

新型コロナウイルス感染症への対応の実態を踏まえた 医師の働き方改革に関する検討

研究分担者 斐 英洙 ハイズ株式会社 代表取締役
小池 創一 自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授
今村知明 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 教授
研究協力者 栗田かほる ハイズ株式会社 コンサルタント

研究要旨

新型コロナウイルス感染症の拡大により、医療機関の医師をはじめとした医療職の業務量や役割分担、労働実態にどのような変化があったのか、感染拡大初期 2020 年 2 月から 2020 年 6 月頃における実態を調査することを目的として、医療機関 18 施設へのヒアリングを実施した。

新型コロナ対応施設と非対応施設では労働密度や働き方にばらつきがあることが明らかとなった。さらに対応施設の中でも、患者重症度、患者受け入れ時期、受け入れ患者数、準備病床数等の違いによる新型コロナ対応部署－非部署間で労働密度や働き方のばらつきがみられた。また職種間や職種内でのばらつきも存在していた。つまり①新型コロナ対応施設－非対応施設間、②新型コロナ対応部署－非対応部署間、③新型コロナ対応者－非対応者間、の3種類の「ばらつき」が生じており、3種類の関係性の中で様々な課題が生じ、それぞれの課題へのアプローチ方法も多様であることが新型コロナウイルス感染症へのマネジメントの難易度を上げている。全ての医療機関、全ての部署、全ての職種、全ての職員に対して画一的かつ均一的な対処法や解決法を見出すことは難しく、それぞれの現場・現物・現実の「三現主義」に基づいた丁寧なマネジメントの必要性があらためて見出された。

第一波においては、国や自治体の情報や支援が不足する中で、各医療機関が自発的かつ自律的に判断を行い、受け入れ態勢を模索・構築しており、また最前線の現場においては新型コロナ対応を行った職員の使命感や自己犠牲を伴う過重労働によって支えられていた点も否めない。また、体制整備や運営、行政とのやり取りなど新型コロナ対応を支える事務職の活躍があったことを忘れてはならない。新型コロナウイルス感染症対応の長期化や新たな健康危機、自然災害等の発生に備え、平時から組織的な対策を講じておく必要がある。コロナ禍を経験したことで、平時の業務や働き方・休み方を考える機会を得て、今後継続的に業務の効率化や IT 化の推進、タスクシェア・シフトを進めていく重要性を再確認した。これらは現場の努力のみ、また医療機関単独で達成することは難しく、国や自治体、各関係学会の支援が不可欠と考える。

A. 研究目的

新型コロナウイルス感染症の拡大により、医療機関の医師をはじめとした医療職の業務量や役割分担、労働実態にどのような変化があったのか、感染拡大初期 2020 年 2 月から 2020 年 6 月頃における実態を調査することを目的とする。

医師の働き方改革においては、2024 年度より罰則付きの時間外労働の上限規制が適用されることとなり、国の検討会において医事法制や医療政策における措置について議論が行われている。これらの議論は、平時における医師の働き方を前提としていたため、今後は危機発生時の働き方や医療提供体制も想定した議論を進めることが求められている。特に、タスクシフト・シェアの観点も踏まえ、医師だけではなく、タスクシフト・シェアの受け手について、業務量の変化や医師及び他職種との役割分担の実際を調査するとともに、危機発生時において対応可能な医療従事者の能力や必要な医療従事者数を考慮した検討が必要となる。本研究では、新型コロナウイルス感染症の拡大が、医師をはじめとする医療従事者の労働実態やニーズ等にどのように影響を及ぼしたのかヒアリング調査を行い、新型コロナウイルス感染症以外の新興感染症や自然災害等の新たな危機発生時に備えた医療従事者の確保や育成、それらを踏まえた医療機関の機能分化・連携等の医療体制構築の検討に寄与することを目的とする。

B. 研究方法

本調査では、同意が得られた医療機関に対してヒアリング調査を実施した。

1. 調査方法：

医療機関に対する対面または Web 面談によるヒアリング調査

2. 調査期間：2020 年 8 月～2020 年 12 月

3. 調査対象：

1) 対象医療機関数：18 施設

2) 対象医療機関の属性：

(1)新型コロナウイルス感染患者の対応状況：患者の受け入れあり 15 施設、患者の受け入れなし 3 施設

(2)病床規模：500 床未満 3 施設、500 床以上 700 床未満 7 施設、700 床以上 900 床未満 4 施設、900 床以上 4 施設

(3)感染症指定：特定感染症指定 0 施設、第一種感染症指定 2 施設、第二種感染症指定 7 施設、指定なし 9 施設

(4)特定機能病院の承認：承認あり 9 施設、承認なし 9 施設

(5)病床機能：急性期 16 施設、慢性期 2 施設

(6)設置主体：国立大学法人 4 施設、公立大学法人 2 施設、学校法人 5 施設、公的医療機関 3 施設、医療法人 3 施設、公益法人 1 施設

(7)医療機関の所在地：首都圏 10 施設、地方都市 3 施設、地方 5 施設

4. ヒアリング対象者：

1) 病院長または新型コロナ患者の受け入れ状況や、診療体制、管理実施体制など病院の全体像を把握されている者

2) 新型コロナウイルス感染症の治療や感染症対策など全体像を把握し、指揮命令を取って現場で中心となって動いていた医師

3) 医療現場で業務従事している医師・看護師・薬剤師・臨床工学技士、臨床検査技師、事務職またはその労働実態や業務量等を把握している者

4) 病院全体の労務データを管理・把握している事務職

5. ヒアリング調査項目：

診療体制、労務管理、業務量、タスクシェア・シフト、働き方・休み方、その他

6. 倫理面への配慮：

本研究は、自治医科大学医学系倫理審査委員会の審査・承認を受け実施した。(倫大 20-78)

C. 研究結果

医療機能、地域、医療資源、新型コロナウイルス発生状況等が異なる様々な医療機関 18 施設へのヒアリングを実施した結果、第 1 波の状況下、未知のウイルスに関する情報が圧倒的に乏しく、職員の不安が渦巻く中で、各医療機関は独自の運営戦略を構築し、新型コロナウイルスへの対応と既存患者の対応の両面を模索していた状況が浮かび上がった。置かれた状況が全く異なるそれぞれの医療機関ごとの当時の状況を述べる。

1.1 新型コロナ受け入れ態勢 帰国者接触者外来等の発熱外来の設置

新型コロナ対応 15 施設のうち、10 施設が発熱者に対応する発熱外来等を設置していた。非対応施設では発熱外来等を設置したと回答した施設はなかった。発熱外来の設置施設において、新型コロナ患者受け入れ数には幅があり、設置場所や対応方法は施設ごとに様々であった。

(新型コロナ対応施設)

・発熱外来等の設置

設置方法は様々であり、例えば、発熱外来として帰国者接触者外来や発熱患者トリアージのための外来を設置している施設、発熱外来は設けず発熱者が申し出るブースを設置しトリアージを行った施設、外来や救急搬

送患者の受け入れのためのゾーニングのみ確保した施設等があり、各施設の方針や考え方によって設置方法が考えられていた。

・患者受け入れ方法

大別して 2 種類あり、保健所からの要請患者のみ受け入れを行っているパターンと、保健所からの要請に限定せず新型コロナ患者や発熱患者を受け入れているパターンであった。

・対応者または当番

当番制で医師、看護師、事務職などが発熱外来等の対応を行っている施設が大半であったが、一部、大学本部から事務職員の応援を受けた施設や、人材派遣会社から人員を確保した施設もあった。また、時間帯や曜日によって対応診療科を決め、新型コロナ感染症陽性・疑い患者が来院した際に対応する形もあり、なかには、院長自らが率先して発熱外来等でコロナ対応を行い、その様子を院内に配信し各医療者へも協力を求めた施設もあった。

(新型コロナ非対応施設)

ヒアリング実施施設の中には発熱外来を設置した施設はなかった。通常外来を行いながら、発熱者に対するトリアージや受け入れ方法を適宜検討し対応していた。

1.2 新型コロナ受け入れ態勢 新型コロナ患者専用病棟の設置

新型コロナ対応 15 施設のうち、13 施設が新型コロナ患者専用病棟を設置していた。非対応施設では、新型コロナ患者専用病棟の設置はなかった。

・新型コロナ専用病棟設置場所

多くの対応パターンは、まず、陰圧個室、感染症病床、集中治療室等で数床から受け入れを開始し、患者数増加に伴い段階的に病床

数を拡大していく形であった。ただし、全病床を新型コロナ対応病床とした施設や、複数の病棟を新型コロナ病棟へ変換し対応した施設、未使用病床を活用した施設、感染症病床や各病棟にある陰圧個室を活用して受け入れ対応していた施設等、医療機関ごとの状況に応じての対応が見られた。さらに、応急工事を実施し新たに受け入れ態勢を整えたり、ゾーニングという観点から専用のエレベーターを使用できる病棟を転用する試みもあった。

・受け入れ患者

医療機関の役割や機能により受け入れ患者の重症度は様々であった。既存の病棟資源や医療機関内リソース、受け入れ態勢等を考慮しての対応であり、例えば、軽症患者のみの受け入れ、海外渡航歴のある者・陽性患者の濃厚接触者の受け入れ、軽症患者受け入れ施設から搬送された重症患者のみの受け入れ、紹介患者等中等症から重症患者までの受け入れ等であった。

1.3 新型コロナ受け入れ態勢 疑似症患者対応病棟の設置

新型コロナ対応 15 施設のうち、5 施設が疑似症患者対応病棟を設置していた。非対応 3 施設は、疑似症患者対応病棟は未設置であった。

多くの施設では、一般病棟や陰圧個室のある一般病棟、大部屋を個室対応にして疑似症患者を受け入れていたが、疑似症患者数増加に伴い段階的に病床数を拡大する流れであった。一部、未使用病床を活用していた施設もあった。また、コロナ疑い患者対応病棟をあえて設置せず、発熱患者を各診療科が個別対応していた施設もあった。一部の施設では、疑似症例受け入れの際に自治体から協力医

療機関として補助金を活用し運営に活かしていた。

1.4 新型コロナ受け入れ態勢 新型コロナ準備病床の確保

新型コロナ対応 15 施設のうち、5 施設が新型コロナ準備病床を確保し、非対応 3 施設は未確保であった。

複数の施設では自治体からの要請により、新型コロナ患者受け入れのため指定された病床数をあらかじめ確保していた。また一部の施設では、未経験の感染症に対する迅速な対応が困難であると自ら判断し新型コロナ患者数の急激な増加に伴い主体的・自発的に確保していた。

1.5 新型コロナ受け入れ態勢 新型コロナ患者受け入れに際する障害

新型コロナ対応 15 施設のうち、13 施設が新型コロナ患者受け入れの際の何らかの障害を経験・認識していた。

・職員の不安や恐怖感

未知の感染症に対して、職員の不安や恐怖感が強く、なぜ自施設が受け入れをしなければならないのか、なぜその病棟で受け入れるのか、なぜ自分が対応するのかといった様々な感情が職員間に生まれていた。特に、初期段階で受け入れた施設においては、不安の声が多い傾向にあった。それらの施設では職員の不安に対し、病院の役割等を理解してもらうことや職員の意識統一、モチベーションの維持に苦慮していた。また、未知の感染症に対する知識不足や経験不足から生まれる不安感や恐怖感が増幅され、過剰な感染防御を行う傾向が見られた。したがって、運営側は感染症対策の指導や教育訓練を行い安心し

て業務を行える態勢を構築する必要があった。

- ・職員の意識の差や感情の対立

診療科間、新型コロナ患者対応者-非対応者間で受け入れに対する意識の差を感じており、職員間での心無い言葉や感情的な対立に対し、病院全体で意識を統一することに苦慮していた施設が多く存在した。同時に、地域における医療従事者に対する風評被害や偏見等の問題が発生していた。

- ・人員配置や職員の疲労

大半の施設では、受け入れ態勢を整えるために職員の異動を実施していた。ただし、第一波は年度末から年度初めの時期と重なっていたため、人員不足の環境下での人員調整を行う必要がありマネジメントに苦慮していた。また、夜間休日体制を整備するための人員調整も必要があり、一部の職員に過度な負担が発生した。

- ・情報の不足・共有

いずれの施設も情報不足を問題として挙げていた。特に、初期段階では、ウイルスそのものの情報、治療方法や治療薬、医療物資等の様々な情報が不足しており、現場職員の不安を助長させる原因の一つとなっていた。国や自治体からの情報不足と情報遅延に対する焦燥感や不満感が強く、地域内の周辺医療機関のリアルタイムの受け入れ状況等の情報の必要性を強く感じていた。また、各施設では情報を職員に共有する様々な工夫を実施していたが、日々更新される最新情報を現場の職員一人一人に確実に伝達・共有する方法を模索していた。

