

医師の働き方改革

-過酷勤務の消化器外科医の立場から-

大阪大学大学院 医学系研究科 消化器外科学
浜部 敦史

2023年6月1日 令和5年国公立大学附属病院医療安全セミナー

働き方改革とは

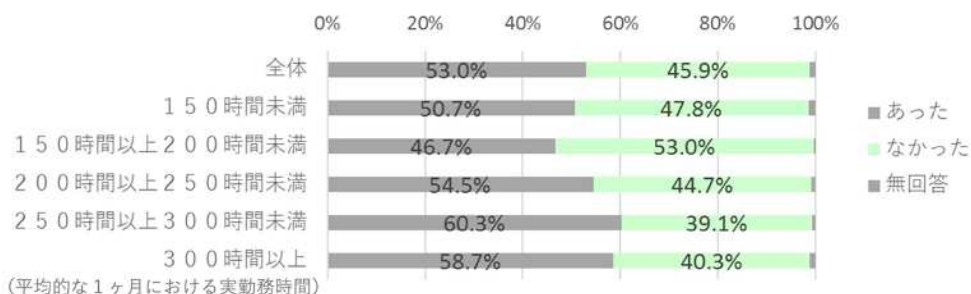
- 働き方改革の目指すもの

- 我が国は、「少子高齢化に伴う**生産年齢人口の減少**」「育児や介護との両立など、**働く方のニーズの多様化**」などの状況に直面しています。
- こうした中、投資やイノベーションによる生産性向上とともに、就業機会の拡大や**意欲・能力を存分に発揮できる環境**を作ることが重要な課題になっています。
- 「働き方改革」は、この課題の解決のため、働く方の置かれた個々の事情に応じ、**多様な働き方を選択できる社会を実現し、働く方一人ひとりがより良い将来の展望を持てるようにすることを目指しています。**

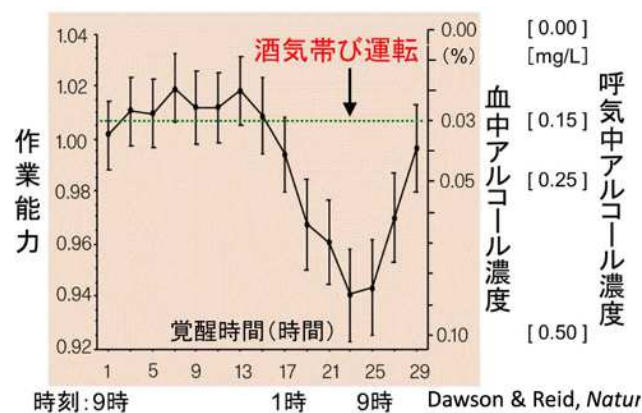
医師の働き方の意義

安全な医療の提供のためにも

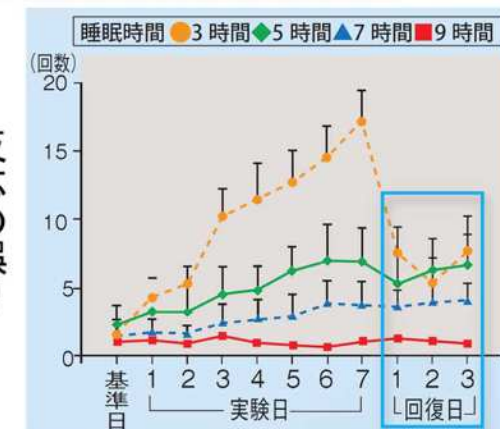
- 持続可能な医療提供体制の構築を通じ、地域医療提供の確保を。
- **医療の質と安全の確保のためにも、医師の勤務環境を改善し、休息を確保した働き方へ変わる必要がある。**
- 長時間労働は睡眠不足を招き、医療安全が脅かされる。



(出典)平成29年度厚生 労働省・文部科学省委託 「過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の 調査研究事業報告書(医療 に関する調査)」



Dawson & Reid. Nature. 1997



Belenky. J Sleep Res. 2003

厚生労働省ホームページより <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000516867.pdf>

医師の働き方の意義

安全な医療の提供のためにも

Table 6. Duration of Sleep Time Opportunity and Extended Work Shift and Complications

No. of Hours	No. of Procedures With Complications/ Total No. of Procedures (%)	Adjusted OR (95% CI) ^a	P Value
Duration of sleep opportunity ^b			
0-6 Operating room	62/728 (8.5)	2.70 (1.13-6.48)	.03
>6 Operating room	6/191 (3.1)		
0-6 L/D	20/589 (3.4)	0.96 (0.47-1.95)	.91
>6 L/D	13/368 (3.5)		
0-6 All	82/1317 (6.2)	1.72 (1.02-2.89)	.04
>6 All	19/559 (3.4)		
Duration of extended work shift ^c			
0-12 Operating room	24/398 (6)	1.35 (0.78-2.38)	.27
>12 Operating room	44/521 (8.5)		
0-12 L/D	15/520 (2.9)	1.45 (0.72-2.94)	.30
>12 L/D	18/437 (4.1)		
0-12 All	39/918 (4.3)	1.47 (0.96-2.27)	.08
>12 All	62/958 (6.5)		

Abbreviations: CI, confidence interval; L/D, labor/delivery; OR, odds ratio.

^aOdds ratios are adjusted for patient age, comorbidities, and sex.

^bDuration of sleep opportunity is calculated as the interval of hours between end of last overnight procedure and start of first morning procedure.

^cDuration of extended work shift is calculated as the interval of hours between start of first overnight procedure and end of each daytime procedure. For multiple or consecutive daytime procedures on the same day following an overnight procedure, each daytime procedure is associated with a unique and increasingly longer work duration.

深夜手術執刀後同日の手術、
医師の睡眠時間が
6時間以下の場合の
合併症リスクが1.7倍

医師の働き方の意義

医師本人にとっても

- 医師にしかできない業務に集中することで、やりがいの向上へ
- 自分で自由に差配できる時間(自己投資時間)を増やすことで、家族時間の確保/研鑽時間の充実/研究
- 時間の確保等自らのキャリア志向に沿った行動を可能に。



医師の働き方改革

「働き方改革」 医師の働き方を考える



ストップ!
過労死

東京過労死を考える家族の会
中原 のり子



ストップ!
過労死

朝日新聞
平成22年7月9日
(最高裁
損害賠償訴訟)



医師の過労死による労災申請1

1. 整形外科医、急性心臓死(63年)→公務上認定(70年)
2. 院長代行(60代)急性心不全(87年)→公務上認定(92年)
3. 20歳代外科医、急性心不全(90年)→公務上認定(97年)
4. 外科医(29歳)過労自殺(92年)→労災認定(05年)
5. 産婦人科医(35歳)急性心筋梗塞(96年)→労災認定(99年)
6. 神経内科医(40歳代)大動脈解離(96年)→公務上認定(05年)
7. 麻酔医(30代)急性心不全(96年)→損害勝訴(07年)、公務災害審査請求中
8. 小児科女性勤務医(43歳)くも膜下出血(97年)→労災認定(99年)
9. 関西医大研修医(26歳)急性心筋梗塞(98年)→労災認定(02年)、労働者として最低賃金の保障(05年)
10. 整形外科医(40代)急性心筋梗塞(98年)→労災認定(03年)
11. 内科医(40代)過労自殺(98年)→労災認定
12. 内科医師(53歳)過労自殺(99年)→公務災害認定(04年)
13. 中原家のケース 2007.11.14 過労死弁護団全国連絡会議集約分・他
14. 研修医(20代)過労自殺(00年)→労災認定(04年)
15. 内科医(40代)くも膜下出血(00年)→公務災害認定(06年)
16. 嘱託医(30代)心肺停止(01年)→公務災害認定(03年)
17. 内科勤務医(43歳)突然死(01年)→公務災害認定
18. 小児科勤務医(31歳)過労死(03年)→労災認定(07年)
19. 外科医(40代)急性心筋梗塞(04年)→労災認定(06年)
20. 研修医(20代)心室細動(04年)→公務災害認定(06年)
21. 離島診療所歯科医師(51歳)過労死(04年)→公務災害申請中
22. 奈良の内科勤務医(26歳)過労死(04年)→労災申請中
23. 麻酔科女医(20代)過労自殺→労災認定
24. 産婦人科医(40代)脳出血(生存)(06年)→労災認定(07年)
25. 女性研修医(20代)過労自殺→労災認定(07年)

働き方改革とは

- 「働き方改革」の実現に向けた厚生労働省の取組み

- **長時間労働の是正**

- 雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保

- **柔軟な働き方がしやすい環境整備**

- **ダイバーシティの推進**

- **賃金引き上げ、労働生産性向上**

- 再就職支援、人材育成

- ハラスメント防止対策

...



医師の働き方改革

- 2019年度から働き方改革関連法が施行され、ほぼ全ての業種を対象に、原則月45時間・年360時間（を限度とした時間外労働の上限規制が導入。
- しかし、“医師”は働き方改革関連法の適用が猶予される業種として指定。
- **5年間の猶予期間**が設けられ、**2024年度**から上限規制が適用されることになった。



