

厚生労働科学研究費補助金

(政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業))

新しいチーム医療における医療・介護従事者の
適切な役割分担についての研究
(タスクシフト班)

令和年3度 総括・分担研究報告書

研究代表者 今村 知明
(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)

令和4(2022)年3月

新しいチーム医療における医療・介護従事者の適切な役割分担についての研究

研究代表者 今村 知明 (奈良県立医科大学 教授)
研究分担者 小野 孝二 (東京医療保健大学 教授)
秋山 智弥 (名古屋大学 教授)
内藤 祐介 (奈良県立医科大学 講師)
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)
志満 直実 (奈良県立医科大学)

研究要旨

働き方改革実行計画においては、2020年から一般労働者に対して労働時間規制が順次施行された。医師については、時間外労働規制の対象とするが、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、改正法施行後5年を目途に規制を適用することとされた。

こうした状況の中で令和3年度は、先進事例の収集と検証研修に足して、医師事務作業補助者と医師との線分業から多職種間での面分業への展開、救急外来における看護師への包括的指示、米国における医師と看護師・介護士の連携実態について調査を行った。具体的には、周術期において臨床工学技士へのタスク・シフト/シェアを行った場合の医療安全の変化、介護施設における看護師と介護士の役割分担の実態、看護師や診療放射線技師等へのタスク・シフト/シェアの実態について聞き取り調査を行った。

臨床工学技士が麻酔管理に関与することで医療安全が向上していることが確認できた。また在宅医療・介護分野においても医師と看護職の連携がとれ、それを支えるように看護職から介護職へのタスク・シフト/シェアの実施と、両者間の情報共有も委託医の訪問時間を短縮し、救急搬送の回数の削減が確認できた。救急搬送の削減は救急救命医の時短につながると考えられる。また、看護師や診療放射線技師等の分野においても、厚生労働省が「特に推進する」と掲げたタスク・シフト/シェアが具体的に医療現場で実践され、また医師の労働時間短縮に貢献していることが確認できた。さらに、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」が推進されることが明らかになった。加えて、文献調査により、米国における介護施設入居者への医師の診療の状況や、外来においては医師以外の職種に委任することによるケアの質の向上が確認できた。

本研究結果から、厚生労働省がタスク・シフト/シェアを「特に推進する」と定めた業務については、医師の労働時間短縮に有効であるとともに、具体的な項目と手順を明確にすることで、さらに多くの医療機関が取り組みやすくなると考えられた。また、タスク・シフト/シェアは医師の負担軽減だけでなく、多職種が関わることで医療安全やタスク・シフト/シェアを受ける側の負担軽減にも寄与する可能性が示唆された。介護施設においても、医師と看護師、介護士の連携が、利用者の急変における対応の適切な準備と密接に関係しており、重要であるとともに、無駄な救急搬送も抑制されていることが明らかになった。

今後は「現行制度の下で実施可能な業務」のうち、タスク・シフト/シェアを特に推進すると定められた業務を中心に、医療機関勤務環境評価センターが医療機関の取組みを評価し、具体的な指導や支援を行っていくことが有用と考えられた。

とを目的とした研究も行った。

A. 研究目的

働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律（平成30年法律第71号）により、全労働者に時間外労働等の上限規制を行うこととなった。医師については、その適用を5年間猶予されることとなった。医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえ、「医師の働き方改革に関する検討会」において規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討され、2019年3月に報告書としてまとめられた。

こうした状況下で一昨年度は「医師の時間外労働を削減するための他の医療職へのタスク・シフト/シェアではどのような業務が実現可能な業務と成り得るのか。さらにその業務がどの程度の時間短縮効果があるのか。」を調査し、調査結果は「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」（以下、検討会）においても基礎資料として活用された。

令和3年度は、検証研究としては周術期分野における臨床工学技士へのタスク・シフト/シェアについて、労働時間削減の観点からさらに進めて、医療安全の向上効果確認を目的とした研究を行った。

また、看護師と介護職の関わりとタスク・シフト/シェアの実態を明らかにすることを目的とする新たな調査を行った。

その他の職種について、昨年度事例提供のあった病院に対し書面調査だけでは把握しえない取組みや課題を把握するために、聞き取り調査を行った。

医師事務作業補助者の領域については、従来から医師との線分業から、一歩進んだ多職種による面分業の可能性、有効性を確認した。

看護師の分野については、救急外来における医師の包括的指示を全国に横展開する要因を明らかにするため、包括的指示のプロトコルを使って組織的な業務改善に向けた取組みについて研究を行った。

米国における高齢者のケア全般に関わる医師、看護師、介護士の連携や業務分担について知ることと、それによって日本の在宅医療における医師の労働負荷の縮小や時間の短縮に何らかの知見を得るこ

B. 研究方法

1. 臨床工学技士麻酔アシスタントの医療安全に関する有効性

臨床工学技士麻酔アシスタント（Clinical Engineer Anesthesia Assistant; CEAA）が麻酔科医とともに担当した症例について、インシデントにつながる可能性のある事象をCEAAが担当者の中ではじめに認知し、麻酔科医に対応を促した内容をデータシートに記載した。

2. 特別養護老人ホームにおける看護師と介護士の適切な役割についての実態調査（視察）

大分県内の2施設の特別養護老人ホームの経営者及び介護職に対面式のヒアリングを実施した。

3. 国内でのタスク・シフト/シェアの先進的取り組み

前年度に事例収集（書面調査）するにあたり、各職能団体から対象病院の推薦を得た。今年度は、前年度の調査協力病院に対し、調査回答の内容に基づいて、タスク・シフト/シェア業務について聞き取り調査を行った。5職種・9病院の聞き取りに加え、シンポジウム参加も行った。

4. 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～

3病院の管理者等に対し、タスク・シフト/シェア業務を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聞き取りを行った。また、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、5病院で、医師事務作業補助者へのアンケート調査を行った。

5. 看護師の専門性のさらなる発揮に向けた救急外来における包括的指示を活用した医師と看護師の間でのタスク・シフト/シェアの取り組み

「救急外来における医師の事前の指示や事前に

取り決めたプロトコルに基づく採血・検査の実施」に取り組んでいる3施設を対象とし、看護管理者に半構造化インタビューを行った。

6. 米国の介護施設や在宅での高齢者医療における医師と看護師・介護士との連携について

PubMedによる検索と米国のカリフォルニア州看護協会、会長 Garrett Chan, Ph.D. から論文紹介を受けた。文献調査を行った。

C. 研究結果

1. 臨床工学技士麻酔アシスタントの医療安全に関する有効性

全5日中、麻酔科症例は合計121例、そのうち、CEAAが担当した症例は71例(58.7%)であった。手術中に輸液の更新がCEAAからの指摘内容としては最も多く、次いで循環に関する指摘、抗生剤投与のタイミングであった。また症例の担当麻酔科責任者が後期研修医以下の症例においては2.7回/症例のアラートがあったのに対し、専門医以上の場合は1.1回/症例と低下していた。

2. 特別養護老人ホームにおける看護師と介護士の適切な役割についての実態調査(視察)

委託している非常勤医師(委託医師)により適切な医療が施され、看取りを施設で確実にすることと、骨折などの治療によって治る病以外は救急搬送を基本的にはしないという規律ができており、それを委託医師と看護師との密な連携体制で支えていることが明らかになった。

また、この連携ができるためには、介護職による利用者に関する詳細な看護師への報告システムが機能していることが必要とのことであった。機能していない養護老人ホームでは、慌てて救急搬送することが多いと聞いていると両施設の従業員から指摘された。課題として、看護師はおむつ交換を積極的に行わないなど、看護職と介護職との間で協働体制に検討の余地はあった。介護職に関しては、外国人技能実習制度に基づいて雇用している外国人は真面目に勤務することから、経営者等の評価は高かった。しかし、最長5年しか在日できないことは課

題の一つであるということであった。

3. 国内でのタスク・シフト/シェアの先進的取り組み

厚生労働省が特にタスク・シフト/シェアを推進するとして44業務のうち9業務、その他の現行制度上実施可能な業務のうち2業務について、医師の時短の状況や今後の課題の聞き取りを実施した。

法改正が行われることにより、技術的にはさらなるタスク・シフト/シェアが可能であるという現場の声がある一方で、医師の労働時間短縮につながることは理解しながらも、専門性を必要としない業務をこれ以上受け入れる余力はないといった現場の実態も確認することができた。また、診療報酬請求上、求められている医師による説明については、行政上の調整が未だ必要なのではないかという意見もあった。

4. 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～

タスク・シフト/シェアにおける面分業については、医師事務作業補助者を対象とした。

病院管理者に対する聞き取りでは、共通して、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。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、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。
- 職種の分け隔てなく、モチベーションを上げるための取り組みをする一方、職種一律ではなく熱意や能力に応じた教育を進めている。

医師事務作業補助者に対するアンケート調査については以下の通りであった。

「ハイリスク薬の代行入力」は、代行しないとの回答が7割強であった。

「代行入力を妥当と考える範囲」は、外来オーダ

ーについて、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。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。

「説明文書の作成を妥当と考える範囲」は、入院診療計画書は肯定的意見が過半数を占めた。手術等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。

「承認・確定操作までの適切な期間」は代行入力する記録種や業務種ごとの差異は特にみられなかった。

「代行入力や患者説明において不安な点」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、患者への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。

5. 看護師の専門性のさらなる発揮に向けた救急外来における包括的指示を活用した医師と看護師の間でのタスク・シフト/シェアの取り組み

救急外来における医師の事前の指示やプロトコールに基づく採血・検査の実施に取り組んでいる3病院にインタビューを行った。それによって、プロトコールの概要と、「プロトコールの作成及び活用に向けた組織の取り組み」「包括的指示の活用による効果・影響」「タスク・シフト/シェアに取り組む上での工夫や成功要因等」「今後の展望」が明らかになった。

6. 米国の介護施設や在宅での高齢者医療における医師と看護師・介護士との連携について

米国の高齢者施設で提供される看護や介護はそのレベルによりさまざまである。高度看護施設(skilled nursing facility: SNF)は、連邦規則集により、医師は入居から30日以内に患者を包括的に診察し、SNFへの入居が適切であるかどうか見極め

る必要があり、この診察は看護師や医師助手(Physician Assistant: PA)に委任することはできない。その後の定期的な診察は、委任することができる。これに対して、介護施設(nursing home)も診察は必要であるが、PA、ナース・プラクティショナー(NP)、専門看護師(certified nurse specialist)に委任することができる。米国で看護や介護に携わる専門家は、受けた教育により異なった資格を持つ。高齢者の看護・介護において、医師は看護師だけでなく、さまざまな専門家と連携し、彼らが監督・承認をする必要があり、また看護師同士でも法律で定められた範囲内の業務の委託を行っている。高齢者の外来患者における転倒、失禁、認知症のケアにおいては、医師が医師以外の医療提供者に委任をした方が、ケアの質が高いという報告もあるが、州により法で定められた看護師の業務範囲や、医師が看護師や医師助手に委任できる業務に違いがあるため、科学的根拠に基づいた教育や適性試験、業務委任のガイドラインの、連邦政府レベルでの作成が待たれている。

D. 考察

1. 臨床工学技士麻酔アシスタントの医療安全に関する有効性

連続5日間の調査期間において、合計116件のアラートが存在し、1症例あたり1.6件と比較的高頻度でアラートが発出されており、CEAAは当院の現行システムにおいて医療安全を向上させていると考えられた。CEAAがない場合、これらの業務は一人の麻酔科医により遂行されるが、マルチタスクは認知制御能力の低下、パフォーマンスの低下を引き起こし、エラーの回数を増加させるため、本来であれば複数人でこれらの業務を負担することが重要である。また、本研究ではアラートの回数は、麻酔経験年数によって有意に差があることが判明したことから、専門医以上の麻酔科医師は自己完結する能力が涵養されており、アラートの回数が減少すると思われる。若手の麻酔科医についてはCEAAがあらかじめアラートを発することで、担当する症例の医療安全が向上していることは事実であるが、自らが気づく機会を同時に喪失している可能性につ

いてはさらに検証が必要である。

2. 医師の時短に対する看護師と介護士の適切な役割についての実態調査（視察）

今年度は九州地方の2つの特別養護老人ホームを訪問した。①利用者の変化を適切に報告しあうこと、②委託医師の指示を適切に受けられる看護師がいること、また③看護師に利用者の様子を的確に報告できる介護職がいることの3点が機能することで、非常勤の委託医師の限定的な時間数でも利用者の医療を適切に施せ、利用者の急変対応の訪問診療ができていた。これらの連携によって委託医及び救急搬送の回数が削減でき、委託医、救急救命士及び救急医の時間の節減になっていた。

非常勤医師の委託、看護職及び介護職の人材不足はあまり問題にはなっていなかった。特に介護職に関しては、外国人雇用を行うことで人材不足を補っていた。この研修で入っている人材が5年しか在日できないことには、延長を望む声が聞かれた。

3. 国内でのタスク・シフト/シェアの先進的取り組み

各職種における業務について、現行制度や法律の下、原則として医師の指示のもと効率的にタスク・シフト/シェアが進められていた。また、医師からはそのほとんどで時短・負担軽減効果が大きいと評価されていた。タスク・シフト/シェアを受けた各職種のモチベーションの向上も併せて確認できた。

一部であるが、タスク・シフト/シェアの範囲の拡大解釈の懸念や診療報酬算定ルールとの整合を求める現場の意見もあった。

4. 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～

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。また、将来的にもAI問診などICT技術を活用することへの期待が寄せられていた。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、この解消とともに、面分業を拡げていく上では、ICT活用も必要と考えられた。

5. 看護師の専門性のさらなる発揮に向けた救急外来における包括的指示を活用した医師と看護師の間でのタスク・シフト/シェアの取り組み

患者の待機時間の減少及び医師の業務の効率化がヒアリングを行った3施設に共通して見られた。なお、計55例の実績に対し、プロトコル活用による有害事象の発生はなかった。また取り組みに先立ち、いずれの施設においても、「患者にとっての利益」を目的としていた点が共通していた。共通する目的を明確にすることが多職種の協力・参画には重要であると考えられる。

6. 米国の介護施設や在宅での高齢者医療における医師と看護師・介護士との連携について

現在、米国では、病院や診療所以外で高齢者の診療を行う医師の数があまりにも少なく、様々な資格を持つコメディカルと介護士によって補われている分野も多いため、タスク・シフト/シェアがどの程度医師の労働時間の短縮や負荷の軽減につながっているのかは明らかではなかった。

E. 結論

本研究ではCEAAを一例として調査したところ、医療過誤に発展する可能性のある事象を早期に発見することにおいて有用であることが確認できた。

また、地方の特別養護老人ホームでは、委託医師により適切な対応（医行為）が施され、看護師への指示が出されていた。その前提として、介護職から看護師への利用者の詳細な報告をあげるシステムが整備されている必要性が明らかになった。

国内の先進的取り組み病院の聞き取り調査からは、具体的な項目と手順を明確にすることで、多くの医療機関がタスク・シフト/シェアに取り組みやすくなると考えられた。

医師事務作業補助者については、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、業務によっては代行をすることに少なからず不安を抱えていることも事実であるため、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んでいく必要性が明らかになった。

なし

医師と看護師の間でのタスク・シフト/シェアの取り組みについて、安全かつ効果的に進めるためには、院内の執行部や最高意思決定機関において「患者にとっての利益」を目指した組織の方針や考え方等の合意形成を図ることが必要と考えられた。さらに多職種の賛同・協力を得るとともに、業務実施体制や教育体制の整備を行うことで、看護師がタスク・シフト/シェアに前向きになり、モチベーションが上がるとともに、医師の業務の効率化や患者へのタイムリーかつ標準的な医療提供ができると考えられた。

米国の介護における医師の効率化については、高齢化が今後進むにつれ、病院外で医師が高齢者医療にどう関わっていくのか、また看護師や介護職等との連携や業務委任がどのように変化していくのか、今後の変化に注視したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
＜未整理＞
2. 学会発表
＜未整理＞

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

臨床工学技士麻酔アシスタントの医療安全に関する有効性

研究分担者 内藤 祐介(奈良県立医科大学 医学部 講師)

研究要旨

はじめに:当院では周術期管理の質の向上と麻酔科医の労働時間軽減の目的で臨床工学技士麻酔アシスタントを採用し 10 年以上協働している。麻酔科医の労務軽減は令和2年度の研究においてその有効性を示したものの、周術期管理の質については評価していなかった。今回、臨床工学技士が麻酔中に補助者として参画することで医療安全が向上しているかを検証する目的で研究を実施した。

方法: 連続する 5 日間において前向き観察研究を実施した。その事象を放置した場合、患者の合併症に発展する可能性がある事象の中で臨床工学技士がその手術室で最も早く検知したイベントを抽出した。また、その際の麻酔管理の責任者、麻酔管理担当者などについても同時に調査した。

結果: 当該期間中、臨床工学技士が麻酔補助として担当した症例は合計 71 症例存在した。これらの症例の中で、合計 116 件のアラートが存在した(1.6 アラート/症例)。最も多かったのは輸液の残量不足の指摘であり、それに次いで循環に関する内容が続いた。麻酔管理担当者が専門医以上の場合、それ未満の場合と比較してアラートの発生頻度が有意に低かった。

結論: 臨床工学技士麻酔アシスタントにより1症例あたり平均 1.6 回のアラートが発出されていた。臨床工学技士によるアラートは症例の問題点を早期に発見することに対して有用であると考えられる。

A. 研究目的

麻酔科医は絶対数のみを見た場合、1994 年と比較し、2018 年には約 1.9 倍となり年々増加傾向である。しかしこの統計には、主にペインクリニックに従事している医師、救急領域に従事する医師、家庭の事情などを背景にフルタイムで働けない医師も含まれており、手術を担当する麻酔科医が充足していないのが実情である。麻酔科医のマンパワー不足を受け、日本麻酔科学会は 2008 年に周術期チーム構想を発表した。周術期チーム構想は、過重労働により医療過誤が発生しやすいと思われる周術期を複数の視点で管理することにより、医療安全の質を高めると同時に麻酔科医の労働の負担を軽減するこ

とが狙いである。この麻酔科学会の基本方針に則り、奈良県立医科大学附属病院（以下、当院）においては、2010 年より臨床工学技士麻酔アシスタント（Clinical Engineer Anesthesia Assistant; CEAA）制度を確立させ、10 年以上にわたり協働している[1]。CEAA は 2021 年の医療法改正以前の法律をベースに実施可能な業務（麻酔薬、挿管チューブなど麻酔導入に必要な物品の準備、麻酔器の始業点検やメンテナンス、患者のベッド移送、麻酔中の麻酔記録の記載代行、生体モニターの設定など）を中心に麻酔科医の補助業務を行っている。令和 2 年度には労務削減の観点から CEAA が有効であるかを検証する目的で前向き観察研究を実施した。麻酔科医の総労働時間と臨床工学

技士が業務を代行した時間（タスク・シフト／シェア時間）を算出し、タスク・シフト／シェア率＝（タスク・シフト／シェア時間）／（タスク・シフト／シェア時間）＋（麻酔科医の労働時間）で算出したところ、タスク・シフト／シェア率は20%以上であった[2]。

また、令和3年9月30日には、厚生労働省医政局から『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』が発出され、各医療機関に対し実情に応じた取組みが求められた。その中には、これまで当院が行ってきたCEAAによる全身麻酔装置の操作、バイタルサインの確認・麻酔記録の記入、装置や薬剤の準備も例示されていた。

一方で、CEAAが周術期管理の質に与える影響については検証を行なっていなかった。そのため、今回は当院におけるCEAAが医療安全に与える影響について5日間の前向き観察研究を行った。

