

令和8年3月

令和7年度 長時間労働の傾向にある診療科を中心とした  
医療機関の勤務環境改善に係る調査研究及び支援事業

# 事例集

医師の働き方改革推進のための勤務環境改善等に関する取組事例集

# 目次

---

はじめに	P2
取組推進のポイント	P4
【参考】現状分析・問題の深掘のイメージ	P7
【参考】対応策例	P8
事例集	P10
各事例のまとめ	P11
事例集取組一覧	P12
■ 砂川市立病院	P14
■ 独立行政法人地域医療機能推進機構 北海道病院	P24
■ 日本医科大学 千葉北総病院	P30
■ 昭和医科大学病院	P35
■ 日本赤十字社 長岡赤十字病院	P39
■ 名古屋市立大学病院	P44
■ 社会医療法人愛仁会 千船病院	P50
■ 市立豊中病院	P54
■ 岡山大学病院	P57
■ 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター	P61

A teal-colored graphic element consisting of a large trapezoidal shape on the left and a smaller rectangular shape on the right, separated by a white horizontal line. The background behind the teal shapes is a light blue hatched pattern.

はじめに



## はじめに

---

### 全国の医療機関、都道府県及び医療勤務環境改善支援センター等の関係者の皆様へ

国民が将来にわたり質の高い医療を受け続けるためには、厳しい勤務環境に置かれる医師・看護職員等の医療従事者が、健康で安心して働ける環境の整備が不可欠です。令和6年4月からは、診療に従事する医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制の適用が開始されました。一方で、迅速な処置が必要な患者に24時間体制で対応する救急科や、長時間の手術を実施する頻度の高い外科系診療科等、診療科の特性に起因して依然として長時間労働の傾向が見られる領域が存在します。こうした現実には真正面から向き合い、患者の安全と診療の質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制へ移行することが、今まさに求められています。

本事例集は、令和7年度 厚生労働省委託事業「長時間労働の傾向にある診療科を中心とした医療機関の勤務環境改善に係る調査研究及び支援事業」で対象とした大学病院・公立病院・公的病院・民間病院等の10医療機関において、既に実施されている事例や実施した支援をとりまとめたものです。特定労務管理対象機関等の地域における中核的な医療機関、とりわけ長時間労働の傾向にある診療科において、医師労働時間短縮計画に定めた取組をPDCAサイクルに基づき着実に実施し、効果検証と計画の見直しを重ねるための具体的手立てを、実践例とともに体系化しています。施策の紹介だけでなく、成功に向けたポイントや工夫点も盛り込み、各医療機関が自院の実情に合わせてカスタマイズできるよう編成しています。

特定労務管理対象機関として特例水準の適用を受ける医療機関には、医師労働時間短縮計画の策定と医療機関勤務環境評価センターによる評価が求められるとともに、指定後も医療勤務環境改善支援センターの助言等の支援の下、計画の着実な実施、効果の検証、適時の見直しを行い、中長期の視点でさらなる労働時間短縮と勤務環境改善を推進していただく必要があります。一方で、昨今の物価高等や医療従事者不足等の影響から、勤務環境改善に手が回らないという医療機関や勤務実態を把握したものの診療科への具体的な介入が難航しているという医療機関も多いと考えます。まずは現状の可視化から始め、小さな改善を迅速に試し、効果を測り、拡大する。その過程で困難に直面した際は、本事例集を参考に取組をご検討いただくとともに、医療勤務環境改善支援センターも是非ご活用ください。各医療機関の実践と成果の共有が、医療の質と安全、働く人の健康、そして地域医療の持続可能性にもつながっていくものと考えています。

# 取組推進のポイント

# 取組推進のポイント

医師の働き方改革において取組を効果的かつ継続的に推進するためには、医師労働時間短縮計画に基づく進捗管理を重視して進めることが重要である。以下に取組推進にあたってのポイントを整理する。

## 1. 「医師労働時間短縮計画」を軸にPDCAを回す

医師の働き方改革は、医師労働時間短縮計画を軸に進めることが重要である。計画は策定して終わるものではなく、実行状況と効果を定期的に点検し、課題に応じて対策を修正するというPDCAを継続的に回すことで、取組が現場に定着する。また、病院全体の進捗管理に加え、診療科ごとの業務特性（当直やオンコールでの夜間対応の多寡、検査・手術体制、外来・病棟運用等）に即した改善が必要であるため、診療科別に目指すゴールイメージや効果測定指標を設定し、現場単位でPDCAを回すことが効果的である。

## 2. 院長のリーダーシップで推進力を確保する

取組を前に進めるためには、院長のリーダーシップが不可欠である。院長が自ら取組の目的と優先順位を院内に示し、院内の多職種からなる勤務環境改善に関わる委員会等を活性化させ推進することにより、部門間調整や意思決定が進みやすくなる。その際、院長から「実施可能なものは速やかに着手し、運用しながら改善する」という方針を示しておくことが、現場の行動変容と取組のスピードアップにつながる。取組によっては、慎重に検討すべきものもあるが、取組が停滞する場合は院長が介入して判断することも重要である。

## 3. トップダウンだけでなく、現場の声を起点に実現可能な施策へ落とし込む

トップダウンだけの取組では実効性を欠くこともあり得るため、現場の医師や医療従事者等の声を起点に施策を設計することも重要である。トップが実施を求めても、現場では人員配置、技能の差、患者の意向、他職種との役割分担、設備や情報システムの制約等により、意図通りに実行できない場合がある。従って、現場が直面している具体的な困りごとやボトルネックを丁寧に把握し、実現可能性のある代替案や段階的な導入方法に落とし込む必要がある。更に、役割分担や運用ルールを明文化し、例外時の対応も含めて整理することにより、属人化を防ぎ、継続的な運用につなげることができる。

## 4. 小さく試し、改善し、小さな成功を積み上げて横展開する

取組は最初から大規模に展開するのではなく、限定的な範囲で試行し、結果を踏まえて改善を重ねる進め方が有効である。小さく試すことで、想定外の負担増や運用上の不具合を早期に発見でき、現場の納得感を損なわずに修正を加えられる。また、得られた効果（時間外・休日労働の減少、呼出し件数の減少、文書作成の省力化等）を可視化して共有することで、関係者の理解と協力が得られやすくなり、次の取組へ波及しやすくなる。成功した取組は手順やマニュアル、指標、教育方法まで含めて「型」として整理し、他の診療科でも再現できる形にして横展開することにより、病院全体の取組を持続させることにつながる。

# 取組の流れ

医療機関が医師の働き方改革の取組を進めるにあたっては、まず勤務実態を把握して課題を整理する「現状分析～課題整理期」と、対応方針を周知して施策を実行・評価する「対応方針周知～実行評価期」の順に進めることが有効である。その上で、実行結果と評価を医師労働時間短縮計画に反映し、継続的な改善につなげていくことが重要である。

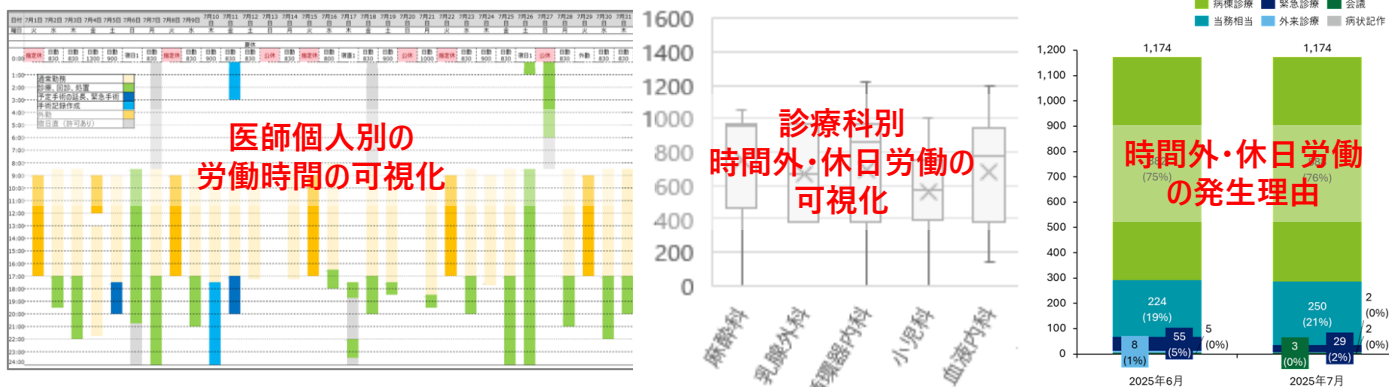
## <現状分析～課題整理期>

## <対応方針周知～実行評価期>



# 【参考】現状分析・問題の深掘のイメージ

以下のような分析を行い、時間外・休日労働の実態をデータから可視化する。個人別の労働時間はタイムラインで表示すると業務の前後関係も含めた実態が分かりやすく、診療科同士で個々の労働時間をグラフ化すると時間数の偏りや傾向が掴みやすい。



現場のキーパーソンとなる医師にヒアリングを行い、時間外・休日労働の要因を確認する。複数の業務が関連して長時間労働になることもあり、当直帯や日勤帯の現状等を網羅的に確認することが重要である。

## < 医師へのヒアリング項目例 >

現状	質問 (ヒアリング)	要因の一例 (医師不足を要因とする場合は除く)
時間外・休日に発生する業務	当直業務の負担はどうか	外勤先での当直業務が多い (大学病院特有)、等
	緊急対応の負担はどうか	特定の診療科や特定の医師に当直業務が偏っている、等
	外来業務の負担はどうか	専門診療科でなくても対応できる緊急呼出しの症例が多い、等
	検査・手術で待機等の時間は多いか	地域で診るべき患者が急性期病院の外来に多数流入している、等
時間外・休日以外で発生する業務	病棟業務の負担はどうか	看護師の勤務交替や医師待ちによる治療開始時間の遅延、等
	タスク・シフトの状況はどうか	搬送時の連携等のコミュニケーション不足による時間ロス発生、等
	診療以外で業務負担が大きいものは何か	1人あたりの受持ち患者数自体が多いため、チーム制が進まない、等
		特定の医師に診療・回診・処置の業務が偏っている、等
		特定行為研修修了看護師はいるものの依頼件数が伸びていない、等
		医師事務作業補助者の配置に偏りがある、等
		委員会・会議体が年々増加し、集約化されていない、等
		教育業務 (講師準備等) の負担が大きい (大学病院特有)、等

キーパーソンとなる医師へのヒアリングだけでは十分な情報が取れない場合は、他の医師や必要に応じて医師以外の職種に対するアンケートを実施し、時間外・休日労働の原因を究明する。

## < アンケート項目例 >

アンケート項目	分類	回答例
1 ○○診療科での長時間労働の原因は何ですか	直接業務	緊急症例対応により長時間化している、病棟業務の業務量が多い、等
	間接業務	会議や委員会が多い、紹介状作成等の書類作成、等
2 ○○診療科の長時間労働対策として障壁になりそうなことは何ですか	タスク・シフト/シェア	タスク・シフト先の人員不足、教育不足
	医師の業務見直し	患者数が多く、主治医制からチーム制への切り替えがうまく行かない
3 医師労働時間短縮計画を達成する上で診療科で取り組んでいることは何ですか	タスク・シフト/シェア	医師事務作業補助者へのタスク・シフト
	医師の業務見直し	セット登録の有効利用、カンファレンスの回数削減、チーム制の導入
	その他	当直明けの医師には当番業務を入れないようにしている
4 病院としてどのような対策又は診療科支援があれば良いと考えますか	タスク・シフト/シェア	タスク・シフトの推進、外来に医師事務作業補助者を配置・増員
	医師の業務見直し	医師間での相談・情報共有用のチャットツール整備
	その他	不要な委員会の削減、電子カルテの高速化、適正な人員配置

## 【参考】対応策の例示(1/2)

以下に、一般的に医師の働き方改革における対応策として考えられる施策の一覧を示し、この中から今回の事業において選択された施策を併せて示す。（下表は医師労働時間短縮計画別表を参考に作成）

取組	内容	本事例集掲載	本事例集記載の診療科
タスク・シフト/シェア	特定行為研修修了看護師の活用		
	看護師の活用（ドレーン抜去、チューブ調整、患者説明等）		
	助産師の活用		
	臨床工学技士の活用（スコープオペレーター業務）		
	診療放射線技師・臨床検査技師活用（画像診断補助等）		
	医師事務作業補助者の活用	○	内視鏡内科・消化器内科、消化器内科、内科、外科
宿日直体制の見直し	その他関連職種（薬剤師・救急救命士等）の活用		
	宿日直シフトの見直し（単科当直から合同での当直へ）	○	集中治療室に関連する診療科
	当直業務・体制の見直しとオンコール負担の軽減	○	病院全体
	交替制勤務導入・変形労働時間制	○	研修医
	宿日直を担う医師の範囲の見直し（当直の免除や中堅以上医師の参画等）	○	病院全体
	休日当番制の実施（土日に主治医以外が交替対応）		
複数主治医制・チーム制の導入	当直明け・オンコール明けの勤務負担の軽減		
	複数主治医制・チーム制の導入（病棟）	○	消化器・一般外科 産婦人科
医師間のタスク・シフト/シェア	複数主治医制・チーム制の導入（外来）	○	消化器・一般外科
	病院総合医（ホスピタリスト）の配置		
その他医師の業務の見直し	術後管理を集中治療医・麻酔科医・救急医等にタスク・シフト		
	地域の病院間での機能分化（外来再診患者数の適正化）		
	検査・検査間の効率化（内視鏡検査の待機時間短縮等）	○	消化器内科
	手術の待機時間等の短縮	○	外科・消化器外科
	術中における執刀医の負担軽減・役割分担	○	消化器・一般外科
	カンファレンス・院内委員会等の整理		
	クリティカルパスの作成等による業務の標準化	○	消化器内科

## 【参考】対応策の例示(2/2)

(対応策の例示の続き)

取組	内容	本事例集掲載	本事例集記載の診療科
ICTを活用した業務削減・業務効率化	電子カルテ等への音声入力システム、AI問診システム		
	生成AIによる文書作成補助の導入	○	内視鏡内科・消化器内科、外科
	患者向け説明動画（入院前、検査、術前等）		
	ビジネスチャット等医療関係者間コミュニケーションアプリ		
	院外からの電子カルテ閲覧システム		
	遠隔からの画像閲覧システムの導入		
	電子カルテ等情報の視覚化・構造化による管理システム（手術室管理、救急センター管理、病床管理等）	○	消化器内科（電子ホワイトボード）
子育て世代の医師が働きやすい環境を整備	QRコードによるマニュアル活用促進	○	病院全体
	短時間勤務		
	時差出勤		
	宿日直の免除		
その他勤務環境改善に向けた取組	女性医師等就労支援事業・復職支援事業の実施、相談窓口		
	患者相談窓口の設置（クレームを受けた場合のサポート体制の充実）		
	病気と仕事の両立支援の取組		
	職員満足度調査の実施（意見聴取）		
	労働時間管理に関する院内説明会		
	医師等との意見交換会（医師労働時間短縮計画の作成・見直しのための意見交換を含む）		
	医師の報酬制度の改訂		
	手術に対する出来高インセンティブ手当の新設		
医師への打刻促進策			
代償休息の取得促進			

(\*) 厚生労働省「ICT機器を活用した勤務環境改善の先駆的取組を行うモデル医療機関調査支援事業」の事例集も参照



# 事例集

## 各事例のまとめ

本事例から得られた医師の働き方改革を推進するためのポイントをとりとまとめる。

### 各事例から得られた取組のポイント

- **トップのリーダーシップが推進力を生む**  
医師の働き方改革の取組を進めるには、トップの介入が効果的である。本事例では、医師事務作業補助者への紹介状返書作成業務のタスク・シフトを、院長のトップダウンにより短期間で実現した例がある。また、専門診療科のオンコール負担を軽減するため、当直医が緊急性の低い患者の入院措置対応を行うようにした例でも、副院長がリードして院内での合意形成を図っていた。
- **病院全体最適の視点で、医師の負担の均衡を図る**  
専門性の高い業務は、特定診療科や特定の医師しか対応できないことも多い。しかし、診療科間で負担をシェアできる業務は、全体最適の視点で担当や配置を考えることが効果的である。本事例では、医師の負担均衡を図るため、長時間労働の医師に対して当直勤務を免除するルールを設けていた。また、医師事務作業補助者の配置が特定の診察室に偏らないよう、現行の配置状況等を調査した例もあった。
- **単に労働時間削減を求めるのではなく、診療科が求める成果に落とし込む**  
「労働時間の削減」は医師の働き方改革の定量指標として分かりやすいが、診療科が求めたい成果は別の指標であることも多い。本事例でも、手術のロールシェアを実現したことで若手医師の教育機会の確保につなげた例や、病棟管理のチーム制の導入を行い主治医の負担軽減につなげた例もあった。
- **小さな取組の成功を積み重ね、時間をかけて医師の理解を得る**  
着手しやすい取組はすぐにトライし、成功例を示すことが重要である。本事例でも、「膵臓手術」に限定して手術技術と物品管理の標準化を実現していた。それでも、医局内医師への理解浸透に1年以上を要していたことから、成功例の強要は避け、根気強く取組を広めていくことが肝要である。
- **ICT導入効果を最大限に引き出すため、利用ルールや利用意識の浸透を図る**  
ICT導入の効果を最大限に引き出すためには、関係者全員が共通のルールで活用できるよう、利用方法の標準化と理解の徹底が重要である。本事例でも、電子ホワイトボードの導入に際し、内視鏡室全体でシステムへの入力・更新タイミング等の運用ルールも併せて整備する取組が行われていた。
- **現場主導の取組をしっかりと病院・組織が後押しする**  
若手医師が長時間労働の傾向にあることを踏まえ、若手医師が働きがいを感じられる勤務環境・風土構築が重要である。本事例でも、主治医制からチーム制に切り替えた際、専攻医からの意見を拾い上げる仕組みを設けたことで、専攻医等の若手医師のモチベーション向上につなげていた。

### 外科系診療科のポイント

- **「若手の執刀機会増加」「手技洗練」等、外科医が必要性感じられるメッセージを打ち出す**  
医師の働き方改革の取組を進める上で、医局内医師の理解を得ることは不可欠である。特に外科医の場合は手術を通じて患者に寄り添うことが本分であるため、単に労働時間削減だけをテーマに取組を強要すると医師の思いとアンマッチが発生する恐れがある。本事例でも、執刀医のロールシェアや外科での外来チーム制、手術時間短縮等の取組例があったが、「時間外・休日労働削減」を直接的な目標として掲げていた例はなく、「若手への執刀機会の提供」「手技の洗練」等のメッセージを診療科トップが打ち出していたことが、医局内医師に取組への協力を促す強いインセンティブとなっていた。

# 事例集取組一覧

本事例集には、以下の全15事例（全10医療機関）を掲載している。

区分の 凡例	<span style="color: #e91e63;">■</span> タスク・シフト/シェア	<span style="color: #ffc107;">■</span> 宿日直体制の見直し	<span style="color: #fff9c4;">■</span> 複数主治医制・チーム制の導入	<span style="color: #9c27b0;">■</span> 医師間のタスク・シフト/シェア
	<span style="color: #c8e6c9;">■</span> その他医師の業務の見直し	<span style="color: #bbdefb;">■</span> ICTを活用した業務削減・業務効率化		

医療機関名	病床数	区分	取組	対象診療科	頁
砂川市立病院	公立/405床	<span style="color: #ffc107;">■</span>	① 研修医の所定労働時間の運用変更	研修医	P15
		<span style="color: #e91e63;">■</span>	② 文書作成作業の医師事務作業補助者へのタスク・シフト	消化器内科	P17
		<span style="color: #ffc107;">■</span>	③ 長時間労働の医師の当直勤務の免除ルール	病院全体	P18
		<span style="color: #ffc107;">■</span> <span style="color: #bbdefb;">■</span>	④ 当直医が入院措置をとることで緊急性の低い患者によるオンコール負担を軽減（上級医入院）	病院全体	P20
独立行政法人 地域医療機能推進機構 北海道病院	独法/314床	<span style="color: #e91e63;">■</span>	⑤ 消化器内科の勤務環境改善への取組	消化器内科	P25
日本医科大学 千葉北総病院	大学/574床	<span style="color: #c8e6c9;">■</span>	⑥ 手術技術と物品管理の標準化による手術時間の短縮	外科・ 消化器外科	P31
昭和医科大学病院	大学/815床	<span style="color: #ffc107;">■</span>	⑦ 院内出向規定の見直し及び運用方法の改善	集中治療室に 関連する診療科	P36
日本赤十字社 長岡赤十字病院	公的/554床	<span style="color: #c8e6c9;">■</span> <span style="color: #bbdefb;">■</span>	⑧ 電子ホワイトボードによる内視鏡検査の予定可視化と運用の標準化	消化器内科	P40
名古屋市立大学病院	大学/800床	<span style="color: #fff9c4;">■</span>	⑨ 入院・外来のチーム制導入による業務効率化と診療体制の確立	消化器・ 一般外科	P45
		<span style="color: #c8e6c9;">■</span>	⑩ 手術のロールシェア導入による次世代医師の育成	消化器・ 一般外科	P47
		<span style="color: #e91e63;">■</span>	⑪ 医師事務作業補助者の業務効率化の検討	医師事務作業 補助者（内科 系外来）	P49
社会医療法人 愛仁会千船病院	民間/308床	<span style="color: #fff9c4;">■</span>	⑫ 医員・専攻医主導のチーム制のルール整備	産婦人科	P51
市立豊中病院	公立/563床	<span style="color: #c8e6c9;">■</span>	⑬ 内視鏡部門にかかる予定処置の可視化の取組	消化器内科	P55
岡山大学病院	大学/849床	<span style="color: #e91e63;">■</span>	⑭ 大学病院における短縮計画に基づく勤務環境改善	病院全体	P58
独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター	独法/645床	<span style="color: #e91e63;">■</span> <span style="color: #bbdefb;">■</span>	⑮ ICTを活用した医師事務作業補助者の業務省力化によるタスク・シフトの推進	外科、 内視鏡内科・ 消化器内科	P62



# 本事例集の見方

本事例集の小見出しは以下の内容で記載している。

## 病院の背景

医療機関や医療機関をとりまく地域の状況を記載している。その他、事例に取上げた診療科の前提や内部環境についても記載している。

## 取組一覧

本事例集に掲載している各医療機関での取組を一覧表にまとめている。

## 取組概要

掲載する取組ごとに、取組の概要を記載している。

## 取組前の状況

個々の取組を開始する前の状況や問題点を記載している。

## 取組の内容

文章や図表を用いて、取組内容の詳細を掲載している。

## 取組における工夫

取組を成功につなげるために行った工夫や成功のポイント等を掲載している。

## 取組の効果

取組の効果を定量又は定性情報として記載している。なお、明確な効果を公示できなかった取組については、掲載を省略している。

## 今後の展望

各事例は、掲載時点で完了ではなく、PDCAサイクルを回し、継続して課題をクリアしていくものである。そのため、今後更にどのような課題に取組む必要があるかを記載している。

# 砂川市立病院

開設	砂川市
病床数	405床
職員数	919名（医師103名、看護師460名、他）
標榜科	29科



## 病院の背景

- 砂川市立病院は中空知二次医療圏（5市5町、人口約9万人）の地域センター病院であり、地域救命救急センター、地域周産期母子医療センター等の多くの機能を有する地域の基幹病院として、地域になくてはならない急性期医療を提供している。
- 急速に進展する少子高齢化、人口減少のなか、数少ない医療機関がより連携を強化し機能分化を進め持続的な医療提供体制を構築するため、地域医療構想におけるモデル推進区域として取組を進めている。
- 地域性から医師の確保は非常に困難な状況にあり、医師の長時間労働は常態化する傾向にある。働き方改革への対応として、消化器外科、循環器内科をはじめ8診療科をB水準として、研修医をC-1水準とし特定労務管理対象機関の指定を受けている。

## 取組一覧

取組	取組の概要	対象診療科
研修医の所定労働時間の運用変更	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修医を対象に宿直勤務の扱いの一部を時間外・休日労働時間から所定労働時間に見直すことで、勤務間インターバルの確実な確保と時間外・休日労働の削減を検討した。</li> </ul>	研修医
文書作成作業の医師事務作業補助者へのタスク・シフト	<ul style="list-style-type: none"> <li>長時間労働の傾向にあった消化器内科への院長ヒアリングにより、要望のあった紹介状の返書作成の医師事務作業補助者へのタスク・シフトをトップダウンで短期間で実現した。</li> </ul>	消化器内科
長時間労働の医師の当直勤務の免除ルール	<ul style="list-style-type: none"> <li>長時間労働となった医師は当直勤務を免除するルールづくりを行い、時間外・休日労働が多い医師の健康面への配慮及び病院全体の医師の業務負担の均衡を図った。</li> <li>本取組により月の時間外・休日労働時間数が100時間を超える医師は大きく減少した。</li> </ul>	病院全体
当直医が入院措置をとることで緊急性の低い患者によるオンコール負担を軽減（上級医入院）	<ul style="list-style-type: none"> <li>当直時間帯において、翌日対応が可能な患者やオンコール要請の判断基準を定め、当直医が入院措置を行いコンサルトは翌日の日勤時間帯に行う院内ルールを導入した。</li> <li>本取組によりオンコール要請の頻度は減少し、時間外・休日労働時間の減少につながった。</li> </ul>	病院全体

