

平成 28・29 年度

診療所委員会答申

「診療所医師の現状と課題  
～これからの診療所医師のあり方～」について

平成 29 年 12 月

福岡県医師会診療所委員会



平成 29 年 12 月 21 日

福岡県医師会

会長 松田 峻一 良様

診療所委員会

委員長 原 速

## 答 申

診療所委員会では、貴職からの諮問「診療所医師の現状と課題～これからの診療所医師のあり方～」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

診療所委員会

委員長	原	速
委員	荒木久昭	
委員	今任信彦	
委員	鹿子生健一	
委員	田邊庸一	
委員	辻裕二	
委員	福地靖範	
委員	長野英嗣	
委員	馬郡良英	

(五十音順)



診療所委員会 答申

『 診療所医師の現状と課題～これからの診療所医師のあり方～ 』

— 目 次 —

1. はじめに	・・・・・・・・・・ 1
2. 診療所医師の現状と課題～これからの診療所医師のあり方～	
(1) 診療所医師を取り巻く「環境」	・・・・・・・・・・ 2
(2) 「管理者」としての診療所医師	・・・・・・・・・・ 4
(3) 「かかりつけ医」としての診療所医師	・・・・・・・・・・ 7
(4) 診療所医師の「意識」	・・・・・・・・・・ 10
3. 医師会の役割	・・・・・・・・・・ 13
4. おわりに	・・・・・・・・・・ 17

《参考資料》



## 1. はじめに

日本の医療は国民皆保険制度の元で、安心安全に受けられ、安易に容易に甘受されてきた。医師も高度成長に踊らされ、振返る余裕の無いまま一所懸命働いてきた。しかし今、バブル崩壊後に少子超高齢化社会を迎えて、医療体制の内容や質は大きく変わってきている。

いよいよスタートする「地域包括ケアシステム」に向けて、住み慣れた地域でのかかりつけ医として、診療所医師（有床及び無床）は、重要な役割、機能を担っている。特に、外来医療と入院医療を継続して行う有床診療所は、欠かせない存在となってきている。

今回、「診療所医師の現状と課題～これからの診療所医師のあり方～」の諮問を受け、今まで蔑ろにされてきた診療所医師の働き方について見直すため、各地域の委員の先生方の現状、貴重な体験やご意見等を伺い、協議検討を行った。この諮問が、現在地域で頑張っておられる診療所医師やこれから地域医療に携わる若い医師の為にも、参考になれば幸いである。

## 2. 診療所医師の現状と課題～これからの診療所医師のあり方～

### (1) 診療所医師を取り巻く「環境」

#### 1) 現状と課題

診療報酬は、診療所では、病院に比べて初・再診料が経営原資として大きな意味を持っている。初・再診料が医業収益全体に占める割合は、病院では3.3%診療所で21.9%である。初・再診料のうち、診療所の再診料は当時の財源的制約により、平成22年度の診療報酬改定で71点から69点に引き下げられたが、2014年診療報酬改定では消費税率引き上げに伴うプラス改定が行われ、再診料は病院・診療所とも72点になっている。初診料も平成18年度の改定で274点から270点に引き下げられている。(参考資料1、2)

患者数は平成26年10月に行われた調査では、「入院」1,318.8千人について、施設の種別に見ると「病院」1,273.0千人、一般診療所45.8千人、年齢階層別に見ると「65歳以上」937.3千人、「75歳以上」669.4千人となっている。「外来」の7,238.4千人について、施設の種別に見ると「病院」1,641.9千人、「一般診療所」4,233.0人、性別に見ると「男」3,131.0千人、「女」4,107.3千人、年齢階級別に見ると「65歳以上」3,510.2千人、「75歳以上」1,895.1千人となっている。推定患者数では、入院では平成20年から減少しており、外来では平成17年ほぼ横ばいとなっている。年齢階級別に見ると、入院では平成20年から減少しており、外来では平成17年からほぼ横ばいとなっている。(参考資料3、4)年齢階級別に見ると、入院では「0～14歳」「15～34歳」「35～65歳」は減少傾向、「65歳以上」は増加傾向になっており、外来でも65歳以上は増加傾向になっている。(参考資料5)

施設数では全国の医療施設は177,546施設で、前年に比較して223施設減少している。「病院」は、8,493施設で、前年に比べ47施設減少している。「一般診療所」は100,461施設で、前年比67施設減少している。一般診療所は、「有床」が8,355施設(一般診療所総数の8.3%)で、前年に比べ894施設減少し、このうち「療養病床を有する一般診療所」は106施設減少している。「無床」は92,106施設(同91.7%)で、前年に比べ827施設増加している。(参考資料6、7)一般診療所の常勤換算従業者数で見ると常勤医師は101,654人、非常勤医師は29,024.2人で総数は130,678.2人である。(参考資料8)施設ごとの医師数は、1.30人、常勤医師で1.01人となり殆どの一般診療所がひとりの医師で運営されていることがわかる。(参考資料9、10)

診療所の地域の活動として、学校医や産業医などがある。学校医の職務は、①学校保健計画及び安全計画の立案に参与し、②学校環境衛生の維持及び改善に関し、学校薬剤師と協力して、必要な指導と助言を行う、③健康相談に従事する、④保健指導に従事する、⑤健康診断に従事する、⑥疾病の予防処置に従

事する、⑦感染症の予防に関し必要な指導及び助言を行い、並びに学校における感染症及び食中毒の予防処置に従事し、⑧校長の求めにより、救急処置に従事する⑨市町村の教育委員会または学校の設置者の求めにより、就学時の健康診断または職員の健康診断に従事する、⑩全各号にかかげるもののほか、必要に応じ、学校における保健管理に関する指導に従事することと業務内容は多岐にわたっている。配属される医師数も基準があり多忙にならざるを得ない。本業務に従事することは一人の医師を地域に縛り付けることにもなる。さらに、医師数の地域格差も大きく、地域によっては医師の確保が困難になる。

次に産業医は、医師であり、定められた研修を修了するなどして要件を備えたものから選任されたものである。現在、産業医の養成研修を終了した医師数約9万人で、実働は3万人とされている。産業医の選任義務は従業員五十人以上の事業場に義務付けられているが大企業ではほぼ充足されているものの50～100人の事業場では90%を大きく下回っている。(平成22年厚生労働省労働安全衛生基本調査及び平成26年総務省経済センサス基礎調査より) 産業医の職務(安衛則第14条第1項)は、次の事項で、医学に関する専門知識を必要とするものと規定している。

- 一 健康診断及び面接指導などの実施並びにこれらの結果に基づく労働者の健康を保持するための措置に関すること
- 二 作業環境の維持管理に関すること
- 三 作業の管理に関すること
- 四 前三号にかかげるもののほか、労働者の健康管理に関すること
- 五 健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置に関すること
- 六 衛生教育に関すること
- 七 労働者の健康障害の原因の調査及び再発防止の措置に関すること

以上の学校医、産業医の問題は、開業医にとって大きな問題になっている。

また、地域包括ケアシステムの要として在宅医療はクローズアップされている。往診を受けた外来患者数は、1960年代以降、かかりつけの診療所を中心とした往診が時代とともに廃れていき低下の傾向にあった。2002年には、そうした往診の減少トレンドが底を打ち、2005年、2008年と増加と転じている。在宅医療に対する人々の強いニーズ及びそれを反映した医療法改正や診療報酬改定等による在宅医療の再評価の結果、ようやく往診についても復活の兆しがでてきた。在宅医療を一般医療と後期医療に分けて見ると一般医療が4.4%であるのに対して後期医療は8.2%であり、高齢者医療における在宅医療のウェイトが相対的に高い状況が窺える。(国立社会保障・人口問題研究所(2012)『季刊社会保障研究 Vol.47 Spring2012』より) 在宅医療を実施する上で特に大変な

こととして24時間体制をとること、医師自身の体力、バックアップ体制の構築、職員の教育、必要なコストの捻出などが挙げられている。しかしながら、少子・高齢化の急速な進展、人々の価値観の変化、医療技術の進歩といった大きな変化の中で、在宅医療に対する国民のニーズには極めて強いものがあることが、各種調査から明らかになっている。国民医療費のうち、在宅医療に投入されている費用は2%程度に過ぎないという現実を踏まえれば、実際に提供されている在宅医療サービスとの間に大きな「需給ギャップ」が存在することは明らかである。このギャップを改善・解消するため医療における資源分配を、より人々のニーズにあった形に変えていくことが当面の大きな課題である。

以上はこれまでも行なってきた医療行為の変化であるが、最近ではICTの進歩による遠隔医療も診療所医師にとって大きな問題になりつつある。いずれにしてもこれまでは問題にならないことが我々の方にのしかかっている。

## **2) これからのあり方**

現在の状況でも診療所医師が抱える問題は大きく、とても一人の医師がかかえ込める物ではない。いつも不安になるのは、自分が倒れた時家族が生活していけるのだろうかというのは当然、今自分が見ている患者の治療を継続して行くことは可能だろうか。短期間ならば幸いにして周りには自分よりずっと優秀な医療を行なっている人がいる。しかし、その先生も体力的にも時間的にも余裕の無い状態で診療を行っている今、周囲の医療態勢を健全に継続していくことは無理になってくる。今後は周囲の開業医仲間と協力して地域医療を健全な形で協力していく体制のあり方を考えていくのも我々医師の責務であろう。

## **(2) 「管理者」としての診療所医師**

### **1) 現状と課題**

1990年後半の日銀の金融政策によりバブルが崩壊し始めた。経済の衰退に伴い、年金や医療費が問題になってきた。診療所の医師はひとりで医師としての診療、経理を担当する事務員、医院の雑用（蛍光灯の交換、建物の調整・簡単な修理）、備品などの購入などを担当する総務係（小遣いさん）等一人で何人分も働いている（実際には開業医のほとんどは1週間に毎日3～4時間以上の残業をして日曜・祝日も半分は無い状態）にもかかわらず、勤務医の平均給与と比べられて開業医の所得が高いと叩かれ始めた。結果として診療所の保険診療はほとんど上がっていない。国民の総医療費がかなり増加して問題視されているが、診療所全体としての医療費は軽度増加したにすぎず、病院、薬剤費などに比べると無いに等しい。この、二十数年の間、診療所の数は明らかに増加し

ており、一診療所当たりの年間報酬は減少し続けている。それにも拘らず、医療費の増加は開業医に問題があるかのように報道され矢面に立たされているのが現状である。

本当に医療費を押し上げているのは、薬剤費の高騰化と調剤薬局の増加、高度医療を中心とした大病院の医療費が問題である。現在、薬剤費に関してジェネリック薬品が推奨されているが、院内処方ではハードルが高すぎる。製品の安全性、供給体制等を医院の責任で調査して採用することは非常に困難である。ほとんどのジェネリックメーカーにおいては、品切れや、製品の回収が行われているのが現実である。このような事態が情報公開されないで、製品の不備も明らかにされていない。スーパーに出ている野菜やお菓子ですら、原料の生産国や製造国の表示が義務化されている現在、医薬品についても義務化すべきである。このような状況では安心して **Authorized Generic (AG)** 以外のジェネリック薬剤を患者に処方できない。

大病院への患者の集中を抑制するために様々な政策がとられてきているが、本質は診療所に対する信頼が薄れてきていることも問題であると考えられる。診療所レベルでも大病院の外来治療の 70~80%程度のレベルの診療は可能であるが、いろいろ検査して保険点数が上がると保健指導が待っているのが現状である。在宅にしても一生懸命している医療機関が保険指導を受けている。結果として、1年間、何にも検査せず、内科であっても医師が自分で血圧ひとつ計らないで薬の処方のみを行っている医療機関は指導対象になっていない。本来であれば、上位の医療機関と下位の医療機関も指導対象とすべきである。これにより医療機関の全体のレベルを押し上げ、診療所の信頼を取り戻すことが大切である。病・診連携のみでなく、診・診連携を中心として同じ内科でも患者の紹介を行うことが一番だと思うが、かかりつけ医制度の事を考えると難しい点もある。大病院の比較的若い先生より開業医の方がより専門的に治療できることも多々ある。しかし、大病院に行きたがる患者が多くいるのが現実である。

もう一つは、開業医自身が勤務医化して開業医としての自覚がないことが問題である。即ち、急患や時間外の対応ができない診療所が多い。また、急患センター等への出務も嫌がる開業医も多い。本来、開業医は地域医療に貢献することが第一である。この気持ちがあれば、自宅在宅医療に対しても対応が可能である。

現在の在宅治療は 70%程度が施設在宅であり、30%弱が本当の自宅在宅である。介護保険導入前に、デイケアの出現により患者の偏在が生じ始め、本格的な介護保険導入により更に早期に施設在宅に患者が移り患者数が減少してきた。有床診療所では比較的軽症の患者は減少してきて重症化してきた。患者の重症化と介護施設の増加と 7対1の看護体制により大病院への看護師の流入等によ

