



### 医業経営エキスプレス

日本医業経営コンサルタント協会  
東京都支部 企画委員会委員  
外山和也

2023年08月25日

## 医師の働き方改革と、循環器系医師の矜持

「医師の働き方改革」今後の対応は

2024年4月スタートの「医師の働き方改革」で、特例水準を目指す医療機関の「医師の労働時間短縮計画」（以下「時短計画」）は申請後、書類の不備などがなく、順調に進んだとしても医療機関勤務環境評価センターの審査に約4カ月必要です。

その後に都道府県により特例の指定を受けるまでさらに1~2カ月が見込まれるため、都道府県により多少のずれはあるものの、どんなに遅くとも今期上半期中、つまり9月末には申請する必要があります。

「時短計画」の申請をしたからといって、「医師の働き方改革」への対応は山を越えたわけではなく、今後今期下半期以降は「時短計画をどのように実行に結びつけていくのか」、来年4月に「医師の働き方改革」がスタートした後では、「どのように医療機関を経営していくのか」といった次のステージに移行するわけです。

## 働き方改革の1丁目1番地

労働時間の客観的な把握は、「働き方改革の1丁目1番地」と言われますが、ICカードやビーコンによる方法での運用がだいぶ進んできています。

ある調査では、医療機関全体でみると「職員証などのICカード」が断トツの主流で、大学病院ではICカードとビーコンの導入が拮抗しているようです。

これは何を意味しているのでしょうか。「働き方改革」への投資ができる大学病院だから、ビーコンの導入が進んでいるのか。中小病院では、本当はビーコンを導入したいが、財布事情で見合わせているのか、そこを見極める必要があります。

この仮説が正しいとすれば、「医師の働き方改革」を進めるためには、「労働時間の客観的な把握」とともに、「勤務間インターバル」や「代償休息」の管理についても、人の手を介してはとても管理できるものではない（筆者はそう思います）ので、これらの機能を備えた上で、なおかつ「経済性」も両立し得るシステム開発が必要な気がします。

診療科の隔たりがある打刻状況

筆者の医療機関勤務時、従来勤怠は全職員が紙の管理簿に自己申告する方法をとっていましたが、「医師の働き方改革」の推進を機に、全職員がICカードによる記録方法に変更することになりました。

ただし変更にあたっては、一定の期間は移行期間として、紙とICカードを並行稼働しました。職員にはICカードでの打刻に習熟してもらい、人事部門ではその間に両者間で大きな乖離がないかを検証するとともに、システム導入に際しての課題抽出を実施しました。

その結果、医師以外のスタッフの打刻率は、月を重ねるごとに上昇してきましたが（たまに打刻忘れがあるものの、徐々に改善されていきました）、医師は打刻率が30%を超えたところでパタッと頭打ちになってしまいました。

医師全体では30%ですが、詳細に打刻データを検証してみると、「診療科による隔たり」と、「個人の隔たり」が大きいことが判明しました。

## 4つに分類できる打刻の取り組み

診療科別では、診療科の長のマネジメントによる差が大きく、個人別では、大きく次の4つ

のグループに分類することができました。

1. きちんと打刻するグループ（ほぼ 100%の打刻率）
2. ICカード導入当初は打刻率が高かったのに、日を迫うごとに打刻率が下がってきたグループ
3. 出勤時の打刻率は低いが、退勤時の打刻率が高い。またはその逆のグループ
4. 毎月打刻率 0%のグループ

1のグループは、打刻率では問題がないものの、在院時間が極端に長い事例もありました（まじめに打刻しているからこそ、顕在化したともいえます）。

2のグループは、最初はまじめに打刻していたが、周りが打刻しないのを見て右にならえしてしまったグループです。「良貨が悪貨に駆逐されてしまったグループ」ですが、啓発することによって改善は見込めると踏みました。

