

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）
「新しいチーム医療等における医療・介護従事者の適切な役割分担についての研究」
分担研究報告書（令和3年度）

タスク・シフト／シェアにおける線分業から面分業への展開方策の検討
～医師事務作業補助者の現場から～

研究分担者 小野 孝二（東京医療保健大学）

研究分担者 岡本左和子（奈良県立医科大学）

研究協力者 瀬戸 僚馬（東京医療保健大学）

研究要旨

医師事務作業補助者の活用を推進するには、業務基準の構築を通じ補助者の不安解消を図ることや、医師以外の医療従事者との連携強化が欠かせない。そこで、本研究では医師事務作業補助者に加えて看護師、救急救命士、理学療法士等へのタスク・シフト／シェアにも積極的に取り組んでいる病院を対象に、医師対医師事務作業補助者という「線分業」ではなく、他の職種も視野に入れた「面分業」を推進する取り組みの工夫についてヒアリング調査を行った。また、これらの病院に勤務する医師事務作業補助者を対象に、極度な不安を感じずに引き受けられる業務範囲を明らかにするためのアンケート調査を行った。双方の調査結果から、医師事務作業補助者が担うべき業務と医師以外の医療従事者が担うべき業務を同時に整理し、ICT も活用して業務手順に組み込むことによって「面分業」が推進され、さらなる医師事務作業補助者に繋がること明らかになった。

A. 研究目的

本班では、これまで医師に対する負担減効果の高い医師事務作業補助者の活用を推進するため、課題整理と解決策の検討を行ってきた。令和元年度調査報告書では、予診を通じた代行入力や検査等の定型的な説明を推進する上で、医師事務作業補助者の不安を軽減する方策を検討してきた。令和2年度調査では、医師事務作業補助者の業務を拡大できている病院では、勤務継続を図るための教育支援や雇用管理上の工夫を行っていることを明らかにしてきた。

さて、これまでタスク・シフト／シェアに関する取り組みは「医師 対 医師事務作業補助者」のように、一職種対一職種で業務を委譲する「線分業」の視点で議論されることが多かった。しかし、医師事務作業補助者が外来や病棟等で

行う業務は、代行で生じた情報が他の医療関係職種の業務に大きな影響を与える（例：電子カルテシステムへの代行入力）。そのため代行を進めるには当該職種との関係構築や合意形成が不可欠であり、それがタスク・シフト／シェアを加速する上でのボトルネックになっていた。

この線分業に伴う課題を解決するには、他の職種も巻き込み、二職種間よりも幅広い枠組みでタスク・シフト／シェアを進めるという手法がある。例えば「医師と医師事務作業補助者」に加えて、「医師と救急救命士」および「医師事務作業補助者と救急救命士」のような三種類の分業を検討する、いわゆる「面分業」でのタスク・シフト／シェアが可能になる（図1）。

本研究の目的は、医師事務作業補助者に加え看護師等への医療関係職種への役割分担にも

積極的な病院にヒアリング調査やアンケート調査を行うことによって、線分業から面分業に展開する方策を明らかにすることである。

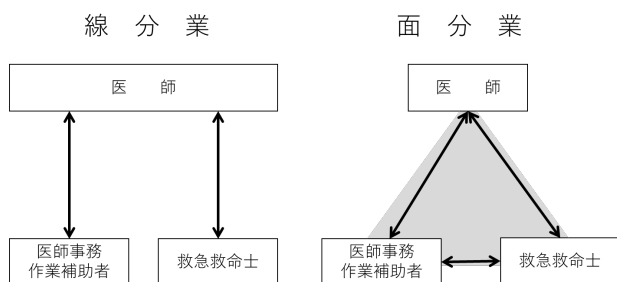


図1 線分業・面分業のイメージ

B. 研究方法

(1) 面分業を推進している病院の管理者等へのヒアリング調査

医師事務作業補助者を積極活用していることに加え、特定行為研修を修了した看護師（以下、特定行為研修修了看護師という）、救急救命士、理学療法士等のリハビリテーション専門職への活用を積極的に行っている病院の管理者（病院長、総務人事部長もしくは積極的に活用を行っている部門の長等）に対して、「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について（令和3年9月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知）」で示している各業務について、推進する上での工夫や課題等について半構造化面接法によるヒアリングを行った。

(2) 面分業を推進している病院の医師事務作業補助者へのアンケート調査

上記のヒアリング対象病院及び令和2年度のヒアリング対象病院であって文献上「面分業」の展開を確認できる病院に対して依頼を行い、協力を得られた5病院のすべての医師事務作業補助者に対して上記通知で示す業務の経験やその範囲、不安を感じる場面等に関するアンケート調査を行った。なお本調査は研究協力者の瀬戸が担当し、東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理委員会の承認を得て実施した（令和3年3月1日付け教32-35C号）。

アンケート結果の解釈については、川崎医療福祉大学医療福祉マネジメント学部医療秘書学科長山本智子氏、日本医療秘書実務学会理事長田中伸代氏の協力を得て、考察を行った。

C. 研究結果

(1) 面分業を推進している病院の管理者等へのヒアリング調査

本ヒアリング調査の対象とした病院名及び対象職種は、次の通りである。

病院名	対象職種
潤和会記念病院	理学療法士 医師事務作業補助者
札幌医科大学附属病院 救急救命センター	救急救命士 医師事務作業補助者
長崎県対馬病院	看護師 医師事務作業補助者

ヒアリングの詳細は別添1～3に示した。いずれの事例でも、医師事務作業補助者が行う業務のうち書類作成にとどまらず、代行入力など診療現場で行う業務を重視し、その質的充足を図る方針が明確であった。上記事例に共通する線分業から面分業への転換方策の特徴は、次の通りであった。

- 病院長、事務長、診療部門長等のリーダーシップによって、複数の職種に関する役割分担が推進されている。
- 複数の職種が関与したり、併せてICTを活用することで、業務の効率性だけでなく、診療の質的充足を図る方針が明確になっている。
- 職種分け隔てなくモチベーションを上げるための取り組みをする一方、職種一律ではなく熟意や能力に応じた教育を進めている。

