

(特集2)

ストップ!! 医療崩壊3

# 医療者が 足りない

必要な時は貧富の差なく平等に受けられる、そんな日本の医療が風前の灯火ともしびです。でも現場の医療者を責めないでください。怠けているわけじゃないんです。

編集/医師35人の合同編集委員会  
事務局/ロハスメディア  
監修/高久史磨 自治医科大学学長  
土屋久介 国立がんセンター中央病院院長  
上 昌広 東京大学医科学研究所客員准教授  
イラストレーション/コージ・トマト

## 世界の4分の1

**今** までも何度か、医療崩壊を食い止めようと特集を組んできました。しかし

残念ながら力及ばず、流れを変えることはできませんでした。そしてついに、産科や救

急など医療者にとって危険性の高い分野から、医療を受けたくてもなかなか受けられないという崩壊が始まってしまいました。

医療というものを人体にたとえるなら、いくつかの臓器で機能不全が起き始めているようなものです。他の診療科も無傷ではありませんので、いずれ医療全体が機能不全に陥る可能性もあります。

これまでの特集は、医療界の自己治癒力を信じて、その「体力」が温存・回復されるよう、患者側も上手に振る舞いましょうと穏やかなスタンスを取ってきました。しかしどうやら、もつと積極治療を訴える時期に来たようです。

今回の特集では、医療界を弱らせている「症状」のうち、最も根本にあると考えられる「人手不足」に焦点を当て、その傾向と対策を見ていくことにします。

では手始めに、人がどの程度足りないのか、先進各国と

比べてみましょう。

人口あたりの医療従事者数で見ると、日本はこんなに少ないです(下右の棒グラフ参照)。

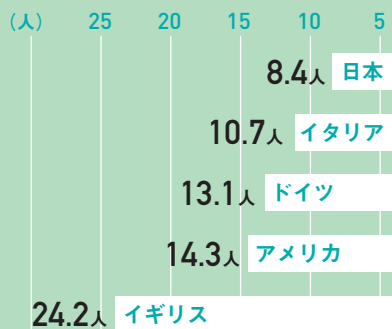
これで驚いちゃいけません。実は日本は突出して人口あたりベッド数が多いため、同じベッド数あたりで見ると、ドイツは日本の2倍、イタリアは3倍、アメリカは5倍、イギリスにいたっては8倍なのです。しかも、その格差が拡大傾向にあります(折れ線グラフ参照)。医療従事者が相手をするのは、国民ではなく患者さんですから、実感はこちらの方が近いわけです。

