

地域医療を担う開業医の「働き方」も大きな論点



参加者 桑島（政策部長） 一内科医 鈴木一内科医 湯浅一内科医
藤田一小児科医 磯崎一内科医 高橋一歯科医 稲木一歯科医
岩崎一歯科医 二村一歯科医 村瀬一歯科医 井上一歯科医
事務1、2一事務局

紙上座談 ―開業医の「働き方」を考える―

医師の働き方改革で
抜け落ちていく視点を問う

先の国会で働き方改革関連法案が成立し、労使協定（いわゆる36協定）の締結で可能な時間外労働の上限が「月45時間、年360時間」、繁忙期の特例でも「年720時間」と定められた。2019年4月施行だが、医師は業務の特殊性に配慮し、5年後の2024年4月の適用となっている。

これに関連し、厚労省の「医師の働き方改革に関する検討会」が来年3月に「とりまとめ」の予定で、いま議論を重ねている（※1）。病院勤務医の勤務実態調査等が出され、業務移譲

や自己研鑽、応召義務などについて改革の「方向性」や実現に向けた「施策」や「制度」が盛り込まれる予定である。

しかし、この検討会は「勤務医」の働き方に焦点があり、「開業医」は埒外におかれ、「開業歯科医」は一顧だにされていない。この状況に一石を投じるため、当協会では近く、会員対象で開業医・開業歯科医の働き方の実態調査を予定している。これに先立ち、紙上座談の形でこの間の政策部での開業医の働き方に関する議論を掲載する。

地域医療は病院だけではなく
開業医が担う役割も大きい

働き方の検討は両方の視点で

【桑島】「残業代ゼロ法案」と言われた働き方改革法案に關係するに、大学病院が成立し、残業上限が最大年720時間となり、医師の働き方改革が厚労省で検討されているが、これは勤務医の議論であり、開業医の働き方については議論の対象となっていない。日医からこの検討会に出された意見書では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立が原則的な考え方としている。これは開業医でも同様だと思うが、この辺も含めどう考えるか。

【湯浅】厚労省は開業医の働き方については考えてきていないと思う。医師不足問題、医学部定員問題など、

への患者ソフトやオンライン診療・自宅での診療など、昨今取り沙汰される医療の在り様の変容とも関連してくる。

医療の高度化・複雑化の下での開業医と切り詰めた経営の歯科開業医

うという観点からも、地域医療の持続可能性という点からも、開業医の働き方の問題は無視できないと思う。実態と改善方向について積極的に発信していくべきだ。

【事務1】実際に外来患者の7割、初診患者の8割、再診患者の7割は開業医が担っている。また医師需給の将来推計で2028年に医師数が医療需要と均衡点となると厚労省が資料を示しているが（※2）、この

医師数は開業医を含んだものである。歯科医師の働き方については厚労省に検討会すらなく全く議論の俎上にない。勤務医の時間外労働規制は病院の外来縮小・廃止等とも連動し、開業医

24時間対応の在宅医療でも
睡眠6時間は確保

看取りはICTで看護師へ業務移譲は可

【桑島】在宅医療は24時間対応を期待されているが、在宅療養支援診療所（支援助診）を算定している立場からどうか。

【磯崎】1人でやっていた時はいつ呼ばれるか分からず大変だった。いまは複数の医師を抱えている。過日朝日新聞の記事で本人が心

というのは滅多にない。病院のヒエラルキーの中で年月が経つにつれ新人の指導や中間管理職になっていくので、一勤務医のままではおれず、向かない人は開業していくし、あるいは病院の診療方針との相異を感じ、理想の医療の追求や実現のために開業していく人が多い。

【稲木】東北の方では過重労働に耐えきれず、逃げ出すチャンス伺っているという話も耳にする。

【桑島】歯科医師で過労死の事例は、高度化、複雑化し大変になっている。仕事の内容も昔に比べ高度化、複雑化し大変になっているが、歯科はどうか。

【井上】勤務時間が限られている勤務歯科医は該当しないと思うが、溜まった仕事は絶対に片付けなければいけない歯科技工士なら該当はあると思う。開業歯科医も利益率の低いコンビニオーナーの様に、自分の労働を増やして自分の給料を減らして、切り詰めた経営をしないとやっていけない。

