

深刻な医師不足を打開するための私たちの提言

2007年4月24日

日本医療労働組合連合会

医師不足を打開するための「日本医労連の5つの提言」

- 1) 医師不足の根本原因となっている「医療費抑制」「医師養成削減」政策を改め、医師の養成数を抜本的に増やすこと。当面この間の削減数を戻し、医学部の定数を最高時（8,360名＝現在より735名増）まで増やすこと
- 2) 医師不足の実態を緊急に調査すると同時に、医師の緊急配置、医師紹介（派遣）のシステムを構築すること。医師不足の地域やへき地・離島などで医師が確保できるよう国と自治体・大学等が連携をとって対策を強化すること
- 3) 地域の救急体制の整備・拡充をおこなうこと。産科や小児科などの集約化・重点化をやめ、地域で安心して子供を生み、育てられる体制をつくること
- 4) 医師の勤務条件は、労基法を守るよう緊急対策をとること
- 5) 「医療事故」等に対する「無過失補償制度」と裁判外の紛争処理のための「第三者機関」の創設、医師と医療関係職種との連携を強化し、医師業務の軽減をはかること

1、深刻化する医師不足と対策の緊急性

- ① 過酷な労働実態などで病院を辞める医師が後を絶たず
- ② 50数年前の「医師の配置基準」に満たない病院が圧倒的多数
- ③ 「医師不足」で地域医療が崩壊の危機に！
- ④ 日本医労連の「医療施設の医師不足実態調査」でも深刻な医師不足が明らかに

2、深刻化する勤務医の労働実態（日本医労連の「医師の労働実態調査」より）

- ① 3割の医師が「過労死ライン」の80時間以上の超勤、3割近くが「前月の休みゼロ！」
- ② 6割の女性医師が「妊娠時の異常」を経験、4割以上が「健康不安・病気がち」、9割以上が「疲労を感じる」
- ③ 「病院勤務医の激務」で5割以上が「職場をやめたい」「産科・小児科離れ」に！
- ④ 「非常勤医師」「研修医」も月73時間を超える時間外労働！
- ⑤ 産婦人科医の宿直回数が平均で5.5回も、4人に1人が8回以上！
- ⑥ 医師会・日本病院会等の調査でも「当直翌日の勤務に支障が4割以上」「20歳代の3分の1が週20時間以上の超過勤務」「診療時間の不足を感じてる医師が62%」

3、医師不足の原因と政府・厚労省の責任

- ① 「医師不足」の原因の第1は、政府の「医療費抑制」「医師の養成削減」にある
- ② 第2の原因は、先進国で最低クラスの極めて低い「医師の必要数」の設定にある
- ③ 第3は、「医師不足」の直接のきっかけは「新臨床研修制度」だが、それにより病院勤務医の犠牲的な「超過密・長時間労働」が一気に顕在化し、辞める勤務医が増えたこと
- ④ 第4には、離島や僻地などを含め多くの病院への医師の配置、紹介を大学にまかせ、「地域枠」や「奨学金」なども自治体等のわずかな「対策費」に任せきりだったこと
- ⑤ 第5には、「医療事故」や「診療関連死」などに対する「第三者機関による調査」や「無過失補償」に対する対応などが極めて遅れていたこと

4、政府・厚労省の「医師不足対策」の問題点

- ① 「将来は医師過剰、医師は不足ではなく偏在」の基本を変えない「新医師確保総合対策」
- ② 「110名を10年間のみ養成を増やす」では、とても「医師不足」には対応できない

（ 以 上 ）

2007年4月24日

深刻な医師不足を打開するための私たちの提言

日本医療労働組合連合会

1、深刻化する医師不足と対策の緊急性

1) 過酷な労働実態などで病院を辞める医師が後を絶たず

①「平成16年(2004年)の医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、2004年の医師総数は270,371人、2002年より7,684人増で、その内「医療施設に従事する医師数」が256,666人(02年比7,094人増)、「病院勤務」163,683人(02年比4,552人増)、「診療所勤務」が92,985人(02年比2,542人増)となっている。

これらの数字を使って「医師の需給に関する検討会報告書」や通常国会での柳沢厚労大臣の答弁でも、「毎年約7,700人新たな医師が誕生し、退職などを差し引いても年間3,500~4,000人程度が増加している」そして「医師は絶対数の不足ではなく偏在」「医師の需給の見通しとしては、平成34年(2022年)に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給される」としている。

② 医師数の動向は、特に医師不足の直接的なきっかけとなった、「新医師臨床研修制度」が始まった2004年以降の「医師の動向」をつかむ必要があるが、「医師・歯科医師・薬剤師調査」は、2年に一度で、次回調査の2006年の集計が出るのは2008年であり、医療施設調査等から医師の動向を推察せざるを得ない。それによると、2002年の病院数は9,187ヶ所、一般診療所数は94,819ヶ所(無床診78,641ヶ所)で、2004年では病院が9,077ヶ所(02年比110減)、一般診療所は97,051ヶ所(02年比2,232増、無床診82,286ヶ所)と、診療所の増加数と診療所勤務の医師数増がほぼ同じような数字となっている。

③ 最新の「医療施設調査」(2006年12月)では、病院が8,920ヶ所(04年比157減)、一般診療所は98,860ヶ所(04年比1,809増、無床診86,049ヶ所)で、無床診は04年より3,763ヶ所も増えている。一般診療所の増減を見ると05年は04年より「開設・再開」が6,106ヶ所で「廃止・休止」が5,715ヶ所、純増が391ヶ所となっており、2年間で約4千ヶ所も無床診が純増となっているということは、1万人近い医師が診療所を「開設・再開」したことが予想され、病院の勤務医は実質ほとんど増えてない、あるいは減少している可能性が強い。これらの数字をみても医師が病院を辞め診療所を開設・再開しており、医師不足による病院の閉鎖や勤務医の労働条件がさらに深刻になっていることが推測され、それに伴う地域医療への影響も深刻になっている。

2) 50数年前の「医師の配置基準」にも満たない病院が圧倒的多数

① 厚労省は昨年12月、全国の8,660病院の「平成16年度の医師充足状況」を都道府県毎のデータとしては初めて発表した。これは「医師の数が医療法の基準を満たしている病院の割合」を調査したもので、常勤医のみでは全国の平均で35.5%という状況で、多くの病院が医療法上の「医師の配置基準に満たない状況」で医療活動を行っている。新潟は20.3%、岩手は21.5%、秋田は21.8%と、これらの県では8割近い病院が「医師不足」という深刻な状況にある。非常勤を含めても全国平均で83.5%、青森の43.4%、岩手の55.1%など特に東北・北海道などが深刻で、21県が常勤医より非常勤の医師数が多い状況にある。

② この調査は、厚労省が2004年度に行ったものを都道府県ごとに集計し直して今回発表したもので、現在はさらに深刻になっていることが予想される。医療法上の配置基準は「一般病院で、入院患者16人に医師1人以上、外来患者40人に医師1人以上」など50年以上前のものがほぼ踏襲されているにもかかわらずこの様な状況にあり、本来は現在の医療内容に合わせ、技術の向上やインフォームドコンセント、記録・書類の多さ等からも医師の配置基準は見直し改善されなければならない。にもかかわらず厚労省は、逆に現状を追認して配置基準をさらに改悪しようとしている。