- ・感染症対応システムの準備不足

未知の感染症ということで、いずれの病院もマニュアルやフローの作成に時間を割かれていた。特に、感染症指定病院以外は、SARS や新型インフルエンザの受け入れ未

経験であり、マニュアル等も未整備であったため、どこに発熱外来を設置するのか、どの病床あるいは病棟で受け入れるのか、患者搬送方法、エレベーターの使用方法、ゾーニング等に苦慮していた。また、感染症指定病院においても、過去の経験の記憶が曖昧となっており、過去に訓練を行っていた施設でも現場で生かされなかったといった声があった。

- ・个人防护具等の医療物資の不足

医療物資の不足や検査機器等の不足が現場の混乱に拍車をかけ、特に、个人防护具の不足は一部の職員へ業務の集中や身体的精神的負担を助長する大きな要因であった。

- ・地域連携システムの機能不全

後方連携病院の患者受け入れの拒否、受け入れ時のPCR検査の陰性証明の依頼等で、退院調整に時間や労力を通常以上に要し、平時の地域連携システムは機能不全の傾向にあった。

2.1 診療体制 外来の閉鎖

新型コロナ対応 15 施設のうち、5 施設が外来を閉鎖していた。非対応 3 施設では外来の閉鎖はなかった。

自治体からの通常診療の休止依頼、自発的な意思決定により外来閉鎖を行っていた。また、院内感染発覚により外部からの患者受け入れの全面中止や、職員の感染による人員不足で一部の診療科の受け入れを休止した施設もあった。一方、外来閉鎖の未実施施設においても、外来患者の自然減に伴い診療体制に変化があった。なお、学会要請等により、人間ドックなど健診業務に関する外来は多くの施設で閉鎖していた。一部の施設では、外来閉鎖に伴い電話診療による対応に切り替えていた。

2.2 診療体制 外来の受け入れ制限

新型コロナ対応 15 施設のうち、10 施設が外来の受け入れ制限を行っていた。非対応 3 施設では外来の受け入れ制限を行っていなかった。

・初診患者

当該施設でしか対応できない患者のみ対応しそれ以外の患者は受け入れを抑制した施設、一部の診療科において新規患者の受け入れを全例中止した施設等、各施設の役割や院内資源を考慮しての受け入れ態勢の見直しがあった。また、近隣病院に対して不要不急の紹介を避けてもらうよう周知した施設や、患者の自然減により受け入れ抑制を実施する必要がなかった施設もあった。

・再診患者

多くの施設では受け入れ数を抑制するために電話診療を開始していた。受診延期可能な患者への延期依頼、病状変化のない患者への処方量増による受診間隔の延長要請等、種々の取り組みで再診患者数を減らす努力をしていた。また、外来透析患者に関しては近隣病院へ受け入れ要請を行った施設があった。これらの取り組みに関して、患者側からの病状悪化の訴えやクレームなどが発生は見られなかった。患者の自然減により、受け入れ抑制を実施しなかった施設もあった。

・救急患者

新型コロナウイルス感染症重症患者の対応による医療提供体制のひっ迫のため、一般の 2 次・3 次救急の受け入れを一時休止した施設があった。また、院内のクラスター発生時により救急受け入れを一時全面的に休止した施設があった。一方で、受け入れ制限を行わず、重症の新型コロナ患者の対応と並行して通常の救急対応を行なった施設では対応職員の負担が過重であった。

2.3 診療体制 入院制限

新型コロナ対応 15 施設のうち、9 施設が入院制限を実施していた。非対応 3 施設のうち 1 施設では院内クラスター発生のため入院を一時休止していた。新型コロナ対応施設 15 件のうち 4 施設は転院の促進、3 施設は退院促進を行っていた。

・新規入院の抑制

新型コロナ患者受け入れ病床を確保するため通常患者の入院を抑制していた。施設によっては抑制の目標値を設定していた。新型コロナ対応の人材確保のために、一部病棟を休床、または集中治療室や救命救急での受け入れを制限せざるを得なかった。入院抑制を行う際、該当病院でなければ診療できない患者、受診延期可能な患者、他施設でも対応できる患者等に分類し受け入れの判断を行っていた施設もあった。これらの取り組みの結果として、複数の施設では通常の 60%～70%前後まで入院患者数を減らす結果となった。一方、患者の受診控えや紹介患者の自然減少に伴い、制限を実施しない施設もあった。

・入院患者の転院・退院促進

医療機関が主体的に転院・退院を促進し在院日数を短縮することで空床を確保し、入院患者数の調整を行う取り組みが見られた。一方で、他院への受け入れを拒否され転院促進を行えなかった施設もあった。また、転院や退院促進の特別な取り組みを実施せずに患者の自然減で対応できた施設もあった。

2.4 診療体制 手術制限

新型コロナ対応 15 施設のうち、11 施設が意図的・積極的手術制限を実施していた。非対応 3 施設では意図的・積極的手術制限は実

施していなかった。

新型コロナ対応のため、緊急手術以外の待機的手術や不急の手術は抑制した施設がほとんどであった。中には、通常の 50%程度まで手術数を抑制した施設がみられた。多くの施設では、整形外科、耳鼻科、歯科口腔外科等の手術が抑制対象であった。また、医療物資不足のため手術室入室者数にも制限をかけ最小限の人数で手術を実施するなど、研修医や学生が参加できず教育機会が減少する面も認められた。一方、患者側希望による手術の中止あるいは延期例も多く認められた。

2.5 診療体制 当直体制

新型コロナ対応 15 施設のうち、6 施設が当直体制を変更し対応していた。非対応施設では 1 施設が当直体制の変更を行っていた。

新型コロナ患者の診療に関して、当初は感染症内科や総合診療科などの一部の診療科で当直対応を実施したり、24 時間オンコール体制で対応していた。施設によって対応の濃淡はあるものの、患者数の増加に伴い複数の診療科での当直分担に移行したり、シフト制や待機制へ変更したり、重症度が高い患者の対応では当直人数を増やしての対応等を実施していった。一部の施設では新型コロナ対応チームを立ち上げ、交替制で 24 時間診療にあたっていた。また地域の病院関係団体や開業医からの応援を依頼した施設もあった。新型コロナ対応以外の当直は通常の当直体制を続けている施設がほとんどだったが、新型コロナ対応医師は一般の当直から外す工夫を行っていた施設や、非対応の医師が自発的に当直の穴埋めをしていた。また、大学医局からの医師派遣の中止により、常勤医師のみで当直体制を整えなければならなかつ

た施設もみられた。

2.6 診療体制 研修医の参画

新型コロナ対応 15 施設のうち、6 施設では新型コロナ患者の診療に研修医は関与させていなかった。

施設によって研修医の新型コロナ患者への関与は異なっていた。新型コロナ患者を診療する総合診療科・救命救急・集中治療室にその時期に研修医がいる場合のみ関与させた施設や、診療科にこだわらず臨床研修医には積極的に対応をさせていたという施設等がみられた。また、研修医に積極的に受け持ちはさせていないものの、一部業務を行うなど診療の一部に研修医が参画していた施設が 3 施設あった。その他、研修医は診療に参画させないという方針を打ち出していた施設が 6 施設あった。

2.7 診療体制 対策本部

新型コロナ対応 15 施設のうち、全 15 施設が新型コロナ対策本部を立ち上げていた。非対応 3 施設は、1 施設において新型コロナ対策本部を立ち上げていた。

2 つに大別され、既存の会議体を新型コロナ対応会議として開催頻度を増やし対策を検討した施設群、新たに対策本部を立ち上げた施設群であった。それら対策本部の傘下に部会やワーキンググループを設置し、機動的に運営をする施設もみられた。これらの下部組織では多種多様な業務の分担や、実質的意思決定、院内への情報共有などの役割を担っていた。新型コロナウイルス感染症を災害として DMAT をロジスティクスに活用していた施設もあった。対策本部の立ち上げ時期は施設によって異なっているものの、比較的早

期にいずれの施設も立ち上げていた。対策本部会議の開催頻度は、繁忙時は毎日あるいは1日のうちに複数回開催し、患者受け入れ状況等に応じて開催頻度を調整していた施設がほとんどであった。

2.8 診療体制 新型コロナ対応チーム

新型コロナ対応 15 施設のうち、全 15 施設が新型コロナ対応チームを立ち上げていた。非対応施設では、1 施設が新型コロナ対応チームを立ち上げていた。

多くの施設では、当初は感染症科・救急科などの限られた医師が対応していたが、患者数増加に伴い、チームでの対応に変更していた。しかし、限定された診療科のみが中心となり全ての新型コロナ対応を行った施設もあった。チームのコアメンバーは、感染症科、呼吸器内科、総合診療科、集中治療科、麻酔科といった診療科が多くみられた。

チームの構成メンバーや構成方法、役割分担、選出方法は様々であり、患者の重症度に応じ対応診療科をチーム分けし役割分担した施設、幅広い診療科から手あげ制で医師を募り新型コロナ対応チームを立ち上げた施設、指名制でチームを立ち上げた施設などであった。一部の施設では、非対応診療科からのサポート体制を構築していた。

2.9 診療体制 人員配置

新型コロナ対応 15 施設のうち、13 施設が診療体制や人員配置の変更を実施していた。非対応 3 施設のうち 1 施設では診療体制や人員配置の変更を行っていた。

(新型コロナ対応施設)

・医師

多くの施設において複数の診療科から新

型コロナ対応チームへ医師を出す、あるいは発熱外来でのスクリーニングや検体採取などへ応援を出すなど、複数の診療科によるサポート体制を構築していた。ただ、一部の診療科のみが新型コロナ対応に携わった施設もあった。また、一部の施設では、自発的に新型コロナ対応診療科の当直を非対応診療科が引き受けたり、病室清掃等の周辺業務の支援行動がみられた。

・看護師

新型コロナ対応の看護師については、新型コロナ患者の受け入れ病棟にもともと配置されていた看護師が対応することを基本としていた。受け入れ病棟の人員不足がある場合は、重症系の受け入れ病棟には ICU 勤務経験のある人材を手上げ制で募る、あるいは管理者より指名で配置していた。また、人員確保のために閉鎖した病棟に勤務していた看護師は、欠員となった病棟に異動するなど、多くの看護師の異動が発生しており、中には 100 名を超える看護師を異動した施設もあった。また新型コロナ受け入れ病棟あるいは閉鎖した病棟に配置された新人看護師を、ほかの病棟へ再配置したり、一時預かりで教育を他病棟へ依頼していたりと、新人配置や教育に関しての工夫がみられた。

(新型コロナ非対応施設)

・看護師

非対応施設においては、新型コロナ対応病院に医師や看護師を派遣していた施設があった。看護師を派遣している部門は、通常院内でのリリーフ業務を免除するなど工夫されていた。また、発熱患者の対応は、その発熱患者の入院病棟に配置されている看護師が対応し、診療体制や人員配置に変化がなかった施設もあった。

2.10 診療体制 院内の情報共有とガバナンス

ス強化

全ての施設において密な情報共有に取り組みガバナンスを強化していた。

・情報共有内容

会議内容、新型コロナ患者対応に関する院内決定事項、新型コロナに関するマニュアル、患者フロー、医療物資の情報等、業務に必要な情報を共有していた。また多くの施設で病院長や執行部から職員へのメッセージを発信していた。

・情報共有方法・媒体

院内ポータルサイトや掲示板、電子カルテのトップページまたはポップアップ、職員専用ホームページやメールなどによって、日々更新される情報を共有していた。また、TV 会議システムや一般的に汎用されている Web 会議システムを用いて、会議を開催したり、情報の共有に取り組んでいた。いずれの施設も、対面開催の会議、紙媒体、電子媒体といった複数の媒体や方法を駆使して、できるだけ早期かつ職員全体への情報共有や周知に努めていた。病院長や管理者自らが現場へ足を運び情報収集したり、現場直接的に職員へメッセージを発信していた施設もあった。

・課題

直接的なコミュニケーションに制限がかかる中で、日々刻々と変わる情報をいかに一人一人の職員に伝えるかに対して課題と感じている施設が多かった。また、現場からの情報収集方法や、情報共有スピード、情報周知方法の改善を課題として挙げた施設も多くあった。情報取得に対する職員の意識のばらつきや、院内の IT インフラの未整備、IT リテラシーの問題、外部への風評被害のリスクなど、現場では様々な問題や困難を運営課題としている施設が多かった。一方で、大きな混乱が生じなかった施設においては、職員、

