

厚生労働行政推進調査事業

令和6年度政策科学総合研究事業

大学病院の医師の労働時間短縮の
ための実践マニュアル
2024年度 改訂

2025（令和7）年3月

「大学病院における医師の労働時間短縮に
向けた取組のプロセスと効果の検証」研究班

目 次

序章 大学病院の特性と本マニュアルの活用について	1
第1章 医師の勤怠把握と労務管理体制の構築・整備	2
第1節 適切な労働時間の把握	3
1. 大学病院の医師の労働時間管理の複雑性	
2. 労働時間を正確に把握するためのポイント	
3. システムの活用と勤怠管理への理解促進	
4. 勤怠把握を進めることにより出てきた課題とその対応	
第2節 労務管理体制の構築・整備	7
1. 労務管理の目的と体制の構築	
2. 特例水準医師の働き方のトライアル	
3. 追加的健康確保措置への対応	
第2章 医師の働き方改革を進めるための病院全体での取組	21
第1節 医師の意識改革へのアプローチ	22
1. 意識改革の重要性	
2. 診療体制の検討と患者への周知	
3. 医師への働き方改革への理解促進のための実施内容	
第2節 会議体の実施方法の見直しと再検討	24
1. 診療科への調査の実施	
2. 効果的な方法の検討・実施	
第3節 医師確保のための取組	32
1. 政策的課題と自院の課題	
2. 報酬面を考慮した雇用の内製化の実施	
3. 専攻医の採用の強化	
4. 医療機能の集約の必要性	
第3章 診療科による具体的な労働時間短縮の取組報告	35
第1節 心臓血管外科の取組	36
1. 術後管理のタスク・シフト/シェアに向けた取組	
2. 医師の労働時間削減における特定行為研修修了者の役割と取組	
3. 専攻医の労働時間短縮	
第2節 NICUの取組	44
1. 雇用の内製化の取組	
労働時間短縮取組チェックリスト	45

序章

大学病院の特性と本マニュアルの活用について

本マニュアルは、医師の働き方改革において、令和6年4月から診療に従事する勤務医の時間外・休日労働の上限規制が適用開始となる中、大学病院の働き方改革を進めるにあたり、「具体的にどのように働き方を変えてもらわなければいけないのかわからない」「実際に労働時間短縮に効果的な対策は何なのか」「労務管理についてまだまだ手探りである」といった悩みを持つ大学病院で働く職員、特に医師、労務管理の担当事務部門、各職種の管理者の方に向けて作成しています。作成にあたっては、1大学病院（本マニュアルでは「A大学病院」とします。）での働き方改革への取り組みを中心に整理し、あわせて2大学病院（本マニュアルでは「B大学病院」「C大学病院」とします。）の実践を参考としました。いずれの大学も、医師の働き方改革に試行錯誤しながら取り組んでおり、他大学病院にとって参考となる成果をマニュアルにまとめました。

大学病院で働く医師は、大学病院での診療のみならず、研究、教育も重要な使命です。これまでの大学病院の医師は勤怠管理も十分になされず、自己犠牲的に長時間の勤務を行い、診療、研究、教育を行ってきました。平成16年に医師臨床研修制度が変わり、大学病院に所属する研修医が激減しました。このために大学病院に所属する医師、特に若手医師に診療面での負担がかかり、研究に向けられる時間の確保が困難になっており、日本からの研究論文数の減少につながっているとされています。働き方改革による勤務環境の改善で、多くの医師が大学病院に集まり、高度医療を学び、日本の医療レベルの向上につながることを望めます。また、研究時間を確保し、世界に発信する研究成果を上げることに繋げるチャンスになることが望めます。

これまで大学病院の医師は、地域の病院でも診療を行い、その地域での医療を担ってきた側面もあります。このような特徴を踏まえながら、医師の働き方改革を進めていく必要があります。また、子育て中の医師（産休・育休）、病気などの理由で時短勤務となっている医師にどのような形で活躍してもらうかも、働き方改革を成功に導く鍵になるかもしれません。

働き方改革を行い、魅力ある大学病院にすることで、研究、高度医療、医学教育を実践することを志す医師が大学病院に多く集まるようになることを切に願うところであります。

地域医療の維持や研究・研修の重要性といった多くの役割を持つ大学病院において医師の働き方改革を進めるにあたっては、多くの関係機関・関係者との認識を合わせながら医師の労働時間短縮に向け、進めていくことが必要です。

課題は各大学病院の様々な事情や地域の特性により異なると思いますが、今回マニュアル内に示した方策から自らの施設においても活用できそうな内容について、取り組んでみるきっかけとなれば幸いです。

第 1 章

医師の勤怠把握と 労務管理体制の構築・整備

第1節 適切な労働時間の把握

医師の働き方改革の議論がされるまでは、医師については、正確な勤怠管理を行うことによる賃金や就業上の時間制限等の影響を鑑みて、実態把握を避けてきたことは否定できません。しかし、令和6（2024）年4月からの医師の時間外労働の上限規制の開始に向けては、医師の勤務状況についての的確に把握しつつ、医師の健康確保と医療の質向上を行いながら、時間外労働の削減を目指すことが求められることとなりました。大学病院でも特例水準の指定申請をするかどうかの検討も含め、医師の働き方、勤怠の管理方法について、整備検討をされてきたと思いますが、まず医師がどのように働いているのか、という実態把握は、多くの要素を整理しながら行う必要があります、なかなか大変なものだったと言えます。

1 大学病院の医師の労働時間管理の複雑性

大学病院において、労働時間の管理が難しいと考えられていた要因として、診療と教育、研究の切り分けが明確でない点、副業・兼業先への派遣が多い、といった点があげられると思います。

教育の観点からいえば、医師になって間もない臨床研修医や専門性を身に付ける段階の専攻医のような経験年数が少ない医師は、多くの症例や患者対応から学んでいく必要がありますし、経験が増えても職業として続けていく以上、進歩する医療技術や治療方法について、常にアップデートを行うことが求められます。また、教育や研究についても、大学の使命でもあり、国際的な競争力獲得、維持や治験などの新たな技術開発等も大変重要です。しかしながら、これまでは、こういった時間の管理について明確な基準等を十分に置かず、医師の裁量に任せてきた歴史があります。

また、副業・兼業は、地域医療を担保するための派遣の役割や、大学病院に所属する医師の収入面の担保の役割もあります。今までは副業・兼業については医局や医師に任せているという状況が多かったと思いますが、時間外労働の上限規制により、労働時間の計算には複数事業場における労働時間は通算しなければいけませんので、自院のみでなく、副業・兼業先の労働状況についても把握を行う必要があります。

令和6（2024）年4月からの時間外労働の上限規制開始のために、すでに多くの大学病院でもいろいろな取組を進めてきていると思いますので、現在は令和5（2023）年2月に発表された「大学病院における医師の働き方に関する調査研究報告書（一般社団法人全国医学部長病院長会議）」（以下、「大学病院調査研究報告書」という）での数字よりも改善されていると思いますが、令和4（2022）年7～8月時点では、滞在時間の把握や労働時間の把握について進んでいるものの、兼業・副業先の把握や一部の医師について、まだ未着手、準備中という大学もありました。すべての組織において管理体制を構築するためには、もう少し時間が必要になると考えられますので、実際に大学病院で取り組んできたプロセスをご紹介します。

2 労働時間を正確に把握するためのポイント

医師の労働時間を把握するためには、まず以下の内容が確認できることが必要となります。

- ・ 出退勤時間：勤務時間の定量的な把握のため
- ・ 自己研鑽時間：業務としての研鑽と自己研鑽の区別をするため
- ・ 副業・兼業先での勤務状況：労働時間は本務先と通算されるため
- ・ 宿日直許可の有無とその範囲：宿日直中について認められた軽微な労働か待機時間を区別するため
- ・ 予定外の休日出勤の有無と所要時間：公休日数の確保状況、時間外労働時間についての定量的な把握のため

また、令和6（2024）年4月からの労働時間の管理として、法定労働時間をベースに時間外労働時間を管理することとなるため、副業・兼業を実施している医師が多い大学病院では、契約上での所定労働時間も医師によってばらつきがあり、個々人がどの程度働いているのかを精緻に確認していくことが必要です。

出退勤時間、予定外の休日出勤の有無と所要時間については、打刻、タイムカード、ビーコン等による客観的データを用いることが有用です。客観的なシステムに関しては後述します。自己研鑽については、労働時間該当性のルールをガイドラインに基づき、各医療機関で設定されたと思います。副業・兼業先の勤務状況については、副業・兼業先への宿日直許可取得状況の問い合わせを行い、また医局による兼業先の整理も並行して実施されたケースもあったでしょう。問い合わせに関しては、病院長名で対象医療機関に回答依頼文書を発出され、確認されたところが多く、それにより、地域の医療機関の適切な宿日直許可取得の推進、また働き方改革への理解も広まったといえると思います。医師の労働時間の正確な把握のためには、実態に即した宿日直許可の有無が明らかとなることが最重要事項でした。また、特例水準の医師への実施義務である追加的健康確保措置に対応するためにも、早急に明らかにすべき内容でした。宿日直許可が取れるように体制を組み替えた医療機関、業務の整理や、タスク・シフト/シェアをした医療機関、実態として宿日直許可取得は難しいため勤務として扱う対応をした医療機関と様々ですが、夜間休日の労働時間の扱い方を整理できる機会として、進められたと認識しています。

3 システムの活用と勤怠管理への理解促進

「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずるべき措置に関するガイドライン（平成29年1月20日厚生労働省労働基準局策定）」内において、始業・終業時刻の確認及び記録の方法として、以下のいずれかの方法によることとされています。

（ア）使用者が、自ら現認することにより確認し、適正に記録すること。

（イ）タイムカード、ＩＣカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。

医師自身がそもそも自身の勤務時間について認識できていない状況があり、人数も多い大学病院においては、（イ）客観的な記録（システム）を用いることで勤怠管理を進めやすくなるように思います。

大学病院調査研究報告書によると、令和4（2022）年7～8月時点で勤怠管理システムを導入し、稼働している大学は43大学(53.1%)とのことでした。そのうちDr.JOY勤怠管理システムは23大学(28.4%)との結果でしたが、Dr.JOY株式会社が2023年10月時点に発表している導入数は導入中30、導入準備中15、と45大学が使用する大学病院での導入が最も多いシステムといえます。

（１）Dr.JOY勤怠管理システムの場合

A大学病院では、実際に令和3（2021）年夏にDr.JOY®を導入し、働き方改革の対応を進めて、医師の勤務時間をほぼ正確に把握できるようになったのは令和5（2023）年夏ごろでした。システムを導入すれば、管理できるという認識は少し危ないかもしれません。当時は病院側では前述の宿日直の実態の確認・宿日直許可の取得、副業・兼業先の実態把握、またシステム会社側は評価センターのガイドライン対応の開発など、並行して動いていたため、整理に時間がかかりました。現在はその知見を踏まえたシステムを利用することができ、把握の正確性は担保されやすくなっているといえるでしょう。しかし、利用する側の意識や関係者の理解がなければ、なかなか進んでいかないこともおおいにあります。

Dr.JOY®は基本的に自動打刻であり、発信機（キーホルダー）を装着した状態であればビーコンで検知し、時刻や場所が記録されるという仕組みですが、最初の課題は、医師の発信機の装着率を上げることでした。開始当時はまだ勤怠管理という概念が医師にない場合が多く、その必要性を理解してもらうこと、そして行動として発信機を装着してもらうことにつなげるために人事部より個別に該当医師に連絡をしたり、上司へ報告し指導を依頼したり、といったことも実施しました。

（２）その他のシステムの場合

ビーコンでの管理ではない場合には、自動打刻ではないため、医師が意識的に出退勤時間を「打刻する」「入力する」「記載する」といった行動が求められます。また、医師の勤務は滞在が長時間にわたる場合や呼び出しなどによる出入りも同日に多いなどの特徴もあるため、システム的な対応が困難であったという場合も多くみられていました。自身の大学病院で使用、検討をされている勤怠管理システムの中でのシステム上の課題を早めに確認し、それにより医師へ求める行動や関係者の管理方法が変わってくる場合には対策を検討される必要があります。

4 勤怠把握を進めることにより出てきた課題とその対応

（１）医師の労働実態へのルール整備・対応

自動打刻により、滞在場所・時間がわかるようになると、本務先での勤務予定と在院時間について乖離が明確に表れてきました。副業・兼業先の変更や急な業務の都合で不在時間があったり、またその後大学病院へ戻ってきて再度業務や宿直業務についているような場合もありました。逆に副業・兼業の予定でしたが、本務先の滞在記録があるといったケースもありました。医師の働き方の実態に合わせると、現状の就業規則内では網羅できない可能性もあり、就業規則の見直し、シフト制の導入なども実施する必要がありました。

今回の時間外労働の上限規制については、法定労働時間外として時間外労働を管理することになりますが、通常は所定労働時間の概念で動いている組織が一般的だと思います。常勤医師が週40時間に近い所定労働時間で働いている場合には、それ以外の時間が時間外労働というシンプルな形で確認できますが、非常勤医師は勤務日数や時間をどのように契約しているかにより、所定労働時間が変わるた

め、時間外労働時間の把握が難しいという点がありました。よって、従来の所定労働時間外のデータでこの議論をすると実際に働いている時間との乖離が出てしまいます。現在、Dr.JOY®においては、システム的に自動で法定労働時間外の計算ができる仕様となっていますので、データの信頼性については担保されていると考えられます。一方、他の勤怠管理システムを使用されている大学病院においては、法定労働時間外と所定労働時間外との乖離がある医師がいないかどうかの確認、実態把握を実施されることを推奨します。

