

厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

総合研究報告書

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

研究代表者 小林 欣夫 千葉大学大学院医学研究院 教授

研究要旨

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された。本研究は令和4年4月より、今まで労務管理が不十分だった大学病院において、労働時間短縮と管理体制の構築を進め、労働時間短縮に向けた取組を実際に行っていくことと並行し、その取組内容を記載した汎用性の高いマニュアルの作成を行うことを大きな目的としてきた。

令和4年度の段階で特例水準の指定を受ける見込みである大学病院1施設において、勤怠管理システムから得られるデータと長時間勤務の想定される診療科の医師からのヒアリングを行い、勤務実態の把握、分析を行った上で、労働時間短縮が見込まれる業務整理の検討を行い、労働時間短縮を進めた。また、協力医療機関の2大学の働き方改革への取組状況について、人事部門が選定した診療科へのヒアリングを実施し、課題及び効果的な取組の把握を行った。これらの実態把握、分析、勤務時間短縮の取組の結果をもとに、勤怠把握・労務管理体制の構築と整備及び労働時間短縮の取組の2点を軸とした汎用性の高いマニュアルを作成することができたと考えている。

また、本研究において、労働時間短縮に通じる取り組みの内容をマニュアル化することを通じて、その成果として、医師の時間外・休日労働時間の大幅な短縮が確認された。特に、時間外・休日労働時間が年1,860時間を超える過重労働を行う医師がゼロになったことは、働き方改革の進展とともに、医療機関における労働時間の「見える化」と「管理の徹底」、そして医師個々の意識改革が一定程度実を結んだ結果と評価できる。

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あるが、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、教育を行ってきた実情がある。働き方改革による勤務環境の改善により、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、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機会を作ることも必要であると考えられる。管理面としては、今後も各医療機関がデータを基に現状を正しく把握し、課題に応じた改善策を検討し続けなければ、業務はまた増加していく可能性が高い。PDCAの視点で継続的に実施することが重要である。

研究分担者

横手 幸太郎

(国立大学法人千葉大学・学長)

大鳥 精司

(千葉大学大学院医学研究院・教授)

吉野 一郎
(千葉大学医学部附属病院・特任教授)
大塚 将之
(千葉大学大学院医学研究院・教授)
中島 裕史
(千葉大学大学院医学研究院・教授)
黒木 淳
(横浜市立大学国際商学部、大学院データサイエンス研究科・教授)
小林 美亜
(山梨大学大学院総合研究部医学域臨床医学系・特任教授)

A. 研究目的

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された。

今まで、大学病院においては診療と教育の切り分けが明確でない点、副業・兼業先への派遣や医師自身が給与の担保のために勤務先を複数持っているといった点から、他医療機関に比べ労務管理の複雑さがより強くあり、またそもそも自院以外の労務管理についても、不十分だった実態がある。

本研究は労働時間短縮を実現するため、大学病院における労働時間短縮に向けた取組を経て、その取組の前後での勤務実態の変化を検証し、そのプロセスを含めた検証結果を踏まえたマニュアルを作成し、同様に労働時間短縮の取組に対し、課題を抱えている全国の医療機関への好事例の横展開を行っていくことを目的とする。

B. 研究方法

1. 対象医療機関

本研究は千葉大学医学部附属病院で実施したほか、令和6年度は大学病院2施設(以下、A病院、B病院と記載)に協力を依頼した。

2. 方法

本研究では、令和4年度(1年目)に勤務実態の把握並びに勤務時間管理の検証と分析を行い、実態に即した労務管理が実施できる体制の構築と労働時間短縮に向けた具体的介入及び課題を抽出した。令和5年度(2年目)は、前年度からの継続した勤務時間データと管理方法の整理を実施し、時間外・休日労働が年1,860時間を超える可能性がある医師が在籍する診療科を中心に労働時間短縮を進め、これらの介入結果をもとにマニュアルの作成を行った。令和6年度(3年目)は4月から上限規制の適用が開始となったため、協力医療機関の2大学の働き方改革への取組状況を確認した。人事部門が選定した診療科へのヒアリングを実施し、課題と考えられるもの、またうまく実践されている内容の共有を依頼し、マニュアルへの追加を行った。

各年度の具体的な方法は以下の通り。

<令和4年度>

1. 対象医療機関

特例水準の指定を受ける見込みである大学病院1施設(千葉大学医学部附属病院)を対象とした。

2. 方法

(1) 勤務実態の把握

① 客観的な勤怠システムによる把握
対象医療機関において、医師の労働時間

を把握するために勤怠管理システム「Dr.JOY®」が令和3年8月に導入されており、ここから得られるデータを基本とし、令和4年4月～令和5年3月まで、勤務時間の把握を行った。

