

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：「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アンケート」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

医師業務のタスクシフトの推進が求められており、多くの望ましい施策が唱えられているが、そうした施策が必ずしも円滑に実施されることは担保されていない。

本研究の目的は、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。とくに、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整理するものである。研究に当たっては、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実施した。

結果として、多くの業務でシフトが進んでいる病院とシフトが進んでいない病院があり、シフトにおいて医師に加えて他業種も担うといった一部移管したケースや半分程度移管したケースも散見された。また影響要因として、教育研修上の問題では、院内研修の場合は教育する側の負担を考慮する必要があり、院外研修の場合は受講料等の負担の問題があった。さらに、研修に要する時間を勤務時間内とみなすか勤務時間外（自己研鑽）と見做すかの判断は分かれていた。経営上の問題では、人的資源に関するシフトした職員への賃金や新規の人員確保や意識に関する問題、リスク管理に関する技術管理（安全管理）や情報共有に関する問題が確認された。

これらのことより、そもそものタスクシフトの前提条件として、医師の充足度合いと移管先職種の充実（人員確保）度合いが関係し、シフトしようとする動機やシフトの実現可能性が問われることが明らかになった。次いで、シフトを進めるに当たっては、組織という単位で検討すべき事項として、研修体制の確立やシフト業務遂行者への手当て、シフトする業務内容の整理が必要であることが確認された。加えて、個人という単位で検討すべき事項として、キャリアパスとの観点で業務の一環であるのか個人の資質向上と位置付けるのかを明確にすることで、研修時間の勤務時間としての取り扱いがクリアとなるとともに個人のモチベーションへの反映も期待され、さらに金銭面でのサポートや専門職としてのあるべき姿の提示が望ま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、これまで過重労働が指摘されてきた医師に関する業務の見直

しが必要となっている。そのなか、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

が、タスクシフトを促進・阻害するといった影響要因を把握することは重要である。多くの望ましい施策が唱えられようとも、そうした施策が必ずしも円滑に実施されることは担保されていない。そのため、タスクシフトに関する影響要因を把握することで、効果的・効率的な施策の実施が可能となる。

本研究の目的は、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。とくに、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整理するものである。

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、2021年12月～2022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実施した。

インタビュー実施に向けては、2段階で行った。まず、2021年12月に本研究班と繋がり強い病院に対して、質問票の妥当性検討の点から4件のインタビュー調査を実施した(表1)。それを踏まえて質問票に若干の修正を加え、2021年3月に10件のインタビュー調査を実施している。10件のインタビュー対象については、本研究班で2021年11-12月に実施した二次・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二次・三次救急病院に依頼し協力を得たところを選定している(表2)。

具体的な質問事項としては、本研究に資す

る研究として2020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。

C. 研究結果

(1) 質問票の妥当性検証

本研究における先行調査として4件のインタビュー調査が実施できた。対象者は、①特定行為研修修了者である看護師とともに業務にあたる医師、②タスクシフトにより業務を移管された看護師・助産師・医師事務作業補助者、③多くの業務のシフトを進めている医療法人理事長、④医師事務作業補助者・担当する統括副院長である。

本調査により確認できたこととして、質問票自体は概ね問題ないことがある。加えて、多職種について包括的に質問する場合にケース別に回答しないと分かりにくい場合があること、継続研修に関してはOJTの一環でなされることが多く研修部分のみの評価が

難しい場合があること、主たる人物を中心に研修が実施されている場合は直接の関係者以外は詳細を把握しにくい場合があることが明らかになった（資料2）。

以上のことから、オンラインによる実施を想定したことで画面表示する必要があったことから、質問票は実施前研修／継続研修で項目は別とするものの参照例は一体化して簡素な表記とし、詳細を伺う場合は質問票によりインタビューにそれぞれの職種について回答を依頼するのではなく、インタビューが職種を特定するといった臨機に対応する方針を定めた。

（2） 医師業務のタスクシフト推進への影響要因調査（資料3）

① タスクシフトの実施状況

本項目については、表3・4の回答が得られた。回答病院・回答者により、職種を網羅した場合と特定職種に限定した場合があるが、多くの業務でシフトが進んでいる病院（B・C・G・Hなど）と、シフトが進んでいない病院（Dなど）がある。またシフトにおいては、医師に加えて他職種も担うといった一部移管したケース（C・E・F・H・J）や、半分程度移管したケース（F）も散見された。そして、こうした移管業務のなかで、非常に古くから実施している業務があることも明らかになった。例えば、C病院では2004年から看護師による注射・採血・静脈路等の確保等の業務（A4）を実施しており、E病院では1992年から薬剤師による病棟等における医学的管理等の業務（C3）を実施していた。

② タスクシフト推進に向けた影響要因

本項目について、表5・6の回答が得られた。教育研修上の問題及び経営上の問題とも、病院（多職種）を対象とした一般的な回答（C・

F・I）と職種を絞った回答（A・B・D・E・D・H・J）があった。またこれらに伴う望まれる院内・院外におけるサポートについて回答を得ている。

まず、教育研修上の問題では、院内研修と院外研修があり、かつ院内の場合は教育する側の負担を考慮する必要があり、院外の場合は受講料等の負担の問題がある。また研修に要する時間を勤務時間内とみなすか勤務時間外（自己研鑽）と見做すかの判断は分かっていた。院内研修における負担については、特定行為に係る看護師を対象とする場合などは少数の看護師を対象とした個別実技という形になり、OJTといった密な体制を取らざるを得ない様子であり（G）、また関連する各職種に協力を依頼することで実施している状況がある（B・C・F）。院外における負担については、タスクシフト推進に向けた各職種を対象とした法令改正に伴う研修（告示研修）も始まりつつあり、そうした研修を含む外部研修参加のための受講料の負担が発生している（A・B・C・D・F・I・J）。また研修参加に当たっては、勤務時間の取り扱いとする場合（B・D・E・F・G・H・I・J）は、状況に応じて残業手当が発生している（D・E・F）。その一方で自己研鑽の扱いとする場合（E・J）もあり、業務の一環とするのかキャリアアップにおける個人の資質向上と見做すのかの価値判断が分かれるところである（B）。ただしいずれの場合も、その時間帯を残りのスタッフで進めるという負担は生じている（A・G）。

つぎに、経営上の問題では、人的資源に関するシフトしたものへの賃金や新規の人員確保や意識に関する問題、リスク管理に関する技術管理（安全管理）や情報共有に関する問題が確認された。人的資源に関しては、最大の問題は新たな技術習得を行ったものに対しての処遇が変わらない／変えられない

ことが争点となりつつある様子がある(A・B・E・F・G)。対応できても、人事評定や昇格での評価(C・H)ということで短期的な評価とはなっていない。またシフト(候補)先の人員が十分ではないケースもあり、その場合は新規の人材を確保する必要があるが、地域における人材供給が十分でない場合(A・H)や、本部管掌となり病院だけでは判断できない場合(I)や、他職種を交えた業務の再編が必要な場合(F)が窺える。意識についても、特にシフトされる側では、業務が増えることへの抵抗(A・E・G)があることもあり、キャリアパスを考慮するとポジティブな意識(E)だけでなくネガティブな意識(B・H)もありうることを示された。またリスク管理については、技術管理(安全管理)に関して、そもそも依頼を躊躇する医師(G)と不安をもつスタッフ(E・F)も存在している。加えて、これまで医師のみで完結していた情報管理の対象が、広がることに対する方策が必要という認識が示されていた(A・B)。

院内・院外におけるサポートについては、病院・グループといった単位での協力体制(B・C・F・H)や、行政・職能団体からのサポートが期待されていた(B・C・D・H)。

D. 考察

(1) タスクシフトの実施状況に影響する要因

タスクシフトの実施状況については、非常に多くの業務が移管されている場合と、移管が進んでいない場合が混在している状況が確認できた。この点においては、病院のおかれた環境、すなわち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考えられる。

医師の充足度合いに関しては、医師が不足しているならば移管する必要性が生じ、充足

しているならば移管する動機が乏しいことになるということである。移管が進んだC病院ではかつて医師数が減った時期があり、「(各職種が)自分たちができることを考えて動いてくれた」ことが背景にある。また、F病院においても、小規模ということで医師が潤沢でないことがあり、「医師が行う業務をできるだけ少なくし、医師は医師にしかできない業務に注力してもらいたい」という風土がある。一方で、相対的にシフトが進んでいないD病院は初期研修医が多くいる病院であり、診療放射線技師による血管造影・画像下治療(IVR)における補助行為(D2)は研修医やレジデントのトレーニングを兼ねているという状況が生じている。

移管先職種の充実(人員確保)度合いに関しては、移管先職種の人員が多くいればシフトが進み、人員確保が難しければシフトが遅れるということである。A病院においては看護師から先行してシフトがスタートしたが、一番人材が豊富であったことが背景にある。E病院においてもチーム医療の観点で薬剤師による病棟等での薬学的管理などが実施できているが、徐々にではあるが増員が達成できたことが要因となっている。それに対し、移管先職種の人員確保が難しい場合は容易ではない。比較的シフトがすすんでいるなかでA病院における臨床工学技士やH病院における薬剤師へのシフトが十分ではないのは、都道府県域における専門職の養成と必要性の需給バランスが取れていないことで十分な確保ができないことがある。またI病院でもメディカルクラークへの医師業務のシフトを進めたいと考えているが、十分な人材を確保できないことが障害になっている。

このような、そもそもシフトをする必要性がある、シフトをできるキャパシティがあるかは、タスクシフト推進の前提条件となると

考えられる。

(2) タスクシフト推進に向けた影響要因

タスクシフト推進に向けた留意事項として、教育研修や経営上に関わる検討をしなければならない要因が確認された。この点で、組織という単位で検討すべき事項と、個人という単位で検討すべき事項に分けて整理した。

まず組織という単位で考えるべきということは、各移管単位（医師→各職種担当者）だけではなく、病院（法人・グループ）全体で検討すべき必要があるということである。教育研修においては、そもそもシフトされる側だけでなくする側や関連する職種の協力が不可欠である。この点で、F病院におけるグループとしての e-learning 教材の開発がその負担を軽減するものとなり、さらに講師としての手当もつけるなどの工夫を凝らしている。この点は、さらに経営上の問題である処遇についてもいうことができる。新たな業務を行うこと、とくに一部の対象者のみはその業務遂行対象となることについて施策が必要なことが示唆されている。手当（D病院）やインセンティブ（F病院）の検討、さらに既存業務の専門業者へのシフト（E病院）は該当部門だけではできない問題でもある。この組織的な対応については、業務を移管する側の医師においても考慮すべきことが示されており、G病院では示された「包括指示」というもとでどこまで具体的な指針が定められているかという懸念や、H病院では診療科や医師ごとの業務の進め方の違いが促進に向けて影響するとの見解が示されていた。これらの点で、さらに大きな組織といえる厚労省や職能団体には共通教材の開発も期待されており（D病院）、また実地研修における受講枠が制約になっているという認識も示

されていた（A・F・H・J病院）。

個人という単位で考えるべきということは、主にシフトされる側のキャリアパスの問題と絡めて位置付けが定まっていないことに起因する問題である。研修に関しては、技術の習得が職務であるのか自身のステップ・アップであるのかが明確にはなっていない場合がある。この点については、研修の受講が勤務時間内外で対応が分かれている点が象徴的であり、業務であるならば当然勤務時間内で対応すべきものであり、自己研鑽の一環であるならば勤務時間外と判断されるべきものである。J病院のように院内での研修と院外での研修と区分したり、E病院のように研修種別により区分しているケースもあるものの、D病院のように個人の判断に任されているところも生じている。この点は、そのままシフトされる側の姿勢に直結する問題ともいえる。中長期的な個人の専門職としてのキャリアパスが明確でないならば、B・H病院のようにシフトに対して消極的な受け止め方とならざるを得ない。その一方で、新しい技術の習得として個人の能力向上に寄与する機会を与えられると考えるならば、E病院のように負担は増えるもののモチベーションが上がることも考えられる。こうした点に関連し、とくに院外におけるサポートして、個人への補助として還元できる金銭サポート（E・G）や大学院での受講機会（G）、専門職としてのあるべき姿の提示（B・C）が期待されていた。

E. 結論

本研究では、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に、2021年12月～2022年3月にインタビュー調査を実施した。まず、そもそもタスクシフトの前提条件として、医師の

充足度合いと移管先職種の充実（人員確保）度合いが関係し、シフトしようとする動機やシフトの実現可能性が問われることが確認された。次いで、シフトを進めるに当たっては、組織という単位で検討すべき事項と個人という単位で検討すべき事項があることが明らかになった。すなわち、組織という点では、研修体制の確立やシフト業務遂行者への手当、シフトする業務内容の整理が必要である。個人という点では、キャリアパスとの観点で業務の一環であるのか個人の資質向上と位置付けるのかを明確にすることで、研修時間の勤務時間としての取り扱いがクリアとなるとともに個人のモチベーションへの反映も期待され、さらに金銭面でのサポートや専門職としてのあるべき姿の提示が望まれていた。

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

表1 プレインタビュー実施状況

インタビュー日時	対象部門	インタビュー対象者
2021年12月 9日 10:00-11:00	看護師	医師（担当業務統括）
2021年12月23日15:00-16:05	看護師、助産師	看護師、助産師、人事課職員
2021年12月27日 9:00-10:00	全職種	理事長
2021年12月27日15:00-16:00	医師事務作業補助者	副院長（対象部門統括）、副課長

表2 インタビュー実施状況

記号	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	九州	その他公的	200	一般	2022年3月17日13:30-14:30	事務長
B	関東	学校法人	200	一般	2022年3月18日10:00-11:00	放射線室長
C	近畿	その他公的	300	一般	2022年3月18日14:00-15:00	事務部長、人事課長、人事課係長
D	関東	国	500+	一般・精神	2022年3月18日17:00-18:00	放射線部主任
E	中部	国	500+	一般・精神	2022年3月24日13:00-14:00	薬剤部長、副部長
F	関東	医療法人	100	一般・精神	2022年3月24日16:00-17:00	事務長、事務職員
G	関東	社会保険関係団体	500+	一般・精神	2022年3月25日 9:00-10:00	看護部次長
H	甲信越	医療法人	100	一般	2022年3月29日10:00-11:00	事務部長、総務課長
I	近畿	医療法人	300	一般・療養	2022年3月29日14:30-15:30	事務統括、総務課課長、総務課職員
J	中部	私立学校法人	300	一般	2022年3月31日19:00-20:10	放射線部主任

※ インタビュー実施に当たり、社会福祉法人恩賜財団済生会京都府病院（記号 C）、医療法人社団愛友会伊奈病院（記号 F）にご協力頂きました。

表3 シフト状況①

病院		A	B	C	D	E
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		
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		移管済		
看護師	A3 血管造影・画像下治療(IVR)の介助	移管済		移管済 2020～		
	A4 注射、採血、静脈路の確保等	移管済		移管済 2004～		
	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		
助産師	B1 院内助産			移管済		
	B2 助産師外来	移管済		移管済		
薬剤師	C1 周術期における薬学的管理等					一部 移管済 特定患者のみ
	C2 病棟等における薬学的管理等	移管済		移管済		移管済 1992～
	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 薬剤部長によるリクルート		移管予定
	C4 薬物療法に関する説明等	移管済				一部 移管済 (入院)実施
	C5 医師への処方提案等の処方支援	移管済				移管済
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) 看護師		
	D2 血管造影・画像下治療(IVR)における補助行為		移管済	移管済	研修医・レジデント	
	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	一部 説明のみ、(同意書)医師or看護師		
	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	
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) 臨床工学技士		
	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	移管済		(移管済) 医師・看護師		
	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	移管済		移管済		
臨床工学技士	F1 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			移管済		
	F2 全身麻酔装置の操作			移管済 技師+麻酔科医		
	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		
	F4 生命維持管理装置を装着中の患者の移送			一部 技師+医師+看護師		
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		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		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		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		

※ ()で記した移管は、想定職種以外のシフトを指している。

表4 シフト状況②

病院		F	G	H	I	J
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	一部 夜間や特定の症 移管済 状時	職種内の詳細については把握していない	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	移管済	一部 夜間や特定の症 移管済 状時		移管済
看護師	A3 血管造影・画像下治療(IVR)の介助		検討中			移管済
A4	注射、採血、静脈路の確保等	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	一部 移管済	移管済	一部 基本的には医師 移管済 が実施		移管済
助産師	B1 院内助産		移管済			
	B2 助産師外来		移管済			
薬剤師	C1 周術期における薬学的管理等	移管済	移管済	一部 移管済		
	C2 病棟等における薬学的管理等	移管済	移管済	一部 移管済		
	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	一部 移管済	医師+薬剤師 移管済	一部 移管済		
	C4 薬物療法に関する説明等	一部 移管済	医師+薬剤師 移管済	移管済		
	C5 医師への処方提案等の処方支援	一部 移管済	医師+薬剤師 移管済	移管済		
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	(一部 医師事務作業補 移管済) 助者		
	D2 血管造影・画像下治療(IVR)における補助行為		移管済			一部 スタッフにより技 移管済 術取得有無あり
	D3 放射線検査等に関する説明、同意書の受領		(移管済) 臨床工学技士	(移管済) 看護師		(一部 説明:医師/同 移管済) 意書:看護師
	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
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	移管済		
	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		検討中	(一部 移管済) 看護師		
	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		(移管済) 臨床工学技士			
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			
	F2 全身麻酔装置の操作		移管済			
	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	(移管済) 看護師		
	F4 生命維持管理装置を装着中の患者の移送		移管済	(一部 移管済) 医師+看護師		
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	半分程度 移管	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	半分程度 移管	移管済	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	半分程度 移管	移管済	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	移管済 医師による作業も有り	メディカルクラークへのシフトを拡大したい段階	移管済

※ ()で記した移管は、想定職種以外のシフトを指している。

表5 教育研修・経営上の負荷の状況①

病院	A	B	C	D	E
対象職種	臨床工学技士 + 薬剤師・検査技師・看護師	放射線	一般論	放射線(告示研修)	薬剤師
教育研修負荷	個別には把握していない				
教育する側の時間確保					
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	<input type="radio"/> 告示研修	<input type="radio"/> 外部研修負担	<input type="radio"/> 受講料・受験料負担	<input type="radio"/> 受講料	
院内研修担当職種		<input type="radio"/> 医師・看護師の協力	<input type="radio"/> (医師事務)各職種		
研修時間の取扱い		<input type="radio"/> 研修時間の勤務時間化	<input type="radio"/> e-learningの活用	<input type="radio"/> 未定(自己申告)	<input type="radio"/> 勤務2：自己研鑽8
院外研修に関する負担	<input type="radio"/> (休暇取得者)残りのスタッフ で業務を廻す				
研修総時間	<input type="radio"/> 実技2日間				
その他	<input type="radio"/> (外部研修)受講枠不足	<input type="radio"/> キャリアパスの問題			
経営負荷					
人的資源					
移管対応者の賃金	<input type="radio"/> 現在処遇でできずトラブル 懸念	<input type="radio"/> 給与体系が不明確、(属 人的な移管による)業務	<input type="radio"/> 人事評価で処遇、所定労 働時間の調整(労組)	<input type="radio"/> 手当	<input type="radio"/> 手当なし、組織内での評 価
新規人員確保	<input type="radio"/> 地域ごとの育成等の需給 が影響 医師給与は残業込み(削 減できない)				<input type="radio"/> 増員、専門業者へのシフ ト
意識(する側)	<input type="radio"/> 感謝の気持ちが必要				
意識(される側)	<input type="radio"/> 理解不足/抵抗感(多 忙・リスク)	<input type="radio"/> 率先する意識は現状ない			<input type="radio"/> 業務負荷増(ただしモチ ベーション向上)
シフトされる側の調整					
その他					
リスク管理					
技術管理(安全管理)		<input type="radio"/> 責任の所在			<input type="radio"/> 不安はある
物資管理					
保険・訴訟	<input type="radio"/> 今までよりも異なるもの	<input type="radio"/> 自己責任で保険に入るこ とになるのか		<input type="radio"/> 患者に医療行為の決定を させることへの不安視	
情報共有	<input type="radio"/> 医師側も実施内容を認識 する必要	<input type="radio"/> 電子カルテの利用が十分 ではない			
その他					
サポート					
院内サポート	外来患者削減	病院として一体で進む体制	医師業務改善委員会 働き方改革のアピール	新卒者の注射に関する研修 で、既存の仕組み利用・医師	病院長裁量経費
院外サポート	電子カルテ統一 IT化支援・補助 消費税非課税 研修会受講料補助	国・職能団体によるガイドラ イン(あるべき姿)	看護協会のワークライフバラ ンスを参考 診療報酬上の評価	研修費補助、共通教材、Web 教材	地域への薬剤師派遣経費補助 県奨学金返済義務免除

※ ○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。

表6 教育研修・経営上の負荷の状況②

病院	F	G	H	I	J
対象職種	一般論	看護師	医療職中心	一般論	放射線
教育研修負荷	とくになし				
教育する側の時間確保		○ OJT		* e-learning教材作成	
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	* (病院指定受講)病院負担			* 予算有り	○ 受講料は病院負担
院内研修担当職種	* 講師手当有				
研修時間の取扱い	* 残業代支給	* 勤務時間内	* 勤務時間内	* 勤務時間内	* 院内：時間内/外部：時間外
院外研修に関する負担		○ 長期休職(研修)者の代替者補充			
研修総時間					
その他	* グループ教材作成 * Web研修増加 * (外部研修)受講枠不足		* (外部研修)研修受講枠が厳しい	* 奨学金有り	○ (外部研修)定員・時期によってははかみ合わない。
経営負荷					
人的資源					
移管対応者の賃金	○ (本部)インセンティブの要望	○ 手当なし	○ 昇格要件(×手当)		
新規人員確保	○ 業務体制構築による支援の必要性	○ 看護補助者の採用困難	○ 県内育成校がない	○ 本部職掌	
意識(する側)			○ 医師によるやり方がある		
意識(される側)	○ ナーミスへの不安(バックアップ体制の必要性)	○ 業務負荷懸念	○ キャリアアップとの関係で希望しない場合あり		○ キャリアアップの一環。若手は怖いという意識も。
シフトされる側の調整					
その他	○ 医師増員				
リスク管理					
技術管理(安全管理)		○ 依頼しない医師あり ○ 包括指示下での判断基準			
物資管理					
保険・訴訟					
情報共有					
その他					
サポート					
院内サポート	グループでのキャリアサポートセンター(研修)	研修に対する金銭サポート/資格取得への処遇	院内委員会	大学からの医師派遣	職種間の話し合い
		研修における医師の協力	当直輪番が負担		
院外サポート		大学院進学者に関する病院への補助	行政による金銭サポート		
		限定される開講大学院			

※ ○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)
該当なし			

資料 2

タスクシフトに関するプレインタビュー①

日時：2021年12月9日（木）10:00-11:00

インタビュー対象者：内科医師（担当業務統括）

インタビュアー：荒井耕、平木秀輔、斎藤健一、阪口博政

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。

・シフトされた看護師（特定行為研修修了者）として業務（医師業務に準じて行っている業務）

- A1 事前に取り決めたプロトコルに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
- A4 注射、採血、静脈路の確保等
- A5 カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
- C1 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 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
- D3 放射線検査等に関する説明、同意書の受領
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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）

・薬剤関係の業務について、看護師と薬剤師でどちらにシフトした方がよいかというと、（是非というよりも）看護師のほうが日常的に業務を一緒にしていることで意思が統一されてはいる（コミュニケーションの密度が異なる）。

