

# 東京都病院協会 会報

東京都病院協会  
LTD制度・医療共済制度  
引受保険会社



東京海上日動

2025年(令和7年)6月27日

第338号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費に含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：猪口正孝 〒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：https://tha.or.jp / E-mail：thaoffice@tha.or.jp

## 特別企画

### 急性期医療現場における働き方改革

## 患者の高齢化や多職種連携を踏まえ 医師の働き方への意識改革も重要

「医師の働き方改革」関連制度が施行されて1年強が経過したが、患者の高齢化や若年人口の減少を背景とした働き手不足などが医療現場に大きな影響を及ぼすことが懸念されている。特に高齢者人口が今後も増え続ける東京都の病院、とりわけ急性期医療の現場は難しい対応を迫られている。そこで今回、「急性期医療現場における働き方改革」に焦点を当て、各病院の取り組みをうかがった。

## 論点①

### 勤怠管理と多職種活用で 進める医師の働き方改革

宮崎 国久  
東京北医療センター管理者  
急性期医療委員会委員長

#### 専従の事務職員を配置し 「勤怠管理」の徹底から着手



宮崎 国久氏

東京北医療センターでは、「医師の働き方改革」に関する議論が始まった当初から、並行するように、勤怠管理を徹底させる目的での専従事務配置を起点に、診療看護師(NP)や救急救命士の積極活用など多角的な取り組みを進めてきた。現場で見えてきた課題と手応え、そして今後の展望について、現場の実情を紹介したい。

私は医師の働き方改革を「勤怠管理」から始めた。そのためには専従の事務が必要と判断し配置した。それまではタイムカードを押さない医師が多かったが、まずはそれを徹底させた。そして時間が勤務において自己研鑽かどうかを判断する目的で、電子カルテのログをもとに勤務状況をチェックしている。150名を超える常勤医の実績を一人ひとり確認するには、専従でなければ務まらない。

電子カルテのログなどを用いて、医

師がどれくらい仕事をしていたのかを事務職が確認するようにしたこと、極端に勤務時間が長くなっている医師が見えるようになった。そうした医師には、「この業務は時間外労働には該当しません」と否認するのではなく、「早く帰ってください」と直接伝えるようにした。そちらの方向に持つべくほうが現場としては現実的だと考えている。

医師には、時間外労働のうち60時間までは給与に含まれている体系だが、実態としては90時間に達している医師も散見された。そしてそれは特定の診療科に偏りがあるわけではなく、むしろ個人差が大きい。脳外科など、従来から長時間勤務が常態化していた分野では、申告すらない医師もいる。当直後は本来であれば勤務を控えるべきだが、実際には「帰りなさい」と伝えても帰れない医師がいるのも事実だ。

また当院では、医師が2〜3人で診療を担う科もあり、当直明けであつても、そのまま業務に入らざるを得ない状況がある。もちろん本来であれば、外来の曜日を避けて当直を組む、あるいは手術のない日に当直を充てるといった調整が望ましい。だが、それらをすべて組み合わせる運用するのは相当困難であり、そこまで人員に余裕がないのが実情である。結果として、何十時間にも及ぶ連続勤務に陥るケースが現場では実際に発生している。

当院では外科系の当直については宿日直の届出を行い、「当直したら帰る」を徹底しているが、実際には「帰れない」事情もある。医師の人数が少ない診療科では、翌朝の手術や外来にそのまま臨むケースもある。こうした「帰

れない医師」が制度の谷間に置かれている現状をどう埋めていくかは、改革の次なる課題である。

### 診療看護師や救急救命士の 専門性を尊重してフル活用

次に進めたのが、タスクシフトの強化だ。現在、当院では総合診療科、整形外科、脳外科、外科、救急などの診療科において診療看護師を配置している。たとえば外科では、医師が手術や外来を担当している間、診療看護師が病棟業務を担っており、いわば「病棟の留守番」のような役割を果たしている。診療看護師には単なる特定行為だけでなく、臨床推論による判断も求められており、医師とほぼ同様の業務を任せているのが実情である。さらに入院患者の発熱対応、検査指示、看護師への指示出しなど、医師と変わらぬ役割を果たしている。

