

医療従事者の健康と 安全を守るために

労働衛生コンサルタント・社会保険労務士
縄本 裕俊





医師の上限規制

副業・兼業の場合の時間管理

医師の面接指導

勤務間インターバル

取り組み事例



医師の上限規制

水準指定とは

- ・令和6年度から医師も時間外労働の上限規制が適用
- ・時間外労働・休日労働時間数の上限は960時間（A水準）
- ・B、C水準の指定を受ければ、年1,860時間となるが、令和5年度末までに手続きを終了させる必要がある。

B・C水準とは

- **B水準（特定地域医療提供機関）**
地域医療を確保するため
- **連携B水準（連携型特定地域医療提供機関）**
医師派遣を通じて、地域医療の確保に必要な役割を担うため
- **C-1水準（技能向上集中研修機関）**
臨床研修・専門研修医の研修のため
- **C-2水準（特定高度技能研修機関）**
高度な技能の習得のため

※B・C水準の指定を受けなければ、A水準となる。

指定を受けない場合の36協定は

- 原則

時間外労働時間数 月45時間 年360時間

- 特別条項を定めた場合

時間外・休日労働時間数 月100時間未満 年960時間

※時間外と休日労働時間数の区別に注意。

※特定医師（診察を直接の目的とする医師）が含まれる場合は、様式第9号の4（特別条項がある場合は第9号の5）を使用。

BC水準の指定を受けた場合の36協定の上限

- 原則

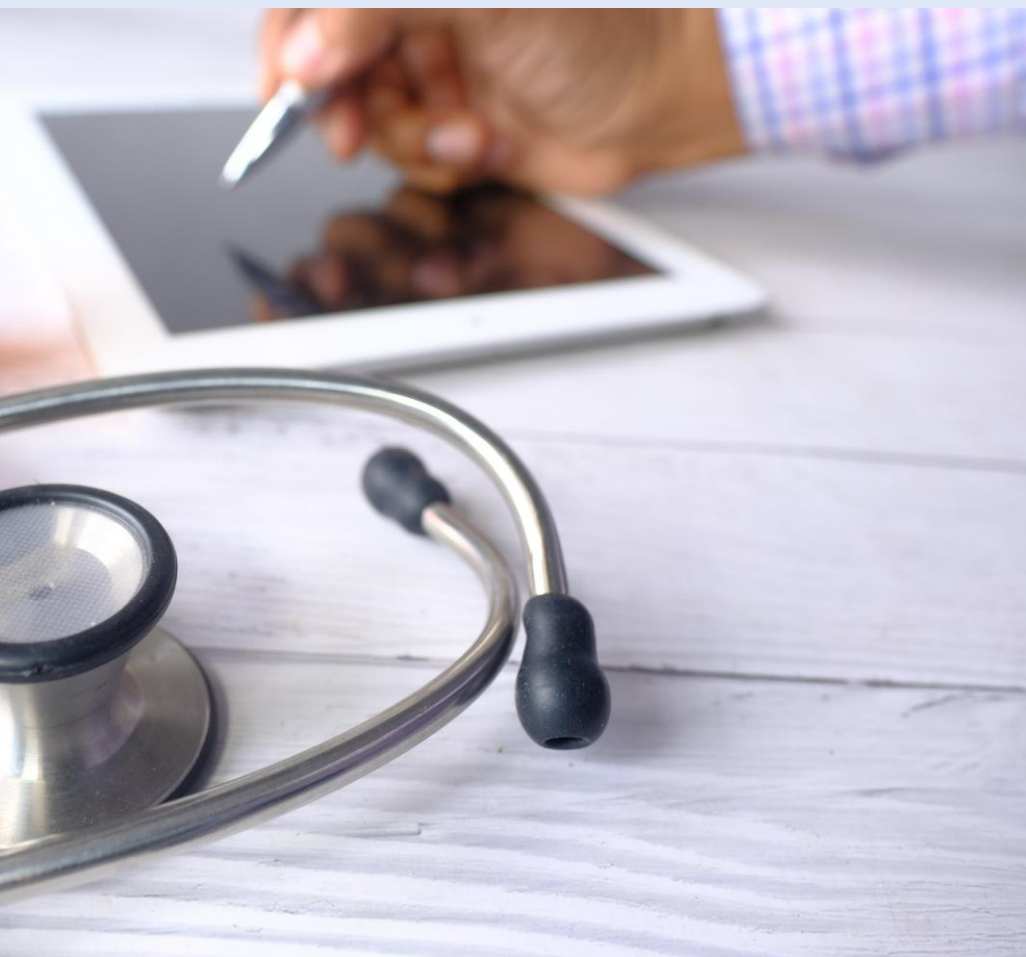
時間外労働時間数 月45時間 年360時間

- 特別条項を定めた場合

時間外・休日労働時間数 月100時間未満 年1,860時間

月の上限時間数は

- いずれの水準が適用される場合も、月の時間外・休日労働時間数の上限は100時間未満となる。（特別条項がない場合も）
- 追加的健康確保措置の「面接指導」を実施した場合、「月100時間未満」のルールが適用されないこととなる。（ただし、月の上限時間数は設定する必要がある。）



兼業・副業の 場合の時間管理

副業・兼業時の労働時間の考え方

- 副業・兼業時の労働時間は通算する。（労基法第38条）
- 通算方法は労働者である医師の申告により行われる。
（「申告等がなかった場合には労働時間の通算は要せず」（令和2年9月1日付け基発0901第3号））
- 適切な労務管理が行われるよう、医療機関において把握するためのルールを明確化し、医師も適切に申告する必要がある。

何に影響するのか

1. 36協定の上限
2. 医師の面接指導
3. 勤務間インターバル

1.36協定の上限について

- ・36協定の上限について、副業・兼業時間が影響する。
- ・「時間外・休日労働時間数」として定められた時間については、労働時間を通算する必要がある。
- ・36協定の年間の時間外・休日労働時間数の上限内とする必要がある。
(A水準 年間960時間、B・C水準 年間1860時間)

2.医師の面接指導について

- ・時間外・休日労働時間数が月100時間に達するまでの間に実施する必要がある。
- ・日々の時間の管理を行わなければ、「100時間に達する前」に実施することは難しい。
- ・実務上は、100時間に達する前の段階で、一律に実施することとなるのでは。
- ・医師の面接指導は、勤務している全ての医療機関で実施する必要があることに注意。

