

中央大学大学院 戦略経営研究科 教授
一般社団法人 J A 共済総合研究所 客員研究員

ま の とし き
真 野 俊 樹

アブストラクト

医師の働き方改革が、医師の労働時間に上限規制が適用される2024年のターゲットに向けて、様々なところで議論になっている。労働時間が減ることによって医師の働く環境が良くなることが期待される一方、医師にとっては当直などのアルバイトなどによって支えられていた収入が減少する、あるいは技術を習得する機会が減る等のデメリットを生じることになることが懸念されている。また、それとともに日本では、ジョブ型雇用についての議論も盛んである。

本稿ではジョブ型雇用の考え方を論じつつ、ジョブ型雇用を日本の医療組織以上に貫徹している米国での医師の状況を踏まえて、日本でのジョブ型雇用について医師の働き方を例にして考察した。

その結果、単純に仕事の専門性が明確であればジョブ型雇用が可能というわけではないと思われた。雇用には文化的な背景も色濃く反映されているので、日本でのジョブ型雇用の導入に当たっては拙速な導入ではなく、様々な視点を見据えたうえで導入に向けた変化を起こしていくことが肝要であろう。

(キーワード) ジョブ型雇用 働き方改革 医師

目次

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. はじめに | 5. 米国での医師の働き方 |
| 2. ジョブ型雇用とは | 6. 日本での医師の働き方とジョブ型雇用 |
| 3. 日本でのジョブ型雇用の議論 | 7. 日本でのジョブ型雇用の今後 |
| 4. 医療組織の特徴 | 8. まとめ |

1. はじめに

医師の働き方改革が、医師の労働時間に上限規制が適用される2024年のターゲットに向けて、様々なところで議論になっている。労働時間が減ることによって医師の働く環境が良くなることが期待される。しかし一方では、当直などのアルバイトなどによって支えられていた収入が減少する、あるいは技術を習得する機会が減る等のデメリットを生じることになることが懸念される。

本稿ではその背景にあるジョブ型雇用の考え方を論じつつ、ジョブ型雇用を日本の医療組織以上に貫徹している米国での医師の状況を踏まえて、日本でのジョブ型雇用について医師の働き方を例にして論じてみたい。

2. ジョブ型雇用とは

(1) ジョブ型雇用とは

厚生労働省『平成26年版労働経済の分析¹』、第2章「企業における人材マネジメントの動向と課題」では、「「仕事」をきちんと決めておいてそれに「人」を当てはめるという「ジョブ型」雇用と、「人」を中心に管理が行われ、「人」と「仕事」の結びつきはできるだけ自由に換えられるようにしておく「メンバーシップ型」雇用があり」という記載がある。

平成25年度に公表された「規制改革会議雇用ワーキング・グループ報告書²」では、ジョブ型正社員は職務、勤務地又は労働時間が

限定されている正社員とされている。

学者の間では、ジョブ型雇用の定義についてはさらなる議論があるが、ここでは、まずこのように定義しよう。

(2) 仮説

後述するように、日本ではメンバーシップ型雇用が中心である。しかし、日本でも、医師や弁護士など専門家とされる職種があり、こういった職種においてはジョブ型雇用が行われている可能性がある。そこで、本稿の仮説として、専門性が高い医師や医療職では、日本でもジョブ型雇用が行われている、という仮説を立て検証してみたい。

3. 日本でのジョブ型雇用の議論

(1) 場の倫理と個の倫理

ジョブ型雇用の議論に入る前に、日本での文化的背景を考えてみよう。河合隼雄氏はその著書『働きざかりの心理学』で「場」の倫理と「個」の倫理という考え方を提唱している。日本人についての同じような考え方、例えば場を重視したり、いわゆる同調圧力を感じやすいといったことは、山本七平氏の『「空気」の研究』、イザヤ・ベンダサン氏の『日本人とユダヤ人』、土居健郎氏の『「甘え」の構造』など枚挙にいとまがないが、ここでは医師のような専門家についての関連でのみ考えたい。

専門家というのは、「個」が確立しているように見える場合が多いように思われる。し

1 厚生労働省ホームページURL：<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/roudou/14/dl/14-1.pdf>、p.95（20220725閲覧）

2 内閣府ホームページ 公表資料（規制改革会議（平成25年1月～平成28年7月））ワーキング・グループ報告URL：https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/publication/p_index.html、p.4（20220725閲覧）

かし、これは、いわゆるIdentity（アイデンティティ）として自己が確立しているという意味ではない。正確に言えば、Identityとして自己が確立しているというよりも、自分の仕事に対するプロ意識、忠誠心が、河合隼雄氏のいう「場」の代表である会社に対しての忠誠心を上回っているために、「場」の倫理を無視してしまうことが多く、そのために「個」の倫理を優先しているように思われるのである。いいかえると、「場」への対応、接し方が周りの非専門的、集団的な意見に引きずられる事がないので、大多数が専門家ではなく、かつ自己が確立していない集団の中では“浮いて”しまう事もあるということである。