## 速報

### 猪口正孝会長 続投

2025年6月17日の定時総会後に行われた役員選任理事会において、猪口正孝(平成立石病院理事長)が会長に選出されました。

会長再任のご挨拶や新役員の一覧は、7月の会報に掲載いたします。

東京都病院協会

整形外科では高齢患者が多く、合併症の対応が欠かせない。だが専門医はあくまで整形外科領域の疾患に関心が集中していることも多く、肺炎や糖尿病などの併発症対応は診療看護師が担い、総合診療科と連携しながら治療方針を定めている。この体制によって、医師の負担は大きく軽減されている。

診療看護師の所属は診療部とし、看護部には置かない。これは「看護師扱い」になつてしまうことを避けるためであり、診療看護師のモチベーションを維持するためにも重要だ。導入当初こそ現場に戸惑いがあったが、今や「いなければ困る存在」となっている。人材育成にも力を入れ、当院では診療看護師候補者に対して2年間の初期研修を行っている。薬剤師にもレジデント制を導入し、OJTを通じた教育体制を整備している。

また、救急救命士の役割も拡大している。ドクターカーに同乗して患者搬送を行うほか、院内では救急車のトリアージやバイタルサインの取得、搬送時の受け入れ調整など、看護師不足を補う役割も果たしている。今後さらに業務の幅を広げたいと考えている。

### 総合診療医の活躍は高齢者救急に不可欠

救急医療全体についても述べておきたい。当院では救急科が日中から21時まで対応し、それ以降は内科系・外科系の当直が担っている。夜間救急の主力は内科系で、搬送数も多く、宿日直の体制では対応が困難だ。一方、外科系の救急は比較的事件数が少なく、宿日直対応も可能である。

実際、当院では救急搬送の約7〜8割が内科系疾患で、高齢者の肺炎や尿路感染が中心である。誤嚥性肺炎の入院件数では、当院の所在する区西北部医療圏でトップの実績を持つ。

高齢化が進む北区の地域特性を踏まえると、総合診療科の充実も不可欠であると考えている。当院では総合診療医がまずすべての患者を診る体制を取っており、高齢患者に多い複合疾患にも対応できるようにしている。高齢者の疾病は、単一疾患ではなく、心筋梗塞に肺炎や糖尿病、腎不全などが重なったような複雑な病態が一般的である。こうした場合、診療科ごとの縦割りでは対応が難しく、「うちは診ない」と専門医間で責任の押し付け合いが起きかねない。その意味でも、総合診療医が最後まで診る体制は重要である。

さらに、単にトリアージを担うのではなく、診断から治療まで責任を持つて対応することが、医師のモチベーションを保つ上でも欠かせない。こうした体制が結果として診療の効率化をもたらし、医師一人ひとりの業務負担軽減にもつながっており、働き方改革の推進にも資するものと考えている。

当院の医師の働き方改革は、「医師に早く帰ってもらう」ことから始まった。そのために専従の事務職員を医局に配置して勤怠管理を徹底、業務実態を可視化し、無理をさせない体制を構築していった。医師を「専門職」として尊重しつつ、「労働者」としての健全な働き方も両立させるといった発想が必要だろう。

## 論点②

### 医師が診療に集中できる体制づくりへ現場発のタスクシフト改革を推進

小平 祐造  
花と森の東京病院名誉院長  
急性期医療委員会委員

#### 人口減に応じた診療体制を構築するという発想が必要

医師の働き方改革が本格施行されてから1年が経過した。急性期医療の現場では、表面上は大きな混乱は見られないが、その実態を掘り下げれば、改革の影響とその受け止め方は病院ごとに異なる。我々のような地域密着型の中小病院では、限られた人員の中で、いかに持続可能な体制を組むかが喫緊の課題となっている。

各団体のアンケート調査結果では、働き方改革の影響は限定的であるときられている。日本医師会が2024年8月20日〜9月2日に実施した「医師の働き方改革と地域医療への影響に関する調査」自院の医療提供体制への影響「」によれば、「特に変化なし」と回答した医療機関が54%と過半数を占めた。一方で、当直明けでも帰宅できない



