

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社

MetLifeSM
メットライフ生命

2017年(平成29年)10月27日

第246号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：河北博文 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: <http://www.tmha.net> / E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp

インタビュー

「働き方改革」は重点領域、地域医療の視点も踏まえて進めるべき

東京都病院協会常任理事
医療法人社団葛西中央病院理事長・院長 土谷 明男

東京青年医会(土谷明男代表)はこのほど、「医師の働き方改革」をテーマに研修会を開催した。議論が進む医師の働き方改革論議について、①「働き方改革」が必要な診療科は限られている、②ただし、そうした診療科はタスクシェアリングやタスクシフティングによる改善効果は限定的、③医師不足は当面の間、解消することはない、④環境改善にはある程度の機能集約は必要だが、安易な集約はかえって地域医療を混乱させる——といった議論が出た。そこで今回は同会の土谷明男代表に、現在厚生労働省で進む働き方改革論議に関する見解や、それについて研修会で行われた議論などを聞いた。



土谷 明男

「重点領域」を設定したうえで改革を進めるべき

厚生労働省では「働き方改革検討委員会」が設けられるなど制度改革に向けて取り組みが進んでいます。が、東京青年医会の研修会ではどのような論点について議論が進んだのでしょうか。

まず、どの診療科で改革が必要なのかに目を向けなければならない、つまり、すべての医師が働き方改革を必要としているわけではないという意見が多く出ました。

即時対応の有無が生命にかかわる領域で、かつ一人あたりの医師が長時間労働を強いられている診療領域においてこそ、集中的な対策が必要で、医療界で均一的に改革を進めるのではなく、集中的に対策を実施するべき対象領域を設定し、過酷な状況で働く医師の労働時間の短縮が確実に実行されるような改革を行うべきという結論に至りました。

具体的には救急科、脳外科、外科、循環器領域などが筆頭に挙げましたが、内科の一部、精神科(自殺企図のある患者を診るケース)、産科(異常分娩を扱うケース)なども含めるべきとの意見もありました。

こうした診療科で従事する医師の多くは過重労働を強いられており、特に1人あたり労働時間が週60時間、残業時間が月80時間を超える医師については早急な対策が求められます。しかも、統計上で現れるのはあくまで平均値で

安藤 高夫 副会長

第48回衆議院議員 総選挙で初当選



東京都病院協会副会長を務める安藤高夫・医療法人社団永生会理事長は、このほど行われた第48回衆議院議員総選挙に自民党の東京比例区から立候補し、初当選した。

当選直後の挨拶で安藤副会長は「東京都医師会の尾崎治夫会長をはじめ、東京都病院協会の河北博文会長、四病院団体協議会、日本慢性期医療協会、全国老人保健施設協会など各方面からご推薦を頂いた。地元・東京はもちろんだが、全国の医療を充実させていくために力を尽くしたい」と支援者への謝辞と抱負を述べた。

安藤高夫氏略歴

1959年4月生まれ

1984年3月 日本大学医学部卒業

1989年8月 医療法人社団永生会理事長

1997年4月 東京都慢性期医療協会会長

1999年4月 八王子医師会理事

2003年4月 全日本病院協会副会長、
東京都病院協会副会長、
東京都医師会理事

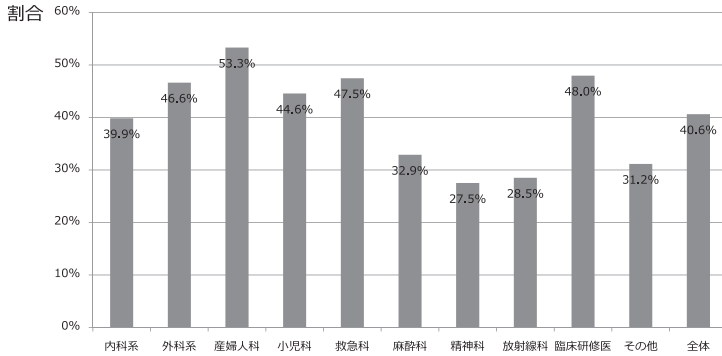
2006年4月 日本慢性期医療協会副会長

2014年12月 医療法人社団明生会理事長

2015年6月 東京都医師会理事

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合でみると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
○診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。



