

自治体病院全国大会2022 「地域医療再生フォーラム」

日 程

令和4年11月15日（火）

10:00～12:30

- ・開会挨拶
- ・来賓挨拶
- ・座長挨拶 須田 善明 氏
原 義人 氏
- ・シンポジウム①望月 泉 氏
- ・シンポジウム②貞弘 光章 氏
- ・シンポジウム③大西 祥男 氏
- ・シンポジウム④中村 昌樹 氏
- ・討論
- ・閉会挨拶

開催形式

ハイブリッド形式（集合またはオンラインでのライブ配信）

会 場

東京「JA 共済ビル」

主 催

全国自治体病院開設者協議会
公益社団法人 全国自治体病院協
議会
全国自治体病院経営都市議会協
議会
全国知事会
全国都道府県議会議長会

全国市長会
全国市議会議長会
全国町村会
全国町村議会議長会
公益社団法人 国民健康保険中央
会

テーマ

「医師の働き方改革（後）の医療
提供体制について」

参加者

269名（集合91名、オンライン（ラ
イブ配信）178名）

開会挨拶

■全国自治体病院開設者協議会
会長 杉本 達治 福井県知事



皆さん、おはようございます。
御紹介いただきました開設者協議
会の会長を仰せつかっております

福井県知事の杉本でございます。

本日は自治体病院全国大会2022
「地域医療再生フォーラム」を開
催させていただきましたところ、
このように多くの皆様方に全国各
地からお集まりいただき、またオ
ンラインでも御参加をいただい
ておまして、心から感謝を申し上
げます。

また、皆様方には日頃から新型
コロナウイルス感染症対策をはじ
めとして地域医療を守る立場から
大変な御活躍をいただき、また病
院の経営等にもお力添えをいただ
いておりますことに心から感謝を
申し上げる次第です。

さらには、今日は自治体病院議
員連盟の森英介会長、さらには総
務省の和田室長、厚生労働省の谷
口室長にもおいでいただいております。
日頃から大変お世話になっ
ておりますことに心から感謝を申
し上げる次第です。

このフォーラムに先立ちまして
今朝、自民党の有志の議員の先生
方による自治体病院議員連盟の総
会が開催されたところ。全国
自治体病院協議会の小熊会長をは
じめとして関係者の皆様と一緒に

出席させていただきました。自治体病院の厳しい現状と様々な課題等についてお話をさせていただき、関係省庁からの回答もいただいたところです。森会長におかれましては熱心に御参加いただき御意見も賜ったところをごさいます。心から感謝を申し上げます。

この後、午後になりますがさらに総務省や厚生労働省を訪ねてコロナ対策、それから自治体病院への財政支援などについて要望を行ってまいりたいと考えているところです。

さて、新型コロナウイルス感染症の状況につきましては、BA.5の急拡大によって第7波では過去最大の感染状況となったところですが、それが自治体病院の皆様方のお蔭で何とか乗り切ることができたところです。ただ、先月末くらいから北のほうから感染者が徐々に増加しているということで、第8波の兆しが見える状況なのかと思っているところがございますし、また厚生労働省の話によれば今年はインフルエンザと両方が同時に流行するのではないかと言われているところでもございまして、これからの対策に万全を期す必要があると考えているところです。

また自治体病院におきましては、コロナ患者への対応に加えて救急、小児、周産期、災害医療などの政策医療、こういったことを中心として地域の中核病院として住民にとって必要な医療を継続的に提供することが求められているところです。こうした中において医師や看護師などの医療人材の確

保、医師の働き方改革の推進、病院の運営財源の確保などのほか、地域医療構想の推進や物価高騰など様々な課題に直面しており、その解決を図っていく必要があります。

人口減少や高齢化の進展、コロナなどの新興感染症の流行など自治体病院を取り巻く環境が大きく変化する中で、こうした様々な課題についてそれぞれの自治体病院や開設者の努力だけで解決することは困難な状況になっています。やはり国レベルでの対策が大切であると考えています。皆様におかれましては全国の自治体病院が抱える課題の解決に向け、それぞれのお立場から関係機関への要望、働きかけをお願いしたいと思っています。

さて、本日の地域医療再生フォーラムのテーマは、医師の働き方改革、そしてその後の医療提供体制についてということです。2024年4月から始まる医師の働き方改革に向け、自治体病院では医師や医療スタッフの確保、医療機能の分化や連携の推進、財源確保などの多くの課題を早急に解決するとともに、働き方改革後を見据えた地域の医療提供体制を議論する必要があります。

本日は、日々医療の現場で陣頭指揮を執っていらっしゃる4人の管理者や病院長をシンポジストにお招きし、先進的な取り組みや御意見をいただくこととしています。活発な意見交換が行われ、今回のフォーラムが課題の理解と解決に資する有意義なものとなることを期待しているところです。

自治体病院が住民の医療や健康を支える地域医療の最後のとりでとしての役割を果たしていけるよう、これからも皆様方と一丸となって要望活動等に取り組んでまいりたいと思いますので、引き続き御協力をいただきますようお願い申し上げます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

来賓挨拶

自治体病院議員連盟

会長 森 英介 衆議院議員



ご紹介にあずかりました自治体病院議員連盟の会長を務めております森英介と申します。今日は全国各地から自治体病院の関係者の皆様方がお集まりになって、一堂に会して今年度の全国大会が開催されましたこと、心からお慶び申し上げます。

先ほど杉本会長からもお話がございましたように、この全国大会に先駆けて今朝8時から私も議員連盟の総会を開きました。自治体病院の関係者の代表の皆様方にもご出席をいただきまして自治体病院の現状、課題、要望などについてご意見を承りました。関係省庁からも答弁がありましたし、議員からも活発な意見が沢山出ました。今朝の総会は、我々の今後の

取組みの指針となり、更に、多くの課題を解決するために、関係者一同、一致結束して頑張ろうという決意を固める機会になったということをご冒頭に申し上げておきます。

今もお話にありました通り、この3年間は世界中がコロナ禍に脅かされ、日本も例外でなく、大変に困難な時代でありました。その中であって医療関係者の皆様方の献身的な御尽力にはただただ頭の下がる思いで、わけても自治体病院がその中で果たして下さった役割は極めて大きかったと思います。いわばこのコロナ禍の中であって、自治体病院の役割、存在価値が再認識されたのではないかとこのように思っております。

そうは申しましても、コロナ禍もまだ収束したわけではありませんし。自治体病院が本来抱えている様々な課題に加えてまた新たな課題も持ち上がってきています。例えば電気代の高騰、資材の高騰といったことも挙げられましょう。それに、そもそも、各自治体病院の抱えている問題や課題は。地域や役割によって、千差万別であり、共通の課題に加えて特有の課題に何とか対応して乗り越えていかなければいけないわけです。

先ほど申し上げたように、折角、自治体病院が地域にとっていかに大事な存在かということが再認識された状況下でもありますから、何ともしも関係者一同、力を合わせ、役割分担してこの難局を乗り越えていかなければならないと思います。

後ほど総務省、厚生労働省から

役所の考えなども披瀝されると思いますが、自治体病院が今後とも地域の中に在って、しっかりと存続し、引続き大きな役割を果せまうように、私どもも大いに力を尽くしてまいりたいと思います。

今日のこの全国大会がこれからの自治体病院の未来を切り拓くために有意義な機会となりますことを心からご期待申し上げ、私からのご挨拶と激励に代えたいと思います。ありがとうございました。

総務省

■自治財政局準公営企業室長

和田 雅晴 氏



ただいま御紹介いただきました総務省準公営企業室の和田でございます。自治体病院全国大会2022「地域医療再生フォーラム」の開催に当たりまして、一言お祝いを申し上げます。

皆様方には、住民の命と健康を守るため、地域医療の確保に多大な御尽力をいただいておりますことに深く感謝と敬意を表します。自治体病院は地域における基幹的な公的医療機関として、へき地における医療や小児医療などの不採算・特殊医療を担い、地域医療の確保のために重要な役割を果たしています。また、今般の新型コロナウイルス感染症への対応においては、自治体病院が重要な役割を

果たし、地域にとって必要な医療機関であることが、改めて国民に認識されたところです。

しかしながら、自治体病院を取り巻く環境は厳しさを増しており、さらに、医師の働き方改革への対応など国の医療政策への対応も喫緊の課題となっています。このため、総務省としては、本年3月に新たなガイドラインをお示しし、地方公共団体に対して、プランを策定して経営強化に取り組むよう要請しているところです。喫緊の課題である医師の働き方改革をテーマに、本日活発な意見交換がなされることは誠に有意義なことで、自治体病院の発展につながることを切に願っています。

総務省としては、今後とも地域医療を支える自治体病院を支援してまいりますので、皆様方におかれましては良質な医療の提供と健全経営の確保に、なお一層の御尽力を賜りますよう、お願い申し上げます。

結びに、本日の地域医療再生フォーラムが実りあるものとなり、自治体病院が医療の提供を通じて地域の発展に一層貢献されることを祈念するとともに、皆様方の御健勝、御活躍をお祈り申し上げます。私からのお祝いの挨拶といたします。本日はよろしくお願い申し上げます。

厚生労働省

■医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長

谷口 倫子 氏



厚生労働省医政局地域医療計画医師確保等地域医療対策室長の谷口でございます。御紹介いただき誠にありがとうございます。本日は医政局審議官の大坪寛子より皆様方への御挨拶を預かってまいりましたので、代読させていただきます。

自治体病院全国大会2022「地域医療再生フォーラム」の開催にあたり、一言お祝いの言葉を申し上げます。はじめに、本日御参集の皆様方におかれましては、日頃より地域医療の充実と国民の健康保持・増進のために多大なる御尽力をいただき、厚く御礼を申し上げます。中でも新型コロナウイルス感染症への対応について、最前線である医療現場で日夜地域の医療を守っておられる医療従事者の皆様がこの場をかりて改めて感謝を申し上げます。

さて、厚生労働省では人口構造の変化、労働人口の減少、技術の急速な進歩など我が国の医療を取り巻く環境が変化する中で、質の高い効率的な医療提供体制の構築に向けた取組みを進めています。中でも高齢者数がピークを迎える2040年に向け、医療提供体制の再構築は最大の課題であり、医師の働き方改革や医師の地域偏在対策、地域医療構想の推進に一体的に取り組んでいく必要があります。

す。

昨年5月には、医師の働き方改革の推進や地域医療構想の実現に向けた支援策の強化等を盛り込んだ改正医療法が成立しました。医師の働き方改革については、必要な地域医療に影響が出ないように円滑な施行に向けて着実に取り組んでまいります。

また先般、感染症法等の一部改正案を今臨時国会に提出したところです。今後、国会での審議の結果も踏まえ、平時から病床や医療人材の確保などの備えを行うことにより、感染初期から速やかに立ち上がり有効に機能する医療体制の構築に向け、関係団体の皆様とも相談しながら具体的な検討や対応を進めてまいります。

新興感染症への対応については、2024年度からスタートする第8次医療計画に盛り込まれるところですが、2024年度には医師の働き方改革の施行をはじめ診療報酬と介護報酬の同時改定など、様々な見直しが一齐に動きはじめます。医療現場での対応を円滑に行っていただけるよう、これらの取組みに際しては丁寧な議論と周知を図ってまいります。

新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えた対応については先月、患者の重症化リスク等に応じた外来受診・療養の流れをお示しするとともに、発熱外来・電話・オンライン診療の体制強化や健康フォローアップセンターの拡充等により、この11月中の外来体制の強化と重点化をお願いしています。引き続き都道府県や医療機関等と連携し、保険

医療体制の整備を行ってまいりますので、御協力を何卒よろしくお願いたします。

最後になりましたが、このような諸課題が山積する中であっても地域において必要な医療が確保されるよう、今後とも皆様の御尽力をいただくことをお願いするとともに、本日御参集の皆様方の御健勝を祈念し、私の挨拶といたします。以上です。

座長挨拶

■全国自治体病院開設者協議会
副会長 須田 善明 女川町長



皆様、よろしくお願いたします。ここからは講演とディスカッションという2部構成で進めさせていただきます。前半は私、須田が担当させていただきます、後半は原先生としたいと思います。

本日のテーマは、冒頭に会長からもあったように「働き方改革（後）の医療提供体制について」ということです。当然ながら、従前から地域医療構想も含めて働き方改革は重要な柱でしたが、そこにコロナも入ってここ数年はそれどころではなかったというところもあるかもしれませんが、今後の地域医療体制を考えていく中では避けて通れない問題ですし、他の問題と一緒に解決していく必要が

直近1年間の時間外・休日労働時間の状況①

対象期間：2021年1月～12月
(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答病院数	平均病床数	年1,860時間超の医師がいる(病院)(%)		年960時間超1,860時間以下の医師がいる(病院)(%)		医師は全て年960時間以下(病院)(%)	
			(病院数)	(%)	(病院数)	(%)	(病院数)	(%)
全 体	339	283	10	2.9	115	33.9	221	65.2
急性期病院	197	361	8	4.1	97	49.2	97	49.2
99床以下	26	67	0	0.0	1	3.8	25	96.2
100床台	30	156	1	3.3	3	10.0	26	86.7
200床台	23	244	1	4.3	9	39.1	13	56.5
300床台	38	339	1	2.6	24	63.2	14	36.8
400床台	27	451	1	3.7	16	59.3	11	40.7
500床以上	53	643	4	7.5	44	83.0	8	15.1
ケアミックス病院	67	190	2	3.0	10	14.9	57	85.1
慢性期病院	16	91	0	0.0	0	0.0	16	100.0
精神科病院	16	254	0	0.0	3	18.8	13	81.3
専門病院	20	236	0	0.0	4	20.0	16	80.0
その他の病院	23	86	0	0.0	1	4.3	22	95.7

(スライド3)

直近1年間の時間外・休日労働時間の状況②

対象期間：2021年1月～12月
(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答病院数	平均病床数	年1,860時間超の医師がいる(病院)(%)		年960時間超1,860時間以下の医師がいる(病院)(%)		医師は全て年960時間以下(病院)(%)		
			(病院数)	(%)	(病院数)	(%)	(病院数)	(%)	
全 体	344	284	20,888	16	0.1	1,031	4.9	19,841	95.0
急性期病院	200	362	17,193	14	0.1	971	5.6	16,208	94.3
99床以下	26	67	894	0	0.0	1	0.1	893	99.9
100床台	30	156	498	1	0.2	5	1.0	492	98.8
200床台	23	244	818	1	0.1	26	3.2	791	96.7
300床台	40	339	2,600	4	0.2	140	5.4	2,456	94.5
400床台	27	451	2,651	1	0.0	93	3.5	2,557	96.5
500床以上	54	640	9,732	7	0.1	706	7.3	9,019	92.7
ケアミックス病院	68	188	1,792	2	0.1	29	1.6	1,761	98.3
慢性期病院	16	91	83	0	0.0	0	0.0	83	100.0
精神科病院	16	254	229	0	0.0	7	3.1	222	96.9
専門病院	21	238	1,446	0	0.0	21	1.5	1,425	98.5
その他の病院	23	86	145	0	0.0	3	2.1	142	97.9

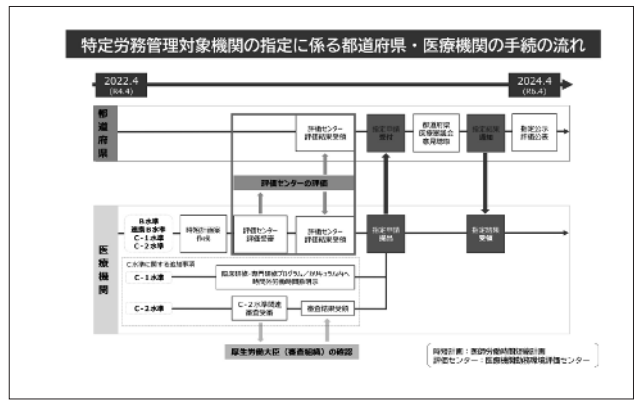
(スライド4)

2024年4月以降に申請する水準(予定を含む)

対象期間：2024年12月31日時点
(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答病院数	A水準のみ		B水準		連携B水準		C-1水準		C-2水準	
		(病院数)	(%)	(病院数)	(%)	(病院数)	(%)	(病院数)	(%)	(病院数)	(%)
全 体	336	225	67.0	101	30.1	17	5.1	42	12.5	10	3.0
急性期病院	195	101	51.8	86	44.1	13	6.7	41	21.0	9	4.6
99床以下	25	21	84.0	3	12.0	0	0.0	0	0.0	1	4.0
100床台	30	22	73.3	7	23.3	1	3.3	2	6.7	0	0.0
200床台	23	12	52.2	9	39.1	1	4.3	3	13.0	1	4.3
300床台	38	20	52.6	18	47.4	1	2.6	6	15.8	2	5.3
400床台	27	12	44.4	13	48.1	5	18.5	11	40.7	3	11.1
500床以上	52	14	26.9	36	69.2	5	9.6	19	36.5	2	3.8
ケアミックス病院	69	56	81.2	12	17.4	2	2.9	0	0.0	0	0.0
慢性期病院	16	16	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
精神科病院	14	13	92.9	0	0.0	1	7.1	1	7.1	0	0.0
専門病院	20	17	85.0	3	15.0	1	5.0	0	0.0	1	5.0
その他の病院	22	22	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

(スライド5)



(スライド6)

全体で339病院から回答をいただき、1,860時間超の医師がいる病院は全体で3%、急性期病院では4%となっています。1つの診療科、1人の医師が960時間を超えた場合にはB水準になりますし、1,860時間は2024年以降にはあってはいけないという水準です。連携B水準は33%です。それから、医師はすべて960時間以下のA水準は65%という状況でした。これは1年前ですので、さらに少し短くなってきている可能性もあると思います。

(スライド4) 医師の数で見るとアンケート全体は約2万人ですが、1,860時間超は全体から見ると0.1%でした。先日の厚生労働省の大学病院の調査では2.4%

という数字が出ていますので、自治体病院は大学病院に比べると少ない印象です。95%の医師は960時間以下という結果でした。B水準になる医師は、病床数が500床と多くなると706名、7.3%ということです。

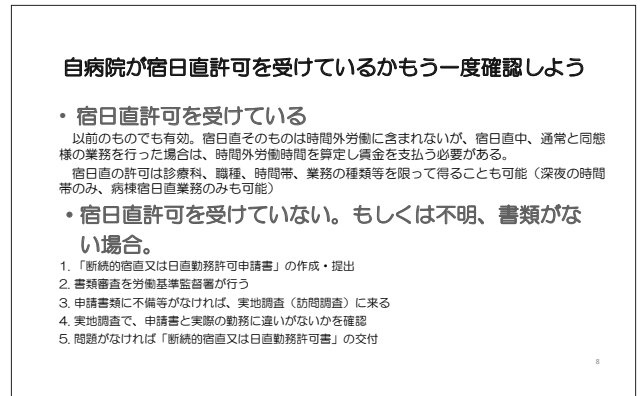
(スライド5) 2024年4月以降に申請する水準を予定を含めて聞いたところ、A水準のみが全体の67%、B水準が30%と大体2対1という割合になりました。C-1水準は12.5%と全体から見るとそれほど多くありませんが、臨床研修指定病院で病院の規模が大きくなると40%程度のC-1ということです。C-2は卒後6年目以降ということがあるためか、希望する病院は少ないようです。

(スライド6) この図は、医療機関勤務環境評価センターで日本医師会が受託して立ち上がった組織です。地域医療暫定特例水準であるB連携、B、それからC-1、C-2を希望する病院は必ず評価センターの評価を受けなければいけません。労働時間短縮計画を立て、評価センターの評価を受けます。医療サーバイヤーと労務サーバイヤーがセットになって審査しますが、初年度は対面ではなく書類審査ということになりました。もしかしたらインターネットを使った質問形式になるかもしれませんが、書類審査です。

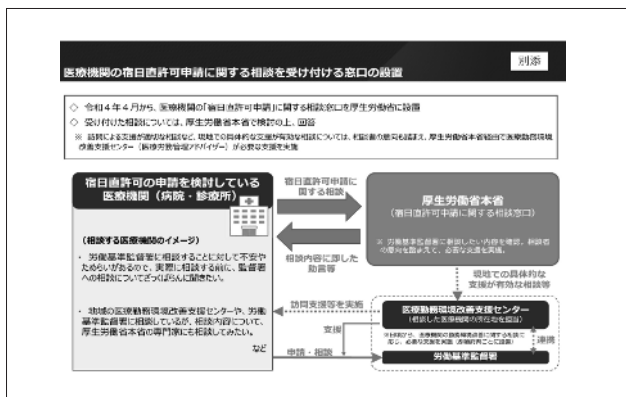
ここで評価にパスした場合は、都道府県の医療審議会等の意見を聴取して都道府県で指定するとい