## 研修医の所定労働時間の運用変更

### 取組概要

研修医（C-1水準）を対象に宿直勤務の扱いの一部を時間外・休日労働時間から所定労働時間に見直すことで、勤務間インターバルの確実な確保と時間外・休日労働時間数の削減を行う取組である。

### 取組前の状況

#### 研修医の勤務状況

同院の研修医はC-1水準の適用対象であり、各年次約10名が在籍している。令和6年度実績では多くの研修医の時間外・休日労働時間が年間1,000時間を超える水準となっていた。

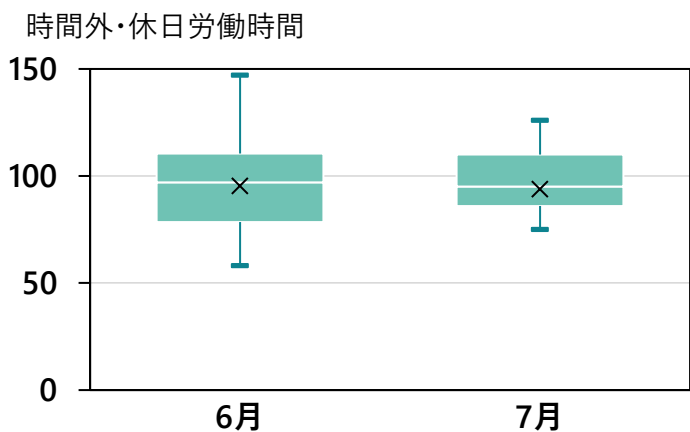
過去2カ月の時間外・休日労働の実績を分析したところ、半数程度の研修医が月に100時間前後の長時間労働にあり、研修医全員の時間外・休日労働の理由は、おおよそ7割が宿日直業務となっていた。

同院の「勤務時間及び休暇等に関する規程」では、4週を超えない期間につき1週当たり38時間45分とする変形労働時間制としているが、研修医を含む医師については、8時30分から17時（休憩時間除く）を原則的な所定労働時間として運用していた。また、宿日直許可は取得していなかった。

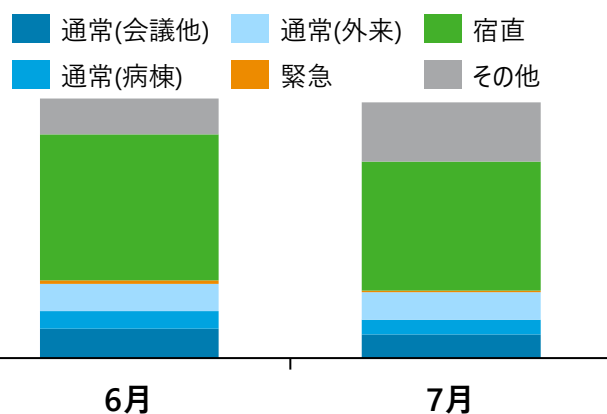
そのため宿直業務を行う場合、当日8時30分から17時までは通常勤務として所定労働時間、17時から翌日8時30分までは宿直勤務として時間外・休日労働となり、休憩時間を除き14時間30分の時間外・休日労働が発生することになる。月に2回程度の宿直業務に加え、休日の日直業務により時間外・休日労働が長時間にならざるを得ない状況であった。

なお、C-1水準研修医に関しては、始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間の確保に加え、始業から48時間以内に24時間の連続した休息時間の確保が必要となる。そのため、宿直業務を行う場合は、宿直業務が終了する8時30分での勤務終了を徹底している。

< 時間外・休日労働の状況 >  
(研修医)



< 時間外・休日労働の理由別時間 >  
(研修医の総計)



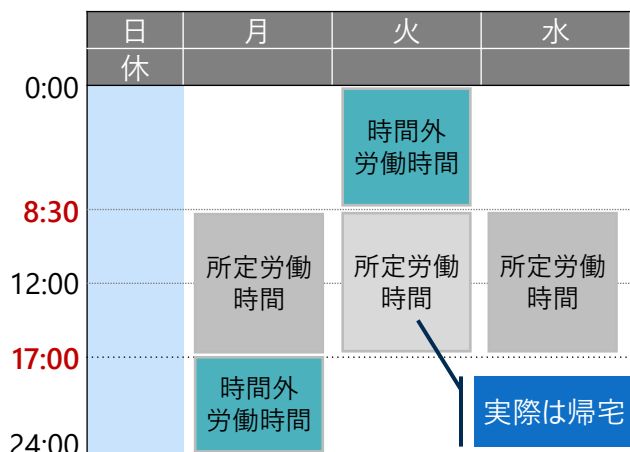
## 研修医の所定労働時間の運用変更

### 取組の内容

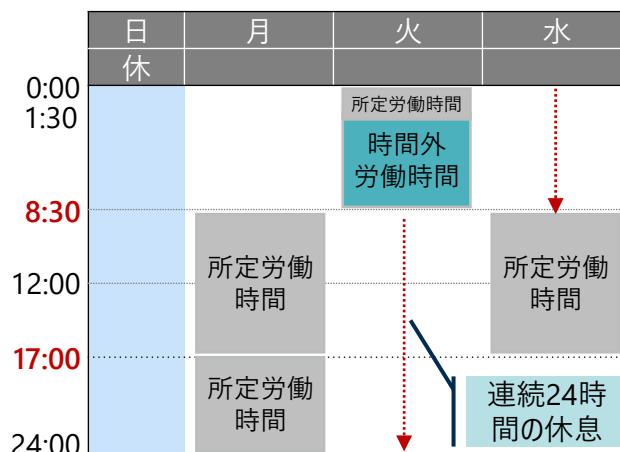
#### 宿直時の勤務を所定労働時間に見直し

宿直業務を行う場合、変形労働時間制を適応することで当日8時30分からの17時の通常勤務を所定労働時間とし、17時から当日24時までを時間外・休日労働時間、翌日0時から8時30分までを所定労働時間とする運用に変更することを検討した（今後入職する研修医に対して運用を検討）。

＜これまでの所定労働時間の運用＞



＜新運用案＞



検討に際しては、時間外・休日労働時間の削減に伴う時間外・休日労働手当の減少が主要な懸念事項であった。そのため、運用変更による時間外・休日労働手当への影響についてシミュレーションを実施するとともに、周辺地域における研修医の報酬水準の調査・比較を行った。調査・試算の結果、運用変更後であっても周辺地域の報酬水準と比較して遜色がないことを確認できた。なお、月2回程度の宿直勤務とした場合、年180時間程度の時間外・休日労働時間の削減が期待される。

### 取組における工夫

今年度、労働時間及び勤務間インターバル・代償休息の管理、ならびに面接指導の実施プロセスの効率化を目的として、ビーコンを用いた勤怠管理システムを導入した。併せて、今後の研修医の所定労働時間の運用見直し検討及び勤怠管理システムの変更を契機として、院内における医師の働き方改革の内容を周知・理解促進するため、「就業・勤怠管理に関する手引き」を作成し、医局会にて説明を実施している。

医師向け  
就業・勤怠管理に関する手引き



砂川市立病院  
Sakagawa City Medical Center

2026年2月



### 今後の展望

本取組は研修医を対象として検討を開始したが、今後、より柔軟な変形労働時間制の導入等も視野に、診療科の特性及び勤務実態を踏まえつつ、対象を研修医以外の医師へ段階的に拡大することも検討している。

導入に際しての主要な懸念事項は、時間外・休日労働時間の削減に伴う報酬の減少である。同院は立地上、医師確保に課題を抱えており、報酬面については一層慎重な検討が求められる。このため、担当患者数等の客観的指標に基づき病院への貢献度を適切に評価し、個々の努力に報いることができる仕組みの構築を目指したいと考えている。

# 文書作成作業の医師事務作業補助者へのタスク・シフト

(本事例では、医師事務作業補助者は「DC」と記載)

## 取組概要

長時間労働の傾向にあった消化器内科への院長ヒアリングにより、要望のあった紹介状の返書作成のDCへのタスク・シフトをトップダウンで短期間で実現した。

## 取組前の状況

### 消化器内科の長時間労働の状況

消化器内科は4名体制で、B水準の指定を受けており、長時間労働の傾向にある。午前は外来や検査、午後は検査の延長や病棟業務等もあり、紹介状の返書等は時間外となるケースが多かった。

紹介状の返書は紹介医療機関との関係を構築する上で特に重視しており、作成に時間を要していた。

### 医師事務作業補助者（DC）の状況

消化器内科には外来業務を中心とするDCが1名配置されていた。消化器内科の医師から見ても、既に多くの業務を担当しており、これ以上の業務をタスク・シフトすることは難しい状況であった。

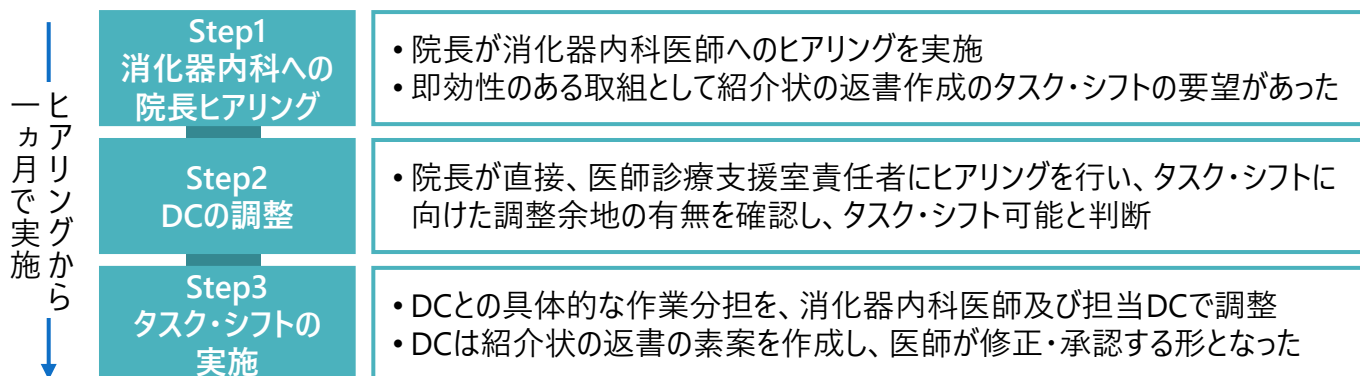
### 取組のきっかけ

令和7年9月に院長が消化器内科の現状把握と業務負担軽減のために直接ヒアリングを行った。

ヒアリングでは複数の課題・要望が挙げられたが、即効性がある取組として、紹介状の返書作成の負担軽減を図るため、返書の定型部分の下書きのDCへのタスク・シフトを検討することとした。

## 取組の内容

本取組は紹介状の返書作成のDCへのタスク・シフトであるが、取組の特長として、院長が長時間労働の傾向にある診療科から直接要望等を聞き取り、トップダウンでDCの所属する医師診療支援室へ検討を指示し、短期間で実現した点が挙げられる。



## 取組の効果

ヒアリングから1ヵ月後には、消化器内科の紹介状の返書下書き（月に約40通）がタスク・シフトされ、医師の負担軽減に繋がっている。また負担軽減以上に、このような小さな勤務環境改善に向けた取組の積み重ねが重要だという認識を院内に醸成することができた。

## 今後の展望

今回は消化器内科の取組であるが、他の診療科でも現場医師の状況や要望を会議体だけでなく院長自身が確認しながら、必要な対策を進めていく。併せて、病院職員全体の業務負担の軽減や効率化に向けて、今後予定している電子カルテ更新を含めICTを効果的に活用していく方針である。

## 長時間労働の医師の当直勤務の免除ルール

### 取組概要

長時間労働となった医師は当直勤務を免除するルールづくりを行い、時間外・休日労働が多い医師の健康面への配慮及び病院全体の医師の業務負担の均衡を図っている。

### 取組前の状況

#### 当直の体制

管理当直、救急当直、ICU当直は、年齢を基準として60歳以下の医師が担当していた。（下表参照）

#### 長時間労働の状況

診療科によって担当患者数等業務量の差が大きく、令和5年度では内科、循環器内科、消化器外科において時間外・休日労働が月100時間を超える状態が続いていた。

#### 取組のきっかけ

令和4年に設置された医療勤務環境改善委員会において、月100時間を超える時間外・休日労働が生じている医師への対応が課題として挙げられた。その一因として、当直勤務を含む特定の診療科・特定医師への業務負担の偏重が指摘された。

こうした課題認識を踏まえ、医師の働き方改革担当であった副院長が、時間外・休日労働の負担の大きい医師を対象に当直勤務を免除するルールを提案した。同委員会において検討・合意を得た上で、令和6年4月より当該ルールを導入し、業務負担の平準化と長時間労働の是正を図る方針とした。

### 取組の内容

時間外・休日労働が月90時間を超えた医師は、1ヵ月間の当直勤務を免除する運用を導入した。免除対象者が複数名発生する月があった場合、当直体制の維持が困難となることから、当直担当医師の対象範囲を拡大し対応することとした。

#### 当直担当医師の対象拡大

従来は当直担当の選任基準を「年齢60歳以下」としていたが、基準を「職位」に変更し、60歳以上の医師にも協力を依頼した。これにより、当直担当医師は約10名増加した。

令和6年度においては、時間外・休日労働が月90時間を超えたことにより当直免除ルールの対象となる医師が毎月約10名程度発生しているが、当直担当医師の対象拡大により当直体制は維持できている。

当直の種類	当直の担当	
	これまで（年齢基準）	当直免除ルール適用後（職位基準）
管理当直	40歳～60歳の医師	部長以上の医師（60歳以上を含む）
救急当直	39歳以下の医師＋研修医 （ICU担当を除く）	医長以下の医師＋研修医 （ICU担当を除く）
ICU当直	麻酔科と救急科の全医師	麻酔科と救急科の全医師、医長以下の循環器内科と心臓血管外科の医師

## 長時間労働の医師の当直勤務の免除ルール

## 取組の内容

## 当直担当表作成の流れ

毎月の当直担当表は、対象月の1か月前までに、働き方改革を直接担当する事務担当者が作成している。作成にあたっては、時間外・休日労働が月90時間に達しているか否か、面接指導の実施状況等を踏まえ、当直免除対象者を考慮した上で編成する。なお、当直担当医師の対象を拡大した後も、限られた医師数の中での調整となるため、当直担当表の編成作業の負担は依然として大きい。

作業	時期 (4月の当直表作成時の例)	作業内容
時間外・休日労働時間の把握と月90時間超過医師の特定	8週間前まで (1月分)	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人別の時間外・休日労働の状況から、月90時間を超える医師（当直免除ルールの対象となる医師）を特定する。</li> </ul>
当直不可の希望日聴取	5週間前まで (2月3週目まで)	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師から当直不可日の希望を聴取する。</li> </ul>
当直担当表の作成	5週間前～4週間前 (2月4週中)	<ul style="list-style-type: none"> <li>当直免除ルールの対象となる医師、医師ごとの当直不可日、及び外来当番を考慮し、当直担当表を作成する。</li> <li>上長等からの申し出や産業医面談・面接指導の結果等により、当直対象から外すことがある。</li> <li>当直免除ルールの対象となる医師であっても、本人の希望があれば当直対象者に含める。</li> </ul>
当直担当表の確定・掲示	4週間前 (3月初旬)	<ul style="list-style-type: none"> <li>当直担当表は原則1か月前に公表する。公表後の当直担当の変更は、医師間で直接調整する。</li> </ul>

## 取組における工夫

本取組は、時間外・休日労働が多い医師の健康面への配慮と、病院全体における業務負担の平準化を目的とした医師間のタスク・シェアの一環である。一方で、当直担当医師の対象拡大により、一部の医師には従来以上の負担が生じることから、導入に際しては影響の整理と対応方針の明確化を行った。

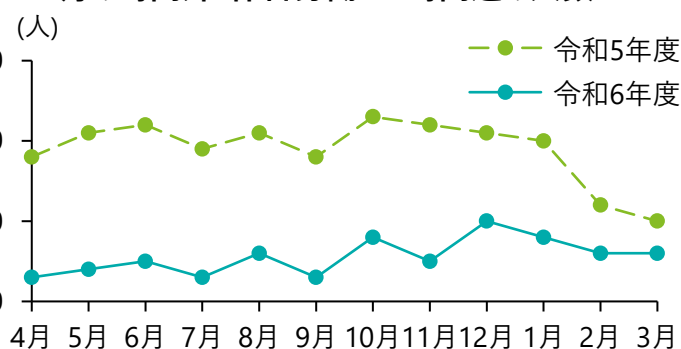
実施にあたり、院長をはじめとするマネジメント層で十分に協議を行い、医師の働き方改革の重要性及び同院の現状を踏まえた運用方針を決定した。院内への周知は院長によるトップダウンで実施し、目的・運用ルール・期待される効果について丁寧に説明することで、医師の理解と協力を求め、合意形成を図った。

## 取組の効果

令和5年度と令和6年度の各月における時間外・休日労働が月100時間を超過した医師数を比較した結果、運用開始となる令和6年4月以降は、前年同月比で大幅に減少した。

併せて、研修医を除く当直免除対象外の医師でも、平日当直は概ね月1回、土日祝日の当直は概ね2か月に1回の頻度に収まり、当直体制は安定的に維持されている。

&lt;月の時間外・休日労働100時間超の人数&gt;



## 今後の展望

医師の働き方改革に関する他の取組状況及びその効果を見極めた上で、翌年度以降、当直免除の判定基準となる月間の時間外・休日労働時間数を現行の90時間から80時間へ見直す予定である。

## 当直医が入院措置をとることで緊急性の低い患者による オンコール負担を軽減（上級医入院）

### 取組概要

当直時間帯において、当直医から各専門診療科へのオンコール要請が高頻度で発生し、要請判断の基準も当直医間でばらつきがあった。このため、当直業務の標準化と夜間負担の適正化を目的に、翌日対応可能と判断した患者は当直医がHCU病棟への入院措置まで実施し、専門診療科への受入れ依頼は翌日の日勤時間帯に行う院内ルールを導入した。

導入に際しては、当直医及び各診療科への周知を行い、適用範囲と除外条件を共有した。その結果、オンコール要請の頻度は減少し、時間外・休日労働の短縮につながった。また、当直医からは、入院の基準が明確になったことにより判断に迷うことがなくなったという声もあがった。

### 取組前の状況

#### 当直及びオンコールの体制

同院では、各診療科ごとにオンコール担当医を1名指名し、夜間の呼出し対応を行っている。また、救急外来の当直は上級医（医師3年目以上）を中心に、研修医2名を含む合計3名で担っている。

本取組前は、専門外症例に関するオンコール要請の要否は当直医の個別判断に委ねられていたため、軽症例や翌日の日勤時間帯での対応が可能と考えられる症例に対しても要請が行われる事例が確認された。要請判断の基準には当直医間でばらつきがみられ、夜間の当直時間帯における連絡件数が高止まりする傾向が続いていた。

症状別の傾向として、腹痛、呼吸困難、胸痛で受診した患者においてオンコール要請が集中し、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科等内科系診療科への負担が偏在していた。結果として、当該診療科ではほぼ連日のオンコール対応が生じる状況が継続していた。

#### 取組のきっかけ

医師の時間外・休日労働の上限規制が令和6年度から適用されることを受け、同院では令和4年度に医療勤務環境改善委員会を設置し、法令遵守と長時間労働の是正に向けた検討体制を整備した。委員会では、診療科別の勤務実績やオンコール要請件数、夜間帯の入院対応状況等時間外・休日労働の要因整理を進めた。

その結果、内科系における時間外・休日労働時間の長さが主要課題として抽出され、その一因としてオンコール呼出し頻度の多さが確認された。加えて、当直時間帯における要請判断のばらつきや連絡フローの複雑さが、負担増につながっている可能性が指摘された。

こうした課題認識を踏まえ、令和6年度には医師の働き方改革担当であった副院長が、交流のあった病院の事例を参考に、オンコール対応業務の負担軽減を目的とした本取組の導入を提案した。導入決定に際しては、対象範囲や適用条件、周知方法等の基本方針を整理し、委員会において方針の合意形成を図った。

## 当直医が入院措置をとることで緊急性の低い患者によるオンコール負担を軽減 (上級医入院)

### 取組の内容

#### 上級医入院とは

救急当直において、入院措置が必要であるものの緊急の専門的処置を要しない患者、または当直医では迷う患者については、当直時間帯に専門診療科へのオンコールによるコンサルトは行わず、HCU病棟への入院措置を実施し、翌日の日勤時間帯に専門診療科へ受入れ依頼を行う運用とした。同院では本入院スキームを「上級医入院」と称している。

「上級医入院」という呼称は、入院の可否判断を当直中の研修医ではなく「上級医」が行い、当該判断が上級医の責任範囲において実施されることを明確化する意図に基づくものである。

#### 上級医入院の流れ

1	患者受入れ・初期評価	救急外来で患者を受入れ、当直医が初期評価を実施する。
2	緊急度判断	当直医が、1の初期評価に基づき、専門診療科の即時介入が必要か否かを判定する。緊急性が高い、または当直時間帯に専門的治療が不可欠な場合は、専門診療科へオンコール要請を行う。翌日の日勤時間帯の診察で支障がないと判断される場合は、オンコールは行わず、3. 入院必要性判断へ進む。
3	入院必要性判断	当直医が、外来対応で帰宅可能か、もしくは入院管理が必要かを判断する。緊急性が低い（当直時間帯に専門診療科の治療介入が必須ではない）が入院が必要と判断した患者については、当直医（上級医）の判断と責任において当直時間帯に入院手続きを行う。
4	上級医入院 (入院措置)	当直医が、上級医入院の受入れ先であるHCUの受入れ可否（ベッド状況）を確認し、当直時間帯に開始すべき初期治療（例：抗菌薬投与、鎮痛、補液、胃管留置等）及び必要な処方、看護師への指示等を実施する。
5	専門診療科への 引継ぎ	当直医が、翌日の日勤時間帯に、専門診療科医師へ受入れ依頼を行う。検査結果、実施した処置・治療内容等の前夜の経過、懸念点を整理して引継ぎ、以降は専門診療科医師により診断・治療を進める。

#### 上級医入院の対象

以下に該当する患者について上級医入院を行うことによって、当直時間帯の救急車や外来患者を可能な限り受入れつつ、診療科のオンコール担当への負担を抑制することができる。

- 入院措置が必要だが緊急の専門的処置が不要な患者  
例：緊急手術を必要としない消化器系の感染症（症状の強くない胆のう炎等）
- 入院の必要性の判断がつかない患者  
例：心臓血管外科かかりつけの緊急を要しない内科疾患

当直医が入院措置をとることで緊急性の低い患者によるオンコール負担を軽減  
(上級医入院)

取組の内容

マニュアルの作成

上級医入院の運用促進と判断の標準化を目的とし、「上級医入院対応マニュアル」を整備した。

本マニュアルには、上級医入院の対象患者の判定基準、当直時間帯に当直医が開始すべき初期治療・観察項目、専門診療科のオンコール担当医へ直ちにコンサルトすべき状況（除外基準）、連絡フロー及び必要な記録事項を記載した。

マニュアル作成は、オンコール呼出し頻度が高く、上級医入院の導入による業務負荷軽減効果が大きい診療科から優先的に着手し、順次他診療科へ展開した。

マニュアル記載例  
(消化器外科版)

- ▶ オンコールによる緊急呼出しが必須となる疾患や状況
  - ・ 腹膜炎・ショック等全身状態不良・激しい腹痛・判断に困る場合は、補液後に造影CT撮影し、すぐに消化器外科オンコール担当者へご連絡ください
- ▶ 主に上級医入院となる疾患や状況と対応
 

下記では緊急手術は行わないため、上級医入院（翌朝の御連絡）をお願いします

  - ① 胆嚢炎 → 疼痛持続は胆嚢炎として入院、絶飲食・補液・抗生剤投与  
症状消失は胆石発作として、直近の外来受診
  - ② 癒着性腸閉塞（機械的閉塞）：腹痛と腹満軽度、造影CTで血流障害なしを確認  
→ 胃管留置・絶飲食・補液・鎮痛
  - ③ 腸管麻痺（イレウス） → 絶飲食・補液、胃管留置
  - ④ 虫垂炎と大腸憩室炎 → 絶飲食・補液・抗生剤投与・鎮痛
- ▶ 入院先の病棟
  - ・ HCU病棟へ入院をお願いします
- ▶ その他留意事項等
  - ・ 腹痛が強く、鎮痛剤の効果が薄い場合等、判断が困る場合はいつでもご連絡ください
  - ・ CTの読影依頼のみの場合は翌朝をお願いします

QRコードによるマニュアル活用促進

当直医がマニュアルを参照しやすくするために、QRコードを作成し、救急外来診察室の壁等の目につきやすい場所に掲示した。

マニュアル記載例  
(消化器外科版)






- ▶ オンコールによる緊急呼出しが必須となる疾患や状況
  - ・ 腹膜炎・ショックなど全身状態不良・激しい腹痛・判断に困る場合は、補液後に造影CT撮影し、すぐに消化器内科オンコール担当者へご連絡ください
- ▶ 主に上級医入院となる疾患や状況と対応
 

