

勤務医LETTER

発行 大阪府保険医協会

https://oh-kinmui.jp/ E-mail web@oh-kinmui.jp
〒556-0021 大阪市浪速区幸町2-20-20 清光ビル4階 ☎06-6568-7721(代) FAX06-6568-2389新規開業・
継承開業など **ご相談は保険医協会へ**

ホームページ「勤務医フォーラム」にて、テナント情報、求人、継承者募集など随時更新しております。

soshiki@osaka-hk.org

問合せ先(組織部) ☎06-6568-7721



特別寄稿

医師の働き方改革の現状と求められる方向性

全国医師ユニオン代表 植山 直人

1. 働き方改革の現状と
改革にブレーキをかける厚労省

医師の働き方改革が施行されずすでに1年が経過している。昨年9月3日の日経新聞報道では、1年前に比べ労働時間が減ったのは9%に過ぎず、変わらないが78%となっている。勤務医の24%が週の労働時間が60時間以上で過労死ラインを超えており、週の時間外労働が160時間(過労死ラインの2倍)を超える医師も数パーセント見られるとされているがこの傾向はほとんど変わっていないと考えられる。

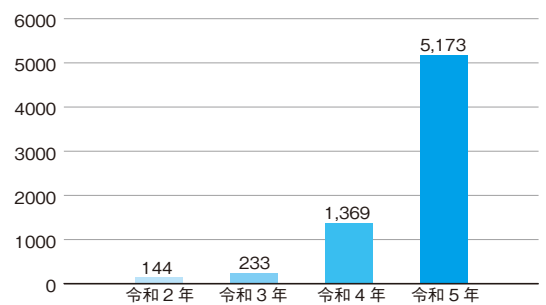
そもそも昨年4月より一般病院における時間外労働の上限が年960時間、「地域医療暫定特例水準」(B水準)と「集中的技能向上水準」(C水準)の時間外労働の上限が年1,860時間となったが、これは過労死ラインの約2倍の長時間労働を容認するものであり、明らかに働き方改革に逆行する制度である。

しかも厚労省は実態を無視した宿日直許可を乱発し(図)、医師にとって最も過酷な夜間の当直を宿日直許可があれば勤務間インターバルとしてよいとしている。また自己研鑽の拡大解釈を各病院で行ってよいとする通達をだしている。いずれも労働時間を短く見せるごまかしをすすめるためである。

労働基準監督署における

医師の宿日直許可の許可件数(年別)の推移(全国)

	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
許可件数	144件	233件	1,369件	5,173件



*本件は、時間外労働の上限規制の適用猶予終了に向けて特別集計したものである。

日本の病院数は8,156(令和4年10月時点)

出典:厚労省「医療機関の宿日直許可に関するFAQ」(2024年8月6日 ver.)

2. 危惧される若手医師の健康被害

最も危惧されることは、国の医師数抑制政策に

よる過重労働の放置と、国に抗議することなく若い医師を使いつぶすことで事態を乗り切ろうとする医療界の体質である。

①研修医の深刻な健康障害

研修医は患者に責任を持つ仕事に就くことで大きなストレスを負うことになる。また、長時間労働・パワハラ・カスハラなどにより身体や精神に大きな負荷がかかることにより、健康を害することも少なくない。実態として研修医の約3割はうつ状態であるとする調査結果があり、勤務医労働実態調査2022では医師の6.9%が日常的に死や自殺について考えているが、20歳代の医師では14%が日常的に死や自殺について考えているという深刻な結果となっている。

②専攻医の過酷な労働と専門研修

専攻医は専門科に対する十分な知識や経験を持っていないまま一人前の医師として大きな責任を負うことになる。また、専門医制度の下で膨大な症例経験やレポート作成等をこなす必要があり、その環境は過酷で結果として3割を超える専攻医が資格をあきらめざるを得ない状態となっていると言われている。適切な研修指導のみならず、労務管理・健康管理の安全配慮義務が守られていないと言わざるを得ない。具体例として甲南医療センターの専攻医の過労死事案では該当医師は月に207時間もの時間外労働を行っていたとして過労死認定されたが、病院側は30.5時間の時間外労働しかなかったとしている。