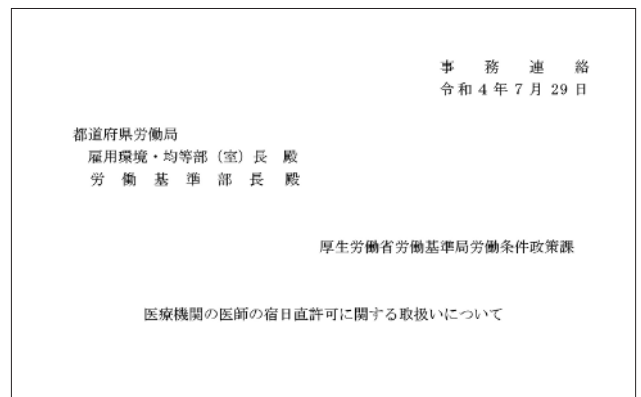
(スライド7)



(スライド8)



(スライド9)



(スライド10)

う流れです。C-1に関しては、臨床研修プログラムの場合にはこれを作成してマッチング協議会に提出します。そして募集をかけることになります。専門医制度の場合には専門医機構に提出します。C-2については別に審査組織ができますので、その審査を受けることになります。

(スライド7) 日本医師会の中にもできた医療機関勤務環境評価センターのホームページです。10月31日から受審する医療機関の申請受付が始まりました。B、連携BあるいはC-1、C-2の認定を目指す病院は、このホームページから申し込むことになります。

(スライド8) 時間外労働時間についてのもう1つの大きなポイ

ントは宿日直許可です。宿日直許可は以前のもので有効ということですが、30年40年も前であっても宿日直許可証に有効期限はないので今でも有効ではあるのですが、内容はまったく違っていると思いますので、基準監督署の立入等があった場合には現実との乖離が出てきますので、その中身については検討しておく必要があると思います。

宿日直のみの許可は診療科を限って、職種、時間帯。例えば救急患者が少なくなる深夜帯だけに限って宿日直許可を取るといったことも可能です。

(スライド9) 本年4月、厚生労働省の本省に宿日直許可申請に関する相談窓口ができました。

メールで相談できますので、医療機関にとっては親切な窓口ですのでぜひ利用してください。具体的な支援が有効な場合には医療勤務環境改善支援センターを紹介したり、労働基準監督署とも連携しているということです。

この4月以降、厚生労働省は宿日直許可が取れる病院はどうぞ取ってくださいという形で対応が親切になりました。去年あたりは、救急病院では無理ですねという感じでしたが、今は相談に乗ってくれているようです。

(スライド10) 7月に都道府県の労働局に厚生労働省労働基準局労働条件政策課から、「医療機関の医師の宿日直許可に関する取扱いについて」の通達が出ました。

医師業務の見直し

- ・外来業務の見直し。PFM (Patient Flow Management)、入院院関連業務を多職種でタスクシフト・シェア、かつ効率化を図る。オンコール体制、診療科編成、主治医制など見直しが必要と考える。
- ・主治医制の見直しでは、複数主治医制、グループ制はすぐに取り組む必要がある。とくに内科系診療科。土、日等受け持ち患者の状態により常に主治医が診察することは休みが取れない大きな理由である。
- ・総合診療科の活用、勤務時間内の病状説明、連続勤務時間制限、勤務間インターバル、勤務日数の縮減等。
- ・医師の直接業務である患者診察、手術などの治療は削減が難しいが、間接業務である委員会・会議は真っ先に効率化を図る。会議数の見直し、会議時間を前もって設定、連絡のみの会議はイントラネット掲示板に変更など生産性を上げるために効率化を進める。

15

(スライド15)

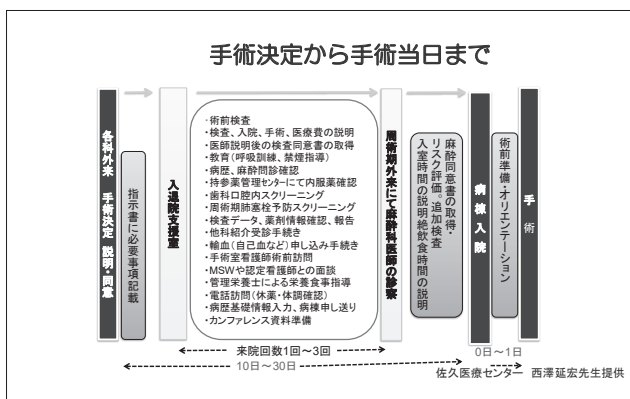
医師の時間外労働時間制限

単純な労働時間制限は誰も幸せにしない(働かない改革)

- ・医師・経験症例の減少・研修時間の減少
→医師の成長の鈍化
- ・患者さん・診療制限によるアクセス悪化。萎縮医療となる諸問題
- ・病院管理者・医師の労働時間減少・診療制限等による経営悪化↓
医師の労働時間を減らしながら、成果・実績が上げられるような病院マネジメントが必要
＝医師の生産性の向上

佐久医療センター 西澤延宏先生提供

(スライド16)



(スライド17)

医師から見た患者サポートセンター

- ・入院適応・入院日・手術日を決めれば、入院指示などの事務処理を全てやってくれる
- ・内服薬の問題や検査値の異常などのリスク管理をして、その後の対応もしてくれる
- ・患者さんのことで困ったら、相談すればきちんと対応してくれる

↓

医師本来の業務に専念できて、満足度が上昇し、時間外労働時間も減少する

多くの医師の望む本当の働き方改革

佐久医療センター 西澤延宏先生提供

(スライド18)

くてもできる業務をタスク・シフティング、チームの中でやれるような仕組みができてくれば、医師のモチベーションが非常に上がって生産性も向上するのではないかと思います。

PFM (ペイシェント・フロー・マネジメント) については後で示します。オンコール体制や診療科編成、主治医制などの見直しが必要と考えます。主治医制は、単独では土日主治医が出てくる必要がありますので、なかなか休めない大きな原因になります。複数主治医制、グループ制になるべく早く取り組んでほしいと思います。また、総合診療科のドクターの活用。病状説明もなるべく勤務時間内に行いたいと思います。委員会

や会議は真っ先に効率化を図る必要があります。

(スライド16) 医師の労働時間の制限については、「私はもう月80時間を超えるのでこれ以上働きません」という働かない改革ではよろしくないと思います。医師は症例数を経験することが大事で、研修時間が減ってしまうと医師の成長は鈍化します。患者にとっても、深夜帯や救急を受ける病院が減ってくればアクセスが悪化して萎縮医療となる問題もあります。病院管理者にとっては経営の問題であり、生産性が向上するようなマネジメントが必要です。佐久医療センターの西澤先生のスライドをお借りしました。

(スライド17) 佐久医療センター

では、予定手術や心臓カテーテルによる治療、消化管の内視鏡治療などに関しては入退院支援室が術前の検査から医療費の説明、持参薬の管理など。今は歯科口腔内スクリーニングも必要で、緊急手術では無理ですが予定手術の場合には口腔内のケアをしておく術後の感染が減るというデータも出ています。患者を把握しながら他科への紹介などもあります。そういったことは入退院支援室がすべてやっているということです。麻酔同意書の取得は麻酔医が術期外来で診察を行う仕組みになっていて、担当医師は入院適応、入院日、手術日を決めれば事務処理はすべてしてもらえます。

(スライド18) 医師は本来の業

患者サポートセンターの利点

- ・外来・病棟看護師は、事務業務が減り、患者のケアに使う時間が増える
- ・薬剤師・管理栄養士・MSW・医師事務作業補助者が、積極的に介入でき、さまざまな視点から、専門性を発揮できる
- ・マネジメント不足によるインシデントが激減する

主治医だけに頼らないチーム医療体制
→医師の負担軽減と各職種の働きがい

佐久医療センター 西澤延宏先生提供

(スライド19)

務に集約しており、このような運用を始めたところ、時間外労働時間が減少しただけでなく、手術数が増加したということです。

(スライド19) 患者サポートセンターの利点として、外来・病棟看護師は事務業務が減って患者のケアに使う時間が増えます。薬剤師・管理栄養士・MSW・医師事務作業補助者が積極的に介入することで様々な視点から専門性を発揮できます。また、マネジメント不足によるインシデントが激減します。手術前に止めなければいけない薬がありますが、医師がそれを管理していると抜けることがあります。チームで関われば、薬剤師が説明できますし、インシデントが激減します。主治医だけに頼

らないチーム医療体制を構築することで、医師の負担軽減と各職種の働きがいが進むということです。

(スライド20) 働き方改革は、医師の意識改革の契機になると思います。医師の健康確保と地域医療体制の維持が要で、職員の満足度を上げるためにも働きやすく、働きがいの職場環境と質の高い医療提供体制を築いていきたいと思っています。患者満足度を調査する病院はよくありますが、職員の満足度が上がらなければ患者満足度は上がらないのではないかと思います。職員の満足度を上げるために、働きやすく働きがいのある職場環境を働き方改革でつくっていききたいと思います。

おわりに

- ・働き方改革は医師の意識改革の契機である。医師の健康確保と地域医療体制の維持が要で、職員・患者満足度をあげるためにも働きやすい働きがいのある職場環境と質の高い医療提供体制を築いて行きたい。同時に時間外労働時間の短縮とともに、単なる働かない改革ではなく、生産性が向上する病院マネジメントが必要である。

- ・多様な働き方に対して、寛容になる文化の醸成が医療界全体で進み、バーンアウトすることなく性別・年齢に関わらず持続可能な勤務体制となり、医師も健康で豊かな人生を送れるようにしたい。

(スライド20)

多様な働き方に対して寛容な文化の醸成が医療界全体で進むと、バーンアウトすることなく性別・年齢にかかわらず持続可能な勤務体制となり、医師も健康で豊かな人生を送れるようになると思います。ご静聴ありがとうございました。

(スライド21)

■全国自治体病院開設者協議会

副会長 須田 善明 女川町長

引き続き次の発表に進みます。次は「医師の働き方改革と医療供給体制 B水準該当者の分析と対応」と題して山形私立病院事業管理者の貞弘光章先生の御講演です。急遽、病院内の感染対策の関係でリモートでの御出席となりました。それでは貞弘先生、よろしくお願いいたします。

■山形市病院事業管理者

貞弘 光章 氏



ご清聴ありがとうございました。



2017 福寿さん語り 参加記念 2017年9月1日

(スライド21)

医師の働き方改革と医療供給体制 B水準該当者の分析と対応

山形市立病院済生館 病院事業管理者
貞弘 光章




地域医療の拠点として、
皆様の健康と幸福を守ります。

(スライド1)

山形市立病院済生館

- 明治12年 太政大臣三条実美が済生館と命名
明治13年 ローレンツ医師を招請
- 医師数（研修医を含む）：
常勤 84名
- 病床数：一般 526床
- 平均在院日数：11.6日
- 第二次救急医療機関
- 救急件数： 12,121件（うち時間外 9,053件）
- 1日平均件数： 33.2件（うち時間外 24.8件）
- 救急車取扱件数：4,871件（うち時間外 2,718件）



(スライド2)

御紹介ありがとうございます。
山形からの発信ですので御不便をおかけしますが、お許しください。

(スライド1) 望月先生が総論を述べられましたので、私は各論という形でお話しさせていただきたいと思います。特にB水準該当者がいますので、その分析と対応について述べさせていただきます。

(スライド2) 山形市立病院済生館は、中核都市・山形市の唯一の市立病院です。歴史は古く、明治12年、時の太政大臣の三条実美が済生館と命名しました。翌年、オーストリアの医師であるローレンツ博士を招請し、医学を始めました。病床数は526床の急性期病院です。医師数は研修医を含めて84名ですので、病院規模と比べて医師数は非常に少ない病院です。

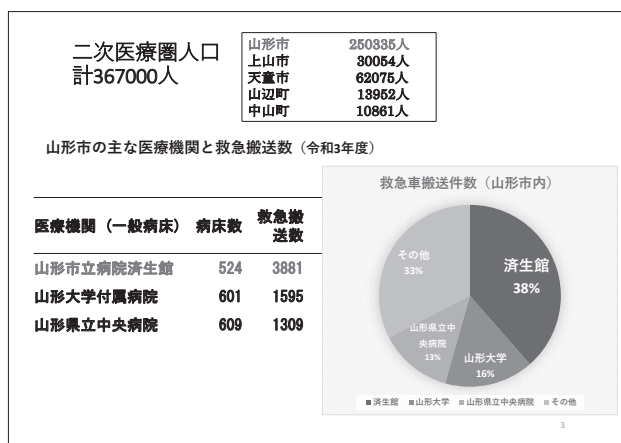
七日町という山形市の中心市街地にあって非常にアクセスが良く、第2次救急医療機関です。県内第一の救急搬送数があり、年間で1万2,121件、救急車の取扱は4,871件というのが昨年のデータです。市内には県立病院、大学病院、済生館がありますが、済生館

が全体の40%の救急車を受けています。

(スライド3) 済生館は2次救急告示病院ですが、いくつかの足かせがあります。現実的には1次から3次までの間をつなぐ急性期後の直後から裾野を担う病院ですが、現実的には救急医療の数として最もハイボリュームを担うゾーンでもあります。また、今回の診療報酬改定でもどちらかと言えば3次救急の高度急性期医療機関に比べると加算が少なく、今回の働き方改革でもっと大きな影響を受けるゾーンです。なぜかという救急の依頼が多く、宿日直許可の取得がなかなか難しい。そして、複

数の宿日直担当者を配置しながら相対的に医師数が少ない状況があります。

ここには過去20年間のいろいろな推移を示しています。赤い折れ線グラフは外来患者数です。一時は非常に多かったのですが、その後、市の医師会が夜間診療所を開き、特に小児患者が減っています。その後、選定療養費の関係からも外来の負担はかなり軽減しています。緑色の棒グラフは小児の救急患者ですが、医師会の夜間救急センターができたおかげで小児の救急は激減しています。ただ、青色で示している入院患者については入院率を上げることによって維持



(スライド3)

当院における医師労働時間管理の流れ

- 職種別36協定の締結
年960時間超の関連部署の明記
時間外勤務の対象の明示
- 法定労働時間を勘案した時間外勤務時間の算定
- B水準該当者の時間外業務内容の分析
B水準該当者の定期的な産業医面談
診療科長を交えた勤務体制見直し
- 救急告示病院としての宿日直の扱いと対応
- 問題点の抽出

(スライド4)

- 36協定の締結
 ✓ 業種毎の取得
 ✓ 延長できる時間数と一部診療科は960時間を超えることの明記

Table with columns: 業種別 (Industry), 業種 (Industry), 業種ごとの労働時間 (Working hours by industry), 業種ごとの時間外労働時間 (Overtime hours by industry). Rows include 救急告示病院 (Emergency告示 hospital), 救急告示病院 (Emergency告示 hospital), 救急告示病院 (Emergency告示 hospital), etc.

(スライド5)

医師の時間外勤務について 対象の明示
 時間外勤務の対象となるのは、診療行為に従事した時間その他病院(所属長)の命令・指示に基づき業務を行ったと認められる時間であり、原則として医局に居る時間は対象とはなりません。

№	事項	対象	可否	備考
1	自己研鑽の勉強	参考図書、文献、教科書を読むなど	×	
2	自発的な研修等への参加	医師会、製薬会社などの講演会への参加など	×	
3	学会	病院の施設基準取得・継続のため土曜日や勤務時間外に出発する場合	○	発表・聴講の時間のみ
4	学会発表の事前準備	病院の施設基準取得・継続のため派遣される学会である場合	○	概ね2時間まで
5	論文作成	緊急手術	×	
6	手術	手術が予定した時間よりかかり勤務時間外となった場合 術後管理のバイタルチェックなどで、1時間ごとに5~10分ごとに患者のもとに行った場合	○ △	診療時間のみ (5~10分) 待ち時間は不可
7	病棟、救急、手術呼出し	自宅と病院を往復する時間 手術開始まで、家族が来るのを待っている時間	×	呼出手当て対応 異なる手待ち時間(兼)は不可
8	患者死亡	自宅と病院を往復する時間 送りのため、葬儀屋を待っている時間	×	呼出手当て対応 通常 30~60分
9	別検	送りのため、葬儀屋を待っている時間	△	通常 30~60分
10	病院説明会	病院説明会に出席している時間 (出張でないもの)	△	通常2時間まで

※「異なる手待ち時間」とは、例えば手術のため呼び出されたが、自身の都合で必要以上に早く病棟に到着し、医局などで居る時間などをいいます。

(スライド6)

時間外勤務の把握

- 出退勤ICカード；読み取り機一退勤管理システム
 - 電カル上で自己と管理側での打刻時刻の確認
- 紙面による申請
 - 勤務と研鑽の区分け記載
 - 時間外勤務の開始と終了時刻の記載
 - 診療科長と館長の確認と捺印
 - 電カル上での確認と承認
- 電子カルテアクセス数
 - 管理側からの診療実態の把握と評価

(スライド7)

している状況です。一方で救急搬送件数は黄色のグラフですが着実に増えており、今は年間5,000件になろうとしているところです。

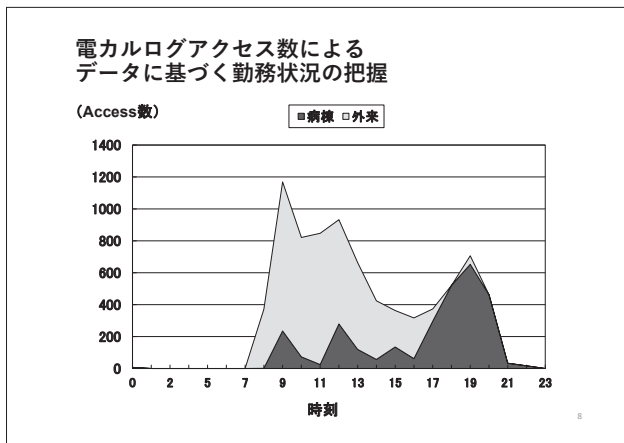
(スライド4) そのような状況の病院の中で労働時間管理の流れをまとめてみました。職種別に36協定を締結しています。年960時間を超える部署を明記し、時間外勤務の対象を明示しています。法定労働時間を必ず計算し、これを超えた部分を時間外勤務として算定しています。その中でもB水準該当者の業務内容を分析し、定期的な産業医面談、診療科長を交えた勤務体制見直しを定期的に行っています。2次救急告示病院とし

ての宿日直の扱いは非常に問題になっていますので、この点については後でお話します。

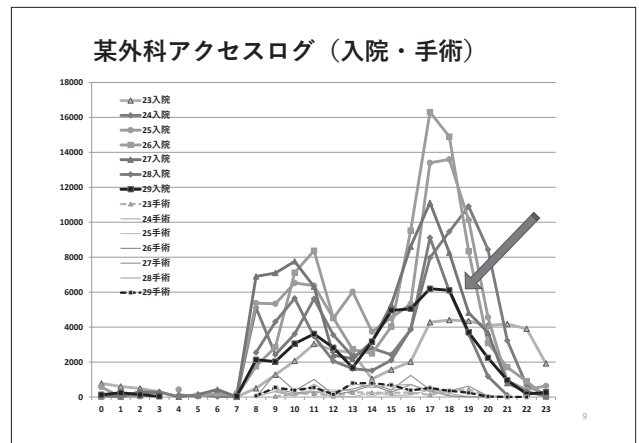
(スライド5) これは36協定の書式です。業種によって変えており、これは医師向けです。時間外と休日労働に関する協定を結んでおり、所定労働時間は1週38時間45分ですが、延長することができます。時間として1ヶ月100時間、あるいは1年960時間と明示しています。特にB水準になる可能性がある診療科として脳外科、泌尿器科についてはそれを越えることもあるということを36協定で明示し、過半数労働組合の代表と協定を結んでいます。

(スライド6) 次に、医師の時間外勤務について、自己研鑽と勤務の関係ですが、あくまでも時間外勤務の対象となるのは診療行為に従事した時間、その他病院あるいは所属長の命令・指示に基づき行う業務です。原則として、単なる医局の滞在時間は勤務時間には該当しません。項目を挙げてそれぞれについて可否を明確にしています。

(スライド7) 時間外勤務の把握については、ICカードを使って出退勤を管理しています。これは電カル上で本人と管理側が打刻時刻を確認することができますので、自分の勤務時間を月毎に把握



(スライド8)