B. 研究方法

本研究は当院中央手術部において実施した5日間の前向き観察研究である。CEAAが麻酔科医とともに担当した症例を対象としてデータ収集を実施した。CEAAにはあらかじめ研究の趣旨を説明し、研究用データシートを配布し、実臨床と並行してデータ収集を行なってもらった。まず、症例ごとの麻酔担当人数、症例担当者の属性（日本麻酔科学会認定指導医、日本専門医機構認定麻酔科専門医、後期研修医、初期研修医）、症例の内容、緊急・予定の区分を収集した。さらに、症例中に潜在的にインシデントにつながる可能性のある事象をCEAAが担当者の中で一番はじめに認知し、麻酔科医にアラートを発出し対応を促した場合、その内容をデータシートに記載した。アラートの内容は麻酔準備不足（そのまま症例が開始された場合、スムーズな麻酔導入にならないことが想定される物品や薬剤の準備不足）、循環（血圧上昇や低下、徐脈や頻脈、不整脈など）、呼吸（高二酸化炭素

血症、低酸素血症、挿管チューブの閉塞、人工呼吸器非同調、人工呼吸器回路はずれなど）、麻酔深度（吸入麻酔薬の濃度異常、麻酔薬の供給不足の可能性）、モニタリング（SpO₂プローブやA-Lineモニターの異常、筋弛緩薬モニタリング）、術式に応じて投与することが決まっている薬剤（術後鎮痛薬など）の投与のリマインド、術前抗生物質の投与確認、輸液残量不足、手順エラー（研修医などによる手順の理解不足に伴う手技の誤り）、その他について集計した。さらに麻酔科医の経験年数に応じてアラートの回数を検討するため、麻酔科専門医以上とそれ以下（後期研修医、初期研修医）で2群に分類し検討を行なった。記述統計は例数(%)で、2群間の検討は χ^2 乗検定を実施した。

C. 研究結果

全5日の中、麻酔科管理症例は合計121例存在し、そのうち、CEAAが担当した症例は71例（58.7%）であった。CEAAは1日平均7人出勤しており、1日あたり2.0例の症例を担当し延べ255.2時間の麻酔補助業務を行っていた。この間、CEAAによるアラートは合計116件存在し、一症例あたり1.6アラートであった。麻酔担当者の内訳を表1に記載した。

表1:麻酔担当者の組み合わせ

初期研修医のみ	3 (4.2)
初期研修医＋後期研修医	1 (1.4)
初期研修医＋専門医	8 (11.2)
初期研修医＋指導医	12 (16.9)
後期研修医のみ	18 (25.3)
後期研修医＋専門医	1 (1.4)
専門医のみ	18 (25.3)
指導医のみ	10 (14)

CEAAを除く症例担当者の組み合わせについて記載している。なお、上級医は別の麻酔の応援などで常時部屋にいるわけではなく、適宜離席しながら対応する場合もある。また、初期研修医について

ては、指導医の管理下ではあるが、観察を単独で行っている。

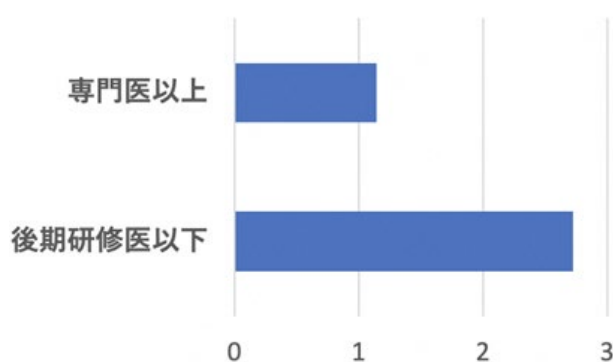
責任者（症例担当の中で最も上級医）別では初期研修医が 4.2%，後期研修医が 26.7%，専門医が 37.9%，指導医が 30.9%であった。CEAA からのアラートの内容を分類別に記した（表 2）。

表 2：CEAA によるアラート内容の分類

循環	17 (14.6)	薬剤	7 (6)
気道	7 (6)	輸液	33 (28.4)
麻酔深度	5 (4.3)	準備	6 (5.1)
モニタリング	15 (12.9)	手順エラー	3 (2.5)
抗生剤	17 (14.6)	その他	6 (5.1)

輸液の更新が最も指摘内容として多く、次いで循環に関する指摘、抗生剤投与のタイミングの指摘が多かった。また麻酔の熟練度別の検討で症例の担当責任者が後期研修医以下の症例においては 22 症例の中で 60 回（2.7 回/症例）のアラートがあったのに対し専門医以上の場合、49 症例中、56 回（1.1 回/症例）と低下していた（図 1）。なお、当該期間中にインシデントレベル 1 以上のインシデント・アクシデントは存在しなかった。

図 1：麻酔科医の経験別のアラート割合



D. 考察

当院における臨床工学技士麻酔アシスタントが手術中の安全性に与える影響について検討を行った。連続 5 日間の調査期間において、合計 116

件のアラートが存在した。1 症例あたり 1.6 件と比較的高頻度でアラートが発出されており、CEAA は当院の現行システムにおいて医療安全を向上させていると考えられた。

一般的に麻酔科医は術中に複数のタスクを実施する必要がある。麻酔導入中は麻酔導入薬の投与や生体情報モニターの監視、気管挿管などの気道確保、麻酔記録の作成を実施する。手術中は術野の監視に加え、患者のバイタルサインの確認、人工呼吸器などの医療機器の動作チェック、麻酔記録の作成などが術中の業務である。さらに、特殊な症例下では経食道心エコーによる循環のモニタリングや気管支ファイバーの操作などが加わる。これに加えて、アナフィラキシーや喘息発作など危機的状況では、上記に並行して合併した病態の治療も麻酔科医の業務となる。CEAA がいない場合、これらの業務は一人の麻酔科医により遂行されるが、マルチタスクは認知制御能力の低下、パフォーマンスの低下 [3][4]を引き起こし、エラーの回数を増加させるため、本来であれば複数人でこれらの業務を負担することが重要である。さらにマルチタスクは潜在的にうつ病や不安障害 [5]など麻酔科医の精神にも悪影響を及ぼす可能性が指摘されている。今回、観察研究であるため、有害事象に発展する可能性のあるイベントを検出した時点でアラートを発出し麻酔科医に対応を促した。またアラートの中には軽微なイベントも多く含まれている。そのため、CEAA が介入しなかった場合、どの程度、患者の医療安全が損なわれるかは、今回の研究からは不明確である。ただし、約 100 件の軽微なインシデントから 1 件のアクシデントが発生するとされている通り、重大事故は軽微な事象から発展することも多いので CEAA によるアラートは医療安全の質を向上させると考える。

本研究ではアラートの回数は、麻酔経験年数によって有意に差があることが判明した。すなわち、専門医以上のアラート回数は後期研修医以

下の医師に比較して有意に低い結果となった。専門医以上の麻酔科医師は当院以外にも複数の病院での勤務経験があるのが一般的である。そのため、CEAAが存在しない状況下で自己完結する能力が涵養されており、アラートの回数が減少すると思われる。CEAAがあらかじめアラートを発することで、若手の麻酔科医が担当する症例の医療安全が向上していることは事実であるが、自らが気づく機会も同時に喪失している可能性がある。

さて、2021年に医療法が改正され臨床工学技士を含む複数の職種において末梢静脈確保や薬剤の投与など一部の医行為が実施可能となった。当院においては告示研修を全員が修了したのちに段階的にこれらの行為を臨床工学技士に実施してもらう予定としている。そのため、今回の研究ではCEAAによる医行為の実施は存在しなかった。今後、これらの医行為を実施した場合、CEAAは現在実施している医行為以外の業務のタスク・シフト/シェアに加え、医行為によるタスク・シフト/シェアが加わることとなる。タスク・シフト/シェアの側面からは歓迎すべきであるが、研修期間が短期間に限定されているため、実施する場合は実地での十分な訓練が必要だと思われる。なお、医行為を実施することとなった場合、医療安全に関しては再評価が必要であると考えられる。

本研究の制限を述べる。本研究は5日間と比較的短期間の調査である。麻酔件数や手術の内容は季節や年度末などにより変動する。そのため、本研究の結果が1年間の特徴を捉えているかは不明である。さらに、麻酔中の重大インシデントの発生率は10万人対で表現される非常に発生率の低い事象である。そのため、重大なインシデントの発生率などを検証する場合、サンプルサイズが不足している。本研究では、CEAAにアラートの内容を記載してもらった。そのため、CEAAがない症例での検討がされていない。

E. 結論

5日間の観察期間においてCEAAによるアラートは合計116件存在した。CEAAは医療過誤に発展する可能性のある事象を早期に発見することにおいて有用である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

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）

特別養護老人ホームにおける医師の時短への看護師と介護士の 適切な役割についての実態調査（視察）

研究分担者 小野 孝二（東京医療保健大学 教授）
研究分担者 岡本左和子（奈良県立医科大学 講師）

研究要旨

特別養護老人ホームは、高齢化や要介護度の重度化に伴い医療的ケアを必要とする入所者は増加している。医療提供を目的とした施設ではないため、看護職員については、入所者数に応じた最低限配置者数の定めはあるものの、夜間体制は十分ではない状況にある。また、医師については常勤ではなく、多くの場合は非常勤（委託）となっている。

夜間の入居者の急変に対する対応について、限られた医師による介護施設での看取りおよび持病の重症化時の対応を適切に行うためには、医師と看護師の連携と、その前の介護職（介護福祉士／介護士）から報告される利用者の直近の様子 of 正確さが必要である。介護職は医師の時短やタスク・シフト／シェアに直接関わることはないが、看護師との連携で、救急車の出動が抑えられ、在宅医の不要な出動も抑えられることが明らかになった。これによって救急救命士、さらには急患を受け入れる病院の医師及びスタッフの負担軽減にも繋がる。

医師と看護師、介護職の平素からの十分なコミュニケーションと信頼関係構築により、医師の指示の下、適切な対応（現行法で認められた医行為）が看護師によってなされており、介護職の詳細な報告がその連携を間接的に支えていることが明らかとなった。また、視察した特別養護老人ホームでは、介護職によるたん吸引の行為は、看護職の負担軽減に繋がるなど適切な役割タスク・シフト／シェアが実現されていた。

A. 研究目的

日常または夜間の入居者の急変への対応で、看護師と介護職の関わりとそれが医師の時短およびタスク・シフト／シェアにどのように関わるのか、その実態を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

大分県内の2施設の特別養護老人ホームの経営者及び介護職に対面式のヒアリングを実施した。

C. 研究結果

訪問した2施設の特別養護老人ホームでは、地域包括ケアの担い手として、委託している非常勤

医師(委託医師)により適切な医療が施され、夜間の救急搬送もほぼない状態であった。看取りを施設で確実にすることと、骨折などの治療によって治る病以外は救急搬送を基本的にはしないという規律ができており、それを委託医師と看護師との密な連携体制で支えており、ほとんど救急搬送はないとのことであった。委託医師からの適切な指示を受けることで看護師による特定医行為の必要性は感じていないこと、施設内で医療について司令塔が増えるよりも現場で的確に医師の指示をこなせる看護師が必要であることが明らかになった。また、医師と看護師のこの連携ができるためには、介護職による利用者の日々の健康状態や生活の様子が詳細に看護師に報告され、気づいた点や気がかりなことはすべて報告するシステムが機能していることが必要とのことであった。これらのシステムが機能していない養護老人ホームでは、看取りを施設ではできず、利用者の体調が悪くなると慌てて救急搬送することが多いと聞いていると両施設の従業員から指摘された。さらに、たん吸引については、看護職から介護職へのタスク・シフト／シェアされており、これについては看護師の業務軽減は図られていた。

看護師と介護職の連携における課題として、連携は概ねうまく行っているものの、看護師はおむつ交換を積極的に行わない状況にあり、看護職と介護職との間で軋轢が生じる要因となっていた。介護職に関しては、外国人雇用の補助金もあり外国人の雇用を行なっているが、外国人は真面目に勤務することから経営者からの評価は高かった。しかし、外国人労働者は介護福祉士の資格を得ても5年しか在日できないことは課題の一つであるということであった。

D. 考察

視察をさせていただいた九州地方の2つの特別養護老人ホームでは、非常勤医師の委託、看護職及び介護職の人材不足はあまり問題にはなっていなかった。特に介護職に関しては、外国

人雇用を行うことで人材不足を補っていた。

利用者の変化を適切に報告しあい、委託医師の指示を適切に受けられる看護師がいること、また看護師に利用者の様子を的確に報告できる介護職がいることの3点が、非常勤の委託医師の限定的な時間数でも利用者の医療を適切に施せることと、利用者の急変での対応の準備ができていくことに密接に関係しており、重要であった。

介護職は医師の時短またはタスク・シフト／シェアに直接関係することはないが、看護師との連携を通して無駄な救急搬送が抑制されていることが明らかになった。これらを通して、間接的に委託医師、救急救命医、救急救命士の時短とタスク・シフト／シェアに貢献をしていた。

E. 結論

地方の特別養護老人ホームでは、委託医師により適切な対応(医行為)が施され、看護師への指示が出されていた。夜間の救急搬送もほとんど無く、その医師の指示の下で適切な対応ができる看護師が必要とされていた。しかし、特定医行為研修を受けた看護師等よりも、司令塔である委託医師との連携ができることやその指示を正確に実施できることが必要とされていた。その前提として、介護職から看護師への利用者の詳細な報告をあげるシステムが整備されている必要性が明らかになった。たん吸引については、看護職から介護職へのタスク・シフト／シェアされており、看護師の業務軽減は図られていた。これらのシステムが機能していない養護老人ホームでは、看取りを施設ではできにくく、救急搬送が多いことが推察された。

F. 健康危険情報

参考資料1. 大分県宇佐市 特別養護老人ホーム

(報告:岡本、小野)

・インタビュー対象者:常務理事・施設長(管理栄養士)

法人理事長兼施設長の立場から、勤務する看護

師と介護士のタスク・シフト／シェアについての状況、及び委託している医師(非常勤)と看護師のタスク・シフト／シェア状況についてインタビューを行った。

【組織体制等】

定員80名の施設で、看護師は9名(正看5名、准看4名)、介護士は約24名(うち、外国人5名)である。個室及び4人部屋がある。入居者3名に対し1名の介護士の配置となっている。介護福祉士は人手不足の状況にある。医師は施設の隣に位置するクリニック院長に業務委託を行っている。

【医師の業務内容】

医師は日常より入居者の健康状況を把握しており、日中の急変時の対応は特に問題ない。胃瘻交換は隣接するクリニックにて実施している。夜間の急変時も当直の看護師からの連絡を受け、自宅から車で1時間ほどの時間は要するが、前もって様々な角度から患者の様子を知らせるようにしており、その対応で特に問題は生じていない。夜間の救急搬送はほとんど無く、看取りについても家族には十分な説明をしている。状態を見て、看護師の判断で早めに医師に連絡するという医師を司令塔としたシステムができており、それを受けて看護師が的確に動いているので、特定医行為の必要性は感じていない。また、看護師へ利用者の詳細な様子は介護職から挙げられており、それは医師へも看護師を通して報告され対応されていた。

【タスク・シフト／シェアによる効果】

日常の業務において、委託医師・看護師・介護職の連携が機能していることで、無用な委託医師の往診や救急搬送などが抑制されていた。たん吸引については、看護職から介護職へのタスク・シフト／シェアされており、看護師の業務軽減は図られている。

【課題】

看護師はおむつ交換等を積極的に行わない状況にあり、看護職と介護職との間で軋轢が生じる要因となっている。管理職としては、看護職でもできる業務内容は行うように指導している。

参考資料2. 大分県由布市 特別養護老人ホーム

(報告:岡本、小野)

・インタビュー対象者:常務理事(社会福祉士)、介護アドバイザー(介護士)
法人理事の立場から、勤務する看護師と介護士のタスク・シフト／シェアについての状況、及び委託している医師(非常勤)と看護師のタスク・シフト／シェア状況についてインタビューを行った。また、介護アドバイザー(介護士)の立場から看護師と介護士のタスク・シフト／シェアについての状況、及びインタビューを行った。

組織体制等

定員50名の施設で、看護師は4名(正看2名、准看2名)介護士は約40名(うち、外国人2名)である。入居はユニットケア体制を図っている。医師は車で15分ほどの内科クリニック院長に業務委託している。

【医師の業務内容】

週1回、時間程度の回診を行っている。褥瘡などの処置などの相談は、ファックスで画像を送り医師の指示を受けて看護師が実施する。夜間の救急搬送はほとんど無い。

【タスク・シフト／シェアによる効果】

看護師による特定医行為の必要性は感じておらず、委託医師の指示を的確に実施し、医師が判断できる情報や日常の連絡を密に取ってもらうことで業務をこなせており、そのベースには利用者の様子を詳細に報告する介護職の支えがあった。たん吸引については、看護職から介護職へタス

ク・シフト／シェアされている。看護職の主な業務内容は点滴、褥瘡、爪切り、入浴後のケア、医師の回診の補助としており、その時間の確保に繋がっている。

【課題】

看護職と介護職のコミュニケーションが上手いかなないと、隙間が生じて、入居者への事故に繋がる可能性があるため、看護職は介護職の仕事も業務範囲として認識してもらい、介護職をサポートし、介護職からの報告をよく聞くことも仕事であることを強調して社内教育している。これについてはまだまだ課題もある。介護士アドバイザーからは、利用者の様子を毎日詳細に見ているのは介護士なので、介護士からの利用者に関する報告はきちんと受けてほしい。また、看護師から介護士への指導ではなく、同じ職域ではなく、異なる視

点から利用者を見ている者同士としてのリスペクトが必要との指摘があった。

【その他】

医学部の学生は特別養護老人ホームの実習に来所しているが、看護学部の学生は実習に来ていないので、看護学生にも特別養護老人ホームの実態を学んで欲しい。看護学部においても教員間でその必要性について意見が分かれる状況にある。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し。

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/シェアの好事例に関する調査

研究代表者 今村 知明 （奈良県立医科大学 教授）
研究分担者 小野 孝二 （東京医療保健大学 教授）
研究分担者 岡本左和子 （奈良県立医科大学 講師）

研究要旨

本調査では、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」（以下、「検討会」という。）において、厚生労働省が現行制度上実施可能な業務のうち、「特に推進したい業務」として整理した業務項目について、好事例になりうる事例を収集することを目的に調査研究を行った。

昨年度の本研究において、職能団体を通じて事例提供を依頼した病院に対し、聞き取り調査を行った。

結果として、聞き取りを行った病院での医師から他医療職へのタスク・シフト/シェアは効率的に進んでいることが確認され、医師の業務を軽減することに役立っていた。同時にタスク・シフト/シェアを実施することによる他医療職のモチベーションの向上も併せて認められた。一方で、各医療機関が個別で創意工夫をしている取り組みについては、全国的に情報共有がなされておらず、また、全国で統一した手法により展開をするには基本の整備項目や手順なども共有されていない状況にあることは課題として考えられる。

本研究の結果、厚生労働省が挙げ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重点推進業務(44 業務)を医師のタスク・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る。これらの中から具体的な項目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。

A. 研究目的

「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」は、令和元年10月23日に第1回が開催され、第7回(令和2年12月11日)をもって議論の取りまとめがなされ、「現行制度上実施可能な業務」の中から、「特に推進するもの」が示されるとともに、その具体的な普及・推進策については、「2024年に向けて、タスク・シフト/シェアの推進に関する好事例を収集し、分析する」方向性が示された。

本研究では、昨年度に職能団体を通じて、「特に推進するもの」の好事例の概要を収集した。今年度は、事例提供のあった病院に対し書面調査だけでは把握しえない取り組みや課題を把握するために、聞き取り調査を行った。

B. 研究方法

検討会において整理された「現行制度上実施可能な業務」のうち、「特に推進するもの」は医療関係資格(職能)ごとに示されており、それぞれの

職能団体に対し好事例の収集依頼を前年度の研究において実施した。前年度の研究結果に基づく現地調査として、各職能団体が推薦する病院に対し、実施しているタスク・シフト/シェア業務について聞き取り調査を行った。

