



医業経営エキスプレス

日本医業経営コンサルタント協会
東京都支部 企画委員会委員
外山和也

2023年05月26日

「医師の働き方改革」の一丁目一番地

「医師の働き方改革」の対応に苦勞している病院事務職の人は多いのではないかと思います。現在、筆者は医療勤務環境改善支援センターの「医業経営アドバイザー」として、病院を訪問していますが、かつて病院勤務時には現在とはまったく反対に、人事の責任者として「医師の働き方改革」を推進する立場にありました。

今回は、医療機関の事務職の立場から、「医師の働き方改革」の対応を経験した一端を紹介します。

一丁目一番地は労働時間の把握に

すでに承知の通り「医師の働き方改革」を進めるための「一丁目一番地」は、客観的な労働時間の把握です。正確に労働時間を把握した上で、病院が「北に進むのか、南に進むのか」、舵取りの方向を決めなくてはなりません。現在地にとどまっていれば「誰かが何とかしてくれる」は幻想で、その選択肢はありません。

従来、筆者が勤務していた医療機関での出退勤管理は、医師だけではなく全職員が紙の出退勤簿に自己申告し、上長がこれを承認する方法をとっていました（時間外勤務の場合には、本人が事前申請し上長の承認を得る仕組みにはなっていましたが、医師の場合には形骸化していたと思います）。

「医師の働き方改革」を進めるためには、従来の紙管理では難しく、「出退勤管理システム」の導入を余儀なくされました。

結論めいたことを先に書いてしまうと、筆者の経験・教訓からすると、人事労務管理上「勤怠管理システム」の選定は、たとえば適切かどうか分かりませんが、航空会社の旅客機の機種選定に匹敵するほど、経営に大きく影響するインパクトのあるものであるということです。

いざ、出退勤管理システム導入

「ICカード認証」によるものを導入するのか、「非接触認証」によるものにするのかといった、出退勤をどのような方法で行うかは大切な視点ですが、筆者の経験ではそれ以前の段階で問題に遭遇してしまいました。

仮に「ICカード認証」による製品を選択したとしましょう。汎用のどのような業種にも対応できる製品であれば（市販の製品はほぼそのようなものだと思いますが）、メーカーによる差違はあるにせよ、大同小異だと思っていました。ですが、実際にはそうではありませんでした。

「医師の働き方改革」を進める上で「出退勤システム」を導入する機運が高まり、グループ内では同一のシステムを採用する方針となり、グループの施設が合同で複数の業者を呼んでデモンストレーションを行いました。その後選定理由が明確にされないままに、本部主導で導入するメーカーが決定されました。

筆者が勤務していた医療機関は、病床数が400床を超える中～大規模病院で、職員数は1000人を超えるため、

①レコーダーを通用口前や更衣室前などに数台設置するだけでは、朝夕の職員の出退勤がピークを迎える時間帯には入力集中してしまうこと

②朝夕でなくても、例えば病棟勤務の看護師が夜勤を終えて退勤の入力をする場合、更衣室前に設置されたレコーダーが最寄りとなります。最も遠い病棟からそのレコーダーにたどり着くためには、エレベーター利用に際して、ストレッチャーに載せられた患者がエレベーター待ちしていれば先に譲ったり、更衣室のある別棟に横移動したりすれば、打刻までに10分程度のタイムラグはあっという間に生じてしまうこと

などの条件を勘案し、正確な労働時間を把握するためには、院内に20台以上のレコーダーを設置する必要があるとの結論となりました。

グループ全体で採用に至ったシステムは、コストの面でいえば、クラウドで管理するため、サーバーなどを設置する費用は不要との触れ込みでしたが、20台以上のレコーダーの購入などに何百万円かのイニシャルコストが掛かり、サーバーなどを設置する費用が不要である代わりに、毎月クライアント数に応じて従量制のランニングコストが、本稼働前のメーカーとの契約を締結した月から発生しました。

病院に機種選定の権限はなく、レコーダーを導入したことで発生するランニングコストは病院負担で、当然のごとくこのシステムの運用責任は病院に課せられることとなります。

不評だった手入力のシステム

「出退勤管理システム」は、それを導入すればすぐに稼働させられるものではなく、運用のルールを作ったり、打刻もれがあったときの対応方法を検討したり、打刻率を上げるための職員（医師）への啓発活動が必要です。

