

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

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

研究要旨

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

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

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

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

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

A. 研究目的

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

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

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

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

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

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

B. 研究方法

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

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

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

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

(倫理面への配慮)

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

C. 研究結果

(1)タスクシフトの実施状況

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

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

(2)タスクシフトに向けた影響要因

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

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

D. 考察

(1)タスクシフトの実施・推進に向けた人的リソースに関する要因

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

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

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

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

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

(2) タスクシフト実施・推進に向けた社会的なサポートに関する要因

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

最初にシフトの前提となる業務の標準化・

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

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

すい」(A 病院)との要望が確認されている。

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

E. 結論

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

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

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

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

表1 インタビュー実施状況

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

表2 シフト状況

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

表3 教育研修・経営上の負荷の状況

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

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

資料 1

タスクシフトに関するインタビュー（質問票）

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

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

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

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

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

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

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

① 人的資源に係る問題

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

② リスク管理に係る問題

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

③ その他の問題

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

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

(参考) 困難業務一覧

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

タスクシフトに関するインタビュー要旨（A 病院）

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

病院の概要等

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

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

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

→出身大学の違いによる不具合もある。

*** それは医療のやり方や学んできた内容の違いによるものか。**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

○ 看護師

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

○ 助産師：B 1・B 2も実施している。

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

*** 薬剤師を何名増員したか。**

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

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

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

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

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

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

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

○ 療法士：G 1・H 1・I 1はそれぞれセラピストが対応している。

○ 医師事務作業補助者：J 1は行っている。

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

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

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

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

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

→その通りである。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*** 研修をする医師が負担を感じることはないか。**

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

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

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

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

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

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

*** 医師の労働時間はどうなっているのか。**

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

*** 月100時間を超えている医師は何名程度か。**

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

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

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

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

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

*** 自動検知の場合、医師の抵抗も少ないのか。**

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

*** 敢えてコストをかけたのは、医師の負担軽減や正確性を期すためか。**

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

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

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

*** 働き方改革を進めたことによって最もコストがかかったのは何か。**

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

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

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

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

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

*** 具体的にあがってきた業務はあるか。**

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

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

*** IT機器の活用は検討しているか。**

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

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

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

*** 例えば勤怠管理もそれに該当すると思う。**

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

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

*** 教育研修は重要か。**

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

*** 日本看護協会の様な教育体制がイメージに近いか。**

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

タスクシフトに関するインタビュー要旨（B病院）

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

病院の概要等

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

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

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

*** 看護師さんやリハ職の労働時間はいかがでしょうか。**

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

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

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

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

→さようでございます。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*** 看護師さんはちなみにも何人ぐらいいらっしゃると。**

→シフトチェンジまで入れたとすればやはり最低でも5名です。

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

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

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

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

*** A3は処置がないという理解でよろしいでしょうか。**

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

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

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

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

*** E 1は非該当ということでよろしいでしょうか。**

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

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

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

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

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

*** 項目を分けて、医師が書けるころは書く。**

→はい。

*** 説明と書類交付は完全に医師がされている。**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

→個々の医師からということが当院では多いと思います。

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

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

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

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

***タスクを受ける方々の人事的な何か処遇はありますか。**

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

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

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

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

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

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

→当院の強みとしてはですね、やはりグループ病院や事業所がありますので、どこかの事業所に、それこそ研修内容の専門の例えば看護師やエキスパートの方がいらっしゃれば、その職員を内部講師として、やることは非常に多いです。それ以外でも、院外の講師、時には県外から招いて研修をすることもコロナ禍前はよくありました。研修には非常にグループとして力を入れてます。

*** 看護ですと特に外部の看護協会の研修が多かったりするかと思うんですけども、地域によっては近くで受講できなかつたりする場合があります。ある病院のインタビューで、診療報酬の算定に必要な研修会を受けるのに1年待ったといった事例がありました。こちらは県庁所在地に近いというのあって、特に不便に感じられたことはないでしょうか。**

→そうですね、研修自体で困るようなことはあまりありません。コロナ禍で研修自体も動画で受けられるようになりました。これまでは年1回東京でしかありませんよといったこともあり、実際に医師に学会などで実際に行ってもらったりしていました。なので、それで困ったっていうのは私の経験上では今まではないですね。

*** 元々困ってはなかったうえに、さらに医師も学会参加をオンラインで済ませられるようになったという感じですかね。**

→参加しやすくなりました。

*** 研修費や旅費は減りましたか。**

→そうですね、やはり研修費に関してはコロナ禍になってからだいぶ減りました。ただ一方、収入自体も減っていますから、そこはもう経費が減るということは非常に良かったかなと思います。

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

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

- 医師がカルテに記入する時間について、これを音声入力にして自動的にカルテに転送等出来るようになれば良いが、費用面からはかなり難しいと考えている。ここが効率化できれば医師にはさらに余裕ができると思う。
- 勤怠管理としては、医師の院外での勤務時間の把握を開始している。医師の自己申告にもとづきやんわりといか把握できていない。

*** タスクシフトに関連して院外からの必要なサポートについて、お尋ねできればと思います。以前お聞きしたところだと、勤怠管理システムを入れるのが結構大変なので、そういうところに国の補助があったらいいといったご意見もありました。**

→もちろん、今もそういう機能はあるとは思いますが、例えば医師がカルテを書く時間はどうしても必要になってくるわけで、そこを音声認識で自動的にカルテに転用、転送、引用されるような仕組みが確かあると思うのですが、やはり導入費用がかかってきますので、医師はまたさらに時間に余裕ができるのかなと思ったりしますね。

*** 音声認識は、話し方をきちんとしないと拾ってくれなかったりするみたいですね、まだ今の段階では。**

→そうなんです、そうすると結局その音声認識が正しいのかをダブルチェックしないといけなわけで、そうすると、その時間が短縮するのかもしれないけど今以上に時間がかかってしまうかもしれないという心配はありますよね。

*** 勤怠管理はどのようにされてらっしゃるのでしょうか。**

→来年、再来年から医師の残業規制の厳格適用される見込みですので、それこそ今月から試行的に医師にもタイムカードを導入して、実際の勤務時間がどの程度あるのかを把握をし始めた状況です。

*** 紙のタイムカードでしょうか。**

→SuicaのようなICカードを出勤時、退勤時にピッとやっていただくかたちです。

*** 病院にいる時間を把握できるということですかね。**

→そうです。出勤して院内にいる時間っていうのがそれで把握できますね。

*** 医師の勉強時間と勤務時間の区別は考えてらっしゃいますか。**

→基本的に当院はですね、医師が定時になったらさっさ帰るので、病院に残って自己研鑽する医師は誰ひとりおりませんので大丈夫だと思います。

*** むしろ、もし外でバイトされてらっしゃったらその時間の把握と管理ということですかね。**

→そうですね、そちらが大きな課題で、医師が他の医療機関でアルバイトしていることはやんわりとは把握しているのですが、具体的な勤務先や勤務時間はどの管理もしていません。あくまで自己申告です。先生自身が言ってこなければ私どもとしては、バイトはしてませんということになると思うのですが。ただ実際、バイトをしていると言ってきた場合には、その時間も含めて、あとは相手先の医療機関さんが当直許可をもらっているのか、それによっても管理が変わってくると思いますので、この1～2年の非常に大きな問題だなと思っています。

タスクシフトに関するインタビュー要旨（C病院）

日時	2023年1月13日 13:00～14:00
病院概要	地域：関東 開設者：医療法人 病床規模・種類：500床規模、一般
対象者	法人事務局事務局長、病院事務長、クリニック事務長
インタビュアー	一橋大学大学院経営管理研究科 荒井 耕 教授 金沢大学 人間社会研究域 経済学経営学系 阪口 博政 准教授 株式会社川原経営総合センター 担当者2名

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

- 医師の残業時間は問題になっていないものの、外来が忙しく12:30に終了するところ13時過ぎになることが常態化している。医師からは、患者一人にかかる時間をもっと取りたいなどの要望は上がってきている。ただ、医師の残業時間が発生していないので、病院として切迫感があるわけではない。
- 具体的には、インフルエンザなどの予防接種、コロナワクチン接種なども医師が行っている。
- 一方、看護師側はタスクシフトには積極的ではない。業務量によって人員を規定しているので、これ以上業務を増やしてほしくないという反発がある。

→できているのが、A3、A4、C5、D1、D4、G1、それ以外はできていないか、該当なしです。もともとその職種がやっているというものが多いです。

*** この中でシフトした業務はありますか。**

→シフトしたというのはあまりないですね。

*** できていない、もしくは該当なしとおっしゃいましたが、やろうと思ったができていない業務があれば教えていただけますか。**

→当院の業務がはっきり分かれてしまっているんです。これは医師、これは看護師と別れていて、医師の負担がなかなか減らせていないです。これはいずれ看護師がやっ払いこうという風にはあまり現状になっていない。（看護師側も）これは医師がやることでしょと分かれています。看護師が不足しているというのもあるのですが。

*** 医師の負担は減らしたいと考えていらっしゃるのでしょうか。**

→そうですね。あえて言えば、事務の部分、J1ですか。医師事務作業補助の研修に行った事務職もいますし、その部分を事務の方で補助できればなど感じでは動いています。

*** 医師の業務負荷とおっしゃるのは、例えば残業時間はいかがでしょうか。**

→残業まではそれほどになっていない。日中の業務の多さがありますね。なので、外来が忙しくて、外来を少し外してもらいたい、フリーな時間を作ってもらいたいと医師からの要望が来ている。

*** 理想的には、看護師にシフトしたい事情があるが、歴史的に業務が分かれていて進めにくい状況でしょうか。**

→そうですね。

*** 看護師から反発があるのでしょうか。**

→反発に近いものはあります。これ以上業務を増やさないと、あまり柔軟ではないです。

*** タスクシフトの方針は、院内でどのようなご議論をされて決定されているのでしょうか。**

→その都度、ここまでは医師、看護師と月に1回程度病院の会議で話題には出ます。ただ、実際には思うように進まない状況です。

*** それはほかの職種からの抵抗感でしょうか。**

→改めて医師からのタスクシフトをメインにした会議をしたことがないので、また改めてしてみようかなとは思っています。

*** 今のところ月1回の病院の会議に議題になっているということでしょうか。**

→世の中として医師の業務をシフトするようになってきているんだよという理解も全体的に乏しいです。これは医師がやることという昔からの固定観念が強くて移行が難しいです。

*** 今後の見通しはいかがでしょうか。**

→見通しはありますが、看護師なり人を増員していかないと受け入れてもらうのは難しいと思います。

*** 事務局からご覧になって、メンタリティとしての反発だけでなく、実際に人員が足りていないというご理解でしょうか。**

→実際の人員基準的には余裕があると思っはいますが、カルテも電子化されていないですし、現場の看護師さんたちには日々の業務が多く感じているのでしょうね。決して、経営的に人が少ないとは思っていません。なので、徐々に一つずつオセロのように黒を白にしていくような形でもっていきしかないです。

*** 医師の側からは、移管したい業務を言ってきますか。**

→それはもう日々あります。これは看護師さんにやってもらいたいと。予防接種ひとつとっても、インフルエンザもコロナワクチンも一般の予防接種も医師がやっているんですね。これはもう少し看護師に移行してもらえると、もう少し医師が患者数も多く診られるのではないかと思います。

*** 今回の調査の前提としては医師の労働時間が超過しているという大前提があるので、そういう病院ですと、トップのリーダーシップのもとにタスクシフトを進めると思うのですが、今聞いたところだと、現場の医師としての希望はあるのだけど、トップ層として自らリーダーシップをとって積極的に推進するという段階にはなっていない。その背景として、医師の超過勤務時間の問題は無いという前提があると思うのですが、その理解で良いでしょうか。**

