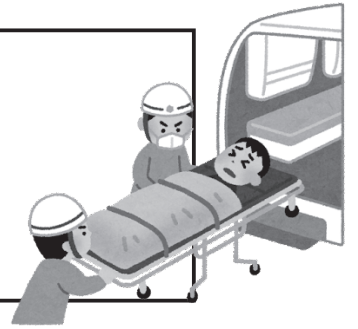




「施行まで半年に迫った働き方改革 ～地域の救急医療提供体制は？～」



「北九州市医療圏における “断らない救急外傷診療”を 提供しつづけるために」

健和会大手町病院 副院長 三宅 亮



2024年4月より施行される働き方改革（医師の時間外労働の上限設定を含む）を間近に控え、「救急医療の提供を維持することが果たして可能か？」という懸念が広がっている。しかし、日本救急医学会は「自分が健康でなければ他人を助けることはできない」というメッセージを送り、長時間労働の是正が最優先であることを強調している。

このような中、北九州市の健和会大手町病院は、「断らない医療」を理念に掲げているが、その本質は「ただ単に多くの救急車を受け入れること」ではなく、「質の高い適切な救急医療を提供すること」である。例えば、重症外傷や心肺停止症例の場合、適切な医療を提供するためには多くの人員が必要であり、病院外からも医師を緊急招集しチームを立ち上げる。同様に、致死的な疾患に対する緊急手術には複数名の外科医が必要である。しかし、これらの対応は多くの医師の時間外労働と呼び出し手当の増加を意味する。逆に、働き方改革の一環として少人数での診療に舵を切れ

ば、重症例の予後低下の可能性もある。

こうした課題も踏まえ、2022年7月に当院では「院内働き方改革プロジェクトチーム」を設立し、以下の取り組みを進めている。(1)医師と患者家族の意識改革：広報活動（ポスターやホームページ）による時間外の病状説明の禁止や夜勤明け業務の制限。(2)人員確保と適切な配置：職場魅力の向上とリソースの適切な運用。救急逼迫時の医師招集や時間外院外コールなどの見直し。(3)柔軟な働き方の導入：フレックスタイムや深夜勤務の時間内業務認定の議論開始。(4)賃金体制の見直し：医師への適切な評価と報酬体系の見直し。(5)地域連携：情報共有やリソースの共有（Medical control 審議会への協力も含む）。(6)医師会との協力体制：病院や地域勤務医から集約した具体案を届けること（例えば多くの人員が必要な症例に対する特別診療加算など）。以上のように救急領域の働き方改革は、“他科との協力”や“地域との協力”が不可欠である。それぞれ目的・具体案を丁寧に説明しコンセンサスを得ることがスタートとなる。

最後に、働き方改革を「対応しなければならないこと」と捉えるのではなく、働き方改革を機に「より適切な救急医療提供が可能になる」と考えていくことが大切であると考えます。救急領域においても個々の医師や病院の視点を超えて、地域全体で協議・連携し、『実現可能性のある具体的な改革』を医師会と共に実現させていきたい。

「福岡都市圏の2次救急病院における 働き方改革の影響についての考察」

浜の町病院救急センター 部長 臼井 真



開始時期が猶予されてきた医師の働き方改革も施行が2024年4月に迫ってきている。従来は当直明けも通常勤務や残業を行い、40時間近い連続勤務もあった医師の勤務状況を考慮すると、働き方改革は必要である。ただし、実際は仕事量が減っていない状況で医師の勤務時間が制限されるため各病院は対応に迫られている。

当院は常勤の救急専門医が2022年9月に退職され不在となった。現在は救急外来については、週3回（月、水、金）当院非常勤の救急医に、火、木を九州大学病院救急部に応援を受ける体制で対応しているが、ICU入室患者の対応は救急医以外で行う必要性が生じた。従来はICU入室時に救急医に主治医が変更となっていたが、ICU入室後も主科が主治医を継続せざるを得なくなった。解決策として、入室患者の病状により、循環器内科、呼吸器内科、腎臓内科、感染症内科医師などが担当医として関わる体制をとった。必要に迫られた体制作りであったが、ワーキングシェア、複数主治医制という点においては、働き方改革の対策のヒントになると思われる。

当院の日当直体制は、内科系上級医1名、外科系上級医1名、研修医2名の4名体制である。外科系日当直は日当直許可を得られたが、内科系および研修医は日当直許可を得られなかった。その結果従来より多くの医師が日当直する必要性が生じた。また、内科系医師と研修医は、原則当直明けに勤務終了する必要がある。そのため、外来や内視鏡、心臓カテーテル検査、気管支鏡検査の前日に当直をすることが困難になり配慮が必要になった。当院でも現在外来診療の見直しや、日当直担当医を増やすなど対応に迫られているところである。

