

厚生労働行政推進調査事業費補助金

政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営
上の影響に関する研究

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 荒井 耕

（一橋大学大学院 経営管理研究科）

2023年 5月

目 次

I. 総括研究報告

- タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究 --- 1
研究代表者 荒井 耕 一橋大学大学院 経営管理研究科

II. 分担研究報告

1. タスクシフトによる医師の労働時間短縮効果と経営上の影響に関する実態調査
：東京医科歯科大学病院放射線部における取り組みの把握 ----- 10
研究代表者 荒井 耕 一橋大学大学院 経営管理研究科
研究協力者 羽田 紘人 東京医科歯科大学病院 放射線部
2. 同一法人内における助産師業務のタスクシフト・シェアの進展度の差異
に関する調査 ----- 20
研究分担者 内藤 嘉之 社会医療法人愛仁会
研究分担者 齊藤 健一 京都大学医学部附属病院 医療情報企画部
研究協力者 車田 絵里子 社会医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院
3. 診療報酬請求情報を用いてタスクシフトの潜在的ニーズを推定するための
基盤整備に関する研究 ----- 28
研究分担者 平木 秀輔 公益財団法人田附興風会医学研究所 保健・健康
研究部
研究分担者 吉村 長久 公益財団法人田附興風会医学研究所 北野病院
4. タスクシフト種類ごとの費用対効果分析に必要なデータの収集上の課題を
明確にするための研究：協力7病院からのデータ収集活動に基づいて ----- 35
研究代表者 荒井 耕 一橋大学大学院 経営管理研究科
研究分担者 齊藤 健一 京都大学医学部附属病院 医療情報企画部
研究分担者 内藤 嘉之 社会医療法人愛仁会
[資料1] 推計研究のための収集データ様式
[資料2] 費用対効果分析の試行
5. タスクシフトに伴う初期の技術的対応費用の把握に関する研究
：「タスクシフトに伴うマニュアル作成及び研修実施の状況に関するアンケート」
調査を用いて ----- 51
研究代表者 荒井 耕 一橋大学大学院 経営管理研究科
研究分担者 阪口 博政 金沢大学 人間社会研究域経済学経営学系
[資料1] 病院アンケート調査資料
[資料2] 病院アンケート調査結果
6. 医師業務のタスクシフト推進への影響要因に関する研究
：非二次三次救急病院へのインタビュー調査に基づいて ----- 109
研究分担者 阪口 博政 金沢大学 人間社会研究域経済学経営学系
研究代表者 荒井 耕 一橋大学大学院 経営管理研究科
[資料1] インタビュー質問票
[資料2] インタビュー記録

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 167

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))
令和4年度総括研究報告書

タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究

研究代表者 荒井 耕 一橋大学大学院 経営管理研究科 教授

研究要旨

医師の労働時間短縮を進める方法の一つとしてタスクシフトの推進が課題となる中、各種シフトの費用対効果分析の必要性も提唱されているが、短期的にはコスト増と認識されがちなタスクシフトに医療機関が積極的に取り組むことに躊躇せざるを得ない状況がある。そのため、費用対効果が大きいタスクシフトを明らかにすることは極めて重要となっているが、従来、タスクシフト種類ごとの費用対効果分析の方法論は確立されていない。そこで本研究では、昨年度、国内外の文献調査により参考となる研究がないかを確認しつつ、まずは事業体の経営のために発達してきた管理会計論における分析手法を参考にして、また実地研究病院でのデータ収集の試みや実地研究病院およびインタビュー調査対象病院でのシフト状況に関する質的なデータも参考にして、タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営への影響を体系的に分析するための暫定的な方法論を構築した。本年度の研究では、この暫定的に構築した方法論を実際にいくつかの医療機関で実践することを通じて、より現実的に利用可能な方法論として改善していくことを目的とする。また、昨年度の研究結果から優先的な分析対象とした19種類のシフト業務を対象に、より多くの医療機関での適用研究を通じて、本年度中に改善が加えられた暫定的方法論に基づく費用対効果分析の展開可能性を検証することも目的とする。

これらの目的を達成するために、本年度には、実地病院調査、試行収集分析調査、アンケート調査、インタビュー調査の4つの調査を実施した。

実地病院調査としては、まず東京医科歯科大学病院では、暫定的に構築した方法論に基づいたデータ収集様式に沿って、放射線部門内のモダリティごとに、各対象業務のシフトに伴うマニュアル作成及び研修に関わる人的資源の投入状況や発生件数・業務所要時間を把握することができ、昨年度に構築した暫定的方法論の妥当性が検証できた。また愛仁会グループ3病院では、妊婦健診や保健指導といった業務の助産師へのシフトに関して、暫定的な方法論に沿って業務所要時間や教育研修について調査し、昨年度構築した方法に必要なデータの収集が可能であることが確認できた。さらに北野病院では、各シフト業務の病院間での比較可能性を向上させる観点やデータ収集の容易性を高める観点から、暫定的な方法論において不可欠なシフト業務の月間発生件数の収集方法として診療報酬請求データを活用することを検討し、診療報酬データファイルから紐づけ可能であった業務の月間発生件数を実際に抽出し、通常院内での医事統計作成と同様の工数で実施できることが確認できた。

また暫定的な方法論に基づく分析に必要な諸データを多くの病院から収集する上での課題を7病院対象の試行収集調査により把握することができた。本年度および次年度の多数の病院を対象とした調査における調査票の作成に際して記載方法の工夫が必要な具体的な諸課題などが明らかとなった。また試行的な分析の結果、シフト業務によって、経営上の負荷と医師時短効果による費用対効果に違いがあることが明らかとなり、費用対効果分析を通じて、経営負荷が小さく時短効果の大きいタスクシフトから優先的に実践していくことを促すことに、意義があることが確認された。

さらに、アンケート調査を通じて、開設主体の観点からも病床規模の観点からも多様な480病院から、優先的に分析対象とすべき19種類業務の中で各病院で実施しているシフト対象業務ごとに、タスクシフトに伴う技術的な初期費用に関連する諸データが収集できた。そのため、次年度において多数病院を対象とした費用対効果分析を実施検証するうえで、分析対象病院数の観点からも、分析対象病院の多様性の観点からも、十分なデータを収集することができた。また副産物として、マニュアル作成率や研修実施率の低さや作成・実施担当者がシフト先職種であることが多いなどのタスクシフトに伴う技術的初期対応の実務が定量的に明らかとなった。

加えてインタビュー調査からは、非救急病院では医師業務のシフトの必要性が相対的に低く、その一方で移管先職種の人員確保がより困難な状況が確認された。またタスクシフトの推進に向けては、病院としての対応策推進という視点よりも、社会的な施策の取り込みが期待されていた。

令和4年度の調査研究により得られた実地病院調査及び試行収集分析調査の成果は、本年度の多数病院を対象としたデータ収集調査の方法改善に活用されただけでなく、令和5年度における多数病院に対するさらなるデータ収集調査の方法改善にも活用される。また令和4年度のアンケート調査の成果は、令和5年度におけるさらなるデータ収集調査の成果と連結され、多数病院を対象とした費用対効果分析のために活用される。さらにインタビュー調査の成果は、各種シフトの費用対効果分析結果の適切な活用に生かされる。

研究分担者

阪口博政 金沢大学・人間社会研究域経済学
経営学系・准教授

吉村長久 公益財団法人田附興風会・医学研
究所北野病院・病院長

内藤嘉之 社会医療法人愛仁会・高槻病院・理
事長

齊藤健一 京都大学・医学部附属病院・特定助
教

平木秀輔 公益財団法人田附興風会・医学研
究所・保健・健康研究部・研究主幹

A. 研究目的

2024年4月の医師に対する時間外労働の上限規制の適用に向けて、労働時間の短縮の推進が大きな課題となる中、具体策の一つとしてタスクシフト/シェアが取り上げられ、厚生労働省の検討会では、その推進のためにタスクシフトの費用対効果の分析の必要性も提唱されている。

新型コロナウイルス流行の影響やエネルギーコスト増などの物価高もあり、現在、医療機関の経営状況は極めて厳しい状況に置かれており、少なくとも短期的にはコスト増と一

一般的に認識されているタスクシフトに医療機関が積極的に取り組むことに躊躇せざるを得ない環境にある。そのため、各種タスクシフトによる医師労働時間の短縮効果とともに、医療機関経営への影響を同時に分析して経営上の費用対効果が大きいタスクシフトを明らかにすることは、タスクシフトを推進する上で極めて重要となっている。ところが、従来、各種タスクシフトによる医師労働時間の短縮効果と医療機関経営への影響を同時体系的に分析した研究は見られず、具体的にどのように分析すればよいのかについての方法論は確立されていなかった。

そこで、昨年度の研究においては、国内外の文献調査により本研究にとって参考となる研究がないかを確認しつつ、まずは事業体の経営のために発達してきた管理会計論における分析手法（新規投資における経済性評価手法）を参考にして、また実地研究病院でのデータ収集の試みや実地研究病院およびインタビュー調査対象病院でのシフト状況に関する質的なデータも参考にして、タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営への影響を体系的に分析するための暫定的な方法論を構築した。本年度の研究では、この暫定的に構築した方法論を実際にいくつかの医療機関で実践することを通じて、より現実的に利用可能な方法論として確立していくことを目的とする。

なお、限られた時間と研究費をより効率的・効果的に利用して医療機関におけるタスクシフトへの取り組みを促すためには、優先順位を付けて各種タスクシフトの効果及び影響を明確にしていく必要がある。そのため、昨年度の研究では、タスクシフトの現状に関するアンケート調査を実施し

て、シフトがあまり進んでいない対象業務やシフトに伴う初期投資が大きい対象業務など、費用対効果を明確にする意義が高い19種類のシフト対象業務を明確にした。

本年度以降は、これら優先的に分析対象とすべき19種類のシフト業務を対象として、昨年度の研究によって暫定的に構築された方法論に基づいて、より多くの医療機関での適用研究を通じて、費用対効果分析の展開可能性を検証することも目的とする。

B. 研究方法

以上の研究目的を達成するために、実地病院調査、試行収集分析調査、アンケート調査、インタビュー調査の4つの調査を用いた。

(1) 実地病院調査

本研究班と関わりの深い3つの医療機関（東京医科歯科大学病院、愛仁会グループ3病院、北野病院）において、暫定的に構築された方法論に基づくデータの収集や方法の検証を行うこととした。

より具体的には、東京医科歯科大学病院では、放射線部門を対象として、部門内のモダリティごとに、暫定的な方法論に基づいてデータ収集を実践し、当方法論の検証を行うこととした。また愛仁会グループ内の3病院的の周産期母子医療センターを対象として、暫定的に構築された方法論に基づいて助産師業務のデータ収集を試みて、3病院間で比較検討することとした。さらに北野病院では、分析対象とするシフト業務の病院間での共通認識を高めて比較可能性を向上させる観点や、データ収集の容易性を高める観点から、暫定的な方法論において不可欠なシフト業務の月間発生件数の収集方法として、診療報酬請

求データを活用することの可能性を検討し、実際に抽出把握を試みて検証することとした。

(2) 試行収集分析調査

暫定的に構築した方法論に基づいて各シフト対象業務の費用対効果を分析するために必要なデータを多数の病院から収集するのに先立って、病院から関連データを収集する上での課題を把握するため、まず数病院から関連データを収集することにした。具体的には、昨年度の調査において追加的な調査への協力が可能と回答した病院群の中から7病院を対象として、シフト対象業務ごとに、費用対効果分析に必要な諸データを収集する取り組みをまず実施することにした。

また、7病院から収集したデータを活用して、暫定的な方法論に基づき、実際に費用対効果分析を試行することにした。

(3) アンケート調査

昨年度実施した調査に回答した病院のうちで、優先的に分析対象とすることにした19種類のシフト対象業務の一つでもシフトを実施している1,086病院を対象に、タスクシフトに伴う業務マニュアル作成や教育研修にかかる業務時間や費用についてアンケート調査を実施した(調査期間2022年11月17日～2022年12月20日)。先行実施していた7病院からのデータ収集調査で明らかとなった収集上の課題を踏まえつつ、調査票を作成した。

なお「事務部長様」宛として、厚生労働省作成の調査協力依頼書、タスクシフト研究班(荒井班)作成の調査協力依頼書、Web回答のための案内状の3点を郵送して実施した。

(4) インタビュー調査

昨年度に二次・三次救急病院群を対象として実施したタスクシフトに関わる質的状況の把握のためのインタビュー調査を、本年度は非二次・三次救急病院群を対象として実施し、状況に異なる点がないかを把握することとした。定量的に把握しにくい要素があると考え半構造化された質問票に基づいた調査として実施した。2022年11月～2023年3月の間に5件のインタビュー調査を実施した。インタビュー対象については、本研究班で昨年度実施した非二次・三次救急病院群を対象としたアンケート調査の回答病院、また研究班と既知の関係のある非二次・三次救急病院に依頼し協力を得たところを選定した。

(倫理面への配慮)

本調査研究は、一橋大学の倫理審査委員会の審査・承認を受け実施した(承認日:2022年10月20日、承認番号:2022C022号)。

C. 研究結果

(1) 実地病院調査

①東京医科歯科大学病院

本研究ではタスクシフトを「特に推進するもの」において示された業務について、放射線部内に設置されている各モダリティ(単純X線撮影、X線CT検査、核磁気共鳴(MRI)検査、骨塩定量検査、乳房撮影、血管撮影、核医学検査、放射線治療)を対象に、既に移管されている業務および現在遂行中の業務について、タスクシフト項目の抽出、発生件数・時間の調査を行った。また、移管に要する教育研修時間およびマニュアル等の有無についても実態の調査を行った。

特に推進する業務とされた放射線部関連の業務はすべてすでに行われてきたが、多くの業務で座学研修は行われておらず、On the

job training 形式の実務研修により習得されていた。各シフト業務の研修時間は数 10 分から 1 時間程度であった。研修の参加人数については各モダリティを日常的に担当する人数が報告されており、当該部門において一人前のスタッフとして勤務を行える状態を目指す上で習得すべき業務という位置づけであった。一期間内に研修を行う人数については、欠員に応じた新入職員の雇用を行っているため、不特定であるとの回答が得られた。発生件数については、異常所見を疑った際の医師への報告など一日数件の項目や同意書の受領や被ばくの説明など 10 件/日程度の項目が上げられた。

②愛仁会グループ 3 病院

「特に推進するもの」として提示されたシフト対象業務区分（『低リスク妊婦の健診・分娩管理、妊産婦の保健指導』）の中には、さらに詳細な区分が存在するため、回答の困難性やばらつきが発生している可能性がある。そこで、妊婦健診や保健指導という主たる助産師業務について、その発生件数と業務負担割合を調査し、病院間でシフトの程度が異なるか調査するとともに、『低リスク妊婦の健診・分娩管理、妊産婦の保健指導』に関わる他の業務も抽出して、同様に病院間の比較とその背景の把握を試みた。

2022 年度の 3 病院における助産師一人当たりの分娩件数は、20.5 件、33.7 件、19.4 件であった。正常分娩の割合は、それぞれ 43.9%、47.1%、40%で、院内助産で出生する割合は 12.1%、13.5%、18.0%であった。妊婦健診や保健指導について、各病院ともタスクシフトの取り組みについて大きな差異は認めず、院内助産院での出生割合に応じて、助産師による妊婦健診などが行われていた。1 回あたりの診察や指導に関わる時間について

は、助産師の場合には 30-40 分、医師の場合には 10 分程度であり、病院間のばらつきは認めなかった。これらのシフト業務に関する教育・研修については、集計を試みたものの、助産師本来のキャリアパスに則った教育がすでに存在しており、必要件数や研修時間が決まっており、それを逸脱したものではなかった。

一方、抽出したその他の業務については、業務範囲や件数集計方法の病院間でのばらつきが大きく、またそのシフトのためのマニュアル作成時間や座学・実務研修についてもばらつきが大きかった。

③北野病院

本研究班が暫定的に構築した方法論に基づいて費用対効果分析を実施するためには、その収集データの一部として、シフト対象業務の月間発生件数が必要であるが、この発生件数データについて、何らかの標準化を行い、機械的な情報抽出を可能とすることができれば、医療機関の回答にかかる負担を低減し、加えて回答の比較可能性を向上させることができる。そこで、今回対象としているシフト対象業務を診療報酬の区分番号に紐づけることで、発生件数把握の標準化を実現できないかを検討し、実際に北野病院での診療報酬データファイルから、紐づけ可能であった対象業務の月間発生件数の抽出把握を試みた。

本研究班が対象としている 19 のシフト対象業務項目のうち、13 項目については区分番号との紐付けを行うことができた。残りの 6 項目については、保険診療外であることや医療機関ごとの運用の違いが大きいことが想定されるなどして、診療報酬項目からの推計は困難であることが示唆された。

また、当院の入院 EF ファイルにより、紐

づけ可能であった対象業務項目について、月間発生件数の抽出を試行的に行ったところ、当院で医事統計を作成することと同様の工数で実施することができた。

(2) 試行収集分析調査

シフトに伴う技術的な初期費用やシフト業務の発生件数及び所要時間に関連する諸データを収集する上での課題を把握することができた。本年度および次年度における多数の病院を対象とした調査票の作成時に記載方法の工夫が必要な具体的な諸課題が明らかになったほか、収集が相対的に困難なデータ項目の存在、収集データに基づく分析結果の解釈に際して注意すべき課題なども明らかとなった。

7 病院から収集できたデータに基づいて、各病院で実施している累計 56 種類の多様なシフト業務を対象に、経営上の負荷（技術対応初期投資の回収期間）と医師労働時間短縮効果を同時把握し、費用対効果分析を試行できた。具体的には、56 種類の業務に限定された知見ではあるものの、各病院の各シフト業務の回収期間は、全体として見た場合には、1 年未満の非常に短いものが多く、多くの場合、経営上の負荷は大きいものではないが、初期投資が回収できない業務も 3 事例見られたほか、回収に 10 年以上かかる業務も 2 事例見られた。

一方、各病院の各シフト業務からは、多くの場合、大きな医師時短効果が得られていた。56 事例のうち、年間 100 時間以上と大きな時短効果が得られているシフト業務が 27 事例見られる一方、年間 10 時間未満と十分に大きな時短効果が得られているわけではない業務も 8 事例見られた。

技術対応初期投資の回収期間が 1 年未満と短く経営上の負荷が相対的に小さい一方

で、医師労働時間短縮効果が年間 50 時間以上とある程度期待できるシフト業務事例は、56 事例のうち 31 事例見られた。

(3) アンケート調査

調査対象 1,086 病院のうち、480 病院から回答（回収率 44.2%）を得た。具体的には、480 病院から、調査対象 19 種類の業務の中で、各病院が実施しているシフト対象業務について、業務マニュアルの作成の有無、座学研修の実施の有無、実務研修の実施の有無についての回答を得た。また業務マニュアル作成については作成担当職種と作成時間数、座学研修と実務研修については研修時間数と研修参加者数と実施方法のデータを得た。さらに両研修については、内部講師・指導者による実施の場合には研修の事前準備時間数と研修担当職種、院内での外部講師・指導者による実施の場合には外部講師・指導者謝金、外部研修受講の場合には受講費用のデータを回答いただいた。

回答病院群の属性は、開設主体としては、「法人」が 65%を占めて最も割合が高く、「公的医療機関」が約 26%、「国」が約 8%で、「社会保険関係団体」と「その他」はごくわずかであった。また総稼働病床数規模の観点からは、100 床台が 30%強と最も高く、続いて、100 床未満が約 29%と多く、200 床台～300 床台が約 23%、400 床以上は約 18%であった。

また、副産物として、19 種類のシフト対象業務ごとの、シフトに伴う技術的初期対応の実態も明らかとなった。助産師への院内助産業務以外のシフト対象業務については、過半の病院では業務マニュアルが作成されていない。作成している場合には、多くのシフト対象業務において、シフトをする側の医師ではなくシフトを受ける側の職種が主た

る作成者となっていた。また、シフトに伴い座学研修や実務研修を実施している病院は少なく、実施する場合には、シフトを受ける側の職種が内部の講師・指導者となって実施されることが多かった。

(4) インタビュー調査

病院内に対象となる業務が存在しなかったり、対象職種が不在である業務も見られるが、存在する業務についてはほぼ移管しているか半数程度が移管されている状況である。

また影響要因として、教育研修に関する負荷についてはほぼ触れられる点がなく、経営上の負荷については、リスク管理に関する反応は皆無であり、人的負荷とくに新規人員の確保に多くの課題があった。また、サポートについても院内でどのような支援が考えられるかという視点からはなく、院外からの支援を得たいというコメントが多くなっている。

D. 考察

(1) 実地病院調査

① 東京医科歯科大学病院

「特に推進するもの」とされたシフト対象業務は、従来からすでに一般的なコメディカルの業務として行われていた。これらの業務は、以前より現行制度の下で実施可能な範囲であり、スタッフを多数抱える組織においては、コメディカルの正式な業務として広く行われている業務内容もある。なお「特に推進するもの」に該当するかの解釈には一定程度の幅があり、また同一シフト対象項目区分(D1～D3 など)内にも幅広い業務が含まれている。

しかしながら、本研究班として分析対象としているシフト対象業務の区分に基づいて、初年度に研究班として暫定的に構築した方

法論に基づくデータ収集様式に沿って、単一施設であるが放射線部門における詳細なシフト対象業務の実践に伴うマニュアル作成や研修に関わる人的資源の投入状況を把握することはできた。そこで、次年度には、本年度の調査で得られた各シフト対象業務に伴う教育・研修費とシフトによる効果を基に、本研究班の方法論に沿って費用対効果分析を行う予定である。

② 愛仁会 3 病院

本研究班で分析対象としている「特に推進するもの」とされるシフト対象区分のうちの助産師に関する項目である『低リスク妊婦の健診・分娩管理、妊産婦の保健指導』については、今回対象の3病院のようにすでに機能分化が進んでいる病院においては、シフト件数の違いは、患者背景を含む地域特性に起因するところが多い様であった。

また妊婦健診や保健指導といった主たるシフト対象業務に関しては、その実践に3病院間で大きな差異は見られず、本研究班で暫定的に構築した方法論に基づく分析に必要な、業務1回当たりの所要時間やシフトのための教育研修にも、病院間のばらつきは見られなかった。そのため、本研究班が構築した方法に必要なデータの収集は可能であるとともに、そのデータに基づく分析も妥当であると考えられる。

なお助産領域においては助産師というプロフェッショナリズムに基づく新しい業務への意欲やより広い業務への意識が見られ、こうした意欲を支援することによるタスクシフトの推進も重要と考えられる。

③ 北野病院

データハンドリングの工数として、日常業務において各種院内統計を作成することと

同等程度のものであり、本研究に協力するために対象医療機関担当者の業務負荷が大幅に増大することはないと想定された。そのため、分析対象のシフト対象業務項目と診療報酬上の区分番号との紐づけの結果を活用することで、次年度の多数病院対象の調査において、回答が標準化され、比較可能性を向上させられるほか、医事システムの活用法を提供することで回答担当者の負担軽減にも寄与すると考えられる。シフト対象業務項目によっては、必ずしも医事請求情報から推計ができるわけではないものの、医療機関においては診療台帳等の統計データを保有していることが一般的であり、推計に当たっては各種のデータ源を参照する有効性が明らかとなった。

また、今回の結果は診療報酬請求データを用いるものであるため、個々の医療機関レベルのみならず、DPC 調査データや NDB 等の診療報酬請求データベースに対して応用することで、政策立案上の参考情報として活用できる可能性も示唆される。ただし、紐づけを研究者個人の知識・経験をもとに実施しており、外的妥当性の検証が不十分である点は課題である。

(2) 試行収集分析調査

7病院からの試行的なデータ収集の取り組みから明らかとなった収集上の課題のうち、本年度のアンケート調査では、講師の研修準備時間の回答に関する調査票の工夫が必要である。また来年度のアンケート調査では、シフト開始以前・以後の医師及び移管先他職種の仕事一回当たり所要時間等の回答に関する調査票の工夫が必要であるほか、回答が容易ではない項目が多いため回答の督促が重要となると考えられる。加えて、分析結果の解釈に際しては、シフト業務の多様性に

留意する必要がある。

また試行的な分析の結果、シフト業務によって、経営上の負荷と医師時短効果による費用対効果に良し悪しの違いがあることが判明した。そのため、費用対効果の違いを明らかにすることによって、経営上の負荷が相対的に小さく時短効果の大きいタスクシフトから優先的に実践していくことを促すことに、意義はあることが確認された。

なお、回収期間が長くなっているシフト業務事例であっても、他病院での同様のシフト業務事例の中には回収期間が必ずしも長くない場合もあることから、既存の業務シフトの方法を修正することによって回収期間を短縮することが可能な場合もあることにも留意する必要がある。つまり、既存のシフト方法の改善によって費用対効果を向上させる余地がある場合もあるため、必ずしも現状の費用対効果の悪さに囚われ過ぎるべきではないだろう。

(3) アンケート調査

開設主体の観点からも病床規模の観点からも多様な 480 病院から、調査対象 19 種類業務の中で各病院で実施しているシフト対象業務ごとに、タスクシフトに伴う技術的な初期費用に関連する諸データが収集できた。そのため、次年度において多数病院を対象とした費用対効果分析を実施するうえで、分析対象病院数の観点からも分析対象病院の多様性の観点からも、十分なデータを収集することができたと考えられる。

また副産物として、マニュアル作成率や研修実施率の低さや作成・実施担当者がシフト先職種であることが明らかとなった。今回分析対象とされた 19 種類のシフト対象業務は、病院界全体としてはまだシフトされていないことが多い業務であるものの、すでにシフ

トしている病院では、かなり以前からシフトしていた業務も多く、そのためすでにシフト先職種の業務として定着していることが多かったと考えられる。そのため、あえてマニュアルを作成したり、改めて座学研修や実務研修をするまでもないとの認識がある可能性がある。また作成・実施する場合も、シフトを受ける側の職種のキャリアの長い者が担当可能となっているのではないかと考えられる。

(4) インタビュー調査

タスクシフトの実施状況については、医師の残業抑制が必要な状況かどうかという点と、移管先職種の人員確保が可能かどうかに影響されることが明らかになった。この点は、救急病院で得られた示唆と同様であるが、非救急病院では実施の必要性が相対的に低く、その一方で移管先職種の人員確保がより困難な可能性がある。こうした状況は、非救急病院が提供する診療サービスの幅が相対的に狭く規模が小さいため、想定を超えるような患者の急変や対応するための一時的な業務負荷は相対的には生じにくいことが関係している。また、医療専門職はそもそもの該当職種の配置人数が少なくなっており、移管先職種の人的リソースの観点から移管が困難なケースが生じている。

次いで、タスクシフト推進に向けた点については、病院としての対応策推進という視点よりも社会的な施策の取り込みが期待されていた。まず、シフトの前提となる業務の標準化・省力化・効率化を確認すると、電子カルテや業務系システムといったインフラの電子化が大きな負担となり、院外からのサポートが望まれていた。また、タスクシフト推進に当たっての意識づけや移管先職員のキャリアパスといった点も院外からの支援を

期待している様子が伺えた。こうした院外への要望が強いという点は、救急病院での状況とは若干異なっており、とくに非救急病院に多い規模が小さい病院では、病院内だけでは解決が難しい問題と認識されていることが明らかになった。

E. 結論

昨年度の研究により暫定的に構築した方法論に基づくデータ収集について、実際に3つの医療機関で実践することを通じて、また7病院からの試行的なデータ収集調査を通じて、より現実的に利用可能な方法論へと改善することができた。また、昨年度の調査結果から優先的な分析対象とした19種類のシフト業務を対象に、より多くの病院への適用研究を通じて、本年度中に改善を加えられた暫定的方法論に基づく費用対効果分析の展開可能性を検証することを目的として、それに必要なデータの一部である技術対応初期投資に係るデータを480病院から得ることができた。次年度に多数病院を対象に費用対効果分析を実施検証するうえで、分析対象病院の数及び多様性の両観点からも十分なデータを収集することができた。加えてインタビュー調査からの知見は、各種シフトの費用対効果分析結果の今後の適切な活用にも有効である。

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
令和4年度分担研究報告書

タスクシフトによる医師の労働時間短縮効果と経営上の影響に関する実態調査：
東京医科歯科大学病院 放射線部における取り組みの把握

研究代表者 荒井 耕 一橋大学大学院経営管理研究科
研究協力者 羽田 紘人 東京医科歯科大学病院 放射線部

研究要旨

厚生労働省の推進する働き方改革の一環として、医師の労働時間の短縮のため、医療専門職種等への業務の移管（タスクシフト）や共同化（タスクシェア）の推進が行われている¹⁾。これらの業務体系の遷移は、労働環境のみならず、人件費が大きな割合を占める医療機関の経営改善や国家医療財政の費用構造改革へ資すると期待される。

これまでの先行研究では医師の労働時間の適正化や業務移管のあり方について焦点が当てられたものが多く²⁾³⁾⁴⁾、医療従事者へのタスクシフトのもたらす経営的効果については明らかにされていない。また、欧米においても看護師等の業務範囲の拡大が見直されており、医療専門職種の役割の変化や業務水準・費用についての調査報告があげられているが、これらは医療の質と基本的給与で比較した費用効果について分析されたものであり、タスクシフトがもたらす医療機関経営に与える影響についての分析は行われていない⁵⁾⁶⁾

本年度はタスクシフトを「特に推進するもの」とされている業務群に関して、東京医科歯科大学病院（放射線部）におけるタスクシフト該当項目を抽出すると共に、既に医師から他の職種へ移管されている業務を含めた、初期投資や継続研修に関わる時間及び費用の調査を行った。

その結果、厚生労働省が掲げるタスクシフトを「特に推進するもの」に該当する業務が、東京医科歯科大学病院 放射線部においても行われていた。しかしながら、これらの業務は令和3年9月30日に厚生労働省より通達されたように、“現行制度の下で実施可能な範囲”であり、従来から一般的な医療専門職種の業務として行われているものであった。また、これらの業務では多くの項目で座学研修は行われておらず、On the job training形式の実務研修により、研修生として各部門での業務を習得するものであった。

この他、タスクシフトの阻害要因として、患者自身の医療行為の選択・意思決定については、主科の医師から説明・同意が取られるべきという医療安全上の認識が上げられた。加えて、タスクシフトが推進されている一部の業務について、大学病院の持つ教育機関としての役割から、当該業務を若手医師が行う上で技術向上を目的とした意味合いがあるとの意見が得られた。

このように本研究では、単一施設であるが診療放射線技師を中心とした様々な医療専門職種における、詳細なタスクシフトの実施状況と研修に関わる人的資源の投入状況を明ら

かにすることができた。次年度以降は本調査結果をもとに、放射線部門におけるタスクシフトの経営的効果についての報告を目指す。

A. 研究目的

医師の労働時間短縮に向けた取組として、タスクシフト/シェアが広く推進されている。一方で、タスクシフト対象業務は、その移管内容により教育研修費や発生回数が異なり、移管先職種の教育負担とタスクシフトにおけるコスト削減効果を明らかにすることが求められる。本研究ではタスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営への影響を明らかにすることを目標に東京医科歯科大学病院を対象としたタスクシフトについての調査を行った。

放射線部門は中央診療部門という院内構造のもとに設置された組織であるため、多く診療科・医療従事者・職員を介した横断的な業務が行われている。タスクシフト項目についても、放射線科医師から診療放射線技師への業務の移管のみではなく、他の診療科医師や職種を介した業務も有する。本年度は、放射線部門で行われている業務移管の背景や研修等に要する時間・費用等の調査・分析を行うことにより、タスクシフトの実態を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」では、「現行制度上実施可能な業務」の中から、「特に推進するもの」が医療関係資格（職能）ごとにまとめられており、本研究班ではそのリストを基に整理した 27 業務区分を用いている（表 1）。

本研究では「特に推進するもの」において示された業務について、放射線部内に設置されている各モダリティ（単純 X 線撮影、X 線

CT 検査、核磁気共鳴（MRI）検査、骨塩定量検査、乳房撮影、血管撮影、核医学検査、放射線治療）を対象に、既に移管されている業務および現在遂行中の業務について、タスクシフト項目の抽出、発生件数・時間の調査を行った。

また、タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営への影響を明らかとする上で、移管に要する教育研修時間およびマニュアル等の有無についても実態の調査を行った。

（倫理面への配慮）

本調査研究は、一橋大学の倫理審査委員会の審査・承認を受け実施した（承認日：2022 年 10 月 20 日、承認番号：2022C022 号）。

C. 研究結果

東京医科歯科大学病院 放射線部での調査の結果、診療放射線技師における、タスクシフトを「特に推進するもの」に該当する項目のうち、管理番号 D1, D2, D3, D4（表 2）のすべての業務が行われていた。しかしながら、これらの業務は令和 3 年 9 月 30 日の「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」の厚生労働省通達以降に行われたものではなく、すでに一般的な医療専門職種の業務として扱われているものであった。特に D1, D3 については、多くのモダリティ（単純 X 線撮影、X 線 CT 検査、核磁気共鳴（MRI）検査、骨塩定量検査、乳房撮影、核医学検査）から報告されていた（表 4）。D1 では、異常所見を疑った際に医師への報告を行うものや、D3 では主治医が検査予約時に行った放射線被曝、造影

剤の副作用、安全性についての説明を、検査当日に再度行う等の業務が上げられた。D2は「血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為」についての項目であり、IVRに限局した項目として東京医科歯科大学病院 放射線部においても血管撮影室にて行われていた。D4 については放射線管理区域内での患者誘導ということで、核医学検査室からの報告があった。

また研修については、本報告で上げられたD1, D2, D3, D4に該当する業務項目の多くにおいて座学研修は行われていなかった。一部、放射線被曝に関する説明に関しては、日々の研鑽に加えて、医療法に伴う「診療用放射線の安全利用のための研修」をもって放射線被曝への知識の向上・維持を行っているとの回答が得られた。実務研修については多くの項目がOn the job trainingで行われており、研修生として各部門で業務内容を習得する中で、当該タスクシフト項目について学ぶものであった。(表5)各項目の研修時間は数十分から一時間程度であった。研修の参加人数については各モダリティを日常的に担当する人数が報告されており、当該部門において一人前のスタッフとして勤務を行える状態を目指す上で習得すべき業務という位置づけであった。一年間に研修を行う人数については、欠員に応じた新入職員の雇用を行っているため、不特定であるとの回答が得られた。発生件数については、異常所見を疑った際の医師へ報告など一日数件の項目や同意書の受領や被ばくの説明など10件/日程度のタスクシフト項目が上げられた。

D. 考察

医師の働き方改革に伴うタスクシフトが進められる一方で、タスクシフトを「特に推進するもの」に該当する業務が、東京医科歯

科大学病院 放射線部では従来からすでに一般的な医療専門職種の業務として行われていた。これらの業務は、令和3年9月30日に厚生労働省より通達されたように、現行制度の下で実施可能な範囲であり、スタッフを多数抱える組織においては、医療専門職種の正式な業務として広く行われている業務内容もある。

D1, D2, D3, D4として上げられた項目のうち、特にD1の「撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等」については「医療従事者の一員として、検査時に異常所見を発見した際は、適宜医師への報告行ってきた。」との意見が得られた。D3の「放射線検査等に関する説明、同意書の受領」については、東京医科歯科大学病院では放射線検査における検査前説明および同意は、基本的に主治医から患者へ行うものとして運用されている。しかしながら、検査の目的によっては1年後、半年後等の予約も生じており、被検者の記憶状態や不安の解消を目的として、検査当日での診療放射線技師による補助的な説明が行われていた。しかし「検査オーダーの代行入力」や「検査および副作用の説明」を診療放射線技師が主体となり行うタスクシフトは行われていなかった。この背景として、患者自身の医療行為の選択・意思決定については主科の医師から説明・同意が取られるべきという認識も得られており、タスクシフト推進の阻害要因となっていると考えられる。

また、D2における“血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為”には、血管撮影室において術者の補助者としてカテーテル及びガイドワイヤー等を診療放射線技師が保持する行為が含まれている。しかしながら、本行為は術者に最も近い位置で補助を行うため、若手医師の教育・技術向上の役割があり、診療放射線技師へのタスクシフトとして

は検討されていないとの意見も得られた。

今回の報告における業務区分はタスクシフトを「特に推進するもの」として上げられた業務区分および厚生労働省通達である「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」に沿った業務内容として抽出されたものである。一方でこれら“推進される業務”に該当するかの解釈には一定程度の幅があり、先行研究である「新しいチーム医療における医療・介護従事者の適切な役割分担についての研究」においては、同一の項目について幅広い業務が上げられている。本調査では、上記の先行研究との比較が行えるようデータの収集を行っている。引き続き分析を行い次年度以降の報告としたい。

E. 結論

医師の働き方改革の推進により、多くの医療機関においてタスクシフト/シェアが進められている。

東京医科歯科大学病院 放射線部への本年度の調査により、単一施設であるが放射線部門における詳細なタスクシフト対象項目の実施状況とその研修に関わる人的資源の投入状況が明らかになった。

次年度以降は、本年度の調査で得られたタスクシフト項目について教育・研修費及びタスクシフトによる効果についての検討を行いたい。また、先行研究との比較を行うことにより、複数施設でのタスクシフトの実態を明らかにすることを目標とする。

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

【参考文献】

- (1) 厚生労働省：医師の働き方改革について. (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000516867.pdf>) (2021. 5. 22 閲覧)
- (2) 長嶺嘉通, 村山裕美, 大木浩：麻酔科医とメディカルスタッフの業務分担はどうあるべきか. 日臨麻会誌 Vol. 40 No. 5, 441～448, 2020
- (3) 上村裕一：麻酔科医のタスクシフティングと特定行為群研修. 日本臨床麻酔学会第39回大会シンポジウム—麻酔科医の働き方を考える—. 日本臨床麻酔学会誌/41 巻 (2021) 2 号
- (4) 中島 寅彦, 吉本 世一, 松浦 一登：頭頸部外科医の働き方改革とタスクシフティング. 日本耳鼻咽喉科学会会報/123 巻 (2020) 6 号
- (5) P Venning, A Durie, M Roland, et al. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ 2000;320:1048
- (6) Claudia B. Maier, Julia Köppen, Reinhard Busse and MUNROS team. Task shifting between Physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. Human Resources for Health volume 16, Article number: 24 (2018)

表 1
タスクシフト「特に推進するもの」

シフト 困難な業務	シフト先	管理 番号	業務内容
看護師		A1	事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
看護師		A2	救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施
看護師		A3	血管造影・画像下治療(IVR)の介助
看護師		A4	注射、採血、静脈路の確保等
看護師		A5	カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
助産師		B1	院内助産
助産師		B2	助産師外来
薬剤師		C1	周術期における薬学的管理等
薬剤師		C2	病棟等における薬学的管理等
薬剤師		C3	事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
薬剤師		C4	薬物療法に関する説明等
薬剤師		C5	医師への処方提案等の処方支援
診療放射線技師		D1	撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
診療放射線技師		D2	血管造影・画像下治療(IVR)における補助行為
診療放射線技師		D3	放射線検査等に関する説明、同意書の受領
診療放射線技師		D4	放射線管理区域内での患者誘導
臨床検査技師		E1	心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
臨床検査技師		E2	輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
臨床検査技師		E3	生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の検査所見の記載
臨床工学技士		F1	人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
臨床工学技士		F2	全身麻酔装置の操作
臨床工学技士		F3	各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為
臨床工学技士		F4	生命維持管理装置を装着中の患者の移送
理学療法士		G1	リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
作業療法士		H1	リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
言語聴覚士		I1	リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
医師事務作業補助者		J1	診療録等の代行入力(電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力)

表 2

現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について
(タスクシフトを「特に推進するもの」該当項目)

診療放射線技師

D1 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等

放射線検査について、診療放射線技師が、医師の事前の具体的指示に基づき、撮影部位を確認して検査オーダーを代行入力すること及び追加撮影が必要となった場合に追加撮影のための検査オーダーを代行入力することは可能である。また、診療放射線技師が実施した検査画像に異常所見が認められた場合に、診療放射線技師が、その客観的な情報について医師に報告することは可能である。ただし、当該所見に基づく病状等の判断は医師が行う必要がある。

D2 血管造影・画像下治療(IVR)における補助行為

血管造影・画像下治療において、術者である医師がカテーテルやガイドワイヤー等の位置を正確に調整できるよう、診療放射線技師が、当該医師の具体的指示の下、血管造影装置やCT等の画像診断装置の操作を行い、当該医師に必要な画像を提示することは可能である。このほか、血管造影・画像下治療における医師の補助としては、カテーテルやガイドワイヤー等を使用できる状態に準備する行為や、医師に手渡しする行為、カテーテル及びガイドワイヤー等を保持する行為、医師が体内から抜去したカテーテル及びガイドワイヤー等を清潔トレイ内に安全に格納する行為等の医行為に該当しない補助行為についても、清潔区域への立入り方法等について医師・看護師の十分な指導を受けた後は、診療放射線技師が行うことが可能である。また、術前の血管造影の定型的手技や放射線被曝についての患者への説明、医療機関の定めるチェックリストに沿って行う採血結果、服薬状況、リスクファクター等の確認と医師への報告についても、放射線の検査等に関する専門的な知識を有する診療放射線技師を活用することが考えられる。

D3 放射線検査等に関する説明、同意書の受領

放射線検査等（一般撮影検査、CT検査、MRI検査、核医学検査、超音波検査）の実施に当たっては、放射線検査等の目的や必要性、具体的な手法、放射線被曝、造影剤の副作用、安全性について、患者に適切に説明した上で、必要に応じて同意書を受領する必要があるが、こうした説明や同意書の受領については、必ずしも医師が行う必要はなく、放射線検査等に関する専門的な知識や技能を有する診療放射線技師を積極的に活用することが考えられる。

D4 放射線管理区域内での患者誘導

放射線管理区域内への患者の誘導や、放射性医薬品投与後の安静待機室への誘導など、放射線管理区域内での患者の誘導については、適切に放射線を管理し、安全が確保されるよう留意しながら行う必要があるが、必ずしも医師が行う必要はなく、放射線管理に関する専門的な知識や技能を有する診療放射線技師を積極的に活用することが考えられる。

表 3

(表頭のみ掲載、表側は表1の各シフト対象項目)

厚生労働省タスクシフト検討会提示の 「特に推進する」4 6 業務種類区分	「業務マニュアル」(手引き)の有無				座学研修							
	作成して いない	作成し ている	総作成時間 約 [時間]	作成担当職種	「座学研修」なし	「座学研修」あり	1人当たり 総研修時間 約 [時間]	研修参加 者数	院内実施で内部講師の場合		院内実施で外部講師の 場合 外部講師費用 約 [円]	外部研修受講の場合 受講費用 約 [円/ 一人当り]
									担当職種	研修準備時間 約 [時間]		

実務研修										業務の1ヵ月 当たり発生件数 約 [件/月]	業務の1回 当たり 時間 約 [分/ 回]	合計 (%)				合計時間 (分)			
On the job training	「実務研修」 なし	「実務研修」 あり	1人当たり総研修時 間 約 [時間]	研修参加者 数	院内実施で内部指導者の場合 担当職種	研修対応時間 約 [時間]	院内実施で外部 指導者の場合 外部指導者費用 約 [円]	外部研修受講の場合 受講費用 約 [円/一人当 り]	タスクシフト前			タスクシフト後	タスクシフト前	タスクシフト後					
「実務研修」 あり									医師			他職種	医師	他職種	医師	他職種	医師	他職種	

作業員1 (医師) 分					作業員2 (技師) 分					作業員3 (看護師) 分					作業員4 (医療事務) 分				
業務名	タスクシフト前		タスクシフト後		業務名	タスクシフト前		タスクシフト後		業務名	タスクシフト前		タスクシフト後		業務名	タスクシフト前		タスクシフト後	
詳細	医師	他職種	医師	他職種	詳細	医師	他職種	医師	他職種	詳細	医師	他職種	医師	他職種	詳細	医師	他職種	医師	他職種

表 4 タスクシフト実施項目

(①～⑭については表 4～6 に対応する各タスクシフト実施項目の通し番号とする)

厚生労働省タスクシフト検討会提示の「特に推進する」4 6 業務種類区分			「業務マニュアル」(手引書)の有無				座学研修							
							作成していない	作成している	総作成時間約 [時間]	作成担当職種	「座学研修」なし	「座学研修」あり	1人当たり総研修時間 約 [時間]	研修参加者数
			担当職種	研修準備時間 約 [時間]										
	管理番号	例 タスクシフト業務①		✓	10	医師		✓	5	1	医師	15		
		一般撮影												
①	D1	撮影部位の確認、検査オーダーの代行入力、追加撮影	✓				✓							
②	D3	放射線被曝に関する説明	✓				✓	3	70		医師、診療放射線技師			
		CT												
③	D1	撮影部位の確認、検査オーダーの代行入力、追加撮影	✓				✓							
④	D1	異常を疑った際の放射線科医への連絡	✓				✓							
⑤	D3	放射線被曝に関する説明	✓				✓	3	70		医師、診療放射線技師	3		
⑥	D3	副作用の説明	✓				✓							
		MRI												
⑦	D1	撮影部位の確認、検査オーダーの代行入力、追加撮影	✓				✓							
		血管撮影												
⑧	D2	IVR補助行為① (血管撮影装置の操作、画像提示)		✓	10	診療放射線技師	✓							
⑨	D2	IVR補助行為② (医師の指示の下、使用物品 (カテーテル等) の手渡し、常備薬の受け渡し)	✓				✓							
		核医学検査												
⑩	D1	撮影部位の確認、検査オーダーの代行入力、追加撮影	✓				✓							
⑪	D3	放射線被曝の説明をする(2017年以降)	✓				✓							
⑫	D3	検査前の副作用説明・問診(2020年以降)	✓				✓							
⑬	D4	RI核種投与後、安静待機室への誘導(2015年以降)	✓				✓							
		放射線治療												
⑭	D3	放射線治療を受ける上での注意点や説明を行う行為		✓		放射線技師、看護師	✓							

表 5 タスクシフト実施項目

(①～⑭)については表 4～6 に対応する各タスクシフト実施項目の通し番号とする)

通し番号	実務研修								業務の1カ月 当たり発生件数 約 [件/月]	業務の1回 当たり 時間 約 [分/ 回]	合計 (%)				合計時間 (分)				
	On the job 「実務研修」 あり	「実務研修」 なし	「実務研修」 あり	1人当たり総研修時 間 約 [時間]	研修参加者 数	院内実施で内部指導者の場合		院内実施で外部 指導者の場合 外部指導者費用 約 [円]			外部研修受講の場 合 受講費用 約 [円/一人当 り]	タスクシフト前		タスクシフト後		タスクシフト前		タスクシフト後	
						担当職種	研修対応時間 約 [時間]					医師	他職種	医師	他職種	医師	他職種		
																		医師	他職種
	✓		✓	25	1	医師	25		20		90.0	-	-	90.0	90.0	-	-	90.0	
①	✓								20	2	100	0	90	10	40	0	36	4	
②		✓							10	2	100	0	70	30	20	0	14	6	
③	✓	✓		0.2	20	診療放射線 技師			400	3	100	0	70	30	1200	0	840	360	
④	✓	✓		0.2	20	診療放射線 技師			10	5	100	0	20	80	50	0	10	40	
⑤		✓							12	5	100	0	70	30	60	0	42	18	
⑥	✓	✓		0.2	20	看護師、 診療放射線			100	3	100	0	70	30	300	0	210	90	
⑦	✓	✓		0.2	23	診療放射線 技師			200	2	100	0	50	50	400	0	200	200	
⑧	✓	✓		200	20	診療放射線 技師			200	1	80	20	75	25	160	40	150	50	
⑨	✓	✓		0.5	20	医師、看護 師、 診療放射線 技師			200	1	20	80	10	90	40	160	20	180	
⑩	✓			8	7	診療放射線 技師	8		不特定	5	0	100	0	100	0	不特定	0	不特定	
⑪		✓							不特定	5	100	0	50	50	不特定	不特定	不特定	不特定	
⑫		✓							不特定	5	30	70	10	90	不特定	不特定	不特定	不特定	
⑬	✓			0.5	7	医師、看護 師	0.5		300	1	30	70	30	70	90	210	90	210	
⑭		✓							10	30	100	0	50	50	300	0	150	150	