3.勤務間インターバルについて

- 勤務間インターバルにおいても、労働時間は通算する。
(A水準であったとしても通算する)
- 代償休息は、できるだけ早く付与する。制度上は、翌月末（C1水準は別）までに付与する必要がある。
- 代償休息について、どの医療機関で取得させるかは、医療機関間で調整する必要がある。

注意点

- ・医師が申告しなかった場合はどうすればいいのか。
- ・派遣先においても管理が必要なのか。
- ・副業・兼業の場合の割増賃金の計算を正確に。

兼業する場合の上限は

複数医療機関に勤務する医師に適用される時間外・休日労働の上限の考え方

* 年の時間外・休日労働時間数

	個々の医療機関において適用される水準			個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関① A	医療機関② A		医療機関① B・C	医療機関② B・C
36協定で定めることができる時間*	960以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)	36協定で定めることができる時間*	1,860以下 (自院での労働時間)	1,860以下 (自院での労働時間)
実際に働くことができる時間* (通算)	960以下 (各医療機関での労働時間を通算した時間)		実際に働くことができる時間* (通算)	1,860以下 (各医療機関での労働時間を通算した時間)	
	個々の医療機関において適用される水準			個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関① B・C	医療機関② A		医療機関① 連携B	医療機関② A
36協定で定めることができる時間*	1,860以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)	36協定で定めることができる時間*	960以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)
実際に働くことができる時間* (通算)	1,860以下 (※1) (各医療機関での労働時間を通算した時間)		実際に働くことができる時間* (通算)	1,860以下 (※2) (各医療機関での労働時間を通算した時間)	

※1 いずれの医療機関においてもA水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は年960時間となる。

※2 いずれかの医療機関においてB・連携B・C水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は年1,860時間となる。ただし、当該医師の各医療機関における時間外・休日労働の上限は、各医療機関が36協定において定める時間であり、A水準又は連携B水準が適用される医師を雇用する医療機関が当該医師に関して36協定において定めることのできる時間外・休日労働の上限は年960時間以下となる。

(参考) 各表の上欄の時間は、個々の医療機関における36協定の内容であり、各医療機関における時間外・休日労働時間数を定めることとなる。下欄の時間は、医師個人の実際に働くことができる時間外・休日労働時間数(通算)に着目したものであり、各医療機関における労働時間が通算される。