患者、その家族に対して十分な情報開示できたことがその要因であったと回答した施設もあった。平時から院内や職員、院外の医療機関や公的機関との情報コミュニケーションが十分であった施設では、平時からのシステムがそのまま機能していた。

未知のウイルスに対する不安や恐怖を多くの職員が抱える中、なぜ新型コロナ患者を診療しなければならないのか、ということについて職員に納得してもらうことが困難であったと回答した施設が多かった。また院内における新型コロナ対応診療科が限定されていたことから対応者・非対応者間での意識の差や不公平感の高まりによって、職員のモチベーションを高めることが困難であったと回答した施設が複数あった。情報共有の徹底やマニュアル・ガイドラインの作成、対策本部などによる指示系統の整備などによって職員の不安感の払拭に取り組み、病院全体として新型コロナ対応に取り組む必要があることを繰り返し伝えることで意識統一を図った施設もあった。

2.11 診療体制 医療物資

全ての施設において個人防護具 (PPE) 等の医療物資が不足していた。

医療物資不足による業務への影響は甚大であり、新型コロナ対応や通常業務のスムーズな対応に大きな支障としてあらわれていた。特に、個人防護具の不足により、特定の限られた医師や看護師が対応せざるを得ず、一部の職員への業務の集中が発生していた。また、物品不足による手術延期や中止、手術に携わるスタッフを最小限に制限した施設がみられた。物資の寄付が寄せられた施設もあるものの、資材調達の対応のため通常業務の遂行に支障を来した施設が大半であっ

た。職員が使命感を有していても物資不足により対応することができず、ジレンマや精神的苦痛を多く抱えていた状況があった。また、ほとんどの施設において物資不足のため N95 やサージカルマスクを通常よりも長期間の使用を職員に依頼しており、中には、サージカルマスクの使用を月一枚に制限していた施設もあった。自施設で紫外線消毒装置を作った施設、消毒薬を院内調整した施設、ビニール袋をガウンに転用して利用していた施設等、各施設で物品不足を創意工夫してやりくりしていた実態であった。備蓄量が十分に確保できていた施設では、節約をすることで大きな変化なく通常診療を行っていた。

さらに、個人防護具だけでなく、体温計や PCR 検査機器など検査用医療機器の調達も困難であったり、重症化対応用の人工呼吸器等の治療機器が不足する事態を想定した施設もあった。

2.12 診療体制 電話・オンライン診療

新型コロナ対応 15 施設のうち、11 施設が電話・オンライン診療を実施していた。非対応 3 施設のうち 1 施設が電話・オンライン診療を行っていた。

外来閉鎖あるいは外来患者抑制のため、一部の対応可能な診療科や薬剤処方などの患者など、部分的に電話診療を導入した施設が複数あった。オンライン診療を本格的に行うためにはインフラ整備不足やセキュリティの不備など解決すべき課題があるとした施設が多く、今後は IT を活用したオンライン診療の必要性が高まっていくであろうと回答していた。

2.13 診療体制 事業継続計画（Business Continuity Planning : BCP,以下 BCP と略

す）の整備

・BCP の整備状況

新型コロナ対応 15 施設のうち、4 施設が新型インフルエンザ対応のための BCP を整備しており、2 施設が整備中であった。4 施設は自然災害に対する BCP のみ整備しており、1 施設は整備中であった。非対応施設では整備している施設はなかった。

一部の施設では、今回ある一定数の職員が感染したという最悪の事態を想定し、どこまで診療機能を維持できるかに関してシミュレーションを実施し、入院患者や外来患者の抑制に活用したと回答した。

・BCP に基づく訓練の実施

地震等の自然災害に対応した院内訓練を行っている施設は複数あったが、新型インフルエンザ対応のための BCP に基づく院内訓練を実施していたのは 1 施設であった。何らかの災害等を想定した自治体との共同訓練を行っていたのは 4 施設であった。

2.14 診療体制 委託業者等の制限

新型コロナ対応 15 施設のうち、11 施設が委託業者側からの業務制限があった。非対応施設 3 施設のうち 1 施設において委託業者側からの業務制限があった。

清掃業者やリネン業者から対応を断られた施設が 12 施設あった。その結果、新型コロナ対応病棟では看護師がトイレ掃除を含めた清掃、リネン交換、ごみ捨てなどを実施していた。一部の施設では医師が清掃を担ったり、カーテン交換や清掃を事務職が担った施設もあった。休業したホテルの従業員に対応に来てもらった施設もあった。一方で、外部業者の不安に対応し、感染症専門医や感染管理認定看護師らが感染対策について研修を行い、通常通り清掃等を外部業者が行って

いた施設もあった。ヒアリング時点においても、実際に看護師が清掃等を継続している施設があり、この問題に対する対応のスピードや取り組みは施設により様々であった。また製薬企業や医療機器企業の医療情報担当者の来院を制限した施設は多くあった。

2.15 診療体制 その他

臨床検査部門で PCR 検査体制の構築を行い、メインの検査チームと応援チームを設け複層的に対応できる体制を構築していた施設があった。また、臨床工学部門では、ECMO や人工呼吸器管理など重症患者対応者とそのサポート体制を構築し、接触回数を減らすため人員を限定し対応する工夫が見られた。薬剤部門においては、職員の感染者が発生した場合に備えて、部署内の人員を 2 チームに分け相互接触しない体制を構築し対応した施設もあった。

3.1 地域連携 病院外への応援

新型コロナ対応 15 施設のうち、13 施設が院外への応援を実施していた。非対応施設では 1 施設が院外への応援を行っていた。

ダイヤモンドプリンセス号、宿泊療養施設、保健所・自治体の PCR 検査、検疫業務、他施設のドライブスルー外来、自治体の新型コロナ対策本部へ技術支援や政策決定の支援、自治体の DMAT など、様々なところへの職員派遣の実態がみられた。また、感染症対策指導等のため、感染症専門医や感染管理認定看護師を派遣している施設が複数あった。人的資源の派遣のみならず、感染症対策や治療方法、新型コロナ対応の経験、作成したマニュアルなどの情報資源を周辺の医療機関へ共有する取り組みがみられた。

自院では新型コロナ対応はしないものの、受け入れ病院へ自院の医師や看護師を派遣する非対応施設があった。その結果、派遣した職員による新型コロナ対応での経験をもとに派遣元施設への知識や技術が向上する流れとなり、派遣医療機関との連携が深まったと回答していた。

3.2 地域連携 地域から病院内への応援

新型コロナ対応 15 施設のうち、4 施設が外部から院内への応援を受け入れていた。非対応施設では応援があった施設はなかった。

系列病院からの医師の応援、地域の病院団体や開業医から新型コロナ対応病棟の当直応援、組織本部からの事務職員の応援、マスク等の医療物資の援助があったと回答した施設が複数あった。医療職以外では、コロナ禍で仕事が減少したホテル職員に一時的に清掃業務の補助として応援に来てもらった施設もあった。

3.3 地域連携 地域医療連携

新型コロナ対応 15 施設のうち、9 施設が地域医療連携に変化があったと回答した。非対応 3 施設のうち 2 施設が地域医療連携に変化があったと回答した。

(新型コロナ対応施設)

発熱患者や新型コロナウイルス感染後に PCR 陰性化した患者の受け入れ拒否を複数の施設が経験していた。また、転院の際に PCR 検査を求められたため在院期間が延長したと回答した施設が複数見られた。一方、全例への PCR 検査が未実施でも問題なく転院が可能であったと回答した施設もあった。

新型コロナ患者が重症化した場合の転院はスムーズであった施設がある一方で、重症

患者の受け入れ病院への転院がスムーズに行えず苦勞したと回答した施設もあった。各医療機関の受け入れ状況の共有や、物資の調達、薬や治療方法の情報共有に関して、行政や医師会との連携が綿密に取れる体制が未整備であったと回答した施設が複数あった。

(新型コロナ非対応施設)

基幹病院が新型コロナ対応に追われていたことから、退院させるべきタイミングであっても自院からの紹介を自主的に控えたことがあったと2施設が回答した。

4.1.1 労務管理 適切な労働時間の把握 (医師以外)

新型コロナ対応15施設のうち、8施設が適切な労働時間の管理を平時から実施していた。1施設が平時より管理を徹底できなかつたと回答した。非対応3施設のうち、1施設が適切な労働時間の管理を平時から実施していた。

多くの施設において職員の労働時間を適切に管理把握していた。複数の施設では、新型コロナ対応をしていた一部の職員が平時より業務が増加し負荷が増していた。特に、感染管理認定看護師には過度な負担がかかり、時間外労働が増えていた。一方、手術件数や一般患者数の減少、学会や会議等の減少により業務量が減少し働き方が改善された職員や部署も多くあった。

また労働時間の管理を行っている施設においても、紙運用であることから、リアルタイムの状況を把握できていないと回答した施設が複数あった。

4.1.2 労務管理 適切な労働時間の把握 (医師)

新型コロナ対応15施設のうち、7施設が医師の時間外労働の適切な把握を平時から実施していた。4施設は現在整備中で適切な把握を行えていないと回答した。非対応3施設のうち、1施設が医師の時間外労働の適切な把握を平時から実施していた。

新型コロナ対応した医師はいずれの施設でも平時より業務量が増え時間外労働の負荷が増大した。特に、感染症専門医は夜間休日を問わず、当直やオンコール等の対応に追われていた施設が複数あった。一方で、非対応医師の業務は減少しており時間外労働が減少していた。平時より働き方改革を進めており、時間外業務や土日の出勤を減少させており、コロナ禍でも同様に対応できた施設もあった。

4.2.1 労務管理 休日取得状況の管理 (医師以外)

新型コロナ対応15施設のうち、12施設が平時から休日取得状況の管理を実施していた。非対応3施設のうち、2施設が平時から休日取得状況の管理を実施していた。

感染管理室など一部の新型コロナ対応部署や関連業務に当たっていた職員はマニュアル作成や電話問い合わせ等の対応のため休日取得が困難であった。その他の職員はおおむね平時と同様に休日を取得できていた。また有給休暇の取得推進により取得状況が前年度より改善した施設があった。

4.2.2 労務管理 休日取得状況の管理 (医師)

新型コロナ対応15施設のうち、7施設が休日取得状況の管理を平時から実施していた。4施設は現在整備中で適切な把握を行えていないと回答した。非対応3施設のうち、

1 施設が休日取得状況の管理を平時から実施していた。

多くの施設では新型コロナ対応の医師は休日取得が容易ではなかったが、シフト制あるいは交代制を取り入れている場合は、平時と同様に休日の取得は可能であった。また、非対応医師は休暇の取得は平日と同様と答えた施設が多かった。

一部の施設は、有給休暇取得義務化に伴い平時より取得推進していたため、取得状況は前年度より改善していた。

4.3.1 労務管理 面接対象となる職員の把握（医師以外）

新型コロナ対応 15 施設のうち、8 施設が面接対象となる職員の把握を平時から実施していた。非対応 3 施設のうち、1 施設が面接対象となる医療職の把握を平時から実施していた。

時間外労働が増加したことによって面接指導の対象者が増加した施設があった。

4.3.2 労務管理 面接対象となる職員の把握（医師）

新型コロナ対応 15 施設のうち、8 施設が面接対象となる医師の把握を平時から実施していた。非対応 3 施設のうち、2 施設が面接対象となる医師の把握を平時から実施していた。

1 施設においては、長期戦に備えシフト調整を行うなど平時より管理をより徹底したと回答した。

4.4. 労務管理 医師による面接指導の管理実施

新型コロナ対応 15 施設のうち、9 施設が全職員に対して医師による面接指導の管理実施を平時から実施していた。非対応 3 施設のうち、1 施設が全職員に対して医師による面接指導の管理実施を平時から実施していた。

コロナ禍において医師は平時と比較して管理が難しかったと 1 施設が回答した。

4.5. 労務管理 就業上の措置が必要な職員の把握

新型コロナ対応 15 施設のうち、7 施設が全職員に対して就業上の措置が必要な職員の把握を平時から実施していた。非対応 3 施設のうち、1 施設が全職員に対して就業上の措置が必要な職員の把握を平時から実施していた。

バーンアウト状況確認のため、1 施設が平時からアンケート調査を行っていた。また、1 施設が新型コロナ対応者を対象にメンタルヘルスのスクリーニングを行い、ストレス度が高い職員がいることを確認し、介入が必要であることを把握していた。