医師の働き方改革

- 日本の医療の質を支えてきたのは
 - 長時間労働を厭わない医師の献身的な働き方
(生命を大義名分とした自己犠牲精神)
 - 応召義務に対するの責任感

応召義務：医師法19条1項には、「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」

- 医師の学術的好奇心、功名心。学術的発信に対するプレッシャー。

医師の働き方改革 -原則-

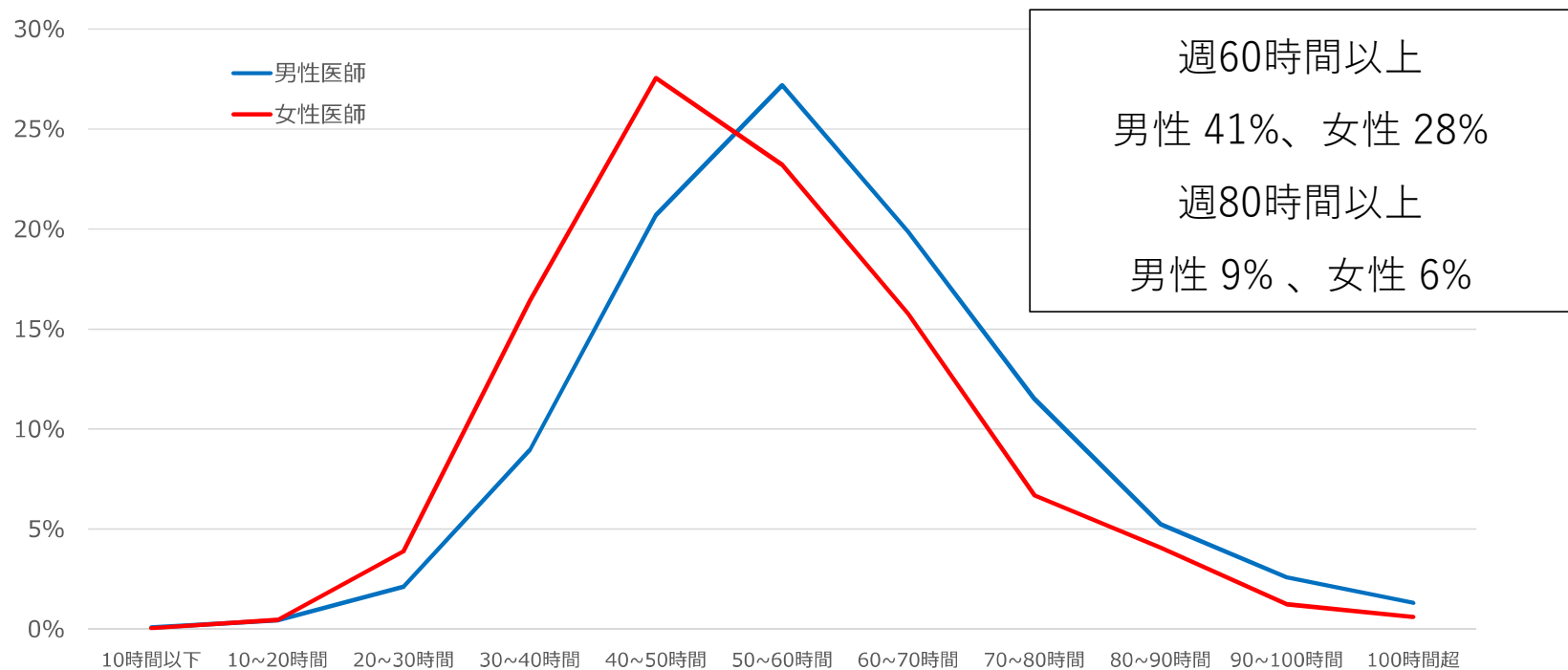
- 一般側: 月45時間、年360時間

(特別な事情があって労使が合意する場合でも月100時間、年720時間)

* この原則は医師も同様

医師の働き方改革

週あたり勤務時間：平均 57時間35分（男性）/52時間16分（女性）

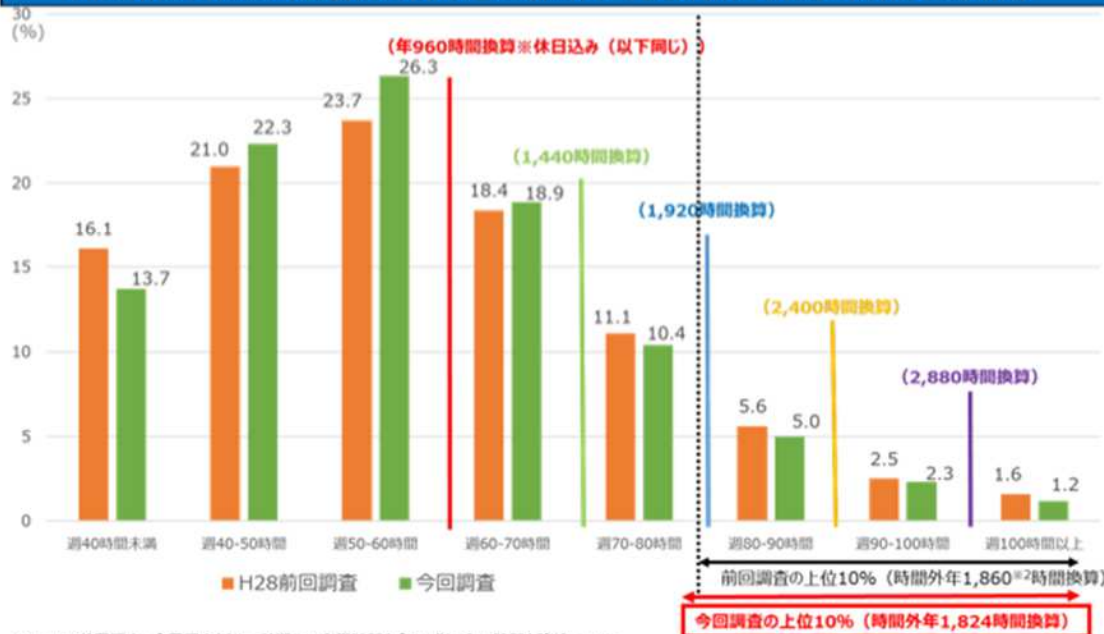


病院勤務医の勤務実態調査

病院勤務医の勤務実態調査

医師の勤務実態調査結果を踏まえ、上限時間数の設定は段階的に行うこととされた（2024年4月までには、まず上位1割の時短を確実に進め、全ての医師の時間外・休日労働を年1860時間以下とする。また、一般労働者超の労働が許容される場合（時間外・休日労働が年960時間超となる場合）を限定する）。

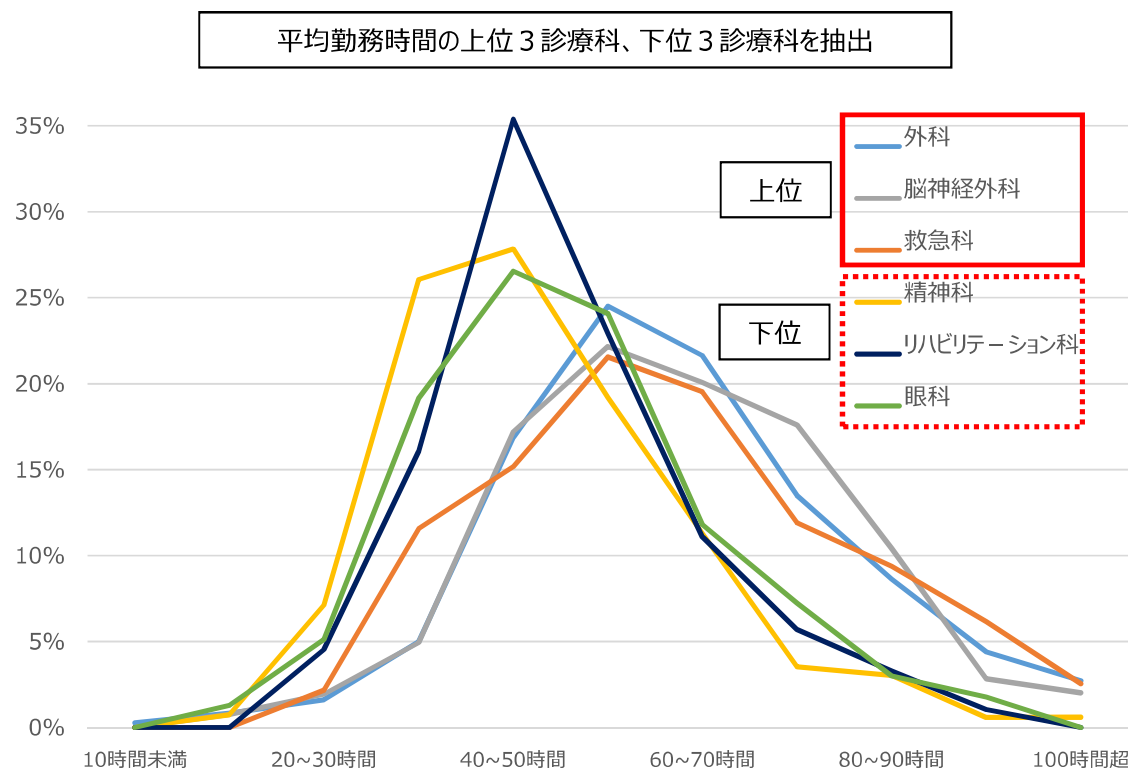
病院常勤勤務医の週労働時間の区分別割合（令和元年 医師の勤務実態調査）



- ※1 H28前回調査、今回調査ともに、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している
- ※2 前回調査ではグラフにおける分布の上位10%は年1,904時間であったが、雇用管理の便宜上、12月で割の切れるきりのよい近似値として1,860時間としている
- ※3 今回調査では宿日直許可を取得していることがわかっていない医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っていることに留意が必要
- ※4 週労働時間の区分別割合は、小数点第2位で四捨五入している

医師の働き方 - 診療科間の違い -

週当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科	56時間13分
外科	61時間54分
小児科	54時間15分
産婦人科	58時間47分
精神科	47時間50分
皮膚科	53時間51分
眼科	50時間28分
耳鼻咽喉科	55時間02分
泌尿器科	56時間59分
整形外科	58時間50分
脳神経外科	61時間52分
形成外科	54時間29分
救急科	60時間57分
麻酔科	54時間06分
放射線科	52時間54分
リハビリテーション科	50時間24分
病理診断科	52時間49分
臨床検査科	46時間10分
総合診療科	57時間15分
臨床研修医	57時間26分
全診療科平均	56時間22分



※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

医師の働き方改革 -原則-

- 一般側: 月45時間、年360時間

(特別な事情があって労使が合意する場合でも月100時間、年720時間)

