

欧米との比較による日本の医師報酬政策の検討

米本 倉基

(要 旨)

本研究ノートは、医師不足の理由のひとつである病院勤務医（以下、勤務医と呼ぶ）の診療所開業医（以下、開業医と呼ぶ）への転出が、両者の報酬格差にあるとの指摘に対して、わが国と欧米先進国の医師のキャリアとその報酬水準を比較し、政策について検討したものである。

報酬水準の比較は、先行研究にならって、主にOECDによるデータを基に、アメリカ、イギリス、フランス、ドイツの4カ国を対象に、職務形態である専門医と総合医の別、雇用形態である自営医と勤務医の別に日本の勤務医と開業医との間で行った。その結果、自営総合医である日本の開業医の報酬は、著しく高い水準にあること、それに対して日本の勤務医の報酬は低い水準であることが確認され、報酬格差は、転出の理由となっていることが示唆された。

しかし、開業医の高い報酬水準は、比較的軽装備、小資金でグループ開業できる欧米の自営総合医と違い、多額の個人の負債による単独、かつ重装備で開業せざるを得ない日本の開業医の事情を考えれば、初期投資に対する借入金返済後の可処分所得でみると著しく高いとは断言できず、よって、わが国の開業医の報酬の在り方は、直ちに開業医の報酬水準を下げるのではなく、稼働率の低い医療機器などの開業コストを見直す政策を優先すべきであるとの結論を得た。他方、勤務医の報酬水準は高める見直しをする必要があるとし、その条件として過重労働とされる産科、小児科、外科、麻酔科などに従事する病院勤務専門医への報酬加算が、各病院の年功序列型の賃金制度や未整備の評価制度など、硬直的な人事制度に阻害され、本来増額さ

れるべき該当医師に適切に支給されない可能性を、日医総研による調査結果を根拠に示し、経営施策として医師の人事考課制度構築が必要であるとの結論を得た。

1. はじめに

今日、わが国の医療政策と病院経営を考えるうえで勤務医の偏在を含む不足は最も重要なテーマのひとつであるが、その不足理由として、米本は国内の文献リサーチによって因果構造モデル仮説の構築を試みた（2008）¹⁾。

米本の仮説によると、医師不足は、人口に対する医師数の割合が少ない絶対数の不足が主因となっており、加えて、医療の進歩やインフォームド・コンセントの浸透によって患者の医療への期待値が上昇し、対する医師が過剰に上昇する患者の権利意識を敬遠し、ハイリスクの診療科目を選ばなくなったことや、設備や医療スタッフが整い、専門とする症例数が多い都会の病院の方が僻地と呼ばれる病院に勤務するより、技術や知識の獲得や安心感があるとして都市部に集中した地域偏在が理由であるとしている。

また、医師の地域偏在を促進させた制度的な問題として、長年にわたる過剰な医療費削減策と、医師過剰予測を前提とした医学部定員の削減、さらに2004年から始まった新医師臨床研修制度の下で研修医が臨床実績の優れた民間病院を研修先を選び、大学付属病院が地方の病院に派遣をしていた中堅医師を引き上げたことが指摘されている。さらに、近年、女性医師が増加する傾向にあるが、これまで男性医師中心の職場環境であったため、女性医師の結婚、出産、

子育てなどと、医師の激務とを両立させる環境が整っておらず、結果として女性医師が臨床の現場に復帰できず、実際に医療現場で働いている医師の数が減少したのも一因と考えられている。

しかしながら、これらの事情を考慮した対応策として、医師養成の枠を広げたり、不足する地域、診療科目の勤務医の労働環境や処遇への改善策を講じても、勤務医より、著しく報酬が高く、医療リスクが低く、自由に勤務地を選べて、労働時間も短いとされる開業医に転出する、いわゆる「立ち去り型サボタージュ」^[2]といわれる傾向が続けば、それら勤務医対策は期待された効果を発揮しないと指摘が問題となっている。

この勤務医の開業医への転出については、米本がその動機について研究している^[3]。米本は2007年から2008年にかけて188名の勤務医に対するアンケートによって、開業動機は「もっと働きに応じた収入を得たい」など、金銭的動機に対する回答が多かった。

さらに2009年、この勤務医と開業医の労働と報酬格差による勤務医離職の問題は、国の政策として政府の財政制度等審議会が「病院勤務医の厳しい勤務環境及びそれを背景とした医師の病院離れ（開業医志向）がある」^[4]と明確に位置づけ、その対策として「病院勤務医の負担軽減に確実につながるよう、診療所（開業医）に偏っている現状を見直し、病院に対する診療報酬を手厚くすること」が提言され、具体的政策課題とまでなっている。

この政策方針では、前述の米本の研究による、開業が金銭的動機に対する回答が多かったとする結果と概ね一致するが、その一方で、日医総研の調査^[5]では、新規、あるいは承継によって開業した医師の動機が、「収入が魅力的」とする金銭的動機はそれほど大きくないと、米本の研究と異なる報告や、また、家庭医制度が未整備で、紹介制による病院と診療所の機能分化が欧米と比較して未熟な日本では、厳しい患者獲得競争を勝ちぬくために開業医が個人単独で多額の負債による重装備を院内に整える傾向が強くなり、この設備投資分の借入金の返済や償却費を差し引いた開業医の所得は、勤務医より偏って高いとはいえないとの日本医師会の指摘もあり^[6]、財政制度等審議会と対立する見解が示さ

