

質問5：あなたはどちらの医療機関を勤務先を選びますか？

勤務条件

- ・1週当たり勤務時間
(月曜～土曜・宿直時間を除く)
- ・診療について指導できる医師の存在
- ・1ヶ月当たり夜間宿直回数
- ・学会や研修会への出席
- ・医療機関の規模
- ・立地場所
- ・年間給与額

医療機関A
60時間
指導してくれる医師がいる
2回
可能だが休暇扱い
200床以下の中小病院
中小都市 (人口3～30万人程度)
600万円

医療機関B
80時間
指導してくれる医師がいない
2回
不可(欠勤扱い)
診療所
中小都市 (人口3～30万人程度)
1000万円

医療機関 A がよい

医療機関 B がよい

どちらかの箱に○をつけてください

質問6：あなたはどちらの医療機関を勤務先を選びますか？

勤務条件

- ・1週当たり勤務時間
(月曜～土曜・宿直時間を除く)
- ・診療について指導できる医師の存在
- ・1ヶ月当たり夜間宿直回数
- ・学会や研修会への出席
- ・医療機関の規模
- ・立地場所
- ・年間給与額

医療機関A
80時間
指導してくれる医師がいる
4回
出張扱いで可能
500床以上の大病院
中小都市 (人口3～30万人程度)
600万円

医療機関B
60時間
指導してくれる医師がいる
2回
可能だが休暇扱い
200床以下の中小病院
中小都市 (人口3～30万人程度)
600万円

医療機関 A がよい

医療機関 B がよい

どちらかの箱に○をつけてください

～ ご協力いただき誠にありがとうございました ～

ご意見がございましたらご自由にご記入ください。

平成 19 年度 地域間の医師偏在に関するヒアリング調査

分担研究者 佐野 洋史（医療経済研究機構）

協力研究者 石橋 洋次郎（医療経済研究機構）

協力研究者 久保 統敬（医療経済研究機構）

【研究要旨】

都道府県の病院事業管理者等を対象に、地域間医師偏在の様相の違い、及び具体的な対策を講じるうえでの要点について整理することを目的としてヒアリング調査を実施した。その結果、医師不足地域の類型化、へき地における医療サービスのあり方、医師確保等のコストについて検討する上で参考となる情報が得られた。

I. 調査目的

全国の都道府県が共同で自治医科大学を設立（昭和 47 年 4 月に開学）し、都道府県ごとに選抜された学生を地域医療で活躍する医師へと養成している。「第 9 次へき地保健医療計画」（平成 13 年 4 月）で、都道府県ごとにへき地医療支援機構を設置し、へき地医療対策への実質的な助言指導をおこなうこととされた。平成 17 年 8 月に「医師確保総合対策」が策定され、平成 18 年 6 月に成立した「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正」では、都道府県ごとに地域医療対策協議会を創設して医師等の確保を図ることとなった。

本ヒアリング調査では、都道府県の病院事業管理者等を対象として、地域間の医師偏在について、医師不足地域の分類方法、へき地医療のあり方等について訊くことにより、地域間の医師偏在対策について示唆を与える資料をとりまとめることを目的とする。

II. 調査方法

訪問してヒアリングをおこなった。ヒアリング先及びヒアリング項目は以下の通りである。

<ヒアリング先（五十音順）> (敬称略)

長 隆	東日本税理士法人 公認会計士
塩谷 泰一	徳島県病院事業管理者
矢野 右人	長崎県病院事業管理者

<ヒアリング項目>

- 医師不足地域の類型化について
 - ・ 地域を考える単位
 - ・ 類型化で着目する尺度
 - ・ 類型ごとの対策の違い
- 医師確保等のコストについて
 - ・ 費用負担が大きい取組
 - ・ コスト面での課題
 - ・ 環境変化と今後の動向
- へき地での医療サービスについて
 - ・ 現地に必要な医療機能
 - ・ 高次医療機関へのアクセス
 - ・ 医療の質を維持する工夫
- その他

Ⅲ. 調査結果

1. 医師不足地域の類型化について

<p>(1)地域を考える単位</p> <p>類型化のまえに、<u>都市化の度合い</u>で都道府県を区分した方がいいとの意見があった。三大都市（東京、愛知、大阪）、首都圏（千葉、埼玉、神奈川）、地方都市（左記以外で政令市を有する道府県）、その他の県 - というような区分がいいのではないかとのこと。</p> <p>また、地域の類型化は三次医療圏単位ぐらいがいいだろうが、実際の対策を考える上では二次医療圏単位でみた方がいいとの意見があった。</p>
<p>(2)類型化で着目する尺度</p> <p>対人口比医師数と配置基準充足率がいいのではないかと意見があった。配置基準充足率の代わりに対人口比病床数（有床診療所を含む）、対人口比病院数としてもよいとのこと。</p> <p>また、対人口比医師数だけでなく、対面積比医師数であるとか、対人口密度比医師数など色々と変えてみた方がいいのではないかと意見があった。対人口比医師数についても、対高齢者人口比医師数であるとか、対小児人口比小児科医師数、対出産年齢世帯数比産婦人科医師数など診療科別にみるのもいいのではないかとのこと。</p> <p>質的な尺度もあった方がいいとの意見があった。アウトカムの尺度として5年生存率がいいと思うが統計がないだろう、統計があるものとなれば死亡率ではないかとのこと。</p> <p>他にも医療費地域差指数といったところをみた方がいいだろうし、地域外への患者の流入・流出の状況を把握することも大切であるとの意見があった。</p>
<p>(3)類型ごとの対策の違い</p> <p>対人口比医師数と配置基準充足率の両方が低い地域では、医療資源が不足していると考えられるので、まず医療資源を増やす必要がある。一方、対人口比医師数と配置基準充足率の両方が高い地域でも、中小病院の割合や有床診療所の数が多い傾向があれば、病院単位で見ると医師が不足している感があることから、病院再編により総病床数を削減したうえで大規模化を進める必要があるとの意見があった。</p>