（２）Dr.JOY勤怠管理システムの場合

残業と研鑽の申請については、自己研鑽の労働時間該当性のルールを各々の大学病院で定められていると思いますが、実際に医師がそのルールを踏まえ、理解して申請をする、ということも必要です。今でこそ申請率も上がり、医師も習慣として実施してくれるようになりましたが、令和5（2023）年1月時点で78%程度でした。また、その申請内容もしばらくは精査が必要で、自身で残業であると認識した申請であればよいのですが、時間外の滞在時間の全てを残業としていたり、同診療科内でもある医師はすべて残業として申請、別の医師はすべて研鑽として申請していたり、といった個人間でも労働と研鑽の認識の乖離がある場合も多くみられました。医師の意見としては、「細かな申請が面倒」といった内容もあり、ビーコンでの管理の特性上、エリア設定が可能であるため、勤務エリアと研鑽（医学部棟など）エリアをわけて設定することにより、申請時に医師が最初から入力しなくてもよいような形をとっています。

A大学病院では、令和6（2024）年においては、医師は時間外勤務時間の申請をほぼ100%実施するようになりました。これは時間外労働に対する賃金の支払いが実施申請に伴う形となってきたことが大きな要因と言え、医師の行動変容のためには重要な点だといえます。

第2節 労務管理体制の構築・整備

医師の労働実態の適切な把握の先に、管理すべき内容が明確になります。そういった意味では、医師の働き方改革は今やっとスタート時点まで来たところであり、管理すべき内容をモニタリングできる体制を構築し、今後もPDCAサイクルを回し続けることが必要です。

1 労務管理の目的と体制の構築

適切な労務管理とは、前節で把握できるようになった勤務時間・内容について、仕組みを構築し、勤務実態に近い労務データ管理を行うことといえます。さらに、各種労働関連法を順守した働き方を実現することを目的に、適切な労務管理に基づき、医師と所属長（診療科長等）に対し、現在の労務状況についての確なフィードバック・アナウンスを行います。

（１）労務管理責任者の配置

A大学病院では、診療科の所属医師の労務管理について、診療科に1名「労務管理責任者」を配置することとし、診療科内の時間管理、人事部門、所属長、所属医師との連携を行う調整役としての役割を担ってもらっています。所属長は診療がメインでない場合や診療科そのものの人数が多い場合には、各々の医師の働き方について把握できていないこともありました。労務管理責任者は医局長級の医師に依頼しており、連携がスムーズになりました。また労務管理は今までに実施していない業務であり、医師への業務負担も増えることから、手当を創出し、責任をもって実施してもらえる設計としています。

具体的な業務は、

- ・ 勤務計画の確認
- ・ 残業・研鑽申請の確認・承認
- ・ 診療科医師の時間外労働時間の確認・調整（特に上限管理）
- ・ 人事部門からの定期報告による確認

があげられます。

労務管理責任者を配置した効果としては、医師個人へ確認事項が出た際や働き方に関してのフィードバックが必要な際に個人のみへの対応とせず、責任者の医師を通し、情報の共有や確認が正式にできる点があげられます。労務管理についてはセンシティブな面もあるため、責任者の存在は担当事務職の負担軽減にもつながっています。今後は診療科内の時間外労働申請の内容の妥当性についての管理を強化し、経営面への影響についても把握しながら所属長とともに管理を依頼していく方針です。

（２）勤務計画の作成

一般社団法人全国医学部長病院長会議「大学病院における医師の働き方に関する調査研究報告書（令和5年2月）」（以下、大学病院調査研究報告書という。）によると、医師の勤務計画について策定し稼働している、すでに作成はしていると回答した大学は12大学(14.8%)とのことでした。この点からも今まで医師の勤務予定をそもそも知っている者がいなかったこと、また人事部門を中心として勤務予

定を計画的に管理することについてハードルに感じている方々が多いのではないのでしょうか。

今回の働き方改革対応において、「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン【評価項目と評価基準】（令和4年4月 厚生労働省）」及び「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン【評価項目と評価基準】解説集（公益社団法人日本医師会 医療機関勤務環境評価センター）」（以下、両方をあわせて「評価ガイドライン」という。）の評価項目2.1.1は「医師の適切な勤務計画の作成」となっており、項目番号49～55までの7つは条件を満たした計画であること、項目番号56は計画の確認方法を評価するものとなっています。評価項目は特例水準の医師が実施しなければならないものですが、労務管理の要素が網羅されているものであり、特例水準ではない医師に関しても年960時間以内の時間外労働時間に収めることを遵守するためにモニタリングを行う必要があるため、49～52の項目については、所属する全医師に対して行い、予定と実績の管理を実施することがよいと考えています。

図1：

公益社団法人日本医師会 医療機関勤務環境評価センター「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン（評価項目と評価基準）解説集」

2 医師の労働時間短縮に向けた取組（プロセス）	
2.1 医師の労働時間短縮に向けた取組の実施	
2.1.1 医師の適切な勤務計画の作成	
49	勤務計画の対象月の時間外・休日労働時間が上限を超えないように勤務計画が作成されている
50	法定休日が確保された勤務計画が作成されている
51	副業・兼業先の労働時間を含めた勤務計画が作成されている
52	宿日直許可の有無による取扱いを踏まえた勤務計画が作成されている
53	勤務間インターバルの確保が実施できるような勤務計画が作成されている
54	代償休息を期限内に付与することができるような勤務計画が作成されている
55	副業・兼業先までの移動時間を考慮し、休息の時間を配慮した勤務計画が作成されている
56	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

（3）勤務計画のダブルチェック体制構築

特例水準の医師に対しては特に、予定の段階で上記の評価項目が守られているか、といった部分を重点的に確認することが必要です。今まで予定については、日当直のシフト作成、医局派遣の副業・兼業先の調整などを医局長や管理者が行い、それを診療科で共有する、といった流れになっているところが

多く、その情報が客観的なシステムで管理されていたかどうかはその医療機関によるところが多かったと思います。今回の勤務計画は、データとして残る形で予定を作成することが重要になり、多忙な医師にこういった事務的な業務を依頼しても難しいことが多いと考えられますので、勤怠管理を担当する事務部門の職員を新たに配置し、この対応を実施している医療機関も多くあります。また、医局秘書の方に予定入力などを担ってもらい、法規制や追加的健康確保措置の順守をスクリーニングすることを目的として、医師をフォローする体制構築を進めているところも見受けられます。

例① 診療科（秘書）が勤務計画、日当直当番表、副業・兼業先情報等を集約、入力、チェック（1回目）→人事部門がチェック（2回目）

例② 人事部門で勤務計画、日当直当番表、副業・兼業先情報等を集約、入力、チェック（1回目）→人事部門の別担当者がチェック（2回目）

また、Dr.JOY®での管理において、以下の項目と対応場所を提示し、確認内容を共通化するマニュアルも作成しています。

【Dr.JOY®を使用する場合の管理項目と確認画面】

管理項目	Dr.JOY確認画面
①兼業時間数	
・ 兼業予定時間数	兼業・副業（兼業予定欄）
・ 宿日直回数（許可の有無の確認含む）	兼業・副業（兼業種別欄）
・ 移動時間を踏まえた休息時間の確保	兼業・副業（詳細→移動時間欄） 勤務予定（所定時間欄）
②時間外・休日労働上限時間	
・ 宿日直当番日（許可取得あり）の回数	勤務予定（所定時間欄）
・ 宿日直当番日（許可取得なし）の回数 ※夜間シフトの診療科含む	勤務予定（プリセット欄） ※夜間シフト（所定時間欄）
・ 時間外及ぶ長時間手術等を踏まえたシフト設定	勤務予定（所定時間欄）
③法定休日の確保	
・ 法定休日確保（週1、又は月4回）	勤務予定（区分欄→法定休日）
④勤務間インターバルの確保	
・ 始業から24h以内に9h以上（兼業時間含む）	勤務予定（未確保はアラート表示） （タイムライン） 兼業・副業（兼業予定欄）
・ 始業から46h以内に18h以上（兼業時間含む）	勤務予定（未確保はアラート表示） （タイムライン） 兼業・副業（兼業予定欄）
⑤代償休息の確保	
・ 確保が生じた月の翌月末まで	代償休息（対象者及び確保時間表示）

	勤務予定（確保時間を設定）
--	---------------

また、ダブルチェックを実施し、修正が生じた場合には、人事部門から診療科（秘書、必要に応じて当該医師または労務管理責任者）へ確認し、適切な勤務計画となるようにフィードバックと修正を依頼していく流れとしています。

なお、スケジュール的には、前月の20日あたりには計画ができている状況、その後25日あたりまでにダブルチェックを終了し、次月を迎えられることが望ましいと考えます。

実際に令和6（2024）年度からは、勤務計画作成をはじめられていると思いますし、ダブルチェックについても体制を整え、実施されていると思います。その一方で、現在のチェックが形式的になっており、本来意図されているチェックまで至っていないのではないか、という点が課題としてあがってきています。

例えば、以下の勤務計画は勤務間インターバルの確保ができていないこととなるため、おそらくチェック段階で認められないことがわかり、修正されているはずです。

日付	勤務予定	時間
〇月1日	通常勤務＋宿直（許可無）	08:30～17:15 + 17:15～32:30
〇月2日	通常勤務	08:30～17:15

また、以下であれば、勤務計画として問題ないと判断されているのではないのでしょうか。

日付	勤務予定	時間
〇月1日	通常勤務＋宿直（許可無）	08:30～17:15 + 17:15～32:30
〇月2日	休み	

課題として見えてきたのは、勤務計画と実態の乖離であり、実績を確認していくと、実際には休めていない、宿直明けで帰っておらず、時間外申請が出ているケースが多くあります。実態としては、外来や予定手術が入っているケースも珍しくなく、代償休息が発生し、その取得をすることにより解消しているという現状です。

日付	勤務予定	勤務実績
〇月1日	通常勤務＋宿直（許可無）	08:30～17:15 + 17:15～32:30
〇月2日	休み	08:30～16:00（予定手術があり勤務） ⇒7時間30分の代償休息の発生

代償休息は本来、緊急の業務が発生した場合の措置であり、予定されている業務の場合には当てはまりません。

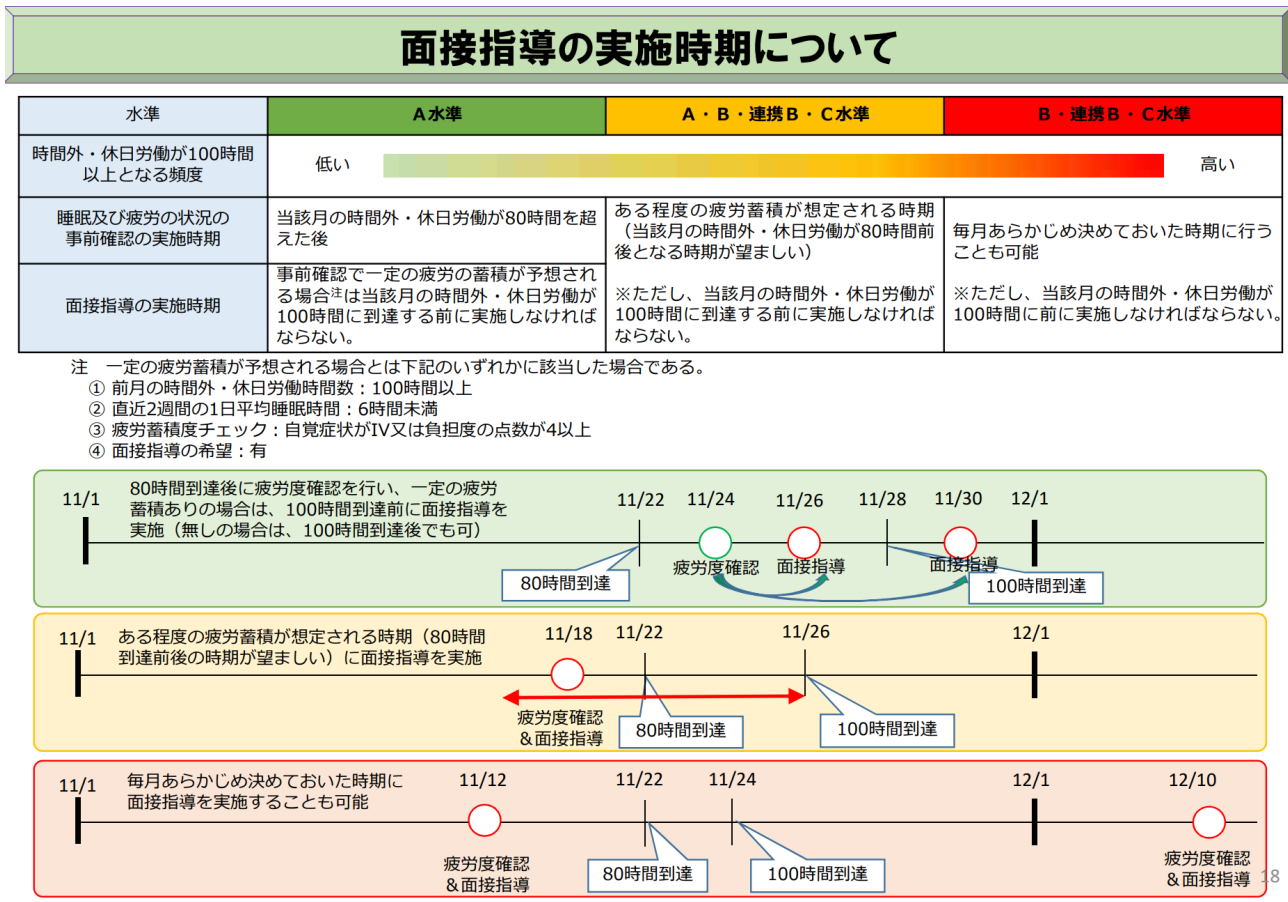
特例水準医師の勤務間インターバルの確保は、本来は、予定段階で超過していないか、確保可能かといった確認が必要であり、今後は勤務予定作成時に実態と計画が合っているか、までの確認が重要となります。日当直については医師側で作成している医療機関もいまだに多いと思いますし、予定の把

