

医師の長時間労働と働き方改革 ～日本の医療の未来～

田中 與念子

社会福祉士・基礎経済科学研究所所員

Yoneko TANAKA Physician Long Working Hours and Workstyle Reforms
-Contemplating the Future of Healthcare in Japan

1. はじめに

日本は世界一の長寿国である。国民皆保険の下、基本的には国民が等しく医療にアクセスできていることになっている。日本の医療は、医師の長時間労働によって支えられてきた。

病院勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1860時間超の時間外・休日労働をしている。脳・心臓疾患の労災基準では「発症前1か月におおむね100時間又は発症前2か月ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が高い」とされている。2019年働き方改革関連法が施行された。改善が早急に求められているのにも関わらず、早急な改善が難しい分野として建設、自動車運転、医師が「猶予」とされた。2024年度から適用となる。

医師の労働と医療の状況は不可分である。働き方改革と地域医療の更なる発展、持続可能な医療提供体制の構築について考えてみたい。

2. 「日本の病院ベッド数が多い」は本当か

2-1. 日本のベッド数の現状

病床には、一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の5種類がある。一般病床は「急性期」の患者、療養病床は「慢性期」の患者が対象になる。病床数は、2019年10月で162万床だ¹⁾。しかし、日本の病床の4割余は、精神病床と療養病床だ。精神科病床は、入院中の患者さんを地域に戻していくための施策が遅れている。国連からも勧告を受けている。療養病床は、2024年度で廃止の予定であり、今、療養病床から介護医療院への転換が進んでいる。今後の医療と介護の良い関係をどう創っていけるのかという分岐点にいる。

精神科病床と療養病床を除いた一般病床

(58,1%)には、急性期病床、回復期病床(回復期リハビリテーション病床、地域ケア病床等)を含んでいる。日本で一般病床としてカウントされている病床に、欧米などでは病床とカウントされていない病床も含んでいる。急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日当たりの包括払い制度のDPC²⁾対象病院でも実際には、「ケアミックス」型病院が多く存在する。2020年度のDPC対象病院は1757病院(一般病院の24%)、483180床だ。人口千人当たり病床は3,8床になる。尾形裕也九州大学名誉教授の試算によれば、高度急性期と(本格的)急性期病床数は30万床程度と言われている。この試算に基づけば、総病床数の2割程度となり、G7諸国の中でもベッド数は低い方になる。日本はベッド数が多いとは言えない現実にある。

2-2. 地域医療構想の現状

2014年「医療介護総合確保推進法」によって「地域医療構想」が制度化された。地域医療構想は、地域における将来の医療提供体制をどうするかビジョンだ。将来人口推計をもとに2025年に必要となる病床数、病床の必要量を4つの医療機能ごとに推計した上で、地域の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現する取り組みだ。2018年4月からの第7次医療計画の一部として位置づけられている。

地域医療構想では、二次医療圏を基本に全国で341の「構想区域」を設定し、構想区域ごとに高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの医療機能ごとに病床の必要量を推計している。地域医療構想を実現するために、構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置し、関係者の協議を通じて、地域の高齢化等の状況に応じ

た機能分化と連携を進めることとなっている。まずは、実情を共有し、打開策を探っていくことが重要である。ベッド数削減で医療費抑制という懸念もある。しかし、限られた医療資源をそれぞれの地域で真に活用し、次の時代に対応した医療を構築するために必要だと積極的に捉えることが必要である。

2-3. 公立病院の統廃合問題の現状

2019年厚生労働省は全国の公立・公的医療機関について「再編・統合」を発表した。統廃合の対象は、「診療実績」と「類似かつ近接」を基準に選定され、現在436病院が再検証対象とされている。「再検証対象医療機関の対応方針措置済みを含む検証済みの割合は53%の医療機関、56%の病床単位となっている。検証中は31%の医療機関、未開始が11%の医療機関、対象外が6%の医療機関³⁾となっている。

