

第二次試案発表2週間後 07年11月1日自民党ヒアリング

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業
(学会)
日本医師会
日本病院団体協議会

前もって自民党に賛否の表明を迫られたと推測される
全員が第二次試案に賛成することを表明
自民党は多くの医師が第二次試案に賛成していると
理解

どうなるか

厚生省が強大な権力を持つ 調査と処分
外部(行政、司法、被害者代表)が医療システム内に入って網羅
的に責任追及
脅えながら医療を実施せざるをえない
対立を助長:病院管理者と現場、患者と医師、厚生省と病院
医療システムの自律性の破壊
全体主義国家では医療の進歩は止まった
社会システムは内向きのシステムとして機能する
自民党総務会で市民団体、社民党、共産党関係者が
多数を占めると自民党は成立しない
医療崩壊を加速

内部の統制は内部で、外部からの統制は外部で

厚生労働省は責任を担えるか

メディア・政治の攻撃を受け続けてきた
政府の紛争の大半は厚生省に集中
憲法上、政治の支配を受ける
一方的に叩かれる
ひたすら耐える
相手の論理を受け入れざるをえない
時に身内を切り、現場には無理な要求
疲弊:立ち去り型サボタージュ
外から判断を押し付けられる状況
判断の自律性担保されず 感情論に流される

広範な調査、処分の権限を与えることは極めて危険

現場の医師のやるべきこと

第二次試案に反対なら反対であることを示す

モデル事業運営委員会、日本医師会、日本病
院団体連絡協議会に抗議して、意見を撤回
させる

それだけで問題は解決するか

日本医師会と勤務医

発言権を強めるために勤務医の加入を推進
開業医の利害を代弁
勤務医の利害に一貫して冷淡
結果として「だしとして使われてきた」
第二次試案への賛同は勤務医の利害と抵触

勤務医が第二身分(投票権なし)に据え置かれる限り、
医師会との真の協調はない
理不尽なルールは医師会の正当性を阻害し、開業医
の利益を損ねる

当面の課題

勤務医医師会の創設

より安全な医療を提供するための、勤務環境改
善を含めた環境整備

再教育を主体とした自律的処分制度創設

地域医療は崩壊している

小山田 恵

全国自治体病院協議会 会長

私は、地域医療の崩壊とは、「ある地域で医師不足やその他の事情によって医療提供が全く出来なくなった状態」ととらえております。その最大の要因は医師不足ですが、地理的条件が悪く、他に民間病院が全くないか、あっても少ない地域に存在する自治体病院の医師不足は即地域医療の崩壊に直結し、これが今全国各地で発生しています。すでに崩壊したところ、崩壊しつつあるところ、崩壊の危険にさらされているところを数えれば枚挙にいとまがありません。医師の引き揚げで産科、小児科はじめ診療科の閉鎖に追い込まれた所は言うに及ばず、ある町では400床の自治体病院で12名いた内科医師が1年の間に全員大学に引き揚げたとか、130床の病院で院長以下18名の全医師が引き揚げたというケースが次々と起こっています。私はこうしたところに出かけて行って、その実情をつぶさに見、その市長、町村長、住民、病院長、職員と語り合う機会を多く持つてきましたが、彼らは一様に、現状を嘆き、うろたえ、悲痛な叫びを上げているだけで自ら解決の道を探ることが出来ず、ひたすら国の対策を待っているというのが実情であります。こうした地域医療の崩壊、医療供給体制の欠落はそれまで地域にあった医療文化の消滅にとどまらず地域に住む人々の生活の混乱と破壊に直結していることを実感させるものでした。こうした状況を招いたのは、これまで医師の供給を全て大学に依存してきた自治体病院の体質の脆さと大学の医師派遣構造の無力化によって、働き盛りの若い医師の多くが地域での生活を嫌って都会に出て、民間病院や個人開業に走っているからであります。

その最大の原因は、日本の医師総数の不足にあります。これに対して国はこれまで一貫して医師養成の抑制策をとってきました。平成17年厚生労働省に設置された「医師の需給に関する検討会」は、医師必要数は26.6万人で、9千人不足しているが漸次充足の方向にあり、2025年には28.6万人、2035年には31.1万人になる。また勤務医の週平均勤務時間は週平均63.3時間で、時間外勤務は月93.2時間で、週48時間労働にするには5万5千人不足しているという調査結果を出した。しかし、この勤務時間には休憩、会議、研修をはじめ職員に対する教育や自己研修の時間が含まれているから、こうした部分を除けば、週48時間の勤務で済む。さらに外来診療を止めれば40時間内に収まる。医師不足は絶対数の不足ではなく、地域偏在と分野別偏在だから医師の入学定員は現状で良いという現状維持を意図した答申でした。私は会長になってから8年一貫して医師不足の問題に取り組んできましたので、この答申に真っ向から異議を唱え、公の場で医師不足については、まず医師の絶対数の不足を前提に対策を作るべきだと叫んできました。最近になって厚生労働大臣の口から医師の絶対数不足が言われるようになりましたが、遅きに失したものであります。今年5月になってようやく政治が動き出しました。私は自民党、公明党の政策責

任者と直接会って現在進んでいる地域医療崩壊の原因は医師不足であり、これについて2つの基本的認識がなければ医師不足について論ずる能力も資格もない、この認識があれば対策はおのずと決まると言ってその具体策を提示しました。第一点は医師の絶対数の不足に対する認識、第2点は病院勤務医の労働過重に対する認識であります。勤務医には勤務上多くの制約がある。訴訟に係わりやすい。開業医との給与の格差等の問題もあるが、彼らが地域から去っていく最大の要因は、過労死寸前に追い込まれている過激な労働にある。家族の団欒や夫婦間の会話の時間が十分取れない、家族と1ヵ月に1度しか会えない、趣味も出来ないような状況下に置かれている医師たちに人並みの生活が出来るような国策が必要だと訴えました。平成19年5月政府与党は、11大学医学部の入学学定員増と地域枠の設置、小児科、産科の集約、重点化、勤務医の労働環境の改善等を盛った医師需給に関する対策を公表しました。6月に開催された「地域医療支援中央会議」の席上、私はこれまで私どもが要望してきた対策のほとんどが盛られていることに大いに満足し感謝している。ただ最も重要な事項が抜けている。これらの施策を進める上で必要な財政措置の明記がない。これがなければ、一片の反古でしかないと言って、今過労死の認定基準とされている時間外労働80時間を越えている9千人の医師の代替を用意するには1,170億円が必要だと訴えました。週48時間勤務を守らせるには5万5千人、その経費は最低5,699億円必要になります。

ただ、今すぐに医師を増やすことは出来ません。とすれば、今すぐに必要なのは勤務医の給与引き上げもさることながら、勤務医の労働環境の改善について、時間外勤務の短縮、日当直後の休暇の保障と同時に医療クレークの配置や看護師を含め他職種の増員による職種間の協調で医師の労働軽減を図る。そうした医療スタッフの増員とそれに必要な財源の確保以外に地域医療の崩壊を食い止める方策はないと信じております。私は、このことを今後とも強く訴えていく所存であります。

