

2020 年度 日本心血管インターベンション治療学会 働き方改革 WEB レクチャー 議事録

日 時：2020年 9月28日（月）18：45－19：57

開催方法：WEB会議

テーマ：「医師の働き方改革」

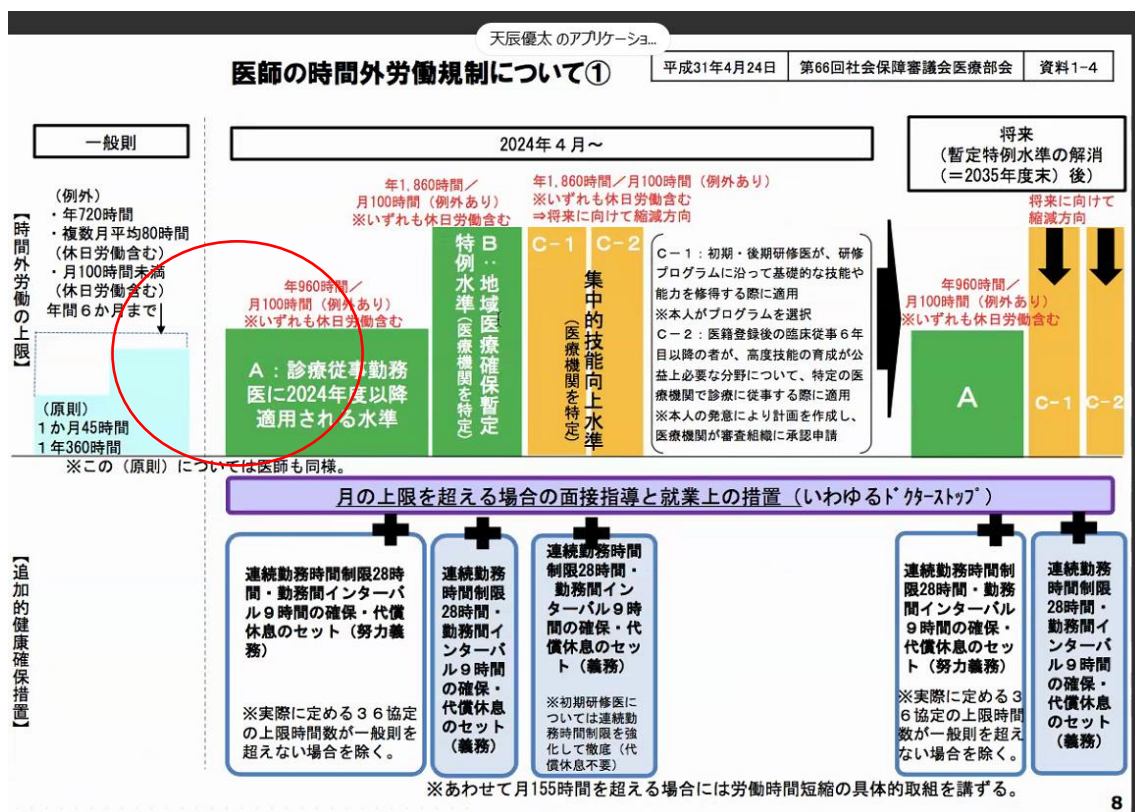
講師：厚生労働省医政局医療経営支援課

天辰優太 氏

本江先生より天辰氏のご紹介

働き方改革小委員会メンバーに向けたレクチャーを行うことが説明された。

天辰氏のレクチャーから抜粋



1. 医師の時間外労働規制について

2024 年からは A 水準（年 960 時間以下）を推奨していくが、一部例外があり、B 水準（年 1860 時間以下）を最低限念頭に置いて準備してほしい。

将来的（2035 年度末）に B 水準は解消、C 水準も見直す予定。

2. 義務化について

医師ごとの計画を立てる必要がある。

B、C 水準は勤務時間の 9 時間のインターバルを含め（シフト）、連続勤務時間制限 28 時間と規制される。時間外勤務が 100 時間を超える場合は、面接指導が必要となる。

将来に向けて、どの水準を選ぶのか、準備が必要となる。

コロナの影響を受けて、議論が遅れているが、施設ごとに検討していただきたい。

天辰優太のアプローチ...

報告書概要資料より

医師の健康確保に向けて①

	(A) 水準	(B) 水準	(C) 水準
の上 限 の 時 間 で 締 結 協 定 でき る 数 き	①通常の時間外労働（休日労働を含まない） ②「臨時的な必要がある場合」（休日労働を含む）	月45時間以下・年360時間以下 月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり） 年960時間以下	年1,860時間以下
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）	月100時間未満（例外につき同上） 年960時間以下	年1,860時間以下	
適正な労務管理（労働時間管理等）	一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）		
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施	現行どおり （勤務環境改善の努力義務）	義務	
追加的健康確保措置	連続勤務時間制限28時間※1（宿日直許可なしの場合）※2 勤務間インターバル9時間 面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止）	努力義務 （②が年720時間等を超える場合のみ） 時間外労働が月100時間以上となる場合は義務 （月100時間以上となる前に実施※3）	義務
※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。	□ 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（36協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。		

※1 （C）-1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間（その後の勤務間インターバル9時間）又は24時間（同24時間）とする。