② 診療科ヒアリングによる把握

Dr.JOY®のデータに基づき、長時間勤務が想定される診療科の選定を行い、その診療科への医師のヒアリングを実施した。

〈具体的項目〉

- ・ 現状の診療体制
- ・ 夜間・休日の勤務状況
- ・ 宿日直許可申請の可否
- ・ 副業・兼業先の勤務状況
- ・ 今後の追加的健康確保措置の可能性（勤務間インターバルや連続勤務時間制限、法定休日の確保の実現等）
- ・ 効率的に実施したいと考えられる業務
- ・ タスクシェア・シフトが検討可能な業務

(2) 勤務時間管理の検証と分析

(1)での実態把握を元に、本来労働とみなされる時間について、Dr.JOY®のシステムとの連動を含め、把握が適切かを含め、検証を実施した。

(3) 長時間勤務医師、診療科への具体的介入

実態把握および検証・分析により明らかになった長時間勤務医師、診療科について、労働時間短縮が見込まれる業務整理の検討、実施を行った。

（倫理面への配慮）

千葉大学の倫理規定に沿って実施した。対象医療機関においては、下記のような情報の取り扱いとすることについて同意を得た。

- ・ 提供される情報は、研究目的以外で使用する予定はない。
- ・ 得られたデータは、厳重に保管し、研究終了後一定の保存期間終了後には、破棄する。
- ・ その他、千葉大学における研究ポリシーに沿って、実施する。

<令和5年度>

1. 対象医療機関

令和4年度の研究から継続して大学病院1施設（千葉大学医学部附属病院）で実施した。

2. 方法

本研究では、令和4年度（1年目）に勤務実態の把握並びに勤務時間管理の検証と分析を行い、実態に即した労務管理が実施できる体制の構築と労働時間短縮に向けた具体的介入課題を抽出した。令和5年度（2年目）は、前年度からの継続した勤務時間データと管理方法の整理を実施し、時間外・休日労働が年1,860時間を超える可能性がある医師が在籍する診療科を中心に労働時間短縮を進め、これらの介入結果をもとにマニュアルの作成を行った。

(1) 勤務時間データの整理

令和3年8月から導入されている勤怠管理システム「Dr.JOY®」により得られるデータを基本として、以下の点を明確にしながら、労働時間について整理を行った。

- ・ 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するため
- ・ 宿日直許可の有無とその範囲：宿日直許可のある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

(2) 勤怠管理の体制構築

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）」で求められている内容を満たし、効率的に継続して勤怠管理を実施できることを念頭に、体制を構築した。

(3) 労働時間短縮の取組実施

① 病院全体での取組

令和4年度から継続して医師へ働き方改革の概要の説明や意識改革のための周知を行った。また、会議体の見直しについて、診療科へ調査を行い、現状把握と他診療科における会議時間設定、実施方法等についての成功例などの紹介を実施した。

② 長時間勤務の医師、診療科の取組

令和4年度から継続した実態把握および検証・分析により明らかになった長時間勤務医師、診療科について、課題と介入内容について抽出し、労働時間短縮が見込まれる業務整理の検討、実施を行った。また、マニ

ュアルとして、他大学病院においても展開できそうな内容も並行して検討した。

(4) 労働時間短縮のためのマニュアル作成
上記の(1)～(3)を踏まえ、他大学病院でも使用可能な内容を意識し、マニュアルを作成した。

(倫理面への配慮)

千葉大学の倫理規定に沿って実施した。対象医療機関においては、下記のような情報の取り扱いとすることについて同意を得た。

- ・ 提供される情報は、研究目的以外で使用する予定はない。
- ・ 得られたデータは、厳重に保管し、研究終了後一定の保存期間終了後には、破棄する。

その他、千葉大学における研究ポリシーに沿って、実施する。

<令和6年度>

1. 対象医療機関

本研究は昨年度まで千葉大学医学部附属病院で実施しており、今年度は大学病院2施設（以下、A病院、B病院と記載）に協力を依頼した。

2. 方法

本研究では、令和4年度（1年目）に勤務実態の把握並びに勤務時間管理の検証と分析を行い、実態に即した労務管理が実施できる体制の構築と労働時間短縮に向けた具体的介入及び課題を抽出した。令和5年度（2年目）は、前年度からの継続した勤務時間データと管理方法の整理を実施し、時間