一般に、欧米の企業では「個」を確立させた上で仕事をさせている。筆者も欧米の企業と日本の企業での勤務経験で感じたが、欧米の企業では個人が自分の仕事を明確にしている。欧米の企業では職務記述書にない仕事はしない、というのも「個」の倫理が確立しているからであろう。逆に、職務記述書のない欧米の企業はないであろうが、職務記述書がないか、あってもなきがごとしという日本の企業が多いのが事実で、ここからグローバルに使われているジョブ型雇用への変化が主張される。米国の病院で非常に従業員が多いのも、人によって仕事に分かれているからともいえる。

（２）日本人の帰属意識

日本人、特に50代以上の経営陣、部長などの管理職は、日本経済の伸長に伴い会社が大きくなるにつれて、自分の地位があがってき

たケースが多い。個を殺し、会社のためということでひたすら忠誠を尽くす事が社内の上昇には重要であったと考えられる。

そこで、生まれてきたのがいわゆる会社人間である。帰属意識がすぎるために、モラルを超えて、会社のために尽くす、またそうでないものを排除するという感覚が日本の企業には色濃く残っていた。これは、きわめて危険な話であって、中止すべき計画を止められない、異なった考え方を受け入れないなどの、多様性を阻む土壌になりうるのである。

（３）日本でのジョブ型雇用の議論

もちろん、日本的雇用（メンバーシップ型雇用）がすべて悪いわけではない。良さもある。例えば、仕事と仕事には必ず狭間が発生するものだが、仕事が厳密に定義されているとその狭間の仕事を行う人がいなくなる。また、米国の医療組織をみると、各科の専門医が充実しているのはいいが、その範囲以外の仕事がおろそかになる。その結果、専門医が外部にいて、その専門医は病院では手術と一部の管理を行うだけとされており、病院内でのその他の仕事は研修医やフェローと呼ばれる、日本の後期研修医にあたる医師が行うというスタイルから、ホスピタリストといわれる病院内の様々な業務を担う専門医が重要視されてきているといった変化もある。

しかしながら、良さはあるにせよ、日本でも雇用の大きな変化が必要とされており、本稿では日本において、ある程度のジョブ型雇用への移行を前提にして考えていきたい。

濱口（2021）『ジョブ型雇用社会とは何か：正社員体制の矛盾と転機』（岩波新書）によ

れば、ジョブ型は成果主義ではなく、職務記述書の内容を確実に行うことが重要とされている。そして、職務で給与が決まりやすいとされる。

メンバーシップ型雇用が主流であるとされる日本だが、ここから業務の専門性が高い医師や医療職において、どこまでがジョブ型雇用になっており、どこまでがジョブ型雇用になっていないのかを考えていこう。

4. 医療組織の特徴

(1) プロフェッションとは

専門家という集団自体およびその構成員が増えてくれば、専門家とは何かという職業を超えた横の定義が必要になる。そのひとつがプロフェッション(profession)の概念である。今まで本稿では専門家という言葉あまり定義せずに使ってきたが、ここで専門家の一つの定義としてプロフェッションについて考えよう。

プロフェッションとは何か。プロフェッションとは石村(1969)によれば、学識(科学または高度の知識)に裏づけられ、それ自身一定の基礎理論をもった特殊な技能を、特殊な教育または訓練によって習得し、それに基づいて、不特定多数の市民の中から任意に呈示された個々の依頼者の具体的要求に応じて、具体的奉仕活動をおこない、よって社会全体の利益のために尽くす職業である。

ミラーソン(G.Millerson(1964))は、21人の学者の手になるプロフェッションのさまざまな定義を一覧表にしたうえで、共通要件として次の6点を抽出した。

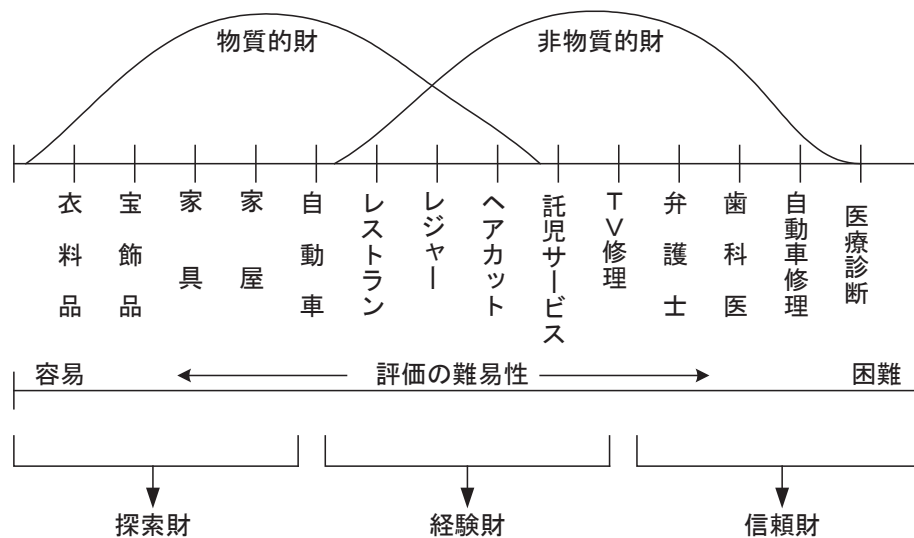
- ① 理論的知識にもとづいた技能を有する(体系的理論)
- ② 訓練と教育を必要とする(訓練)
- ③ 試験により資格が与えられる(権威)
- ④ 倫理綱領によりプロフェッションへの忠誠は保たれる(倫理)
- ⑤ 利他的サービス、公共善の達成を目的とする(奉仕的方向づけ)
- ⑥ 組織づけられている(団体)