り、有床診療所において看護師の確保がより困難になってきた。医師会立の看護学校卒業生もほとんどが大病院に就職、残りの生徒も地元の病院に勤務して有床診療所への就職は皆無である。その為、診療報酬は減少しているにもかかわらず、看護師給与の上昇をさせざるを得なくなってきた。更に福岡の有床診療所の火災以降、建物の防火設備などの報告が消防署だけでなく、県の建築課への提出が毎年必要になり、建築業者に更に点検費、報告書作成費、提出代含め 15 万円の支払いが必要になった。このような様々な制約が医院経営を困難にしている。小手先の政府対応が診療所経営を更に困難にしている。

訪問診療を行っている施設でも誤請求や請求漏れが多々あり、初めて訪問診療する施設では大変請求に苦勞するようである。在宅治療を推進していくには、現在の複雑かつ分かりにくい診療体系をシンプル化して誤請求や請求漏れがないような診療体系に作り直すことが必要である。診療所医師に対して在宅医療に参加するようにとの意見があるが、既存の施設在宅への参加はほとんど困難な状態で、逆に患者の取り合いになっている。また、有床診療所などに対して小規模多機能施設への転換を勧めるような意見もあるが、有床診療所を小規模多機能施設に転換してするには新たに施設の改築や介護福祉士の雇い入れが必要になる。有床診療所の医師は比較的高齢であり新たな設備投資はかなりのリスクを背負うことになる。また、介護福祉士の確保も困難であり、既存の介護施設による患者の囲い込み、勧誘などは医療施設においては無理である。一方で、有床診療所としての本来の患者受入れが困難になる。

診療所の医師が在宅医療に参加できるようにするには、施設在宅患者の担当数の制限、自宅在宅数の制限が必要である。具体的な数字を示すとすれば、病院での患者担当可能数からして、施設在宅は 15～20 名、自宅在宅は 5～6 名で合計 20 名程度が上限だと考える。在宅を専門としている診療所の医師が診療所より数十 km 離れた所に住んでいる医師もいる。その為、施設で患者さんが急変しても医師が診察せず救急車を呼ぶような施設もある（在宅診療の旨味の部分のみ摘み食い）。訪問診療において患者と診療所との距離に制限があるように、在宅診療を行う場合、診療所と自宅の距離にも制限があつてしかるべきだと考える。（医師会での自浄作用）

## 2) これからのあり方

今後、診療所医師としては、診療所医療の質の確保、時間外診療の実施と自宅在宅医療への参加が必要であり、このことが地域医療貢献になると考える。即ち、本来の診療所医療に戻ることである。これらができるように日本医師会において病院レベルだけでなく診療所レベルの目線での対応をお願いしたい。

現在、進行している地域医療構想も有床診療所はほとんど蚊帳の外である。

しわ寄せはいずれ有床診療所に来るかもしれない。今から 10～20 年後には現在の歯科クリニックと同じような状態になっている可能性が大きい。これらのことを考えると医院経営（医師になることを含め）を子供らに勧められないのが現実である。

年々、診療所一軒あたりの外来収入は減少傾向である。特に長期処方解禁されたことによる一人あたりの外来回数の減少と大病院の超長期処方（90～120 日）による診療所からの患者離れが大きな要因である。大病院における外来患者のあり方を真剣に考える必要が生じている。即ち、症状が安定している患者は速やかに診療所に逆紹介すべきであり、安定していない患者のみを大病院の外来で診ることにすべきである。そのようになれば、大病院での外来処方は 14 日以内で十分であり、その為には外来処方期限を 14 日以内に制限することが必要である。今後の医療の在り方に、成人病などの増悪等や腎障害・血管障害等の合併症発生の予防を求めるのであれば、薬のみに頼らない医療の在り方を分かり易く、細目に患者指導を行う「かかりつけ医」に我々が必要がある。その為にもよく患者及び患者家族と頻回に面談し相互に理解し合う時間が必要である。特に、安定していない患者では月 1 回の診療で十分な指導は困難であり、総医療費抑制目的の単細胞的な外来患者の受診回数抑制政策は止めるべきである。

### **（3）「かかりつけ医」としての診療所医師**

#### **【地域包括システム】**

##### **1）現状と課題**

地域包括ケアシステムとは住み慣れた地域で医療・介護・福祉が切れ目なく提供される仕組みである。超高齢化社会に伴う人口構造の変化、疾病構造の変化、高齢者単独世帯の増加、認知症高齢者の増加などの状況から医療・介護・予防・住まい・生活支援の五つのサービスが 24 時間、365 日通して継続的に提供されなければならない。この地域包括ケアシステムにおいて有床診療所、無床診療所の医師がどういう役割を担っていくのか、どの程度関与できるのかを考える。

現在まだ地域包括ケアシステムは稼働していないが、地域により医療資源、介護資源等の格差があり、迅速かつ適切なサービスを提供する体制は異なっている。また現在地域ケア会議については医師の参画は半分以下であり、医師がもっと参加しやすい会議にすることが望ましい。地域包括ケアシステムにおいて医師会主導型システムと行政主導型システムがあるがこの乖離はますます広がっているようである。医師として医師会として地域包括ケアシステムに積極

的な関与が必要である。

介護を受けていない人でも診療所にかかっている患者はたくさんいて診療所医師はかかりつけ医として最も情報を把握している。このようなことから地域包括ケアシステムにおいて診療所医師の役割は重要と思われる。

また、有床診療所は在宅医療の後方支援施設として、在宅患者の急変増悪時の受け入れや病院からの早期退院患者の受け入れなど、地域包括ケアシステムにおいて大きな役割を持っており必要不可欠な存在である。有床診療所は入院費用負担が軽いことや地域のニーズに応じた小回りの利く入院病床を有しており、救急からリハビリ・慢性期・看取りにまで対応できる施設が多くこの方向性を進化させ収容から退院、そして別施設への循環型医療介護社会のエンジンとしての活躍が期待される。かかりつけ医として外来から引き続き入院管理ができる、病院・行政・地域の介護システムと連携がとりやすく、地域包括ケアシステムを支える多職種連携チームの拠点とするにふさわしい。専門医療を身近な医療機関で受けることができるなどの利点もある。しかしながら有床診療所には課題も多い。入院の採算性が悪く経営困難な場合が多く、従業員の雇用困難から縮小経営になり閉院に至ることもある。また、院長の高齢化で施設の継続性に不安があり、これに加え開業初期投資額が大きく新規参入が難しく、医師一人での長期診療となり医療レベルの研鑽も難しいことなどがある。

地域包括診療料（加算）は内科の1割強が届け出しているが、今後届け出が大きく拡大する見込みは少ないと思われる。診療所の8割以上が常勤医師1人であるため地域包括診療料の要件である常勤医師2名以上がクリアできず、在宅患者への24時間対応も障害となっているからである。

認知症地域包括診療料（加算）の算定割合は、内科では今後も1割に満たない見込みである。小児では、小児かかりつけ診療料の届け出割合が1割であった。届け出割合に対して算定割合が低く算定にハードルが高いことがうかがわれた。

このように診療所医師の負担軽減を考え、常勤医師1人の診療所が在宅医療に参入しやすいように現実的な要件に改善していくべきではないかと考えられる。

## 2) これからのあり方

診療所は地域包括ケアシステムにおいて患者の外来診療から入院、在宅医療まで一貫して関り、さらに本人だけでなく家族を含めた医療や生活の情報を持ち、かかりつけ医としての機能を持たねばならない。介護サービスとの連携や地域ケア会議への関与、病院、有床診療所、訪問看護との連携が必要である。有床診療所は地域包括ケアシステムの中心として地域の多くの人に利用してい

ただくために病院、診療所、介護リハビリ施設、在宅の懸け橋として機能していく必要がある。有床診療所の業務がさらに過酷なものになる可能性もあり複数医師による経営や若い医師の参入が必要になるだろう。また、地域包括ケアシステムが構築不可能な医療資源が極端に乏しい地域では1施設で多機能の役割を果たし経済的にもリーズナブルな有床診療所の投入が最善の策であろう。そのような地域では地域医療を支える情熱を持った若い医師の育成とその活躍の場としての有床診療所開設誘致を行政とともに積極的に推進する必要がある。

医療と介護サービスの連携が地域包括ケアシステムの構築において重要で地域での情報共有のツールとして在宅医療・介護連携 ICT システムの導入整備を行うことが必要で運用維持、管理など持続性確保するに恒久的な財源が必要となる。とびうめネットは各地区で導入も進んでおり、多職種連携システムも既に数医師会で稼働中である。これらの点で有力なツールとなるのではないかと思われる。

## 【在宅医療】

### 1) 現状と課題

地域医療構想において、在宅医療は重要な役割を持っており医療区分 1 の慢性期の患者を療養病床の入院と介護施設と在宅医療でみることになる。

在宅医療はおもに診療所医師によって行われており、訪問診療や往診で行われている。開業医が一人で在宅医療を実施するには24時間対応訪問看護、介護サービスとの連携が必須であり、病院、有床診療所と連携し後方病床を確保し緊急時には多職種と連携対応する必要がある。福岡県と医師会は、在宅医療推進事業（多職種連携チーム医療）や在宅医療連携整備事業などを行い、在宅医療を推進してきた。

福岡県では、在宅医療支援診療所 888、在宅医療支援病院 69、在医総管・施設総管診療所 297、在医総管・施設総管病院 30 の医療機関が届け出を行っており、合計 1,284 となるが届け出を行っていない病院、診療所でも在宅医療は行われている。訪問診療が行われているのは自宅が 7,762 人で、自宅以外が 19,819 人で自宅率は 28.1%と低く訪問診療のメインは施設中心となっている。訪問診療の実施率は在支診 1, 2 と在支病 1, 2, 3 は 90~100%と高いが一人で診療を行っている在支診 3 では 78.9%と低い。在医総管・施設総管診療所は 59.6%と大きな差がみられる。医師一人受け持ち可能な在宅患者数は自宅で 5~6 人以内、施設で 20 人以内がおおむね限度と思われる。福岡県下で訪問診療を受けている患者数は 31,000~32,000 人と推計される。訪問診療の回数はおおむね 2 回/月となっている。福岡県における在宅死亡率は全国平均より低い徐徐に増加している。しかしながら、本当の自宅での在宅看取りは変わらず、その殆ど

が介護保険関連施設を含めた施設での看取りである。(福岡県医師会平成 28 年度福岡県における在宅医療(訪問診療)の現況(平成 29 年 3 月 31 日現在)より)

日医総研のワーキングペーパーによると診療所の 8 割以上が常勤医師数 1 人である。(参考資料 9) 内科で約 4 分の 1 が在支診であるが在支診以外で訪問診療を行っているところもほぼ同じくらいである。(参考資料 11) 在支診以外の診療所において、約 3 割が今後縮小撤退予定である。これから在宅医療を始めようとするところは看護師等の確保が大変と感じており、また在宅医療について相談連携できる医師を求めている。

## 2) これからのあり方

在宅医療を進める上で 24 時間の往診体制、24 時間の連絡体制が大きく負担になっている。緊急時に入院できる病床の確保も負担である。地域で在宅医療を拡大するためには受け皿となる入院施設が最も必要とされる。特に在宅医療を実施している診療所では家族の介護力の不足や経済的負担が在宅医療の推進の妨げになっていると実感している。医師自身の体力の問題、在宅医療を行う看護師の確保、独居老人とその家族への対応、認知症患者とその家族への対応、診療報酬の引き上げ、患者の経済的負担の軽減、訪問看護ステーションの確保など今後対策をとっていかねばならない。

1 人で開業している診療所医師が中心の医療提供体制で、将来在宅医療を継続していくことは非常に困難であると思われる。今後、若い世代の医師が 24 時間 365 日対応を押し付けることは難しく、若い世代の医師でも普通にやってくれるような在宅医療を考えねばならない。それには個人で在宅医療を行い、尚且つグループとしても在宅医療を行う仕組みを考えていかねばならない。また、在宅医療を支える病院即ち地域包括ケア病床を持っているような在宅医療を支える病院が重要となってくる。地域の診療所医師と地域の病院で共同して在宅医療を進めていく必要がある。

## (4) 診療所医師の「意識」

### 1) 現状と課題

現在診療所を開業し経営・運営している医師の意識はどのようになっているのか。まず、新規開業の動機は、「理想の医療の追及」が 42.4%とトップであったが、承継の場合は当然ながら「親族からの要請」が 58.1%と最多であった。だが他にも「将来の限界・精神的ストレス・過重労働に疲弊」等の医療環境に希望・改善を目指しての意見も多くみられた。(参考資料 12)

しかし開業してからの実労働時間は徐々に増加している。休日は減少し約7割が休日を週2日確保できていない。(東京保険医協会 2016年度 開業医の実態・意識調査より)

