

医師の過重労働とその背景並びに医療体制に及ぼす影響

Overwork of medical doctors, its background and impact on the medical service system

鶴田 憲一

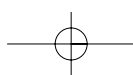
〈要約〉

長時間労働による健康障害が問題となっており、医師による面接指導等の労働安全衛生法の改正が行われた。しかしながら指導を行うべき病院医師は診療密度の高まりや診療外業務などの増加により大変激務となってきており、今や医師の過労死、労災認定も稀ではなくなっている。医師の過重労働の問題は単に医師と言う労働者の問題ではなく、医療提供体制をどうするか、患者ひいては国民の問題でもあることを産業保健関係者は理解する必要がある。

はじめに

長時間労働による健康障害が問題となっており、この状況により的確に対処するために労働安全衛生法の改正が行われた。1月当たりの時間外労働が100時間を超え、疲労の蓄積が認められる労働者であって、面接指導に係る申出を行った労働者に対し、医師による面接指導を受けさせることを義務化するとともに、面接指導の結果を踏まえ作業の軽減等の必要な事後措置を事業主は講じなければならなくなった。しかしながら指導を行うべき病院医師は大変激務となってきており、今や医師の過労死、労災認定も稀ではなくなっている¹⁾。しかし、医療費亡国論もあり低医療費政策の下、病院経営の観点からも医師に対する要求は高く、大変忙しい割には経済的にも恵まれているとは言えなくなって来ている。医師は連続勤務で言わば酩酊した状態で医療を行っているときえ言われるほどの過重労働状態にあるが、国民からは度重なる医療事故のために医師不信を招いており、又、患者の権利意識の高まりによりクレームは多く、訴訟も増大する中、感謝されなくなり、医師もやってやろうという志気は大幅に低下し、萎縮医療が懸念されている。従来、多くの医師は忙しくとも聖職者意識を持ち、献身的な努力で金銭的なことも言わず、日本の医療を支え、世界に冠たる長寿国家になることに貢献してきた。このため国民の健康を守るべき医師の過重労働については産業保健の立場からはあまり問題とされてこなかった。しかしながら、病院医師の勤務は激務であるため離職者が増加しつつあり、病院医療が危機的状況にあることから長時間労働がある病院も有害職場であるという認識を持つべきである²⁾。医師の過重労働の問題は単に医師と言う労働者の問題ではなく、医療提供体制をどうするか、患者ひいては国民の問題

鶴田憲一：前独法労働者健康福祉機構理事



でもあることを産業保健関係者も理解する必要がある。

I 医師の過重労働の実態、健康影響並びに医師等の認識

1 医師の労働時間の実態

医師の労働時間についてはどこまでを労働時間とするかの基準が大変難しく、調査によって様々な労働時間が報告されている。自分の勉強や研究の時間を労働時間とすることには異論もあり、勤務した全ての時間が労働時間とは見なされてなく、時間外勤務に対する手当も全額支給されてはいない。国立保健医療科学院が行った調査によれば医師の1週間平均労働時間は病院においては70.6時間、そのうち診療と関連労働時間は48時間、無床診療所においては56.9時間、内、診療にかかる時間は約35時間である³⁾。

清水の調査⁴⁾によれば国立大学病院における医師(教員)の勤務時間は1週間に時間内に39.2時間、時間外に26.0時間、計65.2時間で、勤務内容は教育に3.6時間(5.5%)、研究に10.6時間(16.3%)、臨床に26.5時間(40.6%)、応援診療に4.6時間(7.1%)、宿日直に3.4時間(5.2%)、オンコールに2.4時間(3.7%)である。医師(教員)は臨床、応援診療、宿日直、オンコール等の診療に36.9時間、実働時間の56.6%を費やしていた。医員は1週間に時間内に35.8時間、時間外に23.9時間、計59.7時間勤務しており、診療に47.9時間、実働時間の80.2%を費やしていた。大学院生は1週間に時間内に43.2時間、時間外に34.0時間、計77.2時間勤務しており、診療に39.2時間、実働時間の50.8%を費やしていた。大学では教育職と言うより医療職として従事していた。一方、一般病院の医師は1週間に時間内に45.3時間、時間外に29.4時間、計74.7時間勤務しており、診療に61.6時間、実働時間の82.4%を費やしていたと報告している。

車谷⁵⁾による大学病院勤務医の実労働時間調査では医員、大学院生の半数が週60時間以上の労働をしており、研修医の半数は週80時間以上の労働をしていると報告されている。井奈波⁶⁾は研修1年目医師の1週間の実労働時間は 86.0 ± 22.3 時間で、80時間以内であった研修医は29.6%に過ぎず、睡眠時間は 5.5 ± 1.1 時間で5時間未満の研修医が19.2%と報告している。

静岡県立総合病院における医師の時間外勤務は月平均109時間、分布は33-193時間で、月に100時間以上勤務している医師は、45名中26名、勤務時間トップ10名の勤務時間は平均154時間で、勤務時間の多い診療科は産婦人科、消化器科、循環器科、外科と静岡県立3病院運営形態検討会で報告⁷⁾されている。

日本小児科学会の調査⁸⁾によれば小児科勤務医の労働条件は悪化しており、時間外診療を行っている小児科医の月超過労働時間は平均86.7時間で、時間外診療を行っていない小児科医の月超過労働時間は58.2時間であった。月超過労働時間108時間を超える小児科医は23%に上っている。

大阪府医師会の勤務医部会の調査⁹⁾によれば平均実労働時間は法定労働時間以内の医師は8.5%で、週60時間から80時間が35.8%、80時間以上が27.9%であった。

平均的な超過勤務時間が20時間以上(月換算80時間つまり、脳・心臓疾患による過労死の労災認

定基準を満たしている)の勤務医は男性33.7%、女性18.1%であり、若い世代ほど超過勤務時間は多かった。

2007年医労連が病院勤務医1036人を対象に行った調査結果¹⁰⁾によれば、病院勤務医の労働時間は平均10.2時間で4割以上が12時間以上、時間外勤務80時間以上が3割以上である。宿直勤務は平均2.9回、4日以上が1/4、96%の医師が宿直明けの日も連続勤務(32時間労働)し、最長連続勤務日数は平均19.5日間であった。休日は平均3.3日で1日もなしが27%であった。

日本病院会の勤務医に関する意識調査報告書¹¹⁾によれば1週間の勤務時間は48-56時間が最も多く26.1%、次いで56-64時間が20.8%、64時間以上が23.2%であった。48時間以上は70.1%に達しており過酷な勤務状況である。夜間当直71.6%で、このうち88.7%の医師は夜間当直の翌日も忙しさと無関係に普通勤務をせざるを得ないと答えている。

時間外勤務が対象となる労災病院の医師(約550名、毎月医師数が変動しているため)¹²⁾に関して時間外勤務として支給された時間から勤務時間を見てみると医師の時間外勤務時間は月平均で平成15年46.2時間、平成16年49.7時間、平成17年48.6時間、平成18年は49.5時間であり、ほぼ月平均50時間弱であった。各月の最高時間外勤務時間をみると平成15年240時間、平成16年214時間、平成17年171時間、平成18年は194時間であった。また、1月から12月までの各月の最高時間外勤務者の平均時間外勤務を見ると平成15年187時間、平成16年169時間、平成17年161時間、平成18年は152時間であった。1月から12月までの各月トップ10名の時間外勤務者の月平均時間外勤務を見ると平成15年138時間、平成16年135時間、平成17年132時間、平成18年129時間と減少傾向にあった。ただし、病院によっては時間外勤務の上限時間を設定しているところもあることから実際はもっと多いと推定される。

平成17年度の各月における医師の時間外労働時間の推移を見ても50-60%の医師が月40時間の時間外勤務をしており、約15%の医師が月80時間以上の時間外勤務を行っていた(図1)。同時に調査した看護師の時間外勤務時間は月平均12.7時間から13.4時間、各月の最高時間外勤務時間は92時間から101時間、最高時間外勤務者の平均時間外勤務は74時間から94時間、各月トップ10名の時間外勤務者の月平均時間外勤務は65時間から79時間であり、月平均の時間外勤務は医師が約4倍多く、医師の過重労働が著明である。ただ看護師の中にも月100時間を超える者があり、医療関係者の過重労働に配慮する必要があることを示唆している。