(1) 調査依頼団体及び聞き取り実施病院
(検討会資料記載順)

以下の5資格に対し、それぞれの職能団体に推薦いただいた病院で実施するタスク・シフト/シェア業務について聞き取り調査を行った。

聞き取り手法については、WEB 又は訪問により実施した。

1. 診療放射線技師(2病院)

【推薦団体】

公益社団法人日本診療放射線技師会

【対象病院名および業務名称 ①】

・病院名:大阪大学医学部附属病院

・業務名称:

① 検査や治療の説明と同意(含む相談)

【対象病院名および業務名称 ②】

・病院名:昭和大学藤が丘病院

・業務名称:

① 撮影部位の確認・追加撮影オーダー
(医師の事前指示に基づく実施)

2. 臨床衛生検査技師(2病院)

【推薦団体】

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会

【対象病院名および業務名称 ①】

・病院名:熊本赤十字病院

・業務名称:

① 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

【対象病院名および業務名称 ②】

・病院名:桐生地域医療組合 桐生厚生総合病院

・業務名称:

① 所見の下書きの作成(生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等)

② 医師の説明等の前後に輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意(輸血療法や輸血関連検査の意義・解積、輸血のリスクなど)

3. 言語聴覚士(2病院)

【推薦団体】

一般社団法人日本言語聴覚士協会

【対象病院名および業務名称 ①】

・病院名:医療法人景雲会 春日居サイバーナイフ・リハビリ病院

・業務名称:

① リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付(リハビリテーション総合実施計画書、計画提供料に関わる書類、目標設定等支援・管理シート等)や非侵襲的検査の定型的な検査説明

【対象病院名および業務名称 ②】

・病院名:医療法人 八香会 湯村温泉病院

・業務名称:

① リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付(リハビリテーション総合実施計画書、計画提供料に関わる書類、目標設定等支援・管理シート等)や非侵襲的検査の定型的な検査説明

4. 医師事務作業補助者(2病院)

【推薦団体】

特定非営利活動法人日本医師事務作業補助研究会

【対象病院名および業務名称 ①】

・病院名:社会医療法人若弘会 若草第一病院

・業務名称:

① 医師の具体的指示の下、診療録等の代行入力

② 書類の下書き・仮作成

【対象病院名および業務名称 ②】

- ・病院名:AA 病院
 - ・業務名称:
 - ① 医師の具体的指示の下、診療録等の代行入力
 - ② 書類の下書き・仮作成
 - ③ 診察前の予診
5. 視能訓練士(1病院)
- 【推薦団体】
公益社団法人 日本視能訓練士協会
- 【対象病院名および業務名称 ①】
- ・病院名:医療法人社団 済安堂 井上眼科
病院グループ
 - ・業務名称:
 - ① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置に手術前に視機能検査機器等で得た検査データ等を手術装置に入力する
 - ② 検診時の視機能検査の実施と評価、検診結果報告書の作成
- (2) 聞き取り調査項目
1. 業務発生場所について
 - ① 対象業務の発生する場所(外来診察室、ER、病棟、手術室など)
 - ② 対象業務の発生する診療科
 2. 業務フローと実施時間
 - ① 対象業務のフロー(詳細業務)を個々具体的に確認
 - ② 業務 1 回あたりの詳細業務にかかる時間(タスク・シフト/シェア後の現在の実施時間)
 - ③ 業務 1 回あたりの詳細業務にかかる時間(医師が実施していた時間)
 - ④ 対象業務の年間発生回数
 - ⑤ 実施後の変化とその具体的な効果
 3. 業務開始時期について
 - ① 対象業務の開始時期
 - ② 対象業務を開始するきっかけ(どんな課

- 題があつて開始したのか等)
4. タスク・シフト/シェアの評価について
 - ① タスク・シフト/シェア後の医師の評価(時間外が削減された等)
 - ② タスク・シフト/シェア後の受け手職種の評価(やりがい、不満等)
 - ③ 現職種以外でのタスク・シフト/シェアの検討の可能性
 5. 研修について
 - ① タスク・シフト/シェアを実施するための研修の院内実施状況
 - ② 院内で実施する場合の講師
 - ③ 院内で実施する場合の研修内容(実施方法、内容など)
 - ④ 院外で対象業務を学べる場
 6. 今後の課題

C. 研究結果

各病院からはタスク・シフト/シェアの実施状況、取り組み効果等について確認することができた。

また、今後の課題等についても確認することができた。

(各職種による実施状況)

1. 診療放射線技師

(1) 大阪大学医学部附属病院

対象業務については、放射線部門の CT 検査室で発生し、2016 年 5 月より放射線技師が携わっている。当初は看護師増員を要望していたが、看護師の応募がなく、診療放射線技師の応募で代用したという背景がある。時短効果は約 80 時間/月であった。今後の課題として、診療放射線技師としての業務内容がより細分化、高度化される状況において放射線の専門性を必要としない業務をシフトで受け入れる余力はないと考える。(参考資料1参照)

(2) 昭和大学藤が丘病院

診療放射線技師が撮影した検査画像に異常所見が認められた場合に、診療放射線技師が、その客観的な情報について日中は放射線診断科

医師に報告している。夜間休日については、診療放射線技師から依頼医に報告している。時短効果は約 1,000 時間/月であった。今後の課題として、代行入力については、病院の方針に従い、実施指示が出された場合は原則対応する。その際、検査オーダーを代行入力し追加撮影を行う、もしくは行った時の運用を決定する必要がある。(参考資料2参照)

2. 臨床衛生検査技師

(1) 熊本赤十字病院

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をタスク・シフト/シェア業務として実施している。今後の課題としては、静脈確保をタスク・シフト/シェア業務として医師と一緒に検討している。造影剤注入もバブルを作って静脈に注入してほしいと言われている。実施可能であると法改正されれば抵抗なく実施できる。検査技師が実施すれば、医師はほかの業務に携われるという意味では、検査技師が実施するほうがよいと考える。(参考資料3参照)

(2) 桐生地域医療組合 桐生厚生総合病院

所見の下書きの作成、医師の説明等の前後に輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意について業務を実施している。特に病理の所見下書きについては、運用として、検査技師が所見を下書きし、その後、病理医師(常勤1名)が確認・修正のうえ、承認することとしている。また、病理部では検査技師が写真撮影も実施している。今後法改正がされれば、検査技師が自己血採血の実施、静脈確保、ワクチン接種を積極的に実施したいと考える。(参考資料4参照)

3. 言語聴覚士

(1) 医療法人景雲会 春日居サイバーナイフ・リハビリ病院

リハビリテーションに関する各種書類の作成・説

明・書類交付では、入院患者に対して医師の処方が出た後、3 日間の内に評価を実施しリハビリテーション総合実施計画書(リハビリテーション実施計画書)の「言語聴覚療法」に関する項目をシステム入力し作成している。入院翌月からは患者の状態の変化やリハビリテーションの進み具合を参考に目標設定や訓練内容を変更し、新たなリハビリテーション実施計画書を作成している。時短効果は約7時間/月であった。今後については、リハビリテーションに関する書類は作成だけでなく説明、交付も望まれているが、説明は医師が実施しているため、タスク・シフト/シェアするには技師側の質の担保が重要だと考える。また、診療報酬上の疑義解釈では、医師による説明が必要となっていることから厚生労働省保険局医療課と医政局の意見の一致がないと、この点についてはタスク・シフト/シェアは進まないのではないかと考える。(参考資料5参照)

(2) 医療法人 八香会 湯村温泉病院

リハビリテーションに関する各種書類(リハビリテーション総合実施計画書、目標設定等支援・管理シート作成、継続コメントの作成)の作成・説明・書類交付についてタスク・シフト/シェアを実施している。院内研修として、新卒者にはリハビリテーション支援システムの活用やリハビリテーション総合実施計画書に関する研修会を開催している。また、診療報酬改定に伴い、書類の様式が変更になった際は書類作成に関する説明会の開催も実施している。今後の課題として、リハビリテーションに関する書類(リハビリテーション総合実施計画書、計画提供料に係る書類、目標設定等支援・管理シート)の作成責務は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認または署名することを条件に言語聴覚士が書類を作成することや当該書類について患者等への説明や交付を行うことは可能と考える。(参考資料6参照)

4. 医師事務作業補助者

(1) AA 病院

医師の具体的指示の下、診療録等の代行入力、書類の下書き・仮作成、診察前の予診をタスク・シフト/シェアとして実施している。代行入力についてはオーダーと予約を主なタスク・シフト/シェア業務として実施しているが、今後はカルテの代行入力を実施していきたいと考える。また、今後の課題は新人教育と代行入力の正確性が挙げられる。教育については集合型研修が新型コロナウイルスの影響で実施できていない。今後は内部研修、外部研修を含め検討していきたい。(参考資料7参照)

(2) 社会医療法人若弘会 若草第一病院

医師の具体的指示の下、診療録等の代行入力では IC レコーダーを活用した代行入力、書類の下書き・仮作成では診断書等の下書き、入院オリエンテーションなど医学的行為ではない事項の説明及び同意書の受領についてタスク・シフト/シェアを実施している。基本業務については 32 時間研修で教育をしている。講師は院内の各職種(医師、看護師、薬剤師、放射線技師、医事課など)が担当し、病院のオリジナルの教材で研修を実施している。(参考資料8参照)

5. 視能訓練士

(1) 医療法人社団 済安堂 井上眼科病院グループ

白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置に手術前に視機能検査機器等で得た検査データ等を手術装置に入力、検診時の視機能検査の実施と評価、検診結果報告書の作成についてタスク・シフト/シェアを実施している。スキル面では現状の業務以上のことは実施可能であるため、将来的には脳障害・外傷・高次機能障害などの後遺症に対する視機能回復訓練、地域包括システムにおける訪問時の視機能検査業務および視機能評価についても業務の幅を拡大すべきだと考える。(参考資料9参照)

6. 第 37 回日本診療放射線技師学術大会(2021 年 11 月 12~14 日) 日放シンポジウム1(チーム医療推進事業)「診療放射線技師へのタスク・シフト/シェア推進と課題」(2021 年 11 月 12 日 13:55~15:55)

本年度の日本診療放射線技師学術大会において、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアで、診療放射線技師に期待される内容や告示研修について発表があった。また、衛生臨床検査技師会および臨床工学技士会から、それぞれのタスク・シフト/シェアに関する取り組みについても発表があり、職能団体を越えた意見交換が行われた。(参考資料 10.参加報告書参照)

D. 考察

聞き取りを行った各職種における業務については、現行制度や法律で許される範囲で、原則として医師の指示の下、効率的にタスク・シフト/シェアが進められていた。また、聞き取りした多くの施設では、各職種が率先的に業務拡大を実施していることが確認された。

医師からはそのほとんどで時短・負担軽減効果が大きいと評価されていた。タスク・シフト/シェアを受けた各職種のモチベーションの向上も併せて確認できた。

一部であるが、タスク・シフト/シェアの範囲の拡大解釈の懸念や診療報酬算定ルールとの整合を求める現場の意見もあった。

E. 結論

昨年度までの本調査研究を土台として、厚生労働省が挙げ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重点推進業務(44 業務)を医師のタスク・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る。これらの中から具体的な項目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。

一方で、各医療機関が個別で創意工夫をして

いる取り組みについては、全国的に情報共有がなされておらず、また、全国で統一した手法により展開をするには基本の整備項目や手順なども共有されていない状況にあることは課題として考えられる。ただし、各職能団体で意見交換などの試みも多少は認められ、医師からのタスク・シフト／シェアを前向きに受け入れていこうとする姿勢が伺われた。

今後設置される、医療機関勤務環境評価センターによる適切な情報共有や支援体制が期待される。

F. 健康危険情報

なし(非該当)

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し。

参考資料 1. 大阪大学医学部附属病院

A) 概要

【インタビュー対象者（以下、対象者）】

医療技術部放射線部門副医療技術部長兼診療放射線技師長 藤埜浩一氏。同副技師長 佐藤和彦氏。

【聞き取り実施方法】

訪問

【現行実施している業務】

検査や治療の説明と同意に関する業務及び造影CT検査では検査後の抜針業務をタスク・シフト/シェア業務として実施している。

【業務実施の背景】

対象業務については、放射線科医師のタスク・シフト/シェアとして実施している。放射線部門のCT検査室で発生し、2016年5月より放射線技師が携わっている。当初は看護師増員を要望していたが、看護師の応募がなく、診療放射線技師の応募で代用した。

【研修体制】

放射線部門内の配置については各部署ローテーションを組んでいる。そのため、新たにCT検査に配属される診療放射線技師が対象業務を実施するための研修を院内で実施している。

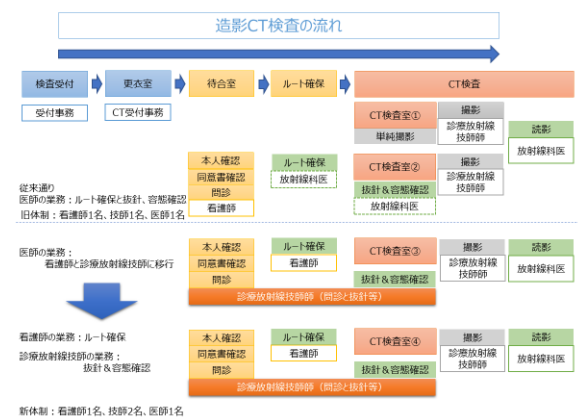
最初にタスク・シフト/シェアを受ける際は感染制御部看護師による研修を受け、病院長による研修修了証が発行される運用を取っている。その後、継続的に担当者が交代する際にeラーニング受講と現場での研修を実施している。

新規担当者は経験者の指導のもと、患者の容態観察、抜針行為での諸注意、感染対策等について知識を確認し、経験を積んでいく。

院外研修においては、放射線技師会での講習会はあるが、常に定員オーバーであるため受講ができない状況にある。また、実技研修でなければ当該業務が身につかないと考えられ、そのための内部研修をするしかないと考える。

【タスク・シフト/シェア実施フロー】

該当業務のタスク・シフトについては以下の流れで実施している。



B) タスク・シフト/シェアによる効果

【タスク・シフト/シェア時間】

- ・ 1回当たり時短時間… 8分
- ・ 業務発生件数（月間）…600件
- ・ 対象医師時短時間合計（月間）…約80時間

【医師の評価】

時間が削減されることについては助かっているが、それ以上に継続して集中できることによる読影効率が上がることの効果が大きいと

の意見があった。

【受け手職種の評価（やりがい、不満等）】

当該業務については、本来は看護師が実施することが適正であると考え。診療放射線技師が担う為には研修が負担となる。診療放射線技師からすると、職種の専門性を活かした業務にシフトする方が圧倒的にやりがいは大きくなる。

【今後の課題】

診療放射線技師としての業務内容がより細分化、高度化される状況において放射線の専門性を必要としない業務をシフトで受け入れる余力はないと考える。

参考資料2. 昭和大学藤が丘病院

A)概要

【インタビュー対象者（以下、対象者）】

放射線技術部技術部長 佐藤久弥氏

【聞き取り実施方法】

訪問

【対象タスク・シフト/シェア業務】

撮影部位の確認・追加撮影オーダー（医師の事前指示に基づく実施）＜検査で認められた所見について、客観的な結果を確認し、医師に伝達＞

【業務実施状況】

診療放射線技師が撮影した検査画像に異常所見が認められた場合に、診療放射線技師が、その客観的な情報について日中は放射線診断科医師に報告している。夜間休日については、診療放射線技師から依頼医に報告している。

その他、厚生労働省から通知（医政発 0930 第 16 号「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」）のあったタスク・シフト/シェア業務では、以下のとおり対応している。

① 「画像誘導放射線治療（IGRT）における画像の一次照合等」

照射位置の許容（値）範囲を超えた場合は、診療放射線技師は速やかに医師に報告し、照射の継続又は中断についての判断を医師に確認している。診療放射線技師は、照合結果を記録し管理している。

② 「放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等」

造影剤の投与のための造影剤注入装置の操作をしている。投与終了後の抜針及び止血に関しては必要に応じて実施している。

③ 「血管造影・画像下治療（IVR）にお

ける補助行為」

血管造影装置や CT 等の画像診断装置の操作を行い、当該医師に必要な画像を提示している。術前の血管造影の定型的手法や放射線被ばくについての患者への説明、医療機関の定めるチェックリストに沿ってリスクファクター等の確認と医師への報告についても放射線の検査等に関する専門的な知識を有する診療放射線技師が行っている。

④ 「放射線検査等に関する説明、同意書の受領」

検査に対する詳細な被ばくについて、患者から問われた際に対応している。

⑤ 「放射線管理区域内での患者誘導」

放射線管理区域内での患者誘導を実施している。

⑥ 「医療放射線安全管理責任者」

診療放射線技師が責任者を担っている。

【研修体制】

放射線技術部及び放射線部委員会により作成された院内マニュアルを活用している。また、疾患に応じた画像所見を学び読影の補助に必要な知識を得るため、放射線科カンファレンスに参加している。

B) タスク・シフト/シェアによる効果

【タスク・シフト/シェア時間】

- ・ 1 回当たり時短時間…10 分
- ・ 業務発生件数（月間）…6,000 件
- ・ 対象医師時短時間合計（月間）…約 1,000 時間

【今後の課題】

代行入力については、病院の方針に従い、実施指示が出された場合は原則対応する。その際、検査オーダーを代行入力し追加撮影を行う、もしくは行った時の運用を決定する必要がある。

参考資料3. 熊本赤十字病院

A)概要

【インタビュー対象者(以下、対象者)の略歴】

検査部生理検査課長 山崎卓氏

【聞き取り実施方法】

WEB

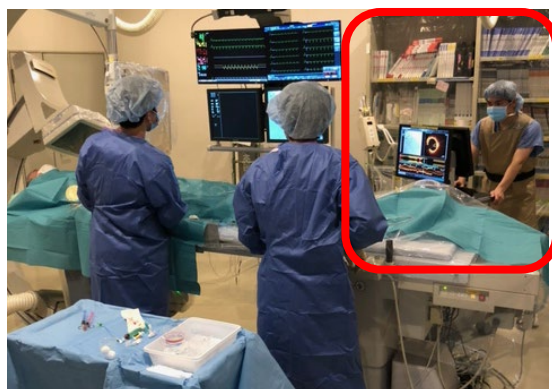
【現行実施している業務】

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をタスク・シフト/シェア業務として実施している。

(詳細業務)

① 血管内超音波検査 (IVUS)・光干渉断層法 (OCT) 機器操作

心臓カテーテル治療における治療戦略を決定する上で欠かせない画像診断機器であり、臨床検査技師は血管径計測やプラーク性状を解析し、ステントのランディングゾーンの決定やストラテジーの補助を担っている。



OCT 機器操作

② 不整脈アブレーション時の3D マッピングシステム操作と解析および周辺機器操作

不整脈時の電気の流れや正確な焼灼位置を把握する上で欠かせない三次元マッピングシ

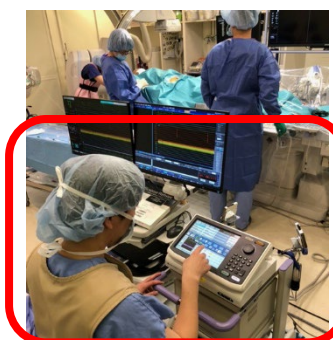
ステムの操作と解析を、臨床検査技師が行っている。



3D マッピングシステム操作と解析および周辺機器操作

③ 診断用心臓電気刺激 (スティムレーター) の操作

心臓電気生理学的検査 (EPS) で心臓に電気刺激を送る装置 (スティムレーター) の操作補助を臨床検査技師が、医師の詳細なプログラム指示のもと行っている。



診断用心臓電気刺激装置の操作

④ TAVI 手術時の清潔野での人工弁組立て補助操作

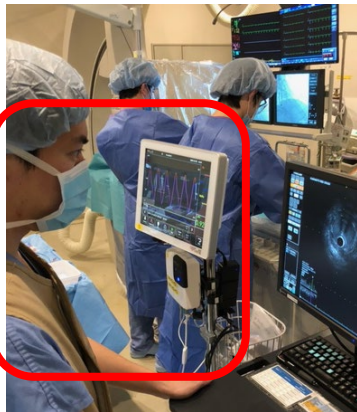
経カテーテル大動脈弁植え込み術 (TAVI) で医師と共に清潔野に入り、人工生体弁を畳んでカテーテルの中に収めるクランプ作業補助 (人工弁を留置するシステム作成) を臨床検査技師が行っている。