どうして、こんなにスタッフが少ないのか、先進各国に比べて、少ない人数で同じ業務を担当している、すなわち1人がより多く働いているからです。

なんと生産性が高いことよ、と感心している場合ではありません。これが、どれほど危険なことか次項で改めて説明

## 人口1000人あたりの医療従事者数

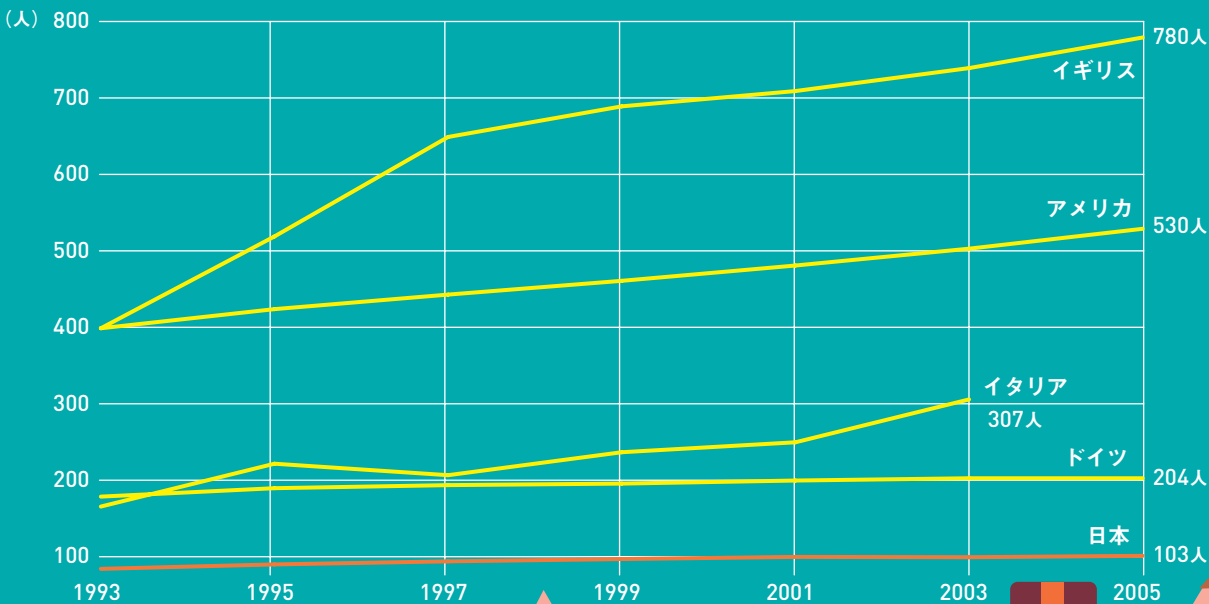
(2005年、イタリアのみ2003年)



出典: OECD Health Data 2007、病院報告(厚生労働省)

## ベット100床あたりの医療従事者数

出典: OECD Health Data 2007、病院報告(厚生労働省)



します。その危険性と、それにもかかわらず社会からの要求が過大であることの二つに持ちこたえられなくなったから、医療現場が崩壊し始めているのです。早急に人手不足を是正しなければいけませんし、まだ現場に踏みとどまっている人々が雪崩を打って立ち去る前に、いつまで耐えれば状況が好転するのか希望の灯をともしねばなりません。

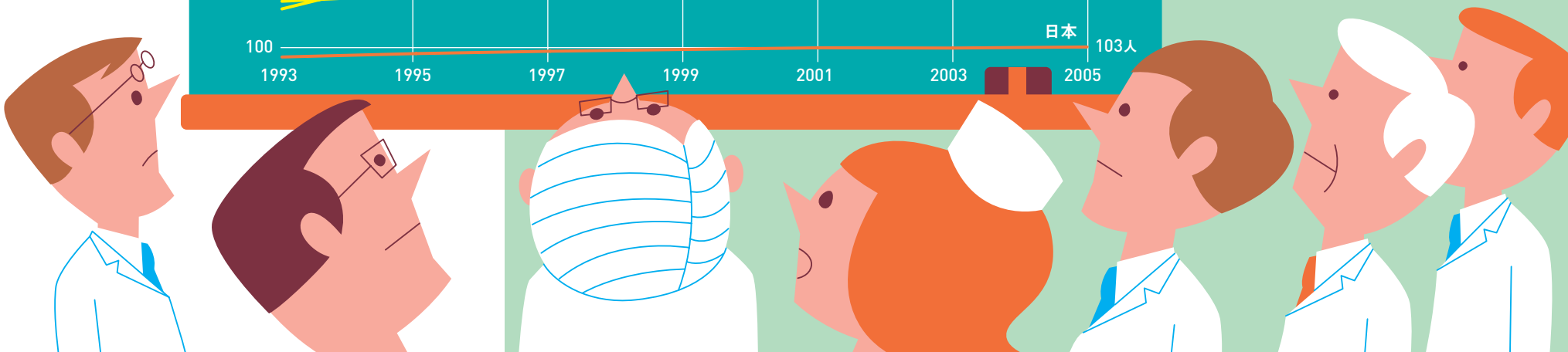
すべきことは、人を増やすかベッド数を減らすか、その両方ということになります。でも、ベッド数を減らすとい

うことは、潰れたり規模縮小したりする病院が出てくるということ。

あれ? 医療崩壊現象に似ていますね。

もつと人を増やすというのは、どうでしょう。これが言うは易く行うは難し。医療資格を持った求職者はそんなに多くありませんし、そもそも赤字の病院が多く、今以上に人件費を払う余裕などないのです。