3については、医局のICレコーダーの前に、朝と夕方に人事課のスタッフと一緒に立って、打刻のフィールドワークを実施した結果、その原因がはっきりしました。

出勤帯では、始業時間前に出勤する医師は打刻するが、始業時間を過ぎて出勤してくる医師はまず打刻しません。このタイプの医師は、たまたま偶然遅刻したのではなく、「子どもを保育園に送り届けてから出勤する」というように、勝手に遅れて出勤するようなスケジューリングにしているため、一番手を焼くであろうと想定しました。

恒常的に遅刻するのであれば、時短勤務に切り替えて給与を減額するなりしないと、経営上厳しいこととなります。

4では、本人の意識が極めて低いのか、診療科の長が打刻しないようにと、指示しているかです。

### 循環器系の医師との会話

循環器系のある診療科では、科員の打刻がまったくないので、ある日筆者は当該科の所属長に人事マネジャーとして、なぜ打刻しないのかを聞いてみました。

すると、「うちの科は勤務時間が長いので打刻をすると、かえって病院に迷惑をかけると思う」「夜中に緊急オペで呼び出されて、患者を救命することで頭がいっぱいのときに、わざわざICカードの打刻をすると思うか」といわれてしまったことがあります。

心疾患では、いかに早く治療を始められるかが、救命率を上げるキーポイントであるとともに、術後管理が大変重要で、循環器系の医師が手術後3日間くらいは、病院で寝泊まりしているのを目撃することは珍しくありません。まさに「医師の自己犠牲の上に成り立っている医療」といえます。

「うちの科は勤務時間が長いので、打刻をするとかえって病院に迷惑をかけると思う」という発言だけを聞くと、この医師は改革に背を向ける反逆児なのかと思ってしまうのですが、「医師の働き方改革」に無関心なわけではなくて、逆によく勉強されています。

来年4月からは、連続勤務が28時間までに制限され、さらに終業から次の始業までに9時間のインターバルが制度化されると、「現在の倍の医師が必要になる」と自ら試算までされていました。

医療機関の経営の視点からは、常勤医の倍増は夢物語です。反対に来年4月以降も現有の戦力のままでいくとなれば、「業務を縮小」せざるを得ず、これは地域医療の衰退にほかなりません。

### 成り手不足の負のスパイラルへ

「医師の働き方改革」では「総花的に」「一律に」勤務医の労働時間を制限することは、健康確保の点から必要であることは間違いありません。

しかし、ここで取り上げた循環器系の疾患のように、その特性上、発作が起きればすぐに処置をして、術後の一定時間は泊まり込みで管理をしなければならない診療科もあるわけで、何とか手を差し伸べられないものかとも思ってしまう。

ただでさえ外科系の医師の成り手が少ない中で、「医師の働き方改革」により、さらに制限が加わることとなれば、さらに成り手は不足し負のスパイラルに陥ることは明白であると感じます。

毎日、飲酒もせずストイックに夜間の急患や急変に備えて（筆者のような凡人には、毎日・

毎晩、なぜそんなにモチベーションが維持できるのか、理解を超えています(が)、真摯に自分の体を張って、地域医療に取り組む医師に対しては、リスペクトしかありません。

病院にできることはタクシーの活用くらい

当時この所属長から、「緊急オペで（関連病院に）行くときは、ハンドルを握っていても睡魔が襲ってくるんだよね」という話をされたことがあります。

病院としては「先生、そういうときは自由にタクシーを使ってください」ということぐらいしかできませんでした。

最前線で身を粉にして戦っている医師に対して、もう少し何とか手を差し伸べることができなかつたかと今も思います。特定の診療科への思い入れが強すぎるのでしょうか。

今年7月5日に開催された第548回中医協総会の、「入院について（その1）」の議論の中で「主な死因別にみた死亡率の推移」（7p）が示されました。

このグラフを見ると、悪性新生物とともに、心疾患での死亡率が今世紀に入ってから、急激に高くなっていることが分かります。「医師の働き方改革」がスタートする前から、医療政策上の課題が顕在化しているといえるのではないかと感じます。