引用:医師の働き方改革の推進に関する検討会
中間とりまとめ 参考資料

A水準の兼業

【前提】 主たる勤務先:A (960時間設定)
兼業先 :A (960時間設定)

主の勤務先の上限 960時間

兼業先の上限 960時間

合計の上限 960時間

連携 B の兼業

【前提】 主たる勤務先:連携B (960時間設定)
兼業先 :A (960時間設定)

主の勤務先の上限 960時間

兼業先の上限 960時間

合計の上限 1,860時間

B、C水準の兼業①（※連携Bを除く）

【前提】 主たる勤務先:B.C（1,860時間設定）
兼業先 :A（960時間設定）

主の勤務先の上限 1,860時間

兼業先の上限 960時間

合計の上限 1,860時間

B、C水準の兼業②（※連携Bを除く）

【前提】 主たる勤務先:B.C（1,860時間設定）
兼業先 :B.C（1,860時間設定）

主の勤務先の上限 1,860時間

兼業先の上限 1,860時間

合計の上限 1,860時間



医師の面接指導

医師に対する面接指導とは

「追加的健康確保措置」の一つ

①連続勤務時間制限・勤務間インターバル

（A水準は努力義務、B・C水準は義務）

②面接指導と就業上の措置

（時間外・休日労働時間数が月100時間以上になることが見込まれる医師に対して、水準に関係なく必要）

誰が行うのか（「管理者」とは）

実施義務者 → 「管理者」
面接指導を行う医師 → 「面接指導実施医師」

「管理者」とは

病院若しくは診療所の開設者が当該病院若しくは当該診療所を管理させることとした者又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の開設者が当該介護老人保健施設若しくは当該介護医療院を管理させることとした者

誰が行うのか（「面接指導実施医師」とは）

面接指導実施医師の要件は、

- ①勤務している医療機関の管理者ではないこと。
- ②「面接指導実施医師養成講習会」を受講した医師。
（「医療機関勤務環境評価センター」ホームページの「面接指導実施医師養成ナビ」を参考に）

「面接指導実施医師」は産業医でなくても可。（①、②の要件を満たしていなければ、産業医でも不可。）

人数の決まりはない。直接の上司は避けることが望ましい。

いつ実施するのか

水準に関係なく時間外・休日労働時間数が月に100時間以上となる前。

（A水準の場合、疲労の蓄積が認められない場合は、100時間以上となった後遅滞なくでも可能。）

「疲労の蓄積が認められない場合（A水準）」とは

一定の疲労の蓄積が認められる場合とは、以下のいずれかに該当する場合。

- **前月の時間外・休日労働時間数が100時間以上。**
- **直近2週間の1日の平均睡眠時間が6時間未満。**
- **平成16年6月に公開した「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」において、自覚症状がⅣ又は負担度の点数が4以上。**
- **面接指導の希望があること。**

具体的な実施時期について

面接指導の実施時期の考え方（まとめ）			
医師に適用される水準	A水準	A・B・連携 B・C水準	B・連携 B・C水準
時間外・休日労働が100時間以上となる頻度	 低い 高い		
睡眠及び疲労の状況の事前確認の実施時期	当該月の時間外・休日労働が80時間を超えた後	ある程度の疲労蓄積が想定される時期（当該月の時間外・休日労働が80時間前後となる時期が望ましい）	毎月あらかじめ決めておいた時期に行うことも可能
面接指導の実施時期	事前確認で一定の疲労の蓄積が確認された場合は当該月の時間外・休日労働が100時間に到達する 前 に実施しなければならない。	※ただし、当該月の時間外・休日労働が100時間に到達する 前 に実施しなければならない。	※ただし、当該月の時間外・休日労働が100時間に到達する 前 に実施しなければならない。

出典 厚生労働省 医師の働き方改革2024年4月までの手続きガイドライン

「管理者」からの「面接指導実施医師」への情報提供

- ア 面接指導対象医師の勤務の状況
- イ 当該面接指導対象医師の睡眠の状況
- ウ 当該面接指導対象医師の疲労の蓄積の状況
- エ イ及びウに掲げるもののほか、当該面接指導対象医師の心身の状況
- オ 面接指導を受ける意思の有無