清潔野での人工弁組み立て補助操作

⑤ 冠血流予備量比 (FFR) 測定操作

圧センサー付きガイドワイヤーで冠動脈内の圧を測定し、心筋虚血を機能的に評価する検査であり、この機器操作を臨床検査技師が行っている



冠血流予備量比 (FFR) 測定操作

⑥ 心臓ペースメーカー植え込み手術時のプログラム操作

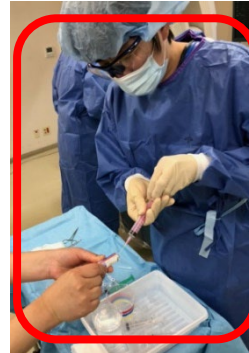
ペースメーカー(ICD・CRT-D・S-ICD 含む)手術時の閾値測定や刺激テストのチェックやペースメーカーのプログラム操作を臨床検査技師が行っている。

⑦ 医療材料および薬剤等の清潔野への受け渡し

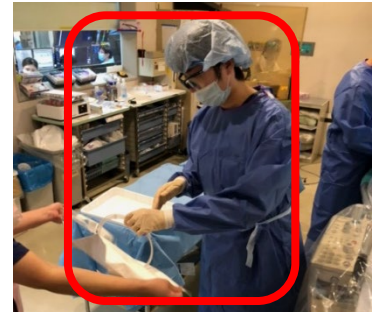
心臓カテーテル検査・治療および不整脈アブレーション等で使用される医療材料を清潔野へ受け渡し作業を行っている。

⑧ 清潔野でのカテーテル関連医療機器および薬剤の準備

術者の医師と共に清潔野に入り、使用する医療材料や機器、薬剤の準備を臨床検査技師が行っている。



清潔野での薬剤の準備



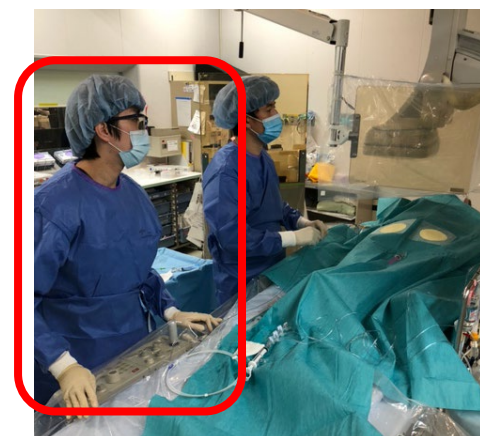
清潔野での医療材料の準備

⑨ 透視装置、カテーテル台の移動および撮影位置の調整

清潔野に入り透視装置の機器操作や、寝台の移動を行い撮影の補助操作を臨床検査技師が行っている。



清潔野での透視装置の機器操作



清潔野での寝台の移動操作

【業務実施の背景】

19 年位前の循環器科の部長が検査技師を心臓血管カテーテルチームに入れると言われたのがきっかけになる。当初は検査技師 1 名が対応し手技を学び、その後、別の検査技師に引き継いでいき現在に至る。

現在、検査技師は 34 名在籍しており、うち 9 名がローテーションでカテーテル室の勤務をしている。

心臓カテーテル治療室における高度な医療技術を支えるには、最新の医療機器操作に精通した技術者が必要であり、常に新しい知識と技術が不可欠と考え、部署間の垣根をなくし 1 つのチーム内で業務を統合し、より密な連携を図ることを目的として、2017 年 4 月に病院運営幹部のコンセンサスを得て、血管造影室で業務を行う臨床検査技師と臨床工学技士で構成される Catheterization Laboratory Technician Team (CLTT) チームを発足した。

【研修体制】

当該業務を行うにあたり、検査部により作成された院内マニュアルを活用している。

B) タスク・シフト/シェアによる効果

【タスク・シフト/シェア時間】

対象業務 1 回あたりの医師時短効果は以下のとおりである。

- ① 血管内超音波検査 (IVUS)・光干渉断層法 (OCT) 機器操作
 - ・ 1 回当たり時短時間…40 分
 - ・ 業務発生件数 (年間) …500~600 件
 - ・ 対象医師時短時間合計 (年間)
…約 330~400 時間
- ② 不整脈アブレーション時の 3D マッピングシステム操作と解析および周辺機器操作

- ・ 1 回当たり時短時間…180 分
 - ・ 業務発生件数 (年間) …200 件
 - ・ 対象医師時短時間合計 (年間) …約 600 時間
- ③ 診断用心臓電気刺激 (スティムレーター) の操作
 - ・ 1 回当たり時短時間…180 分
 - ・ 業務発生件数 (年間) …200 件
 - ・ 対象医師時短時間合計 (年間) …約 600 時間
 - ④ TAVI 手術時の清潔野での人工弁組立て補助操作
 - ・ 1 回当たり時短時間…120 分
 - ⑤ 冠血流予備量比 (FFR) 測定操作
 - ・ 1 回当たり時短時間…10 分
 - ・ 業務発生件数 (年間) …70 件
 - ・ 対象医師時短時間合計 (年間) …約 12 時間
 - ⑥ 心臓ペースメーカー植え込み手術時のプログラマー操作
 - ・ 1 回当たり時短時間…120 分
 - ・ 業務発生件数 (年間) …300 件
 - ・ 対象医師時短時間合計 (年間) …0 時間
※元来専門業者が実施していたことから医師からのタスク・シフト/シェアではない。
 - ⑦ 医療材料および薬剤等の清潔野への受け渡し
 - ・ 1 回当たり時短時間…2 分
 - ⑧ 清潔野でのカテーテル関連医療機器および薬剤の準備
 - ・ 1 回当たり時短時間…2 分
 - ・ 業務発生件数 (年間) …1,000 件
 - ・ 対象医師時短時間合計 (年間) …33 時間
 - ⑨ 透視装置、カテーテル台の移動および撮影位置の調整
 - ・ 1 回当たり時短時間…15 分
 - ・ 業務発生件数 (年間) …1,000 件

・対象医師時短時間合計（年間）…250 時間

【今後の課題】

静脈確保は今後のタスク・シフト/シェア業務として医師と一緒に検討している。造影剤注入もバブルを作って静脈に注入してほしいと言われている。実施可能であると法改正されれば抵抗なく実施できる。検査技師がやれば医師はほかの業務をできるという意味で、検査技師がやったほうがよいと考える。

参考資料4. 桐生地域医療組合 桐生厚生総合病院

A)概要

【インタビュー対象者（以下、対象者）】

中央検査部 技師長 梶田幸夫氏、同 技師長補佐 鈴木晶子氏、同 技師長補佐 田村典子氏

【聞き取り実施方法】

訪問

【現行実施している業務】

以下の2業務をタスク・シフト/シェア業務として実施している。

① 所見の下書きの作成（生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等）

病理所見の下書きについては、「①-1.細胞診標本所見下書き」、「①-2.特殊染色所見下書き」、「①-3.免疫染色所見下書き」、「①-4.細胞像画像撮影」を実施している。

運用として、検査技師が所見を下書きし、その後、病理医師（常勤1名）が確認・修正のうえ、承認することとしている。また、病理部門では検査技師が写真撮影も実施している。

細胞診は常勤専門医がいないため検査部で対応している。確認は非常勤専門医が出勤時（週2～3回）に実施する。

② 医師の説明等の前後に輸血に関する定型的事項や補足的な説明と同意

現在、自己血採血の説明（と同意確認）を行っている。原則運用として、医師が指示を出し、看護師が採血を行い、検査技師は看護師の介助を行うこととしている。ただし、妊婦患者については医師が採血を実施し、看護師、検査技師が介助している。

【業務実施状況】

病理・細胞診所見の下書きについては、20年位前から実施している。病理担当は現在4名配置（常勤3非常勤1）であり、原則として細胞検査士資格認定試験（日本臨床細胞学会認定）に合格したもののみ配置するようにしている。

自己血採血については15年以上前に中央化を行ったことから検査技師が介助を実施する運用となった。

【研修体制】

当該業務を行うにあたり、病理診断科、中央検査部病理部門により作成された院内マニュアルを活用している。

B) タスク・シフト/シェアによる効果

【タスク・シフト/シェア時間】

対象業務1回あたりの医師時短効果は以下のとおりである。

① 所見の下書きの作成（生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等）

①-1.細胞診標本所見下書き

- ・1回当たり時短時間…3分
- ・業務発生件数（月間）…400件
- ・対象医師時短時間合計（月間）…20時間

①-2.特殊染色所見下書き

- ・1回当たり時短時間…2分
- ・業務発生件数（月間）…400件
- ・対象医師時短時間合計（月間）…約13時間

①-3.免疫染色所見下書き

- ・1回当たり時短時間…5分
- ・業務発生件数（月間）…400件
- ・対象医師時短時間合計（月間）…約33時間

①-4.細胞像画像撮影

- ・1回当たり時短時間…5分
- ・業務発生件数（月間）…400件
- ・対象医師時短時間合計（月間）…約33時間

間

② 医師の説明等の前後に輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意

- ・ 1回当たり時短時間…30分
- ・ 業務発生件数（月間）…5件
- ・ 対象医師時短時間合計（月間）…2.5時間

間

【今後の課題】

今後法改正がされれば、検査技師にて自己血採血の実施、静脈確保、ワクチン接種（新型コロナ集団接種会場では経験済）を積極的に実施したいと考える。

参考資料5. 医療法人景雲会 春日居サイバーナイフ・リハビリ病院

A)概要

【インタビュー対象者（以下、対象者）】

言語療法科部長 内山量史氏

【聞き取り実施方法】

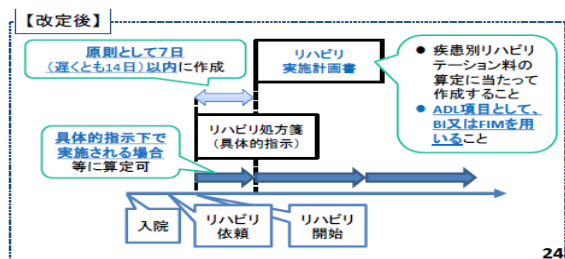
WEB

【現行実施している業務】

以下の2業務をタスク・シフト/シェア業務として実施している。

① リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付

入院患者に対して医師の処方が出た後、3日間の内に評価を実施しリハビリテーション総合実施計画書(リハビリテーション実施計画書)の「言語聴覚療法」に関する項目をシステム入力し作成する。入院翌月からは患者の状態の変化やリハビリテーションの進み具合を参考に目標設定や訓練内容を変更し、新たなリハビリテーション実施計画書を作成する(外来患者も同様)。



② 非侵襲的検査の定型的な検査における患者に対する説明

侵襲性のない嚥下検査および神経心理検査を実施した後、口頭にて医師に報告し、その後、報告書を作成して医師に提出する。言語聴覚士による実施検査の選択と医師への口頭での報告は一般社団法人日本言語聴覚士協会主催の認定言語聴覚士(摂食嚥下障害領域)取得者1

名、神経心理検査全般の結果の報告は経験年数20年以上の2名が担当した。院長、副院長の患者に対応している。

【業務実施背景】

① リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付

医師の多忙によるリハビリテーション関連書類の作成が度々遅れた。2017年より、書類作成から患者の情報共有ツールとしてリハビリテーション支援システムを導入し、各担当者が訓練室からパソコンで入力することで書類の作成を可能とした。

② 非侵襲的検査の定型的な検査説明

医師の不在時に円滑な各種検査の実施と、診療準備が困難であった。ある一定の経験や資格(認定)を有する言語聴覚士に院長、副院長の患者に限定してあらかじめ定めたプロトコルに基づいて侵襲性のない嚥下検査、神経心理検査の全般の選択と実施、実施後の報告を導入した。

【タスク・シフト/シェア評価】

① リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付

(医師からの評価)

「書類作成の時間が削減できた。」「期日までに書類の作成が可能になった。」と声があった。

(受け手職種の評価)

「責任感が出た」、「書類作成に関する業務の複雑さなどの不満はない」、「計画書の作成日が患者毎に異なるので、忘れない様にメモや工夫が増えた」との声があった。

② 非侵襲的検査の定型的な検査における患者に対する説明

(医師からの評価)

「検査実施に関する指示などの時間が削減できた。」「言語聴覚士との活発な意見交換が可能となった。」と声があった。

(受け手職種の評価)

「責任感が出た(検査の選択など)」、「指示から訓練までの時間が短縮でき、訓練が早期に開始できる」と声があった。

【研修体制】

① リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付

院内研修として、新卒者にはリハビリテーション支援システムの活用についての研修会、リハビリテーション総合実施計画書(リハビリテーション実施計画書)に関する研修会の開催している。また、診療報酬改定に伴い、書類の様式が変更になった際は書類作成の関する説明会の開催も実施している。

② 非侵襲的検査の定型的な検査における患者に対する説明

院外研修として、日本言語聴覚士協会が主催している認定言語聴覚士(摂食嚥下障害領域)の取得を推奨している。

B) タスク・シフト/シェアによる効果

【タスク・シフト/シェア時間】

対象業務の医師時短効果は以下のとおりである。

① リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付

- ・1回当たり時短時間…5分
- ・業務発生件数(月間)…85件
- ・対象医師時短時間合計(月間)…約7時間
- ・実施後の効果:医師側の記載漏れがなくなり、期間内での計画書の作成が可能となった。

※上記以外の時間として、言語聴覚士との意見交換や言語聴覚士から出された報告書の確認も時短効果として発生している。

② 非侵襲的検査の定型的な検査における患

者に対する説明

- ・1回当たり時短時間…31分
- ・業務発生件数(月間)…11件
- ・対象医師時短時間合計(月間)…約5.6時間

【今後の課題】

① リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付

リハビリテーションに関する書類は作成だけでなく説明、交付も望まれているが、説明は医師が実施しているため、タスク・シフトするには技師側の質の担保が重要だと考える。また、診療報酬上の疑義解釈では、医師による説明が必要となっていることから厚生労働省保険局医療課と医政局医事課の意見の一致がないとタスク・シフトは進まないのではないかと考える。

② 非侵襲的検査の定型的な検査における患者に対する説明

質の担保、自己研鑽の場にどんどん参加していきたい。現在の養成課程の座学では嚥下検査全般に関する教育はあるが、実際の現場研修はあまりなく、業務を通して手技やリスクマネジメントなどを熟知する必要がある。そのためにも認定言語聴覚士の取得が望ましいのではないかと考える。また、アメリカのように、患者の嚥下状態に応じた食物形態等の選択ができれば、患者の状態に応じて嚥下訓練がとてもスムーズになるためタスク・シフト/シェアが進むと考える。

タスクシフト先進事例・国外との業務比較について（アメリカとの比較）

< 摂食嚥下障害に関する業務 >

1. ファイバーを用いた咽頭・喉頭の観察
2. 侵襲的検査の実施
3. 摂食時の決定権
4. 評価・訓練の独自判断および決定

[評価]

- ・ビデオ嚥下造影の撮影実施指示：放射線照射および造影は放射線科医が実施
- ・ビデオ嚥下内視鏡検査：適応の判断、検査の実施、結果の解釈
- ・内視鏡を用いた喉頭知覚検査：適応の判断、検査の実施、判定
- ・間接喉頭鏡を用いた喉頭観察：適応の判断、検査の実施、結果の解釈
- ・水のみテスト：適応の判断、検査の実施、判定
- ・着色水テスト（気管切開の有無に限らず）：適応の判断、検査の実施、判定
- ・食物の試食：適応の判断、実施、判断
- ・液体の試飲：適応の判断、実施、判断
- ・人工呼吸器の調整（呼吸療法士と協働）：適応の判断、調整、判定
- ・咽頭内圧測定：適応の判断、実施、結果の解釈
- ・口腔内圧測定：適応の判断、実施、結果の解釈
- ・筋電検査：針電極は州によって異なる。表面筋電は可能。

[摂食時]

- ・提供する病院食の食物物を決定（摂食開始・途中での変更）
- ・とろみ調整食品の濃度（ネクター状、はちみつ状、プディング状）の決定
- ・経口摂取開始時期の判断と決定
- ・食事回数（1日のうち）の判断と決定
- ・食事量（栄養）の検討：医師・管理栄養士と協働
- ・摂取水分量の検討：医師・管理栄養士と協働
- ・水分摂取方法の決定
- ・摂食姿勢の決定
- ・ペースの決定
- ・1口量の決定

[嚥下訓]

- ・訓練期間・回数の決定
- ・訓練手技の選定と実施
- ・訓練場所の選定と決定
- ・口腔装置（補綴）の適応判定・製作・調整（製作と調整は他の職種との協働）
- ・気管切開カニューレについての助言（医師に対して）

[説明]

- ・本人・家族などへの説明（嚥下機能・訓練内容・食物摂取・栄養等）と同意
- ・関連職種・施設への説明・情報共有（医師はしない）

[効果判]

- ・訓練効果の判定および訓練プログラムの変更（独自決定）

A)概要

【インタビュー対象者（以下、対象者）】

リハビリテーション部言語聴覚療法科科长
赤池三紀子氏

【聞き取り実施方法】

訪問

【現行実施している業務】

リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付（リハビリテーション総合実施計画書、計画提供料に関わる書類、目標設定等支援・管理シート等）

（業務実施フロー）

- ① 入院患者に対する医師の処方が出た翌日までに評価を実施し、リハビリテーション総合実施計画書の「言語療法に関する項目」をPCに入力し作成。
- ② 入院翌月からは、患者の状態変化やリハビリテーションの進み具合を参考に目標設定や訓練内容を更新し、新たなリハビリテーション計画書を作成。
- ③ 外来患者に対しては、リハビリ算定日数内では初回と3カ月後にリハビリテーション総合実施計画書を入院同様の方法で作成。リハビリ算定上限超え（維持期リハ）は初回並びに1カ月ごとに能力維持できているかの評価を行い、リハビリテーション総合実施計画書を作成。
- ④ 目標管理等支援・管理シートは介護保険利用中に入院の場合は入院時と3カ月ごとに作成。入院中に自立生活が難しいと判断されるケースは介護保険取得日後に作成。
- ⑤ リハビリ算定上限超えの除外対象者でもリハビリテーションにより機能や能力の改善が見込まれる場合、継続コメントを毎

【業務実施背景】

当該業務開始前は、医師の多忙によるリハビリテーション関連書類の作成が遅れることが度々あった。患者の情報共有ツールとしてリハビリテーション支援システムを導入し、各担当者が訓練室からPCで入力することで書類の作成を可能とした。

【タスク・シフト/シェア評価】

（医師からの評価）

「書類作成の時間が削減できた。」「期日までに書類の作成が可能となった。」と声があった。

（受け手職種の評価）

「責任感が出た」、「書類作成に関する業務の複雑さが増えた」、「計画書などの作成日は患者毎に異なるので、医事課が評価日を更新したシートを毎月サブリーダーに配布するシステムになり、サブリーダーから各担当者へメモなどで伝達して忘れなくなった」との声があった。

【研修体制】

院内研修として、新卒者にはリハビリテーション支援システムの活用やリハビリテーション総合実施計画書に関する研修会を開催している。また、診療報酬改定に伴い、書類の様式が変更になった際は書類作成に関する説明会の開催も実施している。