表 6 タスクシフト実施項目

(①～⑭については表 4～6 に対応する各タスクシフト実施項目の通し番号とする)

通し番号	作業員1 (医師) 分										作業員2 (技師) 分										作業員3 (看護師) 分										作業員4 (医療事務) 分									
	業務名		タスクシフト前		タスクシフト後		業務名		タスクシフト前		タスクシフト後		業務名		タスクシフト前		タスクシフト後		業務名		タスクシフト前		タスクシフト後																	
	詳細	医師	他職種	医師	他職種	詳細	医師	他職種	医師	他職種	詳細	医師	他職種	医師	他職種	詳細	医師	他職種	医師	他職種	詳細	医師	他職種	医師	他職種															
	不整脈デバイス留置術におけるデバイスの手配	10.0	-	-	10.0	不整脈デバイス留置術における手術用医療機器や器材の準備	10.0	-	-	10.0	不整脈デバイス留置術にお	10.0	-	-	10.0	不整脈デバイス留置術における	20.0	-	-	-	20.0																			
①		40	-	36	検査コメントや患者の訴えとオーダーの不一致	-	0	-	4																															
②		20	-	14	被曝に関する説明	-	0	-	6																															
③		1200	-	840	検査コメントとオーダーの不一致	-	-	-	360																															
④	主治医から放科へ相談	50	-	10	主治医不在時の報告	-	-	-	40																															
⑤	CT検査等に関する説明	60	-	42	被曝に関する説明	-	-	-	18																															
⑥	副作用説明・問診	300	-	210	副作用説明	-	-	-	15	副作用説明・問	-	0	-	75																										
⑦		400	-	200	検査コメントとオーダーの不一致	-	-	-	200																															
⑧	装置の操作、画像提示	160	-	150	装置の操作、画像提示	-	40	-	50																															
⑨	使用物品の受け渡し	40	-	20	使用物品の受け渡し	-	80	-	60	使用物品の受け渡し	-	80	-	120																										
⑩		不特定	-	不特定	撮影範囲を主治医又は放射線科医に相談する 電話予約のみの検査やキャンセル待ちのオーダーの代行入力を行う、検査時に追加が必要と判断したら追加撮影 PETは放射線科医に相談	-	不特定	-	不特定																															
⑪	患者注射時の質疑応答	不特定	-	不特定	患者撮影時の質疑応答	-	不特定	-	不特定	患者注射時の質	-	不特定	-	不特定	患者問診	-	不特定	-	不特定																					
⑫	注射時に副作用の説明とシンチ薬剤投与後待機室への移動	不特定	-	不特定	注射時に副作用の説明と注射禁忌の病歴がないかチェック	-	不特定	-	不特定	注射時に副作用の	-	不特定	-	不特定	注射時に副作用の	-	不特定	-	不特定																					
⑬		100	-	100		-	-	-	-																															
⑭	診察	300	-	150	治療期間中の注意点や前処置の説明	-	-	-	50	治療期間中の注	-	-	-	100																										

同一法人内における助産師業務のタスクシフト・シェアの進展度の
差異に関する調査

研究分担者 内藤 嘉之 社会医療法人愛仁会
研究分担者 齊藤 健一 京都大学医学部附属病院 医療情報企画部
研究協力者 車田 絵里子 社会医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院

研究要旨

本研究班では「医師の働き方改革を進めるためのタスクシフト/シェアの推進に関する検討会」において令和3年に取りまとめられた「現行制度上実施可能な業務」の内、「特に推進する44業務」に基づいて各医療機関における医師業務のタスクシフト/シェアが病院経営に与える影響に関して調査を行っている。その中で、助産師の業務に関しては区分が粗く取られており、助産師が医師から請け負っている業務を具体化して集計する必要があると考えられた。そこで、3つの周産期母子医療センターを有する愛仁会において、各病院の背景情報を取得しつつ、助産師業務のタスクシフトの進捗状況と、差異がある場合はその原因について集計とインタビューを通して調査を行った。

結果として、助産師業務（助産師外来、院内助産）をかなり以前から積極的に進めている同法人においては、マンパワーや地域特性のような固定的要因によって業務の発生状況に差はあるものの、タスクシフトを特別妨げ、施設間の進捗状況に大きな差をもたらす要因は少ないことが判明した。背景として周産期に関わる職種としてのプロ意識が存在し、極端な業務負荷のない現状においては医師からの業務移管というよりも自分たちで何ができるかを意識している様であり、このようなタスクシフトの萌芽を支援することで、より業務拡大の方向へつながる可能性があると考えられた。

A. 研究目的

本研究班では「医師の働き方改革を進めるためのタスクシフト/シェアの推進に関する検討会」において令和3年に取りまとめられた「現行制度上実施可能な業務」の内、「特に推進する44業務」に基づいて各医療機関における医師業務のタスクシフト/シェアが病院経営に与える影響に関して調査を行っているが、調査の中で、各職種が移管を受ける業務について、当該の44業務の中にもさ

らに詳細な区分が存在し、これによって回答困難や回答のばらつきが発生することが分かった。今回、その中でも特に施設間でのばらつきが大きいと考えられる助産師業務に関して、社会医療法人愛仁会が有する3つの周産期母子医療センターについて、同区分の発生件数と業務負担割合、また同区分で示されている『低リスク妊婦の健診・分娩管理、妊産婦の保健指導』の他の業務を抽出し、病院間で進捗度合いがどのように異なるか、差

異なる場合は何に起因するかを調査・検討することとした。

B. 研究方法

集計やインタビューの実施に先んじて、研究開始前の段階で3病院ともに勤務歴のある看護師長と事前に打ち合わせを行い、調査方法に関して検討した。

同法人内で行われている助産師外来・院内助産に関して、本研究班の別調査でも使用している44業務のうちの助産師に関する項目、『低リスク妊婦の健診・分娩管理、妊産婦の保健指導』に対応した形で発生件数などの集計を行い、可能であれば医師と看護師間での業務負担割合も抽出することとした。

この他、同業務では表現することが難しいものの、助産師が医師から業務移管を受けていると言って差し支えない業務を複数選定し、これらについても業務の発生数や、移管を受けるにあたっての教育期間教育準備に関して調査を行うこととした。

法人内で調査を行うにあたり、事前の意識合わせを目的に行なった法人内の打ち合わせの中で、3病院の背景として総合周産期母子医療センターか、地域周産期母子医療センターかという違いのみならず、環境や文化的背景からタスクシフトの進捗に差が出ている可能性があるとの指摘があったため、その他に、医師や助産師の勤務者数、手術件数、各職種の労働時間についても背景情報として抽出することとした。

データの受託後に各施設の担当看護科長とミーティングを行い、他院との差異やデータそのものの解釈について聞き取りを行った。

(倫理面への配慮)

本調査研究は、一橋大学の倫理審査委員会の審査・承認を受け実施した(承認日:2022

年10月20日、承認番号:2022C022号)。

C. 研究結果

(1)各施設基本情報(2023年3月現在)

【病院①】

総合周産期母子医療センター(大阪府)

病床数:477床

NICU:21床 PICU:8床

産科:39床 MFICU:6床

【病院②】

地域周産期母子医療センター(大阪府)

病床数:292床

NICU:15床

産科:40床 MFICU:6床

【病院③】

地域周産期母子医療センター(兵庫県)

病床数:382床

NICU:6床

産科:25床

(2)その他の基本情報

産婦人科医師数	2022	2021	2020	2019	2018
病院①	15	13	12	13	12
病院②	28	24	22	21	18
病院③	11	10	10	8	7
助産師数	(常勤換算)				
病院①	48	53	59	61	—
病院②	69	63	62	64	59
病院③	45	42	45	39	39
助産師労働時間	(時間/週/人)				
病院①	45	43.8	41.5	43.8	—
病院②	37.6	38.9	39.7	36.8	40.4
病院③	37.7	40.7	39.6	38.2	37.9
医師労働時間					
病院①	63	63.3	65.9	66.8	—
病院②	40.2	42.6	42.1	41.7	54.2
病院③	41.1	43.4	39.6	37.8	37.9

表1. 各病院のマニパワー・労働時間

(3)産婦人科臨床実績（年間）

分娩件数	2022	2021	2020	2019	2018
病院①	983	976	1027	1133	1247
病院②	2323	2392	2099	1858	1718
病院③	872	814	755	859	911
正常分娩					
病院①	583	569	636	679	839
病院②	1093	1081	1039	949	857
病院③	349	314	354	479	471
帝王切開					
病院①	427	442	436	489	450
病院②	700	689	553	534	498
病院③	256	224	220	188	227
婦人科手術					
病院①	360	368	328	289	326
病院②	—	778	725	738	—
病院③	540	555	456	396	339
院内助産					
病院①	119	117	130	137	177
病院②	313	333	367	343	374
病院③	157	156	161	199	193
院内助産から医師管理への移行					
病院①	21	10	28	24	51
病院②	数件	数件	数件	数件	数件
病院③	19	17	23	26	23

表 2. 産婦人科診療に関わる各病院の実績

まず、2022 年度の各指標について、人数当たりの分娩件数では産婦人科医一人当たりについてそれぞれ 65.5 件、83.0 件、79.3 件、助産師一人当たりについて 20.5 件、33.7 件、19.4 件であった。正常分娩の割合はそれぞれ 43.9%、47.1%、40%、帝王切開となる割合は 43.4%、30.1%、29.3%、院内助産で出生する割合は 12.1%、13.5%、18.0%であった。この他、集計されていない基本情報として、病院②③については以前より無痛分娩に精力的に取り組んでいることが挙げられる。一点、労働時間については病院①で特に多いが、これは 1 日あたりの日当直枠が 2 枠あり、②と比べ産婦人科医師数が少ないため

である。

妊婦健診、保健指導について、各病院とも取り組みについて大きな差異は認めず、院内助産院での出生割合に応じて助産師による妊婦健診が行われていた。1 回あたりの診察や指導に関わる時間についても、助産師 30-40 分、医師 10 分程度で、施設間のばらつきは認めなかった。

(4)その他のタスクについて

乳腺炎予防	2022	2021	2020	2019	2018
病院①	480	—	—	—	—
病院②	2491	2653	2358	2160	2070
病院③	46	73	94	45	36
COVID-19抗原検査					
病院①	0	0	0	0	0
病院②	0	0	0	0	0
病院③	950	450	400	0	0
産褥婦の精神的ケア					
病院①	720	—	—	—	—
病院②	61	36	52	137	172
病院③	—	—	—	—	—
妊娠糖尿病の管理					
病院①	300	—	—	—	—
病院②	149	50	54	—	—
病院③	96	100	156	70	34

表 3. 44 業務区分内に分類されない業務の実績

助産師外来や院内助産のような、すでに明白に助産師の業務として位置付けられているものの他で、医師と助産師が業務を分担していると思われるタスクについても聴取した。各病院間で集計方法や、そもそも集計自体を行なっているか否か、あるいは分担される業務範囲についてばらつきが大きかったため、具体的内容について追加聴取している。

乳腺炎の予防については、産後の乳房ケアの一環として行われている様であった。唯一、病院③については乳腺炎予防ケア指導料を算定しており、その数字を記載している。①については母乳外来のおおよその件数を記

載している。一般的な産後の乳房ケアについては①、③においてもほぼ全例に施行しているとのことであった。

入院時のCOVID-19抗原検査については病院③のみ助産師サイドで実施されていた。

2020年度から開始され、令和4年度からは100%助産師で検体採取とオーダーの代行入力を行なっているとのことであった。

産褥婦の精神的ケアについては新型コロナウイルス禍に伴い各病院でばらつきが出ており、エジンバラ産後うつ病質問票を活用した産後うつ病のスクリーニングについてはいずれの病院も行っているとのことであった。その他、病院①については精神神経科が入院ベッドを所有しており他院に比べ体制が整っているため、重症度の高い妊婦（精神疾患合併妊婦など）へも対応しているとのことであった。

妊娠糖尿病の管理については、いずれの病院でも診断後は糖尿病内科との併診となり、糖尿病認定看護師または療養指導士が診療の補助を行っており、在宅妊娠糖尿病患者指導管理料の発生と助産師（看護師）の介入の関連は不明であった。病院①、②については糖尿病療養指導士の資格を持つ助産師が常駐しており、助産師としての介入を行なっているとのことであった。

(5)各種業務に関する教育・研修について

集計を試みたものの、助産師業務としては助産師本来のキャリアパスに則った教育がすでに存在しており、必要件数や研修時間といった修了要件を満たす教育・研修を逸脱しないため掲載するに至らなかった。

その他のタスクについても、基本的には教育・研修をせずに認定制度を利用する場合と、院内の新人教育・リカレント教育目的に、有資格者が院内講習を準備することが一般的

であった。初期マニュアルの作成時間や座学・実務研修についてはばらつきが大きいものの、いずれの領域においても自己研鑽の一環として実施されているとのことであった。

D. 考察

今回の調査ではいずれの病院においても積極的にタスクシフトが進んでいることが明らかになった。特に、調査の肝である、44業務のうちの助産師に関する項目、『低リスク妊婦の健診・分娩管理、妊産婦の保健指導』については、今回の対象の病院群のようにすでに機能分化が進んでいる病院においては件数の違いは出産後の新生児診療体制の要否やハイリスク妊婦か否かといった患者背景を含む地域特性に起因するところが多い様であった。一点、やはりシンプルにマンパワーの影響は大きく、医師数、助産師数と臨床実績、および各職種の労働時間には関連がある様に見える。各職種の労働時間に関して一定の線引きを基準に、マンパワーの増員が必要か、あるいは業務にまだ余裕があるかを判定する基準になり得るかもしれない。本集計における興味深い点として、関連職種の業務時間をばらつき無く収集できた点が挙げられる。タスクシフトの費用対効果分析方法の確立という、本研究班のモチベーションに基づく暫定的なアプローチではあったものの、分析に必要なデータの収集は可能であるとともに、そのデータに基づく分析も妥当である可能性が高く、今後調査対象を拡大する上で重要と考えられる。

一方で、印象的であったこととして、いずれの病院も「周産期母子医療センターとして、助産師として何ができるか」というプロフェッショナルリズムに基づいて業務を展開している点があった。それ故、極端な業務負荷の存在しない状況においては定量的に測るこ

とのできる環境因子では把握しきれない観点からもタスクシフトの萌芽は発生し得ると考えられ、管理者側としてはそのような萌芽の実現へ向けた支援として、モチベーションの管理や環境の整備を行う必要があるのではないかと。今回の調査対象内では定例的に各病院の業務の状況を共有しており、必要に応じて人事交流を行うなど、同一法人ならでの柔軟性を持って運用が行われていることも、各病院における業務移管を円滑にしている背景があると思われる。

その他、いくつか聞かれた意見として、無痛分娩の実施の有無や帝王切開時の手術部（麻酔科、看護部）の介入の有無については産科医および助産師にとっての業務負担に大きく関わる他、患者集客にも影響しており、可能な限りの支援を得たい旨の発言が見られた。病院①では無痛分娩を導入しておらず、新型コロナウイルス禍と相まって分娩件数が減少しているとのことであった。病院②では近年益々無痛分娩を精力的に行っており、院内助産の件数が漸減しているとのことであった。また、同院においては他の2病院と異なり帝王切開は基本的に産科の自科管理であり、術中材料の管理も助産師で行うため、医師、助産師ともに他院に比べ負担が大きいとのことであった。タスクシフトという点では麻酔科医や手術部看護師への平行移管であり、経営面をはじめどのような影響があるか本調査では不明だが、業務の移管可能件数は回復・発展する可能性があり、あらゆる領域で分業化の進む昨今においては検討すべき課題と言えるかもしれない。

E. 結論

タスクシフトの進捗の大きいと思われる助産師業務について、より詳しい集計と、差分に関する定性的評価を試みた。すでにタスク

シフトが完成しつつある領域においては明確な阻害・促進因子は特定できなかった。同領域においてはプロフェッショナルリズムに基づいてより新しく、多くの領域に業務を展開する意欲や、元々の責務をより広く全うすることへの意識が見られ、これらを支援することが今後必要であると考えられる。

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

【参考資料】“その他のタスク”に関する教育・研修について

●病院①●

業務区分	具体的内容	「業務マニュアル」（手引書）の有無			座学研修（各年の平均的數字）						実務研修（各年の平均的數字）				業務の1カ月当たり発生件数 約 [件/月]	1回あたりの作業時間	
		作成の有無	総作成時間 約 [時間]	作成担当職種	「座学研修」	1人当たり総研修時間 約 [時間]	研修参加者数	内部講師の場合		「実務研修」	1人当たり総研修時間 約 [時間]	研修参加者数	内部指導者の場合			タスクシフト前	
								担当職種	研修準備時間 約 [時間]				担当職種	研修準備時間 約 [時間]		医師 約 [分]	看護師または助産師 約 [分]
COVID-19抗原検査	実施せず																
破水時	実施せず																
乳腺炎予防	・母乳外来での乳房マッサージ ・授乳介助 ・生活指導（食事や休息、運動など） ・労りと傾聴	あり	10時間	助産師	あり	内部講習として実施	5-6名	助産師	3時間	あり	6時間（座学含む）	5-6名	助産師	3時間	40件/月	ほぼ0（重症か兆候のある時のみ）	45分
産褥婦の精神的ケア	・EPDSスコア ・精神科受診調整 ・電話訪問 ・母性専門看護師や心理士との面談調整 ・市町村への情報提供 ・産後ケア ・海外姉妹病院の邦人褥婦へのオンライン相談 ・精神疾患妊産婦へ支援するための多職種カンファレンス ・育児支援者の情報収集 ・社会資源の紹介	あり	10時間	助産師	あり	内部講習として実施	10名	母性専門看護師	3時間	あり	1-2時間（講習の中に含まれる）	10名	母性専門看護師	2時間	60件/月（産後検診の一環として、あるいは妊娠期のメンタル不安定者に対応）	助産師のみ対応 精神科へのコンサルや簡単な処方のみ	60分
GDMの管理	・初回GDMと診断された方への面談 ・生活指導 ・血糖測定についての手技指導 ・血糖コントロール不良時の糖尿病認定看護師への報告と連携 ・OGTT説明 ・精神的支援 ・産後健診 ・糖尿病予防のための産後の生活指導 ・母乳育児に関する情報提供	あり	20時間	助産師	あり	内部講習として実施	10-15名	糖尿病療養士	5時間	あり	2時間（血糖測定、インスリンの打ち方） 新人は集合研修で、年次が進むと院内での講習	10-15名	糖尿病療養士	2時間	25件/月（外来）入院も含むと40-50件近くになる？	GDMの診断が出た時点で、DM内科併診になる産科としては初期の診断にのみ関連	60分

※注釈※

・乳腺炎ケアについては加算取得していない

- ・産科医師の役割は乳腺外科への紹介や簡単な処方程度、認定看護師への相談は助産師で行なっている
- ・外部講師招聘はほとんど無い 外部講習受講の場合は、公費の場合もあるが、自腹のことが多い（自己研鑽の範疇）
- ・マニュアルについては初版の作成時間

●病院②●

業務区分	具体的内容	「業務マニュアル」 (引出)の有無			座学研修（各年の平均的數字）					実務研修（各年の平均的數字）				業務の1カ月前 発生 件数 約 [件/月]	1回あたりの作業時間		
		作成の有無	総作成時間 約 [時間]	作成担当職種	座学 研修	1人当たり総 研修時間 約 [時間]	研修参加者 数	内部講師の場合		実務 研修	1人当たり総研 修時間 約 [時間]	研修参加 者数	内部指導者の場合		医師 約 [分]	看護師また は助産師 約 [分]	
								担当職種	研修準備時 間 約 [時間]				担当職種				研修準備時 間 約 [時間]
COVID-19抗原検査	実施せず													別途 記載	不明		
破水時	入院時の対応 切迫時の対応	あり	1時間	助産師	あり	30分	新人全員	助産師	60分	あり	シャドーイン グのため カウント不能	新人全員	助産師			60分	60分
乳腺炎予防	観察・マッリー ジ・清潔・栄養指 導・保乳指導	なし			あり	30分	新人全員	助産師	60分	あり	シャドーイン グのため カウント不能	新人全員	助産師			60分	60分
産褥期の精神的ケア	エジンバラで評価 し、必要時に精神 科へつなぐ	なし			あり	30分	新人全員	助産師	60分	あり	シャドーイン グのため カウント不能	新人全員	助産師			60分	60分
GDMの管理	週数に応じ必要な チェック事項を確認	なし			あり	30分	新人全員	助産師	60分							60分	

- ・マニュアルは作成当初の時間 以後少しずつ更新はあり
- ・例年の新入職は 10-15 名程度
- ・各業務遙か昔からタスクシフトが進んでおり、医師業務は発生していない
- ・研修計画については（職員）個別に立案している
- ・乳腺炎予防については OJT で指導している

●病院③●

業務区分	具体的内容	「業務マニュアル」 (手引書)の有無			座学研修(各年の平均的数字)					実務研修(各年の平均的数字)					業務の1カ 月当たり発 生件数 約 [件/月]	1回あたりの作業時間		
		作成の有無	総作成 時間 約[時 間]	作成担当 職種	座学研 修	1人当たり 総研修時間 約[時間]	研修参加者 数	内部講師の場合		実務研 修	1人当たり 総研修時間 約[時間]	研修参加者 数	内部指導者の場合			タスクシフト前	医師 約[分]	看護師また は助産師 約[分]
								担当職種	研修準備時 間 約[時間]				担当職種	研修準備時 間 約[時間]				
COVID-19抗原検査	検体の採取方法	あり	2	助産師	あり	10分	オンライン	医師 感染症科 助産師		なし								
破水時	破水時の対応	あり	2	助産師	なし					なし								
乳腺炎予防	乳腺炎予防のフ ローチャート	三木助産師会作 成のものを使用			なし													
産褥期の精神的ケア	EPDSの経歴、対応	あり		専門看護師	なし		全員に資料 配布	専門看護師	機会教育	20分		専門看護師						
GDMの管理		あり			近年は施行 できてない													

- ・近年はコロナウイルス禍に伴い、講習会系はほとんど実施できていない
- ・座学研修については、研修会という方式ではなく、資料を配布し自己学習の形をとっている
- ・基本的に加算などの取れないものについては業務件数をカウントしていない

診療報酬請求情報を用いてタスクシフトの潜在的ニーズを推定するための
基盤整備に関する研究

研究分担者 平木 秀輔 公益財団法人田附興風会医学研究所 保健・健康研究部
研究分担者 吉村 長久 公益財団法人田附興風会医学研究所 北野病院

研究要旨

本研究班においては、医療機関におけるタスクシフトの経営的効果を推計することを目的としてアンケート調査によって教育コストの増分と人件費の圧縮効果を比較することを企図している。アンケート調査の目的を十分に得るためには、対象となるタスクシフト項目についての認識を共通化することが望ましいが、出典としている行政資料のみでは複数の解釈が生じ、比較可能性を損なう可能性がある。そこで分担研究者において、対象タスクシフト項目と診療報酬点数表における区分番号を紐づけることに取り組んだ。

その結果、本研究班が対象としている19のタスクシフト項目のうち、13項目については区分番号との紐付けを行うことができた。残りの6項目については、保険診療外であることや医療機関ごとの運用の違いが大きいことが想定されるなどして、診療報酬項目からの推計は困難であることが示唆された。

今回の結果は次年度以降のアンケート調査に活かされることに加え、タスクシフトのニーズを診療報酬データベースから広く推計するための基盤にもなったものと考えられる。

A. 研究目的

医師から他職種へ業務を移管するタスクシフトの重要性は既に指摘されており、本研究課題においてはその推進による経営上の影響を明らかにせんとしているところである。

研究班においてはアンケート調査を通じて影響を推計することを試みており、具体的にはシフト元の医師の人件費削減分とシフト先職種の人件費増加分を比較することを中心としている。それらの情報を推計するためには職種ごとの人件費単価に業務時間の増減を乗ずる必要があり、業務時間の推定にあたっては当該業務1件あたりの所要時間

と当該業務が発生する頻度を求めなければならぬ。前者については施設特性により一般化は困難であるが、後者については何らかの標準化を行い機械的な情報抽出を可能とすることができれば、アンケート対象医療機関の回答にかかる負荷を低減し、加えて回答の比較可能性を向上させることができる。

そこで本稿担当の分担研究者においては、今回対象としているタスクシフト項目を診療報酬の区分番号に紐づけることで前述の標準化を実現できないか検討することとした。

B. 研究方法

診療報酬点数表を調査し、研究班において対象とするタスクシフト項目（表 1）に相当する診療報酬区分番号を抽出することを試みた。

看護師に係る A1、A2 においては、当該採血・検査を診療報酬請求項目として特定し区分番号に紐付けた。

A3、A5 においては、同様に当該処置を特定し、区分番号を紐付けた。

薬剤師に係る C1 については、周術期の管理という趣旨を踏まえ、全身麻酔手術に紐付けた。

C2～C5 については、患者全体に波及するものであるから、入院患者等の疾病統計を前提とした。

診療放射線技師に係る D1～D4 については、当該項目が前提とする放射線検査・治療に関する項目を抽出した。

臨床検査技師・臨床工学技士に係る E1～E3 および F1～F4 についても、当該項目が前提とする検査に関する項目を抽出した。

項目の選定にあたっては、A1、A2、E1、F1 等の「実施」や「操作」をタスクシフトし、その結果が患者に直接影響する項目に関しては侵襲が比較的小さく、実務上もタスクシフトが行われていることがあるものおよびそれと同等程度の侵襲が予想されるものを分担研究者の経験も踏まえて判定した。

それら以外の「補助行為」とされているものについては、行為の主体は医師であるという判断のもと、当該診療行為に係る診療報酬項目を紐づけた。

データ利用上の簡便性を担保するため、紐づける診療項目区分番号は英数字 4 桁（例：D000 尿中一般物質定性半定量検査）および同粒度の枝番（例：D002-2 尿沈渣（フローサイトメトリー法））の粒度とし、項番以下

の分類については原則として考慮しないものとした。

これらの情報の整備に加えて、検証実験として分担研究者の所属する施設における 1 ヶ月分の DPC 入院 EF ファイルを用いて、当該項目の件数のカウントを試行的に行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、一橋大学の倫理審査委員会の審査・承認を受け実施した（承認日：2022 年 10 月 20 日、承認番号：2022C022 号）。

C. 研究結果

紐付けの結果は、表 2 の通りとなった。

A1（事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施）については、事前に取り決めるプロトコールの対象となる範囲が特定しえず、反面薬剤料や検査料全てを対象とすると本来タスクシフトにそぐわない高侵襲の医療行為が相当程度含まれる可能性があることから、診療報酬項目からの抽出は困難であると結論づけた。

B1（院内助産）に関しては、分娩は保険診療の対象外であることから、診療報酬項目による抽出は困難であると判断した。

C3 についても、A1 と同様の理由で診療報酬項目との紐付けは困難であった。

C2、C4、C5 については患者全体に影響するものであり、入院患者数によって推計することが妥当と考えたが、実務上は外来患者にもニーズが想定しうるタスクシフト項目であるため、精緻な推計は困難と考えられた。

F1（人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更）については、手術中の人工心肺使用時におけるタスクシフトを想定していると考えられ、これを抽出するためには L008（マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔）のうち項番 1

(人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合)を用いることが妥当と考えた。

A2においては、救急外来で実施されうる検査のうち実務上看護師に採取を任せられることのできる検査を経験的に抽出したため、実際のニーズと乖離する可能性がある。加えて、検査項目によっては1回の採取によって複数の診療報酬請求が発生するため、実際の採取回数と一致しないことも考えうる。診療報酬区分D400(血液採取料)で推定することも可能と考えられるが、入院患者に算定できないことや尿検査がカバーできない欠点もあり、今回はD000~D019, D028で請求される具体的な検査項目を列挙したが、推計時には患者IDと実施日における重複排除などが必要になると考えられた。

C1については、医療機関において一般的にモニタリングされている全身麻酔手術件数でも推計できると考えたが、診療報酬項目に紐づけることによりナショナルデータベース(NDB)等の活用が期待できることから、全身麻酔に係る診療報酬項目であるL008を挙げた。

その他の項目については、対象となる検査・処置等が明確であり紐付けは容易であった。

入院EFファイルによる試行的なカウントの結果は表3の通りとなった。データの抽出においては当院で医事統計を作成することと同様の工数で実施することができた。

D. 考察

今年度の取り組みにより、厚生労働省において特に推進するべきものとして指定されたタスクシフト項目に対して、どの程度のニーズが存在するかをある程度推定する方法の基盤を整備することができた。今回の成果により、次年度に予定されている大規模な調査において回答が標準化され、比較可能性を向上させられることが期待できる。また、医事システムの活用法を提供することで回答担当者の負担軽減にも寄与すると考えられる。

しかしながら今回の成果において、タスクシフト項目によっては保険診療外であること等の要因により、必ずしも医事請求情報から推計ができるわけではないことが改めて明らかとなった。とはいえ医療機関においては診療台帳等の統計データを保有していることが一般的であり、推計に当たっては各種のデータ源を参照する必要性も明らかとなった。

今回の結果は診療報酬請求データを用いるものであるから、個々の医療機関レベルのみならず、DPC調査データやNDB等の診療報酬請求データベースに対して応用することで、政策立案上の参考情報として活用できる可能性も示唆される。データハンドリングの工数としても、日常業務において各種院内統計を作成することと同等程度のものであり、本研究に協力するために対象医療機関担当者の業務負荷が大幅に増大することはないと想定された。

また今年度の取り組みの限界としては、項目選定を研究者個人の知識・経験をもとに実施しており、外的妥当性の検証が不十分であることが挙げられる。この点については、次年度以降の調査において精緻化・アップデートを重ねてゆきたいと考えている。

E. 結論

診療報酬請求の要件を精査し、求められている項目と請求区分番号の紐付けを行うことができた。これにより、次年度以降の調査に活用できるほか、タスクシフトの潜在的ニーズを推計することが容易となり、医療機関レベル・政策立案レベルでの活用も期待できると考えられた。

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

参考資料：厚生労働省資料（第7回 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会，令和2年12月11日）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000704433.pdf>，2023年5月4日アクセス

表1：今回の研究において対象とするタスクシフト項目の一覧

本研究班における 項目番号	シフト先職種	タスクシフト内容
A1	看護師	事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
A2		救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施
A3		血管造影・画像下治療（IVR）の介助
A5		カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
B1	助産師	院内助産
C1	薬剤師	周術期における薬学的管理等
C2		病棟等における薬学的管理等
C3		事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
C4		薬物療法に関する説明等
C5		医師への処方提案等の処方支援
D1	診療放射線技師	撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
D2		血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為
D3		放射線検査等に関する説明、同意書の受領
E1	臨床検査技師	心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
E2		輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
E3		生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の検査所見の記載
F1	臨床工学技士	人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
F2		全身麻酔装置の操作
F3		各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為

表2：各タスクシフト項目に紐づく診療報酬区分番号

項目番号	診療報酬点数表における区分番号									
A1	診療報酬での抽出は困難									
A2	D000	D002	D002-2	D005	D006	D007	D017	D018	D019	D208
A3	K546	K547	K548	K549	K550	K550-2	K555-2	K556-2	K559-2	K559-3
	K560-2	K561	K567-2	K570-2	K570-3	K570-4	K574-2	K574-3	K595	K595-2
	K597	K597-2	K597-3	K597-4	K598	K598-2	K599	K599-2	K599-3	K599-4
	K599-5	K609-2	K613	K616-3	K616-4	K616-5	K616-6	K616-7	K618	
A5	J000	J001-2	J022	J022-2	J024	J053	J063	J065	J114	J115
B1	保険診療外									
C1	L008									
C2	入院患者数が参考値となりうる									
C3	診療報酬での抽出は困難									
C4	入院患者数が参考値となりうる									
C5	入院患者数が参考値となりうる									
D1	E002									
D2	K546	K547	K548	K549	K550	K550-2	K555-2	K556-2	K559-2	K559-3
	K560-2	K561	K567-2	K570-2	K570-3	K570-4	K574-2	K574-3	K595	K595-2
	K597	K597-2	K597-3	K597-4	K598	K598-2	K599	K599-2	K599-3	K599-4
	K599-5	K609-2	K613	K616-3	K616-4	K616-5	K616-6	K616-7	K618	
D3	E002	E100	E101	E101-2	E101-3	E101-4	E101-5	E200	E200-2	E201
	E202									
E1	K546	K547	K548	K549	K550	K550-2	K555-2	K556-2	K559-2	K559-3
	K560-2	K561	K567-2	K570-2	K570-3	K570-4	K574-2	K574-3	K595	K595-2
	K597	K597-2	K597-3	K597-4	K598	K598-2	K599	K599-2	K599-3	K599-4
	K599-5	K609-2								
E2	K920									
E3	N006-1									
F1	K601	K601-2	K602	K602-2	L008項番1					
F2	L008									
F3	K000～K913-2（第10部第1節 第1～11款に収載されているもの）									

表 3 : 1 か月分の入院 EF ファイルにおける件数

項目番号	1か月あたりの件数
A1	
A2	入院EFでは困難
A3	44
A5	2,339
B1	
C1	274
C2	
C3	
C4	
C5	
D1	2,297
D2	44
D3	4,104
E1	80
E2	243
E3	392
F1	6
F2	274
F3	770

タスクシフト種類ごとの費用対効果分析に必要なデータの収集上の課題を明確にするための研究：協力7病院からのデータ収集活動に基づいて

研究代表者 荒井 耕 一橋大学大学院経営管理研究科
研究分担者 齊藤 健一 京都大学医学部附属病院 医療情報企画部
研究分担者 内藤 嘉之 社会医療法人愛仁会

研究要旨

各タスクシフト対象業務について、経営上の負荷と医師労働時間短縮効果より費用対効果を分析するために必要なデータを病院から収集する上での課題を把握することを主目的としつつ、収集したデータから実際に費用対効果分析を試行することも目的として、まず数病院から関連データを収集し費用対効果分析を試行することにした。昨年度の調査において追加的な調査への協力が可能と回答した病院群の中から7病院を対象として、タスクシフト対象業務ごとに、費用対効果分析に必要な諸データの収集を実施した。

具体的には、昨年度の調査結果により優先的に分析対象とすることにした19種類のタスクシフト対象業務の中で、各病院がタスクシフトを実施している業務について、業務マニュアルの作成の有無、座学研修の実施の有無、実務研修の実施の有無、当該業務の月間発生件数、当該業務のタスクシフト以前と以後における医師及び移管先職種による実施一回当たりの所要時間についてのデータ収集を依頼した。業務マニュアル作成については、作成担当職種と作成時間数、座学研修と実務研修については、研修時間数と研修参加者数と実施方法のデータも収集依頼した。さらに座学および実務研修については、内部講師(指導者)による実施の場合には研修の事前準備時間数と研修担当職種、院内での外部講師(指導者)による実施の場合には外部講師(指導者)謝金、外部研修受講(参加)の場合には受講(参加)費用のデータも収集依頼した。

その結果、各病院で実施している各シフト対象業務についてのシフトに伴う技術的な初期費用やシフト業務の発生件数及び所要時間に関連する上述の諸データを収集する上での課題を把握することができた。また、実際に7病院からの多様なシフト対象業務の関連諸データを収集することができ、その諸データを用いて、7病院の多様なシフト対象業務についての経営上の負荷（技術的初期費用の回収期間）と医師労働時間短縮効果を同時把握し、費用対効果分析を試行できた。

本研究でのデータ収集に際して明らかとなった課題は、多数の病院から、19種類のタスクシフト対象業務ごとにこれらのデータを収集するためのアンケート調査票の作成に活用された。

A. 研究目的

各種タスクシフトにより短縮する医師労働時間とタスクの移管先となる他職種の労働時間の変化、業務マニュアル作成や研修実施などの技術対応初期費用などを把握し、初期投資が何年間で回収できるかを明確にすることで、経営層に経営上より有利なタスクシフトから積極的に取り組んでもらうことができ、医師労働時間の短縮につながると考えられる。そこで、昨年度の調査結果により費用対効果を分析する優先順位が高いことが判明した19種類のタスクシフト業務を対象として、次年度には100病院程度からのデータに基づいて、経営負荷と時短効果を分析することとした。

そのため本年度は、多数の病院から、まずはタスクシフトに伴う初期投資額に関わるデータを収集することとしたが、それに先立って、病院から関連データを収集する上での課題を把握することを主目的としつつ、収集したデータから実際に費用対効果分析を試行することも目的として、まず数病院から関連データを収集し、費用対効果分析を試行することにした。

B. 研究方法

研究目的を果たすために、7病院から分析に必要な関連データを収集するとともに、7病院からのデータに基づいて費用対効果分析の試行をした。

具体的には、昨年度の調査において追加的な調査への協力が可能と回答した病院群の中から、研究班メンバーとの面識があり実際に協力できるとした（それゆえにデータ収集上の課題の把握を行いやすい）7つの病院を対象として、シフト対象業務ごとに、シフトに伴うマニュアル作成や座学及び実務研修実施に関する諸データを収集する活動をま

ず実施した。

データ収集対象とした7病院の開設主体は、国立大学、国立病院機構、公立、地域医療振興協会、医療法人の各1病院と、社会医療法人2病院から構成されており、多様な開設主体の病院からのデータ収集上の課題を明らかにできるように考慮した。また7病院の病床規模は、100床未満、300床台、500床台、1000床以上の各1病院と、100床台の3病院で構成されており、多様な病床規模の病院からのデータ収集上の課題を把握できるように考慮した。

また各病院で実施しているシフト対象業務ごとに収集した、費用対効果分析に必要な関連データの詳細は、以下の通りである（協力依頼したデータ収集様式の表頭は資料1を参照）。

業務マニュアルの作成の有無、座学研修の実施の有無、実務研修の実施の有無、当該業務の月間発生件数、当該業務のタスクシフト以前と以後における医師及び移管先職種による当該業務の実施一回当たりの所要時間を収集し、また業務マニュアル作成については作成担当職種と作成時間数、座学研修と実務研修については研修時間数と研修参加者数と実施方法のデータも収集した。さらに座学および実務研修については、内部講師（指導者）による実施の場合には研修の事前準備時間数と研修担当職種、院内での外部講師（指導者）による実施の場合には外部講師（指導者）謝金、外部研修受講（参加）の場合には受講（参加）費用のデータも収集した。

なお、各病院の各種シフト対象業務ごとのこれら関連データに基づいて費用対効果分析の試行をするに際しては、マニュアル作成及び研修実施の担当職種や、研修に参加する職種、各タスクシフト対象業務における医師及び移管先職種の一時間（あるいは一分）当

たり総労務費（以下、職種別労務単価）が必要である。本研究での費用対効果分析の試行に際しては、職種別労務単価としては、直近の医療経済実態調査（第23回）の急性期病院を中心とした病院群からなる一般病院（集計1）における職種別年間労務費（年平均給与と賞与の合計）と、事業者（病院）が支払う社会保険料に相当する額を含めるためにその年間労務費に対して15%を乗じた額を合計した上で、各職種の想定される年間労働時間でその合計年間総労務費を除いた値を用いることにした。分析に用いた具体的な職種別年間労務費や職種別年間労働時間は、資料2を参照されたい。

（倫理面への配慮）

本研究に当たっては、個人に関する情報を収集していない。研究班全体としての研究計画については、一橋大学の倫理審査委員会の審査・承認を受け実施した（承認日：2022年10月20日、承認番号：2022C022号）。

C. 研究結果

各病院で実施している各シフト対象業務の移管に伴う技術的な初期費用や当該業務の発生件数及び所要時間に関連する諸データを収集する上での課題を把握することができた。また、7病院からの多様なシフト対象業務の関連諸データを収集することができ、その諸データを用いて、多様なシフト対象業務についての経営上の負荷（技術対応初期投資の回収期間）と医師労働時間短縮効果を同時把握し、費用対効果分析を試行できた。以下では、データ収集上の課題と費用対効果分析の試行の別に結果を詳しく述べる。

（1）データ収集上の課題

7病院からの費用対効果分析に必要な関連

データの収集活動を通じて、次のような課題が明らかとなった。

- ① 研修担当者について、研修準備時間を研修実施時間とは別に聞いている点を明確にしないと、研修準備時間の記載欄に研修実施時間分も含めて時間数を回答してしまう可能性がある。
- ② タスクシフト開始以前と以後の医師及び移管先他職種のタスク一回当たり所要時間について、その直前に、当該タスクの月間シフト回数を回答してもらっていることも影響していると考えられるが、月間シフト回数に乗じた後の当該タスクシフトの月間所要時間を記載している場合が見られる。
- ③ タスクシフト開始以前における医師（及び他職種）のタスク一回当たり所要時間は、10年前など以前からシフトが進んでいる業務を中心に記載できないことが多く、その場合、タスクシフト開始後における他職種（及び医師）のタスク一回当たり所要時間についても、開始前後をワンセットと考えているために回答しないことがある。
- ④ 10年前など以前からシフトが進んでいる業務について、タスクシフト開始以前における医師のタスク一回当たり所要時間ははっきりとしないものの、タスクシフト開始後における移管先他職種のタスク一回当たり所要時間とおおむね同じであると考えられるとして、開始以前の所要時間を記載したという指摘が見られる。
- ⑤ 臨床工学技士へのタスクシフト種類において、タスク一回当たりの所要時間が症例ごとに異なるため記載が困難との指摘が見られる。
- ⑥ 全体として、マニュアル作成や研修にかかる初期費用のためのデータよりも、タ

スクシフト開始前後のタスク一回当たり所要時間や現在の当該タスクシフトの月間発生件数のデータの方が、回答が困難なようであった。

- ⑦ 当初より想定されていることであるが、今回のタスクシフト種類区分内には実際には多様なタスクシフトがある。今回の協力7病院ではそれらを同一種類区分内の細区分として分けてデータ収集できているが、より広範な病院からのデータ収集を目指しているアンケート調査方式によるデータ収集では、各種類区分内の最も代表的なタスクシフトに関するデータであることに留意する必要がある。
- ⑧ どちらの種類区分 (A1 と A2) のタスクシフトも実施しているため、どちらの種類区分のタスクシフトのための教育研修として分類したらよいか迷うという指摘が見られた。

(2) 費用対効果分析の試行

協力7病院から収集できた分析に必要なデータに基づいて、各病院で実施している累計56種類の多様なシフト業務を対象に、経営上の負荷（技術対応初期投資の回収期間）と医師労働時間短縮効果を同時把握し、費用対効果分析を試行できた（資料2参照）。

7病院からの56事例のシフト業務に限定された知見ではあるものの、各病院の各シフト業務の回収期間は、全体として見た場合には、1年未満の非常に短いものが多く、多くの場合、タスクシフトに伴う経営上の負荷は大きいものではない。しかし最終的に技術対応初期投資が回収できないシフト業務も3事例見られたほか、回収に10年以上かかる業務も2事例見られた。また5年以上10年未満の回収期間であったシフト業務が4事例、3年以上5年未満の回収期間の業務が3

事例見られた。

一方、各病院の各シフト業務からは、全体として見ると、多くの場合、大きな医師労働時間短縮効果が得られていた。56事例のシフト業務に限定された知見ではあるものの、年間100時間以上と大きな労働時間短縮効果が得られているシフト業務が27事例、そのうち7事例では年間1,000時間以上と極めて大きな労働時間短縮効果が得られている。しかし年間10時間未満と十分に大きな労働時間短縮効果が得られているわけではないシフト業務も8事例見られた。

技術対応初期投資の回収期間が1年未満と短く経営上の負荷が相対的に小さい一方で、医師労働時間短縮効果が年間50時間以上とある程度期待できるシフト業務事例は、56事例のうち31事例見られる。

D. 考察

(1) データ収集上の課題

7病院からのデータ収集活動を通じて明らかとなった各種の課題（①～⑧）に基づいて、多数の病院からデータ収集し分析する際の対応策（①～⑧）を考察した。

- ① 「内部講師や内部指導者による研修実施の場合における講師や指導者の研修準備時間数は、研修に先立つ事前の準備時間数のみの値（研修時間そのものは含めない値）をご記入ください。」という記載を本年度実施したアンケート調査票に組み込んだ。
- ② 来年度実施予定の、各タスクシフト種類別のシフト開始以前と以後の医師及び移管先他職種のタスク一回当たり所要時間の調査に際して、タスク一回当たりの所要時間（月間実施件数を乗じた後の所要時間ではなく）を回答していただくように、強調する。

- ③ タスクシフト開始以前におけるタスク一回当たり所要時間がわからない場合でも、開始後の現在の他職種（及び医師）のタスク一回当たり所要時間については必ず回答していただくように依頼する。
- ④ 先行研究である今村班の調査研究のデータを見ても、タスクシフト開始以前の医師による所要時間と開始後の移管先職種による所要時間はほとんどの場合（検査所見の記載などが例外）において同じであったため、開始以前におけるタスク一回当たり所要時間の記載がなかった病院については、開始後の所要時間を開始以前も同じであったと見做す推計方法を採用することもありうるのではないかと考える。
- ⑤ タスク一回当たりの所要時間が症例ごとに異なる場合でも、現場責任者の感覚としての平均的な所要時間をご記載いただくよう強調する。平均的な所要時間を記載いただければ、月間発生件数を乗じるため、月間の発生症例には短いものから長いものまであるものの、月間の当該タスクシフト種類の平均的な所要時間を把握することができる。
- ⑥ 来年度のデータ収集に際しては、本年度（未回答病院に対して、メール督促1回、はがき督促1回、回答したが未記載項目ありの病院に対して、督促メール3回、はがき督促1回、電話督促1回）同様に粘り強い回収努力が必要となる。
- ⑦ アンケート調査方式によるデータ収集に基づく定量的研究結果についての解釈に際しては、同一病院の同一種類区分のタスクシフトであってもその内容はいくつかの種類に細分化できる場合もあり、今回の調査研究ではあくまでも各種類区分内における最も代表的なタスクシフトに

関するデータに基づく分析結果であることに留意する必要があることを明記する。

- ⑧ 各類型のタスクシフト実施のための教育研修の中には、複数種類区分共通のものがあり、その教育研修時間を各種類区分別に時間配分できない場合があることについての留意が必要であることを明記する。

（2）費用対効果分析の試行

今回、優先的に費用対効果の分析対象とすることにした、従来から法令改正を伴わずに実施可能な19種類のタスクシフト対象業務については、多くの場合、回収期間が1年未満と経営上の負荷は大きいものではない一方で、大きな医師労働時間短縮効果が得られることが明らかとなった。

しかしながら、そうした中でも、タスクシフトに伴う技術的な初期対応投資の回収期間が相対的に長いシフト業務事例や医師時短効果が小さいシフト業務事例も見られた。シフト業務によって、経営上の負荷と医師労働時間短縮効果の費用対効果の良し悪しに違いがあることは明らかであり、この違いを明らかにすることによって、経営上の負荷が相対的に小さく時短効果の大きいタスクシフトから優先的に実践していくこと（あるいは経営負荷が大きく時短効果が小さいタスクシフトを後回しにすること）を促す意義はある。

もっとも、経営上の負荷については、回収期間が3年～5年であれば、大きな負荷とは言えないだろう。また、5年以上10年未満や10年以上の回収期間となると、負担を感じる医療機関経営者もいると考えられるものの、最終的に初期投資を回収できないわけではないことから、医師の働き方改革が求められている環境下において、医師労働時間短

縮の効果が得られることを踏まえれば、必ずしも経営上の負荷とは捉えない経営者も少なくはないのではないかと考えられる。

また、他病院での同様のシフト業務の中には回収期間が必ずしも長くない場合もあることから、既存の業務シフトの方法を修正することによって回収期間を短縮することが可能な場合もあると考えられる。なお、AIなどのコンピュータによる支援・代替が少なくとも将来的には可能で、必ずしも人を介してやる必要のないと思われるシフト業務(の一部)や、他職種にタスクシフトするための研修等の初期費用が高額となり、臨床研修医のトレーニングを進めたほうが効果的なシフト業務も存在する可能性がある。