※病院勤務の常勤医師のみ

※診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。診療外時間：教育、研究、自己研修、会議、管理業務等に従事した時間。待機時間：当直の時間(通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。)のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計(オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)。

※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果を基に医政局医事課で作成

出典：厚生労働省「第2回医師の働き方改革に関する検討会」資料3 医師の勤務実態について

あり、実際は更に劣悪な状況で勤務している医師がいることに留意しなければいけません。そもそも長時間労働は健康に悪影響を及ぼすことが明らかになっています(独立行政法人労働安全衛生総合研究所「長時間労働者の健康ガイド」)。医療の質、ひいては患者の安全確保という点からも、直ちに是正に取り掛かるべきです。

タスクシフティングによる改善効果は限定的

一方で、厚労省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」報告書では就労環境の是正についても言及して

います。これについてはどのように考えますか。

今述べたような対象領域で従事する医師の就労環境を改善する手立てとして、タスクシフティングやタスクシェアリングが挙げられていますが、効果は限定的ではないかと考えています。まずタスクシフティングですが、同報告書では医師から多職種への分担可能な業務として「医療事務(診断書等の文書作成、予約業務)」「院内の物品の運搬・補充・患者の検査室等への移送」「血圧などの基本的なバイタル測定・データ取得」「医療記録(電子カルテの記録)」「患者への説明・合意形成」が示されています。しかし、長時間の勤務をしている医師の作業時間のうち事務作業の割合は多いとは言えないという意見が多く挙がりました。

研修会では、事務作業の軽減は、医師の勤務負担するものの、労働時間短縮への寄与は少ないだろうという意見も出ました。救急や外科系診療科において「医療事務」「医療記録」の業務移管に

よる改善効果は限定的と考えます。

医師の集約化と地域医療はセットで考えるべき

タスクシェアリングについてはいかがでしょうか。

タスクシェアリングを進めようと思えば、当然、1医療機関あたりの医師数を充実させなければいけません。これは十分な人数の医師がいて初めて可能になります。しかし、医師数が充足されることは当面ないというのが研修会の結論です。厚生労働省は「医師の需給推計について」(平成28年3月31日)のなかで、「医師需給は、中位推計においては、2024(平成36)年頃に、上位推計においては、2033(平成45)年頃に均衡すると推計される」としていますが、医療需要の高い後期高齢者が増える時代に、①あと数年で引退する医師が急増するうえ、

②推計の前提としている「地域医療構想等による病床減が医療業務量の減少につながる」ことはないこと、③医師の意識の変化により一人あたりの労働時間も減るであろうこと――などを踏まえて当会が独自に試算したところ、この見方はかならずしも正しいとは言えないとの認識に至りました。

このような状態で、たとえばシフト制を取り入れようとすれば、大変な混乱が生じることが懸念されます。というのも特定の医療機関に医師が集中したり、医師の不在地域が生まれたりといった事態が容易に想定されるからです。労働時間を制限するようになれば、大学病院は自院の体制を維持するために医師派遣に一定の歯止めを掛けたら、医局からの医師引き上げを行った

りする可能性がかなり高いですし、そうなれば「医師の争奪戦」は不可避免です。そのような状況が起れば、診療科や地域間の医師偏在を加速させかねません。

すなわち、先ほども言ったように改革が求められるのは人の命に直接かわる医療を担当している分野であるだけに、患者の生命に関わるような事態を誘発させかねないのです。

東京の救急医療は「面」で対応する体制

――全国レベルの認識では、東京のような大都市では、人口当たりの医師数は比較的充実しているとの認識があります。それでもタスクシェアリングは難しいでしょうか。

東京のような大都市こそ、医師の配置やタスクシェアリングは慎重に行うべきです。安易に機能集約、人員集約を進めると、かえって地域医療に支障を来す恐れがあります。

理由としては、東京の救急医療が「点」でなく「面」での対応になっていることが挙げられます。「東京都における救急搬送及び二次救急医療機関の受け入れ状況」によると、2015年度の救急搬送人員のうち49.9%は65歳以上で占められ、過去10年あまりで9万人以上も増えています。一方、軽症・中等症の割合は90%でした。つまり、二次救急医療機関では手におえない重篤な患者は少ないのが実態です。三次救急医療機能を充実させても、必ずしも医療需要に適した体制を敷けるとは限らないのです。救急搬送人員のうち74.3%は民間の医療機関に収容されていることにも留意しておくべ