B) タスク・シフト/シェアによる効果

【タスク・シフト/シェア時間】

（リハビリテーション総合実施計画書作成）

- ・1回当たり時短時間…5分
- ・業務発生件数（月間）…88件
- ・対象医師時短時間合計（月間）…約7時間

（目標設定等支援・管理シート作成）

- ・1回当たり時短時間…5分
- ・業務発生件数（月間）…49件

- ・対象医師時短時間合計（月間）…約 4 時間
（継続コメントの作成）
- ・ 1 回当たり時短時間… 5 分
- ・業務発生件数（月間）…16 件
- ・対象医師時短時間合計（月間）…約 1 時間

【今後の課題】

リハビリテーションに関する書類（リハビリテーション総合実施計画書、計画提供料に係る書類、目標設定等支援・管理シート）の作成責務は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認または署名することを条件に言語聴覚士が書類を作成することや当該書類について患者等への説明や交付を行うことは可能と考える。

参考資料7. AA 病院

A)概要

【聞き取り実施方法】

WEB

【現行実施している業務】

医師事務作業補助者において、以下のタスク・シフト/シェア業務を行っている。

① 医師の具体的指示の下、診療録等の代行入力

主にMRI、X-P、CT、核医学検査、生理検査、リハビリ検査のオーダーについて代行入力および予約、臨床検査の代行入力、診察予約をタスク・シフト/シェアとして実施している。処方オーダーについては原則医師が実施することとしている。

② 書類の下書き・仮作成

保険会社提出用診断書、臨床調査個人票、介護保険主治医意見書、医師意見書、身体障害者手帳診断書、年金診断書、公安委員会提出用診断書、自立支援医療診断書、紹介状返書、退院時サマリについて下書きを実施している。

③ 診察前の予診

新患に対し問診票に沿って主訴・病歴等を聴取、聴取した主訴・病歴等を電子カルテに入力を主なタスク・シフト/シェア業務として実施している。疾患ごとに電子カルテのテンプレート（ワードパレット）を用意しているため医師事務経験が浅い方でもスムーズに実施ができる。また、医師があまり見ない項目については削除するなど随時テンプレートの見直しを行っている。

【業務実施背景】

当該業務は 10 年以上前から実施している。医師事務作業補助者は現在 17 名在籍しており、

うち病棟勤務は 8 名の配置をしている。入院と外来の定期的ローテーションはしていないが、外来勤務者内のローテーションは実施している。

【研修体制】

カスタマーサービス課課長が作成した院内マニュアルを活用している。課長については医事課と医師事務作業補助者の両方を経験しており、課題が発生した時点で相談にのってもらえる体制が整備されている。

B) タスク・シフト/シェアによる効果

【タスク・シフト/シェア時間】

① 医師の具体的指示の下、診療録等の代行入力

- ・ 1 回当たり時短時間…8 分
- ・ 業務発生件数（月間）…6,600 件
- ・ 対象医師時短時間合計（月間）…880 時間

② 書類の下書き・仮作成

- ・ 1 回当たり時短時間…68 分
- ・ 業務発生件数（月間）…580 件
- ・ 対象医師時短時間合計（月間）…約 657 時間

③ 診察前の予診

- ・ 1 回当たり時短時間…6 分
- ・ 業務発生件数（月間）…1,000 件
- ・ 対象医師時短時間合計（月間）…100 時間

又・男 外来問診票 問診入力済み
CD-只持参

診察の参考にするため、次の欄にお答えください。*ご記入いただいた情報は、医療情報としてのみ利用します。

お名前 _____ (姓・名) 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

1) 本日より顕微鏡的な症状を数えてください。

頭痛 (スキズキ ・ 締め付ける ・ その他:)

めまい

嘔吐

手足に力が入らない

シャベリにくい

痛い (部位:)

しびれる (部位:)

打撲した (部位:)

けいけん・意識がなくなった

その他の症状 []

2) その症状いつから始まりましたか? _____ 年 月 日 診察から

3) 今までにかかった病名や治療中の病名について数えてください。

病名	年数	病名	年数
高血圧	歳頃	喘息	歳頃
糖尿病	歳頃	脳卒中	歳頃
緑内障	歳頃	心疾患	歳頃
がん (部位:)	歳頃	その他 ()	歳頃
その他 ()	歳頃	その他 ()	歳頃

4) 内服中のお薬について数えてください。
持参薬名・服用頻度・用量をお知らせの方はスタッフへ提出してください。 処方箋番号 ()

問診表①

- 5) 体内金属の有無について、当てはまるものにチェックを入れてください。
 体内金属 あり(部位:) なし 不明
 (※ありにチェックをされた方は下記へもチェックを入れてください)
 ありの方 ステント コイル 骨折時の金属埋込み ペースメーカー
タトゥー 刺青 アートメイク ロインプラント
その他()
- 6) 薬や食べ物でアレルギーがありますか。
あり なし
 薬・食べ物の名前() (症状:)
 薬・食べ物の名前() (症状:)
- 7) 嗜好品についてお答えください。
 飲酒: あり なし
 【ビール・日本酒・焼酎・その他】(1日量:)
 喫煙: あり なし
 (1日: 本) × (年)
 *過去にたばこを吸っていた方 (1日 本 年間喫煙 歳で禁煙)
- 8) 血縁者(両親・祖父母・子供・孫・兄弟姉妹)に次の病気に罹った方がいますか。
 脳卒中: いる() いない
 病名
 *脳梗塞、くも膜下出血、脳出血
 心疾患: いる() いない
- 9) 女性にお聞きします
 生理: あり(最終月経: 年 月 日~) なし
 妊娠: 妊娠中 _____週 可能性あり なし 不明

問診表②

【今後の課題】

代行入力についてはオーダーと予約を主なタスク・シフト/シェア業務として実施しているが、今後は医師の要望に応じてカルテの代行入力を実施していきたいと考える。

今後の課題は新人教育と代行入力の正確性が挙げられる。教育については集合型研修が新型コロナウイルスの影響で実施できていない。今後は内部研修、外部研修を含め検討していきたい。

参考資料 8. 社会医療法人若弘会 若草第一
病院

【インタビュー対象者（以下、対象者）】

院長 山中英治氏、スポーツ整形外科部長
今田 光一氏

【聞き取り実施方法】

WEB

【現行実施している業務】

医師事務作業補助者において、以下のタスク・シフト/シェア業務を行っている。

- ① 外来など医師の傍らにいる時にはクラーク用端末を用いて診療録、処方箋、検査・再診予約などの代行入力を行っている。IC レコーダーを活用した代行入力も当初試行したが現在は不要となっている。入院時は医師の指示書やクリニカルパスに従いオーダー入力を行うが、看護師、薬剤師とも分担し安全性効率性を図っている。
 - ② 書類の下書き・仮作成
入院証明書、診断書等、紹介状、退院時要約の仮作成を実施している。
 - ③ 退院時・転院時に看護師とともに書類を確認する
 - ④ 検査の定型的説明と同意書の受領
 - ⑤ 院内がん登録などの統計調査や学会などに提出する症例の登録
- といった業務を実施している。

【業務実施背景】

当該業務は 2008 年に開始し全診療科、病棟において対応している。医師事務作業補助者は現在 18 名が 3 つの外来フロア、9 つの病棟エリアにまたがって勤務している。

【タスク・シフト/シェア評価】

(医師からの評価)

- ・ 外来業務において、医師事務作業補助者は大きな効果があると考え。医師記録の省力化が顕著である。
- ・ 初診患者が多い診療科ではより時短効果は高くなる。
- ・ 診断書作成での残業はほぼなくなり診療への専念が行えるようになった。
- ・ 入退院時にたくさんの書類を医師が用意しなければならなかったが、現在は医師事務作業補助者が実施していることで助かっている。

【研修体制】

基本業務については 32 時間研修で教育をしている。講師は院内の各職種（医師、看護師、薬剤師、放射線技師、医事課など）が担当し、病院のオリジナルの教材で研修を実施している。研修については DVD に収め、いつでも閲覧できるようにしている。その他に課内の教育担当者が特定の診療科に関する勉強会を企画し各科医師の協力で実施している。

また、外部研修の受講、WEB セミナーの受講については病院として積極的に受けるよう推奨し研修受講履歴を作成している。

研修だけではなく法人のキャリアプランに紐づけた院内キャリアパスを作成しそれに基づいて教育カリキュラムを作成中である。

【今後の課題】

医師事務作業補助者については現在の人員体制では足りないと感じている。業務を円滑に回すためにはあと 4 名は必要だと考える。現実には一つの外来診察室に 1 名では紹介状の下書きを作成していると次の患者の診察補助が開始できないといったことが発生する。現在の診療報酬では医師事務作業補助体制加算が 20 対 1 以上であれば人件費との採算が取れると

考えるため増員は悪くないと思われる。

また、教育については全国的にカリキュラムを標準化していくことも重要であると考えます。

業務内容については多くの病院で管理職自身や看護職・医師の理解不足から勘違いをしている傾向があると感じます。例えば予診行為はあくまでも医師の問診前の情報を収集するのが事務職に許されている業務であって、やり方を厳正にするとともに医師事務作業補助者が行った予診のみで医師がオーダーを出すことがあってはならない。本職種を確立する上でこの啓発は重要と考えます。

参考資料9. 医療法人社団済安堂井上眼科病院グループ

A) 概要

【インタビュー対象者（以下、対象者）】

診療技術部 視能訓練士 南雲 幹氏、瀬谷剛史氏

【聞き取り実施方法】

WEB

【現行実施している業務】

以下の2業務をタスク・シフト/シェア業務として実施している。

- ① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置に手術前に視機能検査機器等で得た検査データ等を手術装置に入力する
手術前に行う検査として屈折検査、角膜曲率検査、コントラスト感度、眼軸長の評価を行い、「術後の目標値の入力および確認」「手術に必要な視機能検査機器からのデータ移行および確認」、「検査データに合わせた手術装置、器具のセッティング」、「術中の医師の指示によるデータ確認、手術装置の調整への対応」、「術前術後のデータ管理」をタスク・シフト/シェア業務として実施している。
- ② 検診時の視機能検査の実施と評価、検診結果報告書の作成

【研修体制】

業務開始に際し、医師(眼科専門医)から合計数時間の直接の指導及び研修会への参加、また、院内にてトレーニングを受ける体制を整備している。その後、当該医師から実施可能の承認を受けるようにしている。

B) タスク・シフト/シェアによる効果

【タスク・シフト/シェア時間】

対象業務1回あたりの医師時短効果は以下のとおりである。

- ① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置に手術前に視機能検査機器等で得た検査データ等を手術装置に入力する
 - ・1回当たり時短時間…30分
 - ・業務発生件数（月間）…30件
 - ・対象医師時短時間合計（月間）…約15時間

【今後の課題】

現在の養成課程では、当該業務に関する教育を受けていない、あるいは不十分なため、今後養成課程のカリキュラムに組み込むことを検討する必要があると考える。既有資格者が、当該業務を行うに際して、手術に関するオペレータ業務については新たに手技等訓練を行う必要があると考える。今後、関連学会と研修制度を含めて合議する必要がある。

白内障等に関する手術支援は、病院では看護師が実施している。開業医では視能訓練士と一緒にやるのが一般的であるため全国的に人員が足りていないと考える。

スキル面では現状の業務以上のことは実施可能であるため、将来的には脳障害・外傷・高次機能障害などの視機能障害に対する視機能回復を目的とした視能訓練、地域包括システムにおける訪問時の視機能検査業務および視機能評価についても業務の領域（幅）を拡大すべきだと考える。

参考資料 10. タスクシフティングに関するシンポジウムへの参加

(参加者)

分担研究者 小野 孝二 (東京医療保健大学)

分担研究者 岡本左和子 (奈良県立医科大学)

研究協力者 森田 雅士 (奈良県立医科大学 大学院修士課程2年)

(シンポジウム内容)

2021年11月12日(金)東京ビックサイトの国際会議場にて開催された第37回日本診療放射線技師学術大会における日放シンポジウム1(チーム医療推進事業)、テーマは「診療放射線技師へのタスクシフティング/シェアリング推進と課題」に参加した。本シンポジウムは、日本臨床衛生検査技師会、日本臨床工学技士会からの講演者も含まれ、包括的な意見を聞くことと意見交換を趣旨としていた。

本シンポジウムでは、タスクシフティング/シェアリングの概要と法令改正の経緯、日本診療放射線技師会の取り組みと告示研修の実態、他団体との活動、診療放射線技師の実践例について報告があった。

まず、基調講演として、「医師の働き方改革のためのタスク・シフト/シェアー診療放射線技師への期待ー」と題して厚生労働省医政局医事課長の山本英紀氏よりタスクシフティング/シェアリングの概要と法令改正の経緯などについて詳細な説明がなされた。医師の働き方改革として労働時間の短縮と健康確保についての実情の説明があった。その実現に向けたタスク・シフト/シェ

アの具体的な業務内容に関する事項として、各医療機関の実情に合わせ、各職種の職能を活かして適切で医療安全が確保された医療を効率的に提供するためにタスク・シフト/シェアを行うこと、その業務内容と、当該業務を推進するために実施する研修や説明会の開催等の方策を講ずることを説明された。また、働き方改革の進捗状況については全体評価がされ、さらに医師自身の働き方改革と医療の受け手である国民にも医療のかかり方の見直しが推奨された。

次に「日本診療放射線技師会(JART)としてのタスク・シフト/シェアに対する取り組みと診療放射線技師のさらなる活用」と題して、副会長の児玉直樹氏より発表があり、国際医療研究センターの副診療放射線技師長 北村秀秋氏より、診療放射線技師における「タスク・シフト/シェアに伴う告示研修」について詳細な内容が発表された。北村氏からは業務範囲の拡大について説明があり、これらに対する令和3年厚生労働省告示第273号による厚生労働大臣が指定する研修(告示研修)の内容や実技研修の運用等について説明があった。この告示研修を修了することで、診療放射線技師籍に登録され、修了証が発行される。

さらに、埼玉県済生会川口総合病院の放射線技術科科长(公益社団法人 日本診療放射線技師会 副会長)の富田博信氏より「タスク・シフト/シェアに伴う診療放射線業務の実践ー静脈路確保ー」と題して、実際の臨床現場での取り組みについて報告があった。この静脈路確保については、「診療放射線技師法施行規則等の一部を改正する省令案(概要)について(令和3年5月 厚生労働省医政局医事課)」の2.改正の概要

では、診療放射線技師法第24条の2第2号の厚生労働省令で定める行為として、「静脈路に造影剤注入装置を接続する際に静脈路を確保する行為」を追加することが明記された説明と診療放射線技師法施行規則の改正後では、改正前に規定されていた「静脈路確保のためのものを除く」が削除されており、法令上も静脈路確保も可能であると解釈できる。

診療放射線技師以外のシンポジストとして参加していた日本臨床衛生検査技師会、代表理事副会長の丸田秀夫氏、日本臨床工学技士会の専務理事 青木郁香氏よりそれぞれ職種のタスクシフティング/シェアリングと実践について詳細な状況報告がなされた。丸田氏からは、「臨床検査技師へのタスク・シフト/シェアと実践」として、制度改革により追加業務として検体採取(政令2行為)、生理学的検査(省令4行為)、採血・検体採取・生理学的検査に関連する行為(省令4行為)について説明があった後、制度改革の流れ、指定講習会の概要の説明があった。また、現行制度下で医師からのタスクシフティング/シェアリングを検討会から推奨されている項目についても言及があった。

青木氏からは「臨床工学技士へのタスク・シフト/シェアと実践」は、新たな業務として静脈路確保薬液投与、動脈表在化穿刺、心・血管カテ電氣的負荷、鏡視下手術視野確保についてその法的根拠の説明があった。また、業務範囲追加に伴う厚生労働大臣指定の研修についての概要とその内容、到達目標および目標修了者の見込み数などの説明があった。

各医療職能団体にとって、医師のタスクシ

フティング/シェアリングは職域と仕事量を増やす機会となり、全体的に前向きな姿勢であることが窺えた。

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「新しいチーム医療等における医療・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。

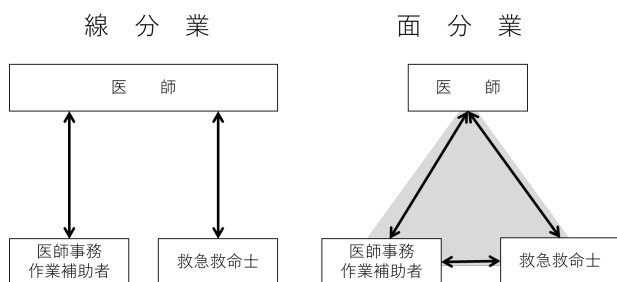


図1 線分業・面分業のイメージ

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)

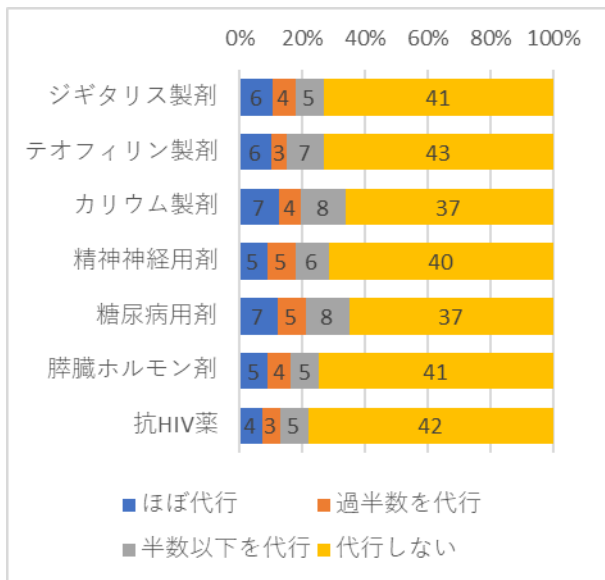


図2 ハイリスク薬の代行有無

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。

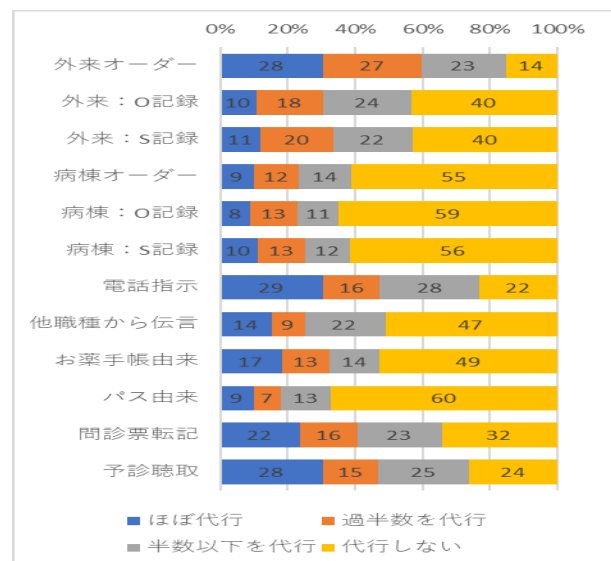


図3 代行入力を妥当と考える範囲

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)

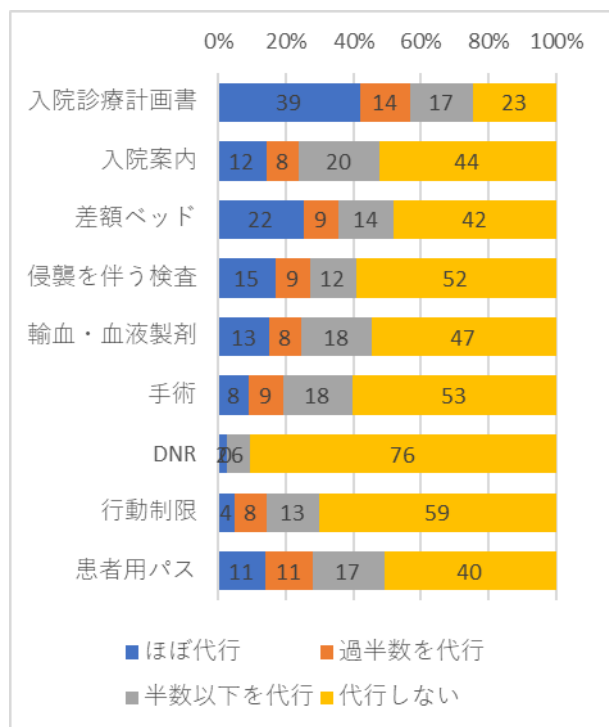


図4 説明文書の作成を妥当と考える範囲

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した後に医師が承認・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。