→そうですね。そこまではなっていない。

*** 現場の声があり、進めたいと思っているが進んでいないというのが概況でしょうか。**

→そうですね。

*** 看護師の残業はどのくらいでしょうか。**

→外来ですと月10時間、病棟は月2～3時間。なのでそこまで多い状況ではないです。

*** 業務量的にはどうにもならないという感じではないのですね。医師が残業しているわけではなく、こなせているという状況の中で、その中で医師から看護師に業務を動かしたいというのは何か理由はあるのでしょうか。**

→外来が忙しくて、患者をさばくようになってしまっている。本来12:30で終わりなのですが、1時になったり、1時過ぎになったりするので、一人ひとりの患者にもう少し時間をかけたいと

いう医師の意向があります。

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

- タスクシフトのための特段の教育研修は行っていない。
- 人数が少ない職種の研修参加は、日常業務に支障を来すことになるが、臨床工学技士は個人的なツテによって穴埋めできるようになっている。

*** 職員からこういった研修を受けたいという声が出ることはありますかでしょうか。**

→日々の業務が目まぐるしい状況なので、なかなか研修に行きたいというモチベーションにはなっていないと思います。

*** 人数が少ない職種の職員の職歴はいかがでしょうか。**

→浅い方が多いです。薬剤師は1年名、放射線技師は長いのですが定年で再雇用の方です。臨床工学技士はまだ若くてばりばり勉強したいという方ではあるのですが。

*** 研修を支援する制度や規定はありますかでしょうか。**

→希望があれば積極的に、透析の技師さんは外部研修の機会は多少ありますけども、希望があれば積極的に進めてはおります。

*** 人材の採用面は状況いかがでしょうか。**

→採用面ではそれほど困ってはいないです。

*** 医師はどちらからいらっしゃっていますでしょうか。**

→紹介会社経由が多いです。かなり勤続が長い医師が多いです。ほかの職種もそうです。看護師もあまり退職はないです。

*** 定着している理由は何でしょうか。**

→それほど残業もなく、自分の時間が取れるというところが多いです。あまり積極的な先進医療をやっている訳ではないので、勉強したいという人よりも、自分の時間を取りたい人が長く続いている状況です。

*** 人数が少ない職種があると思うのですが、こうした方々が研修に行かれる場合は、病院の業務の兼ね合いはどうなっているのか教えてください。休みの日に行ってもらっているのか、有休にして残った人でまわしているなど。**

→行きやすさはそれほどないと思うのですが、臨床工学技士などはツテで知り合いの技師がいるもので、休みをあらかじめ入れておけば、その方に頼んで穴埋めして、研修や学会に行くことはできます。

*** あらかじめ分かっているのであれば、穴埋めは想定できるので病院としてはそれでよしとしているということですね。ちなみに、臨床工学技士が行かれている研修は、出張扱いですか。有休扱いでしょうか。**

→出張扱いです。

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

- 現状ではタスクシフトを進める状況になっていないが、仮に進んだ場合の処遇の考え方については、仕事が増えるごとに手当をつけるということは考えにくい。業務量が増えれば、その分人員を追加採用する対応になると思う。現在当院で支給しているオペ室での看護師の立ち合いに対する危険手当のようにリスクがあると認識できるものについては、手当での対応も考え得る。
- 人ありきで考えることが多いので、例えば人員増と業務効率化との抱き合わせでタスクシフトを進めれば受け入れてもらえる可能性はある。
- 当院の場合、物理的な建物の構造の問題がある。調剤室は2名が勤務できる広さがなく、1名の状態が10数年続いている。

***タスクシフトを進めるとして、あえて言いますと、医師がワクチン接種などに時間を取られていることで、それを看護師にやっていただければ、医師にもっと付加価値の高い仕事をしてもらえるといえますでしょうか。**

→はい。診察自体に時間をかけてもらえれば、例えば定期的な検査を入れるなど、ゆっくり診察に時間をかけさせてあげたいというのはあります。そうしないと、例えばレントゲンの指示出すにしても、もう一度レントゲンを撮ってから診察したりするので、検査もなかなか出してもらえないという状況もあるので、本来であれば看護師ができることは看護師にやってもらいたいなという区分けをもうちょっと協力しあっていければいいなと思っている。

***移管先の職種の人員確保や手当をつけるなど、そういった問題がある病院が多いのですが、今後タスクシフトを進めるにあたって障害になりそうでしょうか。**

→仕事ひとつ増えるごとに都度手当増やすときりがないので、例えばですけど、コロナの検査を医師がするのか、看護師がするのかというとき、看護師が検査したら一回いくら、発熱外来ひとりみたら一回いくらとやっている、当法人の医療機関もあります。全部が全部このようにはやりきれないので、仕事を増やして追い付かなくなれば、人を増やすという対応が現実的に考えられるところですよ。

***もし看護師にタスクシフトをすることで、時間的な問題だけではなくて、いままで医師がやっていた業務を看護師が行うことで、リスクが増すと看護師が感じることはありますよね。よりリスクが高いことを任せられるのだから、手当はないのかといわれる可能性もありますが、どうお考えでしょうか。**

→当院で出している一つの例として、オペ室に入ってレントゲンを撮ったりするときに立ち会ってもらったときに、看護師に危険手当を出している時間帯もあります。そういうリスクに関しては、常識の範囲内で対応しています。

***そういう意味ではタスクシフトの種類によっては、リスクを想定した手当のようなものがあるということですね。**

→そうですね。

***今後タスクシフトを進めていく上では、仕事が増えたということだけでは手当は難しく、どちらかといえば人員増で対応するという方向性ですね。**

→業務の内容によると思います。例えば今少し看護師さんに聞いてみたところ、A5に書いてあるカテーテルの留置や抜去は、男性患者について女性看護師がやりにくいと。当院では医師がやっていますが、そういう男性、女性という問題もあるみたいですね。

***ほかの医療機関でもそういった問題があるのでしょうか。**

→クリニックでは、同じように男性のカテーテルは看護師から医師にやってもらってくださいということがほとんどです。女性の患者さんであれば、対応しますと言われます。技術力の問題なのか、そういう業界なのか分からないのですけれども。

***地域に密着した中小病院で、一人ひとりの職種が少ないと、色々進めにくいところがあるのでしょうか。一方で、人数が少ないがゆえに男女とか言うてはいられなくて、多能工化しないと回らないという問題もあると思うので、難しいですね。**

***先ほど業務を移管して手当とするよりは、業務が増えたことにより人を増やす方向ということですが、採用したらそれほど困る状況ではないということでしょうか。募集すればそれなりに埋まるといえるのでしょうか。**

→そうですね、そこまで困っていないというか。お金かかっても紹介業者の紹介でなんとか採用できます。

***地方だとそもそも対象となる職種の人が地元にあまりいなくて大変だと伺ったことがあったのですが、少し事情が違うことが分かりました。もう一つ、看護師がシフトされることに抵抗感を持っていて固定的な考えをもっていて仕事を受けとめている状況は理解できたのですが、実際にタスクシフトを進められると、その段階で話が留まっているのか、あるいはこれを糸口にして自分たちの業務が増えたり、リスクが高まったりすることを恐れているという、ほかのことを懸念していることありますでしょうか。**

→業務が増えるということは、今やっている業務の中で、事故のリスクが高まるとのことで不安に思うことはあるので、人を入れてほしいということになると思います。仕事量にあわせて人数を決めていますので、今いる看護師さん、ほかの職種もそうですが、仕事を増やすのであれば人を入れないと時間を増やすか何かをしないと回らなくなってしまうという現状があります。

***仮に、人を増やしますよ、だから業務を移しますということでしたら受け入れてもらえる可能性は高くなるのでしょうか。**

→そうですね、可能性はあると思います。人ありきなところだと思います。

***薬剤師の1年目というのは、新卒でしょうか。**

→当院での1年目です。ご経験はある方です。他院でやっている業務もあるので、ある程度経験値があるので、できなくはないのですが、薬剤師一人での業務で替えがきかないので、なかなか仕事量増やして、仮にお休みなられ場合まわらなくなってしまう、医師にしわ寄せがいつてしまうので。

***なるほど、タスクシフトしても、仮にこの方が休まれたりすると医師に戻さなければならなくなる。**

→そうですね。

***薬剤師二人目を雇うこと自体は地域的には困難ではないと思うのですが、経営的な観点から二人目は厳しいのでしょうか。それとも薬剤師獲得競争で採用し難いのでしょうか。**

→物理的に調剤室が狭くて、二人いるスペースも確保できない状況でいま一人になっています。その方が休まれるときは医師に代わりにやってもらっています。

***物理的な問題があるんですね。将来的にも仕方ないもののでしょうか。薬剤師を増やして薬剤師へのタスクシフトすることはあまり考えられない感じですかね。**

→薬剤師は薬の監査も考えると、二人体制にしたいという希望はずっとあるのですが、物理的な

制限も大きく10数年一人体制でやっています。

*** 新たな雇用をしようと思っていないので、いざしようと思ったら簡単かどうかはよく分からないというところですかね。**

*** 結構物理的な問題は大きいですか。業務を分担したり移管したりするときに。**

→一人職種はそういうところあります。薬剤師、レントゲン技師、栄養士などですかね。居場所の問題というか、なかなか作れなくて。

*** 例えばICTを活用することで解決しそうな職種はありますか。**

→いま調剤のシステムを新しくリニューアルをするのですが、10年以上使っているシステムなので、新しくなるので多少業務改善ができるのではと思っています。リスクを減らすために違う仕事が増えたり、新しい機能がついてたりして、それに由来して新しい仕事が増えることもあるので、一概にシステム導入により楽になるかというのは分からないところではある。リスクがなくなるということは、コンピュータが自動でチェックしてくれるので、助かると思います。

*** 電子カルテを導入していない理由は何でしょうか。**

→財政的な問題が一番ですかね。システムを連携しなければいけないので、例えば栄養面など全部連携しないと意味がなくなってしまうので、だいぶコストがかかってしまいます。入院は全部紙カルテで管理しています。外来は電子カルテを入れています。オペ室や眼科を一部紙でやっていたり、部分部分で電子化できていなかったりします。

*** 外来で問題なかったということは、電子カルテを入れること自体には抵抗感はないということでしょうか。そういうのを触るのは嫌だという人がいたりすると思うのですが、コストの面で進んでいないだけという感じでしょうか。**

→一部の職員に電子化されるのが苦手という方はいますが、比較的電子化に賛成する声が多いです。

*** 省力化される局面とうまく結びつけられれば、それとあわせてタスクシフトを受けれてもらえる余地もあるかもしれない。**

→そうですね。

*** 電子カルテを入れるとしたら、どのくらいかかるのでしょうか。**

→4~5千万はかかると思います。

*** やっぱり1床100万円くらいですかね。最近下がってきているとも言われますが。**

→200床でも、50床でも同じくらいかかるのではないかと思う。結局そんなに変わらないのではないのでしょうか。連携が、違う会社のシステム同士が繋がる場所にすごくお金がかかる。物理的コスト、パソコンなどには、それほどかからないです。

*** しかも多くの場合、導入後の2年ごとの改定の度にコストがかかっていくのですよね。法人さんの経済規模はどのくらいでしょうか。**

→20億円です。

*** そうすると、厳しいですよ。2~3%の利益としても、4~5千万ですよ。1年分が飛んでしまいますよね。となると厳しいですよ。**

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

- 外来の電子カルテ導入時には、導入費用のうち半額を補助金で賄うことができた。そういったサポートがあれば、IT化は進むと思う。
- タスクシフトについて、都道府県や医師会の説明会などがあれば、院内に情報提供はしやすい。

*** 業務が効率化して余裕ができればタスクシフトが進む可能性がある状況と思います。仮に院外からサポートを受けられるとすると何かありますでしょうか。**

→外来の電子カルテを入れた時も都道府県の補助金を活用しました。トータル2,500万円のうち半分を都の補助金で賄えました。金銭的なサポートがあればIT化は進んでいくと思うのですけれども。