れている。

2. 研究の目的と仮説

以上の議論を受けて本研究では、わが国の勤務医の離職につながるとされる勤務医と開業医の報酬格差を客観的データにより評価する目的で、アメリカ、イギリス、フランス、ドイツの欧米先進国4カ国の医師のキャリアと報酬データを調査し、日本の医師のデータとの比較をおこなった。

3. 研究の方法と定義

3.1 研究の方法

本研究は、医師給与の国際比較の先行研究である江原^[7]、およびOECD Health Working Paper^[8]を参考とし、OECD INDICATORS^[9]のデータからアメリカ、イギリス、フランス、ドイツのデータを引用し、加えて、日本のデータとして厚生労働省統計情報部の賃金構造基本統計調査^[10]、および厚生労働省の医療経済実態調査^[11]のデータとを比較して行った。また、各国の全労働者の平均給与は、欧米についてはOECD Health Working Paperのデータを2004年のPPP=購買力平価で換算して算出し、日本については厚生労働省統計情報部の賃金構造基本統計調査のデータをそのまま引用した。

但し、OECDの賃金データは、各データの情報年が相違するため、その場合は出来る限り近い年で比較分析することとし、属性ごとの平均年齢や性別、国籍、専門分野を考慮しないで比較した。また、日本の開業医の報酬は個人立の無床診療所収支差額とし、医療法人として経営する開業医はデータに含めないで行った。

3.2 自営医、勤務医と総合医、専門医の定義

本研究における日本の開業医、勤務医と比較する諸外国の医師の身分や職務、名称などの選択にあたっては、その国の医療制度や医師法な

どの事情によって異なり、完全な一致は困難であるため、研究ごとに一定の条件決め、類型区分上の定義が必要となる。まず、日本の場合、開業医のほとんどは開設者であるため自営 (Self-employed) とし、勤務医のほとんどが病院との雇用契約を結んでいるため、そのまま勤務医 (Salaried) とし、ほぼ同様の定義で諸外国の医師を自営医と勤務医に別けているOECDデータと比較した。また、総合医と専門医の類型は、国際的に統一された定義がないため、その国の医療関連法規、学位や資格、保険制度などによって区別されたOECDデータをそのまま用い、日本の場合は、開業医を総合医、勤務医を専門医として比較した。さらに総合医は、家庭医、一般医、かかりつけ医など、定義や呼称に統一がないため、本研究では、それらすべてを総合医 (General Practitioners : GPs)^[12]と呼ぶこととした。

4. 調査結果

4.1 アメリカ

4.1.1 医師資格の概要

アメリカでは、医師をDoctor、あるいはPhysicianと呼ぶが、特に外科医はSurgeonとして区別する場合がある。医師資格取得には、医学部ではない4年制の大学学部を卒業した後、さらに4年間の医学校 (Medical School) で医学の学位を取得し、1年間のインターンとレジデンシー (Residency) と呼ばれる卒後研修を3年から6年間受け、認定試験に合格後、一般医となる。卒後研修 (レジデンシー) 教育は、内科医や小児科医を目指す人は3年間、外科医は5年から6年の研修を受ける必要があり、皮膚科、眼科医などのプログラムは募集人数が少ないため狭き門となる。レジデンシーが終わると、内科や小児科は、その時点で総合医になるか、さらに、より専門医療を担う上級専門医になるかを選択する。この上級専門医を目指す場合はフェロシップ (Fellowship) として3年から10年間の研修を受けることになるが、病院に勤務する場合は上級専門医資格を有することが条件となる。上級専門医の資格は、フェロシップを終えた

後、専門医試験に合格して取得できる。

アメリカの医師免許は州ごとの資格審査、試験で、州の医師免許証が発行され、連邦政府の医師免許証は存在しない。医師免許の更新は通常2年から3年ごとにあり、更新時には講習の受講などが必要である。外国人医師であっても米国内で1年から2年の臨床研修を行い、移民査証 (永住権) を取得していれば医師免許証を取得できる^[13]。

4.1.2 総合医

アメリカの総合医は、メディカルスクールの卒業後、総合医療学のレジデンシーとして3年程度の研修期間内に、内科、外科、小児科、産婦人科、行動科学の主な5つの科を中心に、救急などを加えた、ほぼ全科をローテーションし、同時に長期にわたり家族を継続的に診療する経験と、その後の総合医専門試験に合格したプライマリ・ケアの専門医である。したがって、専門医資格を持たない一般医 (General Practitioner) と区別され、厳密には家庭医 (Family doctor) は必ずしも総合医 (Primary Care Physician) ではない。^[14]

4.1.3 専門医

総合医以外の専門医には、レジデンシー終了後、さらにフェロシップ (Fellowship) として2年から3年間の研修を受け、上級専門医試験の合格によって取得できる。すなわち、アメリカの専門医制度は、レジデンシー修了時点の総合専門医 (specialty) 取得後、さらに上級専門科 (subspecialty) へ進むことで取得する。この上級専門医資格は医師免許のような医師がその専門科で医療行為を行うための法的必須資格ではないが、民間保険会社のマネジドケアの影響が強いアメリカでは、上級専門医資格のない医師の医療行為に保険金を支払わないとする条件を付与するケースが多いため、実際の臨床現場では医師免許より、上級専門医資格がはるかに重要視される。この点では、2年間の臨床研修を終えて保険医となれば、原則、診療報酬に制約を受けない日本とは専門医の事情が異なる。