政府が示す「働き方改革実行計画」の柱の一つに長時間労働の是正が挙げられている。しかし、診療所の開業医には適応されず、募集してもほとんど集まることのない従業員の働きぶりを心配するばかりが診療所医師の現実ではなかろうか。自院が従業員の過重労働や超過勤務の上に支えられているジレンマに悩む診療所医師も少なくないはずである。根本的な医療経営の安定が無ければ机上の空論になってしまう。(参考資料 13)

診療所医師の地域医療活動をベッドの有無で比較すると、無床診療所で76.3%、有床診療所で78.2%が地域医療に携わっており、週5時間以上がそれぞれ19.5%、20.8%であり有床診療所では2割を超えていた。地域医療の重要性は診療所へも浸透していると考えられた。(参考資料 14)

医師のモラルを問われて久しいが、いまだに各地で時折残念なケースが散見されるのは誠に遺憾なことである。これからも地域の医師会が中心となって倫理規範の徹底を推進することが肝要であるが、基幹病院の若い医師への徹底した定期的な研修は必要ではないかと考える。また、患者サイドのモラルも同様で、膨大な医療情報やインフォームドコンセントをかさにきた悪質な例も認められる。日本の医療は医師患者間の信頼関係の上に成り立っており、そのことを再度国民に知らしめる必要があると感じた。

医師－患者関係は互いの信頼関係が重要であると述べたが、それを構築するのは並大抵のことではない。患者との接し方、かかわり方等は優れた先輩医師から引き継ぐべき大いなる遺産ではなかろうか。医学・技術・経営のみに偏らず広く人間的研鑽が時代から要求されていると考える。医師になった初期がチャンスである。今後何らかのシステムで研修会等につなげていくべきであろう。

「開業に対する評価」についてのデータでは(とても良かった・良かった)で68.8%を占めており、ホッと胸をなでおろす状況だったが、「今後に対する不安」は経営・収入・引退後ともに(かなり～やや不安)が60～70%を占めており暗雲の立ち込める思いがした。(参考資料 15)

## 2) これからのあり方

今後は、これからの日本の医療を支える若い医師たちをサポートし、働く意欲を失わすことがないような医療制度を構築していくことが重要であると感じる。

戦後の日本の復興から高度成長期、バブルの崩壊を迎え、現在底の見えない縮小低迷期ともいえる状態の日本の経済と比較すると、医療に関しては戦後か

ら現在まで加速度的に成長を続けている感がある。昭和の最後から平成にかけてあたりから始まったこの成長の解離が現在の医療環境に様々な歪を生み出していることは想像に難くない。その歪を調整すべく地域包括ケアシステムと地域医療構想の2本の刀で治療中、といったところではあるが医療だけにとどまらず、他の分野を含めて大ナタを振るい、日本のデザインを根本的に見直さなければならない時期に既に到達していると考えられる。いつまで歪んだ現状を引きずっていくのか。今後の医療制度改革に大いに期待したい。

### 3. 医師会の役割

#### 1) 郡市区医師会の役割

郡市区医師会が今後対応しなければならない事項は、大きく2つではないだろうか。1つは人口減少に伴う新規開業医の不足と開業医師の高齢化、もう1つは団塊の世代が全て後期高齢者になる2025年問題に伴う在宅・訪問診療問題、すなわち地域医療構想ではないだろうか。

新研修制度が始まり、若い卒業したての医師は都会の有名病院で研修を希望し、出身大学の医局に入局しなくなり、きつい・汚い・苦しい様な科へ入局が減り、医局員の数が激減し、地方の中小病院への医師派遣が不可能な状態になってきている。今までは医局からの派遣医師により何とか成り立っていた地方の医療、病院の診療科が縮小、閉鎖を余儀なくされ、郡市区医師会は困惑しているのが現状である。

今後、後期研修医がどれ位大学に戻ってきて、医局を充足するかが地方の中小病院の存続に大いに関係してくると思われる。しかしそれを期待して黙って指をくわえ見ているのでは、現実を改善するにはとても時間がかかり過ぎ、地方独特の対策を考える必要がある。

#### (田川医師会を例として)

田川医師会は1市6町1村、人口13~14万人が受け持ちである。産婦人科・特に産科の開業医が年々減って今では0になっている。小児科も少なくなっている。田川ではA、B病院の産科が年間300例ずつ位分娩を担当してはいるが(残りの300例は他地区に流れている)、現実にはA病院では大学病院からの産婦人科医の派遣がすでに中止され、またB病院では過疎地対策で、県より補助金を大学医局がもらって、産婦人科と小児科の医局員を派遣してもらっている状態であり、この先が大変不安である。

地方の行政と医師会が話しその対策を考えていかねばならない。例えば、新規開業を希望される方に土地や建物を行政がある程度負担し、開業しやすい環境作りなども必要である。ある地区では産科の開業医を必要とし建物を立て、高額な医療器械を用意しそこに産婦人科を招聘し、うまく機能している地区もあると聞いている。医療村などを自治体が造成し、そこへ入所すれば開業費などが安くあがり、また過疎地対策にもつながると思われる。A病院では前期研修医を全国公募し、自前の医者を養成し始めている。このような自前の努力も大事である。

新規開業の若い医師や後継医師の抱える問題は、子供の教育問題もある。この田川地区は県下でも教育レベルが低く、国立大学などを目指すには、中学位からほとんど他地区の進学校にやっているのが現状である。今度飯塚市の県立

嘉穂高校に中高一貫のクラスができ、3年目となっていて今後発展が大きいと期待される場所である。これにも行政（教育委員会）との関係が大きくあり、田川、直鞍の行政にも同様の学校をお願いし、教育レベルの向上を図る必要がある。

とにかく今後の医師会の存続には、行政とのかかわり抜きでは語れない。首長としっかり連携をとり、在宅問題、乳児健診や特定健診、学校医・園医など行政が必要としている分野への協力体制をしっかり構築し、更に密な関係を図る必要がある。

また、在宅問題に関し、医師会・行政・保健所の3つの会議があるが、その土俵となる統計の値が統一されてなく、行政間の在宅問題への取り組む姿勢の温度差などがあり、医師会を主体とした取り組みに他が協調して在宅問題に対処していく必要を感じる。田川医師会では、岡部副会長（在宅・訪問診療担当理事）の発案で、在宅医療推進委員会を立ち上げ、この委員会を中心に在宅・訪問診療に取り組むように今年度よりなった。

国が進める地域医療構想において、田川医療圏における2025年の医療機能別必要病床数の推計結果を見ると、高度急性期病床：62床、急性期病床：291床、回復期病床：469床、慢性期病床：303床、合計1,125床と推計されている。2014年における田川医療圏の病床数合計は1,390床であり、特に高度急性期病床・急性期病床の見直しが求められている。単純計算で265床の見直しが必要となる。専門調査会推計では療養病床の医療区分1の70%は入院外で対応することとされており、高度急性期・急性期のそれぞれの病床見直しを勘案すると更に増える可能性がある。少なくとも300床以上の見直し、言い換えれば300人以上の高齢者が退院を余儀なくされると推測される。これら的高齢者が今後、介護保険施設もしくはサ高住など的高齢者向け住宅を含めたいわゆる自宅において療養を受けることとなる。平成28年4月現在において田川医療圏には2,171床の介護保険施設、2,001床の高齢者向け住宅、合計4,172床があるが、介護保険施設を除いた高齢者向け住宅を含めた自宅での療養を、在宅医が担当することになる。そこで在宅医の増員が急務となる。しかし、新規の在宅医がなかなか無く、いかに在宅医を増やしていくかが最大の課題である。最近の若い開業医は、自宅は福岡や北九州など都会に住み、通ってくるものが増えており、在宅を行うことができない環境にある医師が多いのも問題である。また、在宅を行っている医師も高齢化が進んでおり、24時間対応することも大変で、24時間対応の大きな訪問看護ステーションが必要となってきている。田川地区は比較的小さいステーションが多く、また、そのステーション間の温度差もかなりあり、これらの問題も平行して解決しなければならない。そして在宅を行っていくのに重要なのは、悪化したらすぐに支援してくれる後方支援病院の存在であ

る。大きな基幹病院であれば言うことはないが、必ずしも基幹病院でなければならないわけではなく、例えば有床診療所をお願いして一時預かっていただくこともこれから先必要と考える。平成 23・24 年度の調査にて、福岡県全体で有床診療所数は 728 施設、病床数 9,460 床、田川医療圏の有床診療所数は 22 施設、病床数 318 床であったが平成 29 年 4 月 1 日現在、福岡県の有床診療所数は 551 施設、病床数は 7,729 床、田川医療圏では実働有床診療所数（平成 28 年 11 月現在）は 14 施設、病床数は 238 床に減少している。その内、内科外科系（整形外科 1）の有床診療所数は 12 施設、病床数は 222 床であった。

しかし、病床数を内科外科に限っても福岡県には 4000 床前後の病床はあると考える。これらの資源をもっと活用すべきであり、そのことにより有床診療所の減少にも歯止めを掛ける効果にもなると思う。しかし今の施設基準では、有床診療所が在宅として預かるには基準が高すぎ、それを改善するには多くの費用がかかり、有床診療所の経営はできない。そこで、もう少し国は基準を緩めてくれることを考えて欲しい。そうすればかなりのベット数が無駄にならず、有床診療所の有効活用ができると思う。基幹病院の受け皿が在宅でなく、在宅の受け皿が基幹病院であったり、有床診療所であればもっと在宅医になり手が増えるのではないだろうか。また、逆に基幹病院の回復期からいきなり在宅に返すにはすこし不安や問題があるような場合こそ、有床診療所の出番ではないだろうか。有床診療所の先生の中には自分のところを危険すぎてとても継がせられないという意見が多い。若い人に安心してバトンを渡せるような国の政策を望みたい。

地域医療介護総合確保基金を活用し、親類型という新しい概念の外付けで医療を提供する住まいも提案されており、開業医数人でその様な施設を建設し地域に応じた医療等の提供を構築することも一の考えである。また、平成 24 年 11 月時点での福岡県全体で精神科病床は 20,648 床、田川医療圏では 1,924 床であり、これらの病床の一部転換も在宅医療を推進する資源となり、検討に値すると思われる。

## 2) 県医師会の役割

福岡県医師会とはびうめネットを構築し、すでにその運用を開始している。患者情報を登録しておけば大きな病院に急変し搬送されたとしても、その患者情報を救急隊・基幹病院・介護関係者などが共有でき、役立つシステムである。県医師会長の福岡県民 100 年健康ライフ構想では、このとびうめネットは入り口であり今後更に改良を加え、県民の健診データや病気のデータなど ICT 化も考えており、これに参加しておくことは、今後在宅医療を含め開業医師の義務ではなからうか。とびうめネットへの登録医療機関がまだ少なく、ぜひ参加し

ていただきたい。

### **3) 日本医師会に望むこと**

他業種では収入は右肩上がりであるが、こと診療報酬費はこの4～5年少しずつダウンしてきている。医療費が国の財政を圧迫するとの考えで、このような政策を国が採っておれば、医療の質の低下を招きかねないと危惧される。

今後、日本医師会に望むことは、政府にきちんと地方の現状を伝え、今までのように新しい事業を始める時は条件を比較的甘くしておいて、十分目的に達した後に「はしご外し」というようなことを是非防いでいただきたい。皆がなかなか在宅にしっかり取り組もうとしない反省点はここにもあると思われる。もっと有床診療所の有効活用を真剣に考えてほしい。

### **4) 日本医師会員へ**

医師会推薦議員の国会報告において、日本医師会長横倉先生と議員たちがロビー活動で多くの政治家と朝食を共にし、日本医師会の考えを理解していただき、協力をお願いしているとのことであった。しかし、我々医師会の意見を国に認めていただくには、選挙の時に獲得できる「票」がものをいうことを、医師会員一人一人がもっとしっかり肝に銘じ、今後の選挙に対処すべきである。医政を他人事のように、横倉会長や一部の国会議員の先生に頼り、知らん顔をしていれば、医師会とは所詮まとまりのない団体、としかみなされず、国の思ふ様な施策で操られてしまうと思われる。選挙で医師一人が夫婦で2票、家族で2票、従業員で2票を確保すれば、少なくとも全国で最低100万票は獲得でき、トップ当選も問題なく達成でき、この票をバックに日本医師会の意見を国にしっかりと伝え実現することも可能である。もっと一人一人の医師が将来を考え行動していただきたい。

#### 4. おわりに

近年日本の人口は減少へと向かい始めたが医師数は今後も増加の一途をたどっていく予定である。これから我々はかつて経験したことのない医師過剰時代に直面することになるであろう。今後、病院の数が増えることはないであろうし、病院に勤務できる医師数にも限りがある。必然的に診療所医師は増え続けることになるだろう。今回、この答申を作成するにあたり各委員より様々な角度から診療所医師を分析し、これからの方向性を模索していただいた。この答申を大いに活用し診療所医師の未来を切り開いていただきたいと考える。

