

ISFJ 2011

政策フォーラム発表論文

病院勤務医の負担軽減に向けて¹

～患者側からの意識改革～

明治大学 加藤久和研究会 医療政策分科会

新井 智大 井上 貴史

川田 千暁 横山 珠依

2011年12月

¹ 本稿は、2011年12月17日、18日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2011」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、加藤久和教授（明治大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

I S F J 2 0 1 1

政策フォーラム発表論文

病院勤務医の負担軽減に向けて

～患者側からの意識改革～

2 0 1 1 年 1 2 月

要約

第 1 章 問題意識

日本の医療の特徴として挙げられるのは、(1)必要な人が誰でもアクセスできる公平な医療（フリーアクセス）、(2)医療費の安さ、(3)医療の質が高い、以上 3 点である。しかし近年、労働環境の過酷さから、医師をはじめとする医療スタッフは現場から立ち去り、医療システムの崩壊が起こってしまっている。実際、産婦人科や小児科、救急医療、へき地医療など、医療体制の弱いところから医療提供が困難になる事態が生じてきている。中でも病院勤務医の負担、特に地域医療では大きな問題となっている。そこで、我々は病院勤務医に焦点をあて、本稿を進める。

第 2 章 現状分析

現在、画像診断や超音波診断などの医療の高度化、高齢社会の到来、国民医療費の増加等、日本の医療は急速に変化してきている。また医師の絶対数不足、病院における必要な勤務医不足、地域・診療科の医師の偏在も指摘されている。現状分析では、現在の勤務医の労働環境について言及した。

第 1 節では病院勤務医の労働環境に触れ、医師の仕事量の増加、患者のモラル低下と医療訴訟の増加などが原因で、病院での勤務に燃え尽きるような形で病院を退職している医師が増加していることが考察された。また、医師が 1 人辞めれば、それをカバーするために残された勤務医の労働環境はますます悪化し、それにも負けなかった勤務医までも労働意欲を失い退職し、勤務医不足を加速させている。

第 2 節では海外の医療提供体制に焦点を当てることによって、現在の日本の医療がいかに危機的状況に置かれているかを分析した。具体的には診療医師数、医師診察回数を利用することにより、医師一人当たりの診察回数の負担を算出し、海外諸国と比較した。

第 3 節では医療提供側からではなく、患者の行動に焦点を当てて医療現場の現状を捉えていく。近年、患者のモラル低下が大きな問題として取り上げられている。患者は病院を自分の都合の良いように利用してしまっておりその典型的な例が、軽症でも休日や夜間に患者の都合で医療を受ける「コンビニ医療」である。さらに、必要性の低い軽症者による救急車の利用、病院に対して心ない発言や行動をする「モンスターペイシェント」がある。

第 3 章 先行研究

我々は『わが国の救急医の過重労働についての検討考察』岡本・大瀧・寺澤・井・山口・島崎(2009)と『病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて』日本学術会議 基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同 パブリックヘルス科学分科会委員(2011)の2本の

論文を先行研究として選んだ。本・大瀧・寺澤・井・山口・島崎の論文では、勤務医の労働環境を改善するための具体案として、交代制勤務医の導入、診療業務の軽減化、各診療の協力支援、救急医療に対する理解と姿勢、医師の労務健康管理の必要性が述べられている。日本学術会議の論文では、医者労働環境を改善するために、労働基準法や労働安全衛生法をどう守るべきか、そして医者の環境をどう改善していくかについて提言されている。本稿では医療現場の改善において、先行研究の勤務医側のみの対策とは位置づけが異なり、病院にかかる上での患者の意識改革について重視している点が本稿のオリジナリティである。本稿は政策提言を金銭面の政策、教育面の政策と両面から取り上げ、病院を受診する患者をどう減らすかを重視し、患者の平準化を図り、病院勤務医の負担軽減を目的とする。

第4章 政策提言

本稿では、患者の病院への選択意識を変え、病院勤務医の負担を軽減することを目的としている。そこで金銭面側から、患者の教育（意識改革）面からの2点を掲げて、政策を提言していく。

第1節では病院通院時に診療費に金額を上乗せする政策と、それを補う形で救急車の有償化を提言する。診療所と病院での診察料の金額を差別化することで、患者は初期医療を受ける時に病院ではなく、診療所を選ぶようになる。病院において過剰であった患者数を、診療所に配分することで患者数の平準化を期待する。我々は、病院に来るごとに2000円徴収という形で、金銭的に制約をつける。また、この政策を補う形で救急車の有償化を提言し、救急車の必要性の低い利用を控えさせ、病院勤務医への負担をさらに減らすのが目的である。第2節では患者側の意識の変革も必要であると考え、我々は「患者側への教育」を提言していく。必要最低限の医療を患者側は受けることになり、過剰な医療を提供せずに済み、病院勤務医の負担は軽減されることが期待される。我々の患者への教育の定義とは、患者に我慢して病院に行くのを控えさせるのではない。本当に必要な時に病院を適切に利用してもらえるように患者の意識改革を行うのが目的である。

第5章 分析

前章の政策提言を受け、その効果を実証するために、金銭面・教育面の両面から分析をした。第1節では、受療率と患者1人あたりの病院診療費の回帰分析を行い、その後、分析結果をもとに我々の提言の効果をシュミレーションした。第2節では政策提言の際に、チェックリスト作成の参考とした兵庫県立柏原病院の例をもとに、チェックリストがどの程度患者の受診行動に変化をもたらしたのか、分析を行った。

第6章 おわりに

第4章、5章の総括として、我々の提言の考察を行い、今後の医療提供体制の課題を述べている。

目次

はじめに

第1章 問題意識

- 第1節 日本の医療制度による病院勤務医の負担拡大
- 第2節 病院勤務医の定義

第2章 現状分析

- 第1節 日本の勤務医の労働環境
 - 第1項 病院勤務医の労働時間と労働量の増加
 - 第2項 医師数が増えても、労働環境が改善されない理由
- 第2節 海外と日本における医療の比較研究
 - 第1項 海外と日本における勤務医の比較
 - 第2項 日本において GP（かかりつけ医）がおけない理由
- 第3節 日本の現在の患者行動
 - 第1項 患者行動
 - 第2項 コンビニ医療
 - 第3項 救急車の利用状況
 - 第4項 モンスターペイシエント

第3章 先行研究

- 第1節 先行研究
- 第2節 本稿の位置づけ

第4章 政策提言

- 第1節 政策提言に向けて
- 第2節 金銭面の対策
 - 第1項 現行の診療報酬制度の課題
 - 第2項 病院通院時の上乗せ徴収
 - 第3項 救急車の有償化
- 第3節 教育面の対策
 - 第1項 チェックリスト作成方法
 - 第2項 チェックリスト配布方法
 - 第3項 兵庫県県立柏原病院の事例

第 5 章 分析

第1節 回帰分析

第1項 回帰分析を行う上で使用したデータ

第2項 計算方法

第3項 結果

第4項 考察

第 2 節 兵庫県県立柏原病院のチェックリストの効果分析

第 6 章 おわりに

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

近年、労働環境の過酷さから、医師をはじめとする医療スタッフは現場から立ち去り、医療システムの崩壊が問題として取り上げられている。実際、産科や小児科、救急医療、へき地医療など、医療体制の弱いところから事実上、医療提供が困難であるという事態が生じてきている。日本では OECD 諸国と比べて、圧倒的に医師数が少ないのは以前から問題視されてきていた。しかし、日本の医療を取り巻く環境は依然として変わらない。病院勤務が激務であるため、疲弊した医師たちは、病院を退職し開業医の道になる場合は少なくない。そのため、病院勤務医が不足している地域では、数少ない医師が疲弊しないようにすることが最優先である。我々は、医師の中でも特に過酷な労働環境に置かれている病院勤務医の負担の多さに問題意識をおき、病院勤務医の負担を軽減し、日本の医療制度の崩壊を食い止めたいという考えからテーマを選出した。

病院勤務医の負担が多い背景には、画像診断等の以前と比べた医療の高度化、そして、医療が細分化したことで、より専門性の高い知識が必要なことへの勤務医自身の仕事量の増加があげられる。また特に地域の病院では、新臨床研修医制度の導入によって研修医が大学から派遣されないための勤務医の減少が問題となっている。病院側の制度の変化によっての勤務医の仕事量は増加傾向にある。さらに、勤務医の患者への説明責任、すなわち、インフォームドコンセントの対応による仕事量の増加もあげられる。このように、医療提供サイドの仕事量の増加以外に、我々を含む、患者側の行動が病院勤務医の負担を増加させる要因にもなり得る。その例が、最近話題となっている、患者が自分の立場で病院を 24 時間利用してしまう、医療のコンビニ化である。さらに患者が身勝手な行動をし、医療関係者に心ない行動や発言を行う、モンスターペイシエントの問題も出てきている。

そこで本稿は、医療提供問題以外に、患者側の行動を分析することで、少ない医師の側を改革するのではなく、患者目線に立ち、より身近な患者側の改革をすることを目的として進める。そして、病院に集中しがちな患者をどのように緩和していくかに焦点をあてていく。

第 1 章 問題意識

第 1 節 日本の医療制度による病院勤務医の負担拡大

日本の医療の特徴として挙げられるのは、(1)必要な人が誰でもアクセスできる公平な医療（フリーアクセス）、(2)医療費の安さ、(3)医療の質が高いという 3 点が挙げられる。

しかし、日本福祉大学社会福祉学部教授の近藤克則氏は、2006 年 3 月 16 日に開催された第 26 回日本医学会総会ポストコンgress公開シンポジウムにおける「英国の医療改革から学ぶ」という講演で、医療政策研究者の間では、公平（equity）・効率（efficiency）・効果（effectiveness）の 3 つを満たすことはできないと紹介している。そのため、日本の医療の特徴である上記の 3 点を同時に満たすのは厳しいのが現状である。

同時に 3 つは満たせない

	日本	イギリス	アメリカ
アクセス（公平）	●	▲	▲
コスト（効率）	●	●	×
質（効果）	▲	▲	●

日本の医療制度の総合評価は悪くない

（出典；日医 NEWS『どうする日本の医療』

<http://www.med.or.jp/nichinews/n170505k.html>）

伊関友伸著の『まちの病院がなくなる!?地域医療の崩壊と再生』の中で、「日本の医療スタッフは、献身的な努力で、安い医療費コストの中で、フリーアクセスと一定のレベルの医療の質を維持してきた。これ以上の患者の要求は、よく言われる例えであるが、一流レストランの料理を、ファーストフードチェーンの価格で食べさせろという要求に近いものである。無理な要求をし続ければ、医師をはじめとする医療スタッフは疲れ果てて現場から立ち去り、結局医療システムは崩壊してしまう。実際、産科や小児科、救急医療、へき地医療など、医療体制の弱いところから事実上フリーアクセスができなくなる事態が生じてきている。」（該当ページ P.180）との記述がある。このような病院勤務医の負担は、特に地域医療では大きな問題となっている。

では、どのように病院勤務医の負担が増大し存在しているのか。また、フリーアクセスが要因で日本の患者行動にどのような影響がでてきているのか等、現在の病院勤務医の取り巻く状況を、第 2 章の現状分析で考察していく。

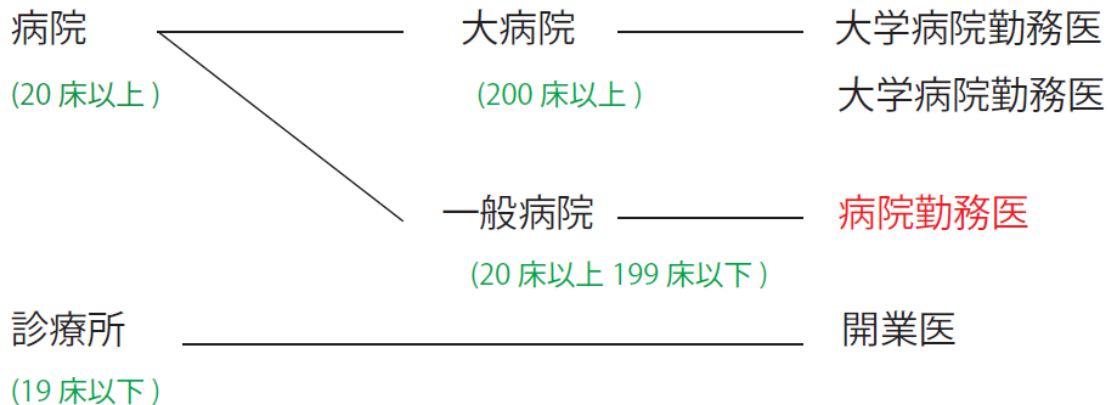
第2節 病院勤務医の定義

本稿で扱う「病院勤務医」の定義をする上で、まず、診療所と病院の定義づけを行っていく。

病院、医院、クリニック等、医療を提供する施設を医療機関という。また、医療を提供する体制を確保するために「医療法」という法律があり、この医療法に沿って診療所と病院の定義づけを行う。診療所と病院の違いは、病床数、すなわちその医療機関にあるベッド数で分類される。病床数 19 床以下の医療機関が診療所であり、病床数 20 床以上の医療機関が病院である。さらに、病院も病床数ごとに 3 つの区分に分けられる。病床数 20 床以上 200 床未満が一般病院、病床数 200 床以上 400 床未満で都道府県知事からの承認を得た病院が地域医療支援病院、病床数 400 床以上で厚生労働大臣の承認を得た病院が特定機能病院である。本稿では、一般病院の勤務医に焦点をあて、これを病院勤務医と定義する。また、地域医療支援病院、特定機能病院を大病院とし、その勤務医を大病院勤務医、大学病院勤務医とする。そして、診療所の従事者を開業医とし、これらに定義をもとに進めていく。

