



2024年を乗り越える病院のみなさまへ

「医師等の働き方改革」を 考えるための取組好事例集

2024年4月、医師の時間外労働規制が施行され、
医師の時間外労働は原則年間960時間になります
健康と経営を守るために何が必要なのか
先駆的な取組を行う病院の事例を紹介します

横浜市医師等の働き方改革に向けた取組支援事業

目次

はじめに.....	1
取組事例の概要.....	2
調布東山病院.....	2
近森病院.....	3
取組好事例の紹介 1.....	5
調布東山病院.....	5
基本情報.....	5
地域の概要.....	5
病院の概要.....	6
働き方改革のきっかけ.....	7
取組開始以前の状況・課題.....	7
夜間外来による疲弊と外来機能の診療所との競合.....	7
繁忙部署への協力が希薄な風土.....	7
働き方改革の進め方.....	8
テーマ1 医療従事者や病院を支える組織作り.....	8
テーマ2 他業種からの事務部門職員の積極採用と組織の活性化.....	9
テーマ3 医療従事者の「困った」に手が届く～現場を知る他職種転身SEによるシステム開発～...	10
テーマ4 医療専門職が医療に専念できる医師事務作業補助体制の構築.....	11
テーマ5 急性期病院に求められる機能の選択について.....	13
テーマ6 急性期病院の職員の負担とそれを支える仕組みについて.....	14
テーマ7 一緒に働きたい職員が働き続けられる個別配慮と、働き方改革のモヤモヤを残さない...	15
働き方改革の効果.....	17
組織・職員の活性化.....	17
経営状況の推移.....	18
マネジメントインタビュー.....	20
取組好事例の紹介 2.....	22
近森病院.....	22
基本情報.....	22
地域の概要.....	22
病院の概要.....	23
働き方改革のきっかけ.....	25
取組開始以前の状況・課題.....	25
1980年代・1990年代－チーム医療の原点、リハビリテーションの充実－.....	25
2000年代－病院機能の絞込みと連携、栄養サポート、チーム医療の拡大－.....	27
働き方改革の進め方.....	29
職種別の取組.....	36

テーマ1	看護部編.....	36
テーマ2	薬剤部編.....	38
テーマ3	リハビリテーション部編.....	39
テーマ4	管理部門編.....	40
テーマ5	管理栄養士編	43
テーマ6	社会福祉士（MSW）編.....	46
テーマ7	臨床工学技士編.....	47
謝辞.....		49

はじめに

2024年4月から施行される2018年改正労働基準法に基づき、医療機関には、医師の新たな時間外労働に対する規制（新時間外労働規制）の適用までに、労働時間規制を遵守するための取組が求められています。

これから2040年にかけて、15歳以上65歳未満の生産年齢人口の減少と、65歳以上の高齢者の増加が予想されており、横浜市も例外ではありません。医療・福祉分野の就業者が全国で96万人不足するという推計もあります。

このような状況のなかで、今後も地域医療を支える優秀な人材を質・量ともに確保するためには、医療職が自らの専門性を存分に発揮できる環境や、出産・育児・介護などと仕事を両立しながら活躍できる環境、健康的に仕事を続けられる環境を確保することが重要になります。

医師等の働き方改革は、病院経営に関わる人々・病院で働く人々が「これからどのような病院でどのように働きたいか」を考え、実現していくための第一歩となるものです。

本事例集で紹介する病院は、問題意識の把握・共有からスタートして、医師等の働き方改革に留まらない様々な取組を実践しています。病院の置かれている状況は、様々あるかと思いますが、本事例集が皆様の一助になりましたら幸いです。

※本事業では5例以上の事例を収集する予定でしたが、新型コロナウイルス感染症にかかる緊急事態宣言が発出されたことから、事例数を縮小して実施いたしました。

取組事例の概要

ちょうふとうざんびょういん 調布東山病院（東京都調布市 83床）

調布東山病院は、医療専門職・病院を支える事務部門の組織づくりに取り組み、貴重な医療専門職が医療に専念できる体制の構築を進めました。

テーマ1 医療従事者や病院を支える組織作り

- ・病院活動の基盤となる企画・本部事務部門の強化
- ・組織運営実績のある外部人材の採用
- ・KPI（重要業績評価指標）の見える化を通じた、組織の風土づくり

テーマ2 他業種からの事務部門職員の積極採用と組織の活性化

- ・「顧客志向」「成長意欲」「傾聴」に適性のある人材の積極的採用
- ・人材開発、情報システム、広報等、様々な領域での多様な人材確保

テーマ3 医療従事者の「困った」に手が届く

- ・病院内のICT化に際した、自病院内の人材活用
- ・ベンダーとの調整や医療専門職の意を汲んだ機能追加などを迅速に行える体制作り

テーマ4 医療専門職が医療に専念できる医師事務作業補助体制の構築

- ・医師事務作業補助体制の強化への取り組み

テーマ5 急性期病院に求められる機能の選択について

- ・夜間外来をはじめとした外来機能の見直し

テーマ6 急性期病院の職員の負担とそれを支える仕組みについて

- ・勤務医の負担軽減に係る取組、業務内容の見直し

テーマ7 一緒に働きたい職員が働き続けられる個別配慮と、働き方改革のモヤモヤを残さない

- ・職員ごとの勤務条件の個別配慮

以上の取組のほか、働き方改革の効果、マネジメントインタビューを掲載しています。

近森病院は、医師不足の中で、高齢化の進行とともに高齢患者が増加するという地域の医療ニーズの変化に対応するため、医師を「診断・治療」という医師にしかできない業務に専念させることを主眼としたチーム医療・タスクシフティングを進めてきました。

働き方改革の進め方

- ・病院マネジメントの本質は“Focus”（集中）
- ・チーム医療・タスクシフティングの目的はアウトカムの追及
- ・病院／スタッフの業務の処理能力に対する前提理解
- ・チーム医療とマネジメント
- ・アウトカムの出るチーム医療とは
- ・チーム医療の形、病棟常駐型チーム医療

職種別の取組

テーマ1 【看護部編】

- ・医師から看護師へのタスクシフティング
- ・看護師から多職種へのタスクシフティング
- ・看護師から看護補助者へのタスクシフティング
- ・これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ

テーマ2 【薬剤部編】

- ・心臓血管外科術後オーダー代行入力
- ・これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ

テーマ3 【リハビリテーション部編】

- ・可及的早期の離床のためのリハビリテーションと多職種情報共有／病棟トリアージ
- ・これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ

テーマ4 【管理部門編】

- ・管理部門の位置づけ
- ・医師に対する診療支援
- ・病院全体に対する診療支援
- ・これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ

テーマ5 【管理栄養士編】

- ・経腸栄養管理計画票の作成
- ・医師への食事・経腸栄養などに関する提案件数
- ・これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ

テーマ6 【社会福祉士（MSW）編】

- ・MSW にとっての多職種連携と現状の成果
- ・これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ

テーマ7 【臨床工学技士編】

- ・臨床工学技士の他部門への職域展開
- ・これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ

以上の取組のほか、これからタスクシフティングや働き方改革を考える際の代表例とアドバイスを紹介しています。

取組好事例の紹介 1

調布東山病院（東京都調布市 83 床）

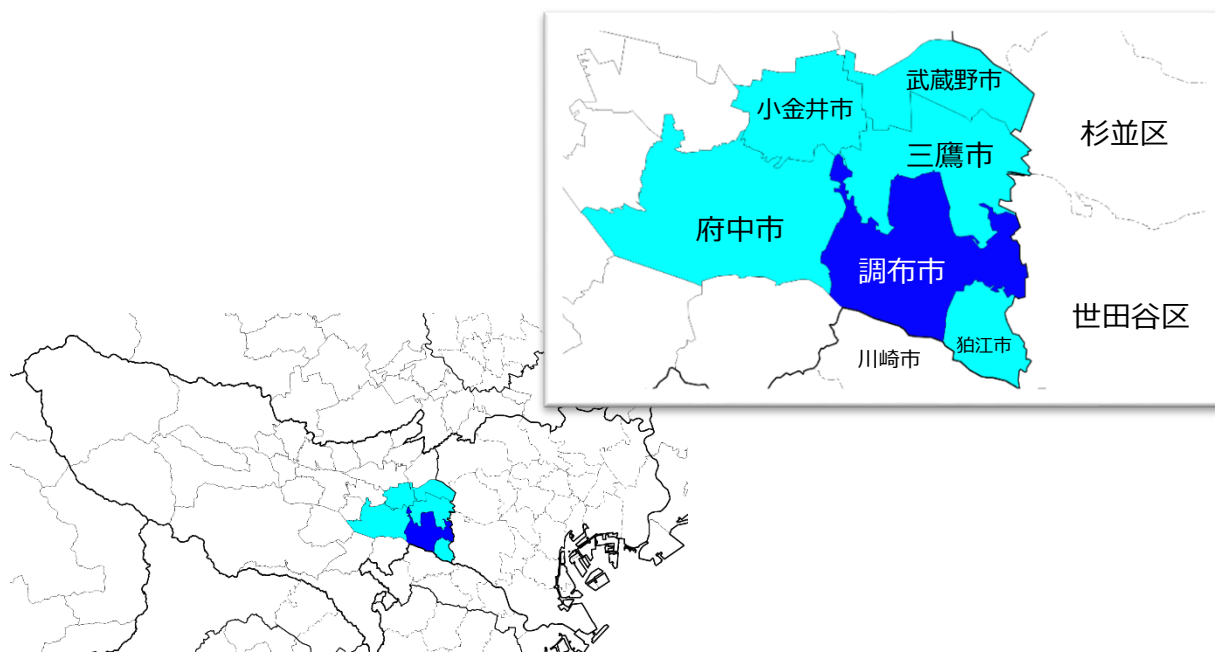
基本情報

地域の概要

東京都調布市は、東京西部に位置しており、公共交通機関で都心まで約 20 分というアクセスである。医療計画では 6 市からなる北多摩南部保健医療圏（面積 96.1 km²、人口約 102 万人（2015 年国勢調査））に属する。当該圏域の面積・人口は概ね横浜市の鶴見区、神奈川区、西区、南区、中区の合算と同規模である。

当該圏域内にて高度急性期を担う病院としては、杏林大学医学部附属病院（三鷹市 1,153 床）や東京都立多摩総合医療センター（府中市 789 床）、東京都立小児総合医療センター（府中市 561 床）、東京慈恵会医科大学附属第三病院（狛江市 581 床）、公益財団法人日本心臓血管研究振興会附属榊原記念病院（府中市 307 床）、日本赤十字社東京都支部武蔵野赤十字病院（武蔵野市 611 床）などがある。急性期医療資源は都区内ほどではないが充実していると考えられる。

調布市の人口は 233,265 人（住民基本台帳 2021 年 1 月 1 日現在、外国人を除く数値）、市内の一般診療所数は 186 施設¹であり、人口 10 万人当たり診療所数は 79.7 施設である。横浜市の人口 10 万人当たり診療所数が 81.0 施設であることから、診療所の分布状況も近い。



¹ 2021 年 1 月現在厚生局保健医療機関一覧から歯科系統のみを標榜する診療所以外の診療所数

病院の概要

調布東山病院は、京王線調布駅から徒歩 3 分の調布市の中心街にある。「病院を利用される患者さまやご家族の方に満足していただく。思いやりのあるサービス・人情味のあるサービスを提供する。この病院で誇りをもって働ける職場にする」という 3 点を病院の理念としている。

大学病院など高度急性期病院が多い圏域にあって、大病院では受け止めきれない地域の医療ニーズ（虫垂炎、胆石な

などの消化器系疾患）への対応や救急医療を支える生活支援型急性期病院としての役割を目指してきた。また、認知症を有する患者の誤嚥性肺炎や尿路感染症などの疾患への対応について、ユマニチュード（「見る」「話す」「触れる」コミュニケーションを重視する技術・ケアの体系）を導入するなど、患者の尊厳を保持しながらのケアと早期回復を実現する様々な取組を行っている。

2019 年度の救急車受入件数は 1,613 件で、83 床という病床規模に比して積極的に受け入れており、急性期病院の 1 床当たりの受入数でも多い。機能性指標の状況を紹介します、病床稼働率は 94.5%、平均在院日数は 14.7 日、重症度、医療看護必要度は 37.2 (I)、入院単価は 47.1 千円となっており、急性期医療機能を担っていることがわかる。

<調布東山病院の概要>

- 法人名：医療法人東山会（理事長：小川 聡子 氏）
- 所在地：東京都調布市小島町 2 丁目 32 番地 17
- 病床数：83 床（急性期一般入院料 1）
- 診療科：内科、消化器内科、糖尿病・内分泌科、血液内科、循環器内科、呼吸器内科、神経内科、腎臓内科（人工透析）、外科、消化器外科、大腸・肛門外科、整形外科、リハビリテーション科、リウマチ科、皮膚科、泌尿器科、麻酔科、放射線科（全 18 科）
- 職員数：372 名（2020 年 4 月現在、常勤換算）
- 関連施設：桜ヶ丘東山クリニック、喜多見東山クリニック、東山訪問看護ステーション など



働き方改革のきっかけ

取組開始以前の状況・課題

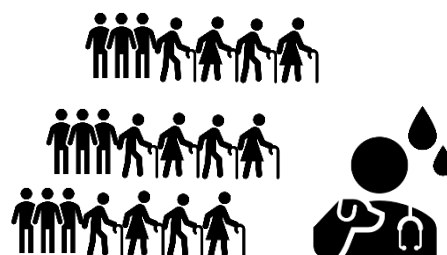
小川聡子理事長が 2009 年に経営を引き継ぐ前後の病院の状況を表す象徴的なエピソードを紹介する。

夜間外来による疲弊と外来機能の診療所との競合

当時の外来は、周辺に夜間外来をする診療所がなかった時代の名残から、午前 1 コマ、午後 1 コマに加えて、夜間 1 コマの 1 日 3 コマで実施していた。1 日当たり 700 人の外来患者が来院していたが、外来単価は 5,000 円と低く、医師を含む医療従事者は疲弊していた。

病状が安定していて 1 か月おきなど定期的に薬を取りに来る患者が多く、外来診療から病棟への入院につながることは少なく、急性期病院の外来機能としてあるべき姿とはかけ離れたものであった。

周辺地には大学病院本院や分院が多く、そこから独立した開業医の診療所が増加してきており、地域の診療所の医療機能とも競合していた。



繁忙部署への協力が希薄な風土

小川理事長が病院経営を引き継いで間もなく、業務は多忙を極めていた。そんなある日、ふと、17時半頃に本部事務室に入ると誰もおらず、真っ暗だった。医師や医療専門職、外来医事課職員は残って仕事をしているのに、本部事務職員が誰もいなくなっていた。

多くの本部事務職員が自分の業務の領域を自分で定義しているように見え、その範囲外で起きていることを見ようとはしない風土だった。



働き方改革の進め方

先述のものを含め様々な課題があったが、折しも先代を支えていた職員が病院を去ることが重なる。翌年の2010年は新病院移転も控えた大事な時期であった。

働き方改革どころではない病院経営自体も危ぶまれる状況から、どのような取組を行ったのかを紹介する（なお、それぞれのテーマの時系列は前後している部分がある）。

テーマ1 医療従事者や病院を支える組織作り

病院の企画・本部事務部門は、病院のあらゆる活動の基盤である。現場の専門職が長時間労働を行っても状況が良くなる場合、制度や仕組みの問題以外に、見直しが進まない遠因として事務・企画部門の弱さが関係することがある。

小川氏が理事長になった当時、理想的な組織のイメージは漠然とあったものの、それを実現するためにはどのような人を集めたら良いのか、あるいはどのように組織を運営するのかという経験がなかった。

