

COMMENT (論評) | 著者による日本語訳

日本の医師配置と定着をめぐる不均衡

構造的インセンティブが病院の急性期医療提供能力をどう左右するか

George Kujo (九条丈二)

独立研究者、東京 | ORCID: 0009-0006-6864-0145

日本語訳について

本文書は、下記の査読済み英語論文を著者自身が日本語に訳したものです。Human Resources for HealthまたはSpringer Natureによる査読・校閲・承認を受けた公式翻訳ではありません。内容または解釈に相違がある場合は、英語版のVersion of Recordを優先してください。

原著: Kujo G. Physician workforce imbalances in Japan: how structural incentives shape hospital-based acute-care capacity. Human Resources for Health. 2026;24:44.

<https://doi.org/10.1186/s12960-026-01099-3>

要旨

日本の病院で高負荷医療を担う医師の確保という問題は、国内の医師総数の多寡だけで捉えるより、医師の配置と定着が相互に作用する問題として捉える方が実態に即している。本稿では、病院の診療提供能力を低下させうる三つの経路を検討する。すなわち、高負荷診療科への参入やそこでのキャリア継続を妨げる勤務条件、初期臨床研修後ただちに美容医療へ進む、いわゆる「直美」、そして病院勤務から診療所へ移る後年のキャリア移行である。2024年の医師の働き方改革後、全国的には医師の労働時間が大幅に改善した一方、長時間勤務は外科、救急科、産婦人科に依然として集中している。「直美」が全国でどの程度存在するかは不明であり、学会資料から分かるのは、美容医療へ早期に参入する医師の一部を示す限定的な指標にすぎない。公表されている所得データからは、勤務医と診療所経営者の間に大きな差が確認できるものの、所得差が医師の病院離れを引き起こしているとまではいえない。こうした区別は重要である。医師の全国的な供給量、診療科間の偏在、診療の場をまたぐ移動は、分析上それぞれ別の問題だからである。したがって政策は、測定可能な定着・配置の仕組みに焦点を当てる必要がある。具体的には、診療提供を理由とする最長の時間外労働上限への常態的な依存を段階的に解消すること、高負荷の病院機能を担う医師への重点的な定着支援策を試行すること、美容医療における研修と能力管理を強化すること、キャリアの継続を支援すること、そして医師の移動を縦断的に把握するデータを整備することである。日本の事例が示すのは、必要な現場に医師を配置し定着させることが難しければ、全国的に十分な医師数があっても、必要な診療提供能力が確保されとは限らないという、より一般的な原則である。

キーワード: 医師確保、日本、医師偏在、医師の定着、労働時間、美容医療、ジェンダー、医療政策

背景

日本の病院医師をめぐる問題は、絶対的な不足か偏在かという二者択一で捉えるべきではない。国内の医師数は増え続けている一方、地域、診療科、診療の場による分布の偏りは残っている。そのため、医師の総数が増えていても、個々の病院機能では人手不足が生じうる。本稿が焦点を当てるのは、病院を基盤とする高負荷医療である。ここでは、救急対応、手術、予定外の入院診療、夜間勤務、オンコール対応などを多く伴う診療を指す。中心となる問いは、勤務条件、キャリア構造、経済的インセンティブが、こうした役割への参入と定着をどのように左右しているかである。

この問題を考えるうえで、病院の勤務条件は中心的な要素である。ただし、近年の改革によって測定可能な改善もみられている。常勤の病院勤務医1万3,205人を対象とした2025年の全国調査では、週60時間以上働く医師の割合が、以前の調査と比べて大きく低下した。それでも長時間勤務は高負荷診療科に集中しており、週60時間以上働く割合は、外科医で25.1%、救急科医で23.7%、産婦人科医で22.8%だった[1]。大学病院の医師は、それ以外の病院の医師より平均労働時間も長く、週52.2時間に対して44.3時間だった[1]。公的な労働時間の集計には副業・兼業先での勤務が含まれる一方、オンコール中の待機時間