地域医療は崩壊している

H19. 11. 23

医療の質・安全学会第2回学術集会

全国自治体病院協議会

会長 小山田 惠

地域医療崩壊事例

舞鶴市民病院(236床)

- ▶ 副院長の退職を機に内科医が大幅退職 続いて全員退職
- ▶ 公募による公設民営の予定

江別市立病院(408床)

- ▶ H17年8月に12人いた内科系医師が、H18年9月までに全員退職

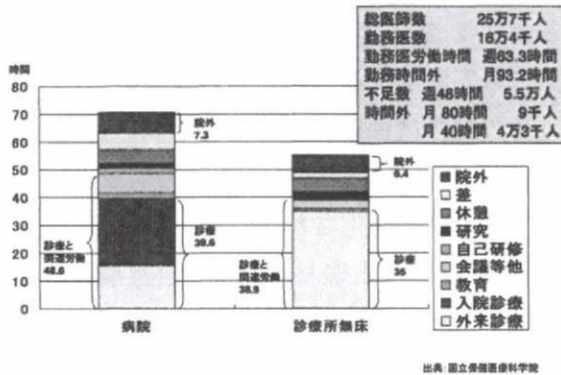
阿賀野市立水原郷病院(408床)

- ▶ 常勤医師の半数11人が退職
- ▶ 一次救急の停止 内科の診療制限

高浜市立病院(130床)

- ▶ 18年度末まで医師18名全員退職
- ▶ 公設民営で受入先を公募中

勤務医の労働環境



医師不足についての認識と対策私案

H19. 日本医師協会から発表に添付

医師不足 絶対数不足が顕著 地域別、分野別偏在が加重
病院勤務医師の「立ち去り」、地域医療の崩壊

理由 過酷な労働からの逃避

訴訟 制約 収入

状況 週平均勤務63.3時間、時間外月93.2時間

多い当直回数、24時間勤務後の休憩ゼロ

中長期的対策 医師の増

大学医学部入学定員10%の増

地域増 自治医大方式の採用

緊急対応策 医師の労働環境改善

勤務医の労働条件の最低限度

▶ 24時間連続勤務後の休職

▶ 時間外勤務月80時間以内を国が提示、管理者に義務づける

▶ 医師の業務軽減、医務秘書、他職種との協力

▶ 拠点病院からの当直要員の派遣

▶ 病院の集約化とネットワークの構築 再編、統合

▶ 研修医、指導医の養成、マグネットホスピタルの機能強化

診療科別偏在 国民のニーズに合う専門医の位置づけ

これらの施策を進める上で絶対必要なのは、その対価としての診療報酬上の保証である。

金子 勝

慶應義塾大学 経済学部 教授

今日は三つの面からご報告を致します。一つは保険制度等、それがどこから、このインセンティブという政策で崩れていくのかという話があります。もう一つは、診療報酬を使った誘導処置というのは、地域の医療のみならず、医療制度全体をどのように破壊しているのか。そして、それ自身が病院経営も含めてどのような形で地方の医療を破壊しているのか、ということになります。

一つは国民健康保険の問題ですが、現時点で、2005年で国民健康保険の滞納者・未納者の世帯数は480万世帯となり、5世帯に1世帯が未納、滞納状態になっています。35万世帯が資格証に替えられているという状況であります。患者負担と保険料を引き上げていくことで医療費の増大を抑えるという政策は、一番不利な人たちから現実化しております。この「民間給与調査統計」という国税庁の統計でも、年収200万以下層が1千万人を超えている条件ですので、多くの人は払えない状況が生まれてきていると考えられます。

年収200万円以下ですと、光熱費、食費、家賃、その他介護保険料、年金保険料、NHKの受信料も含めて払っていきますと、滞納気味になってくるというのは、当然の現象といえます。国民健康保険は1961年に皆保険制度として加入が義務化されました。05年と比べて85年は農林水産業、自営業者の比率が高く、60年代はもっと農林水産業、自営業者の比率が本当に高いのですが、中曽根政権期の85年あたりから大体悪くなってきています。

加入者のほとんどが無職、ないしは被用者でも非正社員が主流になっています。無職のうち、6割以上が75歳です。65歳以上だと、もう88パーセントになっております。高齢者と失業者と非正社員の保険が国民健康保険ということになりますので、ここから国民皆保険制度はもう底が抜けているということです。もう国民皆保険制度は成立していないと私は思います。もちろん国民年金も、すでに若い人は四人に一人未納、滞納率が半分を超えておりますので、日本の社会保険制度の根幹が崩れております。医療現場も崩れているのかもしれませんが、国民にとって医療制度はすでに壊れております。

これは、市長村単位の国民健康保険という世界に稀なる異常な制度で、国家総動員法の過程で生まれた農村から健全な兵士を送り出す制度です。保険料率が引き上げられて、パッチワーク的改革が繰り返される。老人保険制度などその他の保険からお金を入れて継ぎはぎにして、高齢者部分を何とか持たせるという制度を続けてきているわけです。新後期高齢者医療制度というのは延期されるかもしれませんが、75歳以上のリスクの高い人だけを集めた保険という、それ自身も言語矛盾としか思えないような仕組みを導入しようとしています。

未納、滞納者が増加すると保険財政が悪化します。一般会計の繰り入れが困難になっています。「骨太の方針 2002」で、小泉政権が地方交付税を削りました。これは所得税、法人税、酒税、たばこ消費税、消費税の一定割合をプールして、財政力の弱い団体に投入していたのですが、ここがだめなので、地方の公立病院もそうなのですが、国民健康保険の財政の赤字を埋めることができなくなっていく。そうするとますます低所得者になって収入も減るので、料率を引き上げるということになっていかざるを得ません。

今、大体平均 10 パーセントぐらいで、実際には掛け方がばらばらなのですが、そうすると受診抑制と健康悪化というのが起こるということになります。それで 2006 年に 12 ぐらいの関連法案を含めた医療制度改革関連法案が出て、参議院選挙で与党が負けてしまいましたので、「国保の 70～74 歳の自己負担増」と「75 歳以上の新高齢者医療制度の創設」について、1 年および半年延期というのが出てきています。ここで挙げられるように、高齢者の自己負担を増やしていくというのと、75 歳以上の後期高齢者だけをとった新しい医療制度を作るということです。医療現場にいる方は毎日体感している、平均在院日数の短縮を図る医療報酬制度の見直しと、看護師と医師の比率にもよりますが、19 日を過ぎると診療報酬が下がっていくというような制度です。DPC もそうですが、少し包括払いも含まれています。

