

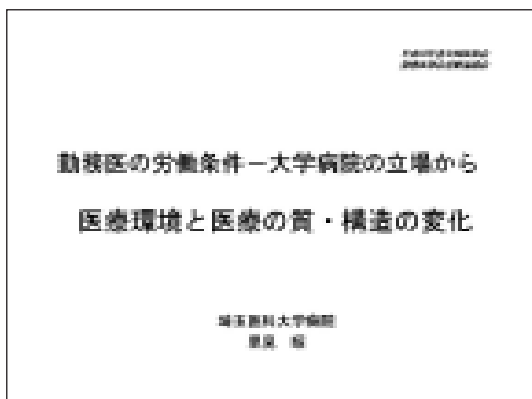
勤務医の労働条件—大学病院の大学病院の立場から— 医療環境と医療の質・構造の変化

埼玉医科大学病院

里 見 昭

ご承知のように、医師の不足というのはかなり前から指摘されておりましたが、最近ようやく厚労省を始め公的機関がいろんな数字を出してきました。それによりますと、労働時間、新研修医制度や女性医師といったキーワードが指摘され、議論も行われています。しかしいずれも表面に現れた事象だけにとらわれ、実際の根底にあるものを避けているように感じます。つまり本音をしゃべっていないという気がしてなりません。

そういう訳で、本日は1大学の窓を通して、実際の医療の現場はどうなっているのか検証してみたいと思います。



(スライド1)

タイトルに、あえて医療環境と医療の質、構造の変化ということを挙げました。これは世間の医療環境を含め、大学の組織、人そして学生の気質など、いろんなものが変化している中、我々医療者側がその変化になかなか追いついて行っていない現実にあるということでもあります。

まず研修医の動向をお示しします。埼玉医科大学では大学病院と川越医療センター2施設を有しております。一応100名卒業しますが新臨床研修医制度前の研修医は両施設で合計59名でした。新臨床研修制度のH16年が66名ちょっと増加しましたが、H17年は50名と下がりました。18年は少し持ち直し、後期研修もH18年度に70名ということで、後期研

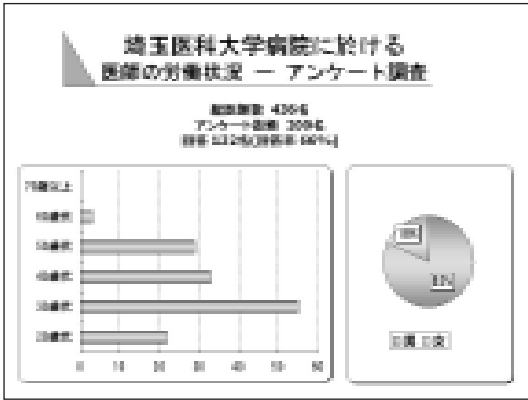
年度	研修医数	H16			H17			H18		
		数	増減	増減率	数	増減	増減率	数	増減	増減率
大学病院	10,000	10,000	0	0	9,500	-500	-5%	9,000	-500	-5.3%
総合病院	15,000	15,000	0	0	14,500	-500	-3.3%	14,000	-500	-3.4%
地域医療連携センター	5,000	5,000	0	0	5,000	0	0%	5,000	0	0%
合計	30,000	30,000	0	0	29,000	-1,000	-3.3%	28,000	-1,000	-3.4%

(スライド2)

修で大学に戻る傾向にあると期待しましたが、H19年はこのH17年の研修医が後期研修に回ってきますので、また減るであろうという予測をしております。研修委員会もいろんなところでアピールして、研修医を呼び寄せようという試みはしておりますがなかなかうまくいっていません。大学として若い人たちのニーズをうまくチャッチできてないのではないかとこの反省もあります。