外・休日労働が年1,860時間を超える可能性がある医師が在籍する診療科を中心に労働時間短縮を進め、これらの介入結果をもとにマニュアルの作成を行った。令和6年度（3年目）は4月から上限規制の適用が開始となったため、協力医療機関の2大学の働き方改革への取組状況を確認した。人事部門が選定した診療科へのヒアリングを実施し、課題と考えられるもの、またうまく実践されている内容の共有を依頼し、マニュアルへの追加を行った。

(1) 協力医療機関（A病院、B病院）の働き方改革への取組状況の確認

① 人事部門へのヒアリング

2施設ともに人事部門へ以下の点を明確にしながらかヒアリングを実施した。

- ・ 勤務体系
- ・ 医師労働時間短縮計画の内容
- ・ 働き方改革への対応の中での自院の課題、今まで取り組んできた内容
- ・ 長時間労働を懸念している診療科、医師に関すること

② 時間外労働時間データの分析

A病院、B病院それぞれから人事部門が選定した2診療科に所属する医師の時間外労働時間のデータについて、現状の分析を実施した。

③ 選定した診療科医師へのヒアリングの実施

②のデータ分析を実施した診療科の医局長である医師へ以下の内容に関するヒアリングを実施した。

- ・ 現状の診療体制、宿日直体制などから考えられる働き方に関する課題意

識

- ・ どのような業務が忙しく、時間がかかっているか
- ・ 改善したい・なくしても問題ない業務があるか
- ・ その課題を改善とした場合、うまく進めるためにはどうすればよいか
- ・ うまく進まない可能性があるとしたら何がネックとなるか
- ・ 医師事務作業補助者、特定行為修了者の活用、その他の職種に依頼できることがあるか
- ・ 回診、カンファレンス、委員会などの会議体の実情と改善について
- ・ 自診療科での働き方の改善に寄与する取組の有無とその内容

(2) 協力医療機関の労働時間短縮へ向けた取組について

③ 病院全体での取組

令和5年度、千葉大学で実施した会議体の見直しについて、A病院、B病院においても実施した。診療科へ現状把握と会議時間、実施方法等についての調査を行った。

④ 選定診療科での取組

ヒアリングにより、課題と考えられる内容を抽出し、労働時間短縮が見込まれる業務整理の検討、実施を行った。また、マニュアルとして、他大学病院においても展開できそうな内容も並行して検討した。

(3) 千葉大学医学部附属病院の継続的な労働時間短縮への取組について

令和5年度までのマニュアルに記載した

取組の継続的な実施および更なる改善の実施、効果の検証が可能な内容について、確認した。

(4) 労働時間短縮のためのマニュアル作成
上記の(1)~(3)を踏まえ、他大学病院でも使用可能な内容を意識し、マニュアルを作成した。

(倫理面への配慮)

千葉大学の倫理規定に沿って実施した。対象医療機関、協力医療機関においては、下記のような情報の取り扱いとすることについて同意を得た。

- ・ 提供される情報は、研究目的以外で使用する予定はない。
- ・ 得られたデータは、厳重に保管し、研究終了後一定の保存期間終了後には、破棄する。
- ・ その他、千葉大学における研究ポリシーに沿って、実施する。

C. 研究結果

<令和4年度>

1. 勤務実態

(1) 宿日直の実態

宿直については、令和4年4月時点で34名の体制であり、宿日直許可がある当直が17名であった。また日直は34名体制であり、すべて宿日直許可がない日直であった。また、宿日直合わせて、宿日直許可がない宿日直に従事している診療科が22であった。

許可がない22の診療科について、宿日直許可の申請の有無を確認し、令和4年6月から12月の間で実態を把握し、宿日直許可申

請を行った。

宿直に関しては新たに宿日直許可が得られた人数は12名、10診療科となった。また、日直に関しては新たに宿日直許可が得られた人数は20名、15診療科となった。小児科については、宿日直とも3名の配置を行っているが、1名は宿日直許可が認められ、2名は認められなかった。産婦人科については、宿日直とも2名の配置を行っているが、1名は宿日直許可が認められ、1名は認められなかった。

結果として、宿直に関しては4診療科5名が宿日直許可なしとなり、日直は10診療科14名が宿日直許可なしとなった。

麻酔科に関しては、23時以降での一部宿日直許可が認められ、その他の診療科については、全時間帯で宿日直許可取得となった。

(2) 副業・兼業先での労働の実態

副業・兼業先の労働時間については、研究前までは把握する方法を定めておらず、不明であった。本務先(千葉大学医学部附属病院)での把握の方法としては、Dr.JOY®を導入した令和3年8月から副業・兼業の予定入力可能な状況であったが、今回を機に、徹底して副業・兼業先の労働時間の把握を行うことを進めた。