病院の設置主体、医師の年齢、性別、診療科で勤務時間に違いはあるもののいずれの報告でも病院医師の勤務実態は厳しく、過重労働にあることが推定できる。

またこれを裏付けるように過重労働が指摘されている産婦人科、小児科、外科系医師並びに研修医の過労死、過労自殺が認定されているし、増加傾向にある。

2 過重労働に伴う生理学的な影響

労働時間等の就労態様と脳・心臓疾患の関連については和田の論文¹³⁾に詳しく取りまとめられている。長時間労働が脳・心臓疾患に及ぼす影響の中では睡眠時間とそれによる疲労の蓄積を指摘してい

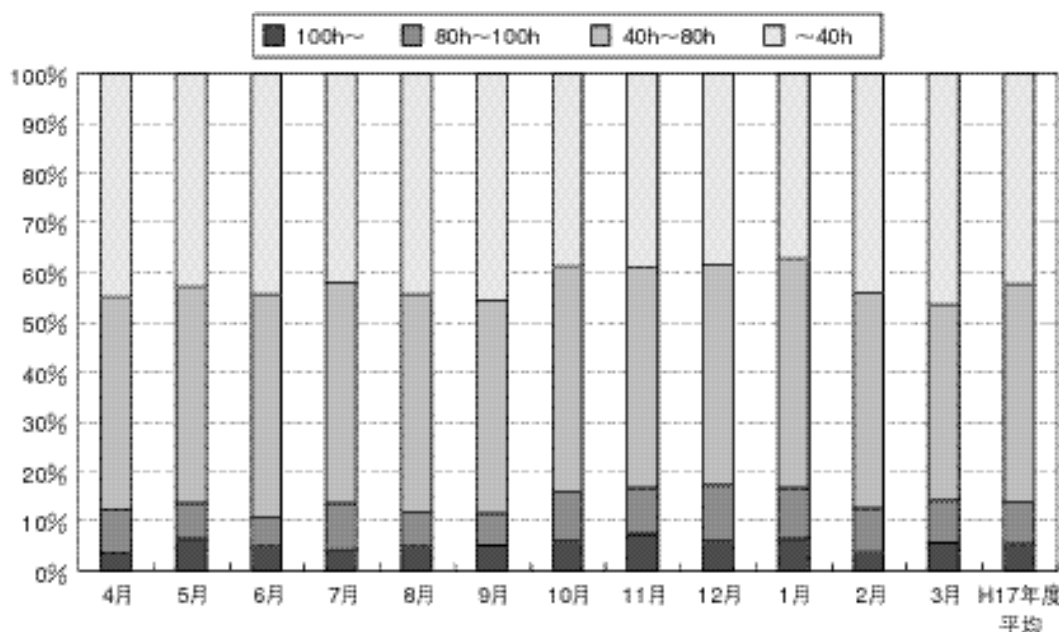


図1 平成17年度における医師の時間外労働月別推移

る。睡眠不足は循環器系や交感神経の反応を高め、脳・心臓疾患の罹患率を高めると考えられている。特に1日5時間以下の睡眠時間が脳・心臓疾患の発症に有意性があると考えられている。1日3-4時間の睡眠はカテコールアミンの分泌低下による最大運動能力の低下をもたらすと報告されている。

愛媛労災病院の宮内は「女性の深夜・長時間労働が精神的および内分泌環境に及ぼす影響に関する調査研究」を行っている。夜間労働が卵巣機能に及ぼす影響を調査し、夜間勤務回数が1-4回の場合の不規則な月経周期の出現頻度は10%強だが、夜間勤務回数が13-16回になると不規則な月経周期の出現頻度は30%以上と夜間勤務回数が多くなるほど不規則な月経周期の出現頻度が高くなると報告している¹⁴⁾。又、血中メラトニン濃度も測定している。メラトニンは松果体から分泌され、夜に高く、昼は分泌量が低い日内リズムを持っており、睡眠パターンに影響を与え、睡眠パターンを調整している。睡眠は肉体に休息を取らせ、燃料を補給することで睡眠中に細胞の修復が図られる。睡眠不足が長くなると人体のストレス処理能力が阻害されて不安感が増大し、抑鬱状態に陥って正しい判断が出来なくなると言われている。しかし、夜間に光刺激を与えると遅くまで光刺激を与えるほどメラトニン分泌は低下し、血中メラトニン濃度は上昇しないと報告している¹⁵⁾。過重労働により遅くまで働けば必然的に睡眠パターンにも影響を与えることが推定される。

3 医師の過重労働に対する認識

中国労災病院の豊田¹⁶⁾は広島県内の勤務医、院長に対して医師の過重労働に関する調査を行っている。勤務医に対して行ったアンケート調査によれば過重労働と感じている医師は72.7%である。急性期病院勤務医1,220名を対象にして過重労働感と年齢の関係をみると、40-50歳代は30%程度の医師が常に過重労働だと感じ、「たまに」のレベルを含めると80%にも達している。40歳代が最も多く、次に50歳代、30歳代、20歳代、60歳代であり、医療を担っている中堅層の医師の過重労働感が強くなって

いる。過重労働感と職位の関係では職位が診療科長、中堅医師では60%の医師が常にもしくは時々過重労働と感じ、次に前期研修医、後期研修医、管理職の順になっている。どの職位においても50%以上の医師が常にもしくは時々過重労働と感じている。

院長に対する調査では過重労働をしている自院の勤務医の比率について職員の75%以上が「過重労働である」が18%、50-74%が「過重労働である」が30%であると答えており、勤務医の半数以上が「恒常的に過重労働状態にある」と院長が認めている病院が約半数あった。過重労働の存在するポジションについては、中堅医師が43%、ついで部長25%、院長・副院長14%、研修医11%と答えている。院長から見ても中堅医師、部長に過重労働が生じていることが伺える。

医師の業務が過重労働であるか否かについて過重ではないと考える医師群と過重であると考える医師群がある。過重ではないと考える医師群および中間派の認識は医師であるからには過重労働は当然である、若い医師は経験と勉強のために仕方ない、世間一般の報酬と比べたら現状の労働量は当然、現状が不満ならば医師になるべきでない、現在の医療報酬では人員増は望めない、病院経営を考えれば仕方がない等である。一方、医師の業務は過重労働であると考える医師群の認識は医療は現場医師の自己犠牲の上に成立している、医療の安全と質を守るために労働量の適正化を、当直業務翌日の通常勤務は安全面からも問題、医局制度や研修医制度の見直しと人員配置を、労働基準法の適応を、労働条件に見合った報酬が無い、救急体制の見直しと適正利用を(軽症者制限)、医療は万全ではないということの国民理解を、医師の政治力不足等である。

大阪府医師会の調査では74%が就業時間を過重と捉えており、うち41.4%はかなり過重とっており、過重労働による不安として自分の健康85%、医療ミス66.3%、家族関係56.4%を挙げている。自分の健康については30歳代が最も不安視しており、医療ミスについては若い人ほど強く、20歳代では76.4%が不安としている。家族関係については男性が女性よりも不安としている。

日本医療労働組合連合会(医労連)の調査によれば勤務医の意識は「職場を辞めたい」が52.9%(30-40代では約6割)であり、より詳細に分析すると「いつも職場を辞めたいと思っている」勤務医は10.5%、「しばしば思っている」勤務医は16.1%、「時々思っている」勤務医は26.3%、「まれに思っている」勤務医は20.8%であり、時々より頻回に辞めたいと思っている勤務医は約半分、まれに思っている勤務医を含めると4人に3人が辞めたいと思っている。「医師不足」の実感が全体の90.0%、慢性疲労がほぼ6割を占めている。日本病院会の調査報告書でも71.3%の医師は慢性的に疲労していると答えおり、71.4%の医師が医事紛争の経験を有し、70.3%の医師は医事紛争が診療へ及ぼす影響として防衛的、萎縮医療になると答えている。

過重労働を当然と受け止める医師群がある一方、多くの医師が過重労働感、慢性的な疲労や不満・不安を感じ、半数以上の医師が「職場を辞めたい」と考えている状況は大いに問題である。

4 過剰労働に対する国の認識

平成19年3月6日の参議院予算委員会でも医師の過重労働が問題とされ、共産党の小池晃委員から「病院勤務のほとんどの医師が、当直明けの長時間勤務や休日勤務をしていて、すごく長い勤務時

間を就労している。このような厳しい勤務実態が、産科医の減少や医療事故などの原因の1つになっている」と大臣の見解を求められ、柳澤厚生労働大臣は、「病院勤務医の一週間当たりの勤務時間でございますけれども、休憩時間や研究に当てた時間などを含めて言えば病院に拘束されていた時間、始業から終業までということで見ますと、確かに平均で約63時間ということになりますけれども、休憩時間等を除いた実際の就業時間は平均で約48時間でございます。」と答えている。これだと時間外勤務は月32時間であり、勤務医の実態と大きくかけ離れていることから多くの勤務医から医師の勤務時間はたいしたことがないと大臣は発言したと怒りと輦轡を買っている。