研修医教育に関しては時間外の急患症例を来院時から初期研修医が担当することが難しくなる。また当直明けは担当症例の手術や検査に立ち会えないことも増加する。さらに、当直回数が制限されるため急患に立ち会う機会が減少する。

一人当たりの当直回数が減少することで研修医の少ない病院では上級医の負担が増え、場合により夜間の急患受け入れを中止せざるを得なくなる可能性もある。急患受け入れ病院が減れば、他の救急病院の負担増につながることで事態は深刻である。

完全な解決方法はないが、時間を有効に使うことが今まで以上に求められる。従来は業務と自己研鑽を区別せず勤務していたが、今後は自己研鑽の仕事は勤務時間内には行わずに日中は業務に専念していただかないと超勤が増えることとなる。また、救急車の不適切

(2) 勤務医のつどい

利用による急患の増加に対する対策の強化も重要である。福岡市は、人口が約 160 万人に対し救急車の台数は 32 台である。つまり人口 5,000 人に 1 台しかない計算となる。このようなことを市民に啓蒙し、救急車の適切利用を促すことも対策の一つである。

当院の救急体制および関連した業務における働き方改革の影響、対策について考察した。幸い当院は常勤医、研修医ともに比較的恵

まれているため、現状の体制を大きく変更しなくとも対応出来るが、当院よりも常勤医、研修医数が少ない場合は当直が不可能になる病院も現れる可能性がある。また、大学病院など外勤が多い病院においては、日直許可、宿直許可が取れていない病院への派遣が難しくなる事態も考えられる。2024 年 4 月の制度施行後早期に各病院で集まり検証し情報共有することが肝要と思われる。

「田川の救急医療体制の
現状と見通し」

田川市立病院 院長 松隈 哲人



田川 2 次医療圏は田川市と周辺の 6 町 1 村の住民約 11 万 5 千人を対象としているが、人口減少率や高齢化率は福岡県内 13 の 2 次医療圏の中で最も高い。

令和 4 年 1 年間の救急搬送人員は 7,072 人で前年より 13.5% 増加した。うち管内搬送は 5,019 人（71%）、管外搬送が 2,053 人（29%）となっていて平成後期の管外搬送率は 20% 弱であったが令和に入り増加傾向にある。平日昼間、平日夜間、休日に分けて見ると平日昼間の管外搬送率は約 25% であるが平日夜間と休日は 33% 強が管外搬送となっている。また管外搬送のうち 62.5% は筑豊唯一の 3 次医療機関である飯塚病院へ搬送されている。管外搬送の増加はコロナ禍による受け入れ制限の影響も考えられるが、平日昼間と夜間・休日の管外搬送率のギャップは日・当直体制の脆弱性があると考えざるを得ない。

働き方改革で問題となる平日夜間と休日の救急体制は内科・外科の 2 次輪番制をそれぞれ 4 病院で敷いている。非輪番日と外科輪番日については急患業務が少なく宿日直許可申請可能であるが、内科

の輪番日は時間外・休日労働にあたる業務となる。また、時間外の急患に対しては輪番病院の他に医師会が主体となって運営されている田川地区急患センターがあり、内科は平日の 19 時～ 21 時、土曜の 18 時～ 23 時、日祭日やお盆、年末年始の 9 時～ 23 時の 1 次救急を担っていて、小児科も平日以外の同じ時間帯を対応しておりコロナ流行前は内科、小児科とも年間 4,000 ～ 5,000 人の診療を行っていた。急患センター終了後はウォークイン患者も輪番病院に来院することになるが、輪番病院の負担は軽減されている。

内科 2 次輪番病院は社会保険田川病院と田川市立病院がそれぞれ月 13 ～ 14 日程度担当しているがいずれの病院とも日当直可能な内科医師数は 10 名程度であり、例えば市立病院では当直翌日も夕方まで通常勤務となることが多々あった。現在は働き方改革の取り組みとして翌日は午前中までの勤務とすることを徹底している。ただ週休 2 日制となつてからは土・日の 2 次輪番日には日勤者と当直者の 2 名体制を敷く必要があり常勤医だけで賄うことは困難であり、土曜日の日・当直と日曜の日直の派遣を大学医局に依頼しているのが現状である。例えば今年 8 月の内科 2 次輪番日は平日 9 日、土曜・日曜各々 2 日ずつで計 17 枠のうち 5 枠を非常勤医師が担当している。多くは当院に勤務経験のある医師であるが派遣元の大学に連携 B 水準の指定を受けていただく必要がある。また予定通り 2035 年度に B 水準・連携 B 水準が廃止になれば立ち行かない事になることが懸念される。

