

女性医師問題の原点は日本の医療提供体制の特殊性にある

桃井 眞里子 2018.10.26 日本学術会

女性医師問題を診るのに必要な視点

1. 日本の医療提供体制
2. 病院勤務医の労働環境
3. 大学病院の責務 教育・研究・診療
4. 育児・家事は女性という社会通念

1. 医療提供体制の国際比較

OECD Health at a Glance 2017 (2017,Nov)

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312

医療統計は、国により各指標の定義が異なるため、単純比較は不適切な数値もある。病床区分、臨床医の範囲、など一定ではないことに留意して数値を読む必要がある。

日本医師会総合研究機構

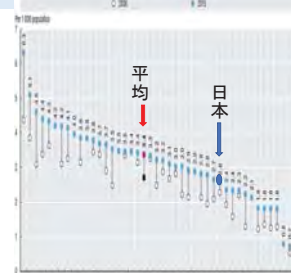
日医総研ワーキングペーパーN0.417 (2018.4)

<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP407.pdf>

上記の統計の課題を解析

1-① 医師数/人口千人 2000 and 2015 (or nearest year)

OECD Health at a glance 2017 : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312



統計基準は各国で異なり、フランスは研修医を含まない数

スウェーデン	4.2
ドイツ	4.1
イタリア	3.8
平均	3.4
フランス	3.3
カナダ	2.7
USA	2.6
日本	2.4
韓国	2.2

平均は適正数ではないためアウトカムの良い国との比較

医師の地域偏在幅は、日本はむしろ小さい

平均の0.7、フランスの0.72
ドイツの0.58、スウェーデンの0.57

1-② 国民一人当たり受診数

OECD Health at a glance 2017 : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_199913



韓国	16.0
日本	12.7
ドイツ	10.0
カナダ	7.7
平均	6.9
イタリア	6.8
フランス	6.3
フィンランド	4.3
USA	4.0
スウェーデン	2.9

病院へはフリーアクセス

低料金で受診

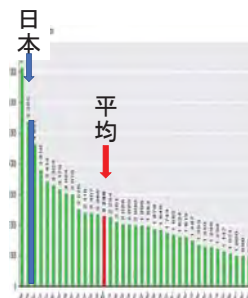
償還支払いではなく医療費の実感なし

⇓
稀な制度

フランスの2倍、スウェーデンの4.3倍

1-③ 医師一人当たりの(外来)診療数

OECD Health at a glance 2017 : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_199913

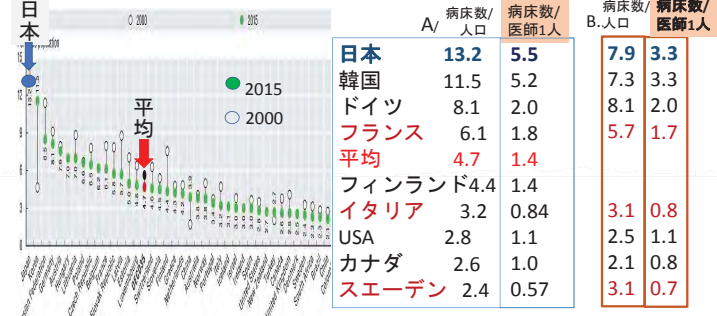


韓国	7,140
日本	5,385
カナダ	3,024
ドイツ	2,416
平均	2,295
フランス	2,020
イタリア	1,744
USA	1,624
フィンランド	1,310
スウェーデン	692

平均の2.3倍、フランスの2.7倍、イタリアの3.1倍、スウェーデンの7.8倍

1-④ 病床数 /人口1,000人、 病床数/医師1人

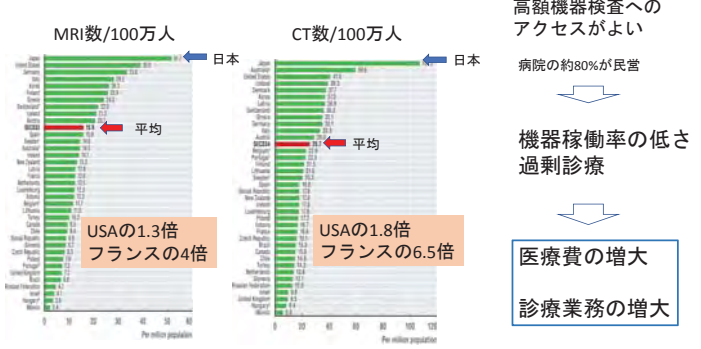
A. OECD Health at a glance 2017 : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_199913
 B. 日本医師会総合政策機構日医総研ワーキングペーパーNo.417 <http://www.jmri.med.or.jp/download/WP407.pdf>