また、地域の医療供給体制についても考える必要があり、病院の再編、病院や診療所のネットワーク化を通じた各医療機関の診療科の整理、病床利用率の向上、平均在院日数の短縮を進めていく時期にきているとの意見があった。個別病院の経営改善策を考える際には、公立病院改革ガイドライン（H19.11.12 総務省）にも示されている指標（医業収支比率、給与費対医業収益比率、病床利用率など）の将来的な見通しが参考になるだろうとのこと。

2. へき地での医療サービスについて

(1)現地に必要な医療機能

あらゆる診療科に対応するといったコンビニ的な発想では、住民に安心は与えるが安全は保証できなかりかねないので、その地域で守るべき医療のミニマム・リクワイアメントを設定しなければいけないとの意見があった。設定した診療科ごとの医師数に対して、実際の医師数が足りているかを医療圏単位でチェックしているとのこと。

また、現地に必要な医療機能は内科と一次救急であり、外科や二次救急はへき地では対応できないとの意見があった。

現地に必要なのは、身近で頼りになる病院だろうとの意見があった。つまり、緊急手術が必要かを判断できて、必要であれば迅速に高次の医療機関に搬送してくれる病院であるとのこと。

地域の特性を考慮した一般的・標準的医療を提供することが大切であり、そのためには総合医を確保しなければいけないとの意見があった。出産は地元でできた方よく、公立病院は、そのような医療に関して負担してでも医師を確保する責任を担っている。救急は簡単な緊急手術ができる程度でよく、難しい緊急手術は高次の医療機関にまかせればよいとのこと。

(2)救急医療における高次医療機関へのアクセス

へき地から高次医療機関へ円滑にアクセスできるようにするには、24 時間体制でバックアップする中核病院を決めることが重要であるとの意見があった。

高次医療機関へのアクセスはヘリがいいとの意見があった。負担を減らすために、広域でのヘリの整備、防災ヘリの活用などを考えた方がいいとのこと。

(3)医療の質を維持する工夫

高次医療機関との連携が、医療の質を維持するためには不可欠であるとの意見があった。

へき地での医療の質を維持するには、地域中核病院を充実させることと、現場の医師や看護師の意見をきくことが大切であるとの意見があった。

地域中核病院から通勤ヘリで週2日ほどへき地の医療機関に通って勤務し、残りを地域中核病院で勤務するようであれば、高度・専門的な医療にも携わることができるので、へき地で勤務する医師を集めやすくなるだろうとの意見があった。

一方、地域医療を担う医師は、家族ぐるみでその地域に住む方がよく、医師は地域の中に入っていく努力をしなければいけないとの意見があった。医師が地域にとけ込めるような取り組み、例えば、地域住民と医師がプライベートでも触れ合うことがあればよいとのこと。

医師を確保するためには、医師が進んで勤務してくれるような病院にしなければいけない。そのためには、病院の経営を改善していくことが求められるとの意見があった。

医療法人などは税金を払った上で医療サービスを提供している一方、公立病院では、税金を投入して医療サービスを提供しているので、両者の違いを明らかに示すべきであるとの意見があった。胸をはれる赤字は出していいのではないか。ただし、「政策医療をやっているから赤字出して何が悪い」という姿勢はよくない。税の投入に対する結果責任と説明責任を果たしていく必要があるとのこと。

3. 医師確保等のコストについて

(1)費用負担が大きい取り組み

インフラ整備の費用負担が大きいとの意見があった。ドクターヘリ、へき地支援センター、医師の養成が費用負担の大きい取り組みであるとのこと。

ヘリの運用に費用がかかる。ドクターヘリ法（「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」、議員立法、H19.6.19 成立）で、助成金による自治体の負担軽減が図られることになった。ドクターヘリの年間運用費用は1億7千万円程度といわれているとのこと。

費用負担ですぐに思いつくのは、医学部の地域枠や奨学金、臨床研修のサポートであるが、負担が大きすぎるといえることはないとのこと。

地元大学で県の委託講座（「地域医療学分野」）を開講した。そして地域医療研究センターを県立病院内に設置し、教授または助教が常勤している。委託講座に投じている額は、勤務医を2人確保するのに必要な額に相当しているとのこと。

(2)コスト面での課題

巡回診療ヘリの計画を進めているが、財源が課題のひとつになっているとのこと。

過疎地の医療維持には、人口1人当たり年間1万円程度の助成が必要ではないかとの意見があった。年間1万円という数字には根拠があり、北海道の旧・瀬棚町（市町村合併により“せたな町”となった）の瀬棚診療所は効率的な経営をしていたにもかかわらず赤字を出していた。当時の旧・瀬棚町の人口で赤字額を割ると、1人当たり年間1万円になるとのこと。

(3)環境変化と今後の動向

開設者が異なる病院同士の合併も視野に入れて、今後は医療機関を集約化し広域でみていくことになるだろうとの意見があった。

4. その他

(1) 病院の統合

出身大学が違えば手術用具の呼び方が違うなど、コミュニケーションがとり難い面があり、違う大学の関連病院を統合するのは大変苦勞するとのこと。

(2) 地域住民との相互理解

医師が過重労働で困っているというのを地域住民はあまり知らない。地域医療には相互理解が必要であろうとの意見があった。実際に、地域住民の理解を高める取り組みをはじめているとのこと。

兵庫県丹波市では、地域住民が県立柏原（かいばら）病院の小児科を守る会を立ち上げ、軽症でも病院を受診するのを控えるように呼びかけており、適切な病院へのかかり方を啓発している。代表的な子供の病気についてのチャート図を作成したり、母親向けの救急医療講座を開いたりしているとのこと。

IV. まとめ

地域における医師不足対策の成功事例や先進的な取り組み事例を紹介した文献はあるものの、事例紹介された地域の特徴や医師不足を生じさせている本質的要因をとらまえて、明確に示しているものは見受けられない。このことが、事例紹介された取り組みを他の地域にも適用しうるものなのかを不明瞭にしており、一部分を参考にするにしても、どこをそのまま参考にして、どこを変更しなければいけないかについて考える手掛かりを希薄なものにしていると考えられる。

本ヒアリング調査を通じて、一口に「医師不足」といっても、詳細にみると様々なタイプに分かれることが明らかとなり、医師不足地域を類型化する際の指標や尺度として何を用い、タイプに応じてどのような対策が考えられるかについて具体的な示唆を得ることができた。