4.6 労務管理 就業上の措置の実施

新型コロナ対応 15 施設のうち、6 施設が全職員に対して就業上の措置を平時から実施していた。非対応 3 施設のうち、1 施設が全職員に対して就業上の措置を平時から実施していた。

診療科によっては夜間の勤務帯の医師数を独自の判断で増員したり、新型コロナ対応者を交代させ、休日を付与した施設もあった。また、新型コロナ対応が長期的に継続することを想定し、一部の職員への業務集中を避けるためシフト調整を実施した施設もあった。

4.7 労務管理 医師の時間外の適切な把握 (自己研鑽・外勤等)

新型コロナ対応 15 施設のうち、3 施設が医師の時間外の適切な把握(自己研鑽・外勤等)を平時から実施していた。非対応 3 施設では行っている施設はなかった。

4.8 労務管理 医師の連続時間制限、勤務時間インターバルの実施

新型コロナ対応 15 施設のうち、2 施設が医師の連続時間制限、勤務時間インターバルの実施を平時から実施していた。非対応 3 施設では実施している施設はなかった。

コロナ禍を経験して、新型コロナ対応医師の勤務形態を交代制に変更、あるいは連続勤務後に一定の休息期間が取得できるようシフト調整した施設があった。

4.9 労務管理 医師の代償休息の実施

新型コロナ対応 15 施設のうち、2 施設が平時から医師の代償休息の実施を実施していた。非対応 3 施設では医師の代償休息を平時から実施していなかった。

4.10 労務管理 宿泊施設の提供

新型コロナ対応 15 施設のうち、10 施設が宿泊施設の提供を実施していた。非対応 1 施設が宿泊施設の提供を実施していた。

ホテル等の外部宿泊施設だけでなく、休床した病室や保有する研修センター等を解放し宿泊場所としている取り組みもみられた。一方、場所の確保が困難であったり、適切な感染症対策を取っているため感染リスクが高くないことを理解させ宿泊施設を準備しな

かった施設もあった。

4.11 労務管理 メンタルヘルスへの対応

新型コロナ対応 15 施設のうち、13 施設がメンタルヘルスへの対応を実施していた。非対応施設では、1 施設においてメンタルヘルスへの対応を実施していた。

未知のウイルスの受け入れに対し恐怖や精神的ストレスを感じている職員が多くあり、個人防護具を長時間装着し、閉鎖された特殊な空間で長時間業務を行う看護師の不安やストレスに関して多くのマネジメント側が危惧していた。また、患者から怒りや不満を直接向けられた看護師も存在し、精神的なケアやサポートの必要性を感じていた。いくつかの施設では、休職や離職を希望する職員がおり、実際に複数の職員が退職となっていた。

・メンタルサポートチーム

早期段階でメンタルケアを行うチームを立ち上げていたところでは、精神科医や産業医、臨床心理士、保健師などがチームの構成員になっており、各種ツールを用いてメンタルチェックを実施し適宜サポートを行っていた。ある施設の調査では、不安や抑うつ症状が 67%に見られ、バーンアウト症候群スコアが 78%であった。別の施設では、初めてレッドゾーンに入る前に個人防護区の着脱訓練とともに、精神科医によるメンタルチェックを必須としていた。

・病院の対応

いずれの施設も職員の不安払拭のため情報収集と情報発信を密に行っていた。また、個人防護具や感染対策に関する研修や教育を多くの施設で実施していた。現場で新型コロナ対応職員を応援する院内ポスター等の掲示や、トップからのメッセージの発信、現

場管理者による声掛けなど、全職員で新型コロナに対応する雰囲気醸成するよう務めモチベーションを維持する試みが多くみられた。さらに、妊婦を新型コロナ対応業務から外すといった業務上の措置、休暇の付与、配置転換など、様々な対応がとられていた。

・ストレスの内容

多くの職員は、未知のウイルスに対する恐怖感や不安、自分が感染したら周りに迷惑をかけるという不安と緊張、いつまで続くのかという先の見えない不安や院内感染が発生した時の無力感、などウイルス自体や感染に対するストレスを抱えていた。また、情報の不足あるいは情報が二転三転し指示が変更されることに対する不安や混乱、个人防护具を長時間装着し閉鎖された特殊な空間で長時間業務を行うことへのストレス、応援や異動による不慣れた環境で業務を行うことや、普段行わないデスクワーク等の業務へのストレス、患者の不安をダイレクトに受けることや家族の面会も許されない特殊な看取りなど整理をつけることができない気持ちなど、業務を行う上で多種多様な心的・身体的悩みを有していた。

さらに、三密の回避や会話の自粛による職員同士のコミュニケーションの減少や相談しにくい環境、休日にも強いられる自粛生活、新型コロナ対応のためいつ呼ばれるかわからない緊張感、精神的に休まらない環境、医療従事者に対する風評被害等、直接業務以外の場面でも持続する様々なストレスを感じていた。

新型コロナ対応病棟に異動するならば退職する、家族への感染を危惧する不安、自然に涙が流れてくる、気になって眠れない、等訴える職員などに対し、多くの現場の管理者は総じて自ら直接顔を見て声をかける、コミュニケーション頻度を増やすなど、意識して

メンタルサポートに注力していた。

4.12 労務管理 その他

医療従事者への偏見や差別、不当な扱いを危惧し、新型コロナ患者を受け入れていることを公表することを避けた施設が複数あった。不当な扱い等を受けた場合は病院に必ず報告することを職員に呼びかけ、新型コロナ患者に対応する医療者を病院一丸で応援するよう呼びかけていた。しかし、実際は、医療者間、あるいは地域住民からの偏見や差別を受けた職員は存在した。本人都合や、家族の懸念により退職や離職につながった事例があった。家庭の事情で有給休暇を希望した職員をテレワーク扱いにしたり、事務職で一部テレワークを取り入れたり、と様々な工夫がみられた。また混雑した公共交通機関での出退勤を避けるため、時差出勤の導入、時間単位の年次有給休暇制度の活用、早めの退勤推奨など、職員を守る取組みが多くみられた。

5.1 福利厚生 送迎の実施

新型コロナ対応 15 施設のうち、1 施設が送迎の対応を実施していた。非対応施設では送迎の対応を行っていなかった。

公共交通機関の使用を避けるために、時差出勤の推奨、タクシーチケットの配布、タクシー送迎を可能としたり、近隣の運動施設を臨時の駐車場とし車通勤を認める取り組みが見られた。

5.2 福利厚生 院内保育などの子どもの預かり施設の臨時設置

新型コロナ対応 15 施設のうち、3 施設が院内保育などの子どもの預かり施設の臨時

設置を実施していた。非対応 3 施設では院内保育などの設置を行っていなかった。

少数施設ではあるが、新たに学童保育を設置したり、会議室を利用し小学校低学年の児童を預かる体制を確保していた。平時より院内保育を実施している施設では、普段は院外に預けている職員が予約なしで預けられるようサポートした。子どもを預けられない職員が出勤時間を遅らせて出勤したり、保育園で濃厚接触疑い者が発生した際一定期間出勤できない事例が発生した。また、院外の保育園に預けている職員のなかで、病院の関係者だから来ないでほしいと通達された事例があった。

5.3 福利厚生 特別休暇の付与

新型コロナ対応 15 施設のうち、4 施設が特別休暇を付与していた。非対応施設では 1 施設が特別休暇を付与していた。

新型コロナ対応看護師への特別休暇の付与、クラスター発生病棟への応援スタッフへの特別休暇の付与がみられた。また、緊急事態宣言下で保育園等が休園になったことで仕事を休まざるを得なかった職員に対し特別休暇を付与した事例があった。さらに、例年院内で行っている健康診断が実施できなかったため、特別休暇を付与し健康診断が受けられるよう体制を整えた施設もあった。

5.4 福利厚生 特別手当の付与

新型コロナ対応 15 施設のうち、11 施設が何らかの特別手当を付与していた。非対応施設では特別手当を付与していなかった。

多くの施設が新型コロナ患者に直接対応した職員に特別手当を支給していたが、全病院職員へ一律支給した施設もあった。また、新型コロナ患者への直接対応の度合いによ

って支給額に差をつけた施設もあった。支給の単位は、1 か月あたり、1 日あたり、1 勤務当たり、1 回あたりと様々であった。

6.1 業務量 外来

・医師

患者自身の受診控えにより、全体的に病院への紹介患者数、外来受診患者が減少した。さらに、病院として電話診療を導入したり、新型コロナ患者受け入れのため通常外来患者の抑制を行ったため外来患者数は減少した。通常の 6 割程度まで患者数が減少した施設もあり通常外来に関する業務はほぼ減少していた。

一方、新型コロナ対応医師については、通常の 1.5 倍～2 倍程度に外来業務は増えていた。一部の病院では外来患者に変化はなかったが、新型コロナ患者の受け入れのための対応を行ったことにより業務量が結果として増加したと回答した。

・看護師

部署によって業務量に差があった。救急外来など新型コロナ対応部署の総患者数は減ったものの、通常とは異なる不慣れな業務や感染対策等のため業務量は増えた。一方で、非対応部署は平時と変わらない、もしくは患者数減少に伴い業務量は減少傾向にあった。

・薬剤師

外来患者数減少に伴い調剤業務は通常の 7 割～8 割程度に減少したものの、電話診療の開始により、処方箋取り扱い手順の決定、処方箋の FAX や郵送、新型コロナに関する新薬情報の取得など新たに業務が発生していた。また患者から電話受診に関する問い合わせが増えた施設もあった。

・事務職

外来患者数は減ったものの、電話診療の調

整や準備、処方箋の FAX 送信や原本の郵送などにより、新たな業務が増えていた。また、外来での体温測定トリアージ、入院患者のクリーニング受け渡しや日用品の買い物代行等の追加業務が発生した施設もあった。一方

で、通常診療のレセプト業務が減り時間外が減った部署もあった。

診療実績(対前年比)について表 1、表 2、表 3 に示す。

表 1. 診療実績: 対前年比(%)全病院

	2020 年	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
外来患者数	Ave	95.8	94.1	77.2	72.9	88.8
	low	88.5	86.0	40.6	56.5	56.9
	high	102.6	99.5	90.8	89.0	105.7
入院患者数	Ave	99.7	94.6	87.9	80.0	84.9
	low	92.5	83.1	58.5	41.4	54.6
	high	105.6	102.7	102.1	98.8	95.9
平均在院日数	Ave	134.6	95.9	104.8	109.8	101.3
	low	75.1	79.6	83.1	93.4	91.3
	high	674.5	107.9	116.6	122.6	114.1
病床稼働率	Ave	97.1	94.5	87.2	79.9	84.4
	low	89.3	83.0	58.5	41.4	54.6
	high	100.8	101.9	102.4	99.2	101.5

表 2. 診療実績: 対前年比(%)新型コロナ受け入れ施設

	2020 年	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
外来患者数	Ave	96.7	95.4	79.8	74.6	91.2
	low	91.2	88.5	68.5	56.5	68.7
	high	102.6	99.5	90.8	89.0	105.7
入院患者数	Ave	99.2	94.0	85.9	77.3	83.5
	low	92.5	83.1	58.5	41.4	54.6
	high	103.3	102.7	100.8	92.7	95.9
平均在院日数	Ave	144.7	96.4	106.2	109.5	101.3
	low	94.6	79.6	99.1	93.4	91.3
	high	674.5	107.9	116.6	122.6	114.1
病床稼働率	Ave	96.8	93.8	84.0	76.1	82.0
	low	89.3	83.0	58.5	41.4	54.6
	high	100.8	101.9	100.7	98.4	101.5

表 3. 診療実績:対前年比(%)新型コロナ非受け入れ施設

	2020年	2月	3月	4月	5月	6月
外来患者数	Ave	94.9	90.8	71.2	71.7	82.9
	low	88.5	86.0	40.6	56.6	56.9
	high	96.9	93.8	88.6	82.8	98.0
入院患者数	Ave	101.8	97.1	96.3	91.7	90.8
	low	98.5	90.8	85.5	79.6	84.0
	high	105.6	101.0	102.1	98.8	95.9
平均在院日数	Ave	90.6	93.7	98.4	110.9	101.2
	low	75.1	84.1	83.1	107.1	98.5
	high	103.7	104.6	108.2	116.7	106.0
病床稼働率	Ave	97.8	97.0	95.6	92.2	90.8
	low	95.1	90.8	85.5	79.6	84.1
	high	100.1	101.4	102.4	99.2	95.6