「有明医療圏で予想される問題点」

大牟田市立病院 病院長 鳥村 拓司



今から 30 年ほど前、「黄色と黒は勇気の印、24 時間戦えますか？……ジャパニーズ ビジネスマン」というコマーシャルソングが流行ったことがあった。当時の日本では、モーレツに仕事をすることが美德とされていた。医師の世界も同様で、私が医師になって同期 14 名と大学病院の病棟で研修をスタートしたその日に、病棟医長から「お前ら、1 年間は病棟に住んどけ。」というありがたいお言葉をいただいた。医者の世界でも長時間仕事をすることが、良い医師の条件の一つとされており、病棟医長は至極当然に我々研修医にも長時間労働を要求し、言われた我々も当たり前のことと理解し病棟を住处とした。それから約 40 年が過ぎて、来年の 4 月からはいよいよ医師の働き方改革がスタートする。医師の過重労働を軽減することは良いことであるが、重要なことは、医師の労働時間短縮のしわ寄せが極力患者さんに及ばないようにすることである。本稿では人的医療資源がそれほど豊富ではない有明医療圏における救急医療体制について我々が危惧していることを述べてみたい。

救急医療の現場では、日によっては患者さんが全く来ないこともあるし、またその反対に休む間もなく患者さんが来院する日も

あり、前もってその日の仕事量を予測することは不可能である。有明医療圏では、夜間救急診療を大学などからの派遣医師に頼っている医療施設が少なくない。しかし派遣された医師は翌日も自身の施設で診療しなくてはならないため、宿日直許可を取得した病院以外へは働き方改革施行後は医師が派遣されにくくなる可能性が高い。さらに、宿日直許可を取得した救急病院でも、急患が予想より多く来院してしまうと、宿日直許可に反した労働になってしまうため、急患の受け入れを制限する可能性も考えられる。そうなった場合、救急隊は患者さんを常勤医で救急外来を行っている施設か他の医療圏の病院へ搬送せざるを得ない状況となる。その結果、一部の救急医療機関へ診療能力を超えた患者さんの集中が起こり、今までは現場の医療スタッフが頑張つて何とか支えてきた救急医療体制が破綻してしまう危険が生じる。この様な可能性は容易に想像ができるのに、今まで具体的な対策は何も提案されていない。結局現場で何とか対応しろということになるのだろうが、救急患者さんが集中する病院ではかえって、「働き方改悪」が起こるかもしれない。

働き方改革施行後救急医療問題以外でも、様々な問題点が浮き彫りになることが予想される。予想される問題点に対し、日本全体としてどのように対応していくかを、少々遅きに失した感はあるが、厚生労働省にはあと半年間真剣に考えていただきたい。人的医療資源の豊富な都市部の医療機関とは違った問題を抱える地方の医療体制にも目を向けてもらえたら幸いである。

大学医局の動向

「九州大学脳神経外科 医局紹介」

九州大学大学院医学研究院脳神経外科
教授 吉本 幸司



九州大学脳神経外科教室は、第一外科から脳神経外科診療グループが独立し、1966年（昭和41年）に開講された教室です。初代北村勝俊教授、第2代福井仁士教授、第3代佐々木富男教授、第4代飯原弘二教授と引き継がれ、私が第5代目になります。これまで200人近い脳神経外科医を輩出し、現在の医局としては、九州大学病院を中心として24施設の関連病院を有し、100名を超える脳神経外科医が所属しています。

臨床では、脳腫瘍、脳血管障害、機能脳神経外科などの脳神経外科すべての領域にわたり、それぞれの領域の専門医により診療を行っているのが特徴です。

脳腫瘍に関しては、さまざまなモダリティを用いて、脳機能を温存しながら最大限の摘出を目指しており、最近では低侵襲な内視鏡手術も行っています。ゲノム解析も教室の柱であり、九州で唯一のがんゲノム医療中核拠点病院である九大病院だからこそできるゲノム医療を目指しています。また下垂体領域など頭蓋底腫

瘍に対しては、経鼻的内視鏡手術による低侵襲手術を耳鼻科と合同で行っています。脳血管障害については、高度な血管内手術の技術を必要とする患者さんのご紹介をいただくことが多いです。もやもや病についても当院での治療経験は豊富です。機能脳神経外科領域では、難治性てんかん患者やパーキンソン病に対する脳深部刺激療法、ITB療法、正常圧水頭症など、一般病院では治療しにくい疾患の治療を多く行っています。