ア～オを面接指導実施医師に情報提供する

「面接指導実施医師」は何を確認するのか

ア 勤務の状況

（労働時間や労働時間以外で留意すべき事項があるか）

イ 睡眠の状況

（睡眠評価表等により確認）

ウ 疲労の蓄積の状況

（自己診断チェックリスト等により確認）

エ 心身の状況

面接指導実施後

面接指導実施医師は、

- ・面接指導結果とそれに対する意見
- ・本人への指導内容と管理者への意見
- ・署名等を記載した書面

を作成する。

実施した結果、「管理者」は何を行うのか

- ・遅滞なく面接指導を行った医師の意見を聴く。
- ・必要と認める場合には、労働時間の短縮、宿直回数の減少その他の適切な措置を実施。（労基則第69条の3第2項）
- ・時間外・休日労働時間数が155時間を超える場合は、遅滞なく上記の必要な措置を講じる必要がある。
- ・管理者は面接指導の結果の記録を5年間保存しておく。

副業・兼業時の注意点

1. 「100時間以上となることが見込まれる」には、副業・兼業先の労働時間も含まれる。
2. 副業・兼業している医師の面接指導は、勤務する全ての医療機関で行う必要がある。（面接指導の結果を証明する書類が機関に提出されれば、改めて実施する必要はない。）
この場合、面接指導を実施する医療機関は、医師と医療機関で相談して決定する。



勤務間インターバル

難しさの理由

- 理解することの難しさ（参考となる資料の少なさ）
- 理解してもらうことの難しさ（人事総務の担当者と勤務シフトを組む担当者が異なる場合）
- 問い合わせ先の分かりにくさ（監督署ではない）

→実務に落とし込むことが難しい

勤務間インターバルとは

- 長時間労働となる医師の健康を確保するための措置としての「追加的健康確保措置」の一つ。
 - 1 医師に対する面接指導
 - 2 勤務間インターバル
- 勤務の終了から次の勤務の開始までの間に、一定の時間を確保すること。

対象となる医師は

①B・C水準の医師の場合（義務）

- ・ 年間の時間外・休日労働時間数が960時間を超えることが見込まれる者

②A水準の医師の場合（努力義務）

- ・ 時間外労働時間数が720時間を超えることが見込まれる者
- ・ 一ヶ月について時間外労働が45時間を超える月数が年6ヶ月を超えることが見込まれる者

上記いずれかの要件に該当する者が努力義務となる。

運用するためには

- 1 勤務間インターバルの基本ルールを理解
- 2 代償休息の必要性の判断
- 3 代償休息の取得方法

1 勤務間インターバルの基本ルール（1）

①始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間を確保
（通常の日勤及び宿日直許可のる宿日直に従事する場合）

②始業から46時間以内に18時間の連続した休息時間を確保
（宿日直許可のない医療法上の宿日直に従事する場合）

※事前に勤務シフトで定めておく必要がある。

1 勤務間インターバルの基本ルール（2）

基本ルール②の「宿日直の許可のない医療法上の宿日直に従事する場合」とは、次の1、2いずれにも該当する場合に適用。

- 1 宿日直許可がない宿日直
- 2 医療法上の宿日直（入院患者の病状が急変した場合においても適切な治療を提供することができるよう、当該診療所の医師が速やかに診療を行う体制を確保することが目的）

※宿日直許可のない通常業務（医療法上の宿日直に該当しない業務）を行う場合は、その業務が夜間に行われていても、基本ルール①を適用。

1 勤務間インターバルの基本ルール（3）

【基本ルールのまとめ】

1. 通常業務・夜間休日に通常業務 →基本ルール①
2. 医療法上の宿日直（9時間以上の許可あり） →基本ルール①
3. 医療法上の宿日直（許可なし） →基本ルール②
4. 医療法上の宿日直で、9時間未満の許可と許可なしの時間が混在
→基本ルール①か基本ルール②を選択（ただし、①の場合は、宿日直の時間以外で9時間の休息時間の確保が必要。）

2 代償休息の必要性の判断（1）

- 基本ルール①、②の連続休息が確保できなかった場合には、代償休息を付与する必要がある。（「連続」して9時間又は18時間の休息時間が確保されている場合は、代償休息の必要はない。）
- 許可のある宿日直に連続して9時間以上従事した場合は、9時間の休息時間が確保されたものとみなせる。（※基本ルール①を適用する場合のみ。宿日直翌日のインターバル（18時間の休息）中に許可有り宿日直はできない。）

