

医療機関の「働き方改革」 —2024年に向けて—

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会
医業経営アドバイザー 眞鍋 一

医師にとっては「働き方改革」であるが
医療機関の管理監督者から見れば「働かせ改革」である

➤ 現在までの流れ

2014年 6月 医療介護総合確保促進法が制定

2014年10月 医療介護総合確保促進法に基づく改正医療法が施行

→ **医療機関がPDCAサイクルを活用して、勤務環境改善をすすめる**

当時の状況及び課題

- 離職者が多く、医療従事者の確保が課題であった（離職防止）
- 苛酷な勤務環境から過労死及び自殺者が多く、医療従事者の健康確保が課題であった（安全確保）



- 厚生労働省は、医療機関の管理監督者に勤務環境を改善するよう業務を課した
 - 業務を支援するために各都道府県へ医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）を設置した
- ※業務形態は直営、一部委託、全面委託等色々である

2019年 4月 働き方改革関連法が順次施行

当時の状況及び課題

地域医療を含めた医療は、医師個人の犠牲により成り立っており、若年医師の過労死が課題であった

2024年 4月 医師の時間外労働に対する上限規制適用が施行

時間外労働に対する上限規制の内容

- 医師の時間外労働の上限として、A水準、連携B水準、B水準、C-1水準、C-2水準のいずれかが適用される

水準	長時間労働が必要な理由	年の上限時間
A水準	(臨時的に長時間労働が必要な場合の原則的な水準)	960時間
連携B水準	地域医療の確保のため、派遣先の労働時間を通算すると長時間労働となるため	1,860時間 (各院では960時間)
B水準	地域医療の確保のため	1,860時間
C-1水準	臨床研修・専攻医の研修のため	1,860時間
C-2水準	高度な技能の修得のため	1,860時間

2035年度末での廃止が検討されている

年の上限時間：複数の医療機関で勤務する場合は、労働時間を通算して計算する必要がある。

- A水準は、2023年度末までに医師労働時間短縮計画の作成に努める（**努力義務**）。
- B・C水準は、2024年度以降の医師労働時間短縮計画を作成し、評価センターの評価を受け、都道府県知事の指定を受ける必要がある

現状

- 在院時間 = 労働時間と考えている医師が多い
- 医師は、診療における自由裁量 + 指示・命令を出す立場から「管理職員」であるが、「管理監督者」ではない



医師は労働時間の制限を受ける立場であり、**労働基準法が適用**される

||

正確な労働時間の把握がそのためにも必要

正確な労働時間の把握のために

- 在院時間中の「労働」及び「自己研鑽」の時間の把握

↳ どのような活動が自己研鑽に該当するかは、医療機関ごとに決め、その規定を文書化し、医師に周知する必要がある。

- **兼業・副業**先の労働時間も、労働時間に通算されることから、自己申告できる体制を整え、医師自身に自己申告を徹底してもらう



- 兼業・副業の取り扱いがどのようになっているか就業規則・労働契約書等で確認する
 - 通常の場合、兼業・副業先での勤務は労働時間を管理している責任者に対して「届出→許可→報告」が必要である
- そして、申請時間より最終的に労働時間が多かった場合（報告）をどのようにするかを事前に決めておく必要がある

見方を変えると令和6年4月からは全職員対して更に勤務環境改善を進める

- 医師を含めてであるが、特に他の職種の職員に対して

① 職員の意識調査が必要

(職員に対してその結果も公表)

※方法論として

- ・職員満足度調査を実施
コンサルタント協会で作成されたものがある)

対象項目は7領域 (33項目)

- A 勤務時間と休憩・休日・休暇
- B 職員の健康支援
- C 勤務環境の改善
- D 業務手順・ストレス軽減
- E 気持ちのよい仕事の進め方
- F 活躍できる職場のしくみ
- G これからもこの職場で働きつづけるか

② ヒアリング (1人約25分) の実施

⇒アドバイザーは必ず2名以上で対応

医療機関の課題抽出

↓
対応策の発見・支援

- 医師の働き方改革

医師の働き方改革の目的説明

- ・ 医師の健康確保のため労働時間の削減



医師の労働時間削減方法の例として (原則)

- ・ 月1回の日直
- ・ 週1回の当直



- 宿日直許可がある場合

全時間がインターバルの対象となり

基本的に通常業務をやらないという前提で

労働時間ではない

(通常業務を行なった場合には時間外労働となる)

- 宿日直許可がない場合

休憩時間を含めて全てが労働時間となる

今までは医師からの正確な時間外労働の届出等がなかったため労働時間が削減されていた
(サービス時間となっていた)

