

# Move *vol. 14*

変化にいち早く **MOVE** するための情報誌

CATCH THE “MOVE”

熊本大学病院

## 医師の働き方改革と地域連携

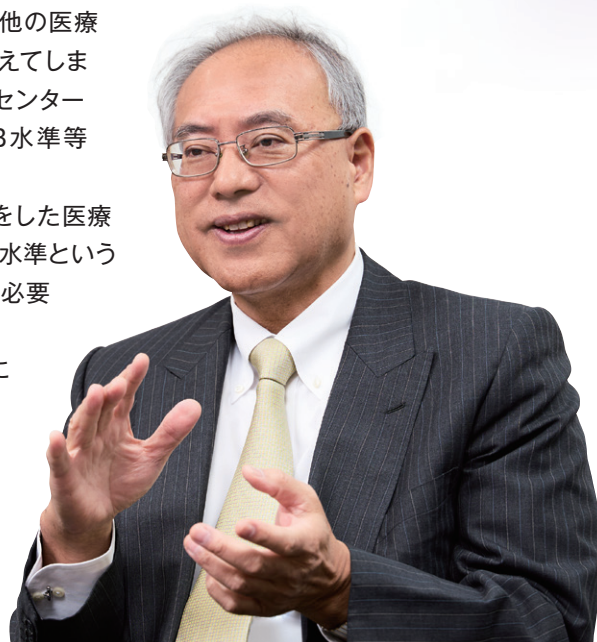
2024年4月から、医師の時間外・休日労働に上限規制が設定されます。医師の長時間労働によって支えられてきた医療の持続可能性が危ぶまれる中、各職種の専門性を活かしたタスク・シフト／シェアの推進・拡大を図ることなどで、労働時間を短縮し、医師の健康を確保する働き方改革が求められています。

医師の時間外・休日労働は、原則として年間960時間が上限（A水準）となります。しかし、地域医療の最後の砦となる基幹病院や、他の医療機関に医師を派遣する病院では、やむを得ず960時間を超えてしまう勤務医が存在します。その場合は、医療機関勤務環境評価センター（以下「評価センター」）の評価を受けて、都道府県からB水準等（1,860時間が上限）の指定を受けることになります。

2023年11月27日時点で評価センターへ受審申し込みをした医療機関は479施設となりました。評価を受けない医療機関はA水準ということになりますが、A水準であっても働き方改革に取り組む必要性に変わりはありません。

そこで今回は、早い段階から多岐にわたる働き方改革に取り組んできた熊本大学病院の馬場秀夫先生にお話をうかがいました。

熊本大学病院  
副学長・病院長・消化器外科 教授  
馬場 秀夫 先生



■ 診療科ヒアリングで全医師の勤務実態を提示

■ 主治医制からチーム制へのシフト

■ 自分を超越る人材を育成するための方策

## 何よりも大切な「意識改革」

——働き方改革について、病院長としてどのように関わってきたのでしょうか。

**馬場先生** 日本外科学会の理事をしているときに、外科医の労働環境改善に取り組む「外科医労働環境改善委員会」の委員長を務めました。その際に、働き方改革やタスク・シフト／シェア等に関する厚生労働省主管の会議にも数多く携わらせていただきました。

労働環境を改善するための方策の柱である「特定行為に係る看護師の研修制度」が2015年に開始されましたが、開始後数年は、修了者数が伸び悩んでいました。そこで、研修制度を抜本的に見直し、現場で活用しやすい領域については頻度の高い特定行為をパッケージ化して、研修を受講しやすくする等しました。さらに、国立・大学病院等に働きかけて、研修機関数も2019年の134機関から373機関(2023年8月現在)まで増やしたことで、遠方まで研修を受けに行く必要がなくなり、修了者数も右肩上がりに増えました(図1)。本学も2020年度から指定研修機関になっています。

実際に病院で働き方改革を実行するために、何を变えなければならないか。それは「意識」です。医師自身の意識だけではなく、管理者の意識改革も必要です。制度が始まる以上、それに反発しても仕方がありません。働き方改革を推進し、診療・研究・教育それぞれに悪影響を及ぼさないための創意工夫が必要となります。“やらされている”という意識ではなく、“自ら進んで取り組む”という姿勢を職員全員と共有しなければなりません。そこで、私は病院長として、各診療科にヒアリングを実施

