

2010年9月9日

「ワーク・ライフ・バランス」カンファレンス 基調講演

## 「ワークライフバランス思想は医療を救えるか？」 —勤務医の勤務実態と勤務医離れ—

遠藤 久夫

学習院大学 経済学部 教授

### 【講師紹介】

学習院大学経済学部教授。中央社会保健医療協議会会長、医療経済学会理事、京都大学大学院医学研究科非常勤講師、社会保障審議会委員、独立行政法人評価委員会（医療福祉部会）部会長代理、介護事業運営の適正化に関する有識者会議座長等々の公職を歴任している。日本の医療政策、医療経済の第一人者である。

### はじめに

只今ご紹介いただきました、学習院大学の遠藤でございます。本日は、学習院大学までおいでいただきまして、ありがとうございます。基調講演という事ではありますが、私自身はワークライフバランスについての専門家という事でもありませんし、あるいは、人事管理とか労務管理の専門家でもございません。ですので、今の日本の医療、特に勤務医を巡る様々な課題についてマクロ的な視点から、お話をさせて頂きたいと思っております。

それからそれらの課題にたいして、どういう対策が必要なのかという事ですが、この対策というのは、個々の医療機関の対策もありましようけれども、同時に国・自治体の対策というものもあるわけです。私が現在、診療報酬を決める審議会に関与しておりますので、その視点から見て、どの様な事をお金の面でやっているのか、という事についてお話をさせて頂きたいと考えております。

結論から申し上げますと、ミクロの組織レベルにおける、ワークライフバランスの対応だけで、

今の問題はなかなか解決できないと思います。これは非常に大きな問題です。国民医療費の問題なども含めて、いろいろな問題が複雑に絡み合ってる話なのです。

ワークライフバランス思想というようなものが、場合によっては医療崩壊を加速させるような側面もまたあるのではないかと。多くの様々な施策を総合的に展開しないと、この問題はなかなか解決しないのです。その辺のところを少しお話させていただこうかな、と思っております。いずれにしても、若い医師がワークライフバランスを重視しているという事、重視しつつあるという事は間違いのない訳でありますので、それに対して、個々の組織、或いは国の制度としてどういう対応があるのかというのが非常に重要な課題になると思います。

### 医師不足の現況

ご案内の通り、10年ぐらい前から医療崩壊という言葉が言われるようになりました。急性期の病院の厳しい労働環境が原因で勤務医が辞めていくため、残った医師の労働環境がさらに厳しくなっていくというような問題がクローズアップされています。立ち去り型サボタージュという言葉で当時の虎の門病院の先生がお使いになって、非常に話題になりました。すなわち急性期の病院の勤務医対策という事が、非常に重要なイシューになってきているのです。

そこで具体的なところを見てみると、それによって地域格差の拡大と、診療科の格差の拡大という二つの問題が同時並行に起きてきているという事です。ですので、色々な対策をとらなければいけないという事で、原因分析等々もされるようになりました。表1データを見ると医師数は増えています。しかし、医師の絶対数が足りないのではないかという議論が出てきました。結果として、今年から医学部定員を増やして医師数を増やすことにしました。でも今年定員を増やしても、最低10年しないと一人前の医師は増えてこないのです。

表1 主たる診療科医師数

	病院				診療所		
	H8	H18	H18-H8		H8	H18	H18-H8
外科	19181	16738	-2443	外科	5738	4836	-902
脳神経外科	5247	5377	130	脳神経外科	387	864	477
心臓血管外科	1999	2539	540	心臓血管外科	28	46	18
呼吸器外科	736	1242	506	呼吸器外科	9	13	4
小児外科	539	623	84	小児外科	15	38	23
小計	27702	26519	-1183	小計	6177	5797	-380
	病院				診療所		
	H8	H20	H20-H8		H8	H20	H20-H8
整形外科	11467	11976	509	整形外科	4956	7297	2341
形成外科	1122	1745	623	形成外科	185	364	179
美容外科	14	27	13	美容外科	142	384	242
産婦人科	6319	5693	-626	産婦人科	4528	4319	-209
産科	272	271	-1	産科	145	106	-39
婦人科	405	605	200	婦人科	753	967	214
小児科	7919	8721	802	小児科	5862	6515	653
眼科	4936	4722	-214	眼科	6046	7905	1859
医師全体	148199	174266	26067	医師全体	82098	97631	15533