*** そのほかには何かありますでしょうか。**

→全体的に外部研修を受ける機会が少ないので、もう少し管理部だけではなくて、現場の看護師さんたちにも世の中の流れがこうなっていると情報を与えていく必要があると思っています。どういう風にすれば情報を取りに行けるかは分からないですが、待っているだけでは難しいです。

*** 事務局主催で行うと参加してくれるでしょうか。**

→真新しいのであれば聞いてくれることはあると思う。都道府県なり、医師会なりがタスクシフトの研修をやってくれれば、参加させる機会にはなると思います。

*** 先ほど少人数の職種の教育研修に行かせるのが難しいというお話しでしたが、法人内の施設間で人員融通されたことはありますでしょうか。**

→お互い結構パツパツなので、借りたいときに借りれないという状況にはあります。

*** そうすると先ほどおっしゃった各職種の個別のネットワークを活用して人呼んで来てというほうがやりやすいというところですかね。**

→そうですね。あとは我慢してそこを制限してやらないか。もし技師さんがいなければエコーを止めて検査を止めてしまうとか。そういう状況ですかね。

タスクシフトに関するインタビュー要旨（D病院）

日時	2023年3月15日10:00～11:00
病院概要	地域：近畿 開設者：医療法人 病床規模・種類：300床規模、一般
対象者	事務部部长
インタビュアー	一橋大学大学院経営管理研究科 荒井 耕 教授 金沢大学 人間社会研究域 経済学経営学系 阪口 博政 准教授 株式会社川原経営総合センター 担当者1名

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

- 当院ではタスクシフトできる業務は以前より行われており、リハビリテーション病院ゆえに手術や全身管理の必要性はないため、関連した業務は非該当となる。また、入院患者が急変した場合は急性期病院に転院させるため、当院での非該当業務を緊急で対応することもごくまれであり、あったとしても医師が対応可能である。
- 医師の残業はほぼない。リハビリテーション病院では急性期病院に比べて治療のバリエーションがそれほどなく、チーム医療がベースなので、医師の業務とそれ以外という役割分担が割と明確になっている。医師も自分のペースで仕事している。
- 病院としても医師からのタスクシフトはそれほど経営課題としては認識されていない。むしろ、医師以外の職種に欠員が出た時が課題である。
- クラスタ発生時に看護師が出勤できなくなった際に、一時的にセラピストが夜勤に入ったことはあったがあくまで緊急措置であった。セラピストの施術の単位時間が収益源なので、セラピストを他の職種の支援に入らせるときは経営的にどうか判断することになる。
- 看護師も恒常的に不足しているが、看護補助者や介護職の確保がより困難な状況である。本来看護補助者にシフトできる業務を看護師が（より高い人件費をもってして）対応している。法人全体の苦肉の策として、一定の年齢の役職についていない事務職員から希望者を募り看護補助者に転換する制度が来年始まる予定である。
- 職種や人材によって退職する理由が異なる。大規模法人で安定性を求める人材もいれば、むしろ業務改善活動などを負担に感じてもう少し自由な立場で仕事をしたいという者もいる。例えば新規オープンする事業所で雇われ店長のような形で転職する者もいた。セラピストの例では、回りへの機能では満足できなくなり（患者を在宅復帰させる必要があるため）、訪問リハなど在宅系の事業所に転職する者もいる。

* 事前にタスクシフトが済んでいるということと、かつもうだいぶ前に済んでいるのでビフォーアフターの比較がなかなか難しいと事前に仰っていたと記憶しているんですけども、まず業務一覧の該当、非該当を伺えますでしょうか？

→看護師からですが、A2は救急をやっておりませんので、シチュエーション的にありません。A3も基本発生しなくて造影検査はやっていないので、ほぼ、全くないわけではないんですけどもそもそも絶対数が少ないです。A4はやっています。A5もないわけではないのですけれども、基本回復期の病院に入れる段階で、カテーテル系の治療は脱した方に来ていただいているので、基本的にはないという方が正しいかなと思っています。助産は該当がありません。薬剤師です。C1は周術期のサポートはシチュエーション的にないので、非該当です。C2からC5はやっております。放射線技師です。D1はやっております。D2は非該当です。D3とD4はやっております。臨床検査技師です。検査技師は1名のみです。E1は発生しないので非該当がないです。E2の輸血が発生しないことはないのですが、これもほぼ発生しないので、あればフォローはできるのですけれども、△かなというところです。急性期病院で勤務しての方がだいたいこちらに来られるので、対応してくださいといえればできる素地はあります。ただ発生はほぼない状況です。E3も発生がほぼないので、なしですが技術としてはできますというお返事です。臨床工学技士は当院にはいなくて、機械のメンテナンスが必要な時は隣の急性期病院から臨床工学技士に定期的に来てもらってチェックしてくれます。日常的にタスクシフトが発生する場面はリハ病院の方ではありません。セラピストのG1、H1、I1は該当ありです。最後の医師事務もオッケーです、○です。

***このJ1のかっこの中にかくさん書いてありますけど、手術はともかくとして、ここに書いてあるものもだいたいすべてされているという理解でよろしいでしょうか？**

→そうですね、急性期病院より密度が低いですが、でき得ることはさせてもらっています。

***場合によっては起こるものがあるというお話でした。紹介元の病院からの、患者さんの送り方によって発生するというのでしょうか？例えばあればフォローできるE2ですかね。**

→輸血ですね。どうでしょう、積極的に輸血が必要な状態で受けているかということ、やはり状態が安定してから受けるのが基本なので、ご入院中に致し方なくというシチュエーションですかね。年間1、2例あるかないかです。(ごくまれな)はい、そうです。

***そういうことが起きたら臨床工学技士と同じように病院に人材豊富にいらっしゃるかと思うので、そういったところにヘルプが頼める状況ですか？**

→ただ、年間1、2例の話ですので、個別にドクターがされて何か負荷になるかということ、そういうことではないので、ドクターの方で完結するのが一般的かなと思います。なぜなら技師が1人しかいないですし、わざわざ隣から応援を呼ぶことでもないところかな。

***経常的に必要なら転院するんですよね？**

→はい。やはり全身管理の対応には限界があります。ここで持ちこたえられない場合はグループ内の急性期病院か、ご紹介元の急性期病院にもう一度紹介して、そこでまた急性期治療をしていただくこととなります。

***ちなみに臨床工学技士は、グループ内病院から柔軟に往来しているのですか？実態としては建物が繋がっている、通路で。いくらでも雨など関係なしに移動できるわけで、どのくらい柔軟にしているのか、そもそもやることは許されていますか？病院、施設が違うときに。**

→細かいことを言い始めるとなんと言いますか、例えば給与の振り替えが必要なぐらいの密度感でこちらが拘束してることでもなく、臨床工学技士が1日の流れの中で、機器のチェックをするというのが日常に組み込まれている延長で、こちらも来てもらってポイントポイントを見

てもらおう。べったりやってもらっているわけではなく、ちょっとこちらで機器が故障したときに臨工さんで直せるレベルだったら直してもらっています。そういったことを融通利かせながらやっけていただいていることで、例えば専従要件や専任要件にまで波及するような働きぶりではまったくありません。そのあたりは法人内の中でやっているという理解になるかと思います。

***年に1回あるかどうかということなので、大きな問題ではないですね。**

→そうですね。

***給与の振り替えが起こる業務のやりくりには例えばどういうものがあるのでしょうか？**

→当院に関してはないのですが、例えばグループでクリニックがあります。そこで例えばエコーの検査がしたい、セラピストに来てもらってセラピーしたいというときに、クリニックではそれほど人材を抱えられないので、病院から週1回2時間、応援に来てほしいというのはやっています。当院も技師2名しかいないなかでも週1回、1、2時間エコーの検査をしにクリニックに派遣してしまっていて、その場合は元の財布は一緒なんですけど、給与の振り替えをしています。

***ドクターの残業時間はありますか？**

→ほぼないとお考えいただいて大丈夫です。

***その他の職種も基本的に、どれかの職種に偏って忙しいこともない感じですか？**

→そうですね、傾向としてセラピストの記録は結構多いので、1日の中でできるだけさせていますし、セラピストに対して事務職も付けてますけども、若干そこはあるのかなと思います。

***もう一つは、採用の話をお伺いしたいのですが、ほかの病院でお話を聞いてみますと、そもそもタスクシフト先の職種が採用できないということで、特に薬剤師がなかなか採れないという声が多かった。グループでも採用されてらっしゃるので比較的潤沢に採用できているのかなと想像するのですが、看護師、薬剤師の採用状況はいかがでしょう？**

→新卒採用は法人として一括で採用をしていますが、定員割れすることは昨今珍しくなくなっております。実態として、期中の退職も当然ありますので、その場合は各施設単位で中途採用してしまっていて、必ずしも順調ではないですね、結構ぎりぎりです。

***新卒採用はグループとして採用活動をしていて、欠員時などの中途採用に関しては各施設ということでしょうか。**

→はい。中途採用時に複数の施設が同時期に応募することもありますので、その時は協力して中途採用のフェアなどに出ることはあります。

***リハビリ病院様として特に採用に困ってらっしゃる職種はありますか？**

→そうですね、慢性的に看護師です。看護学校はもちろんあるのですが、やはりどこも取り合いになってしまっていて、うちも潤沢ではないですね。常に現員が定員割れしている状態です。ぎりぎり施設基準には抵触しないところでなんとかこらえています。薬剤師は、もう苦勞しますね。やはり調剤の方に流れていって傾向がありますね。

***ドラッグストアなどに流れていくときに給与差がかなり大きいという話を伺うことがあるのですが、こちらでも同じでしょうか？**

→そうですね、同じですね。生涯の獲得賃金で考えていただいたら差は出ると思うのですが、みなさんやはり目の前の初任給にわーってインパクトが大きいと思いますので。

***最近、医療界に限らず初任給を上げる報道がすごく新聞で出てきていて、おそらく部長がおっしゃった通り生涯賃金で見れば分からないと思ったりするんですけども、インパクトが大きいですよ。**

→あとは、見えにくい福利厚生の部分など差はあると思うのですが、なので私たちも見せ方をもっと工夫しないといけないと思っています。あとは放射線技師はですね、基本は法人で採ります。多くの人材がまず急性期に配属され、そこから順番にローテーションで回ってくるイメージなので、新卒でいきなりリハビリテーション病院に入ることは少ないです。セラピストに関してはリハビリテーション病院では当然ながら最大人口になっていますので、ここからほかの施設に皆さん出ていくパターンが多いのですが、それ以外はだいたい急性期でトレーニング積んで、ローテで回ってこられるので、体系としては急性期でやっていたような技術、スキルがベースにあってきてもらえるところは安心感としてはあります。

***キャリアパスは法人として持ってらっしゃるのでしょうか？**

→一番しっかりしているのが看護師です。ラダーがあるので、それでやってらっしゃいます。薬剤師はがちがちのものはないのかなというところですが、法人横断的な協議会があり中で一応大きくは見てらっしゃる感じです。管理職以外はあまり動くことはない印象があります。放射線技師は同じく法人横断的な協議会で、昨年、一昨年あたりからキャリアパスの構築をされていまして、どういうスペシャリストの道を進みたいのかをやってらっしゃいます。検査技師はそこまでキャリアパスまでにはなっていないと思うのですが、専門性を全体的に上げていけるようにという目線で協議会の活動はされてらっしゃいます。臨工さんはですね、大きくオペをやりたい方と、透析を持ってますので法人の中で、透析でやっていきたいと大きく二分されるような職種になっていまして、混ぜるのか、それぞれなのかの議論はまだされてない認識でおります。協議会も立ち上がっていないはずですよ。

