

職能団体の先進的かつ横展開推奨に値する取り組み（視察）

研究分担者 小野 孝二（東京医療保健大学 教授）
岡本左和子（奈良県立医科大学 講師）
研究協力者 瀬戸 僚馬（東京医療保健大学 教授）
森田 雅士（奈良県立医科大学 大学院生）

研究要旨

令和元年度の本研究調査結果に基づいて、医師の働き改革に資するタスク・シフト/シェアについて、現行制度上実施可能な業務のうち、特に推進するもの（44業務）が検討会において示された。それを踏まえ、本年度はこれら44業務について医療現場でどのように受け入れられるのかについてアンケート調査および視察調査を実施した。この分担研究では視察調査を行った医療機関や職種の取り組みについて報告をする。コロナ禍ではあったが、できる限り現地へ赴き、先方によるプレゼンテーションだけでなく、先進的でありながら、他の医療機関や医療関係職種でも実施可能で推奨できる（横展開の推奨に値する）取り組みについて、医療機関が体制の構築においてどのように工夫しているのか、医療現場においてそれを実行に移すためにどのように工夫しているのか、各職種に属する医療従事者のモチベーションなどについて確認を行った。その結果、概ね医師の指示の下、医師以外の各職種（看護師及び各技士・技師職、医師事務作業補助者）へのタスク・シフト/シェアについては、医師及びその他の各職種からは受け入れられており、両者の協力関係が適切に築かれている様子がうかがえた。このタスク・シフト/シェアが全国展開できると、医師の時短はかなり実行可能性が高まると考えられた。しかし、タスク・シフト/シェアする業務量とそれを受ける側のキャパシティなどの点については、今後の調査研究が必要と思われる。

A. 研究目的

本研究では、現行制度上実施可能な範囲で、先進的でありながら、他の医療機関や医療関係職種でも実施可能で推奨できる（横展開の推奨に値する）取り組みについて、医療機関内の体制の構築などを調査することを目的とする。

B. 研究方法

昨年度までの本研究調査によって構築された情報網や各医療関係職能団体、医療機関などから先進的な取り組みを実施又は検討している医療機関や医療関係職種を紹介していただき、内容を精査した上で、視察調査を依頼し、実施した。なお、コロナ禍であり、状況によって Web 上での聞き取り調査に切り替えな

ければならない場合もあった。

調査においては、先方にプレゼンテーションをしてもらうだけでは十分な情報を得られず、現場においてタスク・シフト/シェアされる側が受け入れ可能な状況下にあるのか、当該職種のモチベーションに影響していないのかなど、現場で直接聴取しなければ得られない情報もあると考えられる。そのため、可能な範囲で訪問することとした。（表1）

C. 研究結果

（1）診療放射線技師：

茨城県には特定機能病院または三次救急等高度医療を担う病院が筑波大学病院1つのみであり、他の医療機関の協力がなければ地域の救急医療が機能しな

い。当該地域においては、300床ほどを有する病院の多くは救急医療を実施せざるを得ないのが現状であると同時に、医師も不足している。そのため、訪問した診療放射線技師として8年以上の経験を有するA氏は、医師の指示の下、画像下治療(Interventional Radiology: IVR)の補助を行っており、診療放射線技師が補助を行わないと救急患者が受け入れられない状況にあるということであった。(参考資料1.参照)

表1. 視察調査・ヒアリングスケジュール

	調査項目		視察概要
1)	関東地方 中病院 A	診療放射 線技師	画像下治療 (Interventional radiology: IVR)の補助を医師の指示 の下実践。
2)	亀田総合病院	臨床検査 技師	救急室常駐など先進的取 り組みと臨床検査技師の 教育体制
3)	かしま病院 (Web)	臨床検査 技師	臨床検査技師を各病棟 に配置した経緯と医師の 時短への影響。
4)	佐世保中央病 院	臨床検査 技師	臨床検査部の先駆的な 職務拡大の実際。
5)	倉敷中央病院	技師等統 括本部	各技師-技士などを1つの 部門として統括管理して いる医療技術部の仕組み と取り組みを視察。各職 能のモチベーションと医 師の時短との繋がりを整 理し実践。
6)	医療法人医純 会すぎうら医院	在宅医 療・介護	在宅医とグループを構成 し、ICT を活用すること で、医師の時短と患者情 報をとることに担当医に連 絡するなどの時間が不要 になった。
7)	九州地方 民間病院	医師事務 作業補助 者	地域密着型医療機関に おける医師事務補助作 業者の医師の時短への貢 献。
8)	九州地方 連合会の病院		
9)	富山大学附属 病院医療情報 部	医師事務 作業補助 者	医師事務補助者の雇用 体制と職務内容の実際お よび教育研修。
10)	沖縄県立中部 病院	医師事務 作業補助 者	自治体病院における医師 事務補助者の雇用体制と 職務内容の実際および教 育研修。
11)	鹿児島大学病 院医療情報部	医師事務 作業補助 者	医師事務補助作業員の 職位確保と教育体制、医 師の補助としての効果、 病院運営への効果。

(2) 臨床検査技師：

検査室のみならず検査を必要としている病棟や救急室に常駐することで、医師が必要とする検査を臨床検査技師が積極的に実施していた。主な業務は、心臓カテーテル検査での補助や救急室での血圧や心電図のモニタリング、血液培養採血、処置介助、患者搬送などである。また、外来患者だけではなく、入院患者に対しても積極的に臨床検査技師が出向いて採血をしていた。臨床検査技師が病棟にいないと、臨床検査技師としての業務を他の医療関係職種(看護師など)が実行することになり、臨床検査技師としては疑問を持ったことがきっかけであったそうである。このことにより、医師のみならず看護師の時短にも貢献していた。教育体制については、亀田総合病院では独自の院内資格制度を構築しており、この資格規定とチェックシート必要な知識と技術の程度を確認し、基準を満たす技師には業務範囲の拡大を許可していた。これらの業務範囲の拡大が臨床検査技師のモチベーションの向上につながっており、さらに人事異動では部署ごとの空席に異動させるのではなく、本人の手上げ方式で、希望部署への配属をするように工夫されていた。(参考資料2.(1)(2)参照)

(3) 医療技術部：

各技師・技士を統括して、診療部、看護部、薬剤部と並ぶ部署を構築することで、現場での発言やプレゼンスが向上し、各技師・技士を守りながら、各職能を存分に発揮して医師の時短に貢献できていた。職能教育は各々の職種が担当するが、医療機関の1つの課題を医療技術部として考えるきっかけができ、他の職種とお互いの職能について話す機会が増えていた。教育においても、他の職種であっても各自の興味や必要性に応じて参加するようになり、お互いに教えあうこともできるようになってきた。一人一人の職種の業務範囲が広がることでモチベーションが向上し、医師の時短にも貢献している。(参考資料3.参照)

(4) 在宅医療・介護：

病院医療職と在宅医療職、介護職互いの認知ギャップを埋めるためにはタイムリーな情報共有が必要である。そのために、まずは在宅医が連携を組むこと、

地域の基幹病院と在宅医が診療情報を共有できるようなネットワークの構築が必要である。島根県では「まめネット」を構築すること等、ICTの整備と活用により医師の時短が実現していた。患者ケアがスムーズになり、情報を得るために相手先からの返事を待つや依頼をするといった時間を短縮できることは、在宅医療における診療計画の作成や関係する医療従事者・介護職への指示も時間短縮できると考えられた。(参考資料4.参照)

(5) 医師事務作業補助者：

一昨年度、昨年度の調査で半数ほどの医師・医療機関から必要な役割とされ、その業務範囲の拡大が望まれていた。視察調査の結果では、医師事務作業補助者の成り立ちや勤務する病院の規模、地域によっても、タスク・シフト/シェアしたい業務内容や拡大したい範囲が異なるようであり、今後、病院規模と地域を考慮の上、医師からのタスク・シフト/シェアを進める業務は検討する必要がある。共通して認められたのは、医療情報部や病院の管理部などの部署が一括で管理し、医師個人の希望や要求で医師事務作業補助者の職位や職域、雇用条件(給料及び休暇など)に影響しないように体制を整えることであった。(参考資料5.(1)~(5)参照)

D. 考察

視察調査の対象となったどの職種についても、現行制度や法律の下、地域や各医療機関が必要とする形で医師からのタスク・シフト/シェアが効率よく進められていた。視察した多くの取り組みは、先進的であり、かつ現行制度の中で各職種が業務範囲の拡大を実施し、それが各職種のモチベーションにつながるとともに、医師の業務を軽減することに役立っていた。しかし、各医療機関が地域のニーズに合わせて創意工夫をしている取り組みについて、全国的に情報共有されておらず、また、全国で統一的な展開をするには基本的な体制整備や手順なども共有されていない。医師の指導・監督の下、多くの業務範囲の拡大が進んでいると認められることから、横展開できる取り組みについて、基本的な体制整備や手順などを行政として示すのは医師の働き方改革をにらんだタスク・シフト/シェア

の推進に寄与すると考えられた。

その意味では、検討会で示された医師の働き方改革に資するタスク・シフト/シェアの現行制度上実施可能な業務のうち特に推進するもの(44業務)は、良い示唆となり、これらに取り組むに当たっての体制整備や手順などを示すことができれば、医療機関においても実行に移しやすいと考えられた。

E. 結論

昨年度までの本調査研究を土台として、検討会において示された現行制度上実施可能な業務のうち、特に推進するもの(44業務)を医師からのタスク・シフト/シェア実施の基盤として開始することは有効であると考えられた。全て一度に始めるのではなく、これらについて具体的な体制整備と手順を明確にすることで、多くの医療機関が取り組みやすくなると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1.	特許取得	なし
2.	実用新案登録	なし
3.	その他	なし

参考資料 1. 関東地方 中病院 A
(報告：勝山、所)

- インタビュー対象者：診療放射線技師 A 氏
「IVR 撮影補助業務」等の補助に従事するようになってから 10 年程経過しており、診療放射線技師になってすぐに勤務した X 病院（埼玉東部地域の循環器病院）と Y 病院（行田総合病院）を経て当該病院に在籍。

A) 概要

診療放射線技師 1 年目から IVR 撮影補助業務を目にしていた。実際に自身が行うようになったのは、2～3 年目からである。件数としては週 10～20 件度の頻度であった。初めの頃は医師から指摘されることもあったが、指摘されずに業務に従事できるようになったのは 3～4 年経過後である。

現在は「IVR 撮影補助業務」等を院内で実施するための診療放射線技師の教育体制におけるリーダーを担当するとともに、一般社団法人 日本心血管インターベンション治療学会 (CVIT) のコメディカル部門に所属し、取り組み成果等について発表を行っている。