病院勤務医の定義

カッコ内の数字は病床数を示したものである



第2章 現状分析

第1節 日本の勤務医の労働環境

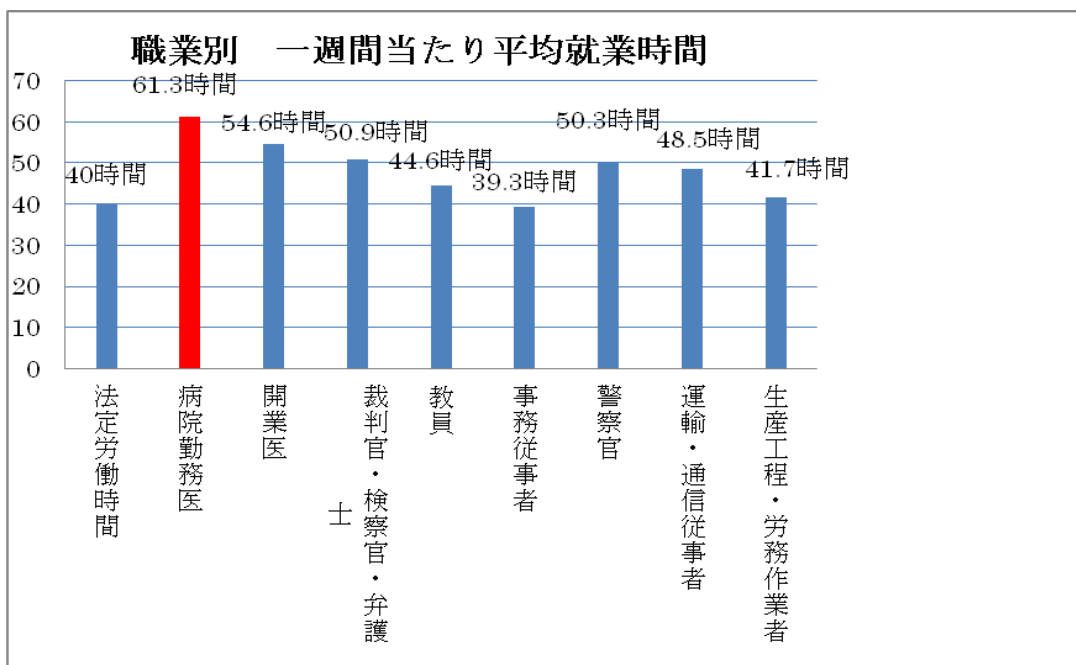
第1項 病院勤務医の労働時間と労働量の増加

我々は現在の日本の医療の大きな課題の一つである、病院勤務医の労働環境について研究を行った。病院に従事する勤務医（医育機関付属の病院を除く）総数を 1996 年から 2008 年の厚生労働省統計情報部『医師・歯科医師・薬剤師調査』で比較すると、勤務医数は 1996 年から年々上昇し、1996 年から 2008 年にかけて 21,365 人増加している。それにもかかわらず以下に示す原因によって勤務医の労働強度が高まっていることが指摘されている。これからその原因(1)労働時間の長さ、(2)労働量の増加、(3)医療訴訟件数の増加について述べていく。

(1) 労働時間の長さ

2007 年中央社会保険医療協議会『病院勤務医の実態調査』の調査によると、勤務医の 1 週間の労働時間の平均は 61.3 時間であった。労働基準法の法定労働時間が週 40 時間であることから、勤務医の超過労働時間は 1 週間で 21.3 時間、1 ヶ月で 85.2 時間に上る。

また、病院勤務医と開業医の労働時間を比較すると、勤務医の 1 週間の労働時間平均 61.3 時間に対し、開業医は 54.6 時間で、病院勤務医と開業医にも差が生まれている。



(データ出典；2007 年中央社会保険医療協議会『病院勤務医の実態調査』
2005 年『国勢調査』)

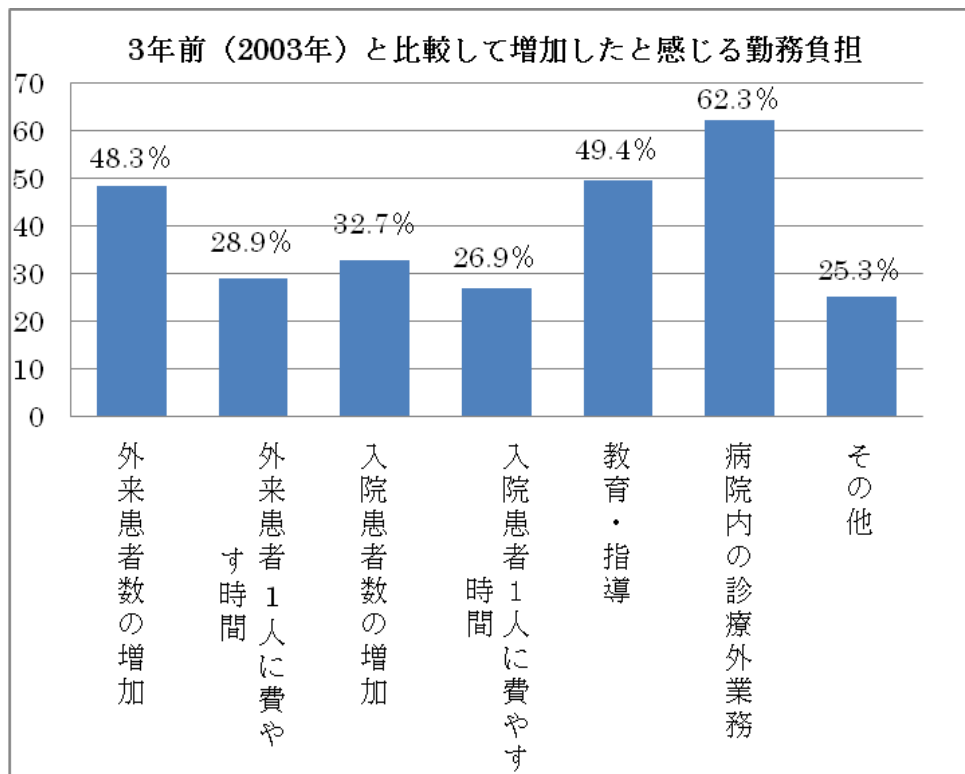
加えて、2005 年『国勢調査』を元に他業種の一週間当たり平均就業時間を比較してみると、上の図表で示される。他業種と比較してみても、勤務医の労働時間は約 10 時間多いことがわかる。

そして、日本医師会が 2009 年に行った、日本医師会会員で病院勤務医の区分に属する常勤医師 3,879 人を対象にした「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査」によると、休日が月に 4 日以下の回答者が 46%を占めた。さらに 1 か月の当直回数が 6 回以上と答えた勤務医は 10%であった。当直を終えた医師は休暇を取れるとは限らず、当直をした医師が翌日も引き続き勤務を行う割合は 90%にのぼる。平均睡眠時間を聞いたところ 41%の医師が 6 時間未満と回答している。特に 20 歳代では睡眠時間 6 時間未満が 63%を占めた。

このような現状で、過酷な労働環境が医療過誤増加の原因になっていると指摘されている。医療過誤の中には、人間が引き起こす「ヒューマンエラー」としてのミスではなく、労働環境の「システムエラー」が増加しており、勤務医の労働環境は患者の安全に大きな影響がある。(あべ俊子(2007)『これからの年金・医療・福祉—格差があってはならない社会保障』中央経済社 p.83)

(2) 労働量の増加

厚生労働省が 2006 年に行った、病院勤務医 6,650 人を対象にした『第 12 回医師需給に係る医師の勤務状況調査』によると、3 年前の労働負担を比較して、67.7% (2,219 人) の勤務医は負担が増加したと回答している。



(データ出典；2006 年厚生労働省『第 12 回医師需給に係る医師の勤務状況調査』)

このデータを元に上の図表を作成し、以下に勤務負担が増加した理由を示した。

勤務負担が増加した理由の 1 番多かった回答は病院内の診療外業務が 62.3%、2 番目に教育・指導が 49.4%、3 番目に外来患者数の増加 48.3%であった。

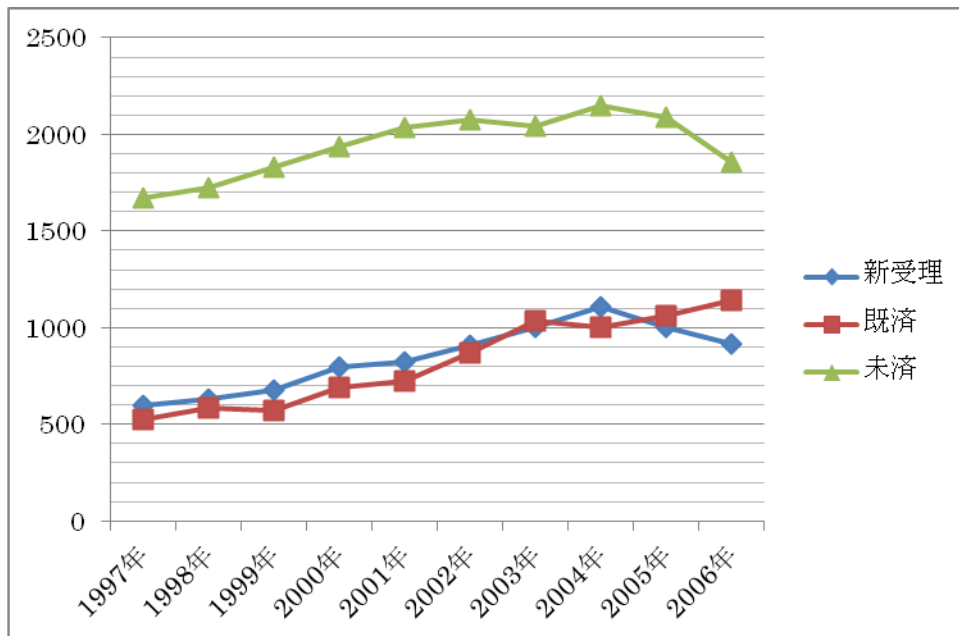
また、患者・家族への説明と同意（インフォームドコンセント）が必要なため説明文書や診断書の作成に要する時間が、医師の負担になっている。患者が持つ医療事故への不安感から勤務医の仕事量が増加しているのである。

以上の労働環境の過酷さから、病院での勤務に燃え尽きるような形で病院を退職している医師が増加している。近年では、「立ち去り型サボタージュ」という言葉が指摘され、病院内での過酷な勤務に嫌気がさして開業する医師も多い。（ヘルスケア総合政策研究所（2009）『医療白書』日本医療企画 p.29）またフリーター医師の存在も指摘されている。フリーター医師とは 30 代、40 代という年齢でありながら、病院を辞めても開業せず、また別の病院に勤めることなく、企業の健康診断などのアルバイト勤務で生計を立てている医師のことである。（永田宏（2007）『貧乏人は医者にかかるな！』集英社新書 p.15）

1 人の勤務医が辞めれば、それをカバーするために残された勤務医の労働環境はますます悪化し、勤務環境の悪化にも負けなかった勤務医も労働意欲を失い、その結果、勤務医不足を加速させている。

(3) 医療訴訟件数の増加

医療訴訟とは民事訴訟が多く、その中でも審理や裁判にあたり、医額の専門的知識を必要とする訴訟のことを指す。最高裁判所の統計資料によると、1997 年の医療訴訟新受理件数の 597 件に対し、2006 年では 913 件となり約 300 件増加している。新受理件数が増加した結果、毎年の未済件数は約 2000 件になっている。

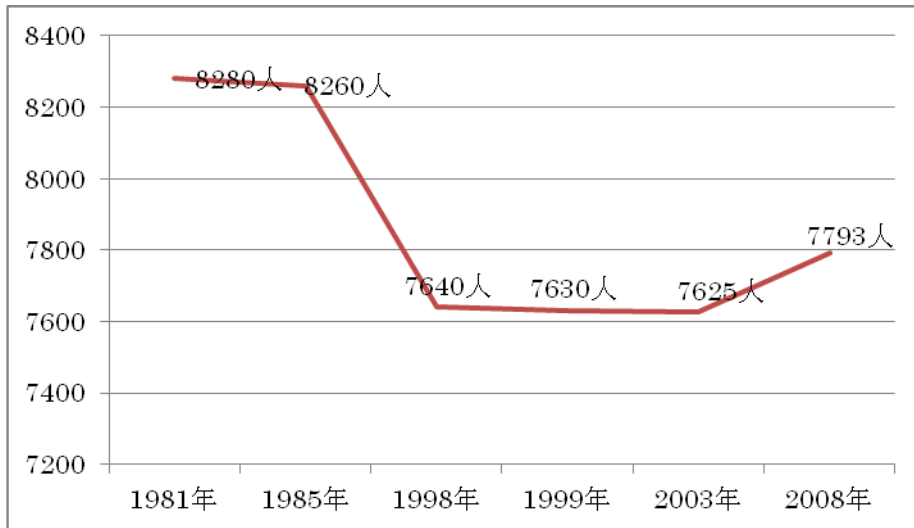


（データ出典；医療関係訴訟事件の処理件数 最高裁判所統計資料）

医療訴訟の多くは、医療者または医療組織と患者間での民事訴訟である。審理期間は医学の専門的知識を必要とするため一般的な民事事件の訴訟と比較すると、長期間である。また、審理期間とは事件の受理から終局までを指す。2004 年から 2006 年にかけて新受理医療訴訟件数は減少をしている。しかし、裁判所の HP (<http://www.courts.go.jp/>) によると、2006 年度の一般の民事訴訟 1 件にかかる平均審理期間は 8.7 ヶ月に対し、医療訴訟