* この原則は医師も同様



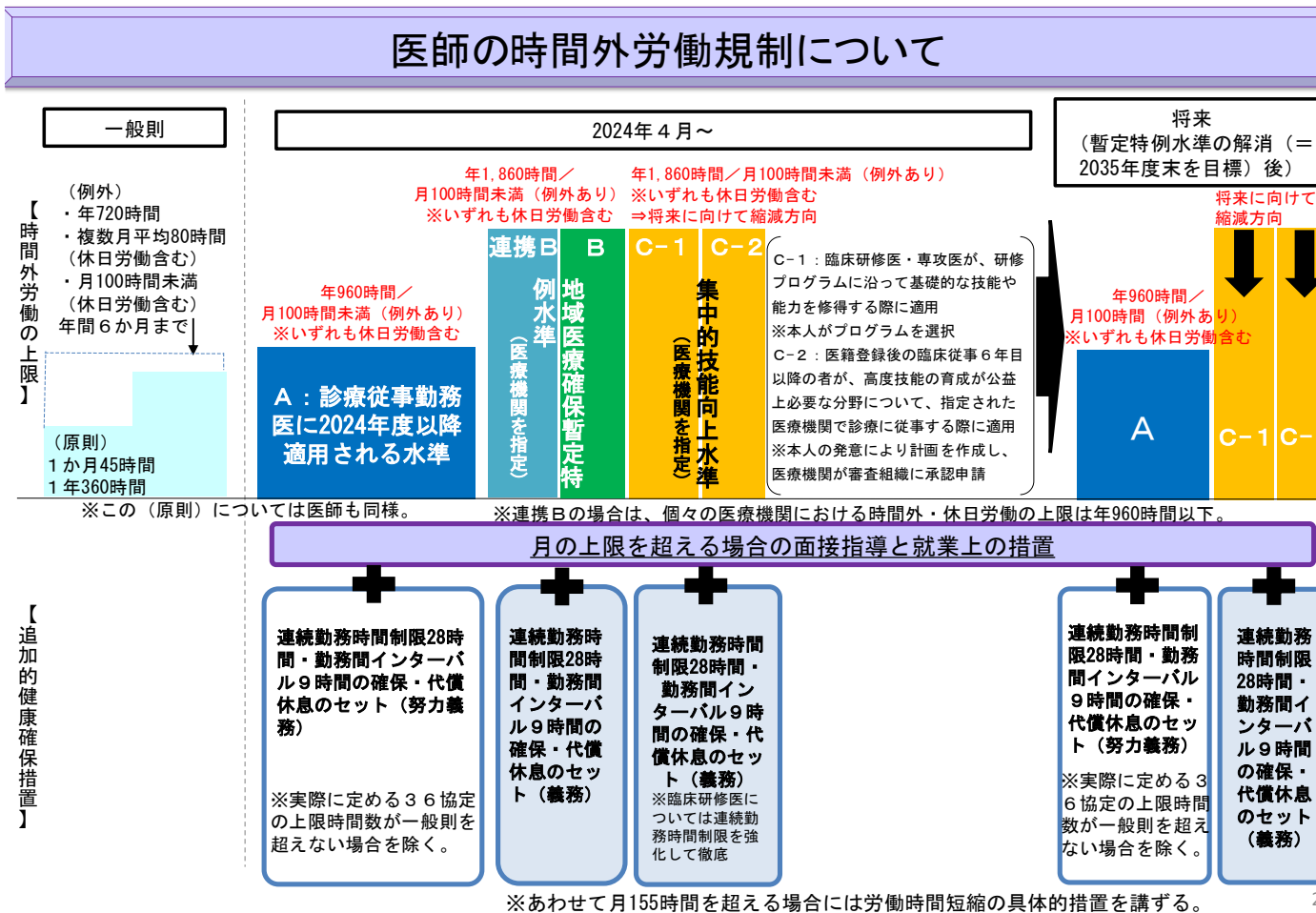
医師の勤務実態調査結果を踏まえ段階的な上限時間数を設定

A水準

B水準

C水準

医師の時間外労働上限規制



【追加的健康確保措置】

A水準

全ての勤務医に対して、原則的に適応される

月100時間未満、年間960時間未満

A水準の働き方のイメージは、毎日1時間程度の時間外労働（早出か残業）で帰宅し、当直は週1回（当直翌日は昼まで）、月2回は週休2日（概ね4週6休）を取得するといったペースの働き方。

<https://epilogi.dr-10.com/articles/4936/>

A水準

以下の医師に、すぐA水準を当てはめることは極めて困難

- 救急医療、高度な専門治療（癌治療）などで地域において重要な役割を果たす医療機関の医師
- 技能や能力を修得する臨床研修医・専攻医（卒後5年目以内）、短期間に多くの症例を集中的に経験して高度技能の獲得を目指す中堅医師（卒後6年目以降）