回収期間が長くなってしまいうシフト業務には、次のような要因が見られた。

- ・技術対応初期費用がかかるわりには、シフト対象業務の月間発生回数が少なく、医師労働時間を代替する機会があまりない。
- ・技術対応初期費用がかかるわりには、一回の業務の医師所要時間が小さく、医師労働時間数があまり代替されない。
- ・一回の業務での医師所要時間は減少するものの、業務が部分的にしかシフトされず、医師の業務所要時間がかなり残っている。
- ・技術対応初期費用が高額となっている。
- ・医師労働時間は完全に代替されるが、移管先職種の業務所要時間が医師の場合の所要時間よりもかなり長い。

一方、回収不能であることが判明したシフト業務事例については、明らかに経営上の負荷となっている。こうしたシフト業務は、優先的なタスクシフト対象から外して、検討を後回しにすることも考えられる。しかし医師労働時間短縮につながるのであれば、経営者判断として、経営上の負荷が大きかったとしても当該シフトを実行・継続するという意思

決定は十分にありうる。また、他病院での同様のシフト業務においては回収不能となっていない場合もあることを踏まえれば、既存のシフト方法を改善することによって、回収可能なシフト業務に修正することも考えられる。

なお今回の分析において回収不能であった3つのシフト業務事例について、その理由を考察すると、次のような状況があった。

- ・一回の業務での医師所要時間は減少するものの、業務が部分的にしかシフトされず、医師の業務所要時間の大部分が残っている。
- ・一回の業務での医師所要時間は減少するものの、業務が部分的にしかシフトされず、医師の業務所要時間がかなり残っているうえに、移管先職種の業務所要時間が医師の場合の所要時間よりも長い。
- ・一回の業務での医師所要時間が減らないにもかかわらず、移管先職種に業務所要時間が新たに発生する。

また、多くの場合には大きな医師労働時間短縮効果が得られるものの、年間10時間未満と大きな労働時間短縮効果が得られていないシフト業務も見られることが判明したが、そうしたシフト業務には以下のような状況が見られた。

- ・当業務の元々の医師所要時間が極めて短い。
- ・当業務の月間発生件数が極めて少ない。
- ・当業務の元々の医師所要時間が短く、かつ発生件数が少ない。
- ・当業務のシフトが部分的で医師の当業務所要時間が少ししか減少しない(場合によってはまったく減少しない)。

もっとも、医師の労働時間短縮効果が大きくはないとはいえ、当該シフトを推進しても経営上の負荷が大きくないのであれば、少し

でも医師の時短に繋がる場合にはタスクシフトを実践する意義はあると考えることもできる。しかし今回の時短効果が小さかった8つのシフト業務事例の中には、技術対応初期費用の回収期間が7~8年超となっている事例も3件見られ、こうした相対的に経営負荷が大きいわりには労働時間短縮効果が小さいシフト業務については、タスクシフトを推進する上での優先順位が高いとは言えないだろう。

なお今回の分析におけるこれら3つのシフト業務事例について、その理由を考察すると、次のような状況があった。

- ・技術対応初期費用が少し高めな一方で、当業務の元々の医師所要時間が極めて短い。
- ・技術対応初期費用は少ないが、当業務の元々の医師所要時間が極めて短く、かつ発生件数が極めて少ない。
- ・技術対応初期費用が少し高めな一方で、当業務の月間発生件数が極めて少ない。

E. 結論

タスクシフトに伴う技術的な初期費用やシフト業務の発生件数及び所要時間に関連する諸データをシフト対象業務ごとに各病院から収集する際における課題を把握することができた。本研究で明らかとなった収集上の課題は、タスクシフトに伴うマニュアル作成や座学研修及び実務研修の実施に関する諸データを、19種類のシフト対象業務ごとに、多数の病院から収集するための本年度秋以降に実施したアンケート調査の調査票の作成に活用された。また、来年度に実施を予定しているシフト業務発生件数などのデータを多数の病院から収集する活動に際しても、本研究から得られた収集上の課題に関する知見が生かされる予定である。

また本研究では、実際に7病院から得られ

た多様なシフト対象業務の関連諸データを用いて、7病院の多様なシフト対象業務についての経営上の負荷（技術的初期費用の回収期間）と医師労働時間短縮効果を同時把握し、費用対効果分析を試行でき、最終的に本研究事業からどのような知見が得られるのかについての概要を明らかにすることができた。

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

推計研究のための収集データ様式

厚生労働省タスクシフト検討会提示の「特に推進する業務」を 基に設定した業務区分のうちで 当研究班が焦点を当てる 19業務区分	具体的な タスクシフト 業務内容	「業務マニュアル」(手引書)の有無				座学研修							
		作成 して いない	作成し ている	総作成時間 約[時間]	作成担当 職種	「座学 研修」 なし	「座学 研修」 あり	1人当 り総研修 時間 約[時間]	研修参 加者数	内部講師の場合		院内実施で 外部講師の場合 外部講師費用 約[円]	外部研修受講 の場合 受講費用 約[円/一人当り]
										担当職種	研修準備 時間 約[時間]		
例 F3 工	各種手術等において術者に器材 や医療材料を手渡す行為		✓	10	医師		✓	5	1	医師	15		

実務研修								合計				以下は、 必要なら ば、ご活 用くださ い	
「実務 研修」 なし	「実務 研修」 あり	1人当 り総研修 時間 約[時間]	研修参 加者数	内部指導者の場合		院内実施で外部 指導者の場合 外部指導者費用 約[円]	外部研修受講 の場合 受講費用 約[円/一人当り]	業務の1カ 月当 たり 発生件数 約[件/月]	タスクシフト前		タスクシフト後		
				担当職種	研修準備 時間 約[時間]				医師	他職種	医師		他職種
	✓	25	1	医師	25			20	90.0	-	-	90.0	

詳細業務1				詳細業務2				詳細業務3				詳細業務4				詳細業務5				
業務名	タスクシフト前	タスクシフト後		業務名	タスクシフト前	タスクシフト後		業務名	タスクシフト前	タスクシフト後		業務名	タスクシフト前	タスクシフト後		業務名	タスクシフト前	タスクシフト後		
不整脈デ バイス留置 術における デバイスの 手配	医師	他職種	医師	他職種	不整脈デ バイス留置 術における 手術用医療 機器や器 材の準備	医師	他職種	医師	他職種	不整脈デ バイス留置 術における 術野の消毒 やドレー ピングの補助	医師	他職種	医師	他職種	不整脈デ バイス留置 術における 器械出し(術 野における 医療機器 の組立てや動作 確認も含む)	医師	他職種	医師	他職種	
	10.0	-	-	10.0	10.0	-	-	10.0	10.0	-	-	10.0	20.0	-	-	20.0	40.0	-	-	40.0

- ・一連の業務プロセスにある（繋がりのある）各種詳細業務については、まとめてタスクシフト前後の医師及び移管先職種の業務時間（分数）をご記入ください。
- ・それぞれ独立したタスクシフト対象業務については、それぞれ別のタスクシフト業務として別の行にデータをご記入ください。

資料 2

各種タスクシフトの経営上の負荷と医師労働時間短縮効果による費用対効果分析の試行

* 以下は各種シフトの効果と負荷を算出可能なデータセットが得られた協力7病院(I~VII)の各シフト業務(A1~F3)を対象に試算したものである。

A1~C2: ①業務マニュアル作成費用

通番	病院 番号	厚生労働省タスクシフト検討会提示の「特に推進する業務」を基に設定した業務区分のうちで当研究班が焦点を当てた19業務区分		具体的なタスクシフト業務内容	「業務マニュアル」(手引書)の有無				業務マ ニュアル 作成費用	
					作成 して いない	作成 して いる	総作成時間 約[時間]	作成担当 職種		
1	I	A1	看	薬剤の投与、採血・検査の実施	事前プロトコルによる静脈路確保、採血		✓	5	看護師	12,123
2	III	A1	看	薬剤の投与、採血・検査の実施	採血		✓	0	看護師	0
3	V	A1	看	薬剤の投与、採血・検査の実施		✓				0
4	VII	A1	看	薬剤の投与、採血・検査の実施	静脈採血		✓	10	看護師	24,246
5	VII	A1	看	薬剤の投与、採血・検査の実施	尿道留置カテーテル留置		✓	10	看護師	24,246
6	I	A2	看	救急外来における採血・検査の実施	救急搬送された患者の採血・検査		✓	5	看護師	12,123
7	III	A2	看	救急外来における採血・検査の実施	採血		✓	0	看護師	0
8	V	A2	看	救急外来における採血・検査の実施		✓				0
9	VII	A2	看	救急外来における採血・検査の実施	抹消静脈カテーテル留置		✓	10	看護師	24,246
10	VII	A2	看	救急外来における採血・検査の実施	皮下注、筋注、ワクチン注射		✓	10	看護師	24,246
11	VII	A2	看	救急外来における採血・検査の実施	血培		✓	10	看護師	24,246
12	I	A5	看	カテーテルの留置、除去等の各種処置行為	尿道留置カテーテル		✓	5	看護師	12,123
13	III	A5	看	カテーテルの留置、除去等の各種処置行為	膀胱留置カテーテル留置(除去)		✓	0	看護師	0
14	IV	A5	看	カテーテルの留置、除去等の各種処置行為	デバイス留置における行為		✓	10	看護師	24,246
15	V	B1	助	院内助産	バス展開		✓	20	助産師	48,492
16	V	B1	助	院内助産	病児入院のためのカルテ操作		✓	20	助産師	48,492
17	I	C1	薬	周期における薬学的管理等	手術前における、患者の服用中の薬剤・副作用歴等の確認、患者への説明 手術後における、鎮痛薬等の提案など薬学的管理		✓	5	薬剤師	13,182
18	II	C1	薬	薬物療法に関する説明等	がん化学療法時の薬剤説明	✓				0
19	II	C1	薬	薬物療法に関する説明等	外来患者の吸入指導		✓	10	薬剤師	26,363
20	II	C1	薬	薬物療法に関する説明等	術前外来における術前休止薬等の説明		✓	12	薬剤師	31,636
21	IV	C1	薬	薬物療法に関する説明等	予定入院患者の薬品鑑別と中止薬剤説明		✓	3	薬剤師	7,909
22	IV	C1	薬	薬物療法に関する説明等	入院時の中止指示遵守状況の確認		✓	3	薬剤師	7,909
23	IV	C1	薬	薬物療法に関する説明等	中止薬剤の再開指示確認		✓	3	薬剤師	7,909
24	V	C1	薬	薬物療法に関する説明等	ケモのレジメン説明	✓				0
25	I	C2	薬	病棟等における薬学的管理等	病棟配置薬や調剤後の薬剤の管理状況の確認 高カロリー輸液等の調整、注射薬剤の配合禁忌等の確認		✓	5	薬剤師	13,182
26	II	C2	薬	病棟等における薬学的管理等	持参薬の確認および仮指示展開		✓	10	薬剤師	26,363
27	II	C2	薬	病棟等における薬学的管理等	抗がん剤投与時の薬学的管理	✓				0
28	II	C2	薬	病棟等における薬学的管理等	静注抗菌薬の経口切り替えまたは中止		✓	5	薬剤師	13,182
29	II	C2	薬	病棟等における薬学的管理等	TDM対象薬使用時のTDM検査オーダー	✓				0
30	II	C2	薬	病棟等における薬学的管理等	B型肝炎再活性化予防のためのスクリーニング検査オーダー		✓	10	薬剤師	26,363
31	II	C2	薬	病棟等における薬学的管理等	薬剤の副作用モニタリングのための検査オーダー		✓	10	薬剤師	26,363
32	IV	C2	薬	病棟等における薬学的管理等	抗がん剤モニタリング		✓	20	薬剤師	52,726
33	VII	C2	薬	病棟等における薬学的管理等	副作用モニタリング		✓	2	薬剤師	5,273

A1～C2：②座学研修費用

通番	業務区分記号	座学研修										座学研修費用
		「座学研修」なし	「座学研修」あり	1人当たり総研修時間約[時間]	研修参加者数	参加者人件費	内部講師の場合		院内実施で外部講師の場合外部講師費用約[円]	外部研修受講の場合受講費用約[円/一人当り]	講師費用	
							担当職種	研修準備時間約[時間]				
1	A1	✓										0
2	A1	✓										0
3	A1	✓										0
4	A1		✓	3.5	11	93,347	看護師	10			32,732	126,079
5	A1		✓	3.5	11	93,347	看護師	10			32,732	126,079
6	A2	✓										0
7	A2	✓										0
8	A2	✓										0
9	A2		✓	3.5	11	93,347	看護師	10			32,732	126,079
10	A2		✓	3.5	11	93,347	看護師	10			32,732	126,079
11	A2	✓										0
12	A5	✓										0
13	A5	✓										0
14	A5		✓	5	50	606,151	看護師 薬剤師	3			20,244	626,395
15	B1	✓										0
16	B1	✓										0
17	C1	✓										0
18	C1	✓										0
19	C1		✓	1	7	18,454	薬剤師	5			15,818	34,272
20	C1	✓										0
21	C1		✓	1	1	2,636	薬剤師	0.5			3,954	6,591
22	C1		✓	1	1	2,636	薬剤師	0.5			3,954	6,591
23	C1		✓	1	1	2,636	薬剤師	0.5			3,954	6,591
24	C1	✓										0
25	C2	✓										0
26	C2	✓										0
27	C2	✓										0
28	C2	✓										0
29	C2	✓										0
30	C2	✓										0
31	C2	✓										0
32	C2		✓	1	1	2,636	薬剤師	0.5			3,954	6,591
33	C2	✓										0

A1～C2：③実務研修費用

通番	業務区分記号	実務研修										実務研修費用
		「実務研修」なし	「実務研修」あり	1人当たり総研修時間約[時間]	研修参加者数	参加者人件費	内部指導者の場合		院内実施で外部指導者の場合外部指導者費用約[円]	外部研修受講の場合受講費用約[円/一人当り]	講師費用	
							担当職種	研修準備時間約[時間]				
1	A1		✓	1	59	143,052	看護師	0			2,425	145,476
2	A1	✓										0
3	A1	✓										0
4	A1		✓	2	11	53,341	看護師	0			4,849	58,190
5	A1		✓	2	11	53,341	看護師	0			4,849	58,190
6	A2		✓	1	17	41,218	看護師	0			2,425	43,643
7	A2	✓										0
8	A2	✓										0
9	A2		✓	2	11	53,341	看護師	0			4,849	58,190
10	A2		✓	1	11	26,671	看護師	0			2,425	29,095
11	A2	✓										0
12	A5		✓	1	81	196,393	看護師	0			2,425	198,817
13	A5	✓										0
14	A5		✓	3	50	363,691	看護師	3			14,548	378,238
15	B1	✓										0
16	B1	✓										0
17	C1	✓										0
18	C1	✓										0
19	C1		✓	1	1	2,636	薬剤師	1			5,273	7,909
20	C1	✓										0
21	C1		✓	13	1	34,272	薬剤師	2.5			40,863	75,135
22	C1		✓	13	1	34,272	薬剤師	2.5			40,863	75,135
23	C1		✓	13	1	34,272	薬剤師	2.5			40,863	75,135
24	C1	✓										0
25	C2	✓										0
26	C2	✓										0
27	C2	✓										0
28	C2	✓										0
29	C2	✓										0
30	C2	✓										0
31	C2	✓										0
32	C2		✓	15	1	39,545	薬剤師	2.5			46,136	85,680
33	C2		✓	8	3	63,272	薬剤師	1			23,727	86,999

A1～C2：④技術対応初期投資(①+②+③)と回収期間・時短効果

通番	業務区分記号	マニュアル作成・研修費用合計(技術対応初期費用)	業務の1か月当たり発生件数約[件/月]	合計						一件当りシフト前後人件費節約額	月間シフト前後人件費節約額	年間シフト前後人件費節約額	回収期間年数	年間医師労働時間短縮効果時間数
				タスクシフト前		シフト前人件費	タスクシフト後		シフト後人件費					
				医師約[分]	他職種約[分]		医師約[分]	他職種約[分]						
1	A1	157,599	1645	30		2,813		30	1,212	1,601	2,633,923	31,607,077	0.00	9,870
2	A1	0	2730	5		469		5	202	267	728,532	8,742,383	-	2,730
3	A1	0	3000	20		1,876		20	808	1,067	3,202,338	38,428,057	-	12,000
4	A1	208,516	970	2		188		2	81	107	103,542	1,242,507	0.17	388
5	A1	208,516	68	5		469		5	202	267	18,147	217,759	0.96	68
6	A2	55,766	200	30		2,813		30	1,212	1,601	320,234	3,842,806	0.01	1,200
7	A2	0	172	5		469		5	202	267	45,900	550,802	-	172
8	A2	0	400	20		1,876		20	808	1,067	426,978	5,123,741	-	1,600
9	A2	208,516	201	3		281		3	121	160	32,183	386,202	0.54	121
10	A2	179,421	35	1		94		1	40	53	1,868	22,416	8.00	7
11	A2	24,246	139	6		563		6	242	320	44,512	534,150	0.05	167
12	A5	210,941	38	30		2,813		30	1,212	1,601	60,844	730,133	0.29	228
13	A5	0	84	15		1,407		15	606	801	67,249	806,989	-	252
14	A5	1,028,879	120	5	10	873	3	10	685	188	22,508	270,093	3.81	48
15	B1	48,492	15	20		1,876		10	404	1,472	22,073	264,878	0.18	60
16	B1	48,492	15	20		1,876		10	404	1,472	22,073	264,878	0.18	60
17	C1	13,182	30	15		1,407		15	659	748	22,430	269,156	0.05	90
18	C1	0	150	25		2,345	20	20	2,754	-410	-61,479	-737,750	回収不能	150
19	C1	68,544	30	10		938		20	879	59	1,772	21,258	3.22	60
20	C1	31,636	65	20		1,876	5	12	996	879	57,166	685,988	0.05	195
21	C1	89,635	8	20		1,876	10	20	1,817	59	472	5,669	15.81	16
22	C1	89,635	20	10		938	5	10	908	30	591	7,086	12.65	20
23	C1	89,635	10	10		938	0	10	439	498	4,984	59,812	1.50	20
24	C1	0	1	30		2,813		30	1,318	1,495	1,495	17,944	-	6
25	C2	13,182	200	10		938		10	439	498	99,687	1,196,249	0.01	400
26	C2	26,363	1600	25	35	3,882	5	25	1,567	2,315	3,704,054	44,448,645	0.00	6,400
27	C2	0	450	10		938	5	15	1,128	-190	-85,576	-1,026,906	回収不能	450
28	C2	13,182	8	15		1,407	2	6	451	956	7,644	91,732	0.14	21
29	C2	0	12	2		188		2	88	100	1,196	14,355	-	5
30	C2	26,363	25	2		188		2	88	100	2,492	29,906	0.88	10
31	C2	26,363	3	2		188		2	88	100	299	3,589	7.35	1
32	C2	144,998	14	20		1,876		20	879	997	13,956	167,475	0.87	56
33	C2	92,271	100	90		8,440	45	45	6,197	2,243	224,297	2,691,561	0.03	900

C3～F3：①業務マニュアル作成費用

通番	病院 番号	厚生労働省タスクシフト検討会提示の 「特に推進する業務」を基に設定した業 務区分のうちで当研究班が焦点を当て る19業務区分		具体的なタスクシフト業務内容	「業務マニュアル」(手引書)の有無				業務マ ニュアル 作成費用	
					作成 して いない	作成し ている	総作成時間 約[時間]	作成担当 職種		
34	I	C3	薬	薬剤の投与量の変更等	TDMや検査のオーダーを医師等と協働して実施、必要に応じて医師に対して薬剤の提案等を行う		✓	5	薬剤師	13,182
35	II	C3	薬	薬剤の投与量の変更等	抗菌薬の腎機能に応じた投与量の変更		✓	10	薬剤師	26,363
36	I	C4	薬	薬物療法に関する説明等	入院患者に対して薬剤管理指導(服薬指導)を実施		✓	5	薬剤師	13,182
37	IV	C4	薬	薬物療法に関する説明等	がん薬物療法や麻薬導入の事前説明		✓	10	薬剤師	26,363
38	VI	C4	薬	薬物療法に関する説明等	周術期におけるSGLT2阻害薬の代行中止指示		✓	10	薬剤師	26,363
39	VII	C4	薬	薬物療法に関する説明等	新規処方薬の説明	✓		0		0
40	I	C5	薬	医師への処方提案等の処方支援	患者の入院時に持参薬を確認すると共に、処方の内容を総合的に評価する 患者の状態を把握した上で、医師に対して処方提案等の 処方支援を実施する	✓				0
41	II	C5	薬	医師への処方提案等の処方支援	せん妄予防・治療の指示オーダー支援		✓	15	薬剤師	39,545
42	II	C5	薬	医師への処方提案等の処方支援	一包化オーダー支援		✓	5	薬剤師	13,182
43	II	C5	薬	医師への処方提案等の処方支援	腎機能に合わせた薬剤の投与量提案	✓				0
44	II	C5	薬	医師への処方提案等の処方支援	TDM結果に基づいた薬剤の投与量提案	✓				0
45	II	C5	薬	医師への処方提案等の処方支援	院外処方箋の問い合わせ簡素化		✓	10	薬剤師	26,363
46	IV	C5	薬	医師への処方提案等の処方支援	持参薬の代替薬	✓				0
47	IV	C5	薬	医師への処方提案等の処方支援	TDMに基づく投与量の提案	✓				0
48	V	C5	薬	医師への処方提案等の処方支援	抗菌薬TDM投与量の提案		✓	20	薬剤師	52,726
49	VI	C5	薬	医師への処方提案等の処方支援	持参薬の院内切り替え時の処方提案	✓				0
50	VII	C5	薬	医師への処方提案等の処方支援	・持参薬鑑別における非採用薬の採用同効薬提案 ・処方の代行人力 ・抗菌薬のTDM ・腎機能等L/Dによる処方提案	✓		0		0
51	II	D3	放	放射線検査等に関する説明、同意書の受領	各検査前の説明および同意書の取得	✓				0
52	III	D3	放	放射線検査等に関する説明、同意書の受領	看護師による説明・同意書の受領したものの確認作業	✓				0
53	V	E2	検	輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領			✓	24	検査技師	53,141
54	V	E3	検	所見の報告書の作成		✓				0
55	VI	F1	工	人工心臓を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更	人工心臓を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更	✓				0
56	I	F3	工	各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為	腹腔鏡手術におけるカメラ操作		✓	5	工学技士	11,071

C3～F3：②座学研修費用

通番	業務区分記号	座学研修										座学研修費用
		「座学研修」なし	「座学研修」あり	1人当たり総研修時間約[時間]	研修参加者数	参加者人件費	内部講師の場合		院内実施で外部講師の場合外部講師費用約[円]	外部研修受講の場合受講費用約[円/一人当り]	講師費用	
							担当職種	研修準備時間約[時間]				
34	C3	✓										0
35	C3	✓										0
36	C4	✓										0
37	C4		✓	2	1	5,273	薬剤師	0.5			6,591	11,863
38	C4	✓										0
39	C4	✓										0
40	C5	✓										0
41	C5	✓										0
42	C5	✓										0
43	C5	✓										0
44	C5	✓										0
45	C5	✓										0
46	C5	✓										0
47	C5	✓										0
48	C5	✓										0
49	C5											0
50	C5	✓										0
51	D3	✓										0
52	D3	✓										0
53	E2		✓	2	2	8,857	検査技師	1			6,643	15,500
54	E3		✓	1	4	8,857	検査技師	1			4,428	13,285
55	F1		✓	20	9	398,559				38,000	38,000	436,559
56	F3		✓	2	2	8,857	医師	2			22,508	31,365

C3～F3：③実務研修費用

通番	業務区分記号	実務研修										実務研修費用
		「実務研修」なし	「実務研修」あり	1人当たり総研修時間約[時間]	研修参加者数	参加者人件費	内部指導者の場合		院内実施で外部指導者の場合	外部研修受講の場合	講師費用	
							担当職種	研修準備時間約[時間]	外部指導者費用約[円]	外部指導者費用約[円/一人当り]		
34	C3	✓										0
35	C3	✓										0
36	C4	✓										0
37	C4		✓	13	1	34,272	薬剤師	2.5			40,863	75,135
38	C4	✓										0
39	C4	✓		0								0
40	C5	✓										0
41	C5	✓										0
42	C5	✓										0
43	C5	✓										0
44	C5	✓										0
45	C5	✓										0
46	C5		✓	13	1	34,272	薬剤師	2.5			40,863	75,135
47	C5		✓	13	1	34,272	薬剤師	2.5			40,863	75,135
48	C5	✓										0
49	C5											0
50	C5	✓		0								0
51	D3	✓										0
52	D3	✓										0
53	E2		✓	10	2	44,284	検査技師	1			24,356	68,641
54	E3		✓	1	4	8,857	検査技師	1			4,428	13,285
55	F1		✓	12	9	239,136				38000	38,000	277,136
56	F3		✓	20	2	88,569	医師	20			225,078	313,646

C3～F3：④技術対応初期投資(①+②+③)と回収期間・時短効果

通番	業務区分記号	マニュアル作成・研修費用合計(技術対応初期費用)	業務の1カ月当たり発生件数[件/月]	合計						一件当りシフト前後人件費節約額	月間シフト前後人件費節約額	年間シフト前後人件費節約額	回収期間年数	年間医師労働時間短縮効果時間数
				タスクシフト前		シフト前人件費	タスクシフト後		シフト後人件費					
				医師約[分]	他職種約[分]		医師約[分]	他職種約[分]						
34	C3	13,182	50	10		938		10	439	498	24,922	299,062	0.04	100
35	C3	26,363	10	18		1,688	2	6	451	1,237	12,369	148,426	0.18	32
36	C4	13,182	400	10		938		10	439	498	199,375	2,392,498	0.01	800
37	C4	113,362	18	30		2,813	10	30	2,256	557	10,035	120,417	0.94	72
38	C4	26,363	5	10		938		10	439	498	2,492	29,906	0.88	10
39	C4	0	40	3	0.75	314	2.25	2.25	310	4	177	2,126	-	6
40	C5	0	200	15		1,407		15	659	748	149,531	1,794,374	-	600
41	C5	39,545	10	15		1,407	2	6	451	956	9,555	114,665	0.34	26
42	C5	13,182	5	15		1,407	2	15	847	560	2,800	33,605	0.39	13
43	C5	0	40	2		188	2	5	407	-220	-8,788	-105,453	回収不能	0
44	C5	0	270	5		469	2	5	407	62	16,647	199,759	-	162
45	C5	26,363	400	5		469		5	220	249	99,687	1,196,249	0.02	400
46	C5	75,135	7	10		938		10	439	498	3,489	41,869	1.79	14
47	C5	75,135	28	20		1,876		20	879	997	27,912	334,950	0.22	112
48	C5	52,726	4	15		1,407	5	15	1,128	279	1,115	13,380	3.94	8
49	C5	0	50	10		938		10	439	498	24,922	299,062	-	100
50	C5	0	100	3		281	1.5	1.5	207	75	7,477	89,719	-	30
51	D3	0	6391	4	13	855	1	16	684	171	1,090,535	13,086,426	-	3,835
52	D3	0	500	2.5		234		2.5	92	142	71,098	853,181	-	250
53	E2	137,282	5	5		469		5	185	284	1,422	17,064	8.05	5
54	E3	26,571	10	10		938		10	369	569	5,688	68,254	0.39	20
55	F1	713,695	5	240		22,508		240	8,857	13,651	68,254	819,053	0.87	240
56	F3	356,082	4	20		1,876		20	738	1,138	4,550	54,604	6.52	16

上記計算に利用した職種別単価

『医療経済実態調査』 一般病院 (集計1)	開設者別全体				技術対応初期投資と回収 計算に利用した職種別単価		
	前年(度):2020年度				一分当 たり	時間当 たり	想定年間 労働時間
	平均給料 年(度)額(①)	賞与(②)	①+②	(①+②)× 1.15			
医師	13,147,020	1,531,958	14,678,978	16,880,825	93.8	5,627	3000時間
薬剤師	4,432,387	1,069,495	5,501,882	6,327,164	43.9	2,636	2400時間
看護職員	4,062,411	997,631	5,060,042	5,819,048	40.4	2,425	2400時間
医療技術員	3,704,325	916,654	4,620,979	5,314,126	36.9	2,214	2400時間
事務職員	3,390,172	804,156	4,194,328	4,823,477	33.5	2,010	2400時間

タスクシフトに伴う初期の技術的対応費用の把握に関する研究：「タスクシフトに伴うマニュアル作成及び研修実施の状況に関するアンケート」調査を用いて

研究代表者 荒井 耕 一橋大学大学院経営管理研究科

研究分担者 阪口 博政 金沢大学人間社会研究域経済学経営学系

研究要旨

各種タスクシフトごとに、医師労働時間短縮効果と経営上の負荷（費用）を明確にすることで、労働時間短縮効果が大きく経営への負荷が小さい経営上より有利なタスクシフトから積極的に取り組んでもらうことができ、医師労働時間の短縮につながる。そこで、昨年度の調査結果により費用対効果を分析する優先順位が高いことが判明した19種類の業務を対象として経営負荷と時短効果を分析することとし、そのためのデータ収集の前半として、本年度はまずタスクシフトに伴う技術的な初期投資額に関わるデータを収集することとした。

そのため、先行して実施していた7つの推計研究協力病院からのデータ収集に基づく研究から明らかとなった収集上の課題を踏まえつつ、19種類のタスクシフト対象業務ごとに、タスクシフトに伴うマニュアル作成や座学研修及び実務研修の実施に関する諸データの調査を実施した。具体的には、調査対象19種類の業務の中で各病院が実施しているシフト対象業務について、業務マニュアルの作成の有無、座学研修の実施の有無、実務研修の実施の有無についての回答を得た。また業務マニュアル作成については作成担当職種と作成時間数、座学研修と実務研修については研修時間数と研修参加者数と実施方法のデータを得た。さらに両研修については、内部講師による実施の場合には研修の事前準備時間数と研修担当職種、院内での外部講師による実施の場合には外部講師謝金、外部研修受講の場合には受講費用のデータを回答いただいた。

その結果、開設主体の観点からも病床規模の観点からも多様な480病院から、調査対象19種類業務の内、各病院で実施しているシフト対象業務ごとに、タスクシフトに伴う技術的な初期費用に関連する上述の諸データが収集できた。そのため、次年度における100病院程度を対象とした推計データに基づく各種タスクシフトごとの費用対効果分析を実施するうえで、分析対象病院数の観点からも分析対象病院の多様性の観点からも十分なデータを収集することができた。

次年度には、本年度にタスクシフトに伴う技術的初期費用に関わるデータを収集できた480病院を対象として、19種類のシフト対象業務ごとに、月間発生件数と、シフト以前と以後における医師及び移管先職種の対象業務一回当たりの実施所要時間に関するデータを収集し、タスクシフトした場合における、医師の短縮される労働時間数（効果）と技術的

対応投資の回収期間（経営負荷）を同時把握して、各シフト業務の経営負荷対効果を明確にする。

A. 研究目的

各種タスクシフトごとに医師労働時間の短縮効果と経営上の負荷を明確にすることで、医師からのタスクシフトが促進されると考えられる。すなわち、タスクシフトにより短縮する医師労働時間と増加する他職種労働時間、両職種の時給、技術対応初期費用を把握し、初期投資が何年間で回収できるかを明確にすることで、経営層に経営上より有利なタスクシフトから積極的に取り組んでもらうことができ、医師労働時間の短縮につながると考えられる。

そこで、昨年度の調査結果により費用対効果を分析する優先順位が高いことが判明した19種類の業務を対象として経営負荷と労働時間短縮効果を分析することとし、3年度目において100病院程度を対象に推計データに基づき分析するためのデータ収集の前半として、本年度はまずタスクシフトに伴う初期投資額に関わるデータを収集することとした。

そのため、先行して実施していた7つの推計研究協力病院からのデータ収集に基づく研究から明らかとなった収集上の課題を踏まえつつ、19種類のタスクシフト対象業務ごとに、タスクシフトに伴うマニュアル作成や座学研修及び実務研修の実施に関する諸データを収集することを目的として、アンケート調査を実施した。

B. 研究方法

研究目的を果たすために、病院を対象にタスクシフトの技術的初期費用に関するアンケート調査を実施した。具体的には、昨年度実施した全国の二次三次救急病院群及び非

二次三次救急病院群に対する2つのアンケート調査に回答した病院群のうちで、優先的に分析対象とすることとした19種類のタスクシフト対象業務のうちの一つでもタスクシフトを実施している1,086病院を対象に、タスクシフトに伴う業務マニュアル作成や教育研修にかかる業務時間や費用について把握するために、アンケートを実施した。

アンケート調査のより詳細な方法は以下の通りである。

優先的分析対象とした19種類のシフト対象業務の一つでも実施していた1,086病院を対象に、郵送で調査依頼を行い、Webアンケートフォームから回答（データ）の回収を行った。

1,086病院への郵送に際しては、「事務部長様」宛として、厚生労働省作成の調査協力依頼書、タスクシフト研究班（荒井班）作成の調査協力依頼書、Web回答のための案内状の3点を郵送した（資料1）。

調査期間は2022年11月17日～2022年12月20日とし、期限内に回答できなかったものに関しては、2022年12月27日まで受け付けた。また、2022年11月22日時点で回答を確認できなかった1,043病院を対象に督促はがきを郵送した。さらに12月6日午前までに提出のなかった病院に対して、昨年度調査時に回答いただいたメールアドレスを用いて、メールによる回答の督促も行った。加えて12月21日時点で回答未提出の病院に対して、メールによる回答の督促を再度実施した。なお、回答を提出したが未回答項目のあった病院に対して、メールによる未回答項目の回答依頼を3回にわたって実施した。また3回目のメール送付後には、病院に対し

て電話による回答依頼も実施した。

調査対象機関からの調査に関する質疑に対しては、事前に問合せ対応マニュアル (FAQ 含む) を作成するとともに、案内状に連絡先電話番号を記載し、問合せへの対応担当者においてマニュアルに沿って対応した。なお、調査内容に関する質疑で FAQ に記載のないものについては、随時、研究班代表者が回答内容について対応した。

回答にあたって医療機関内の複数部署が回答にかかわる可能性も高いことから、Web フォームのトップページに調査票の PDF ファイル (資料 1) のリンクを貼り、調査票ファイルをダウンロードし、印刷できるようにした。併せて、Web フォームのトップページに、調査に関する「よくある質問と回答 (FAQ)」をまとめた PDF ファイルのリンクを貼り、回答者が必要に応じて FAQ ファイルをダウンロードし、印刷できるようにした。

回収データの集計にあたっては、「データ作成方針」(資料 2) に則ってデータのクリーニングを行った。

(倫理面への配慮)

本調査研究は、一橋大学の倫理審査委員会の審査・承認を受け実施した (承認日: 2022 年 10 月 20 日、承認番号: 2022C022 号)。

C. 研究結果

本アンケート調査からは、各種タスクシフトの費用対効果を分析するための個別医療機関のシフトに伴う技術対応初期費用に関するデータが収集されたが、副産物として、病院界におけるタスクシフトに伴う技術的初期対応の実態も明らかにされた。

(1) 費用対効果分析のためのデータ収集

1, 086 病院を対象としたアンケート調査において、480 病院から回答 (回収率 44.2%) を得た。ただしそのうち 30 病院については、部分的に未回答項目が含まれていた。

具体的には、480 病院から、調査対象 19 種類の業務の中で、各病院が実施しているシフト対象業務について、業務マニュアルの作成の有無、座学研修の実施の有無、実務研修の実施の有無についての回答を得た。また業務マニュアル作成については作成担当職種と作成時間数、座学研修と実務研修については研修時間数と研修参加者数と実施方法のデータを得た。さらに両研修については、内部講師・指導者による実施の場合には研修の事前準備時間数と研修担当職種、院内での外部講師・指導者による実施の場合には外部講師・指導者謝金、外部研修受講の場合には受講費用のデータを回答いただいた。

回答病院群の属性を見ると、開設主体としては、「法人」(公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人等) が 65% を占めて最も割合が高く、「公的医療機関」(都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会等) が約 26%、「国」(厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構等) が約 8% である。「社会保険関係団体」と「その他」はごくわずかである (詳細は資料 2、以下同様)。

また、「DPC 対象/準備病院」の割合が全体の 48.2% を占めている。

総稼働病床数規模の観点からは、100 床台が 30% 強と最も高く、続いて、100 床未満が約 29% と多く、200 床台~300 床台が約 23%、400 床以上は約 18% の構成割合となっている。

(2) シフトに伴う技術的初期対応の実態

①マニュアル作成

看護師へのシフト対象業務では3割～4割、助産師へのシフト対象業務では5割、薬剤師へのシフト対象業務では対象業務により2割強～4割半、の病院がタスクシフトに伴い業務マニュアルの作成をしていた。また、診療放射線技師へのシフト対象業務では2割前後、臨床検査技師へのシフト対象業務では業務により2割～4割弱、臨床工学技士へのシフト対象業務では2割半～3割半、の病院で作成していた。

また業務マニュアルを作成している場合に、作成を担当した主たる職種を単一回答していただいたところ、看護師系対象業務では、タスクシフトを受ける側の看護師が作成していることが多く、タスクシフトする側の医師が作成しているのは1割前後の病院のみであった。また薬剤師系対象業務では、ほとんどすべての病院において、タスクシフトを受ける側の薬剤師が作成していた。こうした中、助産師系対象業務（院内助産）では、タスクシフトする側の医師が作成している病院の割合が、他の職種へのシフト対象業務と比べて相対的には多いが、それでも約26%に止まっていた。

さらに診療放射線技師系対象業務やE2を除く臨床検査技師系対象業務では、シフトを受ける側の医療専門職種が作成していることが多い。こうした中、E2（輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領）では、タスクシフトを受ける側の臨床検査技師が作成している病院は4割弱であり、看護師（約28%）や医師（約17%）が作成する病院や薬剤師（約7%）や事務職員（約7%）の病院も見られ、主たる作成担当職種が多様である。臨床工学技士系対象業務では、F1（人工心肺患者の血液、補液及び薬剤の投与量の

設定及び変更）は臨床工学技士が作成しているが、それ以外のシフト対象業務では看護師が主たる作成者である場合も一定程度見られる。

なおマニュアルの作成時間数は、シフト対象業務種類によって、また同一業務種類でも病院によって、様々であったが、対象業務種類ごとの作成時間数の中央値や平均値などは資料2末尾の代表値一覧表を参照されたい。

②座学研修

看護師系対象業務では1割～2割、助産師系対象業務では3割半、薬剤師系対象業務では5%～1割強、の病院がタスクシフトに伴い座学研修をしていた。また、診療放射線技師系対象業務では1割強～3割弱、臨床検査技師系対象業務では1割～2割強、臨床工学技士系対象業務では1割半～2割強、の病院で座学研修をしていた。

また座学研修を実施する場合には、看護師系対象業務や助産師系対象業務ではほとんどの場合内部講師が実施し、薬剤師系対象業務では内部講師が実施するケースが多いものの、外部研修受講の場合も対象業務によって1割強～3割半見られる。一方、診療放射線技師系対象業務では、内部講師実施よりも外部研修受講の場合の方が多い。また臨床検査技師系対象業務では、E2では内部講師実施が多いが、それ以外の対象業務では内部講師実施は半数程度に止まっている。臨床工学技士系対象業務では、F2（全身麻酔装置の操作）は内部講師による実施が多いが、それ以外のシフト対象業務では内部講師の場合と外部研修受講の場合の両者とも多く見られる。

内部講師が実施する場合、看護師系対象業務では、シフトを受ける側の看護師が担当していることが多く、タスクシフトする側の医

師が担当しているのは2割～3割の病院のみであった。また薬剤師系対象業務では、C1(周術期における薬学的管理等)を除く業務では、ほとんどすべての病院において、タスクシフトを受ける側の薬剤師が担当していた。こうした中、助産師系業務(院内助産)では、タスクシフトする側の医師が担当している割合が約64%に及び、他の対象業務の場合と状況がかなり異なっていた。さらに診療放射線技師系対象業務では、タスクシフトを受ける側の診療放射線技師が担当していることが多いが、D3(放射線検査等に関する説明、同意書の受領)だけは診療放射線技師の場合と医師の場合ともに多く見られる。また臨床検査技師系対象業務では、臨床検査技師が担当することが多いが、E2だけは臨床検査技師の場合と看護師の場合ともに多く見られる。加えて臨床工学技士系業務では、F1は臨床工学技士が担当しているが、それ以外のシフト対象業務では、医師の場合、看護師の場合、臨床工学技士の場合のそれぞれが一定程度よく見られる。

なお座学研修時間数と座学研修受講者数、研修の事前準備時間数、外部講師謝金、外部研修受講費用は、シフト対象業務種類によって、また同一業務種類でも病院によって異なるが、シフト対象業務種類ごとの時間数や受講者数、謝金、受講費用の中央値や平均値などは資料2末尾の代表値一覧表を参照されたい。

③実務研修

看護師系対象業務では1割強～2割強、助産師系対象業務では4割弱、薬剤師系対象業務では4%～1割強、の病院がタスクシフトに伴い実務研修をしていた。また、診療放射線技師系対象業務では1割弱～3割強、臨床検査技師系対象業務では1割半弱～2割半強、

臨床工学技士系対象業務では1割半強～3割強、の病院で実務研修をしていた。

また実務研修を実施する場合には、看護師系や助産師系、薬剤師系の対象業務では、ほとんどの場合、内部指導者が実施している。一方、診療放射線技師系対象業務では、外部研修参加の場合が半数以上となっている。また臨床検査技師系対象業務では、E2では内部指導者による実施が大部分を占めるが、それ以外の対象業務では内部指導者による実施の他に、外部研修参加も3割の病院で見られる。臨床工学技士系対象業務では、内部指導者による実施が大部分を占めるが、F1(人工心肺患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更)では内部指導者による実施の他に、外部研修参加も3割の病院で見られる。

内部指導者が実施する場合、看護師系対象業務では、タスクシフトを受ける側の看護師が担当していることが多く、タスクシフトする側の医師が担当しているのは2割～2割半強の病院のみであった。また薬剤師系対象業務では、医師が担当する病院も4割弱見られたC1を除く業務では、大部分の病院において、タスクシフトを受ける側の薬剤師が担当していた。こうした中、助産師系対象業務(院内助産)では、タスクシフトする側の医師が担当している割合が約62%に及び、他の対象業務の場合と状況がかなり異なっていた。さらに診療放射線技師系対象業務では、タスクシフトを受ける側の診療放射線技師が担当していることが多いが、D2(血管造影・画像下治療(IVR)における補助行為)だけはタスクシフトする側の医師が担当することが約56%と過半を占めていた。また臨床検査技師系業務では、臨床検査技師が担当することが多いが、E2だけは臨床検査技師が担当する場合の他、看護師が担当する場合も4割弱見られる。加えて臨床工学技士系業務

では、F1 は臨床工学技士が担当する病院が大部分だが、それ以外のシフト対象業務では、医師、看護師、臨床工学技士と主たる研修担当職種は病院によってばらついている。

なお実務研修時間数と実務研修参加者数、研修の事前準備時間数、外部指導者謝金、外部研修参加費用は、シフト対象業務種類によって、また同一業務種類でも病院によって異なるが、対象業務種類ごとの時間数や参加者数、謝金、参加費用の中央値や平均値などは資料 2 末尾の代表値一覧表を参照されたい。

D. 考察

(1) 費用対効果分析のためのデータ収集

優先的に分析対象とすることとした 19 種類のタスクシフト対象業務のうち一つでもタスクシフトを実施している 480 病院から、各種シフト対象業務ごとのタスクシフトに伴うマニュアル作成や教育研修にかかる時間や費用に関するデータを収集することができた。またデータ収集できた 480 病院は、法人から公的医療機関、国までと多様な開設者による病院で構成され、また 100 床未満から 400 床以上までと多様な病床規模の病院で構成されていた。

そのため、来年度における 100 病院程度を対象とした推計データに基づく各種タスクシフトごとの費用対効果分析を実施するうえで、分析対象病院数の観点からも分析対象病院の多様性の観点からも十分なデータ収集ができた。

(2) シフトに伴う技術的初期対応の実態

① マニュアル作成

今回分析対象とした 19 種類のシフト対象業務においては、助産師への院内助産業務以外のシフト対象業務については、過半の病院では業務マニュアルが作成されていなかった。

また作成している場合には、多くのシフト対象業務において、タスクシフトをする側の医師ではなくシフトを受ける側の職種が主たる作成者となっていた。

今回分析対象とされた 19 種類のシフト対象業務は、病院界全体としてはまだタスクシフトされていないことが多い対象業務である。しかしすでに部分的にはあってもタスクシフトしている病院では、従来から法令改正を伴わずに実施可能なシフト対象業務であったこともあり、かなり以前からすでに医師以外の職種へタスクシフトしていた業務も多く、必ずしも今般の医師の働き方改革に際してタスクシフトを進めたわけではない病院も多いのではないかと考えられる。そのため、タスクシフトをしている病院では、すでにシフト先職種の業務として定着していることが多く、あえてマニュアルを作成するまでもないとの認識がある可能性がある。また作成する場合も、すでにシフト先職種の業務として定着しているため、タスクシフトを受ける側の職種のキャリアの長い担当者が主たる作成者（職種）としてマニュアルを作成しているのではないかと考えられる。

② 座学研修

助産師系対象業務（院内助産）以外では、タスクシフトに伴い座学研修を実施している病院は多い対象業務でも 3 割未満であり、一番多い院内助産でも 35% の病院での実施に止まり、幅広い病院で実施されている状況ではない。上述のように、タスクシフトをしている病院では、すでにシフト先職種の業務として定着していることが多く、改めて座学研修をする必要性が低い病院も多いという可能性が考えられる。

座学研修は内部講師によって実施されることが多いが、医療専門職種へのシフト対象

業務では外部研修受講の場合も多い。医療専門職種系対象業務では、外部研修受講により、より客観的な知見を得て信頼性をより高めたいという意識が働いている可能性がある。

内部講師が研修を実施する場合、タスクシフトを受ける側の職種が講師担当者となることがほとんどであるが、院内助産だけはタスクシフトする側の医師が講師担当者となることが多い。

③実務研修

座学研修の実施状況とほぼ同じであり、タスクシフトに伴い実務研修を実施している病院は少なく、一番多い院内助産でも37.5%の病院での実施に止まり、幅広い病院で実施されている状況ではない。座学研修の場合と同様に、タスクシフトをしている病院では、すでにシフト先職種の業務として定着していることが多く、改めて実務研修をする必要性が低い病院も多いという可能性が考えられる。

実務研修は内部指導者によって実施されることが多いが、診療放射線技師系へのシフト対象業務では外部研修参加の場合も多い。診療放射線技師系対象業務では、外部研修参加により、より客観的に技術習得を進めて、信頼性をより高めたいという意識が働いている可能性がある。

内部指導者が研修を実施する場合、タスクシフトを受ける側の職種が担当者となることがほとんどであるが、B1とD2だけは過半の病院においてタスクシフトする側の医師が担当者となっている。

E. 結論

優先的な分析対象とした19種類の業務の内で各病院が実施しているシフト対象業務ごとに、業務マニュアル作成(作成担当職種

と作成時間数)、座学研修実施(研修時間数と研修参加者数と実施方法により研修準備時間数と研修担当職種、外部講師謝金、外部研修受講費用)、実務研修実施(研修時間数と研修参加者数と実施方法により研修準備時間数と研修担当職種、外部指導者謝金、外部研修参加費用)に関するデータを、開設主体の観点からも病床規模の観点からも多様な480病院から得ることができた。

そのため、来年度における100病院程度を対象とした収集データに基づく各種タスクシフトごとの費用対効果分析を実施するうえで、分析対象病院数の観点からも分析対象病院の多様性の観点からも十分なデータを収集することができた。

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

資料 1

令和 4 年 11 月 16 日

各 研究協力医療機関 事務部長 殿

厚生労働省医政局医事課

「タスクシフトに伴うマニュアル作成及び研修実施の状況に関するアンケート」
に対するご協力のお願について（情報提供）

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、令和 4 年度の厚生労働行政推進調査事業において、下記の研究を行っております。

本研究は、医師の働き方改革におけるタスクシフトに伴う医療経営上の影響が指摘されている中において、タスクシフトにおける研修に係る負荷を把握し、今後の医療機関支援策等を検討するために、貴重なデータとなるものです。