専門医資格は学会と異なる非政府組織の専門科の委員会（Board）が認定し、所定の研修プログラムを修了した後、委員会が定めた専門医試験に合格することで与えられる。この専門医資格も医師免許と同様に数年ごとに更新する必要がある、すべての専門医はほぼ10年ごとに再び専門医試験を受ける必要がある。これはアメリカのあらゆる医師にとって大きな負担で、長期的なキャリアとしては、この専門医更新試験へのチャレンジ意欲が喪失した時点が医師の引退となり、更新制度や定年制のない日本と異なる^[15]。

4.1.4 総合医と専門医の関係

患者は、緊急を要する場合を除いてプライマリ・ケア医（Primary Care Physician=PCP）である総合医を受診し、必要に応じて上級専門医を紹介される。したがって、一般的に総合医はプライマリ・ケアの専門医であるが、専門資格を持たない医師免許のみの一般医も家庭医（Family doctor）となっている場合があり、総合医と家庭医は必ずしも一致しない。一方の専門医はより専門性の高い医師ほど紹介患者の治療にあたることとなり、総合医と専門医、上級専門医は患者の紹介によってピラミッド型の関係を維持する。

教育病院や軍人病院など一部の病院を除いて、アメリカでは一般的に開放型病院であり、院内では、病院と契約している自営医師によって治療が行われる。したがって、レジデンス、および、麻酔医や、救急医、放射線科医以外のほとんどの医師は、病院と直接雇用関係になく、外部委託契約に基づいて行なわれ、医療費は、いわゆるホスピタル・フィーと呼ばれる病院からの請求とは別に、直接医師から患者へ請求されるドクター・フィーによって支払われるため、専門医はその働きぶりに応じて高い報酬を得ることができる。このことから、病院内では上級専門医であっても、回診や手術が終わると隣接している自身の開業オフィスへ移動するなど、日本の勤務医とは勤務スタイルが異なる。また、それら各医師の専門性やキャリアなど情報の多くが医療機関のウェブサイト詳しく紹介され、医師はそれによって患者から選択される^[15]。

4.1.5 報酬

2001年のアメリカにおける全労働者平均給与に対する報酬比は、自営専門医が5.6倍、勤務専門医が4.1倍、自営総合医が3.7倍、勤務総合医が3.3倍であった（表1参照）。また、これを購買力平価（purchasing power parity : ppp）レート換算で年間の報酬額に換算すると、自営専門医が3,220万円、勤務専門医が2,358万円、自営総合医が2,128万円、勤務総合医が1,898万円であった（表2参照）。

4.2 イギリス

4.2.1 医師資格の概要

イギリスは伝統的に大学の権威が高く認められているため、医師資格の国家試験は存在せず、各大学の卒業、すなわち学位が事実上の医師免許となり、すべて国立による原則留年が認められない大学医学部内の教育課程内の試験によって選抜が行われる。医学教育は原則5年制の医学部を卒業した後、政府から独立した委員会組織であるGeneral Medical Council（GMC）に仮登録を行ったうえで1年間のインターン臨床研修を終え、それからGMCへの本登録をもって医師となって、その後に専門診療科でさらに1年間の研修を行う。この2年間の臨床研修医を終えると総合医（家庭医/一般医:General practice）となるか、あるいは病院医（専門医）になるかの進路を選択する。特に、イギリスの医師免許はニュージーランドなどのイギリス連邦加盟国や旧植民地でも認められる場合が多く、国際免許のような性格を持っているため、東南アジア諸国ではこのイギリスの医学部で学んだ医師が多い^[16]。

4.2.2 総合医

イギリスは、NHS（ナショナル・ヘルス・サービス）によって薬剤などの一部負担を除き医療費は原則無料であるが、緊急時以外は、ゲートキーパーと呼ばれる地域内で患者ごとに契約した総合医の紹介がないと病院へアクセスできない

いよう厳しい制限を設けている。総合医は、家庭医と呼ばれ、すべて国家公務員であり、地域住民から選ばれ登録されることによって、眼科、精神科、耳鼻科なども含めて、原則すべてをこの家庭医が担当し、症状に応じて病院や専門医を紹介する。この登録制によるゲートキーパー機能が、イギリスの家庭医の最大の特徴だが、家庭医が不足した地域では、受診の長い待ち時間が大きな問題となり、その対応として外国人医師を多く受け入れたため、家庭医に占める外国人医師の割合が高い^[17]。

4.2.3 専門医

2年間のインターン研修後、専門医を目指すには、中級専門医であるレジストラの指導の下で2年から4年間、ハウス・オフィサーとして研修を行い、この段階で専門医資格を取得して、専門の学会に正式に入会すると中級専門医のレジストラになれる権利を取得できる。その後、レジストラとして定められた研修期間を経て、独立して診療ができる経験を積むと、指導的な役割を担うコンサルタントになる。コンサルタントになると、病院によっては、診療や運営などの方針の決定権を有し、マネジメント機能も担う病院幹部となれる。これら専門医の資格は、それぞれ数が少ない学会がその認定権を有し、入会は狭き門で権威が極めて高い。コンサルタントとして臨床業績を重ねると、学会内の互選によりフェローと呼ばれる上級会員になれ、最も権威のある医師として認められる^[17]。

4.2.4 総合医と専門医の関係

総合医、すなわち家庭医と専門医の職務は明確に区分され、特別に必要性がない限り、専門医がプライマリー・ケアの疾患の治療に従事することはなく、原則すべて診療所の家庭医が一次医療にあたり、必用に応じて家庭医から病院の専門医へ紹介されるゲートキーパー機能が強い^[17]。

