

安心して住み続けられる 地域医療を実現するために



医師不足が大きな社会問題になっています。診療科の閉鎖、病床の縮小、救急医療体制の後退などが相次ぎ、同時に、勤務医を中心に多くの医師が過酷な過重・過密労働をしいられています。

地域医療を守る砦としての役割を果たしている自治体病院も深刻な医師不足に直面するとともに、政府の低医療費政策のもとで経営悪化がすすみ、効率最優先の経営形態への見直しや再編・統廃合のうごきが急速にひろがっています。

自治労連は、住民の命と暮らしを守ることを使命とする自治体労働者の労働組合です。住民や医療関係者のみなさんと力を合わせ、地域医療の崩壊を食い止め、健康で安心して住み続けられるまちづくりを実現するために、私たちは提案します。

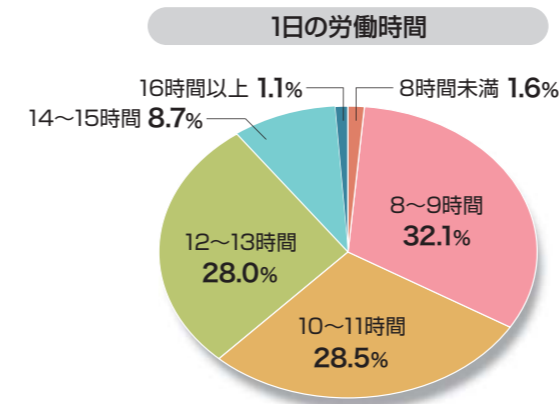
自治労連・日本医労連「医師の労働実態調査」(2007年)より

勤務医は激務、健康破壊や過労死も

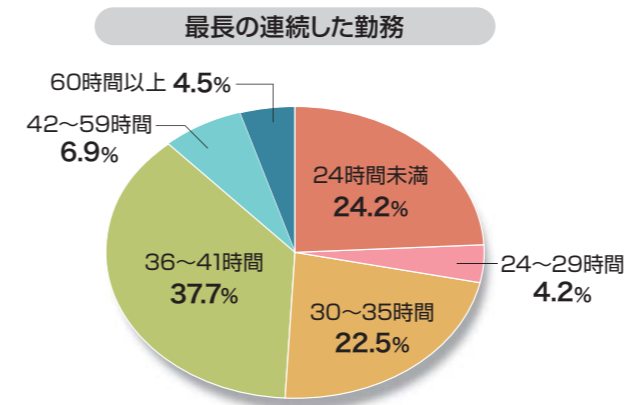
自治労連が日本医労連と共同して行った「医師の労働実態調査」(1,355人回答/2007年)により、過労死まで引き起こしている勤務医の深刻な労働実態が明らかになっています。

