

勤務医から

医師不足や偏在、住民ニーズの多様化により、勤務医が疲弊し、地域中核病院においても診療科の縮小、閉鎖を余儀なくされる状況となり、医療体制に大きな影響を与えるなど深刻な事態となっております。

このような厳しい環境の中で勤務医の方々が日頃どのように患者さんの診療にあたり、また、昨今の医療情勢についてどのように感じておられるのか率直なご意見を伺いたいという趣旨で当会勤務医部会員等に対して北海道医報への投稿を依頼しましたところ、多数の方々に寄稿いただきましたので、その内容を掲載いたします。

◇ 医療関連事業部 ◇

勤務医問題について

深川市立病院脳神経外科
主任 医 長 代 田 剛

勤務医対策がようやく始まろうとしている。多くのメディアの論調も、数年前のバッシングから打って変わって、勤務医の労働実態をレポートしたりして、医師を悪者からはずしたようである。しかしこのような大騒ぎになる前に、一部では既に日本の医療の綱渡りを報告していたのであるが、いわゆるマスコミはこれをとり上げなかった。即ち、均質で高度な医療が、少ない医師数と比較的低い医療費でなされていたことを。

今、それが大きな曲がり角に来ているのは誰しも認めるところであろう。その理由として新医師臨床研修制度や患者側の権利意識の拡大（訴訟やモニターペイシメントを含め）、その他さまざまなものがあり、そのほとんどがまず納得できる場所である。

それでは解決策となると、かなり困難が伴うと思われる。まず医師を増やせばいいだろうということで、医学部定員を1.5倍にすると政府は発表したが、教員はどうするのか、実習はどうするのか、そんなことを考えただけでも、言う程簡単でないのはすぐ分かることである。そして何よりも元になる財政的補償はあるのか、が疑問である。これに対しては、現在のように一大学医学部一附属病院（国公立の話）ではなく、複数附属病院にしておけば、少なくとも臨床教育は大きな混乱がなくて済んだような気がする。

また、その後の卒後研修も現在以上の問題をかかえることになるであろう。

話は変わって、ここに小さな統計を示そう。私の勤務している病院の時間外夜間患者数の推移である。病院は、ベッド数270と中規模病院である。道の中医療圏の基幹病院でもある。農村地帯にあり、まさに高齢化と人口減少の著しい地域である。昼間は管内の病院・診療所を患者は訪れるが、夜間と救急

車での患者は一部を除いて当院を受診する。その病院で、平成5年度は、時間外受診患者数は約3,700名、うち救急車数は333名であったが、毎年ほぼ増加傾向を取り、平成18年度では、約7,000名と630名となった。どちらも13年間で1.9倍となっている。この間勤務医師数は大きく変わっていない。となれば、時間外において、当院医師の労働時間はほぼ2倍に増えたわけである。人口減少の著しい地方病院でこの状態であるから、大都市では一層顕著と思われる。そして、統計には表わせないが、重症でない患者や自分の都合で受診する患者の割合（いわゆるコンビニ化）が増えている印象は否めない。

コンビニ患者に対して、医師のモチベーションは大きく低下する。「自分は日中も働き、なおかつ夜も頑張っているのに、こんなのなら…」と思うのは、普通感覚ではないであろうか。コンビニ患者受診抑制は、夜間診療、ひいては勤務医問題において、大きなウエイトを占めるとと思われる。

医療は、価格の面では完全統制業種である。その面では企業努力はできない。時間外夜間受診患者数を抑えようとして、特別費を徴収している大学病院・市立病院がある。これは大きな問題である。何故なら、徴収している病院はやむにやまねず行っているものであり、制度が現実に全く追いついていないのを如実に示していると言える。厚労省の無策に対しての抗議であり、現状の時間外報酬制度の破綻とも言える。見方を変えれば、厚労省にここまで対策を打たせなかった日本医師会も大いに反省しなければならないとも言えると思う。官僚は現実はずからず、医師会だけが実際を提示できるのだから。耳が痛いであろうが、道医師会も次の手を打つ必要があると思われる。開業医の医師会と揶揄されないよう大胆な提言をすべきである。そのためには、実務を行なって、今困っている医師に発言してもらい、困難と思われるが、役職に就いてもらうのも一つの方法かと思われる。

勤務医の問題はさまざまである。要は労働の質と対価である、と私は考える。

旭川医科大学の医師育児支援体制

旭川医科大学二輪草センター
副センター長

山本明美

旭川医大の復職・子育て・介護支援センター（通称「二輪草センター」）は医師、看護師、その他の職員の育児や介護を助け、また、出産や育児などのために休業中の医師・看護師の復職を促すため2007年10月に設立された。構成はセンター長（副病院長が兼任）、副センター長（皮膚科准教授が兼任）、特任助教（専任医師）、潜在人材登録管理担当者（公募した保育士の有資格者）、子育て・介護支援コーディネーター（公募した保育士の有資格者）の5名からなる。われわれのセンターでは医師に限らず全職員の育児や介護を支援しているが、本稿では医師に関する主な取り組みを紹介する。（詳細はホームページ <http://www.asahikawa-med.ac.jp/hospital/nirinsou/homepagemain.html> にて随時更新中。）