6.2 業務量 検査

・医師

新型コロナ患者受け入れに伴い意図的に待機的検査や学会要請による内視鏡検査等を減少させたため、患者数減少に伴い検査数は減少した施設が多かった。

・看護師

検査部門では、感染対策に伴う業務や新たなマニュアル作成業務等が発生したが、患者数減少に伴い検査件数が減少したため業務量としては変化がなかった。

・臨床検査技師

患者数減少に伴い業務量は減少していたため、全体としては業務量は減少あるいは平時と同様の傾向であった。ただし、PCR 検査を院内で実施していた施設では、検査体制の構築、検体採取業務などの新たな業務が増加していた。PCR 検査を院内で行っていない施設では、検体搬送業務などが新たな業務として加わっていた。

6.3 業務量 手術

・医師

新型コロナ患者受け入れに伴い意図的に待機的手術や良性疾患の手術を抑制させたため当該手術件数は減少した。ただ、分娩やがんなどの緊急性の高い手術は平時通り実施していた。全体としての手術件数は平時の5割～8割程度の減少となった。一方、感染対策などにより手術の入れ替え時間の増加や、予定手術の調整業務、感染症対策等の業務が増加したため全体として業務量は変わらなかったとの回答が主であった。

・看護師

手術件数は減少しものの、感染対策等のため患者ひとりに要する業務が増加していた。またマニュアル作成業務や感染対策業務など新たな業務が増えたため、トータルとして業務量としては変化ないと回答した施設が大半であった。

・臨床工学技士

手術件数は減少しものの、機器の追加消毒等の業務が増加していた。

・事務職

水際対策として全身麻酔手術患者へ全例PCR 検査を実施する方針をとっていた施設では、検査体制の構築等の追加業務が発生していた。

6.4 業務量 病棟

・医師

業務量が増加した診療科と減少した診療科の二極化傾向であった。新型コロナ対応を行った診療科においては、通常業務量を行いながら、もしくは通常業務の若干の減少があったものの新型コロナ対応業務が追加されたため業務量は総体的に増加となった。個人差はあるものの、新型コロナ対応医師は業務量が平時の120%~200%程度に増加したと感じていた。また未知の感染症に対する不安や恐怖、平時とは異なる厳重な感染症対策を実施しなければならないストレス、物資不足や情報不足による精神的負担が大きかった点は多くが指摘していた。

・看護師

新型コロナ対応部署も非対応部署もいずれも業務量は増加していた。新型コロナ対応病棟においては、感染対策に加えて、シーツ交換、カーテン交換、食事の配膳、掃除やごみ捨てなど患者周辺の環境整備、服薬指導、栄養指導、リハビリなど平時は他職種が行っている業務や、薬剤や物品の補充などの看護以外の業務が発生した。また、病室内での放射線検査や心電図検査、同意書や検査用紙等を感染源として扱い袋に密封するといった平時にはない新業務、クリーニングや買い物など患者家族に変わっての対応、タブレットを用いた面会の支援などの業務が発生した。

ECMOを必要とする重症患者の対応のため通常よりも夜勤人員を手厚くするため、日勤業務を平時より少ない人数で実施した施設があった。また、患者の入退室業務が増えたと回答した施設が複数あり、さらにマニュアル作成、感染対策の教育、物品準備、勤務調整、相談業務、面会制限による家族への対

応などの業務が増えていった。特に、管理者は人員調整業務が増えたと多くの施設が回答した。総じて、新型コロナ対応病棟の看護師は平時の120~160%程度に増加したと感じていた。

一方、非対応病棟でも、病棟閉鎖の影響で他病棟から患者を集めたことによる稼働率の上昇、通常は受け入れない診療科や疾患患者の受け入れ、感染対策などにより、平時より業務量は概ね増えていた。

・臨床工学技士

ECMOを使用する患者が増加し、感染症対策と医療機器の洗浄・消毒業務が増加していた。全てのスタッフがECMOを扱える技術がないため、一部の熟練スタッフの業務量が増加していた。

・事務職

患者のクリニニング関連業務や買い物の代行、委託業者に変わりカーテンの交換や廃棄物処理など通常行わない業務が増加していた。

6.5 業務量 その他

・医師

感染症専門医など一部の医師は、新型コロナ関連の研究論文・文献等の情報収集、院内における対応のマニュアルや対応フローの作成、院内の人員調整、設備備品の管理、院内外の感染症対策教育指導、新型コロナ関連会議、各種届出業務、他病院や公的機関等外部の施設との情報共有、など幅広くかつ膨大な業務量が発生したためきわめて過酷な労働環境であった。さらに、医師が職員の不安対応や、平時は他職種が行っている清掃業務などを行なった施設もあった。総じて、新型コロナ対応に関わった医師は、通常実施しない業務を行うこと、未知のウイルスに対応す

る不安、精神的ストレスに加え物理的業務の増加による肉体的負荷が大きかった。また、今回の新型コロナ対応を経験し、平時の業務の削減や効率化の必要性を感じたと複数の医師が回答した。

・看護師

新型コロナ対応に伴う人員配置の調整業務が増加していた。通常業務対応者の減少による業務負担の増加、未知のウイルスに対応する中での試行錯誤で対策を検討する不安感が大きかった。感染管理認定看護師など一部の人員は他病院や公的機関等外部とのやり取り、院内の調整業務、物資の調達、書類作成業務が増加した。夜中まで対応に追われたため多忙を極め、週に一度しか帰宅できなかったと回答した施設があった。

・薬剤師

患者数減少に伴い通常の調剤業務等は減少したものの、医薬品・消毒剤の流通量が減少したため、代替医薬品の検討と手配、購入手続き、新型コロナ治療薬に対する医薬品情報収集業務、医薬品管理業務が増加していた。また、患者同意書や臨床試験のプロトコル作成等の書類業務が増加した。感染対策のため病棟と外来で人員を分け対応した施設や、DMAT に人員を派遣した施設もあり、その分を補う業務が増加した。一方、非対応者の業務は通常と同様、もしくは減少していた。増えた業務もあるが患者数減少に伴い平時の業務が減少していたため、業務量全体としては平時と同様だったと感じていた。

・臨床工学技士

機器管理と物品調達業務、マニュアル作成業務が増加していた。

・事務職

随時更新される行政への対応、行政からの調査の対応、報告書作成、各種書類作成業務が増加した。院内業務の円滑化のために、患

者受け入れの調整業務、web 会議の仕組みづくり、感染症対策のための環境整備、プレハブや発熱外来等トリアージ場所の設置、検温業務、電話診療の支援、電話再診による処方箋の FAX や郵送業務、PCR 検査の対応、必要物品の調達と管理、必要部署への配分、託児所やホテルの手配等の業務、患者搬送等の業務が増加していた。また、地域連携医療機関との調整、患者の予約調整、近隣医療機関や患者からの問い合わせ対応等が増加していた。一部の施設では、各国大使館との調整や差し入れ、寄付物品などのやり取りが増加し、その対応に追われた。通常業務の多忙期に新型コロナ対応が付加され負担が大きかったと回答した施設が多く、業務量は平時の 150～200%に増加したと感じていた。

7.1.1 タスクシフト・シェアの変化 外来

・医師

外来業務のタスクシェアは発生しなかった。一部に、妊婦を新型コロナ対応業務から外し、他の医師でバックアップを行った施設があった。

・看護師

感染が疑われる患者のスクリーニング業務や患者の買い物を事務職にタスクシフトした施設があった。日々ミーティングを実施し、誰が代わりに業務を担えるのか協議し進めていたため、協力体制が自然に高まったと回答した施設があった。

7.1.2 タスクシフト・シェアの変化 検査

PCR 検査業務を他診療科の医師や看護師と協力し実施できたと回答した施設があったが、医師が検体採取を行っていた施設が多かった。平時からインフルエンザの検体採取

を臨床検査技師が行っている施設は一部であった。治験に伴う採血を医師から看護師へタスクシフトしている施設もあった。

7.1.3 タスクシフト・シェアの変化 手術

ほとんどの施設で変化はなかった。

7.1.4 タスクシフト・シェアの変化 病棟

・医師

多くの施設において、診療科を超えた医師間のタスクシェアが行われていた。特に全身状態を診ることができる内科系や外科系医師の役割が広がった。また接触者制限や個人防護具等の不足から、新型コロナ対応の看護師へのタスクシフトしていた施設が多かった。一方で、医師ではなくても対応できる業務のサポート体制を構築する必要性を感じたと回答した施設が多くあった。

・看護師

接触者制限と個人防護区等の物資不足から、平時は他職種が行なっている業務を看護師が引き受けていた施設がほとんどだった。リハビリや栄養管理、服薬指導や薬剤管理業務、患者の搬送、清掃やリネン・カーテンの交換、ゴミの処理などを担い、逆タスクシフトが起こっていた。

・薬剤師

接触者制限のため服薬指導や薬剤管理などを看護師へ依頼していたが、看護師が持参薬の写真を取り薬剤師が確認するなど工夫していたと回答した施設があった。また、あらかじめ取り決めを行い、医師の業務に関して行ったことはカルテに記録して承認を取っていった施設もあった。

・臨床工学技士

平時から医師や看護師と協働しており、変

化はなかったと回答した施設が多かったが、接触者制限のため一部の業務は看護師に依頼していた施設が多かった。アラーム対応や設定変更など専門性の高い業務は、個人防護具を着用して臨床工学技士が対応していたと回答した施設もあった。

・臨床検査技師

大きな変化はなかった。

・事務職

患者のクリーニング関連業務や買い物、病室のカーテン交換、検体搬送、処方箋や薬の搬送などをタスクシェアした施設があった。

7.1.5 タスクシフト・シェアの変化 その他

・医師

コロナ禍以前からタスクシフト・シェアに積極的に取り組んでいた施設ではさらに取り組みが加速していた。また、普段から進めていたタスクシェアが、今回の危機時に有効に機能していたと回答した施設もあった。また、業務を割り振るバックヤードチームを別途作ったことで、一部の医療者に集中していた業務のタスクシェアを進めることができたという施設があった。一方で、書類作成などの事務作業や検査オーダー、ラベル発行、結果報告作成などの業務について医師以外でも行える業務に気づき、タスクシェア・シフトの必要性にさらに鋭敏になった医師も多かった。

・看護師

新型コロナ対応看護師の休憩時間の確保のため、非対応部署が交代要員を担う仕組みを構築したり、リリーフ体制を整備し看護師間でタスクシェアする取り組みが発生していた。

・薬剤師

医師が行なっている症例報告を薬剤師が

担う取り組みが生まれたり、コロナ禍でチームとしての意識が高まり、それぞれの職種に求められる業務の理解が進んだと答えた施設もあった。

・臨床工学技士

医師や看護師と連携が進んだと回答した施設があった一方で、ECMO に関してはスペシャリストであるという責任感から、臨床工学技士のみで対応を行ったと回答した施設もあった。また、臨床工学技士の技術や得意分野のばらつきから、技師間でのタスクシェアの必要性や課題を感じている声も多くあった。

・事務職

普段から業務のローテーションを実施しており、業務の押し付け合いをすることがなくスムーズに業務を分担することができていた。また、自然と助け合う場面が増えたと回答した施設がみられた。

7.2 タスクシフト・シェアの意識の変化

・医師

新型コロナウイルス対応の状況では、どの部署も業務に追われていたため、できる人ができることを引き受けなければ業務が進まない状況であり、自然とタスクシフト・シェアが進んだ傾向であった。また、病院全体で一丸となって取り組むことができ良い経験をする事ができた、タスクシフト・シェアへの意識が芽生えたとの回答が多数あった。また、比較的業務量が減少した医師は、自身の業務の配分を再考する機会となりタスクシフトを考えることができたとの声もあった。

・看護師

ほとんどの施設でタスクシェア・シフトに関する意識に変化があった。お互いの協力が不可欠な状況となり、各職種ができるところ

を分け合う必要性を感じ、助け合うあるいは支え合う意識の醸成につながったと感じていた。

・薬剤師

平時より助け合う風土があったため新型コロナウイルス対応によって変化があったわけではないと回答した施設や、他職種の協力や連携体制に感謝し今後も取り組みを続けていきたいと回答した施設があった。

・臨床検査技師

専門性を持ちながらも、他職種間での連携を深め病院として一丸となる必要があるという意識の醸成が進んだ、新型コロナウイルス対応をきっかけに部門内で自発的に業務分担について話し合いの機会を持った、等の前向きな回答が多かった。また、タスクシフトされたことによってモチベーションが上昇し、他にもできることがあるのではないかと検討しているとの声も聞かれた。

