

患者中心の医療の視点からみた医師の仕事 とアウトカムの関係に関する考察

埼玉学園大学大学院 経営学研究科

ヘルスケアサービス・マネジメント教授 一戸 真子



～要旨～

働き方改革推進の中で、医療現場のあり方についても変化が求められてきている。医療におけるチームリーダーであり、高度な知識と技術を兼ね備えたプロフェッションである医師の働き方改革はどのようなべきであるかについても検討が進められてきている。本稿では、医師も人間であるという前提で、安全で安心な医療が提供されるためには、院内においてどのような改革が必要であるかについて考察を加えた。

医師の職業倫理や特殊性、働き方に関する検討会内容の分析や具体的な診療報酬改定についても触れながら、患者にとって最善のアウトカムとなるためには、単に労働時間短縮のみの議論ではなく、医師の臨床能力評価の実施や教育や研修内容に対する第三者による評価なども同時に行われることが重要であり、また、医師の業務軽減のために多職種が協力するためには、他職種の臨床能力向上のための教育や研修、評価なども重要となることについて論じた。医師の働き方改革の実施により、患者の治療に対するアウトカムに効果がもたらされるようにしなければならないことについて論じた。

1 はじめに

これまで様々な議論がなされてきたが、2018年7月6日、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」が公布され、2019年4月1日から順次施行されていくこととなった。本法律の目的は、労働者がそれぞれの事情に応じた多様な働き方を選択できる社会を実現する働き方改革を総合的に推進するため、長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保等のための措置を講ずることとしている。

適用猶予・除外の事業・業務の中には医師も含まれており、改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用、具体的な上限時間等は省令で定めることとし、医療界の参加の場において、規制の具体的あり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得ることとされた。

医師は患者の治療結果に最も影響を与える最高のプロフェッションであり、チーム医療におけるリーダーである。また医師は、多くの場合、労働者としての勤務医の立場であるが、病院や医院の経営者としての医師もいる。働き方改革

の実現により、患者中心の医療が実現され、よりよいアウトカムにつながる事が重要である。本稿では以下、患者中心の医療の視点からみた医師の仕事について、関連する事項の分析を行いながら、最善のアウトカムを目指すにはどのような諸課題があるかについて検討することとしたい。

2 職業生活の充実

「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」の制定に伴い、1966年に制定された日本における労働市場政策の基本法である「雇用対策法」も改正され、「労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律」に変更された。法律の目的は、労働施策を総合的に講ずることにより、労働者の多様な事情に応じた雇用の安定及び職業生活の充実、労働生産性の向上を促進して、労働者がその能力を有効に発揮することができるようにし、その職業の安定等を図ることである。

国のすべき施策としては、労働者の多様な事情に応じた「職業生活の充実」に対応し、働き方改革を総合的に推進するための必要な施策として、現行の雇用関係の施策に加え、①労働時間の短縮その他の労働条件の改善、②雇用形態又は就業形態の異なる労働者の間の均衡のとれた待遇の確保、③多様な就業形態の普及、④仕事と生活（育児、介護、治療）の両立、に関する施策を新たに規定することとなった。また、本法律では、事業主の役割の重要性から、責務に「職業生活の充実」に対応したものを加えることとされた。具体的には、事業主は、労働者の労働時間の短縮その他の労働条件の改善など、労働者が生活との調和を保ちつつ意欲と能力に応じて就業できる環境の整備に努めなければな

らないとされたのである。

一般的に、人生の中で、最も長い時間、つまり一生のうちの約半分以上の時間を過ごしている場が、まさに職業生活の場であることを考えると、「職業生活の充実」は、人間の健康にとって大変重要であることは間違いない。また、長い人生の中では、様々な人間関係や家族関係が生じているが、関連するすべての出来事が定年後であるはずはなく、職業生活を送っている間に並行して、様々な人生の危機や困難に直面しているのが平均的である¹⁾。職業生活者自身あるいは家族の介護の問題や病気療養などは、かなりの人々が経験する出来事である。職業生活を充実させるには、個人による自己責任部分と社会的な仕組みなどが影響を及ぼす社会的責任の部分の双方があると思われる。職業中断による様々な影響により人生が激変することの無いよう、今後はよりきめ細かな施策が求められていると言えよう。