(2) 面分業を推進している病院の医師事務作業補助者へのアンケート調査

① 対象病院・回答者の概要

本アンケート調査への調査協力を得た病院の概要は、次の通りである。

記号	病院概要	回答者
A病院	約 600 床・国立・特定機能病院	29 名
B病院	約 300 床・公立・一般病院 (へき地医療拠点病院)	11 名
C病院	約 550 床・公立・地域医療支援病院	35 名
D病院	約 450 床・民間・一般病院	11 名
E病院	約 200 床・民間・一般病院	17 名

②ハイリスク薬の代行入力

ハイリスク薬の代行入力については、いずれも「ほぼ代行」との回答もあったが、「代行しない」との回答が7割強となった。(図2)

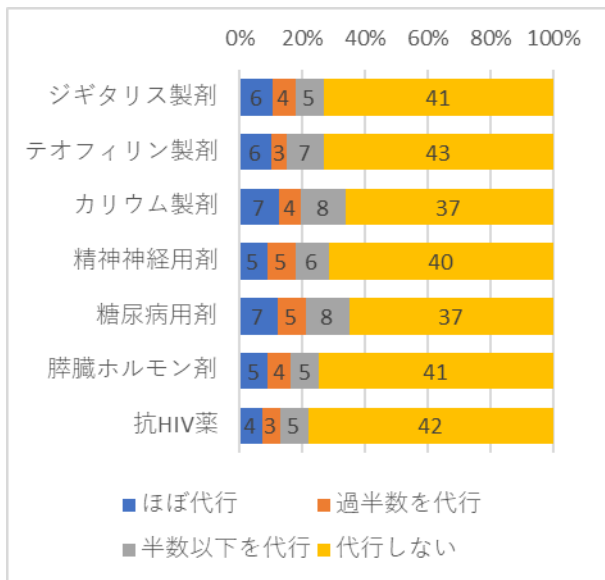


図2 ハイリスク薬の代行有無

なお、実際に入力を行っている薬品名は、次の通りである(表1)。

表1 代行入力を行っているハイリスク薬

薬効分類	薬品名
ジギタリス製剤	ジゴキシン、ハーフジゴキシン
テオフィリン製剤	テオドール、テオフィリン
カリウム製剤	KCL、アスパラカリウム、グルコンサン K、塩化カリウム、L-アスパラギン酸 K
精神神経用剤	エチゾラム、クロチアゼパム、レンドミン、リスパダール、ト

	ラゾドン、デパス、ソラナックス、リーゼ、リスペリドン、セロクエル、パキシル
糖尿病用剤	メトグルコ、ジャヌビア、メトホルミン、トラゼンタ、グリメピリド、ボグリボース、ベイスン、フォシーガ、アマリール、グルファスト、インスリン、エクア、スイニー
膵臓ホルモン剤	アピドラ注ソロスター、アピドラ注、インスリングラルギンノボラピッド、ヒューマログ、ラントス、トレシーバ、ヒューマリン、インスリン
抗HIV薬	記載なし

※薬品名は回答されたものをそのまま記載しているため、一般名・商品名等が混在している。

③代行入力を妥当と考える範囲

外来オーダーについては、「ほぼ代行」「過半数を代行」と肯定的な意見が約6割を占めた。診療記録については、外来では肯定的意見及び「半数以下を代行」と実施前提の意見が過半数に達しているのに対し、病棟では3割弱に留まった。なお、患者からの口述をもとにしたS記録と、医師からの口述をもとにしたO記録では差はみられなかった。

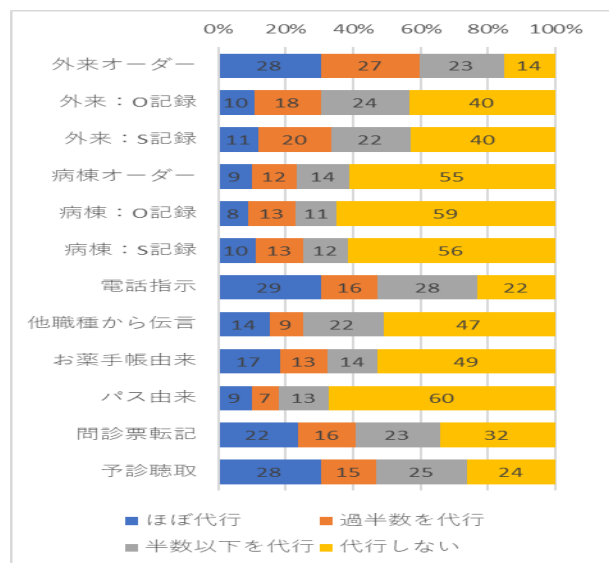


図3 代行入力を妥当と考える範囲

医師からの電話指示に基づく代行入力、実施前提の意見が8割近くに達したのに対し、医師による口答指示を受けた他職種からの伝言に基づく代行入力は約4割に低下し、「代行しない」との回答が多くを占めた。患者が問診票に記載した事項について医師からの口頭指示に基づくカルテの記載は約6割が実施前提、定型的な問診票に基づき医師事務作業補助者が患者から聴取した事項について医師の口頭指示に基づくカルテ記載は約7割が実施前提と回答した。(図3)

③説明文書の作成を妥当と考える範囲

患者への説明を伴う文書については、入院診療計画書については「ほぼ代行」「過半数を代行」と肯定的意見が過半数を占めた。入院案内、差額ベッド、患者用パスなどは作成前提(肯定的意見+半数以下を代行)との意見が比較的多かったが、手術や侵襲を伴う検査ではやや消極的になり、行動制限に関する文書や蘇生の要否に関する文書(DNR)については「代行すべきでない」が多くを占めた。(図4)

