
指定討論

勤務医を巡る環境変化

池 山 淳*

一般的状況

国家が社会保障を放棄した。入院医療が成り立たなくなった。そして医療費全体キャップがかかる一方、医療界で生きる医師数が増えている。医師になる人数は全国で増えている。7,500人に近い人々が卒業し、約4,000人が医師になる。医療界に参入する医師たちが年々多くなった。2004年で27万人に達した。政府の医療費削減が彼らの生活に大きな影響を与えている。

厳しい社会の目と憲法違反とも言える懲罰の影響

近年、医師を見る目が社会的に厳しくなった。医療ミス、不正請求など多くの面から医師をはじめ医療従事者が訴えられる。中には逮捕される事件が多くなった。努力をしても成功しない不幸な場合でも、悪意のない過失やミスであっても、厚労省はしばしば懲罰や保険医取り消し処分など「不利益処分」を科した。しかし本来の「不利益処分」は特殊な場合にだけ認められるもので、通常善意の行為から出たものや、悪意のない誤りによる問題についてはいきなり刑事罰を下すことは刑法上ありえない。そのため先進国ではほとんど医師免許剥奪などということはない。これを不用意に強行すると憲法違反になるからだ。しかし厚労省は規制を厳しくするだけでなく、事故や不幸な転帰をとった事例がでると、逮捕拘留刑事事件として取り扱うよう誘導した。さらに医師免許証剥奪や医療費返還命令などを強制した。さらに、

先の通常国会で医師法を改定し医師への懲罰を細かく強制する方向すら示されている。このような流れは若手医師たちに影響して、訴訟になりやすい科や厚労省の規制が強い科の医師になりたくないといった風潮を引き起こすことになった。危険な患者を取り扱う科の医師や、過密重労働になりやすい科や、一人前になるまでに長い年月かかる科などの医師にはなり手がなくなった。

研修医

国家試験の後、前期研修と後期研修として研修する義務が課せられる。しかし彼らはこの研修が終了しても、その後の就職先が保証されない。医師として同一医療機関に継続して就業ができない。大学病院では研修しても研修内容が不十分だ。ほとんど研修にならないと訴えるものも多い。大学は表面上の体制では研修内容は充実している。しかし実際は実地研修がないのと同様のところも多い。そして大学で研修する希望者は少ないが、厚労省が大学で研修することを義務付けたことから、仕方なく研修をする。

周辺基幹病院の方がたくさんの症例が経験できる。しかし研修医期間が終了した後に就職が保証されない。病院側は研修医を短期間の安い労働力として利用しているに過ぎない。

大学病院の問題

大学医学部で働く医師たちは、実質的には研究生、非常勤医師（日雇い7,000円など）、大学院生などだ。しかし彼らの身分は保証されてない。彼らは研修医より低い給与で、十分な身分保障や福

* 愛知県保険医協会地域病床部長 順和病院院長
(いけやま あつし)

利厚生がない。大半の人々は過密重労働と生活苦に悩まされている。そして研究、学生教育、研修医指導、診療などなどたくさんの大学としての業務を実行する役目を負わされる。そして個人的には自分の子弟の教育にも不安が起こっている。

近年は厚労省の規制があるので、多くの医師たちは認定医をとることに興味をもつ。そして反面、博士号には関心が薄くなった。このような博士号軽視の風潮がまた大学が医師たちを支配する力を失わせている。

そして大学自体の経営が危うくなっている。実際の勤務時間と表に出る勤務時間とに乖離があり、そのしわ寄せが若手医師にかかっている。

一般基幹病院

病院側は毎年診療報酬が引き下げられ、一方で基準強化が起こる。病院の収入が減少する一方、勤務医は重労働、過密、過酷な労働条件で働かざるを得なくなった。その上、50歳を超えると早期退職を迫られる。将来不安を抱え開業志向が起こっている。

- 勤務医が開業することが多くなったため、病院の施設基準が満たされなくなっている。
- 一方次第に医師たちの開業する場所もなくなった。
- 病院側は研修医の採用には不自由がなくなったが、指導医・専門医が少なくなった。
- 研修医指導に予算がついていないので指導医師に過大な負担がかかっている。
- 厚労省の医療削減と病床削減政策によって経営困難な医療機関が増えた。自治体病院など公立病院が廃止される傾向がでている。
- そして研修医を安い労働力として利用する。

