

特別シンポジウム Let's make a good environment for us !

—司会の言葉—

島 博 基

兵庫医科大学泌尿器科

日本の医療費総額は1億人に対して約30兆円強である。米国では1億人に対して約50兆円強の医療費であることを考えると、この20兆円の差はわれわれ医療人の献身的奉仕によるものであることを示唆している。大学に勤める医師は、教員としての給料を貰っているが、病院での医療行為に対する報酬はない。一般病院に勤める医師は泌尿器科医で言えば年の収益は1人あたり1億円強あるのかかわらず、給料に見合わない厳しい環境で働いている。大学でも、病院でも若手から中堅の外科系医師は土日に関係なく、夜遅くまで働いている。開業医の先生方も保険点数における技術料および対治療行為の単位時間あたりの報酬が低く、相当の患者数を診療しないと医院経営がなりたない。しかも、日夜懸命に働き続けている中で、ありとあらゆる医療行為が高額の民事裁判、時には刑事裁判の対象となっているといつてよい。今こそ現在の外科系医師の環境について真剣に考えるべき時であると思う、冠テーマの“Let's make a good environment for us !”の特別シンポジウムを企画した。命を預かる聖職者として患者のQOLの改善に真剣に取り組むことは医師の使命であるが、このシンポジウムでは私たち自身のQOLを一度振り返ってみる。すなわち現在の私たちの働く環境における問題点を洗い出し、本音に基づい

た改善策を今後提案する第1歩としたい。このため問題点の分析には業務分析手法を取り入れた。この客観的事実に基づく結果を提示し、シンポジストの先生方に実際の経験のエピソードを織り交ぜながら、問題点と改善点を指摘していただくことになった。このため本シンポジストには、第一線で臨床的に活躍されている先生にご依頼申し上げて、快諾を得た。このシンポジウムが厚生労働省と世間に、私たちが働いている本当の環境を理解していただくための大きな転回点になることを期待している。われわれはベアトリーチェに導かれ、ダンテ アレグリエールの神曲にある煉獄山から抜け出すことが可能か。本当によい働く環境をつくれるのか。本シンポジウムは実はすべての先生方に聞いていただき、一緒に改善点を明らかにしていきたいと心から祈念する。