医師は患者の病気を治すプロフェッションであると同時に、患者と同じく、一人の人間として、一度しかない人生を充実させて生きることが目的であるはずであり、多くの医師自身が結婚や子育て、両親の介護や自らの病気との闘いを経験している。患者を治療するプロフェッションとしての医師、一人の人間としての人生設計の双方がバランスよくなるよう、職業生活の充実が図られることが重要である。

3 医師の働き方改革に関する検討会による検討

厚生労働省内において、「医師の働き方改革に関する検討会」が発足しており、2018年2月に中間的な論点整理並びに医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組について提言がなされた²⁾。

(1) 医師の働き方改革に関する検討会中間的な論点整理

本検討会では様々な論点が整理され、提示されている。医師の働き方改革には、「社会全体としてどのように考えるか」という観点が不可欠であるとしており、提供側だけでなく、患者側等も含めた国民的な関わりによって、我が国の医療提供体制を損なわない医師の働き方を進めていく必要があるとしている。

これまで患者は、あまり病院という組織を十分に理解しておらず、また医師も患者同様の人間であるという視点がやや欠けていたかも知れない。国民皆保険制度を中心とした優れたヘルスケアシステムと、パートナーリズムに基づく、お任せ医療の考え方が永らく浸透しており、医師は神様であり、疲れも知らず何でも治してくれると考えている患者も少なくなかったと思われる。また多くの患者は、医療や病気に対する学習の機会が少なく、知識も十分ではなく、自身の心身に対する責任や自覚、積極的な患者役割を果たすという視点到にやや欠けていたと思われる。しかしながら、医療はサービスであり、患者は命に関わるサービスを、医師を中心とする医療従事者に委ねている。また医療のアウトカムによって、不利益を被るのは多くは患者とその家族である。各ケアのプロセスにおいて安全と最善を求めることは患者の権利としての側面もあることも本議論には欠かせないはずである。医師の働き方改革の検討には患者の視点も十分に組み込まれるべきであると思われる。

さらに、提言の中での医師の勤務実態の分析状況と今後の検討に関する論点では、勤務医約24万人のうち、長時間勤務の実態にある医師の多くは病院勤務医であり、特に20代、30代の男女、40代までの男性医師が長時間となっているとしており、診療科等では産婦人科、外科、

救急科等、臨床研修医、医療機関別では大学病院において特に勤務時間が長くなっているとしている。年齢層や診療科、勤務場所などによる違いが見受けられる。さらに、要因としては、急変した患者等への緊急対応、手術や外来対応等の延長といった診療に関するもの、勉強会等への参加といった自己研鑽に関するもの等が挙げられるとしている。個別性の高い医療の難しさ、プロフェッションの質に関する問題が関係している結果が伺える。

また、具体的に緊急対応、手術や外来対応等の延長をもたらしているのは、救急搬送を含め診療時間外に診療が必要な患者や、所定の勤務時間内に対応しきれない長時間の手術、外来の患者数の多さ、医師はそれらに対応しなければならないとする応召義務の存在、タスク・シフティング（業務の移管）が十分に進んでいない現場の勤務環境、求めに応じ質の高い医療を提供したいという個々の医師の職業意識の高さ等であると考えられるとしている。これらの諸問題は、医師個人のみの問題ではなく、病院全体のマネジメントの仕方が少なからず影響を及ぼしているものであると思われる。病院全体のシステムの見直しも同時に進めなければならない諸課題である。

(2) 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組

更に提言では、医師の時間外労働規制の施行を待たずとも、勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要であるとし、医師の労働時間管理の適正化に向けた取組、36協定等の自己点検、既存の産業保健の仕組の活用など現行の労働法制により当然求められる事項については、全医療機関において着実に実施されるべきであるとしている。また、これらの取組

は、一人ひとりの医師の健康やワーク・ライフ・バランスの確保と、医療の質・安全の向上のためにこれまでとは異なる新しい働き方を生み出していくこと、若手医師のキャリア形成を応援できる勤務環境を整えていくための第一歩であるとしており、医療機関において経営や組織運営全般に責任を持つ立場や、個々の医療現場の責任者・指導者の立場にある医師が主体的に取り組めるよう支援していくことが重要であるとしている。

この他、種々の取組が必要であるとしており、以下の内容に関する具体的な取組も進められるべきであるとしている。

①タスク・シフティング（業務の移管）の推進

医師の業務の負担軽減のため、次の内容について他職種へのタスク・シフティング（業務の移管）を推進するべきであるとしている。

○初診時の予診 / ○検査手順の説明や入院の説明 / ○薬の説明や服薬の指導 / ○静脈採血 / ○静脈注射 / ○静脈ラインの確保 / ○尿道カテーテルの留置（患者の性別を問わない） / ○診断書等の代行人力 / ○患者の移動