【現行実施している業務】

診療放射線技師が医師の指導の下、「循環器手術における IVR 撮影補助業務」を実施している。具体的には「撮影機器のアームや画像の位置調整、カテーテルの機器出し、バルーンの準備、PCI、血管内超音波検査 (IVUS) の準備、一部止血補助」等を実施しているとのことであった。当業務は一般には手術助手として医師が実施するものである。この診療放射線技師は夜間等の緊急手術の対応も行っているとのことであった。

その他、実施している業務は医師が学会等で行う症例報告用データ入力補助業務（最終の確認は医師）も行っている。当業務は日常的に実施するものではなく、症例報告等で詳細情報（使用したカテーテルの物品名等）が必要な場合等、医師からの求めに応じて補助するものである。

【業務実施の背景】

上記業務を X 病院（埼玉東部循環器病院）で診療放射線技師が実施するようになったのは医師不足がきっかけであった。始めは臨床工学技士が担当していたが、撮影機器のアームの動かし方や画像の位置調整は診療放射線技師の方が機器の特性等に関して専門性もあり慣れているため、徐々に診療放射線技師が実施することが増え、現在に至っている。なお、臨床工学技士から診療放射線技師に業務がシフトしていったのは、診療放射線部自らが提案したことも契機となった。

【組織体制等】

常勤者が 18 名、内 3 名が上記業務に従事している。リーダーシップを発揮しているのは本インタビューの対象者である診療放射線技師である。

【今後実施を検討している業務】

CT 画像等の読影補助について、取り組み強化を検討している。現行では診療放射線技師が医師の求めに応じて助言はしているが、記録等までは行っていない。

【教育体制】

診療放射線技師の IVR 撮影補助業務等のトレーニングは、対象者がリーダーとなり教育体制が敷かれている。初めは診療放射線技師と指導放射線技師の 2 名体制で業務を実施し、On the job training (OJT) 形式で教育を行う。診療放射線技師が 1 人で補助業務を行えるようになるには 2 年程度要する。医師も含めたカンファレンスを週 1～2 回度の頻度で実施しており、こちらには看護師や臨床工学技士も参加している。

なお、教育体制を OTJ 形式としているのは、医師との意思疎通には相性やセンスが必要なため、全てを伝達する教育体制を保つには OJT 形式が最適であるためである。

【業務を実施するに当たって困難な事項】

○業務実施に当たって:

医師が次に何を行うかを予測して補助業務を行うことである。執刀医の想定通りに運ぶ手術は良いが、執刀医の想定と異なったケースの対応が困難である。

そういった場合は、医師から指示を受けたことを実施するだけでは不十分であるケースも多く、診療放射線技師側も可能な限り手術を理解し、先を予測しながら取り組むことが必要となる。

○院外との連携

学会等で個別に情報交換は行っているが、本事例のような先進的な取り組みについては抵抗がある診療放射線技師も一定数存在するため、勉強会や学会の場で発表には不安があり、実施していない。

B) タスク・シフティングによる効果

【医師にとって】

「循環器手術における IVR 撮影補助業務」は一般には手術助手として医師が実施するものである。よって、「IVR 撮影が必要となる循環器手術」の発生件数、及び手術 1 件当たりの実施時間が全て医師から診療放射線技師へシフトされる試算となり、補助として入っていた医師の時間外労働削減に寄与している。

【診療放射線技師にとって】

部門として、診療放射線技師のキャリア形成・選択の幅を広げることが出来ている。

参考資料 2. (1) 医療法人鉄蕉会亀田総合病院
(報告：勝山、所)

- インタビュー対象者： 医療法人鉄蕉会亀田総合病院 医療管理本部臨床検査管理部 部長 B氏

A) 概要

医療法人鉄蕉会亀田総合病院 医療管理本部臨床検査管理部 部長 B氏より、血管撮影室での「心臓・血管カテーテル検査、治療における超音波検査や心電図検査、血管内の血圧の観察・測定等、直接侵襲を伴わない検査装置の操作」、「背景」、「運営方法」、「教育」、「タスク・シフト/シェア効果」等についてヒアリングを行った。

【タスク・シフト/シェアが行われるようになった背景】

本業務のタスク・シフト/シェアは30年以上前から開始しているところである。元来、看護師が医師の補助を行っていたが、看護師の人手不足も影響し、臨床検査技師も当該業務を行うこととなった背景がある。さらに、臨床検査技師の技術向上に寄与するとして、当時の循環器部長（検査担当）からの勧めもありタスク・シフト/シェアを実施した。開始当初は循環器内科医師の教えにより実施した。当初は習得するまでに3ヵ月間かかった。

【血管撮影室業務の運営体制について】

血管撮影室では臨床検査技師、放射線技師、臨床工学技士が交代で運営している。0歳児、1歳児などの子供は臨床検査技師が担当することとしている。その業務内容はモニタリングが主となる業務である。救急救命室(ER)には常駐として2名配置(準夜、遅番あり)しているが、病棟、ICUは常駐で配置していない。

【教育体制について】

新規卒業者の教育は、初期研修期間を4月～12月としており、期間中に全検査部署を回るようにしている。その後、現場配属となり、日直や当直のトレーニングを行う。生理機能検査の習得は必須としている。

技術習得チェックのリストを作成しており、概ね、

IOS1518とJoint Commission International(JCI)で規定されているレベルに合わせている。将来に向けて、さらに、高度な医療の補助などができるようになるためには、「救命救急検査士」という院内資格を取得しないと業務ができないようにしている。その他の院内資格は「器械出しの資格」を作っている。学校教育だけで何もかもできないため、院内での教育が大事と考える。

B) タスク・シフト/シェア効果について

【Emergency Room(ER)内での効果】

医師からのタスク・シフト/シェアによる時短効果だけでなく、ERに検査技師が常時配置されていることで看護師の患者対応などの負担が減るといった効果がある。

【今後の方向性について】

病棟配置(循環器、血液)の需要もあるため、今後は増員予定としている。

参考資料 2. (2) 社団医療法人養生会 かしま病院
(報告：勝山、所)

- 社団医療法人養生会 かしま病院の医療技術部
臨床検査科 C氏

A) 概要

臨床検査技師が病棟業務を行うに至った経緯、業務内容等についてヒアリングを行った。

臨床検査技師の病棟配置の開始時期は平成 17 年である。平成 17 年は 1 名を病棟常駐としていたが、平成 22 年には交代制を導入、平成 29 年には常駐 1 名及び病棟担当制を導入した。現在の病棟担当制の構成は、「生理機能」、「検体検査」、「病理・細胞診」の 3 部署から各 1 名を人選し、3 名 1 組で各病棟を担当している。

【病棟検査技師誕生までの背景】

平成 17 年当時は院内で看護師が不足している状況にあった。一方、検査科では産休職員の代替職員が雇用期間の満了時期にあったが、臨時職員が雇用延長を希望したため期間延長とした。検査科としては産休職員の復帰に伴い人員が余剰となるため検査技師の病棟配置や誰を配置するのかについて検討を行い、業務、配置する臨床検査技師の決定を行った。

【病棟が望む検査技師】

臨床検査技師の病棟配置にあたり、病棟師長等へのヒアリングを行い、仕事面、人間関係面について病棟から望まれる検査技師像を明らかにした。仕事面では「ある程度の経験」、「仕事の正確さ、速さ」、「PC スキル」が求められ、人間関係面は「接遇」、「性格」において看護師としっかりコミュニケーションを取れる一定程度以上のレベルが求められた。これらの要望に対応できる人物として病棟配置臨床検査技師の第 1 号は中堅クラスの技師が適切であると判断した。

【病棟での業務内容】

病棟における臨床検査技師の業務内容は、現在、以下の 17 業務を行っている。検査業務だけにとどまらない。

1. 採血準備、採血
2. 検体採取と適切な検体処理の説明
3. 検査結果の確認
4. POCT の実施
5. ベッドサイドで生理機能検査の実施
6. NST、ICT、DM、化学療法、輸血療法などチーム医療へ参加
7. 患者へ検査結果の説明
8. 血ガス、骨髄採取、生検等ベッドサイドで介助
9. メディカルスタッフへ検査のアドバイス
10. 病棟内カンファレンスへ参加
11. 入退院、転室、転棟、転院対応
12. 輸血療法の説明、輸血後の副作用チェック
13. 患者へ受ける検査の説明
14. 患者状態を確認し異常値等は適宜主治医へ報告
15. 検査に関する物品管理
16. 病棟と検査室間の患者送迎
17. その他（長谷川式スケール、ナースコール、面会者対応、書類等のスキャン）

- タスク・シフト/シェア効果について

【検査科の意識変化】

検査科スタッフに対して病棟業務における意識調査を行った。

◎積極的に病棟業務を行いたいのか？

- 病棟業務を行ってみたい・・・93%
- どちらかといえば行いたくない・・・7%

◎自分が病棟業務に配属されたら？

- 病棟配属されたくない・・・43%
- やってみたい、どちらかといえばやってみたい・・・57%

配属されたくないという回答理由として、

- コミュニケーション面：「患者や家族との関わりが難しそう」、「医師や看護師と一緒に業務する自信がない」、「他職種と人脈を築くのが大変そう」
- 知識・経験面：「現場の期待に、的確に対応できるか不安」、「看護知識、用語がわからないので心配」、「質問に答えられないかもしれない」といった意見が多かった。

【看護部門の意識変化】

看護部からは、「わからない時すぐに聞くことができ、ミスが減った」、「特殊項目などの採血管や手技などを教えてもらえる」などの声があり、看護師は本来の看護業務に専念できるといった効果に繋がった。

臨床検査技師の病棟業務



社団法人 養生会 かしま病院
医療技術部 臨床検査科 柴田昭浩

利益相反の有無 : 無

※この演題に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

社団法人養生会 かしま病院 の概要

所在地: 福島県いわき市鹿島町下蔵持字中沢目22-1

開設: 昭和58年4月

病床数: 193床(2018.10.1~)

一般病棟44床、回復期リハビリテーション病棟59床、地域包括ケア病棟90床

診療科目: 内科、呼吸器内科、消化器内科、腎臓内科(人工透析)、

外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、循環器内科、

リハビリテーション科、放射線科、婦人科

付帯設備: 健診センター、居宅介護支援事業所、

かしま病院介護医療院19床

臨床検査技師: 19名 (職員18名、パート1名)

※病棟 1名、健診センター 1名 常駐



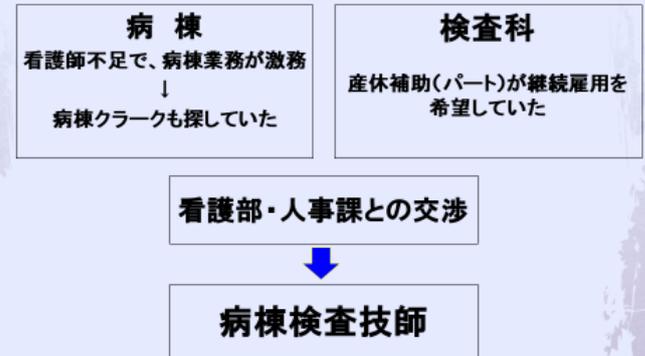
本日の内容

- ・ 当院の紹介
- ・ 当院病棟検査技師の誕生
- ・ 病棟が望む検査技師
- ・ 当院病棟検査技師の現在
- ・ 当院病棟検査技師の業務
- ・ 医療安全
- ・ まとめ