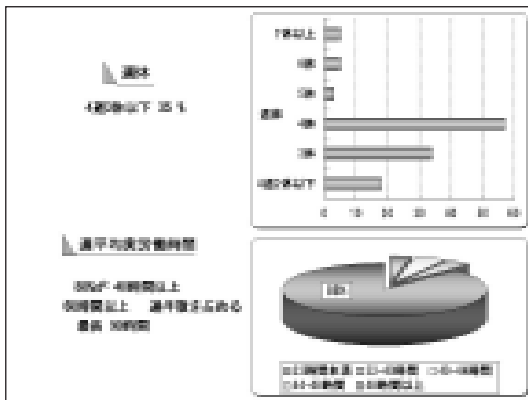
これは全国の大学の動向を示したのですが、いわゆる勝ち組と負け組が出てきています。中央都市圏の大学はうまくいっていますが、地方は悲惨な状態です。またご承知のとおり大学病院よりも市中病院の希望が多くなっているということで、やはり確

実に大学離れは進んでいるという印象があります。



(スライド3)

では大学で勤務している人たちはどう考えているかということですが、アンケート調査の結果をお示しします。当大学病院は436名の職員がおります。200名に依頼し、132名より回答、66%の回答率を得ております。回答者は大体30代から40代ですが、表の様に勤務医の年齢構成もピラミッド型じゃなくなってきました。



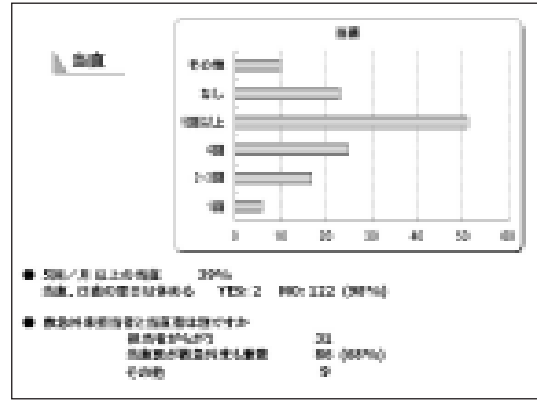
(スライド4)

休みがどのくらいあるかという、4休、3休以下が35%、つまり休みがあまりないということです。それから、労働時間を見ますと88%が48時間以上、60時間以上が約半数を占めて、最長は90時間に達するという結果が出ております。

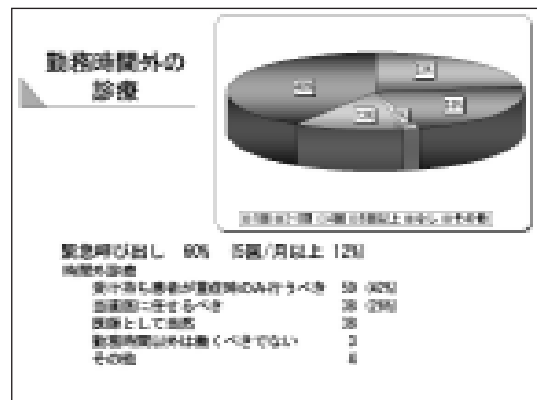
(スライド5)

次に、当直ですが、月5回以上の当直が39%を占めます。また翌日も休めない、ほとんど休めないが98%と大多数であります。当院は救急もやっておりますが、救急と病棟の当直が別かというそうではなく、

68%が当直と救急を兼ねているというのが現状です。

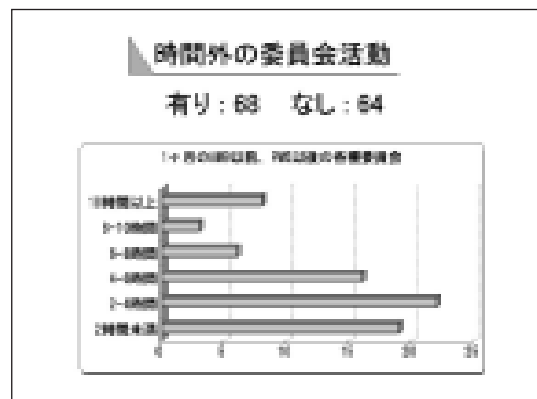


(スライド5)



(スライド6)

