

しのお話を順番にいただきます。その後で皆さんからのQ&A、こういきたいと思います。
どうぞよろしくをお願いします。

では最初の演者、「小児科医の労働条件」というので自治医大の桃井教授にお願いします。プロフィール等はアブストラクトの下のほうに書いてありますので、それをどうぞご参照ください。どうぞ先生よろしくをお願いします。(拍手)

桃井 私は「小児科医の労働条件」というテーマをいただきました。細かい数字は山ほど日本全国に出ておりますので、「どこを変えるべきか」というところを最後に申し上げて務めを果たさせていただきたいと思います。

先ず、小児科医の労働条件に影響する因子です。

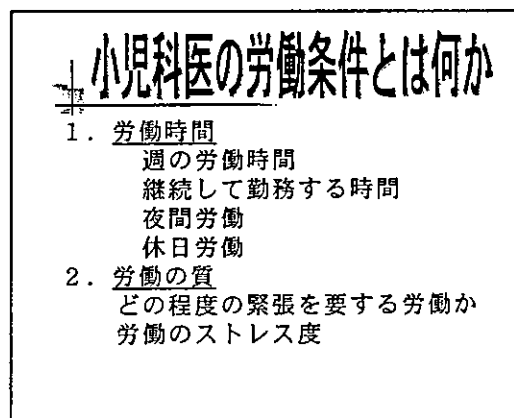
小児科医の労働条件に影響する因子

1. 小児医療は人手がかかる医療である。
2. 小児医療の医療経済*不採算性
3. 時間外診療の集中化、二極化
4. 新生児医療の集中化
5. 患者側の意識→担当医に、いつでも
6. 医師の意識→ 聖職意識

<小児科医の労働条件に影響する因子>

「この因子全部を変えないと良くならん」ということのでございます。先ず小児科医の数、これは議論になっているところであります。次に小児医療人手が掛かる。これももう十分知られた事実であります。次に小児医療の不採算性。そして時間外診療が大きな病院に集中している。集中していない所と集中している所の二極化が出てきている、という医療の現場の現状でございます。もう一つは新生児医療が進歩し、24時間医療というものが小児科専門医の肩に掛かってきたという集中化でございます。そしてやはりこれも大きいと思えますが、患者側の意識の変化。これは大変大きいと私は思いますが、担当医に、専門医に、いつでも、どこでも、という患者の意識の変化がより仕事を激務にしている。それからもう一つ、医者意識が変化をしていない。患者の意識は変化して、医者意識は変化していない。先ほど使命感という言葉が出ましたが、この医者意識、聖職意識に医療の体制が依存している現状が小児科に最も激烈に現れている、と私は思います。

先ず小児科医の数です。これは統計局の数ですから重複計上でございますので、実態をそのまま表しているとは言い難いのですが、昭和 50 年、内科医 6 万。小児科医、内科医は重複計上ですから小児科医、内科医を標榜しておられる医者が 3 万 2000。それがずっと来まして平成 10 年、内科医 9 万 6000。小児科、内科標榜が両方ですが重複計上で 3 万 4000。全くほとんど増えていない。そして内科医がこれだけ増加をしている。医療の内容が増え、医者がやるべき仕事、業務が多大に増えたにもかかわらず、こういう現象である。この中の小児科専門医の数は推して知るべしでございます。この状況が小児科医の首を絞めているというのが現状でございます。



<小児科医の労働条件とは何か>

それでは小児科医の労働条件とは何かでございます。労働条件を考える時に単に時間のみならず、労働の質を考える必要があります。労働時間は週の労働時間、そして継続勤務時間。よく 32 時間連続勤務といわれますが継続勤務時間。そして夜間休日の代替の無い夜間休日労働。そして労働の密度でございます。これらを考えないと小児科医の労働条件は良くならん、ということでもあります。

小児科診療の医師労働の特徴

1. 観察時間が長い：医療収益 0
2. 面談時間が長い： 0
3. 常時全身診察である：
4. 処置時間が長い：収益1単位/より長い労働
→単位時間当たりの収益↓
5. 変化が速い：変化ごとに医師労働を要する。
→診察、処置、治療計画変更、書類

＜小児科診療の医師労働の特徴＞

先ず小児医療は人手が掛かる。これは皆様、ここにいらっしゃる方々は当たり前だという認識ですが、当然診療に時間が掛かる。注意集中時間が長い。内科で1カプセル処方、細かい計算を繰り返してしないと医療ミスにつながるという、注意集中時間が長いのが小児医療の特徴であります。この小児医療の中には当然周産期医療も入ります。そして子供は頻回の注視を必要とする。経過が速い。経過が速いということはその度に医師の手を必要とする。診療の変更を必要とする。変更の度に医療業務がある。医療業務が何倍も加わるわけであります。これが「小児医療が人手が掛かる」ということでして、皆さんご存知の点滴を1日に1回差し替えたらどうなるかということ計算しますと、単純にして成人の8倍。点滴だけで8倍の時間が掛かる。つまり時間が掛かるということは、医師のコストがその患者に掛かっているということであります。患者一人当たりの医師労働時間が長い。つまり医師の給与コストの割合が小児医療は高いということであります

患者1人あたりの医療収益 (全国公私病院連盟平成11年度)

(単位：円)