の一部や、一定の条件下で宿日直許可を受けた勤務中の待機時間は含まれない[1]。これらのデータは、全体として改善が進む一方、診療科や施設による大きな差がなお残っていることを示している。

2024年の医師の働き方改革では、時間外・休日労働の上限が原則として年960時間に設定された。ただし、指定を受けた医療機関では、地域医療の確保や研修にかかわる特定の業務について、年1,860時間までの上限が認められている[1]。これらは上限であって、働くべき時間ではない。政府は、地域医療確保暫定特例水準であるB水準と連携B水準を、2035年度末までに解消する目標を掲げている[1]。したがって医師確保政策では、何人を養成するかだけでなく、極端に長い労働時間へ恒常的に依存せず、病院が不可欠な医療を提供できるかも問わなければならない。

高負荷の病院診療科への参入と定着を妨げるジェンダー化された障壁

2018年に明るみに出た医学部入試不正問題では、女性受験者を不利に扱う差別的な運用が明らかになり、全国調査が行われた[2]。その後の変化を評価する際には、医師養成に時間を要することを考慮しなければならない。日本の医学部教育は6年間で、その後、多くの医師が専門研修へ進む前に2年間の初期臨床研修を受ける。したがって、入試不正問題が発覚した2018年以降に医学部へ入学した世代は、2022年の時点では、専門医として診療に従事する段階にまだ達していなかった。2022年の医師統計で複数の外科系診療科に女性が著しく少ないことは、入試改革が失敗した証拠というより、主として、それ以前から続く養成・キャリア構造の影響として解釈すべきである[3]。

キャリアを途切れさせずに続けられるかは、これとは別の問題である。私立医科大学2校の女性卒業生711人を対象とした調査では、55%が常勤職を少なくとも一度離れており、退職経験者のうち常勤に復帰したのは33%だった[4]。退職理由としては、出産・育児と仕事の両立の難しさが多く挙げられ、長時間労働も報告されていた[4]。ただし、この結果から全国一律の復職率を導くことはできず、キャリア中断を保育サービスの有無や経済的負担だけで説明することもできない。ここから支持されるのは、より限定された指摘である。すなわち、介護や育児などのケア責任が、柔軟性に乏しい高負荷の勤務形態と重なると、病院勤務の継続を難しくするということである。

研修制度の設計も重要である。2004年に始まった新医師臨床研修制度を分析した研究では、必修ローテーションの導入後、女性医師が一般外科と泌尿器科を選ぶ可能性が高まり、外科系内部では乳腺外科と泌尿器科への移動がとくに目立った[5]。この研究は、すべての外科系診療科の勤務条件が同じだと示したものではない。また、外科診療のすべてを急性期医療と同一視すべきでもない。むしろ、研修中にどの診療科を経験するか、そして仕事はどう編成されているかの両方が、診療科選択に影響している。医師の配置計画で問うべきなのは、性別を問わず、育児や介護などの責任を担う医師が高負荷の病院勤務を続けられるかどうかである。

「直美」という現象——早期キャリアで病院を離れる経路

従来からみられた病院から診療所への移動に加え、近年は、キャリアの早い段階で病院を離れる別の経路が注目されている。俗にいう「直美」とは、2年間の初期臨床研修を終えた後、関連する専門研修を経ずに、そのまま美容医療へ進む医師を指す。日本美容外科学会(JSAS)が厚生労働省の検討会へ提出した資料では、「直美」を、医師免許取得後3年以内に、初期臨床研修修了後ただちに美容医療へ入ることと定義している[6]。