・臨床工学技士

平時より医師や看護師と連携をとりながら業務を行っているため連携が取りやすく、新型コロナウイルス対応によってよりさらに連携が進んだと回答した施設があった。また専門特化した組織をこれを機会に有事に対応できる組織にすべきではないかという意見があった。仕事をシェアし合う意識に変化がなかったと回答した施設も少なからずみられた。

・事務職

新型コロナウイルス対応をきっかけにタスクシフト・シェアが進んだが、一時的であり意識が変化したという印象はないと回答した施設があった一方、専門職には専門業務に専念して欲しいという意見や、医療職に対し事務職の意見を伝えることで業務がうまく進んだ経験をした、助け合う雰囲気が新たに芽生えたと回答した施設もあった。

7.3.1 タスクシフト・シェアの阻害要因 ルールやマニュアルの未整備

・医師

阻害要因は種々あるが、医師の独占業務分野の存在、タスクシフト・シェアの共通基準が明確ではない等がタスクシフト・シェアの阻害要因としてあがった。

・看護師

マニュアル整備などの合意が進んでいないとタスクシフトは進まないとの声が多かった。

・薬剤師

全体の忙しさの可視化ができていないこと、調剤業務等システムの整備や詳細なルールが整備されていないこと、等がタスクシフト・シェアの阻害要因としてあがった。

・臨床検査技師

タスクシフト・シェアの話し合いの場がないことが阻害要因ではないかとの声があった。

・臨床工学技士

一つの機材に対しても職種間で共通言語がなく、指示がうまく伝達できないことがタスクシフト・シェアの阻害要因としてあがった。

・事務職

マニュアルがあると仕事を受けやすく、普段からの準備がないと急に対応することは難しいと回答した施設があった。

7.3.2 タスクシフト・シェアの阻害要因 タスクを渡す側の意識

・医師

コロナ禍により医師同士の連携の繋がりは強くなったと感じる声がある一方で、医師の領域に他職種が入り込んでくることの嫌

悪感や自分の仕事であると感じる慣習、強い責任感、他職種との心理的バリアが阻害要因としてもあがった。

・看護師

業務内容を明確に定義することができないこと、業務の切り分けを行えないこと、職種間での認識の違い等が阻害要因としてあがった。

・事務職

専門職は専門分野で活躍して欲しい、そもそも業務自体を見直しタスクシフト・シェアについて検討する時間や余裕がない等が阻害要因としてあがった。

7.3.3 タスクシフト・シェアの阻害要因 タスクの受け手側の意識

・医師

自分の領域を守るため新型コロナ診療に携わらないという意識が強かった、今までと異なる業務を引き受けなければいけない心理的抵抗感が強かった、等の心理的要因が多くあった。また、業務量は減ったが気持ちに余裕がなかったと回答した施設もあった。

・その他職種

職種間での認識が異なること、これは自分たちの仕事ではないという意識、そもそもタスクシェア・シフトを進める意識が低いこと等が阻害要因としてあがった。また、他の医療職の考え方や風土が理解できればより適切な支援ができていたと思うと回答した施設があった。

7.3.4 タスクシフト・シェアの阻害要因 タスクの受け手側の人員不足

・医師

そもそも人員不足であったこと、新型コロ

ナ対応では受け手側の業務量が増えていたこと、それぞれの職種において必要な知識や資格・認定を持つ専門職員が不足していたこと等が阻害要因としてあがった。

- ・その他の職種

どの職種においても、人員不足や、診療報酬上のサポートがないため人員を容易に増やせないこと等が阻害要因との声があった。

7.3.5 タスクシフト・シェアの阻害要因 タスクの受け手側の技量や知識不足

- ・医師

人材の入れ替わりが早くノウハウが蓄積していないこと、専門的知識や技術の不足、十分な経験の不足、教育や育成不足、認定・資格を持つ医療職種の不足等が阻害要因としてあがった。

- ・その他の職種

どの職種においても受け手の知識や技術の不足、業務のタスクシェア・シフトには、教育が必要であり教育には一定の時間がかかること、等が阻害要因としてあがった。また、普段から知識や技術の共有を行っておくことで、有事に対応することができるのではないか、知識や技術をどのように共有するかが課題であるとの意見があった。さらに、タスクシフト・シェアを行うことで逆に問い合わせやトラブル発生のため業務負担が増えることが障害となっているとの声も聞かれた。

7.3.6 タスクシフト・シェアの阻害要因 責任問題の未整備

- ・医師

他職種へ業務のシフトを行うことが諸外国と比べても遅れており、法律や責任問題の

未整備が課題であるとの指摘があった。

- ・その他の職種

法的根拠、医療安全上の課題、責任問題の明確化がされていないことが課題であると回答した職種があった。

7.3.7 タスクシフト・シェアの阻害要因 その他

- ・医師

専門性を必要とする論文検索、職員への教育、ルーチン化できない業務、業務の属人化などが阻害要因としてあがった。

- ・その他職種

その他の阻害要因として、縦割り業務でジョブローテーションもないためお互いを理解することが難しいこと、物理的に勤務場所が離れているためお互いの職務を理解しにくい環境にあること、などがあがった。また、経営上の人件費やシステムへの投資等経済的制約、診療報酬上の加算を取得できる業務への人員配置が優先されること、を問題視する施設があった。医師業務のシフト先は看護師であることが多いため、看護師から他の職種へのタスクシフトや、医師から看護師以外の職種へのタスクシフトを進めてもよいのではないかと回答した施設があった。

8. 多能工化（マルチプレーヤー化）

- ・医師

新型コロナ対応を経験して医師の多能工化の必要性の声が多く上がった。組織横断的に活動ができる人材がいるか、誰も拾わない仕事を自ら行う人材がいることが物事を動かす原動力である、との声もあり、そのためには専門分野だけではなく業務範囲を決めず仕事ができる人材が増えれば仕事をシェ

アしやすいのではないかという見解が複数みられた。しかし、現在は総合診療医のように幅広く診ることができる医師を育成する体制は不足している点が課題として認識されていた。集中治療室等では平時より多職種が集まってカンファレンスや業務を行っており、そこが一つの教育の場として機能し職種間のコミュニケーションの促進や多能工化が進んでいる、と成功例の紹介があった。一方で、大学病院等では専門化した人材が必要であり、必要があれば経験を重ねることによって職務の幅を広げることにもできるため、必ずしもマルチプレーヤーが必要とは限らないと回答した施設もあった。

・看護師

看護師の多能工化や幅広く一般の看護業務を行えるジェネラリストの必要性を以前より感じる、幅広く業務が行えたうえで専門性を磨くことが必要である、看護師はもともとマルチプレーヤーとしての役割を担っているが、未曾有の事態において幅広い知識を持つことの必要性をあらためて感じた、等の回答が多くの施設から聞かれた。また、専門特化しているため平時は扱わない疾患に対応できなかったという専門特化の弊害を感じたと回答した施設（大学病院）もあった。

・薬剤師

平時からローテーション等を通してジェネラリスト育成を行っていたが、新型コロナ対応によって多能工化の必要性を再認識した、との声が多く聞かれた。

・臨床検査技師

平時からローテーションを行ない、すべての業務を行えるよう体制を整えていたが、新型コロナを経験したことで多能工化の必要性をより感じた、多能工化を図りながら専門性を深めていくことが必要だ、との声が多く聞かれた。また、臨床検査においては多能工

化より機械化・自動化を志向していると回答した施設もあった。

・臨床工学技士

平時からローテーションを行ないすべての業務を行えるよう体制を整えていた、以前からより多能工化の必要性を感じていた、経験によって熟練するスキルもあるため短期的、長期的視点で人材育成を行う必要がある、等の声が聞かれた。

・事務職

平時からローテーションを行っていたが、組織構造の特性から部門間のローテーションが行えない部門もあると回答した施設（大学病院）が複数あった。また医事課は専門性が高いためジョブローテーション等により多能工を育成することが難しいと回答した施設も少なくなかった。また、事務職の全体あるいは病院全体を把握し調整できる人材が不足していると回答した施設が多かった。

9. 機械化・IT化の必要性

・外来

電話診療を導入し、入院患者の面会にはタブレット端末を用いて対応した施設が複数みられた。導入と運用面の課題として、セキュリティの整備、インターネット環境の整備や必要機器の集約化等があげられた。今後は、遠隔操作や遠隔モニタリング可能な医療機器、医療者間のコミュニケーションツール、オンライン診療を通じた説明や予約、会計業務の機械化、問診票や同意書等の電子化、電子処方箋、患者受付や患者のID管理などのIT化、診療情報のIT化と共有、各種書類のペーパーレス化を進められるべき、との意見が聞かれた。

・検査

サーモグラフィーを試験的に導入したが、

医学的精度に課題があり導入の判断が難しいとの声があった。PCR 検査結果の電子化、検体処理の自動化、内視鏡検査等の AI 化等が進められると望ましいという意見があった。

- ・手術

高齢者や認知症患者を遠隔で見守ることができる設備、バイタルサイン等のデータの自動記録、等の遠隔からの患者情報取得の機器のニーズがあった。

- ・病棟

医療職のカンファレンスや入院患者の面会を汎用されている web 会議システムを用いて取り組んだ施設がみられた。課題としては Wi-Fi 等のインターネット環境の整備、設備投資にかかる経営上の制約、既存導入しているデバイスの操作性の改善等が必要であるとの意見があった。また、新たな機械化を進める前に通常業務内の非効率性を是正することが必要であり、例えば、報告書や同意書のペーパーレス化、各職種それぞれが患者に問診を行っている現状に対する患者情報や診療情報の一元化、部門部署ごとに異なるカルテシステムの一元的化、コミュニケーションや役割分担の明確化などがあげられた。今後、医療機器の遠隔操作やモニタリングの環境整備、ウェアラブルデバイスの導入、調剤や在庫管理の IT 化、院内の物品搬送業務の機械化等を進めたいという意見も聞かれた。一方で、患者に用いるツールにおいて、高齢者は機器の操作が難しく導入における課題であるとの意見もあった。

- ・その他

コロナ禍において負担の大きかった患者家族への説明や院内外との調整業務は機械化できない業務であった。一部 Web 会議システムを導入し機械化を行なったが、マニュアルの共有や院内の情報共有などの業務に

は時間がかかりメリットを感じにくかった。一方で、リモート化によって感染リスク低減と物品使用量の削減に繋がるためメリットを感じた側面もあった。今後、上層部から情報を伝えるだけではなく、現場からの声を収集するシステムの構築、職員の IT リテラシーの向上、オンライン薬剤管理指導ツール、通訳業務の IT 化、新型コロナ患者の診断への AI 活用などのニーズがみられた。

また事務職においては、院内の紙媒体での業務のペーパーレス化、労務管理業務の IT 化、リモートワークの導入を進めたいとの意見があった。行政とのやりとりは、紙による申請、FAX や電話、セキュリティ設定によりメールを携帯電話ですぐに確認ができないことなど改善を要望する声が非常に大きかった。マイナンバー制度の医療への活用や地域医療ネットワークの確立などにより、公衆衛生の情報が迅速に情報共有されることを期待していた。また、まずは通常業務の効率化の必要性を感じていた施設が複数あった。

10.1 働き方・休み方の変化 働き方の変化

- ・医師

対面式会議の中止や減少がある一方、Web 会議が増加したが、移動負担がなく院外からも会議に参加できるようになったことで参加率が向上し情報伝達の効率が改善したとの意見があった。一方で新型コロナ対応本部では会議が増加し負担が増えたとの意見もあった。

時間外の業務に関しては、患者数の減少や製薬会社の来訪を禁止したことに伴い業務量が減少し、さらに帰宅を促す雰囲気醸成により時間外業務は減少し帰宅時間も早まっていた。一方で、一部の施設ではマニュアル作成や新型コロナ対応業務のため時間外

が急増した事例や家族への感染を恐れ敢えて帰宅を控える事例もあった。また、一部の新型コロナ対応者は夜間休日を問わず新型コロナ患者の対応に奔走したり、院内外の問い合わせ業務の対応、いつ呼び出しがあるかわからない常時オンコール状態でありほとんど休みを取得できていなかった。

外勤に関しては、本務病院が外勤を禁止した場合、受け入れ先から外勤を拒否された場合が混在していた。平時と変わらないと回答した施設も複数あった。

自己研鑽に関しては、研究会や学会のオンライン化により参加しやすくなった、移動時間が無くなり身体的負担が軽減した等の好意的に受け止める意見が多く占めた。また、業務量減少により自己研鑽の時間を比較的取得できるようになったとの意見が複数あった。しかし、新型コロナ対応者は自己研鑽の時間が取得できなかったとの意見や、臨床研究等の中断によって自己研鑽の時間が減ったとの意見もあった。