マーケティングの泰斗であるフィリップ・コトラー(2002)も「プロフェッショナルサービス」という概念を使っているが、ここではさらに一歩進んでプロフェッショナルサービスとプロセス型サービスという2つの異なるアプローチで論じてみたい。この考え方は、今枝昌宏(2010)の『サービスの経営学』に依拠している。

プロフェッショナルサービスは、提供されたサービスの結果がサービス依頼時点では未確定であり、顧客が結果をサービス提供者に委ねたり、あるいは結果へたどり着くためのガイドを依頼するタイプのサービスである。一方、プロセス型サービスとはサービス提供の内容や結果をあらかじめ提供できるサービスである。顧客からの評価の視点では探索財、経験財、信頼財という分け方がある(図1)が、おおむね探索財はプロセス型サービスであり、信頼財はプロフェッショナルサービスということになる。

プロセス型サービスでは、マニュアルなどで明確な作業手順が記載され分業によって作業効率を上げることができる一方、プロフェッショナルサービスは必ずしも定型化できず、サービス提供がプロフェッションに依存

(図1) 消費者の評価による商品の分類



(出所) Zeithaml (1981) より筆者作成

するところに特徴がある。これは、医師の仕事について考察してみると、プロフェッショナルサービスとプロセス型サービスの両方が混在していることが浮かび上がってくる。

近年の、医師の働き方改革の議論で、タスクシフトが言われている。これは、例えば医師でなければできない仕事を洗い出し、看護師や薬剤師あるいは医師事務作業補助者に仕事を補佐してもらおう、という考え方である。言い換えればプロセス型サービスの一部を移行しようということである。

ここで、医師の報酬にも関係するので、サービスにおける学習曲線（ラーニングカーブ）という考え方と報酬についての考え方を示しておこう。「ハイブリッド新辞林」³では「学習曲線とは、心理学で、学習の進行過程を示す曲線。普通、横軸に試行回数や時間経過を、縦軸に正しい反応を示した数や所要時間などをとる。経済では、経験の累積と労働生産性の関係について」とされ、通常、

学習曲線は当初は急峻で徐々になだらかになっていく。

国を問わず医療組織の特徴は、医師、看護師、薬剤師など資格に基づいた職種が多い点にある。言い換えれば専門家（プロフェッション）が多いといえよう。

医学の世界では「内科10年、外科15年」というのが急峻な傾きの期間、言い換えれば修練中（ジュニア）になる。通常プロフェッショナルサービスはジュニアの間は報酬は安く、シニアになると報酬が高くなり、その間は、学習曲線のように指数関数的に上昇していくと言えるが、日本の医師の場合は、医師免許を保有していることに価値が見いだされ、学習曲線と報酬が必ずしも一致しない。診療報酬上も専門医であることが評価されていない。

(2) 医療職とプロフェッション

プロフェッションの語源は、professすな

3 URL : https://sakura-paris.org/dict/ハイブリッド新辞林/content/1445_44 (閲覧日2022. 8. 9)

わち、「公に言う」、「公に誓う」の意である。そして、professionとは、専門性を持った職業を指す。すなわちプロフェッションとは、自ら選んだ職業を「神に誓い、公に宣言して、その職務を全うする」という意味である。専門職の人たちは、通常、一つの集団（組織）を形成し、規約を作り、それを遵守する。その集団では自分たちでメンバーを教育し合い、自主的に運営していくという意味で、自律的（autonomic）である。この自律性こそが、プロフェッションと非プロフェッションを区別する鍵であることから、プロフェッションの性質としては、自律（autonomy）していることも重要である。

つまり、プロフェッションとは、知識や技術によってサービスを提供する職業であるとされるが、専門的な仕事がすべてプロフェッションに区分けされることにはならない。単一の技能に習熟したスペシャリストと混乱して使われることもあるが、本来は区別されるべきで、スペシャリストは本来ゼネラリストと対比して用いられるべき概念であり、かぎられた専門の仕事を続けている人を指す。したがって、特定の職場を離れたところで通用するような知識や技術をもっていることを必ずしも意味しない。