2 代償休息の必要性の判断（2）

- 許可のある宿日直に連続して9時間以上従事した場合に、通常業務を行った際の配慮義務が発生することがある。
（十分な睡眠が確保出来なかった場合。）
- 配慮義務とは、休暇の取得の呼びかけ等の休息時間を確保するための何らかの取り組みを行う義務。
- 配慮義務はC-1（臨床研修医）にはない。（義務となる）

3 代償休息の付与方法

- 翌月末までに付与する（C-1の臨床研修医は別）
- 次の日の始業時刻をずらす、勤務時間中に付与する等の方法により付与。
- 予定された勤務間インターバルの時間以外の休息時間で付与することが可能（他の休息時間に充当することも可能）

C-1水準の場合（基本ルール・臨床研修医のみ）

- ①始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間を確保
（通常の日勤及び宿日直許可のる宿日直に従事する場合）
- ②始業から48時間以内に24時間の連続した休息時間を確保
（宿日直許可のない宿日直に従事する場合）

C-1水準（臨床研修医）の代償休息

次の①～③を要件として代償休息の付与を認める

1. 臨床研修における必要性から、オンコール又は宿日直許可のある宿日直への従事が必要な場合に限る。
2. 募集時に代償休息を付与する形式での研修を実施する旨を明示する。
3. 代償休息の付与期限は原則①その診療科の研修期間内又は②翌月末の早い日とし、①が早いがやむを得ず付与できなかった場合は、例外的に②とする。

その他の注意点

- 対象は医業に従事する医師のみ。
- 「労働時間等設定改善法」に定める勤務間インターバル制度とは異なることに注意。
- 兼業・副業の場合、どちらで代償休息を取るのか調整が必要。



取り組み事例

取り組み事例紹介の前に

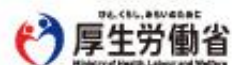
- 「勤務環境改善に向けた好事例集 令和5年3月」を参考に。
- 何か一つ行えば解決できるというものではない。「体制(人員)の整備」「業務内容の整備」「法令に沿う形の労務管理の整備・周知」等を並行して行う必要がある。
- 現場からの意見を取り込むことが必要。また、現場(管理者も含む)に対する労務管理のルールの周知も前提。
- 「好事例集」については、各医療機関の状況によっては、参考とならないケースもある。ただ、取入れが可能な部分があれば、関係者(勤改センターのアドバイザー等)を含めて検討を。

令和4年度厚生労働省委託事業

● 勤務環境改善に向けた ●

好事例集

令和5年3月



2. 勤務環境改善の好事例の取組の体系

勤務環境改善の好事例は、各医療機関のおかれた環境や創意工夫等により、多岐にわたります。各医療機関で勤務環境の改善に実際に取り組むに当たっては、どのような領域から始めるべきか、具体的にはどのような取組から着手すべきか、自院の課題等に応じて検討すべきです。そのため、本書では、好事例を体系的に整理してご紹介します。

大項目	中項目
1 労務管理の方法	① 客観的な労働時間管理システムの導入 ② 時間外の申請手続きの明確化 ③ 自己研鑽の労働時間該当性の整理 ④ 労働基準監督署の宿日直許可の取得（要件合致の場合） ⑤ 変形労働時間制（フレックスタイム制等）の導入 ⑥ 特別休暇制度の導入 ⑦ 夜勤専従職員の導入 ⑧ 交替制勤務の導入
2 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 病棟・外来薬剤師の配置 ⑤ その他、他職種へのタスク・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	① 宿日直体制の見直し ② チーム制の導入/奨励 ③ 周術期管理
4 地域連携・多職種連携	① 病病連携・病診連携 ② 多職種連携
5 病棟マネジメント・業務マネジメント	① カンファレンスの勤務時間内実施や所要時間の短縮 ② 当直帯の申し送り時間帯の設定 ③ 病状説明の勤務時間内実施と患者・家族への周知徹底 ④ クリニカルパスの作成等による業務の標準化 ⑤ 臨床研修医、専攻医の学習環境の向上（診療経験の見える化による効果的な業務配分等） ⑥ 病院総合医の配置 ⑦ 組織体制の見直し ⑧ 業務体制・業務内容の見直し