2019年全国自治体病院協議会の「医師の働き方改革に関するアンケート調査」から、次のような特徴と問題点が読み取れる。第1に、時間外労働の時間数は全体で減少傾向にある。しかし、医療現場では「月80時間以内しか残業は認めない」「サービス残業が増える」という声も出ている。第2に、シフト制(交代制)の導入については47.8%が、勤務間インターバルについては31.9%が、連続勤務時間制限は25.6%が、複数主治医制の導入については23.7%が不可と回答している。これらを不可と回答した病院は、その理由として医師不足をあげている。第3に、小さな病院が医師数においてより困難を抱えている。2019年、公立病院の医師数(100床当たり)を見てみる。500床以上20.6人、400床以上500床未満で17.8人、300床以上400床未満で15.0人、200床以上300床未満で12.5人、100床以上200床未満で8.4人、100床未満で6.8人となっている。全体平均が15.3人。200床未満の病院において、医師確保が進んでいないことがわかる。病院の維持が困難になる可能性があると言われている。

3. 日本の医師労働の現状

3-1. 日本の医師数

医師数は、2020年度末で33万9623人。日本の医師数は、2019年度で人口1000人当たり、2.4人となる。OECD加盟国の平均は3.5人だ。日本の医師数はOECD35か国中32位になる。

「人口当たりの医師数は先進各国に比べて7割しかない⁴⁾。医師数が少ないにもかかわらず「医師あたりの外来受診回数は2倍。医師一人あたりの病床数は2~4倍である。入院患者一人あたりの医師数は、日本0.09人、フランス0.24人、ドイツ0.22人、アメリカ0.36人⁵⁾。「アメリカでは医師の下で診療、投薬できるPA⁶⁾、NP⁷⁾等、日本の特定看護師⁸⁾に近い職種がすでに6万人、10万人存在する⁹⁾。日本の特定看護師は2022年3月末現在で5000人である。更に深刻と思われる問題に、医師数のカウント問題がある。厚生労働省の行った2018年の医療従事者の需給に関する推計でも、医師の就業率として、・・「無職・不詳」と書かない限りカウントされている。しかし、ヨーロッパでは70歳以上の医師のデータは認められていない。この厚労省の報告で70歳以上の医師全員も週に32時間働くとして試算されている。2020年度末、診療所医師数10万7226人、60歳以上が51.4%、平均年齢60.2歳。病院勤務医の平均年齢は45.1歳となっている。

3-2. 医師の長時間労働の現状

日本の医師労働は超長時間労働となっている。「労働時間が週60時間(月80時間の時間外労働に相当する労働時間)は、一般労働者では14%であるのに対して、医師は41.8%。週75時間超えは、一般労働者は2.6%であるが、医師は17.2%。約6倍になる。医師の平均労働時間は、男性では20代~40代において週60時間を超えている¹⁰⁾。

「医師の勤務実態調査で残業時間の上位10%の医師の時間外年1862時間になる。2880時間を超える医師は1.2%¹¹⁾。

全国医師ユニオンの調査からは、想像を絶する医師の長時間・過密労働が浮かび上がっている。「月に1回も休みがない医師が1割をこえ、4週に4日以上の日を与えられない医師は3割を超える。・・残業代が全部請求できている医師は約4割であり、・・タイムカードなどの客観的な時間

管理が行われている医療機関は3割にも満たない。・国立循環器病研究センターが、月の時間外労働の上限を300時間とする36協定を結んでいた¹²⁾、「当直明けの翌日の連続勤務について・集中力や判断力に関しては『通常時と比べて大幅に低下していると思う』が36.8%、『通常時と比べてやや低下していると思う』が42.4%と約8割の医師が集中力や判断力の低下があると答えている。診療上のミスに関しては、『通常時より、相当にミスが多い』が13.5%、『通常時より、ややミスが増える』が54.2%と約7割の医師が、ミスが増えると答えている¹³⁾。過去に医事紛争の経験(訴訟等)の経験がありますか?の問いに「ある」が16.5%。「睡眠不足は、作業能力を低下させたり、反応の誤りを増加させたりすることがわかっている¹⁴⁾。