日々多様化し複雑化していく医療環境の中で診療所医師も様々な業務をこなす多様性が要求されている。診療のみならず自施設の管理雇用に至るまで息つく暇もないくらいである。その中でも特に入院ベッドを有する有床診療所は地域包括ケアシステムの中心としての役割も期待され、オーバーヒート状態と言わざるを得ない。地域に密着し低コストでの入院を提供する機能は現在の地域医療構想の急性期・回復期・慢性期の枠の中には収まりきらず、新たな「有床診機能」として独立した枠組みが必要であると感じている。フレキシブルに地域の入院へ対応し無床診療所と病院の間をつなぎ、地域連携の拠点としての機能は高く評価されるべきである。また、地域医療を支える最小単位のものを含むため、離島なども含めて全ての地域をカバーすることができる。この「有床診機能」を活用して地域包括ケアシステムの構築を推進していくべきである。そのためには基盤の整備として複数医師を賄えるだけの診療報酬が必然的に必要となってくるであろうし、さらなる入院基本料の改善が望まれる。

我々現在の診療所医師は、これから活躍するであろう若い医師が医師らしく、また人としても尊敬され頼りにされる地域医療のリーダーとして生活していけるような制度を目指して現状を改革していかねばならない。医師過剰時代を効率よくのりきるためには、診療所医師の働き方改革も必須となってくるであろう。診療所医師が十分な人間らしい休暇を取り、診療に、研究・研修に取り組み、医師としての充実した人生を送れるようにしなければならない。そのために日本医師連盟の政治活動、各省庁との連携がさらに重要になると思われる。将来の理想的な医療環境をしっかりと見据えたうえで日医のかかりつけ医構想を推進し、日本の医療をけん引していく必要がある。

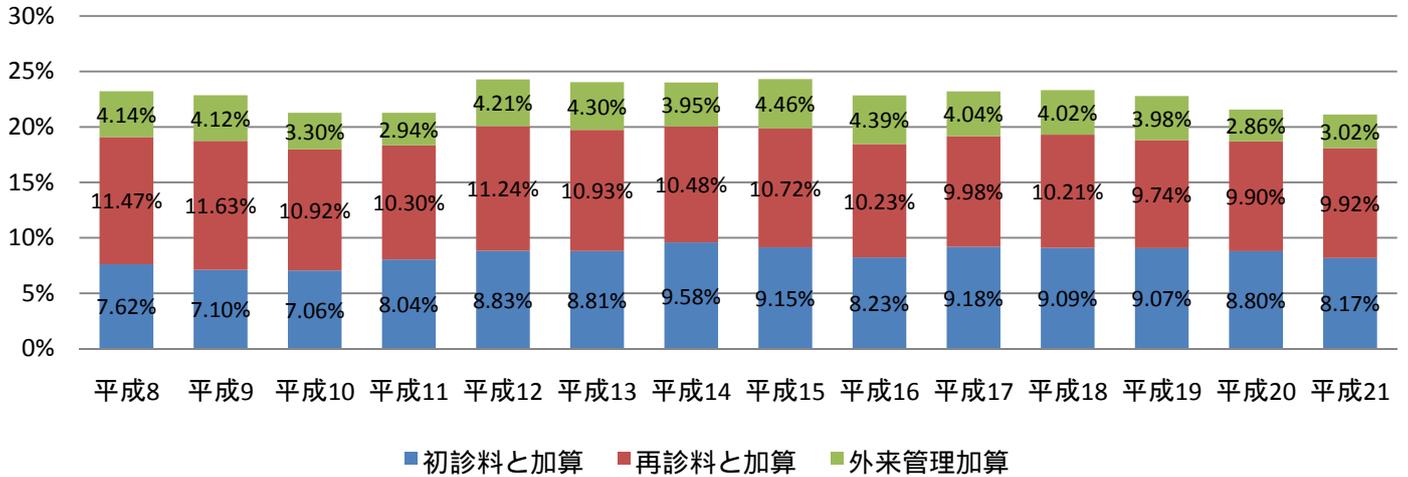
今、我々がやらねばならないことは医療環境を取り巻く制度の構造改革にとどまらず、理想の地域づくりであると言える。各地域医師会員が一致団結し病診・診診連携を活用して積極的に地域・行政に働きかけその中心となって動き出すスタートはまさに今である。

診療所医師が作り上げる理想の地域医療社会におおいに期待したいと思う。

- 参考資料 1 中央社会保険医療協議会 総会（以下、中医協総）第 180 回料  
総-4-2 P2
- 参考資料 2 中医協総第 180 回資料総-4-2 P3
- 参考資料 3 厚生労働省平成 26 年（2014）患者調査の概況 表 1
- 参考資料 4 厚生労働省平成 26 年（2014）患者調査の概況 図 1
- 参考資料 5 厚生労働省平成 26 年（2014）患者調査の概況 図 2
- 参考資料 6 厚生労働省平成 26 年（2014）医療施設（静態・動態）調査・  
病院報告の概況 表 1
- 参考資料 7 厚生労働省平成 26 年（2014）医療施設（静態・動態）調査・  
病院報告の概況 図 1、表 2
- 参考資料 8 厚生労働省平成 26 年（2014）医療施設（静態・動態）調査・  
病院報告の概況 表 34
- 参考資料 9 日医総研ワーキングペーパーNo.378 図 2.1.3
- 参考資料 10 日医総研ワーキングペーパーNo.378 図 2.1.4
- 参考資料 11 日医総研ワーキングペーパーNo.378 図 2.1.5
- 参考資料 12 日医総研ワーキングペーパーNo.201 図 2.3.5
- 参考資料 13 働き方改革実行計画（概要）（平成 29 年 3 月 28 日働き方改革  
実現会議決定）
- 参考資料 14 日医総研ワーキングペーパーNo.201 図 2.4.4
- 参考資料 15 日医総研ワーキングペーパーNo.201 図 2.6.4

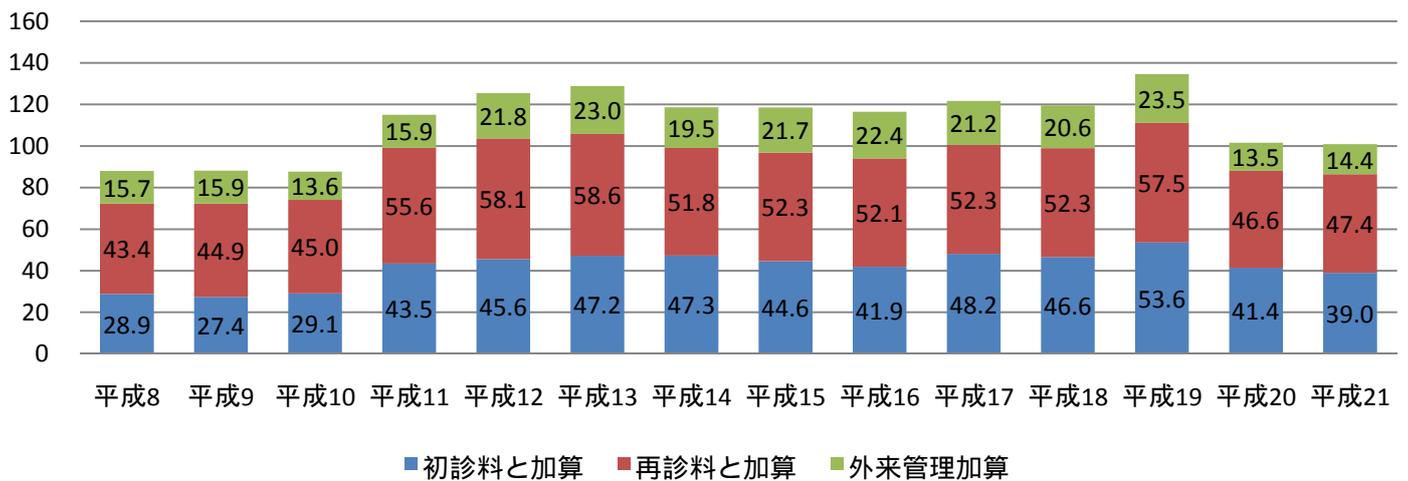
## 診療所入院外医療費における初再診料等の年次推移

### 診療所入院外医療費に占める初再診料等の変遷



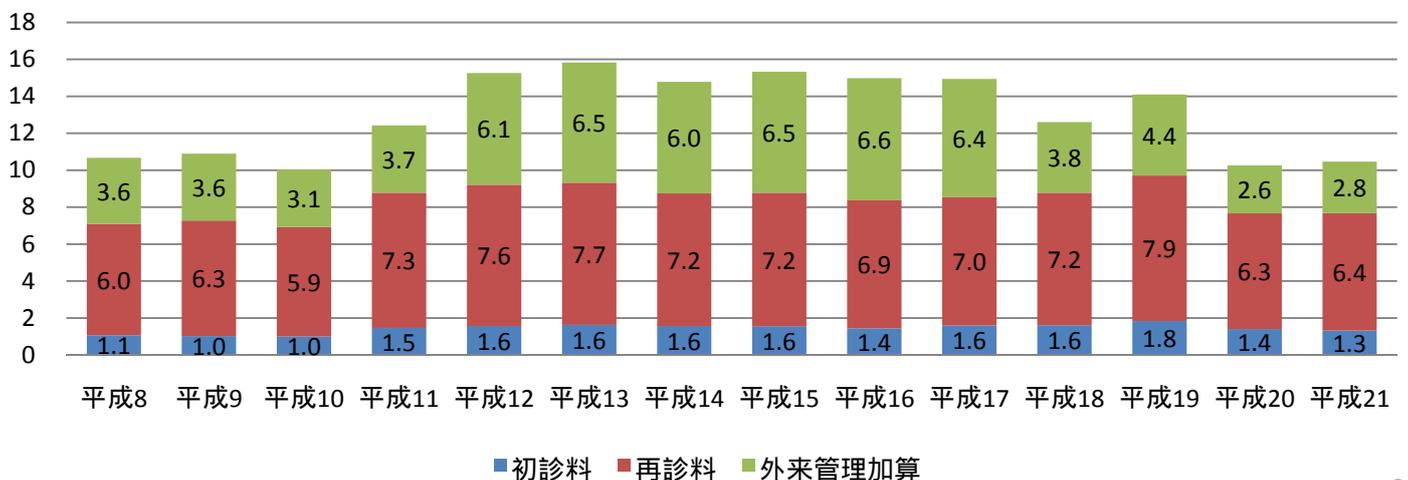
億点/月

### 診療所入院外医療費における初再診料等の総額変遷



千万回/月

### 診療所入院外における初再診料等の算定回数変遷



全て平成21年度 社会医療診療行為別調査より作成

(参考) 初再診料等の評価の変遷(平成8年以降抜粋)