***臨床工学技士は、オペの道か透析の道か分かれる職種というイメージなのでしょうか？**

→そうですね、臨工さんにお聞きするとその話はよく聞きますし、最初に配属されたところに規定されてしまうのかなと思いますが、透析もどこでもあるわけではないですし。急性期でオペ室というシチュエーションだったらそこという人もいますし、透析ではかなり役割としては大きいので、透析を極めたいという方もおられますし。

***医師以外の各職種は、グループ全体で異動しますか？地区内で異動する感じですか？**

→おっしゃるように2つのやり方がありまして、エリア内で回すこともありましたが、協議会走らせている職種は基本的には全事業所で、あまり密度感がぼこぼこしないように目を光らせてもらっていますので、そこが全体のローテーションをうまく管理できているところでもあります。セラピストは典型的にその職種ですね。中央管理がしっかりしています。

***感覚として、医師はどこにでも移動していく意識が高いと思いますけど、他の人たちは、A地域にいた人が急にB地域と言われたら嫌がる人も多いと思いますよね。**

→そうですね、A地域とB地域方面ですと、いくら通えるとしても遠い人は遠いので、そこまで無理はさせないです。転居を伴うことまでは強制していませんが、管理職は無理をお願いすることはあり得るかもしれないですけど、一般職の方はご本人の通える範囲での調整になっています。

***協議会はどういう形のものですか？本部に属している？本部の下にあるのですか？**

→本部がその上位概念というのは違うのですが、事務局を本部が持ってくれているという形です。あくまでも主体的に各職種がやっていて、リーダーはその職種の大体部長職、部長職があるところとないところとあるんですけれども、そこがやっていますね。大体話題が人材育成、採用。あとは学術活動、スキルアップをテーマに活動されています。

*** 協議会は職種ごとに全地区合同でやっている？A地域の協議会ではない？**

→おっしゃるとおりです。

*** 医師事務作業員について、急性期病院でのお話では、キャリアパスがまだ業界としてもしっかりしたものがないと問題意識をお持ちで、特に経験のある方の取り合いとかになることを今後危惧されている病院がありました。J1の職種のキャリアパスですとかそのようなものを法人内でどんな議論をされていらっしゃいますでしょうか？**

→現状、施設単位になってしまっています。歴史的に早くからやっていたのが急性期病院のA病院で、あと2つ急性期病院がありますが、そこがA病院のパターンをもらいながら展開している。必ずしも先生のご希望が合致しないところもあつたりしますので、同じように展開できるかという先生のご希望に応じてアレンジをするところがありまして、個性はあるんだろうなと思っています。

*** 付いたドクターによって仕事の内容や範囲がだいぶ変わる感じですか？**

→変わり得ると思います。標準は作っておいて、スペシャルなことを求められることがあるのですが、そこはやはり安全性の判断も入ってきますので、医師事務の中でもベテランの方と先生とで、まずは構築して安全にと言うのでしょうか、横展開できるなと思ったらやりますけども。人についてしまうところはありまして、維持していけるのか、となると不安だなと思うところはあります。スペシャルを突き詰めると危ないと思うので、まずはベースの標準的に経験何年くらいで到達しましょうという形が現状です。さらに、先生も結局回転してしまうので、ずっといらっしゃったらたぶん、右に上がっていくのだと思うのですが、密度感が。先生も代わるので、大体なところでは維持される形ですかね。他院から来られた先生に、こんなにやってくれるのですかということが、今は多いです。ただ、そのうちどの病院でもやり始めたらもしかしたら要望が上がっていくのかもしれないですね、ここの病院はここまでやってくれてたよと言われたら、調整することになるかもしれないです。

*** 今のところ入職されたドクターはここまでやってくれるというご感想が多いですか？**

→今のところは、それを聞くことは多いです。本当にささいなことからですけど、診察室の患者の呼び込みも自分でやってたよ、レセプトの減点や返戻の処理を比較的事務方でやりますけど、こんなのも当然自分でやってたよ。タスクシフトの議論の全然手前の部分ですね。

*** 患者さんの呼び込みとかまでドクターがされてる病院がある。**

→大学から来られた先生はセルフでしたと結構おっしゃっていました。

*** 先ほどスペシャルな要望というお話があったのですが、ご記憶がある範囲で例えばどんな要望がありましたか？**

→今はもう慣れたかもしれませんが、人工関節の置換術をする方の、自分の血を貯めておいてオペの時に使う、自己血貯血のスケジューリングを組む仕事があります。それを任されて、トレーニングを受けたとか、あとは外来化学療法スケジュールを、一応パターンを教えてもらったうえで組むですとか、少し危険度が高いなと思いつつ入れたことはあります。

***今おっしゃったようなものを入れていくプロセスはいかがでしょう。ドクターからの発案や要望があって、どちらでご検討されるのでしょうか？**

→今のエピソードは私が急性期病院にいたときのエピソードですけども。大現場のスタッフが先生からこういうオーダーが上がって来ましたっていうのを預かってくるので、それをトレーニングしてできるものなのかとか、先ほども言いました維持継続していけるのかという観点、安全性は担保されているのかという観点を基本的にはやる方向で調整するんですけども、諸条件が満たされたら、少しお試しでやってみましょうかと始める形です。最初からできないというのはあまり言わないようにしていました。その当時の私の仕事の成果指標もタスクシフトの業務を拡充する成果目標を持っていて、それが自分の仕事だったので、当時は積極的に拡大して学会でもどんどん発表しようという形でした。

***リハビリ病院だと逆にあまりバリエーションがないような感じするんですが。**

→おっしゃるとおりです。基本の基本のところ、事務の数が多いわけではないので、1病棟1人くらいの世界なので、逆にその通常、医療事務職がやっていた仕事で1日は満了してしまう形です。そこまで積極的にドクターにこれはどうですかとお尋ねしたところでドクターからもあまり出てこないということがありました。

***それと、私の聞いてるところでは、リハビリ病院では医師が忙しくないですよ？**

→そう思います？そうですね割と、なんというんですかね、普通に時間取ってくれますし、そんなに一日バタバタされている感じはないです。先生も自分のペースで十分されてると思います。

***そういう意味では普通にしているとタスクシフトが進んでる感じにはならないかもしれないんですけど、それでも経営層としては進めていきたいということですかね？**

→リハビリテーション病院に関しては、あまりそういうことはないかなと思いますね。先生方からこれが解決できたらもっと負担が減るというのも、こちらから聞いたこともあるんですけども、あまりないということだった。リハビリテーション病院はチーム医療そのものでやっているんで、これは当然医師がすべきことなど、役割分担しているんで、それ以上でもそれ以下でもないという状態にあるかなと認識しています。なので、逆に先生以外の職種の定員が割れると、そちらが問題になります。

***リハビリテーション病院なのでリハの要員が一番たぶん急務だと思うのですけれども、そこをどうするかですよ、もし足りなくなってきたときに。**

→そうですね、はい。

***先ほどの話だと、看護師が相対的に少ないという話でしたよね？看護師の業務で看護師以外がやってもいい業務をリハがやったりすることはあり得ますか？もうありますか？**

→クラスターが発生したときに、看護師が出勤できなくなり、数が足りなくなりましたというときに、例えば清潔にする作業だったり、夜勤の人が足りないときにセラピストに代わりに入ってもらったりということがありました。看護師に対してのタスクシフトで、セラピストがやってくれたんですけど、セラピストが本来やっていたセラピーをする、単位を取ることが下がっていくので、一回、経営的にはどう判断しようかなと都度考えながら、特にこの1年はそういうことがありました。

***病院のある地区でも看護師が少ないのですね。いっぱい養成学校あると思うんですけど。**

→そうなんです、あるのですが。ほぼもちろん入ってもらおうのですが、それでも足りないですね。

*** みななどこかの病院の系列で囲い込みされてしまうのですかね、新卒がみんな。**

→それは私共も同じで、新卒は囲い込んで。囲い込んでいるのですが、それでもこの4月からの予定していた定員は満たせていないです、法人としても。法人として満たせなかったので各施設でも中途採用を協力してやってくださいっていうの本部からのお達しがあり、少し困っています。

*** 法人としてまだ事業自体が拡大している。リハ病院もここ数年間ずっと病床も増やしてきていますね。**

→そうですね今回、昨年増やしたのは、病床を持っていた病院が病床を維持できなくなったのでクリニックに転換したときの病床を入れさせてもらった。これ以上増床しないと思います。

*** 病床を増やさなくても在院日数が短くなって回転率が高くなれば当然人を増やす必要が出てくると思うので、貴法人さんのように成長していると常時増やしていかないといけない。たぶん現状維持よりもしんどいんだと思うんですよね、確保が。**

→そうですね、おっしゃる通りです。看護師は深刻な問題で。

*** 先ほど看護師からのタスクシフトに関して、クラスターが発生したときに試行的、緊急的に行われたことは、あくまで一時的なものでしょうか？**

→そうです。

*** それによって、看護師が恒常的に欠員してる状態を、リハの方を含めることで解決しているということとは意味合いが違うということでしょうか？**

→やはりリハ病院の稼ぎ方のモデルはどれだけ単位を取るかが一つですので、直接お金を生んでくれる職種はセラピストの皆さんなので、本業は本業でやってもらいましょう。先ほどのことは、あくまでも一時的なもので、恒久的にはやらない条件のもとでやってもらいました。

*** 看護補助者に関しては資格はいらないと思うのですが、そうした方々をより雇用してシフトする話はあるのでしょうか？**

→まさしく、看護補助者がもっと潤沢にいれば大変ありがたいです。今逆に補助者の方が少なく、看護師が補助者の仕事をやっている現状があり、すごく高い人件費になっています。助手の方が集まらなくて、法人も苦肉の策ですね、役職についていない事務職である程度の年齢になった方に看護補助者に転換しませんかという制度が来年から始まるんですよ。(制度化されてるんですね) 人事の方から、介護と看護の補助的な仕事に転職をしませんかという肩たたき制度のようなものが、人事部から提案されています。

*** 看護助手が集まらないのはコロナの影響もあるんですか？病院を敬遠するというか。**

→あるかもしれないですし、やはりお給料もあるかもしれませんがね。介護はほんとにいないですね、全然。ヘルパーは集まらないです。回りハ病院ですと、おそらく看護補助者じゃなくてヘルパーを雇用して、本当に介護の知識がある方が看護助手的な仕事をする病院も結構聞くのですが、当院ではとてもじゃないですけど本業のヘルパー事業に人を確保するのだけでも精一杯です。

*** 競合する他の業種がいっぱいあることが影響するのですかね？病院よりも処遇が良い業種がいっぱいありますよね？都市部は。**

→そうですね、同じ市場で動いている人もいると思うのですが、全然もうヘルスケアの市場から出て行ってしまいう人もいらっしゃいますし。それと、自分で決めてやっていきたい人は単独の事業所、法人ではなく単独の事業所で、経営者としてやっていきたいとって形で辞められた方もいました。

*** 以前、同種のインタビューで、やっぱり集まらなくて、病院の看護補助者だと日勤になってしまうので、お給料もう少し稼ぎたい方が夜勤もあるような介護職に行くと言ったことがあったのですが、病院近辺でもありますか？それともほかの職種に行くような感じですか？ほかの職種というかヘルスケア以外のところに行く感じですかね？**

→なるほど夜勤もある介護職。そうですね、夜勤やりたい人は一定数いらっしゃいますね。それは、あり得ると思います。私がまだ回りハ担当して2年ですけども、この2年で経験した退職者の理由は、やはり法人なので色々なルールが多いのですが、もうちょっと自由度が高い事業所で、指示されたくない、そういう新規オープンするこじんまりした事業所で雇われ店長のような形で声がかかって辞めて行かれた方はいらっしゃいました。それはそれでご苦労あると思うのですが、どちらかですよ。