については、研究班からの調査についてご協力をいただきたく、宜しくお願い申し上げます。

記

研 究 名 : タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究

(令和 4 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(政策科学総合研究事業))

研究代表者 : 一橋大学大学院経営管理研究科教授 荒井 耕

調査内容等 : 別紙のとおり

「タスクシフトに伴うマニュアル作成及び研修実施の状況に関する
アンケート」へのご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、タスクシフトに伴うマニュアル作成と研修実施の状況に関する、アンケートを実施させて頂きたく存じます。

タスクシフトについては、医師の働き方改革においては必須なものとして理解されている一方で、業務調整や対応する研修あるいは新規採用といった医療機関での経営上の影響を招くとも懸念されています。

そこで本研究班では、厚生労働省医政局のもとでタスクシフトによる医師の労働時間の短縮効果と経営上の影響ついて研究を進めておりました。

この点で昨年度のタスクシフトの現状・効果概況に関するアンケートをお願いしており、ご協力頂きました医療機関様に関しては改めて御礼申し上げます。今年度は引き続き、業務マニュアル作成や研修に伴う費用について伺いたく、ご協力をお願いしたいと存じます。

本調査のデータは、個別の医療施設が特定される形で公表を行うことはありません。調査結果は、国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。また、本調査にご協力されない場合でも、貴施設の不利益となることはございません。なお、本研究は、一橋大学倫理審査委員会の審査・承認を得て実施いたします。（承認日：令和4年10月20日、承認番号：2022C022）

多忙のところ誠に恐縮ですが、ぜひ本調査にご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

敬具

令和4年11月吉日

令和4年度厚生労働行政推進調査事業（政策科学総合研究事業）
「タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究」
研究代表者 荒井耕（一橋大学大学院経営管理研究科）

- ご回答方法、調査期間等につきましては、実施要領（別紙）をご参照ください。
- 本調査への参加は、調査へのご回答をもって同意とさせていただきます。

タスクシフトに伴うマニュアル作成及び研修実施の状況に関する調査 アンケートの回答方法 <実施要領（別紙）>

- ◆ 本調査の回答は、以下「回答手順」に示す Web 回答フォームから行ってください。
- ◆ 以下の回答期限までにご回答ください。

回答期限：令和4年12月20日（火）23：59 まで

回答手順

- ① 以下の URL にアクセスして「回答を始める」ボタンをクリックしてください。

https://www15.webcas.net/form/pub/tokyo/hit-u_taskshift3

※上記 URL のページには、回答フォーム以外に、以下のコンテンツが掲載されています。必要に応じてお使いください。

◆ 調査票の PDF ファイル

- ・ 調査票の PDF ファイルをダウンロードすることができます。貴院内で回答の決裁が必要な場合などにご使用ください。ただし、回答は Web 回答フォームからご入力ください。

◆ 本調査に関する「よくある質問と回答」

- ・ 「よくある質問と回答」を掲載しています。お問合せの前にご一読ください。

◆ 問合せフォーム

- ・ クリックすると問合せフォームが開きます。お問合せの電話がつながりにくい場合など、こちらから質問内容等を入力してお問合せください。（24 時間問合せ可能）



回答フォームの
QRコード

- ② 回答は、Web 上の表示に従ってご入力ください。

※回答は途中保存可能です。

- ・ Web 画面上の「一時保存」ボタンを押すと「アンケート再開用 URL」が表示されます。
- ・ アンケートを再開する場合は「アンケート再開用 URL」にアクセスしてください。
- ・ 一時保存期間は7日間です。
- ・ 「アンケート再開用 URL」を紛失すると再開できなくなりますのでご注意ください。

※回答を送信する前に、全回答を確認するページが開きます。

- ・ 回答を保存される方は、この確認ページを印字する等して保存ください。

※回答時間の目安はおよそ30分です。

※なお、この調査票の取扱いについては、万全を期し、秘密を厳守いたします。また、ご回答内容は本調査以外の目的に使用されることはありません。

調査に関する
お問合せは
こちらまで

「タスクシフトに伴うマニュアル作成及び研修実施の状況に関する調査」事務局

電話：03-4330-8974

※平日10：00～17：00（設置期間：12月20日まで）

※お電話が繋がりにくい場合がございます。その際は以下 URL にあります「問合せフォーム」からご連絡ください。

https://www15.webcas.net/form/pub/tokyo/hit-u_taskshift3

※本調査は株式会社分析屋に委託しています。

◆以下の空欄に、貴院名・ご回答者様についてご記入ください。

貴院名	_____	
所在地	(都道府県) _____	(市区町村) _____
ご回答者様	お役職 _____	お名前 _____
	電話番号 (_____)	_____
	ご連絡先メールアドレス _____	

問1 医療機関の概況についてお聞きします。

(1) 開設主体について、以下の属性から該当する開設主体番号(1~5)をお選びください。

開設主体	(参考)
1 国	厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構等
2 公的医療機関	都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会等
3 社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合等
4 法人	公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人等
5 その他	

(2) DPC 対応状況について、該当するものをお選びください。

() DPC 対象/準備病院 () 該当せず

(3) 稼動病床数について、ご入力下さい。

総稼動病床数 _____ 床

問2 タスクシフトとして、進捗状況からとくに今後の推進が期待されている19業務について、その実施概況・研修状況をお尋ねします。

※ 対象となるのは以下の19業務です。(次ページ以降に詳細な質問が展開します。)

※ 以下の設問は、医師から下記のシフト先専門職への各業務内容のシフトのための研修に関する質問です。看護師における特定行為研修といった特定の資格取得に関する研修状況は含めないでお答えください。

※ 各業務内容内で、研修のあり方が異なるものが複数ある場合は、最も主として実施しているものについてお答えください。

※ 各研修について、業務移管に伴う研修の受講(参加)者の変化や、研修の実施研修体制の見直しが生じている場合もあると想定しています。その場合は、ここ数年の状況を踏まえた、1年間の平均的な状況としてお答えください。

※ 内部講師や内部指導者による研修実施の場合における講師や指導者の研修準備時間数は、研修に先立つ事前の準備時間数のみの値(研修時間そのものは含めない値)をご記入ください。

管理番号	シフト先	業務内容
A1	看護師	事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
A2	看護師	救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施
A3	看護師	血管造影・画像下治療(IVR)の介助
A5	看護師	カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
B1	助産師	院内助産
C1	薬剤師	周術期における薬学的管理等
C2	薬剤師	病棟等における薬学的管理等
C3	薬剤師	事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
C4	薬剤師	薬物療法に関する説明等
C5	薬剤師	医師への処方提案等の処方支援
D1	診療放射線技師	撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
D2	診療放射線技師	血管造影・画像下治療(IVR)における補助行為
D3	診療放射線技師	放射線検査等に関する説明、同意書の受領
E1	臨床検査技師	心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
E2	臨床検査技師	輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
E3	臨床検査技師	生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
F1	臨床工学技士	人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
F2	臨床工学技士	全身麻酔装置の操作
F3	臨床工学技士	各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為

(1) (医師から) 看護師へのタスクシフト (※特定行為研修修了者に限らないシフトになります)

A1 事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施

①	タスクシフトに関する概況						
	シフト状況	1 シフトしていない	2 一部分をシフト	3 半分程度をシフト	4 大部分をシフト	5 全面的にシフト	
シフト状況において、2～5の場合にお答えください。							
【 タスクシフトに伴う業務マニュアル作成 (タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります) 】							
	作成	1 あり	2 なし				
②-1	マニュアル作成状況	(マニュアル作成ありの場合にお答えください)					
	作成担当職種	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
		6 事務職員	7 その他職員 ()				
	作成時間数	約()時間					
【 タスクシフトに伴う座学研修 (タスクシフトに限定した研修のみが対象となります) 】							
	座学研修	1 あり	2 なし				
③-1	座学研修実施状況	(タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください)					
	(研修受講者1人当たりの)座学研修時間数	約()時間		研修受講者数	約()人		
	実施方法	1 内部講師による実施	2 (院内で)外部講師による実施	3 外部研修受講			
③-2-1	内部講師による実施の場合						
	(講師の)研修前の事前の準備時間数	約()時間					
	講師担当職種	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
		6 事務職員	7 その他職員 ()				
③-2-2	(院内で)外部講師による実施の場合						
	外部講師費用(謝金)	1 約1万円	2 約2万円	3 約3万円	4 約4万円	5 約5万円	6 その他:約()万円
※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。							
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。							
③-2-3	外部研修受講の場合						
	受講者1人当たり受講費用	約()万円					
【 タスクシフトに伴う実務研修 (タスクシフトに限定した研修のみが対象となります) 】							
	実務研修	1 あり	2 なし				
④-1	実務研修実施状況	(タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください)					
	(研修参加者1人当たりの)実務研修時間数	約()時間		研修参加者数	約()人		
	実施方法	1 内部指導者による実施	2 (院内で)外部指導者による実施	3 外部研修参加			
④-2-1	内部指導者による実施の場合						
	(指導者の)研修前の事前の準備時間数	約()時間					
	指導担当職種	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
		6 事務職員	7 その他職員 ()				
④-2-2	(院内で)外部指導者による実施の場合						
	外部指導者費用(謝金)	1 約1万円	2 約2万円	3 約3万円	4 約4万円	5 約5万円	6 その他:約()万円
※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。							
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。							
④-2-3	外部研修参加の場合						
	参加者1人当たり参加費用	約()万円					
備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)							

A2 救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

A3 血管造影・画像下治療（IVR）の介助

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

A5 カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

(2) (医師から) 助産師へのタスクシフト

B1 院内助産

①	タスクシフトに関する概況						
	<input type="text" value="シフト状況"/>	1 シフトしていない	2 一部分をシフト	3 半分程度をシフト	4 大部分をシフト	5 全面的にシフト	
シフト状況において、2～5の場合にお答えください。							
【 タスクシフトに伴う業務マニュアル作成 (タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります) 】							
	<input type="text" value="作成"/>	1 あり	2 なし				
②-1	マニュアル作成状況 (マニュアル作成ありの場合にお答えください)						
	<input type="text" value="作成担当職種"/>	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
		6 事務職員	7 その他職員 ()				
	<input type="text" value="作成時間数"/>	約()時間					
【 タスクシフトに伴う座学研修 (タスクシフトに限定した研修のみが対象となります) 】							
	<input type="text" value="座学研修"/>	1 あり	2 なし				
③-1	座学研修実施状況 (タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください)						
	<input type="text" value="(研修受講者1人当たりの)座学研修時間数"/>	約()時間		<input type="text" value="研修受講者数"/>	約()人		
	<input type="text" value="実施方法"/>	1 内部講師による実施	2 (院内で)外部講師による実施	3 外部研修受講			
③-2-1	内部講師による実施の場合						
	<input type="text" value="(講師の)研修前の事前の準備時間数"/>	約()時間					
	<input type="text" value="講師担当職種"/>	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
		6 事務職員	7 その他職員 ()				
③-2-2	(院内で)外部講師による実施の場合						
	<input type="text" value="外部講師費用(謝金)"/>	1 約1万円	2 約2万円	3 約3万円	4 約4万円	5 約5万円	6 その他:約()万円
※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。							
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。							
③-2-3	外部研修受講の場合						
	<input type="text" value="受講者1人当たり受講費用"/>	約()万円					
【 タスクシフトに伴う実務研修 (タスクシフトに限定した研修のみが対象となります) 】							
	<input type="text" value="実務研修"/>	1 あり	2 なし				
④-1	実務研修実施状況 (タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください)						
	<input type="text" value="(研修参加者1人当たりの)実務研修時間数"/>	約()時間		<input type="text" value="研修参加者数"/>	約()人		
	<input type="text" value="実施方法"/>	1 内部指導者による実施	2 (院内で)外部指導者による実施	3 外部研修参加			
④-2-1	内部指導者による実施の場合						
	<input type="text" value="(指導者の)研修前の事前の準備時間数"/>	約()時間					
	<input type="text" value="指導担当職種"/>	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
		6 事務職員	7 その他職員 ()				
④-2-2	(院内で)外部指導者による実施の場合						
	<input type="text" value="外部指導者費用(謝金)"/>	1 約1万円	2 約2万円	3 約3万円	4 約4万円	5 約5万円	6 その他:約()万円
※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。							
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。							
④-2-3	外部研修参加の場合						
	参加者1人当たり参加費用	約()万円					
備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)							

(3) (医師から) 薬剤師へのタスクシフト

C1 周術期における薬学的管理等

①	タスクシフトに関する概況						
	シフト状況	1 シフトしていない	2 一部分をシフト	3 半分程度をシフト	4 大部分をシフト	5 全面的にシフト	
シフト状況において、2～5の場合にお答えください。							
【 タスクシフトに伴う業務マニュアル作成 (タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります) 】							
	作成	1 あり	2 なし				
②-1	マニュアル作成状況	(マニュアル作成ありの場合にお答えください)					
	作成担当職種	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
		6 事務職員	7 その他職員 ()				
	作成時間数	約()時間					
【 タスクシフトに伴う座学研修 (タスクシフトに限定した研修のみが対象となります) 】							
	座学研修	1 あり	2 なし				
③-1	座学研修実施状況	(タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください)					
	(研修受講者1人当たりの)座学研修時間数	約()時間		研修受講者数	約()人		
	実施方法	1 内部講師による実施	2 (院内で)外部講師による実施	3 外部研修受講			
③-2-1	内部講師による実施の場合						
	(講師の)研修前の事前の準備時間数	約()時間					
	講師担当職種	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
		6 事務職員	7 その他職員 ()				
③-2-2	(院内で)外部講師による実施の場合						
	外部講師費用(謝金)	1 約1万円	2 約2万円	3 約3万円	4 約4万円	5 約5万円	6 その他:約()万円
※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。							
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。							
③-2-3	外部研修受講の場合						
	受講者1人当たり受講費用	約()万円					
【 タスクシフトに伴う実務研修 (タスクシフトに限定した研修のみが対象となります) 】							
	実務研修	1 あり	2 なし				
④-1	実務研修実施状況	(タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください)					
	(研修参加者1人当たりの)実務研修時間数	約()時間		研修参加者数	約()人		
	実施方法	1 内部指導者による実施	2 (院内で)外部指導者による実施	3 外部研修参加			
④-2-1	内部指導者による実施の場合						
	(指導者の)研修前の事前の準備時間数	約()時間					
	指導担当職種	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
		6 事務職員	7 その他職員 ()				
④-2-2	(院内で)外部指導者による実施の場合						
	外部指導者費用(謝金)	1 約1万円	2 約2万円	3 約3万円	4 約4万円	5 約5万円	6 その他:約()万円
※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。							
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。							
④-2-3	外部研修参加の場合						
	参加者1人当たり参加費用	約()万円					
備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)							

C2 病棟等における薬学的管理等

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

C3 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

C4 薬物療法に関する説明等

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

C5 医師への処方提案等の処方支援

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

(4) (医師から) 診療放射線技師へのタスクシフト

D1 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等

① タスクシフトに関する概況						
シフト状況	1 シフトしていない	2 一部分をシフト	3 半分程度をシフト	4 大部分をシフト	5 全面的にシフト	
シフト状況において、2～5の場合にお答えください。						
【 タスクシフトに伴う業務マニュアル作成 (タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります) 】						
作成	1 あり	2 なし				
②-1 マニュアル作成状況 (マニュアル作成ありの場合にお答えください)						
作成担当職種	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
	6 事務職員	7 その他職員 ()				
作成時間数	約()時間					
【 タスクシフトに伴う座学研修 (タスクシフトに限定した研修のみが対象となります) 】						
座学研修	1 あり	2 なし				
③-1 座学研修実施状況 (タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください)						
(研修受講者1人当たりの)座学研修時間数	約()時間		研修受講者数	約()人		
実施方法	1 内部講師による実施	2 (院内で)外部講師による実施	3 外部研修受講			
③-2-1 内部講師による実施の場合						
(講師の)研修前の事前の準備時間数	約()時間					
講師担当職種	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
	6 事務職員	7 その他職員 ()				
③-2-2 (院内で)外部講師による実施の場合						
外部講師費用(謝金)	1 約1万円	2 約2万円	3 約3万円	4 約4万円	5 約5万円	6 その他:約()万円
※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。						
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。						
③-2-3 外部研修受講の場合						
受講者1人当たり受講費用	約()万円					
【 タスクシフトに伴う実務研修 (タスクシフトに限定した研修のみが対象となります) 】						
実務研修	1 あり	2 なし				
④-1 実務研修実施状況 (タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください)						
(研修参加者1人当たりの)実務研修時間数	約()時間		研修参加者数	約()人		
実施方法	1 内部指導者による実施	2 (院内で)外部指導者による実施	3 外部研修参加			
④-2-1 内部指導者による実施の場合						
(指導者の)研修前の事前の準備時間数	約()時間					
指導担当職種	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
	6 事務職員	7 その他職員 ()				
④-2-2 (院内で)外部指導者による実施の場合						
外部指導者費用(謝金)	1 約1万円	2 約2万円	3 約3万円	4 約4万円	5 約5万円	6 その他:約()万円
※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。						
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。						
④-2-3 外部研修参加の場合						
参加者1人当たり参加費用	約()万円					
備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)						

D2 血管造影・画像下治療（I V R）における補助行為

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

D3 放射線検査等に関する説明、同意書の受領

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

(5) (医師から) 臨床検査技師へのタスクシフト

E1 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作

① タスクシフトに関する概況	
シフト状況	1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト
シフト状況において、2～5の場合にお答えください。	
【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成 (タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります)】	
作成	1 あり 2 なし
②-1 マニュアル作成状況 (マニュアル作成ありの場合にお答えください)	
作成担当職種	1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル) 6 事務職員 7 その他職員 ()
作成時間数	約()時間
【タスクシフトに伴う座学研修 (タスクシフトに限定した研修のみが対象となります)】	
座学研修	1 あり 2 なし
③-1 座学研修実施状況 (タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください)	
(研修受講者1人当たりの)座学研修時間数	約()時間 研修受講者数 約()人
実施方法	1 内部講師による実施 2 (院内で)外部講師による実施 3 外部研修受講
③-2-1 内部講師による実施の場合	
(講師の)研修前の事前の準備時間数	約()時間
講師担当職種	1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル) 6 事務職員 7 その他職員 ()
③-2-2 (院内で)外部講師による実施の場合	
外部講師費用(謝金)	1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約()万円
※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。 ※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。	
③-2-3 外部研修受講の場合	
受講者1人当たり受講費用	約()万円
【タスクシフトに伴う実務研修 (タスクシフトに限定した研修のみが対象となります)】	
実務研修	1 あり 2 なし
④-1 実務研修実施状況 (タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください)	
(研修参加者1人当たりの)実務研修時間数	約()時間 研修参加者数 約()人
実施方法	1 内部指導者による実施 2 (院内で)外部指導者による実施 3 外部研修参加
④-2-1 内部指導者による実施の場合	
(指導者の)研修前の事前の準備時間数	約()時間
指導担当職種	1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル) 6 事務職員 7 その他職員 ()
④-2-2 (院内で)外部指導者による実施の場合	
外部指導者費用(謝金)	1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約()万円
※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。 ※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。	
④-2-3 外部研修参加の場合	
参加者1人当たり参加費用	約()万円
備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)	

E2 輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

E3 生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

(6) (医師から) 臨床工学技士へのタスクシフト

F1 人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更

①	タスクシフトに関する概況						
	<input type="text" value="シフト状況"/>	1 シフトしていない	2 一部分をシフト	3 半分程度をシフト	4 大部分をシフト	5 全面的にシフト	
シフト状況において、2～5の場合にお答えください。							
【 タスクシフトに伴う業務マニュアル作成 (タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります) 】							
	<input type="text" value="作成"/>	1 あり	2 なし				
②-1	マニュアル作成状況 (マニュアル作成ありの場合にお答えください)						
	<input type="text" value="作成担当職種"/>	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
		6 事務職員	7 その他職員 ()				
	<input type="text" value="作成時間数"/>	約()時間					
【 タスクシフトに伴う座学研修 (タスクシフトに限定した研修のみが対象となります) 】							
	<input type="text" value="座学研修"/>	1 あり	2 なし				
③-1	座学研修実施状況 (タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください)						
	<input type="text" value="(研修受講者1人当たりの)座学研修時間数"/>	約()時間		<input type="text" value="研修受講者数"/>	約()人		
	<input type="text" value="実施方法"/>	1 内部講師による実施	2 (院内で)外部講師による実施	3 外部研修受講			
③-2-1	内部講師による実施の場合						
	<input type="text" value="(講師の)研修前の事前の準備時間数"/>	約()時間					
	<input type="text" value="講師担当職種"/>	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
		6 事務職員	7 その他職員 ()				
③-2-2	(院内で)外部講師による実施の場合						
	<input type="text" value="外部講師費用(謝金)"/>	1 約1万円	2 約2万円	3 約3万円	4 約4万円	5 約5万円	6 その他:約()万円
※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。							
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。							
③-2-3	外部研修受講の場合						
	<input type="text" value="受講者1人当たり受講費用"/>	約()万円					
【 タスクシフトに伴う実務研修 (タスクシフトに限定した研修のみが対象となります) 】							
	<input type="text" value="実務研修"/>	1 あり	2 なし				
④-1	実務研修実施状況 (タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください)						
	<input type="text" value="(研修参加者1人当たりの)実務研修時間数"/>	約()時間		<input type="text" value="研修参加者数"/>	約()人		
	<input type="text" value="実施方法"/>	1 内部指導者による実施	2 (院内で)外部指導者による実施	3 外部研修参加			
④-2-1	内部指導者による実施の場合						
	<input type="text" value="(指導者の)研修前の事前の準備時間数"/>	約()時間					
	<input type="text" value="指導担当職種"/>	1 医師	2 薬剤師	3 看護師	4 看護補助職員	5 医療技術員(コメディカル)	
		6 事務職員	7 その他職員 ()				
④-2-2	(院内で)外部指導者による実施の場合						
	<input type="text" value="外部指導者費用(謝金)"/>	1 約1万円	2 約2万円	3 約3万円	4 約4万円	5 約5万円	6 その他:約()万円
※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。							
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。							
④-2-3	外部研修参加の場合						
	参加者1人当たり参加費用	約()万円					
備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)							

F2 全身麻酔装置の操作

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

F3 各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為

① **タスクシフトに関する概況**

シフト状況 1 シフトしていない 2 一部分をシフト 3 半分程度をシフト 4 大部分をシフト 5 全面的にシフト

シフト状況において、2～5の場合にお答えください。

【タスクシフトに伴う業務マニュアル作成（タスクシフトのためのマニュアルのみが対象となります）】

作成 1 あり 2 なし

②-1 **マニュアル作成状況**（マニュアル作成ありの場合にお答えください）

作成担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

作成時間数 約（ ）時間

【タスクシフトに伴う座学研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

座学研修 1 あり 2 なし

③-1 **座学研修実施状況**（タスクシフトに伴う座学研修ありの場合にお答えください）

（研修受講者1人当たりの）座学研修時間数 約（ ）時間 研修受講者数 約（ ）人

実施方法 1 内部講師による実施 2 （院内で）外部講師による実施 3 外部研修受講

③-2-1 **内部講師による実施の場合**

（講師の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

講師担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

③-2-2 **（院内で）外部講師による実施の場合**

外部講師費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

③-2-3 **外部研修受講の場合**

受講者1人当たり受講費用 約（ ）万円

【タスクシフトに伴う実務研修（タスクシフトに限定した研修のみが対象となります）】

実務研修 1 あり 2 なし

④-1 **実務研修実施状況**（タスクシフトに伴う実務研修ありの場合にお答えください）

（研修参加者1人当たりの）実務研修時間数 約（ ）時間 研修参加者数 約（ ）人

実施方法 1 内部指導者による実施 2 （院内で）外部指導者による実施 3 外部研修参加

④-2-1 **内部指導者による実施の場合**

（指導者の）研修前の事前の準備時間数 約（ ）時間

指導担当職種 1 医師 2 薬剤師 3 看護師 4 看護補助職員 5 医療技術員(コメディカル)
6 事務職員 7 その他職員（ ）

④-2-2 **（院内で）外部指導者による実施の場合**

外部指導者費用(謝金) 1 約1万円 2 約2万円 3 約3万円 4 約4万円 5 約5万円 6 その他:約（ ）万円

※ 院内研修に際する外部者への時間当たり支払額の規定等を参考に、時間当たり支払額をご記入ください。
※ 複数の講師が同時に実施している場合は、その総額を時間で割るといった、時間当たりの支払額としてご記入ください。

④-2-3 **外部研修参加の場合**

参加者1人当たり参加費用 約（ ）万円

備考(補足説明が必要な場合にご記入ください)

ご協力ありがとうございました。

資料 2

「タスクシフトに伴うマニュアル作成及び研修実施の状況に関するアンケート」の調査結果

1. 調査概要

1-1 調査目的

本調査では、タスクシフト種類ごとの費用対効果の分析を行うためのデータ収集を図るべく、令和3年度に実施したアンケート調査に回答した病院群のうちで研究班として優先的に分析対象とすることとした19種類のタスクシフト対象業務のうちの一つでもシフトを実施している病院(1,086)を対象にアンケートを実施し、タスクシフトに伴う業務マニュアル作成や教育研修にかかる業務時間や費用について把握する。

1-2 調査方法

- ・ 調査期間： 2022年11月17日～2022年12月20日
- ・ 有効回答数： 480
- ・ 回収率： 44.2%
- ・ 「事務部長様」宛として、厚生労働省作成の調査協力依頼書、タスクシフト研究班（荒井班）作成の調査協力依頼書、Web回答のための案内状の3点を郵送

1-3 調査対象機関への督促

- ・ 2022年11月22日時点で回答を確認できなかった1,043病院を対象に督促はがきを郵送
- ・ 加えて、以下の通り、回答未提出の病院に対してはメールでの督促を2回に分けて実施し、未回答項目があった病院に対してはメールでの督促3回および電話での督促1回を実施した。

<回答未提出の場合の督促について>

- ・ 1回目： 2022年12月6日にメールでのアンケート回答督促。
879病院へ督促メールを送付（12月6日午前までに提出のなかった924病院のうち、昨年度調査時の回答データにメールアドレスの記載がなかった45病院を除く）。
- ・ 2回目： 2022年12月22日にメールでのアンケート回答督促。
12月21日時点で回答未提出の630病院へ回答提出依頼メールを送付。

<未回答項目ありの場合の督促について>

- ・ 1回目： 2022年12月7日に、それ以前に回答が提出された病院の回答項目確認後、未回答項目のあった25病院に対してメールによる未回答項目の回答依頼。その後、17病院から回答を受領。

- ・ 2回目： 2022年12月21日に、50病院に対してメールによる未回答項目への回答依頼。その後、27病院から回答を受領。
- ・ 3回目： 2023年1月12日に、81病院に対してメールによる未回答項目への回答依頼。81病院には1回目および2回目に督促後、返信のなかった病院も含む（回答拒否の病院を除く）。メール送付後、未回答項目のあった49病院に対して電話による回答依頼を1月13日～17日まで実施（回答依頼メール開封・確認依頼）。その後、58病院から回答を受領。
- ・ 2023年1月25日を未回答項目回答期限とした。結果として、計128病院へメールによる未回答項目の督促を行ない、計102病院から回答を受領。（未回答項目があった病院数は計132病院であった。そのうち4病院の回答には時間数や受講者数等について不明である旨、備考欄に記載があることを確認済みであったため、督促メールを送付していない。）

1-4 データ作成方針

- ・ 集計にあたって、「データ作成方針」に則ってデータのクリーニングを行った。

<データ作成方針>

項番	分類	回答種類	データの異常等	対象設問	データ作成方針
1	同一医療機関からの複数回答提出	-	回答した病院が2度回答を提出している	-	2回以上回答が提出されているもののうち、「更新日」（回答日時）が後のものを採用。
2	選択肢と回答の不一致	-	開設主体について、調査票内の（参考）に沿わない回答がある	問1(1)	調査票内の（参考）をベースに開設主体に係る回答と「貴院名」の開設主体が不一致の場合は、調査票内の（参考）にある選択肢に合わせて回答を修正する。 ※回答者のすべての開設主体種類に応じて回答を修正することはできない点、ご了承いただきたい。
3	回答方法の不一致	FA	本来、1職種のみ回答いただくものであるが、「その他」の記述欄に複数の職種が記載されている	「②-1 作成担当職種」 「③-2-1 講師担当職種」 「④-2-1 指導担当職種」	「最も主たる職種」をご回答いただけない場合の回答職種の中で一番単価の高い職種を「最も主たる職種」として採用。
4	数量（金額）データ	FA	「その他」の選択肢が選択されている場合に、「その他」の記入欄に記載されている数値もデータに含める (※ データの異常ではない)	「③-2-2 外部講師費用（謝金）」 「④-2-2 外部指導者費用（謝金）」	数量（金額）として扱い、「③-2-2 外部講師費用（謝金）(6 その他(約〇〇万円)テキスト)」と「④-2-2 外部指導者費用（謝金）(6 その他(約〇〇万円)テキスト)」のデータも含める形で、平均値や中央値等を算出。その際、「6 その他」に具体的な数値が入っていない場合には計算対象外。

※基本的に上記以外のケースは、そのままの回答を採用

※集計時に上記以外のルールが必要になった場合は都度相談

1-5 19種類のタスクシフト対象業務の管理番号と業務内容

・ 調査結果内の A1 等の記号（管理番号）は以下の業務内容を示している。

管理番号	シフト先	業務内容
A1	看護師	事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
A2	看護師	救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施
A3	看護師	血管造影・画像下治療(IVR)の介助
A5	看護師	カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
B1	助産師	院内助産
C1	薬剤師	周術期における薬学的管理等
C2	薬剤師	病棟等における薬学的管理等
C3	薬剤師	事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
C4	薬剤師	薬物療法に関する説明等
C5	薬剤師	医師への処方提案等の処方支援
D1	診療放射線技師	撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
D2	診療放射線技師	血管造影・画像下治療(IVR)における補助行為
D3	診療放射線技師	放射線検査等に関する説明、同意書の受領
E1	臨床検査技師	心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
E2	臨床検査技師	輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
E3	臨床検査技師	生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
F1	臨床工学技士	人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
F2	臨床工学技士	全身麻酔装置の操作
F3	臨床工学技士	各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為

2. 調査対象機関の属性

開設主体について

	件数	%
国	38	7.9
公的医療機関	124	25.8
社会保険関係団体	1	0.2
法人	312	65.0
その他	5	1.0
Total	480	99.9

DPC 対応状況について

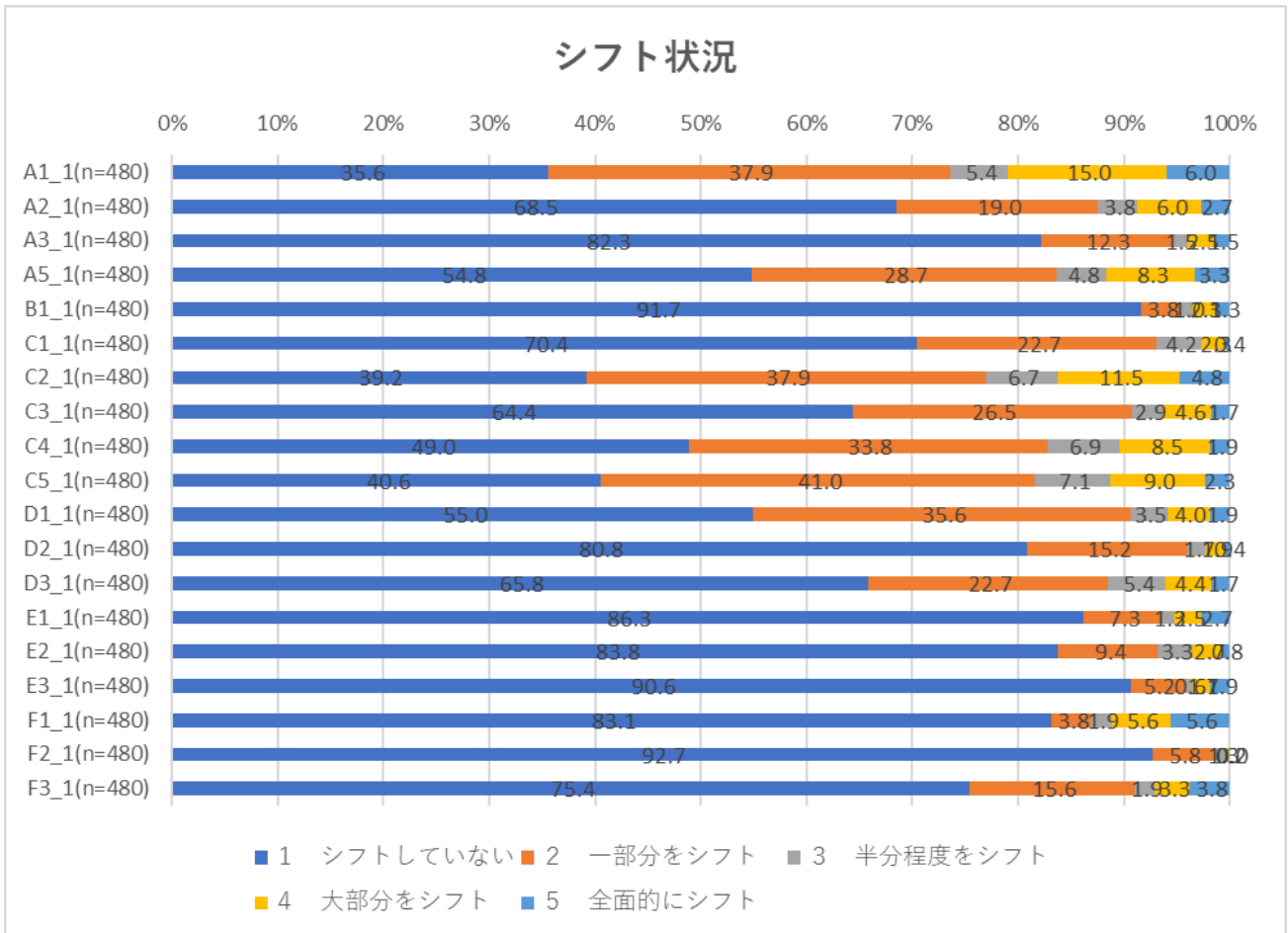
	件数	%
DPC対象／準備病院	227	48.2
該当せず	244	51.8
Total	471	100.0

総稼動病床数について

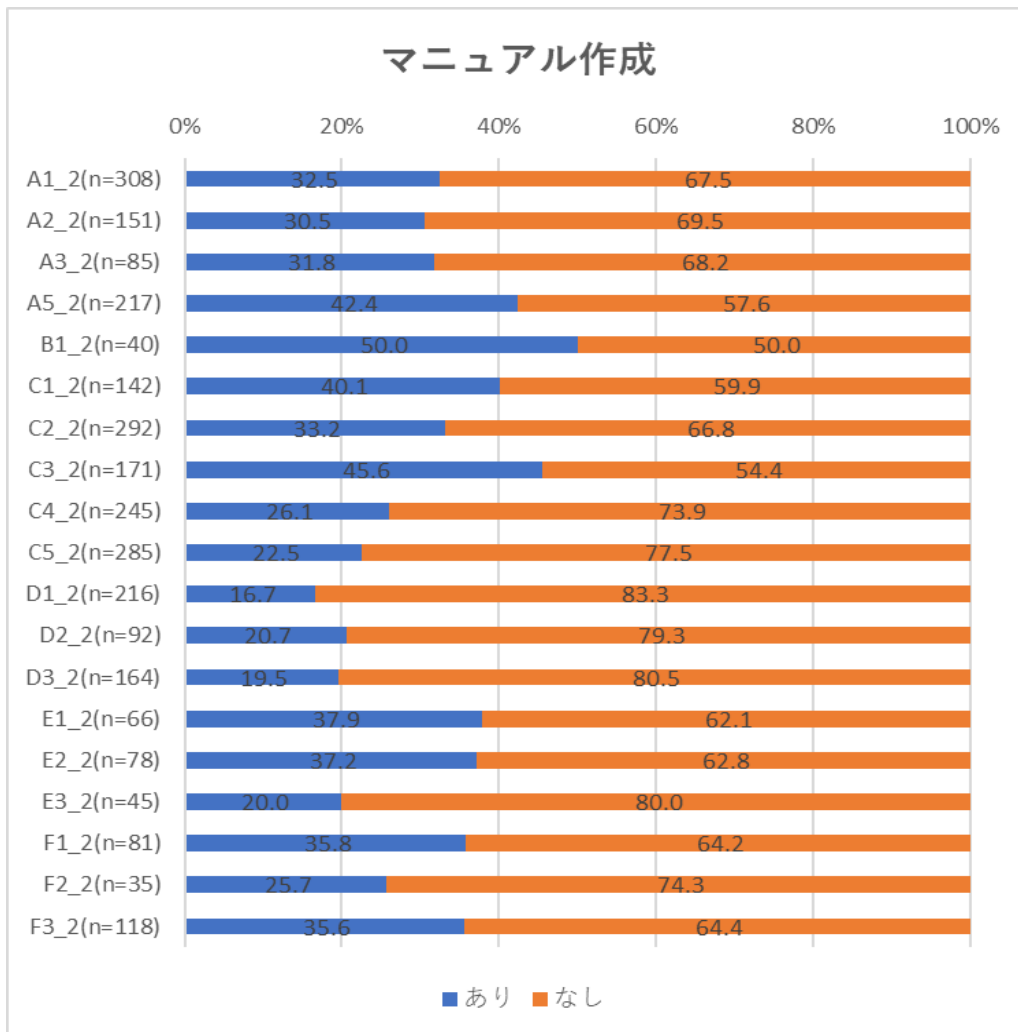
	件数	%
0～99	136	28.6
100～199	145	30.5
200～399	109	22.9
400～	86	18.1
Total	476	100.1

3. 調査結果（抜粋）

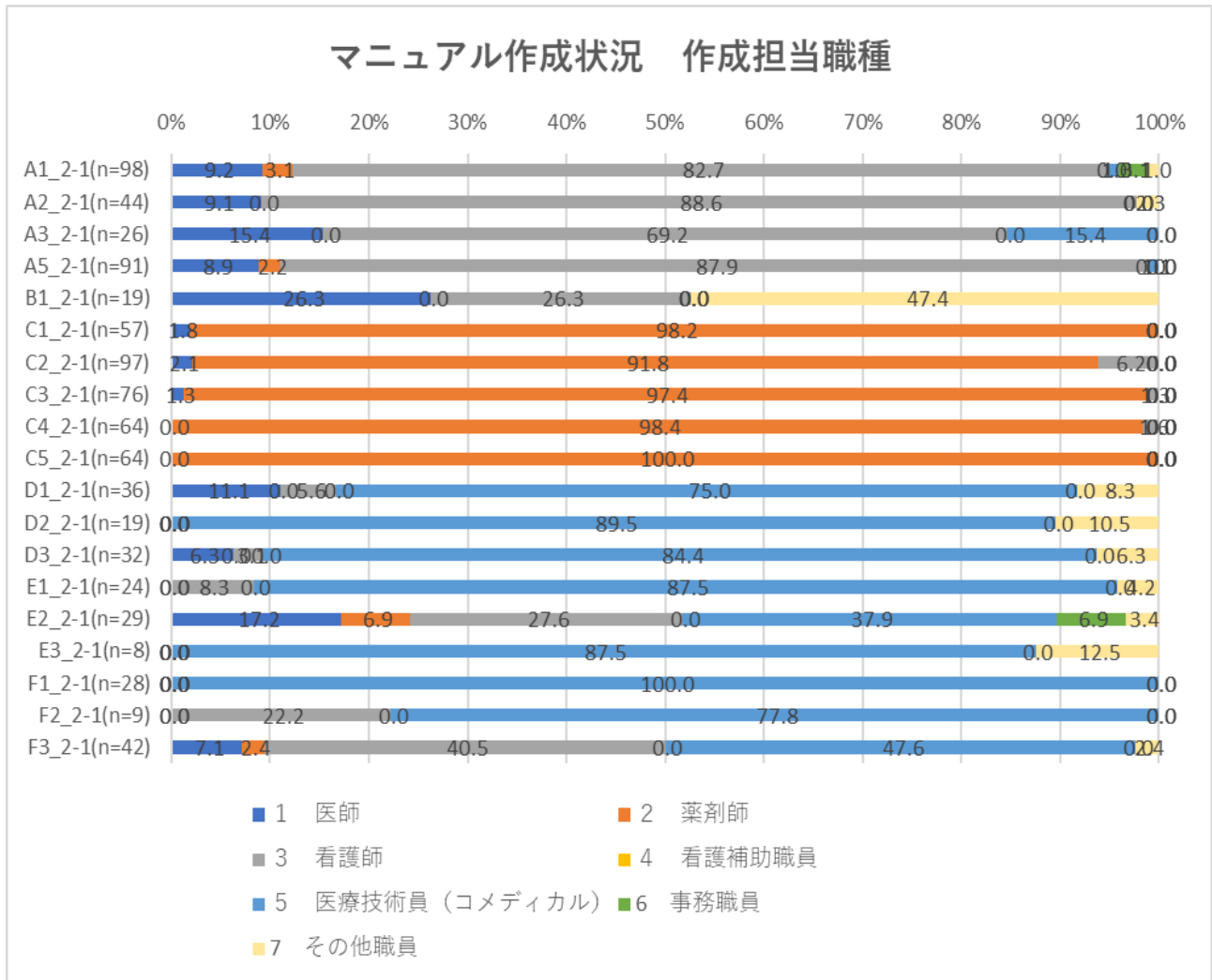
タスクシフト実施状況



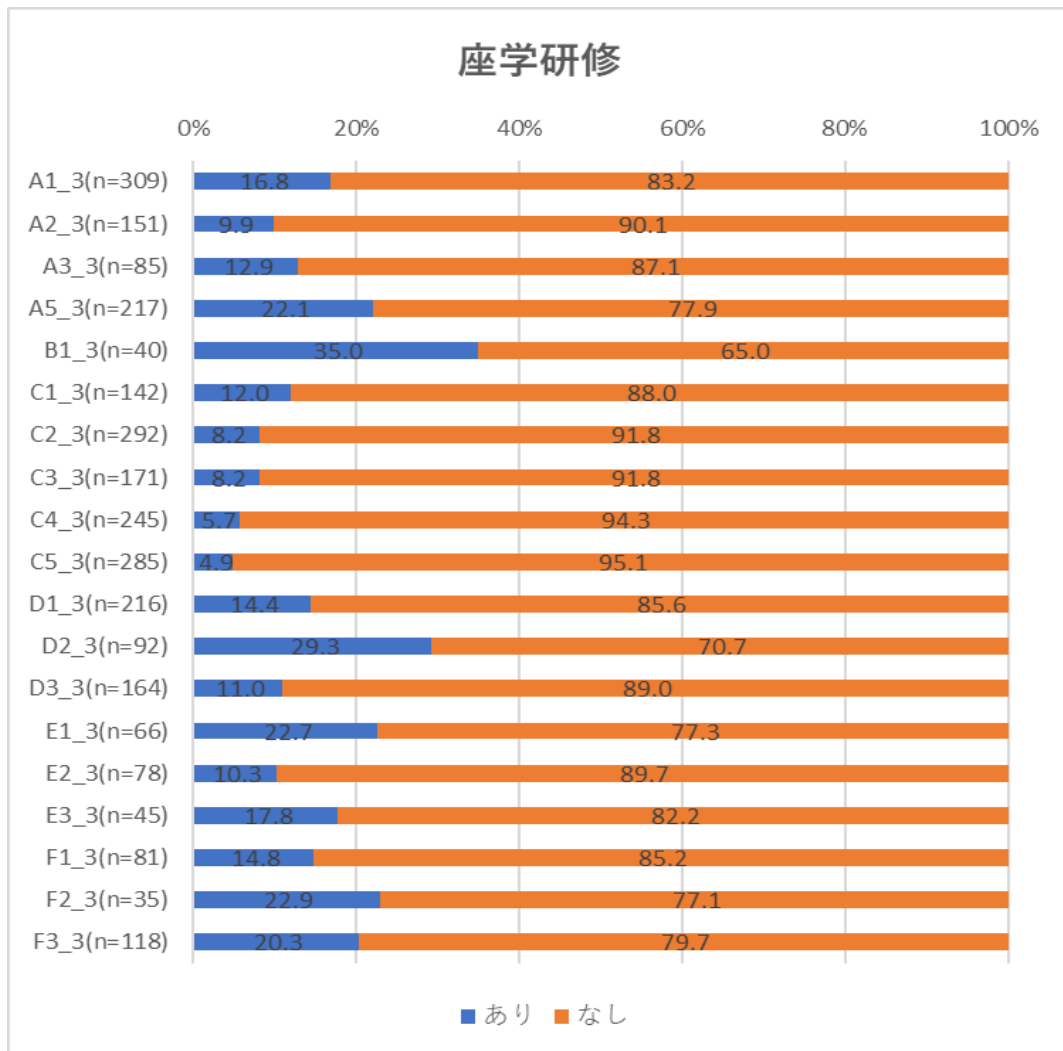
タスクシフトに伴う業務マニュアル作成状況
 (タスクシフトのためのマニュアルのみが対象)



