職業としての医師５ 医師の進路（その２）、「医療経営情報」（ミクス書籍）、No.143、2003-04、 PP.50-53

職業としての医師５

医師の進路（その２）

■専門医資格が開業条件

「アメリカでドクターが開業するには、クリニックを開くだけでいい。入院施設は要らない。クリニックで診た患者さんに入院治療が要る場合には、前もって契約している病院に入院してもらい、そこへドクターが出向いていって診察し指示を出して治療をするのだそうですね。外科の開業医が自分の患者を手術したければ、契約している病院の病室や手術場を自在に使うことが出来るとも聞きましたが、これは本当ですか？」

国内の某医学部を卒業間近のＡ君は、アメリカの開業医に特別な関心をよせている。

「その通りだよ。アメリカの殆どの病院はオープンシステムだから、開業医に自在に利用してもらう仕組みになっている。大学病院などで一貫した医学教育を目的としているところでは、フルタイムのスタッフ以外、開業医には利用を許さない病院も一部にはあるがね。研修の終わったあと開業を計画している医師は、まず、場所を選んでクリニックをひらく。大抵のコミュニティにはメディカルセンターと称するクリニック専用の貸しビルがあって、これを利用すると自分で地所を手配し建物をたてる必要はない。こうした貸しビルは、受付・秘書・ナース・電話・待合室・検査室などすべて込みで、決まった曜日や時間貸しをしてくれるので、ニッポンで開業するのと比べると投下資本と手間は比較にならないほど少なくて済む。

クリニックの手配が済んだら、地域にある幾つかの病院と施設利用の契約を結ぶ。病院は医療施設の評価認定を専門に行っている医療施設合同認定機構 (JCAHO) の規定によって、外科や内科など専門科の専門医資格のない医師と契約してはならないことになっているから、研修を終了して専門医試験に合格した医師でないと開業はできない。もし仮に、病院がこの規則に反して専門医資格のない医師と契約すると、医療施設としての認定を失ってしまう。合同認定機構の認定を失うと、州から病院経営の認可がおりない。認可の無い病院の診療活動に対して、健康保険会社は医療費の支払いを拒否するから、病院は経営不可能となって閉鎖においこまれる。こうした監査機構の連鎖機能によって、医療の質が維持されるように仕組んであるのだ」

■スキルの対価

「開業するのに、専門医資格がいるとは知りませんでした。アメリカでは麻酔科や放射線科や臨床病理などでも開業医が要ると聞いたのですが、どんなスタイルで開業が成り立つのでしょう？」

「麻酔科医や放射線科医は病院の手術場やエックス線室が仕事場だから、自分のクリニックを持たない人もいる。麻酔料やエックス線写真の読影料を収入源としているのだから、開業医にかわりはないのだ」

「そこが判りません。開業の本拠地たるクリニックを持たないで開業医といえるのですか」

「アメリカの医師は、開業医や勤務医の区別なく、診療に提供したスキルに見合う代価を患者さんまたは健康保険会社から、直接医師個人に支払ってもらう。これを唯一の収入源としている。州立大学の外科や内科の教授でも、おなじこと。もらったスキルの代価は一旦所属の科に納めて、その会計から給料として支給される。だから、麻酔科医は麻酔料、放射線科医はエックス線写真の読影料が収入源なのだ。

職業としての医師 5 医師の進路（その 2）、「医療経営情報」（ミクス書籍）、No.143、2003-04、 PP.50-53

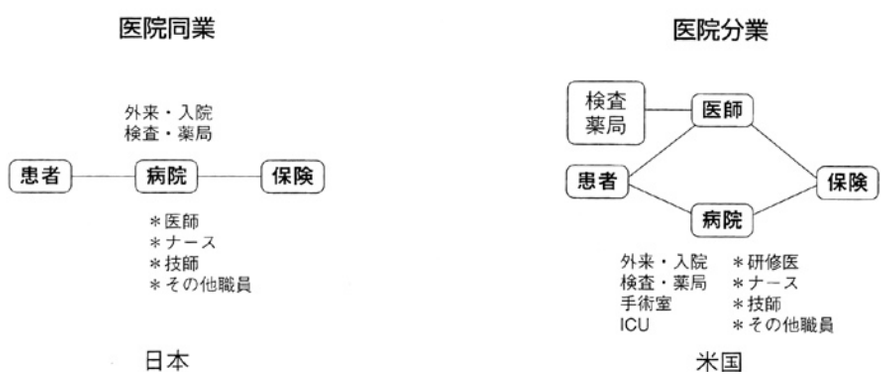
アメリカの病院は患者さんたちが医療サービスを受けるための宿泊施設・看護サービス・給食サービス･医療設備などを整え、専門医師団に診療活動の場所を提供する業務と理解すればいい。この医療サービスの形態は昔からオープンシステムと呼ばれている。オープンシステムのもとでの病院と医師の関係は、いわばデパートとそのフロアを借りて営業するテナントだと思えば理解できるだろう」