これらの各業務を見てみると、薬剤師や検査技師、看護師などの各職種が行える行為内容となっていることが分かる。各職種に関する法規においては、これらの業務については、医師の指示の下、実施することができることとなっている。つまり、今後は、患者の一連の治療プロセスにおいては、チーム医療によるアプローチを中心とし、医師による他職種への的確な指示の下、各行為が実践されることが標準的なケアプロセスになっていくことと予測される。患者の安心・安全を保証した上での患者中心の医療の実現の観点からは、これらのタスク・シフティングを推進すると同時に、医師と一緒にチーム

医療を実践する看護師や薬剤師その他各医療スタッフのスキルや知識などについて十分に理解している必要があり、場合によっては他職種への指導も重要となると思われる。また医療者用、患者用双方のクリニカルパスの積極的な活用も、各職種の連携及び患者参加の医療の実践には不可欠になると思われる。タスク・シフティングの推進と同時に進めていかなければならない課題かと思われる。

② 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

各医療機関の置かれた状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組として、以下の内容が提案されている。

○勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等の対応を行わないこと / ○当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定） / ○勤務間インターバルや完全休日の設定 / ○複数主治医制の導入

これらの各取組については、医師不足となっている医療機関にとってはなかなか実現が難しいことと思われる。医師の偏在の問題の解消策と同時に進められる必要がある。また、患者にとって最善のアウトカムを期待するという視点からは、病状説明の対応を行わないことや複数主治医制については慎重な議論が必要であると思われる。説明の仕方や内容によっては、特に患者のメンタル面に少なからず影響を与え、また医師に対する患者の期待度や信頼度は患者の積極的な治療への参加や予後にも少なからず影響を与えることも否定できない。残念ながらいくら標準化がなされていても、医師も人間であり、患者も人間である。医師—患者関係における信頼という主観的な要素についても医療は無視できないことは課題として認識して検討を進

めなければならないと思われる。

3 医師の仕事の本質

医師という職業は他の職業とは異なっているのだろうか。多くの知識を習得し、高度な技術を修練することが求められ、他の業種よりも長い修業年数が求められる医師という職業を選択した時点で、医師のプロフェッションとしての倫理観と覚悟が求められている職業であると思われる。

聖路加国際病院院長である福井は、医師の職業としての特性について以下のように述べている³⁾。

『医師は、自分の高い勉学意欲があって仕事をしているから「やらされ感」がない。大半は、自分の患者さんを治すために必要なことを自分の判断、チームとして自主的な判断でやっているから、その患者さんを診たこともない医師があれこれ指示するということはあるまい。～(略)～すべての医師は、質の高い医療の提供はすなわち自分の勉強だと思っているはずである。部長クラスの医師であっても、手術の後は、時間外になっても病室を訪れる。大きな手術後であれば、土日もある。それを見て若い医師も当然と思うようになる。だからこそ、聖路加国際病院は研修病院として若い医師に人気があるのである。もちろん家に帰って勉強しても良いが、やはり患者さんの状況を直接観察して、カルテ上の検査結果を見て、必要時にはインターネットで最新情報をチェックして、翌日の診察に備える。医師のプロフェッショナルリズムには色々な定義があるが、必ずエクセレンスという言葉が入っている。自分を常に向上させるということである。そのモチベーションがない限り医師になるべきではない。アツという間に時代遅れの診療しかできなくなり、事故につながる。

ものすごい勢いで医学知識は増え、診療技術は高度化しているので、膨大な時間の勉強が背景になれば、多くの医師は怖くて患者さんを診られないはずである。』

全くその通りであると思われる。太古の昔から、富や名声などを手に入れた多くの黄帝やリーダー達は、最後には不老不死を追い求めてきた。病気や生命の神秘に関する研究は今日まで世界中で活発になされてきており、まさに日進月歩の領域である。そのような領域における職業である医師を選択したならば、当然、日々の勉学や研鑽を怠ることは許されない領域と思われる。だからこそ、最も信頼され、尊敬される職業なのである。確かに医師の日々の業務が増えており、多忙を極めているため、効率化やチームによるカバーは出来る限り今後も検討されるべきであろう。しかしながら、医師の働き方の本質については、医師個人の倫理観や崇高な考え方、病を憎んで徹底して熱心に勉学する精神、患者に慈愛の精神で接することのできる心の広さと人間性が最も重要ではないだろうか。