の平均審理期間は 25.1 ヶ月で約 3 倍の期間がかかる。およそ 2 年間、係争が続き、大半の医療訴訟では現場の担当医師や看護師など、医療者個人が被告となり法廷に立つことになる。よって長期間かかる医療訴訟件数が増加することによって、医師の肉体的・精神的負担は増加している。

第 2 項 医師数が増えても、労働環境が改善されない理由



医学部入学定員の推移（データ出典；文部科学省

『平成 21 年度医学部入学定員の増員について』

http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/20/11/08110604/001.htm)

第 1 項でも指摘したが、病院勤務医数が増加しているとともに、医学部入学定員数も着実に増加している。

政府は医師数が過剰に増えることで医療費が増大するという懸念から 1984 年以降、2006 年まで医師数抑制策をとってきた。また、日本の「標準医師数」を定めた医師数算定法（「医療法施行規則第 19 条」1948 年 11 月施行）が放置され続けていたため、医療現場は変化をし続けているにもかかわらず、60 年前の必要医師基準が 2006 年まで見直されず、医学部の定員は抑えられ続けていた。（西村周三監修/ヘルスケア総合政策研究所（2011）『医療白書』日本医療企画）

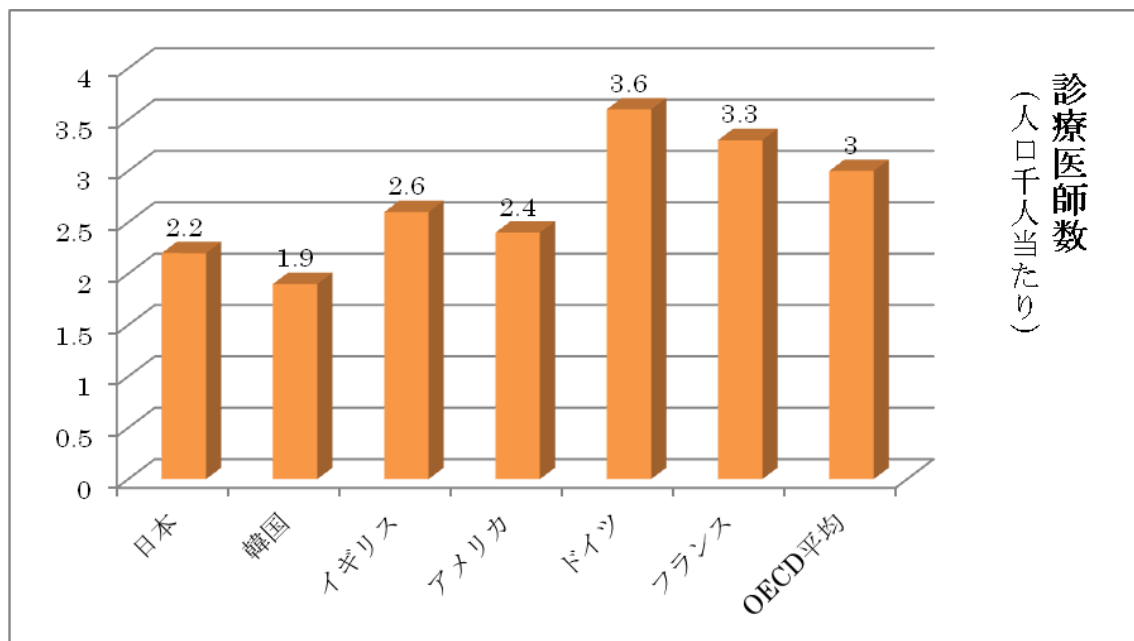
しかし、「医療崩壊」が社会問題として取り上げられるようになって、政府は 2006 年の「新医師確保総合対策」によって医学部定員の最大 395 人の増加を認めた。さらにその後「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」は、大学医学部の定員を将来的に現在の 1.5 倍程度の 12000 人に増員する必要があるとした中間報告書を行った。

しかし、医師の教育年数は 6 年間である上、研修期間を含めると 10 年を要するため、たとえ医学部の入学定員を増やしても、すぐに医師不足の解消をもたらすものではない。医学部入学定員数を増やしても、効果が表れるまで 10 年のタイムラグが生じるので、単に医師数を増やせば、第 1 項で述べてきた医療現場の問題の解決策になるというわけではないのである。

第2節 海外と日本における医療の比較研究

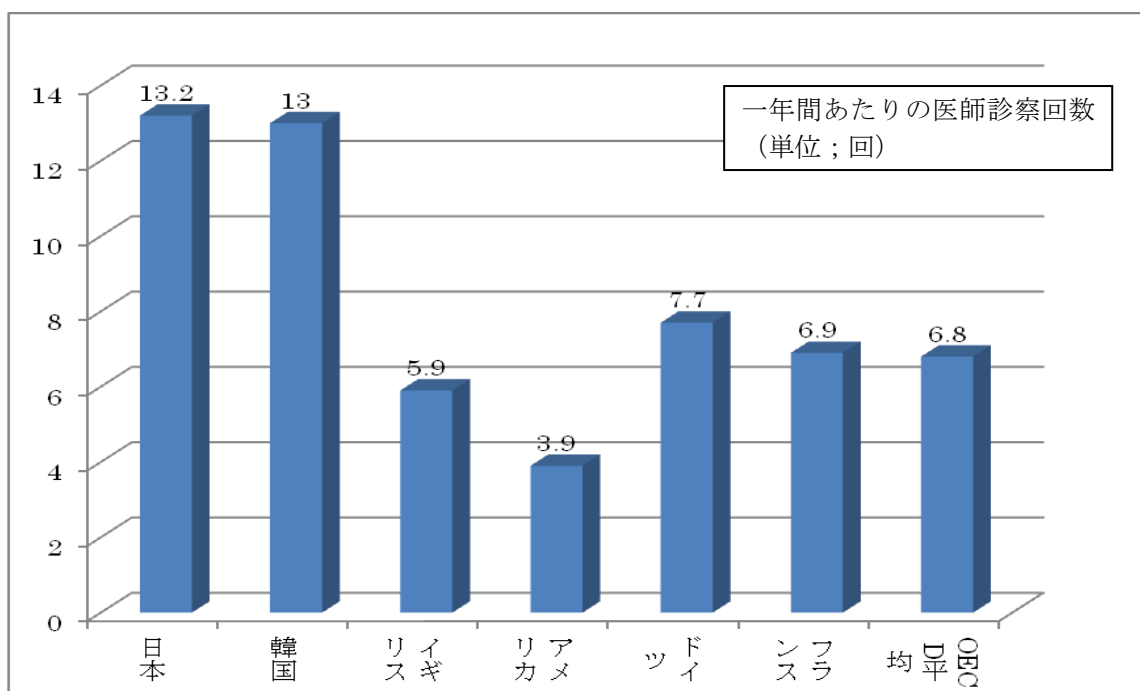
第 1 節では、日本の医療の特徴や病院勤務医の労働時間と労働量の増加といった観点から、日本の勤務医の労働実態について述べた。日本の医療はフリーアクセスであり、この点が海外の医療制度と大きく違っている点である。そこで、海外と日本における医療の比較研究を見ていこう。我々は 2011 年度版 OECD ヘルスデータを用いて、2008 年度の各国の診療医師数と診療医師診察回数を取り上げることにした。ここで診療医師数とは「公的及び民間施設で実際に診療を行っている医師の数」と定義され、医師診察回数とは「国民一人当たり年間で医師にかかる回数」と定義される。

① 海外と日本における勤務医の比較



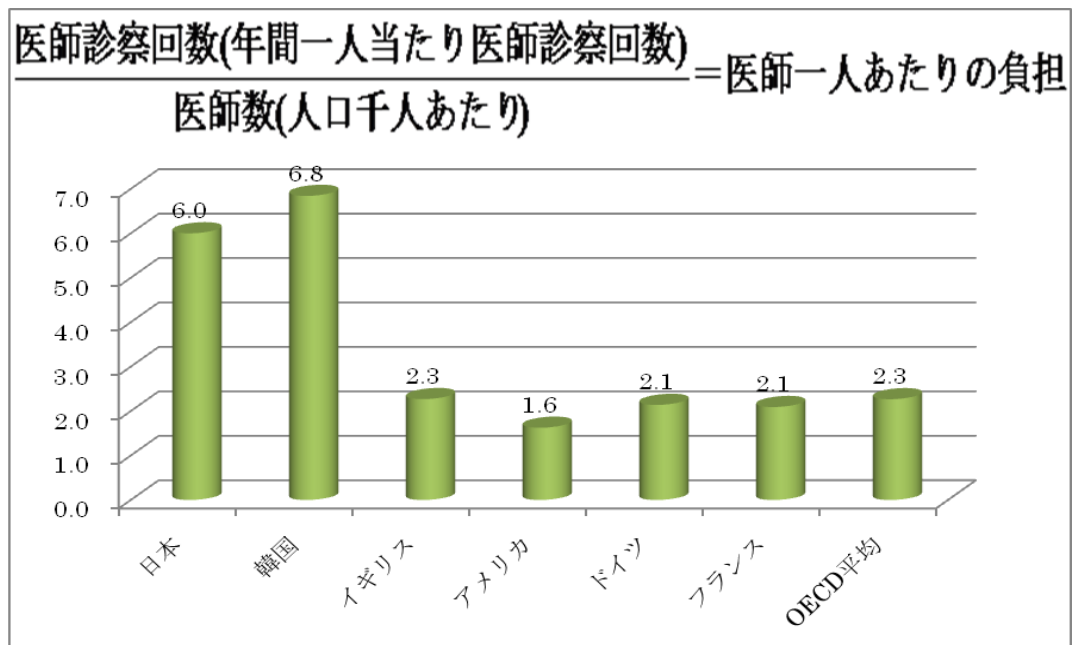
(データ出典；2011 年度版 OECD ヘルスデータをもとに作成した、
2008 年度診療医師数比較)

上のグラフは、2008 年度「人口 1,000 人あたりの診療医師数」の日本と各国との比較である。OECD 主要国は上記のように人口 1,000 人当たり日本が 2.2 人、韓国が 1.9 人と 2 人程度に対して、イギリスが 2.6 人、アメリカが 2.4 人、ドイツが 3.6 人、フランスが 3.3 人と、いずれも 3 人程度であることがわかる。また、2008 年度の OECD 全体の医師数平均は 3.0 人となっているため、欧米諸国との比較、OECD 全体からみても日本の医師数の少なさが見て取れる。



(データ出典 ; 2011 年度 OECD ヘルスデータをもとに作成した、
2008 年度 1 年間あたりの医師診察回数比較)

上のグラフは、2008 年度「1 年間あたりの医師診察回数」の日本と各国との比較である。OECD 主要国は上記のように年間で国民 1 人当たり日本が 13.2 回、韓国が 13 回と突出して高いのに対し、イギリスが 5.9 回、ドイツが 7.7 回、フランスが 6.9 回といずれも OECD 平均である 6.8 回付近である。また、中でも一番低いのは、アメリカの 3.9 回であり、日本との差はおおよそ 10 回である。これらの結果より、日本の医療機関を利用しがちな傾向を確認することができる。



(データ出典；2011 年度 OECD ヘルスデータをもとに作成した、
2008 年度医師 1 人あたりの診察回数比較)

最後に我々は、医師診察回数を医師数で割ることにより、医師 1 人あたりの診察回数を算出した。上のグラフはその計算結果であり、これより日本は 6.0 回に対して、他の欧米諸国は半数の 3.0 回を下回り大きな開きがある。また、OECD 平均も 2.3 回で、これとも大きな開きがある。したがって、医師 1 人あたりの負担が大きくなっていることが分かる。欧米諸国と開きがある一方、近隣の韓国では医師診察回数、医師数、そして医師 1 人あたりの負担診察回数の三点ともに日本と似たような数値を示している。これは韓国の医療は自分で病院を選び受診が可能で、必要であれば入院でき患者が自由に選択できる、すなわち日本のフリーアクセスと似たような制度であるためであると考えられる。そこで、我々はフリーアクセスが病院勤務医の負担と密接に関わっているのではないかと考えた。

第 2 項 日本において GP（かかりつけ医）がおけない理由

海外比較からの結果により、日本はフリーアクセスを維持するがゆえに、諸外国より医師の患者の診察回数が増加傾向であることがわかった。そこで、病院勤務医の負担の要因とされる日本のフリーアクセスを規制する方法として、イギリスの制度である GP（かかりつけ医）の導入が考えられる。

イギリスの GP（かかりつけ医）制度とは、治療は患者負担がなく無料でサービスを受けることができる一方、日本のように保険証一枚あればどの病院にもかかるというわけではなく、救急の場合を除き、まず地元の診療所で GP（かかりつけ医）の診察を受けなければならない制度のことである。GP（かかりつけ医）を通した上で専門的な治療が必要となったときにはじめて、専門病院で診察を受けることができるのである。GP（かかりつけ医）は、患者の症状を診察、処置し、専門的な医療が必要かどうかを判断するため、大病院で必要性の低い検査を受けたり、過剰な治療や投薬を受けたりするのを防ぐという意味で、別名門番（ゲートキーパー）とも言われる。すなわち、GP（かかりつけ医）とは、より専門的な医療の前段階で患者をふるい分け、必要な患者のみ高度・専門医療へ紹介するため、日本のフリーアクセスであるがゆえの過剰な医療提供を抑制されることが期待される。