また、療養病床 38 万床のうち 23 万床を削り、在宅を充実させようということで診療報酬をそういう方向へ誘導するという、インセンティブの政策を取っております。このインセンティブが実は罠でありまして、急性期と回復期と慢性期に分けるのですが、入院日数を短縮していきますと事実上、病院がホテル化します。救急も引き受けますので、8 割とか 9 割で回すともうほとんど、実は医師・看護師だけではなくて現場の職員も、過重なストレスが掛かります。医療ミスも当然起きてくることになります。患者側から言うと病院のたらい回し状態で、介護保険の場合には一応ケアマネというのがありますが、医療制度には 1 人をきちんと診ていく、かかりつけ医のようなものはありませんし、アメリカのように医者が患者にくっついていくようなシステムでもありませんので、医療難民、介護難民というのは大量に発生します。慢性期は廃止・縮小しますが、在宅医療と言っても総合医を育成するシステムもありませんし、実はそこに診療報酬を多少割り当てても、これも 24 時間開けていろと言っても、そんな無茶なことはできないわけです。

おまけに、看護師と医師と介護士は仲が悪く、互いに人数が少ないのにテリトリーは離さないということをやりに合っておりますので、谷間に落ちていくのは実は利用者・患者です。在宅酸素だとか経管栄養だとか、有名な事例では痰の吸引とかいうだけで、介護施設にも入れない、医療施設にも入れないというような極めて悲惨なことが起きます。

典型的な制度は DPC でありまして、診断名によって入院機関ごとに診療報酬が決まります。短期で終われば終わるほど診療報酬が高くなるということですので、先端の大手の病院にこういう制度が入っているのですが、これも過重になっております。実は地域医療だけが困っているわけではありませんが、例えば胃がんと診断されて、それで包括払いが決

まって、早く終われば、治癒率が高ければ高いほど診療報酬が高くなります。こういう制度は、新聞・雑誌の病院ランキングで、1番いい病院が実は性質の悪い病院であるという可能性が生まれるわけです。

例えば、現在はCTスキャンで小さい腫瘍がいくらでも見つけれられますので、良性か悪性か判断しないうちにがんと診断して取ってしまいますと、早く治りますから回転率が高くなり、治りやすい患者ほど次々出て行って、病院の収入が上がります。そうすると、高度機械を入れて次々軽い人を処理すればするほど、病院が儲かるというインセンティブになっておりますので、がん難民が大量に発生するという馬鹿なことが起きます。こうなると、ジョークのような世界が生まれまして、「ここは病院だ、うちは病院なので、治らない病気の人は来ないでくれ」ということが生まれるということになります。

問題は、こういう結果、先ほど出てきた地域医療機関が、一つは診療報酬の引き下げで病院収入が激減します。05年の統計でも地方の公立病院は7割が赤字で、赤字が表面化してしまう。交付税が下の3番目にあるように削減していますので、赤字を補てんできずじまいに累積赤字になっていくという現象になります。多分06年の診療報酬を踏まえると、もっと赤字の比率は高くなっていると思います。さらに長期の入院で介護や医療の地域のシステムが整っていないとか、病院に長期入院患者がたまっているために、病院の収入がさらに減少するようになるという上に、最後に決定打として医師不足がこれに加わって、病院の収入は、1人医者がいなくなると何億という単位で減っていくという、死んでいくというパターンです。

86年以降、これも中曽根政権期に原型があるのですが、医学部定員を抑えていこうという話です。2002年時点で、OECD平均で2.9人、1,000人当たり2.9人の医師数ですが、日本は2人で、韓国など、医師が絶対的に不足しています。2004年に臨床研修医制度が変更されましたので、民間の大手の病院へ行きます。大学病院の研修医や若い医者の給料がいかにか低いかということに対して、ほとんどの人が誤解をしています。病院にもよりますが、医者というものは皆ベンツに乗っているものだと思っていますので、そういうイメージとはかけ離れています。しかも医師不足で、地方の国立大学は独法化して儲けなければいけないので、私の印象では中小都市の中核病院が多いように思います。県立の総合病院などにはそこそこ医者は行っているのですが、中小都市からどんどん引き揚げておりまして、残った医師が当直、手術するという過重労働になって、集団で退職するという不思議な現象があちこちで生まれるという原因を作っているのだらうと思います。病院が破綻していくと救急体制も維持できないということで、本来あるべき医療ニーズというのを、地域単位で治癒率なりを取るのが本来なのに、個別の病院でそういう数値目標を設定する。

その問題が一つと、もう一つの問題は多分、健康に関する指標が医療費の削減の目標だけがあって、厚生労働行政の中で基本的な数値目標、追求される目標として設定されていません。しかも、個別の病院を追い込む形でインセンティブという方式を使うようになりました。これは80年代の半ば、ちょうど中曽根政権期に国保の補助率を下げ、医師数を抑

え、民間病院を多数にする民営化政策が定着して、個別の民間病院は経営体として診療報酬を操作するという形で、小泉政権の政策が、「骨太の方針」があったということです。そのために、実は国連の中位統計によれば、日本人の医療ニーズは満たされなくなりまして、右肩上がりの成長状態で死亡率が上がってきているという悲惨な結果に結びつきつつあるということだと思えます。

今、1000人あたりの死亡数が10人程度にまだなっていないのに医療崩壊と言われていますので、2050年の高齢化のピークにおける15人近くという状態はすでに崩壊を乗り越えている状態ではないかなと思います。そういうトレンドを少しご紹介して、今の事態がなぜ制度的に発生しているかという視点からご報告させていただきました。

医療制度崩壊のリスク

利用者・患者の視点から

慶應義塾大学経済学部
金子勝教授

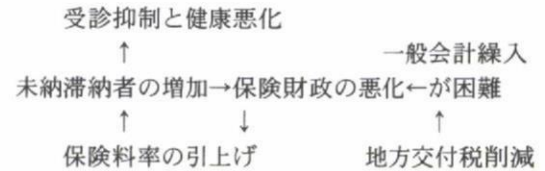
保険料引き上げや患者負担増加→国保から受診抑制

国民健康保険滞納世帯数 480万（10年間で約1.6倍）
国民健康保険資格証明書交付世帯数 35万（2001年→05年で3倍以上）
年収200万円以下層の人数が1000万人を超える（2006年度）

国民健康保険の被保険者構成の変化（リスクの高い者だけの「保険」へ）

	2005年	1985年
農林水産業	4.4%	13.5%
自営業	14.9%	30.1%
被用者	24.0%	28.9%
その他職業	2.8%	4.1%
無職	53.8%	23.7%
内) 60歳以上	87.9%	

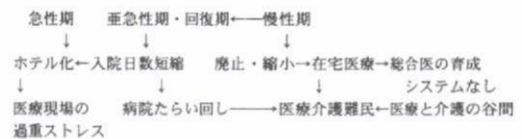
市町村単位の保険の無理→保険料率引上げの悪循環→パッチワーク的「改革」



2006年「医療制度改革関連法」の主な内容

- 1 国保の現役並み所得の高齢者自己負担 2割→3割
- 2 国保の70～74歳の自己負担 1割→2割
- 3 75歳以上の新高齢者医療制度の創設
- 4 平均在院日数の短縮を図る診療報酬体系の見直し
- 5 療養病床38万床のうち23万床削減（介護型療養病床は全廃）