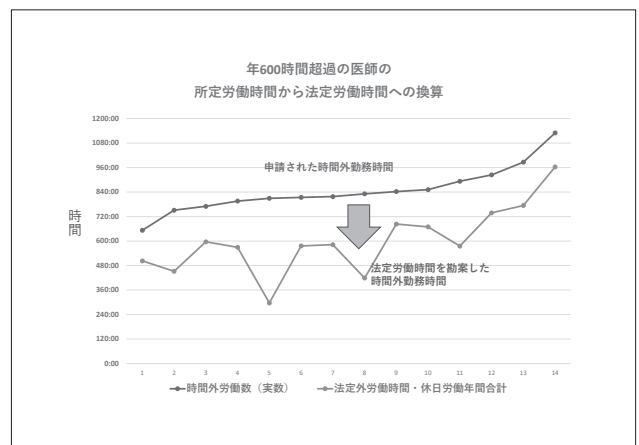


(スライド9)

法定労働時間を勘案した実質的な時間外勤務時間の算定

- 所定勤務時間 (8:30 - 17:15; 7時間45分)
- 法定労働時間
 - 1日 8時間
 - 週 40時間
 - 法定休日 日曜日
- 自己申告の時間外に対して、
 - 平日勤務で一月当たり 15分 × 20日 = 5時間、
 - および法定休日労働時間を勘案して
 - 法定労働時間を超過した分を時間外勤務として算定

(スライド10)



(スライド11)

できるようになっています。最終的には勤務と研鑽の分けが必要になりますので、各自が書面で申請する形になっています。時間外勤務の開始と終了を記載し、それを診療科長と館長が確認した上で捺印し、それを電カル上に取り込んで確認と承認を全体で行うという形にしています。それと同時に、電子カルテのアクセス数を通じて管理側で診療実態の把握を行っています。

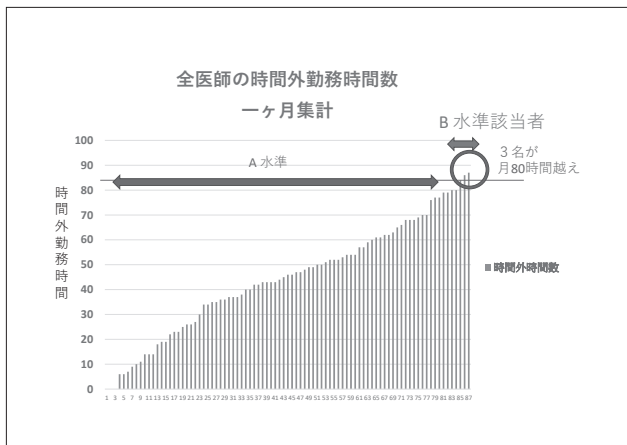
(スライド8) これは、電カルのログアクセス数のデータです。黄色の部分のが外来のアクセスで午前中に多くなっています。青色は病棟のアクセス数ですが、夜間に

かけて多くなっています。この時間帯は時間外ということですので、これを下げることが重要と考えています。

(スライド9) これはある外科外来のアクセス数です。3年間のログをまとめていますが、いろいろな努力によってだんだん山が低くなって終了時間が早くなっています。これは入院の場合のアクセス数で、入院では午前中に1つのピークがあり、夕方に大きなピークがあります。この改善がなかなか難しかったのですが、少しずつ山が下がってきています。こういう形で管理側で客観的に働き方の状況を把握する上でアクセスログ

は1つの重要なツールと考えています。

(スライド10) もう1つは、法定労働時間を勘案した実質的な時間外勤務時間を算定しています。済生館は朝8時半から17時15分までを所定勤務時間としており、1日は7時間45分です。法定労働時間は1日8時間、週40時間、日曜日は法定休日になっています。自己申告の時間外から法定労働時間との差、1日当たり15分×20日で月5時間までは法定労働時間内ということになります。また、法定休日労働時間を勘案し、日曜日に休日が取れて週40時間以内であれば時間外として換算しなくて良い

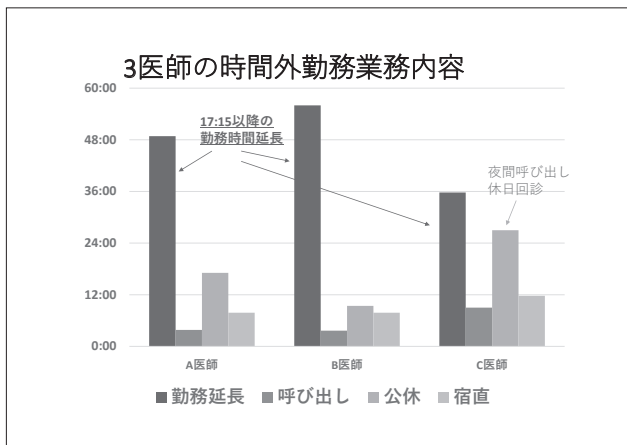


(スライド12)

時間外勤務の業務内容区分

- ①勤務時間延長
17:30以降の勤務の継続
- ②呼び出し
- ③公休出勤
休日回診、処置
- ④宿日直

(スライド13)



(スライド14)

B水準該当者の時間外内容

- 17時以降の日々の勤務延長の累積が最多であり、時間外勤務の多く(78%、63%、43%)を占めた。
- 多忙な診療科によっては休日回診や夜間呼び出しが多く、15%-40%であった。
- 宿日直の占める割合は、5%、8%、10%であった。

(スライド15)

と決まっていますので、そういうことを加味して時間外勤務時間を算定しています。

これは医師の時間外勤務シートです。これは年間の時間ですが、法定労働時間を勘案すると時間外労働時間は所定労働時間と比べてかなり減少します。

(スライド11) それをグラフにしたのがこちらです。これは時間外が多い医師を並べていますが、所定労働時間から法定労働時間に換算するとかなり時間外が減ることが分かります。特に大事なものは、B水準ぎりぎりのゾーンも法定労働時間を勘案することでA水準に該当することがありますので、A

水準を目指す施設では法定労働時間の考え方が非常に有効と思います。

(スライド12) これを1カ月で見ると、80時間が年間960時間に相当しますので、それを超える医師が3名いました。これはB水準該当者ということになりますので、病院全体としては少ないのですがこの3名について勤務内容を分析しました。

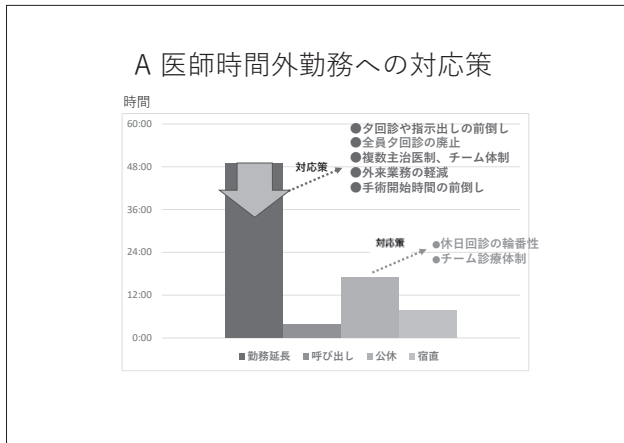
(スライド13) その内容を、17時15分以降の勤務時間延長、呼び出し、公休出勤、宿日直に分けて分析したところ、時間外のかなりの部分は勤務延長が占めていました。

(スライド14)

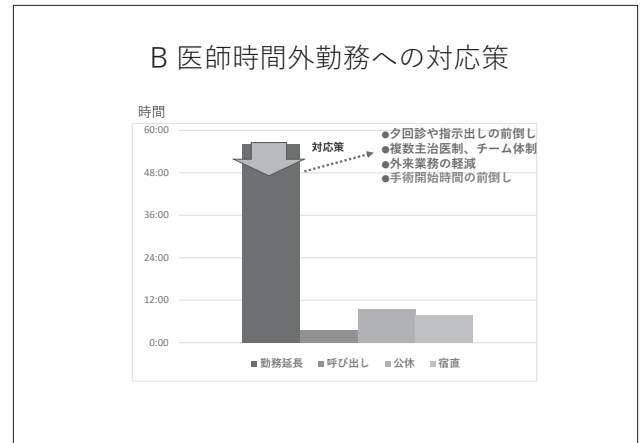
(スライド15)

(スライド16) A医師は、夕回診を全員ですするという流れがあったためにそれを廃止していただきました。そのほか、指示出しの前倒し、複数主治医制をお願いし、外来は紹介も利用して軽減、手術開始時間の前倒しなどを実施していただき、勤務時間延長はだいぶ削減することができました。休日回診もチーム医療をお願いし、A医師はA水準になっています。

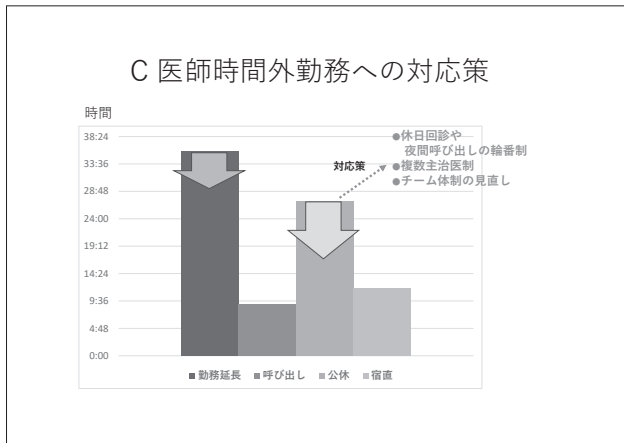
(スライド17) B医師は、やはり勤務延長が非常に大きな割合を占めていました。夕回診や指示出しの前倒しに加え、外来業務を軽



(スライド16)



(スライド17)



(スライド18)

事例紹介からの当院の対応

- 医師の時間外労働時間短縮に向けては、これまででも、**電カルのアクセス数や、出出勤カード、自己申告**などで把握評価を行い対応してきたが、
- **B水準該当者は少なからず存在する。**
- 時間外の多くは勤務終了後の延長勤務の積み重ねであり、外来終了時刻や手術開始および夕回診の前倒し、チーム医療体制の見直しで対応できる。

(スライド19)

減することで手術開始時間の前倒しをお願いし、勤務延長の削減に取り組んでもらっています。月10時間程度の削減ではありますが、やや改善が見られています。

(スライド18) C医師は、元々時間外の多い診療科ですが、特徴的なのは夜間・休日の呼び出しが多いことです。この医師は中間層でもあり、多くの呼び出しに責任を持って応じていますが、輪番制や複数主治医制を取り入れ、かなり改善しています。A水準にはいきませんが、もう少しの取り組みでA水準になるのではと思われるところまで来ています。

(スライド19) このようなこと

から時間外の多くは勤務延長の積み重ねであって、それについてはいろいろな工夫や見直しで改善できることが分かってきました。

(スライド20) そして、宿日直

の対応が非常に重要であることが分かりました。勤務内容や宿日直者人数を勘案して宿日直許可の可能性を検討していますが、当院のように救急搬送が多く、周囲の病

しかし、宿日直への対応は重要な問題

- 勤務内容や宿日直者人数を勘案した許可取得の可能性の検討
- しかし、各施設毎のこれまでの時間管理や手当支給の実態によりグレーの部分あり
- 労基法に遵守

(スライド20)

医師の労働時間にかかる論点の取扱い(宿日直)

※「施設、事後協議の宿日直許可取扱いについて」(令和2年7月1日付労基法第33条第3項)、「施設等の宿日直許可取扱い及び施設のある労働時間(算定)の算定方法について(施設)に基づいての労働時間について」(令和2年7月1日付労基法第33条第3項)

労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間をいい、使用者の明示又は暗示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。

宿日直
17:30 翌日 08:30

日勤帯(所定内労働時間) 当直帯(15時間程度)

様々な実態
ほとんど実態がない、いわゆる「宿直帯」
労働時間センター等、ほぼ一般実態である
その他

- 〔原則の考え方〕指示があった場合には即時に業務に従事することを求められている場合は、手続時間として労働時間。
- 〔特例〕労働密度がまばらであり、労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない一定の新規的労働⇒労働基準監督署長の許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外。
- 〔注〕この場合、15時間程度のうち実働した時間のみが規制対象。
- 許可に当たっては、①一般的許可基準(昭和22年発出)と、②医師、看護師に係る許可基準(令和5年7月発出)により判断。②において、算出目標割合でお示した数値を元に、許可対象となる「特殊の措置を必要としない程度の実働時間の実績」を例示した。

〔医師の働き方改革に関する検討会のご議論を踏まえた提示〕

- 「医師が、少休の基準超過者の状態の改善に対応するため、間接等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと」
- 「医師が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間(例えば非輪番日であるなど)において、少休の超過の外来患者や、かかりつけ患者の状態の改善に対応するため、間接等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと」

※宿日直中に、通常の勤務時間と同等の業務に従事することが届があったときについては、一般的にみて、実働としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は夜間に十分な睡眠が取り得るものである限り、宿日直の許可は取り消さない。
※労基法第33条第3項第1号の労働時間(算定)に算入される宿日直の労働時間については、労働時間第33条又は第34条第1項による時間外労働の算定がなされ、当該計算の前提条件が満たされるよう努めます。

※宿日直の取扱い(労基法第33条第3項)は、労働時間、労働時間規制等に基づいて算定された労働時間(算定)の労働時間のみ、算定宿日直労働時間とは別。

(スライド21)

宿日直許可の無しの場合

- 時間外勤務時間の算定 = 拘束する全ての宿日直時間
- 手当支給 = 全ての宿日直時間を時間外勤務として支給
- 全宿日直時間帯を勤務とする
 - (基本時間給の支給)

17:00 2時間 0:00 1時間 1時間 8:00

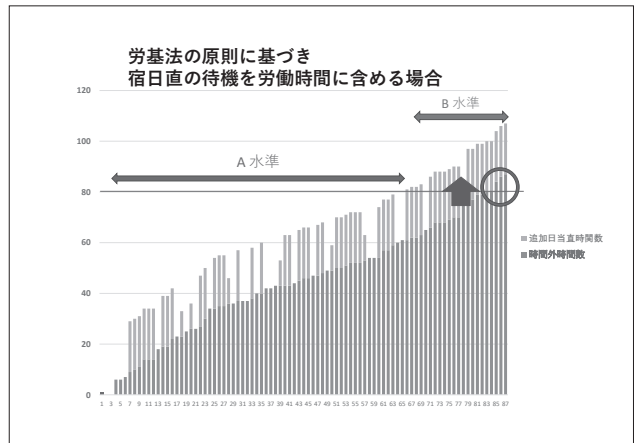
全宿日直時間 = 15時間
を時間外勤務として算定

(スライド22)

宿日直勤務の許可基準を満たさない場合 当院での問題点

- 一回の宿直15時間を全て時間外勤務として算定のため
- 宿直担当医の時間外増加 = B水準該当者の増加
- 当院では3名体制、月2-3回が基準
 - 55歳以上は当直免除
 - 常勤医師の高齢化と女性医師の増加
 - 研修医の減少より
- 当直担当医師数の減少が現実的問題
- 一人当たり当直回数の増加 = B水準該当者の増加

(スライド23)



(スライド24)

院が宿日直許可を取れば当院にもっと集まるだろうということで、これについてはかなり厳しく考えています。

宿日直の時間管理や手当支給の実態は各病院でかなりグレーの部分があります。そういう意味では、今回のことをきっかけとして労基法を遵守することが必要ではないかと考えます。

(スライド21) 平成元年に労基法から提言が出ていますが、労働時間とは使用者の指揮命令下に置かれている時間であり、15時間程度とされる当直帯は、即時に業務に従事することを求められており労働時間であると明記されていま

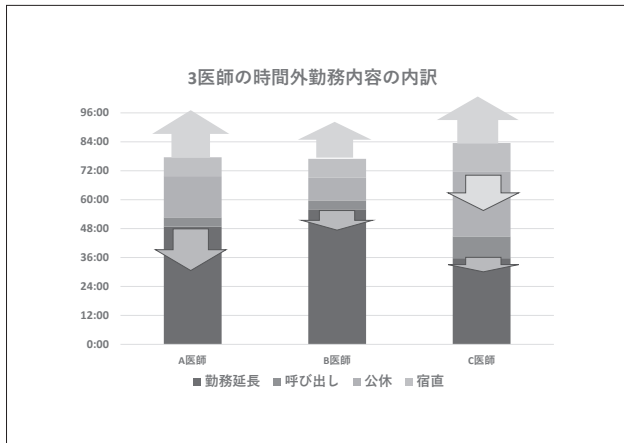
す。労働基準監督署長の許可を得た場合のみ、実働した時間のみが対象となるということですから、これを遵守する必要があると考えています。

(スライド22) そうすると、時間外の考え方としては宿日直の時間をすべて時間外とし、手当も発生することになり、すべてを練り直す必要に迫られました。

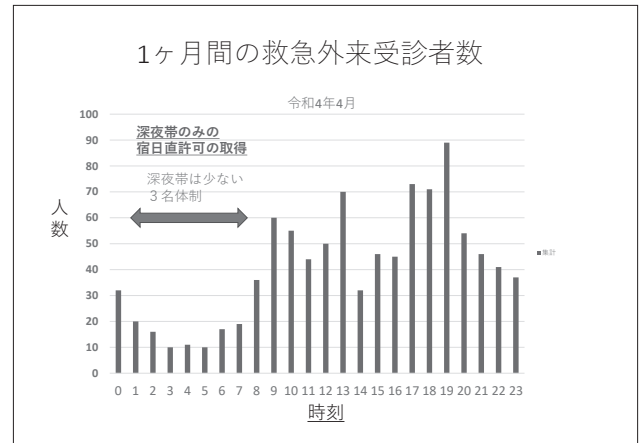
(スライド23) 当院では許可基準を満たさない可能性が高いと考えています。年間約5,000台の救急車を受け入れていますし、医師数も多くありません。当院の宿日直は3名体制です。内科正直、外科正直、内科副直という形で一般

の医師が順番に割り当てられ、月2~3回あります。これまでは55歳以上は免除されており、常勤者の年齢が上がっているために免除者が増えています。また、女性医師が増加しています。残念ながら研修医は減少していることから当直担当医師数は減少しています。そのために1人当たりの当直回数が増加し、それをすべて時間外として算定すればB水準該当者の増加が現実的に危惧されます。

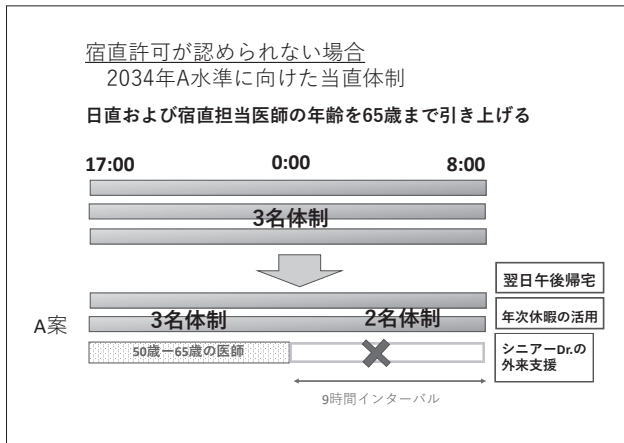
(スライド24) この先ほどの労働時間のグラフに宿日直の時間を含めると、B水準に該当するゾーンの医師が10名に増えることが分かります。



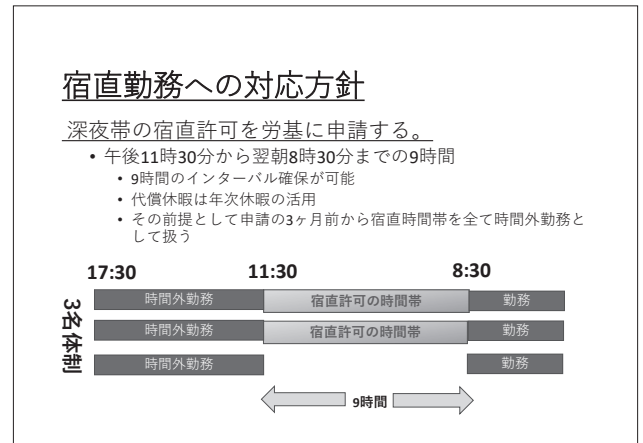
(スライド25)



(スライド26)



(スライド27)



(スライド28)

(スライド25) 当初は3名の医師がB水準にあり、勤務時間の延長や呼び出しについてはチーム医療などの病院内でのいろいろな工夫で解決できますが、宿直を厳格に労基法に合わせると時間外が大幅に増加してしまいます。