また、へき地において提供すべき医療サービスの内容を明らかにし、高次の医療機関との連携がいかにあるべきかについて具体的な示唆を得ることができた。

地域の医療機関が提供すべき医療を維持するためには、コストがかかる取り組みへの財政的な裏づけが不可欠であり、地方自治体の財政状況は厳しさを増していることから、より効率的で有効な財源の活用が求められる。

地域医療に関して第一線で活躍されている方々へのヒアリングをまとめた本報告が、今後の医師の地域偏在対策を検討する上で参考になり、具体的な対策へとつながっていくことがあれば幸いである。

厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進）
分担研究報告書

診療科偏在に関するヒアリング調査

- 分担研究者 新野 由子 財) 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 研究部副部長
- 分担研究者 佐野 洋史 財) 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 研究部研究員
- 分担研究者 石井加代子 財) 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 研究部研究員
- 協力研究者 久保 統敬 財) 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 企画渉外部

【研究要旨】

急速な少子高齢化に伴う疾病構造の変化に対応するため、医療制度変更が行われてきている。また、昭和 48 年より、一県一医科大学の設置が開始され、1981(昭和 56) 年以降、約 8,000 人/年の規模で医師を養成し、1983(昭和 58) 年には、医師数 150 人/人口 10 万人を確保したにも拘らず、依然として充足感が薄い。一方、2004(平成 16) 年の新医師臨床研修制度のスタートを契機に医師不足(地域偏在、診療科偏在を含む。)問題が顕在化したため、様々な対策が講じられている。

本報告では、診療科偏在において、深刻な問題を抱える小児科、産婦人科、麻酔科に焦点をあてヒアリング調査を行った。大学病院、臨床病院での問題解決のための先進的な取り組みから、示唆を得ることが出来たので報告する。また、筑波大学病院の医師派遣についての「考え方」「取り組み」についても併せて紹介する。

I. 背景

1. 全体の状況

「平成 18 年度厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、図表 1-1 に示すとおり、毎年 7,000~8,000 人程度の医師が誕生している。日本人の人口は、約 12,700 万人であることから、人口 10 万人に対して 200 人を超える医師数の確保に至っている。

2000 年から 2006 年にかけて、医療施設に従事する全医師数は、243,201 人から 263,540 人に増加していて、その率は、108.4%である。病院に従事する医師数は、154,588 人から 168,327 人に増加していて、その率は、108.8%である。診療所に従事する医師数は、88,613 人から 95,213 人に増加していて、その率は、107.4%である。増加医師数については、病院に従事する医師数及び診療所に従事する医師数のそれぞれの増加率に差異は、認められない。

病院に従事する医師数は、増加しているが、勤務する医師の繁忙感・疲弊感は確実に高まっているとの指摘がある。「平成 19 年 3 月日本病院協会 勤務医に関する意識調査報告」によると、図表 2 に示すが、5 年前と比較した勤務時間数は、38%の回答者が「増えた」と回答している。図表 3 に示すが、その理由として、65.8%が患者数及び診療時間が増えたほど医師が増えていない。54.7%が書類を書く時間が増えた。45.8%が会議・その他が増えた。23.3%が IT 化と回答していた。

2. 診療科における状況

2-1. 小児科

「平成 18 年度厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、図表 1-1 に示すとおり 2000 年から 2006 年にかけて、医療施設に従事する小児科全医師数は、14,156 人から 14,700 人に増加していて、その率は、103.8%である。病院に従事する医師数は、8,158 人から 8,228 人に増加していて、その率は、100.9%である。診療所に従事する医師数は、5,998 人から 6,472 人に増加していて、その率は、107.9%である。増加医師数については、病院に従事する医師数及び診療所に従事する医師数のそれぞれの増加率に差異が認められた。

少子化による医療の必要量は低下傾向にあるが、核家族化、共稼ぎ家庭の増加に起因して、9 割以上は入院加療を要しない軽症患者との分析はあるものの、休日及び夜間の救急受診が増加している。患者の受診行動が他科に比し大きく変化している。小児科領域での対策は、小児救急医療体制整備が優先されるが、受診行動に即応した体制整備が必要である。

2-2. 産婦人科

「平成 18 年度厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、図表 1-1 に示すとおり 2000 年から 2006 年にかけて、医療施設に従事する産婦人科医師数は、10,585 人から 9,592 人に減少していて、その率は、90.6%である。病院に従事する医師数は、6,154 人から 5,361 人に減少していて、その率は、87.1%である。診療所に従事する医師数は、4,431 人から 4,231

人に減少していて、その率は、95.5%である。医師数について、病院に従事する医師数及び診療所に従事する医師数ともに減少しており、総医師数が108.4%増加しているにもかかわらずこの傾向であり、特別な対策が待たれる。

出生数の減少による医療の必要量は低下傾向にあるものの、地域によっては産婦人科医療の利便性が損なわれることが想定され、地域間格差と合間って極めて難しい局面となる。

2-3. 麻酔科

「平成18年度厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、図表1-1に示すとおり2000年から2006年にかけて、医療施設に従事する麻酔科医師数は、5,751人から6,209人に増加していて、その率は、108.0%である。病院に従事する医師数は、5,443人から5,763人に増加していて、その率は、105.9%であるものの（診療所に従事する医師数は、308人から446人に増加している。）、直近の2004年から2006年にかけて、病院に従事する麻酔科医の推移は、5,998名から5,763名であり、96.1%と減少している。この現象は、麻酔科医が真に減っているのか、それとも開業若しくは、本調査では把握されないフリーランス麻酔科医になっていることを意味しているのか、フリーランス麻酔科医が何人いて、どのぐらい増えているのか等から、図表1-1に示す数値からでは、判断できない。麻酔科の将来を予測するには、医療施設に所属しない麻酔科医（フリーランス医）数の把握、同時に、年間何例の手術の麻酔を担当しているか、といった調査も必要である。

麻酔科医は、基本的に病院で継続的に勤務するものであり、大学及び基幹病院での麻酔科医の不足感はまだまだ改善してはいないとの報告も多く、手術件数の増加や、医療安全の観点から全身麻酔の施行が増えているが、他方では、市町村の統廃合等から、基幹病院の集約化が急速に進んでいる現状を鑑み、差し迫った対処としては、麻酔科医の効果的・効率的な配置が最優先されるべきである。