・看護師

対面による会議は中止もしくは時間の短縮や Web 会議への切り替えを行っていた。また看護部内の各種委員会では中止していた施設が多く存在した。

時間外労働については、多くの施設では患者数の減少や病棟閉鎖などにより減少傾向であった。また、日頃から早期の帰宅を促していたため、平時と変わりなく速やかに帰宅している施設が多く、休日日数も比較的確保できていた。一部の看護師は新型コロナ対応のため終電に間に合わず、宿泊施設に宿泊し週に一度しか帰宅できなかった事例もあった。また、管理者に限れば、勤務調整やメンタルケアなどで業務量が増えていたため残業時間が増加している施設が複数あった。

自己研鑽に関しては、今まで担当していな

い疾患の対応を要したため勉強会が増えたケースや、リモートで勉強会を行なったケース等があった。予定外の異動や病床転換により、目標を持って働こうとしていた職員のモチベーションが低下し離職者が増えるのではないかと懸念する管理職の声が聞かれた。

・薬剤師

会議の開催は必要最低限にとどめ、時間を短縮して行なっていた。時間外労働については、一部の DI 業務は増えていたが、患者減少により業務量は総体的に減少し時間外労働も減っていた施設が多かった。週末の入院対応のため休日出勤が必要であった場合でも、多くは平時と同様に休みを取得できていた。

自己研鑽に関しては、院内のセミナーや外部研修会の中止、院内に残ることの制約があり、全体としては減少した。学会の Web 開催に対しては肯定的な意見が多かった。また親が医療従事者であることから子どもを預けられず、出勤できない職員がいたと回答した施設もあった。

・臨床検査技師

会議は開催頻度を減らし、時間の短縮、その他のツールを用いた情報共有に代替していた。時間外業務については、PCR 担当者以外は残業が減り帰宅時間は早くなった。時間単位での年休休暇の取得を利用し、可能な日は早く帰宅するように工夫していた施設もあった。一方、休日の PCR 検査体制の充実のため、休日出勤が増えたと回答した施設があった。自己研鑽に関しては、学会の中止や、患者減少に伴い減少に伴い学べる症例が減少したという意見があった。また、空いた時間で業務の外注や分析機器の集約化を進め業務効率化を進めていると回答した施設があった。

・臨床工学技士

会議の開催は最小限に減少させた施設や、情報共有のため通常通り開催したと回答した施設が混在していた。時間外業務については、患者数が減少したため時間外も減少していた施設が多く、それに伴い帰宅時間も全体として早まっていた。休日に関しては、ピーク時は休日の対応もあったが、ピーク時以外は平時通り取得できていたと回答した施設がほとんどであった。

・事務職

会議の開催は最小限に減少させ、多くの職員が集まる会議を中止するなど工夫を行っていた。またWeb 会議を開催していた施設が多かったが、新型コロナ関連会議は時間外の開催も多かったと回答した施設が複数あった。

新型コロナ対応施設では、発熱外来の業務で早朝出勤が発生していたケースや、通常業務は業務終了時間後に行わざるを得なかったケースがあった。業務量が増加した分、休日出勤を行っていたと回答した施設もあった。在宅勤務の導入を試みたが、セキュリティ上の課題や医事課などの業務特性から広く導入するのは難しい現状であった。自己研鑽については平時同様であった。

10.2 働き方・休み方の変化 休み方の変化

・医師

新型コロナ非対応者は、法定休日や有給休暇も以前と比より取得しやすくなってきたと回答した施設が多かった。新型コロナ対応者の中には、約1ヶ月間法定休日取得が困難であったと回答した施設やゴールデンウィークは休みを取ることができなかったと回答した施設があった。また、休日が取得できたとしても、会食や旅行などを自粛しなければならず精神的な休息が取れなかったと回

答した意見も多かった。休暇が取得しやすい職場風土に変化しつつある実感を有する施設もあった。

・看護師

法定休日や有給休暇も平時と同様に取得できていたと回答した施設が多かった。しかし、一部の新型コロナ対応者や管理者は休日取得できていなかった。子どもを預けることができず出勤できない職員に特別休暇を付与し対応した病院もあった。チームとして新型コロナ対応に当たっているという意識があり、体調の変化がある場合は早めに休暇を取得する意識が醸成された、休暇を取得しても自粛生活や精神的ストレスがあった、等の声が聞かれた。

・薬剤師

法定休日は平時と同様に取得できていた、有給休暇は平時より取得できていた、等の意見が多かった。また、平時から働き方改革の取り組みを推進し、ローテーションを組んで業務を行っていた施設では有給取得が進んでいた。コロナ禍において、子どもを預けられなくなった職員を気持ちよく休ませてあげようという意識が出てきた声も聞かれた。

・臨床検査技師

PCR 検査業務など新型コロナ対応を行っていた一部職員や管理者は、一時期休暇取得回数が減ったと回答した施設があったものの、法定休日は平時と同様に取得できていたとほとんどの施設が回答した。また有給休暇は平時より取得できていたと回答した施設が多かった。休みの大切さを実感したとの声があった。

・臨床工学技士

一部の人員はECMO 対応やマニュアル作りのため法定休日取得できなかったと回答した施設があったが、ほとんどの施設が平

時と同様に法定休日を取得できていた。有給休暇についても多くの施設が平時と同様に取得できていたと回答しており、上司により休暇取得が促進されていた施設もあった。しかし、休暇を取得できたとしても、ECMOに対応できる代替りの人員がいなかったためいつ呼ばれるか分からない状況であり、精神的休息が取れなかったとの意見も散見された。

・事務職

行政からの急な依頼への対応や新型コロナ関連業務のため、法定休日は平時より取得できなかったと回答した施設が複数あった。有給休暇については平時より取得できていないと回答した施設が多かった。子どもを預けることができず出勤できない職員に対して特別休暇を付与した施設もあったが、時間単位の有給休暇取得の制度はあるが有効に活用できていなかったと回答した施設もあった。また上司が休暇取得を促したり、休めるときには休もうという雰囲気があったと回答した施設が複数あった。

11. 収入 収入の変化

新型コロナ対応者には、病院から特別手当の支給、時間外申請による収入増があった。非対応者は通常常務の縮小により残業代が減り収入が減少した傾向にあった。何らかの理由で外勤が減り収入が減った医師は複数存在していた。

12.1 その他 患者の意識の変化

・患者の不安

受診間隔をあけて欲しい、院内の感染対策が徹底されているか、感染対策に対するクレーム、医療従事者に近寄りたくない、等の様々な相談や悩みが寄せられた。患者から

「コロナ患者はいますか」という問いかけを複数受けたと回答した施設や、新型コロナ対応病院への通院を懸念される患者やその家族の存在があった。院内クラスターが発生した施設においては、電話診療の要望や通院の延期の問い合わせが増えたとの回答があった。

入院では個室希望者が増える傾向があり、同室の患者に熱や咳の症状があることを懸念する相談事例があった。

・患者の理解と好意的対応

入院患者への面会制限については、おおむね理解してもらっていた。ただし、web面会の設備が整っていなかった施設では、家族の理解を得ることが困難だった。小児科では、手術を控えている親の付き添いや面会の希望が強く、理解を得ることが難しい場面があった。一方で、医療者に労いの言葉をかける患者や、感謝の意を表す患者がおり、入院患者や近隣の小学校から手紙をもらったり、食事や物品等の寄付を受け取ることでモチベーションアップにつながる事例もあった。

12.2. その他 新人教育・学生対応等

・新人教育

新人職員の配置換え、新型コロナ非対応部署が一時預かりで新人教育を実施する等で工夫していた。集合研修については、感染症対策を徹底しての通常通り新人教育の実施、開催回数を増やし少人数で複数回の実施、オンライン研修の実施、等さまざまな工夫で取り組んでいた。また、新人については特にメンタルサポートを強化して対応した施設もあった。新人歓迎会なども開催できないため、組織に馴染めず苦勞している新人職員の存在を危惧する声が聞かれた。

・学生教育

多くの施設で学生の立ち入り制限を行っており、病院内での実習の中止など学生への教育機会が減少したことを懸念していた。学生教育のオンライン化を行っていた施設もあった。

- ・採用

病院見学やインターンシップが開催できないため、オンライン開催や Web 採用面接に切り替える、等でスタイルは異なるが例年同様に実施する工夫がみられた。

12.3 その他 その他

- ・風評被害

病院職員というだけで保育園や幼稚園への通園を拒否された事例、新型コロナ対応している職員が子どもの卒業式への参加を断られた事例、PCR 検査を要望された事例、病院の受診を断られた事例など様々な場面で職員に対する風評被害があった。家族内においても「絶対に近づかないで」と言われた事例や、「別室にいなさい」と隔離された事例、帰省を断られた事例などもあった。

- ・看取り

看取りについては、前例のない対応であったため苦慮していた。死後の処置方法や死後の面会、受け入れてもらえる葬儀社が見つからないなど現場は混乱していた。また看取り時に顔を見ることなく死亡退院となった患者に対し、家族の理解は得られたが、職員は申し訳ない気持ちになり苦悩したと回答した施設があった。また、納棺前に患者家族に個人防護具を装着してもらい面会できるよう対応した施設もあった。

- ・意思決定

未知のウイルスに不安や恐怖を抱え、様々な思いが渦巻く中でベクトルを合わせ一つの方向に意思統一していくことが大変だっ

たと多くの管理者が回答した。また、病院としての考えや方針を伝えることは理解を得ることは重責であったと回答した施設もあった。人員配置や病床の閉鎖など新型コロナ対応のために判断した決断が本当に正しかったのか、今でも悩んでいるとの回答もあった。

D. 考察

新型コロナウイルス感染症の感染拡大初期 2020年2月から2020年6月頃において、医療機関の医師をはじめとした医療職の業務量や役割分担、労働実態の変化に関して、18の医療機関へのヒアリングを実施した。その結果から、新型コロナウイルス感染症拡大の第1波においては、①新型コロナ対応施設—非対応施設間、②対応部署—非対応部署間、③対応職者—非対応職者間、の3種類の組み合わせ内における「ばらつき」の存在が浮き彫りとなった。未知の新興感染症に対して各医療機関が、その医療機能の使命と役割を全うすべく様々な取組みやチャレンジを進めた結果、それぞれの組み合わせ内で「ばらつき」が生じたと考えられる。3種類の関係性の中で様々な課題が生じ、各課題へのアプローチ方法も多様であることが新型コロナウイルス感染症へのマネジメントの難易度を上げていることが想像される。全ての医療施設、全ての部署、全ての職種に対し画一的かつ均一的な対処法や解決法を見出すことは難しく、それぞれの現場・現物・現実の「三現主義」に基づいた丁寧なマネジメントの必要性があらためて見出された。

本研究では18の医療機関から得られた現場のリアルな声を通じて、3種類の組み合わせ間のばらつきを労務環境、働き方改革、組織マネジメント等の複数視点から考察する。

まず、新型コロナ対応施設と非対応施設で

は労働密度や働き方にばらつきがあることが明らかとなった。また、新型コロナ対応施設の中でも、患者重症度、患者受け入れ時期、受け入れ患者数、準備病床数の違いによる新型コロナ対応部署－非部署間で労働密度や働き方のばらつきがみられた。さらに職種間・職種内でのばらつきも存在し、一つの医療機関を見ても、組織内の労働密度や忙しさ、心身的負担感等はモザイク状であり、画一的なマネジメントの限界が見いだされた。

新型コロナ対応施設での取り組みと課題を中心に考察を述べていく。

・診療体制

新型コロナ対応施設においては、新型コロナ患者の受け入れ体制を構築するため、対策本部や対応チームの立ち上げ、発熱外来等や新型コロナ受け入れ病棟等の設置など、多くの新しく複雑度が高い業務が発生していた。また、受け入れ患者数や準備病床数が多い施設は、大きく診療制限を行わざるを得ず、予約変更や患者説明など、診療抑制に伴う様々な追加業務が発生していた。診療体制の構築や運営では特に事務職の業務が増加していた。また看護部門においては、新型コロナ対応病床の人員確保のため多くの看護師の異動が発生しており、人員調整に関連した様々な業務が発生していた。

