NHS Digital (2017b)〕。

GPについては国籍のデータはないが、医師免許を取得した国に関する集計に基づいた推計がなされている。2018年3月現在で、GPの78%が連合王国であるのに対して、EUおよびEEAは4.3%、アジアが12.5%、アフリカが3.5%、その他が2.0%であった。地方別にみると、東イングランド、北西ロンドン、ウェストミッドランズでは25%以上が連合王国以外で免許を取った医師であった。他方、ウェセックス、南西イングランドでは外国での免許取得者は1割に満たない〔Baker (2018), p.18〕。

このようにイギリスで働く外国人の医療専門職は、職種別では医師、地方別ではロンドンをはじめ都市部で20%を超えているという特徴がある。

表2 NHSにおける職種別外国人割合(2018年headcount)

	総数	UK	EU	EEA	その他	不明
NHS職員 (内訳)	1,207,586	82.17%	5.23%	0.04%	6.71%	5.89%
医師	117,949	69.99%	9.13%	0.12%	16.11%	4.75%
看護師(保健師を除く)	307,830	78.83%	6.47%	0.03%	9.09%	5.60%
ヘルスケア・アシスタント	76,575	77.54%	5.33%	0.03%	10.20%	6.91%
技術者	22,678	87.23%	3.27%	0.03%	3.25%	6.23%
救急救命士	15,219	79.43%	2.46%	0.01%	4.43%	13.69%

注: EEAには、アイスランド、リヒテンシュタイン、ノルウェー、スイスを計上している。

出所: NHS Digital (2018c) をもとに筆者作成。

V 医療専門職の業務変化

医療専門職の確保は、医療サービスの持続可能性を保つうえで不可欠であるが、単にそれぞれの職種で養成システムを整備し、人材育成を行えば終わりではない。医療は多様な専門職やサポートスタッフからなるチームで行われることから、業務のあり方や連携の様相についても視野に入れる必要がある。以下では、コメディカルによる医療行為の進展、新たな補助職の導入、人事・給与システムから医療専門職の業務変化を検討する。

1 コメディカルによる医療行為の進展

21世紀に入ってからおよそ20年の間にイギリスのコメディカル (Allied Health Professions) の業務範囲は大きく広がった。従来は医師のみが行っていた臨床実践への関与において特に進展が見られた。

イギリスでは医療専門職の業務範囲は、各専門職の職位に応じたコンピテンシー枠組み (competency framework)、職務記述書 (job description) に加え、具体的に資格や経験の要件、業務内容が示された個人別仕様 (person specification) にもとづいて定められている。看護師についても、診療の補助行為と療養上の世話を業務とすることが法律に明記されている訳ではなく、各職場で個人別に業務範囲が設定される。医療専門職の職場での役割分担は、雇用契約と職場の安全管理、専門職としての自己規制 (指針や行動規範) が重要な要素となっている [白瀬 (2011a); 松本 (2015)]。

そのことから、いわゆるナースプラクティショナーも特段の法改正なく、1980年代から現場の判断で導入が進められてきた経緯がある。しかしそれがゆえに、ナースプラクティショナーの資格化

が進まず、養成プログラムの内容や期間にも多様性が残されたままである。ナースプラクティショナーは幅広く活動しているものの、業務範囲や人数に関する統一的なデータがなく、その実態を明確に示すことが難しいのが現状である¹⁰⁾。

医薬品の処方に関しては、Medicines Act 1968およびHuman Medicines Regulations 2012の規制を受け、医師以外で処方を行う医療専門職には免許が発行され、資格登録機関で管理されている。

コメディカルによる処方はまず看護師から始まった¹¹⁾。1999年から訪問看護で一部医薬品の処方が認められ、2002年には規制医薬品を含む医師と同じ範囲の処方権を認める独立処方者 (Independent Prescriber) の資格が導入された。2003年には、医師が作成した診療管理計画 (Clinical Management Plan) にもとづく処方ができる補助的処方者 (Supplementary Prescriber) も養成されるようになった。さらに、2006年には薬剤師も独立処方者、補助的処方者の資格を取得できるようになった。現在までに、足治療医 (Chiropodist)、理学療法士、放射線技師 (治療従事者)、救急救命士が独立処方者の資格を認められている¹²⁾。

ただし、独立処方者には規制医薬品を含めて処方が認められている職種と、そうでない職種とがあるものの、原則として各自の専門とする診療分野以外の処方は行わないこととなっている。処方資格は6か月程度のプログラムで取得できることから、それだけであらゆる疾病を診断し、処方できる能力が備わる訳ではない。ここでもやはり上述のように、雇用契約と職場の安全管理、専門職としての自己規制の範囲内で行動することが求められる。つまり、独立処方者は法律上あらゆる医薬品の処方が認められているが、実質的には限られた範囲でのみ処方が行われている [白瀬

¹⁰⁾ 英国看護協会が2018年に高度看護実践 (Advanced Level Nursing Practice) の基準策定を行ったが、これは臨床行為だけではない多面的な実践を含む内容であった [RCN (2018)]。

¹¹⁾ 看護師の処方権の拡大過程については、白瀬 (2011b) を参照されたい。

¹²⁾ コメディカルの処方資格は認められたものの、取得者はまだ限られている。独立処方者は足治療医で約300人、理学療法士が約800人、放射線技師が約80人に過ぎない。救急救命士は2018年から養成が始まったばかりで、まだ資格取得者が出ていない [Health and Care Professions Council (2018)]。

(2011b)]。

また、上記の職種以外でも、医師による患者個別指示 (Patient specific direction)、患者群別指示 (Patient group direction) にもとづく処方薬の提供や投与は認められている。足治療医、手術部門助手 (Operating department practitioner)、救急救命士については、処方資格を持たなくとも、例外規定リストに掲載された医薬品を緊急時には医師の指示なしで提供・投与することが可能である¹³⁾ (表3)。

2 新たな補助職の導入

処方をはじめとした既存のコメディカルによる診療行為が認められる一方で、新たな補助職の創設も行われている。近年導入された新しい補助職には、医師の助手として診療補助を行う Physician Associate (PA)、看護師を補助する Nursing

Associate (NA) がある。

(1) Physician Associate

PAはイギリスで2009年から養成されるようになった¹⁴⁾。生物医学または保健学に関連する分野の学士号を持ち、2年間 (46～48週間/年) の修士課程のPA養成プログラムを修了すると資格が取得できる。現在31ヶ所の大学にプログラムが設置され、開設予定も3ヶ所ある。PAはまだ名称独占の国家資格となっておらず、自発的な登録制度のもとで運用されている。2015年からは英国PA協会 (UKAPA) やHEEのほか、多様な医学会と合同で、英国内科医学会 (Royal College of Physicians, RCP) にPA部門が設置され、PAのトレーニングや規制の策定をサポートしている [RCP, (2018a)]。

養成プログラムは大学院での座学のほか、1,600時間の臨床実習を軸としている。病院での

表3 処方が認められている医療専門職 (看護師、薬剤師を除く)

専門職	提供・投与			処方		
	患者個別指示	患者群別指示	例外規定	補助的処方	独立処方	独立処方 (規制医薬品)
アートセラピスト	○					
生物医学研究者	○					
足治療医	○	○	○	○	○	○
臨床検査技師	○					
栄養士	○	○		○		
補聴器技能者	○					
作業療法士	○	○				
手術部門助手	○	○	○			
視能訓練士	○					
救急救命士	○	○	○	○	○	
理学療法士	○	○		○	○	○
臨床心理士	○					
技師装具士	○	○				
放射線技師 (診断)	○	○		○		
放射線技師 (治療)	○	○		○	○	
ソーシャルワーカー	○					
言語聴覚士	○	○				

出所：Health and Care Professions Council (2018a) をもとに筆者作成。

¹³⁾ 保健医療ケア専門職協議会 (Health and Care Professions Council) は、処方者養成機関とすべての処方者に対して、処方基準を策定している。2018年秋から冬にかけて改訂に向けたコンサルテーションが実施されているところである。改訂は5年ごとに行われる [Health and Care Professions Council (2018b)]。

¹⁴⁾ この専門職の名称は、導入初期にはアメリカと同様の Physician Assistant とも呼ばれていたが、現在は Physician Associate として定着している。イギリスで養成がはじめられる経緯や初期の状況については、白瀬 (2010) を参照。

総合診療を350時間、地域医療、救急、精神保健、一般外科、産婦人科、小児科での各90時間以上の実習が含まれている。

修了後はGP診療所、病院（内科）、救急医療などで働くことが想定されているが、HEEが特に期待しているのは診療所での採用である〔HEE (2018)〕。先述の通り、診療所で働くGPや看護師が不足している状況である。その不足を補う人材として、PAは例えば糖尿病やCOPDのような特定の慢性疾患について、検査と疾病管理を担当することが考えられている。

2018年現在、連合王国内には約600人のPAプログラム修了者と約1,600人のPA学生がいると見積もられている。英国内科医学会PA部門が行った最新の調査では、262人のPAから回答があり、そのうち75.9%が女性であった。全体の9割近くがイングランドで働いている。PAの活動場所を複数回答で尋ねたところ、最も多かったのは総合診療で28.4%を占め、急性期医療18.2%、救急医療16.5%と続いた。そして、87%以上の回答者が自身の仕事に満足しているとのことであった〔RCPC (2018b)〕。

けれども、PAの位置づけについては、法整備が進んでおらず、ほかのコメディカルとの関係など、今後の継続教育やキャリアパスのあり方についても不透明な部分が多く残っている。診療の補助をする類似した職種として、集中治療室のAdvanced critical care practitioner、外科のSurgical care practitioner、麻酔科のPhysicians' assistantsなどもあり、これら職種との住み分けも課題となるだろう。

(2) Nursing Associate

NAは、看護師とヘルスケア・アシスタントとのスキル、知識の差を埋めるために新設された資格である。2015年にHEEが行った「ケアの形

(Shape of Caring)」レビューにおいて、新技術・医薬品の進歩・遺伝子工学や根拠に基づく医療の影響などを受けて、看護実践は高齢化社会に対応するため新たな働き方を開発する必要があるとの認識が示された〔HEE (2015), p.3〕。その提言を受けて、政府はNursing Associateという名称の新たな補助職を導入することを決定した。コンサルテーションの結果、NAは看護師と同様に看護助産協議会のもとで、養成システムや実践に関して規制を受ける国家資格として位置づけられることとなった〔Nursing and Midwifery Council (2018)〕。

NAが期待される役割は、広範で多様な医療・ケア現場で、看護師のリーダーシップや指示のもと、全人的な質の高いパーソンセンタードケアを提供することである。さらに、ケアのアセスメントや計画、評価において、看護師を補助することも期待されている。ただし、あくまでも看護師の指示のもとで業務に従事することから、NAが自ら計画の変更をしたり、他機関に情報共有や照会をしたり、医薬品を処方したりということはできない。それでも実践の構成要素として定められた範囲内で、ヘルスケア・アシスタントの指導をするなど一定の自律性を持つことは認められている〔HEE (2017), pp.14-15〕。

NAの養成は、HEEによるモデル事業を通じて2017年から全国35か所で開始された。NAは、高等教育のディプロマ取得に相当するレベル5の水準に位置づけられ¹⁵⁾、2年間で座学と実習を合わせて3,375時間の学習をすることとされている。基本的に病院・地域・在宅のいずれかの現場で雇用され、働きながら訓練を受け、勤務先とは異なる現場でも実習を行うことが義務付けられている¹⁶⁾。看護師は4つの専門分野に分かれているが、NAはあらゆる現場において働くことが可能となることが目指されている〔HEE (2017)〕。

モデル事業による募集に合格した応募者は、大

¹⁵⁾ イギリスの職業資格は、エントリー・レベルからレベル8まで9段階からなり、レベル3が義務教育修了、レベル4が高等教育入学、レベル6が大学卒業、レベル7が修士課程修了、レベル8が博士課程修了に相当する〔GOV.UK (2019)〕。

¹⁶⁾ 座学は週1日あるいは1ヶ月に1週間のような形で地域の事情に応じたプログラムで行われている〔Traverse (2018)〕。

部分がすでにNHSで働くヘルスケア・アシスタントであり、部外者は4%であった。年齢層は26~35歳が約4割を占め、最年少は18歳、最年長は65歳であった。医療やケア分野での勤務経験8年以上が36%、4~8年も30%であり、総じて経験年数の長い者が訓練に参加していた〔 Traverse (2018)〕。

2019年1月末に最初の訓練生が2年間のプログラムを終えて資格を取得した。NAの創設により看護チーム内での階層化が明確化され、看護師がNAに指示を出し、NAがヘルスケア・アシスタントをスーパーバイズするという役割分担がなされることになる。しかしその一方で、ヘルスケア・アシスタントをしつつ、NA資格を経ずにパートタイムで大学に通い、看護師資格を取得するルートも残されている。看護チームの中で、NAはこれからどのような働き方をするのか、当初の予想通りに普及するのかは注視していく必要がある。

3 人事・給与システム

2000年に発表された「NHSプラン」は、医師だけでなくあらゆる医療専門職についてコンサルタントの役職を導入することを提示した。コンサルタントは、高度な臨床実践をすることに限らず、マネジメントに従事するなど、医療サービスのさまざまな側面でリーダーシップを発揮することが期待された〔DH (2000), pp.86-87〕。

そうした職位の整備と並行して、コンピテンシーに基づく業務内容の整理が行われ、NHSで雇用されるコメディカルと事務員の給与体系が統一された。1999年に発表された「変革のための協議事項 (Agenda for Change)」を受けて、2002年に新たなシステムが定められ、翌年から導入された。これは、医師を除くすべてのNHS職員に対して同一価値労働同一賃金を実現する人事・給与システムである (表4)。知識と技能の枠組み、自己開発レビュー、職務評価、契約条件から構成される人事評価システムと連動して、給与水準が決定される仕組みである〔松本 (2015), p.230〕。

例えば看護職では、ヘルスケア・アシスタントとして未経験で入社すると等級1か等級2である

が、一定の職業訓練を受けた場合は等級3となる。NAについては、訓練中は等級3、資格取得後は等級4となる。正規の看護師資格の保有者は等級5であり、熟練者や大学院を修了した専門看護師などは等級6、職場の責任者や高度臨床実践をする者は等級7へと上がっていく。そして、等級8のコンサルタントが組織全体の看護責任者に位置づけられる。なお、先述のPAは大学院修了レベルであることから等級6となる。ちなみにコメディカルだけではなく、病院勤務医の給与も職位と経験年数にもとづいて昇給する全国共通の俸給表があり、その基準にもとづく算定がなされている。

HEEの最高責任者であるIan Cunningは、「サポートワーカーとしてNHSに入職し、コンサルタントとして退職するという新たなキャリアパス」を創造する野望を持っていると言い、見習い修行 (Apprenticeship) を通じた養成ルートでそれは可能になると述べていた〔Collins (2018)〕。現在、臨床補助職の多くの職業訓練はさまざまな医療専門職に共通した基礎的な内容となっており、現場で経験を積みながら、多様な上位の専門職資格を取るキャリアパスが広がっている。今後の医療専門職は、複線的な養成システムを通じて育成され、キャリアアップがなされていくと考えられる。

また、この人事・給与システムは、医療チーム

表4 「変革のための協議事項」にもとづく職位と給与の体系 (2018年4月以降)

等級	仕事の例	年間の基本給
1	メンテナンス、清掃、運転のアシスタント	£17,460
2	メンテナンス、清掃、運転手、警備員、事務補助員	£17,460~£18,702
3	事務員、臨床アシスタント	£17,787~£20,448
4	臨床補助職、調剤技術者、手術室補助者	£20,150~£23,363
5	臨床専門職資格取得者、診療科事務、ICT技師	£23,023~£29,608
6	臨床専門職熟練者、医療記録事務、生物科学技師	£28,050~£36,644
7	広報責任者、不動産責任者、高度臨床実践をする専門職	£33,222~£43,041
8	コンサルタント	£42,414~£85,333
9	コンサルタント、財務責任者、施設長	£84,507~£102,506

出所：NHS EmployersおよびHealth Careersのホームページをもとに筆者作成。

における職種間の役割分担を明確化し、連携を促進する基盤でもある。チーム医療を考えるうえで忘れてはならないのが、医師や看護師を支える事務職員の存在である。NHS職員で医師や看護師の補助業務をする者のうち、事務担当者は約4割を占めている〔NHS Digital (2018d)〕。医療専門職が専門的な業務に専念するために、付随的な事務的業務を担う職員の存在は欠かせない。医療専門職の業務変化を促す要素として、NHSにおいて事務職員も医療チームの一員として同じ人事・給与システムが適用されたことも大きな意味をもっていたといえる。

VI おわりに

ここまでの検討をもとに、NHSがいかにして労働時間規制のもとで医療サービスの持続可能性を保とうとし、医療専門職の業務が変化してきたのかを整理し、日本への示唆を探ることで本稿のまとめとしたい。

創設から70周年を超えたNHSは、2000年代以降は殊更、このシステムをいかに維持し、医療を人々に届けていくかという観点から改革が重ねられているように見える。NHS Constitutionが患者・一般市民・スタッフそれぞれの権利と義務を謳っているのも、その一環にあるものとしてとらえられる。

欧州労働時間指令にもとづく労働時間規制が導入された1990年代は、医療サービスが量・質ともに低下していた時期でもあった。そのため、医療専門職の労働時間が短縮されながらも、サービス供給量を増加し、質を向上させるという難題に直面することになった。そこでサービスを担う人材確保のために行われたのが、専門職養成システムの整備であり、外国人労働者の雇用であった。さらに、サービス提供に関しては、処方をはじめコメディカルによる医療行為への関与が増加し、PAやNAなどの新たな補助職が創設され、コメディカルにもコンサルタントの職位に達するキャリアパスが開かれるという質的な変化があった。これらの施策を通じて、多職種連携やチーム医療

が行われ、医療サービスの持続可能性を保つための人的資源を確保できたのだといえる。

その一方で、現在イギリスの医師や看護師が置かれた労働環境を見ると、所定労働時間を超えて働く者は依然として少なからずいる。特に男性で診療所を経営するGPは過半数が超過労働をし、疲弊している状態である。看護師も含めて診療所で働く医療専門職は不足がちで、代わりがいない中で働かざるを得ない状況にある。NHSの制度全体の方向性としてプライマリ・ケアの重要性が強調されているにもかかわらず、現場が追い付いていないことが本稿で明らかになった。これまでなされてきた人材確保策や業務変化は病院を中心としたNHS職員には一定の成果を上げたかもしれないが、事業主であるGPやそこで雇用される医療専門職の処遇改善には対処しきれていないことを暗示している。

それでは、こうしたイギリスの医療専門職をめぐる施策の展開は、私たちに何を伝えてくれるだろうか。まず言えるのは、欧州労働時間指令を通じて医療専門職の労働時間の短縮が実現されたことは画期的であったが、見方を変えれば、そうした超国家的な大きな圧力がない状態では、労働時間の短縮は相当に難しい課題であるということだろう。

さらにイギリスで近年起こった変化との対比から、日本の医療制度は、医師をはじめとした医療専門職に大きな負荷のかかる仕組みとなっており、硬直化しているようにも見える。日本では、出来高払いの診療報酬が中心であり、医療機関経営の面から患者の診察や処置の量をこなすことが求められる傾向もないとは言えない。給与水準や待遇は勤務先によって異なり、その一方で診療行為ごとの報酬は一律であることから、質や安全を保ちつつ医療を提供していくため医療専門職に大きな負担をかけることにつながっている。

そうすると、これからの日本の医療を維持していくためには、労働時間規制を強化するだけではない、大きな変化が求められるのかもしれない。おそらくNHS Constitutionが示していたように、医療関係者や政府のみならず、患者や一般市民も

医療制度を支える一員として、医療サービスの持続可能性を高めていくための行動をとる必要があるように思われる。医師の働き方改革を実現させるためには、医療専門職が高いパフォーマンスを発揮できるように、患者の受診に一定の制約が生じることも受け入れる余地があるだろう。また、今後は、医療機関受診に関する患者教育やセルフケアの推進、医療以外の社会資源の活用を模索することも視野に入れる可能性がある。

もちろんイギリスと日本とは医療制度の仕組みも違えば、医療や専門職を取り巻く社会経済的な環境も大きく異なっている。しかし、租税を財源とした公的な色彩の強い制度のもとで行われた改革は、政策的な介入をする際の可能性や限界点を見せてくれる。日本で実現可能かつ有効な方策は何であるのか。医療専門職が疲弊しない持続可能な医療サービスに向けて、本稿が言及したほかに海外から学べることはまだ残されているだろう。

謝辞

本研究は科研費17H02486の成果の一部である。

参考文献

- Baker, Carl (2018) NHS staff from overseas: statistics, House of Commons Library Briefing Paper No.7783.
- BMA (British Medical Association) (2017) Letter to the Prime Minister, 20 December 2017.
- (2018) Caring, supportive, collaborative? Doctors' views on working in the NHS.
- Collins, Annabelle (2018) "Doubling the number of medical students is 'not affordable'", *Health Service Journal*, 26 October 2018, <https://www.hsj.co.uk/workforce/doubling-the-number-of-medical-students-is-not-affordable-/7023672.article> (2018年1月10日最終確認)。
- DH (Department of Health) (2000) NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform.
- (2008) High Quality Care for All, NHS Next Stage Review Final Report.
- EC (European Commission) (1993) "Council Directive 93/104/EC of 23 November 1993 concerning certain aspects of the organization of working time", *Official Journal of the European Commission*, No L 307/18.
- (2015a) Study measuring the economic, financial and organizational implications for public health care services from possible changes to the Working Time Directive 2003/88/EC, Final Report.
- (2015b) Study measuring the economic, financial and organizational implications for public health care services from possible changes to the Working Time Directive 2003/88/EC, Technical Annex.
- (2018) Working Conditions -Working Time Directive, <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=706&langId=en&intPageId=205> (2019年1月10日最終確認)。
- Eveleigh, Marilyn (2018) "GP employers cannot ignore the NHS pay increase", *Nursing in Practice*, 26th March 2018, <https://www.nursinginpractice.com/article/gp-employers-cannot-ignore-nhs-pay-increase> (2019年1月10日最終確認)。
- General Medical Council (2018) National training surveys 2018: initial findings report.
- Griffiths et al. (2014) "Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety", *Medical Care*, Vol.52, No.11, pp.975-981.
- GOV.UK (2019) What qualification levels mean, <https://www.gov.uk/what-different-qualification-levels-mean/list-of-qualification-levels> (2019年1月10日最終確認)。
- Health and Care Professions Council (2018a) Medicine entitlements: Professions. <https://www.hcpc-uk.org/globalassets/about-us/what-we-do/medicine-entitlements-professions.pdf> (2019年1月10日最終確認)。
- Health and Care Professions Council (2018b) Consultation on Standards for prescribing. <https://www.hcpc-uk.org/news-and-events/consultations/2018/consultation-on-standards-for-prescribing/> (2019年1月10日最終確認)。
- HEE (Health Education England) (2015) Raising the Bar, Shape of Caring: A Review of the Future Education and Training. of Registered Nurses and Care Assistants.
- (2016a) By choice-not by chance: supporting medical students towards future careers in general practice.
- (2016b) The general practice nursing workforce development plan.
- (2017) Nursing Associate Curriculum Framework.
- (2018) Physician Associates: A working solution in primary care.
- House of Commons Health Committee (2017) Brexit and health and social care: people and process, eighth report of session 2016-17, HC640.
- Independent Working Time Regulations Taskforce (2014) The implementation of the working time

- directive, and its impact on the NHS and health professionals.
- 近藤克則 (2004) 『医療費抑制の時代』を超えて』医学書院。
- 国京則幸 (2015) 「診療報酬」と給付の範囲: イギリスのNHSを中心に』『社会保障法』No.30, pp.119-124。
- 松本勝明編著 (2015) 『医療制度改革: ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社。
- 松繁卓哉 (2010) 「患者中心の医療」という言説—患者の「知」の社会学』立教大学出版会。
- Medical Schools Council, 2018, After Medical School, <https://www.medschools.ac.uk/studying-medicine/after-medical-school> (2019年1月10日最終確認)。
- NHS (2015) The Handbook to the NHS Constitution.
- NHS Digital (2017a) NHS Hospital & Community Health Services: Staff by nationality group, in NHS Trusts and CCGs, as at 30 June in each specified year.
- (2017b) NHS Hospital & Community Health Service workforce statistics: All staff by nationality and HEE region in NHS Trusts and CCGs in England, 31 March 2016 to 31 March 2017.
- (2018a) General and Personal Medical Services Bulletin Tables March 2018.
- (2018b) NHS Staff Earnings estimates to June 2018.
- (2018c) NHS Hospital & Community Health Service (HCHS) monthly workforce statistics July 2018.
- (2018d) NHS Hospital & Community Health Service (HCHS) monthly workforce statistics August 2018.
- NHS Employers (2009) Working Time Directive: Frequently asked questions for trust implementation teams.
- NHS England (2018), Our 2017/2018 Annual Report.
- NHS Staff Survey Coordination Centre (2018) NHS Staff Survey 2017.
- Nursing and Midwifery Council (2018) What is a nursing associate? <https://www.nmc.org.uk/standards/nursing-associates/what-is-a-nursing-associate/> (2019年1月10日最終確認)。
- RCP (Royal College of Physicians) (2018a) Faculty of Physician Associates. <https://www.fparcp.co.uk/> (2019年1月10日最終確認)。
- (2018b) Faculty of Physician Associates Census results 2018.
- RCN (Royal College of Nursing) (2018) Standards for Advanced Level Nursing Practice.
- 白瀬由美香 (2010) 「英国におけるPhysician Assistant 導入とチーム医療」『日本外科学会雑誌』Vol.111, No.1, pp.61-65。
- (2011a) 「イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担」『海外社会保障研究』No.174, pp.52-63。
- (2011b) 「英国における看護師の職務拡大—看護師による医薬品の処方に関する検討—」『社会政策』Vol.3, No.1, pp.102-112。
- (2016) 「イギリスの診療報酬制度」『健保連海外医療保障』No.111, pp.20-27。
- Traverse (2018) Evaluation of Introduction of Nursing Associates: Phase 1 report for Health Education England.