また、令和4年11月に宿日直の業務に従事させる場合には、副業・兼業先の対象医療機関に対し、宿日直許可を可能な限り取得するように千葉大学医学部附属病院から依頼を行っていた。宿日直許可について、令和5年3月時点での確認状況として、副業・兼業先である93施設中、宿日直許可の取得済が36施設、申請中が10施設、申請準備中が4

4施設、その他3施設となっている。

15診療科に実施したヒアリングにおいては、基本的には宿日直の時間においては、診療業務はほとんど生じない勤務日も多いとの回答を多く得られた。しかし、週末に2日以上続けて宿日直勤務に従事している場合が多いことも明らかとなった。

2. 勤務時間の検証

(1) 長時間勤務の診療科、医師について

令和3年度の研究開始前データにおいて、時間外・休日労働が年960時間を超過する医師は137名で、うち20名は年1,860時間を超過していた。当該大学病院においては、今までは所定労働時間内外による管理を行っており、今回は法定労働時間内外でのデータ整理を実施した。勤務実態と勤怠データの照合を行った結果として、令和4年度の労働時間については、年960時間を超過する時間外・休日労働を行っているとは推計された医師は51名となり、うち6名は年1,860時間を超過する時間外・休日労働を行っているとは推計された。上記6名に該当する診療科は心臓血管外科、小児科（特にNICUを専門とする医師）であった。

時間外・休日労働時間が最長の医師は心臓血管外科の医師で、推計で年1,965時間の時間外・休日労働であった。一方、時間外・休日労働時間が最短の医師はリハビリテーション科の医師で、推計で年100時間の時間外・休日労働であった。

また、時間外勤務時間の適切な把握と管理をするため、各診療科に労務管理責任者を置くこととした。

(2) 診療外業務、自己研鑽について

令和3年6月に作成していた自己研鑽のガイドラインについて、令和4年8月に医師らと検討を重ね、運用内容のブラッシュアップを実施し、医師へ発信した。

Dr.JOY®においては医師が発信機（キーホルダー）を装着した状態でレシーバーの受信範囲内に立ち入ることで、検知した時刻や場所を記録する仕組みであり、基本的には発信機を携帯していれば、自動で打刻される。自己研鑽のガイドラインにおいて、滞在所により自己研鑽エリアを設け、そのエリアでの検知の場合に業務を実施した際には時間外勤務申請と承認を行うように整理、発信を行った。

研鑽の労働時間該当性に関するルールの認識が不十分であることで、申告される時間外・休日労働時間が適切でない場合も多くあることがわかった。

3. 長時間勤務医師、診療科への具体的介入タスク・シフト/シェアを検討する委員会において、内容の検討、介入を行っている。

(1) 長時間勤務の診療科

勤務時間検証後のデータにより、心臓血管外科および小児科（NICU）において、1,860時間を超える可能性があるため、業務効率化等の検討を行った。

① 心臓血管外科

管理業務に携わるヒアリング対象医師からは、診療科内医師同士でのタスク・シフト/シェアについては不可能という意見があり、他職種へのタスク・シフトの希望が強かった。手術や入退院の日程調整に関わる連

絡等について、医師が実施している現状があったため、事務スタッフ、特定行為研修修了看護師の配置についての要望があった。

また、病院のルールとして、医療安全の観点から食事オーダーの変更等も医師が行うことになっていること、術後の搬送に付き添うことなどもあり、ルール変更を希望される意見があった。患者支援部門における新患受診案内、退院日の調整連絡、手術日程の連絡について実施していく方向性となった。また、医師事務作業補助者を増員し、事務処理的な内容について、タスク・シフトを進めることとなった。

② 小児科 (NICU)

管理業務に携わる医師からのヒアリングにより、現状としては、NICUの専門医が不足しており、交代ができず、その対応としての長時間勤務、時間外対応となっているとのことであった。効率化を検討したい業務として、書類の作成や保健所を中心とした行政への連絡の実施が挙げられた。行政側から連絡事項を記載した内容のサマ리를求められることも多く、夜間に書類作成を行うことが多くなっているとのことだった。上記の内容について、簡素化ができれば労働時間の減少も多少は可能であるとの意見があったが、基本的には長時間労働となっている根本原因は専門医の不足が最も大きいという印象を持っていた。

また、採血なども専門性が高いとして、医師がやる場合が多いが、看護師側で採血の実施ができるのであれば、教育や実施時のフォロー体制を整えたいという意見があった。事務作業については、非専門職へのタスク・シフト・シェアを目的に医師事務作業補助