	総数	内科	小児科
医療費用	32,670	34,124	30,442
医師給与	4,181	3,682	5,172
医療収益	30,153	32,474	27,026
収益－費用	△2,517	△1,650	△3,416

＜患者1人あたりの医療収益＞

(全国公私病院連盟平成11年度)

小児科医の労働時間に影響する因子の「人手が掛かる医療」が、どんな現状に医療経済ではなっているか、ということを示したいと思います。患者一人当たりの医療収益です。

これは全国の国公病院の、これは公表されておりますのでこんな分厚い冊子がたくさんございます。平成 11 年度を出しました。患者一人当たり、これは大きい病院も小さい病院も総数でございますので総数だけを見ますと、内科、小児科であります、医業費用、医師給与そして医業収益、赤字分だけを見ますと患者一人当たりの赤字は内科に比べて小児科は 2 倍である。病院が大きくなれば大きくなるほどこの格差は大きくなる、という現状がございます。

それでは医師一人当たりで、どのくらい小児科は患者を扱えるかということを見ます。これも全体の統計でございますので、いろいろな現場において「いいや違う」というご意見も有ろうかと思いますが、全体の平均を見ますと医師一人当たり小児科は入院患者 5 人、内科は 8.7 人。つまり小児科医一人当たりの医業収入は低い。半分近く低い、というのが小児医療の本質的な医療なのです。それを医療経済で見ますと、医師一人当たりの医療収入はどのくらいか。細かい数字はよろしいのですが、結論といたしまして小児科医は内科医の 58% の診療収益である。これでは「小児科医の数をなるべく低くして収支をよくしよう」という病院の姿勢は無理からぬことでして、これを考えますと「病院から小児科を排除しよう、無くそう」というのは当然でございます。

例えば私の専門である小児神経の患者さんの診療例を挙げます。これは全く例えばでございますが、小児患者の診療報酬と他科を比べます。先ほど精神科というお話が出ましたが、例えば私、小児神経の専門医が 6 歳のてんかん児を診療いたしますと、外来診療ですが 401 点。これを精神科が同じようなことをいたしますと、全く同じ事をして 741 点あります。もう一つ ADHD、昨今問題になっている小児の行動障害であります。心の問題も合併します。これを小児神経の私専門家が拝見いたしますと、心を尽くして拝見して時々 1 時間掛かることがあります 571 点。1 年目の精神科医が同じ診療、処方いたしますと 821 点。精神科の重視もたいへん結構でございますが、小児の心を診ている、そして小児の行動問題を学校と連携し、親と連携して診ている小児医療は全く報われない、というのが現在の診療報酬の体系であります。

小児医療経済

単位時間当たりの業務が多い
患者当たりの収益が低い
医師当たりの収益が低い

- 医師数策定は内科と同等
収益で医師数策定の施設もあり
- 医師1人当たりの業務増

＜小児医療経済＞

医師1人当たりの診療収入

	総数	自治体	私立	大学	%
総数	363	355	376	193	100
内科	463	463	450	246	126
小児科	271	266	263	171	73
外科	341	333	347	260	

(単位：千円)

小児科医は、内科医の58%の診療収益

＜医師1人当たりの診療収入＞

次に小児医療経済をまとめさせていただきますと、先ほどお示いたしました単位時間当たりの業務量が多い。患者当たりの収益が低い。当然医師一人当たりの収益が58%、内科の58%であります。特定機能病院の医師数策定でも分かるように、医師数は外来患者数と病床数で策定しております。そのようにして内科と小児科は医師数策定が病院では同じでございます。同じ医師数を策定しますと収益が内科の58%でありますから、小児科医はなるべく低く雇おう。これは病院経営として当然であります。昨今は収益で、大学病院であっても各科の診療科の収益で医師数を策定しよう。儲かる所は医師を多く取ろう。付けてあげますよ、と言う病院も多いやに聞きます。ますます小児科は大変激務になってくるということになります。医師一人当たりの業務増がこの数年間で加速度的になっている、というのは当然でございます。この状況を放置いたしますと「ますますひどくなるのはもう経済原理で目に見えている」というのが現状であります。

次にこれらの状況に輪を掛けているのが時間外診療の集中化と二極化。つまり集中している時間外診療の大変な所と、病床を持っていない、急患も診ていないという所に二極化されています。この現状をお示いたします。この小児救急の変化は皆様ご承知のように、開業医が夜間診なくなったということと、掛かりつけというのを持たずに病院に駆けつけると言う患者の意識が増えてきた、いわゆるコンビニ医療であります。それが小児科の常勤医がたくさんいる、あるいは複数いる常勤医病院への患者の一極集中化を招いていて、「小児科医は昼間もたいへん、夜も眠れない」という状況が現在ますます起きている、という状況でございます。

これを少し具体的に申し上げますと、ある程度の総合病院で小児科の医師が複数いる所

では、救急患者の全体の30から50%が小児患者であります。この30から50%の小児患者を、内科医の3分の1以下である小児科医が診ているところが大変多くございます。全科当直と言われるところであっても小児科医が宅直拘束で呼ばれますので、医師一人当たりの拘束時間は非常に長いということが言えます。

病院小児科医の時間外勤務				
小児科医数	2	3	4	大学
平日当直	1-2	2	1-2	3-5
休日日直・当直	1-2	1	2	1-2
宅直	9-14	7-11	5-10	2-4
(自宅拘束 オンコール)	~18	~14	~14	~11