(スライド26) そのために救急についていろいろな面で見直しを行っています。このグラフは1カ月間の救急外来受診者数を時刻毎に示していますが、準夜帯は多いのですが、深夜帯は比較的小さいことがわかります。そこで、深夜帯のみの宿直許可を取得できないか、あるいは深夜帯の医師数を減らすことも考えながら当直体制

の見直しを図っています。

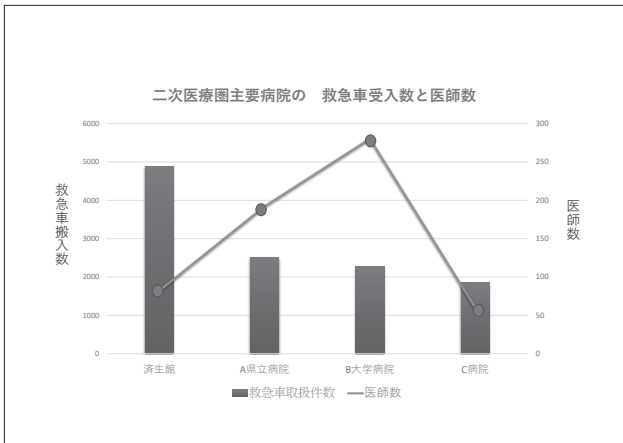
(スライド27・28) まず、これまで免除していた55歳以上から65歳以上まで引き上げました。オール済生館で救急外来を支援しようということで、個別に面談をした上で医局会で承諾を受け、それに向けた準備を少しずつしています。また、これまでは準夜帯、深夜帯とも3名体制でしたが、深夜帯は患者数が少ないので2名体制にしたいと考えています。準夜帯・深夜帯の当直は外科正直と内科正直とし、準夜帯のプラス1名に55～65歳の医師に入っていただくことを考えています。このプラス1名については午後11時までとし

す。そうすると9時間のインターバルができますので、翌日の外来勤務も可能ではないかと考えています。

また、一晩連続で当直する医師は午後には帰宅して年次休暇を活用し、翌日の外来についてはシニアドクターや他院からの支援を受けて診療レベルを落とさない形で対応したいと考えています。

このような労基法に準じた体制をつくった上で、深夜帯の宿直の許可が取れると良いと考えているところです。

(スライド29) もう1つ大事なことは、医療圏全体で救急医療体制の考え方を洗い直してほしいと



(スライド29)

宿日直対応の行程

- 山形県労務士の訪問
 - ✓ 時間限定での宿直許可申請のアドバイス
- 時短計画(案)作成
 - ✓ 地域医療体制確保加算の要件(10月から)
- 来年4月からの当直体制の見直し
- 地域医療構想での救急受入実績に応じた医師配置の要望
- 労基法に基づいた宿直勤務時間の算定と手当支給の開始
- 深夜帯の宿日直許可を労基に申請
- 循環改善支援センター、評価センターへの申請

(スライド30)

事例からの当院の対応

- 時間外の多くは勤務終了後の延長勤務の積み重ねであり、外来終了時刻や手術開始および夕回診の前倒し、チーム医療体制の見直しで対応できる。
- しかし、宿日直は重要な論点であり、
 - ・労基法により全てを時間外勤務時間として算定
 - ・当直担当医全員が勤務時間の底上げ、
 - ・B水準医師の増加
 - ・当直体制見直し
 - ・医療圏全体で救急医療体制の再考
 - ・可能なら、宿直許可取得(深夜帯のみ)
 - ・インターバル確保、翌日午後帰宅

(スライド31)

働き方改革の実現には、

- 各医療機関単独での努力や工夫だけでは不十分で、
- 地域医療構想などでの
- 医療圏全体の
- 救急医療体制を含めた
- 機能分担と連携の議論とコンセンサスが必要である。

(スライド32)

いうことを地域医療構想や地域医療対策協議会で提案しています。

これは私たちの2次医療圏の救急車受け入れ数と医師数のグラフです。済生館の救急車搬入数に対して県立病院や大学病院はこのような状況になっています。一方で医師数は大学病院や県立中央病院が圧倒的に多く、3次救急という位置付けもあって医師が集まりやすいですし、研修医のマッチングの結果も良いということがあると思います。済生館は2次救急ですが、救急医療の中でも最もボリュームが多く最も重要な部分で、これから高齢者救急が増えてくると非常に大変な部分ですの

で、救急車受け入れの実績と医師数のアンバランスの解消について地域の医療界への提言を同時に行っているところです。

(スライド30)

(スライド31)このような形で、時間外の多くは勤務時間終了後の延長勤務の積み重ねであり、これについては院内でいろいろな工夫ができます。しかし、宿日直も非常に重要で、労基法に準じてすべてを時間外勤務として算定すると当直担当医全体の勤務時間の増加につながり、B水準認定者が増加してしまいます。それに対しては当直体制を見直さざるを得ないのですが、それだけではなく、地域

医療構想や地対協で医療圏全体の救急医療体制をもう一度考え直すことも必要ではないかと考えています。

次のステップとして、可能であれば宿日直許可の取得、そしてインターバル確保という形で考えており、こういう形で来年、再来年に向けて取り組んでいこうと考えています。

10月からは、地域医療体制確保加算の要件となっている時短計画を策定し、来年4月からは先ほど説明したような当直体制の見直しを行い、労基法に基づいた形での勤務時間の算定と手当支給を開始します。同時に、地域の救急受け

入れ実績に応じた医師の配置、あるいはその辺の配分をお願いしているところです。

(スライド32) 働き方改革の実現には、病院単独の努力と工夫では不十分です。特に、私どものような急性期病院では救急対応としての宿日直が非常に重い意味を持っていますので、地域医療圏全体で救急医療体制を含めた機能分担と連携について議論しコンセンサスを得ることが必要であると痛感しています。以上です。

■全国自治体病院開設者協議会

副会長 須田 善明 女川町長

ありがとうございました。続きまして、発表3は「医師の働き方改革と地域医療」と題して加古川中央市民病院理事長兼院長である大西祥男先生に御発表いただきます。よろしく願いいたします。

■加古川中央市民病院理事長兼院長

大西 祥男 氏



(スライド1)

(スライド2) 加古川市民病院の大西です。どうぞよろしく願いいたします。それでは早速始めます。開示すべきCOIはありません。

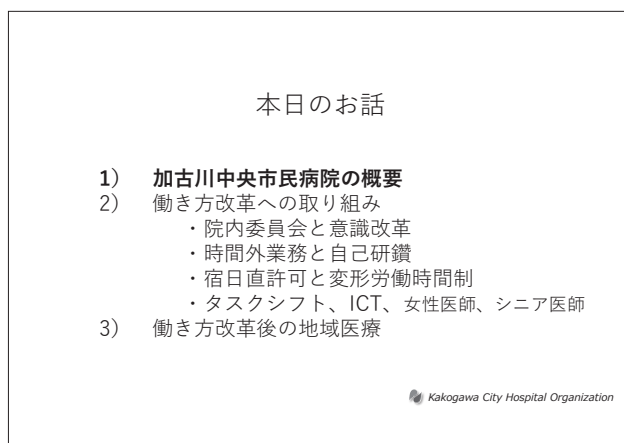
(スライド3) 今日の話の内容は、当院の紹介を簡単にし、働き



(スライド1)



(スライド2)



(スライド3)

方改革、そして地域医療についてお話します。

(スライド4) 加古川市は兵庫県南部に位置し、人口は26万、大阪・神戸まで30分～1時間程度

の通勤圏内です。B級グルメのかつめし、それから6名のプロ棋士がいて、加古川清流戦というトーナメントも開かれている地域です。「棋士の町、加古川」と駅に

加古川市

兵庫県の西部にあり、播磨平野を貫く加古川の河口に広がる豊かな自然に囲まれた地域に発展した都市。

古くから交通の要衝、物資の集積地として栄え、明治以降は商業地、肥料や繊維の生産地として、そして、現代は、加工を中心とする東播磨地域の中枢都市。

- ◆面積 138.51km²
- ◆人口 283,634人 (R2.4) 高齢化率R2 27.8%(兵庫県28.7%)
- ◆世帯数 113,098世帯 (R2.1.1)
- ◆交通 大湊まで(新快速で60分) 神戸まで(新快速で28分)

14年前

97,7万 26.7万 405床 198床 3.2万 3.4万

Kakogawa City Hospital Organization

(スライド4)

公立病院と民間企業病院との統合

14 (人) 12 10 8 6 4 2 0

14 15 16 17 18 19 20 21

+4億 (平成・年) -7億-11億

加古川市民病院 405床
神綱加古川病院 198床

統合・再編

平成23年4月 (2011年) 地方独立行政法人 加古川市民病院機構
加古川西市民病院 405床 加古川東市民病院 198床

平成28年7月 (2016年) 地方独立行政法人 加古川市民病院機構
加古川中央市民病院 (6.0床)

Kakogawa City Hospital Organization

(スライド5)

理念・基本方針・診療体制

- 理念
 - いのちの誕生から生涯にわたって地域住民の健康を支え続けられる病院であり続けます
- 基本方針
 - 安全で質の高い医療を提供します
 - 5大センターを中心に高度専門医療を実践します
 - 救急医療と災害医療の充実をめざします
 - 患者と協働するチーム医療を推進します
 - 地域を守る医療・保健・介護・福祉との連携を強化します
 - 優れた医療人を育成します
 - 持続可能な経営基盤を確立します
- 5疾患(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病+精神疾患) 4事業(小児、周産期、救急、災害)
- 5大センターによる総合診療体制

地域医療支援病院
地域周産期母子医療センター
認知症疾患医療センター
がん診療連携拠点病院
県指定から国指定へ(2020.4~)
国指定 高度医療(2022.4~)
災害対応病院
基幹型臨床研修病院
WHOユニセフ指定BFH
日本医療機能評価3つ星G2.0(2019.1)
DPC川群-DPCI群 特定病院群(2020.4~)
7:1看護体制

Kakogawa City Hospital Organization

(スライド6)

加古川中央市民病院の概要

600床 33診療科
ICU:12床、HCU:22床、NICU:15床、GCU:30床
成人:2次救急番(土、日)、子供:2次救急番(連日)(1次は休日夜間診療所)

【昨年度(2021)実績】

- ◆救急車受け入れ件数:7,791件 (小児搬送件数:1,496件 うちカナル号98件)
- ◆分娩件数:781件 (うちハイリスク分娩:154件) ◆緊急母体搬送受け入れ件数:87件
- ◆手術件数:8,370件 ◆PCI:535件 ◆アブレーション:289件 ◆開心術:284件
- ◆内視鏡(上部:9,045件 下部:4,247件 ERCP:972件 EUS:519件)
- ◆放射線治療件数:7,069件 ◆化学療法件数:12,133件
- ◆紹介率:65.5% ◆逆紹介率:93.9%
- ◆病床稼働率:89.1% ◆平均在院日数:9.9日
- ◆新入院患者数:1,644人/月 ◆外来患者数:1,473人/日
- ◆入院診療単価:90,745円/人・日 ◆外来診療単価:22,250円/人・日

Kakogawa City Hospital Organization

(スライド7)

貼られています。

14年前にこの地域は、2市2町で40万人の地域ですが、200~400床の多くの病院が林立していました。

(スライド5) その中で新臨床制度が平成16年にスタートしましたが、それを契機に市民病院の内科医が2人まで減ってしまいました。研修医も同時に減りました。そして、+4億だったものが-7、-11と単年度赤字になり、加古川市は神戸大学あるいは地域の病院長と協議し、市民病院と神戸製鋼の企業病院の統合再編を行いました。平成23年に地方独立行政法人として設立され、おのおの「西市

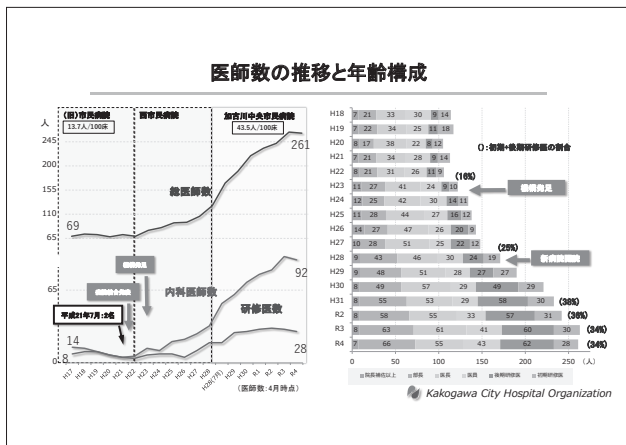
民」「東市民」という名前に変わりました。そして、加古川中央市民病院を5年後にオープンしました。

(スライド6) 理念、基本方針、診療体制についてですが、5大センターによる総合診療体制をつくるということで消化器、心臓血管、周産母子、こども、がん集学的の5つのセンターを中心に地域医療支援病院、そして地域周産期母子医療センター、がん診療連携拠点、そしてDPC特定病院群として診療しています。

(スライド7) 600床、33診療科、重症系の病床。この地域では2次輪番制を敷いていて、成人に

ついては当院では土曜あるいは日曜、こどもについては毎日、2次輪番に当たっています。昨年度の実績は救急車7,800程度、分娩780件、手術8,300件。紹介率はコロナの影響でかなり低くなっています。紹介状を持たない熱発の患者がたくさん来ますが、それ以前は80%程度だったと思います。病床稼働は89%、平均在院日数は9.9日という急性期の総合病院です。

(スライド8) 2人まで減っていた内科医は現在92名まで増え、医師総数は261、研修医は30名にまでなりました。当時はあまり意識していませんでしたが、今となれば働き改革による医師確保がで

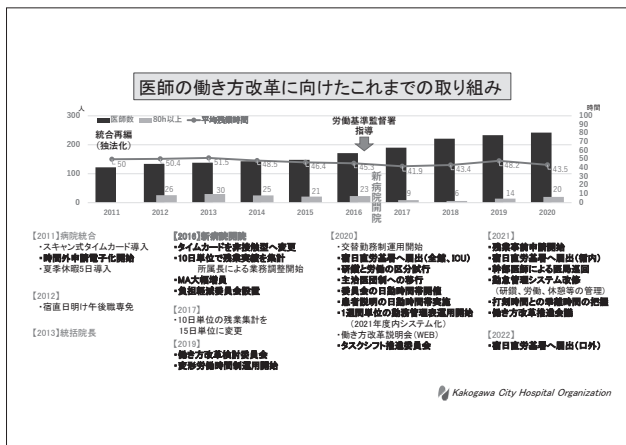


(スライド8)

本日のお話

- 1) 加古川中央市民病院の概要
- 2) 働き方改革への取り組み
 - ・院内委員会と意識改革
 - ・時間外業務と自己研鑽
 - ・宿日直許可と変形労働時間制
 - ・タスクシフト、ICT、女性医師、シニア医師
- 3) 働き方改革後の地域医療

(スライド9)



(スライド10)

(スライド11)

きたことは統合再編のおかげだ
 と思っています。また、初期研
 修、後期研修、5年目までの若い
 先生は機構発足時に16%で、新病
 院ができる25%になり、現在は
 34%になっています。若い先生に
 頑張って働いていただける急性期
 病院となっています。

(スライド9)

(スライド10) 独法ができた時
 に、時間外申請の電子化を両病院
 でスタートしました。その後、5
 年間は特に何もなかったのです
 が、新病院を開院する直前、1カ
 月ほど前に労基が入り、長時間労
 働になっているという指導を受け
 ました。ただ、開院した後にそれ

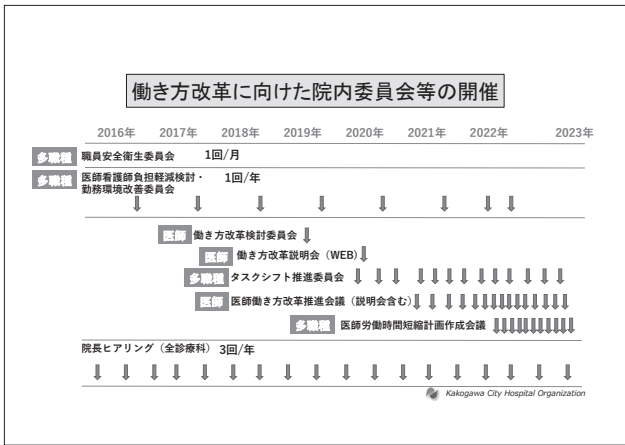
にすぐ対応することはなかなか難
 しく、少し様子を見ていましたが、
 タイムカードを非接触型に変えたり、
 10日単位で残業実績を上長に
 報告して業務調整をするようにし
 たり、医師事務作業補助 (MA)
 を大量に入れることも決めまし
 た。

そして、2019年には変形労働時
 間制の運用を開始し、2020年に労
 基署へ全館とICUの当直を届出
 し、研鑽と労働の区分、主治医団
 制、委員会の日勤時間帯の開催、
 患者説明の日勤時間帯実施といっ
 た取り組みを進めてきました。1週
 間単位の勤務管理表の運用も開始
 し、当初は紙で運用していました

が翌年にシステム化しました。タ
 スクシフト推進委員会を設置しま
 した。

2021年には労基署へ循環内科の
 宿日直届を出しました。幹部医師
 が医局を回って早く返るようにと
 いう取り組みを始めましたが、あま
 り評判が良くなってこれはやめま
 した。それから勤怠管理システム
 を改修し、今力を入れているのは
 働き方改革推進会議です。2022年
 には口腔外科の宿日直届を出しま
 した。

(スライド11) これが勤務登録
 画面ですが、時間外、自己研鑽、
 兼業を書く欄があります。プルダ
 ウンメニューで選んで提出しま



(スライド12)

医師働き方改革推進会議

① 中間管理職をはじめ医師の意識改革
② 全医師への周知・徹底 (複数回説明会)
・ 職位横断的に意見交換
・ 全医師、職位毎の説明会

(例) 主任科部長の職責

労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことを行い、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たります。

診療面管理

① 当該診療科の外来、入院患者の状況把握と指導
② 当該診療科の治療方針の決定
③ 医療安全体制の確保
④ テーム医療に向けて他部門との調整・連携推進
⑤ BSC及び概算要求策定
⑥ 将来の人材確保および当該診療科のあり方提示

労務面管理

当該診療科医師の勤務状況把握と指導
・ 時間外勤務の指示と確認、把握
・ 自己研鑽、兼業も含めた時間管理
・ 休暇の承認と管理、調整

Kagokawa City Hospital Organization

(スライド13)

時間外業務と自己研鑽の考え方

時間外業務に該当するもの

A 診療に関するもの

1. 救急業務
2. 予定手術の延長、緊急対応 (手術、処置、検査等)
3. カンパニ
4. サマリー、診療録、レポート、紹介状等作成
5. 外来診療及びその準備
6. オペーション
7. 患者家族への説明 (原則定時時間内に行うこととする)
8. 診療上の必要不可欠な情報提供並びに取戻 (上級医のOUT)
9. 地域・施設連携
10. 宿直直時の診療時間
11. 長期研修
12. その他

B 会議・打合せ

1. 必須出席者である会議・委員会
2. 参加必須の勉強会・カンファレンス

C 研究・講演その他

1. 上長の命令に基づく学会発表の準備
2. 上長の命令に基づく外出研修等の準備
3. 上長の命令に基づく研究活動・論文執筆

時間外業務に該当しないもの

A 休憩・休息

1. 食事
2. 睡眠
3. 外出
4. インターネットの閲覧

B 自己研鑽

1. 自己学習 (抄読会およびその準備会)
2. 症例見学 (手術、処置、検査、訓練等)
3. 参加希望の勉強会・カンファレンス

C 研究・講演その他

1. 本人の希望による学会発表の準備
2. 本人の希望による外出研修等の準備・出席
3. 本人の希望による研究活動・論文執筆

※本人の希望による「C研究・講演その他」は、事前ではなく、すべて自己研鑽、後期研修等に限ります。上長の命令に基づく「C研究・講演その他」の場合も、時間外業務と認定することについては、所属上長への事前承認(宿直直時を除く)が必須です。所属長への事前承認は、所属長の承認により、宿直直時中に承認することが可能。

Kagokawa City Hospital Organization

(スライド14)