※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能（（C）-1水準が適用される初期研修医を除く）。

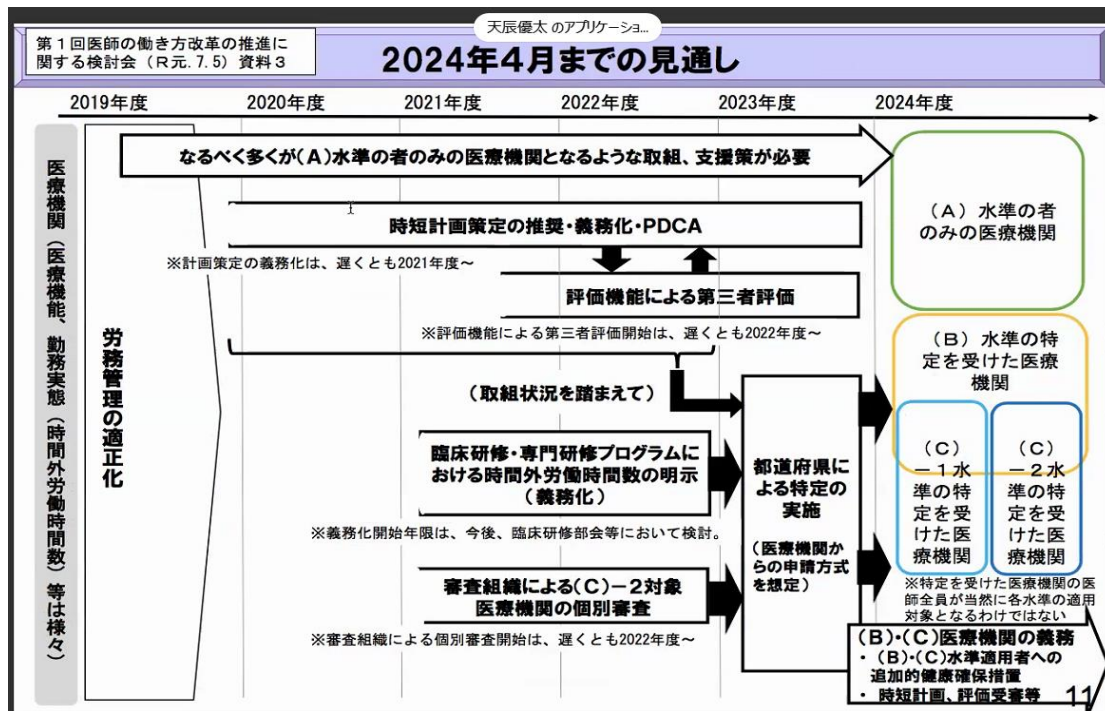
※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、（A）水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、（B）・（C）水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

9

9

3. 2024年までに必要な対応

これからは、以下スライドのとおり、緊急の仕組みづくりと検討を行っていただく必要がある。2023年には第三者委員会が設けられ、第三者評価を受ける。2022年には、申請受付の案内がされる。その前に、診療科ごとにどの水準で申請するかを含め、検討をする必要がある。



11

4. 取り組みについて

- ・医師の勤務時間の把握（外勤も含め）
- ・36協定が適切か確認（自己点検）
- ・時短勤務医の活用やタスク・シフティングを検討

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要		
考え方	勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。	医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。
	医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的な枠組みについて、早急な検討が必要。	
勤務医を雇用する医療機関における取組項目 ※1～3については現行の労働法に基づき当然求められる事項も含んでおり、改めて各医療機関において着実に実施されるべき。	1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組	□ まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。 □ ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。
	2 36協定等の自己点検	□ 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。 □ 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。
	3 産業保健の仕組みの活用	□ 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。
	4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進	□ 点滴に係る業務、診断書等の代行人力の業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。 □ 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。
	5 女性医師等の支援	□ 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。
	6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組	□ 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。
支援等	□ 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等	

14

5. 実評価のポイント

どんな視点で評価されるかのポイントは以下のスライドのとおり。

天辰優太のアプリケーション...		
評価の視点のイメージ(案)		
医師労働時間短縮計画の項目を元に、以下のような視点で、各項目について、定量的な段階評価とともに、定性的な所見（〇〇〇の状況の中で、〇〇に関するタスク・シェアリングが進んでいないと考えられる、等）を評価結果として付す。		
評価内容	評価の視点(案)	
ストラクチャー ・労務管理体制	【労務管理体制】 ・ 勤怠管理方法（タイムカード、紙運用等）、勤怠管理システムの有無 ・ 人事・労務管理の仕組みと各種規程の整備 ・ 労使交渉、36協定 ・ 産業医の体制 ・ 衛生委員会の設置 ・ 健康診断の実施	
プロセス ・医師の労務実態・管理 ・労働時間短縮の取組	【労務の実態・管理】 ・ 医師の勤怠の実態（時間外労働時間、休日の取得、勤務体系（シフト勤務か否か等）） ・ 時間外勤務チェック体制（自己研鑽の上長の承認の有無、上限時間のアラートの有無、介入者のチェック体制等） ・ 当直勤務チェック体制（インターバルの確保、時間外勤務との兼ね合い等） ・ 産業医との面接実施状況 【労働時間短縮の取組】 ・ 意識改革・啓発 ・ 管理職マネジメント研修 ・ 患者への医師の働き方改革に関する説明 ・ 医師の意見を聞く仕組み ・ タスク・シフティングに関すること ・ 医師の業務の見直し ・ 勤務環境改善	
アウトカム ・医師の労務管理実施後の結果	・ 平均時間数、最長時間数 ・ 960時間超～1860時間の医師の人数・割合／960時間超～1860時間の医師の属性（診療科毎） ・ 1860時間超の医師の人数・割合／1860時間超の医師の属性（診療科毎）	
参考 ・医療機関の医療提供体制 ・医療機関の医療アウトプット	・ 【医療機関の医療提供体制】（※1） ・ 【医療機関の医療アウトプット】（※2）	

（※1）診療科ごとの医師数、病床数、看護師数、医師事務作業補助者数等、労働時間に影響を与える要素として分析を行うことを想定。
（※2）手術件数、患者数、救急車受け入れ台数の他、医療計画や地域医療構想に用いる項目を想定。

6. チェックリスト

第8回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料4-1を参照

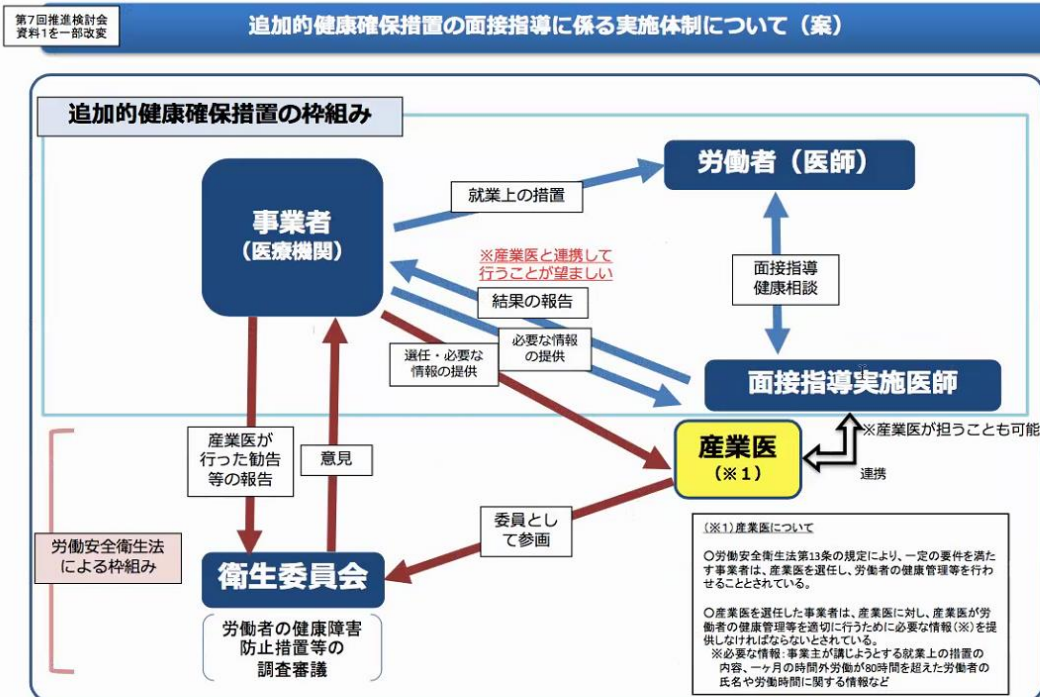
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13253.html