しました。教授はもちろんのこと、医局長や病棟医長、病棟看護師などに参加してもらい、働き方改革の理解とマインドセットをしながら、様々な取り組みをしました。

ある程度のトップダウンは、働き方改革を実行する上で不可欠です。例えば、労働時間を短縮させるための大きな取り組みとして、主治医制からチーム制に変更することを指示しました。主治医制を維持すると、受け持ちの患者さんが重症化した際に、どうしても長時間労働につながってしまいます。これをチーム制にすれば、交代で患者さんを診ることができ、負担を軽減することが可能です。ただし、チーム制を実現するには、情報共有が必要不可欠になります。そのため、私たちはMicrosoftのTeamsを活用して、急患や病棟患者の急変、手術の内容(手術時間、術中出血量、術後の状況等)といった患者さんの情報をチーム全員に、リアルタイムで共有するようにしました。

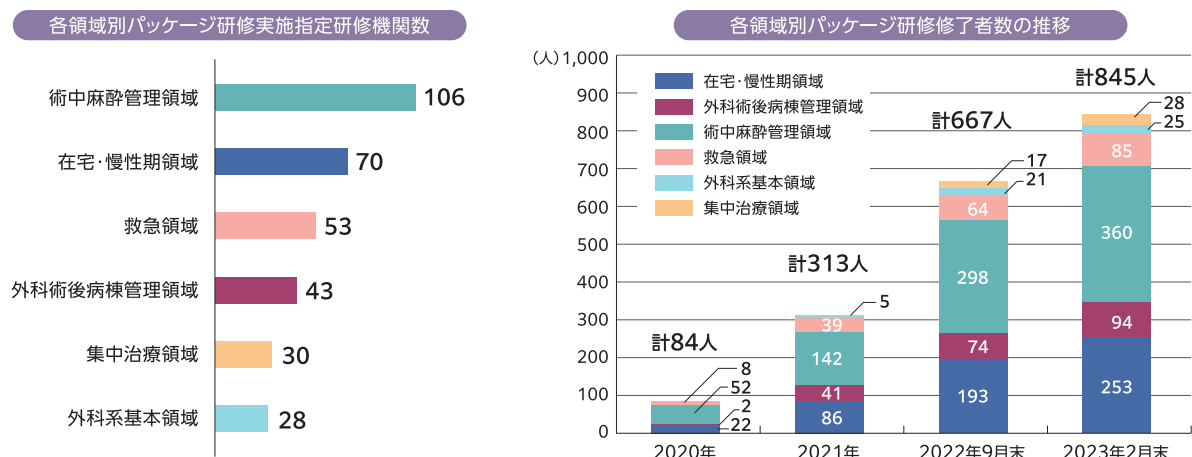
一方、職員だけでなく患者さん・ご家族側の意識改革も求めていく必要があります。患者さんが「私の主治医が来てくれない」という考えをお持ちのままでは、働き方改革を進めることができません。また、「仕事があるので平日20時から説明してください」というような診療時間外の病状説明の要望も、今後は受けることが難しくなります。患者さんやご家族に向けては、厚生労働省が2023年12月1日に公開した「医師の働き方改革」特設サイトから情報発信がされています。厚生労働省による情報発信の取り組みは、私も関わらせていただきました。

医療は患者さんと医療者双方の信頼関係のもとに

図1 ■ 領域別パッケージの指定研修機関数及び修了者数の推移

領域別パッケージ研修を開講している指定研修機関は193機関、修了者数は845人となっている(2023年2月現在)。

領域別パッケージ研修を開講している指定研修機関数：193 機関



出典：厚生労働省「第33回医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会」(2023年8月23日)資料

成り立っています。ともに協力しなければ何事も成立しません。双方が働き方改革の制度を理解して環境を整備していかなければならないのです。

## 全診療科に実施した 病院長ヒアリング

——各診療科へのヒアリングを通じ、意識改革に向けて、具体的にどのような取り組みを進めたのでしょうか。

**馬場先生** 大きく分けて2つあります。1つは、国レベルの取り組みにつなげました。事前のアンケート等によって、若手医師が働き方改革の内容を詳しく知らないことがわかりました。そのため、若手医師向けの啓発事業を展開しました。私が座長を務めた厚生労働省の「勤務医に対する情報発信に関する作業部会」で議論したものが、厚生労働省の「いきサポ」（いきいき働く医療機関サポートWeb）のコンテンツに反映されています。