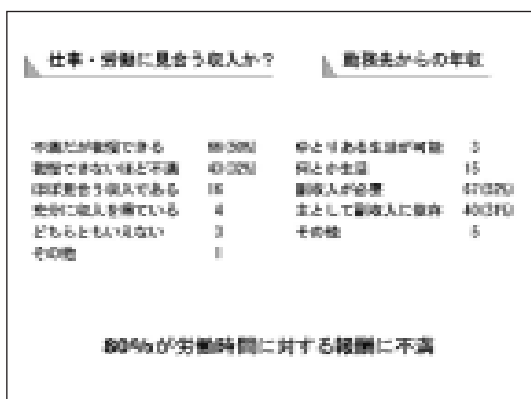
診療ですが、勤務時間外の診療も結構あります。60%が緊急呼び出しを受け、それも月5回以上というのが12%もあります。多くは重症だったらしょうがないといった感想ですが、なるべくなら当直医に任せておきたいというのが本音の様です。



(スライド7)

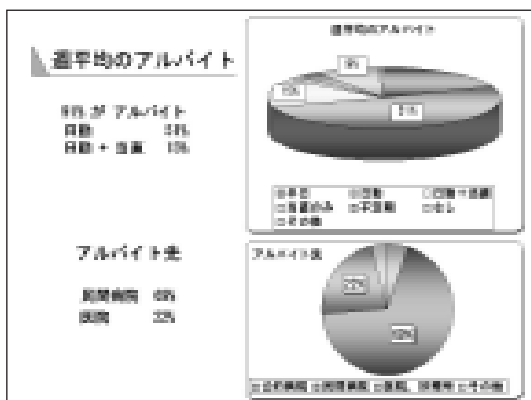
そのほかに、病院にはいろんな委員会があります。

午前9時前、午後5時以後、委員会というものが結構ありますし、それに費やす時間も結構なものになります。



(スライド 8)

仕事、労働に見合う収入かという質問に対して、不満だが我慢できるというのが50%、我慢できないほど不満というのが32%もあります。勤務先からの年収については、何とか生活できる、副収入にアルバイトが必要、主としてアルバイトに頼っているというのが、これだけの数があるわけです。80%が労働時間に対する報酬に不満を抱いているということです。



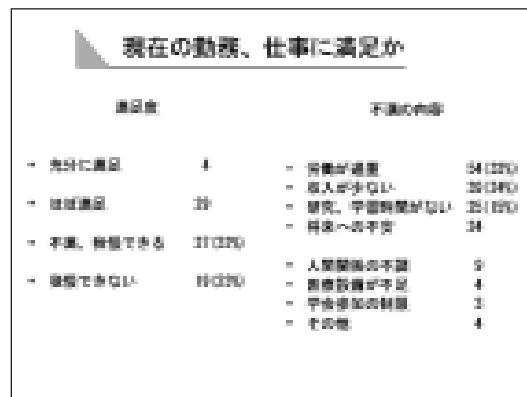
(スライド 9)

約90%が何らかの形で不定期であってもアルバイトをしております。大体66%が日勤あるいは日当直をやっております。アルバイト先は、69%が民間病院で、22%が医院です。

(スライド 10)

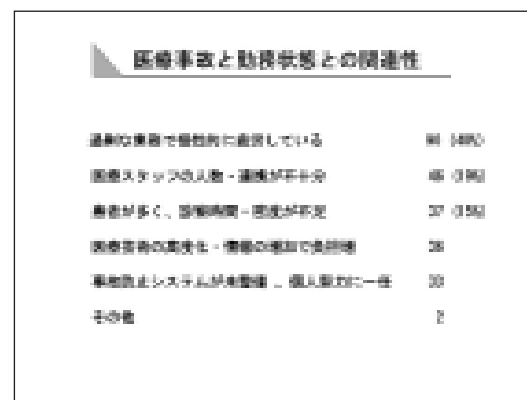
では、現在の勤務、仕事に満足かという質問に対し、不満、我慢できるというのが31%、我慢でき

な



(スライド 10)