3. 医師不足と長時間労働

医師の長時間労働が減らない背景には医師の絶対的不足があり、医師が長時間働かなければ地域医療が守れない現実がある。厚労省は医師はあと数年で充足するため問題は偏在にあるとしているが、400以上認定されているB・C水準病院の大半は東京をはじめとする大都市や都道府県の県庁所在地にあり偏在とは無関係である。そもそも医師が充足しているのであれば、B水準病院などは必要ないし、厚労省も宿日直許可の乱発や自己研鑽の拡大解釈を許す必要は無い。この点EU諸国では研修医も含めて労働時間の上限は週48時間であり(日本に当てはめれば年400時間程度の時間外労働に当たる)、それを可能とするために交代

制勤務が徹底されている。またこれを担保するために人口あたりの医師の数は日本の約1.5倍である。厚労省が医師の増員をすすめなければ医師の働き方改革は進まない。

4. 医師数抑制のための世論操作と
偏在対策のミスリード

現在、厚労省は人口減少を理由に医師を減らす必要があるとしている。しかし実際には1980年から2020年までの40年間に医師は2.17倍増えているが、その間の人口は1.06倍しか増えておらず、人口と医師数の関連性はほとんどない。厚労省の必要医師の推計は医療費抑制政策の手段であり、人口減少が世論操作に利用されている。

厚労省は各都道府県を医師の数によって医師多数県、医師少数県、その他の3つに分け、医師多数県の医学部定員を減らすなどして偏在対策を進めるとしているが、実態を無視しているために矛盾が起きている。沖縄県は人口当たりの医師数は全国で6番目に多く、医師多数県とのレッテルを貼られている。このために沖縄県の初期研修医募集定員が減らされ、年間の採用数が14人も減少している。研修医は急性期医療チームのコアメンバーであるため、研修医数が減少した結果、受け入れ困難が増加し搬送時間が伸びるなど救急医療のひっ迫が常態化している。

5. 終わりに

現状の医療費抑制政策と医師数抑制政策が続けば、医師の働き方改革が進まないのみならず、多くの地域で医療崩壊が起きることになる。これを防ぐには医師増員と診療報酬の抜本的増額の大きな国民運動が必要である。

植山 直人(うえやまなおと) プロフィール

略歴: 1990年鹿児島大学医学部卒業、1998年東北大学大学院応用経済学科にて福祉経済学専攻(修士課程修了)、2009年全国医師ユニオンを設立し代表となる。

現在: 医療生協さいたま市田協立診療所勤務、全国医師ユニオン代表、ドクターズ・デモンストレーション共同代表世話人。

全国医師ユニオン
ホームページアドレス
http://www.union.or.jp

開業して思うこと 88

地域の安心の灯台として、 気軽に相談できる クリニックを目指して

医療法人じゅんこ内科クリニック 院長 丸山 純子 (吹田市)



の苦しみも必ずやってきます。〇〇病と名前のつくものばかりが病気ではなく、苦しい、つらい、助けて、しんどい〜など様々な「主訴さま」がやって来たら、一生懸命に「聴き」、安心して弱音を言える場でありたいと思っています。病気などの苦難に負けず、たとえ倒れても立ち上がり、乗り越え、勝ち越えていくところに人生の真の幸福があり、喜びがある。その患者さんの人生劇場に私たちが加われることに存在意義があると考えています。

開業当時、ご近所の方から寄せ植えを頂きました。開業して2年以上経ちますが、植物が絶えたことはありません。今もクリニックの玄関にはプランターと、待合には、外来通院のおじいちゃんが作った壺に、庭で咲いた梅や水仙などが飾られ、患者さんとスタッフの心を癒してくれています。感謝を忘れず更に素敵なクリニックにしていきたいと思っています。



待合室のお花たち

2023年9月に、私の故郷である吹田市津雲台に開業しました。今年は大阪・関西万博の年ですが、クリニックは太陽の塔で有名な70年万博につくられた「千里ニュータウン」の中にあります。緑豊かな閑静な住宅街で、昔懐かしいちょっと「さびれた商店街」の一角にあります。駅チカではないので患者さんが来てくれるか心配でしたが、「通えるときには外来に、通えなくなったら訪問診療に行きます」というスタイルが功を奏し、結構忙しく走り回っています。

開業は体力だ！と実感しています

資金がなかったの、ベッドや診察机、事務用キャビネット、職員用ロッカー等は何人もの人から譲り受け、汗だくで運びました。開業は体力だ！が今まで続く思いです。いろいろな人の思いがぎっしり詰まったマーブル模様のような診療所です。