(平成12年度栃木県における調査から)

<病院小児科医の時間外勤務>

(平成12年度栃木県における調査から)

これを私のおります栃木県で一度調べたことがございます。例えば小児科医が2人いる、3人いる、4人いる、そして極端な大学を併記いたしますと、そのような所での平日当直と休日当直を重ねます。ここが平日当直が少ないのは全科当直のシステムだからであります。大学は単科で当直をしているというので少しこの割合が違いますが、宅直での拘束の合計を出しますと1カ月に18回。18日、一月の半分は拘束されている。大学であろうと小さな病院であろうと一月の半分は拘束されている。こういう業務がどこにあるかと私は思います。

A総合病院の小児救急	
小児科医：部長(1)、4年目(1)、3年目(2)	
時間外急患者数：	
(22,350/年、内科7,699、小児科7,445)	
当直体制：内科兼当直	
(内科医11名、小児科医4名)	
小児科医3名の当直回数	
平日3.7日/月、休日2日/月	
小児科医3名の宅直拘束	
8.7日/月、1.7日/月	
患者の苦情が頻回で、内科医集団が小児救急を拒否し、小児科医が全日23:00まで診察	

<A 総合病院の小児救急>

例えばA総合病院の小児救急を見ますと、細かい事はご覧いただかなくて結構ですが、内科と小児科の救急の受診者数 7000、フィフティー・フィフティーでございます。そのフィフティー・フィフティーが、これは小児科医 4 名ではとてもできませんので、これを全科当直、内科系当直というのをいたしますが、しかし拘束数はたいへんに多い。この 7000 人の小児救急患者に内科医は業を煮やして「もう小児救急はやらん。小児科医だけでやってください」と言って内科は拒否いたしました。この病院が二つ。大きな病院であります。こういう病院が二つ出てまいりました。恐らくほかにもこういう地域があるものと思っておりますが、「小児救急も小児科医もまさに大変な危機に瀕している」というのを肌で感じているのがこの現状でございます。

大学病院もその例に漏れません。大学病院もいろいろございまして、あまり感染症を診ない、救急を診ないという病院もございまして、私どもの所は急患を全部引き受けますので、3月の小児科の急患数が 710、内科の急患数が 419、そのうち救急部で診る数がございまして、内科はほとんど診ていない。救急部ですら小児科より診ている患者数は少ないということになります。つまり救急部は救急医療が本業であるのに、小児科の時間外とほとんど同じ医療業務であるということになります。内科と小児科を比べますと、当直回数が小児科は内科の 2 倍、診療負担が 5 倍。重ねますと内科に比べて診療負担が、時間外診療の診療負担が月に 10 倍ということが言えます。これはとんでもない状況であろうと私は思います。

本来医師の当直業務というのは労働基準法に決められております。ご承知のように、非連続勤務である。通常の勤務の拘束から完全に外れて、ある程度の時間を置いた後に行くべきものである。特殊な処置を必要としない軽度、または短時間の業務に限る。つまり「ひょっとして急変を起こすかもしれないからその時には診てくださいよ」というのが当直であります。夜間に十分な睡眠が取れる。連続 4 時間以上と規定されています。我々のような病院で、あるいは地域の機関病院でこれができる当直医はおりません。すなわち当直業務と救急業務を兼ねている。つまり地域の救急、国家の救急医療を、救命救急センター以外は「病院の当直医に兼務させている」というのが日本の救急医療体制の最も根幹的な問題であります。

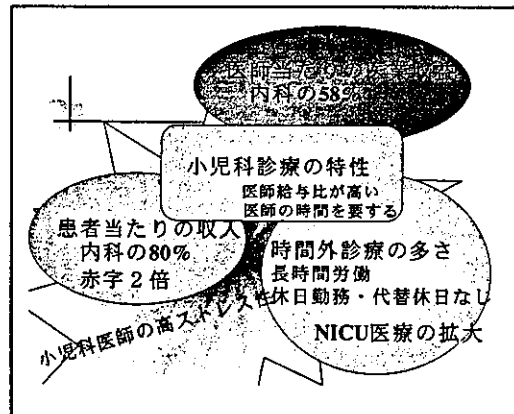
3.	NICUにおける医師業務
1.	適正医師数配置の法的基盤なし 少ない医師数で稼働できる。
2.	24時間医師常駐、の規定はあるが、 連続勤務に関して規定なし
3.	ICU勤務手当 看護師には あり 医師には なし

<NICU における医師業務>

次に小児科医の労働条件に影響する因子として周産期医療、新生児医療。すなわち 24 時間医療が集中化して肥大化してきたということでもあります。患者さんにとっては大変なメリットであります。しかし私もNICUを平成8年に、総合周産期センターを立ち上げました時に調べてびっくりしたことがございます。それは 24 時間医療でございますので 24 時間医者が常勤していればいい。医者数はどこにも規定していません。すなわち 12 のNICUがあったとしても、医者1人でやろうが、3人でやろうが、10人でやろうが、どこにも規定がありません。この 24 時間医療という最も激烈な医療に関して、医者の労働の規定が全く医療の中に無いということでもあります。24 時間医師常駐という規定だけでありまして、連続勤務に関する規定はありません。航空管制官よりはるかに劣悪な安全管理の状況にあるということが言えます。ICU勤務手当は特別手当、つまり大変な濃度の高い注意集中を必要とする医療であります。看護婦には有りますが医師には有りません。このような医療の変化に対して「医師の使命感だけにいろいろな医療の問題が覆いかぶさっている」というのが、日本の医療体制の大きな欠陥であるように思います。うちの例であります。NICUにおける医師の当直業務をだいたい出しますと、やはり月の半分は拘束をされるということでもあります。