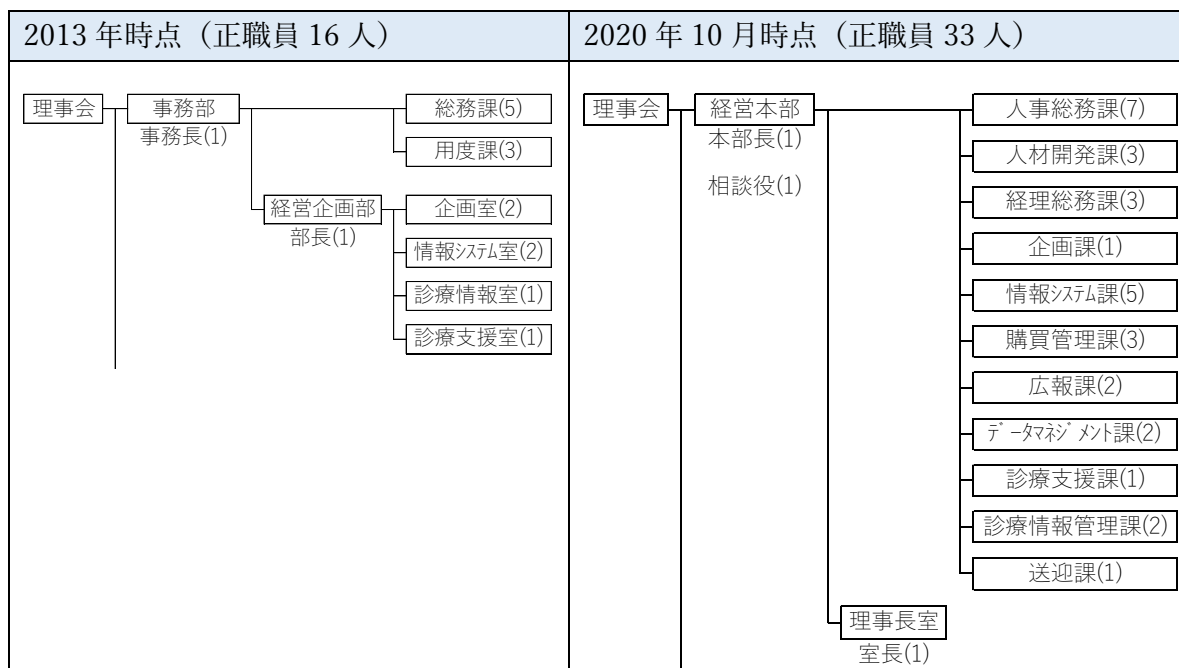
小川理事長は、組織運営の右腕となる人物の採用に当たり、自身に足りないマネジメントのノウハウを補うために、組織がどういう人材を必要としているかを真剣に考えたという。そして、結論として導き出したのは、大企業ではなく中小企業規模で組織を率いた経験のある人で、あえて病院事務長未経験者とした。年代は50歳前後、自分が40代であるため10年は自分と一緒に組織を創ってくれる人などであった。

医療界ではなく、組織運営の実績がある人物を探していたところに白羽の矢が立ったのが、ベンチャー企業出身の福垣 順三 氏（当時は経営企画部長、現職は経営本部長）であった。2013年、1つのターニングポイントとなる。

福垣氏は、法人運営・経営管理に必要なKPI（重要業績評価指標）について、入院・外来別、部門別、診療科別の指標を月次、予算比、前年比など様々な切り口でグラフ化したもの約80種について、経営会議や部門に提供するようにした。かつては会計士の会計報告をもとに管理していたというが、KPIを見える化した影響は大きいという。経営指標や労働時間などの数値は、見えなければ気にならないが、見える化されると自部署はどうなっているのか気になるようになる。グラフが右肩上がりの他部署に刺激されるなど、経営側から言われるまでもなく、無意識の競争意識が出てくるようになった。

現在の法人本部の事務部門の体制は図表1のとおりで、法人・病院運営に必要な機能・ミッション別に小規模な組織単位に再編し、経営本部会議で共有される情報・考え方を基に、自主性を発揮しながら自発的な行動により病院専門職を支え組織運営の基盤となっている。

図表 1 医療法人東山会本部組織の体制の比較 ※括弧内は正職員数



テーマ 2 他業種からの事務部門職員の積極採用と組織の活性化

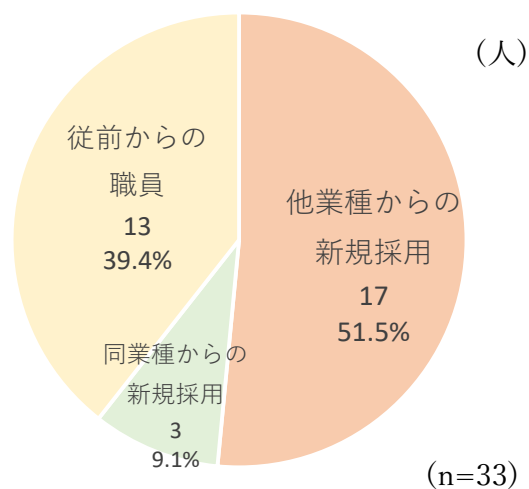
医療分野は専門性が高く、診療報酬制度の複雑さなどもあり事務職も経験者を採用する病院が多い傾向にある。一方で、調布東山病院では、図表 2 のとおり、他業種からの新規採用を積極的に行っている。経験者採用は自院での教育コストの削減などメリットがあるにも係わらず、新規採用を選択した理由について紹介する。

経営を引き継いで間もない頃は、経験者を採用していたが、自

分たちが本当に雇いたいような人は、前の病院を辞めてまで 83 床の小さい病院に来てくれないと考えを変えた。「これから新しく入る人は、未経験でも『自分たちと同じ気持ちを持った人、向上心のある人を採用しよう』と心に決めた」という（小川理事長）。

福垣本部長は事務部門の採用に当たり、未経験でも「顧客志向で考えることができる」「成長意欲がある」「傾聴ができる」適性のある人材を厳選していくことを心がけ、400～500 人の求人応募者の中から 1 人も採用しなかったこともあるという。新病院移転後の病院事業の拡大に合わせて、採用も拡大させて多様な人材を集め、組織の風土を変えることに成功した（図表 3）。

図表 2 調布東山病院の経営本部 33 人の採用形態



図表 3 調布東山病院の他業種採用の実績

ポジション	出身企業(経験)	採用目的
経営本部長	人材系ベンチャー (事業企画)	・強い事務部門を創ること ・新しい組織の仕組みづくり
経理課長	メーカー(経理)	・管理会計強化 ・内部統制強化
人材開発課長	メーカー(人事)	・ひと成長型組織の実現
人材開発	求人サイト(営業)	・採用力強化
情報システム	・IT(インストラクター) ・IT(第2新卒)2名	・ICTによる業務改善
データ マネジメント	・老舗企業(ヘルプデスク) ・メーカー(商品開発)	・業務の見える化(経営/医療) ・現場を巻き込んだ業務改善
広報	出版社(編集、制作)	・院内外への情報発信力強化

医療法人東山会提供資料

もっとも、未経験での採用なので、例えば地域連携室の職員が、開業医から聞いていた話と実際に受入れた患者の状態が異なるという理由で、院内の看護師に叱られたこともあったようだ。今では、地元の診療所回りや救急隊との連携などで活躍しており、年間5,000件を超える紹介件数の原動力となっている。この他、発信力に富む広報誌等²を担当する出版社の編集者出身の広報担当や、民間企業で人材育成の経験と能力のある人事担当など他業種から採用した人材が様々なポジションで活躍しているという。

新たに採用された若手の成長と、若手から刺激を受け「うかうかしてられない」と感じたベテランが、それぞれの良さを発揮するようになってきている。

テーマ3 医療従事者の「困った」に手が届く～現場を知る他職種転身SEによるシステム開発～

ICT化による労働生産性の向上は医療・福祉分野でも聞くようになったが、ベンダーに発注する際には、仕様や設計の負担、開発期間の長さ、費用がネックになり、結局「現場の医療従事者が手作業で頑張る」ということに落ち着くことが多い。

調布東山病院では、電子カルテはベンダー製のものを使用しているが、現場のニーズに合わせて病院のシステムエンジニア(SE)がサブシステムを構築し、システム間で相互に連携して運用している。現在、SEは5人おり、その中には自病院で養成した看護師出身のSE、臨床工学技士出身のSEがいるという。

2011年の新病院移転時に、紙カルテから(オーダーリングも入っていなかった)、電子カルテを導入した際、コミュニケーション能力の高いSEの採用を試みたが、良い人材がなかなか見つからなかった。そんな中で、ふと思い出したのはフットケアの評価に関して優れたデータ処理・作成を行った自病院の透析看護師で、本人の希望や適性を踏まえてSEに転身させた。

² 医療法人東山会「広報誌・パンフレット等」のページ

<https://www.touzan.or.jp/about/pr-magazine/>

調布東山病院では入退院支援に力を入れているが、入退院支援では多職種間の情報共有が重要になる。例えば、初期カンファレンス、中間カンファレンスなどの内容を確認することがかなりの負担になっていたというが、電子カルテへの機能追加はベンダーに難色を示された。そこで、SEに相談し、専門職の意を汲んだ機能追加を迅速にできた事例もある。

また、電子カルテ上にポップアップで空床情報が表示されるガジェットは、地域連携室と協力して開発した。救急処置室、外来、病棟間で患者を渡す側、受け入れる側の都合をリアルタイムに把握でき、情報が見えないために電話をして確認しなければならないという、医療以外のストレス緩和の一助になっているという。同様に、入院かどうかのボーダー事例があっても、入退院の状況がリアルタイムで反映されれば、医療資源を無駄なく活用できる。この他にも学会の事例発表で見たシステム機能を相談するとすぐに導入するなどの対応も行っている。

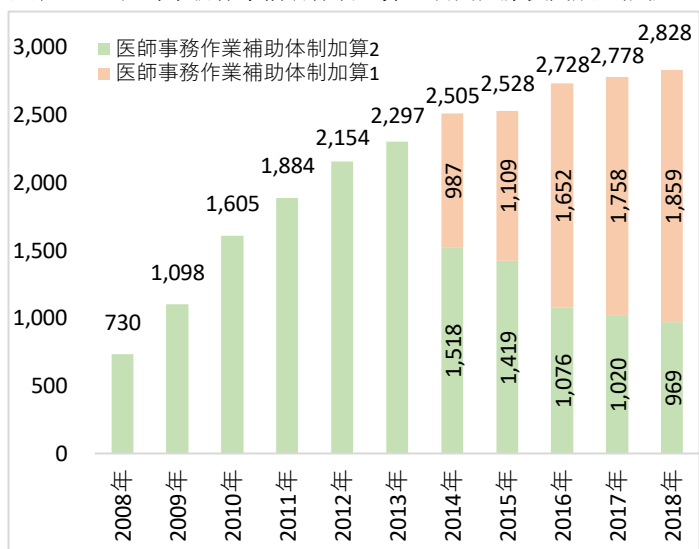
現場を知るSEの強みについて、福垣本部長は「現場に行って『医師が何をしたいのか、看護師が何をしたいのか』が分かることが一番強いです。専門職が切実に求めるものをシステムに落とし込む。最初の頃は動作が重くて動かないなど試行錯誤をしていましたが、数年経つと開発スキルが向上してきました。今では現場はかなり助けられています」と語る。また、病院内の人材活用に関して、小川理事長は「経営者であっても現場で仕事をする時間は大切にしている、小さい組織でも逸材が組織内にいることに気が付きます。大きい組織であればあるほど、原石はたくさん埋もれているはずですよ」と語る。

テーマ4 医療専門職が医療に専念できる医師事務作業補助体制の構築

医師事務作業補助者については、2008年度診療報酬改定で医師事務作業補助体制加算が導入されて以降、図表4のとおり届出医療機関数が増加するとともに、診療報酬上の評価も手厚くなってきた。2018年度の改定では報酬が更に引き上げられるとともに、算定が可能となる入院基本料の種別が拡大され、現在では、様々な団体が医師事務作業補助者に係る研修・講習を開催している。

診療報酬で認められる医師事務作業補助の業務範囲は、医師の指示の下に行う①診断書など

図表4 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



第431回 中央社会保険医療協議会 総会 (2019.11.8) 資料を基に作成。「医師事務作業補助体制加算2」は、2013年以前は「医師事務作業補助体制加算」という名称

の文書作成補助、②診療記録への代行入力、③医療の質の向上に資する事務業務（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、④行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）とされている。

調布東山病院では、内視鏡件数が11,651件（2019年度実績）、ドック・健診センターの受診者数が34,856人（2019年度実績）と多く、保険会社に提出する書類や健診結果など書類の作成がかなりの業務量になる。

これについて、調布東山病院では、診療報酬上の評価がつかない業務範囲まで病院の持ち出しで事務職員を配置（現在は3人配置）している。民間保険会社への診断書については図表5のようなデータもあり、医師の労働時間のかなりの部分を占めることになる。手厚い事務職員の体制により書類作成・代行入力・一般的な問合わせへの対応までカバーされており、医師が事務作業に追われることはない。また、事務職員に主体性を持たせ、専門職が本来業務に専念できるよう自分たちが貢献できる仕事を探すよう働きかけられている。業務の標準化と改善、標準処理日数などの目標設定を部署の事業計画に落とし込む段階だという。

図表 5 民間保険会社への診断書作成に要する時間の推計

診断書の種類	所要時間※
傷害保険およびその他第三分野保険商品に関する診断書	45分
自賠償保険	20分
死亡保険金に関する診断書	10分
手術給付金（および同時に請求する入院給付金）	45分

堤 信之、坂口一樹（日本医師会総合政策研究機構）「民間保険会社の診断書作成にかかる医師の負担の実態：研究会の評価と医師の負担の推計」（日医総研リサーチエッセイ No.69 2019年6月29日）の記載を基に作成 ※文献中では臨床経験豊富な複数の医師からの聞き取り情報と記載

医師事務作業補助者の養成に関しては、病院内での医事課職員の中から資質や業務適性を見極めて配置換えをしている。外部から新規に採用した人材に診療報酬の仕組みや病院の業務フローについて研修を受講させるという方式ではない。

小川理事長は「『加算で得られる収入で給与などの人件費』を賄うことは当然できない。従って、『加算では何人まで賄えるからこの人数で業務を行う』という考え方自体がナンセンスです。医師に対してだけでなく、他の専門職のためにも事務職が事務作業補助を行うことで、本来業務の時間を確保し、リハビリテーションや訪問看護を1件行う方が収入になります」と語る。

これらの業務負担の軽減は、周囲の大学病院からの非常勤医師にも好評である。また、病院の事務だけではなく訪問診療、訪問看護などを担う在宅センターにも広がり、訪問看護の書類、介護保険の書類、導入時契約説明（訪問看護、訪問リハビリ）まで事務職で吸収する方向に進みつつあるという。

テーマ5 急性期病院に求められる機能の選択について

大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充が進んでいる。しかし、中小規模の急性期病院と地域の診療所との役割分担については、医療資源の分布状況や国民の医療のかかり方にもよるため地域によって状況が異なる。

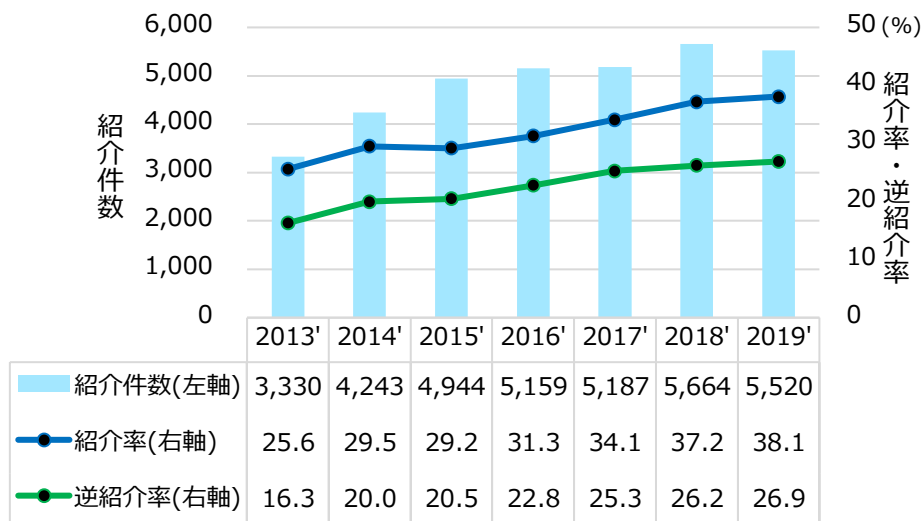
小川理事長就任以降、調布東山病院では地域の診療所と競合していた夜間外来から撤退したことで、外来は1日3コマから2コマになり、医療従事者の負担を軽減することに繋がった。

また、急性期病院の外来医療機能に関しては、

- ・対象者が多く大学病院が受け止めきれない消化器疾患への対応
- ・診療所では難しいCT・MRI・内視鏡などへの対応
- ・高齢化や状態の悪化による検査と多職種介入が必要な場合への対応
- ・専門疾患（糖尿病・膠原病）など、大病院での積極的な治療までは求められない高齢者への対応

などを自院の外来医療機能と位置付けた。副院長が責任者を務める地域連携室が院外のニーズを把握し、院内関係部門の調整にあたることでスムーズに動くことができるため、紹介件数・逆紹介件数とも年々増加している（図表6）。