大項目	中項目
6 意識醸成	① 有給休暇の取得の奨励 ② 定時退勤日・早期退勤日の設定 ③ 完全休日の設定 ④ 院長・改善チーム等による定期的な情報発信 ⑤ 管理職の働き方に関する意識、教育、能力向上 ⑥ 職員への働き方に関する職員研修等の実施
7 子育て・家族介護等の環境の整備	① 院内保育・病児保育（24時間対応、送迎対応、当日予約等） ② ベビーシッターの利用補助 ③ 復職時研修の実施 ④ 多様なキャリアパスの提示・学位取得支援 ⑤ 業務分担の工夫（短時間勤務でも担当患者を持つ等） ⑥ 子育て・介護の相談窓口設置・情報提供 ⑦ 短時間勤務正職員制度の導入 ⑧ 育児休暇・介護休暇取得時の代替要員確保の体制整備 ⑨ 男性医師の育児・介護の休業取得・短時間勤務の促進
8 キャリア支援・スキルアップ支援	① 研修等に関する情報提供・費用補助等 ② キャリアラダー等の導入 ③ 特定行為研修修了看護師の育成 ④ 近隣での開業支援
9 ICT活用	① 情報共有ツールの導入 ② AI問診、音声入力等の補助機器の導入 ③ デジタル化やIoT・ロボットの活用による業務効率化
10 働き方改革の推進体制の整備	① 医療マネジメント職（事務職）の活用 ② 多職種を巻き込んだチーム形成
11 コンプライアンス体制の整備	① ハラスメント等の対応体制の整備 ② ハラスメント等の研修の実施
12 職員の健康管理、増進体制の整備	① 職員の健康管理（メンタルヘルス関連）のための体制整備 ② 職員の健康管理（メンタルヘルス以外）のための体制整備
13 患者・患者家族対応に関する体制の整備	① 患者・患者家族への周知・理解促進 ② 患者相談窓口・医療メディエーターの配置
14 職員採用	① 新規職員の採用・シニア人材の活用 ② 採用のためのPR活動の実施

開設	一般財団法人津山慈風会
病床数	515床
職員数	990名（医師125名、看護師506名、他）
機能	急性期
標榜科	30科
取組体系	1-③自己研鑽の労働時間該当性の整理 3-①宿日直体制の見直し 3-②チーム制の導入/奨励

5-⑦組織体制の見直し 6-⑤管理職の働き方に関する意識、教育、能力向上
9-①情報共有ツールの導入 9-②AI問診、音声入力等診療補助機器の導入



取組前の状況

2017年までの問題点

- 当直業務を全て勤務時間に含めない宿直扱いにしてきたが、**病棟当直医を除く当直医の業務は時間外労働とみなされる内容**であった。
- 当直明けは可能なら午後から帰宅してもよいとアナウンスしてきたが、**強制ではなく意識が浸透しなかった**。
- 救急病院であり、時間外に手術・検査・処置等を行う事例が多数存在していた。
- タイムカードは無く、時間外労働は自己申告**に任せていた。
- 自己研鑽、カンファレンス、セミナーの扱い等、**時間外労働の基準が一部曖昧**であった。

世代による意識の変化

- 岡山県北には救急や高度医療を担う病院が少なく、当院に一極集中している。このことから**多忙な病院ではありながら、症例が豊富で様々なことが出来る魅力**にもつながっていた。
- 医師たちの意識も変わって**きて、**多忙すぎるとの悪評**が立ち始めた。当院は大学からローテーションで医師の派遣を受けており、**以前は希望者が多かったが、こういった評判により敬遠する医師が増えた**。
- これに加え、**従来は仕事→当直→仕事と連続で働くのが当たり前**と考えられてきたが、そういった認識も**若い世代には馴染まず、変革の必要性**を感じ様々な取り組みを開始した。
- 宿直扱いとしていた当直を勤務として認め、カンファレンス等も時間外労働としてカウントすることで、**まずは正しい勤務実態の把握**に努めた。**その後、当直体制の見直しから着手**した。

取組の内容

3-①

当直体制の変更

3-②

当直医の勤務体制の区分を変更し、当直医の業務を通常業務と認定した。

- 病棟当直およびSICU補助以外の当直医の業務を通常勤務と認定し、**2連続性の通常勤務に組み込む体制**を導入した。

＜勤務時間の区分＞

平日	当直業務に就く17時半～24時まで	時間外労働
	翌日0時から9時まで	通常の夜勤
	終業時刻となる9時以降	時間外労働
休日	日直および翌日が休日の当直	時間外労働

＜医師の当直体制（計10～12名）＞

救命センター（救急集中治療科、麻酔科、各科医師、1年目の研修医）		3～4名
救急外来	内科系、循環器科、外科系、小児科	各1名
	2年目の研修医	1～2名
病棟当直・SICU補助		各1名