研究については、悪性グリオーマの遺伝子解析研究を行い、その結果に基づく治療戦略を確立し、脳脊髄液を用いたliquid biopsyの確立についての研究も行っています。また、脳血管障害の分野では、ナノ粒子を用いた脳血管障害の新規治療開発やハイパースペクトルカメラ（HSC）を用いた術中診断機器の開発に関する研究を行っています。

脳神経外科医は、脳卒中診療等で地域医療においても大きな役割を果たしています。しかし、地方では脳神経外科医の不足が目立ち、支障をきたしている地域もあります。幸い九州大学脳神経外科は、継続的に若手の入局もあり、恵まれている方だと思いますが、もっと多くの若者に脳神経外科医局の門を叩いてもらいたいと思います。そのためにも若い世代にとってさらに魅力的な医局になることを目指していきます。

若手勤務医からのメッセージ

「新生児科医師としてやりたいこと」

小倉医療センター小児科 香月 比加留



2022年4月より国立病院機構 小倉医療センター 小児科で勤務させていただいております香月 比加留と申します。福岡市立こども病院で3年間の後期研修を受け、その後2年は大分県立病院で勤務させていただきました。現在は新生児領域を中心に診療させていただいております。ご開業されている先生方には、ご紹介させて頂くことも多く、いつも大変お世話になっております。地元である北九州市で診療を行うことができ、大変うれしく思っております。この度はこのような貴重な機会を与えていただき、誠にありがとうございます。駄文ではございますが、お付き合いいただければ幸いです。

さて、まだまだ未熟ではありますが、本年度で私も医師として9年目、新生児領域で診療始めて4年目となりました。諸先輩方にご指導していただく一方で、後輩への指導も少しずつ任される立場になってきており、いつまでも若手とは言ってられなくなってきました。

超急性期の対応は体力的にはきついですが、新生児科医として充実した日々を送っております。実際に勤務し始めて、学生時代に教わった内容とは少し異なり、比較的少ない合併症で退院する児が多いと感じております。13トリソミーや18トリソミーなどのほとんどが1歳に満たずに死亡するといわれていた疾患であっ

ても、自宅への退院が可能となってきています。新生児センターを退院していく児をお見送りする時は、いつも喜ばしい気持ちになりますが、虐待を受けてしまう児がいたり、発達の遅れや在宅でのケアの負担が多く疲弊していくご家庭があったりと、退院後にも様々な問題が発生することもある現実でした。外来では児の健康管理や成長・発達のフォローアップが主要業務ですが、家族の負担を減らす方法を考えることも大事な業務と考えています。今は経管栄養や内服薬の調整、医療デバイスの変更程度しかできておりませんが、様々なご家庭の意見に耳を傾け、より良い方法を探していきたいです。また何か具体案があるわけではありませんが、例えば訪問診療やレスパイト入院が可能な施設の拡充や整備といったような、北九州市全体でのより良いシステム作りに関われるように成長していきたいと思っています。

いずれにせよ、現時点での私では知識や経験、実力も不足しています。今後とも目の前の命に全力で向き合い、精進してまいりますので、よろしくお願いいたします。



診療所から病院の先生へ

「開業医悲喜こもごも」

牟田内科クリニック 院長 牟田 浩実



当院は亡父が昭和 39 年に福岡市博多区の上呉服町に無床診療所として開業しました。昭和 35 年に次男として生まれた私は、4 歳年上の兄と日本の高度経済成長とともに育ちました。先に医者になった兄は勤務医のアルバイト先としてクリニックを手伝っていました。同じ内科医局に入局した私は、消化器内科の専門医になるべく研修医、レジデント、大学病院と勤務医を続けました。父のクリニックもたまに手伝ってはいたものの、開業医というのは時間的な拘束が軽く、収入も良いんだろうなぐらいの考えでした。しかしながら、兄の病気による急逝で私がクリニックを引き継ぐこととなり慌てました。専門領域以外は近くの病院へ紹介し、介護のことは良く分からないので手を出さないなどと言った全くもって身勝手な考えで診療にあたっていると、このままでは私がちゃんと診療できる患者さんはこのクリニックには存在しないという事に気が付きました。また、経営についても途切れなく生じる問題を、自分一人で解決しなくてはならないというプレッ

シャーが日々増してきました。機器の故障、家賃の値上げ、従業員の確保など医療とは異なる領域の問題解決は容易ではありません。新規開業を考える際には医療コンサルよりも先に、経験のある地域の医師会長等にご相談される事をお勧めします。