2-4. 女性医師の継続就業支援

女性医師の増加は、近年著しく、「平成18年度厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、図表1-2に示すとおり2006年の、病院に従事する医師の男女比は、81.9:18.1である。今回着目した3診療科の男女比は、小児科67.5:32.5、産婦人科64.6:35.4、麻酔科69.7:30.3であり、他診療科に比し高い。女性医師が継続就業できる環境整備が急がれる。ちなみに、研修医の男女比は、67.1:32.9であり、将来を見据えた女性医師の継続就業支援策も重要となる。

図表 1 - 1. 医療施設に従事する医師数 各年 12 月 31 日現在

年/医師数(人)	総 数	小児科	産婦人科	麻酔科
医療施設の従事者				
平成6年(1994)	220,853	13,346	11,039	4,683
8 ('96)	230,297	13,781	10,847	5,046
10 ('98)	236,933	13,989	10,916	5,585
12 (2000)	243,201	14,156	10,585	5,751
14 ('02)	249,574	14,481	10,618	6,087
16 ('04)	256,668	14,677	10,163	6,397
18 ('06)	263,540	14,700	9,592	6,209
病院の従事者				
平成6年(1994)	143,412	7,714	6,419	4,504
8 ('96)	148,199	7,919	6,319	4,804
10 ('98)	153,100	8,022	6,456	5,315
12 (2000)	154,588	8,158	6,154	5,443
14 ('02)	159,131	8,429	6,215	5,748
16 ('04)	163,683	8,393	5,817	5,998
18 ('06)	168,327	8,228	5,361	5,763
診療所の従事者				
平成6年(1994)	77,441	5,632	4,620	179
8 ('96)	82,098	5,862	4,528	242
10 ('98)	83,833	5,967	4,460	270
12 (2000)	88,613	5,998	4,431	308
14 ('02)	90,443	6,052	4,403	339
16 ('04)	92,985	6,284	4,346	399
18 ('06)	95,213	6,472	4,231	446

注：複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と1診療科のみに従事している場合の診療科

平成 18 年度厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査

図表1-2. 施設の種別・性・診療科名(主たる)別にみた医療施設に従事する医師数

平成18(2006)年12月31日現在

	医師数 (人)	病 院							平均 年齢	診 療 所						平均 年齢
		構成割合 (%)						医師数 (人)		構成割合 (%)						
		総数	男	女	総数	男	女			総数	男	女	総数	男	女	
	168 327	100.0	100.0	100.0	100.0	81.9	18.1	42.4	95 213	100.0	100.0	100.0	100.0	84.5	15.5	58.0
従事する診療科																
1 内 科	31 096	18.5	18.4	18.8	100.0	81.6	18.4	46.9	39 374	41.4	43.0	32.4	100.0	87.9	12.1	59.3
2 心療内科	327	0.2	0.2	0.2	100.0	76.8	23.2	45.6	514	0.5	0.5	0.6	100.0	83.3	16.7	52.3
3 呼吸器科	3 615	2.1	2.2	1.9	100.0	83.9	16.1	41.3	351	0.4	0.4	0.3	100.0	89.5	10.5	55.4
4 消化器科(胃腸科)	7 487	4.4	4.7	3.1	100.0	87.3	12.7	41.5	3 275	3.4	3.8	1.2	100.0	94.5	5.5	56.1
5 循環器科	7 945	4.7	5.2	2.7	100.0	89.6	10.4	40.9	1 471	1.5	1.7	0.6	100.0	94.1	5.9	55.1
6 アレルギー科	112	0.1	0.1	0.1	100.0	75.9	24.1	44.7	72	0.1	0.1	0.1	100.0	86.1	13.9	58.4
7 リウマチ科	625	0.4	0.4	0.4	100.0	81.0	19.0	42.6	135	0.1	0.1	0.2	100.0	80.0	20.0	50.8
8 小児科	8 228	4.9	4.0	8.8	100.0	67.5	32.5	41.5	6 472	6.8	5.7	13.0	100.0	70.5	29.5	58.6
9 精神科	9 978	5.9	5.9	5.9	100.0	81.9	18.1	47.4	2 496	2.6	2.5	3.5	100.0	79.4	20.6	54.6
10 神経科	206	0.1	0.1	0.1	100.0	78.2	21.8	44.8	149	0.2	0.2	0.2	100.0	84.6	15.4	58.5
11 神経内科	3 150	1.9	1.8	2.1	100.0	80.1	19.9	42.4	293	0.3	0.3	0.3	100.0	83.6	16.4	53.3
12 外 科	16 738	9.9	11.5	2.8	100.0	94.9	5.1	45.2	4 836	5.1	5.9	0.7	100.0	97.8	2.2	63.3
13 整形外科	11 853	7.0	8.2	1.7	100.0	95.7	4.3	43.3	7 017	7.4	8.5	1.1	100.0	97.7	2.3	56.2
14 形成外科	1 548	0.9	0.9	1.1	100.0	77.5	22.5	38.7	361	0.4	0.4	0.5	100.0	80.1	19.9	48.2
15 美容外科	12	0.0	0.0	0.0	100.0	83.3	16.7	40.4	382	0.4	0.4	0.3	100.0	88.2	11.8	43.7
16 脳神経外科	5 377	3.2	3.7	0.7	100.0	95.9	4.1	44.5	864	0.9	1.1	0.1	100.0	98.3	1.7	54.4
17 呼吸器外科	1 242	0.7	0.9	0.2	100.0	95.2	4.8	42.4	13	0.0	0.0	0.0	100.0	84.6	15.4	54.4
18 心臓血管外科	2 539	1.5	1.8	0.3	100.0	96.2	3.8	42.2	46	0.0	0.0	0.0	100.0	87.0	13.0	52.7
19 小児外科	623	0.4	0.4	0.3	100.0	84.8	15.2	43.3	38	0.0	0.0	0.1	100.0	65.8	34.2	61.5
20 産婦人科	5 361	3.2	2.8	5.1	100.0	70.9	29.1	43.5	4 231	4.4	4.5	4.3	100.0	85.1	14.9	60.7
21 産 科	322	0.2	0.2	0.4	100.0	64.6	35.4	41.8	160	0.2	0.2	0.1	100.0	92.5	7.5	55.0
22 婦人科	697	0.4	0.4	0.6	100.0	72.5	27.5	49.5	1 012	1.1	0.9	1.8	100.0	74.4	25.6	63.0
23 眼 科	4 789	2.8	2.1	6.1	100.0	61.5	38.5	38.7	7 573	8.0	6.0	18.5	100.0	64.1	35.9	54.1
24 耳鼻いんこう科	3 644	2.2	2.1	2.5	100.0	79.0	21.0	39.9	5 265	5.5	5.4	6.1	100.0	83.0	17.0	57.6
25 気管食道科	20	0.0	0.0	0.0	100.0	85.0	15.0	43.9	2	0.0	0.0	-	100.0	100.0	-	48.0
26 皮膚科	3 258	1.9	1.3	4.9	100.0	54.5	45.5	39.2	4 587	4.8	3.7	10.8	100.0	65.4	34.6	55.0
27 泌尿器科	4 573	2.7	3.2	0.6	100.0	95.9	4.1	43.1	1 560	1.6	1.9	0.2	100.0	98.4	1.6	55.0
28 性病科	4	0.0	0.0	-	100.0	100.0	-	49.4	22	0.0	0.0	0.0	100.0	81.8	18.2	55.5
29 こう門科	151	0.1	0.1	0.0	100.0	94.7	5.3	50.4	222	0.2	0.3	0.1	100.0	95.9	4.1	57.5
30 リハビリテーション科(理学療法科)	1 733	1.0	1.0	1.0	100.0	83.3	16.7	49.3	122	0.1	0.1	0.2	100.0	77.9	22.1	55.7
31 放射線科	4 589	2.7	2.7	2.8	100.0	81.2	18.8	42.4	294	0.3	0.3	0.5	100.0	74.5	25.5	53.5
32 麻酔科	5 763	3.4	2.9	5.7	100.0	69.7	30.3	41.3	446	0.5	0.4	0.7	100.0	78.0	22.0	51.3
33 病理	1 284	0.8	0.8	0.8	100.0	81.3	18.7	47.7	13	0.0	0.0	0.0	100.0	69.2	30.8	59.2
34 救命救急	1 693	1.0	1.1	0.5	100.0	91.4	8.6	39.6	5	0.0	0.0	-	100.0	100.0	-	55.1
35 研修医	14 385	8.5	7.0	15.5	100.0	67.1	32.9	27.8	17	0.0	0.0	0.0	100.0	70.6	29.4	28.9
36 全 科	175	0.1	0.1	0.1	100.0	78.3	21.7	38.3	126	0.1	0.1	0.1	100.0	88.1	11.9	50.0
37 その他	2 689	1.6	1.6	1.7	100.0	80.7	19.3	45.5	459	0.5	0.4	0.8	100.0	75.8	24.2	58.9
38 不 詳	496	0.3	0.3	0.3	100.0	80.6	19.4	44.0	938	1.0	1.0	0.9	100.0	85.3	14.7	64.2