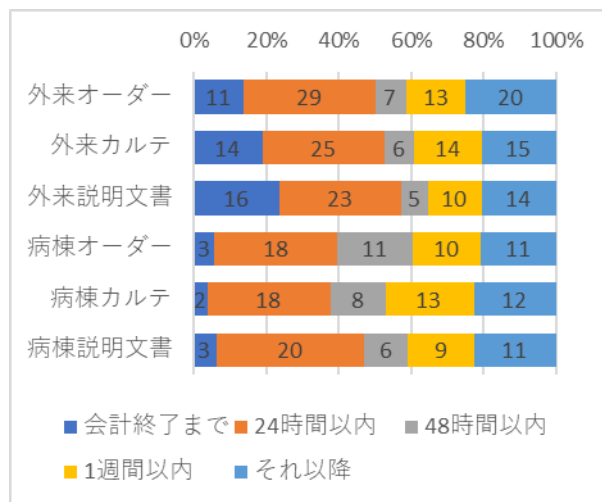


図5 承認操作までの適切な期間

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く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、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。



搬入時、医師アシスト



ヘッドサイド回診記録

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！

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

271件の代行（2018年1月～2018年10月現在）

- ◆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



ICの同席と記録

◆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憶測の記録（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

災害時に大量発生した退院サマリー（9月6日～9日）
35件中、28件の代行作成を実施
→ 早期の通常業務再開へ

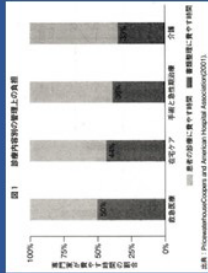


『高度救命救急センターにおける 医師事務作業補助者を活用した医療安全対策と効果検証』

2017年10月 救急医学講座 井上弘行

【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～】

厚生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
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
「負担軽減されたか？」「はい」=100% 患者事後評価
- ⑤医師へのアンケート調査
「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。

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に立ち会い、記録
- ・乳がんフォロー記録
- ・回診録行、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

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事がある」と情報
→医師の把握なく、記録代行し漏ら
・夜間、患者がトイレを前に巻きこむ→2回殺害を遂げた
→看護部が早期発見、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、誤記録防止した

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?
- ・どのようなコンセプト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

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、残ありということ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

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）

看護師の専門性のさらなる発揮に向けた救急外来における包括的指示を活用した
医師と看護師の間でのタスク・シフト/シェアの取り組み

研究分担者 秋山 智弥（名古屋大学 教授）

研究要旨

本研究では、医療機関におけるタスク・シフト/シェアの好事例を全国に横展開していく上で重要となる要因を明らかにすることを目的として、救急外来において包括的指示の活用に取り組む3施設の看護管理者を対象に半構造化インタビューを行い、組織的な業務改善に向けた取り組みについて調査した。

その結果、全事例において、院内の執行部や最高意思決定機関において「患者にとっての利益」を目指した組織の方針や考え方等の合意形成を図ること、多職種の賛同・協力を得ながら業務実施体制や教育体制の整備に取り組み、これらの体制整備が安全かつ効果的なタスク・シフト/シェアの取り組みの推進を後押ししたことが明らかになった。とりわけ、いずれの施設においても医療の安全や質の担保を重視し、包括的指示に基づく看護師の判断の難易度や実施する行為の患者への侵襲性を踏まえて、包括的指示を運用する際の、看護師の要件や追加の教育・研修を定めていた。

これらの組織的な体制整備によってもたらされた救急外来における包括的指示の活用の効果として、医師の業務の効率化に加え、医師の事前の指示の下で診察を待つことなく看護師が検査を実施することによる患者の待機時間の減少や、さらには看護師の知識・技術の習得や役割発揮へのモチベーションの向上等が確認された。

「患者にとっての利益」を共通目標とした組織的な合意形成の下、多職種でタスク・シフト/シェアに取り組むことが医師の時短や効率化だけでなく看護師にとっても良い効果が期待できることが明らかになった。これらの知見を幅広く周知することで、今後、全国の医療機関において、看護師の専門性をさらに発揮した医師－看護師間のタスク・シフト/シェアが広がることを期待できる。

A. 研究目的

「救急外来においては、看護師が医師の事前の指示の下で採血・検査を実施し、医師が診察する際には、検査結果等の重要な情報を揃えて

おくことにより、医師が救急外来の患者に対しより迅速に対応することが可能になる」¹ことから、救急外来における医師と看護師の間でのタスク・シフト/シェアは、患者の利益だけでなく、医師の業務効率化や看護の専門性の発揮に

¹ 医政発 0930 第 16 号「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 厚生労働省医

政局長）
https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/shift_n_share/decreepdf/hpnotice_r3093016.pdf

もつながることが期待される。そこで、本研究では、救急外来において包括的指示²を活用し、医師と看護師の間でのタスク・シフト/シェアに取り組む先駆的な事例を調査する。そして、実施に至るまでの現場の組織的な業務改善の取り組みについて分析することで、今後、全国の医療機関に横展開をしていく上での重要な要因を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

本研究では、厚生労働省が「現行制度の下で医師から看護師へのタスク・シフト/シェアが可能な業務」¹として示したもののうち、「救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施」に取り組んでいる3施設を対象とし、看護管理者に半構造化インタビューを行った。

- ・ 調査対象：「救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施」に取り組んでいる3病院

- ①三重大学医学部附属病院（685床、三次救急医療機関・特定機能病院）
- ②武蔵野赤十字病院（611床、三次救急医療機関）
- ③済生会熊本病院、（400床、三次救急医療機関）

- ・ 調査期間：2021年12月14日～2022年2月7日
- ・ 調査内容：取り組み内容や実施に至るまでの組織的な業務改善の取り組み、タスク・シフト/シェアに取り組む上での工夫や成功要因等

C. 研究結果

1. 武蔵野赤十字病院

1) 救急部門の概要

一次～三次救急患者を受け入れ（救急車受入台数：10,000件/年、救急外来受診者数：2,200名/月）。救急外来の看護師数は約30名（うちリーダー業務が遂行でき、トリアージにも対応できる人材が半数）で、日中・夜間共に6名配置。

2) プロトコール概要（別紙1参照）

	①整形外科領域に関するプロトコール	②胸痛症状に関するプロトコール
適用場所	救急外来	
対象患者 (対応可能な患者の範囲及び病態の変化の範囲)	外傷や転倒などで救急搬送された患者でかつトリアージで低緊急と判断された患者（妊娠が疑われる患者や、疼痛部位が複数ある患者は除く）	主訴が胸痛の一次救急の患者（外傷等、循環器以外の要因が疑われる患者は除く）
実施する診療の補助等の内容及びその判断基準	疼痛部位の確認と疼痛部位のX線検査指示を展開（代行入力）	12誘導心電図検査、採血、血管確保、胸部X線検査指示を展開（代行入力）

² 「看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるように、医師が、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為について

一括して出す指示」（医政発 0930 第 16 号「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）

対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等	救急外来の医師に口頭で連絡	
看護師の要件	院内外の指定の教育を修了した トリアージ看護師またはリーダー看護師	
	プロトコールに基づく X線撮影等に関する講義受講	—
適用の判断	プロトコールに記載されている「対応可能な患者の範囲」及び「対応可能な病態の変化の範囲」に基づき判断	
実績	12 例(2022 年 1 月 15 日現在)	2 例(2022 年 1 月 26 日現在)

3) プロトコールの作成及び活用に向けた組織の取り組み

(1) 組織全体で目的や考え方、方針を決定

医師と看護師との間でのタスク・シフト/シェアの取り組みにあたっては、最初に、病院の理念に基づき、「患者の利益を最優先」と「患者のリスクの低減」を目指すことを組織全体で決定した。その上で、タスク・シフト/シェアをする業務については、「従来、医師が担ってきた業務の一部を、看護師が引き受けることで患者の利益が増すもの」とする方針とした。医師からは、医師から看護師へのシフトによる安全上のリスクへの懸念が示されていたが、幹部会議で看護部長が繰り返しこれらについて説明したことで、組織内のさまざまな職種の理解を得ることができた。

院長等執行部が参加する管理会議において承認を得た後、看護部長先導の下、各診療科部長などが参加する幹部会議で、看護の専門性を活かし、患者にとって有益な医師と看護師の間でのタスク・シフト/シェアについて議論した。何をもって患者の利益と考えるかという価値観は、医師は精度や質を、看護師はそれらに加えて効率化を求める傾向にある等、職種や立場で異なったため、関連する委員会を含め時間をかけて調整し、合意形成を図った。救急外来を受診するすべての患者のトリアージを看護師が担っていることに着目し、

患者数が多く、医師や診療放射線技師等の関係職種から賛同・協力が得られた整形外科領域からプロトコールの活用を開始する方針を決定した。幹部会議で議論を重ねることで、包括的指示の活用に前向きな姿勢を示す人が増え、循環器領域の患者にもプロトコールを活用することとなった。

(2) 組織の方針に基づくプロトコール作成と活用のための業務実施体制の整備

上記方針に基づき、認定看護師や救急外来看護師長を含むコアメンバー会議とプロトコールを導入する診療科（整形外科または循環器）医師を含めた会議で業務実施体制の整備およびプロトコール作成を行った。実際に現場でプロトコールを活用する看護師を検討メンバーに加えたことでプロトコールの円滑な導入につながった。プロトコール策定のプロセスとしては、まず Process Flow Chart を用いて、救急外来で勤務する医師・看護師・事務職員の業務の流れを可視化した。

また、プロトコール活用に関する運用ルールを策定した。その中では、①②のプロトコールを活用する看護師の要件を「トリアージ看護師またはリーダー看護師」とした。これらの看護師は、救急部門での3年以上の経験に加え、院内外の研修を修了しており、高い看護実践能力を有している。加えて、①整形外科領域に関するプロトコールに

についてはプロトコールに基づく X 線検査撮影等に関する研修の受講を必須とすることで、安全性と質の担保を図った。②胸痛症状に関するプロトコールについては、従来より行ってきた院内研修で必要十分な教育であると判断し、新たな研修等は設けなかった。

看護師からは、プロトコールに沿った判断や、新たな業務による負担について心配の声が聞かれた。そこで、業務負担が少なく、最大の効果を上げられるよう、看護師が判断に迷う事例や業務が立て込んでいる時にはプロトコールの適用を見送る等を明示し、負担のない範囲で導入を開始した。その結果、プロトコールの活用が進み、経験を重ねることで看護師の不安は自信に変わっていった。さらに、より現場で活用しやすいプロトコールに改善していくため、実際にプロトコールを活用した医師と看護師がプロトコールの評価・修正を行う仕組みを構築した。

4) 包括的指示の活用による効果・影響

(1) 患者の待機時間の減少と必要なケアの提供、
(2) 医師の業務負担の軽減、(3) 看護師の学ぶ意欲の向上が見られた。

(1) については次の 2 つの効果があった。

① 整形外科領域に関するプロトコールの導入前後で、「受付から患者対応開始」が平均約 1 分、「受付から X 線検査撮影」が平均 2 分、短縮した。

② 胸痛症状に関するプロトコールについては、プロトコール導入から 3 ヶ月目までの「トリアージから 12 誘導心電図実施」時間は平均 12.9 分であったが、プロトコール活用開始 5 ヶ月目には平均 10 分以内まで短縮している。プロトコール活用による有害事象の発生はなかった。

(2) については医師の診察の前に看護師がプロトコールに基づいて検査を実施することで、医師が患者を診察する際には検査結果が揃っており速やかに治療介入できるため、業務の効率化や軽減につながっていると医師から高い評価が得られている。(3) については、看護師は、以前よりも心電図等についての知識の習得に積極的な姿勢がみられるようになった。

5) タスク・シフト/シェアに取り組む上での工夫や成功要因等

幹部会議での病院の理念に基づいた目的・方針の決定・組織全体の業務整理、看護部長のイニシアティブ、プロトコールに活用に関する運用ルールの策定、活用する当事者がプロトコールの策定・見直しを行う体制構築、初期は負担のない範囲での導入

6) 今後の展望

医師の勤務時間の短縮への効果等、継続的な評価と運用上の仕組みの修正に加え、他部署においてもプロトコールの活用を導入することを検討している。

2. 済生会熊本病院

1) 救急部門の概要

「断らない救急」をスローガンに救急・重症患者の受入体制の充実を図っている（救命救急センター 42 床、ICU18 床、HCU12 床、救急車等受入台数：7,752 件/年、救急外来受診者数：16,050 名/年）。夜間は医師 7-8 名の当直体制、救命救急外来看護師は 6 名体制で勤務。

2) プロトコール概要（別紙2参照）

適用場所	救急外来
対象患者 (対応可能な患者の範囲及び病態の変化の範囲)	胸痛を主訴とする患者（胸痛の原因が、外傷や消化器症状等、心原性以外が疑われる場合は適用外）
実施する診療の補助の内容及びその判断基準	12誘導心電図検査、採血及びルート確保
看護師の要件	JNA ラダーレベルⅢ以上及び院内認定資格「トリアージナース」 ³ 取得
適用の判断	プロトコールに記載されている「対応可能な患者の範囲」及び「対応可能な病態の変化の範囲」に基づき判断
実績	約19例/月

3) プロトコールの作成及び活用に向けた組織の取り組み

(1) 組織全体での目的の共有と多職種による取り組み

1996年のクリニカルパスの導入以降、多職種による合意形成の下で組織的に診療プロセスの標準化・患者アウトカムの可視化に取り組んでおり、組織全体でタスク・シフト/シェアを推進する体制が整備されていた。そこで、タスク・シフト/シェアの検討にあたって、各職種の認識を共有した上で、多職種で「組織があるべき姿」や組織全体のタスク・シフト/シェアの目的を検討し、各職種が実施可能な業務を整理した。それにより、「患者にとっての最善を叶え、安全性を担保したケアの提供のために、どの職種がどのような業務を担うことが良いか」という視点で、医師及びその他の医療関係職種等の多職種から構成される組織全体の検討の場である「タスクシフト推進プロジェクト」で、業務の整理・調整を進めることができた。しかし、病棟における看護師の業務量調査により実際の時間別業務量を可視化・

共有することで、どの時間帯に誰が行うことが安全でかつ患者にとっての最善につながるのか、チーム医療を行う多職種が、職種間でタスク・シフト/シェアを進めていく必要性についての理解が得られるようになった。看護部長は、タスク・シフト/シェアを看護師の専門性発揮の機会と捉え、「タスク・シフト/シェア推進プロジェクト」でリーダーシップを発揮した。そして、夜間帯は当番の医師が多様な疾患の患者に対応している救急外来において、迅速に標準的なケアを提供するためのプロトコールが必要であることから、緊急カテテルの Door To Balloon time の短縮や患者満足度の向上を目指した胸痛プロトコールの活用に取り組むことを医師（救急科及び総合診療科）及び看護師（看護部長、副看護部長、救急外来師長、救命救急病棟師長など）で会議を行い決定した。

(2) 医療の質向上・安全性の担保を図るための体制整備

プロトコールの活用にあたって、業務実施体制及び教育体制の整備に取り組んだ。業務実施体制

³ 救急部門における経験年数3年以上の看護師を対象とし、e-learning受講・5症例のトリアージ実践を経て、認定される。資格保持には定期的なe-learning受講等、継続的な教育が課せられている

及び教育体制の整備に取り組んだ。業務実施体制の整備としては、プロトコルの活用に関する運用ルールを策定し、その中でプロトコルを活用する看護師の要件を「JNA ラダーレベルⅢ以上及び院内認定資格『トリアージナース』取得」と設定した。「JNA ラダーレベルⅢ」というレベルは、「ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する」と定義されている。また、「トリアージナース」は救急部門における経験年数3年以上の看護師が、e-learning 受講及び5症例のトリアージ実践を経て認定され、認定後も e-learning 受講等の継続的な教育が課せられている院内認定資格である。安全性及び質を担保しながら胸痛プロトコルを活用するためには、臨床判断能力も含めた高い看護実践能力が求められるため、プロトコルを活用する看護師の要件を「JNA ラダーレベルⅢ以上及びトリアージナース取得」設定した。

加えて、プロトコルを活用する際には、患者の状態があらかじめ医師から指示された範囲に合致する状態であるかどうかについて、適時・適切な判断が重要となる。そのため、看護師が安全に胸痛プロトコルを活用できるよう、必要な臨床判断能力向上のための教育・研修を再構築した。

4) 包括的指示の活用による効果や影響

(1) 治療開始までの時間の短縮、(2) プロトコル策定による診療プロセスの標準化、(3) 業務改善の取組みの広がりがあった。

(1) については、プロトコル導入前後で「Door to balloon time」の月平均時間が79分から67分に短縮され、患者への治療開始までの時間を短縮することができた。医師からも、看護師に検査の実施まで任せられることによって、迅速な診断が可能であり、業務の効率化につながっていると好

評価が得られている。プロトコル活用による有害事象の発生はなかった。

(2) については、プロトコル策定により、診療プロセスの標準化を図ることができた。加えて、看護記録の内容や使用する用語の標準化を図り、それらを用いてデータ分析を行うことで、実施している看護実践を可視化し、さらなる業務効率化や質の評価の取組みにつながっている。

(3) については、薬剤師から全病棟の配置薬の種類や設置場所の統一が提案・実施されるなど、看護部の取組みを契機に他職種による業務効率化・業務改善の取組みが広がっている。

5) タスク・シフト/シェアに取り組む上での工夫や成功要因等

目的の明確化及び組織全体での共有、多職種での検討、業務量の可視化・共有、業務実施体制及び教育体制の構築

6) 今後の展望

夜間帯の医師の負担軽減や、早期治療介入による患者の死亡率低下等、効果を継続的に評価するとともに、成功事例の可視化を計画している。また、看護師が適切なプロトコルを適用するためのスキルや能力の維持・向上のための教育の充実を計画している。

3. 三重大学医学部附属病院

1) 救急部門の概要

主に三次救急患者を受け入れ（救急車受入台数：約2,000件/年、救急搬送応需率85.3%）。救命救急センター8床、ICU6床、HCU10床。夜間は医師5名、看護師7名で対応。

2) プロトコール概要 (別紙3 参照)

	①脳卒中 (脳梗塞・脳出血疑い) に関するプロトコール	②胸痛・動悸症状に関するプロトコール
適用場所	救急外来	
対象患者 (対応可能な患者の範囲及び病態の変化の範囲)	脳卒中を疑う患者	胸痛・動悸を主訴とする患者 (一次・二次救急)
実施する診療の補助等の内容及びその判断基準	採血・血管確保、心電図検査 (指示の代行入力を含む)	採血・血管確保、心電図検査 (指示の代行入力を含む)
	(プロトコール適用の是非の判断は救急隊から傷病者情報を受信したタイミングで医師が行う)	
対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等	救急外来の医師に口頭で連絡	
看護師の要件	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急・総合集中治療センターで1年以上の経験 ・所定の研修修了 (プロトコールに関連する疾患・検査データ等に関する講義・OJT) 	
適用の判断	ホットラインの情報を基に医師が判断し、適用を指示	
実績 (2022年2月4日現在)	19例	3例