きでしょう(「第68回東京消防庁統計書(平成27年)」の「第56表 医療機関等への収容状況」より)。

実際、東京都における休日・夜間診療事業は240の医療機関によって進められています。当該医療機関の認定要件は、①救急ベッドを毎日原則として1~4床確保し、必ず診療する体制を確保している、②診療科目は3科(内科系・外科系・小児科)又は2科(内科系・外科系)を基本とする、③小児科については、小児科医師と小児科病床を確保している――などがあります。さらに17時から翌日9時までの間に一日あたりとして1台救急搬送を受け入れることも求められています。この仕組みは私の現場感覚から言っても妥当です。

このような体制が、安易なシフト制導入によつて崩壊するのではないかと強く危惧しています。研修会では、都民の健康・命を守るという見地より、まず当該領域を時限的な重点領域と認定し、特に労働時間短縮についての適応は、他の領域より緩やかなものとしてはどうか、という意見が出ました。同時に、重点領域の医師のシフト制に向けての計画を地域別に策定し、段階的な計画実施を目指すことが現実的であろうとの見解に至りました。

これらは後日、提言としてまとめる予定です。

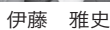
「働き方改革」は医療のあり方そのものを問う課題

――「医師の働き方改革」は、医師の働き方だけでなく医療提供のあり方全般まで問われる問題と言えそうです。

「医師は労働者である」ということ

医療現場では冷静な対応が進んでいる

伊藤 雅史



2015年10月に医療事故調査制度が施行され、丸2年が経過した。制度施行から今年9月までの累計をみると、医療事故報告751件、院内調査報告476件、相談件数3732件、セクター調査の依頼および調査結果報告の件数は43件となっている。

今回の制度における調査対象は「当該病院等に勤務する医療従事者が提供

—ありがとうございました。

支援団体の「支援」は院内調査を

医療現場はきわめて冷静に活用している

した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたもの」であり、それが毎月30〜40件くらい報告されていることになる。制度施行以来、目立つた乱高下もなく、ほぼ横ばいの状態で報告が届いていることは、医療現場が今回の制度についてかなり冷静に、かつ正確に理解して対応している何よりの証左といえよう。関係各位の制度普及に向けたご尽力にあらためて敬意を表したい。

一部には「報告件数が少ない」とする意見も聞かれる。どのような根拠に基づいた評価なのかはわからないが、推計の根拠となつた日本病院会アンケートでは「医療事故」についての明確な定義がなく、医療法に規定された「医療事故」よりも幅広いさまざまな事例

条11第2項には、「病院等の管理者は、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体（法人でない団体にあつては、代表者又は管理人の定めのあるものに限る。次項及び第6条の22において「医療事故調査等支援団体」という。）に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めらるものとす」とある。

つまり制度における「支援」は院内調査を適切に進めるために行うものであつ

医療機関・遺族等への説明（制度の外で一般的に行う説明）

死亡事例発生 → 医療事故判断^{#1} → センターへ報告^{#2} → 遺族へ説明 → 医療事故調査開始 → 院内調査 → 必要な支援を求める → 支援団体 → センターへ結果報告^{#2} → 遺族へ結果説明 → センターへ結果報告^{#2} → 医療機関及び遺族への結果報告 → 収集した情報の整理及び分析 → 再発の防止に関する普及啓発活動

院内調査 ↓ 支援団体 ↓ 医療機関又は遺族からの依頼があった場合 ↓ センター調査 ↓ 結果報告受付

医療機関又は遺族からの依頼があった場合 ↓ 支援団体 ↓ センター調査 ↓ 結果報告受付

医療機関及び遺族への結果報告

収集した情報の整理及び分析

再発の防止に関する普及啓発活動

※1 管理者が判断する上での医療事故調査・支援センター又は支援団体へ相談が可能
 ※2 センターとは「医療事故調査・支援センター」

出典：厚生労働省ホームページ「医療事故調査制度について 概要図」

言までもないが、「何が何でも外部委員を入れず、自院で完結させなければならぬ」ことを述べたいわけではない。日常の臨床でも、自院の医療スタッフだけでは対応しきれない場合、他の医療機関から応援を求めることはよくあることだし、患者をより設備・陣容の整った医療機関に託すこと