4.2.5 報酬

イギリスにおける全労働者平均給与に対する報酬比は、2007年データで勤務専門医が4.3倍、2006年データで自営総合医が4.2倍であった(表1参照)。また、これを購買力平価レート換算で年間の報酬額に換算すると、勤務専門医が2,253万円、自営総合医が2,201万円であった(表2参照)。

4.3 フランス

4.3.1 医師資格の概要

フランスの医師は、高校卒業後、日本の大学受験に相当するバカロレアと呼ばれる大学入学資格試験に合格し、6年間の大学医学部で養成される。医学部の最初の2年間は第一サイクルと呼ばれ日本の医学部教養課程に等しいが、期間中に行われる進級試験は極めて難関で多くの学生がこの時点で医師の道を断念せざるを得ない。その後の第二サイクルは専門的な医学教育をする4年間で、第二サイクル2年次から臨床実習が開始され、国から給与が支給される。第二サイクル終了後、学位論文の提出と臨床分析認定証(CSCT)を取得し、インターン・コンクール国家試験を受験し医学部を卒業する。卒後教育である第三サイクルは、前述のインターン・コンクール国家試験の成績によってコース選抜され、総合医コースは2年半のレジデント研修、専門医コースは4年間のインターン研修を行い、それぞれ総合医、専門医となる。したがって、フランスの医師免許は研修医を含めて8年から10年間の養成期間となり、免許の更新制はないが、医師の生涯教育が義務化されるなど、近年、この医学教育システムの改革が進んでいる^[18]。

4.3.2 総合医

フランスの総合医は、インターン研修時の選抜試験によって、どちらかといえば成績の劣る学生の多くがこのコースで養成されてきたために、専門医と総合医間の身分上の優劣心理を生

み、潜在的な摩擦の要因となっているとされる。フランスでは、2005年より、16歳以上の全ての国民が自由選択によるかかりつけ医登録を義務化した。医師がこのかかりつけ医なるには、イギリスのように総合医の資格制限はなく、病院勤務専門医も、かかりつけ医として選択可能である。しかし、これによってこれまで曖昧だった総合医としての役割や、その重要性が制度上認められ、専門医と総合医の機能が一層明確となり、総合医も専門医の一つとされ、インターン研修が必須となった。尚、小児科、産婦人科、精神科、眼科への受診は、2005年のかかりつけ医制度から除外され、従来どおりフリーアクセスである。一方で開業医数の制限や開業地の指定はないので、医師の地域偏在問題がみられ、日本同様に医師不足に悩む地方自治体は、開業誘致、診療所の無償提供や補助金による助成制度を行い、また、政府も専門医別、研修地別の学生定員増で対処し、今後は、過疎地域への医療活動の遠隔参加や、そのための社会保障費用負担の増額等が検討されている^[18]。

4.3.3 専門医

フランスの専門医は、医学部2年生への進級定員制とインターン研修枠の専門科別定員制などの教育課程内での試験で選抜され、4年間の専門医インターン実習を行うことで養成される。特にフランスの医師はセクター1と呼ばれる保険診療のみを行う保険医、セクター2の保険診療と自由診療の混合診療を行う医師、セクター3の自由診療のみを行うタイプに別れ、セクター1の保険協定医は費用のほとんどを保険からの報酬で受け取るが、混合診療を行う可超過報酬協定のセクター2の医師は、保険協定料金を超過した分を患者から自己負担として受け取ることができる。非保険協定医のセクター3の医師は、ほぼすべての費用を患者の自己負担で受け取るため富裕者層を対象とした民間病院で働く場合が多い^[18]。

4.3.4 総合医と専門医の関係

フランスでは、保険償還自己負担増によって

国民ひとり一人に医療支出に対する責任感とコスト感を持たせる事を目的に、2005年から医療保険改革法によって16歳以上の全ての国民にかかりつけ医(Medecin Traitant)登録を義務化し、総合医のゲートキーパー機能が強化された。これによって、それまで曖昧だった総合医としての役割や重要性が制度上認められ、連携機能が明確となった^[19]。

4.3.5 報酬

フランスにおける全労働者平均給与に対する報酬比は、2006年データで自営専門医が4.4倍、自営総合医が2.6倍であった(表1参照)。また、これを購買力平価レート換算で年間の報酬額に換算すると、自営専門医が1,918万円、自営総合医が1,134万円となった(表2参照)。

4.4 ドイツ

4.4.1 医師資格の概要

ドイツで医師になるには、医学部入学後の2年次で教養試験に合格、3年次に基礎医学の試験に合格して、5年次に臨床医学の一次国家試験に合格し準医師の研修医免許を取得、最終学年次に約1年間の病院での臨床研修を行うと同時に二度目の国家試験合格と卒業論文を完成させて医師の免許と学位が交付される。また、各医師会の権威が大きく、各州の医師会の専門医試験に合格しないと診療科を標榜することが許されない。さらに、1999年から医師の定年制が施行され、68歳になると保険医療を行うことはできない^[20]。

4.4.2 総合医

ドイツでは、専門医と総合医の役割が明確に区分され、総合医の専門資格を有する一般医学専門医にしか開業が認められない。また、総合医であっても開業地域の制限もある。ただし、制度導入以前から専門医資格を有しない一般医に対しては既得権を認め、さらに、サブスペシャ

ルティを持たない内科専門医と小児科専門医にも、内科、または小児科の専門医として留まるか、あるいは総合医となるかが選択できるため、総合医にはこの3種類のキャリアをもった医師がなれる^[21]。