何らかの理由があって時間外・休日労働の時間が年**960時間**
を超えてしまうような場合に適用される水準



B水準
C水準

B水準

救急医療や
高度な癌治療など

地域医療の確保のため、
自院内で長時間労働が必要な場合に適用される。

連携B水準

地域医療の確保のため、
本務以外の副業・兼業として派遣される際に適用される

時間外・休日労働時間の上限：

年間 **1,860** 時間

C-1水準

臨床研修医/専攻医の研修のため
に長時間労働が必要な場合に
適用される

C-2水準

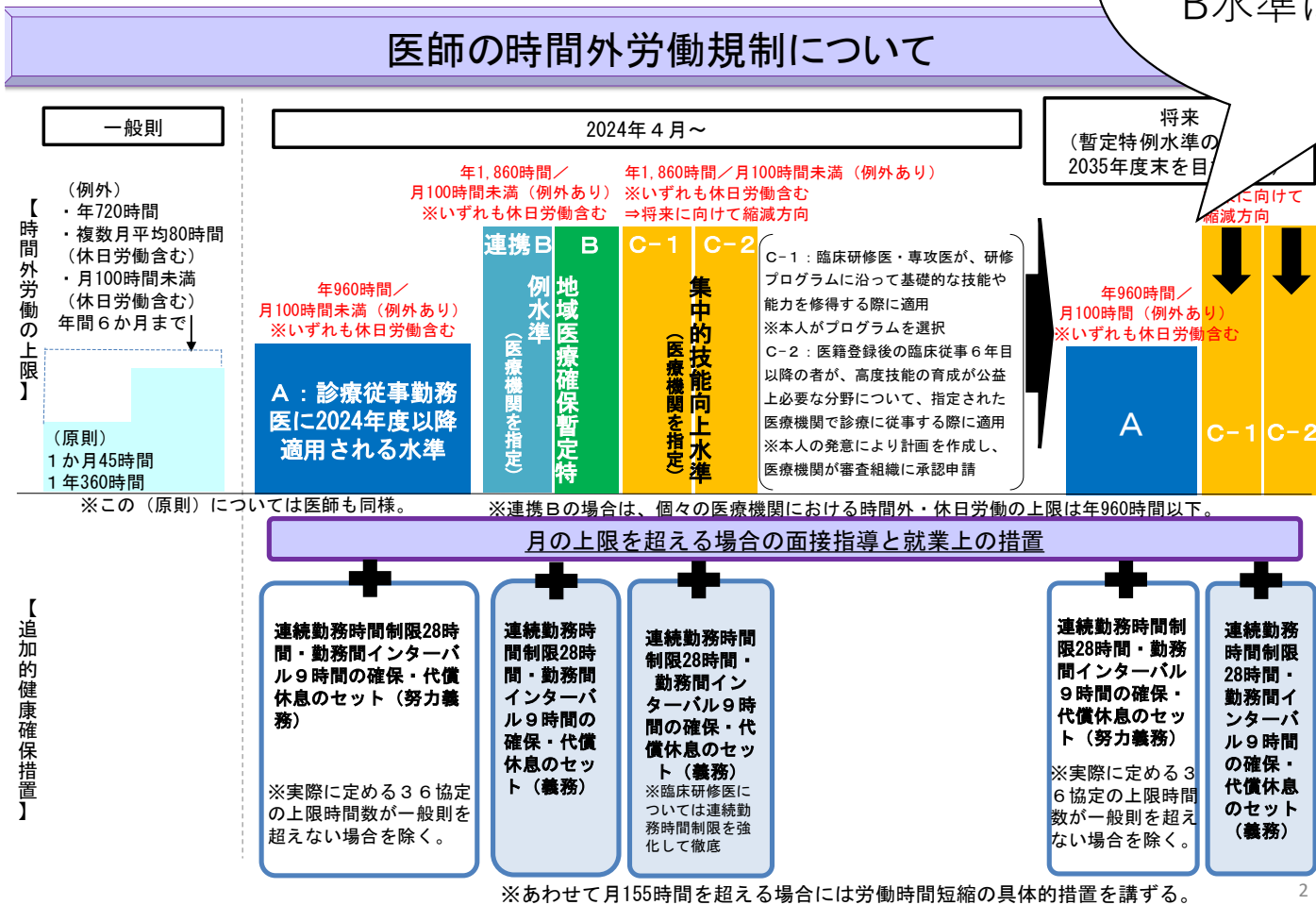
専攻医を卒業した医師の
技能研修のために
長時間労働が必要な場合に適用される

時間外・休日労働時間の上限：

年間 **1,860** 時間

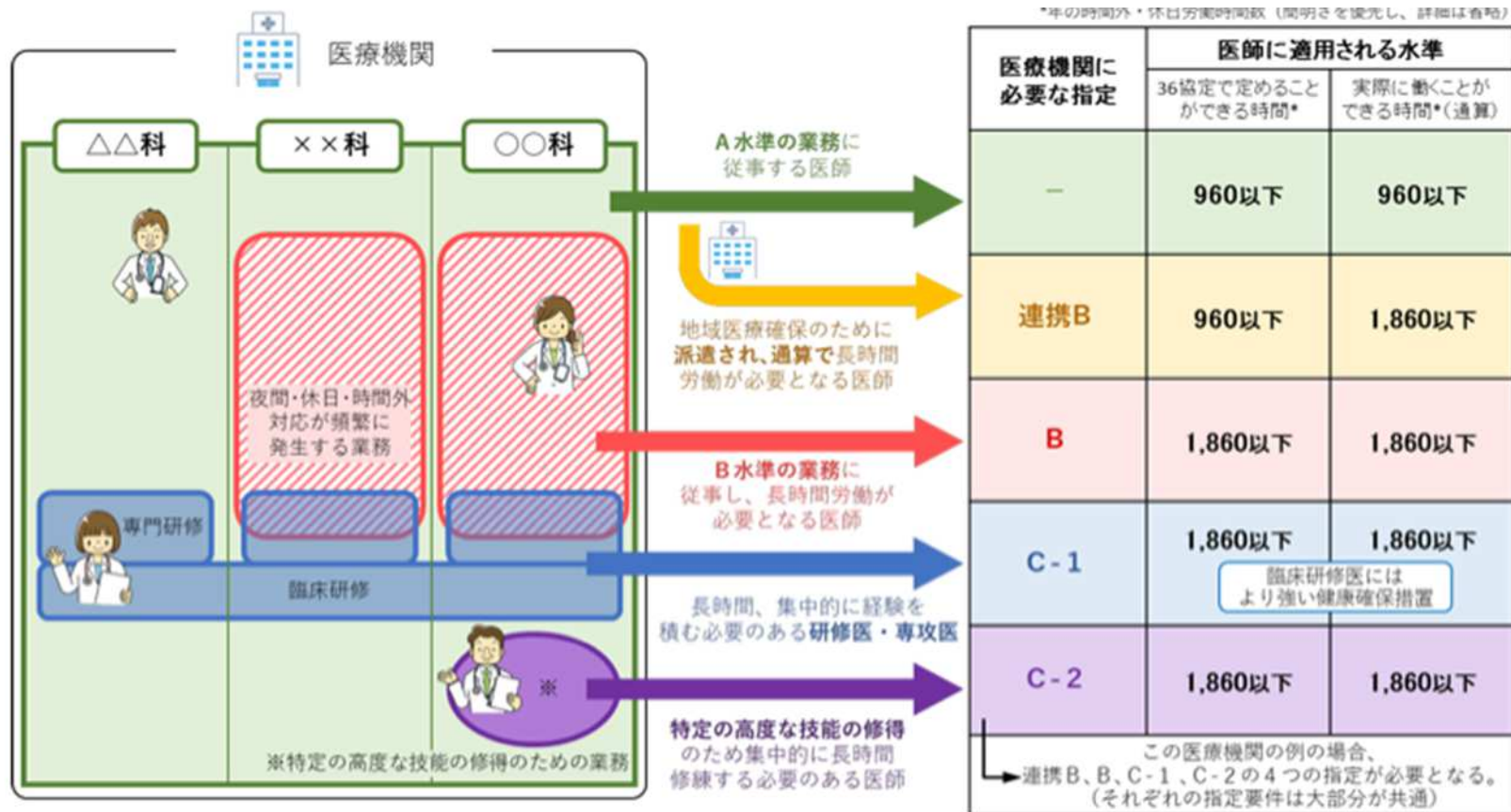
医師の時間外労働上限規制

将来的に連携B水準、
B水準は削減される予定



【追加的健康確保措置】

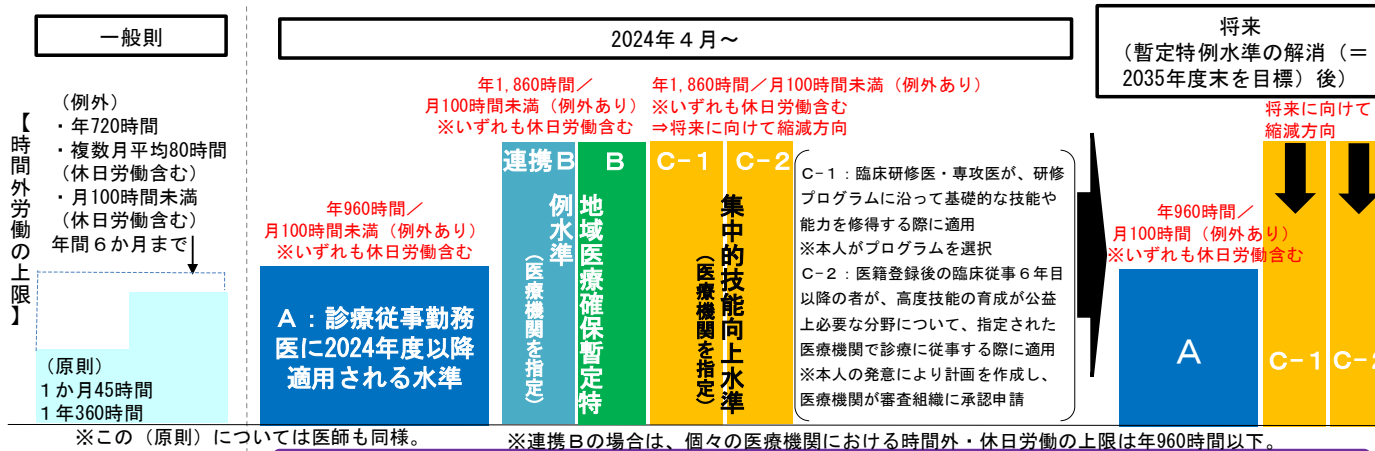
病院の中でも医師ごとに適用される水準は異なる



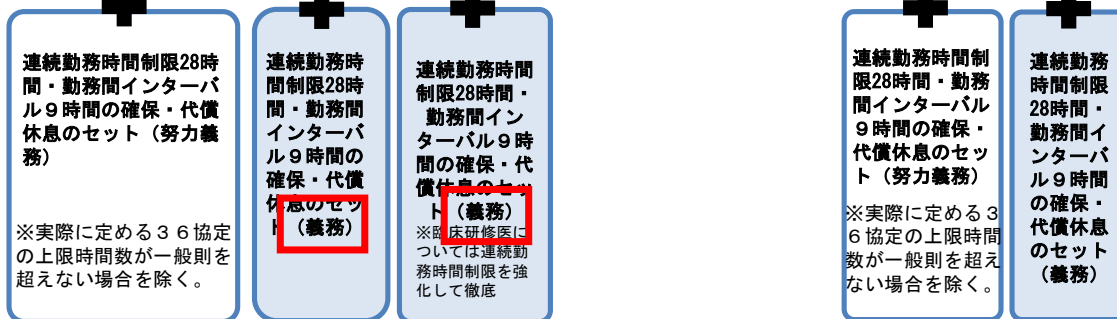
厚生労働省ホームページ「厚生労働省担当官による医師の働き方改革に関する行政説明」より

追加的健康確保措置

医師の時間外労働規制について



月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置



※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

B水準とC水準の上限である年1,600時間は、

一般則年360時間の5倍に相当。

そのため、月の上限である100時間を超える場合は、

産業医等による面接指導

と就業上の措置(就業中止など)に加え、

連続勤務時間制限28時間や勤務間

インターバル9時間の確保などの追加

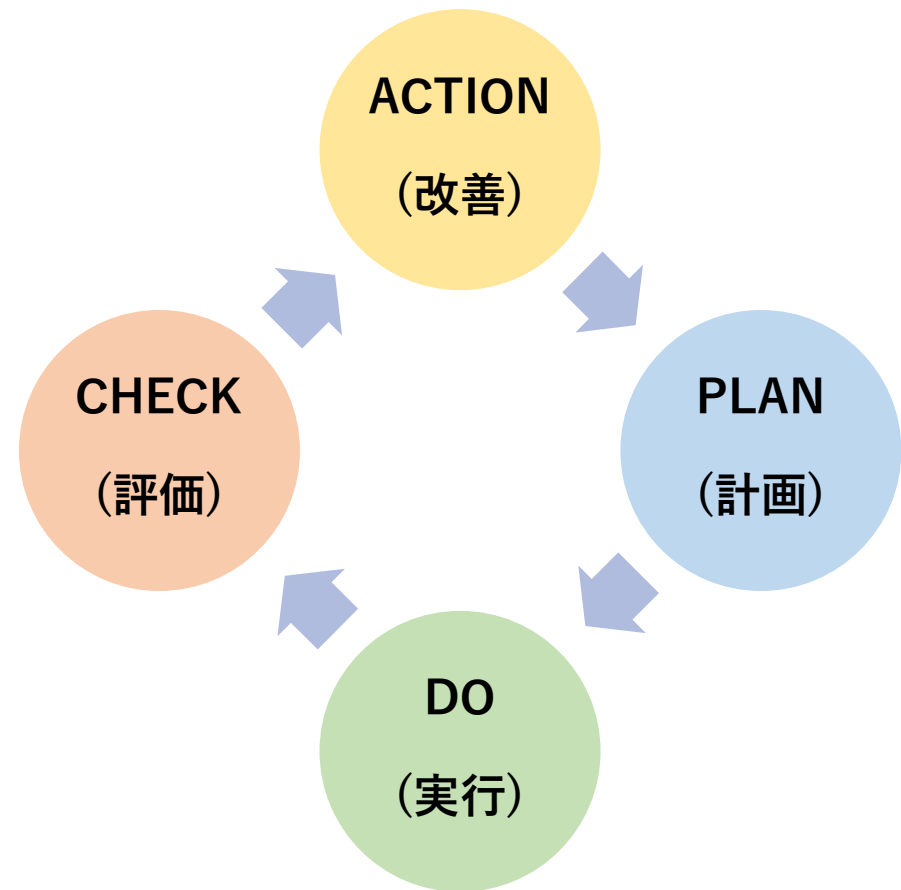
的健康確保措置が**義務**となっている。

【時間外労働の上限】

【追加的健康確保措置】

B水準、C水準のためのPDCAサイクル

- 改正医療法では、勤務医が長時間労働となる医療機関に対して、医師労働時間短縮計画 (**時短計画**)の作成と**PDCAサイクル**による改善を努力義務（2024年4月以降は義務）
- 都道府県からB水準、C水準の指定を受けるためには、計画について**医療機関勤務環境評価センター**による**第三者評価が必要**



Short summary

- 2024年4月から長時間労働が常態化していた医師にも、働き方改革が必須となる。
- 医師が置かれる個々の状況の仕事量を考慮し、いくつかの水準が設定された。
- 継続的な時短計画の実行、追加的健康確保措置が義務となる。

医師の働き方改革に関する好事例

- ① 労務管理の方法
 - ② 他職種とのタスクシフト/シェア
 - ③ 医師間の業務整理及びタスクシフト/シェア
 - ④ 地域連携・他職種連携
 - ⑤ 病棟マネジメント・業務マネジメント
 - ⑥ 子育て環境の整備
 - ⑦ ICT活用
- などなど



いきサポホームページ

労務管理の方法 -変形労働時間制-

黒字；元々予定されていた業務 赤字；元々予定されていなかった業務

■；あらかじめ定められた労働時間 □；時間外労働

従来の労働時間



予定されている外来や手術にあわせた

変形労働時間制の適用



時間外労働；28時間



※ 1年単位の变形労働時間制を採用した場合には、1日の労働時間の限度は10時間、1週間の労働時間の限度は52時間、1年間の労働日数の限度は280日となる

時間外労働；8時間

業務の繁閑に応じ労働時間を配分することを認める制度。

手術予定等に応じてあらかじめ所定労働時間を変動させて

おくことで柔軟な勤務体制を運用するもの。

厚生労働省ホームページ「医師の働き方改革に関する好事例」より

他職種とのタスクシフト/シェア

- ① 医師事務作業補助者の配置
- ② 看護補助者の配置
- ③ 特定行為研修修了看護師の配置
- ④ 院内薬剤師の配置
- ⑤ その他、他職種へのタスク・シフト

他職種とのタスクシフト/シェア

- 特定看護師（ナースプラクティショナー）



特定行為

21区分38行為

呼吸器に関連するもの、栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテルの抜去）、創部ドレーンの抜去 etc

メリット

医師：業務軽減

看護師：迅速な対応が可能となり、医療者としての満足度向上

他職種とのタスクシフト/シェア

・臨床工学士 (CE)の業務拡大

①手術室又は集中治療室で生命維持管理装置を用いてはシリンジポンプの接続、薬剤を投与するための当並びに当該薬剤の投与が終了した後の抜針及び止血

※輸液ポンプ又はシリンジポンプを静脈路に接続「静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続

②生命維持管理装置を用いて行う心臓又は血管に係を負荷するための装置の操作

③手術室で生命維持管理装置を用いて行う鏡視下手術における体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラの保持及び手術野に対する視野を確保するための当該内視鏡用ビデオカメラの操作



