

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成25年5月1日現在

機関番号：33916

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2010～2012

課題番号：22590496

研究課題名（和文）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

研究課題名（英文）Labor and wage for the insufficient obstetrics medical doctor in hospital

研究代表者

米本 倉基（Yonemoto Kuramoto）

藤田保健衛生大学・医療科学部・准教授

研究者番号：10390048

研究成果の概要（和文）：本研究によって日本の開業医の報酬が欧米諸外国に比べ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から報酬格差は、開業医への転出の理由となっていることが示唆された。しかしその一方で、我が国の開業医は多額の個人の負債をかかえて、単独、かつ重装備で開業せざるを得ない事情を考えれば、直ちに開業医の診療報酬水準を下げるのではなく、むしろ勤務医の報酬水準は高める見直しと、それを公平に分配する医師の人事考課制度構築が必要であるとの結論を得た。特に産科で増加が著しい女性医師へのワーク・ライフ・バランス支援政策の必要性が浮き彫りとなり、発展的な研究を進め、女性医師は、高い賃金を求める傾向よりは、子育て等の家庭との両立を求める傾向が強く、託児室や病児保育の充実や時短勤務、フレックス制の導入、当直選択制のさらなる制度促進が求められており、とりわけ産科を含めた外科系の診療科目においては、複数主治医（チーム医療）と公正な人事評価制度の導入が労働と賃金のバランスが今後のマネジメントで重要であると認められた。

研究成果の概要（英文）：Because the reward of the Japanese medical doctor in hospital was a low standard, it was suggested for thing, it which were in the standard that the reward of the Japanese medical practitioner was remarkably higher in than Europe and America foreign countries by this study that it was with a reason of the transference to a medical practitioner as for the reward difference. However, on the other hand, the medical practitioner of our country had a large amount of personal debt, and, as for the reward standard of the medical doctor in hospital, the performance rating system construction of the doctor who distributed review and it to raise fairly got a necessary conclusion rather than lowering the medical treatment reward standard of the medical practitioner promptly alone if and I thought about the circumstances that I couldn't but open with heavy equipment. The need of the work life balance support policy to the woman doctor that increase was remarkable was highlighted in obstetrics in particular, and went ahead through the progressive study, and a tendency for the coexistence with home such as the child care was stronger than the tendency for a high wage, and enhancement and reduction of working hours duty of the day care room and illness child childcare, introduction of the flex system, the further system promotion of the duty choice system were demanded from the woman doctor, and it was admitted that labor and the balance of the wage were the future management, and the introduction of the plural number chief physician (team medical care) and a fair personnel evaluation system was important in the surgery specialities that, in particular, was able to include obstetrics.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2010年度	1,800,000	540,000	2,340,000
2011年度	500,000	150,000	650,000

2012年度	600,000	180,000	780,000
総計	2,900,000	870,000	3,770,000

研究分野：医師薬学

科研費の分科・細目：医療社会学

キーワード：医師不足対策

1. 研究開始当初の背景

社会的な問題となっていた医師不足、中でも産科医不足は深刻さを増していた。本代表研究者は平成19年度から2年間の科学研究費補助金（基盤研究C）研究における病院勤務医不足の対策を目的とした「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」によって、いわゆる「立ち去り型サボタージュ」と呼ばれる病院勤務医の開業医への転出が「もっと働きに応じた収入を得たい」との不満から発生しているとの結果を得ていた。このことから、この産科医不足の解決策として、病院勤務医が感じる働きぶりの応じた収入（賃金）の不満をいかに軽減するか、賃金水準と労働のバランスを示すことの必要性が求められた。

2. 研究の目的

本研究はわが国の医師、特に不足が深刻化する産科医対策として実施されつつある適正な医師報酬について、医師が「仕事に見合った賃金である」と納得感が得られる賃金水準を示すことで、勤務医師がバーンアウト（燃え尽きる）して安易に開業医へ転出することなく、キャリアに応じて高い意欲を維持し勤務できる各病院の人事制度のあり方を示すと同時にその財源としての診療報酬政策への提言を示すことを目的とした。

3. 研究の方法

本研究の方法として、報酬に関しては、厚生労働省、およびOECDのデータの分析、一方の労働に関しては、医師へのインタビュー調査によって得られたテキストデータに質的分析を加え、それを総合的に考察する方法で行った。

4. 研究成果

本研究によって、欧米との比較から日本の病院勤務医の報酬水準が低いことが明らかとなった。その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。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。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。

それに対して、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た。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ため、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。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。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に伴い、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。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。

以上の結果を踏まえて、以下のような提言を行った。第一に、開業医の報酬を短期的に下げ的政策については、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。

第二に、勤務医の報酬を短期的に上げる政策については、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と考えられる。というの

も、2004年の日医総研の研究報告によると、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。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。