しかし、日本の現状において、この制度をそのまま導入することは容易ではない。イギリスの GP（かかりつけ医）は医者ではなく、公務員であるため、制度自体をそのまま持ってくることはできない。そこで、問題点として、かかりつけ医を誰に担わせるかである。例えば、病院での勤務医の労働負担の軽減として、診療所の開業医にかかりつけ医の役割を担わせるとする。開業医がかかりつけ医になるためには、内科、外科のように診療科別に病状を見ていくのではなく、総合的な判断をするために、総合医にならなくてはならない。そのためには、今の診療所の環境を一新しなければならない。また別の方法として、かかりつけ医としての総合医を新しく創設するとする。こちらの場合、現状においても医師の絶対数が不足しているにも関わらず、新しく総合医を育てるのは、人材が少ない上に時間もかかる。以上によって、GP をおくのは難しいのである。

第3節 日本の現在の患者行動

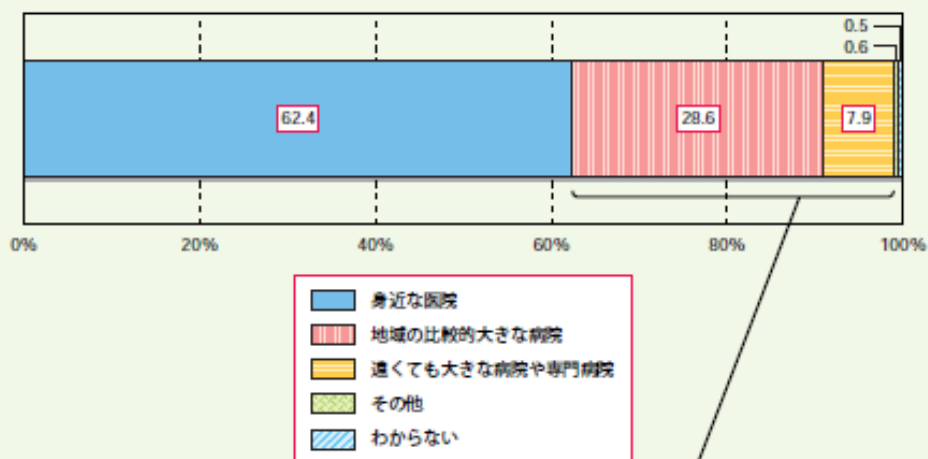
前節でも述べたように、日本の医療制度の課題としてフリーアクセスがあり、そのため患者は病院を自分の都合の良いように利用している。この典型的な例が、軽症でも休日夜間に患者の都合で医療を受ける「コンビニ医療」である。そして、コンビニ医療と関連づけて、救急車の適正利用の問題もあげられる。さらに、病院に対して心ない発言や行動をする「モンスターペイシェント」の問題が横行してきている。また、「コンビニ医療」「モンスターペイシェント」とまでいかないにせよ、軽度の病気で診療所ではなく、病院を利用している。しかし、このような患者の意識を改革するために、本当に必要な時に病院を利用するように、患者に教育する活動を行った事例として、兵庫県立柏原病院の小児科を守る会がある。また、上記の事例以外に NPO 法人地域医療を育てる会の活動もある。以上の点について詳しく見ていくために、まずは、患者行動から見ていこう。

第1項 患者行動

日本の一般的な患者行動は、前節のフリーアクセスが認められているがゆえに、軽度の症状で病院に行ってしまう、本来、診療所の医師が担わなければならない軽度の病気の診察を病院の勤務医が行っている。では、なぜ患者は病院へと流れてしまうのか、身近な医療機関を利用する上での患者の意識を見ていく。

図表2-2-5 医療機関を選択した理由

問 仮に、あなたが身体の不調などで医療機関にかかるとしたら、最初にどのような医療機関にかかりますか。一つだけ選んでください。(n=2,317)



「地域の比較的大きな病院」又は「遠くても大きな病院や専門病院」を選んだ理由 (2つまでを選択 (n=846))	(%)
各種医療機器がそろっていると思うから	52.2
どんな病気でも対応してくれるから	36.4
高い技術を持った専門医がいると思うから	35.9
はっきりした理由はないが大きな病院の方が何となく安心できるから	24.2
これまでずっとかかっていたから	13.2
身近な医院では症状が改善しにくいとき、自分が希望する他の医療機関を紹介して欲しいとはいいいにくいから	10.2

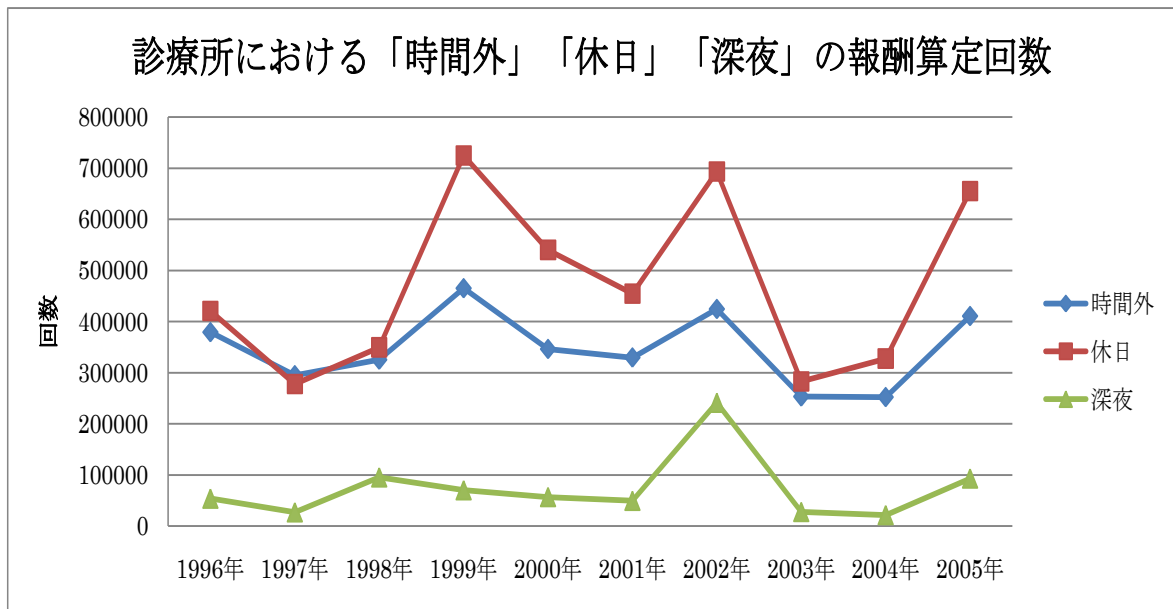
資料：「埼玉県政に関する世論調査」(2001年)

(データ出典；平成 19 年度版厚生労働白書 第 1 部医療構造改革の目指すもの
第 2 章我が国の保健医療とその現状 42 ページ)

上のグラフは、2001 年埼玉県政による「患者の医療機関の選択に関する調査」であり、「身体の不調などで医療機関にかかるとしたら、最初にどのような医療機関を利用するか」をアンケート調査したものである。この調査によると、身体の不調などで最初にかかる医療機関について、「身近な診療所」にかかるとする者が 62.4%となっている。一方、「地域の比較的大きな病院」、「遠くても大きな病院」にかかる者がそれぞれ 28.6%、7.9%となっている。一見、最初の医療機関に診療所を選ぶ割合が多いように見えるが、本来ならば、初期医療機関に診療所をあげる割合が 100%であるのが理想である。しかし、病院を利用してしまふ人が合計で、約 40%近くいることになる。

また、先ほどの質問で「地域の比較的大きな病院」、「遠くても大きな病院」を選んだ回答者にその理由を調査したところ、一番多いのが「医療機関がそろっているから」で 52.2%となっているが、「大きな病院の方が何となく安心できる」をあげる人が 24.2%もいるなどからも患者の病院志向が明らかである。

第 2 項 コンビニ医療



(データ出典；平成 19 年度版厚生労働白書 第 1 部医療構造改革の目指すもの
第 2 章我が国の保健医療とその現状 40 ページ)

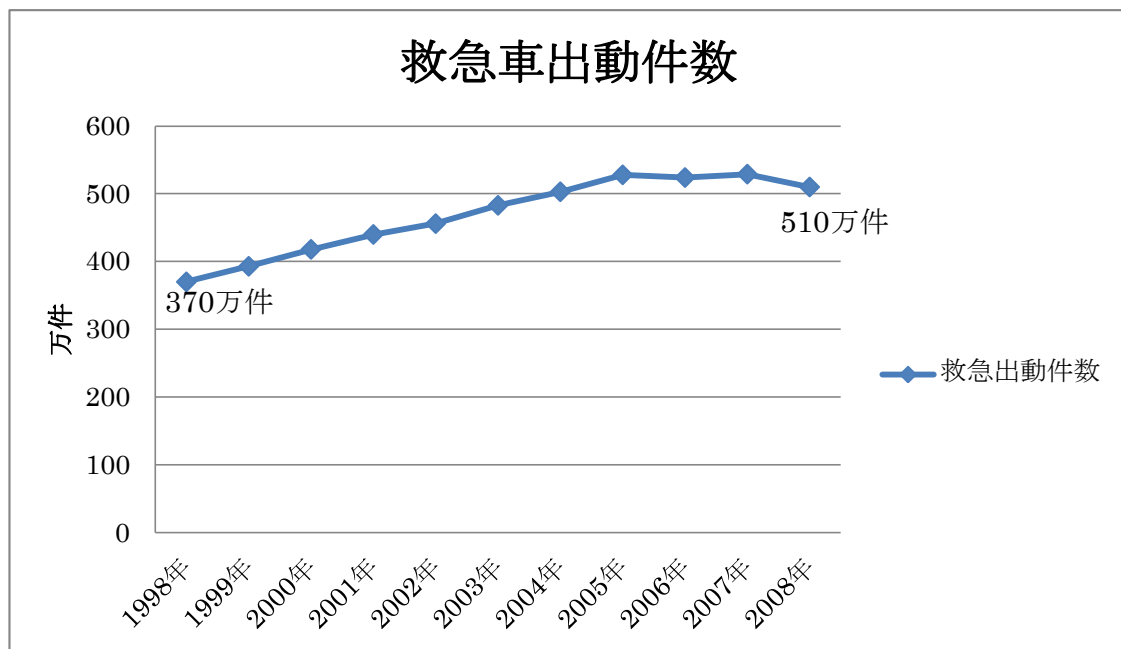
上のグラフは、2007 年度の厚生労働白書による、診療所における「時間外」、「休日」、「深夜」の報酬算定回数の推移を表したグラフである。ここでの「時間外」とは、休日、深夜を除く診療時間外のことであり、「休日」は、深夜を除く日曜、国民の祝日、振替休日、年末年始（12 月 29 日、30 日、31 日、1 月 1 日、2 日、3 日）のことであり、「深夜」は、午後 10 時から午前 6 時までのことである。また、「時間外」「休日」「深夜」の報酬算定回数とは、毎年 6 月審査分の中で、初診料及び再診料の時間外加算、休日

加算、深夜加算が算定された回数で、すなわち、「時間外」「休日」「深夜」に行った診療回数をいう。

グラフを見ていくと、医療保険制度の改定により、診療回数が減少している年もあるが、3 点ともに上昇傾向にある。上昇傾向の理由として、前述と重複するが、患者が自分の都合で 24 時間、病院を利用するという、医療機関のコンビニ化が起きているからである。その事例として、日中は仕事があるため深夜に受診する、身勝手な病院利用、また、開業医からもらった薬を 1、2 服、服用したが、治らない等の軽症状での理由が挙げられる。本来、病院の当直は入院患者のために待機しているものであるため、環境の改善が求められる。

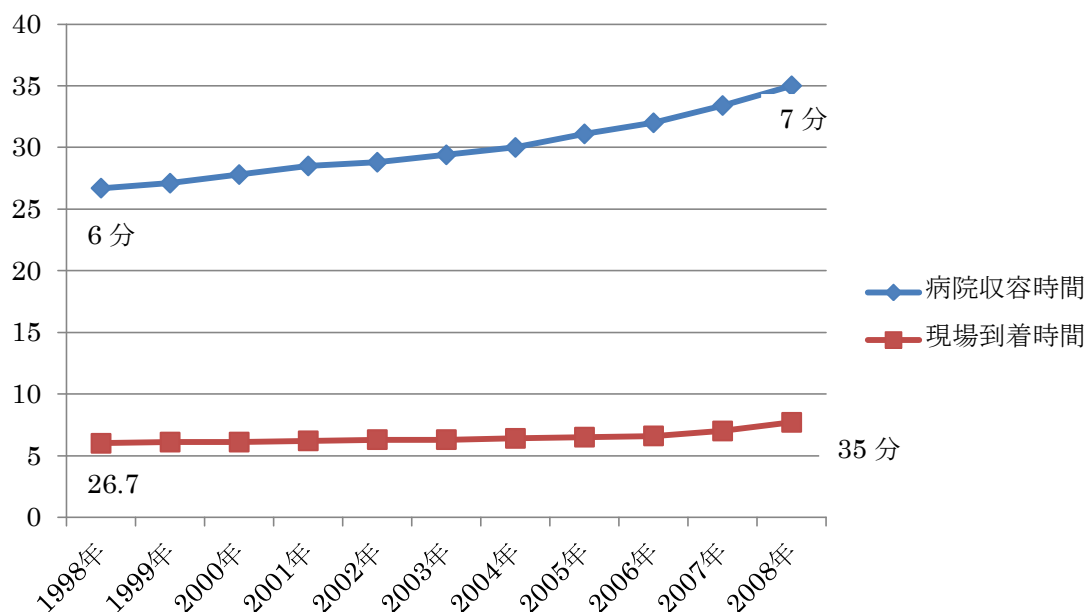
第 3 項 救急車の利用状況

第 3 節第 2 項でも見てきたように、コンビニ医療の問題と密接に関わる問題として、必要性の低い軽症者による救急車の利用がある。まず、救急車の出動件数、そして現場到着時間の推移について見ていく。