大学病院、市中病院における 医師の労働状況

山 本 新 吾

兵庫医科大学泌尿器科

国立大学および市中病院に勤務する22人の医師を対象に行ったアンケート結果を報告する。対象は、医師経験年数5年以下が9人、6～10年が7人、11～15年

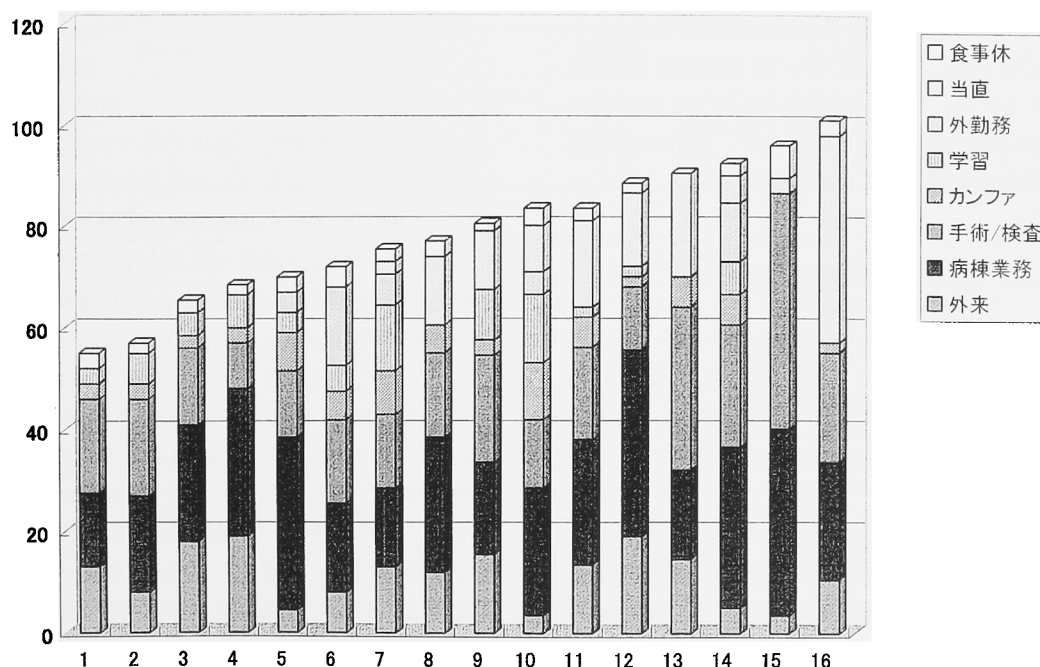


Fig. 1. 国立大学および市立病院の医師の勤務状況.

が5人、16年以上が1人であった。

1週間の勤務状況を質問したところ、16人の医師が過去1週間の勤務状況を提出した。1週間の労働時間60時間未満は2人、60時間以上80時間未満は6人、80時間以上は8人で、最高は101時間であった (Fig. 1)。すなわち半数の医師が1週間で40時間以上の時間外勤務をしていることになるが、一方、1週間に認められている時間外勤務手当については、22人中7人は支給なし、10時間までは6人、20時間までは2人、30時間までは2人、40時間までは1人で、制限なしと答えた医師は2人のみであった。長時間にわたる超過勤務にかかわらず、時間外勤務手当が「支給されない」「10時間までに制限されている」と答えたのは、大学病院勤務の医師であろうと推察される。また、午後2時までに昼食が取れるのは1週間のうちおおむね2～3日のみであり、約半数の医師が「昼食に20分以上は割けない」と答えた。

休診日にかかわらず患者との面談やその他の医療行為のためにやむを得ず病院に出勤する日数は、1カ月のうち、2日以下は1人、3～4日は10人、5～6日は6人、7～8日は3人、9～10日は2人で、休日勤務の拘束時間は約4.3時間だった。これらのアンケート結果が事実であれば、医師にとって週休2日制度はあくまでも外来診療が休診になっているという見かけだけのものであり、病棟医としては休日らしい休日も取れず、ほとんど無給に等しい労働力を提供していることになる。

実際の日勤帯の診療内容では、患者の脱衣着衣の手伝い、薬剤搬送、採血管の準備、一般点滴の作成・整列など、おおよそ医師の主たる業務とは考えられない業務を主に医師が行っている病院が約10～30%の病院に認められた。この傾向は17時以降の時間外にはより一層顕著になった。手術室において17時以降には看護師が帰宅するため、医師が看護師のかわりを務めなければならない病院は約40%に見られた。これらの業務が医師の労働を過酷にしている一因でもあったと考えられた。

大学病院の実態報告

伊 藤 哲 之

京都大学病院泌尿器科

大学病院勤務医の過酷な労働環境の実態と、多少なり改善できた成功例として、われわれの施設の状況を報告する。

2003年までは、緊急入院患者の食事は研修医が取りに行く、車椅子移動の半分は医師がする、緊急時でも採血検査点滴はすべて医師だけの仕事、病棟でのレントゲンは撮影から現像まですべて医師がする、定期以外の内服は医師が病棟薬局へとりに行くなど、「医

師って専門技術職だったはずでは？」と嘆いた。

しかし2004年春には研修医がいなくなる逆境を制度改革のチャンスと考えコメディカルと交渉を重ね、ポーター（薬剤など）が配備され、採血、危険のない薬の静注、尿道バルンの吸引は看護師、緊急検査室に技師常駐、放射線技師による出張レントゲン撮影が可能となり、ようやく医師が多少は専門技術職としての仕事ができるようになりつつある。しかし、現状はまだだで、患者のことを真剣に考える事（医療の質を上げること）で発生した新たな仕事は、他の職種がそっぽ向けば医師がせざるを得ない（これを「善良なものいじめ」とわれわれは呼んでいる）。外来は3つのブースに看護師1人で、若い医師が付けないときは、教授でも診察後に患者の衣服を自分で着せている。