週の労働時間は、平均59時間。 眠る間もない32時間の連続勤務

1日の労働時間の平均は10.6時間で、12時間以上が38%にのぼり、週の労働時間も平均は58.9時間、65時間以上が34%となっている。



最長の連続した勤務時間は平均32.4時間。連続勤務日数は平均18.3日。睡眠時間も取れず、休みも取れない勤務医の超長時間労働が常態化している。



3割の医師が、月80時間以上の 「過労死ライン」の超勤

医師の時間外労働の平均は、月62.9時間。3割を超える医師が、過労死ラインの80時間以上。

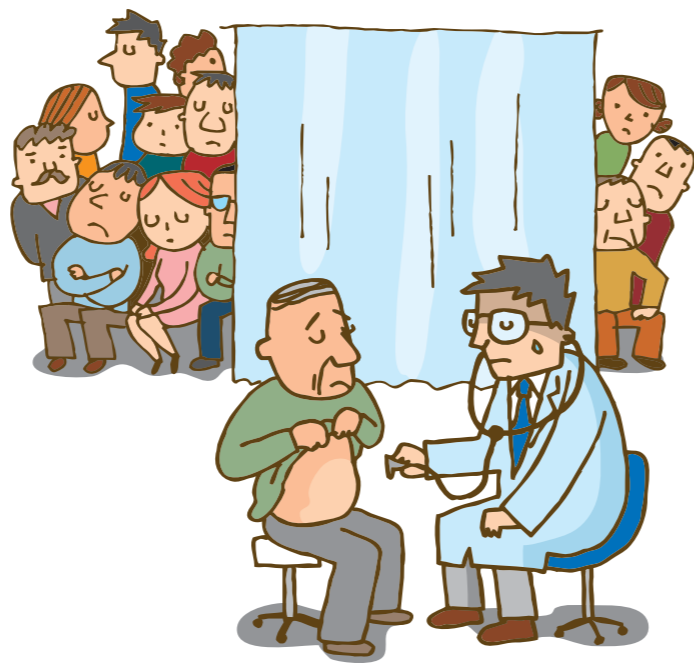
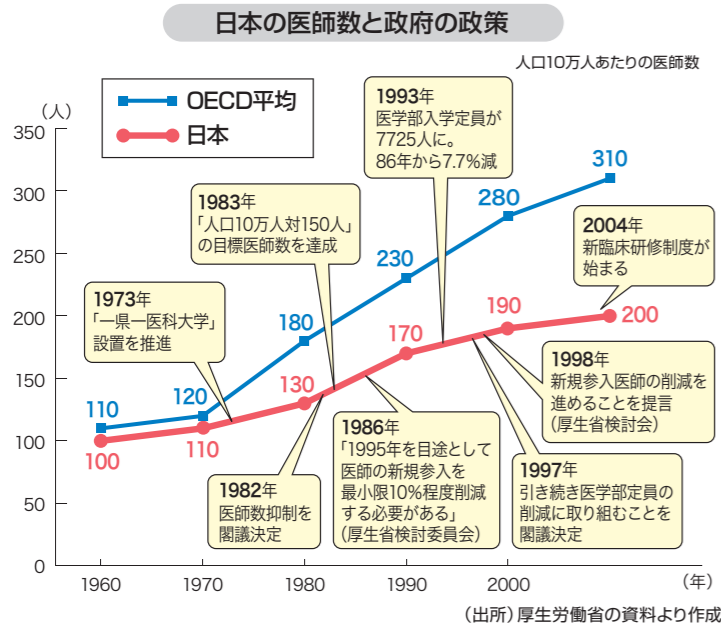
医師の過労死による労災認定状況

- 茨城の外科勤務医(29歳) 過労自殺(92年4月)
→ 労災認定(2005年)
- 山梨の産婦人科勤務医(35歳) 過労死(95年)
→ 労災認定
- 千葉の小児科女性勤務医(43歳) 過労死(97年)
→ 労災認定(98年)
- 大阪・関西医大の研修医(26歳) 過労死(98年)
→ 労災認定、最賃保障(05年)
- 神奈川の整形外科勤務医 過労死(98年)
→ 労災認定(03年)
- 東京の小児科勤務医(44歳) 過労自殺(99年8月)
→ 労災認定(07年3月)
- 東京の部長医師(53歳) 過労自殺(99年9月)
→ 公務災害認定(04年)
- 神奈川の公立医大の研修医(30歳) 過労自殺(00年9月)
→ 労災認定
- 沖縄の嘱託医(30歳) 過労死(01年1月)
→ 和解勝利(05年)
- 福岡の内科勤務医(43歳) 過労死(01年6月)
→ 労災認定(06年)
- 北海道の小児科勤務医(31歳) 過労死(03年10月)
→ 労災認定(07年2月)
- 東京の離島診療所の歯科医師(51歳) 過労死(04年5月)
→ 公務災害申請中
- 奈良の内科勤務医(26歳) 過労死(04年)
→ 労災申請中
- 京都の外科勤務医(44歳) 過労死(04年5月)
→ 労災認定(06年8月)
- 東京・日大の女性研修医(26歳) 過労死(06年4月)
→ 労災認定(07年2月)