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

表1を見ると分かるように、もうひとつは診療科のバランスが崩れてきているという事です。更には、その勤務医が勤務する場所が大都市に集中しているという問題が出てきています。たとえば外科という標榜で働いている病院の医師は、平成8年から平成18年までの間でマイナス2443人となっています。しかし、脳神経外科や心臓外科と外科は細かく分かれています。昔は外科として一つの標榜だけでしたが、今では細かく分かれています。ですので、この全ての外科分野における医師を合計してみると、平成8年から平成18年の間では1183人減っているわけです。診療所の外科医も同じように、外科という標榜で働く医師は902人の減少ですが、その他の外科分野の医師も含めるとマイナス380人になっています。

それから同じように病院の整形外科医を見てみると平成8年から平成20年の間に509人増えています。診療所で働く整形外科医は2341人増えています。このデータから整形外科の開業が増えているという事が分かります。さらに病院で働く形成外科は623人に増えています。また診療所でも形成外科・美容外科医は増えている事が分かります。

産婦人科医は病院勤務も診療所も減っています。産科については、色々報道されていますように、診療所が減っております。要するに産婦人科をやめて婦人科として開業する、という形になっているのです。小児科は意外と増えています。また、眼科はご存じのように収益性の高い分野であり、診療報酬を決める中でも収益率が高いと指摘されています。眼科医は病院の方では減っておりますけれども、診療所では非常に増えていて、ある意味、飽和状態になってきています。このように、特定の診療科で問題が出てきています。その典型は産科の減少です。小児科も実はかなり問題があったので、診療報酬をぐっと上げるという事をやってきました。その影響かどうかはわかりませんが、小児科は比較的増えています。それから、救急も減っています。

そこで、これらの問題は何が原因かという話になります。どの診療科を選ぶかは医師の自由です。また、自由標榜制度ですから、自分が診察出来る診療科があるならば、標榜を変えるという事も出来ます。一般病院の中でも特定の診療科については医師不足問題が起きています。そのため、地方によっては特定の診療科を閉鎖する事が起きています。閉鎖した場合、大きな診療科だと収入が激減しますので、固定費をカバーできなくなり病院そのものが閉院する、というような事が出てきます。そうすると、地域の医療格差の拡大という形になっていきます。次に、このような問題をどうするのかという事が重要な課題になります。

## 医師不足の原因

これらの問題の原因がどこにあるのかという事を、日本医師会の勤務医委員会がまとめたものがあります。まず、直接要因は、①医療費の抑制と②医学部入学定員数の削減の二つです。一つ目は基本的に医療費が少ないですから、結果として病院の収益が逼迫している。その中でやりくりをしなければいけないので、余裕を持った勤務環境を作れないという事です。二つめは、医療需要に対して医師の供給量が少ない、という事です。これは医療費を抑制するために医師数を少なくしたためです。

次に間接的な要因としては、①医療の専門化・細分化 ②労働に見合わない給与水準や勤務環境 ③医療訴訟の増加や患者要求（期待度）の高まり、の三つがあります。医療の専門化・細分化はその通りだと思います。それから、二つめに関しては勤務時間が非常に長く、特に若い人の