は日常的に行われている。外部委員の招聘を含めた支援のあり方は、そうした日常の診療と同様に考えていいだろう。

こうした支援団体として、東京都医師会はきわめて頼もしい存在である。医療事故調査制度全般に関する「よろず相談窓口」を24時間体制で稼働させており、かつ、担当理事である小林弘幸先生や救急医療の第一人者である有賀徹先生をはじめ、この分野のエキスパートが顔を揃えているのだ。

**遺族への説明は
制度の外で行うべき**

制度の外で行うべき

報告については医療法第6条第4項で「病院等の管理者は、医療事故調査を終了したときは、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、その結果を第6条第15項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない」と定めているが、通知では医療事故調査・支援センター（以下、センター）への報告内容については通知で定められた項目を網羅することを求めている。

センターへの報告書のポリシームについてはA4一枚程度で概略を記載するのが適切だろう。患者遺族に対して、センターへの報告書をもって説明するという意見も聞かれるが、これは医療のあり方として適切ではないと考ええる。というのは、報告書は後述のように医療従事者が識別できないように記載しなければならず、かつ、そもそも遺族への説明を想定して作成するものではない。

遺族への対応は、調査の一環で行うのではなく、厚労省が「医療事故調査

の流れ」(図)で示しているように、制度の外で一般的に行う説明として行わなければならない。医療安全の向上に特化することが本制度の主眼であり、センターへの報告書をもって遺族に納得してもらおうというのは、目的を取り違えているばかりか、遺族が不信感を抱くことになりかねない。制度の有無にかかわらず、遺族に寄り添うのは医療者として行わなければならないことなのだ。

もう一つ留意しなければならないのは、今回の制度が、報告書について当

該医療従事者が特定できないような書き方を求めていることだ。

医療法第6条11第4項を受けて、15年5月8日に発出された厚生労働省令第100号では「病院の管理者は、法第6条11第4項の規定による報告を行うに当たっては、(中略)当該医療事故に係る医療従事者等の識別(他の情報との照合による識別を含む。事項において同じ。)ができないように加工した報告書を提出しなければならない」と定めている。当該医療従事者の名前を伏せればよいというレベルでは

なく、他の情報と突き合わせても当事者がわからないようにして報告するところが義務づけられているのだ。

このような状態になった報告書だけを見て、遺族が納得するだろうか。むしろ医療の一環として丁寧に説明することこそ、医療現場の私たちに求められると思う。

事故調制度は「個人に責任を帰結させない」制度

医療事故調査制度は「個人に責任を帰結させない」という世界的には常識

であつても本邦では長年の議論の後に確立された画期的な制度であり、まさに「パラダイムシフト」と言えるものである。医療とは不確実なものであり、医師も万能ではない。そうしたなかで安全性を高めていくには、ヒューマンエラーに焦点を当てるだけでなく、システムエラーにも注目し、体制の構築・改善を進めていく必要がある。そうした理想のもとに歩み始めた制度なのだ。



東京ガスの電気

2016年4月から東京ガスは
低圧のお客さま向けに
電気の販売を開始しました。
下記までお問い合わせください。

東京ガス株式会社
都市エネルギー事業部 公益営業部
東京都港区海岸1-5-20 TEL.03-5400-7735

私の医道

唐澤祥人

元日本医師会会長

私が日本医師会会長に立候補する要因の一つになったのが、医療裁判の頻発とそれを背景にした医師の「立ち去り型サボタージュ」、そして医療崩壊だった。就任直後の記者会見で、この問題を担当することになった木下勝之常任理事と私は記者会見に臨み、「類似した事例と比較しても、大きな疑問を感じざるを得ない」と述べ、さらに医師法第21条が拡大解釈され、捜査機関がいきなり捜査権を行使するような事態が全国各地で起きれば、医療現場に混乱が生じ、国民にも悪影響を及ぼしかねないと訴えた。

第14回

医療事故の扱いを巡る議論が紛糾

て、議論は紛糾した。それらの制度案には、通常の医療行為でも、場合によっては医師が警察に逮捕される余地があったからだ。案を作成した人たちがしてみれば、医療現場は犯罪を起こそうと思えばかなり容易に起こせる場所であり、警察が介入する余地を残しておきたいという思いもあったかもしれない。