注:1)「診療科名(主たる)」とは、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科又は1診療科のみに従事している場合の診療科をいう。

2)病院・診療所における性別の従事者数は、統計表9に掲載している。

3)平成18年調査では、「従事する診療科名等」に「33 病理」「34 救命救急」「35 研修医」を追加したため、平成16年調査結果との比較においては、注意を要する。

平成18年度厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査

図表2. 5年前と比較した勤務時間

項目	(%)	n
減った	16%	908
変わらない	40%	2236
増えた	38%	2168
無回答	6%	323

n=5635

図表3. 増えている理由

項目	(%)	n
患者数及び診療時間が増えたほど医師が増えていない	65.8%	1426
書類を書く時間が増えた	54.7%	1185
会議その他が増えた	45.8%	994
IT化	23.3%	506
その他	10.2%	222
無回答	1.4%	30

平成19年3月日本病院協会 勤務医に関する意識調査報告

n=2168

II. 調査目的

深刻な問題を抱える小児科、産婦人科、麻酔科に焦点をあて、その実体や具体的な課題解決への取り組みを明らかにすることを目的に、大学病院、臨床病院での取り組み事例、及び筑波大学病院の医師派遣についての「取り組み」「考え方」についてヒアリング調査を行った。

1. ヒアリング対象者

日付	所属、職位	名前
H20年2月12日	横浜市立大学大学院医学研究科 発生成育小児 医療学 教授	横田 俊平 先生
2月26日	NTT東日本 関東病院 産婦人科部長	角田 肇 先生
2月28日	NTT東日本 関東病院 看護部	長坂 桂子 先生
1月21日	フリーランス麻酔科専門医	皆瀬 敦 先生
H19年12月7日	筑波大学医学部附属病院長	山田 信博 先生

III. 結果

○ 横浜市立大学付属病院小児科

横浜市立大学附属病院小児科教室では、国立病院機構横浜医療センター、済生会横浜南部病院、横浜市立市民病院、横浜市立みなと赤十字病院、横浜労災病院、昭和大学横浜市北部病院、済生会横浜東部病院の7中核病院と連携し、小児科医を重点的に配置しながら「小児救急拠点病院体制」を確立し、小児専門医の育成も視野に入れながら小児救急医療に対応されている。主幹者のひとりである横田教授に紹介・説明いただいた内容を以下に記す。

1. 背景

10年前（横田教授就任当時）は、協力病院（公立、半公立の病院がほとんど）へ派遣した小児科医は（8-12回/月の当直、長時間の継続勤務等で）疲弊していた。医師のバーンアウト