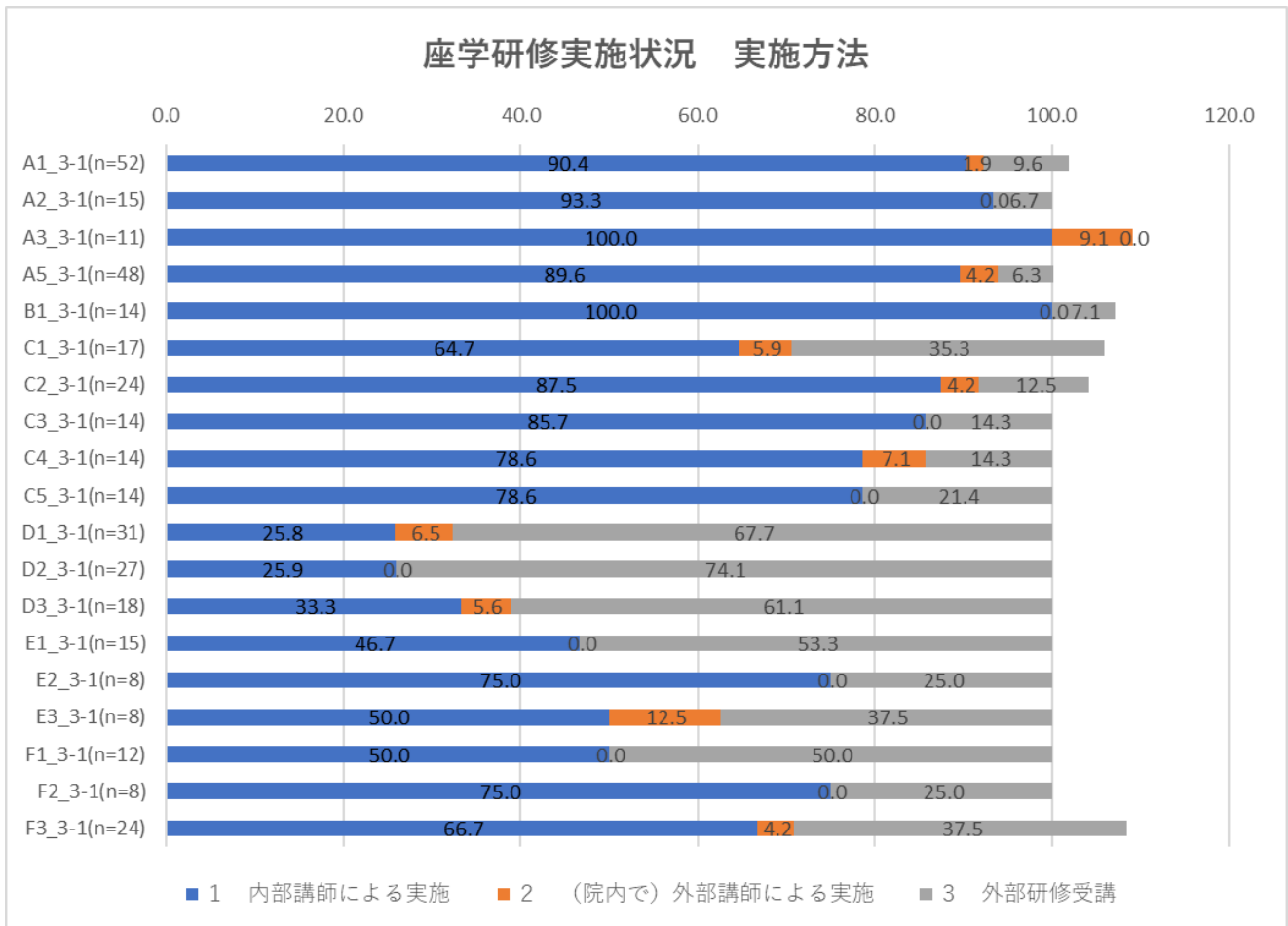
シフトに伴うマニュアル作成の主たる担当職種



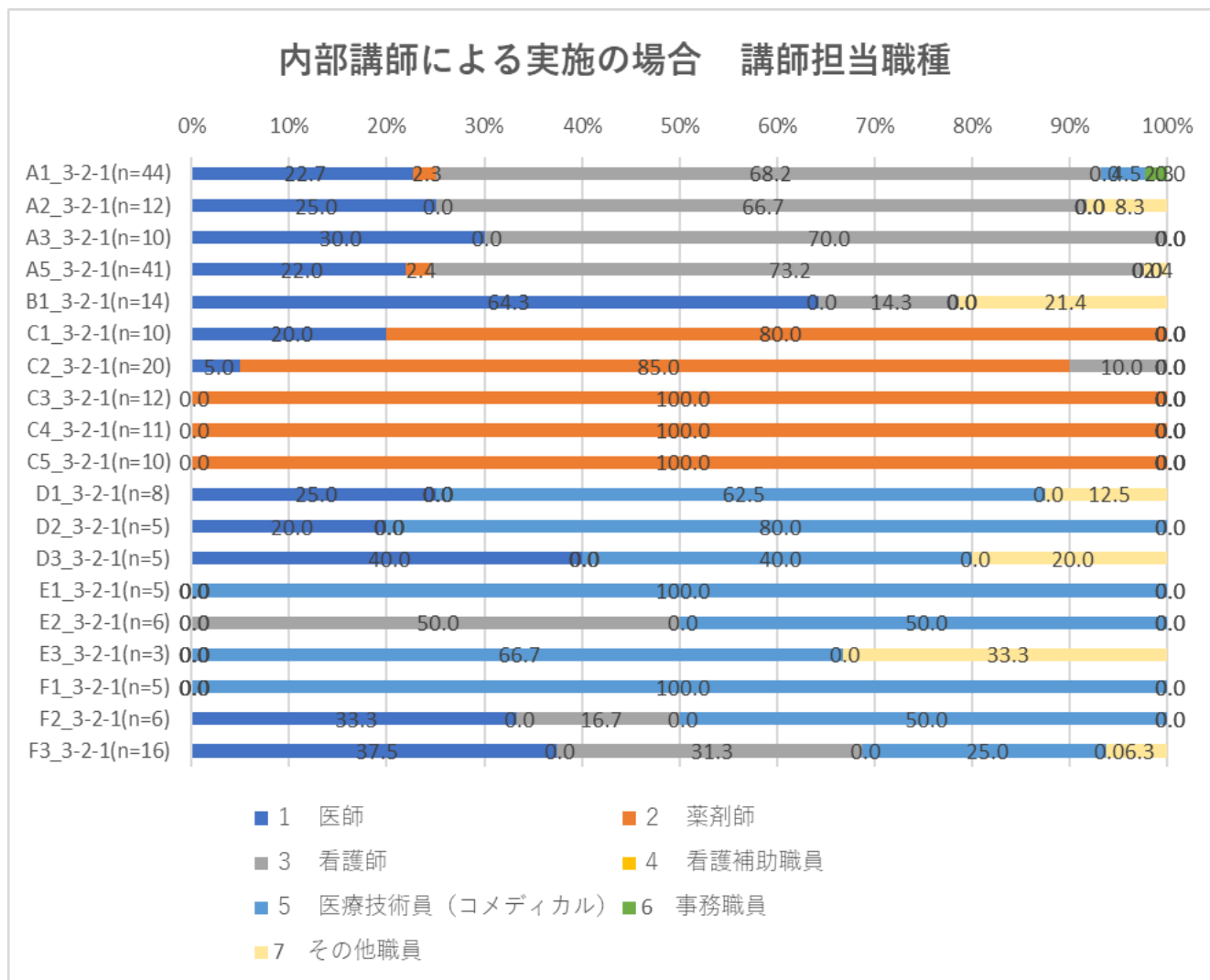
タスクシフトに伴う座学研修実施状況
 (タスクシフトに限定した研修のみが対象)



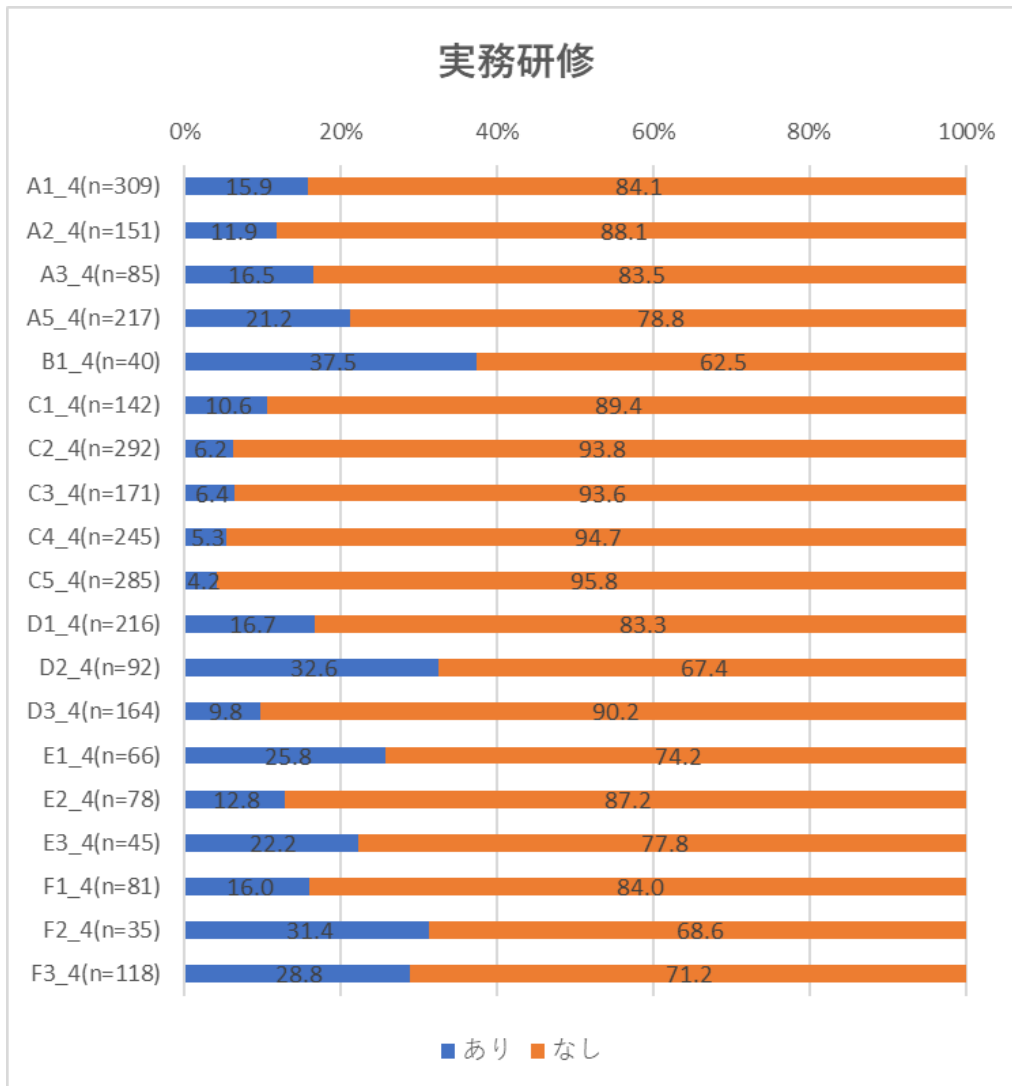
座学研修実施方法（複数回答）



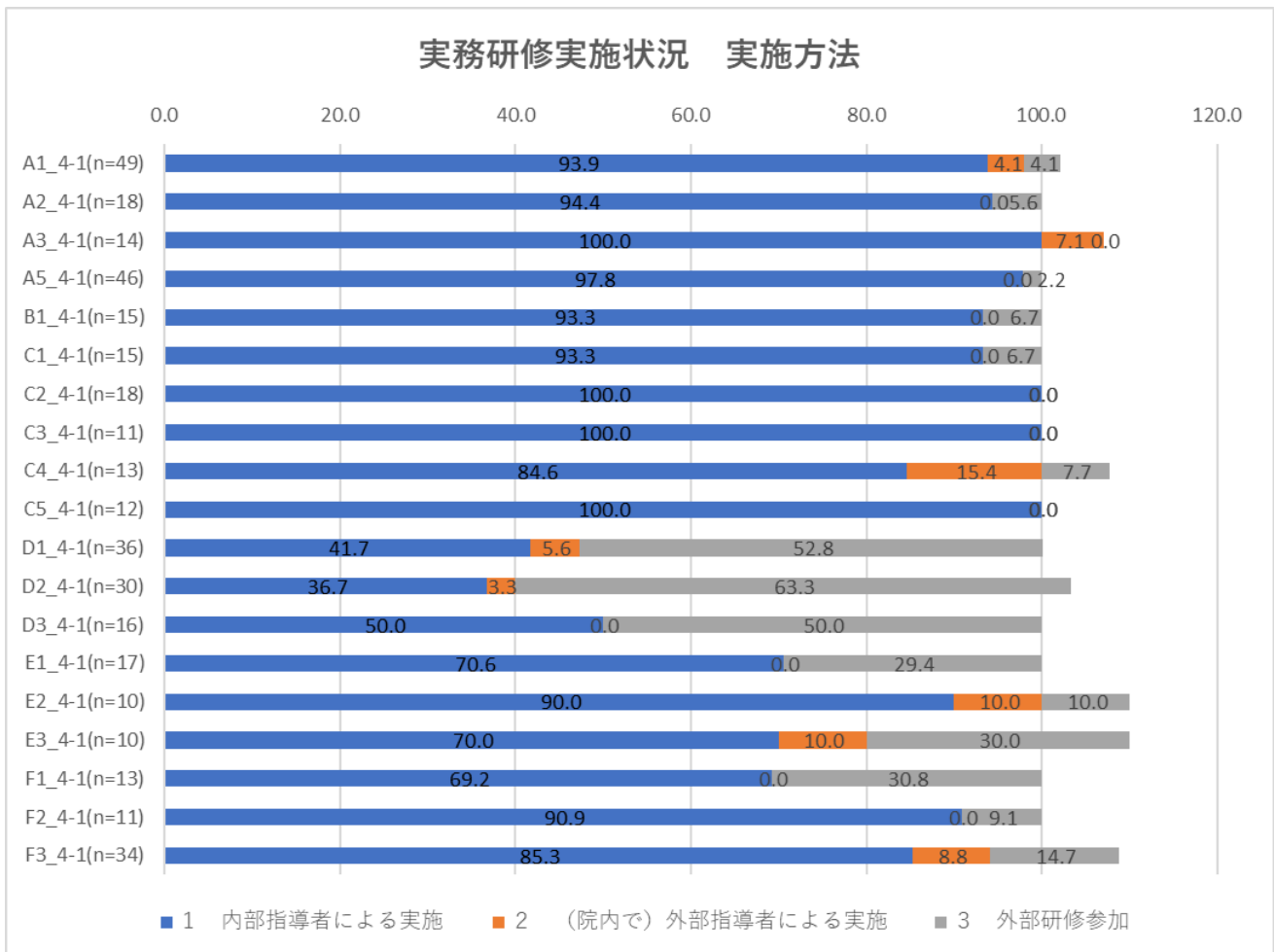
内部講師による実施の場合の講師担当職種



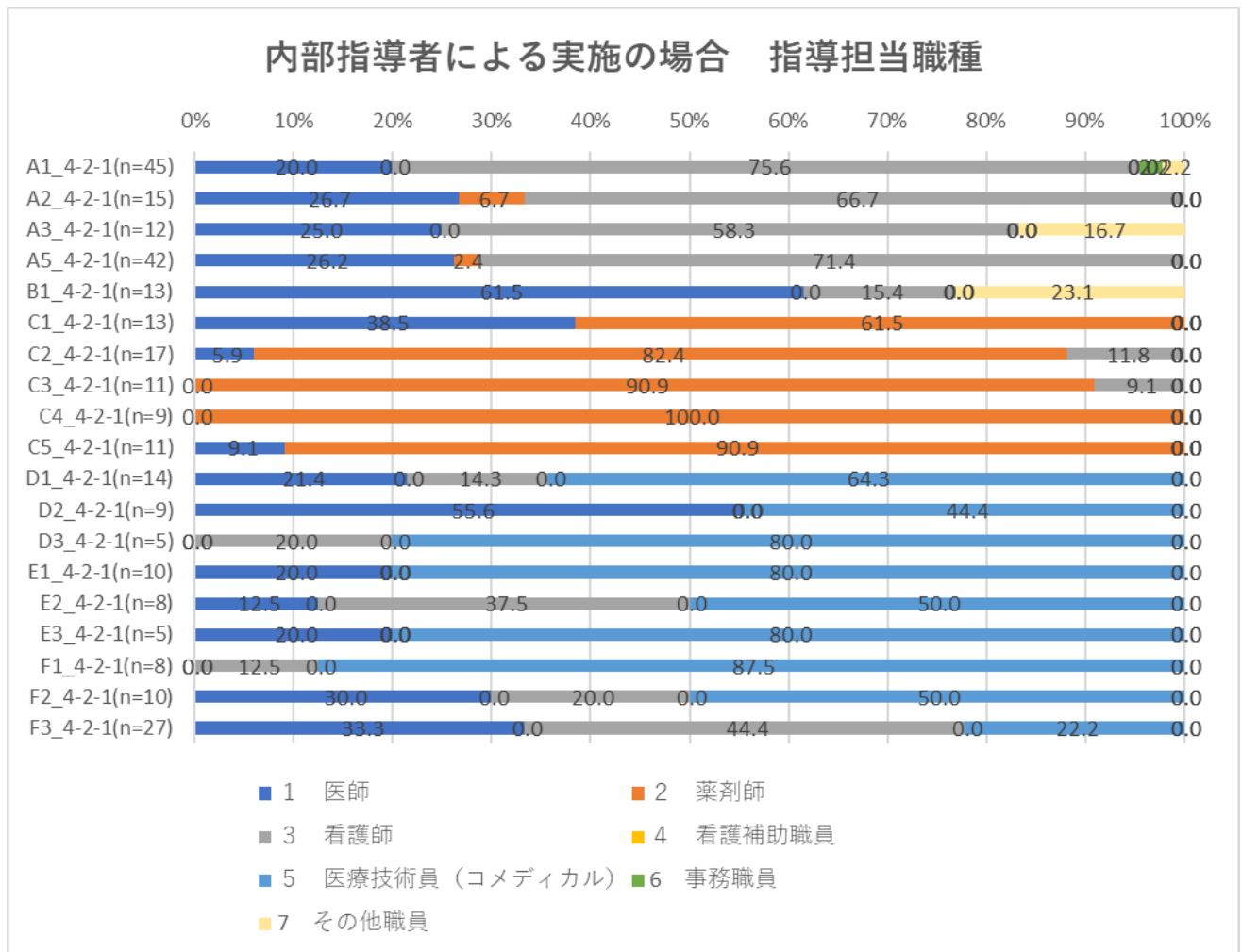
タスクシフトに伴う実務研修
 (タスクシフトに限定した研修のみが対象)



実務研修実施方法（複数回答）



内部指導者による場合の指導担当職種



<代表値一覧表 A1~A2>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
看護師	A1 ②-1 作成担当職種	98.0	看護師				
看護師	A1 ②-1 作成時間数	80.0	10.0	13.4	6.0	1.0	180.0
看護師	A1 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	44.0	1.0	5.4	2.0	1.0	60.0
看護師	A1 ③-1 研修受講者数	43.0	30.0	61.9	25.0	1.0	600.0
看護師	A1 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	37.0	1.0	5.6	3.0	0.0	42.0
看護師	A1 ③-2-1 講師担当職種	44.0	看護師				
看護師	A1 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	1.0	NA	3.0	3.0	3.0	3.0
看護師	A1 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	3.0	1.0	0.7	1.0	0.0	1.0
看護師	A1 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	41.0	1.0	5.6	2.0	1.0	64.0
看護師	A1 ④-1 研修参加者数	40.0	5.0	68.0	25.0	1.0	600.0
看護師	A1 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	36.0	1.0	4.9	3.5	0.0	24.0
看護師	A1 ④-2-1 指導担当職種	45.0	看護師				
看護師	A1 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	2.0	NA	1.5	1.5	0.0	3.0
看護師	A1 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	1.0	NA	1.0	1.0	1.0	1.0
看護師	A2 ②-1 作成担当職種	44.0	看護師				
看護師	A2 ②-1 作成時間数	33.0	10.0	6.8	5.0	1.0	30.0
看護師	A2 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	11.0	2.0	2.2	2.0	1.0	6.0
看護師	A2 ③-1 研修受講者数	8.0	6.0	29.9	24.0	6.0	80.0
看護師	A2 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	8.0	3.0	4.1	3.0	0.0	10.0
看護師	A2 ③-2-1 講師担当職種	12.0	看護師				
看護師	A2 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
看護師	A2 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
看護師	A2 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	14.0	1.0	3.4	2.0	1.0	10.0
看護師	A2 ④-1 研修参加者数	12.0	5.0	11.6	8.0	2.0	30.0
看護師	A2 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	13.0	2.0	4.4	3.0	0.0	10.0
看護師	A2 ④-2-1 指導担当職種	15.0	看護師				
看護師	A2 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
看護師	A2 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0

<代表値一覧表 A3~A5>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
看護師	A3 ②-1 作成担当職種	26.0	看護師				
看護師	A3 ②-1 作成時間数	21.0	10.0	15.8	6.0	1.0	100.0
看護師	A3 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	10.0	1.0	2.8	1.5	1.0	11.0
看護師	A3 ③-1 研修受講者数	9.0	10.0	13.3	10.0	2.0	40.0
看護師	A3 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	10.0	2.0	2.9	2.0	0.0	10.0
看護師	A3 ③-2-1 講師担当職種	10.0	看護師				
看護師	A3 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	1.0	NA	0.0	0.0	0.0	0.0
看護師	A3 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
看護師	A3 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	12.0	1.0	7.2	3.0	1.0	25.0
看護師	A3 ④-1 研修参加者数	11.0	3.0	7.2	5.0	1.0	30.0
看護師	A3 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	11.0	3.0	2.7	2.0	0.0	8.0
看護師	A3 ④-2-1 指導担当職種	12.0	看護師				
看護師	A3 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	1.0	NA	0.0	0.0	0.0	0.0
看護師	A3 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
看護師	A5 ②-1 作成担当職種	91.0	看護師				
看護師	A5 ②-1 作成時間数	67.0	10.0	11.0	6.0	1.0	100.0
看護師	A5 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	42.0	1.0	11.5	2.0	1.0	354.0
看護師	A5 ③-1 研修受講者数	39.0	6.0	103.1	35.0	1.0	700.0
看護師	A5 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	32.0	1.0	59.3	2.0	0.0	1800.0
看護師	A5 ③-2-1 講師担当職種	41.0	看護師				
看護師	A5 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	2.0	NA	62.5	62.5	5.0	120.0
看護師	A5 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	3.0	1.0	1.7	1.0	1.0	3.0
看護師	A5 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	40.0	1.0	9.0	2.0	1.0	224.0
看護師	A5 ④-1 研修参加者数	38.0	10.0	100.6	34.5	1.0	700.0
看護師	A5 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	35.0	1.0	4.5	1.0	0.0	74.0
看護師	A5 ④-2-1 指導担当職種	42.0	看護師				
看護師	A5 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
看護師	A5 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	1.0	NA	1.0	1.0	1.0	1.0

<代表値一覧表 B1~C1>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
助産師	B1 ②-1 作成担当職種	19.0	その他職員				
助産師	B1 ②-1 作成時間数	15.0	10.0	39.2	12.0	2.0	240.0
助産師	B1 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	12.0	2.0	5.5	3.5	1.0	20.0
助産師	B1 ③-1 研修受講者数	12.0	30.0	23.4	17.5	2.0	100.0
助産師	B1 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	11.0	1.0	3.8	2.0	0.0	20.0
助産師	B1 ③-2-1 講師担当職種	14.0	医師				
助産師	B1 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
助産師	B1 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	1.0	NA	10.0	10.0	10.0	10.0
助産師	B1 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	11.0	2.0	8.3	4.0	1.0	32.0
助産師	B1 ④-1 研修参加者数	11.0	3.0	21.2	10.0	2.0	100.0
助産師	B1 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	11.0	3.0	3.1	1.0	0.0	20.0
助産師	B1 ④-2-1 指導担当職種	13.0	医師				
助産師	B1 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
助産師	B1 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
薬剤師	C1 ②-1 作成担当職種	57.0	薬剤師				
薬剤師	C1 ②-1 作成時間数	50.0	10.0	16.8	10.0	1.0	100.0
薬剤師	C1 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	15.0	1.0	10.5	4.0	1.0	30.0
薬剤師	C1 ③-1 研修受講者数	15.0	2.0	8.5	6.0	1.0	40.0
薬剤師	C1 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	9.0	3.0	5.0	4.0	2.0	10.0
薬剤師	C1 ③-2-1 講師担当職種	10.0	薬剤師				
薬剤師	C1 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
薬剤師	C1 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	6.0	15.0	12.5	15.0	3.0	15.0
薬剤師	C1 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	13.0	2.0	9.6	6.0	1.0	33.0
薬剤師	C1 ④-1 研修参加者数	13.0	1.0	6.8	3.0	1.0	32.0
薬剤師	C1 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	12.0	2.0	5.3	2.0	0.0	27.0
薬剤師	C1 ④-2-1 指導担当職種	13.0	薬剤師				
薬剤師	C1 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
薬剤師	C1 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	1.0	NA	1.0	1.0	1.0	1.0

<代表値一覧表 C2~C3>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
薬剤師	C2 ②-1 作成担当職種	97.0	薬剤師				
薬剤師	C2 ②-1 作成時間数	85.0	10.0	12.0	8.0	1.0	100.0
薬剤師	C2 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	20.0	1.0	3.3	1.5	1.0	20.0
薬剤師	C2 ③-1 研修受講者数	20.0	2.0	12.6	8.5	1.0	80.0
薬剤師	C2 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	17.0	1.0	4.4	2.0	1.0	30.0
薬剤師	C2 ③-2-1 講師担当職種	20.0	薬剤師				
薬剤師	C2 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
薬剤師	C2 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	1.0	NA	2.0	2.0	2.0	2.0
薬剤師	C2 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	14.0	1.0	63.1	4.5	1.0	465.0
薬剤師	C2 ④-1 研修参加者数	13.0	2.0	8.8	3.0	1.0	28.0
薬剤師	C2 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	14.0	1.0	37.0	3.5	1.0	465.0
薬剤師	C2 ④-2-1 指導担当職種	17.0	薬剤師				
薬剤師	C2 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
薬剤師	C2 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
薬剤師	C3 ②-1 作成担当職種	76.0	薬剤師				
薬剤師	C3 ②-1 作成時間数	67.0	10.0	9.9	6.0	1.0	64.0
薬剤師	C3 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	13.0	1.0	2.2	1.0	1.0	8.0
薬剤師	C3 ③-1 研修受講者数	13.0	1.0	27.4	16.0	1.0	100.0
薬剤師	C3 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	11.0	10.0	8.4	4.0	1.0	40.0
薬剤師	C3 ③-2-1 講師担当職種	12.0	薬剤師				
薬剤師	C3 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
薬剤師	C3 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	1.0	NA	2.0	2.0	2.0	2.0
薬剤師	C3 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	10.0	1.0	49.5	1.0	1.0	465.0
薬剤師	C3 ④-1 研修参加者数	10.0	3.0	13.6	6.5	1.0	70.0
薬剤師	C3 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	10.0	1.0	48.1	1.0	1.0	465.0
薬剤師	C3 ④-2-1 指導担当職種	11.0	薬剤師				
薬剤師	C3 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
薬剤師	C3 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0

<代表値一覧表 C4~C5>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
薬剤師	C4 ②-1 作成担当職種	64.0	薬剤師				
薬剤師	C4 ②-1 作成時間数	57.0	10.0	16.4	8.0	1.0	120.0
薬剤師	C4 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	10.0	1.0	4.0	2.0	1.0	20.0
薬剤師	C4 ③-1 研修受講者数	9.0	10.0	14.3	10.0	2.0	60.0
薬剤師	C4 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	8.0	2.0	4.5	3.5	1.0	10.0
薬剤師	C4 ③-2-1 講師担当職種	11.0	薬剤師				
薬剤師	C4 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
薬剤師	C4 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	1.0	NA	3.0	3.0	3.0	3.0
薬剤師	C4 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	9.0	2.0	62.6	5.0	2.0	465.0
薬剤師	C4 ④-1 研修参加者数	8.0	3.0	7.9	7.5	2.0	15.0
薬剤師	C4 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	7.0	1.0	69.6	4.0	1.0	465.0
薬剤師	C4 ④-2-1 指導担当職種	9.0	薬剤師				
薬剤師	C4 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
薬剤師	C4 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	1.0	NA	16.0	16.0	16.0	16.0
薬剤師	C5 ②-1 作成担当職種	64.0	薬剤師				
薬剤師	C5 ②-1 作成時間数	57.0	10.0	15.8	8.0	1.0	180.0
薬剤師	C5 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	11.0	2.0	3.5	2.0	1.0	8.0
薬剤師	C5 ③-1 研修受講者数	11.0	3.0	15.5	3.0	1.0	100.0
薬剤師	C5 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	8.0	3.0	4.5	3.0	1.0	10.0
薬剤師	C5 ③-2-1 講師担当職種	10.0	薬剤師				
薬剤師	C5 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
薬剤師	C5 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	1.0	NA	2.0	2.0	2.0	2.0
薬剤師	C5 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	9.0	1.0	61.1	5.0	1.0	465.0
薬剤師	C5 ④-1 研修参加者数	9.0	3.0	8.7	3.0	2.0	30.0
薬剤師	C5 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	9.0	1.0	53.9	3.0	1.0	465.0
薬剤師	C5 ④-2-1 指導担当職種	11.0	薬剤師				
薬剤師	C5 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
薬剤師	C5 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0

<代表値一覧表 D1>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
診療放射線技師	D1 ②-1 作成担当職種	36.0	医療技術員（コメディカル）				
診療放射線技師	D1 ②-1 作成時間数	30.0	2.0	6.8	3.0	1.0	50.0
診療放射線技師	D1 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	27.0	12.0	16.3	12.0	1.0	100.0
診療放射線技師	D1 ③-1 研修受講者数	26.0	9.0	13.6	9.0	1.0	50.0
診療放射線技師	D1 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	5.0	1.0	3.4	2.0	1.0	8.0
診療放射線技師	D1 ③-2-1 講師担当職種	8.0	医療技術員（コメディカル）				
診療放射線技師	D1 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	1.0	NA	0.0	0.0	0.0	0.0
診療放射線技師	D1 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	19.0	1.0	1.2	1.0	0.0	10.0
診療放射線技師	D1 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	32.0	1.0	18.6	4.0	1.0	224.0
診療放射線技師	D1 ④-1 研修参加者数	31.0	2.0	10.0	5.0	0.0	50.0
診療放射線技師	D1 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	12.0	1.0	16.3	1.5	1.0	155.0
診療放射線技師	D1 ④-2-1 指導担当職種	14.0	医療技術員（コメディカル）				
診療放射線技師	D1 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	1.0	NA	0.0	0.0	0.0	0.0
診療放射線技師	D1 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	16.0	2.0	1.7	2.0	0.0	4.0

<代表値一覧表 D2>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
診療放射線技師	D2 ②-1 作成担当職種	19.0	医療技術員（コメディカル）				
診療放射線技師	D2 ②-1 作成時間数	14.0	8.0	14.0	6.5	1.0	100.0
診療放射線技師	D2 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	23.0	12.0	40.3	10.0	1.0	700.0
診療放射線技師	D2 ③-1 研修受講者数	22.0	9.0	15.8	10.5	1.0	50.0
診療放射線技師	D2 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	3.0	NA	3.7	2.0	1.0	8.0
診療放射線技師	D2 ③-2-1 講師担当職種	5.0	医療技術員（コメディカル）				
診療放射線技師	D2 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
診療放射線技師	D2 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	19.0	1.0	0.8	1.0	0.0	3.0
診療放射線技師	D2 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	27.0	1.0	6.9	4.0	1.0	50.0
診療放射線技師	D2 ④-1 研修参加者数	26.0	4.0	9.7	5.0	0.0	50.0
診療放射線技師	D2 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	8.0	2.0	2.0	1.5	0.0	8.0
診療放射線技師	D2 ④-2-1 指導担当職種	9.0	医師				
診療放射線技師	D2 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	1.0	NA	3.0	3.0	3.0	3.0
診療放射線技師	D2 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	16.0	2.0	1.7	2.0	1.0	3.0

<代表値一覧表 D3>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
診療放射線技師	D3 ②-1 作成担当職種	32.0	医療技術員（コメディカル）				
診療放射線技師	D3 ②-1 作成時間数	26.0	2.0	7.8	3.0	0.0	100.0
診療放射線技師	D3 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	15.0	12.0	11.1	10.0	1.0	70.0
診療放射線技師	D3 ③-1 研修受講者数	14.0	30.0	18.4	10.5	1.0	50.0
診療放射線技師	D3 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	3.0	NA	3.7	2.0	1.0	8.0
診療放射線技師	D3 ③-2-1 講師担当職種	5.0	医師				
診療放射線技師	D3 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	1.0	NA	0.0	0.0	0.0	0.0
診療放射線技師	D3 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	9.0	1.0	0.8	1.0	0.0	1.0
診療放射線技師	D3 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	13.0	1.0	4.9	6.0	1.0	10.0
診療放射線技師	D3 ④-1 研修参加者数	12.0	3.0	11.2	7.5	1.0	47.0
診療放射線技師	D3 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	5.0	NA	6.0	3.0	1.0	16.0
診療放射線技師	D3 ④-2-1 指導担当職種	5.0	医療技術員（コメディカル）				
診療放射線技師	D3 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
診療放射線技師	D3 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	7.0	2.0	1.7	2.0	1.0	2.0

<代表値一覧表 E1>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
臨床検査技師	E1 ②-1 作成担当職種	24.0	医療技術員（コメディカル）				
臨床検査技師	E1 ②-1 作成時間数	23.0	10.0	57.0	8.0	1.0	1000.0
臨床検査技師	E1 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	12.0	1.0	63.7	5.5	1.0	700.0
臨床検査技師	E1 ③-1 研修受講者数	13.0	8.0	8.4	4.0	1.0	50.0
臨床検査技師	E1 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	5.0	1.0	2.0	1.0	1.0	5.0
臨床検査技師	E1 ③-2-1 講師担当職種	5.0	医療技術員（コメディカル）				
臨床検査技師	E1 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
臨床検査技師	E1 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	8.0	1.0	3.8	1.0	0.0	20.0
臨床検査技師	E1 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	14.0	10.0	18.9	8.0	1.0	80.0
臨床検査技師	E1 ④-1 研修参加者数	14.0	1.0	7.1	2.5	1.0	50.0
臨床検査技師	E1 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	8.0	1.0	18.5	1.5	0.0	80.0
臨床検査技師	E1 ④-2-1 指導担当職種	10.0	医療技術員（コメディカル）				
臨床検査技師	E1 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
臨床検査技師	E1 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	5.0	1.0	2.2	2.0	1.0	5.0

<代表値一覧表 E2>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
臨床検査技師	E2 ②-1 作成担当職種	29.0	医療技術員（コメディカル）				
臨床検査技師	E2 ②-1 作成時間数	23.0	3.0	8.7	3.0	1.0	40.0
臨床検査技師	E2 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	7.0	1.0	102.6	1.0	1.0	700.0
臨床検査技師	E2 ③-1 研修受講者数	6.0	NA	7.2	4.0	1.0	20.0
臨床検査技師	E2 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	5.0	1.0	5.0	5.0	1.0	10.0
臨床検査技師	E2 ③-2-1 講師担当職種	6.0	看護師				
臨床検査技師	E2 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
臨床検査技師	E2 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
臨床検査技師	E2 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	9.0	1.0	25.9	1.0	1.0	224.0
臨床検査技師	E2 ④-1 研修参加者数	7.0	3.0	8.3	3.0	1.0	30.0
臨床検査技師	E2 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	8.0	1.0	4.1	2.0	0.0	16.0
臨床検査技師	E2 ④-2-1 指導担当職種	8.0	医療技術員（コメディカル）				
臨床検査技師	E2 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	1.0	NA	0.0	0.0	0.0	0.0
臨床検査技師	E2 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	1.0	NA	0.0	0.0	0.0	0.0

<代表値一覧表 E3>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
臨床検査技師	E3 ②-1 作成担当職種	8.0	医療技術員（コメディカル）				
臨床検査技師	E3 ②-1 作成時間数	5.0	NA	29.8	15.0	1.0	105.0
臨床検査技師	E3 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	6.0	2.0	120.8	5.0	1.0	700.0
臨床検査技師	E3 ③-1 研修受講者数	5.0	3.0	4.4	3.0	2.0	10.0
臨床検査技師	E3 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	2.0	NA	4.0	4.0	0.0	8.0
臨床検査技師	E3 ③-2-1 講師担当職種	3.0	医療技術員（コメディカル）				
臨床検査技師	E3 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
臨床検査技師	E3 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	3.0	1.0	1.3	1.0	1.0	2.0
臨床検査技師	E3 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	7.0	8.0	4.9	7.0	1.0	8.0
臨床検査技師	E3 ④-1 研修参加者数	6.0	2.0	4.7	3.5	2.0	10.0
臨床検査技師	E3 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	4.0	0.0	3.0	2.0	0.0	8.0
臨床検査技師	E3 ④-2-1 指導担当職種	5.0	医療技術員（コメディカル）				
臨床検査技師	E3 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
臨床検査技師	E3 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	3.0	2.0	1.7	2.0	1.0	2.0

<代表値一覧表 F1>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
臨床工学 技士	F1 ②-1 作成担当職種	28.0	医療技術員（コメ ディカル）				
臨床工学 技士	F1 ②-1 作成時間数	24.0	3.0	12.8	5.0	1.0	80.0
臨床工学 技士	F1 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	11.0	2.0	11.8	5.0	1.0	40.0
臨床工学 技士	F1 ③-1 研修受講者数	10.0	3.0	4.3	3.0	1.0	13.0
臨床工学 技士	F1 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	5.0	NA	33.8	6.0	2.0	150.0
臨床工学 技士	F1 ③-2-1 講師担当職種	5.0	医療技術員（コメ ディカル）				
臨床工学 技士	F1 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
臨床工学 技士	F1 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	6.0	4.0	9.2	5.0	1.0	30.0
臨床工学 技士	F1 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	10.0	2.0	47.1	2.5	1.0	430.0
臨床工学 技士	F1 ④-1 研修参加者数	9.0	3.0	2.9	3.0	1.0	5.0
臨床工学 技士	F1 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	6.0	1.0	122.3	2.5	0.0	720.0
臨床工学 技士	F1 ④-2-1 指導担当職種	8.0	医療技術員（コメ ディカル）				
臨床工学 技士	F1 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
臨床工学 技士	F1 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	4.0	NA	5.0	5.0	0.0	10.0

<代表値一覧表 F2>

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値（業種）	平均値	中央値	最小	最大
臨床工学 技士	F2 ②-1 作成担当職種	9.0	医療技術員（コメ ディカル）				
臨床工学 技士	F2 ②-1 作成時間数	9.0	2.0	7.0	5.0	2.0	30.0
臨床工学 技士	F2 ③-1 （研修受講者1人当たりの）座学研修時間数	8.0	1.0	6.1	1.0	1.0	30.0
臨床工学 技士	F2 ③-1 研修受講者数	8.0	1.0	4.9	3.5	1.0	19.0
臨床工学 技士	F2 ③-2-1 （講師の）研修前の事前の準備時間数	5.0	1.0	3.2	4.0	1.0	5.0
臨床工学 技士	F2 ③-2-1 講師担当職種	6.0	医療技術員（コメ ディカル）				
臨床工学 技士	F2 ③-2-2 外部講師費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
臨床工学 技士	F2 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	2.0	NA	7.0	7.0	4.0	10.0
臨床工学 技士	F2 ④-1 （研修参加者1人当たりの）実務研修時間数	11.0	1.0	3.1	1.0	1.0	12.0
臨床工学 技士	F2 ④-1 研修参加者数	11.0	1.0	6.0	4.0	1.0	19.0
臨床工学 技士	F2 ④-2-1 （指導者の）研修前の事前の準備時間数	9.0	1.0	3.0	2.0	0.0	10.0
臨床工学 技士	F2 ④-2-1 指導担当職種	10.0	医療技術員（コメ ディカル）				
臨床工学 技士	F2 ④-2-2 外部指導者費用（謝金）	0.0	NA	NA	NA	0.0	0.0
臨床工学 技士	F2 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	1.0	NA	4.0	4.0	4.0	4.0

<代表値一覧表 F3> (続き)

職種	設問	サンプル サイズ	最頻値 (業種)	平均値	中央値	最小	最大
臨床工学 技士	F3 ②-1 作成担当職種	42.0	医療技術員 (コメ ディカル)				
臨床工学 技士	F3 ②-1 作成時間数	35.0	5.0	17.2	5.0	1.0	130.0
臨床工学 技士	F3 ③-1 (研修受講者1人当たりの) 座学研修時間数	19.0	10.0	43.2	5.0	1.0	665.0
臨床工学 技士	F3 ③-1 研修受講者数	19.0	2.0	8.2	5.0	1.0	30.0
臨床工学 技士	F3 ③-2-1 (講師の) 研修前の事前の準備時間数	10.0	2.0	11.8	4.0	1.0	50.0
臨床工学 技士	F3 ③-2-1 講師担当職種	16.0	医師				
臨床工学 技士	F3 ③-2-2 外部講師費用 (謝金)	1.0	NA	0.0	0.0	0.0	0.0
臨床工学 技士	F3 ③-2-3 受講者1人当たり受講費用	7.0	4.0	5.1	4.0	4.0	10.0
臨床工学 技士	F3 ④-1 (研修参加者1人当たりの) 実務研修時間数	27.0	1.0	12.9	10.0	1.0	48.0
臨床工学 技士	F3 ④-1 研修参加者数	29.0	3.0	5.1	4.0	1.0	16.0
臨床工学 技士	F3 ④-2-1 (指導者の) 研修前の事前の準備時間数	19.0	1.0	7.8	1.0	0.0	40.0
臨床工学 技士	F3 ④-2-1 指導担当職種	27.0	看護師				
臨床工学 技士	F3 ④-2-2 外部指導者費用 (謝金)	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
臨床工学 技士	F3 ④-2-3 参加者1人当たり参加費用	4.0	4.0	5.5	4.0	4.0	10.0

医師業務のタスクシフト推進への影響要因に関する研究：非二次三次救急病院への
インタビュー調査に基づいて

研究分担者 阪口 博政 金沢大学人間社会研究域経済学経営学系
研究代表者 荒井 耕 一橋大学大学院経営管理研究科

研究要旨

「働き方改革」に伴い医師業務のタスクシフトの推進が求められており、現在行われている労働慣行がある以上、タスクシフトを行うに当たっての影響要因を把握することは重要となる。

本研究の目的は、とくに非救急病院を対象として、タスクシフト推進に当たり各種シフトに影響する要因を明らかにすることである。このとき、初期の業務移管に伴う期間に焦点を当て、シフトに関わる教育研修の負荷と、人的資源・リスク管理といった経営に関する負荷の観点から影響する要因を救急病院と対比しながら整理するものとした。研究に当たっては、令和4年11月～令和5年3月に渡り、半構造化された質問票に基づいたインタビュー調査として、非二次三次救急病院である5病院に対して実施した。

結果として、まずタスクシフトの実施・推進に向けた人的リソースに関する要因について、医師の充足度合いと移管先職種の充実（人員確保）度合いがあり、とくに非救急病院では相対的に医師の時間外労働という制約が低い可能性があること、また移管先職種の人員確保に課題がある可能性が高いことが確認された。

次いで、社会的なサポートに関する点として、業務の標準化・省力化・効率化を促す電子カルテや業務系システムのインフラ整備が大きな課題となっており、公的なサポートがより期待されていることが明らかになった。また推進に当たっての意識づけや移管先職種のキャリアパス構築も病院内だけで完結させることが難しいことが示唆され、公的な説明会や専門職団体での規範確立をより望んでいた。

これらの観点から、非救急病院のタスクシフト推進に当たっては、とくに医師以外の人員をどのように確保するのが課題であること、また推進を支えるITインフラの整備に公的な支援が期待されていることが確認された。

A. 研究目的

「働き方改革」に伴い、医師業務のタスクシフト/シェア（以下、タスクシフトとのみ表記する）の推進が求められている。とくに、2024年4月施行の改正医療法により、医師

の時間外・休日労働時間に対する規制が設けられることとなる。そのために、医師の労働実態に関する調査やタスクシフトに向けたサポート策も検討されつつあるが、現在行われている労働慣行がある以上、タスクシフト

を行うに当たっての影響要因を把握することは重要となる。というのも、いくら望ましい政策や改善策が提示されようとも、病院で実施できなければなんら効力を持たないからである。

こうしたタスクシフト実施に当たっての促進・阻害要因について、本研究班では令和3年度に救急病院を対象としたインタビュー調査を実施した。そこでは、①病院のおかれた環境として医師の充足度合いと移管先職種の充実（人員確保）度合いに左右されること、②-1 組織という単位で病院全体で検討すべき研修体制の確立やシフト業務遂行者への手当てやシフトする業務内容の整理が必要であること、②-2 個人という視点でキャリアパスの観点で業務の一環か個人の資質向上と見做すのかという位置付けを明確にする必要があることが明らかになった。

しかしながら、これらの要因は救急病院を対象として把握した点であり、対象患者や規模が異なる非救急病院で同様の観点（のみ）で適用されるかは把握できていない。そこで本研究では、非救急病院を対象として、タスクシフト推進に当たり各種シフトに影響する要因を明らかにすることを目的とした。このとき、初期の業務移管に伴う期間に焦点を当て、シフトに関わる教育研修の負荷と、人的資源・リスク管理といった経営に関する負荷の観点から影響する要因を救急病院と対比しながら整理するものとした。

これらの点を明らかにすることで、実際にタスクシフトを進めるうえで、積極的に対応すべき事項や留意すべき事項を把握できることとなる。

B. 研究方法

研究に当たっては、令和4年11月～令和5年3月に渡り、定量的に把握しにくい要素

があると考え半構造化された質問票に基づいたインタビュー調査として5病院に対して実施した。

インタビューは、非二次・三次救急病院である5病院を対象として実施し、1病院あたり約1時間でタスクシフトの全体像が分かる病院の事務長・担当部長クラスの事務系責任者に尋ねている。病院の選定に当たっては、本研究班で2022年1-2月に実施した非二次・三次救急病院群を対象としたアンケート調査の回答病院、また研究班と既知の関係のある非二次・三次救急病院のうち約150病院に依頼し、最終的に協力を得たところを選定した（表1）。補足するならば、A病院は専門病院、B-E病院はリハビリテーションを中心とする病院となっている。

具体的な質問事項としては、救急病院との対比を行いたいため、令和3年度に実施した救急病院を対象とした質問票と同様のものを用いている。すなわち本研究に資する研究として令和2年度に遂行された厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「新しいチーム医療における医療・介護従事者の適切な役割分担についての研究」（研究代表者：今村知明・奈良県立医科大学教授）での成果を参照し、医師のタスクシフトに関連してシフトを実施した／検討した業務を確認し、“教育研修の負荷が大きい”ことがシフトが進まない業務におけるシフト実施前での研修・継続研修に関する問題、“経営上の負荷が大きい”ことがシフトが進まない業務における人的資源・リスク管理に関わる問題として尋ねた。また合わせてこうした課題に関して院内・院外で望まれるサポート手段についても問い合わせしている（資料1）。

(倫理面への配慮)

本研究に当たっては、組織に関する情報のみ収集している。個人に関する情報を収集していない。研究班全体としての研究計画については、研究統括者所属大学の倫理審査委員会の審査・承認を受け実施した(2021C024)

C. 研究結果

(1)タスクシフトの実施状況

タスクシフトの実施状況について、表2の結果が得られた。大きく分けてみるならば、A病院はほとんどの業務を移管しており、D・E病院は対象となる業務が存在しない・対象職種が不在であるところが半数程度あるものの、存在する業務についてはほぼ移管している。B・C病院は対象業務が存在しない・対象職種が不在である業務がありつつ、存在する業務の半数程度が移管されている状況である。

そうしたなかで薬剤関連業務に関し、B病院が薬剤師へ移管した業務を再び医師に戻したこと、E病院が薬剤師ではなく看護師に業務を移管している点は特徴的である。

(2)タスクシフトに向けた影響要因

タスクシフトに向けた影響要因について、表3の結果が得られた。教育研修に関する負荷についてはほぼ触れられる点がなく、経営上の負荷については多くのコメントが得られた。そしてその経営上の負荷においては、リスク管理に関する反応は皆無であり、人的負荷とくに新規人員の確保に多くの課題があった。

また、サポートについても院内でどのような支援が考えられるかという視点からはなく、院外にからの支援を得たいというコメントが多くなっている。

D. 考察

(1)タスクシフトの実施・推進に向けた人的リソースに関する要因

タスクシフトの実施状況については、タスクシフトを実施する必要性＝医師の残業抑制が必要な状況かどうかという点と、移管先職種の人員確保が可能かどうかに影響されることが明らかになった。この点は、救急病院で得られた「病院のおかれた環境として医師の充足度合い」と「移管先職種の充実(人員確保)度合い」に左右されるという示唆と同様であるが、非救急病院では実施の必要性が相対的に低く、その一方で移管先職種の人員確保がより困難な可能性があることと想起された。

まず非救急病院における医師の状況を確認すると、A病院においては残業が月100時間を超えるものもあり、臨床時間が減っても自己研鑽時間が増えるため総労働時間はそれほど変わらないことが懸念されていた。それに対し、B病院では医師の残業時間はほとんどなく、C病院も医師の残業は問題になっていない、D病院も医師の残業はほぼない、E病院も医師の時間はほぼないことがコメントされた。そうしたなかで、A病院でタスクシフトが推進しており、E病院においても医師が少なかった時代にシフトが進んだことが述べられ、シフトの必要性が高い点に大きな影響を受けていると考えられる(D病院はグループ内急性期病院でのタスクシフト推進の動向が反映されている)。

そして移管先の職種に関して、どの病院も課題を抱えていることが確認できる。B病院に関して薬剤師へ移管した業務を再び医師に戻しているが、A病院についても業務を受けきれない場合は戻すことがあることが述べられた。それ以外に、とくに看護師(B・D)・薬剤師(B・E)が不足しており、「(移

管先職種) 人員が充足すれば(タスクシフトが)進む」(D 病院)や、「人員配置基準は最低限の質の担保としての要件でそもそも質の担保は病院が責任をもって行うべきものである」(E 病院)との見解も示され、移管先職種の人材確保が大きなボトルネックであることが繰り返し確認された。

こうした認識は救急病院と基本的には同一の要因といえる。しかし、非救急病院が相対的に提供する診療サービスの幅が狭く規模が小さくなることも関係していると考えられる。すなわち、ある程度特化したサービス提供となることから、「急性期病院よりは密度が低い」(D 病院)というように想定を超えるような患者の急変や対応するための一時的な業務負荷は相対的には生じにくい。そして移管先職種、とくに看護師を除く医療専門職はそもそもの該当職種の配置人数が少なくなっており、「建物の構造(スペース)上の問題で人を増やしにくい場面がある」(C 病院)といった状況も生じている。こうした非救急病院であるゆえの提供業務の幅に関連する移管先職種の人的リソース(人員配置・新規採用)の観点から、より移管が困難なケースが生じているともいえる。