もう1つは、院内向けの取り組みで、働き方改革の重要性について会議体で伝えたり、各診療科のヒアリングで個別に伝えたりしました。ヒアリングの際は、私だけではなく、副院長や事務スタッフにも参加してもらい、労働法制について具体的に説明し意識の変革を促しました。働き方改革については、今後、医学教育に盛り込む必要性を感じています。

——各診療科のヒアリングで、救急科や外科、産婦人科など労働時間が長い診療科と、そうでない診療科で、温度差を感じたことはありましたか。

**馬場先生** 労働時間が増える要因は、大きく分けて「どれだけ長時間の手術をしているのか」ということと、「診療科の医師数」にあります。例えば、同じ業務量でも、5人と10人では1人当たりの労働時間が異なります。先ほどお話ししたヒアリングの際には、すべての医師の3か月分の実労働時間を記録し、ランキング形式で開示しました。この数字を4倍すれば、1年分になります。ヒアリング時点で4倍して1,860時間を超過する医師には改善を求めました。

なぜ長時間労働になっているのか、原因を突き止めなければ改善することはできません。原因を探るとともに、データを基に具体性のある指導を個別の診療科に依頼しました。すると、36協定を締結していることもあり、大学病院の勤務だけで960時間を超える医師はいないことがわかりました。しかし、派遣先を含めると、



熊本大学病院  
副学長・病院長・消化器外科 教授 馬場 秀夫 先生

労働時間が比較的短い診療科の中でも、1,860時間を優に超える医師が存在することがわかったのです。先入観を捨てて、すべての診療科の医師を分析するの必要を感じました。

## 地域医療を守ることが 大学病院の使命

——派遣先（副業・兼業）の労働時間は、各医師の自己申告となっています。労働時間のマネジメントに苦勞されることはありますか。

**馬場先生** 当院では、約280施設に約560人の医師を派遣しています。そのすべてにおいて詳細な勤務時間を把握しているため、医師に自己申告をしてもらう必要はありません。一方、派遣先の宿日直許可の有無については、当院ですべてをコントロールできるわけではありません。大学病院勤務後に派遣先で当直勤務を行った場合、「連続勤務時間制限」があるため、派遣先での当直勤務後に休息時間を取らなければなりません。その分だけ当院での勤務時間が減ることになり、派遣元である当院の診療に影響が出ることになります。

しかし、地域医療を守るという大学病院の使命があるため、派遣を中止するわけにもいきません。勤務医にとっても副業・兼業は経済的・経験的なメリットが大きく、派遣先とWin-Winの関係にあります。そのため、派遣先の施設には、宿日直許可を取得できるようにコミュニ

ケーションを重ねており、現時点で派遣先の約7割の施設が許可を得ています。労働基準監督署の地域性もあると耳にしていますが、一定の休息時間を確保できれば許可を取得できるようです。許可が取得できれば、派遣先から大学病院に戻った翌日も通常どおり働くことが可能となります。

派遣先に宿日直許可を取得してもらおう働きかけは、私が病院長に就任した2021年から始めています。ちなみに、全国医学部長病院長会議が2023年2月にまとめた「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」によると、19病院(23.5%)が「派遣について特に変更する予定はない」と回答している一方、14病院(17.3%)が「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」と回答しています(表1)。大学病院の診療体制を維持しながら、可能な範囲で派遣を継続するという病院が多いのではないのでしょうか。

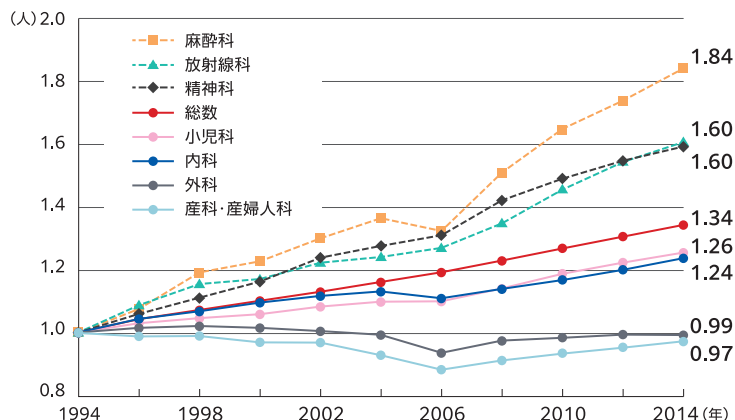
医師の「診療科偏在」と「地域偏在」も働き方改革に大きな影を落としています。1994年を1.0としたときに、2014年の医師数は1.34倍になりました。ところが、「外科」と「産婦人科」は、ほぼ「1」のままなのです。逆

