

特集 医師の働き方改革 開始報告

当院における“医師働き方改革”への取り組みと現状

国保直営総合病院君津中央病院 名誉院長/病院長特別補佐
海保 隆

年360時間の一般労働者の時間外労働規制は2019年にスタートした。医師、建設業、運送業、製糖工場労働者等いくつかの業種は5年間の猶予があったが、この間新型コロナウイルス感染症のパンデミック対応などもあり、ほとんどの医療機関が駆け込みで2024年の働き方改革に突入したものと思われる。

当院は千葉県に9つある2次医療圏のうちのひとつ、君津医療圏唯一の公立病院かつ3次救急指定病院である。全国的にも、人口当たりの医師数、看護師数等医療資源の乏しい千葉県下でも、当医療圏はさらにその県平均を大きく下回っており、君津医療圏の最後の砦としての役割を果たしていると自負している。

君津医療圏では、医師会の運営している夜救診(20時~23時)及び休日当番医の1次救急、内科系/外科系の2系統で回している2次救急当番病院、そして8科当直(内科、外科、小児科、脳神経、循環器、産婦人科、新生児科、救急)17診療科オンコール体制の君津中央病院の3次救急という救急医療体制を構築し、当医療圏の救急に長年対応してきた。

“医師働き方改革”というワードが出現する以前、今から10年以上前であるが、労働基準監督署の立ち入り検査が当院に入り、3次救急病院の当直は宿日直として認められないとの指導を受け、それまで当直料として支払っていた給与を時間外手当に変更した経緯がある。そのため医師働き方改革でA水準、B水準のガイドラインが示された時、多くの医療機関は勤務間インターバルや代償休息の取得が努力目標となっているA水準を目指したと思われるが、当院はA水準ははなから諦めており、何とかB水準を取得しようと言うこととなった(当時時間外労働B水準1860時間超えの医師が10名前後おり、A水準960時間超えの医師も60名前後いた)。すなわち、第1の目標は1860時間超えの医師をなくす事であり、全員A水準を目指すのは10年かけて少しずつやっという方針とした。

Fig.1は各診療科別の月平均時間外労働であるが、消化器内科、呼吸器内科、膠原病内科、新生児科、心臓血管外科、脳神経外科、産婦人科、救急集中治療科といったところが、コンスタントに月80時間を超えている。Fig.2で示すとおり時間外労働1860時間(月155時間)超えの医師は、働き方改革前年の2023年度には1名まで減ってきた。月時間外120~155時間の超長時間労働の医師数も年々減少傾向にあるものの960時間(月80時間)超えの医師数はあまり変わっていない。

医師働き方改革の始まった2024年4月からの対応であるが、A~Cどの水準にあっても月時間外労働100時間以上の医師には面接指導が義務化されている。当院では毎月40名前後の医師の面接を行わねばならないが、これには院長を退任した私と、前副院長の畦元医師をお願いして何とか2名体制でこなしている。面接をされていて思うことは、大部分の医師は特に健康上問題なく働いており毎月の面接の意義を懐疑的に思うこともあるが、こうした面接者の中に1~2名体力的、精神的に追い詰められている医師がいる可能性があり、こうした医師を見逃さないことが肝要であると思う。

また毎月面接をする働き侍の常連の医師達に、少しでも働き方改革に対する意識付けが出来てくれればと思いつながら面接している。長時間医師面接は何とか軌道に乗ってきたが、勤務間インターバルの確保や代償休息の取得に関しては現在各医師個人、各診療科にお任せ状態となっている。今後の課題は、PC上でこれらが誰にでも可視化出来るようなシステムの改善が必要である。

新生児科、産婦人科等4～5名で当直を回している診療科は当直時間だけで年間時間外が960時間を超えてしまうため、10年後にB水準がなくなることを考えると現在の当直人数ではどうにもならない。これらの診療科で今後医師数が増えるという保証もない。そこで遅ればせながら、当院の産婦人科は、今年の7月に労働基準監督署に宿日直許可の申請をして認められた。ここで留意しなければならないのは、これまで時間外労働賃金として支払われていた給与が宿日直料として支払われることによる給与の減少を可能な限り少なくする事である（具体的には宿日直料+平均的な時間外労働分の給与でこれまでと同等の賃金となるようにした）。新生児科も宿日直許可を取りに行こうとしたところ、今年の診療報酬改定で宿日直医師では新生児特定集中治療室管理料1がとれないことが判明し、現在ペンディング中である。しかし、必要に迫られれば宿日直許可を取りに行かざるを得ない。