開業医としてまだまだだなあと思う一方で、最近少し「かかりつけ医」という呼称に自分自身が馴染んできたようにも感じます。運動機能が低下する患者さんにご家族と相談をしながら介護サービスを導入し ACP を考える時、通院が困難になった患者さんに訪問診療を提案する時、そして最近多い近隣の病院からの逆紹介を受けた時などに、第 8 次医療計画にもかかりつけ医機能として示されている「患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保険指導を行う事」や「地域の医療機関と情報共有し協力して診療にあたる事」という要件が想起されます。今後は医療 DX によってさらに医療情報がスムーズに共有化されるようになり、新しい病診連携の形ができてくるのではないかと期待しています。

最後に一言。紹介先の先生方が何気なく患者さんに発せられた一言が、私たち紹介元の診療をスムーズにも困難にもするという事をご存じでしょうか？ 医事調停の案件の中にも紹介先の先生方の一言がきっかけとなって、ご家族からの損害賠償請求に至るケースが多数あります。ご配慮をいただけると大変助かります。

医学部卒後5年間は
会費減免申請により
医師会費が無料です!!



若手勤務医が金銭的な負担なく入会できるよう、
2023年度より医学部卒後5年間は会費が無料になるほか、
日医医賠責保険への加入、医師年金、医師資格証の発行、
融資の借入などさまざまな会員限定の支援をご利用いただけます！

ぜひ、この機会に入会のご検討を！



お知り合いの若手勤務医へ
お声かけください

入会の詳細は地区医師会へおたずねください！

	区分	会員区分	年会費	会費減免後
日本医師会	A②(B)	勤務している会員 (医師賠償責任保険を含む)	68,000円	40,000円
	31歳以上			
	A②(B)	勤務している会員 (医師賠償責任保険を含む)	39,000円	15,000円
	30歳以下			
	B	勤務している会員 (医師賠償責任保険を含まない)	28,000円	無料
福岡県医師会	A②(C)	臨床研修医 (医師賠償責任保険を含む)	21,000円	15,000円
	C	臨床研修医 (医師賠償責任保険を含まない)	6,000円	無料
	B①	31歳以上の勤務している会員	26,000円	無料
	B②	九州大学医師会会員、福岡県庁医師会会員 並びに、久留米大学、福岡大学、産業医科大学に勤務する会員、または大学から出向して福岡県内の医療機関に勤務する会員、 30歳以下の勤務している会員	8,000円	無料
	C	臨床研修医	3,000円	無料

(※日本医師会費は医師賠償責任保険料部分を除いて無料化。)

日本医師会 医師賠償責任保険

卒後5年間は日医の会費免除のため、
費用が圧倒的に低額で、
年間15,000円で加入できます!!



(※2-30歳超は掛け金が異なります)

- 納得のサポート
交渉や訴訟など、解決まで弁護士の手配等、医師ができるだけ矢面に立つことなく紛争を解決できるように、医師会が全面的に協力
- 充実の補償額
支払限度額は、1事故につき1億円、保険期間中3億円を補償(免責金額100万円)さらに、特約保険に加入すると、1事故につき3億円、保険期間中9億円を保証
- 信頼の判断
医療・法律の専門家による中立的な調査・審査機関が事案を1つ1つ調査し、中立公正な判断
- 幅広い補償とサービス
日本国内であれば、どの医療機関で診療等の医療行為を行う場合であっても補償
また、産業医・学校医等の医師活動賠償保険及び医療通訳サービスも自動付帯

日本医師会 医師年金

早い時期からの加入で
長期の複利効果を最大限に活かしましょう!!

(※加入資格：64歳6カ月未満の日本医師会会員)

- 医師のための年金制度
昭和43年に設立され、現在では5,000億円を超える運用資産を持つ
国内最大級の私的年金
公的年金とは違い、「自分の年金」を「自分で積み立てる」年金
非営利団体の日本医師会が運営する医師のための年金制度
- 超低金利時代に賢く資産形成
保険料は複利で運用。早く始めれば始めるほど高い効果が期待
事務手数料は0.25%のみで、年金事業で得られた利益はすべて加入者に還元
- ライフスタイルに合わせた保険料
毎月、12,000円を基本年金保険料として、いつでも、いくらでも、
自由に加算年金保険料(月額6,000円単位)を追加可能
人生100年時代を見据えた、一生継続給付



医師年金ホームページでシミュレーションできます!
<https://nenkin.med.or.jp/>