③ この「医師標準人員欠如（医師標欠）問題」は、「標準人員を著しく下回る場合、診療報酬の減額、施設基準の届出ができなくなる」という二重のペナルティにより、医師不足の深刻な病院では直接的な経営問題、病院存続の問題にまでなっている。しかし、入院施設を持つ有床診や一般診療所には、こうした基準が設けられておらず、「病院の診療所化」や「医師の名義貸し問題」と合わせ、根本問題としての「医師不足問題」の解決なしには解決しない問題となっている。

3) 「医師不足」で地域医療が崩壊の危機に！

① 日本病院会の調査では、全国の公私立病院のうち、「医師不足」のため地域医療機関の役割を十分に果たせないと回答している病院が6割に上っており、不足を訴える声が多い北海道・東北地区では8割、一番少ない九州・沖縄地区でも5割を超えている。また、日本赤十字社が全国で運営する92病院のうち、67%に当たる62病院が医師不足を訴え、足りない医師の数は400人を超え、診療科の閉鎖に追い込まれる病院もある。共同通信社の調査でも都道府県の8割が産科医不足を、7割が小児科不足を訴えている。

② 特に小児科、産婦人科を置く病院が減少しており、04年医療施設調査・病院報告では「小児科」は前年比1.6%減の3,231ヶ所であったが、05年ではさらに前年より2.4%減少して3,154ヶ所（03年比130ヶ所減）となっている。産婦人科も04年は3.6%減の1,469ヶ所であったが、05年では3.1%減の1,423ヶ所（03年比101ヶ所減）、06年度にはさらに8.3%（105病院）が分娩を取りやめている。（朝日新聞調査、3/25発表）

日本産婦人科学会の全国調査でも、出産を取り扱う病院・診療所は02年に全国で6,398ヶ所あったのに、現在は3,063ヶ所、出産に携わる常勤医は7,985人と施設数で半分、医師数は4分の3に減少している。こうした事態に、「地域で分娩ができない」「里帰り出産の制限」や「転居せざるをえない」事態も生じている。

③ 産科ばかりでなく、小児科、外科、救急などを標榜する病院がどんどん減っており、救急医療も、医師不足と財政難などを理由に輪番制からの離脱や「救急告示」をはずす医療施設が急増している。読売新聞の調査によると、01年3月に全国で5,076施設あった「救急告示医療施設」が06年3月には4,644施設と432施設（8.5%）も減少し、今年度に入っても減少傾向は変わらず、38都道府県の121施設が救急告示を撤回、又は撤回する予定となっており、患者さんの「たらい回し」や受け入れ病院が近くにないため患者さんが死亡するなどの例も出ている。

4) 日本医労連の「医療施設の医師不足実態調査」でも深刻な医師不足が明らかに

① 日本医労連が行なった「医療施設の医師不足実態調査」（21府県55施設）でも医師不足の深刻な実態が明らかになった。

報告のあった52病院の医師の総数は、常勤医1,785名（平均34.3名）、非常勤660.9名（平均16.1名）研修医223名（平均5.6名）、内女性医師は287名（平均6.5名）となっているが、その内訳は、「常勤医」が「内科」（312名）、「外科」（196名）、「整形外科」（123名）、「産婦人科」（81名）、「循環器科」（76名）、「小児科」（75名）などが多くなっている。

② これらの施設で「この3年間で減員した医師数」を聞いたところ、54病院中38病院（70.3%）

で医師が減っており、その総数は、159名（平均4.2名）となっている。その内訳は、「内科」が56名、「外科」28名、「精神科・神経科」14名、「整形外科」12名、「小児科」10名、「麻酔科」7名、「眼科」7名、「産婦人科」5名などとなっている。

「退職した医師の動向」では、ほぼ半明している147名の内、「大学に戻った医師」が21.1%、「他の病院に行った医師」が57.1%、「研修のため他の病院に行った医師」が3.4%、「開業した医師」が14.3%、「廃業した医師」が4.1%となっている。

③「現在不足している医師数」は、38病院で239名（平均6.3名）、その内訳は「内科」75名（31.4%）、「精神科・神経科」28名、「外科」24名、「小児科」24名、「麻酔科」20名、「整形外科」19名、「産婦人科」10名などとなっている。医師不足では、産婦人科や小児科の問題が大きく取り上げられているが、各病院では患者や科の多い内科の医師が数では最も不足しており、精神科や外科・小児科なども医師不足が深刻になっている。

④「医師不足の実態とその影響や要望等」を具体的に記入してもらったが、その中では「医師の減少により、患者の待ち時間が大幅に増えた」「内科医に関しては7~8回/月の当直になっている」「小児科医、産婦人科医の減少で、救急外来が対応できなくなっている。また、麻酔科医の減少でOP件数が制限されている」「医師不足により当直後の休みが補償されていない。慢性的な労働過重で医師の健康が心配です」「H17年度に17名いた常勤医師が現在11名しかおらず、本年度予算に対し3億円以上の収支不足が予想されている、」など深刻な実態と医師不足が患者さんや医療経営に及ぼしている影響が切々と訴えられている。

2、深刻化する勤務医の労働実態（日本医労連の「医師の労働実態調査」より）

1) 3割の医師が「過労死ライン」の80時間以上の超勤、3割近くが「前月の休みゼロ！」

① 日本医労連が行った「医師の労働実態調査」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た。

「夜間・休日の救急医療の勤務体制」では、「交代制勤務」は5.6%で、他は「宿直・日直制」「待機・拘束」となっている。「前月の宿直回数」の記入者の平均は3.0回だが、「4回以上」が32.2%と3人に1人がほぼ毎週やっている。「日直の回数」の平均は1.0回、「前月の待機・拘束」の平均回数が10.6回と3日に1度やっており、「実際の呼び出し回数」の平均は4.2回となっている。

日勤後の宿直勤務で、宿直明け後の勤務が「無い」のは、4.5%のみで、81.5%の医師が「宿直明け後も勤務」している。日勤後の宿直、宿直明けの日の勤務という（8+16+8=）32時間勤務を8割以上の勤務医が月3回位行っていることになる。

②「1日の労働時間」の平均は10.6時間であったが、「12時間以上」が38.3%と4割近くおり、「週の労働時間」も平均は58.9時間だが、「65時間以上」が33.9%と3分の1となっている。「最長の連続した勤務時間」の平均は32.4時間であったが、「36~45時間」の連続勤務時間が最も多く38.5%おり、「30時間以上」は71.6%と7割を超えている。「最長の連続した勤務日数」の平均も18.3日と時間外労働と合わせ、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「時間外労働」では、「平均的な1日の時間外労働時間」が、記入者の平均で1日大体2.7時間となっているが、「4時間以上」が25.3%と4人に1人、「前月の総時間外労働時間」の平均は62.9時間となっているが、3割を超える30.9%の医師が「過労死ラインの80時間以上」の時間外労働を行っている。「時間外労働の請求をしている」医師は39.1%で、「時々請求」（27.4%）「請求しない」は29.5%と3割の医師が時間外手当を請求していない。