下記では緊急手術は行わないため、上級医入院（翌朝の御連絡）をお願いします

  - ① 胆嚢炎 → 疼痛持続は胆嚢炎として入院、絶飲食・補液・抗生剤投与  
症状消失は胆石発作として、直近の外来受診
  - ② 癒着性腸閉塞（機械的閉塞）：腹痛と腹満軽度、造影CTで血流障害なしを確認  
→ 胃管留置・絶飲食・補液・鎮痛
  - ③ 腸管麻痺（イレウス） → 絶飲食・補液、胃管留置
  - ④ 虫垂炎と大腸憩室炎 → 絶飲食・補液・抗生剤投与・鎮痛
- ▶ 入院先の病棟
  - ・ HCU病棟へ入院をお願いします
- ▶ その他留意事項など
  - ・ 腹痛が強く、鎮痛剤の効果が薄い場合等、判断が困る場合はいつでもご連絡ください
  - ・ CTの読影依頼のみの場合は翌朝をお願いします

病院貸与のスマートフォンで読み込み

上級医入院マニュアル一覧

	
〇〇科	〇〇科
	
消化器外科	〇〇科
	
〇〇科	

救急外来診察室の壁等に掲示

## 当直医が入院措置をとることで緊急性の低い患者によるオンコール負担を軽減 (上級医入院)

### 取組における工夫

#### 当直翌日、上級医入院からの依頼受入れの徹底

上級医入院で入院した患者を翌日の日時間勤務帯に専門診療科へ引継ぐ際、当直医から依頼を受けた診療科の医師が自診療科の範疇ではないという理由で断ると、その当直医に調整の負担がかかり、当直医入院の活用に消極的になる可能性があった。これを回避するため、当直医から依頼を受けた診療科が他診療科での診療が適切と判断した場合には、当該診療科が責任をもって適切な診療科へ再コンサルトを行う。なお、当直医は専門診療科へ上級医入院の症例についての依頼及び引継ぎ業務を完了次第、速やかに帰宅可能としている。

#### 入院病棟の明確化 (HCUへの集約)

当直時間帯に上級医入院の受入れ病棟を探索・調整することは当直医の負担となるため、受入れ病棟はHCU (High Care Unit) に限定した。HCU看護師の業務負荷増加が見込まれることから、受入れ体制の確保に向けて院長が直接協力依頼を実施した。

#### トップダウンによる周知

上級医入院の円滑な運用には、当直医と専門診療科双方の理解・協力が不可欠であり、病院全体の取組として位置づけた。医療勤務環境改善委員会において、院長が診療部長級以上の医師に対し、上級医入院の活用促進、翌日受入れの運用徹底、ならびに当直医の引継ぎ後の速やかな帰宅に関するルールの遵守について周知した。

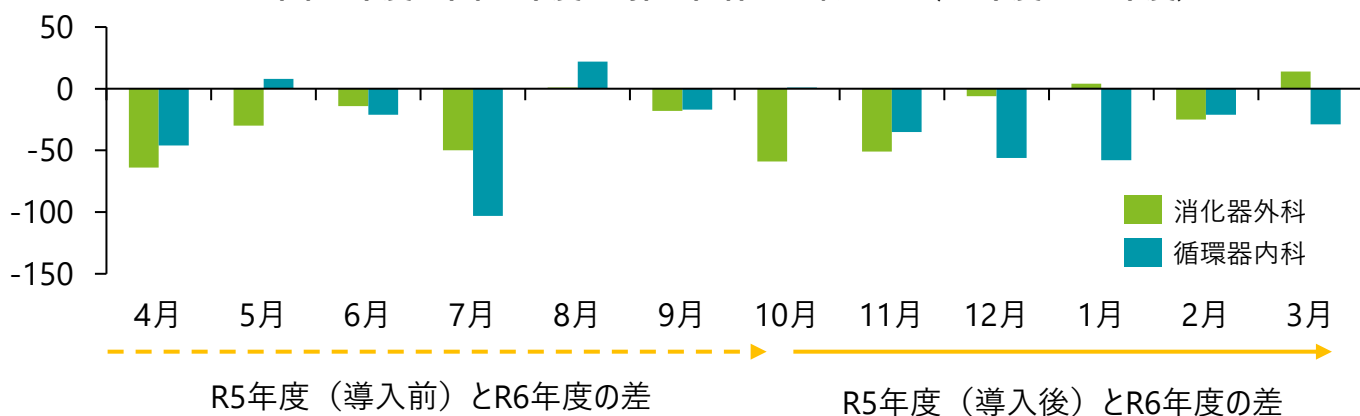
### 取組の効果

#### 休日時間外・休日労働の削減

マニュアルを作成した消化器外科、循環器内科において、上級医入院の導入前の令和5年度4月～9月と導入後の令和6年度の同月を比較すると時間外・休日労働が概ね減少している。

また、導入後の令和5年度11月～3月と令和6年度を比較しても時間外・休日労働は減少しており、取組の成熟度が進んだことが示唆される。

< 令和6年度と令和5年度の時間外・休日労働の差 (R6年度 - R5年度) >



### 今後の展望

今後は、上級医入院の取組を継続することで現場対応の成熟化を促進し、入院受入れに係る医師の判断の標準化・均質化を図る。併せて、主としてオンコール呼出し頻度の高い診療科を中心に、診療科別マニュアルの策定対象を段階的に拡大し、上級医入院の適用範囲をより広く展開していく計画である。

また、活用頻度の高い疾患・症状については、クリニカルパスの導入・整備を進め、初期対応から翌日引継ぎまでの診療プロセスの明確化と業務の効率化を目指す。

# 独立行政法人地域医療機能推進機構 北海道病院

**開設** 独立行政法人地域医療機能推進機構

**病床数** 314床

**職員数** 689名（医師79名、看護師303名、他）

**標榜科** 25科



## 病院の背景

- 地域医療機能推進機構 北海道病院は、札幌市内の二次救急を担う病院であり、周産期（地域周産期母子医療センター）から成人・高齢者までの急性期医療を中心に地域医療に貢献している。
- 医師の働き方改革への対応として、消化器内科、腎臓内科、膠原病内科、小児科の4診療科をB水準とし特定労務管理対象機関の指定を受けている。
- 特に消化器内科は診療部長・医長を含め5名という体制の中で、院内で最も多い外来患者、入院患者数に加え、多くの救急患者の受入れもしており、慢性的な長時間労働となっていた。
- 本事業では、消化器内科を対象診療科として、勤務環境改善に向けた取組の検討を行うこととした。

## 取組一覧

取組	取組の概要	対象診療科
消化器内科の勤務環境改善への取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 勤務環境の改善を目的とし、医師や内視鏡室看護師を巻き込み、現状分析、課題整理、対応策の検討を体系的に実施した。特に内視鏡業務と病棟業務に着目し、医師・看護師それぞれの専門的立場から課題の抽出と整理を行った。</li> <li>• 午後の内視鏡処置の開始遅延が課題の一つとして挙げられ、分析やヒアリングの結果、外来の遅延に加え病棟業務の負担が一因であると特定された。</li> <li>• これらの結果を病院長に報告し、医師の病棟業務負担を軽減するため、医師事務作業補助者へのタスク・シフトについて医師へのアンケートにより具体的なニーズの整理を行った。</li> </ul>	消化器内科

## 消化器内科の勤務環境改善への取組

### 取組概要

勤務環境の改善を目的とし、医師や内視鏡室看護師を巻き込み、現状分析、課題整理、対応策の検討を体系的に実施した。特に内視鏡業務と病棟業務に着目し、医師・看護師それぞれの専門的立場から課題の抽出と整理を行った。

午後の内視鏡処置の開始遅延が課題の一つとして挙がり、分析やヒアリングの結果、外来の遅延に加え病棟業務の負担が一因であると特定された。

これらの結果を病院長に報告し、医師の病棟業務負担を軽減するため、医師事務作業補助者へのタスク・シフトについて医師へのアンケートにより具体的なニーズの整理を行った。

### 取組前の状況

#### 消化器内科の特性・状況

北海道病院の消化器内科は、専門分野に偏らず、消化管、肝胆膵ともに幅広い疾患の治療を分担して行っており、内視鏡だけでなくIVRも一部担当している。患者数や救急受入れ数も院内で最も多く、業務量は非常に多い状況にある。

診療部長、医長を含め5名体制であり、総じて月の時間外・休日労働時間は80時間を超える状況であったものの、目の前の診療で手一杯で勤務環境改善へ取組むきっかけが見いだせない状況であった。

#### 取組のきっかけ

病院として働き方改革を進めていく上で、B水準の指定は受けているが、消化器内科の長時間労働は課題となっていた。そのため、本事業の対象診療科を消化器内科とし、勤務環境改善へ向けた現状分析からスタートすることとした。

### 取組の内容

勤務環境改善に向けた現状分析・課題整理・対応策の検討を以下のアプローチに基づき実施した。

なお、本取組を進めるにあたっては、総務企画課長（労務関係の担当課長）を窓口として、消化器内科からは診療部長、医長に参加いただき、内視鏡室の看護師にも協力をいただいた。また、適宜、事務部長、看護部長にもアドバイスをいただいた上で、検討アプローチ・対応策案をとりまとめ、病院長へ報告を行った。

Step1 現状分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>時間外・休日労働等の勤務実態、当直・オンコール、カンファレンスの状況等の現状分析を実施</li> </ul>
Step2 診療科ヒアリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療部長と医長に現状分析結果を共有した上で、課題と勤務環境改善に向けた取組案についてヒアリングを実施</li> </ul>
Step3 看護部ヒアリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療科ヒアリングで得た課題等を踏まえ、内視鏡室の運用状況等について看護師の視点から課題をヒアリング</li> </ul>
Step4 対応策案の整理	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヒアリング結果や他病院の取組事例を踏まえ、課題に対する対応策案について、診療部長と医長と協議し、整理・とりまとめ</li> </ul>
Step5 病院長への報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>これまでの診療科との検討結果や対応策案のとりまとめについて、病院長に報告の上相談</li> </ul>

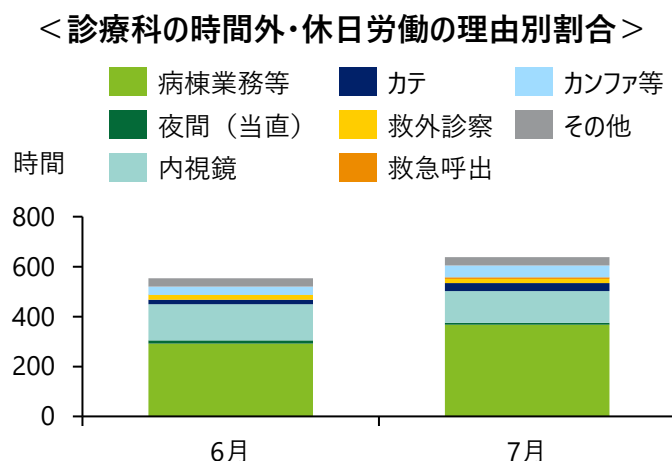
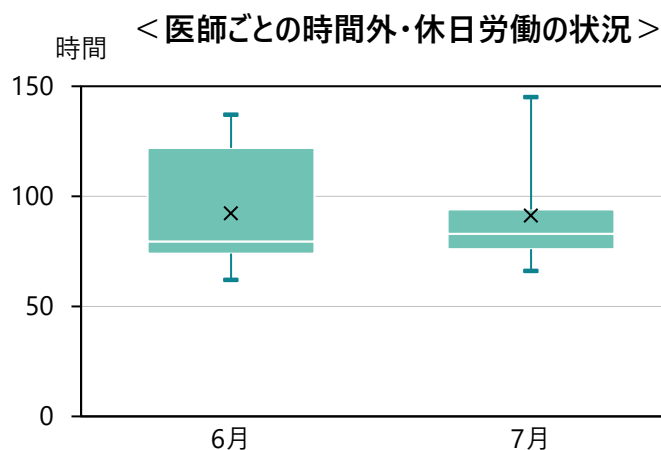
## 消化器内科の勤務環境改善への取組

### 取組の内容

#### Step1 現状分析

現状の勤務実態を整理するために、個人別の時間外・休日労働の実績や当直・オンコール、カンファレンスの状況等の分析を行った。特に時間外・休日労働が多い医師については、直近2カ月の時間外・休日労働をタイムラインで可視化する等、分析を行った。

- 多くの医師の時間外・休日労働は80時間/月を超えており、医長クラスは100時間を超える水準。診療科全体の時間外・休日労働の理由は、「病棟業務等」が最も多く50%超、次いで「内視鏡」が20%超。
- 日常的に遅い時間までの勤務に加え、月2回の地域の消化器二次救急当番、オンコール対応等により慢性的な長時間労働となっている。



#### Step2 診療科ヒアリング

診療部長と医長に現状分析結果を共有した上で、課題と勤務環境改善に向けた取組案、及び既に実施している取組等についてヒアリングを実施した。

#### ヒアリング結果概要（抜粋）

内視鏡	<p>【課題】内視鏡検査間の患者の入れ替えが遅い傾向にある。夕方の看護師の交替のタイミングにマンパワーが不足することや、リハビリ室が離れており内視鏡室の看護師が患者移動へ取られることが原因として挙げられる。</p> <p>【課題】午前中の外来対応、午後の紹介患者対応等の業務が後ろ倒しになり、15時以降の入院患者の処置（ポリペクトミー等）が予定時間から遅延する傾向にある。</p>
外来	<p>【課題】院内で最多の外来患者数に加え、紹介・救急・入院対応等業務量が多く、長時間労働の要因となっている。外来を抑制し、救急や入院対応により注力することも対策の一つではあるが、外来で複数診療科を受診する患者も多く利便性が高いため、即時の実行は難しい。</p>
タスク・シェア	<p>【課題】日中のIVRを放射線科とタスク・シェアできる可能性はある。IVRは消化器内科のERCPと同一の部屋で時間を分け合っているため、場所の問題で直接的には労働時間短縮にはつながらないかもしれないが、負担感は減少する。</p>
タスク・シフト	<p>【取組】令和7年からカテーテルの抜去を特定行為研修修了看護師へタスク・シフトしており、医師が病棟に移動する負担が軽減。特定行為研修修了看護師の予定を電子カルテのポータルで共有しタスク・シフトを促進している。動脈血液ガス分析関連等その他の特定行為も他科を含めタスク・シフトのニーズがある。</p> <p>【取組】外来では医師事務作業補助者の配置により、事務負担が大きく軽減している。</p>
日当直	<p>【課題】消化器二次救急は月に2回当番日がある。当番日はバックアップも含めると2人は当直をしなければならない状況であり、負担感は大きい。時間外・休日労働の多い医師は当直を減免する等のルールを検討してほしい。</p>

## 消化器内科の勤務環境改善への取組

## 取組の内容

## Step3 看護部ヒアリング

内視鏡室は3室に加えIVR室（IVRとERCPを実施）があり、1日におおよそ6～7名の看護師が配置されている。医師へのヒアリングでの課題を踏まえ、主に看護師の視点からの内視鏡室の業務効率化についてヒアリングを行った。

## ヒアリング結果概要（抜粋）

内視鏡検査間の タイムラグ短縮	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>入院患者の検査等は呼び込みタイミングに改善の余地あり</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 外来患者は内視鏡室の周辺で待機しており、案内はスムーズ。入院患者は内視鏡室の看護師が進行状況を踏まえて病棟へ呼び込みの連絡をするが、その判断に個人差はある。病棟と内視鏡室の看護師間で事前に順番・入室時間・目安を連絡することで、以前よりタイムラグは減少している。</li> <li>• タイムラグが解消されれば、1患者当たり5分程度の待ち時間を短縮できる。</li> </ul> </li> </ul>
業務改善 への取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>13時から勤務の遅出シフトを導入</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 内視鏡室の看護師の残業抑制、勤務交替時のマンパワー不足の解消のため、13時から遅出シフトを導入し、看護師の時間外・休日労働時間数は大きく減少している（1人当たり10～20時間/月の削減）。</li> </ul> </li> <li>■ <b>検査物品のセット化による準備時間の短縮や検査枠の拡充等を実施</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 看護補助者による検査物品のセット化（事前準備）による準備時間の短縮を推進。</li> <li>• 医師と相談の上、午後の下部消化管内視鏡の実施体制を2室から3室へ拡充予定であり、並列で内視鏡を施行できる数が増加することで業務効率化が進む見込み。</li> </ul> </li> </ul>
医師との 連携強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>午後の内視鏡処置の開始時刻の遅延により後ろ倒しになる傾向</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 外来診療後の午後遅め入院患者の治療・処置が開始されるが、医師も外来延長や病棟業務等があり、開始予定時刻が1時間以上遅延することもあるため、看護師の待ち時間が発生。</li> </ul> </li> <li>■ <b>医師の予定の共有徹底</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医師の当日の予定を看護師と共有し、検査遅延の抑制に努めているが、医師によって入力内容や更新頻度がばらついている。</li> </ul> </li> </ul>

内視鏡室の看護師も時間外・休日労働を削減すべく、遅出シフト導入や検査物品のセット化等、業務効率化の取組を進めていた。ヒアリングで得た内視鏡室の運用効率化に向けた医師の予定の共有徹底等医師への要望事項についても、明確に医師に伝え協力を得ることとした。

## 消化器内科の勤務環境改善への取組

## 取組の内容

## Step4 対応策案の整理・Step5 病院長への報告

診療部長・医長と協議を行い、課題に対する取組案についてとりまとめを行った。病院としての判断が必要となるため、病院長へ取組案について報告し、俯瞰した視点で優先順位等の判断を行っていただくこととした。

院長への相談の結果、いずれの取組もすぐに実施は難しい状況であるが、「医師事務作業補助者の病棟配置」について、医師へアンケートを行い、タスク・シフト可能業務を整理することとなった。

取組テーマ	取組策案（上段）・今後の方向性（下段）
内視鏡検査間のタイムラグの短縮	<p><b>ICT活用による情報共有・業務効率化</b></p> <p>院内スマートフォンの導入を予定しているため、電子カルテ連携等によるアラート機能の実装を検討</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>内視鏡に限らず、ICT活用による情報共有・業務効率化は病院全体で取り組む。令和8年度に導入予定のスマートフォンを電子カルテと連携する等も含めて検討を行う。</li> </ul>
業務量の削減	<p><b>IVRの放射線科とのタスク・シェア</b></p> <p>日中のIVRの放射線科とのタスク・シェアの可能性について検討</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>放射線科医は1名体制でIVRの他読影での業務負担が既に大きく、現時点でのタスク・シェアは難しい。放射線科医が2名体制になれば可能となるため、放射線科医の増員を視野に検討する。</li> </ul> <p><b>外来患者数の抑制（逆紹介等の病診連携・病病連携のさらなる促進）</b></p> <p>一般外来の患者数が多く他の業務を圧迫している。救急や入院対応に注力できるよう外来診療のあり方・見直し余地を整理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>継続して逆紹介や病病・病診連携強化を進めていくが、患者が困らないように、クリニックも含めた近隣医療機関の状況を見据えて検討を行う。</li> </ul>
長時間労働医師の負担軽減	<p><b>長時間労働となった医師の当直減免をルール化（他診療科とのタスク・シェア）</b></p> <p>当該月の時間外・休日労働時間が80時間を超えた場合、翌々月の当直を減免するルールの導入を検討（他病院の事例を参考）。必要時はオンコール対応となるが、当直ではないことで心理的負担は軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>消化器内科当直は二次救急を担っており、すぐに当直減免ルールを導入することは難しい。消化器内科の体制面を踏まえ今後の検討課題とする。</li> </ul>
病棟業務の負担軽減	<p><b>特定行為研修修了看護師へのタスク・シフト（取組済、さらなる促進検討）</b></p> <p>特定行為研修修了看護師の予定を電子カルテのポータルで共有しタスク・シフトを促進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>今後も電子カルテのポータルでの予定共有を継続するとともに、カテテル抜去以外にも特定行為研修修了看護師の育成を推進する。</li> </ul> <p><b>病棟業務のタスク・シフト（医師事務作業補助者の病棟配置）</b></p> <p>処方やオーダー等病棟業務をタスク・シフトできれば、時間外・休日労働の削減だけでなく、検査枠の拡充等の検討が可能となるため、医師事務作業補助者の病棟配置を検討</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師事務作業補助者は外来には配置しているが、病棟には配置できておらず診療情報提供書の作成補助等の病棟業務はタスク・シフトできていない。</li> <li>まず現状のニーズ把握のために現場医師へのアンケートを実施する。</li> </ul>

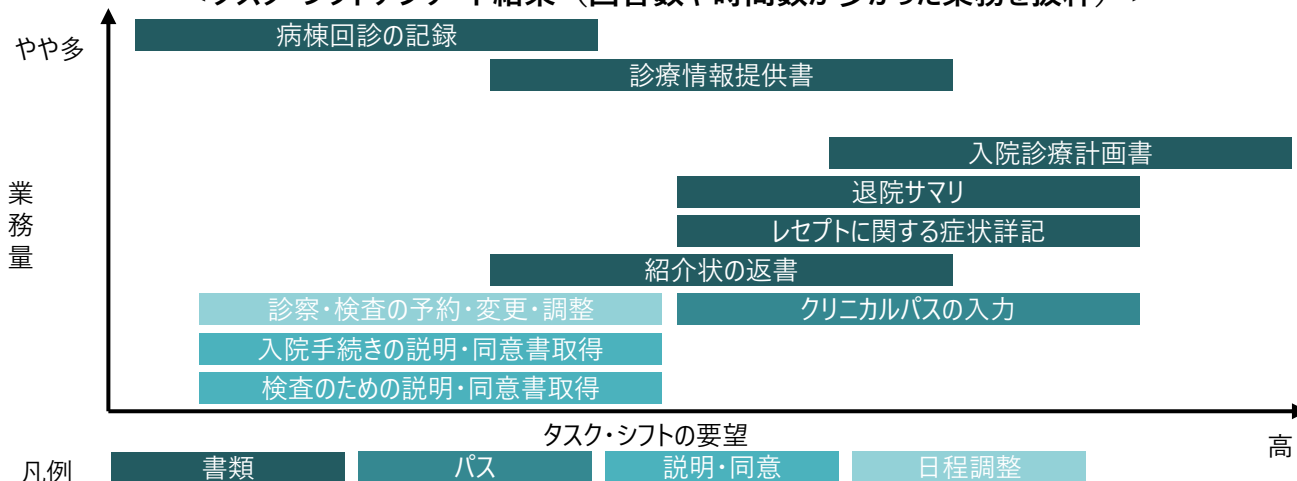
## 消化器内科の勤務環境改善への取組

### 取組の内容

#### 病棟業務のタスク・シフトアンケート

若手～中堅の医師（消化器内科以外も含む）に、タスク・シフト可能な病棟業務に関するアンケートを行った。アンケートは労働時間短縮計画別添2-2の医師事務作業補助者へのタスク・シフトの項目を参考に事務部門で作成し、①優先度、②タスク・シフトできる業務の具体的なイメージ、③月間の想定業務量を回答いただいた。アンケート結果をみると、診療情報提供書や入院診療計画書、退院サマリ等の書類業務のタスク・シフトの要望が多かった。現時点で常時病棟配置が必要な業務量ではないため、外来等に配置されている医師事務作業補助者に一部タスク・シフト可能かを今後検討していくこととした。

<タスク・シフトアンケート結果（回答数や時間数が多かった業務を抜粋）>

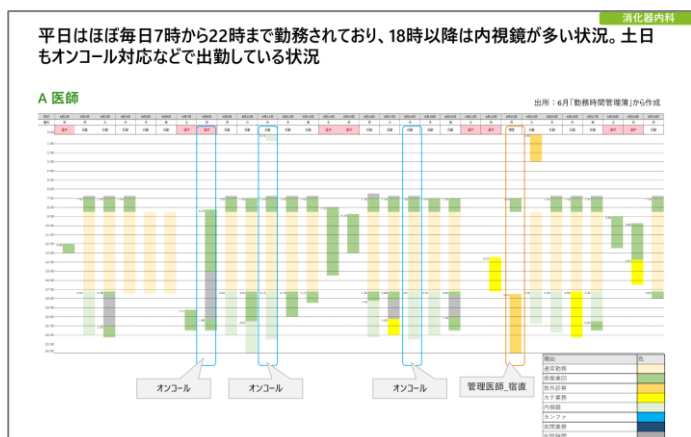


### 取組における工夫

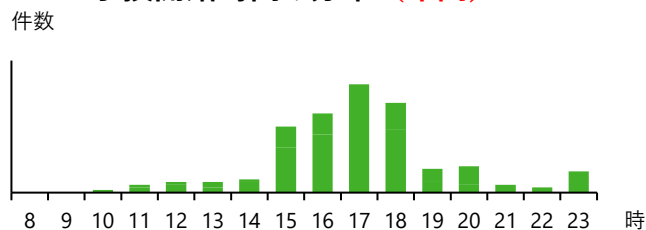
#### 共通認識を持ちディスカッションを行うための工夫

少ない人員のため診療で手一杯の状況であり、勤務環境改善への取組はこれまであまり検討されていなかったこともあり、限られた時間で共通認識を持って検討を進められるよう、資料は視覚的に分かりやすいグラフや表を用いて作成した。

