

週刊

# 日本医事新報

Japan Medical Journal

No.4626

2012年  
(平成24年)

12月22日

プライマリケア・マスターコース

その場の1分、その日の5分—禁煙補助薬の副作用  
不明を解明! 不明熱のココを診る—古典的不明熱とは?  
老年内科標榜をめざして—ロコモティブシンドローム

質疑応答

抗血栓薬服用中の内視鏡検査  
1日1食の生理学的影響・胆石との関連

OPINION

今後の死亡急増で「死亡場所」はどう変わるか?……二木 立



尼崎発

長尾和宏の

# 町医者で行こう!!

第22回

## 開業医の労働問題

### 開業医の平均寿命

開業医の平均寿命は、一般人より10年短い!? 以前、医師会関係の雑誌に年配の医師が書いていたことを記憶している。正確な統計があるのかは知らないが、保険医協会の新聞などで開業医の訃報を見て愕然とすることがある。60歳代の訃報が並んでいる時だ。

昔の開業医が診察中に倒れたという話をよく聞く。あるいは往診の帰りに倒れて亡くなったという話も聞いたことがある。それで本望だと本人が願っていたならば、他人がとやかく言うことではないかもしれない。

しかし「医師とはそんな職業だよ」では済まないのが、現在の若い世代の医師の感覚だ。新医師臨床研修制度が導入され、研修医は“奴隷”から“お客様”に変わった。さらに診療報酬の改定により、勤務医の労働条件も少し改善された。医師の労働問題は、病院では管理職クラスの問題であり、もはや若い医師には無縁になりつつある。

### 「24時間365日」の光と影

一方、開業医の労働環境はどうだろうか? そもそも開業医は自営業者・経営者なので労働問題が存在しない。しかし、外来や在宅への24時間対応を求められる昨今、自営業者といえども労働問題を考えなくてはいけないのではないか。週40時間労働として単純に

計算すると、例えば1人の患者を24時間365日管理するには医師が4人必要ということになる。

2006年、在宅療養支援診療所制度が創設された。その要件のひとつとして「24時間365日対応」が謳われた。市民や役人には、たいへん聞こえがいいフレーズだろう。

しかし1馬力(医師1人)の診療所がそれを大真面目に実行したらどうなるのか。取り組めば取り組むほど過重労働になり、体を壊すことは想像に難くない。「酒気帯び診療」が問題視されるのならば、代理医/当直医を置かなければ一生酒も飲めないことになる。労働者にはメンタルヘルスケアという領域があるが、経営者にはそのようなものはない。あるのは自己管理のみだ。かくして在宅医療は、真面目な医師ほど「とても無理」という印象を抱くものになっているのではない。

地方に講演に行くと驚く話がたくさん転がっている。例えば70歳代の医師が思った以上に深夜往診をしておられる。医師会長自ら夜中に走り回っているところも多々ある。それは長年身に染み着いた医者魂なのだろう。

しかし若い医師にもそんな話が通用するだろうか。地域包括ケアの推進に身を粉にして奔走する年配医師にはただただ脱帽するばかりだが、よくよく話を聞くと、どこも「午後から在宅組」の高齢化に悩んでいる。

一方、若年層は以前紹介した「ビジネスと

しての在宅医療」に熱心だったりする。そんな「24時間365日」の光と影の影の部分に、そろそろ目を向けてもいい時期ではないだろうか。

### 在宅医の命を守るのは訪問看護師

在宅医療において、在宅医の命を守ってくれるのは訪問看護師しかいないのではないかと考えている。私自身、深夜帯は訪問看護師が「身代わり」になってくれている。だから訪問看護師には常に頭が上がらない。

24時間対応のファーストコールは、訪問看護師の管理職が受けている場合が多い。ただ、緊急携帯を持てる看護師は限定されることが多く、特定の看護師に負担が偏る傾向にある。

2013年2月24日に開催予定の第3回近畿在宅医療推進フォーラム「在宅医療、そこまでいうてえん会」のテーマについて先日、話し合った。訪問看護師から異口同音に出てきた言葉は、「もう疲れ果てた」だった。的確な表現ではないかもしれないが、頑張っている訪問看護ステーションほど、医療依存度の高い患者が集ってきて疲弊するという悪循環に陥りやすい。

結局、フォーラムのメインテーマは、京都弁で「そうはおいやすけど、しんどおすな、在宅医療」に決まった。「そうはおいやす」には、「24時間365日での地域包括ケアをしてほしいとは言うけれど…」という意味を込めている。

年1回開催されるこのフォーラムは、関西ならではの本音トークがウリのイベントだ。もちろん嘆き節だけではいけない。何か光明を見出そうと、大阪市浪速区医師会の「ブルーカードシステム」(在宅スタッフと後方病院が情報を共有する新しい地域連携システム)も紹介予定だ。在宅医や訪問看護師を疲弊させないシステム作りは急務である。

### 看護師を“7:1病院”から“地域”へ

勤務医の労働問題は、かつて「パンドラの箱」と呼ばれた。最初の論点は「当直は勤務時間に含まれるか」だった。

一方、先にも指摘したように事業主である開業医には、労働問題という概念はそもそも存在しない。しかし開業医も外来や在宅で24時間対応を求められる現在、絶対的なマンパワーの不足は明らかだ。

医師の偏在が論じられているが、開業医の労働問題においては、私は看護師の偏在の方が優先して解決すべき課題であると考えます。看護師が急性期のいわゆる“7:1病院”に集中し、地域から姿を消した。しかし今後の日本に必要なものはむしろ慢性期医療や在宅医療だ。看護師を地域の中小病院や診療所、訪問看護ステーションなどにシフトさせる大胆な施策が必要ではないか。

開業医の労働問題を考えるなら、看護師の偏在にメスを入れることから始めてほしい。地域包括ケアを成功させる肝は、看護師政策にあると感じる。

在宅医療の成功の鍵は「楽しむこと」だと私は考えている。これは患者さんはもちろん、ご家族も同じことだ。さらに、在宅医や訪問看護師とて例外ではない。

□

最後に私ごとで恐縮だが、7月に出版させていただいた『平穏死・10の条件』(ブックマン社)が、10万部を突破した。そして12月3日に発売された『胃ろうという選択、しない選択』(セブン&アイ出版)もお蔭さまで好評を頂戴している。この場をお借りして、みなさまに深く御礼を申し上げます。

なお かすひろ：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「胃ろうという選択、しない選択」(セブン&アイ出版)など。