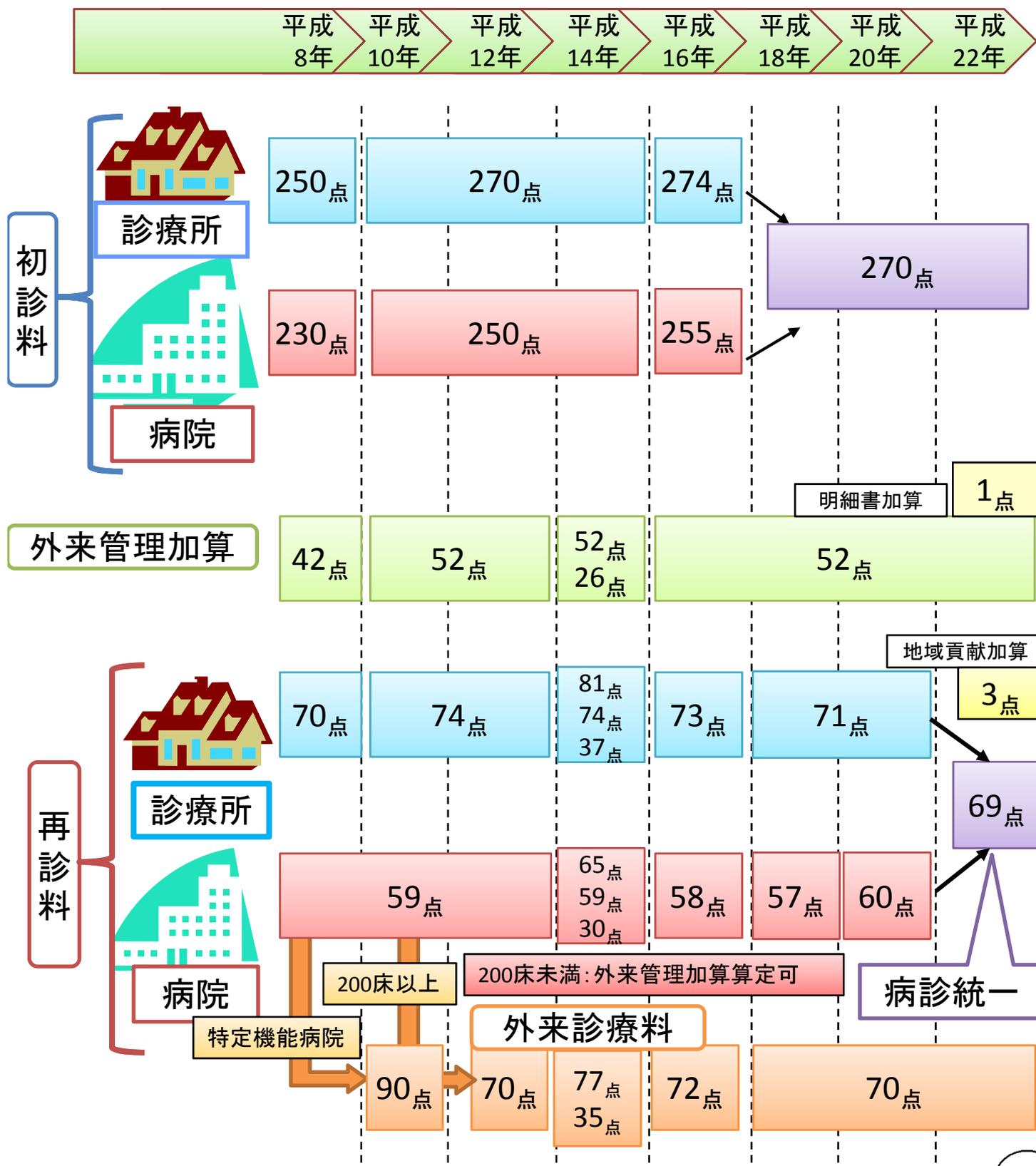


表1 年齢階級別にみた施設の種類の推計患者数

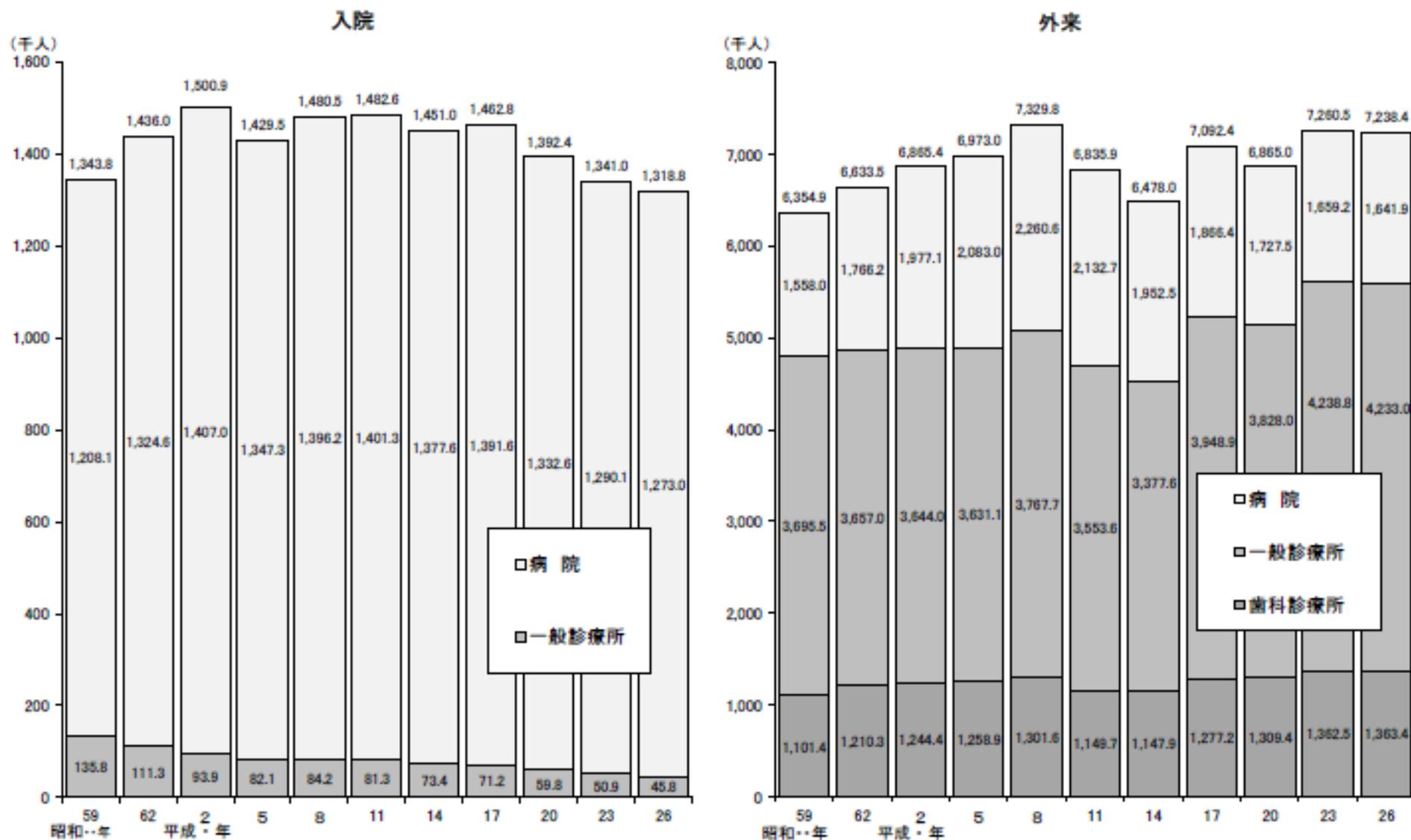
【参考資料 3】

(単位：千人)

平成26年10月

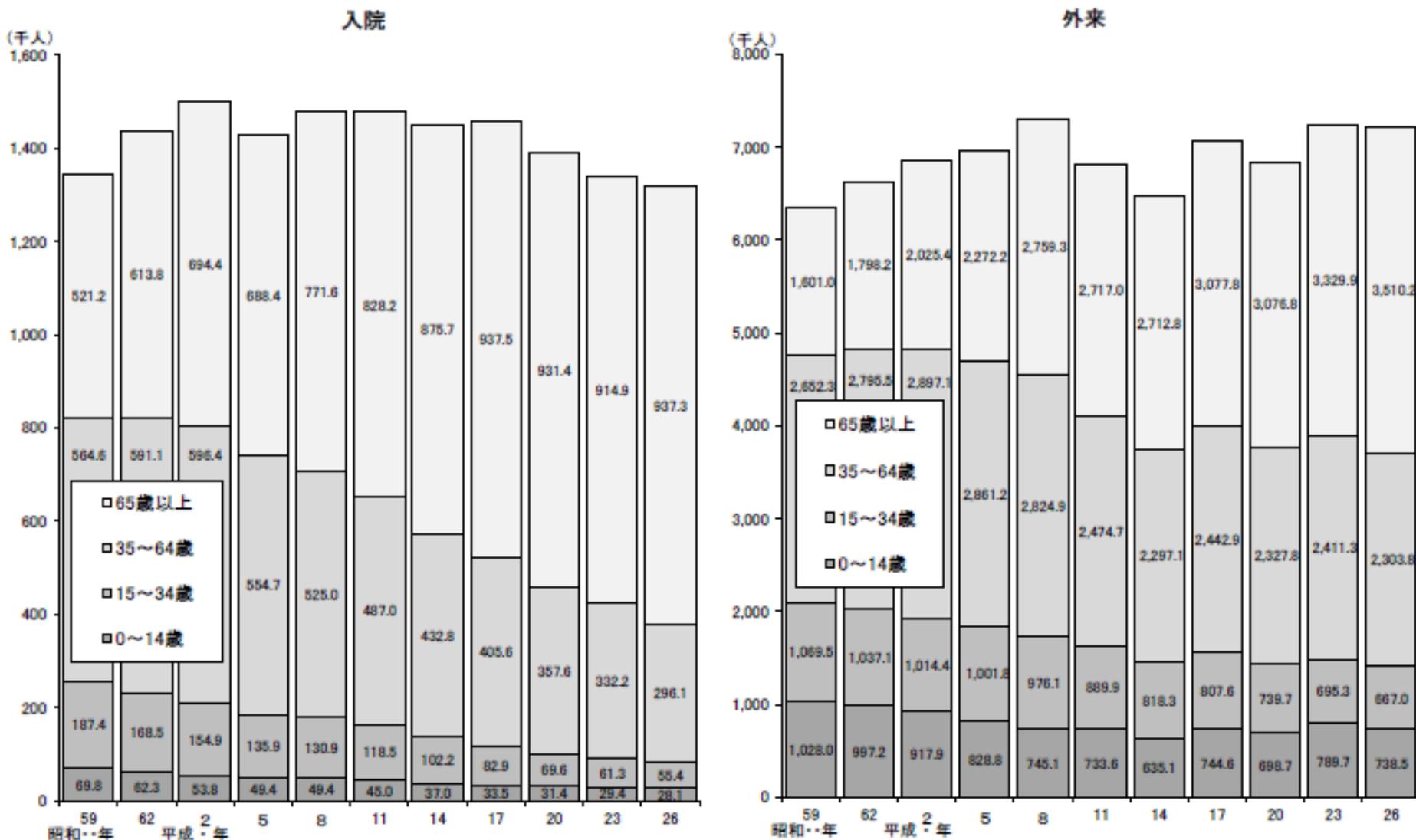
性 年齢階級	入 院			外 来			
	総 数	病 院	一 般 診 療 所	総 数	病 院	一 般 診 療 所	歯 科 診 療 所
総 数	1 318.8	1 273.0	45.8	7 238.4	1 641.9	4 233.0	1 363.4
男	603.8	589.6	14.2	3 131.0	769.1	1 761.1	600.8
女	715.1	683.4	31.7	4 107.3	872.8	2 471.9	762.6
0 歳	10.8	10.4	0.4	68.3	12.6	55.6	0.0
1 ~ 4	7.1	7.1	0.1	284.3	34.3	232.2	17.7
5 ~ 9	4.9	4.9	0.0	234.7	25.6	157.1	52.0
10 ~ 14	5.3	5.2	0.0	151.3	20.7	99.0	31.6
15 ~ 19	7.0	6.8	0.2	116.3	19.3	72.3	24.7
20 ~ 24	10.2	9.5	0.7	138.9	23.8	81.0	34.1
25 ~ 29	16.1	14.3	1.8	181.4	34.8	105.7	40.9
30 ~ 34	22.1	20.0	2.1	230.4	46.0	128.7	55.6
35 ~ 39	26.3	24.8	1.5	284.4	58.8	156.7	68.9
40 ~ 44	32.3	31.8	0.6	331.2	72.1	180.8	78.3
45 ~ 49	36.8	36.2	0.6	329.5	74.8	173.3	81.3
50 ~ 54	46.0	45.3	0.7	363.4	84.1	191.7	87.6
55 ~ 59	59.1	58.2	1.0	410.3	100.8	213.6	96.0
60 ~ 64	95.6	94.1	1.5	585.0	146.2	306.7	132.1
65 ~ 69	123.6	121.0	2.6	760.6	190.6	409.3	160.7
70 ~ 74	144.3	141.1	3.2	854.5	213.0	485.2	156.3
75 ~ 79	165.2	160.5	4.7	777.2	197.9	463.8	115.4
80 ~ 84	188.9	181.9	7.0	613.8	158.1	381.6	74.1
85 ~ 89	170.9	162.3	8.6	348.3	86.9	225.8	35.7
90歳以上	144.4	136.1	8.4	155.8	38.7	101.8	15.3
不 詳	1.9	1.7	0.2	18.9	2.8	11.1	5.1
(再 掲)							
65歳以上	937.3	902.8	34.5	3 510.2	885.3	2 067.5	557.4
75歳以上	669.4	640.7	28.7	1 895.1	481.6	1 173.0	240.5

図1 施設の種別別にみた推計患者数の年次推移



注：平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

図2 年齢階級別にみた推計患者数の年次推移



注：平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

表 1 施設の種別別にみた施設数

各年10月1日現在

	施設数		対前年		構成割合(%)	
	平成26年 (2014)	平成25年 (2013)	増減数	増減率 (%)	平成26年 (2014)	平成25年 (2013)
総 数	177 546	177 769	△ 223	△ 0.1	...	...
病 院	8 493	8 540	△ 47	△ 0.6	100.0	100.0
精神科病院	1 067	1 066	1	0.1	12.6	12.5
一般病院	7 426	7 474	△ 48	△ 0.6	87.4	87.5
(再掲) 療養病床を有する病院	3 848	3 873	△ 25	△ 0.6	45.3	45.4
一般診療所	100 461	100 528	△ 67	△ 0.1	100.0	100.0
有 床	8 355	9 249	△ 894	△ 9.7	8.3	9.2
(再掲) 療養病床を有する 一般診療所	1 125	1 231	△ 106	△ 8.6	1.1	1.2
無 床	92 106	91 279	827	0.9	91.7	90.8
歯科診療所	68 592	68 701	△ 109	△ 0.2	100.0	100.0
有 床	32	37	△ 5	△ 13.5	0.0	0.1
無 床	68 560	68 664	△ 104	△ 0.2	100.0	99.9