そしてもう一つ考えなくてはいけないのは、小児医療の内容であります。医療そのものが、注意集中度が非常に高い。私も内科に入院していたことがありますが、主治医の顔は 1日1回見ればいほうだったという経験がございました。しかしそれでは小児の患者はいつおかしくなるか分からないということで、医療そのもののストレスは非常に高い。昨今親との対応のストレスも非常に多くなってまいりました。そして日頃慣れない患者を診療

する。つまり飛び込み患者を診る小児救急のストレスというのは、これは大変なものがあります。NICUの医療ストレスはもちろんのことであります。このような小児医療のストレスに、先ほどの労働条件の悪さというものは十分に反映しているというように私は思います。



<小児科診療の特性>

今まで申しあげましたことは小児科診療の特性として、医師給与費が高い。それに対して医師一人当たりの医療収益が内科の58%であるというとんでもない状態に放置されている。なおかつ患者一人、患者をいくら診ても内科よりは赤字が平均して2倍になる。これは病院が大きければ大きいほど、もっと赤字が大きくなるという状況でございます。そして時間外診療の多さ、その密度の濃さ。NICU医療の拡大により、たいへん密度の濃い24時間医療ですら、いろいろな制度にサポートされていないということが言えます。これ全てが小児科の医師の高ストレス性と、過労死さえ招く医師の労働条件に反映されて、恐らくこれは抜本的な改革無しには、とどまるところを知らないということが言えます。最初に申しあげました患者の意識の変化、いつでもどこでも診て欲しいという変化。そして医師の「32時間労働当たり前である。使命感を持って仕事をする以上労働条件など、あるいは給与など口にすべきでない」というような、旧態依然とした医師の使命感に依存した医療体制、これは抜本的に変えられるべきであろうと思います。

小児科医の労働条件の改善に必要な事項

1. 病院医師のシフト制勤務の確立
→リスク管理上も重要
2. 当直業務と救急業務の分離
→リスク管理上も重要
3. ICU医療における医師労働基準の策定
4. 医師のストレスへの対応策

小児科医労働収益の改善

<小児科医の労働条件の改善に必要な事項>

それでは何を変えたらいいか。小児科医の労働条件の改善に必要な事項。これは緊急な課題は全てですが、やはり病院医師は、使命感は医師の倫理の問題でありまして、医療体制とは別の問題であります。使命感と医療体制の改善を混同することなく、病院医師はシフト制をすべきである。当直業務と救急業務は当然分離すべきである。当直という業務に依存した、これは医師の労働搾取に他ならないと私は思いますが、こういう救急施策は直ちに改善すべきであると思います。1、2は、これは受益者の安全管理にもつながりますので、医療のリスク管理にも十分本質的な問題であろうと思います。そしてICU医療における医師労働基準をピチッと策定して、航空管制官よりはるかに劣る医療体制を緊急に直すべきであろうと思います。そしてこれだけ患者の意識が変わり、これだけ医師がやるべきことが増え、そしてミスが多くなる。これは単にミスの度にマニュアルを作り直すという事を行っていたのでは、決して根本的に改善しない問題がございます。医師のストレスへの対応策、これはやはり医療体制の中に国家施策として付け加えるべきであろうと思います。当然最初に申し上げました小児科医の労働収益は、これは抜本的に、ただ働きをさせずに、使命感に依存させない医療体制、診療報酬体制が必要であろうと思います。以上でございます。(拍手)

中野 ありがとうございます。私たちが抱えているいろいろな問題があるというのを、たいへん論理的にきれいに、しかも鋭く突っ込んでいただきました。大変感銘を受けましたけれど、後ほどまた。先ほど局長がおっしゃった、医学生の使命感というようなお話がありましたが、一部だけお答えになったと思います。使命感は非常に大事なもののだけれど、その dimension だけではない解決というのが一方で必要だ、というようなこともアピール

していただきました。ありがとうございました。

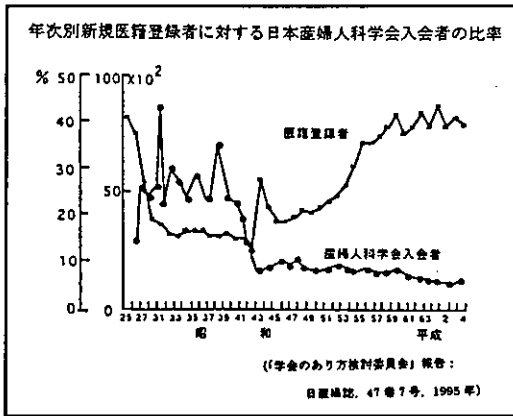
次は岡井先生、昭和大学の岡井教授にお願いいたします。「産科医師の育成の支援方策」。私、産婦人科の医師をとりにしていますけれど、産婦人科医療における人材不足ということ冒頭で申し上げました。この場合は産科という側面から光を当てていただくことに今日はいたします。この研究班がそうです。周産期という一つの合体できるフィールドの中で、手を携えて対応策を考えていくことの社会に対するメリット、あるいは我々の戦略的な意義ということに鑑みまして、「産科の側面からスポットを当てる」ということで当面スタートしよう。こういうお願いをしてございます。どうぞ先生お願いします。