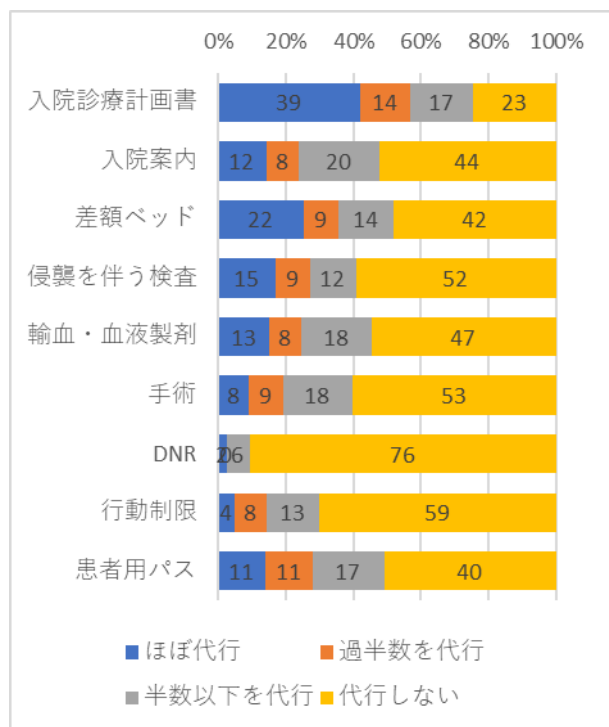


図4 説明文書の作成を妥当と考える範囲

④承認・確定操作までの適切な期間

医師事務作業補助者が代行入力後に医師が承認・確定操作を行うまでの適切な時間については、代行内容する記録種や業務種ごとの差異は特にみられなかった。なお外来業務の代行では、病棟業務の代行と比べて、短期間での承認・確定を求める意見が増える傾向にあった。

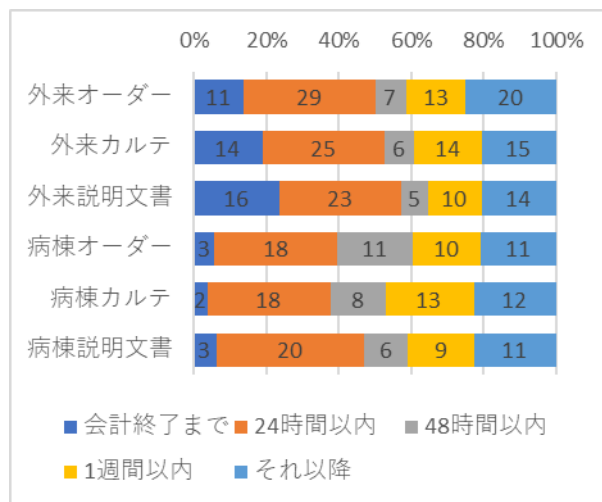


図5 承認操作までの適切な期間

⑤代行入力や患者説明において不安な点

代行入力や患者説明において不安な点の自由記述を求めたところ、代行入力については12件(うち医師事務作業補助者経験3年以下は1件)、患者説明については14件(同3件)の記載があった。

代行入力に関しては代行依頼・確認時の医師や看護師とのコミュニケーションに関する不安、患者説明に関しては説明内容や手順が十分定型化されていないために生じる不安が、多く寄せられた。(別添4)

D. 考察

①面分業による医療の質の向上

ヒアリング調査では、医師事務作業補助者の活用に留まらず、救急救命士、理学療法士、看護師等へのタスク・シフト/シェアにも積極的に取り組んでいる病院の事例を収集した。その結果、こ

これらの職種と医師事務作業補助者が協働することにより、代行入力の内容が深まったり、書類作成の幅が広がったりする可能性が示唆された。

アンケート調査では、ハイリスク薬剤に対する代行意欲はきわめて低く、他方で説明文書の作成については比較的意欲的であった。ただし説明文書に関しては範囲を限定すべきとの意見も多く、特に侵襲性の高い行為への説明を担うことには消極的であった。ヒアリング調査の結果と同様に、他の医療関係職種と協働しながら代行を進めていく体制づくりの必要性が明らかになった。

このような面分業では職種間で動線が交錯するが、分担を進めることで負担軽減だけでなく医療の質が向上する点を共有できており、それが面分業の推進要素になっていると考えられた。

②面分業を進めるための ICT 活用の必要性

ヒアリング調査では、例えば救命救急センターでセットオーダーを活用して安全に代行入力を行うなど、ICT を活用して面分業を進めている事例が散見された。また、将来的にも AI 問診など技術を活用することへの期待が寄せられていた。

アンケート調査では、経験が少ない医師事務作業補助者ほど不安の回答が少なく、インシデント事例を共有する必要性が示唆された。経験者では口頭による指示内容が正確か不安に感じる等の意見もあり、これらの不安解消に ICT を活用する余地があると考えられた。例えば医師が看護師等に口頭指示した臨時処方や緊急検査のオーダーを事後入力する場合、現状では医師事務作業補助者が医師の指示を直接的に確認する手段がなく、伝聞だけで入力することになり安全上の懸念が残る。そこで音声入力を併用することで、その音声データは補助的なものに過ぎないとしても、医師の指示を直接確認できる。面分業を拡げていく上では、こうした ICT 活用も必要と考えられた。

③面分業を広げる人材育成の必要性

ヒアリング調査で挙げられていた不安の要因には、医師事務作業補助者が行っている個別業務が断片的にしか見えず、業務プロセスの全体像を把握しにくい点にもあると考えられる。この課題はいくら個別業務の研修を繰り返しても容易には解決せず、アンケート調査では経験がある者ほど不安を感じるという結果になっている。

よって汎用的能力を向上させることが面分業を進める上では欠かせず、山本らはその能力を「段取りマネジメント領域」と呼んで個別業務と並ぶ重要なスキルと捉え 60 時間相当の現任教育プログラムを提供している(山本他:医療秘書実務論集 2016;6:31-35)。なお、汎用的能力は教育機関によって教育内容のばらつきが大きくなりがちだが、山本らのプログラムは文部科学省の「職業実践力育成プログラム」に認定されており教育品質が保証されている。面分業を広げるにあたり、他省庁が行うスキームも含めて一定の品質確保をした上で、「段取りマネジメント領域」のような汎用的向上を図ることが有意義と考える。

E. 結論

医師事務作業補助者の活用と、看護師等の医療関係職種の活用をどちらも推進している病院にヒアリング調査し、面分業を展開するための取り組みの工夫を把握した。また、これらの病院に勤務する医師事務作業補助者を対象に、極度な不安を感じずに引き受けられる業務範囲を明らかにするためのアンケート調査を行った。

双方の調査結果から、面分業を行うことで負担軽減だけでなく医療の質向上に繋がる可能性が示唆された。また、これらの業務の実施に際して医師事務作業補助者は少なからず不安を抱えていることも事実であるから、医師事務作業補助者

が担うべき業務と医療関係職種が担うべき業務を同時に整理し、ICT も活用して業務手順に組み込むほか、「段取りマネジメント」等の汎用的能力向上を図る必要性が明らかになった。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