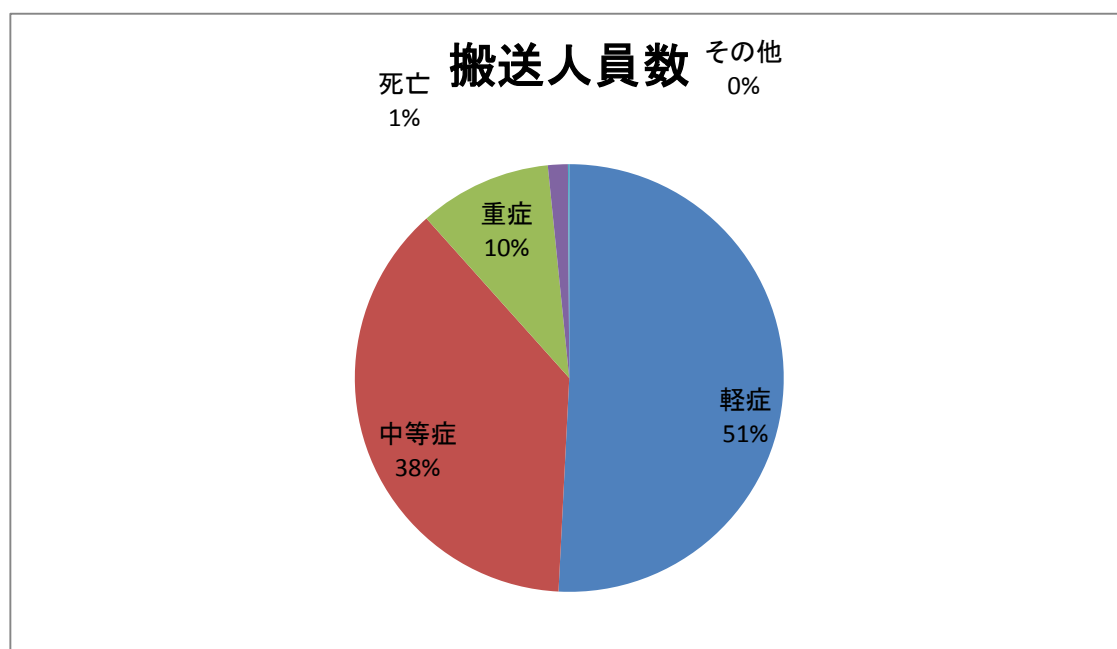
(データ出典；総務省消防庁 救急車の適正な利用について
http://www.fdma.go.jp/html/new/kyukyu_riyou.html)

上のグラフは、総務省消防庁の救急車適正利用の報告で、救急車出場件数の 1998 年から 2008 年までの 10 年間の推移を表している。2008 年中の救急出場件数は約 510 万件となっていて、1998 年の約 370 万件から約 38%も増加している。救急車出動件数は増えているが、出動をする救急隊員数は 1998 年では 4,515 人に対し、2008 年は 4,871 人と人数はさほど変わらない。救急隊員数は変わらず、救急車出動件数が増加すれば、それだけ救急車の現場到着時間が遅れてしまう。以上の点について見ていこう。



(データ出典；総務省消防庁 救急車の適正な利用について
http://www.fdma.go.jp/html/new/kyukyu_riyou.html)

次のグラフは、同一の報告で、1998 年から 2008 年までの同じ 10 年間の、救急車の現場到着時間及び病院収容時間の推移を表している。2008 年中の救急隊の現場到着時間は、平均 7.7 分で 1998 年の平均 6.0 分に対して、1.7 分長くなる。また、それに伴い、病院収容時間も同様に、2008 年において平均 35.0 分で、1998 年の平均 26.7 分に対し、8.3 分に長くなり遅延傾向になっている。救急車出場件数の増加、そして、現場到着時間並びに病院収容時間の遅延傾向の原因として、軽症者の搬送が多いことが挙げられる。次に、2008 年中の救急車の傷病程度別搬送人員についてみていく。



(データ出典；総務省消防庁 救急車の適正な利用について
http://www.fdma.go.jp/html/new/kyukyu_riyou.html)

上のグラフは、同一の救急車適正利用の報告で、2008 年、1 年間の症状別搬送人員数の円グラフである。搬送人員数の半数以上が軽症者であり、本来必要であるべき、中等症者が 37.6%、重症者が 10.0%となってしまうている。これは、一部の患者が、自分の都合の良いように救急車を利用しているため、軽症者の救急車の利用が多いのである。そこで、次のグラフを見ていこう。

	2002 年 (内 = 519)	2003 年 (内 = 298)	2004 年 (内 = 315)	2005 年 (内 = 425)	2006 年 (内 = 531)
生命の危険があると思った	27.7	26.2	38.1	28.7	28.8
軽症や重症の判断がつかなかった	12.3	19.8	19.0	22.8	21.8
自力で歩ける状態でなかった	53.0	49.3	49.8	48.2	52
交通手段がなかった	3.3	4.7	2.2	2.8	3.6
どこの病院に行けばよいかわからなかった	3.5	5.0	7.3	7.3	8.1
家族・知人に勧められた	19.1	7.4	8.9	11.1	8.3
かかりつけの医師または医療関係者に勧められた	7.7	6.4	9.5	7.8	7.3
病院へ連れて行ってくれる人がいなかった	7.5	7.4	5.7	7.8	7.0
かかりつけの病院が休診だった	1.2	0.7	0.6	0.9	0.8
夜間・休日で診療時間外だった	14.6	14.8	15.9	19.3	16.6
救急車は無料だから		1.7	0	1.4	0.4
救急車で病院に行った方が優先的に診てくれると思った		4.7	3.5	5.2	4.1
通院（又は入院）予定だった			0.3	0.2	0.4
その他	13.9	20.1	16.5	14.4	17.5

(データ出典；平成 19 年度版厚生労働白書 第 1 部医療構造改革の目指すもの
 第 2 章我が国の保健医療とその現状 40 ページ)

上のグラフは、東京消防庁の「消防に関する世論調査（2006 年 11 月）」による救急車の要請理由の 5 年間の推移である。この世論調査から、病院が夜間・休日で診察時間外という理由で救急車を利用し、救急医療機関を利用しているケースは、全体の 2 割弱を占め続けている。さらに、「救急車は無料だから」と回答する人、「救急車で病院に行った方が優先的に診てくれると思った」と回答する人もいる。このような利用により、本来、必要である、中等症、重症患者への救急利用がいき渡らなくなってしまう。

第 3 節第 2 節からみてきているように、患者の都合で医療機関、並びに、救急車を利用するような患者側のモラル低下が危惧される。最後に、このモラル低下に関連して、モニターペイシエントについて見ていこう。

第4項 モンスターペイシエント

「モンスターペイシエント」とは、患者やその家族が、病院に対して理不尽な行為を行うことである。2007年8月19日の読売新聞記事によると、全国の大学病院を対象とし、2006年1年間に医師、看護師が患者や家族から暴力を受けたケースを調査した。この調査では47都道府県の79ヶ所の大学病院を対象にし、59ヶ所の病院から回答を得られた。調査によると、暴力を受けたケースは、少なくとも約430件であることが明らかになった。また、理不尽なクレームや暴言も約990件確認された。主な事例としては、「大声で騒ぐなど粗暴な行為」、「治療費の未払い」、「自分だけの特別扱いの要求」などがある。悪質な事例としては、救急車で搬送された患者が帰りのタクシー代を要求したり、患者の家族が病室のドアを割って暴れたりするなどが報告されている。この調査で対象となった病院の中には具体的な対策を取っている病院が44ヶ所にのぼり、警察OBを職員に雇い、患者への対応に当たらせている病院は21ヶ所、暴力行為を想定した対応マニュアルを作成するところは10ヶ所あった。このように、重複になるが、患者のモラル低下も病院勤務医の負担になりつつある。

以上のように、日本の患者行動の根底には、病院志向があり、さらに、一部の患者によって自分の都合だけを考えて病院を利用してきているのが現状である。

第3章 先行研究

第1節 先行研究

『わが国の救急医の過重労働についての検討考察』岡本・大瀧・寺澤・井・山口・島崎 (2009)

この研究では、救急医の過重労働の実態を把握しその対策を検討するために書かれたものである。ここでは救急医を「救急医療に従事している勤務医」と表記されているため、我々の論文における病院勤務医と同義であると捉えることが出来る。勤務医は時間外診療である救急医療に従事しているため、長時間労働に陥りやすい傾向がみてとれる。また不規則な勤務や重症患者を診るといった心身の負担も大きい。

この論文では医師 89 名を対象に「救急医療従事医師の過重労働と疲労についての産業保健的研究」を実施した。調査は勤務開始時と勤務終了時の二回行われ、過去一ヶ月間の勤務状況と勤務終了時に調査時の勤務状況について自己記入式質問票を用いて調査している。調査の結果、我が国の医師は当直後も勤務を継続するため長時間労働に陥りやすい状況にあり、負担が大きい勤務状況となっていることが明らかになった。

結論として、救急医の過重労働を回避または軽減するためには、救急医の確保を当然として、そのほかに交代制勤務の導入、診療業務の軽減、各診療科の協力支援、そして救急医療に対する病院の理解と取り組む姿勢が必要であると述べられている。また、将来的には、産業衛生スタッフの協力による救急医の労務健康管理も必要になるであろうと述べている。

『病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて』日本学術会議 基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同 パブリックヘルス科学分科会委員(2011)

この研究では、現状分析として、病院勤務医の当直明けも連続して通常業務を行い、過重労働を早急に改善しなければならないことを問題点としている。この結果、業務疾病の認定基準「脳出血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」の認定要因に接するような実態となっている。すなわち、病院勤務医の過重労働を軽減し、十分に発揮できる勤務体制を実現することが必要だとしている。

そのための政策提言として4点挙げている。

- (1) 医師個人のモチベーションを高める対応に効果的に使われる、診療報酬体系の改善をする。
- (2) 国はコンプライアンスを高める方針を取り、労働基準法、労働安全衛生法を遵守する。
- (3) 病院の適正利用のために、啓発運動を住民が主体的にすすめ、医療の意識の向上を図る。

(4) 医療の質と持続性を保つために、ワークライフバランスの重要性を認識する必要がある。

以上の提言をして、病院勤務医の長期荷重労働を改善していくという方向性であった。

第2節 本稿の位置づけ

岡本・大瀧・寺澤・井・山口・島崎の論文では、勤務医の労働環境を改善するための具体案として、交代制勤務医の導入、診療業務の軽減、各診療の協力支援、救急医療に対する理解と姿勢、医師の労務健康管理の必要性が述べられている。日本学術会議の論文では、医者労働環境を改善するために、労働基準法や労働安全衛生法をどう守るべきか、そして医者の環境をどう改善していくかについて提言されている。本稿では医療現場の改善において、先行研究の勤務医側のみの対策とは位置づけが異なり、病院にかかる上での患者の意識改革について重視している。先行研究の勤務医側のみの対策とは位置づけが異なり、病院を受診するにあたって患者の意識改革について重視している点が本稿のオリジナリティである。本稿は政策提言を金銭面の政策、教育面の政策と両面から取り上げ、病院を受診する患者をどう減らすかを重視し、患者の平準化を図り、病院勤務医の負担軽減を目的とする。

第 4 章 政策提言

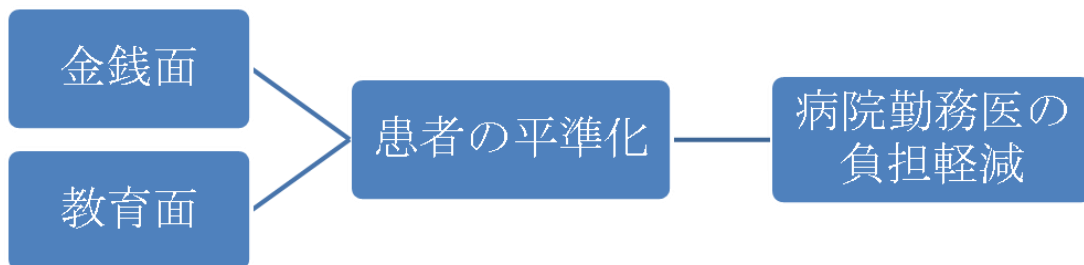
第 1 節 政策提言に向けて

第 2 章現状分析で見てきたように、我々は、以下の 2 点が問題であると考えた。

- (1) 病院勤務医の過酷な労働環境
- (2) フリーアクセスによる、患者の病院志向

病院勤務医の負担が多いのは、患者が病院に集中してしまい、上手く診療所と患者の平準化が行われていないからだと考えた。では、今まで病院に来ていた患者を、診療所に分担させるには、何か欧米のようなゲートキーパー的な役割が必要である。しかし、第 2 章現状分析の第 2 節第 2 項で見てきたように、日本に GP 制度を導入するのは困難である。そこで、我々は、病院や救急車を利用するにあたり、ある程度の金銭的制約を設けることで、過剰であった病院利用の患者の割合を診療所に分配し、患者の平準化を促すような政策を考えた。