その全国的な規模は分かっていない。通常の国の統計では、初期臨床研修の直後に美容医療へ進んだ医師の数を把握できない。より直接的ではあるが範囲の限られた指標として、JSASの会員データがある。2022年9月から2024年4月までに行われた入会審査では、医師免許取得後3年以内に同学会へ入会した医師が、新規入会者の平均32.5%を占めていた。審査時期ごとの割合は18.8%から46.2%だった[6]。ただし分母は初期臨床研修修了者全体でも、美容医療に従事する医師全体でもなく、JSASの新規入会者である。また、学会へ入会した時期と実際に就業した時期は一致しない。したがって、この数値を全国の「直美」の割合と解釈することはできない。

「直美」の重要性は、それが日本の病院医師不足の大部分を説明すると証明された点にあるのではない。初期臨床研修を終えた直後に、医師が病院の専門研修ルートから離れうる経路が実在することを示す点にある。JSASが厚生労働省へ提出した資料では、形成外科、外科、皮膚科、周術期管理、合併症発生時の救急対応などについて、十分な経験を持たない医師が美容医療へ参入することへの懸念も示されている[6]。医師全体の需給・配置への影響はまだ定量化されていないが、この経路は医師配置と能力管理の双方にかかわる。

病院から診療所への移動と経済的インセンティブ

美容医療への早期参入とは別に、キャリアの後半で病院勤務から診療所へ移る経路は以前から存在する。その移動には、経済的インセンティブが影響している可能性がある。日本のプライマリ・ケアに関するレビューが引用した公表データでは、2017年の平均年収は病院勤務医が約1,470万円、診療所を営営する医師が約2,460万円だった[7]。これは勤務形態と診療所経営に伴う所得差を示すが、所得差が医師を病院から離れさせる原因だと証明するものではない。労働時間、事業上のリスク、設備投資、診療上の責任などの違いも、すべて捉えているわけではない。

診療所勤務を医療制度にとっての損失とみなすべきでもない。診療所は不可欠なプライマリ・ケアと専門外来を提供し、外来診療の場で専門的な技能が大いに生かされることもある。ここで問題にしているのは、より限定された診療提供能力である。医師が、入院、救急、手術、夜間、オンコール対応を担う病院の職務から、そうした機能を持たない職務へ移れば、病院はその医師が担っていた診療提供能力を失う。こうした移動が主に所得、勤務条件、裁量、年齢、家族事情、あるいは別の要因によって生じているのかは、現在利用できる集計データからは判断できない。

規制上のガバナンスと診療科参入要件

「直美」という経路が成立する背景には、医師免許と専門医資格が別の制度として存在していることがある。日本では、初期臨床研修を修了した医師は、形成外科や皮膚科の専門研修を終えていなくても美容医療に従事できる[6]。これは美容医療だけに認められた規制上の例外ではなく、専門医資格を診療開始の必須条件としない仕組みも日本に限らない。たとえばカリフォルニア州医事委員会は、医師が診療を行うのに専門医認定は必須ではないとしている。ただし、専門資格をどのように広告できるかについては規則がある[8]。米国内でも要件は州によって異なる。

したがって、日本の制度が特別に緩いと主張することに政策上の意義があるわけではない。「直美」が浮かび上がらせるのは、医師免許、専門研修、医師の配置計画の結び付きが弱いときに生じうる、より広いガバナンス上の問題である。政策対応では、患者の安全を守るための能力確保と、既存診療科の人員を守るための保護主義とを区別しなければならない。現時点で最も根拠が強い対応は、研修歴の透明な開示、侵襲的な処置のリスクに応じた能力要件、そして関連する専門経験を持たない医師に対する体系的な指導・研修である。さらに強い参入制限が正当化されるかどうかは、専門医資格の名称だけでなく、患者安全と医師の需給・配置への影響を示す証拠によって判断すべきである。

これまでの医師供給政策と近年の偏在対策

医師養成数の推移は重要な背景だが、現在の病院医師不足をそれだけで説明することはできない。医学部の入学定員は、2007年度の7,625人から2024年度の9,403人へ増加した[9]。国の医師統計でも、医師総数は2022年まで増え続けている[3]。この推移をみれば、現在の問題を全国的な絶対数の不足だけで捉えることは難しい。総供給量が、地域、診療科、診療の場ごとの分布とどう組み合わさっているかを問う方が有用である。