- 1) 潜在人材登録制度 2008年4月から休業中の医師・看護師が登録を開始し、復職のための教材を定期的に配布している。今行なっている具体的支援策は、毎月の二輪草だよりの発送、育児支援に関する情報メール発信、希望診療科の臨床カンファレンスDVDの送付である。現在、2名の医師、12名の看護師が登録している。そのうち1名の医師は1年間の育児休業を経て、8月から旭川医大関連病院の外来勤務を週一度担当することになり、部分的ではあるが復職した。
- 2) 二輪草枠医員制度 4月から開始。就学前の子供を育児中の3名の医師が一日8時間週3日の勤務についている。1年以上の本学勤務実績がなくても利用できる点が一般的な育児短時間勤務制度と異なる。この制度を利用している女性医師からは「気兼ねなく定時に帰宅できる。第1子の時は、仕事優先でやってきたため反省する点がありこの制度を利用することにした。子供と向き合う時間ができた」という声がよせられた。
- 3) 病児一時預かり室 子供の急病時などで本学職員が早退する場合、業務のひきつぎや整理の間、センターの保育士が子供を短時間預かる。長時間の病児保育に預けて通常勤務を続けるのではなく、子供の看病のため早退することを容易にする制度である。4月から開始し現在登録者15名。月2回程度の利用がある。
- 4) 医師・看護師子育て支援セミナー 2008年6月から隔月で開催。昼食をとりながらロールモデルとなる子育て経験者の話を伺い、意見交換している。育児から得られる感動の体験談は多くの参加者の涙を誘った。セミナー後には「職場内で子育てについて相談できる人が少ないため、このような機

会が出来て嬉しい。先輩職員のお話で大変感動し励みになった」という参加者の声をいただいた。

- 5) 育児支援ワークショップ 6月18日・19日の2日間、合同入局説明会を兼ねて開催した。参加者数は全体で71名で、そのうち学生が35名、研修医が3名であった。11診療科の医局長らが医学生らに対してポスターとスライドで育児支援体制をアピールした。発表してくれた男性医局長の意識改革にもつながり、育児支援に関する全学的な気運が高まった。本学と同様な取り組みを行っている自治医大の湯村和子教授による特別講演では先進的な取り組みを紹介いただき、大変勉強になった。また本学で昨年12月に行なった医学生を対象とする育児に関するアンケート調査の結果も報告した。特に、育児の支援策さえあれば産科や小児科で働きたいと考えている学生が多いことは注目に値する。
- 6) ロールモデル紹介 センターのホームページ上で、育児をしながら内科医として勤務する女性から後輩へのメッセージを発信している。同じ職場にロールモデルが得がたい方の心のささえとなっている。
- 7) キッズスクール 夏休み中の学童保育として7月29日から3日間、職員の小学1～3年生の児童13名を預かった。児童たちは牛乳パックでの手すきはがき作り、昆虫館での観察学習、解剖学の吉田成孝教授による特別授業「人間の体を知ろう」、体験農場でのトマト狩りと動物とのふれあい、カレーライス作りといった、学内外の多彩な活動に目を輝かせて参加していた。本学と旭川教育大の学生ボランティア11名がつねに子どもの安全に気を配ってくれ、事故もなく終了することができた。親にも子供にも大変好評で冬休み中の開催も切望された。
- 8) 二輪草だより 2008年4月からの月刊で、各部署に配布するほかホームページからもダウンロードできる。毎月のセンターの活動内容をわかりやすく知らせている。過酷な勤務のちょっとした息抜きとなっている川柳コーナーには他大学からの投稿もある（医師会の皆さまも一句いかがですか。各月の御題はホームページ上でご覧ください）。

医師不足と勤務医の過重労働

留 萌 市 立 病 院 院 長 笹 川 裕

道北に位置し、日本海に沿って細長い留萌医療圏は、南北に約150kmという広い範囲に離島を含めた総人口がわずかに約6万5千人という広域で過疎という特徴を有している。その中で留萌市立病院は、不採算だが地域に必要な政策医療である救急医療、小児医療、周産期医療を一手に担っている中核病院である。

平成14年当時は道内大学からの常勤医師も順調に派遣されていて34名ほどの常勤医を擁していた。しかし、新医師臨床研修制度の影響で道内3大学において医師不足が生じたため、派遣していた地方病院から常勤医を引き上げる状況となった。

当院もその影響を大きく受け、平成19年度は常勤医24名まで減少した。特に減少した診療科が脳外科、循環器内科、呼吸器内科、産婦人科など救急に必須な政策医療を担う科であるだけにその影響は大きく、残った医師だけで政策医療を維持していくのはストレスも多く困難なことであり、特に住民には医療に対する不安と病院に対する不満を助長することとなった。当然、その穴を埋めるべく、高額とはなるが、非常勤の出張医師に依頼し、現在は地域に必要な診療科の最低限の機能を確保している状況である。このままではドミノ倒しの様に現在残っている医師も失う可能性があることから、午後診療を縮小・医師諸手当の見直し・非常勤当直医師の派遣確保・職場環境の整備・補助クラークの導入など積極的に取り組んでいる。

その結果、少しずつではあるが医師の減少に歯止めがかかり、21年度は常勤医師29名（家庭医3名を含む）でスタートできそうである。今回、この原稿依頼を機に、当院の常勤医師（24名）を対象に勤務環境についてのアンケートを実施し、その結果を検討したので紹介したい。

アンケートは①勤務状況、②施設整備状況、③看護スタッフの協力、④コメディカルスタッフの協力状況から構成され、常勤医師24名中13名（54.2%）に回答を得た。勤務状況については、楽が0%、やや楽が38.5%、ややキツイが53.8%、キツイが7.7%の結果を得た。施設整備については、十分が46.2%、やや十分15.4%、やや不十分が23.1%、不十分が15.4%であり、一定の傾向が得られなかった。看護スタッフ、コメディカルについては、良いとやや良いと回答されたのが、それぞれ92.3%、100%であり、全体的にマズマズの勤務環境であると判断された。コメント欄には、“昨年度と比べ、勤務環境が良好となった”“常勤医師だけで当直が可能ではないか”“循環器内科の救急診療体制を充実して欲しい”など前

向きな意見がみられた。今後も医師の勤務環境を整備しながら、定期的にアンケートを実施していこうと考えている。

もっと怒ろう!!

