

# 畝参考人 ヒアリング資料

# 医師の働き方改革に対する検討 心臓外科医の立場から

大和成和病院 心臓血管外科  
畝 大（うね だい）

畝 大 (うね だい) 41歳  
医師 17年目 (免許取得後16年半)  
心臓外科専門医  
年間100~120例 心臓手術の執刀/指導

2001年3月	岡山大学医学部 卒業
2001年4月	岡山大学医学部附属病院 心臓血管外科研修医
2001年7月	広島市立広島市民病院 外科研修医
2003年7月	済生会今治病院 心臓血管外科研修医
2005年4月	国立循環器病センター研究所 循環動態機能部 研究員
2006年4月	心臓病センター榊原病院 心臓外科 医員/医長

2010年1月	カナダのトロント大学附属病院心臓血管外科に研究留学
2012年1月	カナダのオタワ大学心臓外科に臨床留学
2014年7月	大和成和病院 心臓血管外科 入職

2015年12月 大和成和病院 心臓血管外科 部長

# 医師1年目

## 大学附属病院 心臓血管外科研修医

朝から晩まで看護師に混じり病棟業務、当直は無し  
8時から22時ごろまでの勤務

8時～ 小児採血

スタッフの回診について回りパソコンの指示入力

病棟業務 食事管理や薬剤指示出し、パソコンに入力＋書類書き  
翌日の手術の輸血製剤準備(クロスマッチなど)

患者の運搬や検査の手配、書類など物が無いときに探すなど

21時 or 22時ごろまで

術前カンファレンスの日は夜2時程度まで

自己研鑽はゼロ。手術室に入ることすらなかったが手術について学ぶ時間も自分で勉強する時間も作れなかった。看護師や事務員の代わりであり処方内容もよく理解できず入力のみ。どちらかというとな事務仕事。勤務時間も区切りの無い延々としたものであった。

# 医師1～3年 市立病院 外科研修医

一般外科研修 基本手技習得が目的  
当直は月8回程度  
6時から21時/22時ごろに終わるのが一般的な1日

6時～ 担当患者の 回診  
7時～ 毎朝カンファレンス

毎日2例ずつ手術助手 その後夜に再度回診、カルテ書き、  
診断書など書類整理、カンファレンスの用意

忙しかったが常に医師らしい仕事が主でやりがいもあった。担当患者への責任は重く調子が悪いと常に呼び出され診察する必要があった。病棟での処置(点滴の出し方、入れ方)、胸や腹部への管の入れ方に始まり、手術手技を覚え家に帰ってもイメージトレーニングや糸結びの練習を延々とやっていた。

# 医師3～5年目 済生会 心臓外科研修医

心臓外科研修 当直は月に20回ぐらい 1番多い時で月29日

ICUは不慣れであったためずっと診ている必要があった。

手術や病棟業務など絶え間ない仕事。仕事の間を縫って自己研鑽

今後も手術後を誰かが代わりに診てくれるとは思えない。結局、心臓手術後の集中治療医と心臓外科医という異なる2つの仕事、両方のトレーニングを受ける必要があるのが現状でありしんどい。当然、仕事時間や自己研鑽の時間は単純に2倍となる。

# 医師6～9年目

## 私立の心臓専門病院 心臓外科医員/医長

心臓専門研修。当直は月に6-8回程度。8時から19時程度勤務。

専門病院で看護師も慣れていたので比較的早く落ち着いて帰宅できていた。術後3時間程度診て落ち着いていたら帰宅していた。状態が悪いとエンドレスでつきっきりは変わらず行っていた。

手術の勉強は各自で行い、教科書を買って読んでいた。学会参加もすることによって知識をアップデートしていた。留学を見据えて英語の勉強も行っていた。

趣味と呼べるものもないため空き時間は手術の勉強や研究（確率統計を用いて治療効果を判定する）を行うこととなる。

多くの心臓外科医にとってこれらは嫌な時間ではない

# 医師10～14年目

## カナダ トロントで研究 オタワで臨床

30代前半の中堅には居場所は無く33歳で海外へ

2年間トロントで 研究と英語の勉強 時間がすべて労働時間  
オタワ大学で臨床へ 当直は月8回 Duty は 9時～19時ぐらいの安定した労働ICUは  
麻酔科が診るため手術のみで非常に楽。