【高橋】歯科は70年代と違って、訪問診療の助けになっているといわれるが、呼ばれれば行かざるを得ないし、行った方が話が早い。

【桑島】睡眠時間はどれくらい？

【鈴木】毎日6時間ぐらい。日曜は月に1回くらい自由な時間になるが、保団連の会議で潰れることもある。一番のストレスは休日夜間の「待機」。私は休日夜間の対応は1人なので。

【磯崎】私は4〜6時間の間で実際6時間は寝付けな

って、一時、歯科医のワーキングプアが雑誌で特集が組まれたほど苦境に陥っている。診療報酬が低いというところに重ね、患者負担増の連続で患者数の減少も大きい。患者負担割合の引き上げは、医科よりも歯科の受診抑制に色濃く出る。患者・国民の口腔ケアを守る観点からも問題が多い。

【磯崎】地方の医師不足が言われ確かにそうだと思うが、都市部でも人口10万人対比で埼玉などは医師不足と言われる。今後、都会での医師不足も懸念されておの、本当のところはどうなのか、いつも臍に落ちない。

【鈴木】神奈川県は回復期病床を中心にベッド不足と推計されているが、二次医療圏単位でみると状況は様々。横浜市の港北ニュータウンは、若年層の流入人口が多く、小児科の需要が高い。埼玉は対人口比の医師不足となっているが、東京のベッドタウンであり流入人口が多いからではないだろうか。人口対比は患者

い。横須賀は地域内の医師が連携し看取りの代行を相互に行ったりしているが、地域事情によると思う。

【桑島】何人でやるのが理想的だろうか。

【磯崎】在宅医療は診療所単位でなくても診療連携チームで医師7人がいれば夜間出勤は週1回でローテートできる。ただ実際に、夜間に呼ばれることはさほどない。

【事務1】在宅医療での急変や突然亡くなった際に、

対比とは違う。平均値では語れない。年齢や有病率、人口動態など診療圏の特徴を踏まえた議論が必要だと思う。川崎市の武蔵小杉もタワーマンションができて若年層が増えている。諸要因の変化で医療需要も変わってくる。

【藤田】丁寧な説明の義務や、小児への抗菌薬の適正使用に関する必要もあり、時間をかけて小児を診て親御さんの相談に乗ったりするスタイルだと、患者さんサイドには好評だが、経営的には正直、厳しい。夜間の電話応対や応急患者の対応も常日頃行っているが、小児かかりつけ診療料の算定要件でも24時間の応需体制が要求されている。