(しらせ・ゆみか)

Changes to the Working Environment of Health Professionals in England

—Assuring Sustainability under the Working Time Regulations—

Yumika SHIRASE*

Abstract

This article aims to analyse issues concerning changes to the working environment of health professionals in England over the last twenty years and to explore their implications for the Japanese health system. The European Working Time Directive was introduced to England in the 1990s. Among other regulations, it limited the weekly working hours to 48 hours, specified minimum daily and weekly periods of continuous rest, and entitled employees to four weeks annual leave. As this regulation applied to all workers, including health professionals, the reduction of working hours was implemented. Along with this regulation, while the NHS had struggled with the austerity budget under the Conservative government, the New Labour government conducted various reforms to maintain the sustainability of the NHS. One of them was to improve the quantity and quality of services. As part of the reforms, the modern medical and nursing training system was begun, and the NHS employed more healthcare professionals from all around the world. Furthermore, changes occurred regarding work style and collaboration among health professionals in the following three aspects. First, the role of non-medical professionals was extended and some of them obtained prescribing qualifications. Second, the new support worker qualifications, such as those for physician and nursing associates, were established. Third, career pathways to consultant positions were opened for all health professions. However, these changes did not result only from reforms within professions but also from the principles of the NHS Constitution—which sets out the rights and duties (of/ to staff, patients, and the public) to which the NHS is pledged—which influence the overall direction of their health policy and should be the basis of sustainable health services.

Keywords : England, NHS, Health Professionals, Working Time Regulations, Changes at Work

* Professor, Graduate School of Social Sciences, Hitotsubashi University

特集：医療専門職の業務の変化と現代的課題

医療専門職に求められるコンピテンスと専門職連携教育： 専門職的自律性，相互依存性，ネットワークの観点からの考察

山本 武志*

抄 録

社会的分業は，商品の製造・販売やサービスの提供過程で労働が細分化されることであり，これにより品質を高め生産性を上げることが可能になる。医療分野の専門職の多くは戦後になってから専門分化した職種であり，法的には医師の指示に基づいて業務を行っている。医師を頂点とする医療専門職の階層化は，医師以外の専門職の地位を高めるための専門職性（高度な専門性や専門職的自律性の獲得）を追求しようとする各専門職（団体）の原動力となった。しかしながら，専門職性の追求はさらなる専門分化につながり，協業を複雑化させている。医療専門職は高度な専門性を修得し，チームでは専門職間で相互依存（チーム内で相互に支援し合う全体構造）的な関係を構築することが求められている。在院日数の短縮や在宅医療の推進など著しく変化する医療環境に順応し，患者・家族の多様なニーズに対応するためには，多様な医療専門職が患者・家族のケアに流動的にかかわることが求められる。このような新しいケア・支援の形態は「ネットワーク」（結び目）の概念としてとらえることができる。医療専門職は，高度な専門性を修得するとともに，IPE（Interprofessional Education）を通じた教育によって相互依存的に協働し，創発的なチーム医療に対応できるコンピテンスを育むことが求められている。

キーワード：専門職的自律性，相互依存性，社会的分業，IPE，ネットワーク

社会保障研究 2019, vol.3, no.4, pp.536-545.

I 社会的分業による専門分化

社会的分業は，商品の製造・販売やサービスの提供過程で労働が細分化されることであり，これにより品質を高め生産性を上げることが可能になる。分業化された労働は，その専門性が深化することによってさらなる分業が引き起こされ，連携や協業（調整）が必要とされるようになる。分業プロセスにおいては専門分化が生じるが，専門分

化の進展により「支援サービス」が増大するといわれている〔坂井（2012）〕。「支援サービス」とは，専門分化による分業によって欠けた活動を補ったり，部分的な活動に分割された活動を相互的に補うことを意味する。したがって，分業は全体の活動を困難にするが，それを相互に支援し合う全体構造の存在によって1つの活動を維持することができる。こうして，分業・専門分化が進むほど，それらを統合するための業務や，場合によっては新たな職種が必要になる。

* 札幌医科大学保健医療学部 准教授

医療分野の専門職は、医師・歯科医師、看護師・保健師・助産師等の看護職、薬剤師、一部の東洋医学の専門職を除けば、多くは戦後になってから専門分化する形で成立した。分業化は、法的にみれば医師の業務を分業する形で進められており、原則的に医師の指示に基づいてそれぞれの医療専門職は医療行為を行う。

このように、医師からの指示を受ける関係にある医療専門職は、専門職としての地位を確立するためにその専門性を追求し（専門的知識と技術の確立）、専門職要件の要である業務の専門職的自律性（autonomy：独立して意思決定を行い業務を遂行する）を確保するための活動に邁進することになる。このような専門性や専門職的自律性の追求は、ケアの質向上やそれぞれの学問分野の発展に貢献する一方、医療専門職種間の有機的な連携を困難にする一因にもなる。

例えば、専門看護師・認定看護師制度の目的は、「特定の専門看護分野の知識・技術を深めた」、「特定の看護分野において特定領域の熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる」者を社会に送り出すことにある〔日本看護協会〕。これらの制度は、高度で新しい知識・技術の開発や普及に対し効果的で、看護師の技術や専門性を高めることに貢献する。一方、技術や知識が職種内で階層化されることは、職種内や職種間での新たな連携システムを構築する必要性が生じることを意味する¹⁾。

次章では看護職の専門性や専門職的自律性の追求を例に、その意義と専門職連携に与える影響について考察する。

II 専門職化と連携：看護師の職務を事例として

1 専門職的自律性を追求する意義

専門職の定義にはさまざまなものがある。例えば、山本（2016）は「公衆への社会的サービスを提供する」、「専門的技術を有する」、「専門職の組

織化が図られている」、「専門職集団を規準とした専門職としての考えや判断が明文化されている」、「倫理綱領を有する」、「自律性が認められる」といった要素を満たす職業、と定義している。この定義を満たす聖職者、医師、法曹、建築家といった職業は完全専門職（Full-profession）、一部の定義を満たさない職業は準専門職（Semi-profession）と分類されることがある。教員や看護職は準専門職に該当し、教員は専門的技術が未熟であること（資格水準の低さや専門的知識と技術が未確立）〔市川（1986）〕、看護師や司書は官僚的組織に属し組織内において自律性の高い地位を得ていないことがその理由とされる〔薬師院（2010）・天野（1972）〕。

専門職的自律性の定義は、「外部専門職から評価されることなく、社会的に承認され、法的に規定された実践における意思決定の自由」〔古地（2015）〕や「他者からの干渉・忠告・規制を受けることなく自分の技能を実行に移す自由を持つということ」〔勝山（2014）〕等、とされている。看護師は「療養上の世話と診療の補助」（保助看法第5条）をその業とし、とりわけその後者について医師の指示に基づいて実施されなくてはならない（同第37条）ため、法的には看護師は医師に従属した存在であり十分な専門職的自律性を獲得していないとされる。

看護師の専門職的自律性を侵害するこのような職務上の制限により、看護師は自職種を専門職的自律性を有した職業へと変容させるための活動を行うことになる。米国等におけるNP（Nurse Practitioner）は、医師の指示を受けずに一定範囲の診断や治療などを行うことができるが、わが国におけるNPは特定行為にかかわる看護師の研修制度の一研修として認められているのが現状である。2015年10月に開始された特定行為に係る看護師の研修制度は、医師が独占している医行為の一部を医師による事前の指示書に基づき、一定の研修を修了した看護師が実施できるようにした制度

¹⁾ 看護職においては、中学校卒業以上の学歴を要する准看護師や、看護師においても5年一貫の高等学校専攻科から大学まで、看護師になるには多様な経路がある。それにより、医療専門職としての質の平準化や、地域および医療機能による看護師の棲み分けの問題も指摘されている。

である。看護職が専門職的自律性を得ようとした動きの中で、急性期医療〔木村（2018）〕や在宅医療〔星（2018）〕における医師の絶対的医行為（医師自らが行う医行為）を相対的医行為（医師の指示を要件とする医行為）へと、一部の医行為が医師から看護師へ委譲された制度変更といえる²⁾。

しかし、同制度については「看護師が自身の仕事についてより裁量をもって、自律的に医療行為を行える方向性には必ずしも向かない可能性がある」〔朝倉（2015）〕と、制度開始前から指摘がなされていた。同制度は看護師の高度な技量を評価するものであるが、看護師の専門職的自律性を高めるものではない。

では、専門職的自律性を獲得することが、看護師の職務にどのような影響をもたらすのであろうか。専門職的自律性を獲得するということは、意思決定の自由が認められるだけではなく、提供されるサービスについて自ら責任を持ち質を保障することを意味する。特定行為にかかわる看護師の研修制度について、平林（2015）が「医行為の範囲の拡大が、看護師による療養上の世話業務との関係で、よりよいサービスの提供にどのように役立つかがあらためて問われなければならない」と述べている。専門職的自律性の獲得についてもそれ自体を目的化せず、直接的、間接的にケアの質にどのような影響を与える可能性があるのか、今一度考える必要がある。

2 専門職概念の検討：専門職的自律性から相互依存性へ

先に述べたように、専門職的自律性は古典的な専門職論においては専門職の重要な1つの要件として知られている。しかしながら、(1) 患者中心の医療の推進、(2) 分業化による専門職連携の推進、(3) タスク・シフティング、の3点の医療環境

の変化から、専門職的自律性は専門職を規定する要素においてその重要性が低下していると考えられる。

Wade（1999）は看護職における専門職的自律性に関する1990年代までの論文をレビューしているが、古典的な自律性の定義について「外部からのコントロールなく自身の活動をコントロールすること」としている。しかし、この定義では、看護師—クライアント関係やアドボカシー（唱道・人権擁護）の概念が含まれないために不十分であることも指摘されている。また、山本（2016）は、2000年以降に各医療専門職団体が発行した、または掲げているプロフェッショナリズムに関する声明・綱領等において、プロフェッショナリズムを構成する要素として専門職的自律性を強調しているものはないことを明らかにしている。さらに、世界医師会（2007）が発行しているWMA医の倫理マニュアルにおいては、医師の自律性と患者の自律性を尊重するために起こりうる衝突への危惧が指摘されている。また、チーム医療の観点から、勝山（2014）は患者中心の医療では、医療関係者間で適度な受容的、協調的、忍耐的な相互作用が必要となるため、自律性が強すぎると協働が難しくなることや、専門職がチームのほかの職種から意見をいわれることを、他者から干渉・忠告・規制をうけ自律性を阻害されたと感じることを指摘している。

以上のように、専門職的自律性の重要性を強調しその獲得・維持を目指すことは、専門職としての地位向上に有用であろう。しかし、本章で述べてきたように、患者中心の医療が推進されていることや、複雑に分業化された現代の医療環境において専門職的自律性を過度に強調することは、患者やほかの医療専門職の意思決定や専門職種間の連携・協働を困難にするであろう。

²⁾ 本論からは逸れるが、制度により委譲される医行為は、本来であれば相対的医行為ではなく看護行為としてとらえられるべきである。なぜなら、看護師が行う行為には、看護師および看護学上の観察や臨床的判断が必ず含まれているからである。その意味では、同研修は医師による医行為にかかわる知識・技術の相承ではなく、看護師の技術、経験知、メンタリティに裏づけされた、看護行為としての知識・技術の学びである必要がある。さまざまな施設・団体による特定行為にかかわる看護師の研修制度の内容は、残念ながら医師による医行為の相承として行われている。このような内容の研修が看護職の発展につながるかどうか、改めて検討する余地がある。

さらに、専門職的自律性の定義そのものの変容を議論する研究も認められる。籠谷ら(2015)は養護教諭の専門職的自律性について、専門職的自律性を発揮するプロセスを含む定義として「裁量」、「協働」、「職業的精神」、「成熟性」、「変革」の5つの構成概念を示している。この構成概念が構築される過程で、「裁量」概念に含まれていた「他者からのコントロールや権威に従属することなく」の文言が削除されていた。その理由は、専門職的自律性の定義が「協働」を含んでいるように、「養護教諭は専門職として自立しながらも、教職員と協働しながら働くことが重要であると判断」と述べている。ここでの「協働」は「教職員等と相互に理解し合うことで意思決定を共有し、対等な相互依存関係の中で調整しながら協力して職務を遂行する」と定義していることから、養護教諭においても他者によるコントロールからの解放を意味する従来の専門職的自律性概念の重要性は低下しているといえる。

看護師においては、Wade(1999)は専門職的自律性の概念において、相互依存性やコントロールの共有化を重要な要素の1つとして提示している。また、古地(2015)は臨床看護実践にかかわるclinical autonomyを「患者に最善なることに関心を寄せて行為すること、そして看護実践領域においては独自の臨床的判断を行い、(医学など他領域と)重複して看護実践が行われる領域では相互依存的に意思決定すること」と定義し、さらに、「現実の患者ケアにおいては、それぞれの職種が相互依存的に関連しながら目的達成に向かう」と述べている。

これらの論文の共通認識は「相互依存性」(Interdependence)である。高度な分業を伴う医療労働においては、他者によるコントロールを忌避することよりも、他職種の知識や技術を知り、それを相互に活用し、信頼し合える関係性を構築することが現代の医療専門職に求められているといえる。

Ⅲ 相互依存性から「ネットワーク」へ

本章では医療チームに関する概念モデルを考察し、チーム医療において専門職種間で相互依存的な関係性が求められることを確認し、さらに新しい概念モデルを検討する。

1 医療チームのモデル

医療チームのあり方として、マルチディシプリナリー・モデル、インターディシプリナリー・モデル、トランスディシプリナリー・モデルの3つのモデルが提示されている[松岡(2000)]。マルチディシプリナリー・モデルは医師を中心とする専門職種間に階層性があるチームのことで、短期間に集中的な治療を必要とする患者の治療場面で生じやすいチーム形態である。インターディシプリナリー・モデルは、チーム構成員間の階層性がなく、構成員間の相互作用性が高く各職種が自身の役割を果たすような、慢性疾患の患者のケアの場面に適しているチームモデルである。トランスディシプリナリー・モデルでは、インターディシプリナリー・モデルにおいて生じやすい職種間の役割の重複を解消したり、相互に参加したり、ケアに必要とされる職能の不足をカバーするためにそれぞれの職種がケアの範囲の過不足を調整して、必要に応じた患者へのかかわりをする。つまり、各職種の役割が固定されずに解放されているのがトランスディシプリナリー・モデルであり、医療専門職の高度な専門性と相互依存性によって成立するチームモデルといえる。

2 ABC概念モデル

米国のデキサス大学アンダーソンがんセンターは、がん医療の効果的な多職種協働のためのABC概念モデルを開発した[Ueno et al.(2010)]。ABC概念モデルはがん医療の多職種協働によるチーム機能を区分したもので、(A)アクティブ・ケア、(B)ベースサポート、(C)コミュニティ・サポート、の3つを構成要素としている(表1)。(A)アクティブケアは、医師、看護師、リハビリテーション

表1 ABC概念モデルの概要

要素	要素を提供する主体	目的	方法
要素A：アクティブ・ケア	医師, 薬剤師, 臨床検査技師, 栄養士, 理学療法士, 作業療法士, 看護師	EBM(Evidence Based Medicine) の提供, 標準的ガイドラインが入手できない時にケアへの最善のアプローチについて合意に到達する	多職種協働による直接ケア
要素B：ベース・サポート	チャプレン, 臨床心理士, 音楽療法士, 芸術療法士, 看護師, ソーシャルワーカー, 家族, 友人, スピリチュアルアドバイザー	ケアへの患者満足を上げる, 医療的ケアの当事者意識もたせることで患者をエンパワーする	明瞭なコミュニケーション, 傾聴, カウンセリング, スピリチュアルガイダンス, 社会的・金銭的ニーズへの支援
要素C：コミュニティ・サポートA	患者アドボケイト, 製薬会社の従業員, リサーチ・サイエンティスト, 公務員, ソーシャルワーカー, 家族, 友人, スピリチュアルアドバイザー	要素A・Bのワークを容易にさせるような支援インフラを提供する, がん治療に影響を及ぼす社会的・経済的制約を形作る, ヘルスケアの質を保証する	病院・診療所のインフラの整備, 調査, アドボカシー, 目標設定, 政策立案, 法制化の立案と実施

出所：Ueno N, et al. (2010) *著者による翻訳。

ン職による直接的ケアを示し、(B) ベースサポートは、アクティブケアを効果的にするための支援的ケアのことで、ソーシャルワーカー、心理士、チャプレンらが対象職種に該当し、さらに患者を支える家族や友人もこのサポートを提供する行為者として挙げられる。(C) コミュニティ・サポートは、がん医療を支えるインフラ（社会・経済政策を含む）を提供する機能を指し、病院管理スタッフ、製薬会社スタッフ、医療の政策形成に関与する者や患者の人権擁護（アドボカシー）にかかわる組織のメンバーなどがこれに該当する。

ABC概念モデルは、患者を中心に多職種がかかわる複雑ながん医療を3つのチーム機能に分け、多職種チームにおける各職種の役割と連携・協働の必要性を明示したものである。このモデルの医療チームは前項で示したインターディシプリナリー・モデルが念頭にあり、それぞれの専門職の役割の線引きがはっきりしており、自職種に与えられた役割を果たすことが求められている。しかし、資源が限られている医療機関では、Aにかかわる医療専門職（特に看護師）がBやCを提供する必要があることや、財政的な問題やスタッフの配置や人数、専門的ケアの入手可能性が、それぞれの専門職が果たすべき役割に影響を与える、と述べられている。米国でこのモデルが開発された背景には、がん医療にかかわる人数の圧倒的な多さがあると指摘されている〔中野(2012)〕。1人のケアにかかわる医療専門職の数（及び人数）が少ない日本のがん医療では、表1に示す3つのチーム機

能に対する分業はより曖昧になる。その意味で、トランスディシプリナリー・モデルを念頭に置いた、医療専門職の柔軟な役割認知、役割分担によるケアが求められているといえる。

3 MTSモデル

米国のAHRQ（Agency for Healthcare Research and Quality：医療研究・品質調査機構）が医療のパフォーマンス向上と患者の安全を高めるために開発したツール、チームワークシステムであるTeam STEPPSにおいて、1人の患者を複数のチームが取り巻くMulti-team system（MTS）モデルが提示されている〔AHRQ（2014）〕。MTSは、Core Team（患者の直接ケアを行う医療チーム）、Contingency Team（緊急対応を行うスタッフのチーム）、Coordinating Team（日常的なケア調整を行う：看護スタッフやクラーク）、Ancillary and Support Services（臨床検査や病理、放射線などの治療サポート）、Administration（それぞれのチームが役割を果たせるような枠組みを提供する管理チーム）のチームによって構成されている。これらのチームは日常的に存在しているというよりは、必要に応じて必要な人材が集合して意思決定を行うことが想定されている。

このチーム機能の構成は、ABC概念モデルの「(A) アクティブケア」の機能の内部に埋め込まれているチーム機能の要素といえるだろう。その意味では、1人の患者の周囲には、流動的な無数のチームが存在し、その意思決定の繰り返しによっ

て、治療効果、QOLや満足度の最大化がはかられていることがわかる。

4 「ネットワーク・モデル」試論

本章ではチーム医療のモデルについて検証してきたが、これらの概念モデルではチーム構成員やチーム形態が固定的なチームが念頭に置かれている。近年の医療環境の変化として、急性期医療では在院日数が大幅に短縮されているなかで、チーム医療モデルの概念も転換期にあると考えられる。病院内で特定職種の特定人物がケアにかかわれる時間は限られ、一人の患者のケアに多くの専門職が参加する。また、退院後の生活やその後のQOLの変化に応じたケアや支援を含む退院計画が入院早期から検討される。そこには、アクティブケアを行う医療職だけではなく、さまざまな保健医療福祉専門職や家族を含めた多様な主体のかかわりが必要となる場合も多い。

すなわち、現代の医療環境では、チームそのものが固定的ではなく日々流動的な存在となり、随時、必要な場面で必要な主体が集合、離散を繰り返して迅速な意思決定を重ねていく必要があるといえる。そのようなチーム医療のあり方は、従来から提示されてきたチーム医療の枠組みではとらえ難く、新しいチーム医療のモデルが提唱されるべきであると考えられる。そこで援用できる概念として「ネットワークング」が挙げられる。

「ノット (Knot)」とは「結び目」を意味する言葉であるが、「ネットワークング」とは、「行為者や活動システムが、弱く結びついているにもかかわらず、急遽、即興的に響き合い、協働の行為を脈打たせ、互いの間に結び目を結び、ほどこき、また結ぶといった律動を繰り返していくような創発のつながり」〔山住, (2014)〕とされている。そして、「ネットワークング」における拡張学習では、「学び手は『いまだ存在していない何か』を、(1) 既存の実践に疑問を投げかけること、(2) 活動の新しい形態や発達をモデル化すること、(3) 新しいモデルを実行し試みること、といった学習行為を通して学んでいく」〔山住・Engeström (編) (2008)〕とされている。

エビデンスが明らかで、医師を中心に定型的な意思決定が行われるマルチディシプリナリー・モデルで展開される医療においては、創造的な意思決定を意味するネットワークングは参考にならないかもしれない。しかし、MTSで提示したように、急性期医療においても患者を取り巻くさまざまな機能を持つチームが(可視的ではないかもしれないが)存在し、連続的に迅速な意思決定する場面を想像すると、それはネットワークといえる営みとみなすことができる。さらに患者やその家族の価値観を基盤に生活・生命の質を考慮に入れた意思決定に比重が置かれる慢性期医療、セルフケア、終末期医療や在宅医療においては、意思決定や提供されるべきケアの決定に正しい解答はなく、そこには拡張的学習が含まれていると考えられる。以上により、ネットワークは21世紀の保健医療福祉専門職の連携・協働のありかたを示す概念モデルになり得る。

