

が評価されない、当直で他科の患者を診なければならぬなどの順で勤務医として大変であることが多いという結果であった。勤務医の良い点は、経営をある程度考えないで医療ができる、多くの症例を経験でき経過を最後まで見ることができ、医療の事で話し合える相手がいるなどであった。また、11名の勤務医から開業した小児科医から頂いた開業理由は、当直が大変であった、新生児医療が大変であった、小児科が評価されなかった、当直で他科の患者を診なければならなかった、他科と比べて収入や待遇が悪かったなどが多く、小児科勤務医が大変と思うこととほぼ一致していた。

考 察

調査結果から、小児科勤務医が開業しないで勤務医でいるためには、小児科勤務医が共通して大変と思っている点を改善していくことが必要であり、それが小児科勤務医の長く勤務することにつながると思われた。

謝 辞

最後に、アンケートに協力して頂いた、下記の施設の先生方に深謝いたします。

協力施設

さとう小児科医院 佐藤雅久先生、ささがわ小児科クリニック 笹川富士雄先生、なごや小児科医院 名古屋聡先生、こども医院はしもと 橋本謹也先生、やぎもと小児科 柳本利夫先生、五味キッズクリニック 五味崇行先生、早川小児科クリニック 早川広史先生、長谷川こども医院 長谷川誠先生、かわさきこどもクリニック 川崎琢也先生、さくらい小児科クリニック 桜井守先生、こどもクリニックかんとく 関東和成先生、村上総合病院 山本浩介先生、水原郷病院 福島英樹先生、新潟市民病院 渡辺徹先生、木戸病院 樋浦誠先生、新潟こばり病院 田中幸恵先生、済生会三条病院 千葉高正先生 片岡哲先生、長岡中央総合病院 松井俊晴先生、長岡赤十字病院 沼田修先生、小千谷総合病院 菅野かつ恵先生、刈羽郡総合病院 岡田立平先生、新潟県立中央病院 須田昌司先生、済生会新潟第二病院 大久保総一郎先生 廣川徹先生 長谷川博也先生

4 一般・消化器外科医の立場から

酒井 靖夫

済生会新潟第二病院外科

Present Status and Problems to Work as a Surgeon in a Hospital for Long Time

Yasuo SAKAI

Department of Surgery Saiseikai Niigata Daini Hospital

要 旨

当院は 19 診療科目、病床数 427 床、平均在院日数 13.5 日の一般急性期病院で、新潟市の中核

Reprint requests to: Yasuo SAKAI
Department of Surgery
Saiseikai Niigata Daini Hospital
280-7 Teraji Nishi-ku,
Niigata 950-1104 Japan

別刷請求先：〒 950-1104 新潟市西区寺地 280-7
済生会新潟第二病院外科 酒井 靖夫

病院の一つだが、脳外・皮膚科の常勤医が不在で、一人医長が6科もある。医師総数は49～51名と減少傾向にある。救外当直は医師平均月1.5回で、一日平均23人が受診し、4～5人が入院した。当直翌日は通常勤務となり、一人診療科では大きな負担である。筆者は週3回の外来、毎朝の術前症例検討会および外来日以外の病棟回診および術後回診を行い、週4日午後から手術日である。診療以外に月1回管理会議、13委員会、4つの委員長を務め、毎週のNST回診を含めてかなりの時間がとられる。平日は朝7時半に家を出て、夜8時～9時過ぎに帰宅している。手術などの診療内容の量と密度が医療の進歩に伴って増加しているが、それ自体はあまり負担でなく、説明義務・カルテ記載、種々の説明・承諾書類の急増、病院雑用・会議など医療以外の業務が集中して負荷過多になっている。また、患者の過剰な権利意識などに基づく苦情・トラブルによる精神的・体力的疲労に勤務医は悩まされている。改善策としては医師の絶対数を増やし、診療報酬を適正化することが必要不可欠であるが、国民の理解を得るための啓蒙・広報活動、勤務医不足の要因となる早期離職グループを増やさない環境づくりの2点が我々に求められる。医師個人の行動は微力であり、発言する医師(会)や政治活動する医師を皆で援護する必要がある。医師以外の新規専門職の創設・養成による積極的な診療外業務の代替・委任や補助作業の委譲、書類の簡素化・統一化・OA化などによる雑用減量が望まれる。無過失保障制度等の導入による被害患者救済、事故再発防止に向けた第三者・中立機関による検証と警察介入の抑制など医療紛争解決手段の充実も必要であろう。また、医療機関の機能分化(地域中核病院とサテライト病院・診療所)とそれに就労する医師の適正配置を行うことによる体力・気力・年齢に応じた医師の高齢化後の就労先の確保も重要である。勤務医継続に大切なのは仕事をする環境整備である。その経済的負担は、現時点では当該病院がしなければならないので、トップの考え方により病院内環境に格差が生じると推測される。