函 館 中 央 病 院 院 長 山 田 豊
副 院 長

私が研修医時代に続き、2度目に函館に赴任したのは昭和54年（1979年）秋です。以来29年間小児科勤務医としてやってまいりましたので、主に小児救急と過重労働について述べます。

私は最初の5年間は未熟児・新生児医療の地域化を一所懸命やって、その後後輩にバトンタッチし、当院のNICUも少人数のスタッフで世間並みの実績を挙げてまいりました。

赴任当時函館は、医者と寿司屋とパーマ屋が多い街ですと聞いておりました。確かに開業されている先生方の看板があちこちに見られておりました。小児科勤務医も忙しかったのですが、そんなに大変とは感じておりませんでした。それがいつからでしょうか、こんなに大変になったのは、やはり決め手は2004年に始まった新医師臨床研修制度でしょうか。その考え方はいいと思ったのですが、厚労省はこれだけ大学離れが起きるとは予測できなかったのでしょうか、または予測しても、医局潰しのために知らぬ振りを決め込んだのでしょうか。

1983年、当時厚生省の吉村仁局長が「医療費亡国論」を社会保険旬報に発表し、以来、医療費と医師養成数の抑制が行われ続けています。加えていわゆるコンビニ受診やクレマーの増加、医療安全や医療機能評価に関する会議や説明書類の増加、さらに在院日数短縮による退院サマリーや保険会社の書類などの増加が、急性期病院勤務医の多忙の原因となっています。

医師が多いと言われていた函館でもこの数年、医師不足（＝勤務医不足）が急に目立つようになり、中心的大病院でも専門医の立ち去りと科の休止が、かなり目立つようになりました。函館では日曜・祝祭日の日中は当番医（開業医）が一次救急を行い、20時から24時の間は函館市夜間急病センターが内科・外科・小児科の一次救急を年365日行っています。しかし土曜日の午後や0時以降など、一次医療機関のやっていない空白時間帯があり、その時間帯には二次医療機関が一次患者も診ております。小児科勤務医の人数は減るし、平均年齢も高くなり、しかも泊まった翌日休めるわけでもないという状況では「やってられない」という声が出て当然です。

2007年8月の一人欠員があった時の、当院小児科医の3週間の当直などの時間外が、20代の2名は150～

220時間、40代の2名は130～155時間、50代は100時間程度、60代の2名は50時間でした。2008年の4月の再調査では、1カ月間のデータですが、20代2名は260～270時間、30代2名は170～180時間、40代は120時間、50代は145時間程度の時間外拘束がありました。調査期間はどちらも多忙な時期でしたが、過労死ラインを軽く超えていることはご理解いただけたと思います。また内科、整形外科などでも二次救急の負担を軽減して欲しいという意見が出ました。そのため函館市医師会を中心に話し合い、夜間急病センターの診療時間を、4月から30分前倒しし、19時30分からにするとともに、時間外診療をされている先生方のリストを作り、公表可という先生方のお名前を公表し、二次病院の17時～24時の軽症患者さんのウォークイン制限を行いました。それにより二次病院の軽症患者さんの受診は大幅に減り、夜間急病センターの受診者数は1.4倍程度に増え、一次・二次医療の役割分担が進みました。また南渡島の北斗市と七飯町からも、人的・物的応援をいただくことも決まりました。

さらに市保健所と函館小児科医会で、救急医療を守るために、深夜帯の軽症患者さんの受診を控えていただくよう、市民啓発用のポスターを配布致しました。

しかし綱渡り状況であるのは変わりありません。未熟児医療も小児循環器医療も中心となっている医師に何かあったら、代わりの人がいないのです。そしてその人たちが夜間の救急医療をやっているのです。一度崩壊したら再度今のレベルの医療を立て直すのは容易ではありません。折角こつこつと積み上げて築いてきた地域医療が風前の灯火です。

もう少し、せめて今の1.5倍のスタッフ(勤務医)がいたら、ちっとも苦しくなくやっていけるのです。つまりOECDの平均まで医師数を増やせば楽になるのです。

そしていつまで頑張ったら楽になるという目途がないのがまた辛いのです。

本年9月、麻生太郎氏が総理大臣に選出されました。舛添厚生労働大臣も留任しましたが、本当に医療崩壊に手を打ってくれるのでしょうか。「社会保障費の自然増、毎年2,200億円削減」を止め、医療費と医師数を大幅に増やすようにしなければ、日本は「棄民政策の国」として後世に名を残すことになるでしょう。「医療立国論」を書いた帝京大学名誉教授の大村昭人先生はそのあとがきでこう述べておられます《本書を書き終えてますます懸念を強くしたのは、24年も前に当時の厚生省保健局長の執筆した論文、「医療費亡国論」の影響が未だ脈々と続いており、国民だけでなく国の指導者の間でさえ、“医療は負債であり、国家の重荷である”という根本的に誤った考え方が根強く残っているという事実である。ところが実際にEUの国々を見ると、医療が国家経済の後押しをしているのである。まさにわが国とは正反対

の状況にあるのだが、そのことがあまり知られていないのは大変残念なことだ。》と。

「土建国家」を脱し、「社会保障国」を目指すためには、我々をはじめ国民が自分たちの命や健康に関心を込めて、国の医療政策に注目し、「過労死ラインを軽くオーバーしているこんな働き方は嫌だ!!」「経済優先・弱者切捨てるこんな国はもう嫌だ!!」と怒りの声をもっと上げましょう。