インセンティブという罠（診療報酬による誘導は何をもたらすか）



DPC(Diagnosis Procedure Combination)の導入

1. 診断名によって入院期間毎に診療報酬が決まる。
 2. 短期で終われば終わるほど高い報酬が支払われる。
- 360病院18万床が対象

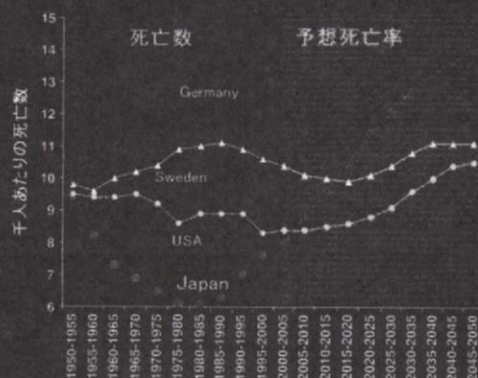
「骨太の方針2002」以降 →地域中核病院の経営を圧迫

1. 診療報酬の継続的引き下げ→病院の収入減
2002年2.7% 04年1.0% 06年3.16%
2. 診療報酬インセンティブ→高齢化と長期入院患者→病院の収入減
3. 地方交付税の削減→地方財政を圧迫→病院赤字を補填できず→累積赤字化
2000年21.4兆円→06年15.2兆円
(当初予算ベース)
4. 医師不足→病院の収入減

医師不足による病院破綻

- 1986年 厚生省の「将来の医師需給に関する検討委員会」→医学部定員10%以上削減
→医師数の不足(OECD諸国で下位)
- 2004年 臨床研修医制度の変更→研修医が民間大病院へ→大学の医局が医師不足
→地方中核病院から医師の引上げ→残った医師の過重労働→集団退職→病院破綻
→救急医療体制の維持不可

国別にみた千人あたりの死亡数と予測(国連中位推計による)



中井章人

日本医科大学 産婦人科 教授

医師の就労環境をお話しさせていただくのですが、それに先立ちまして、産婦人科はどんなことをやっていて、どういう状況なのかをご説明します。特に産科の話になりますが、赤ちゃんとお母さんの二つの命を守るわけですから、究極の目的は母体死亡をなくすことです。それから、胎児死亡、僕たちの用語で周産期死亡といいますが、妊娠 22 週から生後 1 週間までの赤ちゃんの死亡をなくすというのが究極の目標の一つでございます。

過去 50 年間の母体死亡と周産期死亡の推移ですが、数としては、母体死亡は 80 分の 1 に減少しました。新生児死亡も 40 分の 1 です。

母体死亡の細かな内訳ですが、近年の特徴がよく表れています。年齢別の母体の死亡率は、40 歳以上が非常に高くなっています。我々の産婦人科の領域である生殖補助医学、人口受精や体外受精が進んでまいりました。それと社会ニーズの変化のためか、女性の出産年齢が非常に高まっており、特に 40 歳以上でお産をされる方が非常に増えております。そういったリスクを抱えていながらも死亡率を減少させてきたというのが、我々の現状です。

世界との比較では、国ごとに母体死亡に関しての定義が違って、日本は少し高い数字になっておりますが、おしなべて、世界一の水準にいると思っております。

赤ちゃんが死んでしまう周産期死亡ですが、日本は世界で圧倒的な 1 位です。5 番目の、イギリスの半分ぐらいです。しかも、我々はこの水準を十数年以上続けているわけですが、どなたからもお褒めをいただけません。

さて、その産婦人科医師はどうなっているか。これが本題になります。細かい数字ですが、1 万 2,000 人弱いた産婦人科医が 10 年間でどんどん減ってきています。10 年前に比べ、全国のすべての科の医師数は 15% ちょっと増えているにもかかわらず、産婦人科医は 8% ぐらい減少しております。実は、小児科医も若干は増えているのですが、小児科の中でも我々の領域で一緒に仕事をしていただく新生児科医という新生児を専門とする先生は、増加していないというのが現実です。

産婦人科医の学会員数ですが、41 歳以下の医師数は、既に女性医師が多くなっております。昨年、一昨年と、仕事を始める産婦人科医師は約 7 割が女性医師です。

こういった女性医師の増加は医師数の減少、実労働の減少に拍車を掛けております。2007 年 5 月に学会と日医総研が全国の大学にアンケートを配って、入職してから 16 年ぐらいの間に産婦人科から離脱した率の調査した結果をご紹介します。産婦人科の中には生殖医療や腫瘍学がありますので、必ずしもお産だけをやる先生ではないという、三つの領域があります。「分娩が一番きついで、ほかの領域に移った」というのが全体の平均では 34~35% です。「産婦人科そのものをやめてしまいました」という中では、19% ぐらいの女性医師が

16年目までに離職してしまうということです。

ちょうど入職9年目あたりにピークがあります。これは同時に行った調査で調べますと、ここで出産・育児がスタートするのが平均的ということです。

地区ごとの離職率は、どういうわけか、男女共に地区的に九州が多くなっています。これについては追跡調査がまだ完了しておりません。何らかの原因があるのかもしれませんが、いずれにしましても、男性も9%ぐらい辞めておりますが、女性のほうがずっと多く辞めているということが分かります。

こうした医師の不足は、当然施設の減少につながります。過去10年間で全体（病院・診療所）の数を見ると、4,000から3,000に減っております。20年前は5,884施設ありましたが現在は3,000を切るということは、半分の施設で賄っているということが分かります。

病院で勤務している勤務医師に、私が常務理事をしております日本の産婦人科医会が担当しまして、アンケート調査を行いました。全国で1,300ぐらいの病院が分娩をしているはずだったのですが、昨年時点で調べましたら1,281で、その調査から数カ月の間に分娩している場所が減っているという状況でした。「一人当りの分娩数」で目立ちますのは産婦人科だけの単科の施設で、一人当たりが取り扱う分娩数は年間に200を超えています。

産婦人科医師の一月の当直回数は、平成18年で6.3回です。平成12年は4.7回で、12年から18年の6年間の間に当直回数が30%増えています。

増えた当直回数に対して、医師に勤務緩和があったかということ、分娩を扱う全国の病院全てを調査しました。そうしますと、わずか7.5%、58施設だけが、「当直が開いたら帰っていい」という勤務緩和をしているだけであって、ほかは32時間とか36時間という、朝来て、夜は泊まって、次の夜遅くまで働いて帰るといった勤務をしているところが大多数であるということが明らかになりました。