勤務時間が非常に長いという事です。病院の収益が厳しくなっている中では高い賃金を出す事もできないので、厳しい仕事を、安い給料でやらないといけないという、そういう雰囲気が出てきているのです。実は開業医の方も診療報酬が相当抑えられていますから、かつての開業医のように贅沢はできなくなっているのですが、それでも勤務医との差がある程度あるという事なのかもしれません。三つめが、勤務医の場合、医療訴訟の恐れや患者の要求が高まってきているという事です。特に医療訴訟が一番多いのは産科です。したがって、訴訟を回避したいという事で、リスクの高い診療科を避けるという事が当然ながら起きてくるわけです。患者の要求も非常に高くなり、例えば、医師が決めて患者はそれに従っていけばいいという様な状況でなくて、きちんとしたインフォームドコンセントをしなければいけない、その他もろもろの事をやらなければいけないので、大変手間がかかるというわけです。患者の立場に立てば、そういう事をしてもらうのは当然だと思いますし、また、しなければならないようなシステムになっておりますので、その辺のところは時間がとられるのです。このように、医師の数が特定の診療科では増えていないのに、診療に要する手間がかかるようになってきている。しかも、医療費の水準があまり上がっていないので、それに見合っただけの報酬にはつながっていない。こういう状態になってきているのです。

### 新臨床研修制度について

さらに、こうした問題の直接的なきっかけになったのは、新臨床研修制度の導入です。元々、日本の臨床研修制度は、医学生が国家試験に受かった段階で、主に大学病院の医局に入り、そこで研修を積むという事を任意でやっていました。大学だけでトレーニングを受けるという事は、例えば最初に腎臓内科の診療科に入るとずっと腎臓内科を中心とした訓練を受け、腎臓専門の医師になってしまうという事を意味します。本来なら、もう少し総合的に物事が見られる医師が必要なのです。特に高齢化社会の中では、複数の疾患を持った患者が増えるので、総合医的な視点を持つ医師が必要です。したがって、研修医を大学だけで教育するのは不適當だろうという考え方が、新制度の背景にあります。

それから大学はどちらかという和研究志向なので、臨床技術を高めるという意味では必ずしも適切ではないという事で、臨床の機能を持った病院に臨床研修ができるというお墨付きを出し、そのなかから研修医が自由に研修の場所を選択できるようにしようという仕組みを作りました。しかもこの研修は、臨床をやる場合は義務化になります。そのかわり国がお金を出すという形で、病院に報酬を出しています。それによって研修医は、これまでは無給に近い非常に低い給料だったのが、しっかりもらえるようになり、アルバイトなどに奔走せずに研修が受けられるようになりました。

要するに、地域医療を促進するために、ある程度総合医的な視点をもってもらい、なおかつ、過度の研究志向ではなく臨床技術を若い段階から重視したトレーニングを受けるという事を目標にしたのですが、現実には、大都市の臨床研修病院に研修医が殺到するという問題が起きています。そこで今、大都市の研修病院を減らすように多少変えたところです。理由としては、医療の地域格差を起こしたくないという事があります。

研修医があまり大学に残らなくなったため、大学医局からの強制的な医師派遣ができなくなっ

てきています。更には先ほどの診療科の問題と関連してつぎのようなことが起きているという指摘もあります。もっとも、これは検証する必要はあるのですが、かつての医学生は本当の大変さが分からずに厳しい外科や産科に行っていました。けれども、今は研修の2年の間にいくつかの診療科を回ります。従いまして、そのなかで本当に外科に行ったらきついで、産科に行ったらきついでという事がわかりますから、本格的に自分がどの分野を専攻するかを決める段階で厳しいところを避けようとするという指摘があります。そういう情報の不完全性みたいなものが医師の労働市場にあったがために、以前は非合理的な行動がとられていた。しかし、「外科なんか行ったら訴えられる、大変で、寝られない。しかもこれは開業もできない。したがって、収入も生涯賃金も少ないだろう」と合理的判断を当然するわけです。そういうわけでこの新臨床研修制度というのは、とてもいい制度ではありますが、色々な課題を含んでいるのも事実です。これが地域格差を生みだした大きな原因だとする意見も多いのです。

現在、女性医師が急速に増えています。またこれに関する基本的な政策がほとんどありません。急速に改善する必要があります。いずれにしても、医療費の抑制策というマクロ的な政策が、これらの課題の根幹にあるのです。