④「休憩時間」も「取れる」のは21.6%のみで、「あまり取れない」医師が54.7%と半数を超えており、「まったく取れない」医師も22.4%と、8割近くが休憩も取れない労働実態にある。

さらに「休暇の取得」でも「前月休んだ日数」の平均は3.2日で、週1回も休みが取れておらず、「前月休んだ日数ゼロ」の医師も371人(28.8%)もいた。また、「昨年1年間の年休取得日数」の平均は3.8日で、「ゼロ」の人も357人(29.2%)と3割近くいた。

2) 6割の女性医師が「妊娠時の異常」を経験、4割以上が「健康不安・病気がち」、9割以上が「疲労を感じる」

① 女性医師の「生休取得」は、「取れない」が97.3%と、ほとんどの人が取れず、出産経験者の「妊娠時の状況」も「順調」は39.5%で、6割以上の女性医師が妊娠時の異常を経験している。「切迫流産」も25%と4人に1人が経験している。「妊娠時に受けた保護・支援措置」では、「特に措置を受けなかった」人が21.3%おり、受けた人では「夜勤・当直免除(48%)や軽減(26.7%)」が多くなっている。

② 「健康状態」の設問に対し、「健康である」と回答した医師は52.7%であったが、「健康に不安」(35.0%)「大変不安」(5.8%)と、「病気がち」の医師2.7%を合わせると、4割以上の医師が「健康不安・病気がち」の状態にある。特に50歳代の医師の「健康不安」が多い。

「疲れの状態」も「別に疲れを感じない」医師は6.7%にすぎず、「疲れが翌日まで残る」(39.2%)「休日でも回復せず、いつも疲れている」(18.1%)の「慢性疲労状態」の医師が6割、「疲れを感じるが次の日までには回復している」(32.8%)を加えると、「疲労を感じる」医師は9割を超えており、特に30~40歳代の医師の疲れが深刻となっている。

3) 「病院勤務の激務」で5割以上が「職場をやめたい」「産科・小児科離れ」に!

① このような労働実態、疲労・健康状態のなかで「職場をやめたい」という医師も「いつもあった」(10.3%)「しばしばあった」(16.1%)「時々あった」(25.5%)と51.9%、5割以上の医師が「職場をやめたい」と考えており、「なかった」のは24.7%にすぎない。また、「医師不足」を感じている医師は89.3%と9割近くに達し、「感じてない」は5.9%にすぎない。特に「30~40歳代」の医師の約6割が「職場をやめたい」と考えており、とりわけ産婦人科の医師は「職場をやめたいと考えなかった」のは8.5%にすぎず、ほとんどの医師が強弱はあれ「やめたい」と考えて、93%の小児科医が「医師不足」を感じている。

② 「医師確保・退職防止に必要な条件・環境」について該当する項目すべてを選んでもらった中では、「賃金や労働条件の改善」(85.6%)が8割以上の医師が求め最も多く、次いで「診療科の体制充実」(50.4%)、「看護師・コメディカルを充実して医療体制のレベルアップ」(44.9%)、「医療事故防止対策の充実」(41.9%)、「国や自治体、大学の対応の改善」(39.7%)などを4割の医師が求めている。また、「自由記入欄」に「医師不足の実態や勤務・体制等への要望」を記入してもらったが、460人の医師が詳しく実態や国や自治体などへの要望を書いている。その中では、特に「当直明けの休み」や「休日の保障」などの勤務状態の改善、「医療事故や訴訟等の不安」「国や大学への改善の要望」等が多かった。

4) 「非常勤医師」「研修医」も月73時間を超える時間外労働!

① 「勤務形態別」に見ると、「勤務実態」では、「週の平均労働時間」が常勤医は57.8時間なのに対し、非常勤は63.6時間、研修医は64.7時間で、「時間外労働」も常勤が月平均60.4時間なのに対し、非常勤が73.2時間、研修医も73.3時間と常勤医より長くなっているが、時間外の請求をしている研修医は16.2%にすぎない。「過労死ラインの80時間を超える時間外労働」も非常勤は48.5%、研修医も4割以上が行なっている。「宿直回数」も常勤医の平均が2.8回に対し、非常勤が3.1回、研修

医は3.7回と最も多く、4回(毎週)以上は7割を超えている。「当直明け後の勤務」も研修医は76.2%と、常勤医と同じ位やっており、先日新研修制度になって初めて過労自殺が労災と認定された、日大医学部付属病院で研修していた女性医師(当時26歳)の勤務が特異なものではなく、依然として研修医の勤務が過酷な労働実態にあることが判った。

③ この様な勤務実態の中で、健康状態は常勤医に比べ非常勤や研修医の年齢が若く、「健康である」と回答した医師は、常勤医(51.3%)に対し、非常勤(59.3%)、研修医(61.5%)と多くなっているが、「健康に大変不安」と「病気がちで健康とはいえない」を加えた率は常勤医が8.4%に対し、非常勤8.8%、研修医8.5%と、ほとんど変わらない数字となっている。

また、「医師確保、退職防止に必要な条件・環境」については、常勤医・非常勤・研修医ともダントツで「賃金や労働条件の改善」を求めており、常勤医は2番目に「診療科の体制充実」を求めているが、非常勤・研修医は「医師住宅、保育所など福利厚生の実施」を2番目に求めており、3番目に「診療科の体制充実」となっている。

5) 産婦人科医の宿直回数が平均で5.5回も、4人に1人が8回以上!

「常勤医」の「診療科別」の勤務実態をみると、「労働時間」では、「1日の労働時間」は科別でそれほど違いはないが、「週の労働時間」は脳神経外科(64.0時間)や消化器科(61.8時間)、心臓血管外科(61.3時間)などが平均で61時間を超えている。「1日の時間外労働」では心臓血管外科(3.6時間)や救急(3.0時間)が平均で3時間を超えている。

「宿直回数」では産婦人科(5.5回)と救急(5.4回)が異常に多く、精神科(3.8回)や心臓血管外科(3.6回)なども多くなっている。産婦人科医の25%が月8回(週2回)以上の宿直を行なっている。「当直明け後の勤務」では、特に勤務の比率が高いのは心臓血管外科と救急で、「休憩時間が取れない」のもこの2つの科が特に高くなっている。

6) 医師会・日本病院会等の調査でも「当直翌日の勤務に支障が4割以上」「20歳代の3分の1が週20時間以上の超過勤務」「診療時間の不足を感じてる医師が62%」

①「東京都医師会 勤務医委員会答申」(「日医ニュース」NO.1003 平成15年6月20日)のアンケート(3,698名回答)によると「主たる勤務先での勤務が、労働基準法の求める週5日以下との回答は33.7%に止まり、業務の終了時刻が平均して午後9時までという回答が、37%にのぼった」

「当直時の平均睡眠時間が4時間に満たない回答者が51.4%であった反面、当直翌日に何らかの形で休養を取ることができるのは1.6%に過ぎなかった。医療上のミスを起こすことも含め、当直翌日の勤務に支障があると回答した者は37.5%にのぼった」とある。