2 医師の労働時間短縮に向けた取り組み（プロセス）	
2.1 医師の労働管理における適切な把握と管理体制	
2.1.1 医師の適切な労働時間の計画的な把握と勤務計画の作成	
【評価の視点】	
○ 医師の労働時間を毎月、計画的に把握し勤務計画を作成していることを評価する。	
【評価の要素】	
● 月の総労働時間を網羅した勤務計画の作成 ● 法定休日の取得を考慮した勤務計画の作成 ● 副業・兼業先の労働時間を含めた勤務計画の作成 ● 宿日直の時間の適切な取り扱いを行った上での勤務計画の作成 ● 連続勤務時間の制限を考慮した勤務計画の作成 ● 勤務間インターバルを考慮した勤務計画の作成 ● 作成した勤務計画のチェック体制	
【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】	
29. 勤務医の該当月の総労働時間を把握した上で勤務計画が作成されている	Oor x
30. 法定休日が確保された勤務計画となっている	Oor x (週に1回の休日があれば○)
31. 副業・兼業先の労働時間を含めた勤務計画となっている	Oor x (副業・兼業先の宿日直許可基準も把握し、時間を含めていれば○)
32. 宿日直の時間の適切な取り扱いを行った上での勤務計画となっている	Oor x (許可あり、許可なしによる取り扱いを実施して作成されていれば○)
33. 連続勤務時間の制限を考慮した勤務計画が作成されている	Oor x
34. 勤務間インターバルを考慮した勤務計画が作成されている	Oor x
35. 作成された勤務計画について、事務の統括部署が主体となった体制でダブルチェックが実施されている	Oor x (事務の統括部署が把握できていないのは×、医局秘書等の活用もOKであるが、主体的に把握する体制となっていれば○)

7. 健康確保措置の面接指導について

面接指導ができる体制を構築していただきたい。

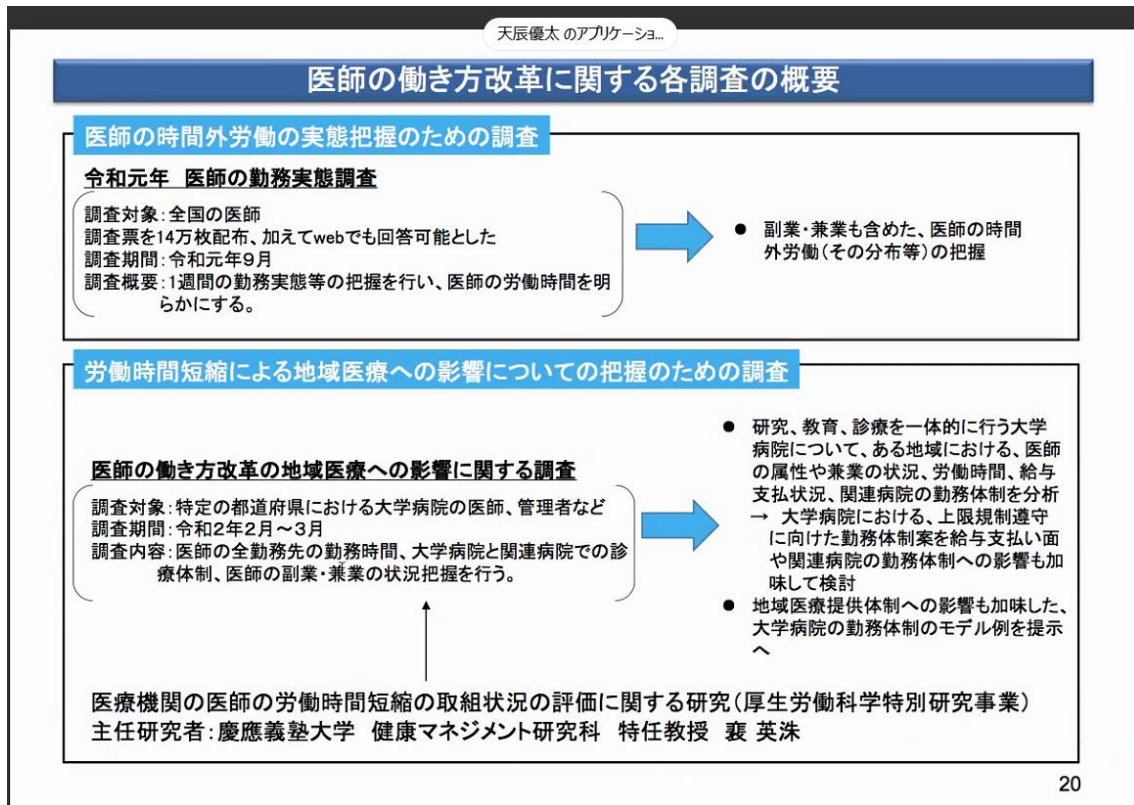
産業医や研修を受けた面接指導実施医師を複数人確保する必要がある。



※追加的健康確保措置の面接指導は、医療法において位置付けること併せて、労働安全衛生法の面接指導としても位置付け、衛生委員会による調査審議等が及ぶ方向で検討（「医師の働き方改革に関する検討会」報告書より）