新しい当直体制を機能させるため、院内への周知、当直の割り振りの工夫、複数主治医制の推進を実施している。

- 当直終了後は原則帰宅と定め、**当直明けは休みと院内に周知**することで、**帰宅しやすい雰囲気を醸成**している。
- 当直の割り振りにおいては、**外来や手術・検査予定を考慮**することとしている。
- 可能な限り、**患者は複数の医師で受け持つ**ようにし、**責任の分散**を図る。

1-③

時間外労働と自己研鑽の区別

時間外労働と自己研鑽の明確な区別を行った。

- カンファレンスは、**指導する上級医は時間外勤務とし、指導される側は時間外勤務としない**こととする等、**区分を明確に定義**した。

＜通常の時間外労働と自己研鑽との区分別＞

通常の時間外労働に含まれる業務	自己研鑽
- 院長による業務指示のあった業務 - 主治医として、回診、カルテ記載等の患者に資する業務 - 主治医でなくとも、上長の指示のもと、患者の処置や手術に関わる業務 - その他の業務命令に基づく業務等	- 自己啓発 - 学会準備 - カンファレンス（指導される側） - その他、自主性に基づく知識・技能の習得に資する活動等

取組の内容

9-①

ICTの活用

9-②

Web会議や勤怠管理システムにとどまらず、積極的に様々なICT活用に取り組んでいる。

- Web会議システム（Skype、Zoom等）については、他病院への普及前から**製薬メーカーの提案により、当院をモデルケースとした試験運用**を実施。勤怠管理システム（Dr. JOY）の他、積極的にICT活用に取り組んでいる。

導入システム	経緯・概要	効果・今後の展望
電子カルテ連動バイタル入力システム （ユカリアタッチ）	- 新病棟建設時に組み込んだところ大変好評であり、全病棟に導入 - ベットサイドで患者情報の取得が可能 - 注意事項・伝達事項を表示 - バイタル情報を測定機器にかざすだけで電子カルテに反映	- 医師が患者情報の確認のためにPCまで戻る手間を解消 - バイタルサインの測定から看護師によるPCでの入力までの間、バイタル情報を確認できない問題を解消
汎用画像診断装置用プログラム （Join）	- 管理職研修会での提言により導入 - 医療画像の共有、チャットが可能	- 離れた場所にいる医師と画像を確認しながら意見交換をすることで患者対応の効率化が可能 - 心臓血管外科や脳外科で成果を上げている - 他院からの相談症例に応用し、画像を基に当院への搬送要否を判断することで、不要な搬送削減が期待される - 他病院へのシステム導入が必要なため検討中
AI問診システム （Ubie）	- メーカーの提案・デモに興味を持ち、試験的に導入 - 高齢者が入力出来ない等の問題が発生したため、当院への紹介を行う開業医にアプリを説明し、紹介患者に入力して頂く試みを実施 - 内科の初診患者、救急外来受診患者を中心に使用	今後は、アプリをダウンロードしてもらい、紹介患者にあらかじめ入力してもらう運用も検討中
救急外来・集中治療に特化した患者情報記録・管理システム （NEXT Stage ER）	- 救命センター長からの提言により導入 - 患者情報記録、スタッフ間の情報共有、研究用データ蓄積を同時に実現	救急外来の医師および研修医がTXP Medical(株)より研修を受け取組

取組の内容

9-② 人からAIへのタスク・シフト

9-③ 働き方改革と患者満足度向上を目指し、AIを導入した。

- 取組の目的は、業務量過多で劣悪とされる労働環境、労働力不足の解消に取り組み、**働き方を改革**すること、患者の立場に立ったケア、情報格差の解消により低い**患者満足度を向上**させることである。