②「大阪府医師会の勤務医アンケート」(「日医ニュース」NO.1045 平成17年3月20日)(勤務医1,234名を抽出し、回収率は63%)によると、「週20時間を超える時間外労働」を行っている医師が「29歳以下では34%」に達し、「30歳以上59歳以下の各年代でも12~15%」に達する。「29歳以下では週40時間以上も13.1%いる」「特に小児科や産婦人科で超過勤務時間が多かった」「半数以上の医師が、医療安全、自分の健康、家族との関係に不安を抱いており」と報告されている。

③「日本病院会の勤務医に関する意識調査(576病院、5,635人が回答、07年4月発表)」によっても「当直の翌日も普通の勤務をしている医師は88.7%」と9割近くに及び、71%の医師が慢性疲労を訴え、62.8%の医師が「患者が多く、一人当たりの診療時間、密度が不足がち」と回答している。さらに、「医師を増やす」ことを求めた医師が77%と最多で、勤務医不足の要因は「過酷な労働環境」と回答した医師が最も多く61%となっている。

3、医師不足の原因と政府・厚労省の責任

1) 「医師不足」の原因の第1は、政府の「医療費抑制」「医師の養成削減」にある

「医師不足」の第1の原因は、この間の政府・厚労省の「社会保障の後退」「医療費抑制政策」にあり、それに基づく「医療費抑制のためには、病院数・病床数・医師数を減らす必要がある」「将来は医師過剰、『医師不足』は地域・科による『偏在』」との立場で、「医師の養成を削減」してきたことが、現在の深刻な医師不足の一因となったことは明らかである。

厚労省(旧厚生省)は、1981年医学部の入学定員が8,360人となり、その結果「人口10万対150人」の医師の目標が1983年に達成されたとして、「当面、1995年を目途に医師の新規参入を最低限10%程度削減する必要がある」として、1993年には医学部入学定員は7,725人(-635人)(削減率7.7%)とした。さらに将来医師が過剰になるとの推計結果を得たとして、「できるだけ速やかに実行することが望ましい」と提言、1997年には「医師養成数の削減」を閣議決定して医師の養成削減を積極的に推進し、現在の医学部入学定員は7,625人(最高比-735名)となったのである。この「医師の養成数を削減」していなければ、少なくとも現在1万5千人を超える医師が養成され、現役で働いていたはずで、厚労省(旧厚生省)の「医師不足」の責任は甚大なものと言わざるを得ない。

2) 第2の原因は、先進国で最低クラスの極めて低い「医師の必要数」の設定にある

そもそも厚労省が目標を達成したとする「人口10万対150人」の医師の数というのがどういう数字なのか、OECD(経済協力開発機構)加盟30カ国の平均の医師数は、「人口10万対310人」(04年調査)に対して、日本は201人とドイツやフランスの6割という実態にあり、OECDの中の28番目、最低クラスなのである。OECDの平均で換算すると日本は38万人となり、現時点で12万人の不足となるのである。

ちなみに今回の報告書が「2035年に医療施設に働く医師数は32万4千人、人口10万人当たりでは285人で、必要な医師数は供給される」と、約30年後の医師数を「推計」しているが、その数字でもOECDの平均には到達しない、極めて低い目標なのである。他の先進国が今後の高齢化社会を予想して、医師数をさらに増やしており、人口10万人当り340人のオーストリアが年平均医師増加率3.2%、同じく340人のドイツが1.7%、230人のアメリカが1.8%、220人のイギリスが2.4%なのに対し、200人の日本が1.5%にすぎないのである。

3) 第3は、「医師不足」の直接のきっかけは「新臨床研修制度」だが、それにより病院勤務医の犠牲的な「超過密・長時間労働」が一気に顕在化し、辞める勤務医が増えたこと。

また、女性医師が働き続けられる体制と環境作りがほとんど行われてこなかったこと。

① 医師不足の直接的な原因は、2004年から始まった「新医師臨床研修制度」がきっかけとなり、研修医が大学から都市部の大病院に集中し、大学病院における医師不足を補うため大学医局からの「紹介医師」の引き上げにより一挙に各病院での医師不足が深刻化している。

それは、臨床研修医の在籍状況の推移にはっきり出ている。2003年研修医は大学病院に72.5%、研修病院に27.5%在籍していたのが、2005年には大学病院49.2%、研修病院50.8%と逆転し、2006年には研修病院に55.3%、大学病院44.7%と、大学病院の研修医は2003年と比べると2,472名も減っているのである。この大学病院の医師不足に「紹介医師」を大学に戻すことで対応し、その影響で各病院の医師が一気に減る事態となり、各病院の勤務医の勤務条件のさらなる劣悪化となっている。この中では大学病院に戻る医師ばかりで無く、他の医師も勤務条件の良い大病院や開業医に移るなどがおき、大病院などでは一気に10名以上が辞めるなどの深刻な例も報告されている。特に勤務条件の厳

しさの割には診療収入が少なく、医療訴訟なども多い小児科や産科、麻酔科などの医師が激減し、開業したり、大病院で体制が整った病院に移っている。

② また、女性医師は全医師数の16.4%を占め、今年の医師国家試験の合格者(7,535名)の内、女性の割合は33.4%に達するなど、今後さらに増えることが予想されているにもかかわらず、女性医師が結婚・出産・育児などの時期も働き続けられる体制と環境作りがほとんど行われてこなかったことも医師不足に拍車をかけている。特に医師不足が深刻な小児科・産婦人科では、小児科31.2%、産婦人科22.2%が女性医師であり、女性医師が働き続けられる勤務条件にすることは、医師確保の点からも、現在働いていない女性医師が医療職場に戻るためにも緊急に対策をとる必要がある。日本産科婦人科学会の調査でも「経験年数10年で半数の女性医師がお産の現場から離れており」とりわけ、「院内保育所がない施設で、子供が多い医師ほど離れる医師が多い」と発表している。

③ 日本医労連の「医療施設の医師不足実態調査」によっても「女性医師への勤務配慮、特別制度」があるかとの問いに対し、55施設中「育児休業制度」を採っているところが67.2%、「子育て医師への手当が支給」されているのは5.5%にすぎず、「妊娠や育児期間中の労働時間等の配慮」が行なわれているのも34.5%、「医師も活用できる院内保育所」があるのは20%と5分の1にすぎず、女性医師が働き続けるための配慮・施設等がまだまだ遅れていることが明らかとなっている。

4) 第4には、離島や僻地などを含め多くの病院への医師の配置、紹介を大学にまかせ、「地域枠」や「奨学金」なども自治体等のわずかな「対策費」に任せきりだったこと

① 数年前まで多くの医師は、大学卒業後は各出身大学の医局に所属し、大学や関連病院で研修を受け、さらに教授や医局長などから派遣(紹介)された病院で転々と働くなど、大学の医局がその地域の病院の医師配置(派遣)に重要な係わりを持ってきた。また、各病院も大学の教授や医局に医師の派遣(紹介)を頼ってきた。この大学医局による「医師派遣システム」は、「半封建的な医局運営」や「名義貸し」、さらには「お礼という名の賄賂」など、様々な問題が指摘されてきたが、地域の病院ばかりでなくへき地や離島、過疎地域の中小病院などに「半強制的に医師を派遣」し、ローテートさせるシステムとして、地域の医師確保には無くてはならないシステムとして機能してきた。