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。

（1）具体的にどの業務が該当するか、教えてください。

- ・基本的に、部分的な業務の委譲ではなく、包括的な業務の委譲になっているので、どの業務というのは抽出できない。

(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）。

- ・実務において、医師が急性期の患者を診ており、看護師がポストアキュート、スキルドナースィングファシリティーに相当する部分をみている。看護師は習熟度によって担当患者数が異なり、最大10人までと決めてみてもらっている。
- ・医師でも（患者層が異なるが）10人診ている人はあまりいない。常時看護師3-4人で25-30人の患者を診ており、医師は約1時間での確認で済んでいる。そのため、医師3-4人分のシフトが行われているかと考えられる。
- ・なお、医師と異なり転勤がないため、看護師の技術は洗練されていくと考えている。

(3) 教育研修に関連して、具体的な業務種類ごとに、以下の観点からの実施状況／（実施に至らない場合の）検討状況（進まない詳細）について教えてください。

① 実施前研修に係る問題

- ・資格取得後の、病院配属以降に行っている特別な研修はない。
- ・資格取得に向けて5年以上の職務経験が必要であり、同院の場合はベテラン看護師が大学院に進学することもあり、基本的な知識・能力はあると考えている。

② 継続研修に係る問題

（日常の直接的な関与）

- ・毎日1-2時間の患者紹介+プラン作成を行ってもらっており、それを共有しながら指導する形で進めている。

（カンファレンス）

- ・週1-2時間でのジャーナルの抄読や事例報告を行ってもらっている。
- ・時間が空いた範囲で業務時間内にスライド作成などを行うことはあるが、残業代などが別途発生しているわけではない。

- ・該当業務遂行ということで手当は出ているが、そのなかで業務範囲（担当患者数）で多寡は生じていない。医師と同じような、医師としての業務を担っているかという考えになっている。

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。

・経営上の負荷は生じていないという認識。包括的になっていることで、医師の代替をしているという状況があり、人件費単価の分だけ経営上は負荷が下がっている。

(3) 経営上の負荷に関連して、具体的な業務種類ごとに、以下の観点からの実施状況／(実施に至らない場合の)検討状況(進まない詳細)について教えてください。

① 人的資源に係る問題

- ・担当者は4人であるが、そもそもヴィジョンがはっきりしており、学ぶことへのモチベーションも高い。そのため大きな問題は生じていない。
- ・修了した大学(卒前教育)もバラバラであるが、同院で実習を行っており、そこでマッチする学生に声をかけてきたなどしている。
- ・卒前から教育のあり方や職場での意思統一などで、モチベーション(なぜ資格を取得するのか／資格取得後に何をしたいのか)を確認できるかもしれない。

② リスク管理に係る問題

- ・日常的に医師が監督をしており、インシデント等もチェックをしている(問題は起きていない)。最終的には(委ねた／管理をする)医師の責任と思っている。ただし手技は医師が行う・死亡確認は医師が行うなどは決めている。
- ・保険についても、医師と同じものに入っている。

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。

(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。

- ・対象分野(診療科)について、ニーズを確認して進められるのではないか。外科(手術)における内科的な管理や、手術助手、救急などでニーズがあるのではないか。
- ・教育(資格取得者による資格取得希望者への教育)や、研究についても今後の課題となる。

(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。

- ・同院では、統括医師が部門立ち上げなどの経験を有し、かつ米国留学時の経験から、具体的にどこをお願いできるのかということ把握しながら進めている。そうした経験群などを卒後教育やマネジメントのパッケージ化によって、広めていくことができるのではないか。

(その他)

- ・包括的という意味で、透析クリニックなどでの業務移管もタスクシフトとしてみることもできるかもしれない。

タスクシフトに関するプレインタビュー②

日時：2021年12月23日（木）15:00-16:05

インタビュー対象者：救急センター看護師、助産師、人事課職員

インタビュアー：荒井耕、斎藤健一、車田絵里子、阪口博政

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。

（救急：認定看護師・特定行為研修修了者）

・実施している業務

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

・実施が進まない業務

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

A4 注射、採血、静脈路の確保等

A5 カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為

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

・救急外来で、同業務に対応するのは1名のみ。3年半前から始まった。

・A2については、手順書に沿ってAラインや動脈注射を実施している。

・A1では脱水患者搬送時の対応、A4では輸液の投与、A5では動脈ラインの抜去があるが、いずれも医師がいるため看護師が対応することが少ない。

・C3では注射薬や昇圧剤が対象となるが、オーダー通りに進むことが多い。

・医師のオーダーと実施が重なった時といった緊急時に、看護師へシフトしていることの意味が大きい。研修医は上級医がついている体制だが、看護師1人でも対応できている。

（助産）

・実施している業務

B1 院内助産

B2 助産師外来

・現在、産婦人科外来・院内助産で20名がいて全員が助産師である。そのうち院内助産には4名が携わっている。

・2007年より医師の繁忙への対応としてローリスク患者の管理として始まった。

- ・当初はすでに実施していたグループ病院の科長の異動によりチームを構成してリーダーシップを取り、研修もグループ病院を参考に組み立てた。院内スタッフの妊婦を対象に1例から少しずつはじめ、最初の7例から現在は220例まで管理している。
- ・分娩件数は減少傾向だが、医師はよりハイリスクの患者へ集中できるようになった。

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。

(3) 教育研修に関連して、具体的な業務種類ごとに、以下の観点からの実施状況／（実施に至らない場合の）検討状況（進まない詳細）について教えてください。

(救急)

- ・特定行為修了者に対しては、血ガス・Aラインについて1～2回程度見たという30分程度の研修と、厚労省が作成したマニュアルをベースに1時間程度医師と議論したというぐらいである。
- ・ただしこれらの研修は、担当者が認定看護師であることも大きく影響している。認定看護師のために200時間程度の研修を受けており、その後の経験によって信頼を得ていることも背景にある。
- ・その後は、自己研鑽として、症例の振り返りや難しい手技について指導を仰ぐことはある。それ以外には特定行為に関するフォローアップの研修がある。

(助産)

- ・前提として、助産師ラダー3を経て、日本助産機構の研修やアドバンス助産師であることとしている。このためには、分娩100件、健診50件、新生児介助50件の経験に加えて、オンデマンドの研修が必要であり、7-8年程度を要する。
- ・その後にフリースタイルの分娩などを経験するといった2か月程度の教育とその都度の評価を踏まえて1年程度で1人前となる。またアドバンス助産師についてはスタッフ or 管理者として資格の更新がある。
- ・なおアドバンス助産師については、資格取得（数十万）については病院の補助はなく週休などを当てて取得するが、更新（5万円）については高槻病院では補助があり出張として認められている。ただし業務を実施することによる手当はない。この点は今後の検討課題となっている。

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。

(3) 経営上の負荷に関連して、具体的な業務種類ごとに、以下の観点からの実施状況／（実施に至らない場合の）検討状況（進まない詳細）について教えてください。

(救急)

- ・そもそも実施できる人が少ない（1人しかいない）という問題がある。資格取得に費用が掛かるということと、そこを目指すモチベーションの問題がある。
- ・それに加えて、安全性（リスク）の面から、看護師に任せてよいのかという（常時一緒に仕事をしているわけではないという）医師の意識の問題もある。

(助産)

- ・総合周産期センターであるため、ハイリスクの妊婦が多く、そのためリスクの問題はある。不妊治療者・感染症治癒者等の妊婦までは少しずつ拡大し医師と共同管理等を行っている。
- ・業務実施についての手当てはないが、同病院では看護学校（助産師養成）から年10人程度の入職があり、人員が不足しているということではない。

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。

(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。

(救急)

- ・やはり人が増えることで一般的にも看護師が行う業務という理解が進むと考えている。
- ・本人の意志が重要であるため、積極的に自身の話をするようにはしている。教育についてはグループとして研修を行っており、病棟から研修に派遣する体制も整っている。
- ・医師の理解については、現場で広まることで変わると考えている。

(助産)

- ・スタッフは全員女性であり、産休・育休で養成しようとしていた計画通りに進まないこともある。そのため、早い段階から研修を組み込むことも考えなければならぬかもしれない。
- ・異動により他のチームと交わることで互いに能力も向上すると考えている。

(共通)

- ・訴訟リスクについて、看護師に関して病院が矢面に立たせることはない。
- ・保険については、医師賠償保険と都道府県医師会（病院も保険金を拠出）がある。
- ・ただし、看護師本人が訴訟の対象となることについて事務部門では意識が十分ではなかった。看護協会は任意として勧めており、対象範囲は十分に理解していないものの年3-4000円の保険に加入している。

- ・ 特定行為・アドバンス助産師とも、資格取得・更新に伴うサポートについては病院間の格差がある。応援してもらっているというのはモチベーションに影響もする。
- ・ 厚労省はタスクシフトに関する助成については、所属施設の利益になるため考えてはいない。
- ・ 助産外来については、同病院では（健診とは異なり）医師が勧めれば患者は受け入れている。

タスクシフトに関するプレインタビュー③

日時：2021年12月27日（月）9:00-10:00

インタビュー対象者：理事長（麻酔科医）

インタビュアー：荒井耕、斎藤健一、阪口博政

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。

- ・総論として、特定行為を展開するのは難しい。病棟による温度差、教育に関わった人の考え方、学校での教え方によって左右され、受け手側・依頼側のすり合わせが必要になり、ケースバイケースで進められている。
- ・周麻酔期においても麻酔科医によって考え方が異なり、主任部長レベルではルーティンであるものの、若い専門医では必ずしも活用していない。受け手側も、保助看法で広義では○／狭義では×といったグレーであることで、当人の考え方に左右されている。そのため、ベテランをトレーニングで育て、活用することで、徐々に理解を深めるしかないという状況である。
- ・特定行為研修修了者についても、病棟で温度差があり、また病院でも温度差がある。形態上は医師の指揮下に入るが看護師でもあり、何をするのかといことで看護管理者からの不協和音も聞こえており開拓中である。
- ・いずれにせよ、受け入れ側の覚悟が求められる（病院だけでなく医師の責任もある）。

・タスクシフトの状況としては以下の通り。

（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
- 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
- A4 注射、採血、静脈路の確保等
- 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
- B2 助産師外来

(薬剤師)

- C1 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

- ・ C1 については、薬剤師の抵抗と看護師の抵抗があったものの、徐々に進んできた。薬剤師はリスクを感じていて、看護師は手術室の清潔環境を乱したくないという思いがあった。薬剤師については（後者の）教育、看護師については個々の部屋とエリアへの立ち入りに分けてエビデンスをつけて説明し、ようやく雪融けとなった。
- ・ C2 は進んでいるが人出不足がネックとなっており、C3 はやりたがっている業務。C4 はやりたがるものの人出不足が問題となっている。
- ・ C5 は、医師とのコミュニケーションがスムーズ or パスが整っていればスムーズに進むが、そうでないとなかなか進まない。

(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
- 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
- D4 放射線管理区域内での患者誘導

- ・ D1-D3 は進んでおり、D2 については法人内での資格認定を行って報酬もつけているためやりたがっている。
- ・ D4 については接遇の問題がある。放射線技師が慣れていないため、看護師からのクレームもある。

(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
- 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、免疫染色標本等の所見の報告書の作成

- ・ E1-E2 は進んでいるものの、E3 は育成体制の問題がある病理医の教育が必要となるが、病理医は気難しい人も多い。

(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
- 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

F4 生命維持管理装置を装着中の患者の移送

- ・臨床工学技士のメンタリティーとして、侵襲性があるものにも取り組むタイプと、透析のみといった専門性にこだわるタイプがいる。教育背景・所属病院・キャリア志向などに左右されるのか、能力によるわけではない。ただしどの業務も、行えばスムーズに進む。

(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

- ・理学療法士よりも人手不足の事情があり、スムーズにとまでは進まない。

(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）

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。

(3) 教育研修に関連して、具体的な業務種類ごとに、以下の観点からの実施状況／（実施に至らない場合の）検討状況（進まない詳細）について教えてください。

- ① 実施前研修に係る問題
- ② 継続研修に係る問題

- ・医師事務を例にあげると、医学関連知識と病院フローの知識の問題がある。また業務内容／範囲を医師側のリクエストに合わせてカスタマイズすることがあり、業務の標準化に取り組んでいる。

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。

(3) 経営上の負荷に関連して、具体的な業務種類ごとに、以下の観点からの実施状況／（実施に至らない場合の）検討状況（進まない詳細）について教えてください。

(手当)

- ・ 手当については、同法人では2-3年前から複線型の人事体系と取っており、そこで報いることを進めている。従来のラインとスタッフのまま専門性を高めるものであり、後者の場合は周りの仕事を取り込んでインテグレートしていけるかも評価基準にしている。というのも、手当の場合は該当業務をしないと出ないと出なくなり、かつ量をどこまで評価するという問題が生じる。そのため待遇として位置づけようとしている。
- ・ 周麻酔期看護については手当を出している。手当を出しても麻酔科医の代わりになるので十分にペイする。特定行為研修者については同額でも満足していなかったが、ベースとなる給与を大学院修了者として評価したためそうした声はなくなった。“評価をしている”ということをどのように伝えるのかも重要である。

(きっかけづくり／きっかけの仕組み)

- ・ 薬剤師の手術室での業務は、当初は嫌がったため実際に麻酔体験をしてもらった。30分程度の研修となるため経営上の負荷は特別にはかからず、患者の状況をもてもらいドラマティックな変化を経験することで意識が変わった。それまでの理論上でリスクだけが発生するという認識が変わったのかもしれない。
- ・ 助産師についても、championを輩出してその人が周りを巻き込んでいくことで成功した。

(リスク)

- ・ 周麻酔期看護師は8人いるが、当初は文書（アカウントビリティ）の整備から始め、どこまでやるか（任せるか）の統一を行った。特別に保険等の対応は付け加えていない。
- ・ ライセンスに関しては、公的なものはない。聖路加大学大学院でコースが設置され、米・麻酔看護師は学会認定されてはいる。同法人では300例の気管挿管（麻酔科標榜医と同一基準）を外部で審査してもらい法人内の認定としている。

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。

- (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。

(看護学の中での位置付け)

- ・ 周麻酔期看護師は、理事長という属人的な仕組みともいえ、キャリアの継続性のためにも大学院で学位を取得させたいと考えている。

- ・ いずれにせよ、特定業務は各業務だけを切り取るのではなく包括的な対応が必要となるため、看護学のなかでどのように位置づけるのかをしなければならない。
- ・ 現状では特定行為研修修了が唯一の資格であるため、特定行為をどのように位置づけられるかが、タスクシフトのあり方にもなると思う。

(シフト先の選定)

- ・ 同一業務内容が複数のシフト先に分かれることもありえるが、看護師／薬剤師であれば、診断・経過観察であれば看護師、抗がん剤などの量・方法であれば薬剤師が向いてはいる。
- ・ ただしこれはどこへシフトするのかといった経営の質の話ではなく、その先の行為の質の話である。ここまでいくと個人の力量の話にもなるが、使えるリソースというと病院それぞれの話になる。しかしそうではスキームとしてよくないので、標準化の方がよい。

(標準化)

- ・ タスクシフトの話でかけているのが標準化の話。パスがあるとやりやすかったなどはある。

(その他)

- ・ 教育上のコストの話にもなってくると、各病院がどのように苦勞するのかというのがあり、(国が) どのようにサポートできるのかという面に繋がることにはなる。

タスクシフトに関するプレインタビュー④

日時：2021年12月27日（月）15:00-16:00

インタビュー対象：該当部門副課長、副院長（対象部門統括）

インタビュアー：荒井耕、平木秀輔、斎藤健一、羽田紘人、阪口博政

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。

- ・（本インタビューの）対象業務として、医師事務作業補助者（J1）を取り上げる。
- ・同院では、MC（Medical Clark）として約35名、SMC（Special Medical Clark）として約35名がいる。
- ・MCは外来に配置され、患者の呼び込みや簡単なオーダーなどを行っている。約40年前に、内科系診療科外来で看護師を外来からいなくなるようにしようということで始まった。
- ・SMCは診療科に配属され、外来に加え診断書作成やデータ入力なども行っている。約8年前から加算に加え、先進的な病院から院長が赴任しその仕組みが導入された。

（効果認識・副院長）

- ・SMCが導入されて8年になるが、カルテ上のオーダーや記載が簡略化され、従来の半分くらいになった印象がある。
- ・また外科ではNCDの登録が大変手間がかかるが、基本的にSMCが入力し医師は最終確認のみのため1/3程度になったと感じる（診療科によっては（それがよいか分からないが）全面的に任せているところもある）。

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。

（3）教育研修に関連して、具体的な業務種類ごとに、以下の観点からの実施状況／（実施に至らない場合の）検討状況（進まない詳細）について教えてください。

（全般）

- ・MCについては実質的にOJT程度。
- ・SMCについては、当初は3か月の研修として1か月の座学＋解剖生理、1か月の文書・データ入力、1か月の診療科配属で行っていた。ただしとっさの判断などが難しくなることがあった。

- ・そのため、現在は3か月のMCとしての勤務の後に、適性のある人をSMCへの配属を行ってカルテ記載・オーダーなども行うように改めた。通常業務に並行して、第1・3・5土曜日が出勤日であるため、終日を文書作成・カルテ記載・データ入力などの研修に当てている。
- ・同時に受講するのは当初は4人、現在は1人程度。講師は副課長 or リーダーのうち1人。教えるに当たっては完全に理解をしている必要があるため、当初は1か月を教えている時間以外を準備に当てていたぐらいの感じ。当然家に帰ってサービス残業にもなっていた。
- ・外注は1回だけやってみた。教える側のマンパワーの問題のため、受講者1人×3万円であったが、効果は薄かった模様。院内だと病院の実情に合わせられるが、そうしたものが無いオンデマンド教材に近いものになってしまった様子。
- ・継続研修についてはできていない。先日、DVD(約50万円)を購入してもらい、それを利用できないかと考えている。

(NCD 関連)

- ・研修について、当初は1週間続けて1-2時間くらい医師として教えていたが、現在は習得したスタッフがいるため質疑程度になっている。

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。

(3) 経営上の負荷に関連して、具体的な業務種類ごとに、以下の観点からの実施状況／(実施に至らない場合の)検討状況(進まない詳細)について教えてください。

- ・人員確保に関連して、バックグラウンドは様々である。医事課経験者などもいる一方で、未経験者もいる。最近では他院出身者が多くなった。
- ・時給は1650円程度であり、経済的な面で期待する人もいる。(月給制に移行したが時給1650円で換算できるくらいの水準)。
- ・身分は嘱託職員で、5年を経過すると無期雇用となるが正職員ではない。それが理由で退職する人もいる。
- ・スペースとして、医療クラーク課に端末・ノートPC15台程度用意された場所がある。普段は外来等で作業をしているが、端末等が利用されているときに来る人もいる。
- ・モチベーションに関して、時給はMC1250円→SMC1650円となる。ただ昇給はあるが、時給10円単位なので多くは期待できない。正職員化は、各科にいたることがいるため、科を横断した評価スケールが作りにくい／測りにくいいためなかなか進んでおらず、去年は2名のみ。結果として他病院へ流出もしている。

- ・現在は組織のピラミッド化をしたいと考えており、トップリーダー4名（うち手当あり2名・なし2名）＋スタッフという状況だが、副課長がずっと SMC 教育を担当してきたこともありダイレクトの報告も多々ある。
- ・人材確保については問題を感じていない。病院として Positive であり、適した人材がいるかどうかになっている。
- ・給与を体系化（差異化）して評価し、SMC として働くことのメリットを明確にすべきだと思っている。

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。

- (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。

- ・海外であれば国家資格などになっており、各病院でされていることが統一され同時に求められる業務と必要な知識が整理されている。日本ではまだそのような状況になっていない。
- ・院内についていえば、正職員化・昇給以外には、研修に関する体制などが整うとよい。現在でも放射線や検査部門では見学などをさせてもらっているが、そこまで留まっている。

(その他タスクシフト全般)

- ・タスクシフト委員会でも発言したが、そもそもシフトをしたところでシフト先の仕事が増えるため、医師が行っている業務を減らせるかという観点で考える必要がある。
- ・まず医師各人が意識を持てるかが重要である。同院でもタイムカードを導入し No 残業デーを設けて削減してきたが、まだまだ削減できる余地があると思っている。
- ・根本的には、医師を増やしチーム制に移行することで医師一人当たりの業務は減るはず。同院としては、経済の問題を抜きにすると医師の確保はできる状況。

日時	2022年3月17日 13:30~14:30
病院概要	地域：九州
	開設者：その他公的
	病床規模・種類：一般、200床規模
インタビュー対象者	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 3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。

○ 看護師 (A1~A5 すべて)

→看護師は先行してタスクシフトをスタートしている。残業削減にも早くから取り組んでおり、タスクシフトをすすめながら業務効率化が図れている。

看護師から先に進んだのは、一番人材が豊富ということもあるか。

→あると思う。

○ 助産師 (B2)

○ 薬剤師 (C2、C4、C5)

→薬剤師は6名。人材確保の難しさがまず前提とある。地域に薬剤師養成機関がないこと、調剤薬局との給与差が15万円程度あることなどが原因である。調剤薬局に薬剤師が流れていっていることも影響している。6年制になって学費が非常にかかるので、ほとんどの方が奨学金を得ている。その返済があるので、給料の高い調剤薬局が選択されやすい。これは将来怖いと思っている。調剤するだけの薬剤師が育成されてしまって、病棟業務や高度な薬剤師の業務というのが難しい。病院単独での取り組みだけでは難しい。

今いる薬剤師は、他の県から来ているか？

→周辺の県から来ている。ほとんどが地元出身の方（地元から進学で他県に行って戻ってきている）。他のところから来た人も何人かいたが、数年たったら辞めてしまう。地元でないうちに来ている意味が。育成というのも人が少ないので、当院にいても教育体制があまりよくないとか、何のためにここで働いているかを考えると他のところに出たくなるようだ。

○ 診療放射線技師 (D1、D3、D4)

○ 臨床検査技師 (E2、E3)

○ 理学療法士 (G1)、作業療法士 (H1)、言語聴覚士 (I1)

看護師、薬剤師、放射線技師等は地域で確保できている？

→8~9割が地元で、地域貢献したい人が集まってきている。

医師からのタスクシフトの際、タスクシフト先の職種がある程度の人数が必要になる。県内に豊

富に専門職がいるわけではないので厳しさがある。

→検査技師、放射線技師の養成機関がほぼない？

仮に育成機関があっても、若い人が流出しているから苦しいところ。地方だと技術とかも大きな病院が少ないので、一回県外に出て、ある程度技術を身に付けてから帰ってくるという方もいる。そうすると、考えの違があり上手くかみ合わない。

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。

- 臨床工学技士 (F2、F3、F4)。今後手術などで医師の負担軽減に重要な役割を果たすと思っているが、医師側がまだそれほど積極的にタスクシフトしたいとは思っていない。一方の臨床工学技士側は、①理解不足、②新しい業務への抵抗感がある。抵抗感の種類にも2種類あり、①忙しくなることを忌避する面と、②(新たな業務を受けることでの) リスクが増えることへの危惧がある。
- もともとコメディカルは人数が少なく、その少ない人数の中で業務が増えると若手の退職につながりかねないというような受け止めがある。
- 後述する業務範囲追加に伴う厚生労働省が指定する研修を受けないと実務ができない。研修会も今年から充実しだしているが、九州管内では年2回くらい、参加できる定員枠も少ない。費用もかかり、研修がネックになっている。

(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)。

- 医師、看護師の負担軽減となると考えている。
- 実際に実施できているものとしては、認定看護師が、糖尿病と認知症、摂食嚥下をやっている。診療の補助業務として、採血、血管確保、注射、輸血、抗がん剤の投与、尿道カテーテルの留置等を行い支援している。
- さらに、特定行為研修の受講(まだしていない)をすることによって、気管チューブの位置固定や人工呼吸器の換気設定、ウィーニング、動脈採血、動脈ラインの確保、輸液の補正、鎮痛剤の投与を予定している。
- こういったタスクシフトを進めながらも、3～4年前から看護部門で残業削減の取り組みを行っており、残業時間は減っている。
- 医師の残業時間削減も進んでおり、17時に帰宅する医師もいる。2024年からの残業時間規制に抵触しそうな医師は数人いる。外科系や泌尿器科系の医師で、手術の時間が長いなど業務上の特性もある。また、派遣元の大学側から来年度から外科の医師を1名増員してもらえることになっていて、状況は多少改善するかもしれない。

