

視点

「医師の働き方改革」について



福島県医師会副会長

今野 修

*副会長就任時の挨拶にも書かせて頂いたが、ウクライナ・ロシア問題、アメリカを中心とする自由主義社会と社会主義国家の対立、各国内での右派と左派の対立・分断、新自由主義経済の行き詰まり、地球温暖化対策における先進国と途上国の対立（グローバルサウス問題）など、世界は様々な社会問題が露呈し、それらが複雑化してきており、これらを解決すべき国連の機能不全など未来が見通せない中でこの先世界はどうなっていくのやら。

*日本においても、真面目・誠実・繊細・親切・遵法精神などで表現される日本人としての矜持を捨て要求はするが社会的責任感欠如の人々の増加、それらによって構築されている様々な社会システムの劣化、少子・高齢化社会に基因する国勢の衰退、増大し続ける医療・介護需要などの社会保障費の財源確保、無制限に拡大する莫大な国の負債、などなど問題が山積、まさに47年前の論文「日本の自殺」を思い出させる状況の中でこの先日本は

どうなっていくのやら。

*さて、最近の社会情勢の問題点などを私的な目で俯瞰し言及してみたが、ここで身の周りの医療・診療に視点を移してみる。

日本の医療・診療における誇りである国民皆保険の High quality（QC/QA）、Free access、Low cost の三立が困難な状況となりつつある。このトリレンマのうち質の低下、アクセス制限は考えられないことより、三立のため受診者のコスト増が必須となっている。

この10月からは後期高齢者の一部で医療費窓口負担が1割から2割となり、「特定機能病院」「地域医療支援病院」受診時の初診時定額負担や再診療が増額され、更には来年3月に公表される予定の「紹介受診重点医療機関」でも来年10月からは定額負担が適応される予定で、患者さんにも受診・受療行動に大きな影響を及ぼすことになる。

また、40年までに増え続けると言われている医療費だが、それよりも増大が予想されている介護費用については40～64歳が支払う介

護保険料が開始時の2.7倍、65歳以上でも2倍超と増えており、滞納者も増加、預貯金や不動産などの差押処分を受けた65歳以上の高齢者が2018年には2万人に迫る状況だ。こんな中、昨年8月には特別養護老人ホームなどの介護保険施設での一部高齢者の利用料が大幅に値上げされたが、財源逼迫で更なる保険料の増額（低所得者は負担軽減）や自己負担率の検討がなされている。

*この10月からはB・Cの施設認定申請が開始されるなど、いよいよ1年3ヶ月後に始まる「医師の働き方改革」関連法案の施行。このことについては2020年3月の視点でも言及しているが勤務医委員会や「医療勤務環境改善支援センター」に携わっている立場から再掲してみたい。

厚生省は2040年の総合的な医療提供体制を

見据えて①地域医療構想の実現に向けた取り組み＝医療施設の最適配置の実現と連携を2025年まで行う、②医療従事者の働き方改革を2024年まで行う、③実効性のある医師偏在対策の推進を2036年まで行うなどの改革を三位一体で推進するとしているが、①についてはここ2年半にわたる新型コロナ感染症禍、各医療機関の存在意義や機能のあり方が問われる状況となっており調整会議は頓挫・難航していると思われ、また③に関しては全くその具体策も見えない中②のみが実行されようとしている。

医師の働き方改革は長時間労働をなくし年次有給休暇を取得しやすくするなど、「働き過ぎ」を防ぎ「ワークライフ・バランス」と「多様で柔軟な働き方」の実現を目的として

（1）救急医療からの撤退

医療機関によっては、医師不足から交代制勤務等の抜本的な勤務環境改善が困難であり、時間規制を強行すれば、救急告示病院を取り下げる医療機関が多数現れ、それらの地域では医療崩壊が起きる可能性がある。

（2）外来診療の縮小

勤務医の多くは当直を担当しているので、労働時間制限をした場合、通常的外来診療等を制限しなければならなくなる。

（3）産科・小児科の撤退

小児科センター病院や周産期センターでは人員不足が深刻になる。また、地域によっては、産科・小児科は維持できなくなる。このことは地域で子どもを産み育てることを困難にし、少子化に拍車をかけることになりかねない。

（4）医療機関の経営破綻

医師の増員や、残業代を法令に基づいて払うと人件費が大きくなり経営破綻してしまう医療機関が少なくない。また、救急科からの撤退や外来診療の縮小は医療機関の収入を大幅に減らすため、現在の診療報酬のままであれば、経営面から医療崩壊が起きる可能性がある。