図表6 調布東山病院の紹介件数・紹介率・逆紹介率の推移



医療法人東山会提供資料

外来単価もかつての5,000円台から11,700円（2019年度実績）と年々増加しており、年間外来患者数が94,281人（2019年度実績）となっている。しかし、1日あたりの外来患者数はかつての700人から320人に抑えられている。再診患者ではなく、新患患者数が増えた。医師の疲労は軽くなり、逆に初診の患者を診ることによる医師の自己学習意欲を刺激している。単価が上がり、外来患者数を増やすことに拘っていた1日3コマ外

来の頃と比べても、約 1 割の増収となっている。また、今回の新型コロナウイルス感染症では、外来への影響は限定的だったという。積極的な逆紹介の取り組みの結果、現在の外来機能の対象者が、高齢者でも具合が悪くて手のかかる患者に対応していたことと、「今、具合が悪い」という初診外来など、不要不急ではなく必要火急の患者の割合が多い外来形態となっていたためだ。小川理事長は「都市部の急性期病院の外来の役割について、自分たちの選択・機能分担が誤っていなかったということコロナ禍で改めて実感した」という。



テーマ6 急性期病院の職員の負担とそれを支える仕組みについて

救急医療は特に医師などの医療従事者の負担が大きい。救急でも当直でも、1 人で対応するという精神的負担、当直明けの勤務という身体的負担が、業務負担の根底にあるとも言われている。調布東山病院は 83 床と小規模ではあるが、年間 1,600 件（100 床換算で 2000 件弱）の救急車を受入れている。その負担軽減にかかる取組を紹介する。

調布東山病院では、救急当番医師はセカンド担当まで設定し、救急当番が手一杯になると次の医師が呼ばれる仕組みとなっている。また、2 年前から周辺の大学病院から救急当番だけの非常勤医師が応援に来ており、二重三重の支援体制となっている。救急担当の医師に負担が集中しないよう配慮することで、職員の負担軽減や断らない救急の実現に繋がっているという。

当直についても、常勤医師が当直した日は翌朝に帰宅させる。また、どんなに遅くとも昼には帰宅させるというシフトを組むことが、職員の信頼に繋がっているという。改正労働基準法では、追加的健康確保措置として「連続勤務時間制限 28 時間・勤務間インターバル 9 時間の確保・代償休息のセット」（図表 7）が努力義務（A 水準）とされているが、すでに対応している。この他にも、多くの医師は 18 時に帰宅しているが、その分、勤務時間内は密度高く働くことで、オンとオフをはっきりさせているという。

図表 7 改正労基法の追加的健康確保措置

連続勤務時間制限 28 時間	勤務間インターバル 9 時間
<p>日当直で午前 8 時半から勤務開始の場合は翌日の 12 時半を超える連続勤務はできない</p> <p>翌日 12 時半</p> 	<p>各勤務と勤務の間は 9 時間以上空けなければならない</p> 

また、小川理事長就任前は、医師を数年間で 5 人採用するペースであったが長続きしなかった。就任後は、運営方針や勤務条件など相互によく確認をした上で医師を採用するようにしており、採用した医師は 10 年間で 5、6 人のペースではあるが、そのほとんどが長期間継続雇用となっている。

しかし、これは当直が複数の大学医局からの派遣で実現しているところもあり、今後の医師の働き方改革で、大学医局が B 水準となるかどうか等によって、自院の常勤の業務内容を見直す必要があるかもしれないと備えているという。

テーマ7 一緒に働きたい職員が働き続けられる個別配慮と、働き方改革のモヤモヤを残さない

調布東山病院では、医師の基本勤務形態は「5日勤務、当直なし、公休日は呼び出し無し」を基本としている。もちろん、今後、大学病院での医師等の働き方改革が進展し当直医などの派遣が難しくなった場合には、常勤で当直対応を行う必要があることは説明しているという。その場合は、当直翌日は休みにするなど、労働時間の延長が生じることはないようにすると約束している。

院内保育については、30年以上前から導入しており、生後6か月から小学校就学前までの法人勤務職員の子どもの対象としている（図表8）。一般の保育園と同じように、プールや水遊びなど季節を感じられる行事や創作活動なども行っている。24時間保育を週1回実施し、院内保育を利用する看護師が夜間保育実施日に夜勤ができるよう、各病棟で配慮して勤務シフトを組んでいるという。

図表8 法人職員のための「たけのこ保育園」



医療法人東山会提供資料

また、職員ごとの勤務条件の個別配慮として、①子育て中の女性医師へのサポートとして17時退勤が可能となる勤務調整、②配偶者が妊娠中に入退院期を繰り返した男性医師のずらし勤務・担当患者の質/量の調整、③事務職員の家庭の事情を考慮した週4日勤務、④週2.5日の出勤で残り2.5日は在宅勤務、などを実施している。

個別配慮は「一緒に働きたい職員がずっと働けるようにしたい」という思いからだという。かつて合理的配慮を超えるような要求をした職員もおり、そのときには、上の立場として是々非々で言うべきことを言ったこともあるという。小川理事長は「そういう人には誰も喜んで協力しようとは思いません。もちろん事情があるので、早く病院から帰してあげようとはします。しかし、皆のモヤモヤは消えませんが、それを放置すると職場の雰囲気が悪くなる。現場は上がそれをどう差配するかを見ている。立場上、配慮事項のある職員でも言うべきことは言うようにしています。権利ばかり主張する対象者と共に仕事をし、日々の小さな疑問の積み重ねを感じているスタッフは、『言うべきことをよくぞ言ってくれた』と思うでしょう。コロナ禍の大変な時期なのに産休に入る直前まで一生懸命仕事をしてくれた医師がいましたが、そういう人は復帰して時短勤務で

もみんな歓迎しますよ。それぐらいの地位を築いて彼女は産休に入りました。そういう人が一緒に働き続けられるようにしたいということです」と語る（小川理事長）。

他にも、事情があって常勤が難しい職員がいたが、とても力のある職員を離職で失うことは法人の損失と感じたことから、在宅勤務を認め、非常勤となっても管理職を任せている。本人の努力や同僚にも恵まれ、在宅勤務であることを感じさせないぐらいの存在感で活躍しているという。

働き方改革の効果

働き方改革に留まらない組織改革・組織活性化の取組等について、その効果を紹介する。

組織・職員の活性化

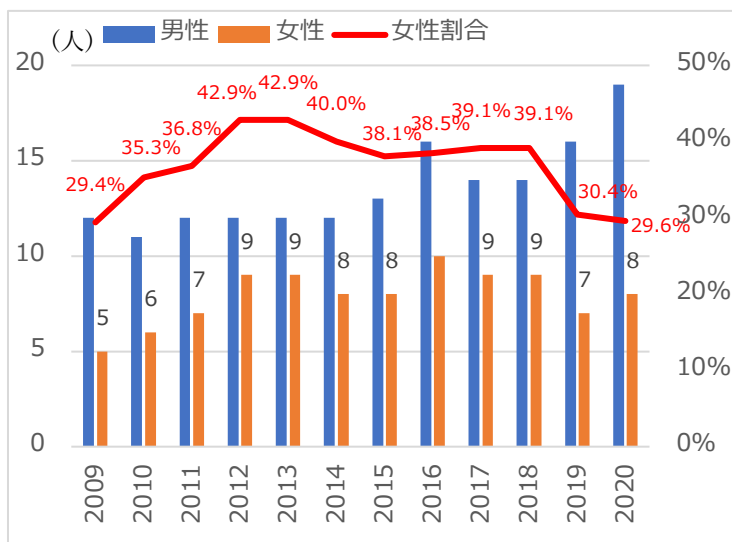
院内保育や個別配慮について紹介したが、図表 9 のとおり診療部の女性割合は約 3 割で推移しており安定して高い状況が続いている。

また、東山会では、コンサルティング会社の職員意識調査アンケートシステムを利用し、職員の ES (従業員満足度) を測定しているが、意欲度と満足度が高い活性型職員の割合が増加している(図表 10)。当該調査で得点が高い項目は図表 11 のとおりで、冒頭のエピソードで紹介した助け合わない風土はもう見られない。

調布東山病院では、毎年 3 月に全職員を対象にした職員総会を開催し、理事長のほか、病院長など各部門の長がそれぞれ現状と今後目指すべき姿を直接伝えることにしているという。

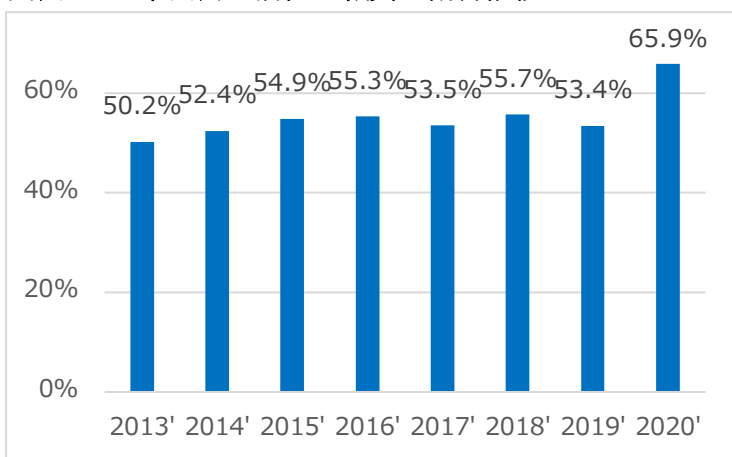
経営層の話の他にも、前年を振り返って活躍した部署や職員にスポットを当てることで、職員総会の場を盛り上げ、多職種同士、他部署同士の理解を深める工夫も欠かさない。

図表 9 調布東山病院の診療部の男女別人数と女性割合の推移



医療法人東山会提供資料

図表 10 東山会の活性型職員の割合推移



医療法人東山会提供資料

図表 11 ES 調査(2020 年度)で点数が高かった上位 5 項目

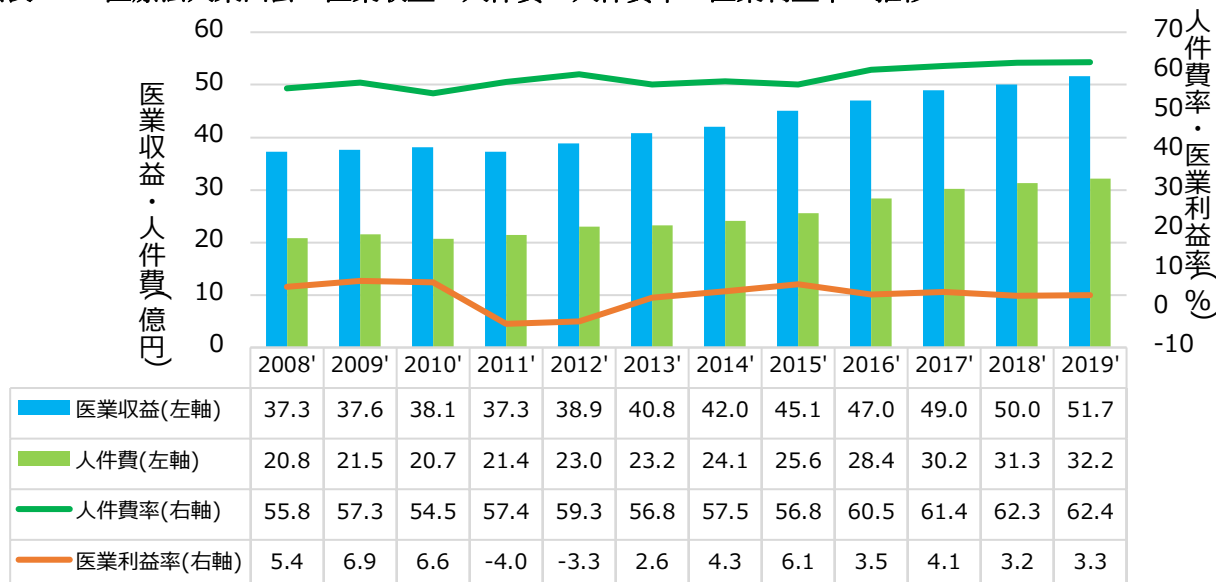
項目	点数
(1位)私は、自分の仕事をより良くしようと取り組んでいる	78.5
(2位)直属の上司は、自分の仕事に全力で取り組んでいる	77.1
(3位)私は、直属の上司の仕事上の能力を信頼している	76.0
(4位)私の部署では、従業員同士が協力して仕事をしている	75.5
(5位)当院は、院長の方針に従って行動している	75.4

医療法人東山会提供資料

経営状況の推移

医療法人東山会の経営状況については図表 12 のとおりで、小川理事長就任後は年々医業収益が増加している。なお、2011 年度・2012 年度の医業利益率のマイナスは新病院移転に伴う一過性の赤字である。

図表 12 医療法人東山会の医業収益・人件費・人件費率・医業利益率の推移



医療法人東山会提供資料 ※人件費率及び医業利益率はそれぞれ医業収益に対する割合

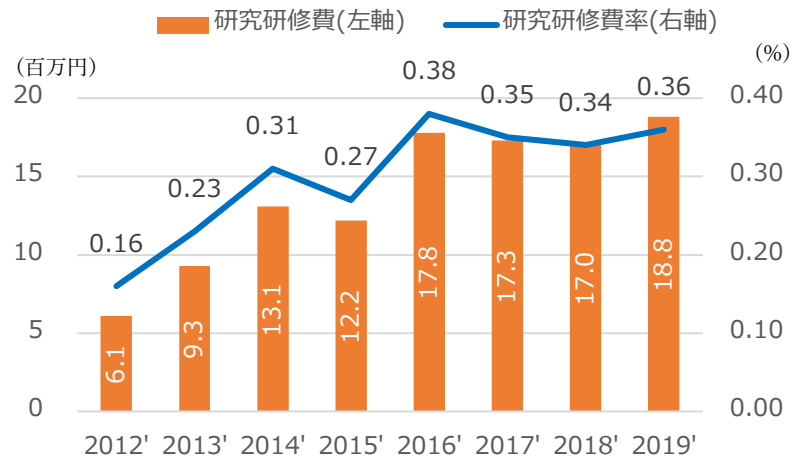
独立行政法人福祉医療機構の医療法人に係る経営分析参考指標では、病院主体法人³の医業収益対医業利益率（以下「医業利益率」という。）は 1.7%（2019 年度決算）である。病院主体法人の中には、医業利益率が高い回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床がある病院を運営する医療法人が多く含まれる中、法人規模も小さく急性期病院を運営する東山会の医業利益の水準は経営状況が良好であるといえる。

また、東山会の医業収益対人件費率（以下「人件費率」という。）は 62.4%と機構平均値の 58.4%（2019 年度決算）と比べてやや高いが、企画・事務部門の手厚い人員配置と医療従事者の負担軽減の取組などを行った上での数字であり、各種取組を行ってもなお医業利益率の高さを維持している。あるいはこれらの取組が医業収益獲得の一因となっているとみることができる。

³ 病院事業の収益が法人全体の収益の半分を超える法人と定義

東山会では人材開発にも力を入れている。組織体制として経営本部に人材開発課（常勤2・非常勤2）を設置し、一般職・監督職・管理職研修の他、部課長会や管理職向け説明会・座談会などを実施して、管理職側の苦勞など生の声を取捨するとともに、職員が感じている法人の魅力が求職者に響くように伝えているという。法人の研究研修費については、図表 13 のとおり手厚くなっており、職員を財産と捉えて積極的な投資を続けていることが分かる。

図表 13 東山会の研究研修費・研究研修費率の推移



医療法人東山会提供資料 ※研修研究費率は医業収益に対する割合

マネジメントインタビュー 小川聡子理事長

最後に、医師等の働き方改革に関して、マネジメント全般についてお聞きした点について紹介します。

医師等の働き方改革をどう考えるか

—2024年4月から医師の時間外労働規制が施行されることについて、医師等の働き方改革をどう考えますか

小川理事長 まず、働き方改革イコール「9時-17時」ではない、ということです。残業が少なければ良いということでもない。

具体的には、自分の持っている力と、働いている職場で必要とされることがマッチしているということ。そして、一緒に働いている人達が同じ気持ちや理念で働き、協力やエンパワーメントし合える、刺激し合える場であることです。

それは、適度に休んで大事な家族と一緒に過ごす時間を確保できることでもあり、仕事のオンとオフがはっきりしていることも大切です。休みの時は仕事のことは一切忘れて、自分の技術のスキルアップに使っても良いし、家族との時間に使っても良い。その中で自分が仕事をしたいければ、決められたルールの範囲内で残業しても良いと思います。