4.4.3 専門医

ドイツでは伝統的に各州の医師会の権威が大きく、専門医制度にも大きく影響を与える。すなわち、専門医になるには、医師会が定める年数の臨床研修を終えたのち、各医師会の専門医試験に合格しないと診療科を標榜することが許可されず、その専門医は約40種類、サブスペシャリティなど試験の対象となる専門領域がその他に約60種類ほどある。さらに生涯研修規則によって、生涯教育が義務づけられ、この規定に達しないときに罰則が適用される。尚、医師は医師会に加入義務があり、任務などは州医療職法で規定され、医師会は州から医師を監督する権限を委譲され、主に医師の倫理管理を行っている^[22]。

4.4.4 総合医と専門医の関係

ドイツでは、人口密度、地域性、住民の年齢、性別、職業などの構成要素や地勢などを配慮して全国約600弱の地域で総合医の定員を設け、地域の総合医の紹介がなければ専門医に直接アクセスはできない。ただし、救急医療は総合医にはすべて救急業務への貢献が義務づけられているうえに、一般病院はすべて救急病院になっており、当直医として必ず内科、外科、産婦人科の専門医が配置され、脳外科、精神科、心臓外科などの専門治療が必要なときは、緊急処置をした上でさらに高次の病院へ転送されるシステムが整えられている。また、総合医の患者を救急で診察した当番医、または紹介によって診察した専門医、病院の医師は診療後、総合医へ結果の報告書の提出が義務づけられるかたちで情報交換がなされる^[23]。

4.4.5 報酬

ドイツにおける全労働者平均給与に対する報酬比は、2006年データで自営専門医が4.1倍、自営総合医が3.3倍であった（表1参照）。また、これを購買力平価レート換算で年間の報酬額に換算すると、自営専門医が1,866万円、自営総合医が1,502万円であった（表2参照）。

4.5 日本

4.5.1 医師資格の概要

日本では、医師法に基づく医師国家試験に合格して医籍登録を完了したものに厚生労働大臣より医師免許が与えられるが、2004年から医師国家試験に合格後2年以上の臨床研修が実質的に義務化された。ただし、日本の医師免許は診療科ごとに交付されるものではなく、すべての診療科における診療行為を行うことが可能で、厚生労働省医道審議会によって医療過誤、犯罪等による資格停止・剥奪を決定される以外は、生涯にわたって有効で、更新制度もない^[24]。また、全国どこでも自由に開業権が認められ、また、ほとんど全ての医療機関は国が統制する国民皆保険診療を行うため、医師は、医師免許に加えてこの保険医の指定を受ける必要があるが、その取得に特に大きな制限はなく、医師はほぼ全員保険医でもある^[25]。

4.5.2 総合医

日本では、これまで医学教育や専門資格としての総合医の育成が不十分だったため、総合医の明確な定義がなされないまま、一般的に医療法に定める診療所の開設・管理者である開業医を諸外国との比較上、便宜的に総合医と位置づける場合が多かった。しかし、眼科、耳鼻科、精神科などを除く開業医の多くは、それぞれの細かい専門分野の資格を持つ医師が、独立自営後に、主に経営上の理由で一般内科を標榜しているだけで、特に総合医としての専門医資格や教育を受けたわけではない場合が多い^[26]。また、自由開業、自由標榜によって、開業して総合医

になるための開業資格や場所に公的な制限はなく、いつでも開業所在地の保健所へ届出すれば開業が認められるので、毎年、病院専門医を経た3,500人から4,000人の医師が、概ね40歳から45歳くらいで開業医へ転出し、その約65%が内科を標榜する総合医となり、その後の定年制は設けられていない^[27]。

4.5.3 専門医

日本における専門医は、各学会から登録医・認定医・専門医・指導医の種別によって認定、付与されるが、法的には専門医の有無で診療制限はない。認定医は、高度な知識や技量、経験を持つとして学会が認定した医師で、研修指定病院での勤務期間や学会、講演会の出席回数を指定したうえで試験を行う場合が多い。それに対して、専門医は、認定医よりさらに高度な知識や技量、経験を持つ医師として学会が認定したもので、学会では5年間以上の専門研修を受け、資格審査ならびに試験に合格することを条件とし、専門医として認定された場合、各学会での所定の手続きを経れば、開業時に専門医であることを広告に掲載することが可能となる。しかし、前述のように、その資格の有無が制度上医師の診療範囲を制限したり、開業権に影響を与えることはないので、病院に勤務する専門医と診療所に従事する開業専門医、開業総合医の区別が不明確で、諸外国との比較においては、日本の病院に勤務する医師を専門医、診療所の開業医を総合医と、便宜的に位置づけなければならない理由がここにある^[26]。

4.5.4 総合医と専門医の関係

主に一般内科を中心に標榜する診療所の総合医と、専門医が勤務する病院とは、医療法、および健康保険法に基づく診療報酬制度によって、機能の分離と連携が国家主導で進められている。これを紹介外来制と呼ぶが、具体的には、開業医である総合医が必要に応じて病院の専門医へ紹介状と呼ばれる診療情報提供書を書くことによって患者の紹介が行われ、特に、大学病院などの特定機能病院では、この紹介状の有無で追

加の費用を患者が負担することになり、費用面でフリーアクセスに制限がかけられている^[28]。

4.5.5 報酬

日本における全労働者平均給与に対する報酬比は、2004年データで勤務専門医が2.6倍、2007年データで自営総合医が5.6倍であった（表1参照）。また、年間報酬金額では、勤務専門医が1,228万円、自営総合医が2,676万円となった（表2参照）^[29]。