これらの研究を踏まえて、特に増加が著しい女性医師のワーク・ライフ・バランス支援策について以下の提言を行った。

わが国では、深刻な医師不足と言われるなか、その一翼を担う女性医師は、出産や育児など家庭の事情により離職を余儀なくされることや、女性医師が男性医師よりも労働環境の劣る病院から診療所へ早期に開業転出する割合が高いことから、増加する女性医師の生涯における労働力が男性医師より劣ることを根拠に、国の必要医師数を性差の割合予測によって調整がなされるなど、医師の労働環境の問題を、女性医師の増加にその矛先を摩り替える風潮がある。なかには、医学部の女性入学者数を抑制するために入学試験内容の変更を検討すべきだとする極端な発言が一部の大学医学部関係者から公の場であったり、また、深刻な医師不足に悩む一部医療機関の現場で、出産や育児中の女性医師を特別に優遇する一過性で緊急避難的な離職防止策によって、新たな負担を強いられた男性医師から「単なるあまやかし」などと、かえって職場の性差対立を増加させてしまう問題が指摘されるなど、医療現場における女性医師増加への対応には混乱が生じている。このような現状に対して、2008年時点、日本の女性医師の割合は全医師の18.1%で、国際的にはその割合が最も低い国のひとつであるが、近年の急激な割合の増加を考慮すれば、その対策は急務の課題と言えるだろう。よって、医師不足の解消には、病院女性勤務医にとって、結婚・出産・育児と医師のキャリアを両立可能なワーク・ライフ・バランスの環境整備を支援する制度の早急な整備が、わが国の医療の緊急な課題であると考えられる。

この課題に対して、一部の先進的な医療現場で、男性医師も含めた医師のワーク・ライフ・バランスの環境整備に取り組み、効果をあげている病院事例も散見されるが、特に、多くの女性医師が、所得が高く多忙な男性医師と結婚するため、収入に対するインセンティブが働きにくく、また、パートナーである男性医師側も、自分の家事、育児の負担が増えるので、強いて復職し常勤医となることを妻である女性医師に求めないために、既婚の女性医師が、非常勤医師やパート勤務を選ぶ現実的な意識や行動に対して、医療界全体として魅力的な復職支援制度を提案できているとは、とうてい言い難く、わが国全体の女性医師の就業率のアップに繋がる有効なマネジメント方法を早く開発しなければならない。さらに、今回のレビューで女性医師の教育・養成現場にも一層の改善が必要であることが解った。すなわち、多くの女性医学生や女性研修医が、身近にワーク・ライフ・バランスを上手にこなす、普通に手本となるロール・モデルを求めているにもかかわらず、その臨床教育における現実には、従来の男性医師中心の教育環境の下で「医師たるもの、個人的な娯楽や家庭の犠牲は当然であり、長時間勤務した医師が、高い成果と地位を得られる」という古い勤労モデルから脱皮しきれず、多くの中堅女性医師が、結婚、出産、キャリア、家族のいずれかを諦めるか、あるいは、超人的な努力で家庭と仕事を両立させるスーパー・ウーマンになるかの二者択一的な選択を迫られる姿がある。これに将来の自分の姿を重ねる若手女性医師らは、自身のワーク・ライフ・バランスを、低く見積もったパフォーマンスで均衡させる、すなわち、医師としてのやりがいより、無難な診療専門科を選ぶ傾向にある現状が浮き彫りなり、その点において、女性医師のキャリア選択に大きな影響を与える教育、養成現場の責任は重大で、アメリカがそうであったように、まずは、アカデミックな大学医学部が医療職のワーク・ライフ・バランスの手本を示す必要があることを示した。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計3件)

- ① Kuramoto Yonemoto, Review of Policy to Support Work-life Balance for Female Hospital Doctors, Bulletin of OKAZAKI WOMEN'S JUNIOR COLLEGE Vol.XL VI March, 2013, pp25-35
- ② 米本倉基, 我が国における女性医師の現状 - 諸外国との比較を踏まえて -, 同志社政策科学研究第13巻2号, 査読有、

2012、pp.109~125

- ③ 米本倉基, 欧米との比較による日本の医師報酬政策の検討、同志社政策科学研究、査読有、第12巻2号, 2011、pp. 119~130

[学会発表] (計1件)

- ① 米本倉基, 医師不足時代の賃金、第287回日本医療・病院管理学会例会、名古屋国際会議場、2010年7月24日

[図書] (計0件)

[産業財産権]

○出願状況 (計0件)

名称：
発明者：
権利者：
種類：
番号：
出願年月日：
国内外の別：

○取得状況 (計0件)

名称：
発明者：
権利者：
種類：
番号：
取得年月日：
国内外の別：

[その他]

ホームページ等

6. 研究組織

(1) 研究代表者

米本 倉基 (Yonemoto Kuramoto)
藤田保健衛生大学・医療科学部・准教授
研究者番号：10390048

(2) 研究分担者

真野俊樹 (Mano Toshiki)
多摩大学・総合リスクマネジメント研究所・教授
研究者番号：20327886