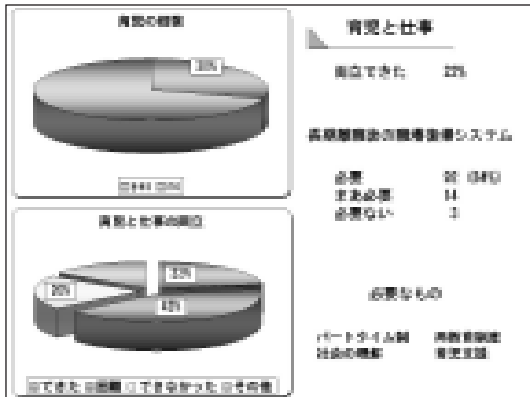
いというのが23%もあります。それで、その不満の内容ですが、多いのは、過重労働であることや収入、経済的な問題、それともう一つは、研究学習時間がないということです。多くの病院が機能の効率化を求めますし、経済的にもそういう方向に向かっています。大学においても経済重視、つまり診療重視の傾向がどうしても強くなってきます。その中で、本来行われていたような研究学習時間がなくなっていることを指していると思います。



(スライド 11)

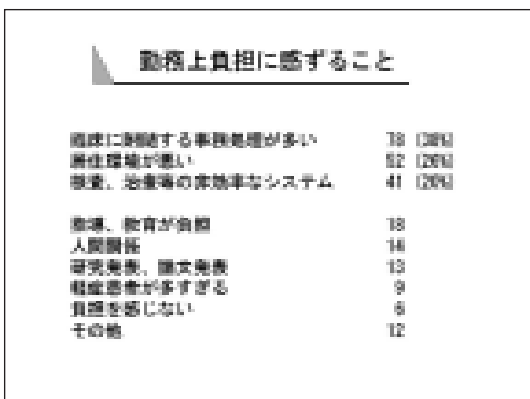
医師不足の1つの要因として医療事故があります。それが勤務時間とどう関連するののかということですが、過重の勤務が医療事故の要因であるとする意見が40%を占め、ついでスタッフ間の連携不足が問題と考えています。特に大学病院の様に規模が大きくなりますと、連携が不十分に成り易い様です。

それと、外来患者が多くて診療時間の密度が不足することも医療事故につながっていると感じています。



(スライド 12)

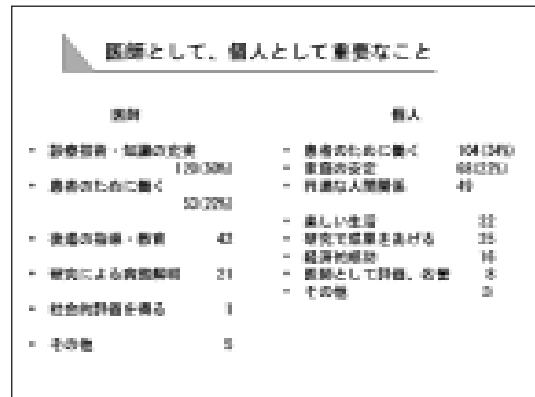
次は女性医師の問題です。後で他の演者の方が講演されますが、注目してほしいのは、何らかの援助、支援を必要と感じていることです。パートタイム制や再教育制度であったり、社会の理解、それから育児支援といったものを必要としています。しかしこれらは女性医師だけの問題ではなく、男性医師にとっても重要なことで、社会の理解がないと無理だということです。パートタイム制ひとつをとっても、主治医が24時間365日いなければ訴えられるような、こういう世論では絶対に女性医師の参加は期待できません。



(スライド 13)

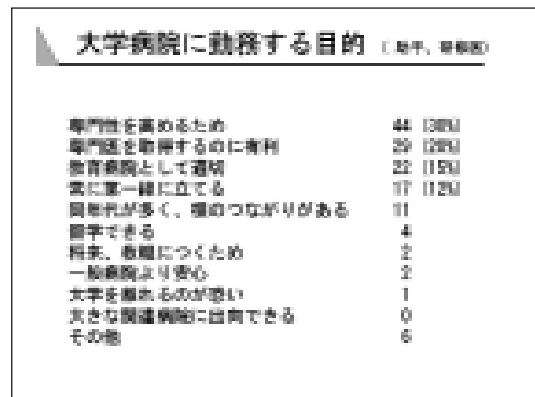
勤務上負担に感ずるのは、やはり38%が事務処理の仕事が多い、それから26%が居住環境が悪いことを指摘しています。患者中心ということで、どうしてもそこに目がいきますけれども、仕事をしている人間のQOLも配慮してほしいという意見です。それから、検査治療などの非効率なシステムも指摘されました。電子化がいろいろ進み、電子カルテ