【村瀬】開業にあたって診療圏の調査はどうされているのか。

【磯崎】人口の年齢構成、男女比、昼夜間人口、推計患者数、診療料の地域分布、国保の平均点など諸案を把握し、開業地を選定されるのが、一般的だと思う。

飲酒をしていた場合などはどうしていらっしゃるのか？

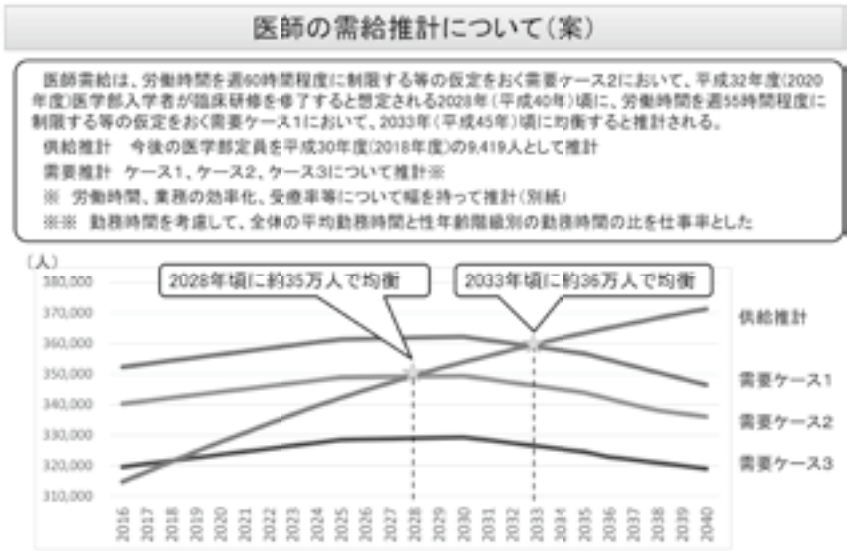
【鈴木】患者や家族と関係構築できていれば、飲酒していても問題はない。飲酒運転はダメだが飲酒での診療は禁じられていない。

【桑島】臨終の場に医師がいなくもICTで医師とつなぎ、現場で看護師が心電図を見て死の三徴候を確認する、タスクシフティングについてはどう思うか。

（5面へ続く）

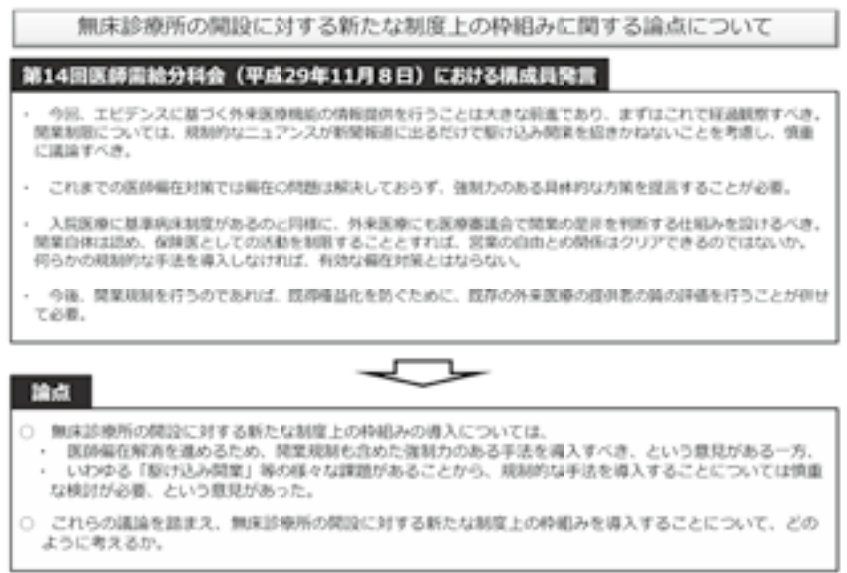
※2. 医師需給推計

◆医療従事者の需給に関する検討会 第19回医師需給分科会 (2018.4.12) 資料より



※3. 開業規制、医師少数地区の勤務を医療機関の管理者要件とする議論資料など

◆医療従事者の需給に関する検討会 第15回医師需給分科会 (2017.11.22) 資料より



◆医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会
「第2次中間とりまとめ」(平成29年12月21日)〈抜粋〉(※編注と下線は編集部)