クリニックの質ってなんでしょう？ 大切なのは人だと思えます。開業して最大の悩みがス

タッフ問題で、人間関係などのトラブルが重なると院長失格の烙印を押されたような気持ちになったこともありましたが、しかし先日、友人が素敵な言葉（「あ・お・い・く・ま」）を教えてくださいました。これは芸人のコロケ氏が母から教えられた心の持ち方で、「あせるな・おこるな・いばるな・くさるな・まけるな」との話です。振り返ればこの2年間で、何人ものスタッフが入り替わりましたが、一方で様々な気づきを与えてくれました。人柄のよいスタッフたちの粘り強い心意気が現在のクリニックにつながっています。

スタッフ、患者、家族、ご近所さんにも 支えられています

診療所のモットーは、『地域の安心の灯台として、気軽に相談できるクリニック』です。

健康は社会で活動する上で、また生涯にわたって生きていく上で最も基礎となるものです。しかし、四季のように生老病死という四つ

新規開業講習会

会場 大阪府保険医協会 仮事務所 大会議室
浪速区幸町2-2-20 清光ビル4階
申込 組織部 TEL 06-6568-7721
参加費 無料 ※事前にご予約ください。

2025年の予定

新規個別指導編

新規開業医が知っておくべきポイント

7月26日(土) 14:30~16:00 講師 保険医協会事務局
11月15日(土) 14:30~16:00 講師 保険医協会事務局

保険診療編 (内科を中心に)

審査委員、先輩開業医が
わかりやすく解説

6月28日(土) 14:30~16:00 講師 審査委員・保険医協会役員

雇用管理編

よりよい医療の提供は
最適な雇用管理から

10月25日(土) 14:30~16:30 講師 桂 好志郎 社会保険労務士

開業予定の先生も
ご参加いただいております



webまたはお電話で
申してください。

2024年12月16日より移転しています



手頃な保険料で先生方の万が一に備える 家族のサポート グループ保険 (死亡・高度障がい保障)

幅広い保障プラン

保険金額は300万円~最大6,000万円

配偶者も最大3,000万円までご加入いただけます！

●簡単な告知のみ(医師の診査なし)でご加入できるのも忙しい先生方にとって魅力です

*6,000万円以上の保障をご希望の際は、保険医共済会の「新グループ保険(最大6,000万円)」を上乗せでご加入いただけます。

お問い合わせ先 TEL 06-6568-2230(直通)

手頃な保険料

加入プラン例①	加入プラン例②
万が一の場合、残された家族の生活が心配… 35歳(保険年齢) 保険金額6,000万円の場合	子どもが独立し、保障を少し減らしたい 50歳(保険年齢) 保険金額2,000万円の場合
月額保険料 男性 5,700円 女性 3,660円	月額保険料 男性 4,700円 女性 3,540円

さらに！
配当金の還元により保険料の負担が軽くなります。
前年度配当金は30.10%でした。 ※配当金は毎年変動します

保険金額と月額保険料 (一例)	35歳まで		36~40歳まで	41~45歳まで	46~50歳まで
	男性	女性			
6,000万円	5,700円	3,660円	7,260円	9,840円	14,100円
5,000万円	4,750円	3,050円	6,050円	8,200円	11,750円
4,000万円	3,800円	2,440円	4,840円	6,560円	9,400円
3,000万円	2,850円	1,830円	3,630円	4,920円	7,050円
2,000万円	1,900円	1,220円	2,420円	3,280円	4,700円

これでいいのか 日本の医療

医療行政を迷走させる 医系技官たち

第23回



かみ まさひろ
上 昌広

特定非営利活動法人
医療ガバナンス研究所
理事長

なぜ医療行政は迷走するのか。それは医系技官制度に問題があるからだ。本稿で論じたい。

医系技官とは医師免許を持つキャリア官僚だ。その数は約200人で、次官級と局長ポジションをもつ霞ヶ関の一大勢力だ。

彼らは医学部を卒業し、臨床研修を終えた後厚労省に入省する。その後霞ヶ関や地方自治体などで医療政策に従事する。中途退職しない限り臨床現場に戻ることはない。

医系技官は日本の医療政策を決定する上で大きな権限を持つ。舛添要一氏は厚労大臣在任中、「医療改革の本丸は医系技官改革」と公言した。厚労省の縦割り行政の中で、外部からチェックされずしばしば暴走するからだ。