スコピスト

メリット

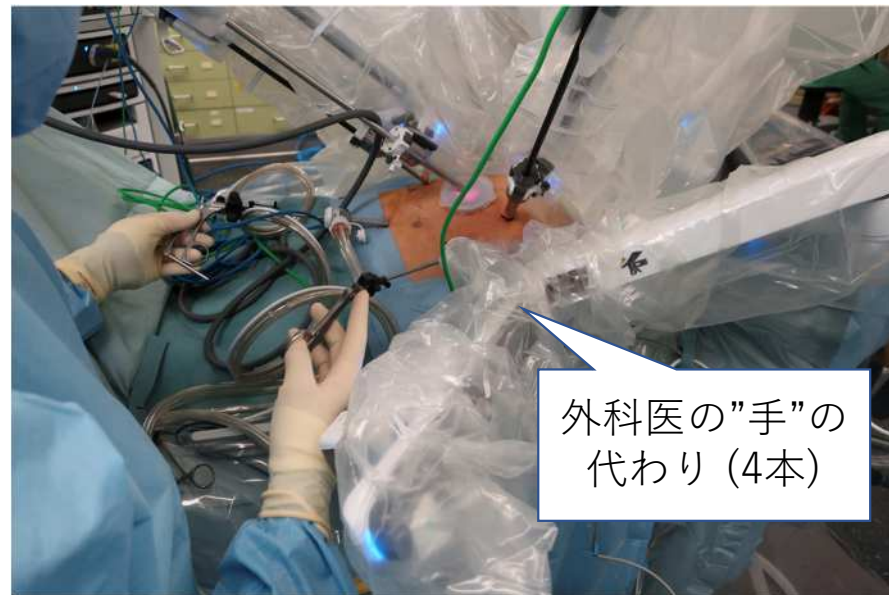
医師：業務軽減

CE：患者に近い位置で手術参加することを喜ぶCEもいる

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律 (令和3年法律第49号)

他職種(?)とのタスクシフト/シェア

- ロボット手術



外科医の"手"の
代わり (4本)

他職種とのタスクシフト/シェア

- ① 医師事務作業補助者の配置
- ② 看護補助者の配置
- ③ 特定行為研修修了看護師の配置
- ④ 院内薬剤師の配置
- ⑤ その他、他職種へのタスク・シフト

“皺寄せ?”との批判も

医師間の業務整理

① 宿日直体制の見直し

② チーム制の導入

③ 手術管理



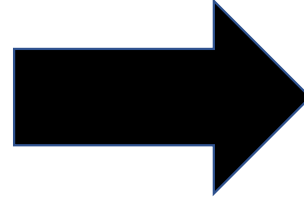
医師間の業務整理

従来：主治医制

<問題点>

- ・ 非効率的業務
- ・ 患者の数、状態による波がある
(負担が均てん化しない)

チーム制の導入



- ・ 回診・処置は効率的に
- ・ 患者の状態変化時はオンコールが対応



医師間の業務整理

チーム制導入のために大切なこと

認識(問題点、対応)を共有すること

医療安全

信頼関係構築

- カルテ記事の共通化
- 朝ミーティング 8:30～電子カルテ前立話

チーム制の問題点

本当にチームで患者さんを見ているか、一部の医師に負担が多くかかっていないか

寸暇を惜しんで研鑽を積みたい医師にとって足枷にならないか

8. カルテ記事 入院については10月24日から運用、外来は段階的に、できるだけ迅速に

外来記事に記載する情報についての必要項目を決め、共通の形式でカルテ記事を書ききちんと残すことができるようにする。

フォーマットは別ファイルとして共有フォルダーに保存しますので、活用してください。

患者さんの状況に合わせてフォーマットを modify することは OK。

最初に記載することは多少の手間がかかりますが、その後のフォローでは、記載を付け加えていだけなので total に考えると非常に楽 (記憶に頼ったり、いちいちサマリーを開いたりする必要がない)、および、何らかの事情で他医師が診療する際の煩雑な手間を解消し、かつリスクマネジメントのうえで重要なポイントだと思います。大腸カンファレンス時に、皆で過去の紹介状を繰る、過去の経緯の CT を探すなどの不要な手間も解消できます。

治療方針に関する説明 (手術説明、化学療法、治療方針など) は全て記事に残すこと (上記同様リスクマネジメントと、他医師・コメディカルが診療する際に重要) を徹底する。

早朝に回診を済ませて日中に手術を見て勉強したい！

医師の働き方改革まとめ

現状

【医師の長時間労働】 病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働
特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】 36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】 患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿 労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

+

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

↓

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

- 医療施設の**最適配置の推進**
(地域医療構想・外来機能の明確化)
- 地域間・診療科間の**医師偏在の是正**
- 国民の理解と協力に基づく**適切な受診の推進**

医療機関内での医師の働き方改革の推進

- 適切な**労務管理の推進**
- タスクシフト/シェアの推進**
(業務範囲の拡大・明確化)

→ **一部、法改正で対応**

<行政による支援>

- 医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- 経営層の意識改革(講習会等)
- 医師への周知啓発等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4～) 法改正で対応

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務
連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務
B (救急医療等)			
C-1 (臨床・専門研修)			
C-2 (高度技能の修得研修)	1,860時間		

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成
↓
評価センターが評価
↓
都道府県知事が指定
↓
医療機関が計画に基づく取組を実施

医師の健康確保

- 面接指導**
健康状態を医師がチェック
- 休息時間の確保**
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制(または代償休息)

これって労働時間??



学会発表



論文執筆



手術トレーニング

医師の労働時間にかかる論点 -研鑽-

研鑽が労働時間に該当するかどうかについては
「使用者の指揮命令下に置かれているかどうか」により判断する

個々の医師が行う研鑽が労働であるか否かについては、当該医師の経験、業務、当該医療機関が当該医師に求める医療提供の水準等を踏まえて、現場における判断としては、当該医師の上司がどの範囲を現在の業務上必須と考え指示を行うかによらざるを得ない。

※所定労働時間内において勤務場所で研鑽を行う場合は、当然に労働時間となる。



厚生労働省ホームページ「厚生労働省担当官による医師の働き方改革に関する行政説明」より

医師の労働時間にかかる論点 - 研鑽 -

【取組事例】 労働時間該当性の取扱いの明確化

- 自己研鑽など労働時間に該当するものとし、院内で周知

労働時間に該当するもの		労働時間に該当しないもの	
A 診療に関するもの		A 休憩・休息	
1	病棟回診	1	食事
2	予定手術の延長、緊急手術	2	睡眠
3	チャーターング	3	外出
4	サマリー作成	4	インターネットの閲覧
5	外来の準備	B 自己研鑽	
6	オーダーチェック	1	自己学習
7	診療上必要不可欠な情報収集	2	症例見学
B 会議・打合せ		3	参加任意の勉強会・カンファレンス
1	必須出席者である会議・委員会	C 研究・講演その他	
2	参加必須の勉強会・カンファレンス	1	上長の命令に基づかない学会発表の準備
C 研究・講演その他		2	上長の命令に基づかない外部講演等の準備
1	上長の命令に基づく学会発表の準備	3	上長の命令に基づかない研究活動・論文執筆
2	上長の命令に基づく外部講演等の準備		
3	上長の命令に基づく研究活動・論文執筆		

厚生労働省ホームページ「厚生労働省担当官による医師の働き方改革に関する行政説明」より

消化器外科領域での働き方改革の実現可能性



医師数の変化

医学部入学低位の増加とともに医師数は増加傾向である。

図 2.1.1 医師養成数等の推移

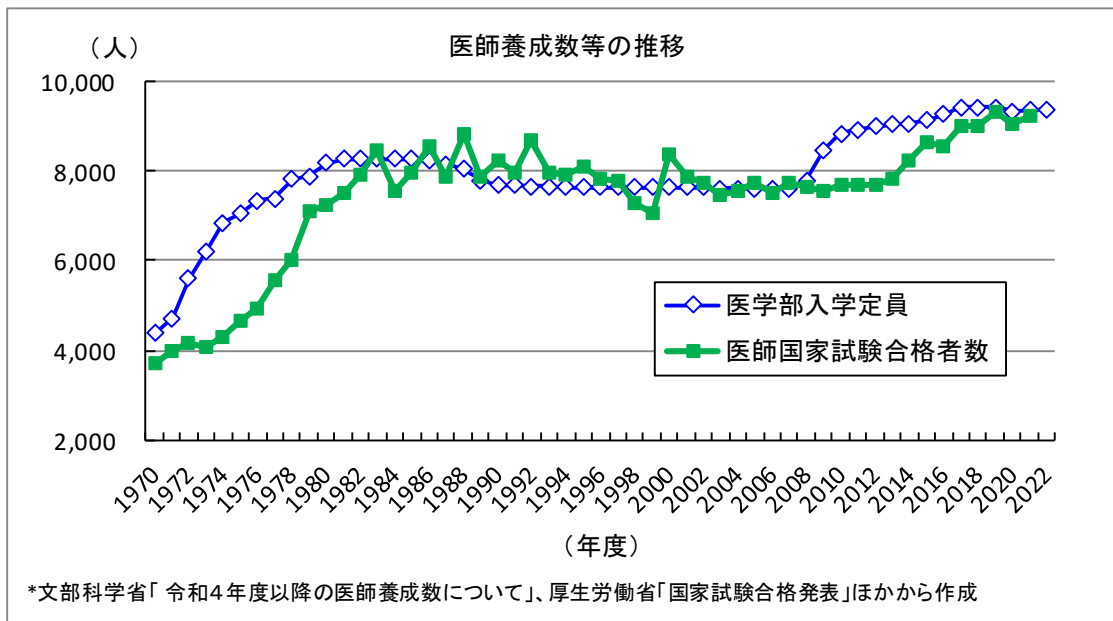
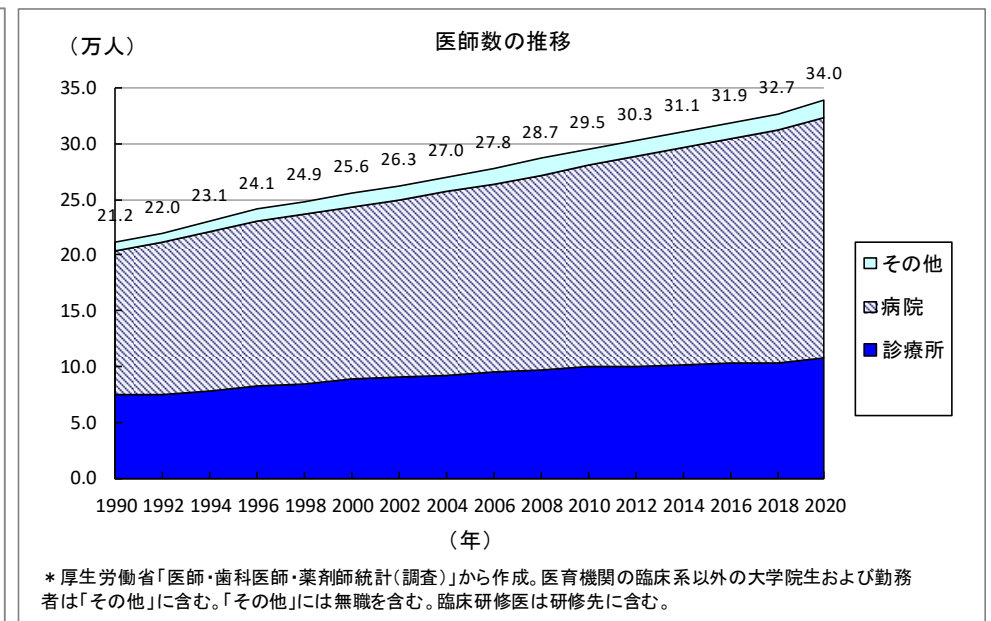