- 1～4 (略)
5. 将来に向けた課題
- (1) 今回の医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性
- … (略) …しかし、次の①から③までの対策については、今回の取りまとめの内容を、より進めたものとすべきか否かについて、更なる議論が必要である。
- ① 専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定 (略)
- ② 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価 (編注：認定医師＝厚労大臣が認定した、医師少数区域等の医療機関に一定期間以上勤務した医師)
- 認定医師であることを地域医療支援病院等の管理者に求められる基準の一つとするについては、
 - ・ 対象医療機関が地域医療支援病院に限られれば、インセンティブが十分に働かず、効果が小さいため、実効性を高めるためには、診療所を含めた他の医療機関も全て対象とすべき
 - ・ 対象医療機関の範囲を大幅に拡大すれば、医師が少ない地域での診療を実質的に義務化することになるため、まずは地域医療支援病院を対象に制度を始め、効果をみるべき
 - ・ 現状では医師自らの意に反して医師の少ない地域で診療することを促す仕組みとなるため、プライマリ・ケア等の地域医療を支える医学教育の充実や、地域による魅力の発信・医師を受け入れる環境の整備等を通じて、医師本人が医師の少ない地域での勤務を望む状況を作り上げることが、医師本人にとっても、その診療を受ける患者にとってもメリットとなるとの意見があった。
- ③ 無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入
- 無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入については、
 - ・ 国民皆保険をとる我が国では、被保険者間の医療アクセスの公平性の確保を図るため、医療保険制度による対応も含めて、他の医療資源の偏在是正の仕組みも参考に、無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設けるべき
 - ・ 憲法上の営業の自由との関係の整理や、駆け込み開設の懸念等、法制的・政策的な課題を全てクリアしなければ、そのような枠組みの実現は困難との意見があった。
 - しかしながら、現時点では、各対策の効果の検証がなされておらず、①から③までのいずれの意見にも、十分な根拠があるとは言いがたい。このため、今回の医師偏在対策については、できるだけ速やかに施行し、施行後も速やかに、かつ定期的にその効果の検証を行うべきである。検証の結果、十分な効果が生じていない場合には、特に地方の人口減少・高齢化が今後急速に進行することも踏まえ、上記①から③までで整理した論点を含めて、更なる医師偏在対策について、早急に検討されるべきである。
- (2) 都道府県における医療行政能力の向上のための取組の必要性 (略)

(4面から)

【鈴木】死亡診断書は医師が書かないといけないが、経験と知識のある看護師ならシフトは可能だと思う。

【磯崎】24時間以内の診察との関係もあり一度は訪問しないといけないが、直ぐ来てほしいと言われることが多い。朝方だと難しく、数の多い看護師に行ってもらった方がよい。

【桑島】タスクシフティングでは歯科医師の死亡診断を可能にする法改正も論点になるが、多死社会時代を迎え必要がでてくると思う。今は疾病が限られている。

【井上】某公立病院で手術時の全身麻酔を歯科医師が担当した事が問題視され、事件になった様に、歯科医の業務範囲や応召義務、医師の働き方の改革は法整備も勿論だが国民の理解を得

る事が重要なポイントになる。現状との齟齬を解決し、期待の度合いを含め国民の納得を得ねば。

【桑島】看護師の三徴候確認とICTの看取りは国民理解をどれだけ得られているかというのがあるが、最近、無資格者による「看取り士」という民間の動きも出ている。

僻地勤務要件付けは専門研修の保障が隘路／僻地開業は総合診療医的技量が鍵

【稲木】医療・介護連携、多職種連携が最近いわれているが、訪問歯科診療はやるだけで大変。カルテに加えて提供文書とか夥しい書類作成に時間がとられ、書類管理も大変だ。

【岩崎】1人で外来に加え訪問診療を行うのはオーバーワークだ。

【二村】歯科の訪問診療は一般診療の合間に個人宅に行くか、一定時間を施設に特化してやるかのどちらかだろう。訪問診療は点数が高いが、移動時間や書類の記載などを考慮すると効率性は良くない。実際、医院での外来診療の方が経営的には楽だと思うが、患者の依