まさに八方塞がりです。



# 無理が通れば 安全引っこむ。

**さ**て、医療者の数が少ないと何が起きるか。想像することは、そんなに難しくはないはず。そして、その想像を裏付けるような科学的な研究も数多く行われています。ご紹介しましょう。

まず患者にとって最も身近な存在の看護師について考えます。ベッドあたりに直すと、英米独伊4カ国平均の4分の1の人数しかいません。そして、看護師1人あたりの受け持ち患者が1人増えるごとに、何と患者の死亡率が7%ずつ上がるという恐ろしい研究報告があります(下図)。

日本では、看護師を多く配置している病院は、診療報酬で優遇されます。ただし、その最高ランクは、看護師1人

あたり7人の患者を担当するという7対1です。この研究で見れば、むしろ看護師が少なく危険な方になります。

しかも、この7対1へ看護師を増やすことすら容易でなく、病院間で看護師の争奪戦が起きて、結果として特に地方の病院で病棟閉鎖に追い込まれるような事例があったのは記憶に新しいところ。す。

いずれにせよ、研究結果に従うならば、もつとはるかに多くの看護師が必要なのです。続いて薬剤師です。比べられるような先進国平均はありませんでしたが、米国と比べると、やはり4分の1の人数

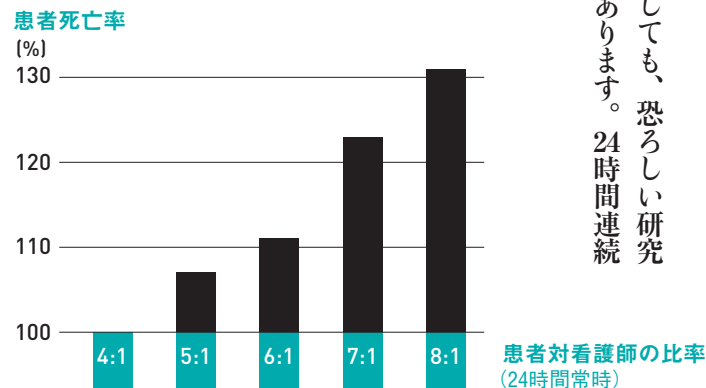
しかいません。薬剤師数が少ないと危険であることは間違いありませんし、他国では薬剤師のするようなことを医師・看護師でカバーしていることも見逃せません。つまり、医師・看護師の勤務を、より複雑で厳しくしているのです。

医師の場合、シフト制勤務の看護師や薬剤師と異なり、数が少ないこともさることながら、いろいろな人手不足の帳尻合わせのため、長時間労働を強いられています。勤務医にとって労働基準法など有名無実。みな過労死寸前です。

最も分かりやすいのが、普通に日中の勤務を行った後で当直に入り、翌日もまた日中勤務を行うという連続32〜36時間勤務です。当直明けに帰宅させると医師が足りなくなるので、夕方まで働くわけです。ピンと来ないかもしれませ

## 受け持ち患者数と患者死亡率

(患者対看護師常時4:1を100とする)  
出典：日本看護協会「看護職員の人員配置について」(2005年)



患者対看護師の比率 (24時間常時)

んが、一般的に当直というのは、急変患者への対応や夜間救急患者への対応をするので、ほとんど眠れません。そして睡眠不足だからといって、勤務が軽くなったりもしません。日本外科学会が昨年行った調査では、実に回答者全体の7割、40代までの9割が当直明けに手術を行っています。またしても、恐ろしい研究報告があります。24時間連続

で起きていた人の注意力は、ビール大瓶2本を飲んでぼろ酔いになった時と同程度しかないそうです。車の運転をしては、いけないレベルです。そんな注意力の低下した人たちが、普通に診療したり手術したりしているのです。

当直のない病院の医師はたつぷり寝ているから大丈夫と思つたら大間違いです。当直のない病院では、オン・コールという体制が一般的です。何かあると、問い合わせの電話がかかってきたり、呼び出されたりします。診療科で1人しか医師がいなかったりすると、24時間365日拘束されることになります。

