

医師の働き方改革と地域連携

令和7年3月3日（月）
14:15～15:15

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 理事
東京都医業経営アドバイザー
真鍋 一

- 目次
- 医師の働き方改革
 - 1.労働時間について
 - (1)労働時間の把握方法
 - (2)労働時間と自己研鑽
 - (3)36協定の取り扱い
 - 2.時間外労働について
 - (1)面接指導
 - (2)兼業と副業
 - 3.労働時間削減について
 - (1)タスクシェア/シフト
 - (2)特定行為修了・診療看護師
 - (3)外来診療
 - (4)面会時間
 - (5)複数主治医制
 - 4.その他
 - (1)組織の中での会議体の正式な位置づけ
 - 地域連携

1.労働時間について

(1)労働時間の把握方法

令和6年4月1日より「医師の時間外労働の上限規制」が開始

☞医療機関は客観的な方法で、労働時間を管理することが求められた

実際の方法として

- ・タイムカードでの打刻
- ・スマートフォンによる入力
- ・ポイントを通過することで入力など

☞基本的に就業規則等で取り決めされている

しかし、医師には他の職種の職員とは違い、医療機関として入職時の説明でなされていない面が多い

そのため、医師には労働者としての自覚が少ない

医師という職業は、患者の病気に関して自己判断で対応・処置をすることが任されており
尚かつ、業務上看護師等への指示も出す

↓

管理・監督者である院長と同等であると誤解する要素も多い（医師同士は同等）

〔 以前医療機関は管理・監督者の前で給与等、金銭的な説明はするが
それ以外の条件については説明をあまりしていない 〕

しかし、現実の問題として

現在は「医師は労働者」ということになる

労働者ということに視点を置けば

- ・1分でも10分でも仕事をさせれば原則時間外労働の対象となる
- その反面、遅刻・早退等をした場合には、労働時間がマイナスになるということ
つまり、賃金がカットされるということを理解していない

現実の問題としては

入職当初に就業時間前後30分については、残業・遅刻・早退等の
対象とはしない等申し合わせをしている医療機関もある

(2)労働時間と自己研鑽

就業規則内の労働時間以外の時間外勤務については

- ・原則、上司の指示・命令で行なう業務の時間

を指し、自己の都合で、または自己判断で行なうものは基本的に自己研鑽ということになる

また、学会等での業務についても、それぞれの医療機関の考え方があるため、それぞれの医療
機関で取り決めを行なっている

この時に重要なことは、その内容を

- ・正式な会議等で決め
- ・それを該当する医師に説明し
- ・その内容を周知させることである

通常の勤務の中での時間外労働は上司の指示・命令が必要であることを説明したが
医師という立場上、患者の急変等に対応しなければならないことがある
その場合には、少なくとも原則として**3日以内にその承認**を得ることが必要である
☞一部の医療機関では、自己研鑽中は、通常着用している白衣とは違ったもの
（例としては色のついたもの）を着用し、外部からもわかるようにする等対応している

(3)36協定の取り扱い

時間外労働を行なわせる場合には

- ・36協定の締結
- ・労働基準監督署への届出

が必要である

時間外労働の上限が医師と他の職員とは違うため、就業規則を別にして医療機関も
多くなってきている

ただこの場合、労働者の代表の選出方法、また何の代表なのかなど理解できるように
議事録等で残すことも必要である

☹何故ここまで説明をするかというと

**医師には一定以上の時間外労働をした場合には
面接指導等が義務づけられているためである**

2.時間外労働について

現在、医師には5つの水準がある

- | | |
|---|------------------------------|
| ・A水準……年間の時間外労働が960時間以下 | } B水準・連携B水準は
2035年度末で廃止予定 |
| ・B水準……自院での時間外労働が1.860時間以下 | |
| ・連携B水準……自院で960時間以内
他院等での合計を合わせて1.860時間以下 | |
| ・C-1水準……臨床研修医が対象で1.860時間以下 | |
| ・C-2水準……専門的技術等取得のため1.860時間以下 | |