医系技官制度の始まりは、GHQの占領政策だ。公衆衛生の課題を解決するため、従来、文官が独占していた医務局、公衆保健局、予防局のトップを技官とした。現在の医政局と健康・生活衛生局だ。この二つの局はいまも医系技官が仕切る。医系技官のモットーは「小医は病を癒す、中医は人を癒す、大医は国を癒す」である。患者より国家を重視する。

すべての先進国で、政府は医療提供体制の維持に大きな役割を担っている。ただ、医系技官のやり方は極端だ。やたら医療現場を統制したがる。20世紀の共産主義国家を彷彿させる。

その象徴が診療報酬だ。我が国の国民医療費は約47兆(2022年度)だが、診療報酬は医系技官が事務局を務める中医協で全国一律に決められる。保険局医療課長は医系技官の指定席だ。わずか数十名の官僚と中医協委員で、膨大な医療行為の値段を決めることなど不可能だ。公定価格はどうしても「出鱈目」になる。内科と比べて小児科の診療報酬が安いのは、小児科医療に付加価値がないわけではない。医系技官がそのように設定しているだけだ。

価格決定は利権に繋がる。医系技官もその恩恵に預かる。保健局医療課長や健康局長を務めた宮崎雅則氏は、現在、日本医師会事務局長に天下っている。

医学部定数削減の誤りを認めない 医系技官

医師不足も医系技官の「人災」だ。医師のなり手がいなかったから生じたわけではない。財力がなかったからでもない。医系技官たちが、「将来的に医師が余る」や「医療費を減らすには医師を増やしてはならない」と主張し、1984年に医学部定員を最大時と比べ7%削減したためだ。その後、1997年には医学部定員削減が閣議決定された。

1984年当時、すでに出生率は低下し、人口推計から団塊世代が高齢化することで、医療ニーズが高まることは予想できた。医学部定員を増やすべきで、定数削減を決めた医系技官の政策は明白な誤りだった。ところが、このことは現在まで認めていない。

医学部定員削減の閣議決定が見直されるのは、2007年に舛添要一氏が厚労大臣に就任するまで待たねばならなかった。舛添氏は日本医師会や医系技官の抵抗を抑え、医学部定員の5割増を打ち出す。この時、文科省医学教育課長に出向中の医系技官である三浦公嗣氏(現慶応大学医学部教授)が、各大学の医学部長に「医師はなるべく増やさない方向で頼みます」と電話したことが分かっている。

なぜこんなことになるのだろうか。知人の厚労省官僚(事務系)は「医系技官制度に問題がある」という。彼が、特に問題視するのは、その採用システムだ。

この人物は、「医師免許があれば、総合職並の能力とみなされるため、医系技官は通常の公務員試

験が免除されている。他省庁にない特異な制度である」という。

公務員試験が免除される 特異な採用システム

霞ヶ関には医系技官以外にも複数の技官職が存在するが、看護技官などの小規模な集団を除き、特定の出身学部や資格を採用の要件に加えているものはない。試験に合格すれば誰でも採用される。

この採用システムが「法律学や行政法を全く知らない素人が、上司の引きで局長や課長に任用される(元医系技官)」原因となっている。

このためだろうか、彼らが考える政策は完成度が低い。憲法違反の可能性のあるものまでである。例えば、医師偏在対策の解消策として、医師が保険診療をするための資格をとるために、一定期間の地方勤務を義務づけるように準備を進めている。

医師に保険診療のルールを遵守させることと、医師の遍在対策は別問題だ。日本国憲法は職業選択、居住の自由を保証している。自らが招いた医師不足に対応するため、民間人である医師を強制移住させるのは憲法違反の可能性が高い。

こんなことを考える前に、まず出来ることからすべきだ。国家公務員である医系技官、あるいは国立病院の医師に医師不足地域での勤務を業務として命じればいい。現行制度の枠組みで実施できるし、厚労省が独自にできる。

ところが、医系技官からこのような話はでない。自らは安全なところでいて、自らがやりたくないことを若手医師に無理強いする。厚労省内でもこのような政策を苦々しく見ている人は少なくない。ただ誰も表だって批判しない。前出の事務系官僚は「正論を言って医系技官と揉めると、自らの出世に影響する」という。