→負担軽減委員会(医師、看護師の負担軽減委員会の開催)は、年に1回、計画を立てて、それを自己評価して次に進む。シートを作り、医師に対して各部署がどういったことが貢献できるか。看護師に対してどういったことが貢献できるか。医師、看護師が他部署にこういったことを応援して欲しいという計画書を毎年作って議論している。

タスクシフトした後に残業時間が減っているなどの具体的な成果は出ているか？

→3、4年前から看護師全員が早く帰る取り組みをし、看護部門の残業は少なくなっている。3、

4年前にワークライフバランスに取り組もうというのがあって、積極的に取り組んでいた。その結果、看護師の負担が減った。他の部署に振ったりしていたので、他の部署から多少不満は見え隠れする部分はあるので、パラメディカル、事務部門から抵抗が出ている。

医師の超過勤務は減っているか？
 →情報提供や、医局会で早く帰らないといけない／今までやっていたことも見直して負担軽減しようということ院長や事務長が定期的に言っている。早く帰る医師は17時過ぎに帰宅する。

2024年からの労働規制に抵触しそうな医師はいるか？
 →数人いる。その方々の残業時間を減らせば問題はないと思う。外科と泌尿器科の医師が多い。オペの時間が長く、大学との派遣の関係と地域の紹介とのバランスで負荷になっている。大学に理解していただいて、来年度から外科の医師を1人増やしていただけるので、少なくなってくるのではないかと。ちょっとした取り組みでは難しい部分があって、各先生が触れないとどうしようもないというようなところもあるのかなと思っている。

(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

- 前述のとおり研修開催の場所、期間、定員にかかる問題がある(受講しやすさや負担等)
 臨床工学士の場合「業務範囲追加に伴う厚生労働大臣指定による研修」
 来年度、5月熊本市(定員120名)、10月福岡県久留米市(定員120名) 開催予定
 受講料: 会員38,000円、非会員60,000円

臨床工学技士の研修時間と日数は？研修に行く際には業務扱い？個人の研鑽？
 →病院負担(出張扱い)。受講料も病院負担。実施期間は、Eラーニング(基礎的知識習得)20時間、実技(対面式)2日間。2日間は業務を外れていく(休みを取る)ため、ギリギリで回っていたりすると現場がきつい。
 *Web研修が増えたことは参加の機会が増えることにつながっている。

② 継続研修に係る問題

- 協会の会員と非会員の処遇差(資格手当、出張費)。今のところ会員・非会員での資格手当はない。現状の感覚として、臨床工学技士が会員になっているかどうかは半々くらい。
- 会員は講習を受けたり、院内に会議に参加したり、書類作成・提出などの業務をすることになるため、そういったものも含めた処遇を考えていかなければならないと考えている。会員は仕事に負担・責任のある仕事をするようになる。

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。

(人材確保の困難性の観点)

- 薬剤師: C2、C3、C4、C5

➤ 薬剤師は、調剤薬局勤務の処遇が良く、当院のような病院勤務薬剤師とでは給与水準に月額 15 万円ほどの差がある。一方、薬剤師を昇給させると今度は院内の他のコメディカルとのバランスが崩れてしまう。当院の人件費率を考えると、人件費のコントロールも大事である。

○ 臨床検査技師：E2

○ 臨床工学技士：F1、F2、F3、F4

➤ 診療放射線技師・臨床検査技師・臨床工学技士のうち、臨床放射線技師を挙げなかった理由は地域的な特徴かもしれないが、比較的採用が行いやすい。臨床検査技師と臨床工学技士はある程度採用ができる。育児休業、産休を取得するスタッフもいるので、余裕をもって採用しておくことが必要になってきている。家庭のことも考えて、病院全体で取り組もうとしているところ。育休等の取得者が出たことで他の技師にしわ寄せがいかないよう考える必要がある。

➤ 他職種へのタスクシフトを考えたときに、それぞれの地域における職種ごとの人材育成や需給状況の影響を受けるといえる。

新規に人を雇おうとすると、雇えるような人材はいるか？

→計画的に早め早めに採用人数の計画ができるよう育成学校に活動したら、2～3年単位で1人、2人入って来られる。急に来年からいとなると難しい。一方で、どんどん採用してしまうと、人件費率70%、80%となり人件費負担が重くなる。バランスが難しい。

臨床放射線技師は需給の関係で比較的簡単に雇える？

→養成機関も県内にいくつかある。需給の状況については、当地の場合だけだと思う。

他職種へのタスクシフトを考えたとき、それぞれの地域におけるそれぞれの職種の人材育成状況の影響を受ける？

→そうだと思います。

(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)。

○ 医師、看護師の負担軽減となる。

(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

診療報酬改定に伴い収入は増えず、減っていく傾向にある。その中でタスクシフトを進めることで費用がかさみ、結局病院が倒産してしまったら本末転倒になる。バランス、コントロールが難しい。募集のコントロール、どんどん来てしまっても人件費が増えてしまっている。どのようにタスクシフトするかということにも絡んでくるので、コントロールが難しい。

○ 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)

➤ 医師の負担軽減となり他の職種の業務が増えたり人員が増えたりしても、医師の給与が高いため人件費負担が減るのではないかという仮説に対しては、直結はしないところがある。医師は年俸制になっていて一定の残業込みの雇用形態になっている。また、他院との給与の比較、大

学との条件交渉もあり医師の給与は容易に下げられない現状がある（残業が減った分削減できたとしても、他の手当をつける必要がある）。

タスクシフトを受ける側の業務量が増えて採用等につながったとしても、給与額が大きい医師の残業代が削減できれば全体としては人件費が増加することなく対応可能か？

→医師の給与は年俸制で、見込み残業のような形をとっている。減った残業代相当分を減額すれば、医師が他院に転職、あるいは大学からの条件交渉になる可能性もある。よって、仮に残業代相当分が減ったとしてもその分に相当する何らかの手当をつけなければならなくなる。

新規の人員をしながらタスクシフトを進めると、新規要員の人件費は増加する。でも着実に医師の超過勤務手当が減れば相殺されていく、あるいは単価的には医師の人件費の方が高いからむしろ利益（プラス）になると理論的には考えられる。そのあたりはどうか？

→医師は年俸で考えている。大学からも要請があり、最低出してほしい相場のような話がある。超過勤務手当については、以前は30時間分を手当として込みにしていた。今は、労働基準監督署から指導もあるので、きちんと残業手当を出す必要があり、金額自体はこれまでどおりの額であるのに加えて、実際の残業代を支払っており、二重に残業手当を払っている形になっている。もし、残業が減ったらからといって給与を減額すれば（医師から）その分別の手当を請求される可能性がある。仮に、年間1,000万円確保したいという要望があれば、タスクシフトで残業が減った、残業手当を今まで100万円出していたのがなくなれば900万になる。「どうして1,000万円もらえないのですか」という意見が出てきて、「ここは辞めます」という考え方の先生もいると思う。（残業削減相当分が減額されることで）給与が減れば、大学から見直しをお願いされる可能性がある。大学側も医師の派遣が難しい。病院の運営は厳しくなる。タスクシフトすればするほど泥沼に入らないように、どうコントロールしていくかというところが大事。

他の関連医療機関との人材の融通はあるか？

→あまりない。退職金の優遇制度はある。若い人たちは、将来いくら退職金があるのかは関係なくて、今たくさんもらいたいという方が多い。

- 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）

→シフトしてもらっても感謝の気持ちがないと、国の制度でタスクシフトが推進されているのだから当然するべきだろうということだと、受けている方も素直に受け取れなくなる。バランスを考えて、受ける側の方の気持ちも考えながらしていけないといけない。

- 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）

タスクシフトで業務をお渡しする際に業務分析はするのか？

→そこまで具体的なことはしない。現場からの意見をまとめて、自分たちができること、できないこと、してもらいたいことを書きあげ、話し合いをしながらやっていく。数字的なものは表には出ていないが、各部門で根拠としては持っていると思う。

② リスク管理に係る問題

・保険・訴訟等の資金関連

- 今までの保険、訴訟対策と違うものが新たに必要になってくるという認識がある。

- 看護師はほぼ全員が賠償保険に入っている。また、医師・看護師に関わらず訴訟が起こった際には顧問弁護士も含めて病院としてバックアップする体制がある。

訴訟関係でいうと、今まで基本的に医師がやっていたことについては、訴訟されるとしたら医師、それを代理する病院ということになるが、特定行為などで看護師がやるようになると看護師自身が訴訟リスクにさらされる可能性があると思う。看護師が特定行為をやったりするような人に対する訴訟リスクに対する病院としての対策はあるか？

→医師と同じく、看護師も賠償保険にほぼ全員が入っている。看護協会のものに入って。病院も施設内で起こった賠償制度の保険に入っている。顧問弁護士もいる。そういうことが起こった場合は、医師・看護師にかかわらず、院長や事務長が全面的にバックアップする。特定行為をするからということでは心配しないように配慮したい。

・情報共有（管理対象者の拡大など）

- タスクシフトした場合に情報共有がないと医療事故につながりかねないため、医師側も心配になる。

医師から看護師へタスクシフトした際、任せた側の医師は看護師に任せているのだけど、その患者さんの情報を医師としても把握しておかなければいけない。そのあたりが自分でやっている時には当然情報を共有しなくていいが、任せたからには情報共有しなくてはならなくなる。新たな情報共有の問題が出てくると思うが、そのあたりがリスクになり得るか？

→なり得ると思う。情報共有がされなければ、医療事故につながりかねない。任せっきりになると医師も心配で、常に報告をもらっておかないとそこで食い違いがあったり、患者さんはこういう風に考えていたりとか、処置をしていたのに医師が知らないことによってトラブルが起こったりするというケースはあると思う。

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。

- 地域医療における入院と外来の役割分担の徹底。
- 当地域での輪番としては200床規模の公的病院と当院がそれぞれ月10日担当し、残りの10日をほかの病院が担当している。公的病院と当院の院長同士が協議していて、公的病院側も働き方改革で余力がなくなってきたようである。
- 他院の話を知ると、輪番で月に10日も夜間当直を担当している例はあまりないようである。少なくとも一次救急は開業医の先生方をお願いし、当院は二次救急に特化するような、国の外来機能の見直しの方向に沿っていく必要があると考えている。ただ、現状では外来収入は大きいので経営的影響も考慮しながら進める必要がある。

→インターバルの問題など、医師が夜間当番に入って手術があった後に次の日に休めない状態が続き、働き方改革を進めようとする、輪番が徐々に負担になってきているという話が出ている。市内は救急体制が充実しており、近隣の町では輪番自体がない。

- 外来患者の削減対策。
- 外来患者を減らし、医師が休みを取れるようにする。これを推し進める必要があるのだが、外来収益が大きくダウンし、存続できなくなるか、あるいは規模を縮小しなければならない。一方で、

地域に災害等があったときに地域医療が回らなくなる。本院が 200 床規模で災害拠点病院であり、さまざまな災害時への対応が重要である。

- 理想としては、本院と公的病院が合併して 300 床規模になれば医師や職員の配置も純粋に 2 倍（2 病院を単に足すのではなく）ではなく 1.5 人くらいの配置で済み効率化できるが、合併する際の初期費用の問題もあり、行政の協力なども課題となってくる。

→外来の患者さんを少なくして、医師が休みを取得できるようにする。これを推し進めると収益が大きく減少する。地域でも何かあったときに地域医療が回らなくなる。本院が 200 床規模、災害拠点病院にもなっており、一方だけの法律への対応だけで進めるとうまくいかないこともある。本来なら本院と公的病院が合併して 300 床規模の病院になれば医師や新たな職員も 1.5 人くらいで済んだり、効率よい働き方ができるので、理想はそういう方向に持っていければ良いのですが、なかなか合併するときの初期段階の費用、数十億かかるお金をどこから出すのか、行政が協力してくれるのかそういうのも大きな課題としてはある。

（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。

- 電子カルテの統一化。価格・メンテナンス料の軽減対策。
- 負担軽減に貢献する IT 化の支援、補助。

→医師の異動があった時、電子カルテの操作に慣れるのにすごく時間がかかる。全国で統一したカルテがあれば、どこの病院に異動しても、開業の先生が応援に来た際に、システム担当や看護師が教えるために付いておかなければならないということがなくなる。電子カルテ自体の金額もすごくかかるので、これを全国統一で国が開発すれば安いものだと思う。一病院からしたら莫大な金額。まとめてすれば安くなり、それでデータも全部とることができる。いちいちその病院にこのデータを出してくれとかこの統計を出してくれといわれなくても、電子カルテの情報を見ればどういう風なかたちになっているかというのがわかる。どの先生がどういう処方をしているとか、何時から何時まで電子カルテを使ったとか、そういうのがわかればどういう仕事の業務をして、この人はキーボードの打ち方が早いとか遅いとかそういったことまで分析すれば、非常に効率の良い改善ができるのではないかな。

国が進めているのは、ワークシートのようなエクセルのシートで自己申告を見て分析しなさいと言われるのだけど、これも実際問題だと思っている。打つのも医師達の負担になる。Me e C a p（PCの操作内容から課題を抽出して業務を改善するソフト）という機械を操作した記録（ログ）を取って分析して、この人がどういう業務をしたか、プライバシーと絡んでくるので定期的にか月に一回スポットで分析するというやり方があるのかもしれないですけど、そういったのを AI で分析し、どの部分が課題になっているかを出すソフトがある。そういうのを国が無償配布し、医師の PC 操作のうちどこに負担がかかっているかが自動的に分かれば、解決すべき課題も分かる。電子カルテや IT を使って、ソフトを開発したりソフトに補助金を付けたりして、エクセルシートに手作業で打ち込んで分析するようなやり方はやめるべき。バックで分析し、集計してくれるようなものがないと、そういうのをしていただくと助かる。

- 病院が物品購入時の消費税非課税。

→控除対象外消費税の問題があり、非課税対象にしていただかないと、診療報酬は下がっている

けど、機器購入の時には消費税が8%から10%になり、今度さらに15%とか25%になるのであれば崩壊してしまう。特に高額な医療機器は買えなくなってしまう。そうすると、そのしわ寄せが人件費を抑えるかということになってくると、働き方、人をどうするかにかかってくる。以前は診療報酬でそれを見ると言っていたが、見るどころか点数が下がっている。

- 研修会の受講料補助。

タスクシフトに関するインタビュー記録 (B 病院)

日時	2022年3月18日 10:00～11:00
病院概要	地域：関東
	開設者：私立学校法人
	病床種類・規模：一般、200床規模
インタビュー対象者	放射線室長
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 3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。

- 前職の病院、当院ともにD1～D4はすでに行っている。いままで経験した病院においてもすべての項目実施していたため、“タスクシフト”された経験がなかった。したがって、本日は昨年の改正医療法を受けての今後の新たな業務や告示研修等について話をすることになる。
- 今後、業務拡大等を進めていくとした場合、当院の組織体制により診療放射線技師が病院、医師からのバックアップを受けられるかどうかという不安感がある。

当院には、放射線科と放射線室があって、放射線室は技師だけの組織、放射線科というのは医師だけの組織で別組織になっている。放射線科は診断部門に関していうと、画像診断、画像診断医として業務を行っており、臨床現場には出ない。前職では検査前に全部放射線科医が判断してやってくれていた。当院の場合は、臨床に放射線科医がいないので主治医と診療放射線技師が直接やり取りをしている。そういった現場で技師が全部やるのかということを見ると、非常に不安を感じている。

放射線科にいる医師は何をしているのか？

→読影。また、腫瘍を扱う部門には放射線治療医がいて、計画や照射に関して診療放射線技師と一緒に業務をしている。診断部門、一般撮影など、CT・MRIに関してだけいうと、そこは全く診療放射線技師と放射線科医にコンタクトがほとんどない。

放射線室は放射線科の下にいるわけではないのか？

→放射線室は放射線室として、独立している。

上司は誰になるのか？

→組織図とは別に、人事、待遇などの環境面も、困ったことは事務局長に色々と相談している。事務局長に相談をするのが一番手っ取り早いということもある。医療安全関連は医療安全担当の副院長に相談している。

不安に感じるのは組織図上一緒ではないことによることなのか、あるいは物理的に一緒にいないことによるものか。

→物理的な方かと思う。当院では組織図も違うし、全く基本的には関知しないという状況で、それは実際の業務にはそれほど支障はないが、現場に医師がいないということの不安感が大きいと思っている。

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。

- (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。

- 組織構成のところで言及したとおり、まずは研修費を病院が助成してくれるよう交渉をしている。それ以上踏み込んでいない。研修受講を先行してしまうと、結果的に業務が固定されてしまい、責任が増えてしまうという不安があり、スタッフ自ら受講したいという動きも出てきていない。
- 病院側からは、じわじわと告示研修の受講や業務拡大への期待が伝わってきてはいる。こちらからは触れないようにしていても、医師から今後技師ができる範囲の拡大について期待をほのめかす発言がでてきている。
- いまのところ診療放射線技師側から告示研修を受けたいという申し出はない。いまのところ当院で必要なスタッフが一通り受講し終わるまでのスパンとしては10年程度のイメージである。
- スタッフが消極的なことについては、公的(前職)と私立(現職)の差のように感じる。良くも悪くも前職では法で決まったことはやるものだという意識づけがあったように思う。身分保障の程度が違うことなどもあるかもしれない。
- 今後の進め方としては、研修費の助成確保とともに、全員が受講できた体制を作り、それと並行して看護師の協力も得ながら研修体制も作り、そのうえで診療放射線技師の新たな業務を周知していくようなイメージでいる。
- 研修費の助成の仕方にも工夫がいるかもしれない。いずれ必要なスタッフは全員受講し終わっている状態になるわけだから、例えば3年以内の受講者のみ助成するなど条件付けがあれば、室長としても今のうちに受けたほうが良いよという言い方もできる。

→教育研修という今回の新しい業務(告示研修)としては、実際には全く進んでいなくて負荷が大きいと考えている。書いている項目に関しては普通に実施している。

告示研修に取り組めていない原因は？放射線室長として、病院として告示研修に取り組んでいくという打ち合わせは具体的にしているか？

→今病院に打診していることは、まずは研修の助成をしてもらえるのかどうかということ。実際の運用にはまだ踏み込んでいない。環境が整っていないうちにスタートするということになりかねないので、まずは研修をするにあたって助成をしてもらえるかということをお願いしている。

それは技師が受ける研修の費用を病院が負担してくれるかという確認？

→そうです。もし業務としてそれを病院側で望むのであれば、病院の方で負担をして欲しいなと私としては思っているので、今はそういう交渉をしているところ。

病院側としては、この業務をやって欲しいという意向が示されているのか？

→じわじわと。私は触れないようにしているが、医師からやはり「こういうこと技師さんできるようになるんだよね」という話はされるので、医師からは暗に期待はされていると感じる。

逆に診療放射線技師からやってみたいという要望は出ているか？

→当院ではない。環境によってずいぶん違うのかなと思っている。

医師との組織体制だとか、安心感が十分ではないということ？

→そのとおり。前職の場合は、責任の所在が、きちんと部長なり医師が必ずトップにいる状況だった。一緒に仕事もしているのも何かあってもサポートしてもらえるとという信頼感はあった。私もこの所属長なので、受けてほしいという話はしているが、誰も希望は言ってこない。

今後、病院側から研修費の助成をすとなった場合、かなりの研修時間が必要になってくるかと思うが、研修受講にあたっての業務のやりくりの見通しなどについて、現状で思っていることは。

→今はとりあえず告示研修を受けてもらおうと思っていて、日本診療放射線技師会の告示研修の受講目標が、厳密な数字は忘れたが3年だったか5年で何パーセントというのが出ていた。基本的にそれに沿ったかたちで研修受講を進めていこうと思っている。全職員が受講できたタイミングで、組織に働きかけて看護師の協力を得て、院内で研修をして、組織内全体で診療放射線技師がこういうことをやるということ承認してもらおうというような段取りが良いかと考えている。

全職員が一通り研修を受講し終わるのは、何年先のイメージか？

→10年くらいとみている。一人ひとりの説得にも非常に時間がかかる。自分が取ってしまうと自分だけに負担がかかる（ローテーションが固定されてしまうなど）のではないかと思っているスタッフもいて、なかなか手を挙げてくれるスタッフがない。

その状況は、病院の特性によるものなのか？

→私も民間病院はここが初めてで、職員の意識も全然違うと感じている。

教育研修費は全部病院が負担し、積極的に手当ても上乘せされるようになったとしたら、何割くらいの人はやろうという感じになるか？

→インセンティブがつくということになったら、意識は変わるかもしれない。インセンティブをつけるとしたら、例えば、2～3年以内に受講したスタッフを対象にすることは考えられる。いまの若いスタッフは責任の度合いとその給料、インセンティブが見合うのかというところを割とシビアに考えていると思う。

都市部で転職も容易だと、流動化してしまう心配はあるか？

→いい人材がいればいつでも採用するスタンスでやっている。大体、仕事をある程度覚えると外に行きたくなるのかなと思っているので、そういったスタッフのモチベーションが上がるように役割を与えるなどの工夫をして、定着してもらおうようにしている。

若い人が技術を身に着けるために少しの間いるという感覚か？

→当院の特性というよりは、診療放射線技師として技術を磨きたい、当院しか知らないというのはどうなのかなという感覚ではないか。同僚から他院の状況を聞くと、やはり自分も外に出てみたいと思うらしく、優秀な人材をいかに引き留めるか、でもただ引き留めることが本当にその技師にとって幸せかという和多分そうではない、と私自身も思うので、そこがちょっと難しい。

- 強いて言えば院内研修が今後の課題である。医師や看護師の協力がないと進まない。
- 研修が勤務時間扱いになるかどうかは、病院が助成してくれるかどうかによる。できれば事前に条件を示してもらえるとありがたいのだが、現状では他の部門の研修費が通ったらしいという噂を知るなどしてそこから方針を推定したりしている。その条件を問い合わせているがまだ回答がない。

→強いて言えば院内研修（その他の前の項目）。そこは、医師や看護師の協力がないと進まな

いと思っている。前職の病院では、スタッフが研修を受け始めているようで、ガイドラインを作って院内の研修も計画しているようだ。他病院の動向を参考に院内で調整しようと思っている。

研修は基本的に勤務時間扱い、勤務時間内に終わるものが多いか？

→看護師に協力してもらうことを考えると時間内と思うが、今は看護師も不足しているので、実際これをやるのは何年後かとは思っている。看護師の時間を割くというのを考えると、看護師次第。

告示研修に出るとしたら、業務扱いになるか？出張扱いか？あるいは個人で勉強しに行っているという扱いになるのか？

→研修費を負担してくれれば勤務扱いになる。こちらは希望として勤務時間扱いで出したとしても、自己研鑽にあたると言われる可能性はある。病院には、できれば事前にスタッフを説得することも含めて条件を教えてもらえればと聞いているが、まだ回答はないのでわからない。

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

○ 処遇の条件があいまいだと、研修を受けた診療放射線技師の負担や技師同士の軋轢、不公平感が出るのが心配である。

評価がプラスになる、手当が付くといったこととセットで病院側が一体的に進めてくれれば、多少スタッフの不安感が解消される可能性はあるか？

→一般論として、賃金や昇給において、プラスになった手当や評価なりが見えるようなかたちになれば、モチベーションアップにつながると思う。

② リスク管理に係る問題

○ 前職(公的病院)では年間500円支払い保険に入っていた。

○ 日本診療放射線技師会が会員向けに提供する業務中の賠償責任補償保険があり、全員加入部分は技師会が負担、任意加入部分としては補償範囲によって年間2,100円と1,600円のプランがある。