（5）医療の質の低下

一般病院でも外来の縮小や手術件数を減らす必要が出てくる。高度医療機関においては、治療の優先順位から人手や時間がかかる高度医療を行うことが困難になる。また、研修時間の短縮等も起こるため、医療の質が低下する可能性がある。

（6）アクセスや利便性の低下

一定の外来の縮小や医療機関の集約化等が避けられないため、医療機関へのアクセスや利便性の低下は避けられない。

図1：労働時間を制限することによる医療への影響

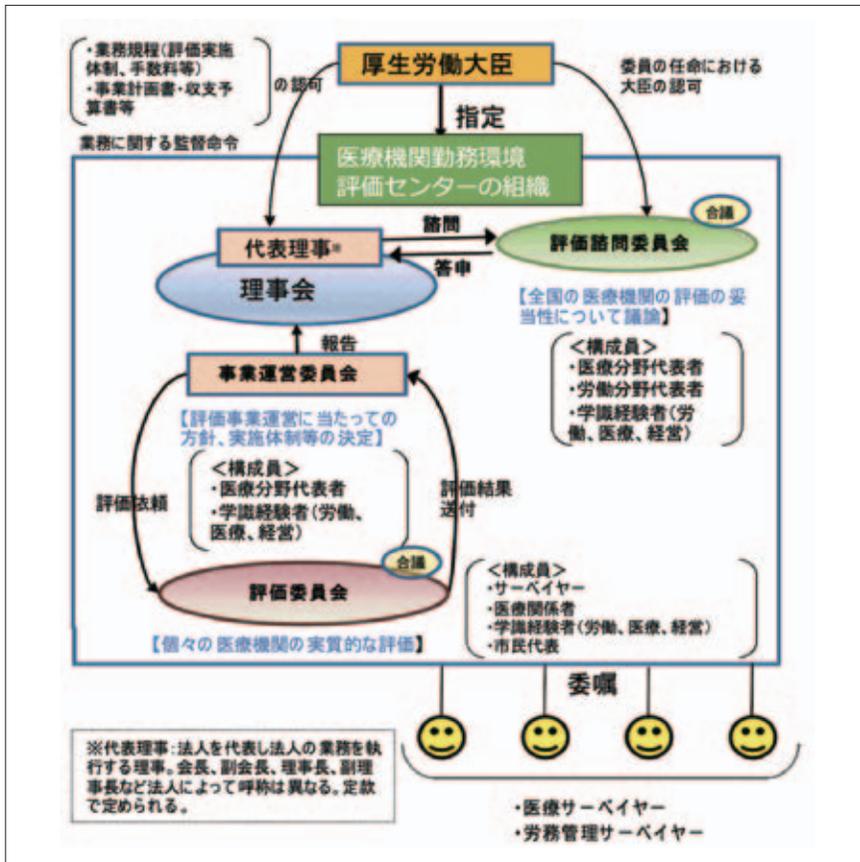


図2：第11回医師の働き方改革の推進に関する検討会参考資料改変

制度設計されたもので、その最大の具体策が時間外労働の上限規制であり、それを実現するために宿日直問題、勤務間インターバル確保など厳密な勤怠管理が義務付けられている。

これらはもちろん全ての医師に適応されるものだが、直接的な影響を受けるのは勤務医と思われる。

因みに福島県医師会の2021年11月1日現在の会員構成を見てみると、総数2,660人中勤務医会員数は57.5%の1,529人と半数を超えており、郡市医師会レベルでは2,978人中1,806人と更に多く実に60.6%を占めていて、県内でも多数の勤務医の労働形態に影響を及ぼすと推察される。

また労働時間制限による地域医療への影響については日本医師会勤務医委員会が行った

調査が平成30年「医師の働き方改革検討委員会答申」の中で示されているが（図1）、県内でも全く同様の問題があるであろう。

本年7月実施された厚労省アンケート調査（一部福島県独自の質問事項あり）結果によると9月26日現在、県内142医療機関（病院：124、産科医療機関：18）に送付して111件の回答があり（回答率78.2%、うち病院103、83.1%）令和6年度の予定水準として

- ・ A水準：106医療機関（うち病院101）、
- ・ B水準：24医療機関（うち病院23）、
- ・ 連携B水準：8医療機関（うち病院7）、
- ・ C-1水準：7医療機関、
- ・ C-2水準：2医療機関