確実にシステムが稼働するまでは、従来の紙の出退勤簿と並行稼働させて両者の結果を比較して、確実にシステムに移行しても大丈夫という確信が得られるまでトライアルを繰り返さなければ、システムへの一本化はできません。

導入のスケジュールを立てて作業を進めましたが、いくら人事が踏ん張ったところで、職員の協力がなければ導入は進みません。導入が遅れば、担当部署の人事が責任を問われます。

技術的に自力では対応が難しい事項もあり、メーカーには有償でも構わないので導入支援をしてほしいといっても、「そのようなサービスはしていません」の一点張り。サポート体制も非常に脆弱で、サポートセンターの電話番号は聞いてはいたものの、ほとんどつながら

ないありさまでした。

レコーダーのパフレットには出退勤の入力は、①指紋認証、② I Cカード認証、③職員 I Dとパスワードの手入力を組み合わせて認証一の 3 種類が可能と記載されていました。

しかし実際に使ってみると、①の指紋認証は精度が低く使い物にならず、②の I Cカード認証では交通系のカードなどを用いることになり、事務系職員ならば常時カードを持っているため問題はないのですが、ユニフォームに着替えて仕事をする看護師やコ・メディカルの職員は、勤務時には I Cカードは更衣 室のロッカーの中なので、これも使えません。

結局、消去法により③の方法となってしまいました。しかし、いちいち職員 I Dとパスワードを手入力するしかなく大変な不評を買いました。

故障対応という危機管理の課題も露呈

予期せぬ事態も発生しました。

紙の出退勤簿と並用試行している時期には、早くも突然に打刻ができなくなってしまうレコーダーの故障が頻発し、事務所の人事担当者の机の横には、故障して回収したレコーダーが積み上がりました。

あまりに多発するのでメーカーに代替機を要求してもレコーダーの生産が追い付かず、提供は難しいという回答でした。

また、職員には紙の出退勤簿との併用中であったためレコーダーが故障しようとも実害はなく、手間が省けたくらいに思っているのか、「レコーダーが故障してますよ」と教えてくれる職員は少なく、人事がトラブルを掌握するまでの間にいったい何人が打刻をスルーしてしまったのかは全く不明…という事態に陥ってしまいました。

いちいち人事が夜間や休日を含めて 20 台ものレコーダーが正常に稼働しているのかを確認することもできず、危機管理の課題も露呈しました。

皮肉にも、筆者が勤務していた医療機関グループの中には、グループ全体で導入を計画した「出退勤管理システム」と既存のシステムとの連携が難しいという技術的な理由により、導

入を見送る事業所もありました。

結果、各事業所が「出退勤管理システム」導入で苦勞している中で、その事業所だけは順調に他社の「出退勤管理システム」の導入が進むという皮肉な結果となりました。

導入のベスト・プラクティスは、「まねる」こと

今回のコラムでは、「出退勤管理システム」導入時のことを書きました。このようなことを書いた目的はメーカーやグループ全体のシステム選定に至る意思決定のプロセスを批判することではありません。

冒頭で「医師の働き方改革」を進める上では、客観的な出退勤管理が「一丁目一番地」だと書きました。

また、「勤怠管理システム」の選定は、航空会社の旅客機の機種選定に匹敵するほどに、経営に大きく影響するインパクトのあることも示しました。客観的な出退勤管理は「医師の働き方改革」という建造物を建設する上での基礎工 事のようなものだとも思います。

繰り返しますが、「出退勤管理システム」を導入したからといって、すぐには動きません。メーカーの選定を誤れば多額の投資が無駄になるかもしれません。職員への啓発、帳票類の整理、ルール作り、シフト管理システムや給与計算システムとの連携など、地味ではありますが、やるべきことは際限なくあります。

そうはいつつも、もう5月下旬を迎えて残された時間は多くありません。少ない中で、「客観的な出退勤管理」およびそれに伴う「出退勤管理システム」導入のためのベスト・プラクティスは、「一から構築する」のではなく、「好事例をまねる（どこのメーカーのものを導入したのかを含めて）」、「先進的な医療機関に教えを乞う」、「内容を熟知した専門家に委ねる」ということになるのではないのでしょうか。

(参考)

「まねる」という意味では、「いきサポ」(厚生労働省が医師の働き方改革 について公開しているホームページ)の中に、「取り組み事例の紹介」があります。

また各都道府県に設置されている、医療勤務環境改善支援センターの活用も有効だと思います。