

東京大学公共政策大学院

Graduate School of Public Policy

# 研 究 論 文

医学部入試における性差別に関する公共政策学的分析及び  
その要因である医師数抑制政策に関する公共哲学的考察

51-198069 吉田真大

March, 2021

## **Abstract**

This thesis reveals that a policy of reducing the number of doctors is the essential cause of gender discrimination in medical school admission in Japan, and states that this policy should be abolished because no public philosophical theory can justify it.

In 2018, it was revealed that some universities had been disadvantaging women or previous graduates in medical school admissions. While most people and mass media criticized the universities for discrimination, doctors tended to interpret these measures as “necessary evil”. They argued that the universities need to embrace male doctors, who work longer and harder, because of a shortage of doctors.

Contrary to the Ministry of Health, Labor and Welfare's predictions, there is a serious shortage of doctors in Japan. It is also a fact that female doctors are less contributing than male doctors in the workforce. In addition to these facts, the personnel system peculiar to hospitals in Japan also contributes to discrimination in medical school admissions. Gender discrimination is unfair, but it is also rational.

We can eliminate discrimination by resolving the shortage of doctors. Various public values are involved in healthcare policy, and it is difficult to assign clear priorities, but as of now, there is no public philosophical basis that can justify the policy of reducing the number of doctors.

The policy of reducing the number of doctors, which has been continued by the “Iron Triangle” in healthcare policy, should be abolished in order to resolve the structural problems of the Japanese healthcare system.

## 目次

第一章 問題の所在.....	- 4 -
1-1. 医学部不正入試の発覚と政府の対応 .....	- 4 -
1-2. 医療従事者の反応.....	- 5 -
1-3. 論点の整理と問題提起.....	- 10 -
第二章 医療供給体制の現状 .....	- 14 -
2-1. 医師不足.....	- 14 -
2-2. 医師の偏在 .....	- 19 -
2-3. 女性医師の生産性.....	- 21 -
2-4. 医学部定員の抑制と診療科の自由標榜性 .....	- 26 -
2-5. 医療費の膨張.....	- 27 -
第三章 医師数抑制政策の検証.....	- 29 -
3-1. 医師数抑制政策の根拠.....	- 29 -
3-2. 医師誘発需要説 .....	- 31 -
3-3. 医師の養成費用 .....	- 38 -
3-4. 政・官・財のトライアングル.....	- 40 -
第四章 医師採用における統計的差別の検証.....	- 43 -
4-1. 医局制度.....	- 44 -
4-2. 医師の訓練費用と統計的差別 .....	- 45 -
4-3. 終身雇用制と年功賃金モデル .....	- 46 -
4-4. 家事労働と意識の性差.....	- 48 -
第五章 医療制度の歴史的変遷.....	- 51 -
5-1. 戦前期 .....	- 52 -
5-2. 高度成長期 .....	- 53 -
5-3. 財政再建期 .....	- 54 -

5-4. 「医療崩壊」期 .....	- 55 -
5-5. 現在 .....	- 57 -
第六章 あるべき医療制度の姿 .....	- 58 -
6-1. 目的変数の候補 .....	- 58 -
6-2. 変数間の関係 .....	- 63 -
6-3. 現代正義論による目的変数の検討 .....	- 64 -
第七章 政策提言 .....	- 69 -
7-1. 医学部定員撤廃 .....	- 69 -
7-2. その他の政策プラン .....	- 75 -
おわりに .....	- 79 -

# 第一章 問題の所在

## 1-1. 医学部不正入試の発覚と政府の対応

### 不正入試の発覚

2018年7月、東京医科大学が「私立大学研究ブランディング事業」の支援対象選定において便宜を図ってもらったことの見返りに、佐野元科学技術・学術政策局長の息子を不正に入学させたことが発覚した<sup>1</sup>。この事件の調査の過程で、東京医科大学が入試事務の過程で性別や浪人年数を基準に加点措置を施していることがわかった。2018年10月、文部科学省が医学部を持つ全国81大学を対象に緊急調査を行ったところ、9大学（神戸大学、岩手医科大学、順天堂大学、昭和大学、東京医科大学、日本大学、北里大学、金沢医科大学、福岡大学）で不適切な措置が行われ、1大学（聖マリアンナ医科大学）で不適切な措置が行われている可能性が高いことがわかった。募集要項への記載なく合否に使われた要素は、性別・浪人年数（年齢）、地域との関連性、大学との個別的な関連性であった。不適切措置が発覚した10大学のうち、女子受験生に対する一律の不遇措置が為されていたのは、順天堂大学、東京医科大学、北里大学である<sup>2</sup>。

### 文部科学省の対応

文部科学省は「医学部医学科の入学選抜における公正確保等に係る調査」において、過去の合格率の男女差等を定量的に明らかにした他、各大学への訪問調査を実施し「不正の証拠」を集めた。2018年12月14日に公表された最終報告において、中間報告で強い疑念が生じた10大学以外にも、多くの大学で不正が行われた可能性が高いことを指摘した<sup>3</sup>。

また、大学側が不利益を被った受験生への救済措置として追加合格を出す方針を表明したため、20～24年度入試において分散して定員を削減することを条件に、2019年度入試において定員を緩和することを認めた<sup>4</sup>。

---

<sup>1</sup> 上昌広「超優良経営の東京医大が裏口を開いた事情」2018年8月8日プレジデントオンライン <https://president.jp/articles/-/25878> 2019年11月19日アクセス

<sup>2</sup> 文部科学省「医学部医学科の入学選抜における公正確保等に係る調査について」  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/senbatsu/1409128.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/senbatsu/1409128.htm) 2020年8月12日アクセス

<sup>3</sup> 同上

<sup>4</sup> 日本経済新聞「8大学に43人追加入学 医学部の不適切入試で」2019年6月11日

大学側への制裁措置として、佐野元科学技術・学術政策局長の息子を不正に入学させたことで前理事長・前学長が贈収賄罪で起訴された東京医科大学は、2018～19年度の私学助成金が不交付となった。不適切な入試を行っていた岩手医科大学、昭和大学、順天堂大学、北里大学、金沢医科大学、福岡大学の6大学は25%の減額となった。日本大学は不適切入試に加え、アメリカンフットボール部の前監督で常務理事など要職を兼務していた人物が選手に悪質なタックルを指示した問題も含め、学校法人の管理運営が不適切だったとして35%の減額とされた<sup>5</sup>。

### 被害者(代理人)側の対応

「不遇措置」を受けた女子受験生の代理人として、2018年夏に「医学部入試における女性差別対策弁護団」が設立された。団体の公式HPによると、この弁護団の設立趣旨は「医学部入学試験における性差別的な得点操作によって『女性だから』という理由によって不利益な扱いを受けた受験生の被害者の救済と再発防止を目指して結成された」とある。2020年11月現在、東京医科大学及び順天堂大学を相手に訴訟を継続している<sup>6</sup>。

また、日本消費者機構(COJ)は「女性や浪人生の得点を操作して不利に扱う選考をしていた…その事実を明示せずに入試を行ったこと」を問題視して東京医科大学と順天堂大学に対して受験料返還訴訟を起し、東京医科大学について返還義務が確認された<sup>7</sup>。

## 1-2. 医療従事者の反応

### 医療従事者を対象としたアンケート調査

後述<sup>8</sup>するように細かな立場の相違はあるものの、医大の措置に対して「言語道断である」とする意見が世論の大勢であったと言っても差し支えないだろう。

一方で、医療従事者の間では必ずしも「言語道断」とせず、一定の理解(賛同とは限らな

---

<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO45974410R10C19A6CC1000/> 2019年11月20日アクセス

<sup>5</sup> M3.com「東京医大の2018、19年度助成金不交付、7大学は減額」2019年1月22日  
<https://www.m3.com/news/iryoishin/654617> 2020年7月20日アクセス

<sup>6</sup> 医学部入試における女性差別対策弁護団HP <https://fairexam.net/lawsuitrecords/>  
2020年8月12日アクセス

<sup>7</sup> ニッポン消費者新聞「東京医大不正入試問題で返還手続き開始 機構日本が参加募る」  
2020年7月16日 <https://www.jc-press.com/?p=5150> 2020年8月12日アクセス

<sup>8</sup> 第1章第3節

い)を示す声も多かった。医療系メディア EPILOGI が 2018 年 9 月に 653 人の医師を対象に実施したアンケート調査<sup>9</sup>によれば、「東京医大の入学試験で女性が一律に減点されていたことに関して」という質問に対して、「必要な措置だと思う」「良いことではないが必要悪だと思う」の合計が 55%に上った。それに対して、「わからない、判断できない」が 10%、「不必要であり理解できない」が 35%だった。「女性の一律減点措置」に対して「必要」あるいは「必要悪」と答えた医師が半数以上であり、世論との乖離が際立つ。

自由回答によって集められた理由を以下に抜粋した。(下線は筆者による)

#### 「必要」「必要悪」と回答した理由

-女医が家事、育児を理由に負担の軽い科を選ぶ限りこのようなことはなくなる。

(50代女性、内科)

-医師の所得水準の抜本的改革(診療科別の給与体系)が必要。皮膚科が外科の半分の給料でいい。働いた分だけ収入が得られる仕組みが必要。 (60代男性、内科)

-最近の医学部ブームで女子の割合が増えて、その中に一定数、結婚相手を探しに来ており、研修医時代に結婚して戻ってこない子達がいるのも現実。親御さん達の意識を変えて貰いたい。現状の研修医制度がこの風潮を助長しているとも思う。男女変わらず、受験生にも医師になるのはどういう事かよく考えてほしい。目的無く卒業してくる先生達が多くなったなあと年々思う。 (40代女性、消化器内科)

-真面目な女性が多く、試験の点数が高いのはわかるが、実際医師として役に立たない女医が多すぎる。当直や時間外当番などしない女医でも男性医師と同じ1名と換算されるので、一緒に働く男性医師の負担は増えるだけです。 (40代男性、内科)

- 今回の問題は論点がずれていると思う。女性蔑視なのではない。女性が子供を持って働くことが困難である環境にこそ問題があり、保育園も十分でない、ワークシェアもできない中で男性と同じように昼夜問わず働くのは困難だ。その、昼夜問わずの勤務がおかしいという議論にならないことこそ、この国が医師の応召義務を盾に医師の過重労働を軽視しているか、の象徴である。議論をすり替えるべきではない。 (40代女性、循環器内科)

-日本の社会そのものと愚民意識が低いことに尽きます。何事もそれなりの費用が掛かるはずなのに、それには目をつぶって理想だけを振りかざされたら堪ったものではありません。男女平等として女性医師が増えるのであれば、出産・育児等にて一時離脱する分もカバーできるだけの医師数増加も必要ですし、その分の育成や給与も発生します。そのた

<sup>9</sup> EPILOGI 『『必要』が5割以上！？ 東京医科大学の女子減点に医師は何を思うのか』  
2018年9月22日 <https://epilogi.dr-10.com/articles/3146/> 2020年8月12日アクセス

めには医療費やら教育費も必要ですし、ある程度の人員確保ができるまでは一時的な医療縮小も止むを得ません。一億総愚民評論家気取りはいい加減止めて、理想を語るなら、それに見合った諸々の負担についてもきちんと述べて下さい。聞き心地の良い好き勝手なことだけまくし立てて、偉そうにされ続ける事に辟易しています。既に、医療界はこの国の諸々に諦めていますし、私自身もこれから進路を決めようとする方々には絶対に医師にはならないように促します。もし、どうしても医師になりたいければ、他国で従事するよう勧めます。こんな愚民ばかりのために、自分の心身をすり減らす価値もありませんから。 (30代男性、循環器内科)

-医学部入試はある意味就職試験のようなものなので、「必要な人材を確保する」ことの何がいけないのか?と思います。 (40代女性、耳鼻咽喉科)

-当事者たちが前もって女性は減点しますと発表しておくべきだった。 (60代男性、リハビリテーション科)

#### 「わからない」あるいは「不必要」と回答した理由

-日本の閉鎖的なことなかれ主義の国民性。男性優位社会。背景は大きすぎる。 (50代女性、呼吸器内科)

-このようなことは氷山の一角で医療界は女性差別があたりまえです。現在T法人につとめていますがパワハラ、セクハラにあっても誰もたすけてくれません、当法人は全国組織ですが女性院長、女性事務長はただひとりしかいません、医師だけでなく事務も女性差別があります。また女性でわたくしの年齢で常勤医もいません、みな男性社会いきるのがきびしく臨床ではなくもっと楽な職場に先輩の女性陣はでてしまいわたくしだけが内科、総合診療科にいます。男性医師のほうがわたくしより経験、キャリアなくても出世しております。しかしわたくしがここでやめたら後輩の女性医師たちの道しるべがなくなるのでなんとか定年までつとめあげたいと頑張っております (50代女性、総合診療科)

-男子受験生が卒業後大学病院の戦力として機能することの担保はない。大学病院は、一般公務員同様に労働法に準拠した労働環境を設定することが最優先である。 (50代男性、麻酔科)

-医師の奴隷的労働環境の解消は、医師だけでなく、患者にも、国庫にも、プラスになる。女は72時間勤務できないからダメだ、ではなく、そもそも72時間勤務があるのがおかしいという発想に転換できない限り、誰も幸せにはならない。私は子供をこの国では絶対に医師にはしない。 (40代女性、眼科)

-やっと思えるみにでた。東京医大だけではないと思う。阪大の入学式で男子を入学させずに、入った女性諸君、特に頑張るよという訓辞があったときいているし、千葉大は数学を難しくしないと女性が増えすぎると教授がいっているという話もききました。慶応



は関係者加算点があるというし、女性もあるのかもしれないとおもってしまう。(40代女性、精神科)

-あくまで試験に関しては公正であるべき。(40代女性、小児科)

-入試レベルでの差別は不当である。(50代男性、消化器内科)

-女子の得点を減点するならば入試の前に公示すべきであり、減点され不合格とされた女子には少なくとも入試検定料の返還をしなければならないと思う。(50代男性、外科)

「必要」「必要悪」と回答した理由を整理すると以下ようになる。

①女性医師が労働力として不十分であるという指摘

- ・負担の軽い科を選択する
- ・結婚等で離職する
- ・当直や長時間勤務に貢献しない

②労働環境の過酷さに関する指摘

- ・子育てとの両立は実質的に不可能
- ・そのような労働環境こそが問題の核心であり、不正入試非難は論点がずれている
- ・労働環境改善のために医師数増、医療費増、一時的な医療アクセスの制限も必要

③医学部入試が事実上の医師採用試験であることの指摘

- ・必要な人材を確保することに問題はない
- ・事前に告知した上で減点するべきだった

「わからない」「不必要」と回答した理由を整理すると以下ようになる。

④端的に差別意識の賜物であるという指摘

- ・女性が特定の職場を選好する理由も差別的な組織風土に起因する

⑤女性医師が労働力として不十分とは限らないという指摘

- ・男性医師であっても大学病院の戦力として機能するとは限らない

⑥過酷な労働環境に関する指摘

- ・女性に対する不遇措置ではなく、労働環境の改善を志向するべきである

⑦医学部入試が実質的な医師採用試験になるべきではないという指摘

- ・あくまで入試に関しては公平性が担保されるべき
- ・減点するとしても受験前に公示するべき

また、回答の理由ではないが、後の議論に関わる以下の点にも触れておく。

#### ⑧一律減点措置以外の女性数抑制措置に関する指摘

- ・数学を難しくしないと女性が増えすぎると考えている医学部教授がいる

①②③が組み合わさったときに女性に対する不遇措置が合理化される<sup>10</sup>ことは間違いない。それに対し、⑤～⑦も①～③と部分的に認識を共有しているのが興味深い。④は例外的に、女性に対する不遇措置には合理性もなく、純粋に差別意識の問題だとしている。⑤は男性医師と女性医師に労働力としての差異があるという考えに疑問を呈しているが、仮に労働力としての差異があるなら差別を合理的なものとして容認する可能性がある（統計的差別に反対している訳ではない）。⑥は労働環境が過酷であるという認識を②と共有しているが、労働環境の改善を大学の一存で実現できるか否かという点で認識に相違があり、立場の違いに繋がっているものと考えられる。⑦も医学部入試が医師の採用試験を兼ねてしまっているという事実認識を③と共有しているが、あくまでそうあるべきではないという規範的立場を取っているために立場に相違がある。

⑧は必要・不必要の判断とは無関係だが、単に一律不遇措置にサンクションを課すだけでは再発を防げない可能性があることを示唆している。

#### 医療従事者の認識と近いマスコミ報道

マスコミ報道の中にも、擁護とまではいかないまでも医療従事者たちが指摘する背景事情に理解を示すものがあつた。日本経済新聞は2018年8月22日の「不正入試の背後に潜む医療界の特権」という記事に、以下のような記述がある。

医師免許の取得後に受ける臨床研修の修了者に対するアンケート（17年）の結果も似た傾向をみせる。研修を終えた若い医師のなかで女性が希望する割合が高い診療科は皮膚科、産婦人科、麻酔科、病理診断科、リハビリテーション科など。低いのは整形外科、脳神経外科、泌尿器科、外科系、内科系だった。

これをどうみるか。女医の比率が高い診療科の勤務実態が過酷ではないとは、一概には言えまい。一方、比率が低い診療科は深夜・早朝をふくめた長時間勤務がおしなべて多そうだし、熟練の技術や手技が求められる手術の執刀医をつとめる機会がよくありそうだという印象を持つ人が多いのではないか。<sup>11</sup>

<sup>10</sup> 「正当化」ではない。詳しくは第6章で論じる。

<sup>11</sup> 日本経済新聞「不正入試の背後に潜む医療界の特権」2018年8月22日

<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO34342470Q8A820C1000000/> 2020年7月20

女性比率の高い診療科の労働負担を定量的に評価していないなど、非常に簡易な分析であると言わざるを得ない。一方で、全国紙という媒体で、女子受験生に対する不遇措置が単なる差別意識によるものではなく合理的な理由のもとに行われている可能性に言及したことのインパクトは無視できないだろう<sup>12</sup>。

一方で、9月以降このような報道は下火になり、女性差別に対する怒りの感情を露わにして大衆に迎合するような報道が増えてしまったことは事実だ<sup>13</sup>。

### 1-3. 論点の整理と問題提起

医学部不正入試問題と一口に言っても、一連の事件は様々な問題が組み合わさった複合的問題であり、どの部分を問題にしているのかを明確にしないまま議論をしても混乱を招くだけだ。実際、前節で取り上げた医療従事者を対象にしたアンケート調査でも、同じ理由（例えば「入試要項に記載しなかったことが問題」など）に言及しながら異なる立場（「必要」か「不必要か」）を取っている回答者が存在する。また、本論文でそれら複合的問題の全てを取り上げることは現実的ではなく、研究の射程を明確にすることも必要だ。

#### 問題の分解

はじめに、「医学部不正入試問題」という極めてあいまいな概念を、個別の問題に分解する。

まず、この発端となった贈収賄と、その後発覚した特定の受験生に対する不遇措置を区別しなければならない。これについては、本件においてたまたま贈収賄の捜査過程で不遇措置が発覚したに過ぎず、全く別種の問題であることに異論はないだろう。以下、「医学部不正入試」という用語は贈収賄も含めた一連の事件の総称として用いる。

次に、「募集要項に記載のない不遇措置」と「特定の属性の受験生に対する不遇措置」も

---

日アクセス

<sup>12</sup> 大手メディアによる同様の報道として、NHK 解説委員室「東京医大 なぜ入試で『女性差別』(時論公論)」(2018年08月07日、堀家春野 <http://www.nhk.or.jp/kaisetsu-blog/100/303228.html> 2020年7月20日アクセス)も挙げられるが、こちらはNHKの主要媒体であるテレビではなくネットで公開されたものであり、読者数は限られそうだ。

<sup>13</sup> 一方で、専門誌においては9月以降も問題の背景を掘り下げる記事が見られた。例えば、日経メディカル「検証：東京医大の入試不正はなぜ起こったか」(2018年10月12日 <https://medical.nikkeibp.co.jp/inc/mem/pub/report/t317/201810/558180.html>)など

区別する必要があるだろう。文部科学省は「医学部医学科の入学選抜における公正確保等に係る調査 最終まとめ<sup>14</sup>」において、これらを明確に区別した記述をしている。そこでは、「少なくとも以下のような事案については、不適切と判断すべき」として、あらかじめ説明していないにもかかわらず性別、年齢、現役・浪人の別によって扱いに差を設けることを挙げている。その上で、「募集要項等で予め説明すれば、差別的な取り扱いも許容される」という訳ではないと断っている。文科省の制裁の根拠はあくまで「募集要項に記載のない不遇措置」であり、「特定の属性の受験生に対する不遇措置」に関しては肯定こそしていないが立場を保留しているとも取れる<sup>15</sup>。

最後に、募集要項における記載の有無にかかわらず「特定の属性の受験生に対する不遇措置」が不適切であるとの立場をとったとして、どのような属性に基づく不遇措置の場合に不適切なのかという問題がある。本件で問題になったのはとりわけ女性差別と浪人差別だった。医学部入試における女性差別対策弁護団は、HP における「私たちは、医学部入学試験における性差別的な得点操作によって『女性だから』という理由によって不利益な扱いを受けた受験生の被害者の救済と再発防止を目指して結成された弁護団です。<sup>16</sup>」という記述からもわかるように、募集要項における記載の有無を問題にせず、女性に対する差別を須らく不当なものとする立場を取っているように読み取れる。一般的に、年齢や出身地域に基づく処遇の差異は事前の告知があれば認められる傾向がある<sup>17</sup>。一方で、弁護団に代表されるように、本件では医学部入試における女性に対する不遇措置は事前の告知の有無にかかわらず不適切であるとする立場が存在した。

## 本論文の射程と問題提起

本論文では、「医学部入試における女性受験生に対する不遇措置」に的を絞って議論する。

---

<sup>14</sup> 文部科学省「医学部医学科の入学選抜における公正確保等に係る調査について」  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/senbatsu/1409128.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/senbatsu/1409128.htm) 2020年8月12日アクセス

<sup>15</sup> 「事前の告知にかかわらず性別によって異なる措置を取ることを直ちに不適切である」とすると、男女別学をどう位置付けるかという難しい問題が生じてしまうため、これを回避しようとしたものかもしれない。特に、本件は東京女子医科大学のアドミッションポリシーとの整合性が問われてもおかしくなかった。結局、一旦は棚上げされる形となった。

<sup>16</sup> 医学部入試における女性差別対策弁護団 HP <https://fairexam.net/lawsuitrecords/>  
2020年8月12日アクセス

<sup>17</sup> 民間法人の採用試験における年齢制限や医学部入試における地域枠（第7章参照）など。ただし、医大入試が医師の採用を兼ねるべきでないという規範的立場をとったとき、年齢差別が事前の告知の有無にかかわらず不適切と判断されることはあり得る。

贈収賄は言うまでもなく別種の問題であるし、「募集要項に記載の無い不遇措置」も全く独立の問題ではないものの基本的に別種の問題だからだ。もちろん、女性に対する不遇措置は問題ないとし、募集要項における記載の有無のみを問題にする立場はあり得よう。しかし、もし仮にそれだけが問題だとするならば募集要項に書き込むことで全ての問題が解決するが、現実にはそうはなっていない（社会的に認められるとは考えにくい）し、そのような小さな問題を論じることに紙幅を割く必要もさほどないだろう。また、浪人差別についてもやはり別の問題で、差別の原因や正当性の程度が異なる<sup>18</sup>以上わけて考えたい。少なくとも本論文では、「医学部入試における女性受験生に対する不遇措置」に的を絞って議論を進めたい。

### 問題の所在と本研究の意義

医学部入試における性差別は医療従事者の間では暗黙の常識であり、2018年の不正入試験動で明るみに出たにもかかわらず、そのメカニズムの分析や論点整理を総合的に行った先行研究は無い。第一に、これを一つの論文としてまとめることに学問的意義がある。

また、メカニズムの分析・論点整理を通して根本原因の特定や政策提言まで踏み込むことには、プラグマティックな意義もある。本件における文部科学省の対応は対症療法的であり、再発防止策として充分である保証はない。医大が「不適切処置」を行ったのはそうせしめるインセンティブがあったからであるが、本件で取られた対応は「インセンティブの除去」ではなくサンクションという「逆方向のインセンティブの付加」である。医大には依然として不適切処置のインセンティブがあり、ほとぼりが冷めたころ、あるいは外部の人々に認識されないような新たな手法で不適切処置を再開する可能性がある。再発防止と言う観点からは根本原因の特定と除去が必須であり、そのためにはメカニズムの分析が必要だ。本論文はそのような実利的な意義も想定している。前節で取り上げた医師を対象としたアンケートで「数学を難しくしないと女性が増えすぎると考えている医学部教授がいる」という指摘があったように、より巧妙な手段で女性医師を排除しようとする動きを生んでしまうかもしれない。

---

<sup>18</sup> 浪人差別が女性差別ほど深刻でないという意味ではない。ただ、そう考えている人は多いように感じる。実際に多いかどうかは検証していないが、本論文では女性差別に焦点を絞るのでそこまでは踏み込まない。尚、年齢による差別は過去に群馬大学医学部の入試で、年齢によって不合格にされた疑いがあるとした受験生が提訴したものの、前橋地裁に棄却された事例がある。参照：BuzzFeedNews「女性差別だけではない医学部入試 50歳過ぎた受験生は合格者平均を超えても落とされた」2018年12月12日

<https://www.buzzfeed.com/jp/naokoiwanaga/gundaiigakubu-nyushi> 2020年8月19日アクセス

最後に、再発防止とは別の意味で、本件に対して取られた措置が妥当であったかどうかを問うことにも意義がある。例えば、仮に EPILOGI のアンケートに書かれていた医療従事者の見解が正しく、男性医師が充分供給されないと医療供給体制を維持できないとすれば、（他の諸条件が変わらない場合に）大学入試における性差別を除去することが妥当だとは限らない。少なくとも価値判断として、人命にかかわる医療供給体制の維持が特定職業における男女の完全な平等より優先されるという考え方はあり得る。もちろん、その逆の考え方もあり得る。問題は、これらの諸価値の優先順位が検討されないまま医大への制裁措置だけが実行されてしまったことだ。現実の医療政策を検討する視点として、どのような価値が対立しているのか、どのような価値を優先すべきかという公共哲学的議論は不可欠だ。本論文では、論点整理の過程でこの問いに一つの答えを与える。

以上をまとめると、本論文の意義は①医学部入試における不適切措置に関する一連の論点を総論的にまとめつつ、②根本原因を特定し、③論点整理と優先順位の検討を行うことで、④再発防止に資すると同時に公共哲学的にも正当化可能な政策を提案することである。

## 第二章 医療供給体制の現状

前章で取り上げた EPILOGI のアンケートによれば、医学部入試における不適切措置の背景には「勤務医の労働の過酷さ」と「女性医師の生産性の低さ」が挙げられていた<sup>19</sup>。そして、勤務医の労働の過酷さの背景には「医師不足（偏在を含む）」という根本的な問題があると考えられる。そして、医師不足の背景には厚生労働省が押し進めてきた医師数抑制政策があり、医師数抑制政策の背景には国民医療費の膨張がある。本章では、医師不足、医師の偏在、女性医師の生産性、医師数抑制政策、医療費の膨張について、順に取り上げて現状を分析する。

### 2-1. 医師不足

#### 厚労省推計による医師不足の検討

医師養成政策は厚生労働省の所管であり、省内の「医療従事者の需給に関する検討会」が推計する将来の医師需要数・医師供給数に基づいて養成医師数が検討される。いわば、「医療従事者の需給に関する検討会」が公表する需給推計は医師不足に関する政府の公式見解のようなものである。