だが、病院や救急車の利用に金銭的制約をかけたところで、それでも、病院や救急車を自分の都合で利用したりする人もいるだろう。第 2 章第 3 節第 2 項～4 項で見てきたような、患者のモラル低下によつての病院利用問題も残る。また、病院に金銭的制約をかけることで、次に診療所でフリーアクセスが濫用され、開業医の負担に繋がってしまう。よつて、我々は、金銭的制約を補うような形で、患者への病院利用についての教育も政策提言に掲げる。これらの流れをまとめると以下のような、フローチャートになる。



我々は金銭面と教育面からの政策提言を掲げる。具体的な案として、金銭面は、病院に通うごとに上乗せ徴収、救急車の有償化。教育面は病院利用にあたってのチェックリストの作成、配布である。では、金銭面の提言から見ていこう。

第2節 金銭面の政策

金銭面からの具体的な政策として、病院通院時に診療費に金額を上乗せする政策と、それに補う形で救急車の有償化を提言する。これから具体的な政策に入る前に、現行の診療報酬制度の課題を見ていく。

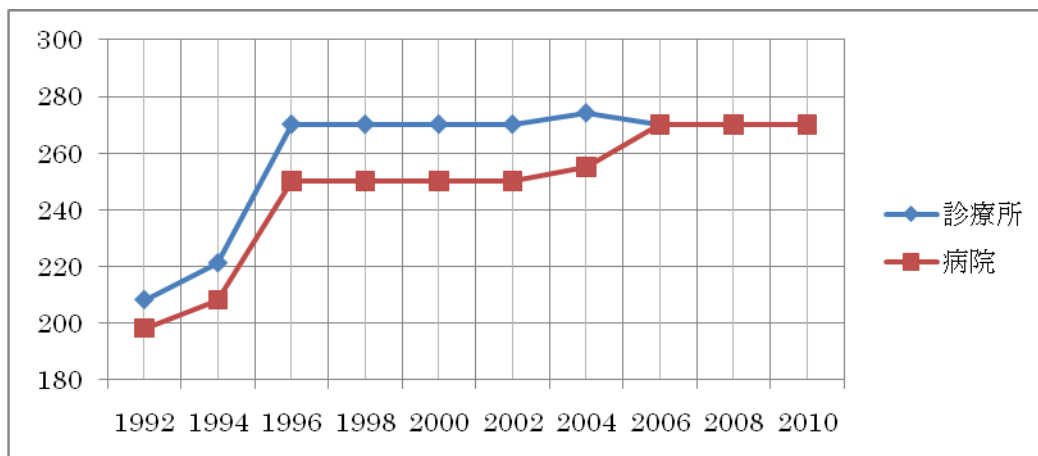
第1項 現行の診療報酬制度の課題

診療報酬とは、保険医療機関および保険薬局が保健医療サービスに対する対価として、保険者から受け取る報酬のことであり、すなわち診療に要した費用のことをいう。また、保険医療機関、保険薬局とは、保険のなかで行われる診療である保険診療を行う医療機関である。この診療報酬は、中央社会保険医療協議会という厚生労働省の審議会によって決められ、これに法で行われている制度が、診療報酬制度である。診療報酬の内容は、技術・サービスの評価と物の価格評価（医薬品については薬価基準で定められる）に分けられ、それぞれについて細かく点数が定められており、1点10円で換算する。医療行為ごとに算出された点数を元に、医療機関は保険者から報酬を受け取ることが出来る。中央社会保険医療協議会により、2年に1度見直しがあり、医療行為の点数を適切なものに改正される。初診料を例にして挙げると、医科は270点、歯科は180点と決められている。

<初診料・再診料の移り変わり>

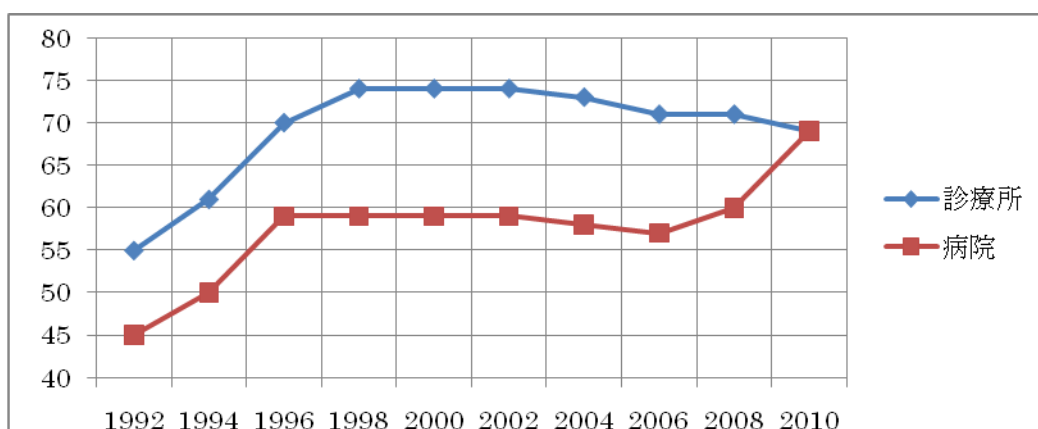
医師が、問診（患者から症状をきく）、視診（患部を眼で診察）、触診（患部に触れたり、押したりして診察）等の方法で、患者の傷病の状態を確認し、検査結果等と合わせて治療の方針を決めることを診察といい、その時の費用が診察料である。この診察料は、初診と再診の2種類に分けられる。初診とは病気やけがに対する第1回目の診察をさし、初診を行った場合に算出する診察料が初診料である。再診とはある病気やけがについての2回目以降の診察をさし、再診の費用は病床数によって次の2種類に分けられる。病床数200床未満の病院・診療所で算出される診察料が再診料、病床数200床以上の病院で算出される診察料が外来診療料である。そこで、初診料と再診料の点数の推移を見ていく。まず、初診料の点数の推移をみていくと、1992年以前は診療所と病院の初診料は同一であったが、病院については入院機能を、診療所については外来機能を重点的に評価する目的で改定された。さらに、1994年の医療法改正により、規模や特質に応じて、機能分担する流れが加速した。2004年の改定までは、徐々に点数が上がるものの、常に病院と比較し、診療所のほうが高い点数になっている。2006年の改定では診療所と病院の格差の是正が取り上げられ、現在では、診療所でも病院でも初診料は同一270点である。再診料も同様に、診療所の点数が高い状態が続いたが、診療報酬制度の2010年の改定により、病院と診療所の再診療の差は改善され、同額の69点となった。

初診料(点数)



(データ出典；社団法人 日本医師会
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20091111_22.pdf)

再診料(点数)



(データ出典；社団法人 日本医師会
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20091111_22.pdf)

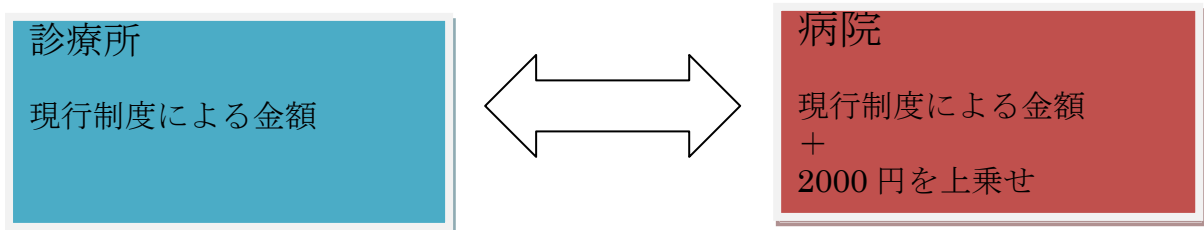
<初診時選定療養費制度について>

初診時選定療養費とは、「初期の治療は地域の医院・診療所などで、高度・専門医療は病院（200 床以上）で行なう」という、医療機関の機能分担の推進を目的として厚生労働省により制定された制度であり、200 床以上の大病院が、初診料とは別に選定療養費を上乗せして徴収することができる制度である。選定療養費の金額は大病院が任意で決めることができ、210 円から 5250 円と幅広く設定できる。この制度は、初診料部分の保険内診療と初診時選定療養費の保険外診療の混合医療となっており、大病院の約 4 割が採用していると言われている。

これらの現行制度の問題点として挙げられるのは、まず、初診・再診である診察料が診療所と病院で同じ金額に設定されている点である。プライマリケア（初期段階の医療）を行うホームドクター的な役割が期待されている診療所と医師・看護師が常時在中し、診療所より高度な治療が受けられる病院で、診察料が同じ金額に設定されていれば、病院に患者が流れるのは当然である。一方、病床数 200 床以上の大病院は初診時選定療養費制度が設定できるため、混雑を緩和することが可能である。よって、病床数 20 床以上 200 床未満の一般病院は、初診時選定療養費を設定できないために、患者が集中してしまう。そこで、診療所と病院の棲み分けをはっきりさせるために、次項で行う具体的な政策を提言する。

第 2 項 病院通院時の上乗せ徴収

前項で現行制度を見た上で、我々は、病院に通うごとに診察料とは別に、金額を上乗せして徴収することを提言する。ここでの診察料とは、前項の記述にもあるように、医師が患者を診察した際に発生する費用病院を示し、初診、再診に区別はない。上乗せする金額は、次章の分析で詳しく考察していくが、1 回病院に来るごとに 2,000 円を上乗せすることを提言する。では、我々の提言により、診療所と病院でどのように差別化できるかが以下の図である。



このように、診療所と病院での診察料の金額を差別化することで、初期医療において病院ではなく、診療所を選ぶようになり、病院において過剰であった患者数を、診療所に配分することで患者の平準化を期待することができる。また、懸念されるのが、重度の病気があった場合である。その時は、初期医療で診療所を選択し、2 次医療として病院に進んだ際は、2000 円上乗せを免除という形で対応する。ゆえに、我々は、病院に来るごとに 2000 円徴収という形で、金銭的に制約をつける。この政策の効果は、次章の分析で行う。では、この提言を補う形で、救急車の有償化を見ていこう。

第 3 項 救急車の有償化

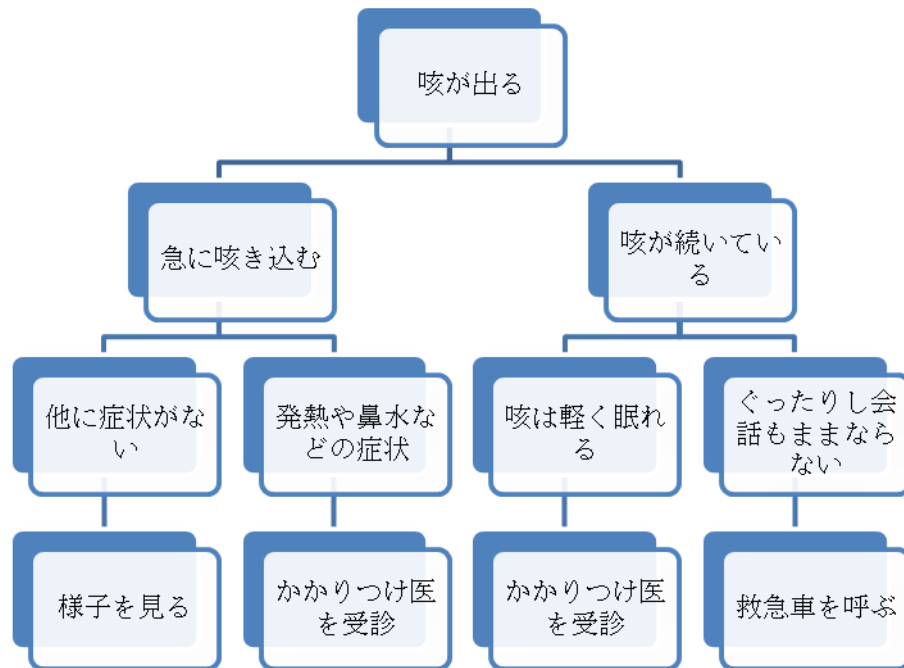
金銭面からの政策として、救急車の有償化を、前項で述べた病院通院時の上乗せ徴収に補う形で提言する。これにより、第 2 章現状分析の第 3 節第 3 項で述べた、救急車の利用状況を規制することができ、病院勤務医の負担をさらに軽減することが期待される。具体的な金額としては、東京大学公共政策大学院の 2007 年資料「救急医療サービスの経済分析」を参考にする。この資料によると、その年の救急事業にかかった人件費とその他費用を足し合わせたものをその年の救急車の出場回数で割ることにより、「救急車出場一回あたりの費用」を計算している。ここでは東京消防庁の救急事業について「機能するバランスシート - 救急事業とバランスシートの役割」を用いることにより、出場一回あたり約

45,400 円という数値が算出されている。ここから我々は 45,000 円という金額を救急車利用の金額とし、それを金銭面の政策に充てたいと考える。

第3節 教育面の政策

診療所と病院の診察料の差別化、救急車の有償化によって金銭的に患者に病院利用を控えさせるとともに、患者側の意識の変革も必要であると考え、我々は「患者側への教育」も政策提言として掲げる。具体的な案としては、いつどのような時に診療所を利用し、病院を利用するかをチェックリスト化し、各家庭に配布する。最初に、チェックリストとはどのような物を想定しているかを見ていこう。

チェックリストとは、患者に病院を正しく利用してもらうために、診療所を利用するのはどのような時か、病院を利用するのはどのような時かをチェックリスト形式にしたものである。以下の図は、その例となるものである。