医師不足の原因は「医療費抑制」と「養成数削減」

医師不足などによる地域医療の崩壊を招いた原因は、政府がこれまでとってきた医療費抑制政策とそれに伴う医師養成数の抑制にあることは明らかです。

医師不足を解消し、安心して住み続けられる地域医療を実現するためには、国民生活の実態に見合った医療費を確保し、医療の経済性・効率性のみを追求する政府の医療政策を改める必要があります。



医師不足をどうみるか？

現在の深刻な医師不足は、医師の絶対数の不足(絶対的不足)を背景に、地域偏在、診療科偏在、勤務医不足(相対的不足)などの不均衡が絡まり合い、地域により、また診療科により、複雑な様相を呈しています。

これまで、地域における医師不足を議論する指標として、一般的に「人口10万人当たりの医療施設従事医師数」が用いられてきましたが、現在の医師不足問題を正確にとらえるためには、これに「病床100床当たりの病院勤務医師数」、「都道府県内の病院勤務医偏在比」という指標を付け加える必要があります。

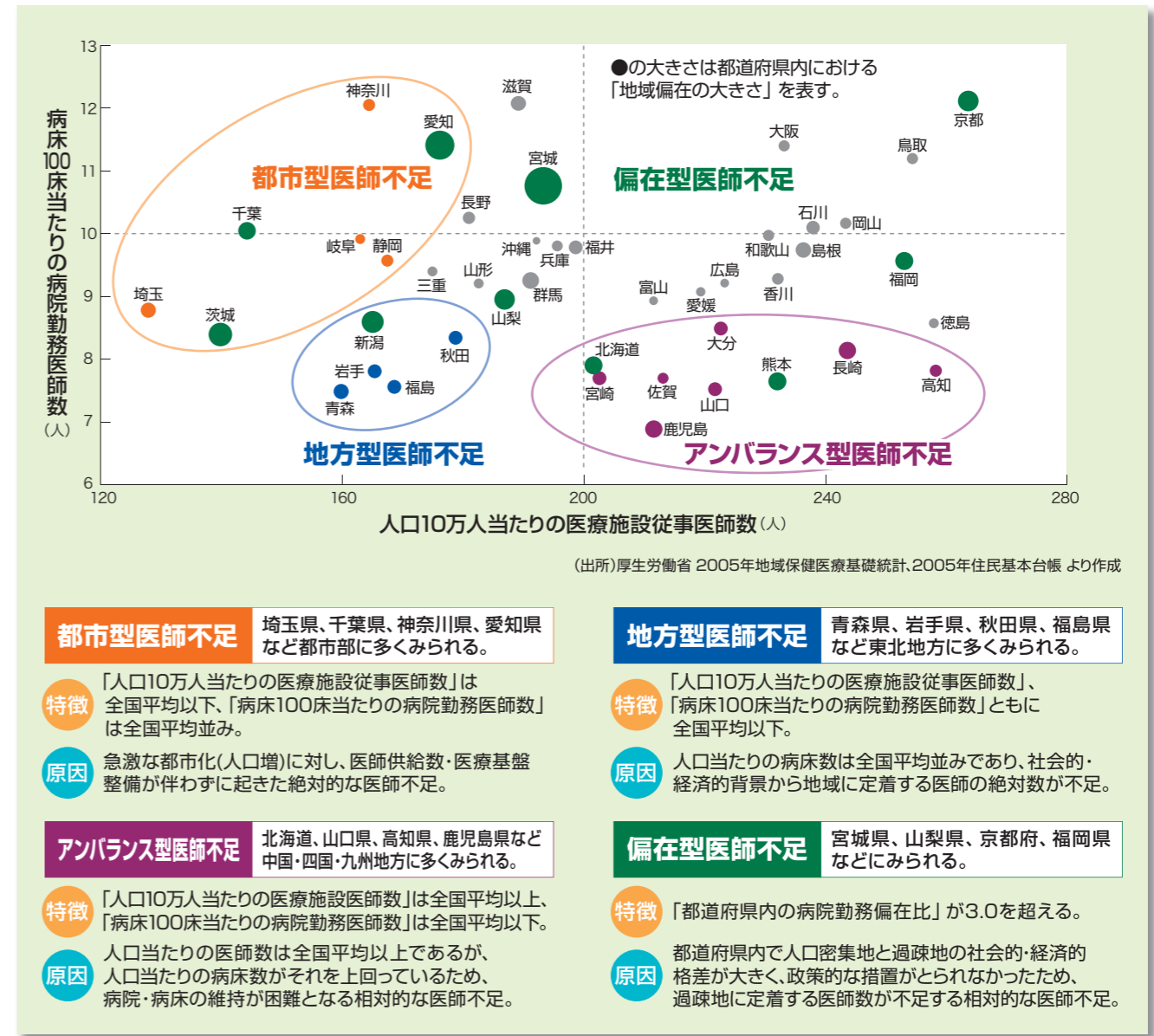
医師不足の3つの指標

- 人口10万人当たりの医療施設従事医師数**：地域の潜在的患者数に対する医師の絶対数を反映する。
- 病床100床当たりの病院勤務医師数**：病院や病床を維持するために特に重要な指標で地域の医療水準や勤務医の労働環境などを反映する。
- 都道府県内の病院勤務医偏在比**：偏在比=2次医療圏の病院勤務医の「最大医師数」/「最小医師数」として算出した。この値が大きければ、都道府県内での医師の偏在が大きいことを意味する。