II 過重労働の原因とその背景

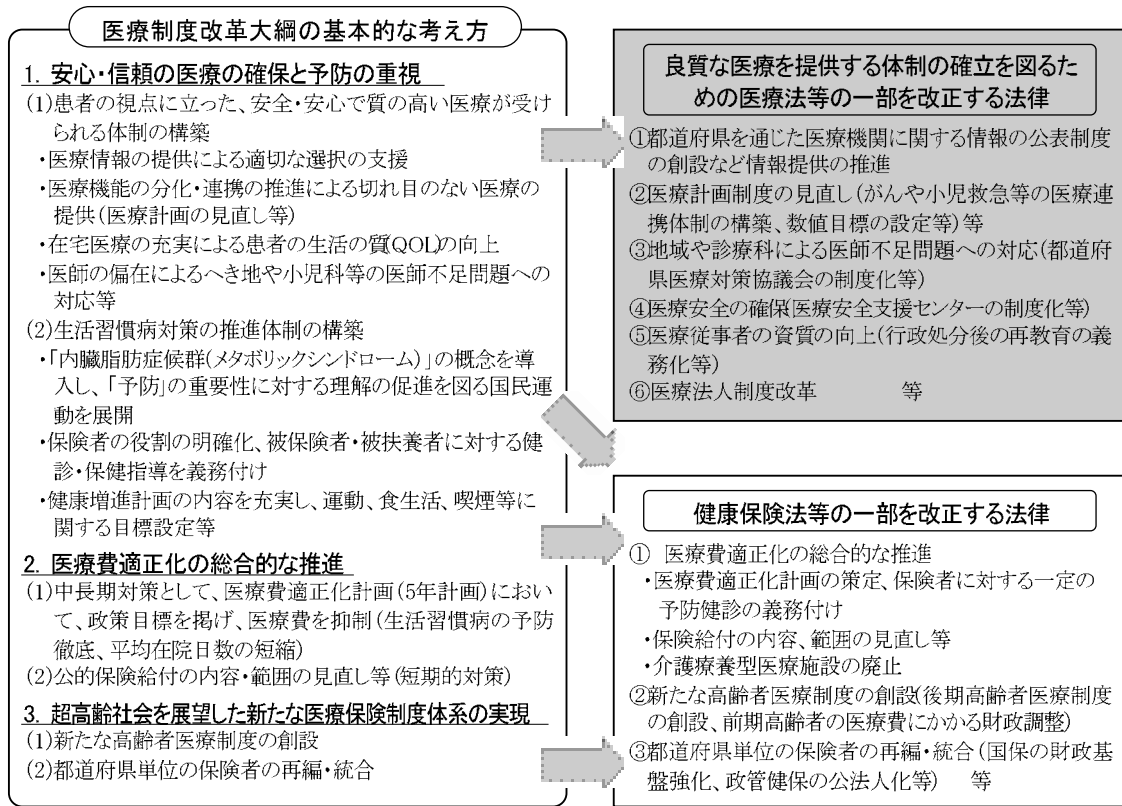
病院勤務医の繁忙感の原因として厚生労働省に設置された「医師の需給に関する検討会」報告書¹⁷⁾には① 院内委員会活動・会議など病院内の診療外業務62.3%、② 教育・指導49.4%、③ 外来患者数の増加32.7%、④ 外来患者1人に費やす時間28.9%が挙げられており、その他にも患者の入院期間の短縮による診療密度の上昇、インフォームドコンセント、医療安全に対する配慮の強化、医療技術の向上、1年365日24時間どんな時間でも専門医に診てもらいたいという患者側の要望、医師が作成する文書量の増大、医師の専門性の細分化による医師相互での診療、依頼(コンサルテーション)の増加等が挙げられている。著者は第27回日本医学会総会で医師の過重労働と現在進められている医療制度改革との関連、特に平均在院日数の短縮、医療費削減の影響と医療従事者の適性配置を考える必要性を主張した。

1. 現在推進されている医療政策

医療制度改革法の概要を表1に示す¹⁸⁾。医療制度改革を進めるに当たっての基本的な考え方として大綱では(1)安心・信頼の医療の確保と予防の重視、(2)医療費適正化の総合的な推進、(3)超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現が示されている。(1)安心・信頼の医療の確保と予防の重視の中には① 患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築、② 生活習慣病対策の推進体制の構築が挙げられている。(2)医療費適正化の総合的な推進の中には① 中長期対策として、医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費を抑制(生活習慣病の予防徹底、平均在院日数の短縮)、② 公的保険給付の内容・範囲の見直し等(短期的対策)が挙げられている。(3)超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現の中には① 新たな高齢者医療制度の創設、② 都道府県単位の保険者の再編・統合が挙げられている。

「医療提供体制の各国比較」を表2に示す¹⁹⁾。人口千人当たりの医師数、看護師数は日米で大きな差異はないが、日本の平均在院日数は36.4日でアメリカの6.5日に比し5.6倍長く、人口千人当たりの病床数は逆に日本の方が5倍多い。平均在院日数が36.4日の日本では病床100床当たりの職員数は医師が15.6人、看護師数が42.8人配置されているが、平均在院日数が6.5日のアメリカでは病床100床当たりの職員数は医師が77.8人、看護師数が230人と5倍以上多く医療系職員が配置されている。また、秘書やクラークなどの医療職のライセンスを有しない事務職員も多く配置されている。アメリカと日本

表1 医療制度改革法の概要



の病床100床当たりの医師数、看護師数を比較すると医師数で約5倍、看護師数で5.4倍、アメリカで多く配置されている。日本では平均在院日数が長く、病床が多いので社会的入院が多く、医療費が高くなっていると考えられ、平均在院日数を短縮し、過剰病床を削減することが政策目標になっている。

2. 平均在院日数短縮が医師の労働に及ぼす影響

表3に国立がんセンター中央病院の入院、外来の患者数等の診療指標、職員配置状況等の新病棟完成後の経時的推移を示している²⁰⁾。新入院患者数は平成9年度には6,020人であったが、平成15年度は12,374人と2.06倍増加し、外来患者総数平成9年度は180,767人であったが、平成15年度は264,302人と1.46倍増加している。この間平均在院日数は30.2日から16.2日と短縮している。平均在院日数の短縮と逆比例して新規入院患者数、外来患者数が増加している。DPCでは手術が出来高であることから手術数を増やしており、平均在院日数の短縮にも手術数の増加が貢献しており、手術数は平成9年度は3,432人であったが、平成15年度は5,207人と約1.51倍増加している。手術件数の増加に伴い、麻酔件数も増加した。業務量の増加に伴い忙しさが増加し、その分ストレスも増加した。飛行機では離陸・着陸時に事故が多く、強いストレスを感じるが、全身麻酔においては麻酔導入時と離脱時に事故が多く、この時期に細心の注意が必要である。過重労働並びに国立がんセンターではがん手術の麻酔のみであること等により平成16年になると段階的に常勤麻酔医が離職した。3ヶ月単位の月間全身

表2 医療提供体制の各国比較(2003年)

国名	平均在院日数	人口千人当たり 病床数	病床百床当たり 医師数	人口千人当たり 医師数	病床百床当たり 看護職員数	人口千人当たり 看護職員数
日本	36.4	16.5	15.6 (2002)	2.0 (2002)	42.8 (2002)	7.8 (2002)
ドイツ	10.9 (2002)	8.9 (2002)	39.6 (2000)	3.4	102.2 (2000)	9.7
フランス	13.4	7.7	35.2 (1998)	3.4	69.7 (1997)	7.3
イギリス	7.6	4.2	43.9 (2000)	2.2	129.2 (2000)	9.7
アメリカ	6.5	3.3	77.8 (2000)	2.3 (2002)	230.0 (1999)	7.9 (2002)

(出典) 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数:「OECD Health Data 2002」
 平均在院日数、人口千人当たり病床数、人口千人当たり医師数、人口千人当たり看護職員数:「OECD Health Data 2005」