キーワード：勤務医，診療に専念できる環境整備，長時間勤務，過重労働，医療崩壊

はじめに

日本の医療費総額はGDP比7.9% (OECD平均8.8%, G7平均10.1%)で加盟国中17番目に低く、G7中最低に抑え込まれている。医療費31兆円のうち、国の支出は25%の8兆円に過ぎず、国民負担は45%にも上る。医師数も人口1000人当たり2人 (OECD平均は3.1人)、国全体でみても26万人余りで、OECD平均より12万人少ないという現状である¹⁾²⁾。薬剤費や医療材料費が諸外国に比べて高い点などの改善や医師の偏在を是正するなどいろいろの策が挙げられているが、結局、医療崩壊を防ぐには医師や看護師の絶対数を増やすしかないのは明白である。しかし、これらは国策で行う以外に方法はなく、本シンポでは現場での問題点や身近で出来ることについて述べた。

当院の診療概略

当院は病床数427床(平成18年7月に500床より減床)、平均在院日数13.5日の一般急性期病院である。減床および在院日数の短縮による病床稼働率の低下に加えて、以前から看護師数が多めだったことが追い風となって、7:1看護入院基本料新設に対応できている。科目数は19診療科目で、科別医師数は内科5、消化器科8、呼吸器科3、循環器科3、小児科4、外科6、整形外科4、産婦人科5、麻酔科3、眼科2、泌尿器科1、放射線科1、病理検査科1、心臓血管外科1、健康検診科1、救急科1である。平成16年度より臨床研修医10名が在籍して、研修を受けている。一方で、研修制度導入に伴う大学病院の人員不足により脳外科医が引き揚げ、平成18年11月から脳外科標榜を取り消している。当院は新潟市の中核病院の一つであるが、呼吸器外科、皮膚科は常勤医が不在で、

表 1

年度 項目	2000年 (4月赴任)	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年
医師数	5-6	6	(6) 5	(6) 5	5	6	6
常勤	5-5	5	(4) 3	(4) 3	3	3	3
出張	0-1	1	2	2	2	3	3
手術総数	5 6 1	5 5 4	6 1 2	5 9 5	6 4 2	7 1 7	7 1 7
全麻		5 3 5	5 6 5	5 4 5	5 8 4	6 4 2	6 2 9
筆者の 術者数	4~12月 1 1 1	1 4 7	1 5 8	1 2 1	1 1 0	9 4	7 8
助手数	8 4	8 8	9 5	9 4	9 5	1 0 4	1 0 7