岡井 ご紹介いただきました昭和大学の岡井でございます。ただいま桃井教授のほうから小児科医の労働条件がいかにかに悪いか、現状で日本の小児科の先生方はほんとうに大変であるというお話を聞かせていただきました。それと競争するわけではありませんが、産科のほうも労働条件はかなり悪いのが実情でございます。そのことについて私のほうからお話しさせていただきます。

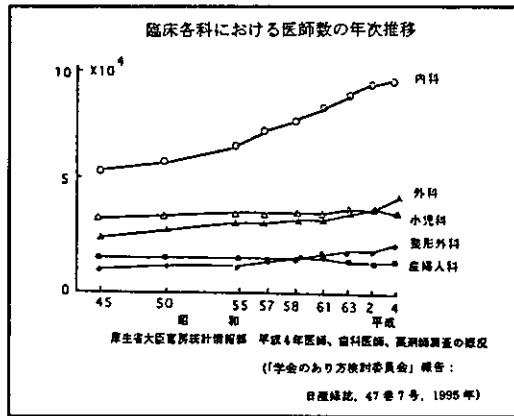
このシンポジウムで私を与えられましたテーマは「産科医師の育成の支援方法」ということでございますが、本研究班が始まりましてまだそれほど時間も経っておりません。私はその支援方法の具体的な提案というところまで行き着いておりませんので、本日は日本の産科医がほんとうに不足しているのか。不足しているとすればその理由は何か。またそのことによって現場でどういう問題が起こっているか。ということを中心に、お話しさせていただきます。と思っております。

この発表のために参考といたしました資料は、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会の調査資料並びに厚生省の周産期医療体制に関する研究の研究報告書。母子保健の主なる統計でございます。

先ほど中野先生からお話しいただきましたが、昭和 45 年頃から日本の医師登録者数が急増しております。それに比べまして産婦人科医の数は増えていない。入会者数、増えていない。比率で見ると 4%。これは平成 4 年までですが、同じような状況が続いております。

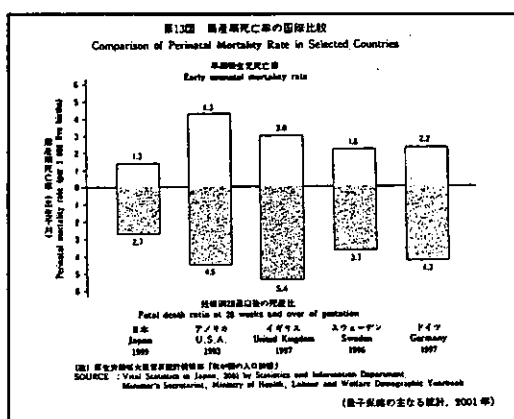


<年次別新規医籍登録者に対する日本産婦人科学会入会者の比率>



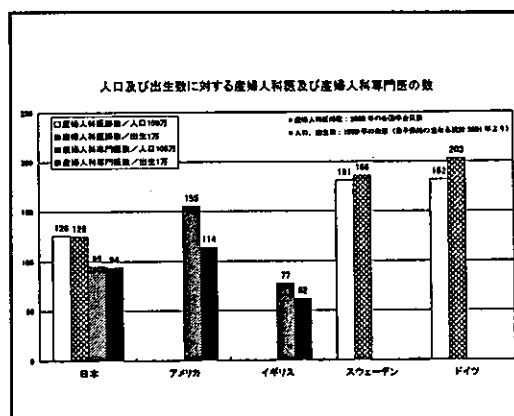
<臨床各科における医師数の年次推移>

先ほどの小児科のもここに出ており同じこととなりますけれど、医師数として増えたのは主に内科で、産婦人科、小児科は減少している。これは比率でございますが減少している。小児科、産科がこのように増えないということは、日本の社会の少子化ということと非常に関係が有ります。社会が少子化に向かうので産科医も小児科医も需要が減るだろうと考え、またその医師になって専攻科を選択する者がそのように考えたということが、私が一番大きな原因であろうかと思うわけです。実際にはお産が少なくなるから産科の需要が減るかといいますと、これだけお産が減ってくると逆に一つひとつのお産が非常に大切になってくる。ケアが密になってくる。また医療がどんどん高度化してきて、産科医は昔考えられなかった胎児のケアもしなくてははいけない。そうすると一人の患者さんに掛ける労働時間といいますか、医療にかかわる時間というものは非常に長くなる。そういうことで決して需要は減っていないにもかかわらず、そういう意識から増えない。小児科も似たようなことが言えると思います。