医療専門職に高度な相互依存性を要求するトランスディシプリナリー・モデルやネットワークを体現できる医療専門職はどのように育成できるのだろうか。Uenoら(2010)は、多職種・多チームが1人のケアにかかわる近年の医療環境では、互いの経験・領域、限界に関する誤解が非現実的な目標設定やケアの重複につながることから、治療に対するスキルや接近方法について根本的な相互理解のためのコミュニケーションが必要であると述べている。次章では、そのような人材育成を目指す1つのモデルであるIPEについて述べる。

IV IPEによる医療専門職の人材育成

英国専門職連携推進センター(CAIFE: Centre for the Advancement of Interprofessional Education)によると、IPEは「複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所でもに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」〔CAIFE (2002)〕と定義されている。異なる専門領域の学生が、将来的に効果的な協働・チーム医療を実践するための基盤づくりやチーム医療実践(実習)に取り組み、医療現場

では協働・チーム医療を改善するための学習を行うことを指す。本章では、高等教育機関で実践されているIPEのプログラムやその課題について概観し、医療専門職の学びに与える影響について考察する。

1 IPEの歴史

IPEは1960年代からカナダの大学で導入されている〔Szasz (1969)〕が、わが国の医療専門職の大学教育にIPEが取り入れられるようになったのは1990年代に入ってからである〔埼玉県立大学(編)(2009)〕。IPEの大きな推進力となったのは、文部科学省「特色ある大学教育支援プログラム(特色GP)」及び「現代的教育ニーズ取組支援プログラム(現代GP)」において、IPEをテーマにしたプログラムが2004年以降に多く採択されたことである。その後、特色GPや現代GPに採択された大学を中心に日本保健医療福祉連携教育学会(JAIBE: Japan Association for Interprofessional Education)〔Takahashi and Sato (2009)〕や、日本インタープロフェッショナル教育機関ネットワーク(JIPWEN: Japan Interprofessional Working and Education Network)〔Ito (2010)〕が組織され、学術的な発展と連携、情報共有がはかられている。

2 IPEのプログラム

IPEは高等教育機関で行われる卒前教育のIPEと、医療現場で行われる卒後教育のIPEがある。卒前教育のIPEについて、Barr (1996)はIPEで用いられる5つのインタラクティブな学習様式として、Exchange-based learning(講義等に基づく討論等)、Observation-based learning(多職種での患者訪問等)、Action-based learning(PBL: problem-based learning等)、Simulation-based learning(臨床実践のシミュレーション等)、Practice-based learning(多職種での臨床実習・臨床実践)を挙げている。高等教育機関でのIPEは、低学年のIPEではExchange-based learningで多職種連携の基礎を学び、Action-based learningによりpaper patientの症例を通じて学び、高学年ではSimulation-based learningやPractice-based learningなど、実際の症例

を通じて実践的な多職種連携を学んでいく。卒後教育のIPEにもさまざまな学習形態があるが、地域におけるpaper patientを用いた研修会〔吉村(2015)〕や災害事例に基づいたシミュレーション教材による演習〔酒井(2017)〕など多様な様式の教育が実践されている。

3 IPEのエビデンス

IPEのアウトカムとは、IPEの定義に遡れば「協働とケアの質を改善すること」にある。しかしながら、コクランライブラリーに掲載されているレビューによると、2013年までに評価の基準を満たしている研究論文は15しか掲載されていない〔Reeves(2013)〕。これは、IPEという教育方法を用いることによってケアの質が改善されるというエビデンスはほぼ存在していないことを意味する。IPEのエビデンスの不足は以前から指摘されていることであるが、解決すべき多くの問題がある。

問題の1つとして、エビデンスを評価する方法が、教育プログラムの評価に馴染まないことが挙げられる。医学研究では結果(罹患・死)と原因(生活習慣やウイルスなど)の反応関係は生物学的プロセスをたどるために明確で、両者を介在する可能性のあるほかの要因は交絡要因として位置づけられ、統計学的にも因果関係を明示することができる。一方で、教育プログラムの結果は学習者に依存しており、学習者の準備状況や学習の取り組み方によって結果が変化したり、学習効果という結果が表出されてくる時期も学習者によって異なる。

4 IPEが目指すもの

第1項で述べたように、日本国内の高等教育機関におけるIPEは、GP等による外部資金が1つの原動力になっており、それを実践する教員の立場からいえば、内在的な欲求(教育的意義によるIPE推進)ではなく外圧によって導入された教育方法といえる。ゆえに、IPEを導入することが目的化し、本来の意義、目的が見失われやすい状況にあると指摘できる。本項では、あらためてIPE

の教育モデルを検討し、その目的、意義について確認する。

Khalili (2013) らはUni-professional (単独教育) による社会化の問題点として、社会やメディアによって刷り込まれた専門職の役割が是正されることなく、自職種や他職種への正しい認識が損なわれる、と述べている。一方、IPEは多職種の垣根を取り払い、自職種集団とIPコミュニティ(わたしたち)の二重アイデンティティを形成することに寄与する。そこから実践的なチーム医療のあり方について学習を深めることになる。

カナダのトロント大学では、患者の健康アウトカムの最適化を目標とした専門職間のパートナーシップ(interprofessional partnership)や協働実践(collaborative practice)のため「トロント・モデル」を提示している[Nelson et al (2014)]。「トロント・モデル」では、導入(曝露)、発展(浸透)、実践の入り口(コンピテンシ)の3段階の学習の連続体を提示し、習得すべき知識、態度、スキル/行動が構造化されている。導入(曝露)では自職種の役割、責任、価値などを明確にしたうえで、それぞれがチームに貢献できること等を知識として学ぶ。発展(浸透)では、効果的な意思決定や個人/チームでのリフレクションのスキルを学んだりする。実践の入り口(コンピテンシ)では、多職種チームにおけるアセスメント、プランニング、ケア提供など、具体的な協働のスキルやリーダーシップについて修得する。

IPEの究極的な目標は確かにケアの質を改善するところにあるが、上記のようなIPEの意義に鑑みると、IPEの評価はより多角的に、教育プロセスに焦点を当てた方法・内容で取り組む必要があるだろう。さらにいえば、とりわけ卒前教育においては、教育の成果を「ケアの質改善」で評価すること自体が近視眼的でエビデンス主義の弊害といえる。

V おわりに

本稿では、医療専門職は専門職的自律性の獲得を目指すよりも、相互依存性を修得する意義と重

要性を議論した。さらに、チーム医療のありかたも変容しており、固定化された有形のチームから、無形の流動的なチームによる連続的な意思決定(ネットワーク)が求められていることを指摘した。そのようなチームを機能させる医療専門職には高い専門性や連携・協働のための能力が求められるが、能力開発の結果、それぞれの専門職が専門職的自律性を認め合うことにつながると考えられる。IPEはその能力開発の手段の1つであるが、この目標に照らし合わせれば、現状では十分な結果を残しているとはいえない。

現在の医療専門職教育は、「サイロ型」すなわち専門教育の積み上げによって実践されている。ここでは学習者や教育者における職種間の交流や相互理解を深める機会はない。そして、多くの高等教育機関では、IPEは特別な科目として専門基礎科目や専門科目に付加される形で配置されている。しかしながら、IPEは特別な教育方法ではない。専門基礎科目や専門科目においても普遍的な教育体制としてIPEが組み込まれていくことが、実践的なチーム医療教育や卒後の固定的・流動的な協働に活かされていくと考える。職種別の特化した教育こそが、それぞれの職種の専門性を高めるという意見は根強いが、むしろ、多職種での学びを通じて専門性が自覚され涵養されていくのではないだろうか。「IPE」という呼称が不要になること、それが21世紀のチーム医療教育の目指すべきところと考える。

<謝辞>

本稿の執筆において、千葉大学大学院看護学研究科の酒井郁子氏により有益なコメントと、北星学園大学社会福祉学部の安部雅仁氏より論文構成にかかわるアドバイスを頂きました。ここに心からの謝意を示します。

参考文献

- AHRQ (2014) “Team STEPPS Fundamentals Course: Module 2. Team Structure,” <https://www.ahrq.gov/teamsteps/instructor/fundamentals/module2/igtteamstruct.html> (Accessed 12/07, 2018).
- 天野正子(1972)「看護婦の労働と意識：半専門職の専

- 門職化に関する事例研究」,『社会学評論』, Vol.22, pp.30-49。
- 朝倉京子 (2015)「看護師の専門職化はどう評価できるのか」,『保健医療社会学論集』, Vol.25, pp.1-6。
- Barr H (1996)“Ends and means in interprofessional education: towards a typology,” *Education for health*, Vol.9, pp.341-352.
- CAIPE (2002) <http://www.caipe.org.uk/> (Accessed 3/4, 2014, at.).
- Engeström Y・山住勝弘 (編) (2008)「ノットワーキング：結び合う人間活動の創造へ」, 新曜社。
- 古地順子 (2015)「看護職の自律性概念の探求 (第一報)：英語の文献から」,『日本看護倫理学会誌』, Vol.7, pp.26-35。
- 平林勝政 (2015)「保健医療福祉職の自律と法」,『保健医療社会学論集』, Vol.25, pp.7-17。
- 星 北斗 (2018)「急性期病院における特定行為研修修了看護師の活躍の可能性」,『病院』, Vol.77, pp.393-397。
- 市川昭午 (1986)「教師=専門職論の再検討」, 教育開発研究所。
- Ito T (2010)“Interprofessional Education through JIPWEN (Japan Interprofessional Working and Education Network),” *Niigata journal of health and welfare*, Vol.10, pp.73-78.
- 籠谷恵・朝倉隆司 (2015)「養護教諭における専門職的自律性の概念枠組みの提案」『学校教育学研究論集』, Vol.31, pp.27-41。
- 勝山貴美子 (2014)「看護職のチーム医療における協働と自律性：歴史的背景と調査結果からの考察」,『医学哲学 医学倫理』, Vol.32, pp.33-42。
- Khalili H, Orchard C, Laschinger HK and Farah R (2013)“An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students,” *J Interprof Care*, Vol.27, pp.448-453.
- 木村弘江 (2018)「特定行為研修を修了した認定看護師への期待：高度急性期病院での特定行為のニーズの増加に応じて」,『看護』, Vol.70, pp.52-53。
- 松岡千代 (2000)「ヘルスケア領域における専門職間連携：ソーシャルワークの視点からの理論的整理」,『社会福祉学』, Vol.40, pp.17-38。
- 中野絵里子 (2012)「チーム医療のコンセプト」, 北野敦子 (編), 山内英子 (監)『乳がん診療聖路加スタイル：最高のチーム医療をめざして』, 中外医学社。
- 日本看護協会,「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」, http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/about_institution (2018年12月3日最終確認)。
- Nelson S, Tassone M, Hodges B (2014)“Creating the Health Care Team of the Future: The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice,” *Ilr Pr*.
- Reeves S (2013)“Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update),” *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- 埼玉県立大学 (編) (2009)「IPWを学ぶ：利用者中心の保健医療福祉連携」, 中央法規出版。
- 酒井郁子 (2017)「医療職種教育に及ぼすIPEの影響と薬剤師に期待すること：看護師の視点から」,『薬学雑誌』, Vol. 137, pp.869-877。
- 坂井素思 (2012)「社会的支援の増大と産業社会の転換：なぜ支援サービスが日本で増加しているのか」,『放送大学研究年報』, Vol.29, pp.13-27。
- 世界医師会 (編) 樋口範雄 (監訳) (2007)『WMA医の倫理マニュアル』, 日本医事新報社。
- Szasz G. (1969)“Interprofessional education in the health sciences. A project conducted at the University of British Columbia,” *The Milbank Memorial Fund quarterly*, Vol.47, pp.449-475.
- Takahashi HE and, Sato S (2009)“Establishment of the Japan Association for Interprofessional Education and perspectives,” *Journal of Interprofessional Care*, Vol.23, pp.554-555.
- Ueno N, Ito TD, Grigsby RK, Black M, Apted J. (2010)“ABC conceptual model of effective multidisciplinary cancer care,” *Nature Reviews Clinical Oncology*, Vol.7, pp.544-547.
- Wade GH (1999)“Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education,” *Journal of Advanced Nursing*, Vol.30, pp.310-318.
- 薬師院はるみ (2010)「病院図書館員の専門職化：司書をめぐる専門職論争の経験を参考に」,『病院図書館』, Vol.30, pp.173-179。
- 山本武志・河口明人 (2016)「医療プロフェッショナルリズム概念の検討」,『北海道大学大学院教育学研究院紀要』, Vol.126, pp.1-18。
- 山住勝広 (2014)「拡張的学習とネットワークする主体の形成：活動理論の新しい挑戦」,『組織科学』, Vol. 48, pp.50-60。
- 吉村 学 (2015)「コミュニティの再構築を目指すごちゃまぜIPE研修の試み」,『日本在宅ケア学会誌』, Vol.18, pp.23-27。

(やまもと・たけし)

Competencies Needed for Medical Professionals and Inter-professional Education: A Discussion from the Perspective of Professional Autonomy, Interdependence and Knotwork

Takeshi YAMAMOTO*

Abstract

The social division of labor refers to the division of labor in the process of creating goods and services. It enables workers to increase the quality of their goods and services by carrying out specialized tasks, thereby increasing their productivity. Many professions in the field of medicine are occupations that became specialized after the Second World War, and they legally entail the performance of tasks based on physicians' instructions. The hierarchization of medical professionals, with doctors at the top, became the driving force for individual professions and professional bodies attempting to pursue professionalization (i.e., acquisition of a higher degree of professionalism and professional autonomy) to raise the position of professions other than physicians. However, the pursuit of professionalism resulted in further specialization, thereby complicating collaboration. Medical professionals are required to build interdependent relationships in interdisciplinary teams (i.e., entire structures of team-based mutual support) while acquiring high-level expertise. Adapting to the changing medical care environment, which is marked by the conspicuous reduction in hospital stays and increase in at-home medical care, calls for the flexible involvement of medical professionals with regard to the care of patients and their families. These new forms of care and support correspond to the concept of "knotwork," which has been gaining increased attention in recent years. Through education and learning via IPE, it will be necessary to cultivate competencies allowing medical professionals to collaborate interdependently and respond to the emergent field of team medicine.

Keywords : Professions, Autonomy, Interdependence, Social Division of Labor, IPE, Knotwork

* Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University
Department of Educational Development, Center for Medical Education, Sapporo Medical University
Ph.D. Associate Professor

投稿：論文

妊婦健康診査の公費負担回数増加が健診回数 及び低体重出生児割合に与える影響

松島 みどり*¹, 小原 美紀*²

抄 録

本論文では、制度改正によって2009年以降妊婦健康診査（妊婦健診）の公費負担回数が急増したことに着目し、2009年以降に実際の健診受診回数が増加したかどうか、そしてそれを通じて新生児の出生体重に影響を与えたかどうかを、市町村の取り組み状況とその成果、及び経済状況を同時に把握することが可能な沖縄県市町村パネルデータ（2005年～2013年）を使用して分析した。分析の結果、妊婦健診の公費負担回数の増加は受診回数を平均的に増加させ、受診回数1回の増加につき0.3%ポイント低体重児割合が減少することが明らかになった。海外での先行研究では妊婦健診の正の効果が限定的であるという論文もある中で、本分析において妊婦健診の効果が認められた理由として、早産や妊婦の痩せが新生児の体重を低下させている可能性のある日本においては、妊婦健診を定期的に複数回受診し、早産防止や、妊婦の栄養指導を受診毎に受けることは、妊婦と新生児の健康状態を良好に保つ重要な役割を果たしているからだと考えられる。

キーワード：妊婦健康診査，公費負担，低出生体重児，日本

社会保障研究 2019, vol.3, no.4, pp.546-561.

I はじめに

日本では、妊婦健康診査（以下、妊婦健診）は新生児の健康と母体の安全を守るための取り組みとして1965年以降市町村の義務として提供されてきた（母子保健法13条）。しかし、妊娠は疾患ではないために国民健康保険適用の対象とはならず、健診にかかる費用の大部分は自己負担であった。政策変更により、妊婦健診公費負担回数が14回へと増加し個人による負担が大きく軽減されたのは2009年のことである〔公益財団法人母子衛生研究

会（2015）〕。本研究では、この制度改正による健診受診への効果と、それを通じてどのように新生児の出生体重に影響を与えたかを検証する。

出生体重に着目する理由は、2,500g未満の低体重出生児が、将来の健康や教育成果、生産性に負の影響を与えるということが明らかになってきているからである〔Behrman and Rosenzweig (2004); Figlio et al. (2014); Oreopoulos et al. (2008); Black et al. (2007); Bharadwaj et al. (2018); Xie et al. (2016) など〕¹⁾。日本では1976年に低体重出生児割合が最も低下し4.9%となったもののその後増加傾向を辿り2007年には9.7%に達しており、同年

*1 大阪商業大学公共学部 専任講師

*2 大阪大学大学院国際公共政策研究科 教授

の比較可能なデータで確認すると、その割合はOECD諸国で最も高い (OECD 2018)。将来への負の影響の可能性を鑑みると、出生体重の改善は重要な政策課題であると言える。低体重出生の要因とその改善方法として、例えばアメリカを対象とした研究であるCurrie and Gruber (1996)によれば、低体重出生約3分の2は早産であり、Creasy et al. (1980) は初診の際に行われるスクリーニングで早産のリスクは判別可能であると述べている。現在の日本人の出生体重を在胎週数別で確認をしている板橋他 (2010) によれば、早産と言われる37週未満出生児の体重の中央値は2500gを下回っており、日本を対象としたTerada et al. (2013) の研究においても、在胎週数が出生体重に最も大きな影響を及ぼしていることが明らかとなっている。日本の妊婦健診では自覚症状の有無を問わず、妊娠18~24週の間には早産マーカーと呼ばれる検査を行っており、異常が見つかった場合には入院管理を通して早産予防が行われることになっている (ペリネイタルケア編集委員会2016)。なお、自然早産の既往がある場合には、妊娠16~24週の間には早産マーカーの検査を2週間ごとに実施をするなどの配慮もあり、早産の発見に妊婦健診は有益だと考えられる。また、Takimoto et al. (2005) やOhmi et al. (2001)、吉田他 (2014) では、女性のBMIの低下も低体重児の増加に寄与していることを指摘している。吉田他 (2014) によると、1975年頃から2006年頃までの間、妊娠中の過度な体重増加はその後の肥満につながるという懸念から妊娠中の栄養指導は栄養過多となることを防止することに力点が置かれていたこと、同時期に細い体型を好む風潮があったことを報告しており、これらが妊婦の栄養摂取量の減少につながったのではないかと述べている。しかし、現在では低体重出生の負の影響が明らかになってきたこともあり、妊婦の痩せ防止を踏まえて、妊娠期の女性に対する栄養指導が行われるようになってきている。このため、妊婦健診受診による効果と

して新生児の出生体重が改善される可能性は高いと推測できる。そして、2009年以降に公費負担回数が増加したことによって妊婦健診を受診する回数が増えている可能性も大いに考えられ、妊婦健診の公費助成によって低体重を防ぐ蓋然性は高いと言える。

妊婦健診補助効果の分析には、市町村単位のデータを使用する。なぜなら、健診の公費負担の増加は全国一律に行われたが、市町村間で医療サービスへのアクセス状況に差があり、実際の健診受診の可能性は市町村ごとに異なるからである。居住市町村がわかる個人データを使用することで健診受診行動をより詳細に検証することができるが、そのようなデータは一般には公開されていない。本論文では、市町村単位での取り組み状況及び新生児の出生体重の毎年のデータ、ならびに社会経済変数が利用可能な沖縄県のデータを用いて、自治体における妊婦健診の公費負担回数増加が新生児の健康状態に与える影響を、低体重児割合の指標を用いて分析する。市町村の取り組み状況とその成果、及び経済状況を同時に把握した統計データが存在していない中で、沖縄県のように市町村のデータが整備されているのは珍しく、本研究ではこのデータを活かした分析を行う。

表1には、政策前後の低体重出生児割合と妊婦健診平均受診回数をそれぞれの市町村についてまとめている。この表から分かるように、沖縄県全体でみると低体重出生児割合は政策変更前後で0.904%ポイント低下しており、半分以上の市町村で低体重出生児割合が低下している。割合が増加している市町村もあるが、その増加幅は減少幅に比べて小さく、最も大きな市町村であっても2.241%の増加で留まっている。一方で、最も減少幅が大きい市区町村では、-10%ポイント(減少)である。また、妊婦健診の受診回数はすべての市町村で増加しており、平均では5.328回の増加である。

沖縄県の経済状況は戦後一貫して日本の全国的

¹⁾ 低体重出生は、胎児期の低栄養、または遺伝的な要素によって引き起こされると考えられるが [(Behrman and Rosenzweig (2004)], 経済学分野における多くの研究では、双子や兄弟のデータを用いて遺伝的な要素を一定に保った上でも、低体重出生の将来への負の影響は残ることが示されている。

表1 政策前後の沖縄県の低体重出生児割合と妊婦健康診査の受診回数の変化

	低体重出生児 (%)			妊婦健康診査受診回数		
	政策実施前 (2005-2008) 平均	政策実施後 (2009-2013) 平均	変化 (%ポイント)	政策実施前 (2005-2008) 平均	政策実施後 (2009-2013) 平均	変化 回数
沖縄県平均	11.628	10.724	▼ -0.904	2.006	7.334	△ 5.328
大宜味村	15.918	5.722	▼ -10.196	2.177	5.763	△ 3.585
粟国村	18.750	9.714	▼ -9.036	2.046	6.360	△ 4.314
南大東村	12.910	5.728	▼ -7.182	2.292	5.273	△ 2.980
国頭村	14.055	10.586	▼ -3.469	1.678	5.211	△ 3.533
竹富町	10.115	7.198	▼ -2.917	2.079	6.005	△ 3.926
恩納村	11.900	9.232	▼ -2.668	1.000	5.522	△ 4.522
八重瀬町	12.575	10.948	▼ -1.627	2.743	6.464	△ 3.721
石垣市	12.240	10.868	▼ -1.372	1.000	11.074	△ 10.074
豊見城市	11.768	10.726	▼ -1.042	2.085	6.152	△ 4.067
うるま市	13.063	12.178	▼ -0.884	1.714	5.881	△ 4.166
宜野座村	12.933	12.098	▼ -0.835	2.735	6.045	△ 3.309
中城村	11.238	10.434	▼ -0.804	2.153	9.280	△ 7.126
南城市	11.278	10.498	▼ -0.780	1.747	7.465	△ 5.718
今帰仁村	12.205	11.896	▼ -0.309	1.783	7.715	△ 5.931
那覇市	11.000	10.764	▼ -0.236	2.403	6.961	△ 4.558
北谷町	12.480	12.352	▼ -0.128	2.638	7.474	△ 4.835
金武町	11.608	11.550	▼ -0.057	1.425	5.484	△ 4.059
名護市	11.188	11.404	△ 0.217	2.502	10.555	△ 8.053
西原町	10.210	10.478	△ 0.268	2.184	7.273	△ 5.090
嘉手納町	12.905	13.222	△ 0.317	2.223	7.931	△ 5.708
南風原町	10.255	10.598	△ 0.343	1.984	5.510	△ 3.526
宮古島市	10.788	11.274	△ 0.487	1.885	7.526	△ 5.641
糸満市	10.868	11.462	△ 0.595	2.730	11.748	△ 9.017
浦添市	10.073	10.702	△ 0.630	1.291	6.760	△ 5.469
宜野湾市	10.065	10.854	△ 0.789	1.746	7.533	△ 5.787
本部町	9.163	10.218	△ 1.056	1.000	7.624	△ 6.624
沖縄市	11.453	12.580	△ 1.128	2.590	12.910	△ 10.320
伊江村	7.025	8.272	△ 1.247	1.787	11.972	△ 10.185
読谷村	10.945	12.630	△ 1.685	2.655	8.151	△ 5.496
与那原町	11.053	12.790	△ 1.738	2.552	4.841	△ 2.289
久米島町	10.950	12.824	△ 1.874	1.764	4.900	△ 3.135
北中城村	9.118	11.358	△ 2.241	1.603	5.330	△ 3.727