全ての医師に対して月間100時間以上の時間外労働をした場合には
面接指導を受けることが義務づけられている

★年間の時間外労働時間が960時間以内のA水準の医師は100時間を超えてからでの面接
指導でもよいが、他の水準の医師は100時間を超える前に実施しなければならない
そのため、B・連携B・C-1水準・C-2水準の医師に対しては月の途中で80時間を超えた
時点で面接指導の準備（面接担当医、日程の選定）を事務職員が行なう
※面接指導医師は、厚生労働省の研修を修了し合格した医師

実際には、同一診療科あるいは、年齢の近い更に上席の医師等においては、人選が
難しいので複数人の資格者を有する医療機関もあり、更に他院等と契約を締結して
外部の医師に依頼しているところもある

費用については、一律ではない

（産業医と同じ扱い、もしくは実施した時のみ支給）

また、面接対象となる医師は義務であるが、罰則はない

一方、**医療機関の管理・監督者には罰則がある**

☞面接対象医師が、面接を拒否した場合

(自分勝手な理由)

自分も医師であり、面接指導医より私の方が上席である

また、受けなくても自分自身には罰則がない等の理由である



このような場合を想定し、事前に内規等で受診することを規定しておくべきである

雇用契約書・労働条件通知書等を新たに発行する場合などには同時に罰則等を

決めておくべきである

※余談であるが、健康診断も同様に対応しておくとい

この罰則自体は組織内でよく話し合いをし、その後決定することがよい

面接指導を受けた場合、その報告書は産業医、衛生委員会等経由で

医療機関の管理・監督者に内容に関係なく届出るべきである

(問題ないということで事務方で書類を止めていたところもある)



この報告書は、1ヵ月以内に全ての手続きを完了させて医療機関の管理・監督者の指示・命令を受けることが必要である (内規等にも作成時に決めておくこと)

😞何故ならば

1ヵ月の労働時間80時間は過労死の対象となる時間である

☞オンコール体制も同様に取り扱うことが重要

(2)兼業と副業

基本的に外部での労働時間は医師自身の申告になっている

ただ、主たる勤務場所では把握する必要がある

通常の場合、他の施設での勤務は医療機関の管理・監督者の許可を受けて

就業に行くことが多い

〔 他の施設で働くことの許可を出した者が、その権限を持っているかどうか確認する
必要がある 〕

その場合、申請・許可・報告という形を取り、万一申請より多く勤務した場合どのように
するのか取り決めをしておくことが必要 (内規等での対応)

また、事務手続きの問題になる

・少なくとも2ヵ月に1度ぐらいの頻度で他の施設での勤務状況に変更があった
場合には届出をだしてもらった文書を出しておいた方がよい

☞兼業・副業先への面接指導の結果報告書提出について

基本的には医師自身の提出であるが、事務部門が本人の了解のもと

代行することでトラブルが少ない

3.労働時間削減について

(1)タスクシェア/シフト

- ・現状の業務の見直し
 - ⇒必要なものだけを残す→医療DX導入の時と同じ
- ・法的な根拠
- ・教育、検証は移管元が行なう
 - （自分の都合ではなく、移管先も納得することが必要）
- ⇒好事例等他の医療機関で成功したからといっても各医療機関で現状（人員・組織等）が違いため一方的に進めるのではなく話し合いが必要
- 実施には、多職種の協力と時間がかかる
 - （正式な会議－各職域の代表者の選出方法等）
- 現実の問題として、1つの事例として医師事務作業補助者の導入はどの医療機関でも好評である

(2)特定行為修了・診療看護師の導入

- 医師の負担軽減、また他の職種の業務の軽減になる
- 実績として、九州地方の病院他
 - ・対象となる看護師の待遇・身分（地位）の見直し
 - ・所属先の変更
 - ・ユニフォームの検討等
- を行なっている