4.6 勤務専門医の報酬比較

勤務専門医のデータがないフランスとドイツを除くアメリカとイギリス2カ国の勤務専門医における対全労働者給与比の勤務専門医の報酬水準が平均4.2倍であるのに対して、日本の病院勤務専門医は2.6倍で、これはイギリスの4.3倍より1.7ポイント低く、他の欧米諸国の専門医より著しく低い水準であった。また、金額換算においても、アメリカとイギリスの勤務専門医平均2,306万円に対して、日本の病院勤務専門医は1,228万円で、これは最も高いアメリカの2,358万円よりマイナス1,130万円で約2分の1の水準であり、日本の勤務医の報酬水準が諸外国より低いことが明らかとなった。

表1 医師報酬の国際比較（比率）

	医師報酬の国際比較（比率）			
	全労働者平均給与を1とした医師の年間報酬比率			
	総合医（GP）		専門医（Sp.）	
	自営	勤務	自営	勤務
アメリカ	3.7	3.3	5.6	4.1
イギリス	4.2	—	—	4.3
フランス	2.6	—	4.4	—
ドイツ	3.3	—	4.1	—
日本	5.6	—	—	2.6

出所：OECD INDICATORS Health at Glance 2009年版より引用した。但し、日本の医師報酬は、厚生労働省統計情報部「賃金構造基本統計調査2004年」および厚生労働省「医療経済実態調査報告2007年無床診療所収支差額」による。尚、データ年は、アメリカ2001年、イギリスGP2006年—Sp2007年、フランス2006年、ドイツ2006年、日本GP2007年—Sp2004年である。

表2 医師報酬の国際比較（金額）

	医師報酬の国際比較（金額）			
	ppp換算年間報酬額（単位：万円） ^(注1)			
	総合医（GP）		専門医（Sp.）	
	自営	勤務	自営	勤務
アメリカ	2128	1898	3200	2358
イギリス	2201	—	—	2253
フランス	1134	—	1918	—
ドイツ	1502	—	1866	—
日本	2676	—	—	1228

出所：OECD INDICATORS Health at Glance 2009年版より引用した。但し、日本の医師報酬は、厚生労働省統計情報部「賃金構造基本統計調査2004年」および厚生労働省「医療経済実態調査報告2007年無床診療所収支差額」による。尚、データ年は、アメリカ2001年、イギリスGP2006年—Sp2007年、フランス2006年、ドイツ2006年、日本GP2007年—Sp2004年である。

（注1）各国の全労働者の平均給与は、OECD Health Working Paper No.41のデータをppp＝購買力平価の2004年\$1＝134円で換算、および日本は厚生労働省統計情報部「賃金構造基本統計調査2004年」のデータによる次の金額を用いた。全労働者の平均給与（万円：年）；アメリカ＝575（2003）、イギリス＝524（2004）、フランス＝436（2004）、ドイツ＝455（2004）、日本＝472（2004）とした。

4.7 自営総合医の報酬比較

欧米4カ国の自営総合医の報酬水準が、全労働者給与対比で平均3.5倍であるのに対して、日本の自営総合医のそれは5.6倍で、これは最も高いアメリカの3.7倍より1.9ポイント、最も低いフランスの2.6倍より3.0ポイントと2倍以上高く、また、金額換算においても、欧米4カ国の自営総合医平均1,741万円に対して、日本の自営総合医は2,676万円というように、これは最も高いアメリカの2,128万円よりもプラス548万円、最も低いフランスの1,134円よりもプラス1,542万円と突出して高い水準であり、日本の開業医の報酬水準は諸外国より極めて高水準であった。

5. 考察

5.1 日本の病院勤務医の報酬水準が低い理由

このように日本の病院勤務医の報酬が低い理

由のひとつとして、欧米と異なるわが国独自の医師のキャリア事情が考えられる。欧米では、医学生、もしくは臨床研修時など、比較的若い年齢で試験や適性による総合医と専門医のキャリアコース別けが制度として行われるのに対して、日本の開業医の多くは、専門医と総合医の制度的なコース選択を受けることなく、ほとんどすべての医師が臓器別の専門医として養成されたのち40歳を過ぎて自営業となることで開業医となる。そして、その多くの自営医が、一般内科を標榜することで、実態として総合医、家庭医、かかりつけ医と呼ばれるようになる^[27]。

この総合医養成の遅れは、従来の日本独特の大学医局制度にその理由があると言われ、これまで日本の医師は、各大学医学部の医学分野の講座である医局と呼ばれる非公式の組織に管理され、医局は教授を頂点とし、研究、および昇格、異動などの人事と能力開発や育成教育などを担ってきた^[30]。したがって、医師が米国のようにオープンなティーチング・ホスピタル制の中から自らの意思でキャリア・アップの場を選択し、選ばれる労働環境とは異なり、日本の医師は一旦医局に所属すれば、自分でキャリアを選択することなく、限定された専門領域の医局の命令で関連病院に派遣され、国立病院に勤務すれば国家公務員、公立病院に勤務すれば地方公務員、私立病院に勤務すれば法人職員、大学では研究生や大学院生など、派遣先ごとに身分が曖昧となり、よって自ら報酬水準を雇用先と交渉する権利意識が薄れ、その結果、医師のプロフェッショナルな労働市場は形成されず、医局への強い従属意識によって報酬が低く抑えられたのではないかと考えられる。