瀬戸僚馬. 多職種協働を実現するためのデジタル技術とその活用, IT Vision 2022; 45: in press

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

1. 理学療法士とのタスク・シフト/シェア

理学療法士が役割を拡大していくべきであることは理解している。ただ、単に足りない領域を埋めるという視点で支援を求められてもモチベーションを維持できないので、元々の職域の専門性を活かすという視点が重要だと考えている。例えば、看護職や介護職が足りないからその補助者として生活援助に関わるということではなく、リハビリテーションを推進ために生活支援に入っていきという立ち位置を明確にすべきだ。タスクを割り振る立場にある職種やその職域団体には、その点を配慮いただきたい。

病院としても、看護師長などの管理者に対する教育において「PT・OTは看護や介護の補助者ではないこと、よって自分たちの職域の論理だけで仕事を押しつけるようなことは行ってはならず、お互いに学び合う視点が重要であること」を徹底したい。

リハビリテーション分野でも、理学療法士がかかわっている事務作業がある。代表的なものに「リハビリ総合計画書」がある。これは医師とリハビリ職で記載する欄が分かれている。どちらの職種でも書けそうな面もあるが、診療報酬上のルールで医師しか記載できないとの認識が、理学療法士には根強い。こういう多職種で記載する書式も多いので、内容を精査し、書式の欄ごとにどこまで委譲できるかを明確にすることが必要ではないかと考える。

今後の委譲が望まれる業務には、「安静度に関する指示」がある。これも理学療法士には、医師が、電子カルテシステムに入力しなければならないとの空気が強い。単に入力するだけならば医師事務作業補助者でもいいかもしれないが、臨床実務としては理学療法士が判断し、それを医師が追認している場面も多い。ならば、医師がある程度の大枠で指示を出し、その指示内で理学療法士が細かい判断と運用

をするような場面もあってよいのではないか。電子カルテシステムの機能では安静度は医師の権限と設定されている場面が多いと思うが、包括的指示の枠内は理学療法士でもいいはずで、その方が患者の早期回復や早期退院につながるのではないか。医療従事者の負担軽減においては、まず早期回復・早期退院が前提であることを強調したい。

2. 医師事務作業補助者とのタスク・シフト/シェア

これまでの各種通知は承知しているが、これまで保険指導で「症状詳記の代行を医師事務作業補助者が行うのは望ましくない」等の空気があったことも事実だ。こうした代行が望ましくない空気は、現場にとっては非常に重荷なので整理して欲しい。例えば医師事務作業補助者が医事会計システムへの入力を行うことは施設基準上難しい。ただ電子カルテに算定の前提となる記載をすることは問題ないはずだし、そもそも詳記は電子カルテ機能の一部を用いてサマリーを記載しているに過ぎないのではないか。

医療関係職種とのコラボという意味では、食事オーダーの代行を見直したいと考えている。電子カルテの機能上、食事のオーダーが医師しか入力できない。実際には看護師、作業療法士、言語聴覚士などが判断していることも多いので、そこを医師事務作業補助者が入力するのも違和感がある。食事の指示は、エネルギー料や治療食などの大枠、消化器術後の主食形態は、治療そのものなので医師が指示することが適切だろう。しかし、その大枠の中で細かい形態を選択するのは、医師の指示内で医療関係職種が微調整するというところだから、直接それらの職種が指示権限を持ってオーダー発行したらよいのではないか。その方がきめ細かい給食が可能で、患者にもよいのではないかと考える。

1. 救急救命士とのタスク・シフト/シェア

救急救命士には、救急患者受け入れ時の直接行為以外にも、そこでの情報集約・記録や、システムと連動する心電図モニター等の機器での患者登録など、間接的な業務もたくさんある。

道内でも救急救命士を雇用し、救急患者の対応を一緒に行う例があった。しかしルート確保や CPR などの直接行為を行うとしても、救急救命士の配置を前提とした診療報酬はないので雇用が難しい。しかし、間接的業務に限ればこれらの業務は概ね診療現場での代行入力であり、そこで救急救命士を「医師事務作業補助者」として業務を任せる形で雇用することも可能と考えた。

本人としても、将来的に救急隊で勤務することになったときに、搬送後の患者状態を知っておくことは必ず活きたと考え、やりがいを持っている。

2. 医師事務作業補助者とのタスク・シフト/シェア

札幌医大では 37 名の医師事務作業補助者がおり、6 つのグループに分けている。そのグループごとに「専門員」という身分のリーダーを配置している。当初は各科で教育し、自科で抱え込む運用になっていたが、病院全体を見渡すと医師も活用ノウハウを蓄積していく必要はあるので、院内にワーキンググループを設置して看護師の役割分担の線引きや、書類をどこまで記載するかなど議論を重ねていった。これらの議論を通じて、やはりローテーションが必要との結論に達した。

救急現場での実務は、概ね次のような流れである。

- ① 救急救命センター初療部門における定位置は、初療室に隣接する前室である。ここに電子カルテ端末を設置している。
- ② 初療室には医師や看護師、必要に応じ臨床工学

技士や薬剤師が出入りする。

- ③ 患者が到着すると、医師事務作業補助者は、電子カルテシステムに、患者受け入れ日時、担当した医師・看護師等を記録する。
- ④ 予め「救急セット」のような検査オーダーを電子カルテシステムに登録しておき、医師の指示で医師事務作業補助者が代行入力を行う。
- ⑤ 薬剤については、事後に代行入力を行う。
- ⑥ 患者に署名をもらうべき書類については、その準備を代行するとともに、患者への説明も行う。

なお、代行入力には患者 ID を特定することが必要だが、救急部門では患者を特定できていない場合も多い。この場合、持ち物から患者を特定し、新たに患者登録するなど事務作業が非常に多くなる。この ID 入力は非常に重要で、例えば心電図モニター等の機器も ID を入力しないと医師は患者の状態を参照できない。こうした細かい間接的な業務は、従来は看護師に支援してもらうことも多かったのですが、医師事務作業補助者の介入により看護師が直接的な業務に回ることができて救急医療が円滑になった。

ちなみに文書を作成して家族に説明する業務も、定型的なものであれば、医師事務作業補助者が活躍している。もちろん家族が取り乱しているなど対応が難しい場合も多いので、こうした場合は看護師に担当してもらっている。

救急部門の医師事務作業補助者には、やはり発生している事象に迅速に対応するスピード感が必要だと考える。他方自らが焦ってしまっただけでは業務に支障を期さすので、その意味では適性もあると考える。