注1：出生数が10未満の市区町村についてはここでは示していない。出生数が10未満の場合、低体重児割合を算出すると、1名の低体重児であってもその割合は10%を超えるなど割合の変化が著しく分析には適さないと判断した。そのため、分析対象には含めていない。

な水準よりも低く、例えば2014年の二人以上世帯のうち勤労者世帯の実収入（1ヶ月間）は、全国平均が約52万円なのに対して約40万円である〔総務省統計局webpage家計調査〕。沖縄県の出生率は他県と比べて高く、同年の合計特殊出生率は1.86（全国は1.42）であり、新生児死亡率（出生数千当たり）、周産期死亡率（出生数千当たり）、乳児死亡率（出生数千当たり）も全国平均よりも高く、

それぞれ1.2（全国0.9）、4.0（全国3.7）、2.9（全国2.1）である。加えて、新生児の健康状態を測定する一般的な指標である低体重出生（2,500g未満出生）についても、沖縄県の高さが特徴的であり全国の約1.26倍に上る（1979年から2015年の平均値）〔総務省統計局webpage人口動態統計〕。

沖縄県と日本全国の低体重児出生について比較

をしたHokama and Binns (2009)の研究では、低体重児が沖縄県で多い理由は、経済的困窮及び医療機関へのアクセスの難しさであると考察されており、経済的に困窮している場合、公費負担が増え自己負担が減ることは妊婦健診受診の可能性を上昇させる可能性が高い。よって、本分析に沖縄県のデータを使用し、妊婦健診の公費負担回数が増加したことによって受診回数が増加したのかどうか、そして低体重出生児割合が低下したか（乳幼児の健康状態が改善されたか）を確認することで、具体的な政策議論が可能となる。

本論文の分析の結果、妊婦健診の公費負担回数の増加は受診回数を平均的に増加させ、低体重出生児の割合を低下させていることが明らかとなった。なお、妊婦健診が新生児の健康状態に与える影響を推計する場合には、不健康な妊婦が妊婦健診を受けやすい、もしくは健康に関心の高い妊婦がより多く妊婦健診を受診するといった可能性がある。不健康な妊婦が健診をより多く受けるとすれば低体重児割合は増加し、一方で健康に関心の高く健康状態を良好に保っている妊婦がより多く受診するならば低体重児割合が低下するといった内生性によるバイアスが生じることが問題となる。そこで、本論文においては、妊婦の意思や選択にかかわらず公費負担の増加という制度変更注目し、「制度変更が起きた際に」「住んでいた市町村に医療機関が多くあるかどうか」、つまり健診補助制度の変更の恩恵を受けやすかったかどうかの差を組み入れた操作変数を用いることで、内生性に対処した上での妊婦健診の効果を測定している。この分析方法によって、妊婦の選択の差ではなく公的補助の変更の差がもたらす妊婦健診回数の差、そしてそれを通じた新生児の出生体重差をとらえている。妊婦健診回数が増加することで、低体重出生の可能性が低下するメカニズムは冒頭で述べたとおりである。もちろん、政策変更後に妊婦がより妊婦健診を受けやすいという理由で居住地を変更している場合には、この操作変数は妥当ではないが、特に沖縄のように地理的にも市町村が離れていたり（離島など）、公共交通機関を使って簡単に移動することができなかつたりす

る場合には、妊婦健診の受けやすさのためだけに引越しをする可能性は低い。また、本分析では市町村の平均値を用いているため、稀にそのような妊婦が存在していたとしても、推計値には影響を及ぼさないと考えられる。この分析によって、妊婦健診の公費負担回数の増加という政策変更が実際に受診回数を増やすこと、そして受診回数の増加を通じて、新生児の健康状態を改善させることが明らかになったことは、医療政策議論への重要な貢献である。

本論文の構成は次のとおりである。まず次節では、妊婦健康診査に関する政策介入と評価、健診の効果に関する先行研究を概観する。第3節では、分析の背景となる妊婦健診および公費負担制度を概観し、その制度の仕組みから、第4節において、本論文の分析の枠組み提示し、使用データを紹介する。第5節で推定結果を報告するとともに頑健性のチェックを行い、結果を解釈する。最後に第6節で本論文をまとめる。

II 妊婦健康診査に関する政策介入と評価、健診の効果に関する先行研究

妊婦健康診査に関連する政策介入が新生児に与える影響を評価した論文はいくつか発表されており、例えばCurrie and Gruber (1996)がアメリカにおいて1979年から1992年の間にアメリカ合衆国連邦政府の公的医療保険制度Medicaidの拡大が妊婦健診へのアクセスを容易にし、産婦人科医院での初診の時期を早め新生児の健康状態を改善させたことを示している。一方で、ガーナを対象としたArthur (2012)の研究によると、2003年からの妊婦健診の無料化は、経済的に豊かで医療サービスが提供されている都市部に居住する妊婦の妊婦健診受診を促進したものの、経済的に貧しく農村地域に居住する妊婦の受診行動への効果が小さかったと結論づけている。これは、たとえ医療サービスが無料であっても、アクセスにかかる機会費用が高いためだと考察されている。

妊婦健診が新生児の健康状態に与える影響については、AMA (American Medical Association) が、

多くのエビデンスから妊婦健診の正の影響があると述べており、このような見解をもとに世界各国で妊婦健診が促進されてきた [U.S. Department of Health and Human Services (2000)]。一方で、妊婦健診の効果については議論の余地があることを示した論文も発表されている。これらの先行研究では、主に妊婦健診の回数と初診のタイミングの効果をそれぞれ検証しているが、妊婦健診回数についてはアメリカ全土で1988年に行われた調査データを用いたWarner (1998)の研究(モンタナ州とサウスダコタ州を除く)や、テキサス州のデータを用いて自己選択バイアスを取り除いたRous et al. (2004)による分析があり、健診が1回増加するごとに新生児の体重が15~71g増加することが示されている。なお、Evans and Lien (2005)の研究では公共交通機関の停止によって妊婦健診の回数は統計的に有意に大幅に減少したものの、その影響で新生児の出生体重が5gしか低下していないと報告しており、妊婦健診受診回数の増加は新生児の健康状態に正の影響を与えたとしても非常に小さいと述べている。初診のタイミングについては、初診が1ヶ月遅れるごとに80~91g [Rosenzweig and Schultz (1983)]減少するという研究結果が報告されている一方で、初診が1ヶ月遅れるごとに減少する体重は23~37gに留まる [Grossman and Joyce (1990)]、または妊娠3ヶ月までの初診が出生体重を増加させるというエビデンスはないと結論付けている研究もある [Reichman et al. (2009)]。しかしながら、Conway and Deb (2005)では、正常な妊娠において、妊婦健診は看過できない大きさの正の影響があることを明らかにしており、先行研究の妊婦健診の効果が小さいという考察は、正常妊娠と異常妊娠を区別せずに分析していることによるものと指摘している。また、Wehby et al. (2009)は、妊婦健診の効果は、観察されない胎児の初期の健康状態の異質性、つまり親からの遺伝や、胎内環境、親の社会経済要因によって異なると指摘している。実際に、経済的に貧しい地域においては、妊婦健診の正の効果がより大きく報告されている [Jewell (2007)]。

これらの先行研究から、日本において政策変更が妊婦健診の受診回数を増加させるかどうか、妊婦健診の受診回数が低体重出生児を減らすかどうかは、実証的に検証すべき問題であることが分かる。政策介入の方法や実施地域によって、その効果が異なる可能性が先行研究から示唆されることから、日本全国の平均よりも低体重出生児割合が高く、医療へのアクセスにばらつきがあり、相対的に経済的に裕福ではない家庭が多い沖縄県を対象に分析をすることは、政策を考えるために必要である。なお、本研究で取り上げる政策変更は健診の公費負担回数を増加するものであり、妊婦健診の初診時期を早めることを目的としていないこと、初診の時期を把握することのできるデータが入手可能ではないことから、本分析では妊婦健診回数だけに着目している。

III 分析の背景：妊婦健康診査及び公費負担制度

日本では1965年に母子保健法が制定(2014年6月4日最終改定)され、同法の第5条では、「国及び地方公共団体は、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進に努めなければならない」と定められている。また第12条、第13条にはそれぞれ、「市町村は、次に掲げる者に対し、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。一、満一歳六か月を超え満二歳に達しない幼児 二、満三歳を超え満四歳に達しない幼児(第12条)」、「前条の健康診査のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若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。2厚生労働大臣は、前項の規定による妊婦に対する健康診査についての望ましい基準を定めるものとする(第13条)」と明記されている。この法律的根拠に基づき、妊婦健診は実施主体である市町村の自治事務であるとされ、実施回数、公費負担額等の事業実施方法は、各市町村が判断している。ただし、第13条の2にあるように、厚生労働大臣は妊婦に対する健康診査についての望ましい基準を定める必要があり、母子保健課長通知において技術的助言として、公

費負担にあたって望ましい健診回数、実施時期及び標準検査項目を示している。

なお、妊婦健診の公費負担制度は、1969年から2007年まで2回を基準として各市町村が行ってきた〔松田（2008）；別所・宮本（2012）〕。しかし、望ましい健診回数は13回から14回とされており、14回の妊婦健診を受ける妊婦の経済的な負担は大きかったことが予想される。なお、財団法人こども未来財団が行った調査によれば、2003年の平均妊婦健診費用は約90,000円であった〔財団法人こども未来財団（2003）〕。

2007年1月16日雇児母発第0116001号母子保健課長通知「妊婦健康診査の公費負担の望ましいあり方について」において、健康な妊娠・出産のために最低限必要とされる5回の妊婦健診を各市町村が公費で負担することが求められ、地方交付税措置がなされた。続いて、2008年度第2次補正予算において妊婦健康診査特例交付金が創設され、2009年2月27日雇児母発第0227001号本職通知「妊婦健康診査の実施について」において、妊婦の健康管理に必要とされる妊婦健診14回程度とその実施時期・検査項目が示された。これによって、2008年4月には日本全国の自治体にて平均5.5回であった公費負担回数は2010年4月にはすべての自治体で14回以上に増加した。²⁾なお、妊婦健診の公費負担金額は都道府県によっては市町村で大きく異なるが、沖縄県ではすべての市町村において負担額は同額の94,710円（2009年）である〔厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長（2009）〕。また、沖縄県は2009年に一斉に公費負担回数を14回に引き上げている〔厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長（2009）〕。

この14回の妊婦健診（妊娠初期より妊娠23週まで4週間に1回、妊娠24週より妊娠35週まで2週間に1回、妊娠36週以降分娩まで1週間に1回）では、各回に①妊婦の健康状態の把握、②検査計測、③保健指導の実施の3つを基本項目として健診し、

これに加えて医学的検査（血液検査、子宮頸がん検診、超音波検査、B群溶血性レンサ球菌、性器クラミジア）が必要に応じて実施される。この14回を通して総合的に妊婦と胎児の健康診断を行っており、妊娠中の母体や胎児の異常を早期に発見することで、早産を防止することも含めた妊娠の適切な管理や必要な治療を行うことで、安全な出産に結びつけることを目的としている〔厚生省ウェブページ（2017）〕。

Ⅳ 推定モデルとデータ

1 推定モデル

上記のように、妊婦健診を定められた時期に定められた回数受診することは、新生児の健康状態に良い影響を与え、低体重児としない可能性が上昇する。よって、以下の分析モデルが考えられる。

$$\ln \text{under}_{it} = \alpha + \delta \text{Check}_{it} + \gamma X_{it} + e_{it} \quad \cdots (1)$$

誤差項は市町村の特徴（観察できない異質性）の項 μ_i を含み、 $e_{it} = \mu_i + u_{it}$ と書けるとする。 u_{it} はホワイトノイズを仮定し、 μ_i を非確率変数とした固定効果モデルと確率変数とする変量効果モデルで推定を行う。新生児の健康状態の指標である t 年の i 市（町村）における低体重児割合は単位に依存しない対数変換をした低体重児割合 $\ln \text{under}_{it}$ を用いる。そして、 Check_{it} は t 年の i 市（町村）における妊婦健診受診回数の平均（各市町村の受診延人員を受診実人員で割ったもの）である。なお、 X_{it} は市町村の社会経済要因であり、本分析では出産時の母親の年齢の平均、生活保護率、トレンド項（対数）を含んでいる。この分析モデルから、妊婦健診回数の増加が低体重児割合（対数）に与える影響を推計することが可能である。注目する検証仮説は $\delta = 0$ （健診回数は影響

²⁾ 平成21年（2009年）から平成24年（2012年）の間は、5回分を市町村が負担（普通交付税）、9回分については都道府県に妊婦健康診査支援基金を創設し、50%を国庫補助、残りの50%を地方交付税措置により支援していた。平成25年（2013年）以降は、基金事業から地方財源を確保して地方財政措置を講ずることで恒常的な仕組みを作っている。

しない)であり、健診受診をすることで低体重出生児割合が低下しているのであれば $\delta < 0$ となる。

しかしながら、Wehby et al. (2009)が指摘するように、妊婦健診が新生児の健康状態に与える影響を推計する際には、内生性を考慮することが必要となる。例えば、健康状態の悪い母親はより多く妊婦健診に通う可能性が高く、かつ健康状態が悪い母親からは低体重児が生まれてくる可能性が高いと考えられる。一方で、健康に関心を持っている妊婦や、子どもを持つことを強く望んでいた妊婦は、妊婦健診をより多く利用し、かつ自分自身の健康を良好に保つ努力をすることで、健康状態の良い子どもが生まれてくる可能性が高まるかもしれない。このような可能性を取り除かず分析すると、受診回数が多いことが低体重出生児割合を高めるという相関関係が示されたり、または受診回数が多いと低体重児の割合が低下したりという具合に推定値にバイアスがかかる。

この内生性に対処するために、本分析では、2009年の政策変更によって妊婦健診公的補助が増えたことを利用した操作変数法を用いる。なお、この政策変更は妊婦にとって外生的な変化であったと推測できる。政策変更が長く議論された形跡はなく、妊婦が出産前から健診負担が減ることがわかっていたとは考え難い。そもそも、健診補助金が増えたからと言って出産行動が変わる可能性は低く、(健診の増加を通じて出生体重が変わる影響を除けば)健診補助政策が変わったこと自体が出生体重に影響するとは考え難い。よって、外生的な健診補助の増加を通して健診回数が増えたことが、新生児の健康状態に与えた影響をとらえることができる。具体的な1段階目の推定式は以下の通りである。

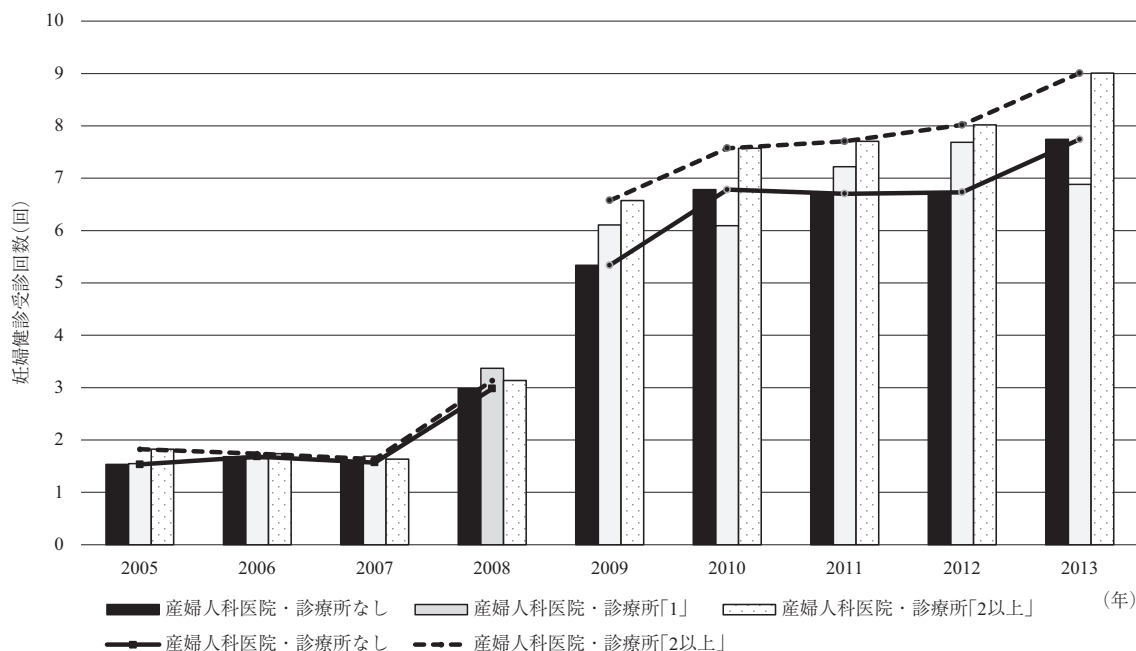
$$\text{Check}_{it} = \beta_1 T_{it} + \beta_2 \text{Obstetrics}_{it} + \beta_3 (T_{it} \times \text{Obstetrics}_{it}) + \beta_3 X_{it} + e_{it} \quad \dots (2)$$

変数 T_{it} は公費負担回数の増加通知があった2009年以降1となるダミー変数である。この公費負担回数の増加通知は全市町村共通に行われているが、それにより健診受診回数がどれだけ変わるか

は、その市町村に医療機関が十分存在しているかに依存する。 Obstetrics_{it} はこの医療機関数の充実度をとらえる変数で、以下のように定義される。

先の表1で見た通り、受診回数は市町村によってばらつきがある。その要因として考えられるのが、産婦人科・産科・婦人科医院または診療所(以下、産婦人科医院・診療所)へのアクセスのしやすさである。なぜなら、公費負担回数が増加したとしても、身近に産婦人科医院・診療所がない場合には妊婦健診を受けづらいからである。実際のデータから、妊婦健診の平均受診回数を産婦人科医院・診療所の数別で確認してみたものが図1である。図1より、産婦人科医院・診療所数が多い市町村で、2009年以降の平均受診回数の増加幅が大きいことが分かる。また、産婦人科医院・診療所が1つある場合とない場合で受診回数の増加の差は明らかではないが、産婦人科医院・診療所が2つ以上ある場合には、受診回数は年々増加しており、2つ未満の市町村における平均受診回数との差も広がっていることが分かる。このことから、産婦人科医院・診療所へのアクセスが悪い場合には、来院に要する時間など機会費用が高く消極的になる可能性が高いことが予想される。³⁾

すなわち、外的操作変数は T_{it} と Obstetrics_{it} 、両者の交差項の3つとなる。この中でも注目するのは T_{it} と Obstetrics_{it} の交差項、すなわち公的補助が増加した2009年以降であり、かつ、その政策の処置グループ(恩恵を受けたはずの市町村)であることをとらえる変数である。健診政策に関する「パネルデータによる差の差(Difference in Differences)推定」の構造となっており、この交差項が、健診の公的補助が増えたときに医療機関が存在していることでどれだけ妊婦健診回数を増やしたかをとらえる。⁴⁾操作変数としてこれらを使用することの妥当性として、まず妊婦は妊婦健診を受けることを通してのみ政策変更による恩恵を受けることが挙げられる。つまり、妊婦健診回数を通してのみ被説明変数に影響を与え、 e_{it} と無相関であるという仮定が満たされている。また、産婦人科医院・診療所にアクセスしやすい地域に



注1：産婦人科医院・診療所がない市町村の妊婦健診回数と、産婦人科医院・診療所が1つの市町村の妊婦健診回数の差は2008年以前で0.15回（平均）であり、統計的に有意な差は存在しなかった。また、2009年以降についても統計的に有意な差はなかった（差の平均は0.19回）。一方で、産婦人科医院・診療所2未満と2以上で比較をすると、2008年以前の妊婦健診回数の差は統計的に有意ではなかったが、2009年以降のその差は統計的に有意であった（その差の平均は、2008年以前は0.05回であり、2009年以降は1.53回）。

出典：医療施設調査（各年）衛生統計年報（各年）。

図1 産婦人科医院・診療所数と平均妊婦健診受診回数（沖縄県市町村データ）

において、政策変更はより妊婦健診受診回数を増加させることが予想されるため、操作変数は、 $Check_{it}$ と強い相関をもつ。よって、操作変数として好ましい性質を保有しているといえる。

なお、図1は、棒グラフが産婦人科医院・診療所「なし」、「1」、「2以上」のそれぞれの市町村における平均妊婦健診受診回数を示しており、線グラフは「なし」と「2以上」の市町村における平均妊婦

健診受診回数の経年変化を示したものである。線グラフより、差分の差推定を行う場合に前提となる共通トレンド仮定は満たしていることが確認できる。もちろん、医療機関の多さは、健診の受けやすさではなくほかの地域差もとらえてしまう可能性は残る。例えば、医療機関の多さは地域規模の大きさと相関する可能性がある。しかしながら、地域規模といった時間に依存しない地域差は

³⁾ 妊婦の医療施設の選択には、妊婦の嗜好や施設の充実度や評判なども影響し得る。そして、これらがアクセスの良さを表す変数と相関している可能性があるため、妊婦の個票データを用いて分析する際に脱落変数の問題となり得る。一方、本分析で使用するのは市町村レベルで平均化されたデータである。妊婦の受診先選択についてはさまざまな嗜好を持つ人々が存在しているが平均で見れば市町村別に差はない、あるいは、さまざまな嗜好を持つ人が市町村でランダムに存在していれば利便性の変数とは相関しない、すなわち、これら個人の嗜好や医療施設の質の差は、市町村別の平均受診率の推定において脱落変数の問題によるバイアスを生じさせないと考えられる。

なお、市町村の行政区域を越えて妊婦が健診に行く場合についてはデータの制約上、本分析では考慮できない。ただし、この点については、行政区域を越えて妊婦健診に行くとすればアクセス可能な施設が増える、つまりよりアクセスが良くなる、ということの意味しており本稿の分析結果は下限値であると言える。

誤差項に含まれる個体効果としてとらえられる。ここでは、医療機関の多さは、住民の健康に関する環境要因をとらえるものと考えて分析を行う。

2 使用データ

本分析で用いる変数の記述統計量は表2に示すとおりである。分析では、出生数が10未満の場合を除くため、渡名喜村と北大東村の2村はすべての分析対象年を通して分析に含まない。加えて、

東村、渡喜敷村、座間味村、粟国村、伊平屋村、伊是名村、多良間村の7村については対象年のうち出生数が10を超えない年があるため、出生数が10以上の年のデータのみを含む。サンプル数の低下による自由度の減少を防ぐこと、また沖縄県を対象とした研究のために分析では出来る限り多くのデータを用いたいことから、分析で使用するデータは非バランスパネルとなっている。よって、分析対象となる市町村は延べ321である。

表2 記述統計量

変数	平均	標準偏差	最小値	最大値	データの出所
低体重児割合	10.998	4.336	0	45.45	衛生統計年報 総覧保健所-市町村別(各年)
-低体重児割合(対数)	0.1036	0.038	0	0.375	衛生統計年報 総覧保健所-市町村別(各年)
平均妊婦健診回数(受診延人員/受診実人員)	4.949	3.333	1	14.879	地域保健・老人保健事業報告(地域保健編)市区町村表(各年)
政策変更ダミー(2009年以降が1をとるダミー変数)	0.56	0.497	0	1	-
産婦人科医院/診療所(2医院以上ある市町村が1をとるダミー変数)	0.372	0.484	0	1	医療施設調査(各年)
母親の平均出産年齢	30.35	1.194	25.714	34.773	衛生統計年報 総覧保健所-市町村別(各年)
生活保護率(千人対)	14.762	7.395	1.310	54.250	被保護者調査(各年)沖縄県より提供