### 国民医療費の変化率

現在日本の国民所得に占める国民医療費の割合は、9%程度のレベルです。国際比較をする際には、国民所得と国民医療費の比ではなく、OECDがきめている総医療費になります。国民医療費よりも大きい概念ですが、それを分子にして、分母にGDPを持ってきて国際比較をします。我が国はこの水準が非常に低く、先進国の中では最低で二十何番目です。少し前まではイギリスが最低でしたが、イギリスはイギリス流の医療崩壊が起きたため、ブレア政権の時に医療費を増やしました。日本は抜かされ、要するに先進国の中では最低水準となってしまったのです。それだけではなく、過去10年、20年、GDPに占める総医療費の比率の上昇率を見ると、日本は先進国の中でも非常に低いのです。

高齢化水準を見ると、日本の高齢化水準は世界一にもかわかわらず、元々水準が低かったGDPに占める総医療費の伸び率も低いのです。政府は明言はしていませんが、基本的に医療費の伸び率をGDP、あるいは国民所得の伸び率とあまり乖離させないような政策をとってきたからです。つまり、経済的な身の丈に合った国民医療費に押さえようというやり方をしてきました。

高度経済成長期は、国民所得の伸び率よりも医療費の伸び率の方が高かったのです。昭和36年に国民皆保険制度を作り、それにより日本の医療需要は急速に増加しました。それに対応できるようにと国は積極的に医療体制の整備を行いました。増えたのは、国立病院や公立病院ではなく、民間病院でした。高い診療報酬を設定することにより民間病院が拡大再生産できるようにしたからです。その結果、日本は今や世界に比べて人口当たりのベッド数が非常に高い国になりました。このため、後に病院を一般病床と療養病床（当初は老人病床と称した）に分けるという機能分化を進めることになっていくのです。

オイルショック後、安定成長に移りますと、それに合わせて国民医療費の伸び率もどんどん下がっていきます。物価水準が下がったので下がった部分もありますが、政策的にも抑制策をとりました。国民医療費は、総額コントロールをしている訳ではないのですが、いろんな方法を使って

下げたのです。例えば薬価を下げてみる、或いは出来高払いではなく包括払いの老人病院を作る。これが後に療養病床に変わってくるのです。また、診療報酬の改定です。診療報酬の改定率というのは、診療報酬の平均的な値段を何%上げるか下げるかという事ですが、それがかつてよりも下げる。他にも色々あります。このようないろいろな方法を使って、所得の伸び率と医療費の伸び率が大きくかい離しないようにしてきました。バブル崩壊以降、国民医療費の伸び率は一段と下がってきたので、医療費の伸び率も低くなってきているのです。

日本は、オイルショック以降少しずつ赤字財政になりました。そういう中で国民医療費の35%は公費ですから、今日ではなかなか財源をねん出できなくなってきたのです。

最近では、医療費の増加を抑制する一番有効な方法は診療報酬の改定率を低くするという方法です。2000年はマイナス改定、2004年は0%。2006年もマイナスでした。そして今回初めて、プラス改定になります。国民的な合意として国民医療費と国民所得はあまり乖離しないようにするべきだと決めている訳ではないのですが、しかし一つの哲学である事は間違いないのです。経済の身の丈に合わせた形で医療費の水準を合わせていきましょう、という財務省的な発想ではありません。なので、医療費の伸び率の水準は国民皆保険成立以降の最低水準にあります。

表2の期間ごとの変化率をみると、62年から79年は高度経済成長期で、国民所得の伸び率は平均すると一年間で15%程度でしたが、国民医療費は18%ぐらいでした。80年から89年は、安定成長期で、ほぼ国民所得の伸び率と国民医療費の伸び率が同じになってきます。90年のバブル崩壊後、国民所得は2%レベルに下がりますが、国民医療費はそんなに下がりませんから、およそ4%で推移します。そこで、乖離が生じます。非常に多くの政策が導入されて、2000年以降の国民医療費は1%台に下がっていきます。しかし国民所得の伸び率はもっと下がったという状況にあります。高齢化が進んでおり、そして医療の高度化が進んでいますが、現実には国民皆保険発足以降、最低水準の伸び率になっているのです。