握として、外来は把握しやすいと言えますが、手術予定については手術部や診療科内の多くの関係者がおり、スケジュール把握のタイミングも難しいことが予想されます。しかしながら、勤務間インターバルの確保を正確に実施していくために、情報の集約や対応の工夫を考えていく必要があると考えます。

（４）時間外勤務時間の確認と面接指導の実施スケジュール

令和6（2024）年4月からの働き方改革において、新たに必須事項として始まるものが面接指導となります。大学病院調査研究報告書では、約35％程度の大学が体制検討中とのことでした。新たな取り組みであり、検討も進められていると思いますが、実際の勤怠管理のスケジュールと並行し、行っていく上での一つの例をご紹介します。

図2：「厚生労働省」面接指導の実施時期について



面接実施時期として、100時間を超える前までに行う必要があるということが肝となりますが、そのためにはその月の時間外労働時間がある程度予想がつく状況で把握をすることがポイントとなります。面接指導対象者の抽出やマッチングについては、Dr.JOY®においては、システム的に実施可能な仕様にもなっています。マッチングを人の手で行う場合にも同様ですが、医師からの時間外申請、また所属長の確認・承認の実施が確実に行われ、数字、データとして確認が可能になることが前提のため、申請期限のルールを設け、徹底することが必須となります。

評価ガイドラインの評価項目26（少なくとも月に2回、各診療部門の長または勤務計画管理者が管理下にある医師の労働時間について、把握する仕組みがある）、35（月の時間外・休日労働が100時間以上になる面接指導対象医師を月単位で把握する仕組みがある）、36（月の時間外・休日労働が100時間以上になる面接指導対象医師へ面接指導の案内や連絡が確実にできる体制がある）を網羅するスケジュールを考えると、月中旬（15日頃）に中締め日を設定し、医師に時間外申請を徹底してもらうこと、そして、その時点で40～50時間以上の時間外労働がある医師に対して、面接実施フローに乗せる、という運用が現実的と考えています（図3）。中締めで対象医師を拾い上げることができれば、評価項目27の診療科医師へのフィードバックも可能ですし、その後の勤務調整も可能と思います。

また、対象人数にもよりますが、実際に面接指導が始まると、面接場所の確保といった環境面についても課題が出そうなことが想定されます。会議室の確保、割り振りなど、実務的な点についても配慮が必要です。

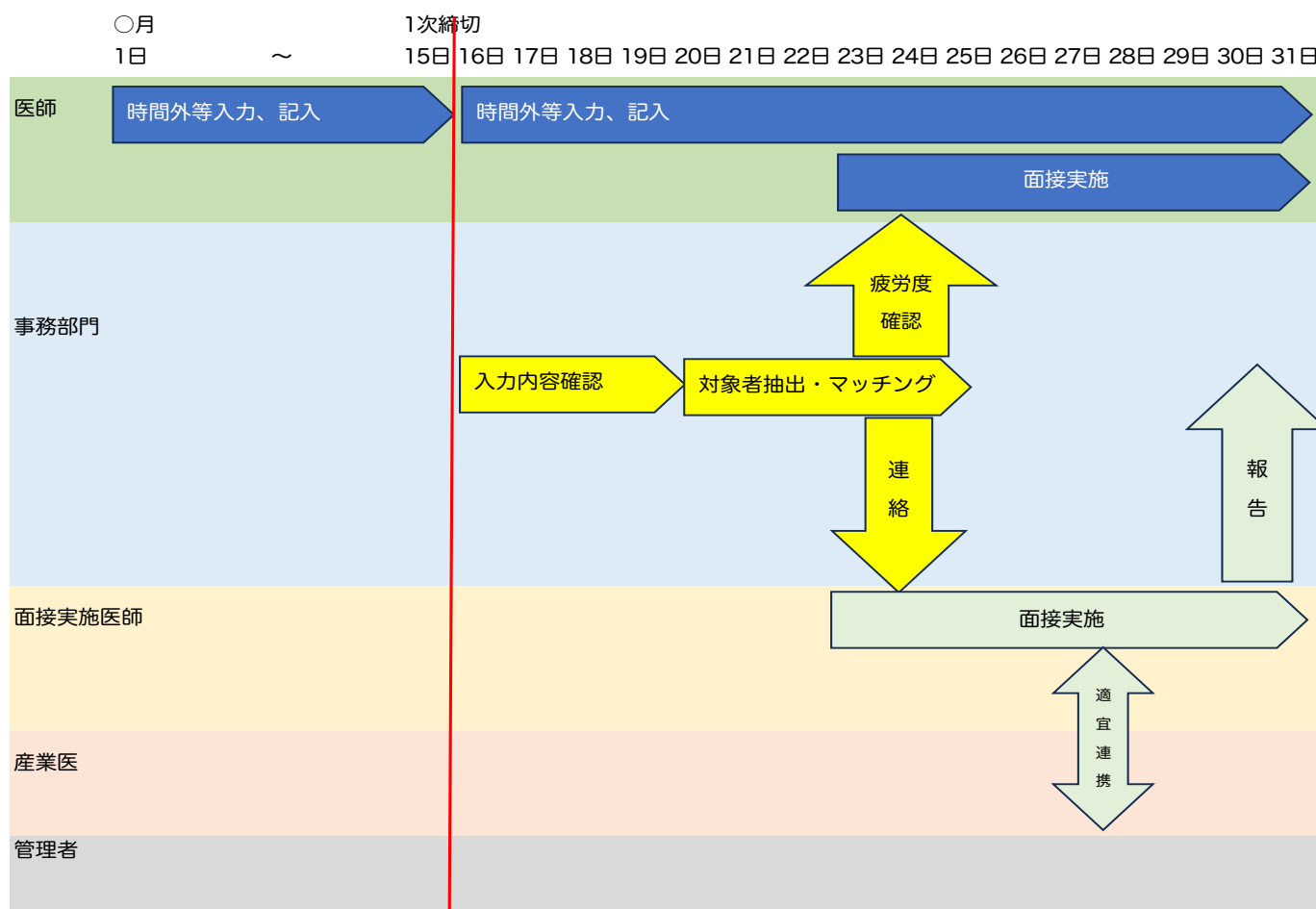
A大学病院では、令和6（2024）年度より、面接指導が本格的に開始されましたが、現場からは、時間外・休日労働時間が100時間以上となる前までに面接指導を行うことについて、かなり苦戦しているという意見が多くありました。理由としては、医師が時間外・休日労働の申請を月末にまとめて実施するために、実態の把握が遅れてしまう、という点を人事部門は強調されています。

この点の解決策としては、やはり推奨している中締め日での確認をするための医師へ時間外申請の入力を徹底して実施してもらうことに尽きると考えています。ルールとして設定、周知徹底すること、また賃金の支払いに直結する点を伝えることで自身の責任として医師が理解し、月中旬までに入力することを習慣化することが重要となります。ルールを守れない場合の措置を検討することも今後は必要となるかもしれません。

Dr.JOY®において、システム内で自動で中締めを行う機能についても使用はできるようになりそうですが、まず医師が申請をしなければ正確な把握ができない点は基本的には変わらないため、医師へのアプローチは継続していく必要があります。

また、令和7（2025）年1月時点の面接対象者の数としては、月に30名程度となっています。

図3：時間外労働時間の確認と面接実施のスケジュールイメージ



2 特例水準医師の働き方トライアル

A大学病院では、特例水準医師の追加的健康確保措置については、これまでに実施したことのない働き方となるため、対象医師、診療科が絞られた状況で、連続勤務時間制限、勤務間インターバルについて、2つの診療科で1か月間トライアルを実施しました。28時間の連続勤務時間制限に該当するパターンである宿日直許可のない宿直がある診療科の特例水準医師を対象に、実際に前日午前8時から出勤した場合、当直明け12時までに業務を終了できるのか、どの程度代償休息が発生する可能性があるのか、といった点を主に確認していくこととなりました。

1つ目の診療科においては、科内で宿日直許可のない宿直者は12時までに帰宅することを周知し、日中への引き継ぎを早めることや業務調整が行えたため、連続勤務時間制限への対応が可能という結果になりました。労務管理責任者のリーダーシップ、また医師本人も自分の勤務予定を意識することにより、行動変容がみられた例と言えます。

2つ目の診療科については、当直明けの帰宅が難しい場合が何日もあり、連続勤務時間制限を超えることによる代償休息が発生するケースがみられました。トライアル実施当時、代償休息の付与に関するルールについて検討している段階であったため、今後どういう形で付与することが可能なのか、システムの

どのように対応するのか、といった点を明確にしなければならないという課題があがりました。

既に上限規制は開始されているため、すでに実施されていることになるかと思いますが、まだ整備が必要と考える医療機関もあるかと思うので、実態の把握として評価も含め、トライアル的に関わることで課題のある診療科とのコミュニケーションを取るきっかけとされてもよいと考えています。

3 追加的健康確保措置への対応

特例水準医師の連続勤務時間制限、勤務間インターバルについては、まず予定段階で超過していないか、確保可能かといった確認が必要となり、そもそも予定が組めない状況での診療科運営は難しくなってくるため、業務量の見直し、人員体制、病院内のフォロー体制などを根本的に検討していく必要があると考えます。

一方、代償休息については、予定通りに働けなかった際の事後措置であり、ルールの設定と確実な運用の実施が必要です。大学病院調査研究報告書でも、令和4（2022）年時点ではほぼすべての大学で検討中および定めていない、と回答されており、具体的にイメージできていなかったといえます。

（１）代償休息の考え方

厚生労働省からも解説やFAQなどで説明がされており、基本的には代償休息の付与は、できるだけ早い時期に所定労働時間中における時間休の取得や勤務間インターバルの延長を原則に行われることが想定されています（図４）。また、予定されたインターバルが9時間以上であった場合、その間に代償休息の対象となる労働が発生した際はその後の休息时间部分を充当することが可能（図５）とされており、さらに医師の健康確保の観点から積極的に推奨はされていませんが、インターバルがどうしても取れない場合には、所定労働時間外の休日に代償休息を充てることも可能です。