一方、医療側としては医療機関内で起きることは医療機関の人たちに任せたいという基本的な姿勢だ

い気持ちもわからなくはない。しかし、その仕組みを調査制度に設けるべきかは、議論がわかれた。

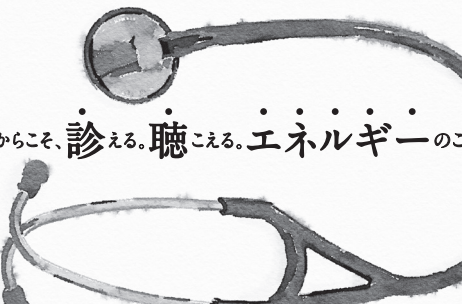
制度上で医療と警察を敵対させるのは良くないというのが、私の基本的な考え方だった。元来、医療界は警察行政に対してとても協力的だった。医師法第21条に則り、死体検案の際に事件性があると考えられるようであれば警察に知らせていたのだ。

墨田区でも地区医師会と警察、消防署は協力関係にあり、定期的に防災会議を開いている。日常的にも協力関係は密接で、人探しで警察が訪ねてきたときも協力を拒否することはなく、「必要であれば、いつでも病院にお越しください」という姿勢だった。実際、警察もいろいろ情報を持っていき、それなりに便益を感じていたはずだ。そうした協力関係がこじれては、結局は地域住民が不利を被る。

私の在任中に新制度が陽の目を見ることはなかったが、結果的に08年、大野病院事件は無罪が確定し、医療事故調査のあり方も、現実的な方向に進んでいったと思う。

もちろん、一朝一夕に頭を切り替えるのは難しいだろう。たとえばセンターがまとめた「医療事故の再発防止に向けた提言」の第1報「中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析」では9つの提言を掲載しているが、穿刺手技やカテーテルの位置確認など、大半が医療従事者のスキルに焦点を当てており、制度本来の趣旨に合致しているとはいえない。

システムエラーをどう防ぎ、事故を起こさないようにするかという観点からの考察はまだまだ不十分である。今後の提言を期待したい。



東京ガスだからこそ、**診**える。**聴**こえる。**エネルギー**のこと。

また、非常にリスクの高い手術は必ずある。それに取り組んでうまくいかなかった場合、逮捕される可能性が生じる、まじめに医療に取り組んだにもかかわらず、殺人や窃盗といった犯罪と同列に扱われるのは、やはり受け入れがたい。

すべて医療機関内で完結させるという仕組みを行政側に認めてもらうというのは、難しいという意見もあった。事件性があり、拡大が危惧される場合は警察が介入する道筋を残しておきた

た。また、非常にリスクの高い手術は必ずある。それに取り組んでうまくいかなかった場合、逮捕される可能性が生じる、まじめに医療に取り組んだにもかかわらず、殺人や窃盗といった犯罪と同列に扱われるのは、やはり受け入れがたい。

すべて医療機関内で完結させるという仕組みを行政側に認めてもらうというのは、難しいという意見もあった。事件性があり、拡大が危惧される場合は警察が介入する道筋を残しておきた

私の在任中に新制度が陽の目を見ることはなかったが、結果的に08年、大野病院事件は無罪が確定し、医療事故調査のあり方も、現実的な方向に進んでいったと思う。

もちろん、一朝一夕に頭を切り替えるのは難しいだろう。たとえばセンターがまとめた「医療事故の再発防止に向けた提言」の第1報「中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析」では9つの提言を掲載しているが、穿刺手技やカテーテルの位置確認など、大半が医療従事者のスキルに焦点を当てており、制度本来の趣旨に合致しているとはいえない。

システムエラーをどう防ぎ、事故を起こさないようにするかという観点からの考察はまだまだ不十分である。今後の提言を期待したい。

最後に一言、医療安全の議論は「医療の内」、紛争化したら「医療の外」として切り離されるべきであり、紛争化した場合には調査の中断を提言した全国医学部長病院長会議の声明は、本制度の根本的な理念に則り妥当なものと言える。

しかし、センターは紛争訴訟例でも調査を進めるべきとしており、パラダイムシフトによつて切り分けられた「医療安全」と「責任追及」のスキームを同じ舞台に引き戻そうとしているかに見られる。

エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは約900件の医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。