小平 祐造 氏

い、夜間緊急手術の翌日も勤務が続くといった現実もある。日本外科学会が2024年10月〜25年1月に実施したアンケート調査結果によると、「当直明けに帰宅できていない」が46.8%、夜間緊急手術後の帰宅についても約61.8%が翌朝の帰宅がままならないと回答していたという。

これは、医師数の絶対的な不足や、高度医療を支える専門医への過度な依存が背景にある。特に外科・内科といった基本診療科では、医師のなり手が減少傾向にあり、中堅〜高齢の医師が現場を支えている状況だ。今後数年間のうちに、医療の提供体制そのものを見直していく必要があると感じている。

これまでのように「現状を維持するために何をすべきか」といった発想ではなく、「今後提供できる医療が限られる以上、それに応じた受診体制や提供体制をどう構築するか」という考えへと、発想の転換が求められている。

#### 医師事務作業補助者や救急救命士をフル活用

当院でも、医師の負担軽減を目的に、タスクシフト・タスクシェアの取り組みを進めてきた。医師事務作業補助者は10名以上を配置し、診断書の雛形作成や紹介状の下書き、返書の作成、サマリーやデータ整理など、医師の事務作業を幅広く担っている。医局や外来部門に配属され、なかには秘書的役割を果たすスタッフもおり、実務能力に応じた活躍がなされている。教育に関しては、外部研修や資格取得の支援に加え、実際の業務を通じてOJTでスキルアップを支援してい

る。「赤ペン先生」さながらに、業務ごとに添削を行いながらスキルを高め、いくつ体制を整えており、学習意欲の高い人材は医療知識を着実に習得し、診断書作成などの精度も向上している。特別な教育担当者は置いていないが、先輩スタッフが後輩を指導する仕組みが定着しつつあり、現場に即した人材育成が図られている。

当院では、救急救命士を救急現場や病院救急車の運用に従事させている。これらの業務を担うにあたり、救命士の組織は看護部に従属しない独立部署として位置づけられており、自律的に活動できる体制を整えている。事務補助者の資格を取得させることで、医療面・事務面の両面から医師をサポートしている。ERにおいては、患者のCT、MRI撮影への搬送や受付、本人、家族への説明といったフロアマネジメント業務に、救急救命士が積極的に関与している。これにより、看護師は現場に留まって次の患者対応にあたることができ、医師も診療に専念できる体制が整ってきた。特に高齢患者の増加により、複数の診療科の関与や家族への丁寧な説明が求められる場面が増えており、こうした支援体制が業務の効率化と質の両立に大きく寄与している。

#### 「働き方改革」推進で医師に問われること

もう一つ、専門領域の壁を越えた診療が定着している点も、診療の効率化、ひいては医師一人ひとりの負担軽減につながっていると思う。高齢患者が増えるなかで、複数の疾患にまたがる診療の必要性が一層高まっている。

我々のような中小規模の地域密着型病院では、医師が複数分野を横断的に診る体制が自然と形成されており、大学病院のように診療科が縦割りで分かれている環境よりも、高齢者医療に柔軟に対応できるという強みがある。とはいえ、そうした医師の多くが高齢化しており、今後を見据えれば、総合診療のメインドを持つ若手医師の育成が急務だ。東京都病院協会でも、東京都医師会、都立病院機構と連携してリスキリングやリカレント教育のプログラムを開始しつつあり、こうした動きを後押ししていくことが求められている。

働き方改革の本質は、単に医師の労働時間を制限することではなく、限られた時間の中で医師が本来の職能を最大限に発揮できる環境を整えることにあるというのが私の考えだ。その意味で、事務作業の削減や診療支援体制の強化は不可欠であると同時に、医師自身にも職業的な自己研磨の方法を見直す姿勢が求められる。従来のように病院に長時間滞在し、自然と学びを得るスタイルは通用しなくなる。臨床現場のダイナミックな経験の機会は失われ、研究の時間も限られる中で、どうプロフェッショナルリズムを維持するかが、今、医師に問われていると感じている。