（図４：所定時間内に代償休息を付与する例）

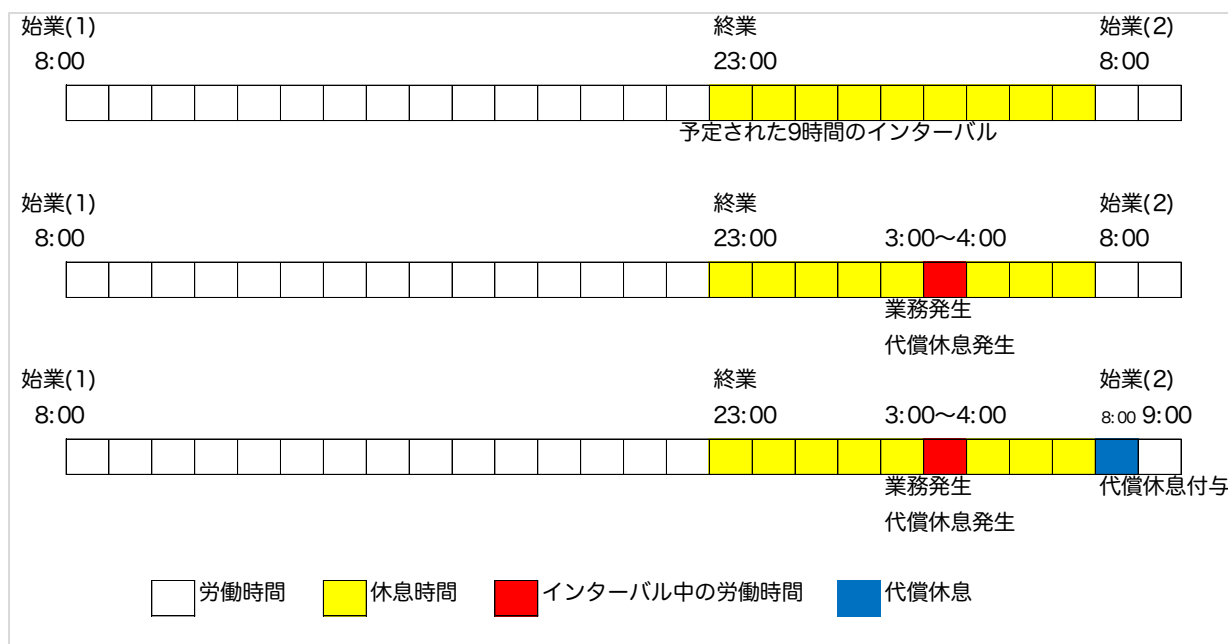
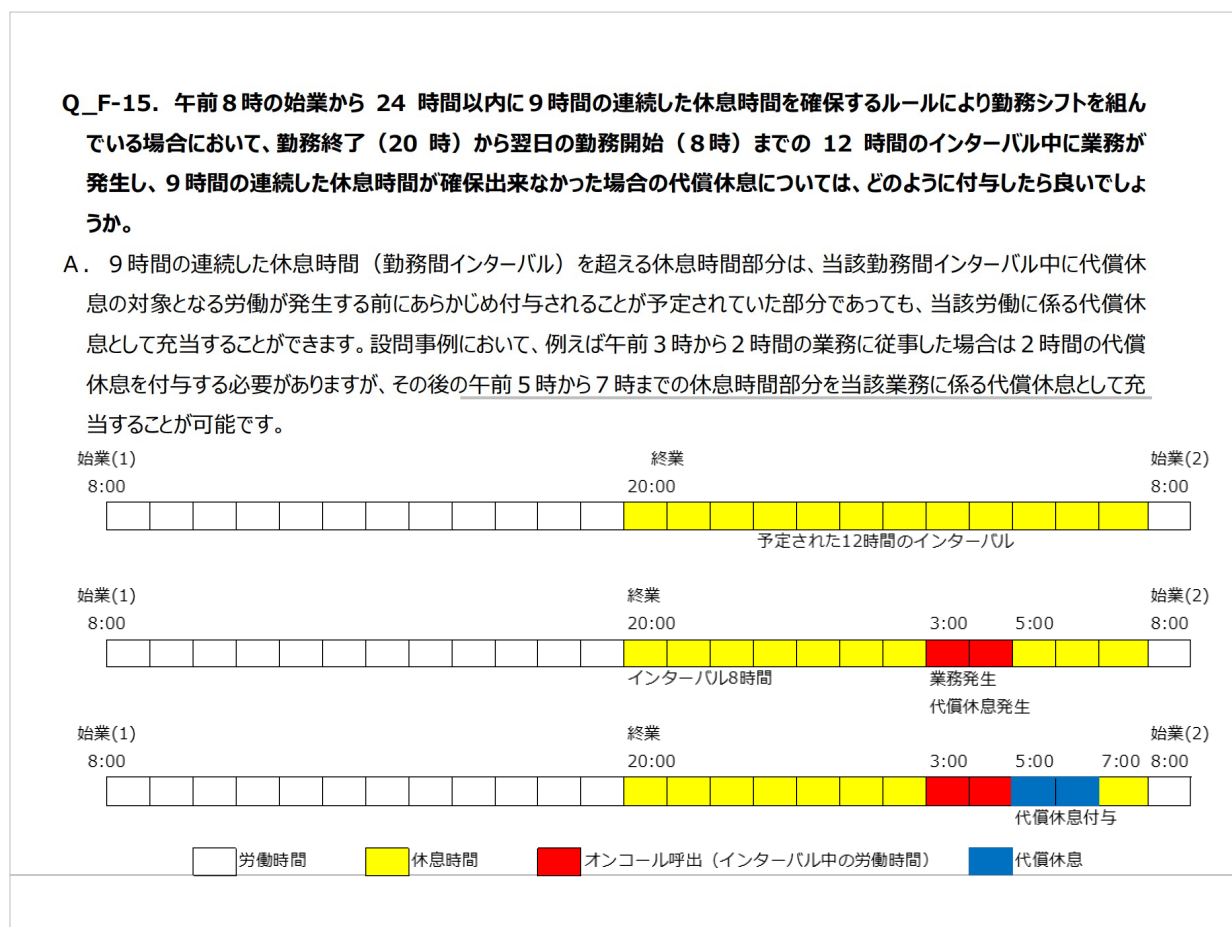


図5：医師の働き方改革に関するFAQ（2023年6月7日ver.厚生労働省）より抜粋、説明図を作成

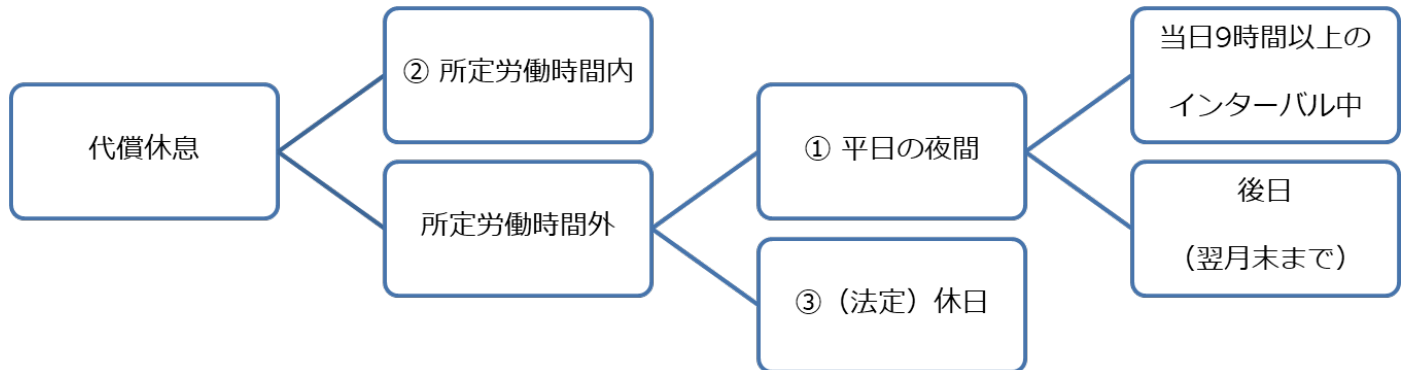


（２）ルール設定と運用

代償休息の取扱いについては、労使間で話し合いを行い、院内でルールを明確化しておくことが望ましい、とされており、付与方法については法的な部分を踏まえた上で、ルールを設定し、それを運用することまでがセットで求められています。基本的には医師がどのパターンで休息をとるのかを選択できる形が望ましいと思いますが、勤怠管理システムとの連動も考え、優先順位を設け、複雑にならないフローで実施されることがよいと思います。

A大学病院では、代償休息確保の優先順位として、以下の図6に記載した①、②、③の順がよいのではないかと考えます。①の平日の夜間は、勤務間インターバルが確保9時間以上のインターバルが予定されている時間帯に発生した労働については、休息部分を代償休息として充当可能であり、インターバル中に消化したとすることを基本方針とするのがわかりやすいと考えています。

（図6：代償休息付与の優先順位の例）



実際のA大学病院での設定と運用については以下になります。

- ① 勤務間インターバルが確保できなかった場合は、「勤務間インターバル及び代償休息に関する規程」により、不足時間分の代償休息を翌月末までの早期に付与する。
- ② 把握方法は、Dr.JOY®「アラート管理」⇒「連続勤務 | 勤務間インターバル」より、B、連携B水準適用医師が一覧化されており、代償休息付与の必要時間数が表示され、履歴ボタンで「代償休息履歴画面」で履歴が確認できる。また、当該月末、翌月1週間前にアラートメールが送られる。（医師本人、診療科長、労務管理責任者（診療科）、総務課）
- ③ 総務課は、速やかに労務管理責任者に、確保するよう依頼する。
- ④ 労務管理責任者（診療科）は、当該医師に勤務時間外の勤務間インターバル幅の延長（無給）によりあらかじめ確保するものとする。なお、業務上やむを得ない場合は、本人の希望により勤務時間内の年次有給休暇（有給）、勤務時間外の休日（無給）、事前に勤務シフトに組み込むことによって確保されることを妨げないものとする。
- ⑤ 代償休息等は、30分単位で確保するものとする。
- ⑥ 医局秘書は、Dr.JOY®「勤務予定」に代償休息日時を登録する。（設定後に、Dr.JOY®「代償休息管理」から、代償休息必要時間数が削除される。）

（3）Dr.JOY勤怠システム上の留意事項

令和7（2025）年3月現在、勤務間インターバルについては、9時間連続で取得できない場合には代償休息が発生する仕様となっています。9時間以上のインターバルを予定していて、そのなかで確保できるケースであっても現在のDr.JOY®システムにおいては、代償休息が必要とみなされます。

また、翌月末までの消化についても、代償休息が残っていないかは人事部門での最終確認も必要となるでしょう。システムと連動できる状況が望ましいですが、うまく軌道に乗るまでは確認の起点を決め、実施できているかは全体的に確認しながら実施していきたいところです。

（４）医療法第25条第１項に基づく立入検査の実施について

令和６（２０２４）年度に、すでに立入検査があった医療機関もあるかと思いますが、医師の働き方改革関係の医療法の施行により、図７の項目について、確認されることとなっています。追加的健康確保措置についての適切な実施については継続的な実施管理体制の構築が求められます。

図７：「厚生労働省」医師の働き方改革にかかる医療法第25条第１項に基づく立入検査について（医療機関向け）スライドより抜粋

立入検査項目		
医師の働き方改革関係の医療法の施行に伴い、令和６年度以降、医療法第25条第1項に基づく立入検査において新たに確認が必要な検査項目があります。		
項 目	概 要	対 象
1. 面接指導の実施 （法第108条第１項）	時間外・休日労働が月100時間以上となることが見込まれる医師（面接指導対象医師）に対して、医療法上の面接指導が実施されていることを確認。	全医療機関
2. 就業上の措置 （時間外・休日労働月100時間以上見込み） （法第108条第５項）	面接指導対象医師に対する面接指導実施後、必要に応じて、労働時間の短縮、宿直の回数の減少その他の適切な措置（就業上の措置）を講じていることを確認。	
3. 就業上の措置 （時間外・休日労働月155時間超） （法第108条第６項）	時間外・休日労働が月155時間超となった医師について、労働時間の短縮のために必要な措置を講じていることを確認。	
4. 勤務間インターバル・代償休息 （法第123条第１項及び第２項）	特定労務管理対象機関に勤務する特例水準の業務に従事する医師（特定対象医師）に対し、勤務間インターバルや代償休息が確保されていることを確認	特定労務管理対象機関

※特定労務管理対象機関：都道府県知事が、病院又は診療所であって、医師をやむを得ず長時間従事させる必要がある業務があると認められるものを、指定した特定地域医療提供機関、連携型特定地域医療提供機関、技能向上集中研修機関及び特定高度技能研修機関の総称。

図表8：「一般社団法人 全国医学部長病院長会議」
大学病院における医師の働き方に関する調査研究報告書より調査結果集計 抜粋

Ⅲ. 調査結果集計

A. 病院調査結果

Ⅲ. 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究 医師の働き方改革に関するアンケート調査

【調査対象】 会員81大学(国立42大学、公立8大学、私立31大学)

【調査期間】 2022年7月11日～2022年8月31日

2022年11月17日～2022年12月23日(追加調査)

【回答状況】 回答数:81大学

【回答状況】 回答数:81大学

1. 医師の働き方改革への取組状況について

1) 医師の勤務実態の現状把握について

(1) 滞在時間(大学に出勤している時間)の把握状況

	回答病院数	81	病院
① できている	76	(93.8%)	
② できていない	5	(6.2%)	

「できている」を選んだ場合、全医師のうち把握している医師の割合

	回答病院数	76	病院
① 100%把握できている	21	(27.6%)	
② 75%以上100%未満	41	(53.9%)	
③ 50%以上75%未満	12	(15.8%)	
④ 25%以上50%未満	2	(2.6%)	

(2) 医師の労働時間の把握状況

① 自院の労働時間について

	回答病院数	81病院
① 把握できている	76	(93.8%)
② 準備中(試行、作業中も含む)	4	(4.9%)
③ 把握できていない(検討中も含む)	1	(1.3%)

② 兼業・副業先の労働時間について

	回答病院数	81病院
① 把握できている	51	(63.0%)
② 準備中(試行、作業中も含む)	27	(33.3%)
③ 把握できていない(検討中も含む)	3	(3.7%)

2) 医師の勤務管理のためのシステムの導入状況について

① 勤務管理システムの導入状況

	回答病院数	81	病院
① 既に導入し、稼働中である	43	(53.1%)	
② 導入し、稼働に向けて試行中である	9	(11.1%)	
③ 導入予定システムを決めて、院内の調整中である	7	(8.6%)	
④ 管理システムの導入について検討中である	10	(12.3%)	
⑤ 現稼働システムを今回の医師の働き方改革に向けて改修中である	9	(11.1%)	
⑥ 厚労省作成中の管理システムの提供待ちである	2	(2.5%)	
⑦ その他	1	(1.2%)	

②導入しているあるいは導入予定の勤務管理システム

勤務管理システム名	回答病院数	81	病院
①Dr. JOY勤怠管理システム	23	(28.4%)	
②TimePro-VG	7	(8.6%)	
③(株)ブルーリンクシステムズ社の就業管理システム	3	(3.7%)	
④COMPANY就労	3	(3.7%)	
⑤その他	31	(38.3%)	
⑥未回答	14	(17.3%)	

3) 自院の宿日直許可の取得状況について

(1) 希望する宿日直個所の宿日直許可の取得状況

宿日直箇所が1箇所以上ある病院数	81	病院
①希望する箇所の宿日直許可は得られている	54	(66.7%)
②希望する箇所の宿日直許可は得られていない	27	(33.3%)

4) 兼業・副業先の宿日直および夜勤の把握状況について

(1) 兼業・副業先の宿日直および夜勤の把握状況

	回答病院数	81	病院
① 本人の自己申告により、把握している	57	(70.4%)	
② 兼業・副業先からの連絡により、把握している	2	(2.5%)	
③ 上記1と2の両方の方法により、把握している	8	(9.9%)	
④ その他の方法により、把握している	4	(4.9%)	
⑤ 把握していない	10	(12.3%)	

(2) 兼業・副業先の宿日直許可の取得状況の把握状況

	回答病院数	81	病院
① 把握できている	45	(55.6%)	
② 把握できていない	36	(44.4%)	