5.2 日本の開業医の報酬水準が高い理由

日本の総合医、すなわち開業医の報酬は比較欧米4カ国より突出して高い水準となっており、これが前述の医局制度によって低く抑えられた病院専門勤務医の金銭的インセンティブを刺激し、勤務医から開業医への転出の原因のひとつとなっていることは十分に示唆される。しかし、欧米とのキャリアの比較から、直ちに日本の開業医の報酬水準を下げるべきだとする政策は早計ではないかと考える。その理由として、日本

の開業医の多くが、40歳から45歳で第二の人生として自営開業する場合がほとんどであるため、年功色の強い日本の報酬カーブでは教育費など生活費がかかるこの世代の報酬は世間相場として最も上昇しなければならない。したがって、職務給制度の下で比較的世代間の報酬の偏りが少なく、かつ、幅広い世代に総合医が分散している欧米国の平均報酬と比較すれば、平均年齢の高い日本の開業医の報酬は高くならざるを得ないと考える。

また、日本の開業医は専門志向が欧米より強い^[31]、開業時の医療機器などが、高度で重装備の設備投資となり、一般的に、内科で開業する場合、医療機器設備のみで初期費用として、レントゲンや心電計、エコーや内視鏡など、3,000万円程度必要とされており、これに土地と建物の取得費用を加えると1億円から1億5千万円の資金が必要とされている^[32]。それに対して、欧米の総合医は、いわゆるオフィス開業が一般的で、検査や治療は、診療所では実施しないため、開業時の設備費用は日本に比べきわめて小額となる^[18]。また、日本の開業医が、自宅を併設するため、多くのケースで土地の購入を伴い、多額のローンを金融機関から借り入れて開業するといわれている^[33]。したがって、日本の開業医の多くが、45歳前後から10年程度でこの開業に伴う借入れ元本の返済義務を負っており、その返済費用を報酬水準から控除すると、報酬水準は、必ずしも高額とは断言できない。

さらに、欧米の総合医の間では、医師が相互に共同するグループ開業化が進んでおり、事務や設備の共同化によってコスト低減効果と、勤務時間を補完しあうことで加重労働を回避できる機能を持っている。これに対して、日本では、単独開業の文化が根強く、グループ開業は、最近、一部ショッピングモールやビルテナントで散見されるものの、普及が不十分で、また、内容的にも単なる場所の集積で、特に勤務時間のローテーションを組むまでには至っておらず、前述の借入金返済の重圧と、職・住一体型の日常的な緊張感によるストレスの見返り要求が、これまで高い報酬を求める理由となってきたと考える^[34]。

6. 提言

本研究の目的に対して考察結果を踏まえて、以下のような提言をおこなう。

6.1 開業医の報酬を短期的に下げる政策について

開業医の報酬が欧米諸国より高水準であることを理由に、それを短期的に大幅に下げると、考察で述べた高額の開業初期費用を金融機関からの借入れで賄う働き盛りの若手開業医の財務を直撃し、経営破たんを促進させる危険が排除できない。また、すでに開業・廃業が均衡している状態で、開業件数を全国一律、かつ短期的に抑制すれば、医師が不足する地方開業医の高齢化と新たな開業医不足によって僻地医療の崩壊をさらに加速させる危険があり、開業医報酬水準の抑制は診療科別、地域別にその事情を十分に加味した慎重な対応が求められる。特に、高い報酬にならざるを得ない理由と考えられ、重複が著しく稼働率が低い開業医の多額の医療機器への設備投資になんらかの施策が優先され、欧米諸国のような初期費用のかからないグループ・オフィス開業を日本に普及させるべきと考える^[35]。

6.2 勤務医の報酬を短期的に上げる政策について

日本の勤務医の報酬水準は欧米諸国に比べ低く、その水準アップは不可避であるが、具体的な病院経営の賃金施策では、さらに検討の余地がある^[36]と考える。というのも、2004年の日医総研の研究報告^[37]によると、日本の病院の人事制度は、いまだ年功主義が強く、それは設立の古い伝統ある病院ほど強い傾向があり、特に公立病院の年俸制は進んでいないとしている。また、人事考課も77.2%の病院で整備されておらず、医師が自らの労働を適正に評価する交渉の場がほとんどない実態も明らかになっている^[37]。

したがって、政府の政策的な補助金や診療報酬での加算による勤務医へのインセンティブ投資が、このような硬直的な病院の人事制度を通

過する過程で、必要な医師に適切に配分されない危険があり、早急に医師の労働評価の仕組みを整備する必要があると考える。

そういった意味で、現在、多くの病院で導入が進んでいる病院版バランス・スコアカード(BSC)の人事評価への反映や、欧米で導入が進んでいる、臨床指標や患者満足、IT化の指標を測って、成績のよいところに診療報酬上のボーナスを与えるP4P (Pay for Performance : 医療の質に基づく支払い方式)制度の仕組みがその参考モデルになると考える^[38]。

7. 本研究の限界と課題

本研究には、以下のようないくつかの限界と課題がある。まず、OECDの報酬にはデータの比較年に差異があつて、かつ各国の報酬の定義が曖昧であるため比較の厳密さに欠けることを指摘しておかねばならない。また、各国の医師のキャリア事情によって総合医、専門医になれる実際の年齢に差があること、為替レートによる金額換算の水準変動を十分に加味していないし、雇用形態に影響があるはずの性別も検討の対象とはしていない。また、国内の地域格差についても分析には反映されていない。また、多くの国が、外国人医師を受け入れ、その割合も高いと推測できるが、その役割も含めた医師の国籍を検討していない。さらに日本のように臨床医と研究医の区別が曖昧にもかかわらずそれを十分に検討していない。特に最も重要であるはずの診療科別のデータを得る術がなく、その点も大きな課題である。

