



# まちいしゃ 町医者で 行こう!!

第92回

## 「在宅医の働き方改革」

### 24時間365日対応に必要な医師数

国を挙げて在宅医療が推進されてきた。2006年に創設された在宅療養支援診療所制度の柱の1つは「24時間365日対応」である。在宅患者さんにとっては大変心強いフレーズだろう。さらに外来診療でも、かかりつけ医機能の要件の1つに時間外の電話対応が謳われている。しかし昨今の働き方改革という視点から見ると矛盾だらけに感じる。もし1人の患者さんに本気で24時間365日対応しようとするのとどれくらい医師数が必要なのだろうか。計算すればすぐに分かることだが、労働基準法に従って雇用するなら4人の常勤医を確保しなければいけない。

では常勤医3人で届け出ができる機能強化型在宅療養支援診療所はどうだろうか。実は常勤医3人でもって、あるいは3つの医療機関の連携をもってしても厳密に言えば労基法を満たすことができない。大半の在宅療養支援診療所は1人医師(1馬力)なので24時間365日対応は無理だ、と自重するほうが、自然な姿なのかもしれない。事業主には労基法が適用されないので、院長自身が自己犠牲を払うなどして何とかやりくりしているのが「24時間365日」の実情であろう。筆者も「24時間365日対応」を20年以上たった1人でやっている。訪問看護師の疲弊を防ぐため、深夜帯のファーストコールも私に転送するようにしている。深夜帯は私の携帯電話1本になるので、いつも枕元に置いて寝ている。講演や学会で出張するときは、とりあえず私が電話を受けて他の医師に「セカンドコール」をお願いしている。このように多くの在宅医の最大の悩みとは技術でも、コミュニケーションでもない。深夜の電話や往診対応ではないだろうか。

### 在宅医療が浸透しない本当の理由

2040年をピークとする多死社会に向かうなか、在宅看取り数を増やすことが国として掲げられてきた。在宅看取り率は現在、十数パーセントである。かつて国は25%を目標に掲げていたが、診療報酬などでいくら在宅誘導を図っても思うほどに数字は伸びていない。そもそも東京や大阪といった大都市圏の在宅看取りの半数は、実は在宅医が看取っていない。警察や警察医が死体検案という形で看取っているのだ。つまり警察が介入した、いわゆる孤独死と呼ばれる最期である。孤独死であっても死亡の場所は自宅なので死体検案書の自宅の欄に丸がされ在宅死としてカウントされている。だから大都市の在宅看取り率はこうした数字を差し引かないと実態を反映していない。以上の数字の算出根拠については拙著『男の孤独死』(ブクマン社)の巻末に詳記した。在宅医療は国が思うほどには、いまだ浸透していないと感じる。

有識者は「開業医はなぜ在宅に取り組まないのか。けしからん」と言う。先日、医療経営コンサルタントの先生方を対象とした講演会で在宅医療の話をした。講演後の質問は「お医者さんも時には酒を飲みたいでしょうから代理体制を考えたほうがいいのでは」であった。私は思わず「時にはではなく、皆様と同じように毎晩でも飲みたいです」と答えてしまった。一般市民ならともかく、医療経営コンサルタントという内部事情をよく知っている立場の有識者からもいまだにそのように認識されているのか、と驚いた。

医業は聖職だから医師、特に在宅医は24時間365日働いても当たり前なのだろうか。いや2024

年4月からは医師にも働き方改革関連法がしっかり適用されるのだろうか。そもそも当直やオンコール待機は労働時間に含まれるのだろうか。現在、厚生労働省の検討会を中心に、勤務医の労働条件が盛んに議論されている。しかし私は在宅医の働き方が気になって仕方がない。2009年に『パンドラの箱を開けよう：勇気を出してこの国をチェンジ』(梅村聡医師との共著、エピック)という本を世に出し、医師の働き方改革を世に問うた。医師の過重労働を前提にしてこの国の医療は成り立っていることを広く啓発し、パンドラの箱を開けようと呼びかけた。それから10年近く経ったがパンドラの箱はまだ十分には開いていない。しかしどこまで開けるべきなのか。医師の労働問題は新たなステージに移ってきた。

### 在宅医の高齢化

先日、ある地方都市から講演に呼んでいただいた。人口数万人のその都市においても在宅医療の需要はかなりあり、看取りも行われていた。しかし在宅医の年齢を聞いて驚いた。全員80歳以上で、なかには90代の医師が真夜中も自分で車を運転して看取り往診をしているという。果たしてこのような現状を美談として傍観していいのだろうか。地方において深夜帯に往診しているのは主に高齢の開業医である。つまり在宅医の高齢化が進んでいる。還暦を超えた私も真夜中に往診しているが体力的に不安を感じる。このような高齢化は訪問看護師の間でも進んでいる。看護師のわずか2.8%しか従事していない訪問看護の世界にも、働き方改革という時代の波が押し寄せている。

若い医師の多くは夜間対応を嫌う。だから看取りが半ば義務となる在宅医療に積極的に取り組む医師は思うように増えない。そもそも、いまどきの研修医は9時-17時である。大病院から1週間の在宅医療研修に来ていたある研修医は、17時が近づくとソワソワしだした。「17時から何かあるの」と聞いてみると、ゴルフの練習やデートなど個人的なスケジュールでいっぱいだと返ってきた。もはや夜診終了後の往診までついて来るような研修医など皆無である。

筆者の研修医時代には労基法という法律があることを知らなかった。病院に住み込んで昼夜の区別

なく馬車馬のように働いた。そんな過酷な時代を生き抜いた奴隷世代が今、この国の在宅医療の土台になっている。

### 病院の当直医が夜間の往診を

4年前、台湾で講演する機会をいただいた。嘉義キリスト教病院で「在宅医療と平穏死」という題で話した。2000年にリビングウイルの法的担保を終えた国で、リビングウイルの議論さえも封殺されている国の町医者が講演する矛盾を感じながら話した。台湾にも開業医が行う在宅医療はあった。しかし日本と違い、開業医による対応は9時-17時のみで、夜間対応は地域の基幹病院の医師や看護師が請け負い、患者さん宅に赴いていた。ただし在宅医療の対象は末期がん患者に限定されていた。台湾保健省に申請をして許可された患者さんだけへの提供であった。日本とかなり異なる地域医療連携システムを学ばせていただいた。地域の病院が夜間対応を担うという台湾のシステムに、日本が見習う点も多いのではないだろうか。

実は台湾のような在宅医療が日本にもあった。2年前、長崎県の上五島病院が提供する在宅医療を知る機会があった。人口1万8000人の上五島には1軒の眼科医院以外に上五島病院しか医療機関がなかった。上五島病院の医師たちは昼間に高度医療を提供しながら夜は交代で在宅医療にも従事し、看取りも当然のこととして行っていた。このように病院の当直医が夜間の往診もするという方向に在宅医の働き方改革を進めるべきだろう。

「長崎在宅Dr. ネット」のような在宅医同志の連携システムが理想形だろうが、広がりはまだ十分とは言えない。一方、地域によっては既に在宅療養支援病院が在宅医療の中核を担っている。将来的には4月に新設された介護医療院の当直医が担う地域が増えるだろう。つまり在宅医療は病院が担うという時代が変わりつつある。パンドラの箱は開くのだろうが、まだ相当のタイムラグがある。だから今こそ在宅医の働き方改革も真剣に議論すべきだと思う。

ながお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に「病気の9割は歩くだけで治るPART2 体と心の病に効く最強の治療法」(山と溪谷社)など