参考図書

- 1)「医療崩壊—立ち去り型サボタージュとは何か—」
小松秀樹 著 朝日新聞社
- 2)「医療の限界」 小松秀樹 著 新潮新書
- 3)「日本の医療を問いなおす—医師からの提言—」
鈴木 厚 著 ちくま新書
- 4)「医療は再生できるか—セカンドオピニオンから始まる病院改革—」 杉町圭蔵 著 中央法規
- 5)「医療が悲鳴をあげている—あなたの命はどうなるか—」 近藤 喜代太郎 著 西村書店
- 6)「医療立国論—崩壊する医療制度に歯止めをかける!—」 大村 昭人 著 日刊工業新聞社
- 7)「誰が日本の医療を殺すのか—医療崩壊の知られざる真実—」 本田 宏 著 洋泉社
- 8)「マグネットホスピタル—医療崩壊から地域医療を救う」 伊藤 恒敏 編著 日本医療企画
- 9)「わたしのリハビリ闘争—最弱者の生存権は守られたか」 多田 富雄 著 青土社



良し悪しよりも、あるかなし

北見赤十字病院 循環器部長 齊藤高彦

この4月より北見赤十字病院循環器科に赴任しました。3月の当院内科医師大量退職事件により、当院は言うに及ばず、北見地域の医療体制は嵐の真っ只中にあります。閉鎖していた内科は6月から内科・総合診療科として部分的に再開しましたが、元の診療体制への復帰は今のところ困難な状況です。

北見は人口約13万人の中核都市ですが、市民病院がありません。当院はオホーツク圏で唯一救命救急センターを有する病院で、地方センター病院でもあります。夜間急病センターを併設し、1次救急から3次救急まで請け負ってきました。最後の砦でありながら、最初の砦を兼ねているようなところがありました。最後の砦が機能しなければ、あとは釧路か旭川へ搬送するしかない状況です(救急車で2時間以上かかります)。大量退職した内科の医師たちは、6人で膠原病・呼吸器疾患・(誤嚥性)肺炎・内分泌代謝疾患・腎疾患などの外来・入院患者さんを診療していました。月間3,000人を超える外来患者さんを診療しながら病棟診療・救急にも対応していましたが、限度を超えてしまったといつてよいと思います。当院は内科に限らずどの診療科の医師も忙しく働いていますが、内科医師たちが立ち去った後、さらにストレスが増えています。

内科系救急に関しては、周りの医療機関にこれまでより分担していただかざるを得ない状況ですが、周りの医療機関も、当院内科撤退の影響を受けており、決して余裕があるわけではありません。そもそも、北見市内であっても医療機関はそう多くはありません。内科医師大量退職が決まってから1カ月間に100人以上の患者さんを逆紹介されたクリニックもあります。内科医師大量退職により最も被害を受けたのは、内科にかかっていた患者さんですが、当院も他の医療機関も負担が増しており被害者でもあります。

小児科医、産婦人科医、麻酔科医、救急医が不足していることは国民の間で認知されつつあるようです。しかし、そもそも救急専門医は地方にはほとんど存在せず、上記以外の科では主に内科系診療科、外科、整形外科、脳外科などが救急医療の中心となっています。これらの科の医師も非常に不足しているわけですが、まだまだ認知されていません。

たとえば循環器科に関しては、道立北見病院閉院が取りざたされており、同院循環器科がなくなれば、一層当院循環器科の負担は増すことになります。当院循環器科へは急性心筋梗塞や心不全など多くの救急患者さんが集まってくるため、若い先生にとって

も中堅の先生にとっても力をつけるには良いと思います。しかし、使命感をもってがんばって働くとしても、ものごとには限度がありますし医師自身が壊れてしまつては大変なので、負担が際限なく大きくなることは防がなければと考えています。

当院が地域から与えられているミッションを考えると、循環器科としては、循環器救急・専門治療をこれまで通り提供していかなければならず、そのためには落ち着いた再来患者さんを強力に逆紹介して再来外来をスリム化し、入院診療の比重を高めていくしかないと考えています。そうすることにより若い先生方にとって大変ではあっても、より働きやすい環境になり、良い循環を保てるのではないかと思います。これは循環器科に限らず、救急医療の比重が大きい診療科に共通の課題ではないでしょうか。救急医療・高次医療を守るためにも一層の病診連携・病病連携が必要であると考えます。

オホーツク圏のように勤務医も開業医も人数が限られている地域では、どちらも壊れてしまわないように負担のバランスを取っていかなければなりません。厳しい状況ですが、地域の先生方は想像していた以上に協力的で、大変ありがたく思っています。逆紹介される患者さんは、つらく感じるものが少なくなく、必ずしも円満には進みませんが、いざとなったら必ず診察・治療するからとお話して受け入れていただくようお願いしています。最も重要なのは住民の意識改革ですが、ばらつきがあるのはやむを得ず、啓発は生易しいことではありません。

「病院は良し悪しよりもあるかなし」という川柳が今年の3月の朝日新聞に掲載されていましたが、特に北海道では現実となりつつあります。北見のような地方であっても、存在するというだけでなく良質な病院として北見赤十字病院が今後も残っていけるようにしなければと思っています。



過重労働の軽減に向けて

富良野協会病院外科 大谷 嘉己
主 任 医 長

昨年4月、私は僻地医療に役立ちたいという思いで大学を退局し、北海道に移住いたしました。しかし僻地医療といってもそんな甘いはずはありませんので、まずは北海道に慣れ、北海道を知るために地域センター病院である富良野協会病院でお世話になることにいたしました。私も含め、北海道の医療の実情を知らない医師たちは、「北海道には医師や医療施設が少ないため、広域からたくさんの患者さんが押し寄せてしまい、医師の過重労働が問題になる」と思い込んでいると思います。もちろんそれも北海道の医療の側面を表わしているのでしょう。しかし私がここで1年間過ごして感じるのは、医師や医療施設の不足というよりは、どこの地域でも起こっている“コンビニ受診”等による医師の「過重労働」が問題ではないかということです。