勤務時間数を適正に保つことや睡眠時間を確保することは、医療安全にとっても重要なことである。それを裏付ける研究に1997年にオーストラリアの研究者らが『ネイチャー』に発表した報告がある。「起床から17時間を超えると、オーストラリアの飲酒運転の基準である血中アルコール濃度0.05%かそれ以上の酔酩レベルまで落ち込んでいます。・体内時計が夜の時間帯に入り、神経活動が低下して覚醒力が落ちるため、一気に覚醒中にたまった疲労や眠気が顕在化する・睡眠とパフォーマンス低下については・4時間睡眠を6日続けると徹夜レベルまで落ちる¹⁵⁾。このことは、医師の働き方改革に関する検討会でも「医療事故やヒヤリ・ハットを経験は、勤務時間が長くなるほど上昇する」「睡眠不足は、作業能力を低下させたり、反応の誤りを増加させたりすることがわかっている」と報告されている。

「日本には約32万人の医師がいるが、以前より年間80人を超える医師の自殺者がいるという記事を目にする。・2006年に医労連などが調査した医師の過労死17件のケースを見ると、・病死が10件(59%)、過労自殺が6件(35%)、交通事故死が1件(6%)¹⁶⁾という。

3-3. 働き方改革で医師労働はどうなる?

2024年4月からの医師労働は、3分類が考えられている。A水準。時間外労働は、原則960時間

以内。1か月80時間を単純に12か月かけると960時間になる。

しかし、これでは地域医療が回らない場合、B水準「地域確保暫定特例水準」がある。「3次救急病院」や「年間に救急車1000台以上を受け入れる2次救急病院」等地域医療確保にかかせない機能をもつ医療機関で、労働時間短縮に限界がある場合には、医師の時間外労働を年間1860時間以下までとしている。医師を派遣する病院も「連携B水準」という分類だ。B水準と連携B水準は2035年度末を目標に終了することになっている。

「C-1水準」は、臨床研修医・専門研修、専攻医が研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用され、「C-2水準」は、医師登録後の臨床従事6年目以降の医師の高度技能の育成に必要な場合に適用される。時間外労働は年間1860時間以下までだ。

追加的健康確保措置で、勤務日において最低限必要な睡眠(1日6時間程度)を確保し、連続勤務時間制限・28時間・勤務時間インターバル9時間の確保を求めている。連続勤務制限・勤務時間インターバルについて、日々の患者ニーズのうち、長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合に、代わりに休息を取ることで疲労回復を図る代償休息を付与する(義務)。臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底することになっている。また、面接指導により個人ごとの健康状態をチェックし、医師が必要と認める場合には就業上の措置を講ずることとする。あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体策を講ずることとなっている。

日本の医師の長時間労働は宿日直許可制度との関連が強いと考えられる。医師の夜間勤務である当直に関しては、医師としての通常業務を行っていれば時間外労働になるが、特殊な措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限り労基署長から宿日直許可をもらえば、宿日直時間は労働時間に含めなくてよいことになっている。この宿日直取得について厚労省から1時間に患者5人程度の診察なら申請してよいと指導されていたことがわかり、全国医師ユニオンは抗議

声明¹⁷⁾を出している。医師としての労働のある夜間勤務に宿直許可を与えないこと、また、宿直中に労働が発生した場合は宿直明けに臨時で代休を与えることが必要である。欧米ではこのような長時間労働は禁止され、看護師などと同様に医師も交代勤務が当たり前とされている。