急性期病床数（リハ病床含む）/医師1人：フランスの1.9倍、スウェーデンの4.7倍

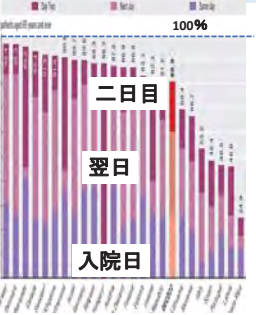
1-⑤ 高額医療機器保有数

OECD Health at a glance 2017 : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_199913

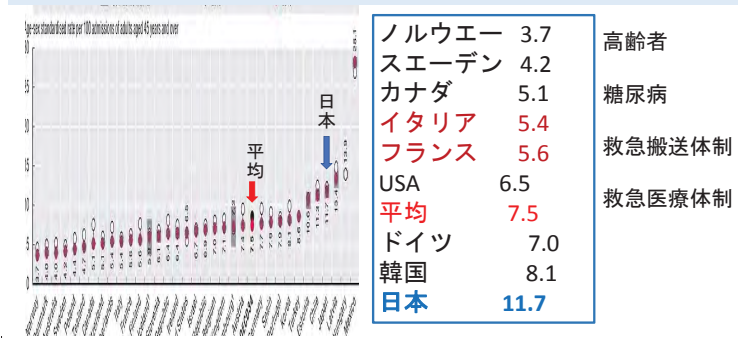


医療のアウトカム項目：大腿骨骨折で入院してから手術までの日数, 2015 (or nearest year)

OECD Health at a glance 2017 : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_199913



急性心筋梗塞で入院後30日以内の死亡率 2010 and 2015 (or nearest years)



OECDデータからみる日本の医療

- 健康指標は世界一
- 高質な医療へのアクセスは極めて良い=受診が多い
- 診療の量とアウトカムバランスに課題
- 慢性疾患の診療の質指標は極めて良い
- 重症救命救急の診療体制は改善の余地がある
- 人口当たり医師数は平均の0.7
- 医師当たりの外来受診回数は平均の約2倍
- 医師当たりの病床数は平均の約2~4倍*

少ない医師が多くの患者を診療し、高質の医療を提供している救急医療提供体制は課題

* OECD平均比較では3.9倍、急性期病床定義を統一した日医総研データではフランスの1.9倍

2. 日本の救急医療（時間外診療）は連続勤務をしないはずの当直医が担う

宿日直（当直）医：入院患者の急変等に対応すべく病院内に滞在している医師

日本
 病院の救急診療を担っているが労働時間とみなされない。
 適正な労働対価が支払われない
 翌日は通常勤務

EU USA など
 救急医療体制が異なる
 当直は労働とみなす
 宅直も労働とみなす
 労働時間上限を含む労働対価が支払われる
 翌日は診療しない

救急専門医不足
 医療のコスト抑制

2-① 病院医師の勤務状態



医師の宿日直勤務と労働基準法

平成17年4月 厚生労働省労働基準局監督課

- 1) 通常の勤務時間の拘束から完全に開放された後のものであること。
- 2) 従事する業務は、定時巡回、異常事態の報告、少数の要注意患者の定時検脈、等、特殊の措置を必要としない軽度のまたは、短時間の業務に限る
- 3) 応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等があり、昼間と同態様の診療に従事することが常態であるものは許可しない。
- 4) 夜間に十分睡眠がとらうこと

宿直は週一回、日直は月1回を限度とする
宿日直は、労働時間の規定から除外される。(救急医療への従事は継続的診療であり、労働への報酬が支払われる必要がある。)

医師法第19条1項 医師の応召義務

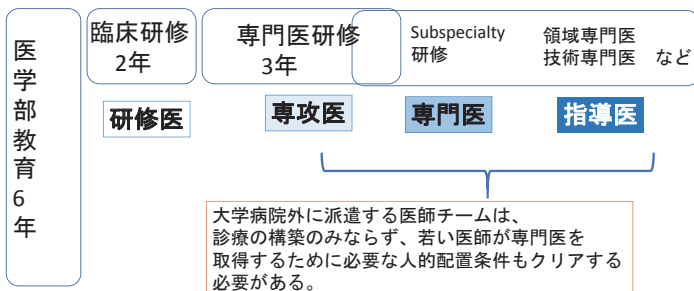
• 診療に従事する医師は、診療治療の求があった場合には、**正当な事由**がなければ、これを拒んではならない。