表1 ■ 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)

| (回答大学: 81大学)                               |            |
|--------------------------------------------|------------|
| 派遣について特に変更する予定はない                          | 19 (23.5%) |
| 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%) |
| 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%) |
| その他                                        | 26 (32.1%) |
| 検討していない                                    | 20 (24.7%) |

出典: 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」資料

図2 ■ 診療科別医師数の推移(1994年を1.0とした場合)



● 多くの診療科で医師は増加傾向にある。  
● 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。

※内科 … (1996~2006年) 内科、呼吸器科、循環器科、消化器科(胃腸科)、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科(2008~2014年) 内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※外科 … (1994~2006年) 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、小児外科(2008~2014年) 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※2006年調査から「研修医」という項目が新設された

に、「麻酔科」「精神科」「放射線科」は1.6倍以上になりました(図2)。すなわち、労働時間が長い診療科では医師が増えず、短い診療科に医師が集まるという悪循環になっているのです。

他方、地域偏在については、熊本県全体は医師多数県という位置づけですが、熊本市内と熊本市外では人口10万対医師数で2倍以上の格差があります。医師の年齢層も大きく異なり、市内には若い医師が、市外には高齢の医師が多くなっています。地域医療を守るには、大学病院から市外の施設に派遣せざるを得ないのが現状なのです。そのために、大学病院での労働時間を削減することに注力しなければなりません。

## 最も効果的だったのは チーム制への変更、DX化も強化

——主治医制からチーム制への変更、多職種連携によるタスク・シフト/シェアの促進、患者さんへの説明時間帯の指定など、様々な取り組みをされていますが、医師の労働時間の短縮に特に効果があった取り組みは何でしょうか。

**馬場先生** 全職員の意識改革に加えて、主治医制からチーム制への変更と、タスク・シフト/シェアの促進は効果的だったと実感しています。書類・診断書・入院サマリーの作成をサポートしてくれる医師事務作業補助者を増員し続けていますし、看護師だけでなく、2021年の改正医療法によって業務範囲が拡大された診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救命救急士たちへのタスク・シフトも実施しました(図3)。

例えば、静脈路の確保はこれまで医師と看護師の業務で、RI核種の注入も医師のみに認められていました。

出典: 厚生労働省「2018年度第3回医療計画策定研修会」(2018年2月9日)資料

つまり、静脈路確保、薬剤の注入、撮像、抜針・止血という各プロセスにおいて、医師と看護師が中心となって業務を行っていたのです。これが法改正によって、一連の業務を診療放射線技師が単独で実施できるようになりました。タスク・シフトされた側は仕事量が増加するため不満に思わないか心配しましたが、実際に話を聞いてみると「業務が増えた」「押し付けられた」という感覚ではなく「自分たちができるようになった業務が増えた」とことに対する喜びやプライドを感じました。患者さんに直接お礼を言われる機会が増え、モチベーションも上がったそうです。

タスク・シフトと聞くと、シフトされた側の負担が増える印象がありますが、診療放射線技師が医師や看護師を待つ必要がなくなり、お互いの時間短縮にもつながっています。

もちろん、医師や看護師から他の職種へのタスク・シフトをするにあたり、診療放射線技師を含めて20名以上増員しました。当然、人件費が増えましたが、1人当たりの業務時間は減りました。そうすると、給料が減ってしまうスタッフが出てきます。そうならないために、2022年10月に診療報酬で新設された「看護職員処遇改善評価料」を看護師以外の職種にも活用することでカバーしています。他にも、特定行為修了者には別途、手当を設定しました。