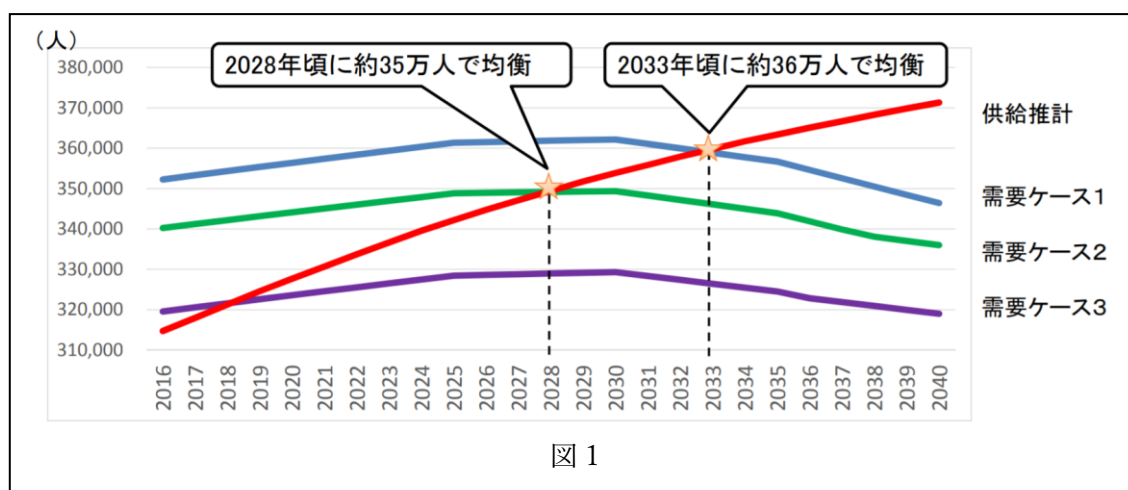


図 1

<sup>19</sup> アンケートで言及されていたこと以外に「医師の人事システム」も関係しているが、これについては第 4 章で取り上げる

図 1<sup>20</sup>は、厚生労働省医師の需給に関する検討会の「第 19 回医師需給分科会」に資料にあるグラフだ。2016 年から 2040 年にかけての医師需要数・医師供給数の推計値が表されている。「需要ケース」が 3 種あるのは、患者の受療率や医師の労働時間について幅を持って推計しているからだ。受療率や平均労働時間が「最悪」のケースでも 2033 年頃には需給が均衡することを表している。

このグラフを見る限りでは、医師の供給数が安定的に増加していく一方で医師の需要数は 2030 年頃に頭打ちとなり、2030 年以降はむしろ医師が供給過多になるように感じられる。医学部の 6 年間に卒後臨床研修等を加えると医師の養成には 10 年弱かかる計算になるため、2030 年以降医師が供給過多になるとすれば現時点で医学部定員を増加する必要はない。つまり、このグラフからは「(現在医師は長時間労働を強いられているかもしれないが、) 今後医師の働き方改革を進めたとしても 2030 年頃には医師の需給は均衡するのであり、現時点で医師を増やす必要はない」という主張を読み取ることができる。

しかし、注意深く資料を読んでいくと、医師需要数の推計方法の基本方針が書かれた p.17 に「現在の医療体制で、必要な医療サービスについて概ね提供できている前提に立ち」という記述があることがわかる。つまり、この推計は医師の需給が相対的にどのように経時変化するかということ述べているに過ぎず、ある時点で日本が医師不足なのか否か、あるいはどの程度医師不足なのかということには全く触れていない。もちろん、推計には諸々の仮定が必要であり、一定の仮定をもとに導かれる推計から一定の示唆を得られることは否定しない。一方で、現在の日本が医師不足なのか、あるいはどの程度医師不足なのかという点に関心を持つ限り、この推計はあまり意味のある示唆を与えてはくれない。単に、現状の医師不足がどの程度深刻なものであるかは別として、それが今後緩和していくことを示しているに過ぎない。

この時点で医師需給分科会の資料をこれ以上詳しく見ていく必要は無いのかもしれないが、もう少しだけ詳しく分析しよう。図 1 で示したのは 2018 年に公表された推計結果であり、この推計によると上位推計において、2033 年頃に約 36 万人で医師数が均衡するとされている。それに対して、2015 年に厚生労働省が出した推計によれば日本の人口比医師数が 2025 年に OECD 平均を上回るとされていた<sup>21</sup>。医師や国民の高齢化率を考慮して再計算した結果、医師不足が解消される時期が後ろ倒しになったのだ。詳しくは次節以降で触れるが、医学部入試の不適切処置が発覚したことによって今後女性医師数が増えることが予想され

---

<sup>20</sup> 厚生労働省医療従事者の需給に関する検討会 2018 年 4 月 12 日

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000203368.pdf>

2019 年 11 月 22 日アクセス

<sup>21</sup> 上昌広『病院は東京から破綻する』(朝日新聞出版、2017)



一方、その影響を加味した推計の修正はなされていない。厚生労働省は基本的に医師不足に対して楽観論を取る傾向があり、今後このような見落としが発覚するたびに医師不足の水準が上方修正される可能性がある。

厚労省推計が「医師不足水準の変化率」を表すものであったのに対して、我々は「ある時点での医師不足の水準」を知りたい。その方法として、これから①国際比較②労働時間③内部収益率という3つの評価手法をもとに詳しく見ていく。

### 国際比較による医師不足の検討

図 2<sup>22</sup>は、2017 年頃の OECD 諸国の人口比医師数を表したグラフだ。OECD 平均が人口 1000 人当たり 3.5 人であるのに対して、日本は人口 1000 人当たり 2.4 人である。人口比の単純比較でも平均を大きく上回っているが、日本の高齢化率が高いことを考慮すると実態はより深刻かもしれない。

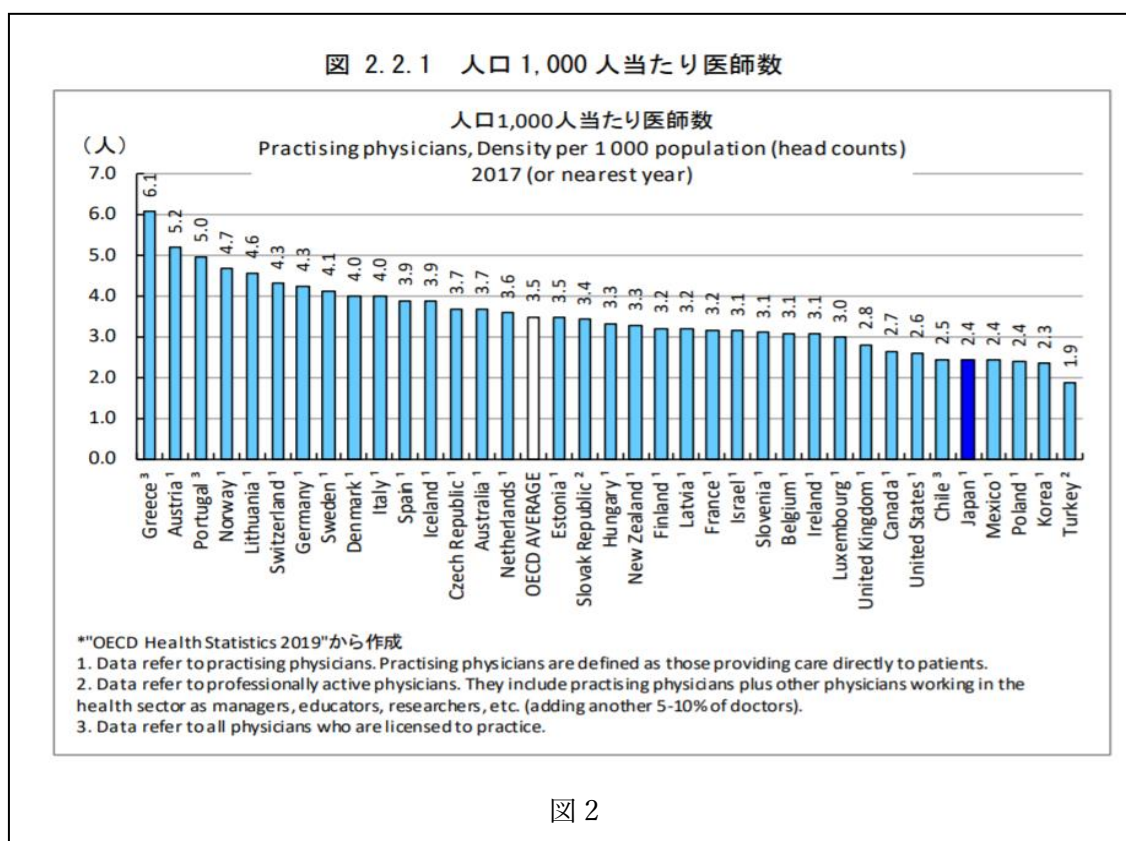


図 2

<sup>22</sup> 日医総研「リサーチエッセイ No.77 医師関連データの国際比較」2019 年 7 月 17 日  
<https://www.jmari.med.or.jp/download/RE077.pdf> 2020 年 7 月 27 日

より重要な考慮事項として、コメディカルの業務の範囲が国によって異なることに注意しなければならない。例えば、アメリカは人口比医師数で見れば日本と大きな差がないが、短大レベルの Physician Assistant や修士号を要する Nurse Practitioner がプライマリケアにおいて重要な役割を果たしており、近年は急性期医療にも貢献している<sup>23</sup>ことを考えると、医療従事者全体としては日本よりかなり充実している。イギリスの看護師は薬剤の処方を除いて法的に位置づけられていないが、70年代からアメリカに倣って NP を導入している<sup>24</sup>。フランスでは看護師の役割が法的に位置づけられており、急性期・在宅医療の高度化・複雑化により看護師への権限移譲が進んでいる<sup>25</sup>。これらの国の人口比看護師数は日本が人口1000人当たり11.3人であるのに対して、アメリカが11.7人、イギリスが7.8人、フランスが10.5人だ<sup>26</sup>。日本は必ずしも人数ベースで劣後している訳ではないが、機能活用面で大きく劣後している。

また、そもそもの前提として、日本より人口比医師数が多い諸外国においても医師不足が社会問題化している点に留意しなければならない<sup>27</sup>。

### 労働時間による医師不足の検討

医師の労働時間の長さは、法定労働時間を上回っている場合はそれをそのまま医師不足の指標とすることができる。厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」によると、病院勤務医の週当たり労働時間は概ね50～60時間だ。外科、産婦人科、救急科及び臨床研修医は60時間を超える。また年齢が若いほど、そして地方より都市部の方が長い傾向があり、都市部の20代の場合64時間50分になる<sup>28</sup>。働き方改革関連法が年の時間外労働時間を360時間(概ね週当たり47.5時間に相当)としていることを考えると、かなりの長さだ。働き方改革関連法は2019年4月に適用が開始されたが、医師への適用は例外として2024

---

<sup>23</sup> 早川佐知子「アメリカの病院における医療専門職種の役割分担に関する組織的要因 医師・看護師・Non-PhysicianClinicianを中心に」海外社会保障研究 No.174 2011年 Spring

<sup>24</sup> 白瀬由美香「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 2011年 Spring

<sup>25</sup> 篠田道子「フランスにおける医師と看護師の役割分担」海外社会保障研究 No.174 2011年 Spring

<sup>26</sup> OECD Health Data 2019(2019年6月)

<sup>27</sup> 大河内二郎「海外における医師数政策 一診療科および地域による調整についての比較研究一」日本臨床麻酔学会誌 Vol.25 No.5, 467～472, 2005

<sup>28</sup> 厚生労働省医師の働き方改革に関する検討会 2017年9月21日

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000178016.pdf>  
2019年11月21日アクセス

年に延期された<sup>29</sup>。また、一般的には勤務医より労働時間が短いとされる開業医も、勤務医と同程度の労働時間だとする研究もある<sup>30</sup>。

### 内部収益率による医師不足の検討

医師不足の水準を推測するユニークな手段として、「内部収益率」を用いているものがあった。吉田（2010）<sup>31</sup>は内部収益率、つまり「未来割引を考慮した投資（学費）に対するリターン（生涯賃金）」と長期実質金利を比較することで医師不足の水準を判断できるとした。機会費用を考慮した医学部入学の内部収益率は3%程度であり、長期実質金利と概ね一致するため、現状が医師不足だとは言えない結論を下した。この際、同程度の学力集団である都市銀行社員の賃金が機会費用に含まれている。

しかし、内部収益率による「人手不足」の検証は、賃金が生産性と一致している場合にしか有効でない。内部収益率が低いということは「労働市場参加者にとって投資機会が割安に放置されていない」ことを示しているに過ぎない。この際、賃金が生産性と一致し、かつ投資費用を労働市場参加者が全額負担する場合は、労働参加者にとっての投資の費用・収益を社会的費用・収益にそのまま読み替えることができるため、「社会にとって投資機会が割安に放置されていない＝最適な投資水準である」という結論を下せる。確かにこれは民間企業に勤める一般労働者であればそれほど無理のない仮定かもしれない。一方で、医師の場合診療報酬という形で賃金が、医学部定員という形で労働供給が政策的に統制されるため、このような仮定を採用することは妥当ではない。

具体的に指摘しよう。医師と都市銀行社員が同程度の学力集団であるという仮定は現状の記述として妥当であると一旦認める。その上で、医師不足か否か、つまり現在の医学部定員の水準が妥当か否かという問いは、「都市銀行社員と同程度以上の学力集団しか医学部に入れない程に定員を絞ることが妥当か否か」という問いに還元できる。そして、都市銀行社員の賃金を機会費用とした際に内部収益率が長期実質金利と乖離しないという事実は、この問いに対して何ら示唆を与えない。

端的に言うと、吉田が示したのは「ある政策変数のもとで、労働市場参加者が合理的に行動していること」を示したに過ぎず、政策変数そのものの妥当性については何も言及していないのだ。以上より、内部収益率により医師不足の検証は困難あるいは不可能であることがわかる。

---

<sup>29</sup> 日本医事新報社「働き方改革関連法が成立、医師の適用は2024年4月 附帯決議『猶予期間も時間外労働時間の削減を』」2018年7月7日

<sup>30</sup> 全国保険医団体連合会・大阪府保険医協会・大阪府歯科保険医協会「『開業医の経営・労働実態調査』結果の概要」（「開業医の経営・労働実態調査」プロジェクト2008年2月）

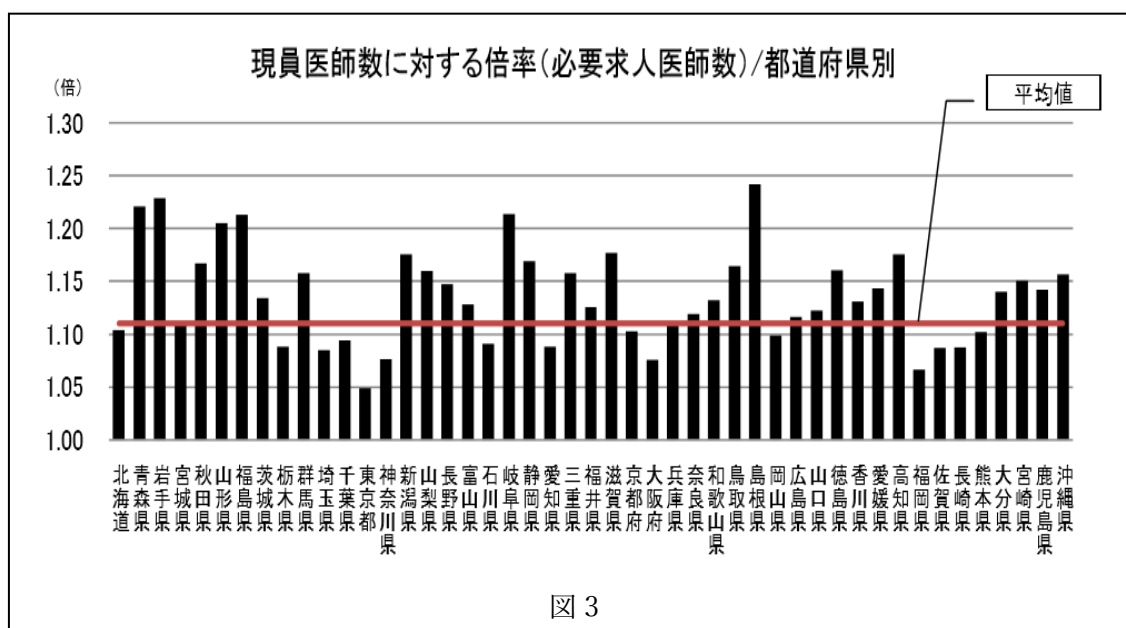
<sup>31</sup> 吉田あつし「医師のキャリア形成と医師不足」日本労働研究雑誌 No.594 2010年1月

## 2-2. 医師の偏在

日本における医師不足の議論では、「(総数の不足ではなく) 偏在が問題」という主張が聞かれる。総数において不足している可能性が高いことは前節で示した通りだが、現状認識を精緻化する目的で偏在について本節で取り上げる。

### 地域偏在

厚生労働省が2010年に行った「必要医師数実態調査<sup>32)</sup>」によると、地方で医師が不足していることがわかる。現員医師数に対する求人数の割合が高い都道府県の上位5位は上から順に島根県、岩手県、青森県、岐阜県、福島県、山形県だ(図3<sup>33)</sup>)。一方で、人口比医師数は東京を除く関東近郊も含めて東日本が全体的に少なく、埼玉県が最下位だ<sup>34)</sup>。また、前節で述べたように勤務医の労働時間は都市部の方が地方部より長い傾向がある。



<sup>32)</sup> 厚生労働省必要医師数実態調査 2010年9月29日

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000ssez-img/2r9852000000ssgg.pdf> 2019年11月21日アクセス

<sup>33)</sup> 同上

<sup>34)</sup> 都道府県格付け研究所 <http://grading.jp.org/y2121002.html> 2019年11月21日アクセス

求人倍率で見ると地方で医師不足が深刻である一方、勤務医の労働時間は都市部の方が長いというのは興味深い。単に都市/地方の二項対立には還元し得ない、地域ごとの固有性が影響していると考えられる。

上昌広氏は東京都内の医師偏在を指摘している<sup>35</sup>。23区は病院も多く医療が充実しているものの、中西部は同じくベッドタウンである埼玉県と同様人口比医師数が国内最低レベルであるという。

このように、都市-地方間の偏りという単純な理解は誤りである一方で、全体として西日本に偏在しているほか、東京周辺が空洞化しているという実態はありそうだ。

### 診療科偏在

同じく必要医師数実態調査を用いて、診療科間の人手不足の程度を比較することができる。求人倍率が高いのはリハビリ科、救急科、産科であり、低いのは小児外科、形成外科、美容外科だ(図4<sup>36</sup>)。一方で、労働時間を比較すると外科、救急科及び産婦人科の労働時間が長く、精神科や放射線医が短い(図5<sup>37</sup>)。求人倍率と労働時間から必ずしも医師の診療科偏在に対して同じ示唆を与えているとは言えないが、少なくとも産科・救急科においては人手も足りず長時間労働を強いられていることが推測できる。

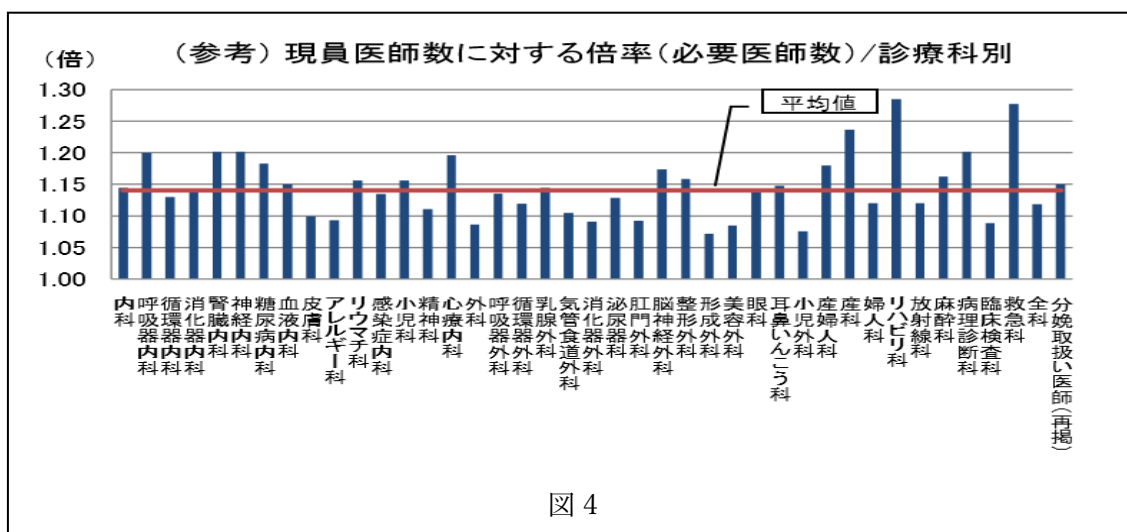


図 4

<sup>35</sup> 上昌広『病院は東京から破綻する』(朝日新聞出版、2017)

<sup>36</sup> 厚生労働省必要医師数実態調査 2010年9月29日

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000ssez-img/2r9852000000ssgg.pdf> 2019年11月21日アクセス

<sup>37</sup> 厚生労働省医師の働き方改革に関する検討会 2017年9月21日

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000178016.pdf> 2019年11月21日アクセス

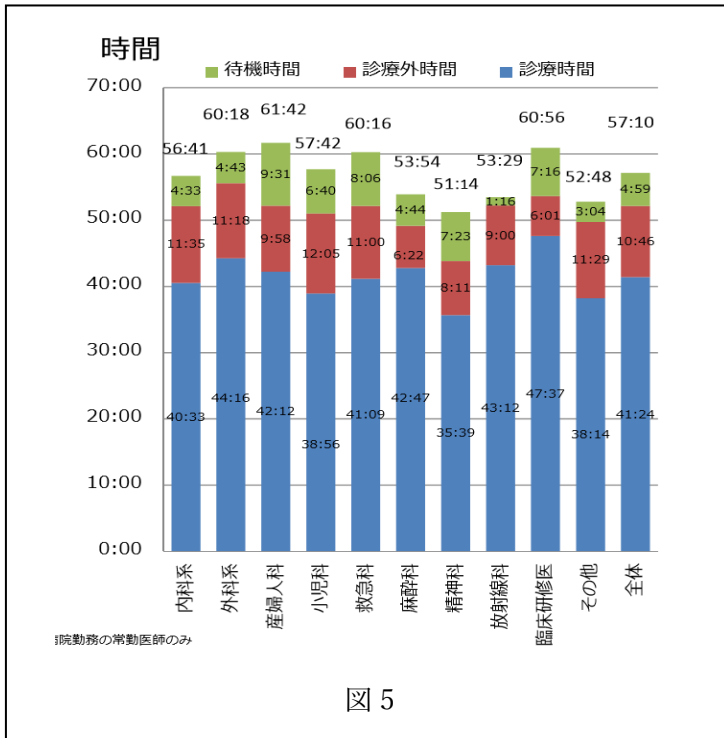


図 5

### 2-3. 女性医師の生産性

医師不足、偏在に関して一定の示唆を得られたところで、男性医師と女性医師の生産性の差異の検討に進みたいと思う。生産性の差異の検討は、労働時間や就業率の差異がどの程度異なるのかという量的観点と、特定の（人手不足の）診療科に貢献しているかどうかという質的観点から検討を行う。

#### 量的検討：就業率と労働時間

直観的にも、女性医師は出産・育児による離職や復職後の時短勤務等で男性医師よりも労働時間が短いと予想される。実際、厚生労働省の医師需給分科会における需給推計においてもこの点は考慮されており、女性医師の生産性を男性医師に対して「配偶者なし」の場合 100%、「配偶者あり/子どもなし」の場合 90%、「配偶者あり/中学生未満の子どもあり」の場合 50%、「配偶者あり/中学生以上の子どもあり」の場合 60%と割り引くことが決められた<sup>38</sup>。

<sup>38</sup> 厚生労働省「第 4 回 医師需給分科会」2016 年 3 月 31 日

このような割引の根拠とされる就業率と労働時間を具体的に確認しよう。

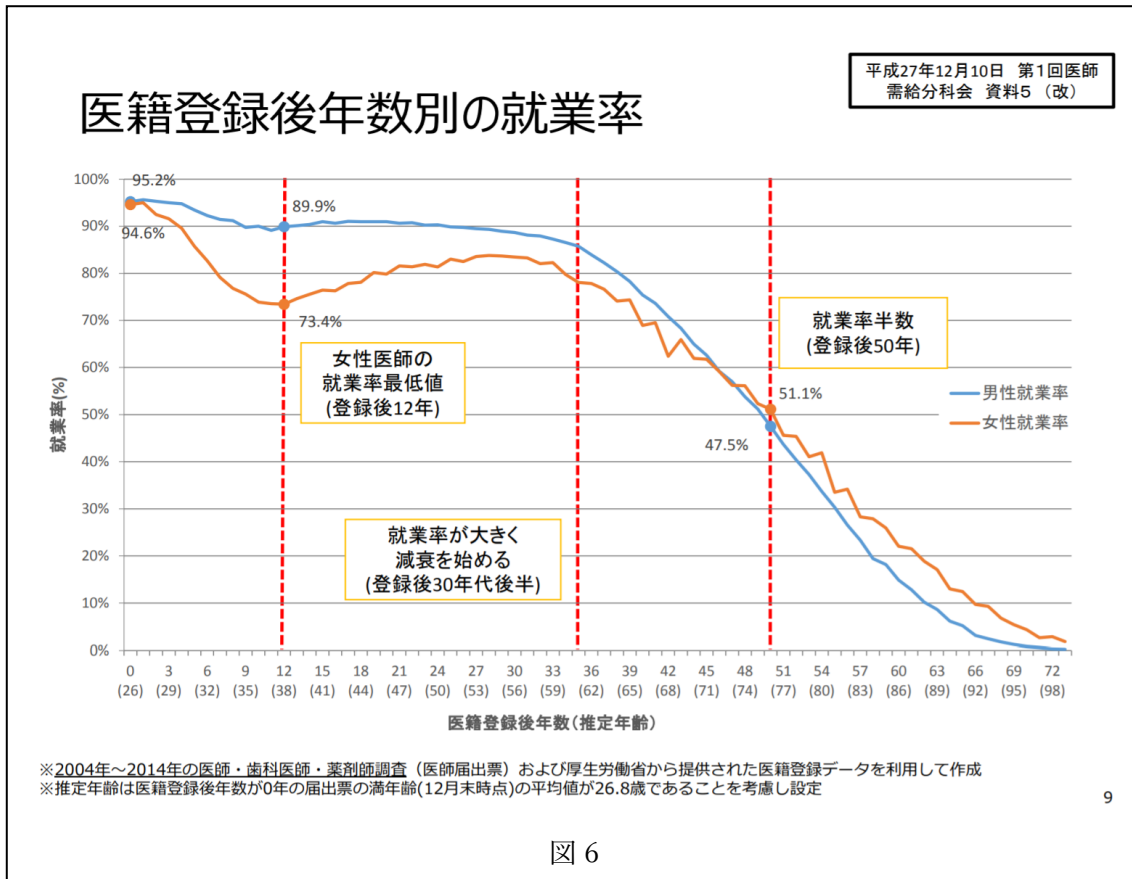


図 6

図 6<sup>39</sup>は第 4 回医師需給分科会資料の p.9 に掲載されているグラフだ。30 代から 50 代にかけて女性の就業率が低下する、所謂「M 字カーブ」が確認できる。逆に、60 代以降は男性医師の就業率の低下ペースが女性医師を上回り、70 代半ばからは逆転する。とはいえ、累積就業年数(グラフの積分値)で見れば女性医師の就業率が低いという結論を下すことは可能だろう。