表3 国立がんセンターにおける諸診療指標と職員数の年次推移

	年度(平成)	9年度	10年度	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
入院	新入院患者数(人)/年	6,020	6,646	8,106	9,029	10,506	11,275	12,374
	手術件数(件)/年	3,432	3,430	4,044	4,310	4,879	4,957	5,207
	平均在院日数(日)	30.2	25.6	24.7	21.8	19.1	17.9	16.2
	入院診療単価(円)/日	43,863	45,200	50,436	53,170	55,657	56,052	58,362
外来	外来患者総数(人)/年	180,767	180,592	198,534	209,496	234,206	243,683	264,302
	新外来患者数(人)/年	8,339	8,838	10,362	11,236	13,444	14,140	16,042
	1日平均外来患者数(人)	737.8	745.1	813.7	855.1	955.9	994.6	1,074.4
	外来診療単価(円)/日	15,625	15,741	18,118	18,975	20,121	21,109	22,044
職員数	医師	114	119	114	115	117	114	118
	医療職(コ・メディカル)	96	95	95	94	95	94	96
	看護職	340	345	364	375	382	396	415
	合計	550	559	573	584	594	604	629

※医師については、指定職の3名を含む

単位:(人)

麻酔件数並びに非常勤麻酔医を含んだ麻酔医数を図2に示した。10人で麻酔を行っていて一人が辞めれば他の9人に約10%の負担が増加するが、5人で行っていた業務を一人欠けると他の4人に25%の負荷が掛かる。少ない人数で行っていた業務ほど一人の離職の影響は大きく、一旦バランスが崩れると五月雨的にもしくは集団で医師は離職する。麻酔科医の離職により、手術件数が減少すると収入が

減少し、病院経営の観点からも問題となる。

外科患者で平均在院日数を半減した場合の看護業務量をシミュレートしたものが図3である。入院日数を28日間として、一般的な手術入院例を、「検査・方針決定・OP(手術)準備期」、「OP後急性期」、「OP後回復前期」、「OP後回復後期」、「経過観察期/退院準備期」の5つの期間に分類し、それぞれの期間に実施が必要な看護を基本としてケアの内容を記載している。平均在院日数が半減した場合、相対的に業務負担の少ない「術前安静期」及び「術後の回復期間」の患者が減少し、業務負担の多い「OP後急性期」、「OP後回復前期」、「OP後回復後期」の患者が増加することとなる。手術数を増し、平均在院日数を短縮すると患者総数が増加し、重症患者が増加しており、業務は高度化するとともに医療従事者の負担は増加し、大変忙しくなる。

3. 低医療費政策の影響

国民医療費は平成4年23.5兆円で、その後毎年約1兆円増加し、平成11年に30兆円に達した。しかしその後は診療報酬のマイナス改定の影響もあり、国民医療費の伸びは抑えられている。平成18年の診療報酬改定では過去最大の3.16%削減された。一方、医療の急性期化に対応して業務量が増加することから平成18年度の診療報酬改定で新たに「7:1」入院基本料が導入された。表4は「15:1」、「13:1」、「10:1」、「7:1」入院基本料の点数、必要な看護師数(平均的な年休、休日を勘案し算定)、配置さ

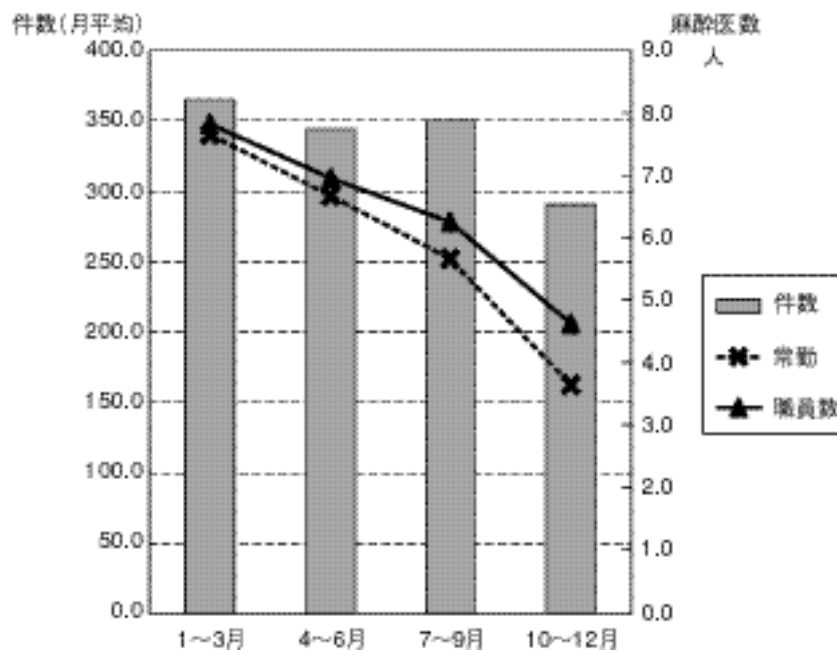


図2 麻酔医数および手術件数(全麻)の推移

れた看護師一人当たりの年間収入を示している。看護師1人当たりの入院基本料の年間収入を試算すると、50床の一般病棟で病床稼働率90%の場合、「15:1」では1,045万円、「13:1」では997万円、「10:1」では906万円、「7:1」では774万円と看護師一人当たりの年間収入は、基本料区分が上位に行くほ



図3 平均在院日数半減による業務量の変化

ど少ない。医療費削減の影響を受け、従来の看護師の人員費で入院収入に見合う看護師を配置することは困難となる。したがって人員費の削減のためには年収の高い中堅看護師の雇用維持が難しく、年収の少ない若い看護師を確保せざるを得なくなる。「7:1」入院基本料の導入により、平成18年度国立大学医学部附属病院を中心に給与の低い新卒の看護師を大量に採用し、看護師不足が社会問題化したが、今後はこれら多くの新規採用看護師に対する教育、看護の質の維持・確保のあり方、離職対策、長期に勤務した場合の看護師給与の後年度負担、宿舎費等の負担も大きな検討課題となっている。

図4は国立がんセンター中央病院の平均在院日数と診療単価の相関を示す。平均在院日数は平成9年度の30.2日が平成15年度16.2日に短縮し、診療単価は平成9年度の43,863円が平成15年度58,363円に増加した。平均在院日数の短縮に反比例して診療単価が増加した。

図5は国立がんセンター中央病院における平成9年度を基準とした診療単価の伸び率及び平均在院日数減少率の変化を示す。平成9年度を基準として平均在院日数減少率を逆数にして表すと、平成15年度には忙しさが86.4%増加しているにもかかわらず、診療単価の伸び率は33%に過ぎない。したがって、在院日数の短縮による収益への効果は、在院日数の短縮率に比べ相対的に少ない。忙しくなっているにもかかわらず忙しさに見合う診療報酬の増加がないので必要な人員を確保することができないことが問題である。

4. 現在進行中の病院医療の状況

病院の医療の急性期化に伴って業務量が増加し、医師は過重労働になっている。このため病院勤務医から開業医になる傾向が進行しており、今、病院医療の崩壊が懸念されている。この傾向の原因と

表4 入院料基本料区分別看護師一人当たり収入比較
(50床病棟で病床稼働率90%として仮定)

入院基本料区分		15:1	13:1	10:1	7:1
看護師配置人数(※)		15	18	23	33
入院基本料(点)		954	1,092	1,269	1,555
収入 入院基本料	年間(万円)	15,669	17,936	20,843	25,541
	看護師1人当り(万円)	1,045	997	906	774

(※)配置数の算定方法について

50床病棟で病床利用率90%(患者数45人)の場合の必要人数として計算

(例 7:1の場合) 45人÷7人×3交代×30.5日÷18.0日=33人(年休等2日/月、夏休み等6日/年)

しては繁忙感(過重労働感)のみならず勤務に見合う処遇が与えられていないこと、訴訟のリスクの高まっていること(民事・刑事)、警察・検察の関与が強まったこと(業務上過失致死等)、勤務医に対する社会からの評価が低下していること、病院勤務での燃え尽き感等も挙げられている。平成8年に30歳～47歳であった医師の平成14年における就業場所の変化を見ると平成14年には平成8年に比較し、一般病院では6,398人、大学では9,007人減少し、診療所では逆に15,311人増加している²¹⁾(表5)。一般病院・大学病院から診療所へ傾向が読み取れる。勤務医が開業することの問題の中でも過重労働を感じているのは40-50歳代の診療科長、中堅医師であり、これらの医師が開業することがより大きな問題である。これら医師は病院医療の中軸を担っており、これら医師が辞めると言うことは病院医療の質が低下するとともに、研修医を教育する人材がいなくなることを意味する。病院における臨床の教育機能が