<周産期死亡率の国際比較>

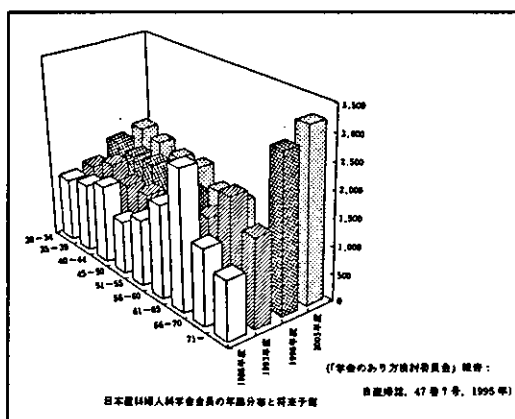
ちょっと話が違いますが、周産期死亡率の国際比較、母子保健の主なる統計から見てみますと、これは日本です。上の早期新生児死亡。下の28週以後の死産。これはどちらも世界一の水準、水準というか実質数字が世界一を出しています。ここで出ていたアメリカ、イギリス、スウェーデン、ドイツ、少子化が日本より先に進んだ国ですが、ちょっと産婦人科の医師数を見てみました。



<人口及び出生数に対する産婦人科医及び産婦人科専門医の数>

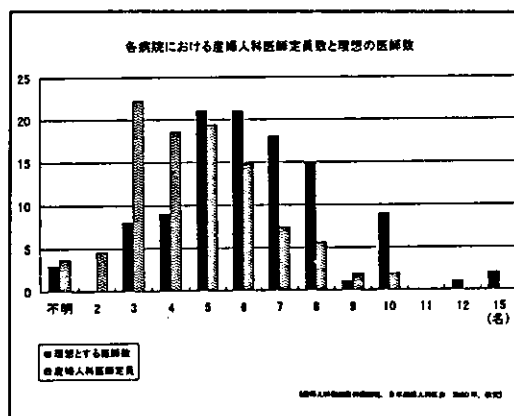
人口100万当たりと、出生1万当たりの産婦人科医師。いわゆる専門医という資格を持った、日本の場合はいま専門医師制度ができていますので専門医ばかりですが、それと同じように人口と出生の数で割ったものです。私はちょっと調査期間が短かったので産婦人科として働いている全体像が捕らえられなかったのですが、専門医の数は分かりました。それで調べてみますとアメリカは日本よりはるかに多い。イギリスが同じように、ちょっ

とこの全体が分からないのですが専門医の数が日本より少ない。これはイギリスの専門医制度というのは徹底しておりまして、例えば妊婦検診はGPという日本でいわゆる一般で開業しておられる内科の先生がやる。出産も正常な出産は助産婦がやる。ほんとうの産婦人科専門医はハイリスクのケースしか扱わない。そういう診療体制になっているのでこの数で対応できているということです。スウェーデン、ドイツに関してはこの総数しか分からなかったのですが、日本よりはるかに高い。国際比較でも日本の産婦人科医は少ないと言えるのではないかと考えております。



<日本産科婦人科学会会員の年齢分布と将来予測>

もう一つ大事なことは、これは日本産科婦人科学会の調査で 1995 年に予測をした数字ですが、年齢構成を見てもみますと 70 代がこんなに多くなる。これはもちろん当たっておりまして、2002年の3月の統計で60以上の産婦人科医の数が41%です。それを考えますと、後 10 年、20 年後には今の不足感から更にそれが進むということになり、一体どうなるのかと心配になるしだいです。



<各病院における産婦人科医師定員数と理想の医師数>

これは日本産婦人科医会の調査に基づくグラフですが、お産をやっているような病院で、実際の産婦人科の定員数は何人ぐらいか。そこに勤務する医師に理想的にはどれくらいいればいいのか、ということ聞いた集計です。実際の定員数に比べて二人ぐらい理想の医師が多いということが言えます。もう一つこの統計ではっきりしたのは、現状で定員を満たしている病院はその内の65%しかない。35%は定員が満たないという状況であります。

先ほどの高齢化が進んでいるというようなことで、産婦人科の中でも産科をやろう、周産期20にしよう。割合が少ないということもあるのですが、その顕著な表れとしてお産をやる中でも特に総合周産期センターといいますか、ハイリスクの患者さんがたくさん集まってくるわけですが、そういう所での医師不足の感じというのはものすごく強いものがありまして、92%の施設で産科医師が不足していると調査による結果が得られております。この総合周産期センターというのは、国の政策で100万の人口に対して一つずつ作ろうということで今進んでおりますが、実際にはまだ日本で25しかできていない。できていない所はなぜできないのかとの理由で、一番大きなのが医師不足であります。産科医それから新生児をやる医師が足りないということで進んでいない。

もう一つ大事なことは、これはもう一つの厚生労働省の班の周産期医療体制に関する研究の報告書ですが、その医師不足は地域差がかなりあるということで、細かい数字は言いませんが、こういう地域ではその程度が非常に激しいということがあります。

医師を供給するのは今の日本の体制では、大学の医局に最初に入局して研修し、医師として教育を受けてから病院に派遣されるということが多いわけですが、その入口のところで見たと統計です。大学の医局の入局者数、平成4年以降ちょっと増えましたが、また平衡のままです。ここで私が言いたいのは男性医師と女性医師の関係で、女性医師が平成11年に男性医師を追い抜いた。先ほどからも出ておりますように、女性はやはり妊娠、出産、育児ということで、非常に勤務以外のことで負担が掛かる。そのところの体制をあらゆる面からしっかり取らないと産科医だけ、小児科も同じかもしれませんが、その不足はますます実質的な医師不足といいますか、進んでいく可能性があるということでございます。