医師には今後、限られた時間の中で本来の職能を最大限に発揮すること、自己研磨の方法を見直すことが求められる。単なる労働時間の短縮ではなく、診療の質と成長の持続可能性をどう両立させるか。それこそが、今の医師に問われている「働き方改革」の本質なのだ。そしてこの問いは、医療という仕事の魅力をいかに次世代に伝えるかという命題にもつながるはずだ。

**論点③**

**現場医師の負担軽減に向け  
診療科連携、多職種連携を推進**

三浦 邦久  
東京曳舟病院副院長  
急性期医療委員会委員

東京曳舟病院は200床の病院であり、ICUが6床、急性期一般病床が194床となっている。そのうち常時60床前後を救急・総合診療科が担っている。時には病棟の半数以上を占めることもあり、救急医療の比重が大きいことが特徴である。この体制を支えているのは、常勤医3名と複数の非常勤医師であり、かつて常勤として勤務していた医師を非常勤として迎え入れるなど、柔軟な人員構成を整えている。当院は、大学医局との強いつながりを持たない病院である。そのため、医師確保の面では大学に依存せず、個別に声をかけてきた経緯がある。そのため、それぞれの医師の事情を踏まえ、「働きやすい環境づくり」を進めている。

日中の救急外来は主に非常勤医が担当し、常勤医は病棟管理を中心に担当体制を敷いている。夜間帯の診療では、常勤医が早番・遅番で交代しつつ対応しており、泌尿器科の医師がサポートに入ることもある。以前は救急科が病棟の入院患者をほぼ全て診ていたが、現在は肺炎などの症例を中心に内科系医師が病棟患者を担当する場面が増えている。

医師の業務負担軽減策の一つとして、当直明けは原則フリーとし、当直日の前日を休みとするなど、インターバルを確保するよう工夫している。また担当患者数は医師一人あたり15〜20人と負担は大きいのが、救急救命士や診療事務補助者が支えてくれている。タスクシフトの推進は、当院が早期から注力してきた分野である。その背景には、初期研修医や専攻医が在籍していないという当院独自の事情がある。医師数が限られる中、診療の質と安全を維持するためには、診療看護師(NP)や救急救命士など多職種による協働体制の整備が不可欠であった。診療看護師は救急科、循環器科、脳神経外科に各1名ずつ配置し、医師の監督下でCVの挿入や医療処置、家族への説明など幅広い業務を担っている。診療看護師の存在は、医師の業務負担を確実に軽減する戦力となっており、今では不可欠な存在である。

ただし、診療看護師を適切に活用するには明確な組織体制が前提となる。現在は診療部門に所属させることで、役割と責任の所在を明確にしている。また、救急救命士についても「救急救命士課」を設け、独立した位置づけとすることで、各職種の専門性を尊重しながら連携を図っている。こうした体制整備によって、限られた人的資源を最大限に生かすタスクシフトを実現している。

もちろん、タスクシフトが難しい業務もある。患者・家族への説明はその一つだ。急性期現場では、医療的判断以上に患者家族への丁寧な説明に労力を割かざるを得ないケースも多い。特に高齢患者に対しては、延命措置を巡ってご家族と繰り返し話し合いを行うことになる。「自然に見送ってほしい」と言われながらも、「助かるならできるだけだけのことをしてほしい」と希望が変化することもあり、説明の難しさを痛感している。このあたりは更なる検討が必要な課題である。

今後の人材確保については、留学を控えた若手医師に短期間勤務してもらう「中継ぎ病院」としての位置づけを意識している。常勤医として長く在籍してもらうことを理想としつつも、柔軟な受け入れによって一定の戦力確保を実現していく方針である。

医師の働き方改革が進む中で見直すべき課題の一つとして、現場で多くの業務を担う医師に業務がより一層集中してしまう構造が挙げられる。当院のような民間病院では、診療に加えて院内の業務、感染対策、さらには医師会活動など、多岐にわたる役割を一人の医師が兼ねている。こうした状況下で、職員の努力が正當に評価されなければ、やがてはその意欲を削がれ、職場を離れる要因ともなりかねない。

多職種連携によるタスクシフトを進めつつ、現場で働く人が夢を持てるような職場づくりが欠かせない。派手な設備がなくとも、医師が活躍できる「この病院でしかできないこと」があると伝えられる仕組みを整えていきたいと考えている。