宿直直許可取得

【提出書類】

- ・ 断続的な宿直または日直勤務許可申請書
- ・ 断続的宿直勤務許可申請書発行書面
- ・ 断続的宿直勤務許可申請書添付する調査票
- ・ 病棟の扉面 (当直室に〇をつける)
- ・ 専用の宿直室の有無、広さ、寝具の種類・数
- ・ 冷暖房設備、見取り図や資料、写真
- ・ 宿直直日誌のコピー (直近2か月分)
- ・ 宿直直当番表 (直近2か月分)
- ・ 出退勤記録 (直近2か月分)
- ・ 時間外勤務記録 (直近2か月分)
- ・ 電子カルテログデータ (直近2か月分)
- ・ 時間帯別受付患者人数
- ・ 宿直直を担当する医師へのアンケート調査
- ・ 医師へのインタビュー

【宿直直許可】

17:00～8:30

ICU当直 (外科系、一部内科)
口腔外科当直 (口腔外科)
NICU当直 (小児科)

1:30～8:30

全館当直 (循内以外の内科)
循環器当直 (循環器内科)

Kagokawa City Hospital Organization

(スライド15)

す。報告すると上長もそれを見て、上長が承認すると承認済みということになります。勤務変更理由も記入します。トータルの時間がここに出ます。この例では15時間45分となっていますが、これが40を超えると画面が黄色に変わり、70時間を超えると赤色に変わります。医師はこれまで勤務時間をあまり意識していなかったのですが、時間について意識を持ってほしいということでそういうふうに変えました。

(スライド12) 院内の委員会はこのようにやっています。職員安全衛生委員会、負担軽減、勤務改善のほか院長ヒアリングを年に3

回やっていますが、ここで2019年あたりから働き方改革に関する会議をしています。特に2020年からはタスクシフト推進委員会を2～3カ月に1回開催し、実践と検証をしています。医師働き方改革推進会議も最近では非常に頻度高くなっています。B水準になりそうなどの時短計画を診療科と一緒に練っているところです。

(スライド13) 働き方改革推進会議をやる意味は、医師の意識改革が主になっています。全医師へ周知・徹底するために何回となく行いました。それは職位横断的に、研修医から副院長までそろって忌憚のない意見を交換しています。

そこで決まったことは職位毎の説明会で皆さんに通知したり説明したり、意見を聞いて質問を受けるといったことをしています。

労働時間とは使用者の指揮命令下に置かれている時間であるということを我々はあまり意識していなかったのですが、これを明確に皆さんに理解していただいて、例えば主任科部長の職責はこれまで診療名の管理が中心でしたが、労務面も大事ということを繰り返し説明しています。

(スライド14) 推進会議は多職種が集まるので、時間外業務と自己研鑽についての一定の理解を得るためにいろいろな意見を出して

		変形労働時間制					
		0:00	8:00	12:00	16:30	17:45	24:00
外科	月曜日			日勤			ICU当直 (宿日直許可)
	火曜日			日勤			
	水曜日			日勤	帰宅		
	木曜日			日勤			
	金曜日			日勤			
勤務時間変更：8:00～16:30（休憩45分含む）							
		循環器内科					
		0:00	1:30	8:30	12:00	17:00	24:00
循環器内科	月曜日				日勤		
	火曜日				日勤	第2日勤	
	水曜日		宿直（許可）	非番			
	木曜日				日勤		
	金曜日				日勤		

(スライド16)

		タスクシフト推進委員会			
		第2期 医師の働き方改革を進めるためのタスクシフトシニアの推進に関する検討会 参考資料1、資料1-1、1-2、1-2-2（令和元年11月8日）		第7期 医師の働き方改革を進めるためのタスクシフトシニアの推進に関する検討会 （令和2年12月11日）参考	
		令和3年1月1日時点			
284項目		業務項目	推進項目	実施済み	検討中
<ul style="list-style-type: none"> 現行制度で実施可能な業務の洗い出し すでに実施済み、実施可能、実施不可 	看護師	26	17	23/14	3
	助産師	2	2	2/2	—
	薬剤師	9	7	7/6	2
	研修施設(2022.4～)				
	診療放射線技師	10	4	8/4	2
	臨床検査技師	18	4	11/2	7
	臨床工学技士	13	4	8/3	5
	理学療法士	1	1	1/1	—
	作業療法士	2	1	2/1	—
	診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、検査チェックによる医師への提案など	4	1	4/1	—
	管理栄養士、リハビリテーション(PT,OT,ST他)、	2	0	0/0	1
	視能訓練士、救命救急士、	4	0	0/0	—
	義肢装具士	4	0	2/0	1
	救急救命士	6	5	6/5	—
	MA				

Kakogawa City Hospital Organization

(スライド17)

もらって、最終的にこういう形にたどり着きました。C研究・講演その他のところはなかなか皆さんの意見が統一できなかったのですが、所属長と本人との間で意見を交換しながら徐々に時間をかけて一定程度のコンセンサスを持つことを目指して今やっています。診療科によってまだ若干の違いはあると思いますが、だいぶ収束してきた感じがします。

(スライド15) 宿日直許可については、非常に多くの書類を準備する必要があります。6年前に労基が入って以降、労基といろいろな情報の共有や意見交換ができたので、その中で様々な書類を準備し、最終的には医師へのアンケート、あるいは医師へのインタビューなども経験しながら、全宿直帯について許可を得たものと、深夜帯で許可を得たものがあります。

小児科については当院は毎日輪番で準夜も深夜もなくたくさんの患者が来ますので、宿日直許可は取れません。ただ、小児科の医師、小児外科、小児循環器科の医師が合わせて27名おり、その中で変形

労働時間制を使いながら何とかA水準でやっていけそうです。

一方、産婦人科も非常に厳しく、深夜帯だけでも宿日直許可を取れないかということで現在申請中です。医師数は8名ですが、ハイリスクや緊急分娩がありますので、宿日直許可が取れることに期待しているところです。

(スライド16) 当院の勤務時間は8時半～5時ですが、外科は朝の回診やカンファレンスがあるので8時～4時半にしています。そして、水曜日は手術が少ないので時間外が比較的多い若い医師は帰宅することにして、この部分を1時間ずつ4日に振り分けて他の日を長くするように勤務時間を決めています。循環器内科は5時～深夜1時半を第2日勤とし、宿直して翌日は非番ということで運用しています。

(スライド17) 医師が本来の業務に集中するためにタスクシフトを積極的に推進していますが、令和元年に検討会の資料から284項目が出てきて、その中で特定行為看護師は現在3名が在籍していて、研修施設にもなっていて今は

8名を育成中です。翌年には推進項目が出て、看護師では17項目あります。そのうち14項目は当時からできていましたが、3項目は検討中でした。他にもいくつかの検討項目があり、令和3年に改正法で4つの職種について新たに可能な業務の拡大が示されました。

(スライド18) 昨年度はタスクシフト委員会でこのような取組みを進めました。その上で今年度は新たにこれらを目標として取り組んでいるところです。業務拡大のためには研修受講が必須となりますので、今は研修受講を順次進めているところです。

(スライド19) 当院の特徴かもしれませんが、MAを多く配置しています。受験資格はこのような資格で、毎年約5名の新卒を採用しています。現在は正規9名と嘱託69名となっています。継続教育が大事で、補助者は国家資格ではなくはっきりしたキャリアプランがありませんから、教育してステップアップできるような体制をつくっています。年10回ほどいろいろな講習があり、最後にはテストをします。

タスクシフト推進委員会

部署	令和3年(2021年)度の取組	令和4年(2022年)度の目標
看護部	1) 看護部による検査オーダー代行入力力の導入 2) 薬剤投与に集がる指し指示の活用推進 3) 院内認定IVナースによるR1注射(6名体制) 4) 皮膚・排泄ケア認定ナースによる褥瘡・創傷初期対応の前置指示代行	1) 看護部による検査オーダー代行項目の拡大 特定行為研修施設として特定看護師の育成
薬剤部	1) 遠隔治療室におけるタスクシフト(副作用の説明等の全面移行) 2) 予め決められたプロトコルに基づき医師からの依頼による代行処方	1) 検査室と連携した処方調整を強化 2) 診療報酬による代行処方力の対象拡大 3) 緩和ケアセンターに薬剤師1名を常駐
臨床検査室	1) 呼吸吸引に関する研修の受講(生理機能検査室) 2) 輸血説明と同意取得	1) 検査室説明と同意 2) 2021年度の取り組みの継続 3) 臨床検査技師会が行っている講習の受講
放射線室	1) 撮影部位の確認、検査オーダーの代行入力等 2) IRCTにおける画像一時保存 3) 放射線造影検査時の自動注入装置を用いた投与 4) 血管造影・IVRにおける補助行為 5) 検査説明/相談につき説明センター事務員が実施	1) 業務拡大における研修受講を推進 2) 2021年度の取り組みの継続 3) 診療報酬再調査でも可能な業務の再洗い出し
臨床工学会	1) カテーテル治療における身体に電気的刺激を負荷するための装置の操作	1) 業務拡大における研修受講を推進
リハビリ室	1) 嚥下訓練・摂食機能療法における食物形態等の選択	1) 嚥下リハビリ処方の項目変更を行い、食物形態の指示を選択的に
栄養管理室	1) 治療食への変更を医師へ提案、代行オーダー 2) 栄養指導依頼: 初回は医師、2回目以降は管理栄養士が代行オーダー	1) 管理栄養士を次年度は増員予定 2) 栄養指導の実施提案、経路変更や食事内容の変更・医師への提案、代行オーダー

Kakogawa City Hospital Organization

(スライド18)

医師事務作業補助者の採用・教育

◆ 受験資格

- ・医療事務技能審査試験(メディカルクラーク)
- ・医師事務作業補助技能試験(ドクターズクラブ)
- ・医療事務管理技能認定試験(医療事務管理士)
- ・医療秘書検定試験
- ・その他、上記と同等の医療事務資格取得者

◆ 新卒採用

2019年4月より医療事務系専門学校の新卒者を採用
受験資格は既卒者と同様

2019年: 5名、2020年: 7名
2021年: 5名、2022年: 4名

◆ 身分・処遇

正規(9名)+嘱託職員(8名) 2022.5.1現在

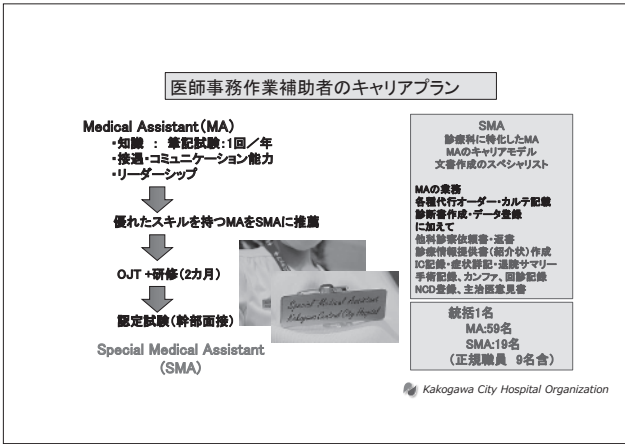
◆ 教育

- ① 32時間基礎研修
- ② 繼續教育
- ・院内オープンレクチャー
- ・院外研修(医師事務作業補助研究会等)
- ・MA主催の医師等による勉強会

年度	研修科目	研修時間	研修場
2019	医師事務作業補助者基礎研修	32時間	院内研修室
2020	医師事務作業補助者基礎研修	32時間	院内研修室
2021	医師事務作業補助者基礎研修	32時間	院内研修室
2022	医師事務作業補助者基礎研修	32時間	院内研修室

Kakogawa City Hospital Organization

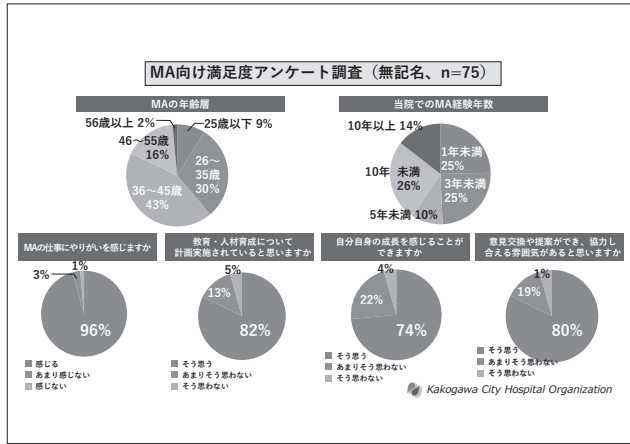
(スライド19)



(スライド20)

(スライド20) そのテストの結果や、診療科に特化した研修を受けることでスペシャリストメディカルアシスタント(SMA)となります。胸にはバッジをつけ、診療科に特化したMAとして1つのキャリアモデルとなります。スペシャリストとして複雑な文書を作成しています。

(スライド21) 医師は非常に助けられています、本人たちはどうかということでも2年ほど前にアンケートを取りました。40歳前後が多く、現在は70%程度が3年以上となっています。やりがいや人材育成、あるいは成長は感じられるか、雰囲気はどうかといったア



(スライド21)

ンケートを取ったところ、比較的良好な結果を得られました。当院の診療報酬で賄えるのは40名ですが、78名のMAを配置しています。医師が本来の業務に特化できるということからすると、非常に有効な手段かもしれないと思っています。

(スライド22) 遠隔診断については、病院間の遠隔画像診断を実施しています。A病院から委託料をもらって当院から読影結果を返します。A病院としては画像診断管理加算2が取れますので、1人医長が当院に集約されて、彼にとっては休暇が取れることと学会に参加できるということで非常に

喜んでくれています。これは大病院の指導もあってこういう形をとっています。今は2つの病院に対してやっています。

それからママさん医師、イクメン医師の働き方、あるいはコロナで濃厚接触者になり、本人は元気で濃厚接触者にならない時に、放射線科の医師がテレワークを利用しています。またiPadを用いた遠隔画像診断は、当直医師が診断をつけたい時に専門の診療科に画像を見てもらうために15台のiPadを配布しています。

(スライド23) 遠隔診療支援システムは、高砂市民と市立加西病院の2つと結んでいます。病理に

ICTによる医師の働き方改革

1) 遠隔画像診断

- 一人医長の働き方改革
- 地域の中核病院に周辺の病院の一人医
- 病院間遠隔画像診断の実現 (2020/7)

遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保健医療機関において撮影、診断科及び画像診断管理加算を算定できる。受信側の保健医療機関における診断に係る費用については、受信側の医療機関における相互の合議に委ねる。

加古川中央市民病院 ← 依頼 → 画像診断管理加算2として請求 → A病院
A病院 → 読影結果 → 加古川中央市民病院

2) テレワーク

- 自宅に専用回線で電子カルテ端末、読影モニターを設置
- ママさんDr.、イクメンDr.の働き方改革 コロナ感染拡大期の業務分散、代替手段

3) iPad (Human Bridge) を用いた遠隔画像診断

- 診断相談・依頼、IVR対応の判断、手技開始までの時間短縮、治療戦略事前準備
- 放射線科、脳神経内科、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器内科

Kakogawa City Hospital Organization

(スライド22)

遠隔診療支援システム

施設	件数
高砂市長病院	
CT	11,582
MRI	3,367
RI	208
消化管透視	101
市立加西病院	
CT	5,172
MRI	1,968
RI	54
消化管透視	256

Kakogawa City Hospital Organization

(スライド23)

女性の活躍に向けた働きやすい職場環境整備

医師数

区分	全 員	うち女性
医師 (総数6名)	155	37
医学生(研修1名)	60	19
研修医	66	16
計	244	67

(1) 院内保育園

利用者	全園児	内) 医師
男性	10	6
女性	66	13
計	76	19

(2) 病児保育

利用者	全園児	内) 医師
男性	3	0
女性	31	3
計	34	3

(3) 育児短時間制度

利用者	全園児	内) 医師
男性	0	0
女性	11	2
計	11	2

(4) 育児部分休業制度

利用者	全園児	内) 医師
男性	0	0
女性	29	0
計	29	0

Kakogawa City Hospital Organization

(スライド24)

シニア医師の活躍

～定年退職後のセカンドキャリア～

まだまだ元気ですよ

内科系シニア医師 (7名: 66歳～75歳、週3～週5)

- 総合内科外来 (初診・再診)
- 専門外来 (初診)
- 学生教育・外来 (大学病院教官経験者)
- 特定看護師教育・指導
- 内視鏡検査
- ワクチン接種
- 人間ドック・検診業務
- 臨床検査室担当

外科系シニア医師 (7名: 65歳～75歳、週3～週5)

- 専門外来 (初診・再診)
- 救急外来
- 学生教育・外来 (大学病院教官経験者)
- 日勤ICU担当
- 手術応援

専門的知識や経験が豊富
病院として患者対応に安心感
患者側からも安心感
若手先生の手本になりえる
困ったときに応援依頼

Kakogawa City Hospital Organization

(スライド25)

については大学病院と遠隔病理診断のシステムで結んでいます。当院にも常勤の医師がいますが、若手医師の診療支援や教育といった面で活用しています。

(スライド24) 女性医師は3割弱となっており、院内保育、病児保育、育児短時間制度、育児部分休業制度は10名、7名、6名、6名に使われています。女性医師にも男性医師の理解のもとに働いていただいている環境です。

(スライド25) もう一つ、当院には14名のシニア医師、定年後の医師が働いています。専門知識と経験が豊富で安心感がありますし、本人もまだまだ元気と言って

いただいています。教官経験者の場合は特定看護師の教育・指導、あるいはワクチンを打っていただいたり、私自身が困った時に応援を依頼できる非常に貴重な存在です。

(スライド26) こういった様々なことをやっていますが、この4つの診療科ではB水準を取らなければいけないのではないかと考えています。各診療科でもいろいろなことにトライしていますが、まだ十分にできていないところもあります。これからこういったところにより集中して実施していくことが大事だろうと考えているところです。

(スライド27) 研修医については1年次と2年次で研修内容を少し変えていて、1年次は基本的なことをしっかり勉強して、体もゆっくり休めながら確実に知識を身につけていってほしいということで、長時間の勤務はさせないようにしています。年間960時間に大体取まりますので、A水準でいけるのではないかと考えています。

(スライド28)

(スライド29) 働き方改革が進むことで医師不足が深刻化する可能性もあるだろうと思います。

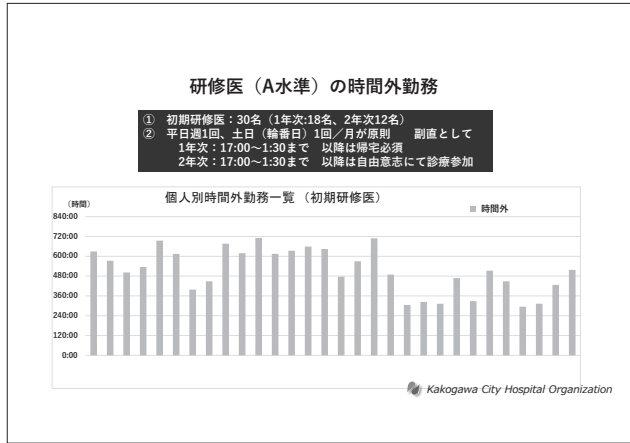
(スライド30) ただ、働き改革は24年ですが、そのほかに医療計

特例水準申請予定診療科の状況

	心外	外科	循環	酒内	その他
予定水準	B	B	B	B	
医師数	6名	17名	25名	17名	
複数主治医制度（チーム制）	○	○	○	○	
土日の当番医のみでの対応	△	△	○	X	
変形労働時間制	○	○	○	○	心外：フレックスタイムも検討中
勤務時間内病状説明	△	△	○	△	
勤務時間内カンファレンス	△	○	△	○	
宿日直勤務への対応	ICU	ICU	循環	全/ICU	
大学等からの当直応援医師	—	○1教	—	—	教当/宿直
大学等からの日勤応援医師	— (限内)	—	○1候	○3候	外来/検査
医師事務作業補助者（MA）	10	8	10	10	外来可能人数
医師事務作業補助者（SMA）	2	2	3	3	
ICT活用（Human Bridge）	○				脳内・放科

○：概ねできている/あり △：50%程度できている/時にあり X：殆どできていない/なし

(スライド26)



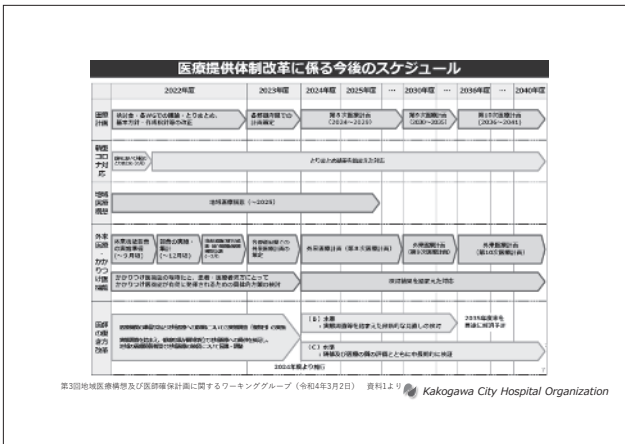
(スライド27)

- ### 本日のお話
- 1) 加古川中央市民病院の概要
 - 2) 働き方改革への取り組み
 - ・院内委員会と意識改革
 - ・時間外業務と自己研鑽
 - ・宿日直許可と変形労働時間制
 - ・タスクシフト、ICT、女性医師、シニア医師
 - 3) 働き方改革後の地域医療
- Kakogawa City Hospital Organization

(スライド28)

- ### 働き方改革後に起こらなければ良いが・・・
- 1) 多くの医師の時間外勤務の短縮により、医師不足が深刻化
 - 2) 宿日直許可の有無による大学病院からの応援医師確保への影響
 - 3) 医師不足が一層厳しくなる地域では、救急医療を含む地域医療破綻
 - 4) 診療科の偏在により、医師の少ない診療科領域における地域医療破綻
 - 5) やむなく、救急や手術等を制限する医療機関が出る可能性
 - 6) 医療の質の低下や診療に対する責任感の欠落の恐れ
 - 7) 医師不足に伴い、様々な診療制限や指定の返上から経営難
 - 8) 外科医など手術等の制限によるモチベーション低下
 - 9) 時間外勤務の削減による給与の減少
- Kakogawa City Hospital Organization

(スライド29)



(スライド30)

兵庫県における病院統合・再編

	再編前	年度	再編後	形態
1	三木市民病院 (323) 小野市民病院 (230)	市立 市立 2013	北播磨総合医療センター (450)	全通
2	県立尼崎病院 (500) 県立塚口病院 (400)	県立 県立 2015	県立尼崎総合医療センター (730)	全通
3	加古川市民病院 (405) 神鍋加古川病院 (198)	市立 民間 2016	(地独) 加古川中央市民病院 (600)	地独
4	公立染井センター (50) 公立和田山医療センター (139)	公立 公立 2016	公立朝来医療センター (150)	一部通
5	県立柏原病院 (303) 柏原赤十字病院 (99)	県立 公的 2019	県立丹波医療センター (320)	全通
6	製鉄記念広畑病院 (392) 県立姫路循環器病センター (330)	民間 県立 2022	はりま姫路総合医療センター (736)	全通
7	市立川西病院 (250) 医療法人協和会共立病院 (313)	市立 民間 2022	(指管) 川西市立総合医療センター (405)	指管
8	市立伊丹病院・近畿中央病院	2025予定	伊丹総合医療センター (仮称、602)	
9	県立西宮病院・西宮市立中央病院	2025予定	西宮総合医療センター (仮称、552)	
10	三田市民病院・済生会兵庫県病院	2028予定	???	

