



病院勤務医の現状と将来に関する一考察

厚別区支部 松岡伸一

2011年2月4日の北海道新聞朝刊に、「勤務医、目立つ不養生」という記事が掲載されていた。それには日本医師会の「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」の調査結果が記載されている。それによると、勤務医の喫煙率は男性16.2%、女性4.8%で一般人よりは低いが諸外国の医師よりは高く、飲酒率は年齢とともに上昇しこれも諸外国より高いとの結果であった。また、運動不足、食事の量・バランスにも課題があり、要するに、勤務医は多忙なため、好ましい生活習慣を送ることができないため患者の指導にも影響が出ており、日本でも諸外国のように、組織的に医師が良好な生活習慣を持てるような支援を検討すべきであると結論づけていた。

本稿では病院勤務医の現状と将来について少し考察してみたいと思う。昨年、札幌市勤務医協議会が発行した「札幌市における勤務医の現況2010」というアンケート調査の報告書をながめてみると、その中に自由記載（勤務医が日頃感じていることを自由に記載した部分）があった。それを読んでみると、札幌市の勤務医が今考えていることは、いくつかの項目に分類できると思われた。

第一は、給与に関しての不満である。開業医より安い、外国と比べて安い、フジテレビ社員より安い、大学病院はアルバイトをしなければ生活できない、ハードな科も楽な科も給与が同じ、退職金や年金が安いなど。勤務医の立場から見れば、どれももっともな意見であると思う。

米国では一般開業医の年収は、専門医すなわち勤務医より低い。もっとも高い循環器専門医と比較すると3分の1程度だそうだ。すなわ

ち、米国では権威と収入は比例しており、専門分野であればあるほど、最高峰の病院になればなるほど給与は高くなる。しかしそれに反し、日本では逆に権威と給与は反比例しており、その最たるものは国立大学医学部の教授であろう。そもそも日本の医療は、何十年も前から医師、特に勤務医の尊い犠牲と我慢のもとに成り立っていると考えられる。なぜ、このような状態になってしまったのかはわからないが、日本の医療制度の矛盾のひとつであると思う。私自身も30年近く勤務医を続けてきたが、自分の給与をほかと比べて不満に思ったことは一度もない。それが当たり前だと洗脳されていたのであろうか？しかし最近では、医師の事務作業などの負担増加や患者の要求の増大などの影響も加わって、このような不満が多く聞かれるようになったものと思われる。しかし、現在の日本国の財政状態を考えると、すぐに日本の医師の給与を米国並みに引き上げることは到底不可能である。

第二は、過重労働に対する不満である。夜間・休日の呼び出しが多い、当直が多い、当直明けが通常勤務である、事務作業が多いなど。実際、医師の過重労働による突然死や自殺などといった不幸な話題が最近では珍しくなくなってきている。2008年の診療報酬改定では医療事務作業補助体制加算が新設され、医師の負担軽減の第一歩にはなったかもしれない。しかし、時間外勤務、オンコール、当直明けの勤務などに関しては何ら改善されていないのが現状である。昨年秋に、日本臨床外科学会総会（横浜）に参加した際、舩添要一元厚生労働大臣の講演を聞く機会があった。彼は、外科医（外科系の学会だったので勤務医とは言わなかった）の過重労働

働に理解を示しており、何とか外科医にも人並みの生活（土日は休めて、当直後は明けがあるような生活）ができるような改革をしたいと述べていた。しかし残念ながら、その方法論には言及していなかった。

医学部を新設し、医師の数を1.5倍に増加させるという話がつい最近聞こえていたが、それにも賛否両論がある。最近インターネットを見ていたら医学部新設に関して興味深い記事があった。それは本年の1月20日に開催された「全国医学部長病院長会議」の内容である。横浜市立大学医学部長の黒岩義之先生によれば、「1960年に医師になったのは18歳人口の704人に一人の割合であったが、2010年には138人に一人となり、さらに医師が1.5倍に増える」と2027年には97人に一人になる時代が来る。」と推計している。すなわち医学部学生の質の低下、医師の質の低下は、質の高い医師によって支えられてきた日本の高いレベルの医療をかえって崩壊させるのではないかという懸念である。やはり、単純に医師数を増加させればよいという問題ではなく、診療科や地域などの偏在を適正化する対策が重要になってくるのである。