「1 把握できている」を選んだ場合、宿日直許可を取得している病院数

回答校:42病院	取得状況を確認した病院数	うち、取得していた病院数	確認病院の取得率
	4,414	1,666	37.70%

(3) 宿日直許可を取得していない兼業・副業先への派遣についての検討状況(複数回答)

	回答病院数:81病院
① 派遣について特に変更する予定はない	19 (23.5%)
② 派遣先は宿日直許可を取得している病院とすることなどを検討している	14 (17.3%)
③ 兼業先で夜勤した翌日に自院でのインターバルを取れるよう勤務体制の見直しを検討している	17 (21.0%)
④ その他	26 (32.1%)
⑤ 検討していない	20 (24.7%)

5) 面接指導の対象者に対する面接指導実施体制の整備状況について

	回答病院数	80病院
① 面接指導対象医師が月単位で把握できる仕組みが出来ている	14	(17.5%)
② 対象医師への面接指導の案内や連絡が確実に取れる体制が出来ている	5	(6.3%)
③ 対象医師本人に加えて、所属長及びシフト管理者にも面接実施の連絡体制が出来ている	7	(8.8%)
④ 対象医師に面接指導が実施され、病院長等の管理者に報告される体制が出来ている	14	(17.5%)
⑤ 就業上の措置が必要となった場合、該当医師の所属長とシフト管理者に対し、管理者、労務管理責任者又は委任された者や部署より通知する体制が出来ている	10	(12.5%)
⑥ 就業上の措置が必要となった場合、該当医師の勤務調整を事務部門、所属長又はシフト管理者が実施できる体制となっている	3	(3.8%)
⑦ 面接指導実施体制の検討中である	25	(31.3%)
⑧ 面接指導実施体制は出来ていない	2	(2.5%)

6) 医師の勤務計画(宿日直、勤務間インターバル等)に関する検討状況について

	回答病院数	81病院
① 医師の勤務計画はすでに策定して稼働している	5	(6.2%)
② 医師の勤務計画はすでに作成し、稼働に向けた準備段階にある	7	(8.6%)
③ 検討はしているが、具体的には動いていない	58	(71.6%)
④ 厚労省等の具体的な情報提供を待っている状態	7	(8.6%)
⑤ 具体的な検討は行っていない	4	(4.9%)

7) 代償休息の付与に関するルールについて

	回答病院数	81病院
① 定めている	3	(3.7%)
② 現在、執行部等で検討中である	35	(43.2%)
③ 定めていない	43	(53.1%)

8) 医師労働時間短縮計画の進捗状況について

	回答病院数	81 病院
① 既に作成済み	8	(9.9%)
② 令和4年12月末	3	(3.7%)
③ 令和5年3月末	35	(43.2%)
④ 令和5年6月末	27	(33.3%)
⑤ 令和5年9月末	4	(4.9%)
⑥ 令和5年10月以降	1	(1.2%)
⑦ 未定・わからない	3	(3.7%)

9) 特例水準対象医療機関の指定申請予定時期について

	回答病院数	81 病院
① すでに申請済み	0	(0.0%)
② 令和4年12月末	1	(1.2%)
③ 令和5年3月末	15	(18.5%)
④ 令和5年6月末	20	(24.7%)
⑤ 令和5年9月末	21	(25.9%)
⑥ 令和5年10月以降	19	(23.5%)
⑦ 未定・わからない	5	(6.2%)

第 2 章

医師の働き方改革を 進めるための 病院全体での取組

第1節 医師の意識改革へのアプローチ

医師はこれまで、自己犠牲的に長時間の勤務を行い、診療、研究、教育もすべてを行ってきました。先輩医師からも徒弟制度のような形で、そのやり方をそのまま教わることで業務が成り立ってきたといえます。しかし今回の働き方改革では、今までのやり方では立ち行かず、まずは医師自身に働き方改革の目的と意義を理解してもらうことが最重要事項といえます。

1 意識改革の重要性

医師が、患者への責任と誠実さをもって業務にあたることはもちろん重要です。今までは長時間患者に寄り添い、勤務している医師が患者や他の医療職からも信頼を得ることが多かったように思います。しかし、今後は長時間労働ではない方法で信頼を得ながら医療の質を担保していかなければなりません。もちろんその医師や診療科にしかできない部分があるのは承知していますが、医師自身も「自分しかできない」「絶対自分でやらなければいけない」という意識を変えていく必要があります。必要なときに適切な指示やコミュニケーションを行うことにより、自診療科内、他の診療科や他職種と連携しながら、自分以外の人もある程度までは任せられるような体制を構築していくことが求められます。

2 診療体制の検討と患者への周知

大学病院は多くの場合、専門的であり、高度な医療を提供することになります。内科、外科に限らず、複雑な症例も多くなり、治療方針の検討などもより慎重に行われていることと思います。今回の働き方改革を進めていく上で、まずは診療体制の検討は必須となります。今までは1人の主治医が責任をもって患者を診る主治医制を採用している病院が多かったですが、チーム制や複数主治医制へ体制を変更する診療科もありました。また、夜間・休日は宿日直として当番医を置いていることも多いと思います。しかしながら、チーム制となっても、また当番医がいる時間であっても、執刀医や担当医が術後当日の夜間に患者の様子が気になることから在院したり、休日に容態確認のために来院したり、といったこともいまだに日常的に行われているようです。患者が気になるという気持ちもわかりますし、今までの習慣を変えることに抵抗があることも理解はできますが、業務を一人で抱え込まない体制を作るためのチーム制であったり、休日を確保するための当番制であるといえます。病院からも患者への説明として、当番医への理解や病状説明を平日の時間内に行うといった点を盛り込んだ掲示をし、医師にも患者へそのように説明してよいことや医師自身にも理解してもらうように周知を進めています。また情報共有などについては、滞りなく進められるように、情報をカルテにオンタイムで記載することやクリニカルパスの使用により診療方針の標準化を図っていくことも必要です。



患者さんへのご説明や相談対応などは 平日の下記時間内で

病状や手術・治療のご説明やご相談は、原則として、
平日9時00分～16時45分に行います。



土日・祝日・夜間は主治医ではなく 当番医が担当します

土日・祝日・夜間は、当直・当番医が主治医に変わって対応します。
主治医と連携しながら適切な診療を行いますので、ご安心ください。

図9：A大学病院における患者向け説明掲示物より抜粋

3 医師への働き方改革への理解促進のための実施内容

働き方改革を進める上では、まず医師個人に自身の働き方について知ってもらうこと、今後どういった働き方をすることが求められるのかについて、理解してもらうことが重要となるため、A大学病院では情報発信を都度行ってきました。身近なものでは「働き方だより」と題し、医師の働き方改革への取組みに特化した刊行物を隔日で発行し、所属医局への配布、食堂の各テーブルに貼付したりしました。

また、労務管理に関する法律や原理原則と自院におけるルールがどのようになっているか、令和6（2024）年4月から特例水準の医師においては、追加的健康確保措置が義務となるため、その際にどう変化するのか、についても医師へ理解しやすい形での研修も行いました。

今後も労務関連の法規制や政策動向、医師の働き方改革の最新情報については、定期的な情報発信や講義・研修等によるキャッチアップの機会を提供し、医師がいつでも確認が可能であり、継続的に理解を促す機会を設けていく必要もあると考えられます。

第2節 会議体の実施方法の見直しと再検討

病院内の業務改善や整理を行う際に、いわゆる間接的な業務である会議や委員会、カンファレンスの実施の仕方を見直すことは、患者診療に関わる業務よりも本来は実施しやすいと考えられますが、大学病院では、治療方針の決定や教育的な側面からカンファレンスや回診が頻繁に開催されていて、それが慣習となっている場合もあると思います。

働き方改革をきっかけに、これらの実施方法の見直しを行うことで、目的の再確認、効果的な実施方法を再構築する機会としていただきたいと思います。

1 診療科への調査の実施

働き方改革について、大学病院の診療科医師にヒアリングを実施すると、多くの若手医師から必ずといっていいほど、「時間外のカンファレンスが多すぎる」「1日に複数回、回診を行っており多すぎる」「時間外・休日の回診の方法を見直すべきである」という意見が出てきます。また、COVID-19対応でオンラインでの実施環境ができ、オンライン参加も可能となっていましたが、対面での実施へ戻っているといった意見もありました。今回の働き方改革では、勤務時間や当番の時以外はきちんと休息をとり、当直明けは帰宅して病院へ滞在しないといった物理的な制限が生じます。

大学病院は診療科の横のつながりが少し薄い風潮がありますので、他診療科でうまくいっている取組みを長時間勤務になりやすい診療科を中心に、広げていくことも重要と考え、A大学病院ではカンファレンス、回診に関する調査を行いました。調査項目は以下とし、オンラインで回答を依頼しました。

令和6（2024）年度、さらにB大学病院、C大学病院と2つの大学病院で、カンファレンスと回診について、調査を実施しました。

医師の働き方改革に関連する調査

2024年4月からの医師の時間外労働の上限規制が適応されます。医師の皆さんからいろいろと労働時間短縮についてのご意見をいただいています。病院としても無駄な業務や今までの慣習などで変わることができなかった部分について、効率化や業務改善を実施していきたいと考えています。診療科ごとの特性もありますが、病院としての方針も定めながら、進めていきたいと思っています。

今までに実施してきたアンケートなどで、チーム制の推進やカンファレンスの改善に余地があるといったご意見をいただきました。この調査では、現在の貴科の診療体制とカンファレンス、回診などの現状にご回答いただき、効率化・改善のきっかけとしたいと考えています。ご協力をお願いいたします。

回答者情報

1 診療科名（必須）

こちらに記入ください。

回答欄

2 回答者名（必須）

カンファレンスについて

3 現在の貴科のカンファレンスについて、頻度や所要時間の見直しは可能と考えていますか。（必須）

☐をクリックすると
☒が表示されます。

- ☐ 見直しが可能
☐ 見直しが難しい

4 貴科で実施しているカンファレンスの種類、頻度、時間、参加者を記載してください。（必須）

例）種類例：朝orタカンファ、手術カンファ・他職種カンファ等

参加者例：全医師、全医師ただし当直明けの医師を除く、病棟担当医のみ 等

こちらの表にご記入
ください。

種類	頻度	時間	参加者
例）朝カンファ	毎日	(時間内・時間外) 1時間	全医師
		(時間内・時間外)	
		(時間内・時間外)	
		(時間内・時間外)	
		(時間内・時間外)	
		(時間内・時間外)	

5 カンファレンスの実施方法（必須）

※大学の方針として、オンラインでの実施の場合はMicrosoft Teamsを利用することになっています。

- ☐ 対面のみ
☐ オンライン
☐ 対面とオンラインを併用

6 現在「対面」のみで実施している場合、今後オンラインでの実施を検討していますか。（必須）

- ☐ 検討している
☐ 検討していない

7 時間外労働時間削減のため、カンファレンスの実施に際して工夫していることなどがあればご教示ください。

こちらに記入ください。

回診について

8 現在の貴科の回診について、頻度や所要時間の見直しは可能と考えていますか。（必須）
☐ 見直しが可能
☐ 見直しが難しい

9 現在、診療科の医師全員で実施する回診がありますか。（必須）
☐ ある
☐ ない

10 貴科で平日に実施している回診の種類、頻度、時間、参加者について教えてください。（必須）
 例）種類例：総回診、処置回診、朝回診、夕回診 等
 例）参加者例：全医師、全医師ただし当直明けの医師を除く、病棟担当医〇名等

こちらの表にご記入ください。

種類	頻度	時間	参加者
例）処置回診	毎日	(時間内・時間外) 3時間	病棟医2名
		(時間内・時間外)	
		(時間内・時間外)	
		(時間内・時間外)	
		(時間内・時間外)	
		(時間内・時間外)	

11 夜間や休日に回診がありますか？（必須）
☐ ある
☐ ない

12 貴科で夜間・休日に実施している回診の種類、頻度、時間、参加者について教えてください。（必須）

こちらの表にご記入ください。

種類	いつ	時間	参加者
例）休日回診	朝	1時間	当直医同士の引継ぎで2名

図10：カンファレンス、回診に関する調査（実施サンプル）

2 効果的な方法の検討・実施

（1）カンファレンス調査結果

① A大学病院 令和5（2023）年9月実施

32診療科から回答があり、カンファレンスについては、見直し可能と答えたのは10診療科、難しいと答えたのは19診療科、3診療科は回答なしとなりました。

具体的なカンファレンス名として142の回答があり、開催時間については、以下のような回答が得られ、外科系診療科の時間外での開催が多くなっていることもわかりました。日中は手術・処置などがあり、時間外となってしまうことも理解されますが、可能であれば極力時間内での開催を検討してもらうように伝えています。また実施頻度、所要時間については、毎日実施されているものや1時間以上行われているものについて、検討の余地があると考え、まずは1時間以内で完結する形を検討できないかをフィードバックしています。

「今までは手術終了まで待って全員で症例検討を行っていたが、開始時間はずらさずに始めるようにした」診療科や「なるべく日勤の時間内に行うように変更した」といった意見もあり、実際の変化も徐々に見られてきています。