近年の政策も、次第にこの区別を反映するようになっている。2026年4月以降、外来医師がとくに多い地域として都道府県が指定した区域で無床診療所を新規開業しようとする医師は、6か月前までに都道府県へ届け出て、提供予定の医療機能を報告しなければならない[10]。その診療所が地域で不足する機能を担わない場合、知事は要請または勧告を行うことができる。この制度は開業そのものを禁止しない。ただし要請等に従わない診療所については、保険医療機関の指定期間を通常の6年ではなく、3年以下とすることができる[10]。診療所の立地を広く自由に認めてきた従来の制度からみれば、これは意味のある変更である。しかし規制対象は、新設される外来診療所の地理的・機能的な分布であり、病院勤務医が診療所へ移ることを直接防ぐものではない。病院から診療所への医師の移動にどのような影響を及ぼすかは、今後の検証を要する。

政策的含意

病院医師の不均衡に対処するには、定着と配置に直接働きかける政策を採り、その効果を思い込みではなく明示的に検証する必要がある。表1に、実行可能な四つの領域をまとめた。

表1 医師の配置・定着にかかわる仕組み、証拠の限界、政策手段

仕組み	得られている証拠と不確実性	政策手段と評価
病院の業務負担と定着	長時間勤務は減少したが、週60時間以上の勤務は外科、救急科、産婦人科に集中している。年1,860時間という上限は例外措置であって、目標ではない。	B水準・連携B水準を2035年度末までに解消する期限を、病院機能再編の締切として用いる。時間外労働、欠員、離職、診療量を継続的に把握する。
高負荷診療科でのキャリア継続	過去の研究では、女性医師に常勤キャリアの中断が多くみられた。ただし原因は複数あり、全国的な復職率は分かっていない。	柔軟な勤務編成、体系的な復職ルート、夜勤・オンコール業務の公平な分担を整える。診療科への参入と、中断後の常勤・非常勤での定着を追跡する。
美容医療への早期参入	JSASのデータでは、医師免許取得から間もない新規入会者が多い。一方、「直美」の全国的な割合と、病院の各診療科の人員への影響は不明である。	研修歴を開示し、リスクに応じた能力要件と指導・監督要件を導入する。より強い参入制限を検討する前に、初期臨床研修後の進路を把握する。
病院から診療所への移動	過去のデータでは大きな所得差が確認されているが、因果関係と現在の移動率は確立していない。	高負荷の病院機能を担う医師への重点的な定着手当を試行する。本格導入前に、離職、欠員、労働時間、費用への効果を検証する。

第一に、2035年度末までにB水準・連携B水準を解消する既定方針を、医師の配置と病院機能を組み直すための具体的な期限として扱うべきである[1]。これらの水準に依存している病院は、診療機能の集約、タスク・シフト／シェア、事務支援、勤務表の再設計によって、失われる医師の労働時間を補いながら、時間外労働を毎年着実に減らしていることを示す必要がある。当面の政策目標は、年960時間を理想的な最終上限とみなすことではない。診療提供のために年1,860時間の例外へ常態的に依存する状態を終わらせ、病院勤務を、より短く持続可能な労働時間へ段階的に移していくことである。

第二に、経済政策では診療所の所得を引き下げるのではなく、効果を検証できる病院定着策に重点を置くべきである。救急、手術、夜勤、オンコールなど、人員確保が難しい機能を担う医師に対し、重点的な定着手当を試行することが考えられる。単に医療機関の収入を増やすだけに終わらせないため、支払いは対象業務と明確に結び付け、欠員率、離職率、医師の労働時間、必要な診療を提供できているかを指標として評価する必要がある。2017年の所得比較は、経済的インセンティブを試す根拠にはなるが、報酬が医師移動の最大の原因だと証明するものではない[7]。