令和4年版厚生労働白書<000988388.pdf (mhlw.go.jp)>によれば、この20数年間、医師数の増加と共に各診療科の医師数も増加してきているが、外科だけはほぼ横ばいである。これは他診療科に比べ、夜間、休日の緊急手術が多いわりに何ら給与面でのインセンティブもなく、3K職場（「きつい」「きたない」「危険」）あるいは6K職場（「3K」+「帰れない」「厳しい」「給料が安い」）として初期研修終了後の若い医師に選択してもらえていないことを危惧する。国は休日・深夜・時間外の診療に従事する医療者へのインセンティブとして「休日・深夜・時間外加算」が2014年より施行され、2022年4月に要件が緩和された（予定手術の前日に当直、夜勤及び緊急呼び出しを行った日数が診療科全体で年間12日以内から各医師につき年間4日以内）ところである。これは働き方改革を意識した上での要件設定と思われる。大学病院のように比較的スタッフの数がそろい、夜間緊急手術もそれほど多くない施設はクリアできるかもしれないが、外科医不足が深刻な多くの地域中核病院ではなお新要件でも基準をクリアできず加算が取れないでいる。そのため、外科医へのインセンティブが確保できず、ますます過重労働の外科を選択する研修医が減少し、負のスパイラルに陥っている。施設毎の休日・深夜・時間外の手術数・手術時間数とその施設の常勤外科医数に応じた要件を設定することが必要と思われる。

また医師働き方改革が始まって、最大の問題は、当医療圏の救急医療体制に及ぼした影響である。前にも述べたが、当医療圏の2次救急は内科系外科系の2系統にわかれ、4市内の民間病院および富津市にある当院の大佐和分院が輪番で回っていた。多くの病院が2次輪番日は大学病院からのパート医師の派遣に頼っていた。働き方改革に伴い、大学病院からのパート医師の派遣がストップされる病院が増え、特に外科系では輪番が回らなくなってきた。現在外科系では月に3、4日の2次輪番空白日が生じている。必然的に2次輪番空白日は当院が2次3次を一手に受ける事となり、当院の救急外来が日によってはパンクしてしまう事もある。現在、試験的に当院の救急医を月に1、2回輪番病院に派遣し何とか輪番をこなしてもらおう試みも行っている。

私もそうであったが、忙しいのは承知の上で多くの症例を経験でき自分のスキルを磨く上でも勉強にもなるため、大学からの出張病院として当院は昔から人気があった。ところがZ世代の最近の

若い医師は、自分の私生活も大事にするため、あまりにも忙しすぎる病院は敬遠されるようだ。大学医局も、以前のように半強制的に各病院に医師派遣を行っているのと、すぐに医局を辞められてしまい、そもそもそのような医局には最初から人が入ってこないと言うことで、出張先は各医師個人の自由に任せるところが増えてきているようだ。

当院としては、今後もなかなか厳しい状況が続くが、そのような中でも少しずつ働き方改革を進めていかないと、若い医師から“選ばれない病院”となってしまう危機感をひしひしと感じている。

Fig1

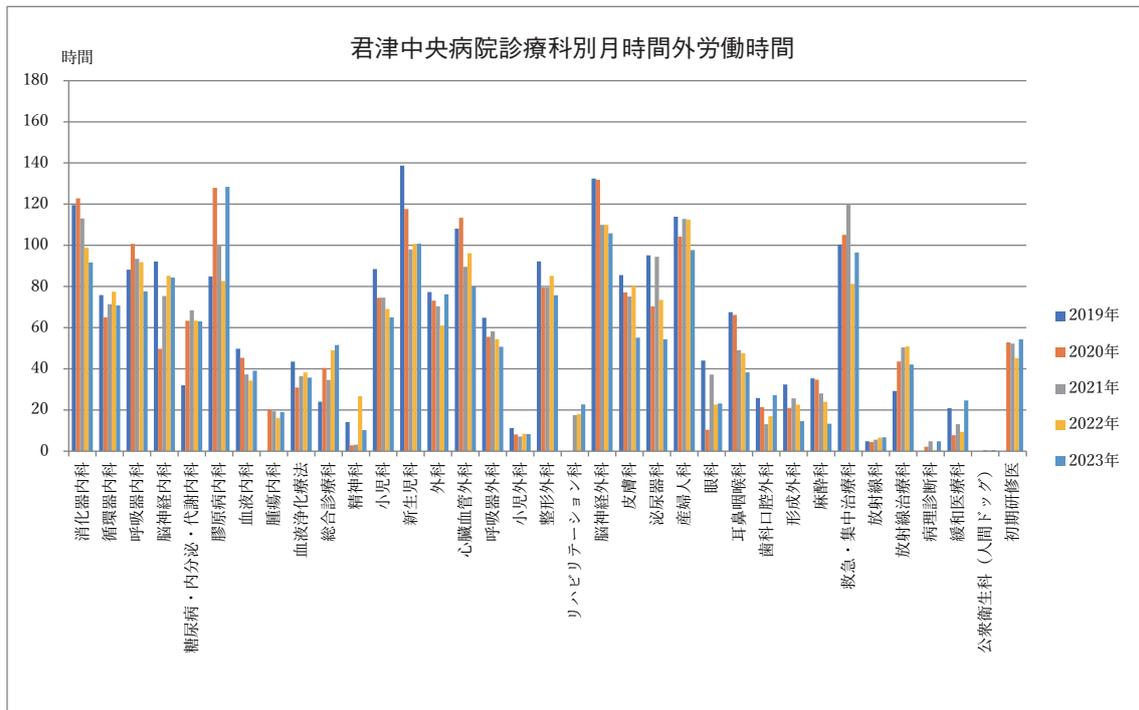


Fig2