三浦 邦久 氏

は、常勤医が早番・遅番で交代しつつ対応しており、泌尿器科の医師がサポートに入ることもある。以前は救急科が病棟の入院患者をほぼ全て診ていたが、現在は肺炎などの症例を中心に内科系医師が病棟患者を担当する場面が増えている。

医師の業務負担軽減策の一つとして、当直明けは原則フリーとし、当直日の前日を休みとするなど、インターバルを確保するよう工夫している。また担当患者数は医師一人あたり15〜20人と負担は大きいのが、救急救命士や診療事務補助者が支えてくれている。タスクシフトの推進は、当院が早期から注力してきた分野である。その背景には、初期研修医や専攻医が在籍していないという当院独自の事情がある。医師数が限られる中、診療の質と安全を維持するためには、診療看護師(NP)や救急救命士など多職種による協働体制の整備が不可欠であった。診療看護師は救急科、循環器科、脳神経外科に各1名ずつ配置し、医師の監督下でCVの挿入や医療処置、家族への説明など幅広い業務を担っている。診療看護師の存在は、医師の業務負担を確実に軽減する戦力となっており、今では不可欠な存在である。

ただし、診療看護師を適切に活用するには明確な組織体制が前提となる。現在は診療部門に所属させることで、役割と責任の所在を明確にしている。また、救急救命士についても「救急救命士課」を設け、独立した位置づけとすることで、各職種の専門性を尊重しながら連携を図っている。こうした体制整備によって、限られた人的資源を最大限に生かすタスクシフトを実現している。

もちろん、タスクシフトが難しい業務もある。患者・家族への説明はその一つだ。急性期現場では、医療的判断以上に患者家族への丁寧な説明に労力を割かざるを得ないケースも多い。特に高齢患者に対しては、延命措置を巡ってご家族と繰り返し話し合いを行うことになる。「自然に見送ってほしい」と言われながらも、「助かるならできるだけだけのことをしてほしい」と希望が変化することもあり、説明の難しさを痛感している。このあたりは更なる検討が必要な課題である。

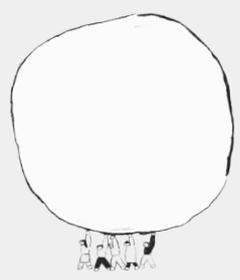
今後の人材確保については、留学を控えた若手医師に短期間勤務してもらう「中継ぎ病院」としての位置づけを意識している。常勤医として長く在籍してもらうことを理想としつつも、柔軟な受け入れによって一定の戦力確保を実現していく方針である。

医師の働き方改革が進む中で見直すべき課題の一つとして、現場で多くの業務を担う医師に業務がより一層集中してしまう構造が挙げられる。当院のような民間病院では、診療に加えて院内の業務、感染対策、さらには医師会活動など、多岐にわたる役割を一人の医師が兼ねている。こうした状況下で、職員の努力が正當に評価されなければ、やがてはその意欲を削がれ、職場を離れる要因ともなりかねない。

多職種連携によるタスクシフトを進めつつ、現場で働く人が夢を持てるような職場づくりが欠かせない。派手な設備がなくとも、医師が活躍できる「この病院でしかできないこと」があると伝えられる仕組みを整えていきたいと考えている。

ほんとうの課題は、  
人が少ないことではなく  
仕事が多いことでした。

人手をふやすのは、簡単ではありません。  
けれどエネルギー設備を最適化すれば、  
作業をへらすことはできる。  
課題を解決するために、課題から考えつづける。  
あなたの悩みも、どうか聞かせてもらえませんか。



医療DXの現在地

DXは仕事のり・デザインと創造の時間の捻出

小川 聡子 医療法人社団東山会調布東山病院 理事長



小川 聡子 氏

私はITリテラシーが低いです。スマートフォンアプリ操作すらおぼつきません。どちらかと言うと面倒くさがり、何とか楽をしたいと思いい、「ねえねえ、これ何とかならない」、現場がこうしたいと言ってきたら、「それいいね。やろう」と楽になる方法の提言は、持続可能性であれば基本OKを出します。