また、自分たちがやっていることを周囲に理解してもらうことも極めて重要と考えている。そのため、医療安全ポスターや「かわら版」を作り、院内で共有するようにしている。

高度救命救急センター 医師事務作業補助者の
チーム医療への貢献と医療安全への奇与
 高度救命救急センター
 医師事務作業補助者 小出 梨紗、 稲 祐希

『高度救命救急センターにおける
医師事務作業補助者を活用した医療安全対策と効果検証』
 2017年10月 救急医学講座 井上弘行

背景～2016年10月～
 高度救命救急センターにおいて
 医師事務作業補助者（以下、医師事務）の
 業務内容を抜本的に見直し、
 医師の負担軽減に寄与した。
 さらなる医師の負担軽減、
 チーム医療の一員として次のステップへ！



搬入時、医師アシスト

医師によるIC（インフォームド・コンセント）の同席による記録
 高度救命救急センターのみ

- ◆多職種との情報共有に貢献
 - ①担当看護師が自身の記録と共に医師事務の記録も確認し、IC内容の共有
 - ②患者・患者家族の受け止め状況を共有
- ◆「医師×患者（家族）だけ」ではない環境整備に尽力
 - ①多職種が同席することで、患者・患者家族の安心に繋がる
 - ②IC中に生じた診療以外の質問（文書、手続き等）をその場で解消可能。円滑かつ充実したICへ
 - ③IC内容を患者・患者家族と共に受け止め、寄り添った対応も可能



- ◆医療安全面での配慮
 - ①トラブル、インシデントの防止効果
 - ②社会的事故発生時において証人の確保可能
 - ③憶数の記録（医師、看護師、医師事務）が存在することで、信憑性も保たれる

患者・患者家族のため
 医師はICに専念できる
 看護師は患者にさらに寄り添える
 医師事務はその懸け橋となる

退院サマリー代行作成 372件の代行(2017年11月～2018年10月現在)

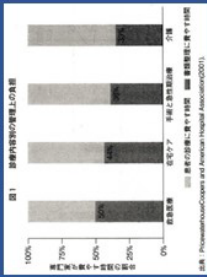
- ◆カルテ開示にも耐えうる記録の作成支援
 - ①標準様式を活用、各種症例登録にも対応
 - ②診療の正当性の証明、透明性の確保
- ◆災害対応時の貢献（図）
 対応が落ち着いた後に大量の退院サマリー発生
 →医師が早期に通常業務に専念できるよう尽力
- ◆医師アンケートにおいて高い有用性
 - ①医師の業務時間短縮・負担軽減へ寄与
 - ②退院サマリートの記載内容の質が向上
 - ③高度救命救急センターの全医師が医師事務による代行作成の継続を希望



→ 早期の通常業務再開へ

【医師の事務業務がどんどん増加している】

- ◆医師の事務作業の負担は大きい
 →救急医療では業務時間の50%が事務業務（図1）
- ◆医師が最も負担に感じているのが事務業務
 →「書類記載」50.8%（中医協 検-5-2.27.10.23）
- ◆医師の残業増加と疲労によるリスク
 →救急科183.5時間（うち残業25.1時間）でトップ（中医協 検-1.24.6.27）



医師が臨床（初療、診療、手術、IC等）に専念することで医療安全上かつ経営上のメリット

【時代の流れ～当センターでの取り組み～】

厚労省は医師事務加算制度を開始
 当院は2012年から各病棟と一部外来へ配置

診断書	文書作成	カルテ記載	サマリー
診療補助	オーダー	業務事業	データ整理

当センターで2016年に医師事務作業補助者（以下、医師事務）の業務を大幅に見直し医師の負担軽減という本来業務に大改革



【とても良い効果が！～一部のみ抜粋～】

- ①診断書各種代行作成、提出日数10.3日→3.5日 **患者満足度向上**
- ②手紙の返書作成率42%→100% **他院と連携強化**
- ③インシデント防止効果→同意書等の文書の不備を発見し修正 **医療安全対策**
 カンパで議事録を担当し業務の円滑としを防止 **医療安全対策**
- ④初療サポートにより医師は診療に専念でき患者へ大きなメリット **患者予後改善**
- ⑤医師へのアンケート調査 **「負担軽減されたか？」「はい」=100%**
「医療安全に寄与していると思うか？」「はい」=100% **医師の負担軽減**
「医療安全対策」

【院内全体では多くの課題がある】

業務内容が本来業務ではない（病棟の庶務業務や看護助手業務）、立位置が曖昧、任期限定
 →医師事務のモチベーションが保てない、優秀な人材の流出が止まらない
 →医師事務が替わることにより現場での混乱や再教育の負担が大きい、逆に負担が増える
 →医師の負担軽減・医療安全の効果・経営上のメリットが得られない

【病院として医師事務を活用するために…】

- ★業務内容の適正化と周知、名称変更（ドクターズクラーク等）→モチベーション確保
- ★教育体制確立、キャリアパス作成とルート構築、正職員登用 →優秀な人材の確保
- ★医師事務チーム体制による横の連携、リーダー医師事務、管理部門に業務者配置 →チーム連携

医師事務作業補助者が「多職種カンファレンス」で果たすべき役割と効果

高度救命救急センター 医師事務作業補助者
小出 梨紗、庄内 瑠唯

医師事務作業補助者とは、(以下、医師事務)

医師の指示のもと
医師の事務業務の負担を軽減させる任務

医師事務がチームの一員として協働し、
自主性をもって業務を遂行していく

チーム医療のなかで、さらなる貢献ができる！

平日の朝「多職種カンファレンス」(カルテ回診+ベッドサイド回診の2部構成)



①カルテ回診

②ベッドサイド回診

参加者

医師、看護師、薬剤師、理学療法士、臨床工学技士、医師事務

医師事務は「カンファレンスの記録」

2部構成

- ①カルテ回診
カルテを供覧して方針検討
- ②ベッドサイド回診
モニターや身体所見を供覧し方針決定

「単なる記録係」ではありません。医師事務としての役割も同時に担います。

I. 不備業務のチェック

- ・同意書の取得不備はないか
- ・カルテに誤りはないか(誤「急変時DNAR」正「心停止時DNAR」など)
- ・他科コンサルテーションの不足はないか(「精神科急性期医師配置加算」など)
- ・見落としされている業務はないか