図1 医療施設数の年次推移

各年10月1日現在

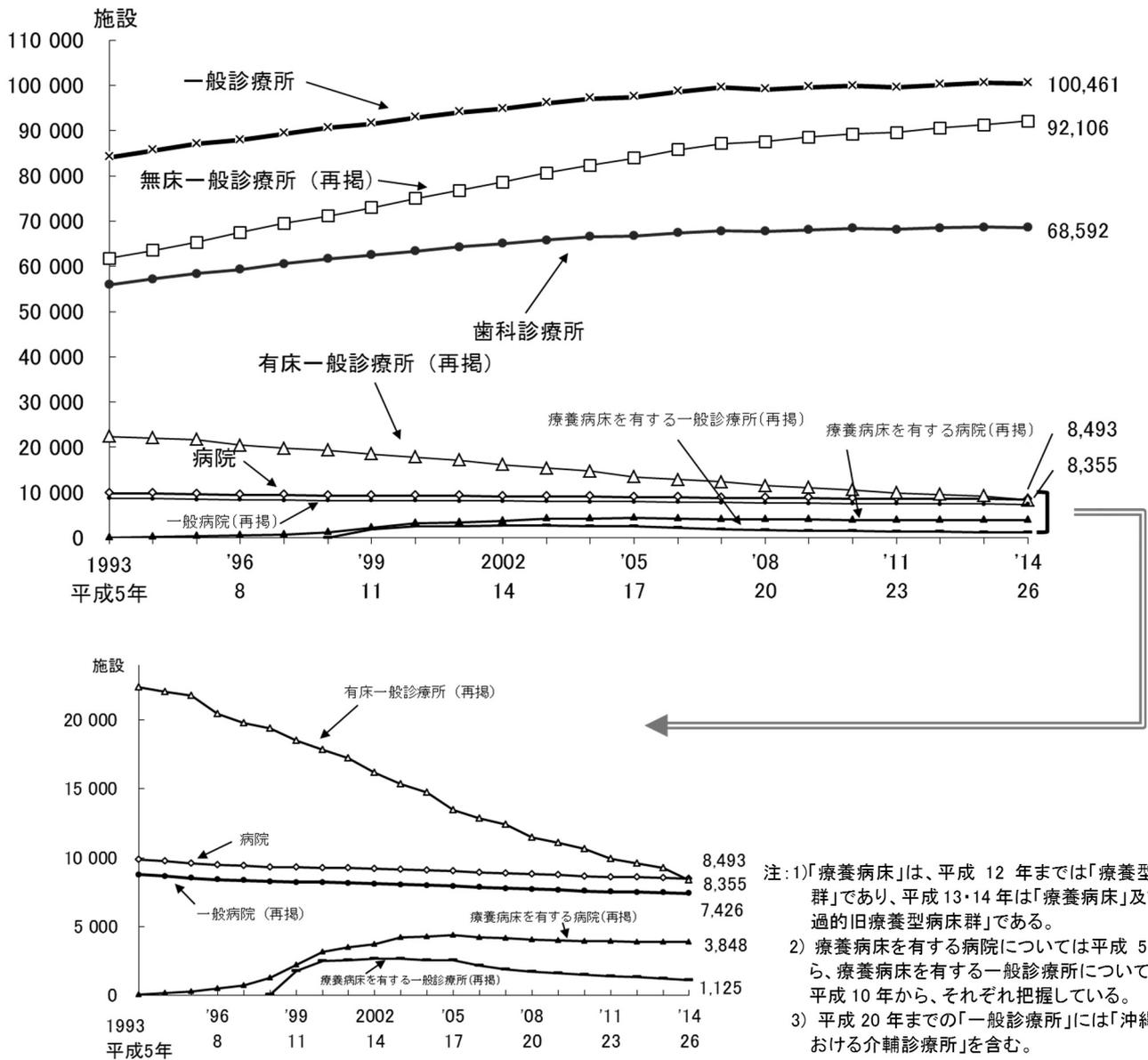


表2 施設の種別別にみた施設数の動態状況

	平成26年 10月1日 現在	増減数							平成25年 10月1日 現在
		(平成25(2013)年10月～平成26(2014)年9月)							
		増		減		種類の変 更			
		開設	再開	廃止	休止				
病院	8 493	△ 47	109	3	149	10	-	8 540	
精神科病院	1 067	1	8	-	7	-	-	1 066	
一般病院	7 426	△ 48	101	3	142	10	-	7 474	
一般診療所	100 461	△ 67	7 216	394	6 730	947	-	100 528	
有床	8 355	△ 894	83	35	158	80	△ 774	9 249	
無床	92 106	827	7 133	359	6 572	867	774	91 279	
歯科診療所	68 592	△ 109	1 912	123	1 746	398	-	68 701	
有床	32	△ 5	2	-	1	-	△ 6	37	
無床	68 560	△ 104	1 910	123	1 745	398	6	68 664	

表 34 職種別にみた施設の常勤換算従事者数

		病 院				一般診療所	歯科診療所
		総数	精神科病院 (再掲)	一般病院 (再掲)	医育機関 (再掲)		
(単位：人)		平成26(2014)年10月1日現在					
	総数	2 043 369.0	171 656.5	1 871 712.5	204 636.9	681 101.1	317 157.9
1	医師	210 112.4	8 973.0	201 139.4	48 243.6	130 678.2	173.0
2	常勤 <sup>1)</sup>	169 600	6 501	163 099	40 889	101 654	61
3	非常勤	40 512.4	2 472.0	38 040.4	7 354.6	29 024.2	112.0
4	歯科医師	10 006.1	123.2	9 882.9	6 790.0	1 883.7	96 574.9
5	常勤 <sup>1)</sup>	7 985	54	7 931	5 411	1 161	84 625
6	非常勤	2 021.1	69.2	1 951.9	1 379.0	722.7	11 949.9
7	薬剤師	46 663.4	3 004.5	43 658.9	5 679.3	4 842.2	493.7
8	保健師	5 272.1	59.7	5 212.4	894.9	6 985.0	…
9	助産師	22 223.8	2.0	22 221.8	3 330.0	6 847.9	…
10	看護師	767 700.8	53 096.3	714 604.5	87 838.8	110 610.4	621.3
11	准看護師	135 799.0	29 820.1	105 978.9	383.2	86 491.1	200.6
12	看護業務補助者	196 696.0	29 691.2	167 004.8	6 317.6	22 177.1	…
13	理学療法士(P T)	66 151.4	169.6	65 981.8	1 866.1	10 988.4	…
14	作業療法士(O T)	39 786.2	6 371.9	33 414.3	819.9	2 349.9	…
15	視能訓練士	3 968.2	4.0	3 964.2	775.0	3 764.7	…
16	言語聴覚士	13 493.4	29.0	13 464.4	515.4	758.6	…
17	義肢装具士	62.5	2.0	60.5	—	41.9	…
18	歯科衛生士	5 362.6	133.5	5 229.1	1 098.6	1 580.1	100 981.6
19	常勤 <sup>1)</sup>	…	…	…	…	…	76 287
20	非常勤	…	…	…	…	…	24 694.6
21	歯科技工士	712.3	5.3	707.0	338.5	176.4	10 556.6
22	常勤 <sup>1)</sup>	…	…	…	…	…	9 652
23	非常勤	…	…	…	…	…	904.6
24	歯科業務補助者	…	…	…	…	…	72 419.0
25	診療放射線技師	42 257.8	551.0	41 706.8	5 035.2	8 702.6	…
26	診療エックス線技師	179.8	13.8	166.0	1.0	1 174.7	…
27	臨床検査技師	52 961.5	956.6	52 004.9	7 364.7	11 118.5	…
28	衛生検査技師	112.6	2.3	110.3	29.1	217.0	…
29	臨床工学技士	17 918.9	4.0	17 914.9	1 912.9	5 822.5	…
30	あん摩マッサージ指圧師	1 642.2	14.0	1 628.2	20.8	2 951.6	…
31	柔道整復師	522.9	2.0	520.9	2.0	3 648.8	…
32	管理栄養士	21 206.7	2 181.1	19 025.6	1 209.8	4 026.5	…
33	栄養士	4 851.2	866.2	3 985.0	212.0	2 003.1	…
34	精神保健福祉士	8 870.1	6 349.8	2 520.3	146.2	1 634.7	…
35	社会福祉士	9 258.6	80.1	9 178.5	367.6	1 323.0	…
36	介護福祉士	42 987.9	2 743.5	40 244.4	76.8	14 784.6	…
37	保育士	…	…	…	…	1 079.6	…
38	その他の技術員	16 411.6	2 307.3	14 104.3	1 587.8	7 168.9	…
39	医療社会事業従事者	9 527.3	693.8	8 833.5	418.7	1 092.1	…
40	事務職員	209 954.8	11 202.3	198 752.5	17 452.8	180 857.8	27 193.2
41	その他の職員	80 694.9	12 203.4	68 491.5	3 908.6	43 319.5	7 944.0
		前年(平成25年)調査					
1	医師	206 658.6	8 934.6	197 724.0	47 067.8	…	…
2	常勤 <sup>1)</sup>	166 134	6 395	159 739	39 729	…	…
3	非常勤	40 524.6	2 539.6	37 985.0	7 338.8	…	…
4	歯科医師	10 103.6	125.9	9 977.7	6 963.0	…	…
5	常勤 <sup>1)</sup>	8 062	52	8 010	5 568	…	…
6	非常勤	2 041.6	73.9	1 967.7	1 395.0	…	…
7	薬剤師	45 680.4	2 991.7	42 688.7	5 425.0	…	…
8	保健師	5 176.2	58.9	5 117.3	776.9	…	…
9	助産師	21 596.4	1.9	21 594.5	3 175.0	…	…
10	看護師	747 009.2	52 032.3	694 976.9	85 793.1	…	…
11	准看護師	142 304.7	30 915.3	111 389.4	446.4	…	…
18	歯科衛生士	5 131.4	124.6	5 006.8	1 082.8	…	…
21	歯科技工士	748.2	5.3	742.9	345.0	…	…