これを読んでおられるほとんどの会員の方々は「病气やケガで苦しんでいる人を助けたい」という気持ちで医学部に入り、現在に至るまで日々勉強および診療に励んできたことと思います。ですから“必要な医療”を受けるために来院された患者さんに対してならば、たとえ夜中であろうと嫌な顔を見せずに診療をするでしょう。だからこそ医療者は感謝され、尊敬されてきました。ところが、最近の患者さんの医療に対する思いは変わってきています。「ちょっとしたことでもすぐに大きな病院へ」「医師はサービス業なのだから診るのは当然だ」等々。日本国憲法第25条に記されている「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」の補足欄に「ただし医師は除く」とあるかのようです。私は夜間“緊急な医療”を要する患者さんが何人来ても、辛いとか面倒とか思いません。しかし、人間が未熟なせいかわ“コンビニ受診者”が来るとドッと疲れが出て一気にテンションが下がってしまい、そんな自分を日々反省しております。

これらの“コンビニ受診”と言われる不要不急の受診には原因がいくつか挙げられると思います。まずは「夜型生活」。深夜営業店の増加により不要不急の深夜の外出の機会が増え、不規則な生活による身体の不調およびケガの機会が増えました。この更なる問題点は、子供を連れ回すことにより、子供の身体および精神に影響を及ぼし小児科医の負担に一層拍車がかかります。続いて「就労問題」。これは病院の努力ではどうにもなりません、「不況だから仕事を休んだらクビになってしまう」「農作物の収穫が間に合わない」といった生活に直結することが原因で、夜間に受診したり、病気をこじらせることになりま

す。もうひとつは「子育てに関する知識不足」。今の親は何かちょっとしたことが起こると自分で考えたり、調べたり、あるいは身近な人に聞くといった行動をせずにすぐ病院へ駆けつけます。核家族化という時代背景といってしまうとそれまでですが、「おばあちゃんの知恵袋」的家族の不在に起因しているのかもしれない。

結局、「過重労働」というのは日本全国で起きている社会現象であることを実感いたしました。“健康で人間的な生活”を送るために「夜は寝る」「食事はきちんと取る」「調子が悪ければ休む」「子供の健康は親が守る」「病院には診療時間内に行く」等々、これらの当たり前のことができないものではないでしょうか。

それでは“コンビニ受診”等による医師の過重労働を軽減するにはどうしたらよいのでしょうか。医療機関側の努力にも限界がありますし、受診者側の啓発にしても生活のことを考えた場合にはどうにもならない事情もありましょう。勤務医として、目の前の病气やケガの治療のみに専念するのではなく、患者さんの生活全体を考えながらのアドバイスも必要になってきます。もっと広く言えば、近い将来の地域住民全体の健康を見据えて医療活動を行う必要があるということです。そのためには、数年後に父親や母親になる中学生・高校生への健康教育や保育園の保護者を対象に子供の応急手当の実技講習、あるいは老人会での健康講話など、地域行政や学校教育および住民組織と協力して積極的に予防活動や応急処置の知識を広めていく必要があると思います。また、地域住民の力も重要で、兵庫県立柏原病院の「小児科を守る会」のように地域の力がその問題解決に繋がることも期待できます。こうして、病気になる前の段階、あるいは病気になってからでも適切な医療機関の受診方法を身につけることによって、安易な“コンビニ受診”も減り、医師の負担は軽減されます。現在の“過重労働”がすぐに解決されるという見通しはありませんが、地域の将来を見据えて地域全体で努力していくことが必要だと思えます。

幸いなことに今の私の病院では、救急車が処置室に着くと、さっきまで私以上に疲れた顔で廊下を歩いていた仲間が（医師のみならず看護師さんも）「何か手伝うことはありませんか？」と次々に集まってくれます。こういった医療の原点を思い起こさせる感動と、窓からの雄大な十勝岳の姿を眺めながら「北海道で頑張ろう」と感じております。

勤務医の過重労働

市立札幌病院 西川 秀司
消化器科部長

昨今の医師の仕事量の増加を実感するのは勤務医のみではないと思いますが、今回は勤務医として働く我々自身の実態と感じていることについて書かせていただきます。

消化器科という特性のため、日中は外来日以外にも、検査、内視鏡的治療などを行っております。午前中は外来2枠、内視鏡検査、超音波検査、透視検査を行っておりますが、現在当科の正規スタッフは4名ですので、兼務の先生を加え全員で何とか午前中の業務をこなしています。午後は毎日大腸、胆、膵の特殊検査や処置を夕方まで施行していますので、それからが病棟業務となります。つまり午前中は病棟業務ができる医師がいなく、午後に検査や処置があれば、回診は夕方以降になります。会議などがあれば、さらに遅い時間になり、病院外での研究会などがあればその後病院に戻り、回診が夜になってしまうことも珍しいことではありません。

したがって、よほど外来患者さんが少なかったり、検査数が少ないことがない限りは、毎日普通に働いても午後7時、8時までの業務が当たり前の状況です。

サイズの大きな胃がんの内視鏡的切除は午後に施行しており、数時間を要するため、終了時にはすでに夜になってしまいます。緊急の検査、処置が多い日や、重症患者さんの対応、剖検など予定外の業務が生じれば、その分仕事が終わる時間は遅くなり、公共交通機関で帰宅できないことも珍しいことではありません。また一度帰宅しても、緊急内視鏡検査や胆道ドレナージなどのために、夜中の呼び出しに応じることもあります。そんな時も翌日は通常業務が待っているのです。