者のNICUへの配置を行うこととなった。

③ その他特例水準適応予定医師の存在が推定される診療科

食道・胃腸外科、肝胆膵外科、循環器内科、脳神経外科のヒアリングからも事務作業の負担が多く聞かれた。外来での予約説明、D PC入力やレセプト、退院サマ리의作成、難病指定の書類、病棟業務の事務作業、緊急入院に伴う事務作業等が多いということ、また上記業務において、すべて医師の指示や確認を先に実施する方法のみでなく、事務側である程度裁量をもって実施することや、必要な部分のみ医師が確認、実施するといった工夫も検討してほしい、という意見もあった。

肝胆膵外科からは、長時間手術に伴う病棟業務が多くなる傾向があり、特定行為研修修了看護師に術後管理を依頼したいという意見があった。土日の手術患者の観察のための来院もしていたが、webでの状況把握ができる仕組みを整えられていた。

産婦人科からは慣習的に手術室へ医師を配置し、管理業務をするという院内ルールについて廃止を希望された。

また、勤怠管理上の問題から、副業・兼業先での労働後、大学病院へ来院しなければならないというルールとされていたと考えている医師もあり、所定労働時間の担保と就業規則との兼ね合いなども検討が必要となった。

<令和5年度>

1. 勤務時間データの整理

(1) 勤務実態とデータの精度について

宿日直許可について、令和4年度の結果

として、宿直は4診療科5名が宿日直許可なしとなり、日直は10診療科14名が宿日直許可なしとなった。麻酔科に関しては、23時以降での一部宿日直許可が認められ、その他の診療科については、全時間帯で宿日直許可取得となった。また、副業・兼業先の宿日直許可について、令和6年3月時点での確認状況として、副業・兼業先である123施設中、宿日直許可の取得済が106施設、申請中が2施設、申請予定が15施設となっている。

令和4年度は実態把握がメインとなっていたが、令和5年度はこれらの情報を勤務計画としてDr.JOY®に反映させ、予定と実績を管理し、勤務時間として捉えるデータの精度をあげることを実施した。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、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をしていたり、宿直業務についているような場合があり、予定と合わないケースも散見された。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対応できない可能性もあり、就業規則の見直し、交替制勤務の導入なども実施した。また、令和4年度は研鑽の労働時間該当性に関するルールの認識が不十分であることや申告される時間外・休日労働時間が適切でない場合も多くあったが、医師が申請を行い、医局長級の医師に労務管理責任者としての権限を与え、承認を実施するフローを行うことで申告内容が適正化され、比較的安定した時間外労働時間の推移をたどった。

法定労働時間外として時間外労働を管理することもDr.JOY®による整備が進み、簡易

的に可能となった。

(2) 勤務時間データによる結果

令和3年度の研究開始前データでは、時間外・休日労働が年960時間を超過する医師は137名で、うち20名は年1,860時間を超過していたが、令和4年度では年960時間を超過する時間外・休日労働を行っていた医師は51名で、年1860時間を超過する時間外・休日労働を行っている医師は6名まで減少した。また、令和5年度は令和6年2月までのデータをもとに年間時間外・休日労働時間を推計すると、時間外・休日労働が年960時間を超過する医師は16名、年1,860時間を超過する医師は0名と推計された。

2. 勤怠管理の体制構築

(1) 勤務計画関連

働き方改革が始まるまでは、勤務予定については、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、といった流れであり、病院の管理として実施していなかった。働き方改革を進める際、医師の適切な勤務計画の作成は重要であるため、Dr.JOY®による予定実績管理を進めた。

対象医療機関においては、システム上の入力作業や設定などの事務的な業務を医師が実施することが難しいため、医局秘書がその業務を担い、特例水準の医師の勤務計画のダブルチェックの体制は勤怠管理を担当する事務部門の職員を新たに配置した上で、医局秘書と当該職員で対応するという手法を用いて予実管理が進められた。

(2) 面接指導関連

面接実施時期について、月の時間外・休日労働が100時間を超える前までに行う必要があり、それに対応するための月の時間外・休日労働時間がある程度予想がつく状況で把握するスケジュールが必要となった。「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）第1版」における評価項目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）、評価項目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）、評価項目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）に適切に対応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、という運用とした。中締めで対象医師を拾い上げることで、評価項目27（少なくとも月に1回は医師本人へ自身の労働時間についてフィードバックされる仕組みがある）も可能となる。

面接指導対象者の抽出やマッチングについては、Dr.JOY®で実施可能な仕様にもなっており、利用する体制とした。

3. 労働時間短縮の取組

(1) 病院全体での取組

① 意識改革へのアプローチ

働き方改革の取組について、病院から患者への周知を実施した。当番医制への理解を求めるもの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実施した。その際、医師に対しても働き方改革は病院として進めている内容であることを患者へ説明してよい旨を周知し、患者への説明に苦慮する医師の負担軽減を図った。また、働き方改革への理解促進のため、「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月で発行、所属医局への配布、食堂の各テーブルに貼付し、情報発信を行った。