2

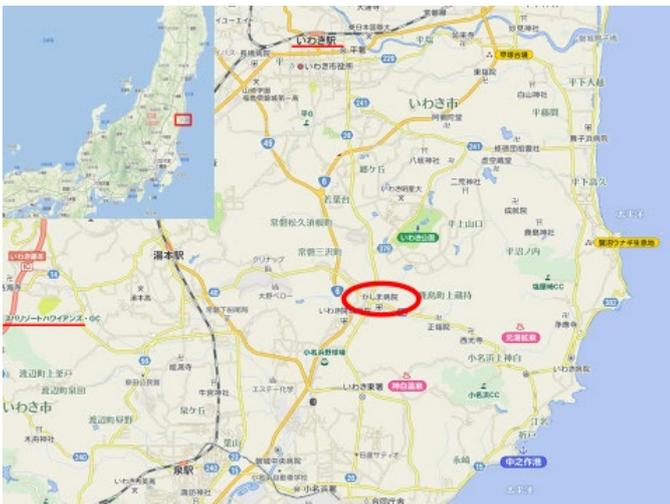
<当院病棟検査技師の誕生>

当院病棟検査技師の誕生 (平成17年)



7

<当院の紹介>



検査技師が病棟に行ったら・・・

看護部

- ・ いつまで どうして居るの
- ・ 病棟で何をやるの
- ・ 看護師の業務を検査技師がやるの
- ・ 知らないの? できないの?
- ・ 次に何をするの? 知っていても教えない

経験がない業務
なのに・・・

8

検査技師が病棟に行ったら・・・

検査科

- ◆ 検査室業務が優先
(忙しい、誰が、いつまで、どうして)
- ◆ 他部署で仕事はしたくない
(経験がない、病棟で何をするのか)

9

仕事

- ◆ ある程度の経験・知識
- ◆ 正確さ 迅速さ
- ◆ pcが出来る

- ✕ 新人
- ✕ ベテラン
- 中堅クラス

13

<病棟が望む病棟検査技師>

病棟が望む病棟検査技師

病棟から望まれる人材

- ◆ 仕事面
- ◆ 人間関係面(接遇・性格)

11

病棟が望む病棟検査技師

病棟から望まれる人材

- ◆ 仕事面
- ◆ 人間関係面(接遇・性格)

14

病棟が望む病棟検査技師

病棟から望まれる人材

- ◆ 仕事面
- ◆ 人間関係面(接遇・性格)

12

人間関係

- ◆ 接遇
患者・家族、スタッフに対して当たり前の接遇
(挨拶・表情・身だしなみ・態度・言葉使い)

15

人間関係

◆ 性格

明るい、柔軟な考え方、謙虚、よく気がつく、
行動派、フレンドリー、素直、落ち着いている、
感情のコントロールができる、優しい、穏和

16

1. 検査業務のみ行う

ナースステーションに居れば検査技師の範囲外の
業務が目の前に遠慮なくドンドン現れる

ナースコール、電話、患者、面会者、医師・・

私は検査技師

このスタッフじゃない！聞かれても答えられない
⇒目を背ける 聞こえないふり

この光景を看護師や院長等が見たら・・

19

病棟で検査業務を行う

1. 検査業務のみ行う

2. 検査業務以外も行う

17

2. 検査業務以外も行う

- ・覚える事が多い
- ・業務内容が数多く、ランダムに発生する
- ・マニュアル作成に時間を要す
- ・人員の確保（人選が必要）

20

1. 検査業務のみ行う

- ・その検査だけ
- ・マニュアル作成が容易
- ・事前準備期間を要しない
- ・人選が不要

18

2. 検査業務以外も行う

(1)理解・覚える事項

病棟の1日の流れ(特に毎日行われる事)を理解する
どの業務をどの役割りのスタッフが行うのか

※病棟スタッフの把握(顔と名前、役職)

- ・朝の採血
- ・清拭
- ・入退院の流れ(書類)
- ・処置(気管切開、レスピレーター、チューブ挿入等)の
必要物品と置き場所(特に急変時)
- ・検査(生理検査、放射線、内視鏡)へ送り迎え
- ・様々な事例の報告ルートの確認
- ・物品(処置以外)の置き場所
- ・臨床検査以外の部署との連携

21

2. 検査業務以外も行う

(2)理解・覚える事項

トランスファー(患者移動)
看護知識・用語(バイタルサイン、DNAR等)

ジェネラル検査技師

- ・モニター心電図、心電図(装着、操作、判読)
- ・検体(依頼方法、採血管・採取方法)

感染対策
医療安全

22

【病棟担当制】 検査科スタッフへ病棟業務に対する意識調査

◎病棟業務を行ってみたい …… 93%

◎病棟配属されたくない …… 43%

コミュニケーション

- 患者や家族との関わりが難しそう
- 医師や看護師と一緒に業務する自信がない
- 他職種と人脈を築くのが大変そう

知識・経験

- 現場の期待に、的確に対応できるか不安
- 看護知識、用語がわからないので心配
- 質問に答えられないかもしれない

26

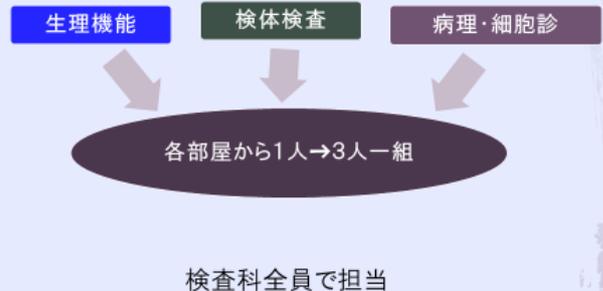
2. 検査業務以外も行う

病棟から検査室への問い合わせ

- ・体腔液採取時のボトルの選択について
- ・細菌培養について(容器は? 結果はいつ?)
- ・外注検査の結果報告がいつになるか
- ・特殊検査の基準値
- ・電子カルテのオーダーの方法
- ・検査の日付変更や追加項目
- ・SMBG指導依頼(病棟)
- ・転院時の検査データ出力
- ・検査(超音波・心電図)開始時間の確認

23

病棟担当制



27

<当院病棟検査技師の現在>

当院病棟検査技師

平成17年:病棟検査技師

平成22年: // 交替

平成29年:病棟検査技師 + 病棟担当制

25

検査科の検査室外業務

病棟検査技師(1名)

所属:検査科所属で病棟常駐
担当病棟:一般病棟(東2病棟)

健診センター(1名)

所属:検査科所属で健診センター常駐
担当:採血、検査・結果説明、結果表確認

病棟担当制

検査科スタッフ3名1組(4組⇒4病棟)
担当:ミーティング参加、検査物品管理、検査情報提供等

その他の検査室外業務

透析センター(1名)、外来・救急(2名)、在宅(生理)
担当:ミーティング参加、検査物品管理、検査情報提供等

28

当院の在宅医療

担当医師:13名(非常勤4名含む)

訪問先

- ・グループホーム 10件
- ・有料老人ホーム 8件
- ・高齢者向け優良賃貸住宅 2件
- ・サービス付き高齢者向け住宅 2件
- ・軽費老人ホーム 2件
- ・自宅

29

当院病棟検査技師の業務

- 1 採血準備、採血
- 2 検体採取と適切な検体処理の説明
- 3 検査結果の確認
- 4 POCTの実施
- 5 ベッドサイドで生理機能検査の実施
- 6 NST、ICT、DM、化学療法、輸血療法などチーム医療へ参加
- 7 患者へ検査結果の説明
- 8 血ガス、骨髄採取、生検等ベッドサイドで介助
- 9 メディカルスタッフへ検査のアドバイス
- 10 病棟内カンファレンスへ参加
- 11 入退院、転室、転棟、転院対応
- 12 輸血療法の説明、輸血後の副作用チェック
- 13 患者へ受ける検査の説明
- 14 患者状態を確認し異常値等は適宜主治医へ報告
- 15 検査に関する物品管理
- 16 病棟と検査室間の患者送迎
- 17 その他(長谷川式スケール、ナースコール、面会者、スキャン)

33

当院の在宅検査業務

平成30年10月から開始

24回(US13件、UCG33件、ECG26件)

検査目的:排尿困難、不整脈、胸痛
血尿、上腹部痛、下肢浮腫等

30

1. 採血準備、採血

- ・ 取り直し、当日入院患者、当日依頼の採血
※朝の予約採血は7:30頃夜勤看護師が実施
- ・ 検査システムで病棟患者の依頼もれを確認
※看護師の指示未確認や採血もれを早期に気付くことが出来る
- ・ 電子カルテからラベル発行し採血管を準備

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

34

<当院病棟検査技師の業務>

医療安全

誤認防止:患者、検体、検査部位
(フルネーム、生年月日、リストバンド、ダブルチェック、指差呼称確認)

危険予知:転倒転落
(転倒転落アセスメントスコアシート:衝撃緩和マット、離床センサー)

感染対策

標準予防策と感染経路別予防策

手指衛生(5つのタイミング)

針刺し(流水洗浄、報告ルート、感染症検査)

インフルエンザ、ノロウイルス、結核、疥癬...