医師派遣を受けている病院数は、都市部は14.4%であるが、地方では85.6%になる。当直、宿直をどうしていくかは医師の働き方改革の大きな論点となっている。

4. 地域医療の課題と改革 —取り組みの事例

4-1. 医師不足と病院の老朽化問題を持つ病院の統合の事例

広島県三原市は、企業城下町として発展してきた¹⁸⁾。三原市は3町が2005年に合併してでき、その時の人口は、10万5700人。人口流出と少子化により2020年の人口は90573人で、高齢化率は35.5%であるが、2060年人口は41859人、高齢化率は47.2%という予想も出ている。三原市の医療資源¹⁹⁾を見ると、人口比で医師数は少なく、病院数、病床数は多いという現状だ。また、今回統合を行った病院はそれぞれに問題を抱えていた。医師不足の三原赤十字病院(197床)は、特徴として消化器外科、整形外科を持っていた。1962年建設され、築59年と建物が老朽化という問題を抱えた三菱三原病院(81床)は、特徴として消化器内科と整形外科を持っていた。

地域最大の問題は救急医療だ。市外に救急搬送される事例が一定程度あり、2019年度救急搬送された事例の13.6%が市外とされている。また、一次救急も、開業医の高齢化等により将来的な不安がある。三原赤十字病院と三菱三原病院の統合によって急性期病床は46床減少して、141床となった。回復期病床に増減はない。統合後の機能強化として消化器系と整形外科系の充実と救急対応能力の強化があげられている。

4-2. 都会の公立病院を統合した事例

大都市圏においても、地域医療のニーズが多様化・高度化している。

「尼崎病院は阪神南圏域の中核病院として、高度専門医療を中心とした政策医療を提供して

いるが、近年救急患者や手術件数が大幅に増加している中で、現在の施設のもとでは十分な対応が困難な状況になっている。塚口病院は、阪神地域における周産期医療と小児(救急)医療の中核的な役割を担うなど、成育医療を中心とした政策医療を提供しているが、医師の診療偏在の影響等により、麻酔科や内科などの医師確保が困難になっていることなどから、小児の救急医療や成人への救急医療、ハイリスク妊娠等への対応が十分とは言えない状況になっている。また、建物の老朽化・狭溢化により、NICU(新生児集中治療室)の増床等の機能充実に図ることが困難になっている」²⁰⁾。

「尼崎病院と塚口病院は、お互いの診療機能の特長をさらに生かすことができる」として、「両病院の統合を行うこととし、機能を再編したうえで、新たな場所に新病院を建設することとした」。県立尼崎病院(500床)と県立塚口病院(400床)を統合して、県立医療尼崎総合医療センター(730床)になった。一般病床714床、精神病床8床、感染症病床8床、ICUも整備された。病床数としては170床減少となった。「診療科目はこれまで両病院で提供してきた診療科目を原則継承することにしたが、救急医療の充実を図るため、救急科、小児救急科を設置するとともに、専門医療の充実を図るため、血液内科を血液・腫瘍内科に改め、緩和ケア内科、漢方内科、消化器外科、小児アレルギー科、リウマチ科、歯科口腔外科を新に標榜し、合計39診療科を設置する」²¹⁾。ベッド数が減少するなか、他方では診療科の充実などもあった。

4-3. 医師不足の下、公的病院を再編した事例

奈良県南和地域では、町立大淀病院、県立五條病院、国保吉野病院の3つの公的病院(急性期)がそれぞれ医療を提供していた。しかし、医師数の減少、医療機能の低下、患者数の減少という悪循環に陥っていた。そこに2006年妊婦の搬送先が中々決まらず死産するという事件が起こった。この事件も一つの契機にして、奈良県と12市町村が参加し、南和地域の広域医療提供体制について協議を重ね、3つの公立病院²²⁾を1つの広域医療拠点に再編することにした。