(1) 医師の職業倫理指針

日本医師会から出されている「医師の職業倫理指針」を確認してみたい⁴⁾。今日の医師の倫理については、患者の自律性 (autonomy)、善行 (beneficence)、公正性 (fairness) の3つの原則が主な基盤になっているとした上で、医師の基本的責務として、以下の3点が示されている。

- ① 医学知識・技術の習得と生涯学習：専門職としての能力、すなわち確かな医学知識と技術は、医師にとって当然備えるべき条件である。そのためにも、医師は医療を行う限り、生涯にわたり日進月歩の現代医学に基づく医学知識を学び、その技術を習得す

る義務があり、さらに診療に当たっては、確かな根拠に基づいた医療を行う責任がある。学習は、活字をはじめとするさまざまなメディアを通じて行い、また学会や医師会の講演会や研修会への参加など、様々な機会をとらえて行われるべきである。そして広い視野で情報収集を行ったうえで、その学習の成果を日々の医療の実践において発揮すべきである。

勤務形態からすると、確かに多くの医師は病院勤務の労働者ではあるが、単純労働とはかなり性質が異なることがわかる。「医師は医療を行う限り、生涯にわたり日進月歩の現代医学に基づく医学知識を学び、その技術を習得する義務があり」とあるように、医師としての修練を積んでいることが求められている限り、もし、労働内容を時間で評価するのであれば、必ずセットで個々の医師の診療の質の評価を行わなければならないことになる。つまり、個々の医師の診療実施内容に関するアウトカム評価が行われた上で、時間による評価が可能となると思われる。医師の職業の本質としての資質を満たしていない場合、単に労働時間だけで評価することは、患者にとっても医師にとっても十分だとは言えないことになることに留意が必要である。

② 研究心、研究への関与：医師は、その従事する職域にかかわらず、常に医学の進歩と発展のために貢献すべきである。医療の向上のためには、個々の患者に対する診療のみならず、診療の基盤となる研究の向上を図ることも重要である。

この点についても、特殊な職種であることがわかる。「常に医学の進歩と発展のために貢献す

べきである」ということは、すでに標準化され、マニュアル化され、画一化されたことのみを実践するのが医師という職業ではなく、診療の質の向上に役立つよう、常に研究の視点を身に付け、患者の苦痛やQOLの向上にも役立つよう、最新の治療方法や手技についても研究していくことが求められている。つまり、ここでも「①医学知識・技術の習得と生涯学習」と同様、単に時間だけで医師の給与や能力を評価することは難しく、治療成績や診療への研究成果の還元などについても合わせて評価することが院内では必要となる。

③ 医師への信頼の基盤となる品位の保持：医師は、日頃から多くの人との交わり、さまざまな学識や経験を生かした多面的なものの見方ができるように見識を培い、医業の尊厳と医師としての社会的使命を重んじ、また、その言動について責任をもつべきであり、患者や社会の信頼に応えるよう努めなければならない。この信頼は、医学知識や医療技術だけでなく、誠実、礼節、清潔、謙虚、良いマナーなどのいくつかの美德に支えられ培われるものである。このような人間性の修養と品位の保持に努めることは、社会の医師集団に対する信頼を維持する基盤であり、個々の医師にとっての責務でもある。また、医療は国を超えて世界のいずれの国においても重要な社会の基本要素であり、医師は世界医師会（WMA）におけるさまざまな宣言等に留意するとともに、患者の権利を尊重し、人類愛をもった行動と言動に努める必要がある。

「医師への信頼の基盤となる品位の保持」について、医師がきちんとできているかについて

の確認は、医師自身による自己評価だけでは難しい内容と思われる。直接医師による診察を受けている患者や家族、一緒にチームを組んでいる他の医師をはじめとする多職種による医療スタッフ、そして第三者による評価の視点が重要となる。医師の卒後臨床研修の義務化に伴い、臨床研修病院の第三者評価が開始され、これまでに 200 病院以上が認定されている⁵⁾。卒後臨床研修評価機構では、臨床研修病院全体として、研修医が医師としての資質の向上に努められるよう、臨床研修プログラム責任者や各診療領域の指導医、看護師や薬剤師、他の臨床指導者など院内スタッフが一丸となって、患者の安全と安心を保証しながら臨床研修を実施しているかについて第三者による評価を実施している。少しでも多くの研修病院において第三者による評価が実施され、医師の職業倫理が遵守されながら、診療の質向上に貢献できることが期待される。