先日テレビを見ていると、詳細な名称は忘れたが「患者中心の医療を目指す会」のような患者側の人物が出演していて、患者が病院に対して不満に思うことのランキングについて話していた。それによると、第一位は「待ち時間が長い」ということであったが、第二位は「夜間や休日に診療していない」という点であった。勤務医は、当直や夜間・時間外の勤務を苦痛に感じているにも関わらず、一般人は病院のさらなるコンビニ化を望んでいるのである。患者中心の医療とは、すなわち医師に重労働を強要させることなのであるだろうか？一般人のこの辺の認識を改めなければ、勤務医の不満のバブルはすぐにはじけるのではないだろうか？兵庫県で住民による「小児科医を守る会」ができて小児科医の負担軽減に協力したのは記憶に新しいが、実際にはそのような手当がないまま勤務医が集団で立ち去り、地域医療の炎が消えた例のほうが

むしろ多いのではないだろうか？

第三は、日本の医療の現状に対する問題としてまとめられる。すなわち、医師の都市集中や地方への支援体制、女性医師の労働環境や子育て支援、日本医師会の問題、IT化の問題、医療制度や制度改革の問題、臨床研修制度の問題、マスコミの情報伝達についてなど、など。これらの問題は、ひとつにまとめてはみたものの、どれも独立した重要な問題であり、ここですべてを述べるのは困難であるので、項目を述べるにとどめたいと思う。

このような勤務医のさまざまな声を参考にしながら、一勤務医として私が現在感じている点を述べたい。

高齢化社会の到来により国民医療費は高騰しており、今後も同様の傾向が続くのは誰もが否定しえない事実である。医療費を抑制するため1983年米国ではDRG/PPS（診断群別定額支払い方式）が導入されたが、その結果米国ではコスト削減だけでなく、病院の淘汰、集約化が起こった。日本でも、数年前にDPC制度が導入され、最近では急性期病床の50%がDPCを導入しているのが現状である。DPC制度は、DRG/PPSとはかなり異なる面を持っているとはいえ、基本的にはコスト削減、医療費抑制の意図が入ってくる可能性がある。日本の医師数はOECD平均に比べて少ないことは常識であるが、逆に病院数は極めて多い。米国との比較では、米国の病院は約5000であるが、面積が米国の20分の1である日本の病院数は約9000（急性期は7600）と言われている。すなわち現在の日本では少ない医師が多くの医療機関に分散しており、専門医でも多くの症例を経験できないのが現状である。このような環境下での日本のDPC制度は、米国のDRG/PPSと同様病床数の削減の意図が入っているとも考えられる。

DPC制度は年々変化しており、次回の改定では調整係数（それまでの出来高制度での収入をDPCでも補償するために各病院に与えられた係数）はなくなり、機能評価係数のみになるという。評価される機能として、効率性、複雑性、カバー率などの指数のほかに、地域医療指

数、救急医療指数というものがある。すなわち、脳卒中・がん・救急医療・災害時の医療・へき地医療・周産期医療を行う病院に対し評価が加算される。一般的に、これらの医療をより多くカバーできるのは大規模な病院である。すなわち大病院の評価は高くなり、中小病院との選別が行われる。また、最近の診療報酬改定をみても、放射線治療、緩和ケア、精神科救急や多くの小児科医が常勤する病院など、多くの専門医師が勤務する大病院が優遇される方向性がみられる。

今後このような方向性がさらに進み、勝ち組・負け組が明確になり、病院の淘汰が行われるとすれば、淘汰されるのはどのような病院であろうか？答えは、少ない診療科でぎりぎりの少人数でなんとか頑張っている地方の中小病院ではないだろうか？北海道で考えると、札幌市など大都市の大病院の勢いがさらに増し、地方都市の病院は財政難や医師不足で縮小・消失してしまう姿が想像されるのである。これが単なる机上の空論であることを願っているが・・・。

(札幌社会保険総合病院)