一人医長の科が6科もある。院内医師総数は平成16年以前では53～57名、臨床研修制度発足以降49～51名と減少傾向にある。

当院の勤務の現状について

1. 当直・救急外来業務

常勤医師数は50名であるが、ICU当直者、産婦人科、当直免除の50歳以上を除いた医師23名と小児科医師4名（月5～7回の小児科輪番日の日当直）が交代で行っている。一人平均が1.5回/月で、およそ平日1回、祝・休日0.5回ほどの割合である。ICU当直は麻酔科3、救急医1、胸部外科1、循環器内科3で回している。研修医は副直として月4回（平日2日、土・日2日）時間外急患の实地修練を課されている。救外患者総数（平成18年度）は8390人/年で、うち入院1690人であり、一日平均23人の患者が受診し、4～5人が入院を要していた。当直翌日はコメディカルには休みとなるが、医師は規定では午後休暇取得可能であるものの、予定の手術・検査等があって通常勤務を行っているのが実態である。時間外救急体制は専門領域外では原則として科毎に拘束番を設けているので、必要に応じて呼び出すことが可能である。それ故、一人診療科では医長に大きな負担がかかっている。

2. 筆者の勤務の現状

外来を週3回している。数年来、外来から入院に重点を移すという病院の方針であったが、2006年10月のDPC開始以降、化学療法や術前検査等を含めて、むしろ外来の比重を増さざるを得なくなっている。各外科医の意見交換と研修医教育の一環として、術前症例検討会を外来開始前の毎朝8時15分から15分間行っている。病棟は毎日検討会前に一通り入院患者をチェックし、外来日以外の午前回診と術後の毎日回診（夕方～夜）を行っている。休日は交代出番制にしているが、重症患者や気になる患者がいる場合は自然に診に来るので、午前の回診に全員参加ということも少なくない。手術は一日外来をしている月曜を除く毎日午後から手術日である。手術件数は表1に示す通りで、一日1～2件程度の手術を行い、自身が術者になるのは年々減少傾向にある。当直は50歳以上で免除になるため、ここ1～2年はしていない。診療以外の病院業務も加齢と共に増加している。現在は医療安全管理部長として月1回管理会議に出席している。13の委員会で委員を委嘱されており、うち4つの委員会で委員長を務めており、毎週金曜夕方のNST回診を含めてかなりの時間がとられるが、午後からの手術が終わらない場合には出られないこともある。学会・研究会活動は演題発表など年数回を自分への義務として、時間

の空いた平日夜と土日を利用して何とかこなしている状況である。朝7時半に家を出て、夜8時～9時過ぎに帰宅するのが平日の日課である。チーム主治医制にしている為、夜間のコールの多くは若手外科医が引き受けてくれるので、非常に助かっている。当院外科医師達の有給休暇はほとんど消化されていない。

勤務医の現状と患者認識

勤務医が負担に感じる点を筆者の同僚などの感想やウェブサイト、文献^{1)～3)}なども含めて挙げてみると

1. 長時間勤務と過重労働および外圧

手術や術前術後管理などの診療内容が医療の進歩に伴って増加しているが、外科本来の仕事としての遣り甲斐はあるので、それ自体はあまり苦にならない。しかし、説明義務・カルテ記載、種々の説明・承諾書類の急増、病院雑用・会議など医療以外の事務処理が医師に集中して負荷過多になっている。また、患者の過剰な権利意識などに基づく苦情・トラブルによる精神的・体力的疲労あるいはこじれた場合に訴訟などを提起される不安が加わっている。にもかかわらず、忙しさに見合う報酬が貰えず正当に評価されてないという不満がある一方で、拘束感が強く、カネはいいから休みが欲しいという意見も理解できる。近年、新潟大学でも外科医局の医局員数が減少し、年齢構成が高齢化していることから、10年後の県内の外科医不足も現実味を帯びている。

2. 患者認識との乖離

外科医に限らず医師は忙しい。当科に入院したことの患者も異口同音にその多忙さに驚く。日本医師の平均労働時間は59歳までは週60時間以上である。一方、欧米では週60時間を越える年代はないという²⁾。国民は高度な最新医療をより安価な費用で、どこでも等しく受けられるように望んでいるが、高級ホテルにビジネスホテルの料金で泊まるようなもの²⁾で、現状が無理をし