→日本診療放射線技師会の訴訟保険とかに個別に入っていると思う。技師会でこの訴訟保険をやっているということは、民間病院では、公的医療機関に比べて組織でやっているというのがないので、この保険だけだと、結局は自己責任のような環境になってしまいがちだと思っている。

・情報共有(管理対象者の拡大)

○ 電子カルテについては、病院によって診療放射線技師が閲覧できる範囲が決められており、技師ご

とに閲覧範囲が違うということはない。

- 情報管理のリスクと同時に、診療放射線技師が電子カルテにも慣れることが必要になってくる。当院では放射線室の電子カルテの台数が少なく物理的にもすぐに閲覧できるような状態ではない。診療放射線技師はほとんど電子カルテをみず部門システムによって仕事をする。仕事に使う優先度を考えると、放射線部門が電子カルテを使う頻度が一番少ない。放射線部門はどの病院でも部門システムが発達している、それだけで仕事をできることになっていて、電子カルテに記録という文化がない。部門システムに書けば、そのコメント部分は電子カルテに同期されるようになっているので、“電子カルテに記載をする”という意識は全くない。これから、患者さんの状況を書くという訓練は今のところできていないので、それだけでもすごく抵抗はあるのではないかと思う。患者さんが急変したときも、リスクマネージャーからも診療放射線技師も電子カルテに記入してよいと言われるが、都立病院でも電子カルテには書かなかった。全部、部門システムに書いて済ますという習慣がつけられているので、そういうところも教育していく必要があるかなと思う。

今後タスクシフトが進むと今まで医師しか見られなかったような情報に診療放射線技師がアクセスすることになる。これもリスクといえるのではないか。

→そう思う。診療放射線技師はほぼ電子カルテは見ないというか、端末がないので見るような仕事の流れには今のところなっていない。電子カルテを充実させることも要望していく必要があるとは思っている。放射線部門は色々なシステムがあるので、その最低限の診療放射線技師が使うシステムだけで端末やモニターがいっぱいという状況。診療放射線技師は、どこもそうだと思うが、部門システムが発達していて電子カルテに記録という文化がない。放射線部門システムに書けば、そのコメント部分が電子カルテに取り込まれるので、そこに書くという意識はあるが、電子カルテに記載をするという意識は全くない。これから、患者さんの状況を書くという訓練は今のところできていないので、それだけでもすごく抵抗はあるのではないかと思う。患者さんが急変したときも、「電子カルテに書きなさいよ」と言うが、リスクマネージャーからも「技師さんも書いていいですよ」と言われるが、全部部門システムに書いて済ますという習慣がつけられているので、そういうところも教育していく必要があるかなと思う。

診療放射線技師に行動変容が求められるといったところか？

→そう思う。

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。

- 病院や所属長が一貫して告示研修受講や業務拡大に臨むという姿勢を示すことが大事だと考えている。当院の放射線室の位置づけから、新しい業務に臨んでいくということがまだ考えられないスタッフが多数、先生方のサポートを受けられるかもしれないが、それはやってみなければ分からない。

→院内でサポートを受けられるのか。医師達のサポートが本当に得られるのか、病院としてのサポートが得られるのか。逆に、放射線科医がいないというのがわかっているので他の診療科の医師達がサポートしてくれる可能性も他の病院に比べると期待ができるのかなと思うがタスクシフトにあたっては、そういう不安感を現場が持つものだという理解の上で進める必要があるということか？

→そう思う。民間病院はやりようで本当に良くもなるし、悪くもなるしという部分がすごく大きい。所属長がどう思うかによって、どういうふり幅にもなる可能性がある。人によって方針が変わる可能性があるので、ずっといるスタッフにとってはどうしたら良いのかというのはひたすら待つ、様子見をするというのが正解なのかなと思えなくもない。なかなか一貫した方針というのは難しいのかなと思っている。

(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。

- 国や職能団体など日本全国にガイドラインのような指針（あるべき姿、望ましい姿）を発出してほしい。そうすれば、それを病院に見せて交渉することができる。日本全国でこういう風にしましょうというガイドラインをどんどん出してもらえる方が、病院に今ガイドラインがこうなっていますと言っていけるので、望ましい姿、あるべき姿を出していただけるとありがたい。民間や個人病院はなかなか難しいと思う。

タスクシフトに関するインタビュー記録（C病院）

日時	2022年3月18日 14:00～15:00
対象者	地域：近畿
	開設者：その他公的
	病床種類・規模：一般、300床規模
インタビュー対象者	事務部長、事務部次長兼人事課長、人事課係長
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。

<看護師・助産師>

- A1・A2については看護師がもともとやるものだという意識を持っている職員が多い。A3のI V R自体の治療が始まったのが2年ほど前なのでその頃に行っている。A4の静脈路の確保は平成16年頃から実施。A5、B1、B2については以前から行っている。

<薬剤師>

- 当院では薬剤師はまだオペ室には入っていない（C1未実施）。病棟薬剤師を配置しているためC2は実施（病棟薬剤業務実施加算1、2算定）。C3は近年ある程度薬剤師が増員できておりそれに伴いできるようになっている。
- 薬剤師の増員はタスクシフトを想定して行われたものではなかったが結果的にタスクシフトを進めることにつながった。当直体制から夜勤2交代制を導入するにあたり必要だった。また、院外処方に変えたことで外来調剤をしていた薬剤師が病棟にまわるなどして診療報酬上の加算も算定できた。

薬剤師を増やしたのはなぜか？

→夜勤二交代制を導入するにあたって、薬剤師を増やす必要があった。この数年毎年1・2名増員して今の人数に至る。増えた人数分を病棟に配置して、施設基準を満たして収益に貢献した。院外処方に変えたことで、今まで外来調剤をしていた薬剤師は病棟に上がり薬剤指導を行う、外来でも薬剤師外来を行うという診療報酬、時代の流れでそちらにシフトした。プラスアルファで夜勤を2交代、当直ではなくて変形労働時間制に変えた。勤務環境の改善も行い、地域の外来患者の薬剤師対応を増やしてきた。

薬剤師の採用は難しいと言われているが、どのように採用できたのか。地域に薬剤師が多いということか。

→これだけ調剤薬局が増えているので病院で働いてもらいにくいというのはどこでもそうだと思う。定年を迎えた薬剤部長に代わり着任した薬剤部長は大学とのつながりを持っている方だったので、リクルートに良い効果があった。

つまり地域で薬剤師が潤沢なわけではなく、薬剤部長の個人技的なネットワークが奏功したとい

うことか？

→個人技とまではいわないが、実習で来た学生が入ってきてくれるようになった。以前は学生実習が十分にできていなかったのが、新しい薬剤部長によって学生実習ができるようになった。以前は人が集まりにくく、ここ数年は雰囲気が変わったと聞いている。いまの当院は魅力ある病院といえる。地域に有名な病院がある中で当院は知名度が低かった。事務部長の着任によりいろいろな広報戦略を打って、地域、市内へのかなり認知度ができてきたというあらわれと聞いている。

<診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士>

- D1 の検査オーダーの代行入力看護師が実施。D2・D4 は診療放射線技師が行っている。D3 の説明は診療放射線技師が、同意書は医師もしくは看護師が行う。
- E1 は臨床検査技師ではなく、臨床工学技士が行っている。輸血に関して、説明と同意については医師・看護師が行い、臨床検査技師は絡んでいない。E3 は臨床検査技師が実施。
- 機器の操作は臨床工学技士が行うが、それ以外は行っていない。F2 は臨床工学技士と麻酔科医が実施。F3 は看護師が基本。F4 は臨床工学技士だけではなく医師・看護師と連携を取りながら行っている。

<その他>

- リハビリテーションについてはすべてやっていることになっている。
- 医師事務作業補助者は人数を増やしながら体制を充実させていっている。

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。

(1) 具体的にどの業務が該当するか、教えてください。

- 教育研修の負担感等について各部署で行われており把握はしていない。過去の当院の経営悪化の際、医師がかなり減ったため各職種がかなり頑張っただけで自分たちができることを考えて動いてくれた。明確にタスクシフトを目的として研修を行っておらず、業務の必要性で行っていた。
- 当院では内部で研修を行っている。医師事務作業補助者については勤務時間内に 32 時間の研修を行っている。講師も各部署にお願いして時間内に行っている。
- 改正医療法の話はリアルタイムで先取りして行えなかったが、経営改善によって取り組みができるようになってきている。診療放射線技師の告示研修については、今後院内の委員会で検討していく。どうしても行かなければならないため、研修を受けたあと指定される業務をするということであれば、病院の負担として研修参加を認め始めている。
- 告示研修を受けたあとの業務範囲の拡大についての評価は、個別手当ではなく、人事評価を通じて行うことを考えている。

講師はタスクシフトする先の方が同じ職種の方が務めるのか。

→医師のタスクシフトについては今後医師に講師をしてほしいと委員会では話している。いまは看護師などの各職種から講習を受けている。

前提として、ある程度タスクシフトが行われているときに新たな人を教育することはできるが、

まったくタスクシフトがなされていないときに、タスクシフト先の職種で講師はできるのか？
→医師事務作業補助者の研修をするときは事務が主体でやっていた。管轄の所属長に医師を充てていたなのでその医師が講師した。

臨床工学技士などはどうか？

→告示研修を受けるということを言っている。

少し気になるのはある程度軌道に乗ってればよいが、最初のうちは医師のかなりのコミットが必要と思う一方、忙しい医師のコミットを得るのは難しい。貴院では以前からタスクシフトがなされていたから医師はコミットしていないという状態か？

→ある程度タスクシフトが進んでいる病院ではあると思う。いままで具体的に計画を立てて教育をしてきたということは見たことがなかった。新たな告示研修を受けた方に対してどういういったタスクシフトしていくかは働き方委員会で検討していく。来年度、具体的にタスクシフトのスケジュールを組んでいこうと考えている。

告示研修をするときに業務時間として認めると思うが、そういうものを身に着けた人に対して業務範囲が広がったことに対する手当で報いるということはあるか？

→今のところ個別の手当は想定していないが、2年前から人事評価を導入しているので、その人材がタスクシフトに貢献しているという能力があり行動に移しているという点を評価するという形で人事評価の一環として行っていきたい。

(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

○ Web研修が増えて、研修費の負担は半分以下に減ったのではないかと思う。経営改善したこともあり、外部研修についても医師の専門医研修、看護師の特定行為、認定看護師等は従前の個人負担から所属長承認のうえ病院負担としている。専門医制度は受験費を負担しており年3～4名の医師が利用。特定研修には年4～5名が利用している。

→こういった支援をしていることも、人材確保面で若干の効果が出ている。当院は(医師確保において)大学一本の人事となるため、院長や診療科部長が当院で勤務をすると特典があるということを大学側に伝えてもらっている。

時間的な負担(勤務内に行う)となるとシフト上の回し方はうまくいっている？

医師事務作業補助者はEラーニングやDVDを使ってある程度自由な時間を確保できる状況で研修をしてもらっている。昨年見直しを行って柔軟な計画を立てるよう委員会で策定した。

Eラーニングは柔軟に研修を受けられるという意味で良い？

集合研修ができなくなってしまうことがあり、多くの人がWeb研修で自分のPCを使ってやっている。環境的にはやりやすくなった。研修費は半分以下に減ったのではないか。経費削減のインパクトは大きい。

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。

- 所定労働時間が職種によって異なっている状態を解消するために労組などと調整を進めている。具体的には医師が7時間45分、それ以外の職種が7時間15分となっている。タスクシフトを受ける側が短いと無理が来るため、医師に合わせる予定である。単純に30分時間が増えるため単純な人件費増とならないようコントロールする必要がある。

これまでの経緯として各職種ともに少人数体制が続いてきたことによって、タスクシフトという観点ではなく、業務上必要な（もともと足りなかった分）を確保していきっている。プラスアルファである言語聴覚士や薬剤師などの採用困難職種は人を確保できないので、所属長と連携しながら新卒・既卒ともに話し合いながら外部ネットワーク等も考慮して採用計画をしている。

所定労働時間に関して、医師とそれ以外が異なっている。医師が7時間45分、それ以外は7時間15分になっている。このアンバランスによりタスクシフトが進みにくい環境ではないかということで、合わせることを調整している。医師に合わせるため、7時間15分から30分増やす。

あわせるときに近隣病院と差があると定着上、問題は起きないか？

→就業規則の改定が伴うため、組合からの意見も含めて対応準備している。7時間15分というのはもともと一般にかなり短いと思うので、そういった問題はないと思う。

うまくいって30分長くなれば、タスクシフトの余力が組織としては生まれると思うが、受ける側の意識は問題になっているか？

→医師自身は矜持もあり、長いということについて特に意見はない。一方の受ける側も、国の方向性などから一定の業務が増えることに特段のネガティブな反応はない。

- 医師の時間外労働はそれほど多くない。そういう点では、現状がすでにかかなりの範囲でタスクシフトができていると評価できるのではないかと。平均ではA水準をクリアする医師が大半。外科や循環器科の術後管理については多くなるが相対的にそこまで多い医師はいない。
- 出勤と退勤時刻は出退勤システムのICカードで管理している。残業については申告もしくは命令のもとに人事課に提出してもらって認めている。時間外と申請の乖離は今後の課題となっている。
- 月給制なので残業が減れば支払いは減る。そのほかに総額人件費管理にも着手し、以前は公務員準拠型の給与制度だったが、3年前に見直しをして、昇給ピッチを調整した（以前は1号俸で5千円～1万円上がることが多かったものを3千円にした）。タスクシフトを人事評価に反映させる場合は定期昇給に反映させている。

当院では医師の時間外はそれほど多くない。という観点から見ると、かなりの範囲でタスクシフトができていると評価できているのではないかと。平均すると今度のA水準でいけるといいう医師が多い。外科や循環器の術後管理については多くなるが、相対的にそこまで多い人ではない。5年くらい前まではもっと多かったかもしれない。労働時間が減ったにも関わらず収益が増えている。利益も出てきている。

タスクシフトの効果が出ているといえるのではないかと。アンケート結果の集計結果をみていると貴院はかなり多様な職種においてタスクシフトが進んでいると思う。その効果が出てきていると

見ている。

→2021年に京都府医療勤務環境改善支援センターの認定を取得した。2020年から取り組んで、認定を受けられるほど改善ができているということだと思う。

申告時間が減っているのは間違いはないと思うが、実滞在時間も減っているという実感はあるか？

→当院では医師が18時頃いなくなってしまうと、医師がいうことがある。当院がそういう風土にある病院なのかなと思っている。（事務部長の前職の）病院では17時から始まる会議が多かったが、当院では多くが定時に終わる。

超過勤務はどのような支払い方式になっている？超過勤務が減ると影響するのか？

→月給制なので残業が減れば支払いは減る。以前は公務員準拠型の給与制度だったが、3年前に見直しをして、昇給ピッチを調整した（以前は5千円・1万円上がるが多かったものを3千円にした）。タスクシフトを人事評価に反映させる場合は定期昇給に反映させている。

(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)。

- 当院はもともと1病棟が休床状態であった。10年弱前にダウンサイズし、2019年に病床を返上した。経営状態もここ1～2年で改善している。タスクシフト、働き方改革も経営改善に貢献している。
- タスクシフトを含めて働き方改革、勤務環境改善に取り組むことで、診療報酬が算定できることなどによって収益改善につながり、院内の組織風土の改善ももたらされて経営には良い効果があった。

タスクシフトが経営改善に貢献しているという理解でよいか？

→タスクシフトを含めて働き方改革、勤務環境改善に取り組むことで、診療報酬や院内の組織風土の改善ももたらされて経営には良い効果があった。

現状だと多くの病院ではタスクシフトする先の職種を雇わなければいけないから、少なくとも短期的には経営の負担が多いという事例が多いが、その点はどうか。

→残念ながら当院では人材採用が難しかったこともあり、ここにきてようやく人員を増やせる経営状況になった。タスクシフトがマイナス（負担が先行）に働いていることはなく、平成20年以降医師事務補助などが診療報酬上も補填され経営的にもプラスにつながっている。

確かに診療報酬で評価されることでの収入増はあると思う。もうひとつはタスクシフトが進めば、医師の人数が少なくてすむことがないか。非常勤の人数を減らす等。医師の人件費のコントロールもよりやりやすくなるという側面があると思うが。

→少なくてすむというよりも、平成16年の初期臨床必修化からそうであるが、平成18～21年にかけて派遣元の大学からの派遣が減っていった。もともと少ない医師の人数で回さざるを得なかった。

既存の医師の業務量が減ることで、より多くの患者さんを診られることで、医師の収益活動が活発化したことにより経営的にペイしたといえるか。

→それはあると思う。診療科の偏在にもよる。外科・整形が多ければ収益に貢献する。

現状だと医師を増やせているということだが、タスクシフトすることで医師の勤務環境が良くなっているから採用しやすくなったということはあるか。

→大学に対してアピールができるという点がある。以前は大学から人気のない病院だった。現実に当院では医師の残業時間が少ない。

(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。

- 平成 27～28 年頃に勤怠管理システム等のシステム投資をしたが、1 千万円程度かかるところを低く抑えることができた。電子カルテのベンダーと包括契約にしたため値引きした。

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。

- 医師事務作業補助者の導入時や看護師へのタスクシフトの際に話し合う場として委員会(働き方改革・勤務環境改善推進委員会)がある。実態としてその後は医師の短縮計画、業務改善計画等の進捗状況管理の場として開催しており、令和2年に改組して、他職種も含めた委員会として改組して活動している。
- 当院では以前から経営が悪かったため、自分たちなんとかしようという気概を持っている職員が多い。一方で院内のサポートをする主幹部署や人員は充実する必要がある。医師についても、多くの病院で医師が勤怠管理に消極的だと聞かすが、当院では医師が面白がってやってくれていて助かっている。
- 当院が働き方改革にしっかり取り組んでいることをもっと院内にアピールする必要があると思う。例えば前述の院内の委員会活動や、京都府医療勤務環境改善支援センターの認定を受けていることなどである。

(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。

- 看護部は日本看護協会が先行して取り組んでいるワークライフバランスを参考にできた。
- 看護師以外にもそういった職能団体の取り組みを参考に率先してやっていきたい。外部の取り組みを取り入れていきたい。
- 経営面ではやはり診療報酬上の評価があればありがたい。全体の改定率は財源の問題から厳しいものの、今回の改定でも働き方改革関連の評価がなされている。
- コロナの影響を受ける以前から役割分担と連携で外来の機能分化を進めていて、1日あたり30%程度外来患者が減少したが、最近はコロナ以前より増えつつある。病院が良くなっているということで地域の人に評価してもらっているのもあるかもしれない。17時以降は救急体制でやっている。現状では外来の忙しさについて医師には負担感になっていないもよう(文句は特にない)。外来が好きな医師が多く、忙しいことを喜びとしている医師も多い印象である。

タスクシフトに関するインタビュー記録 (D 病院)

日時	2022年3月18日 17:00～18:00
病院概要	地域：関東
	開設者：国
	病床種類・規模：一般・精神、500床以上
インタビュー対象者	放射線部主任
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。

- D1: 検査オーダーはほぼない。救急で医師がオーダーを入れていない(で他の患者を診療している)場合に対応するケースがある。
- D2: 研修医やレジデントのカテーテルを入れる訓練となっており(将来的に術者となる前提の経験として)タスクシフトの対象となっていない歴史がある。研修医が一定の労働力となっており、こういった点からタスクシフトが進まない可能性がある。
- D3: 同意書は責任問題や訴訟があり診療放射線技師としては及び腰である。一方でこれをタスクシフトしたら医師はありがたいと思っているだろう。患者がなくなったりして、看護師から連絡をうけて医師が院内を走り回るケースがある。
- D1～D3 は今後も行ふ予定はない。D2 について、当院では研修医やレジデントなどカテーテルを術者として行うために、術者の隣でそれを補助するということが訓練、教育的に運用されていて、この業務を診療放射線技師に移管したいということは言われたことも検討されたこともない。D1、D4でも同じことがいえるかもしれないが、医師ないし看護師、医師の業務をすでにタスクシフトされている看護師を含めて、かなりスタッフ数が多いので、ある程度分業制になっていて(診療放射線技師に)回ってこないというのはある。
- D4: 管理誘導に関しては、当院ですでにシフトが行われている。これまでどおりずっとしていたので、タスクシフト対象業務としては違和感があった。ちなみに、管理区域に入るにはバッヂ(個人線量計)が必要であり、それを取得するためにはR I 法(放射性同位元素等の規制に関する法律)等の2つの研修受講が必要である。
- (インタビュー回答者の主観として位置づけ) D5: 告示研修が始まり、法令改正で静脈注射がタスクシフトに入るので D5 にした。それについては、検討されている。静脈注射については、特定の部門で進めようと考えている。造影剤の注射の際にも被ばくするため看護師には抵抗がある。

それぞれの職種ごとの対象業務は厚生労働省のところで言われているものだが、必ずしもこういう対応の仕方はしていないということか？他の職種によってなされている。

→今回このインタビューを受けるにあたって、9月に厚生労働省が出した資料を見ていたが、D4の管理区域内の患者誘導とかは何のことだろうと、同僚と話していた。私が入職した時は当たり前のように行われていたし、何をタスクシフト、元々これを医師がやっていたのであれば理解しやすいが、ずっと診療放射線技師が行っていた。

これに関しては、アンケート調査の結果でも9割の病院がもうやっている。タスクシフトというかたちで。そうなっているともう当然のことなのでタスクシフトという感覚はないですね。

→静脈注射も、ほぼ看護師にタスクシフトされてしまっている。

D1、D2、D3 はなぜシフトされないのか？

→D2はほとんどの場合、当院では研修医や将来カテーテルを術者として行うために術者のとなりでそれを補助するというのが訓練というか、教育的な要素があって、この業務を診療放射線技師にやって欲しいということは言われたことも検討されたこともない。

研修医が、ふんだんにいるから。

→それはあると思う。D1、D4にも影響すると思うが、やはり医師ないし看護師、医師の業務をすでにタスクシフトされている看護師を含めて、かなりスタッフ数が多いので、ある程度分業制になっている面がある。

国だから？経営的に厳しくなることないからそういうことができる？

→そうですね。研修医が豊富なのと、研修医の給与水準は比較的低いという点はあると思う。

診療放射線技師がこれをやってしまうと、研修医の技術が学ぶ機会がなくなってしまうということか。研修医が多い病院ではかえってタスクシフトが進まない？

→知人に聞いたところ、大学病院（国立・私立問わず）はスタッフの数が多いから、なかなかタスクシフト業務が回ってくることはない。

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)。

- D1、D3 はタスクシフトできた場合の経営上の効果があると思う。
- D1 の検査オーダーについては、規模の大きな病院だと外来や病棟、検査部門が物理的に離れているが、基本的には、入力されたデータはシステムの的に共有されており、ほぼ検査オーダーを代行することは想像しにくいですが、救急では有用ではないかと思っている。よく緊急の患者さんが検査室まで来ているのに、医師がオーダーを入れていないので検査できないということがある。医師は他の患者を診ていることがあるので、その時にオーダーを代行入力できると効率的にできるのかなというのもある。
- D3 についてはこの4つ（D1～D4）の業務では一番、医師にとってありがたいタスクシフトであり、そういった点では経営上の効果がさっと出ることはないかなとは思っている。というのも、看護師も含めて同意書がないと、絶対に静脈注射も行わないし、かといって現状では医師以外の職種が同意書を取らないので、“紙一枚、同意書一枚”持っていないだけで医師が病院中を走り回るということが病院内で起こっている。放射線検査以外のさまざまな検査で同意書が取られていないから医師にいま来てもらって書いてほしいということが多く、医師にとってはすごくありがたいと思う。医師の業務が効率化するという意味では、経営上の効果もあるのかなと思う。
- 検診車に診療放射線技師のみで出られるようになるのは経営的にメリットが大きいと思う。医師1人に20万円日当がかかるのが数万円ですむはず。

