

特集 医師の働き方改革 開始報告

旭中央病院における医師の働き方改革の現状と課題

千総合病院国保旭中央病院 外科
野村 幸博

はじめに

当院は広域基幹型急性期病院であり、診療業務は相当に多忙であるため、ある医療コンサルタントから「日本で最も働き方改革が難しい病院の一つ」と評されたことがある。医師の働き方改革が始まって半年が経過し、そのコメントの通り病院全体として苦戦しているのが実情であるが、一方で当院外科では比較的順調な運用が続いている。本稿では、当院全体および外科について働き方改革の現状と課題を述べる。

病院全体の現状と課題

《当院の概要》

当院の稼働病床数は819床で、2023年度の1日平均の外来患者数と入院患者数はそれぞれ2,337人と734人、年間の救急患者総数と救急車搬送件数はそれぞれ45,584人と9,403件であった。当院は地域で唯一の三次救急病院であり、地域内には二次救急輪番制がないことから、特に夜間は救急患者が集中する。2024年4月時点の常勤医師数は285名（初期研修医64名を含む）で、2023年度に年間の時間外労働時間が1860時間を超えた医師は12名であった。

《働き方改革の開始に際しての主な取り組み》

特例水準については、16診療科がB水準、8つの研修プログラムがC-1水準となった。A水準は17の診療科と5つの専門研修プログラムである。宿日直許可は取得していない。

労働時間を把握するため新しい勤怠管理システムを導入した。ICチップ付きIDカードで打刻することにより出退勤時刻が自動的にシステムに入力される。時間外診療を行った場合はシステムに入力して自己申告し、これを診療科長が承認することとした。

当院の救命救急センターは北米型ERの形で運用されており、救急外来担当医と各診療科の待機医が救急患者の診療を担うが、特に待機医の労働時間が長くなり、勤務間インターバルが確保できないことが問題であった。そこで待機医の呼び出しを減らすために“総合当直制”を取り入れることとした。総合当直チームは内科系専攻医と初期研修医の5名で構成され、深夜の緊急入院および病棟からのコールに対応する体制とした。

面接指導は特任医師（定年後の任期付き職員）5名で行うこととした。

《現状と課題》

総合当直制によって、全体として夜間の呼び出しが減少し、勤務間インターバルが確保されるようになっており、一定の有効性が示されている。しかし、依然としていくつかの診療科では勤

務間インターバルが不十分で、代償休息の取得もできていない。

また月100時間を超える長時間労働の医師が毎月約40人と多く、155時間を超える医師も毎月数人存在する。

面接指導のタイミングが遅れるのも問題である。労働時間をリアルタイムに把握することが難しいため、月100時間を超えた翌月に面接となることが多い。

《対策》

課題のある診療科のヒアリング（診療科長と病院長・働き方改革担当医師・労務担当事務とで面談）、勤務間インターバルと代償休息の考え方の周知徹底、連続して月100時間を超えている医師への早期の面接指導、などを行っている。診療科ごとに異なる課題に対して的確な対応とサポートが必要であろう。

当院外科における現状と課題

働き方改革の開始に向けた準備として昨年度までに行ったことは、担当医制からチーム制への移行、カンファレンスの減少と短縮、時間内のIC、公休取得の奨励などである。そして今年度からの時間外労働規制は、外科専攻医（8名）はA水準を、スタッフ（11名）はB水準を適用している。

年度始めは1年目専攻医が業務に不慣れなことや、2-3年目専攻医が待機当番を1年目よりも多く負担したため、80時間を超える専攻医が多くなった。ただ、業務に慣れてきた現在では、80時間超の専攻医は月1人程度であり、A水準はクリアできる見込みである。当院では外科専攻医の救急外来当直が平日夜間は23時までには時間が限定されており（23時以降は外科は待機体制となる）、また専攻医の業務は別の医師と交替可能なものが多いため、比較的柔軟に対応することができ、勤務間インターバルは確保されている。

B水準のスタッフでは、月80時間超の人数は専攻医と同程度だが、専門領域によって偏りがあり、特に消化器領域の専門医に時間外が多い傾向にある。消化器一般領域は症例数が多いため、定時手術の開始時間がオンコールとなることも多く時間外にずれ込むことや、手術・非手術症例も含めて時間外の全科当直からのコールも多いからであろう。また重篤な術後合併症を併発すると、処置やICを完全なチーム制として行うことはなかなかできないため、どうしても術者の時間外労働が多くなる傾向がある。

本制度により外科全体で変化したこととして、個々が退勤時間を意識するようになり業務の効率化が図られ、公休または代償休息として休みをとり易い風土が形成されたことが挙げられる。その一方で、カンファレンスの参加率は明らかに減ってきている。こうした情報共有や学習機会の低下により、患者に不利益をもたらさないように、診療業務を運営していくことが求められているが、限られたマンパワーでは自ずと限界があり、医師の診療科偏在（外科医、特に消化器外科医の減少）や地域偏在（都市部への医師の集中）には強い危機感を覚える。

おわりに

医師の働き方改革は、医師偏在対策や地域医療構想に進展がないまま、コロナ禍の混乱が残る中でのスタートとなった。様々な問題に手探りで対応する状態が続いているが、医師の健康確保という目的を忘れることなく課題を着実に解決していきたい。