医師不足にみられる4つの類型

先に示した3つの指標から、医師不足の形態は次の4つの類型に分類されます。

この4つの類型は、医師不足を招いた原因や医師不足が地域医療に与える影響が異なるため、それぞれの実態に見合った医師不足対策が必要です。



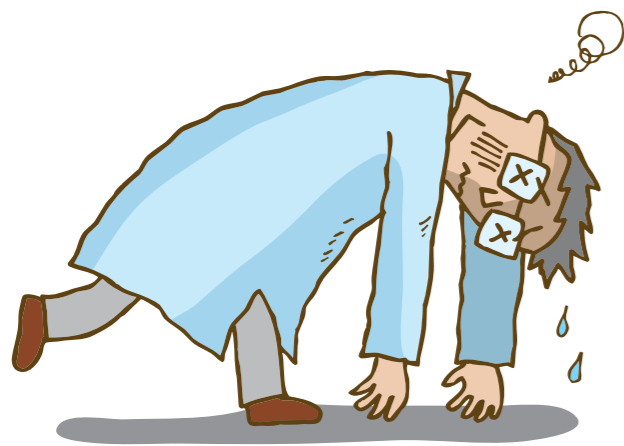
医師不足の解消に向けて

今から医師養成数を増やしても、その効果が現れるまでには最低10年の年月を要します。養成数を増やすことは「医師の絶対的不足」を解消するためには必要ですが、現在の医師不足を解消する即効的な手段とはなり得ません。したがって、医師養成数を増やしつつ、その効果が現れるまでの間は種々の偏在を政策的誘導によって解消し、危機的状況を回避することが重要です。

「自治労連の提言」は、医師の絶対数不足を解消するための「中・長期的な施策」と、偏在を解消し即効的な効果が期待できる「短期的な施策」の2つの柱から構成されています。また、憲法25条に規定される「生存権」をすべての



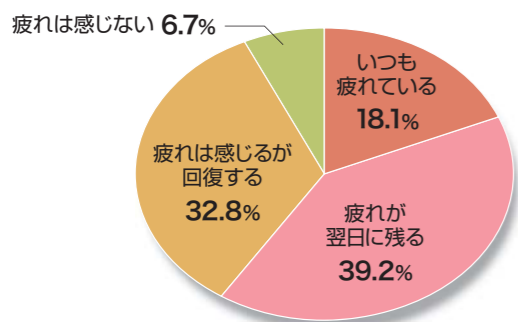
国民に対し平等に保障し、安心して住み続けられる地域医療を実現することをめざしています。



4割以上が「健康不安・病気がち」。 9割以上が「疲労を感じる」

健康状態では、4割以上の医師が「健康不安」「病気がち」とこたえ、特に50歳代に健康不安を訴える医師が多い。また9割以上の医師が疲れた状態で、特に30～40歳代の医師が深刻。