病院によって、D3の放射線検査等の中身がちょっと違うのかなという気もしていて、おそらく治療で侵襲性の高い検査に関しては、同意書をきちんと取って説明を求めるが、そういったケースがレアであれば別にそうでないことに関しては誰かに任せてもというのはあるのかなと思われる。

同意書がないことが発覚して、医師が走り回るというのはどういった現象か？

→当院では、同意書を医師が取らなければならないというルールになっているので、患者さんが検査室ないし治療室に来ているけれども、その同意書の紙がなかったり説明を受けていなかったりということがある。中には患者さんがすっかり忘れて紙も紛失してということがあるが、書類に不備があった時に医師のサインと患者のサインがないと検査はできない。看護師がそういう意向というか、ルールがかなり厳しく守られていて、（同意書が）ない場合には外来や病棟から担当の医師が走ってくる。現在かなり電子的な保存みたいなのも進んできているので、業務内容や場所によっては、上手くそれで対応しているところもあると思う。

D1からD3は医師がやることになっていて、研修医や安い医師がいるからタスクシフト進んでいないということだが、逆に診療放射線技師側は機会があったらやってみたいと思っているのか、むしろリスク高いことはやりたくないという感じなのか？もしタスクシフトされるとしたら、診療放射線技師はどういう意識の人が多いか？

→やってみたいかという、特にそこまでやってみたいこともない。ただ同意書については、責任や訴訟とか不安なところもあると思うが、どちらかという診療放射線技師は自分たちでやってしまえば検査を進めていけるので、やってもいいかなと思っていると思う。ただ、看護師は検査を止めてでもやらないという、それは検査の枠とかタイムマネジメントを誰がやっているというところもあるのかなと思う。

確かに放射線室まで来ているところで同意書ないという時に、診療放射線技師がやった方が当然効率的に回せますよね。

→そのとおり。D1の検査オーダーについては、外来や病棟で入力された情報はシステム上で共有されるので、ほぼ検査オーダーを代行入力することはないが、救急では有用ではないかと思っている。よく緊急の患者さんが検査室まで来ているのに、医師がオーダーを入れていないので撮れないということがあるので、医師は他の患者を診ていることがあるので、その時にオーダーを代行入力できると効率的にできるのかなというのもある。

(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

- D5は、特定部門で進めるという話は出ていて、技師長によると全国国立大学放射線技師会においてもそのような認識のようだ。それもあってか当院では告示研修を受けて進めるよう言われている。
- 告示研修の費用は日本診療放射線技師会会員が1万円（基礎研修無料、実技研修1万円）、非会員3万円（基礎研修1万円、実技研修2万円）。同僚の間では不公平感があるという話題になった。当初は病院負担の話がでていなかったが、他部門（臨床工学技士長）が院内で先に動き病院負担を認めてもらった。診療放射線の技師長は自己研鑽の問題という方だったので、当初は病院負担の話が進まなかった。告示研修を受けるかどうかは人によって判断が異なるが、今後は病院経営も厳しく

なるなかで、一人二役以上の診療放射線技師が重宝されることが予想され、若い技師は告示研修を避けて通れないだろう。なお、告示研修を受けなくてもいまの業務を続ける分には支障はない。

- 今回の告示研修は日本診療放射線技師会に全て委託されているので、他の研修では代替できない。
- 日本診療放射線技師会の加入率は全国平均で 10~20%程度。当院では 20~30%と平均よりはやや高い。ただ、病院によって技師長の意向も影響するようだ。一般的に所属部門の意向があったり、研究を行ったりしている病院は高いのではないか。

どちらかを選ぶ傾向があるというのは、学会がやる研修でもいいとかそちらにしかない研修もあるということか？

→学会が認定資格を作って発行、研修をやったりしているので、それを取りたい人は学会に入ったりとか、学会じゃなくて職能団体に入ったりとか、研究を考えて学会に入ったり。

大学が負担するといったとき、すでに会員の人は元々安い、入っていない人はいっぱい負担してもらえという公平感は大丈夫なのか？

→スタッフ1名と話したことがあるが、確かに少し不公平だなという感覚はあるものの、それほど大きな問題ではない。

現状でどのくらいの人がそういうのをやってみたいと希望しているのか？

→希望というか、高齢、残り数年とか短い人を除けば、長い期間今後働くような人については、みんなやるしかないのかという気持ちはある。

その告示研修は何年以内にしなければいけないとかあるのか？

→特に今のところ言われてないので、実技研修はようやく始まった。各地方の技師会が管理しているので、地方によっては研修の先生になるような存在を育成するのに時間がかかっていたり、コロナ禍で会場がというものもあり、年明けぐらいにようやく始まることもある。

告示研修を受けないと業務ができなくなるとかあるか？既存の業務は問題なくできるということか？

→今までの業務はできる。

それでいいやという人は、年取っていなくても若くても出なくて良いのですよね？

→当院のように部や病院の方向性が決まっていない病院に働いている方であれば、手当が付かなかったりすると取らなくていいという方も多いと思う。何十年前にレントゲン技師という職種があったが、診療放射線技師という職種に変わった時も同じようなシステムでできることが増えたことがあった。当時も、診療放射線技師になる人とレントゲン技師のままでいく人といったようだ。

時代の変遷とともに、この人はそういうこともやっていないからという評価になり、転職しづらくなったりすることは考えられるか。

→病院も経営上厳しい時代が来ると思うので、診療放射線技師が一人二役、一人で注射、看護師と診療放射線技師の仕事ができる、法令改正で増えたものが6業務あるが、医師の検診とかでどこかに行く検診バスとか医師と一緒にいかなければいけなかったのが、医師の依頼で、放射線技師一人で行って良いとかっていうのがあるので、特に検診とかそういう採算計上の感覚が強いところは告示研修終わっているような技師を積極的に雇うと思う。

確かにこれからタスクシフトをどんどんしたいと思っている病院が増えてくると、そういうのはできない人は採用されにくくなる可能性はありますよね。

→特に検診は医師一人連れていくのに、アルバイト代が1日数十万円とかかるのが、診療放射

線技師であれば数万円となる。かなり早い時期にタスクシフトというかそういう人を雇っていくとは思う。

- 告示研修には基礎研修と実技研修があるが、基礎研修は Web でも受講可能となっている。業務時間で行えるかどうかは、病院としては明確に定められていない。
- 1年ほど前に導入された新たな労務管理システム上、その研修時間終了後に退勤の申請をすれば業務時間内に受講できたことになる。病院にいる時間が勤務時間と認める雰囲気になっている。
- 従来のエクセルでの勤怠管理と事前の残業申請制から打刻システムになった。従来はいわゆる“見張り合い”という慣行があり、業務以外の病院での時間は主任のサインがないと残業として認められていなかったが、いまは事後チェックが中心となった。病院にいる時間が業務の時間ということになっている。したがって、研修受講（Web研修）も本人が申告すれば業務となり、しなければ自己研鑽の扱いになるということもありうる。同じ研修でも、家で受講すれば自己研鑽、病院では業務となる。ある部署では打刻システム導入後に残業時間が10%増えたということもあった。

となると、かなり業務時間外の時間が紛れ込んできそうですね？

→私もそれはかなり懸念していて、始まる時にもっとちゃんと、しっかり残業については申告書出すとか何かしましょうという話にしていたが、放射線部以外の先行された臨床検査技師、いや臨床工学技師とか他のところも、そのシステムが入ったことによって10%ちょっとの残業が全体的に増えてしまった。

そういう意味では、やたら長くしているというよりもサービス残業が顕在化したのだという捉え方をしているということか？

→本当にその残業時間の中で何を行うかがあいまいなところがあると思う。

Web研修も院内で受けられるのか？

→家で見ている人は自分の自己研鑽になるし、病院内に残って見ている人は業務時間になる。

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

- 告示研修を受けたことにより業務範囲が広がった診療放射線技師には危険手当の趣旨の手当を支払う方向で調整がされていると聞いている。金額は決まっていない。

② リスク管理に係る問題

- D3の同意書ができていない理由は、D1とD2はまた少し違い、D3は特に責任問題、訴訟やリスクに関する不安が大きい。患者に医療行為の決定させることに伴うリスクというか、後で訴訟になったりするのではないかという不安視はされている。ただ実際、本当にそうなるのかなという疑問はあるが、タスクシフトをする前にすごくそこに看護師含めて診療放射線技師に抵抗感があると思う。

- D5 について、静脈注射そのものはほぼ看護師にタスクシフトされているが、一方でシンチグラフィなどの核医学検査における放射性同位元素やPETでの放射性薬剤を注射する際に被ばくして、看護師には抵抗感が大きい。

D5 を推進するというのはどういうことか？D5 は研修医が行う必要はない？

→国立大学もようやく、この5年、10年で看護師が静脈注射をタスクシフトされて行うようになってきて、被ばくを伴わない静脈注射は看護師にほぼ100%移行している。ただ、RI、PETやシンチとか言われるものに関しては、注射する時から放射線を浴びるので、なかなか各病院でも看護師の抵抗感が強いようだ。

診療放射線技師がやっても被ばくしているが。

→診療放射線技師は良くも悪くも、自分たちは放射線で生きていく覚悟があるのか抵抗感はなく行うということで、当院でも進めようとしている。

D5 は元々看護師に移行していたから、医師もそもそもマスターしないで良い項目になっている？

→それはあると思う。

似たようなことは、臨床検査技師とかにも言えるのか？あまりタスクシフトする機会がないというような。

→もうすでに他のコメディカルに移行されてしまっていることがあるのかなとは思う。

D1、D3 についても D2 と同じ理由か？

→D1とD2はまた違って、D3は特に責任問題、訴訟とか質問票で言うと問3の②に該当すると思うが、患者に医療行為の決定をさせるということのリスクというか、後で訴訟になったりするのではないかという不安視はされている。ただ実際、本当にそうなるのかなという疑問はあるが、タスクシフトをする前にすごく看護師含めて診療放射線技師に抵抗感があると思う。

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。

- すでに在籍しているスタッフは告示研修については日本診療放射線技師会の研修を受講したりできるが、今後学部卒で入職してくる新卒のスタッフについては注射の研修等、院内である程度やらざるを得ない。
- 当院では看護師が院内認定研修を行っており、認定されれば静脈注射を扱ってよいという仕組みがある。このような他の職種の既存の研修の仕組みを活用させてもらえればと思っている。また、医師のサポートも重要だ。

(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。

- 継続研修まで含めると研修費が高額となるので、費用面の補助があればよい。また、自院で継続研修のために、あるいは日本診療放射線技師会や厚生労働省が無料の共通教材を発行してくれればどの病院もそれをもとに作成しやすい。Web教材もあるとよい。
- タスクシフトに限らず診療報酬の講習や放射線科でも様々な病院の研修がある。こういった研修も院内の医師が講師をしたりしているので、どこかの学会で共通のビデオ教材など作ってくるとよ

いかと思う。

タスクシフトに関するインタビュー記録 (E 病院)

日時	2022年3月24日 13:00~14:00
病院概要	地域：中部
	開設者：国
	病床種類・規模：一般・精神、500床以上
インタビュー対象者	薬剤部長、副部長
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。

- 今回のインタビュー項目に関して、そもそも薬剤師は今回の法改正による新たな業務範囲拡大はないので、対応済の業務が多く、プラスアルファという意識はない。
- C1は周手術期における薬学的管理等は現状一部が行われている。一部というのは、入院前の患者で特に診療科からあるいは麻酔科から依頼があった患者に対して関わるというかたち。具体的には、術前の注射薬、術後ICUや一般病棟に行くという患者さんについて、中止後の再開など。そういう提案について関わっている。
- C2病棟等における薬学的管理等はほぼ実施できている。
- C3プロトコールに沿って行うことは今後予定しているという段階。
- C4薬物療法に関する説明は、入院患者に対してはおおむね行っている。外来は今後の課題。
- C5は入院時に病棟薬剤業務実施加算が算定できることもあり実施している。これもC4と同様で入院患者については、病棟常駐薬剤師が処方提案・処方支援を行っている。そのうえで、薬物療法に関する説明等を行っているが、外来についてはC4と同様で現状は関わっていない。

チーム医療については、平成22年(2010)医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」がある。当院ではそれ以前から病棟常駐をすでにしていた。病棟薬剤業務実施加算の要件である1週間20時間以上の実施を前提として、この加算要件を下回らない水準を維持しつつ上積みを図ってきた。いわゆる十分なマンパワー増員をするよりも先にまずやろうということから始めたという歴史的な経緯があるが、やはりすべての病棟で20時間以上のかなり負担になっていた。病院に対して色々増員をお願いをし、5~6年かけてほぼ予定どおりの増員はできた。現状は病棟に1名プラスアルファ程度で、理想は2病棟で3名の配置。女性の多い業務であり産休・育休の欠員が多い。病棟業務実施加算が始まり、しばらく人手足りない状況で無理をしてやっていて、増員に伴いおおむね病棟等についての薬学的管理を行いと同時に処方提案や薬物療法についての詳細な説明や相談を、対患者、対他職種への説明等もほぼほぼ同時に進めていったという背景がある。その途中から、それよりも先にでするので、入院患者については、C2、C4、C5がおおむね実施された状況にある。外来部門への増員というのがなかなかできていないことに加えて、院内処方がほとんどでなかなか減らない。それで、外来での関わりは専任が配置されていないので、依頼に応じて細々とやっている状況になっている。

採用については5、6年かけてということだったが、ある程度予定通り採用できている？

→増員については、経営上の負担や教育研修の負担とも関係するが、原資になる加算をきちんと算定できるかが病院としては大きな課題となる。実績を示し、そして検証することの繰り返しで、加算が算定でき、人件費相当分が収入、収益として上がっていることが問われる。

薬剤師を雇う原資はそれで理解できた。ちなみに、募集したら薬剤師は必ず来てくれるくらい、地域では薬剤師は十分病院の方に向いているか？薬局に向かいがちなのですけども。

→大変重要な問題。全国でそのような傾向があると思う。薬剤師の偏在は非常に危機的な状況にある。特に、地方の中核都市の中心部でも募集しても誰も来ない病院が非常に多い。過疎地に至っては薬剤師ゼロという病院が出てしまった。つまり退職に伴って補充ができずに少人数で支えきれなくなって芋ずる式で離職するということが起こってしまっている。4～5年前からすでに起こっている。当院においては、結論としてはおおむね募集しても来ていただける状況にあるが、色々な工夫をしながらなんとか集めて、来ていただいている。地域全体の薬剤師の人材供給という人材育成を担っていかなければならないということで、5年以内で育て地域に巣立っていくという人材の循環をモデル化した教育体制にした。他の病院である程度数年勤務した後で専門薬剤師等を取りたい方にきてもらう、そして5年できちんと地域にお戻りいただくという、地域全体の人材育成をしようという風に戦略を変えた。そうすると、逆に学生から意外と将来地域でやりたいという声も出てきた。先々地域に行きたいという学生もいることに気づき、応募してくれるようになった。結果的に、ここ数年は募集人員を上回る応募者がだいたい来ている。ただし年度途中で引き抜かれたり、地域に巣立って行ったり、また産休育休も休み取らせませんので、欠員は恒常的に抱えながらやっている。

いまおっしゃった循環というのは、大学病院だとやり易いと思うのですが他の基幹病院でそういうような方法ってというのは取りえるか。

→今それを目指してモデルを作り、次に自治体病院、もうひとつ別の大学病院と連携しぜひ横展開したいと思っている。実は県立病院も定員を満たせない状況になっていて、本院から薬剤師を派遣する状態になっている。

薬剤師がもう絶対数が少ない。

→そうです。

調剤薬局に最初から行きたい学生はどのくらいいるか。

→薬学部卒の時点で、全体で言うと実は病院よりも薬局やドラッグストアに卒後すぐ行く学生が割合としては多い。大きな理由は、やはり卒後最初の収入。圧倒的な賃金格差が病院とドラッグストア間にある。公立病院は20数万千円。ドラッグストアでは30、40万、倍以上のケースもある。逆にいえば、病院に来る学生は、相当モチベーションが高い。特に大学で研究にも興味がある、そういうような背景はある。

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。

- (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

- タスクシフトに限った観点では負担感はそれほど大きくない。前述のとおりそもそも薬剤師は今回の法改正による新たな業務範囲拡大はないので、対応済の業務が多く、プラスアルファという意識がないことによる。
- 病院そして部門として、専門薬剤師を取得した場合には、いまいる病棟の患者の薬物療法に活かすとは当然のこと、後進の育成を期待している。意図的にいまの病棟から外すこともあり、反発もあるかもしれないが長期的には理解は得られると考える。専門薬剤師取得後は組織内で特に役割を明示しないが、専門領域について他の病棟から頼られることなどを通じて、お互いに評価しあっている。また、資格取得により即手当をつけることはせず、人事評価を通じて処遇している。

タスクシフトという観点ではないが、大学での地域の薬剤師の育成ということでの教育上の研修の負荷、負担感があれば教えていただけるか。

→タスクシフトに限ればあまり負担感は大きくない。プラスアルファという風にはあまり認識してない。理由は、タスクシフティングで薬剤師が対象になっているのは現行制度下で可能な、法改正不要でそもそも薬剤師の本質的な業務という部分がタスクシフトの具体例としてあがっているものの多くを占めている。そのレベルに達している病院からしてみると当然薬剤師としてやるべき内容と思う。

一方で、院外のあるいは院内の研修については、自己研鑽かどうかの判断が大きな問題で、医師の問題とほぼ同じことが薬剤師でもいえる。当院は臨床、教育、教育研究も職務としているので、かつ専門薬剤師等を取るよう強く背中を押していることもあり、自己研鑽として学ぶ割合は、勤務時間2、自己研鑽8くらいの比率で、人によっては自己研鑽9の方もいるかもしれない。本人のモチベーションに大きく依存しているので、タスクシフティングの先にあるタスクシフティングとしては避けられないと考えている。それに対する病院の研修の費用負担について、基本的には本人が自己負担をしている。ただ、いわゆる研究費に相当する部分の中で職員に研究費の申請をさせる。そういった外部資金を獲得して研究の一環で上手く絡めて実際は工面している。つまり、専門資格を取るために学会参加、論文、学会発表も実は認定の要件になっている。あるいは、部長裁量経費としてあるいは病院から一部、コメディカルスタッフ研修経費として部門に支援していただいているものもあるので、それも分担しながら活用している。一人頭で割ってしまうと1回分の学会費にも満たないので、そこはモチベーションに応じて評価をしながらやる傾斜をつけて支援している。

専門薬剤師になられた方は明確にその時点から業務が広がる、責任が広がるか？

→部門としての考え方として、専門資格、当然取って欲しいので多くの職員に取ってもらっている。ただ、専門資格はもちろん直接自分の担当している受け持ち患者の薬物療法に活かす、これ当たり前として、同時に次の人材を育てることもかなり時間を割いてもらう。例えばがんの専門薬剤師、これは患者数も多く複数の病棟部署でその資格を直接使って患者対応するが、例えば感染症や精神科領域の専門資格など、症例数が少ないと取った人がその病棟に離れずずっといるかという、こうなると次が育たない。よって意図的に専門資格を取ったらむしろその病棟から外れてもらって次を育てる側に回ってもらう。次を育てつつ、担当の病棟だけでなくもっと広い範囲の患者に関われるように次の職員を育てるところにも力を注いでいる。最初大きな反発、

せっかく取ったのに何てことしてくれるのかと上司として恨まれますが、ただやはり次が育っていくということは長期的に理解が得られていると期待はしている。

資格を取ったあと、業務範囲が変わる、教育をするような立場になる場合、専門の資格を取った人たちに対する処遇の問題はいかがか。

→これも大きな課題で、病院によっては専門認定取得者に手当を支給するとは聞いているが当院では資格を取ったことによる一律の手当などは設けていない。これは人事評価の中で、例えば昇給やボーナスで処遇をしていく。

専門資格を取った方は、薬剤部の中で明示的に評価される、見られ方は変わるか。

→そのとおり。最初心配したところでもあったが少しずつ理解が得られていると思う。例えば精神科であれば精神科病棟以外の患者の薬物療法の中でのその精神科の疾患の知識が必要とすることは実は広い範囲であるので、かなり多くの担当病棟ではないところから打診を受ける。そういったことを通じて頼られる存在ということをお互いが認識していると思う。

そうした資格を取られた方が教えること自体も業務の範疇に明確に入ってくるかどうか。何らかの研修、自己研鑽8～9割と伺ったが、1～2割は院内で教えられている場面があるので、その講師になったり、あるいは教材を作ったりといったフォローアップをする役割を与えるようなことになっているのか。

→学位取得者も多くその中から有志によるグループを作っている。その中で教育プログラムをしっかり考えて構成している。チームメンバーには専門薬剤師の取得者が多いので、結構被るところがあるが、学位取得するにあたってその将来性、問題抽出能力に秀でたメンバーに集まってもらって今後の薬剤部のビジョンを考えている。その中に、教育研修も入っている。

そのチームという方々は、そのミッションを業務としてやっているのでしょうか？そこも残業ですか？

→残業。どうしても始まりが18時以降になってしまう。

組織のための教育プログラムなので、それを自己研鑽とっていいのかわかるところだと思のですが、現状ではなかなか勤務時間として入れられないということか。

→限られた時間の中でやっているのだからなかなか申し上げにくい部分もあって、そういう意味で有志に集まってもらっているというところも。

ボランティアの位置づけか。

→そうならざるを得ない。

月に何時間くらいそうした業務をされていますか？

→月1、2時間。メンターとして、色々個別に多分若い職員の相談に乗るなど、チームの活動外にもあると思うが、そこは正確には把握できない部分です、カウントできていない。

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。

- タスクシフトでも、増員を伴う取り組みの場合は、財源の確保がやはり課題となる。診療報酬上評価されている事項については、収益に結びつきやすくうまく活用している。
- それ以外の取り組みについて、薬剤師の業務を他の職種にタスクシフトするということについては、

すでにさまざまなタスクシフト・シェアが行われている中で、すぐには難しい。

- 一方で、院外の専門業者にシフト、機械化による効率化の余地は大いにある。例えば基本的な薬の供給業務については、約4割の薬剤がピッキングに移行できた。
- 医師からのタスクシフトについて、薬剤師側に抵抗感があるかということとそうでもなく、特にチーム医療に貢献できる、薬剤師本来の役割を果たすことができると方向づけできれば、モチベーションが上がることもつながっていく。

増員等の経営的な負荷についてご教示いただきたい。

→やはり増員に関する問題が大きい。研修費用や何か認定専門取った者に対してプラスの処遇をできるかどうかは、現状では経営上の要素が出てこないと難しい。病棟配置については、診療報酬上の病棟業務実施加算がある。今後この外来版ということでそのような診療報酬の加算が設けられるのか。また、今回はタスクシフティングとしては薬剤師単独だけではなく、病院として現状と計画を示すことが病院の入院基本料に盛り込まれたので、そういった増収につながる貢献ができれば増員もできると期待はしている。周手術期については、周手術期薬剤師管理の加算がいくつかわかっている。今回の診療報酬改定で新たな手当がついているので、そのあたりはうまく活用したい。加算が付かないところでどうやって人を確保するかは課題。

診療報酬上の加算を確保して財源を捻出して新たに雇用する以外に、今薬剤師が行っている業務を他の職種にタスクシフトさせることで時間を生み出すという方法もあり得ると思うが、いかがか。