働き方改革は「働いている職員が、やり甲斐をもって仕事をして、適切な対価を得て、人生を幸せに謳歌できる」ことを実現することが大切だと思います。

大学病院や大学病院の医師と Win-Win な関係を築くこと

—近隣には大学病院の本院や分院などが多数ありますが、現在の大学病院との関係はいかがでしょうか

小川理事長 周辺の複数の大学病院から、「当直以外に昼の非常勤をしたい」と救命救急や循環器などの複数科へ打診がありました。中小病院の主体はジェネラルに何でも診なければならない内科ですから、うちの病院の救急を知らない先生に診てもらうことに不安もありましたが、外からの目で当院の救急の役割を言語化してくれる等、一生懸命対応してくださっています。そのうちに、初期臨床研修医や後期研修医の地域医療研修、学生実習等に声がかかるようになりました。

—大学病院で医師の働き方改革が進むと、当直などの人員が確保できなくなるという懸念もお聞きします

小川理事長 現在は、3つ以上の大学病院の複数科から別々に来てくれているので、一部の大学、医局に集中するリスクは回避できています。また、大学病院も学生・研修医の生活があるので、自院で生活などに必要な賃金を全て支払うことができない以上は、外部の病院

に出すのをやめることはできないと思います。

医師の採用を医局に頼るにしても医局員の数も限られており、ただ「医師を出してくれ」とお願いするのは難しいと思います。お願いするにしても「我々の病院に来てくれたら、これだけの経験が積めます」「症例は専門医取得のために使えます」「働きに合わせてインセンティブを上げます」という、来てくれる医師にメリットを感じてもらふ要素を用意することは必須です。

若い医師の派遣を医局から求めても、その若い医師の成長のために、自ら努力している病院はどれくらいあるでしょう。単なる病院の駒と思っていると、それは簡単に見抜かれます。そうすると若い医師は、自分を成長させてくれるところを探して異動します。今も、地方の病院で若い医師が集まっている魅力的な病院は、それなりにありますから。

人口減少社会でも医師から選ばれる病院とは

——これから人口減少が進むにつれ、他業界を含めた人材確保難が来ると見込まれますが、どのように考えていますか

小川理事長 課題でもあり、まだ私自身が中長期的な具体的な計画をきちんと定められてはいないので、今ははっきりとしたお答えが出来ません。ただ、結局は人の縁だと思っているので、研修で来てくれた短い期間に、この病院の素晴らしさを分かってもらふことを続けることが重要と考えています。

昔に比べて、今の若い医師は自分が成長できる場所があると思ったら、簡単に組織を離れますし、日本中どこにでも行きます。これは、学べるフィールドと、学べる仲間がいるところに人が集まってくるということで、単なる知識だけではなくて、現場で患者さんを診てからのディスカッションなどで得られる経験にも、価値を求めています。当院の今は、組織全体というよりも一部の先生達の力に頼って実現している面も、まだまだあるので、組織としてそういう力や風土を獲得していかないと、先行きは暗いと思っています。「学べる、人が成長できる組織」でマグネットホスピタルになることを目指しています。

——そういう魅力的な職場でなければ、人口が減少していく社会では、選ばれなくなってしまふ

小川理事長 そうです。あとは、外の誰かに頼るとするのは、もうやめた方がいいと思っています。「自分の組織が自力で成長し、組織内の人間を成長させていく。共に成長していく。」ということが重要だと思います。

取組好事例の紹介 2

近森病院（高知県高知市 512 床）

基本情報

地域の概要

近森病院がある高知県高知市は、高知県中央部にあり県都かつ県内最大の商業地を抱えており、県全体の人口の 47.4%（住民基本台帳推計人口 2021 年 3 月 1 日現在）の約 33 万人が集中している⁴。

高知県は 65 歳以上の老年人口が全人口に占める割合（高齢化率）が高い地域（全国 2 位⁵）であり、高知市の高齢化率は直近では 29.9%（住民基本台帳 2021 年 1 月 1 日現在）で全国平均より高い。

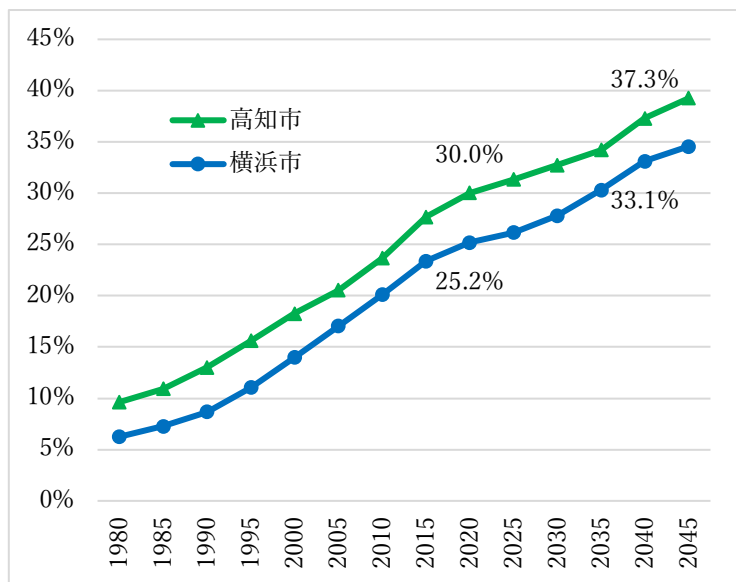
高知市の高齢化の状況は横浜市と比べると高齢化率では 4~5 ポイント、期間では 10~15 年程度先行（図表 14⁶）しており、人口規模や立地などの条件は異なるもの

の、2020 年の高知市の状況は今から 15 年後の横浜市の状況を見据えるにあたり参考になると考えられる。

高知市は、医療計画上は 14 市町村からなる中央保健医療圏（面積 3,008 km²、人口約 54 万人（2015 年国勢調査））に属し、当該圏域内の高度急性期としては、高知市内では近森病院のほか、高知赤十字病院（402 床）、高知県・高知市病院企業団立高知医療センター（620 床）、独立行政法人国立病院機構高知病院（424 床）、隣接する南国市に高知大学医学部附属病院（613 床）がある。

高知県全体で急性期資源が中央保健医療圏に集中しており、三次救急を担う救命救急センターは全て市内の病院（近森病院、高知赤十字病院、高知医療センター）が指定されている。

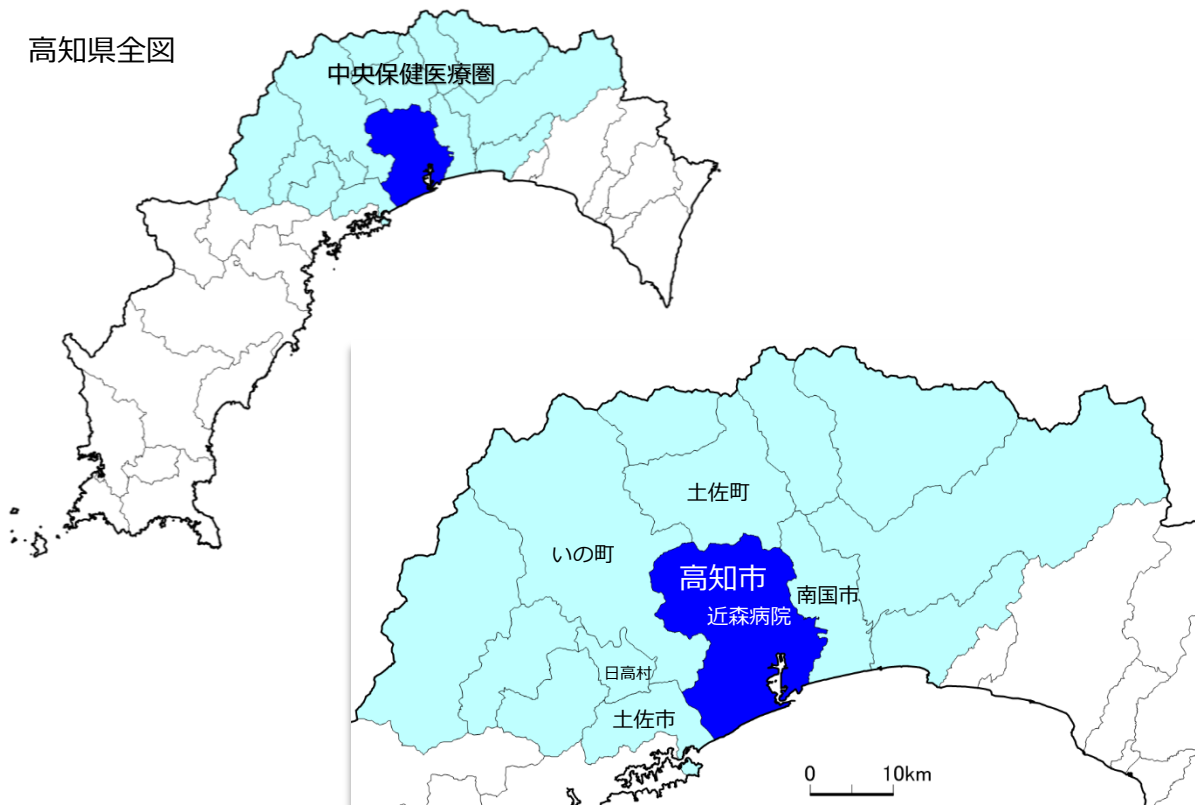
図表 14 高知市・横浜市の高齢化率の推移(実績/推計)



⁴ 横浜市では神奈川県の人口の 40.6%が集中（2021 年 1 月 1 日現在、住民基本台帳推計人口）

⁵ 内閣府『令和元年版高齢社会白書』の 2018 年現在の高齢化率。1 位は秋田県 36.4%、2 位が高知県 34.8%

⁶ 2015 年までは「国勢調査」（総務省統計局）、2020 年以降は「日本の将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所）を基に作成し、2015 年までの高齢化率は年齢不詳を除いた人口を基に算出している



病院の概要

近森病院は、JR 高知駅から徒歩 6 分の高知市内中心部、市内を流れる江ノ口川に架かる高知橋近くにあり、観光地として有名な高知城や、ひろめ市場から近い好立地にある。戦後間もない 1946 年 12 月 24 日、空襲跡に現在の近森病院の前身となる近森外科(8 床)が近森 正博 氏 (1915 年-1984 年。現理事長 近森 正幸 氏の父) により、現在の本館南側部分に開設された。

医療機能では、救命救急入院料 1、特定集中治療室管理料 2 (スーパーICU)、ハイケアユニット入院医療管理料 (HCU) 1、脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (SCU) などの集中治療系病床を 79 床有する高度急性期病院であり、救急車受入件数は 6,867 件 (2019 年実績)、ドクターヘリ搬送受入件数は 112 件 (2019 年実績) で、令和元年度病床機能報告における救急車受入件数は四国地方第 1 位、中国・四国地方でも第 3 位⁷となっており、救急医療の要となっている。

「命を救う。命をつなぐ。」に関わる急性期医療を中心とした、地域に真に求められる医療の提供を目指したチーム医療を行い、地域医療連携に力を入れている。

2019 年度の機能性指標 (一般病床) の状況は、病床稼働率が 90.3%と高く、平均在院日数は 14.3 日となっており⁸、高齢化が進み患者の平均年齢が 71.8 歳 (男性 69.5 歳、女

⁷ 1 位の公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院、2 位地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立広島市民病院に次ぐ水準

⁸ 横浜市の一般病床の病床利用率 81.1%、平均在院日数 13.6 日。高知市の一般病床の病床利用率 78.5%、平均在院日数 20.5 日 (厚生労働省「令和元年病院報告」)

性 74.7 歳) と高い状況でも、チーム医療による早期介入などにより早期離床・在宅復帰を実現している。



左奥の建物が外来センター。ヘリポートのある右側の建物が本館（A 棟、B 棟、C 棟）
（近森病院提供）

<近森病院の概要>

- 法人名：社会医療法人近森会（理事長：近森 正幸 氏）
- 所在地：高知県高知市大川筋一丁目 1-16
- 病床数：512 床（一般病床 452 床、精神病床 60 床）
（救 1）18 床、（ICU2）18 床、（HCU1）28 床、（SCU）15 床、（急性期一般 1）339 床、（地ケア 2）34 床、
（精急 1）60 床
- 診療科：外科、整形外科、内科、脳神経外科、消化器内科、リハビリテーション科、循環器内科、放射線科、麻酔科、泌尿器科、形成外科、皮膚科、脳神経内科、小児外科、心療内科、心臓血管外科、呼吸器外科、呼吸器内科、糖尿病内科、代謝内科、内分泌内科、腎臓内科、人工透析内科、病理診断科、救急科、消化器外科、リウマチ科、精神科、感染症内科、血液内科、歯科（全 31 科）
- 職員数：1,574.95 名（2020 年 4 月現在、非常勤医師除く）
- 関連施設/法人：近森リハビリテーション病院（180 床）、近森病院附属看護学校（学年定員 40 名/収容定員 120 名）、医療法人松田会 近森オルソリハビリテーション病院（100 床）、社会福祉法人ファミーユ高知（障害者支援施設ほか） など

働き方改革のきっかけ

取組開始以前の状況・課題

近森病院でチーム医療、タスクシフティングが進んだ背景を説明するにあたり、1980年代からの近森理事長をはじめとする病院職員の努力の積み重ね(図表 15)を紹介する。

1980年代・1990年代-チーム医療の原点、リハビリテーションの充実-

現理事長の近森 正幸 氏が大阪医科大学を辞し、外科医長として近森病院に戻ったのは1978年。朝7時からの回診後に午前中一杯は外来、昼休みの回診後、午後も外来、夕方18時から胃の全摘や肝切除の大きな手術などを全て一人でこなし、救急も断らず一年間まともに寝ずに頑張ったと振り返る。このときの経験が「一人でできることには限りがあると教えられたチーム医療の原点」だという。

1980年代に大きな転機となったのは、リハビリテーション専門医の石川 誠 医師(現医療法人社団輝生会会長)の招聘だった。石川医師は、地域と密接に関わりながら救急医療を行う病院でのリハビリテーションの体制作りを志していた。

多職種で患者の自立を支援するというチームアプローチを実践するため、医師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)などによる頻回の打合せ、カンファレンスの充実、記録類の一元化を図ったほか、看護師を増やし付添看護を廃止した。更に、1989年の近森リハビリテーション病院の開設により、急性期と回復期の機能分離と絞込みが可能になった。

1990年代に入ると、1993年に可及的早期離床のためのスローガン「①効率的な業務展開と早期離床の促進、②廃用症候群⁹発現の予防、③情報共有化の実現、④多職種との連携強化」が設定され、1996年には休日リハビリテーションを開始した。2010年診療報酬改定で「休日リハビリテーション加算」が創設されたが、それに先立つこと14年前の導入であった。

この頃から、高知市内では高齢化が進み、多くの高齢患者が多臓器不全で亡くなるのを見て、その背景に低栄養と廃用症候群があることに気づく。廃用症候群に対してはチームアプローチによるリハビリテーションの対応が進む一方で、低栄養に対する栄養サポートの体制は十分でなくキーパーソンの登場にはもう少し時間を要することとなる。

⁹ 「身体の不動・無動状態により引き起こされる二次的障害」。長期間の安静状態や運動量の減少によって身体機能が衰え、心身の様々な機能が低下してしまうこと。

図表 15 近森病院の約 40 年間の動き (チーム医療・タスクシフティング関連)