一般的には、医師や企業の監査業務にあたる公認会計士、弁護士、不動産の鑑定にあたる不動産鑑定士といった国家資格を持っている人をプロフェッションと考えることが多い。建築士や看護師などの職業も含めることもある。組織論的に言えば、会社などの組織から距離を置くことができ、時には会社や組織に対して中立的な意見をいえる人と言って

もいい。

医師や弁護士は、勤務する病院や法律事務所を辞めて、他に転じることができる。自営が可能な職業である。それには遠く及ばないとしても、専門的な仕事に関わるプロフェッションはさまざまにみられる。飛行機のパイロットなどはプロフェッションといってもいいであろう。

医療機関の中でも、医師にフォーカスして論じてきたが、看護師、薬剤師、理学療法士、検査技師なども同じようにプロフェッションといってもよい。となると、よく指摘されているように、日本の病院では事務方を除くほとんどがプロフェッションということになる。

ちなみに、働き方改革を規定する「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」（平成30年法律第71号）では医師を含む医療機関での専門家は、高度プロフェSSIONAL制度の対象ではないとしている。法律でいう高度プロフェSSIONAL制度の対象は、

1. 高度で専門的な知識・技術を要すること
2. 業務に従事した時間と成果との関連性が
高いこと

である。但し医師を含む医療機関の専門家は応召義務があるため、対象ではないとしている。ただ、この議論は本稿の趣旨とは関係ないので、ここでは医師（などの医療職）＝専門家と考えていく。

5. 米国での医師の働き方

（1）米国医療の状況：背景を知るために

ジョブ型雇用の考え方が欧米に学んだものであるとよく言われる。そこでここでは、比

比較対象として欧米での医療組織における働き方について簡単に見てみたい。ただ欧州では病院は図2に示すように公立病院が多く、いわば公務員あるいは公務員的な状況であり、民間病院が多い日本との比較対象になりにくいと考える。そのため、ここでは比較対象として米国を考えよう。

米国の医療は、日本とかなり異なった環境で行われている。最初に、背景を含め述べていこう。

米国でも日本でもそうだが、もともとは社会保障といった考えはなかった。ただ米国では、第二次世界大戦中の緊急経済対策で賃上げが凍結されたときに、雇用主が賃金以外のメリットとして健康保険を提供するようになった。すなわち雇用主負担による健康保険の基礎になる考え方ができた。

戦後、民主党のトルーマン大統領が国民皆保険を掲げる。しかし、皆保険に反対する医師会のロビー活動により法案が通らず、それ以降、オバマ時代のオバマケアが記憶に新しいが、民主党政権の時期に2度ほど国民皆保険への動きはあったものの、なかなか国民皆保険が成立するのは難しいのが現状である。これには選択の自由という考え方の徹底が原因の一つになっている。つまり米国では、医

療保険に加入するのも選択の一つであって、それを強制するのはおかしいという考えを持っている。国民皆保険を目指したオバマケアに対して、いくつかの州で訴訟が起きたのはそのためである。

もちろん、社会保険は助け合いの仕組みなので、自由や選択を重んじる米国といえども全く保険制度が導入されていないわけではない。部分的な皆保険（Partial universal health insurance）ともいえるかもしれないが、1964年、ジョンソン大統領（民主党）時代にメディケア・メディケイド制度が施行された。

メディケアは、高齢者のための政府による公的保険プログラムである。それ以前の退職者は雇用主負担の保険に入れず、個人向け保険は高額で、保険でのカバーが困難であった。メディケアの導入によって高齢者は、資産や健康状態にかかわらず、負担可能な費用で健康保険が保障されるようになった。現在、メディケアは世界最大規模の保険で、同時に後述する支払制度や医療の値決めなど、米国の医療サービス市場で大きな影響力を持っている。しかし一方では、医療費の高騰により持続性が危ぶまれている。

メディケアとともに作られた、もう一つの大きな公的保険プログラムに、メディケイド

（図2）医療システムの基本類型

	日本	米国	イギリス	フランス	ドイツ
提供主体	「私」中心 （医療法人・病院の 約68.5%：2017年、 医療施設調査）	「私」中心 （営利会社は 約22%：2016年）	「公」中心 （ほぼすべて公立）	「公」中心 （営利病院は 約33% 2017年）	公 （営利病院は 約43% 2017年）
ファイナンス の主体	公 （保険料+税）	私 （高齢者、子供、 低所得者は公）	公 （ほぼ税金）	公 （ほぼ保険料、 税金は10%以下）	公 （ほぼ保険料、 税金は10%以下）

（出所）真野俊樹（2020）『はじめての医療経営論』より

がある。これは無保険で、市場で保険を購入する余裕のない低所得世帯に、医療保障を提供している。メディケアは連邦政府による統一的な運営であるがメディケイドは連邦政府と州政府の共同運営であり、予算設定、資格要件、メディケイドのカバー範囲など州政府に裁量がある。このあたりからも米国が連邦国家であることがわかる。

メディケイドの支出は州予算の約15%で、多くの州で教育支出に次ぐ規模であり、メディケイドの財源として連邦政府が州の支出と同額を負担する。つまりメディケイドの財源は税金ということになる。また、低所得だけでは対象とならず、婚姻状況、子供の数、妊娠、障害、健康、移民等多くの要因を考慮して要件とされている。