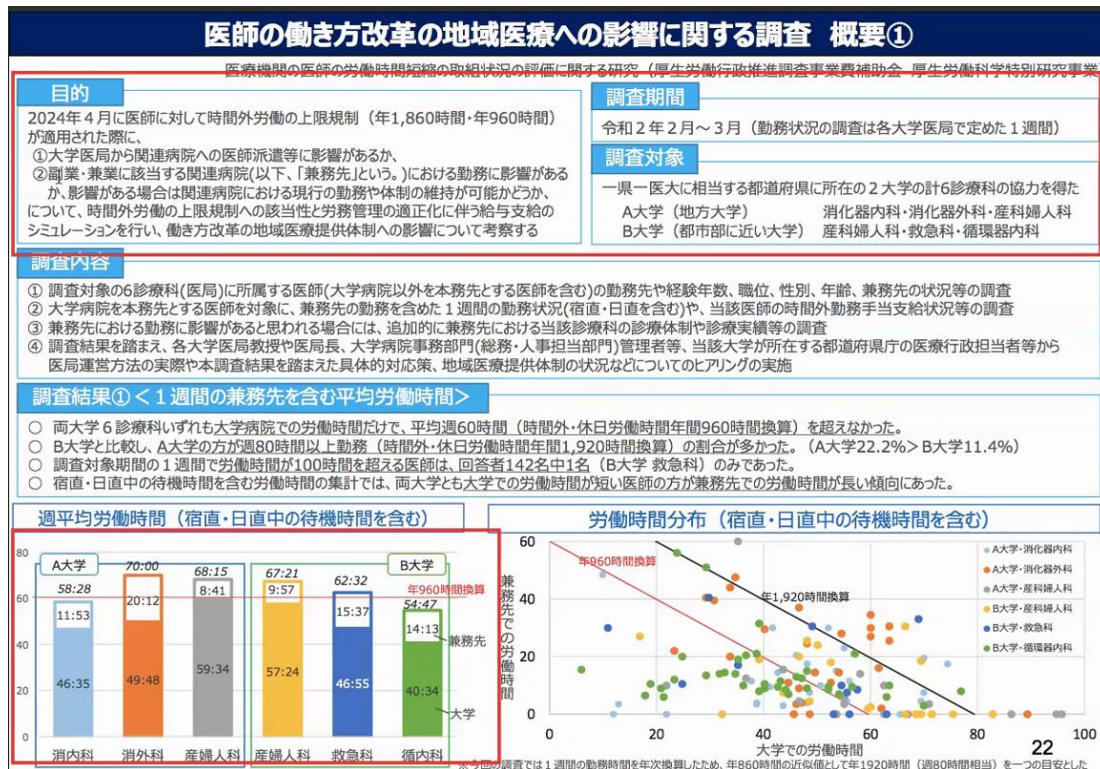
8. 厚労省で行った調査について

議論には調査が必要で、厚労省でも2種類の調査を行った。



1 県1 大学病院程度で調査を行った。

左下の図を見ると地域差があるため、一概には言えないが、兼業先を含めるとA水準でおさまらない施設が非常に多いことがわかる。診療科によっても医師によっても差がある。



1860 時間を超える医師は必ずいるが、1 名程度であれば、何とかできそうというのが、調査の感想であった。

天辰優太のアプケーション

医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査 概要②

調査結果② < 1 週間の労働時間と宿直・日直業務 >

○ 大学病院と兼務先の労働時間を通算すると、週の労働時間（待機含む）が、2024年4月から適用される時間外労働規制の（B）水準の上限である年1,860時間に相当する時間を超えて勤務する医師は一定数存在するが、労働時間から宿直・日直中の待機時間を除外するとその割合は、顕著に低くなる。

○ また、宿直・日直業務の内容を確認したところ、ほとんどの診療科で兼務先での宿直・日直中の診療時間の割合は、大学病院での宿直・日直中の業務の診療時間の割合と比較して、少なかった。

大学	診療科	年間時間外・休日労働年1,860時間換算以上				宿直・日直中の診療時間割合	
		待機含む※（人数、割合）		待機除く※（人数、割合）		大学病院	兼務先
A 大学	消化器内科(n=28)	3人	10.7%	0人	0.0%	15.6%	16.7%
	消化器外科(n=28)	9人	32.1%	3人	10.7%	28.7%	17.2%
	産科婦人科(n=16)	4人	25.0%	1人	6.3%	19.2%	3.9%
B 大学	産科婦人科(n=20)	3人	15.0%	0人	0.0%	40.0%	16.0%
	救急科(n=12)	2人	16.7%	1人	8.3%	63.3%	44.9%
	循環器内科(n=38)	3人	7.9%	1人	2.6%	28.2%	7.5%

※宿直・日直中の待機時間を労働時間に含めて試算したものを「待機含む」、宿直・日直許可基準を取得していると仮定して大学病院および兼務先ともに待機時間を含まず試算したものを「待機除く」として記載

調査結果③ < 勤務間インターバルと代償休息 >

○ 調査回答者全142名中、日勤常業務が連続する日で、勤務間インターバルが9 時間確保できなかったのは1名（1日）のみであり、その他の医師は9時間のインターバルが確保できていた。（確保できなかった1名も、1週間以内に勤務間インターバルの幅の延長により代償休息が取得できた）

○ いずれの大学でも宿直明けも引き続き日勤業務に就いている勤務が見られた（最長36時間連続勤務）。連続勤務時間の上限となる28時間以降は、勤務間インターバルとして、当該インターバル中に行った労働時間を代償休息の付与対象となる時間として取扱ひ、調査期間内での代償休息の付与についてシミュレーションを行ったところ、宿直・日直に従事した医師全員が代償休息の付与が必要となった時点から、1週間以内に所定労働時間中における時間休を取得することなく、勤務間インターバルの幅の延長により付与することが可能であった（翌週に持ち越す代償休息は0 時間であった）。

調査結果④ < 上限規制が適用された場合のシミュレーション >

○ 各診療科で時間外労働・上限規制が適用された場合、「各診療科毎の平均労働時間勤務する医師」（診療科の平均労働時間が上限規制を超える場合は、「規制時間のまで時間勤務する医師」）があと何人必要となるか、シミュレーションを行った。<宿直・日直中の待機時間を労働時間に含めて試算>

✓ 上限1,860時間/年の場合、理論上補填に必要な医師数はA 大学ではいずれの診療科でも約 1 名、B 大学ではいずれの診療科でも 1 名以下であった。

○ 大学病院および兼務先の宿直・日直中の待機時間を労働時間に含めない場合は、上記の結果より、少ない医師で補填が可能となる試算であった。

大学	診療科	上限年1,860時間の場合		
		上限超過時間合計（時間）	補填に必要な医師数（人）	
A 大学	消化器内科(n=28)	28:45	0.49	
	消化器外科(n=28)	87:45	1.25	
	産科婦人科(n=16)	59:30	0.87	
B 大学	産科婦人科(n=20)	33:15	0.49	23
	救急科(n=12)	25:00	0.40	
	循環器内科(n=38)	9:45	0.18	