高度な医療を提供することを義務付けられ、過酷な仕事環境の大学病院で勤務する教員（医員、研修医以外）の給料だが、大学他部局の教員と本給の給与体系は同じもので、「教育職」俸給表が適用され薄給で、ドラマ「白い巨塔」とは大違いである。医師損害賠償保険に入らざるを得ないという医師が背負っているリスクさえまったく考慮されていない。

つまり日本の大学病院勤務医は、収入は悪く過労気味で、医師の良心とプライド（赤ひげ精神、医は仁術、高い志）だけでひたすら頑張っているのが現状である。大学病院勤務医に対しても欧米に劣らない仕事環境、病院体制を整えなければ、もはや優秀な人材は集まらない。保険制度の改革なども叫ばれているが、日本政府は勤務医の待遇を下げることで、安い医療を提供するつもりなのであろうか。

市中病院と大学病院の労働環境の相違点

岩 瀬 豊

加茂病院泌尿器科

市中病院と大学病院の現状を調べて労働環境の違いを検討することにより今の問題点を探ってみた。大学病院（4大学）とその関連病院の泌尿器科医にアンケート調査を依頼し、回収の結果大学病院38名、市中病院62名（内訳国公立病院30名、私立病院32名）の計100名から回答を得た。「現在の勤務状態に満足しているのか？」の質問に対して大学病院で60%、市中病院で30%の医師が不満あるいはやや不満と回答した (Fig. 2)。この違いが何に起因するかを探るため、コメディカル（外来・病棟・手術室看護師、事務職、検査技師、放射線技師）の医療業務に対する協力性について質問した。その結果、すべての職種において大学病院のほうが市中病院に比べて協力性は低いと回答した。時間外では両病院とも協力性は低下傾向にあり、特に大学病院の手術室看護師において著明であった。

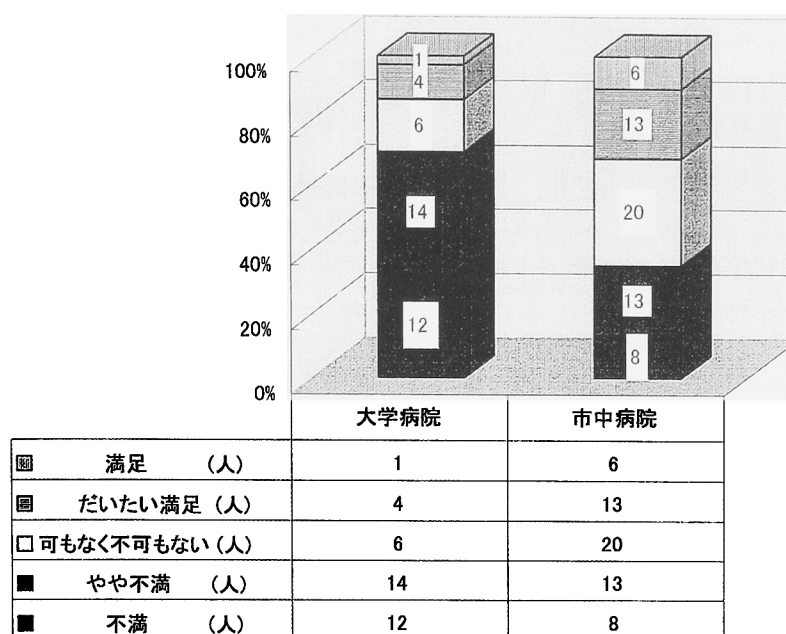


Fig. 2. われわれは現在の勤務状態に満足しているのか

これは17時以降手術室内から清潔看護師がいなくなるという世間に知られていない、信じがたい現実への不満の現れと考えられた。次に医師の待遇について質問した。報酬においては給料、時間外手当ともに大学病院のほうがよくないと回答した。「今の病院で一番変わってほしいことは？」の質問に対しては、大学・国公立・私立すべての病院で給料のアップ、泌尿器科医の増員があげられ、大学・国公立病院ではコメディカルの労働意欲が上位にあがっていた。最後に大学・国