■「医院同業」の現実

「ニッポンとアメリカでは、医療サービスの仕組みはまったく違うのですね。そこのところを、もう少し詳しく説明していただけませんか」

「日米医療サービスの違いを図に示したから、これを見ながら解説しよう。ニッポンの患者さんは、病気になると病院の外来に行って診てもらう。" 何科の誰々医師 " などと指名して予約を取る必要はない。余談だが、ニッポン国民の間では、国公立でサイズの大きい病院ほど優れた医師が集まっているという信仰がはびこっているから、大げさなほどよくはやる。診察のあと検査を済ませ、薬をもらい、会計で診察料の一部負担を支払い、" お大事に " の声におくられて帰途につくというのが、通常の受診パターンだ。

●日米医療サービスの比較



しかし、病状によっては入院検査に続いて手術ということもある。いかなる場合でも、それぞれの患者の診療にかかった費用は、保険医療機関である医院または病院が、施設として医療費支払い団体に請求し一括支給を受けるというシステムである。医院または病院はこうして得た診療報酬のなかから、それぞれの医師に給与を支給する。たとえ自営の医院であっても、医師は診療行為に対する診療報酬を個人として受けることはできない。

医師の診療行為の内容は、院内では給与として金銭的評価の対象となり得るが、患者あるいは支払い団体から直接金銭で評価を受けることはない。このスタイルの医療サービスでは、医師と病院を一体とみなして診療報酬が支払われるから、わたしはこれを医院同業と呼んできた。医院同業のもとでは、医師のインセンティブは病院の経営に加担して生ずる仕組みである。つまり病院の収益があがるように努力すると、医師のサラリーもふえる。日常の診療では、入退院の決定をはじめ、検査・処置・薬剤・手術の選択をするのは医師である。病院の増収でインセンティブを得ている医師が経営に加担すると、増収のため診療内容に手加減を加えると考えるのは自然だろう。いや、そんなことはない。医師は良心にもとづいて判断を下すものだと永年いわれてきたが、そんな理屈を誰が信じるものか。その証拠は、30 日をこえるニッポンの平均在院日数だ。医院同業を排している他の先進諸国のそれが 10 日以内であることを勘案すると、飛び抜けた在院日数の元凶は、医院同業にあるのが判るだろう」

「なるほど。そういわれるとよく判ります」

職業としての医師 5 医師の進路（その 2）、「医療経営情報」（ミクス書籍）、No.143、2003-04、 PP.50-53

■「医院分業」

「アメリカでは、医療サービスの歴史は当初から、医師と病院は別物として発展してきた。つまり医院分業だ。医師は診察・回診・処置・検査判定・手術・処方など医師の知験にもとづくスキルを患者に提供し、その代価を患者が加入している保険会社に請求する。病院はそれとは別個に、入院施設･設備･機材・薬剤の使用料を利用者である患者に請求する。すなわち、医療費の請求および支払いは医師と病院が別個の二本建てになっているのだ。

スキルを提供した医師が、たとえば大学病院の常勤医師であっても、このシステムにかわりはない。診察・回診・手術料は当事者である医師が患者の加入する保険会社に直接請求する。入院料・検査実費・薬剤・材料費・手術場使用料・ICU など特殊ケア料金などは、病院が別途請求する。この際、医師は病院の経営に参加してはならないと法律で禁じられている。医師が病院経営でインセンティブを得ると、医院同業でのべたように、診療内容に恣意が入る可能性があるからだ。李下に冠を正さずだ」

「なんのことですか？」

「疑われることはするなということなのだ。医院分業のアメリカでは、医師たちは患者さんの入院期間を長々とひっぱっても、病院の収入になるだけで、自分には何の得にもならないから、病気がよくなると直ちに退院させる。だから、平均在院日数は 7 日ほどなのだ。ニッポンの医療は検査漬け、薬漬けといわれる。これも、深く掘り下げていくと、その根源は医院同業にある」

「医院同業が医療の形態にそれほど関与するとは考えてもみませんでした」

■制度がスキルを高める

「医院同業のもう一つよくないところは、医師のスキルの向上を阻害するところなのだ。医師は常日頃研鑽をつんで、患者さんに良質な医療サービスを提供するよう、努める義務がある。これは誰にでも理解できる。だが、自己研鑽をつむことに、いまのニッポンシステムでインセンティブはあるのかと考えてごらん。医師のスキルを金銭的に直接評価するシステムになっていない。逆にいうと、スキル不足の医師が病院という組織に潜んでいれば、摘発もされないし、制裁を受けることもない。この悪平等の下では、優れたスキルの持ち主である医師は逆差別を受ける。これがいまのニッポンでは、医療荒廃の源なのだ。

医院分業にすると、医師にとってはスキルに対する代価のみが収入源だ。スキルを持たず、磨いてもいない医師は社会的にも経済的にも淘汰される。アメリカの医療社会で、医師として生存するためには、毎日自分のスキルを点検して、不足があれば勉強せざるを得ない。人の生死に関わる仕事なのだから、それくらいの厳しさがあって当然なのだ」

■報酬は手術代から

「ボクは卒業したらアメリカで研修して、そのあとも、アメリカで医者をしてみたいと漠然と考えていましたが、それほど厳しさに違いがあるとは、思いもよりませんでした」

「表 1 を見てごらん。アメリカで心臓胸部外科医になるためには、一般大学 4 年、医学部 4 年、一般外科研修 5 年､心胸外科 2 年で､高校卒業後 15 年かかる。そして心胸外科の研修医最終学年のサラリーは年間 500 万円だったのが、一夜あけて大学のスタッフ外科医になると、一番若手でもとたんに 5 倍以上の 2700 万円にはねあがる。こんな給料の財源がどこから出るかというと、スタッフの稼いだ手術料からだよ。開心術だと手術スキルの代価 (手術料) が 1 例 80 万円見当だから、1 年間に 40 例も

Doctrina
Theses & Articles

表 1　大学病院の医師の給与（最年長心臓胸部外科研修医と最年少専門医の給与格差）

	年俸
研修医 （心胸胸部外科最終学年）	4 万 1,000 ドル
専門医 （心胸胸部外科最年少スタッフ）	22 万 2,000 ドル （16 万 9,000 ～ 26 万 1,000 ドル）

手がけると、2700 万円の年俸には十分なお釣りがくるのだ。心臓胸部外科医は 1 年に 200 例ぐらい手術するから、その収入と比べるとこの年俸は納得できる額といえる」

「そんな大金を医者が取ったら、医療費が高くなって当たり前ですね。これは、もらい過ぎではないのですか」

「そんな心配はしなくてよい。それ位もらっても医師のスキル代価は医療費総額のわずか 12% を占めるにすぎないのだ。病院経費が 1980 年からの 10 年間に 9.2% から 38.0% にはねあがったのと比べると (表 2)、医者の取り分なんかたいしたことはない」

「ビックリしました。アメリカと比べると、ニッポンの医者は安サラリーで、哀れを呼ぶほど虐げられていますね」

「すこし古いデータで申し訳ないが、アメリカの大学病院各科臨床スタッフの年俸を一覧表にしてみた (表 3)。これが多いか少ないかは、見る人の判断に任せよう。アメリカでも大学の医者は、医者のなかでは一番収入が低いグループなのだ。そのかわり、教育や研究活動には時間も予算もふんだんに使えるのが魅力だ。開業医は億万長者になれるが、自由な時間が少ない。どちらにしても、金と時間が両立する仕事はありえないね」

「この表には、小児外科が載っていませんね」

「当然だろ。企業秘密を自分で公表する者がいるか」

表 2　地域病院の経費

	1980 年	1990 年
占床率	76.0%	66.0%
病院経費／総医療費	9.2%	38.0%
病院経費／ GDP	3.8%	4.0%

表 3　大学病院スタッフの年俸　（単位：万ドル）

	助手	講師	準教授	教授	主任教授
心臓外科	—	22.2	37.4	43.3	47.5
一般外科	10.7	16.5	22.5	24.1	36.3
放射線科	10.1	15.8	19.5	21.2	31.5
他の臨床科	7.3	12.9	17.3	21.0	25.5
臨床科全体	9.5	13.3	16.3	18.8	28.8

（Academic Practice Faculty Compensation and Production Survey　1995，MGMA 社）

木村　健　アイオワ大学名誉教授（小児外科）