表2 期間ごとの変化率（年率平均） %

期 間	国民医療費	国民所得	65歳以上人口	消費者物価
1962-1979	18.69	15.25	3.55	7.52
1980-1989	6.08	5.79	3.33	2.53
1990-1999	4.54	2.11	4.00	1.21
2000-2006	1.11※	△0.07	3.25	△0.39

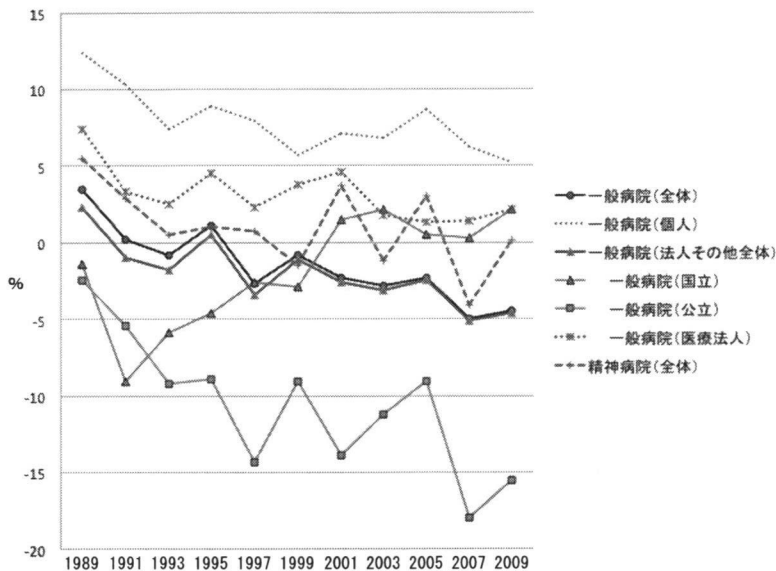
※1.60%（介護保険導入による医療費減少が生じた2000年を除いた変化率）  
資料：厚生労働省「国民医療費」

### 医業収益率の推移

民主党政権は医療費の対GDP比をOECDの平均並みに引き上げようとして、高い改定率を設定しようとした。しかし、まだまだ厳しい財政状況が続いており、政治家の気合いだけで出来る話じゃありませんから国民的合意が必要になるわけです。医療経済実態調査という年に2回実施されている調査があり、その中に図1に示した医業収益率の推移図というのがあります。

これは病院の収益の状況を示したもので、補助金を除いた医業によって入ってきた収入から医業によって発生した費用を引いた収益を収入で除した比率です。民間企業で言うならば、売上高

図1 医業収益率の推移



出典：医療経済実態調査

利益率です。一般病院全体でみると診療報酬を下げたりしているのが、だんだんと下がり、1995年以外は収益率が0%を切っています。

一般病院の個人病院は数が少ないのですが、収益率が一番高い水準にあります。一般病院の医療法人が二番目です。つまり個人病院は民間病院なので、個々の病院の収益率が0%を切る事があっても、平均で0%を切るという事はありえません。一番0%を切っているのが公立病院ですが、補助金で支えられていますから、赤字でも経営ができます。この中で、国立病院機構、昔の国立病院ですが、これだけは右肩上がりに上がっています。経営改善が進んだわけです。公立病院については様々な意見があります。非常に重要な政策医療を行っている為に、赤字になるんだという意見、マネジメントが非効率的であるから赤字になるんだという意見まで様々な議論があります。今は色々な改革案が出ています。2009年は診療報酬の改定率を少し上げましたので、収益率は良くなっています。特に大病院の報酬が増えたという事が、速報の結果に出てきております。

それから医学部入学定員の削減という事についても簡単に触れさせていただきます。日本の医学部は終戦後、GHQの命令によって新たに作る事が認められませんでした。当初は、戦中に医師を急速に増やしたので充足していたのですが、国民皆保険制が出来上がり需要が増えたため不足しはじめました。地域格差も大きかったので、一県一医大政策を作って、数年かけて医学部のない県を無くすという事をやったのです。当初は人口10万人当たり医師150人を目安として増加させたのですが、すぐそれはクリアされました。その後、医師過剰時代が来るという懸念が出てきました。当時の大蔵省などが、医者の数が増えれば医療へのアクセスが容易になるため、医療費が増えるという事を非常に懸念しました。また、経済成長も右肩下がりになったので、医師数の増加を抑制するために、医学部定員を減らしたのです。しかし、最近になって、やはり日本の医