⁴⁾ 2009年以降に沖縄全土に共通する社会経済的な出来事があった場合には、モデル上この変数 T_{it} は別の社会経済イベントをとらえている可能性もあり、公費負担回数の増加通知との識別はできない。 $Obstetrics_{it}$ と T_{it} の交差項を用いることで、そのほかの社会経済イベントではなく妊婦健診公費負担回数の増加が、健診を受診しやすい市町村でのみ健診回数が増える可能性をとらえている。なお、ここでは、産婦人科医院・診療所の数を連続変数として扱っていない。妊婦健診はいつ頃健診を受けるべきかが定められており、緊急時の診療のように混雑しているかどうかで対応が遅れたり、それが直接的に生死にかかわったりするということはないことが予想される。よって、妊婦健診の受けやすさと産婦人科医院・診療所数の関係は線形の正の相関関係をもつというよりは、健診を受けることのできる施設の有無が重要である可能性が高いと考えられる。そこで、本分析ではダミー変数を用いることとした。ただし、施設数が多いことは身近に施設がある可能性を高め、よりアクセスしやすくなる可能性は排除できないため、確認として、産婦人科医院・診療所の数を市町村の面積で割って標準化した変数を使用した分析もおこなった。結果は、産婦人科医院・診療所ダミーを使用した場合と同様である。また、本文中の頑健性の確認において、アクセスのしやすさの指標として産婦人科医院・診療所数を3以上、または4以上として確認をしているが、施設数が増えると健診回数の増加幅は低下している。なお、産婦人科医院・診療所の数を面積で割って標準化した変数は、実際にはそれらの施設が等間隔では存在していないことや、当該地域の妊婦の交通手段、移動時間、交通費用などを考慮していないことから、厳密にアクセスのしやすさをとらえられているわけではないが、これは現在入手可能なデータのみを用いて行った本稿の分析の限界であり、より詳細な検討は今後の課題である。

なお、医療法第21条10によると、「診療科名中に産婦人科又は産科を有する病院にあっては、分べん室及び新生児の入浴施設」を有している必要があるとされている。つまり、婦人科には、分べん室はなくても良いため、出産に関することについては婦人科では取り扱わない可能性が高いが、妊婦健診を受けつけることができないという法律上の制約もあるわけではない。そこで、本論文ではまずは婦人科も妊婦健診を受けることが可能な施設を含めて分析を行い、その後確認のため婦人科を除いた産科・産婦人科医院の数を、妊婦健診を受けることが可能な施設として考えて分析を行ったが結果は整合的であった。

低体重児割合（分析では対数をとったものを使用）を確認すると、最小値0、最大値45.5、平均値10.94、中央値10.96である。最大値45.5のサンプルは出生数が11の市町村であり、他市町村と比べて著しく高い。出生数が11以下の市町村を除いた場合、平均11.00、標準偏差3.53、最小値0、最大値27.78となる。そこで、分析では出生数が11以下の市町村データを除いても結果が変わらないかを確認する。平均妊婦健診回数は全国同様増加しており、最も多い市町村で2013年に14.879回となっている。産婦人科医院・診療所の数は那覇市においてのみ多く20医院を越えている一方で、8つの市町村では常に0である。2つ以上の医院・診療所が常に存在している市町村は10であり、それ以外の7つの市町村においては医院の増減により分析対象期間中に病院数が2以上になったり2未満になったりする。公費負担回数の増加が病院数を増加させているとすれば、推定結果にバイアスが生じるため問題である。しかし、日本の出生数は長期的に減少しており、2008年と2010年に前年度比で多少の増加はあったとはいえ一定して増加をしているわけではなく、今後将来にわたり妊婦が増加することは予想されない。このような状況下においては、公費負担回数の増加という理由で産婦人科医院・診療所を開院する可能性は低いと考えられるため、医院の増減は内生的に決定するものではないと予測できる。なお、分析では頑健性のチェックのために医院の増減があった7市町村（北谷町、北中城町、豊見城市、八重瀬町、与那原町、南風原町、久米島町）については、分析対象に含めない場合にも分析結果に変化がないかを確認する。

母親の平均出産年齢はトレンド項（対数）とともにコントロール変数として推計式に加えるものであり、母親の平均出産年齢は最小値が25.714、最大値が34.773と分散が大きいことが確認できる。母親の出産年齢と同様、コントロールが必要な要因として豊かさが挙げられる。豊かさは、人々の健康と強い相関関係をもつことから、本来ならば出産期にある世帯の豊かさを指標として用いる方が望ましいが、市町村ごとのそのような使

用可能データが存在しない。よって本分析では生活保護率（千人対）を用いる。生活保護率は、市町村によってそのばらつきが大きく、分析対象期間の各市町村平均の最小値は1.310であるのに対して、最大値は54.25、平均値は14.762であった。

V 推定結果

1 主要結果

まず、表3に政策変更と妊婦健診の受診回数についての推定結果を示す。固定効果モデルと変量効果モデルの両方を用いた結果、いずれの結果も大きく変わらず整合的な結果が得られている。ハウスマン検定の結果変量効果モデルが支持されたため、以下では変量効果モデルの結果を中心に確認していく。

表3を確認すると、政策変更は受診回数を増加させることが示されており、産婦人科医院・診療所が2施設以上あるかないかにかかわらず1%水準で有意である。係数を確認すると、2施設以上ない地域では妊婦健診公費負担回数の増加に伴い平均的に受診回数が約3.5回増え、産婦人科医院・診療所が2施設以上ある市町村においては、約4.8回増えておりその増加幅が大きい。なお、このコントロールグループと処置グループについて2009年以降の健診回数の増加幅の差を統計的に検定したところ、統計的に有意に差があることが分かった（標準誤差0.430、1%水準で有意）。すなわち、2009年以降、処置グループである医療機関が多い市町村で健診の受診確率が高まったと言える。本分析では、標準誤差を残差から計算するのではなく、不均一分散についてはブートストラップ法を用いて計測している。したがって誤差項が不均一分散になるという問題を持たない。また、操作変数であるが、Cragg-Donald検定統計量を確認するとStock-Yogoの臨界値（5%）13.91よりも十分に大きく、弱操作変数の問題は生じていないと言える。加えて、Sargan検定統計量より、過剰識別検定の帰無仮説（過剰識別条件が満たされる）は棄却されず、操作変数は妥当なものであると考えられる。次に、政策変更が受診回数を増加させるこ

とを通じて、新生児の健康状態にどのように影響しているかを確認する。表3の結果より、操作変

表3 推定結果：政策変更と健診受診回数

被説明変数：平均妊婦健診受診回数	固定効果モデル	変量効果モデル
政策変更ダミーと産婦人科医院・診療所ダミーの交差項（※）		
政策変更前×産婦人科医院・診療所2つ以上	-0.304 (0.768)	-0.048 (0.333)
政策変更後×産婦人科医院・診療所2つ未満	3.488 *** (0.383)	3.547 *** (0.351)
政策変更後×産婦人科医院・診療所2つ以上	4.396 *** (0.893)	4.756 *** (0.471)
トレンド項（対数）	0.973 *** (0.250)	1.097 *** (0.208)
母親の平均年齢	-0.044 (0.134)	-0.090 (0.104)
生活保護率	0.068 (0.041)	0.027 (0.017)
定数項	1.817 (4.014)	3.483 (3.029)
R-squared	0.655	-----
Wald chi2	-----	917.57 ***
F-test (for zero parameters)	3.74 **	-----
F-test (for zero excluded instruments)	44.38 ***	46.3 ***
F-test (for zero individual effects)	2.09 ***	-----
LM test (for homogeneous variance)	-----	84.59 ***
Stock-Yogo weak ID test critical values (5%)	13.91	13.91
Weak identification test (Cragg-Donald Wald F statistic)	44.38	46.30
Sargan statistic	1.908	4.022
Hausman test		1.47

注1：標準誤差は、ブートストラップ法を用いて計算した。

注2：括弧内は標準誤差 ***（1%水準で有意） **（5%水準で有意） *（10%水準で有意）。

注3：（※）参照グループは政策変更後×産婦人科医院・診療所2つ未満。

注4：観測数321，観測グループ39，グループ内観測数（最小）1，（最大）9，（平均）8.2。

表4 推定結果：妊婦健診受診回数と低体重児割合

被説明変数：低体重児割合（対数（※））	固定効果モデル	変量効果モデル
平均妊婦健診回数	-0.003 * (0.018)	-0.003 * (0.002)
トレンド項（対数）	0.014 ** (0.007)	0.014 ** (0.007)
母親の平均年齢	0.007 ** (0.005)	0.003 (0.002)
生活保護率	-0.001 (0.013)	-0.003 (0.000)
定数項	-0.080 (0.157)	-0.001 (0.066)
Hausman test		3.03

注1：平均妊婦健診回数は、表3で推定された予測値。

注2：標準誤差は、ブートストラップ法を用いて計算した。

注3：括弧内は標準誤差 ***（1%水準で有意） **（5%水準で有意） *（10%水準で有意）。

注4：（※）分析では、ロジット変換を行ったものも用いたが、結果は対数をとった場合と同様であった。

注5：観測数321，観測グループ39，グループ内観測数（最小）1，（最大）9，（平均）8.2。

数となる政策変更ダミーと産婦人科医院・診療所ダミーの交差項と受診回数との相関が十分に強いことが分かる。そして、その操作変数を用いた分析結果である表4を確認すると、妊婦健診受診回数の増加に伴い低体重児割合は減少することが10%の有意水準で支持される。推定値によると、受診回数1回の増加につき0.3%ポイント低体重児割合が減少すると言える。前節で見た1段階目の推定結果と合わせると、妊婦健診公費負担増加が妊婦健診受診回数を増加させることを通して、低体重児割合を減少させるという因果関係が示唆される。なお、被説明変数である低体重児割合を対数変換せず、そのまま使用した場合に妊婦健診回数の係数は0.4で統計的に有意であった。よって、本分析で得られた結果は、日本においては妊婦健診の受診回数の増加は低体重児の抑制に正の効果をもたらすことを示唆している。例えば、沖縄において妊婦健診回数は平均で約5.1回増加しており、さまざまな要素をコントロールした場合に1回の妊婦健診の増加が0.3%ポイントの低体重児割合を低下させる、つまり政策変更によって平均的に約1.5%ポイント低体重児割合が低下することとなり、その効果は十分に大きいと言える。⁵⁾

2 頑健性の確認

得られた結果の頑健性を確認するために、まず出生数と産婦人科医院・診療所の数に関連して使用するデータセットに制約を課した分析と、妊婦健診の受けやすさの指標の基準を変更した分析を行う。次に、「偽薬効果」のテストとして、産婦人科医院・診療所の数をランダムに市町村に割り当てて、同じ差の差推定を行い同じ効果が検出されないことを確認する。最後に、低体重児割合のトレンドをコントロールすることを行い、結果の頑

健性を確かめる。

はじめに、出生数に関連して、1ヵ年のみ出生数が10を越えた栗国村を除いた分析と、出生数11以下の場合を除いた分析を行った。分析の結果、栗国村を除いた分析及び出生数11以下の場合を除いた分析のいずれにおいても、政策変更は健診受診回数を増加させ、平均妊婦健診受診回数の増加は新生児の健康状態を良くすることが分かった。次に、産婦人科医院・診療所の数に変更があった7市町村を除いて推計を試みた。この場合も先の結果と整合的で、政策変更は健診受診回数を増加させ、平均妊婦健診受診回数の増加は低体重児割合を減少させた。

また、妊婦健診の受けやすさの指標の基準を変更して結果の頑健性を確認するために、変数 *Obstetrics_{it}* を、産婦人科医院・診療所が3以上のときに1となる変数とした分析、4以上のときに1となる変数とした分析を行った。産婦人科医院・診療所が多くなると妊婦健診受診回数も増え、それぞれ、妊婦健診公費負担回数の増加に伴い5.16回(産婦人科医院・診療所が3以上)、5.79回(産婦人科医院・診療所が4以上)増加することが示された(係数はハウスマン検定で支持された変数効果モデルの結果)。平均妊婦健診受診回数が新生児の健康に与える影響は大きく変わらず、受診回数が1回増えると約0.3%から0.4%ポイント低体重児割合が減るという結果が得られた。

「偽薬効果」のテストとして、産婦人科医院・診療所の数をランダムに市町村に割り当て同じ差の差推定を行って効果が検出されないことを確認した。具体的には、10通りのランダム割り当てを、それぞれ500回繰り返しても真の結果は再現できず、主要結果は頑健であると言える。

最後に、本分析では時系列データを用いている

⁵⁾ 時系列の長いデータを用いた差の差推定の問題点として系列相関による標準誤差の過小推定がある。そこで、本稿では系列相関の確認のために、データを2009年前後の2つに分けて集計し、2次点のパネルデータとして同様の操作変数推定を行った。その結果、コントロールグループと処置グループにおける妊婦健診回数の差は統計的に有意であり、処置グループでは7.2回の増加、コントロールグループでは5.2回の増加であり、その差は有意であった。しかし、2段階目の結果について確認をすると、平均妊婦回数の係数は有意とはならなかった。よって、系列相関の可能性は排除できないことに注意が必要である。しかし、この2次点のパネルデータは観測数が59に低下するため、自由度の低下によって本推定結果となっている可能性もあり、本分析ではどちらの要因によるものかを特定することは困難である。この点については今後の分析課題として残される。

ため、低体重児割合のトレンドをコントロールすることが重要である。先の分析では、すべての市町村について似通ったトレンドが存在すると仮定し、モデルに年に関するトレンド項（年の対数値をとったもの）を加えていた。そこで頑健性のチェックのため、異なる形のトレンドを考慮してみる。最も良く行われるコントロールとしては、トレンド項と市町村ダミーの交差項を分析に加える方法があるが、この方法を用いた場合、多重共線性の問題が発生する可能性があり大幅に自由度が減少する。そこで、ここでは低体重児割合のトレンドの特徴が似ている市町村をグループ化し、それぞれとトレンド項の交差項を作った。グループ化については、沖縄県の本島と離島（近隣の島も含む）をそれぞれグループにし、さらに出生率を四分位で分ける。その結果、8つのクラスターが出来、それぞれとトレンド項を掛け合わせて交差項としモデルに加えた。分析の結果、固定効果モデルでは平均妊婦健診回数の係数は -0.00294 、標準誤差は 0.018 、変量効果モデルでは平均妊婦健診回数の係数は -0.00353 、標準誤差は 0.0015 であった。すなわち、異なるトレンドを用いたとしても結果のインプリケーションは変わらないと言える。

VI まとめ

本論文では、2009年に妊婦健診の公費負担回数が増え、引きあがったことによって新生児の健康状態が改善されたかを2005～2013年の沖縄県の市町村データを用いて検証した。分析の結果、妊婦健診の公費負担回数が14回に増加した2009年以降、受診回数が大きく増加し、妊婦健診をより多く受けることによって低体重児割合が減少していることが明らかとなり、妊婦健診の公的負担を増やすという政策変更は、沖縄県において低体重出生児割合の増加に歯止めをかける重要な政策となったことが示された。低体重児割合が全国平均よりも高い地域でこのような成果があったことは特記に値する。なお、沖縄県のデータによる分析結果が日本全国でも同様に得られるかどうかの検証は今後

の課題である。

近年の研究では、出生時の不健康は将来の健康状態や教育成果、生産性に負の影響を及ぼすと言われている [Currie and Hyson (1999); Case et al. (2005); Almond and Currie (2011)]。また、親の社会経済状況が出生時の健康状態と強く関連していることから、親世代の格差が子世代に継承される可能性も指摘されている。健診補助により低体重出生児割合の上昇を抑制させたことは、長期的に見て、日本における格差を助長しないという効果も持ち得る。先行研究ではまた、低体重出生児の長期的な健康状態が悪く、社会保障を受ける確率が高いことも指摘されている [Almond (2006); Oreopoulos et al. (2008)]。このような関係が日本でも存在しているのであれば、低体重児の減少は、将来的な医療費や社会保障費を抑制するという効果も持ち得るため、低体重児の減少は金銭的コストの面からも人的資本の面からも社会全体にとって大きな便益をもたらす可能性がある。つまり健診補助政策が低体重児の減少に貢献したのであれば、補助政策による社会的便益は大きいと言える。

また、アメリカでの研究では妊婦健診の正の効果が限定的であるという論文もある中で、本分析において妊婦健診の効果が認められたことは、日本の妊婦健診の内容が新生児の体重低下を防ぐことに特に効果的であることを示唆している。冒頭で述べたとおり、妊婦健診では早産防止や、妊婦の栄養指導が行われており、早産や妊婦の痩せが新生児の体重を低下させている可能性が高い日本においては、妊婦健診を定期的に14回受診することは妊婦の健康状態、そして胎児の健康状態に非常に良い影響を与えていると考えられる。

なお、Wehby et al. (2009) が示すように、より社会的地位の低い母親や、より体重の軽い（不健康な）新生児については、妊婦健診は平均的な効果よりも有意に大きいことが明らかになってきていることを鑑みると、今後は個票データを用いたより詳細な分析を進めていく必要がある。また、沖縄県においては妊婦健診の公費負担額は市町村で一律であるが、他県においては負担額に差があ

る場合もあり、公費負担額の違いによって受診行動が異なる可能性も考えられる。市町村財政の状況も鑑み、費用便益の分析から最も効率的に出生時の健康状態を改善させることができるのかについては、今後の検討課題としたい。

謝辞

本稿の作成にあたり、医療経済学会第11回研究大会にて討論者の川口大司先生（東京大学）及び参加者、本誌の2名の匿名レフェリーには、非常に有益なコメントをいただいた。記して感謝申し上げます。また、本研究の実施に当たり、以下の研究助成を受けた。科学研究費若手研究（B）15K17082（松島みどり）；平成26年度ユニバーサル財団研究助成金（代表：松島みどり 研究分担者：小原美紀）；ファイザーヘルスリサーチ振興財団2014年度国内共同研究助成（代表：小原美紀）。ここに記して感謝申し上げます。

* 連絡先：〒577-8505東大阪市御厨栄町4-1-10
大阪商業大学E-Mail: midori@daishodai.ac.jp

参考文献

- Almond, Douglas (2006) “Is the 1918 Influenza Pandemic Over? Long-Term Effects of *in utero* Influenza Exposure in the Post-1940 U.S. Population,” *Journal of Political Economy*, Vol.114, pp.672-712.
- Almond, Douglas. and Janet Currie (2011) “Killing me softly: The fetal origins hypothesis,” *The Journal of Economic Perspectives*, Vol.25, pp.153-172.
- Arthur, Eric (2012) “Wealth and antenatal care use: implications for maternal health care utilisation in Ghana”. *Health Economics Review*, Vol.2, p.14.
- Behrman, Jare. R. and Rosenzweig Mark R (2004) “Returns to birthweight,” *Review of Economics and Statistics*, Vol.86, pp.586-601.
- Bharadwaj, Prashant., Lundborg Petter and Rooth Dan-Olof (2018) “Birth Weight in the Long Run,” *Journal of Human Resources*, Vol.53, pp.189-231.
- Black, Sandra E., Devereux Paul J and Salvanes Kjell G (2007) “From the cradle to the labor market? The effect of birth weight on adult outcomes,” *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 122, pp.409-439.
- Case, Anne., Angela Fertig. and Christina Paxson (2005) “The lasting impact of childhood health and circumstance,” *Journal of Health Economics*, Vol.24, pp.365-389.
- Conway, Smith K, and Partha Deb (2005) “Is prenatal care really ineffective? Or, is the ‘devil’ in the distribution? .” *Journal of Health Economics*, Vol.24, pp.489-513.
- Creasy, Robert K., Gummer Beverly A and Liggins Graham C (1980) “System for Predicting Spontaneous Preterm Birth.” *Obstetrics and Gynecology*, Vol.55 (June 1980), pp.692-695.
- Currie, Janet. and Jonathan Gruber (1996) “Saving babies: the efficacy and cost of recent changes in the Medicaid eligibility of pregnant women,” *Journal of political Economy*, Vol.104, pp.1263-1296.
- Currie, Janet. and Rosemary Hyson (1999) “Is the Impact of Shocks Cushioned by Socioeconomic Status? The Case of Low Birth Weight,” *American Economic Review*, Vol.89, pp.245-250.
- Evans, William. and Diana S. Lien (2005) “The benefits of prenatal care: Evidence from the PAT bus strike,” *Journal of Econometrics*, Vol.125, pp.207-239.
- Figlio, David., Guryan Jonathan., Karbownik Krzysztof. and Roth, Jeferey (2014) “The effects of poor neonatal health on children’s cognitive development”, *American Economic Review*, Vol.104, pp.3921-3955.
- Grossman, Michael and Theodore J. Joyce (1990) “Unobservables, pregnancy resolutions, and birth weight production functions in New York City,” *The Journal of Political Economy*, Vol.98, pp.983-1007.
- Hokama, Tomiko. and Colin Binns (2009) “Trends in the prevalence of low birth weight in Okinawa, Japan: a public health perspective,” *Acta Paediatrica*, Vol.98, pp.242-246.
- Hoynes, Hilary., Doung Miller and David Simon (2015) “Income, the Earned Income Tax Credit, and Infant Health,” *American Economic Journal: Economic Policy*, Vol.7, pp.172-211.
- Jewell, R.Todd (2007) “Prenatal care and birthweight production: evidence from South America,” *Applied Economics*, Vol.39, pp.415-426.
- OECD (2018) OECD Family Database, <http://www.oecd.org/els/family/database.htm> (2018年8月1日最終確認)。
- Ohmi, Hiroki., Kenzou Hirooka, Akira Hata and Yoshikatsu Mochizuki (2001) “Recent Trend of Increase in Proportion of Low Birthweight Infants in Japan”, *International journal of epidemiology*, Vol.30, pp.1269-1271.
- Oreopoulos, Philip., Mark Stabile, Randy Walld and Leslie L. Roos (2008) “Short-, Medium-, and Long-Term Consequences of Poor Infant Health: An Analysis Using Siblings and Twins,” *Journal of Human Resources*, Vol.43, pp.88-138.
- Reichman, Nancy E., Hope Corman, Kelly Noonan,

- Dhaval Dave (2009) "Infant health production functions: What a difference the data make," *Health Economics*, Vol.18, pp.761-782.
- Rosenzweig R. Mark and Paul T. Schultz (1983) "Estimating a household production function: heterogeneity, the demand for health inputs, and their effects on birth weight," *The Journal of Political Economy*, Vol.91, pp.723-746.
- Rous, Jefferey., Todd R Jewell and Robert W. Brown (2004) "The effect of prenatal care on birthweight: a full-information maximumlikelihood approach," *Health Economics*, Vol.13, pp.251-264.
- Takimoto, Hidemi., Tetsuji Yokoyama, Nobuo Yoshiike and Hideoki Fukuoka (2005) "Increase in low-birth-weight infants in Japan and associated risk factors, 1980-2000," *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, Vol.31, pp.314-322.
- Terada, Misato., Matsuda Yoshio., Ogawa Masaki., Matsui Hideo. and Satoh Shoji. (2013) "Effects of maternal factors on birth weight in Japan," *Journal of pregnancy*, Vol. 2013, Article ID 172395, 5 pages, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/172395>.
- U.S. Department of Health and Human Services (2000) *Healthy people 2010: Understanding and improving health*, 2nd edition. US Government Printing Office.
- Warner, Geoffrey (1998) "Birthweight productivity of prenatal care," *Southern Economic Journal*, Vol.65, pp.42-63.
- Wehby, George., Jeffery Murray. C., Edurado Castilla. E. Jorge Lopez-Camelo S and Robert Ohsfeld L (2009) "Quantile effects of prenatal care utilization on birth weight in Argentina," *Health Economics*, Vol.18, pp.1307-1321.
- Xie, Zong-Xian., Chou Shin-Yi and Liu, Jin-Tan. (2017) "The Short-Run and Long-Run Effects of Birth Weight: Evidence from Large Samples of Siblings and Twins in Taiwan," *Health Economics*, Vol.26, pp.910-921.
- 板橋家頭夫・藤村正哲・楠田聡 他 (2010)「新しい在胎期間別出生時体格標準値の導入について」, 『日本小児科学会雑誌』 Vol.114, pp.1271-1293。
- 公益財団法人母子衛生研究会 (2015)『わが国の母子保健 平成27年』, 母子保健事業団。
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長 (2009) 妊婦健康診査の公費負担の状況にかかる調査結果について, <http://www.jaog.or.jp/sep2012/JAPANESE/letter/090603.pdf> (2018年2月17日最終確認)。
- 厚労省ウェブページ (2017) "妊婦健診"を受けましょう (リーフレット), <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken13/> (2018年2月17日最終確認)。
- 財団法人こども未来財団 (2003) 子育てコストに関する調査研究, [http://www.wam.go.jp/wamappl/bb16GS70.nsf/0/49256fe9001adf9249256cfc001892af/\\$FILE/siryou1.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb16GS70.nsf/0/49256fe9001adf9249256cfc001892af/$FILE/siryou1.pdf) (2018年2月17日最終確認)。
- 総務省統計局webpage家計調査, <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do> (2018年2月17日最終確認)。
- 総務省統計局webpage人口動態統計, <http://www.estat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do> (2018年2月17日最終確認)。
- 松田義雄 (2008)「妊産婦健診の目的と意義」, 『母子保健情報』 Vol.58, pp.2-5。
- 別所俊一郎・宮本由紀 (2012)「妊婦健診をめぐる自治体間財政競争」, 『財政研究』, Vol.8, pp.251-267。
- ペリネイタルケア編集委員会 (2016)『正常の確認と異常への対応を究める！妊婦健診と保健指導パーフェクトブック』, 株式会社メデिका出版。
- 吉田穂波・加藤則子・横山徹爾 (2014)「人口動態統計からみた長期的な出生時体重の変化と要因について」, 『保健医療科学』 Vol.63, pp.2-16。

(まつしま・みどり)
(こはら・みき)

The Effect of Public Support on the Utilization of Prenatal Care and the Weight of Newborn Babies

Midori MATSUSHIMA^{*1} and Miki KOHARA^{*2}

Abstract

In Japan, to ameliorate the health outcomes of newborn babies, an increase in public subsidies for prenatal care (PNC) was introduced in 2009. This study evaluates the health outcomes of newborn babies following its implementation by examining whether this rise in public subsidies actually improved PNC utilisation as well as whether the intervention improved infant health through the increase of PNC visits. We used Okinawa municipal panel data from 2005 to 2013. The results suggest that raising PNC subsidies increases utilisation, leading to a decline in the percentage of low birth weight (LBW) babies by 0.3 percentage points per one visit increase. Considering the findings of previous studies conducted outside of Japan that have shown a limited positive impact of PNC on infant health, our results are important. One feasible explanation of our findings is that having regular PNC visits, where pregnant women receive nutrition advice and prevention of pre-term birth for every visit, during the course of pregnancy, is particularly beneficial to Japanese pregnant women, because low Body Mass Index (BMI) and pre-term birth are possibly direct causes for the birth of LBW babies in Japan.