本研究の目的は、日本の勤務医と開業医間の報酬水準とバランスの在り方を求めるものであるが、今回の欧米データとの比較によって、報酬水準とバランスの実態を概観でき正の方向性を捉えることができた。今後は、さらに、診療専門科、地域、年齢などの属性別のデータ収集を図り、同時に勤務時間やストレスなどの労働との関係を加えて研究を進めたいと考える。

8. 謝辞

本研究は、2010年の第174回東海病院管理学

研究会、兼287回日本医療・病院管理学会例会における発表に加筆と修正を加えて研究ノートとしてまとめたものである。この諸外国との比較から医師の報酬を研究する視点など、多くの助言をいただいた同志社大学大学院博士後期課程の指導教員である久保真人教授に深謝申し上げます。

尚、本件は平成22年度文部科学省科学研究費(基盤C)の「産科勤務医不足対策のための労働と賃金バランスに関する研究」(代表; 米本倉基)の助成によるものである。

〈引用・参考文献〉

- [1] 米本倉基「医師不足の要因に関する因果構造モデル仮説への試み」『岡崎女子短期大学研究紀要』第41号,2008年,93-98ページ。
- [2] 小松秀樹『医療崩壊』朝日新聞出版,2006年,158ページ。
- [3] 米本倉基「文部科学省科学研究費補助による開業動機の解明による勤務医の退職防止マネジメントの研究結果」2008年。
- [4] 財政制度等審議会「平成21年度予算の編成等に関する建議」,2008年,15ページ。
- [5] 前田由美子「開業動機と開業医(開設者)の実情に関するアンケート調査」(日本医師会総合政策研究機構)2009年,19ページ。
- [6] 社団法人日本医師会「財政制度等審議会での検討に対する日本医師会の見解」-2007年11月5日財政構造改革部資料、社会保障(2)(医療関係)について-定例記者会見資料,2007年11月7日,15-16ページ。
- [7] 江原朗「医師給与の国際比較」『日医雑誌』(日本医師会)第139巻第1号,2010年。
- [8] OECD Health Working Paper No.41,pp.16,21。
- [9] OECD INDICATORS Health at Glance 2009,pp.71。
- [10] 厚生労働省統計情報部「賃金構造基本統計調査2004年」。
- [11] 厚生労働省「2007年医療経済実態調査報告」の無床診療所(総数)取支差額。
- [12] 水野肇「総合医時代の到来(上)」『社会保険旬報』No.2421,2010年,15ページ。
- [13] 石川義弘『市場原理とアメリカ医療』医学通信社,2007年。
- [14] 二本良夫『アメリカ開業医はつらいよ!』克誠堂出版,2009年。
- [15] 伊原和人「日医総研米国レポート・メディケアとマネジメント」(日本医師会総合政策研究機構)1999年。

- [16] 渡辺満『イギリス医療と社会サービス制度の研究』溪水社,2005年。
- [17] 森臨太郎『イギリスの医療は問いかける』医学書院,2008年。
- [18] 奥田七峰子「フランスにおける医師業務資格」『日医総研リサーチエッセイ』(日本医師会総合政策研究機構)2004年。
- [19] 秦温信「フランスの医療制度改革に学ぶ」『社会保険旬報』No.2424,2010年,19ページ。
- [20] 岡嶋道夫「ドイツの部長医契約、病院開設者、医局構造」
URL:<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/>,2010年11月19日。
- [21] 岡嶋道夫「ドイツの医療制度について」
URL:<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/>,2010年11月19日
- [22] 岡嶋道夫「専門医の認定に必要な手続」
URL:<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/>,2010年11月19日
- [23] 岡嶋道夫「ドイツの開業医定員制」
URL:<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/>,2010年11月19日
- [24] 医師法および医師施行規則。
- [25] 医療法第7条。
- [26] 水野肇「総合医時代の到来(下)」『社会保険旬報』No.2422,2010年,18ページ。
- [27] 厚生労働省「2008年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」14ページ。
- [28] 健康保険法に基づく保険外併用療養費制度。
- [29] 厚生労働省統計情報部,統計資料「賃金構造基本統計調査2004年」および厚生労働省「医療経済実態調査報告2007年無床診療所収支差額」。
- [30] 池上直己, J.C.キャンベル『日本の医療』中公新書,1996年,53ページ。
- [31] 寺崎仁, 第12回日本グループ診療研究会総会,特別講演「わが国におけるグループ診療の課題」2007年。
- [32] 米本倉基編著『医院開業ハンドブック』日本医療企画,2003年,73ページ。
- [33] 米本倉基「診療所参入意思決定モデルの一考察」『岡崎女子短期大学研究紀要』第38号,2005年,65-72ページ。
- [34] 崎村泰斗『開業医崩壊』蜜書房,2008年,277ページ。
- [35] 大道久,日本グループ診療研究会設立10周年記念講演会「グループ診療への流れは当然」『日本医事新報』No.4158,2004年。
- [36] 日本医師会総合政策研究機構他,調査報告書「人事制度の現状と課題-人事制度改革にむけて-」2004年。
- [37] 日本医師会総合政策研究機構他,調査報告書「人事制度の現状と課題-人事制度改革にむけて-」2004年,32,47ページ。
- [38] 医療の質に基づく支払い研究会編『P4Pのすべて-医療の質に対する支払方式とは』医療タイムス社,2007年。