救急医療を担う病院として、南奈良総合医療センターを2016年新設。療養期として吉野病院を2016年改修し、五條病院を2017年改修した。9つの僻地診療所も広域医療連携のメンバーとなり、連携強化された。医療情報ネットワークで結び、病院の予約や検査結果の相互利用、ドクターヘリの運用もされている。再編後に南奈良総合医療センターで開始した診療科としては、産婦人科、歯科口腔外科、精神科、救急科があげられる。病床利用率(65.0%－88.8%、2016年)の向上も図られた。救急搬送受け入れ数(5.7件－11.2件、2016年)も増えている。

大淀町と社会福祉協議会が地域福祉活動策定に先立ち生活実態調査を行った。事件の起こった翌年の2007年調査²³⁾において、「日頃のくらしの面での困りごと」(複数回答)では、断トツ1位(63.9%)が「安心してかかれる医療機関がない」だ。この調査をした大谷大学の志藤修史教授も「2007年は前年に事故もあり、近くの病院の医師体制も不安定な中で、住民は非常に不安感が強かった」と言う。他方、2014年に行われた同じ質問では、困りごととした方は10.3%になっている。病院の開院は2016年であるが、2014年は町の協議も進み、病院の建設も始まった段階であり、住民の心情は大きく変化している。筆者は、この状況は、今多くの地域が直面している課題なのではないかと考えている。問題に真摯に向き合い解決していくことの必要性を示しているのではないか。

5. 日本の医療の未来

5-1. 医療計画の見なおし

団塊の世代が後期高齢者となる2025年を見据え、地域の実情に合わせた医療提供体制構築のための計画が地域医療構想である。今、各地で検討が進んでいる。高齢者数は2042年にピークを迎える。高齢者数の増加と、その後の減少局面を捉えた政策も必要だ。また、高齢化の状況は地域によって大きく異なる。これからは都市部での高齢化が進み、地方では過疎化が進む。地域の実情に応じた取り組みが重要となる。

日本における医療計画とは、日常生活圏で必要とされる医療の確保のため、都道府県が作成

する整備計画だ。2次医療機関を単位とし、地域医療の効率化・体系化をはかるものであり、医療法第34条の4で定められている。3年毎に見直しが行われている。

第8次医療計画(2024～2029年)では、①救急医療、②災害時における医療、③僻地の医療、④周産期医療、⑤小児救急医療を含む小児医療に加えて、新興感染症等の感染拡大時における医療が加わることになる。感染症への対応では、保健所機能や、自治体の果たす役割も更に重要になってくる。災害への対応もまだまだこれからだ。災害時の個別避難計画をはじめ、地域との共同が欠かせない。

医療圏域の設定は地域医療構想区域と一致することが望ましく、市町の行政区域を分割しないことが望まれている。今後人口減少等も考慮し、区域の見直し等、地域医療の効率化・体系化を図りやすいよう適時検討されなければならない。

5-2. 担い手をどう確保するのか

日本における医療介護の担い手は、1989年頃221万人、2019年には843万人、それが高齢人口のピークとなる2040年頃には1070万人と推計されている。しかし、生産年齢人口は2025年の7170万人から2040年には5978万人になると推計されている。ITやバイオの進歩など、健康や医療に関する産業はさらに発展し、医療従事者の必要数は増える。人口は減るが、医療介護の担い手は増員が必要という現状がある。「医師については・・・全国で毎年約3500～4000人ずつ増加している」²⁴⁾。「OECD加盟国の医師数は2000年の約280万人から、・・・2019年には410万人に増加した。ほとんどのOECD加盟国で医師の数は人口規模よりも急速に増加した」。「人口あたりの新卒医師は、現在または将来の医師不足への懸念に対応するため、2000年以降、すべてのOECD加盟国で増加している」²⁵⁾。「OECD加盟国全体の医学部卒業生の数は、2000年の93000人から・・・2019年には149000人に増加した」²⁶⁾。「新卒医師は、人口10万人当たり2019年OECD平均13.5人に対して、日本は7.1人」²⁶⁾である。また、「日本では現在、外国で養成された医師に大き