II. 他職種へ補足説明 (医師事務に発言権があります！)

- ・患者、家族の受け止め状況 (医師事務はICに立ち会って記録を担当しているため把握)
- ・IC実施日、手師日などを把握し、カンファで情報提供し診療をスムーズにしている



医師事務は独自に患者情報リストを作成し、毎日更新して医師事務内で共有。常に情報収集しているため、カンファ上でチーム内の共有情報が不足していることに気づき、医師事務が橋渡し役となることで解決できた事例がこれまで多数あり。

医師事務作業補助者の主な業務

診療補助 ・初療時の問診補助 ・オーダー代行 ・同意書説明補助	記録代行 ・IC立ち会い・記録 ・カンファ記録 ・回診代行・記録	文書作成代行 ・入院診療計画書 ・診療情報提供書 ・同意書 ・退院リマリー ・電簿登録	研究補助 ・医師登録 ・NCD ・RED Cap ・研究倫理システ ・データ管理
---	--	---	--

勤務形態：土日を含めた日勤勤務

チーム医療と医療安全

医師事務作業補助者 小出 梨紗、館 祐希、石田 真吾
監修：高度救命救急センター 井上 弘行

医師事務作業補助者 (以下、DC: Doctor clerk)

DCの役割は、「医師の事務業務の負担を軽減させること」

市中病院では2008年より、大学病院では2016年より「医師事務作業補助体制加算」の算定開始
→高度救命救急センター (以下、当センター) では独自に業務内容を洗練、院内外への発信活動

当センターでの2017年～2019年における活動 (学術集会発表、医療安全大賞発表、論文発表)
2017年：高度救命救急センターにおける医師事務作業補助者業務「改革」の効果検証～大学病院の特性を踏まえて～

2017年：高度救命救急センターにおける医師事務作業補助者を活用した医療安全対策と効果検証

2018年：医師事務作業補助者の退院時要約代行作成による医師の負担軽減効果

2018年：高度救命救急センター医師事務作業補助者のチーム医療への貢献と医療安全への高与

2019年：医師事務作業補助者がチーム医療のなかで果たすべき役割

2019年：救命救急センターにおける医師事務作業補助者の活用と効果

当センターにおける

医師事務作業補助者の主な業務

※勤務形態：2名、日曜以外の日勤勤務

診療補助 ・初療時の問診補助 ・オーダー代行 ・同意書説明補助	記録代行 ・IC立ち会い・記録 ・乳がんカンファ記録 ・回診代行・記録	文書作成代行 ・入院診療計画書 ・診療情報提供書 ・同意書 ・退院リマリー ・電簿登録
---	---	---

既存の医療チームの中に

DCがどのようなポジションで協働できるか？

・どのようなコンセンサスで組み込むことができるか？

→事例を通して得られた役割の共通項は「情報調整」

医療チームの中で情報の流れの中心に立ち

アンテナを張り、立ち振る舞う重要な役割を担える

DCが機能することによって得られる効果

・インシデント防止し、医療安全に寄与

・患者サービスと医療の質が向上

・チーム全体の業務が効率化

多職種の一員として、DC自身の努力も必要

日々のスタッフ間のコミュニケーションがあれば、

医療者全員が医療安全に十分に寄与できる

DC自身も医療チームの一員として協働できる

事例①

感染症罹患情報

70歳代女性 意識障害
・初療時の問診補助にて、家族からお薬手帳を預かった際
定期薬以外に、風邪薬+解熱剤 (カロナール) 処方を見
・インフルエンザ流行時期
診断されていなかったか家族に確認→インフルエンザが判明
・もしやと思い、家族もインフルエンザではないか確認
→インフルエンザだった (マスク着用なし、事前申告なし)
・直ちに医師に報告し、感染対策開始・面会制限となった

事例②

危険行動情報

60歳代女性 自殺企図
・入院中、精神的に不安定な状態が観察
→多職種カンファレンスでの情報共有・記録
・家族にて「自分の首を絞めるような仕草がある」と情報
→医師の把握なく、記録代行し漏ら
・夜間、患者がタオルを首に巻きこむ→自殺を遂げた
→看護部が早急対応、事故を防いだ

事例③

記録ミス情報

70歳代男性 胸部大動脈瘤破裂
・文書代行作成時、他科カルテ「左動脈」と記録あり
→医師確認したところ、当科の誤記であることが判明
・ただちに記録 (カルテ記録、退院リマリー等) 全て訂正
・数日後の平日日中、患者急変、スタッフコントロール発動
→多部署職員がカルテ確認、誤記防止した

「医師事務支援専門員の『全体総括』って何をしているの？」

① 新人教育、② 診断書指導、③ 臨時業務への対応で、横断的な介入をしています
作成担当：医師事務支援専門員

医師事務支援専門員（グループリーダー）とは？

医師の事務業務の負担軽減のために「医師事務支援専門員（以下、医師事務）」が存在（右図）
当院では2018年に現場で働く医師事務のほかから「医師事務支援専門員」を5名選出し、グループリーダーとして活動しています。2020年3月には7名となり、またうち1名は、グループ横断的に対応を行う「総括」という役割で活動しています

総括業務① 新人教育（7月～歯科口腔外科、形成外科）

- ・ マニュアル確認。診療科医長・師長、グループリーダー、総括、医事経営課で業務確認・精査
- ・ 新規に配置された医師事務と一緒に、前任者より引き継ぎ
- ・ 前任者退職後も一緒に業務に従事（総括も一時的にその科の医師事務として勤務）
- ・ 3週間を目処に介入を終了し、以降はグループリーダーがフォロー

総括業務② 診断書指導

- ・ 診療科、医師事務からの依頼や医事経営課からの指示により、診断書などの文書作成に介入
- ・ 文書の書き方のコツを伝授
- ・ 分からないところは一緒に悩んで作成し、現場の医師事務が仕事をしやすい環境づくりを構築