Keywords : Prenatal Care, Subsidies, Low Birth Weight, Newborn Babies, Japan

^{*1} Assistant Professor, Faculty of Public Affairs, Osaka University of Commerce

^{*2} Professor, Osaka School of International Public Policy, Osaka University

Human Cause-of-Death Databaseプロジェクト

大津 唯*

本稿では、死因統計に関するデータベースの作成・公開を目的とした国際共同プロジェクト「Human Cause-of-Death Database」について紹介する。

I プロジェクトの概要

Human Cause-of-Death Database (HCD) は、フランス国立人口研究所 (INED) とマックス・プランク人口研究所 (MPIDR) の共同プロジェクトである。日本からは国立社会保障・人口問題研究所が一般会計プロジェクト「長寿化・高齢化の総合的分析及びそれらが社会保障等の経済社会構造に及ぼす人口学的影響に関する研究」(2014~16年度)、同「長寿革命に係る人口学的観点からの総合的研究」(2017~19年度)の一環として参画している。

本プロジェクトの特徴は、最新の死因分類に合わせて過去の統計を補正することにより、定義の一貫した長期時系列データを作成し、公開する点にある。各国の死因統計は世界保健機関 (WHO) が定める国際疾病分類 (ICD)¹⁾に準拠して作成される。しかし、ICDは定期的に改訂が行われるた

め、死因統計は分類の改訂前後で断絶が生じ、長期的な傾向の精確な把握が困難となっている。HCDは、各国の死因統計が抱えるこうした問題に対処すべく、各国の死因統計を現行のICD-10²⁾の最も詳細な分類である4桁分類³⁾で再構築する取り組みである。

データの再構築は、1980年代にINEDで開発された手法に基づき、改定前の分類に基づく元データを改定後の分類に基づく形式に変換することで行われる。ただし、改定前の分類と改定後の分類の対応関係は非常に複雑であり、かつ国によって異同がある。そのため、改定前の各死因の死亡数を改定後のどの死因に割り当てるべきか、またどの程度割り当てるべきか、ということ国ごとに決める必要がある。この作業は、医学的な見地に基づく対応関係だけでなく、それによって時系列的な一貫性が保たれているかどうかを統計的に検証することによって行われる。

再構築したデータはWebで公開されており⁴⁾、国際比較研究への活用が期待されている。現在データベースの対象となっているのは16か国である⁵⁾。

* 埼玉大学大学院人文社会科学部 准教授

¹⁾ 正式名称は「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem)。

²⁾ ICDの第10回改訂版。1990年にWHOにより使用が勧告された。日本では、社会保障審議会での審議を経て1995年から採用されている。なお、第11回改訂版 (ICD-11) が2018年6月に公表されており、2019年5月のWHO総会での承認を経て、各国に順次導入される予定である。

³⁾ ICD-10は22の章から構成され、それぞれの章は3桁分類と、さらに詳細な4桁分類によって構成されている。3桁分類の項目数は約2,000、4桁分類の項目数は約12,000である。

⁴⁾ <https://www.causesofdeath.org/>

II 日本の準備状況

既述のように、日本からは国立社会保障・人口問題研究所が一般会計プロジェクトの一環としてHCDのプロジェクトに参画し、日本のデータ提供に向けた準備を進めている。筆者はこの作業に日本側のチームの一員として参加し、現在ICD-9の適用期間（1979～94年）のデータをICD-10に変換する作業に取り組んでいる。しかし、この作業は、HCDの手法の単なる適用では対応できない日本固有の課題に直面している。

日本では、1995年のICD-10導入に合わせて死亡診断書の改訂を実施し、この改訂の中で、「死亡の原因」欄の注意書きとして「疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という記述が追加された。この新様式の施行は1995年からであったが、前年に医師等を対象とした講習会の開催などにより事前周知が行われた結果、それまで緩やかな増加傾向にあった心不全による死亡数が1993年から1995年にかけて激減、代わりに悪性新生物や脳血管疾患を始めとするほ

かの多くの死因で死亡数の非連続的な増加が生じた（図参照）。

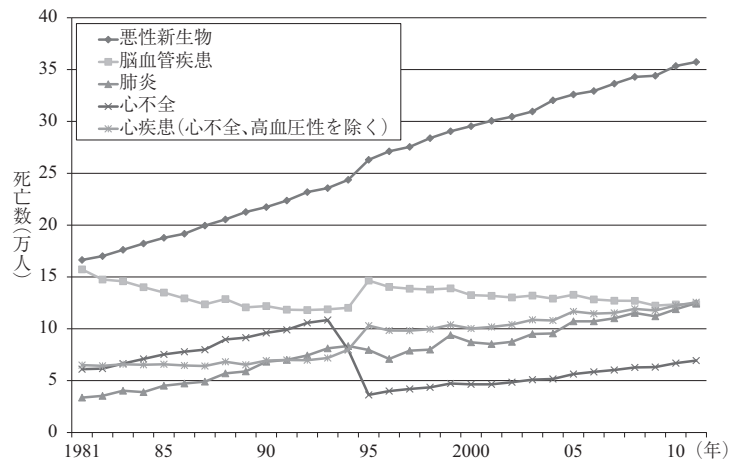
このような統計の断絶は、ほかの国のICD-10導入においては観察されない日本特有の現象である。そのため、通常のHCDの手法に基づいてICD-9からICD-10への変換を行う前に、あらかじめ死亡診断書改訂の影響を取り除く方法を開発した。詳細は大津他（2018）で解説を行っている。

本稿執筆時点（2018年12月）では、この新しい方法に基づいて実際にICD-9からICD-10への変換作業を進めているところである。既にさまざまな日本の特徴が明らかになってきており、確定データの公開と同時に改めて報告を行いたい。

参考文献

大津唯・是川夕・石井太・Markéta Pechholdová・France Meslé・Jacques Vallin（2018）「日本における長期時系列死因統計の再構築に向けて—1995年の死亡診断書改定に伴う影響の除去—」『人口問題研究』74（2），pp.99-117。

（おおつ・ゆい）



注：簡単分類別。ただし、心不全は心疾患から除外し、区別して表示している。

資料：厚生労働省「人口動態統計」。

出所：大津他（2018）より引用。

図 主な死因の死亡率の推移（簡単分類別）

⁵⁾ ベラルーシ、チェコ、イギリス（イングランドおよびウェールズ）、エストニア、フランス、ドイツ、日本、ラトビア、リトアニア、モルドバ、ポーランド、ルーマニア、ロシア、スペイン、ウクライナ、アメリカ。

情報 (各国の動向)

ドイツの住宅福祉政策と空き家対策①

森 周子*

I ドイツの住宅政策

ドイツでは近年、住宅取得困難者向けの住宅(社会住宅)の減少傾向や大都市における家賃の高騰が問題視され、連邦政府は住宅政策の一層の推進を標榜している。家賃補助制度(住居費給付と住宅手当)、および、社会住宅の供給側への助成のあり方が議論され(本稿)、空き家対策についてもさまざまな取り組みがなされている(次稿)。

II 家賃補助制度

家賃補助制度には、公的扶助(求職者基礎保障と社会扶助¹⁾)受給者に支給される住居費給付と、公的扶助を受給していない低所得者に支給される住宅手当とがある。いずれも、家賃のみならず、持家居住に伴う負担の補助²⁾も行うことが特徴的である。

まず、住居費給付であるが、これは暖房費も含む実費相当額が適切な範囲で支給される。適切性の基準は、連邦社会裁判所が2009年に作成した「根拠概念」という規則に基づき、家賃概況(当該自治体の一般賃貸住宅の適正家賃一覧表³⁾)と比較対象地域(周辺エリア)の状況を勘案して、州または市町村が定めることが一般的である。例えば、ドイツ国内で最も家賃水準が高い都市であるミュンヘンでは、暖房費を除く家賃上限月額が、

表1 ミュンヘンにおける暖房費を除く家賃上限月額の基準値(2017年10月以降)(単位:€)

世帯人数	居住面積	家賃上限月額
1	50㎡	657 €
2	65㎡	744 €
3	75㎡	870 €
4	90㎡	1,093 €
5	105㎡	1,277 €
6	120㎡	1,563 €

出所: Amt für Soziale Sicherung Landeshauptstadt München (2017), p.9.

2017年10月より表1のように規定されている。

2017年末時点の求職者基礎保障の住居費給付の受給世帯数は299.9万世帯、社会扶助の生計扶助(住居費給付がその中に含まれる)の受給者数は37.5万人である。

次に、住宅手当とは、住宅手当法を根拠法とし、対象世帯の総所得月額、家賃月額(暖房費は含まれない)、世帯人数、居住する自治体の家賃段階(全国の自治体を家賃水準ごとにI~VI段階に区分)によって支給額が決定される(式1)。住宅に関する要件はなく、承認される期間は1年である(それ以降は更新が必要となる)。

家賃月額は、世帯構成員数と家賃段階ごとに上限額が定められている。例えば、ミュンヘン(家賃段階が最高のVI段階)の単身世帯の家賃上限額は522€, 4人世帯のそれは879€である。総所得月額にも上限があり、ミュンヘンの場合、単身世帯は1,010€, 4人世帯は2,166€である。なお、2016年

* 高崎経済大学地域政策学部 教授

¹⁾ 社会扶助は稼働能力を持たない者、求職者基礎保障は稼働能力を持つ者を対象とする公的扶助制度である。

²⁾ ローン、土地税、管理費などの負担額から算出される。

³⁾ 小規模な市町村では作成していないところも多い。

式1 住宅手当の算定式

$$\text{住宅手当月額} = 1.15 \times (\text{家賃月額} - (a + b \times \text{住居費月額} + c \times \text{総所得月額}) \times \text{総所得月額})$$

注：係数a, b, cの値は、下の表を参照のこと。

	1人世帯	2人世帯	3人世帯	4人世帯	5人世帯	6人世帯
a	0.04	0.03	0.03	0.01	0	-0.01
b	0.00063	0.00044	0.00038	0.00034	0.0003	0.00028
c	0.0000138	0.0000103	0.000083	0.000043	0.000042	0.000036

出所：住宅手当法19条および別紙1を参考に筆者作成。

の法改正により、住宅手当の給付額は平均39%引き上げられ、家賃上限額も段階的に引き上げられた。これにより、例えば家賃段階Vの都市における夫婦と12歳以下の子2人からなる4人世帯で総所得月額が1,601.67€, 家賃月額が700€の場合、2016年改正前の住宅手当は月額122€(家賃に占める割合は17.4%)であったが、2016年改正後は同221€(同31.6%)となった〔BMU (2015)〕。

2005年に、それまで認められていた公的扶助受給者への支給が認められなくなったことで、住宅手当の受給世帯数は352.4万世帯から81.1万世帯へと激減した。2009年に、暖房費を給付に含めるという改正(2011年に廃止)がなされた際には、受給世帯数は63.9万世帯から100.7万世帯へと増えたが、2015年には46万世帯まで減少した。2016年改正時には63.1万世帯へと増加したが、2017年末時点の受給世帯数は59.2万世帯であり、全世帯数に占める割合は1.4%である。財源は連邦と州の折半であり、2017年の支出額は12.3億€(対GDP比は0.04%)である。住居費給付における家賃の適切性の基準が定期的に変更されるのに対し、住宅手当における基準変更が不定期で住宅市場の状況を即時に反映しないことで、住宅手当受給者の公的扶助受給者への移行を増加させることが危惧されている〔森 (2019)〕。

III 社会住宅への助成

ドイツでは、連邦が低所得者向けの公営住宅を建設するのではなく、民間住宅が一定期間、公的助成を受け、その助成額を返済するまでの期間(拘束期間)、低所得者向けの社会住宅として機能

することが特徴的である。拘束期間は州や市町村ごとに規定されており、例えば、ミュンヘンが所在するバイエルン州では25~40年の間である。拘束期間終了後はさらに一定期間(州ごとに異なる。バイエルン州では、3~10年。)をおいた上で、社会住宅は通常の民間住宅となる。このような仕組みにより、低所得者世帯とそれ以外の世帯との社会ミックスを促進し、低所得者の集住による「ゲッター化」を防ぐことが企図されている。社会住宅の管轄は2006年より連邦から州へと移譲され、それに伴い、連邦による州への財政援助は廃止されたが、その代替として2007年から2018年まで連邦から州への補償給付が行われている。

社会住宅は、州ごとに規定された一定の所得限度を超えない場合に授与される「居住権利証」を持つ世帯のみが入居できる。所得限度はバイエルン州の場合、単身世帯は22,600€, 2人世帯の場合は34,500€, さらに1人増えるごとに8,500€を加算した額である。賃借人の選定は貸し手に委ねられ、社会住宅は原価家賃を超える金額を設定することはできない。

ドイツ国内の社会住宅数は減少傾向にあり、2006年時点の207万戸が、2016年時点で124万戸となり、2020年には107万戸と推計され〔BAG Wohnungslosenhilfe (2017)〕、家主にとっての魅力の不足と社会住宅建設用地の不足とが原因として指摘される〔森 (2019)〕。社会住宅整備を推進すべく、連邦が再び社会住宅を管轄することが、目下連邦議会で論議されている。

謝辞

本稿は、厚生労働行政推進調査事業費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))「我が国の貧困の状況に関する調査分析研究」(H28-政策-指定-006)(研究代表者：泉田信行)の助成を受けたものである。

参考文献

森 周子 (2019)「ドイツの住宅政策の動向に関する研究」『我が国の貧困の状況に関する調査分析研究 平成28~30年度総合研究報告書(厚生労働行政推進

- 調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））』（刊行予定）。
- Amt für Soziale Sicherung Landeshauptstadt München (2017) “Unterkunft und Heizung. Angemessene Kosten der Unterkunft, Kostensenkungsverfahren § 35 Abs.1 SGBXII”.
- BAG Wohnungslosenhilfe (2017) 860.000 Menschen in 2016 ohne Wohnung. https://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html (2018年12月19日最終確認)。
- BMU (2015) “*Wohngeldreform zum 1. Januar 2016*”.

(もり・ちかこ)

情報（所内研究報告：人口）

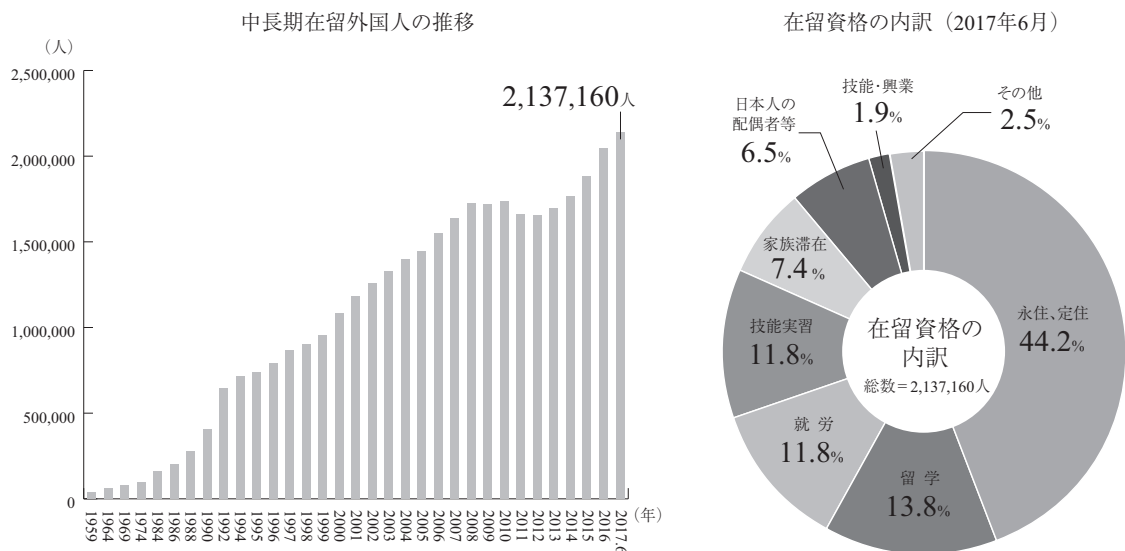
『日本における中長期在留外国人の移動過程に関する縦断調査』
について

是川 夕*

Ⅰ いま、なぜ日本で学ぶ留学生についての調査が必要とされているのか？

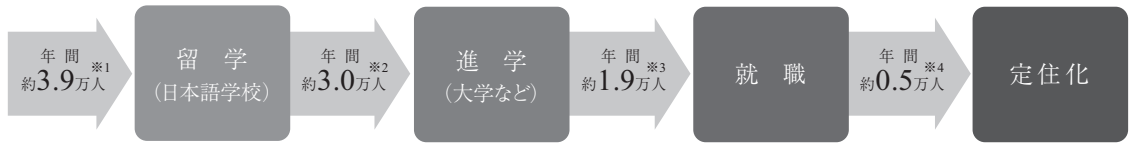
日本では1990年代以降、中長期にわたって日本に暮らす外国人人口が増え続けている。こうした人たちの多くが留学生として日本に来た後、日本で就職し、あるいはその後結婚して家族を持つなど、日本で中長期にわたって暮らすようになった人たちであると考えられる（図1参照）。

しかし、日本ではこうした人たちの存在についてあまり知られていないといえよう。メディアなどではまだに「外国人＝一時的に日本に滞在する人」ととらえる傾向が強く、学校、職場そして地域で同じ社会のメンバーとして暮らす外国人についてはよく知られていないのが現状である。このような問題意識から、2017年度から2020年度の4年間にわたって、日本で学ぶ留学生や元留学生の人たちへ継続調査を行うこととした。



出所：是川（2018）。

図1 中長期在留外国人の推移，在留資格の内訳



※1 日本語教育機関に在籍する留学生の約1/2に相当 (JASSO資料 (H29))
 ※2 ※1の値に日本語学校卒業後の進学率 (約70%) を乗じた値。進学率については日本語教育振興協会による調べ (H28)
 ※3 留学の在留資格から就労を目的とした在留資格への変更分 (法務省資料 (H29))
 ※4 H27-8年にかけての永住資格の取得者の増加分に対して永住資格取得者の内、直近の在留資格が就労を目的としたものであった者の割合 (約18%) を乗じたもの (法務省資料 (H25))

出所：是川 (2018)。

図2 外国人定住化のプロセス (イメージ)

II 本調査を行うことで何がわかるのか？

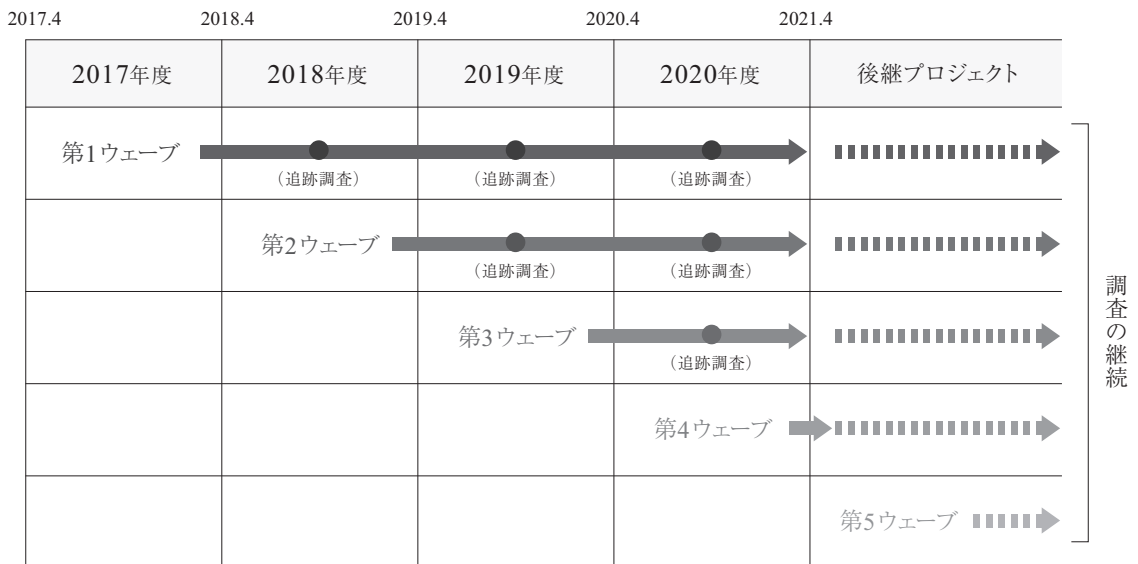
本調査では (日本語学校を中心とした) 日本の学校に在籍する留学生の来日前的状況, 来日の目的から現在の生活の状況や将来的な展望など, さまざまな事柄について調査する。また, 調査への継続的な協力を承諾して下さった方々に最大で4年間にわたって継続調査を行うことで, その生活状況の変化を追跡調査する予定である。

本調査の結果, 先に示したような移動のプロセスを経ることで, 当初は日本語学校への留学生と

して来日した外国人が, 次第に日本社会において生活を確立していくようすが明らかになると考えられる。これは留学生を (デカセギ目的などの) 一時的な滞在者と見なすことで, 日本社会の重要なメンバーとしてとらえて来なかったこれまでの見方とは一線を画すものといえよう (図2参照)。

III 本調査の概要 (2017年度パイロットサーベイ)