グループ制や当番制で対応したくても、人数が少ないため、それもできない状況であり、患者さんの状況や緊急検査の動向によって十分な睡眠が得られるかどうかが決まります。毎日、全員が睡眠不足というわけではありませんが、ほぼ毎日、ほとんどの者が朝から遅くまで仕事をしているのが実態です。

当科の樋口副院長先生も朝から夕方まで外来業務を行った後、種々の委員会、会議、医師会業務をこなしておられます。役職、年齢に関係なく全員が忙しく、他の人のカバーをする余裕がありません。だれかが学会でいないときは外来、検査を中止し、その間を何とかしのいでいます。しかも、仕事の絶対量、患者さんの数は変わらないので、復帰した後しばらくは、いつも以上の激務が待っています。

これは当科に限ったことではありません。外科系の科では当然手術があり、定期手術のほかに緊急手

術もあるわけですから同様の状態です。

外科系以外の科でも外来、病棟業務がパンクの状況で、毎日夜遅くまでの仕事を余儀なくされています。

それではどうしたらこの状況が改善されるのでしょうか。

まずは医師の増員です。しかしこのことは非常に困難です。このような状況の病院は当院だけではなく、大学の医局も人手不足であるという現状ではすぐに対応できることではありません。

次には若い医師の教育、育成です。中堅以上の先生たちの頑張りで何とか現状を維持しているのはこの病院も同じと思いますが、我々は間違いなく今後歳を重ね、体力、気力は萎えていきます。自然には逆らえません。実際、当科には研修医の先生がローテーションしてきてはいますが、その先生たちが病棟を診てくれているときは、以前のように重症患者さんの対応のときなどに、外来や検査を一時中断してということは少なくなっています。優秀な若い医師の存在は患者さん、病院にとって非常に有益です。教育、育成には大きなエネルギーが必要ですが、やっていかなければならないことだと考えます。そのためにも自分たちの病院、科が若い先生たちにとって魅力的であるように我々の努力も不可欠です。

業務の軽減という観点からは、医師以外の職員の増員により、いままで医師がやってきた医師以外にも可能な仕事を振り分けるようにすることです。医療クラークの導入などは今後大いに期待されるのではないのでしょうか。

医師になり24年経ちますが、業務の増加のなかに理不尽なクレーム対応に費やす時間が増えていることが実感されます。時代の流れと言ってしまうまでもありますが、不必要な説明を求められることや、いわれのないクレームを受け、それらに対応する時間、労力が労働時間を増やしている部分があると思います。各病院でいろいろな対策がなされていると思いますが、もう少し患者側ばかりでなく、医師側を守る法律も考えてもらいたいと思います。善意の医師が結果がでないことだけで、責められたり、咎められたりするのには納得いきません。結果がでなければなんでも医療サイドに非があるかのような昨今の雰囲気は医療に従事する我々を精神的に疲弊させます。医師の過重労働というのは、物理的な時間だけではなく、このような精神的な部分も大きいのではないのでしょうか。労働時間の短縮ということだけではなく、医師の精神的負担が軽減するような変革も望んでおります。

勤務医問題について雑感

新日鐵室蘭総合病院
院長

松木高雪

本年4月1日付けで伝統ある新日鐵室蘭総合病院長を拝命して早半年になろうとしている。思えば、亡くなった前理事長・病院長が、“重病”とわかった昨年11月より実質の病院長を務めていたため、約一年と考えても差し支えないと考えている。近年の勤務医問題として、過重労働が問題視されているが、思えば、私に限っていえば、当院の病院長という職もかなり過激な労務である。月曜日の早朝より、出勤後コンピューターのサイボウズより入院ベッド占有率、入院予約状況、分娩数等を確認し、内科病棟の総回診、理事長・事務局との打ち合わせ、外来をこなし、外来の休み時間に事務職との打ち合わせ等があり、午後よりまた外来、その後、三役会、病院の管理運営会議が続き、その後曜日によって、医局会、科長会、各種委員会が続く。医師会の理事会も一月に一回開かれ、各種講演会も依頼され、毎日ではないが、警察医、産業医、学校医、札幌医大の講義、心臓病学会の委員長としての仕事もある。最後の会議には、頭が疲れてきて、何も考えられなくなっている。その後、帰宅後に、単身赴任のため、夕食をつくり、後片付け、掃除、洗濯が待っており、その後、また、病院の問題を考えることなる。就寝後、翌朝、目覚めた後にまた、連日発生するさまざまな病院問題の解決法を考え、出勤する。休日は家の掃除があり、買い物等の家庭サービスがあり、とても、ゴルフ・魚釣りどころではなく、趣味にまわす時間の余裕はまったくない。原稿依頼があると、この文章のように列車や飛行機等の乗り物の中でコンピューターとの格闘となる。時間があると、さまざまな文献を調べるか、病院のことを考える。

以上少々“ぼやき”になってしまったが、本題の勤務医の過重労働については、前期研修医、後期研修医、中堅医師、科長、管理者について細かく考えていかなければならないと思うが、字数の制限のため、一般論として述べる。一般的には、勤務医の負荷となっている要素はまず、外来、救急、診断書等事務的な書類作成が挙げられる。

外来に関しては、勤務医が入院患者に特化して診療できるシステムが必要である。外来患者の数が多いと外来に時間がとられ、入院患者の回診、検査、指示だしが遅れ、結局は看護師等パラメディカルの指示受け等の仕事に取り掛かる時間が遅れ、本来であれば時間内にできる仕事が、時間外となってしまう、パラメディカルにおいても無駄な時間外労働を増やすことになる。逆紹介等の努力は当然としても、安易に200床以上の外来の点数を、低く設定する

と、200床以上の病院に外来患者が殺到することとなるのは明白である。200床以上の入院の点数をさらに増点し、外来に頼らなくても病院の収入を確保できる仕組みが必要である。