医療安全+感染対策

32

2. 検体採取と適切な検体処理の説明

- ・咽頭(マイコプラズマ、溶連菌、咽頭粘液培養)
- ・鼻腔(インフルエンザ、鼻腔培養)
- ・カテーテル挿入患者からの採尿、便培養、便潜血、血液培養
- ・採取容器や採取量、検体提出に必要なラベルや依頼書の準備
- ・依頼内容の不備について医師に連絡、またオーダ修正(代行入力による修正)
- ・検体採取についての勉強会、資料作成

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

35

3. 検査結果の確認

- ・ 検査結果と患者状態の把握
- ・ 医師へ追加検査の提案
- ・ 担当看護師への報告や病棟ミーティングでの情報共有

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

36

6. NST、ICT、DM、化学療法、輸血療法などチーム医療へ参加

NST: 患者データの提供、検査データから介入者の拾い上げ、褥瘡回診、院内勉強会講師

DM: 患者へのSMBG指導、検査データをもとに糖尿病全般に関する患者指導、院内糖尿病イベントの参加、病院便りの原稿執筆、血糖測定機器や穿刺器具等の院内採用物品の取りまとめ

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

39

4. POCTの実施

- ・ Dダイマー、トロポニンTの実施
- ・ POCT機器の精度管理、機器保守の実施
- ・ 血糖測定用POCTの導入の検討

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

37

7. 患者へ検査結果の説明

医師の了解を得て行う

- ・ 化学療法患者への説明
(血液データから貧血や感染しやすい状態かなどの状態の説明、生活の注意事項含む)

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

40

5. ベッドサイドで生理機能検査の実施

- ・ 心電図
- ・ ホルター心電図
- ・ 超音波(腹部、心臓)
- ・ PSG、携帯型モニタ

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

38

8. 血液ガス、骨髓採取、生検等ベッドサイドで介助

- ・ 採取容器等の準備
- ・ 圧迫止血等の補助
- ・ 肝生検(超音波)
- ・ 腹水・胸水穿刺(超音波)

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

41

9. メディカルスタッフへ検査のアドバイス

- ・ 特殊検査に関する時間指定や注意事項の説明
- ・ 血液培養採取法
- ・ 血ガスキットの使用法
- ・ 新規導入検査の説明
- ・ ヒヤリハットなどの発生事例に関して問題点と改善提案
※病棟毎に実施(マニュアルや資料作成、実技等)

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

42

12. 輸血療法の説明、輸血後の副作用チェック

- ・ 使用済み輸血パックの回収、1週間冷蔵保管
(主に細菌性の輸血副作用鑑別のため)
- ・ 副作用チェック 輸血直前、5分後、15分後、終了時
※始めの5分はベッドサイドで観察

チェック項目

血圧、体温、SpO₂、悪寒・戦慄、熱感・ほてり、掻痒感・かゆみ、
発赤・顔面紅潮、発疹・蕁麻疹、血尿、呼吸困難、嘔気・嘔吐、
胸痛・腹痛・腰背部痛、頭痛・頭重感、血管痛、意識障害

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

45

10. 病棟内カンファレンスへ参加

- ・ 看護部が日常業務で困っていることなどを把握することで、
検査科が病棟でできることの情報収集にも繋がる

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

43

13. 患者へ受ける検査の説明

- ・ 検査版(患者への案内票)作成し、15:00ベッドサイドで、翌日の検査について説明を行う
- ・ 検査内容(CT、C-Fなど放射線科の検査を含め、IVH挿入やマルクなどすべての予定について案内を行う)、検査予定時間、要する時間など
- ・ 食止めの有無
(患者に対して説明、電カルで食止め確認→されていない場合看護師へ連絡)
○説明する患者を間違えない(リストバンド、ベッドネーム等で確認)
○検査や治療について熟知しておく

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

46

11. 入退院、転室、転棟、転院対応

- ・ 入院案内
- ・ 病院、病棟、入院全般の説明(不安・緊張を取り除く)
- ・ クレーム対応
- ・ 転棟時の補助(患者搬送や患者荷物の運搬)
- ・ 転院時の速やかな書類の準備(検査結果の時系列や画像データ)

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

44

14. 患者状態を確認し異常値等は適宜主治医へ報告

- ・ 検査科から検査結果の異常値連絡が入る
通常、主治医への報告は検査科から直接行すが、主治医と連絡取れない場合
看護師経由であると、正しく確実に伝えたか不明の場合があるために、病棟検査
技師が責任を持って報告する
- ・ 患者状態と照らし合わせ、担当看護師に情報提供する
- ・ 検査科には患者状態の情報を提供し、有りうるデータであるのか否かを共有する
注意 パニック値でなくても大きな変動ととらえる必要がある時もある

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

47

15. 検査に関する物品管理

- ・ 適正な在庫量
期限切れ、液状抗凝固剤入り試験管
- ・ 自己血糖測定器の管理・点検
- ・ 心電計、Vスキャンなどの検査機器の保守点検
緊急時の機器不具合回避

※必要時すぐに準備できる(日頃から物品管理することで、詳しくなる)
※採血管不備など、採取過誤による誤った検査結果報告を防ぐ

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

48

当院病棟検査技師の業務

- 1 採血準備、採血
- 2 検体採取と適切な検体処理の説明
- 3 検査結果の確認
- 4 POCTの実施
- 5 ベッドサイドで生理機能検査の実施
- 6 NST、ICT、DM、化学療法、輸血療法などチーム医療へ参加
- 7 患者へ検査結果の説明
- 8 血ガス、骨髄採取、生検等ベッドサイドで介助
- 9 メディカルスタッフへ検査のアドバイス
- 10 病棟内カンファレンスへ参加
- 11 入退院、転室、転棟、転院対応
- 12 輸血療法の説明、輸血後の副作用チェック
- 13 患者へ受ける検査の説明
- 14 患者状態を確認し異常値等は適宜主治医へ報告
- 15 検査に関する物品管理
- 16 病棟と検査室間の患者送迎
- 17 その他(長谷川式スケール、ナースコール、面会者、スキャン)

51

16. 病棟と検査室間の患者送迎

- ・ 患者誤認防止
- ・ ドレイン、バルーン、点滴などの抜去に注意
- ・ 転倒、転落(介助の度合いや患者状態の把握)
- ・ 酸素や点滴残量の確認
- ・ MRI時、入れ歯や金属、禁忌貼付薬などの確認
- ・ 送迎中、患者とのコミュニケーション

医療安全 感染対策 医療安全+感染対策

49

<医療安全>

2019年度当院の医療安全報告集計 2019年4月から2020年3月まで報告されたレポート

報告件数:総数817件
※当院の目標値は965件 病床数(193床)×5

レベル・年度別件数	2019		2018		前年比	
ヒヤリハット	193	23.6%	61	11.5%	132	12.1%
インシデント	555	67.9%	400	75.5%	155	-7.5%
アクシデント	69	8.4%	69	13.0%	0	-4.6%
計	817	100.0%	530	100.0%	287	-

53

当院病棟検査技師の業務

- 1 採血準備、採血
- 2 検体採取と適切な検体処理の説明
- 3 検査結果の確認
- 4 POCTの実施
- 5 ベッドサイドで生理機能検査の実施
- 6 NST、ICT、DM、化学療法、輸血療法などチーム医療へ参加
- 7 患者へ検査結果の説明
- 8 血ガス、骨髄採取、生検等ベッドサイドで介助
- 9 メディカルスタッフへ検査のアドバイス
- 10 病棟内カンファレンスへ参加
- 11 入退院、転室、転棟、転院対応
- 12 輸血療法の説明、輸血後の副作用チェック
- 13 患者へ受ける検査の説明
- 14 患者状態を確認し異常値等は適宜主治医へ報告
- 15 検査に関する物品管理
- 16 病棟と検査室間の患者送迎
- 17 その他(長谷川式スケール、ナースコール、面会者、スキャン)

50

検査関係(採血)の報告

- ・ 採血後の分注時、別患者の採血管に分注した
- ・ 採血管に別患者のラベルが貼られていた
- ・ 検査内容を間違えて採血した
- ・ 採血時、検査項目と採血管が異なっていた
- ・ 別患者の対応で、血糖測定を忘れた
- ・ 採血検査の代行入力で検査項目を誤って入力した
- ・ ラベルの貼られた採血管が別患者の採血管と一緒にになっていた
- ・ 入眠前の血糖測定を忘れた
- ・ 夕食前の血糖測定を忘れた
- ・ 糖負荷試験検査前の採取を忘れた
- ・ 昼食前の血糖測定を忘れた

54

<まとめ>

ま と め

病棟で検査技師が行える検査業務

- ・心電図 ・採血(採血管準備) ・検査前後の説明(患者の不安軽減)
- ・検体採取 ・検査備品の管理 ・超音波 ・検体搬送 ・検査機器管理
- ・病棟スタッフへの説明(採血管、機器の取扱い) ・異常値報告(結果管理)
- ・輸血関連(払い出し、立会い、製剤の運搬) ・POCT(実施、説明、指導)
- ・検査に関する問い合わせ対応(報告までの日数、追加検査)

医療安全と感染対策が必要

病棟の検査業務を病棟で検査技師が行う

看護師は本来の看護業務に専念できる

検査の質の向上と医療安全につながる

検査に関する医療事故を減らせる

患者とその施設にも有用

臨床検査技師の病棟業務

ご清聴ありがとうございました。



社団医療法人 養生会 かしま病院
医療技術部 臨床検査科 柴田昭浩

利益相反の有無 : 無

※この清題に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

参考資料 2. (3) 社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院

(報告：小野)

- インタビュー対象者：臨床検査技術部 部長 D氏

【概要】

この臨床検査技術部は臨床検査の国際規格である ISO 15189:2012「臨床検査室—品質と能力に関する要求事項」を、長崎県で第1番目（全国65番目）に取得した臨床検査室である。測定された検査データは、国際的にも通用するものと認められ、加えて、日本臨床衛生検査技師と日本臨床検査標準協議会が定める、精度保証施設認証制度における認証施設である。精度保証施設認証とは提供する臨床検査値が標準化され、且つ精度保証されていることを認証するものである。そのような体制において、業務範囲の拡大も積極的に取り組んでいる施設である。

【検査技師の認定資格の保有状況】

細胞検査士5名、超音波検査士（消化器4名、循環器2名、体表臓器1名、健診1名）、血管診療技師1名、認定輸血検査技師2名、認定心電検査技師1名、認定病理検査技師1名、認定一般検査技師1名、認定救急検査技師3名、認定臨床化学・免疫化学精度保証管理検査技師1名、認定認知症領域検査技師2名、糖尿病療養指導士2名、二級臨床検査士6名（病理学3名、微生物学1名、免疫血清学1名）、心臓リハビリテーション指導士1名となっている。

【検査部門全般における先駆的な業務】

検査部門において、検査の結果において、異常値（パニック値）が発生した場合、主治医に直接連絡し、カルテを確認、その後の対応としてカルテへの所見の記載や追加検査等の確認を技師が実施している。術前であれば術前検査（血液検査、MRSA チェック、生理機能検査等）の所見をまとめ主治医へ報告している。（別添 佐世保中央病院 資料1）。その情報を手術室の看護師も活用することを検討している。検査結果について、希望する患者へ報告内容の見方や検査の意

義について説明を実施している。

【生理超音波検査における先駆的な業務】

- 1 心臓カテーテル検査において、心内圧測定、IVUS、心臓電気生理学検査。
- 2 救急外来生理検査の対応として時間外（呼び出し対応）も含め心電図、超音波検査。
- 3 心電図の判読所見の代行入力
- 4 検査依頼の代行入力

【検体検査における先駆的な業務】

- 1 持続血糖測定の即時解析とカルテ登録
- 2 病棟における採血管準備
- 3 血小板凝集能検査の際の病棟採血
- 4 糖尿病及びリウマチ患者への指導
- 5 外来での採血

【病理細胞診検査における先駆的な業務】

- 1 各組織の切り出し図の作成手術材料の一部の切り出し
- 2 手術材料のコルク板貼り付けとその固定
- 3 穿刺細胞診・気管支鏡検査等への出張検体の処理
- 4 超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）の際の出張迅速細胞診
- 5 顕微鏡写真のカルテ登録の代行
- 6 組織所見のカルテ誤字脱字の確認