さらに、医師と患者に関しては、以下の各点について対応することが求められている。

- ①患者の権利の尊重および擁護 / ②病名・病状についての本人および家族への説明 / ③患者の同意 / ④患者の同意と輸血拒否 / ⑤診療録の記載と保存 / ⑥守秘（秘密保持）義務 / ⑦患者の個人情報、診療情報の保護と開示 / ⑧応召義務 / ⑨緊急事態における自発的診療（援助） / ⑩無診察治療等の禁止 / ⑪処方せん交付義務 / ⑫対診、およびセカンド・オピニオン / ⑬広告・宣伝と情報提供 / ⑭科学的根拠のない医療 / ⑮医療に含まれない商品の販売やサービスの提供 / ⑯患者の責務に対する働きかけ / ⑰医療行為に対する報酬や謝礼 / ⑱かかりつけ医の責務 / ⑲外国人患者への対

応

院内における医師の長時間労働の改善に努める際には、それぞれについてどのように工夫すればより効率と質の双方が保証できるかについても同時に検討していかなければならないと思われる。

4 診療報酬改定

わが国の病院経営において最も重要である診療報酬においても、医療従事者の働き方改革に関する改定が組み込まれるようになってきた。2018 年診療報酬改定における医療従事者の働き方改革に関する内容は以下の通りとなっている⁶⁾。

医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進としては、Ⅰ．チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善、Ⅱ．業務の効率化・合理化、Ⅲ．ICT 等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入、Ⅳ．地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化、Ⅴ．外来医療の機能分化、の各視点から改定が行われた。

特に、チーム医療等の推進等の勤務環境の改善に関する具体的な改定のポイントは以下の通りである。

Ⅰ チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善

- ① 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進
- ② 医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和
- ③ 常勤の薬剤師に係る過当たりの勤務時間の特例
- ④ 救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和
- ⑤ ICT を活用した勤務場所に関する規定の緩和
- ⑥ 看護職員と看護補助者との業務分担・共同

の推進

- ⑦ 専従要件の緩和
- ⑧ 地域包括診療料等の見直し
- ⑨ 小児科療養指導料の見直し
- ⑩ 情報通信技術（ICT）を活用した関係機関連携の推進
- ⑪ 麻酔科の診療に係る評価の見直し

特に、「①医療従事者の勤務環境改善の取組の推進」については、安全で質の高い医療を提供する観点から、総合入院体制加算等について、医療従事者の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件を見直すとともに、負担軽減及び勤務環境改善の取組に係る手続きの合理化を行うことが基本的な考え方とされた。

具体的な内容は、病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理することとされた。院内に多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成することとされた。さらに、当該計画には、以下の各項目のうち、少なくとも2項目以上を含んでいることとされた。

- ① 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み（許可病床の数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと）
- ② 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）
- ③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- ④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善

⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

また、病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、医療機関の取組がさらに進むよう、複数項目の取組を計画に盛り込むことを医師の事務作業補助者体制加算等の要件とするとともに、医師事務作業補助体制加算等の評価を充実することとされた。院内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成することとされ、計画には、医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予約の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）について計画に記載し、院内の職員に向けて周知徹底するとともに、委員会等で取組状況を定期的に評価し、見直しを行うこととされた。

この他計画には、医師の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいることとされた。

- ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑥ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

また、医師事務作業補助体制加算については、例えば医師事務作業補助体制加算1の病院については、15対1補助体制加算についてはこれま

での 870 点から 920 点に、20 対 1 補助体制加算では 658 点から 708 点など、より高く評価されることとなった。

「②医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和」については、医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行うことが基本的な考え方とされた。具体的な内容としては、医師については、小児科・産婦人科・その他専門性の高い特定の領域や夜間の緊急対応の必要性が低い項目について、週 3 日以上かつ週 24 時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とすることとされた。対象は、小児科においては、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料、小児食物アレルギー負荷検査、障害児（者）リハビリテーション料、産婦人科では、ハイリスク分娩管理加算、リハビリテーション科では、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、難病患者リハビリテーション料など各リハビリテーション料、その他精神科や麻酔科でも該当することとされた。