公立・私立すべての病院に勤務したことのある医師に対して「一番仕事がしやすかった病院」「一番仕事がしづらかった病院」「最終的に勤めたい病院」を尋ねた (Table 1)。一番仕事がしやすく最終的に勤めたい病院は私立病院であり、理由はコメディカルが協力的であるからであった。一番仕事がしづらいのは大学病院でコメディカルが協力的でないからであった。以上の結果からコメディカルの協力態勢を作ることがわれわれにとってよい労働環境を得る上で一番大切なこと

Table 1. 大学・国公立・私立すべての病院を勤務して (59人 重複回答)

a 一番仕事がしやすかった病院は？ その理由 (上位3)

大学病院	回答数	国公立病院	回答数	私立病院	回答数
スタッフが多い	1人	コメディカルがよく働いてくれる	15人	コメディカルがよく働いてくれる	30人
看護師が熱心	1人	時間的余裕がある	3人	仕事に関する意向がとおりやすい	4人
時間的余裕がある	1人	雑用が少ない	2人	医師としての仕事が十分できるから	4人

b 一番仕事がしづらかった病院は？ その理由 (上位3)

大学病院	回答数	国公立病院	回答数	私立病院	回答数
コメディカルが働かない	31人	コメディカルが働かない	3人	コメディカルが働かない	2人
雑用が多い	12人	労組の問題や変化に対する対応が鈍い	1人	泌尿器科の入院枠が少なく、病棟側の対応が悪い	1人
勤務時間がはっきりしていないし長い	5人	仕事量・内容が事務評価に反映されない	1人	看護師に専門性がない	1人

c 最終的に勤めたい病院は？ その理由 (上位3)

大学病院	回答数	国公立病院	回答数	私立病院	回答数	開業	回答数
研究活動ができるから	3人	コメディカルがよく働いてくれる	6人	コメディカルがよく働いてくれる	16人	自分の考え通りの医療が可能	2人
先端治療にたずさわれる	1人	楽だから	4人	努力が認められる可能性が高い	7人	患者と十分な時間がとりやすい	1人
難しい手術が集まるのでやりがいがある	1人	大学のような診療外の仕事がなく合理的に働ける	2人	給料が高い	6人	定年がない	1人

と考えられた。

泌尿器科医が働きやすい 環境を確保するために

黒田 秀也

泌尿器科くろだクリニック

他のシンポジストの先生方の発表から、多くの勤務医の過酷な勤務実態が改めて明らかになった。それらの結果に基づき、勤務医が働きやすい病院の条件を列举してみる。1) コメディカル スタッフが優秀、2) 十分な数の優秀な泌尿器科医が揃う、3) 医療機器が揃っている、4) 報酬が高い などである。このような条件の整った勤務環境の実現を阻んでいる最大の要因は、診療報酬の絶対的不足であると考えられる。

日本の医療費は国民1人あたり米国の半分に過ぎず、GDP比で先進国中最低レベルにある。これを引き上げなければ医師の待遇改善は期待できないが、2006年4月の医療費改正で診療報酬の3.16%引き下げが決定している。

したがって、今後は一層限られたパイを奪い合うことになり、医療費をいかに公平に分配するかが重要となる。しかし、レセプトベースでわずか2%にすぎない泌尿器科の診療行為は、残念ながら正当に評価されているとは言えない。慢性疾患指導管理料は、高血圧、糖尿病などの内科疾患にしか認められておらず、腎摘出術の点数が15分で済む眼科の白内障手術と同程度にしか評価されてない、などがその1例である。

泌尿器科の医療行為に対する点数評価の改善がなければ、勤務医 開業医を問わず、泌尿器科医の経済面を含めての待遇改善は望めないのは明らかである。

眼科や整形外科では、学会と独立した臨床医会が点数設定に大きな影響力を持っていると言われている。泌尿器科でも、これまで日本泌尿器科学会の主導で点数改正された実績はなく、尿管ステントの挿入・抜去