図 2.2.1 医師数の推移



日医総研リサーチ・レポート No.126 より

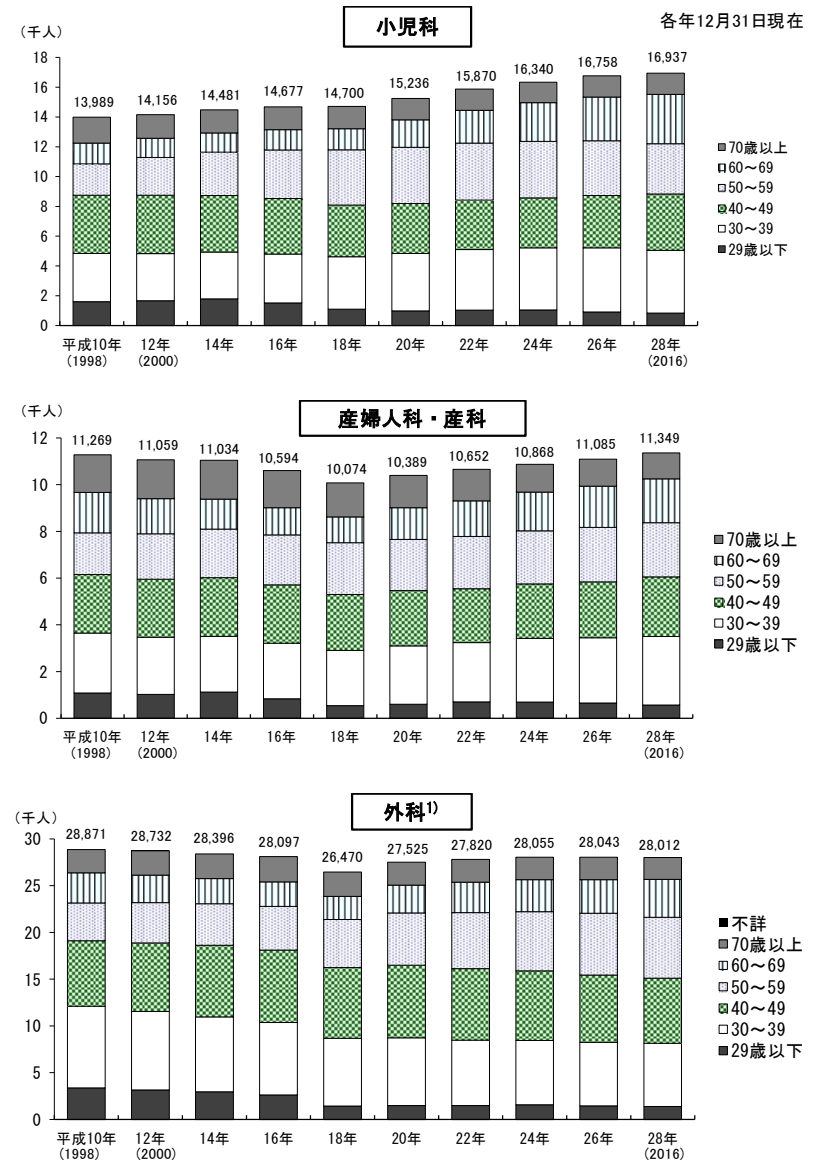
医師数の増加によって、どの分野の医師数が変化したか

医師数の変化

医師数は増加しているにもかかわらず、
外科医の数は減っている

厚生労働省ホームページ
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/16/dl/kekka_1.pdfより

図4 主たる診療科別医師数の年次推移

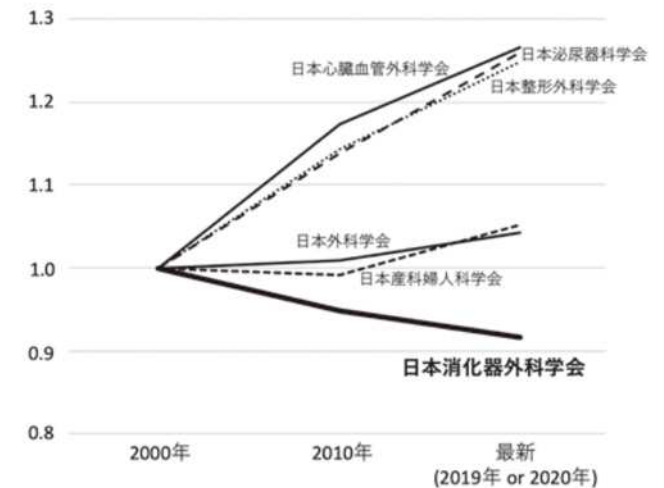


医師数の変化

特に消化器外科医の減少は顕著



日本消化器外科学会ホームページ
https://www.jsjgs.or.jp/uploads/files/senmon/pamphlet_newsenmon190613.pdf より



注：2000年の会員数を1.0としてその比率を縦軸とした
Fig. 1 各外科系学会の会員数の過去20年間の推移

藤井努. 日本外科系連合学会誌.
2020年 45巻 2号

医師は増えても負担の大きい診療科には入っていない。しんどい消化器外科はずっとしんどいまま？

外科医の伸び悩みと働き方改革は表裏一体の課題

- 2018年に新専門医制度が開始されて以来、外科専攻医採用者数はわずかながら増加していましたが、しかし2022年の採用者数は852人と2021年の904人より52人減少しました。専攻医全体に対する割合も9.8%から9.0%に低下し、2020年の9.1%を下回る数字です。若手外科医の確保は、外科医療を遅滞・衰退させないために、最も重要な課題と言っても過言ではありません。これまでの種々のアンケート結果から、外科希望者の減少理由として、外科医は専門医資格を取得するのに時間がかかり生涯労働期間が短い事、勤務時間が長い事（ワークライフバランスが十分に考慮されていない事）、給与が勤務量に見合っていない事、医療訴訟のリスクが高い事、女性医師への配慮が乏しい事などが挙げられています。そこで本学会ではこれらの課題の解決に向けて積極的に取り組んできました。（後略）

疾病構造の変化

図6 主な死因別にみた死亡率(人口10万対)の年次推移

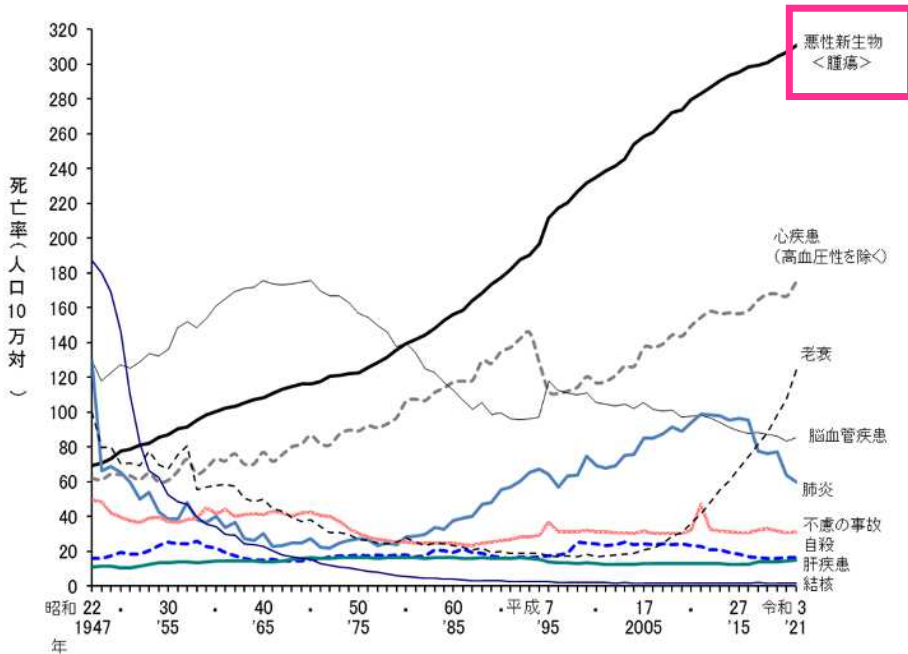
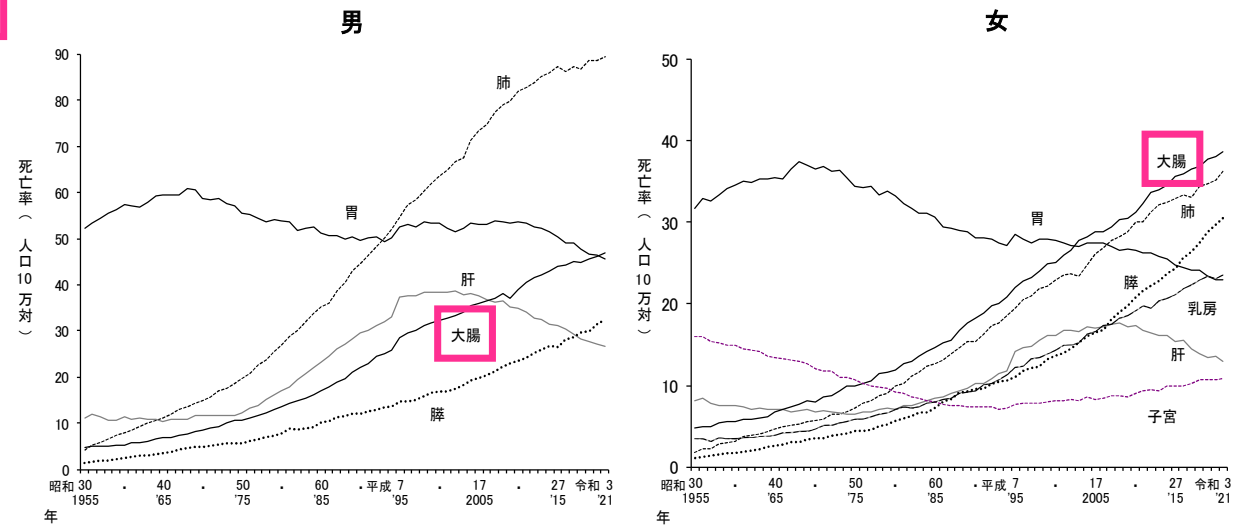