内閣府の「AI（人工知能）ホスピタルによる高度診断・治療システム」事業の公募に採択され、病院のIT化・AI化を推進している。

- 看護師の業務量調査の結果、記録に係る業務時間が多く、時間外勤務の要因となっている実態が明らかになった。
- 記録業務をAIにタスク・シフトできないか、病院長の試みでベンチャー企業とともにAI開発していたところ、内閣府の公募を知り、応募、採択された。
- 入院時、患者の服用薬把握に平均25分、最長3時間を要する。**AI画像処理の導入**により、薬剤識別業務の負荷軽減を目指す。
- タブレット型ロボット**にて、入院誓約書や検査日程等の**入院前説明を実施**している。
- 画面に表示された医師の仮想分身（“Dr.アバター”）による手術前インフォームド Consent 支援システムが、手術前に**全身麻酔等の多様な病状に共通する説明を実施**している。説明が一度で分からなかった箇所は**何度も聞き直すことを可能**としている。
- 神奈川県の新型コロナウィルス対策の一環で、オンライン診療システムを利用した**オンライン面会**を実施している。面会にあたっては、平日の17時以降面談室を使用し、職員が付き添いを実施している。これにより、対面でなくとも顔が見えることで、**患者や患者家族の安心感と満足度向上**につながっている。また、亡くなる前の患者と患者家族の面会などを、ルール上制限しなければならぬ職員の葛藤を緩和し、**職員の満足度も向上**している。

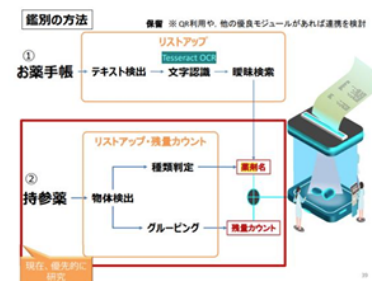
既存の電子カルテシステムへの追加機能として、音声入力を開発中であり、病棟回診等で利用している。

- 音声入力を導入したきっかけは、病棟看護師の業務量調査であった。看護師業務のうち、時間内の30%、時間外の40%が記録業務であり、**記録業務を効率化することで看護師の業務負担を軽減可能**と考えた。
- 音声入力によりカルテを入力する負担を軽減すると同時に、患者の方を向いて話ができることにより、**患者の安心につながる**。
- 入力内容は、タブレットで確認や修正が可能である。
- 導入当初の音声認識の精度は68.1%であったが、音声認識エンジンチューニング、マイクの使い方の向上、マイクのチューニングの対策を実施し、5カ月で**95%まで精度を向上**させた。

地域全体を巻き込み、急患で使用するカルテを電子化した。

- 従前は、救急隊から受入病院への情報伝達はメモ書きで行われていたため、受入病院内の情報共有に難があった。**救急隊がタブレットで情報を入力することで、受入病院内の情報共有が円滑**になった。
- 当院に限らず地域内の急患受入病院全てが、タブレットで入力された情報を確認できる体制を構築しており、**受入病院によらず情報共有が可能**となっている。

<薬剤の画像識別の方法>



<タブレット型ロボットによる入院前IC>



<電子カルテの音声入力の風景>



取組の内容

その他の取組

1. 労務管理の方法

- ・スマートフォンで入力可能なリアルタイムオンライン型の勤怠管理システムの導入
- ・新型コロナウイルス感染症の療養、介護、濃厚接触者への特別休暇の付与

7. 子育て・家族介護等の環境の整備

- ・近隣保育園との提携

8. キャリア支援・スキルアップ

- ・業務改善や読書等の自己研鑽に対する院内ポイント・ギフトの提供

9. ICT活用

- ・電子カルテの音声入力システムの導入

取組の効果

業務改善提案で実現した施策

患者へ受け渡しする書類の準備漏れを解消した。

- ・患者への書類受渡し日に書類が準備されていないことがあり、対策として、朝礼担当者が「紹介状下書き待ち棚」にあるファイルの件数を確認し、朝礼で報告することとした。また、カルテの予約欄に「書類お渡し」を記入することとした。
- ・翌日準備の際に、「書類お渡し」のメモとカルテの書類を突合することで漏れを確認できるようになり、書類の準備を確実に行えるようになった。

対応するスタッフの習熟度を問わず、発熱患者の受入可否が判断できるようになった。

- ・発熱患者の受入可否は判断に迷うことがあり、対策として、発熱患者の受入判断のフローチャートを作成した。誰でも受入可否や案内方法が分かるようになり、電話で患者を待たせてしまう時間を削減した。

整理整頓の工夫を行い、業務を効率化した。

- ・ファイルの背表紙に斜線を引くことで、直感的に判断し順番に整理することが出来るようになった。
- ・従業員の提案で、これまで収納に困っていたカルテへ挟む札の整理棚をDIYで作成した。
- ・共有の事務用品について収納場所をテプラで貼り付け、本来の位置に戻るようにした。

<ファイル整理の様子>



参考資料



医師の働き方改革2024年4月までの手続きガイドライン



勤務環境改善に向けた好事例集



面接指導実施医師養成ナビ