成り立たない。一番脂の乗った時期に僻地に出ていくのに二の足を踏むのは研修先が都会に集中しており、キャリア形成が断たれるからだ。

【鈴木】自治医科大学は卒後、僻地勤務と拠点病院の勤務を半年交代で行うとい

う。こうすることで拠点病院で専門性を身につけることができるメリットがある。

【桑島】医師数・診療科の偏在より、高齢化の問題もある。僻地では何とも見ないといけないので、開業医のスタンスでは難しいと思う。

と医療の質は上がるが、書類を書く時間が増え仕事が増える。介護との連携も随分と求められ、地域の医療・介護連携会議も増え、連絡もバンバン入ってくる。

【桑島】労力的には外来をやっているのと同じくらいか。

【鈴木】昔は患者宅に連携用のノートがあり、皆が記録をしてそれ皆が見て共有していた。今はICT化で「何をどれだけ食べた」かなど24時間報告が入ってくる。

【二村】ただ、早めに閉め

【鈴木】開業医は年1回の自身の健診すらやっていない人が多い。

【井上】協会の定時総会で議案書の冊子掲載にて報告される物故会員をみると、歯科では若くして亡くなる人も多い。

【事務1】土日の診療は患者のニーズに応える面と、経営的な動機とどちらの比重が大きいですか。

【二村】どちらも。川崎市だと、若い患者層のニーズから日曜に診療をしている。歯科医院が増えている。

【鈴木】開業医は年1回の自身の健診すらやっていない人が多い。

【磯崎】介護関係の人々は垣根が低くなり話しやすくなったという面もある。

【事務1】土日の診療は患者のニーズに応える面と、経営的な動機とどちらの比重が大きいですか。

【二村】どちらも。川崎市だと、若い患者層のニーズから日曜に診療をしている。歯科医院が増えている。

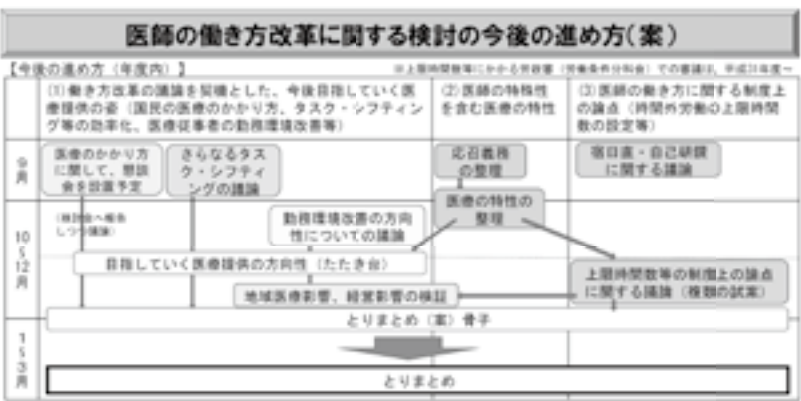
【鈴木】開業医は年1回の自身の健診すらやっていない人が多い。

【井上】協会の定時総会で議案書の冊子掲載にて報告される物故会員をみると、歯科では若くして亡くなる人も多い。

【事務1】休業保障の給付状況によると、医科では40代から50代での心臓疾患、精神疾患での休業が目立っている。

【桑島】開業医の労働実態は意外と知られていないと思う。近く、会員を対象に「開業医の働き方」に関する実態調査を実施する。多くの先生にご協力いただいている。調査結果と分析報告は年内に厚労省の記者クラブで、いつものように発表したい。

※1. 現在、審議中の「医師の働き方改革に関する検討会」のスケジュール(第9回資料より)



◆「医療政策 2035」(神奈川県保険医協会版・保健医療 2035)より抜粋

提言 7 医療業務の分担、移譲

・・・(略)・・・1990年代の医療事故問題の浮上により、保険診療上、文書類の作成が量、質ともに増大しており、書面作成などは、最終的に医師の確認と署名を前提に事務職員による記載・作成が可能となっているが、これを促進し、本来の業務に集中させる。そのため事務職員の配置に対し病院に限定せず、診療所まで広く、診療報酬での経済評価を行う。

また、医療行為について看護師による死亡確認（＊「診断書」作成ではない）を可能とするなど一定部分を移譲する。看護師の業務も診療の補助に特化し、療養の世話は介護職に移譲する。

歯科においても、歯周病のスクーリングやSRPなど現実的な領域部分を、歯科衛生士に法的にも曖昧さの余地のない形で認め、職業意欲を高め、離職の防止、復帰の促進を図る。摂食嚥下の重要性に光が浴びる今日、多職種連携を進める観点からも、その役割・位置付けの強化を図る。