天辰優太のアプケーション 医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査 概要③	
大学からヒアリングにおいて得られた意見	
○ 兼務先での業務は、派遣する診療科医師でなくとも対応可能な業務であるが、慣習的に当該診療科の医局で対応している。 ○ 宿直・日直は勤務が可能な医師に、なるべく均等になるようにシフトを組んでおり、本調査で休日・時間外労働時間の上限を超えると指摘された医師の多くも、たまたま調査対象の1週間複数回宿直・日直となっていたためであり、1ヶ月の期間で見ると上限は超えないと考えられる。 ○ 自院での労働時間の短縮の取り組みだけでなく、各医療機関の機能や役割を明確化するなど抜本的な改革をしないと労働時間の短縮は達成できないと感じている。 ○ 地域の医療を守るという観点から関連病院等への医師の派遣をやることは難しい。 ○ 今回の調査においては時間外労働時間の上限規制を遵守するため、関連病院等からの医師の引き上げを第一選択とする医局はなかった。	
調査のまとめ	
○ 兼務先での宿直・日直については、当該診療科の専門性が高い業務というよりも、内科一般・外科一般といった業務もあることを鑑みると、特定の診療科に対応するのではなく、大学病院の複数の診療科（医局）で対応することで宿直・日直の労働時間の短縮につながる可能性がある。 ○ 兼務先によっては、宿直・日直中にほとんど診療業務が発生していない病院もあり、そのような兼務先で宿直・日直許可を取得することができれば、労働時間の短縮に繋がること示唆された。特に労働時間のうち兼務先での労働時間の割合の高い診療科においては、兼務先における宿直・日直許可の取得の有無が労働時間に与える影響が大きいと考えられる。 ○ 医師の労働時間短縮を達成するためには、自院における取組みの推進だけでなく、夜間等の救急医療提供体制の集約化や医療圏内での各医療機関の役割の明確化等、地域の医療提供体制についてもあわせて検討する必要性が示唆された。 ○ 診療科によって医師数や勤務状況は異なり、大学内での変形労働時間制の導入や、2 名当直から 1 名当直への変更、兼務先の宿直・日直中の勤務内容を確認し宿直・日直許可の取得についての検討を促すなど、それぞれが講じ得る効果的な労働時間短縮計画は異なることが示された。 ○ 大学病院での労働時間だけをみると、宿直・日直中の待機時間を含め（A）水準（時間外・休日労働年960時間以内）の範囲内であり、兼務先の労働時間を通算した場合に、年間960時間を超えている医師が両大学通じて多く（43名/30.3%）見られた。	
調査研究班からの問題提起	
診療科によって医師数や勤務状況等が異なるため、それぞれが講じ得る効果的な労働時間短縮計画は異なる。	今後、各医療機関で労働時間短縮計画を作成するに当たっては、まず 診療科毎に詳細な勤務実態を把握し、実態に即した計画を立案することが重要 である。
大学病院での労働時間が時間外・休日労働時間が960時間/年以内であっても、兼務先の労働時間を通算すると960時間/年を超える医師が多い。	
主たる勤務先での時間外・休日労働時間が年960時間の範囲内であるため（B）/（C）水準病院の申請を行わない場合に、 ・ 兼務先の労働時間を通算したときに年960時間を超える医師に対してもれなく追加的健康確保措置を履行する必要があること、 ・ 通算して年960時間を超えないようにするため主たる勤務先が兼業を禁止する措置を講じてしまうなど、従来から兼務していた病院の医療提供体制が維持できなくなるといったことが無いようにする必要があること、 を踏まえた制度設計とすることが重要である。	

夜間等の救急医療体制の集約化など、複合的に議論をしていかないと、働き方改革は進めていけないというのが結論。

変形労働時間の導入や宿日直許可など診療科により異なるが、対策は立てられるのではないかという印象。

9. 2040 年を展望した医療提供体制

- ・2次医療圏の各医療機関の役割を明確化する。
- ・地域医療と提供体制を合わせた対応が必要である。

現状にそぐわないという意見も多いが、循環器領域で何ができるか議論していただきたい。

天辰優太のアプリケーション...

2040年を展望した医療提供体制について（イメージ）

○医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
○2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③かかりつけ医が役割を発揮するための医療情報ネットワークの構築や適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備等

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化（タスク・シフティングやタスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化等）
- ③医師偏在対策による地域における医療従事者等の確保（地域偏在と診療科偏在の是正）
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進（これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む）⇒**地域医療構想の実現**

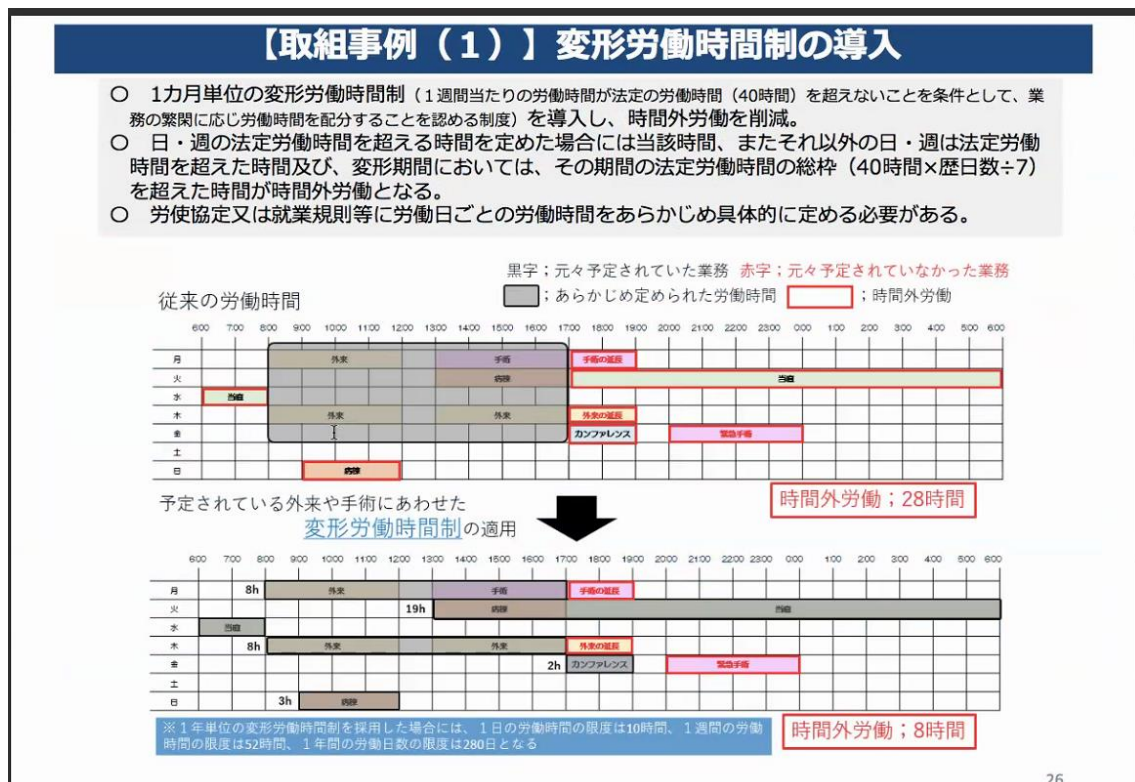
実効性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
 - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