【カンファレンス開催時間帯】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

診療科	時間内開催	時間外開催	どちらとも いけない
内科系	45	11	3
外科系	27	46	6
その他	2	1	1

【カンファレンス所要時間】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

	30分まで	30分から1 時間まで	1時間以上 2時間まで	2時間以上	記載なし
カンファ レンス数	26	58	10	25	23

【カンファレンス実施頻度】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

	毎日 平日は毎日	週2～4回	週1回	隔週1回 月1回 2か月に1回	必要時・ 適宜
カンファ レンス数	20	14	76	29	3

② B大学病院 令和6（2024）年11月実施

24診療科から回答があり、カンファレンスについては、見直し可能と答えたのは13診療科、難しいと答えたのは10診療科、1診療科はどちらともいえない、という回答となっています。「難しい」と回答した診療科は、すでに取り組んでおり、これ以上は難しいといった回答である診療科もありました。

具体的なカンファレンス名として82の回答があり、時間帯、所要時間、頻度については、以下の結果を得ました。

【カンファレンス開催時間帯】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

診療科	時間内開催	時間外開催	両方にかかる	記載なし
内科系	19	16	4	3
外科系	7	10	3	9
その他	4	5	0	2

【カンファレンス所要時間】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

	30分まで	30分から1 時間まで	1時間以上 2時間まで	2時間以上	記載なし
--	-------	----------------	----------------	-------	------

カンファ レンス数	20	47	10	2	3
--------------	----	----	----	---	---

【カンファレンス実施頻度】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

	毎日 平日は毎日	週2～4回	週1回	隔週1回 月1回 年4回 等	必要時・ 適宜	記載なし
カンファ レンス数	5	5	55	14	1	2

③ C大学病院 令和6（2024）年11月実施

20診療科から回答があり、カンファレンスについては、見直し可能と答えたのは10診療科、難しいと答えたのは6診療科、4診療科は未回答でした。

具体的なカンファレンス名として69の回答があり、時間帯、所要時間、頻度については、以下の結果を得ました。

【カンファレンス開催時間帯】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

診療科	時間内開催	時間外開催	両方にかかる	記載なし
内科系	18	13	6	3
外科系	14	11	1	3

【カンファレンス所要時間】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

	30分まで	30分から1 時間まで	1時間以上 2時間まで	2時間以上	記載なし
カンファ レンス数	27	22	9	1	10

【カンファレンス実施頻度】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

	毎日 平日は毎日	週2～4回	週1回	隔週1回 月1回 年4回 等	必要時・ 適宜	記載なし
カンファ レンス数	2	6	59	2	0	0

令和5年度の調査でも確認された外科系診療科の時間外開催については、やはり同様の傾向はあると考えられます。カンファレンスの運営方法も見直す必要がありますが、回答には時間を固定せず、当日の業務の流れを見ながら流動的にコミュニケーションを取り、極力時間内で実施できるように努めてい

る、といった工夫もありました。また終了時間を意識し、無駄に長くならないように意識するといった回答もあり、医師のカンファレンス効率化に対する意識の変化も徐々にみられていると考えます。

また、令和6年度の調査において、B大学病院で当直明けに参加しなければならないカンファレンスの有無を調査したところ、10の診療科が「ある」と回答しました。同時に8の診療科が当直明けの医師や休みの医師が参加しなくてもよいようにすることは可能と回答しました。習慣化されているものについて、見直しの機会を作ることは今一度客観的に確認するチャンスとなり、改善が進みやすくなると考えられます。

（２）回診調査結果

① A大学病院 令和5（2023）年9月実施

回診に関しては、見直しが可能と答えたのは7診療科、難しいと答えたのは25診療科でした。また、12診療科が医師全員で実施する回診があると回答しました。回診の時間としては、時間外開催が2診療科、頻度については、ほぼ同じメンバーで1日のうちに朝・夕の2回開催していると回答した診療科が7つありました。

また回診の種類もいくつかあり、名称も診療科によって異なるケースがあります。目的と必要な人員、カンファレンスとの機能の明確化をまず行うことで整理可能な部分があるのではないかと考えられる点と、所要時間が長いものについて、まずは短縮することを検討するようにフィードバックを実施しました。情報の共有や連携といった部分をうまく補うことが可能であるということが理解されれば、改善につながっていくとも考えられます。総回診等の改善については、教授や診療科長といった診療科をまとめる立場の方々の意識改革も重要なポイントといえるため、病院からのメッセージとして検討の依頼をする必要もあるかもしれません。

【回診の種類と時間 毎日1回】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

	30分まで	30分から 1時間まで	1時間以上	記載なし	計
処置回診 朝or夕回診 病棟回診	4	9	6	3	22

【回診の種類と時間 週1回】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

	30分まで	30分から 1時間まで	2時間以上	記載なし	計
総回診 教授回診 科長回診	3	3	2	3	11

② B大学病院 令和6（2024）年11月実施

回診の見直しが可能と答えたのは18診療科、難しいと答えたのは6診療科でした。また、8診療科が医師全員で実施する回診があると回答しました。回診の時間としては、時間外開催が2つであり、頻度につ

いて、ほぼ同じメンバーで1日のうちに朝・夕の2回開催している診療科はありませんでした。毎日実施する回診についても1時間以上の内容はなく、週2・3回の短時間の回診を重ねている点も特徴的ですが、回診においてはかなり効率的に実施されているといえるでしょう。

【回診の種類と時間 毎日1回】

	30分まで	30分から 1時間まで	1時間以上	記載なし	計
朝or夕回診 病棟回診	4	3	0	0	7

【回診の種類と時間 週2・3回】

	30分まで	30分から 1時間まで	1時間以上	記載なし	計
総回診 教授回診 術前後回診	7	1	0	0	8

【回診の種類と時間 週1回】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

	30分まで	30分から 1時間まで	1時間以上	2時間以上	計
総回診 教授回診	7	3	5	0	13

③ C大学病院 令和6（2024）年11月実施

回診の見直しが可能と答えたのは8診療科、難しいと答えたのは7診療科でした。また、8診療科が医師全員で実施する回診があると回答しました。回診の時間としては、時間外開催が4つであり、頻度について、7診療科でほぼ同じメンバーで1日のうちに朝・夕の2回開催していました。同日の朝・夕の開催はまず見直しを実施すべきであると考えています。また週1回の総回診・教授回診についても、2時間以上が3つとなっており、情報共有方法の見直しについて検討の余地があると考えられます。

【回診の種類と時間 毎日1回】

	30分まで	30分から 1時間まで	1時間以上	記載なし	計
朝or夕回診 病棟回診	11	8	1	1	21

【回診の種類と時間 週2～4回】

週2～4回	30分まで	30分から 1時間まで	1時間以上	記載なし	計
-------	-------	----------------	-------	------	---

総回診 教授回診 術前後回診	3	1	0	1	5
----------------------	---	---	---	---	---

【回診の種類と時間 週1回】 ※赤塗が検討の余地があると考えられるもの

週1回	30分まで	30分から 1時間まで	1時間以上	2時間以上	計
総回診 教授回診	3	3	1	3	10

（３）改善事例

外科系診療科において、平日朝に手術前に対面でカンファレンスを実施していましたが、オンラインで開催することにより、それぞれ自身のその日の業務に移りやすい場所から参加することができ、移動の時間などがなくなり、業務がしやすくなったとのことでした。

また、別の外科系診療科においては、土日に担当の患者の状態確認のために出勤し、休日回診に参加することがありましたが、web上で状態把握ができるように仕組みを作り、休日出勤を減少させることができました。カンファレンス、会議などはオンラインでの開催が可能になり、移動等の時間の減少など、かなり便利になりました。診療に関する内容については、電子カルテの院外からの閲覧等、いまだにハードルが高いとされ、整備ができていない病院が多いですが、来院せずとも状況が把握できる環境を作っていくことは医師の働き方に関しては確実にメリットがあると考えられ、整備が求められていくと考えられます。

今回はカンファレンス、回診の改善を進めましたが、医療機関では委員会やワーキンググループといった会議体も多く、プロジェクトを進める際にも増えていきがちです。委員会を見直す場合、特に長時間労働の医師の参加については、個数をあらかじめ決めておく、等のわかりやすい基準を設けることも一案と考えます。

第3節 医師確保のための取組

働き方改革の推進については、地域医療構想の実現、医師偏在対策の「三位一体」で進めていくことが掲げられています。働き方改革は法整備により、開始時期が令和6（2024）年4月と明確に定められたことから、各医療機関での対応が進められてきました。

労働時間の短縮は医師個人の意識改革や時間管理の徹底、タスク・シフト/シェア等で変化がみられる部分も多くありますが、現在でも人員が確保できていないと考えられる診療科においては、医師確保が喫緊の課題となります。

1 政策的課題と自院の課題

医師偏在の解消に向けては、都道府県が策定する医師確保計画により目標医師数やそれを達成するための施策が提示されています。大学病院は、①医師等の育成のための教育機関、②新しい医療技術の研究・開発を行う研究機関、③高度の医療を提供する地域の中核的医療機関として、役割を果たすことが求められていますが、地域、医療圏の特性や近隣の医療機関の行っている診療などにより、①～③については、どのようなバランスをとるかは各大学病院で異なってくるでしょう。また医局機能として、連携病院への医師の派遣も重要な要素となってきます。働き方改革対応において、やはり人員確保でしか改善がみられないと考えられるケースもあり、そのためには柔軟な雇用形態の活用、地域医療を担う若手医師の採用・教育、県内・医療圏単位における医療機能の集約、といった点を検討する必要があります。

2 報酬面を考慮した雇用の内製化の実施

今回の法規制においては時間外・休日労働時間に制限がかかるため、特定の医師への負荷で成り立っていた診療体制については不足する労働力を補う必要があります。それを大学病院所属の医師間で補えばよいですが、難しいケースもあると思います。A大学病院では報酬面を交渉・整備することで大学院生となっている医師の労働力を確保しました。

大学病院の医師の給与は民間病院等と比較して低めであり、今も副業・兼業（アルバイト）で生計を立てている医師が多いことは事実です。医師の働き方改革においては、医師派遣体制の縮小の懸念もされていますが、実際には医局員の収入面の担保としての副業・兼業先の提供の意味もあり、大学病院の医師も副業・兼業先医療機関での勤務がなくなると、生活に困る現状があることは否めません。

A大学病院の大学院生は現在、収入確保のため外部の医療機関へ副業・兼業（アルバイト）に行っていますが、大学病院でアルバイトをしても外部でもらえる金額より低いため、現状の報酬額では大学病院で働くことは難しいとのことでした。報酬面の希望が叶わないことだけで大学病院内に必要な労働力が外部へ流れていることはもったいないと考えられたため、大学病院内の規定の変更による報酬額の見直しを実施し、病院幹部層の承認を得ることにより、報酬の増額、雇用の内製化の実施に至りました。

個別の診療科の医師を特別に扱う、といったことを医療機関はあまり好まない傾向がありますが、診療科ごとの特性等も踏まえ、柔軟な対応も特に必要であることは働き方改革を進める上でも重要な視点になります。

3 専攻医の採用の強化

(1) リクルート活動の現状

大学病院において、専攻医のリクルート活動は各診療科に任されている現状がありました。しかし、診療科によっては多忙であり、そういった活動に十分な時間を割けられないという状況があることも今回ヒアリング等から判明しました。近年は多くの情報に触れる機会があり、医師の働き方の多様性や選択肢も増えています。「給与が低く、労働条件的にも過酷である」といったイメージにより、大学病院への就職が敬遠されているのではないかと、という意見も上級医からは発せられ、地方自治体内においても実際に医師が集まっているのは働きやすい医療機関が人気を得ているとのことでした。地方自治体での偏在については、医療機能の集約、再編などが中長期的には必要となりますが、現時点で大学病院が実施すべき点は、働きやすい環境を整え、持続可能な方法で人材を確保するためのアクションを行うことです。「今年は入局者がいなかった」という状況では、在籍している医師の働き方もなかなか改善につながっていきません。

参考に、令和5（2023）年12月19日の千葉県医療審議会地域医療対策部会の資料（[11siry01-2.pdf \(chiba.lg.jp\)](#)）において、現在千葉県では臨床研修を開始する医師の数は増加傾向にあり、県内の医師確保の観点からも適切な定員を設定し管理していく方針としていますが、臨床研修修了者数よりも専攻医採用数が少ない点について懸念が示されており、県内で専攻医を確保していくことが重要と記載されています。

(2) 専攻医確保に向けた新たな取組

働き方改革を進め、専攻医に関する課題を整理していくと、病院全体として取り組むべき内容が明らかになりました。専攻医のプログラムや毎年の採用数・人員数などの把握などは部門として管理していく必要があること、広報活動も診療科のみに任せるのではなく、組織的にフォローしていくこと、県との連携に関しても組織的に関わり情報の整理をすること、それらの整備のためにまずワーキンググループを設置し、今後の体制も含め、検討していくこととなりました。

また、現状、専攻医の雇用期間を「任期を1年」としていることもあり、研修プログラムにおける十分な経験を積むことができる十分な期間であるかどうかも含めた検討や、それに引き続く雇用条件の見直しが必要と考え、整理をしています。

4 地域医療構想の検討

この節の冒頭にも記載しましたが、医師の地域偏在・診療科偏在を解消するためには地域医療構想を

進めることも必要であり、現場の医師も、医療機関の機能分化・連携や、医療機能の集約について意見を持っています。大学病院内で人員不足である一方で、地域の医療機関への派遣も続けなくてはならず、医局員の引き上げも難しい点、また給与面で大学病院所属の医師も副業・兼業として勤務を行わなくてはならない点など、大学病院を取り巻く多くの課題が存在しています。

医師の雇用の流動性、医療機関の統合等の議論については、地域の特性もおおいにあると思いますが、都道府県を中心に大学病院も医師派遣をする側として、主体的に医療機能について検討する場に参画し、音頭をとる必要があるように思います。