図 7<sup>40</sup>は、第 2 回医師の働き方改革に関する検討会資料に掲載されたグラフだ。労働時間

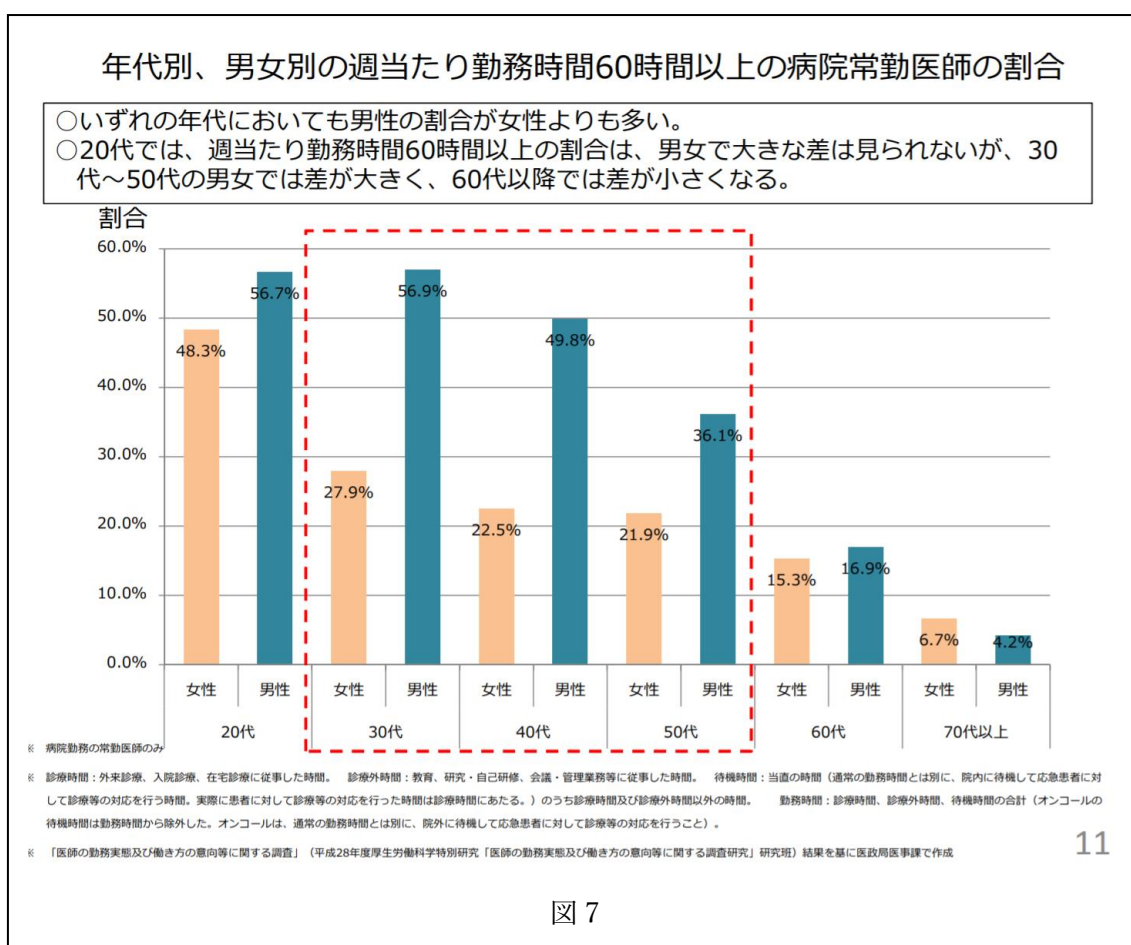
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120209.pdf>  
2019 年 11 月 21 日アクセス

<sup>39</sup> 厚生労働省「第 4 回 医師需給分科会」2016 年 3 月 31 日

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120209.pdf>  
2019 年 11 月 21 日アクセス

<sup>40</sup> 厚生労働省医師の働き方改革に関する検討会 2017 年 9 月 21 日

の単純比較ではなく、長時間労働をしている勤務医の割合であることに注意は必要ではあるが、これをもって労働時間の男女差の指標とすることはできるだろう。このグラフにおいても30代から50代にかけて女性医師の労働時間が男性医師を大きく下回っていることが確認できる。70代以降逆転するところまで同じだ。このことから、就業している医師に頂点を絞ったとしても労働時間には男女差があり、量的観点から女性医師の生産性が割り引かれて然るべきだということがわかる。



### 質の検討：診療科選好

質的観点としては、女子医師の割合と診療科ごとの求人倍率をもとに「女性医師は人手不足の診療科を選択しにくいのか」ということを、女性医師の割合と診療科ごとの労働時間をもとに「女性医師は負担が重い診療科を選択しにくいのか」ということを検討する。診療科



ごとの「女性医師割合は度医師・歯科医師薬剤師調査<sup>41</sup>」を、求人倍率は「必要医師数実態調査<sup>42</sup>」を、労働時間は「第2回医師の働き方改革に関する検討会資料<sup>43</sup>」をそれぞれ用いる<sup>44</sup>。

	女医割合(%)	労働時間(h/週)	求人(%)※※
内科	20	56.6	14
外科	7.1	60.3	9
精神科	23	51.2	11
小児科	36.4	57.7	16
産婦人科	44.5	61.7	18
麻酔科	40.9	53.9	16
救急科	14.9	60.3	28
泌尿器科	8.2	52.8※	13
脳神経外科	6.5	60.3	17
整形外科	6.2	60.3	16
形成・美容外科	32.7	52.8※	7
眼科	42.4	52.8※	14
耳鼻咽喉科	25.5	52.8※	15
皮膚科	54.8	52.8※	10
リハビリ科	23.6	52.8※	29
放射線化	24	53.5	12

図 8

※「その他」の値をあてた

※※100%を超えた分（人手不足分）の百分率表示

<sup>41</sup> 厚生労働省「平成30年度医師・歯科医師・薬剤師調査」

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/index.html> 2020年8月21日アクセス

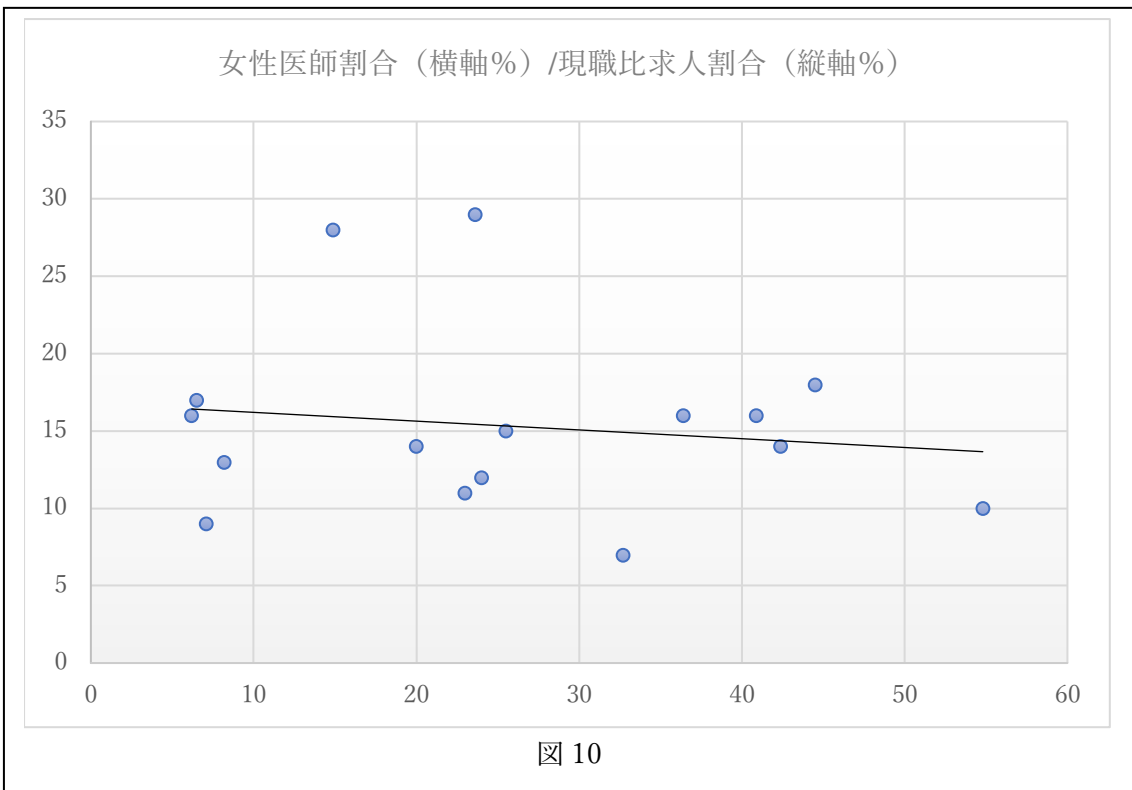
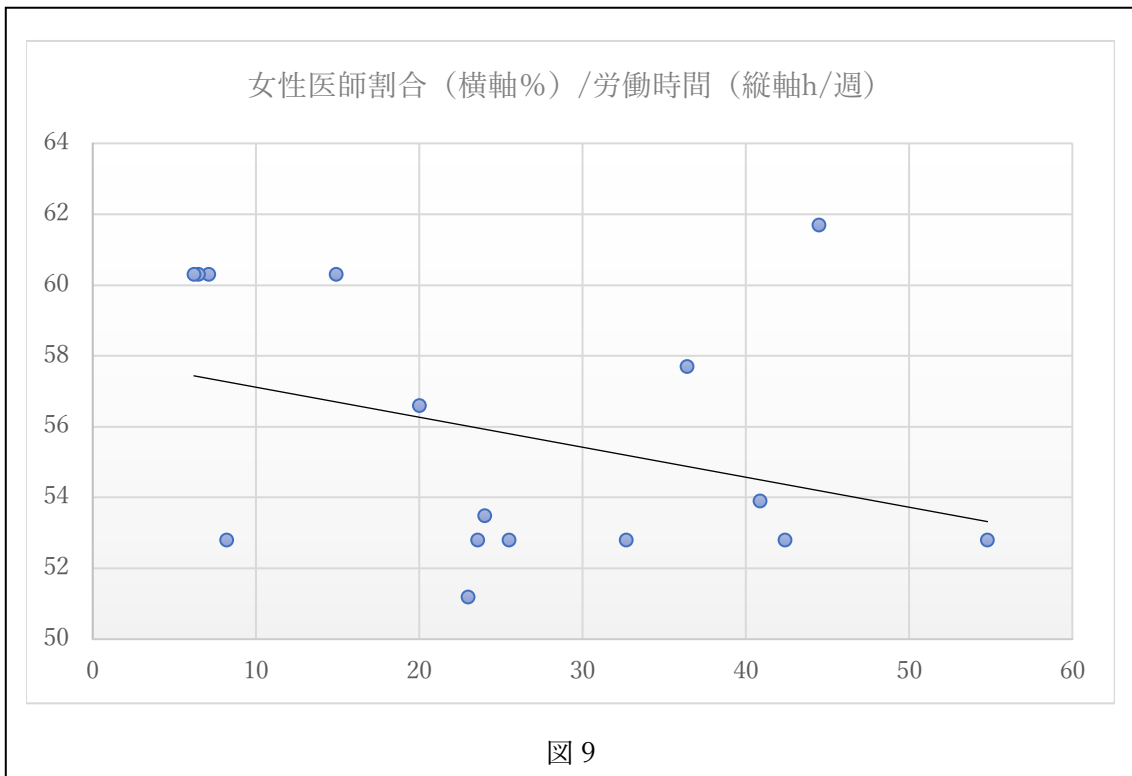
<sup>42</sup> 厚生労働省必要医師数実態調査2010年9月29日

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000ssez-img/2r9852000000ssgg.pdf> 2019年11月21日アクセス

<sup>43</sup> 厚生労働省医師の働き方改革に関する検討会2017年9月21日

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000178016.pdf> 2019年11月21日アクセス

<sup>44</sup> 女性医師割合及び労働時間については病院勤務医に関するデータを、求人倍率については診療所勤務医も含めたデータを用いた。



女性医師割合と週労働時間の相関係数はマイナス 0.35 となった (図 9)。労働時間の長い産婦人科に女性医師が多いものの、大勢としては負担の軽い診療科ほど女性医師割合が高いという傾向を見出すことができる。一方で、相関係数はそれほど高くない。また、あくまで相関があるに過ぎず、「女性医師は負担が軽いことを理由にそれらの診療科を選択している」という結論は導けない。

女性医師割合と求人倍率の相関係数はマイナス 0.14 となった (図 10)。こちらは労働時間程はっきりとした相関が確認されなかった。

## 2-4. 医学部定員の抑制と診療科の自由標榜性

図 11<sup>45</sup>は 1961 年から 2017 年までの医学部定員の推移だ。医師不足や医師の偏在が問題になっている一方で、このような事態に備えた政策が実施され始めたのは比較的最近のことだとわかる。第 1 節で触れたように医師不足は今後緩和方向に向かうものの、裏を返せば医学部定員の増加が最も必要だったのが 2000 年頃であったということになるが、その頃は 1982 年の閣議決定に基づいて医師数抑制政策が取られていた<sup>46</sup>。

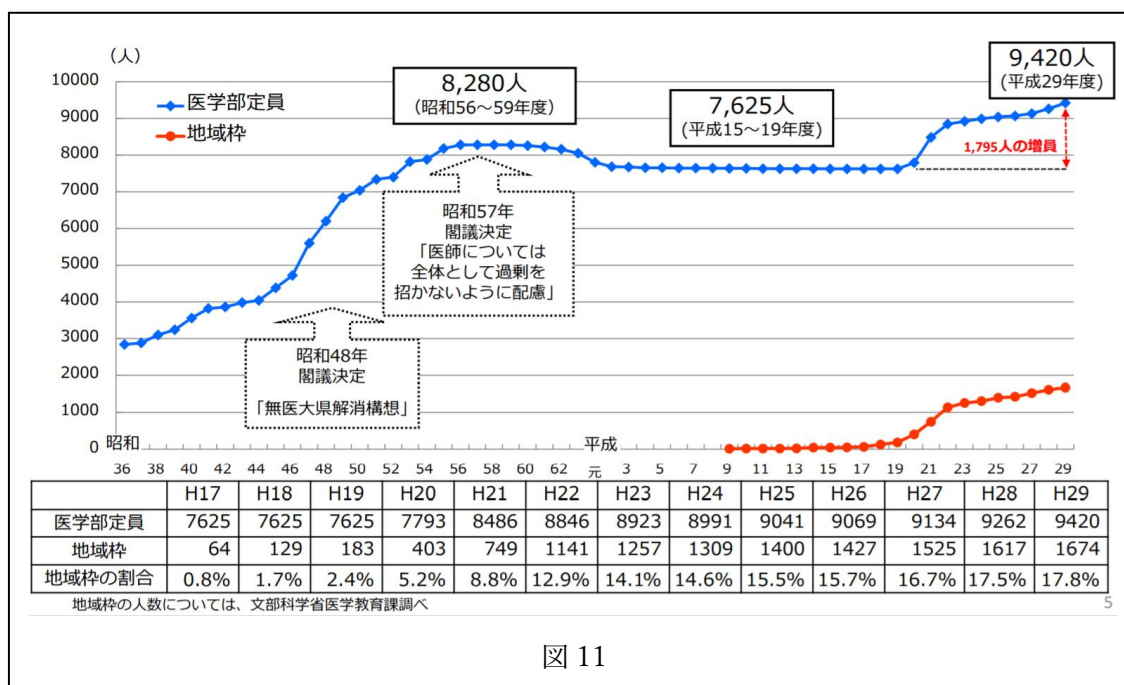


図 11

<sup>45</sup> 厚生労働省「第 6 7 回社会保障審議会医療部会資料」2019 年 7 月 18 日

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000529088.pdf> 2020 年 8 月 21 日アクセス

<sup>46</sup> 詳しくは第 5 章で触れる

また、地域偏在への対応策である「地域枠<sup>47</sup>」が1997年に導入され、2007年頃から増加していったことがわかる。一方で、診療科偏在に対する目立った対策は取られていない<sup>48</sup>。医師不足と同時に診療科偏在が問題になっている一方で、診療科ごとの定員は定められず、医師は資格を取得したら自由に診療科を選択することができる「自由標榜性」が維持されている。これまでの医師数抑制政策は、総定員の抑制という形で総数としての医師不足を招き、自由標榜性の維持という形で診療科の偏在を助長してきたと言える。

## 2-5. 医療費の膨張

図12<sup>49</sup>は国民医療費の推移を表したグラフだ。医療費は増加基調にあり、1980年代に

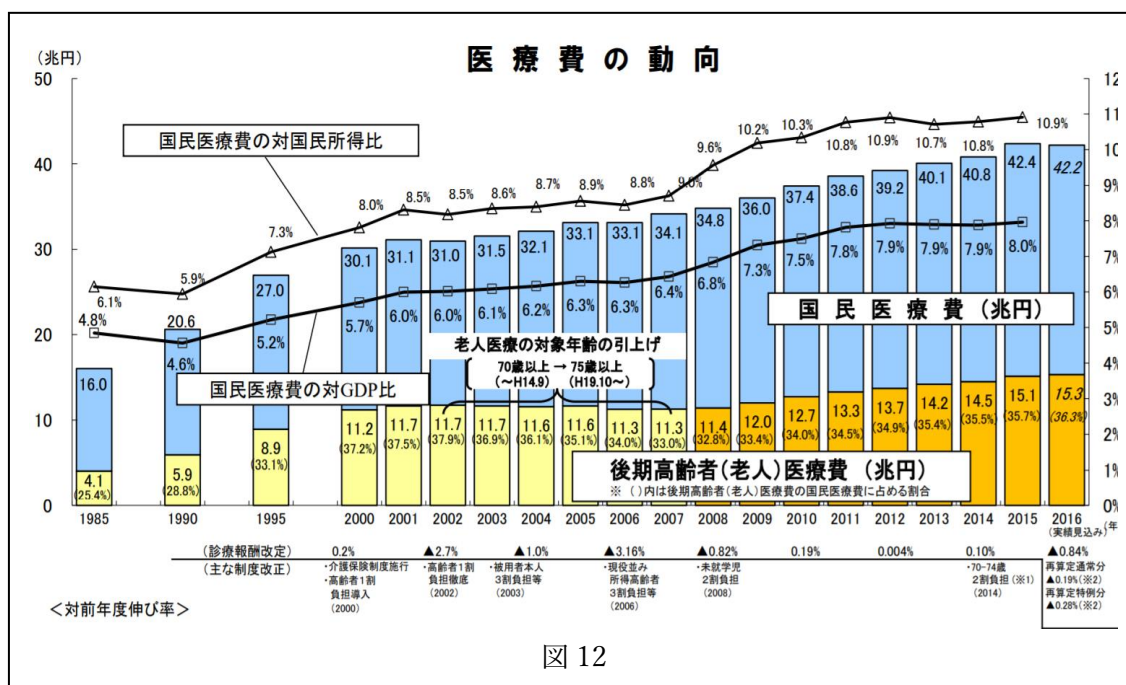


図12

は「医療費亡国論」が囁かれた<sup>50</sup>。詳細は次章で述べるが、この医療費の膨張を背景に、医

<sup>47</sup> ここでは、地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。

<sup>48</sup> 診療報酬改定を通じた配慮はなされた。第7章で詳述。

<sup>49</sup> 厚生労働省保険局「医療保険制度をめぐる状況」2018年

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000204021.pdf)

Sanjikanshitsu\_Shakaihoshoutantou/0000204021.pdf 2020年7月28日アクセス

<sup>50</sup> 1980年代に、当時の厚労省保険局長吉村氏の「医療費亡国論」発言により医療費の膨張が社会問題化したと言われているが、吉村氏の発言にそこまでの含意はなく、政治的主張に利用されただけとの見方もある。参照：印南一路、堀真奈美、古城隆雄『生命と自由

師数が増加すると医療費が増加するという「医師誘発需要仮説」が政策形成において影響力を持ったことで医師数抑制政策が長期にわたって継続されることとなった。

## 第三章 医師数抑制政策の検証

前章で触れたように、医学部入試において女子受験生に対する不遇措置の背景には、医師が不足しているという現状があった。そしてその背景には厚生労働省による医師数抑制政策があった。本章の目的は医師数抑制政策の妥当性を検証することだ。はじめに医師数抑制政策の根拠となっている「医師数を増やすと財政負担が増す」という仮説を棄却する。その後、合理的な理由なく医師数が抑制されてきたことの政治的な理由を、「政・官・財のトライアングル」という政治学的枠組みを用いて説明する。

### 3-1. 医師数抑制政策の根拠

医師数抑制政策を推進してきたステークホルダーは、厚生労働省、財務省、日本医師会、自民党厚労族だ。彼らが何を根拠に医師数を抑制しているのか、本節で確認する。

#### 医師誘発需要説

厚生労働省と財務省が医師数抑制の根拠としたのが、医師誘発需要説である。医師には不要な医療を行うインセンティブが存在するため、供給者である医師が需要を誘発するという仮説だ。もちろん、医師が増加することでアクセスが向上し、結果的に医療費が増大することは問題ない。しかし、仮に医師が「不要な医療」を創出しているとすれば問題だし、医師一般にそのような傾向があるとすれば政府が医師数を厳格に管理することにも合理性がある。経済学者がよく引用する「神の見えざる手」は、生産者の利潤追求動機が作用することで自動的に価格と生産量が最適な水準で均衡すると主張するが、価格が政府によって統制されている医療市場に当てはまらないことは言うまでもない。医療の価格は市場競争ではなく診療報酬と言う形で調整されるため、最適な供給量がまずあり、それを達成するために価格を調整する。医師誘発需要説が主張するのは、情報の非対称性が大きい医療においては供給者が需要曲線を歪めてしまうため、単に価格を調整するだけでは医療の最適な供給量を実現することは不可能であり、医師の供給量も厳格に管理しなければならないということだ。

ここで、厚生労働省と財務省の奇妙な共犯関係が生まれる。医療費の国庫負担を削減したいのは主に財務省であるが、厚生労働省は医師数抑制政策において財務省に譲歩すること

で他の政策の予算を確保しやすくなる<sup>51</sup>。所謂「にぎり」だ。実際の予算決定の過程では、厚生労働省全体の予算が先に決められるため、その枠内で医療費を抑制するために厚生労働省が積極的に医師誘発需要説を採用していると説明することもできる。

### 医師養成費用

医師数を増やすためには医学部定員を増やす必要があるが、横倉元日本医師会会長の「養成費用も含めて医師養成数の議論がまず必要である<sup>52</sup>」という発言からうかがえるように、医学部定員増が大学への補助金を介して国家財政に負担をかけるという主張もある。「医師養成費用の国庫負担」という視点だ。医学教育の費用については、「医者を一人育てるのに1億円」と言われることもあり、本人が支払う学費だけでなく多額の税金が投入されているという風説もある。確かに、実際に医師の養成に多額の税金が投入されるのであれば、医師数を必要最小限度に留めることは正当化されそうだ。

### 教員確保のために近隣の医師不足を助長する

横倉元会長はさらに、医学部新設の場合は教員を十分に確保するために周辺の医師を引き上げることになり、かえって近隣の医師不足を深刻化させることも指摘している<sup>53</sup>。もちろん、医学部の教員は教育活動と並行して診療に従事することも多いし、そもそも必要な教員の数は新たに養成される医師の数と比べれば圧倒的に少数だ。しかし、医学部入学から卒業後臨床研修を終えるまで最低8年かかることも考えると、短期かつ局地的な現象として医学部新設が医師不足を招くこともあり、特定の条件下では考慮すべき事項であることは間違いない。尚、本論文では中長期の全国的な医師数調整政策を念頭に議論しているため、短期かつ局所的な特定医学部新設の弊害に関する議論には立ち入らない。

### 医業難

医師数が増える、すなわち「医師過剰」という状況になると、開業医の経済的不安定や医療機関の経営難が懸念される。市場に参入する供給者の数が増えれば、当然供給者あたりの生産者余剰は圧迫され、当然医療機関経営や医師の雇用状況には負の影響を与える。

1986年の『『将来の医師需給に関する検討委員会』最終意見の要約<sup>54</sup>』では、医師数を抑

---

<sup>51</sup> 上昌広『病院は東京から破綻する』（朝日新聞出版、2017）

<sup>52</sup> 日医 NEWS「横倉会長『国家戦略特区による医学部新設』に反対する声明を塩崎厚労大臣に提出」2015年3月5日 <http://www.med.or.jp/nichinews/n270305b.html> 2019年11月22日アクセス

<sup>53</sup> 同上

<sup>54</sup> 厚生労働省『『将来の医師需給に関する検討委員会』最終意見の要約』（1986年）

制すべき根拠として「医師過剰」になったヨーロッパ諸国の惨状が指摘されている。そこでは、「国民医療費の不必要な増加」と並べて「開業医の経済的不安定、若手医師の失業、若手医師の失業」が挙げられている。

第 6 章で緻密な論証を行うが、特定の職業集団の経営を後押しするために政策的な参入規制が敷かれることは正当化<sup>55</sup>できない。故に、医業難は「医師数抑制政策が実施された理由」ではあるが、「医師数抑制政策を実施すべき理由」ではないことに注意したい。

### 各ステークホルダーの意向

日本医師会は開業医の業界団体であるため、開業医の経済的不安定や医療機関（診療所）の経営難を防ぐために医師数抑制を主張するのは当然だ。そして、日本医師会は自民党へ多額の政治献金をしており、開業医の社会的地位に裏打ちされた集票力も影響し、自民党厚労族は医師会の意向を反映しようとする。また、日本医師会を母体とする日本医師連盟は医政議員を擁立し、自民党の公認を得るなど、直接的な関係も深い<sup>56</sup>。厚生労働省は自民党の影響を受けやすいことに加え、先述のように医師誘発需要説を採用しているため医療費抑制のために医師数を抑制するという動機もある。

これらのステークホルダーの共犯関係によって、医師数抑制政策はこれまで基本路線としては原則的に維持されてきた。

## 3-2. 医師誘発需要説

### 医師誘発需要とは

Labelle ら(1994)<sup>57</sup>は、医師誘発需要を「患者が医者と同じ情報を持っていた場合に需要せず、かつ健康水準の改善に貢献しない医療行為」と定義した。単に医師数と医療費の相関を示すだけでは、医療アクセスの向上による自発需要の増加と区別できない。患者は医療行為を消費する際に、医療機関に支払う費用の他に、医療機関に行くための交通費や移動・受診にかかる時間分の機会費用を負担する。医師数が増え、その結果として医療アクセスが向上すると交通費や機会費用が安くなるため、供給者が需要曲線に影響を与えなかった場合

---

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/dl/s0225-4e1.pdf> 2020年9月23日アクセス

<sup>55</sup> 「正当化」とはどういうことかという点を、第 6 章で論じる

<sup>56</sup> 元日本医師会副会長で自民党所属の参議院議員である羽生田たかし氏等

<sup>57</sup> Roberta Labelle, Greg Stoddart, Thomas Riced “A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand” Journal of Health Economics Volume 13, Issue 3, October 1994, Pages 347-368