な依存はしていない」²⁷⁾。介護現場では、外国人介護人材の受け入れが進んでいる。経済連携協定によると、外国人介護福祉士の数は2017年までで約3500人と、年々増加している。

近年、女性医師も増えている。「医師総数に占める女性医師数の割合は、平成4年に11.7%であったが24年には19.6%と2倍近く増加・・・年齢が下がるにつれて女性医師の割合が高くなり、29歳以下では35.4%となっている」『仕事を続ける上で必要と思われる制度や仕組み・支援対策』を尋ねたところ、6割以上の女性医師が『託児所・保育園などの整備・拡充』を挙げており、女性医師の就労継続に向けた対策の中でも保育に係る支援が取り分け重要であることがうかがわれる²⁸⁾。

「国民一人あたりどれだけの医師数がいれば充足と呼べるかは、その国の医療システムの形態や医療従事者の業務内容、役割分担のあり方によって異なる」²⁹⁾が、諸外国が行った医師確保策をみたい。イギリスは、医師の労働条件の改善がなされ、外国人医師を受け入れ、さらに医師養成課程への入学ルートを複線化し、卒後教育も期限を明確化した。ドイツでは就労していない女性医師の活用や医学部教育改革、労働条件の改善を行った。フランスは医師養成課程の進学者制限の緩和、地方別、専門領域別の進学者制限、インターンの受け入れ、労働条件の改善を行っている。これらを見ると、労働条件の改善はもちろんのこと、医学教育の見直しや女性医師の受け入れ、外国人医師の受け入れ等、日本も検討の余地があるのではないと思われる。

2022年に行われた実態調査によれば³⁰⁾「勤務医の診療環境改善のために必要な国の政策・・・クラークなどの医療補助職の増員・・・医師数の増員・・・労働基準法遵守の徹底・・・タスク・シフトを促進・・・」があげられている。

5-3. 働き方改革の今・・・

「大学病院の約88%、救命救急機能を有する病院の約84%」³¹⁾に、時間外労働が年1860時間を超えると思われる医師がいる。厚生労働省が行った第2回医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査(令和4年7月～8月)」によると「大学病院

の本院81病院で調査時点における副業・兼業も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1860時間相当超の医師数及び病院数は1095人、56病院であると回答」している。第2回調査で年通算1860時間相当超となる医師がいると回答した病院に1か月後(令和4年8月～9月)、再度調査している。その結果は、8病院、69人に激減している。都道府県に対しても、同じことを行っている。その結果、第2回の調査では993人、303医療機関であったが、第3回は、237人(病院204人、有床診療所33人)と減少している。また、医師の引き揚げによる診療機能への支障が見込まれる医療機関数が43医療機関である³²⁾。

特定機能病院の36協定を調べた研究では、「一般労働者の特別延長時間の上限の720時間以下は30施設(34.9%)」「A水準の960時間以下は34施設(39.5%)」「B水準等の1860時間以下は20施設(23.3%)」「1860時間超は1施設(1.2%)」³³⁾であった。しかし、「結果は医師の労働実態に照らしても過少」³⁴⁾であると結論づけている。2017年の勤務医労働実態調査で残業代は、「全額請求39.6%、請求時間に上限18.0%、定額支給11.7%、手当なし16.7%」³⁵⁾となっている。勤務実態調査2022で、この2年間で主な勤務先での医師労働が改善したかの問いに、「大きく改善しているが4.8%、ある程度改善しているが32.2%、ほとんど改善していないが30.9%、更に悪化しているが5.0%、分からないが12.4%」³⁶⁾となっている。働き方改革が、サービス残業の増加を生んでいないかと危惧されるところである。