機能ごとの分類を見ていただきますと、単科のほうが少し緩和してくれています。産婦人科医だけでしょうから、お互いに融通が利いているのだろうという結果です。

次に、手当のことです。調査に先立つ1年間の間に、「当直手当が増えたか」ということを聞きましたら、全国平均では10%弱の手当がついたというところであります。分娩手当金ですが、分娩を1件すると病院から手当が支給されるのかということをお聞きしたら、全体の7~8%ぐらいの60施設で何らかの手当がつくということです。内容を見ても、よそから当直に来ていただいている先生だけに分娩の手当をつける。それから夜間分娩だけに限る、休日だけに限るといったものもあり、すべての分娩に当てはまるということでもなさそうです。

昨年度の産婦人科に特化した診療報酬についてです。ハイリスクな分娩を取り扱ったときの妊産婦共同管理料ですが、これは紹介医にもお金がつくという制度で、そこで働く医療従事者に向けて作られた制度と私どもは聞いていたのですけれども、実際にはそういったハイリスク分娩管理料が医師に還元されている施設は全国の調査で5施設で、わずか0.7%ということが分かりました。何ら手当がされていないということの表れだと思います。

私どもが医会としてどういうことを考えてやっていきたいかということの簡単なまとめですが、まず、産婦人科医師数そのものを増加しないといけません。そのために何が一番必要か。これは医療関係者の方はよくご存じだと思いますが、死にかけている人間を助けるためにはA、B、Cがあるわけです。順番を間違えると大変なことになります。私どもで議論しますと、Aというのは今現場で働いている医師をこれ以上減らさない。そして、その医師がより良く働けるような手だてがなければ、今働いている医師を見て若い医師はそこに入ってくるわけですから、到底産婦人科を選ぼうとはしないのではないかとというのが、我々の結論です。

就労環境の改善、それから女性医師には離職・子育ての支援ということになろうかと思えます。若手医師の研修に関しましても、現在の臨床研修制度が始まりましてから、産婦人科の専攻は急激に減っています。2年目の必修研修がいかがかということ、医会としては厚労省などにも申し上げています。

もう一つの、私の話です。医師数や施設数の減少というのは、産婦人科の救急医療体制に非常に影を落としています。ご存じのように、奈良県で大変悲しい事件がございました。病院が見つからずに、結局流産に至ってしまった。いわゆる「たらい回し」と言われておりますが、私どもはこの言い方を非常に不愉快に思います。この事件を受けまして、産婦人科医会で全国調査を行いました。産婦人科医会は全国に支部がございまして、各都道府県の支部長に印象を聞いたわけです。「お宅の救急はうまくいっているのか、っていないのか」。ざっと見て、黄色は、「一応収容されるけれども、満足はしていない」とお答えになったところで、約4割がそういう地区に当たるということになります。

10月に総務省と消防庁、厚労省の医政局指導課で、全国の消防の搬送状況の綿密な調査が行われました。救急隊が患者さんを確知してから病院を探す電話の回数、つまり受け入れを断られた電話の回数です。20回以上というのは東京都だけです。

消防庁のデータを見るとよく分からないので、私なりに分析してみました。ある一定の法則でこれらの都市を分けますと、こういうことができます。政令都市を含む自治体での回数が多くなっているのが分かります。そうすると、政令都市を含む大都市圏がこういった搬送の問題を抱えているということになると思えます。これを分類すると、統計的にきれいに分けられるということです。回数が多いということは、当然確知から収容までの時間も長くなっております。

医会調査で、結果の悪かった自治体の先生方はどういうことに困っているかというのを調査しました。産婦人科医師不足、NICU（新生児の集中治療ベッド）が少ないということ。それから、システムがきちんと働いていない。頻度は異なりますが、どの自治体もおっしゃることは一緒です。うまくいっている回数が少なかった自治体でも、結局は産科医がいない、NISUが少ないということが問題になっています。

受け入れに至らなかった理由をもう少し分析しました。消防庁のデータで、「処置が困難なため、受け入れられません」、あるいは「患者対応、手術中のために受け入れられません」、「専門外だから受け入れられません」、「満床です」、「医師が足りませんから駄目です」、最

近話題の未受診もございます。こういうものを先ほどと同じ手法で、政令都市を含む自治体とそうではないところに分けて統計処理を試してみました。理由が都市部と地域ではきれいに異なるということが明らかになりました。

まず、処置困難というところを見ていただきます。政令都市を含む自治体では3割近くが、「処置困難」、「手術対応中」となっています。三次施設という高度な医療施設に、患者さんが集中しているということの表れだと思っております。

「満床」というのも、都市部に多いです。NICU です。例えば東京都は、全国一緒ですけども、「1,000 分娩にベッドを2つ作りなさい」という厚労省の定めでベッドは運営されています。実際には、ベッドの10%以上は1名以上の長期の入院患者で埋まっています。残りの90%で運営をしなければならない。さらに東京都や大阪のような大都市圏になりますと、他府県からの患者さんも受けなくてはならない。「県が違うから、あなたのところは診ません」というわけにはいかないのです。現場というのは、自分のところにベッドがあり困っている人がいれば、人道的に手を差し伸べるわけです。実際、東京都では30%が他県の患者さんで埋まっていますので、東京都民はわずか6割のNICUのベッドしか利用できないということが言えます。それがこの調査でも表れています。

一方で、その他の自治体、地方の場合には、「専門外である」というのは救急隊と、つまり周産期ネットワークが密接に連携していないことの表れだと思います。「送ろうと思ったら、実は分娩を全然やっていない病院でした」というのが、こういうところに表れていると思います。何と言っても医師不足が、原因として挙げられておりました。

私のまとめになりますが、受け入れに至らなかった理由は政令都市を含む自治体では、「処置困難」、「手術・患者対応中」、「満床」によるものが高率です。対応としては、照会回数を減らすために、ぜひコントロールセンター、あるいはコーディネーターといったものを配備していただきたい。これを各自治体でやりますと大変ですから、私は全国共通のコールセンターでもいいのではないかと思うくらいです。今、医者がこういう仕事をやっております。現場の医師が、何回も何回も病院に電話して探さなければいけないという苦労は並々ならぬものであります。

その他の地方の都市の問題としては、やはり「専門外」、「医師不足による」という理由が高率で、中には照会回数は2回ですけども、収容までの時間が90分ぐらいかかったというところが幾つかあるのです。どういうことかといえば、アクセスが悪い、病院が少ないということですね。そこでドクターヘリなども考えていただきたい。また、自治体区切りではない広域の対策です。つまり、隣の県の基幹病院は15分で着けるけれども、自分の基幹病院まで1時間半というところはいっぱいあるのです。そういうところも柔軟に対応していただければと思っております。