(3)外来診療の見直し

- 全科予約－かかりつけ医との関係重視
- 医師以外の職員の午前中の業務の見直し
 - （入院患者・紹介患者の検査等）

(4)面会時間等の制限

- 患者・家族への協力依頼
 - ・病状説明→医師の指定した時間
 - ・面会時間→業務の引き継の時間前に終了
 - （東京・地方の医療機関でも多くは16時30分までという例）
 - ・夜間時、救急車の利用方法→#7119で問い合わせのお願い、協力について、依頼する

(5)複数主治医制

- 診療科に複数医師がいる場合には可能だが、少数のところは当直医に依頼するシステム等構築が必要
- プロトコルの徹底等も検討

4.その他

(1)組織の中での会議体の位置づけ

会議体での決定等が必要な旨を、厚生労働省の文書等でも記載されているが
今回の研修の中で「内規」での取り決め等多く記載している
これは組織の中で正式な会議体（会議、委員会等名称は自由）で、組織上認められた
職員が結論を出したもので、その内容及び権限が規定上に適正に承認されたもの
（承認方法も別途規定が必要）という意味です
会議体で承認された規定は職員に周知し、就業規則と同等の効力を持つことを説明し
その趣旨を周知することが重要です

○.地域連携

地域医療構想は、平成27年4月から都道府県で策定作業開始



都道府県は機能分化・連携を図る区域として
「構想区域」を設定



都道府県が2025年の医療需要と病床の必要量を推計

☞地域医療構想として策定

地域医療構想の実現に向けて構想区域ごとに「地域医療構想調停会議」を開催

☞病床機能報告制度の結果を基に

現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較してどの機能の病床が不足
しているの検討

実際には、病床の件について各医療機関の考え方があって失敗

このような状況の中で
令和6年4月1日より「医師の時間外労働」の上限規制が始まった

短縮計画としては

- ①タスクシフト
- ②医師の業務の見直し
 - ・宿日直制度の届出
 - ・複数主治医制

↓

しかし、自院の組織で行なう業務の総量を減らす工夫をしたが限界であった
更に、IT・医療DXなどを活用した省力化を行なったが著しい結果は出なかった
そのため、地域の他院と連携するなど地域での効率化を図ることを検討した

もう1つの要因としては

- 2025年団塊の世代が75歳以上になる
 - ・働き手がなくなる
 - ・高齢者医療需要が拡大

現在の地域医療構想
病床の機能分化連携

新たな地域医療構想
入院医療だけでなく、外来・在宅医療・介護との連携を通しての地域連携

このような中で、医療機関の経営者は自院の立ち位置を考え将来にむけての
計画を作り、「地域医療構想調停会議」に参加する必要がある
内容としては次の3点について理解しておくことである

- ①自院の外部環境の把握
- ②自院の内部資源の現状理解
- ③今後の展望

① 自院の外部環境の把握とは

①-1 その地域での人口減少と高齢化

日本社会全体が少子高齢化する中でその地域でも

- ・患者数減少
- ・慢性疾患患者の増加
- ・医療費の抑制

といったことが起きる可能性がある

★これに対応するためには、

- ・自院に来院してくる患者の分布を分析
- ・更に紹介医療機関を洗い出し
- ・逆紹介先・率を調査すべきである

この時の資料としては、紹介先から自院のどの診療科への紹介を行なったのかも調べる

つまり

- ・どこから
- ・どのような患者が
- ・どんな形で受診し
- ・その診療科がどのように対応しているかわかるということです

※紹介状なしの患者も分析し、この場合には特に逆紹介について調べる必要がある
これは、経営的な戦略にも役立ち、紹介先医療機関との良好な関係が築ける
この結果自院の診療科の特徴が患者にわかり、地域での期待も見えてくる