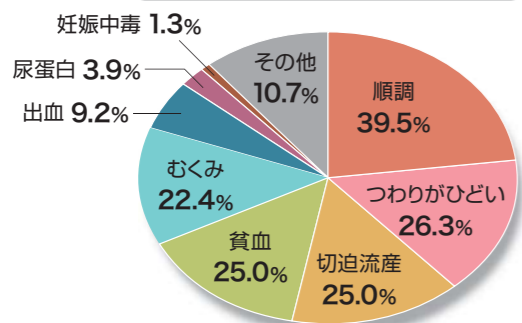
疲れの状態と回復状況



女性医師(出産経験者)の6割が 「妊娠時の異常」を経験

女性医師で、「生理休暇が取れない」97%。出産経験者の妊娠時の状況も「順調」は23%で、大半が妊娠時の異常を経験している。

妊娠の状況(出産経験者)



8割が「休憩がとれない」。 宿直明けもまた勤務

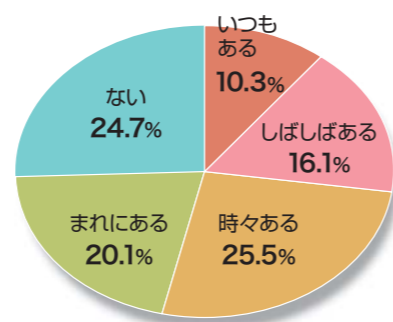
休憩時間が「まったく取れない」「あまり取れない」医師が8割近くにのぼる。前月休んだ日数がゼロの医師は28%。また、1年間の年休取得日数ゼロが29%もいる。

医師の8割が「宿直明け後も勤務」。通常の8時間勤務に続いて16時間の宿直勤務を経て、さらに通常の勤務に入る32時間勤務を、8割以上の医師が月3回ほど行っている。

5割以上が「職場をやめたい」。 9割の医師が「医師不足」を感じている

5割以上の医師が職場をやめたいと考えており、「医師不足」を感じている医師は89%に達している。

「職場を辞めたい」と思うこと



医師確保のため、 賃金・労働条件の改善は不可欠

医師確保・退職防止のために、「賃金や労働条件の改善」を求める声が85%で最も多く、次いで「診療科の体制充実」50%、「看護師・などを充実し医療体制アップ」44%、「医療事故防止対策の充実」41%、「国や自治体、大学の対応の改善」39%の順となっている。

「勤務医不足の要因は過酷な労働環境」

日本病院会調査

「日本病院会の勤務医に関する意識調査」(5,635人回答/2006年)でも、61%の医師が勤務医不足の要因として過酷な労働環境を指摘し、77%の医師が増員を求めている。

自治体病院は 地域医療を守る砦です。

とりで



政府・総務省は、自治体病院など公立病院の経営構造を「改革」するために、「経営効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」を柱とするガイドラインを07年内に策定し、08年度から自治体などに実行を求めるとしています。

「採算」「効率」ばかりでいいの？

自治体病院は全国に約1千ありますが、その3分の2以上が赤字経営となっています。この背景には、診療報酬の引き下げや政府の低医療費政策などに加え、不採算医療を担っていることに対する国の財政措置が削減されてきていることも影響しています。