*** 大きいグループ法人さんである安心感ではなくて、いろいろと決まりが多いととらえる方がいらっしゃるのですね。**

→そういう方ももちろんいらっしゃるんですね、大きい組織なのでいろいろと安心感があると言って来てくれる方もおられますし、そういうつもりで来たけど実際来てみたら、法人として様々な取り組みがあるわけなんですけども、例えば業務改善活動も長らくの文化なんですけども、そういったものがやはり負担に感じられる方は、入ったときからここにいると馴染んでいるのですが、急に他法人や小さい事業所から来られた方は、最初は違和感があるようですね。長い目で馴染んでもらえたらありがたいんですけど。なので最初にどれだけギャップを少なく入ってもらうのが大事ということで、採用者とは作戦を立てて考えているところです。

*** そのギャップというのは例えばリハ職の本業についても感じられる方はいますか？**

→セラピストですよ。パターンとしては、私共は回りハですので最大例えば入院されてから3か月、6か月後に基本的には在宅に返していくコンセプトでやっています。在宅にもずっと関わってほしいという方で、チームの中に、もちろん訪問リハの部隊も持っているのですごくお仕事してもらったらいのにと思うのですが、そこだけをやっている事業所に行かれる方もいます。セラピストの資格がある方で、個人のなんて言うんですかね、セラピストとしての生業を建てようと思ったら自費でできると思うのですが、そういったところに行かれる方は聞きますね。積極的な転職というのでしょうか、同じ業界なので、それは聞いたことはあります。

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

- 当院での研修には医師も協力的であり、必ずしもタスクシフトに関連しているとはいえないが、職員横断的な研修はよく行われる。また、医師も講師を務めてくれる。
- 医師が講師を務めたことに対しては人事評価で評価している。医師は360度評価をされておりコメディカルも評価者となる。人材育成に貢献したかどうかという項目がある。医師は病棟の受け

持ち性となっていて自分が勤務する病棟の施設基準も理解している。人事評価の結果次第では処遇にしっかりと差がつくように運用されている。運用開始から5年以上が経過する。ちなみに、医師の報酬が下がることはよほどのことがない限りは起こらない。

- リハビリテーション病院には、診療科がリハビリ科しかないため、売上や医師の専門性で患者を引っ張ってくるということが難しい。差がつくのは人材育成や対外的な活動ということになる。

*** 教育研修について、あえて何か問題があるとすれば何かございますでしょうか？ 残業時間もないのでおそらく定時の中でいろんな研修などもされていらっしゃると思うのですが。**

→そうですね。職員全体である、ドクターも入って研修することについては先生方も協力的でして、タスクシフトでは必ずしもないかもしれませんが、全体であるこういう疾患の知識を上げていこうというような研修は、職員横断的にはまってまして、教育研修をする委員会でもテーマ建てをして、新しく入ってきたアプローチなど、医療業界様々あると思うのですが、それに関してのみんなで勉強をして技術を上げていく素地はもともとありますので、先生も率先してやったださっています。

*** 先生方が講師をされる？**

→そのパターンがほとんどです。

*** 講師をしたことによる評価や手当はされていらっしゃいますでしょうか？**

→講師をしたことに対して何かあるわけではないのですが、人事評価で先生方は360度評価になっていて、メディカルも評価をします。その時に人材育成に貢献されていたかという項目がありまして、先生が自主的に自分の受け持ち病棟、専従性なんですね。回リハ1を取っているので、それなので自分の取得してる病棟の勉強会もきちんとやっていらっしゃる先生もいらっしゃるんで、そこは最後、人事評価ではしっかり差がつくところになっています。

*** そこで、先生方もご納得されている。**

→そうですね。特にリハビリテーション病院は科がリハビリテーション科しかないんで、売り上げどうこうでの差が付きにくいんですね、先生の間で。特別この先生の専門性で患者を引っ張ってきたというのがあれば別ですが。内科と外科とどちらが儲かったとかそういうことはないんで、差がついてくるのは人材育成であったり、対外的な活動であったり先生方にも説明しているんでわかっていらっしゃるころだと思います。業績ではなかなか差が付きにくいものですね。

*** ドクターの360度評価は、納得したうえでご入職されているから問題ないと思うんですけども、あまり慣れてらっしゃらないような気がするんですが。**

→そうかもしれないですね。もう制度にして5年以上は経っているのですが、ご入職の際はこういう人事制度があって、こういう形で年収、年棒に、基本下がることはよほどのことがないかないので、スタンダードをお示ししそこで入ってきていただくのですが、とりわけ顕著なご活動があると、そこに来年これだけアップがありますという説明は、基本入職の時にはさせていただくので、基本は下がったケースは見ないので、基本はスタンダードに加えてご活躍に応じてプラスがあり得ますというご説明でしょうかね、入っていただくときは。

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

- 看護補助者が採用できないがゆえに補助業務を看護師が行っていることは、経営上の効率としては良くない状態である。
- 前述のとおり医師の退勤が早いため、事務も含めた他の職種に時間外に仕事の依頼が入ることはほとんどない。女性医師も多くワークライフバランスは充実している。
- 院内の電子カルテは2008年頃に導入している。ここ数年は電子カルテとは別に訪問系、介護系のICT化を進めており、タブレットにより情報入力（記録）し、メンバー間でその情報がすぐに共有でき効率化がかなり進んだ。主治医が見ているかどうかまでは把握していない（おそらくしていない）。

*** 経営上の負荷ということで、今まで伺った話ですとあえて言うと看護補助者の仕事を本来の看護師にまた一部戻っている状況のお話がありましたけども、タスクシフトによるというよりは人材確保難によって起きてる状況ということですかね？**

→はい。

*** 業務の移管というのも、リハ病院としてはそれほどいま大きくは起きていないので、賃金手当等も特におそらく問題はないかと思うんですけども、先ほどおっしゃったのはグループ内の急性期病院の例ですよ？リスクを鑑みたうえで決めていくというのは。**

→そうですね。できる、できないという問題もあるのですが、やはり安全が担保されているかは、直接患者さんに関わってしまうので、職員も守らないといけませんから、最初はやはりここ先生が責任を負うところなので、そこはもう慎重に考えてやる、やった方がいいかなというのは個人的にはすごく思うところです。

*** 勤怠管理のシステムは、今どいようになつてらっしゃいますでしょうか？**

→基本はICレコーダーで打刻をしてもらって、それは単に出入りだけしかわからないのでそれに対してペーパーベースで指示と申告をしていただいて、一日単位でやってもらっています。

*** リハ病院のドクターは、一般的にほかの病院でもバイトされてたりするのでしょうか？**

→ほぼないですね。土日の日直、宿直も外部の先生が来てくださっています。グループ内病院と、あと近くに大学があるのですが、主にそこから来てくださっています。宿日直許可基準は取っています。

*** わかりました。そうすると、まあほんとにリハ病院の先生方はすごくこう、ワークライフバランスも充実されてらっしゃる印象ですね。**

→そうですね。女医さんも結構いらっしゃいます。結構早いですよ、先生方がお帰りになられるの。急性期病院の時みたいに時間外に仕事が降ってくることはほぼないです。

*** 事務の方も。**

→はい。

*** 病院さんには電子カルテ入っていますか？**

→そうですね、電子カルテは何年だったかな、2008年か、それくらい前になります。

*** 訪問系には違うシステム入れていましたよね？電子カルテとは。**

→はい。電子カルテとは違うシステムです。訪問系、介護系でICT進めたのはこの数年ですね。補助金も出ましたので。タブレットを支給してその場で、リアルタイムで記録を付けて、

何よりいいのは、メンバー間でその情報がすぐに共有できること。今までは出て帰ってくるまで情報共有が出来なくて、そこからの共有で時間がかかっていました。在宅系はずいぶん効率化は進んだと思います。

***あの情報は、オーダーを出してる医師も見てるのですか？**

→主治医の先生ですね？訪問診療の方で聞いたらわかるかもしれないですね。共有してるのかな。できてたら一番いいですね。ちょっと聞いてみます。今はしてないのではと思うんですね。

***電子カルテの方はグループ内急性期病院と共有化してますよね、確か。**

→そうです。同じIDです。

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

- 院内で研修費の補助はある。今後は、病院の方針や政策により補助額の濃淡をつけたいと思っている。
- タスクシフトに進む前に、各職種の人員を充足していたいという状況である。人員が充足すれば、タスクシフトも進むようになるので、その前段階の施設基準で、より上位の加算が算定できた場合には何かメリットがあればよいと思う。
- 当院の風土としてタスクシフトそのものへの抵抗感はない。それぞれ自身の専門性を上げていきたいという思いがあるため、法人、事務方としては採用の労力を現場にかけさせたくないという思いがある。採用には、広報ひとつにしてもコストがかかるため、その原資がほしいという思いはある。
- 非救急病院というカテゴリでいうと、看護師からほかの職種へのタスクシフトのニーズが高いと思う。医師も看護師も超過勤務はほとんどないため、セラピストはもう少し効率を上げられる何かを導入しても良いと思う。記録を取ることに時間を要するため、事務的サポートが必要である。
- 事務職のキャリアパスという点では、回りからキャリアをスタートすると医師事務作業補助としての経験が限られてしまうので、急性期病院で経験を積んでローテーションすることが望ましいと思う。

***教育研修・経営上負荷がないということではあったのですが、個人としての問題意識でも結構ですけども、病院でタスクシフトが進んでいくにあたって、院内ですとか院外にどんなサポートがあればいいかというのをご意見など伺えればと思います。**

→現状でもスキルアップに対する費用の補助はありますけれども、無限ではなく、一定の上限はありますので、濃淡付けたらいいと思うのですが、特に注力するようなところはもう少し補助を、法人の補助を上げてあげてもいいのかな、というのは思っているところです。

***研修費の補助という意味でしょうか？**

→はい。研修費、例えば外部に出てトレーニングもした方がいいというようなものになりますけども、それはそうかなと思うところはあります。院内におけるサポートの可能性。何種かタスクシフトをやろうという前に、各職種の人員が充足していたいというところがありまして、

どこもそんな感じですけど。採用のコストは結構かかりますので、こういう基準を取っているところには何かしらの支援があるとか、基準が上がれば当然ですけど人の密度も当然上がりますし、タスクシフトのニーズも上がるので、こういう上位加算にはこういういいことがあるなど、あるといいなとは思いますがね。そういうところも病院評価してもらえたらありがたいです。

*** 人材採用と定着に関する何か支援があるとありがたい、タスクシフトをする素地を作ることがまず、第一ということでしょうか？**

→そうですね。タスクシフトはやっていくことに別に拒否反応はもうない法人ですので、自分の職種だけを守りたいという感じはだいぶないかなと思っています。みんな自分の専門性を上げていきたいというところは割とありますので、そのためにも、そもそも人が足りてない状態は経営層としては解決してあげたいですし、そこに苦勞を掛けさせたくない。臨床しながら採用にも気をかけてもらうというのは本当に申し訳ないことで、特に介護職の方は申し訳ないことなので、そういうところを私たちが頑張りたいなとは思いますが。広報ひとつにしてもコストがかかりますので、そこですかね。コストかけてますものね、採用頑張っているところは。法人としてはやっとならホームページを気合入れて頑張りはじめた状況なので、今までは来てくれたというのがありましたが、もっとコストかけて採用していかないといけないと思っています。投資していかないといけないと思っていますので、そこには原資がほしいという形でしょうか。

*** 課題あるいは、こんなふうサポートしてもらえたらいいということ。そもそもタスクシフトの必要性をあまり認識されてない。そこも注意しなくてはならないのだけど、医師からのタスクシフトのニーズがそれほどないという話で、今聞いている話だとむしろ看護師からのほかの職種へのタスクシフトのニーズはあるということですかね？**