師数は少ないので増やすべきだということになりました。そこで今回、医学部の定員を増やしていいということになったのです。

### 日本の勤務医の勤務状況

現在、OECD統計をみると、人口当たりの医師数は日本が最も低いのです。実際に医者勤務の厳しさを考える時に、勤務時間がどうなのかというのを見る必要があるわけです。厚労省の医政局が平成17年に医師の勤務状況の調査を行いました。私が知る限り、厚労省が持っているタイムスタディ調査では、これが直近のものだと思っております。

一週間当たりの勤務時間を全体（4077人）で見ますと、一週間63.3時間、最大152時間というのが分かります。男女の差（63.8時間・60.6時間）はあまりありません。診療科別に見てみますと、やはり外科（66.1時間）、産婦人科（69.3時間）、小児科（68.4時間）が高いですね。こういう長時間労働のところで若い医師が減っている。更に外科、産婦人科、特に産婦人科は訴訟が多い。産婦人科の訴訟の対策としては、補助金の制度などができてはいるのですが、まだしっかりとした仕組みではありません。

次に私が行った外科医の週平均勤務時間調査の結果を説明します。図2を見てください。卒業後の年数別に待機時間を含む週平均勤務時間と待機時間を含まない週平均勤務時間を表しています。待機時間は家にいても待機だと言う人もいますので、統計数値上少し多めにでてしまうのです。ポイントは、他の診療科の傾向も同じですが、若いうちは勤務時間が非常に長くて、だんだんと体力が衰えて管理職になってくると少なくなるという事です。そして若い医師が病院に入るときに、自分たちの先輩はこんな激務をしているのかという事で怖じ気づいてしまいます。しかし勤務環境を改善せよと言っても、なかなか次の外科医が集まらない。外科医の絶対数が少なくなっ

図2 外科医の週平均勤務時間

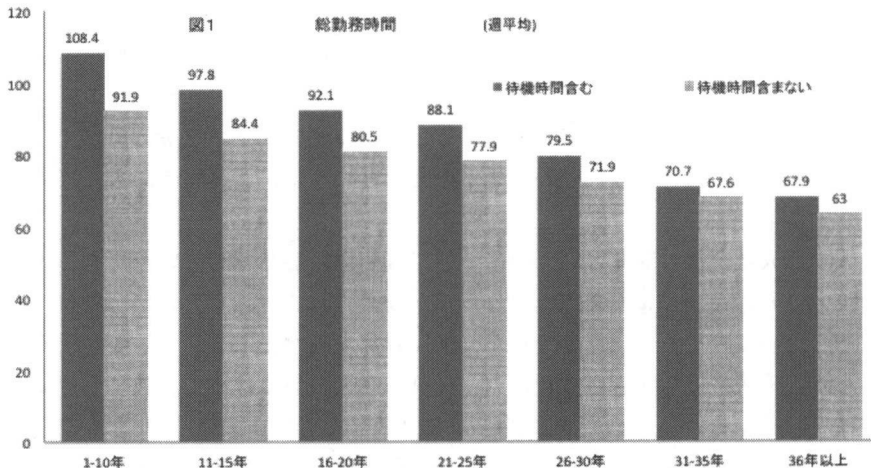


表3	総勤務時間							単位:時間
	1-10年	11-15年	16-20年	21-25年	26-30年	31-35年	36年以上	
待機時間含む	108.4(27.5)	97.8(27.9)	92.1(26.4)	88.1(25.2)	79.5(23.2)	70.7(21.9)	67.9(24.7)	90.1
待機時間含まない	91.9(19.1)	84.4(19.1)	80.5(19.2)	77.9(16.9)	71.9(14.7)	67.6(16.8)	63.0(17.2)	79.1
サンプル数	383	292	285	296	221	98	135	1744