注:1) 医師、歯科医師、歯科衛生士及び歯科技工士の「常勤」は実人員である。

2) 病院の従事者は「病院報告」の結果を用いた。

図 2.1.3 常勤医師数別構成割合

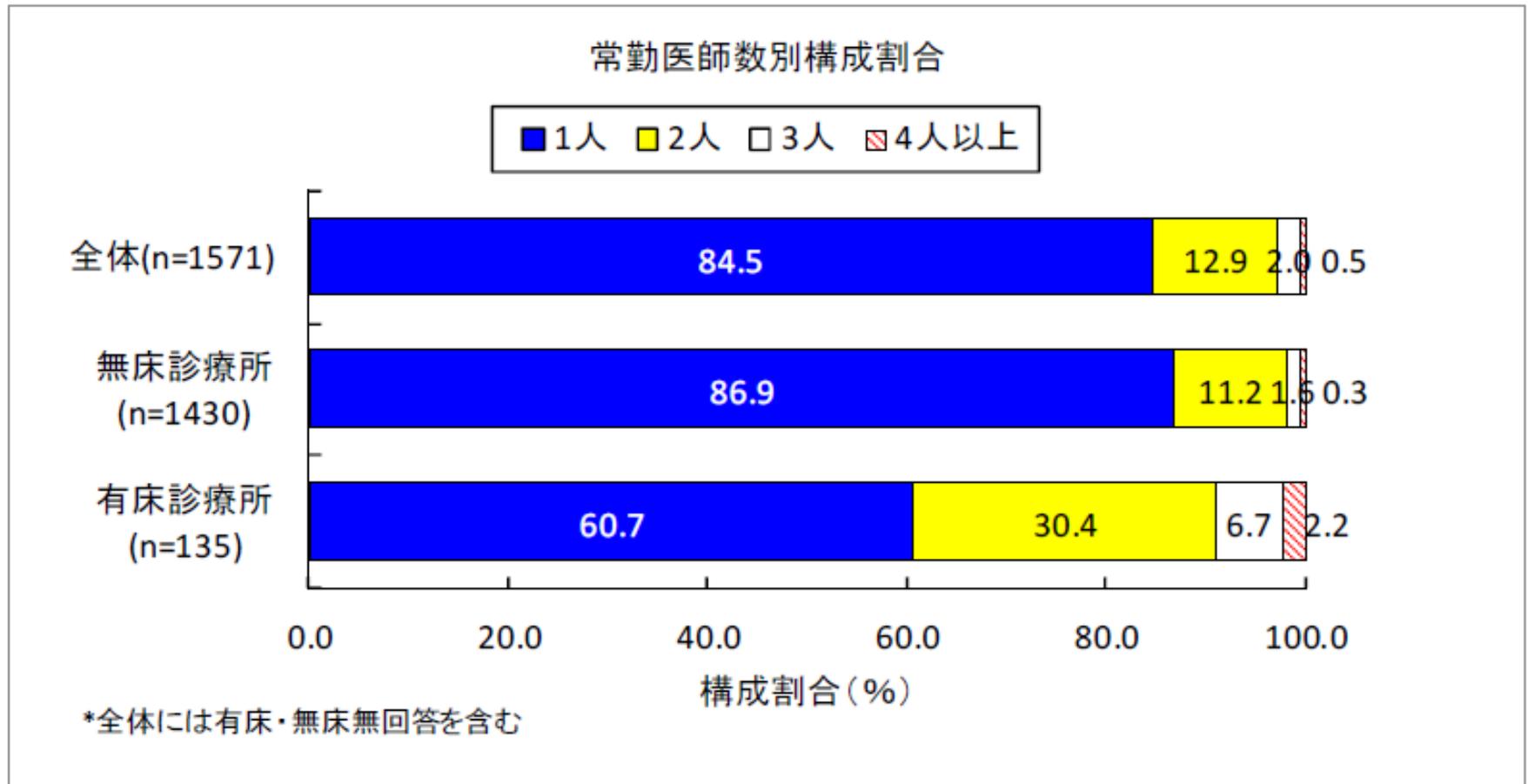


図 2.1.4 1施設当たり常勤医師数の分布

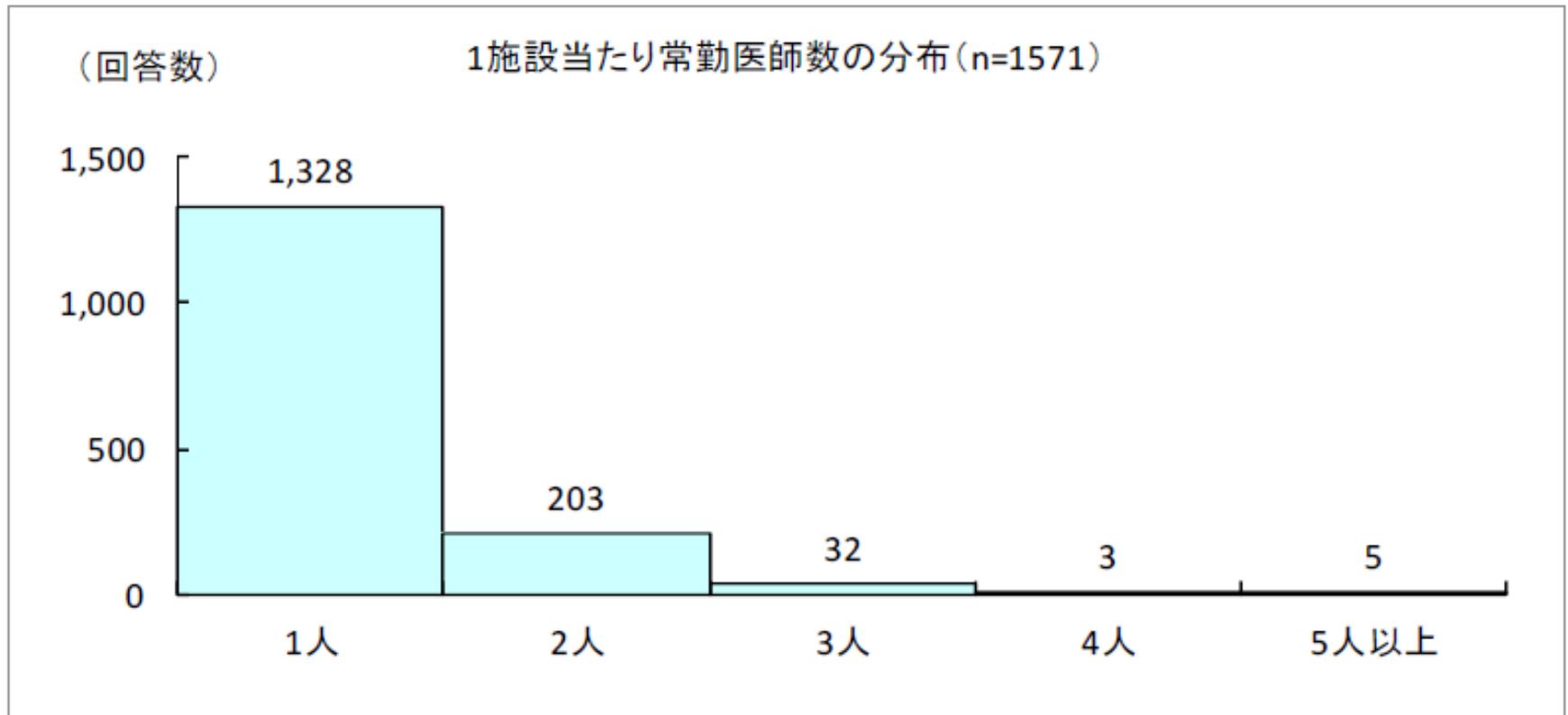


図 2.1.5 在宅医療を担当する常勤医師の配置

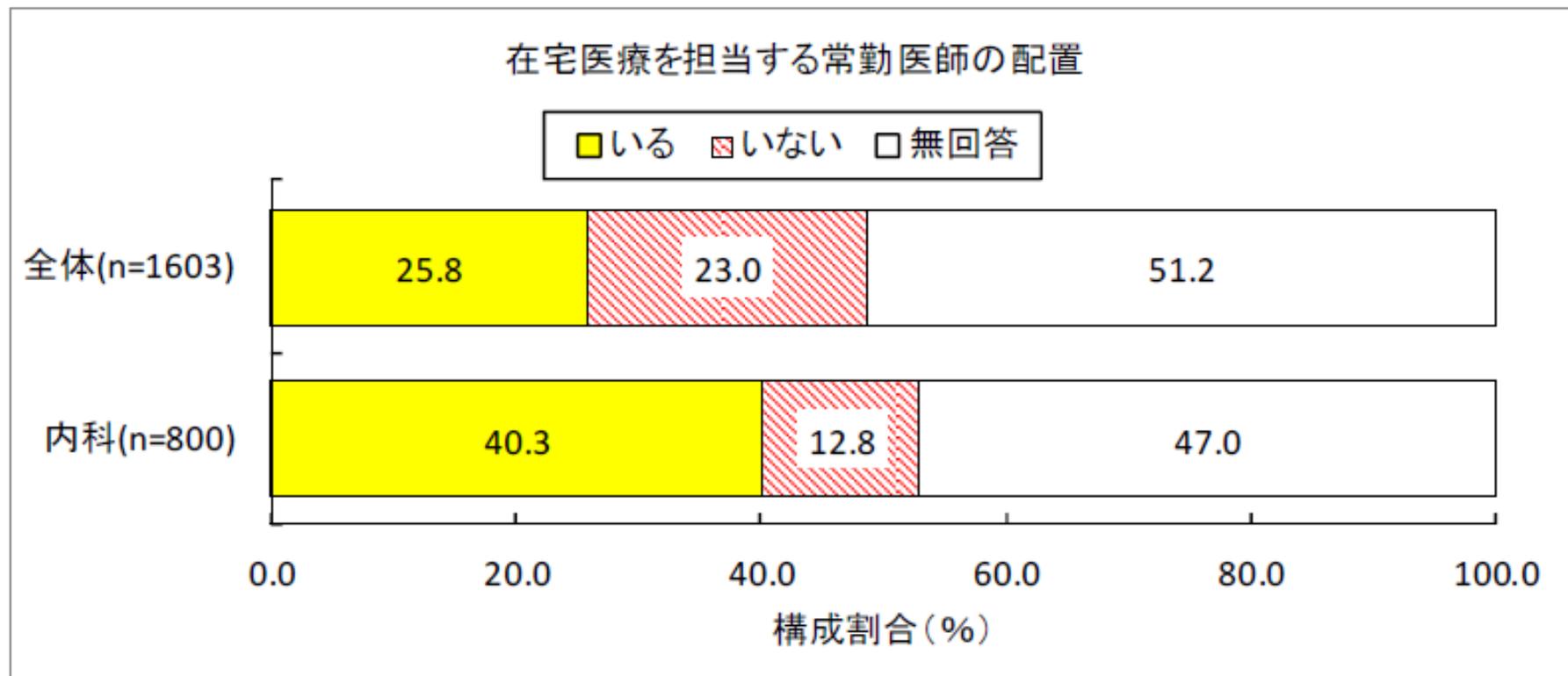
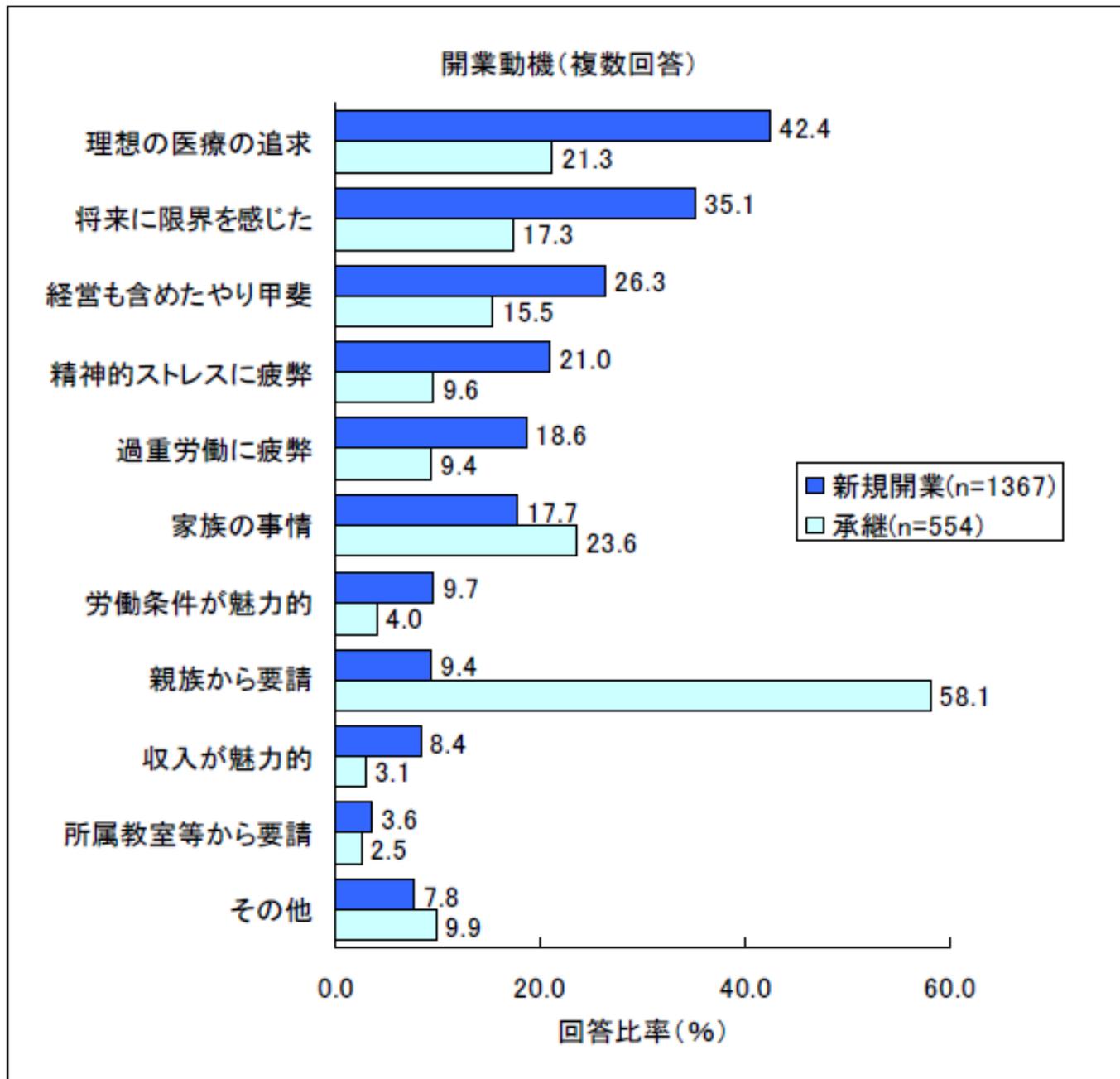
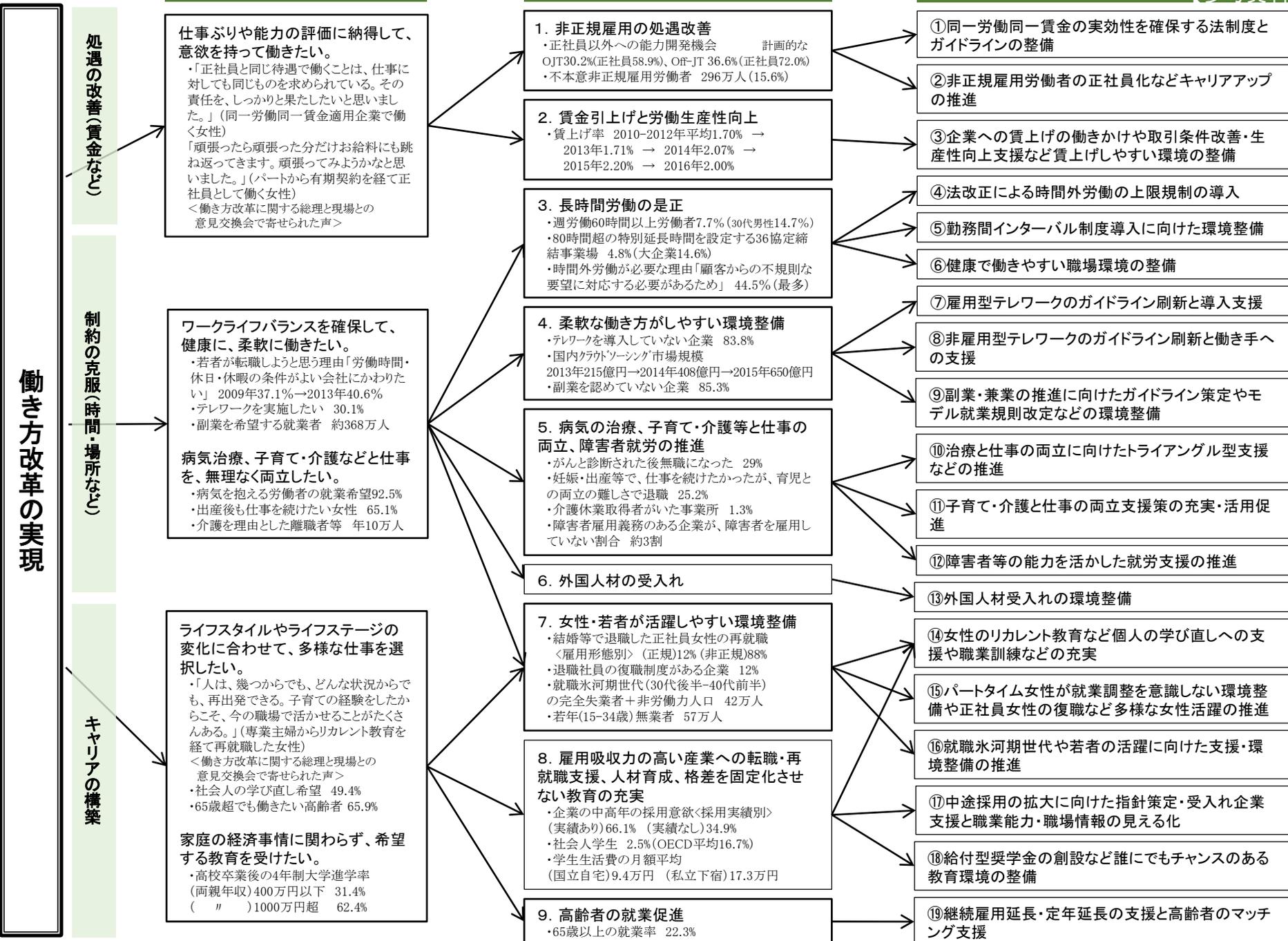