しかし、この「大学医局による医師派遣システム」は、04年から始まった「新医師臨床研修制度」で前述したように崩れ、「地域の医療機関への医師配置(派遣)のシステム」が無い状況にある。

地域の医療ニーズに見合う医師の配置、派遣システムを国が責任を持って、自治体や大学、主要医療機関などと連携して早急につくることが求められている。

② また、医師の地域定着やへき地・離島への医師の配置のため、地元大学の「地域枠」の設定や自治医大の各都道府県の「定員枠」があるが、両方とも「枠数」が少なく、奨学金なども自治体まかせになっているため、自治体の財政事情などで額や対象人数なども貧弱なものとなっている。

最近の医師不足の中で、自治体として「医師不足の対策費」を増やしている所が増えているが、医師不足の深刻な自治体やへき地・離島を持つ自治体には、本来国がその対策のための支援をしていく必要がある。

5) 第5には、「医療事故」や「診療関連死」などに対する「第三者機関による調査」や「無過失補償」に対する対応などが遅れていたこと

① 近年「医療事故」や「診療関連死」が多く取り上げられ、医療現場でも「ヒヤリハット」の報告・対応などを含め、医師と医療従事者、患者とその家族にとっても重要な問題となっている。

日本医療機能評価機構の事故防止センターに報告された昨年の「医療事故」件数は、1,296件に上り、その内「死亡事故」は152件、「ヒヤリハット」は半年で5万4千件となっている。

さらには、医療事故に関連して医師や看護師が逮捕・起訴されたり、患者や家族との訴訟問題とな

るケースも増えている。

昨年福島県立病院で帝王切開中に女性が死亡した件で産婦人科医が逮捕され、現在公判が続いている。この「事件」の後、この地域の病院の産科が医師の一斉退職のため急速に減ったように、医療訴訟や患者や家族とのトラブルが医師の退職や「リスクがある科は避ける」傾向を助長している。

日本外科学会の調査でも、約1割の医師が「医療訴訟を経験」しており、「患者や家族とのトラブル」を38%の医師が経験し、85%が「訴訟が治療に影響する」と回答している。

② 不幸にも患者さんが「医療事故・診療関連死」となった時、その原因を「第三者機関」が公正・厳密に調査し、再発を防止することと、その患者さんや家族・遺族に「無過失補償制度」を確立することは、「安全・安心の医療」のためにも、患者さん・家族を救済する上でも、その制度の設立が緊急に求められている。また、その様な制度確立により、「リスクの多い診療科」を医師が「避ける」傾向をなくし、医師はじめ医療関係者も患者さんも安心してかかれる医療機関にしていく必要がある。

4、厚労省の「医師不足対策」の問題点

1) 「将来は医師過剰、医師は不足でなく偏在」の基本を変えない「新医師確保総合対策」

政府・厚労省は、「今後の対応の基本的考え方」として「地域医療対策協議会などによる、地域に必要な医師の確保の調整」「地域で医療機能の集約化・重点化を行い、医師への負担を軽減する」「女性医師の多様な勤務形態の確保や、院内保育所の優先的な利用など出産や育児など多様なライフステージに応じて切れ目なく働くことが可能となる環境の整備」「大学医学部の入試における地域枠の設定や奨学金の設定、地域枠と奨学金の連動などの一層の推進・拡大」「医学部定員の暫定的な調整」などを挙げている。

「地域における医師不足対策」を協議していた「地域医療に関する関係省庁連絡会議」（厚生労働・文部科学・総務・財務の4省）は、「医師の需給に関する検討会報告書」を受けて、昨年8月「新医師確保総合対策」をまとめ、4大臣による「確認書」が交わされた。

「新医師確保総合対策」と関係4閣僚の「確認書」の内容は、現在の深刻な医師不足を反映して、当然の施策も打ち出されているが、「短期的対応」「長期的対応」のいずれも、極めて不十分な内容となっており、とりわけ依然として「将来的には医師は過剰」「現在の問題は、地域・科による偏在」「今後とも医師の削減方針は進める」など、根本的な問題点を含んでいる。

2) 「110名を10年間のみ養成を増やす」では、とても「医師不足」には対応できない

「新医師確保総合対策」と「確認書」において、「医師の養成を増やす」方向に10数年ぶりに「転換」したと宣伝されているが、「医師の不足が特に深刻と認められる県」10県のみ各10名と自治医大10名の合計110名を10年間のみ増やすという「暫定調整」でしかない。さらにこれは「前倒し」であって、10年後はその分減らすとしており、世論に押されたまさに「当面对策」でしかなく、これでは深刻な医師不足や過酷な勤務医の労働条件が改善されるものとは到底言えない。

また「短期的対応」においても「地域医療対策協議会の活性化」や「地域医療支援中央会議の設置」「小児科・産科をはじめ急性期の医療をチームで担う拠点病院づくり（集約化・重点化の一層の推進）」「地域医療提供体制の再編・ネットワーク化」などが出されているが、有効な施策は積極的推進を求めるが、権限や予算措置、実効ある施策が短期間に打ち出せるのかなど未知数のところが多い。

なお「地域で医療機能の集約化・重点化」が「少人数で過酷な勤務をこなす医師を減らすために」の名目で進められているが、これが安易に行われれば、「地域で出産できる産科が無い」「遠くまで行かなければ小児科にかかれない」などの事態になりかねない。

5、医師不足を打開するための「日本医労連の5つの提言」

1) 医師不足の根本原因となっている「医療費抑制」「医師養成削減」政策を改め、医師の養成数を抜本的に増やすこと。当面この間の削減数を戻し、医学部の定数を最高時(1981年の8,360名)まで増やすこと

① 日本の「GDP比の医療費」は、OECDの中では18位と、先進国の中では低い水準にあり、「医療費抑制」政策をやめ、「病院削減・病床削減」「医師養成削減」を改めること

そのために「医師の養成削減」を決めた1982年・1997年の閣議決定を撤回して、「医師の養成数を抜本的に増やす」施策に政府方針を転換すること。

② 当面、この間の「養成削減数(年735名)」を最高時まで戻すため、国公立大学と自治医大の医学部の定数を「できるだけ可能な定員増を、できるだけ早く、計画的」に行い、医師の養成増を行うこと。また、私立医科大学の定数を増やすよう働きかけるとともに、国は公立・私立医大への助成を拡大すること。

③ 医師不足の解消に向けて、国と自治体、大学などが連携をとって各地域医療圏ごとの「医師の養成・配置計画(仮称「医師等需給計画」)」を策定し、へき地や離島での医療の確保を含め、不足診療科と医師不足の改善のための「年次計画」を立てること。また、公的責任による「医師の生涯研修制度」の確立をはかること。