総括業務③ 臨時業務への対応（専門員ミーティング、現場の意見等を踏まえ介入）

4月14日～7月上旬：5階病棟（コロナ軽症～中等症患者入院）の医師事務として勤務

5階病棟は、輪番医師、看護師のみで、医師事務がない（活用方法を知らない）

- ・ 現場の事務業務が疎かになる危険性大！
- ・ 医師事務として協働できることはないか？

医師、医事経営課、感染制御部、関係部署へ相談し、介入（実施した医師事務業務は右）

この他にも相談があれば、適宜、横断的な介入をしています

医師事務支援専門員（グループリーダー）の主な業務

診療補助	記録代行	文書作成代行	研究補助
<ul style="list-style-type: none"> ・ 初回問診補助 ・ オーター代行 ・ 同意書説明補助 	<ul style="list-style-type: none"> ・ IC立会・記録 ・ カンファ記録 ・ 回診明行・記録 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院診療計画書 ・ 診療情報提供書 ・ 同意書 ・ 診断書 ・ 退院サマリー 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 症例登録 ・ NCD ・ NDI ・ RED-CIP ・ 研修心臓カテストリ ・ 研修心臓カテストリ ・ データ集計

医師事務に衝撃を受けた医師が「異動先でも医師事務を雇った」とのこと。嬉しい報告でした

「現場介入して一緒に悩むこと」
総括のモットーです

COVID-19 新設病棟における医師事務支援専門員による業務介入の提案と診療科横断的対応

COVID-19 病棟対応 医師事務支援専門員 平河 博奈、佐藤 史晴、小出 梨紗
呼吸器科、アレルギー内科 植田 みつ子

2020年3月、COVID-19患者対応開始
高度救命救急センター（第5棟、中央3階）
新設病棟

患者	重症者	軽症～中等症者
医師	高度救命救急センター	①感染制御部 ②呼吸器内科 ③診療科
看護師	在籍	不在
クラーク	在籍	不在

医師事務支援専門員（クラーク）

＝医師の事務業務を代行する職種

- ・ 本来業務が分からない
- ・ 所管がどこか分からない
- ・ そもそも、招集する人員のかが分からない

結果

医師は通常診療を行う傍ら、COVID-19対応負担は倍増し、事務作業は二の次となった

先行確立したクラーク業務を診療科横断的に新設病棟へ移植できないか？ 介入提言と実施へ

I. 新設病棟用のクラーク業務を提示（図1）

- ・ 基本はリモート、業務時間は1時間前後
- ・ 対応クラークに土日勤務者がいたため、全ての曜日対応が可能

II. 対応クラーク間で患者リストを独自作成

- ・ 患者情報や注意事項の共有
- ・ 使用薬剤とそれに伴う同意書取得の有無のチェック
- ・ 診療情報提供書（紹介状御返事・逆紹介等）の作成状況チェック

III. 取得同意書を対応クラーク間でもチェック（図2）

- ・ 取得済みの同意書があれば患者指示版でアラート
- ・ 医師が対応同意書の際は、クラークが同意書を代行作成

新設病棟でのクラーク代行結果

◆ 診断書：160件

→ 呼吸器内科の特定医師のみ代行

→ 今後はクラーク代行範囲拡大と診断書窓口の一本化を目指す

◆ 診療情報提供書：62件/全121件中

→ 半数はクラークが代行

→ 逆紹介を推進し、かかりつけ医のフォロー体制を構築した

◆ 退院サマリー：385件/全626件中

→ 入院時点でクラークがサマリー代行記載

→ 医師によって1件あたり作成所要時間は10～20分短縮された

図1 COVID-19病棟クラーク業務

基本はリモート、必要に応じて直接訪問

業務	担当部署
入院申込オーダー	呼吸器内科
入院診療計画書の作成	呼吸器内科
入院時サマリー立ち上げ・記録	呼吸器内科
退院サマリーの作成（帰院上、帰院前まで）	呼吸器内科
患者リスト管理（同意書取得の取崩し、実施状況の確認）	呼吸器内科
診断書の作成（病歴録、生命保険、帰院手帳、労務化）	呼吸器内科
診療情報提供書の作成	呼吸器内科
同意書や患者情報などカルテスキャン	呼吸器内科
関係部署FAX（他院・保健所・厚労省）	呼吸器内科
来院できない患者家族へ同意書類の郵送	呼吸器内科
（コスト関係は、医事課依頼のルート構築）	呼吸器内科

図2 取得同意書に関して対応クラークには以下の注意事項を周知

業務	担当部署
入院申込オーダー	呼吸器内科
入院診療計画書の作成	呼吸器内科
入院時サマリー立ち上げ・記録	呼吸器内科
退院サマリーの作成（帰院上、帰院前まで）	呼吸器内科
患者リスト管理（同意書取得の取崩し、実施状況の確認）	呼吸器内科
診断書の作成（病歴録、生命保険、帰院手帳、労務化）	呼吸器内科
診療情報提供書の作成	呼吸器内科
同意書や患者情報などカルテスキャン	呼吸器内科
関係部署FAX（他院・保健所・厚労省）	呼吸器内科
来院できない患者家族へ同意書類の郵送	呼吸器内科
（コスト関係は、医事課依頼のルート構築）	呼吸器内科

医療安全

クラークがチーム内の認識違いに気付いてインシデントを防いだ事例

- ① 使用薬剤とは違う薬剤の同意書を取得している
「アピガン」と「アケラム」を誤認し同意書取得 → 掲示板アラートし患者へ説明のうえ再取得
- ② 担当医変更と薬剤開始のタイミングでの行き違い等で、そもそも同意書取得をしていない
→ クラークがチェック機能の一つとなり、取得漏れのないよう掲示板アラート
- ③ キーバーソン問題、身寄りなし患者が重症化傾向の場合、事前意思確認をお願い
患者自身の代理意思決定者の解釈違いがあれば誤解がないよう説明をお願い
親族ではなく知人や同僚を指名する患者も → 誤解がないよう再確認を依頼
- ④ 医療者の「心停止時DNAR」の解釈間違い
「急変時DNAR」という文言は不適切かつ心停止時DNARは治療拒絶ではない
「急変時DNAR」という文言は不適切かつ心停止時DNARは治療拒絶ではない

1. 特定行為研修修了看護師とのタスク・シフト／シェア

当院では、特定行為研修修了看護師にも活躍してもらっている。そこで重要なのは病態の理解や臨床推論であり、ガイドラインを読み込んでいることも不可欠だ。そこで診断に意見を述べられるスキルが先あって、侵襲行為は後からついてくるものではないか。一般の看護師にできない行為を実施できるという優位性よりは、プライマリケアの中で何ができるかが重要だ。麻酔、透析、手術管理等の急性期は必ずしも特定行為研修修了看護師でなくてもよい場面が多い。しかしコロナの対応や、多死時代での看取りなどは特定行為研修修了看護師の得意な分野ではないだろうか。