医師の偏在

厚労省の基準のハードルが高いので、全国的に医師不足である。愛知県では厚労省の基準によって北部医療圏などではやはり医師が不足に悩まされている。医師数だけ考えれば、愛知県内の4大

学を卒業する医師数と全国から集まる研修医の数を合計すると県下に就業する医師の数は多い。しかし地域偏在と診療科別偏在、認定医不足による規制克服ができない状態があり、医師不足に苦慮している。医師数は多いが、規制を克服するための医師数は少ないといった矛盾がある。

- ・ 地域偏在がある。僻地・離島には絶対的医師不足もある。
- ・ 厚労省の基準を克服可能な医師の人員がない。
- ・ 病院間偏在がおこる。市民病院や自治体病院の中には経営困難になっているものが多くなった。医師不足がさらに経営悪化に拍車をかけている。
- 診療科別偏在がある。小児科、産科、麻酔科、外科、脳外科など、危険・過密・重労働が生じる科の希望者が減少した。その反面、眼科、内科などの希望者が増えた。
- 病院間の医師交流体制がない。
- 規制を充足させる専門医の実質的不足。
- 専門医の細分化が起こり、一方で専門医習得の義務化がすすんだ。そして学会が権力を持った。
- 認定医・専門医を維持するために多額の費用がかかり、学会が資金源としてこれを利用する。
- しかし専門医になることを奨励しても、各医療機関には実質的メリットがない。

政府の規制—診療報酬と施設基準による規制

- 医師の配置基準
- 看護師の配置基準
- リハビリの施設基準、入院基本料、手術の施設基準など各種の診療報酬上の施設基準
- 内視鏡手術など各種の専門医・認定医規制
- 名義貸し問題などから規制が強まり、大学病院からの医師派遣が実施的に規制された。これがまた医師不足を促進させた。
- 以上の規制と診療報酬削減とにより病院経営がますます悪化した。

使い捨て労働者となる勤務医

大学病院には、大学院生、研究生、研修医、非常勤医師、助手、講師、助教授、教授など常勤医など、各種の階層の医師が働いている。また、自治体病院などその他の病院では、研修医、非常勤医師や一般医師、医長、部長、副院長、院長など常勤医師がいる。これらのうち、大学院生などは研究する学生であるという建前から給与は与えられない。研修医には厚生労働省の補助があり、一定期間ある程度の給与は与えられる。また大学のレベルを保つために常駐している医師たちは非常勤医師たちがその役目を果たしてきた。しかしその非常勤医師は一日原則7,000円の日々雇用の不安定な給与が支給される。これらの医師たちの実際には過酷かつ重労働に従事しているにもかかわらず、健康保険、厚生年金など十分な社会保障がない。また継続して就職できないため、年金などが継続できない。これら医療の現場で働いている医師たちの階層較差が拡大する一方で、高額所得の医師たちの早期退職勧告問題が起り、彼らのモラルの低下が起こるのも時間の問題となっている。

大学や医局に対する帰属意識が薄れ、志気の喪失、モラルの低下が起って来た。医師としての技術向上や研究継続など意欲が喪失させられ、医療チームの力が落ち、医療システムの構築が不能となりつつある。これらの悪条件が重なり、しばしば医療事故やミスが起こりやすくなった、労働条件の悪い環境では事故やミスが起こりやすい。

このような影響から大病院など医療機関の力量が低下しつつある。そればかりか、産科、小児科、外科、脳外科などの医師が減少し、これら診療科の診療自身が成り立たない。

そして医師個人としては、生活の不安、将来不安、不安神経症、不眠症、うつ病、心臓発作、など多くの病気に悩まされている状態が指摘されている。彼らには相互扶助のシステムがない。救済にも問題が生じている。勤務医は「安い使い捨て労働力」としての存在になりつつある。「常勤者と比較して収入が低い」「常勤者に比較して社会

保障が充実していない」「継続して雇用されない」、このような環境では「人材の育成ができない」「個人のスキルの向上がない」。大学では研究が進まない。人的資源の蓄積ができない。医療チームとしての発展がない。

厚生労働省の医療制度の誤った削減から多くの問題が発生している。各方面から検討して医学研究と安全な医療が可能な方策を模索すべき状況だ。

結 論

政府の対応では、医師を養成することと国民に医療を提供することまでの政策が一貫していない。今後ますます病院は病床を減らす。療養病床だけでも2012年までに23万床削減する。これにともなって23万人の医療従事者が失業する。国が壊した医療の矛盾が勤務医に襲い掛かる。国家としてすべきことは以下のごとくである。