・・・(略)・・・

提言 8 医療者の身分と健康の保障、労働環境改善による医療事故の防止

・・・(略)・・・尚、病院勤務医のみならず、第一線医療を担う、診療所開業医の健康問題は意外と見過ごされており、精神疾患、循環器疾患が突出し、増加傾向にある。第一線医療の脆弱化は、二次、三次医療へと波及する。この観点から、開業医、開業歯科医の時間単位の労働評価を、弁護士なみに時給1万円相当が担保できる診療報酬とする。

◆保険医休業保障共済保険制度決算資料(月刊保団連 2013.7 No.1129号)より抜粋

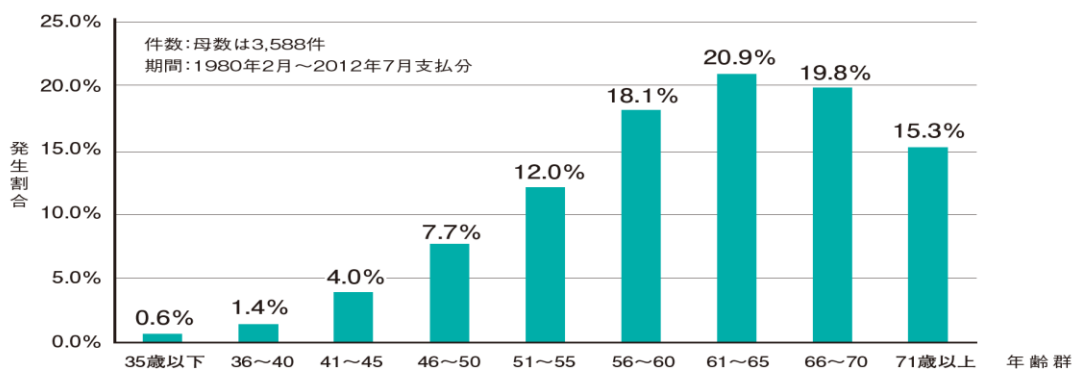


図2 悪性新生物により休業した件数の年齢制限群ごとの割合

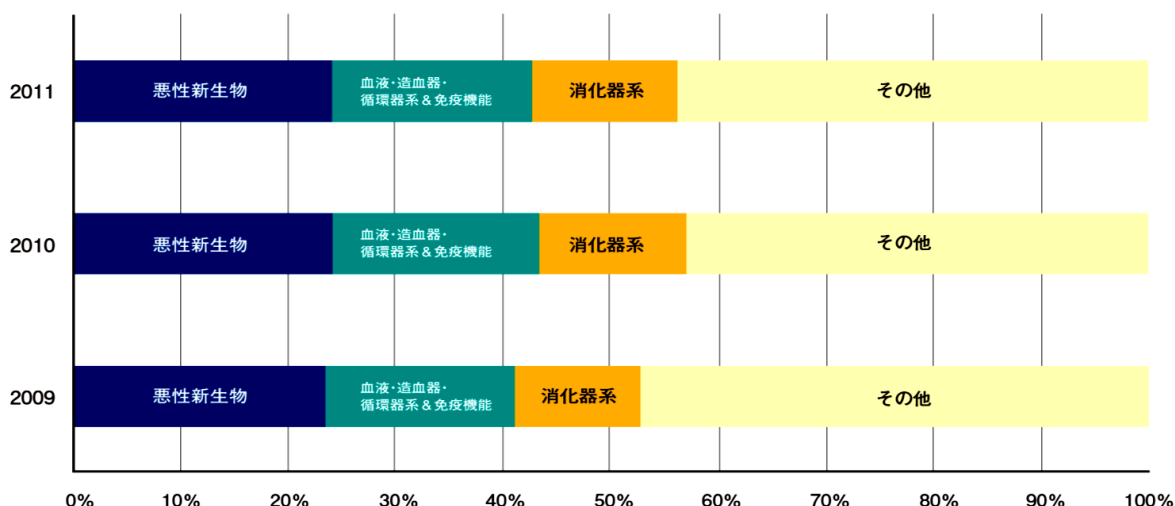
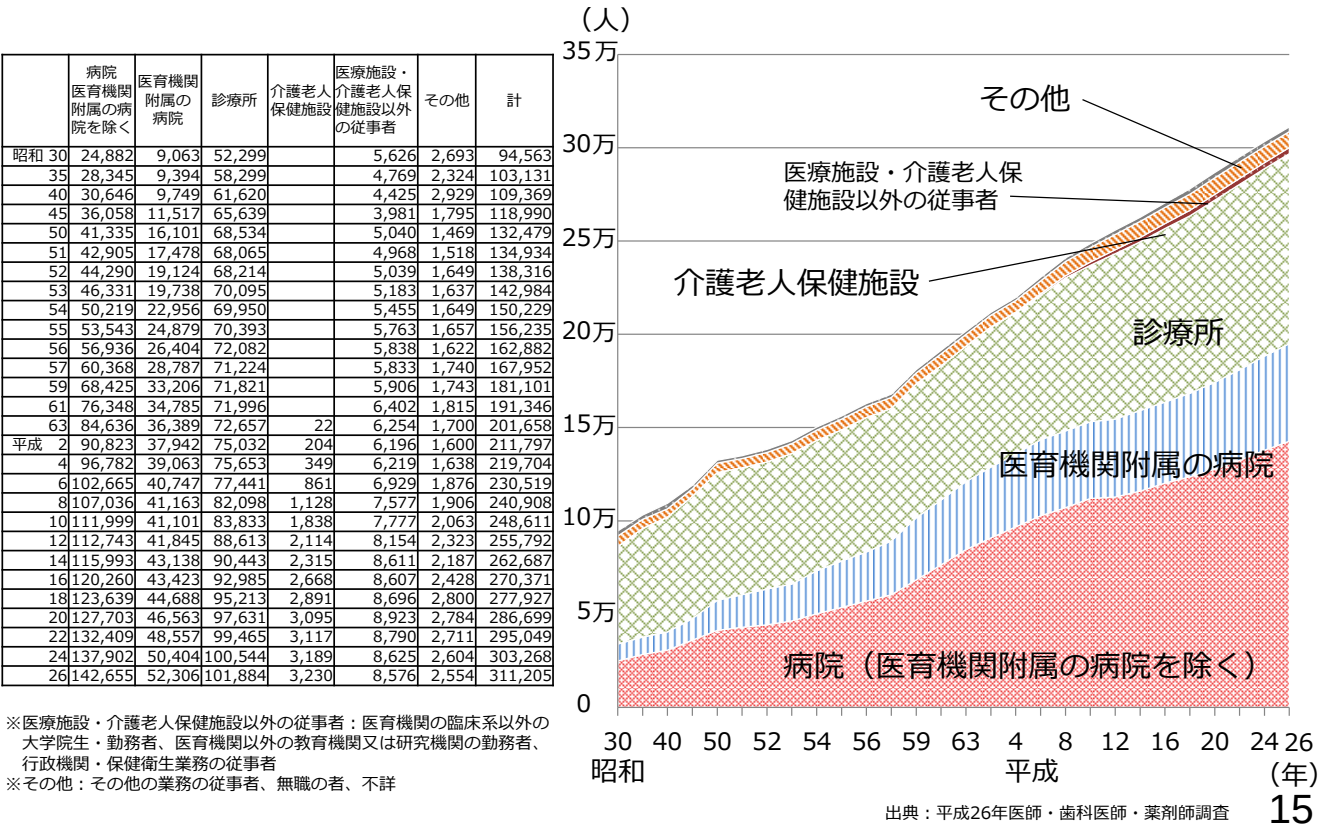


図3 疾病給付金 病名別支払件数分布

施設ごとの医師数の年次推移



施設の種別にみた医師数（年齢別）

平成16年

平成26年