問題は厚労省内だけに限らない。医系技官は人事権と研究費などの予算を持っている。1990年以降、5名の東大医学部長を務めた臨床系教授が退官したが、このうち4人は厚労省直轄のナショナルセンター幹部に天下っている。審議会にもこのような人物が名を連ねる。そして医系技官の施策を支持する。舛添厚労大臣(当時)は「審議会についても、自分の役所に好意的な委員を中心に集めている」と批判した。

これが医系技官の実態で抜本的な見直しが必要である。

大阪府保険医協同組合の皆さまの

『**ゴルファー向け保険**』のご案内

団体割引 さらに 大口割引
30% + **10%** 適用

保険料 年間 **3,500円**から

趣味でゴルフをされている皆さまへ
組合員・賛助会員だけでなく、
ご家族も加入できます

- ▶ ゴルフ中に他人に損害を与えた
- ▶ ご自身がケガをした
- ▶ ゴルフ用品に損害があった
- ▶ ホールインワン・アルバトロスを達成した



大保協商事株式会社(大阪府保険医協同組合・保険共済部内)
TEL 06-6568-2230(担当:森田)までご連絡ください。

引受保険会社
三井住友海上火災保険株式会社

保険医賠償責任保険

●制度内容の詳細につきましては、パンフレット等を必ずご確認ください

個人の責任問われる時代、診療に専念できる心のささえ

ご加入セット ☆標準的な加入プランは『Aセット』になります。

セット型		A	B	C
てん補限度額 (保険金支払 限度額)	医療行為	1億円	5,000万円	3,000万円
	期間中	3億円	1億5千万円	9,000万円
	身体(1名)	5,000万円	4,000万円	3,000万円
	建物設備	1億円	8,000万円	6,000万円
	財物	500万円	400万円	300万円
(年間)保険料	個人診療所	65,520円	55,770円	50,490円
	勤務医	43,210円	36,750円	33,270円

勤務医に役立つ医薬情報 第22回

長期収載品の選定療養における 薬局への影響について

廣田 憲威 ひろたのりたけ

薬剤師/博士(薬科学) 社会薬学研究所 所長 一般社団法人大阪ファルマプラン 理事



昨年10月から、後発医薬品のさらなる使用促進と医療費の適正化を目的に、患者の希望で長期収載品(特許が切れた先発医薬品)の調剤を受ける場合は、後発医薬品との薬価差の4分の1を患者負担(自費+消費税)とする制度が、選定療養に追加されました。今回は、これが導入されたことによる薬局への影響などについてご紹介したいと思います。

長期収載品の選定療養は、将来的な 医薬品の保険外しに道を開くもの

薬剤費の適正化のために、厚労省はこれまでも幾度となくドイツの「参照価格制度」(先発医薬品と後発医薬品との薬価差を自己負担する制度)の導入を試みてきましたが、医師会をはじめ診療側の合意が得られなかったことから、断念してきた経過がありました。しかし、2024年度の診療報酬改定で「参照価格制度」と同様の選定療養が簡単に認められてしまいました。患者負担の割合をいくらにするのかについては、厚労相と財務相との大臣折衝で4分の1に決着しましたが、今後の改定で割合が増えることは必至かと思われます。また、現在は対象となる長期収載品が、「後発医薬品が発売されて5年を経過したもの」または、「5年を経過していなくても後発医薬品への置換えが50%に達している場合」となっていますが、これらの条件についても、いくらでも変わる可能性があります。筆者が一番危惧していることは、長期収載品のみならず、今後は漢方薬やOTC類似薬にも拡大され、合法的な医療用医薬品の保険外しにつながることで

薬局の現状について

大阪府薬剤師会の乾英夫会長は、選定療養について「国や行政が十分周知していなかったた

め、混乱するのではないかと心配していたが、各薬局では数カ月前から対象患者に説明していたこともあり、大きな混乱はないと聞いている」と記者会見で語りました(2024年11月6日)。東京都薬剤師会は昨年11月に会員薬局を対象に影響度調査を実施し、「患者自身が制度を既に理解している」と感じる割合が30%以下と回答したのが62%で、50%程度が21%、70%以上は17%という結果を示されました。また、患者への制度説明に要する平均時間は「3~5分程度」が56%と最も多く、「3分以下」が31%、「5分以上」が12%で、最長は2時間でした。日本保険薬局協会も同様の調査を実施され、患者に説明に要する平均時間は2.89分で、「特別の料金」の平均値は586円(税別)であったことを明らかにされました。