の点数の新規設定も日本臨床泌尿器科医会の要望で実現した。昨年も臨床医会から厚生労働省と日本医師会に点数の設定 改善の要望書を提出している (Table 2)。今後は学会と医会の密な連携のもと、われわれ泌尿器科医の診療行為に対する正当な評価を獲得することが、一層重要になると考える。

質 疑 応 答

市立病院副院長：医療の中で看護師と医師は別個の集団ではあるが、チーム医療として考えるならば、いかに看護師と連携協力するかは大切なことだと思う。医師として環境を良くすることも重要だが、年間のレセプトにおいて泌尿器科が占める割合は入院で1.8%、外来で1.4%というように規模が小さい科であることは否めない。黒田先生がおっしゃるように環境を良くするためにも診療報酬をひきあげてもらうためにも、泌尿器科の医師が結束してもっと大きな声を出していくべきである。

県立大学教授：病院内部の人間は当然わかっていることだが、外部の方すなわち社会はわれわれがどのような環境で働いているかわかってきていないと思う。新聞も誤解を生み出すようなデータばかり載せている気がする。われわれがいかに劣悪な環境で働いているか、社会にもっと知ってもらわなければならない。大学では、看護師は独立した人事権を持っていて、われわれ医師とは別々に仕事をしているような感じである。医師を手伝ってやっていこうという気はないのではないかとさえ思う。いい看護師がいても、すぐに配置換えになってしまう。事務職も同じで、やっと仕事ができるようになったと思ったらまったく別の部所に配置転換されてしまう。伊藤先生がご発表されたことの多くが私の大学にも当てはまるように思う。

国立大学教授：岩瀬先生のご発表の市中病院と大学病院の医師の満足度の違いは、雇用にいかにお金をかけているか、それがマンパワーも違いとなっていると思う。先日のある学会で、「厚生省は癌治療拠点病院の認定に際して、癌症例のすべてを登録制にし、登録しない病院は癌治療拠点病院の認定を取り消す」といった主旨の話があった。会場からは、「誰が登録の実際の作業をするのか、これ以上まだ医師の仕事を増やすのか」といった切実な声が上がっていた。衆議院の先生は、「先生方はいろいろおっしゃるが、国会議員はそんな事情はまったく知りませんし、医療現場で先生方がどれほどあくせく働いているかはわかっておりません」とお答えになった。この期に及んで医療診療報酬を3%引き下げるなどの話もあり、ストでもしてわれわれの職場環境の実態をわかってもらうしか

Table 2. 日本臨床泌尿器科医会 吉田英機会長より厚生労働大臣および日本医師会長あてに提出した要望事項 (2005年8月31日付)

1. 在宅排尿指導管理料 (新設) 1,050点
2. 尿失禁テスト (パッドテスト新設 D242-5) 300点
3. 残尿量測定 (改定 D216-2) 50→100点
理由：外来管理加算が算定できないため逆ざやとなっている
4. 前立腺生検 (改定 D415) 1,600点
安全性と診断確実性からディスプレイ穿刺針が用いられるが原点数では器具経費が検査量を超過することもあるため改訂を要望する
5. 泌尿器科特定疾患指導管理料 (新設 B001 の 8-2) 230点