2) 医師不足の実態を緊急に調査すると同時に、医師の緊急配置、医師紹介(派遣)のシステムを構築すること。医師不足の地域やへき地・離島などで医師が確保できるよう国と自治体・大学等が連携をとって対策を強化すること。

① 国と自治体、地域医療対策協議会などの関係機関が連携して、緊急に各医療機関の医師不足の実態を医療機関や医療労働組合、地域住民などからの意見聴取を含め具体的に調査し、地域ごとに現在の医師不足数を明らかにすること。

② 国と自治体、大学、医療機関や医療関係団体、地域医療対策協議会は連携して、「医師の緊急配置や医師不足の医療機関への医師紹介(派遣)のシステム」を構築すること。また、医療法を改正して「医師の配置基準(外来、入院)」を改善すること。

地域医療支援中央会議は、各県の地域医療対策協議会、医療関係団体の中央組織などと協議・連携して医師不足の県、へき地・離島などへの医師の配置のための対策を進めること。

③ 医師の地域への定着を図るため、各自治体は地元大学の「地域枠」の拡大や義務年限の延長、国と自治体による奨学金制度の改善などを図ると共に、自治医科大学の各都道府県の定員枠を見直し、へき地・離島への医師の配置のための施策を進めること。各自治体は、これらの実行のための予算化を図り、国はへき地・離島や過疎地域をもつ自治体へ医師確保の助成を行うこと。

④ 各自治体は、一定数の医師を公務員として採用し、へき地・離島や医師不足の地域への医師の配置を行うこと。

⑤ 「臨床研修(初期・後期)期間中の地域医療・へき地医療の経験」や「専門医」取得時の「地域医療の一定期間の経験」の義務化などを検討すること。

また、「へき地・離島や過疎地域」に赴任した医師には、給与や家族への支援など優遇措置を講じるとともに、それを保障する国や自治体の補助、診療報酬上の改善を行うこと。

3) 地域の救急体制の整備・拡充をおこなうこと。産科や小児科などの集約化・重点化をやめ、地域で安心して子供を生み、育てられる体制をつくること

① 全ての国公立病院、国公立大学病院が救急病院としての機能を果たせるよう整備と予算化を行うと共に、地域の救急体制の整備と拡充をはかること。また夜間・救急医療施設への国と自治体の補助や診療報酬を引き上げること。

② 「地域における特定の科（産科や小児科など）や医療機関の集約化・重点化」をやめ、安心して子供を生み、育てられるよう、病院と開業医の連携を密にし、地域の夜間・救急体制を完備させるための施策を進めること。また、産科や小児科の診療報酬の引き上げなどを行うこと。

③ 開業医が地域において交代で「休日夜間診療」を担当する体制を強化すると共に、担当する開業医への国と自治体の補助や診療報酬を引き上げること。

4) 医師の勤務条件は、労基法を守るよう緊急対策をとること

① 「医師の勤務実態と医師の要求」を調査し、現在の医師の労働実態を改善するための医師の必要数と医師が求めている要求・施策を具体的につかむこと。

② 「国は、当面医師の勤務が、最低「在院時間を全て勤務時間として、超過勤務に対しては時間外手当を支給する」「当直明けの休みを保障する」「週1日以上休みを保障する」など、各医療機関が医師の勤務条件を緊急に改善するよう指導を強化すること。

③ 「医師の需給数」算定には、労働基準法を遵守して「週の勤務時間40時間」「当直回数月4回まで」「当直明けの休みの保障」「救急病院の救急・夜間勤務は3交代制」「休日と年休取得の保障」「女性医師の産休・育休の保障」「病院勤務医の実働換算は65歳」等を加味して算出すること。

また、病院勤務医の給与を就学年限や労働実態、仕事の重要性と日々の研鑽などに見合う水準に引き上げるため、医師の病院勤務に対する算定を診療報酬上で行うこと。

④ 女性医師が結婚・出産・育児の時期にも働き続けられるよう「院内保育所（時間外、病児含め）の完備と国による助成」、均等待遇による「短時間勤務制度の導入」や「妊娠中の勤務軽減」「産休・育休・育児期の代替対策」「育児休業明けの研修制度」などの対策を進めること。

5) 「医療事故」等に対する「無過失補償制度」と裁判外の紛争処理のための「第三者機関」の創設、医師と医療関係職種との連携を強化し、医師業務の軽減をはかること

① 「医療事故」等による患者さんの障害や死亡などに対する「無過失補償制度」を「出産時」ばかりでなく全診療科に広げ、国が財政支出して創設すること。

② 「医療事故」や「診療関連死」の公正な原因究明と事故の発生予防・再発防止を図るための、権限を持った第三者機関（「医療事故調査委員会」等）を設けると共に、裁判外の紛争処理のための「第三者機関」の創設を検討すること。（2007年度から始まるADR法「裁判外紛争解決手続き」の活用等の検討も）

③ 看護師や薬剤師、ケースワーカー、医局秘書（クラーク）などの配置を増やし、医師と各職種との連携と業務分担を行うと共に、診療報酬上での改善を行うこと。

④ 助産師の養成数と配置を増やし、「院内助産所」の設置などによる医師と助産師の連携や、病院産科と助産院とのネットワーク化を図ること。

（ 以 上 ）

「医師の過酷な労働実態」と 「医師不足の実態」が明らかに！

— 「医師の労働実態調査」 「医療施設の医師不足実態調査」 最終報告 —

日本医療労働組合連合会（日本医労連）

日本医労連は自治労連と共同して、全国で深刻な問題となっている「医師不足問題」について、その実態を調査し、問題点や課題を明らかにすると同時に、国や自治体、関係団体等に改善を求める「医師不足問題に対する提言」をまとめるため、「医師不足問題の施設調査」と「勤務医の労働実態調査」を行った。

調査は、昨年（2006年）11月から今年3月にかけて、日本医労連加盟の医療機関とそこに勤務する医師、自治労連に加盟する自治体病院とそこに勤務する医師、さらに各加盟組織が地域の医療機関などに協力を呼びかけ、岩手や和歌山など少くない県から「医療施設調査」や「医師の個人調査」が日本医労連に返送されてきた。集計された、33都道府県約180施設1,355名の医師の「個人調査」の結果と21府県55施設の「施設調査」の結果を報告する。

I、「医師の労働実態調査」の集計結果

1、勤務医の属性＝「30～40歳代」が7割、担当患者数が300名以上（入院）の医師も

①「医師の個人調査に回答してくれたのは1,355名、男性が1,084名（80.3%）、女性は265名（19.6%）で、「年齢」は、20歳代210名（15.6%）、30歳代513名（38%）、40歳代416名（30.8%）、50歳代184名（13.6%）、60歳以上27名（2%）と「30歳から40歳代」が7割近くを占めている。

②「世帯状況」は、未婚者が25%、既婚者は68.1%で、「雇用形態」は常勤が82.9%、非常勤は6.7%、研修医も130名（9.6%）含まれている。また、「賃金」は月給制が90.5%、年俸制が4.8%、その他が1.3%となっている。

③「前月の担当患者数」は、記入されている数の平均で「外来」が209.8名、「入院」が22.5名となっており、多い医師では「外来」1000名以上、「入院」300名以上という人もいた。