(2) タスクシフト実施・推進に向けた社会的なサポートに関する要因

タスクシフト推進に向けた点については、病院としての対応策(施策)推進という視点よりも社会的な対応策(施策)の踏襲(取り込み)が期待されているということが明らかになった。この点は、救急病院で得られた「組織としての体制確立」「個人を対象とする配慮」という、ともに病院として行うべき対応策の検討という点からは異なる点ということができる。

最初にシフトの前提となる業務の標準化・

省力化・効率化を確認すると、電子カルテや業務系システムといったインフラの電子化が大きな負担となり、院外からのサポートが望まれていることが確認された。C 病院での電子カルテ未導入といった点が象徴的であるが、A病院でもシステム構築のための費用のサポート、B病院でもシステム導入費用のサポート、C病院でも電子カルテ導入費用の補助、E病院でもDX投資は国が面倒を見てほしいといった院外からのサポートが望まれていた。システム導入により転記業務や誤記載等への対応業務、さらに即時のシステム反映によるロス時間の低減といった省力化・効率化に寄与することは認められるものの規模が小さい病院ではその負担も大きく、またシステム導入に携わる人材もタイミングが合わないという状況である(E病院)。もちろん、各種業務の標準化といった点も肝要ではあるが(D・E病院)、「電子カルテ等は急性期を念頭に開発されている」(E病院)とのように病院だけのシステム化・システム導入に限界を感じているのも事実である。

また、タスクシフト推進に当たっての意識づけや移管先職員のキャリアパスといった点も院外からの支援を期待している様子が伺えた。例えば、医師の業務をシフトする際に、「医師の業務という固定観念」(C 病院)があるため、そもそもその業務を本当に他職種が行うべきものかどうかという議論が起こっている状況がある。この点については、都道府県や医師会によるタスクシフトの必要性の説明会が望まれるとのコメントがあった(C 病院)。また、医師事務作業補助者を中心として、「属人性の高い状況にある」(A 病院)や「ひとにより業務範囲が広がる」(D 病院)ことから、「業界団体主導でキャリアパス構築」「モデルがあると教育しや

すい」(A 病院)との要望が確認されている。

こうした院外への要望が強いという点は、救急病院での病院としての対応策を進めるための留意点といった状況とは若干異なっており、とくに非救急病院で多くなっている規模が小さい病院では病院内だけでは解決が難しい問題と認識されていることが明らかになった。

E. 結論

本研究では、タスクシフト推進に当たり、非救急病院での各種シフトに影響する要因を明らかにすることを目的に、2022年11月～2023年3月にインタビュー調査を実施した。まず、タスクシフトの実施・推進に向けた人的リソースに関する要因として、医師の充足度合いと移管先職種の充実（人員確保）度合いがあり、とくに非救急病院では相対的に医師の時間外労働という制約が低い可能性があること、また移管先職種の人員確保に課題がある可能性が高いことが確認された。

次いで、社会的なサポートに関する点として、業務の標準化・省力化・効率化を促す電子カルテや業務系システムのインフラ整備が大きな課題となっており、公的なサポートがより期待されていることが明らかになった。また推進に当たっての意識づけや移管先職種のキャリアパス構築も病院内だけで完結させることが難しいことが示唆され、公的な説明会や専門職団体での規範確立をより望んでいた。

これらの観点から、非救急病院のタスクシフト推進に当たっては、とくに医師以外の人員をどのように確保するのが課題であること、また推進を支える IT インフラの整備に公的な支援が期待されていることが確認された。

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

表1 インタビュー実施状況

病院	地域	開設者	病床数	病床機能	インタビュー日時	インタビュー対象者
A	関東	国立	500	一般	2022年11月2日15:00-16:00	総務部長・人事部長、労務管理室長
B	九州	医療法人	100	一般 回復期リハビリテーション	2022年11月8日 16:00-16:45	事務部部长
C	関東	医療法人	50	一般	2023年1月13日13:00-14:00	法人事務局長、病院事務長、クリニック事務長
D	近畿	医療法人	300	一般	2023年3月15日10:00-11:00	事務部部长
E	九州	医療法人	200	一般	2023年3月20日16:30-17:30	法人副理事長

表2 シフト状況

病院		A	B	C	D	E
看護師	A1 事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施		移管済		移管済	移管済
	A2 救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施		移管済		対象業務なし	対象業務なし
	A3 血管造影・画像下治療(I V R)の介助	移管済	対象業務なし	移管済	対象業務なし	対象業務なし
	A4 注射、採血、静脈路の確保等	移管済	移管済	移管済	移管済	移管済
	A5 カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為	移管済	移管済		対象業務なし	
助産師	B1 院内助産	移管済	対象業務なし	対象業務なし	対象業務なし	対象職種不在
	B2 助産師外来	移管済	対象業務なし	対象業務なし	対象業務なし	対象職種不在
薬剤師	C1 周術期における薬学的管理等	移管済	シフト後に医師に戻す		対象業務なし	
	C2 病棟等における薬学的管理等	移管済			移管済	移管済 看護師
	C3 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等	移管済			移管済	移管済 看護師
	C4 薬物療法に関する説明等	移管済	シフト後に医師に戻す		移管済	
	C5 医師への処方提案等の処方支援	移管済		移管済	移管済	移管済 看護師
診療放射線技師	D1 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等	移管済	移管済	移管済	移管済	
	D2 血管造影・画像下治療(I V R)における補助行為	移管済			対象業務なし	対象業務なし
	D3 放射線検査等に関する説明、同意書の受領	移管済	移管済		移管済	
	D4 放射線管理区域内での患者誘導	移管済	移管済	移管済	移管済	移管済
臨床検査技師	E1 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作	移管済			対象業務なし	対象業務なし
	E2 輸血に関する定型な事項や補足的な説明と同意書の受領	移管済	移管済		対象業務なし	
	E3 生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成	移管済	病理診断部	移管済	対象業務なし	対象業務なし
臨床工学技士	F1 人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更	移管済	ベテランと若手で差があり	対象職種不在	対象職種不在	対象職種不在
	F2 全身麻酔装置の操作	移管済	麻酔科と協力して	対象職種不在	対象職種不在	対象職種不在
	F3 各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為	移管済	看護師+臨床工学技士	対象職種不在	対象職種不在	対象職種不在
	F4 生命維持管理装置を装着中の患者の移送	移管済	看護師	対象職種不在	対象職種不在	対象職種不在
理学療法士	G1 リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付	移管済		項目によりハ職記載ケースあり	移管済	移管済
作業療法士	H1 リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付	移管済		項目によりハ職記載ケースあり	対象職種不在	移管済
言語聴覚士	I1 リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付	移管済		項目によりハ職記載ケースあり	対象職種不在	移管済
医師事務作業補助者	J1 診療録等の代行入力(電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力)	移管済	移管済	手術記録は医師	移管済	急性期病院よりは密度が低い

表3 教育研修・経営上の負荷の状況

病院	A	B	C	D	E
対象職種					
教育研修負荷					
教育する側の時間確保				* 講師を務める医師を評価	
シフトされる側の時間確保					
院内研修に伴う資金の確保					
院外研修に伴う資金の確保					
院内研修担当職種					
研修時間の取扱い					
院外研修に関する負担					
研修総時間					
その他	○ 医師事務キャリアパス必要	* OJTで推進 その他研修はグループと		* 看護師：キャリアパス 放射線：構築中	
経営負荷					
人的資源					
移管対応者の資金			○ 業務量が増えれば人員増を考える		
新規人員確保	○ 業務が受けきれない時は戻す ○ 受入側が間に合わず増員するケースあり	○ 看護師、(とくに)薬剤師が不足している		○ 看護師が恒常的に不足	○ 薬剤師がいれば移管できる業務がある
意識(する側)				* 医師事務：ひとにより業務範囲が広がる	○ 業務をなるべく統一する
意識(される側)			○ 医師業務という固定概念	* シフトへの抵抗感はない	* 指示を待つより自分たちでやったほうが早い
リスク管理					
その他		* 事務部長による調整(不満の和らげ)	○ 建物の構造上で人を増やしていく場面がある ○ 電子カルテ未導入	* 電子カルテ、訪問・介護系システム導入済	* 増収等の効果までは追いついていない * 電子カルテ・サイボウズ・Zoom等導入済
サポート					
院内サポート					
院外サポート					
	システム構築のための費用 医師事務の業界団体主導のキャリアパス構築 属人性の高い状況あり、モデルがあると教育しやすい	システム導入費用 音声入力ソフトの精度改善	電子カルテ導入費用の補助 都道府県や医師会によるタスクシフトの必要性の説明会		電子カルテ等は急性期を念頭に開発。 DX投資は国が面倒を見てほしい。 質の担保は人員基準でなく病院が責任を負うべき。

※ ○は負荷、*は費用等は発生しているが負荷と見做していない場合を示している。

資料 1

タスクシフトに関するインタビュー（質問票）

- * 本調査は、令和3年度厚生労働科学研究費「タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究」に伴うものです。
- * タスクシフトに関連して、“教育研修の負荷が大きいこと”“経営上の負荷が大きいこと”がシフト進まない理由の一つとなっている業務についてお伺いしています。

問1 貴院／貴部署における業務のうち、医師のタスクシフトに関連して、シフトを実施した／検討した業務について教えてください。（最終ページ業務一覧）

問2 問1でお答えいただいた業務のうち、“教育研修の負荷が大きい”ことが、シフトが進まない理由の一つとなっている業務について詳細を教えてください。

- (1) 具体的にどの業務が該当するか、教えてください。
- (2) シフトした場合の効果について教えてください（効果については主観的な認識で問題ありません）。
- (3) 教育研修に関連して、以下の観点について実施状況／（実施に至らない場合の）検討状況（進まない詳細）を教えてください。
 - ① 実施前研修に係る問題
 - ② 継続研修に係る問題

- ・教育をする側の時間確保（研修時間、マニュアル・研修資料作成時間、資格認定など）
- ・シフトをされる側の時間確保（研修時間など）
- ・院内研修に伴う資金の確保（研修等に係る謝金、研修担当者の残業費用、研修受講者の残業費用、関連機器・資材・スペース等の整備費・資格認定など）
- ・院外研修に伴う資金の確保（院外研修費用・料金、研修受講者の残業費用、交通費など）
- ・院内研修の場合の研修担当職種（医師、既にシフト経験のある移管先職種、必ずしもシフト経験があるわけではないが当該領域の経験が長い移管先職種のシニアなど）
- ・院内研修及び院外研修の労働時間としての扱い状況（勤務時間扱い、自己研鑽時間扱い、大体8割勤務時間で2割自己研鑽時間など、予習・復習時間をどう扱っているか・どう考えるか）
- ・院外研修における研修料金や交通費の負担状況（全額病院負担、折半、部分的に病院補助、交通費は受講者負担など）
- ・院内研修（座学研修・実務研修の別）や院外研修に係る総研修時間数
- ・その他

問3 問1でお答えいただいた業務のうち、“経営上の負荷が大きい”ことが、シフトが進まない理由の一つとなっている業務について詳細を教えてください。

- (1) 具体的にどの業務が該当するか、教えてください。
- (2) シフトした場合の効果について教えてください（効果については主観的な認識で問題ありません）。
- (3) 経営上の負荷に関連して、以下の観点について実施状況／（実施に至らない場合の）検討状況（進まない詳細）を教えてください。

① 人的資源に係る問題

- ・業務移管に伴う新規対応者への賃金（手当）等への反映
- ・新規の人員確保（新規要員確保活動が大変、新規要員の人件費負担が重い）
- ・シフトする／される側の意識（業務をシフトする／されることによるモチベーション低下・事故発生率上昇など）
- ・シフトされる側の調整（業務移管先の対応時間ねん出のための既存業務の業務時間・内容調整など）
- ・その他

② リスク管理に係る問題

- ・シフト業務の技術管理（安全管理など）
- ・物資管理（管理場所の拡大など）
- ・保険・訴訟等の資金関連
- ・情報共有（管理対象者の拡大など）
- ・その他

③ その他の問題

問4 タスクシフトに関連して、教育研修・経営上の負荷に伴って、どのような対応策が考えられるか教えてください。

- (1) 院内におけるサポートの可能性について、考えられるものがあれば教えてください。
- (2) 院外（行政・職種別団体など）におけるサポートの可能性について、考えられるものがあれば教えてください。

(参考) 困難業務一覧

シフト 困難な業務	シフト先	管理 番号	業務内容
看護師		A1	事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
看護師		A2	救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施
看護師		A3	血管造影・画像下治療(IVR)の介助
看護師		A4	注射、採血、静脈路の確保等
看護師		A5	カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
助産師		B1	院内助産
助産師		B2	助産師外来
薬剤師		C1	周術期における薬学的管理等
薬剤師		C2	病棟等における薬学的管理等
薬剤師		C3	事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
薬剤師		C4	薬物療法に関する説明等
薬剤師		C5	医師への処方提案等の処方支援
診療放射線技師		D1	撮影部位の確認・検査オーダーの代行人力等
診療放射線技師		D2	血管造影・画像下治療(IVR)における補助行為
診療放射線技師		D3	放射線検査等に関する説明、同意書の受領
診療放射線技師		D4	放射線管理区域内での患者誘導
臨床検査技師		E1	心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
臨床検査技師		E2	輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
臨床検査技師		E3	生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
臨床工学技士		F1	人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
臨床工学技士		F2	全身麻酔装置の操作
臨床工学技士		F3	各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為
臨床工学技士		F4	生命維持管理装置を装着中の患者の移送
理学療法士		G1	リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
作業療法士		H1	リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
言語聴覚士		I1	リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
医師事務作業補助者		J1	診療録等の代行人力(電子カルテへの医療記録の代行人力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行人力)
該当なし			

タスクシフトに関するインタビュー要旨（A 病院）

日時	2022年11月2日 15:00～16:00
病院概要	地域：関東 開設者：国立 病床規模・種類：500床規模、一般
対象者	総務部長・人事部長、労務管理室長
インタビュアー	株式会社川原経営総合センター 担当者2名

病院の概要等

- 専門病院の特性から、医師数が多く400名在籍している。医師数が数十名の一般の病院に比べると、非常に多い。
- 一方で専門特化しているゆえに診療科が細かく分かれている。診療科を超えての協力は非常に難しく、医師の行動は診療科や出身大学に規定される部分が多い。働き方改革を進める上で一般の病院とはまた違った難しさがある。
- 渡す側の医師が業務量「1」と感じる仕事であっても、受け手側のコメディカルにとっては「10」くらいに感じるといったギャップがある点に注意が必要である。
- 医師数が多いため、ある業務をタスクシフトするとなると、受け手側の職種に与えるインパクトが大きい（業務の負担感、対応する職員数）。
- 他の病院の例も含めて、病院においてはシフトを受ける側の職種が誰でも良いわけではなく、ベテランに集中することもあるようだ。一方、そのベテラン側も、部下の成長が追い付いていないために自分でやらなければならないと抱え込む傾向がある。

→当院の場合は医師が多く、かつ診療科が細かく分かれている。診療科を超えて医師同士が協力し合ってくればタスクシェアが進み、瞬間に医師の働き方改革が進むと感じている。しかし、医師の世界はうまくいかないと感じている。診療科や出身大学が違えば、全くの他人となってしまう。そういった世界の中で働き方改革を進めるには別の苦労がある。院長は全ての医師や医療スタッフを束ねるため、全ての職員を含めてやらなければいけないと感じているが、個々でみると協力し合わない状態である。

*** 診療科の違いで上手くないのは想像つくが、出身大学の違いによっても不具合が生じるのか。**

→出身大学の違いによる不具合もある。

*** それは医療のやり方や学んできた内容の違いによるものか。**

→様々な理由があると感じるが、医師たちは出身大学を重んじる傾向にあると感じる。ある大学の医局を出た等のことを医師同士の自己紹介の場面でよく見聞きしている。同じ病気であっても、診療や学んできたことの違いがあり、医師ごとに受け持ち患者に対しての診療方法が異なっている。そういった世界で医師の働き方改革を進めるのは非常に大変であると感じる。

タスクシフトを進めると、医師それぞれが他の職種へ仕事をおろすが、医師がおろす仕事は、医師にとっては1であったとしても受け取る側は10を感じる。例えば薬剤師や診療放射線技師も通常業務がある中で、タスクシフトで業務がおろてくると人手不足になる。当院は医師の

数が多い分、タスクシフト先の各職種も人数が多くなっていて、経営が大変と感じる。

→当院の診療部は、例えば循環器科や整形外科等の専門科のほかに、総合診療部というトータルで状態を診ましようという科も内科の位置づけで設けている。まず患者を全体的に診て、受け渡す体制である。特に救急患者は総合診療部が一次的に対応して専門科につないでいる。このように、医師の働き方改革の一環として、タスクシフトができるよう、診療科を超えて橋渡しできる体制があるにもかかわらず、やはり科ごとの壁がありうまくいっていないのが現状である。タスクシフトが診療科内で、例えば消化系外科の医師が移植外科の患者を診られないかという決してそうではない。こういった場面で、オペをした科が違うとか、出身大学が違う医師が見たからなどの理由で、それぞれの人数を確保しながら対応しているがゆえに、人数が多くなってしまっている。

*** 医師が純粋にタスクシフトするときよりも人数が多くなっているということか。**

→その通りである。医師の業務は非常に高度なため、他の医療職におろせば何倍も時間がかかってしまう。単純に処方ができるとか、薬が調合できるとかレントゲンをとるなど、医師がすべてできるものを専門分解して各職種がやっていることを考えると、既にシフトされている状態から、さらにタスクシフトすることになる。現場のスタッフは忙しいため、そもそもタスクシフトを受けられるという前提がない。その中で医師の業務を減らすために、業務をおろすとすると、受け手の問題が大きい。その中でも例えば免許職でなくてもできる書類業務をおろせるのか、非常勤の助手がいれば手になるなど、結果としてどんどん下に流れて行ってしまう。下へ下へ行くにつれてどんどん人手が必要になってしまう。

*** 医師が診療科ごとに細分化されているとのことだが、タスクシフトを受ける側のコメディカルも細分化されているのか。**

→受ける側は細分化されていない。複数の医師からタスクシフトを受けるスタッフもいる。経験のあるベテランに集中する傾向にある。診療科からタスクシフトが集中したとしても受ける側は1人、少人数であることもある。別の病院の事例だが、ある経験のある臨床工学技士にタスクシフトが集中し、業務過多になっているというケースもある。臨床工学技士はオペの手伝いなども含めて取り合いになっている。

*** ベテランに集中してしまうと、タスクシフトを受ける量が異なる状況で職員から不満が上がってくることはあるか。**

→現状はそういった不満があるとは聞いたことがない。他の病院の臨床工学技士は年間1,000時間以上の残業を抱えていると聞いた。結局、業務過多により退職したとのこと。様々な医師からタスクシフトを受けていて、部下におろしたいが育成が追い付いていなく断念していたと聞いている。

→能力差でベテランに集中したときに、不満を感じているというよりは責任感や部下におろせないが故にやっている側面が大きいと感じる。部下を育てるのは自分自身であり、その部署内でのタスクシェア/シフトができていれば問題がないと感じる。

→人事部に対して手当で差をつけてくれということ言われたこともないし、していない。当院が国の給料表に準拠していることもあり、そもそも自由にできないこともある。

問1 貴院/貴部署における業務のうち、医師のタスクシフトに関連して、シフトを実施した/検討した業務について教えてください。

- 医療職の確保においては、専門病院であることが有利に働いている。
- 薬剤師は6年制に変わったタイミングで採用が困難になった。その頃ドラッグストアなどが初任給を大幅に上げて薬剤師の確保に走った。当院の場合は知名度もありそれほど逼迫しなかったが、地方の病院で薬剤師の採用が困難であることは聞いている。
- 当院の場合は、国家公務員に準拠した給与体系であるため、初任給はドラッグストア等に見劣りしても最終的な生涯賃金という点では遜色ないと説明している。

○ 看護師

A 1は特定行為に近い位置づけになると思うが、現状、特定行為研修を修了した看護師は在籍していない。1人研修を受けに行っている。看護師による診療行為の代行は目指しておらず、現状はタスクシフトできていない。A 2も同様である。A 3～A 5は通常業務として実施している。

○ 助産師：B 1・B 2も実施している。

○ 薬剤師：C 1・C 2は病棟薬剤師が医師不在時でも専門家が対応できる様に増員していることもあり対応できている。C 3～C 5も同様に対応している。

*** 薬剤師を何名増員したか。**

→元々定数が定められており22～23名程度だった。独法化したタイミングで制約がなくなり、50名まで増員した。

*** おそらく、志して入職するケースも多いと思われるが、近年薬剤師の採用難が続いていると聞いている。**

→4大学制から6大学制に変わったタイミングで採用が困難になった。6大学制に変わった後、卒業生がでるタイミングで、ドラッグストアなどが初任給を大幅に上げて薬剤師の確保に走ったため病院の確保が難しくなった。当院の場合、知名度もあり比較的採用しやすい状態であると感じる。特色があることが強みになっていると感じるが、地方の中小病院が採用難に直面していることは認識している。

→初任給はドラッグストアと比較すると10万円程度乖離がある。但し、賃金カーブを比較すると、ゆくゆくの定期昇給を踏まえると生涯賃金は遜色ないと説明している。スタートが高くて民間のドラッグストアは、昇給はさほど高くはないと認識している。

○ 診療放射線技師：D 1はおそらく対応している。D 2～D 4は実施している。

○ 検査技師：E 1・E 2はおそらく対応している。E 3は病理診断部で対応している。

○ 臨床工学技士：F 1ベテランと若手で差が出るころだが、実施している。F 2も麻酔科医と協力して実施している。F 3は、手渡しというレベルであれば看護師が対応しているケースもあれば、技士が対応しているケースもある。F 4はどのレベルかにもよるがおそらく看護師が実施しているが付き添う形で対応している。

○ 療法士：G 1・H 1・I 1はそれぞれセラピストが対応している。

○ 医師事務作業補助者：J 1は行っている。

*** カッコ内に記載されている業務（電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力）は実施しているか。**

→担当者の習熟度によって変わってくるが、医師が取りまとめの部署に対して依頼する内容によって、対応可能な場合は受けたりしている。また、医師法など法律に抵触していないレベルであれば対応している。個々人の能力によっても変えている。

*** 今の薬剤師の採用の強みとして、規模や分野特化しているということだが他職種も有利になっているか。**

→その通りと感じている。看護師を始めとし、北海道から沖縄まで全国から募集がある。

*** その採用は、タスクシフトを目的としたわけではなく、通常業務の要員という認識か。**

→その通りである。

*** 年度計画に、医師、薬剤師、看護師のタスクシフトを進めると記載されており、定着が課題ということだが、何か課題があるのか。**

→女性の割合が高いことも理由と感じている。女性職員は結婚、出産、育児というステージがあり、ライフイベントに専念したい職員は退職していく。一方で、業務の多忙さは、他院と変わらないと認識している。とびぬけて離職率が高い訳ではない。離職率は10%いかない程度であると感じる。

→薬剤師、検査技師、放射線技師など、優秀な学生の内、女性の割合が高くなっている。そういった環境下で、やはりライフイベントにより離職するケースがある。一方、タスクシフトとは別の観点で女性が活躍できる環境を作るためには育児介護休業法の改正等に合わせて、体制を整えていく必要があると感じている。休むことすらできない病院もあるが、現在の職員数であれば、休業・休職に対応できる体制であると認識している。

問2 問1でお答えいただいた業務のうち、“教育研修の負荷が大きい”ことが、シフトが進まない理由の一つとなっている業務について詳細を教えてください。

- 医師事務作業補助者を採用したあとの研修が課題となっている。看護師のようなクリニカルリーダーや日本看護協会の研修のようなものがなく、入職後何年目にどのようなことができるかを明確にしたキャリアパスを設計したいと考えている。
- タスクシフトの際の院内研修については、医師の負担を考慮し、基本的に外部研修を検討している。
- タスクシフトにおいて医師と対象職種の当事者間だけに任せると、力関係から受ける側の職種に負荷がかかる恐れがある。当院では委員会などが間に入って調整するようにしている。

→組織をあげて特定の研修は実施していない。各部署がタスクシフトとして何かしらの研修を実施している。働き方改革を進めるための委員会を2か月に1回程度実施している。その中で、タスクシフトをする際は、渡す先への教育や研修をやるように、委員会で伝えている。タスクシフトの受け手への教育・調整、申請書の作成、いつまでに実施するのかなど、負荷が来る側への対応等を議論している最中である。研修は、医師から看護師に対してOJTは当然実施しているし、医師事務作業補助者に対しては別途外部の業者を活用することも検討している。看護師にはクリニカルリーダーがあるが、医師事務作業補助者を採用した後の研修は業界にない。入職後の研修をどの様に実施するのか模索している。入職後何年目に何ができるのかを明確にしたものを作りたいと考えているがまだ途上である。

*** 今回の診療報酬改定で、医師事務作業補助者の経験者がいると点数が着く仕組みになった。**

→定着した医師事務作業補助者がいないと点数が取れなくなるため、当院に入職したら教育してもらえと思ってもらえ、かつ当院としても加算が取れる環境を作らなければならないと感じている。

*** 申請書を作成しているとのことだが、他院でも行っていることなのか。**

→たたき台を作成したが、コロナ禍により思うように進んでいない。2024年の医師の働き方改革に向けて、タスクシフトがどの様に進んでいるのか明記しなければならず、また地域医療体制加算を取得するためにも計画書の提出が必要なため、現状でできていることは記載したが、ここに記載する内容は大変悩ましい。

*** 研修をする医師が負担を感じることはないか。**

→外部研修を活用している。内容によっては内部の医師で対応できるものもあると思うが、負担を考えると、極力外部へ依頼したいと考えている。医師事務作業補助者の教育については、モデルがない。

*** 部署単位で対応しているとのことだが、ある部署で医師が看護師にシフトしたいときは、OJTや研修を自然に実施しているのか。**

→その通りである。ただし、業務量的に受け切れないときは戻すこともあり、その交渉に委員会が入ることもある。力関係を踏まえると、医師から依頼されると断れない関係性にある。黙っていると自然とタスクシフトが進んでしまい、次第に、看護師が高度な業務を担うことになる。元々看護師が行っていたベッドメイク等は看護助手の業務になっていくが、助手不在の場合は、看護師がやらざるを得ない。薬剤師も同様で、より高度な医師に近い業務をやることになるほど、専門性の低い業務をシフトせざるを得なくなり、助手が必要になる。

→当院では、医師の働き方改革が議論される前からタスクシフトを進めてきた。ゆえに現在看護師は他の病院より人員が手厚くなっている。それにより他のスタッフも多くなっている。

*** 他の病院では、任せたがらない医師がいてタスクシフトが進まないことがあると聞く。**

→そういった医師はあまりいない。優秀な人材が入ってくることもあり、タスクシフトしやすい環境があり、シフトできないということは聞いたことがない。医師が増えれば診られる患者が増え、収入が増えるが、医師が増えるほどタスクシフトする人材が増え、人件費も同時に増え、経営的なメリットと医師の健康面のバランスを取るのが難しいと感じる。

*** 医師の労働時間はどうなっているのか。**

→2022年4月より、非接触型の勤怠管理システムを導入し、記録をとっている。従来のタイムカードと異なり自動で記録を取ることができる。9月から実績をモニタリングしているが、超過勤務の状況をみると、今までの記録と比較して長く勤務してる医師もいる。上限規制が始まる前に、B・C水準に繋げていくのが課題である。

*** 月100時間を超えている医師は何名程度か。**

→自己申告の際は、数名程度であったが自動検知に切り替えた後は十数名となり、増えている。ただし、院内にはいたが自己研鑽していた医師がいる可能性もある。毎月80・100時間を超えるということではなく、変動があるため、年間を通じて960時間に収まるとは思っている。

→年間960時間や単月100時間を超える医師は数名いるが、どれだけタスクシフトしても医師の労働時間は変わらないと感じる。臨床の時間が減ったとしても結果的に自己研鑽の時間が増えてしまう。この状況は本人しか認識していないため自己申告に頼らざるを得ない。今回の働き方改革の中で、当初はA水準をクリアできると思っていたが自己申告の数値を見るとB・C水準を見

据えている。今後、申請をするにあたって労働時間の管理方法を確認されることになると予測している。その時期を見据えて、今回ビーコン式を導入することにした。自動で打刻してくれるため楽ではあるが過少申告していた医師がいたことが判明したため、少し上振れしている。当院は日本全国から医師が応募してくるため、勉強を兼ねてきている。

*** 勤怠管理を導入すると、反発する医師が出ると聞くがどうだったのか。**

→コスト面を踏まえると、ICカードやタイムカードによる管理の方が安く済むが当院のシステムの場合は数千万円程度かかっている。医師の働き方改革を進めるためには、補助金を新設する必要があると訴えてきたが叶っていない。医師の労働時間の把握は、働き方改革のためには最も重要な課題と感じている。正確に測ることができるようになってから、何をすれば減るのかそれがタスクシフトなのか人員増なのか、今後の分析結果を踏まえて検証していく必要がある。そういった中でタスクシフトだけ進めてしまうと、業務を受ける側のスタッフを増やさなければならなくなる。何年もかけて現在の状況に至っている。

*** 自動検知の場合、医師の抵抗も少ないのか。**

→導入当初は、全ての行動を管理されると認識していた医師もいたが、仕組み上そうではない。感知するセンサーを移動する箇所に設置することで勤務していた時間を記録する仕組みであり、現在では理解を得ていると認識している。

*** 敢えてコストをかけたのは、医師の負担軽減や正確性を期すためか。**

→その通りである。自己申告で過少申告が起こるため、監督署の調査が入った際に、電子カルテやPCの操作ログを確認すると聞いているため、その対応策として不正していないことを証明するためにシステムを導入した。

問3 問1でお答えいただいた業務のうち、“経営上の負荷が大きい”ことが、シフトが進まない理由の一つとなっている業務について詳細を教えてください。

- タスクシフトにおける経営負荷としては、人件費負担が一番、次にシステム導入。ただし、人件費については明確にタスクシフトによる増員なのかどうかは判断しづらい要素もある。
- 現状としては、タスクシフトを受け入れている割合が高い部署ほど人員不足が深刻になり業務に支障を来すため増員するというサイクルになっている。本来は、タスクシフトをすることで負担軽減する側の職員が新規の取り組みなどできることが理想だが、現状では新たな診療報酬点数（例：薬剤師の服薬指導）が加算できるようになった程度である。
- ITの活用で業務効率化ができれば、タスクシフトにも寄与すると思うが現状では、十分に活用はできていない。

*** 働き方改革を進めたことによって最もコストがかかったのは何か。**

→人件費に及ぼす影響が一番で、システム導入も相当コストをかけている。医師数が多いがゆえに、少しでもタスクシフトすることによる影響は大きく、人員増は避けられない。十数名で対応している病院と比較すると、シフトを受ける側の人員は多いと感じる。他の病院では医師数に比較して、看護師等の人数が多いためタスクシフトの影響は少ないが、当院の場合医師が多いため、影響が大きい。

*** タスクシフトしたいという意見が多い部署から増員の要望が出てくるのか。**

→順番としては逆で、タスクシフトを受け入れている割合が高い部署で人員不足が深刻になり現場が回らないため増員するということが起きている。本来であれば、タスクシフトをして新規事業など新たな収入源があって初めて成り立つものだが、薬剤師の服薬指導によって点数がとれる程度であって他の職種には人員増に耐えられる収入増はない。

*** 慢性的に業務の負担が大きくなっているのであって、各部署がそれを解消したいという認識をもっているのか。**

→中には無駄な部分もあるはずであって、人員増を簡単に認めるわけではない。業務を効率化するなど工夫によって対応できることもあると感じている。本来であれば医師に戻せる業務もあるはずであるが、一度おろした業務は元には戻せないため一方通行になっている。医師がおろすのは簡単だが、診療科毎に医師が増え、余裕が出て戻したい業務もあるが思うようにはいかない。

*** 具体的にあがってきた業務はあるか。**

→今後、申請してタスクシフトを行うのであればいつまでに行うのか等ルール化する場合は、いつまでに実施するのか、人員が増えた場合どの様に戻すのかと相談を受けたこともある。政策として、医師が大変という課題から始まっているため、他のコメディカルは忸怩たる思いを持っているはずである。

→若い医師が多いが、一度楽な業務を覚えてしまうと戻れない。ここは医師の教育機関としての機能もあり若い医師が多く、一番忙しい業務も若い医師がやっている。おろすべき業務、自身が行うべき業務の線引きが求められる。医師から他の職種へのタスクシフトが先行しているが、受ける側が疲弊してしまう。タスクシフトを強く言わないようにしている。医師の働き方改革を進めるために、様々な委員会の中で議論している。タスクシフトに関してはあまり強調していない。言えは言うほど受ける側のスタッフが疲弊しかつ人件費がかさむ要因にもなってしまう。

*** IT機器の活用は検討しているか。**

→いわゆるDXでいうと、事務の効率化は進んでいるが医療の効率化は進んでいない。例えば煩雑な作業として医師事務作業補助者の紹介状の返書や定型文章、医師意見書等はある程度IT化できるのではと、常々議論になるが、人の手（医師事務作業補助者）が介入していて、AIでも判断が難しく、かつ医師事務作業補助者の中でも教育を受けたベテランではないと対応できない業務もある。必要と感じているが進んでいないのが現状である。

問4 タスクシフトに関連して、教育研修・経営上の負荷に伴って、どのような対応策が考えられるか教えてください。

- 医師の働き方改革やタスクシフトを進めるうえでの基盤となる仕組み（勤怠管理等）を構築するためには費用がかかるため、こういった取り組みを後押しする補助金等があると良い。
- 前出のとおり、医師事務作業補助者については、業界団体主導のキャリアパスがあると望ましい。

*** 例えば勤怠管理もそれに該当すると思う。**

→勤怠管理は、せつかく作った制度を進めるためには政策誘導的に、診療報酬、補助金、または税制等様々な側面から後押しして、制度が活用されるようにすべきだと感じている。医師の働き

方は補助金が存在しない。そういった制度があると制度が浸透するし病院側も助かるはずである。

*** 教育研修は重要か。**

→医師事務作業補助者の協会があり、例えばそこで教育認定制度の様なものがあればいいが、習熟度が個別の医師ごとの業務で判断される属人性が高い状態が生まれてしまっている。客観的な指標がない。モデルのようなものが出てくると教育もしやすい。良い評判の医師事務作業補助者の引き抜き合いが起きてしまい給与で渡り歩かれてるようになってしまうと、ベテラン人材の確保が進まない。こういった部分で業界団体が頑張ってもらいたいと感じるが、現状は情報が整備されていないように感じる。

*** 日本看護協会の様な教育体制がイメージに近いか。**

→その通りである。日看協の様になっていくべきと感じる。特定の研修を勧めることもでき、教育に投資することができる。現状は、担当する医師が変われば、一から業務を覚えなければならないのが現状である。この知識が他の病院で活かせるかというところではない。

タスクシフトに関するインタビュー要旨（B病院）

日時	2022年11月8日 16:00～16:45
病院概要	地域：九州 開設者：医療法人 病床規模・種類：100床規模、一般・回復期リハビリテーション
対象者	事務部部长
インタビュアー	一橋大学大学院経営管理研究科 荒井 耕 教授 株式会社川原経営総合センター 担当者2名

病院の概要等

- 医師の残業時間は課題となっていない。一番課題なのは看護師と介護職である。本来必要な定員数（ゆとりをもって勤務できる人数。医療法上の基準は満たしている）に足りていないので、その人手不足を在籍職員でカバーしており残業時間が増えている。リハ職は時間外で記録に時間を取られているが、毎日15～20分程度で問題にはなっていない。
- 看護師へのタスクシフトを行うまでには、あと5名の採用が必要な状況である。薬剤師も現在1人しかおらずシフトが難しい状況。最低2名は必要である。

*** 医師を中心に残業時間の現状等からお聞かせいただいてもよろしいでしょうか。**

→ドクターについては、常勤医師に関してはほとんど残業時間がないです。非常勤医師に関しましても、残業はないのが現状ですね。当院の場合は、超急性期でもないですし、救急指定でもありませんので、そういう意味でも日常の診療だけなので時間外がないという状況です。

*** 看護師さんやリハ職の労働時間はいかがでしょうか。**

→そうですね、まずリハに関してましては、外来の診察、診療時間、入院患者さんのリハビリ提供がメインなので、時間外となるとその後の記録ですね。そちらに若干、時間を要するぐらいで、それでもその残業時間分数に直すと毎日15～20分あるかないかとかそれくらいです。ただそのやはり一番は看護師もしくは介護職ですよ。そちらに関しては、定員数、本来必要な人員数をやはり下回る状況がもうこの数年ずっと続いております。結局はその人手不足の分を在籍職員が時間外労働でやはりかばうしかもう状況が取れないんですよ。そういう中で、看護介護が非常に厳しいと言いますか、時間外の時間数にも表れているかなと思います。

*** 本来必要な人員とおっしゃるのは入院基本料のことでよろしいですか。**

→もちろん医療法と施設基準上の人員数に関しては数値的にはクリアしています。ただ実際問題、医療法、施設基準に求められた人員数イコール現場に必要な数ではないのが当然なので、そういう意味での人員数が不足しています。

*** 一定程度ゆとりを持って働くってことを考えたときにそこからは少し足りないという理解でよろしいでしょうか。**

→さようでございます。

*** 特に看護師の採用が難しいというのは、地域ではどのような状況ですか。**

→そうですね。当院の場合は、県庁所在地に隣接している市町村ですので、県内では比較的人口が多い市町村です。そういう意味では、看護師さんなどに関して比較的応募はあるような状況なんですけど、ただ、いかんせんここ最近の入職経路としては、やはり紹介会社さんからの採用がほ

とんどです。ただ一方、同じグループの隣の医療圏の病院に関しては、過疎地域と言いますか、人口減少が続いている市町村ですので、なかなか複数職種の採用が厳しい状況になっています。

*** 同じグループの病院が違う医療圏にあります、両病院間での人事交流はされてらっしゃいますでしょうか。**

→そうですね、異なる医療圏なんですけれども、市町村自体は隣接しておりまして、車で40～50分で行き来できる距離なんです。職員の研修活動などに関しては往来することはあります。ただ、人手の人員不足でのその両病院での勤務ですとか、そういうのはコロナ禍もあって職員が媒介源になる恐れがありますから、単独の事業所で主に勤務しています。

*** 県のサイトで確認したところ薬剤師さんは常勤換算で**名と拝見しました。一人か二人という状況ですかね。**

→そうですね、薬剤師に関しては法的な基準としては、当院は1名です。実際には、実務を行う上でやはり2名ないし、常勤換算で2.5名は最低でも必要だと思っているんですね。なので、今は常勤が1名体制ですので、常勤2名プラス非常勤で0.5くらいを確保するのが理想ですが、やはり薬剤師もなかなか採用活動にてこずっている部分があります。

*** 職員の採用の話に戻りますけれども、基本的には近隣の地域にお住いの方を採用していただきたい賄われているような状況でしょうか。職種によって違うのでしょうか。**

→そうですね、通勤時間にすると遠くても1時間以内ですね。当院が立地する市の横に県庁所在地、そして県庁所在地とは反対側に別の市があるんですけども、十分通勤圏内です。

*** 職種によっては近隣に養成校がなかったりして、採用に困っている病院さんが地域によってはあるようなのですけれども、採りにくい職種ですとか、最近あつたりしますでしょうか。**

→当院が新卒採用をあまりしてないんですよ。唯一リハ職に関しては新卒採用がほとんどなので、リハ職に関しては県外の学校とかから当院でリハの勉強をしたくて就職される方も多いですし、それ以外に関しましては中途採用がほとんどですから、このあたりに転居されてくるとか、近くに住んでいるので当院で働きたいという方がほとんどです。

*** 新卒の方がこちらに研修なり就職したいっていうのは、何か働きかけをされてらっしゃるのでしょうか。**

→そうですね、当院はリハビリテーション病院なので、リハの職種に関しましては、県外の養成校の方にももちろん働きかけに行きますし、実習の受け入れも県外の養成校でも積極的に行いますので、そこから入職につながる人が多いかと思います。

*** 大都市に近いというのは、他に病院運営や職員の確保ですとか、そういったところにおいてメリットと感じられることはありますか。**

→やはり若い年代の、それこそまだ単身の方ですよ。独身の方に関しましては、プライベートも大事でしょうから、それこそ近くにコンビニがないとか、夜は真っ暗とかというところに住むよりも、比較的都市部に住まわれないという人も多いと思います。

*** そういった方は比較的、採用しやすいとか職場環境としてマイナスにならないというような感じでしょうかね。**

→そうですね、単身用の賃貸マンションもたくさんありますので、そういうところはうちの立地上のメリットかなと思います。

*** タスクシフトにおいてよくそのシフト先の人が採れないので、できなかつたりする。追加の人員費にもなることが負担になってらっしゃる病院さんがあつたりします。部長のところだと薬**

剤師さんがひとつ今、問題であるというところになりますかね。もう1、2名、常勤が採用できればいいということですかね。

→そうです、あとはやはり看護師もなんですよ。看護師に関してもある程度プラスアルファの人数が採用できれば医師が今行っている業務を看護師にシフトできるのですけれども、看護師も決して満足いく人数が集まるような状況にはまだ至ってないので、看護師、薬剤師の採用が今後のタスクシフトに向けての課題と思います。

*** 看護師さんはちなみにも何人ぐらいいらっしゃると。**

→シフトチェンジまで入れたとすればやはり最低でも5名です。

問1 貴院／貴部署における業務のうち、医師のタスクシフトに関連して、シフトを実施した／検討した業務について教えてください。(最終ページ業務一覧)

- 看護師については、処置がないA3以外はシフトできている状況である。
- 薬剤師は常勤2名から1名に減っている現状、シフトした業務を一部医師に戻した状態になっている。本来の薬剤師業務に支障がないように配慮して、医師にがんばってもらっている。
- 急性期病院とは異なり、医師を支える周りの看護師や薬剤師も希少な人的資源であり、医師の業務をタスクシフトすることばかり優先できない状況である。
- 組織風土や地域の特性などから、医師はいわゆる“威張っている”ような状態であり、看護師などほかの職種がキャリアアップのためにタスクのシフトを受けたいなどとは言い出せない状況である。
- 一方で、医師の側から少し面倒くさい業務を手放したいという業務があって、そういった下地がある中で、国が進めているタスクシフトの状況をみると、やはりこれ医師でなくても良い、もう業務移管しようという流れになり、そこは仕方ないですねと多職種で協力するということはある。
- 医師と各部門だけに任せてしまうと、他職種の意見は通りにくいので、最終的に業務を移す際には、きちんと理由付けをして、目的、法的にも問題ないこと、その業務が増えることによる体制、例えば5人しかいない職種であれば、6人体制にしますなど、(事務部門として) そのようなかたちに持っていくことによって他職種の不満を和らげるようにしている。
- タスクシフトを受けることによる直接的な+の人事評価は行っていないが、上記のように増員するなどして、ワークライフバランスにも配慮することで対応している。

*** 困難業務一覧という表をご覧くださいませでしょうか。参考困難業務一覧という表です。先ほど医師の残業時間があまりないということでしたが、すでに看護師さん、リハ職にシフトしているタスクがあれば、この中から該当するものをご教示いただければと思います。**

→基本的に看護師が行っています。看護師で該当するのはA1、A2、A4、A5ですね。

*** A3は処置がないという理解でよろしいでしょうか。**

→そうです。当院では血管造影はできません。当院には助産師はいません。薬剤師に関しては、以前はですね常勤が2名いたので、このあたりも薬剤師が担っていたのですが、今は常勤1名なので、先生方に頑張ってもらっています。なので今しいてやっているとすれば、C5ですね。

*** C1とC4は薬剤師にタスクシフトして、それが医師に戻ったという感じでしょうか。**

→そうです。ただ、全部ではないです。薬剤師がカバーできる場所は医師から業務を受けまし

たけれども、それ以外のことに关してはもう医師自身でやっているとこが現状としては多いです。放射線技師は、D 1、D 3、D 4以上です。検査技師が、この中ではE 2、E 3ですよ。ね。

*** E 1は非該当ということによろしいでしょうか。**

→そうです。当院には臨床工学技士はいません。リハ職に关しては、説明と書類交付は医師にやってもらってます。J 1は該当職種がいますので、この辺りはシフト完了してます。

*** 代行入力のカッコの中にいくつか業務がありますけれども、だいたい全部やっているのでしょうか。**

→そうですね。しいてここの中で省くとすれば手術記録ですね。手術記録に关してはオペ室の中にはこの職種はもちろん入りませんので、オペ記録に关しては、先生ご自身でされています。

*** リハのその各種書類の説明書類交付は医師とおっしゃったのですが、記載はセラピストがやっているのでしょうか。**

→いや、記載に关しては医師が基本的には、疾患名ですとか、用紙の中で項目を分けて医師が書くところ、リハ職が書くところと業務分担してます。

*** 項目を分けて、医師が書けるころは書く。**

→はい。

*** 説明と書類交付は完全に医師がされている。**

→そうです。補足すると、初めてそのリハビリをされる初回に关しては医師が必ず関与しますが、数か月に1回作成のし直しとか交付が必要です。ルーチンの場合は、前回のD oで全く内容が変わらなければ、リハ職に業務を移行しているところは多々あります。

*** かつて1回移管したけれども、戻ってるようなものもあるということですね。**

→そうです。薬剤師ですが、薬剤師に关しては実際の業務に必要な人員数は2.5だと思っていると先ほどお伝えしたと思うんですけども、実際そこが離職によって（医療法上の）最低人員の1名になってしまった時期もある。そうすると、本来薬剤師でないといけない業務自体ができなくなってしまう。

*** 最初からお話伺っていると医師ももちろん希少な人的資源なんだけれども、それを支える周りの薬剤師や看護師もかなり希少資源でなかなか医師の業務をタスクシフトすることばかり優先できない状況なんですね。**

→そうなんです。それこそ超急性期病院などは圧倒的に医師数が足りなくてその周りのコメディカル、看護師などがたくさんいて、シフトできるということかと思うんですけども、当院の場合は逆に医師数は結構多い方だと思っているのです。患者数に対して医師数は多いけれども、他の看護師、介護職が足りないの、そこまでそのシフトをする必要があるのかということ自体が私も少し疑問を持っているところなんです。

*** 医師はある意味、患者との比率においてですけども、ある程度確保できているというのはどのような背景があるのでしょうか。**

→もちろん医師の確保も非常に難しいことではあるんですけども、以前から勤めている先生が退職されずにずっといらっしゃいます。外来診療に关しては、バイトを探されている大学病院の先生ですとか、そういう方々にご協力いただいています。当院の常勤医師はある程度入院患者さんにウエイトを置く時間が取れるので、そういうことも理由のひとつとして思っています。

*** アルバイトの先生方も比較的来やすいところに病院が位置しているという、そういう恵まれた位置というのがあるのでしょうか。**

→そうなんです、比較的住宅街と言いますか、都市部に近く、高速道路のインターチェンジに隣接（車で10分程度の距離）していますので、医師の場合はほとんど県庁所在地にお住まいですので、通勤の便がいいということはありません。

***今すでにタスクシフトされている業務については問題はなかったのでしょうか。**

→医師の中にはやはり先ほどのリハの説明など、少し面倒くさい業務を手放したいというのがあるわけです。そういう下地がある中で、国が進めているタスクシフトをみると、やはりこれ医師でなくても良い、もう業務移管しようという流れになり、そこは仕方ないですねということで多職種で協力しましょうかとなりました。

***タスクをある職種に移すときに、どのような意思決定、話し合い、例えば委員会などで決定していくことになるのでしょうか。**

→本来であれば、関係職種が集まって、法的にシフト先の職種で対応できるのかどうか、その辺りを検討したうえで移すべきですけども、それこそ上からの方針、医師の意見が非常に通りやすいです。なので、医師からの要望があると、他の職種はああもうわかりましたもうこっちでやりますというような感じです。