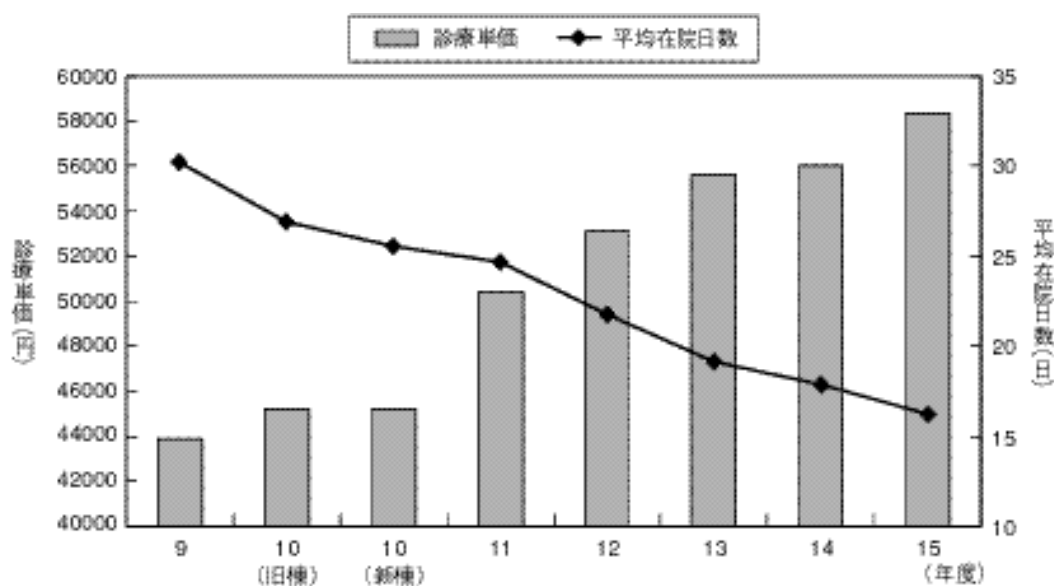


図4 診療単価(患者1人1日当たり)及び平均在院日数の推移

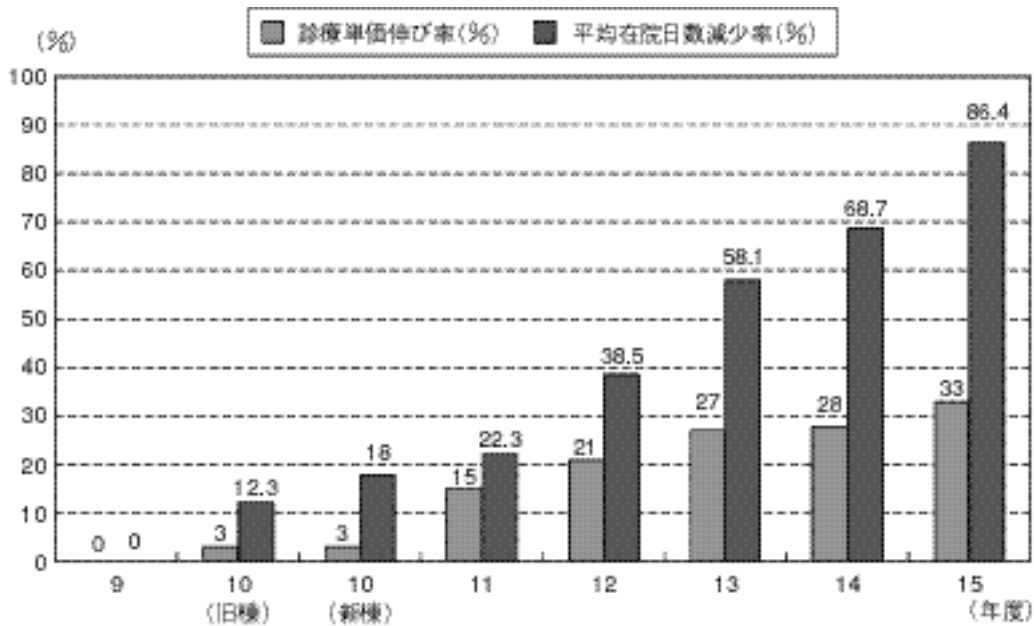


図5 平成9年度を基準とした診療単価伸び率及び平均在院日数減少率

低下することは将来にわたってこの悪影響が出ることを意味しており、大きな問題である。過重労働の見られる忙しい診療科や訴訟の多い科へ進む医師が極端に減少していることも問題となっている。そのうち必要な手術もできなくなるのではと懸念されている。

大学においても同様な状況が見られている。清水は「大学病院は頑張っている。しかし医師(教員)の活動環境は劣悪である。医師は多忙で、ハイリスク、ローリターンである。いつ燃え尽きるか(burn out)、わからない。大学の教員(医師)数が減少して、大学の医療の質及び研究能力が低下している。」と報告している。このため、我が国の医療全体の質が低下しているし、地域への派遣医師数が減少して、地域医療が崩壊しているとも述べている。平成18年には虎ノ門病院小松泌尿器科部長の「医療崩壊『立ち去り型サボタージュ』とは何か」が大きな話題となった²³⁾。千葉県房総半島の地域医療も医師が激務で辞職し、救急医療が危機的な状況になっている。この地区ではある病院で救急ができなくなると、その隣の地区の病院に患者が集中し、次にはその病院が過重労働で救急を閉鎖する、診療機能を縮小するドミノ現象が起き、地域医療は惨憺たる状況となっていると報道されている。過重労働により医師の病院からの離職が急速に進行しているが、厚生労働省の病院である国立循環器病センターでもICUの医師が5名集団で退職しており、医師から見て魅力無ければ大きな有名病院でも例外ではなくなっている。

Ⅲ 今後の対応

医師の過重労働の軽減のためには単に医師の労働時間を減少させて過労を防止するだけの観点だけでなく、地域医療を維持し、国民の健康を確保していくための総合的な対策が必要である。厚生労働省「医師の需給に関する検討会報告書」には今後の対応の基本的考え方として①地域に必要な医師の

表5 平成8年30歳～47歳医師の就業場所の変化

就業場所	平成8年	平成14年	対H8
一般病院	63,673	57,275	-6,398(-10.0%)
大学病院	25,665	16,658	-9,007(-35.1%)
診療所	22,779	38,090	15,311(67.2%)

確保の調整、②地域の中核的な医療を担う病院の位置付け、③持続的な勤務が可能となる環境の構築と生産性の向上、④地域における医師の確保に関する取り組み、⑤臨床研修制度の活用等、⑥国民の期待する専門診療と診療科・領域別の医師養成のあり方の検討、⑦医学部定員の暫定的な調整について意見が述べられている。また、へき地等の特定地域や小児救急医療・産科医療等の特定分野での医師偏在問題への対応を図るため、厚生労働省は医師確保に向けた総合的対応を示している(表6)。ここではこれらを基に今後の対応を整理した。

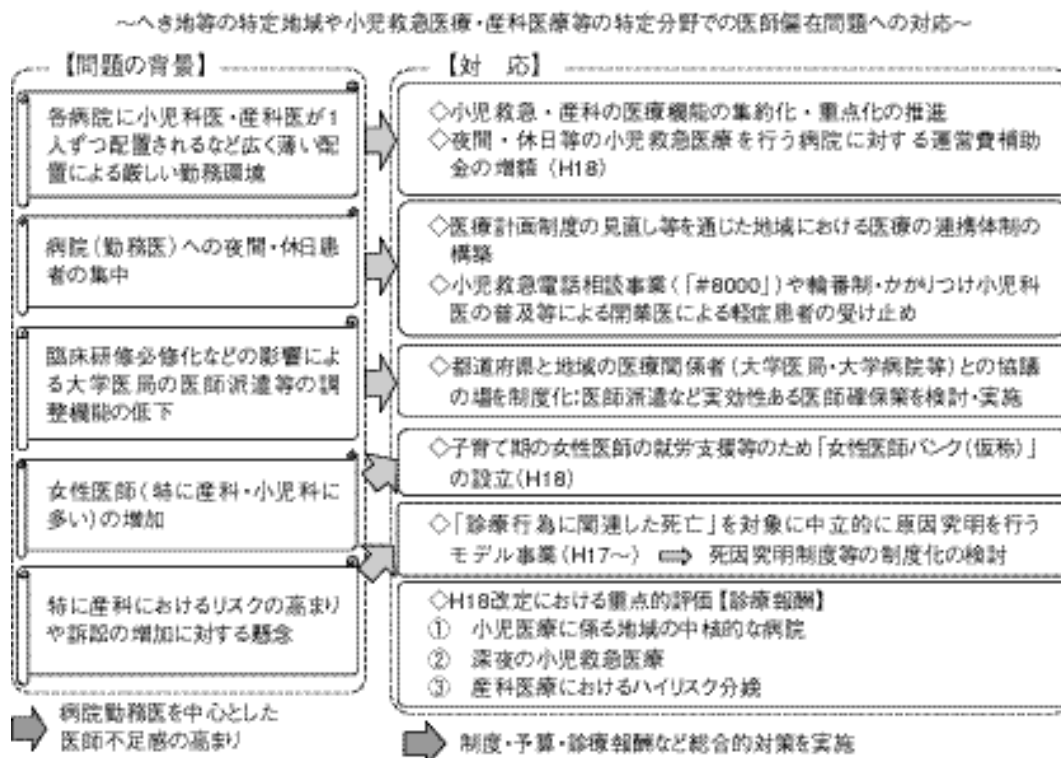
1. 医学部定員を増加して医師を養成することについて

現在、医師の増加数は年間3,500人から4,000人程度であり、医師の需給に関する予想では当面は不足気味であるが、医師の供給の伸びは需要の伸びを上回り2020年頃までに均衡し、その後も需給バランスは全体としては改善するとしている。今、医学部定員を増やしてもその効果は早くとも10数年を要すること、又、多額の国費の投入が必要なことから医師数が大きく過剰になるような養成を行うことは適当ではないとしている。ただ、地域格差等の医師の偏在があることから地域枠の設定や勤務地を指定した奨学金の設定が提言されている。