ているのにどうするのかというのが現状です。ワークライフバランスを意識した若い医師がこの数字を見たら誰でも躊躇すると思います。

### 勤務医の環境改善対策

実は平成20年の診療報酬改定時に、病院の勤務医を何とかしなければいけないという事で、色々な施策をしました。医療政策は基本的に、二つのやり方があります。一つは医療法等の法律を変える方法です。医療法は、病院の様々な事について最低限の水準を決めるものです。次に診療報酬を変える事で医療機関の行動を変えていくという第二の方法がとられます。診療報酬がなぜ医療機関の行動を変えるかということ、単にお金を付けるだけでなく、このお金をもらうためには、算定要件とか施設要件を満たさないといけないという要件を付けるのです。これらを付ける事によって、報酬をもらうためにはこれこれの事をしなければいけません、という事になり医療機関の行動が変わるのです。と同時に、医療法を変えるためには、国会の審議をしなければいけません。診療報酬の改定は35兆円という大きな資金配分を決めながら、国会にかけないで大臣決定でいいのです。したがって、医療政策を誘導する上では、きわめて有効な方法で、政府も積極的に使ってきました。

そういう事で、平成20年には色々な事をやりました。中医協ではいったん価格を決めた場合にその効果がどうなっているかの検証を必ずします。全てについてはできませんから、重要なものを20ぐらい選んで検証します。その結果を見ますと、1年前と比較して医師の業務負担は改善していませんでした。どちらかという、悪化したと回答した医師が20.4%、医師責任者が20.9%でした。改善したと回答した医師責任者は4.4%、医師は4.1%でした。このように対策を少しとって良くはならなかったというのが現状です。

また、平成19年と平成20年の1カ月当たりの平均当直回数を見てみますと、救急は5.65回から少し下がって5.48回になっています。産科、婦人科も4.75回から4.51回に下がっています。下がっていないところもあります。全体的に当直回数は減っていますが、医師の数に対して需要が大きいところは忙しさが相変わらず続いている状態になっているわけです。

さらに、医師にとって負担が重いと感じる要因も調べました。結果から分かった事は、医療行為そのものよりも診断書の作成、主治医意見書、オーダリングでした。それから、検査・手術へのインフォームドコンセントなどが大変だという結果が出ています。実際にメインの仕事よりも、付随してくる諸業務に対して非常に負担感を感じていたのです。そこで、平成18年度に医師事務補助を診療報酬改定で入れました。これは医者が書く様々な書類を、ある程度トレーニングを受けた事務の人がやってもいいという内容です。元々やっていたのですが、平成18年からは事務の人がやった場合に診療報酬が付くという内容にしたのです。その効果があるかどうかを検証したのですが、今一つ改善が見られないという事でした。しかし、色々ヒアリングした結果分かったのは、制度はとていいのですが、金額が安すぎて事務員を雇えないという事でした。

### 医師不足対策について

医師不足対策として、日本医師会の勤務委員会は医師の養成数の増加、医学教育の見直し、勤務医の就業環境の改善、女性医師への支援、医療連携の推進、医師コメディカル等の業務変換の

再構築、最後に住民、患者と共に考える為の取り組みを提唱したのです。

これらの提案はそれなりに合理的なので、医師の養成数を増やす事になりました。それから、医学教育の見直しや勤務医の就業環境の改善は、勤務医の就業環境が良くなる可能性があるのです。従来、当直は休んでいることもあるので勤務として扱われなかったのです。しかし、現実には当直期間中に患者を診ているという事がありますから矛盾が生じます。法的な保護という点からみれば、看護師の方が、遙かに守られています。医師の方が守られていないという事は明確です。医師の場合は1日仕事して、当直をして翌日そのまま家に帰らずに、もう一回夜まで働くというのが通常行われるわけですが、看護師でそのようなことをすれば労働基準法違反なのでそういう事はないのです。そういう問題があるので、勤務医の就業改善をはかるうえでワークライフバランスが重要になるわけですが、外科医や産科医が不足しているという事、診療報酬が高くないという中で、実現する事は難しいという気がします。