② 会議体の見直し

全診療科に対し、カンファレンス・回診に関する調査をオンラインで医局長相当の医師に対して実施した。

カンファレンスに関して、32診療科中、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診療科は回答なしであった。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、外科系診療科の時間外開催が多くなっていた。

回診に関して、見直し可能と答えたのは7診療科、難しいと答えたのは25診療科であった。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、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つであった。

(2) 長時間勤務の医師、診療科の取組

① 心臓血管外科の取組

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)として術

後管理を依頼する取組を実施中である。「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った。コミュニケーション、相互理解を図りながら、今後は複雑な症例の移行を目指していくこととなっている。

また、特定行為研修修了看護師の活用も令和5年度に進め、病棟担当医師の時間外労働が減少した。専攻医が長時間労働となりやすい傾向があったが、平日日中に勤務を集中させるために当直やオンコールの割り振りなども再検討され、専攻医1名の1か月の時間外労働時間が30時間程度減少した。

② NICUの取組

NICU15床で専門医3名を中心に診療を実施しており、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っている。労働時間の短縮の介入前は月6～8回程度の回数の夜間勤務を1人の医師が実施していたが、ある程度専門性を有し、かつ対象医療機関に勤務経験のある医師を即戦力としてとして雇用するため、報酬面での調整を行い、病院幹部層の承認を得て、令和6年1月から、2回分の当直のタスク・シフトが実現し、専門医の当直回数を月4回に収めることが可能となった。

<令和6年度>

1. 協力医療機関の状況

(1) A病院

① 病院全体の状況

B水準医師が4名、連携B水準医師が46名

であり、これらの医師は10診療科に所属していた。勤怠管理システムはDr.JOY®を使用していた。勤務形態としては変形労働制を基本的に採用しており、宿日直許可においても一部の診療科を除き、基本的に許可を得て、診療を実施していた。

人事部門が考える院内の課題として、時間外労働時間の把握に時間を要し、適切な時期に面接指導を実施することが難しい点が挙げられた。また、医師事務作業補助者の配置希望は医師からタスク・シフトの希望として出てくるが、あまり取り組めていない実情があった。

② 選定診療科について

心臓血管外科と血液内科の時間外労働時間のデータと医局長へのヒアリングを実施した。

・心臓血管外科

在籍医師14名中8名が連携B水準であった。令和5年度実績では、年1,860時間を超えることはないが、8名の中でも880時間～1,450時間までと範囲が広がっていた。心臓血管外科はCCU当直も担っており、宿日直許可なしで実施されているため、当直回数が増えると時間外労働時間も増加するといったことがわかった。

ヒアリングより、患者の入院スケジュール調整等の事務作業を医師が実施しており、タスク・シフトができれば業務負担軽減となるという回答があった。また、集中治療室の当直者を増やすための方策としての報酬面での調整は医師側としては収入の担保が重要となるとのことであった。

・血液内科

在籍医師11名であり、診療科としてはA水

準であるが、内科系で時間外労働時間が多い診療科であり、現状確認を実施した。最も時間外労働時間が多い医師が1年あたり806時間であった。

ヒアリングでは、カンファレンスについて、他職種・看護師も参加するものは時間外開催となっており、時間内だと参加できないという意見があるとのことであった。

(2) B病院

① 病院全体の状況

B水準医師が303名、連携B水準医師が34名であった。これらの医師は32診療科に所属していた。勤怠管理システムはDr.JOY®を使用していた。すべての診療科で宿日直許可を得ておらず、勤務として扱っていた。

人事部門が考える院内の課題として、A病院と同様、面接指導の実施が難しい点が挙げられた。80時間越えでアラートをかける運用であり、時間外労働時間の適切な把握が月内に行えていなかった。また、管理として、予定実績管理が徹底できておらず、出張、学会などの把握ができていない、といった点もみられた。

② 選定診療科について

心臓血管外科と小児内科の時間外労働時間のデータと医局長へのヒアリングを実施した。

・心臓血管外科

在籍医師8名中7名がB水準であった。令和6年度9月までの半年間での平均の時間外労働時間が月80時間を超えている医師は3名であった(82時間、84時間、94時間)。

ヒアリングでは、時間外労働時間を減らす工夫として、術者を減らしたり、カンファ

レンスについても短時間で必要な内容を実施するように行っているとのことであった。術後患者については、クローズドICUで救急部が担当することとなっており、業務効率化を進められている。夜間勤務者も翌日昼までに帰宅することを意識し、診療科医師全体へ意識づけを浸透させているとのことだった。