医師労働の時間的軽減の方策も試行錯誤されている。例えば、「ナイトフロート」制度は、働き方改革C水準とされる初期研修医へ適用されている制度だ。初期研修医の長時間労働を是正する目的で1週間～1か月ほどの期間、夜間業務に専念する期間を設け、その間は日中の勤務が免除されるという制度だ。アメリカで2003年から導入され、日本でも2014年から、沖縄県立中部病院で2年目研修医の内科救急ではじめた。

日本の平均在院日数は2018年平均で27.8日。一般病床平均で16.1日だ。欧米に比して在院日数は長くなっている。ベッドの回転をよくすることは、少なくなったベッドでもより多くの患者さんを

受け入れることにもなる。平均在院日数を減らしていくためには、院内での連携はもとより、後方支援と言われるリハビリテーション病院等や介護事業者との連携も重要になる。他病院との連携強化、地域との共同が重要だ。

5-4. 地域医療を守る

徳島県吉野川市にある徳島病院を廃止して東徳島医療センターに統合すると2018年2月国立病院機構は発表した³⁷⁾。2つの病院の距離は約16kmだ。地元から大反対運動が起こり、吉野川市議会が「徳島病院の存続を求める意見書」を採択した。人口の130%を超える署名を集めた。この状況下、「いったん立ち止まって考え直す」ことになった。四国で唯一の筋ジス専門病院として、また筋神経疾患・難病医療、リハビリ施設として高い評価を受け、患者は県外からも集まってくる全国で有数の医療機関であること、徳島病院に隣接する徳島県鴨島支援学校に通う生徒と家族にとって徳島病院は不可欠な存在だったこと、徳島県災害医療支援病院に指定されその役割はこれからも期待されていること等、住民の期待の大きさが背景にあった。

住民の命を守っていくことは、自治体の役割でもある。医師数の少なさや建物の老朽化等多くの困難を今、医療はかかえている。これらを解決していく過程で地域住民の意見も聞き、よりよい解決策を見出していくことが重要である。地域住民との共同をどう創り出していけるかも働き方改革の重要な要素となる。保健所機能の強化をして、日常的な地域住民の健康づくりを地域と共に創り出す。自治体による健康診断の普及はどうか。地域の社協、自治会、協同組合等との連携により健康把握や健康教室等の開催はどうか。病院退院後の生活支援への協力、体制づくりを共にできないか。病院や介護事業所にボランティアの力をもっと活用できないか。診療所や介護事業所の経営を支えてほしい。遠隔医療をどのように発展させるか。救急車の利用にも消防署に相談機能をもたせ、軽症者の別途把握に努めることも必要だ。自治体も地域住民のために通院のためのバスやタクシーを走らせてはどうか。診療所や病院の運営に寄与する。病院の費用

軽減、患者負担の軽減、差額ベッド等保険外負担の軽減等、共に創り出していく

患者の受療権を守っていくことでもある。この地域を創っている病院と住民の命をいかに守っていくかを一緒に考え、制度も創っていかなければならない。

6. おわりに

日本の医療の未来を考える時、医師の働き方と地域医療改革は不可分な問題である。医師の働き方改革と、地域医療をいかに守るかという2つの課題を追求していくことになる。全国医師ユニオンの調査報告では³⁸⁾、厚労省の『医師の働き方改革に関する検討会』で、上記「2つの問題が整理されず議論され」てきた。「勤務医が労働者であることは明確であるが、医療界にこの基本的な認識すらなかったことから、検討会では労基法のイロハから議論が始まり、何よりも医療安全と健康の確保が前提である。また医師は普通の人間であり、当然、基本的人権があり法の下での平等が守られるべき存在である。医師だからと言って過重労働に耐えられるわけではなく、普通に家庭があり、子育てや休息や自由な時間も大切である。すでに多くの医師の過労死裁判の判例があり、これらの判例から学ぶこと医療の安全性及び過労死の防止や医師の健康、さらにワークライフバランスを進めるうえでの医師の働き方のあるべき姿の議論を行う必要がある」と問題提起されている。