特定行為研修修了看護師は、経験3年未満の医師に匹敵するスキルがあると思っているのでぜひ適材適所で活躍して欲しい。

2. 医師事務作業補助者とのタスク・シフト／シェア

長崎県には、地域医療情報連携ネットワークの「あじさいネットワーク」があり、オンライン診療システム”YaDoc”とも接続されている。医師事務作業補助者に業務を委譲する前に、まずはICTを用いた役割分担を考えてみる必要があると考える。

オンライン診療を用いた診療記録の記載には、定型文を用いて省力化するという方法がある。また、問診そのものも「AI問診」の研究開発も進んでいるので、こうした技術も活用できるだろう。さらにはApple Watchなどのスマートウォッチで心電図などのデータを取れるようになったので、これらもAI問診に結びつけていくことができるだろう。その上でこれらのシステムを用いたカルテ記載を医師事務作業補助者が支援するという形ならば、効率のよい役割分担ができるのではないかと考えている。

令和3年9月30日付け通知で示された「職種にかかわらずタスク・シフト／シェアを進めることが可能な業務」に掲げられた業務については、各種書類の作成、日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領、入院時のオリエンテーションについては特段問題ないと考えている。他方、診療録等の代行入力やいわゆる「予診」についてはまだ課題が多いと考えている。データ分析もまだ難しい面が多そうだが、例えば「昨年1年間のHbA1cの推移を集計して欲しい」と頼んで処理するようなことはできるのではないかと考えている。

当院の医師事務作業補助者は、十数人いる。そこで全診療科のローテーションを行うことが重要だと考えている。これは配置初期に説明しておかないと、本人も医師も納得しにくくなるので最初が肝心だ。様々な人材がいる中で、高度な医師事務作業補助者になりたいと考える人は1～2割程度と限られる。だから高度なスキルを持つ人を教育し、その能力を認証する仕組みはあっていいかもしれない。今の外来は看護師でなければ難しい業務は、注射の管理や処置など一部だけである。その人件費を充てることで質の高い医師事務作業補助者を配置すれば、外来診療の質が上がる。単に負担を軽減するというのではなく、こうして診療の質を上げる視点が重要ではないかと考えている。

3. 地域住民とのタスク・シフト／シェア

当院では、上記通知の業務のうち「院内での患者移送・誘導」は、地域住民とタスク・シフト／シェアできると考えている。有償のシルバーボランティアには男性向けの力仕事が多かったが、女性ができる業務も病院にはたくさんある。そこで地域住民にも病院業務に参画してもらうことが、地域医療を維持していく上でも重要だと考えている。

別添4 代行入力及び説明文書の作成に際して不安を感じる場面

代行入力の場面	説明文書作成の場面
<ul style="list-style-type: none"> ● 看護師などからの伝言に基づくオーダー入力依頼に断ると嫌な顔をされることがある。伝言でのオーダー入力は基本できないことを医師、看護師に知ってほしい。 ● 医療知識が十分でないと理解できない内容があり入力できない場面もある。 ● <u>医師から直接の指示でなく医師→看護師→クラークでオーダー指示があった場合、本当に正しいのかと不安を感じる。</u> ● 問診の際の部位、診察時でのドクターによるXPオーダーの部位の間違いがあった、患者様の部位確認できず DR の指示のみを効いてしまったことが要因となったことがありました。 ● 問診しカルテ記載しているが、患者が診察の時に問診とは違う内容を医師へ伝え、医師がカルテを訂正している時。 ● 医師から電話で指示があり、オーダー代行したが、医師が指示したことを忘れていたとき。 ● 処方オーダー代行時、薬剤があっているか、日数があっているか不安になることがある。 ● 病名登録時、聞き慣れない病名だと不安になり、再度医師へ確認した。 ● 予防接種のオーダーの際、1回で4本～5本打つことがあるので、薬剤名や量、接種部位、接種回数などのまちがいがいかに不安になる。 ● 双子や三つ子の診察の際、名前があっているか不安。(一度に診察室に入ってくるため) ● 前回と同様でとの指示を受け do 処方ではしたが、残りという事で削除した薬を処方せずにしばらく出していたことがあった。患者さんからの声かけで改めて処方しなおした事がある。 ● 医師から看護師へ処方オーダー依頼し、看護師から医師事務へ伝言し、再確認のため医師へ話しかけるが、「忙しい」と言われ処方できずにいた。あいまいで処方を出すことになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族がおらず本人のみの IC、同意署名の際、本人より字が書けない(骨折等)ため代筆を頼まれることがある。医師事務で代筆するがそれが問題ないのか不安になる。 ● 造影剤を使用する検査などの副作用の説明や検査前のお薬の中止説明など不安に感じていた。 ● <u>輸血が必要になった理由は DR が先に伝えているのでそのような理由でしますので、同意書にサインをお願いします。とは伝えることができませんがその他の理由(副作用)など聞かれた際に対応することができない。</u> ● 検査で同意書を記入してもらおうが説明を医師からもらってない合併症の場合がある。 ● 入院時の説明は、手術前後の持ち物や状態があり、個室等に入る ICUに入る等あるので NS や入院後がしてほしい。 ● 患者様の同意書取得の際に術式や手術時間、術後のフォローなど、診察室で DR にて説明を受けているが再度問いかけあり。別件で席を外していたりして指示を聴けず患者様の質問に対して DR との説明との不一致があり指摘を受け不安を与えてしまった。 ● <u>癌の病名、口にだすことがある。</u> ● <u>患者様が事前に聞いていた入院期間と計画書の記載内容が異なることがある。</u> ● 入院診療計画書の内容で質問されるようなことがあった。 ● 署名を取得する際に患者から詳しく聞いていないと言われたことがある。 ● 署名を取得する際に希望していたベッドではないと言われたことがある。 ● 検査前の絶飲食の時間や中止薬の説明、確認があっているか不安になった。 ● 手術の内容に関する細かい質問をされた時、不安を感じた。(患者から) ● 入院診療計画書作成後の主治医変更・病名変更。

※下線部は、医師事務作業補助者としての経験3年未満の回答者からの記述