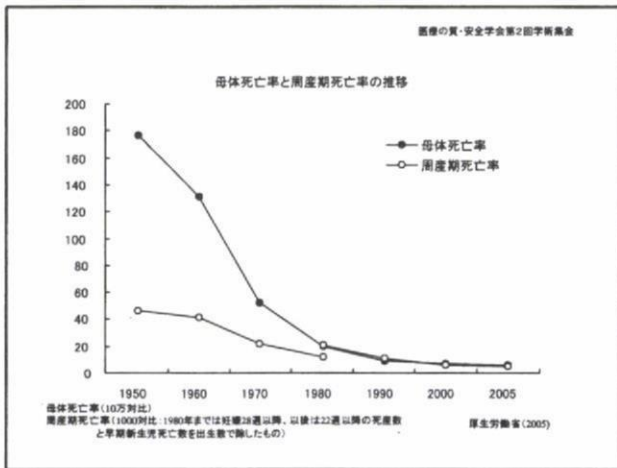
医療の質・安全学会第2回学術集会

産婦人科医の就労状況と 救急医療体制

日本医科大学
中井章人

医療の質・安全学会第2回学術集会

① 産婦人科勤務医の就労状況 2. 救急医療体制



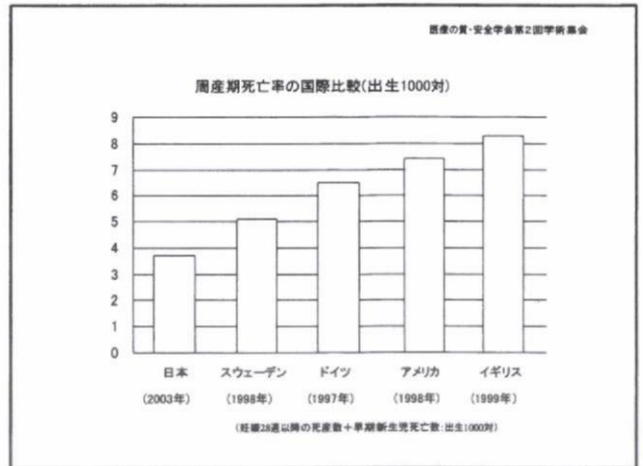
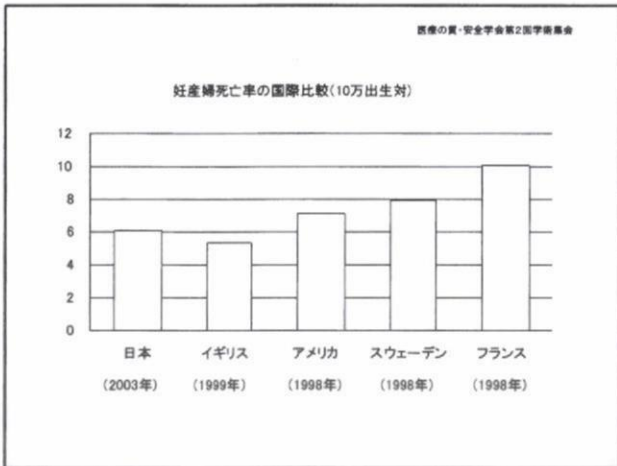
医療の質・安全学会第2回学術集会

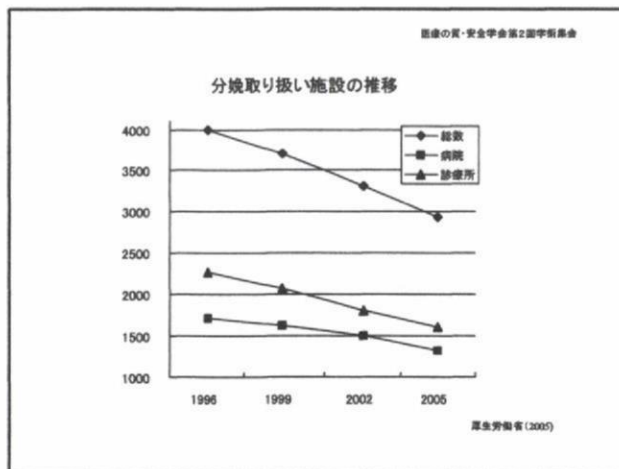
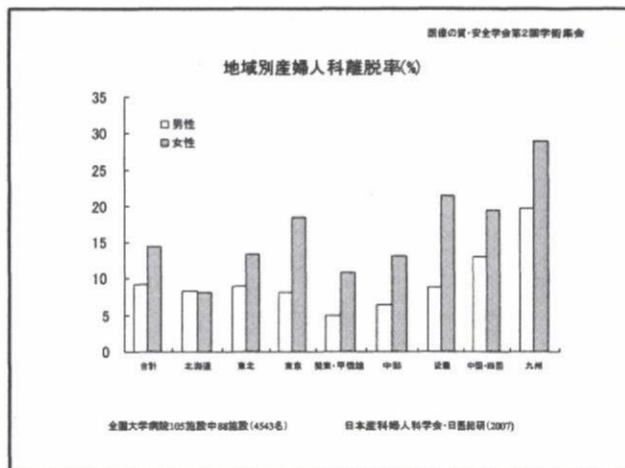
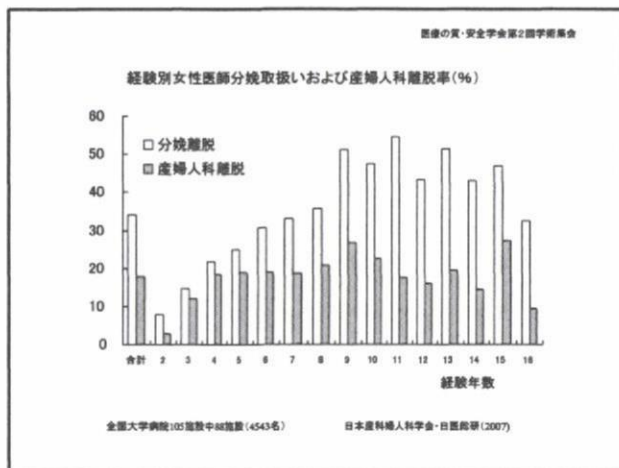
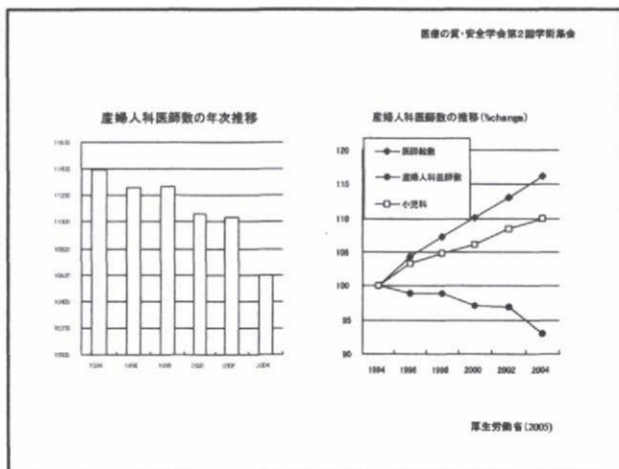
年齢別母体死亡率の年次推移

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2004
出生数	234万	161万	193万	158万	122万	119万	111万
妊産婦死亡数	4117	2097	1008	323	105	78	49
妊産婦死亡率*							
全体	176.1	130.6	52.1	20.5	8.6	6.6	4.3
20-29歳				10.1	5.3	2.6	1.7
30-34歳				29.8	7	9.1	7.8
35-39歳				99.8	24.9	11.9	14.3
40歳以上				390.6	101.5	45.9	22.3