3) プロトコールの作成及び活用に向けた組織の取り組み

(1) 執行部における目的の共有及び多職種の理解と参画

取り組みにあたっては最初に、タスク・シフト/シェア推進の目的は、「患者に必要な医療を安全かつタイムリーに提供すること」であると執行部で合意し、組織全体で共有した。加えて、執行部会議で厚生労働省医政局通知²を示し、本取り組みが現行法令から逸脱しないことを共有し、患者の利益のために各職種が何を行うことができるかという視点で、タスク・シフト/シェアの取り組みを検討した。さらにその下には医師と看護師から構成される包括的指示の活用に向けたワーキンググループを設置し、看護師がプロトコールに基づいてどこまで対応可能か等を議論し、プロトコール案を作成した。

(2) 運用ルールの策定と看護師への研修の実施

業務実施体制としては、プロトコールを活用する上での医師・看護師それぞれの役割を明確にし、

運用ルールを策定した。救急外来で業務を行う看護師は、「救命救急・総合集中治療センターで1年以上の経験を有する者」(新人看護師の救急外来への配属はない)となっていることを踏まえ、当該プロトコールを活用する看護師の要件を、「総合集中治療センターで1年以上の経験」+「所定の研修修了」とした。これはある程度、幅広い看護師がプロトコールを活用できるようにするためであり、この要件を踏まえ、医療の安全性と質を担保できるようプロトコールの内容を検討した。看護師からはプロトコールに基づき円滑に対応できるか等の不安の声が聞かれたため、まずは、従来通り必要時には医師から具体的指示が得られる環境下でプロトコールの活用を試行することとした。

教育体制としては、前述の要件「救命救急・総合集中治療センターで1年以上の経験」を満たす看護師への研修を実施した。研修は、プロトコールに関連する脳血管障害や冠動脈疾患の検査データ等に関する講義に加え、実際のプロトコールの運用に関するOJTを実施した。他部署から救急

外来に異動した看護師も安全かつ円滑にプロトコールを運用できるよう、研修体制の整備も行った。

4) 包括的指示の活用による効果・影響

(1) 業務の効率化、(2) 医師 - 看護師間のコミュニケーションの増加・チームワークの強化、(3) 看護師の主体性・モチベーションの向上、が見られた。

(1) 一度に多くの患者への対応が必要な状況で医師が直ちに診察を開始できない患者についても、看護師がプロトコールに基づいて検査を実施することで、その間、医師は他の患者への対応を中断せず行うことができ、業務の効率化が図られ、医師からは高い評価が得られている。プロトコール活用による有害事象の発生はなかった。

(2) 医師は看護師の業務の状況も踏まえてプロトコールの適用を判断することから、看護師は以前よりも積極的に医師に声をかけるようになり、医師 - 看護師間のコミュニケーションが増加している。それにより、両者の協働への姿勢に変化がみられ、チームワークが強化されている。

(3) 救急外来における看護師の役割と業務内容や体制から必要とされる看護師の配置人数について多職種からなるワーキンググループで検討する機会や、看護師に対する教育・研修が増加した。それにより、「自身の能力をさらに向上させ、専門性を発揮し、患者によりタイムリーに対応していきたい」という看護師の主体性やモチベーションが高まっている。

5) タスク・シフト/シェアに取り組む上での工夫や成功要因等

目的の明確化及び組織全体での共有、多職種が参画した業務の見直し及び業務改善の具体的計

画の策定、業務実施体制及び教育体制の構築、円滑な導入に向けた試行

6) 今後の展望

医師の勤務時間の短縮効果を客観的に評価するとともに、看護師がより専門性を発揮し、適切な医療が、医師の包括的指示に基づいてタイムリーに提供できるよう、看護師の臨床判断能力の向上を目指した教育を計画している。

D. 考察

救急外来において、包括的指示を活用し、医師と看護師の間でのタスク・シフト/シェアに取り組む事例を調査した。その結果、プロトコール活用の効果として、患者の待機時間の減少及び医師の業務の効率化が3施設に共通して見られた。包括的指示として救急外来における検査の実施に関するプロトコールを作成しておくことで、医師が診察する前に看護師が患者の全身状態を把握し、医師が指示した「対応可能な病態の範囲」に該当するか、その指示を当該患者に適用して良いかの判断をした上で検査を開始できる。それにより、患者に対しては、医師の診察を待つことなく検査が実施され、待機時間を減少させたと考えられる。加えて、看護師がプロトコールに基づいて検査等を実施している間、医師は別の患者の対応に集中することができる上、検査結果等の情報が揃った状況で、患者の診察・治療を開始することが可能となっていた。これらより、客観的な評価には至らないものの、医師の業務が効率化・軽減されていることが推察できる。なお、3施設で計55例の実績に対し、プロトコール活用による有害事象の発生はなかった。

調査対象の3施設では、取り組みに先立ち、執行部などの役員や経営幹部、あるいは組織の最高

意思決定機関などにおいてタスク・シフト/シェアに関する方針や考え方等の合意形成を図り、多職種の合意や賛同・協力を得ていた。その際、いずれの施設においても、「患者にとっての利益」を目的としていた点が共通していた。様々な価値観を持つ職種間で、「患者にとっての利益」という共通する目的を目指すことが多職種の協力・参画につながっていたと考えられる。国からも、タスク・シフト/シェアを効果的に進めるために「医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取り組みの機運が向上するよう、(略)、医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが求められる。

(略) 特に、一部の職種のみ又は管理者のみの意識改革では、タスク・シフト/シェアが容易に進まないことに留意する必要がある²⁾と多職種の意識を組織的に向上させることの重要性が示されている。今回の調査対象としていた3施設は、タスク・シフト/シェアに関する法令改正や通知を共有した上で、「患者にとっての利益」に向け、どのような業務の改善や効率化を行うか、そこに各職種がどう関わっていくのかについて多職種で検討・決定していた。「患者にとっての利益」を目指し、組織全体で取り組むことが、タスク・シフト/シェアの取り組みを成功に導く1つの要因であることが示唆された。

3施設すべてにおいて、この取り組みに対し、医師、看護師、時にはその他の職種も参画し、業務実施体制や教育体制の整備を行っている点も共通していた。具体的には、業務実施体制の整備の一環として、各職種の業務の整理・見直しを行った上で、プロトコールの活用に関する運用ルールやプロトコールの検討・策定がなされており、その際、タスク・シフト/シェアについての組織としての方針が共通認識されていることで、具体的な検討が円滑に進んでいた。プロトコールを活用

する上で、医師・看護師双方の役割や責任を明確にするとともに、医療の安全や質を担保できるよう運用ルールが定められていた。また、プロトコールは「①対応可能な患者の範囲、②対応可能な病態の変化の範囲、③実施する採血・検査の内容、④対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡」が含まれている必要があるため、どのような患者や病態を対象とするのか、適用除外等も検討されていた。

プロトコールに基づく医療の安全や質を担保するためには、看護師は、あらかじめ医師が示した状態の範囲であるか、その指示をその患者に適用して良いかの判断ができなくてはならない。そのため、各施設においては教育体制の整備にも力を入れていた。一定以上の看護実践能力を有することをプロトコール運用看護師の要件としている施設もあれば、幅広い看護師がプロトコールを運用する仕組みにしている施設もあった。いずれにも共通していたことは、プロトコールに基づく看護師の判断の難易度や実施する行為の患者への侵襲性を踏まえ、プロトコールを運用する看護師の要件や、追加の教育・研修を定めていたことである。

また、前出の厚生労働省医政局長通知²⁾において「医療安全を確保しつつ、タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の不安を解消するためには、タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の知識・技能を担保することが重要」とある。今回の調査でも、教育体制の整備が、新たな業務を引き受ける看護師の不安の軽減や積極的な関わりを後押ししたとの結果が得られていることから、教育・研修は安全性と質の担保のみならず、看護師が自信をもって新たな役割・業務に取り組むことや、さらなる専門性の発揮を促す要素でもあるといえる。さらに、プロトコール

の導入が、看護師の知識・技術の習得や役割発揮へのモチベーションの向上、医師 - 看護師間のコミュニケーションの活性化にもつながっていた。

E. 結論

本研究では、厚生労働省が「現行制度の下で医師から看護師へのタスク・シフト/シェアが可能な業務のうち特に推進する」と示したもののうち、「救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施」に取り組んでいる3施設を対象とし、医師と看護師の間でのタスク・シフト/シェアに取り組む先駆的な事例を調査した。

その結果、安全かつ効果的にタスク・シフト/シェアを進めるためには、院内の執行部や最高意思決定機関において「患者にとっての利益」を目指した組織の方針や考え方等の合意形成を図り、多職種の賛同・協力を得るとともに、業務実施体制や教育体制の整備を行うことが重要であることが示唆された。これにより、看護師や他職種がタスク・シフト/シェアに前向きになり、看護師が新たな役割・業務に取り組むことやさらなる専門性の発揮を促すとともに、医師の業務の効率化のみならず、患者へのタイムリーかつ標準的な医療提供といった医療の質の向上や、看護師の専門性のさらなる発揮やモチベーションの向上といった効果も期待できる。

F. 健康危険情報

なし（非該当）

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

I. 参考資料

1. 武蔵野赤十字病院 救急外来
 - ① 胸痛プロトコール
2. 済生会熊本病院
 - ① 胸痛のある患者の対応フロー
3. 国立大学法人 三重大学医学部附属病院 救命救急・総合集中治療センター
 - ① 胸痛・動悸プロトコール
 - ② 脳卒中（脳梗塞・脳出血）プロトコール

① 整形外科領域に関するプロトコール

<p>目標 : 患者のバイタルサイン測定および疼痛部位等に関する問診を行い、医師の包括的指示に基づき、患者が迅速にレントゲン検査を受けられるようにする。</p> <p>対象患者 : 外傷や転倒などで救急搬送された患者であり、かつ看護師によるトリアージで低緊急と判断された患者（妊娠の可能性のある患者や、疼痛部位が複数ある患者は対象外）</p> <p>実施可能看護師 : 救急部門の看護実践を3年以上経験して、院内外の教育を終了したトリアージ看護師やリーダー看護師</p> <p>患者への説明 : トリアージ看護師が説明を行い、同意の確認をカルテへ記録する。（被ばくには正当性（根拠）が必要）</p> <p>対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等 : 救急外来の医師に口頭で連絡</p> <p>① 問診票に記載された疼痛部位を患者本人に確認する。</p> <p>② 患者画面を展開した後、整形外科 夜勤医師（当番医師）を依頼医師として選択する。</p> <p>③ セット展開 <共通> ⇒ <救急外来> ⇒ <トリアージ後 Xp> の順に画面を展開し疼痛部位の X 線オーダーを代行入力する。</p> <p>④ 依頼医は後刻、委譲者オーダーを承認する</p> <p>※救急隊がつけてきたカラー、シーネは外さない</p> <p>※撮影は必要最低限（原則として患側のみ）</p> <p>※上肢・下肢では関節なのか骨幹部なのかを確認する。</p> <p>※適切に医師に相談する。</p>
--

	疼痛部位 = セット名		撮影部位	想定される外傷・疾患	撮影枚数
1	頸部		頸椎 2 R	頸椎捻挫 頸肩腕症候群	2
2	肩周囲		鎖骨正面	鎖骨骨折 上腕骨外科頸骨折	1
3	上腕	*	上腕 2 R	上腕骨骨折	2
4	肘周囲	*	肘関節 2 R	上腕骨顆上骨折 肘頭骨折	2
5	前腕	*	前腕 2 R	前腕骨折	2
6	手関節	*	手関節 2 R	橈骨遠位端骨折	2
7	手	*	手 2 R	中手骨骨折 指骨折	2
8	胸部		胸部正面 胸椎 2 R		3
9	腰部		骨盤正面 胸腰椎移行部 2 R	腰椎圧迫骨折 急性腰痛	3
10	股関節		骨盤正面 患側股関節軸位	大腿骨頸部骨折 骨盤骨折	2
11	大腿	*	大腿 2 R	大腿骨骨折	2
12	膝周囲	*	膝関節 2 R	大腿骨顆上骨折 脛骨高原骨折	2

13	下腿	*	下腿 2 R	下腿骨折	2
14	足関節	*	足関節 2 R	足関節骨折	2
15	足部		足 2 R	中足骨骨折 足指骨折	2

② 胸痛症状に関するプロトコール

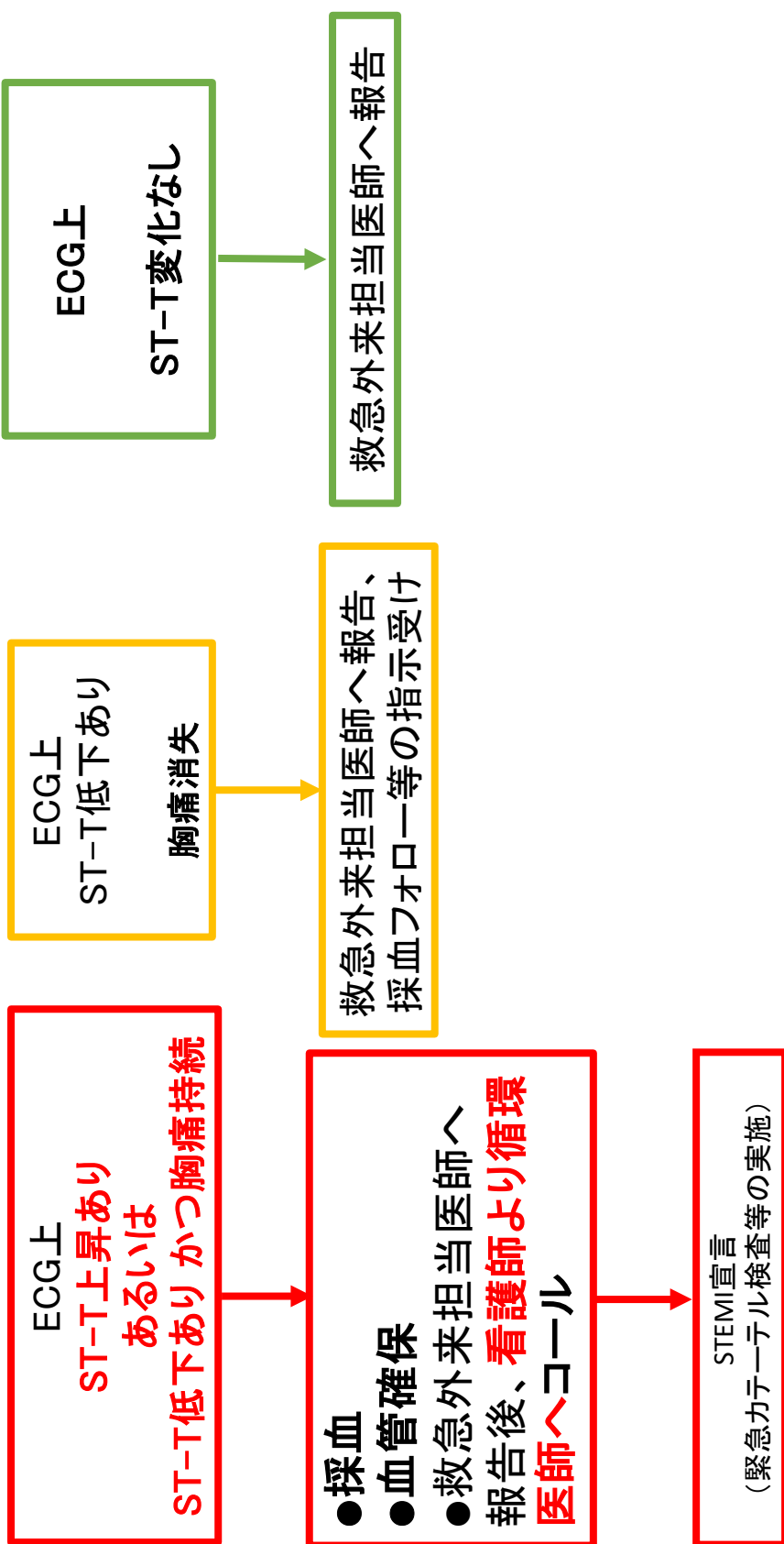
目標	:看護師がセット展開を行い、トリアージ後、10 分以内に 12 誘導心電図検査を実施する。
対象患者	:救急外来 1 次救急で来院される胸痛症状のある患者 (外傷等、循環器以外の要因が疑われる患者は除く)
実施可能看護師	:救急外来でトリアージ教育を受け実践している看護師、 又はトリアージ看護師から依頼を受けた看護師
方法	:予めオーダーにセット化されている 4 つの処置・検査 (①12 誘導心電図 ②採血 (生化、血算、凝固、血型、BNP) ③ルート確保・輸液開始 ④胸部レントゲン撮影) の代行入力を行い、医師が内容確認をすること で承認とする
対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等	:救急外来の医師に口頭で連絡

胸痛のある患者の対応フロー

胸痛を主訴とする全ての患者

※来院方法(walk-in/救急車)は問わない
 ※心原性以外の要因が考えられる場合は適用外とする

● 12誘導心電図検査



タスク・シェア/シフトプロトコール

バイタルが安定している胸痛および動悸を主訴に来院した患者に適応
 リーダー医師からリーダー看護師へ胸痛・動悸タスク・シェア/シフトプロトコールの適用を宣言
 (ただし、ERに多数の患者がいて看護師業務が多忙の場合は、このプロトコールを用いない。)
※プロトコール発動の指示は、代行承認をもって救急科リーダー医師の指示とみなす

	救急科医師	救急担当看護師
病院到着まで	<input type="checkbox"/> 病歴確認 <input type="checkbox"/> 到着時間確認 <input type="checkbox"/> ID発行 <input type="checkbox"/> 専門科（循環器内科、心臓血管外科など）へ連絡・治療方針確認 <input type="checkbox"/> 放射線技師コール	<input type="checkbox"/> 受け入れ準備 <input type="checkbox"/> ルート準備 <input type="checkbox"/> 血液/ルミパルス検査オーダー（代行入力） 胸痛・動悸タスクシフトセット <input type="checkbox"/> ER専用心電図12誘導検査オーダー（代行入力）
	患者病院到着	
救急外来	<input type="checkbox"/> 患者確認 <input type="checkbox"/> ルミパルス検査実施 <input type="checkbox"/> 専門科（循環器内科、心臓血管外科など）と治療方針確認 <input type="checkbox"/> 心エコー検査実施 <input type="checkbox"/> ポータブルレントゲン検査オーダー <input type="checkbox"/> 検査データ確認 <input type="checkbox"/> 12誘導心電図検査確認 <input type="checkbox"/> 代行承認	<input type="checkbox"/> 患者確認 <input type="checkbox"/> モニター装着、バイタル測定 <input type="checkbox"/> 静脈路確保（22G以上） <input type="checkbox"/> 血液検査（胸痛・動悸タスクシフトセット）実施 <input type="checkbox"/> 12誘導心電図検査実施 <input type="checkbox"/> ポータブルレントゲン検査介助 <input type="checkbox"/> （必要時）尿道カテーテル挿入
(必要時) CT室	<input type="checkbox"/> (必要時) CT検査オーダー	
ACS・不整脈の診断		

脳卒中（脳梗塞・脳出血） タスク・シェア/シフトプロトコール

脳卒中が疑われる患者に適応
リーダー医師からリーダー看護師へ脳卒中タスク・シェア/シフトプロトコールの適用を宣言
(ただし、ERに多数の患者がいて看護師業務が多忙の場合は、このプロトコールを用いない。)
※プロトコール発動の指示は、代行承認をもって救急科リーダー医師の指示とみなす