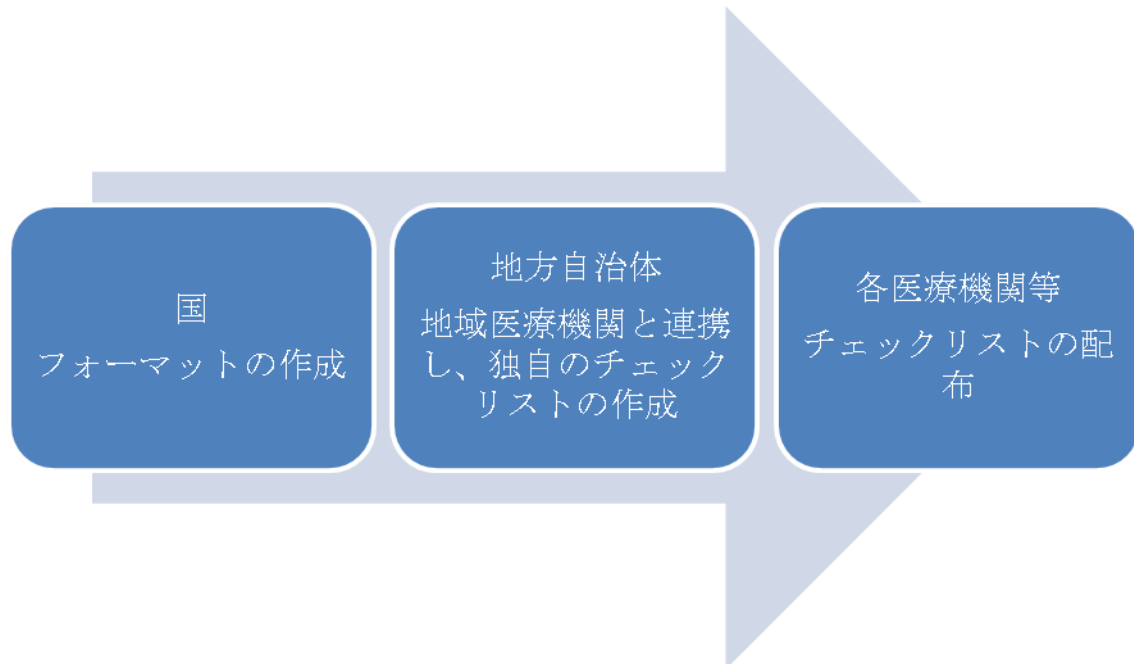


(参考；兵庫県県立柏原病院小児科を守る会によるフローチャートをもとに作成)

このように症状の程度により、次にどのように行動すれば良いかのチェックリストを作成し、それにより、必要最低限の医療を患者側は受けることになり、過剰な医療を提供せずに済むことが期待される。すなわち、我々の患者への教育とは、患者に我慢して病院に行くのを控えさせるのではなく、本当に必要な時に病院を利用してもらえるように意識の改革をするのが目的である。我々は次の項で具体的にどのようにチェックリストを作成するのか示していく。

第1項 チェックリスト作成方法

チェックリストの作成の流れを以下のチャート図のように考えた。



まず、チェックリストの作成にあたって、大元となるフォーマットを国が作成して、地方自治体に独自のチェックリストを作成するように要請する。次に、地方自治体が地域の医療機関と連携し、具体的な内容を作成する。地方自治体が地域医療機関と連携するメリットとして、地域別の特色を持ったチェックリストを作成することができる。例えば、どの医療機関が地域内ではどのように役割を担わせるかは、国が選定するよりは、地域をよく知っている地域の医療機関及び地方自治体を選び出したほうが良いためである。そのようにすることで、まずどの医療機関にかかれば良いのか、その後、どのような順で2次医療、3次医療を利用するのかを、それぞれの地域に合わせたチェックリストを作成することができるためである。また、チェックリストだけでは補えないところは、24時間の電話対応ができるようにして、フォロー体制も整える。最後に、地域別に作成したチェックリストは各医療機関等で配布する。では、次に配布方法について述べていく。

第2項 チェックリスト配布方法

チェックリストの配布方法として、我々は以下の方法を提案する。
チェックリスト作成後、各地方自治体がチェックリストを一家庭に一枚郵送にて配布する。その際、チェックリストを冷蔵庫や電話機のそばといった、いつでも目に入る場所に貼るように指示する文書も同封する。

また回覧板を通じて、チェックリストの周知を行い、日常的に家庭がチェックリストを参照するよう喚起する。

普段住民が多く利用する医療機関・公共施設・教育施設にはチェックリストの設置、チェックリストの活用方法を記したポスターを貼る。対象となる公共施設は以下のとおりである。

<チェックリスト設置施設>

区分	主な施設
医療機関	病院、診療所
公共施設	役所(本庁舎、分庁舎、支所、出張所)
	コミュニティセンター、図書館、美術館
教育施設	学校、幼稚園、保育園

以上、我々が提案するチェックリストの配布方法である。住民が有効にチェックリストを活用できるよう、郵送での配布後も医療機関などでのポスター掲示を使うことで、チェックリストが住民にとって定着するよう工夫を行う。

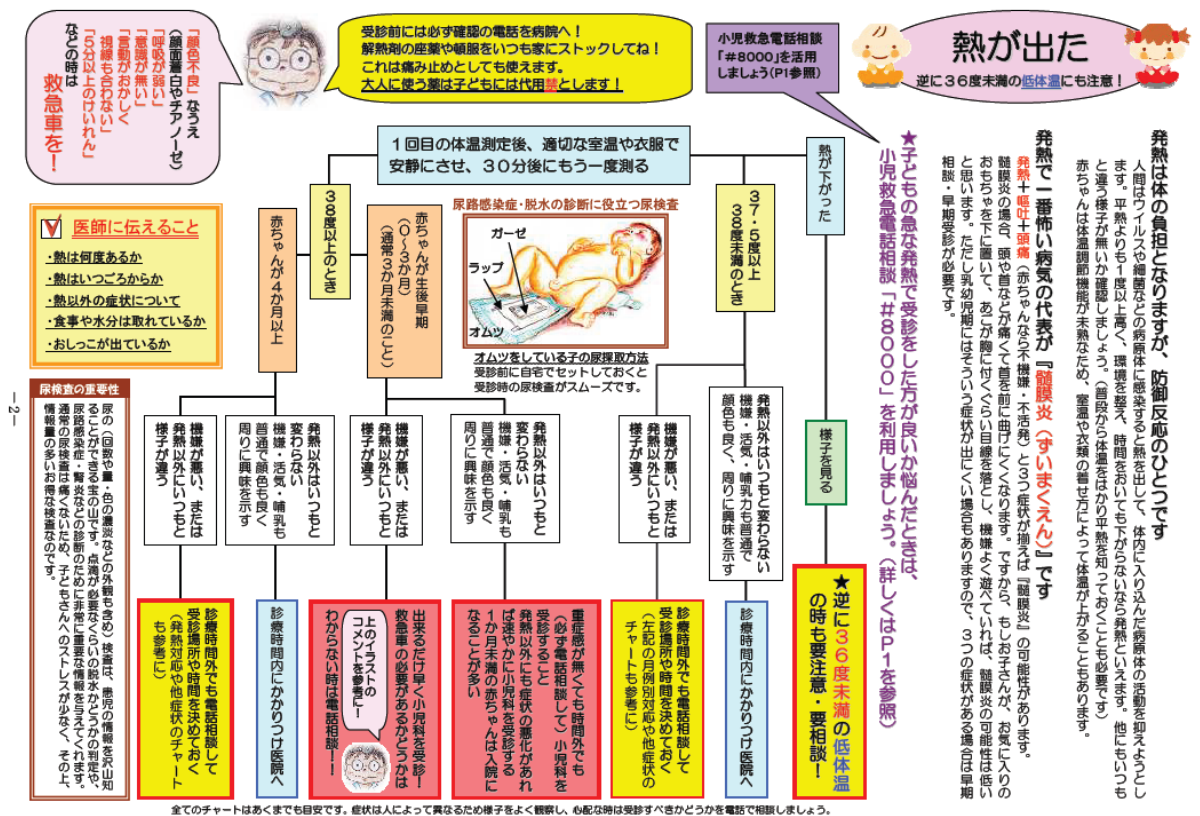
第3項 兵庫県県立柏原病院の事例

最後に患者教育が成功した例として、チェックリスト作成の上で参考にした、兵庫県丹波市にある県立柏原病院の「小児科を守る会」の取り組みをとりあげていく。県立柏原病院は元々44人という決して多くはない常勤医師数で、地域の中核医療機関としての専門医療を行っていたため、以前は1人の当直医が全ての診療科の救急に対応する体制を取っていた。時間外救急患者の約40%が子どもで、その数は年間で3,798件にまで及んで医師の負担となっていた。そのため、仕事に疲れ果てた医師が退職し、医療を継続できなくなり、小児科存続の危機に瀕した。この問題に、最初に動き始めたのが、丹波新聞の足立智知記者であり、2007年4月、「柏原病院の小児科存続危機」という題で記事を書いた結果、この記事への反響が多かった。そこで、足立記者が座談会を開き、地域の住民の方と体験談を話し合った。この座談会を通し、これまで病院への不平・不満をもらしていたが、自分たちのコンビニ受診が、病院勤務医の過酷な労働の負担になっていたのを感じ取られた。そこで、次に動いたのが、子どもの母親たちであり、「県立柏原病院の小児科を守る会」を結成し、「1、コンビニ受診を控えよう 2、かかりつけ医を持とう 3、お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう」の3点をスローガンに活動を始めた。2007年10月には、行政と連携して、メンバーが「お母さんに伝えたい 小児科に行く前に」講座の講師をつとめ、丹波市や篠山市内に住む親たちに対して、小児科の受診を受ける際の心構えについて伝えた。その一環として、「病院へ行く前のフローチャート」を作成した。



(出典；柏原病院小児科を守る会 HP <http://mamorusyounika.com/>)

「発熱」「せきが出る」「吐いた」「下痢」「いつもと様子が違う」という 5 つの症状について、チャートをたどっていくと、「様子をみる」「あわてる必要はないが、24 時間以内に受診する」「かかりつけの医院を受診」「救急病院に大至急受診する(救急車を呼ぶ)」などに行きつくようになっている。実際に、柏原病院で配布されているフローチャートの一部を見ていこう。



(出典；柏原病院小児科を守る会 HP <http://mamorusyounika.com/>)

上記のフローチャートは、子供が熱を出した場合のページである。上から順に、熱が 38 度以上かそれ以下か、38 度以上の場合、赤ちゃんが 0~3 カ月未満か 4 カ月以上か、そして、赤ちゃんの様子別によつての対処法が詳しく書かれている。これによって、「心配だから何となく病院に行こう」という患者意識をなくし、「本当に必要な時に病院に通う」という意識改革が可能になる。このように、医師が呼びかけるのではなく、患者側から動き、行動に移った事例である。この取り組みの効果は、次章の分析で詳しく見ていこう。

第 5 章 分析

本章は前章の政策提言で打ち立てた我々の提言で、どのような効果が期待されるのか分析していく。第 1 節では、受療率と患者 1 人あたりの病院診療費の回帰分析による分析、第 2 節では、前章の第 3 節第 3 項であげた柏原病院の事例をもとに推計した効果を実証していく。

第 1 節 回帰分析

我々は、病院で支払う金額が高ければ高いほど、患者数は減るのではないかと仮定し、2008 年度のデータを使い、都道府県別の受療率と患者 1 人あたりの病院医療費で回帰分析を行った。

第 1 項 回帰分析を行う上で使用したデータ

- ① 受療率 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数である、推計患者数を人口 10 万対であらわした数である。

受療率（人口 10 万対）＝推計患者数÷推計人口×100000

（データ出典；厚生労働省平成 20 年度患者調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/dl/02.pdf>）

- ② 推計人口 総務省統計局による「推計人口」（2008 年度 10 月 1 日）のものである。
- ③ 1 人あたり国民医療費 国民医療費を患者の住所地に基づいて、都道府県別国民医療費を推計し、推計人口で割ったもの。また、国民医療費とは、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものである。

（データ出典；厚生労働省平成 20 年度国民医療費調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/08/index.html>）

- ④ 一般診療医療費 国民医療費の内訳の中の、医科診療にかかる診療費、健康保険等給付対象となる柔道整復師・はり師等による治療費、移送費、補装具等である。

（データ出典；厚生労働省平成 20 年度国民医療費調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/08/kekka4.html>）

- ⑤ 病院 一般診療医療費の内訳の中の、病院に対する入院医療費、入院外医療費を合計した費用である。

（データ出典；厚生労働省平成 20 年度国民医療費調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/08/kekka4.html>）