フリーアクセスによって ウォークインした時間外患者は 医師の時間外労働規制と 応召義務をどう調整するのが 実際には断れない
 ⇒40時間勤務後帰宅するところです。

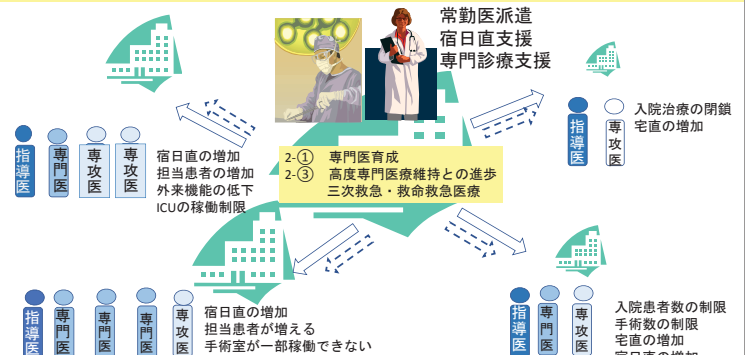
3. 大学病院・臨床講座の責務

- ① 教育： 医学部教育（講義、ベッドサイド教育）
大学院教育
専門医育成（専攻医）
サブスペシャリティー専門医育成
- ② 研究： 臨床研究、治験
- ③ 診療： 高度専門医療の維持と進歩
三次救急・救命救急医療・ICU/CCU/NICU
地域医療の維持（医師派遣）

医師数だけ配置しても医療はできない＝
 医師数だけでは医療チームは成立しない



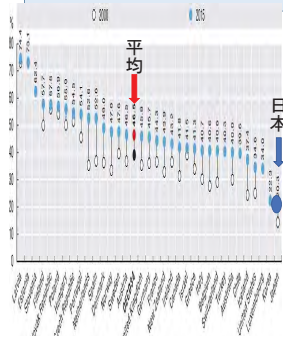
3-① 専門医育成、3-③ 高度医療、地域医療への責務



女性医師の割合

2000 and 2015 (or nearest year) OECD

Health at a glance 2017 : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_199913



ラトビア	74.4
スウェーデン	47.6
平均	46.5
ドイツ	45.7
フランス	44.3
カナダ	41.8
イタリア	40.7
USA	34.6
韓国	22.3
日本	20.3

女性医師問題の原点

1. 医師数が少ない = 女性医師が多くなったから、ではない
2. 病院勤務医の過剰労働を基盤とした医療提供体制である
3. 病院勤務医は献身的に労働し、常に応召義務を果たすべきという社会通念は、医師と医療安全を脅かしている
- 3 大学病院は病院機能維持のほかに、研究、教育、専門医育成、地域病院への医師派遣、時間外診療支援の責務を担っており、欠員=他の医師への一層の過重労働となりがちである。

国民のニーズ

時間外も主治医に対応してほしい。

いつでも病院に受診したい。

薬・検査で安心したい

医師の少ない地域病院でも24時間・365日対応してほしい。

病院医師の働き方

勤務時間外でも主治医として対応する

当直明けも通常診療で対応する。

頻回の当直・宅直にも対応する

泊まり込みでICU, NICUを稼働させる

家庭・育児は妻任せの献身的な医師像=良い医師という前提で成立してきた医療

4. 二つの社会通念が課題解決を阻む

育児・家事は女性が主体
「両立」という言葉による
社会通念の固定化

医師は献身的労働をすべき職業であるという考え

短時間勤務の提供
ワークシェアの提供

医師・医療機関の最優先事項は医療安全（患者を害しないこと）である

社会通念を固定化する
対応で解決にならない

24時間・365日稼働の職場における医療安全は、過剰労働の医師によっては実現されない。

医療提供体制・医師の労働環境を変えるには：
= 女性医師問題を無くすには：

1. 医師を増やす
2. 医療提供の効率化 = 過剰検査、過剰処方の見直し
診療ガイドラインの推奨度に沿った診療
費用対効果のbigdata構築
3. 医療機関の機能分担 = 単純なフリーアクセスの再考
4. 救急医療体制の抜本的改革 北米型ER、専任医師の確保
5. 勤務医 = 医療安全を最優先すべき労働者である、という認識
6. 献身・応召義務の呪縛を土台にしない医療提供体制を

大学病院は：

各医師の診療、教育、研究エフォートの明確化