***医師とおっしゃるのは院長先生が、組織としてやってほしいという理解でよろしいのでしょうか。個々の医師が、もうこれ技師さんにやってもらいたいなどと話すことから発展するのでしょうか。**

→個々の医師からということが当院では多いと思います。

***そうすると受ける職種は、何かしらご不満ですとか、仕方ないねという感じで対応されているのでしょうか。**

→そうですね。ただ、タスクシフトの話になった時に、経緯としては一医師からの希望を発端に進んだ場合であっても、やはり最終的に業務を移す際には、きちんと理由付けをして、目的、法的にも問題ないこと、その業務が増えることによる体制、例えば5人しかいない職種であれば、6人体制にしますからねなど、そのようなかたちに持っていくことによって不満を和らげるようにしています。

***その辺りは事務部長が色々調整されて全体最適図られてる感じですかね。**

→はい、やはりそこを目指さないとですね。医師だけを優先させるのは、今はやはり医療もチームワーク、チーム医療になっていますので、以前は例えば医師が殿様で医師のいうことだけを聞いていけばよかったという風潮は、やはりもうこれからどんどん淘汰されて、そういう病院は生き残れないと思ってますので、私も非常に気を使うところではあります。

***タスクを受ける方々の人事的な何か処遇はありますか。**

→業務を増やしたから増えたからと言って、それでプラスアルファでマージンをとということは今まで実際にはなかったんですけども、ただその先ほどのとおり、人を増やすことによって一人当たりの負担を減らすという、例えば以前は業務が追いつかなくて残業があったような職種を、人数を増やすかわりにきちんと定時で帰れるようにというような、ワークライフバランスを確保できる処置を取りましょうといったことはありましたね。

問2 問1でお答えいただいた業務のうち、“教育研修の負荷が大きい”ことが、シフトが進まない理由の一つとなっている業務について詳細を教えてください。

- タスクシフトに直接関係する研修は行っておらず、OJTで進めている。
- 当院（当グループ）の強みとしては、各病院、事業所に専門性を持った看護師やエキスパートがいるため、内部講師として講義をお願いしたり、外部からも招聘したりする。研修は充実したグループである。
- 多くの研修や学会は動画で視聴や参加できるようになっており、今のところ必要な研修に地理的条件などで参加できないといったようなことはない。
- コロナ禍により動画セミナーが増えたこともあり、研修費や交通費は節約できている。

*** タスクシフトする際に必要な訓練、研修が生じる場合もあるかと思うのですが、そのような場合は医師が講師を務めたりして比較的スムーズに研修を行えていますでしょうか。**

→逆にそのような研修が必要なところは今のところ当院ではあまりなく、OJTで進められています。その医師事務作業補助者ですよ。こちらに関しては資格を取る段階で、ある程度の勉強はされていますし、あとは医療機関によってやはり色々やり方がありますので、そこはOJTが中心になります。

*** 結構あれですよ、法人様で研修充実されてらっしゃるなどホームページで拝見したんですけども。特にリハはかなり研修会を多くされるようですけども。講師は院内の方が務めるケースが多いのでしょうか。**

→当院の強みとしてはですね、やはりグループ病院や事業所がありますので、どこかの事業所に、それこそ研修内容の専門の例えば看護師やエキスパートの方がいらっしゃれば、その職員を内部講師として、やることは非常に多いです。それ以外でも、院外の講師、時には県外から招いて研修をすることもコロナ禍前はよくありました。研修には非常にグループとして力を入れてます。

*** 看護ですと特に外部の看護協会の研修が多かったりするかと思うんですけども、地域によっては近くで受講できなかつたりする場合があります。ある病院のインタビューで、診療報酬の算定に必要な研修会を受けるのに1年待ったといった事例がありました。こちらは県庁所在地に近いというのあって、特に不便に感じられたことはないでしょうか。**

→そうですね、研修自体で困るようなことはあまりありません。コロナ禍で研修自体も動画で受けられるようになりました。これまでは年1回東京でしかありませんよといったこともあり、実際に医師に学会などで実際に行ってもらったりしていました。なので、それで困ったっていうのは私の経験上では今まではないですね。

*** 元々困ってはなかったうえに、さらに医師も学会参加をオンラインで済ませられるようになったという感じですかね。**

→参加しやすくなりました。

*** 研修費や旅費は減りましたか。**

→そうですね、やはり研修費に関してはコロナ禍になってからだいぶ減りました。ただ一方、収入自体も減っていますから、そこはもう経費が減るということは非常に良かったかなと思います。

問3 問1でお答えいただいた業務のうち、“経営上の負荷が大きい”ことが、シフトが進まない理由の一つとなっている業務について詳細を教えてください。

問4 タスクシフトに関連して、教育研修・経営上の負荷に伴って、どのような対応策が考えられるか教えてください。

- 医師がカルテに記入する時間について、これを音声入力にして自動的にカルテに転送等出来るようになれば良いが、費用面からはかなり難しいと考えている。ここが効率化できれば医師にはさらに余裕ができると思う。
- 勤怠管理としては、医師の院外での勤務時間の把握を開始している。医師の自己申告にもとづきやんわりといか把握できていない。

*** タスクシフトに関連して院外からの必要なサポートについて、お尋ねできればと思います。以前お聞きしたところだと、勤怠管理システムを入れるのが結構大変なので、そういうところに国の補助があったらいいといったご意見もありました。**

→もちろん、今もそういう機能はあるとは思いますが、例えば医師がカルテを書く時間はどうしても必要になってくるわけで、そこを音声認識で自動的にカルテに転用、転送、引用されるような仕組みが確かあると思うのですが、やはり導入費用がかかってきますので、医師はまたさらに時間に余裕ができるのかなと思ったりしますね。

*** 音声認識は、話し方をきちんとしないと拾ってくれなかったりするみたいですね、まだ今の段階では。**

→そうなんです、そうすると結局その音声認識が正しいのかをダブルチェックしないといけなわけで、そうすると、その時間が短縮するのかもしれないけど今以上に時間がかかってしまうかもしれないという心配はありますよね。

*** 勤怠管理はどのようにされてらっしゃるのでしょうか。**

→来年、再来年から医師の残業規制の厳格適用される見込みですので、それこそ今月から試行的に医師にもタイムカードを導入して、実際の勤務時間がどの程度あるのかを把握をし始めた状況です。

*** 紙のタイムカードでしょうか。**

→SuicaのようなICカードを出勤時、退勤時にピッとやっていただくかたちです。

*** 病院にいる時間を把握できるということですよ。**

→そうです。出勤して院内にいる時間っていうのがそれで把握できますね。

*** 医師の勉強時間と勤務時間の区別は考えてらっしゃいますか。**

→基本的に当院はですね、医師が定時になったらさっさ帰るので、病院に残って自己研鑽する医師は誰ひとりおりませんので大丈夫だと思います。

*** むしろ、もし外でバイトされてらっしゃったらその時間の把握と管理ということですかね。**

→そうですね、そちらが大きな課題で、医師が他の医療機関でアルバイトしていることはやんわりとは把握しているのですが、具体的な勤務先や勤務時間はどの管理もしていません。あくまで自己申告です。先生自身が言ってこなければ私どもとしては、バイトはしてませんということになると思うのですが。ただ実際、バイトをしていると言ってきた場合には、その時間も含めて、あとは相手先の医療機関さんが当直許可をもらっているのか、それによっても管理が変わってくると思いますので、この1～2年の非常に大きな問題だなと思っています。

タスクシフトに関するインタビュー要旨（C病院）

日時	2023年1月13日 13:00～14:00
病院概要	地域：関東 開設者：医療法人 病床規模・種類：500床規模、一般
対象者	法人事務局事務局長、病院事務長、クリニック事務長
インタビュアー	一橋大学大学院経営管理研究科 荒井 耕 教授 金沢大学 人間社会研究域 経済学経営学系 阪口 博政 准教授 株式会社川原経営総合センター 担当者2名

問1 貴院／貴部署における業務のうち、医師のタスクシフトに関連して、シフトを実施した／検討した業務について教えてください。（最終ページ業務一覧）

- 医師の残業時間は問題になっていないものの、外来が忙しく12:30に終了するところ13時過ぎになることが常態化している。医師からは、患者一人にかかる時間をもっと取りたいなどの要望は上がってきている。ただ、医師の残業時間が発生していないので、病院として切迫感があるわけではない。
- 具体的には、インフルエンザなどの予防接種、コロナワクチン接種なども医師が行っている。
- 一方、看護師側はタスクシフトには積極的ではない。業務量によって人員を規定しているので、これ以上業務を増やしてほしくないという反発がある。

→できているのが、A3、A4、C5、D1、D4、G1、それ以外はできていないか、該当なしです。もともとその職種がやっているというものが多いです。

*** この中でシフトした業務はありますか。**

→シフトしたというのはあまりないですね。

*** できていない、もしくは該当なしとおっしゃいましたが、やろうと思ったができていない業務があれば教えていただけますか。**

→当院の業務がはっきり分かれてしまっているんです。これは医師、これは看護師と別れていて、医師の負担がなかなか減らせていないです。これはいずれ看護師がやっという風にはあまり現状になっていない。（看護師側も）これは医師がやることでしょと分かれてしまっている。看護師が不足しているというのもあるのですが。

*** 医師の負担は減らしたいと考えていらっしゃるのでしょうか。**

→そうですね。あえて言えば、事務の部分、J1ですか。医師事務作業補助の研修に行った事務職もいますし、その部分を事務の方で補助できればなど感じでは動いています。

*** 医師の業務負荷とおっしゃるのは、例えば残業時間はいかがでしょうか。**

→残業まではそれほどなっていない。日中の業務の多さはありますね。なので、外来が忙しくて、外来を少し外してもらいたい、フリーな時間を作ってもらいたいと医師からの要望が来ている。

*** 理想的には、看護師にシフトしたい事情があるが、歴史的に業務が分かれていて進めにくい状況でしょうか。**

→そうですね。

*** 看護師から反発があるのでしょうか。**

→反発に近いものはあります。これ以上業務を増やさないと、あまり柔軟ではないです。

*** タスクシフトの方針は、院内でどのようなご議論をされて決定されているのでしょうか。**

→その都度、ここまでは医師、看護師と月に1回程度病院の会議で話題には出ます。ただ、実際には思うように進まない状況です。

*** それはほかの職種からの抵抗感でしょうか。**

→改めて医師からのタスクシフトをメインにした会議をしたことがないので、また改めてしてみようかなとは思っています。

*** 今のところ月1回の病院の会議に議題になっているということでしょうか。**

→世の中として医師の業務をシフトするようになってきているんだよという理解も全体的に乏しいです。これは医師がやることという昔からの固定観念が強くて移行が難しいです。

*** 今後の見通しはいかがでしょうか。**

→見通しはありますが、看護師なり人を増員していかないと受け入れてもらうのは難しいと思います。

*** 事務局からご覧になって、メンタリティとしての反発だけでなく、実際に人員が足りていないというご理解でしょうか。**

→実際の人員基準的には余裕があると思っはいますが、カルテも電子化されていないですし、現場の看護師さんたちには日々の業務が多く感じているのでしょうね。決して、経営的に人が少ないとは思っていません。なので、徐々に一つずつオセロのように黒を白にしていくような形でもっていきしかないです。

*** 医師の側からは、移管したい業務を言ってきますか。**

→それはもう日々あります。これは看護師さんにやってもらいたいと。予防接種ひとつとっても、インフルエンザもコロナワクチンも一般の予防接種も医師がやっているんですね。これはもう少し看護師に移行してもらえると、もう少し医師が患者数も多く診られるのではないかと思います。

*** 今回の調査の前提としては医師の労働時間が超過しているという大前提があるので、そういう病院ですと、トップのリーダーシップのもとにタスクシフトを進めると思うのですが、今聞いたところだと、現場の医師としての希望はあるのだけど、トップ層として自らリーダーシップをとって積極的に推進するという段階にはなっていない。その背景として、医師の超過勤務時間の問題は無いという前提があると思うのですが、その理解で良いでしょうか。**

→そうですね。そこまではなっていない。

*** 現場の声があり、進めたいと思っているが進んでいないというのが概況でしょうか。**

→そうですね。

*** 看護師の残業はどのくらいでしょうか。**

→外来ですと月10時間、病棟は月2～3時間。なのでそこまで多い状況ではないです。

*** 業務量的にはどうにもならないという感じではないのですね。医師が残業しているわけではなく、こなせているという状況の中で、その中で医師から看護師に業務を動かしたいというのは何か理由はあるのでしょうか。**

→外来が忙しくて、患者をさばくようになってしまっている。本来12:30で終わりなのですが、1時になったり、1時過ぎになったりするので、一人ひとりの患者にもう少し時間をかけたいと

いう医師の意向があります。

問2 問1でお答えいただいた業務のうち、“教育研修の負荷が大きい”ことが、シフトが進まない理由の一つとなっている業務について詳細を教えてください。

- タスクシフトのための特段の教育研修は行っていない。
- 人数が少ない職種の研修参加は、日常業務に支障を来すことになるが、臨床工学技士は個人的なツテによって穴埋めできるようになっている。

*** 職員からこういった研修を受けたいという声が出ることはありますか。**

→日々の業務が目まぐるしい状況なので、なかなか研修に行きたいというモチベーションにはなっていないと思います。

*** 人数が少ない職種の職員の職歴はいかがでしょうか。**

→浅い方が多いです。薬剤師は1年名、放射線技師は長いのですが定年で再雇用の方です。臨床工学技士はまだ若くてばりばり勉強したいという方ではあるのですが。

*** 研修を支援する制度や規定はありますか。**

→希望があれば積極的に、透析の技師さんは外部研修の機会は多少ありますけども、希望があれば積極的に進めてはおります。

*** 人材の採用面は状況いかがでしょうか。**

→採用面ではそれほど困ってはいないです。

*** 医師はどちらからいらっしゃっていますでしょうか。**

→紹介会社経由が多いです。かなり勤続が長い医師が多いです。ほかの職種もそうです。看護師もあまり退職はないです。

*** 定着している理由は何でしょうか。**

→それほど残業もなく、自分の時間が取れるというところが多いです。あまり積極的な先進医療をやっている訳ではないので、勉強したいという人よりも、自分の時間を取りたい人が長く続いている状況です。

*** 人数が少ない職種があると思うのですが、こうした方々が研修に行かれる場合は、病院の業務の兼ね合いはどうなっているのか教えてください。休みの日に行ってもらっているのか、有休にして残った人でまわしているなど。**

→行きやすさはそれほどないと思うのですが、臨床工学技士などはツテで知り合いの技師がいるもので、休みをあらかじめ入れておけば、その方に頼んで穴埋めして、研修や学会に行くことはできます。

*** あらかじめ分かっているのであれば、穴埋めは想定できるので病院としてはそれで良しとしているということですね。ちなみに、臨床工学技士が行かれている研修は、出張扱いですか。有休扱いでしょうか。**

→出張扱いです。

問3 問1でお答えいただいた業務のうち、“経営上の負荷が大きい”ことが、シフトが進まない理由の一つとなっている業務について詳細を教えてください。

- 現状ではタスクシフトを進める状況になっていないが、仮に進んだ場合の処遇の考え方については、仕事が増えるごとに手当をつけるということは考えにくい。業務量が増えれば、その分人員を追加採用する対応になると思う。現在当院で支給しているオペ室での看護師の立ち合いに対する危険手当のようにリスクがあると認識できるものについては、手当での対応も考え得る。
- 人ありきで考えることが多いので、例えば人員増と業務効率化との抱き合わせでタスクシフトを進めれば受け入れてもらえる可能性はある。
- 当院の場合、物理的な建物の構造の問題がある。調剤室は2名が勤務できる広さがなく、1名の状態が10数年続いている。

***タスクシフトを進めるとして、あえて言いますと、医師がワクチン接種などに時間を取られていることで、それを看護師にやっていただければ、医師にもっと付加価値の高い仕事をしてもらえるといえますでしょうか。**

→はい。診察自体に時間をかけてもらえれば、例えば定期的な検査を入れるなど、ゆっくり診察に時間をかけさせてあげたいなというのはあります。そうしないと、例えばレントゲンの指示出すにしても、もう一度レントゲンを撮ってから診察したりするので、検査もなかなか出してもらえないという状況もあるので、本来であれば看護師ができることは看護師にやってもらいたいなという区分けをもうちょっと協力しあっていければいいなと思っている。

***移管先の職種の人員確保や手当をつけるなど、そういった問題がある病院が多いのですが、今後タスクシフトを進めるにあたって障害になりそうでしょうか。**

→仕事ひとつ増えるごとに都度手当増やすときりがないので、例えばですけど、コロナの検査を医師がするのか、看護師がするのかというとき、看護師が検査したら一回いくら、発熱外来ひとりみたら一回いくらとやっている、当法人の医療機関もあります。全部が全部このようにはやりきれないので、仕事を増やして追い付かなくなれば、人を増やすという対応が現実的に考えられるところですよ。

***もし看護師にタスクシフトをすることで、時間的な問題だけではなくて、いままで医師がやっていた業務を看護師が行うことで、リスクが増すと看護師が感じることはありますよね。よりリスクが高いことを任せられるのだから、手当はないのかといわれる可能性もありますが、どうお考えでしょうか。**

→当院で出している一つの例として、オペ室に入ってレントゲンを撮ったりするときに立ち会ってもらったときに、看護師に危険手当を出している時間帯もあります。そういうリスクに関しては、常識の範囲内で対応しています。

***そういう意味ではタスクシフトの種類によっては、リスクを想定した手当のようなものがあるということですね。**

→そうですね。

***今後タスクシフトを進めていく上では、仕事が増えたということだけでは手当は難しく、どちらかといえば人員増で対応するという方向性ですね。**

→業務の内容によるとは思います。例えば今少し看護師さんに聞いてみたところ、A5に書いてあるカテーテルの留置や抜去は、男性患者について女性看護師がやりにくいと。当院では医師がやっていますが、そういう男性、女性という問題もあるみたいですね。

***ほかの医療機関でもそういった問題があるのでしょうか。**

→クリニックでは、同じように男性のカテーテルは看護師から医師にやってもらってくださいということがほとんどです。女性の患者さんであれば、対応しますと言われます。技術力の問題なのか、そういう業界なのか分からないのですけれども。

***地域に密着した中小病院で、一人ひとりの職種が少ないと、色々進めにくいところがあるのでしょうか。一方で、人数が少ないがゆえに男女とか言うてはいられなくて、多能工化しないと回らないという問題もあると思うので、難しいですね。**

***先ほど業務を移管して手当とするよりは、業務が増えたことにより人を増やす方向ということですが、採用したらそれほど困る状況ではないということでしょうか。募集すればそれなりに埋まるということでしょうか。**

→そうですね、そこまで困っていないというか。お金かかっても紹介業者の紹介でなんとか採用できます。

***地方だとそもそも対象となる職種の人が地元にあまりいなくて大変だと伺ったことがあったのですが、少し事情が違うことが分かりました。もう一つ、看護師がシフトされることに抵抗感を持っていて固定的な考えをもっていて仕事を受けとめている状況は理解できたのですが、実際にタスクシフトを進められると、その段階で話が留まっているのか、あるいはこれを糸口にして自分たちの業務が増えたり、リスクが高まったりすることを恐れているという、ほかのことを懸念していることありますでしょうか。**

→業務が増えるということは、今やっている業務の中で、事故のリスクが高まるとのことで不安に思うことはあるので、人を入れてほしいということになると思います。仕事量にあわせて人数を決めていますので、今いる看護師さん、ほかの職種もそうですが、仕事を増やすのであれば人を入れないと時間を増やすか何かをしないと回らなくなってしまうという現状があります。

***仮に、人を増やしますよ、だから業務を移しますということでしたら受け入れてもらえる可能性は高くなるのでしょうか。**

→そうですね、可能性はあると思います。人ありきなところだと思います。

***薬剤師の1年目というのは、新卒でしょうか。**

→当院での1年目です。ご経験はある方です。他院でやっている業務もあるので、ある程度経験値があるので、できなくはないのですが、薬剤師一人での業務で替えがきかないので、なかなか仕事量増やして、仮にお休みなられ場合まわらなくなってしまう、医師にしわ寄せがいつてしまうので。

***なるほど、タスクシフトしても、仮にこの方が休まれたりすると医師に戻さなければならなくなる。**

→そうですね。

***薬剤師二人目を雇うこと自体は地域的には困難ではないと思うのですが、経営的な観点から二人目は厳しいのでしょうか。それとも薬剤師獲得競争で採用し難いのでしょうか。**

→物理的に調剤室が狭くて、二人いるスペースも確保できない状況でいま一人になっています。その方が休まれるときは医師に代わりにやってもらっています。

***物理的な問題があるんですね。将来的にも仕方ないもののでしょうか。薬剤師を増やして薬剤師へのタスクシフトすることはあまり考えられない感じですかね。**

→薬剤師は薬の監査も考えると、二人体制にしたいという希望はずっとあるのですが、物理的な

制限も大きく10数年一人体制でやっています。

*** 新たな雇用をしようと思っていないので、いざしようと思ったら簡単かどうかはよく分からないというところですかね。**

*** 結構物理的な問題は大きいですか。業務を分担したり移管したりするときに。**

→一人職種はそういうところあります。薬剤師、レントゲン技師、栄養士などですかね。居場所の問題というか、なかなか作れなくて。

*** 例えばICTを活用することで解決しそうな職種はありますか。**

→いま調剤のシステムを新しくリニューアルをするのですが、10年以上使っているシステムなので、新しくなるので多少業務改善ができるのではと思っています。リスクを減らすために違う仕事が増えたり、新しい機能がついてたりして、それに由来して新しい仕事が増えることもあるので、一概にシステム導入により楽になるかというのは分からないところではある。リスクがなくなるということは、コンピュータが自動でチェックしてくれるので、助かると思います。

*** 電子カルテを導入していない理由は何でしょうか。**

→財政的な問題が一番ですかね。システムを連携しなければいけないので、例えば栄養面など全部連携しないと意味がなくなってしまうので、だいぶコストがかかってしまいます。入院は全部紙カルテで管理しています。外来は電子カルテを入れています。オペ室や眼科を一部紙でやっていたり、部分部分で電子化できていなかったりします。

*** 外来で問題なかったということは、電子カルテを入れること自体には抵抗感はないということでしょうか。そういうのを触るのは嫌だという人がいたりすると思うのですけれども。コストの面で進んでいないだけという感じでしょうか。**

→一部の職員に電子化されるのが苦手という方はいますが、比較的電子化に賛成する声が多いです。

*** 省力化される局面とうまく結びつけられれば、それとあわせてタスクシフトを受けれてもらえる余地もあるかもしれない。**

→そうですね。

*** 電子カルテを入れるとしたら、どのくらいかかるのでしょうか。**

→4~5千万はかかると思います。

*** やっぱり1床100万円くらいですかね。最近下がってきているとも言われますが。**

→200床でも、50床でも同じくらいかかるのではないかと思う。結局そんなに変わらないのではないのでしょうか。連携が、違う会社のシステム同士が繋がる場所にすごくお金がかかる。物理的コスト、パソコンなどには、それほどかからないです。

*** しかも多くの場合、導入後の2年ごとの改定の度にコストがかかっていくのですよね。法人さんの経済規模はどのくらいでしょうか。**

→20億円です。

*** そうすると、厳しいですよね。2~3%の利益としても、4~5千万ですよね。1年分が飛んでしまいますよね。となると厳しいですよね。**

問4 タスクシフトに関連して、教育研修・経営上の負荷に伴って、どのような対応策が考えられるか教えてください。

- 外来の電子カルテ導入時には、導入費用のうち半額を補助金で賄うことができた。そういったサポートがあれば、IT化は進むと思う。
- タスクシフトについて、都道府県や医師会の説明会などがあれば、院内に情報提供はしやすい。

*** 業務が効率化して余裕ができればタスクシフトが進む可能性がある状況と思います。仮に院外からサポートを受けられるとすると何かありますでしょうか。**

→外来の電子カルテを入れた時も都道府県の補助金を活用しました。トータル2,500万円のうち半分を都の補助金で賄えました。金銭的なサポートがあればIT化は進んでいくと思うのですけれども。

*** そのほかには何かありますでしょうか。**

→全体的に外部研修を受ける機会が少ないので、もう少し管理部だけではなくて、現場の看護師さんたちにも世の中の流れがこうなっていると情報を与えていく必要があると思っています。どういう風にすれば情報を取りに行けるかは分からないですが、待っているだけでは難しいです。

*** 事務局主催で行うと参加してくれるでしょうか。**

→真新しいのであれば聞いてくれることはあると思う。都道府県なり、医師会なりがタスクシフトの研修をやってくれば、参加させる機会にはなると思います。

*** 先ほど少人数の職種の教育研修に行かせるのが難しいというお話しでしたが、法人内の施設間で人員融通されたことはありますでしょうか。**

→お互い結構パツパツなので、借りたいときに借りれないという状況にはあります。

*** そうすると先ほどおっしゃった各職種の個別のネットワークを活用して人呼んで来てというほうがやりやすいというところですかね。**

→そうですね。あとは我慢してそこを制限してやらないか。もし技師さんがいなければエコーを止めて検査を止めてしまうとか。そういう状況ですかね。

タスクシフトに関するインタビュー要旨（D病院）

日時	2023年3月15日10:00～11:00
病院概要	地域：近畿 開設者：医療法人 病床規模・種類：300床規模、一般
対象者	事務部部长
インタビュアー	一橋大学大学院経営管理研究科 荒井 耕 教授 金沢大学 人間社会研究域 経済学経営学系 阪口 博政 准教授 株式会社川原経営総合センター 担当者1名

問1 貴院／貴部署における業務のうち、医師のタスクシフトに関連して、シフトを実施した／検討した業務について教えてください。（最終ページ業務一覧）

- 当院ではタスクシフトできる業務は以前より行われており、リハビリテーション病院ゆえに手術や全身管理の必要性はないため、関連した業務は非該当となる。また、入院患者が急変した場合は急性期病院に転院させるため、当院での非該当業務を緊急で対応することもごくまれであり、あったとしても医師が対応可能である。
- 医師の残業はほぼない。リハビリテーション病院では急性期病院に比べて治療のバリエーションがそれほどなく、チーム医療がベースなので、医師の業務とそれ以外という役割分担が割と明確になっている。医師も自分のペースで仕事している。
- 病院としても医師からのタスクシフトはそれほど経営課題としては認識されていない。むしろ、医師以外の職種に欠員が出た時が課題である。
- クラスタ発生時に看護師が出勤できなくなった際に、一時的にセラピストが夜勤に入ったことはあったがあくまで緊急措置であった。セラピストの施術の単位時間が収益源なので、セラピストを他の職種の支援に入らせるときは経営的にどうか判断することになる。
- 看護師も恒常的に不足しているが、看護補助者や介護職の確保がより困難な状況である。本来看護補助者にシフトできる業務を看護師が（より高い人件費をもってして）対応している。法人全体の苦肉の策として、一定の年齢の役職についていない事務職員から希望者を募り看護補助者に転換する制度が来年始まる予定である。
- 職種や人材によって退職する理由が異なる。大規模法人で安定性を求める人材もいれば、むしろ業務改善活動などを負担に感じてもう少し自由な立場で仕事をしたいという者もいる。例えば新規オープンする事業所で雇われ店長のような形で転職する者もいた。セラピストの例では、回りへの機能では満足できなくなり（患者を在宅復帰させる必要があるため）、訪問リハなど在宅系の事業所に転職する者もいる。

* 事前にタスクシフトが済んでいるということと、かつもうだいぶ前に済んでいるのでビフォーアフターの比較がなかなか難しいと事前に仰っていたと記憶しているんですけども、まず業務一覧の該当、非該当を伺えますでしょうか？

→看護師からですが、A 2は救急をやっておりませんので、シチュエーション的にありません。A 3も基本発生しなくて造影検査はやっていないので、ほぼ、全くないわけではないんですけどもそもそも絶対数が少ないです。A 4はやっています。A 5もないわけではないのですが、基本回復期の病院に入れる段階で、カテーテル系の治療は脱した方に来ていただいているので、基本的にはないという方が正しいかなと思っています。助産は該当がありません。薬剤師です。C 1は周術期のサポートはシチュエーション的にないので、非該当です。C 2からC 5はやっております。放射線技師です。D 1はやっております。D 2は非該当です。D 3とD 4はやっております。臨床検査技師です。検査技師は1名のみです。E 1は発生しないので非該当がないです。E 2の輸血が発生しないことはないのですが、これもほぼ発生しないので、あればフォローはできるのですけれども、△かなというところ。急性期病院で勤務しての方がだいたいこちらに来られるので、対応してくださいといえればできる素地はあります。ただ発生はほぼない状況です。E 3も発生がほぼないので、なしですが技術としてはできますというお返事です。臨床工学技士は当院にはいなくて、機械のメンテナンスが必要な時は隣の急性期病院から臨床工学技士に定期的に来てもらってチェックしてくれます。日常的にタスクシフトが発生する場面はリハ病院の方ではありません。セラピストのG 1、H 1、I 1は該当ありです。最後の医師事務もオッケーです、○です。

***このJ 1のかっこの中にかくさん書いてありますけど、手術はともかくとして、ここに書いてあるものもだいたいすべてされているという理解でよろしいでしょうか？**

→そうですね、急性期病院より密度が低いですが、でき得ることはさせてもらっています。

***場合によっては起こるものがあるというお話でした。紹介元の病院からの、患者さんの送り方によって発生するというのでしょうか？例えばあればフォローできるE 2ですかね。**

→輸血ですね。どうでしょう、積極的に輸血が必要な状態で受けているかということ、やはり状態が安定してから受けるのが基本なので、ご入院中に致し方なくというシチュエーションですかね。年間1、2例あるかないかです。(ごくまれな)はい、そうです。

***そういうことが起きたら臨床工学技士と同じように病院に人材豊富にいらっしゃるかと思うので、そういったところにヘルプが頼める状況ですか？**

→ただ、年間1、2例の話ですので、個別にドクターがされて何か負荷になるかということ、そういうことではないので、ドクターの方で完結するのが一般的かなと思います。なぜなら技師が1人しかいないですし、わざわざ隣から応援を呼ぶことでもないところかな。

***経常的に必要なら転院するんですよね？**

→はい。やはり全身管理の対応には限界があります。ここで持ちこたえられない場合はグループ内の急性期病院か、ご紹介元の急性期病院にもう一度紹介して、そこでまた急性期治療をしていただくこととなります。

***ちなみに臨床工学技士は、グループ内病院から柔軟に往来しているのですか？実態としては建物が繋がっている、通路で。いくらでも雨など関係なしに移動できるわけで、どのくらい柔軟にしているのか、そもそもやることは許されていますか？病院、施設が違うときに。**

→細かいことを言い始めるとなんと申しますか、例えば給与の振り替えが必要なぐらいの密度感でこちらが拘束してることでもなく、臨床工学技士が1日の流れの中で、機器のチェックをするというのが日常に組み込まれている延長で、こちらも来てもらってポイントポイントを見

てもらおう。べったりやってもらっているわけではなく、ちょっとこちらで機器が故障したときに臨工さんで直せるレベルだったら直してもらっています。そういったことを融通利かせながらやっていただいていることで、例えば専従要件や専任要件にまで波及するような働きぶりではまったくありません。そのあたりは法人内の中でやっているという理解になるかと思います。

***年に1回あるかどうかということなので、大きな問題ではないですね。**

→そうですね。

***給与の振り替えが起こる業務のやりくりには例えばどういうものがあるのでしょうか？**

→当院に関してはないのですが、例えばグループでクリニックがあります。そこで例えばエコーの検査がしたい、セラピストに来てもらってセラピーしたいというときに、クリニックではそれほど人材を抱えられないので、病院から週1回2時間、応援に来てほしいというのはやっています。当院も技師2名しかいないなかでも週1回、1、2時間エコーの検査をしにクリニックに派遣してまして、その場合は元の財布は一緒なんですけど、給与の振り替えをしています。

***ドクターの残業時間はありますか？**

→ほぼないとお考えいただいて大丈夫です。

***その他の職種も基本的に、どれかの職種に偏って忙しいこともない感じですか？**

→そうですね、傾向としてセラピストの記録は結構多いので、1日の中でできるだけさせていますし、セラピストに対して事務職も付けてますけども、若干そこはあるのかなと思います。

***もう一つは、採用の話を知りたいのですけれども、ほかの病院でお話を聞いてみますと、そもそもタスクシフト先の職種が採用できないということで、特に薬剤師がなかなか採れないという声が多かった。グループでも採用されてらっしゃるので比較的潤沢に採用できているのかなと想像するのですけれども、看護師、薬剤師の採用状況はいかがでしょうか？**

→新卒採用は法人として一括で採用をしていますが、定員割れすることは昨今珍しくなくなっております。実態として、期中の退職も当然ありますので、その場合は各施設単位で中途採用してまして、必ずしも順調ではないですね、結構ぎりぎりです。

***新卒採用はグループとして採用活動をしていて、欠員時などの中途採用に関しては各施設ということでしょうか。**

→はい。中途採用時に複数の施設が同時期に応募することもありますので、その時は協力して中途採用のフェアなどに出ることはあります。

***リハビリ病院様として特に採用に困ってらっしゃる職種はありますか？**

→そうですね、慢性的に看護師です。看護学校はもちろんあるのですけれども、やはりどこも取り合いになってまして、うちも潤沢ではないですね。常に現員が定員割れしている状態です。ぎりぎり施設基準には抵触しないところでなんとかこらえています。薬剤師は、もう苦勞しますね。やはり調剤の方に流れていってる傾向がありますね。

***ドラッグストアなどに流れていくときに給与差がかなり大きいという話を伺うことがあるのですが、こちらでも同じでしょうか？**

→そうですね、同じですね。生涯の獲得賃金で考えていただいたら差は出ると思うのですけれども、みなさんやはり目の前の初任給にわーってインパクトが大きいと思いますので。

***最近、医療界に限らず初任給を上げる報道がすごく新聞で出てきていて、おそらく部長がおっしゃった通り生涯賃金で見れば分からないと思ったりするんですけども、インパクトが大きいですよ。**

→あとは、見えにくい福利厚生の部分など差はあると思うのですが、なので私たちも見せ方をもっと工夫しないといけないと思っています。あとは放射線技師はですね、基本は法人で採ります。多くの人材がまず急性期に配属され、そこから順番にローテーションで回ってくるイメージなので、新卒でいきなりリハビリテーション病院に入ることは少ないです。セラピストに関してはリハビリテーション病院では当然ながら最大人口になっていますので、ここからほかの施設に皆さん出ていくパターンが多いのですが、それ以外はだいたい急性期でトレーニング積んで、ローテで回ってこられるので、体系としては急性期でやっていたような技術、スキルがベースにあってきてもらえるところは安心感としてはあります。

***キャリアパスは法人として持ってらっしゃるのでしょうか？**

→一番しっかりしているのが看護師です。ラダーがあるので、それでやってらっしゃいます。薬剤師はがちがちのものはないのかなというところですが、法人横断的な協議会があり中で一応大きくは見てらっしゃる感じです。管理職以外はあまり動くことはない印象があります。放射線技師は同じく法人横断的な協議会で、昨年、一昨年あたりからキャリアパスの構築をされていて、どういうスペシャリストの道を進みたいのかをやってらっしゃいます。検査技師はそこまでキャリアパスまでにはなっていないと思うのですが、専門性を全体的に上げていけるようにという目線で協議会の活動はされてらっしゃいます。臨工さんはですね、大きくオペをやりたい方と、透析を持ってますので法人の中で、透析でやっていきたいと大きく二分されるような職種になっていて、混ぜるのか、それぞれなのかの議論はまだされてない認識でおります。協議会も立ち上がっていないはずですよ。

***臨床工学技士は、オペの道か透析の道か分かれる職種というイメージなのでしょうか？**

→そうですね、臨工さんにお聞きするとその話はよく聞きますし、最初に配属されたところに規定されてしまうのかなと思いますが、透析もどこでもあるわけではないですし。急性期でオペ室というシチュエーションだったらそこという人もいますし、透析ではかなり役割としては大きいので、透析を極めたいという方もおられますし。

***医師以外の各職種は、グループ全体で異動しますか？地区内で異動する感じですか？**

→おっしゃるように2つのやり方がありまして、エリア内で回すこともありましたが、協議会走らせている職種は基本的には全事業所で、あまり密度感がぼこぼこしないように目を光らせてもらっていますので、そこが全体のローテーションをうまく管理できているところでもあります。セラピストは典型的にその職種ですね。中央管理がしっかりしています。

***感覚として、医師はどこにでも移動していく意識が高いと思いますけど、他の人たちは、A地域にいた人が急にB地域と言われたら嫌がる人も多いと思いますよね。**

→そうですね、A地域とB地域方面ですと、いくら通えるとしても遠い人は遠いので、そこまで無理はさせないです。転居を伴うことまでは強制していませんが、管理職は無理をお願いすることはあり得るかもしれないですけど、一般職の方はご本人の通える範囲での調整になっています。

***協議会はどういう形のものでしょうか？本部に属している？本部の下にあるのでしょうか？**

→本部がその上位概念というのは違うのですが、事務局を本部が持ってくれているという形です。あくまでも主体的に各職種がやっていて、リーダーはその職種の大体部長職、部長職があるところとないところとあるんですけれども、そこがやっていますね。大体話題が人材育成、採用。あとは学術活動、スキルアップをテーマに活動されています。

*** 協議会は職種ごとに全地区合同でやっている？A地域の協議会ではない？**

→おっしゃるとおりです。

*** 医師事務作業員について、急性期病院でのお話では、キャリアパスがまだ業界としてもしっかりしたものがないと問題意識をお持ちで、特に経験のある方の取り合いとかになることを今後危惧されている病院がありました。J1の職種のキャリアパスですとかそのようなものを法人内でどんな議論をされていらっしゃいますでしょうか？**

→現状、施設単位になってしまっています。歴史的に早くからやっていたのが急性期病院のA病院で、あと2つ急性期病院がありますが、そこがA病院のパターンをもらいながら展開している。必ずしも先生のご希望が合致しないところもあったりしますので、同じように展開できるかという先生のご希望に応じてアレンジをするところがありまして、個性はあるんだろうなと思っています。

*** 付いたドクターによって仕事の内容や範囲がだいぶ変わる感じですか？**

→変わり得ると思います。標準は作っておいて、スペシャルなことを求められることがあるのですが、そこはやはり安全性の判断も入ってきますので、医師事務の中でもベテランの方と先生とで、まずは構築して安全にと言うのでしょうか、横展開できるなと思ったらやりますけども。人についてしまうところはありまして、維持していけるのか、となると不安だなと思うところはあります。スペシャルを突き詰めると危ないと思うので、まずはベースの標準的に経験何年くらいで到達しましょうという形が現状です。さらに、先生も結局回転してしまうので、ずっといらっしゃったらたぶん、右に上がっていくのだと思うのですが、密度感が。先生も代わるので、大体なところでは維持される形ですかね。他院から来られた先生に、こんなにやってくれるのですかということが、今は多いです。ただ、そのうちどの病院でもやり始めたらもしかしたら要望が上がっていくのかもしれないですね、ここの病院はここまでやってくれてたよと言われたら、調整することになるかもしれないです。

*** 今のところ入職されたドクターはここまでやってくれるというご感想が多いですか？**

→今のところは、それを聞くことは多いです。本当にささいなことからですけど、診察室の患者の呼び込みも自分でやってたよ、レセプトの減点や返戻の処理を比較的事務方でやりますけど、こんなのも当然自分でやってたよ。タスクシフトの議論の全然手前の部分ですね。

*** 患者さんの呼び込みとかまでドクターがされてる病院がある。**

→大学から来られた先生はセルフでしたと結構おっしゃっていました。

*** 先ほどスペシャルな要望というお話があったのですが、ご記憶がある範囲で例えばどんな要望がありましたか？**

→今はもう慣れたかもしれませんが、人工関節の置換術をする方の、自分の血を貯めておいてオペの時に使う、自己血貯血のスケジューリングを組む仕事があります。それを任されて、トレーニングを受けたとか、あとは外来化学療法のスケジュールを、一応パターンを教えてもらったうえで組むですとか、少し危険度が高いなと思いつつ入れたことはあります。

***今おっしゃったようなものを入れていくプロセスはいかがでしょう。ドクターからの発案や要望があって、どちらでご検討されるのでしょうか？**

→今のエピソードは私が急性期病院にいたときのエピソードですけども。大現場のスタッフが先生からこういうオーダーが上がって来ましたっていうのを預かってくるので、それをトレーニングしてできるものなのかとか、先ほども言いました維持継続していけるのかという観点、安全性は担保されているのかという観点を基本的にはやる方向で調整するんですけども、諸条件が満たされたら、少しお試しでやってみましょうかと始める形です。最初からできないというのはあまり言わないようにしていました。その当時の私の仕事の成果指標もタスクシフトの業務を拡充する成果目標を持っていて、それが自分の仕事だったので、当時は積極的に拡大して学会でもどんどん発表しようという形でした。

***リハビリ病院だと逆にあまりバリエーションがないような感じするんですが。**

→おっしゃるとおりです。基本の基本のところ、事務の数が多いわけではないので、1病棟1人くらいの世界なので、逆にその通常、医療事務職がやっていた仕事で1日は満了してしまう形です。そこまで積極的にドクターにこれはどうですかとお尋ねしたところでドクターからもあまり出てこないということがありました。

***それと、私の聞いてるところでは、リハビリ病院では医師が忙しくないですよ？**

→そう思います？そうですね割と、なんというんですかね、普通に時間取ってくれますし、そんなに一日バタバタされている感じはないです。先生も自分のペースで十分されてると思います。

***そういう意味では普通にしているとタスクシフトが進んでる感じにはならないかもしれないんですけど、それでも経営層としては進めていきたいということですかね？**

→リハビリテーション病院に関しては、あまりそういうことはないかなと思いますね。先生方からこれが解決できたらもっと負担が減るというのも、こちらから聞いたこともあるんですけども、あまりないということだった。リハビリテーション病院はチーム医療そのものでやっているんで、これは当然医師がすべきことなど、役割分担しているんで、それ以上でもそれ以下でもないという状態にあるかなと認識しています。なので、逆に先生以外の職種の定員が割れると、そちらが問題になります。

***リハビリテーション病院なのでリハの要員が一番たぶん急務だと思うのですけれども、そこをどうするかですよ、もし足りなくなってきたときに。**

→そうですね、はい。

***先ほどの話だと、看護師が相対的に少ないという話でしたよね？看護師の業務で看護師以外がやってもいい業務をリハがやったりすることはあり得ますか？もうありますか？**

→クラスターが発生したときに、看護師が出勤できなくなり、数が足りなくなりましたというときに、例えば清潔にする作業だったり、夜勤の人が足りないときにセラピストに代わりに入ってもらったりということがありました。看護師に対してのタスクシフトで、セラピストがやってくれたのすけど、セラピストが本来やっていたセラピーをする、単位を取ることが下がっていくので、一回、経営的にはどう判断しようかなと都度考えながら、特にこの1年はそういうことがありました。

***病院のある地区でも看護師が少ないのですね。いっぱい養成学校あると思うんですけど。**

→そうなんです、あるのですが。ほぼもちろん入ってもらおうのですが、それでも足りないですね。

*** みんなどこかの病院の系列で囲い込みされてしまうのですかね、新卒がみんな。**

→それは私共も同じで、新卒は囲い込んで。囲い込んでいるのですが、それでもこの4月からの予定していた定員は満たせていないです、法人としても。法人として満たせなかったので各施設でも中途採用を協力してやってくださいっていうの本部からのお達しがあり、少し困っています。

*** 法人としてまだ事業自体が拡大している。リハ病院もここ数年間ずっと病床も増やしてきていますね。**

→そうですね今回、昨年増やしたのは、病床を持っていた病院が病床を維持できなくなったのでクリニックに転換したときの病床を入れさせてもらった。これ以上増床しないと思います。

*** 病床を増やさなくても在院日数が短くなって回転率が高くなれば当然人を増やす必要が出てくると思うので、貴法人さんのように成長していると常時増やしていかないといけない。たぶん現状維持よりもしんどいんだと思うんですよね、確保が。**

→そうですね、おっしゃる通りです。看護師は深刻な問題で。

*** 先ほど看護師からのタスクシフトに関して、クラスターが発生したときに試行的、緊急的に行われたことは、あくまで一時的なものでしょうか？**

→そうです。

*** それによって、看護師が恒常的に欠員してる状態を、リハの方を含めることで解決しているということとは意味合いが違うということでしょうか？**

→やはりリハ病院の稼ぎ方のモデルはどれだけ単位を取るかが一つですので、直接お金を生んでくれる職種はセラピストの皆さんなので、本業は本業でやってもらいましょう。先ほどのことは、あくまでも一時的なもので、恒久的にはやらない条件のもとでやってもらいました。

*** 看護補助者に関しては資格はいらないと思うのですが、そうした方々をより雇用してシフトする話はあるのでしょうか？**

→まさしく、看護補助者がもっと潤沢にいれば大変ありがたいです。今逆に補助者の方が少なく、看護師が補助者の仕事をやっている現状があり、すごく高い人件費になっています。助手の方が集まらなくて、法人も苦肉の策ですね、役職についていない事務職である程度の年齢になった方に看護補助者に転換しませんかという制度が来年から始まるんですよ。(制度化されてるんですね) 人事の方から、介護と看護の補助的な仕事に転職をしませんかという肩たたき制度のようなものが、人事部から提案されています。

*** 看護助手が集まらないのはコロナの影響もあるんですか？病院を敬遠するというか。**

→あるかもしれないですし、やはりお給料もあるかもしれませんがね。介護はほんとにいないですね、全然。ヘルパーは集まらないです。回りハ病院ですと、おそらく看護補助者じゃなくてヘルパーを雇用して、本当に介護の知識がある方が看護助手的な仕事をする病院も結構聞きますけど、当院ではとてもじゃないですけど本業のヘルパー事業に人を確保するのだけでも精一杯です。

*** 競合する他の業種がいっぱいあることが影響するのですかね？病院よりも処遇が良い業種がいっぱいありますよね？都市部は。**

→そうですね、同じ市場で動いている人もいると思うのですが、全然もうヘルスケアの市場から出て行ってしまいう人もいらっしゃいますし。それと、自分で決めてやっていきたい人は単独の事業所、法人ではなく単独の事業所で、経営者としてやっていきたいとって形で辞められた方もいました。

*** 以前、同種のインタビューで、やっぱり集まらなくて、病院の看護補助者だと日勤になってしまうので、お給料もう少し稼ぎたい方が夜勤もあるような介護職に行くと言ったことがあったのですが、病院近辺でもありますか？それともほかの職種に行くような感じですか？ほかの職種というかヘルスケア以外のところに行く感じですかね？**

→なるほど夜勤もある介護職。そうですね、夜勤やりたい人は一定数いらっしゃいますね。それは、あり得ると思います。私がまだ回りハ担当して2年ですけども、この2年で経験した退職者の理由は、やはり法人なので色々なルールが多いのですが、もうちょっと自由度が高い事業所で、指示されたくない、そういう新規オープンするこじんまりした事業所で雇われ店長のような形で声がかかって辞めて行かれた方はいらっしゃいました。それはそれでご苦労あると思うのですが、どちらかですよ。

*** 大きいグループ法人さんである安心感ではなくて、いろいろと決まりが多いととらえる方がいらっしゃるのですね。**

→そういう方ももちろんいらっしゃるんですね、大きい組織なのでいろいろと安心感があると言って来てくれる方もおられますし、そういうつもりで来たけど実際来てみたら、法人として様々な取り組みがあるわけなんですけども、例えば業務改善活動も長らくの文化なんですけども、そういったものがやはり負担に感じられる方は、入ったときからここにいると馴染んでいるのですが、急に他法人や小さい事業所から来られた方は、最初は違和感があるようですね。長い目で馴染んでもらえたらありがたいんですけど。なので最初にどれだけギャップを少なく入ってもらうのが大事ということで、採用者とは作戦を立てて考えているところです。