などとなっており、地域医療への影響については

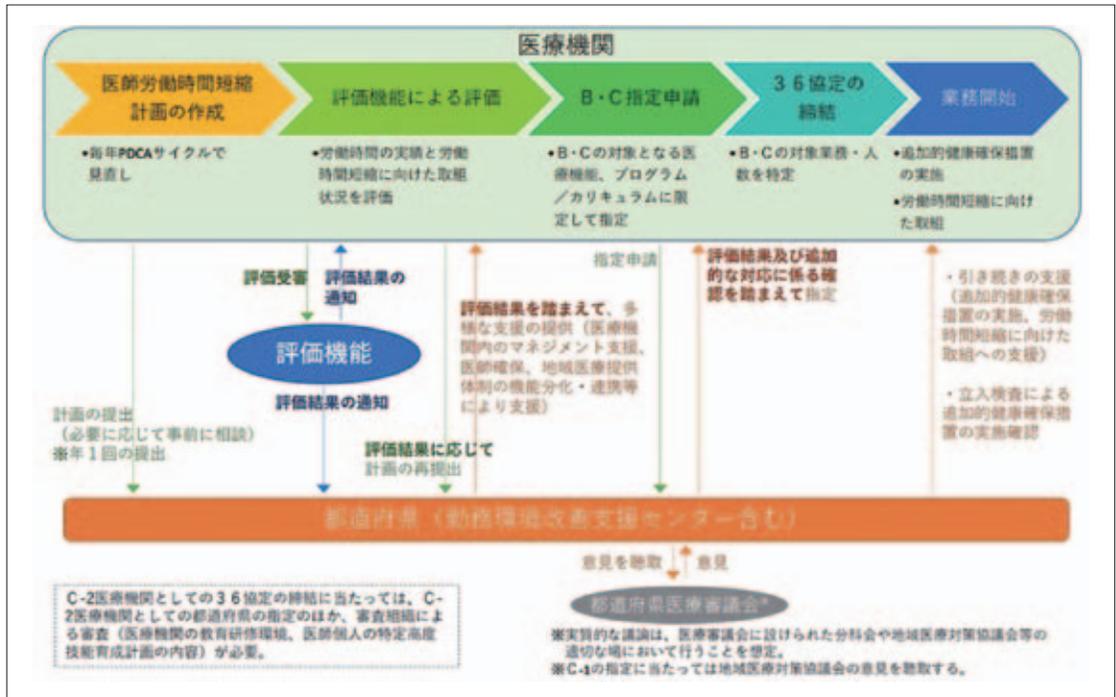


図3：B・C水準の指定にあたっての基本的な流れ

- ・現に生じている：1医療機関（病院）、
- ・現時点では生じていないが今後生じる可能性がある：60医療機関（病院58）、
- ・生じていない（生じる可能性はない）：46医療機関（病院41）

との回答であり、多くの医療機関が宿日直許可を得られるかや大学病院からの応援医師の派遣制限などによる自院や地域医療への影響を懸念する意見が多かった。

このことに関しては、過日、保健福祉部長、医療人材対策室長などが列席していた県の保健福祉部への事業要望の際に、県立医大からの派遣切りがない様ご協力頂きたい旨お話しして同意を得ている（と思っている）ところではあるが更なる働きかけが必要と思われる。

*日本医師会では2022年4月1日に厚生労働省から「医療機関勤務環境評価センター」の指定を受け、医師ならびに社労士を対象に評価を担当するサーベイヤーの研修をe-learning

で行うなど（10月末に終了）評価実施に向けて準備が進められていたが、いよいよ10月31日から評価受審申請受付が開始された。

申請をした医療機関は随時サーベイヤーによる評価が行われ（基本的には書類審査で、現場での確認必要事項があるときにはサーベイヤーが機関を訪問）センターに報告、評価委員会にかけられた後、都道府県の医療審議会への意見聴取がなされて都道府県が指定することとなる（図2、3）。

評価はストラクチャー（労務管理体制の構築）48項目、プロセス（医師の労働時間短縮に向けた取組）30項目、アウトカム（労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組の実施後の評価）10項目の計88項目からなり、ストラクチャーには24項目の必須項目があり、これらがなされていなければ評価保留となるなど、今までの病院事務では曖昧であったものを文書化し徹底させるなどが義務化されている。

現在、勤務環境改善支援センターでは県医療人材対策室、社労士、センター事務員などがチームを組み、申請のために必要な労働時間短縮計画作成や宿日直許可取得などの労務管理に関してアドバイスのためプッシュ型で病院訪問を行なっているので、是非ご利用頂き、申請のための体制・書類を完備され早めに申請をして頂ければと思う。

いずれにしろ医師の働き方改革が国民県民市民への救急医療提供などで負の影響を及ぼしてはならないが、一方市井の方々に医師の働きすぎによる健康障害防止のため改革が必要であることを認知して頂くことも重要であり、広報活動を通じてご理解とご協力を頂きながら混乱が生じない様に「医師の働き方改革」が開始できればと願っている。