政府は「民間的経営手法」の導入を自治体に迫り、自治体病院では、地方独立行政法人、指定管理者制度、PFIなど経営形態見直しの動きが全国ですすんでいます。

住民にとって必要な医療の提供を使命とする自治体病院の効率最優先への傾斜は、医療への国・自治体の

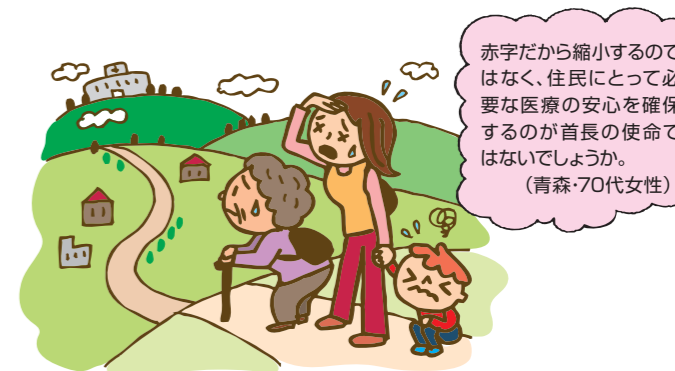


責任・役割の後退、住民への負担増や医療水準の低下をもたらすことが懸念されます。

身近な病院がなくなる？

総務省は、医師確保や効率化推進の方策として、自治体病院の再編・ネットワーク化をすすめています。これは、広域医療圏で中心となる病院(中核病院)に医師を集約し医療機能を充実させる一方、その周辺の病院は医療機能を縮小し、後方支援病院・診療所にするというものです。

再編・ネットワーク化は、中核病院のある地域の住民には恩恵を与えますが、縮小される地域の住民にとっては医療水準の後退となり、地域間の医療格差を助長することになります。住民不在で再編・ネットワーク化を



すすめるようなことはあってはならず、地域医療のビジョンを住民とともに考えていく必要があります。

自治体病院つぶしにつながる「財政健全化法」

2007年6月、「地方財政健全化法」が成立しました。財政の健全化を四つの指標ではかり「早期是正」の制度を導入したことが特徴です。その指標の一つに自治体病院会計との連結が入れられ、地域医療をささえる自治体病院が赤字で、連結の指標が悪化すると、国の統制を受けることになりかねません。そのため自治体は、赤字の自治体病院の運営から撤退する方向に向かわざるをえなくなります。

住民の命や暮らしを守る公営企業の役割をきちんと

と評価させるとともに、地域医療をささえる自治体病院に対する財政支援の強化や医療制度の改悪を見直す必要があります。



医師不足解消・地域医療再生に向けて(案)

深刻な医師不足を打開し、安心して住み続けられる地域医療を実現するために、日本自治体労働組合総連合(自治労連)は「医師不足解消・地域医療再生に向けて(案)」を提言します。

医療政策の転換

現在の「深刻な医師不足」、「地域医療の崩壊」を招いた原因は、これまでの政府の医療政策の誤りにあり、これを抜本的に改めるため、以下に示す医療政策の転換を求める。

- 1 「医療費抑制政策」を改め、国民生活の実態に見合った医療費の水準を確保すること(国民医療費対GNP比10%の確保を目標とする)。
- 2 医師不足を招いた「医師数抑制政策」を撤回し、絶対的な医師不足を認め、医師養成数を抜本的に増やすこと。
- 3 医療の経済性・効率性のみを追求することをやめ、社会的弱者に手厚い医療制度を実現すること。



医師不足の解消

すべての国民が平等に医療を受けられるよう2次医療圏単位で、「人口10万人当たり医師180人以上、病床100床当たり医師11人以上」の配置を早期に実現すること。

国民の約75%が自らの居住する医療圏内で受療行動を完結していることから、これまでの「都道府県を基本単位とした地域医療」という考え方を改め、国民にとってより身近な2次医療圏を基本単位として地域医療を考えるべきである。

必要医師数の算出にあたっては、従来の「人口10万人当たりの医師数」という概念に加え、病院の維持・医療水準の確保にとって重要な意味をもつ「病床100床当たりの医師数」を指標として付け加える必要がある。「人口当たりの医師数」と「病床当たりの医師数」の両指標で、医師数が満足できる水準に達してこそ、はじめ

て良質な医療を安定的に提供できる地域医療体制を創り上げることが可能となる。

「人口10万人当たり医師180人以上」の数的根拠は、過酷な勤務状況にある現職医師の声を反映したものであり、「病床100床当たり医師11人以上」の数的根拠は、現行の医療法における医師の配置基準から算出したものである。