【微生物検査における先駆的な業務】

- 1 皮膚科領域の検体採取及び検鏡
- 2 術前 MRSA 検査のための鼻腔からの検体採取

【認知症関連検査における先駆的な業務】

高次脳検査（MMSE, FAB, ADAD-Jcog, CTD, 立方体スケール）の実施

【職務拡大についての職員の意識】

臨床検査部の職員は、職務拡大について積極的である。その理由として、AI化による業務の減少、少子化など、将来の職務内容への不安を共通認識として持っているとのことであった。

参考資料 3. 公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院

(報告：大池、森田、岡本)

- インタビュー対象者：公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院(以下、倉敷中央病院) 医療技術本部長 E氏。放射線技師として、MRI、サイクロترون等を担当。

【目的】

倉敷中央病院では、診療放射線技師や臨床検査技師などのコメディカルスタッフを一つの部門として統括管理している。その医療技術部の仕組みと取り組みを視察した。

【背景】

倉敷中央病院は、高度医療を担う急性期基幹病院である。また、岡山県倉敷市中心部に公立病院はなく、市立病院的な役割も担っている。創立当時は二階建ての病棟には患者の負担を減らすために倉敷市内では初めてのエレベータが導入されるなど、新しい医療技術の研究・導入に常に積極的である。このような背景から倉敷中央病院は以前からタスク・シフト/シェアが進んでいると言われている。

【組織の現況】

現在では、診療部と看護部に並列する形で医療技術部があり、診療放射線技師 90 名、臨床検査技師 150 名、理学療法士 110 名、臨床工学士 60 名、その他にも臨床心理士や歯科衛生士など約 450 名を率いて一つの部門として統括管理されている。また、この医療技術部はフロント（医療現場）と職種を分けた組織構造をしており、その管理体制によるメリットや職種間のタスク・シフト/シェア、さらにはそれが医師からのタスク・シフト/シェアへつながるアプローチについて視察した。

【組織の概要】

人事課等でも医師（放射線科医）では放射線技師の専門性までは十分に評価しきれない、またフロント（医療現場）の責任者（センター長など）の一面

的評価で各医療技術者（コメディカル）の配置転換希望が出される等の課題があった。

また、医療と教育、管理、経営面（マネジメント）を翻訳、同時通訳できる機能と組織が必要とされており、他の病院の事例も参考に、フロントと職能のクロスファンクショナルのマネジメントを導入した。

【医療技術本部の取り組みと派生效果】

放射線技師としてモダリティ（例えばマンモグラフィー）に非常に詳しくなることは重要であるが、治療の一環の中での専門性と捉え直している。最近の事例では、乳腺の分野に関しては乳腺エコーも臨床検査技師からレクチャーを受けて、CT、エコー、マンモグラフィー等を一貫して医師の補助ができるようにしている。

【フロントと職能の役割分担】

① フロントと職能の役割分担

・職種から医療技術部として統括管理された上でそれぞれのフロントへ人材を派遣するシステム。

倉敷中央病院には、医師を主とする診療部と看護師を統括する看護部、薬剤部に並列する形で、各技師らを統括する医療技術部が存在する。これらの部門は対等に意見交換ができる仕組みになっている。

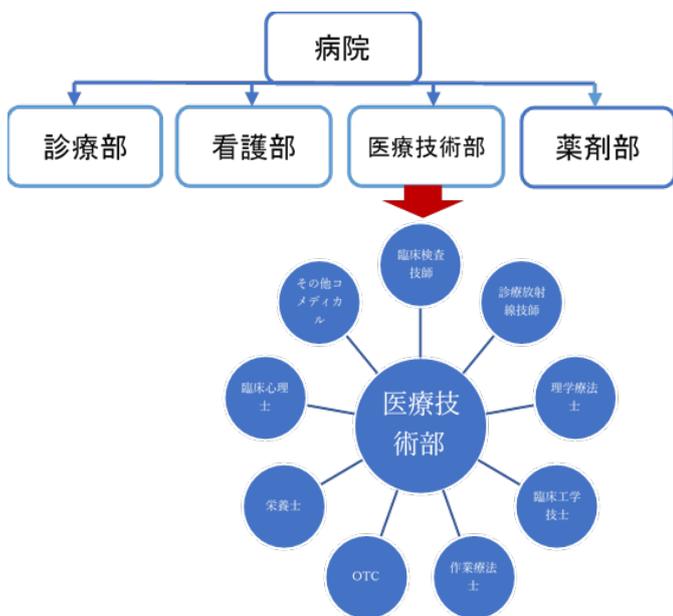
診療放射線技師や臨床検査技師、臨床工学技士などのコメディカルの各職種は独立して専門性や技術力の担保、教育などを管理する機能を維持している（図 1）。しかし、各職種はフロント（臨床現場）へ人材を派遣する権限を持っておらず、あくまでもフロントで働くことに関わる指示や人事権は医療技術部が一括管理している。このような体制にすることで、フロントでの要望や必要な変更・改善、日常の起こる課題の処理などを各診療部門や職員、職種の勝手ではなく、医療技術部を通して一括管理できる。そうすることで、病院としての目的である「病院をどのようにしたら職員の満足度が増し、患者・家族へより良い医療が提供できるのか」などを念頭に職種全体で共有して話し合える。また、その場での決定事項をフロントへ指示しやすく、機動力が増すと考えられた。

医師からの直接のタスク・シフト/シェアではないが、この体制は職種間の業務改善を話し合いやすく、タスク・シフト/シェアしやすい環境を構築することにつながり、各職種が少しずつできる技能を共有していることで、最終的には医師の業務を引き受けられる人材が確保しやすくなっていると考えられた。さらに職種間(医療技術部内)では、フロントへの迅速な回答が必要になるため、必要に応じて話し合う機会が増え、対話の活発化につながっている。

また、医療技術部として総括管理することで、例えば、新しく血管撮影室を増やす場合に放射線技師一名と臨床工学技士一名を増員するなどの決定をすることや、仕事でのトラブルや育児休暇明けでの再配置などが迅速でスムーズに実行しやすく、間接的に医師からのタスク・シフト/シェアに寄与している。

人事異動でも、医師や看護師ら、個別診療科の意見や要望を参考には聞くが、人事権はすべて医療技術部が持つ。医師や看護師からの意見や指摘、相談は医療技術部が受け、各職種にトレーニングや職種の個別課題があれば、該当する職種に検討してもらい、必要に応じて職種内で教育やトレーニングをしてもらうという連携ができています。

(図1)



医療技術部と各職種の間には上下関係は存在しない。

【現在の取り組み】

- ・臨床検査技師が超音波検査を診療放射線技師

に指導することもある。

以前は異なる職種の職域に口出しをしないことや各職種が日々の業務で多忙ということで職種をまたぐ他部署職員への関わりは考えられず、他職種への指導はしないと拒否していた。

現在では、各職種の基本的な教育レベルも上がっており、職人的であるよりも、少し勉強やトレーニングをすることでお互いの技能が向上すると考える。技術習得できる内容については、指導する人数が増加してもそれほど大きな影響はないという考えに各職種が変化してきているようだ。これによって職種間の壁がさらに薄れた。

- ・医療技術部内での勉強会開催や他部署を交えた勉強会開催

部門間での知識や技術の共有により、信頼関係を構築することができる。

上記のことができるようになると、直接的な医師からのタスク・シフト/シェアに加えて、間接的なタスク・シフト/シェアができたり、サポートができたりするようになるため、結果的に医師からのタスク・シフト/シェアを受け入れる余裕が生まれるとのことであった。

【医師からのタスク・シフティングの観点】

医師の周辺にはたくさんの非医療行為があり、かつては大学の医局秘書的な役割の人材が、医事スタッフ以外にも配置され、医局・医師ごとに管理が行われていた。Joint Commission International (JCI)取得をきっかけに組織変革を行い、一度病院全体に集約し、再配置することにした。診療科ごとに固有の業務と共通の業務などを整理することができた。業務の標準化をすることで、個別の反対はあったが、全体は効率化していったと考えている。

直接的なタスク・シフト/シェアだけでなく、間接的なタスク・シフト/シェアや医師の時短になることも考える。

【遠い将来を考えると(現在という話ではない)】

- ・医療技術部としては、放射線科でいうとモダリティの専門ではなく、診療科や病名、身体の部

位ごとに区分することで横断的な考えができるように移行していきたいとする。

- 以下は、現行法では認められていないため、遠い将来への希望を語るができるならば、
(例) 一人の技師が心臓に関しては心エコー、冠動脈 CT、心臓 MRI の全てをできるようにする。そのことで何人もが入れ代わり立ち代わり関わっていたことが1名で済むことになり、医師の指導や指示、指示書類の準備、結果報告などがまとめられて1回でできるようになるので、医師の時短につながる。

- 技術職は職域を広げて幅広い技術を身につけておく。「歌って踊れる放射線技師・臨床検査技師・臨床工学技士を目指す」と E 氏が表現される。各技師の職種としての自立及び自律性、専門性は大切に保持しながら、多少のことは専門ではない技師もできるようにしていくことを目指しており、それによって医師が1名に頼めることが増えたり、1名の技師が行える業務範囲が広がったりすることで、医師が同じことを繰り返し指示しなくてもよくなり、時間の短縮ができるようになる。

- 以下のような希望を実現できたら、新たな時短への寄与も考えられるし、地域貢献も考えられるのではないかと思う(現実の話ではないが新しい発想として聞いてほしいとのこと)

(例)レントゲンが必要な患者がいるとしたら、その患者のレントゲンを撮りに行くだけではなく、患者と面会した時間を利用して、採血もして帰ってくることを念頭に置いて行動することが求められている。実際に採血ができる放射線技師が必要とされている。レントゲンを撮った放射線技師が、その患者の採血もできれば、患者が病棟に戻ってから臨床検査技師が採血をしに行くことや、患者が検査室に採血をしに行く必要もなくなる。また、レントゲンと採血を別々の職種にそれぞれのオーダーを出す医師の手間も省ける。少しずつ要らない時間や手間を省いていくという働き方をどのようにスムーズに間

違わなく実行していけるのかを検討する必要があるとのことであった。

- 上記のような連携ができるようになると、将来的に人手が足りなくなる地域の医院や小規模の病院などへ技術職を時間の限定をして貸し出すこともできるようになるのではないか。

(例) 基幹病院の診療放射線技師が日程を決めて医院に外勤に行き、まとめて放射線が必要な検査を行うなどが考えられる。

技師が基幹病院で技術と知識を身につけ、外勤することにより質の高い医療を地域で提供でき、かつ、技師の能力向上を誘発することにつながる。

将来、病院統合が進み、基幹病院と医院のみになった時に必要とされる技術を身に付けておく。

- 技師はインセンティブがかかりにくいいため仕事や職域を増やすことに前向きではない。モチベーションが上がりにくい。同じ給料では、仕事を楽にしていく方向に考えてしまうからだと考えられていた。それを食い止めるためには、医療技術部の職員がどのようなシフトを求めているかを尊重し、その人のその時にあった場所で働いてもらうことで、モチベーションを維持することと、将来の技術職がどうなっていくかを考えると、今のうちに技術を身に付けておくことが考えられる。