→ご指摘のとおり。非薬剤師へのタスクシフトと、業務の自動化、機械化を並行して一部検討して実行している。具体的には、いわゆる調剤の業務、つまり必要な処方に基づく薬品の監査と取り揃え、それを病棟や外来に払い出していく基本的な薬の供給業務について、ここは割と機械化に向いており、これまでも注射薬調剤の効率化のためにピッキングマシーンを導入しておおむね4割ぐらゐは機械がやるようにすでにシフトしている。今般本院でシステムの入替えがあり、このタイミングで内服薬についても4割ぐらゐの処方薬が機械でのピッキングに移行でき、少し業務負担が減った。これをどうやって拡大していくか。それから病院内での供給のところや卸さんから入荷したあとの動かしていくところや、機械そのもののメンテナンスのように薬剤師でない者ができる部分は相当あるので、そこを少しずつ非薬剤師へシフトしていきたい。

非薬剤師に対するタスクシフトのところ、ひとつには他の職種へのタスクシフトもあると思うが、一方でSPDのような外部業者へのタスクシフトもある。どちらの方がシフトの余地が大きいか？

→SPD、あるいは院外の人的資源へのシフトの余地が多いと考えている。院内ではすでに色々なタスクシフト・シェアがある程度動いているので、そこはお互いにシェアし合っている、順番にしわ寄せというか玉突きのようなところもある。ここからさらにタスク受け取り他のスタッフを動かすのは難しい。

医師からの業務のしわ寄せという点について、意識としては、シフトされることに対する薬剤師側の感情は何かあるか？

→そういう部分もあると思う。シフトされるということは仕事が増えるので、今回この特に診療報酬上の要件とされたタスクシフティングの計画については今後直近の4月から増えてく部分には少し危惧しているところは現場ではあると思う。一方で、薬剤師の本来業務で特にチーム医療の中で貢献したいという部分については、むしろモチベーションは上がる方向に行くと思

う。病院によるかもしれないが、積極的に関わりたいと思っている頼もしい職員が大勢いるのでやれることもっとやりたいと思っている。タスクシフトの動きの中で、法的な制限であるとか、ヒエラルキーの中で従来できなかったところが取り払われる方向にいつているので、そう意味では薬剤師のやりがいにはつながっていく。

今後外来のところで、C4、C5の業務を外来で薬剤師が行っていくにあたっては、負担が増えると感じることはあるか？

→外来について、負担は短期的には大きく増えると思う。つまり必要な配置をいましていないので、まったく新しく体制を作ることになる。ただ地域全体を見られる薬剤師を育てたいという当部のポリシーがあり、教育、人材育成をしているので、外来でも急性期の病院として回復期の病院への逆紹介や、退院時の関わり、また、薬局等との連携がこれからもっと広がっていかねばならないと思う。これを機に前向きに取り組みたいと思っている。

②のリスク管理関する部分で何かご懸念されている点はあるか。業務がシフトされるにあたって。

→特に外来は限られた数でしか関わっていない現状から広がっていくということになると、部内で経験の差が大きいと思っている。国家資格を持っているからあとで任せればそれで終わりかといえそうではない。部内での二重監査といった運用管理のマネジメントが必要だと思っている。その分の業務量は増えると理解している。

リスク管理として、オペ室の業務に関わり始めるなど、だんだん幅が広がってきたと思う。その意味で新に仕事をされる側が、新たにやることになった薬剤師の不安感のようなこと、あるいは保険の絡みで何か変えたものがあるか。

→不安感はあると思う。特に令和4年度診療報酬改定で「周術期における薬学的管理の評価の新設」等評価が付いた部分が大きな項目が2つあり、そこで新たな要件として研修を受けた薬剤師であるとか具体的な業務の進め方はまだ見えていない。具体的にやっていくかどうかは、少し身構えている部分はある。一方で手術部にもこれまでもフルではないものの担当薬剤師を付けて関わってはいますので、そこを広げていきたい。

(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
- ② リスク管理に係る問題
- 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。

- 病院からの支援。現在では、病院長の裁量経費として“コメディカルスタッフ研修費”があるので部長として研修費を支給することもあるが、全員に一律平均してしまうと1回の学会参加費にもならない程度である。

(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。

- 自治体に薬剤師養成の数値目標を立ててもらい、医療計画に盛り込んでもらうよう働きかけた。
- また、地域医療介護総合確保基金を活用し、薬剤師確保が困難である件が指定する病院に薬剤師を派遣できるようにする（経費の補助）と、県の奨学金の返済義務の免除（一定の条件の下）の制度化を提案した。

タスクシフトに関するインタビュー記録 (F 病院)

日時	2022年3月24日 16:00～17:00
病院概要	地域：関東
	開設者：医療法人
	病床種類・規模：一般・療養、100床規模
インタビュー対象者	事務長、事務職員
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

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。

<看護師・助産師>

- A1・A2・A4は全面的にシフト。A5は一部シフト。
- 中小民間病院では医師が潤沢ではなこともあり、医師の行う業務をできるだけ少なくするという風土が病院の中にある。医師は医師業務にできるだけ注力してもらいたいという趣旨。(事務長が)2006年に(グループの他病院から異動で)事務長職として着任してからからそういった風土であった。A1～A4までタスクシフトといわれる前からある程度取り組んでいた。看護が医師の補助業務には関与していたという状態が大前提としてあって、タスクシフトの流れが出てきてから全面的になった。
- A5はカテーテル関係だと医療安全面から言って、事故のリスクも大きい。看護部でもシフトして受けるとなれば教育研修をしっかりとしなければならぬため、侵襲を伴う処置行為はこのタイミングで全面的な移行に至っていない。看護師が行うからすべて終わりですよということではなく、医師がバックアップする体制を作ることが、看護師側の本音としてはある。

<薬剤師>

- C1、C2は全部、それ以外も一部、半分行っている。
- 薬剤師11名確保しているが、潤沢にいえるといえない。今後タスクシフト／シェアを進めていくにあたって、もう少し増やしていきたい。今回の診療報酬改定で、オペ室での周術期の関与も評価されるようになっているので、そういった背景を考えると人は足りないと考えている。
- C3、C4、C5あたりは今現段階ではある程度、医師＋薬剤師という形で説明をするなど行っている。アンケート回答時点よりは進んできている。

タスクシフトされる方の人材確保はどうか。特に薬剤師は確保に苦労している病院が多いと聞いている。

→薬剤師は病院よりも調剤薬局勤務の給与が高く(事務長の感覚的に月額5～10万円違う)、条件面で病院はどうしても見劣りする。病院で働きたいという薬剤師は入院患者へのかかわりを希望するが多いが、処遇面だけ見られてしまうと調剤薬局との人材獲得競争には勝てない。一方で、病院に就職する薬剤師は、目的意識が強く、将来管理者になりそうな候補者が来

てその点は安心している。どういう風にアピールするのだが、いろいろなキャリアや経験を積むことがメリットとしてPRしている。

セラピストについて、当院の疾患構成は整形外科患者が中心を占めていて、PTに関してはスポーツをやりたいということなどからある程度確保できている。OT、STに関しては急性期とはいえ採用は厳しい。一方、介護施設や福祉施設でもOT、STの需要が高まっており、介護施設との採用の競合となっている。

各種人材確保に関して地方において難しいが、貴院の場合はどうか。

→グループ病院なので潤沢に採用できると思われがちだが、当院は県内でも田舎でありそう簡単ではない。当院の位置する自治体の人口は確かに増えていて4万人強、近隣の市で20万人以上、さらに少しいけば大都市があり人口は多いが、当院までの通勤の便が良くない。近隣のターミナル駅から電車、最寄り駅から徒歩15分かかってしまう。職員の8割は車通勤している。医師も職員も近隣在住の職員が多くなる。新卒者に対しては心に響かない点になってしまっている。

グループとして人材融通をしてもらうことはできないか？

→グループ全体としてはそうである。看護学校、技師養成校はグループ内でもってはいいるが、グループ全体は各県の色々な立地に施設があるが、強引に配置してしまうと離職にもつながるので、本人の志望も加味しながら配属する。主任以上など一定の経験を積んでくると人事異動もある。

<診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士>

- 診療放射線技師はタスクシフトが進んでいない理由として、一番怖いのはオーダーの間違い。検査と放射線読影のオーダーを出した後の結果、悪性腫瘍であるとか結果自体が緊急を要する際にどのように伝えていくかが課題となっている。そのような背景があるので、当院ではやはり医師に行っていたかなければならない業務と思っている。看護師のカテーテルのところで述べたように、タスクシフトするならば組織として守っていくことが必要であり、バックアップの体制が作るところは今後課題
- D4は行っている。
- リハビリはすべて半分程度よりは進んでいる。
- 医師事務作業補助者へのシフトも進めている。

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。

(1) 具体的にどの業務が該当するか、教えてください。

- Web研修が増えてきた。Off-JTで移動しなくても研修、セミナーが参加できるような形ができて、時間の確保しやすい環境は整ってきたかと思う。
- 以前は研修費の負担等は明確なルールがなくグレーであった。しかし時代も変わってきているので、病院指定で受ける研修は病院が負担し、手当も支給する。人員配置の関係上、患者サービスの低下につながらないようにするために、時間外として残業代も支給している。
- 研修費として医業収益比として一般的に0.2~0.5%くらいかと思う。施設基準や加算にかかわって

くる研修に関しては病院が全額費用を助成する。それ以外の個人のキャリアに資する要素が強いのは自己負担の病院が多いのではないだろうか。一方で採用面ではなるべく支援の幅が支援体制として売りにもなるので、バランスに悩んでいる。

- タスクシフトということに関して、研修費の負担が阻害要因になっている職種は特にない。
- 奨学金を支給している。看護師とOTに支給実績がある。現在薬剤師への支援を検討中。

研修をする側の負担を考慮した場合、グループとして共通化することである程度費用対効果の良い研修ができると思うが、そういった試みはされているか？

→事務職を例に挙げるとグループとして、事務職のEラーニングの仕組みを2021年11月に立ち上げた。診療情報管理など100項目（1コンテンツが5～10分の動画）がクラウド上に共通教材としてアップされている。講師にはインセンティブとして1項目当たり1万円支給している。グループ間での外部講師を招聘した場合は1.5万円手当をつけている（グループ外から講師を招聘すればもっと費用がかかる）。

コンテンツの共通化、人材の共通化するメリットは働いているのですね。

→そうです。

病院指定の基準はどうか？

→病院機能評価の項目に記載されている研修、例えば接遇、医療関連法規に関する研修、医療倫理、医療安全、感染対策など全職員に対して行う必要がある研修など。しかもそのあとペーパーテスト（理解度テスト）で研修効果も測定・把握する必要もある。こういった研修は100%受講を目指している。

こういった研修の進捗把握など、タスクシフトに関連して事務作業等が生じた場合、全部事務職に絡んでくる（職種間の間に入って仕組みを作っていく）のでしわ寄せになっている側面もあるが、経営的にも（診療報酬等で）評価される場所も出てきているので、事務としてのモチベーションは持って取り組んでいる。

病院事務職のモチベーションが上がるような立ち位置を築いていきたと思っている。（私はそういう問題意識からも）大学院で学んだりしてきた。いまは事務職という呼び方をやめて、医療マネジメント職という呼称を検討している。一般企業と比較すると民間病院の事務職給与はどうしても見劣りしている。

事務職は特に人材獲得競争にありますよね。

→厳しい。しかしやりがいはあるので、何とかアピールしていきたい。

（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

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)。

- 新しい業務を行うということでインセンティブがほしいという要望が出てきているが、グループ全体の処遇の仕組みがあるので、個別対応はしにくいですが、現場からのニーズとして本部には要望は出している。
- 事務職がきめ細かく各部署を支援することで、医療職の事務作業を削減するような取り組みをしている。例えば、オペ室にも事務職を配置しており、従来看護師が行っていた診療材料の管理などを事務職が行い、精査しながらレセプトの請求を起こしたりしている。
- 医師の労働時間管理において、研究日(休日)にほかの病院で勤務されている医師の実態把握に労力を要している。

シフトされる側の時間の捻出はどのようにしているか。

→課題とは思っている。シフトすればその分業務は増えるということにはなるので、人材確保、部署間での人事異動などをかけつつ、業務体制を支援していくことが求められている。

看護師へのタスクシフトがあれば、看護師から別の職種へのシフトをすとか、あるいは薬剤師の業務の一部を機械化するなどの具体的手段はとっているか。

→人件費が増えてしまっているが、看護師に関しては看護補助者を増やしている。セラピストなどコメディカルについては、若干その部署に事務職を何人か配置している。例えば、オペ室にも事務職を配置している。物品管理もそうですし、診療材料をかなり扱っている。請求業務を看護師がしていたが、事務職が中に入り精査しながらレセプトの請求を起こしたりしてかわっている。

タスクシフトによって、医師の労働時間規制はクリアできそうか。

→医師を4名増員している。現状医師の残業も月平均5時間程度に抑えていて、定時に帰宅されるケースが多い。当直(夜間帯の救急体制、入院患者の急変時の対応)については、2科体制(内科・外科)の2診で夜間対応をしている。ほとんどは非常勤医師が担当しているが、何人かの常勤医師にも入ってもらっているところがある。勤務時間が長くなりそうな医師には休みを取っていただいたり、インターバルを取っていただいたりしている。休みの日(研究日)に外部の病院に外勤している医師が多いので、その実態把握は事務職の役割として取り組んでいる(負荷は大きい)。

労働規制の見える化は事務職も対象か。

→いままでタイムカードでやっていたが、ICカードを導入して見える化している。勤務時間外はきちんと残業代を支払っている。自己申告などの要素はない。

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。

(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。

- グループの別法人としてキャリアサポートセンターがあり、ここの研修を受講できるのは外部研修に派出するよりも受講しやすい環境があるといえる。

グループ病院としてその点は恵まれた環境にあると思われる。例えばグループ内でも教育研修を率先してやっている病院もあるので、外部研修に行かなくてもグループ内の研修参加で

済ませられる。看護でいうと、グループ内に別法人としてキャリアサポートセンターという組織を持っている。ここでは、認定看護管理者教育課程ファーストレベルからサードレベルまでカリキュラムを作ってプログラムを提供している。医師事務作業補助者向けの研修（外部からも参加できる）、医療安全管理者の研修等も、厚生労働省の認可を得たり、施設基準を満たせるような研修メニューを提供している。組織内派遣は、受講しやすい環境にあるといえる。

（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。

- 診療報酬の施設基準で求められている研修などが、枠がなかったりしてなかなか受講できないことがある。認知症ケア加算では上位基準を取得するために必要な研修受講に２年を要した。特に国の方向性に沿ったような研修はもう少し受講しやすい環境も整備してほしい。

診療報酬の加算対象になった研修、カリキュラムというところで、スタートし始めは難しいと思うが、認知症ケア加算で必要とされる研修について、２年間ずっと手上げをしていたが、やっと数か月前にまわってきて、医師が受講できた。これにより現在の認知症ケア加算２から、認知症ケア加算１の算定ができる体制となった。せっかく教育研修の仕組みを作られたのに、その研修に参加の枠が少なかったりすることもある。診療報酬で誘導されているのだから研修に参加しやすいような環境は作ってほしい。

研修の場所について配慮してほしいという問題はあるか。オンラインではない場合はきめ細かい場所への配慮は必要か。

→間違いなくあると思う。ただ、最近はWeb研修が広まってきたので、わざわざ出かけなくてもオンラインで済ませられる機会は増えていると思う。

もっとも枠が少ないということは教える側の人材が少ないから開催しづらいという問題もあるだろうから難しい。

タスクシフトに関するインタビュー記録（G 病院）

日時	2022 年 3 月 25 日 9 : 00 ~ 10 : 00
病院概要	地域：関東
	開設者：社会保険関係団体
	病床種類・規模：一般・精神、500 床以上
インタビュー対象者	看護部次長
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。

- 困難業務リストのうち、検討や移行していないもののほうが少なかった。
- 今検討している業務は A3、E2。実施していない業務は D3、E3 は臨床検査技師ではなく臨床工学技士が行っている。
- 看護については、当院には診療看護師が 2 名いて、2021 年頃からスタートしている。
- A2 については、完全に指示書ができあがっていて、診療看護師の 2 名が行っている。
- A4 の注射、採血、静脈路の確保に関しては、院内で認定制度を設けていて、合格した看護師（新人を除けばほぼ全員）が実施できる。診療看護師に限っていない。
- A5 については、診療看護師 2 名と特定行為研修を終えた者 1 名がいて、そのスタッフがドレーンの抜去に関しては診療行為としては OK になっていて行っている。PICC カテーテルの挿入も可能だが、院内研修が終わっているもののまだ医師に許可を得ていないので今後の課題。バルーンカテーテル、尿道留置カテーテルの挿入・抜去に関しては女性患者については一般の看護師がずっと以前から行っている。
- 助産師の業務に関しては、院内助産は正常分娩のみは全て最後までやっている。助産師外来は、医師からの予約が入れば正常分娩に関して全部やるということになっている。

新入職員はどのくらいで認定を取る？

→入職後 1 ~ 2 か月くらいで徐々に認定を受けていく。

診療看護師と特定行為の研修の修了者を使い分けていたが、この違いは何か。

→診療看護師は 2 年間の大学院を卒業して、認定を受けた者で、特定行為が 21 区分 38 行為全てできる。特定行為研修を受けた者は、元々認定看護師を持っていて自分の分野で使える部分をパッケージ研修として特定研修を受けたということで、自分の該当する一部だけをやる看護師。

研修を受けただけでなくて院内でやはり医師の了解や組織づくりなどをしないと、なかなか一概にはタスクシフトできるかどうかというのは判断つきにくいところなのか？

→例えば、診療看護師は診療行為ができるので血液ガスの動脈血を採血できたりするので、そういう手技が確実にできているのかということを経験から OK をもらう必要がある。救急科の部長がその担当で、指導をして OK を出しているという仕組みになっている。

診療看護師は看護部に所属しているか？それとも別の部署に所属しているのか？

→看護部所属。ただ、もうほとんど医師と一緒に動いている。

看護部長の管理下にはある？

→そのとおり。診療部付の病院もあつたりするようだ。

放射線技師のD3を実施していない理由はあるか？

→D3の放射線検査に関する説明や同意書の受領は、医師の側も結局必要な検査をきちんと説明をして患者さんに同意を得ることを大切にしているので、ここを移行しようという話し合いはまだ院内では出てきていない。

医師の方がまだ進めようと思っていないということか？受け側の方が？

→両方だと思う。

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

- 診療看護師に対しては、院内の研修というよりもOJTのような形で医師にずっとついて行っている。部長が専任だが不在時は他の医師と行っている。その間、教育を担当した医師は若干の診療時間の減少があると思う。教育に対する手当は支給しておらず、勤務評価制度などによって評価されている。
- 診療看護師の大学院通学（2年間）については、休職扱いでその間は基本給の3分の2を保障している。学費は個人負担である。

特に診療看護師に関しては、院内で結局その医師について業務を行うが、担当してくれる医師がなかなか日々の診療が忙しいということがあって、やはり確保できない。研修がスムーズに進んでいけないところがある。教育側の時間確保。

機材や資金は院内で進めているので特に問題はない。あとは診療看護師の養成にかかる費用や時間の問題。タスクシフトのためにどんどん育てたいと思っているが、大学院に2年行くとすると、学費（自己負担）であり、通学する期間は休業として当院では基本給の2/3を支援しているが、やはり収入は少なくなるので、なかなかそのあたりの環境面で、大学院へのチャレンジは敷居が高く診療看護師のために大学院に行こうというスタッフがなかなか出てこない。

教育側を担当する医師は、シフトに合わせて日々違うっていう理解でよいか？特にある方が専任で教えているのか？

→一人の部長が専任で教えているので、その医師が不在の日は、他の医師と一緒にいるが、新たな研修を追加してやるということではなくて、すでにOKが出ている業務と一緒に確認してもらいながらやるというかたちになるかと思う。

部長に研修してもらう時に、その研修のための時間というのはどのくらいなのか？具体的に何時間くらい？

→具体的にそこまで確認していないが、項目ごとにずっとぴったりくっついていてるので、実践やったらその場で何回かやってというかたちかと思う。診療看護師は男性の看護師で認定看護師も元々持っていたので、知識があって技術的にも問題がないということで割とスムーズにOKをもらっているように思う。

現場の医師達にとって、どのくらい教育時間として拘束しているのか時間の感覚がわかれば。

→聞いてみないとわからないが、ずっと一緒には動いているので、その期間が拘束といえば拘束かもしれない。

例えば普段1日に患者を10人診ていたとしたら。そういう研修することによって、それが7、8人になってしまうというぐらいの負担にはなるか？

→それはあるかと思う。自分が診られる人数が若干教育の時間が取られるので減る。ただその間に他の医師が頑張ることでフォローをしていると思う。

座学の研修ではないので手当はなじまないのかもしれないが、それを担ってもらうことに対しての評価はあるか。

→勤務評価制度があるので、そこは院長から最終的にプラスされると思うが、日々に対応していることに対して特別な手当があるとは聞いてはいない。研修時間とその普通の時間というのが区別をつけにくい。

今聞いた話だと普通の業務をしながらなので、その分通常診ている患者さんが減っているので、その中で研修分手当を支給することは難しいと思う。

新たな行為ではなく、すでに一度経験した業務のその後に定期的にかどうかはわからないが、技術が維持できているかどうかチェックは入る？

→今それは特別やっていないかと思うが、実施したことを記録し、その記録をもとに承認をもらうシステムになっているので、そこで毎回毎回のチェックが入っていると捉えられるかと思う。

スポットでの研修に関してはその業務に活かせるかどうかって判断になってくるか？院外研修に出る時の出張とか？

→本人の希望だが、それで例えば院外研修でもすごく人気があるものだなかなか当選しないこともある。ある程度の数は限られてくると思う。また、同じ部署から何人も同じ日に研修に出るのは難しいので、選抜することになる。認定、専門、診療看護師に関しては、休職して行ってもらえることになるので、復職した後、院内での組織横断的活動に頑張ってもらいたいので、周囲とうまく協働していける人という観点から選抜している。本人が行きたいといっても該当しない場合はごめんなさいとかたちで選出はしている。

休職して学んでいる方は年間にだいたい何人ぐらいいるか？

→4人くらいは行っている。診療看護師だけではなく認定看護師なども含めて。

毎年4人くらいが認定看護師、専門看護師を学ぶために休職していくわけだが、帰ってきた後にそれなりの手当はつけられるのか？

→残念ながら、そこがきちんとしたものがない。そういう手当が付く病院に、卒業したあと何年かしたら転職してしまう人もいる。

休職扱いで2/3の給料をもらえても、自分のお金で大学院に行って帰ってきて手当がないと、他の病院に流れてしまうのではと感じるが、実際のところ少しそういう傾向もあるということ

か？

→ある。以前、診療看護師に結構な金額の手当てがついていた。それはあまりに高いだろうということで見直しされて少し低くなった。ただ、認定看護師に関しては、特別な手当てがなく、主任への職位が上がる前の手当てがあって、それで少し色が付く程度の給料にプラスはある。きちんと資格に対しての手当てがついていない点では不満感はあるかと思っている。

不満を持って実際に他の病院に行ってしまう人はどの程度いるのか？数%？

→そんなに多くはないかと思う。

そういう意味では、まあ仕方ないなという程度の状況だということか。

→そのような感じ。あとは、学会や色々な研修への出張で研修費や旅費をフォローする支援は、取った後もしているの、金銭面以外では活動時間をきちんと保障するといった環境づくりもしている。そういったところでなんとか皆さん院内で頑張ってもらっている方が多いと思っている。