以上医師不足の現状ということでまとめてみますと、人口当たり、出生数当たりの産婦人科医師数は欧米諸国よりも少ない。産婦人科医師の高齢化が進んでいる。女性医師の割合が増加している。分娩を取り扱う、特にハイリスクケースを取り扱う医師の不足が問題化している。このことは地域による格差が著しいことが言えると思います。

日本に於ける産科医師不足の理由

1. 労働条件・待遇が悪い
(当直回数・緊急登院が多い,拘束時間が長い
学習・研修の時間及び休暇が取れない,報酬が高くない)
2. 訴訟が多い
3. 産科医不足に対する社会の認識が乏しい
4. 学生・若手医師の使命感が低い

<日本に於ける産科医師不足の理由>

それではその医師が不足している理由は何か。最初に申しあげましたような、少子化に対する社会および医学生の認識ということがありますが、この調査をした時のアンケート結果で最も多いのは、労働条件、待遇が悪いということで、当直回数、緊急登院が多い。拘束時間が長い。学習研修時間および休暇が取れない。その割りに報酬が高くない。そういうことになります。もう一つ言われているのが、訴訟が多いということでもあります。

これは今お話ししたような認識と、実際に産科医が足りないのだ、いろいろな病院で不足しているのだ、ということに対する認識が乏しい。この学生若手医師の使命感に関しましては先ほどからのお話がありましたが、先輩の医師から見ると「労働条件が悪くても社会的価値が高い尊い仕事に就いて頑張れ」ということを言いたい。そういう意見もありますが、桃井先生のお話があったように、それだけでももちろん支えていけるものではないということでもあります。

先ほどちょっと小児科の当直回数が多いと出ましたが、当直回数の多さに関しましては産婦人科がトップでありまして、小児科は2番目ですね。内科の2倍以上。これが産科医の労働条件の悪いということ象徴している数字でございます。

先ほどもありましたが当直した後の勤務です。通常勤務が92%、午後から帰れるのは5%、勤務無しはたったの1%ということで、32時間労働ということが強いられるわけでございます。

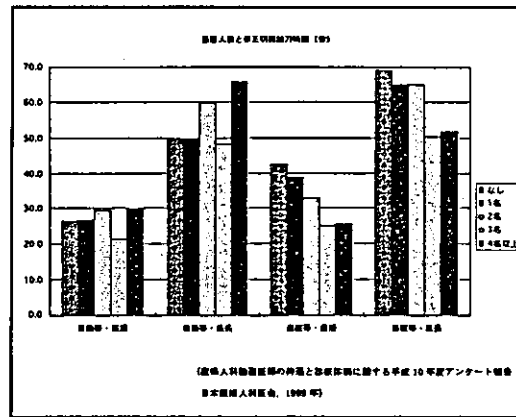
超過勤務時間、これは他科との比較という数字をちょっと見付けられなかったのですが、まあ多いであろう。それから昼休みの休憩時間ですが、31分から30分が一番多いのですが、10分以下というのも有る。60分取れるというのは非常に少ない。

もう一つ最近問題になっているのは、産婦人科に入局してきてその後他科に転科する人が増えている。その理由の74%は忙しいからということであります。どこに行くかという調査ですが、内科がやはり圧倒的に多い。精神科、皮膚科、形成外科、眼科、麻酔科、その他、小児科はもちろん少ないということになります。

もう一つ問題になっておりました訴訟のことですが、医療事故と書いてありますが、訴訟件数と置き換えて読んでいただいてもいいと思います。産科の医者が全体の中で4%しかないのに、30%の訴訟を産婦人科が抱えているということで、内科その他と比べるといかにこれは産科医にとって負担になるかということであります。

その理由は分娩事故というのが半分以上、新生児管理の問題とかありますが、その分娩事故というここに表されているものの中身を考えてみますと、実際の事故あるいは医療ミスもあるでしょうが、分娩というものは「元気な赤ちゃん、健康な赤ちゃんが生まれてお母さんが元気に帰って当たり前だ」、社会の概念、そういう考え方をするのが一般的になっております。そうすると何か有ったら、これは事故でもミスでも何でも無いそういう症例でもみんな訴訟になってしまう。そういう産科の特性がございます。そのことによって非常に産科医というのは訴訟ということの負担を重く強いられているということかと思えます。この辺のところも、今後考えていかなければならない問題かと思っています。

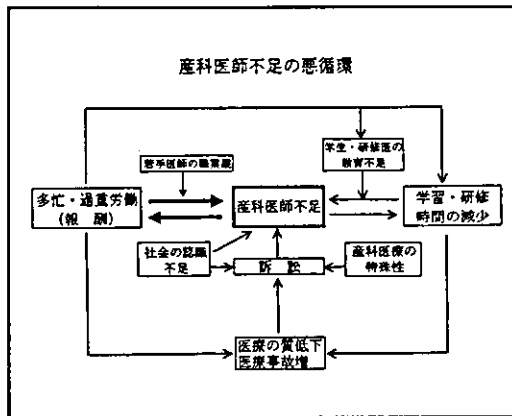
次にそういう医師不足で、アンケートの聞き方は「関する意見」というのが出てますが、どうということが生じるだろうかという話です。需要に対応、未対応というのは、患者さんを見れないというわけです。それから医師の心身疲労が高い。医療ミスが心配。患者の管理指導が不十分。それで医療レベルが心配だ。学会出張などに対応が困難である。この辺はどこが責任を持って解決するかですが、そういうことに関しては「大学、学会が対応せよ」という意見が一番多いということです。