図8 悪性新生物<腫瘍>の主な部位別にみた死亡率(人口10万対)の年次推移



注：1) 大腸の悪性新生物<腫瘍>は、結腸の悪性新生物<腫瘍>と直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>を示す。ただし、昭和42年までは直腸肛門部の悪性新生物を含む。
2) 平成6年以前の子宮の悪性新生物<腫瘍>は、胎盤を含む。

厚生労働省令和3年(2021)人口動態統計月報年計(概数)の概況より

治療内容の複雑化

例：進行直腸癌

以前は… **治療=手術**

今は… **放射線療法、化学療法→手術**

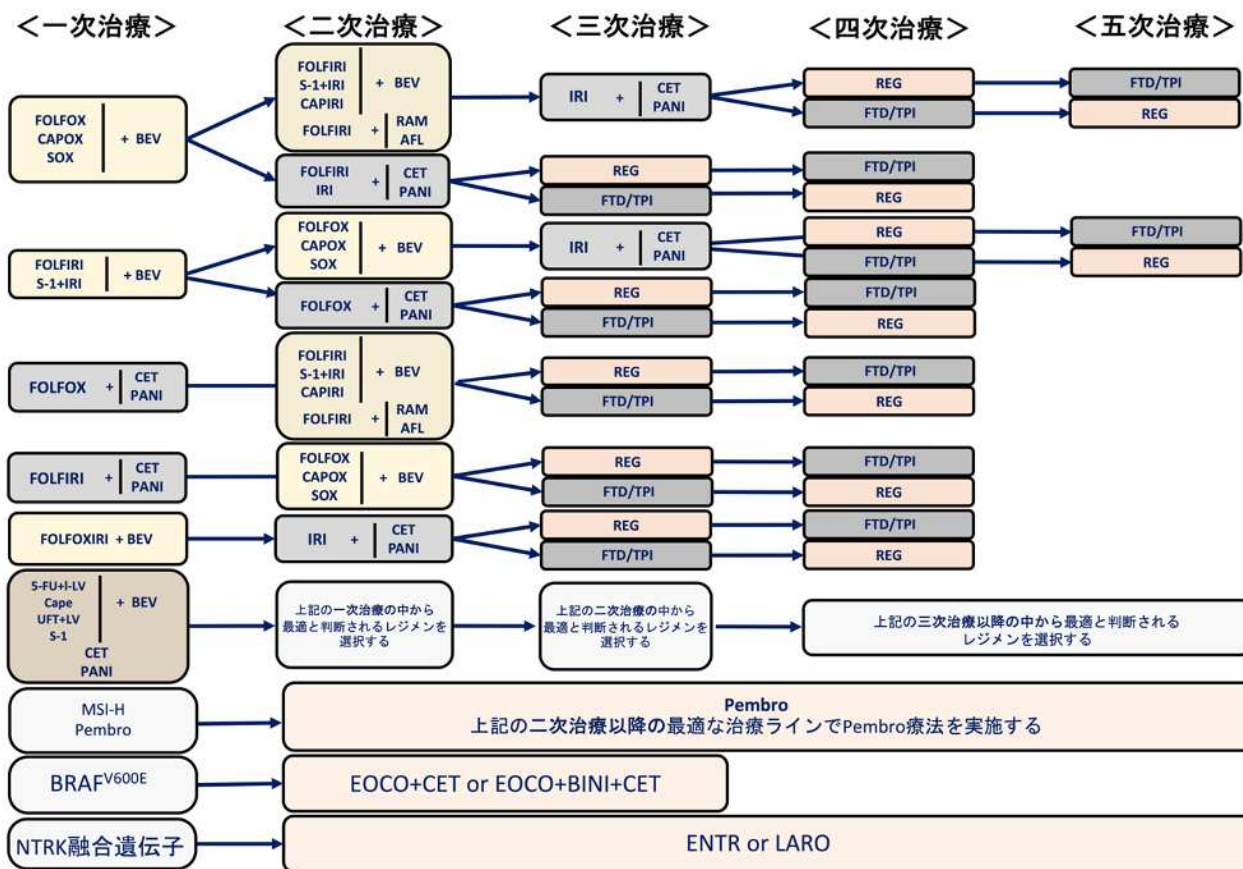
開腹手術、腹腔鏡手術、ロボット手術…

治療内容の複雑化

切除不能進行・再発大腸癌に対する薬物療法のアルゴリズム

大腸癌研究会 編. 大腸癌治療ガイドライン医師用 2022年版. 金原出版, 2022

例：再発大腸癌



消化器外科医がしないといけない膨大な業務

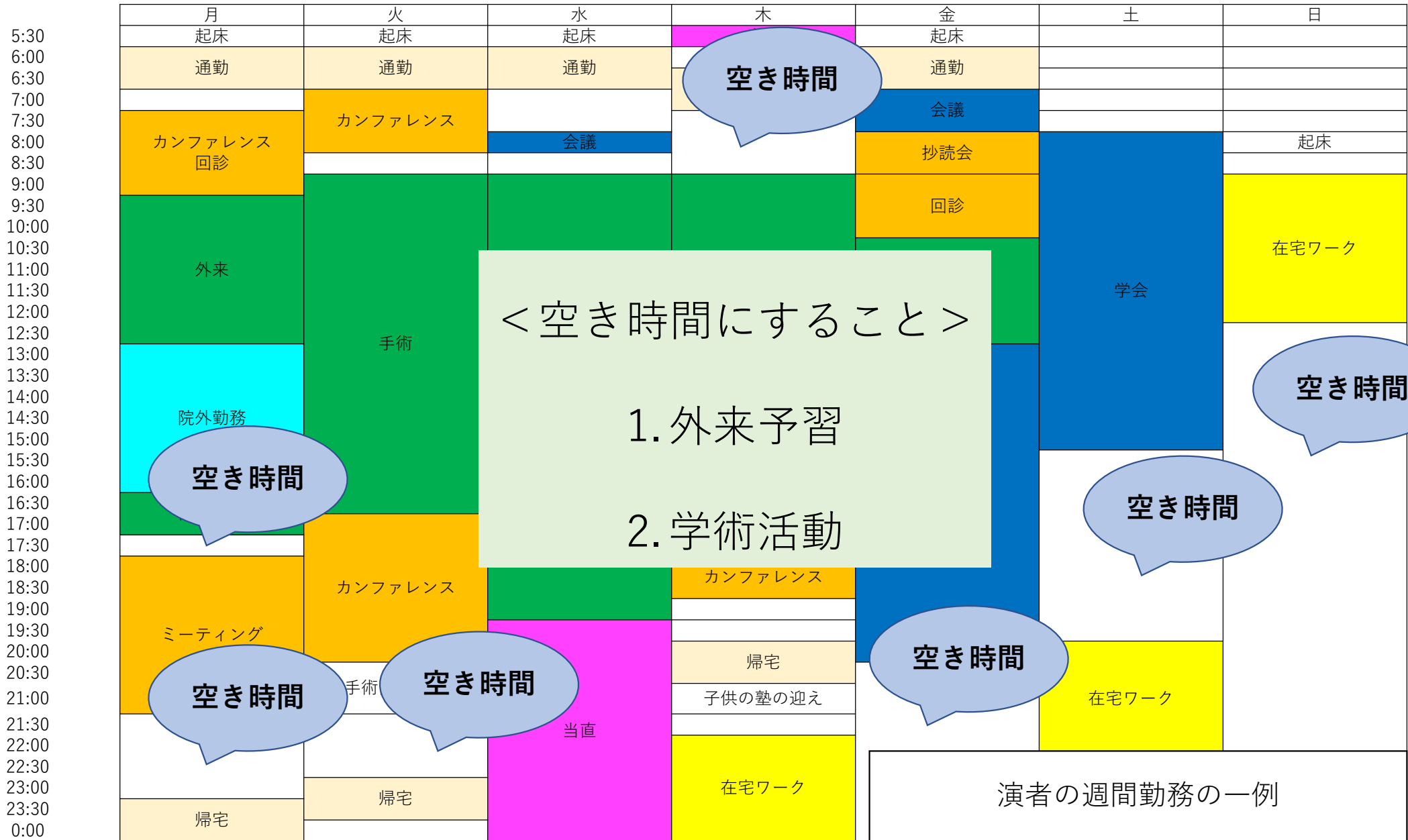
- 良性疾患～悪性腫瘍の予定手術、急性疾患など緊急手術への対応
- 癌薬物療法
- 緩和ケア
- 後輩の指導
- 資格取得
- 臨床研究、基礎研究、論文執筆、学会参加