2. 医師の適正配置について

地域における医療ニーズをきちんと把握した上で、地域に必要な医師の確保の調整を行うシステムを構築する。都道府県等の地方公共団体が中核となり、地域医療対策協議会の運営、地域内での医師の効果的な配置・異動を行うとともに適切な入院医療が実施できるよう手術等地域で中核的な医療機能を果たす医療機関を位置づける。地域で医療機能の集約化・重点化を行い医師への負担を軽減する等地域における医療提供体制を検討し、医療機関相互の連携を含む、有効で効率的な医療提供体制のあり方を検討するよう提言されている。各病院に小児科医・産科医が1人ずつ配置されるなど広く薄い配置による厳しい勤務環境があることから小児救急・産科の医療機能の集約化・重点化の推進、並びに夜間・休日等の小児救急医療を行う病院に対して運営費補助金の増額が平成18年から実施される。しかし、急性期病院における対応は別途考える必要がある。政策的に平均在院日数の短縮が行われているが、収入を確保するため病床稼働率を一定にして平均在院日数を半減すると年間の新規入院患者総数は2倍となり、又、退院後は外来に通院するので入院も外来も大変忙しくなる。しかも急性期病院では平均在院日数を短縮するために手術件数を増やしているので重症患者数が増

表6 医師確保に向けた総合的対応



えている。平均在院日数が半減すると医療現場では仕事量がおおよそ2倍程度増加するので、理論的には職員数を約2倍増加させなければ医師等の職員に過重労働がかかることになる。しかしながら医療費が抑制されているので、職員を増やすことはできない。したがって現在、多くの急性期病院で起きている医師の過重労働の状況は当然の結果と言える。日本がアメリカ型の急性期医療を目指すのであれば、日本の病床数の減少、平均在院日数の短縮に対応して職員数を増やす必要がある。

現在、産科医療の集約化が議論されているが、産科医師が適正な診療を行うに必要な医師数が試算されている(表7、表8)²³⁾。50床の病床で稼働率を90%と仮定し、産科医師の過重労働を避けるため医師の3交代制勤務、帝王切開術は業務上過失致死で訴訟されることを避けるために産科医師2人で担当する、正常分娩の入院日数を5日もしくは6日、帝王切開の入院日数を10日もしくは14日、産科医師ひとりの患者数を入院15人もしくは20人、外来30人を担当する等、表7に示した条件で試算すると、平成16年の国内出生数110万人を産科医師が取り扱うためには帝王切開率10%で仮定すると産科医師が約1万人から11,000人、帝王切開率30%で仮定すると産科医師が約11,600人から12,500人必要である。しかるに日本産科婦人科学会の調査によれば、平成17年における大学病院を除く分娩施設に勤務する産婦人科医師は、6,107人(病院3,644人、有床診療所2,463人)、また、厚生労働省統計によれば、平成16年度における産婦人科医師数は、12,156人(病院6,685人、診療所5,471人)となっている。分娩施設に勤務する産婦人科医師6,107人も全て分娩のみを取り扱っているのではなく婦人科疾

患も見ている。日本産科婦人科学会調査と厚生労働省統計の病院に勤務する医師の差約3,000人と6,107人の約半数もしくは2/3が分娩を取り扱っていると仮定すれば産科医は4,500人から6,000人に過ぎないことになる。産科医療の集約化問題については、医師の3交代勤務制を導入し、産科医が適正に勤務した場合、1万2千人以上の産科医が必要となり、現在の医師数で取り扱える分娩数は、現在の1/3から1/2に過ぎないと試算されている。集約化により分娩を取り扱うにしても産科医師の絶対数が不足している。またこの試算では50床に産科医が20人以上必要であることから、単純に6,000人を20人で割れば全国で300施設、採算が取れるようにするには相応の分娩費が必要となる。産科医療における医師の過重労働の軽減を考える上では患者の安全性の向上を求めれば利便性は大きく低下する等多くの課題が混在しており、総合的な対策が必要である。

患者の要求水準は年を追うごとに高くなっており、以前のように短時間の診療、検査の少ない診療では満足

表7 産婦人科医師を集約した場合の必要医師数

- (積算根拠) ①50床病棟で利用率90%で試算。
 ②在院日数は、正常分娩5日又は6日、帝王切開10日又は14日
 ③帝王切開率は0%~40%で分類。※0%の場合の分娩件数は、 $40人/日 \times 365日 \div 5日 = 2,920件$
 ④切迫流産等、産科領域での入院患者数5名を含む。
 ⑤全て分娩対象患者とする。
 ⑥妊婦年間健診回数は、15回とする。
 ⑦医師一人当たりの担当患者数は、入院15人/一人又は20人/一人、外来30人/一人とする。
 ⑧分娩・帝王切開に必要な医師数は、分娩1件/0.5人、帝王切開1件/2人とする。
 ⑨医師一人当たりの勤務日数は215日とする。※ $245日 - 20日(年休) - 10日(夏季休暇等) = 215日$

帝王切開率	全国必要医師数			
	試算①入院日数5日・10日、15人担当	試算②入院日数5日・10日、20人担当	試算③入院日数6日・14日、15人担当	試算④入院日数6日・14日、20人担当
0%	8,314	8,314	9,466	9,466
10%	10,109	10,109	10,965	10,965
20%	10,005	10,005	11,770	11,770
30%	11,674	11,674	12,571	12,571
40%	12,022	12,022	14,479	14,479

(結論)

- 入院日数が正常分娩5日、帝王切開10日で帝王切開率30%の場合、医師一人当たりの分娩取扱件数は、94件となる。
- この場合、平成16年の国内出生件数110万人に必要な医師数は11,674人となる。 $(1,100,000件 \div 94件/人 = 11,674人)$
- 日本産科婦人科学会の調査によれば、平成17年における大学病院を除く分娩施設に勤務する産婦人科医師は、6,107人(病院3,644人:1,273施設、有床診療所2,463人:1,783施設)となっている。また、厚生労働省統計によれば、平成16年度における産婦人科医師数は、12,156人(病院6,685人、診療所5,471人)となっており、病院勤務医数から集約化により分娩を取り扱うには、絶対数が不足している。
- なお、50床の病棟で医師の配置数が22人から算出された総人件費2,370,511千円に見合う分娩費は、812千円となる。
 $\text{※} 22人 \times 15,000千円 \div 47\%(人件費率) \div 25\%(構成比) = 2,808,511千円(産科入院収入) - 438,000千円(産科外来収入) = 2,370,511千円 \div 2,920件 = 812千円$

表8 産婦人科医師を集約した場合の必要医師数

- (積算根拠) ①50床病棟で利用率90%で試算。
 ②在院日数は→正常分娩5日、帝王切開10日とする。
 ③帝王切開率は0%~40%で分類。※0%の場合の分娩件数は、40人/日×365日÷5日=2,920件
 ④切迫流産等、産科領域での入院患者数5名を含む。
 ⑤全て分娩対象患者とする。
 ⑥妊婦年間健診回数は、15回とする。
 ⑦医師一人当たりの担当患者数は →入院15人/日、外来30人/日
 ⑧分娩帝王切開に必要な医師数は →分娩:1件/0.5人、帝王切開:1件/2人とする。
 ⑨医師一人当たりの勤務日数は215日とする。※245日-20日(年休)-10日(夏季休暇等)=215日
 ⑩必要助産師数は、助産師1人当たりの年間分娩件数30件(厚生労働科学研究班積算)に基づき試算した。