第 3 章

診療科による 具体的な労働時間短縮の 取組報告

第1節 心臓血管外科の取組

心臓血管外科は診療科の特性上、緊急度が高い疾患に対応する必要があり、長時間の手術も多いです。また、心臓血管外科の専門医が少ない現状（心臓血管外科専門医認定機構による専門医数：2025年3月現在2,578名）であり、マンパワー不足は否定できず、長時間労働になりやすい傾向があります。よって、心臓血管外科医師の労働時間短縮については、どの大学病院においてもある程度は共通した課題と対応があると考えます。

1 術後管理のタスク・シフト/シェアに向けた取組

（1）院内における実施目的と効果の認識合わせ

長時間にわたる手術があり、またその翌日も勤務や手術が予定されている場合、外科医にとっては、手術当日の術後管理の業務を分担できることは労働時間が短縮する大きな要素となります。高度な外科手術後は集中治療室での管理となる場合も多く、クローズドICU（専任の集中治療医を中心にして、他科連携・多職種連携による集学的治療を行うタイプの集中治療室）を期待する声が外科医へのヒアリングにおいては多く出ています。日本胸部外科学会からの要望としても提示されており、外科医視点で働き方改革を進める中では有用と考えられています。

院内の医師間でのタスク・シフト/シェアを進めるにあたっては、その病院の集中治療医の数等も大きく関係すると思いますので、実施目的と効果の認識合わせがまず重要となってきます。想定されるパターンとしては、診療科としてはICU管理をお願いしたいが、ICU側が難しいと考える場合、またはその逆でICU側は実施してもよいと考えているが、診療科側がすべてをお任せすることに踏み切れない場合があると考えられます。完全なクローズドICUとする体制へは少し時間がかかるかもしれませんが、自院で持続可能と考えられる体制に少しずつでも近づけるように話し合いを行うこと、役割分担の適正化を図ることが有用です。

（2）実際の取組と現状の紹介

A大学病院では現在、クローズドICUとして術後管理を依頼する取組の実施中となりますが、進められてきた内容をご紹介します。まずきっかけとしては、「心臓血管外科のICU入室患者の術後管理を集中治療部の医師へ依頼できないか」ということを心臓血管外科医師から集中治療部の医師に依頼し、前向きに検討されることとなりました。実際の患者診療については、集中治療部の医師に心臓血管外科の医師の診療方針（考え方、基準など）を伝える機会（心臓血管外科のICU患者カンファレンスに参加してもらう、シャドーイング等）を設け、コミュニケーション、相互理解を図りました。心臓血管外科の術後管理は、心臓血管外科を学ぶ専攻医であっても実施できる内容のため、一定の経験、知識があれば診療の質の担保は問題ないと考えており、現在は複雑な症例の移行を目指しています。

令和6（2024）年度に入り、救急科の医師がICU内の心臓血管外科の医師の業務の7～8割程度がシフトされてきています。今までは術後夜間の採血結果の確認は心臓血管外科医が行っていましたが、救急科で実施される体制へ変更でき、宿直者の負担も軽減され、宿直中の休息もとれる状況となっています。

(3) クローズドICUの好事例

2019年4月よりクローズドICUの体制を開始しているB大学病院へ取り組みや移行する際のポイントについて伺いました。

(ア) 役割分担と体制づくりについて

ICUのクローズド化を進める前には、他診療科との連携に関する課題があり、特に、各診療科の責任範囲や役割の調整が重要なポイントとなりました。その課題を解決するために、エビデンスに基づいた情報提供・共有を軸に診療科間の相互理解を深めながら、プロトコルを作成していきました。各診療科で任せたい領域と譲れない領域があることも理解した上で、具体的には約1年をかけて、外科医から術後管理のレクチャーを受け、専門的な知識を深めたスタッフが週に1回のシフトで集中治療に関与し、信頼関係を築いたとのことでした。

外科医と集中治療医の役割を分けることにより、働き方改革への対応への効果はもちろん、術後管理において人工呼吸器の管理期間が短縮されたり、早期のリハビリテーションや栄養管理の標準化といった患者へのよい影響や医療安全面の向上といった効果も期待されました。

(イ) ICUで働く医師の勤務体制について

ICUのクローズド化には、ERや病棟との切り分けが必要であり、シフト編成において大きな人手が必要となります。A大学病院では平日夜勤にはICU担当者を2名、ER担当者を1名の体制を組むことで安定したICUのクローズ化を実施したとのことでした。救急科のみでは出産・育児休暇や病気による長期の離脱などにより、スタッフが不足してしまう現状があり、現在は病院の取り組みとして、循環器内科や心臓血管外科、脳神経外科、腎臓内科など、集中治療に関連する診療科からの3ヶ月から6ヶ月程度、集中治療研修を目的としたローテーションとして若手医師がICUへ出向する形をとっています。この取り組みにより、救急科医師、外科系医師の双方ともに知識や術後対応の専門性も向上するというメリットがあります。専門医が出向のメインとなりますので、相互の診療科の勤務形態や研修体制に無理のない範囲で実施しています。

例)

心臓血管外科A医師 4～6月、循環器内科医師 7～9月、心臓血管外科B医師 10～12月、脳神経外科医師 1～3月

(ウ) 診療科との患者情報の共有について

主科との情報共有については、以下の状況別で伺いました。

- ・ 入室時：手術帰室時や緊急入室時はベッドサイドでオーダーリングを確認しながら、麻酔科からの申し送りを含めて術後管理の目標値などを共有します。
- ・ 退室時：抜去するカテーテルや、維持する薬剤などをカンファレンスで確認します。退室延期が必要な場合やベッドコントロール上での転室が必要な際も、必ず予め確認を取って行います
- ・ カンファレンス：朝8:00と夕方16:00にICUカンファレンス（ICU内、モニター前で立位で実施）に各診療科担当医師が参加し、ICU側からのプレゼンテーションに追加する形でコメントや方針に関する意見を聴取し、方向性を決めます。その際に状況に応じて、上述の退室予定の延長や、

ベッド移動の可否についても確認します

(エ) 今後導入する医療機関へのアドバイス

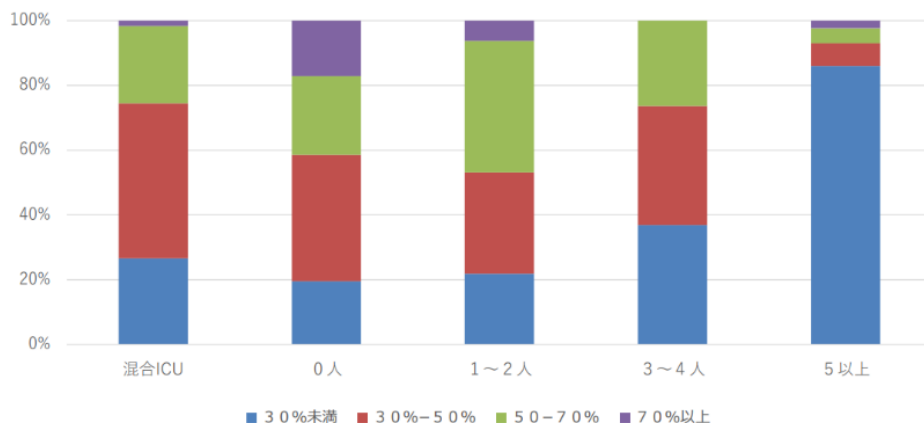
働き方に関していえば、時間外呼び出し回数の減少や、時間外勤務時間の減少、結果として体力的に相互の負担が減るといったwin/winの関係が構築される必要があり、どちらかへの負担が大きい場合にはなかなかうまく進まないと考えられます。お互いの得意分野を活かした役割分担と、密接な連携に加えて、夜勤後などみんなが休んでいる間に頑張ったスタッフへの労いやその診療を批判しないなどの思いやりも重要と伺いました。

さらには、病院としてのバックアップやローテーション勤務の選択肢（給与のインセンティブの導入）や救急・集中治療を専門とするスタッフの育成とリクルートも重要となってくると考えられています。

図11：令和4年8月29日「医師の働き方改革」に対する胸部外科関連4学会からの要望書より抜粋

Closed ICUの充実がもたらす心臓外科医の働き方改革

小児心臓外科医が術後管理にかける（勤務時間の）割合



PICU専従医数が5名以上の施設では、明らかに外科医の術後管理に関わるエフォートが減る

日本小児循環器学会 次世代小児心臓外科医育成のためのアンケート調査（2018年6月）

2 医師の労働時間削減における特定行為研修修了者の役割と取組

特定行為とは、診療の補助であり、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる38行為21区分を指します。その研修を修了した看護師は、手順書に基づき行為を行うことができ、タイムリーにケアを行うことが可能になるため、医師の業務負担の軽減にも資する取組であるとされています。

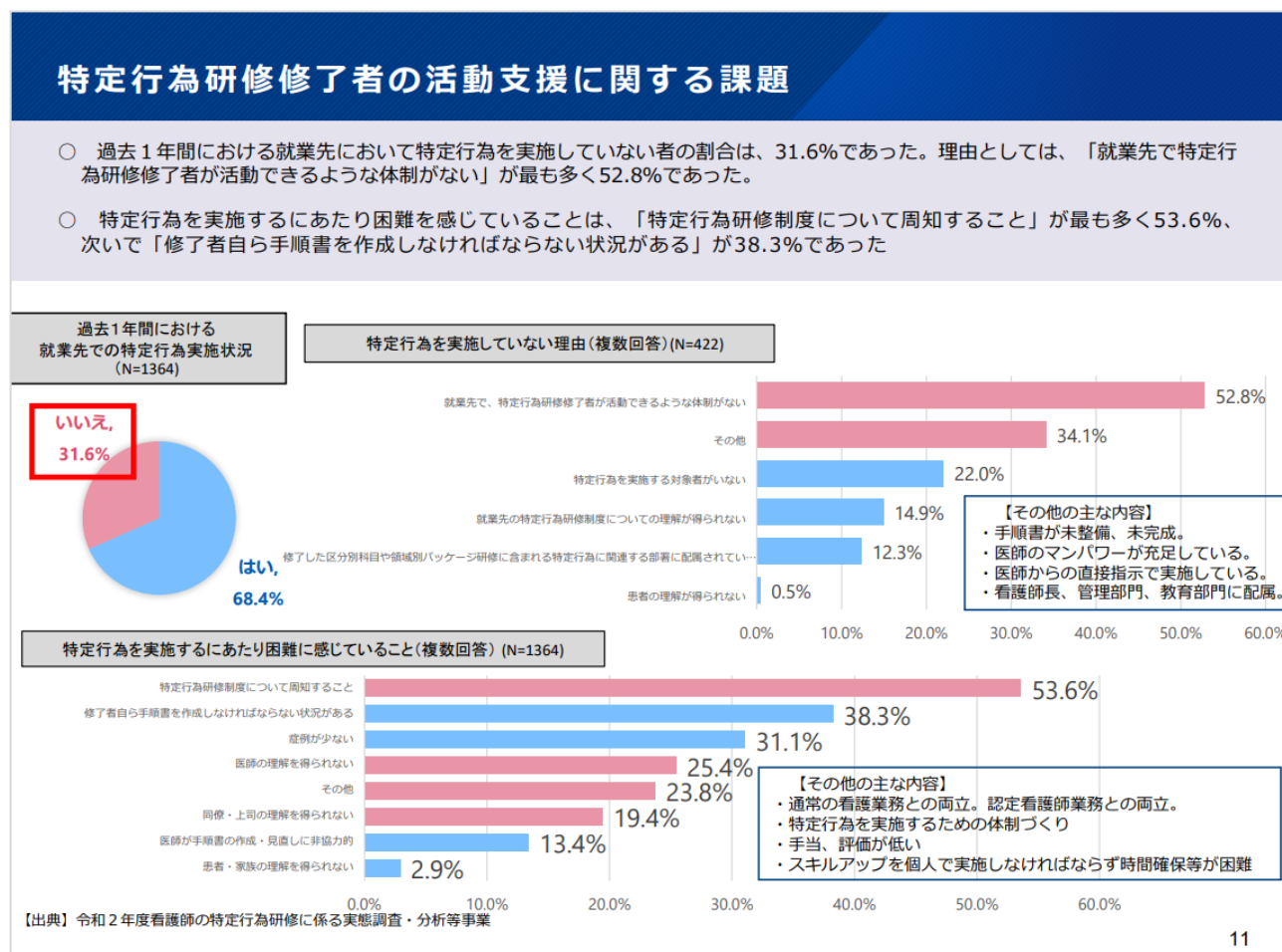
（1）特定行為実施に関する現状と課題

現在までに徐々に特定行為研修を修了した看護師も増えてきていますが、医師側からの意見、また修了者自身からもうまく活動ができていないという声が聞かれることも多いです。実際に厚生労働省や看護協会からも活動支援については課題として挙がっており、大学病院においても、うまく進んでいるところとそうでないところがあるのではないのでしょうか。

医師側としては、手術等の医師のみにしかできない業務に注力するためには、周術期管理を中心とした業務についてのタスクシフティングの期待が大きくなっています。2018年度に実施された「外科領域におけるタスクシフティングの実施状況と課題に関する研究」において、医師へアンケート調査を実施し、タスクシフト状況についての確認がされていますが、術後行為に該当する医療行為の症例（中心静脈カテーテルの抜去、創部ドレーンの抜去、橈骨動脈ラインの確保、気管カニューレの交換、心嚢ドレーン・腹腔ドレーン・胸腔ドレーンの抜去等）に対して、医師がほぼ実施しており、タスクシフト5%未満という結果が出ており、まだまだシフトの余地が大きいことが示され、術後管理に関する医療行為（特定行為を含む）については、多くの労働時間を手術の実施が占める外科医の労働時間短縮のために医師以外のメディカルスタッフへタスクシフトすることが望ましいと結論づけています。