休職に入る際、復職後の最低何年は勤めてほしいといった規定は特になのか？

→それは特にはない。口頭で言う感じ。5年間くらいはという感じで伝えている。

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

- 長期(大学院だと2年)にわたって研修に出すことで、人員確保の苦労がある。
- もともと産休や育休が多い職場な上に、研修への派遣も踏まえて全体で管理する必要があり、例えば人員状況が厳しい場合に、大学院への派遣時期をずらしたりする調整も行っている。
- 看護師からのタスクシフトの場合は、看護補助者の採用が必要だが、看護補助者は介護施設との採用上の競合となる。また、当院の場合看護補助者は常勤的非常勤という身分となるため、常勤で雇ってくれる介護施設が魅力的に映るようだ。

→やはり長期にわたって研修に出すと、人員確保の苦労はしている。当院は非常にママさんナースが多く、急に産休に入っていく予定がつかないものなので、産休とか育休を延ばして入っていく方も結構いるので、計画が立たないところが実はあって、その人が抜けた病棟が、なんとか人員確保してやっていたところで、そこでまた人が減っていくことがあって、苦労はしている。あとは、シフト等に関しては何とかするので特にしょうがないなという範囲だと思う。

休職して研修に行きたい人がいた場合に、今人がいないので半年、1年待ってほしいということはあるか？

→だいたい年間4名くらいと上限を決めているので、本人が今年行きたいと思ってもさまざまな事情を加味すると、来年にしようかと調整をする。

診療看護師など、大学院に行かせる選抜基準、どういった人材を選んでいるか？そういうのに適している方。

→マニュアル化はしていないが、看護部長と話して出てくる要件は他職種と協働できることを第一条件としている。知識や技術が元々優れている人たちが行きたいということになるので、そこはあまり重要視していない。コンサルテーションというか、他部署の色々な人たちから相談をされた時にやはり気持ちよく相談に乗り対応してくれること。自分がやりたいことだけをやるのではなく、組織の一員として役割発揮をする意識を持てる人材を選ぶようにしている。

経験何年目ということは特にないか？その人次第というところか？

→看護部はラダー制があり教育制度がきちんと整っているのも、例えば当院がキャリア支援をすごくやっているのも、転職してきた方がすぐに行かせて欲しいという人もいます。ただ、やはり院内のことをきちんとわかっていて、ラダー制で教育をある程度受けている人ということが条件になる。なってから次に専門性ところに行ってくださいということになる。

そうすると専門知識等はあって当然という前提で他部署、他職種と気持ちよく協働ができる方というのがそのイメージになるか？

→そこが非常に重要かと思っている。自分の気分で態度が日々変わる人などは、やはり向かないかと思っているので却下している。

当地域では看護師の確保という観点ではどのような状況か？

→都市部に比べると、集まりは悪いのかなかと思っているが、おかげさまで当院に関しては非常に集まってきくれているので、そんなに苦労はしていないかと思う。ただ周辺の病院はかなり苦労しているようだ。

その差というか工夫していることはあるか？

→今どきの学生は、教育体制が整っているということは建前上言ってくれるが、やはり職場環境、人間関係をすごく重視している。公的な性格上、福利厚生が充実しているということ、インターシップや学生臨床実習の際に学生さんが言うのが、職場の雰囲気が非常に良いということで就職を決めてくれる。このあたりが多分成功要因なのかなかと思っている。

確保することはそんなに困難ではないということだが、医師から業務をシフトされる側として意識面での障壁のようなものはあるか？

→医師からのタスクシフトは、看護におりてくることが多い。そうすると医師からの業務を請け負ったらさらに業務が追加されるということで、看護だけのその業務も非常に大変というところでこれ以上請け負えないという意識は確かにあるかと思う。看護から他の職種に今度はタスクシフトできるかという看護補助者になるが、先ほどの看護師の人的確保と一緒に看護補助者の確保も非常に困難。そういった意味で、なかなか補助者にシフトできないのは苦しい現実だと思う。

十分に人員確保することが今度は経営的に難しいということはあるか？採用かければくるけれども、当然それは経営上の負担になるので一定の制約をかけながら新規採用をしていると思うので、そこが苦しいところか？

→本当は例えば新卒者を100人採りたいが今年は80人しか認められない、そういう縛りはある。欲しいだけ採れるわけではないみたいところで苦しさはある。

看護補助者の採用が厳しいと結構色々なところで聞くが今そういう情勢なのか？

→看護補助者は、給料が非常に安い。おそらく介護施設の方が高い給料がもらえるのではないかと。募集をかけても応募がこない。また、かなり年齢の高い層になってしまうので、そういう意味では若くてバリバリ働ける人はあまりこない。特にこの地域では苦戦している。都市部は割と集まりやすいとは聞いている。

そうすると採用の競合になるのが介護施設や他の産業になるか？

→そうなる。

今の話だと、介護の世界も決してそんなに高いお金で引き抜いている状況ではないと思うが、となると病院側もかなり低い給料での募集になってしまっているということか。

→施設に給料を聞いたわけではなく、ホームページなどに出ている情報で比較すると、夜勤などの手当がプラスされての給料だと思う。よって当院が提示している金額よりは多いかなと思う。また、雇用条件が介護施設だと常勤職員となる。当院では常勤とは違う非常勤としての採用になるので、退職金がないなどの雇用形態になってしまうので、ボーナスはもらえるけど、そういう意味では常勤で雇ってくれるところの方がいいという方もおり、なかなか難しいのだと思う。

② リスク管理に係る問題

- タスクがシフトされたことに伴って、医師からの情報共有が拡大しない場合がある。このあたりの意識の変容が難しい。
- 研修そのものには非協力でも、いざ軌道に乗ってきて医師の負担軽減につながれば徐々に医師の理解が得られてくる。
- 医師からの包括指示については、医師ごとのパターンがあって統一されていないのが難しい。看護師側の力量によることもある。事故を防ぐようなチェック体制とともにタスクシフトを進める必要がある。

→安全管理上のことは特に問題になってこないと思うし、管理場所も関係ないと思う。情報共有に関しては、医師の意識が拡大していかない（業務が拡大（シフト）しているにも関わらず）ところがある。部長だけがそういった対応をしてくれている。委員会を立ち上げてはいるけれども、なかなか意識統一ができない。

→もうOKが出ていて、業務として軌道に乗ったものに関しては医師も実際におそらく楽になるので、そういうところでは反対していることはないと思う。

シフトの効果は医師達もわかっている？

→そうですね。例えばよくあるのは血液ガスという動脈血採血を看護師が全部やってくれるとそのためにも都度、病棟に行かなくてもよくなる。そういうところでは負担軽減されていると思う。

委員会はそのなにか特定のタスクをシフトするときその業務に関して立ち上げる委員会なのか？常設の何か委員会で検討されているのか？

→常設の委員会。タスクシフトを検討する委員会ではあるが、どちらかといえば診療看護師等を活用していくための委員会のようになっている。

診療看護師に対する期待が大きくなると思うが、それはやりがいとして皆感じているのか？

→今2名いるが、本当にかなり初期の頃に、研修等も十分にできないことがあった。その方は、（もともとの）業務が全然違う領域だったのでなかなか医師から理解が得られなかった。今回は、認定看護師を持っている人が診療看護師になったうえに、タイミング的にも医師のタスクシフトがすごく言われている時期に合致したので、そういった意味で進みやすくなったかなと思っている。

業務を受ける側の看護師のリスクという観点で看護師側の心配とかそういったことがある時はあるか？

→例えば、A1の事前に決めたプロトコールに基づく薬剤の投与は、包括指示的に各患者さんの指示として入っていたりするが、そこにやはり看護の判断が入る。そういった事故やリスクは考えられるので、そのあたりは少し怖いかなとは思っている。事故が起こった時にはどういった指示の入り方をしているのかと定期的にチェックはかけてはいるが、なかなか統一されない。

医師の包括指示の仕方ってということか？人によるのか？医師によって違うという。

→人によって違う。医師自身がそれぞれパターンを持っていて、それを適用させているところがあるので、診療科で例えば統一とか全科で統一ということはあまりない。ただ、向精神薬など患者さんが急変するリスクがあるような事例のあとに、薬剤師が入って統一したようなことはあった。そういうかたちで統一が進んでいけばこういった問題が起こらないかなと考えている。

今一つ聞いて思ったのは、医師ごとに異なる中で医師は結構ローテーションで替わってしまって、その時に新しい医師がどんどん入ってくるのでその医師から依頼されたときは怖いということはあるか？

→包括指示で出されると、この指示がおかしいなと引っ掛かればいいけれど、そこは看護師の力量によって違ってくる。アンテナが低い人は低いし、難しさはあると思う。

特定の医師だったらいつもこういうことねと分かりやすいと思うが、医師が替わっていくと難しいなと今感じた。

→短期間で医師が入れ替わるので、毎回毎回、注意は必要かなと思っている。

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。

(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。

- 研修への金銭的なサポートと資格取得に対する評価が得られるとよいと思う。
- 院内研修においては医師の協力が必要。診療看護師の活躍を浸透させることで医師が効果を感じ、その結果協力が得られるようにしていきたい。

→看護師としては、研修に積極的に出ていくということと、あとは研修を終えた後、院内で活躍してもらおうという意味ではやはり金銭的なサポートは重要かなと思う。研修に出すときにもう少し、例えば大学院授業料の半分から1/3程度でも支援ができないか。あとは給料の部分で取得しただけのペイというのか、そういうところがきちんと決まっていれば、もっといいのかなというのがひとつかと思う。あとは研修に医師達に協力をしてもらうことが非常に大事なので、今いる診療看護師たちが活躍の場がもっと拡大していけば医師達も効果として実感として得られると思う。そのところで支援をしてくれる医師も増えてきたらいいなと考えている。

(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。

- （診療看護師に必要な）大学院通学の垣根は高い。本人への金銭的な支援というよりも、病院に対しての補助金などを検討してもらえるとありがたい。
- 研修を受講する負担としては、直接の学費に加えて、診療看護師などであればプログラムを提供している大学院が限られていて、引っ越して受講する必要が出てくるため、一定期間の休職や家賃等

の費用もかかってくることもある。

→やはり大学院の垣根は高いですかね。金銭的な部分があるのかなと思う。例えばそういう研修に直接支援というよりも病院側に何か補助金のようなものがあるとよいと思う。

ちなみに大学院は2年間か？授業料はどのくらいなのか。

→2年間。学費は私も聞いたことがないがおそらく年間200万円程度かと思う。

年間仮に100万円だとして2年間で200万円。自己負担としては重い。

→大きい。地元であれば生活を変える必要はないが、遠くだと引っ越してアパート借りることになるので、そういった意味での負担も非常に大きいかと思う。

診療看護師の目標育成数は？

→目標には掲げてはいないが、年間一人ずつくらいいいけたらいいという感じ。

先ほど委員会があると聞いたのが、病院として医師の業務を減らさなければいけない状況にあるが、その減らし方の方向性と診療看護師の数の問題が絡むと思うけれども、具体的な数字のようなかたちとかあるいはマイルストーンでこの時期までにこの人数でこの業務をというようなところまでは計画として持っているわけではない？

→まだそこまで検討はされていない。

医師とか看護師に限らず書類を書く業務が病院ですごく元々多いし常に増えている状態だと思うが、それに対して病院として取り組まれていることはあるか？

→医師事務作業補助者はすでに存在していて、診療報酬の加算も算定しているが、実際にインタビュー質問票に書いてある業務内容ができていないのが限られている。臨床写真など画像の取り込み、各種サマリーの修正とか代行入力はできているが、そのほかの電子カルテへの医療記録の代行入力、手術記録の記載に関しては一部の診療科しかできていない。各種検査オーダーの代行入力に関しても今使っているベンダーの電子カルテの仕組み上、医師の承認システムが存在しないので、そこができないという問題を抱えている。

看護師の書類を書く業務の間接業務の削減や効率化については何かしているか？

→していない。看護も患者の入院時にたくさん記入する書類があって、退院時もサマリーが必要なのですが、書く書類が非常に多い。ただ、できるだけ電子カルテの接続をできる、記述を参照して引っ張ってこられる情報を多くしてサマリーに追加記載する形にする取り組みはしている。

音声を自動で入力できるようになるのはまだまだ先か？

→診療記録の音声入力においてAIの活用にいま取り組んでいるが、なかなかスムーズに変換ができないことと、システムに吹き込んでも直接データ化されず、取り込んだものをまた何かに送っているようだ。そこからまたカルテにデータが飛んでくるといって、何手間があるようで、スムーズに使えてないと聞いている。専門用語の変換をAIに覚えてもらうことと、正確な聞き取りには滑舌も影響するようで、アナウンサーを招聘して、きちんと発音する練習もしている。

タスクシフトに関するインタビュー記録（H 病院）

日時	2022年3月29日 10:00～11:00
病院概要	地域：甲信越
	開設者：医療法人
	病床種類・規模：一般、100床規模
インタビュー対象者	事務部長、総務課長
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 株式会社川原経営総合センター 担当者 3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。

<看護師・助産師>

- A1・A2 について薬剤の投与は夜間やある症状があった場合等、一定の制約を設けて実施している。採血検査については、もともと看護師や臨床検査技師が実施している。検査は一部を除いて、ほぼほぼ医師が実施することはない。
- A3 は非該当。
- A4 は看護師が実施している。
- A5 はどちらかという医師が実施している。
- B1・B2 は対象外。

<薬剤師>

- C1～C3 について、当院では病棟に薬剤師を配置していない。病棟の担当薬剤師という形で関与している。薬剤管理や量の変更については、プロトコールに沿ってというよりは、医師とコミュニケーションをとりながら、薬剤師が実施している。
- C4・C5 は既に薬剤師が実施している。

薬剤師について、病棟配置の薬剤師を置いていないとのことだが、今後配置する予定はあるか？

→薬剤師が確保できれば、施設基準の届出をして加算算定も視野に入れているが、薬剤師の確保ができず、現状の人数では厳しいと感じている。現在の薬剤師は常勤6名。

薬剤師を確保できないのは、どのような事情があるのか。

→給与面もそうだが、薬剤師養成校が地域にないことも原因と考えられる。また、最近の薬剤師の傾向として病院勤務自体が目指すべきところではないように感じる。薬剤師として研究しながら、抗がん剤治療等を行っていくような志向を持っている人が少ない。また、家庭の事情もあり給与が高い調剤薬局に行ってしまうのではないかと。全国的には薬剤師は相当数いると思うが、病院での採用が難しい。当院では長年、採用の難しい職種と感じている。

薬剤師が確保できれば、加算が算定でき、結果的にタスクシフトが進んでくるという認識か。

→そう感じている。薬剤師はもう少し幅広く介入（タスクシフト）できるのではないかと思う。医師事務作業補助者も、診療報酬改定の度に加算の点数が上がっている状況もある。立ち上げの時点では人件費をペイできるほどではなかったが、7年ほど前から医師事務作業補助者を

採用し徐々に増やしている。人件費を全額補填できるわけではないが、タスクシフトのことを考えると、早めに取り組んでおいてよかったと感じている。

全国的な傾向だと認識している。診療放射線技師や臨床検査技師は養成校があるのか。

→養成校はない。

ないにも関わらず、人員が確保できているのはどのような背景があるのか。

→人員の入れ替えが少ない。診療放射線技師は男性が多いこともあり、当院の規模であまり入れ替わりがないことが要因となっている。臨床検査技師は、一定の入れ替えはあるが、募集すると他職種（薬剤師や診療放射線技師）と比較すると、応募者が来るため、困っていない。

薬剤師は調剤薬局と採用が競合しているのか。在籍している薬剤師はどのような経緯で就職してきたのか。

→その通り。募集をかけてもほぼ応募がない。最も採用が困難な職種である。薬剤科の他の職員からの紹介が最も多い。

薬剤師へのタスクシフトが看護師へのタスクシフトに代替されているという場合もあるのか。

→外来はあまりないが、病棟ではそのようなケースもなくはない。

<診療放射線技師>

- D1 は診療放射線技師というよりは、一部の医師に限っては医師事務作業補助者が実施している。
- D2 は対象外
- D3 は看護師が実施している。
- D4 は診療放射線技師が担当している。

<臨床検査技師>

- E1 は心臓・血管カテーテル検査は当院では実施していない。治療における直接侵襲を伴わない検査装置は心エコーを除いては、臨床検査技師が操作している。
- E2 は根本的なところは医師が実施して、補足的な説明等は看護師が実施しているため、臨床検査技師は関与していない。
- E3 は非常勤の病理医が実施している。

<臨床工学技士>

- F1、人工心肺はない。オペ室には臨床工学技士は入っていない。臨床工学技士は、日常の機材チェックを実施している。
- F2 は麻酔科医が実施している。
- F3 は看護師が実施している。
- F4 は医師と看護師が実施している。ただし、あまり対象患者がいないため該当なしに近い。

<理学療法士・作業療法士・言語聴覚士>

- G1/H1/I1 はそれぞれセラピストが実施している。

<医師事務作業補助者>

- J1 のカルテの代行入力は医師事務作業補助者が実施。画像の取りこみは放射線科からシステム上

データが送られてくる仕組みになっており自動化されている。カンファレンスや回診記録は、原則看護師が記載しているが、必要に応じて医師も記載することがある。手術記録・サマリーは医師が記載している。検査オーダーの代行入力も補助者がつく医師の場合は、医師事務作業補助者が実施。

医師全員に医師事務作業補助者をつけていないのはなぜか。

→診療科、患者数、医師の年齢に応じて配置の要否を判断している。患者数が多い場合、待ち時間のことを考えて配置している。診療科は整形外科と内科を中心に配置している。待ち時間を減らすことが主な目的となっている。

- 現在タスクシフトが行われていない業務のうち、今後タスクシフトを行ううえで支障になる点としては、すでに流れている業務フローの変更と、当院の場合、建物の構造がある。前者はタスクシフトの受け側の人員も潤沢でないこと。また、同意という行為に限って言えば物理的なスペースがないという問題もある。
- 看護師へのタスクシフトが徐々に行われている一方、病院建て替え時に外来診察室の構造を変えたことでその部分での看護師の負担が減った。業務量が増えたという不満の声はでていない。

タスクシフトが行われていない業務のうち、今後シフトすることを予定している業務はあるか。

→業務の構造・流れができており、看護師が担っている業務についても、シフトする他職種（臨床検査技師・診療放射線技師等）の人員が潤沢ではないため、現状うまくいかないところがある。物理的に説明のスペースがなく、外来で診療放射線技師が説明の同意を取る等は、現場から離れることになり、人間的に厳しい。臨床検査技師も同様に、現場から離れることになる。

現場から離れることになるとタスクシフトがかえって非効率になるということか。

→その通り。慣れもあると思うが、10年前に建て替えて、外来の場所に説明ブースを確保しているが、タスクシフトした場合、看護師の代わりに技師等がいくことになり、説明するスペースが確保できないため、人を充てなければならず、人員の確保が必要となる。

看護師が幅広い業務を担当しているように感じるが、医師から看護師へシフトした際は、負担感はないか。

→明確にシフトするきっかけがあった訳ではなく、日々の診療の中で看護師や事務員が担う業務が増えていく等、自然な流れの中で増えてきたという背景がある。

とはいえ看護師の業務が増えていった経緯で、看護師の業務が増えていったことに対する負担感はないか。

→何か障害があったという情報は入ってきていない。ただし、人員の問題はあったはずである。説明する時間をとられることはある。以前と違うのは、診察室に看護師がいる時間が短くなっている。以前は、医師の横に看護師がついていた。今は、診察室の中央に廊下があり、そこに看護師がいる。医師から呼ばれてから、すぐに対応できるようにかけ持ちして担当している。1対1で看護師がついているわけではないため、説明をする時間がとられることで、診察事態の補助は薄くなっていると感じる。

外来の診察室の後ろが通路で繋がっていて、専属ではなく各医師の求めに応じて対応するという認識か。

→その通り。例えば、3人の医師に対して、2名の看護師が対応するという体制である。

建物の構造によるものか。

→その通り。そのような構造にした。診療科もまたぐため、中央に通路がある。看護師はある程度、診療科が明確になっている。両側に診察室があり、片側は整形、片側は消化器等となっており、整形を担当する看護師、消化器を担当する看護師等、ある程度担当は分れているが、何かあった際は、お互い、カバーしている。

今後タスクシフトする見込みのある業務はあるか。

→特定看護師等、専門性を持った看護師の育成の話は今のところ進んでいない。看護部内でもそういった話が出ていない。

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。

- タスクシフトということに限定されないが、例えば認定看護師は分野によって近くで研修を受講することができず、近隣では何年後というものもある。いますぐに受けようとすれば他県に派遣し、その間病院を離れるし、住居等の支援、その間の給与等の支援が必要になる。そのうえでその人材がどのくらい定着してくれるかも定かでないことから、病院としては難しい判断を迫られる。

→研修の機会は積極的に与えているが、資格認定となると難しい。認定看護師は分野によっては、近隣では○年後ではないと取れないとか、今取る場合は、他県に行かなければならないという制約もある。数か月間、病院を離れてアパートを借り上げ、その間の給与も負担するとなると、費用的な負担にもなる。負担したとしても、どの程度その人材が定着するかもわからず、人材の見極め、費用負担、現場の人手不足へ配慮すると難しさを感じる。

近隣で受けられる研修がないということか。

→例えば褥瘡の認定看護師をとる場合、今取得しようとする他県に行かなければならず、複数の県で、順番で取得できる認定資格が回ってくると認識している。現在、当院では感染管理認定看護師の取得を進めていきたいと考えているが、来年度か再来年度、看護協会でも取得できるようで、近隣で受講させるかどうかで費用感が変わってくる。

そもそも専門資格を取得したいと考えている看護師が少ないように感じる。当院としては、将来を見据えて積極的に投資したいと考えている一方で、なかなか該当者がいない。感染に限って言えば、取得を望む者が少ない。当院として診療の幅を広げるために取得させたい分野と、本人たちが取得したい分野が合致すれば理想的だが、既に取得者が多い分野を希望することもあり悩んでいる。

来年度か再来年度、近隣でも取得できるとのことだが、恒久的に取得できるということなのか、順番で回ってきてその翌年度は取得できなくなるということなのか。

→後者と認識している。詳細は看護部長が認識しているが、恐らく学校との兼ね合いがあるのだと思う。認定看護師は分野が多く、それらを常に近隣で取得できることはなく、大都市部ではそのような体制になっていると思うが、なかなか当地では難しいと感じている。学校の指導体制にも課題があるのかもしれない。

原則、近隣で人材確保することを前提に模索しているようだが、他県から人材を採用することは困難か。

→もともと近隣に養成校がないため、全国の看護学校に対して募集を実施している。

養成校がない職種については、地域の出身者が大都市部に出て学んでいることも考えられ、Uターンすると考えている人材もいるのではないか。

→その通りと感じている。看護師をはじめ、その他の職種は自治体病院と大学病院への就職を希望する人材が多い。採用人数も多く、公立病院という性質もあり希望者が多いのではないかと。

民間病院故に採用難になっているのか。

→その要素もあると感じる。あとは給与差の課題もあるかもしれない。

公立病院と比較した際の給与差はどの程度か。

→具体的な水準差は分りかねるが、新卒で入職した際の大きな差はないと感じている。2022年度から当院でも人事制度を改定し、初任給を他院と比較しても遜色ない水準に引き上げるため、大きな差はなくなると感じている。その他、残業時間や有給の取りやすさ等、就業環境が多少異なる部分もあると感じる。

医師はどの様なルートで確保しているのか

→長年勤務してくれている医師が多い。紹介会社経由の入職や医師が直接申し込んでくることが多い。医師間の紹介で入職することは少ない。

職員が定着している印象があるが、地域性等もあるかもしれないが、何か工夫していることはあるのか。

→特段、工夫していることはない。看護師の定着率は決して高いわけではないが、医師の定着率は比較的高いと感じる。事務職もそれなりに定着している等、職種によって差がある。