ここ最近の大きな変化————「患者が医療機関を選ぶ」基準が出て来ている
従来は知人等の口コミ

↓

現在はSNS等で情報を取るという方向になってきている

つまり、高齢者等が自分で医療機関を選ぶというよりも息子・娘達を選ぶことが多くなっている

そのため、交通の便の良い所へ集中する傾向がある

また、近い将来を見据えて訪問診療・訪問看護、あるいは施設等へ入所することを考えてそのようなことに力を注いでいる医療機関を選択しているようだ

①-2 医療技術の進歩と高額医療機器の導入

現在の医療技術の進歩は著しい

↓

若い世代の医療従事者（特に医師）は新しい知識・技術の取得に余念がない

そのため、自院が他医療機関より機器等の導入が遅れば他院への副業・兼業の申し出がある

その結果、他医療機関への転職等も考えられた

患者サイドから見ると、医師が変わることでの不安が増す

②自院の内部資源の現状理解とは

②-1 人材確保と養成

医師・看護師等の医療従事者の確保



医療機関の経営安定に不可欠

しかし現実の問題として給与等、経済的な問題はあるがもう一方で「働き甲斐」というのも大きな要素

「職員の満足なしには患者の満足なし」という考えから

※公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会では、職員満足度調査（アンケート+面談）を行っており、現在15都道府県で実施されている
これには、医療機関を熟知しているアドバイザーが実施しているため医療機関の管理層からは一定の評価を受けている
またこの結果、どこに視点をおくかということも見えてきて対応することができると評価を得ています

②-2 財務状況

医療費の抑制・物価高騰で財務状況は厳しさを増している

国及び都道府県の補助金等についてもいろいろ情報があるので確認する必要がある

医療機関としては、収益性の高い医療サービス・コスト削減に取り組む必要がある

薬剤を例にとると

- ・同種同効薬の削減
- ・医療材料で言えばメーカーの統一
- ・同一地域での大量購入

などを検討する必要がある

また、地域医療等を考えて見ると自院だけの努力では費用等足りない

その際には、クラウドファンディング等の検討もする必要がある

これは、地域の住民と一体化するという意味でも重要な要素である

②-3 医療設備・建物の老朽化

既存建物・機器等の点検



医療の安全・安心を患者に意識させるうえで重要

能登地方の地震

異常気象による水害

耐震化と補助電源等の確保

↓
食料・水の確保
薬の確保

※非常電源確保

災害の起きる前から、ガソリンスタンド等に優先的に重油等を配給してもらう旨の契約を結び、他の住民にも事前に看板等を設置して理解させる

※緊急時の患者輸送の確保

※地域での医療従事者の確保

- ・共通の免許についての証明書
- ・地域内での職員同士の交流・研修

※御遺体の安置場所

③ 今後の展望

③-1 地域包括ケアシステムへの参画

地域住民のニーズに応え、切れ目のない医療・介護サービスを提供するために地域包括ケアシステムへの積極的な参画

③-2 IT活用による効率化

電子カルテの導入や遠隔医療の活用など、IT技術を積極的に活用する



業務の効率化・医療の質の向上

この場合、現状行なっている業務の見直しが必要



具体的に必要かどうか

また、他部署との重複はないか

今後は患者情報もマイナンバーカードで取得可能

③-3 新規事業への創出

医療機関として将来ビジョンの中に訪問看護・介護施設との連携を入れるのか検討



収益の多角化

職員に対して将来のビジョンを説明し、協力を得る

③-4 地域との連携強化

地域住民との交流を深め、地域に根ざした医療機関を目指す

医療機関として自院の強みを地域住民に理解していただき「診療を受ける場合の受け方」も同時に理解してもらう



患者の都合優先ではなく

・患者、家族への病状説明の時間

・夜間救急車、直来での診療

(場合によって別途金額を請求することも検討)

・かかりつけ医を決めてもらう

(川下り現象だけでなく、川上り現象も医療機関同士で連携)

地域での医療機関の役割と地域での住民の理解・協力によってこの

「医師の働き方改革」が一步前進する

ご清聴ありがとうございました