<タイムラインによる勤務実態の可視化>



<1年間に消化器系緊急入院を必要とした患者の手技開始時間の分布（年間）>



手技開始時間は予定手技終了時間に依存するため、外来や予定手技の効率化が全体の時間短縮につながる

### 今後の展望

本事例は主に現状分析から課題整理、対応策の検討までを体系的なアプローチに基づいて実施したものである。消化器内科で検討した取組を他の診療科に展開することで、病院全体として勤務環境改善に向けたPDCAサイクルを確立することを目指していく。

また、地域性から医師をはじめ看護師、医師事務作業補助者等人材確保が容易ではないため、ICT機器を活用した業務効率化、負担軽減を積極的に進めていく。

# 日本医科大学 千葉北総病院

開設	学校法人日本医科大学
病床数	574床
職員数	1,407人（医師 234名、看護師 643名、他）
標榜科	28科



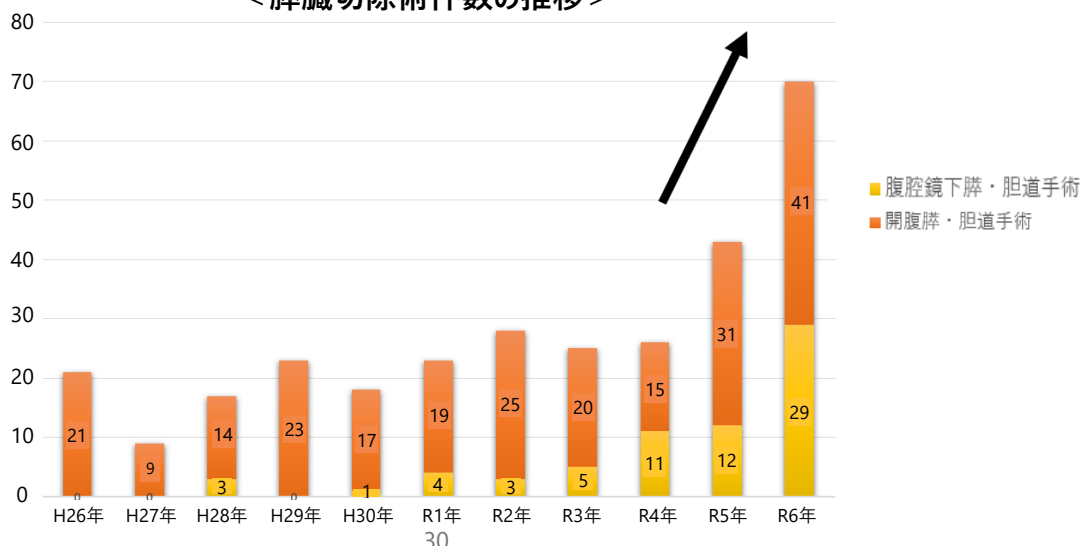
## 病院の背景

- 日本医科大学千葉北総病院は、印旛医療圏に位置し、広範囲の患者を受入れる中核的な役割を担っている。中でも救急医療においては、平成13年に全国に先駆けて「ドクターヘリ医療」を導入する等の実績から国内でも高い評価を受けており、県内外から重症患者が搬送される高度な救急医療体制を整えている。ドクターヘリの出動回数は年間約1,200件と、日本でもトップクラスの実績を誇る他、救急医療だけでなく、幅広い診療科で専門性の高い医療サービスを提供している。
- 一方で、地域特有の課題として、医師不足に悩む地域医療機関への医師派遣が挙げられる。大学病院としての社会的責任を果たすため、地域のクリニックや病院への医師派遣を行っているが、これにより医師の外勤業務が増加し、院内業務とのバランスを取ることが課題となっている。
- 特に、外科・消化器外科においては、院内業務の中でも手術にかかる時間が長いことが、医師の負担を増やす一因となっている。救急対応や多岐にわたる診療業務の中で、手術時間の効率化は重要なテーマである。医師の労働時間を適正に管理し、業務効率化を図ることで、院内外の業務バランスを改善し、より持続可能な医療提供体制を構築することが求められている。

## 取組一覧

取組	概要	対象診療科
手術技術と物品管理の標準化による手術時間の短縮	<ul style="list-style-type: none"> <li>膵臓手術における手術の質向上と時間短縮を軸に、手技の標準化と物品管理の効率化を推進。その結果、手術件数の増加に加え、医師の時間外・休日労働の削減や職場環境の改善が進み、若手教育の強化と患者安全の向上にも寄与している。</li> </ul>	外科・消化器外科

<膵臓切除術件数の推移>



## 手術技術と物品管理の標準化による手術時間の短縮

### 取組概要

手術における「手術の質向上」と「手術時間短縮」を主軸に、医療技術の標準化や物品管理の効率化を推進してきた。この取組により、結果として医師の時間外・休日労働削減や勤務環境の改善が実現しただけでなく、若手医師の教育体制の強化や患者安全性の向上にもつながっている。

### 取組前の状況

#### 若手育成と症例拡大の現状と課題

救命救急機能が強い北総病院は、救急と外科・消化器外科のWボードを目指して一定数の若手医師が集まってくる場となっている。その中で、当時課題となっていたことは、若手医師が症例経験を積み、手技の高度化を図る上で手術件数を増加させることであった。そのため、医療圏でのプレゼンス向上を目指して、他院、診療所、クリニックからの紹介を積極的に受入れる取組を推進し、手術件数増加を実現した。しかし、同時に、さらなる件数拡大に対応する上で、手技の洗練や若手医師への十分な指導時間を確保するため、個々の手術時間の効率化が重要となっていた。

#### 手術時間短縮に向けた方針と取組

膵臓領域の低侵襲手術ではパイオニア的存在である現部長が令和5年に着任した当時、例えば膵頭十二指腸切除術で半日程度を要している等、実施されていた一部の手術が長時間となっており、手術の精度向上とともに手術時間の短縮を図ることが課題であった。そこで、部長が中心となり、「手術時間」を重視する方針を打ち出した。当時は、医師の働き方改革で長時間労働が院内でも課題となっていたタイミングでもあり、外科医の本分が手術であることから、手術時間に着目することになった。

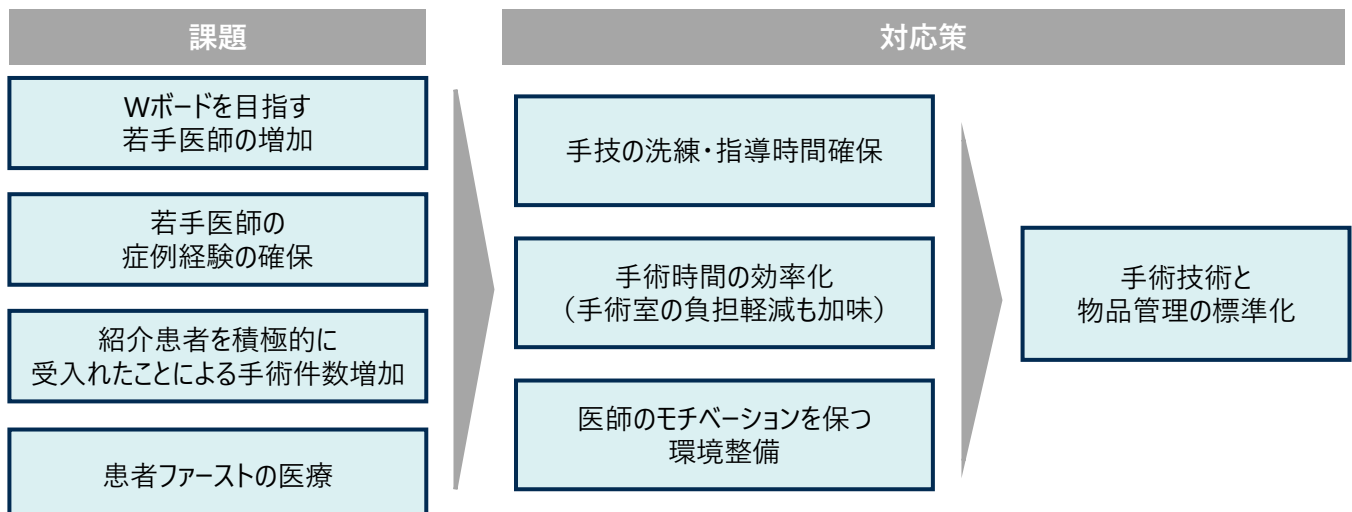
#### 手術環境の整備と物品管理の標準化

北総病院では、消化器外科領域の特に長時間となりがちな手術における道具・物品管理の標準化が十分に図られておらず、そうした状況から部長は、準備不足や道具選定の齟齬による遅延を懸念していた。加えて、物品の非標準化により手術準備・片付けに過度の時間を要し、手術室の業務負担を増大させていた。

#### 非金銭的インセンティブによるモチベーション向上

近年、医療機関で導入されつつある医師へのインセンティブ制度は、学内での調整等の事情により導入が困難であった。このため、金銭以外の側面で医師が主体的に手技を磨き、モチベーションを保つ環境づくりが求められていたことも、本取組に至る要因の一つであった。

### < 外科・消化器外科の課題と対応策整理 >

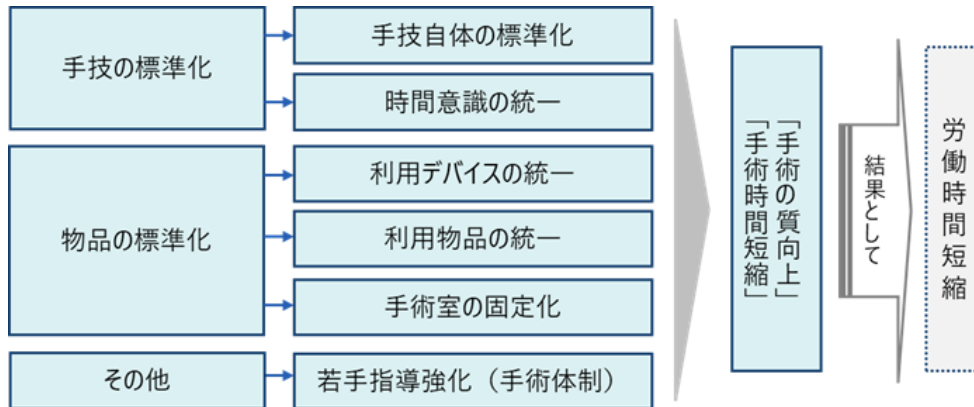


## 手術技術と物品管理の標準化による手術時間の短縮

## 取組の内容

「手術技術（手技）の標準化」及び「物品管理の標準化」を通じて課題解決を図った。

## &lt; 手技・物品の標準化による効率化プロセス &gt;



## 手技の標準化

手技自体の標準化：消化器外科領域は幅が広く、それだけに各々の領域で専門性が重視されるため、消化管手術等を含む全ての手術に対し、一括りに変革を求めていくことは困難である。そのため、部長の専門分野である肝胆膵分野のうち、難易度の高い膵頭十二指腸切除術及び腹腔鏡／ロボット支援下膵切除術等最小限の術式から手技統一の取組を開始した。段階を追って、部長の専門分野であった低侵襲の腹腔鏡下手術、そしてロボット支援下手術の割合を増やしていった。

時間管理意識の統一：医師全員が同じ理解のもとで手術に臨めるよう、前週に行う術前カンファレンスを充実させた。全症例の手技や注意点を事前に医局員全員で共有することで、チームとしての一体感を高め、手術に対する意識の統一を図った。また、術後カンファレンスでは、手術記録簿を掲示しながら、部長、中堅医師が術者である若手医師に要した手術時間を含めて手術内容を直接確認し、具体的なフィードバックを徹底して行った。特に時間を意識するよう指導することで、次回の手術に向けた改善点が明確になり、医師個々の意識改革と技術向上につなげることができた。

## 物品管理の標準化

利用デバイスの統一：手術で使用するエネルギーデバイス、縫合・結紮用の針糸、チューブ類等を腹腔鏡／ロボット支援下手術と開腹術に関わらず統一し、デバイスの規格選択や種類の選択も必要最小限にした。

手術室の固定化：膵臓手術を執り行う手術室を固定できないか手術室と交渉した上で、手術室の壁に利用する物品の一覧表をコンパクトに掲示するようにした。これらの試みは手術室スタッフ側のメリットも大きく、準備や片付けの効率化が図られ、手術室の回転率が向上し、手術環境全体の効率化にも寄与することができた。

## その他

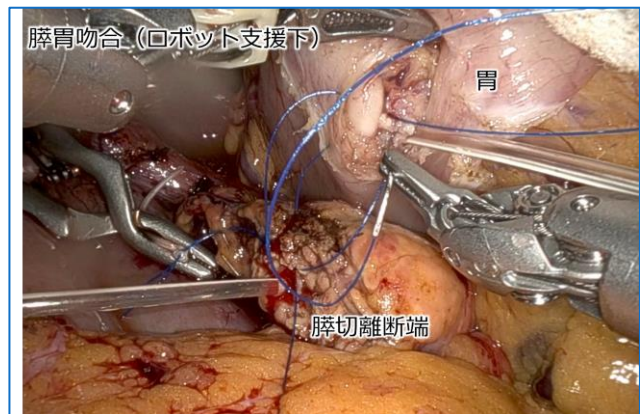
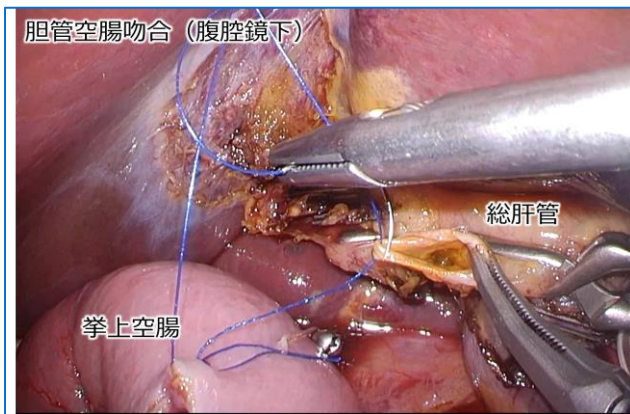
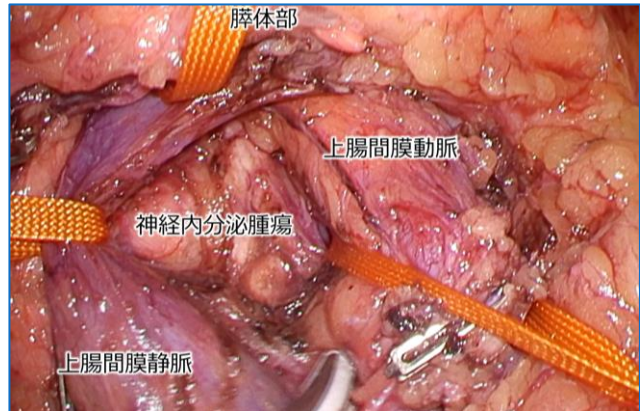
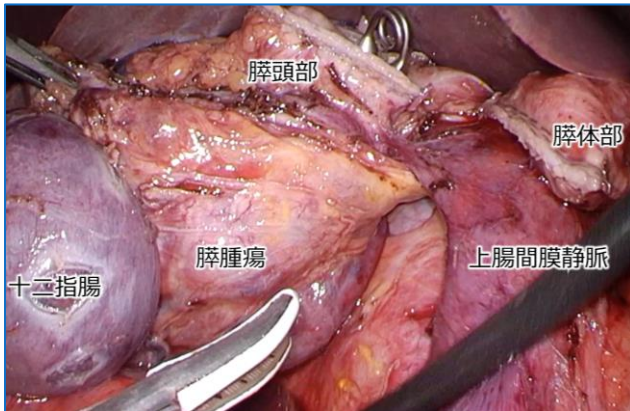
若手教育体制強化（手術体制の見直し）：一般的に、難易度の高い症例を若手に任せることで若手も経験を積めるという考えもあるが、北総病院の考え方として、若手に負担が大きすぎる業務を任せ、十分なスキルが発揮できなかった場合、若手医師の自信喪失やトラウマにつながることもあるので避けるべきと危惧している。そのため、若手に手術動画を提示し、中堅医師が事前に肝となるパートを指導した上で手術に臨ませている。また若手医師に分担させるパートを事前に決め、手術の難所では部長や中堅医師が対応する体制を採用している。

■【体制の一例】・・・腹腔鏡／ロボット支援下での膵頭十二指腸切除術の場合、若手医師に執刀の全てを任せるのではなく、場面によりカメラ保持を含む助手として手術に参加してもらうパターンを設けた。開腹手術では見えにくく把握しづらい神経叢の切離操作等、特に難易度の高い部分は経験豊富な医師が術野を展開し、若手にポイントを分かりやすく共有し、若手が自身の手術技術の向上に活かせるよう工夫している。

手術技術と物品管理の標準化による手術時間の短縮

取組の内容

<腹腔鏡下/ロボット支援下膵頭十二指腸切除術の手技指導動画 画像>



<膵臓手術手術室及び物品一覧表>



## 手術技術と物品管理の標準化による手術時間の短縮

### 取組における工夫

#### 消化器の全領域から始めないこと

前述の通り消化器外科領域は幅が広く、それだけに各々の領域で専門性が重視されるため、手術の時間短縮化は部長の専門領域でもある膵臓手術から限定して行った。膵臓手術だけでも医局内において理解の浸透を得るまでに1年以上の歳月を要した。手術時間の短縮化がもたらすメリットを、他領域の医局員にも膵臓での成果を通じて実感させて、その取組を広めていくことが肝要であると思われる。

#### 手術時間の短縮化の結果として労働時間を捉えること

時間外・休日労働時間への影響は副次的な結果と捉えている。外科医の本分は手術を通じて患者に寄り添うことであり、それを外科医局としての医局員全体の理念とすることが重要である。そのため、「時間外・休日労働削減」を直接的な目標として掲げるのではなく、手術手技の向上を優先的に追求し、その結果として得られる様々な効果を見極めていくことが必要である。例えば、手術の精度を高めることで、手術時間の短縮のみならず、術後合併症発生率の軽減に基づく医師の夜間呼出しの減少にもつながっていくと考えられる。

### 取組の効果

#### 手術時間短縮と件数の増加

膵頭十二指腸切除術において、その手術時間が大幅に短縮した。令和6年からは開腹術と比べ腹腔鏡下／ロボット支援下手術の割合が増加したが、手術時間は短縮されたままであった。その結果、膵頭十二指腸切除を含む膵臓切除手術の件数は大幅に増加し、令和4年のは26件であったが、令和5年は43件、令和6年には70件となった。

#### 手術部位感染（SSI）の減少

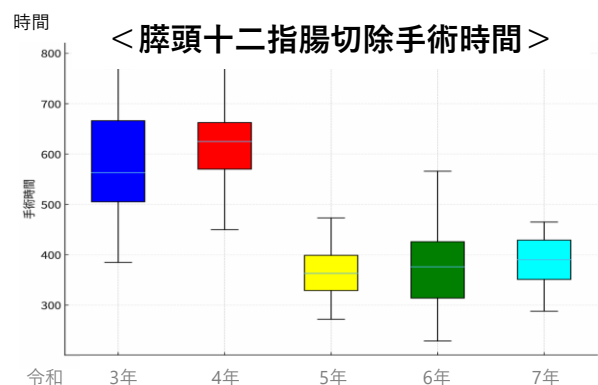
膵頭十二指腸切除術後のSSI発生率は、令和4年の40%から漸減し、令和6年には全国平均を明らかに下回る20%以下にまで減少した。

#### 勤務環境改善

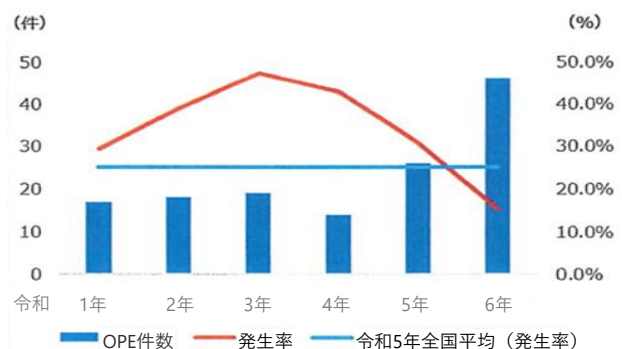
膵臓での取組は他領域（消化管、肝臓等）にも徐々に浸透していった。手術時間の短縮化が勤務環境改善に好影響を与えたと考えられる。大学病院であるため、外勤での時間外・休日労働はあるものの、現在院内外科医として月80時間を超える者は消化器外科医局員（約20人）の中で多くても月1～2名となった。

### 今後の展望

本事例は日本医科大学千葉北総病院外科・消化器外科における膵臓手術での展開である。本例のような手術手技や物品管理の標準化を成功例として、他領域の臓器手術にもバランスを考慮した上で、幅広く展開する仕方についてスタッフ間で検討を重ねている。また、ICTを活用したプロトコルや物品リストの電子化により、効率化と教育環境の向上を目指している。



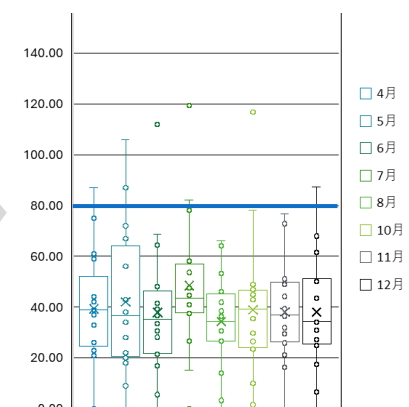
#### <膵頭十二指腸切除後のSSI発生率推移>



#### <令和6年4～12月の時間外・休日労働時間数の分布（院内勤務のみ）>

※9月データなし

プロットの通り、毎月多くの外科医が月80時間以下になった（青線＝時間外・休日労働月80時間ライン）



# 昭和医科大学病院

開設	学校法人昭和医科大学
病床数	815床
職員数	2,026名（医師557名、看護師1,022名、他）
標榜科	34科



## 病院の背景

- 昭和医科大学病院は、特定機能病院として高度かつ専門性の高い医療を提供しており、救命救急センターを併設して三次救急医療機関としての役割も担っている。
- 平成17年5月には、多職種からなる「医療従事者負担軽減委員会」を設置し、医療従事者の負担軽減及び処遇改善に取り組んできた。医師の労働時間短縮の推進に関しては、多職種連携に基づくタスク・シフト/シェアの推進に加え、医師向け勤怠管理システムの導入、変形労働時間制によるシフト勤務の導入を進めている。併せて、オンコール体制の見直し等を通じ、診療体制の効率化を図っている。
- 病院直轄※の集中治療室（ICU・CCU・NICU等）で勤務する医師は、集中治療室での業務に加えて各診療科の業務も重なるため、時間外・休日労働が増加しやすく、医師の業務負担軽減と長時間労働の是正が課題となっていた。本事業では、緊急対応が多く、人員不足かつ時間外・休日労働の多い状況にある循環器内科及び小児科を優先対象として先行的にヒアリングを実施し、勤務環境改善に向けた具体的な取組の検討を進めることとした。

※「病院直轄」とは、各診療科に属さない集中治療室（ICU・CCU・NICU等）を病院長の裁量で運営し、必要人員を各診療科からの選出・出向により編成する体制を指します。集中治療室は担当診療科のみでは人員が不足しないため、複数診療科の支援を束ねて病院長が管轄する運用としています。

## 取組一覧

取組	取組の概要	対象診療科
院内出向規定の見直し及び運用方法の改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在、救急外来・ICUでは、日当直の一部の枠が全ての診療科からの出向者に割り当てられており、集中治療室の業務も行っている診療科において負担となっている。</li> <li>そこで、救急外来・ICUへの出向規定の見直し及び運用方法の改善について検討を進めている。</li> </ul>	集中治療室 に関連する 診療科

## 院内出向規定の見直し及び運用方法の改善

### 取組概要

病院直轄の集中治療室で日常的に勤務する診療科は、各診療科業務（外来・病棟当直・緊急対応）の人員も含めると1日に必要となる人員が多い状況にある。また、院内の全診療科に救急外来もしくはICUへの出向規定を設け、各診療科の医師が一定期間出向していることから、特に日常的に集中治療室で勤務する診療科において長時間労働が課題となっている。

とりわけ、日常的に集中治療室で勤務する循環器内科及び小児科では、令和6年度において他の診療科に比べ時間外・休日労働が多い傾向がみられた。このため、両科を対象に状況を把握し課題を整理した上で、院内全体の救急外来・ICUへの出向規定の見直し及び運用方法の改善について検討を進め、夜勤体制の適正化と勤務負担の軽減を図ることとした。

### 取組前の状況

#### 集中治療室で日常的に勤務する医師

病院直轄の集中治療室で日常的に勤務する診療科のうち、特に循環器内科は単科当直を採用しており、CCU、ICU（入院棟2階、中央棟5,6階）を含め、毎日2.5人の当直者を配置している。この体制により、救急外来・ICUへの出向者数の確保が困難な状況にある。

また、小児科はNICUの夜勤体制の確保が必須であるため、救急外来・ICUへの出向による人員減少の影響が他科と比較してより大きい現状にある。

#### 救急外来・ICUへの出向シフト

救急外来・ICUへの出向シフトは、職位、所属元診療科等のバランスを総合的に勘案し、3か月ごとに編成している。更に、グループの別病院採用で当院に出向中の医師も救急外来・ICUへの出向の対象に含まれるため、対象人数は3か月ごとに変動する。