院内では勉強会を開催しているのか。

→看護部では、ラダー教育を実施している。教育担当の看護師を1名配置して、レベルに応じた教育を実施している。経験年数でカリキュラムを組み、研修を実施している。

タスクシフトに絡めた研修は実施しているか。

→タスクシフトに特化した研修は現状、実施していない。

仮にタスクシフトする際は、看護師に限らず、明日からこれをやってねという感じで実施するということか。

→臨床検査技師等は技師会で、研修を受講しないと業務を実施してはいけないという制約を設けている。技師会を中心に動いている。院内で実施できているものはない。

アンケート調査でも、マニュアル作成や研修実施が未対応でもタスクシフトしている病院があることが確認できているため、珍しいケースとは考えていない。タスクシフトに絡めた研修は実施していないという認識で間違いはないか。

→ご認識の通りである。

その場合、院内で教育する側の時間確保等も問題になっていないのか。

→現状のラダー教育にリンクするところはあるが、タスクシフトが加わってくると時間の確保が必要になってくる。

タスクシフトに絡めた研修はやっていないということだが、ラダー教育の時間は、どの様な扱いになるのか。勤務時間扱いになるのか又は自己研鑽の時間として勤務時間扱いにはならないのか。

か。

→勤務時間内に実施している。

医師の人事評価を始めている中で、他の職種と連携を促したり、タスクシフトを促したりする様な評価の視点はあるか。

→そのような視点はない。

評価をする中で行動変容を感じる部分はあるか。

→平均年齢も高く、勤続年数も長い医師が多いため、行動変容を感じる部分は限定的。少しずつ促す様には意識しているが、院内での立場としては医師優位の状況もあり、かつ民間病院ということもあり、難しさがある。医師の要望に沿って業務のやり方等を作ってきた背景もある。2年前から少しずつ、イニシアティブをとるわけではないが、当院の経営状況への理解を促す機会としている。

医師によるやり方、型があるということか。

→そう感じている。医師によってもそうだが、診療科による違いや、同一の診療科内でも違いがある。長年、当院のやり方として医師に合わせてきてしまった背景があり、少しずつ、少なくとも診療科ごとにタスクシフトの方法も、やり方を合わせていくことを意識しなければならないと感じている。やり方が異なるとミスにも繋がりやすく、またタスクシフトするうえでも障害になっている。

タスクシフトを受ける側の看護師等のメンタリティが問題になることは多いが、医師側も自分たちがやるべきだと認識していて、任せられないと思っているところもあるのか。

→そう感じている。当院としては、医師事務作業補助者を入れたいと考えていても、医師が入らせてくれない場面もある。

(荒井) それでも回っているのであれば問題ないが、医師の超過勤務が問題になっていることはないか。

→全くない訳ではないが、日勤の超過勤務が問題になることは少ない。ただし、当直が問題になっているケースはある。

残業規制からの外的圧力は働かないということか。

→その通りである。

給与体系にもよるが、医師の超過勤務が増えることで人件費が高騰し、経営的な負担になっていることはないか。

→超過勤務については、原則は、オンコールで呼ばれた時間に対しては支給することになっているが、現状は医師の自己申告でオンコールではない時間を含めて超過勤務分を支給している。みなし残業制度を導入していたが、超過勤務分は全て上乘せして支給していた。今後は適正に運用する様、見直す予定。業務内容によって、みなし残業分を含めるかどうかの判断基準を設定し、医師に対して説明した。その説明文も渡しながら2022年度の契約更新を実施したが、現状、医師から異論が出ていないため、この体制で進める。

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
- ② リスク管理に係る問題
- ③ その他の問題

- 医師事務作業補助者2名の増員を検討しており、そのことを医師にも伝え、タスクシフトを意識してもらうようにしている。また、医師の働き方改革委員会の委員長には医師を充てている。
- 看護師のキャリアアップについては、看護師が望むキャリアアップと病院が求める内容がマッチしないケースがあり難しい。当院では感染症管理認定看護師を育成したいが、負う責任への負担感などもあるのか希望者がいない状況である。
- 当院では認定資格を取得することで、手当ではなく昇格要件とすることで、基本給のベースが上がるような制度となっている。今後、看護部でも同様の考え方で資格等を設定し、昇格要件とする様、法人内で検討している。

タスクシフトをすることで、何か課題になることはあるか。

→医師事務作業所者の2名増員を検討している。診療報酬にも反映されているが、それだけではカバーできないため、医師にもタスクシフトを意識してもらうためには人的投資しなければならない。来年度の目標に、2名増員を掲げていて医師にも認識してもらっている。医師の働き方改革にも取り組んでいることをアピールしていきたいと考えている。医局から、医師の働き方改革委員会の委員長を選出している。当直を含めた働き方改革を進めていく。少し遅れている部分がある。

人員を確保することは理解できるが、看護師が認定資格を取得し、業務が拡大された場合は、手当を支給する等して評価しているのか。

→現状、手当は支給していない。

看護師の個人的な能力アップ意欲に依存しているということか。具体的な動機付け要因があるわけではないのか。

→その通りである。

志の高い看護師が多くいる場合は問題ないが、認定看護師を増やしていくという観点からは、手当を出してまでは増やしていく方針ではないのか、余裕があれば手当を出して増やしていきたいのかどの様な方向か。

→先ほど申し上げた通り、感染管理認定看護師については、院内で行ってみたいと考えている看護師がいない。それは手当がないことが原因となっていることも考えられる。責任の重さと比例した手当を支給しないと難しいかなとは感じている。ここ1、2年、看護部の職員に声をかけているが、誰でもいいというのではなく、この人材に任せたいという思いで声をかけている。

お声がけされた際に、どの様な理由で断られるのか。処遇や責任との見合いが理由となっているのか。

→処遇と責任半々だと思うが、どちらかという責任の方が大きいと感じる。プレッシャーやコロナ下における感染管理者の業務量の多さ・求められる知識量等はこと感染症に限っては多いと認識している。先ほどの資格取得支援の部分について、他職種では認定資格を取得する

ことで、手当ではなく昇格要件とすることで、基本給のベースが上がるような制度となっている。今後、看護部でも同様の考え方で資格等を設定し、昇格要件とする様、法人内で検討している。

昇格となるためには、認定資格だけではなく他の要件も設定しているのか。

→研修等、いくつかの要件を設定して、ポイント制とすることで、一定以上のポイントを取得することで上位の等級へ昇格することができる仕組みとなっている。

感染管理認定看護師だけに期待して設計しているわけではないのか。

→そこだけに特化することはできないため、幅広く様々な分野を取り入れている。

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。

(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。

- 院内の委員会を通じて、職種間の相互理解を醸成したい。当院では看護師や他職種の残業が比較的多く、医師の働き方改革だけに注力するのではなく、全体のバランスをみて進めていきたい。
- 外部要因でもあるが、医師については当直が問題となっている。当院の医師の高齢化も進み、輪番日の当直を下りたいという医師が増えている。当院は輪番病院を地域のいくつかの病院のうち1日あたり2病院が担当しているが、当院は年間で相当な日数を担当している。近隣病院も働き方改革を進める中で輪番のやりくりが難しくなっていると聞く。

委員会を立ち上げて、そこから医師の理解を得ていくのが重要になるのか。

→その通りと感じている。当院の現状からして看護師や他職種も残業が比較的多い一方で、医師は残業時間が少なく、帰るのが早い。もちろん定時であるのが理想で体力的に、オンコール対応に備える等の背景もあると思うが、どれだけ相互理解を得られるかが重要。今後、委員会を進めることになるが、どこから手を付けていくべきか悩んでいる。医師の働き方改革だけに注力してしまうのではなく、全体のバランスを見ていく必要がある。業界としては、医師の残業時間を是正することが目的で進んでいるが、当院は当直を除いてはある程度、定時で帰れているため、バランスが重要となる。当院では現状当直がネックになっている。

当直の課題とはどのような内容か。

→医師の高齢化が進んでいるため、輪番日の当直を降りたいと申し出る医師が毎年1名ずつ程度増えてきている。また、当院がある地区では、輪番病院を1日2病院が担当しているが、その内、当院が、年間相当な日数を当院が担当している。他の病院は規模や機能が違うため、輪番日数が少なくなっている。どの病院も働き方改革の中で輪番のやりくりが難しくなっているようだ。地域の中で輪番を1病院にすることも検討しているが、地域の救急体制に対応できるのかを踏まえて考えなければならない。これを踏まえないと当直問題を解決できない。患者の高齢化だけではなく、職員の高齢化にも配慮しなければならない。現在、院長が率先して当直を担当しており、1人に依存している状態で、かなり負担がかかっている。

(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。

- 近隣に公立病院がないため、行政からのサポートがない。金銭面も含めたサポートをいただけるとありがたい。

→近隣に、公立病院がないため、行政からのサポートはない。金銭的なサポートがあればありがたいが、サポートの可能性は低い。

確保が困難な薬剤師等を、行政側から派遣してもらう等の制度的なものを期待することはできるか。

→考えたことがなかった。行政のサポートを使ってというのは想像していなかったが、相談する余地があるか検討してみたい。

タスクシフトに関するインタビュー記録 (I 病院)

日時	2022年3月29日 14:30～15:30
病院概要	地域：近畿
	開設者：医療法人
	病床種類・規模：一般・療養、300床規模
インタビュー対象者	事務統括、総務課長、総務課職員
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3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。

- 2017年に当院看護師が感染管理認定看護師の資格を取得し、感染防止対策加算1を算定できるようになっている。
- 特定行為研修を受講した看護師がいる。
- 法人として、職員の採用業務は本部の職掌となっている。各施設の事務部は、各施設の現場から上がってくる採用の希望を集約して本部に適宜提出している。各病院では決定権はない。
- 現在採用しようとしているのはメディカルクラーク、外来トリアージ（検温、問診等）を担当する入館受付スタッフ。コロナ禍において一過性とはいえ入館時に外来トリアージをしているのでそれを担当しているスタッフを募集している。
- メディカルクラークは外来での医師の補助的にPC操作であるとか診療の補助をするスタッフが慢性的に不足している。
- 薬剤師の採用も今も厳しいと聞いている。どうしても当直業務があるため、比較的女性が多い職種であることもあり、なかなか当直があるというこという業務に集まってくれないようなところはある。調剤薬局の給与水準は正確に把握していないが、薬剤師の資格を持っていると時給2,500円という話は聞いたことがある（注：2,500円×7時間×20日とすると35万円）

今のお話だとメディカルクラークへの医師業務のタスクシフトは積極的に進めたいのだけでも、十分な人材を確保できないので、タスクシフトは進められないということか。

→そのとおり。募集をかけているがなかなか人は集まらない状況。

近隣病院の状況はどうか。地域的にそういう特性か。よく言われるのは全国的に薬剤師の採用が難しいといわれる。

→感覚的にいうと、コロナ禍になってから、そもそも病院で勤めたいという人が減っているように感じる。特にメディカルクラークについては、感染のリスクがあると思う。病院で勤務することについて、病院以外で働いている方には、病院は怖いというイメージがある。コロナ禍でマスコミに病院の殺伐とした雰囲気や報道されたりしている。

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。

- (1) 具体的にどの業務が該当するか、教えてください。

- 教育研修費としては病院内で一人当たりの予算を決めていて、各部署から申請があればその範囲内で病院が支援している。
- 奨学金制度があり対象職種は、看護師、作業療法士、言語聴覚士。
- Eラーニングを導入しており、ここ2年くらいそれぞれのPCで受講している（院内感染、医療安全）。業務の合間に受講するシステムになっていて、業務時間の扱いになっている。
- 院内での共通するコンテンツは自宅のPCでは視聴できないようになっている。医師や看護師が個別に各専門領域の研修を受講する際などは別。

Eラーニングの教材はどなたが作っているのか。

→担当領域に従事する専門の医師、看護師の場合もあるし、特定分野に精通した外部業者の提供する教材を使用することもある。終了後は習熟度を測るテストがあり、水準に満たない場合は再度勉強するようになっている。

感覚的には、自院で作成する教材と、外部から購入する教材はどちらが多いか。

→院内で作成する教材のほうが多いと感じている。

その教材作成は業務時間中に実施しているのか。

→教材作成は業務と位置付けているのでそのとおり。

研修によって他の地域で受講しなければならないものはあるか。

→医師が学会等で大都市に出張研修を受講する報告書は確認している。各部門が研修の承認している。統計はとっていないものの、体感的にはよく研修を受講しているという印象はある。職種としては医師、看護師、リハビリ系の技師が多い感じ。

法人内での合同研修はあるか。

→行っている。ただ、合同といっても、どちらかという当院から他の法人内施設に講師として派遣するケースが多い。当院に集まって行う研修も多い。

(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

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)。

- 医師の働き方改革については、現在病院としては、医師の院外での勤務状態も踏まえた総労働時間の把握に着手しているところ。把握した内容を踏まえて今後どの業務をタスクシフトするかなどの議論が活発化すると思われる。

貴法人の体制として人材採用は本部で行うということだが、経営上の採算責任も法人が負っているのか。病院側には損益面の経営責任があるか。

→法人側ではそこまでではないだろうが。やはり現場責任が大きいと思っている。具体的に責任を問われたということは聞いたことはないが、病院側からの要望に応じて法人として採用し、病院はその責任を負って成果を出す必要はあるが、成果がでなかったからといって厳しく責任を問われるということはあまりないが、運営に関して指導が入ることはあるかもしれない。

医師事務作業補助者を採用した病院側として、経営状況が悪化した場合どう評価されるか。

→採用したからには成果を出すという使命感は持っている。我々（病院側）の要望を聞いてもらえたことに応えたい。

採用計画はどのように立てているか。

→常にどの部署でどういった人材、人数を把握していて、まず院内での異動、配置転換し、それでも人が足りないときに採用希望を法人に上げることになる。

法人内の人事異動があるか。

→各事業所の要望があれば、年に1回1名くらいの異動がある。

地理的に大学が近く、あくまで推測だが医師の派遣を受けやすく、タスクシフトについてそこまで切迫をしていないという診療科間での温度差などはあるか。

いまの質問は、医師がたくさん来てくれるのでタスクシフトをしなくても、医師の残業規制にかからないから問題ないという意味ではないか。医師の労働時間は2024年からの労働時間規制にかかりそうな医師はいるか。超過勤務がものすごく長い医師はいるか。

→院内ではテーマとして認識はしている。おそらく一部の医師に関して問題は起きているように思う。

世間ではこの労働時間をクリアするためにタスクシフトを検討しているが、貴院ではそのような感じではないということか。

→医師のタスクシフトというよりも、医師は休みの日に当院以外にも勤務していたりする。そういうところをきっちりまず把握していくところが、医師の労働時間短縮の糸口が見えるのではないかなと思っている。

ということは、各医師の総労働時間（他院の勤務も含めた）を把握している段階か。

→まだ全部はできていないが、着手している段階。

実態を把握したらこれからタスクシフトの話題が出てくるとということか。

→そういうことになると思う。

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。

- 医師の確保については、当院は創設以来の大学との関係が続いている。最終的に医局を離れて当院に着任する医師もいるが、若い医師は定期的にローテーションしている。医師は半数近くは医局を離れてある程度お年を召している先生、当院の部長クラスになるともう大学に戻られないという感じに見受けられる。
- いまのところ大学側のローテーションには変わりはないと聞いている。

(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。

- 研修受講の観点でいうと、近隣だけでは完結せず、大半が都市部に行く研修が多い。ただ、都市部といっても日常的な生活圏でもあり、そのことによって研修をあきらめるかということこそまでではない。

研修を受けたくても、研修によって定員、枠があって受けられないケースを聞くが、貴院ではどうか。

→コロナ禍で余計に人数制限が設けられている研修もあるが、研修内容によっては、1事業所何名までといわれることが多い。近隣のほかの病院も申し込むので、当院内でも人数が限られたり、他の病院との調整でということもあり、今回参加はできなかつたとお知らせしても、その状況に対して不満の声は総務までは届いていない。

日々の生活圏がショッピング、観光で出かけるのは日常だから、片道1時間程度で特別遠いという感覚はないと思う。距離によって研修をあきらめるということにはなっていない。

タスクシフトに関するインタビュー記録 (J 病院)

日時	2022年3月31日 19:00～20:10
病院概要	地域：中部
	開設者：私立学校法人
	病床種類・規模：一般、300床規模
インタビュー対象者	放射線部主任
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

- 同一法人の病院間で、なるべくモダリティも統一していこうという方針がある。拠点ごとの病院を“部署”として位置付けるような方向性になっている。

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。

- D1：行っていない。オーダーはノータッチ。

→よくあるのが整形で左右間違いがよくある。そこで撮影が止まってしまい、予備入れた患者さんに聞くと左右間違い。オーダーが修正できないので本当はこちらでしたいと思う。医師に左右違いうと指摘すると、外部の病院（その医師のバイト先の病院）では技師さんが対応してくれるのと言われることがある。そういうことを何度か言われたことがある。結構待たされることがある。待ち時間があまりにも長いと一度患者さんを検査室から出ていただくことになる。技師同士でもオーダーの修正やある程度入力代行できるという話題になっている。当院の副部長はこれやれるといいよねとよく言っている。

左右間違いが一番多いケース、近い部位（足首が痛いと言っているがオーダーが膝）での違いは、診療の見立てと検査室での患者さんとのやり取りでの相違がある。こういった際に代行して修正できるようになると技師側もスムーズにいくと思う。検査室で、医師の診断と違うことを患者が訴える（リクエストする）ケースがある。そういう場合は医師に確認することになる。

- D2：○×でいうと△となる。当院はジェネラリスト（なんでもできる）の技師を目指していて、20数名だからできることもあるかもしれないが、固定ではなくてアンギオ、CTとまわしている。血管造影を担当できるメンバーも10数名いるが、技量の差はどうしても出てしまう。補助にどこまで手を出せるかは経験年数にも左右される部分がある。

医師からの不満は出てこないか？ある程度教育的な要素もあるから、医師からはある程度許容されている？

→若い技師がなかなか入っていけないということがあると、今日は込み入った検査なのでちょっと上の技師さんついてくれると医師から言われることもある。厳しめの新人を充てられない

検査には匙加減は主任が調整している。

固定とローテーションはどちらが一般的か
 →病院によっていろいろだと思う。

ある病院ではローテーションでまわっているが、その中でもジェネラリストとスペシャリストが自然と別れてきて、だいたい一人3つ程度のモダリティを担当している。主任になるとある程度固定して動かない。

診療放射線技師さんの育成については、なんでもできたほうが世間的に通用するという背景があるのか？
 →当院は夜勤1名。夜中のMR Iも夜勤者は行うことがある。急性脳梗塞のMR I検査、脊損など緊急性が高いものは対応できたほうが良いということで、担当者と呼ぶ前にできるようにしている。日々行っていないと、いざ夜勤になっても対応できない。心カテ、脳アンギオや心筋梗塞などある程度迅速に対応できるよう、日々のローテーションに入れている。

大学病院だと人材多い。民間病院の二次・三次救急だと人数は少ないだろう。そういう意味ではどこの病院でもなんとかなるためにはジェネラリストになっておく必要がある？
 転職が少ないとすると中途採用が難しい職種といえるのか。技師さんが若手から育成するキャリアパスが多いのか。
 →中途採用もある。明日4月1日から本院に数名入職する。入職したら分からないところはどうしてもある。使う機械、メーカーによって使い方が異なるので一から覚えるところもある。新人教育と同じように中途採用に対しても教育を行っている。

タスクシフトとして医師から診療放射線技師へシフトする場合、技師の負荷が増えるので、その際に補充できる中途採用がしやすいのかどうかという趣旨で確認した。

- D3：説明は医師が行っている。当院では特にCTの造影、血管造影の同意書は患者の入室時に看護師が同意書の受領等を行っている。技師は受領していない。技師としては同意書や説明のチェックは電子カルテ上でもできる。事前に同意書が用意されているかどうかは前日までに技師が画面上で確認している。実際に検査が始まる際に、具体的に患者に造影剤の副作用、刺激等の説明は検査の質の観点から行っている。
- D4：行っている。
- 他の職種についてはタスクシフトが全般的に進んでいる。
- 看護師に関してはA1～A5とも全部行っている。医師事務作業補助者も掲載されている業務はすべて行っているとのこと。

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)。

- 当院では前向きに告示研修を受ける方向で進めている。実際の研修は、新型コロナの影響で受けられないようだ。準備としては、講習を受けるまでにEラーニングの受講を進めている。講習会も開催されても定員があったりする。

- 法人としては、実際の講習会の費用（交通費は対象外）を負担する方向で調整している。その方針が決定するまでは申し込みをしないように言われている。
- 前回、講習会は定員があり受けられないこともあった。コロナの感染対策のため、定員が減っていることもあるようだ。病院の立地としては、講習会に行くこと自体に問題はない。

Eラーニングの受講を進めているということだが、業務時間内で行っているか。

→時間外で受講している。手当もつかない。

講習に行くことになった場合は、費用は病院負担ということだが、日時は休日や有休をとって行くことになるのか。

→以前の講習会は土日開催だった。交通費自己負担で、出張扱いにもならない。

院内の研修受講も自己研鑽扱いか？

→院内で研修がある場合は業務時間内なので業務の一環として人件費が支払われている。外部講習は自己研鑽的扱いになる。通常の学会や研修はほぼ出ない。技師会や大きな学会等は、事前に予算申請を出しているのので学会発表者を含めて1～2名の予算は確保している。

さきほどの全モダリティの技術習得を目指しているということだったが、教える側の時間、教えられる側の時間は負担になっているか。

→問題なく、徐々には行っている。当院は業務をバリバリ行えるのは8割くらい。

(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

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

- 当院に関しては明日4月1日で1名採用となるが、毎年1名程度の採用が標準的な採用数となっており、採用状況としては特に問題はない。

日本全体で見たときに診療放射線技師の供給状況はどうか。

→当地方では就職難というのは感じられない。

まだ売り手が優位な状況ということですね。楽そうな職場が選ばれてしまうということですね。

- 改めてのタスクシフトということではなくて、技師のキャリアアップの一環として学んでいってもらっている。医師ニーズもある。
- 残業は問題になるほどは多くはない。モダリティのローテーションがあることによって特定の検査による残業が偏ることはないようになると思う。

D2の補助行為に関しては、なるべく手伝いをやらせるようにはしている。タスクシフトという

言葉がちらほら聞こえてきたころから、意識はしてきた。その声が聞こえる前から心カテの検査になると医師が夜中に集まってくるまでにある程度材料を出すのを手伝う、患者さんが運ばれてきたらある程度の検査の準備の段階までなるべくやってあげたい、という心境。一刻を争う検査でもあるので、できないからじっと見ているというのは職業柄歯がゆいと思う。緊急で心臓マッサージ（胸骨圧迫）しながら検査することもある。やったことないからできませんではなく、ある程度見よう見まねで手伝わせたこともある。経験しないとできないことも多いので、補助行為をやってもらうように指導している。

医師の顔ぶれが変わると、どンドン（技師にも）中に入ってきてよと言われることがある。若い技師は、やったことがない検査は怖いというものもある。

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。

（2） 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。

- 院内での職種間の話し合いが大事だと思う。決められたタスクシフト項目の視点に加えて、日々の業務の状況を聞くことで双方が手伝えるところなどの気づきがある。
- 職種間で座談会（率直な意見の言い合い）を開いている。もともとは女性医師が旗振りをして、女性医師を集めてお茶会のような感じで始まった。タスクシフトという観点ではないが、各職種が困っていることや時間がかかっていることを話している。看護部は離職率をなんとかしたいという思いを持っていて、働きやすい環境を作りたいということは考えているようだ。

（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。

- 外部研修は病院の事情にあわせて開催されるわけではないので、定員や開催時期によってうまくかみ合わないこともあり難しい。