これらの診療報酬改定における評価を概観してみると、医師の業務内容に関し、多職種が可能な限り協力する体制を院内で構築することが求められていると言えよう。チーム医療の実践の中で、医師は、リーダーとしての役割を果たしながら、多職種が最大限に自らの能力を発揮して、チーム医療のアウトカムにつなげることが、今後の医療現場において益々求められてくることと思われる。医師の働き方改革成功のためには、多職種の能力の向上や質を担保した上でのチーム医療実践の効率化についての更なる

検討が院内で求められていると言える。

5 終わりに—医師が働きやすく、患者へのアウトカムがベストになるような院内の構築を目指して

わが国で現在積極的に進められている人々のワーク・ライフ・バランスを目指した働き方改革の実施に伴い、高度なプロフェッションの担い手である医師という職業においては、どのような働き方改革が可能であるかについて、医療という最も人間の生死に関して重要な領域であることを前提に、患者の視点から検討を加えてきた。

病院に勤務する医師は基本的には労働者ではあるが、医師という特殊な職業であることを十分に理解した上で、労働時間を中心とした働き方改革が行われなければならない点からすると、医師の診療能力の評価や医療のアウトカム評価も同時に行われなければならないことは重要な視点であると思われる。また、医師の労働負担軽減のためには、チーム医療の実践における多職種の臨床能力の向上も同時になされなければならないことも重要である。さらに、医師も人間である点を最大限に理解し、医療現場においては、医師の臨床能力が低下しないよう、睡眠時間の確保や休養を取得できるよう、今後は様々な工夫が求められてくる。医師がベストなコンディションで診療に臨むことは、患者にとってもとても重要であり、医療のアウトカムが最善となる可能性が高まる。

Peter は、イギリスにおいても医師の業務の変化に伴い、プロフェッションに対する考え方にも変化が見られてきているとしている⁷⁾。今後は、診療パフォーマンスに対する明白なスタンダード（explicit standard setting and measuring performance）が求められ、自身による評価と

規制（self-regulation）、明白なインディケーターによるデモンストレーションを伴う臨床能力の再確認（revalidation）が求められてくるとしている。

教育や研修、第三者評価なども同時に行いながら、診療の質保証がなされ、医師をはじめとするチーム医療を実践する医療従事者が自己の能力を最大限発揮し、患者に対するアウトカムが最善となるよう今後の院内の改革に期待したい。

【引用文献】

- 1) 一戸真子、「職業生活の中断を論じる意義」、日本社会保障学会編、『社会保障法第27号』、2012.5、99-118頁
- 2) 厚生労働省、医師の働き方改革に関する検討会、「中間的な論点整理」2018.2
- 3) 福井次矢、「働き方改革は医療現場を揺るがす一病院の勤務医にも裁量労働制を」、社会保険旬報、No.2668、2017、36-12頁
- 4) 日本医師会、「医師の職業倫理指針 第3版」、2016.10
- 5) 卒後臨床研修評価機構 <http://www.jcep.jp> (2018.9.15)
- 6) 診療報酬点数早見表、[医科]、2018年4月版、医学通信社、2018
- 7) Peter Ellis, "Have changes in the context of doctors' work altered the concept of the professional in medicine?", Medical Teacher, Vol.26, No.6, 2004, pp529-533

いちのへ しんこ

埼玉学園大学大学院経営学研究科ヘルスケアサービス・マネジメント教授。

東京大学大学院医学系研究科博士課程修了、博士（保健学）。

北海道医療大学看護福祉学部専任講師、高崎健康福祉大学医療福祉学部助教授、上武大学看護学部医療管理学教授、同大学教育研究センター長等を経て現職。

【主な著書】

『グローバル・ヘルス・ビジネス — 世界標準で健康を考える』（単著）日本経済評論社、2018年

『賢い医療消費者になるために — セルフヒーリング、セルフケア、セルフメディケーション』（単著）社会評論社、2018年

『国際看護』（編者）学研、2016年

『ヘルスケアサービスの質とマネジメント』（単著）社会評論社、2012年

『生き方としての健康科学』（共著）有信堂、2013年

『健康と社会』（共著）NHK出版、2011年

『福祉国家の医療改革』（共著）東信堂、2003年

『保健・医療・福祉の総合化を目指して』（共著）光生館、1997年