→あります。はい。

*** そういう意味では、急性期ではない病院では医師のタスクシフトよりもほかの職種からのタスクシフトの必要性も結構高い可能性があるということですかね？**

→そうですね、高いと思います。看護師もそうですし、ドクターの中ではある程度完結しているという認識です。実際超過勤務もほぼないですし、そこは大丈夫だと思っています。ほかの職種ですね、セラピストはもっと効率上げられるものはやはり導入してもいいのかもしれないなとは思っています。記録を残ってやってらっしゃるので。事務職も付けてますけど、事務的サポートを付けてもっと解決することであればやってあげたいなとは思っています。

*** リハ病院では事務職が少ないとおっしゃっていたような気がしたのですが、急性期病院と比べると売上比なのか、あるいは病床規模当たりの事務職が少ないのかなとも思うのですが、何か理由はありますか？**

→本来業務から考えますと、人数は適当かなというような判断をしています。特に事務職員もほぼ残業ないですし、とはいえこれ以上減らせるかということ、持ち場をゼロにするわけにはいかないの、いわゆる窓口、病棟、外来のどこかを無人にすることはなかなかできないので、そこに当てはめていって、あとは休みが回るところで考えますと、多くも少なくもないかなと見えています。管理系の部門は多少残業多いので、そこをどうするかですかね。管理系の部門はいわゆる職員に対してのバックヤードの仕事ですので、タスクシフトとは離れてきますけど。

*** 急性期に比べると、臨床よりも事務職を配置しにくいのかなど。**

→そうですね。そういう視点で言いますと、非救急病院ならではの課題があると思いますと、特に事務職に関して、急性期を経験してからきてくれたらいいのですが、事務に関してはここスタートの人間も結構います。その場合は急性期に行って医師事務作業を急性期並みにやると言う、たぶんついていけないと思うので、キャリアパスで解決したらいいと思うのですが、そういう課題はあります。技術系の方は冒頭申し上げたように、急性期出身でこちらに来るケースが多いので、そこは大丈夫だと思います。看護師も同じですね。看護師も最初からリハ病院という方も多いため、急性期急に行ったら急性期病棟での看護師の本業についていけないかというのはあると思います。

タスクシフトに関するインタビュー要旨（E病院）

日時	2023年3月20日16:30~17:30
病院概要	地域：九州 開設者：医療法人 病床規模・種類：200床規模、一般
対象者	副理事長
インタビュアー	一橋大学大学院経営管理研究科 荒井 耕 教授 金沢大学 人間社会研究域 経済学経営学系 阪口 博政 准教授 株式会社川原経営総合センター 担当者1名

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

- リハビリテーション病院として該当する職種については、基本的にはシフトが済んでいる状態である。医師事務作業補助者に関しては、3名についてのみ補助者がついていて、なお、保険会社の書類などは補助者が全ての医師をカバーしている。
- 当院の歴史を振り返ると、タスクシフトを意図して院内でも検討した上で行ったわけではなく、理事長が外来も病棟も診療していて多忙な時期が長かった。そのため、他の職種が理事長の業務を効率化するために色々取り組んできたことで、結果的にタスクシフトが進んでいたという状態である。また、その当時は医師が医師数が少なかったこともあり、医師がしなくても良い業務は自然と他職種に移行していった。
- 薬剤師の業務の一部は医師ではなく看護師が行っている。薬学の専門知識が必要ではないことはうまく看護師がこなしている。したがって薬剤師の業務量はそれほど多くなく、当院では看護師の業務が最も多忙である。なお、副理事長が当院に入職してからはセラピストの業務を看護師に戻すなどしてこの状態を是正している。
- セラピストの業務を看護師に戻す際には反発もあったが、回リハの学会等から事例やエビデンスを集めて納得させるようなこともした。
- 副理事長から事務職に対しては、診療スタッフが働きやすい環境を作るのが仕事だと常々伝えており、事務から診療スタッフにヒアリングをしたりしている。例えばリハ室で常駐の事務職員が受付対応することにより患者の誘導や書類関係を事務方が対応している。
- 業務の授受については基本的には部長間、視聴間で解決してもらっているが、問題が起こったときは現場から声が上がるときがある。そのようなときにはトップダウンで是正している。

*** 職種ごとのタスクシフトの状況を、非該当・該当も含めて、お分かりになる範囲でご教示いただけますでしょうか？**

→A1はやっています。A2は救急外来がないのでしていません。A3は血管造影をしてないので、非該当ですね。A4はやっています。A5はしていません。助産師はいないので飛ばして、C1はしてないんじゃないかな、C2病棟等における薬学的管理、一応しているといえはしています。C3はやっていますね。C4はしていませんね。C5はしていると思

います。放射線は、代行入力、検査オーダーの代行入力はしていないかな。D 2 造影は非該当ですね。D 3 はしてないです。D 4 はやっています。臨床検査技師は、カテーテルがないので E 1 は非該当ですね。E 2 輸血はしてないです。標本関係はないので非該当ですね。臨床工学士はいないのでなしです。PT、OT、STは全部しています。事務作業補助者、J 1、代行入力関係は3名だけです。10名の医師のうち3名だけ補助者がついていて、他の先生は自分で打ち込んでいます。ただ、保険会社の書類などは全ドクターのものを補助者がやっています。

*** 3名のみというのはお忙しいからでしょうか？**

→2人は高齢で電カルが打てないことが理由です。1名は忙しいからです。

*** 忙しさだとか個別の事情に応じて。**

→そうですね、はい。

*** 以前からされていたことが多いですかね？それとも最近移行した。**

→移行ではなく以前からですね、ずっと。(ずっと、以前からされていたと。)はい。

*** 最近ドクターからシフトした業務は、何かご記憶ありますでしょうか？**

→基本指示出したら全部に現場に任せるのです。だから最近って言われるとちょっと厳しい。

*** なるほど、わかりました。そのような風土というのはチーム医療でしょうか。**

→正直に言うとチーム医療ではなく、理事長がそういう風土を作り上げてきたということがあります。昔、理事長が外来も病棟もやっていて、ものすごく忙しかった。効率的にするためにそうしたのかもしれないですね。

*** ずいぶん前からすでに移行されているのが普通になっているということですが、基本的には恒常的に医師が不足している状況があるのでしょうか？**

→それもあるかもしれないです、地方の病院なので。今10名といいましたが、10名になったのは最近です。僕が帰ってきてから集めたので、それまでは3、4名だったと思います。それで外来、病棟まわしていたので、医師でなくてもいい業務を勝手に移行したのかなと思います。

*** 副理事長が戻られてきて6名近く増やされた秘訣と言いますか、取り組まれたことは？**

→秘訣はないですけど、紹介会社や知り合いに当たって、医師が少なかったので先生方に迷惑をかけていたので。

*** 他の職種はいかがでしょうか？タスクシフトするとき、他の病院さんですと、シフトされる側も不足していてなかなかできないという話を伺うのですけれども。**

→当たり前のように受け入れているのかなというのと、自分たちでやった方が早いというのがたぶんあると思うのです。結局ドクターの指示を待つよりも、指示というかドクターがするのを待つよりも、ドクターが忙しいから、いつ来るか分からないという思いがある。だったら自分たちでやった方が作業は早く終わるとというのがたぶんあると思うのですよね。

*** 前提として、看護師や薬剤師は業務超過になっている状況ではないと思うのですが、比較的、薬剤師とか看護師は容易に採用できる状況でしょうか？**

→いや、できないです。特に薬剤師はできないですね。

*** 色々な地域で特に薬剤師は言われている中で、業務を引き受けるというときに自分たちが忙しいので、医師の働き方改革より前に私たちの働き方改革だっというふうな方々もいらっしゃるのですが、医師に比べると雇用は楽ですか？**

→いや楽ではないですね。医師に比べれば楽ですけど、同じくらいですかね。県に薬学部がないからですね、難しいですね。

*** とはいえ、引き受けてくれてきたということなのですね。**

→はい、そうですね。正直なこと言うと薬剤師に関しては、医師はやっていないです。薬剤師のこのCの業務はですね。ドクターはしていないですけど、薬剤師の業務を看護師がやっています。だから、薬剤師じゃないといけない、薬学の知識、専門知識がないといけない業務と、薬剤師でなくともよい業務が正直ある。それをうまく看護師側でやってしまっているのです。だから薬剤師はそこまで過重労働ではないです。一番過重労働なのは看護師です。看護師は薬剤師の業務や、他の病院ではドクターがやっているような業務、昔はセラピストの業務もやっていましたね。セラピストの業務は、5、6年前に全部セラピストに返しました。看護師が一番大変かなと思います。

*** ちなみにそのセラピストに返された業務はここに出てますでしょうか？**

→ここには出ていなくて、一番簡単なのでいけば患者さんをリハ室に連れて行く、患者さんのおむつを替えるなどです。リハの訓練中におむつを替えるとか。おむつをしている患者さんの訓練中におむつがばんばんになる時があったのですよね。わざわざナースコール呼んで、看護師にさせて、また訓練再開というのを平気でやっていたのですよ。看護師いなくてもよいし、自分たちの業務時間内だから、訓練時間だから、おむつを替えるその動作もリハのひとつでもあるからといって、移行させました。相当文句言われましたけど。今では、おむつ替える、最初新人で訓練あります。看護師から教えてもらう。ベッドの移乗もです。

*** すごい文句言われたというお話ですが、どのようなステップでセラピストに返されたのですか。**

→そうですね、会議で話をして、段階的にしたのかな。でも、おむつなどの簡単な業務は一気にできますからね。結構、トップダウンはありましたね。リハに関しては、回リハの学会があるので、結局そこではもうそれが当たり前になっていた。なんでうちだけこうなのと話して丸め込みました。

*** なるほど。データも示しつつという。**

→そうです、はい。事実を話しながらはしましたけどね。

*** ドクターや看護師さんの残業時間はどういう状況でしょうか？**

→ドクターの時間外はほとんどないですね。看護師は少しあります。以前よりはかなり減りましたね。そこはもう業務改善や効率を色々見直ししてもらって。上司に申請しての残業というのは、もうそんなにないです。みんな定時に帰れている。ただ、仕事が遅い看護師さんはいたりするので、そういう人たちはちょっと残っていますけどね。

*** 院内研究発表会で、事務部門の方がご発表されているのを拝見しました。他部署のタスクシフトに向け事務スタッフで取り組んだこととしてご発表されていましたが、演題しかわからなかったのですけど、どのようなことされたのでしょうか。**

→僕から言っているのですが、事務方は医療側、診療側の支援をするのが本当の仕事だと常々言い続けているのですよ。自分たちはお金を生まないのです。診療の人たちが働きやすい環境を作るのが仕事だということを常々言っていて、それが浸透していて、現場の方に、自分たちでもできる仕事はないかと話をしています。現場から色々な依頼やお願いが上がってきます。例えば、外来のリハでいうと、病院の受付を通過してそのままリハ室に行くのですが、リハ室に受付対応するスタッフがいらないのです。患者さんが入ったらリハの担当が迎えに来て、ベッドまで連れていきます。外来はすごく回転しているので、カルテの入力もあって、ちょっ

とした時間も欲しいのですよね。だから受付に事務方が立ってもらって、患者さんの誘導や、そのサポートをしてくれれば助かる。結構細かいのが色々ありました。書類関係ですよね。カンファレンスをやって記録を残すじゃないですか。あれば別に医療従事者ではなくてもいいわけですよね。それを事務方が一緒に入って記録を残す。事務方ができるような内容をヒアリングして、やれる仕事をやるというのがその発表だったかなと思います。