トを危惧するとともに、治療する側が疲れ切っている、良い医療ができないとの判断から、勤務環境改善の措置について、行政と協議を続けていた。一方、行政は、財政的裏付けを含めて、桜木町に横浜市夜間急病センターを配置し、二次輪番制度には、50+αの施設が参加しており、入院へも対応できる・対処しているとの判断があった。(実質的には、施設毎で対応に温度差があった。)最近になり桜木町の横浜市夜間急病センターの運営も困難な状況になり、医師・スタッフの確保も厳しい状況に追い込まれてきていた。同時期に藤沢市民病院(横浜市大からの派遣)が小児科医数を充足させ、勤務する医師の負担を軽減し、専門医も多く確保できたことで、重症患者にも対応し、24時間・365日体制を確保すること等により、市民の安心・信頼を確保できていた。他科にまさる収益も確保していた。行政もこの状況を把握するに至り、財政的な支援も含めて協力体制が出来上がり、以下に説明する拠点病院の具体化が進展した。

2. 小児救急拠点病院体制整備がもたらす「変化」

2-1. 小児救急拠点病院体制について

小児科救急医療への対応について上記7病院に小児科医を重点配置(小児科医師数が11名を超える体制)したことで、横浜市における小児救急に答えられる体制を整えることができた。高度な専門知識を習得した医師も配置できていて、二次救急までは、確実に当該病院で対応でき、24時間・365日の受け入れ体制を整えることができた。

2-2. 地域社会に与えるメリット

二次救急輪番体制は、患者側に当番病院がどの施設なのか把握しにくい等の、改善すべき点があったが、本体制整備を行ったことで、救急時には、近隣の拠点病院へ駆けつければ良いことが周知され、患者及びその家族(母親等)に、安心・安全な医療を提供できるようになった。

2-3. トリアージ等の導入

救急電話等相談については、トリアージ対応を含め、行政側での手立てがあり、「かながわ小児救急ダイヤル」を参照されたい。

<http://www.kanagawa.med.or.jp/chigasaki/soudan.htm>

3. 処遇(給与、当直、夜間待機等)

3-1. 増員分の給与面の財政措置は、時限立法ではあるが、行政による手立てがなされている。当該7病院は固定的で将来も拠点病院として継続するとは考えておらず、常に切磋琢磨の中で維持されるべきものであると考えている。

3-2. 疲弊していた小児科勤務医の就業環境は、医師を重点配置できたことで、約4回/月程度の当直頻度、勤務時間の短縮等で大いに改善された。

4. 常勤小児科医の確保状況・育成策

4-1. 新医師臨床研修制度以後の直近3年間の横浜市大小児科入局者は、50名を超える状況で、本学卒業者は1/3~1/4程度で、その他は、東日本の大学卒業者が多い。

入局の動機を聞いてみると、小児救急拠点病院体制に共感して入局しているとの事である。

HPを参照されたい。<http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~shonika/center/index.html>

具体的には、

- ・小児救急拠点病院で、多数の症例が経験できる。
- ・小児救急拠点病院で、総合小児医療について質の高い医師から実地医療の中で指導が受けられる。
- ・新生児、未熟児に（一次医療）対応できる医学的知識・技術が身につけられる。
- ・小児の先天性心疾患に対応できる医学的知識・技術が身につけられる。
- ・「バランスのとれた小児科医を育成する。」拠点病院合同の教育セミナーが定期的に行われている。等であった。

理想に燃える若手医師が共感し・自由な意志で拠点病院方式に参加しているものと受け止めている。

4-2. 多数の小児科医が勤務する拠点病院を小児科専門研修に適用したことで、次世代の経験豊かな若手小児科医が育成される教育プログラムを作成・実践できている。また、7拠点病院体制とは、別枠で小児保健の領域（周産期・新生児・乳児期の健康な子供）が診れる教育体制を整備している。横浜市大スタイル（大学と7拠点病院が連携して若手医師を育成する。）が他大学・臨床研修病院の参考になればと期待している。

4-3. 女性医師の継続就業支援

7拠点病院体制とは別の枠組みの中で、昼間の診療には、女性医師がワークシェアリングしながら携わり、夜間の診療は、拠点病院に任せるシステムを構築したことで、育児期の女性医師の働きやすい環境を提供できている。また、上記小児保健の領域が診れる体制を整備することに伴い、健康な小児を診るとの観点から、女性医師（一定の年齢要件を考えている。）を配置することを考えている。殊に、育児期の女性医師については、一定の期間で勤務時間短縮を容認頂いている。更には、小児保健（健康な子供の発達）の臨床科学データを取っていくことも考えている。「医療手当に関する規定等」が障害になったが、給与面の予算措置も確保できている。

5. その他

大学医局の使命・あり方において、「若手医師の育成」に軸足を置いた運営が大事であり、医局は「技術の習得」を提供する場であって一生を通じて就業に関わるものではない。ひとりの医師に技術習得のために、一定期間利用させるというイメージだが、従来のパターンリズムからの脱却が大事と考えている。

○ NTT東日本 関東病院 産婦人科

2007年3月から助産師外来を開設されたNTT東日本関東病院 産婦人科部長 角田 肇先生に産婦人科医療の現状、NTT東日本関東病院の置かれている状況、医師の勤務実体及び助産師外来開設をどのようにとらえておられるかを紹介・説明いただいた。また、助産師外来開設に際して、実際に企画、導入を進めていった看護部 長坂桂子先生から説明いただいた。両者のヒアリング内容を以下に記す。

1. 産婦人科医療の概況

1-1. 産婦人科医と分娩数の動向

1980年と2002年を比較すると、全国レベルでの総医師数は、約1.7倍だが、産婦人科医師数は約10%減少していて、特異な傾向である。「がん治療」「不妊治療」「お産」と診療科としては、3本の柱がある。「生命誕生」に立ち会える素晴らしい仕事」であるが、勤務環境が厳しいことで、医学生に敬遠・人気がないことがうかがえる。

産婦人科医の年齢分布をみると、昭和40年代卒業の産婦人科医師数が多い。この年齢層の医師は、勤務医としての定年も近く、昼夜を問わない激務である分娩に携わっていない医師も多い。大学病院以外で分娩に従事する産婦人科医師は、6000名程度に過ぎない。近年、医師になる女性の比率が高くなっているが、その比率以上に、産婦人科は、高くなっている。また、経験年数10年前後の女性医師の半数が分娩の現場から去っている。意欲は高いものの、過酷な労働条件が強られる分娩取り扱い施設での常勤医として勤務を継続できていない。1980年と2002年の出産数を比較すると、157.7万人→114.5万人で、26%減少している。1993年と2005年の分娩施設数を比較すると、4286施設→約3056施設と、28%減少している。この傾向は、今後も続くと考えられる。