### 取組の内容

勤務環境改善に向け、現状分析・課題整理・対応策の検討を、以下に示すアプローチに基づき実施した。なお、本取組の推進にあたっては、管理課を窓口とし、循環器内科及び小児科の医師にもヒアリングの協力をいただいた。

Step1 現状把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>時間外・休日労働等の勤務実態、当直・オンコール、カンファレンスの状況等の現状把握を実施</li> </ul>
Step2 診療科ヒアリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>現状の働き方における課題について診療科ヒアリングを実施</li> </ul>
Step3 方向性の検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療科ヒアリングを踏まえ、管理課担当者に対応策案の方向性を検討</li> </ul>
Step4 対応策案の整理	<ul style="list-style-type: none"> <li>対応策案の整理とともに、救急外来・ICUへの出向規定の見直しによる効果シミュレーションを実施し、対応策案の整理・とりまとめを実施</li> </ul>
Step5 委員会での検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>集中治療室で日常的に勤務する診療科へのヒアリングとともに、対応策案のとりまとめについて、病院長に報告の上、「医療従事者負担軽減委員会」にて検討予定</li> </ul>

## 院内出向規定の見直し及び運用方法の改善

## 取組の内容

## 現状把握及び診療科ヒアリング (Step1・2)

集中治療室で日常的に勤務する診療科の業務負担軽減を図る上で、循環器内科及び小児科では時間外・休日労働が多く、緊急対応の頻度や人員不足が要因と考えられるため、まずこの両科を優先対象としてヒアリングを実施し、現状の把握と対応すべき課題の整理を行った。得られた知見は他の関連診療科へ横展開する方針とし、管理課と協働して検討を進めた。

## ヒアリング結果概要\_循環器内科

当直体制・ 人員配置の現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>循環器内科は毎日「2.5人超」の当直負担（CCU単科2名+ICU常時配置の一部+救急外来への出向）を担い、入院棟2階ICUも当直枠の約半分を担当している。</li> <li>院内全体では単科当直の縮小は進んでいる一方、循環器内科、脳神経内科、脳神経外科においては単科当直を継続している。なお、中央棟5,6階ICUは集中治療科が基本担当であるものの、実態としては他科から出向者が中心となっており、循環器内科からも出向している。</li> </ul>
救急対応・ 夜間呼出しの実態	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院方針で救急患者を全例受入れている。救急科が出向者中心の体制のため、症例に応じて循環器内科当直医への応援要請及び夜間コールが多発し、負担が増大している。</li> <li>東京都CCUネットワークへの登録に伴い、循環器疾患が疑われる患者が循環器内科へ直接来院しており、心電図確認等の初期対応から業務が発生している。</li> </ul>
院内急変対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>日勤時間帯の急変対応が循環器内科へ集中しており、1日あたり3～6件の対応が発生するため、急変対応に駆け付けられるフリーの医師を常時配置せざるを得ない状況にある。</li> <li>その結果、不整脈・虚血対応チーム及びフリーを担う3年目医師チームに時間外・休日労働が偏在し、過度な負担が継続している。面談による健康管理は実施しているものの、過重負担の解消には至っていない。</li> </ul>

## ヒアリング結果概要\_小児科

人員体制・勤務シフト の現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児科の約半数がローテーション対象となる専攻医で構成され、上級医を中心に3つの診療班体制を構築している。人員不足のため患者対応の予定調整の段階から予定残業を前提とした働き方となっており、時間外・休日労働が長期化している。</li> <li>夜勤は月6～7回で、毎回2～3時間の時間外・休日労働が発生している。</li> <li>オンコールの担当回数は1ヵ月あたり4～5回ほどであり、実際の呼出しは1～2回だが、呼出しは経験豊富な上級医に集中しており、呼出しのあった日はそのまま帰宅できずに翌日勤務するケースが多い。</li> <li>NICUも急性期病棟であるが、他診療科からの出向の対象とはなっておらず、一方で救急外来・ICUへの出向の対象であるため、負担が大きい。</li> </ul>
時間外・休日労働の 要因・負担の偏在	<ul style="list-style-type: none"> <li>時間外・休日労働の主因は人員不足及び緊急対応であり、患者の重症度に応じて業務量が大きく変動している。このため、働き方改革の取組は班内で余裕のある日に交替で休暇を取得する程度にとどまっている。</li> <li>若手不在時には上級医が若手の業務を代行し、呼出しも上級医に偏在している。結果として、時間外・休日労働が年960時間を超過する上級医も確認されている。</li> </ul>

院内出向規定の見直し及び運用方法の改善

取組の内容

方向性の検討 (Step3)

診療科ヒアリングの結果、救急・ICUへの出向が、循環器内科及び小児科に共通する長時間労働の要因となり、スタッフの業務負担を増大させていることが確認された。この状況を踏まえ、集中治療室に関連する診療科全体に影響する、出向規定の見直しを視野に入れ検討した。

とりわけ、日当直の主戦力となる医師の出向規定を優先的に見直すことが業務負担軽減につながると判断し、当該変更案の検討を進める方針とした。

対応策案の整理 (Step4)

出向規定の見直しの方向性として、負担軽減を優先する対策案①と、バランス型の対策案②の2案を検討している。

対策案①を適用した場合、例えば、シミュレーションの対象として循環器内科、小児科を仮設定し、検討を進めたところ、循環器内科ではスタッフ1人あたり平均約4.1時間/月、小児科ではスタッフ1人あたり平均約2.7時間/月の時間外・休日労働時間の軽減が見込まれる。対策案Bでは、対応策Aほどの効果は見込めないものの、半分程度の効果は見込まれる。

ルール見直し	詳細	メリット				
① 免除 (負担軽減優先)	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急外来・ICUへの出向において、集中治療室に関連する診療科は、出向の対象外とする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>出向先の業務時間を<b>全て自科業務に充当</b>できる</li> </ul>				
② 軽減 (バランス案)	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急外来・ICUへの出向において、集中治療室に関連する診療科は、出向回数を軽減する</li> </ul> <table border="1"> <tr> <td>現在</td> <td>1週間 (うち実働2日) 日勤夜勤：2枠×2日</td> </tr> <tr> <td>軽減案</td> <td>1週間 (うち実働2日) 日勤夜勤：2枠×1日</td> </tr> </table>	現在	1週間 (うち実働2日) 日勤夜勤：2枠×2日	軽減案	1週間 (うち実働2日) 日勤夜勤：2枠×1日	<ul style="list-style-type: none"> <li>出向先の業務時間の<b>半分を自科業務に充当</b>できる</li> <li>他診療科への影響を軽減できる</li> </ul>
現在	1週間 (うち実働2日) 日勤夜勤：2枠×2日					
軽減案	1週間 (うち実働2日) 日勤夜勤：2枠×1日					
イメージ						

■ 各診療科における救急外来・ICU出向免除に伴う負担軽減シミュレーションの考え方

(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
当直可能人数	当直枠数	一人あたり当直時間数	出向免除時当直枠数	出向免除時一人あたり当直時間数	負担軽減時間
		$C = B \times 15.5h / A$	$D = B - G$	$E = D \times 15.5h / A$	$F = E - C$

- \* (A)自科スタッフの当直可能人数、(B)自科スタッフの当直枠
- \* (G)自科の医師が担当する救急外来・ICU出向枠数
- \* 当直時間15.5h

今後の展望

出向規定の見直しについては、集中治療室に関連する診療科へのヒアリングとともに、「医療従事者負担軽減委員会」等での議論を踏まえ、今後検討を進めていく予定である。

# 日本赤十字社 長岡赤十字病院

開設	日本赤十字社
病床数	554床
職員数	1,338名（医師 152名、看護師 700名、他）
標榜科	28科



## 病院の背景

- 新潟県中越医療圏においては、医療資源に限りがあるため、二次救急は長岡赤十字病院、長岡中央総合病院、立川総合病院の3病院が輪番で対応する体制となっている。長岡赤十字病院は中越医療圏の基幹病院として、ドクターヘリの基地を持つ救命救急センターや総合周産期母子医療センター、地域医療支援病院に指定されており、地域の回復期病院、慢性期病院、介護施設、開業医と連携し、急性期治療後のリハビリや診療が切れ目なく提供できるように体制を強化し、中越地区の約45万人の命を守る最後の砦として、すべての診療科で原則24時間365日の受入れ体制を整えている。
- こうした体制の中で、消化器内科については医療圏内の立川総合病院の消化器内科が撤退し、長岡赤十字病院と長岡中央総合病院が日中・夜間の消化器症例全般や緊急内視鏡対応を担う状況となっている。圏域内の消化器内科医師が減少したことで、長岡赤十字病院に緊急症例が集中し、患者数が増加するとともに医師の業務負荷も高まっている。
- 労働環境改善への対応として、消化器内科では時間外や休日の救急当直業務を免除する等、時間外・休日労働の抑制に取り組んでいる。一方で、病棟と内視鏡室の距離が長いことで患者搬送に時間を要すること等、構造・設備に起因する内視鏡業務の課題は継続した検討事項であった。

## 取組一覧

取組	取組の概要	対象診療科
電子ホワイトボードによる内視鏡検査の予定可視化と運用の標準化	<ul style="list-style-type: none"> <li>内視鏡室の予定・進捗の情報共有不足を解消するために、検査進捗を病棟等から遠隔で確認する「電子ホワイトボード」を導入。その結果、医師が検査状況を内視鏡室へ確認する必要がなくなり、効率化につながった。</li> <li>上記を契機に、内視鏡検査の運用ルール・標準手順書の整備も行い、検査間でのインターバル・待機時間を削減のための方法について検討を進めている。</li> </ul>	消化器内科

# 電子ホワイトボードによる内視鏡検査の予定可視化と運用の標準化

## 取組概要

内視鏡室の予定・進捗を電子カルテ用端末上で確認できる電子ホワイトボードを導入し、検査状況の可視化・連絡の補助として活用し、病棟からも予定を確認可能にする。

内視鏡検査の予約から結果説明までの全工程を対象に運用マニュアルを整備し、「いつ・誰が・何をするか」を明確化することにより、連絡重複や待機・移送の無駄を削減するとともに、検査間インターバルの短縮と進捗共有方法の標準化を図る。

## 取組前の状況

### 内視鏡検査による医師の労働時間増加

内視鏡検査が特定の経験を有する医師に集中しており、日中の内視鏡検査業務の比重が大きいため、病棟業務に着手できず、慢性的な時間外・休日労働につながり、当該医師の時間外・休日労働時間の増加につながっていた。

### 検査状況の共有不足による内視鏡室の待機時間増加

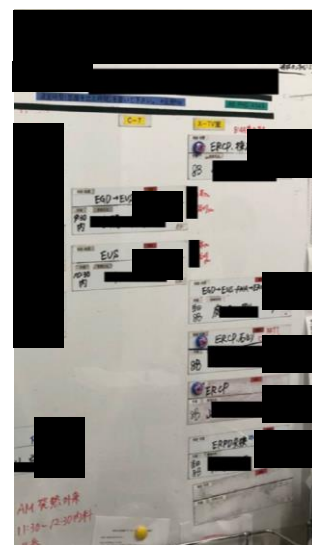
内視鏡室では進捗管理を手書きのホワイトボードで行っていたため、医師は最新状況を把握するためには内視鏡室へ赴く必要があった。病棟と内視鏡検査受付間の情報共有は電話連絡に依存していた。架電しても病棟の担当看護師はケア等で不在が多く、情報が届くまでに遅延が生じていた。結果として、待機の発生や検査開始の遅延に伴う検査予定の段取り変更が頻発していた。

### 手順未整備による検査間でのインターバル・待機の発生

予定外対応が日常的に発生している一方、予定内視鏡の各工程（予約、事前説明・内服確認、呼入れ・移送、検査介助、片付け、病理・レポート、結果説明）の担当者及び着手のタイミングが明確でなく、運用は担当者ごとにばらついていた。

緊急時や遅延時の連絡・エスカレーション基準（許容遅延時間等）、入院・外来別の呼入れ条件や順番入替の判断も統一されておらず、連絡手段は内線・口頭・院内携帯が混在していた。更に記録・更新の統一ルールがなく、スケジュール変更の反映や理由記録の責任が曖昧であった。その結果、検査間インターバルのばらつきや待機が発生していた。

<内視鏡室  
手書きホワイトボード>



<令和6年7月\_医師別の時間外・休日労働の理由別時間数>

	カルテ、サマリ、手術記録作成	書類作成	病棟診療・患者診察・処置	内視鏡業務、カテテル業務の延長	画像読影、検査診断業務	外未・外未準備業務	救急患者診察・処置	緊急内視鏡業務・緊急カテテル業務	許可信直前・中（実働）	拘束日休日	勤務時間外のカンファレンスなど	業務多忙、休憩取れず	その他	計
主		11:56	6:2	10:48	18:33	3:13		0:35	5:45	1:56	7:10		8:46	75:09
主	39:20		2:11	14:05						4:44	7:30	13:42	11:37	93:10
主			20:3				3:30	10:30	8:00	1:30	9:30			53:30
主	23:12	9:07	12:3	5:00		20:50	2:00		5:45	3:17	6:00		7:47	95:28
先生			44:1	12:34			0:45		10:15	5:55			2:20	76:06
主	26:30			19:55	6:40	1:10	7:10	5:30	8:40	1:10	5:20		4:25	86:30
主														
主	1:14		17:5	5:43			32:54	7:42	5:45	2:00	2:43			75:53
主	13:58		35:4				24:32	2:30	11:30		4:00	3:45	1:00	97:00
主														
先生	2:00		21:4	4:00		3:00	21:30		19:05	1:30	9:00		1:10	82:55
計	106:14	21:03	161:1	72:05	25:13	28:13	92:21	26:47	74:45	22:02	51:13	17:27	37:05	735:41

## 電子ホワイトボードによる内視鏡検査の予定可視化と運用の標準化

### 取組前の状況

#### 内視鏡検査関係者へのヒアリング

現状分析をとりまとめて内視鏡検査関係者にヒアリングを行い、内視鏡検査効率化に向けた課題の整理を行った。

対象	ヒアリング概要
消化器内科医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟と内視鏡室の距離が長く内視鏡検査間での待機時間が発生している。</li> <li>院内会議、病棟対応、急患対応等で予定通り内視鏡検査を実施できない場合があるが、どの程度の遅延で次の予定を変更するかといった基準が未整備である。</li> <li>緊急症例の地域内集積により、日中・夜間の緊急内視鏡検査が増え、負担が大きい。</li> </ul>
内視鏡室看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の予定が事前に共有・確定されないため、翌日の内視鏡計画が立てづらくなっている。既に設定されている会議と内視鏡検査の予定が重複している事例も発生している。少なくとも前日15時までに翌日の全予定（会議・病棟ラウンド・指導処置等）を確定・共有する体制の構築が望まれる。</li> </ul>

内視鏡検査間の待機時間が課題として挙がっていたため、待機時間の短縮に関して、各工程（予約、事前説明、検査介助等）の担当者と着手のタイミングをマニュアル化することで内視鏡検査関係者の業務効率化を図ることとした。

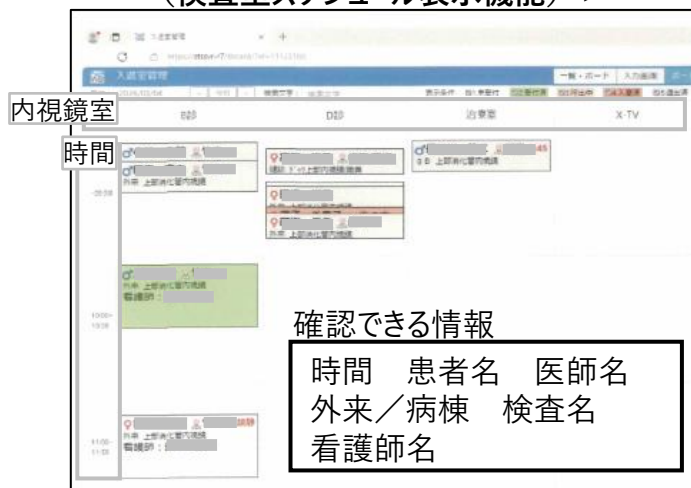
### 取組の内容

#### 電子ホワイトボードの導入

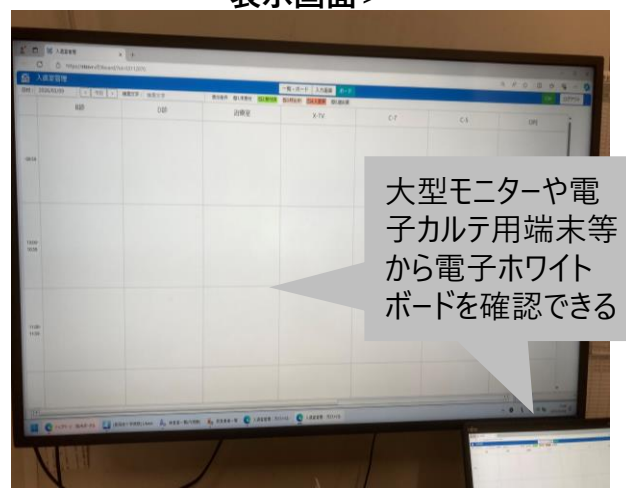
内視鏡室のスケジュールや進捗の共有が不足している課題に対して、電子ホワイトボードを活用し、院内電子カルテ用端末からスケジュール管理及び進捗確認を可能にする環境を整備することとした。これにより、病棟と内視鏡室間における医師と看護師とのシームレスな連携体制が構築可能となる。

システム選定に関しては、既存の内視鏡部門システムの追加機能として、システムベンダーとの共同開発により電子ホワイトボードを新規開発する方針とした。共同開発による開発コストの抑制が可能と判断し、当該ベンダーのシステムを選定した。既存システムと連携し、スケジュールの可視化・一元管理を可能にする仕組みを導入するため、また消化器内科医師の要望も反映しながら、ベンダーと共同で設計・開発を行った。開発は2年かかり、令和7年11月に完成した。院内デモンストレーションを実施し、医師・看護師からの評価が良好であったことから、正式導入に至った。

< 電子ホワイトボード画面  
(検査室スケジュール表示機能) >



< 電子ホワイトボードの大型モニター  
表示画面 >



## 電子ホワイトボードによる内視鏡検査の予定可視化と運用の標準化

### 取組の内容

#### 電子ホワイトボードの概要

導入した電子ホワイトボードは、内視鏡検査業務を中心としたスケジューリング、進捗管理、情報共有、日報作成を一体的に支援するシステムである。主な機能は以下の通りである。

##### 1. 直観的なスケジューリング機能

内視鏡検査が必要な患者を一覧で表示することができる。その一覧から、画面上でドラッグ＆ドロップにより内視鏡室の予定に入れて内視鏡検査のスケジュールを組み込むことができる。検査室・時間帯ごとの予定を直観的に管理できる。

##### 2. 入退室・検査進捗の管理

受付、入室、検査開始・終了、退出といった進捗をボタン形式で簡単に入力でき、進捗状況に応じて表示の色を変更できる。これにより、検査の流れをリアルタイムで可視化できる。

##### 3. 情報共有（内視鏡検査関係者間の連携）

検査の進捗は電子カルテ用端末や大型モニターによりWEBで参照できるため、内視鏡検査関係者等が内視鏡室へ赴いたり電話確認したりせずに、検査の準備を行うことが可能になる。

##### 4. 日報業務の自動化・簡略化

従来は手書きのホワイトボードを撮影して、内視鏡室看護師がEXCELへ転記していたが、入退室情報や検査データをシステム上で自動集計できるようになったため、日報作業を省力化できる。

##### 5. 電子カルテ・内視鏡部門システムとの連携

電子カルテのオーダー情報や実施情報をシステムに取り込み、検査予定から実施後の検査結果、次回の外来予定まで患者データを一貫管理できる。

#### マニュアル整備

ヒアリングで洗い出した課題をもとに、マニュアルを整備中である。

予定外対応が多いため、細かい規則を決めるのではなく、原則の運用を整理し、臨機応変な対応が可能なものを作成することとした。

#### マニュアル概要

目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>内視鏡検査・治療の運用を標準化し、患者の安全と業務効率の向上を図る実務手順書とする。</li> <li>予約から緊急対応までの実施主体と方法を明確化し、属人化の解消を目的とする。</li> </ul>
適用範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象は、外来・入院の予定内視鏡及び緊急内視鏡であり、主に上部（ERCPを含む）・下部消化管内視鏡を対象とする。</li> <li>関係部門は内視鏡室、消化器内科、病棟、臨床工学課、放射線科、外来、消化器外科である。</li> <li>対象職種は医師、看護師（内視鏡室・病棟）、放射線技師、臨床工学技士、受付事務である。</li> </ul>
基本方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者安全、感染対策、鎮静管理、個人情報保護を最優先とする。</li> <li>法令、院内規程、関連学会指針に準拠して運用する。</li> <li>標準手順を遵守し、例外時は定めたエスカレーションにより迅速に判断する。</li> </ul>

## 電子ホワイトボードによる内視鏡検査の予定可視化と運用の標準化

### 取組の内容

#### マニュアル概要

以下は検討中のマニュアルの概要であり、詳細については関係職種で協議中である。

フェーズ	期限	担当者	作業	作業内容
予約	3日前まで	医師	予約	外来において内視鏡検査・治療の必要性が発生した際に電子カルテ上で検査予約を行う
		医師 看護師	事前説明と同意取得、来院案内	検査予約が発生した患者に対して検査説明を行う
		医師 看護師	内服確認、調整	内服確認（抗凝固薬・抗血小板薬、糖尿病薬、降圧薬等）とリスク確認（アレルギー、既往）を行う
内視鏡室のスケジュール作成	前日午前10時まで	医師	医師予定入力	医師は翌日の会議予定、患者や家族に予定時間等、検査不可時間を電子ホワイトボードへ入力
	前日15時まで	看護師	翌日内視鏡室スケジュール確定	内視鏡看護師は翌日の検査予約及び医師の予定を確認し、翌日の内視鏡室の検査スケジュールを確定させる
	前日17時まで	医師	翌日検査スケジュール確認	医師は翌日の検査の予定時間を確認し、必要に応じて自身の予定表へ転記する
当日受付	前日17時まで	看護師	リマインド連絡と前処置の最終確認	下剤の服用計画、禁食・禁飲の遵守の確認を行う
	当日来院時	受付	受付・本人確認	受付・本人確認を行う
	検査前	①受付 ②看護師（病棟）	患者呼入れ（処置室）	①患者を処置室へ呼び込む ②入院患者の場合は病棟看護師が連絡を受け次第患者を処置室へ移す
検査	検査	医師	検査実施	-
検査後	検査直後	看護師	検査室片付け	検査室を清掃、機器を片付ける
	検査当日	医師	病理オーダー（必要時）	生検がある際は病理オーダーを行う
	検査当日	受付	次回外来予約	患者の予定を確認し、次回外来予約を行う
	検査当日	医師	レポート作成	レポートを作成する
	検査当日	医師	検査結果説明	検査結果の説明を行う

### 取組の効果

電子ホワイトボードは、令和7年11月頃より機能を段階的に導入している。医師が検査状況を確認するために内視鏡室へ確認する必要がなくなり、効率化につながった。

また、内視鏡看護師からは、医師の予定が把握できるようになり、検査室の運用も効率化できたという声がある。

### 今後の展望

#### マニュアル整備

マニュアルは現在、段階的に整備している途中である。関係職種間で内容を合意した後、運用し、適宜見直ししていく予定である。

#### 電子ホワイトボードの運用

電子ホワイトボードは医師とベンダーとの共同開発であり、今後も改善していく予定である。例えば、電子ホワイトボードの情報をスマートフォンで閲覧できる機能を追加する等検討中である。

#### 医師のスケジュールの管理及び共有方法

現在、医師のスケジュールは、消化器内科の電子ホワイトボードによる共有のみとなっているが、現在、PHSに代わりスマートフォンを医師及び検査室の看護師等に配備しているところであり、今後、消化器内科に限らず、病院全体の医師の予定をスマートフォンに入力し、スケジュールを共有することを検討している。

# 名古屋市立大学病院

開設	名古屋市
病床数	800床
職員数	2,269名（医師589名、看護師1,114名、他）
標榜科	32科



## 病院の背景

- 昭和6年に開設後、名古屋都市圏の中核医療機関として、高度先進かつ先端医療を提供している。また、大学病院として、高い専門性と倫理観を兼ね備えた医療人の育成も行っている。
- 平成23年の救命救急センター指定、平成24年のがん治療センター開設、平成26年のMFICUの設置、平成27年の総合周産期母子医療センター認定等を経て、幅広い分野で地域の中核医療機関として進化を続けている。現在は名古屋市立大学全体で約 2,200 床からなる附属病院群を形成し、高度急性期から回復期・慢性期に至るまで幅広い領域の医療の提供が可能となっている。
- 令和8年度には、救急医療・災害医療強化及び救急科専門医不足に対する人材育成のため、救急災害医療センターの開設を予定しており、更なる機能拡充を図る。
- 現在、複数の診療科でこの転換期への対応を進めているが、特に消化器・一般外科では医師の働き方改革も相まってチーム制等の取組を推進している。一方で、医師事務作業補助者（DC）の現行配置の課題が顕在化している。