*出生10万対

厚生労働省(2005)



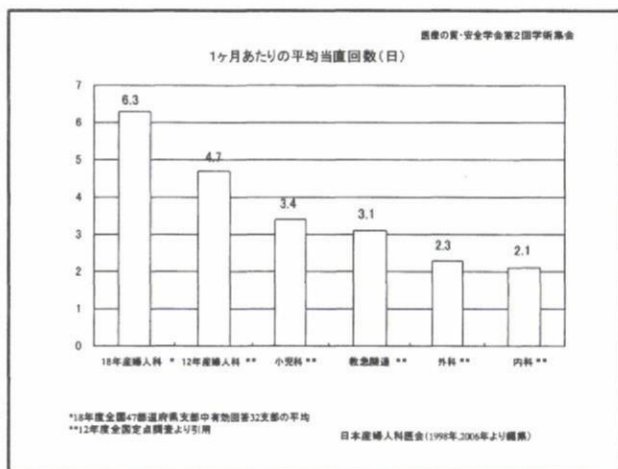


医療の質・安全学会第2回学術集会

施設あたりの平均分娩数と平均常勤医師数

	分娩数	常勤医師数	一人当たりの分娩数
全施設	446.3	4.5	96.4
施設の内訳			
大学	415.4	14.6	28.4
国立系	381.6	3.9	96.7
都道府県立	414.9	3.7	111.1
市町村立	383.5	3.2	121.3
日赤	553.6	4.5	123.9
厚生派	394.3	3	130.5
済生会	384.3	3.4	111.7
社保	375.6	3.6	103.3
私立	539.7	3.4	160.2
その他	414	3.4	122.6
不明	268.5	2	134.3
施設機能による分類			
単科	699.3	3.5	201.4
独科併設	556.2	2.7	204.6
総合病院	415.8	5	83.6
その他	318.4	2.8	113.7
不明	337.4	3.6	94.1

対象: 全産大1281分娩取り扱い・病院中有常勤医師794施設 日本産科婦人科学会 (2007年アンケート調査より編集)



医療の質・安全学会第2回学術集会

当直翌日の勤務緩和

	あり	なし	p value
全施設	58 (7.5%)	712 (92.5%)	
施設の内訳			
大学	2 (2.6%)	74 (97.4%)	0.2046
国立系	0 (0%)	37 (100%)	
都道府県立	4 (7.7%)	48 (92.3%)	
市町村立	15 (8.9%)	153 (91.1%)	
私立	21 (10.3%)	182 (89.7%)	
その他	14 (6.1%)	216 (93.9%)	
不明	0 (0%)	2 (100%)	
施設機能による分類			
単科	9 (17.6%)	42 (82.4%)	0.0016
他科併設	12 (13.6%)	76 (86.4%)	
総合病院	32 (5.5%)	555 (94.5%)	
その他	1 (20%)	4 (80%)	
不明	4 (10.3%)	35 (89.7%)	
未回答24施設			

対象: 全国1281分科取り扱い病院中有効回答794施設
日本産婦人科医学会(2006年アンケート調査より編纂)

医療の質・安全学会第2回学術集会

当直手当での増額(平成18年4月以降)

	あり	なし	p value
全施設	73 (9.4%)	706 (90.6%)	
施設の内訳			
大学	3 (3.9%)	74 (96.1%)	0.5485
国立系	3 (8.3%)	33 (91.7%)	
都道府県立	4 (7.5%)	49 (92.5%)	
市町村立	19 (11.1%)	152 (88.9%)	
私立	25 (12.1%)	182 (87.9%)	
その他	18 (8.2%)	214 (91.8%)	
不明	0 (0%)	2 (100%)	
施設機能による分類			
単科	10 (18.9%)	43 (81.1%)	0.0076
他科併設	11 (12.6%)	76 (87.4%)	
総合病院	47 (7.9%)	547 (92.1%)	
その他	2 (40%)	3 (60%)	
不明	3 (7.5%)	37 (92.5%)	

対象: 全国1281分科取り扱い病院中有効回答794施設
日本産婦人科医学会(2007年アンケート調査より編纂)

医療の質・安全学会第2回学術集会

分娩手当金の支給状況

	あり	応援のみ	賞金にあり	休日にあり	なし
全施設	61	53	55	44	617
施設の内訳					
大学	0	0	0	0	78
国立系	0	0	2	1	35
都道府県立	1	0	0	0	51
市町村立	11	16	14	13	133
私立	22	22	15	10	182
その他	27	15	24	20	171
不明	0	0	0	0	2
施設機能による分類					
単科	7	8	5	4	35
他科併設	8	12	7	5	81
総合病院	44	30	40	32	482
その他	1	1	1	1	3
不明	1	2	2	2	38
分娩手当の平均金額(円)	8665	13250	10535	10897	

対象: 全国1281分科取り扱い病院中有効回答794施設
日本産婦人科医学会(2007年アンケート調査より編纂)

医療の質・安全学会第2回学術集会

ハイリスク分娩管理加算、妊産婦共同管理料の医師への還元

	ある	ない
全施設	5 (0.7%)	757 (99.3%)
施設の内訳		
大学	0	76
国立系	0	36
都道府県立	0	53
市町村立	0	166
私立	2	195
その他	3	229
不明	0	2
施設機能による分類		
単科	2	49
他科併設	1	84
総合病院	2	580
その他	0	5
不明	0	39

対象: 全国1281分科取り扱い病院中有効回答794施設
日本産婦人科医学会(2007年アンケート調査より編纂)

医療の質・安全学会第2回学術集会

勤務医師の就労環境改善

産婦人科医師増加、若手医師獲得には現状の改善が不可欠で、勤務医の就労状況改善と女性医師の離職防止が最優先課題になる。

待遇改善: 当直後の勤務緩和、夜勤(夜間シフト)導入。
報酬改善: 当直料増額、分娩手当導入、救急受け入れへの手当、減税など特別税制の導入。
女性医師: 子育て支援(公的託児所の優先的利用)、緩和勤務(ワークシェア)、再就職プログラムの確立。
若手医師獲得: 臨床研修コースの見直し(周産期コースの設置)

医療の質・安全学会第2回学術集会

1. 産婦人科勤務医の就労状況
② 救急医療体制

医療の質・安全学会第2回学術集会

表1: 産婦人科勤務医の就労状況(平均年齢: 41.2歳)

項目	就業	非就業	不明	合計
産科勤務	10	18	0	28
産科非勤務	10	10	0	20
不明	0	0	0	0
合計	20	28	0	48

日本産婦人科医会(2007年9月支部長アンケート調査)

医療の質・安全学会第2回学術集会

表2: 産婦人科勤務医の就労状況(平均年齢: 41.2歳)