これだけ、いつ事故が起きても不思議のない綱渡りの勤務を強いられ、しかも何かあったら激しく非難され、時として犯罪者扱いはされるというのでは、医療者の心が折れるのも理解できるのではないのでしょうか。



# どうしたらいいの？

## 人

手不足が患者の身の危険に直結し、それが医療者の離職を呼ぶので、さらに人手不足になるという悪循環をご理解いただけたと思います。危険でも構わない、何があっても医療者を責めない、と割り切るのでなければ、人手不足への本質的な処方箋は、病床あたりの人数を増やすしかありません。

では、どうしたら増やせるでしょうか。

まず最も根本的なのは、それだけのスタッフを雇っても病院が持続できるだけのお金が必要ということ。赤字になってしまつては持続不能です。これには、国の医療費抑制政策を転換させる必要があります。方針転換は官僚の仕事ではなく、政治家の仕事であり、その政治家を動かすのは有権者である私たちです。公共事

業には雇用対策の面もあると主張がありますが、だつたらその分の費用を医療に入れてもらつて、病院で雇用してはいかがでしょうか。

ただし、既存の診療報酬体系では、医師・看護師以外のスタッフが増えても病院の収入は増えません。実際たとえば薬剤師は、新しく資格を取つた人のうち2割強しか医療

機関に就職できていません。働き口がないのです。

ですから、この体系のままだと、収入につながる医師・看護師をできるだけ多く雇つて、その代わり、本来は他のスタッフがやるべきことまでやらせようとの力学が働くこととなります。それ以外の職種を増やした場合も収入増につながる工夫は必要です。