でも単純な価格効果によって医療の消費が増大するからだ。その上で、「供給者が情報の非対称性を利用して需要曲線に与える影響」を取り出すために、「患者が医者と同じ情報を持っていた場合に需要しない」という条件が必要になる。また、健康水準の改善に貢献する医療は当然に「不要で削減すべき医療」とは言えないので、「健康水準の改善に貢献しない」という条件も付される。

アクセスコストの低下による自発需要の増加を医師誘発需要と区別するために、前者の指標として「受診回数」を、後者の指標として「受診1回あたりの医療支出」を用いる Two-part モデルが考案された。Two-part モデルを用いた先行研究として Rossiter and Wilensky (1983, 1984)<sup>5859</sup>や Escarce(1992)<sup>60</sup>が、日本での研究としては泉田他(1999)<sup>61</sup>、岸田(2001)<sup>62</sup>、山田(2002)<sup>63</sup>、角谷他 (2013) <sup>64</sup>がある。泉田他(1999)と山田(2002)では医師誘発需要説に肯定的な結果が得られているが、上記のその他の研究では医師誘発需要は存在しないか、するとしてもその影響はごく小さいとしている。

### 医師誘発需要説に否定的な見解

上昌広氏は、都道府県別の一人当たり医療費と人口当たり医師数の相関を見ると、医師数が少ない都道府県では相関があり、医師数が多い都道府県では相関がないことが確認できると指摘する (図 13<sup>65</sup>)。そして、この二変数の関係は、医師が少ない地域で医療アクセスの向上による医療費増加が起こったものと解釈できるとしている。

---

<sup>58</sup>Rossiter, F. L. and Wilensky, G. R. A Reexamination of the Use of Physician Services: the Role of Physician-Initiated Demand. *Inquiry* 1983;20:162-172

<sup>59</sup> Rossiter, F. L. and Wilensky, G. R. Identification of Physician – Induced Demand. *Journal of Human Resources* 1984;19:231-244

<sup>60</sup> Escarce, J. Explaining the Association between the Surgeon Supply and Utilization. *Inquiry* 1992;29:403-415

<sup>61</sup> 泉田信行, 中西悟志, 漆博雄. 医師の参入規制と医療サービス支出－支出関数を用いた医師誘発需要の検討－. *医療と社会*.1999;9: 59-70

<sup>62</sup> 岸田研作. 医師誘発需要仮説とアクセスコスト低下仮説－2 次医療圏, 市単位のパネルデータによる分析－. *季刊社会保障研究*. 2001;37:246-258

<sup>63</sup> 山田武. 国民健康保険支払い業務データを利用した医師誘発需要仮説の検討. *季刊社会保障研究*. 2002;38:39-51

<sup>64</sup> 角谷快彦、小寺俊樹「市場競争と供給者誘発需要 —医療費支出のマイクロデータ分析」The Institute of Social and Economic Research Osaka University, Discussion Paper No.881, 2013 年 8 月

<sup>65</sup> 上昌広『病院は東京から破綻する』(2017 年 3 月 30 日、朝日新聞出版)

医師数の多い西日本では医療費はほぼ一定だが、  
医師数の少ない東日本では医療費が医師数に相関する

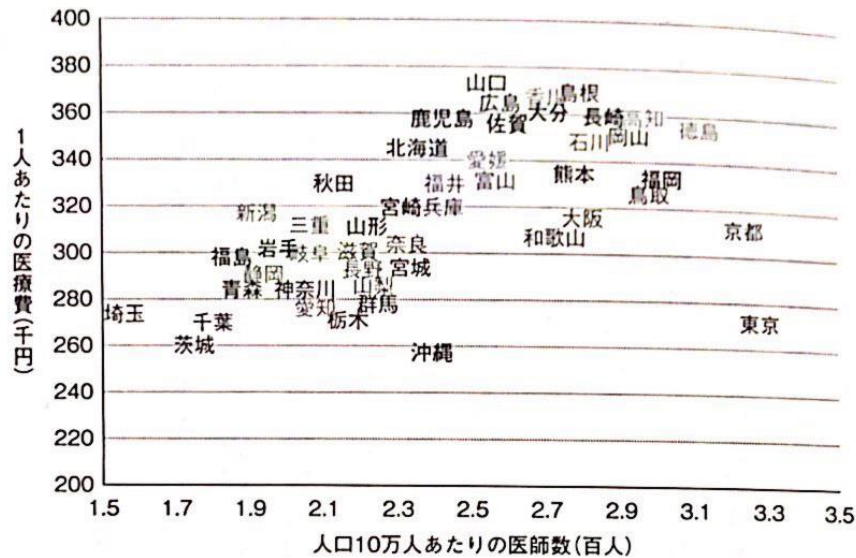


図 4-2 各都道府県の人口あたりの医師数と県民1人あたりの医療費の関係

(医師数は厚生労働省「平成24年(2012年)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」、医療費は厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析」より) 森田知宏、児玉有子(ともに東大医科研)作成

図 13

図 14 のように、医療供給が一定水準以上であれば、医療供給量は需要曲線と価格の交点に定まる。診療報酬が適正水準であるとすれば、このときの医療の供給量が適正な医療供給量であると言える。人口 10 万人あたり医師数がおよそ 2.5 人以上の地域では、医療供給がこの水準に達していたと言える。

一方で、医療供給が一定水準を下回ると、医療供給量は供給曲線と価格の交点で定まる。診療報酬が適正水準であるとすれば、このときの医療の供給量が適正な医療供給量を下回っていると言える。医療供給量が適正水準に達しない限り、医療供給体制の強化は医療供給量の拡大に繋がる。

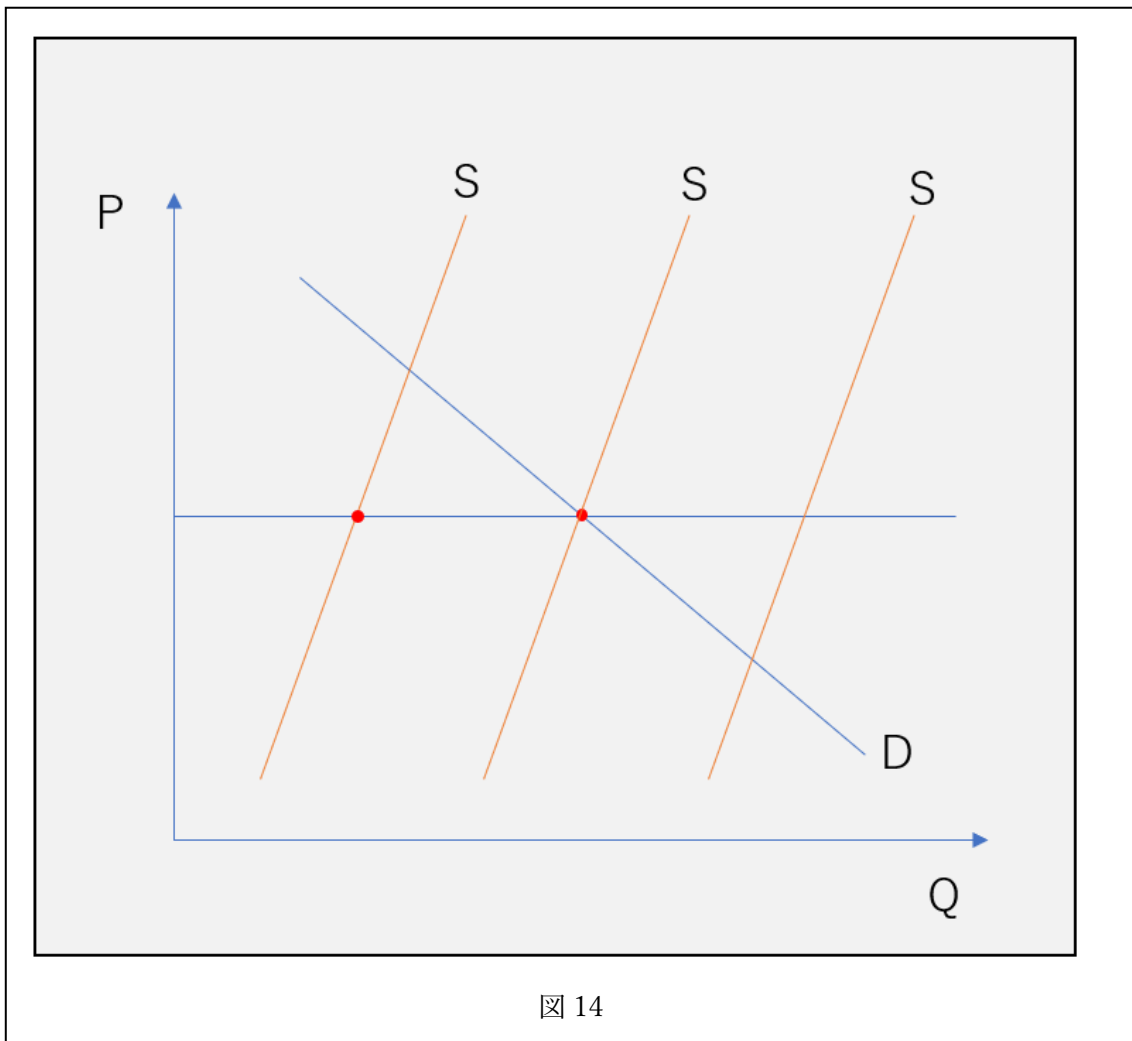


図 14

図 13 から読み取れる医療費と医師数の関係は、医療アクセスの影響で説明可能だし、そう解釈する方が妥当だ。仮に Labelle らの定義に従った医師誘発需要が存在するとすれば、医師数が多い地域でも医師数と医療費に相関が見られるはずだ。図 14 で示したモデルの方が、図 13 をよりよく説明している。なお、患者属性を考慮した精緻な Two-part モデルを用いた角谷他 (2013)<sup>66</sup>においては、人口当たり医療機関数は受診 1 回あたり医療支出に関して負に有意であるとし、医師誘発需要説は否定された。<sup>67</sup>

<sup>66</sup> 角谷快彦、小寺俊樹「市場競争と供給者誘発需要 —医療費支出のマイクロデータ分析」The Institute of Social and Economic Research Osaka University, Discussion Paper No.881, 2013 年 8 月

<sup>67</sup> 「医師数が大幅に増えて競争環境が極端に厳しくなった場合に、医師誘発需要が発生する可能性があるのではないか」という指摘があるが、図 13 に示されるように、少なくとも

### 医師誘発需要説に肯定的な見解

医師誘発需要説に対する肯定的な研究として、山田（2002）<sup>68</sup>を取り上げる。山田は医療機関の受診を「エピソード」ごとくに分けることで医師誘発需要を抽出することを試みた。通常のTwo-partモデルでは受診回数の増加が全てアクセスコストの低下によって説明されてしまうが、所謂初診・再診は患者が自発的に決めるとしても、一旦受診を始めたあとの通院行動は医師の影響を受けると考えるのが妥当だ。山田ははじめに、患者は治療を開始するかどうかの選択は自主的に行うが、一旦治療を開始した後は医師の指示に従って治療を継続すると仮定する。そして、ひとまとまりの治療（エピソード）あたりの医療支出が増加していればそれは「医師誘発需要」であり、これが人口比医師数と相関した。

この研究が医師誘発需要の存在を示唆する根拠になり得ることは否定できないが、「患者は治療を開始するかどうかの選択は自主的に行うが、一旦治療を開始した後は医師の指示に従って治療を継続する」という仮定が強力すぎることも否めない。一つの見解として提示するに留め、結論として採用することは控えざるを得ない。<sup>69</sup>

### 医療費の決定要因

一般的に医療費は何によって決まるか。Newhouseら(2009)<sup>70</sup>によると、1960~2007年のアメリカの医療費上昇率への寄与率は(1)人口高齢化：7%(2)医療保険の普及：11%(3)国民所得の増加：29-43%(4)医療技術の進歩：27-48%だという。高齢化の影響が小さいことが意外に思えるが、Spillmanら(2000)<sup>71</sup>の研究によると、高齢化によって増加するのは

---

も現代の日本の状況では医師数が多い地域ほど人口比医師数と一人当たり医療費に相関が無い。このことから、少なくとも人口1000人当たり医師数が3~4人程度であれば医師誘発需要は発生しないか、してもごく小さいと考えることができる。

<sup>68</sup> 山田武. 国民健康保険支払い業務データを利用した医師誘発需要仮説の検討. 季刊社会保障研究. 2002;38:39-51

<sup>69</sup> また、仮に医師誘発需要が存在するとしても、それが政策的に制御可能なものであれば問題は深刻ではない。自発需要ではなく医師誘発需要によって過剰に供給されている医療行為があるとしても、それを識別することができれば診療報酬の引き下げによって医師誘発需要を抑制することができる。ただし、診療報酬改定は2年に1回行われるため、長期的には制御可能でも短期的には過剰診療を防ぐことはできない。

<sup>70</sup> Smith S, Newhouse JP, Freeland MS. Income, Insurance, And Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? Health Affairs 2009;28(5):1276-1284

<sup>71</sup> Spillman B, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. N Eng J Med 2000;342:1409-15.

介護費用であって医療費ではない（図 15）。印南一路氏の推計では日本においても医療費増加要因のうち大きな割合を技術革新が占めている<sup>72</sup>。

一方で、二木(1995)は医療技術を「投薬・注射」「画像診断・検査」「処置・手術等」と定義し国民医療費に占める割合を調査した結果、技術革新の影響は限定的だったとする<sup>73</sup>。ルイス・トマスは医療技術を①非技術②途上の技術③純粹技術の 3 段階にわけ、①から②への移行で医療費は増加し、②から③への移行で医療費は減少するとしており<sup>74</sup>、技術革新の中身によって医療費への影響が変化すると考えるべきだろう。

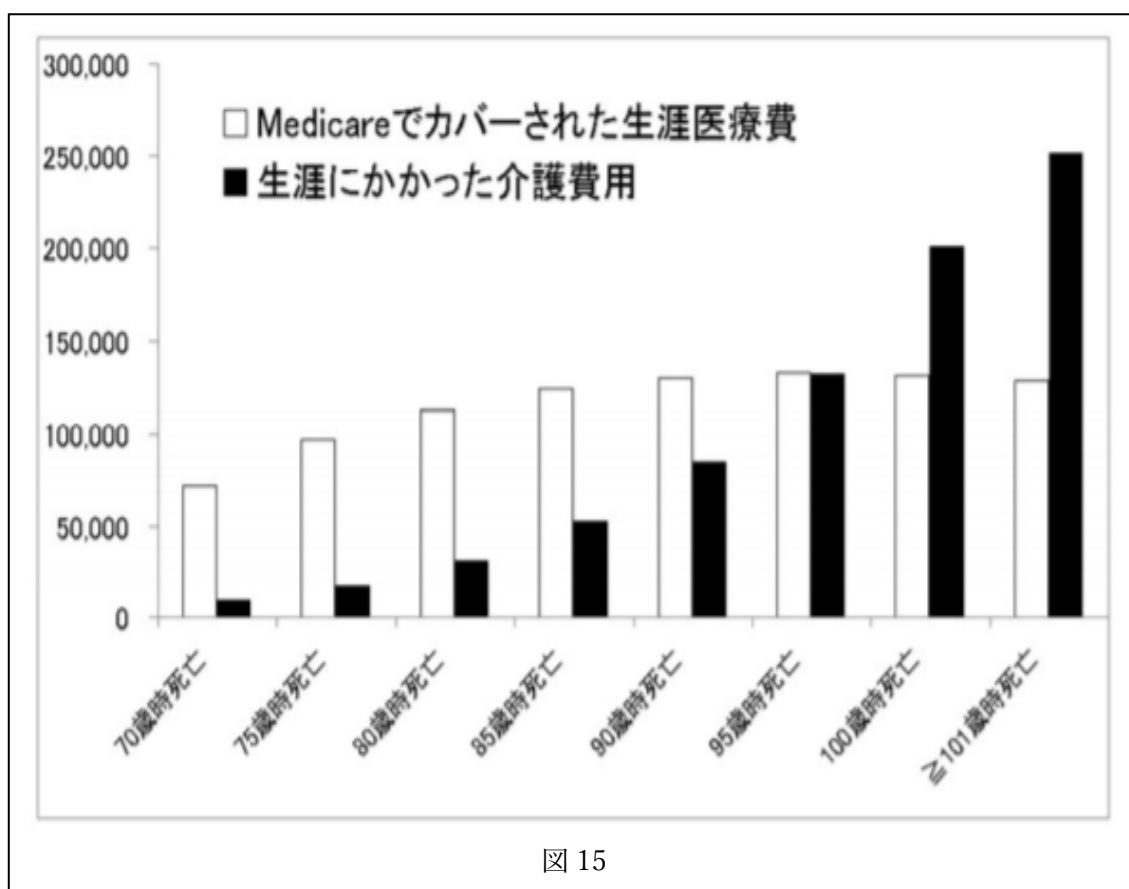


図 15

病床が増えると医療費が増加する、「設備投資誘発需要説」とでも呼ぶべきメカニズムが

<sup>72</sup> 日本経済新聞「進化とコストのジレンマ」2017年10月9日

<https://www.nikkei.com/article/DGKKZO22039620Y7A001C1M10900/> 2020年7月28日アクセス

<sup>73</sup> 二木立「医療技術進歩は医療費増加の主因か 『社会医療 診療行為別調査』等による実証的検討」医療と社会 Vol.5No.1 1995年

<sup>74</sup> 真野俊樹『医療危機 高齢化社会とイノベーション』中公新書、2017年8月25日

ある。図 16<sup>75</sup>に示すように、人口比病床数と一人当たり医療費には強い相関がある。病床過剰は介護を目的とした「社会的入院」を招いたという見方も有力であり、設備投資誘発需要説は医師誘発需要説と比較すると妥当性が高い。MRI の設置理由も、医療上の必要性ではなく競合医療機関を意識したものが多いという調査結果もある<sup>76</sup>。

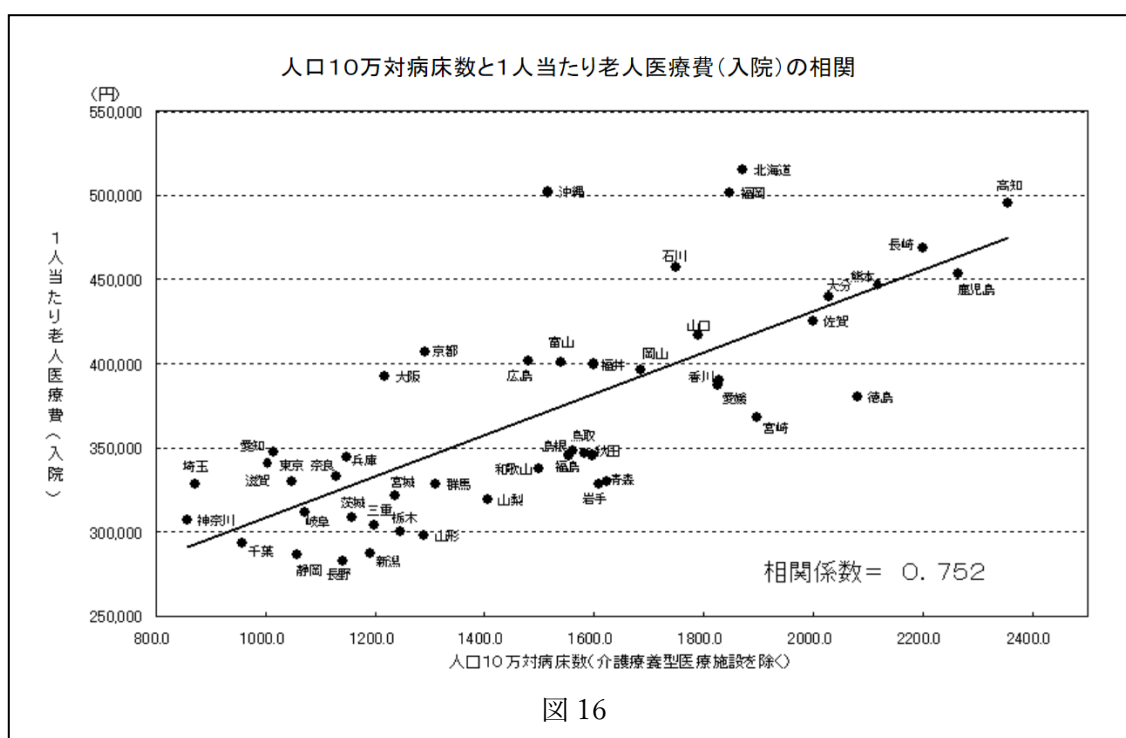


図 16

診療報酬の影響も見落とせない。自己負担割合が下がる 70 歳を境に外来患者数が大幅に上昇することから、価格（ここでは自己負担割合）が医療需要に影響することも確認できる（図 17<sup>77</sup>）。この手法は回帰不連続デザインと呼ばれるもので、69 歳と 70 歳では自己負担割合以外の諸条件は概ね同じである（不連続的な変化はない）と推測できるので、諸条件を統制せずに価格変化の影響を識別できる。70 歳になった途端に外来患者数が急増している

<sup>75</sup> 厚生労働省保険局調査課「平成 18 年度医療制度改革関連資料」

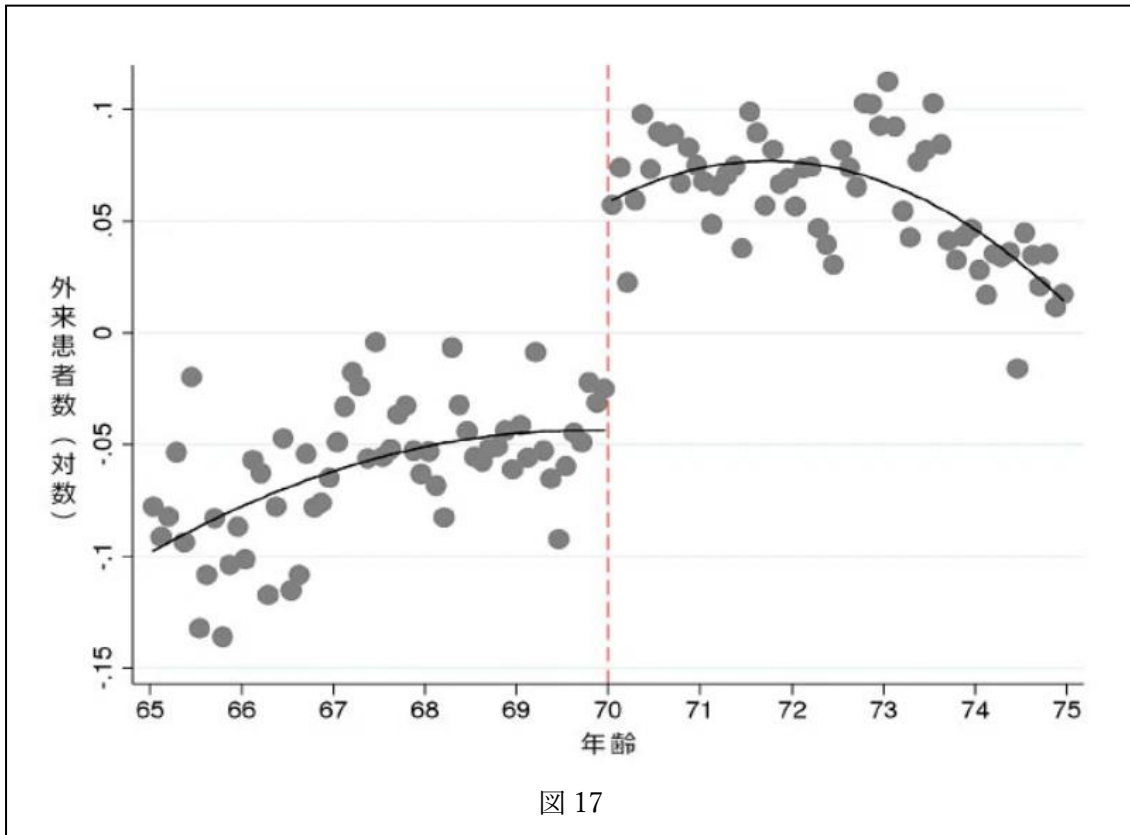
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/taikou04.html> 2020 年 9 月 23 日アクセス

<sup>76</sup> 法坂千代「高額医療機器（MRI）に対する医療機関の投資行動分析」2009 年 8 月

<https://www.ipp.hit-u.ac.jp/consultingproject/2009/CP09Housaka.pdf> 2020 年 1 月 6 日アクセス

<sup>77</sup> Shigeoka, Hitoshi. 2014. "The Effect of Patient Cost Sharing on Utilization, Health, and Risk Protection." *American Economic Review*, 104 (7): 2152-84.