④「担当科」は「内科」（190名）が最も多く、「外科」（145名）「産婦人科」（100名）「整形外科」（101名）「小児科」（94名）などが多かった。

2、3割を超える医師が「過労死ライン」の80時間以上の超勤、3割近くが「前月の休みゼロ」！

① 過労死まで引き起こしている勤務医の「勤務時間」の深刻な実態が今回の調査で明らかになった。「夜間・休日の救急医療の勤務体制」では、「交代制勤務」は5.6%で、他は「宿直・日直制」「待機・拘束」となっている。「前月の宿直回数」の記入者の平均は3.0回だが、「4回以上」が31.8%と3割以上がほぼ毎週やっている。「日直の回数」の平均は1.0回、「前月の待機・拘束」の平均回数が10.6回と3日に1度やっており、「実際の呼び出し回数」の平均は4.2回となっている。

② 日勤後の宿直勤務で、宿直明け後の勤務が「無い」のは、4.5%のみで、81.5%の医師が「宿直明け後も勤務」している。日勤後の宿直、宿直明けの日の勤務という（8+16+8=）32時間勤務を8割以上の勤務医が月3回行っていることになる。

③「1日の労働時間」の平均は10.6時間であったが、「12時間以上」が37.8%と4割近くおり、「週の労働時間」も平均は58.9時間だが、「65時間以上」が33.9%と3分の1以上となっている。

④「最長の連続した勤務時間」の平均は32.4時間であったが、「36～41時間」の連続勤務時間が最も多く37.7%おり、「30時間以上」は71.6%と7割を超えている。

「最長の連続した勤務日数」の平均も18.3日と時間外労働と合わせ、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。

⑤「時間外労働」では、「平均的な1日の時間外労働時間」が、記入者平均で1日2.7時間となっているが、「4時間以上」が25.0%と4人に1人、「前月の総時間外労働時間」の平均は62.9時間となっているが、3割を超える30.9%の医師が「過労死ラインの80時間以上」の時間外労働を行っている。

「時間外労働の請求をしている」医師は39.1%で、「時々請求」(27.4%)「請求しない」は29.5%と3割の医師が時間外手当を請求していない。

⑥「休憩時間」も「取れる」のは21.6%のみで、「あまり取れない」医師が54.7%と半数を超えており、「まったく取れない」医師も22.4%と、8割近くが休憩も取れない労働実態にある。

さらに「休暇の取得」でも「前月休んだ日数」の平均は3.2日で、週1回も休みが取れておらず、「前月休んだ日数ゼロ」の医師も371人(28.8%)もいた。また、「昨年1年間の年休取得日数」の平均は3.8日で、「ゼロ」の人も357人(29.2%)と3割近くいた。

3、女性医師のほとんどが生休も取れず、「妊娠時の異常」が6割以上

① 女性医師の「生休取得」は、「取れない」が97.3%と、ほとんどの人が取れず、出産経験者の「妊娠時の状況」も「順調」は39.5%で、6割以上の女性医師が妊娠時の異常を経験している。「切迫流産」も25%と4人に1人が経験している。

② 「妊娠時に受けた保護・支援措置」では、「特に措置を受けなかった」人が21.3%おり、受けた人では「夜勤・当直免除(48%)や軽減(26.7%)」が多くなっている。

4、「健康不安、病気がち」が4割以上、9割以上が「疲労を感じ」、5割以上が「職場をやめたい！」

① 「健康状態」の設問に対し、「健康である」と回答した医師は52.7%であったが、「健康に不安」(35%)「大変不安」(5.8%)と、「病気がち」の医師2.7%を合わせると、4割以上の医師が「健康不安・病気がち」の状態にある。特に50歳代の医師の「健康不安」が多い。

② 「疲れの状態」も「別に疲れを感じない」医師は6.7%にすぎず、「疲れが翌日まで残る」(39.2%)「休日でも回復せず、いつも疲れている」(18.1%)の「慢性疲労状態」の医師が6割、「疲れを感じるが次の日までには回復している」(32.8%)を加えると、「疲労を感じる」医師は9割を超えており、特に30～40歳代の医師の疲れが深刻となっている。

③ このような労働実態、疲労・健康状態のなかで「職場をやめたい」という医師も「いつもあった」(10.3%)「しばしばあった」(16.1%)「時々あった」(25.5%)と51.9%、5割以上の医師が「職場をやめたい」と考えており、「なかった」のは24.7%にすぎない。特に「30～40歳代」の医師の約6割が「職場をやめたい」と考えている。

5、9割が「医師不足」を感じ、「賃金・労働条件の改善」を8割以上の医師が求めている

① 「医師不足」を感じている医師は89.3%と9割近くに達し、「感じてない」は5.9%にすぎない。

② 「医師確保・退職防止に必要な条件・環境」について該当する項目すべてを選んでもらった中では、「賃金や労働条件の改善」(85.6%)が8割以上の医師が求め最も多く、次いで「診療科の体制充実」(50.4%)、「看護師・コメディカルを充実して医療体制のレベルアップ」(44.9%)、「医療事故防止対策の充実」(41.9%)、「国や自治体、大学の対応の改善」(39.7%)などを4割の医師が求めている。

③ 「自由記入欄」に「医師不足の実態や勤務・体制等への要望」を記入してもらったが、460人の医師が詳しく実態や国や自治体などへの要望を書いている。

その中では、特に「当直明けの休み」や「休日の保障」などの勤務状態の改善、「医療事故や訴訟等の不安」「国や大学への改善の要望」等が多かった。

6、勤務形態別にみると、常勤、非常勤、研修医の属性と勤務実態の特徴が鮮明に！

1) 勤務形態別の属性、勤務実態の特徴＝「非常勤」「研修医」が月73時間を越える時間外労働！

①「勤務形態別」に見ると、「常勤医」(1,124名)の推定平均年齢が42歳前後なのに対し、「非常勤」(91名)は32歳前後、「研修医」(130名)は27歳前後となる。「性別」では、「常勤医」が男性84%、女性15.7%に対して、「非常勤」は男性65.9%、女性34.1%、「研修医」は男性57.7%、女性42.3%となっている。また、世帯状況では、「常勤医」は既婚が76.1%、未婚が16.7%に対して、「非常勤」は既婚が45.1%、未婚が49.5%で、「研修医」は既婚が14.6%、未婚が77.7%となっている。

これらを見ると、「非常勤」で勤務しているのは、比較的若い・未婚の医師と女性が多いことが判る。また、「研修医」の男女比を見ると、今後ますます女性医師が増える傾向にあることが判る。

②「勤務実態」では、「週の平均労働時間」が常勤医は57.8時間なのに対し、非常勤は63.6時間、研修医は64.7時間で、「時間外労働」も常勤が月平均60.4時間なのに対し、非常勤が73.2時間、研修医も73.3時間と常勤医より長くなっているが、時間外の請求をしている研修医は16.2%にすぎない。「過労死ラインの80時間を越える時間外労働」も非常勤は48.5%、研修医も4割以上が行なっている。「宿直回数」も常勤医の平均が2.8回に対し、非常勤が3.1回、研修医は3.7回と最も多く、4回(毎週)以上は7割を超えている。「当直明け後の勤務」も研修医は76.2%と、常勤医と同じ位やっており、先日新研修制度になって初めて過労自殺が労災と認定された、日大医学部付属病院で研修していた女性医師(当時26歳)の勤務が特異なものではなく、依然として研修医の勤務が過酷な労働実態にあることが判った。