また、勤務医のストレスを増す要素として、時間内時間外の救急の対応が挙げられる。なるべく交代ができる科ごとの人的余裕が必要である。また、可能であれば、夜間休日以外は、救急部が交代で、診れる疾患は救急部で診て、救急部では診れない疾患は各科に紹介するシステム作りも必要である。夜間等時間外は、開業医の先生に助けていただくのも一案ではあると思う。また、出来るだけ当直の回数を減らすことが肝要と思う。ちなみに当院では、大学より当直の医師を派遣していただき、なるべく病院の固定医の当直の回数を減らすように努めている。

診断書等事務的な書類作成については、やはり、医療事務を専門にするスタッフが必要と考えるが、本年4月に行われた、診療報酬改定では病院勤務医の負担軽減を図るため、地域の急性期医療を担う病院（特定機能病院を除く）において、医師の事務作業を補助する職員（いわゆる医師事務作業補助者）を配置している場合の評価を新設したが、残念ながら、点数が低すぎて、人件費として、病院より“持ち出し”となってしまい、現状では、難しい点もある。しかしながら、今回の改定より、点数が設定されたこと自体は評価される。今後、より高い点数設定を望みたいところである。

また、勤務医と開業医の医療収入差の問題がある。特に現状では、失礼ながら“一般的には”、開業した方が、医療収入がよいという問題もある。ある雑誌には、開業して初めて、経営の厳しさを知ったという記載もあるが、そもそも病院の管理者は、経営の厳しさに関しては、冒頭に記載したように、常に肌で感じながら熟知している。病院で経営に携わらないために初めて、経営の厳しさを知ること自体は、勉強不足と言わざるを得ない。医療収入だけを考えれば、やはり、勤務医の方が収入が多くなければ、開業する勤務医が増えるのは自然の理であろう。

また、勤務医間の問題として、医師の偏在の問題があるが、大都会に住みたいのは、教育、文化いろいろな意味で人間の心理として自明であろう。勤務医の間でも、大都会の方が、自分の専門に特化でき、当直業務においても、大都会の病院の当直の方が、同じ当直業務でも負荷が少ないのが一般的であろう。これに関しては、やはり、勤務医の間でも、地方の方が、収入を多くする必要があるだろう。勤務医は、仕事は比較的楽だが、収入は比較的低い大都会の中核病院を選ぶか、症例が多く、負荷はある程度多いが収入もそれなりに多い地方の中核病院に勤務するかの選択が出来るようになると思う。具体的には、現行の救急医療管理加算のようにより多くの救急患者、とくに救急車を受け入れる病院の収入が多くなる

仕組みを強化すれば、おそらく、地方の中核病院の方が、医療収入が多くなり、勤務医の収入に還元できると考える。いたずらに救命救急センターだけに医療資源を投入するのではなく、実際に救急患者を診療している地方の中核病院に、医療資源を回すべきと考える。また、可能であれば、大学病院と協力することにより、初期研修は地方の中核病院で、後期研修は、大学病院を中心とした地方中核病院群で主に担い、中堅クラスの勤務医までは、数年単位で地方と大都会を行き来できるシステムが望ましいと考える。

名寄・士別の病院小児科集約の効果

名寄市立総合病院
診療部長 室野 晃 一

数年以上前から日本全国の各地域で小児医療の危機が事あるごとに報じられている中であって、北海道ももちろんその例外ではない。むしろ広大な面積をもつ北海道にあっては、地域の小児医療を維持できるかどうかの問題は一層深刻である。近年はより専門的医療を受けたいという意識の高まりを背景に、急性疾患が多いことや受診を決めるのが患者自身ではなくその保護者であるなど、小児科の特殊性もあって病気の軽重にかかわらず時間外受診が非常に多くなっている。そのほとんどの受診先は時間外救急医療を提供している地域の病院小児科であり、そこで連日対応しているのはわずか2~3人（わが国の小児科標榜病院あたりの平均小児科医師数）の小児科医なのである。夜間、休日にかかわらず診療を強いられる過酷な勤務は当然のことながら小児科医の疲弊を生み、さらに新医師臨床研修制度の開始も相俟って小児科医の不足に拍車を掛け、地域の小児医療が崩壊する事態を招いている。

こうした状況を打開すべく、すなわち24時間365日の小児救急医療を提供すると同時に小児科医の過重労働を軽減するための方策として、地域の拠点病院に小児科医を集約化する提案がなされた。平成17年12月、厚生労働省、総務省、文部科学省は都道府県に対して病院産科・小児科の集約化を推進するよう通達を出している。これを受けて北海道は平成19年9月11日、ホームページで小児科機能の重点化を行う21病院を提示し、道民にパブリックコメントを求めた。そして平成20年1月11日、それらをまとめた「小児科医療の重点化計画」が公表された。

この北海道の計画策定よりかなり以前から、名寄市立総合病院と市立士別病院では独自に小児科医の集約を検討していた。この2つの病院の小児科医はともに旭川医科大学小児科学講座から派遣されていることから、同講座が中心となってそれぞれの病院

に働きかけ、その後双方の病院で集約化に向けての診療体制の協議を重ねた。そして平成19年4月にこれまで士別で勤務していた3人の小児科医が名寄に集約され、名寄の4人とあわせて合計7人の体制で24時間365日の小児救急医療体制をスタートした。具体的な診療体制としては、士別の小児科はいわゆるサテライト診療の形となり名寄の小児科医1人が出張して月~金曜日の日中外来のみ診療を行い、夜間、休日などの時間外診療および入院診療はすべて名寄で行うという体制とした。