帝王切開率	入院患者数等			外来患者数		必要医師数							医師一人当り分娩件数	(参考)助産師必要数	(参考)全国医師必要数
	区分	患者数/日	分娩数/年	分娩数/日①	一日当たり②	年間	勤務帯	病棟	分娩①分娩×0.5	手術室①帝切×2	外来②/30	合計			
0%	正常分娩	40	2,920	8.0	179	43,800	日勤	3	4	0	6	13	18.7		
	帝王切開	0	0	0.0	0	0	準夜勤	1			1	1.7			
	切迫流産等	5					夜勤	1			1	1.7			
	合計	45	2,920	8.0	179	43,800	合計	5	4	0	6	15	22.1		
10%	正常分娩	33	2,389	6.5	146	35,836	日勤	3	4	2	6	15	21.0		
	帝王切開	7	265	0.7	16	3,982	準夜勤	1			1	1.7			
	切迫流産等	5					夜勤	1			1	1.7			
	合計	45	2,655	7.3	163	39,818	合計	5	4	2	6	17	24.4		
20%	正常分娩	27	1,947	5.3	119	29,200	日勤	3	3	3	5	14	18.7		
	帝王切開	13	487	1.3	30	7,300	準夜勤	1			1	1.7			
	切迫流産等	5					夜勤	1			1	1.7			
	合計	45	2,433	6.7	149	36,500	合計	5	3	3	5	16	22.1		
30%	正常分娩	22	1,572	4.3	96	23,585	日勤	3	3	4	5	15	20.4		
	帝王切開	18	874	1.8	41	10,108	準夜勤	1			1	1.7			
	切迫流産等	5					夜勤	1			1	1.7			
	合計	45	2,246	6.2	138	33,692	合計	5	3	4	5	17	23.8		
40%	正常分娩	17	1,251	3.4	77	18,771	日勤	3	2	5	5	12	19.4		
	帝王切開	23	834	2.3	51	12,514	準夜勤	1			1	1.7			
	切迫流産等	5					夜勤	1			1	1.7			
	合計	45	2,086	5.7	128	31,286	合計	5	2	5	5	17	22.8		

※端数切り上げ

(結論)

- 仮に帝王切開率30%の場合、年間分娩件数2,246件に対し、24名の医師が必要となり、医師一人当たりの分娩件数は94件となる。
 ※必要医師数24名(23.8名)≒病棟・分娩6名×365日÷215日+(手術4名+外来5名)×245日÷215日+夜勤2名で算出
 ※医師一人当たり分娩数94件=2,246件÷23.8人で算出
- この場合、平成16年の国内出生件数110万人に必要な医師数は11,674人となる。(1,100,000件÷94件/人=11,674人)
- 日本産科婦人科学会の調査によれば、平成17年における大学病院を除く分娩施設に勤務する産婦人科医師は、6,107人(病院3,644人:1,273施設、有床診療所2,463人:1,783施設)となっている。また、厚生労働省統計によれば、平成16年度における産婦人科医師数は、12,156人(病院6,685人、診療所5,471人)となっており、病院勤務医数から集約化により分娩を取り扱うには、絶対数が不足している。

しなくなっている。患者一人当たりの診療時間も長くなっている。権利意識の高い患者からは医師が一所懸命取り組んでも、何かあれば医療事故ではないかとクレームをつけられることが増えている。筋論クレマーと言われる患者も増加している。これに要する時間も著明に増加している。医療者の提供できる医療の提供量は限られているので、適正な医療を提供するため集約化することは必然的に病院数が減少することを意味するし、アクセスが悪化することは避けられない。今後はいつでもどこでも同じ程度の高度医療を受けたいのであれば患者の満足度を低くすることやニーズ抑制も議論されるべきではないか。極端に言えば3分診療に不満で、30分診療を求めるのであれば医師が10倍働くか、アクセスが10倍悪くなるかの究極の選択も議論する必要があるのではなかろうか。

3. 医師の業務の見直しについて

医師の業務の効率化や質の向上の観点から医師が行っている事務作業など業務の内容を確認し、事務職など他の職種で対応できる業務を見直したり、看護師等の医師以外のスタッフの充実やスタッフ間の役割分担の見直しを図ることにより医師が本来の業務に専念できるような体制をつくることも医師の過度の負担軽減につながる。

4. 持続的な勤務が可能となる勤務環境の構築

医師不足の診療科や地域では長時間拘束されるなど勤務の継続が困難になっていることから地域で医療機能の集約化・重点化を行い医師への負担を軽減したり、各病院でもスタッフ間の連携と協働によりチーム医療体制を整備する等、持続勤務が可能となる環境を構築する必要がある。女性医師が増加していることを踏まえ、出産や育児など多様なライフステージに応じて切れ間なく働けるよう多様な勤務形態の確保や院内保育所の優先的な利用等働く環境を整備することが必要である。50歳以上の医師の増加が続くことから短時間勤務や交代制勤務等の多様な勤務体制の導入し、様々な年代の医師が長期に勤務できるシステムの構築も提言されている。女性医師(特に産科・小児科に多い)が増加していることから、子育て期の女性医師の就労支援等のため「女性医師バンク(仮称)」の設立が平成18年から実施される。

大学病院においては大学で働く医師に対して給与・超過勤務等に関する労働基準法へのコンプライアンスを示さなければ、医師たちに対して法的・倫理的・社会的通念へのコンプライアンスを求めることは難しくなっており、大学病院の医師の生活環境の改善は、単に、医師の過剰労働による大学からの離職を防ぐということに止まらず、我が国の医療の質、ライフサイエンス研究の推進、医学教育の充実を図る観点から極めて重要との指摘もある。

5. 医療事故等への対応について

日本病院会の勤務医に関する意識調査報告書によれば71.4%の医師が医事紛争の経験を有し、70.3%の医師は医事紛争が診療へ及ぼす影響として防御的、萎縮医療になると答えている。医療の高度化に伴って医療事故も増加し、医療事故等の患者と医療機関との間の紛争が増加していることから医療提供体制を充実して事故の未然防止に努めたり、医療機関が組織的に紛争対応に当たる等、「医師の勤務継続の動機を下げるような過度の負担を負わせない」、「中立的な機関により医療事故の原因

究明を行う制度の創設」が求められている。

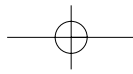
福島県立大野病院で帝王切開手術を受けた患者が癒着胎盤による多量出血で死亡し、担当した産婦人科医が逮捕された事件は医療現場に大きな衝撃を与えた。勤務医は劣悪な労働環境で働いているにもかかわらず患者が死亡すれば業務上過失致死罪で逮捕・起訴されるようでは一人で帝王切開はできない。医師法21条の異常死の届け出に関する判断基準が関係団体異なっており、曖昧なことも医師の不安を増長している。医師法第21条には医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならないと記載されている。これは医療機関がまだ不十分であり、犯罪捜査に活用する観点もあった時期に制定された古い条文であるが、平成16年4月13日に出された最高裁判所判決では医師はその死因等につき診療行為における業務上過失致死等の罪責を問われる恐れがある場合にも、医師法21条の届出義務を負っており医療事故に関しても死体を検査して異状を認めた医師は届け出ることとされている。届け出なかった場合には医師法違反、届け出れば業務上過失致死で書類送検され、犯罪者扱いされる事態も生じてきていることから、この異状死体に関する届出についての規定も医師のやり甲斐を大きく損ねており、この規定の適切な取り扱いが望まれる。

6. 適正な受診ができるシステムの構築

医療資源と医療従事者が限られていることを考えれば、医療の受け手である患者・国民に正しい情報を提供し、課題に対する認識を共有することが重要である。行政機関、保険者、医療提供者、マスコミ等各般の主体による総合的な取組みが重要とも指摘もされている。日本の医療は現場医師の自己犠牲の上に成立して来たともいわれるが、当直業務翌日の通常勤務は安全面からも問題であり、医療の安全と質を守るためにも現場の医療の実態について国民の理解を得て変革することが必要であり、医療現場から情報発信することが大事である。もはや医療従事者の努力だけで過重労働問題が解決できる状況ではなくなってきており、日本が築いてきた良い医療システムを引き継ぎ、持続的に発展させていくためには、国民が、時間外でも時をかまわず受診したり、医療に不満を言うのみでなく、医療を取り巻く環境の変化を理解し、適正な受診に努め、医療を育て支援していくための患者教育等の取り組みも必要である。近年、患者や家族から医療従事者が暴力を受けることが増加しており問題となっている。患者からの病院職員への暴力が30%弱、患者による病院施設・設備の損壊は20%弱あり、30%が身体的暴力を受けている。一方、精神的暴力も言葉の暴力が約3割でセクシャル・ハラスメント、いじめも報告されている²⁴⁾。このため、安全管理に対する病院の方針のあり方を明確化し、病院全体で取り組むべき課題として位置づけ、暴力事件等を起こす利用者への対応方法を決めておくことの重要性も提言されている。軽症患者がタクシー代わり救急車を利用する例も多くなり、救急車の到着時間が延長し、本当に必要な救急医療の提供に支障が出たり、医療費の未収金の増加も問題となってきていることから、国民並びに患者の義務についても議論する必要がある。