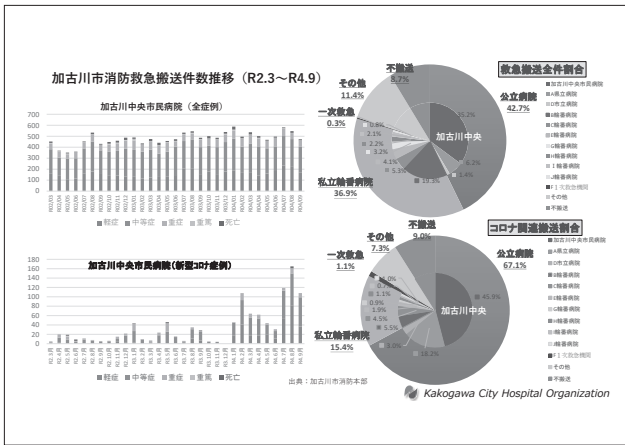
Kakogawa City Hospital Organization

(スライド31)

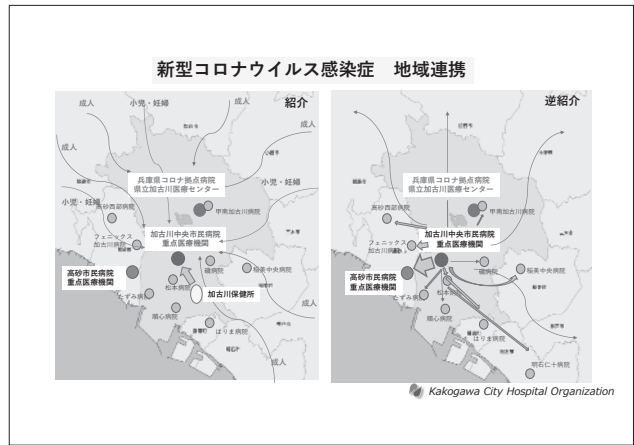
画、新型コロナ、地域医療構想、外来医療といった様々なことが同時進行していますので、ここから先は必ずしも働き方改革だけで話ができるわけでもないだろうと思

います。
 (スライド31) 病院の統合・再編は兵庫県では2013年からかなり進んできました。今後も3つの計画があります。

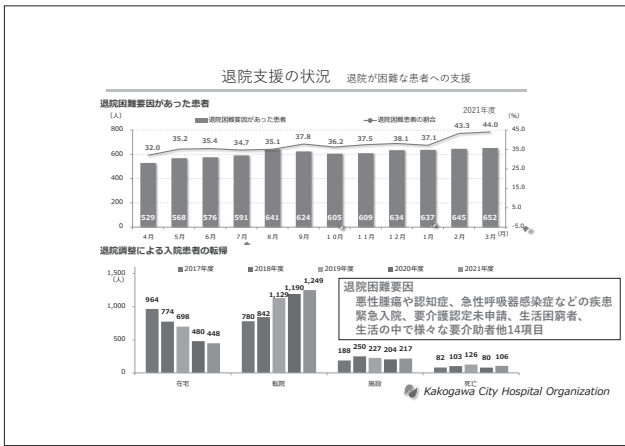
(スライド32) 当院のある東播磨圏域の病床機能報告によると、高度急性期が少し足りなくて、急性期は少し多く、回復期は少ないという状況で、これは全国とよく似



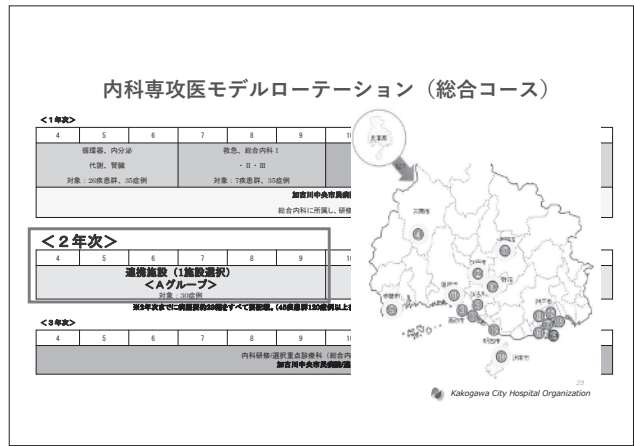
(スライド36)



(スライド37)



(スライド38)



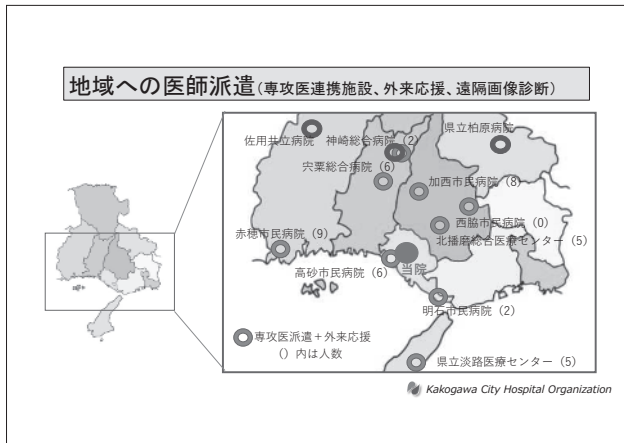
(スライド39)

と、緊急手術も実施しています。
(スライド36) これは加古川消防が出したデータですが、当院にコロナ患者は多く来ています。青い部分は軽症ですが、軽症例でも救急車を使って来ていることが分かります。全体の救急としては35%、コロナ関連の搬送では46%受け入れていますが、あと2つの公立病院と合わせるとコロナの救急受け入れは67%となります。これも統合・再編で医療の充実と医師の数がそろっていたから対応できたのかなと思っています。

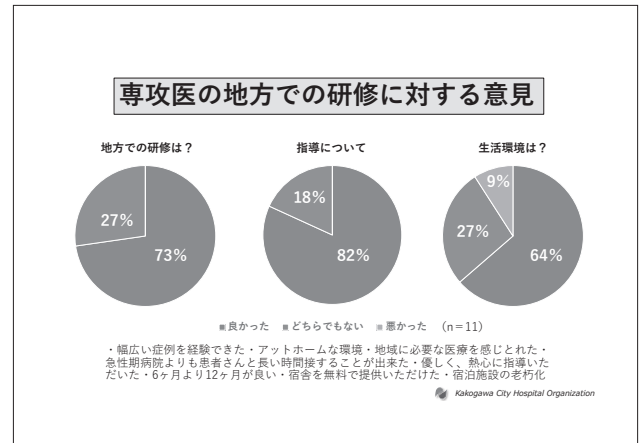
(スライド37) 地域から紹介があり、また地域へ返すということ

がコロナに関しては比較的順調にできていると思います。
(スライド38) 以前から退院困難要因が問題になっています。そういう患者は増えてきていて、40%を超えてきました。退院調整をして入院患者を転院に導くことが増えてきているのも事実です。地域連携室の重要性が増しています。
(スライド39) 当院では内科の専攻医のプログラムの中で、2年次に連携施設として2つの病院に半年ずつ行くことに決めています。西播磨、北播磨、中播磨の病院、あるいは淡路の病院に研修に行ってもらうことを決めています。

(スライド40) 私自身も佐用共立、神崎総合、あるいは県立柏原で一定期間診療していた時期がありましたので、地域での診療を医師の少ない中でやることの大変さは身にしみています。一方で、そこでやっていく意義もあると思いますので若い先生方にも経験してほしいと考え、地域の施設に送っています。
(スライド41) 地方での研修に対する意見を聞いてみると、地方での研修は良かった、指導についても良かったという回答が多いです。生活環境はもう少しということですが、中には半年より12カ月がよかったという声も出ていま



(スライド40)



(スライド41)

- 今後の課題
- 医師の意識改革への取り組み継続
 - 新入職医師への働き方改革に関する意識の醸成
 - 異動医師への説明と理解(病院間のルールの違い)
 - 時間外労働削減による収入の減少への対応
 - タスクシフトによる他職種の業務過多への配慮
 - 医師の働き方改革による医療の質への影響
 - 医師の働き方改革による地域医療への影響
 - B水準の追加的健康確保措置の実施状況把握
 - 2035年に向けたA水準への取り組み
- Kakogawa City Hospital Organization

(スライド42)



(スライド43)

す。指導がきちんとできるような環境をつくっていただければ、地域の施設での研修は非常に有効ではないかと思えます。

(スライド42) 今後ですが、医師の意識改革、新入職医師・異動医師への説明は注意しないとイケないと思っています。収入減少への対応、他職種の業務過多への配慮。医療の質や地域医療への影響。そして、B水準の追加的健康確保措置、連続勤務とインターバルがどうなっているかということ把握する必要があります。最終的にはA水準にならないとイケないのですが、そこに向けてどのように取り組んでいくかということが課

題と考えています。

(スライド43) ご清聴ありがとうございました。

■全国自治体病院開設者協議会

副会長 須田 善明 女川町長
 大西先生、ありがとうございました。引き続き、発表を続けます。発表4は「中東遠地域における医療連携～医師の働き方改革と感染症対応を中心に～」と題して公立森町病院院長の中村昌樹先生に御発表をお願いしています。よろしく願いいたします。

■公立森町病院院長
 中村 昌樹 氏



御紹介いただきました公立森町病院院長の中村と申します。今までの先生方の大きな急性期病院と違って、私は静岡県の西部地域にあります中東遠2次医療圏で131床の中小病院の院長をやっています。中東遠地域における医療連携を中小病院の立場から紹介したい

中東遠地域における医療連携
～医師の働き方改革と感染症対応を中心に～

令和4年11月15日
地域医療再生フォーラム
公立森町病院院長
中村昌樹

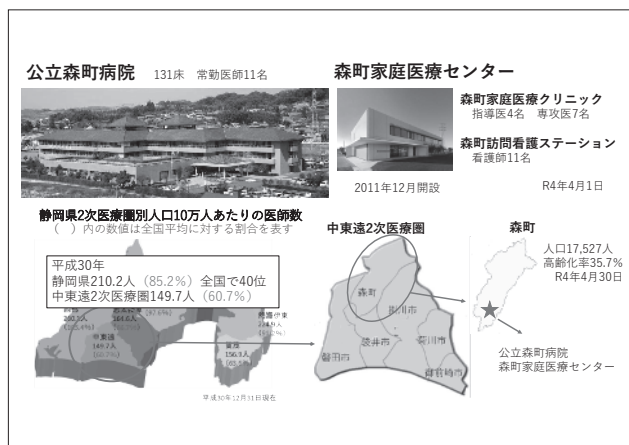
(スライド1)

地域医療再生フォーラム
利益相反の開示

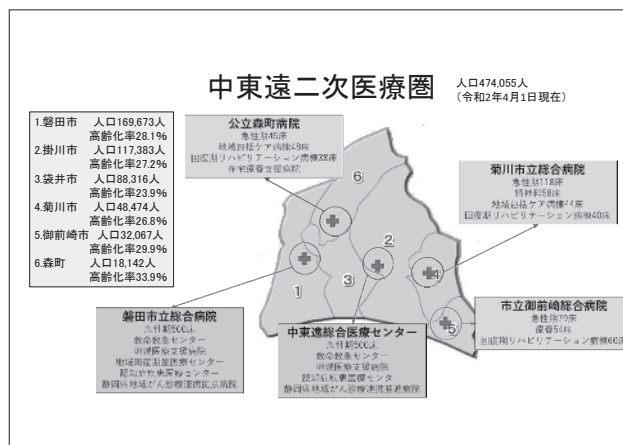
公立森町病院院長：中村昌樹

私は今回の発表に関連して、
開示すべき利益相反はありません。

(スライド2)



(スライド3)



(スライド4)

と思います。私は25年前に公立森町病院に大学人事で赴任し、20年前に院長に就任して今に至っています。元々の専門は外科ですが、今は総合診療医みたいなことをしています。

(スライド1)

(スライド2)

(スライド3) 静岡県西部地域の中東遠エリアは人口当たりの医師数の全国平均に対して60.7%という医師少数区域です。6つの市町で構成されていますが、森町自体は人口1万7,527人、高齢化率35.7%となっています。

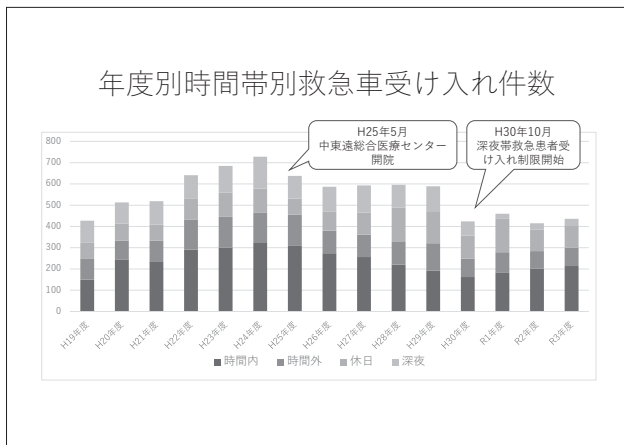
(スライド4) 元々は6つの市町がそれぞれ公立病院を運営して

いて、森町の隣の袋井市の袋井市立袋井市民病院と掛川市立総合病院が医師不足と建物の老朽化ということで統合し、現在は500床の中東遠総合医療センターとなり、元々地域の中核的医療を担ってきた500床の磐田市立総合病院と2院で地域の中核的医療を担い、当院と菊川市立総合病院、市立御前崎総合病院の3院はどちらかといえば地域密着型の医療を提供していくという機能分化と連携が進んでいます。公立森町病院が最も小さいです。

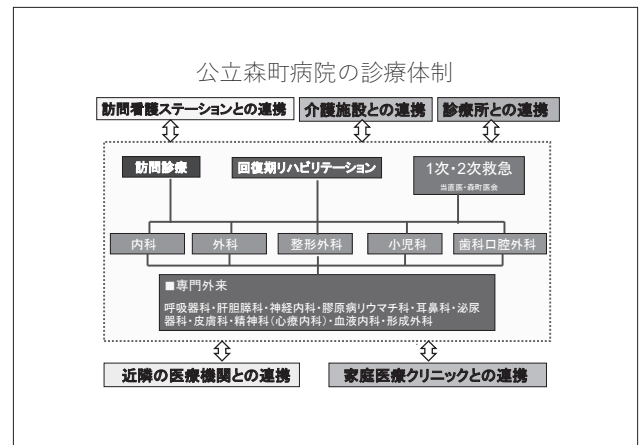
(スライド5) 実は袋井市と森町は同じ消防管内で、毎年救急車の搬送件数が増えていました。平

成25年に中東遠総合医療センターが開院して救急車をすべて受けることになり、元々袋井市立袋井市民病院と掛川市立総合病院は医師不足の関係で救急車の受け入れが困難になってきたということで当院の救急車受け入れが増加していましたが、中東遠総合医療センターが開院したことで当院の救急車受け入れ件数は落ち着いたわけです。

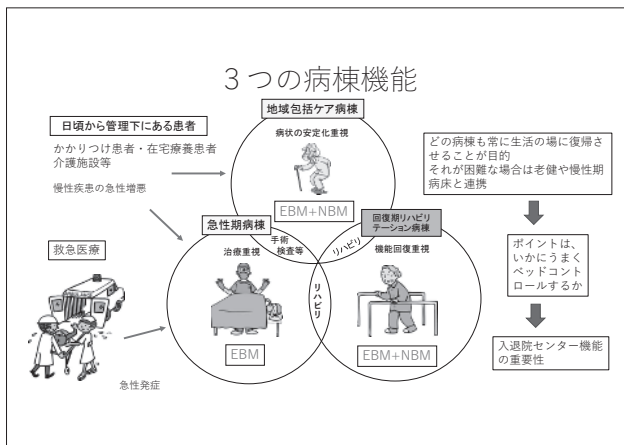
当院のような中小病院の一番の問題は医師不足と医師の高齢化です。常勤医師の平均年齢が50歳を超えています。そういう中で救急医療を維持しながら地域医療をどう守っていくかというこ



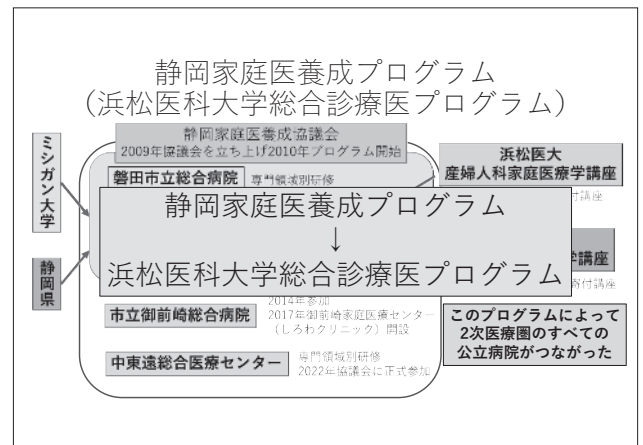
(スライド5)



(スライド6)



(スライド7)



(スライド8)

とが最大の課題だったのですが、平成30年10月に深夜帯の救急患者の受け入れを制限しています。

(スライド6) 当院は内科、外科、整形、小児科、歯科口腔外科が常勤で、標準的な医療は常勤医が担い、専門的なところは外部からの医師や地域連携で対応しています。訪問看護ステーションと連携して訪問診療。それから回復期リハビリテーションを行っていますが、その適応にならない方は介護施設に紹介するといった形で介護施設との連携も進めています。

1次・2次救急の当直に森町医師会の開業医に参加してもらう形を昨年まで続けていました。現在

は行っていません。開業医も高齢化しているということ、家庭医が非常に増えてきたことから現在は行っていませんが、いずれにしても診療所との連携も進めていますし、連携をキーワードに地域医療を担ってきました。

(スライド7) 現在は3つの病棟を機能別に運営しています。急性期病棟は、在宅医療で管理している人の急変があった場合に受け入れる病棟が必要ということ、当院は地域包括ケアの中心的役割を担うことを目指していますので、地域の急性期や救急医療をどうバックアップするか。高齢化が非常に進んでいますので圧倒的に