(年)	78	79	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
全般	<ul style="list-style-type: none"> 近森正幸 氏着任 先代死去により近森正幸 氏理事長就任 第1次医療法改正(増床不可になり質的転換が必要に) 基準看護開始(付添看護廃止) 近森リハ病院開設(急性/回復機能分化)(石川誠院長) 																		<ul style="list-style-type: none"> 外来機能見直し(紹介/逆紹介推進) 心臓血管外科/ICU開設(病棟連携開始) 開放型病院 地域医療支援病院 医局秘書の導入(15名)← アテンダント、クラーク、ポーター導入← 										<ul style="list-style-type: none"> 外来センター開設(完全紹介予約) 再編により地域医療連携センター設置 DPC適用 社会医療法人化 エキスパートNsへの院内ラダー整備 近森オルソリハ病院(整形)開設 医師事務作業補助者体制加算算定 急性期看護補助体制加算算定 											
リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> セラピスト導入 石川 誠 氏着任し取組が本格化 																		<ul style="list-style-type: none"> 早期離床のためのスローガン設定 休日リハ開始 サテライトリハ室設置/急性期リハの整備 セラピスト病棟担当制開始 										<ul style="list-style-type: none"> 心臓外科術当日からの早期リハ介入開始 医師負担軽減に向けた目標設定 											
ME																			<ul style="list-style-type: none"> 心臓血管外科開設に伴いME(ポンプ)チーム発足 急性期エリアのME機器操作特化のACEチームに再編 循環器内科Dr不足によりEVT時の直接介助開始 メーカー立会規制によりPMI関連支援開始 循環器内科Dr/Ns不足により心カテ介助/外回りのCSチーム発足(3名) TAVIクリンピング操作開始 脳外科/放射線科Dr/Ns不足によるIVR-CT介助開始 																					
栄養																			<ul style="list-style-type: none"> 宮澤靖 氏着任 NST開始/病棟常駐開始(4名) 栄養士増員の着想を得る 										<ul style="list-style-type: none"> 1病棟1RD常駐体制開始 集中治療系病棟にRD5人以上配置 											
薬剤師																			<ul style="list-style-type: none"> 院外処方切替/病棟業務へ重点 SPD(院内配送)導入 薬剤アレルギー問診開始 抗ガン剤混注(Nsから委譲)/服薬指導/計画書作成 入院窓口での持参薬鑑別開始 										<ul style="list-style-type: none"> 降圧薬等薬物療法を専門医に相談し標準化/非専門医へ処方提案開始 抗菌薬の投与管理開始 周術期の血糖コントロール関与開始(専門医と連携) 											
SW																			<ul style="list-style-type: none"> SW4名体制 										<ul style="list-style-type: none"> SW8名体制 集中治療系病棟へのSW常駐開始(14名体制) 全病棟へのSW常駐開始 集中治療系病棟での365日SW介入開始 											

近森病院の各種資料を基に作成

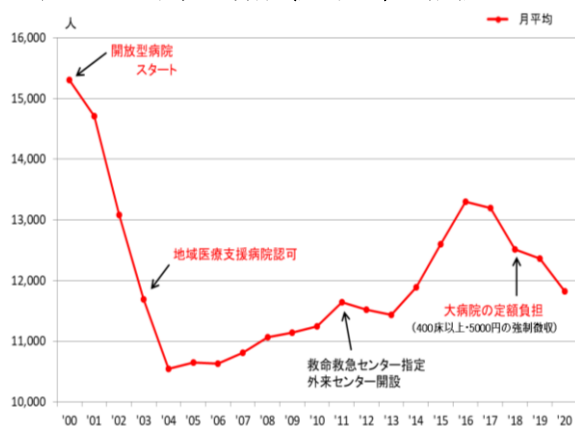
2000年代－病院機能の絞込みと連携、栄養サポート、チーム医療の拡大－

急性期病院の外来機能を見直す契機は、1999年にある部長から「午前中は外来で雲霞のごとく押し寄せる外来患者を診て、昼飯も食べずに手術に入り、夜中まで回診をする。少しは人間らしい生活がしたい」と言われたことがきっかけだという。しかしながら、大学の医局に頼んでも補充の医師は送ってもらえなかった。

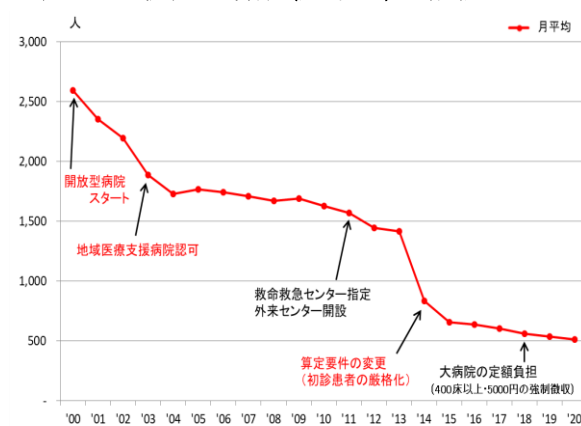
そのときに近森理事長が考えたのは「急性期病院の医師がしなければならないことは手術と回診である。状態が落ち着いた患者は、地域のかかりつけ医に診てもらおう。逆紹介を積極的に行う」ことだった。しかし、2000年前後は今とは異なり、地域連携などほとんどなかった時代で、この判断は大きな減収を招きかねない決断だったという。

急性期病院の専門医が診る患者の絞込みについて、再診は「キャッチボール外来」¹⁰、初診は「救急・紹介」に集中する方針を立て、状態が落ち着いた患者の逆紹介を推進して地域連携を進めた結果、外来患者数はわずか4年間で2/3に（図表16）、初診患者数の絞込みも進んだ（図表17）。

図表 16 外来患者数(月平均)の推移



図表 17 初診患者数(月平均)の推移



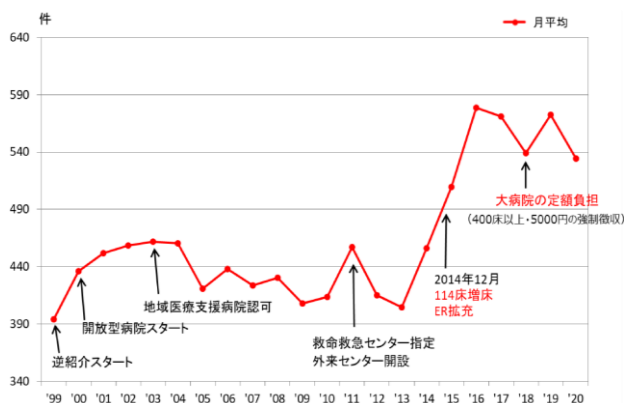
(近森病院提供資料)

4年間で外来患者数は2/3に減少したが、外来診療単価は1.5倍となり、収益はほぼ変わることなく、医師の外来診療の負担軽減を実現することができた。医師の外来にかかる時間が減少し、救急を受け入れる余裕が生まれたものの一般病床が338床であったため満床状態による救急の受け入れ不能が続いた。その後、114床増床し、急激に救急搬入件数が増加していった（図表18）。

また、これまでは近森病院に紹介すると囲い込まれてしまうと思っていた診療所が、「近森病院に紹介しても、逆紹介で戻してくれる」という認識を持つようになり、紹介患者数が増えたという。近森病院が変わったことが地域に受け入れられ、好循環を生む結果になった。2003年に地域医療支援病院に指定された以後は地域医療連携センターを経た紹介も増加し、診療単価の高い紹介患者の確保に寄与している（図表19）。

¹⁰ 近森病院の「キャッチボール外来」 専門医が診る必要がある患者を半年から1年に1回診て検査を行い専門医の見立てによる半年から1年間の治療方針を策定し、かかりつけ医に逆紹介。専門医の診ない間は、かかりつけ医に処方や日常の診療をしてもらう。これをキャッチボールのように繰り返す。

図表 18 救急搬入件数(月平均)の推移



図表 19 地域医療連携センターを経ての紹介患者数(月平均)の推移



(近森病院提供資料)

リハビリテーションの充実は患者の ADL 向上などにも好影響を及ぼしたが、適切な栄養サポートがないと骨格の枯渇を生じかねない。2002 年に管理栄養士の宮澤 靖氏が着任し、翌年栄養サポートチーム (NST : Nutrition Support Team) を立ち上げたことで、リハビリテーションと栄養サポートの両輪が揃う形となった。

NST を立ち上げたばかりの頃は、近森理事長自らが NST チェアパーソン (責任者) となり、手探り状態だったという。近森理事長は「一般的に、他職種に比べ、栄養士は患者を診ることに慣れていない。NST カンファレンスでは、栄養士に患者を診ることを教える必要があった」と振り返る。

当時、管理栄養士 4 名が一生懸命働いてもなかなかアウトカムが出ない。その理由と対応策は「高齢化が進む高知県では入院患者の 5 割から 6 割が NST を必要としており、あまりに業務量が膨大で 4 名の管理栄養士では対応できないので、人を増やすしかない。」ということだった。

2000 年には入江 博之 部長 (現副院長) を中心に、民間では高知県初となる本格的な心臓血管外科が開設され、高度急性期医療に対応するとともに、重症の患者を ICU 等の病棟で診て、落ち着いたら一般病棟へ移す「病棟連携」が始まった。

これに併せて、臨床工学技士 (ME) は、2000 年以前は透析室と ME 室のみの 10 名程の体制から、新たにポンプ (人工心肺) チームが発足し、心臓手術時の人工心肺業務のみならず、人工呼吸や IABP (大動脈内バルーンポンピング法)、ECMO (体外式膜型人工肺) など高度医療機器の管理も行うようになった。こうして 2000 年代後半から専門医不足や業務負担軽減のため、高度急性期病棟におけるチーム医療・タスクシフティングが進んでいった。

ここまで近森病院におけるチーム医療・タスクシフティングの背景を説明したが、図表 15 のとおり 2010 年以降は各職種・専門領域ごとに様々な取組が並行して動いていくため、次ページ以降、時系列の取組ではなく、働き方改革の進め方と職種別の取組について紹介する。

働き方改革の進め方

まず、近森理事長が考える、チーム医療・タスクシフティングを含めた病院経営において重要なマネジメントの考え方について、インタビュー形式に準じて紹介する。

マネジメントの本質は"Focus"（集中）

病院経営に必要なマネジメントの本質は "Focus"（集中）で、「何をしないか」を判断することが重要と考えている。

病院の医療機能に関する「選択と集中」の判断基準としては、病院の立地状況や周辺環境（特に競合病院の医療機能）により様々で、各病院で地域分析を行った上で決定する必要がある。先の例では、一般の外来機能を絞り込むことにより急性期の病院が本来担うべき外来機能に集中している。これからの With コロナ時代では救急など地域の住民に真に必要な医療を提供しているかが今までより厳しく問われてくる。

チーム医療・タスクシフティングの目的はアウトカムの追及

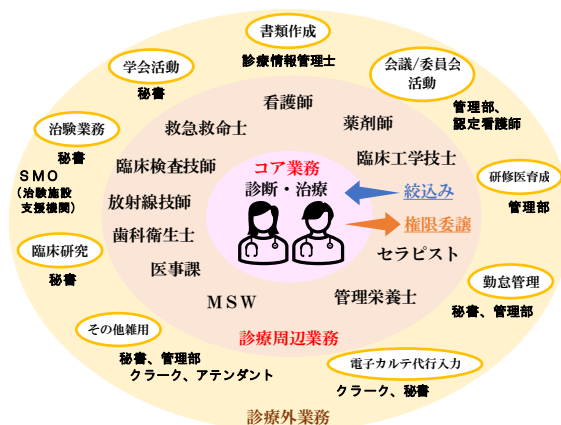
チーム医療・タスクシフティングでは、多忙な医師からコア業務である「診断・治療」以外の業務を除き、いかに患者を診てもらえるかが重要

特に心臓血管外科、循環器内科、化学療法科など診療単価が高い科ほど、また透析科のように業務を標準化しやすい科ほど効果大きい。

「診断・治療」は医師の能力の本質的な部分であるので、医師ごとの水準差は小さい。これに薬剤、栄養、リハビリテーション、機器調整、転院相談などの診療周辺業務、あまつさえ書類作成や事務仕事などの診療外業務まで全部行っていたら、医師が患者を診る時間はなくなってしまふ。

チーム医療やタスクシフティングにより、医師がコア業務のみを行えば、多くの患者を診ることができ、質の高い医療を提供できる。そして多くの患者を診られるということは労働生産性が上がり、診療単価も高くなってくる。

医師のコア業務、診療周辺業務、診療外業務の包含関係と多職種支援



(近森病院提供資料を基に作成)

病院/スタッフの業務の処理能力に対する前提理解

チーム医療・タスクシフティングで求められる、病院経営の本質にかかわる業務処理能力に関する理解とは

業務の処理能力を、

$$\text{業務の処理能力} = \text{スタッフ数} \times \text{能力} \times \text{時間}$$

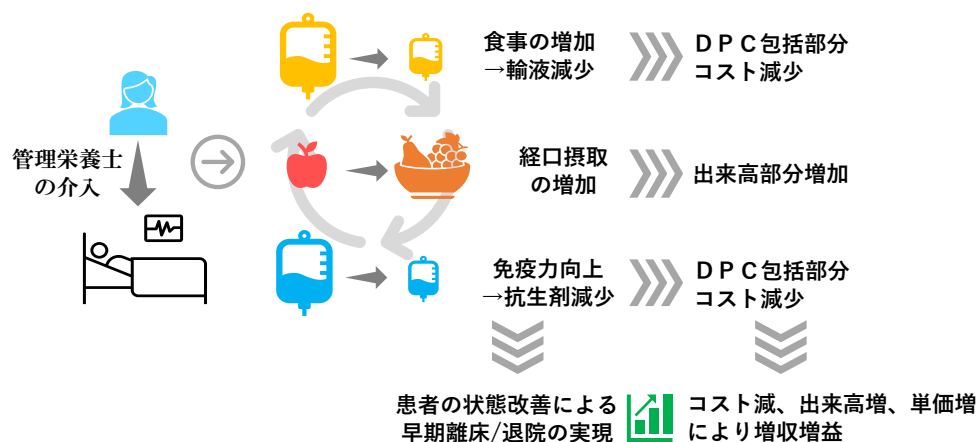
で表すと、式のうち、時間は労働関係法令で縛られているし、能力は多くのスタッフが標準1前後となる。こうなると、業務量が多い状況に対処するためには、スタッフ数を増やすしかないという結論になる。

この問題の対処を考えるのがマネジメントの話で、専門職をコア業務に絞込むことになる。ただ、これは一般企業では当たり前のことだが、医師の場合は院長になってもマネジメントの教育を受けておらず、経験もない。

病院経営の本質に対する理解がないと、目先の診療報酬で決まった加算を取得するため、業務を見直さずに従事させることになり、職員の負担ばかりが増える。

例えば、管理栄養士には日々の給食管理業務等がたくさんある中で、人を増やさずに新たな業務をさせると、患者を診る頻度が下がる。NSTで少し後押しすれば状態が良くなる患者は約6割いるが、栄養サポートが必要な患者全てに介入しないと結果は出ない。週1回の回診では、全ての患者を診られなくなってしまふ。チーム医療は結果を出す手段であり、栄養サポートにおいては、管理栄養士の体制を充実させて、患者の状態に応じた適正な食事提供を行うことが必要である。その結果、患者状態が向上し栄養状態が良くなることで免疫力が高まる。これにより感染症が減り抗生剤の使用も減ることに繋がる。

近森病院でも、栄養サポートチーム加算や早期栄養介入管理加算だけでは栄養士の人件費は賄うことができない。ただ、DPCの包括部分である薬剤の支出が減り、包括対象外の出来高算定となる食事代が増えることで、年間4,000万円～6,000万円の利益が出る。その結果、管理栄養士を22名雇うことが可能となり、必要な患者全てに栄養サポートを行うことができる。



(近森理事長の話を基に作成)

チーム医療とマネジメント

チーム医療は頭では理解出来るが、実践は極めて難しいマネジメント。すぐれた才能と経験、トライ&エラーを恐れない決断力が求められる。

チーム医療の実現により、医療の質が改善することで医療機能が向上し、より多くの患者を診られるようになる。結果として、労働生産性が高まることで、診療単価が上昇し、増収・増益に繋がる。

増収分は更に高度な医療設備投資やコア業務の絞込みに必要なスタッフ増員の原資となる。人件費は増加するが、増収しているため売上対人件費率は適正な水準のまま維持される。コア業務・機能の絞込みを行い、このサイクルを回すことが病院を良くしていくことに繋がる。



(近森病院提供資料を基に作成)

ただ、実践には極めて難しいマネジメントを求められる。「今までのやり方を変えたくない」「そんなにたくさんの新人を教育できない」という反対意見に直面した。

特に反対が強いのは、病院内で成果が数字で出にくい職種である。MSWなどがこれにあたる。地域医療連携は経営に貢献しているが、成果が数字として現れにくい場合には、部門別で損益を見ると赤字になるのでトップの責任が問われるのではと不安に思う。繰り返し説得して、信頼を得るしかない。

職種ごとのコア業務の絞込みについては、病院経営・医療機能全体への付加価値を見いだせるかが重要になる。

これから少しずつ取組を始める場合には、診療報酬の評価と人件費の差益が生じるセラピスト (PT、OT、ST) によるリハビリテーションの実績やタスクシフティングを拡大していくところから始めることを勧める。