## 取組一覧

取組	取組の概要	対象診療科
入院・外来のチーム制導入による業務効率化と診療体制の確立	<ul style="list-style-type: none"> <li>消化器・一般外科の入院及び外来でチーム制を導入・確立した。主治医担当制を廃止し、外来診療では、診療枠をチーム制とした。また、入院患者についてもチームで対応し、主治医不在時でも対応できるように業務用チャットツールやカンファレンスを活用し、情報共有を図った。更に、当直体制の見直しも行った。</li> </ul>	消化器・一般外科
手術のロールシェア導入による次世代医師の育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>若手医師によるロボット支援手術の執刀機会拡大を目的として、手術工程を細分化する「ロールシェア」制度を導入し、若手医師と上級医の役割分担を明確化した。</li> <li>工程別の目安時間を事前に設定、上級医による適宜の支援・交替等、教育と安全管理及び時間管理に対して、運用上の工夫を行いながら手術を行っている。</li> </ul>	消化器・一般外科
医師事務作業補助者の業務効率化の検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>外科と比較し内科系外来DCは少人数の配置で対応しているが、内科医からDCへのタスク・シフトニーズが高まり、DC側の対応拡大余地を調査・検討した。</li> <li>患者数データとDC配置の比較による繁忙度の可視化や、アンケートによる業務標準化の必要性等の調査を行った。</li> </ul>	医師事務作業補助者（内科系外来）

## 入院・外来のチーム制導入による業務効率化と診療体制の確立

### 取組概要

名古屋市立大学病院の消化器・一般外科には、上部・下部・肝胆膵の3グループがあり、従来は主治医担当制で診療を行っていた。しかし、主治医の負担が大きく、長時間労働も多かったことが課題となっていた。また、手術体制の強化も必要であり、新たな診療体制の構築を検討する必要があった。そこで、病棟業務をチームにし、それに伴い外来もチームとした。手術体制の強化を目的とし、外来枠数の縮小を行い、手術予定を優先して外来担当を決めた。加えて、術前術後の患者説明等もチームで分担しており、医師の負担軽減を行っている。

### 取組前の状況

#### 従来の診療体制

- 主治医担当制であった頃は、術後管理や回診等の病棟業務の負荷も、受持つ患者数等によって偏りが生じる状態であった。加えて、主治医不在時に迅速な対応が難しい場面があった。
- 外来においては、各曜日の担当医師が決まっていた頃は、担当の外来枠に手術予定が重なった場合、手術予定日の調整が必要であった。※以前、外来は4枠を運用していたが現在は3枠

### 取組の内容

#### チーム制のイメージ

- チーム内での役割はチーフ、サブチーフ、その他の医師で構成している。役割は、各日で外来・手術・病棟業務の担当を分け、同じ時間で診療行為を並行して進められるようにした。例えば、病棟ではチーム内で1人病棟担当をおき、他の医師が手術中でも病棟担当医が適切に対応できる体制を整えている。また、術前術後の患者説明についても、病棟担当医が対応している。

#### チーム内での情報共有の手法

- チーム制では「担当」の意識が分散し、責任の所在が曖昧になることが懸念された。このため、チーム内の情報共有を重視し、病棟担当医は臨床医師が担当し、研究医※は担当しない。
- 上記に加え、診療科内でスマートフォンアプリ（LINE WORKS）を用いて、迅速な相談対応及び情報共有も実施している。CT画像等の個人情報に係る情報の共有は徹底して禁止し、ICTを使う場合のリスクも含めて議論を重ね、運用ルールを確立した。




#### チーム内医師間での業務標準化

- 誰が行っても同じような業務（点滴等）はマニュアル化し、肺炎等の内科的合併症については、土日も含め回診当番が対応している。

< 消化器・一般外科の医師数構成 >

< チームの構成イメージ >

	臨床医	研究医※	合計
上部	10	0	10
下部	8	2	10
肝胆膵	7	4	11

役割	主な業務内容
 チーフ (1名)	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療方針や術式等に関する全体の決定</li> <li>手術日程や担当の割振り</li> <li>手術指導</li> </ul>
 サブチーフ (1名)	<ul style="list-style-type: none"> <li>チーム全体の実務まとめ</li> <li>手術指導</li> </ul>
 その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床業務等</li> </ul>

※ 研究医は基礎系の大学院生（病院助教または臨床研究医）であり、外来を担当する場合はあるが、手術への参加や入院患者の受持ちは行わない。

入院・外来のチーム制導入による業務効率化と診療体制の確立

取組の内容

外来診療枠のチーム制への切り替え

病棟業務のチーム制への移行に合わせて、外来もチーム制に移行した。患者向け外来担当医一覧は個人名表記から専門分野表記へ改め、外来診療枠を再編した。

主治医制の廃止からチーム制への移行にあたっては、患者の理解が重要であった。患者には各医師を通じ、特定の担当医ではなく外来・手術・回診を含めチームで対応する旨を口頭で丁寧に周知した。一部、再診患者等の理解にはハードルがあったが、新規患者を中心に現体制への理解が得られるようになった。

< 外来チーム制導入後の外来担当医一覧の例 >

診察室	月	火	水	木	金
1	初診・紹介	初診・紹介	-	【午前】 初診・紹介 【午後】 一般	初診・紹介
2	【午前】 上部（食道） 【午後】 下部（術前）	肝胆膵 （化学療法）	-	【午前】 上部（食道） 【午後】 上部（再診）	下部（再診）

当直体制の見直し

当直体制も見直し、負担軽減を行った。以前は消化器・一般外科医が必ず当直で在院していたが、他の外科系診療科と当番数を分担する体制とし、当番日以外は外科医は待機制とした。

現体制に変更したことで、オンコール当番医への連絡回数自体は増加したが、出勤回数は減るため負担は軽減している。

取組における工夫

チーム制導入にあたっての課題と対応策

主治医制の頃と比べ、「自分の担当患者」という認識が薄くならないよう、都度チーム内でカンファレンスを行い、チームの各医師が当事者であることの意識づけを徹底して行うようにした。

時間的制約の中での最適化の案としてチーム制を導入したが、医療の最適化ができているかどうか、チーム制によって患者へ影響がないのか、常に注意を払っている。

取組の効果

外来担当医が固定されていた時期には、外来時間と手術予定が重複した場合に手術の予定調整が必要であった。手術体制の強化に繋げるため、チーム制の導入や外来診療枠の縮小を行い、医師を手術へ配置転換して手術時間を確保できるようになった。

病棟・外来両方にチーム制を導入したことで、チーム内で情報共有の効率化、業務の標準化等に取り組むことができ、特に上級医の長時間労働の軽減に効果があった。

今後の展望

医師数の変化や外勤の状況によってチームの形も対応していく必要はあるが、チーム制は概ね確立されている。現在は、遠隔画像閲覧システムの導入による、自宅待機からの出勤回数の減少に向けてトライアル実施を計画している。

# 手術のロールシェア導入による次世代医師の育成

## 取組概要

若手医師の執刀機会を拡大して育成を促進するため、術式ごとに担当を決める方法でなく、手術工程を細分化する「ロールシェア」制度を導入し、工程別に若手医師と上級医が役割を分担している。

また、工程別の目安時間を事前に設定し、上級医が適宜支援・交替等、運用上の工夫をしながら手術を行っている。

## 取組前の状況

一般的に消化器外科手術は長時間となることが多く、ロボット支援手術の普及により手術時間は延長傾向にある。この状況下で、執刀経験の少ない若手医師に執刀機会をいかに付与するかが課題であった。

## 取組の内容

### ロールシェアによる手術の実施

1件の手術を難易度に応じて工程ごとに分割し、若手医師と上級医（指導医）に割り当てる。各工程の担当及び予定時間は患者の状態等を踏まえ、術前カンファレンスで設定する。若手の担当が時間を超過する場合は上級医が交替して時間管理を行う。手術終了後は、予定時間と実際の所要時間の増減により、手術の振返り等を行う。

若手医師のみで術式の全工程を分担し執刀する場合でも、上級医がその場で常時指導・監督し、いつでも指示・交替が可能な体制である。

#### <手術タイムテーブルの例1：>

#### ロボット支援食道亜全摘術(頸部胃管再建)>

工程	難易度※	予定時間	所要時間	増減	術者	指導医
麻酔導入-手術開始	-	1:30	1:49	+19		
ポート留置	2	0:15	0:10	-5	若手	上級医
ロールイン(コンソール開始)	2	0:15	0:10	-5		
下縦隔	4	0:30	0:10	-20	上級医	
中縦隔	4	0:30	0:30	±0		
右上縦隔	4	0:45	0:21	-24		
左上縦隔	4	0:45	0:54	+9		
食道切離-遊離(コンソール終了)	4	0:20	0:31	+11		
洗浄-胸部閉創	2	0:30	0:47	+17	若手	上級医
体位変換-腹部操作開始	2	0:30	0:43	+13		
ポート留置	2	0:10	0:10	±0		
ロールイン	1	0:10	0:22	+12		
腹部操作	2	1:40	1:42	+2		
胃管作成/頸部操作-吻合	2	1:10	1:05	-5		
頸部・腹部閉創-手術終了	1	0:45	0:39	-6		
手術時間合計		8:15	8:14	-1		

#### <手術タイムテーブルの例2：>

#### ロボット支援下部食道噴門側胃切除術>

工程	難易度※	予定時間	所要時間	増減	術者	指導医
麻酔導入-手術開始	-	1:00	1:06	+6		
No.4sb郭清	1	0:45	0:36	-9	若手A	上級医A
No.4sa郭清	1	0:25	0:18	-7		上級医B
胃後壁授動	1	0:25	0:31	+6	若手B	上級医B
小弯郭清	3	0:30	0:23	-7		
膈上縁リンパ節郭清	4	0:30	1:01	+31	上級医B	
食道周囲剥離	3	1:30	1:14	-16	若手B	上級医B
食道切離(内視鏡使用)	3	0:30	0:33	+3		上級医A
胃体外切離	3	0:15	0:32	+17		
ゲフリール	1	0:30	0:31	+1	若手A	上級医A
再建(食道残胃)	4	1:30	1:30	±0		
洗浄-Roll out	3	0:15	0:51	+36	若手B	上級医A
閉創-手術終了	3	0:20	0:18	-2		
手術時間合計		8:25	9:24	+59		

※手術の難易度は数字が大きいほど高難易度であることを表す

## 手術のロールシェア導入による次世代医師の育成

### 取組における工夫

#### ▶ ロールシェアは、患者ファーストが大前提

ロールシェアの導入により若手医師の参画機会は拡大した一方、上級医のみで実施する場合と比べて手術時間の延長が懸念された。一方、予定手術時間を短くしすぎると、技術面で若手医師の対応が難しくなる。患者ファーストを重視する上で、いかに時間内に手術を終了できるかが課題であった。

#### ▶ 手術時間管理と人員配置の最適化

手術が時間内に終わるように人員配置を工夫した。一般的に同じ術式であっても、医師の技術差や経験値により手術時間に差が生じるが、医師ごとの技術差を踏まえ、あらかじめ工程ごとに医師を組み合わせるようにした。

具体的には、工程別の目安時間を事前に設定し、超過が見込まれる際には上級医による適宜の支援・交替等の運用上の工夫を講じ、手術時間の大幅な延長を回避している。その結果、患者への影響を最小限に抑えながら、若手医師への執刀機会を維持できることとなった。

#### ▶ 全ての手術を対象にロールシェアを実施

ロボット手術を含む全手術をロールシェアの対象とし、手術のプランニングから術前計画と術後振り返りの徹底を図ることも目的としている。

### 取組の効果

#### ▶ 医師の負担軽減

若手医師の執刀時には、上級医が現場で指導・監督する体制としている。上級医の手術に従事する時間は、ロールシェア導入前に1人で全工程を執刀していた時と変わらないが、実際に執刀する時間は減っているため、体力的・精神的負担は軽減されている。

#### ▶ 若手医師及び次世代の育成

ロールシェアの導入により、最大の目的であった若手医師による高難度手術の執刀機会の拡大を実現し、ロボット支援手術における若手の担当範囲も広がっている。

また、ロールシェアの仕組みは、上級医による適切な手術内容の管理及び時間管理のもとに行われているため、患者負担に影響が少なく、若手医師の成長・育成につながっている。

### 今後の展望

ロールシェア導入により、若手医師が早期に執刀経験を積み、ロボット支援手術等を任せられるように育成できる。これにより、外科医の手技精度の向上と、指導医を含む診療科医師の負担軽減につながると考えられる。

更に、学生向けにロボット支援手術の体験や、模擬手術を含む出前講座による体験機会の提供等、若手医師の育成及び次世代医師の確保につながる取組を進めている。今後、消化器・一般外科への入局希望者の増加が期待される。

## 医師事務作業補助者の業務効率化の検討

(本事例では、医師事務作業補助者は「DC」と記載)

### 取組概要

内科系診療科の外来では、人件費等の面から増員できない背景もあり、診療科と比較し少人数のDCで対応しているが、内科医からDCへのタスク・シフトニーズの高まりもあり、診療科ニーズとDC業務の調整が院内の課題となっていた。そこで、DCへの業務調査及びアンケートを実施し、繁忙度と業務量・作業時間の偏りの可視化を通じて、DCの業務効率化を図る上で重点的に取組む領域を明らかにすることとした。

### 取組前の状況

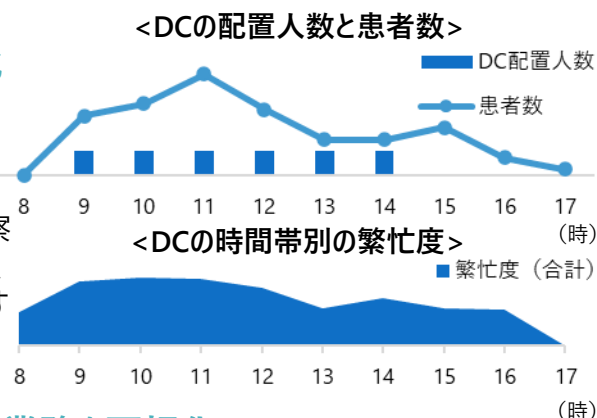
内科系は外来診察室での業務が多いが、DCが少人数であるため、診察室に専任で配置できていなかった。文書作成等を作業室で一括処理する工夫も行ったが、内科系医師へのアンケートの結果、医師からの要望すべてには対応できていない状況であった。

### 取組の内容

DCに業務調査及びアンケートを実施し、①時間帯別の繁忙度と配置の整合性、②効率化にあたり効果の大きい（業務量の多い）業務、③DCの間で作業時間に差異のある業務をそれぞれ可視化した。

#### ①時間帯別の繁忙度と配置の整合性を可視化

業務調査を行い、曜日及び時間帯ごとのDCの配置と、DCが配置されている診療科の外来患者数を可視化した。また、アンケートにより業務繁忙度を調査した。診察室によっては正午に外来診察が概ね終了する一方、夕方まで継続する診察室もある状況であった。現行の外来診察室及び通路の構造も踏まえ、DCの手が空いた際の業務応援体制の整備に関する検討材料とした。



#### ②業務量の多い業務 ③作業時間に差異のある業務を可視化

DC個人の所感で把握していた繁忙度を可視化するためアンケートを行い、業務1件ごとにかかる時間について詳細を確認した。調査の結果、「翌日オーダー点検チェック」「検査予約（検体、生理、画像）調整」の業務量が多く、またDCの間で作業時間のバラつきが大きいことが確認できた。

<DCの業務別累計時間数>

業務内容	全業務における割合
翌日オーダー点検チェック、予習業務	68%
検査予約（検体、生理、画像）調整	17%
外来診察次回予約、予約変更	5%
...	...

<DC間での作業時間のバラつき>

業務内容	1回作業時間
翌日オーダー点検チェック、予習業務	最小5分～最大120分
検査予約（検体、生理、画像）調整	最小2分～最大90分
初診患者への予診・問診の記録	最小1.3分～最大5分
...	...

### 取組の効果

これまで定性的に把握していたDCの稼働状況を、数値で確認することができた。また、業務の繁忙度とDCの配置バランスに検討の余地がある時間帯や、人によってかかる時間に差がある業務を可視化でき、今後の配置転換の際に配置を強化すべき時間帯及び効率化のため検討すべき業務を見極めることができた。

### 今後の展望

本調査の結果を踏まえ、翌年度以降に具体的な業務の効率化の方法を検討する。

# 社会医療法人愛仁会 千船病院

開設	社会医療法人愛仁会
病床数	308床
職員数	872名（医師122名、看護師301名、他）
標榜科	21科



## 病院の背景

- 社会医療法人愛仁会 千船病院は、大阪市西淀川区に所在する急性期・周産期の中核病院であり、救急及び周産期医療を24時間体制で提供している。周産期医療においては地域周産期母子医療センターの認定を受け、NMCS（新生児診療相互援助システム）及びOGCS（産婦人科診療相互援助システム）の基幹病院として、大阪府内広域から小児・産婦人科の救急患者を受入れている。MFICU及びNICUを整備し、高リスク妊娠及び新生児医療に強みを有するとともに、地域診療所との連携による分娩受入れ体制を構築している。なお、令和元年10月より無痛分娩は麻酔科医が24時間対応する体制を整備している。
- 働き方改革の取組として、病院全体では、ICカード打刻の徹底及びシステム改修により、労働時間の実態把握を強化する取組を進めてきた。併せて、時間外勤務申請時における労働と自己研鑽ルールとの適用と周知を強化し、時差勤務制度及び変形労働時間制を導入した。これらの施策により、時間外・休日労働時間は減少している。
- 産婦人科では、カンファレンスを勤務時間内に実施し、開始時刻を始業後にするとともに、出席を任意とした。また、カルテを用いた当直医への送り運用を導入し、休日における主治医の業務負担軽減に寄与した。
- 上記のように各種の取組を進めているものの、産婦人科では昼夜を問わず分娩・手術件数が多く、これに伴い病棟回診及び書類作成等の業務が時間外に発生する状況が継続していた。

## 取組一覧

取組	概要	対象診療科
医員・専攻医主導のチーム制のルール整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>産婦人科ではチーム制を導入し、業務効率化や医師の負担軽減を推進している。特に、トップダウンではなく現場主導（ボトムアップ）による勤務環境の改善がなされている点が特徴であり、例えば、術後処置・採血データ確認等の医師間での分業化やチーム横断での業務調整等、若手の医員や専攻医が診療科内のルールを自発的に議論する風土が実現できている。</li> </ul>	産婦人科

## 医員・専攻医主導のチーム制のルール整備

### 取組概要

産婦人科ではチーム制を導入し、業務効率化や医師の負担軽減を推進している。特に、トップダウンではなく現場主導（ボトムアップ）による勤務環境の改善がなされている点が特徴であり、例えば、術後処置・採血データ確認等の医師間での分業化やチーム横断での業務調整等、医員や専攻医が診療科内のルールを自発的に議論する風土が実現できている。

### 取組前の状況

産婦人科の体制として、①診察枠：午前・午後ともに6～7診、②手術：毎日3列、③日勤時間帯分娩担当：2～3名、④病棟・処置担当：2～3名、⑤当直：2名、⑥オンコール：2名となっている。当直明けや外来担当等の医師を除いた医師で日勤業務の割り振りを考慮しなければいけない状況であった。オンコール明けであっても通常の日勤業務を継続する運用であったため、医師全体の業務負担も増加していた。

このような体制であることを踏まえ、産婦人科では、指導医はC-2水準、専攻医はC-1水準の指定を受けているが、C-1・C-2水準医師において年間960時間を超える時間外・休日労働が生じうるリスクが顕在化していた。また、分娩件数の増加や365日体制による無痛分娩対応に伴い、昼夜の呼出しが増加し、主治医への業務負担が集中していた。主治医は術後処置、診察、採血等のデータ確認により業務負荷も過大であるため、主治医制により専攻医の担当患者が固定されることによる症例経験の偏在や習熟度の差の拡大も懸念されていた。

### < 分娩実績の推移 >

項目	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	
医師数	21	22	27	25	29	30	
（うち専攻医数）	10	10	11	14	16	16	
分娩数	1,847	2,118	2,372	2,358	2,387	2,524	
帝王切開数	514	531	671	701	642	686	
多胎分娩数	35	40	44	36	41	50	
婦人科手術件数	738	725	778	801	848	758	
（うち腹腔鏡下手術）	443	493	554	522	585	512	
産婦人科救急	救急搬送	918	762	674	699	749	727
	ウォークイン	1,190	984	908	985	1,008	1,001
母体搬送受入れ数	124	110	104	86	99	115	

出所：社会医療法人愛仁会 千船病院ホームページ（令和8年3月時点）

### < 分娩方法別 終了時間（令和7年6/1-7/31計） >

※終了時間は下記の通り定義している

・帝王切開の終了時間：退室時間

・経膣の終了時間：児娩出日時

	経膣	帝王(選)	帝王(緊)	合計
深夜帯（0時台～7時台）	93	0	13	106
日勤帯（8時台～17時台）	151	77	35	263
準夜帯（18時台～23時台）	77	4	8	89
総計	321	81	56	458

## 医員・専攻医主導のチーム制のルール整備

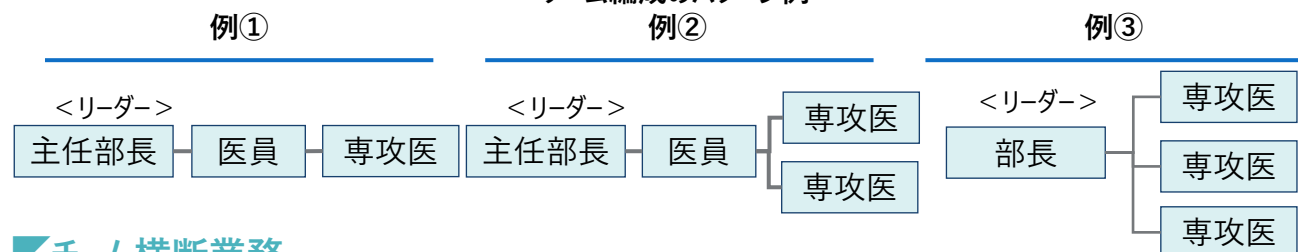
### 取組の内容

主治医の負担軽減を目的として、チーム制を導入し、各チーム単位の患者対応及び論文作成・指導をチームで担う体制を構築。ただし、専攻医の経験の偏り等を避けるため、婦人科手術の術後処置や手術等についてはチームを横断してメンバーを編成した。その他、チーム制移行とともに、オンコール当番明けに日勤業務を入れない工夫も行い、業務分担の見直しを行った。その結果、令和7年10月より処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の算定を開始している。

### チーム体制

当初主任部長からは部長・医員-専攻医のようなマンツーマンのチーム制を診療科に提案したが、医員・専攻医からは3人以上のチームにしたいと意見があり、医員・専攻医の案を取り入れる形とした。産婦人科には、主任部長・部長が6名、医長が1名、医員が6名、専攻医が16名（令和7年7月時点）おり、現在の各チームは指導医級1名をリーダーとし、医員・専攻医2～3名で構成している。リーダーは原則として主任部長または部長が担うが、チーム間の医師数や専門性の偏りを回避するため、医員がリーダーを務めるチームも編成した。全体を6～7チームで編成し、各チーム単位で患者対応及び論文作成・指導を実施している。

#### <チーム編成のパターン例>



### チーム横断業務

#### 術後処置・診察・採血データ確認等の分業化

婦人科領域の手術後処置、定期診察、採血データの確認は、各日の救急当番医師が担当する体制とした。当番医師がチームを横断して手術後処置、定期診察、採血データの確認を行うことによって、各チームの医師は外来や手術等に集中できるようにし、主治医の負担軽減を図った。なお、救急当番は産科・婦人科を横断して対応する体制とし、専攻医がバランスよく両診療領域の経験を積めるように設計した。

その他、専攻医が毎日、各医師の担当業務を整理し、フリーの医師の状況を主体的に一覧化して科内に共有している。フリーの医師への業務の割り振りはその一覧表を活用している。

#### チーム横断の業務調整

チームごとに業務を分担しつつ、専攻医の経験が偏在しないよう、手術においては異なるチームの指導医と組む運用を行っている。各手術の執刀医・助手の配置を調整する業務調整役は指導医が担当し、均一な組み合わせとなるよう調整。将来的には当該調整役は医員クラスへ任せることも検討している。

### その他（チーム制運用の際に見直したルール）

#### 運用方針（オンコール明けは日勤業務から外す）

オンコール体制は、ファーストを医員以上、セカンドを専攻医とし、当番頻度は概ね月1～4回で運用している。緊急帝王切開等に伴う夜間呼出しの有無が事前に予測困難であることを踏まえ、オンコール明けはあらかじめ分担表上で固定的な日勤業務は付与せず、予習、サマリ作成、他医師の診療支援に充当する日として運用している。

#### 定型業務の標準化（術後観察のパス化）

術後観察をパス化して定型業務の標準化を推進し、主治医が全ての情報を個別に把握する負担を軽減している。イレギュラー発生時のみリーダー（主治医）が介入する柔軟な運用とし、安全性を担保しつつ業務の効率化を図っている。

#### <帝王切開のクリニカルパス例>

手術日	術直前	術直後	術後1日目	術後2日目
アウトカム				
活動・安静度				
移動食事				
治療	指示簿			
検査				
手術・輸血			術後1日目	術後2日目
文書			歩行可能であれば、膀胱カテーテル抜去 第1歩行は介助	
その他				創処置 カラヤヘッパ <sup>®</sup> 除去