***なるほど。いまおっしゃった通り各部門に事務方からリサーチするというか、要望を聞いて、シフトを受ける、支援してくということですね。**

→日々というほどではないですけど、事務方も自分たちの仕事がありますから。できる範囲でやっていこうという方向ではありますね。

***先ほど副理事長が病院に戻ってきてから医師を集めたり、変更していったりされたとのことをお話をいただきましたが、どのくらい前に病院に戻られましたか？**

→15年くらい前です。

***そこから15年かけて人を増やしたり、セラピストに業務返したりされたわけですね。**

→そうですね、じわじわと。

→一点いいですか？最初に質問された、直近のタスクシフトを思い出しました。ドクターの補助ですね、J1ですね。つい先日ですね。その先生からもうずっと依頼が来ていて、もう頼むよと言われていて、ただ事務方も手が回らなかったの、ようやくちょっと整理してくれて、いまついてもらっている感じですね。

***事務方にも仕事があるという話に関連して、タスクシフトもそうですし、色々記録を取ることが増えてきている。診療報酬関連でも、あらゆる仕事が事務に来ている。**

→個人的に、人数がいればすべきではないかと思っています。ただそこまで事務で回せないの、もうちょっとそれが看護師さんなど他の職種にいつてしまっ申し訳ないというのは思っていますね。本来もし事務職を増やせるのであれば、事務方を回した方が病院としては、負荷は減っていくのかなと思っています。

***先ほどおっしゃったリハ室の受付について、リハ室に事務の方が配属されていますか？**

→リハ室に常駐させています。

***そうすると新たに採用されたのですか。**

→そうですね、常駐となると。結構仕事があるようで、入力や患者さんのチェックなど。やはり常駐しないとだめなのかなと思っています。

***要望がドクターから出てきたときに、シフトするかどうかは委員会などで検討されるのでしょうか。それとも職種間の話し合いで？**

→後者ですね、任せています。ドクターや全体を巻き込む業務に関しては会議にかけ、最終的な判断をしていきます。

***院内で強い職種などがいたときに、いやと言えないようなことは起こり得ますかね？**

→ありますね。ありますけど、そういうのは声が上がってくるので、その時はもう上から、必要だと思ったら、僕らから動く時はあります。そこもうまくやっていくのが、たぶんチーム医療なので、下手に僕が介入するよりは部長間、師長間で解決してもらった方がいいのかなとは思っています。

***基本的には職種間の信頼関係に任せて。**

→任せています、はい。

* これまづいなと思われたときに、是正をされるということですね。

→はい、そのような感じでやっています。

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

- 急性期病院ほどは医師の仕事の仕方に違いはない。あるとしたら、外来での傷の縫合や外傷処置について、医師によって方法が違う。以前は「〇〇先生用」というマニュアルができていた。なるべく、医師にも統一するように依頼している。
- 研修参加申請が受理されれば費用は病院が負担している。医師の学会参加は年2回までとされている。研修参加は出張扱いとなる。
- 病院として研修参加の意義は伝えるようにしており、研修参加者が（勤務を離れることを）気遣いをしなくて良いように配慮している。

* 他の病院にアンケート調査等をしたときに、タスクシフトにあたってどうしてもその教育研修しなければならぬと、その負荷が大きくて、それで及び腰になってできないというご意見が非常に多かったです。今のお話ですと職種間で話し合っ進むことが多いということでした。その時にドクターが教える研修はどのようにされてらっしゃいますか？

→ドクターが教えるのは、なかなか当院ではないかなと思います。任せてくれますよね、特にうちだったらその記録、カルテの打ち方は、ある程度任せています。癖はあると思いますけど、先生の。ドクターが教育する場はタスクシフトにおいてないのかなと。医療現場に関しては、もうすでに業務になっているから、ドクターが教えることもそうないのかなと。急性期だったら分かるのですがね。回りハや慢性期に近いところは、そうないのではないかなと思うのですけどね。

* 急性期ですと、ドクターによって癖があって、なかなかマニュアル化しにくいということはよく聞きました。

→ですね、一人ひとり違うのですよね。でも当院はそこまでないかな。基本的にあるとしたら、外来で、傷を縫ったりとか外傷の処置をしたりするときは、やはり先生方によって違うのですよね。整形の先生、外科の先生、やり方違うから、それはマニュアルですね。また、面白いことに何々先生用というのがあるのですよ。それでみんな覚えてやりますね。もう最近はなくなってきたかな。なるべく、先生方にも言って統一してもらっているのです。

* それは診療科の違いですか？出身大学や医局の違いのようなものですか？

→そこはどちらでしょうかね、個人のやりやすさではないですかね。

* ただそれもいま貴院ではもう標準化がだいぶ進んで。

→なるべくお願いしています。

* 研究発表大会ですとか教育研修を重視されているようにお見受けしました。職員が研修を受けるときの研修費、出張扱いにするかどうかなどの規定や方針があれば教えていただければと思います。

→研修に行きたいと申請が上がってきて、受理されればすべて病院持ちにしています。一般のスタッフはですね。ドクターは少し違います。学会は年2回と決めています。他のスタッフも受理されれば、申請が来て通れば全部病院負担ですね。

*出張扱いですか？

→出張扱いです。

*このあたりも急性期の病院さんを想定した質問が多いかと思うのですが、ドクターも比較的定時で帰られる方が多いとあまり勤務時間と勉強時間の違いは気にすることはないですかね。

→ドクターですか？全然気にしてないです。

*わかりました。ちなみにドクターが外で別の病院でバイトしてらっしゃることはありますか？

→ありますよ。

*そのあたりはそれほど大きな問題にはならない感じですか？

→自分の休みを使って行ってもらっているので、問題にはなっていないですね。

*それほど問題でもないのかなと思いますが、先ほど薬剤師が4.5名というところで、比較的少ないので、研修で抜けている間の既存の業務の回し方は、残った人でカバーして済んでいる感じですかね。

→そうですね、研修に関しては、少ないところは色々言われます。

*お互い様みたいな感じなのではないでしょうか？

→そうですね、やらないといけない研修、病院がやらないといけないと決めているので、そこは理解してくださいと話しています。

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

- タスクシフトに限っていうと、薬剤師の確保が難しい。当院では薬剤師の業務の一部を看護師が担っている。病棟薬剤師がいれば医師から移譲できる業務がある。
- 当地には薬剤師養成校がないこともあり、ほとんどの病院が人材紹介会社を利用していると思う。当地独特の事情としては、過疎地の病院が薬剤師に破格の給料を支払っている。一定期間勤務すると都会の病院に戻りたいと思うようになるようで、当院にも応募してきたことがある。ある事例では、30歳前後の薬剤師が当院に応募してきた際、月給50～60万円を希望してきたことがある。
- 当院がお付き合いしている人材紹介会社は、そういった薬剤師に対して一般的な給与相場を諭してくれている。病院側に立って客観的に動いてくれておりありがたい。
- (副理事長の)個人的な意見として、国が言う働き方改革で仕事をしない医師が増えるのではないかと危惧する。もちろん、個人差があり当院でも整形の医師は頑張ってくれているがそうでない医師もいる。急性期病院には働き方改革が必要なことは理解している。回りへ病院は重症患者を診るが、基本的に患者さんが回復していく病院である。逆に、慢性期療養の超重症患者を診ている病院にタスクシフトが必要なのではないかと思う。

- リハ室への事務職の配置の結果としてリハ職のリハビリ単位数が増えた（増収となった）ところまでは追い切れておらず、経営への寄与度は今のところ不明で、今後明らかにしていきたいと考えている。
- 中小病院にとってシステムが理解できる人材がいるかどうかは、さまざまな業務効率化を進める上で重要なポイントと考える。当院では約10年前、電子カルテやサイボウズなどを導入する際に偶然SEを採用することができたことが良かった。システムベンダーの言いなりにならないようにとの思いで採用した。

*** 人員を増やすとか経営上の負荷が大きいというようなことをおっしゃる病院さんも比較的多いです。貴院における状況を伺えればと思います。先ほどでいうと、事務職員の要望や、整形外科の先生の仕事をやるうえで増やす、増やさないという話が出てきたかと思いますが、経営上の負荷が大きい点がありますでしょうか？**

→タスクシフトに限って。一つは薬剤師かなと思います。薬剤師が、タスクシフトになるかわからないけど、業務の負荷を考えた場合、薬剤師がもっといれば今看護師とかにお願いしている業務は薬剤師に移せるし、逆にドクターがやっている薬関係で、薬剤師がしてもいい業務がたぶんあると思う。病棟でドクターが薬の説明をしなくてもいいのかなと思う。患者さんに対して、薬剤師が病棟に常駐していれば。それもいま結局ドクターが薬の説明をしているので。ただ薬剤師はさきほども言ったようになかなか採用できないし、高いですね、給与が。簡単に大量に採用できるかと言ったらできないです。

*** やはりドラッグストアなどに新卒で行ってしまうとかいうこともあるのでしょうか？**

→今はそれが多いいみたいですね。企業に行きますね。

*** 先ほどの話だと当地には薬学部がないですね。どこから薬剤師さんが県内に来ているのでしょうか？**

→紹介会社ですね。たぶん県内の病院さんはほとんど紹介会社だと思います。急性期くらいではないでしょうか、新人を県外にリクルートしに行って、連れて帰ってくるというのは。奨学金を出して、来てもらう病院も最近出てきましたね。

*** やはり紹介会社経由は高くつく部分もあるのですかね？**

→紹介会社経由というわけではなく、企業やドラッグストア、調剤薬局にいて、最近そういうところが潰れたり経営が悪くなったりして、病院が結局安心だろうと戻ってきている人たちが結構増えているのです。そういった方は企業と同じ給与を求めるので、無理ですね。若い時にもっと田舎にいて、医療従事者が集まらない病院では、破格の給与が出る。ある程度したら都会の方がいいと思って、市内に戻ってくる薬剤師さんがいるのです。その人たちは結局以前の高い給与を下げたくないからそれを言うてる。そういう状況があるので、紹介会社だからというわけではなく、地域性、環境があると思います。

*** 基本的には他県からあまり流入しない状況なので、そういう意味で価格競争が働かないということですね。**

→そうですね。逆に紹介会社さんが、この給与じゃ無理ですよと諭してくれています。病院側に立って来て。何社かずっと懇意にしているところがありますが、結構そういう話しをしてくれますね。

*** 薬剤師さんは過疎地だとドクターみたいに給料がウナギ登りになったりする？**

→すごいですよ。

***年齢にもよると思うのですが、具体的に月給ベースでどんな事例がありましたか。**

→びっくりしたのが、20代後半だったかな、30歳になっていなかったと思う。50、60万円を希望してきたのですよ。それは無理でしょうという話ですよ。

***ちなみにその方は最終的に就職されたのですか？**

→いや、しない。絶対無理だといって。当院の給与体系にはめて、ある程度いい子だったら少し乗せますけど。そこが基準なので、そこでNOという人は採らないです。だから増えないのですけどね。他の病院は頑張ってるみたいですけどね。でもそれをすると今いるスタッフの給与と合わない。そういうのはいずれバレますので、バレたら面倒くさい。そこはもう一線はきちんと引いていますね。

***先ほどの話だとやはりもうだいぶ前からシフトしているものが多くて、教育研修が追加で発生している状況でもなさそうだとということと、他の病院さんと同じように薬剤師がやはり一番のネックになっているということがよくわかりました。特にいま何かあるわけではないです。**

→タスクシフトという言い方をするとすごく良いことをやっているように思われるのですが、最初言ったように、当院は情けない話ですけど、理事長と医師があまり仕事をしないから、他の職種がやらざるを得ないという環境が出来上がったと僕は思っているのですよ。みんな話合っってここが大変だから、ドクターのここが大変だから、こういうことをしようといったことは一切ないですからね。タスクシフトという言葉にするとよく見えるけど、実際はタスクシフトではないのです。

