

2019年8月23日

医師の働き方改革についての要望事項



1. 患者は、医師が精神的肉体的に良好な状態で診療に向かうことを求めます。

夜勤明けの医師が翌日も平常勤務をしている現行の36時間連続勤務時間が、この度の規制で28時間に制限されても、大学病院や救急病院のように、夜間に仮眠すらできない勤務形態が続くのですと、医師が良好な状態で診療にあたる可能性は極めて低いものです。

長期的には、仮眠すらできない夜勤を、他の医療スタッフ同様、交代制勤務を検討いただくことが必要です。現行の医師の業務量をそのままにしているのは、医師の数を増やさない限り、診療の質の低下が必然だと思います。

2. 生活給の保障と研究・研修時間の保障が必要です。

大学病院の多くが、無給医局員の働きで成り立っていると聞きます。したがって、この医師たちは、勤務日以外はアルバイトしている医師が大半です。

そのため、医師としての研鑽に要する時間や家族と過ごす時間の確保が難しく、医師の質の向上や人間性の醸成にも影響があるものと思います。医療の質の向上のためにも、勤務時間の見直しが必要です。

3. 前向きに病気と向き合う患者を増やすことが必要です。

慢性疾患でよく通院している患者であっても、自分の病気のことや医師からの説明を知ろうとしない、医師任せの患者が存在します。また難病や慢性疾病児の中には、高校生になっても親のみが診察結果を聞き、病児は自分の病状を理解することなく大人になって行く場合が見受けられます。

そのような患者の増加は、医師の診察時間を増やし、日常の健康管理も消極的となり、患者にとっても医療側にとっても不幸と考えます。

医療ソーシャルワーカーや患者会を含む相談支援体制を充実させ、病気を正しく理解し、病気に立ち向かう環境づくり関係機関の連携によって行うことが、医師の過重負担軽減にもつながります。

病気を正しく理解し、病気に立ち向かうには患者会の活動が有効であることを付け加えておきます。

4. 専門医の配置及び希少難病診療体制の構築が必要です。

ある神経難病患者の会の調査では診療時間は20分未満が61%でした。検査時間を考慮するとさらに少ないと考えられます。待ち時間は1～3時間待ちになります。



多くの神経難病はその希少性ゆえ、診たこともない難病に接している、あるいは接したことの無い専門医が数多く、患者が確定診断までいくつもの医療機関を経て（同調査で3カ所以上が45%）、何年何カ月もかかっています。

一日も早く早期診断と早期治療のための治療研究成果が出るのが、結果として、医師の勤務時間の削減や診療の効率化、働き方改革にもつながると思います。

それには、希少性疾病の治療研究に携わる研究者が少ない実態に目を向け、医師の興味や患者数の少いという理由に関係なく、我が国における疾病には必ず研究者をつくる努力をしてほしいです。

5. 医師の働き方改革には勤務時間規制のみではなく構造的な改革が必要です。

1) 主治医制度から複数の主治医やチーム医療体制へ

主治医制度が長い間行われてきた日本では、チーム医療が広まってきたとはいえ、私の先生、僕の患者さんという意識が根強く、主治医の異動や退職により、主治医に付いて病院を変えるという患者も多いのが実情です。患者の意識改革も必要ですが、チーム医療が整うことで、診療内容の偏りが少なくなることで診療レベルの向上が期待されます。

2) 医師でなくてもできる仕事は他の職種に振れるしくみを

診療の流れや医師の仕事を分析し、医療の構造改革を伴ったものとするべきだと思います。そのうえで、COメディカルのみならず、書類の整理や記載等を担える医療クラーク、医師の説明でわかりにくかったところを質問できるMSW、保健師スタッフの登用等、とにかく仕事の分任が必要です。分任することで、医療の流れをシステム化せざるを得なくなり、わかりやすい診療体制が構築されると思います。

筋力をテストしたり、関節の曲がる角度を測ったり、当然理学療法士の方が医師より正確です。事務的なことは診療助手やクラークの資格制度を確立し、正しい知識を持ったスタッフを養成することが必要だと思います。難病対策としての臨床調査個人票や小児慢性特定疾病の主治医の意見書についても内容を精査し、簡素化や症状の変化の少ない患者には隔年の提出等により、事務量を減らすことも必要なのだと思います。

3) 医療機関（国立・私立含めた）の再編と連携するシステムの構築を。

今後、患者数が減少、特に小児は団塊の世代は200万人を超えましたが、2015年には100万人を切りました。

難病法には、「どこに住んでいても公平な医療サービスが享受できる・・・」という文言が書かれています。「いつでもどこでも適切な医療を」は誰しも願うところですが、実際には課題が多すぎます。

特に外科系では、手術技術の習得、スタッフの養成がない中では、描餅です。そのため、全疾患に通用するわけではありませんが、手術は手術数の多い病院に集中させ、経過観察と治療は地元の病院で行う。集中した病院には患者家族の宿泊施設を併設、遠隔地からの患者家族の交通費の補助をしていくことを目途にした再編を望みます。

また、専門医の少ない地方に住んでいる患者に対して、中央の専門領域の病院と連携して対応していくシステムの構築を求めます。

4) 一向に進んでいない成人期以降の問題（トランジション）

小児慢性疾患や小児の難病患者が成人期を迎え、出産や生活習慣病、疾病に起因する成人期の病気が発症してきます。しかしながら、30歳を超えても小児科受診をしている患者も稀ではありません。大学病院の小児科に入院し、出産した患者もいます。大学病院の責務として、診療体制を見直し、小児病院や小児科受診の患者の受け入れ体制を構築していただきたいと考えます。

厚労省は自治体任せ、学会任せをせず、大学病院とこども病院の連携はすぐにも行うよう、方向性を明示し、年度計画を作成し、事にあたって欲しいです。

適切な治療を受けられる病院のしくみが、患者の労力のみならず

医師の業務量にも影響するものと思います。



5) 在宅医療に適正なる医師の労働力の配分を。

病院での入院生活から在宅医療への転換が打ち出されて久しく時間がたっています。終末期の医療を在宅でも可能になる、という期待を持っていましたが、専門医療機関との連携による在宅医療のしくみはいまだ未整備状態と言えます。

時代に合った医療の全体像の中で、医師の働き改革も

検討していただきたく思います。