ことは、価格が医療需要に大きく影響することの証拠となる。これは Newhouse の研究に



において医療保険の普及が医療費増加に寄与したことと整合する。

### 3-3. 医師の養成費用

「医者を一人育てるのに1億円」とも言われるように、医師養成費用はそれなりに大きな金額になることは明らかであるが、正確に推計することは困難だ。医大は同じ施設・従業員を診療・教育・研究に用いているのであり、設備費や人件費から教育にかかった費用を識別することが難しいからだ。ここでは、様々な状況証拠から医師養成費用を大雑把に推計することを目指す。

#### 「医者を一人育てるのに1億円」の根拠

日本私立医科大学協会が発行している「医学教育経費の理解のために」<sup>78</sup>というパンフレ

<sup>78</sup> 日本私立医科大学協会「医学教育経費の理解のために」

ットに、医師養成費用に関する記述がある。そこでは、私立医科大学の総費用を「医学教育費」とし、学生数で除することで一人当たり年間 1800 万円程度（6 年で約 1 億円）と推計している。言うまでもなく、医大の施設や人的資源は臨床や研究にも利用されるため、これらを全て「医学教育費」とすれば当然に過大推計になる。同パンフレットでは、医科大学の収支の厳しさを示すことで「新規の国の施策」を求めていることから、ロビイング目的の意図的な過大推計であることが伺える。

### 「教育病院の非効率性」を代理変数としたアプローチ

医師養成機能を持つ病院がそうでない病院より非効率である（同じアウトプットに対してより多くコストがかかっている）場合、その非効率性を「養成費用」の代理変数とする方略が考えられる。施設費や人件費といった個別の支出事項は教育のみに用いられる訳ではないため、項目ごとに「教育のための支出であるか」を見ていくアプローチは不可能だ。一方で、施設や従業員が教育機能を担っているとしたら、教育機能を担っていない場合と比べて臨床や研究のパフォーマンスが低下することが予想される。そして、その「パフォーマンスの低下分」を「潜在的なリソースのうち教育に使われた分」として扱うことで、全くつかみどころが無かった養成費用の近似値を得られるのではないかと考えた。

Donald H.ら(1999)<sup>79</sup>によると、「教育病院」のコストが高くなる要因は①より複雑なケースを扱うこと②立地③非被保険者を受け入れること④大学院生の教育コストの 4 つがあるという。通常営利病院と比較した場合の教育病院のコストは-10%～+20%程度であり、この非効率性を教育病院の支出における養成費用の割合だとすると、最大で 2000 万円程度と近似することができる。ただし、大学病院の異質性（非効率性）は上述の通り医師養成に係るものだけではないため、過大推計である可能性がある。

一般的には、パネルデータを用いた病院の効率性分析においては、教育病院等の異質性が固定効果として取り除かれてしまうので、養成費用の識別は困難だ<sup>80</sup>。

### 誰が養成費用を負担するか

医師数抑制政策の妥当性を判断する際に重要なのは、医師養成費用そのものではなく、そのうちの公費負担分である。医学生（あるいは医学部受験生）が自らの効用最大化のために

---

<https://www.idaikyo.or.jp/wp/wp-content/uploads/2019/12/医学教育経費理解のためにR1.11.pdf> 2020 年 1 月 6 日アクセス

<sup>79</sup> Taylor, Donald H. and Whellan, David J. and Sloan, Frank A Effects of Admission to a Teaching Hospital on the Cost and Quality of Care for Medicare Beneficiaries, New England Journal of Medicine, vol.340, No.4, p.293-299, 1999

<sup>80</sup> 河口洋行『医療の効率性測定』勁草書房、2008 年



「高い学費を払って医師になる決断をする」ことは問題ではなく、医学教育に対する家計部門の支出を気に掛ける必要はない。医学部の学費は国公立か私立かで大きく異なり、私立でも大学によってまちまちである。私立は1910万円（国際医療福祉大学）～4726.5万円（川崎医科大学）、国公立は約350万円だ。学費が養成費用を上回っているか（公費負担がゼロであるか）は大学によるが、私立の場合養成費用が学費を大幅に上回っているとは考えにくく、補助金等の公費負担を増やさずに医学部定員を増やせる可能性がある。

### 3-4. 政・官・財のトライアングル

ここまで、医師数抑制政策の正当化根拠の妥当性を検証した。医師誘発需要説にせよ養成費用の国庫負担にせよ、全く妥当しないと断言するほど確たる根拠は集まらなかったものの、概ね誤った認識に基づく（あるいは故意に誤った認識を植え付けるための）見解であったと言って差し支えないだろう。本節では、そのような薄弱な根拠に基づいて主張された政策がいかにして既定路線となるに至ったか、その政治力学を「政・官・財のトライアングル」という枠組みを用いて説明する。

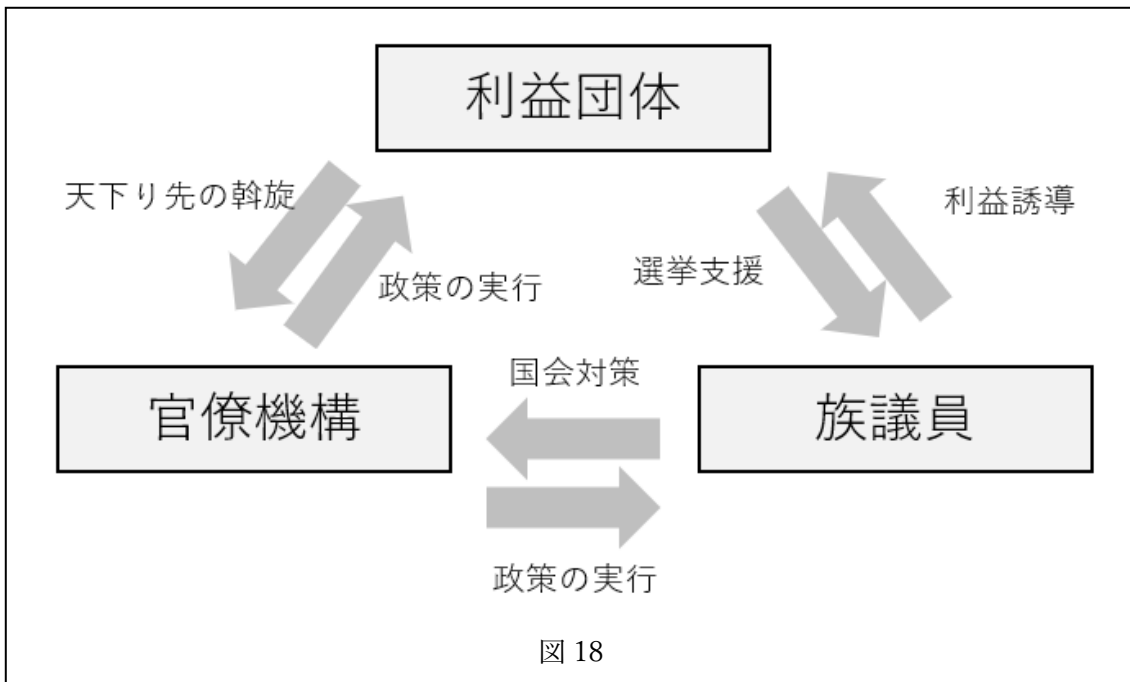
族議員（政）、官僚機構（官）、利益団体（財）が互いに利益供与することで、既得権益を維持する協力関係を築いている状態を一般に「政・官・財のトライアングル」と呼ぶ<sup>81</sup>。図18はそのイメージ図だ。とりわけ55年体制崩壊前の自民党長期政権においては、様々な利益団体が自民党・官僚機構と癒着し利益誘導を図り、結果として国民全体に権益が配分される多元的民主主義が機能していた。選挙というチャンネルを介していないので理論モデル通りの間接民主制ではない一方で、「政・官・財のトライアングル」も国民の声を政治に反映する仕組みであり、民主主義の一類型であったと言える。

しかし、利益誘導による国民の声の反映は経済学的に不合理である<sup>82</sup>ばかりか、リクルー

---

<sup>81</sup> 有斐閣アルマ『はじめて出会う政治学第3版』（北山俊哉、久米郁男、真淵勝、2018）

<sup>82</sup> 「一部の人々に不利益を与えるが、資源配分を効率的にし、総余剰を増大させる政策」は単体ではパレート改善にならないものの、その方針のもとに大量の政策を実行することで全体としてパレート改善になるという考え方を、「ヒックスの楽観」と呼ぶ。「全体最適ではないが、一部の人を利する政策」を寄せ集めることで国民全体に権益を配分する政治システムは、「ヒックスの楽観」とは逆に全体としては全ての人に不利益を与える。



ト事件のような汚職を誘発し、見直されることとなった。1994 年の選挙制度改革<sup>83</sup>とその後の行政改革<sup>84</sup>はそのような認識のもとに実施された政策であり、首相権能が強化される一方で政・官・財のトライアングルは弱体化した。

もちろん、弱体化したとは言え完全に消失した訳ではない。特に日本医師会は現在もなお政策への強大な影響力を（以前ほどではないとしても）維持している<sup>85</sup>。日本医師会は自民党と密接なつながりを持ち、出来高払い制の維持や幾度もの診療報酬改定で医師会の意向が尊重されてきた<sup>86</sup>。高齢者医療制度の構想史においては、医師会の提起に自民党が追随し、厚生労働省が不承不承ついていったというメインストーリーがある<sup>87</sup>。一方で、1980 年代

<sup>83</sup> 中選挙区制から小選挙区・比例代表並立制に移行した。比例代表制はもちろんのこと、一選挙区で 1 人しか当選しない小選挙区制も実質的な「政党選択選挙」であり、議員個人の当否に党や党首の人気や党からの支援が影響するようになり、党首（与党の場合首相）の党所属議員への影響力が増した。

<sup>84</sup> 首相権能を強化するための組織改革として、内閣府が設置され内閣官房の権限が強化された。

<sup>85</sup> 政治に対する影響力は診療科ごとに異なる。医師集団のロビイング力は、①政治献金②ロビイングのための余暇③患者の投票行動に影響を及ぼすことによる集票力の 3 点に由来する。一般的に、②は労働時間が短い診療科、③は診療所が多い診療科で大きくなるため、眼科や皮膚科といった診療科がより大きなロビイング力を持つと言われている。

<sup>86</sup> 宗前清貞「自民政権下における医療政策」日本政治学会年報政治学 63(1), 1\_114-1\_137, 2012

<sup>87</sup> 堤修三「高齢者医療制度の構想史 日医・自民党・厚労省を中心とする 4 幕劇」日本政

には①病床数規制による開業医の地盤沈下②官僚や族議員の政策志向の高まり③与野党伯仲時代の終了によって、医師会の影響力は弱まった<sup>88</sup>。多額の政治献金と集票力を手土産に自民党内部に深く入り込んだ医師会が政策のイニシアティブを取る場面もあった一方で、外生的な要因によってその影響力が変動することは注目に値する。

医師数抑制政策は、強固な参入障壁を築くことで開業医の経済的地位を維持することを目論んだ日本医師会の意向が一つの原動力となりつつ、「政・官・財のトライアングル」を土台に厚生労働省と自民党が乗っかっていったというストーリーが描ける。

---

治學會年報政治學 63(1), 1\_114-1\_137, 2012

<sup>88</sup> 佐藤元「政策科学と健康政策」日衛誌(Jpn.J.Hyg.)第56巻 第3号 2001年10月

## 第四章 医師採用における統計的差別の検証

本章では、医学部入試において女性に対する不遇措置が生じた理由のひとつである、医師採用における統計的差別を取り扱う。

「病院が医師不足に悩まされている」「女性医師は労働の質・量ともに男性医師に劣る」というだけでは、採用における性差別の説明としては不十分だ。個々の病院のレベルでは労働時間が短い女性を低賃金で多く雇うという戦略をとることも可能だからだ。男性医師の労働時間がより長いと言っても、長く働く分賃金が高つくのであれば一定の総人件費から調達できる労働力が増える訳ではない。「医師は単に労働力を供給し、病院は単にその対価として賃金を支払う」「労働時間とスキルに応じて賃金が支払われる」という単純な労働市場モデルでは、採用における差別の存在を説明できない。

医師の雇用は、多くの場合専門職として病院に雇用されるだけの単純な形態ではない。医師は、各大学の各診療科に存在する「医局」というものに所属し、その人事異動の一環として大学病院と関連病院を転々とする。勤務医の雇用形態はジョブ型ではなくメンバーシップ型なのだ。本章では、この「医局」について解説したのち、メンバーシップ型一般の賃金制度を説明するモデルを複数検討することで差別の要因を探る。また、婚姻や家事労働の観点から女性医師の労働時間が短くなる要因にも言及する。

本章では、筆者が行った独自インタビューの成果も用いる。注に「独自インタビュー」と付されているものは、以下に詳細を記す医療従事者に対するインタビュー調査によって判明した事項であり、文献等による裏付けはない。

### インタビュー対象

氏名：常見亜佐子さん

所属：順天堂医院（糖尿病内分泌内科）、順天堂大学医学部代謝内分泌内科（臨床医、博士課程院生）

性別：女性

医師歴：2010年大学卒 医師歴10年（うち初期研修2年）

経歴：順天堂大学医学部→順天堂静岡病院（2年）→順天堂医院（8年）

### 日時

2020年8月20日

## 4-1. 医局制度

図 19<sup>89</sup>は医局制度のイメージ図だ。医師は初期研修終了後に「入局」することで医局員となり、医局の人事の統制下に入る。医局は各大学に診療科ごとに存在し、医局員は人事異動の一環として関連病院と大学病院の間を行き来し、診療・研究・教育を担う。

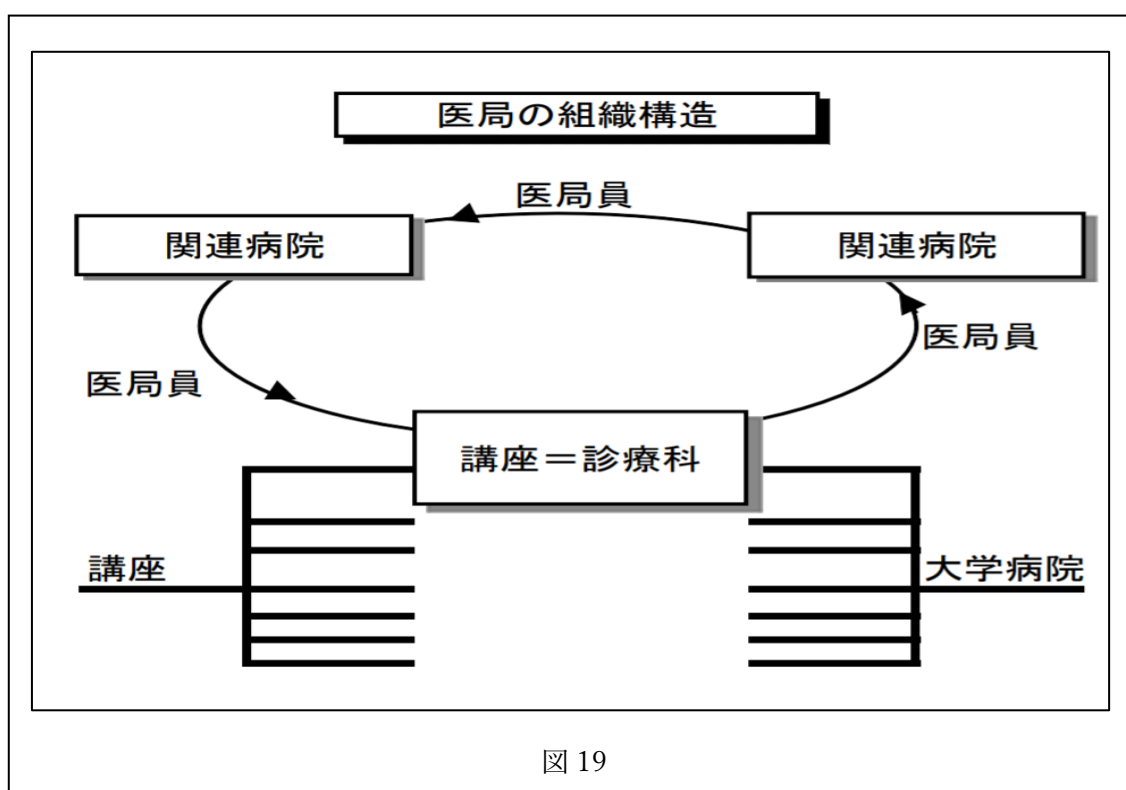


図 19

猪飼 (2010)<sup>90</sup>を基に、医局の概要をまとめる。医局は、医局員を関連病院に送り出すことを通じて、地域内の医師の配分と医師の養成を担う。医局員のジョブローテーションの中には医学博士号取得も含まれるが、医局員が学位取得後にさらに数年医局に所属していることから、医局員にとって医局所属のメリットは医学博士号ではなく、あくまで臨床経験の蓄積であることがわかる。俗に言う「お礼奉公」というものだ。ただし、最近は「お礼奉公」をしないケースも増えているという<sup>91</sup>。入局後 15 年程度 (40 歳前後) で医局内のポストを

<sup>89</sup> 猪飼周平『病院の世紀の理論』(有斐閣、2010 年)

<sup>90</sup> 同上

<sup>91</sup> 独自インタビュー

得る者と開業する者にわかれる。医局内にポストを得たものは、医局の運営、すなわち医局員の異動や関連病院の医師配分を担うことになる。

医局の求心力の源泉は「臨床経験の分配」であったが、後期研修プログラム等臨床経験を効率的に得られる別のキャリアパスが登場した 2000 年代以降、医局は衰退したとの見方もある。

医局員は医局の人事異動の一環として関連病院に派遣される訳であるが、その雇用形態はどうなっているのだろうか。

例えば順天堂大学糖尿病内分泌内科の場合、大学病院に正規雇用されている医師は医局内でも年次の高い数名であり、多くは大学院生または「専攻医」という肩書で臨床・研究に従事する。大学院生と専攻医と大学病院との間には正式な雇用関係が無く、社会保険や厚生年金には加入せず医師国民健康組合に加入する。大学病院での診療は時給 1000 円程度であり、近年までは無償だったという。勤務医の生活を支えるのは「外勤」、すなわちアルバイトだ。医局と付き合いのある診療所等に週に数日非常勤勤務することで、日当にして 10 万円程度を得るといふ。大学病院での診療や研究の合間に外勤をこなすことで、勤務医の生活が成り立つ。診療所には有力な専門医の派遣を望んでおり、医局長がそのような診療所からの派遣依頼を受注することで、医師の配分機能も果たす。このように、医局員が非正規の低賃金労働に従事する代わりに高額バイトを斡旋してもらい、診療所は専門医を派遣してもらう代わりに高額バイトを発注し、医局長は医師配分機能を果たしつつ診療・研究要員として医局員を抱えるという奇妙な均衡が生じる<sup>92</sup>。

#### 4-2. 医師の訓練費用と統計的差別

「外勤」のような労働形態は医師が専門家であることの表れではあるが、それが医局長によって割り振られていることや、臨床研修という形で人材育成機能を担っていることを考えると、メンバーシップ型雇用と同一視することもできる。

大竹 (2019)<sup>93</sup>は医師の人事システムについて以下のことを指摘した。

一般的にメンバーシップ型雇用は勤続年数が短い傾向がある女性を差別するインセンティブを生じさせる。職業訓練の中でも、その企業でしか通用しない「企業特殊型技能」の場合は、従業員にその訓練費用を負担するインセンティブには無いので、訓練費用を企業側が

---

<sup>92</sup> 独自インタビュー

<sup>93</sup> 大竹文雄「気づかない偏見」日本経済研究センター、2019年1月15日

<https://www.jcer.or.jp/j-column/column-otake/20190115.html> 2020年7月30日アクセス

負担することになる。企業が訓練費用を負担する（人的投資を行う）場合、従業員の勤続年数が長いほど投資を回収しやすい。故に、そのようなケースでは統計的に勤続年数が短い女性を差別するインセンティブが生じるという訳だ。

一方で、医師の技能は本来企業特殊型技能ではない。しかし、転職市場が未発達である場合、医師としての技能の向上が転職先における賃金を保証しないため、その技能が実質的に企業特殊型技能になってしまい、統計的差別のインセンティブが生じることがある。故に、転職市場を活性化させることで医学部入試における性差別を無くすることができるという。

以上が訓練費用を医局が負担していると考えた場合の統計的差別の説明だが、訓練費用を医師が負担しているとするモデルによっても説明可能だ。

医局の若年医師が生産性以上の働きを要求される（連勤、当直等）状況は、医師としての技能を一般技能であり、訓練費用を全て労働者が負担していると考えることができる。医局の主要な機能が「臨床経験の配分」であったことから、医局員が「技能習得機会」に対して費用を払っていると考えるのは自然だ。訓練費用を労働者が負担する場合、「投資の回収」が必要ないため、勤続年数が短いと予想される群を差別する経営上のインセンティブは存在しない。医大が持つのは「生産性以下の賃金で働く労働者を採用するインセンティブ」だ。勤務医は低賃金にもかかわらず研究・臨床両面で高度な知的労働に従事してくれるため、医局に長期所属する（一般技能の習得と引き換えに生産性以下の賃金を受け入れる）男性医師を積極採用することになる。

医師の技能が（実態として）特殊技能であるか一般技能であるかを判別する根拠は得られていないため、上記のどちらの説を採用すべきか、断定的な結論をここで下すことは避けたい。一方で、「転職市場が未発達であること」や「医師が生産性以下の賃金で働いていること」等が統計的差別の構造的原因である可能性が高いという示唆を得られた。尚、いずれの場合においても「採用における差別」が「入試における差別」として顕在化してしまうことの一因として、医学部入試が医局の採用を兼ねてしまっているという問題点も指摘できる。

### 4-3. 終身雇用制と年功賃金モデル

本節では、医局のケースを一旦脇に置いた上で、一般的なメンバーシップ型雇用における年功賃金制を説明する3つのモデルを取り上げる。以下、荒井（1998）<sup>94</sup>の整理に従う。

---

<sup>94</sup> 荒井一博「ライフサイクル賃金モデル 年功賃金制の理論」一橋大学研究年報. 経済学研究, 39: 3-46 1998年

## 人的資本モデル

「若年時に多くの企業特殊訓練が行われ、高年期にその投資回収が行われる」というモデルだ。訓練期間中、企業は生産性より高い賃金を支給することで訓練費用を一部負担し、労働者は訓練を行わない場合より低い賃金を受け取ることで訓練費用を一部負担する。訓練終了後、企業は生産性より低い賃金を支給することで訓練収益を得て、労働者は訓練を行わなかった場合より高い賃金を受け取ることで訓練収益を得る。しかし、このモデルは訓練終了後の生産性が賃金より高いとしているが、これは定年制と整合しない。定年制は「定年までの雇用保障」であり、企業が定年間近の社員を解雇したがっている場合にのみ必要な規制だからだ。

## エイジェンシーモデル

「勤続年数・賃金プロファイルを勤続年数・生産性プロファイルよりも急勾配にして、賃金に後払いの部分を導入する」というモデルだ。企業と労働者はプリンシパルとエイジェンシーの関係にあり、労働者の働きぶりに対して両者の間には情報の非対称性がある。企業は、もし労働者が怠けたり不正行為を行ったりしてそれが発覚したならば、その時点で解雇し後払い賃金を支給しないことを選択できる。労働者はこの罰則を恐れて、一生懸命働いたり不正行為を慎んだりするという効果が期待できる。しかし、労働者の怠けや不正行為を予防することは罰金等でも可能であり、必ずしも賃金カーブが右上がりである必要はないため、年功賃金制の説明としては不十分である。

## ライフサイクルモデル

「企業は、支給する生涯賃金を所与として、ライフステージに合わせて各時点で必要な賃金を支給する」というモデルだ。「ライフステージを考慮せずに生産性に合わせて賃金を支給し、労働者がライフステージに合わせて支出と貯蓄を調整すればいい」という考え方は、資本市場の完全性を仮定している。現実には資本市場は完全ではなく、企業がリスクを負担して拠出ではなく給付を確定させることに合理性がある。このモデルは、長引く不況によって給付を維持できなくなった企業が「年功賃金制廃止」を示唆している現状と整合する。

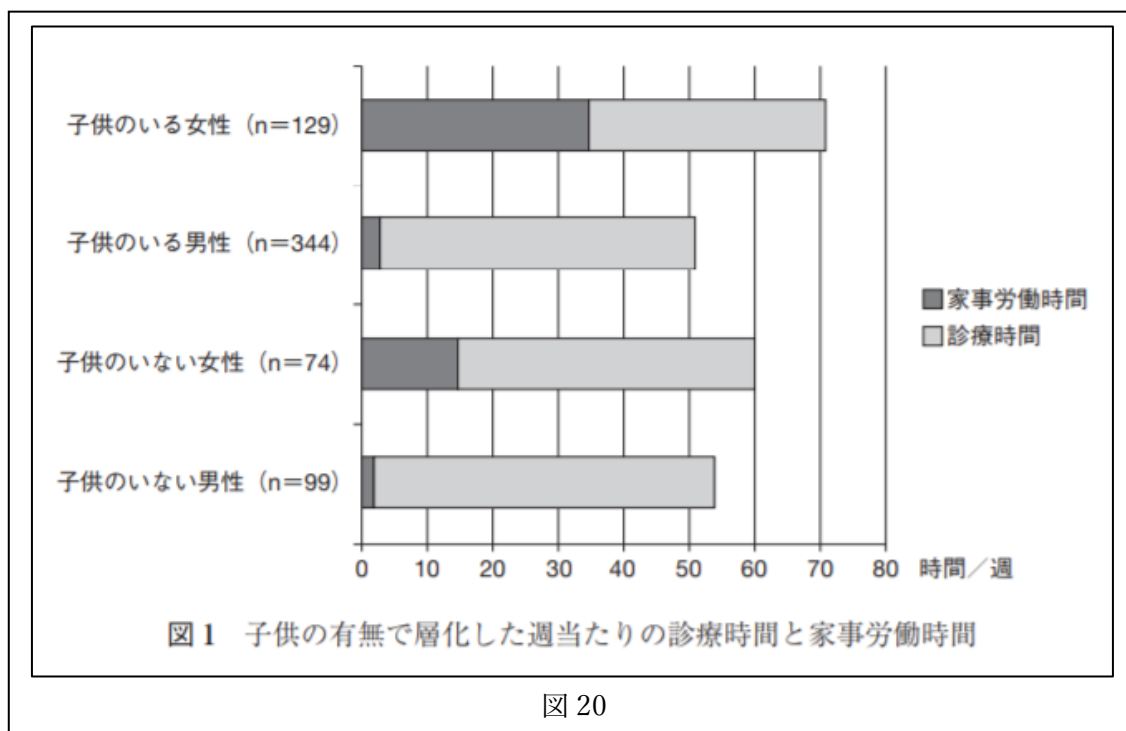
荒井(1998)はこのモデルが年功賃金制を最もよく説明できるとしているが、資本市場の不完全性に起因するリスクを負担するインセンティブがなぜ企業にあるのか、あるいはそのリスクに起因するリスクプレミアムを放棄するインセンティブがなぜ労働者にあるのかの説明されていない。



#### 4-4. 家事労働と意識の性差

人事制度に関してどのモデルを採用するにせよ、女性医師の早期離職・短時間勤務が統計的差別の一要因であることに疑いはない。「早期離職・短時間勤務志向」の群を統計的差別する理由とは別に、女性が「早期離職・短時間勤務志向」である理由を探る必要がある。本節では、女性医師の家事労働の実態や意識を取り上げることで、その理由に迫る。

安川ら（2012）<sup>95</sup>は、単純な（医療）労働時間は男性医師が女性医師より長い、家事労働を含めた実質労働時間ではそれが逆転することを示した（図 20）。



この結果は、家事労働によって女性医師の（医療）労働時間が圧迫されている可能性を示唆している。逆に、男女を問わず家事労働を彼あるいは彼女の配偶者に負担させることで、現状の医師数のままでも医師の総労働時間を増やすことができる可能性がある。個人の私生活に政策的な介入をすることは是非をいったん脇に置くと、希少な技能を持つ医師が専門的労働に集中し、彼または彼女の配偶者が家事労働を負担する体制が、社会的には望ましいと言えるのではないかと。要するに、「大黒柱&専業主婦」という近代家族の典型的なモデ

<sup>95</sup> 安川康介、野村恭子「医師における性別役割分担 —診療時間と家事労働時間の男女比較—」医学教育 2012, 43 (4) : 315~319

ルのアナロジーだ。

この考え方に対する否定的な事実、「女性医師の配偶者もまた医師である割合が高い」という事実がある。安川ら（2012）の調査では、結婚している女性医師の配偶者が医師である割合は 76%であった。夫婦がともに医師である場合、家事労働を非医師に負担させる手段が（家政婦等に）限られ、社会的に望ましい分業を実現しづらい。一方で、配偶者が医師であるかどうかにかかわらず家事労働の時間は変わらなかった。ただし、医師以外の女性医師の配偶者が医師と同程度に高度に専門的な職業に従事している可能性もあり、非医師配偶者の属性（専業主夫の有無）や、そのような婚姻行動の背景（上方婚志向）など、追加的な調査が必要だと感じる。

また、もう一つの否定的な根拠として、「育児は女性の仕事」と考えている女性医師の割合が男性医師以上に高かったことが挙げられる（図 21）。

表 2 「社会的には育児はまだまだ男性よりも女性の仕事である。」に対する回答

	N	中央値	p 値*
子供無			<.0001
男性	99	4	
女性	74	5	
子供あり			<.0001
男性	342	4	
女性	129	5	

「全くそう思わない」 = 1 点から「非常にそう思う」 = 5 点

\*ウイルコキソンの順位和検定による

図 21

「育児は女性の仕事である」という意識は、子どもの有無にかかわらず女性の方が高い。ただし、社会的望ましきバイアスの可能性もあり、この結果をもって直ちに女性医師が保守的な価値観を内面化していると断ずることはできないと、荒川らは注意している。

比較的ワークライフバランスが取りやすく、出産・育児後の復職がしやすいと自認されている順天堂大学糖尿病内分泌内科に女性が多いという事実<sup>96</sup>は、女性医師が育児をはじめと