③この様な勤務実態の中で、健康状態は常勤医に比べ非常勤や研修医の年齢が若く、「健康である」と回答した医師は、常勤医(51.3%)に対し、非常勤(59.3%)、研修医(61.5%)と多くなっているが、「健康に大変不安」と「病気がちで健康とはいえない」を加えた率は常勤医が8.4%に対し、非常勤8.8%、研修医8.5%と、ほとんど変わらない数字となっている。

また、「医師確保、退職防止に必要な条件・環境」については、常勤医・非常勤・研修医ともダントツで「賃金や労働条件の改善」を求めており、常勤医は2番目に「診療科の体制充実」を求めているが、非常勤・研修医は「医師住宅、保育所など福利厚生充実」を2番目に求めており、3番目に「診療科の体制充実」となっている。

2) 常勤医のみの科別の特徴＝産婦人科医の宿直回数が平均で5.5回も、4人に1人が8回以上！

①「常勤医」の科別の分布(複数回答は、主要科に分類)をみると、「内科」(152名)が最も多く、次いで「外科」(127名)「整形外科」(93名)「産婦人科」(88名)「小児科」(81名)「消化器科」(81名)などの順になっている。「年齢」でみると、放射線科やリハビリ科、心臓血管外科、脳神経外科などが比較的年齢が高い医師が多く、逆に救急や皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科などが若い医師がおおかった。「性別」では、女性が多い科は、リハビリ科、眼科、産婦人科、形成外科などで、脳神経外科と心臓血管外科は、女性がゼロであった。

②「労働時間」では、「1日の労働時間」は科別でそれほど違いはないが、「週の労働時間」は脳神経外科(64.0時間)や消化器科(61.8時間)、心臓血管外科(61.3時間)などが平均で61時間を超えている。「1日の時間外労働」では心臓血管外科(3.6時間)や救急(3.0時間)が平均で3時間を超えている。「宿直回数」では産婦人科(5.5回)と救急(5.4回)が異常に多く、精神科(3.8回)や心臓血管外科(3.6回)なども多くなっている。産婦人科医の25%が月8回(週2回)以上の宿直を行なっている。「当直明け後の勤務」では、特に勤務の比率が高いのは心臓血管外科と救急で、「休憩時間が取れない」のもこの2つの科が特に高くなっている。

II、「医療施設の医師不足実態調査」の集計結果

1、「医療施設の医師不足実態調査」には、21府県、55施設から回答がよせられた。

①55施設の院所の概要は、「病院」が54、「診療所」が4(病院と診療所、その他の施設を併設している)、「訪問看護ステーション」が15、「在宅介護支援センター」9、「老人保健施設」6などとなっ

ている。「病院の種類」では、「一般病院」が41、「特定機能病院」が1、「療養病院」が6、「ケアミックス型病院」が5、「精神病院」が8、「結核病院」が3、「専門病院」が2となっている。

「病院の機能」では、「臨床研修病院」が31、「地域医療支援病院」が12、「開放型病院」が7、「救命救急病院」が10、「特定疾患拠点病院」が2などとなっている。

②「病床数」は53病院の平均で360床、平均在院日数は平均31.8日、外来患者数は52病院の平均で616.6となっている。

「職員数」は、平均で388.7名、内看護職員は平均で221.2名、医師は52病院の総数で、常勤医1785名（平均34.3名）、非常勤660.9名（平均16.1名）研修医223名（平均5.6名）、内女性医師は287名（平均6.5名）となっている。

③「医師の内訳」では、「常勤医」が「内科」（312名）、「外科」（196名）、「整形外科」（123名）、「産婦人科」（81名）、「循環器科」（76名）、「小児科」（75名）などとなっており、「非常勤」では、「内科」（131名）、「麻酔科」（70名）、「外科」（55名）、「小児科」（51名）、「精神科」（34名）、「整形外科」（31名）などが多くなっている。

④「女性医師への勤務配慮、特別制度」では、55施設中「育児休業制度」を採っているところが37施設（67.2%）、「子育て医師への手当支給」（5.5%）、「労働時間等の配慮」（34.5%）、「医師も活用できる院内保育所」（20%）と、女性医師が働き続けるための配慮・施設等がまだまだ遅れている。

「研修医や医学生への配慮」でも「医学生への奨学金制度」（16.4%）、「研修医への特別手当」（5.5%）、「後期研修制度がある」（40%）、「その他の特別制度」（5.5%）と、研修医や医学生への配慮などもあまり行なわれていない。

2、この間7割の病院で医師が減り、退職した医師の2割が大学に戻り、他の病院に57%が！

①これらの施設で「この3年間で減員した医師数」を聞いたところ、54病院中38病院（70.3%）で医師が減っており、その総数は、159名（平均4.2名）となっている。その内訳は、「内科」が56名、「外科」28名、「精神科・神経科」14名、「整形外科」12名、「小児科」10名、「麻酔科」7名、「眼科」7名、「産婦人科」5名、「循環器科」4名、「歯科」3名、「放射線科」3名、「その他」10名などとなっている。

②「退職した医師の動向」では、ほぼ判明している147名の内、「大学に戻った医師」が21.1%、「他の病院に行った医師」が57.1%、「研修のため他の病院に行った医師」が3.4%、「開業した医師」が14.3%、「廃業した医師」が4.1%となっている。

3、現在の医師不足数は1病院平均で6人を超え、不足数では内科がトップで31%に

①「現在不足している医師数」は、38病院で239名（平均6.3名）、その内訳は「内科」75名（31.4%）、「精神科・神経科」28名、「外科」24名、「小児科」24名、「麻酔科」20名、「整形外科」19名、「産婦人科」10名、「皮膚科」9名、「眼科」8名、「耳鼻科」5名、「リハビリ科」5名、「放射線科」4名、「泌尿器科」3名、「その他」5名となっている。

医師不足では、産婦人科や小児科の問題が大きく取り上げられているが、各病院では患者や科の多い内科の医師不足が数では最も不足しており、精神科や外科・小児科なども医師不足が深刻になっている。

②「医師不足の実態とその影響や要望等」を具体的に記入してもらったが、その中では「医師の減少により、患者の待ち時間が大幅に増えた」「内科医に関しては7~8回/月の当直になっている」「小児科医、産婦人科医の減少で、救急外来が対応できなくなっている。また、麻酔科医の減少でOP件数が制限されている」「医師不足により当直後の休みが補償されていない。慢性的な労働過重で医師の健康が心配です」

「H17年度に17名いた常勤医師が現在11名しかおらず、本年度予算に対し3億円以上の収支不足が予想されている、」など深刻な実態と医師不足が患者さんや医療経営に及ぼしている影響が切々と訴えられている。

（ 以 上 ）