慢性疾患が増えています、慢性疾患の急性増悪は急性期と同じような対応が必要になります。

それから回復期リハビリテーション病棟です。意欲のある患者に積極的にリハビリテーションを行うと、かなり機能が回復して生活の場に復帰することができます。最終的には地域包括ケア病棟を導入しましたが、ここは日頃から管理下にある患者が急性増悪した場合には必ずしもフル装備の急性期が必要ではないということで、そういう場合の病状の安定化を図るために活用しています。

(スライド8) 家庭医については、2009年に協議会を立ち上げて



(スライド9)

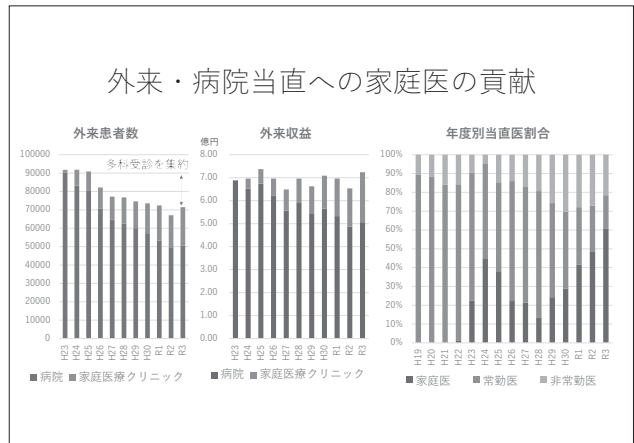


医師の働き方改革

(スライド10)

- ### 医師業務支援における当院の取り組み
- 近隣診療所医師の当直業務への参加 (平成18年～20年)
 - 家庭医の育成 (平成23年)
 - 在宅医療コーディネーターの配置 (平成24年)
 - ITシステムの活用 (H24年)
 - 医師事務作業補助者導入 (平成26年)
 - 地域住民との連携・多職種連携 (継続)
 - 救急医療体制の見直し (平成30年)

(スライド11)



(スライド12)

2010年にプログラムを開始しましたが、磐田市立総合病院と菊川市立総合病院と当院、2市1町の行政も加わってミシガン大学と静岡県家庭医養成協議会を立ち上げました。後に、これがきっかけとなって浜松医大に協議会の寄付講座として産婦人科家庭医療学講座ができ、さらに県の寄付講座として浜松医大の地域家庭医療学講座が開設されました。その後、市立御前崎総合病院もこの協議会に加わり、今年になって中東遠総合医療センターも正式に加わりました。このプログラムを契機に、5つの2次医療圏の公立病院がすべてつ

ながったということになります。現在、この家庭医養成プログラムは浜松医科大学総合診療医プログラムに進化しています。

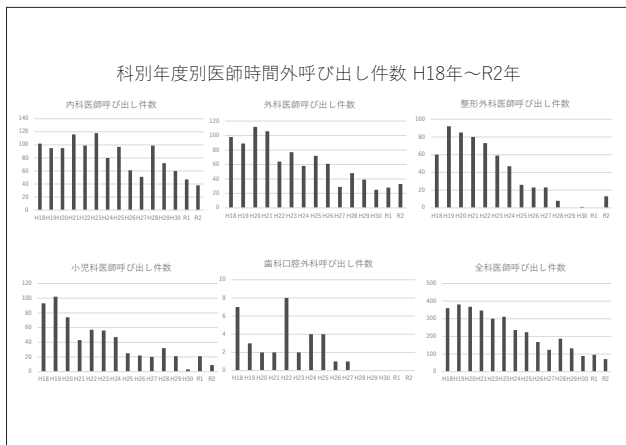
(スライド9) 当院が目指す医療提供体制は、当院と家庭医療クリニックが一体的に地域の医療を担う、地域包括ケアの中心的な役割を担い、そしてさらにそのバックアップ機能として磐田市立総合病院と中東遠総合医療センターという2つの救命救急センターがあるということです。こういう3階建ての医療提供体制が非常に有効と考えています。

(スライド10)

(スライド11) 医師の働き方改

革についてですが、いろいろなことをやってきました。近隣の医師に当直に参加してもらったり、家庭医の育成、在宅医療コーディネーターの配置。当院は在宅医療にも取り組んでいますが、在宅医療支援室を設置して在宅医療コーディネーターを配置することで在宅医療に関する情報がすべて集約され、医師がチームとして在宅医療に関わりやすくなります。在宅医療部門の医師事務作業補助者のようなイメージです。

ITシステムの活用としては勤怠管理システムだけでなく、多職種連携のネットワークシステムを導入して在宅医療コーディネ



(スライド13)

ターが入力することでケアマネや町の行政職などいろいろな人に情報が伝わりやすくなる仕組みをつくりました。チーム医療の構築ということです。医師事務作業補助者も平成26年に導入しています。現在はほとんど書類作成を担ってもらっていますが、非常に有効です。医師の業務負担がかなり軽減されています。

働き方改革は病院単独の努力ではなかなかし得ないところがあり、地域住民の理解がないと難しいと思っています。森町病院友の会や地域のボランティアの会などを通じて地域への情報発信に力を入れてきました。

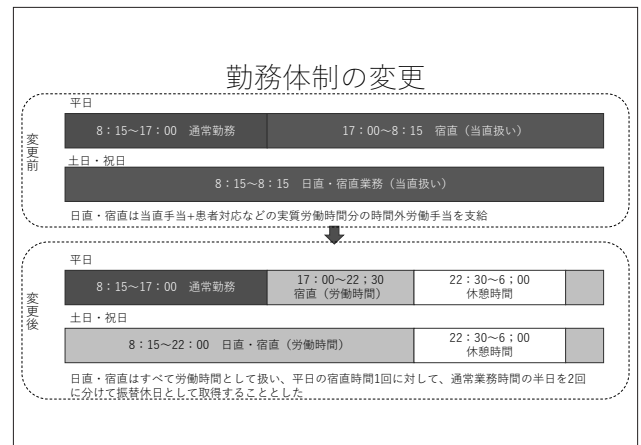
(スライド12) 最後に救急医療体制の見直しですが、今回は家庭医の育成と救急医療体制の見直しについてのデータを出しますが、1つは外来患者数。当院のあるエリアには診療所も非常に少ないので、外来もかかりつけ医機能が求められるということがあり、常勤医師の外来業務の負担がかなり大きいものがありました。そこで、当院にも眼科、耳鼻科、皮膚科などいろいろな科を併診している方

が多く来ていたのですが、そういう方は家庭医療センターで一括してみるようにして病院の外来業務の負担を減らしていきました。

トータルの収益自体は、それほど下がっていません。一番大事なことは当直業務ですが、医師の平均年齢が毎年上がっていく中で、当院では1人の医師が全科当直ですし、その負担をいかに軽減するかということが大きな課題でした。令和3年度には家庭医が60%の当直を担っていただいて、常勤医師の負担はかなり減りました。

(スライド13) それから各科の待機医師の呼び出しですが、家庭医はある程度科の別なくみてくれるし、ちょっとした縫合処置や外科的な処置にも対応してくれるので、各科の呼び出し件数はかなり減ってきています。

(スライド14) 当直体制の変更ですが、平日は17時～8時15分を宿直とし、土日・祝日は終日だったのですが、平成30年に労基署が入って、恒常的に救急患者を受け入れている状態では当直とみなさないと言われました。それをきっかけに、変形労働時間制を導入し



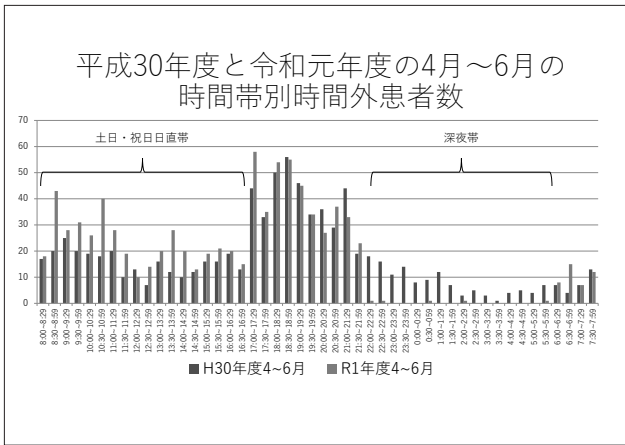
(スライド14)

て当直としていたところも勤務時間としようと考えました。その代わり、15時間をすべて勤務時間とすると代休を取ることが困難になるので、22時30分～6時の深夜帯は休憩時間とし、それ以外は労働時間と扱うことにしました。土日・祝日も同様です。

労働時間については、常勤医では平日の宿直時間1回に対して通常業務の半日を振替休日として取得することで何とかやりくりができています。

(スライド15) 深夜帯の制限をする前とした後の時間帯毎の救急患者数を見てみると、深夜帯がなくなっています。こういう形の変形労働制で対応しています。

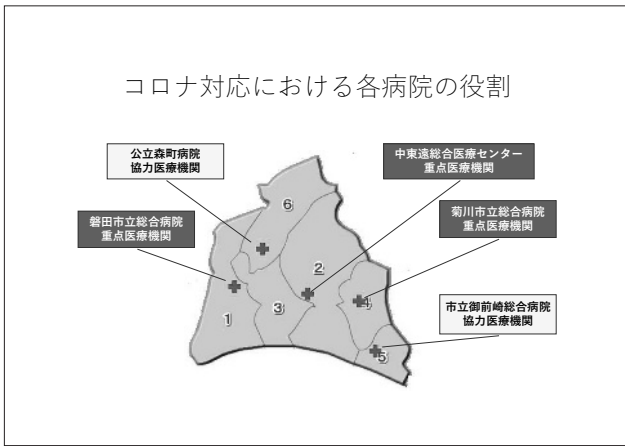
この体制を導入するにあたっては労基署の指導があったからということもありますが、町議会が全員賛同してくれたということと、2つの救急医療センターが同意してくれたということがあります。何よりも、以前から深夜帯の受診は控えましょうということを以前から住民に呼びかけていました。ずっと呼びかけていた結果、深夜帯の受診率は非常に下がって



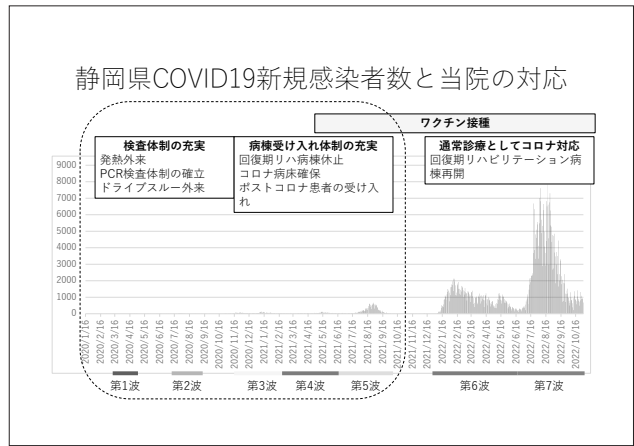
(スライド15)

新興感染症への対応

(スライド16)



(スライド17)



(スライド18)

いて、導入する前の平成29年度も深夜帯だけを取ってみると1日当たり1.6人でした。多い時には4～5人来るのですが、少ない患者のために医師は徹夜に近い状況になってしまうという状況があったので、これは不合理であるということです。

また、必ずしも緊急性がない患者も多い。1年間で救急救命センターに搬送しなければならなかったのは13例で、ほとんどは軽症でした。ですから深夜帯については2つの救急救命センターで対応するという同意が得られ、これを導入すると住民からかなりクレームが来るだろうと思っていたのです

が結果として1件もありませんでした。これは地域の住民に常に情報発信してきたことの成果だと思います。

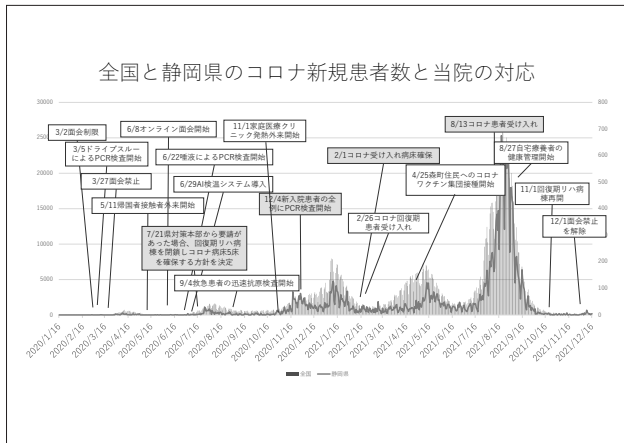
(スライド16)

(スライド17) 最後に新興感染症への対応です。中東遠エリアでは元々磐田市立総合病院と中東遠総合医療センターが重点医療機関となりました。当院と菊川と御前崎は協力病院だったのですが、第3波からは菊川市立総合病院も重点医療機関の役割を果たしています。

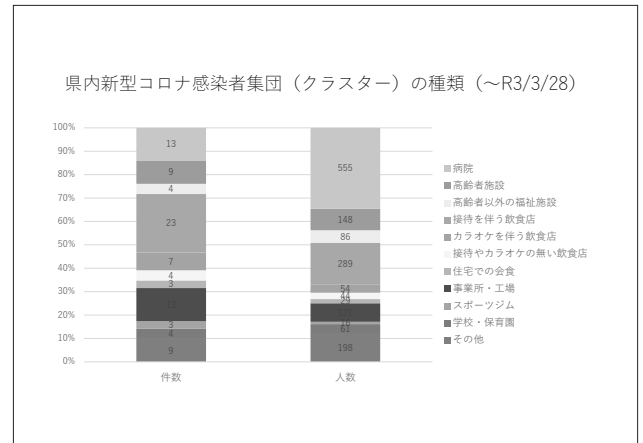
(スライド18) 静岡県の新規感染者数をグラフにすると、第1波～第4波はほとんどなかったよう

に見えます。第7波を基準にするとうなってしまうのですが、当院ではまずは検査体制を充実し、患者をいかに早くピックアップするかということに力を入れました。そして第3波の時に重点病院のうちの1つで院内感染によるクラスターが出たので、受け入れ体制が悪くなったために当院も病棟受け入れを始めました。

病棟受け入れを始めましたが、実際にはポストコロナの患者の受け入れが中心でした。退院が困難な人が増えてきたので、そういう方を当院で受けるという形です。コロナの患者を受け入れたのは第5波の時が初めてでした。



(スライド19)



(スライド20)

新興感染症に対する考え方

時間経過 ↓

- 初期には、入院施設は限定あるいは専用の病棟を確保し、できるだけ集約化を図るべき。
(院内感染の予防)
- 早期発見のための検査体制の充実が必要。
(情報の収集)
- 感染のステージに応じて、受け入れ医療施設を拡大。その場合も重症度による医療機能の使い分けが必要。
(通常医療機能の制限)
- 予防法や治療法が確立できれば、通常医療との両立を図る。
(地域に必要とされる医療機能の回復)

(スライド21)

まとめ

- 医師不足地域における問題解決のキーワードは「機能分化と連携」である
- 森町では、近隣医療機関との連携で、領域別専門医、科別総合医、家庭医（総合診療医）による3階建ての医療提供体制を構築してきた
- 多疾患併存の患者が増加する生活圏の外来診療において、家庭医（総合診療医）の役割は今後ますます重要となる
- 急性期医療と慢性期医療のどちらも充実し、補完しあってこそ、それぞれがその役割を果たし得る
- 地域医療構想の実現と地域包括ケアシステム構築のためには、今後さらに、生活圏の医療を担う中小病院の役割が重要となる

(スライド22)

第6波からは圧倒的に数が増えてしまいました。オミクロン株はほとんど重症化しないし、たまに肺炎を起こす人がいても治療でかなり良くなりますので、当院は通常診療としてコロナに対応することにしました。

(スライド19) コロナ禍の初期においては面会制限をしたりドライブスルー検査などいろいろな対応をしましたが、県から要請があって当院で受け入れるとしたら、病棟単位で受け入れるようにしようと考えました。院内感染を防ぐことが最大の問題と考えたからです。12月4日からは新入院患者の全例にPCR検査を開始しま

した。そして令和3年2月1日に病床を確保しましたが、実際にコロナ患者が来たのは第5波の8月です。

(スライド20) ここでいったん収まったので面会制限を解除したのですが、第6波が始まって再び面会制限を始めました。これは令和3年3月までは県内のクラスターの分析です。件数が多いのは接待を伴う飲食店ですが、患者数は病院が圧倒的に多いのです。

(スライド21) 病院でクラスターが起きると患者数は非常に増えてしまうということもあって、感染の初期にはできるだけ患者は少数の医療機関に集約すべきと考えま

した。中東遠2次医療圏では保健所を中心に毎週オンライン会議を開き、お互いの情報を共有して対応について話し合っています。

当院では、第3波の時に回復期病棟をいったん閉鎖してコロナ受け入れ体制をつくったのですが、オンライン会議で情報を把握する中で当院がやらなければいけない状況だと判断しました。ただ、初期には院内感染防止のためには集約化を図るべきと考えたので、まずは2つの重点病院にお願いしていました。

ステージが進むに従って、通常医療を制限することになりますが一般の病院でも受けていこうと。

それで予防法や治療法が確立されれば通常医療との両立を図るといいうイメージで、現在は医師会も頑張っPCR検査などもやっています。

(スライド22) 現在は再びコロナが非常に増えている状況で、職員の家族がかかって濃厚接触者として休まなければいけないということもありますし、職員の感染もぼつぼつと出てきています。そのために医療機能が制限されてしまうことが今の最大の課題で、ここは住民の協力を得て地域で一体となって対策していかなければいけないだろうと思います。

働き方改革もそうですが、地域医療の提供体制は機能分化と連携がキーワードで、それぞれがそれぞれの役割を果たすことができ初めて成り立つと考えています。当院の場合は中東遠総合医療センターの統合がうまくいっていませんでしたらすでにつぶれていたのではないと思うくらい負担が非常に増えていました。

私は25年前に赴任した時から最初の5年間は外科部長だったのですが、その時には右肩上がりに緊急手術がどんどん増えて、今の働き方改革の基準から見るととんでもない状態でしたが、後輩に同じようなことをさせるつもりはないので私が院長になってからは機能分化と連携を進めて、その結果、当院は生活圏の医療を守っていくという役割に特化しようとする。その代わりに、近隣のバックアップしてくれる医療機関に急性期をお願いするというで成り立っている、何はともあれ機能分化と連

携が重要です。そして、急性期は急性期、生活圏の医療は生活圏の医療として両方が成り立ってこそ、いろいろな問題が解決していくのではないかと思います。以上です。御静聴ありがとうございます。

■全国自治体病院開設者協議会

副会長 須田 善明 女川町長
ありがとうございました。私は個人的に、今のお話の中の「議会の同意」というところに何度もうなずいてしまったのですが、公立病院には必ずついて回る地味に大事な部分だなということを改めて認識した次第です。それでは、後のセッションに移りたいと思います。設営までの間は休憩とさせていただきます。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院
事業管理者



それではこれから討論に入ります。今日は3つの省からコメンテーターをお招きしています。厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長、谷口倫子様。それから総務省自治財政局準公営企業室長、和田雅晴様。それから文部科学省高等教育局医学教育課企画官、堀岡伸彦様。以

上3人の方をお招きしております。それでは、ここまでの4つの講演に対してそれぞれコメントをいただきたいと思います。最初は厚生労働省の谷口様、よろしくお願いいたします。

■厚生労働省

医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長

谷口 倫子 氏

今日は先生方の示唆に富む御発表をお聞かせいただき、誠にありがとうございました。講演の中で指摘がありましたように、今まさに地域医療構想や第8次医療計画、また新興感染症への対応、本日のテーマである医師の働き方改革を含めて様々な施策が同時に進行しているところです。それらがしっかりかみ合った形で、先生方の大変な御尽力に我々もしっかり応えていけるように一致して進めていきたいと、本日の御講演を聞いて感じた次第です。引き続き先生方の教を賜りながら、ご相談しつつ進めていきたいと思っております。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院
事業管理者

ありがとうございました。それでは総務省の和田様、よろしくお願いいたします。

■総務省

自治財政局準公営企業室長

和田 雅晴 氏

自治体病院の皆様には日頃から

大変にお世話になっておりますことに、この場をかりて改めて御礼を申し上げます。今日の講演の中でも機能分化と連携強化が大事というお話がありましたが、今年3月に総務省として3度目のガイドラインを出しました。その中の1つのポイントは機能分化と連携強化をうたっておりますので、そういった取組みを働き方改革の観点からも推進していただきたいと考えているところです。

