

JAとりで総合医療センターにおける 医師の働き方改革

JAとりで総合医療センター
病院長 富満 弘之

JAとりで総合医療センター概要

JA茨城県厚生連6病院の1つ

414床（一般361床、回復期45床、感染8床）

茨城県県南部、千葉県北西部約50万人の基幹病院

東京への通勤圏（東京駅45分）・・・医師不足地域

入院患者数 約120,000人/年

外来患者数 約320,000人/年

2次救急指定医療施設、第一種感染症指定医療機関

救急車応需 約4,700件/年（walk-in 約17,000人/年）

手術数 約2,500件/年

常勤医数 105名（含研修医）・・・約9割がTMDU医局派遣

2024年4月から

当院は **(A) 水準の医療機関**になります。

- 時間外労働時間：
年960時間以内、月100時間以内
- 連続勤務時間制限： 28時間
- 勤務間インターバル： 9時間

因みに **(B) (C) 水準**

- 時間外労働時間： 年1860時間以内、月100時間以内
- 連続勤務時間制限： 28時間 義務
- 勤務間インターバル： 9時間 義務

働き方改革の大きな問題

- 許容労働時間と医業収益確保の問題
- 宿直問題

当院は4列（内科系、外科系、小児科、産婦人科）の当直および全科オンコール体制をとっている

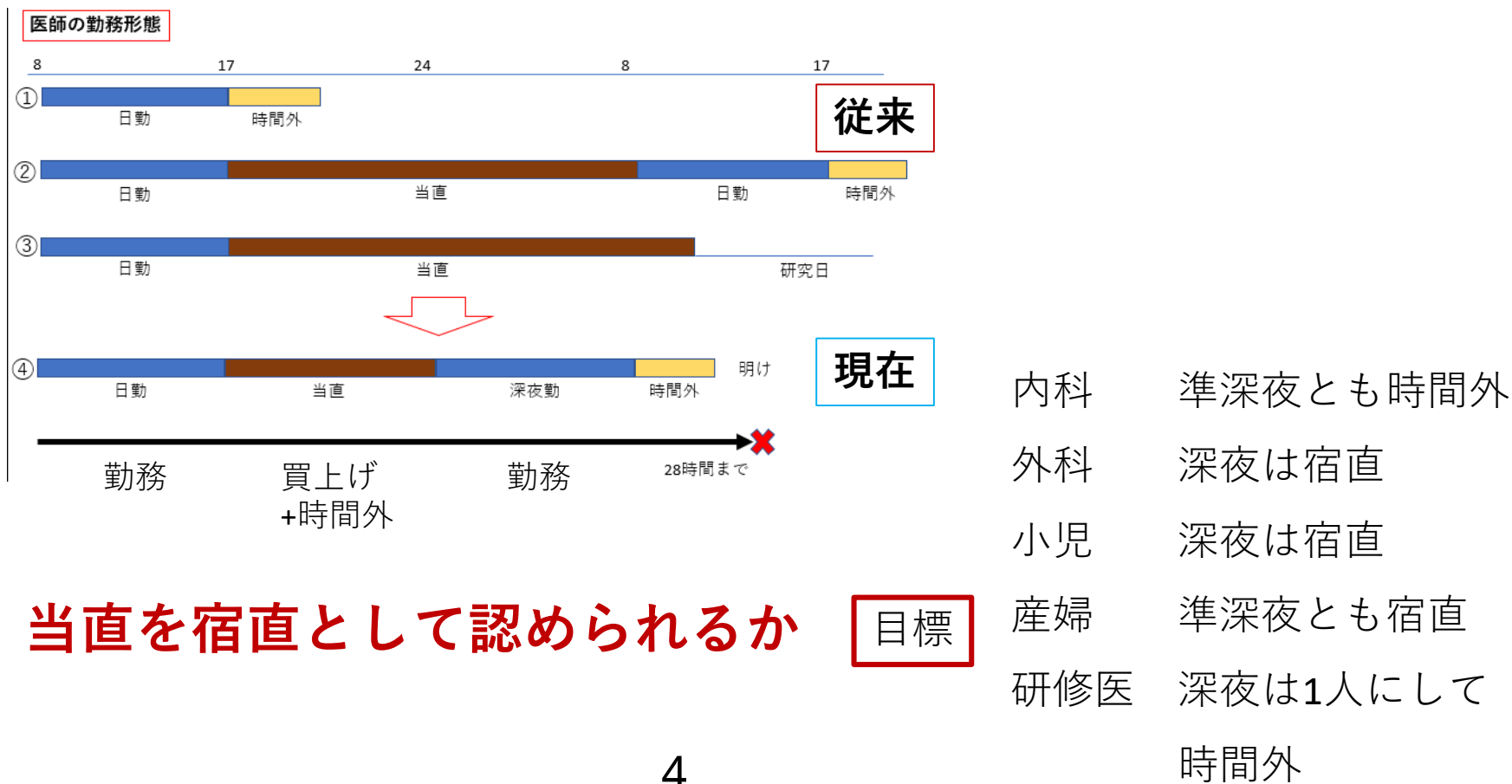
<当直可能医師>	救急患者数
内科系・・・33名	9,500人/年
外科系・・・18名	4,700人/年
小児科・・・5名	7,000人/年
産婦人科・・・6名	500人/年
研修医・・・18名	（内科系、外科系で1人ずつ当直）

小児科と産婦人科は大学から非常勤で当直医派遣協力（週1回～1.5回）

*小児科は2017年から23時以降は救急車のみ対応（～2016年 13,000人/年）

宿直問題

現在はシフトと当直手当（買上げ）で処理している。
これから宿直申請を改めて行う予定としている。



当院小児科で考える

限度とされる**週1回の当直**と**月1回の日直**が入ると、
週3～4日のウィークデイの日勤業務が出来ない
(研修にならないし、収支も悪化する)

5～6名の小児科医で毎日当直を組むことは不可能
(日勤2、準深夜7/週とすると、3～4名不足)

<対策>

当直日の数削減
深夜帯の宿直許可
非常勤当直医の採用



宿直許可が下りる？

(大学から非常勤が派遣される？)

深夜の救急車をストップ可？

(**完全な輪番制**が構築可能か)

地域で協力しない限り、₅働き方改革は達成されない

対策

保健所主導で小児救急の調整会議を行っているが、結論は得られていない。

まず、地域医療機関で協力して救急を守ることを考えなければならない。

しかし、当院のような中規模病院が大病院同様の勤務体系をとるのは無理があるため、

⇒ High Volume Center化

⇒ 夜間こども救急センター設置

(含開業医協力) など

長期的な視点から考慮しなければならない

まとめ

1. 変形労働時間制を導入してA水準を目指す
2. 当院は中規模病院で現行の当直体制は無理
(小児科、産婦人科、外科系も?)
3. 宿直認定と当地域医療機関の協力体制が鍵
4. しかし、労働基準監督署からの返事は未だない
5. **この事態を自治体も住民も認知していない**

**この地域の救急医療危機がきます。協力して
乗りきる方法を考え、実践しましょう**