図12：「厚生労働省」特定行為研修制度の現状と今後の方向性スライドより抜粋

https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/tokuteikenshu/tokutei_katsuyo/symposium/poi2022.pdf



11

(2) 特定行為研修修了看護師に期待する内容

今回、医師の労働時間短縮を進める上で、A大学病院において心臓血管外科の医師にヒアリングを行いました。特定行為研修修了看護師に期待している内容としては、前述の研究結果と同様に病棟での術後管理に関する医療行為があがりました。具体的に医師の業務量が減るであろうと考えられる内容は、希望が大きい順に①心嚢ドレーン管理関連業務、②動脈血液ガス分析関連業務、③呼吸器（気道確保に係るもの）関連業務、④胸腔ドレーン管理関連業務、⑤創部ドレーン管理関連業務、⑥呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連業務、であり、さらに進んだ先には、血糖コントロールに係る薬剤投与関連業務という回答でした。

具体的な現在の病棟担当医師のスケジュールは、以下となり、どの部分に介入が可能で、効果があるのかについて、整理しました。

- ・ 2名の病棟担当医師を配置し、昼までに必要な処置を行いながら回診を実施
- ↓
- ・ 昼すぎより、午前中に行った検査（レントゲン、採血等）の確認後に指示出しを行う
- ↓
- ・ 当直者へ引き継ぎ（16:30ごろに申し送り開始を目指す）

回診時に行っている処置や指示だしに関して、特定行為研修修了者に実施してもらえることにより、

回診が早く終了し、病棟医の業務が圧縮でき、時間外労働の減少が期待できるとのことでした。また、平日日中に特定行為修了者が配置されていることが重要となる点を強調されていました。

（３）院内の体制づくり

上記ヒアリングを実施した時点では、A大学病院内で手順書の承認や管理体制がまだ確立されておらず、心臓血管外科の医師も病棟に配置されている特定行為を修了した看護師についても、どのように進めていくのかについて、手探りの状況でした。ヒアリングでは「手順書などは厚労省等のものを参考にしているものの、病院がどの程度まで求めているのか、具体的にどこまで定める必要があるのか、等の基準が不明である」、「研修修了者がどうすれば自立して行為を実施できる状態となるのかかわからない」、「包括指示の記載方法、行為の実施後の記録方法などのルールが決まっていない」といった意見が出ていました。そのような状況の中で、院内でも体制整備の重要性は理解されていたため、「看護師特定行為等管理委員会」が立ち上がり、現場から挙がっている声への対応、教育担当部署との連携、継続した特定行為研修修了者の活動の担保のための整備を行うための正式な体制が院内で少しずつ作られていきました。

（４）病棟における活動の構築過程と効果的な連携

A大学病院における心臓血管外科の該当病棟においては、当初３名の特定行為修了者が配置されており、院内の状況より先んじて、医師が移行したい行為の手順書の素案の作成に着手していました。心臓血管外科側も科内に特定行為を担当する医師を設け、コミュニケーションを密に取りながら、内容の整備をしていきました。

委員会が立ち上がると、準備していた手順書・フローチャートを提出し素早く承認を得ることができたため、

- ・採血困難者に対する大腿静脈採血
- ・ドレーン類の抜去
- ・中心静脈カテーテルの抜去
- ・ペースメーカーの閾値確認、設定変更

に関しては、特定行為修了者が実際の処置や業務を行える状況となりました。

また、看護部門の協力もあり、３名であった特定行為修了者が４名に増員され、日々の勤務調整が行われる体制も構築されました。必ず平日日勤帯に特定行為修了者が１名は勤務する体制となっており、毎日病棟担当医師と一緒に回診をすることにより、医師の業務削減（回診内の処置が看護師へ移行できることにより、今までは昼すぎに検査結果を確認していたが、前倒して午前中に必要なアセスメントができるようになり、夕方の業務時間外に残る業務が減少）につながっています。

（５）さらなる活用に向けた課題

A大学病院では、手順書の作成基準として、診療科特有のものでなく標準化できる行為については、委員会の方針として共通化していくことを進めており、血糖コントロール（高血糖患者に対するインスリンスケールの調整）や呼吸器関連業務（陰圧閉鎖療法の実施・交換、気管切開患者のカニューレ交換等）などは主管診療科の協力を得ながら作成することとなっています。この場合、院内で期限や責任者を定め、滞ることがないように進捗を確認していく必要があるといえます。また、集中治療部門に配置されている特定行為修了者にも期待される業務がありますが、集中治療室に入る患者の該当診療科が多岐にわたるため、各診療科との業務整理、手順書のすり合わせ等が追いついておらず、進んでいない現状があります。こちらも統括部署を決め、体制を含めて、進めていくことが求められます。

（１）当直やオンコール担当の割り振りの工夫

専攻医は医療機関において、実労働時間がかなり長くなる層の医師であることは理解される方が多いと思います。また、研修中という立場であるため、専門性を身に付ける一方で、直接的な手技だけではなく、院内の多岐にわたる業務を任されることが多いです。しかし、外科医としての修練の時間を確保するためには、実際の手術行為を含めた手技やそれに関連する業務に重きを置く必要もあります。

手術は緊急のものを除き、通常は平日に実施されています。よって、専攻医の労働時間を診療行為が多くなる平日日中にできるだけ集中させるようにしました。夜間、休日の当直業務も若手医師に偏ってしまう実情がありましたが、働き方改革を進めていく上で、専攻医をオンコールとして重点的に平日の夜間に配置し、教育的視点からも医学的介入が必要となる時間帯で業務を行う状況を作りました。そうすることで、まずは週に1回の法定休日をとれるようになりました。また、時間外労働時間を管理者が管理し、時間外・休日労働時間を削減するため、診療科内での業務シェアとコントロールを行い、オンコールであっても夜間は呼び出さないようにして、診療科の意識も変化が見られ、柔軟に対応するようになりました。その結果、専攻医の1か月の時間外労働時間が30時間程度減少しました。

（２）医師側からの該当病棟看護師への周知と業務整理

病院内では夜間・休日時は職種に限らず、人員が少なくなる時間帯となります。その際に滞りなく患者の容態変化に対応しているのは病棟看護師ですが、ケースによっては、医師に指示を仰ぐ場面も出てきていました。

今まで専攻医は院内に滞在していることが多かったため、指示の確認などを“院内にいるのであれば、お願いしやすい”という点から、看護師が専攻医へ電話をかけ、確認することが頻回に行われていました。しかし、（１）の取組により、夜間・休日に院内にいない時間が物理的に多くなることを周知し、並行して今までかかってきていた電話の内容について、夜間にやらなければいけない緊急性があるものではない内容が多い点を医師側から具体的にフィードバックしました。緊急性が低いものは翌日に確認する、極力夜間の電話を少なくする点について、医師、看護師の相互間で認識を同じにすることにより、業務の整理がされました。

（３）医師事務作業補助者へのタスク・シフト/シェア

働き方改革を進めていく際に、医師から「事務作業が多い、減らしたい」という内容は絶対といっているほど出てくる意見です。医師事務作業補助者の採用や効果的な活用については、多くの病院で課題とされていることが多いのが現状です。

実際に長時間労働になりがちな若手医師の業務として、入院（予定）患者に関連する内容である手術関連の対応（術前・術後管理、初診外来など）や直接患者の対応をしていない時間で治療方針の検討やデータベースの作成、サマリ記載などが多く存在します。しかし、病院内では、長時間労働となる診療科へ優先的に医師事務作業補助者を配置する、といったことはなかなかできていません。理由としては、採用が難しい、すぐにやめてしまう、すでに外来で医師事務作業補助者がいる状況で業務をしていた診療科・医師との交渉ができない、といったことが主にあげられます。

今回、A大学病院では、実際に心臓血管外科の時間外労働が多く、サポートを実施しなければ労働時間が減少にもつながらない可能性があったため、優先的に2名の医師事務作業補助者の増員を実施しました。配置1年目は病名登録、手術記録の作成、クリニカルパスの代行入力、退院サマリの作成補助、データベース入力といった業務のタスクシフトを行いました。2年目では、実施業務の範囲を拡大するため、患者の入院から退院までの動きに沿って発生する事務書類や業務について、医師の責任の下、医師事務作業補助者が代行できるように具体的に整理を行いました。いつまでに電子カルテのどこで何を実施しておくか、医師の確認作業はいつか、といった点まで細やかに医師側と確認し、文面化を実施することで、心臓血管外科の入院患者への対応、業務が標準化され、医師の時間外労働時間も月ごとのばらつきはありますが、一人あたりの時間外労働時間が年間平均で2時間減少しました。今後、他診療科にも展開できるよう、組織的に効果的に働いてもらう状況へ変えていくことが必要であると考えています。他院では、業務が診療科ごとに違う点の改善や医師とのコミュニケーションの調整などについて、医師をトップとした部署への所属とすることで整備がしやすくなるという好事例もありました。医師が主体的に関わることで、医師のみでなく、病棟看護師もオーダ待ちや書類の不備の確認が減少することとなり、病院全体の業務改善につながっていきます。

第2節 NICUの取組

今回、総合周産期母子医療センターの機能を持つA大学病院において、時間外・休日労働が年1860時間超の可能性があるNICUの医師の労働時間短縮が急務であり、医師確保の取組を実施しました。

1 雇用の内製化の取組

A大学病院では、現在、NICU15床の医療提供は専門医3名が中心となり実施していますが、NICUは宿日直許可の取得ができなかったため、夜間も労働として扱うこととなっています。時間外労働時間を減少させるためには、1回あたり約15時間換算される夜間当直の回数を最大4回程度に収めることが必要となりますが、働き方改革介入前は月6～8回程度の回数を一人の医師が実施する状況が見られていました。当直のシェアのため、小児科医もNICUの夜間担当に入っていますが、やはり多岐にわたる疾患や500g以下の患者など専門性が高く、医療安全の面からも小児科医の負担感が強くなっています。

医療の質の担保と医師の働き方の改善が両立するためには、NICU専門医の数が増え、シェアできることが理想ですが、人員確保に苦労している状況もあり、ひとまずNICUでの診療が可能で夜間も働くことができる医師に手伝ってもらうことを検討しました。昨年度まで大学病院で勤務をしており、今年度は正規職員ではないですが大学院に通っている医師が大学には2名在籍しているため、NICUの診療についても理解されている点からその医師へ依頼することが最も実現可能性が高いということとなりました。その大学院生2名に医局長から当直として勤務してもらえないかの交渉を行いました。外部より低い報酬では働けない」という回答があり、規定の変更による報酬額の見直しを行うこととしました。病院幹部層の承認を得ることができ、報酬の増額、雇用の実施を達成し、令和6（2024）年1月から、2回分の当直のタスク・シフトが実現し、専門医の当直回数が月4回に収まり、労働時間の短縮に成功しています。

労働時間短縮取組 チェックリスト

・ 労働時間管理

- ☐ 副業・兼業先の労働時間も通算し、勤務時間の把握を行っていますか
- ☐ 「宿日直許可のある宿日直」と「宿日直許可のない宿日直」とを区別して管理し、労働時間として正しい把握を行っていますか
- ☐ 自己研鑽のルールを明確にし、医師自身がルールに沿って運用できていますか
- ☐ 副業・兼業先の労働時間を含めた勤務計画を作成していますか
- ☐ （特例水準医師については）勤務間インターバルを確保した勤務計画を作成していますか
- ☐ 長時間労働の医師に対する面接指導の実施体制は整備されていますか

・ 労働時間短縮に向けた取組

①意識改革および病院全体での取組

- ☐ 医師に対して労働時間の短縮の必要性を説明し、働き方改革への理解を促す取組を行っていますか
- ☐ 診療体制について、チーム制や複数主治医制を取り入れ、特定の医師のみの対応とならないようにしていますか
- ☐ 休日・夜間については、担当者を決め、担当の日以外は休めるようになっていますか
- ☐ 患者に対し、病院から働き方改革への理解や病状説明の時間内実施など、取組を説明していますか
- ☐ 委員会や会議について、目的を明確にし、人員数、時間など効果的に実施する方法を検討しましたか
- ☐ 医師の人員数について、適正かどうかを検討する機会がありますか

②診療科での取組

- ☐ 診療科内で効率化できる業務やタスク・シフト/シェアを希望する業務が明確になっていますか
- ☐ 時間外労働が長くなりがちな層の医師に対して、業務の内容や量の確認を行っていますか
- ☐ 回診やカンファレンスについて、目的を明確にし、効果的に実施する方法を検討しましたか

参考文献

- ・ 公益社団法人日本医師会 医療機関勤務環境評価センター「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン(評価項目と評価基準)解説集」(令和5年5月)
- ・ 城守国斗, 医師の働き方改革—日本医師会から伝えたいこと, 日本医師会雑誌, 2024年2月1日, 第152巻第11号, P.1231-P.1235
- ・ 宮田裕章, 厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)2018年度「外科領域におけるタスクシフティングの実施状況と課題に関する研究」
[201821060A201905291822444150011.pdf \(niph.go.jp\)](#)

厚生労働行政推進調査事業 令和6年度政策科学総合研究事業

大学病院の医師の労働時間短縮のための実践マニュアル

2025（令和7）年3月

「大学病院における医師の労働時間短縮に向けた取組
のプロセスと効果の検証」研究班