今回のガイドラインでは、医師の働き方改革についても新たに追加したところです。その内容についても、今策定していただいている経営強化プランに書いていただくことをお願いしているところです。今年7月に現在の経営強化プランの策定状況について調査させていただき、また、47すべての都道府県に対してヒアリングを行ったところです。その状況を私なりに体感しているところで申し上げますと、働き方改革についての意識は非常に高くなってきているものの、実際の取組みは緒に就いたばかり、あるいは進んでいないというのが全体的な感触です。

調査結果はまとめ次第フィードバックしますが、例えば自分の病院の勤務時間は把握できていても兼業先や兼務先を含めた全体は必ずしも把握できていない医療機関もかなりの数があるという印象です。それから、宿日直許可を取ることは非常に大事だと思いますが、取りたいと思っているが具体的に動きに至っていないというところも多く、実際に取得するためには、最低1カ月の宿日直の日志な

ども必要になると聞いていますので、現実には着手してから少なくとも半年くらいを見ておかないといけないと思いますので、再来年の4月ということを考えてかなり急がなければいけないのではないかとというのが私の正直な実感です。

総務省としては引き続き、こういった取組みを進めていきたいと考えていますので、12月8日に全国自治体病院協議会と共催でセミナーを開催いたします。望月先生、中村先生にも御登壇いただきますが、そういったことをさらに進めて引き続き公立病院における医師の働き方改革について総務省としてしっかり支援していきたいと考えていますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院
事業管理者

ありがとうございました。それでは文部科学省の堀岡様、よろしくをお願いいたします。

■文部科学省

高等教育局医学教育課
堀岡 伸彦 企画官



私は実は厚生労働省からの出向者で、働き方改革をずっと担当し

ていて1,860時間ということが決まった検討会も担当していました。当時は、国全体で労働時間の上限が決まるということで、厚生労働省としてはその労働時間があまりにも医療の現場とはかけ離れているものだったので働き方改革の議論がスタートしたわけですが、最初は、ほとんどの人が「医師は労働者ではない」という意識でした。

正直、私も医師なのでその心がけや感覚には同意するのですが、マネジメントしないということにはならないはずなのです。当時はそういう意識がほとんどで、私は大げさではなく50回くらいいろいろな学会などで働き方改革の話をしたのですが、行く度に非常に厳しい御意見をいただきました。

私はコロナで2～3年、医政局の仕事から離れていましたが、こうやればできるのだという具体的なマネジメントの話は初めて聞きました。これまでのいろいろな働き方に関するシンポジウムでは、制度の上手な使い方や指南のような話をたくさん見聞きし、私も制度の柔軟な活用という観点でしかコメントできなかったのですが、こういうフォーラムで現実にマネジメントできているという話を初めて聞いて、もちろん難しいこともあるでしょうが、いろいろなことが具体的に示されているのは非常にすばらしいフォーラムだと心から思います。文部科学省では大学病院を所管していますが、引き続き働き方改革は大学病院の視点から非常に重要な論点として担当しておりますので、今後ともよろし

くお願いします。

1つ質問というか今回の講義になかった論点として、文部科学省は厚生労働省と連携して地域枠や診療科推奨の定員をすごい数つくっているのですが、そのあたりと働き方改革の連携はどうなっていますか。都道府県の地域医療対策協議会で働き方改革が話題になって、その結果として医療提供体制の効率化が進んでいるので例えば救急のキャリア形成プログラムに回せるとか、そういった事例はあるのでしょうか。コメントをいただければと思うのですが、いかがでしょうか。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院事業管理者

いかがでしょうか。大西先生、聞いたことはございますか。

■加古川中央市民病院理事長兼院長

大西 祥男 氏

兵庫県の場合は地域枠の養成医がかなり多く輩出されてきています。ただ、当院は対象病院にはなっていないくて6年目、7年目の研修のタイミングだけ出て行って良いということで今は1名しかいません。ただ、数はだいぶ増えてきたので、特に北の但馬のあたりが中心かと思っておりますので、そういったところ、それから北播磨、西播磨のあたりにもかなり輩出されてきているのは事実だと思いますが、その先生方が働き方改革の関連でどうなっているかということをお

は知りません。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院事業管理者

望月先生、どうぞ。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 望月 泉 八幡平市病院事業管理者兼八幡平市立病院統括院長

岩手県は医師偏在指数が新潟県とほぼ同じで最下位ですが、地域枠は1学年15名、それから奨学金養成医師が県と市町村を合わせて30~35名、計毎年50名近くの義務履行を伴う医師が輩出されています。働き方改革は、医師の地域偏在、診療科偏在を解消していかないとできないのではないかと思います。1学年50名近い医師が、公立、公的病院に毎年配置調整を行って、5年間で250名になりました。

この250名の中には医局に所属している医師もたくさんいますが、基本的には県で配置調整会議をつくって、その中で本人の意向も確認しながら配置して、なるべく地域偏在を解消できる方向で動いています。働き方改革は、医師の数を確保できないと進まないということで、その意味では地域枠と奨学金養成医師は非常にありがたいというか、これがなければ医師少数県では実現できないのではないかと思いますので、ぜひこれからも地域枠等の確保をお願いしたいと思います。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院事業管理者

ありがとうございます。それでは貞弘先生、どうぞ。

■山形市病院事業管理者

貞弘 光章 氏

ありがとうございます。非常に大事なことで、山形県も地域枠、奨学金、自治医大を合わせて92名にのぼっています。地域医療対策協議会で県知事が座長となって医師会や大学病院も一緒にどのように配置するかを決めているのですが、主な目的は医師少数区域への医師の配置となっています。当院は都会にあって、その対象地域には入っていません。ただ、少なくとも救急医療の実績に応じた形でキャリアパスや教育の意味も含めてそういう医師を配置してもらいたいと提言しています。地域医療の持続性という面からも働き方改革を進めたいということを提言していますので、厚生労働省、文部科学省も含めて積極的に進めたいと思っています。県ではまだそこまでの考えに至っていないところもありますので、ぜひ強くお願いしたいと思います。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院事業管理者

ありがとうございます。それではこれから質問を受け付けたいと思いますが、ウェブ参加の方からの質問が1つ来ていますので、

お答えいただければと思います。研鑽と労働の線引きに関して、具体的には難しいところがあるのでもう少しクリアに示していただきたいというような質問です。これに関しては、貞弘先生も大西先生もスライドにお示しいただいたのでそれを参考にしていきたいと思いますが、厚生労働省にお聞きしたいのは、今までに通知などが出ていますが、それ以上に具体的な線引きの基準は何か考えられていたり示されていたりするでしょうか。

■厚生労働省

医政局地域医療計画課医師確保
等地域医療対策室長

谷口 倫子 氏

御質問ありがとうございます。本日は直接の担当者が参っていますので、お答えさせていただきます。

■厚生労働省

医政局医事課医師等医療従事者
働き方改革推進室長補佐

藤川 葵 氏



厚生労働省医政局医事課医師等働き方改革推進室室長補佐の藤川でございます。平素より、あと1年半に迫りました2024年4月からの医師の時間外・休日労働の施行、そして様々な厚生労働行政の推進

に御尽力いただきまして誠にありがとうございます。

御質問の医師の研鑽といわゆる労働時間に関する考え方については、令和元年7月に労働基準局長通達として考え方をお示したところでした。これに基づいてその後、各医療機関におかれては研鑽の労働時間該当性について整理が行われ、医師に対する周知が行われているものと承知しています。本日御発表いただいた先生方の医療機関でもそうした整理の表がすでに作られており、ほとんどの医療機関で同様のことが進んでいると承知しています。

ただし、厚生労働省としては、現時点ではさらに踏み込むような、医師の労働時間と研鑽に関する通達を出す予定はありません。それはなぜかという、各医療機関において医療機能の状況は様々であり、医師の数や年齢構成、診療科の構成が異なっています。まずは現場の若い医師も交えた声を聞いていただきながら、院長をはじめとする管理部門との膝を詰めた話し合い、ワーキングでも委員会形式でもよろしいと思いますが、話し合いをしていただいて丁寧に議論した上で労働と研鑽の一覧表を皆さんで作っていただきたいと切に願っています。

現在、厚生労働省では本日の御発表にあったような好事例を「いきいき働く医療機関サポートウェブ」というウェブサイトで公開しています。また、各都道府県にある医療勤務環境改善支援センターに相談していただくと、労務管理アドバイザーからそういうものの

作成支援を受けることができますので、ぜひ御活用いただければと思います。

■公益社団法人 全国自治体病院 協議会

副会長 原 義人 青梅市病院
事業管理者

どうもありがとうございました。そういう御回答で、この問題は各病院でさらに検討していただいてみんなで作り上げていただきたいと思います。次の御質問に移りたいと思いますが、御質問のある方は挙手をお願いします。お名前と所属をお願いします。

■下呂市立金山病院

病院長 須原 貴志 氏

岐阜県の下呂市立金山病院の院長の須原と申します。周囲30km圏内に病院がなく中村先生とよく似た環境にある99床の施設です。質問は宿日直許可について、当院は全科当直ですが、それとは別に待機当番というものが存在しません。これはどう使われるかという、救急は全部受けるのですが、重症で当直医が救急車に乗っていないといけない時に、その後に詰める人材が必要です。待機当番というのは、私は全国医師連盟の理事もやっていますが、医師連盟の理事長が学会のシンポジウムで「待機当番は勤務時間ですね」と言ったら、同席していた弁護士が「管理者が命じているから勤務時間です」と言って終わりました。当直については宿日直許可を取ることによって頑張っていますが、待機当番の扱いはどうすれば良い

のか。このあたりについて見解があれば教えていただきたいと思えます。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院
事業管理者

いかがでしょうか。

■厚生労働省

医政局地域医療計画課医師確保
等地域医療対策室長

谷口 倫子 氏

担当からお答えできることがありそうですので、発言してもらいます。

■厚生労働省

医政局医事課医師等医療従事者
働き方改革推進室長補佐

藤川 葵 氏

私はその学会に同席していたと思いますが、私も驚いたというのが正直なところ。厚生労働省としては、オンコールの待機時間が労働時間に該当するか否かについては事例毎に判断されるものと承知しています。裁判等の判例に基づいても、その全部が労働時間とされたものもあれば、そうでないものもあります。そのため、我々は現在もオンコールの待機時間については個別に判断していくものとお伝えしています。

ただし、当然ながらオンコール時間中に呼び出されて実際に業務に従事した時間は労働時間になりますので、その点には御留意いただければと思います。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院
事業管理者

よろしいでしょうか。ほかに御質問はございますでしょうか。お名前と御所属をお願いします。

■岩手県立軽米病院

病院長 葛西 敏史 氏

岩手県立軽米病院の葛西と申します。春に宿日直許可を取る際には望月先生にずいぶんお世話になりました。ありがとうございます。当院は98床の小規模・中規模の病院ですが、宿日直許可は今年の春にいただきました。そして、我々院長としては、宿日直許可を取らないとだめだという話にうなずいていただけたと思うのですが、当直している若い医師たちに話を聞くと、宿日直許可があると安い給料で働かされることになりすよねと。「15時間すべてを時間外にしてくれたほうが給料が高くなって良いのに」と言われて、その視点もあったなど。時間外を減らすA水準をもっていく時もそうですし、宿日直許可の話もそうですが、そういうところを若い医師に分かってもらうために皆さんはどのような苦勞をされていますか。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院
事業管理者

演者の方、いかがですか。

■加古川中央市民病院理事長兼院長

大西 祥男 氏

宿日直許可を取ると確かに時間外は減りますので収入は減ります。私の今後の課題として入れておきましたが、実際にそういう声を私自身は聞いていないのですが、間違いなくそういうことは起こるだろうと思っています。宿直帯のすべてを時間外として支払っていた時と、宿日直許可を半分でも取れば収入が半減する可能性はあると思っています。当院ではそういう話はないのですが、当直体制に代わる何かをしなければいけないということで、人事には給与の違いがどの程度になるかを調べてほしいとお願いしています。

どんなことができるかを具体的にお話できませんが、そういうことを考えて対応しなければいけないと思っています。実際に宿日直に関して全医師に対面で話した時には、遠慮していたのかもしれませんがそういう話は出なかったのです。ただ、十分に考えられることなので、対応はそれを見ながらと考えているところです。

■岩手県立軽米病院

病院長 葛西 敏史 氏

ありがとうございます。私ども中小病院からすると、時間外を補てんするような病院がたくさん出てくれると良いと思っています。どうもありがとうございました。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院
事業管理者

ほかに御質問はございますか。

所属とお名前をお願いします。

■新潟県立十日町病院

病院長 吉嶺 文俊 氏

新潟県立十日町病院の吉嶺です。今日は4人の先生方がそれぞれの地域で最適解を出されていて、本当に勉強になりました。昨日、新潟県でリモートで全病院への説明会がありまして、その中で、病院の管理当直と医師法16条による院内急変に対応する管理当直は、宿日直許可を取っていない医師がずっといる場合には兼務して良いかという質問がありました。兼務を妨げないという話と、ただし院内急変に対応できない状態であればそれは適切に判断するという点ですが、その点に関して宿日直許可の有無は直接には関係ないということでしょうか。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院事業管理者

お答えをお願いします。

■厚生労働省

医政局医事課医師等医療従事者働き方改革推進室長補佐

藤川 葵 氏

昨日の新潟県のフォーラムは、私どもも入ろうとしたのですがYouTubeに切り替わったことが分からずに聞けなかったのですが、御認識の通りです。基本的に宿日直許可の有無と医療法第16条は切り離して考えていただいて構いませんので、許可があろうとな

かろうと医療法第16条に基づいた宿直は行っていただいて構いませんし、それがあから医療法が守られていないということではありませんので、そのような御理解でよろしいかと思えます。

■新潟県立十日町病院

病院長 吉嶺 文俊 氏

了解しました。貞弘先生にうかがいたいのですが、時間外勤務の業務内容を4つに分けていらっしゃるのですが、これは一般的な内容でしょうか。先生のところの独自の分類ですか。

■山形市病院事業管理者

貞弘 光章 氏

時間外を計算するために開始時間と終了時間を必ず書くことになっています。開始時間が17時15分から続いているれば勤務時間の延長として、いったん終わって夜中に出たということであれば呼び出し、休日は分かっていますので休日であれば休日呼び出し、当直は当直として、アプリ上で事務と一緒に計算しています。これは全医師にやっているわけではなく、B水準になる可能性のある医師10名をピックアップして毎月丁寧に調べているのが実情です。

■新潟県立十日町病院

病院長 吉嶺 文俊 氏

非常に参考になりました。自己研鑽についても目安の時間がかかっていることは非常に分かりやすく良いと思います。

■山形市病院事業管理者

貞弘 光章 氏

根本的には、病院の業務拡大に関連するものに関して出すことを考えていますが、なるべく明確に出しています。

■新潟県立十日町病院

病院長 吉嶺 文俊 氏

中村先生の発表で、令和元年度に深夜帯がなくなったのは、勤務体制の変更だけでなく周辺住民への周知や救急医療の患者をやりくりした結果と考えて良いですか。

■公立森町病院院長

中村 昌樹 氏

そうです。

■新潟県立十日町病院

病院長 吉嶺 文俊 氏

あまりにもきれいに消えているので。

■公立森町病院院長

中村 昌樹 氏

当院は基本的にその時間帯は受けませんということを住民に周知して、それプラス、勤務体制の変更もあってきれいに消えたということです。

■新潟県立十日町病院

病院長 吉嶺 文俊 氏

どうもありがとうございます。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

副会長 原 義人 青梅市病院事業管理者

どうもありがとうございます。

た。ここで簡単にまとめをさせていただきたいと思います。各地で真剣に医師の働き方改革に取り組んでおられることを報告していただき、感謝いたします。また、3省からもコメントをいただきありがとうございました。宿日直許可の取り方についても教えていただいたように思います。

しかし、医師も労働者であるというのが基本認識ですので、現在の医師における時間外労働時間の上限は960ということで、一般人に比べてはるかに長時間になっていると思います。ですから、いずれは普通の労働者、例えば看護師と同じような時間数になっていくとすれば、他の職種と同じように交替制の勤務体系も本格的に考えなければいけなくなるのではないかと思います。医師が3交替勤務になるといったことは今は現実的には考えにくいのですが、そういう方向に行かないといけないのかなとも思いました。

今回のお話では、医師の働き方改革を進めても地域医療に悪い影響は見られなかったようですので、どの地域でも同様と言えるかどうかは分かりませんが、ぜひ改革を上手に進めていただくと、地域医療への悪い影響を避けながら進めていけるのではないかと思います。印象も持ちました。

最後に、多くの示唆に富む御講演をいただいた先生方、また貴重なコメントをいただいた各省の方々には深くお礼を申し上げます。以上をもちまして討論を終了させていただきます。御協力ありがと

うございました。

閉会挨拶

■公益社団法人 全国自治体病院協議会
会長 小熊 豊 砂川市立病院
名誉院長



本日はこういうフォーラムを行うことができ、大変有意義だったと思っています。お話の中で私が驚いたのは、失礼ですが中村先生の小さな病院で、先生が御苦労された成果だと思いますが、開業医も巻き込んで診療体制をつくられた。60%以上を開業医がみる体制をつくって、夜は周辺の大きな病院に頼めて、それで住民が納得している。こういう体制は、かかりつけ医の機能を強化して、時間外などもチームで交代しながらファーストコンタクトを行うことがこれからの医療体制として必要ではないかと私は訴えています。まさに中村先生の病院ではそれをおやりになっている。こういう医療をそれぞれの地域で検討していただけると良いと思って、感心したところです。

大西先生のところは医師もたくさんいて人口も多い中で、大病院としてやれることをすべておやりになっているということで、見本のようなところだと思いながら聞

いていました。貞弘先生の病院は、医師が少なく業務内容がものすごく多いので、今後どうされるのか。まさに自治体病院として問題を抱えている代表のような病院だなと思って、今日のお話を聞きました。

厚生労働省にお聞きしたいのは、サポートに関するウェブの話をされていましたが、私はそれを見たことがないのです。大西先生のように上手にやれている大病院、中村先生のように医師が少ないけれども地域で協力しながらやっている病院といった具体的なことは載っているのですか。

■厚生労働省

医政局医事課医師等医療従事者働き方改革推進室長補佐
藤川 葵 氏

「いきいき働く医療機関サポートウェブ」には、そうした好事例集を載せているほか、中村先生には過去にも御参画いただいておりますが厚生労働省ではトップマネジメント研修というものを開催しております。年間50回くらい行っていますが、院長先生にプレゼンテーションしてもらった働き方のセミナーです。そのセミナーの資料も「いきいき働く医療機関サポートウェブ」に掲載されています。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会

会長 小熊 豊 砂川市立病院
名誉院長
そうですか。

■厚生労働省

医政局医事課医師等医療従事者
働き方改革推進室長補佐

藤川 葵 氏

これまで周知が足りなかったことは承知しています。今年からは全力で周知すべく改善を行ってまいりますので、どうぞよろしく申し上げます。

■公益社団法人 全国自治体病院
協議会

会長 小熊 豊 砂川市立病院
名誉院長

初めてうかがいました。そういうことを皆さんにアナウンスしてほしいのです。そういうことを厚生労働省がやっていることを皆さんは知っていましたか。ほとんどの人は知らないと思うので、ぜひ周知をお願いします。

それから、医師の需給環境を検

討する際に、大西先生が疾患別に分析した結果を出しておられましたが、厚生労働省にそれをやってほしいのです。それをやると、将来の人口がこうなって、こういう医療がこのくらい必要になるといところから需要が分かります。それをベースにして医師の供給や偏在指標に使ってほしいと私どもは常に思っています。今日の大西先生のスライドを参考にしてください。

■厚生労働省

医政局医事課医師等医療従事者
働き方改革推進室長補佐

藤川 葵 氏

そういったことも厚生労働省では行っておりますので、今後も引き続き取り組んでまいります。

■公益社団法人 全国自治体病院
協議会

会長 小熊 豊 砂川市立病院
名誉院長

我々が今こんなに苦勞していることを解決する意味でも堀岡先生を含めて皆さんが一体となって進めていただきたいと思います。我々も会員病院に厚生労働省のウェブサイトの案内をさせていただきます。

今日は私としても大変に勉強になりました。皆さんも参考にしてしっかり対応していただければと思います。御苦勞様でございました。

以上で地域医療再生フォーラムを閉会します。長時間にわたり、誠にありがとうございました。