も導入されています。しかしながら、かえってそのために仕事が増えたというのも事実であります。



(スライド 14)

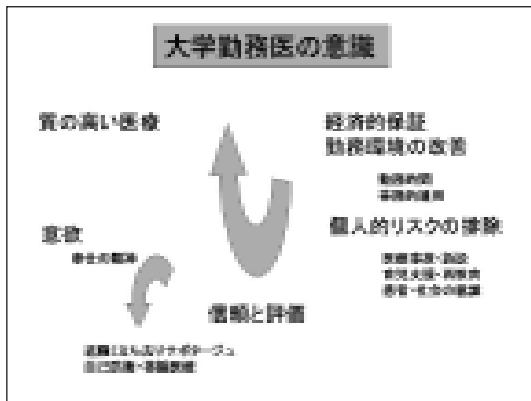
さて本音の部分ですが、医師としては多くは診療技術、知識の充実を図りたいと願っています。それから、患者のために働きたいとも思っています。ただ個人の立場になると、患者のために働くが多数を占めますが、家庭の安定、円満な人間関係といったことが重要だというふうに考えています。



(スライド 15)

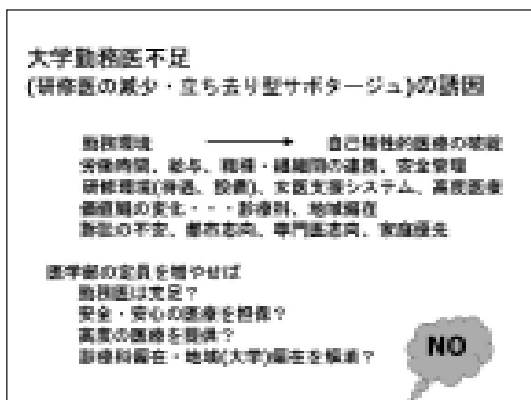
では、この様に悪い条件の中で、なぜ大学に勤務しているのかという質問です。これは助手と研修医に聞きましたが、一番多いのは専門性を高めるためということです。それから専門医を取得するのに有利である、それから教育病院として最適、常に第一線に立てる、といった事が大きな理由として挙げられました。昔に言われたような学位とかは出てきません。ということは、若い医師が大学に求めているものと市中病院に求めるものに差がなくなってきたという気がいたします。ここに大学離れの一端

が有るかも知れません。



(スライド 16)

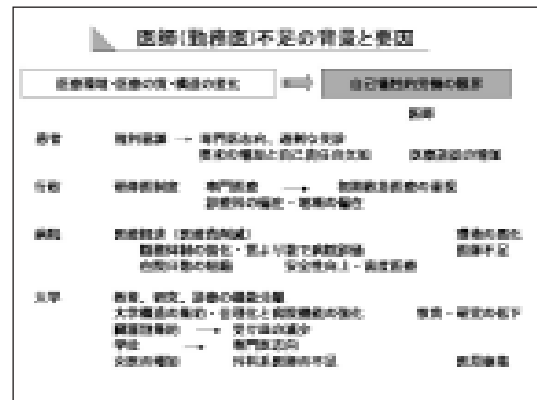
これらのアンケートに反映された意識をまとめますと、経済的な保障があり、勤務環境が改善し、あるいは個人的なリスクが排除される状況にあれば、若い、いわゆる中堅の医師は質の高い医療、高度医療をやりたいという意欲をまだ持っているということです。したがって、逆にこういうものを改善しない限り、こういう医師たちもいずれいわゆる“立ち去り型サポーター”で大学を去り、あるいは自己防衛、萎縮医療に傾かざるを得ない状況にあると思います。



(スライド 17)