<sup>96</sup> 独自インタビュー

した家事労働を積極的に担おうとしているという意識の表れであるかもしれない。そこでは男性医師であっても家庭とのバランスを取りながら勤務している人が多い<sup>97</sup>という。男女問わず家事・育児に重きを置く医師が集まっているとすれば、女性医師の割合が高いことは女性医師が家事労働を担う意識が高いことを表していると言える。一方で、家庭とのバランスを取りつつ働く男性医師の存在は、性差にとらわれない働き方の現実味を感じさせる。無論、その場合は医師総数を増やすことが大前提となるが、医師総数増加の必要性については第7章で改めて触れる。

---

<sup>97</sup> 独自インタビュー

## 第五章 医療制度の歴史的変遷

本章では、第2章から第4章にかけて触れた諸問題・諸制度に関する理解をより精緻なものにするため、関連領域の歴史的変遷をまとめる。といっても、日本の医療制度史を総攬することは手に余るし、本研究においてそこまでする必要はない。どのような軸で日本医療史を概観するか、視点を明確に設定する必要がある。

視点を設定するにあたって、そもそも本研究の問題関心が医学部入試における性差別であったという点に立ち返りたい。そして、不正入試の背景には、男女の労働力に差があることや、医局制度によって医大入試が医師の採用試験を兼ねていることがある。労働力格差が採用に強い影響を与える要因として、医師不足と男性医師の過重労働問題がある。医師不足の背景には、医療保険制度と医療費抑制政策、あるいは日本医師会の政治力がある。以上が本研究の論点として浮上した事項だ。

視点設定に際して、一般的に医療システムがどのように分解されて整理されているのかを参照することも役立つ。猪飼（2010）<sup>98</sup>は、「医療システム」という概念は「医療供給システム」と「医療需要システム」に分解できると整理した。さらに言えば、前者は公私立の病院開業・医師看護師供給・医療技術を、後者は医療保険制度や生活様式の変遷（QOL志向）を問題にするものと整理できよう。

以上を踏まえ、本章において医療制度の歴史的変遷を概観する際の視点として、以下の4点を設定する。

一つ目の視点は、医局制度についてだ。具体的には、日本の医師供給システムである医局制度（医局講座制）は、どのように生じ発展したかという点や、非公式組織である医局はどのように医師育成の中枢を担うに至ったかという点に焦点を当てる。

二つ目の視点は、日本医師会についてだ。具体的には、「開業医制度」とも言われる民間中心の医療供給体制はどのような歴史的背景から生じたかという点や、開業医集団である日本医師会はどのように政治力を獲得・行使したかという点に焦点を当てる。

三つ目の視点は、医師数調整政策についてだ。具体的には、歴史的に医師数の過不足はどのような水準で推移してきたかという点や、医師数の過不足に対し政策当局はどのような政策をもってして応じてきたかという点に焦点を当てる。

四つ目の視点は、国民医療費についてだ。具体的には、国民医療費の総額及び国庫負担はどのように推移してきたかという点や、国民医療費の総額及び国庫負担に影響した要因としてどのようなものがあつたかという点に焦点を当てる。

---

<sup>98</sup> 猪飼周『病院の世紀の理論』（有斐閣、2010年）

以上4点に視点を絞りつつ、歴史を概観しよう。

## 5-1. 戦前期

本節では、開国・明治維新から太平洋戦争にかけての時期の医療制度を概観する。

### 西洋医学の導入

明治政府にとって医療政策における最初のテーマは、西洋医学の導入だった。明治維新以前の医師の大半は漢方医であり、明治政府は彼らの反発を押さえつつ西洋医学を導入・普及させる必要があった。1874年の医制においては、「従来開業の医師」に仮免許状を与えつつ、新規の開業試験では西洋医学を課した。新規開業のパスは開業試験の他に、大学医学部、医学専門学校があり、これらの間には明確な格差があった。漢方医は新規開業がないため自然減し、1920年頃まで開業試験組が中継ぎ的役割を果たした後、大卒・医専卒医師が中心となっていった<sup>99</sup>。

### 公立病院の不振

明治維新以降整備された公立病院は、医療の西洋化、そのための模範的活動、衛生観念の普及、(併設の医専を通じた)医師養成という機能を担っていたが、それらがある程度達成された1890年代以降その積極的存在意義を失った。独立採算を求められるようになった公立病院は、都市部を除いて採算が取れなくなった。一方で、公的セクターという競争が弱体化したことにより、民間セクターは躍進していくことになる。「開業医制」とも呼ばれる、民間診療所中心の医療供給体制の端緒は、この時期の公立病院の不振にあった<sup>100</sup>。

### 専門医化する医師

医制以降、大学医学部においては、卒業後に大学病院の勤務医として「医局」に所属し、卒後教育を受けるというキャリアパスが確立した。尚、当時の医局は関連病院の医師配分機能までは担っておらず、各大学各診療科に成立した医局が医師の卒前・卒後教育のみを担っていた。これを「医局制度」と区別して「医局講座制」と呼ぶ。医業専門学校はこの制度を模倣し、全ての医学教育機関で卒後教育が行われることとなった。早期に開業する一般医に分岐せず、診療所の医師であっても高度な専門性を身につける慣習はこの時期から成立し

---

<sup>99</sup> 同上

<sup>100</sup> 同上

ていたと言える<sup>101</sup>。

### 開業医集団の成立

1882年ごろ府県単位で組織された開業医組合は、医療制度において主導権を握ろうとした大学医学部との抗争に勝利し、医師法を通じて強制加入の医師会を組織することに成功した。その後、大学医学部卒の学士開業医が中心となりつつ、その他開業医を巻き込み医師会は一大組織へと成長していった。このとき強制加入の組織を設立し成熟させたことが、利益団体としての医師会の求心力を高め、現在にも通じる政治力の基盤となったと言える<sup>102</sup>。

### 健兵健民

日清日露戦争を経て軍事大国となった日本は、太平洋戦争にかけて「健兵健民」を医療政策の理念として据える。1922年には、ドイツの疾病保険を参考に健康保険法が制定され、政府と健保の二本立ての医療保険が成立した。労働能力の向上が国家産業の発達に資するとされ、当初から国庫負担が設けられた。保険診療を担うものとして医師会が保険者と契約を結び、政府と医師会の診療報酬を巡る折衝が始まった。19世紀に現代にも通じる医療供給システムの基盤が確立していたことは対照的に、医療需要システム（社会保障制度）の基盤が整えられたのは1920年代になる<sup>103</sup>。

## 5-2. 高度成長期

本節では、戦後から1980年代にかけての時期における医療制度の歴史の変遷を概観する。

### 医局講座制から医局制度へ

占領期に医学教育が大学レベルに統一され、全ての医学校が医局講座制を採用した。戦前期に医局の求心力の源泉となっていた博士号の権威が低下し、1950年代に厚生省が臨床経験を保証する「専門医」の導入を提案する。しかし、研究に従事する医師の減少を危惧した医大は、専門医制度を「時期尚早」として抑止した。一方で、市中病院の側では経済成長に合わせて病院・病床が飛躍的に増加し、医師確保に苦慮していた。医大側には臨床経験を積

---

<sup>101</sup> 同上

<sup>102</sup> 同上

<sup>103</sup> 印南一路、堀真奈美、古城隆雄『生命と自由を守る医療政策』（東洋経済新報社、2011年）

ませるジョブローテーション先である市中病院のポストに対する需要があり、市中病院側には大学病院の能力が保障された医師に対する需要があり、協力のインセンティブが生じた。かくして 1960 年代から 80 年代にかけて、医大は市中病院をジョブローテーション先として傘下に置き、全ての医師に臨床経験の分配を保証するシステムである医局制度が確立されることになる<sup>104</sup>。

### 国民皆保険制度と国民医療費

戦前に発足した国民健康保険は捕捉率が 3 分の 2 程度であったが、1961 年に満を持して国民皆保険が達成される。病院の地域偏在のために地域アクセスには難が残っていたものの、皆保険によって財政アクセスが向上したことにより国民医療費は急増した。国民医療費の増加に対して保険料収入が追いついていなかったことから、保険財政の国庫負担率は皆保険達成時の 25% から 1963 年には 35% と引き上げられた。1960 年代半ば以降は、経済成長に支えられ自己負担割合が 5 割から 3 割に引き下げられた（この頃医療機関の新設が相次ぎ、市中病院の医師不足を招いた）。1973 年には老人医療費支給制度が実施され、70 歳以上の医療費が無償化した。これが国民医療費の増大に拍車をかけることとなる<sup>105</sup>。

### 医師数増加政策

医師数抑制政策が定着している現代では想像しにくいだが、1980 年代以前は医師数増加が政策目標とされていた。1970 年の医師数は人口 10 万人あたり 127 人と低水準で、「一県一医大構想」という医師数増加政策がとられた。1983 年に人口 10 万人当たり 150 人という目標が達成された。1982 年の閣議決定に基づき、医師数調整政策が抑制の方針へと転じていくこととなる<sup>106</sup>。

## 5-3. 財政再建期

本節では、1980 年代から 200 年代中ごろまで医療制度の変遷を概観する。

---

<sup>104</sup> 猪飼周平『病院の世紀の理論』（有斐閣、2010 年）

<sup>105</sup> 印南一路、堀真奈美、古城隆雄『生命と自由を守る医療政策』（東洋経済新報社、2011 年）

<sup>106</sup> 同上

## 保険財政の悪化

高度成長期の終焉に伴い国民医療費の伸びは鈍化するものの、それ以上に保険料・税金収入の減少が重くのしかかり、保険財政は急速に悪化した。1981年、第二次臨時行政調査会は「増税なき財政再建」を掲げ、医療費の公費負担の見直しを強く求めた。一方で、白書においては必ずしも「抑制」のみを意味しない「医療費適正化」が掲げられた。また、老人保健制度の創設により老人医療費の実質無償化は事実上廃止された<sup>107</sup>。

## 医師数抑制政策

1982年、将来の医師数が過剰になるとの見通しのもと、医師養成数を抑制する方針が閣議決定された。その後設置された「医師の需給に関する検討委員会」は2025年には医師の一割が過剰になるとの見通しのもと、若年医師の失業や医療機関の経営難といった「医師過剰」の弊害に警鐘を鳴らし、医学部定員削減の方針を打ち出した<sup>108</sup>。実際に、複数の国立大学医学部の入学定員が削減された。財務省との「にぎり」を目論む厚生省は、医師誘発需要説に基づいて医師数抑制方針に乗じた<sup>109</sup>。

## 医局制度

1950年代に厚生省が提案した際には「時期尚早」として医大に退けられた専門医制度が、1980年代末から普及し始め、博士号とともに医局の育成システムに組み込まれるようになった。2004年の卒後臨床研修制度導入後に入局希望者が激減することを考慮すると、医局の求心力が最も高まったのが90年代であったと言える<sup>110</sup>。

## 5-4. 「医療崩壊」期

本節では、2000年代中ごろ2010年代前半にかけての医療制度の変遷を概観する。

### 卒後臨床研修制度と医局崩壊

2004年に、医師免許取得後に2年間の臨床研修を任意の病院で受ける（医局に所属しな

---

<sup>107</sup> 同上

<sup>108</sup> 厚生労働省「『将来の医師需給に関する検討委員会』最終意見の要約」（1986年）  
検討委員会の報告書には医師の所得水準に関する言及があり、医師の経済的利益の維持が明確に意識されている。

<sup>109</sup> 上昌広『病院は東京から破綻する』（2017年3月30日、朝日新聞出版）

<sup>110</sup> 猪飼周平『病院の世紀の理論』（有斐閣、2010年）



い) ことを義務化する卒後臨床研修制度が始まった。これにより医局員が減少し、医師不足に陥った大学病院はジョブローテーション先の市中病院から医師を引き上げ、市中病院において医師不足が顕在化した。卒後臨床研修制度を医局崩壊の原因だとする見方が一般的である一方で、猪飼 (2010)<sup>111</sup>は制度の開始は医局崩壊のきっかけに過ぎないとしている。医師にとって医局に所属するメリットがあるのであれば、卒後臨床研修が終わった段階で出身大学に戻って医局に所属する、つまり入局が 2 年遅れるだけであるはずだからだ。医局崩壊の背景には、臨床研修プログラムを提供している病院が後期研修プログラムも提供し、短期間で専門医資格を取得するキャリアパスを用意したことにある。医師にとってキャリア選択の自由度が増すことは、キャリア形成に資する症例を提供できない一般病院の医師確保を困難にした可能性がある。

### 「医療崩壊」と医学部定員数増

救急患者の「たらい回し」が社会問題化し、「医療崩壊」という用語が注目された。主要全国紙 5 紙における「医療崩壊」という単語を含む記事の数は、2006 年小松秀樹著『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』<sup>112</sup>の出版を契機に、2008 年から 2009 年にかけてピークを迎える<sup>113</sup>。2009 年の衆議院選挙では争点化し、政権を奪取した民主党政権によって医学部定員は「微増」した<sup>114</sup>。

### 医師の地域偏在と「地域枠」

医師の総数不足と並んで深刻だったのが医師の地域偏在であり、地方部の医師が特に不足していた<sup>115</sup>。対応策として、医師免許取得後その地域で数年間勤務することと引き換えに奨学金を貸与するなど、地域への定着を図る「地域枠」が導入された<sup>116</sup>。

---

<sup>111</sup> 同上

<sup>112</sup> 小松秀樹著『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』(朝日新聞社、2006)

<sup>113</sup> 印南一路、堀真奈美、古城隆雄『生命と自由を守る医療政策』(東洋経済新報社、2011 年)

<sup>114</sup> 詳細は第二部参照

<sup>115</sup> 詳細は第二部参照

<sup>116</sup> 印南一路、堀真奈美、古城隆雄『生命と自由を守る医療政策』(東洋経済新報社、2011 年)

## 5-5. 現在

本節では、近年の動向を概観する。

### 働き方改革と医師の労働時間

2018年6月に成立した働き方改革関連法では、時間外労働の上限を原則360時間までとすることが決まった。一般労働者については2019年4月から施行されたものの、医師が対象となるのは2024年からの予定だ。医師の場合最大で年に1860時間までの時間外労働が認められ得るなど、特定地域・特定診療科における医師不足は依然深刻と言える<sup>117</sup>。

### 医学部新設

2016年、東日本大震災による医師不足を緩和するために特例措置として東北医科薬科大学医学部が設置された。2017年、国家戦略特区である千葉県成田市に国際医療福祉大学医学部が設置された。この2年間で医学部定員は286人増えている。医学部の新設は、1979年琉球大医学部以来、約40年ぶりである。

### 医学部不正入試問題

第一部で詳述した医学部不正入試問題が、2018年夏に明るみに出た。「医療崩壊期」に進められた医学部定員増加の動きも一区切りつけていた頃に、医療現場の医師不足を露呈させる出来事が発生したということになる。

本章で述べたような歴史的経緯の途上でこのような問題が発生してしまったことを受け止めた上で、今後どのような政策を進めていくべきであるかを次章以降議論する。

---

<sup>117</sup> 日本医事新報社「働き方改革関連法が成立、医師の適用は2024年4月 附帯決議『猶予期間も時間外労働時間の削減を』」2018年7月7日

厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要」2019年3月29日

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496523.pdf> 2020年7月26日アクセス

## 第六章 あるべき医療制度の姿

具体的な政策提言に進む前に、本章で「あるべき医療制度の姿」を定義する。そもそも、医学部入試における性差別は、直感的にはただちに取り除くべき「不正」であるが、慢性的医師不足の中では医療供給体制を維持するためのやむを得ない措置であった。本研究の問題関心は、このような「トレードオフの構造」に端を発しているのである。第二章から第五章にかけて触れた様々な制度・政策も、問題含みではある一方で、それらが実現した（あるいは実現しようとした）価値も存在する。「トレードオフの構造」においてどちらの要素を優先するべきだと考えるかは、その人の価値観（公共哲学）に依存する。また、トレードオフになっている要素が「それ自体として追及すべき価値」なのか、あるいは「他の何らかの価値を実現するための手段」なのかもはっきりさせる必要がある。トレードオフになっている各要素がどちらも同じ価値を実現するための手段である場合、必要なのは公共哲学的な議論や決断ではなく効率性を基準とする合理的思考だからだ。

つまり、我々は「(医療政策において) 追及すべき価値とはなんであるか」と「それらはどのように相互に関り合っているか」を明らかにしなければならない。それらが明確になって初めて、現状の打開策たる政策について議論することができる。本章では、追求すべき諸価値（目的変数）の候補を検討した上で、価値と手段が混じり合う医療制度における諸要素の関係を構造的に整理し、現代正義論の代表的立場を参照しつつ諸価値の優先順位を確定させる。

### 6-1. 目的変数の候補

各人の公共哲学的立場によって、追求すべき価値、すなわち政策における目的変数は異なる。本節では、先人の議論も参考にしつつ、医療政策において目的変数になり得る要素の候補を検討する。

#### コスト・アクセス・クオリティのトリレンマ

一般的に、医療政策には「コスト」「アクセス」「クオリティ」のトリレンマがあると言われている<sup>118</sup>。「コスト」とは医療費の国庫負担のことだ。「アクセス」とは国民が必要なとき

---

<sup>118</sup> E. Friedman “The eternal triangle: cost, access, and quality” Physician Exec. Jul-Aug 1991;17(4):3-6, 8-9.

に医療を受けられることで、地理的アクセス及び経済的アクセスにわけられる。「クオリティ」は診療や治療の質だ。

コスト・アクセスを取る、すなわち医療に投入する公費を抑えつつ自己負担を抑え、なおかつ各地に医療機関を配置する場合、「クオリティ」は犠牲にせざるを得ない。公費・私費ともに投入されていない以上、医療従事者の報酬や設備投資は低水準になるからだ。さらに、地理的アクセスを保障する場合、もともと少ない公費の一定割合が僻地医療に充てられる。

アクセス・クオリティを取る、すなわち質の高い医療を低価格（低自己負担）で全国区各地に届ける場合、必然的に「コスト」は犠牲にせざるを得ない。多額の費用の大部分を公費で賄わなければならないからだ。

コスト・クオリティを取る、すなわち医療に投入する公費を抑えつつ質の高い医療を提供するならば、必然的に「アクセス」は犠牲にせざるを得ない。質を維持するために高価格化する医療の自己負担割合を高めたり、限られたリソースを人口密集地域に集積させたりしなければならないからだ。

トリレンマの関係にある一方で、これらの三要素はいずれも医療政策における目的変数になり得る。コストの削減は、削減したコストを他の政策分野に投入することを介して（それがなんであれ）何らかの価値の実現に資する<sup>119</sup>。アクセスの向上は、地理的・経済的条件によって医療を受けられない人を減らすという意味で主として「平等主義者」が掲げる価値に資する。「クオリティ」の向上は、その明確な定義がなんであれ医療がそれ本来として追及する価値の実現を後押しする。以上より、コスト・アクセス・クオリティの三要素は目的変数の候補になり得るだろう。

## 二段階理念論

ここでは、印南ら（2011）<sup>120</sup>の二段階理念論を取り上げる。

二段階理念論とは印南氏らの造語であり、「救命医療は無条件に保障し、自立医療は自由とのバランスを取りつつ保障する」という考え方だ。自立医療とは救命医療以外の医療全般（それが無くても生命は維持されるが、それがあることによって生活水準が向上する医療）だ。

二段階理念論は、日本国憲法第 13 条及び第 25 条から導出される。

---

<sup>119</sup> 削減したコストが他の政策分野に投入されるとして、一体どんな価値が実現されるのか、それは本当に価値と言えるのかという論点を考えることもできるが、医療政策における目的変数の議論を逸脱するため、深入りしない。

<sup>120</sup> 印南一路、堀真奈美、古城隆雄『生命と自由を守る医療政策』（東洋経済新報社、2011年）

**第十三条** すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

**第二十五条** すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

**2** 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない

救命医療が無条件に保障されるべきであることは、第十三条から導出される。生存権を規定しているのは第二十五条であるが、第十三条に「生命」と明記されていること、第二十五条は公共の福祉による制約が無いことからかえって具体的権利性が認められにくいことなどから、医療に関する権利を第十三条からも導きたい。通説では「生命、自由及び幸福追求」は抽象的権利として区別されないが、「自由及び幸福追求」の前提である「生命」についての権利には特権的地位を与えるべきだと考えられる。故に、特権的地位を与えられた救命医療は無条件に保障されるべきだ。

自立医療が自由とのバランスを取りつつ保障されるべきであることは、第十三条及び第二十五条二項から導出される。生命権以外の権利は「公共の福祉」による制約を受けるため、自立医療は他者の「自由及び幸福追求」の権利（財産権を含む）とのバランスが求められる。

一方で、憲法のみを土台とすると憲法改正で全てが覆ってしまう可能性があるので、実定法と独立した規範的議論もできると尚良い。

功利主義、リベラリズム、リバタリアニズム、平等論など現在主流の正義論を見てみると、二段階理念論は「優先主義<sup>121</sup>的リベラリズム<sup>122</sup>」として位置づけることができる。

以上が印南氏らの二段階理念論であるが、生命権に特権的地位を与える議論には批判が可能だ。まず、生命が自由や幸福追求の「前提である」ことを認めたとしても、生命"権"に特権的地位を与えることにはならない。これは暗黙に自由や幸福がゼロ～プラス圏に分布することを仮定しているが、自由や幸福の水準がマイナスになることもあるのではないか。例えば、「自由が制限されている状態で長生きするなら、自由に短く生きる方がいい」ということはあり得る。「前提である」だけで特権的地位を与えられることにはならない。

また、「ある権利が満たされていることが別の権利が満たされることの前提である」という構造は、生命権と自由権・幸福追求権以外にもあり得る。例えば、居住地選択の自由は身

---

<sup>121</sup> 相対的水準だけを考慮する狭義の平等主義は、貧しい人を豊かにしなくても豊かな人を貧しくすれば良いことになってしまう。そうでなく、絶対的水準が大事で「貧しい人を優先的にケアする」ことが大事だ、という考え方。

<sup>122</sup> ここではロールズ主義のこと。基本的には自由や機会は平等に配分しなければならないが、最も恵まれない人を優遇する格差だけは許容するという考え方。

体の自由が満たされていることを前提とする。故に、「前提である」ことをもって特権的地位を与えとしても生命権と自由・幸福追求権の二分法は導出されないし、そもそもどの権利がどの権利の前提になるのかを全て明確にすることが可能なのかという問題に答えなければならない。

以上より、二段階理念論を無批判に採用することはできない。ここでは、生命権に特権的地位を与えないバージョンの修正二段階理念論である「救命医療及び自立医療は自由とのバランスを取りつつ保障すべき」という立場を一つの公共哲学的立場として認めた上で、(他者の)自由の指標としての「コスト」と、「生命・自立」あるいはそれを実現するための指標としての「クオリティ」を目的変数の候補とする。

### 本件で問題となった価値

医学部入試における性差別は、どのような価値が棄損されていることが問題になったのだろうか。あるいは、どのような価値を実現するためにこの問題が生じてしまったのだろうか。本件に関係していた諸価値を取り上げることで、医療政策における目的変数の候補とした。

一つ目は、入試における性平等だ。「要項に記載の無い減点であった」こともさることながら、性別による減点措置自体も問題視された。

二つ目は、医師供給だ。「医療崩壊」が社会問題として取り扱われたことから、大学病院が十分な医療労働力を確保することには社会的意義がある。

三つ目は、医療費の国庫負担だ。医師数抑制政策や病床規制が実施されてきたことから、国民医療費における国庫負担は社会的に望ましい水準であるべきだと考えられている。

四つ目は、医師の労働環境だ。「働き方改革」の理念に従えば、勤務医が過酷な条件での労働を強いられている現状は社会的に望ましくない。

五つ目は、医療機関の良好な経営だ。医師数抑制政策の目的は医療費抑制と医療機関の経営支援であり、政策当事者は当時それを社会的に望ましいことと考えていたと言える。

六つ目は、自由開業制・自由標榜性だ。第2章において医師の地域・診療科偏在が問題になっていることに触れたが、偏在の原因となっている自由開業制・自由標榜性を据え置いている政策当事者の「不作為の意図」はそれらの制度を維持することだと考えてよい。

### 候補の確定

以上より、医療政策における目的変数の候補として考えられるのは、医療アクセス、医療のクオリティ、医療費の国庫負担(財産権を含む、国民の自由・幸福追求権)、医師の労働条件、入試における性平等、医療機関の良好な経営、自由開業制・自由標榜性の7点だ。もちろん、この中でどれを重視するべきと考えるかは各人の公共哲学的立場に依存する。

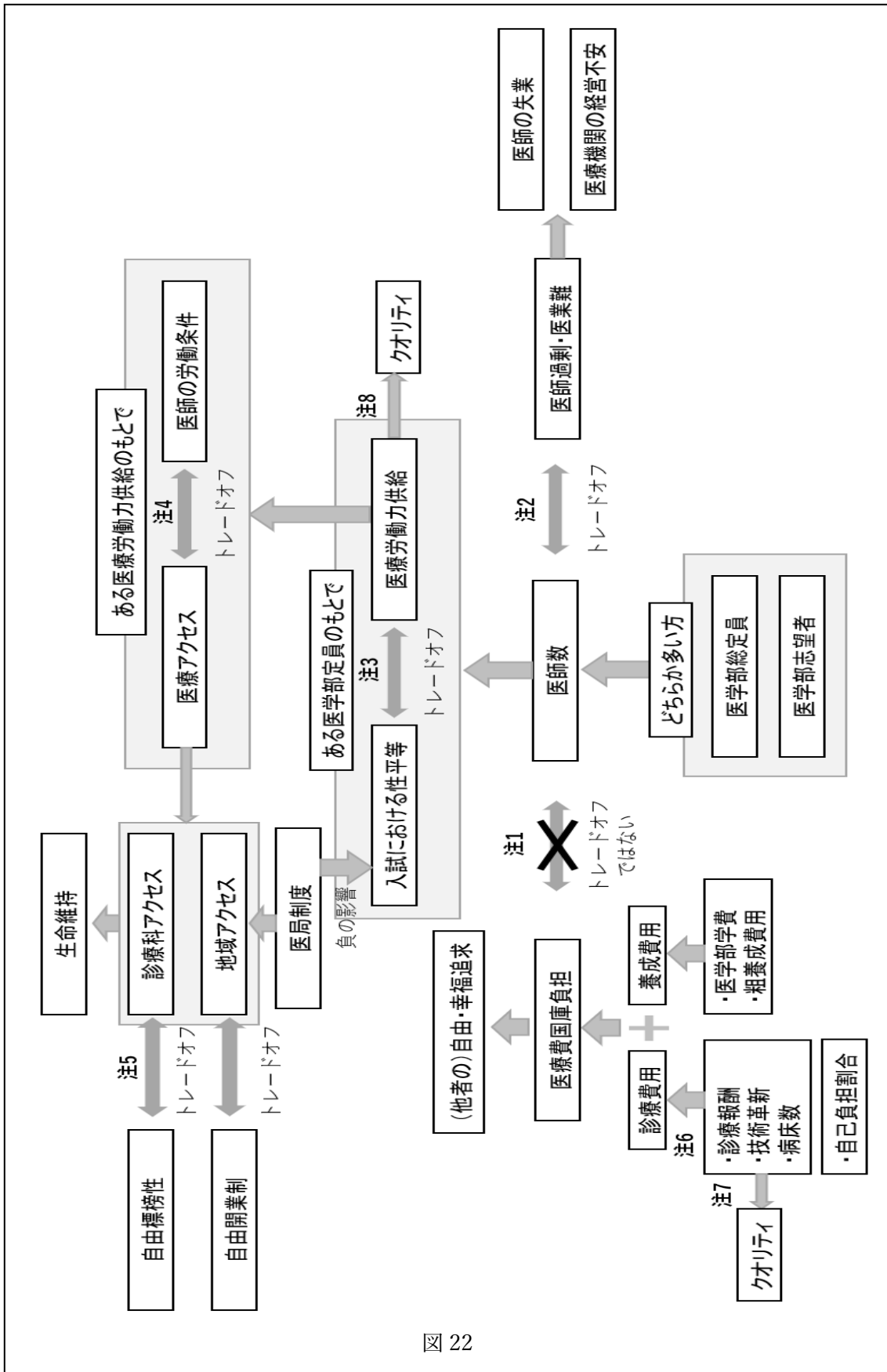


図 22

## 6-2. 変数間の関係

次に、「何と何がトレードオフになっているのか」をはっきりさせるため、諸要素の関係を構造的に整理する（図 22）。

### 図 22 注

注 1…医師数と医療費国庫負担との関係については、第 3 章第 1 節「を参照（医師誘発需要説、医師養成費用に関する考察）」

注 2…医師数を増やすと医師過剰に陥り失業や経営難が発生するという見解は、昭和 61 年「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」より