## 医員・専攻医主導のチーム制のルール整備

### 取組における工夫

#### 自発的なルール形成の促進

チーム制の導入に際し、医師間で協議するための時間確保を重視した。具体的には、専攻医自らの発案で「専攻医カンファレンス」を行い、症例の振り返りや業務改善に取り組んでいる。そして、毎週1回、医員以上で構成される「指導医カンファレンス」を開催し、「専攻医カンファレンス」等で出た専攻医の意見を議論できるようにしている。このように、ボトムアップで診療科内のルールを議論する恒常的な場を設けた。併せて、術前カンファレンスは医員及び専攻医が自発的に司会を担う運用とした。

#### チーム内での情報共有

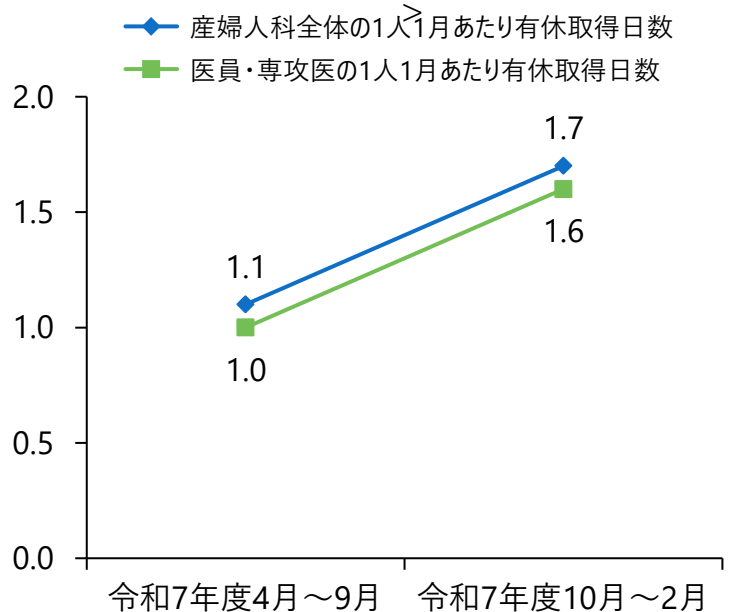
「産婦人科」として一つの診療科ではあるものの、産科と婦人科で専門領域は異なるため、専門性の垣根を越えて情報共有及び連携を行うことが課題であった。そこで、Microsoft Teamsを活用した情報共有体制を構築した。例えば、救急等の病院としての主要指標は電子カルテのToDo機能で共有しているが、産婦人科内での検討項目や産婦人科内で実施する講習会の開催案内等はTeamsで共有している。産婦人科全体で共通認識が必要な項目の共有は、上記に加え、毎週月曜日の「産婦人科カンファレンス」でも共有している。

### 取組の効果

チーム制を設け、救急当番に採血データ等の確認を分担したことにより、それまで主治医が担っていた業務負担の軽減及び医師間の協力体制が強化された。また、チーム横断で手術等の組み合わせを実現したことで、専攻医の症例経験の偏りが是正され、幅広い症例を経験できる環境が整備された。併せて、専攻医や医員が自発的にルールを提案・整備できる風土を醸成し、若手医師のモチベーション向上にも資している。

チーム制は平成20年から導入しているが、医師の負担削減のため、チーム制のルール整備を更に深めてきた。令和7年10月よりオンコール明けは日勤業務から外す運用を開始したが、その効果もあり、医師1人1月あたりの有休取得日数は増加している。医員・専攻医のみでみても1人1月あたりの有休取得日数は増加している。

＜有休取得日数の推移（令和7年4月～令和8年2月）



### 今後の展望

チーム制の運用は本事例の通り既に体制が決まり、運用も開始されている。ただ、依然として専攻医の時間外・休日労働時間が多いことから、産婦人科では当直当番数の均一化に向けた見直しも検討を始めている。当直当番数の均一化に向け、産婦人科主任部長が当直表作成におけるルールを見直しているところである。

# 市立豊中病院

開設	豊中市
病床数	563床
職員数	1,253名（医師194名、看護師567名、他）
標榜科	31科



## 病院の背景

- 市立豊中病院は、豊中市の中核病院として、救急、小児・周産期、感染症等の政策医療に加え、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病等、地域医療に不可欠な領域において高度かつ良質な医療を提供している。
- 令和4年4月には、消化器内科・消化器外科の専門外来に加え、幅広い消化器症状に対応する「消化器センター」を開設した。これにより、内科・外科のいずれに紹介すべきか判断に迷う症例も含め、地域の医療機関から紹介しやすい受入れ体制を整備した。消化器センターでは、診療科の垣根を越えて内科医と外科医が診療チームとして連携し、診断から治療までを一体的に実施している。これにより、内科・外科の判断がつきにくい消化器症状に対しても多角的な視点から診療を行い、より質の高い医療の提供に努めている。
- また、「市立病院として受診を希望する患者を断らない」という理念のもと、地域からの幅広い患者受入れを継続している。その中でも消化器内科は、内科系診療科の中で特に入院患者数が多く、他科の2～3倍にのぼる。加えて、緊急入院の約半数を消化器関連疾患が占める等、地域における消化器診療ニーズが集中している。再診患者を中心とした外来患者数に加え、救急外来を受診する消化器救急患者も多く、日常診療における負荷は大きい。
- 一方で、日中は外来診療に加えて内視鏡検査・治療にも多くの時間を要するため、病棟業務（指示出し、回診、患者対応等）が後ろ倒しとなりやすく、慢性的な時間外・休日労働の長時間化が課題となっている。今後は、外来患者の適正化や内視鏡業務の効率化、情報共有体制の見直し等を通じて、勤務時間内に病棟業務へ着手できる時間を確保し、勤務環境の改善につなげることが求められている。

## 取組一覧

取組	取組の概要	対象診療科
内視鏡部門にかかる予定処置の可視化の取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>各曜日の内視鏡リーダー医師と内視鏡看護師が連携し、ERCP等の高難度処置を中心に、当日朝の予定を可視化した。併せて、外来、処置、休暇等を含めた医師の担当状況を共有し、緊急検査・治療発生時にも柔軟に対応できる体制を整備することで、内視鏡室運営と日中業務の効率化を図った。</li> </ul>	消化器内科

## 内視鏡部門にかかる予定処置の可視化の取組

### 取組概要

本取組は、内視鏡室の運用を効率化し、待機時間や検査間の調整ロスを減らすため、消化器内科のリーダー医師が各医師の予定を取りまとめ、内視鏡看護師と翌日の検査予定（開始時刻、実施順序、担当医等）を共有するものである。予定を事前に共有することで、緊急検査・治療が発生した場合にも、内視鏡室の稼働状況に応じて当日の運用計画を柔軟に調整しやすくなる。現在は一部の医師がリーダー医師を担当する場合に実施しているが、今後は消化器内科全体で継続的に実施できるよう、運用の標準化を進めていく。

### 取組前の状況

消化器内科では、日中に外来診療及び内視鏡検査・治療に多くの時間を要しており、その結果、病棟業務（指示出し、回診、患者対応等）が勤務時間内に完了しにくく、時間外業務の発生につながっていた。こうした状況を踏まえ、時間外業務の発生要因として影響の大きい外来業務及び内視鏡業務を優先課題として整理した。

内視鏡業務の実態を把握するため、現場ヒアリングを実施したところ、内視鏡室の運用上の課題が確認された。具体的には、当日の検査予定や担当医の状況が十分に共有されていない場面があり、検査順序や時間配分の調整が難しいこと、また医師が外来、病棟対応、救急対応等の他業務に従事している場合には、検査開始までの待機が生じることがあった。こうした要因が重なり、内視鏡検査間の時間調整が非効率となる場面がみられた。

なお、外来業務に関する課題については、院内で別途分析と検討を進めている。

### 取組の内容

#### ※内視鏡室の構造と検査量の前提

内視鏡室は、検査室5列とリカバリー室1室で運用しており、1日当たり概ね30～40件程度の検査・処置に対応している。午前は外来患者の上部消化管内視鏡検査が中心であり、午後は入院患者を含め大腸内視鏡検査に対応することが多い。ERCP等の特殊検査は主に火曜日及び木曜日に実施している。検査準備は、可能な範囲で前日に進めているが、ERCP等の特殊検査については、当日朝に看護師や臨床検査技師が準備を行う運用となっている。当日の検査予定、担当医、他業務との重なりを早い段階で共有し、検査順序や時間配分を調整しやすくすることが、内視鏡室運用の効率化において重要である。

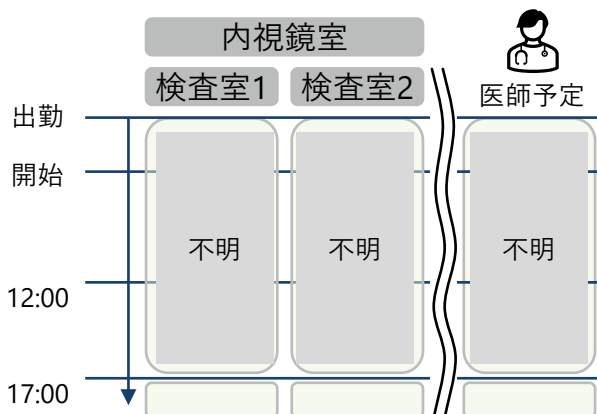
#### 翌日の予定可視化

医師の業務が多岐にわたり、全医師に一律の対応を求めることが難しいため、消化器内科ではリーダー医師が代表して関係する全医師の予定を把握し、内視鏡室と当日の予定を共有する運用とし、共有内容と方法の標準化を進めている。共有内容には、翌日の検査内容（ERCP等）や予定時刻に加え、緊急時の連絡体制の観点から、当直明け、学会参加、休暇等の医師不在情報を含めている。

リーダー医師は各日の予定を事前に印刷し、午前9時頃までに内視鏡室において、内視鏡予定表を用いながら紙媒体及び口頭でスケジュールを共有している。

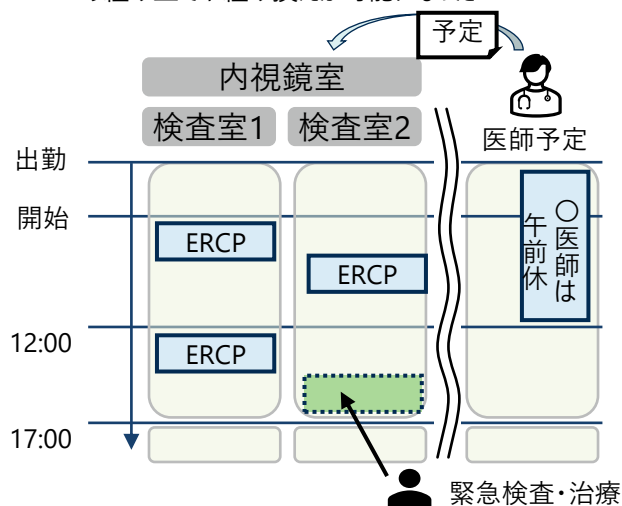
#### < Beforeイメージ >

医師側の予定が見えず、緊急検査等発生時に検査予定の確認に時間を要し、待機も発生



#### < Afterイメージ >

医師側の予定が事前に明らかになることで、予定の組み立てや組み換えが可能になった



内視鏡部門にかかる予定処置の可視化の取組

取組の内容

予定表のフォーマット

以下は、医師及び内視鏡室で実際に使用している予定表のサンプルである。医師がExcel形式で必要事項を記入し、内視鏡室は当日の検査割り付けや予定の組み換えを行う際の参考資料として活用している。

<内視鏡予定表（サンプル）>

XXX年/X月/X日		内視鏡予定					
1-3診		4診		5診			
9:00							
9:20							
9:40	外来拡大上部			(患者名) ERCP 7南	医師名	ELUS-CD	1
10:00						ERCP	4
10:20	外来拡大上部			(患者名) ERCP 7南	医師名		
10:40							
11:00	外来拡大上部						
12:00							
12:30							
13:00		(患者名) ERCP 6南	医師名	(患者名) ERCP 8南	医師名	腹部エコー	(医師名)
13:30						肝生検 FM	(医師名)
14:00				(患者名) ELUS-CD 5南	医師名	当直明け	(医師名)
14:30						午後休	(医師名)
15:00							

取組における効果

本取組の導入により、当日の処置予定や担当医の状況を早い段階で共有できるようになり、緊急検査・治療が発生した場合の予定の組み換えや現場での都度調整が行いやすくなった。現在は内視鏡処置の多い木曜日を中心に運用しており、内視鏡看護師からは、検査準備の優先順位をつけやすくなり、順番調整の見通しが立てやすくなったとの意見が得られている。これらを踏まえ、内視鏡室運営の効率化に向けた効果が現れ始めている。

ただし、現時点では運用日が限定的であることに加え、令和8年1月に電子カルテベンダーの変更と業務フローの見直しと同時に運用が行われたことから、待機時間や時間外・休日労働時間の減少について本取組単独の効果として定量的に評価することは難しい。今後は、運用状況を確認しつつ、可能な範囲で効果の把握を進める予定である。

今後の展望

本取組は、現在、木曜日を中心に運用していることから、運用日が限定的であり、関係する医師も一部である。今後は、共有内容や手順を標準化し、運用日や対象の医師も広げ、診療科全体で継続的に実施できる体制づくりを進める。併せて、運用状況や現場の意見を踏まえて共有方法の改善を重ねるとともに、外来患者数の適正化や内視鏡室運営の効率化等、時間外・休日労働時間の削減につながる取組を引き続き推進する。更に、電子カルテ更新を契機として、翌年度以降も病院全体で医療DXを強力に推進していく方針である。本取組についても、こうした病院全体のDX推進と連動させながら、情報共有の効率化、業務の可視化、運用改善を更に進めていく。これらの取組を継続的に評価し、必要に応じて見直すことで、勤務環境改善の効果向上を図る。

# 岡山大学病院

開設	国立大学法人岡山大学
病床数	849床
職員数	3,077名（医師811名、看護師1,095名、他）
標榜科	32科



## 病院の背景

- 岡山大学病院は、特定機能病院としての診療・教育・研究の使命を持続可能に果たすため、働き方改革を病院運営の中核課題として位置づけ、働き方改革関連法の成立時から全職種を対象に先駆的な取組を進めてきた。
- 全国に先駆けて労働時間管理のガイドラインを策定し、業務と業務外活動の境界を明確化するとともに、ビーコンを活用した勤務管理システムの導入により、客観的な勤務実態の可視化にいち早く取り組んできた。また、タスク・シフト/シェアを計画的に進め、専門性に応じた役割分担の最適化と業務負担の平準化を図っている。
- 現在は特定労務管理対象機関（B水準、連携B水準）の指定を受け、医師の労働時間短縮計画（以下、短縮計画）の着実な実行に向けて、病院長のリーダーシップのもと、医師の働き方改革に関する労務諮問会議（以下、労務諮問会議）を中心にPDCAサイクルを実行している。
- 一方、手術件数の増加や救急対応等、地域の高度医療を担う役割はより増大しつつあり、一部の診療科では長時間労働が常態化しており、病院全体として労働時間縮減に向けた更なる取組が求められている。

## 取組一覧

取組	取組の概要	対象 診療科
大学病院における短縮計画に基づく勤務環境改善	岡山大学病院では、病院長のリーダーシップのもと、労務諮問会議が短縮計画の進捗管理を行うとともに、必要な取組や諸課題について各診療科・医師の意見を集約する等、マネジメントと現場をつなぐ橋渡し役として、PDCAサイクルを展開している。	病院全体

# 大学病院における短縮計画に基づく勤務環境改善

## 取組概要

岡山大学病院では、病院長のリーダーシップのもと、短縮計画の着実な実行に向けて、労務諮問会議がPDCAサイクルの中核を担っている。

労務諮問会議は、短縮計画の進捗管理を行うとともに、必要な取組や諸課題について各診療科・医師の意見を集約し、その意見を踏まえて病院長へ提案する等、マネジメントと現場をつなぐ橋渡し役も果たしている。

## 取組前の状況

### 働き方改革に向けたこれまでの取組

岡山大学病院では平成30年2月に厚生労働省から発出された「医師の労働時間短縮に向けた緊急的取組」を受け、医師の労働時間管理の適正化と勤務環境の改善に病院として取り組んできた。

病院長のリーダーシップのもと、諮問機関として「医師の働き方改革に関する労働諮問会議」を設置した。更に、その下部組織としてワーキンググループを立ち上げ、他の大学病院に先駆けた具体的な施策を検討・実行してきた。

< 主な取組の例 >

#### 「労働時間管理のためのガイドライン（医師・歯科医師編）」の作成（平成31年4月）

- 「診療」「教育」「研究」「管理・運営」「その他」の5項目について「労働時間となる業務」及び「労働時間とならない活動」を明確化

#### 勤怠管理システムの導入（令和3年4月）

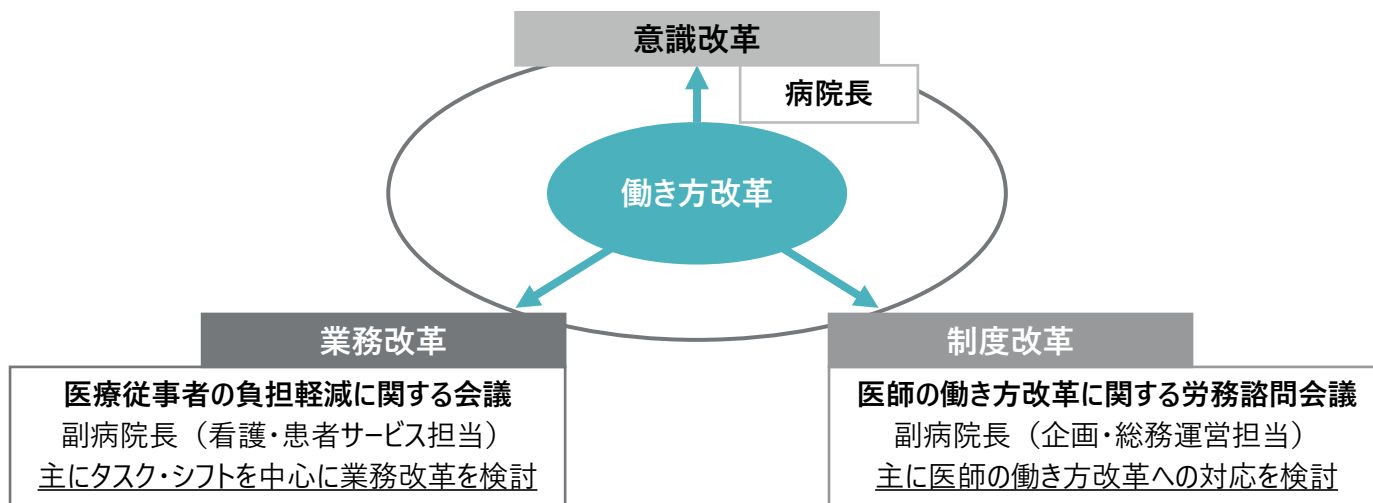
- 客観的な労働時間管理のために、ビーコンタグによる勤務管理システムを導入。令和4年から医師が兼業・副業時間を勤怠管理システムに入力することで、病院側で把握できる機能を追加した。

#### タスク・シフト/シェアの推進

- 特定行為研修指定研修機関として特定行為を実施する看護師やIVナースを計画的に育成
- 薬剤師による処方作成支援、救命救急士の活用等タスク・シフト/シェアを推進

#### ライフステージに応じた多様で柔軟な働き方の導入

- 妊娠・出産・育児・介護等を理由にフルタイム（週31時間）の勤務ができない非常勤医師（医員）に対し、多様な働き方を導入し、臨床現場への定着及び復職を支援
  - フレキシブルな時短勤務が可能な「キャリア支援枠」の導入（診療科配分枠とは別枠管理）
  - 一つのポストを複数の医師で分割し勤務することが可能な「ワークシェアリング枠」の導入



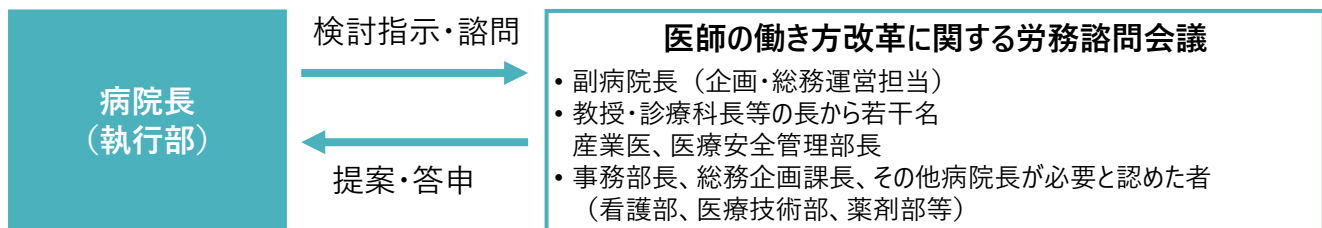
## 大学病院における短縮計画に基づく勤務環境改善

### 取組の内容

#### 労務諮問会議を中心とした短縮計画のPDCAサイクル

令和6年4月の医師の働き方改革に関する新制度の施行後も、短縮計画を着実に実行するため、引き続き「労務諮問会議」を中心に検討を進めている。労務諮問会議は、副病院長を議長とし、医師を中心に構成されており、医師の働き方改革に関する制度の見直しや、具体的な対応策を協議している。

労務諮問会議は、短縮計画の取組に関するPDCAサイクルの中心となり、時間外・休日労働や面接指導の状況をモニタリングする他、進捗状況や新たな取組について病院執行部へ提案・報告を行っている。また、他の大学病院の先進事例等も参考にしながら、病院長からトップダウンで直接指示される諮問事項についても検討を行っている。



令和6年度は短縮計画の着実な実行に向けて現場における課題を把握するため、医師の働き方改革に関するアンケートを実施した。アンケート結果は、「長時間労働の原因」「短縮計画を達成する上での障壁」「労働時間短縮に向けて病院として取り組むこと」として整理し、優先順位をつけて対応を協議した。

令和6年度の主な検討事項	令和7年度の主な検討事項
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>医師の働き方改革の現状と課題に関するアンケート</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医師の働き方改革の施行に伴い、現場における課題を把握するため、各診療科にアンケートを実施</li> </ul> </li> <li>■ <b>長時間労働の診療科への対応</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院長面談により、診療科の状況・要望を聞き取り、対応策を検討</li> </ul> </li> <li>■ <b>労働時間管理のためのガイドラインの見直し</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 主に研究活動の労働時間の取扱いを一部見直し</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>時間外・休日労働縮減の取組</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 複数主治医制・チーム制は全科実施済を確認 →各科にアンケートやヒアリングを実施し、確認</li> <li>• 宿日直・オンコール体制の見直し検討 →各科にアンケートを実施し、検討中</li> </ul> </li> </ul>

#### 病院長面談を通じた勤務環境の現状把握と対策検討

アンケート結果を踏まえ、長時間労働の傾向にある診療科は病院全体の課題と位置づけ、個別対応が必要と判断し、病院長が直接面談することとした。

面談では、診療科の抱える課題や具体的な要望をヒアリングした。特に麻酔科蘇生科からは、欠員があるなか手術数の増加や救急対応が重なり、診療科単独の努力だけでは労働時間の削減が難しいとの意見もあった。これらのヒアリング結果に基づき、病院長が中心となって具体的な対策の検討を進めた。検討にあたっては、関連する他の診療科等の状況も確認し、病院全体で連携しながら対応することとした。

#### 対応（抜粋）

- 麻酔科蘇生科の人員補充
- 救急受入れは、麻酔科蘇生科・救命救急科が他病院で対応可能と判断した場合には断ることも許容
- 臨床工学技士（麻酔アシスタント）の増員
- 麻酔科蘇生科では、宿日直を行う医師を助教全体に拡大し、一人当たりの宿日直の回数を軽減

大学病院における短縮計画に基づく勤務環境改善

取組の内容

タスク・シフト/シェアの推進

タスク・シフト/シェアについては、「医療従事者の負担軽減に関する会議」で検討を進め、特定行為研修修了看護師の育成等、さまざまな取組を行ってきた。アンケートの結果、タスク・シフト/シェアのさらなる推進を期待する意見が多く寄せられた。こうした状況を踏まえ、令和6年度には、特に医師事務作業補助者の業務範囲の拡大に向けてクラークセンターにおける検討を進めた。

クラークセンターの設置

クラーク（医師事務作業補助者）は、60名以上を配置していたが、医師からは事務作業が多い等不満の意見もあった。そのため効果的な人員配置・業務遂行を目的に令和6年度にクラークセンターにおいて、クラークの一元管理と業務の見直しを行った。

結果として令和7年度はタスク・シフトの取組範囲が大きく拡大した。

特定行為研修修了看護師の育成

特定行為研修修了の看護師を継続的に育成しており、研修修了者は令和6年度に13名まで増加した。

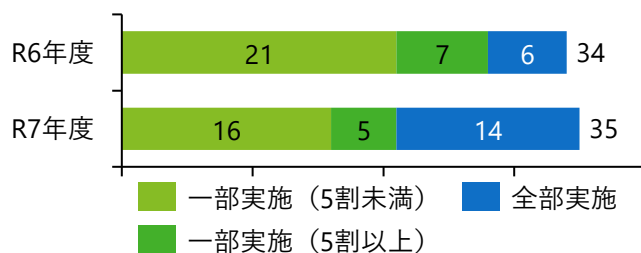
研修修了者は主にICU、手術室、病棟、看護部に配置しており、年間の特定行為の実践件数は1,100件を超えている。