25

- ・変形労働時間制の導入も検討いただきたい。

以下のスライドは、夜間であっても正規の労働時間としてセットする一例



10. タスク・シフティングとシェアについて

以下のスライドは事例の紹介

天辰優太のアプローチ...

2. 他職種とのタスク・シフト/シェア

事例2-1①：医師事務作業補助者の活用【医療法人社団美心会黒沢病院】



取組のきっかけ
①事務職員の負担軽減（患者・行政と、医師との間に入ったやり取りと精神的な負担）
②患者からの「書類が重い」とのご意見
③常勤医の負担軽減（書類の種類の多さや持ち帰り作業が発生）
④医師間の不公平感（診療科や入院、医師により書類量が異なる）

開設主体：医療法人社団美心会
所在地：群馬県高崎市
病床数：130床
主たる医療機能：急性期

平成30年度病院経営への影響に関する調査研究事業

取組の内容
医師、看護師、薬剤師などの専門職が担うべき業務を整理し、医師事務作業補助者を増員し、診断書の代行入力等を行っている。

取組の効果
医師事務作業補助者の導入後、医師の残業が削減されている実感がある他、診断書作成にかかる期間が2週間から1週間に短縮され、患者の利便性も向上している。常勤医16名の1か月当たりの平均残業時間数が、5.25時間（平成26年度）から2.59時間（平成29年度）へ減少。

事例2-1②：医師事務作業補助者の活用【医療法人八女発心会姫野病院】



取組のきっかけ
診断書等の作成のために、主治医に残業が発生している事例が多かったため。

開設主体：医療法人八女発心会
所在地：福岡県八女郡広川町
病床数：140床
主たる医療機能：急性期、回復期

平成30年度病院経営への影響に関する調査研究事業

取組の内容
時間外労働の発生原因が医師の事務作業にあると考え、メディカルクラークを導入し、文書作成を中心とした事務作業のタスクシフティングを行った。

取組の効果
事務作業による時間外労働が削減された。また、文書作成までのスピードが向上したことにより、患者に文書を渡すまでの時間が短くなったことや、外来の診察時に、医師が入力のために電子カルテばかりを見て話すことがなくなり、患者への診療に集中することができるようになった。実際に、患者からのクレームが減ったという意見も挙げられている。

天辰優太のアプローチ...

3. 医師間の業務量とタスク・シフト/シェア

事例3-1①：当直体制の見直し【医療法人 玉昌会（高田病院・加治木温泉病院）】



取組のきっかけ
地域のニーズに対応した病院機能へ転換していくために、医師の確保ならびに常勤医の仕事の負担軽減の必要性を感じていた。

開設主体：医療法人
所在地：鹿児島県鹿児島市・姶良市
病床数：449床
主たる医療機能：回復期

令和元年度マネジメントシステム調査研究事業

取組の内容
常勤医師の当直明けの日勤を午前中勤務のみへ変更し、あわせて当直室や当直手当等の見直しを行い、外部からの当直医師（非常勤）の受け入れ環境を整えた。

取組の効果
精神的ストレスの軽減、スパート医師の増加、医師充足率の増加、常勤医の当直率の減少、常勤医が増えたことで、勤務医の負担を軽減し勤務医がやりがいを持って本来のやるべき仕事に注力できるようになったとの声があった。