(例) 自分に小さい子供がいてしばらくは勤務時間を短く働きたいと思う技術職員には、その人たちだけが貢献できそうなシステムを導入することで、職員が辞める必要がないことが伝わり、モチベーションが上がる。病院全体でさまざまな働き方のシステムを導入することで、医療従事者の不足を防ぎ、結果的にタスク・シフト/シェアや医師の業務時間の短縮に繋がる。

- タスク・シフト/シェアは多職種の面倒な業務を引き受けるわけではなく、各職種の核となる技能を生かしつつ、少し領域を広げて、重なる部分を共有することが将来的に必要とされる。

実際、看護師にどのような業務を他の技術職にタスク・シフト/シェアしてほしいかを尋ねたところ、患者の「フットケア」を変わってほしいという意見が出た。この意見について診療部、看護部、医療技術部の3部門の職種で会議した結果、看護師の業務量は多く、タスク・シフト/シェアは必要だが、患者への看護として行われる「フットケア」はやはり看護師がやるべきだという意見にまとまった。そこで、子育て中の看護師で勤務時間を短くしたいと考える者を数名集めてフットケアチームを作ったところ、決められた時間だけの勤務体制ができ、子育てを優先しながら働くことができる環境ができた。このことにより他の看護師の負担軽減となり、結果として時短勤務を希望していた看護師が離職することなく勤務を続けることで、看護師全体の時短に繋がった。

医療技術部は看護師を管理するのではないが、良い例として、上記のような工夫を医療技術部でも取り入れることで、離職率を下げることと、業務の負担を軽減できる可能性があるとしていた。

【コンプライアンス遵守】

医療法、他の法律解釈には悩むことが多くあるが、主に医事課が中心となって、法律、職能団体の解釈等をチェックして、コンプライアンス遵守を行っている。検査技師と臨床工学技士など隣接領域があるのが現実。ただし、職種を離れてフロント（医療現場）に出れば、そのセンター長が、両方の医療技術者の専門性（ライセンス）を活かしながら、そのフロントの目標に向かって意識統合している。そこで判断が分かれた場合は、医療技術本部も入って確認、議論することもあるが、それらの議論が有効なタスク・シフト/シェアにつながると考えている。

【働き方改革】

働き手の減少時代を考えると、医療職も希望すれば70歳まで現役で働き続ける時代がくるかもしれない。例えばスピーチセラピストを例にとると、急性期のみの、体力が絶対的に必要な領域だけでは続けることが難しい職種もある。それを念頭におくと、

中長期のキャリア形成も考えて、嚙下に関連するスキルも身につけてもらうことも必要。

短期的な専門性の獲得を考えると集中特化のメリットがある。たとえば、バリウム検査だけを考えると熟練した放射線科医と同等の判断ができるスタッフもいる。しかしながら、医療は技術進歩が早く、ある日、他の方法論に切り替わる、あるいはAI等が取って代わる領域も出てくる。個別・専門技術も大切だが、一定のローテーションをすることで横断的なスキルを身につけてもらうことを念頭においている。

4週8休の2交替制に変更したことで、医師の外勤のようなことも可能な体制に変更した。横断的なスキルを持ったスタッフであれば、将来的には、中小病院（後方病院・回復期を担う病院）に派遣して、その病院の医師を支援するようなことも可能になってくるかもしれないと考えている。

参考資料 4. 医純会 すぎうら医院

(報告：本人)

- インタビュー対象者：医療法人医純会 理事長・すぎうら医院 院長 F氏。しまね医療情報ネットワーク協会 理事・事務局長、奈良県立医科大学 博士研究員(公衆衛生学)

【はじめに】

当院は1995年に開業した。2013年4月に在宅診療部を併設し本格的な訪問診療を開始した。

二つの思いがあり、訪問診療でのICTを推進している。

- ① これまでの貴重な経験から在宅で死を意識した患者と家族の言葉として発せられた願いや希望を最大限の努力で探り、高い確度で受け止め、リクエストしていただいた方向へ身体と療養環境を導くよう努力している。このために、当院が訪問する日や患者から電話等で主体的に連絡される事項のみならず、患者に関わる事業者から寄せられる医療介護情報のリアルタイム連携は大切だ。一方、日々変化するトリートメントやケア内容等を患者宅へ訪問する多職種のスタッフに一人でも多く共有してほしい。お互いの業務を少しでもサポートしたら患者へのケアが手厚くなる。
- ② 団塊の世代の方が、がん患者の中心世代になってきており、訪問診療の需要は高まるばかりだ。昭和の時代であれば、主治医が末期の患者を担当した日からご臨終のときまでより添っていた。その昭和の医師を父にもつ筆者は、父はいつも病院へ行っていたため、夜にしか出会うことはなかった。父と僕とで何かをしたという記憶が少ない。むしろ旅行や、学校の出来事とともにしたことがほとんどなかったので、そのわずかな出来事をむしろ鮮明に覚えている。時は令和へと移ろい、主治医であってもプライベートな生活を大切にしながら、かつ十分な医療サービスを提供しなければならない。そし

て、個々の医師としての責任は十分に果たしながらも、他の医師や医療・福祉・介護サービス提供者へのサポートも必要だ。昭和の時代は医療情報の共有ができなかったもので、土日祝日でも患者を直接観察して、処置も自ら行っていた。現代ではICTで情報を集め、細かな指示書を作成すれば、それに代わることが可能となる。

以上 二つの理由で 当院では島根県によって整備されている「まめネット」を用いた医療介護連携システムを活用している。

【当院の訪問診療の概況】

2019年1月1日からの一年間の新規患者数は合計55名 {男性 32名 (平均80.7歳)、女性22名(平均77.7歳)}。紹介元は自院外来7名、他医療機関42名、直接依頼3名、ケアマネ紹介2名、施設紹介1名。この期間集計での1年間の在宅看取りは16名。疾患別訪問者の内訳は、がん23名(平均74.5歳)、非がん患者32名{フレイル群(老衰、ロコモティブ症候群、廃用性委縮等)15名、認知症5名、慢性心不全又は慢性呼吸不全5名、その他5名}(平均86.2歳)。がん患者さんと非がん患者の場合、平均年齢に大きな違いを認める。団塊の世代の方は2025年に75から78歳のがん治療の中心年齢となり、2035年に非がん疾患の85歳から88歳の中心年齢と予測される。すでに団塊の世代の方のがん治療に日々対応しているが、2035年ごろからの団塊の世代の方の老衰やフレイルの方が増えるピークも見逃せない。

2020年1月1日における在宅診療中の患者数は合計120名 {男性 49名 (平均年齢 84.5歳)、女性71名(平均年齢 86.2歳)}。疾患別内訳はがん11名、フレイル群(老衰、ロコモティブ症候群、廃用性委縮等)59名、認知症28名、慢性心不全又は慢性呼吸不全は12名、神経疾患5名、その他5名。もともと外来診療所であり後に訪問診療部門を立ち上げた当院の場合は非がん患者の割合が特徴となる。訪問診療専門診療所の場合は、地域の基幹病院からのがん患者が多いと推察する。

訪問診療ではがん患者の治療期間は2から3か月となるため一年間の新規患者数と特定日の患者数調査を比較した場合がん患者の占める割合が大きく異なる。当院の場合、前者は41.8%、後者は9.1%である。この点を鑑み当院では緩和ケアを中心とした進行の早い末期がん診療と徐々に身体能力が低下し寝たきりとなる高齢者のための診療を場合分けして取り組んでいる。いずれの場合においても栄養摂取は治療の根幹となるので 当院では2名の管理栄養士による訪問管理栄養を実施している。

【「まめネット」を用いた 医療介護連携】

島根県は県全域の医療情報ネットワークシステム「まめネット」(<http://www.shimane-inet.jp/>)を整備しているが、このシステム等の医療情報連携を積極的に活用し複数の医療・介護・福祉施設が協働して在宅ケアを行っている具体例を4つ示す。

- ① 医療介護連携システム： 訪問診療宅には別施設の医療・介護職者が任意の時間に訪問する。訪問時の情報や他職種に報告したいことをアプリに書き込み情報を共有化し、それぞれの施設で閲覧し自施設が訪問しない日の患者の様子を把握できる。異常があれば早めの介入が可能となり重篤化予防につながる。また、安全な閉域網のVPNネットワーク内にシステムが構築されているので機微な個人情報でも安心して送受信できる。本システムの発展のためには医師からの情報発信をすることと、書き込んでくれた他スタッフへのレスポンスが重要である。
- ② 機能強化型在宅訪問診療： 6医療機関の医師が相互に非常勤医として登録し24時間365日体制で約350名の患者さんの訪問診療を実施している。コールセンターによる夜間休日対応サービスを用いてすべての医療機関は同一の電子カルテを用いて閲覧、記入をしている。これにより緊急時対応の輪番の非常勤医であってもリアルタイムのカルテ情報をもとに診療が可能となっている
- ③ 連携カルテサービス： それぞれが独立した医療機関でのカルテ相互閲覧を行う。外来通院中の患者さんが初診で救急外来を受診した場合でも、他院へ文章や電話で問い合わせすることなく、カル

テ、検査履歴・結果、レポートなど各種診療情報を患者の同意のもと、閲覧可能である。また、かかりつけ患者が入院となった場合でも医療情報の確認が必要である。このシステムは治療に直接関与するだけでなく、「他医療機関に見られるカルテ」を日々作成していることになるので透明性の確保、診療技術向上にとっても役立つ。

- ④ HPKI（公開鍵基盤：Healthcare Public Key Infrastructure）を利用したペーパーレス運用を行っている。具体的には(1)診療情報提供書（送付先 医療機関）(2)主治医意見書（送付先 市役所の介護保険担当部署）(3) 訪問介護指示書（送付先 訪問看護ステーション）である。これらの文書は、県内の医療機関、訪問看護・介護事業所等を相互につなぐ医療情報ネットワーク「まめネット」のサーバー上で送受信をしている。リアルタイムであることや人件費、通信費低減のメリットが多いため利用実績は上々である。

【終わりに】

私たち6医療機関はそれぞれが個人事業でありながら、相互の医師派遣と医療内容の共有により在宅患者の夜間休日輪番体制を完備し病院並みの約350名の訪問診療患者さんの24時間365日体制の医学管理を行っているが、これはまさに医療情報および医療介護連携システムの発達の恩恵の賜である

それぞれの診療所の医師は休日であろうが夜間であろうが6日間のうち5日間はプライベートな時間を完全に確保しつつ、個人事業主として自主採算とオリジナリティあふれる持続可能な医療を行っている。