院内認定IVナースの育成

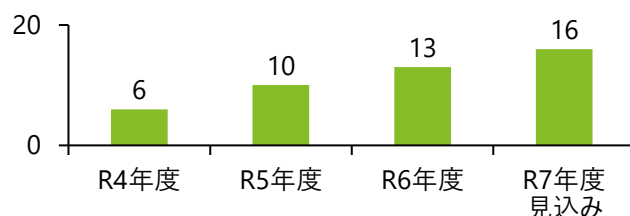
抗がん薬の穿刺を医師とタスク・シェアするため、院内認定資格としてIVナース（静脈注射看護師）を育成している。

臨床工学技士（麻酔アシスタント）の配置

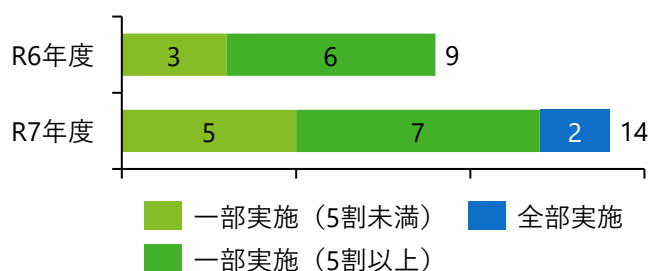
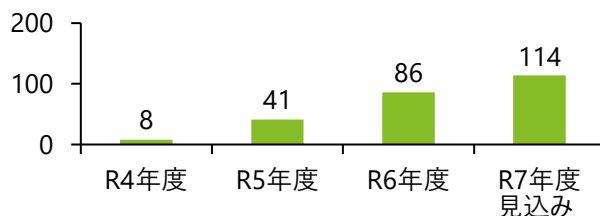
令和6・7年度の2年間で5名の周術期麻酔業務支援（麻酔アシスタント業務）を行う臨床工学技士を採用・育成し、麻酔科蘇生科の負担軽減を図っている。令和7年度からの麻酔アシスタント臨床工学技士の配置により、全身麻酔装置の準備等麻酔関連を中心に、タスク・シフトの範囲が拡大した。



< 特定行為研修修了看護師数 (人) >



< 院内認定IVナースの人数 (人) >

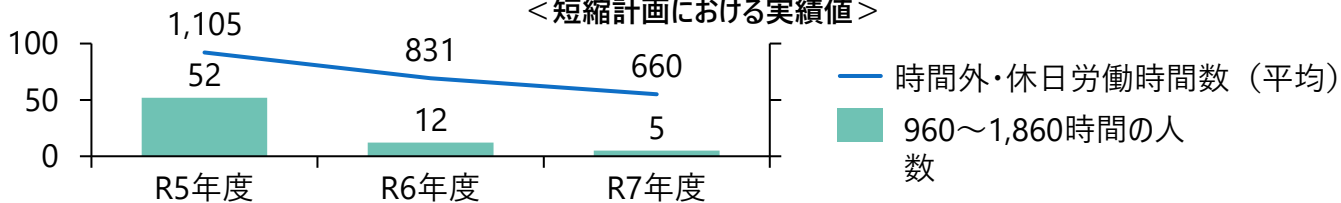


今後の展望

岡山大学病院は短縮計画を着実に推進し、特例水準対象（年間960時間超）の医師数と時間外・休日労働の平均時間を減少させている。令和17年度のB水準・連携B水準の指定解消に向け、病院長のリーダーシップのもと、労務諮問会議で勤務情報を継続的に分析・共有し、診療科及び医師へ適切にフィードバックを行うことで、PDCAに基づく進捗管理を徹底する計画である。

一方で、大学病院の使命でもある教育・研究の時間を担保しつつ労働時間短縮にいかに取り組むかという点は大きな課題であり、他の大学病院の取組も参考にしつつ取組を継続的に検証・改善していく予定である。

< 短縮計画における実績値 >



## 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター

開設	独立行政法人国立病院機構
病床数	645床
職員数	1,288名（医師186名、看護師640名、他）
標榜科	39科



### 病院の背景

- 国立病院機構 呉医療センターは、呉市を中心とする二次医療圏の中核的な医療機関であり、地域がん診療連携拠点病院、三次救命救急センター、地域周産期母子医療センターとして、地域に必要な急性期医療を提供している。
- 医師の働き方改革への対応として、外科、整形外科、消化器内科、呼吸器内科の4診療科をB水準とし特定労務管理対象機関の指定を受けている。
- 本事業において、B水準の診療科を中心に初期的分析を行った上で、病院長をはじめ院内で協議し、外科、内視鏡内科・消化器内科を対象診療科として、勤務環境改善に向けた取組の検討を行うこととした。また、並行して勤務環境改善に向けたICT機器の導入を予定しており、対象診療科での取組の検討においては、ICT機器の活用も視野に検討を行うこととした。

### 取組一覧

取組	取組の概要	対象診療科
ICTを活用した医師事務作業補助者の業務省力化によるタスク・シフトの推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>生成AIを活用した医療文章作成支援システムの導入を機に、診療情報管理室の医師事務作業補助者が担う退院サマリ作成支援の省力化が期待できる。</li> <li>その省力化した人員・時間を医師の負担が大きい業務へ割り振ることで、医師事務作業補助者の人員を増やさずにタスク・シフトの拡大を目指している。</li> <li>外来ではタスク・シフト済のため、病棟業務へのタスク・シフトを医師アンケートにより検討した。</li> </ul>	外科 内視鏡内科・ 消化器内科

# ICTを活用した医師事務作業補助者の業務省力化による タスク・シフトの推進

## 取組概要

対象診療科における勤務環境改善の検討を進める中で、若手医師の入院患者に関する電子カルテのオーダー入力等、病棟業務に伴う事務的負担が、長時間労働の一因となっていることが明らかとなった。

こうした状況を受け、病棟業務における医師事務作業補助者の活用を取組テーマとして検討した。現在、医師事務作業補助者は外来業務や退院サマリ作成支援、各種文書作成支援等を担っているが、人員数の制約から病棟業務への配置はできていない状況であった。

そこで、今年度中に導入予定の生成AIを活用した医療文章作成支援システムに着目し、医師事務作業補助者が行っている退院サマリ作成支援の省力化を図り、そこで生まれた人員や時間を病棟業務におけるタスク・シフト可能な業務へ再配分することを目指している。これにより、人員を増やすことなく、病棟業務におけるタスク・シフトの拡大を検討している。なお、医師事務作業補助者の即時の病棟配置は人員やスペースが限られており困難なため、病棟業務のうち病棟外でも実施可能なものから優先的に検討している。

本取組の検討にあたっては、対象診療科の責任者及び事務担当部門を中心に、看護部門の協力も得ながら進めた。

## 取組前の状況

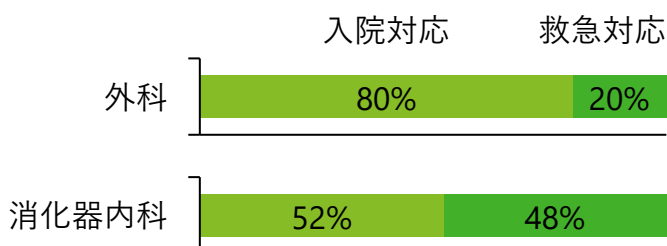
### 時間外・休日労働の状況

現状の勤務実態を整理するために、医師個人別の時間外・休日労働実績や当直・オンコール、カンファレンスの状況等の分析を行った。特に時間外・休日労働が多い医師については、直近2カ月の時間外・休日労働をタイムラインで可視化する等の追加分析を行った。

対象診療科	分析結果概要
外科 12名 うち1名専攻医	<ul style="list-style-type: none"> <li>時間外・休日労働時間が80時間/月を超える医師はいないが、若手医師を中心に80時間に近い時間数となっている。月に数回の当直時の救急対応に加え、土日いずれかの出勤も時間外・休日労働の要因となっている。診療科全体の時間外・休日労働の理由別集計では、80%が入院対応である。</li> <li>平日は毎日手術を実施。直近2カ月の手術件数のうち20%超が緊急手術。予定手術の60%以上は9時台に開始。緊急手術も含めて、終了時刻が18時以降となる手術は約20%である。</li> <li>毎朝の術前カンファレンスは8時から開始している。</li> </ul>
内視鏡内科・消化器内科 12名 うち4名専攻医	<ul style="list-style-type: none"> <li>時間外・休日労働時間が80時間/月を超える医師はいないが、80時間に近い時間数となっている。平日の退勤時間が比較的遅いことに加え、土日の当番時の救急対応やオンコール対応等が時間外・休日労働の一因となっている。診療科全体の時間外・休日労働の理由別集計では、入院対応と救急対応はそれぞれ約50%である。</li> </ul>

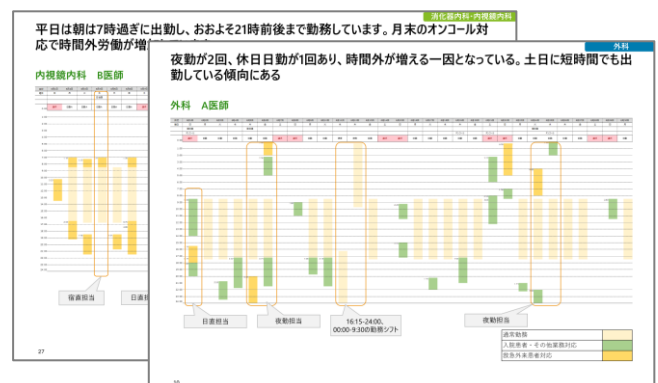
### (分析例)

#### <診療科の時間外・休日労働の理由別割合>



### (分析例)

#### <1カ月の勤務状況のタイムライン>



# ICTを活用した医師事務作業補助者の業務省力化によるタスク・シフトの推進

## 取組前の状況

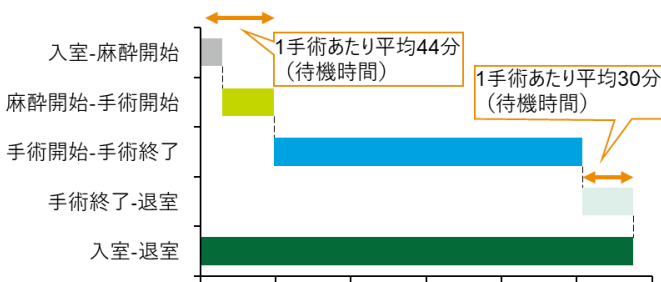
### 診療科責任者へのヒアリング

現状分析をとりまとめて診療科責任者にヒアリングを行い、勤務環境改善に向けた課題の整理を行った。

対象診療科	ヒアリング概要
外科	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術室入室から手術開始までの待ち時間等、手術室で待機時間が長い傾向にある。</li> <li>病棟では、特に若手医師がオーダー入力や問い合わせ対応に多くの時間を費やしている。病棟にも医師事務作業補助者を配置しタスク・シフトが進めば、時間外・休日労働軽減に繋がる。</li> </ul>
内視鏡内科・消化器内科	<ul style="list-style-type: none"> <li>勤務時間の短縮には内視鏡検査間のインターバルを短くすることが必要となるが、内視鏡の補助に入る若手医師が急患対応や病棟業務のため、検査開始が遅れるケースもある。そのため補助を若手医師から消化器内視鏡技師の資格を有する看護師にタスク・シフトするための準備は進めているが、人員の確保が課題となっている。</li> <li>若手医師は電子カルテ入力等の病棟業務も多い状況。タスク・シフトできる業務はあるため、看護師や医師事務作業補助者へのタスク・シフトも検討が必要である。</li> </ul>

両診療科ともに、手術、内視鏡の待機時間の短縮が課題として挙がっていたため、手術室、内視鏡室の看護師にもヒアリングを行い状況を確認するとともに、追加分析を行った。例えば外科では、2カ月の手術データ分析の結果、手術前後に平均1時間を超える待機時間があり、長いケースでは約2.5時間であった。

### <手術室の入室から退室までの時間>



### <看護部からの意見>

手術室	<ul style="list-style-type: none"> <li>外科は協力的で他科と比べてもスムーズな連携ができています。</li> <li>新任の麻酔科医の習熟により、麻酔の待機時間も抑制される見込み。</li> </ul>
内視鏡室	<ul style="list-style-type: none"> <li>内視鏡技師資格者は3名（1名育休中）</li> <li>若手医師が電子カルテ入力等他業務に時間を取られ内視鏡開始が遅れることがある。</li> <li>下部消化管内視鏡の患者説明動画を作成し、業務負担軽減に貢献している。</li> </ul>

手術や内視鏡の待機時間の短縮に関しては、下表の通り取組案を整理した。また、両診療科共通の課題として挙げた若手医師の病棟業務の負担軽減については、今年度中に導入予定の生成AIを活用した医療文章作成支援システムにより、医師事務作業補助者のうち退院サマリ作成支援の省力化が見込まれることから、その省力化した人員・時間に病棟業務のタスク・シフトを検討することとした。

診療科	抽出された課題（抜粋）	今後の取組
外科	手術開始までの待機時間が長い傾向にある	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術室数が限られており入れ替えに時間もかかるため、手術の斜め入室は現状では難しい。手術室近くの電子カルテ端末を増やし、待機時間を有効活用する（実施済）</li> <li>若手医師が優先的に手術室の電子カルテ端末を使用できるよう看護師から声掛けを行う（実施済）</li> </ul>
内視鏡内科	内視鏡間のインターバルの短縮	<ul style="list-style-type: none"> <li>消化器内視鏡技師資格を持つ看護師へのタスク・シフトの推進（資格取得への自己啓発の促進、新規人材の確保を継続検討）</li> </ul>
両科共通	若手医師の病棟での電子カルテへのオーダー等の業務負担が大きい	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟への医師事務作業補助者の配置の検討                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医師事務作業補助者に対してシフトできる業務内容・量の把握に向けたアンケート調査</li> <li>✓ 生成AIを活用した医療文章作成支援システムによる医師事務作業補助者の業務の省力化余地の整理</li> </ul> </li> </ul>

## ICTを活用した医師事務作業補助者の業務省力化によるタスク・シフトの推進

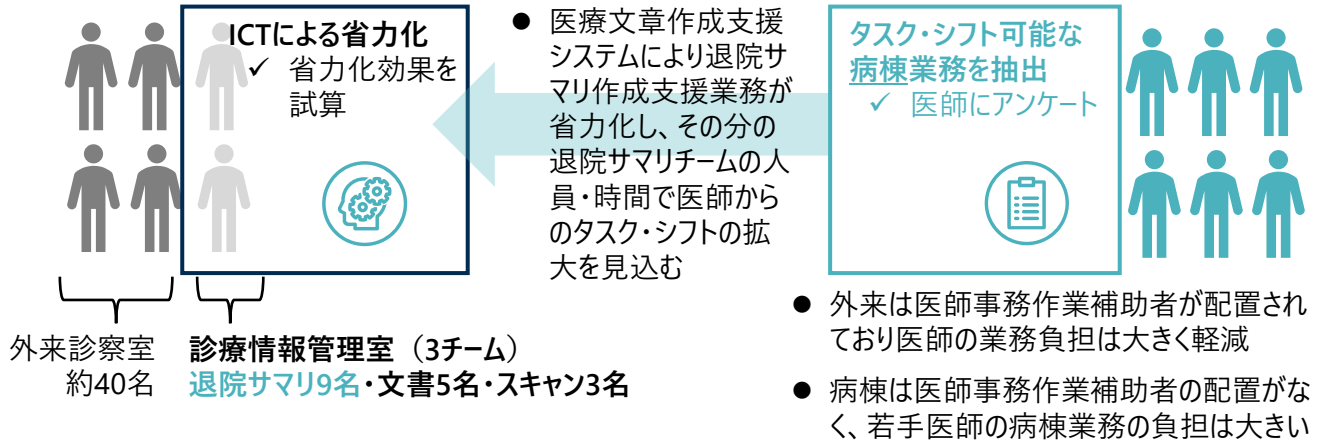
### 取組の内容

検討にあたっては、医療文章作成支援システムが令和8年3月からの導入となるため、前提を置いた上で、医師事務作業補助者の省力化効果の試算を行った。併せて、医師に対して医師事務作業補助者へのタスク・シフトに関するアンケートを実施し、タスク・シフト要望のある病棟業務及びその業務量を把握した。

#### <医療文章作成支援システムの活用によるタスク・シフトのイメージ>

医師事務作業補助者の業務

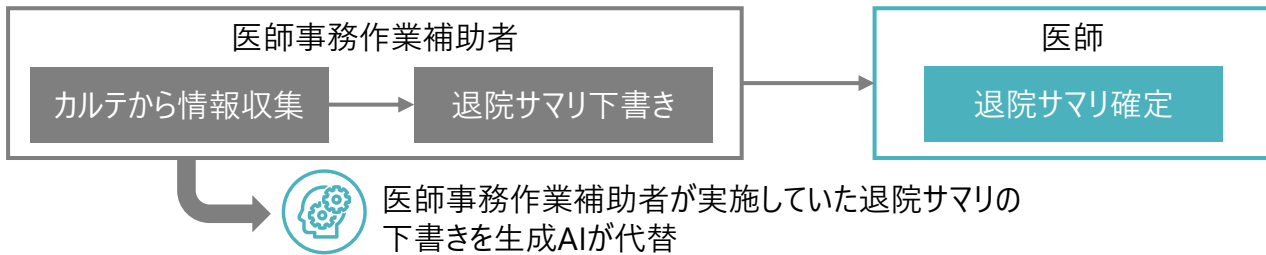
医師の業務



### 生成AIによる医療文章作成支援システムの概要

導入した医療文章作成支援システムでは、生成AIが電子カルテシステムから患者情報を収集・統合することにより、電子カルテ画面上からワンクリックで退院サマリの下書きが作成可能となる。これは、従来、医師事務作業補助者が行っていた退院サマリの下書きをAIが代替するイメージである。

#### <医療文章作成支援システムのイメージ>



### 医療文章作成支援システムによる省力化効果の試算

医療文章作成支援システムを活用した生成AIによる退院サマリ作成により、退院サマリ担当の業務負担が大きく軽減することが見込まれる。トライアル段階であるため、実際の省力化の効果は未測定だが、院内の試算では退院サマリ作成の負担が時間ベースで70%程度（1件あたり30分程度→8分程度）減少する想定である。

#### 省力化効果

退院サマリ1件あたり22分削減と仮置き  
✓ 退院サマリ数/年 15,000枚×22分 = 5,500時間 ≒ 2~3人分の省力化

### タスク・シフトする業務の検討

医師へのアンケートの結果、タスク・シフトの要望が多い病棟業務のうち、診療情報管理室で実施できる業務から段階的にタスク・シフトを実施することとした。

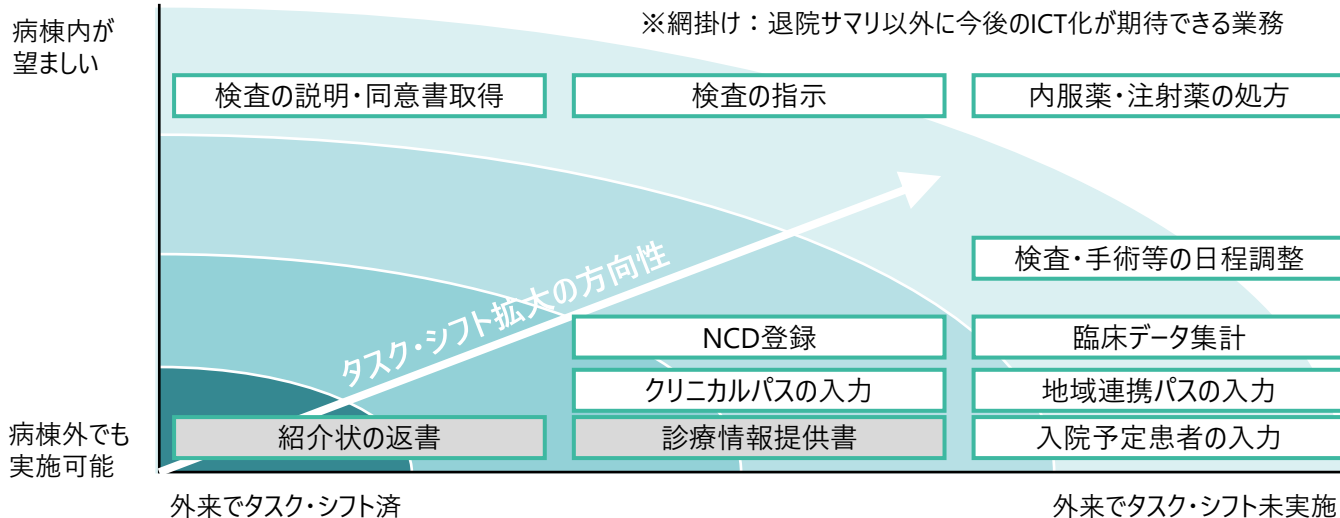
- 医師事務作業補助者の人数や限られた病棟スペースでは、常時の病棟配置をすぐに実現は難しいため、病棟外（診療情報管理室）で実施できる業務のタスク・シフトを行う
- 既に外来でタスク・シフトしている業務は教育面も含め横展開がしやすいため、優先的に検討する
- 電子カルテシステムへの付加機能の実装等ICTによる省力化可能な業務を別途検討する

# ICTを活用した医師事務作業補助者の業務省力化によるタスク・シフトの推進

## 取組の内容

＜アンケートでタスク・シフトへの要望が多かった病棟業務＞

※網掛け：退院サマリ以外に今後のICT化が期待できる業務



## 取組における工夫

### 医師へタスク・シフトに関するアンケートを実施し現場の声を反映（アンケート実施形式・内容の詳細）

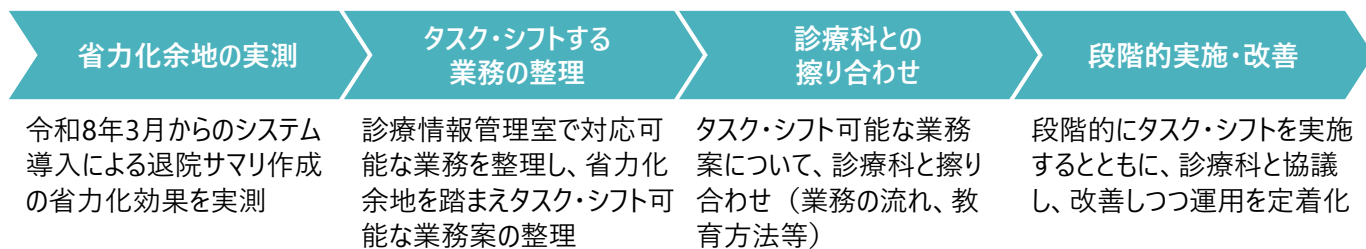
これまでも医師事務作業補助者へのタスク・シフトに取り組んできたが、コスト・人材確保の両面からさらなる拡大は厳しく、医師のニーズを聞く機会は少なかった。そのため、現場の医師の視点からタスク・シフトのニーズを把握するために、外科（若手医師8名から回答）、内視鏡内科・消化器内科（診療科責任者がとりまとめて回答）の医師へアンケート調査を行い、病棟業務のうち医師事務作業補助者へのタスク・シフト要望のある業務を抽出した。

アンケートは労働時間短縮計画別添2-1の医師事務作業補助者へのタスク・シフトの項目をベースに作成し、①優先度、②タスク・シフトできる業務の具体的なイメージ、③月間の想定業務量を回答いただいた。

業務内容	業務内容	①優先度	②タスク・シフトできる業務の具体的なイメージ	③業務量/月間
診断書等の文書作成補助	1 紹介状の返書	◎	外来は実施済、今後入院で検討	4時間
	2 レセプトに関する症状詳記	◎	可能な範囲で下書きを作成、最終的に医師がチェック	2時間
	3 入院診療計画書の作成	◎	可能な範囲で下書きを作成、最終的に医師がチェック	2時間
	4 診療情報提供書	◎	定型文より下書きを作してほしい。必要書類を用意してほしい。	2時間
	：	：	：	：
診療記録への代行入力	14 内服薬の処方	◎	実施済処方等の処方	2時間
	15 注射薬の処方	◎	実施済注射・屯用注射等のオーダー	3時間
	16 クリニカルパスの入力	◎	定期入院患者のパス展開	2時間
	：	：	：	：

## 今後の展望

令和8年3月の医療文章作成支援システム導入後、実際に医師事務作業補助者の退院サマリ作成支援の省力化効果を見極めつつ、タスク・シフトする内容について診療科と具体的な協議に進む予定である。



医療DXは加速度的に進展しており、医師をはじめとする医療従事者の業務負担軽減と、より効率的かつ質の高い医療提供において期待される効果は大きく、今回の取組はそのきっかけの一つである。一方で、システムの導入コストも高額であり、投資対効果を見極めつつ、引き続き取組を進めていく予定である。

医師の働き方改革推進のための  
勤務環境改善等に関する取組事例集  
令和 8 年 3 月

本事例集は、令和 7 年度 厚生労働省委託事業「長時間労働の傾向にある診療科を中心とした医療機関の勤務環境改善に係る調査研究及び支援事業」での調査研究・支援事例をまとめたものです。