・小児内科

在籍医師47名中、37名がB水準であった。令和6年9月までの半年間での平均の時間外労働時間が月80時間を超えている医師は7名であった(80時間～最長97時間)。

ヒアリングにおいて、データで長く出ている医師については、新入職者であり、4～6月で業務に慣れるまで業務量が増加していたとのことであった。月80時間以内を目標に勤務時間管理を実施しており、そのように業務の采配等も行われていた。

2. 労働時間短縮の取組

(1) 病院全体での取組

① 会議体の見直し

・A病院：

カンファレンス・回診に関する調査をオンラインで医局長相当の医師に対して依頼し、24診療科から回答を得た。

カンファレンスに関して、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、と回答した。具体的なカンファレンス名として82の回答があり、所要時間1時間以上のものが12あり、時間外開催も31と多くなっていた。

回診に関して、見直し可能と答えたのは18診療科、難しいと答えたのは6診療科であ

った。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た。週1回1時間以上の総回診・教授回診が5つあった。朝・夕で2回ほぼ同じメンバーで実施する回診はなかった。

・B病院：

カンファレンス・回診に関する調査をオンラインで医局長相当の医師に対して依頼し、20診療科から回答を得た。

カンファレンスに関して、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診療科は未回答であった。具体的なカンファレンス名として69の回答があり、所要時間1時間以上のものが10あり、時間外開催は24であった。

回診に関して、見直し可能と答えたのは8診療科、難しいと答えたのは7診療科であった。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、回診の時間としては時間外開催が4つ、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つであった。週1回2時間以上の総回診・教授回診が3つあった。

(2) 診療科の取組

① クローズドICUの運用方法

B病院の心臓血管外科へのヒアリングから、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)の運用に関する好事例が得られた。

B病院のICUは救急科が担当しており、クローズド化を進めるためには、他診療科との連携、各診療科の責任範囲や役割の調整が重要であった。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だった。また、クローズド化には人員確保が必要となるが、救急科のみでは人員が不足してしまうため、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、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る。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もある一方で、行う業務が多い専門医が出向のメインとなるため、相互の診療科の勤務形態や研修体制に無理のない範囲を心がけているとのことであった。

3. 千葉大学医学部附属病院の状況

(1) 勤務時間データによる結果

令和3年度の研究開始前データでは、時間外・休日労働が年960時間を超過する医師は137名で、うち20名は年1,860時間を超過していた。令和4年度では年960時間を超過する時間外・休日労働を行っていた医師は51名で、年1860時間を超過する時間外・休日労働を行っている医師は6名まで減少した。また、令和5年度は時間外・休日労働が年960時間を超過する医師は16名、年1,860時間を超過する医師は0名となった。令和6年度も年1,860時間を超過する医師はいないが、年960時間を超過する医師は18名であった。

(2) 医師事務作業補助者へのタスク・シフト

心臓血管外科の時間外労働について、事務作業のサポートを実施しなければ労働時間の減少に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行った。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・シフトを実施した。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った。その結果として、心臓血管外科の入院患者への対応、業務が標準化され、心臓血管外科の医師一人あたりの時間外労働時間が年間平均で2時間減少した。

(3) 術後管理のタスク・シフト/シェア

令和5年度の取組より、心臓血管外科医師から集中治療部の医師への術後管理を依頼し、業務分担の検討や簡易症例の移行等を進めていた段階であったが、令和6年度、術後業務の8割程度は集中治療医へ移行され、心臓血管外科医師の負担軽減、宿直中の業務軽減となっているとのことであった。

D. 考察

1. 勤務時間データについて

本研究においては、令和3年度から令和5年度にかけて、時間外・休日労働が年960時間を超過する医師の数、および特に深刻な年1,860時間を超過する医師の数が大幅

に減少変化した。労働時間短縮に向けた取り組みが一定の効果を上げたといえる。また、年1,860時間を超過する医師が令和5年度以降ゼロとなったことは、勤務時間の把握から適切な管理を経たこと、また並行して長時間労働であった医師の働き方の是正にも成功したと言える。

一方で令和5年度から6年度においては、大幅な数字の変化は見られなかった。これは現状で可能な範囲・内容での医師の業務改善の限界とも考えられる。病院経営を鑑みれば、人件費の面でさらなる時間外労働時間削減が必要と考えられるが、医師が必要だと考える医療提供や教育研究といった部分を無理に削減するといったアプローチは少し慎重に検討すべきと思われる。データを引き続き把握しながら、適切な方策を検討していくことも求められる。