病床確保のために実施した診療抑制による経営的ダメージは大きく、経営層は経営基盤を棄損する可能性を包含した意思決定に迫られた。有限の医療資源での未曾有の疾患へ対応する体制づくりには、限られた時間と情報の中での各職種の業務配分の定量的分析や職員モチベーションの維持等の様々な視点に基づいた高度な経営判断が必要とされていた。既存資源を最大限に活用する診療体制の迅速な整備の巧拙が新型コロナ対応

施設のあり方自体を決定づける因子と言っても過言ではないと考えられる。迅速かつ大胆な経営判断ができるよう国や自治体からの情報提供や資金援助が望まれていた。

・意思決定とガバナンス強化

病院長をはじめとした病院執行部や管理職は、新型コロナ患者の受け入れのための診療抑制や診療の中止、通常診療の継続の検討といった診療体制の確立のための検討や意思決定に多くの時間を費やしていた。また、職員の不安軽減や新型コロナ患者を受け入れることへの理解、一丸となって対応する意識の統一のため、現場へ足を運ぶなど様々な方法でメッセージを発信しガバナンス強化に力を入れていた。ガバナンス強化と頻回な情報発信は今回のような危機時に組織が機能するために必要不可欠な要素であったと考えられた。多くの医療機関では新型コロナ対応のための会議体（本部会議等）を設け、情報収集と意思決定の効率化を図っており、危機時のガバナンス体制の強化に動いていた。その頻度や構成メンバーは置かれた状況や既存資源によって様々であるものの、いずれの会議体は危機時のガバナンス機能として院内 headquarters 化していたと考える。不安と焦燥が渦巻く危機時には情報の一元管理と迅速かつ適切な院内への情報発信が不可欠であり、各医療機関はその点を十分に理解したうえでガバナンス強化を図っていた。一方、非対応病院では、対応病院ほどではないものの、万が一に備えての会議体の設置や情報発信の強化等に動いており、新興感染症の危機感浸透は非対応病院の運営にまで到達していたと言える。

・感染症対策と診療の集中

新型コロナ対応施設においては、情報収集

や対応マニュアルの作成、現場の感染対策の実施、職員の教育訓練など、患者の治療を同時に行いながら、短期間に多くの追加業務が発生していた。特に、ダイヤモンドプリンセス号の患者など早期の段階から新型コロナ患者受け入れた施設においてはそれらが顕著であった。感染症専門医が少ないため対応する人員が限られており、職員個人の使命感や義務感、自己犠牲により支えられていた実態と言っても過言ではない。危機時には、同時多発的に新業務や追加業務が発生することが判明し、平時から如何に備えておくことが重要であるかが浮き彫りになった。同時多発的に発生する業務に対処するには、物理的な人員確保のみならず、個々の人員の専門性や技量、モチベーション等にも配慮が必要であり、それを怠ると長期的には担当人員の疲弊につながり院内全体のパフォーマンス低下につながる事態が想定された。

・タスクシェア・タスクシフト

新型コロナ対応施設では、どの部門でも診療体制の確立や感染症対策など様々な新業務が発生しており、経営層からのトップダウンによる指示あるいは自然発生的にタスクシェア・シフトが行われていた。硬直的な業務命令ではなく、現場へのある程度の権限委譲を前提とした職員同士の助け合いの精神、自分がやらなければという使命感、疲弊した職種を労わる支え合いのチーム医療等で、第一波を乗り切っていたと考えられた。個人防護具等の医療物資不足、清掃等の外部業者が手を引く状況の中で、清掃やごみ捨て、服薬指導など、通常なら当該職種が担う業務が行えない状況であったため、非当該職種が実施する「逆タスクシフト」が多発していた。ただし、清掃業務等の外部委託業務については通常通り業務を実施できていた施設もあっ

たことから、早期からの外部委託業者への感染症対策の教育の実施などが影響していたと考えられ、平時から危機に備えた外部業者との連携も重要な視点と指摘しておきたい。

・職員の不安とメンタルヘルス

新型コロナ対応施設において、多くの職員が未知の感染症に対する情報不足から来る恐怖、自らの感染あるいは家族に感染させてしまうかもしれないという不安を抱えていた。多くの対応施設では、早期段階からメンタルサポートチームを新たに立ち上げるなど、職員の不安に寄り添い対応を行っていた。特に直接新型コロナ患者に対応する看護師は、個人防護具を装着したままの状態ですぐに汗だくになりながら長時間病室内に滞在せざるを得ず、過酷な労働環境の中での身体的疲労や感染源に近づくことへの不安や恐怖などを抱えながら業務を行っており、長期的なメンタルサポートが必要と考えられた。

・労働時間等の適切な管理

複数施設において労働時間の適切な管理を実施しておらず、管理している施設においても、紙運用のためリアルタイムに労働時間や面接対象となる職員の把握が行えない状況の施設が複数あった。今回の新型コロナ感染症に限らず新興感染症や災害発生時などは過酷な労働環境となることが予測されるため、普段から労務管理を確実に実施し、危機時は過重労働が生まれやすい状況であることを再認識したうえで労務管理体制をさらに厳重にすることが急務であると考えられた。特に、最前線で業務に従事する職員に対する労務時間管理は、代替人員の確保、シフト制・チーム制の検討材料となり得るため、厳正かつ正確な把握がより一層求められる。

・ICTの活用や通常業務の効率化

新型コロナ対応施設において、対策本部の設立、会議の開催、施設設備の整備、必要物品の手配、行政への各種届出や報告書作成など事務部門の業務量が大きく増加していた。多くの施設が通常業務の効率化の必要性を感じていたものの、業務量削減や効率化を検討する時間がそもそも平時において捻出することができない施設が多い状況であった。また、医療職は今回の新型コロナ対応を経験し、平時の業務の効率化や働き方を考えるきっかけとなり、実際に空いた時間で業務改善を模索した職種も現れていた。危機発生時に急激な改善は困難であることを痛感したことで、いずれの職種においても危機時を想定した平時の業務見直しや改善に取り組むべきことが明らかとなった。働き方改革の視点だけでなく新たな危機に備えるための積極的な ICT 活用を視野に入れた通常業務の効率化が益々必要とされている。

- ・事業継続計画（BCP）の策定と訓練

災害医療訓練を実施している施設は多いものの、感染症に関する訓練やマニュアルの整備、BCP 策定が未実施または不十分な施設が多かった。特に感染症指定病院でない施設において顕著であった。また、訓練を実施している施設においても、一部人員による訓練あるいは机上訓練であったため今回の対応に十分に生かされなかった施設もあった。以上より、新興感染症を視野に入れた BCP の策定、それに基づく継続的かつ反復した実地訓練、いずれの階層にも届く職員教育の徹底、必要物品の確保と補充ロジスティクスの拡充等の必要性が再認識された。

- ・地域連携体制の強化

新型コロナ対応施設からの転院拒否・PCR 検査要請など受け入れ施設側の動きから地

域連携に変化が起こり、新型コロナ対応施設の在院日数延長、退院調整業務や PCR 検査にかかる業務増加などの影響が表出していた。新型コロナ対応施設と非対応施設の情報格差、非対応施設の感染症専門医や感染管理認定看護師の不在といった診療体制の脆弱さ、地域における情報共有不足、非対応施設側の風評被害への危惧や職員からの反発等が地域連携体制の変化要因として想定された。新型コロナ対応施設の感染症専門医や感染管理認定看護師などにより、地域の非対応施設への情報発信、マニュアル共有、感染対策教育などが実施されていたものの、当該地域全体に十分に波及していたとは考えられず、平時から地域全体での感染症対策への取り組みが重要であり、それこそが危機時の地域連携の円滑な継続に必要と考えられた。

一方、地域連携が平時より十分に機能し、感染症専門家がある程度拡充していた地域では、患者受け入れ情報の共有、人員の派遣等が行われ、新型コロナ患者の受け入れがスムーズに実施できていた。さらに、自治体や保健所の指示系統が十分に機能した地域では、情報共有や地域連携体制の維持がスムーズであり、平時より自治体との情報共有システムの構築や人員派遣機能の整備、物品関連の融通等を通して、単なる患者のやり取りだけでない、情報連携・人員連携・物品連携の新たな地域医療連携の形を推進しておくことが重要であると考えられた。

- ・診療科間または部門間の労働濃度の差異

近年の医療の専門特化の傾向、サブスペシャリティの進展等の影響から、感染症科、救命救急科、総合診療科などの一部の診療科や部門に業務が集中する結果となっていた。当初は一部の診療科は夜間休日を問わず業務に当たるなど過重労働となっており、著しく

過酷な労働環境にあった。新型コロナ対応が慣れてきた頃には、院内調整機能が働きある程度の診療科や部門のサポートが生じてきた。一部の診療科では、新型コロナ対応のサポートへの拒否傾向が垣間見られ、医療職の姿勢や取り組み態度が様々であり、未知の感染症に対する不安や恐怖等の心的負担が職員行動に大きく影響したと考えられる。

・院内組織の機能や役割の明確化

文献検索やマニュアル作成、自治体や他医療機関とのやり取り、報告書の作成など様々な業務が一部の部門や職種に集中することを避けるため、ワーキンググループの立ち上げや既存の DMAT を活用した施設は評価すべきであろう。情報収集、医薬品や医療物資の調達、自治体や保健所とのやり取りなどでロジスティクス機能を発揮し、スムーズな受け入れ態勢の構築や一部の部門への業務の負担軽減に効果的に機能していたと言える。危機対応では個または一部への負担増を早期から避けるべく、チームを構築し、種々の新業務や複雑化した業務に対する役割の明確化や組織横断的な分担が必要と考えられた。ただし、対応できる職種や個人はある程度のスキルや知識・経験を有しているという所与の条件があるがゆえに業務が集中するため、組織横断型の新チームが全ての負担分担ができるかどうかは判断が難しいと考える。

・スペシャリストとジェネラリストの協働

新型コロナ対応施設では、スペシャリストとジェネラリストの協働が重要であるとの声が数多くあり、特に、今回のように多くの患者の治療を同時に行うためには、少数のスペシャリストだけでは対応できず、サポート的に全身を診ることができるジェネラリス

トと協働が不可欠であった。専門性が高い特殊分野はスペシャリストが受け持ち、それ以外はスペシャリスト以外の人員で受け持つ体制づくりの必要性が今後も高まっていくと考えられる。また、医師だけでなく看護師やその他の職種も専門分化が進んでいるため、専門性を持ちつつも幅広く対応できるジェネラリスト的側面を有する人材育成を行う必要があるのではないかと考える。また、平時からタスクシェア・シフトやジョブローテーションなどによる幅広い守備範囲を有する人材の育成を進めていた施設においては、危機時でもこれまでの取り組みがうまく機能し業務継続に寄与していた。日頃から、過度に専門特化に誘導するのではなく、ジェネラリスト的人材育成の視点を有することが、タスクシフト・シェアの推進を加速し、組織内での助け合う風土の醸成に発展するのではないかと考える。業務の可視化とマニュアルの整備、責任の明確化や職種間のルール整備等は当然ながら、組織的に意図的にタスクシェア・シフトが推進する人材育成の機運を高めていく必要があると考えられた。

E. 結論

新型コロナウイルス感染症への対応の実態を踏まえた医師の働き方やタスクシェア・シフトの実態について 18 施設へヒアリングを実施した。今回の危機では、①新型コロナ対応施設－非対応施設間、②対応部署－非対応部署間、③対応者－非対応者間、の 3 種類の組み合わせ内における「ばらつき」の存在が浮き彫りとなり、それぞれの視点で働き方に大きな影響が出ていた。第一波においては、国や自治体の情報や支援が不足する中で、各医療機関が自発的かつ自律的に判断を行い、受け入れ態勢を模索・構築しており、また最

前線の現場においては新型コロナ対応を行った職員の使命感や自己犠牲を伴う過重労働によって支えられていた点も否めない。また体制整備や運営を支える事務職の活躍があったことも忘れてはならない。

第一波自体が短期間で収束したことと各医療機関の弛まぬ努力により医療崩壊を防ぐことができたが、新型コロナ対応が長期化や新たな別の健康危機の発生に備え、平時から組織的な対策を講じておく必要がある。コロナ禍を経験したことで、平時の業務や働き方・休み方を考える機会を得て、今後継続的に業務の効率化やIT化の推進、タスクシェア・シフトを進めていく重要性を再確認した。これらは現場の努力のみ、また医療機関単独で達成することは難しく、国や自治体、各関係学会の支援が不可欠と考える。各医療機関や医療職個々の努力を後押しするような、行政の支援や国や自治体の更なる政策の検討が求められるのではないかと考える。

F. 研究発表

該当無し

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し