注 3…入試における性平等と医療労働力供給の関係については第 2 章第 3 節を参照

注 4…医療アクセスと医師の労働条件の関係については、第 2 章第 1 節を参照

注 5…自由開業制と地域アクセスの関係については第 2 章第 2 節、自由標榜性と診療科アクセスの関係については第 2 章第 4 節を参照

注 6…診療費用の決定要因については第 2 章第 5 節を参照

注 7,8…医療の「質」を評価する指標として、ストラクチャー・プロセス・アウトカム指標というものがある（例えば「厚生労働省医政局長通知<sup>123</sup>」）。ストラクチャーが物的・人的資源の充実度合い、プロセスが医療サービス提供主体の実際の活動、アウトカムが住民の健康状態等をそれぞれ指す。主に制度設計段階を問題にしている本研究ではストラクチャーを医療の質の決定要因とし、物的資源あるいは資本の投下量と人的資源の投下量によって決定されるものとする。

第 1 節で提示した目的変数（の候補）と図 22 を用いて、どの政策変数にどう働きかけることが望ましいのかを検討する作業が第 7 章で行われる。

その前の最後の準備段階として、現代正義論における代表的な公共哲学的立場を検討し、それぞれの立場によって立つ場合にどのような価値が重視されどのような医療政策が重視されるのかを検討する。その際、「およそどのような正義構想によっても支持されない価値」を識別することで、公共哲学的立場によって政策の選考が変化するという問題は残存するものの、「およそどのような公共哲学的立場によっても支持されない政策」や「およそどのような公共哲学的立場によっても支持される政策」を見出すことができる。

<sup>123</sup> 厚生労働省医政局長「医療計画について」（2012 年）



### 6-3. 現代正義論による目的変数の検討

本節では、堀（2013）<sup>124</sup>を参照しつつ現代正義論における代表的な公共哲学的立場を検討し、それぞれの立場によって立つ場合にどのような価値が重視されどのような医療政策が重視されるのかを検討する。

堀氏は、代表的な公共哲学的立場として功利主義、リベラリズム、リバタリアニズム、平等主義を取り上げている。

#### 功利主義

功利主義は、「最大多数の最大幸福」という言葉に表されるように、幸福を定量化可能なものだと仮定し、それを最大化することを目標とする。幸福を定量化することが難しい一方で、ひとたび定量化できれば政策の選好順位が明確に定まる。

堀氏は功利主義の観点から正当化される政策について、「功利主義が手続き民主主義と結びつけば、民主的な政治プロセスに従う限り、つまり選挙を経て与党になった政党の意見が社会全体の最大効用を表象するとみなすことができるので、理屈上はどのような制度をも正当化することが可能である」としているが、これは誤りだ。3つ以上の選択肢が存在する場合に、各人の選好を公正に反映する選挙制度の設計が不可能であることは、アローの不可能性定理として知られている。さらに、間接民主制は「政・官・財のトライアングル<sup>125</sup>」のように少数者の利害を集団全体の意思決定に反映させるメカニズムがあるため、単に選挙で当選した政治家が選択する政策が功利主義の要請を満たすとは言えない。これは、特定の正義構想の要請が満たされていることを表す「正当性 (rightness)」と、ある決定が憲法に規定された民主的プロセスを経ていることを表す「正統性 (legitimacy)」を混同したことによる誤謬だ。

尚、医療政策においては、QALY という考え方が功利主義と親和性がある。QALY は「健康水準×年数」の単位で、「完全な健康な状態」での1年間の生存を1 QALY とする。健康水準が50%損なわれた状態での1年間の生存は0.5QALY、10年間の生存は5QALYとなる。生存年数のみに着目すると健康に1年間過ごすときの幸福と植物状態で1年間過ごすときの幸福が等価とされてしまうが、QALYを導入することでそれらを明確に区別できる。功利主義は、一定の予算制約の下でのQALYの最大化を目指す。あるいは、1QALYの価値を金銭的に評価することで、推奨される延命治療（費用対効果が十分に高い医療行為）と

---

<sup>124</sup> 堀真奈美「医療政策と価値規範」公共政策研究第13巻 p.32-45、2013年

<sup>125</sup> 第3章第4節参照

推奨されない延命治療を区別できる。人命の価値を金銭換算する試みは費用便益分析においてなされており、適正価格の設定に際して意見が割れることはあっても、理論的には功利主義を実際の政策に落とし込むことが可能だ。

## リベラリズム

ここでは、ジョン・ロールズの思想をリベラリズムとして取り上げている。すなわち、「社会的基本財（政治的自由、言論自由、思想・良心の自由等の基本的人権、機会、所得と富、生きがいの基準）は原則的に平等に分配されているような社会が公正な社会であると想定される」としつつ、「最も不遇な人々の利益の最大化を図る」格差のみを許容する（格差原理）という考え方だ。

ロールズの提示する原理は、「無知のヴェール」という思考実験から導出される。故に、医療政策についても、「無知のヴェール」下で人々が同意する政策については正当化される。堀氏は、これによって救命医療、すなわち緊急医療・高度医療に対する税金の拠出が正当化され得るとしている。一方で、自立医療への税金の拠出は「無知のヴェール」から直ちには導出されない。また、格差原理によって最も恵まれない人に医療に対するアクセスを保障する考え方もあり得るが、その場合「最も恵まれない人々」とは誰なのかという問題に直面する<sup>126</sup>。

## リバタリアニズム

ここでは、無政府資本主義やロバート・ノージックの最小国家論等を念頭に置いている。最小国家論は政府の役割を司法・治安維持・国防に限定しており、無政府資本主義ではそれらでさえも市場で供給できるとしているので、国が関与する医療保障は正当化されない。そのような社会では、医療は民間企業による営利活動か慈善事業のみになる。

堀氏はリバタリアニズムから医療政策を構想するのが難しいと判断し、比較的穏健なリバタリアニズムに活路を見出そうとしている。いずれにせよ、穏健でないリバタリアニズムの立場によって立てば、医療保障に国が関与することは正当化されないという明確な結論が得られる。リベラリズムが明確な医療制度を構想できなかったのとは対照的に、結論としては明快である。

---

<sup>126</sup> 尚、「無知のヴェール」下で救命医療に税金を拠出することに人々が同意するという想定も疑問の余地が無いことはないが、これは「無知のヴェール」が孕む内在的問題であり、一旦ロールズ主義を採用した後に問題にするのは適切ではない。ロールズ主義を採用すること自体の妥当性にかかわる論点だ。

## 平等主義

ここでは、「不平等（格差の存在）自体が悪であり、その是正に中心的価値を求めるといふ目的論的平等主義」を念頭に置いている。

堀氏は、上述の意味での平等主義を達成するためには医療供給体制・医療保障制度の完全社会化が必要だとしている。地理的アクセスを保障するためには医療機関の配置を国が管理する必要があり、経済的アクセスを保障するためには医療の無償化が必要であるからだ。

堀氏は平等主義の問題点を2点指摘する。平等主義を貫徹しようとする自由を著しく侵害するという点と、及び単に平等だけを追求するならば「不健康な人を健康にする」のではなく「健康な人を不健康にする」ことでも達成可能だが、そのような基準は不合理だという点だ<sup>127</sup>。後者の問題点に対する答えとして提案されているのが、「不健康な人を健康にする」ことを志向する平等主義のある種の類型として、不遇な人々の境遇改善を優先的に行うことを正当とする「優先主義」を採用することだ。

また、平等主義を採用する場合に問題になるのは、「何を平等にするのか」という点だ。堀氏はこの問いに明確に答えていないが、「完全社会化」というのが彼女なりの答えだと思われる。

## 目的変数の検討

以上、紙幅を割いて代表的な公共哲学的立場を紹介しつつ医療政策への示唆を検討したが、本研究の文脈で特定の公共哲学的立場を選択することはできない。公共哲学的立場というのは公理系のようなものであり、特定の仮定から出発して価値体系を構築するものだ。仮定と仮定の間で優劣をつけることはできず、ある公共哲学的立場が別の公共哲学的立場より優れていると判断することは不可能だ。ジャック・デリダが「法/権利は脱構築可能である」と表現した<sup>128</sup>ように、特定の公共哲学的立場（やそこから導かれる法/権利の体系）を選択することそのものを正当化することはできない。

そこで、本研究で特定の公共哲学的立場を採用することはしない。しかし、「およそどのような公共哲学的立場によっても目的変数となり得ない要素」を候補から除外することで、「公共哲学的立場次第で目的変数となり得る要素」を識別することができる<sup>129</sup>。それによっ

---

<sup>127</sup> これらは目的論的平等主義に内在的な問題であり、一旦そのような立場によって立った場合に問題になるような性質のものではない。

<sup>128</sup> ジャック・デリダ『法の力』堅田研一訳(法政大学出版局、2011)

<sup>129</sup> 厳密には公共哲学的立場は無数に存在し得るため、この議論が成立する保証はない。無数に存在し得る公共哲学的立場に共通項を見出す試みは、特定の価値体系が全て脱構築可能であるとするデリダの主張に従えば成功しようがない。ここでは、本節で言及した4つの公共哲学的立場を想定している。その意味で、哲学的に厳密な議論ではない。

て「およそどのような公共哲学的立場によっても支持されない政策」や「およそどのような公共哲学的立場によっても支持される政策」を見出すことができる。一つ以上の「公共哲学的立場次第で目的変数となり得る要素」を改善し、他のどのような「公共哲学的立場次第で目的変数となり得る要素」も損なわない政策であれば<sup>130</sup>、「およそどのような公共哲学的立場によっても支持される政策」と考えられる。

第一節で確定させた目的変数の候補は、医療アクセス、医療のクオリティ、医療費の国庫負担（財産権を含む、国民の自由・幸福追求権）、医師の労働条件、入試における性平等、医療機関の良好な経営、自由開業制・自由標榜性の7点だ。このうち、「医療機関の良好な経営」と「自由開業制・自由標榜性」は「およそどのような公共哲学的立場によっても目的変数となり得ない要素」である。前者は医師の経済的便益を、後者は医師の権利を拡大あるいは維持することを要請するものだが、これらは上述の4つの公共哲学的立場からは正当化できない。

功利主義の観点から「医療機関の良好な経営」を支援することを正当化できない理由は以下だ。自由競争と市場原理が資源の最適な配分を実現するという経済学の基本原理に立ち返れば、政府が経済活動に介入することによって総余剰（効用の総和）が向上するのは「市場の失敗」が生じている場合だけだ。既存医療機関の経営支援は、「市場の失敗」を解消する措置ではない<sup>131</sup>。また、「自由開業制・自由標榜性」が廃止されて地域・診療科ごとの定員が設けられたとしても、既存の開業医の権利は制限されないし、今後医師になる人々は希望の診療科を選択し得るので、誰の効用も阻害しない。

リベラリズムは「最も恵まれない人々」の境遇を改善する格差のみを認めるが、少なくとも医師は最も恵まれない人々ではない。故に「医療機関の良好な経営」も「自由開業制・自由標榜性」も正当化されない。

リバタリアニズムは自由権の阻害を最低限とすることを要請するが、「医療機関の良好な経営」も「自由開業制・自由標榜性」も現職医師・医師志望者の職業選択の自由を阻害するものではない。

平等主義の観点に立てば、医師の所得低下は社会全体の所得格差を縮小させるし、医療機関を開業する権利は医師免許非保持者には認められていないため、医師のそれらの権利が縮小されたとしても平等は阻害されない。

以上より、本章の結論として、医療アクセス、医療のクオリティ、医療費の国庫負担（財産権を含む、国民の自由・幸福追求権）、医師の労働条件、入試における性平等の5要素を

---

<sup>130</sup> パレート原理のアナロジーを採用した。

<sup>131</sup> 地理的アクセスの保障のために特定医療機関の経営支援が必要な場合はあり得るが、広く一般の医療機関の経営支援とは別の問題だ。

考慮に値する目的変数として確定させる。

## 第七章 政策提言

本章では、前章までの議論を踏まえ、本研究の結論として「医大への補助金据え置きを前提とした<sup>132</sup>、医学部定員に対する政策的制限の撤廃」を提案する。はじめに医学部定員撤廃という結論に至る議論の流れを示し、その後いくつかのその他の政策プランに触れる。

### 7-1. 医学部定員撤廃

第6章の議論を踏まえた上で、本件の諸要素間の関係を構造的に整理する（図23）。政策目的が橙色の部分、政策変数が青色の部分だ。図中で示されているように、医学部定員を増やすことでどの目的変数にも負の効果を及ぼさず、一つ以上の目的変数に正の影響を与えられる。

これまでは、「医師数が増えると医療費が増大する」という前提に基づいて医学部定員が抑制されていた。しかし、実際には医師数の増加は医療費を増加させない<sup>133</sup>ことは第3章で確認した。故に、医学部定員と医療費国庫負担の間にはトレードオフの関係はなく、医療費国庫負担を増やさずに医学部定員を増やすことができる。

第2章及び第4章で確認したように、医学部入試における性差別は、大学病院や関連病院における医療労働力供給を維持するためのある種の合理的な措置だった。つまり、医学部入試における性平等と医療労働力供給はトレードオフだ。このトレードオフは「限られた医師数の中で労働力供給を最大化するためには、男性の割合を増やさなければならない」ことに起因しているため、医学部定員を増やすことでこのトレードオフは解消される。望ましいのは、性差別を完全に解消して女性が半数ないしそれ以上を占めることになったとしても、医療労働力供給が十分な水準に達することだ。

---

<sup>132</sup> 具体的なスキームとして、各大学への補助金を学生数に連動させつつ、上限を設ける制度設計が考えられる。現状の医学部定員に応じた金額を上限とし（つまり予算総額も据え置き）、定員を増加させた分については新たに補助金を増額しないという方針だ。第3章第3節において、医師の養成費用が学費と同程度か学費より安くなることを確かめた。よって、「新たに増やした定員に対して追加的な補助金を給付しない」ということが可能であり、財政負担を抑制するために必要でもある。尚、現行の補助金の水準が適正であるか否かという議論は本研究の範疇を超える。

<sup>133</sup> より厳密には、医師数の増加は診療報酬が想定する適正な医療供給量を超えて医療費を増大させない。

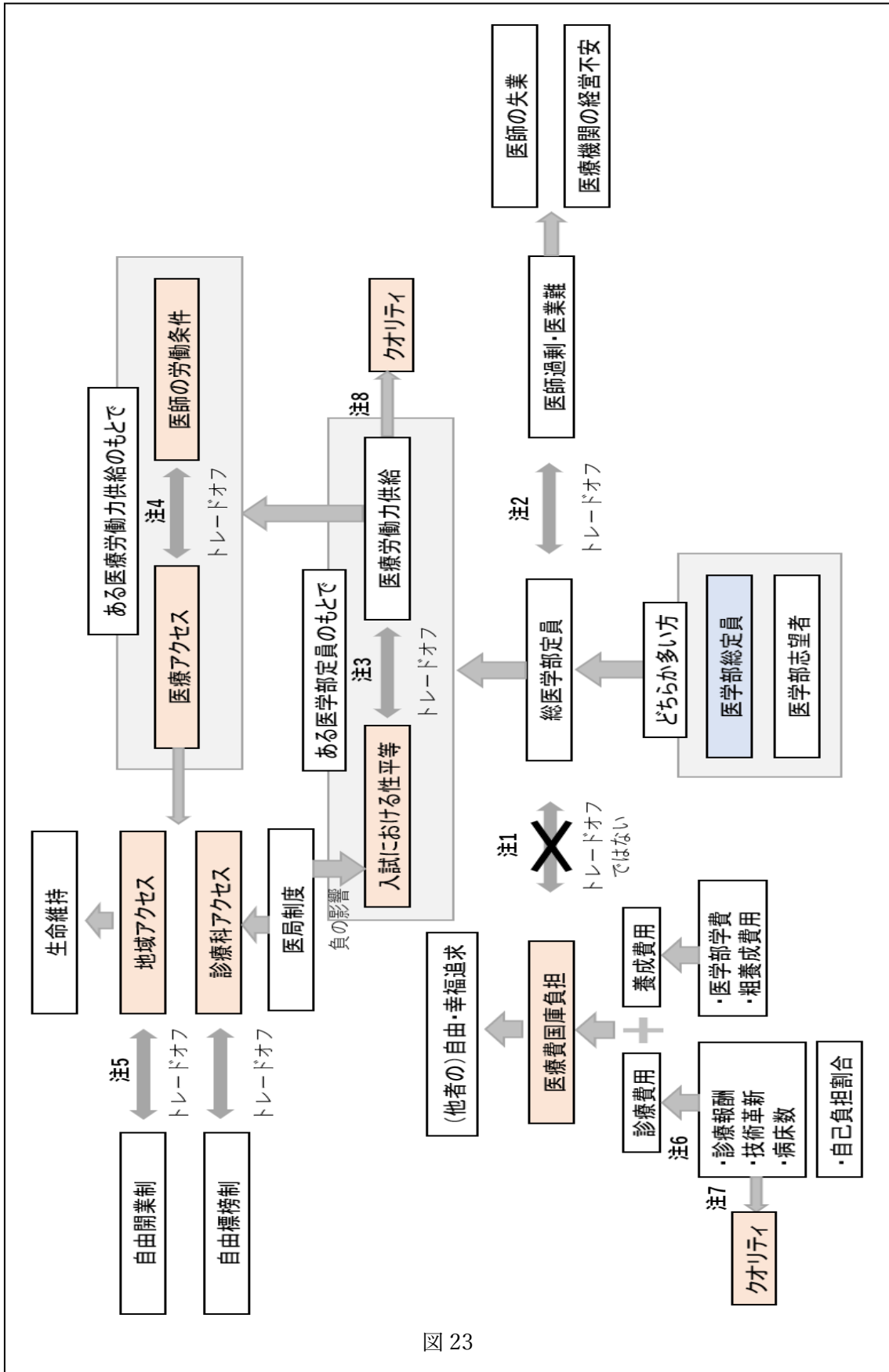


図 23

医療アクセスを維持するためには、十分な数の患者を捌き深夜・早朝の治療の要請にも対応する必要があるが、これは医師の労働条件とトレードオフの関係にある。しかし、十分な医師数を投下して交代勤務の体制と取れる場合はそうではない。医療労働力供給の増加は、医療アクセスと医師の労働条件の間にあるトレードオフを緩和する。

以上より、医学部定員を増加させることで一つ以上の目的変数が改善され、同時にどの目的変数にも悪影響を及ぼさない。故に、この政策は「およそどのような公共哲学的立場によっても支持される政策」と言える。

尚、本研究の結論として提示するのは「医学部定員の増加」ではなく「医学部定員の撤廃」だ。厚生労働省が定める定員数を増やすことを要請するのではなく、厚生労働省が定員を定めること自体を廃止することを要請する。

そもそも、医師数抑制政策は労働市場に政府が過剰に介入することによる「政府の失敗」であり、より介入の少ない「定員撤廃」が有効に機能するのであれば政府の介入を維持する「定員増」である必要はない。問題は、定員撤廃が有効に機能するかどうかだ。補助金の据え置きを前提とした定員撤廃が医師数増につながるための条件は以下の3つで、いずれも満たされると思われる。

一つ目は、定員の撤廃によって医学部が定員を増やすことだ。卒後臨床研修制度が導入された際に医大が医師不足に対して関連病院からの医師の引き上げという対応をとったことから、勤務医不足が続く限り定員を増やすインセンティブは高いと思われる。また、2024年に医師が働き方改革関連法の時間外労働規制の対象になれば、医大の医師不足は深刻化する。一方で、補助金の据え置きを前提とする場合学費が限界養成費用を上回る必要があり、定員増が私大に限られ、かつ学費の引き上げを伴う可能性はある<sup>134</sup>。

二つ目は、受験生が医大を目指すことだ。医学部定員が抑制されている間も医学部志望者は増加基調にあり、倍率も15倍程度であることから、(言うまでもないことだが)定員割れという事態には到底陥らない。一方で、定員増に伴って学費が引き上げられると同時に独占利潤の縮小により期待生涯賃金が低下する可能性はあり、その際の内部収益率が現在の水準を維持するとは考えにくい<sup>135</sup>。「都市銀行員」をオルタナティブとする学力集団から、それより下位の学力集団が参入することになり、医学生数の増加がある種の「質の低下」に陥る可能性はある。

三つ目は、医学生が国家試験に受かることだ。医学生数の数が増えて質の低下に陥る可能性がある以上、国家試験によってその質を担保する必要はあるが、それは実現可能か。医師国家試験の合格率は高位安定しており、医学生数の数が増えれば医師国家試験合格者の数が増

---

<sup>134</sup> 養成費用については第3章第3節参照

<sup>135</sup> 内部収益率については第2章第1節参照



えることには相当の蓋然性がある。また、そもそも医大入試は難解な数学・物理の問題が出題されたり、センター国語等の影響が大きかったりと、医師になるうえで必要な資質を高い妥当性・信頼性で評価しているのかという点で疑問がある。試験合格者が増えない可能性は完全には排除できないが、少なくとも国家試験合格者が増えないと主張する側に立証責任があると言えるだろう。

以上より、「医学部定員の撤廃」を政策内容として実施することで、目的変数に好影響を与えられる見込みがある。

### **補論:養成費用がサunkコスト化することに対する懸念**

尚、合格者が増えたとしても同時に不合格者も増加する可能性が高く、「最終的に医師になれなかった者への教育投資」がサunkコストになり、社会的損失を増加させるという批判もあり得る。また、医師の生涯賃金に低下圧力がかかることで、試験に合格しても医師にならない者が増える場合についても同様の問題が生じる。この問題は、高校生が医学部進学を決断する時点で「本当に医師になれるか」「生涯賃金がどの程度になるか」が確定しないという不確実性に起因する。

しかし、不確実性によるサunkコストは（程度に差はあれ）全ての職業について言えることであり、医師の場合に特別な配慮をする必要があるとまでは言えない。そして、労働市場に参加する医学部志望者は「サunkコストが発生するリスク」を考慮した上で自らの期待効用最大化のために医学部進学を選択するのであり、事後的にサunkコストが発生することは事前の期待効用最大化と矛盾しない。また、不確実性に由来する市場の失敗はリスクをシェアする制度、すなわち保険が供給されることによって解消される<sup>136</sup>。この際、医学部進学を試みる本人が「サunkコストが発生するリスク」を負担しない場合、すなわち税金等によって養成費用が負担される場合、外部不経済によってサunkコストが過大に発生してしまう可能性がある。よって、医師養成費用を医学部と医学生に負担させるための「補助金据え置き」が必要となる。

### **補論:歯科医師過剰問題と医師の質について**

医師の不足が問題となる一方で、歯科医は過剰が問題だと言われている。日本歯科医師協

---

<sup>136</sup> 保険の消費者と生産者の情報の非対称性、すなわち逆選択による市場の失敗は完全には解消されない。その場合、国あるいは医師会のような組織率の高い同業組合が保険商品を提供する必要がある。医師の場合、初期投資が大きく「サunkコストリスク」も他業種と比べてとりわけ大きくなるため、国あるいは医師会によるリスクシェアの制度が必要だという指摘はあり得る。例えば、医学教育ローンの金利を収入と対応させ、保険商品化する手がある。

会は「歯科医師需給問題の経緯と今後への見解<sup>137)</sup>」という文書において「歯科医療を経済的な側面から見ると、その構造はゼロサムの傾向を強く示し、供給の過剰はすなわち個々の経済的低迷を惹起する。その限度を超えると、過少設備や、あってはならないことだが、過剰診療などといった形で医療提供の質的低下を招きかねない」と主張している。歯科医の過剰が歯科医療の質の低下を招いているとしたら、医学部定員を撤廃し医師数を増やすことを提言する本研究とも関係が深い問題で、無視できない。

しかし、上記の文書を読み進めていくと、話題は次第に歯科医師国家試験合格率の低迷と国家試験に合格できない「未習熟学生」へ移っていく。さらに、歯科医師国家試験に相対評価が一部用いられていることについて「国家試験不合格者の一部は必ずしも『未習熟学生』と言い切れない可能性もある」と指摘している。以上のことから、歯科医師においては大学定員の拡大が「国家試験合格率の低下」という形で表面化していることが推測できる。定員の拡大が国家試験の合格率低下と結びついていることは、国家試験が「未習熟学生」を選別する資格試験としての役割を果たしていることの証左である。医師国家試験にせよ歯科医師国家試験にせよ、受験者集団の質にかかわらず絶対評価によって合格者の質を担保できるのであれば、懸念される「医師/歯科医師の質低下」という問題は発生しない。ただ国家試験の合格率が下がるだけだ。歯科医師養成過程において倍率が低下（合格率が上昇）しているのは、歯学部入試の段階だ。「歯科医師需給問題の経緯と今後への見解」は歯学科入試について「競争倍率が2倍を下回る大学が続出、入学試験に選抜機能がなくなった」と評している。

ただし、医師/歯科医師国家試験が相対評価である場合は医師/歯科医師の質低下という問題が生じる可能性がある。実際、歯科医師国家試験においては一部相対評価が用いられているという。

結局、相対評価にして倍率を高くすることでしか合格者の質を担保できないという作問技術上の課題が根本にある。これは、例えば一定数の合格者を輩出しなければならない教員採用試験のような選抜試験では深刻な問題だが、資格試験である医師/歯科医師国家試験の場合は適切な絶対評価による合格者の質の担保が可能だ。

歯科医師過剰問題は医師の需給を考える上で注目すべきだが、そもそも歯科医師の質が低下しているという話ではない上、本質的には国家試験の作問技術上の問題であるため、医学部定員撤廃を求める本論文の議論を阻害するものではない。

---

<sup>137)</sup> 日本歯科医師会「歯科医師需給問題の経緯と今後への見解」第1回歯科医師の資質向上等に関する検討会参考資料5、2015年1月16日

## 補論：ロースクール構想と就業難について

供給過剰が社会問題化した事例として、歯科医師の他に法曹の事例にも触れたい。

ロースクールとはもともとアメリカの法曹養成機関の名称であるが、2004年に日本版ロースクールとして法科大学院が開設された。「司法制度改革審議会意見書<sup>138</sup>」によると、法曹人口拡大の中核的組織として法科大学院が設置され、修了生に司法試験の受験資格を一律に付与するものとしつつ、実践的教育を担う教育機関となることが想定された。ここでは、法曹人口の拡大とそれに伴う法科大学院の設置を合わせて「ロースクール構想」と呼ぶ。