この20年間で当地域では 電子処方箋、オンライン診療、オンライン資格確認について国の実証事業に参加してきた。今後これらのシステムにAIを加えて地域医療介護連携は新境地を迎えるであろう。

（本文は第36回 日本救急医学会中国四国地方会シンポジウム抄録、医事新報社「医療界を読み解く・識者の眼」に 投稿した文章を再編集し作成した。）

参考資料 5. (1) 九州地方 民間病院
(報告：瀬戸)

- インタビュー対象者：看護師 G氏。医師事務作業補助者の病院内に導入し一括管理にした経緯と効果について。

【なぜ医師事務作業補助を重視したのか】

医師事務作業補助体制加算ができる前に、診療情報管理室を立ち上げて、看護師として代行でサマリーを書いていた。その時にクラークがいないと入力追いつかないと思った。

意識はしていなかったが、看護の知識があるからかもしれないが、なぜこの検査をしたのか、なぜ治療をしたのかなどのプロセスをクラークにも説明した。

【予診、患者説明、同意取得などへの業務拡大】

業務が多すぎて、そこまで手が回らないのが実情で、とくにレジストリー業務が増えている。それでも医師事務作業補助体制加算は 15:1 でそれなりには多いので、将来的にはある程度できる可能性はある。

仮に同意書の取得代行に携わるとすると、そこには Shared Decision Making(SDM)の視点が必要になる。つまり意思決定に関わることになるのでやや荷が重い。たとえば治験では医師が説明後、医師と Clinical Research Coordinator(CRC)がサインするが、いずれにせよ医師が説明をしたという記録を作成している位置づけなのでこのような意思決定の補助的な範囲であればあり得るかもしれない。現在、内視鏡は医師が説明後、看護師が意思を確認し同意書を取っているがこれを医師事務作業補助者が担うことは可能と考える。

【医師事務作業補助者としての人材像】

当院で採用しているのは正職員だけで、採用時に沢山条件を付けている。もちろん全部満たす人は来ないが、例えば英語を話せる、パソコンが得意、とくに excel 使えるなど。そこで1人雇うのに10人は面接した。「気が利く人」が、色々な人と関わる以上

は基本だと考えている。また、1人仕事なので、1人でできる人であることも欠かせない。医師が100%の力を出せるようにするのがあなたたちの仕事だと説明をしている。

医師事務と医事課はカラーが違うので、医事課経験は必ずしも必須ではない。医事課は自分のテリトリーをコツコツ処理するのに対し、医師事務はいかに周囲の人と一緒にやるかが重要と考えている。

【配置の考え方】

ローテーションは1年に1回必ず行う。忙しい科と、落ち着いた科があるので、みな気持ちがわかるし、知り合いにもなれる。体験するのが一番と考えている。もちろん反対意見もあったが大きな問題はないし、医師事務作業補助者の人事は自分が担当していたので医師等から意見があれば自分に来るようにしていた。

教育体制は、医師事務作業補助者から医師事務作業補助者に教育を行う体制を目指した。ローテーションを一周回するのに6年かかるが、すぐに辞めないでくれているので主任級の医師事務作業補助者も出現している。

【タスク・シフト/シェア人材に求められるスキル】

まずは気が利くことが大事で、看護師は必ずしも気が利かない面もある。人数が多いので、上司から言われたこと以外は行いにくい。もちろん看護師も見えていないことではないが、それを仕事としてはやりにくい。

ちなみに、「気が利く」というのはタスク・シフト/シェアに関わる他の職種でも同じである。例えば形成外科の医師、皮膚排泄ケア認定看護師の狭間で活躍している特定看護師もいるが、当人が上手くやっているのは人間力の問題だと考えている。医師事務作業補助者は、院内での人間関係が出来ていることが重要で、医師事務作業補助者の研修を雇用条件にはしない。専門看護師、認定看護師は、定年を迎えた人を契約職員として雇用する例はある。

【まとめ～医師事務作業補助者の効果的な活用～】

基礎能力に依存するところが多いのではないかと考える。よって採用は厳格に行わざるを得ない。

効果的な活用のためには、ローテーションすること、人事を一元化することは不可欠だと考えている。

参考資料 5. (2) 九州地方 連合会の病院

(報告：瀬戸)

- インタビュー対象者：連合会の病院経営企画 参与 H氏。医師事務作業補助者について。

【医師事務作業補助業務の概要】

外来と書類作成がメインで、病棟業務はしない。外来では15時以降は基本的に看護師のみとし、あとは書類作成に充てている。どの業務をして欲しいかは診療科から要望してもらっており、具体的な業務要望が出なければ配置しない方針である。

【医師事務作業補助部門立ち上げの経緯】

最初の2~3年は、医師も看護師も必ずしも温かい目ではなく、厳しい時期だった。最初は医師や技師に医療知識の研修をしてもらっていたが、今は医事課に診療録記載漏れが算定漏れにつながる例などを説明してもらっている。今では勉強会の企画も自分たちで行っている。

立ち上げ段階では4人を完璧に育て上げることを目標にした。当時、診療情報管理室長を務めていたが、一ヶ月専従で教育を担当した。そこでは医師にもアンケートを取った。医師事務作業補助者が休んだときに医師にサービスを提供できないのは困るので、パフォーマンスが80%でもよければ他の人でも対応できることを目指した。

【タスク・シフト/シェアする業務の決め方・進め方】

医師によってやって欲しい業務範囲が異なるのでアンケートで把握していった。特に紙カルテから電子カルテになって、医師の口頭指示について看護師が難色を示した。これを代行入力する形で医師事務作業補助者に引き受けてもらっている。

もちろんアンケートで上がった要望にすべて応えることは、当初の人数では不可能である。そのため徐々に人員を増やし今では20人を越えた。

ローテーションは必要だが、最初は1年で全員を変えてしまって不評だった。今はもう少し長い期間で回すようにしている。

【医師事務作業補助者の採用】

院外から、経験のない素直な人を採用している。スキルがある人は自負も強いので、逆に採用しにくい面もある。専門学校卒の新卒者が欲しいけど求人を出してもなかなか来てくれない。採用時に、医師が気持ちよく働けることが目的と説明している。また、当院に来たら、当院のやり方で仕事をしてくださいと説明している。

職員の身分は、非常勤である。当院には400名以上の職員がいるが、正職員の定員枠は半分ぐらい医師と看護師で使ってしまう。よって事務は半数以上が非常勤で、結果的に医師事務作業補助者は全員非常勤になってしまう。そこは変えにくいので、逆に残業なしで土日は休みであることを徹底している。

【業務の標準化手法】

マニュアル作りを重視している。各科ごとのマニュアルと、CSマニュアル(接遇マニュアル)がある。その科を担当している医師事務作業補助者がアップデートする。

例えば問診票の代行入力にはテンプレートがあるので、テンプレートごとに説明を加えてマニュアルを作っている。これらのマニュアルの確認は医師にもらっている。また同意書にも点検項目を明記し、「立会人になれない」と明記している。

病棟では、病棟クラークを廃止した。医師事務作業補助者と看護師との関係がうまくいかないと困るので、入力すべき書類を病棟に回収に行くが滞しないことにしている。医師がやること、看護師がやることを書き出してみると、残ったのはメッセージ業務だけだった。そこで看護助手として病院の中で2人だけ雇用している。

【医師事務作業補助者の評価】

医師事務作業補助者の導入効果は、医師の勤務時間では表現しにくいのが、医師から移譲できた業務時間や、診療報酬の取り漏れやオーダー入力時間などで間接的な把握は可能である。

医師事務作業補助者のレベルは、ひとくくりにはできない。書類だけを行う人もいるし、幅が広い人も

いるのでレベルは様々である。ただし患者と接することが多いから接遇（Customer satisfaction: CS）は重要だと考えている。例えば、「ちょっとお待ちください」と説明するのは良くないので(何分なのか人によって異なるため)、そのような気配りができることが大切だと考えている。

参考資料 5. (3) 富山大学附属病院 医療情報部
(報告：瀬戸)

- インタビュー対象者：富山大学附属病院医療情報部長・教授 I 氏。医師事務作業補助者について。

【医師事務作業補助者教育の経緯】

医師事務作業補助者の初任時研修(いわゆる 32 時間研修)は、最初は医療情報部の教授と助教で進めてきた。セキュリティや個人情報保護は規約を作っても診療業務に関わる内容は事務部門でカバーしにくいので、日本医療情報学会の「病院情報システムの利用者心得」を活用して全職員に教育し、それを 32 時間研修にも組み込むようにした。現在では医事課が担当している。

【現在の医師事務作業補助業務】

当院での医師事務作業補助業務は、初診患者の紹介状をカルテの形に起こすことと、保険会社向けの診断書を作成することが主なものである。当院には 20 科あり、そこに 22 名配置している。そこに病棟を加えると 30 人以上の部署になるが、決して十分な人数とはいえない。

そうすると代行入力も、既往歴やアレルギーよりは病名登録の優先順位が高い。これは外来クラークが行うのは適切ではないが、医師の指示を受けて医師事務作業補助者が行い、医師が追認すればよいと考える。

【医師事務作業補助者導入効果の評価】

医師事務作業補助者導入効果は、「医師が本当に診療に使える時間がどれだけ増えたか」を客観的に評価すべきだと考えている。この「本当に診療に使える時間」という視点が大事で、診療実績をあわせてみていくことが必要だ。勤務時間だけを見ても教育や研究の時間もあるので判断がつかない。

これまで医師事務作業補助体制加算は入院診療で評価されてきた。それは理解するが、外来診療での負担軽減のエビデンスを積み上げていくことも必要だと考える。

【これからの医師事務作業補助業務】

患者への説明や同意書の取得を医師事務作業補助者が行うことは、質の向上という意味でもよいことだと考える。テンプレートにあるような内容は医師事務作業補助者が行うことも十分に可能で、細かいことは医師が説明すればよい。

これまで患者家族への説明は夜 7 時ごろから始めることも多かったが、いまは勤務時間内が原則になった。ただし時間調整が必要になるのでそれも医師事務作業補助者の役割になっている。ただし患者や家族の反応や質問内容を記録することが重要で、これは医師でないにせよ他の医療職が行うべきだと考えている。

【医師事務作業補助者教育体制づくり】

医師事務作業補助者だけの教育体制を充実させるのは難しく、他の職種の研修も活用すべきだ。診療情報管理士も様々な疾患をテーマに年 4 回は勉強会を行っている。例えば研修頻度が多い看護部の研修会に参加できるようにするのも一手だと考える。

今は院内で感染、リスクマネジメント、倫理に関する研修は全職員としても必須になっている。ただし全職員を対象とした研修は、病院で直接雇用していない職員には抜けが多い。それなので教育コンテンツの標準化は重要だし、先述の「病院情報システムの利用者心得」もその一つである。(図 1.)