さてこの集約化後1年半近く経過しているのでその現状について少し報告したい。

まず集約化後5カ月経ったところで名寄および士別の外来を受診した患者（保護者）それぞれ150名ずつ合計300名に居住地も含めてアンケート調査を行った。名寄市在住の患者では小児科医による24時間診療になったことで夜間・休日の診療に対して80%以上が便利になったと回答している。一方、士別市在住の患者の約90%が入院・時間外診療とも不便になったと答えているのは当然として、24時間小児科医が診てくれるので安心できるという回答が4分の1に及んだ。また不便になったと回答したうちの70%は、受診を控えることなく以前と同様に受診していることがわかった。

そこで実際に1年間の夜間・休日の時間外の外来受診数を集約化前後で調べてみた。集約化前の平成18年度では名寄で3,501人、士別では2,084人であったが、集約化後の平成19年度における名寄のそれは5,936人と集約化前の両病院の合計数よりもさらに多く、名寄でみると1.7倍に増加していた。これは小児科医による24時間診療体制に起因することが大きいと思われる。居住地の内訳は調べていないが、これだけの受診者数および増加はそれまで士別を受診していた患者が基盤にあつての数字と思われる。集約化によって士別からの患者受診が減ったとは考えにくい。名寄市~士別市は距離にして22km、自動車で30分である。名寄市近隣の美深町、下川町とほぼ同じ距離で少なくとも士別市から名寄への受診は許容範囲と思われる。

一方、小児科医の労働環境は集約前後でどう変わったか。集約前の時間外の小児救急医療体制については名寄、士別ともまず病院当直医が対応し、必要に応じて小児科医が診るシステムであった。名寄は4名、士別は3名の小児科医が単純計算でも3~4日に1回待機当番となる。医療の専門化が進み、訴訟の頻度が高くなってきた近年においては医師側も専門外の患者の診療については消極的になりがちであり、また既述したように患者側も専門的医療を望んでいる。従って小児科医が時間外の小児患者を診ざるを得ない頻度は極端に高くなり、さらに入院患者の診療、また名寄にあつては異常分娩の際の対応なども含め待機当番とはいえほぼ当直に等しい業務を

こなしていた。

集約化後は病院全体の当直（こちらは小児以外の患者に対応、小児の患者は診なくてよくなり、このことは他の診療科の医師にとっても好評である）とは別に、小児科当直医として7人が交替ですべての時間外小児患者の診療などを行うこととなった。年齢によって当直回数に差があるが、卒後まもない最も若い医師の集約化前の当番回数が月に15日に及ぶこともあったのが集約化後の当直回数は月に6～7回である。また当直翌日の午後は公休としている。これによって当直以外の日には重症患者などで人手がいるとき以外は呼び出される心配がなく完全にオフといった状態となるので精神的ストレスもかなり減った。

日本小児科学会の「小児科医のQOLを改善するプロジェクトチーム」が提言する ①週あたりの総労働時間が60時間以内 ②月あたりの完全休日日数が3日以上 ③毎日の平均睡眠時間が6時間以上とれるといった項目をほぼクリアできているようである。

今回の名寄・士別の集約化はその距離が北海道の中では比較的短かったこともあって、それほど不便をかけることなく患者の求める小児医療を提供することができたように思われる。また上川北部圏域の小児人口が9千人程度で他の地域に比べると少なく、今のところは7人の小児科医で対応可能であり、その過重労働も軽減している。しかし道が掲げた「小児科医療の重点化計画」の21病院に小児科医療を集約させた場合には最寄りの重点化病院までの距離が50km以上の町村に住む年少人口が北海道全体の10%、100km以上が2%・約1万3千人存在する（日本小児科学会雑誌112：880-2, 2008）。こうした遠隔地に居住する患者さんの問題や集約に伴う地元の利害関係や対立などの問題も解決が必要である。

また当院もそうであるが重点病院の多くが自治体病院で、赤字経営である。こうした医療を支えるには、小児科医の確保・増員だけではなく病院小児科医療に対する診療報酬の増額改定など経済的基盤が重要であることは言うまでもない。

北海道医報へのご投稿等について

◇広報委員会◇

北海道医師会では、会員の皆さまから「学術投稿」「会員のひろば」等各種原稿を下記要領にて募集しております。是非ともご投稿いただきたくお願い申し上げます。

なお、写真作品のご投稿につきましては、ホームページに「フォトギャラリー」を設けておりますので、ご応募ください。

投稿要領

1. 原稿の締切
毎月10日までにいただいたものは原則として翌月号に掲載となります。ただし、「会員のひろば」については、受付状況により掲載号を決定します。
できるだけメール等の電子メディアでお寄せください。
2. 原稿の体裁と字数制限
 - (1) 原則として横書きといたします。
 - (2) 引用文以外は、すべて当用漢字、現代かなづかいを使用してください。
 - (3) 誤字、脱字、明らかな間違い等は広報委員会において訂正いたします。
 - (4) 1回の掲載紙面は、原則として2頁を限度とします。
医報1頁は約2,200文字です。ただし、タイトル、写真、図表等を含んでおりませんのでご考慮ください。
 - (5) 長文原稿および連載物は、広報委員会にて採否決定の上で分割掲載、掲載号等を決めさせていただきます。
3. 原稿の訂正、返却
次の場合は、広報委員会の決定に基づき、執筆者に対し訂正を求めるか、または返却いたします。
 - (1) 特定の個人・団体を誹謗、中傷する内容
 - (2) 匿名の投稿
 - (3) 本誌以外に既掲載のもの、あるいは投稿中のもの（二重投稿）
ただし、特に必要と認められる場合はこの限りではない
 - (4) その他掲載に支障がある内容
4. ホームページへの掲載
特にお申し出のないかぎりホームページに掲載されますので、予めご了承ください。

連絡先：北海道医師会事業第一課
TEL 011-231-7661 FAX 011-252-3233
E-mail：ihou@m.douji.jp