ここからが本論ですが、大学勤務医の不足は、研修医が減少したことも要因ですが、さきほどの立ち去り型サポーターがだんだん増えてきていることも一因であります。ですから、勤務環境を改善しないことには、自己犠牲的な医療は、もう限界にきているということです。ヒラリー・クリントンが“日本の医師は聖職と同じような自己犠牲をはらって

る”と述べております。まさに崩壊に向かっていると思います。その他にもいろいろな要因があります。特に、若い人たちの価値観の変化、それが診療科とか地域の偏在という形に表れていると思います。そして、一番切実に感じているのは訴訟への不安ではないかと思います。これらを払拭せず、最近、示されましたが、ただ医学部の定員を増やせば勤務医は充足しますか、安全、安心の医療が担保できるかと思いませんか、高度医療を提供できますか、こういうものを解決できますか、ノーだと思います。



(スライド 18)

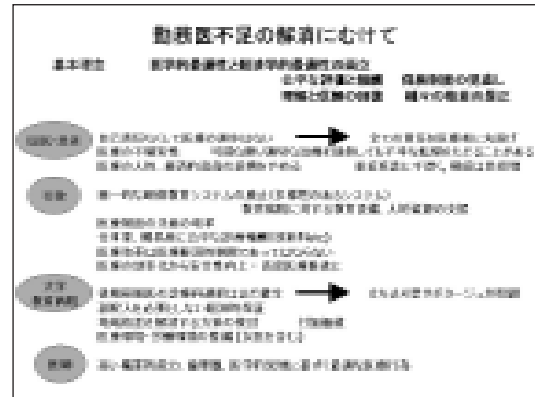
冒頭で、医療環境、医療の質、構造の変化のことを述べましたが、これらの変化が自己犠牲的労働を超えたということです。ですから、患者、行政、病院、あるいは大学も、意識改革を含めて何らかの手を打たない限り医療崩壊は止まらないと言う事です。患者においては自己欲の増加と自己責任の欠如が問題です。行政も同じですが、制度をつくっても丸投げ、患者もよろしくお願ひしますと、自分の思うとおりにならなければ訴訟といった、そういう丸投げの医療が日々横行しているわけです。ですから、これらは医療を逆に萎縮させています。

また、行政においては研修医制度を作りました。しかしプライマリーケアを非常に重視するあまり、小児病院とか専門医療をやっているところまで全部これに組み込んでいく。せっかく構築したもの、専門制をダメにするバランスを欠いた一貫性のない行政といえます。診療科の偏在、地域の偏在にしても、同じです。大学病院も医療経済に支配されるために勤務体制が強化されて、どんどん悪循環になってい

く傾向にあります。そういうものを現場は感じているわけですが、中枢にはわかってもらえないというのが現実です。

また大学では教育、研究、診療の機能分担化が起きています。機能の集約化、構造の集約化、いわゆる合理化を目指した病院機能の強化ということが進んでいます。例えば外科も1も2も3もあった時はいろんな学生のニーズを吸収するだけの受け皿が十分ありました。ところが臓器別に統合されると選択肢はひとつで、学生は自分に合わなければ去ってゆきます。今の学生は学位よりも専門医志向で自分の利益に合う場所を追いかけますから、今、勝ち組の病院でもニーズを満たさなければいずれスポイルされます。それから、女医の増加は確かに医師不足の一因ですが、女医を参加させるには、先ほども述べましたが、患者の意識を変えていかない限りうまくいかないと思います。

まとめですが、建前は、医学的最適性と経済的な最適性の両立を図っていくことだと思います。そのためには保険制度の見直し、公平な評価と報酬、種々の格差の是正、患者の理解と信頼の回復などを進めるべきです。“患者の自己責任なくして医療の進歩



(スライド 19)

はない”これはがんの末期のIT企業の社長さんが述べられた言葉です。自己責任がないためにいろんな問題が起きています。医療の丸投げをなくす事です。医療の不確実性も理解してもらわなければいけません。医療の人的、経済的資産の浪費を止めさせるのも重要です。国民、患者に対して勤務医部会及び医師会はもっと本音を、積極的に伝える義務があります。ただし、これらの実現には医師が高い職業的能力、あるいは倫理観、医学的見地に基づいた最適な医療を行なうことが前提であります。