いのではないかと感じることをさえる。

ま と め

島 博 基
兵庫医科大学

本日明らかになったのは、いかに過酷な環境で外科系である泌尿器科医が働いているのかである。

一般市中病院で泌尿器科医1人あたりの月の収益総額は1から2千万円の間である。1年では総額(稼ぎ高)1億から3億円の間になる。仮に1億5千万円とし、卒後10年の泌尿器科医年収が1千万円とすると、黒字が少ない病院では1億4千万円の大半は看護師、薬剤師、技師、事務員、外注職員、製薬会社、機器メーカー従業員の給料のために働いていることになる。国立でも基本的な考え方は同じである。医師以外の医療従事者がいなければ病院は成り立たないのは当然であるが、医師がいないと患者が来ないことが十分に認識されているとは言い難い。なにも医師に感謝していただきたいとは言わないが、病院と病院従事者の収入を支えているのが医師であることを認識していただければ、医師の働く環境を改善する方向に自然になることが本来あるべき姿であるのは自明の理である。各先生の調査報告から看護師は従来自分たちがしていた仕事を医師に押し付け、医師を助ける仕事を最小限にしている現状が明らかになっている。とくに国立、公立、市立における状態は想像を絶する状況ぶりである。5時を過ぎれば手術介助の看護師もいなくなり、緊急処方の薬剤まで医師が走って薬局に取りに行くことが常態化している。また、国立、公立では夜間に手術を行うことが必要となった際に、主治医が手術場の看護師や麻酔医に“申しわけない”と謝りながら、何とか緊急手術をお願いしているのが現状である。夜はゆっくり休みたいのが人の常であり、医師も決して例外ではない。しかるに緊急処置や手術を要する患者が来られるために働かざるを得ないわけである。しかも、夜間手当は一切支給されず、翌日は通常どおりにミスなしに働かなくてはならない。手術の保険点数も、時間のかかる大きな手術を例に上げると、交代要員も含めて延べ6人の医師(麻酔医含む)、4人の看護師が8時間働いて、保険点数は80万円位である。手術時に使う諸費用を差し引くと医師の時間当たり労働賃金は残らない。この手の大手術の術者のストレスは大変なものであり、まったくの奉仕であると言っても言い過ぎではないであろう。

このような過酷な医療環境を支えてきた先人の医師は偉大であったと尊敬するが、診断、検査、手技などが昔日と比較できないほどの知識を必要とし、また実際プロセスが複雑になってきているために、患者に対

Table 3. Take home message

1. あなたの病院に直接利益をもたらしているのは、あなたの医療行為そのものであることを自覚していますか。
2. 医師であるあなた自身が病院の中で最も高いリスク(最終責任)を負っていることを自覚していますか。
3. あなたはあなたが一生懸命行った医療行為の結果に対して、甘んじて刑事罰を受ける覚悟がありますか。
4. あなたは誰のために働いているでしょうか。

してもより注意深い言動が必要となってきた。しからに労働時間が、第1戦にいる指導者クラスは完全に週70時間以上の過剰労働である。このような環境では医療事故が後を絶たないのは当然であろう。

その上、外科医を目指す医師が極端に少なくなっている。報酬と余暇時間が少なく、その上医療ミスに対する刑事罰のためと考えられる。勿論殺人を目的に意図的に麻薬を注射するなどは逮捕の根拠になるのは当然であるが、術中あるいは術後1カ月以内に死亡する可能性の高い難しい手術の場合100人すれば平均10人は助かるが、90人は死亡する。その度に司法警察が入り、間違いがあれば業務過失致死罪または傷害罪で逮捕、告訴するような状況では、いったい誰が、身の危険を犯して難手術をするのであろうか。厚生労働省、そして政府はここに上げた実態を知っているのであろうか。

米国で病院に努める外科医の平均年収は5,000万円であることもご存知であろうか。一流の外科医は3億から7億の年収である。2006年2月25日付けの朝日新聞に寄稿されているアルバート アインシュタイン医科大学外科学教授、血管外科・血管内治療科部長、大木隆生先生の記事を参考にいただきたい。日本の勤務医の年収は診療科目の差がなく平均約1,230万円と開業医の半分である(厚生労働省の調べ)。スタッフも少ないために、勤務医は多忙を極め医療事故の要因になっている。大木教授はマスコミや国民が求める「安くて、安全で、質の高い外科医療」など世界には存在しないと断言されているが、まさにその通りであり、よい外科医を育てるためには十分な報酬と時間を与えることが最優先であることを厚生労働省や国民は認識すべきである。

最後に Take home message (Table 3) を示すが、医師として働きやすい環境を作るために今こそ力を合わせて努力しなければ、未来は限りなく暗い。また、病院が崩壊していくのは目に見えているといつてよい。よい働き手の医師がいなければ、病院は経済的に破綻し、日本の医療は荒廃するであろう。

(Received on March 13, 2006)
(Accepted on March 20, 2006)