それから女性医師への支援という事もあります。女性医師はかなり増えましたが、現在フルタイムで働いていない人が増えています。医師ですのでパートで働くと時給が高くて時間もとれて良いように思われがちですが、医師としてのキャリアアップには繋がりません。また生涯賃金や年金などを考えると、パートタイムで働く事が果たしていい選択なのかどうか、というところもあるわけです。女性医師がこれだけ増えるという事は考えてない制度設計だったのです。

それから医療連携ですが、特に急性期の大病院の中に、いつまでも患者さんがいる事がないように、或いは大病院に患者さんが集中しないように、診療所等との連携を強めるという事は、元々の国の施策の中にありました。それから、医師コメディカル等の業務分担については、医師や看護師や事務職員の各業務を見直して再構築し、場合によってはその権限を少し変えていこうという話です。

住民との関係では、どんな時でもすぐに救急車を使って救急に来る、軽症患者が救急に来るとい問題があります。平成22年の診療報酬の改定で議論したのですが、軽症患者が救急車を使用した場合、少し高い料金を自己負担してもらったらどうか。これによって、安易な救急車利用を無くそうと提案しましたが、診療側は賛成でした。ですが、支払い側の人達や労働組合は、軽症かどうかは本人にはわからないという事で同意を得られず流れてしまいました。

入院医療の報酬を高めるために、病院側は1日当たりの入院基本料を上げたいという要望もありました。財源がないので、入院基本料全体を上げることはできませんでしたが、14日間以内で退院すれば、1日に4280円を4500円にあげるとい事にしました。この様な形にして急性期の病院を少しでもサポートしようとしています。それから、看護師が看護業務に専念できるように、看護職員でなくてもできるような仕事は、看護職員でない人が行った場合にもお金を出すといったような基準もあります。

### 勤務医負担軽減の算定要件とは

病院の勤務医の負担を軽減するための体制を評価する算定要件というのを設けました。内容としては、①勤務医の勤務状況について具体的に把握している事、②勤務医の勤務状況や負担を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置する事、③役割分担の推進のために多職種からなる委員会等を設置し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係わる計画の策定時や評価時、その他

必要時に開催している事、④勤務医負担軽減計画について先進的な取組事例を参考に、具体的な取組内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、地方厚生局長に提出する事、⑤内容の達成状況について、年1回地方厚生局長等に報告する事です。つまり、①から⑤までの要件を満たしていれば、入退院調整加算、医師事務作業補助加算、ハイリスク分娩加算等がとれるというかたちにしたのです。要するに、勤務医の働きについて、目配りして対策を打ちなさいという事を算定要件にからめたのです。

そのなかの医師事務補助体制加算は、医者に対する事務補助に人を使った場合には報奨を出すというものです。それに対して点数をもう少し上げていこうという事も検討しました。この制度は非常に喜ばれているのですが、それでも人を雇えるほどの金額ではないという事です。また、退院調整加算については、急性期病院から早期に退院できるよう退院調整をした場合、報酬がつくというものです。介護支援連携指導料というのは、要介護者が急性期病院に入院すると、ケアマネージャーが介護までのプランを作成することに報酬を出します。いずれにしても、急性期病院から診療所、或いは介護施設への一連の流れがスムーズに行けば、急性期病院の勤務医の負担を軽減させる事に繋がるだろうと思われています。ただ診療報酬というのは非常に限られた財源の中で配分を決めております。しかも要求は山のようにあります。せっかく加算をつけても、事務補助加算を雇えない等の様々な問題が出てきます。

当然、ワークライフバランス的な発想がないと、医師が多分来てくれなくなるでしょう。特に若い人がそうです。しかしそれを実施すると、お金が必要になり、人も雇わなければなりません。しかし医療者は資格職業です。マンパワーや予算が限られている中で、どうしたらいいのか。私自身もよくわかりません。そういう非常に厳しい状態に入っているという事です。これで私の話を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。