1-2. NTT東日本関東病院の現状について

当病院は、品川区出生数の約1/4（620～630人/年）を取り上げていたが、周辺病院の状況から、700-800分娩/年に増えている。2007年2月は40分娩程度だったが、2007年11月には80分娩と増加している。近隣の（都立荏原病院、関東中央、済生会中央病院等）の実績のある病院が、産婦人科医が確保出来ない理由からお産に対応できない状況に追い込まれている。2008年4月からは、医師数8名体制を予定している。本来当病院は、品川区、大田区の城南地区がん拠点病院であることから、婦人科がん治療の役割も大きく、多忙さが加速している。一方、臨床研修病院でもあり、がん専門医を目指す研修医も応募してきており、医師確保のプラス要因の側面もある。この中で、助産師外来を2007年3月より3ヶ月の試行期間をおいて開始している。

2. 産婦人科医師の勤務状況

2-1. 現行体制

現行、6人体制で、当直の非常勤医師は、別途確保できていることから、常勤医の当直は、4～5回/月程度だが、産婦人科医局員平均で、140～150時間/月の時間外労働の忙しい毎日で、他科に比べても時間外労働が多い。

2-2. 処遇

企業立病院であることで、各医師の処遇面では苦慮している。

2-3. 体制

周産期センターではないが、上述の周辺病院の状況から、分娩数が増加の一途で、昼夜を問わない勤務体制に拍車をかけているが、2008年4月からは、8名確保の予定。年間600～800分娩、600例以上の産婦人科手術をこなす体制は、確保できたと考えている。

3. 助産師外来

3-1. 助産師外来設立の動機

助産師外来を行うきっかけは、全国的にも開設され始めていたこともあるが、病棟・外来・母性看護専門看護師：12名、病棟・外来助産師：25名、医師：6名体制で、助産師が多数勤務していて、モチベーションも高く、一方、医師は非常に多忙で、正常妊婦検診等一部を担ってもらうことで、診療の幅を広げられ、医師に時間的な余裕が得られることから、有用と判断した。また、管理部門のサポートも得られた。等であった。

3-2. 問題点・留意点

助産師外来を進めていく上での問題点・留意点としては、100%助産師外来で完結することとはならず、関係医師の理解（助産師外来からのコンサルに対応する。）、担当する助産師との連携・情報の共有化を図る。当病院のような急性期医療を担う病院は、現行の診療報酬制度では、外来は赤字部門であることがやむをえない状況で、助産師外来を開設したことで、損金が出ないようにする。外来助産師は、夜間の勤務ができないことから、シフト調整を見直す。医師をサポートする看護師が手薄になる。等があげられる。

4. 助産師外来により、医師の働き方や、妊婦、その家族、病院経営にもたらした効果

4-1. 職務負担の軽減

単純計算だが、月間80分娩と想定すると、年間 $80 \times 12 = 960$ 分娩となる。毎月960名の妊婦検診になり、 $960 \div 20 \text{日} = 48 \text{名/日の検診}$ となる。助産師外来で14検診/日に対応すると、相当の負担軽減となる。

4-2. 収益をもたらす

当病院では、助産師外来の損益分岐点を、8名/日と設定されているが、病院の損益にも貢献できている。

4-3. 利用者の反応

日々の外来診療の中では、十分な時間を取ってあげられない正常妊婦さんへの対応が、丁寧且つ十分対応できていて評判も良い。

4-4. その他

助産師外来開設のストラテジー・助産師外来の実際・病院経営からみた助産師外来の詳細は、助産雑誌、Vol161、No12、p. 1011-1039、2007. を参照されたい。

5. 女性医師の継続就業支援

5-1. 院内保育園の整備等が急務

育児中（特に病児）の女性医師、助産師・看護師が安心して預けられる院内保育園等整備を急ぐ必要があると考えている。また、医局内のチームワーク作り（相互理解）が大事と考えている。

6. 長坂先生－助産師の立場から－

6-1. 助産師外来設立のきっかけ

助産師外来のきっかけは1人の医師からの「やってみない？」という言葉かけだった。個人的な対応ではなく組織として検討を進め、準備に10ヶ月、3ヶ月の試行期間を設け、細かな修正を行ったうえでスタートした。

6-2. 困難

最も困難と感じたのは、①医師とのコミュニケーションが難しい。医師が忙しすぎて、気軽に相談できない。②外来の助産師からは、仕事を増やしたくないなどの反対があり、病棟と外来の一体化を図る必要があった。

プロジェクトを進めるにあたり、看護部付きの CNS ポジションを得ていたため、助産師外来企画のために使う時間がコントロールしやすかった。助産師外来関係の研究や活動報告の読み込みと分析、企画書の作成、経営部門や看護部との交渉とその資料作り、企画会議の議事録作成、企画会議のスケジュール調整等を管理者やメンバーにフィードバックした。この作業が、経営部門や医師の信頼を得て開設に至った要因の1つである。ただし、これらの作業には、時間が必要で、スタッフとして患者を受け持ちながらでは、勤務時間外で行なうこととなる。当院では、看護部長が CNS の活用に理解があり、非常にやりやすかった。他病院では、この時間をどう作るか、が障害の1つになっている。

「助産師外来を成功させる秘訣」は以下の7つと考えている。

- ① 医師不足が生じており、対策が必要と考える管理職がいる。
- ② 医師と助産師が気軽に相談できる関係がある。
- ③ 助産師外来に人員を配置しても、夜勤体制を維持できるだけの助産師（人数、経験年数）がいる。

- ④ 企画を実行に移すためのリーダーがいる。
- ⑤ 看護部の理解と経営部門の協力が得られる。
- ⑥ 妊婦は、受診し保健行動がとれる（よう、助産師は関わる）。
- ⑦ 妊婦の意識に助産師外来が定着する。