それ以外の職種については、急性期の臨床工学技士は高度医療の提供と医師の労働環境改善に貢献している。薬剤師は病棟薬剤業務実施加算が人件費の約3割~5割程度だが、これと合わせて医療(薬剤)の高度化への貢献をみている。また、MSWは地域医療連携による転院促進による在院日数の短縮という病院全体への影響を評価している。

結果の出るチーム医療とは

結果を出すチーム医療の条件とは何であろうか。

スタッフが質、量ともに充実することで、多職種に診療の周辺業務を委譲し、医師の業務の絞り込み、診療業務の劇的な削減が図られる。チーム医療実現には「業務の標準化」と「情報共有の仕方」が重要なキーワードになる。

チーム医療やタスクシフティングを進める上で「権限委譲して何かあったときにどうするんだ。医師の責任になるだろう」という話をよく耳にするが、チーム医療でタスクシフトを行う対象業務の標準化が分かっていない。タスクシフトするのは、標準化出来るルーチン業務である。

例えば、透析のセッティングは臨床工学技士が行っているが、専門知識・専門研修を経た医師でなくても、より早く正確にできる。これが「膨大な業務を安全、確実に行うことができる」ということ。医師でもルーチン業務を身につけていなければ事故を起こす可能性がある。

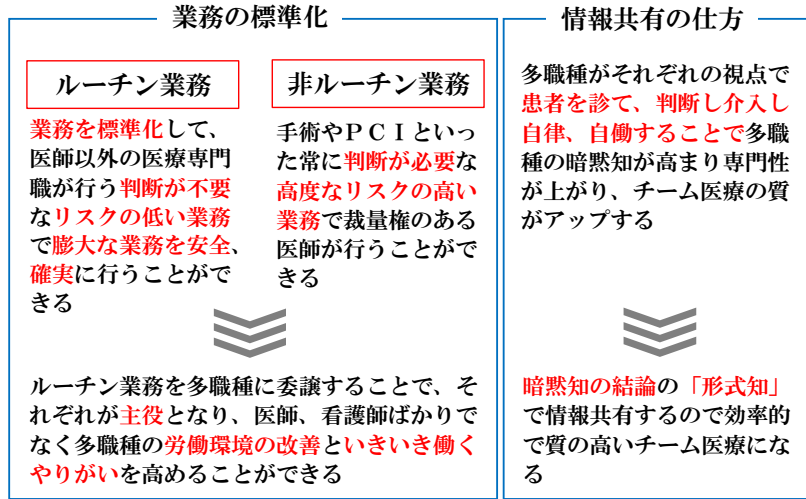
医師が行うのは、手術やPCI（冠動脈インターベンション治療）といった常に判断が必要な高度でリスクの高い業務である。医師が業務に集中すれば、技術も上がるし患者もたくさん診ることができる。

次に「情報共有の仕方」は、まず「形式知」と「暗黙知」について理解する必要がある。「形式知」とは「人に言葉などで説明が可能な知識」であり、教科書やインターネットに載っている他人に伝えやすい知識のことである。効率的だが情報の質は一般的に低い。

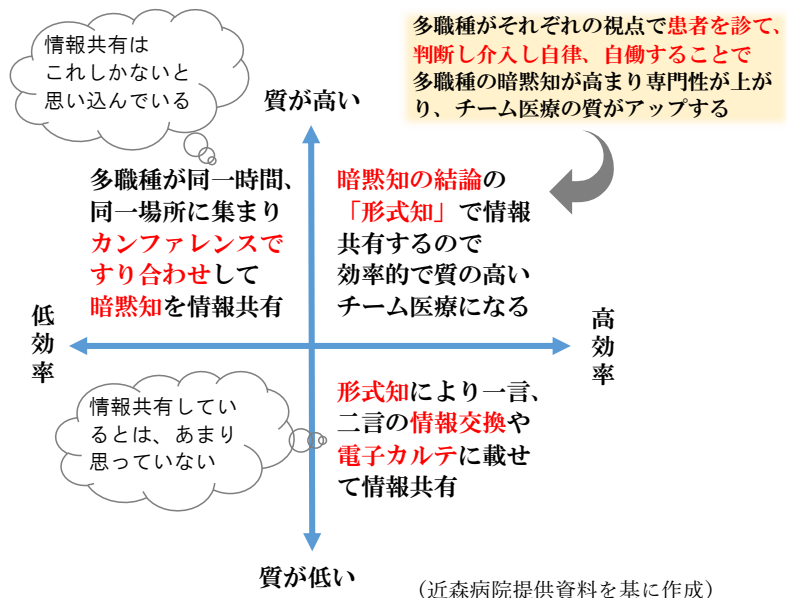
「暗黙知」とは「人に言葉などでは伝えることが難しい知識」であり、人間国宝が有している技術や感覚など、その人が持っている経験による勘どころといえるものである。

例えば、NSTカンファレンスにおいて多職種ですり合わせる情報は、「暗黙知」を共有し

チーム医療実現に必要なキーワード



(近森病院提供資料を基に作成)



(近森病院提供資料を基に作成)

ていることになる。情報の質は高いが、同じ時間に同じ場所に集まる必要があるので効率は悪い。

一方で、管理栄養士が病棟に常駐し、患者を診て、患者の全ての状態を考えて、結論として導く「形式知」は非常に質が高い情報といえる。暗黙知の結論としての「形式知」で情報共有すると効率的で質の高い情報共有になる。チーム医療なら必ずみんなで集まってすり合わせるというのは、処理患者数も限られ、結果が出ないといえる。

近森病院の心臓血管外科のICU モーニングカンファレンスの風景

心臓血管外科のICU モーニングカンファレンスは15分。大画面を用いて、医師、看護師、臨床工学技士（急性期チーム）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、MSW の多職種で、全員が患者を診ているので暗黙知の結論としての形式知を効率よく共有する。



(近森病院提供資料を基に作成)

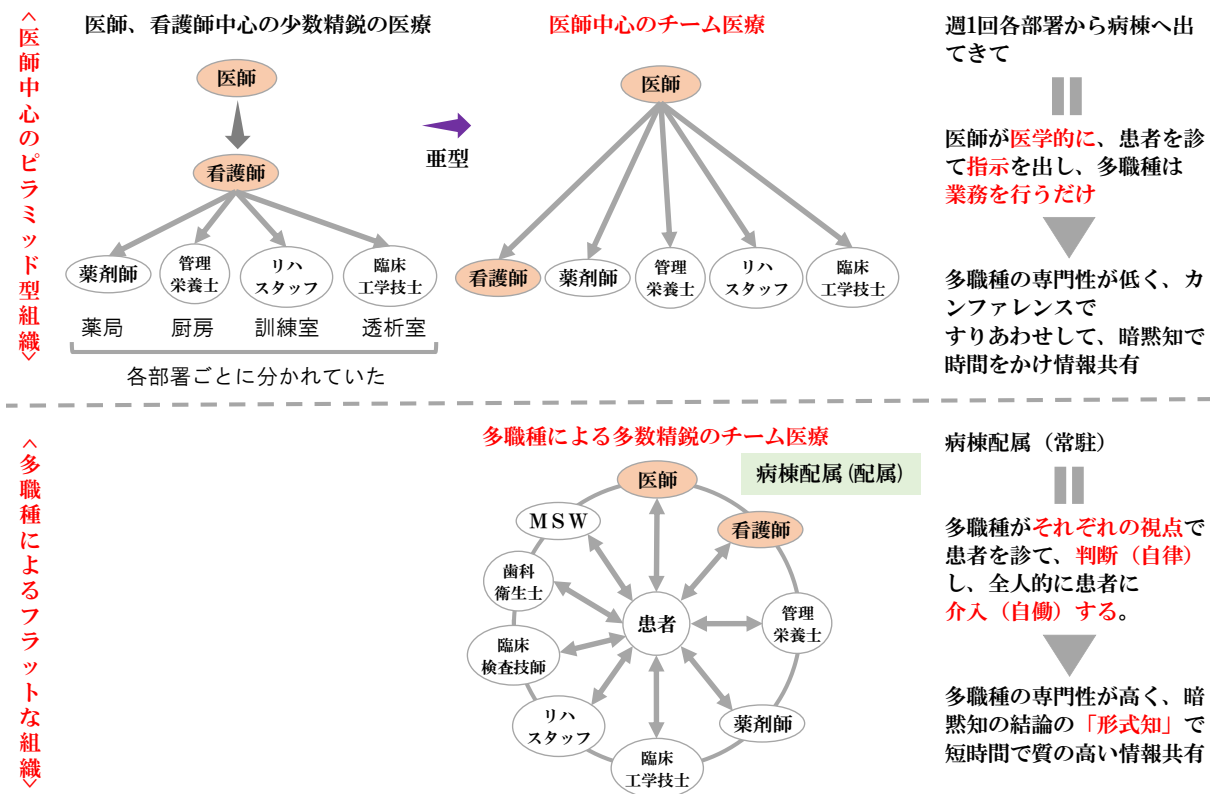
チーム医療の形、病棟常駐型チーム医療

近森病院では、多職種による病棟常駐型チーム医療の提供により、高いアウトカムを達成している。チーム医療の形態と職種別の留意点を紹介する。

以前は図表 20 の左上の形のように各部門の部屋から病棟に行って、指示を待って業務を行う形式だったが、チーム医療関連の加算をとるため多職種が週一回病棟に集まりカンファレンスを行う右上のような形もある。一方、現在の形である右下の病棟常駐型のチーム医療では、多職種が専門領域においてそれぞれの視点で全人的に患者を診ることになる。

医師中心のピラミッド型組織のシンボルが白衣で、多職種によるフラットな組織のシンボルがワーキング・ウェア。近森病院では、研修医も含めてワーキング・ウェアを着ている。これがフラットな組織の目安になる。

図表 20 チーム医療の概念の相違



病棟常駐型のチーム医療では、多職種がそれぞれの視点で患者を診て、判断し、介入する。自律・自働により、患者の状態に応じて必要な資源を柔軟に投入することができ、質の高いチーム医療になる。業務の標準化によって各専門職ができることが明確になっており、患者の複雑性や不確実性が高くなっても情報の共有により、すぐに対応することで、患者は最適のサービスを受けることが可能となる。

<薬剤師>

薬剤部は薬剤師が専門医と相談して薬剤業務を標準化させ、薬剤師が非専門医に教えている。これで対応できないものは専門医と相談するようにすれば、専門医の負担は大きく軽減できる。明らかな誤りは薬剤師が医師に報告して訂正することができれば、医師の多忙に起因するミスを防ぐことができる。

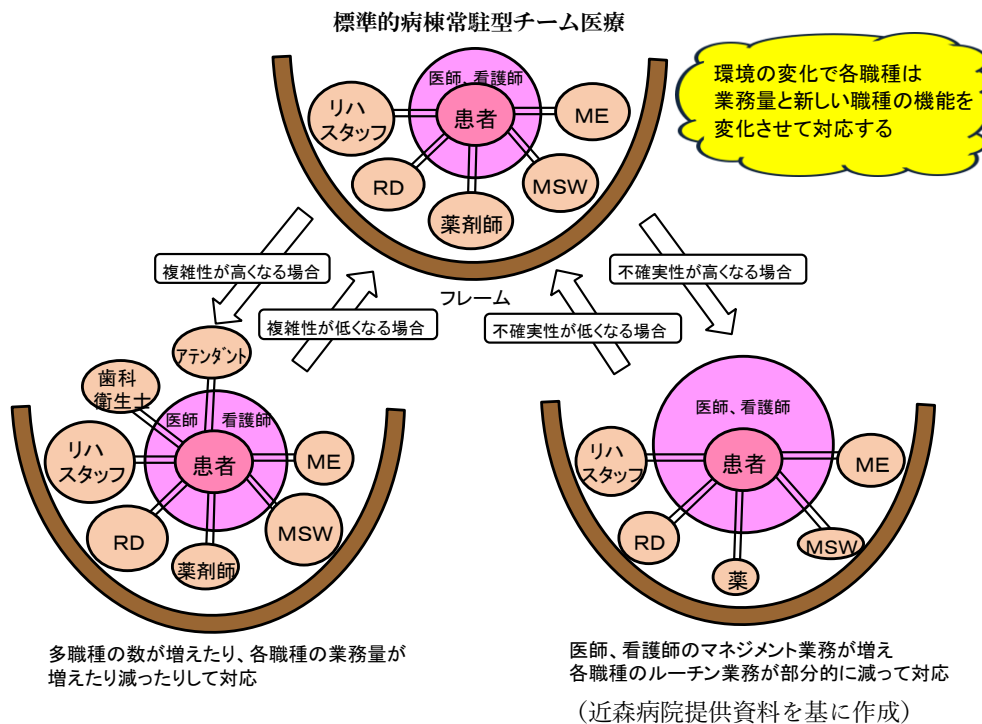
<管理栄養士>

管理栄養士は、院内において2段階の研修体制を整えている。第1段階として、栄養評価と栄養サポート業務を標準化し、先輩職員が実務的な栄養サポートのルーチン業務を身体にたたきこむ。第2段階として、近森理事長が教育カンファレンスで栄養士の視点で栄養学的に患者を診られるようになるための教育（病態の理解）を行う。

<臨床工学技士>

職種によってチームの作り方が異なり、臨床工学技士は高度な急性期医療に係る機器を複数扱う職種であるがその範囲は広く、1人の技士が全ての医療機器を取り扱うことは難しい。チームにより取り扱う機器を分け、専門領域を決めることで、1人1人の技士に高い専門性を持たせることができる。それらを束ねたチームを作ることで、幅広い領域をカバーできるようになる。

病棟常駐型チーム医療の複雑性、不確実性による変化



職種別の取組

各部門の責任者に伺った、職種別の様々な取組状況について代表的な例をインタビュー形式で紹介する。

テーマ1 看護部編 <吉永 富美 看護部看護部長>

医師から看護師へのタスクシフティング

チーム医療が早くから導入されていた近森病院において、看護師は患者の最も身近にいる医療専門職として調整役を担い活躍してきた。医師の指示や患者の意向を多職種に伝え、必要時はカンファレンスを開催し、他職種や他部署との連絡調整を行っている。現在では、ベッドコントロールも看護師中心で行っており、また、ハートセンター師長による入院や OP（観察計画）、退院の調整、術前・術後の患者支援、FAST SCU コール（脳卒中院内発生初期介入、医師への報告）を実施している。

2021年4月現在で、日本看護協会の認定看護師が10名（がん化学療法看護、救急看護、感染管理、皮膚・排泄ケア、糖尿病看護、心不全看護、認知症看護、精神科看護）、認定看護管理者が1名、専門看護師が3名（老人看護、在宅看護、精神看護）おり、各種看護相談や、褥瘡チーム、心不全チーム、足・血管チーム、DM（糖尿病）チーム、排泄チームなどの運営に当たっている。

また、看護師特定行為研修に積極的に取り組み、その修了者20名¹¹は、手順書による高カロリー輸液の管理や、PICC（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル）挿入（2名）、医師の指導に基づくエコーガイド下の静脈穿刺¹²、RRT（Rapid Response Team）システム¹³を行っている。

看護師から多職種へのタスクシフティング

近森病院では、病棟常駐型チーム医療としてベッドサイドで情報交換を行い、多職種が協働している。ICUなどの集中系病棟で勤務する看護師は、臨床工学技士から呼吸器・ポンプなどの機器の取扱いの説明を受けている。ERに対象患者が来た場合などには、臨床工学技士と一緒に対応してくれることもあり助かっている。

抗菌剤の使用は薬剤師が対応しており、血中濃度などの情報のやりとりを現場で行っている。2020年度からは、薬剤師と共同してせん妄対策のプロトコールを作成した。

看護部には、看護業務の補助として、ERで勤務している救急救命士と歯科衛生士がおり、一緒に教育をしている。救急救命士は現在6名で、救急車・搬送車への同乗で活躍しており、病院間の紹介患者の搬送や救急車の中継時の対応をして看護師の負担軽減にも寄与している。

¹¹ 近森教育研修センターでは現在開講している「栄養コース」、「麻酔コース」、「救急コース」に加えて、2021年6月から新たに「外科系基本コース」、「集中治療コース」、「PICCコース」を開講することとしている。

¹² 末梢静脈確保困難な患者に対する静脈留置針刺入

¹³ 院内心停止事例や予期せぬ死亡例の兆候を早期につかみ対応するためのもの。RRTは、看護師や理学療法士などを中心として医師を必ずしも含まない構成となっており、初期対応とその後の医師招請などの対応を行う。

歯科衛生士は現在6名おり、看護補助者として兼務しながら、入院前からの口腔状態のチェック・術前の準備・指導、高齢者の口腔ケアや肺炎予防、摂食嚥下機能療法などを行っている。