さて、根本的にはお金が必要と言つてみたものの、すぐお金が湧いてくるのではない以上、当面は医療者の離職を止めることが最優先になります。

医療者が学校を卒業後どのように働いていくか追跡してみると、病院をひとたび辞めてしまつた場合、家庭へ入つたり他職種へ転職してしまつたりして、病院にはほとんど

戻ってきません。

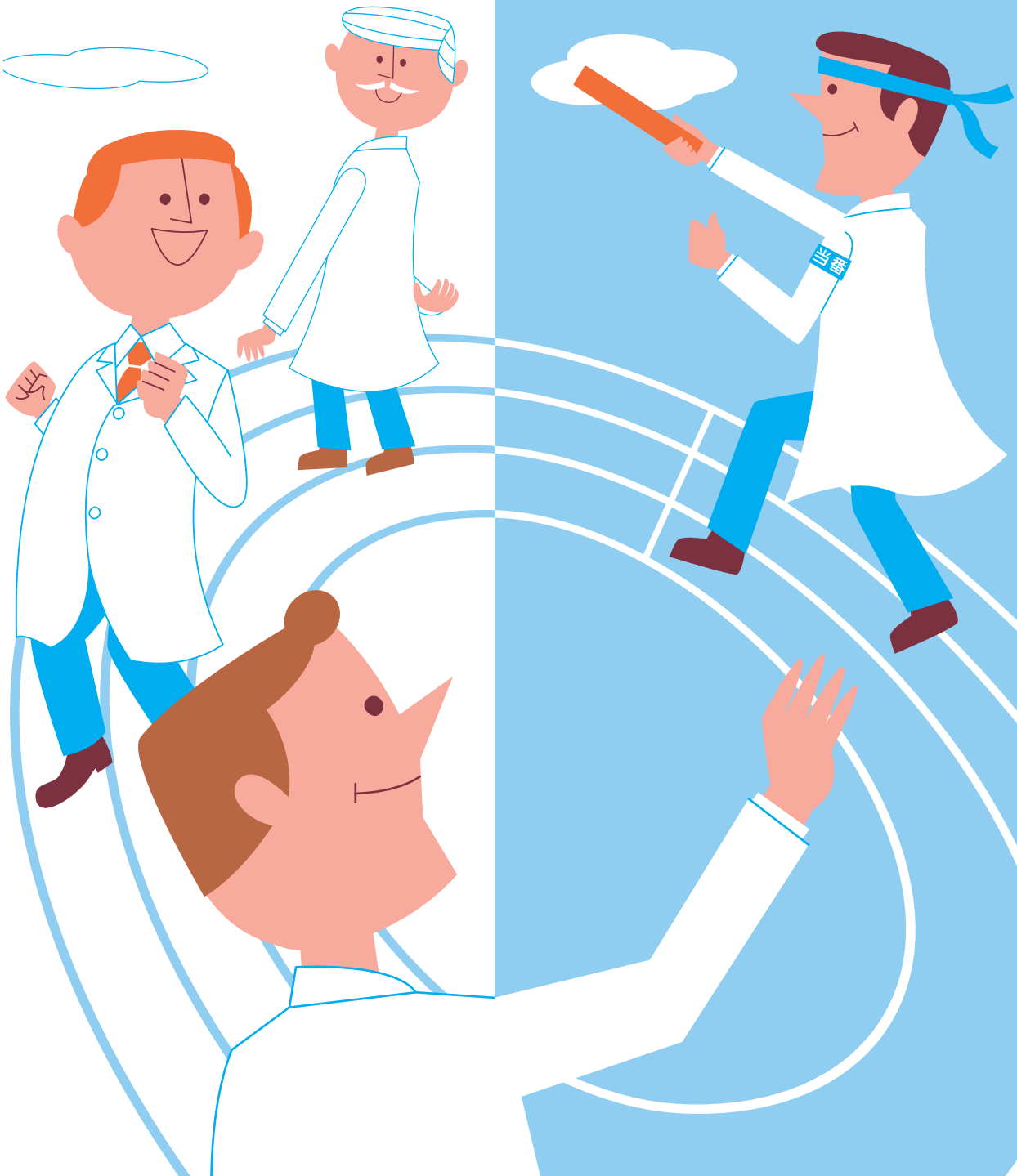
医療は日進月歩で、一度外れると追いつくのに相当の努力を要します。精一杯やつてもダメだつたと感じて離職していく人も多いので、もう一度努力する気力が、なかなか湧かないようです。

能力が同じだつたら、何年間か同じ病院で働いている人の方が、初めて働く人より生産性が高いに決まっています。だから、現在働いている人を離職させるのは二重にもつたいありません。

よつて、今働いている人たちが困っていることを改善すれば大きな意義があります。

まず労働条件です。医師を過労死させないため、その労働時間を労働基準法の枠内に収めたいところです。シフトを組むと、1病院1診療科あたり医師が最低4人必要になります。

1人しかいないような病院がゴロゴロある現状とかけ離れているので気が遠くなるか



もしれませんが、それが患者自身の安全のためでもありません。そもそも、普段から医師を限界まで働かせていると、大震災や新型インフルエンザなどの災害時に突発的に出現する要治療者を見殺しにする事になります。

お互い様の危機管理として、労働基準法を守るよう、医師を中核病院に集約しなければなりません。結果的に皆さんの近所から病院が消えることになるかもしれません。その場合、当座は総合医のい

る診療所受診や保健師への相談でしのいでいただく必要があります。その意味で総合医の教育・養成、保健師の役割見直しも急がれます。近所の病院がなくなるのは絶対に嫌だと言うなら、その病院の医療者が離職しないよう協力することが大切です。

というのも、医療者を悩ませているもう一つの大きなものが、患者や家族との紛争だからです。医療で不幸な結果を100%防ぐことは不可能です。不幸な結果が出た際に、

患者側も医療者側も理不尽な目に遭わないシステムを社会全体として準備する必要があります。何が必要かは改めて特集します。

ただし、どう考えても理不尽でしかない要求をする患者・家族も一部に見られ、その行為は他の患者全員を危険にさらすことになり言語道断です。医療者には毅然とした対応が求められますし、患者側も医療者を守ることに、ひいては自分の身を守ることに、なると覚えておいてください。