項目	就業	非就業	不明	合計
産科勤務	10	18	0	28
産科非勤務	10	10	0	20
不明	0	0	0	0
合計	20	28	0	48

医療の質・安全学会第2回学術集会

表3: 産婦人科勤務医の就労状況(平均年齢: 41.2歳)

項目	就業	非就業	不明	合計
産科勤務	10	18	0	28
産科非勤務	10	10	0	20
不明	0	0	0	0
合計	20	28	0	48

産科省消防庁調査・日本産婦人科医会(2007年9月支部長アンケート調査)

医療の質・安全学会第2回学術集会

表4: 地域ごとの搬送状況

搬送回数	全国 n = 47	政令都市を含む 自治体 n = 14	その他の 自治体 n = 33	p value
5回未満	27	1	26	< 0.0001
5回以上	20	13	7	
覚知-収容所要時間(最大)				
60分未満	25	2	23	0.0004
60分以上	22	12	10	

医療の質・安全学会第2回学術集会

表5: 収容が不十分になる要因

要因	件数	割合
政令都市を含む自治体(照会回数5回以上:13)		
産科医師不足	8	61.5%
NICU不足	7	53.8%
システム機能不全	6	46.2%
その他の自治体		
33自治体		
産科医師不足	11	33.3%
NICU不足	10	30.3%
システム機能不全	9	27.3%
照会回数5回以上:7自治体		
産科医師不足	3	42.9%
NICU不足	4	57.1%
システム機能不全	2	28.6%
照会回数5回未満:26自治体		
産科医師不足	8	30.8%
NICU不足	6	23.1%
システム機能不全	7	26.9%

複数回答

産科省消防庁調査・日本産婦人科医会(2007年9月支部長アンケート調査)

医療の質・安全学会第2回学術集会

受け入れに至らなかった理由

理由	件数	割合
船隻困難	1306	28.6%
手術対応中	842	17.2%
専門外	572	11.7%
満床	513	10.3%
医師不足	342	7%
未受診	148	3%
不明	1181	24.1%

総務省消防庁調査(18年)

医療の質・安全学会第2回学術集会

受け入れに至らなかった理由

理由	件数	割合
船隻困難	1183	27.5%
手術対応中	784	18.3%
専門外	446	10.4%
満床	478	11.1%
医師不足	261	6.1%
未受診	131	3.1%
不明	1013	23.8%

総務省消防庁調査(18年)

医療の質・安全学会第2回学術集会

受け入れに至らなかった理由別件数

理由	総数 n = 4804	政令都市を含む自治体 n = 4296	その他の自治体 n = 608	p value
船隻困難	1306 (28.6%)	1183 (27.5%)	123 (20.2%)	0.0001
手術対応中	842 (17.2%)	784 (18.3%)	58 (9.5%)	< 0.0001
専門外	572 (11.7%)	446 (10.4%)	126 (20.7%)	< 0.0001
満床	513 (10.3%)	478 (11.1%)	35 (5.8%)	< 0.0001
医師不足	342 (7%)	261 (6.1%)	81 (13.3%)	< 0.0001
未受診	148 (3%)	131 (3.1%)	17 (2.8%)	0.733
不明	1181 (24.1%)	1013 (23.8%)	168 (27.6%)	0.029

総務省消防庁調査(18年)

政令指定都市を含む自治体

他の地域に比較し、照会回数が著明に増加していた。
 基幹施設が多数有り照会回数が増加している可能性があるが、収容にも長時間を要している。
 受入に至らなかった理由としては、他の地域に比較し、処置困難、手術・患者対応中、満床によるものが高率であった。

対策

政令都市を含む自治体では、照会回数減少のためコントロールセンター(コーディネーター)を各自治体の実状にあわせて設置。
 処置困難: 一次、二次施設再評価と支援
 手術・患者対応中: 三次施設の負担軽減
 満床: NICU増床、後方ベッドの確保

その他の自治体

7地域(21.2%)で照会回数が5回以上、10地域(30.3%)で収容まで60分以上を要しているが、政令都市を含む自治体に比較し良好に運営されている。
 受入に至らなかった理由としては、専門外、医師不足によるものが高率であった。

対策

照会回数に比し、収容所要時間が延長している地域では、詳細を調査し、搬送方法(ヘリコプター等)の再検討、あるいは自治体を越える広域搬送システムを検討する必要がある。
 専門外: 各施設の診療機能の把握・再評価あるいはその支援
 医師不足: 前述

謝辞

医療の質・安全学会第2回学術集会にて発表の機会をお与え頂きました学術集会長上原鳴夫先生、座長の労をおとり頂いた慶應大学嶋森好子先生、労働科学研究所酒井一博先生ならびに会員の先生方に深く感謝いたします。

舟本仁一

大阪市立住吉市民病院 副院長・小児科部長

現在、既に多くの方がご存じのことではありますが、医師の総数が増加する中で、小児科医全体も漸増傾向にあります。ところが緑の棒で示しますように、病院に勤務する小児科数は平成14年を境に減少し始めています。

主たる診療科を小児科とする39歳以下の医師について見ますと、総数はほとんど変わらないものの、男性が漸減、女性医師が急激に増加してきていることが分かります。

小児科医が働いている、わが国の病院小児科の現状について見てみます。常勤指数別に見た病院数では49%、すなわち半数が2人以下という小規模な病院であることが分かります。ここで24時間365日体制を取るために、最低7人の小児科医が必要と考えた場合、本来は10人以上が必要ですが、7人でさえ、その基準を満たすところは全体の16%にしか過ぎません。病床数では、病床を持たないところが回答病院の11%で、全体の中央値は14床と小規模なものとなっています。

我が国の病院の成り立ちは、基本的には診療所が次第に大きくなって出来上がってきたものであるということ。一方では、交通の不便な地域にも一定の医療を提供するという考え方から出来上がってきたものであるため、当然の結果で、アクセス優先の体制といってもよいと思われます。

これは、病院が宗教など、慈善事業として計画的に設置、発展してきた英国との比較を示したものです。病院数や病院当たりの小児科医数などの違いが非常に明らかです。

こうした状況の中で、小児科医はどのように働いているのでしょうか。病院小児科医の一般的な業務は、一般外来診療、すなわちプライマリーケア、そして専門医療、二次医療、NICUやPICUなどの高度専門医療などです。それぞれの病院が規模や役割に応じてこうした業務を担当することが望ましく、実際多くの小児科医は左に示しますように、プライマリーケアと二次医療、専門医療の提供をバランスよくこなしたいと考えているのかかわらず、右のように現実にはプライマリーケアにかかる業務量が半分以上を占めていることが分かります。

これは大阪府のデータです。10床以上の病院ではプライマリーケアの割合が減少していますが、それでも5割を超えているところが多く、病院としての機能に影響を与えている可能性が推測されます。

このことは、少ない小児科医で一次救急医療を担っている病院では特に問題で、その結果、病院小児科医全体の平均として、週に60時間から66時間、8%は78時間も働いています。これらは後に述べます過労死認定基準を超えるものであり、いかに厳しい労働環境に置かれているかを示しています。