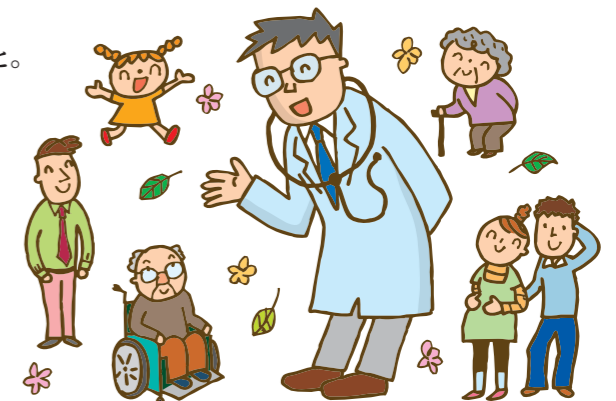
この目標を実現するため、以下に示す【中・長期的な施策】(実施後、10年以降に効果が期待できる施策)と【短期的な施策】(実施後、数年で効果が期待できる施策)に分けて提言する。

中・長期的な施策

- 1 医師養成数の増加を図り、安定した医師供給体制を実現すること。
 - ① 医学部入学定数を最高時(1981年)の8,360名(現在より735名増)まで拡大すること。
 - ② 拡大した定数に対して必要に応じ、地域医療従事者(地域枠)を設定し、入学者に対し奨学金制度などを活用して就学支援を行うこと。また、実現に向け国が積極的な財政支援を行うこと。
 - ③ 自治医科大学の入学定数を大幅に増加すること。
- 2 国が主体となり都道府県と協議のうえ、2次医療圏単位での医師需給計画を策定すること。また、医師需給計画の実現に向け、都道府県に対し支援・指導を行うこと。
- 3 医学部に地域医療を専門とする講座を新設し、地域医療に関する教育・研修を充実させること。また地域医療教育を通じて、将来、地域医療を総合的に担う(プライマリ・ケア)医師の育成に力を注ぐこと。

短期的な施策

- 1 都道府県を単位とするドクターバンクおよびドクタープールを設置し、医師派遣システムを早急に構築すること。また、その実現に向け、国が積極的な財政支援を行うこと。
- 2 医師不足の引き金となった「新臨床研修制度」の大幅な見直しと、財政支援を行うこと。
 - ① 研修医の地域偏在を解消するため、研修定数の見直しを行うこと。
 - ② 研修先の選択法として「ブロック内選択制」の導入を検討すること。
 - ③ 研修カリキュラムに「地方における地域医療研修」を取り入れること。
 - ④ 地方における臨床研修機関の体制を強化すること。
- 3 医師不足(不採算・医療過疎)地域および医師不足診療科に手厚い診療報酬制度を導入すること。
- 4 すべての診療科、すべての医療行為を対象とした「無過失補償制度」を早期に実現すること。
- 5 病院勤務医の勤務実態を公的責任において早急に調査し、労働基準法を遵守した「働きやすい・働きがいのある職場環境」を整備すること。
 - ① 院内保育所など院内施設の整備・充実を行うこと。
 - ② へき地診療に従事する医師のバックアップ体制を充実すること。
 - ③ 自治体病院において勤務実態に即した賃金を保障すること。
- 6 休職・離職中の医師の復職支援を公的責任において行うこと。
- 7 地方を中心とする医師不足地域で必要医師数が確保されるまでの間、一定年限の地方勤務の義務化を検討すること。



地域医療の再生

- 1 医療におけるナショナル・ミニマムの保障を公的責任において行うこと。
 - ① 地域医療・不採算医療を支える自治体病院に対し、財政支援を充実させること。
 - ② 看護師をはじめとする医療スタッフの養成数を拡大し、医療機関において安全でゆきとどいた医療を提供できる人員配置を行うこと。
 - ③ 医療機関が安全な医療を提供できる人員を配置できるよう診療報酬の改善・引き上げを行うこと。
 - ④ 経営効率最優先、医療費抑制を目的とした公的医療機関の統廃合・廃止および病床の削減を行わないこと。
 - ⑤ 地域実態を無視した療養病床廃止・削減計画を中止・見直すこと。
- 2 保健・福祉・医療を一体的にとらえた住民参加型の行政運営を行うこと。健康で安心して住み続けられるまちづくりのため、住民・自治体・医療関係者の英知を結集した地域医療政策づくりをすすめること。