ロースクール構想の問題点として、伊藤（2014）<sup>139</sup>は(1)志願者の減少と(2)法曹の就業難の二点を指摘している。法科大学院の志願者は2004年（設置時）の72800人がピークであり、2014年には11450人にまで減少したという。また、2013年の法科大学院修了者25926人のうち、司法試験合格者を除く9893人の進路が「未定」となっているという。

伊藤氏は原因として、リーガルマーケットそのものの縮小と、リーガルマーケットが法科大学院修了者を需要していないことを挙げている。リーガルマーケットの縮小についてはリーマンショックの影響も大きく、日本以上にアメリカで顕著だという。

さて、医師数増加を進める際にロースクール構想からどのような教訓を得るべきか。

まず、「医師の就業難」を回避することは政策上の優先順位が低く、仮に医師数増加に伴って医師の就業難が問題化したとしても、医師不足による種々の問題が解決されるまでは甘受せねばならない。政策上の優先順位に関する公共哲学的考察は第6章で詳述した。この点はロースクール構想においても同様の議論が可能だ。

次に、第2章で検討した医師不足の現状を踏まえれば、医師の労働市場の縮小は（少なくとも当分の間）起こり得ないとみて間違いない。この点はロースクール構想と大きく事情が異なる。

一方で、総人口が減少傾向にある以上、長期的には医師の労働市場が縮小していく点には注意する必要がある。現状では医師数増加が優先事項であるだけで、今後の状況次第では政策を再点検する必要があることは言うまでもない。そもそも、医師数抑制政策もそれが始まった1980年代の時点では時宜に適ったものであった。

---

<sup>138</sup> 司法制度改革審議会「司法制度改革審議会意見書 ―21世紀の日本を支える司法制度―」2001年6月12日

<sup>139</sup> 伊藤壽英「日米『ロースクールの凋落』について考える」Chuo Online、2014年7月24日 <https://yab.yomiuri.co.jp/adv/chuo/education/20140724.html> 2021年3月16日アクセス

## 7-2. その他の政策プラン

本研究は、医学部定員を撤廃さえすればただちに医師の偏在等他の問題までもが解消すると主張するものではない。一方で、日本医師会と全国医学部長病院長会議が「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言 -求められているのは医学部新設ではない-」<sup>140</sup>において、医師不足の本質は医師の偏在であり、医学部定員は削減すべきであると主張していることを考慮すると、医学部定員を増加ないし撤廃して医師数を増やすことの必要性を改めて説くことには意義がある。故に、本研究の主要な結論はあくまで「医学部定員の撤廃」である。

本節では、そのような前提の下で、医学部定員以外にどのような政策的介入が必要か示唆を与えることを目的とする。

### 偏在の解消

偏在解消のための「地域別定員」「診療科別定員」などの手段は検討に値する。これらを実施する場合、必然的に総医学部定員も固定し政府が調整することになるため、現在よりも政府の介入が強化された医師養成制度となる。現行制度が政府の過剰介入による「政府の失敗」であることを考えると、合理的で効率的な官僚機構を仮定する精緻な定員調整政策には慎重にならざるを得ない。「医師過剰」が医師の失業や医療機関経営の悪化をもたらすとする見通しが正しければ、医師総数の増加は医師過剰地域・診療科から医師不足地域・診療科に人員が流れることが予想され、総数増加で（偏在そのものは解消されないが）全ての地域・診療科の医師不足を解決できる見込みはある。先ほども述べた通り、医師数抑制派が「総数の不足ではなく偏在が問題」と言って総数抑制を正当化しようとしていること（下記参照）を考慮し、本報告ではあくまで「総数の増加」の必要性を訴えることに提言としての意義を見出したい。

以上を踏まえた上で、偏在解消のための政策の現状と論点を概観する。

地域偏在については、医学部入試の「地域枠」という制度が導入されている。大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還

---

<sup>140</sup> 日本医師会・全国医学部長病院長会議 医師偏在解消策検討合同委員会「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言 -求められているのは医学部新設ではない-」2015年8月19日 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20150819\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20150819_2.pdf) 2021年3月16日アクセス

免除される<sup>141</sup>という制度で、都道府県間、二次医療圏間の医師の偏在を調整するために2010年に導入された。2020年時点で医学部総定員に占める地域枠の割合は18.2%に達し、卒業後に大学が所在する都道府県で勤務する県地域枠の定着率は80%を超え<sup>142</sup>、地域偏在解消の柱となっている。

第67回社会保障審議会医療部会資料(図24<sup>143</sup>)に、医師養成過程を通じた偏在対策が整理されている。地域枠はこの中で「入学時点」での介入に位置づけられるが、開業時点での介入が現時点では手薄になってしまっている。そこで、より直接的に偏在を解消する介入として「地域別定員」が候補として挙がる。

開業時の介入にかかわる論点として、営業の自由の侵害に繋がりにかねないという指摘が考えられる。診察・治療といった医業が医師免許保持者に制限されていることは「公共の福

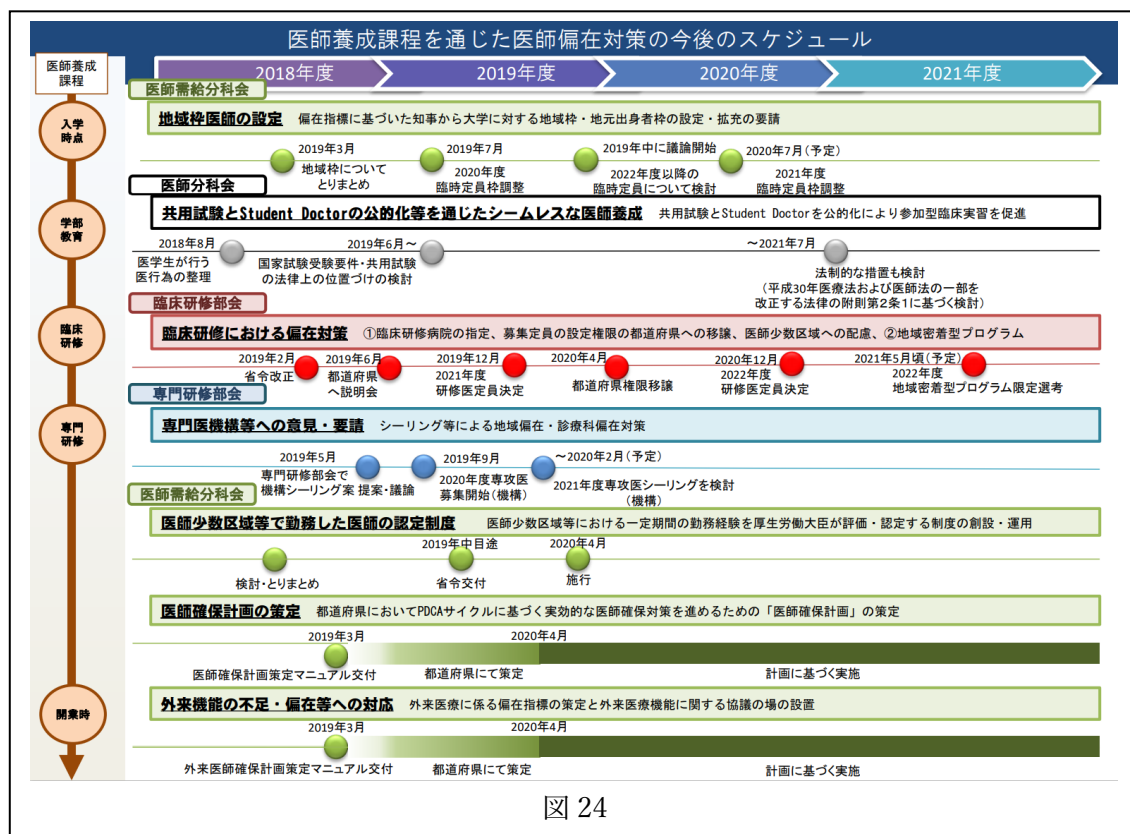


図 24

<sup>141</sup> 第34回医師需給分科会資料1「今後の地域策のあり方について」 2020年3月12日 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000607931.pdf> 2021年3月16日アクセス

<sup>142</sup> 第35回医師需給分科会資料2 2020年8月31日

<sup>143</sup> 第67回社会保障審議会医療部会資料1「医師養成過程を通じた偏在対策について」 2019年7月18日 <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000529088.pdf> 2021年3月16日アクセス

社」で正当化可能だとしても、開業地の制限までは正当化できないという指摘だ。一方で、医療行為は万人に認められた普遍的な権利ではないため、開業地域を指定した上で限定的に医業を認める特殊な医師免許を発行することがただちに違憲とは言えないかもしれない。本論ではこれ以上深入りしないが、偏在対策を考えていく上で避けがたい論点となるだろう。

診療科偏在については、診療報酬改定による調整が試みられている。2010年度の診療報酬改定では「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」及び「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」に重点を置くことが明確に示された<sup>144</sup>。診療科偏在の解消を意識した改訂である。また、自由標榜性を限定的に制限する制度として専門医制度というものがある。専門医の質を担保することを目的に、それまで各学会によってばらばらに認定されていた専門医を一般社団法人日本専門医機構が認定する形式で2018年から運用されている<sup>145</sup>。なお、専門医資格がなくても診療科標榜の自由は阻害されないため、診療科偏在対策としての効果が期待されるものではないが、自由標榜性を廃止するための具体的な制度設計に際しては重要な足掛かりとなり得る。

### 医大入試の医局からの分離と入試改革

医師不足という背景要因とは別に、直接的には男女の生産性格差が男女差別のインセンティブであり、ここに手を付けないと差別を助長する構造は温存される<sup>146</sup>。男女の生産性（厳密には賃金に対する生産性）格差の原因は、医局への長期所属を予定している医局員がスキル獲得の代償として賃金以上の働きをすることと、男性の方が女性よりそのような勤務をする可能性が高いことであった。働き方改革関連法の厳正な運用により総労働時間が規制されれば、男性医師の賃金-生産性格差が縮小し、よってもって男女の生産性格差の縮小が期待できる。従来は医師の労働時間削減が医療アクセスの低下につながるものが懸念されたが、そのトレードオフを緩和することに医師数増加の政策的意義がある。性差別の解消のみに焦点を絞るのであれば医大と医局の分離や男女別定員等も検討する必要があるが、ここではその可能性を示唆するにとどめる。

---

<sup>144</sup> 厚生労働省「平成 22 年度診療報酬改定の基本方針」2009年12月8日  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken12/dl/index-001.pdf> 2021年3月16日アクセス

<sup>145</sup> 厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会報告書概要」2013年4月22日  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000494824.pdf> 2021年3月16日アクセス

<sup>146</sup> 第4章参照

## 労働状況の改善

労働状況の改善は働き方改革関連法をはじめとする一般労働者に対する働き方改革に乗じれば良いのであり、医師を例外とさせてきた「阻害要因」を除去すれば事足りる。医師の職務の特性上、当直等の変則的勤務が生じるのはやむを得ず、他業種と同様十分なインターバル・代休があれば良い。医師を働き方改革の例外とせしめていたのは医師不足であり、これが解消されれば医師に労働時間規制を適用することができる。労働時間規制というある意味強引な手段によらずに長時間労働のインセンティブを取り除くには、賃金と生産性の格差を縮小させる転職市場の整備等も考えられるが、ここではその可能性を示唆するにとどめる。

## おわりに

2020年、新型コロナウイルスが世界的に流行し、我が国も深刻な影響を受けた。とりわけ特効薬やワクチンが開発される見込みがなかった感染拡大初期においては、感染者数を減らすのではなく死者数を減らすという発想のもと、感染者数がピークに達した際も医療供給体制のキャパシティを超えないように感染拡大のペースを緩やかにすることが焦点となった。医療政策といえば社会保障制度の持続可能性が焦点となることが多い中、珍しく医療供給体制に注目が集まったと言える。尚、第5章第4節で触れた「医療崩壊期」も、医療供給体制に世間の関心が集まった時期であると言える。当時はそれが選挙の争点にまで発展し、実際に医学部定員を増加基調に転じさせた。2018年の医学部不正入試問題もこれら2つの例に劣らない程世間の関心を集めたはずだが、当時は残念ながら医療供給体制の拡充へと議論が向かうことはなかった。その理由は定かではないが、マスコミ各社が自社の主要媒体ではほとんど問題の背景に踏み込まなかったことも一因と思われる。

正直に言って医師数を増やすべきであるという結論を得ることはそれほど難しくはない。本研究はあくまでそれを丁寧に立証したに過ぎない。問題は、この政策を民主的プロセスの中でどう実現するかということであり、ここで第3章第4節において触れた「政・官・財のトライアングル」が障壁となるのだ。

最後に、本研究を踏まえた上で浮上する、今後医療政策を議論する際に留意すべき根本的な論点について触れる。

第一に、「政・官・財のトライアングル」の根源には国民の当該政策課題に対する無関心がある。国民全体が関心を持っている政策課題は、族議員や官僚ではなく首相や内閣が方向性を定めることとなる。「医療崩壊期」に医療供給体制が選挙の争点となり、医師数増加が実現されたのもそのためだ。故に、本問題の真の解決策は国民が如何にして本政策課題に関心を持ち、構造を理解し、投票行動に反映させるかという点にかかっている。医療政策も他の政策と同様、一部の専門家によって技術的に決められるものではなく、価値判断を伴う国民的議論によって方向付けられなければならない。そして、国民的議論には教育や報道が密接に関わるのであり、それらを無視した医療政策論争は表面的なものになってしまう。

第二に、価値判断を伴う国民的議論によって医療政策の方向性を定めていくにあたって、「トレードオフの構造」を認識することが重要となる。短期的には政治判断によってトレードオフの関係にある諸価値の間に優先順位をつけなければならない、長期的には政策によって「トレードオフの構造を緩和すること」を模索しなければならない。医学部入試における性差別は、短期的には、所与の医学部定員のもとで医大が「医療供給体制の維持」と「入試における性平等」のトレードオフに直面してしまった。しかし、長期的には「医学部定員の



撤廃」によってそのトレードオフを緩和することができる。入試における性差別が国民にとって許しがたいものであったことはわかるし、政治判断として医大に制裁を加えたことも間違っているとは思わない。しかし、それにも増して重要なのは、トレードオフを緩和するための政策を議論することであったはずだ。同様のことが、新型コロナウイルスへの対応における「感染拡大の防止」と「経済活動の維持」のトレードオフについても言える。政府の対応が左右に振れるたびに逆の立場から批判することは簡単だが（そしてときに必要でもあるが）、長期的な視座でトレードオフを解消する政策を議論することが忘れられていないか。平時の最適化のために病床数を規制したことで危機時にどれほど深刻なジレンマに直面したのかをよく認識した上で、コロナ後の医療供給体制を考える必要がある。「喉元過ぎれば熱さを忘れる」では国は進歩しない。

第三に、長期的視座に立てば、医療における情報の非対称性を解消する試みが最も重要な課題となる。医学部入試における性差別の根本原因でもあった医師数抑制政策など、医療に対する国家の介入は確かに過剰であると言える。一方で、医師と患者に情報の非対称性がある限り、国家が介入しなければ深刻な市場の失敗を招いてしまう。故に、診療報酬や医師免許などいくつかの制度は間違いなく必要だ。要するに「介入の程度」が問題となるのである。しかし同時に、長期的には情報の非対称性が解消されることが望ましい。情報の非対称性を前提とした国家介入が対症療法で、情報の非対称性を解消する試みが根本療法なのだ。患者が医療サービスに関して十分な情報を得るためには、医師や医療機関が提供する医療の質についての評価やそれらの情報の流通を促進していかなければならない。もちろん厚生労働省はこの問題に取り組んでいるだろうが、長期的視点を持ち、最重要課題としてより一層リソースを投下しても良いのではないか。

医療政策全般に対する上記三点の示唆をもって、本研究の結びとしたい。

## 謝辞

本論文の執筆にあたってご協力頂いた以下の方々に最大限の謝意を表したい。指導教官の鈴木寛先生には、全体の構想から細部の情報に至るまで、ご自身のご経験も含めて非常に多くのことを教わった。すずかんゼミのゼミ生の皆様は鋭い指摘を幾度かして頂き、論を厚くする上で非常に参考になった。常見亜佐子さんはインタビュー調査の過程で医師の労働環境や医局について現場の生の情報を多く提供して頂けた。また、審査委員の大西昭郎先生、林良造先生の両名及びGrasPPの事務の方々のご協力にも感謝を表したい。

## 文献等

- 荒井一博「ライフサイクル賃金モデル 年功賃金制の理論」一橋大学研究年報. 経済学研究, 39: 3-46 1998年
- 猪飼周平『病院の世紀の理論』(有斐閣、2010年)
- 医学部入試における女性差別対策弁護団 HP <https://fairexam.net/lawsuitrecords/> 2020年8月12日アクセス
- 泉田信行, 中西悟志, 漆博雄. 医師の参入規制と医療サービス支出一支出関数を用いた医師誘発需要の検討－. 医療と社会.1999;9: 59-70
- 伊藤壽英「日米『ロースクールの凋落』について考える」Chuo Online、2014年7月24日 <https://yab.yomiuri.co.jp/adv/chuo/education/20140724.html> 2021年3月16日アクセス
- 印南一路、堀真奈美、古城隆雄『生命と自由を守る医療政策』(東洋経済新報社、2011年)
- NHK 解説委員室「東京医大 なぜ入試で『女性差別』(時論公論)」2018年08月07日、堀家春野 <http://www.nhk.or.jp/kaisetsu-blog/100/303228.html> 2020年7月20日アクセス
- EPILOGI 「『必要』が5割以上! ? 東京医科大学の女子減点に医師は何を思うのか」2018年9月22日 <https://epilogi.dr-10.com/articles/3146/> 2020年8月12日アクセス
- M3.com「東京医大の2018、19年度助成金不交付、7大学は減額」2019年1月22日 <https://www.m3.com/news/iryoshin/654617> 2020年7月20日アクセス
- OECD Health Data 2019(2019年6月)
- 大河内二郎「海外における医師数政策 ー診療科および地域による調整についての比較研究ー」日本臨床麻酔学会誌 Vol.25 No.5, 467~472, 2005
- 大竹文雄「気づかない偏見」日本経済研究センター、2019年1月15日 <https://www.jcer.or.jp/j-column/column-otake/20190115.html> 2020年7月30日アクセス
- 角谷快彦、小寺俊樹「市場競争と供給者誘発需要 ー医療費支出のマイクロデータ分析」The Institute of Social and Economic Research Osaka University, Discussion Paper No.881, 2013年8月
- 上昌広『病院は東京から破綻する』(朝日新聞出版、2017)
- 上昌広「超優良経営の東京医大が裏口を開いた事情」2018年8月8日プレジデントオンライン <https://president.jp/articles/-/25878> 2019年11月19日アクセス
- 河口洋行『医療の効率性測定』勁草書房、2008年
- 岸田研作. 医師誘発需要仮説とアクセスコスト低下仮説－2次医療圏、市単位のパネルデータによる分析－. 季刊社会保障研究. 2001;37:246-258

北山俊哉、久米郁男、真淵勝『はじめて出会う政治学第3版』（有斐閣、2018）  
厚生労働省医療従事者の需給に関する検討会 2018年4月12日  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000203368.pdf> 2019年11月22日アクセス

厚生労働省医師の働き方改革に関する検討会 2017年9月21日  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000178016.pdf> 2019年11月21日アクセス

厚生労働省必要医師数実態調査 2010年9月29日  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000ssez-img/2r9852000000ssgg.pdf>  
2019年11月21日アクセス

厚生労働省「第4回 医師需給分科会」2016年3月31日  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120209.pdf> 2019年11月21日アクセス

厚生労働省「平成30年度医師・歯科医師・薬剤師調査」  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/index.html> 2020年8月21日アクセス

厚生労働省「第67回社会保障審議会医療部会資料」2019年7月18日  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000529088.pdf> 2020年8月21日アクセス

厚生労働省保険局「医療保険制度をめぐる状況」2018年  
[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000204021.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000204021.pdf) 2020年7月28日アクセス

厚生労働省『『将来の医師需給に関する検討委員会』最終意見の要約』（1986年）  
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/dl/s0225-4e1.pdf> 2020年9月23日アクセス

厚生労働省保険局調査課「平成18年度医療制度改革関連資料」  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/taikou04.html> 2020年9月23日アクセス

厚生労働省医政局長「医療計画について」（2012年）  
厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要」2019年3月29日  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496523.pdf> 2020年7月26日アクセス

厚生労働省第34回医師需給分科会資料1「今後の地域策のあり方について」 2020年3月12日  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000607931.pdf> 2021年3月16日アクセス

厚生労働省第35回医師需給分科会資料2 2020年8月31日  
厚生労働省第67回社会保障審議会医療部会資料1「医師養成過程を通じた偏在対策について」 2019年7月18日  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000529088.pdf>

2021年3月16日アクセス  
厚生労働省「平成22年度診療報酬改定の基本方針」2009年12月8日  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-001.pdf> 2021年3月16日アクセス  
厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会報告書概要」2013年4月22日  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000494824.pdf> 2021年3月16日アクセス  
小松秀樹著『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』(朝日新聞社、2006)  
佐藤元「政策科学と健康政策」日衛誌(Jpn.J.Hyg.)第56巻 第3号 2001年10月  
篠田道子「フランスにおける医師と看護師の役割分担」海外社会保障研究 No.174 2011年 Spring  
司法制度改革審議会「司法制度改革審議会意見書 ―21世紀の日本を支える司法制度―」  
2001年6月12日  
白瀬由美香「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  
2011年 Spring  
全国保険医団体連合会・大阪府保険医協会・大阪府歯科保険医協会「『開業医の経営・労働実態調査』結果の概要」(「開業医の経営・労働実態調査」プロジェクト 2008年2月)  
宗前清貞「自民党政権下における医療政策」日本政治学会年報政治学 63(1), 1\_114-1\_137, 2012  
堤修三「高齢者医療制度の構想史 日医・自民党・厚労省を中心とする4幕劇」日本政治学会年報政治学 63(1), 1\_114-1\_137, 2012  
都道府県格付け研究所 <http://grading.jp.org/y2121002.html> 2019年11月21日アクセス  
日医総研「リサーチエッセイ No.77 医師関連データの国際比較」2019年7月17日  
<https://www.jmari.med.or.jp/download/RE077.pdf> 2020年7月27日  
日医 NEWS「横倉会長『国家戦略特区による医学部新設』に反対する声明を塩崎厚労大臣に提出」2015年3月5日 <http://www.med.or.jp/nichinews/n270305b.html> 2019年11月22日アクセス  
日経メディカル「検証：東京医大の入試不正はなぜ起こったか」2018年10月12日  
<https://medical.nikkeibp.co.jp/inc/mem/pub/report/t317/201810/558180.html> 2021年3月16日アクセス  
ニッポン消費者新聞「東京医大不正入試問題で返還手続き開始 機構日本が参加募る」  
2020年7月16日 <https://www.jc-press.com/?p=5150> 2020年8月12日アクセス  
日本医師会・全国医学部長病院長会議 医師偏在解消策検討合同委員会「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言 ―求められているのは医学部新設ではない―」  
日本医事新報社「働き方改革関連法が成立、医師の適用は2024年4月 附帯決議『猶予期間も時間外労働時間の削減を』」2018年7月7日  
日本歯科医師会「歯科医師需給問題の経緯と今後への見解」第1回歯科医師の資質向上等

- に関する検討会参考資料 5、2015 年 1 月 16 日
- 日本経済新聞「8 大学に 43 人追加入学 医学部の不適切入試で」2019 年 6 月 11 日  
<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO45974410R10C19A6CC1000/> 2019 年 11 月 20 日アクセス
- 日本経済新聞「不正入試の背後に潜む医療界の特権」2018 年 8 月 22 日  
<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO34342470Q8A820C1000000/> 2020 年 7 月 20 日アクセス
- 日本経済新聞「進化とコストのジレンマ」2017 年 10 月 9 日  
<https://www.nikkei.com/article/DGKKZO22039620Y7A001C1M10900/> 2020 年 7 月 28 日アクセス
- 日本私立医科大学協会「医学教育経費の理解のために」<https://www.idaikyo.or.jp/wp/wp-content/uploads/2019/12/医学教育経費理解のためにR1.11.pdf> 2020 年 1 月 6 日アクセス
- BuzzFeedNews「女性差別だけではない医学部入試 50 歳過ぎた受験生は合格者平均を超えても落とされた」2018 年 12 月 12 日  
<https://www.buzzfeed.com/jp/naokoiwanaga/gundaigakubu-nyushi> 2020 年 8 月 19 日アクセス
- 早川佐知子「アメリカの病院における医療専門職種の役割分担に関する組織的要因 医師・看護師・Non-PhysicianClinician を中心に」海外社会保障研究 No.174 2011 年 Spring
- 二本立「医療技術進歩は医療費増加の主因か 『社会医療 診療行為別調査』等による実証的検討」医療と社会 Vol.5No.1 1995 年
- 法坂千代「高額医療機器（MRI）に対する医療機関の投資行動分析」2009 年 8 月  
<https://www.ipp.hit-u.ac.jp/consultingproject/2009/CP09Housaka.pdf> 2020 年 1 月 6 日アクセス
- 堀真奈美「医療政策と価値規範」公共政策研究第 13 巻 p.32-45、2013 年
- 真野俊樹『医療危機 高齢化社会とイノベーション』中公新書、2017 年 8 月 25 日
- 文部科学省「医学部医学科の入学者選抜における公正確保等に係る調査について」  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/senbatsu/1409128.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/senbatsu/1409128.htm) 2020 年 8 月 12 日アクセス
- 文部科学省「医学部医学科の入学者選抜における公正確保等に係る調査について」  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/senbatsu/1409128.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/senbatsu/1409128.htm) 2020 年 8 月 12 日アクセス
- 安川康介、野村恭子「医師における性別役割分担 —診療時間と家事労働時間の男女比較—」医学教育 2012, 43 (4) : 315~319
- 山田武. 国民健康保険支払い業務データを利用した医師誘発需要仮説の検討. 季刊社会保障研究. 2002;38:39-51

- 吉田あつし「医師のキャリア形成と医師不足」日本労働研究雑誌 No.594 2010年1月
- E. Friedman “The eternal triangle: cost, access, and quality” *Physician Exec.* Jul-Aug 1991;17(4):3-6, 8-9.  
([http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20150819\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20150819_2.pdf) 2015年8月19日)
- Escarce, J. Explaining the Association between the Surgeon Supply and Utilization. *Inquiry* 1992;29:403-415
- Roberta Labelle, Greg Stoddart, Thomas Riced “A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand” *Journal of Health Economics* Volume 13, Issue 3, October 1994, Pages 347-368
- Rossiter, F. L. and Wilensky, G. R. A Reexamination of the Use of Physician Services: the Role of Physician-Initiated Demand. *Inquiry* 1983;20:162-172
- Rossiter, F. L. and Wilensky, G. R. Identification of Physician – Induced Demand. *Journal of Human Resources* 1984;19:231-244
- Smith S, Newhouse JP, Freeland MS. Income, Insurance, And Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? *Health Affairs* 2009;28(5):1276-1284
- Spillman B, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *N Eng J Med* 2000;342:1409-15.
- Shigeoka, Hitoshi. 2014. "The Effect of Patient Cost Sharing on Utilization, Health, and Risk Protection." *American Economic Review*, 104 (7): 2152-84.
- Taylor, Donald H. and Whellan, David J. and Sloan, Frank A Effects of Admission to a Teaching Hospital on the Cost and Quality of Care for Medicare Beneficiaries, *New England Journal of Medicine*, vol.340, No.4, p.293-299, 1999