看護師から看護補助者へのタスクシフティング

看護補助者は、アテンダント、クラーク、ポーターの3種からなる。

アテンダント（常勤換算 31.75 名）	
<ul style="list-style-type: none"> ● 清潔ケア・排泄ケアをはじめとする患者の身の回りのケア、患者搬送、リネンや洗濯物の管理、入退院時のベッド作成や病室の準備、他部署へのメッセージャー、おむつなど備品の整備、環境整備などを行う ● 一般病棟は 22.75 名で、急性期看護補助者加算を算定 ● 診療報酬が認められない集中治療部、ER、外来センター、放射線科、OP、透析室では外部委託のアテンダントが 19 名在籍 	
クラーク（61 名）	
<p>（病棟クラーク）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病棟の受付業務、帳票類の管理、カルテの量的監査、主治医登録、紹介情報の入力、回診やカンファレンスの準備などを行う ● 集中系では外部委託 4 名、一般病棟はプロパー職員の 8 名 <p>（外来クラーク）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 診察の介助、問診、バイタルサインの測定、検査・処置の案内、同意書や紹介状の整理、書類のスキャンなどを行う ● 外来センター 32 名、地域医療連携室 2 名、入院窓口 4 名、救命救急センター 6 名、内視鏡センター 5 名でほとんどが外部委託 	
ポーター（常勤換算 6.64 名）	
<ul style="list-style-type: none"> ● 患者搬送・検体搬送を行う。移動に係る標準時間を決め、PHS で呼んだら患者・検体を取りに来て標準時間内に送り届ける。また、看護師でなくてもよい患者の案内も担当している 	

（近森病院提供資料を基に作成）

これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ ～インタビュー看護部編～

——病棟常駐型チーム医療の良いところは何でしょうか

いろいろありますが、多職種の動きやケアの様子を現場で確認できることです。病棟にセラピストが常駐しているので、看護師はリハビリ中の患者の状態を見ることもできますし、患者の状況について、セラピストにいつでも聞くことができます。

——他の病院でチーム医療やタスクシフティングを始めるときに、気を付けないといけないのはどのような点でしょうか

慣れてくると分業の意識が強くなり、自分たちの視点だけで動くようになってしまいます。現場での話し合いやカンファレンスの活動は大事だと思います。

——近森理事長からは、業務の絞込み・標準化を行うことがチーム医療にとって重要とお話がありました。実際はどのように進めていくのでしょうか

最初から、医師は医師にしかできない仕事、看護師は看護師にしかできない仕事という視点で徹底していました。看護師でなくてもできる仕事は看護補助者に任せる、ただ、任せる仕事の教育をしっかりとしないといけないので、その過程で絞込みや標準化が進みます。委託の外来クラークも入れると120～130名在籍していて、毎年入れ替わりもあるので、医療安全などの教育や専門職と顔合わせをするのも結構大変なことです。

業務のタスクシフトについて悩むときは「これは看護師の資格がないとできない業務なのか」ということを基準に考えています。

テーマ2 薬剤部編<筒井 由佳 薬剤部部長>

心臓血管外科術後オーダー代行入力

心臓血管外科では、医師は当日の処方薬、注射薬の指示をベッドサイドの指示簿に記載してから、手術に入る。以前は手術前に医師の指示を指示簿から看護師が手書きで処方箋に転記し薬剤部に回す運用となっていたため、記載ミスや患者への投与が遅れるといった問題が発生していた。

現在は、ICU病棟で開催する多職種モーニングカンファレンスと回診において方針のすり合わせを行い、薬剤師が回診に同行し、ICU病棟において医師の指示を電子カルテオーダーに代行入力している。その際、薬剤の投与量・投与速度、ルート、相互作用の確認を行い、効果、副作用情報と共に個々の患者に合わせた処方の適性を判断し、万が一問題があれば医師へ疑義照会、処方提案を行っている。

医師は短時間の指示出しにより手術に集中することが可能となり、看護師の負担も軽減された。薬剤師のダブルチェックにより相互作用や投与量、処方漏れなどの問題もオーダー入力前に解決されている。

これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ ～インタビュー薬剤部編～

——仕事を抱えてしまう医師もいると聞きますが、医師からのタスクシフティングを進めるにあたり、どのようなアプローチが効果的でしょうか。

医師が「こういう仕事をやらせてもらえたらな」と感じるころから調整するとスムーズにいくと思います。例えば、抗菌薬の届出制¹⁴については、薬剤師が医師と相談・連携・協働して、届出の下書きを行う方が効果的でした。

¹⁴ 耐性菌の出現を抑えるために一部の抗菌薬について、他剤が無効な場合などに限り使用を限定するため届出を求める制度

薬剤師が病棟に常駐することで、薬剤投与等のルート管理や配合変化を見る等により、問題点があれば医師に確認することができますし、医師は指示簿を確認して TDM（治療有効域が狭い薬剤などにおいて患者ごとに投与设计を行い適正な薬物治療を行うための血中濃度測定などのモニタリング）の結果にも薬剤師が迅速に対応できます。看護師や薬剤師などの多職種が専門能力を活かして診療周辺業務を整理できるため、医師は確認して指示した後、そのまま手術に入ることが普通に行われています。

——タスクシフトされる側も多忙だとタスクシフトは進んでいかないと聞きます

薬剤部にもテクニカルスタッフと呼ぶ薬剤師以外の方が 10 名おり、薬剤師でなくてもよい業務はお願いしています。

その他委託先からの常駐スタッフが 8 名いて、発注、入庫、在庫管理や院内の配送を担当してくれています。また、テクニカルスタッフは院内の電子カルテの薬剤マスターの登録・管理、煩雑な後発医薬品への切替えに伴う在庫管理などを全て行ってくれます。また、委員会への出席や資料作りの他、薬学的知識が不要な事務作業であれば任せられます。

もちろん、最初からテクニカルスタッフに業務を全て委譲したわけではなく、一つずつ委譲しては問題点を確認していき、次のステップへというように繋げています。

——病棟薬剤師の多職種連携の様子を教えてください

病棟にいるので、職種間の垣根が低く横同士で相談し合っています。セラピストから「この患者の ADL が上がらないのですが、何か問題になる薬はないですか」と聞かれることもあり、カンファレンスだけでなく必要な時に職種を超えて情報共有しています。ポリファーマシー¹⁵に関してもカンファレンスで相談、提案し、薬剤サマリーで、次の施設や薬局に申し送りをしています。

テーマ3 リハビリテーション部編 <前田 秀博 リハビリテーション部理学療法科長>

可及的早期の離床のためのリハビリテーションと多職種情報共有／病棟トリアージ

近森病院では、石川 誠 医師のもと 1993 年に可及的早期の離床を推進するための 4 つスローガンを立てた。

- | | |
|-------------------|-------------|
| ①効率的な業務展開と早期離床の促進 | ②廃用症候群発現の予防 |
| ③情報共有化の実現 | ④多職種との連携強化 |

それでも廃用症候群が進行してからリハ指示が出る患者が存在するため、2002 年に体制を修正し、①全診療科からの指示に対応（カンファレンス開催前提）、②疾患チーム制から病棟

¹⁵ 「複数」を意味する「poly」と「調剤」を意味する「pharmacy」からなる「害のある多剤服用」を意味する。単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス（患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って薬を用いた治療を受けること）の低下等の問題につながる状態

常駐制に変更した。

オーダーが出るのを待っているのではなく、ADLが低そうな患者を見つけたらディスカッションを経てオーダーを引き出すという、セラピストによる病棟での医師代行のリハビリテーションを進めた。

その結果、リハビリテーション科医師の負担は大きく減少したのはもとより、PT（理学療法）開始の早期化、在院日数の短縮、患者移動能力維持率が向上する等、ADL維持にも通じる良い体制となったと考えている。

リハビリテーションでは、①身体活動だけでなく、②栄養状態とのバランスをポイントと考え、早期経口摂取や誤嚥予防に向け、食形態の提案などの連携も進めている。廃用症候群を生じやすい高齢者では、低栄養が長期入院の予測因子として大きいことが院内の患者を対象とした研究で分かっている。良い経過をもたらすには、身体活動だけではなく、栄養状態とのバランスもあると考え、医療安全も配慮しながら早期経口摂取開始に向けた多職種連携をしている。

これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ ～インタビューリハ部編～

——多職種カンファレンスにおいて、セラピストはどのような意見を求められるのでしょうか

入院前の家庭生活で、どのような動作で生活していたかということがあります。社会的な情報はMSWが把握していますが、動作的なことではセラピストのほうが把握していることが多く、動作ならPT、上肢ならOT、摂食嚥下ならSTというように疾患や状態ごとに意見を求められます。

——リハビリテーション部の体制と、その中で事務補助者は何人いるのでしょうか

2021年3月1日現在で、PTは70名、OTが26名、STが11名（いずれも育休などの人数を含む。）です。事務補助者は2名います。セラピストでなくてもできる事務仕事などをお願いしています。本当はもっとお願いしたいこともありますが、医事的な知識が必要になるなど難易度が高いのが課題です。

テーマ4 管理部門編 <寺田 文彦 管理部長、谷 知明 総務部長、山崎 啓嗣 診療支援部長>

管理部門の位置づけ

診療支援業務は管理部門が担うべきとの考えで、働きやすい環境を作るマネジメント機能の発揮を重視し、加算の付いた医師事務作業補助者や看護補助者に限らない診療支援に取り組んでいる。

医師に対する診療支援

1) 臨床研修部

院長直属の部署で5名が担当している。初期臨床研修に関する研修管理委員会や修了式、研

修医ミーティング、レジデントミーティング、研修医勉強会、同窓会などの開催やサポート、医学生の方外臨床実習や県内外の医学生の見学、医学生対象合同説明会のサポートを積極的に行い、若手医師の確保と臨床研修管理委員会の担当医師の業務軽減に貢献している。2017年に更新した卒後臨床研修評価機構による評価では最高評価のエクセレント賞を受賞した。

2018年度から開始された新専門医制度では、3領域の基幹施設としての運用支援のほか、各診療科の連携施設としての運用支援を行っている。また、若手医師を対象とした専門医等資格取得や国内外留学の公募事業について、補助金申請から報告まで全面的に支援している。

2) 秘書課

以前から各医局のニーズに合わせて秘書をプロパーのスタッフとして雇用しており、医師事務作業補助者体制加算がはじまった2008年4月には15名の秘書が在籍し、加算を算定することができた。2年後には15対1となり、現在27名の陣容になっている。

業務としては、医師の事務的な業務のほとんどに対応しており、医師の事務業務の負担軽減に大きな役割を担っている（図表21）。

各科で医師数と業務量に大きな違いがあることから、秘書の業務もさまざまである。たとえば、内科では、外来クラークと協力して外来診療での代行入力や予約入力、入院台帳の記入や病棟への連絡、各種入院書類の作成補助等を行っている。また心臓血管外科では、医師が手術記録や紹介状、レセプトの注釈などを音声入力しておき、秘書がテープをおこし電子カルテに代行入力している。その他、病棟回診やカンファレンス、外来診療でも秘書が代行入力している。

図表 21 秘書が担う医師の事務業務の例

- ・ 医師のスケジュール・勤怠管理
- ・ 医師入退職の連絡、ロッカーやユニフォームの手配
- ・ 各種の手術や処置・検査・入院患者のリストの作成
- ・ 研修会や学会などのイベント行事の運営支援
- ・ カンファレンス準備や資料の作成
- ・ 学会や講演会資料の作成
- ・ 医局会や各種会議の資料準備や議事録作成
- ・ 各種治験や学会のデータベースへの入力とデータ管理
- ・ 医局業績管理や医局会計管理
- ・ 文献検索
- ・ 年賀状や礼状、お中元やお歳暮の管理
- ・ 出張の手配など、

（近森病院提供資料を基に作成）

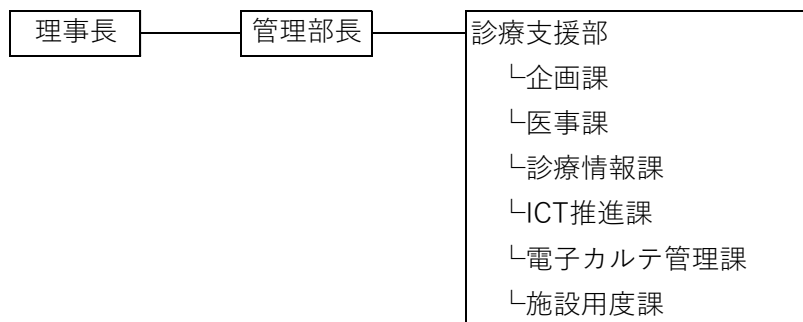
病院全体に対する診療支援

管理部は総務部と診療支援部、危機管理部に分かれているが、診療支援を担う診療支援部の主な機能を紹介する。（図表22参照）

① 企画課

6名体制（うちWEB専従1名）で病院全体の業

図表 22 診療支援部の体制



（近森病院提供資料を基に作成）

務環境を整え、スタッフが効率的に働けるようなマネジメント・調整業務を行う。診療以外で発生する病院の様々な業務、例えば、日本医療機能評価機構の認定更新の事務局として、各部署への振り分けや取りまとめといった業務を担っている。

② 医事課

医事課の構成は計 84 名、各担当の主任 8 名、入院係 19 名、外来係 42 名、文書係 8 名、医事統計係 4 名、地域医療連携センターへの出向 2 名等からなる。このうち診療情報管理士は 24 名である。

通常業務以外の診療支援としては、診断書等の各種書類の発行時に文書作成の代行を行っており、ほとんどの書類において医師は確認の上サインをするのみとなっている。できるだけ医師、看護師に負担をかけないよう、受付業務においても、危機管理室と連携し患者からのクレームに対しても初期対応を行っている。

③ 診療情報課

診療情報管理士 8 名、医療安全 1 名、司書 1 名、その他 3 名の計 13 名で構成されている。診療支援として、医師の DPC 病名決定のサポート、手術情報の登録、全国がん登録などを行う。年間約 100 件の学会、各種アンケート等の院内外からの症例抽出依頼にも対応している。また、DPC データの加工や分析を通じて、地域医療における近森病院の診療実績評価や先進病院と比較したベンチマークを行い、経営判断の資料として活用している。

④ ICT 推進課

2020 年 7 月に設立され、3 名で構成されている。ER から要望のあったトリアージシステムの導入検討や健康管理センターからの要望に基づく特定保健指導システムの導入、総務課要望の職員向け給与振込データの伝送化等、院内関係部署と連携して、業務の効率化に向けた支援を行っている。

このほか、近森会グループ内のコンピューターシステムの導入、運用、保守管理を担当する電子カルテ管理課、病院施設設備の改修と維持管理および高額な医療機器から細かな消耗品まであらゆる物品の調達を担う施設用度課においても、チーム医療のアウトカムを最大化するための情報共有や院内全体の整合性に配慮した業務を行っている。

これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ ～インタビュー管理部編～

——2024 年 4 月以降、救命救急センターを運営するような民間病院でも、A 水準の年 960 時間以内の時間外労働の体制を目指すことになるのでしょうか

B 水準は年間 1,860 時間、A 水準のほぼ 2 倍であり、2 倍近い時間外労働が発生することになるというのを現実的に考えると、そういう病院で働く医師は限られてくると思います。従って、A 水準を一般的には目指すこととなりますが、難しい部分もあるということも事実です。

やはり、救急部門をはじめ特定部門での負担が大きいため、当該部門の医師の時間外労働を 80 時間以内に抑えるには当直の体制や他科医師の活用含め仕組みを検討しているところです。当院の医師数は約 150 人ですが、規模的に見ると決して多いわけではありません。同規模の公立・公

的病院であれば 200 人以上いるところもあり、その面では調整余地の少ない状況で努力するしかありません。

テーマ5 管理栄養士編 <宮島 功 臨床栄養部部長>

経腸栄養管理計画表の作成

512 床に対して管理栄養士は 22 名（臨床栄養部秘書 1 名）おり、1 病棟に 1 名が常駐し栄養サポートを実施している。日本の平均的な病院では 50 床～100 床に管理栄養士が 1 人程度のためかなり手厚い配置である。

近森病院では、病棟に配置されていることによって、すぐに医師や看護師から声がかかり多職種と話ができるのが特徴である。経腸栄養を行う患者には管理栄養士が経腸栄養管理計画表を作成し、十分な食事摂取が困難な患者に対しては、管理栄養士が主治医へ経鼻経腸栄養の開始を提案、相談している。