手術トレーニングの傍ら、膨大な時間を研究へ。学会発表や論文作成も行う。こういった研究成果を上げることで上司に評価されて手術トレーニングの機会も増加する仕組みとなっている。

手術の前後では指導医の手順を逐一メモして頭の中で再現することを繰り返す。指導医と全く同じ動きをコピーしないと執刀機会は増えないため自己研鑽の時間は膨大なものであった。

手術執刀と研究成果を上げることに集中できた。能率的に両者の成果を上げられるため、できるだけ時間を費やした。

## 労働時間には2通りのものがある

- ①将来執刀するためのトレーニングにつながるもの  
手術、患者を診察して内服治療＋点滴指示  
自己研鑽(手術ビデオや本を読む、学会参加、論文活動など)
- ②将来につながらないもの  
指示の入力、確実にできる簡単な手技の繰り返し(ガーゼ交換)  
カルテ記載、退院サマリー＋診断書など書類業務  
ある程度落ち着いているICU術後患者のつきっきり治療  
  
患者＋家族に対する手術の説明など

労働時間を減らすことを目標とすると①は  
そのままに②の負担を減らしてほしい

## 医師の勤務時間が長くなる要因をどのように考えるか？

人の命がかかっているため勤務時間が長くなるのは止むを得ない部分も多い。責任感を持って仕事をすべきであり状態が悪い患者がいる場合につきっきりであったり、帰宅後もどうすればよくなるか悩むことは自然だと思う。実際に状態が悪い患者がいたとして、17時に帰宅して自由に過ごしている医師を患者の家族は信頼しないと思うし命を預ける気にはならない。長時間病院で勤務している医師の方が周囲から信頼される傾向があり実力があることも多い。

少し異なる点として自己研鑽の時間は必要なため自己研鑽時間は削れないと思う。

## 労働時間の上限規制について、どのように考えるか？

医師の数が多数いれば交代でICUなど患者を診ることは可能であり常識の範囲内（8時—19時、週1回当直など）に院内の勤務時間（自己研鑽を除くDuty）を短くすることは可能である。一方で大多数の病院では心臓外科医師2~4人程度の体制が多く当直は週1回以上行っているところが多いと思われる。On callにいたっては2日に1回以上行っているところも多いと思われる。自己研鑽時間は規制できない。

## 医師の養成や技術習得のための自己研鑽の必要性をどのように考えるか？

未熟な技術は一瞬で患者の命を奪う。可能な限り研鑽に励み技術向上を行うべきだと考える。自分自身もいまだに学会参加や手術ビデオを通して学び研鑽中である。今後の後輩も自己研鑽を行わずにまともに手術ができるようになるとは到底思えない。

**どのような勤務環境改善策が必要か？（特に、タスクシフティングやチーム医療の推進等について）**

自己研鑽や将来手術を必要とする部分は改善の余地は少ないし改善する必要もないと考える。

大幅に改善できる点として、ICU治療医と心臓外科医は別の職業と考える。ICU治療医の充実が必要でありICU治療を隔離できれば勤務環境は大幅に改善する。その他にはNPの充実を行い簡単な処置や処方（将来の技術向上につながらない仕事）は任せるべきだと考える。

他の点として患者を執刀医一人で責任を持って外来から手術、入院を経て外来まで診させるのではなく、3人程度の主治医+ICU治療医といった形で責任+負担の分散が有効だと思う。小さな病院（心臓外科医が3人以下のチーム）は負担が大きくなりがちのため、勤務環境だけを考えると合併などで小さなチームを減らすことも有効と考える。



一般的な業務スケジュール②

時	分	業務内容	備考
8	0	病棟+ICU患者回診	
	30		
9	0		
	30	外来診察	
10	0		
	30		
11	0		
	30		
12	0		
	30		
13	0		
	30		
14	0		
	30		
15	0		
	30	ICU患者管理+書類業務(サマリーや手術記事など)	
17	0		
	30	術前患者カンファレンス	
18	0		
	30	帰宅	
19	0		

	30	オンコール(緊急手術があれば呼び出し)	
20	0		
	30		
21	0		
	30		
22	0		
	30		
23	0		
	30		
24	0		
	30		
1	0		
	30		
2	0		
	30		
3	0		
	30		
4	0		
	30		
5	0		
	30		
6	0		
	30		
7	0		
	30		