日本語学校に在籍する留学生を対象とした第1回の調査 (パイロット調査) を2018年2月に行った (図3参照)。以下ではそのあらましを紹介したい。



出所：是川 (2018)。

図3 本調査のスケジュール

出身国を見ると、中国が最も多く、次にベトナム、ネパールなどが続いている。ベトナム、ネパールは最近、特に増えている送り出し国である。在留資格は留学が約94%を占めるが、中には定住者、永住者、日本人の配偶者等、家族滞在、ワーキングホリデーの人もいることが見て取れる(図4参照)。

性別を見ると、男性が189人、女性が151人、その他が2人であった。年齢を見ると、18～25歳にかけての人が最も多いが、20歳代後半～30歳代前半の人もいる(図5参照)。

現在居住している都道府県は東京都が最も多く、次いで福岡県、大阪府、愛知県などとなっている。留学生が学んでいるのは、東京のような大都市だけではなく、日本全国に広がっていることがわかる(図6参照)。

また、日本での居住期間を見ると、1年未満と来日直後の人が最も多いことがわかる。これは日本語学校が来日の最初の入り口となっていることを示すものといえる(図6参照)。

現在の日本語能力についてみると、日本語能力検定試験の級で3級から2級の人が多いことがわかる(図7参照)。

日本に来る前の学歴を尋ねたところ、高校が全体の40.5%と最も多かったものの、大学卒業、及び短大卒業程度の人それぞれ29.6%、7.9%いた。また、専門学校卒や大学中退の人もいるなど、全体的に学歴は高めといえるだろう(図8参照)。

また、父親の学歴を尋ねると、大学卒業が最も多く、それに次いで高校卒業、そして大学院修士課程と続く。全体として高学歴の父親を持つ人が多いことがうかがわれる(図8参照)。

主な収入源について尋ねたところ、アルバイトが最も多かったものの、家族からの仕送りと回答した人も4割程度いた。また、1ヶ月の収入を聞いて

たところ、0～19万円程度が全体の9割近くを占めていた(図9参照)。

毎月の家族への仕送りの有無、及び額を尋ねたところ、84.4%の人がしていないと答えた。また、している人の内、約78%は1～5万円の範囲であることがわかった(図10参照)。

また、毎月の経済状況について尋ねたところ、62%の人が普通と答えた一方、約25%に相当する人がどちらかというと苦しい(「大変苦しい」と「やや苦しい」の合計)と答えた(図11参照)。

日本語学校を卒業後、どのような進路に進みたいか尋ねたところ、全体のおよそ半数超の人が日本の大学、大学院に進学したいと答えている。また、日本の専門学校に進学したいと答えた人も全体の約2割程度おり、日本で働きたいと答えた人も約16%いた(図12参照)。

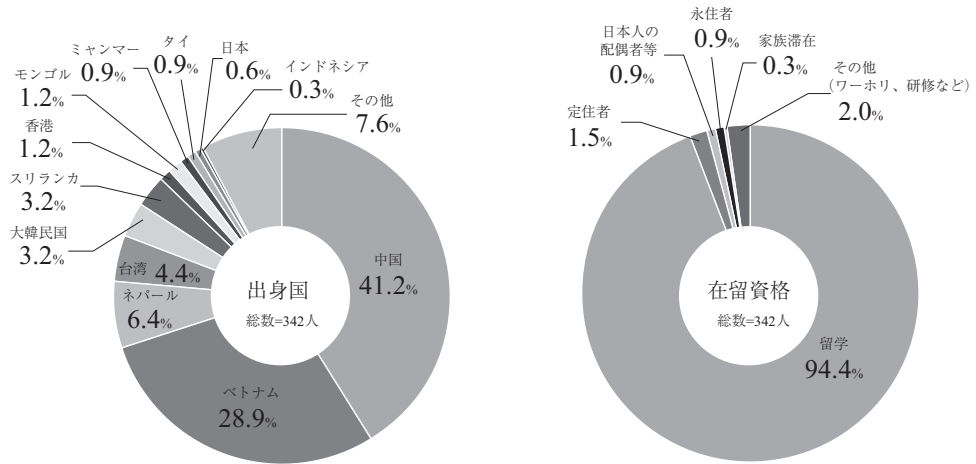
Ⅳ まとめ

こうした結果から見えてくるのは、日本語学校で学ぶ留学生の多くは、本人及び父親の学歴が比較的高く、しかも卒業後の進学・就労意欲も強い傾向にあるということである。経済状況についても、アルバイトをしている人は約半数にとどまり、その暮らし向きも60%超の人が普通と答えているなど、おおむね良好といえるだろう。今後の調査でこうした傾向がより正確に把握されることが期待される。

参考文献

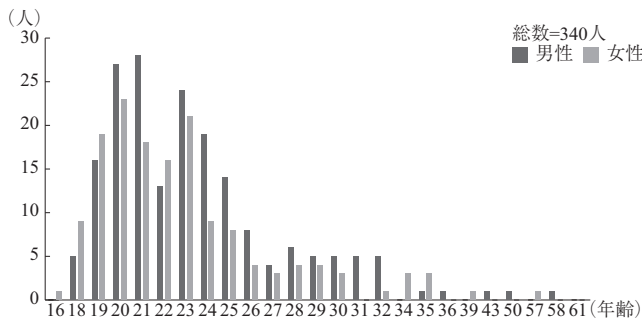
是川 夕(2018)『日本における中長期在留外国人の移動過程に関する縦断調査：調査の設計と第1回調査結果(2017年度)の概要』(<http://www.ipss.go.jp/projects/j/PSIJ/%E3%83%91%E3%83%B3%E3%83%952017.pdf>)(最終閲覧日：2018年12月10日)。

(これかわ・ゆう)



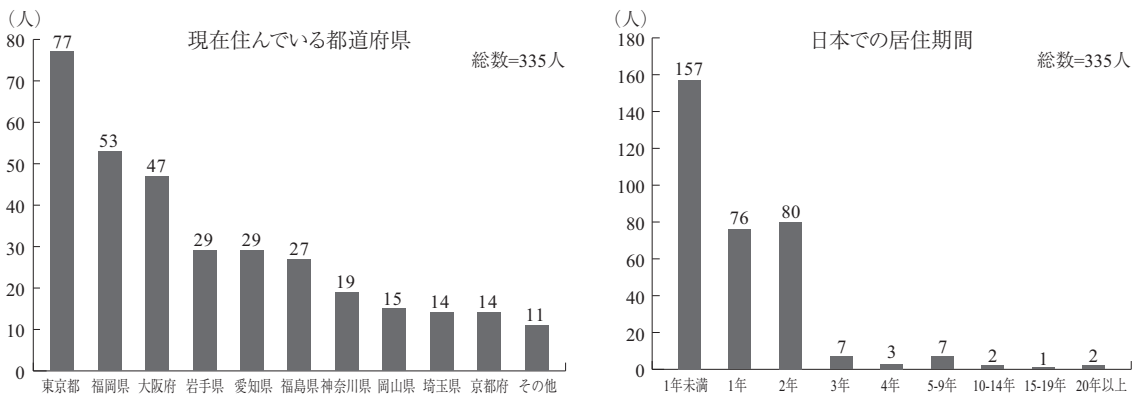
出所：是川 (2018)。

図4 出身国, 及び在留資格



出所：是川 (2018)。

図5 年齢, 性別



出所：是川 (2018)。

図6 現在住んでいる都道府県, 日本での居住期間

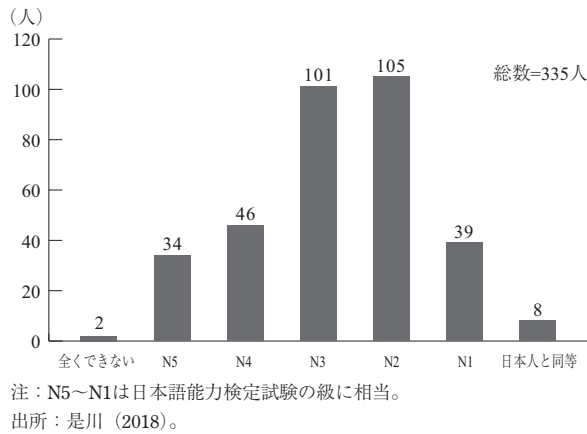


図7 現在の日本語能力

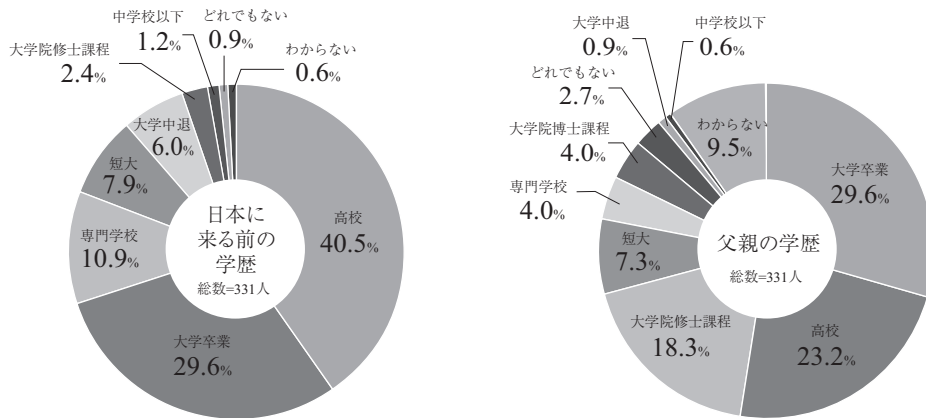


図8 日本に来る前の学歴，父親の学歴

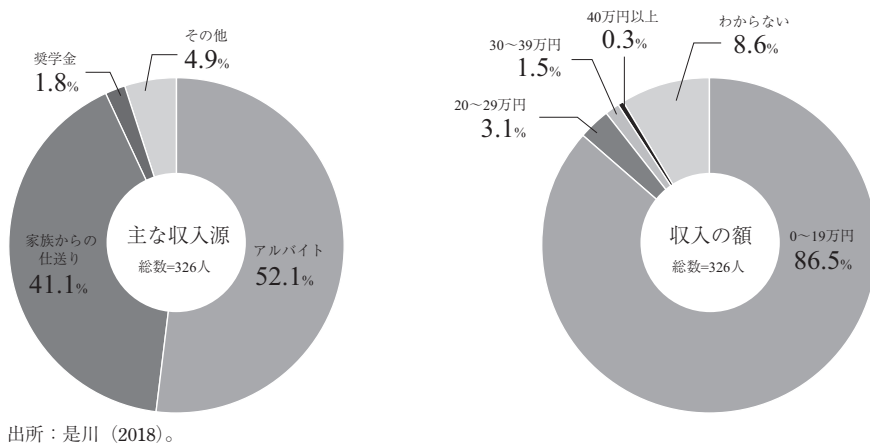
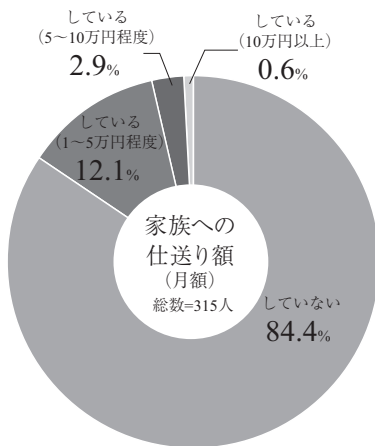
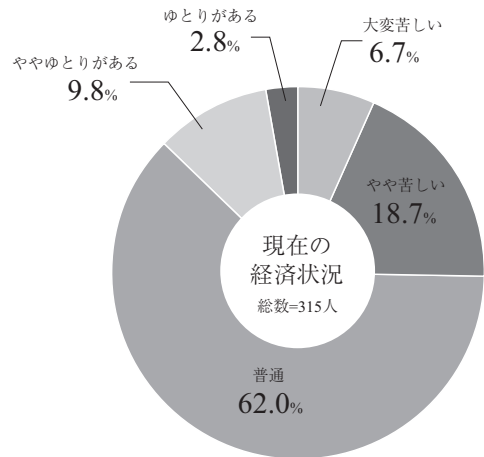


図9 主な収入源，収入額



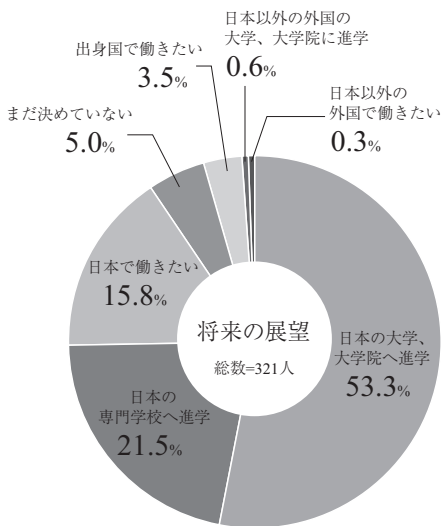
出所：是川 (2018)。

図10 家族への仕送り額 (月額)



出所：是川 (2018)。

図11 現在の経済状況



出所：是川 (2018)。

図12 将来の展望

情報（所内研究報告：社会保障）

社会保障費用をマクロ的に把握する統計の向上に関する研究
——地方単独事業の総合的計上に向けて——

竹沢 純子*

Ⅰ 研究の背景と目的

我が国の社会保障費用をマクロ的に把握する統計として、国立社会保障・人口問題研究所（以下、社人研）の社会保障費用統計（以下、費用統計）が国際基準に沿った分類集計を行っている。国際基準に従えば、国庫補助事業¹⁾及び地方単独事業（以下、単独事業）²⁾のいずれも集計対象となる。費用統計において、前者は中央省庁の各社会保障制度の所管部局より補助率に基づく国と地方自治体の負担額の提供を受けているが、後者は統計の制約により一部のみ計上となっている。

消費税増収分の国と地方の配分をめぐる議論の基礎データとして、総務省は2011年「社会保障に要する経費に関する調査」（以下、社保費調査）により社会保障分野の単独事業費を公表した〔総務省（2011）〕。同結果を受けて、厚生労働省は社会保障費用の集計範囲について学術的・統計実務的な整理を行うべく有識者検討会を設置し、ILO基準においては法令に基づき事業の実施が義務づけられる個人に帰属する給付に該当する単独事業のみを含める方向性が示された〔厚生労働省社会保障給付費の整理に関する検討会（2011）〕。これを踏まえて、2012年の社会保障・税一体改革大綱において「地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計の総合的な整理」が改革すべき

事項として盛り込まれ、厚生労働省検討会の整理に従い費用統計は集計すべきとされた。こうした実務上の進展を受けて、費用統計において単独事業を含めた具体的な集計方法の開発が急務となっている。

本研究は、社保費調査を利用した単独事業の計上に向けて、関係機関へのヒアリング等により必要な情報を収集するとともに、実際のデータにより集計を試行し、作成上の課題を明らかにすることとする。

Ⅱ 研究方法と成果

1 総務省及び自治体ヒアリング、自治体財政データに基づく分析

社保費調査は、国際基準と整合的な様式で地方自治体の社会保障費用を取りまとめている。同調査の回答作成について、自治体にヒアリングを行ったところ、国庫補助事業において地方が負担割合を超えて支出する超過負担分については単独事業の様式に計上されていない場合があり、単独事業費が過少報告となっている事例があった。

また自治体からの回答を総務省において取りまとめるに際して、本来は自治体間の移転を相殺し純計値に加工する必要があるが、現在のところ総務省では行っていない。統計の向上の観点からは相殺が必要と思われるが、自治体にヒアリングを

* 国立社会保障・人口問題研究所 企画部第3室長

¹⁾ 国庫補助事業とは、地方公共団体が国から負担金または補助金を受けて実施する事業である〔総務省（2018）〕。

²⁾ 地方単独事業とは、地方公共団体が国からの補助等を受けずに、独自の経費で任意に実施する事業である〔総務省（2018）〕。

行ったところ、調整が必要な金額は全体の0.5%未満と小さく、総計を利用しても大勢には影響しないことが確認された。

さらに、複数の自治体より社保費調査の実際の回答データ提供を受けて、単独事業うち子ども子育て分野に着目して分析したところ、現費用統計における公立保育所運営費の推計方法³⁾では過小推計の可能性があることが明らかになった。推計ではなく社保費調査を利用し地方自治体の決算額から把握することが必要と思われる。

2 社保費調査を利用したトライアル集計

総務省より2015年度の社保費調査データ（都道府県、市区町村の総計）の提供を受けて、費用統計に単独事業を追加するトライアル集計を行った。追加により、ILO基準社会保障財源計は3.9%増、うち自治体が負担する国庫補助事業及び単独事業を含む「他の公費負担」は35.5%増となった。ILO基準社会保障給付費計は3.7%増であり、部門別でみると「医療」は4.4%、「年金」は0.0%、「福祉その他」は11.8%、それぞれ増加した。つぎにOECD基準政策分野別社会支出でみると、「家族」の伸びが最も大きく14.2%増、うち就学前教育保育、就学援助等を含む「現物給付」は31.8%増となった。対GDP比社会保障給付費でみると21.58%から22.39%へ0.81ポイント上昇した。

3 海外ヒアリングと成果発信、EU基準統計に関する講演会・ワークショップ開催

海外事例として韓国、フランス、及び二つの国際機関（EU、OECD）を対象とし、ヒアリング調査を実施した。フランスでは、1980年代の地方分権改革により地方に権限が移った事業の収支情報が得られないという問題が生じた。その対応として1996年に地方公共団体総法典が改正され、地方政府に移った事業の収支を国へ報告することが義務付けられた。また、近年韓国では詳細な地方財政統計データベースを社会保障費用統計の作成に活用する途が開かれ、集計精度が向上した。法律

による報告の義務づけ、及び詳細データベースへのアクセスの容易さについては、日本が参考とすべき点である。

次にEU統計局のESSPROS統計（欧州社会保護統計、以下EU基準）に関しては、初年度のヒアリングに続き、最終年度には同統計の担当者を招聘し、公開特別講演会及び「欧州・日本・韓国の社会保障費用に関する国際ワークショップ」を開催した。EU統計では、集計範囲や分類等の技術的な課題について、定期的で開催される統計作成実務者会合で議論し、合意が得られたものはマニュアルに反映される。現在我が国の費用統計はILO基準、OECD基準に準拠しているが、両基準はEU基準の考え方に多くを拠っていることから、今後、費用統計が単独事業を含め全体の精度向上を図っていくためには、EU基準を参照する必要がある。

Ⅲ 今後の課題

社保費調査を利用し単独事業を総合的に計上する場合、次の課題がある。第一に、施設整備費に関しては、同調査の様式4で把握しているが、国庫補助事業と単独事業が合算のため、後者のみ取り出して計上できない。自治体ヒアリングによれば、分けて回答することも可能とのことである。自治体の負担増に配慮を要するものの、費用統計においては必要な情報であり、様式の変更が望まれる。第二に、住宅や災害救助費等は社保費調査の対象外であるが、国際基準においては対象となる。これらを含める方法については具体的な道筋がまだ見えていない。

2018年度からの「公的統計の整備に関する基本的計画」において、今後5年以内に、費用統計において「国際基準に準拠した地方公共団体の社会保障支出の総合的な把握に向け、社会保障関係費用に関する調査結果の活用や、単価に基づく推計等を検討し改善を図る。」ことが盛り込まれた。本研究を通じて、国際基準に則り、一定水準の精度

³⁾ 2004年の一般財源化以降、厚生労働省は公立保育所運営費の決算額の把握が困難となったため、費用統計では同省による私立保育所の単価等に基づく推計値を使用している。

を確保した集計が可能な見通しを得たことから、できる限り早期に、単独事業を含む費用統計の公表を目指していく。

(2011)『社会保障給付費統計等の整理の方向性』。
総務省(2011)『社会保障関係の地方単独事業に関する調査結果』。
—— (2018)『平成30年度地方財政白書』。

参考文献

厚生労働省社会保障給付費の整理に関する検討会

(たけざわ・じゅんこ)

書評

高林陽展 著

『精神医療，脱施設化の起源—英国の精神科医と専門職としての発展1890-1930』
(みすず書房，2017年)

後藤 基行*

本書は、19世紀末から20世紀前半期のイギリスを対象に、専門職としての精神科医の役割と、彼らの行動や言説に注目しつつ、脱施設化を志向した精神医療がいかにして同地において生成されてきたかを論じた著作である。

まず、本書は、方法論的な見地からみて2つの大きな特徴があるといえる。

第1点目は、その分析手法においてアメリカ人社会学者アンドリュー・アボットが提示した専門職に関する社会学的モデルを基軸にしていることである。アボットは、専門職の発展が、既存の専門職が有する権益の混乱を契機とし、各領域での競争が行われる中で、専門知識の抽象化を伴った支配的業域をめぐる主張が展開され、最終的にその支配的業域の裁定が行われることで生じる、と主張した。筆者によれば、こうしたアボットの専門職論を援用することで、20世紀前後のイングランドの精神医療の歴史的展開がよく説明されるという。このようなアボットの社会学理論を基礎に据えつつ、いわゆる正統的な歴史学研究として、脱施設化されたイングランドの精神医療の起源を探っていく、というのが本書のユニークな点の一つである。

第2点目は、英国国立公文書館をはじめロンドン首都史料館等が所蔵する行政文書や、病院が保管する病院文書、議会関係文書、多数の新聞・雑誌といった、多数の一次資料が豊富に利用されていることである。参照されているマテリアルの多様さ、渉猟されている史料の範囲の深さ、時代背景や文脈の精密な読み解きという意味において、

20世紀前後のイングランドを対象とした精神医療の研究としてむこう10年以上は、このクラスの著作は国内から登場しえないであろう。「医学史」のカテゴリーに分類される研究書の中には、ほとんど一次資料を利用していないものも散見されるが、このような史料の量的規模、質的良質さは、本書の価値を高める重要な基礎になっている。また、この延長線上において、イングランドは精神医療史という観点では当時としては最先端の制度と設備をもっていたといえるが、そうしたイングランドの精神医療をめぐる歴史の実像について、これほど詳細に事実関係をコンパクトにまとめて邦語で読めるというのは後学にとっては幸運であろう。

本書は、I部とII部に分かれて構成されている。

第I部は「脱施設化された精神医療への途—支配的業域の危機から権益確保の主張形成へ」と題され、第1章では、中世から19世紀末までのイングランドの精神医療の歴史が概説される。その中で1808年に制定された州立精神病院法（County Asylums Act）や1834年の新救貧法（Poor Law Amendment Act）などが言及される。そして、イングランドにおける精神病患者に対する大規模な収容が開始されるのは、各州に精神病院の設置を義務付けた1845年の州立精神病院法（County Asylums Act）とされる。また、同年の狂人法（Lunatics Act）は、狂気法委員による精神病院の査察をイングランド全土に広めた。この1845年の2つの法によって、イングランドでは国家規模で

* 独立行政法人日本学術振興会 特別研究員（PD：慶應義塾大学）

の精神保健行政が確立され、病院建設が進んだという。

第2章では、イングランド精神医療史にとって転機となった1890年の狂気法(Lunacy Act)と、それに対応しようとした精神科医による早期治療言説が取り上げられる。狂気法の最大の目的は、精神病院への私費入院の手続きに対して司法当局の監視体制を築くことにあり、私費入院はこれまでと同様の入院申請書と医師の診断書2通に加え、新たに治安判事の命令(「法的証明書」)が必要となった。また、同法は、私立精神病院の新規設立を禁止したため、精神科医たちの商業的権益は大きく棄損されることになった。精神科医たちはこれに対抗するため、1890年法がいかに患者の治療の機会を遅らせているかを訴え、ゆえに早期治療のために同法の修正が必要だという「早期治療言説」を主張していったことが描かれる。