図 2.3.5 開業形態別の開業動機





処遇の改善(賃金など)

制約の克服(時間・場所など)

キャリアの構築

**仕事ぶりや能力の評価に納得して、意欲を持って働きたい。**

- 「正社員と同じ待遇で働くことは、仕事に対して同じものを求められている。その責任を、しっかりと果たしたいと思いました。」(同一労働同一賃金適用企業で働く女性)
- 「頑張ったら頑張っただけお給料にも跳ね返ってきません。頑張ってみようかなと思いました。」(パートから有期契約を経て正社員として働く女性)
- <働き方改革に関する総理と現場との意見交換会で寄せられた声>

**ワークライフバランスを確保して、健康に、柔軟に働きたい。**

- ・若者が転職しようと思う理由「労働時間・休日・休暇の条件がよい会社にかわりたい」 2009年37.1%→2013年40.6%
- ・テレワークを実施したい 30.1%
- ・副業を希望する就業者 約368万人

**病気治療、子育て・介護などと仕事を、無理なく両立したい。**

- ・病気を抱える労働者の就業希望92.5%
- ・出産後も仕事を続けたい女性 65.1%
- ・介護を理由とした離職者等 年10万人

**ライフスタイルやライフステージの変化に合わせて、多様な仕事を選択したい。**

- 「人は、幾つからでも、どんな状況からでも、再出発できる。子育ての経験をしたからこそ、今の職場で活かせることがたくさんある。」(専業主婦からリカレント教育を経て再就職した女性)
- <働き方改革に関する総理と現場との意見交換会で寄せられた声>
- ・社会人の学び直し希望 49.4%
- ・65歳超でも働きたい高齢者 65.9%

**家庭の経済事情に関わらず、希望する教育を受けたい。**

- ・高校卒業後の4年制大学進学率(両親年収)400万円以下 31.4%
- ( " )1000万円超 62.4%

**1. 非正規雇用の処遇改善**

- ・正社員以外への能力開発機会 計画的なOJT30.2%(正社員58.9%)、Off-JT 36.6%(正社員72.0%)
- ・本意非正規雇用労働者 296万人(15.6%)

**2. 賃金上げと労働生産性向上**

- ・賃上げ率 2010-2012年平均1.70% → 2013年1.71% → 2014年2.07% → 2015年2.20% → 2016年2.00%

**3. 長時間労働の是正**

- ・週労働60時間以上労働者7.7%(30代男性14.7%)
- ・80時間超の特別延長時間を設定する36協定締結事業場 4.8%(大企業14.6%)
- ・時間外労働が必要な理由「顧客からの不規則な要望に対応する必要があるため」 44.5%(最多)

**4. 柔軟な働き方がしやすい環境整備**

- ・テレワークを導入していない企業 83.8%
- ・国内クラウドソーシング市場規模 2013年215億円→2014年408億円→2015年650億円
- ・副業を認めていない企業 85.3%

**5. 病気の治療、子育て・介護等と仕事の両立、障害者就労の推進**

- ・がんと診断された後無職になった 29%
- ・妊娠・出産等で、仕事を続けたかったが、育児との両立の難しさで退職 25.2%
- ・介護休業取得者がいた事業所 1.3%
- ・障害者雇用義務のある企業が、障害者を雇用していない割合 約3割

**6. 外国人材の受入れ**

**7. 女性・若者が活躍しやすい環境整備**

- ・結婚等で退職した正社員女性の再就職<雇用形態別> (正規)12% (非正規)88%
- ・退職社員の復職制度がある企業 12%
- ・就職氷河期世代(30代後半-40代前半)の完全失業者+非労働力人口 42万人
- ・若年(15-34歳)無業者 57万人

**8. 雇用吸収力の高い産業への転職・再就職支援、人材育成、格差を固定化させない教育の充実**

- ・企業の中高年の採用意欲<採用実績別> (実績あり)66.1% (実績なし)34.9%
- ・社会人学生 2.5%(OECD平均16.7%)
- ・学生生活費の月額平均(国立自宅)9.4万円 (私立下宿)17.3万円

**9. 高齢者の就業促進**

- ・65歳以上の就業率 22.3%

①同一労働同一賃金の実効性を確保する法制度とガイドラインの整備

②非正規雇用労働者の正社員化などキャリアアップの推進

③企業への賃上げの働きかけや取引条件改善・生産性向上支援など賃上げしやすい環境の整備

④法改正による時間外労働の上限規制の導入

⑤勤務間インターバル制度導入に向けた環境整備

⑥健康で働きやすい職場環境の整備

⑦雇用型テレワークのガイドライン刷新と導入支援

⑧非雇用型テレワークのガイドライン刷新と働き手への支援

⑨副業・兼業の推進に向けたガイドライン策定やモデル就業規則改定などの環境整備

⑩治療と仕事の両立に向けたトライアングル型支援などの推進

⑪子育て・介護と仕事の両立支援策の充実・活用促進

⑫障害者等の能力を活かした就労支援の推進

⑬外国人材受入れの環境整備

⑭女性のリカレント教育など個人の学び直しへの支援や職業訓練などの充実

⑮パートタイム女性が就業調整を意識しない環境整備や正社員女性の復職など多様な女性活躍の推進

⑯就職氷河期世代や若者の活躍に向けた支援・環境整備の推進

⑰中途採用の拡大に向けた指針策定・受入れ企業支援と職業能力・職場情報の見える化

⑱給付型奨学金の創設など誰にでもチャンスのある教育環境の整備

図 2.4.4 無床診療所開業医の直近1週間の地域医療活動時間

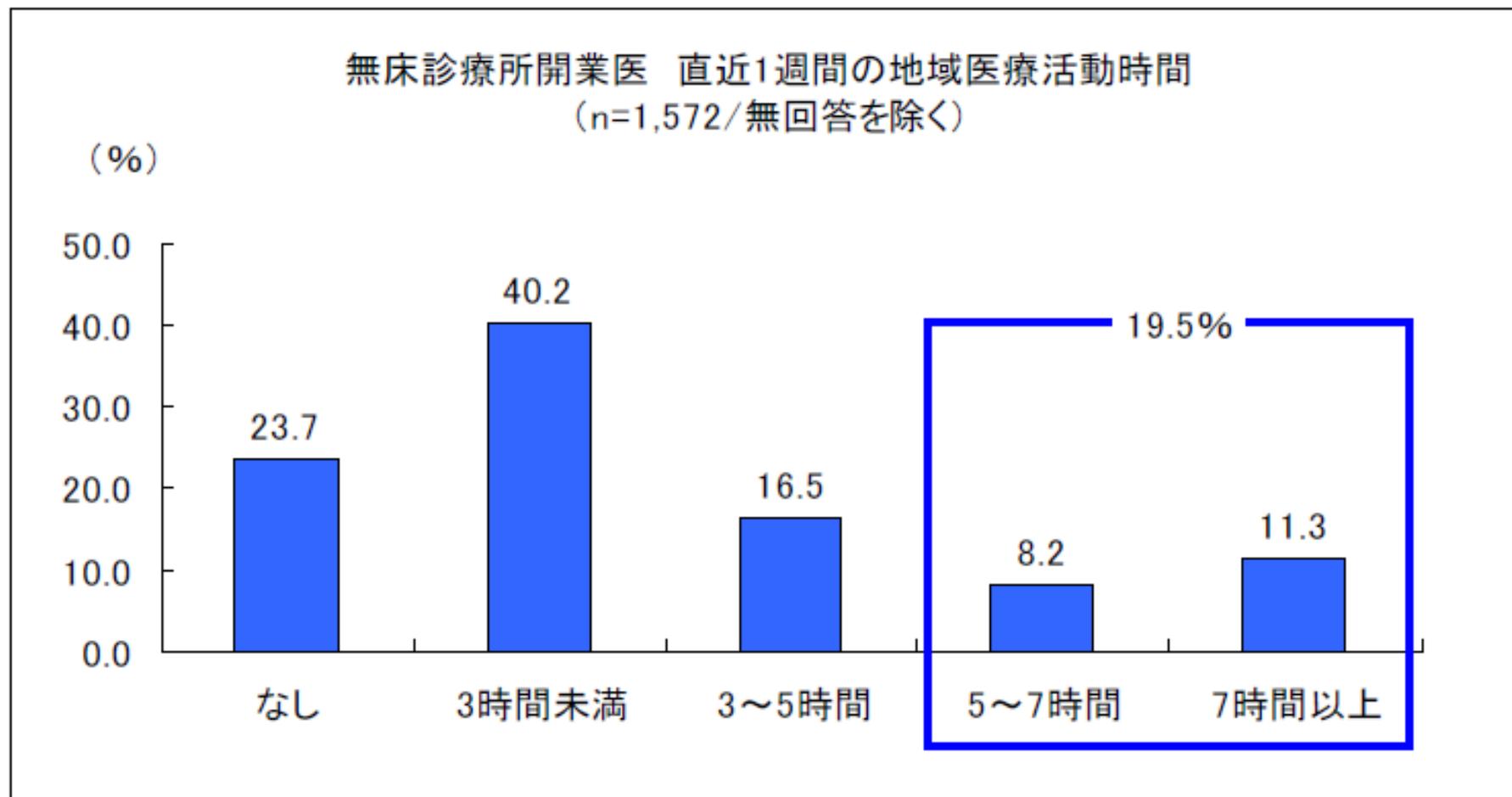


図 2.6.4 開業に対する評価

「開業して良かったと思われませんか」(n=1,984)