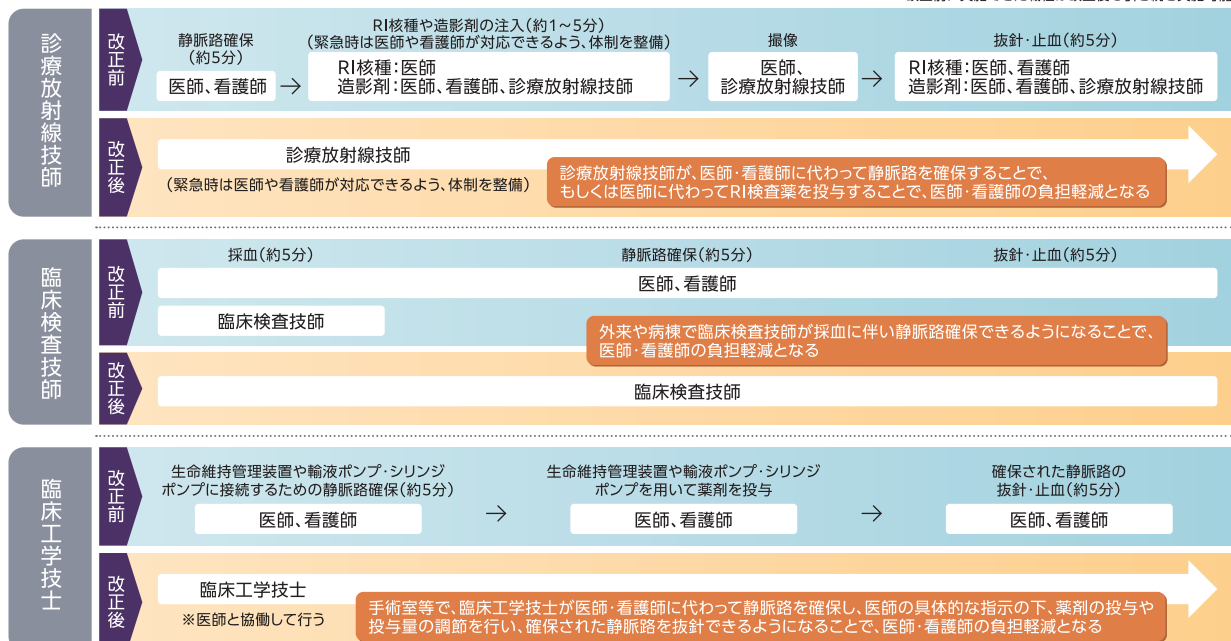
——全国的に見ると、患者さん・ご家族に説明する時間を平日の夕方までに限定する病院が増えていきます。

**馬場先生** 患者さん・ご家族への説明には、多くの時間を要します。例えば、外来でCT検査を実施する際には、CTの仕組みや検査前の準備、投与する造影剤の副作用などについて説明します。手術であれば、麻酔や輸血のメリット・デメリットも話さなければなりません。ただ、経営側から見ると、1人ひとりに同じ説明をすることは、非効率だと感じます。そのため、厚生労働科学研究の一環として、説明用の動画コンテンツを作成しました。これまで医師が毎回話していたことを、患者さんにタブレットを渡して動画で視聴していただきます。医師にとって大きな時間の短縮になることはもちろん、患者さん側もわからないことがあれば繰り返し動画で確認していただくことが可能です。さらに、スマートフォンでも視聴できるようにになれば、ご自宅でご家族と一緒に何度も確認することができるでしょう。

当院では、2024年5月以降にDX化を拡大します。現在は患者さんが来院されると受付に並び、順番が来るまで待っていなければならず、診察後も会計で待たせてしまっています。このプロセスをDX化し、来院したらスマートフォンで受付を行い、順番が来たら通知します。支払いがカード決済になるため、診察後は会計を待たずにそのままお帰りいただけるようにします。カード決済手数料は病院の負担になりますが、患者さんの待ち時間は大幅に短縮されますし、病院も混雑を解消できます。案内役の人員を削減できるかもしれませんし、何よりも患者さんの満足度が向上できればと思っています。

図3 ■ 静脈路の確保とそれに関連する業務のイメージ

※改正前に実施できた職種は改正後も引き続き実施可能



出典：厚生労働省「タスク・シフト/シェア推進に関する検討会 議論の整理の公表について」(2020年12月23日)資料

## 診療と研究を両立させるための方策 ～自分を超越する人材を育成する～

—大学病院に勤務するモチベーションのひとつは、診療と研究の両立だと思います。働き方改革によって研究が疎かにならないために、どのような取り組みをされていますか。

**馬場先生** 研究をするには研究費、すなわち資金力が必要になります。そのため、私が病院長になってから「研究活性化プロジェクト」を立ち上げました。このプロジェクトは、提案された課題に対して1課題年間1,000万円上限で最長3年間、10課題まで病院から支援するというものです。これは、科学研究費助成事業(科研費)の「基盤研究A」に相当するレベルを想定しています。40歳以下の若手には、1課題年間150万円上限で20課題まで支援することにしました。他にも、教育に関して厳正なる審査を行い、必要な経費は病院側が一定額を支給することにしています。