なお、メディケイドの1人当たり医療費はメディケアや民間保険の平均支出よりもずっと少ない。その場合、自己負担となる薬の処方・医師のサービスは10ドルに満たない名目的なものである。

さて、医師はどうか。米国では病院は非営利であっても⁴、そこで働く医師のグループなどは営利とみなされている。実際、医師グループなどを株式会社で経営しているケースも多い。米国の医師は日本とは異なり、国民皆保険に必ずしも賛成していない人も多い。その理由は規制が多くなると自由が奪われてしまうといったこともあるし、メディケイド

に代表されるように、医療費の安い患者を診察したくないという気持ちも本音にあらう。すなわち国民皆保険になると医療費が抑えられてしまうのではないかと考えている面はありそうだ。

(2) 医師への支払い方法

米国では日本と同じ意味での勤務医はほぼ存在しない。独立した個々の医師が病院と契約し、自分の患者が入院したときに診察に行くという形である⁵。

一方、米国人医師は、専門家意識が強いので、各自の専門を生かせるグループ医療は昔から盛んであった。米国ではグループを組んで、より大きな力、例えば保険者に対抗しようとしている⁶。

さて、そのような背景の米国において医師の報酬はどうなっているのでしょうか。簡単に説明しておこう。米国では、メディケア&メディケイドサービスセンター(CMS⁷)及びほとんどの民間保険者から、医師へ報酬の支払いがある。算定に当たっては、使用した資源を基にした相対値スケール(RBRVS⁸)が用いられている。

1992年、メディケアは医師サービスの支払い方法として、RBRVSに基づいて標準化された医師への請求から支払いまでのスケジュールを確立した。科目をまたいで標準化するために、基準となる診療内容を1.0とした場

4 米国には株式会社立、すなわち営利病院も存在する。

5 近年では、組織の意思決定に従ってもらうために、メイヨークリニックなどの著名病院では医師を直接雇用する場合もある。

6 グループ診療をしているグループがそれを行う場合と、さらに第三者的な、グループをマネージする会社を作る場合がある。

7 CMS: Center for Medicare & Medicaid Services 連邦政府の保健・福祉省に所属

8 RBRVS: Resource-Based Relative Value System

合に、その診療内容が何倍負担になるかを医師パネルに尋ね、その回答結果を平均して相対的な負担度を算出したのである。

RBRVSでは、支払いはそれらを提供するために必要な資源のコストによって手技や処置で決定され、3つの構成要素に分割される。

- 医師の仕事
- 実費
- 専門職賠償責任保険

支払いは、サービスの合計コストに場所による変換係数（CMSによって決定された金額）を掛け、資源コストの地理的な違いを調整することによって計算される。

医師の仕事の構成要素は、サービスを実行するのにかかる時間、技術的スキルと肉体的努力、必要な精神的努力と患者への潜在的なリスクによる判断とストレスが含まれて計算され、各サービスの合計相対値の平均51%を占める。

医師の仕事の値は、医療行為の変化を説明するために毎年更新され、また、CMSは少なくとも5年ごとにスケール全体をレビューする必要がある。

実費は、各サービスの総相対価値の平均45%を占めている。この値は、具体的には、材料費、医師以外の人件費、間接経費（家賃など）で、提供される場所が、医師のオフィス、在宅のようなケースと、病院や外来手術センターといった医療施設で提供される場合で異なる。

専門職賠償責任保険は、2000年1月1日に加えられた。RBRVSのこの構成要素は、各サービスの合計相対値の平均4%を占める。

診療科別のリスクを反映している。

このように米国では、医師に対する支払いは専門職として行った行為に対する対価が規定されている。これは、医師が病院で医療を提供する場合でも同じである。もちろん、日本でも同じように、診療報酬という制度があり医師が行った行為に対して対価が決定される。しかし、その対価を直接受け取ることができるのは、開業医であって病院勤務医ではない。

（3）日米医師の差

また、さらなる大きな差は、米国で医学部に入学するには日本の大学に相当するような学部教育を受けて卒業していないといけない。米国では、他にもこのようなスタイルをとる学部にロースクール、ビジネススクールがあり、大学と大学院が明確に区分されている。このスタイルをとっているために、日本では18歳時の決断で医師になるのに比し、米国では22歳以降で決定することになる。

また、学部教育も差が大きい。米国では実務を重視し、学生時代に実習時間が多い。医師になってからの教育にも日米で大きな差が見られ、後述するように医師としてのキャリアパス（職歴）形成に差がある。

一般に、日本の医師キャリアの最終目標は医学部教授か、大病院の院長であった。開業医は、医学部教授になれなかった医師のする仕事、あるいは大病院の院長になるための一過程という考え方があった。