第三に、美容医療の規制は、まず測定可能な能力と透明性に焦点を当てるべきである。専門医資格と研修歴の開示を義務づけ、侵襲的処置についてリスクに応じた能力要件を設ける。関連する経験を持たない医師には、指導・研修を受けた記録を求める。こうした措置は、直ちに一律の専門医資格を必須化するよりも比例的である。国のモニタリングでも、初期臨床研修から直接美容医療へ進む医師と、専門研修を一部または全部終えてから移る医師とを区別しなければならない。このデータがなければ、「直美」の規模も、各病院診療科への影響も信頼できる形では推計できない。

第四に、定着策では女性医師の人数だけを養成段階の問題として捉えるのではなく、キャリアを継続できる条件を整える必要がある。院内保育は有用かもしれないが、現在の証拠だけでは、保育サービスを利用できるかどうかだけでキャリア中断を十分に説明できない。病院と専門医組織は、柔軟な勤務編成、臨床上可能な範囲での予測可能な勤務予定、体系的な復職ルート、夜勤・オンコール業務の再配分を組み合わせるべきである。進捗は女性医師の総数だけでなく、専門研修への参入、キャリア中断後の常勤・非常勤での定着、指導的地位に占める割合によって測定すべきである。

最後に、日本には医師の移動を追跡できる縦断的な医師データが必要である。既存統計は医師数や各時点の勤務場所を把握する点では充実しているが、初期臨床研修から専門研修または美容医療へ進む動きや、病院勤務から診療所経営へ移る動きを捉える力は弱い。キャリア段階、診療科、勤務形態、労働時間、移動履歴を結び付ければ、政策担当者は、医師数そのものの問題と、配置・定着の問題を区別できる。さらに、どの施策が病院の診療提供能力を実際に維持しているのかを検証できるようになる。

限界

本稿は、公的統計、政策文書、選択した観察研究を統合したCommentであり、因果効果を推定したものではない。したがって、ここで論じた仕組みのいくつかは、病院の人員配置を決定する要因として定量化されたものではなく、起こりうる医師移動の経路として提示したものである。「直美」が全国で占める割合

は不明であり、JSASの会員データは母集団を代表するものではない。病院勤務医と診療所経営者の所得比較は過去のデータであり、現在の所得差も、キャリア移動への因果効果も示せない。女性医師に関する研究は、特定の集団を対象とし、退職や復職の定義も異なるため、全国的な復職率として読むべきではない。国際的な規制比較も網羅的なものではなく、例示にとどまる。とりわけ米国では、要件が州によって異なる。さらに、2024年の改革後、労働時間をめぐる状況は大きく変化した。2025年の最新データでは改善が確認されているため、現在も残る業務負担の問題を述べる際には、日本の病院全体で一様に極端な長時間労働が続いていると想定するのではなく、特定の診療科と施設に集中している点を明示すべきである。

結論

日本の病院医師をめぐる問題は、全国の医師数以外にも、偏在以外にも還元できない。病院の診療提供能力は、医師の総供給量、地域・診療科・診療の場への分布、そして救急、手術、夜間、オンコール対応を多く伴う職務への定着が、相互に作用して形づくられる。近年の労働時間の改善は、勤務条件が変えられないものではないことを示している。一方、高負荷診療科に長時間勤務がなお集中していること、「直美」に代表される早期キャリアでの離脱を十分に把握できていないこと、勤務形態によって経済条件が異なることには、引き続き医師確保政策上の注意が必要である。

したがって政策は、単に医師総数を増やしたか、新しい規制区分を設けたかではなく、測定可能な医師の移動と診療提供能力を実際に変えたかによって評価されるべきである。長時間労働の上限への依存を段階的に減らすこと、効果を検証しながら定着策を実施すること、比例的な能力管理を整えること、キャリア継続を支援すること、医師の移動を縦断的に追跡することを組み合わせれば、より一貫した政策となる。この教訓は日本に限らない。必要な場所へ医師を配置し定着させることが難しければ、全国的には十分な数の医師がいても、高負荷の病院医療を必要とする人が十分に利用できるとは限らない。