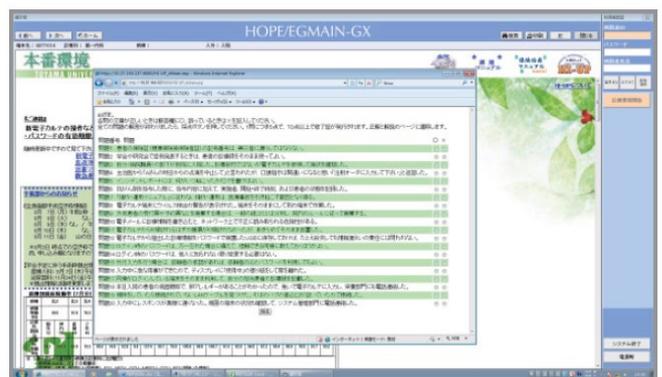


図 1. 医師事務作業補助者向け研修の確認テスト画面
(辻岡他:医療情報学連合大会論文集 2017;37:945-946)

本来、一堂に会して研修を受けるのは、医師事務作業補助者の役割上困難である。そこで Web 講義を受けてもらって小テストで確認するような手法が現実的だと考えている。学会や病院団体が動画を作

り、それをダウンロードしてイントラネット上で視聴できるようにする方法がいいのではないか。学ぶコンテンツには一定の評価を受けたものが望ましく、病院を超えてこれらの教材を整備していくことが望ましい。

参考資料 5. (4) 沖縄県立中部病院 管理課
(報告：瀬戸)

- インタビュー対象者： 沖縄県立中部病院管理課、
課長 J氏。医療事務作業補助者について。

【補助者のリアリティショック】

医師や看護師を支える各補助者に共通するのは、必ずしも十分な教育を受けて着任した人ばかりではないことだ。いわゆるデスクワークとは異なるので、リアリティショックで辞めていく人が多いことも事実である。だから補助者にはボトムラインから教育していく必要があるし、仮に手順とマニュアルを作っても過剰要求されれば対応困難になってしまう。だから補助者に業務をお願いする医師とも一緒に育っていくという視点が重要である。

【補助者の処遇と教育】

現在、医師事務作業補助体制加算は 15:1 で 43 名のスタッフがいる。当初は任期があって 3 年から 5 年しか雇用できず、満了後には 1 年空けないと復職できなかった。現在は地方公務員法の改正により会計年度任用職員となったので上限はなくなったものの、かつては任期の問題は大きかった。そこで派遣も活用し、現在もリーダー2名は、医師派遣等を請け負う外部団体と契約して派遣してもらう形を取っている。

自治体病院である以上、定員は常に課題である。例えば看護師には地域枠などもあり手段が多いが、事務系になると医療ソーシャルワーカーの定員 1 名をやっと確保するなど苦勞している。診療情報管理部門もすべて委託だが、せめて研修費は病院で負担して機会を増やすようにしている。

なお、医師事務作業補助者の初任時研修（いわゆる 32 時間研修）も 14 時間は外部団体に委託している。現任教育としては、月に 1~2 回勤務時間内に合同研修を行っており（写真）、年度末には院長が出席する形で閉講式も行うようにしている。

【ローテーションと業務管理の工夫】

当院では、内科グループ、外科 A グループなど複数の診療科でチームを作る体制で業務を行っている。こ

のチームごとに指導医師を 2 名ずつ配置している。何年かに 1 回はかならずローテーションを行っている。

当院では医師に直接つかない業務は行わないことにしている。当院には看護部所属のクラークや業務委託の医事課員などもいるが、患者からは見てもわからない。このような切り分けは重要だと考えている。

【タスク・シフト/シェアに向けた課題】

代行入力、診療科によって行う内容が変わってくる。医師がきちんとチェックしているかが大きな課題で、そこは医師次第でもある。医師が「医師事務作業補助を信頼しているから大丈夫」と言ってくれることもあるが、それではヒューマンエラーを防げないので慎重にやっていく必要がある。

予診は、病歴や ADL 程度であればできるかもしれないが、診察中の医師についている以上、患者から直接的に話を聞く時間はとりにくい。

【今後のキャリアアップ】

十数年後の医師事務作業補助者は、AI の導入により業務内容が大きく変わると考えている。それでも行った業務をチェックする必要があると思う。だから絶えずスキルアップすることは必要で、それを病院が支援することも重要だ。当院では 1 年以上の勤務経験がある人には、民間資格（ドクターズクラークなど）を取得するよう促している。診療情報管理士も同様で、やはり医師事務作業補助者の業務と関係が深い。医療の質と安全性を高めるためにもこうした教育を続けていきたい。

写真 集合研修の様子（同院ホームページより）



参考資料 5. (5) 鹿児島大学病院医療情報部
(報告：瀬戸)

- インタビュー対象者：鹿児島大学病院医療情報部
部長・教授 兼 副病院長 K氏、看護師 L
氏、医師事務作業補助者2名同席。医師事務作業
補助者の管理及び業務について

【立ち上げの経緯】

2008 年頃は平均在院日数が全国の国立大学病院の
最下位で、医師の疲弊も著しかった。当時は特定
機能病院に対する医師事務作業補助体制加算もな
かったが、外来での算定漏れを減らすことで医師
事務作業補助者の人件費に充当できると考えて内
科外来等に 6 名の配置からスタートした。その中
で算定漏れを年間 3,000 万円、医師が患者に直接
文書を渡して発生する文書料の請求漏れを年間
1,000 万円減らすことができた。また、DPC コー
ディングと診療記録との整合性チェックを行うこと
で適正な請求につながり、結果的に人件費は十分
に補えることがわかった。

人件費の確保の見込みがついたので、次に医師
事務作業補助者の教育について、どのように進め
るか検討した。医療情報部が協賛する形で、医療
従事者の生涯教育を目指す NPO に病院から委託
する形にした。

【医師事務作業補助者の処遇と教育的支援】

医師事務作業補助者の受け入れに際して、ある
程度の人材の質を確保しようとする、どうしても
時給 1,100 円は維持したいと考えた。これは当
該地域で、女性が独り暮らしをしながら働く上で
の最低賃金だからである。当初は派遣で33名の医
師事務作業補助者を受け入れていたが、3年後に
は全員直接雇用に変更した。医師事務作業補助
者の身分は非常勤だが、5年経った時点で無期雇
用の職員に切り替えて交通費も出せるようにし
た。次なる目標として、非常勤（日給）から常勤
（月給）に変え、不安定な身分の改善を目指して
いく計画である。2021 年度中に、上記の計画を実

現し、5 年ごとに昇給でき年2回の賞与も支給でき
るようにしたいと大学本部に働きかけている。

2020年6月より、医師事務作業補助体制加算15対
1を取得するようになり、直接雇用以外に派遣で15
名増員した。それらの人材の定着が現在の目標（悩
み）である。当院では、新採用者に「自分はどんな
人材になりたいのか」を、面接を通じて明確にして
もらっている。こういった支援を今後も丁寧にや
っていきたい。また、当院では業務の評価を医師、
看護師、クラーク自身の3つの視点で行っている。
これらの評価は本人にもフィードバックするし、
契約更新の資料にもなる。基本的にはどの医師事
務作業補助者も更新するが、協調性や勤務態度に
著しく難がある場合はこの限りでない。医師事務
作業補助者とのコミュニケーションの場を作る意
味でも、出勤簿を医療情報部に配置し、必ず勤務開
始前に立ち寄ってもらうようにしている。病院組
織のために働くという意識を持ってもらうことが、
医師事務作業補助者の教育では特に重要だと考え
ている。

ちなみに他の職種に間違えられないよう、スク
ラブの専用制服を新たに採用した。この制服はコ
ストの観点から勤続 1 年以上の者への支給を原
則としており、それが自己啓発の動機づけに繋が
っている。

医師事務作業補助者のモチベーション向上には
「医師からの賛辞が一番重要」と言われることが
あるが、あまり同意できない。やはり承認や昇給
がなければ継続できないし、だからこそリーダー
の処遇も重要と考える。当院でも主任の待遇を設
定している。

【NPOによる初任時研修】

初任時研修（いわゆる 32 時間研修）は、特定
非営利活動法人かごしま保健医療福祉サービス
を考える会（略称：NPO アームスカごしま）で行っ
ている。

土日を使って 3 日間の研修になるが、これは勤
務扱いなので別の日に代休を取ることになる。他
の病院からも参加可能で、3 日間の研修を経て修
了試験に合格した者に修了証を交付している（表

1)

この研修には、リーダー級の医師事務作業補助者にも講師として参加してもらっている。そのことで役割モデルを示す効果もあるし、研修を通じて初任者が明るくなることも実感している。

【医師事務作業補助者を活用する医師の教育】

医師事務作業補助者は隙間産業なので、非常に幅が広い。診療科にも、その医師事務作業補助者を定着させる覚悟が必要だ。実際に、ある診療部門では指導体制が不十分で短期間で医師事務作業補助者が交代していった。その後、その部門の責任者と話し合いを重ね、教育体制に改善が見られたので再配置した。また、勤務態度に問題がある医師事務作業補助者の勤務継続について、診療科と医療情報部の見解が異なったという事例もあったが、診療科に勤務状況や業務実績データを示して再認識してもらったこともある。

【タスク・シフト/シェアの方向性】

当院の医師事務作業補助者が行うのは、診療録に記載された情報をもとにした文書作成支援や記載内容の確認業務である。ベシユライバーとして医師の横で電子カルテを記載する業務は行っていない。

むしろ病院経営に貢献できることが大事なので、診療報酬制度も理解した上で適正な入力ができるかチェックできるスキルが必要だと考える。

表1： 3日間の研修スケジュール

	1月29日(土)	1月30日(日)	2月5日(土)
9:00～ 10:30	● 病院における感染制御の最前線 講師：感染制御部門 川村英樹	● 医療クラークの働きやすい職場環境整備 講師：医療クラーク	● DPCとDPC様式調査 ● 包括請求と出来高請求について ● DPCコーディングについて 講師：岩穴口孝
10:40～ 12:10	● 外来・病棟における診療の流れ ● クラークの役割・活躍・成果 講師：医療クラーク	● ICTについて ● セキュリティ ● 個人情報保護と情報開示 講師：宇都由美子	● 社会福祉資源の活用について 講師：医療クラーク
13:00～ 14:30	● 病院の組織とそこで働く職員 講師：岩穴口孝	● 診療記録の作成と管理 講師：岩穴口孝	● 文書作成支援（診断書・入院診療計画書） 講師：医療クラーク
14:40～ 16:10	● 医師事務作業補助者のあり方と保健診療概要 講師：宇都由美子	● 地域医療連携 講師：地域医療連携センター 道園久美子	● 保健診療について 講師：医療クラーク
16:20～ 17:50	● 試験 ● 当日の講義内容の確認	● 試験 ● 当日の講義内容の確認	● 試験 ● 当日の講義内容の確認

- 講師等の都合によりカリキュラムの内容が変更される場合があります。
- 1日7.5時間の研修 × 3日間 = 合計22.5時間の研修となります