事例3-1②：当直体制の見直し【医療法人八女発心会姫野病院】



取組のきっかけ
医師の拘束時間の解消とリクルート対策。

開設主体：医療法人八女発心会
所在地：福岡県八女郡広川町
病床数：140床
主たる医療機能：急性期、回復期

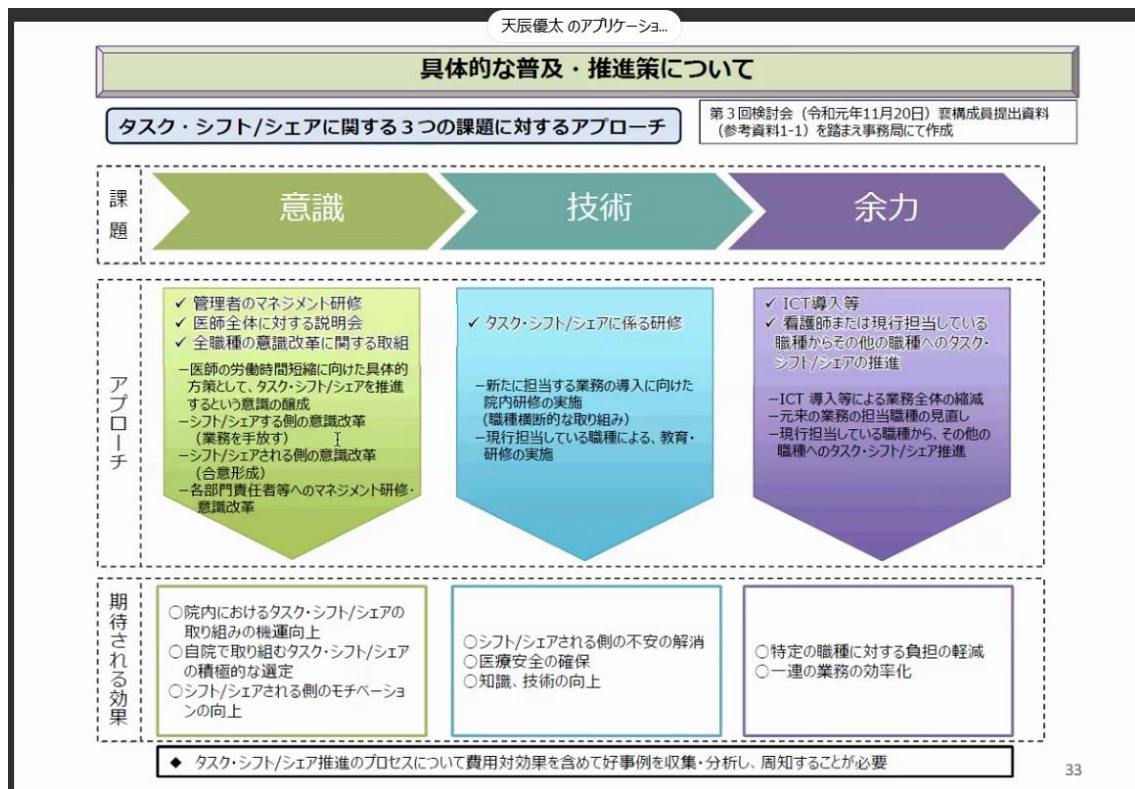
平成30年度病院経営への影響に関する調査研究事業

取組の内容
夜勤については、夜勤を希望する医師以外は免除とし、夜間はオンコールも無くし、当直専門の医師を非常勤で雇用。当直医に対しては、常勤、非常勤に関わらず手当を付与し、受入救急車数や患者が入院した数によりインセンティブを付加している。

取組の効果
離職率の低下。（医師の離職率15.4%（平成28年⇒0%（平成30年12月時点））

1 1. タスク・シフティングとシェアの推進について

タスク・シフトを受ける側のモチベーション向上を重要視し、総論として、推進策のモデルケースとして以下参照スライド



33

1 2. 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会について

タスク・シフトについてどこまでできるか検討を行っている。

どこまでやってよいのか明確にしてこなかったが、現行制度で可能な案を検討してみた。

現行制度上実施可能とした業務について＜臨床検査技師＞							
No.	業務内容（事務局整理案）	ヒアリングで提案された業務（これまでの業務項目【これまでの項目No. 1】）	医師側団体※	主な診療科	主な場面	効果/月（推計）	特に推進するもの★
1	心臓・血管カテーテル検査、治療における超音波検査や心電図検査、血管内の血圧の観察・測定等、直接侵襲を伴わない検査装置の操作	心臓・血管カテーテル検査・治療に係る検査装置の操作・管理【227】		内科	血管造影室	11.7時間	★
2	所見の下書きの作成 生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等	生検材料、特殊染色、免疫染色等のスクリーニング（所見の下書きの作成）【127】		病理診断科	病理室	2.8時間	★
3	細胞診や超音波検査等の検査所見を報告書に記載し、担当医に交付（※2）	検査所見の臨床検査技師による報告【283】		内科・外科・病理診断科	検査室	0.3時間	
4	医師の説明等の前後に輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意（輸血療法や輸血関連検査の意義・解釈、輸血のリスクなど） 医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるよう調整 輸血承諾書への署名を求め受領	輸血承諾書の取得（医師の説明の補足）【202】 輸血関連検査結果説明【205】		内科・外科	病棟	0.1時間以下	★
5	救急救命処置の場において、医師に含めない補助行為の実施 生理学的検査 採血、検体検査、検査室への搬送 血圧測定 など	救命処置の補助【142】		救急科	救急室	4.0時間	
6	超音波検査（※3）	（表在における）各種超音波検査【27】 経肛門超音波検査【31】 経膈超音波検査【32】		内科・外科	検査室・病棟	0.7時間	
7	生理学的検査（省令第1条の2）実施の際の口腔内からの喀痰等の吸引	（呼吸機能検査や心電図検査、超音波検査などの生理学的検査や内視鏡検査における）口腔内の喀痰等の吸引【41】		内科・外科	検査室・病棟	0.1時間以下	
8	血液製剤の洗浄・分割 血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作	血液製剤の洗浄・分割【120】 血液細胞（幹細胞等）処理業務【121】 胚培養全盤、培養室の実務・運営【278】		内科・外科	検査室	10.0時間	
9	手術検体等に対する病理診断における切り出し	手術検体等に対する病理診断における切り出し補助業務【122】 手術材料の切り出し【123】	※	病理診断科	病理室	4.5時間	

【留意事項】
 ※2：担当医は、報告書内容を確認し、診断を行う
 ※3：身体に挿入して行う超音波検査を実施するに当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床検査技師が実施することともに、医師は、当該超音波検査を実施する臨床検査技師が安全に実施できる技術の有無を十分確認の上、指示すること。

34

- ・導入済みの先進事例として以下も参照してもらいたい。

天辰優太のアプリケーション
業務効率化のためのタスク・ソフト/シェアの推進に関する検討会 参考資料6

厚生労働省委託事業：看護業務効率化先進事例収集・周知事業
看護業務の効率化先進事例アワード2019

【事業概要】「経済財政運営と改革の基本方針2018」（2018年6月15日閣議決定）において、「人手不足の中でのサービス確保に向けた医療・介護等の分野における生産性向上を図るための取組を進める」とされたことを踏まえ、看護職がより専門性を発揮できる働き方の推進や生産性の向上、看護サービスの質の向上を図るため、看護業務の効率化に関する先進的な取組を収集し、その中から汎用性が高く効果のある取組を、アワードでの表彰やポータルサイトでの動画配信等を通じ、広く周知する。