こうした患者への説明が薬局での新たな負担となっていることから、厚労省は選定療養の説明に係る技術料である「特別薬剤管理指導加算3の口」(5点)を、2025年4月1日から10点に引き上げることを決定しました。

薬局での選定療養で最も対応が 苦慮されるのが生活保護患者

生活保護や労災、公害といった公費医療で選定療養がどのような取扱いになるのかについて、ぎりぎりまで明示されなかったことから、薬局では大きな混乱が生じました。今でも混乱が見られると思われるのは生活保護です。制度導入当初、生活保護であっても患者自身が「特別の料金」を支払うのであれば、選定療養を適用できると理解していた薬局・薬剤師が少なくありませんでした。生活保護の患者は、生活保護法における医療扶助によって医療が提供されています。同法第34条3項では「原則として、後発医薬品によりその給付を行うものとする。」(例外は「医療上の必要性」がある時のみ)が

明記されており、同時に全ての選定療養費は医療扶助の支給対象とはならないともされています。そこで、薬局から処方医に対して「医療上の必要性」の疑義照会をしても、処方医がそれを認めなければ、後発医薬品を調剤せざるを得ず、薬局でトラブルになるケースも散見されています。こうした事態を生んだ背景には、制度の導入を決めた政府・厚労省が、国民や患者に対して徹底した広報と丁寧な説明をしなかったからだと考えます。

この様なトラブルは特に精神疾患の患者が多いことから、2025年3月14日に厚労省が発出した疑義解釈(その4)では、「同一性への固執が症状として見られる精神疾患や精神障害のため、普段から同じ機能の物についても形や色の変化を受け入れて生活することができないことから、医薬品の剤形や色などを変更することによって安定的な服薬ができないと医師が判断する場合」も、「医療上の必要性」に該当すると判断しました。

2025年4月から変更となる 内容について

前述したように、選定療養の対象となる長期収載品には適用条件があることから、毎年の薬価改定で対象となる薬剤が変わります。今年の4月1日からは、アレグラ(サノフィ)やタケプロン(武田テバ薬品)など134品目が選定療養の対象から外れる一方で、ロキソニン(第一三共)、トレリーフ(住友ファーマ)、ノベルジン(ノーベルファーマ)など30成分43品目が新たに選定療養の対象となりますので、保険医協会の先生方におかれましても情報のアップデートをお願いします。

おわりに

わが国の国民皆保険は、医療へのフリーアクセスと必要な医療サービスを平等に受けることができる世界に誇れる優れたシステムですが、長期収載品の選定療養は、患者の医薬品へのアクセス権をお金で縛ることとなり、不平等を持ち込むものとなっています。国民医療費の約25%を占める薬剤費をより適正化するためには、患者負担を増やすことよりも、まずは抗がん剤などの超高額医薬品や、ブロックバスターと呼ばれる売れ筋の新薬の薬価を見直すことが必要かと考えます。

締切り迫る! 6月25日まで

保険医年金

予定利率 **1.202%**
(2025年1月1日現在)

短期のご利用では積立金が掛金を下回ります

加入資格 満74歳までの協会会員
* 月払増口・一時払申込みは79歳まで
加入口数 月払 1口 1万円(通算30口まで)
一時払 1口50万円(毎回40口まで)

安定・安心

加入者数 **5万人**
積立金額 **約1兆3,000億円**
セーフティネットに加入
(積立金の保護が図られています)

いつでも自在

年金受給は **加入5年後から可**
* 1口単位での解約可
掛金払込中断・再開制度あり



35歳から加入

65歳から10年確定で受給の場合

月払 **5口** **加入** **プラス**
受取月額 **約18万円**
受給総額 **約2,189万円**
【掛金総額 1,800万円】

一時払 **5口(250万円)の場合**

加入期間	脱退一時金
10年	273.1万円
20年	305.0万円
30年	340.6万円

生命保険会社6社(大樹・明治安田・太陽・富国・日本・第一)が受託し、リスク分散を図ることで安全性を高めています。