略語

JSAS: 日本美容外科学会 (Japan Society of Aesthetic Surgery)

MHLW: 厚生労働省 (Ministry of Health, Labour and Welfare)

謝辞

本稿の作成および改訂にあたり、著者はClaude (Anthropic) とChatGPT (OpenAI) を使用し、原稿の起草、構成の編集、表現の調整、情報源の確認に役立てた。著者は基礎となる情報源を確認し、生成された文章を必要に応じて修正したうえで、本稿の内容について全責任を負う。

著者の貢献

G.K.は、本Commentの構想、文献レビュー、原稿の起草および改訂を行い、最終版を承認した。

研究費

本研究に対する資金提供は受けていない。

データの利用可能性

本研究では、データセットの作成または解析を行っていない。

宣言

倫理審査および参加同意

該当しない。本Commentは、人を対象とする研究、個人のデータ、またはヒト組織を扱う研究を報告するものではない。

出版への同意

該当しない。

利益相反

著者は、利益相反がないことを宣言する。

受付: 2026年7月14日 採択: 2026年8月25日 公開: 2026年9月2日

参考文献

1. 厚生労働省. 医師の働き方改革に係る現状等. 2026.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001723996.pdf> (2026年8月19日閲覧)
2. 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緊急調査. 2018.
https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/senbatsu/1409128.htm (2026年8月19日閲覧)
3. 厚生労働省. 令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況. 2024.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/index.html> (2026年8月19日閲覧)
4. Izumi M, Nomura K, Higaki Y, Akaishi Y, Seki M, Kobayashi S, et al. Gender role stereotype and poor working condition pose obstacles for female doctors to stay in full-time employment: alumnae survey from two

- private medical schools in Japan. *Tohoku J Exp Med*. 2013;229(3):233-237.
<https://doi.org/10.1620/tjem.229.233>
5. Okumura T, Ueno Y, Usui E. Effects of mandatory residencies on female physicians' specialty choices: evidence from Japan's new medical residency program. *Labour Econ*. 2024;90:102566.
<https://doi.org/10.1016/j.labeco.2024.102566>
6. 日本美容外科学会. 当学会で把握している美容外科関係の現状. 厚生労働省「第3回美容医療の適切な実施に関する検討会」資料4. 2024年10月18日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001317990.pdf> (2026年8月19日閲覧)
7. Kato D, Ryu H, Matsumoto T, Abe K, Kaneko M, Ko M, et al. Building primary care in Japan: literature review. *J Gen Fam Med*. 2019;20(5):170-179. <https://doi.org/10.1002/jgf2.252>
8. Medical Board of California. Physician credentials/practice specialties: frequently asked questions. n.d.
[Medical Board of California FAQ](#) (2026年8月19日閲覧)
9. 文部科学省. 大学別医学部入学定員等一覧. 2024.
https://www.mext.go.jp/content/20241023-mxt_daigakuc03-000038545_04.pdf (2026年8月23日閲覧); 文部科学省. 令和7年度 医学部入学定員増について. 2024.
https://www.mext.go.jp/content/20241023-mxt_daigakuc03-000038545_02.pdf (2026年8月23日閲覧)
10. 厚生労働省. 医療法等改正を踏まえた対応について. 中央社会保険医療協議会総会資料2. 2025年12月24日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001620461.pdf> (2026年8月23日閲覧)

出版社注記

Springer Natureは、掲載された地図における管轄権の主張および所属機関の表記について、中立の立場を維持する。

ライセンス

原著はCreative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0)の下で公開されている。本日本語訳は同ライセンスに基づく翻案であり、原著からの変更は日本語への翻訳および日本語での可読性を確保するための最小限の表現調整である。ライセンス全文: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>