7. 助産師外来により、妊婦、その家族、病院経営にもたらした効果

7-1. 医師に2時間の余裕

助産師外来を開設することで、1日10人(受診妊婦の約2割)の妊婦健診を担当している。これにより、医師の外来診療が2時間短縮できている。開設前と比較し、外来診療にかかる医師の労働時間については、時間外勤務が減少し余裕を持って妊婦健診を担当することができ安全とサービスにつながる、早く外来が終わることで病棟の重症患者の治療に時間を使える、婦人科専門の医師は婦人科患者の医療に携わる時間が増えて専門性の発揮や職務満足につながる、などの感想が得られた。ただし、2時間早く外来が終わったから、帰宅時間が早くなったわけではない。

7-2. 利用者へのケアの質の向上

妊産婦が十分に助産師外来で話ができることが、セルフケアに繋がる。具体的には、出産する女性にとって外来で1度でも関わったことがある助産師と分娩や産褥期に会うことは、安心感につながっているようで、健診の待ち時間がなく、家族の付き添いも勧めているので、助産師外来のときは上の子を安心して連れてくることができ、実母と来る方もいる。家族と健診の場をゆっくりと共有することで、胎児や妊娠生活に関する関心が増しているように感じている。

また、完全予約制で妊婦の待ち時間がないので、勤労妊婦が多数来院している。

7-3. 病院にもたらす収益

経営部門からは大きな評価を得ている。年2回行なわれる経営報告書に、患者サービスの活動として取り上げられた。昨年は、助産師外来関連で朝日新聞の取材も受け、それが効果的であったため、年度途中で助産師が1名正規雇用(社員扱い)になるなど病院にとってはとても異例な人事が行なわれた。また、外来診療はどこも赤字のなか、助産師外来は利益を生み出しており、業務のリストラや、残業の軽減で経費節約になっているため経営的視点でも評価を得ている。ただ、他の治療等に比べると大きな利益とはならないが、むしろ別の視点で、患者サービスが充実した効果が大きいと捉えている。

8. その他

8-1. 他職種共同が上手くいくためにはお互いの専門性の尊重が必要

助産師外来開設に際し感じたことは、助産師が専門性を発揮し、助産師や医師、妊婦自身

も含めて協力することが大事だということである。しかし、この事が理解されず、障壁となることがある。医師は、「助産師に任せておくと見落としがあるのではないか」「医師が診察した方が安全なのではないか」と思っていたようである。しかし、これは藐然としたもので、根拠はない。助産師外来が稼動し始めると、その評価は大きく変わった。

8-2. 効果の検証

助産師外来の安全性について医師も納得するレベルのアウトカム指標を用いた検証を行なうことが必要だと感じた。医師に対しても、助産師に対しても支えになるデータが大切である。当院の場合、助産師外来での受診者数は、月200人ですので検証が行ないやすいのでそれが次の早急な計画である。

8-3. それぞれの病院の特性を生かした活動

妊娠期から受け持ち制をとり、分娩時その助産師が担当する体制をつくることは現在のところ考えていない。それができれば理想だし、できる施設もあるだろうな、と考えている。しかし、働きやすさの視点で考えると助産師に大きな負担がかかる。女性のライフスタイルを考えると、子どもを持つ場合、どうしても夜勤ができない、こどもの病気で急な休みが必要、それから介護が必要な場合も、まとまった休みが必要なこともある。そのような状況でも働きつづけられる環境が必要であると考えている。少子化で労働力が低下する時代では特に深刻である。当院では、妊娠や出産を機に退職する看護職は皆無に近く、子どもが小学校3年生になるまでの短時間勤務や介護休暇等が取得しやすい労働環境にある。また、予定外の出勤や残業を生む体制ではなく、安心して継続して働ける体制の病院だと思っている。病院によって多様なありかたがあっていい。規模の大きな病院・施設で若い助産師が多く、入れ代わりが当たり前のところでは、受け持ち制やバースセンターなどの試みが可能である。

参考) 長坂桂子、高橋妙子：NTT 東日本関東病院助産師外来開設のストラテジー、助産雑誌 Vol. 61 (12)、1010-1018、2007.

○ フリーランス麻酔科専門医

手術件数の増加や、医療安全の観点から全身麻酔の施行が増えていて、常勤麻酔科医は、過重労働を強いられている。一方、雇用形態の多様化もあいまって、ひとつの職場にこだわらないフリーランス麻酔科医が登場している。麻酔科専門医として複数の病院に勤務されている皆瀬 敦先生に「この就業形態を選ばれた理由、お考え」について紹介・説明いただいた内容を以下に記す。

1. 現況

2004年に国立病院機構仙台医療センターを退職されている。その理由は、勤務時間が100時間/月をこえる超過勤務等であった。退職当時は、フリーランス麻酔科医として様々な病院からの依頼に対応されたが、精神的・肉体的に困難であったことから、現在は、国立病院機構仙台医療センター、東北大学病院を中心に勤務（+オンコール病院、その他テンポラリーにバックアップ契約）されている。フリーランスという就業形態は、複数病院に勤務する事に対して柔軟性が必要で、現在は、40～50時間/月の超過勤務だが、自分自身で、労働時間がある程度コントロールしておられる。

2. フリーランス麻酔科医の登場の背景と変化

2-1. 手術件数の増加

医療技術の進歩等から手術件数が増加し、麻酔科医に対し、より高度なレベル・長時間勤務を強いられるようになった。

2-2. 麻酔科の特性

大学医局機能の低下、及び患者との接点が手術時に限られる。という診療科の特性がある。

2-3. フリーランス麻酔科医の現状と病院

医療の質に与える影響として、フリーランス麻酔科医は、術前・中・後と連続して診ることは困難で、重要な情報の把握、伝達が疎かになる危険性がある。また、病院スタッフとのチームワークが懸念される。機材は、一式を持ち歩くフリーランス麻酔科医もいる。

病院にとって、フリーランス医より常勤医の方が望ましいのは当然だが、しかし常勤麻酔科医がいない病院では、手術件数に応じて雇用することで、麻酔科医を確保できる。

フリーランスの麻酔科医が対応できない業務は、常勤（麻酔科）医師等が対応することになり、常勤医師の負担が増える。

医師労働市場の自由化、流動化、契約労働が増える。

3. 処遇(給与、当直、夜間待機等)

有能な医師の給与は高くあるべきで、年功序列的な慣習は崩壊すべきと考えるが、働きや