<当直人数と帝王切開開始までの時間 (分) >

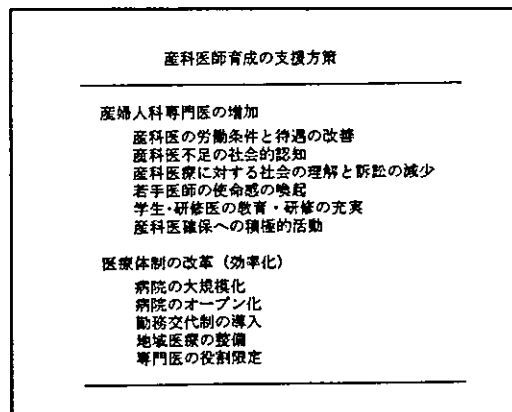
先ほどの中で、そういう医師不足が引き起こす医療事故、医療の質低下ということは大変重要なことだと思います。これは当直の医師数と緊急帝王切開が必要が生じてから実際に執刀に至るまでの時間というものを調べたものです。産科医療においてはこの緊急帝王切開はどんな症例でもいつ必要になるか分かりません。その時にその時間を短縮できて、必要性が生じた時に早く胎児を娩出させてあげられる、ということがとても大事なことです。日直帯はそれほど差が有りませんが、当直帯になりますと医師が少なくなればそれだけ時間が長く掛かってくる。それだけ胎児に対して危険性が高まるということを示したグラフでございます。

それから研修のことですが、この統計は臨床研修指定病院、研修を受け入れる病院に調査したのですが、十分なスタッフと施設が両方整っているというのが20%弱。設備があるがスタッフが足りない、両方足りない、と併せてこれが70%ということです。ですからこういうことは、これから産婦人科になりたいと思って入局してくる医師、あるいはどこかの病院で研修する医師に対しても「十分な研修ができない、教育ができない」という、悪い結果を引き起こしていると言えると思います。



<産科医師不足の悪循環>

そういうことで正に今の産科医師の不足というのは、スライドが示しますような悪循環を形成しております。一番重要なポイントはここになるかと思いますが、先ほど言いました、学習時間がない。自分が勉強できないというようなこともあれば、学生教育するという時間も実は不足している。この訴訟の問題も起きる。それで最後に起こることは医療の質の低下。一番懸念される医療事故増。更には先ほどお見せしました世界一を誇る周産期死亡率。これもそれが維持できるかどうか、あるいは妊産婦死亡率の増加ということにもつながりかねないと思うわけでございます。



<産科医師育成の支援方策>

それで最後に支援対策ですが、これに関しまして最初にお話ししましたように、この具体的なものをこれから研究していきたいと思いますが列挙してみました。一番大事なのは労働条件と待遇の改善。これを何とかやらなければならない。後はちょっとお話ししたよ

うなことです。それと同時にその医師を増やすだけではなくて医療資源、その中の「人的資源として大切な専門医をいかに有効に医療に生かすか」というための体制の改革にも、当然手を付けなければやっていけないであろう、ということでございます。以上です。どうもありがとうございました。

中野 ありがとうございます。今ネゴシエーションの最中なのですが、うっかりこの後時間があると思っていたところが、ずっと後で討論があるようなのです。ただし私たち第1セッションにとってはあと2時間も後のことなので、恐らく皆さんお忘れになってしまっていると思います。また勤務状況の話はこのセッションに特に特化されたお話なので、よろしければ少し質疑をしたいのですが。鴨下先生、いいですか。ありがとうございます。

大変おやさしいことで感謝します。ではお二人、ここへ座ってください。突然いすを作りました。早速ですけれど、ご質問をいただいていたでしょうか。お手もとにもこうしてhandoutが作ってありますし、痛みのお話でも、時間のお話、あるいは内容の話、質のお話、業務の話、経済的環境の話。いろいろございました。どうぞお話ください。

桑原 先ほど桃井先生から「開業医は、時間外は診ない」というようになってきた、というお話をいただきました。私は開業医ですからその辺の立場から弁解をしたいと思います。

一つはやはり開業医は高齢化してきたということがあります。もう一つはいろいろ聞いてみますと、かかりつけのお子さんたちは診ますよ、だけど全く知らない新しい新患を診るのは大変だからやめます。それはスタッフも医師だけではなくて、周りのコメディカルも集めて診療所を開き直さなければいけないわけですから、それは大変な作業です。そういう意識のようでございます。したがって開業医の職業意識が薄れてきたというわけではございませんので、それはご理解をお願いいたします。

さっきのNICUの職員の定数についての話は、医療保険点数の中ではNICUの点数を取るためには、これだけの医師がおって、それに見合う保育器が有るというのが決まっているのです。そのしぼりが非常に厳しくてなかなか取れないわけです。それでNICUの基準を外れた形のNICUを作って運営している。多くの病院がNICUはそういうのをやっています。それが現実のようです。そこを直さないといけないと思っておりますが、いかがでございましょう。

桃井 最初のお話は、私も20分というたいへん短い時間でございますので、大きな流れの中で申し上げたことでございます。もちろん時間外に頑張っておられる開業医の先生もたくさんおられると思いますが、しかし大きな流れの中では病院に集中している。これ