若手の労働人口が急速に減少し、高齢者の急増による医療需要の拡大に、対応しなければならぬ医療現場では、人材の確保がますます困難になります。デジタルネイティブな若者を選び、残りをかけてDXに取り組む必要性を痛感しています。何でもそうですが、担当を決めて「やってください」だけでは、組織に推進、浸透は生まれません。トップの本気が問われています。ITは苦手と言ってはられない、病院経営者としてDXの本質に向き合うしかなないと、遅ればせながら2年前に腹をくくりました。情報収集の末、現時点でのDXについての私の理解は、「仕事の仕方をデジタルの力でり・デザインする。そして、職場がより創造的な仕事をし、顧客に満足を与えている」です。私たち東山会では患者様・地域・職員・仲間・経営を「4つの顧客」として、4つすべては関連して存在しており、4顧客すべてが満足な状態であるという目指しています。DXもこのために進めるわけですが、単なるITツールの導入にとどまらないことが明らかです。

そこで理事長直轄でDXコアチームを組織しました。メンバーは、経営本部のメンバー(企画、人材開発、経理、部長、副部长)と情報システム課メンバーと私です。月2回様々なことを話し合い、「東山DX事業計画」を策定しました。「東山DXは何のため? 長期計画」では、「デジタルと人との力でみんなが仕事の付加価値を享受」としました。関係者が、時間的・空間的へだたりなく繋がり、個々のニーズに添って顧客が満足している姿です。そのために、中期計画は、「意識改革・業務改革・一人当たりの収益10%UP」としました。まず、「ITは苦手」と言っていたトップである私の意識改革から始めました。「習うより慣れろ」精神を発揮しながら、少しずつ苦手を克服していきました。また投資検討会議運営を確立し、身の丈に合った投資と工夫で、結果を享受します。実践戦略は

①プロダクト・統一コミュニケーション&情報共有プラットフォームの確立、使いやすい電カル・部門システム・管理システム導入、ICT基盤をつなげフル活用されている②プロセス・業務整理・改善力向上し、品質管理連携・デジタルで効率化、DXマネジメント体制づくり(投資効果測定、運用チーム(ルー)策定、フォロアップ体制、啓発)③マインド・デジタル人材活用(RPA、AIなど習うより慣れろ精神で)、ナレッジの整理・蓄積・活用、リスク管理と、定めました。精神的な壁が仕事を複雑にし、職員の負担を増やしているという認識を共有するところから始めました。そうした壁を取り払うことで、職員の間には余裕が生まれ、結果として業務の効率やチームの連携が高まりやすくなります。具体的な取り組みとしては、RPA(業務自動化)を積極的に導入してきました。人事や総務の分野において入退職手続きや年末調整など、属人的かつ煩雑な業務の効率化を図りました。こうした取り組みが起点となつて、医療現場にも広がっていききました。例えば、感染症情報の自動抽出、輸血後のカルテ記載チェック、入退院支援カンファレンスの実施状況確認、コロナ発熱外来のレポート処理などです。これらは従来、人の手で膨大な時間を要していた業務でしたが、RPAによって浮いた時間は、職員がより創造的な業務に集中できる余裕を生んでいます。

2025年度は、電子カルテのバージョンアップにあわせてクラウド環境を整備し、ネットワークの統合があります。コストも人も限られた中小病院ならではの、良質なパートナー選びも、重要なミッションです。もちろん、すべてのITツールがうまく機能するわけではありません。ランニングコストの高さから断念したものもあります。試してはやめ、また別の方法を模索するということの繰り返しです。病院経営者の皆さまにおかれましては、ぜひ「小さな成功事例」から取り組むことの尊さを実感していただけではないと思います。その成果を共有し合う文化を、東京都病院協会という場を通じて一緒に築いていければ幸いです。7月9日の医療保険・経営管理委員会研修会「使ってみようRPA-SEがいなくても大丈夫でも使いこなせる」はその第一歩として企画いたしました。ふるってご参加ください。

東京きらぼしフィナンシャルグループ きらぼし銀行 東京の地域医療を支える 病院を応援します。 医療・福祉事業部 〒107-0062 東京都港区南青山3-10-43 TEL.03-6447-5770 URL.http://www.kiraboshibank.co.jp