今後は

- ① **労働時間把握のための客観的な方法で実施**
タイムカード等 (非接触性のビーコン)
- ② **積極的な宿日直の許可取得**
- ③ **労働時間と自己研鑽の区別** (職員である医師に周知する義務)
→上司の命令ならば原則として全て労働
指示・命令を出す中間管理職への研修も医療機関として必要
- ④ **インターバルの確保**⇒勤務表作成
- ⑤ **業務の見直し (タスクシフト/シェア)**
2023年8月末までに特例水準を申請したところは評価センターに時間外労働時間の削減の
計画書等の書類提出
(B・連携B・C-1・C-2)
→88項目のうち必修が18項目 (内容: 労働法に関することが多い)
18項目については、未達成があった場合には評価されない

①～④は2024年3月ま
でに対応が必要
2024年4月以降は対応
が済んでいる状態
(チェックリストで確認)

今後の大きな問題となる

- ・ 2035年にはB・連携B水準が廃止される予定である
タスクシフト/シェア⇒
 - ・ 医師による教育・検証が必要
 - ・ 医療機関にはそれぞれローカルルールがあり、資格 (特定行為修了者)
取得だけでは業務ができない ⇒医師が業務を任せられない

👉 当初A水準で検討していた医療機関が時間外・休日労働が 2024年度内に960時間を超える可能性がある場合

① 2023年度申請した特例水準と同じ申請になるのか
また、評価に同じ時間が必要となるのか

② 評価センターへの申請後に行なわれる都道府県の
医療審議会等がいつ開催されるのか

③ 2023年度の申請は書類審査のみであったが
2024年度はどうなるのか（医療機関への訪問があるのか）

↓

- ・2024年に初めて申請した医療機関
- ・2023年に申請をされていて、更に2024年に追加申請する医療機関

④ 初回審査では対象外のため対応不要のものについても
追加申請の場合には対象となるのか



将来構想 2024年の医療提供体制を見据えた改革

- 2024年 4月以降** 医療機関は収入減になる可能性がある
- ・医師の給与等は現状であるということが前提
 - ・医師自身が収入を確保するため時間外労働としての支給ではなく、手当として支給を要請



経営者として収入減の原因を分析する必要がある

推論として、医師の労働時間の削減により
医療機関収入を得るためには必ず医師の診療が必要という前提からいくとその医師がいない
場合など対応ができず収入減になる可能性がある

その場合の対応策としては

① 自費患者の増患

健康診断の実施など予防医療の分野を増やす
⇒他の医療機関との差別化

② 経費削減の検討

地域ごとでまとまった形で医材料の購入、あるいは医療産業廃棄物等を地域で集め
一括処分
同時に災害等発生の場合にも、医材料を含めて医療機関同士で融通が利く

③ 地域でのかかりつけ医との連携

紹介率・逆紹介率の向上
⇒実例としてあるが、外来は全て予約制へ移行
(各種検査はかかりつけ医からの直接病院の方へ依頼され実施)

2040年の医療提供体制を見据えた改革

2040年に向けて国は新たな課題に対応するため、**I.地域医療構想の実現に向けた取組**、**II.医療従事者の働き方改革**、**III.医師偏在対策を推進**し、総合的な医療提供体制改革を実施

I.医療施設の最適配置の実現と連携

(地域医療構想の実現：**2025年まで**)

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進

II.医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する
上限規制：2024年～)

- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

III.実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

👉 時間的には

2024年 医師の時間外労働に対する上限規制 ⇒同時に「地域医療機関の最適配置の検討

- ① 医師全体の労働時間の削減
対応策
 - ・新規に医師を採用する
(経費の増額になる)
 - ・既存の労働時間を削減する
→地域医療機関との連携を検討
紹介率 + 逆紹介率
- ② 少子高齢化による医療圏の変化 (収入確保の観点)
 - 医療サービスのあり方
 - ・患者を集中化 (新しい医療圏ーコンパクトシティ化)
 - ・訪問看護ステーション等による地域患者の確保
→老人等遠隔地の患者への対応
= 遠隔地医療の実施
- ③ 医療機関の設備投資、人財不足による職員確保
医療DXの導入
 - 既存の医療機関単独では限界がある
(必要最小限の設備資金)

👉 ①②③の流れから「選択と集中」が必要

医療機関においては、地域での自院の立場を理解し何を残すのか？
また、何を選択するのかを考え、地域で必要なものを集中化して経費等の
（特に医師の労働時間等）削減することが大切である
⇒それが最終的に医療機関として生き残る道ではないかと思う

更に、地域での人口構成の変化により、5年後、10年後の医療を考える必要があり
同時に、設備投資、人的確保など考慮しなければばらばい

つまり、

2024年から適用になる

**「医師の時間外労働に対する上限規制」が2025年の
医療施設の最適配置の実現と連携（地域医療構想の実現）に
著しく関係していることが理解できます
これに関しては別の機会で説明させていただきます**

ご清聴ありがとうございました

医の原点をささえる。

認定登録 医業経営コンサルタントは
健全な医業経営こそがより良い社会づくりへと
つながることを確信し
たゆまぬ努力で活動してまいります。