第 2 項 計算方法

説明変数にとる都道府県別患者 1 人あたり病院医療費を計算するために、以下の手順で計算を行った。

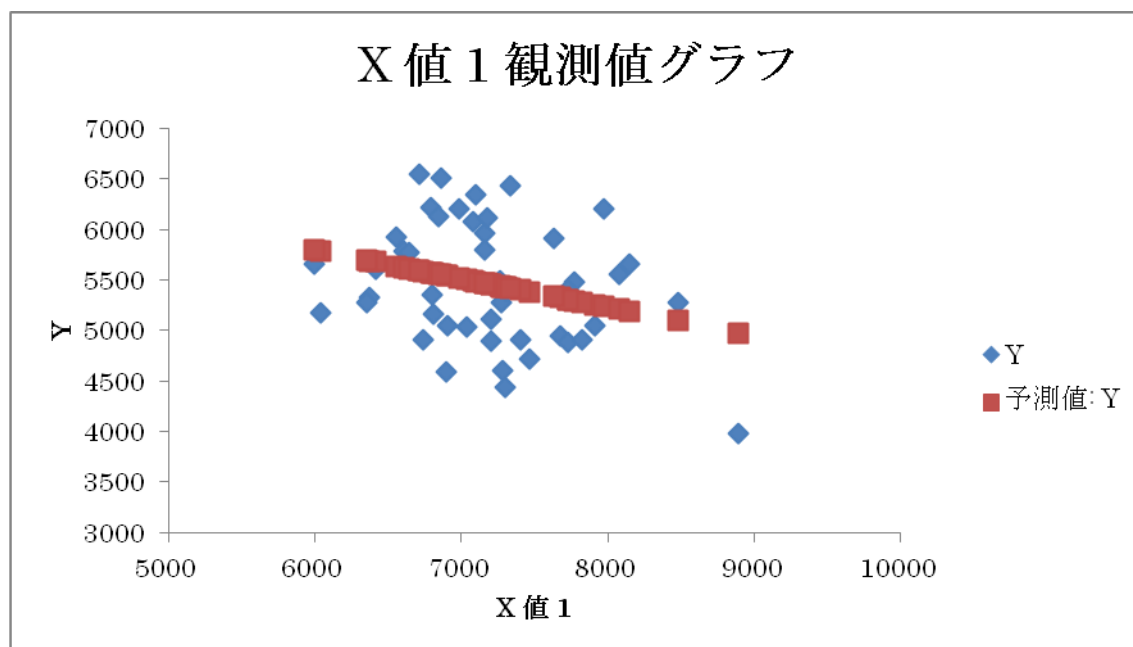
- 1, 受療率 (10 万人単位) $\times$ 推計人口 $\div$ 100000 を行い、推計患者数を計算する。
- 2, 1 人あたり国民医療費 $\times$ 推計人口 を行い、都道府県別の国民医療費の合計を計算する。
- 3,
$$\text{都道府県別の国民医療費の合計} \times \frac{\text{一般診療費}}{\text{国民医療費}} \times \frac{\text{病院}}{\text{一般診療費}}$$
 を行い、都道府県別の病院医療費の合計を計算する。
- 4, 都道府県別の病院医療費の合計 $\div$ 当該年の日数 (366 日) を行い、1 日あたりの都道府県別の病院医療費の合計を計算する。
- 5, 1 日あたりの都道府県別病院医療費の合計 $\div$ 推計患者数 を行い、患者 1 人あたり病院医療費を計算する。

上記のように計算して出した患者 1 人あたり病院医療費を説明変数に、受療率 (10 万人対) を被説明変数にとり回帰分析を行った。

第 3 項 結果

回帰統計	
重相関 R	0.287487
重決定 R ²	0.082649
補正 R ²	0.062263
標準誤差	573.2444
観測数	47

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%	下限 95.0%	上限 95.0%
切片	7489.337	1010.737	7.409777	2.52E-09	5453.608	9525.066	5453.608	9525.065867
X 値 1	-0.28232	0.140211	-2.01352	0.050063	-0.56472	8.14E-05	-0.56472	8.13568E-05



分析を行った結果、P-値がおおよそ 0.05 と患者 1 人あたり病院医療費は、受療率に対して統計的に有意であった。患者 1 人あたり病院医療費の係数がマイナスであることから、この 2 つの係数には負の相関がみられることがわかる。すなわち、患者 1 人あたりの病院医療費があがればあがるほど、受療率が下がることがわかる。この回帰分析を使用し、回帰直線 $Y = \beta + \alpha X$ を導く。 α に係数 -0.28232、 β に係数 7489.337 を代入し $Y = 7489.337 - 0.28232X$ を算出した。この回帰直線を利用して、次項で我々の提言に沿って、考察していく。

第 4 項 考察

前項で得られた回帰直線 $Y = 7489.337 - 0.28232X$ を使い、我々の政策提言である 2000 円を上乗せした場合、どのような効果が期待されるか分析を行った。

- ① 説明変数にとった患者 1 人あたり病院医療費の全国平均を計算し、その金額である 7183.98 (単位 ; 円) を X に代入し、 $Y^{\wedge}$ を計算した。

$$Y^{\wedge} = 7489.337 - 0.28232 \times 7183.98 \\ = 5461.16$$

- ② 説明変数の患者 1 人あたり病院医療費を、先ほど計算した患者 1 人あたり病院医療費の全国平均 7183.98 (単位 ; 円) に、我々の提言である 2000 円高くした場合を想定して、それに対する受療率を計算した。

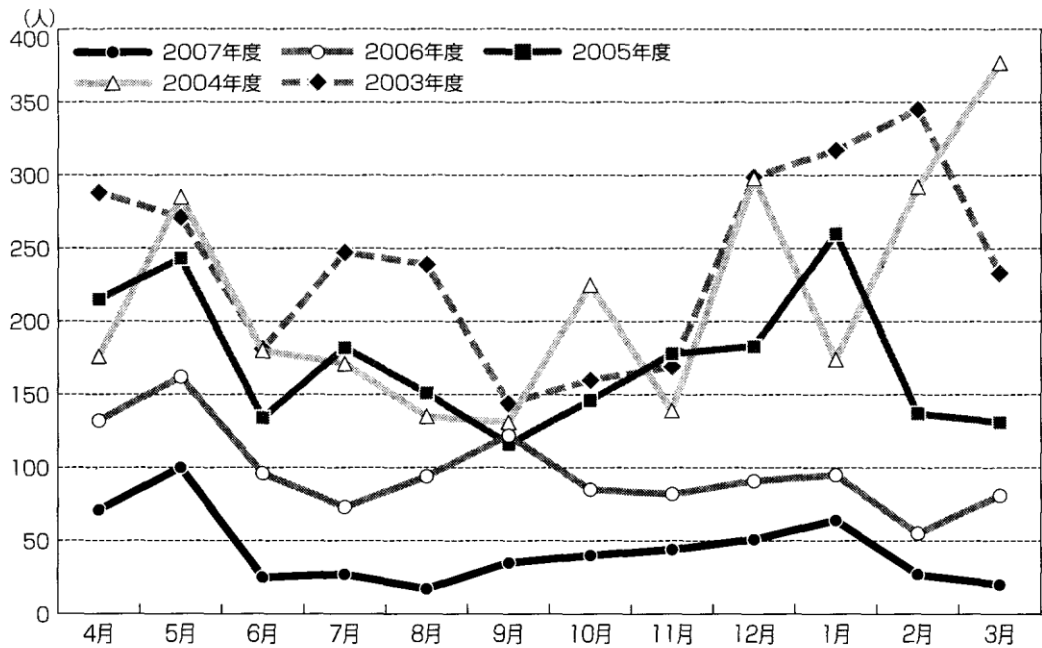
$$Y = 7489.337 - 0.28232 \times (7183.98 + 2000) \\ = 4896.52$$

	受療率 (10 万人単位)
$Y^{\wedge}$	5461.16
プラス 2000 円した場合	4896.52

この 2 つの計算結果を比較すると、病院に通うごとに 2000 円を上乗せした場合、受療率が約 10% 減少することがわかる。この分析結果から、我々の提言の 1 つである、「病院に通うごとに、2000 円を上乗せする」政策の効果が期待されるのは明らかである。

第 2 節 兵庫県県立柏原病院のチェックリストの効果分析

第 4 章政策提言でチェックリストの参考とした兵庫県立柏原病院の例をもとに、チェックリストがどの程度患者の受診行動に変化をもたらしたのか、分析を行った。先行のチェックリストの効果を分析することにより、本稿で提言するチェックリストの効果がどの程度期待されるのか検証したい。



県立柏原病院和久祥三氏作成資料

(データ出典；伊関友伸（2009）『地域医療 再生への処方箋』ぎょうせい p.195)

上のグラフは、兵庫県県立柏原病院の時間外小児科診療件数のグラフである。

ここでは、第4章に挙げた兵庫県丹波市にある県立柏原病院の「小児科を守る会」の活動の中で、作成したチェックリスト「病院へ行く前にフローチャート」の配布された2007年以前と以降の、時間外診療件数を比較する。

具体的な数値は出ていないので、グラフの推計値になるが、2006年では1ヶ月平均時間外診療人数が89.4人であったのに対し、2007年では39.6人に減少した。2006年と2007年では49.8人の大幅な減少を見せており、チェックリストの配布によって時間外診療件数が55.6%減少したということが分析できる。また軽症の子どもを受診はほとんどなく、本当に受診の必要がある子どものみが受診をしている。そして、受診をした子どもの入院率は、県立柏原病院では3割に達している。（伊関友伸（2009）『地域医療 再生への処方箋』ぎょうせい p.194）これにより、チェックリストの作成は55.6%の時間外診療件数の減少を生むことが示せた。チェックリストの作成・配布には一定の効果が生まれるということをふまえ、本稿のチェックリストを活用して、不必要な診察を抑制していきたい。

第6章 おわりに

本稿では勤務医負担軽減に対する金銭面の政策と、教育面の政策を提言した。そして、金銭面・教育面の両面から分析を行った。金銭面では受療率と患者 1 人あたりの病院診療費の回帰分析による分析、教育面ではチェックリストの参考とした兵庫県立柏原病院の例をもとに、チェックリストがどの程度患者の受診行動に変化をもたらしたのか分析をし、本稿で提言するチェックリストの効果がどの程度期待されるのか検証した。分析の考察を行うと、金銭面の政策を実行すれば病院に通うごとに 2000 円を上乗せした場合、受療率が約 10%減少することを示すことができ、教育面の政策を実行すれば、チェックリストの作成によって 55.6%の時間外診療件数の減少を生むことが示された。我々が提言する金銭面の政策、教育面の政策を併用していくことで、更なる受療率の減少を導き、勤務医の負担が軽減するのではないかと考えられる。

また、今後の政策提言の課題として、2 点挙げていく。

1 点目は、病院勤務医の負担が減るということは、病院に行くことを控えた結果、病気が重症化につながる可能性がある点である。そのため、患者の重症化を防ぐ対策が必要になる。対策として出来ることとしては、患者がある程度医療知識を備えていくべきではないかと考える。医療知識とは、安易な受診を防ぐ医療知識と、病気を事前に予防するための健康に関する医療知識の両方である。今後の方向性として、どのようにして医療知識を身に付けていくかなど、新たな体制を作る必要がある。

2 点目として、病院によっては診療費が 2000 円上がることによって、患者数の減少によって経営が悪化する可能性がある点である。実際、地域によっては病院の経営悪化が原因で病院を閉めるケースも多々ある。また、診療所にとっては患者が増加した結果、診察までの待ち時間がさらに長くなり、患者にとってもマイナスの面が出てくる恐れがある。今後の方向性として、経営が悪化する病院がどのくらい出る可能性や、診療所の患者数など、政策実施時に起こり得る可能性のあるものを調査、分析する必要がある。また、経営悪化しないような仕組みを考察し、改善するための制度を構築する必要もある。

1. 先行論文・参考文献・データ出典

① 《先行論文》

- ・岡本・大瀧・寺澤・井・山口・島崎(2009)「わが国の救急医の過重労働についての検討考察」日本緊急医学雑誌 vol.20,No.4,p.191~200
- ・日本学術会議 基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同 パブリックヘルス科学分科会委員(2011)「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて」

② 《参考文献》

- 伊関友伸(2009)『地域医療 再生への処方箋』ぎょうせい
- 伊関友伸(2007)『まちの病院がなくなる！？』時事通信社
- 西村周三監修/ヘルスケア総合政策研究所(2011)「医療白書」日本医療企画
- ヘルスケア総合政策研究所(2010)「医療白書」日本医療企画
- ヘルスケア総合政策研究所(2009)「医療白書」日本医療企画
- あべ俊子(2007)『これからの年金・医療・福祉—格差があってはならない社会保障』中央経済社
- 池上直己(2006)『医療問題』日経文庫
- 永田宏(2007)『貧乏人は医者にかかるな！ 医師不足が招く医療崩壊』集英社新書
- 村上正泰(2009)『医療崩壊の真犯人』PHP 新書
- 川渕孝一(2008)『医療再生は可能か』ちくま新書
- 伊藤元重/総合研究開発機構(2009)『日本の医療は変えられる』東洋経済新報社
- 小松秀樹(2006)『医療崩壊—立ち去り型サボタージュとは何か』朝日新聞社

③ 《データ出典》

- ・2011 年度版 OECD ヘルスデータ
- ・東京大学公共政策大学院の 2007 年資料「救急医療サービスの経済分析」
- ・「東京都の機能するバランスシート」(平成 17 年度決算版)
- ・柏原病院小児科を守る会 HP <http://mamorusyounika.com/> 2011 年 11 月 17 日
- ・厚生労働省 HP 診療報酬制度について
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken01/dl/01b.pdf> 2011 年 11 月 18 日
- ・平成 19 年度版厚生労働白書 <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/dl/0102-b.pdf>
2011 年 11 月 18 日
- ・総務省消防庁 救急車の適正な利用について
http://www.fdma.go.jp/html/new/kyukyu_riyou.html 2011 年 11 月 18 日
- ・日医 NEWS「どうする日本の医療」<http://www.med.or.jp/nichinews/n170505k.html>
2011 年 11 月 10 日
- ・社団法人 日本医師会http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20091111_22.pdf
2011 年 10 月 27 日
- ・文部科学省「平成 21 年度医学部入学定員の増員について」
http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/20/11/08110604/001.htm 2011 年 11 月 3 日
- ・裁判所 HP
<http://www.courts.go.jp/> 2011 年 11 月 3 日
- ・中央社会保険医療協議会 HP

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000008ffd.html> 2011 年 10 月 17 日

・統計局 国勢調査 HP

<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm> 2011 年 10 月 8 日

・厚生労働省平成 20 年度患者調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/dl/02.pdf>

2011 年 11 月 11 日

・厚生労働省平成 20 年度国民医療費調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/08/kekka4.html>

2011 年 11 月 11 日