*** そのギャップというのは例えばリハ職の本業についても感じられる方はいますか？**

→セラピストですよ。パターンとしては、私共は回りハですので最大例えば入院されてから3か月、6か月後に基本的には在宅に返していくコンセプトでやっています。在宅にもずっと関わってほしいという方で、チームの中に、もちろん訪問リハの部隊も持っているのですがそこでお仕事してもらったらいのにと思うのですが、そこだけをやっている事業所に行かれる方もいます。セラピストの資格がある方で、個人のなんて言うんですかね、セラピストとしての生業を建てようと思ったら自費でできると思うのですが、そういったところに行かれる方は聞きますね。積極的な転職というのでしょうか、同じ業界なので、それは聞いたことはあります。

問2 問1でお答えいただいた業務のうち、“教育研修の負荷が大きい”ことが、シフトが進まない理由の一つとなっている業務について詳細を教えてください。

- 当院での研修には医師も協力的であり、必ずしもタスクシフトに関連しているとはいえないが、職員横断的な研修はよく行われる。また、医師も講師を務めてくれる。
- 医師が講師を務めたことに対しては人事評価で評価している。医師は360度評価をされておりコメディカルも評価者となる。人材育成に貢献したかどうかという項目がある。医師は病棟の受け

持ち性となっていて自分が勤務する病棟の施設基準も理解している。人事評価の結果次第では処遇にしっかりと差がつくように運用されている。運用開始から5年以上が経過する。ちなみに、医師の報酬が下がることはよほどのことがない限りは起こらない。

- リハビリテーション病院には、診療科がリハビリ科しかないため、売上や医師の専門性で患者を引っ張ってくるということが難しい。差がつくのは人材育成や対外的な活動ということになる。

*** 教育研修について、あえて何か問題があるとすれば何かございますでしょうか？ 残業時間もないのでおそらく定時の中でいろんな研修などもされてらっしゃると思うのですが。**

→そうですね。職員全体である、ドクターも入って研修することについては先生方も協力的でして、タスクシフトでは必ずしもないかもしれませんが、全体であるこういう疾患の知識を上げていこうというような研修は、職員横断的にはまってまして、教育研修をする委員会でもテーマ建てをして、新しく入ってきたアプローチなど、医療業界様々あると思うのですが、それに関してのみんなで勉強をして技術を上げていく素地はもともとありますので、先生も率先してやったださっています。

*** 先生方が講師をされる？**

→そのパターンがほとんどです。

*** 講師をしたことによる評価や手当はされてらっしゃいますでしょうか？**

→講師をしたことに対して何かあるわけではないのですが、人事評価で先生方は360度評価になっていて、コメディカルも評価をします。その時に人材育成に貢献されていたかという項目がありまして、先生が自主的に自分の受け持ち病棟、専従性なんですね。回リハ1を取っているので、それなので自分の取得してる病棟の勉強会もきちんとやってらっしゃる先生もいらっしゃるので、そこは最後、人事評価ではしっかり差がつくところになっています。

*** そこで、先生方もご納得されている。**

→そうですね。特にリハビリテーション病院は科がリハビリテーション科しかないので、売り上げどうこうでの差が付きにくいんですね、先生の間で。特別この先生の専門性で患者を引っ張ってきたというのがあれば別ですが、内科と外科とどちらが儲かったとかそういうことはないで、差がついてくるのは人材育成であったり、対外的な活動であったり先生方にも説明しているのだからわかってらっしゃるところだと思います。業績ではなかなか差が付きにくいものですね。

*** ドクターの360度評価は、納得したうえでご入職されているから問題ないと思うんですけども、あまり慣れてらっしゃらないような気がするんですが。**

→そうかもしれないですね。もう制度にして5年以上は経っているのですが、ご入職の際はこういう人事制度があって、こういう形で年収、年棒に、基本下がることはよほどのことがないかないので、スタンダードをお示ししそこで入ってきていただくのですが、とりわけ顕著なご活動があると、そこに来年これだけアップがありますという説明は、基本入職の時にはさせていただくので、基本は下がったケースは見ないので、基本はスタンダードに加えてご活躍に応じてプラスがあり得ますというご説明でしょうかね、入っていただくときは。

問3 問1でお答えいただいた業務のうち、“経営上の負荷が大きい”ことが、シフトが進まない理由の一つとなっている業務について詳細を教えてください。

- 看護補助者が採用できないがゆえに補助業務を看護師が行っていることは、経営上の効率としては良くない状態である。
- 前述のとおり医師の退勤が早いため、事務も含めた他の職種に時間外に仕事の依頼が入ることはほとんどない。女性医師も多くワークライフバランスは充実している。
- 院内の電子カルテは2008年頃に導入している。ここ数年は電子カルテとは別に訪問系、介護系のICT化を進めており、タブレットにより情報入力（記録）し、メンバー間でその情報がすぐに共有でき効率化がかなり進んだ。主治医が見ているかどうかまでは把握していない（おそらくしていない）。

*** 経営上の負荷ということで、今まで伺った話ですとあえて言うと看護補助者の仕事を本来の看護師にまた一部戻っている状況のお話がありましたけども、タスクシフトによるというよりは人材確保難によって起きてる状況ということですかね？**

→はい。

*** 業務の移管というのも、リハ病院としてはそれほどいま大きくは起きていないので、賃金手当等も特におそらく問題はないかと思うんですけども、先ほどおっしゃったのはグループ内の急性期病院の例ですよ？リスクを鑑みたうえで決めていくというのは。**

→そうですね。できる、できないという問題もあるのですが、やはり安全が担保されているかは、直接患者さんに関わってしまうので、職員も守らないといけませんから、最初はやはりここ先生が責任を負うところなので、そこはもう慎重に考えてやる、やった方がいいかなというのは個人的にはすごく思うところです。

*** 勤怠管理のシステムは、今どいようになつてらっしゃいますでしょうか？**

→基本はICレコーダーで打刻をしてもらって、それは単に出入りだけしかわからないのでそれに対してペーパーベースで指示と申告をしていただいて、一日単位でやってもらっています。

*** リハ病院のドクターは、一般的にほかの病院でもバイトされてたりするのでしょうか？**

→ほぼないですね。土日の日直、宿直も外部の先生が来てくださっています。グループ内病院と、あと近くに大学があるのですが、主にそこから来てくださっています。宿日直許可基準は取っています。

*** わかりました。そうすると、まあほんとにリハ病院の先生方はすごくこう、ワークライフバランスも充実されてらっしゃる印象ですね。**

→そうですね。女医さんも結構いらっしゃいます。結構早いですよ、先生方がお帰りになられるの。急性期病院の時みたいに時間外に仕事が降ってくることはほぼないです。

*** 事務の方も。**

→はい。

*** 病院さんには電子カルテ入っていますか？**

→そうですね、電子カルテは何年だったかな、2008年か、それくらい前になります。

*** 訪問系には違うシステム入れていましたよね？電子カルテとは。**

→はい。電子カルテとは違うシステムです。訪問系、介護系でICT進めたのはこの数年ですね。補助金も出ましたので。タブレットを支給してその場で、リアルタイムで記録を付けて、

何よりいいのは、メンバー間でその情報がすぐに共有できること。今までは出て帰ってくるまで情報共有が出来なくて、そこからの共有で時間がかかっていました。在宅系はずいぶん効率化は進んだと思います。

***あの情報は、オーダーを出してる医師も見てるのですか？**

→主治医の先生ですね？訪問診療の方で聞いたらわかるかもしれないですね。共有してるのかな。できてたら一番いいですね。ちょっと聞いてみます。今はしてないのではと思うんですね。

***電子カルテの方はグループ内急性期病院と共有化してますよね、確か。**

→そうです。同じIDです。

問4 タスクシフトに関連して、教育研修・経営上の負荷に伴って、どのような対応策が考えられるか教えてください。

- 院内で研修費の補助はある。今後は、病院の方針や政策により補助額の濃淡をつけたいと思っている。
- タスクシフトに進む前に、各職種の人員を充足していたいという状況である。人員が充足すれば、タスクシフトも進むようになるので、その前段階の施設基準で、より上位の加算が算定できた場合には何かメリットがあればよいと思う。
- 当院の風土としてタスクシフトそのものへの抵抗感はない。それぞれ自身の専門性を上げていきたいという思いがあるため、法人、事務方としては採用の労力を現場にかけさせたくないという思いがある。採用には、広報ひとつにしてもコストがかかるため、その原資がほしいという思いはある。
- 非救急病院というカテゴリでいうと、看護師からほかの職種へのタスクシフトのニーズが高いと思う。医師も看護師も超過勤務はほとんどないため、セラピストはもう少し効率を上げられる何かを導入しても良いと思う。記録を取ることに時間を要するため、事務的サポートが必要である。
- 事務職のキャリアパスという点では、回りからキャリアをスタートすると医師事務作業補助としての経験が限られてしまうので、急性期病院で経験を積んでローテーションすることが望ましいと思う。

***教育研修・経営上負荷がないということではあったのですが、個人としての問題意識でも結構ですけども、病院でタスクシフトが進んでいくにあたって、院内ですとか院外にどんなサポートがあればいいかというのをご意見など伺えればと思います。**

→現状でもスキルアップに対する費用の補助はありますけれども、無限ではなく、一定の上限はありますので、濃淡付けたらいいと思うのですが、特に注力するようなところはもう少し補助を、法人の補助を上げてあげてもいいのかな、というのは思っているところです。

***研修費の補助という意味でしょうか？**

→はい。研修費、例えば外部に出てトレーニングもした方がいいというようなものになりますけども、それはそうかなと思うところはあります。院内におけるサポートの可能性。何種かタスクシフトをやろうという前に、各職種の人員が充足していたいというところがありまして、

どこもそんな感じですけど。採用のコストは結構かかりますので、こういう基準を取っているところには何かしらの支援があるとか、基準が上がれば当然ですけど人の密度も当然上がりますし、タスクシフトのニーズも上がるので、こういう上位加算にはこういういいことがあるなど、あるといいなとは思いますがね。そういうところも病院評価してもらえたらありがたいです。

*** 人材採用と定着に関する何か支援があるとありがたい、タスクシフトをする素地を作ることがまず、第一ということでしょうか？**

→そうですね。タスクシフトはやっていくことに別に拒否反応はもうない法人ですので、自分の職種だけを守りたいという感じはだいぶないかなと思っています。みんな自分の専門性を上げていきたいというところは割とありますので、そのためにも、そもそも人が足りてない状態は経営層としては解決してあげたいですし、そこに苦勞を掛けさせたくない。臨床しながら採用にも気をかけてもらうというのは本当に申し訳ないことで、特に介護職の方は申し訳ないことなので、そういうところを私たちが頑張りたいなとは思いますが。広報ひとつにしてもコストがかかりますので、そこですかね。コストかけてますものね、採用頑張っているところは。法人としてはやっとならホームページを気合入れて頑張りはじめた状況なので、今までは来てくれたというのがありますが、もっとコストかけて採用していかないといけないと思っています。投資していかないといけないと思っていますので、そこには原資がほしいという形でしょうか。

*** 課題あるいは、こんなふうサポートしてもらえたらいいということ。そもそもタスクシフトの必要性をあまり認識されてない。そこも注意しなくてはならないのだけど、医師からのタスクシフトのニーズがそれほどないという話で、今聞いている話だとむしろ看護師からのほかの職種へのタスクシフトのニーズはあるということですかね？**

→あります。はい。

*** そういう意味では、急性期ではない病院では医師のタスクシフトよりもほかの職種からのタスクシフトの必要性も結構高い可能性があるということですかね？**

→そうですね、高いと思います。看護師もそうですし、ドクターの中ではある程度完結しているという認識です。実際超過勤務もほぼないですし、そこは大丈夫だと思っています。ほかの職種ですね、セラピストはもっと効率上げられるものはやはり導入してもいいのかもしれないなと思っています。記録を残ってやってらっしゃるので。事務職も付けてますけど、事務的サポートを付けてもっと解決することであればやってあげたいなと思っています。

*** リハ病院では事務職が少ないとおっしゃっていたような気がしたのですが、急性期病院と比べると売上比なのか、あるいは病床規模当たりの事務職が少ないのかなとも思うのですが、何か理由はありますか？**

→本来業務から考えますと、人数は適当かなというような判断をしています。特に事務職員もほぼ残業ないですし、とはいえこれ以上減らせるかということ、持ち場をゼロにするわけにはいかないの、いわゆる窓口、病棟、外来のどこかを無人にすることはなかなかできないので、そこに当てはめていって、あとは休みが回るというところで考えますと、多くも少なくもないかなと見ています。管理系の部門は多少残業多いので、そこをどうするかですかね。管理系の部門はいわゆる職員に対してのバックヤードの仕事ですので、タスクシフトとは離れてきますけど。

*** 急性期に比べると、臨床よりも事務職を配置しにくいのかなど。**

→そうですね。そういう視点で言いますと、非救急病院ならではの課題があると思いますと、特に事務職に関して、急性期を経験してからきてくれたらいいのですが、事務に関してはここスタートの人間も結構います。その場合は急性期に行って医師事務作業を急性期並みにやると言う、たぶんついていけないと思うので、キャリアパスで解決したらいいと思うのですが、そういう課題はあります。技術系の方は冒頭申し上げたように、急性期出身でこちらに来るケースが多いので、そこは大丈夫だと思います。看護師も同じですね。看護師も最初からリハ病院という方も多いため、急性期急に行ったら急性期病棟での看護師の本業についていけないかというのはあると思います。

タスクシフトに関するインタビュー要旨（E病院）

日時	2023年3月20日16:30~17:30
病院概要	地域：九州 開設者：医療法人 病床規模・種類：200床規模、一般
対象者	副理事長
インタビュアー	一橋大学大学院経営管理研究科 荒井 耕 教授 金沢大学 人間社会研究域 経済学経営学系 阪口 博政 准教授 株式会社川原経営総合センター 担当者1名

問1 貴院／貴部署における業務のうち、医師のタスクシフトに関連して、シフトを実施した／検討した業務について教えてください。（最終ページ業務一覧）

- リハビリテーション病院として該当する職種については、基本的にはシフトが済んでいる状態である。医師事務作業補助者に関しては、3名についてのみ補助者がついていて、なお、保険会社の書類などは補助者が全ての医師をカバーしている。
- 当院の歴史を振り返ると、タスクシフトを意図して院内でも検討した上で行ったわけではなく、理事長が外来も病棟も診療していて多忙な時期が長かった。そのため、他の職種が理事長の業務を効率化するために色々取り組んできたことで、結果的にタスクシフトが進んでいたという状態である。また、その当時は医師が医師数が少なかったこともあり、医師がしなくても良い業務は自然と他職種に移行していった。
- 薬剤師の業務の一部は医師ではなく看護師が行っている。薬学の専門知識が必要ではないことはうまく看護師がこなしている。したがって薬剤師の業務量はそれほど多くなく、当院では看護師の業務が最も多忙である。なお、副理事長が当院に入職してからはセラピストの業務を看護師に戻すなどしてこの状態を是正している。
- セラピストの業務を看護師に戻す際には反発もあったが、回リハの学会等から事例やエビデンスを集めて納得させるようなこともした。
- 副理事長から事務職に対しては、診療スタッフが働きやすい環境を作るのが仕事だと常々伝えており、事務から診療スタッフにヒアリングをしたりしている。例えばリハ室で常駐の事務職員が受付対応することにより患者の誘導や書類関係を事務方が対応している。
- 業務の授受については基本的には部長間、視聴間で解決してもらっているが、問題が起こったときは現場から声が上がるときがある。そのようなときにはトップダウンで是正している。

*** 職種ごとのタスクシフトの状況を、非該当・該当も含めて、お分かりになる範囲でご教示いただけますでしょうか？**

→A1はやっています。A2は救急外来がないのでしていません。A3は血管造影をしてないので、非該当ですね。A4はやっています。A5はしていません。助産師はいないので飛ばして、C1はしてないんじゃないかな、C2病棟等における薬学的管理、一応しているといえはしています。C3はやっていますね。C4はしていませんね。C5はしていると思

います。放射線は、代行入力、検査オーダーの代行入力はしていないかな。D2造影は非該当ですね。D3はしてないです。D4はやっています。臨床検査技師は、カテーテルがないのでE1は非該当ですね。E2輸血はしてないです。標本関係はないので非該当ですね。臨床工学士はいないのでなしです。PT、OT、STは全部しています。事務作業補助者、J1、代行入力関係は3名だけです。10名の医師のうち3名だけ補助者がついていて、他の先生は自分で打ち込んでいます。ただ、保険会社の書類などは全ドクターのものを補助者がやっています。

*** 3名のみというのはお忙しいからでしょうか？**

→2人は高齢で電カルが打てないことが理由です。1名は忙しいからです。

*** 忙しさだとか個別の事情に応じて。**

→そうですね、はい。

*** 以前からされていたことが多いですかね？それとも最近移行した。**

→移行ではなく以前からですね、ずっと。(ずっと、以前からされていたと。)はい。

*** 最近ドクターからシフトした業務は、何かご記憶ありますでしょうか？**

→基本指示出したら全部に現場に任せるのです。だから最近って言われるとちょっと厳しい。

*** なるほど、わかりました。そのような風土というのはチーム医療でしょうか。**

→正直に言うとチーム医療ではなく、理事長がそういう風土を作り上げてきたということがあります。昔、理事長が外来も病棟もやっていて、ものすごく忙しかった。効率的にするためにそうしたのかもしれないですね。

*** ずいぶん前からすでに移行されているのが普通になっているということですが、基本的には恒常的に医師が不足している状況があるのでしょうか？**

→それもあるかもしれないです、地方の病院なので。今10名といいましたが、10名になったのは最近です。僕が帰ってきてから集めたので、それまでは3、4名だったと思います。それで外来、病棟まわしていたので、医師でなくてもいい業務を勝手に移行したのかなと思います。

*** 副理事長が戻られてきて6名近く増やされた秘訣と言いますか、取り組まれたことは？**

→秘訣はないですけど、紹介会社や知り合いに当たって、医師が少なかったので先生方に迷惑をかけていたので。

*** 他の職種はいかがでしょうか？タスクシフトするとき、他の病院さんですと、シフトされる側も不足していてなかなかできないという話を伺うのですけれども。**

→当たり前のように受け入れているのかなというのと、自分たちでやった方が早いというのがたぶんあると思うのです。結局ドクターの指示を待つよりも、指示というかドクターがするのを待つよりも、ドクターが忙しいから、いつ来るか分からないという思いがある。だったら自分たちでやった方が作業は早く終わるとというのがたぶんあると思うのですよね。

*** 前提として、看護師や薬剤師は業務超過になっている状況ではないと思うのですが、比較的、薬剤師とか看護師は容易に採用できる状況でしょうか？**

→いや、できません。特に薬剤師はできませんね。

*** 色々な地域で特に薬剤師は言われている中で、業務を引き受けるというときに自分たちが忙しいので、医師の働き方改革より前に私たちの働き方改革だっというふうな方々もいらっしゃるのですが、医師に比べると雇用は楽ですか？**

→いや楽ではないですね。医師に比べれば楽ですけど、同じくらいですかね。県に薬学部がないからですね、難しいですね。

*** とはいえ、引き受けてくれてきたということなのですね。**

→はい、そうですね。正直なこと言うと薬剤師に関しては、医師はやっていないです。薬剤師のこのCの業務はですね。ドクターはしていないですけど、薬剤師の業務を看護師がやっています。だから、薬剤師じゃないといけない、薬学の知識、専門知識がないといけない業務と、薬剤師でなくともよい業務が正直ある。それをうまく看護師側でやってしまっているのです。だから薬剤師はそこまで過重労働ではないです。一番過重労働なのは看護師です。看護師は薬剤師の業務や、他の病院ではドクターがやっているような業務、昔はセラピストの業務もやっていましたね。セラピストの業務は、5、6年前に全部セラピストに返しました。看護師が一番大変かなと思います。

*** ちなみにそのセラピストに返された業務はここに出ていますでしょうか？**

→ここには出ていなくて、一番簡単なのでいえば患者さんをリハ室に連れて行く、患者さんのおむつを替えるなどです。リハの訓練中におむつを替えるとか。おむつをしている患者さんの訓練中におむつがばんばんになる時があったのですよね。わざわざナースコール呼んで、看護師にさせて、また訓練再開というのを平気でやっていたのですよ。看護師いなくてもよいし、自分たちの業務時間内だから、訓練時間だから、おむつを替えるその動作もリハのひとつでもあるからといって、移行させました。相当文句言われましたけど。今では、おむつ替える、最初新人で訓練あります。看護師から教えてもらう。ベッドの移乗もです。

*** すごい文句言われたというお話ですが、どのようなステップでセラピストに返されたのですか。**

→そうですね、会議で話をして、段階的にしたのかな。でも、おむつなどの簡単な業務は一気にできますからね。結構、トップダウンはありましたね。リハに関しては、回リハの学会があるので、結局そこではもうそれが当たり前になっていた。なんでうちだけこうのと話して丸め込みました。

*** なるほど。データも示しつつという。**

→そうです、はい。事実を話しながらはしましたけどね。

*** ドクターや看護師さんの残業時間はどういう状況でしょうか？**

→ドクターの時間外はほとんどないですね。看護師は少しあります。以前よりはかなり減りましたね。そこはもう業務改善や効率を色々見直ししてもらって。上司に申請しての残業というのは、もうそんなにないです。みんな定時に帰れている。ただ、仕事が遅い看護師さんはいたりするので、そういう人たちはちょっと残っていますけどね。

*** 院内研究発表会で、事務部門の方がご発表されているのを拝見しました。他部署のタスクシフトに向け事務スタッフで取り組んだこととしてご発表されていました。演題しかわからなかったのですが、どのようなことされたのでしょうか。**

→僕から言っているのですが、事務方は医療側、診療側の支援をするのが本当の仕事だと常々言い続けているのですよ。自分たちはお金を生まないのです。診療の人たちが働きやすい環境を作るのが仕事だということを常々言っていて、それが浸透していて、現場の方に、自分たちでもできる仕事はないかと話をしています。現場から色々な依頼やお願いが上がってきます。例えば、外来のリハでいうと、病院の受付を通過してそのままリハ室に行くのですが、リハ室に受付対応するスタッフがいらないのです。患者さんが入ったらリハの担当が迎えに来て、ベッドまで連れていきます。外来はすごく回転しているので、カルテの入力もあって、ちょっ

とした時間も欲しいのですよね。だから受付に事務方が立ってもらって、患者さんの誘導や、そのサポートをしてくれれば助かる。結構細かいのが色々ありました。書類関係ですよね。カンファレンスをやって記録を残すじゃないですか。あれば別に医療従事者ではなくてもいいわけですよね。それを事務方が一緒に入って記録を残す。事務方ができるような内容をヒアリングして、やれる仕事をやるというのがその発表だったかなと思います。

***なるほど。いまおっしゃった通り各部門に事務方からリサーチするというか、要望を聞いて、シフトを受ける、支援してくということですね。**

→日々というほどではないですけど、事務方も自分たちの仕事がありますから。できる範囲でやっていこうという方向ではありますね。

***先ほど副理事長が病院に戻ってきてから医師を集めたり、変更していったりされたとお話をいただきましたが、どのくらい前に病院に戻られましたか？**

→15年くらい前です。

***そこから15年かけて人を増やしたり、セラピストに業務返したりされたわけですね。**

→そうですね、じわじわと。

→一点いいですか？最初に質問された、直近のタスクシフトを思い出しました。ドクターの補助ですね、J1ですね。つい先日ですね。その先生からもうずっと依頼が来ていて、もう頼むよと言われていて、ただ事務方も手が回らなかったのも、ようやくちょっと整理してくれて、いまついてもらっている感じですね。

***事務方にも仕事があるという話に関連して、タスクシフトもそうですし、色々記録を取ることが増えてきている。診療報酬関連でも、あらゆる仕事が事務に来ている。**

→個人的に、人数がいればすべきではないかと思っています。ただそこまで事務で回せないのも、もうちょっとそれが看護師さんなど他の職種にいつてしまっただけで申し訳ないというのは思っていますね。本来もし事務職を増やせるのであれば、事務方を回した方が病院としては、負荷は減っていくのかなと思っています。

***先ほどおっしゃったリハ室の受付について、リハ室に事務の方が配属されていますか？**

→リハ室に常駐させています。

***そうすると新たに採用されたのですか。**

→そうですね、常駐となると。結構仕事があるようで、入力や患者さんのチェックなど。やはり常駐しないとだめなのかなと思っています。

***要望がドクターから出てきたときに、シフトするかどうかは委員会などで検討されるのでしょうか。それとも職種間の話し合いで？**

→後者ですね、任せています。ドクターや全体を巻き込む業務に関しては会議にかけ、最終的な判断をしていきます。

***院内で強い職種などがいたときに、いやと言えないようなことは起こり得ますかね？**

→ありますね。ありますけど、そういうのは声が上がってくるので、その時はもう上から、必要だと思ったら、僕らから動く時はあります。そこもうまくやっていくのが、たぶんチーム医療なので、下手に僕が介入するよりは部長間、師長間で解決してもらった方がいいのかなとは思っています。

***基本的には職種間の信頼関係に任せて。**

→任せています、はい。

* これまづいなと思われたときに、是正をされるということですね。

→はい、そのような感じでやっています。

問2 問1でお答えいただいた業務のうち、“教育研修の負荷が大きい”ことが、シフトが進まない理由の一つとなっている業務について詳細を教えてください。

- 急性期病院ほどは医師の仕事の仕方に違いはない。あるとしたら、外来での傷の縫合や外傷処置について、医師によって方法が違う。以前は「〇〇先生用」というマニュアルができていた。なるべく、医師にも統一するように依頼している。
- 研修参加申請が受理されれば費用は病院が負担している。医師の学会参加は年2回までとされている。研修参加は出張扱いとなる。
- 病院として研修参加の意義は伝えるようにしており、研修参加者が（勤務を離れることを）気遣いをしなくて良いように配慮している。

* 他の病院にアンケート調査等をしたときに、タスクシフトにあたってどうしてもその教育研修しなければならぬと、その負荷が大きくて、それで及び腰になってできないというご意見が非常に多かったです。今のお話ですと職種間で話し合っ進むことが多いということでした。その時にドクターが教える研修はどのようにされてらっしゃいますか？

→ドクターが教えるのは、なかなか当院ではないかなと思います。任せてくれますよね、特にうちだったらその記録、カルテの打ち方は、ある程度任せています。癖はあると思いますけど、先生の。ドクターが教育する場はタスクシフトにおいてないのかなと。医療現場に関しては、もうすでに業務になっているから、ドクターが教えることもそうないのかなと。急性期だったら分かるのですがね。回りハや慢性期に近いところは、そうないのではないかなと思うのですけどね。

* 急性期ですと、ドクターによって癖があって、なかなかマニュアル化しにくいということによく聞きました。

→ですね、一人ひとり違うのですよね。でも当院はそこまでないかな。基本的にあるとしたら、外来で、傷を縫ったりとか外傷の処置をしたりするときは、やはり先生方によって違うのですよね。整形の先生、外科の先生、やり方違うから、それはマニュアルですね。また、面白いことに何々先生用というのがあるのですよ。それでみんな覚えてやりますね。もう最近はなくなってきたかな。なるべく、先生方にも言って統一してもらっているのです。

* それは診療科の違いですか？出身大学や医局の違いのようなものですか？

→そこはどちらでしょうかね、個人のやりやすさではないですかね。

* ただそれもいま貴院ではもう標準化がだいぶ進んで。

→なるべくお願いしています。

* 研究発表大会ですとか教育研修を重視されているようにお見受けしました。職員が研修を受けるときの研修費、出張扱いにするかどうかなどの規定や方針があれば教えていただければと思います。

→研修に行きたいと申請が上がってきて、受理されればすべて病院持ちにしています。一般のスタッフはですね。ドクターは少し違います。学会は年2回と決めています。他のスタッフも受理されれば、申請が来て通れば全部病院負担ですね。

*出張扱いですか？

→出張扱いです。

*このあたりも急性期の病院さんを想定した質問が多いかと思うのですが、ドクターも比較的定時で帰られる方が多いとあまり勤務時間と勉強時間の違いは気にすることはないですかね。

→ドクターですか？全然気にしてないです。

*わかりました。ちなみにドクターが外で別の病院でバイトしてらっしゃることはありますか？

→ありますよ。

*そのあたりはそれほど大きな問題にはならない感じですか？

→自分の休みを使って行ってもらっているので、問題にはなっていないですね。

*それほど問題でもないのかなと思いますが、先ほど薬剤師が4.5名というところで、比較的少ないので、研修で抜けている間の既存の業務の回し方は、残った人でカバーして済んでいる感じですかね。

→そうですね、研修に関しては、少ないところは色々言われます。

*お互い様みたいな感じなのでしょうかね？

→そうですね、やらないといけない研修、病院がやらないといけないと決めているので、そこは理解してくださいと話しています。

問3 問1でお答えいただいた業務のうち、“経営上の負荷が大きい”ことが、シフトが進まない理由の一つとなっている業務について詳細を教えてください。

- タスクシフトに限っていうと、薬剤師の確保が難しい。当院では薬剤師の業務の一部を看護師が担っている。病棟薬剤師がいれば医師から移譲できる業務がある。
- 当地には薬剤師養成校がないこともあり、ほとんどの病院が人材紹介会社を利用していると思う。当地独特の事情としては、過疎地の病院が薬剤師に破格の給料を支払っている。一定期間勤務すると都会の病院に戻りたいと思うようになるようで、当院にも応募してきたことがある。ある事例では、30歳前後の薬剤師が当院に応募してきた際、月給50～60万円を希望してきたことがある。
- 当院がお付き合いしている人材紹介会社は、そういった薬剤師に対して一般的な給与相場を諭してくれている。病院側に立って客観的に動いてくれておりありがたい。
- (副理事長の)個人的な意見として、国が言う働き方改革で仕事をしない医師が増えるのではないかと危惧する。もちろん、個人差があり当院でも整形の医師は頑張ってくれているがそうでない医師もいる。急性期病院には働き方改革が必要なことは理解している。回りハ病院は重症患者を診るが、基本的に患者さんが回復していく病院である。逆に、慢性期療養の超重症患者を診ている病院にタスクシフトが必要なのではないかと思う。

- リハ室への事務職の配置の結果としてリハ職のリハビリ単位数が増えた（増収となった）ところまでは追い切れておらず、経営への寄与度は今のところ不明で、今後明らかにしていきたいと考えている。
- 中小病院にとってシステムが理解できる人材がいるかどうかは、さまざまな業務効率化を進める上で重要なポイントと考える。当院では約10年前、電子カルテやサイボウズなどを導入する際に偶然SEを採用することができたことが良かった。システムベンダーの言いなりにならないようにとの思いで採用した。

*** 人員を増やすとか経営上の負荷が大きいというようなことをおっしゃる病院さんも比較的多いです。貴院における状況を伺えればと思います。先ほどでいうと、事務職員の要望や、整形外科の先生の仕事をやるうえで増やす、増やさないという話が出てきたかと思いますが、経営上の負荷が大きい点がありますでしょうか？**

→タスクシフトに限って。一つは薬剤師かなと思います。薬剤師が、タスクシフトになるかわからないけど、業務の負荷を考えた場合、薬剤師がもっといれば今看護師とかにお願いしている業務は薬剤師に移せるし、逆にドクターがやっている薬関係で、薬剤師がしてもいい業務がたぶんあると思う。病棟でドクターが薬の説明をしなくてもいいのかなと思う。患者さんに対して、薬剤師が病棟に常駐していれば。それもいま結局ドクターが薬の説明をしているので。ただ薬剤師はさきほども言ったようになかなか採用できないし、高いですね、給与が。簡単に大量に採用できるかと言ったらできないです。

*** やはりドラッグストアなどに新卒で行ってしまうとかいうこともあるのでしょうか？**

→今はそれが多いいですね。企業に行きますね。

*** 先ほどの話だと当地には薬学部がないですね。どこから薬剤師さんが県内に来ているのでしょうか？**

→紹介会社ですね。たぶん県内の病院さんはほとんど紹介会社だと思います。急性期くらいではないでしょうか、新人を県外にリクルートしに行って、連れて帰ってくるというのは。奨学金を出して、来てもらう病院も最近出てきましたね。

*** やはり紹介会社経由は高くつく部分もあるのですかね？**

→紹介会社経由というわけではなく、企業やドラッグストア、調剤薬局にいて、最近そういうところが潰れたり経営が悪くなったりして、病院が結局安心だろうと戻ってきている人たちが結構増えているのです。そういった方は企業と同じ給与を求めるので、無理ですね。若い時にもっと田舎にいて、医療従事者が集まらない病院では、破格の給与が出る。ある程度したら都会の方がいいと思って、市内に戻ってくる薬剤師さんがいるのです。その人たちは結局以前の高い給与を下げたくないからそれを言うてる。そういう状況があるので、紹介会社だからというわけではなく、地域性、環境があると思います。

*** 基本的には他県からあまり流入しない状況なので、そういう意味で価格競争が働かないということですね。**

→そうですね。逆に紹介会社さんが、この給与じゃ無理ですよと諭してくれています。病院側に立ってくれて。何社かずっと懇意にしているところがありますが、結構そういう話しをしてくれますね。

*** 薬剤師さんは過疎地だとドクターみたいに給料がウナギ登りになったりする？**

→すごいですよ。

***年齢にもよると思うのですが、具体的に月給ベースでどんな事例がありましたか。**

→びっくりしたのが、20代後半だったかな、30歳になっていなかったと思う。50、60万円を希望してきたのですよ。それは無理でしょうという話ですよ。

***ちなみにその方は最終的に就職されたのですか？**

→いや、しない。絶対無理だといって。当院の給与体系にはめて、ある程度いい子だったら少し乗せますけど。そこが基準なので、そこでNOという人は採らないです。だから増えないのですけどね。他の病院は頑張ってるみたいですけどね。でもそれをすると今いるスタッフの給与と合わない。そういうのはいずれバレますので、バレたら面倒くさい。そこはもう一線はきちんと引いていますね。

***先ほどの話だとやはりもうだいぶ前からシフトしているものが多くて、教育研修が追加で発生している状況でもなさそうだとということと、他の病院さんと同じように薬剤師がやはり一番のネックになっているということがよくわかりました。特にいま何かあるわけではないです。**

→タスクシフトという言い方をするとすごく良いことをやっているように思われるのですが、最初言ったように、当院は情けない話ですけど、理事長と医師があまり仕事をしないから、他の職種がやらざるを得ないという環境が出来上がったと僕は思っているのですよ。みんな話合っってここが大変だから、ドクターのここが大変だから、こういうことをしようといったことは一切ないですからね。タスクシフトという言葉にするとよく見えるけど、実際はタスクシフトではないのです。

***それから、昔ドクターが3、4名しかいない時代があった。**

→そうそう、ドクターも少なかった。そういった背景があるので、きちんとしたタスクシフトではない。話し合いが行われて、説明があつて、教育があつてというのがタスクシフトだと思っているのですが、正直それには該当はしてないのかなど。急性期はまだわかるのですが、慢性期やそういうところで、国が言う働き方改革もそうですけど、本当に仕事しないドクターが増えるのですよね。あまりにもそれをやられると、困るのです。やる先生はやりますよ、当院の整形の先生はすごく頑張ってくれていますけど、そうではない人もいます。曲がった意見ですが、急性期はわかります。先生方大変だから。でも、特に回復期は重症患者を診ますけど、よくなっていく病院ですよ。どちらかと言うと。だからそれほど必要なかと思えますね。逆に、慢性期の療養の超重症を診ている病院さんこそ、タスクシフトが必要なのではないかと思ったりもします。

***リハ室への事務職の配置や、整形の医師に新たにシフトを持っていったと伺ったのですが、この時は事務部門に新たに雇用したのでしょうか。あるいは既存の業務を整理したのでしょうか？**

→そうですね、整理してもらって。事務方は結構業務改善や業務の効率化を図ってくれています。

***結果として、経営面で例えばリハ職の残業代が減ったとか、医師が診られる患者さんが増えたことはあったのでしょうか？**

→それがやはりそこまで見ないと、この前の研究発表会でも僕は言ったのですが、そこまで見られればすごくいい。そこまでまだ追いけられていないです。だから自分たちがやったことが収入に繋がっていれば一番いいと言っていますが、まだそこには至っていません。

*** これからできればそこは見たいと。**

→見たいですね。

***) 今後シフトするときにはフォローしたい感じですか？**

→そうですね。

*** 先ほどの例で言うと、リハ室の受付を事務がやったことによって例えば、リハの単位数が増えたとかそういうことですかね？成果指標を挙げるとすると。**

→見るのだったらそういうところなのかなと思います。

*** 副理事長が15年前に入職されたというお話でした。仕事のやり方、分担を明確にしていこうというところがあるのでしょうか？以前はドクターが少なく看護士さんがやっていたものを戻したり、明確化したりですとか。**

→別に看護師が潤沢にいるわけでもないし、ドクターが潤沢にいるわけでもない。医療職はそうですね逆に、やらなくていい業務はたぶんたくさんあるから、僕は事務方でいいと思っている。専門のスタッフは専門のことに集中した方が患者さんにとっていいのかなと。事務方に関してはそれをずっと言っています。それが仕事ではないかと。そういう意識が芽生えているのかなというのはあります。診療側は喜んでくれるので、事務方も嬉しいではないですか。

*** 成功体験ができるとまたいい循環になっていきますよね。**

→そうですね。そういうのはあるのかなとは思いますが。最終的にはやはり人です。事務方も人を増やさないともう限界なのかなと。

*** この15年の間に事務の人数増えましたか？**

→増やしましたね。

*** 今までの増えてきた許容内で、これ以上だと新たな業務を取り込むのはそれなりに厳しくなっている状況でしょうか？**

→今の人数に対して、シフトということですかね？受け入れるということですよ。今はちょっとマックスかなと思います。

*** 今後もし、診療側からの要望が新たにきたら、人を雇うメリットも考えていかないといけない。**

→そうですね。

*** 人件費という面でもいま人を増やしても許容範囲ということですか？**

→許容範囲と言えば許容範囲ですけどね、これ以上は厳しいかもしれないですね。ドクターを増やしたからですね。非常勤も増やしているのですよ。ドクターの人件費は上がってきています。

*** 業務改善の中でIT機器が使われた例はございますか？**

→すごいものではないですが、うち全部紙でやっていたので、情報交換、情報共有するためにSkype入れたりとか、サイボウズ入れたり、それだけでも紙もなくなったし、情報共有が進むようになり、電カルは当たり前ですけど。Skypeは職員から意見が出てきて、たいしたことはないだろうと思っていたのですよ。ところがかなりいい感じで、わざわざ電話かける必要もありませんよね。忙しい時に電話かかってくるのほどみんな嫌がるから、Skype、パソコンで見る、あとはサイボウズが頑張ってくれていますかね。

*** サイボウズは職員の方々にひとり1アカウントありますか？**

→事務方と役職者は全部ありますね。一般のスタッフは、現場にいくつもパソコンがあるので、そこからフリーで見てくださいという形です。

*** じゃあ部署の共通アカウントみたいな形で。**

→そうです。

*** なるほど。Skype はオンライン会議でも使ってらっしゃるのでしょうか？**

→それもやっていました。今はもう Zoom が出てきたからもう Zoom です。

*** 職員の方からこう提案があると導入や普及も早そうですね。**

→そうですね、普及は早いですね。

*** ちなみにサイボウズや電子カルテ、あるいは Skype もですけど、どれくらい前から使い始めましたか？**

→電子カルテは 10 年経つのかな。Skype もそれくらいかもしれないですね。Skype は長いですね、サイボウズももしかしたらそれくらいかもしれない。

*** 他の病院さんで同じような状況で聞いてきたらやはり、システムの導入から自分たちでやらないといけなくて、シフトができないというような話もあったので、いま伺っているとだいぶ早くからされていて、効率化が進まれたという背景があるのかなという。**

→そうですね、たぶん 10 年。

*** 10 年前だと、その当時にだいぶ先進的な。**

→10 年経っていると思いますね。ちょうどその時に S E が偶然採用できたのです。その人が色々やってくれたのです。現場の意見も吸い上げてきてくれて。それで Skype は簡単ですよ、お金もいらぬし。それでぼんぼん進んだのはありますね。

*** 逆にいうと他の病院さんで S E がいるところはあまりないと思う。大病院は別にして。その辺が分かりにくくて、システム入れようにもベンダーの言いなりになって進みにくいところはあつたりしますかね。**

→たぶんですね、S E というか、詳しい人がいるかないかで電カルの入れ方は変わってくると思います。当時詳しい S E 的な人を入れようかと思ったのは、電カルを入れるためだったのです。絶対ベンダーの言いなりになるなと思って。必要だったので、運よく採用できた。

*** ベンダーさんとの交渉、必要な機能だけに絞り込んで。**

→そうです、彼にそのあたりはしてもらいましたね。それですごく下がるわけではないですが、たぶん、上乘せはなかったのではないのでしょうか。余計なものは。

*** 上乘せというのはあるものなのでしょうか。**

→分からないけども、色々な話は聞きますよね。

*** どれくらいできるかわからないけど、国がクラウド型の電カルの話をしているようですけど。やっぱり病院がベンダーの言いなりになっている問題があるのかなと。**

→高いですからね。パッケージ入れても当院がやりたいことができないときに、追加できないかと相談すると、できるけど追加料金がかかります。すごい金額を言うてくる。だから僕らが求めていることはできません。元が急性期専用で作られているから。

問 4 タスクシフトに関連して、教育研修・経営上の負荷に伴って、どのような対応策が考えられるか教えてください。

- システム投資の費用負担が大きいのと、ベンダーとの契約の際に病院に交渉力が必要である。例えば初期費用が安く済んだと思っても保守料に上乗せされていたりすることがある。また、その価格が妥当なのかはいち病院には判断できない。
- 電子カルテ等のシステムが急性期病院を念頭に開発されているものが多く、当院のような回りハ病院から見ると柔軟ではない感じがする。特定の機能だけ使いたいとしても、改修が必要となりここにもコストがかかる。
- 医療DXを国が推進するのであれば、診療以外のそのような投資は国が面倒を見てほしい。そこまでするべきなのであれば、せめて電子カルテの規格を統一してほしい。そのほうが国もデータの分析ができてメリットがあるのではないか。
- それ以外の問題意識としては、人員基準がある。地域の雇用の事情などもあり特定の職種が十分に採用できないときがある。また、人員基準は最低限の質の担保を意図しているが、質の担保は病院が責任を持つべきで、(人員基準により) 質とは関係なく病院の収入を担保するのではなく、最終的に差がついて質を維持している病院が生き残り、患者さんにとっても望ましいのではないか。

*** 以前伺ったある病院で、電カルを入れるのに1年分の経常利益が吹っ飛ぶぐらいのコストがかかったという。**

→そんな感じですね。そこまでするべきではないか。うちは安くしてくれた。ただ、保守料でもものすごく乗せてきました。長い付き合いになりますよね。そっちで取っていると思いますね。しまったと思って。

*** 一回入れてしまおうとなかなかもう、変えにくいですね。**

→そうです。だからいまも変えようと思っているのですけれど。

*** タスクシフトに関連してという聞き方はしていますが、国や行政からこういうサポートがあったらいいなということはありませんでしょうか？**

→先ほどの続きになりますけど、補助というのだったらもう電子カルテですね。どこかで切り替えないといけなくなる。その時に見てほしい。それをしないのだったらもう少し、国が規格を統一してほしいです。標準の電カルを作ってくれと。そうした方がデータも吸い取れてwin-winと思います。

*** 勤怠管理はどのようにされてらっしゃいますか？**

→いまちょっと問題になっています。大きなシステムで結んではいけないです。一括管理したいのですが、Excelで管理しているところもあれば、ソフトを入れているところもあって、最終的にはそれを出して、人がつなぎ合わせています。会計とか人事のスタッフは結構大変そうですね、月末。

*** 職員さんが打刻するのはタイムカード？**

→ICカードで機械にかざしています。そこからすべてそれが飛べばいいのですが、これをかざしてもひとつのソフトでデータが止まってしまう。それを紙ベースにという先ほどの話です。

*** 全体のシステムを入れるとなると、またそれもすごく費用がかかってきますよね。**

→はい。

*** ちなみにICカードに変えられたのは何年くらい前ですか？**

→5年くらい前です。

***いまおっしゃった、ICT周りの補助があるといいということと、関連して電子カルテの基準の統一化がなされていれば、コストも削減できるということが要望でよろしいでしょうか？**

→そうですね。DXやIT化など国が色々言いますよね。病院が対応するのは無理ですよ。そちらにかけられるお金があったら人にかけてたい。できればなんとかしてほしい。そんなに言うのだったらと思います。

***人材に関して何か、研修用意してもらえるといいといった要望ありますでしょうか。**

→研修はないですかね。採用に関してもないですね。そこはもう自力でしょうね、採用は。

***わかりました。**

→タスクシフトなのかどうかわからないけど、要望といたら、施設基準の人員基準がありますよね。正直必要なかと思うときがある。もうこの時代。看護師もそうだしセラピストもそうだし、病棟に、回復期作るのもPT3名以上。そういうのは当然それ以上つけるわけだし、看護師もそうだし。今一番痛いのはケアワーカーです。看護助手。看護助手も施設基準に入れているではないですか。もう絶対集まらないですよ。もうそのあたりは時代錯誤ではないのか。いなければいけないで、きちんとしている病院もあるわけだし、医療事故が起きる可能性もありますけどね。でもそういう病院は患者さんが来なくなる。淘汰されていく。質が病院間の競争になるのかなと思う。そうやった方がいいのではないかと思うのですけどね。うちですね、ケアワーカーが足りなくて、看護師さんにケアワーカー業務してもらっているのです。結局、名前も移して。

***看護助手や介護職員も採りにくくなったと色々な地域でお聞きしますね。**

→ものすごく採りにくいです。最近イオンなどが、給与上げているではないですか。絶対企業に就職します。ケアワーカーだったらどこでもいいですから。たぶんもっと採りにくくなった。なのに、基準があるから、当院は看護師が基準以上にたくさんいるので、看護師をケアワーカーとして申請している。看護師に、これもタスクシフトなのかな、ある意味。ケアワーカー業務をもらっている。

***逆のタスクシフトですよ。本来とはちょっと違う。**

→そうですね。病院同士の経営努力かもしれないですけど、採用努力か。でもたぶんどの病院も無理だと思うし、外国人を呼んできてもみんな失敗している。みんなではないけど、結構失敗している。

***人員基準も、徐々にですけどアウトカム評価にはなってきたてはいますけど、もう少し時代に合わせて柔軟にした方がいいのではというところですかね。**

→僕はそのほうが良い病院が残るのではないかと考えています。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

厚生労働大臣 殿

一橋大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 中野 聡

次の職員の令和4年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名）経営管理研究科 教授
（氏名・フリガナ）荒井 耕・アライ コウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一橋大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人金沢大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 和田 隆志

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 人間社会研究域経済学経営学系・准教授
(氏名・フリガナ) 阪口 博政・サカグチ ヒロマサ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1) _		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一橋大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 公益財団法人田附興風会

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 稲垣 暢也

次の職員の令和 4 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 令和 4 年度厚生労働行政推進調査事業補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

2. 研究課題名 タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究

3. 研究者名（所属部署・職名） 医学研究所北野病院・病院長
（氏名・フリガナ） 吉村 長久・ヨシムラ ナガヒサ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 社会医療法人愛仁会 高槻病院
所属研究機関長 職 名 院長
氏 名 高岡 秀幸

次の職員の令和4年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 令和4年度厚生労働行政推進調査事業補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
2. 研究課題名 タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 高槻病院・理事長
（氏名・フリガナ） 内藤 嘉之・ナイトウ ヨシユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

- (留意事項)
- ・該当する□にチェックを入れること。
 - ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職 名 医学研究科長

氏 名 伊佐 正

次の職員の令和4年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
- 研究課題名 タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究
- 研究者名 （所属部署・職名）大学院医学研究科 附属医療 DX 教育研究センター・特定助教
（氏名・フリガナ） 齊藤健一・サイトウケンイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （無の場合はその理由：代表校における中央一括審査のため）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 公益財団法人田附興風会

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 稲垣 暢也

次の職員の令和 4 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 令和 4 年度厚生労働行政推進調査事業補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

2. 研究課題名 タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究

3. 研究者名（所属部署・職名） 医学研究所・保健・健康研究部・研究主幹

（氏名・フリガナ） 平木 秀輔・ヒラギ シュウスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。