***それから、昔ドクターが3、4名しかいない時代があった。**

→そうそう、ドクターも少なかった。そういった背景があるので、きちんとしたタスクシフトではない。話し合いが行われて、説明があつて、教育があつてというのがタスクシフトだと思っているのですが、正直それには該当はしてないのかなど。急性期はまだわかるのですが、慢性期やそういうところで、国が言う働き方改革もそうですけど、本当に仕事しないドクターが増えるのですよね。あまりにもそれをやられると、困るのです。やる先生はやりますよ、当院の整形の先生はすごく頑張ってくれていますけど、そうではない人もいます。曲がった意見ですが、急性期はわかります。先生方大変だから。でも、特に回復期は重症患者を診ますけど、よくなっていく病院ですよ。どちらかと言うと。だからそれほど必要なかと思えますね。逆に、慢性期の療養の超重症を診ている病院さんこそ、タスクシフトが必要なのではないかと思ったりもします。

***リハ室への事務職の配置や、整形の医師に新たにシフトを持っていったと伺ったのですが、この時は事務部門に新たに雇用したのでしょうか。あるいは既存の業務を整理したのでしょうか？**

→そうですね、整理してもらって。事務方は結構業務改善や業務の効率化を図ってくれています。

***結果として、経営面で例えばリハ職の残業代が減ったとか、医師が診られる患者さんが増えたことはあったのでしょうか？**

→それがやはりそこまで見ないと、この前の研究発表会でも僕は言ったのですが、そこまで見られればすごくいい。そこまでまだ追いけられていないです。だから自分たちがやったことが収入に繋がっていれば一番いいと言っていますが、まだそこには至っていません。

*** これからできればそこは見たいと。**

→見たいですね。

***) 今後シフトするときにはフォローしたい感じですか？**

→そうですね。

*** 先ほどの例で言うと、リハ室の受付を事務がやったことによって例えば、リハの単位数が増えたとかそういうことですかね？成果指標を挙げるとすると。**

→見るのだったらそういうところなのかなと思います。

*** 副理事長が15年前に入職されたというお話でした。仕事のやり方、分担を明確にしていこうというところがあるのでしょうか？以前はドクターが少なく看護士さんがやっていたものを戻したり、明確化したりですとか。**

→別に看護師が潤沢にいるわけでもないし、ドクターが潤沢にいるわけでもない。医療職はそうですね逆に、やらなくていい業務はたぶんたくさんあるから、僕は事務方でいいと思っている。専門のスタッフは専門のことに集中した方が患者さんにとっていいのかなと。事務方に関してはそれをずっと言っています。それが仕事ではないかと。そういう意識が芽生えているのかなというのはあります。診療側は喜んでくれるので、事務方も嬉しいではないですか。

*** 成功体験ができるとまたいい循環になっていきますよね。**

→そうですね。そういうのはあるのかなとは思いますが。最終的にはやはり人です。事務方も人を増やさないともう限界なのかなと。

*** この15年の間に事務の人数増えましたか？**

→増やしましたね。

*** 今までの増えてきた許容内で、これ以上だと新たな業務を取り込むのはそれなりに厳しくなっている状況でしょうか？**

→今の人数に対して、シフトということですかね？受け入れるということですよ。今はちょっとマックスかなと思います。

*** 今後もし、診療側からの要望が新たにきたら、人を雇うメリットも考えていかないといけない。**

→そうですね。

*** 人件費という面でもいま人を増やしても許容範囲ということですか？**

→許容範囲と言えば許容範囲ですけどね、これ以上は厳しいかもしれないですね。ドクターを増やしたからですね。非常勤も増やしているのですよ。ドクターの人件費は上がってきています。

*** 業務改善の中でIT機器が使われた例はございますか？**

→すごいものではないですが、うち全部紙でやっていたので、情報交換、情報共有するためにSkype入れたりとか、サイボウズ入れたり、それだけでも紙もなくなったし、情報共有が進むようになり、電カルは当たり前ですけど。Skypeは職員から意見が出てきて、たいしたことはないだろうと思っていたのですよ。ところがかなりいい感じで、わざわざ電話かける必要もありませんよね。忙しい時に電話かかってくるのほどみんな嫌がるから、Skype、パソコンで見る、あとはサイボウズが頑張ってくれていますかね。

*** サイボウズは職員の方々にひとり1アカウントありますか？**

→事務方と役職者は全部ありますね。一般のスタッフは、現場にいくつもパソコンがあるので、そこからフリーで見てくださいという形です。

*** じゃあ部署の共通アカウントみたいな形で。**

→そうです。

*** なるほど。Skype はオンライン会議でも使ってらっしゃるのでしょうか？**

→それもやっていました。今はもう Zoom が出てきたからもう Zoom です。

*** 職員の方からこう提案があると導入や普及も早そうですね。**

→そうですね、普及は早いですね。

*** ちなみにサイボウズや電子カルテ、あるいは Skype もですけど、どれくらい前から使い始めましたか？**

→電子カルテは 10 年経つのかな。Skype もそれくらいかもしれないですね。Skype は長いですね、サイボウズももしかしたらそれくらいかもしれない。

*** 他の病院さんで同じような状況で聞いてきたらやはり、システムの導入から自分たちでやらないといけなくて、シフトができないというような話もあったので、いま伺っているとだいぶ早くからされていて、効率化が進まれたという背景があるのかなという。**

→そうですね、たぶん 10 年。

*** 10 年前だと、その当時にだいぶ先進的な。**

→10 年経っていると思いますね。ちょうどその時に S E が偶然採用できたのです。その人が色々やってくれたのです。現場の意見も吸い上げてきてくれて。それで Skype は簡単ですよ、お金もいらぬし。それでぼんぼん進んだのはありますね。

*** 逆にいうと他の病院さんで S E がいるところはあまりないと思う。大病院は別にして。その辺が分かりにくくて、システム入れようにもベンダーの言いなりになって進みにくいところはあったりしますかね。**

→たぶんですね、S E というか、詳しい人がいるかないかで電カルの入れ方は変わってくると思います。当時詳しい S E 的な人を入れようかと思ったのは、電カルを入れるためだったのです。絶対ベンダーの言いなりになるなと思って。必要だったので、運よく採用できた。

*** ベンダーさんとの交渉、必要な機能だけに絞り込んで。**

→そうです、彼にそのあたりはしてもらいましたね。それですごく下がるわけではないですが、たぶん、上乘せはなかったのではないのでしょうか。余計なものは。

*** 上乘せというのはあるものなのでしょうか。**

→分からないけども、色々な話は聞きますよね。

*** どれくらいできるかわからないけど、国がクラウド型の電カルの話をしているようですけど。やっぱり病院がベンダーの言いなりになっている問題があるのかなと。**

→高いですからね。パッケージ入れても当院がやりたいことができないときに、追加できないかと相談すると、できるけど追加料金がかかります。すごい金額を言うてくる。だから僕らが求めていることはできません。元が急性期専用で作られているから。

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

- システム投資の費用負担が大きいのと、ベンダーとの契約の際に病院に交渉力が必要である。例えば初期費用が安く済んだと思っても保守料に上乗せされていたりすることがある。また、その価格が妥当なのかはいち病院には判断できない。
- 電子カルテ等のシステムが急性期病院を念頭に開発されているものが多く、当院のような回りハ病院から見ると柔軟ではない感じがする。特定の機能だけ使いたいとしても、改修が必要となりここにもコストがかかる。
- 医療DXを国が推進するのであれば、診療以外のそのような投資は国が面倒を見てほしい。そこまできれないのであれば、せめて電子カルテの規格を統一してほしい。そのほうが国もデータの分析ができてメリットがあるのではないか。
- それ以外の問題意識としては、人員基準がある。地域の雇用の事情などもあり特定の職種が十分に採用できないときがある。また、人員基準は最低限の質の担保を意図しているが、質の担保は病院が責任を持つべきで、(人員基準により) 質とは関係なく病院の収入を担保するのではなく、最終的に差がついて質を維持している病院が生き残り、患者さんにとっても望ましいのではないか。

*** 以前伺ったある病院で、電カルを入れるのに1年分の経常利益が吹っ飛ぶぐらいのコストがかかったっていう。**

→そんな感じですね。そこまできかないか。うちは安くしてくれた。ただ、保守料でものすごく乗せてきました。長い付き合いになりますよね。そっちで取っていると思いますね。しまったと思って。

*** 一回入れてしまおうとなかなかもう、変えにくいですね。**

→そうです。だからいまも変えようと思っているのですけれど。

*** タスクシフトに関連してという聞き方はしていますが、国や行政からこういうサポートがあったらいいなということはありませんでしょうか？**

→先ほどの続きになりますけど、補助というのだったらもう電子カルテですね。どこかで切り替えないといけなくなる。その時に見てほしい。それをしないのだったらもう少し、国が規格を統一してほしいです。標準の電カルを作ってくれと。そうした方がデータも吸い取れてwin-winと思います。

*** 勤怠管理はどのようにされてらっしゃいますか？**

→いまちょっと問題になっています。大きなシステムで結んではいけないです。一括管理したいのですが、Excelで管理しているところもあれば、ソフトを入れているところもあって、最終的にはそれを出して、人がつなぎ合わせています。会計とか人事のスタッフは結構大変そうですね、月末。

*** 職員さんが打刻するのはタイムカード？**

→ICカードで機械にかざしています。そこからすべてそれが飛べばいいのですが、これをかざしてもひとつのソフトでデータが止まってしまう。それを紙ベースにという先ほどの話です。

*** 全体のシステムを入れるとなると、またそれもすごく費用がかかってきますよね。**

→はい。

*** ちなみにICカードに変えられたのは何年くらい前ですか？**

→5年くらい前です。

***いまおっしゃった、ICT周りの補助があるといいということと、関連して電子カルテの基準の統一化がなされていれば、コストも削減できるということが要望でよろしいでしょうか？**

→そうですね。DXやIT化など国が色々言いますよね。病院が対応するのは無理ですよ。そちらにかけられるお金があったら人にかけてたい。できればなんとかしてほしい。そんなに言うのだったらと思います。

***人材に関して何か、研修用意してもらえるといいといった要望ありますでしょうか。**

→研修はないですかね。採用に関してもないですね。そこはもう自力でしょうね、採用は。

***わかりました。**

→タスクシフトなのかどうかわからないけど、要望といたら、施設基準の人員基準がありますよね。正直必要なかと思うときがある。もうこの時代。看護師もそうだしセラピストもそうだし、病棟に、回復期作るのもPT3名以上。そういうのは当然それ以上つけるわけだし、看護師もそうだし。今一番痛いのはケアワーカーです。看護助手。看護助手も施設基準に入れているではないですか。もう絶対集まらないですよ。もうそのあたりは時代錯誤ではないのか。いなければいけないで、きちんとしている病院もあるわけだし、医療事故が起きる可能性もありますけどね。でもそういう病院は患者さんが来なくなる。淘汰されていく。質が病院間の競争になるのかなと思う。そうやった方がいいのではないかと思うのですけどね。うちですね、ケアワーカーが足りなくて、看護師さんにケアワーカー業務してもらっているのです。結局、名前も移して。

***看護助手や介護職員も採りにくくなったと色々な地域でお聞きしますね。**

→ものすごく採りにくいです。最近イオンなどが、給与上げているではないですか。絶対企業に就職します。ケアワーカーだったらどこでもいいですから。たぶんもっと採りにくくなった。なのに、基準があるから、当院は看護師が基準以上にたくさんいるので、看護師をケアワーカーとして申請している。看護師に、これもタスクシフトなのか、ある意味。ケアワーカー業務をもらっている。

***逆のタスクシフトですよ。本来とはちょっと違う。**

→そうですね。病院同士の経営努力かもしれないですけど、採用努力か。でもたぶんどの病院も無理だと思うし、外国人を呼んできてもみんな失敗している。みんなではないけど、結構失敗している。

***人員基準も、徐々にですけどアウトカム評価にはなってきたてはいますけど、もう少し時代に合わせて柔軟にした方がいいのではというところですかね。**

→僕はそのほうが良い病院が残るのではないかと考えています。