ていることは医療者にとっては明らかである。正しい価格体系にする必要がある¹⁾が、必ずしも、国民には情報不足で正しい認識が得られているとは思われない。WHOの報告をみてもわが国の医療は善戦しているにもかかわらず、医療不信も根強い。医療者側からの組織的な情報発信が不可欠と考えられる。

改善策としての労働環境整備と 広報・医政活動

医師の絶対数(医学部定員)を増やすことと、医療費を引き上げて、診療報酬を「もの」と「技術」に分離して適正化することが必要不可欠であるが、政治・行政が動かないと解決がつかない。我々にもできるあるいはすべきことは何であろうか?

◆国民の理解を得るための啓蒙・広報・医政活動
◆勤務医不足の要因となる早期離職グループを増やさない環境づくり

の2点ではないかと思う。国民は医療・福祉の一層の充実を望んでいるが、必要な情報を知らされていないので、啓蒙と情報公開により医療者側と患者側+マスコミの対立の構図をなんとか打破し、患者・医療者・行政が一体となって改善の道を探るべきである。医師一人一人の行動ではなかなか力にならないので、発言する医師や政治活動する医師を皆で援護していく必要がある。纏まった力を発揮すべきときにその中心となるのはやはり日本医師会であると思われ、その責任は重大であり、また期待も大きい。啓蒙に有用なパンフレットを受診時に患者に配布したり、入院時ICの際、自身でも医療の現況を説明したりといった医師個人や病院単位でもできることを草の根的にとりあえず実行するのも一法と思われる。

早期離職グループを増やさないための方策としては

◆診療に専念できる環境づくり：

医師以外のスペシャリストの養成による積極的な診療外業務の代替・委任や補助作業の委譲(専門看護師、医療秘書、医療情報書士)、書類の簡素

化・統一化・OA化・一括パンフレット化による雑用減量，分業の推進（新職種の創設）は内需の拡大にも貢献する

◆医療トラブル・紛争解決手段の充実³⁾：

すぐ犯罪扱いされると安心して医療に専念できない。無過失保障制度等の早期導入による被害患者救済，事故再発防止に向けた第三者・中立機関による検証の早期導入と警察介入の抑制，医療への信頼感の回復の努力

◆医師の高齢化後の就労先の確保：

医療機関の機能分化（地域中核病院とサテライト病院・診療所）とそれに呼応する医師の配置を行うことにより体力・気力・年齢に応じた適材適所が図られる。勤務医と開業の間を埋める中間医療施設の新設，開業医の病院診療参加による勤務医の負担軽減などが考えられよう。

おわりに

外科医ならまず手術をしたいからの外科医であ

り，勤務医継続に大切なのは仕事をする環境整備である。生き残りのための病院の環境整備の経済的負担は，必要経費が認められない医療界にあっては現時点では当該病院がしなければならないので，トップの考え方により病院内環境に格差が生じてくると推測される。

参考文献

- 1) 出月康夫：日本の医療費と医療を正しく理解するために。外保連ニュース第5号。(外科系学会 社会保険委員会連合 広報委員会 発行) 2006年9月。
- 2) 本田 宏：医師不足の理由 西村周三氏/本田宏氏 闘論。毎日新聞社記事。2006.9.25
- 3) 小松英樹：医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か。朝日新聞社。2006.5月

5 大学医局の立場から
— 勤務医の現況と大学医局の支援体制 —

坂爪 実

新潟大学医歯学総合病院第二内科

Minoru SAKATSUME

*Division of Clinical Nephrology and Rheumatology,
Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences*

Reprint requests to: Minoru SAKATSUME
Division of Clinical Nephrology
and Rheumatology
Niigata University Graduate School of
Medical and Dental Sciences
1 - 754 Asahimachi - dori Chuo - ku,
Niigata 951 - 8120 Japan

刷別請求先：〒951-8120 新潟市中央区旭町通1-754
新潟大学医歯学総合病院第二内科 坂爪 実