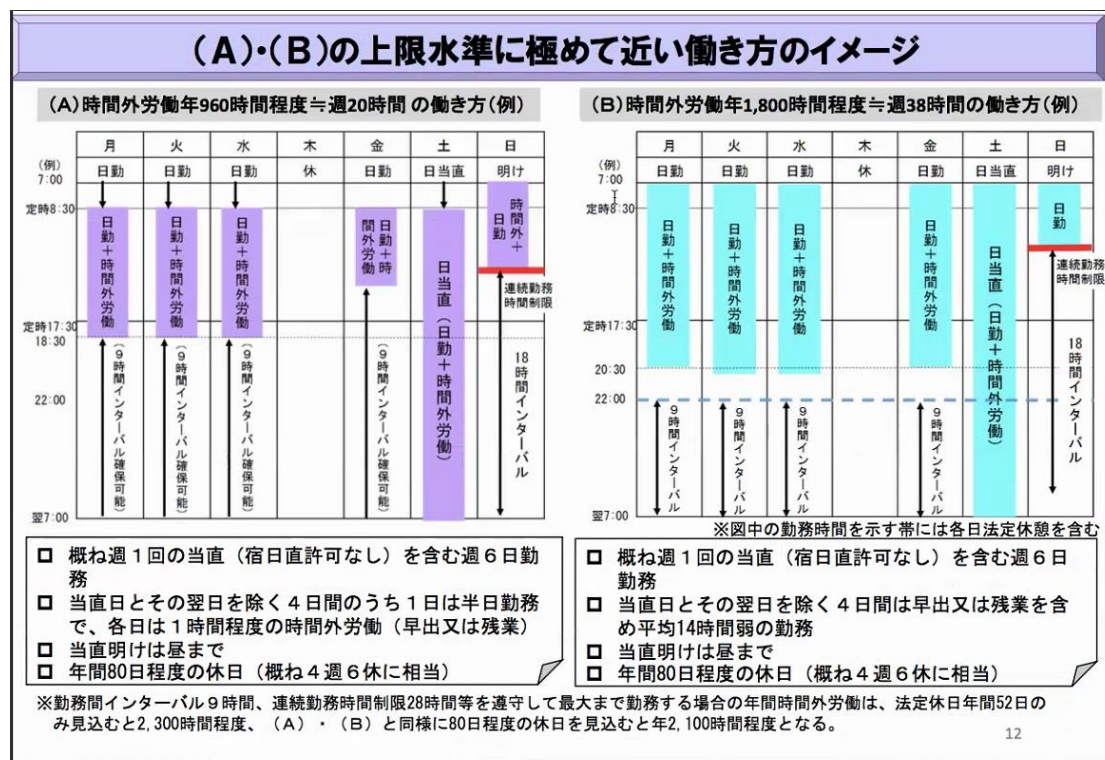
【受賞施設一覧】

	賞	施設名	タイトル
1	最優秀賞	一般社団法人熊本市医師会 熊本地域医療センター	「ユニフォーム2色制」と「ポリバレントナース育成」による持続可能な残業削減への取り組み
2	優秀賞 (業務改善部門)	県立広島病院	看護記録に要する時間削減の効率化への取り組み ～記録内容の標準化とリアルタイム記録に焦点を当てて～
3	優秀賞(タスクシフト・多職種連携部門)	社会医療法人石川記念会	病棟薬剤師との役割委譲・協働による病棟薬剤管理業務の見直し
4	優秀賞(AI・ICT等の技術の活用部門)	訪問看護リハビリステーション アオアクア	音声入力で時間短縮 残業を減らす
5	優秀賞(その他の工夫部門)	医療法人社団 協友会 メディカルトピア草加病院	小児規模病院における看護クラーク科の立ち上げ・看護クラークの一元管理による看護師負担軽減
6	奨励賞	国民健康保険 小松市民病院	外来病棟一元化による勤務環境改善
7	奨励賞	聖マリアンナ医科大学病院	ナースハッピープロジェクト(NHP) ～音声入力による記録時間の削減～
8	奨励賞	医療法人恵国会 佐呂間町立診療所 クリニックさるま	へき地におけるICTを活用した多職種連携 ※都合により資料なし
9	特別賞	NTT東日本関東病院	RPA(ロボットによる業務自動化)導入による看護管理業務の効率化
10	特別賞	福井大学医学部附属病院	総合減価システムによる労働生産性の向上と働き方改革の実現

事業委託先：公益社団法人日本看護協会 <https://www.nurse.or.jp/nursing/shuozanzen/award2019.html> 36

【質疑応答】

- Q. 心筋梗塞を扱う診療科のため、夜間の緊急を多く扱うが、オンコール中はどうか。
- A. オンコール中は議論がある。9時間空けないといけなかなど、例外措置は設ける必要がある。結論はまだ出ていない。現実的に可能なラインで設定する必要がある。
- Q. オンコールで呼ばれた時だけが仕事となると、多くの病院が少人数で回っていて、中央値が4人という少人数で回している。対応しようとするとなんくらい必要だと思われるか。
- A. 具体的な人数を提示するのは難しい。以下スライドの一番右が1860時間のパターン例。



- Q. 学会の調査で、半分の施設が4名程度で回している。地域医療で何名なら回せるか検討が難しい。事前にACS実態調査の集計データを天辰先生に見ていただいた。病院のひありん必要か。
- A. 協力いただける施設で、4名で回している施設を何名ならできるか調査が必要ではないか。一概には言えないが、当直を週1回のところにあたってみてはどうか。週1回であれば1860時間以内になる。2回以上になると上限の1860時間を超える。
- Q. 年1860時間に外勤した時間も含めると外勤を中止させる施設がでてくるのではないか。
- A. 実はこの件は、検討会でも検討している。今後も検討会で対応していく。
- Q. 「A、B、C」は病院が選択するということか。
- A. そうです。
- Q. 大きな病院の他にカテ開業医もいるが、カテ開業病院はその設定は不可能ではないか。ペナルティはあるのか。緊急カテの体制は、大きな病院や人集めのできる施設以外、難しいのではないか。
- A. まだまだ検討が必要なところがある。ペナルティなどは決まっていない。都道府県によって判断が分かれないう、客観的な基準は厚労省から示していきたい。
- Q. 三次救命救急センターのため、「A、B、C」はどう判断していくのか。
- A. 第三者機関の評価を受けて、B水準の申請を審査してもらう。
- Q. 診療報酬とはリンクするか。
- A. 現時点ではリンクしない。働き方改革を進めるための診療報酬はいくつかあるが、この制度が影響することはない。
- Q. 宿日直の許可など弾力的にできるか。
- A. 実態ベースで判断しているもので、常態的に勤務があると、宿日直の許可は難しいため、時間外の工夫が必要ではないか。当直の考え方を变え、配置を工夫する等の議論が必要ではないか。
- Q. タスク・シフトの検討（技師さん、看護師さんを含めた検討）を行っていただきたい。
- A. 今日のレクチャーは、現行の法で実行可能なモデルケースとなる。柔軟な運用を目指す。
- Q. 本来、地域医療（都道府県）単位で検討が必要であるが、CVITでは、専門医の教育で、施設群という制度を導入し、隣県との連携も行い、技術の担保も行っている。その制度をヒントにうまく運用できないか。
- A. 専門医の指導なども県をまたぐ際のルールはまだ決まっていない。今後の検討課題である。時間が掛かると思うが、是非ご検討をお願いしたい。緊急が多い学会のため、2024年に向けて不安が多い。クオリティを担保しつつ、両立できる方法を模索していきたい。

以上