また、時間外労働規制については、令和6年度より始まったことであり、まだ手探りで実施している医療機関も多いと考えられる。そのためのマニュアルでもあり、手順を踏み、労働時間短縮を行えば、3年程度で一定の効果は見込める可能性も提示できたと考える。

2. 時間外労働時間の適切な把握と面接指導の実施

医療機関の状況把握において、どの施設も面接指導の実施が難しい点を挙げた。実際に令和6年度より開始となり、手探りな部分も多かったであろう。そういった点を想定し、令和5年度に作成したマニュアルには面接実施時期のスケジュールイメージ（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運用)を提示したが、実際は中締めが実施できていないといった結果であった。これは医師の協力も不可欠であり、意識づけと習慣化が必須となる。時間はかかっても、管理側としては医師へ必要性を伝え続けなくてはならないであろう。

3. 労働時間短縮の取組

① 会議体の見直し

令和5年度に調査を実施し、マニュアルへも掲載したが、令和6年度も協力医療機関へほぼ同様の内容で調査を実施した。働き方改革が浸透し、診療科内ですでに見直したあとである、といった診療科もあったが、カンファレンスであれば、「時間外開催」、特に回診の「朝・夕2回開催」「時間外開催」「長時間の総回診」といった医師の拘束時間が長くなる要因のものは見直しの余地が大きいと考えられる。

また、当直(夜勤)明けや休日のカンファレンス参加については、参加しなくてもよいような形にできると考えている診療科が多いが、実行までは至っていないケースもあった。病院の方針として、発信の検討も必要かもしれない。

② クローズドICUの効果

外科医と集中治療医・救急医の役割を分けることにより、時間外労働時間の減少効果はやはり高いといえることが明らかになった。今回、B病院での好事例があり、マニュアルにも掲載を行った。働き方改革への医師への影響のみでなく、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あるとのことであった。

今後はますます導入が期待されると考えられるが、医師間のタスク・シフトでもあるため、主科とICU担当科の双方が相互に連携し合い、時間外呼び出し回数の減少や、時間外勤務時間の減少、結果的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ことが求められる。

③ 医師事務作業補助者へのタスク・シフト

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あっていいほど出てくる意見であり、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。採用困難、早期離職、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、といった課題が多いため、改善対応への時間もかかっている印象である。今回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ことを行ったが、これは病院としての意思決定が必要になるケースが多い。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した例もあり、医師の主体的な関わりが重要であることが示唆される。

また、医師の事務業務がスムーズに実施されることは、病棟看護師もオーダー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るため、働き

方改革において、進める必要がある取組であろう。

E. 結論

令和4年度から実施してきた本研究において、実際に労働時間短縮に通じる取り組みの内容をマニュアル化することが必要であったが、その成果として、医師の時間外・休日労働時間の大幅な短縮が確認された。特に、時間外・休日労働時間が年1,860時間を超える過重労働を行う医師がゼロになったことは、働き方改革の進展とともに、医療機関における労働時間の「見える化」と「管理の徹底」、そして医師個々の意識改革が一定程度実を結んだ結果と評価できる。

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あるが、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、教育を行ってきた実情がある。働き方改革による勤務環境の改善により、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、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つなげる機会を作っていく必要もあると考えられる。

管理面としては、今後も各医療機関がデータを基に現状を正しく把握し、課題に応じた改善策を検討し続けなければ、業務はまた増加していく可能性が高い。PDCAの視点で継続的に実施することが重要である。

令和6年3月に実施された第19回 医師の働き方改革の推進に関する検討会において、医師の働き方改革の今後について、対応が必要な医療機関は都道府県により、詳細な状況把握と医療勤務環境改善支援センターを通

じた勤務環境改善の支援、地域での医療機能の役割分担の見直しの検討を進めていくこととされている。

また、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るが、実際には働き方改革を進めるにあたって医療機能の集約を検討しなければ難しいという意見も現場医師から多く上がっている。今後、更なる医療機能の集約が必要となることは明らかと考えられ、その点について医師の声を反映した政策についても進んでいくことが期待される。

F. 研究発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

該当なし

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)
- ・ 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 令和4年度 文部科学省 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業)
- ・ 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,

P1231-P1235

- ・ 斐 英洙、武林 亨、田中 利樹、山本 修一、鈴木 幸雄、村田 英俊「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた医師の働き方改革が大学病院勤務医師の働き方に与える影響の検証とその対策に資する研究」（令和2年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業））
- ・ 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」報告書（平成31年3月）
- ・ 日本医師会「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告書」（平成28年6月）