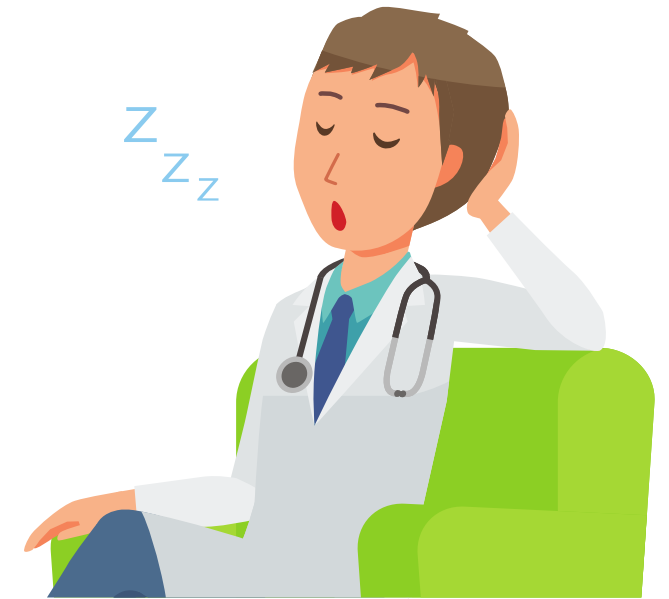
多すぎる学会？ 年間スケジュール

- 1月 大腸癌研究会
- 1月 腹腔鏡下大腸切除研究会 +国際学会
- 2月 ロボット外科学会
- 3月 近畿外科学会
- 4月 日本外科学会
- 4月 日本消化器病学会
- 5月 手術手技研究会
- 6月 日本外科系連合学会
- 7月 大腸癌研究会
- 7月 腹腔鏡下大腸切除研究会
- 7月 日本消化器外科学会
- 8月 Reduced port surgery forum
- 9月 近畿内視鏡外科研究会
- 9月 日本癌学会
- 10月 日本大腸肛門病学会
- 10月 日本癌治療学会
- 11月 JDDW
- 11月 日本臨床外科学会
- 12月 日本内視鏡外科学会

学会がない月はない

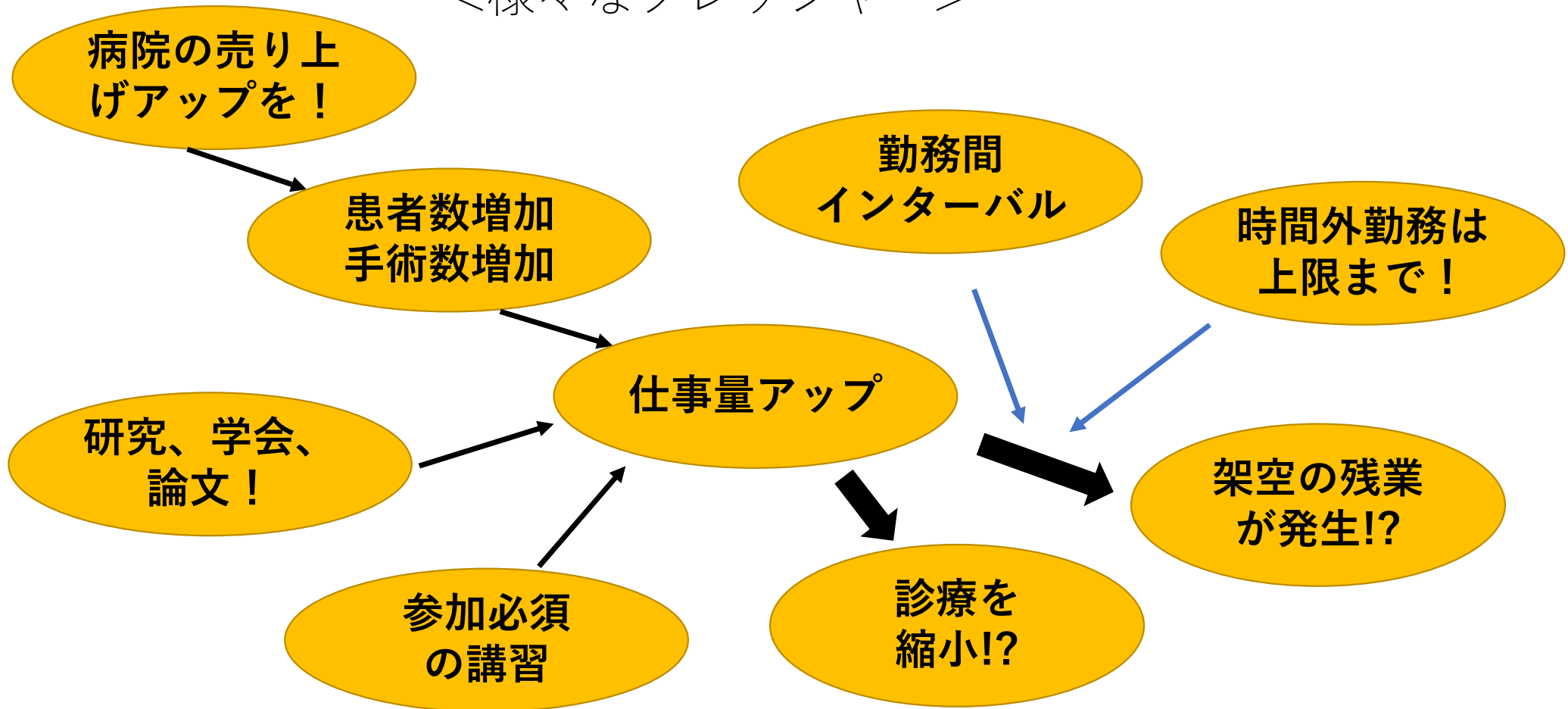


疲れ果てた医師に治療されたいですか？



消化器外科の現場で働き方改革が進まなかったら

<様々なプレッシャー>



消化器外科領域での働き方改革が進まなかったら

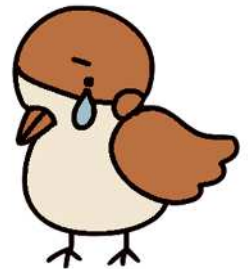
- 特に減少傾向、少子高齢化傾向の消化器外科医の現状がさらに進む。
- **消化器外科医療の未来**が危機的に？
- 将来、腹膜炎になっても緊急手術してもらえないかも。
- 癌と診断されても、手術まで3ヶ月待ちとなるかも。
- 海外のようにお金を払わないと早く手術してもらえない国になるかも。
- 術後合併症が発生しても対応が遅れて死亡してしまうかも。

消化器外科領域での働き方改革の実現可能性

少なくとも消化器外科においては、医師の働き方改革に関する好事例だけで解決できるほど簡単な問題ではないと思います。

<私見>以下の項目が必要不可欠

- 効率化：手術、業務、カンファレンス
 - ✓ トップダウン
 - ✓ 聖域なき改革
- 患者への啓発：病院、行政
 - ✓ 病院はフリーアクセスではない、時間外受診のハードルが低すぎる
 - ✓ 主治医制が当然ではない、チーム制の理解
 - ✓ 医師も一人の人間（家族がいる）
- ドクターインセンティブ：そうは言っても消化器外科は忙しい
 - ✓ 労働に見合わない給料、雀の涙のインセンティブで人が増えるわけではない。人が増えないとますます時間外労働は過酷になる。



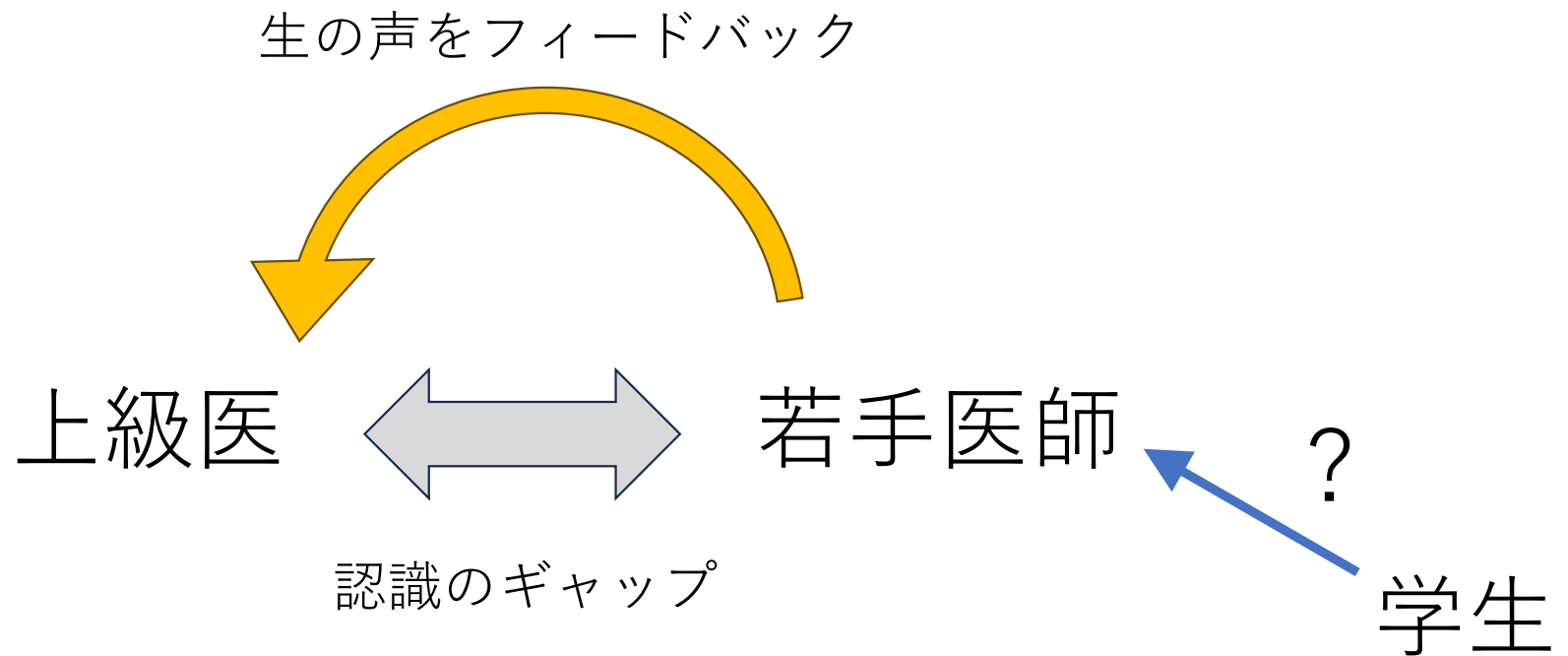
医師の本音

- 結局は、時間外労働は多いままで、見た目の時間外勤務を減らされ、残業代が減るんじゃないか。
- それなら残業代が出る方がまだまし。
- 誰のための制度？ 真に勤務医のための制度になっている？

働き方改革は、本当の意味で医師のための制度であってほしいと切に願います。

大阪大学消化器外科ワーキンググループ発足

- 若手医師を中心に消化器外科働き方改革ワーキンググループを発足



医師の働き方改革実現のために

消化器外科医自身の意識変革

良くも悪くも
自分のペースで仕事をしがち

国民の理解

病院はコンビニではない
外来での説明のコンパクト化



行政の対応

診療科のバランスの取り方
給与の適正化
タスクシフト/シェア

病院・学会の対応

若い医師を守る体制作り
患者への啓発
行政への働きかけ
過剰な負担を必要としない
キャリアアッププランの企画