7. 国民医療費について

国民医療費は年々増加し、平成16年度は32兆円を超え、対国民所得費8.89%になっている。この



感謝されるより、クレームや医療訴訟が増加していることから医師の志気の低下も指摘されている。安全な医療を提供するには一人診療科ではなく、医療人材を集約化して安全な医療ができる環境を整備したり、不幸にも生じた医療事故に対しては第三者評価機構を設置し対応することも必要である。

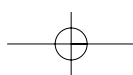
患者の立場で言えば何時でも、どこでも、安全で最高の医療を受けたいと思っっているが、これは幻想に過ぎず、医療は不完全なもので常に危険性が伴うこと、適正な医療には相応の費用を要すること、適正な受診に努めなければ医療提供体制が崩壊し、ひいては適正な医療が受けられなくなることを理解することも必要であろう。

労働衛生管理で5管理の重要性が言われているが、医療との対比で見ると健康管理が医師の診療で、医療を取り巻く様々な環境の変化が作業環境管理、総括管理、衛生教育が患者教育、国民教育に相当すると考えられるが医療関係者も産業保健における5管理を医療に当てはめて考えて行動することが必要であろう。

医療崩壊が懸念される中、医療の透明性を高め医療再生への活路を探ることにより、医療崩壊を医療再生のチャンスと考えて、新しい医療体制に向っていく転換期と捉え、クリニックのネットワーク化、機能分化、地域連携を進める好機との考え方もでてきている²⁷⁾。より良い医療環境を作るためには医療者が自己改革を行い、国民・患者の医療不信を払拭することが不可欠で、そのためには現場から情報発信が重要で、医療関係者一人一人が自分で出来ることから行動することが必要である。

〈文 献〉

- 1)朝日新聞2007年5月17日朝刊:過労自殺で労災認定された最近の例
- 2)加藤雅治:医師の過重労働、東京さんぽ21,32:6-13,2007
- 3)長谷川俊彦:医師労働環境の現状,第12回医師の需給に関する検討会
国立保健医療科学院院長コース説明資料,2006
- 4)清水 博:大学病院改革に関する基礎的研究報告書、平成18年度文部科学省科学研究費補助金 基盤研究(C),1-16,2007
- 5)車谷典男、岡本 希:医師の労働時間と睡眠、労働の科学61(9),526-530,2006
- 6)井奈波良一、黒川淳一、井上眞一、岩田弘敏:1年目研修医の勤務状況、日常生活習慣および職業性ストレスに関する研究、日本職業・災害医学会雑誌、51(3)209-214,2003
- 7)静岡県:県立3病院運営形態検討会提出資料,2006
- 8)日本小児科学会:病院小児科医の将来需要について,2005年4月6日
- 9)大阪府医師会勤務医部会:過重労働の実態と女性医師の就業環境、勤務環境に関するアンケート調査集計報告書「要約」18-19,2006
- 10)日本医療労働組合:「医師の労働実態調査」中間報告、日本医療労働組合ホームページ、2007
- 11)日本病院会地域医療委員会:勤務医に関する意識調査報告書、2007
- 12)独立行政法人労働者健康福祉機構作成、2007
- 13)和田功:過重労働と脳・心臓疾患、産業医のための過重労働による健康障害防止マニュアル—過労死予防の総合対策—、財団法人産業医学振興財団、41-62、2002



ため2006年の医療制度改革においては医療費適正化を政策目標を掲げ、医療費の抑制が進められている。2002年以降診療報酬はマイナス改訂が続いており、2006年改訂では過去最低の3.16%のマイナス改訂が行われた。しかしながら国際的には日本の医療費の水準はGDPに対する比率で見ると主要先進国では最も低いレベルにある。

国立大学病院では附属病院の収支差は平成16年度、17年度は黒字であったが18年度には赤字に転落している。公・私立大学病院ではまだ収益を得ているが、平成17年度は収支差で対前年比で23.06%の減収になっている。一般病院では、平成16年度には黒字であったが、平成17年度には赤字に転落した。平成18年度の診療報酬改定(△3.16%)の影響調査では、国立大学病院の95%、公・私立大学病院の80%、一般病院の75%が今回の診療報酬改定が「とても大きい」あるいは「大きい」と回答している。

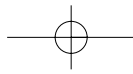
全国公私病院連盟の調査²⁵⁾によれば78.1%の病院が赤字であり、病院は慢性的に赤字体質になっている。病院事業は多くの医療従事者を要する事業であり、人件費比率が構造的に高くなっている。又、高度医療を行うには高度医療機器の導入、電子カルテ等のIT機器の導入も必要である。

多くの医療関係者は適切な医療を行うには病床当たりの人員配置の増加が必要であるが、現在の低医療費政策では困難であり、医療の質と医療の安全を向上させるためには「世界一」厳しい医療費抑制政策を見直し、公的医療費の総枠を拡大する必要がある²⁶⁾とされており、日本の病院を代表する日本病院団体協議会でも次期診療報酬での大幅なプラス改訂を要望している。病院経営は大変厳しくなっており、経営不振の病院も増加し、病院の統合は不可避で病院への患者のアクセスは益々困難になるであろう。

IV おわりに

杉岡元九州大学学長は朝日新聞の平成18年5月27日に寄稿し、英国の悲惨な医療か？米国の残酷な医療か？我が国の医療はどこへ向かおうとしているのか？将来の日本の医療に大変な懸念を示している。英国では医師が他の英語圏に流出し、欠員を外国人医師で補っており、がん等緊急手術を要する患者は国外で手術を受けているようになっており、一方、アメリカの医療は残酷で、市場原理で利潤追求型医療であり、弱者切り捨て、国民の1/7は無保険であると述べられている。従来、日本の医療は医療関係者の献身的な努力により、国際的には低い医療費で世界一の健康長寿国を達成しているが、医療費が削減されると医療の質、安全が低下し、ツケは国民に回ると医療費削減政策に懸念を呈している。

財政の観点からは医療費が国を滅ぼす、医療費亡国論があり、医療費適正化の名のもと医療費の削減が推進されている。しかしながら今の医療機関の状況を見れば必要な医療に適正な費用が払われているとは言えない。自治体病院を含め多くの公的医療機関は赤字経営に陥っている。健全な経営が行える医療費の確保が必要である。医師の立場からは大変忙しく、過重労働状態であることから医師の勤務状態を見直し、適正医療が行えるよう医師等の医療従事者を配置する必要がある。患者からは



- 14) 宮内文久 南條和也 大塚恭一 小川澄江、看護婦における夜間労働と不規則な月経周期との関係、日本災害医学雑誌、第39巻第6号、309-312、1991
- 15) 宮内文久 大塚恭一 南條和也、夜間の光刺激および覚醒が血中メラトニン、プロラクチン、LH、FSH濃度に及ぼす影響、日本災害医学雑誌、第44巻第7号、473-476、1996
- 16) 豊田章宏、望月高明、高田佳輝：勤務医の労働実態分析 —広島県医師会勤務医部会アンケート調査報告、日医雑誌、第135巻第10号、2231-2234、2007年
- 17) 厚生労働省：医師の需給に関する検討会報告書、5-6、2006
- 18) 厚生労働省作成資料
- 19) 厚生労働省作成資料
- 20) 国立がんセンター年報より著者作成
- 21) 田中一成 栃木県保健福祉部長作成資料(厚生労働省医師調査の再集計)
- 22) 小松秀樹：医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か、朝日新聞社、東京、2006.
- 23) 日本病院団体協議会 第25回診療実務者会議提出資料(平成19年7月18日)
- 24) 井部俊子：医療における安全管理体制の在り方に関する調査研究、2006
- 25) 全国公私病院連盟・社団法人日本病院会：「平成18年 病院運営実態分析調査の概要」(平成18年6月調査) 8, 2007
- 26) 二木 立：医療改革一敢えて「希望を語る」、日本医事新報 4335,77-80,2007
- 27) 小松秀樹・井部俊子対談：医療崩壊から医療再生へ、週刊医学界新聞2728、1-3、2007