日本の医療の未来を考えていく上で、医療の担い手である医師の労働を改善していくことは今、早急に求められていることである。そして、医療改革の重要な視点に、人口減少、地域格差を考慮した医療区域の見直し、保健所や自治体の役割、強化。担い手の確保では近年増加している女性医師への配慮や今後増加していく外国人労働者の活用、医師労働への交代勤務の導入、医療労働者のタスク・シフト/シェアの実施、ロボット、AI・ICT等の活用など多くの改革の余地も残している。人的配置を可能とする診療報酬も必要だ。

明治になり医政が敷かれて医師免許が発行されてから初めて、医師の労働時間の制限をする

ことになる。医師の働き方改革が地域医療改革を大きく前進させていく礎となっていくよう方向性を考えた。

注

1. 厚生労働省「令和元年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」2019年10月病床割合。精神病床21.4%、感染症病床0.1%、結核病床0.3%、療養病床20.2%、一般病床58.1%
2. DPC制度:診療群分類包括評価 病名や診療内容に応じて定められた1日当たりの定額の点数で入院診療費を計算する新しい方式
3. 厚生労働省資料「第10回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」令和4年12月14日
4. 岸玲子「医師の働き方改革:日本医学会連合会からの報告と提言」北海道大学環境健康科学研究センター
5. 注4 に同じ
6. PA(Physician Assistant)は、医師の監督の下、医療行為をおこなうことをライセンスさせた医療専門職
7. NP(Nurse Practitioner)高度な教育、臨床トレーニングを受けた認定看護師
8. 特定看護師:看護師が行う業務は、保健師助産師看護師法によって「療養上の世話又は診療の補助」と定められている。看護師が「診療の補助」として実施することができる総体的医行為のうち高レベルな行為を「特定行為」として21区分38行為を位置づけ、この行為を実践するための必要な高度知識と技術を指定機関で学び終了認定を受けた看護師のことをいう。
9. 注4 に同じ
10. 注4 に同じ
11. 厚生労働省「医師の働き方改革について」令和3年度第1回医療政策研修会及び地域医療アドバイザー会議
12. 全国医師ユニオン「勤務医労働実態調査2017」最終報告
13. 注12 に同じ
14. 注12 に同じ
15. 「東洋経済オンライン」2018年10月15日、三島和夫秋田大学医学部教授
16. 植山直人「勤務医の労働と「働き方改革」 受理日2019年12月22日
17. 緊急声明、全国医師ユニオン代表植山直人、2023年2月9日
18. 三原市人口ビジョン
19. 広島大学同窓会誌「これからの三原市医師体制」応仁会会報第102号、および、広島県東部保健所「三原市域における医療再編について」令和3年6月25日
20. 兵庫県病院局「尼崎病院と塚口病院の統合再編基本計画」平成22年12月
21. 注20 に同じ
22. 南和の医療等に関する協議会「新南和公立病院体制基本構想・基本計画」
23. 奈良県大淀町社会福祉協議会「住民調査まとめ」
24. 『厚生労働白書』令和4年度
25. OECD編著『図表でみる世界の保健医療OECDインディケーター(2021年版)』
26. 注25 に同じ
27. 注25 に同じ
28. 総務省「医師等の確保対策に関する行政評価・監視」平成27年1月
29. 松本勝明編著『医療制度改革』旬報社、2015年
30. 「勤務医労働実態調査2022概要」調査実行委員会、2022年10月21日
31. 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会報告書・2019」
32. 第93回社会保障審議会医療部会「働き方改革の実態調査について」令和4年11月28日
33. 三隅達也「特定機能病院の36協定で定める医師の延長労働時間」、『厚生指針』、2023年4月
34. 注33 に同じ
35. 注12 に同じ
36. 注30 に同じ
37. 香月直之「第9回地域医療を守る交流会(2018年11月23日)から国立徳島病院を守る取り組み」
38. 注12 に同じ