第3章は、第一次世界大戦期英国における戦争神経症の多発と、早期治療言説の拡散が論じられる。イングランドでは、戦争神経症として1915年に入院した患者は2万327名で、1916年8月までに28カ所の精神病院、2万4000床が戦時精神病院として徴用された。だが、回復せず徐役となった元軍人の戦争神経症患者は1890年狂気法で処遇され、多くは一般の精神病院に「法的証明書」によって認定された「狂人」として入院せざるえなかった。これが、戦争で傷ついた傷病兵に対する扱いとしてふさわしくないという議論を招来させ、スティグマを伴う精神疾患への対応形式が変容を迫られたと著者は指摘する。こうした中で、傷病兵への早期治療を妨げる1890年狂気法が批判され、最終的には「法的証明書」を必要としない入院形式の導入などを規定した1930年の精神治療法の成立として帰結したという。

第Ⅱ部「精神科医・精神病院・非正規医療—支配的業域をめぐる諸局面」の最初として位置づけられる第4章は、1890年狂気法によってイングランドの精神科医たちがいかなる対応を迫られたかが第2章よりもさらに緻密に論じられる。粗略すれば、精神科医のキャリアパスが私立精神病院長を頂点とした職階構造から顧問精神科医を頂点と

するものに変容したこと、次に篤志一般病院への外来精神科部門への勤務を通じ、理事や寄付者からの知遇を得て富裕層の顧問医としての地位獲得という新しいキャリア編成を構築していったこと、と整理できよう。

第5章は、やはり1890年狂気法が精神病院内での診療実践にいかなる影響を与えたかが述べられる。狂気法が精神病院への入院に際して、狂人としての法的証明を要求したことから、スティグマを嫌った患者や家族は非正規の医療施設に頼るケースが多くなり、精神病院側としても営利性の追求が強化され、それが篤志精神病院においても生じたことが論じられる。特に、それが入院患者からの収入の最大化と、運営コストを最小化することによって実践されたことが、ホロウェイ・サナトリウム精神病院のスキャンダルを実例にしなから指摘されている。

第6章では、アボットのいう支配的業域をめぐる競争が、私立・公立・篤志精神病院間をはじめ、精神分析医、篤志家、非正規の医者たちも交えて多角的、日常的に行われていたことが詳しく描かれる。その上で、精神科医が、周縁や外部にいた医療従事者らとの競争を通じて、精神疾患という問題領域において優位性を獲得していったことが論じられている。

第7章では、やはり支配的業域をめぐる精神科医と宗教、より具体的にはスピリチュアル・ヒーリングとの競合が語られる。ただし、この両者の関係は、いわゆる対立するライバルというよりも、部分的な同調や交渉といったプロセスも垣間見え、支配的業域をめぐる争いが単純な敵対関係に終始するわけではないことが示されている。

終章では、書名でもある精神医療の脱施設化が、いかにして精神科医の役割や、行動や言説の中から始まってきたかが改めて説明されている。いわく、脱施設化は「20世紀前半のイングランドにおいては、精神科医という専門職集団がその支配的業域を開拓ないし維持するために推しすすめた」(229頁)結果である。そして、最後に、20世紀後半期以降の英国の精神医療の動向が簡潔に言及されている。

以上が、本書の内容をごく簡単に概観したものである。以下では、本書によって示された事実や論点について、日本の精神医療史の文脈にも言及しつつ、評者の全体的な感想を述べたい。

まず、日本において精神疾患にかかわる最初の全国レベルの法律は、1900年に制定された精神病患者監護法である。この法律の主眼の一つは、前近代から行われてきた家屋の一部に患者を閉じ込めるいわゆる座敷牢が、恣意的かつ私的に行われないようにするため、私宅監置制度を定めて法の監督下におくことであった。これに対し、イングランドで同種の不当監禁が問題となったのは19世紀の初頭、私立精神病院内での事件であった。1800年の時点で私立精神病院は50カ所あったといい、病床ストックという観点からみて、日本とイングランドには歴史的な構造差が存在することが明らかである。19世紀前後の日本において目立った患者処遇は座敷牢や神社仏閣や温泉地での療養であり、「病院」なるものは精神病院も含めてそもそも社会的な施設として成立していなかったのである。

こうした状況は、1900年頃になっても少なくとも精神病院に関してはほぼ不変で2000床程度の精神病床があったにすぎず、1918年に呉秀三らにかの有名な『精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的観察』を書かせることになったわけである。同書の主眼となっているのは、私宅監置の悲惨さと前近代性を明らかにしながら、欧米のような近代的な医療施設の整備を主張することであった。往時の日本の精神病床供給の現状に対する呉の問題意識も、こうした1800年頃のイングランドの状況を意識することで改めて理解可能になるだろう。日本は欧米に100年は遅れていたと呉には感じられははずなのである。

そして、本書において1890年の狂気法は、「脱施設化された精神医療の起源をたどる」(6頁)という目的において極めて重要な役割を与えられている。このことは、全8章中3章に同法の名前が章題に組み込まれていることや、索引の全項目中で最も多く言及されていることからわかる。

前述のように本書において、1890年狂気法は、

私費入院手続きにおける治安判事による「法的証明書」の義務化と、新規の私立精神病院の設立の禁止を定めたことにより、アボットがいうところの、専門職の発展にとって不可欠な「既存の専門職が有する権益の混乱」の契機と位置付けられている。経営という面でも、キャリアパスという意味でも、当時の精神科医にとっては非常に危機的な状況がこの法律によって生じ、彼らは自らのありようをそれまでの形態から変容させる必要に迫られたとされる。

著者に従えば、だからこそ早期治療言説の形成や職階構造の変動、顧問精神科医のネットワーク構築が促され、そしてホロウェイ・サナトリウムのスキャンダル呼び水になったのだ、という論旨になっている。

本書の目的に照らし合わせるならば、こうした業域の混乱を契機に専門職としての精神科医が発展し、そのプロセスにおいて脱施設化された精神医療を志向する起源が成立した、という論理構成になっているわけである。

しかしながら、この論理構成は、評者からすると、本書の内容全体と研究上の問いとの齟齬が生じているように見える。すなわち、「脱施設化された精神医療の歴史的成り立ち」(4頁)を問うとしている一方で、アボットの専門職論に従った本論での考察の結果、精神科医たちは必ずしも「脱施設化された精神医療」を志向していない、という点である。

例えば、第2章第2節における早期治療言説の形成において、精神科医たちは、狂気法の法的証明書取得の義務により患者や家族がスティグマを嫌い、「入院」の時期が遅れてしまう(50頁)、「精神病院への入院意欲」が損なわれる(54頁)、という主張を展開している。第3章で戦争神経症を論じた場面においても、最終的には精神治療法成立として「任意入院制度の拡大」をもたらし、「患者が精神病院を利用しやすく」(102頁)になったことが書かれている。

もちろん、第4章では、狂気法による業域の混乱と既得権益の棄損が生じる中で精神科医たちが、新しい稼ぎ口として篤志一般病院の多くに精神科

外来を設置するように動いた、といった外来医療という脱施設化された精神医療に向かった事実も記述されている。だが、やはり第5章で取り上げられるホロウェイ・サナトリウム の事例でも、狂気法は、法的証明書を必要としない任意入院制度の積極的な運用を通じた利潤追求に病院経営が帰結した、という結論として描かれている。狂気法による支配的業域の混乱は、脱施設化された精神医療ではなく、より利益が上げられる入院形式の拡大に向かったということである。

つまり、1890年狂気法の制定は、確かにアボットのいう専門職発展の契機としての専門職の支配的業域の混乱のきっかけではあっても、それは脱施設化された精神医療のみならず、簡易な入院形式、入院期間の延長や高額な医療費を伴った精神医療も精神科医に志向させた、というのが事実に近い総括になるであろうか。

そうであるならば、脱施設化された精神医療の起源を、「精神科医をめぐる政治的・経済的・社会的な諸条件」(6頁)に因果的に結び付けることには慎重である必要性があろう。何よりも、脱施設化された精神医療をもたらした起源は、1890年狂気法という政治過程に端を発する精神科医の専門職としての再編成過程の中ではなく、それ以外のより大きな歴史的要因を想定すべきではないか、という疑問が生じるのである。

特に、本書では、1890年の狂気法以降に脱施設化の起源が見出されていく論理構成になっているが、同法以前に「起源」はないのかという疑義が残る。この点は、イギリスにおいて本格的な地域精神医療が進められる戦後、とりわけ1970年代以

降が終章でごく簡易に触れられるにとどまっていることから疑義が強まってしまうのである。

このように、評者としては、アボットの専門職論を、精神科医の専門職としての発展過程の分析を超えて、脱施設化された精神医療の起源の検証にまで延長して応用することには懐疑的と言わざるを得ない。しかしながら、このことは本書の価値そのものを覆してしまうような類のものでは全くない。

そもそも本書は、“The Political Economics of English Psychiatry in the Early Twentieth Century (20世紀初頭の英国精神医療の政治経済学)”(住田朋久氏の訳より)と名付けられた博士論文を基にして構想されたものであり、「脱施設化の起源」というメインタイトルは著書刊行に際して後から付与されたものである。著書タイトルが命名される背景はさまざまであるが、この結果として必ずしもタイトルが実際の内容と論理構造を反映しきれなかったことが想像されるのである。

だが、本書に示された20世紀前後のイングランドにおける精神医療をめぐるダイナミズムの叙述や、精緻な時代背景の解説は、本著作が第一級の歴史研究であることを明快に示している。本書に示されたイングランドの精神医療の詳細な事実関係は、日本の精神医療史研究にも良質なフィードバックを与えることは疑いないし、評者自身も多くの示唆を得た。精神医療の歴史を研究する者にとって必読の一冊であることは言うまでもないだろう。

(ごとう・もとゆき)

新刊紹介

ジェームス・K・ガルブレイス 著
(塚原康博・馬場正弘・加藤篤行・鑑田亨・鈴木賢志 訳)
『不平等－誰もが知っておくべきこと』
(明石書店, 2017年)

渡辺 久里子*

近年、アトキンソン (2015)¹⁾ やピケティ (2014)²⁾ など格差研究の大著が出版されているが、本書もこれから格差研究を始める初学者にとって教科書として読む1冊となる。

各章の概要は以下の通りである。第1章では、本書で取り上げられる経済的不平等の問題意識が述べられている。第2章では、不平等の経済思想史がどのように展開されてきたか、リカード、マルクス、ケインズ、ヴェブレン、シュンペーター、クズネッツらが紹介される。ピケティ (2014) ではクズネッツの理論を否定した一方で、本書では不平等の「パターンは様々であるものの、クズネッツの一般的な洞察は依然として魅力的である」としており、その解釈は分かれている。

第3章では、人種、性別、国籍、宗教、法律上の地位等の社会的分類がなぜ生じ、そのグループ間での不平等がなぜ問題となるのかを論じている。

第4章では、不平等の測定に用いられる所得・資産・支出の定義について、丁寧な説明がされており、続く第5章で各不平等尺度の定義とその含意が解説されている。納税データを用いたトップインカムのシェアについては、課税回避行動をとる富裕層の所得が過小評価されること、各国あるいは一国内においても時代によって税法や課税所得が異なるため、比較には適さないと批判している。

第6章では、アメリカの経済的不平等に影響する要因 (= 教育、移民、政府、労働組合等) や、家族構造や経済構造の変化が実際に与えた影響を

分析しており、第7章では、国連工業開発機構 (UNIDO) が公表する149か国の産業別賃金と雇用者数から推計された不平等尺度を用いて、世界の経済的不平等の推移を観察している。

第8章では、ピケティ (2014) が主張する r (資本収益率) $> g$ (経済成長) という基本原則は、実際のデータからは観察されていないとし、また納税データのトップインカムシェアは不平等指標でもないとして批判している。

第9章では、経済的不平等が大きい状況や、経済的不平等が拡大するとどのような帰結があるのか、経済成長、貧困、健康、幸福、失業等との関係をまとめている。

第10章では、どのような政策が経済的不平等を低減させられるか、経済政策 (= 自由貿易、金融取引、売上税)、教育政策、労働政策 (= 労働組合、最低賃金)、税・社会保障政策を取り上げている。

第11章では、アメリカにおける金融資産・負債の不平等の状況と、資産への課税が不平等に与える影響について論じている。そしてピケティ (2014) が提言した、不平等改善を目的とした金融資産への毎年累進税については、著者は「夢物語」とであると批判している。

本書は、カバーされている範囲が広いがゆえ、紹介程度となっているトピックもあるため、本書の「読書案内」を参考に補うことがよいだろう。

(わたなべ・くりこ)

* 国立社会保障・人口問題研究所 企画部研究員

¹⁾ アンソニー・B・アトキンソン (山形浩生・森本正史 訳) (2015) 『21世紀の不平等』東洋経済新報社。

²⁾ トマ・ピケティ (山形浩生・守岡桜・森本正史 訳) (2014) 『21世紀の資本』みすず書房。

『社会保障研究』執筆要領

1. 原稿の書式

原稿はA4版用紙に横書き（40字×36行）とし、各ページに通し番号をふってください。

2. 原稿の分量

原稿の分量は、本文・図表・注釈・参考文献を含めて、それぞれ以下を上限とします。なお、図表については、1つにつき、A4サイズ原稿の1/2までの大きさのものは400字とし、1/2以上のものは800字に換算するものとします。

- (1) 論文：20,000字 (4) 社会保障判例研究：12,000字
 (2) 動向・資料：12,000字 (5) 書評：6,000字
 (3) 情報：3,000字

3. 原稿の構成

1) 表題

和文表題とともに英文表題を記載してください。

2) 見出し等

本文は、必要に応じて節、小見出しなどに分けてください。その場合、I II III … →123… → (1) (2) (3) … → ① ②③ …の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c) または・などを使用してください。

3) 抄録・キーワード

「論文」、「動向・資料」については、和文400字程度、英文250語程度で抄録を作成してください。また、和文、英文各5語以内でキーワードを設定してください。

なお、編集委員会では、英文のネイティブ・チェックは行いませんので、執筆者ご自身の責任でご確認をお願いいたします。

4) 注釈

注釈は脚注とし、注釈を付す箇所に上付きで1) 2) …の注釈番号を挿入してください。注釈番号は論文末までの通し番号としてください。

5) 参考文献

参考文献は、論文の末尾に列挙してください。表記の方法は下記を参考にしてください。

金子能宏・川越雅弘・西村周三（2013）「地域包括ケアの将来展望」、西村周三監修、国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム—「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』、慶應義塾大学出版会、pp.311-318。

泉田信行・黒田有志弥（2014）「壮年期から高齢期の個人の健康診断受診に影響を与える要因について—生活と支え合いに関する調査を用いて—」、『季刊社会保障研究』、Vol.49, No.4, pp.408-420。

森田朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』、慈学社出版。

Finkelstein, Amy and Kathleen McGarry (2006) "Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market," *American Economic Review*, Vol.96, No.4, pp.938-958.

Poterba, James M., Steven F. Venti, and David A. Wise (2014) "The Nexus of Social Security Benefits, Health, and Wealth at Death," In David A. Wise ed., *Discoveries in the Economics of Aging*, University of Chicago Press.

Le Grand, Julian (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford University Press.

インターネットのサイトを引用する場合は、そのページのタイトル、URL、および最終確認日を明記してください。

United Nations Development Programme (2010) Human Development Report 2010, <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/> (2010年10月5日最終確認)

4. 引用方法

本文または注釈において、ほかの文献の記述を引用する、または、参照する場合は、その出典を以下のように引用文の末尾に亀甲括弧で明記してください。この場合、当該引用文献を論文末尾に参考文献として必ず挙げてください。

(例1) … [森田 (2014), p.45] … [Le Grand (2003), p.3]

… [森田 (2014), pp.45-46] … [Le Grand (2003), pp.3-4]

(例2) 著者が2人の場合

… [泉田・黒田 (2014), p.408] … [Finkelstein and McGarry (2006), p.938]

(例3) 著者が3人以上の場合

… [金子他 (2013), p.311] … [Poterba et al. (2014), p.159]

ただし、本文中における、ほかの文献の引用または参照について、その出典を注釈で示す場合は、亀甲括弧は必要ありません。

(例) 1) 森田 (2014), p.45

また、注釈などで、参考文献として列挙しない文献を挙げる場合は、上記の参考文献の表記に準じてその著者名、著書・論文名、頁などを記載してください。

(例) 1) 森田朗 (2014)『会議の政治学Ⅱ』慈学社出版, p.45。

5. 表記

1) 年号

原則として西暦を用いてください。元号が必要な場合は西暦の後に括弧書きで挿入してください。ただし、元号を用いることが慣例となっている場合はその限りではありません。

2) 敬称

敬称は略してください。

(例) 西村周三教授は→西村は 京極氏は→京極は

6. 図表

図表にはそれぞれ通し番号および表題を付け（例参照）、出所がある場合は必ず明記してください。図表を別ファイルで作成した場合などは、論文中に各図表の挿入箇所を指定してください。なお、他の出版物から図表を転載する場合には、執筆者自身が著作権者から許諾を得てください。

（例）〈表1〉受給者数の変化 〈図1〉社会保障支出の変化

7. 倫理的配慮

原稿に利用したデータや事例等について、研究倫理上必要な手続きを経ていることを本文または注に明記してください。また、記述においてプライバシー侵害がなされないように細心の注意をはらってください。

8. 利益相反

利益相反の可能性がある場合は書面で報告してください。なお、利益相反に関しては厚生労働省指針（「厚生労働科学研究における利益相反の管理に関する指針」）を参照してください。

9. 原稿の提出方法など

1) 原稿の提出方法

投稿論文を除き、本誌掲載用の原稿は原則としてデータファイルを電子メールに添付する方法で提出してください。ファイル容量などの理由により、電子メールに添付する方法での提出が困難な場合は、CD-Rなどの媒体に記録の上、郵送で提出してください。また、当方で受信したファイルの読み込みができない、あるいは、特殊文字の認識ができないなどの場合には、紙媒体による原稿の提出をお願いすることがありますので、その際にはご協力ください。原稿のデータファイルが存在しない場合は、紙媒体の原稿を郵送にて提出してください。

2) 図表について

図表を別ファイルで作成している場合は、当該図表ファイルも提出してください。提出方法は、原稿の提出方法と同様です。データファイルが無い場合は、図表を記載した紙媒体の資料を郵送してください。

3) 投稿論文の提出方法

投稿論文の提出については、『社会保障研究』投稿規程に従ってください。審査を経て採用が決定した場合には、前2項に従って当該論文のデータファイルを提出していただくことになります。

『社会保障研究』投稿規程

- 本誌は、国内外の社会保障およびその関連領域に関する理論的・実証的研究、国内外の社会保障制度改革の動向などを迅速かつ的確に収録することを目的とします。
- 投稿は、「論文」、「動向・資料」および「社会保障判例研究」の3種類とし、いずれかを選択してください。なお、「論文」、「動向・資料」はおおむね以下のようなものとします。
「論文」：独創的かつ政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文
「動向・資料」：政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文、資料（独創性は問わない）であり、おおむね以下のようなものとします。
 - 独創性や政策的有用性は「論文」に及ばないが、今後の発展が期待できる研究論文
 - 政策的有用性に優れた社会保障に関する調査・分析に関する報告
 - 国内外における社会保障の政策動向に関する考察
 投稿者の学問分野は問いませんが、本誌に投稿する論文等は、いずれも未投稿・未発表のものに限ります。
- 投稿者は、投稿申込書とともに審査用原稿（PDFファイル）を電子メールにて送付してください。投稿申込書は研究所ウェブサイトよりダウンロードし、各欄に必要な事項を記入してください。なお、投稿論文の審査は執筆者名を伏せて行いますので、審査用原稿には執筆者が特定できる情報を記入しないでください。電子メールによる送付が難しい場合には、投稿申込書1部、審査用原稿4部を、郵送してください。
- 採否については、編集委員会が指名したレフェリーの意見に基づき、編集委員会において決定します。ただし、研究テーマが本誌の趣旨に合致しない、あるいは学術論文としての体裁が整っていない場合など、審査の対象外とする場合もあります。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。なお、原稿は採否に関わらず返却いたしません。また、本誌において一度不採用とされた論文等の再投稿は受理しません。再投稿に当たるとどうかの判断は編集委員会が行います。
- 原稿執筆の様式は『社会保障研究』執筆要領に従ってください。
- 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受ける必要があります。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
- 原稿の送り先・連絡先
電子メールによる提出：e-mail: kikanshi@ipss.go.jp
郵送による提出：〒100-0011
東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816

編集長

遠 藤 久 夫 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

大 石 亜希子 (千葉大学大学院 社会科学研究院教授)
 尾 形 裕 也 (九州大学 名誉教授)
 駒 村 康 平 (慶應義塾大学 経済学部教授)
 高 橋 紘 士 (東京通信大学 人間福祉学部教授)
 武 川 正 吾 (東京大学大学院 人文社会系研究科教授)
 田 辺 国 昭 (東京大学大学院 法学政治学研究科教授)
 野 口 晴 子 (早稲田大学 政治経済学術院教授)
 鈴 木 透 (国立社会保障・人口問題研究所 副所長)
 藤 原 禎 一 (同研究所 政策研究調整官)
 新 俊 彦 (同研究所 企画部長)
 林 玲 子 (同研究所 国際関係部長)
 小 島 克 久 (同研究所 情報調査分析部長)
 山 本 克 也 (同研究所 社会保障基礎理論研究部長)
 泉 田 信 行 (同研究所 社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

竹 沢 純 子 (同研究所 企画部第3室長)
 渡 辺 久里子 (同研究所 企画部研究員)
 佐 藤 格 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第1室長)
 菊 池 潤 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第3室長)
 井 上 希 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)
 西 村 幸 満 (同研究所 社会保障応用分析研究部第2室長)
 暮 石 涉 (同研究所 社会保障応用分析研究部第3室長)
 黒 田 有志弥 (同研究所 社会保障応用分析研究部第4室長)
 藤 間 公 太 (同研究所 社会保障応用分析研究部第3室研究員)

社会保障研究 Vol.3, No.4 (通巻第11号)

平成31年3月25日 発行

編 集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 03-3595-2984

<http://www.ipss.go.jp>

印 刷

日本印刷株式会社

〒170-0013 東京都豊島区東池袋4-41-24

Tel: 03-5911-8660

JOURNAL OF SOCIAL SECURITY RESEARCH (SHAKAI HOSHO KENKYU)

Vol.3 No.4

2019

Foreword

An Essay on Health Workforce PoliciesHiroya OGATA 456

Special Issue: Changes in the Work of Medical Professionals and the Challenges They Face

General Remarks: Characteristics of the Healthcare Profession in Japan ; from the
Multidimensional Observation of Medical Doctors Yoko WATANABE 458

The Current Situation of the Postgraduate Training of Doctors and Its Challenges
—Focusing on the Problem of the Uneven Regional Distribution of Doctors—
..... Hisao ENDO 476

Health and Productivity Management of Medical Professionals in Hospitals
..... Yoko TSUNO 492

Health Professionals: Their Working Conditions, Working Environment and the Health Service
They ProvideYoshifumi NAKATA 505

Changes to the Working Environment of Health Professionals in England
—Assuring Sustainability under the Working Time Regulations— Yumika SHIRASE 521

Competencies Needed for Medical Professionals and Inter-Professional Education: A Discussion
from the Perspective of Professional Autonomy, Interdependence and Knotwork
..... Takeshi YAMAMOTO 536

Articles

The Effect of Public Support on the Utilization of Prenatal Care and the Weight of
Newborn Babies Midori MATSUSHIMA, Miki KOHARA 546

Report and Statistics

Human Cause-of-Death Database Project Yui OHTSU 562

Housing Policy and Measures for Empty Houses in GermanyChikako MORI 564

Panel Study of Immigrants in Japan (PSIJ) Yuu KOREKAWA 567

Research on the Method for Compiling Macroscopically the Financial Cost of Social Security
..... Junko TAKEZAWA 573

Book Review

Deinstitutionalization and Professional Development in English Psychiatry, 1890-1930
..... Motoyuki GOTO 576

James K. Galbraith (2016) “Inequality: What Everyone Needs to Know”
..... Kuriko WATANABE 580

Edited by
National Institute of Population and Social Security Research
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO•JINKO MONDAI KENKYUSHO)