	救急科医師	救急担当看護師
病院到着まで	<input type="checkbox"/> 発症時間確認・病歴確認 <input type="checkbox"/> 到着時間確認 <input type="checkbox"/> ID発行 <input type="checkbox"/> 放射線技師へ連絡 <input type="checkbox"/> 脳神経外科、神経内科へstroke call	<input type="checkbox"/> 受け入れ準備 <input type="checkbox"/> 造影剤対応ルート準備 <input type="checkbox"/> 血液/ルミパルス検査オーダー (代行入力) AISタスクシフトセット AISタスクシフト血型セット (時間内：平日9時～16時まで) <input type="checkbox"/> ER専用心電図12誘導検査オーダー (代行入力)
患者病院到着		
救急外来	<input type="checkbox"/> 患者確認 <input type="checkbox"/> HIV検査同意取得 <input type="checkbox"/> ルミパルス検査実施 <input type="checkbox"/> CT・胸部XP検査オーダー <input type="checkbox"/> 検査データ確認 <input type="checkbox"/> 12誘導心電図検査確認 <input type="checkbox"/> 代行承認	<input type="checkbox"/> 患者確認 <input type="checkbox"/> モニター装着、バイタル測定 <input type="checkbox"/> 20Gで静脈路確保 (SAHを強く疑うとき右上肢、できるだけ麻痺側は避ける) <input type="checkbox"/> 採血 (AISセット) <input type="checkbox"/> 12誘導心電図検査実施 <input type="checkbox"/> CT搬送準備
CT室	<input type="checkbox"/> CT画像確認 <input type="checkbox"/> 放射線技師、脳神経外科、神経内科と治療方針確認 <input type="checkbox"/> (必要時) MRI検査オーダー	<input type="checkbox"/> (必要時) MRI搬送準備 <input type="checkbox"/> リーダー看護師報告
脳出血もしくは脳梗塞の診断		

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）

米国の介護施設や在宅での高齢者医療における医師と看護師・介護士との連携について

研究代表者 今村 知明（奈良県立医科大学）
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 志満 直実（奈良県立医科大学）

研究要旨

米国においては1930年には医師による診療の40%が往診であったが、1996年には0.5%まで減少した [1]。Unwin らによれば、アメリカ家庭医学会が2008年に行った調査では、調査に参加した家庭医の平均的な往診頻度は、週に1回以下であった [2]。また1993年のデータを用いたMeyerらの研究では、医師の往診を受けたのはMedicareの患者の0.88%で主に重症か終末期の患者であり、往診を行う医師は単独で開業する男性で、比較的年齢の高い総合診療医の比率が高いことが明らかになった [1]。医師が往診に消極的な理由としては、在宅医療に関する知識や経験の不足、医療訴訟の可能性の懸念、患者宅への往復時間を含めると、患者1人あたりに要する時間が長く、経済的に好ましくないこと等が挙げられる [1, 3]。しかし、患者が日常置かれている環境やサポート体制など、診療所での外来診察や入院中の診察ではわかりにくい面より深い理解、医師と患者との間のより良い関係の構築、経過観察のための追跡から漏れる確率が低くなるなど、往診ならではの良さもあり [2]、医師のやりがいや患者の満足度の高さにつながっている [1]。在宅医療のチームには、医師の他に理学療法士、作業療法士、言語療法士、栄養士、ソーシャルワーカー、薬剤師、看護師、医師助手などが含まれ、医師による往診の頻度を下げながら、その効果を高めることができる [4]。

日本での医師の労働時間の短縮や負荷の軽減をにらみ、タスク・シフト/シェアが進められている。本研究では、日本と同様に高齢化時代を迎えつつある米国における高齢者のケア全般に関わる医師、看護師、介護士の連携や業務分担について、文献調査を行った。

A. 研究目的

2011年には、ほとんど家から出られない、または全く家から出られない65歳以上の高齢者が米国には約200万人おり、在宅医療を受けていたのはそのうちの約12%だけであった [5]。米国で最も増加率が高い年齢群は85歳以上で、2000年から

2050年までの間にその数が3~4倍になると推測されている [6]。2000年から2010年までのデータによると、地域に居住する85歳以上の高齢者の54%が手段的日常生活動作(IADL)の少なくとも1つにおいて、26%が日常生活動作(ADL)の1つか2つにおいて、15%がADL3つ以上で困難を経験しており、何らかの手助けが必要であった [7]。

また、入院期間の短縮、人口の高齢化に伴う往診が必要な人口の増加、経済的な理由等から介護施設への入所をなるべく避けたいという患者の希望、往診への Medicare の支払いの改善などさまざまな理由により、1990 年代から往診へのニーズが高まっている [8]。そのニーズに応える医師が在宅医療の知識や経験を得られるように、一部の研修医プログラムでは、カリキュラムに往診が組み込まれており、研修医と患者双方が有意義だと感じている [9]。

また、テクノロジーの発達により、血液検査、心電図、X 線撮影、超音波検査など、患者宅や医師の車内で行えるポータブルサイズのものが出回るようになり、クラウドを用いた電子カルテ、スマートフォンのアプリにも在宅医療の提供に便利なものが登場したりしている他 [10]、必要な物的・人的リソースを連携してくれる在宅ケア機関の存在も、在宅医療への関心の高まりに一役買っていると考えられる。

B. 研究方法

研究目的は、日本と同様に高齢化時代を迎えつつある米国における高齢者のケア全般に関わる医師、看護師、介護士の連携や業務分担について知ることと、それによって日本の在宅医療における医師の労働負荷の縮小や時間の短縮に何らかの知見を得ることである。

方法は、PubMed による検索と米国のカルフォルニア州看護協会、会長 Garrett Chan, Ph.D. から論文紹介を受けた。

本研究では、文献調査を行った。

¹ 医師の監督の下に登録看護師 (Registered Nurse) が看護を提供する場所で、必要に応じて医師が理学療法、作業療法、言語療法を指示し、病院から退院して自宅や介護施設 (nursing home) へ移る前に、一定期間だけ居住して、毎日看護を受ける場所。Medicare Part A では 100 日までしか保障がない [24, 22]。

² ケアを中心は ADL の手助けであり、RN の監督の下に、実務看護師 (Licensed Practical

*コロナ禍の制約があり、海外視察ができなくなったことや、米国の医療系調査会社も現場に入ってヒアリングなどができないことから、文献調査に頼ざるを得なかった。

C. 研究結果

米国の高齢者が入居して看護や介護を受けられる施設は、入居者が必要として提供される看護や介護のレベルによりさまざまであり、高度看護施設 (skilled nursing facility: SNF)¹、介護施設 (nursing home)²、食事付きケアホーム (board and care home)³、介護付き住宅 (assisted living)⁴、ホスピスなどがある。2016 年には 15,600 件の介護施設があり、ベッド数は 170 万床、65 歳以上の入居者の数は 117 万人であった [11]。これは 65 歳以上の人口の 3%にも満たない。

連邦規則集により、医師は SNF の患者を入居から 30 日以内に包括的に診察し、SNF への入居が適切であるかどうか見極め、治療計画を立てなければならない [12]。その後、SNF での治療が必要かどうか、定期的に診察して証明する必要があるが、これは州の免許を保持する医師助手 (Physician Assistant: PA)、ナース・プラクティショナー (NP)、専門看護師 (certified nurse specialist) に委任することができる [12]。介護施設に入居する場合も、入居 30 日以内に同様の包括的診察が必要であるが、これはその施設と雇用関係がなく、医師と連携して診療を行っている医師助手、ナース・プラクティショナー (NP)、専門看護師 (certified

Nurse/Licensed Vocational Nurse) や看護助手 (Certified Nurse Aid) が日々の看護・介護を提供する [23]。

³ 通常入居者は 20 人以下で、住宅地などにあり、医療や看護のサービスはない。グループホームとも呼ばれる [21]。

⁴ 24 時間の看護が必要ではないが、ADL に手助けが必要な高齢者向け。

nurse specialist)が行うことができる [12]。どちらの包括的診察も、2020年4月より、COVID-19のパンデミックの間は、遠隔医療で行うことが許可されている [13]。

米国で看護や介護に携わる専門家は、受けた教育により異なった資格を持つ。高度実践看護師(Advanced Practice Registered Nurse)は修士課程を終了しており、州によっては医師との連携や合意が必要であるが、検査指示や処方箋を出し、個人で開業することができる。登録看護師(Registered Nurse)は少なくとも短期大学を卒業しているが、実務看護師(Licensed Practical Nurse/Licensed Vocational Nurse)の教育プログラムは1年程度であり、看護助手(Certified Nurse Aid)は州の認可を受けたプログラムを修了する必要がある [14, 15]。高齢者の看護・介護において、医師は看護師だけでなく、さまざまな専門家と監督・承認・連携する必要がある [2, 3]、また看護師同士でも法律で定められた範囲内の業務の委託を行うので [16]、その全体像を図1に示す(図1)。

介護施設入居者の診療を行う医師は医師全体の0.5%にも満たないが、2007年から2014年のデータを用いた研究では、介護施設入居者の診療を行う医師が減少した一方で、介護施設入居者の診療を専門に行う医師が50%近く増加し、介護施設入居者の健康状態の評価や健康管理を行うナース・プラクティショナー(NP)や医師助手(PA)も増加した [17]。また2012年から2015年のMedicare Part Bのデータを使った研究でも、介護施設入居者の診療を行う医師のうち、介護施設入居者の診療がMedicareへの請求の9割以上を占める医師が増加したことが明らかになった [18]。高齢者の外来患者における転倒、失禁、認知症のケアにおいては、医師が医師以外の医療提供者に委任をした方が、ケアの質が高いという報告がある [19]。

しかし州により法で定められた看護師の業務範囲や、医師が看護師や医師助手に委任できる業務に違いがあるため、科学的根拠に基づいた教育や適性試験、業務委任のガイドラインの、連邦政府レベルでの作成が待たれている [20]。

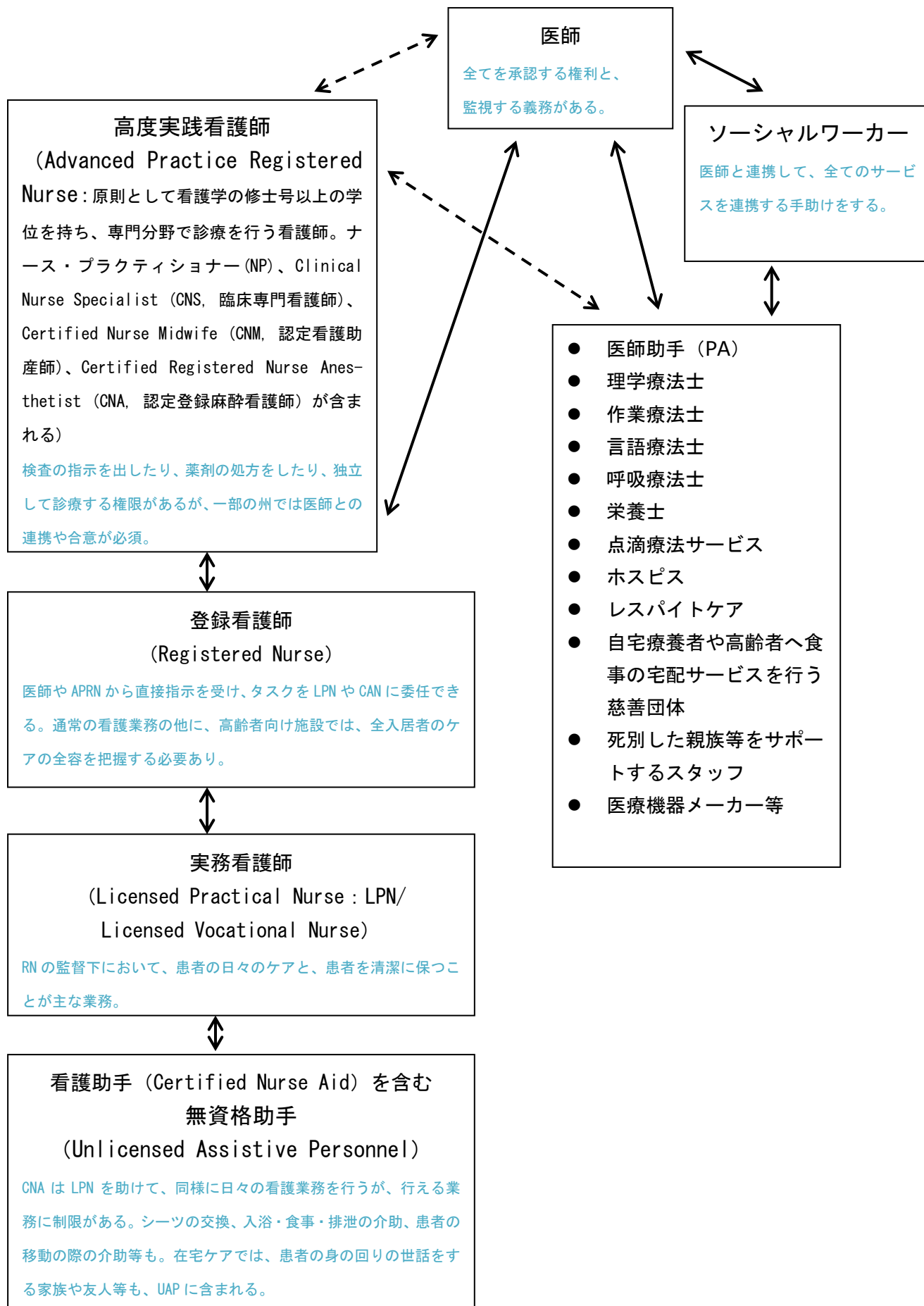
D. 考察

現在、米国では、病院や診療所以外で高齢者の診療を行う医師の数があまりにも少ないため、タスク・シフト/シェアがどの程度医師の労働時間の短縮や負荷の軽減につながっているのかは明らかではない。しかしながら、図1に示したようなシステム全体が機能することにより、医師が過度の負担を感じずに医療が提供できているようである。

E. 結論

米国の高齢化が今後進むにつれ、病院外で医師が高齢者医療にどう関わっていくのか、また看護師等との連携や業務委任がどのように変化していくのか、今後の変化に注視したい。

図1. 医療・看護・介護における業務連携と委任



【参考文献】

- [1] G. S. Meyer and R. V. Gibbons, "House calls to the elderly - a vanishing practice among physicians," *N Eng J Med*, vol. 337, pp. 1815-20, 1997.
- [2] B. K. Unwin and P. E. Tatum III, "House calls," *Am Fam Physician*, vol. 83, no. 8, pp. 925-31, 2011.
- [3] B. K. Unwin and A. F. Jerant, "The home visit," *Am Fam Physician*, vol. 60, no. 5, pp. 1481-8, 1 Oct. 1999.
- [4] C. M. Rerucha, R. Salinas, Jr., J. Shock and M. Duane, "House calls," *Am Fam Physician*, vol. 102, no. 4, pp. 211-20, 2020.
- [5] K. A. Ornstein, B. Leff, K. E. Covinsky, C. S. Ritchie, A. D. Federman, L. Roberts, A. S. Kelley, A. L. Siu and S. L. Szanton, "Epidemiology of the homebound population in the United States," *JAMA Intern Med.*, vol. 175, no. 7, pp. 1180-6, 2015.
- [6] L. A. West, S. Cole, D. Goodkind and W. He, "65+ in the United States: 2010," June 2014. [Online]. Available: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2014/demo/p23-212.pdf>. [Accessed 3 February 2022].
- [7] Congressional Budget Office (US), "Rising demand for long-term services and supports for elderly people," June 2013. [Online]. Available: <https://www.cbo.gov/sites/default/files/113th-congress-2013-2014/reports/44363-ltc.pdf>. [Accessed 3 February 2022].
- [8] G. Taler, "Medical care in the home," *Am Fam Physician*, vol. 60, no. 5, pp. 1337-40, 1999.
- [9] M. C. St. Clair, G. Sundberg and J. J. Kram, "Incorporating home visits in a primary care residency clinic: the patient and physician experience," *J Patient Cent Res Rev*, vol. 6, pp. 203-9, 2019.
- [10] T. Cornwell, "House calls are teaching the tipping point - now we need the workforce," *J Patient Cent Res Rev*, vol. 6, pp. 188-91, 2019.
- [11] National Center for Health Statistics, "Long-term care providers and services users in the United States, 2015–2016: data from the national study of long-term care providers," February 2019. [Online]. Available: https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_43-508.pdf. [Accessed 4 February 2022].
- [12] Center for Clinical Standards and Quality/Survey & Certification Group, "Physician delegation of tasks in skilled nursing facilities (SNFs) and nursing facilities (NFs)," 8 March 2013. [Online]. Available: <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertification-GenInfo/Downloads/Survey-and-Cert-Letter-13-15-.pdf>. [Accessed 31 January 2022].
- [13] Centers for Medicare & Medicaid Services, "COVID-19 emergency declaration blanket waivers for health care providers," [Online]. Available: <https://www.cms.gov/files/document/summary-covid-19-emergency-declaration-waivers.pdf>. [Accessed 5 February 2022].
- [14] K. Andrews, "Nursing hierarchy in the US explained," *Conexus Medstaff*, [Online].

Available: <https://www.conexusmed-staff.com/blog/2020/02/nursing-hierarchy-in-the-us-explained>. [Accessed 24 January 2022].

[15] C. Malvik, "A beginner's guide to understanding the levels of nursing credentials," Rasmussen College, LLC., 8 June 2020. [Online]. Available: <https://www.rasmussen.edu/degrees/nursing/blog/different-levels-of-nursing/>. [Accessed 26 January 2022].

[16] National Council of State Boards of Nursing, "National guidelines for nursing delegation," 29 April 2019. [Online]. Available: https://www.ncsbn.org/NGND-PosPaper_06.pdf. [Accessed 27 January 2022].

[17] J. M. Teno, P. L. Gozzalo and A. N. Trivedi, "Temporal trends in the number of skilled nursing facility specialists from 2007 through 2014," *JAMA Intern Med.*, vol. 177, no. 9, pp. 1376-8, 2017.

[18] K. L. Ryskina, D. Polsky and R. M. Werner, "Physicians and advanced practitioners specializing in nursing home care, 2012-2015," *JAMA*, vol. 318, no. 20, pp. 2040-2, 2017.

[19] B. J. Lichtenstein, D. B. Reuben, A. S. Karlamangla, W. Han, C. P. Roth and N. S. Wenger, "The effect of physician delegation to other health care providers on the quality of care for geriatric conditions," *J Am Geriatr Soc*, vol. 63, no. 10, pp. 2164-70, 2015.

[20] N. Dudley, J. Miller, M. L. Breslin, S. A. Chapman and J. Spetz, "The impact of nurse delegation regulations on the provision of home care services: A four-state case study," *Med Care Res Rev*, vol. 78, no. 1_suppl, pp. 47S-56S, 2021.

[21] National Institute on Aging, "Residential facilities, assisted living, and nursing homes," 1 May 2017. [Online]. Available: <https://www.nia.nih.gov/health/residential-facilities-assisted-living-and-nursing-homes>. [Accessed 4 February 2022].

[22] HarrogateLifecare, "Skilled nursing care: What is it?," [Online]. Available: <https://www.harrogatelifecare.org/news/skilled-nursing-care-what-is-it/>. [Accessed 4 February 2022].

[23] Medicare Made Clear, "What's the difference between a skilled nursing facility and a nursing home?," United HealthCare Services, Inc., [Online]. Available: <https://www.aarpmedicareplans.com/medicare-articles/whats-the-difference-between-a-skilled-nursing-facility-and-a-nursing-home.html>. [Accessed 4 February 2022].

[24] M. Sollitto, "What's the difference between skilled nursing care and a nursing home?," *AgingCare*, 3 June 2021. [Online]. Available: <https://www.agingcare.com/articles/difference-skilled-nursing-and-nursing-home-153035.htm>. [Accessed 4 February 2022].

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

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

IV研究発表に関する一覧表

・著書

	筆者氏名	タイトル名	出版社名	出版年
	該当なし			

・論文

	発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	頁	出版年
1	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	45	2-3	2022
2	瀬戸僚馬	医師事務作業補助者の労働生産性拡大に向けた現状と課題	病院	80(5)	413-418	2021
3	内藤祐介、小川哲平、小橋郁美、岡本左和子、井上聡己、川口昌彦	COVID-19 ICUにおける特定行為看護師の有用性	臨床麻酔	45(10)	1333-1336	2021