経腸栄養管理計画表には、投与栄養剤、投与量、投与速度、更に推奨輸液内容や輸液投与量が記載されている。

管理栄養士が、専門職の視点で患者の病態を評価し、適正な投与内容を検討する。特に、下痢・逆流のリスクの評価を行う。また、重症患者の場合は、リフィーディング症候群¹⁶のリスクおよび循環動態を評価することで事前に合併症を予防している（図表 23）。

こうして作成された経腸栄養管理計画表を医師が確認し、問題がなければ、看護師へ経腸栄養の開始を指示する。医師は、経腸栄養の開始の判断をして、管理栄養士が立案した計画を確認し、問題ないかを判断するだけで、適正な栄養投与が開始される。

管理栄養士は 1 年間に 1,660 件の経腸栄養管理計画表を作成しており、患者 1 人当たりの経腸栄養管理に対応する時間を約 20 分と見積もって計算すると、1 年間に約 550 時間の医師の業務負担を軽減できたこととなる。

図表 23 経腸栄養開始前のリスク評価

下痢	逆流	リフィーディング症候群
絶食期間 抗菌薬 腸蠕動音 下剤 腸管浮腫 水分出納 循環動態 腸管虚血	食道裂孔ヘルニア 筋弛緩薬 便秘・下剤 腹部症状 電解質異常 胃管留置位置 胃切除の既往 胃管排液	電解質 体格 入院前の食事 ビタミン投与推奨
		循環動態
		乳酸、尿量 心係数、CVP 昇圧剤

(近森病院提供資料)

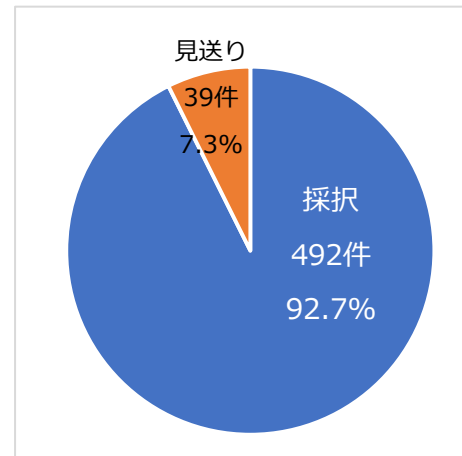
¹⁶ 長期間の低栄養状態にあった患者に対して急速な栄養投与を行った際に認められる重篤な病態である。発熱、痙攣、意識障害、心不全、呼吸不全などが現れる。

医師への食事・経腸栄養などに関する提案件数

管理栄養士から医師への食事の内容や点滴などについての提案件数および採択率を調査した結果を見ると、採択率は92.7%と非常に高い（図表24）。

また、1年間の概算件数で、医師、看護師からのタスクシフトによって管理栄養士が栄養サポート業務を年間3万件程度担当している計算になり、その分、医師・看護師がコア業務に専念することに貢献できていると言える（図表25）。

図表 24 医師への提案件数および採択率



(近森病院提供資料)

図表 25 栄養士から医師、看護師への提案・相談件数

	2週間	1か月 (概算)	1年間 (概算)
提案・相談	534件	1,068件	12,816件
指示オーダー入力	122件	244件	2,928件
包括指示による対応	611件	1,222件	14,644件
(合計)			30,408件

(近森病院提供資料)

これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ ～インタビュー臨床栄養部編～

——最近ではNSTに取り組む病院が増えてきたとは思いますが、近森病院のように管理栄養士が病棟に常駐するのはまだ珍しいかと思えます。管理栄養士からみた病棟常駐はどのように感じられますか

我々にとっては、管理栄養士の病棟常駐は当たり前になっているのですが、他病院の管理栄養士と話してみると大きく2つあって、1つは行きたくても病棟に行けないという意見です。これは非常に多くの業務を抱えているのにマンパワーが少なく、病棟で患者の近くにいたくてもその余裕がないということです。

もう1つは、患者のところに行くことに不安を感じている管理栄養士がいることです。これは、教育体制の構築が重要ということだと思います。

多くの管理栄養士は、病棟に行きたい、患者を診たいという思いがあります。近森病院では、管理栄養士は病棟にいて患者を診るのが責務と感じる栄養士が多く、所属長としてはありがたく感じています。

——管理栄養士が患者を診ることと、他職種が診ることの違いについて教えてください

カンファレンスでは、医師や看護師が気付きにくい点について、管理栄養士の目線として発言するようにしています。このため意見が食い違う点も出てくるのですが、その違いは大切にしな

が話し合うように留意しています。

同じ血液検査の結果、腹部症状、レントゲンでも、管理栄養士として診られる能力を養う訓練を1年間みっちり受けて、現場の知識や技術を習得できるようにしています。訓練をしっかりとやらないと、患者を診るにあたっての不安に繋がるのではないかと思います。

――病棟常駐について、管理栄養士の配置の考え方について教えてください。基準やローテーションなどあるのでしょうか

だいたい2病棟で3人から3病棟4人程度で、配置しています。1病棟に1人ずつ栄養士がいて、2病棟を統括するリーダーの栄養士がいます。リーダーが客観的に見て、教育を行うことで、組織としての運営ができます。病棟数＝管理栄養士数だと、マンパワーの面で厳しいと思います。

――新たにチーム医療で管理栄養士に力を入れたい病院があったときに、ここがハードルになると考えられるところはありますか

やはりマンパワーであり、人件費ですね。直接的な診療報酬に繋がる加算が少なく、管理栄養士の人件費を賄うことは到底できません。管理栄養士の付加価値、医師や看護師の業務負担軽減や、介入により栄養状態が良くなることで抗菌薬や輸液が減少してコストが下がるなど間接的な効果を示すことが大事だと思います。

――理解のある経営者や医師が効果を踏まえた上で、導入を決めて体制を整えていくしかない…

そうですね。他病院では、管理栄養士がエビデンスを揃えて、院長や事務長に説明して、少しずつ人を増やしているところもあります。ただ、1人、2人増やしてもなかなか効果が出にくい、増やすなら10人単位で増やさないと大きな効果は出ないです。そこまで理解のある経営層が少ないというのが現状だと思います。アウトカムを論文で出さなければならないというのは管理栄養士の課題になってきます。

――近森病院では4人しかいない管理栄養士を5倍にしてアウトカムをあげたが、そこまで理解と覚悟を持つことは難しいし、人数を増やすだけでなく教育体制も整備しないとうまくいかない

他の病院で導入する場合には、管理栄養士の業務を絞り込んだ上で、1病棟だけは管理栄養士が常駐するというようなモデルケースを作るところから始め、徐々に拡大していくようアドバイスすることもあります。

あとは臨床栄養部にクラークが1人いて、今回の資料もクラークが作成してくれました。パソコン操作も慣れていて、事務作業はほとんどしてくれます。管理栄養士からのタスクシフトということで、クラークを雇用してみるのも良いかもしれません。

MSW にとっての多職種連携と現状の成果

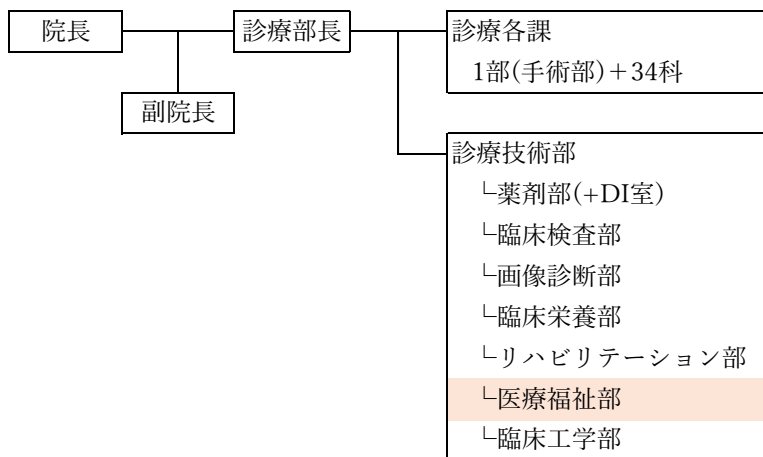
近森病院の特徴として MSW の人数が多く、他の病院では事務部門や看護部門の中にあることが多い医療福祉部が診療技術部の中に、独立部門として位置付けられている（図表 26）。

18 名の MSW がおり、このうち 15 名が急性期、3 名が精神科に配属されている。業務量が増加する状況に対処するため、専属事務職員を配置して MSW がコア業務に専念できる環境も整えている。

2012 年に集中治療系病棟における初期介入を開始し、介入開始時の MSW 介入率は 30% であったが、365 日常駐体制を開始した 2014 年には 80%、現在では 95%～98% まで上昇しており、MSW が主体的・能動的に働く環境が整ってきている。

MSW が早期介入することで、入院初期に患者本人や家族の意向が把握できることから、医師の説明時間の短縮に寄与し、他職種へのフィードバックも早くなる。

図表 26 近森病院の組織体制における医療福祉部



(近森病院提供資料を基に作成)

これからチーム医療・タスクシフティングを始める病院へ ～インタビュー-MSW 編～

——病院と患者・家族のボタンの掛け違いは難しい問題ですが、MSW の果たす患者・家族との信頼関係の構築・橋渡しをどう考えますか

例えば、ER に運ばれて気が動転している家族に「もう家での生活は無理ですね」と伝えると、医学的に根拠があることだとしてもコミュニケーションとしては十分ではない結果になってしまいます。また、退院前までその後の病状が伝わらないまま、退院時にはじめて MSW から話を聞くと、退院先もなく家族の不信感も募り、お互いに消耗してしまいます。

同じようなケースでも、医師や看護師と連携して、病状説明で「数日の病状経過を見ると～」と説明してもらうようにすれば、本人・家族が受け止める猶予と準備ができます。

——MSW が家族とのやりとりで知る、家庭での状況、栄養状態や活動量などの情報について、多職種連携・共有の流れを教えてください

面談で得た情報を電子カルテで共有するとともに、カンファレンスや日々の会話で共有しています。家族のなかで誰が患者本人の情報を知っているか、いつなら話することができるかを共有した後は各職種から直接アプローチしていきます。

臨床工学技士の他部門への職域展開

2000年以前は、臨床工学技士は透析室とME室のみの10名足らずの体制であったが、2000年に開設された心臓血管外科が契機となって臨床工学技士の重要性が高まり、人工心肺を回すポンプチームが発足し、心臓手術時には人工心肺業務のみならず、IABP（Intra Aortic Balloon Pumping 大動脈内バルーンポンピング法）やECMOなど補助循環装置の対応もしていた。

この頃から、臨床工学技士が病棟に出るようになり、様々な科の医師と話す機会が増えてきた。ポンプ（人工心肺）チームは、2005年には包括的指示のもと人工呼吸器のウィーニングや設定などを行う急性期エリアのME機器の操作に特化したACE（Acute Clinical Engineer 急性期クリニカルエンジニア）チームに変更することとなり、2009年には循環器内科と連携してカテーテル支援を行うCS（Cardiac Support 心臓治療の補助）チームが発足した。

その他にも、ACEチームでTAVI（経カテーテル的大動脈弁留置術）のクリンピング操作¹⁷の補助を開始するなど、臨床工学技士の取組が幅広く知られるようになった。

大学病院に比べて専門医の数が少ないため、必要に迫られて臨床工学技士へのタスクシフティングが進んできた面はあるものの、臨床工学技士が執刀医の横でその指示に基づいて補助を行うことで、機器の操作の習熟度が高まった。これにより、素早く確実に操作することができるようになり、医師の負担軽減に配慮した手術・検査の効率的な運用に寄与することとなった。

臨床工学部の体制（部長(腎臓内科・人工透析内科部長)、副部長、臨床工学技士37名 2021年1月現在)

	ACEチーム (急性期クリニカルエンジニア)	CSチーム (心臓治療サポート)	血液浄化チーム	保守管理チーム
人数	10名 うち技士長1,主任3	9名 うち主任1	14名 うち技士長1,主任2	3名 うち主任1
活動の場	ICU,HCU,救命救急病棟,カテ室,ER,手術室	心臓カテーテル室内	透析ベッド40床など	病棟全域
主業務	人工呼吸器、IABP使用時使用後点検、台数管理・設定など TAVI弁セッティング・クリンピングなど	心カテ検査、PCI、EVT直接介助など	血液浄化業務全般 (ICU、救命救急病棟、HCUなど出張透析も実施)	医療機器の保守点検修理、消耗品管理 (人工呼吸器、生体モニター、除細動器、電気メスなど多数)
体制	24時間緊急手術/機器トラブル対応	24時間(夜間呼び出しの宅直制)	昼夜2クールで23時まで。日曜日は宅直+出張透析(透析室以外への院内出張透析)	平日日勤および13-21時シフトあり、土日祝日は半日出勤で夜間は当直・宅直ともになし(ただ呼び出しは実際ある)

(近森病院提供資料を基に作成)

¹⁷ カテーテルで心臓の人工弁を入れる操作。人工弁を圧縮(クリンピング)して、カテーテルで心臓の位置まで運び広げる手術

—近森病院では臨床工学技士の業務は非常に高度なことをされていますが、育成にはどのくらいの期間が必要でしょうか

タスクシフティングされている部分もあるので、非常に高度な知識と経験が必要になります。ACEチームの第1線で活躍できるようになるには、5年くらい経験を積む必要があると考えています。透析は1～2年、ただ、人によって大きく違うのがありますね。

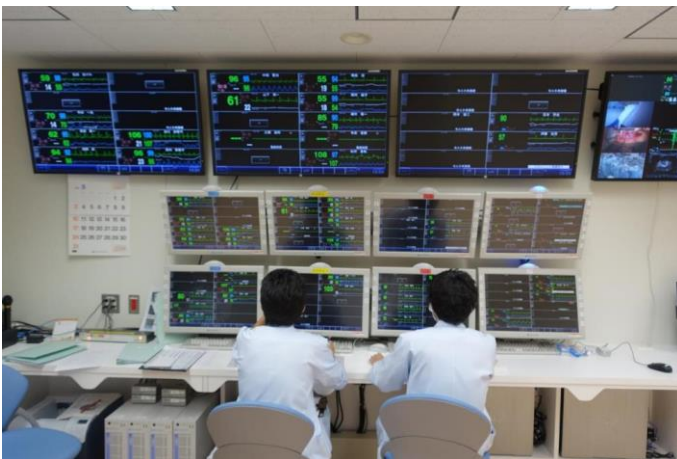
—近森病院では臨床工学技士へのタスクシフティングが進んでいますが、医師不足・看護師不足以外の背景もあるのでしょうか

近森理事長が透析の担当もしており、透析を通じて臨床工学技士との距離が近く「できることは何でもやりなさい」という雰囲気があったことです。他の医師も積極的に頼ってくれる雰囲気があります。あとは臨床工学部の技士が頼られたときに一生懸命頑張ってくれて、それが信頼を生み、次の仕事に繋がったのだと思います。

—臨床工学技士のできること・していることが専門的なので、ほかの病院から来られた臨床工学技士が驚かれることはないですか

ほかの病院だと機器の保守・管理くらいしかしていないと、非常に驚かれますね。機械を使い終わったら拭いて、調子が悪かったら直すことと、セッティングをメインで任せられることは全然違いますね。ここでは専門知識を最大限活かそうという臨床工学技士が多いので、トップチームに入れて良かったと思います。

臨床工学技士（ACEチーム）による集中系病棟の患者の ECG（心電図）モニタリング



臨床工学技士が24時間365日複数体制で病棟に常駐し、監視をしていくからこそ、手術後執刀医は患者が安定したら家に帰り休息が取れるのが大きい。

（近森病院提供資料）

謝辞

本事例集の作成にあたり、多大なる協力をいただいた調布東山病院・近森病院の皆様に対し、ここに心から感謝の意を表します。

特に、取材調査にあたっては、新型コロナウイルス対応下かつ年度末の繁忙期にもかかわらず、取材を受けていただきましたこと、改めて深く感謝申し上げます。

横浜市では、130を超える多様な医療機能を持った病院によって地域医療の充実が図られています。医療機関で勤務する皆様がより安心して働けるようになることで、一層の充実がみられることを目指し、今後とも本市における働き方改革の促進に向けた取り組みを支援してまいります。

令和2年度「横浜市医師等の働き方改革に向けた取組支援事業」

「医師等の働き方改革」を考えるための取組好事例集

2021（令和3）年3月31日 発行

横浜市 医療局 医療政策課

〒231-0005

神奈川県横浜市中区本町6丁目50番地10 市庁舎17階

電話：045-671-2466