お金の次は「人」です。研究にはサポート体制が求められます。例えば、外科医が手術などを行っている間に、指示どおりに研究を進めてくれるスタッフがいれば、働いている間に研究が進みます。現在、消化器外科では、外国人留学生、特に中国人留学生の採用

に力を入れています。厳正な採用をするために中国人の秘書を雇用し、候補者の調査をしてもらい、最終面接は私が担当しています。彼らは診療をしないため、研究に注力することができます。さらに、医学部の医学生を研究補助員として採用しています。授業と授業の間のすきま時間を使い、研究補助をしてもらっています。研究に興味がある医学生が喜んで応募してくれます。このように、研究においても医師の労働時間を短縮できる仕組みの導入が大学病院には求められます。

教育に関しても変革が求められています。アメリカの外国医学校卒業生認定機関(ECFMG)が、2024年以降は世界医学教育連盟(WFME)が認定した医学部の卒業生以外に米国医師国家試験(USMLE)受験資格を与えない方針を示しました。この認定を受けなければ、日本

の医学部を卒業してもアメリカで研修医として働くことができなくなります。この基準をクリアするには、臨床実習の時間を大幅に増やす必要があります。この課題も医師の働き方改革と同時進行で解決しなければなりません。この課題については、文部科学省が地域の医療機関に学生を送り、臨床実習をシェアするシステムを考えているようです。

いずれにしても、働き方改革の影響で教育の質が落ちることは極めて問題です。今よりも良い人材を育てていかないと組織は劣化していきます。自分たちが教育する相手を、自分たちを超越するレベルにまで成長させることで、初めて組織として成長するのです。このマインドがない人は、教育者であってはならないというのが私の持論です。

自分を超越する人材を育成するには、ノウハウが求められます。同じ組織に所属し続けていると、伸びる時期はあってもいずれは成長が止まり、頭打ちになります。いわゆる“ラーニングカーブ”と呼ばれているものですが、頭打ちになる前に環境を変える、指導者を変えるなど、変化を与えなければなりません。私の場合は、積極的に武者修行に出します。そうすると、新たな“ラーニングカーブ”が始まります。どのように教育すれば、自分を超越する人材を育成できるのか。教育も科学する必要があると思います。

—自己研鑽については、どのように管理されているのでしょうか。

**馬場先生** 2019年に厚生労働省から「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」という通知が発出されました。この通知の内容に沿う形で、当院では2021年9月に自己研鑽に関するマニュアルを作成しました。基本的には、上司の明示・黙示の指示により行われるものであるか否かで分類されます。しかし、研究がすべて自己研鑽になってしまうことには配慮が必要だと考えています。研究の成果を論文化したり、学会で発表したりする場合は、対価を支払わなければ研究に対するモチベーションを維持することは難しいでしょう。

もう1つ危惧していることは「診療に対する姿勢」です。働き方改革は医師の労働時間を短縮し、できるだけ早く帰宅できる体制を整備するものです。しかし、患者さんに寄り添う気持ちを蔑ろにして「他の人に任せればいい」と割り切ってしまうと、患者さんの心の声を聞くことはできません。患者さん1人ひとりに寄り添い、最適

な治療をお互いに考えていくことが本来の医療のあるべき姿だと思います。効率化に走りすぎると、患者さん側に立った診療ができなくなりますし、信頼関係を構築することはできません。病気を治すことだけが私たち医療従事者の使命ではないことを忘れてはなりません。患者さんの人生観や価値観、ご家族のサポート体制など、様々なことを総合的に踏まえ、治療を選択することが大切です。