日本では、2年ないし数年の臨床研修が終わると、多くの医師が医学博士号（Ph.D.^{9）}

9 Ph.D : Doctor of Philosophy

を取るために大学に帰局し基礎研究に従事する。一方、米国では一般の医師は専門医であってもPh.Dは持っていないケースが殆どである。むしろ病院や診療所の経営者になるためにMBAを取得する例も多い。しかし、日本では実際Ph.Dを取得してもその後基礎研究に従事するものは少ない。大多数の医師が大学での基礎医学研修後に大学に臨床医として、あるいは大学以外の大病院に赴任する。

このような卒前・卒後教育状況において、みずからの臨床技術に対して、専門医資格としてコミットするようになったのは日本では近年のことである¹⁰。

6. 日本での医師の働き方とジョブ型雇用

(1) 日本の医師のロールモデルとモチベーション

日本の医師のロールモデルを考えよう。山本周五郎の小説¹¹でも知られる江戸時代に存在した赤ひげ医師は、患者を救ったという満足感や市民からの尊敬といった精神的な価値が、赤ひげ医師のモチベーションになっていたことは間違いない。

手塚治虫の同名の漫画の医師であるブラック・ジャックは黒いマント姿にツギハギの顔で描かれ、天才であるが無免許の医師である。法外な料金を代償に、様々な怪我や難病を治療していく。手塚治虫によれば、ブラック・ジャックは医療技術の紹介のために描いたのではなく、医師は患者の延命を行うこと

が使命なのか、患者を延命させることでその患者を幸福にできるのか、などという医師のジレンマを描いたという¹²。同じく天才である手塚にとっては、医療制度などは問題ではなく、その背景にある本質的な問題をとらえなかったのであろう。しかし、このジレンマに対して医師は状況に応じた対処をするように教育されてきた。ここで、ブラック・ジャックについては、もう一つのポイントがある。

ブラック・ジャックは自由診療である。卓越した技術によって人命を救うが、高価な請求を行う。これが日本の外科医志望者の源流かもかもしれない。また赤ひげ医師は、日本のかかりつけ医の源流といえるだろう。

そもそも医療機関に勤める人のインセンティブは必ずしも金銭ではなかったりする。例えばコミュニティにおいて役割を果たしたいとか、人を幸せにしたいといった思考の持ち主は少なくない。

何が医療者を動かしているのでしょうか。お金か、制度などの仕組みか、文化か、心か、こういったものが挙げられる。もちろん、この話は行動科学や行動心理学、行動経済学、経営学といったいくつかの領域にまたがる大きなテーマなので、ここで詳細に入り込むことはしないが、筆者の見るところ、専門職であり、国家資格保持者が多い医療者は、医師に代表されるように、前述した4つの領域では、制度で動くことが最も少ないのではないかと思われる。ここが、医療制度が難しい理由でもある。

10 日本専門医機構が平成26年に設立された。

11 山本周五郎(1964)『赤ひげ診療譚』新潮文庫

12 手塚治虫(1996)『ガラスの地球を救え』光文社文庫、p.89－p.94

制度には、医療制度のように厚生労働省なり行政が作るものと、決まりや仕組みというレベルのものもある。働きやすい仕組み、もそれである。

例えばGPS（全地球測位システム）無線などの仕組みを、会社として整備しているタクシー会社がある。利用者から配車依頼があった時点で、最も近い場所にいるタクシーに、自動的に配車指示が飛ぶ仕組みである。

カーナビすらついていない車を渡して、「これで稼いでこい」とドライバーに無理を強いる精神主義的な会社と、先端技術への投資でドライバーに“武器”を与える会社とは、1台当たりの売上が違ってくる。

医師などの医療者は、医の文化や、心（倫理）で動く面が大きい。それゆえに、周りからの指示や支配を嫌う。「事務の言うことは聞かないのに、医師の言うことは聞く」といった事務方の嘆きは、日本のみならず米国の病院でも聞かれることが多い。

しかし、仕組み、中でも働きやすい仕組みの構築は、チーム医療が言われる中でも極めて重要になってきているのではなかろうか。また、少し生々しい例だが、患者の暴力に対抗することだって、個人の医師や看護師では難しいことかもしれないが、組織で仕組みを作ることで対応可能になり、それが医療者の安心感につながることもあろう。

（2）日本の医師のキャリアパス

従来の医師のキャリアパスは、通常のサラリーパーソンとはかなり異なっていた。しかしそれはそれで、合理的で納得感のあるものであった。最初にそれを説明しよう。

まず、若い医師は勉強のためにかなり働く。これは、医師の言葉では「症例をこなす」と言うが、少しでも多くの患者を診察することで自分が勉強するということである。多くの場合、これが10年ほどかかる。この間は収入もあまり多くなく、大学病院で勉強中の場合などでは、医師としてのアルバイトをすることで生計を立てている場合もあった。

その後は勤務医として円熟していくか、大学に残り研究者として頑張って准教授ひいては教授を目指すという道になる。かつてのベストセラーである『白い巨塔』（山崎豊子著）のように教授の権力は絶大であったので、教授になりたいという医師も多かったのである。

逆に言えば、開業医や病院勤務医は大学病院に勤務している医師あるいは教授などからは少し低く見られていた。これは病院の院長であったとしても同様である。理由は簡単で専門性は極めて高い医師という職業において、医師の確保が難しかったからだ。簡単に言えば大学からしか、医師を確保することができない時代であった。したがって病院長だけでなく、場合によっては、市町村長なども医師を確保するために大学教授に頭を下げに行くといった時代も長く続いた。

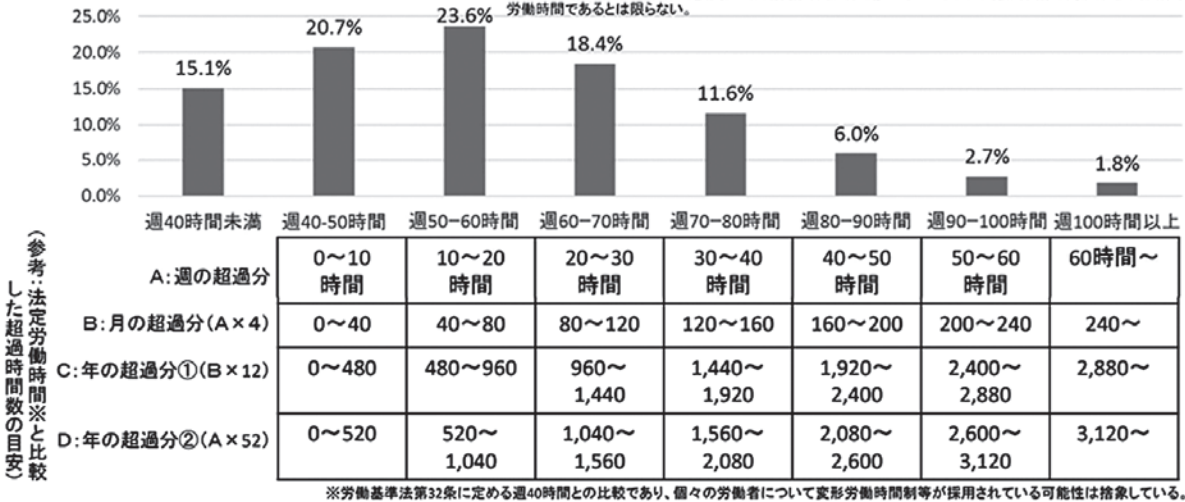
勤務医の次のキャリアパスが開業医である。もちろん、いままででも、大学病院や病院に長く勤めることなく、30代で開業する医師もいなかったわけではないが、平均的には、従来は40代後半から50代で開業するケースが多かったと思われる。

このように一貫したキャリアパスが形成されており、かつての医師は、キャリアパス的には恵まれていたといえよう。

(図3) 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合等

1. 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。



2. 超過勤務時間の区分別・病院勤務医師数(1. の区分別割合から推計)

医師・歯科医師・薬剤師調査(H28.12.31時点)医師総数319,480人、うち病院・大学病院勤務医200,784人

週の法定労働時間 超過勤務時間	0～10時間	10～20時間	20～30時間	30～40時間	40～50時間	50～60時間	60時間～
人数(推計)	41,600人	47,400人	36,800人	23,200人	12,000人	5,400人	3,600人

(出所) 厚生労働省「第9回 医師の働き方改革に関する検討会」資料4、p. 4

それ以前にも動きはあったが、このモデルの変調が明確になったのは働き方改革であろう。特に若い医師の考え方の変化とともに、勤務医の労働時間が図3のように長いことが問題になり、前述の赤ひげ医師的なモデルではなく、通常の労働者としての勤労観を持つ医師が増えてきた。

もう一つは、最終目的としての医学部での教授の魅力が減ったことである。これは大学に権限が集中しすぎている、言い換えれば医師を確保するためには大学の教授あるいは医局にお願いに行かなければいけないという構図が間違っているという話から始まった。

それと時を同じくして、医師であるのは患者を治すためである、という視点がさらに強まり、臨床技術が高い証である専門医志向が

強まった。日本の場合には、専門医と非専門医で個別行為に診療報酬の差はないが、すでに述べた米国の場合には技術スキルの部分で差がついているし、そもそも専門医でないと、例えば脳外科のような専門性が高い手術を行うことができない。

こういった流れの中で、日本では大学や大学病院に勤務すること、あるいは職としての教授の地位の魅力が減り、そのために若くして開業する、あるいは最初から大学に所属せずに、言い換えれば医学研究を全く行わず、医学博士号を取得せず専門医になるといった医師が増えてきたのである。良い言い方をすればキャリアパスが多様化したということになる。

しかしながら、日本の場合には米国と異な

り、保険での支払いといった形で制度的に専門性が担保されていない点が異なっている。つまり、専門医を取得していない医師が多くの科で40%から60%程度存在している。一方、やや古い調査ではあるが米国では1997～2000年卒業の医学生では、87.3%が専門医資格を取得している。

7. 日本でのジョブ型雇用の今後

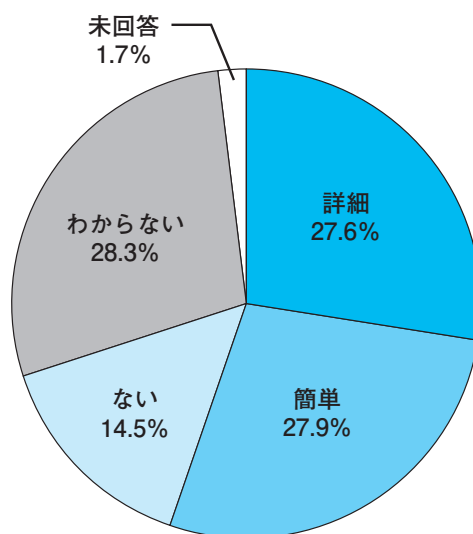
縷々述べてきたように、医師あるいは医療職というジョブ型雇用にマッチしそうな職種であっても、少なくとも米国での状況とはかなり乖離があることが分かった。

専門職としての医師についてまとめると、米国では、通常、大学を卒業したのちに明確な意思を持って医学部に入学し、臨床医の専門医としてキャリアを考える。保険制度からの支払いについても、医師や医師のグループは営利的とみなされるも、専門性を基に医療組織と独立した形で報酬も保証されている。雇用者ではないので、職務記述書はないまでも、職務記述書に近い形で報酬が設定されているといえよう。

一方、日本においては、図4に示すようにそもそも雇用契約書すらない場合も多い。そのような状態は多少改善されてきているとはいえ、職務記述書もないことが多い。すなわち、資格保持者としての専門性は期待されるも、組織からの期待は明確にされていない。インセンティブを設定する場合もないわけではないが、収入の増加や、手術数、検査数、患者数にリンクされていることが普通である。

このような状況であることを鑑みると、専門家が多い医療組織でも、ほかの日本型組織

(図4) 雇用契約書について



(出所) ドクターズ・ユニオンニュース No.23 (2018年2月20日) より筆者作成
(注) 有効回答数1,803名、回答期間は2017年7月1日～同年9月30日

と同様に、組織からの期待が明確であるべきジョブ型雇用とはいいいがたい。つまり、日本でもジョブ型雇用が行われているという仮説は正しくない。

また、日本でジョブ型雇用が見られなかったのは、組織が職務を明確にしていなかったことが主因で、さらには本稿第3章(1)、第3章(2)で議論してきたような文化的背景によるところが大きいと考えられる。

8. まとめ

ジョブ型雇用の議論が盛んである。しかし、本稿で見てきたように、単純に仕事に専門性が明確であればジョブ型雇用が可能というわけではない。雇用には文化的な背景も色濃く反映されているので、日本でのジョブ型雇用の導入にあたっては拙速な導入ではなく、様々な視点を見据えたうえで導入に向けた変化を起こしていくことが肝要であろう。

参考文献

- ・濱口桂一郎（2021）『ジョブ型雇用社会とは何か：正社員体制の矛盾と転機』岩波新書
- ・石村善助（1969）『現代のプロフェッション』至誠堂
- ・AMA “RBRVS overview 3 MIN READ” <https://www.ama-assn.org/about/rvs-update-committee-ruc/rbrvs-overview>
- ・“RBRVSOVeriew” <https://www.house.leg.state.mn.us/comm/docs/DHS-RBRVSOVeriew011111.pdf>
- ・河合隼雄（1995）『働きざかりの心理学』新潮文庫
- ・<https://www.hws-kyokai.or.jp/images/ronbun/all/201512-04.pdf>
- ・<https://www.carenet.com/news/journal/carenet/24024>
- ・今枝昌宏（2010）『サービスの経営学』東洋経済新報社
- ・フィリップ・コトラー、トーマス・ヘイズ、ポール・ブルーム（著）、白井義男、平林祥（訳）（2002）『コトラーのプロフェッショナル・サービス・マーケティング』ピアソン・エデュケーション
- ・Valarie A. Zeithaml “How Consumer Evaluation Processes Differ Between Goods and Services”, January 1981 In book : Marketing of Services (pp.186 – 190) Publisher : American Marketing Association Editors : J. H. Donnelly and W. R. George
- ・小熊英二（2019）『日本社会のしくみ 雇用・教育・福祉の歴史社会学』講談社現代新書
- ・渡辺徹、阪野洋平、櫛田浩久ら（2021）『これだけは知っておきたい 医師の働き方改革 実践テキスト』ロギカ書房
- ・真野俊樹（2020）『はじめての医療経営論』有斐閣
- ・G.Millerson “The Qualifying Association”, Routedledge and Kegan Paul, 1964
- ・ドクターズ・ユニオン ニュース NO23 2018年2月20日 URL : https://www.hokeni.org/docs/2018031600036/file_contents/180220_union_workingdr2017-A.pdf（閲覧日2022. 8. 8）