- ・ 医師総数の動向と評価
- ・ 住民に対する必要医師数の検討
- ・ 女性医師の増加と就労特性の検討
- ・ 診療報酬引き上げと医師数の検討

国民に必要な医療を提供するなかで医師、勤務医のありかたを検討すべきだ。

参考資料

〔臨床研修制度の変遷〕

昭和21年実地修練制度（いわゆるインターン制度）創設：大学卒業後国家試験受験資格を得るための義務として「卒業後1年以上の診療および公衆に関する実地修練」を行うこととされた。

昭和43年実地修練制度を廃止、臨床研修制度創設：大学卒業直後に医師国家試験を受験し、医師免許取得後2年以上臨床研修に努めるとされた（努力規定）。

平成16年新医師臨床研修制度：診療に従事しようとする医師は、2年以上臨床研修を受けなければならない（必修化）。

平成18年2月2日文科科学省は「後期研修に総合診療医養成システムを構築する」よう提案した。

大学と地域基幹病院で研修医が不足する対策としてこれらが連携してシステムを構築するとした。

この政策では、①研修医がさらに数年研修する義務が生ずるとき、安い労働力提供だけが義務化される。②医師自身の将来的福利厚生・年金などの身分保障がない。③将来失業するのではないかという不安がでている。

〔医師の給与〕

研修医の平均月額額は27万9,000円

（新研修医制度後、医学連の調査20051119）

徳州会病院の例

研修医の待遇は次のとおりである。

（2001年6月現在）

生活費（税込み）

1 年次年俸543万円（月額41万円、賞与年2回）

2 年次年俸644万円（月額46万円、賞与年2回）

3 年次年俸714万円（月額51万円、賞与年2回）

1 年次の夏のボーナスは一律10万円となる。

2 年次の昇給は、6月とする。

その他の医師の給料月額

院長 120万円以内

副院長 110万円以内

科長 100万円以内

〔厚生労働省の資料〕

研修医の給与と勤務の状況について（平成13年8月22日水）厚生労働省専用第21会議室

研修医の給与の現状

(1)臨床研修病院ガイドブック'2001

		研修医給与(集計対象病院数/全病院数)
大学病院	国立	190,764円（9病院／59病院）
	私立	98,532円（46病院／75病院）
臨床研修病院	国立	209,817円（59病院／68病院）
	公立	274,046円（128病院／142病院）
	公的	282,143円（61病院／63病院）
	私立	296,009円（126病院／167病院）

(2)研修医の収入（月平均）

	研修先	アルバイト	収入合計
全体(平均)	21.7万円	14.6万円	36.2万円
大学病院	19.7	16.1	35.8
臨床研修病院	23.8	12.0	35.7
その他の病院	28.7	12.7	41.3

資料：平成6年度厚生科学研究

研修医の勤務の状況

(1)勤務日数（回数）

ア 主な研修先での勤務状況

	日勤(日/週)	当直日直(回/月)	当直宿直(回/月)
大学附属病院	5.5日	1.7回	3.3回
臨床研修病院	5.6日	1.8回	3.7回
その他の病院	5.9日	1.6回	3.6回

資料：平成6年度厚生科学研究

イ アルバイト先での勤務状況

	日勤(日/週)	当直日直(回/月)	当直宿直(回/月)
大学附属病院	0.7日	0.7回	2.2回
臨床研修病院	0.6日	0.6回	1.7回
その他の病院	0.5日	0.6回	1.3回

資料：平成6年度厚生科学研究

(2)診療時間

診療科ごとの入院受け持ち医（1人当たり）の
1週間当たりの入院診療時間

	研修医（1年目）	研修医（2年目）
内科	78.4	75.0
外科	79.3	58.6
小児科	68.4	72.0
その他	50.9	51.4
（時間）		

資料：平成13年1月「国立大学病院における医師の診療体制に関する実態調査」

その他の資料

(1)勤務医の労働時間

EU	48時間/週
イギリス	56時間/週
日本	92時間/週（東大調べ）
日本	66.4時間/週（厚労省20060208）
労災で過労死と認定している時間	73時間/週

(2)2年目の研修医の希望（厚労省20060208）

- ①診療技術の向上 37.2%
- ②余裕・家族の自由時間 31.1%
- ③90%の研修医が「休暇が取れるなど条件がそろえば医師不足地域で働いてもよい」と答えた。