マネジメント層は、診療、研究、教育いずれも犠牲にならないような方策を考え、実行しなければなりません。

## さらなる強化が求められる地域との連携

——紹介率・逆紹介率ともに目標をクリアしている中で「くまもとメディカルネットワーク」の推進による地域連携の強化を課題にされています。

**馬場先生** これまで以上に他の医療機関と連携して、大学病院が診るべき患者さんと、地域の医療機関にお任せする患者さんの基準を明確にし、徹底する必要があると考えています。一方、徹底できない理由は患者さん側にもあります。「大学病院に診てもらいたい」「内科に来院ついでに整形外科も」といった受診行動を見直していただく必要があります。職員側も、大学病院の機能について患者さんにご理解いただく努力を続ける必要性を感じています。

また、くまもとメディカルネットワークに参画している医療機関同士では、患者さんの情報をリアルタイムで共有することができます。情報の共有化は診療の効率化につながり、働き方改革にも寄与します。残念ながら熊本市内の基幹病院の活用割合が低いため、熊本市全体で活用できるように働きかけることも必要です。さらに、ネットワークに蓄積されるビッグデータは、研究にも活用できると期待しています。

——今後の目標について教えてください。

**馬場先生** 大学病院の役割として、現時点で連携B水準の医師が存在することは仕方のないことです。しかし、2035年3月までにすべての医師をA水準にすることが求められています。2024年4月はあくまでもスタートであり、9年間で1,860時間から960時間内に、すべての医師の時間外・休日労働を短縮しなければなりません。現在、熊本大学病院全体では4人に1人が連携B水準であ

り、これをA水準に収めるのは難しい目標ですが、経営者として目標を達成すべく方策を考え実行し続けます。

### 医師の働き方改革を踏まえた医療従事者の確保に向けた取り組み (熊本大学病院)

#### ① 働き方改革の理解促進と意識改革

- トップマネジメント研修等による管理者の意識改革
- 制度概要や自己研鑽等について、各種会議体や全職員向けのビデオメッセージによる情報発信、教育・啓発
- 院内外ホームページで働き方改革に関する情報を掲載

#### ② 労務管理の徹底

- 兼業も含めた時間外労働時間の把握、宿日直許可に向けた進捗状況の確認、病院長ヒアリングによる勤怠及び勤務時間の縮減に向けたヒアリング
- 宿日直許可未取得の兼業先には文書や連携病院長懇談会で取得を働きかけ
- ICTを活用した位置情報を基に自動的かつ客観的な手法により出勤時刻を登録できる医師用勤怠管理システムの導入

#### ③ 労働時間短縮の取り組み

- 主治医制からチーム医療へ(急患・急変・緊急入院・夜間の看取りもチームで対応)
- Microsoft Teamsを活用した情報共有、カンファレンスの短縮、web化
- 患者説明の勤務時間内実施(ポスター掲示及びホームページ公開)
- 多職種連携の強化:タスク・シフト/シェア
- AI活用による読影業務の効率化(2022年度第二次補正予算「医学部等教育・働き方改革支援事業」)
- 女性医師のさらなる参画の支援
- 検査・治療に関する説明用資材の作成と活用
- 医師事務作業補助者の増員(2022年5月 20:1加算取得 今後15:1を目指し増員予定)
- 医師事務作業補助者および看護補助者増員のための大幅な処遇(給与単価)の改善
- 各種手当の創設(特定行為看護師手当、緊急手術等手当)

#### 【医療従事者の確保に向けた課題】

- 働き方改革に対する医療従事者の世代間、職種間における意識改革
- 多職種協働によるフラットなチーム医療の実現
- タスク・シフト/シェアのさらなる推進
- 医療従事者(補助者を含む)の増員及び処遇改善に伴う人件費の増
- 医療DXやICTの活用による業務効率化
- 職場環境の整備、ワークライフバランスの実現

出典:熊本県「2023年度熊本・上益城地域医療構想調整会議」(2023年7月27日)資料



熊本大学病院

# INVENTING FOR LIFE

人々の生命を救い  
人生を健やかにするために、挑みつづける。

最先端の医薬品の創造。それは長く険しい道のりです。  
懸命な研究開発の99%以上は実を結ばない現実。  
でも、決してあきらめない。  
あなたや、あなたの大切な人の「いのち」のために、  
革新的な新薬とワクチンの発見、開発、提供を  
私たちは続けていきます。



**MSD製薬**

INVENTING FOR LIFE

MSD株式会社 [www.msdd.co.jp](http://www.msdd.co.jp) 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア