

# タスク・シフティング 推進に関するヒアリング

2019/7/10作成  
～日本整形外科学会～

# 1. 現在医師が担う業務のうち移管可能と考えられる業務

	業務内容	移管先	ボリューム	移管が可能と思われる理由
1	書類・診断書・入院退院サマリーの作成	医師事務作業補助者	入院患者のほとんどに必要、1件あたり15～20分	書類の多くは定型的であり、入力後に医師がチェックする体制があれば移管可能
2	入院決定後の入院時指示	医師事務作業補助者	入院患者全員に必要、1名あたり15～30分以上	入院時検査は定型的なものが多く、セット入力やクリニカルパスの活用によって移管可能
3	非侵襲的検査の検査の説明・同意書の取得	看護師・療法士・医師事務作業補助者	入院患者全員に必要、1名あたり15～30分以上	多くは定型的。肝炎・HIV、肺血栓塞栓症、入院治療計画書・リハビリテーション同意書などについては医療の有資格者であれば移管可能。検査予定については医師事務作業補助者でも可能。
4	入院の説明・同意書の取得	医師事務作業補助者	入院患者全員に必要、1名あたり15～30分以上	業務は定型的でマニュアル化できるため移管可能
5	診療録・手術記録の入力	医師事務作業補助者	外来患者・手術患者全員に必要 1人当たり5～10分程度	医師の口頭による文章を医師事務補助者が入力。記事を確認して後で承認すれば移管可能。音声入力ソフトを使えばさらに時間短縮可 Dictation roomなどのシステムを整えれば外来時間短縮と手術記録の移管可能。
6	ギプスの介助	義肢装具士	患者1人当たり10～20分	義肢装具士は装具採型のためのギプス巻きなどは慣れており、講習など行ってギプスカットも認めれば技術的には容易に移管可能。
7	手術の器械出し	臨床工学技士	手術全体の10～30%	人工関節・脊椎インスルメント手術など器械が多くて特殊なものは、器械に詳しいものが該当する手術に入れば手術がスムーズに行え時間が短縮できる。
8	処方薬の変更・他院持参薬の処方	薬剤師	入院患者の半数、1件当たり5～20分	薬局からの疑義照会に対する変更や退院に伴う日数の変更については医師の許可と権限を与えれば移管可能。他院からの持参薬はお薬手帳など処方した証拠があれば権限を付与すれば移管可能。
9	時間外で侵襲的な専門的処置の必要のない入院患者の初期対応	病院総合医(ホスピタリスト)	予定外入院患者の半数。1件あたり30～60分程度	骨折等があっても当日に緊急で侵襲的な処置が必要な場合は、患部の固定・全身管理・手術に備えた検査の指示などを行えば専門医を呼び出す必要がない。総合診療部と救急部のユニット化などで予定外入院経路を確立し、病院総合医(ホスピタリスト)の養成・適正配置・勤務形態の調整などを行えば移管可能。
10	病棟・周術期の創傷処置	認定看護師(手術看護) 特定看護師(特定行為)	創傷処置は外傷・手術患者のほとんど	特定行為のパッケージ化をすれば運動器周術期に特化した看護師が養成できる。すでに手術看護という認定看護師があり、手術の介助を含めるとより発展的である。

# 1. 書類・診断書・入退院サマリーの作成

- 移管先 ⇒ 医師事務作業補助者
- ボリューム = 入院患者ほとんど、15～20分/件
- 移管可能の理由  
書類の多くは定型的なため
- 質確保対策  
記載内容を医師が確認して承認
- 課題  
医師事務作業補助者が適切に配置できる  
ような診療報酬の設定

## 2. 入院決定後の入院時指示

- 移管先 ⇒ 医師事務作業補助者
- ボリューム = 入院患者ほとんど、15～30分/件
- 移管可能の理由

入院時検査は定型的なものが多く、セット入力や  
クリカパスを活用すれば容易に移管可能

- 質確保対策

どれを適用するかを明確化し医師の承認

- 課題

医師の指示が入っているため、医師以外が  
適用できるような法整備が必要

### 3. 非侵襲的検査の説明・同意書の取得

- 移管先 ⇒ 看護師・療法士・医師事務作業補助者
- ボリューム = 入院患者ほとんど、15～30分/件
- 移管可能の理由
  - 多くは定型的。採血・リハビリなど各署に分散すればスムーズに移行できる。検査予定は医師事務作業補助者も可能。
- 質確保対策
  - 定型文書を作成しそれに基づいて説明。
- 課題
  - 説明するメディカルスタッフの力量に差が出ないような教育

## 4. 入院の説明・同意書の取得

- 移管先 ⇒ 医師事務作業補助者
- ボリューム = 入院患者ほとんど、15～30分/件
- 移管可能の理由
  - 業務は定型的でマニュアル化できるため
- 質確保対策
  - 定型文書を作成してそれに基づいて説明
- 課題
  - 説明する人によりバラツキがないかチェックが必要

## 5. 診療録・手術記録の入力

- 移管先 ⇒ 医師事務作業補助者
- ボリューム = 外来患者, 手術患者全員, 15~20分/件
- 移管可能の理由
  - 口述を記録する媒体があれば診察時以外でも可能
- 質確保対策
  - 記載内容を医師が確認して承認
- 課題
  - 医師事務作業補助者の医学用語の知識を高める
  - dictation room, 機器などの設備が必要

## 6. ギプス介助

- 移管先 ⇒ 義肢装具士
- ボリューム = 1日数件、10～20分/件
- 移管可能の理由
  - 義肢装具士はギプスの取り扱いに慣れている
- 質確保対策
  - 資格取得の研修に入れる、移行期間は講習を開催
- 課題
  - 講習会などでの技術水準の維持



## 7. 手術の器械出し

- 移管先 ⇒ 臨床工学技士
- ボリューム = 手術全体の10-30%
- 移管可能の理由
  - 人工関節・脊椎インストゥメント手術などは特殊な器械が多く、慣れたものが扱う方がスムーズに手術ができる
- 質確保対策
  - 清潔操作・手術部位感染などに関する知識を重点的に学ぶ必要がある
- 課題
  - 臨床工学技士への清潔操作・手術部位感染に関する講習の開催、知識習得度の確認など

## 8. 処方薬の変更・他院持参薬の処方

- 移管先 ⇒ 薬剤師
- ボリューム = 手術全体の半数、5～20分/件
- 移管可能の理由  
薬局からの疑義照会に対する修正、持参薬に関する入院時の処方などは薬剤の知識豊富な薬剤師の方が適任
- 質確保対策と課題  
口頭指示で行う場面が多いのであとに処方や変更になった根拠になる書類・記録を残す。

## 9. 時間外で侵襲的な専門的処置の必要のない 入院患者の処置対応

- 移管先 ⇒ 病院総合医（ホスピタリスト）
- ボリューム = 予定外入院患者の半数、30～60分/件
- 移管可能の理由  
整形外科専門医でなくても可能
- 質確保対策  
総合診療医が救急処置対応すれば問題ない
- 課題  
総合診療医・救急部・専門医との連携を図り、  
病院としてこれらを適正に配置（特に総合診療医と  
救急部とのユニット化をして予定外入院の入院  
経路を確保し、運用する必要がある）。  
病院としてホスピタリストの育成をキープする

## 10. 病棟・周術期の創傷処置

- 移管先 ⇒ 認定看護師（手術看護）、特定看護師（特定行為）
- ボリューム = 外傷・手術患者のほとんど
- 移管可能の理由  
手術室に勤務する看護師が専門研修を受ければ可能  
病棟に限れば特定行為を研修した看護師が可能
- 質確保対策  
特定行為区分11「創傷管理関連」、区分12「創部ドレ  
ン管理関連」、区分16「感染に係る薬剤投与関連」、区分18  
「術後疼痛管理関連」を一連としてパッケージ化し「運動器周術  
管理関連」として認定・特定看護師を養成する。  
手術看護に手術の介助を含めるとより発展的。
- 課題  
現時点ではこのパターンの特定行為のパッケージ化、「運動器周術期」に  
特化した認定・特定看護師を新規に養成する必要がある。

## 2. 業務移管した際の質の確保対策について

	業務内容	質確保対策
1	書類、・診断書・入退院サマリーの作成	記載内容を医師が確認して承認すれば問題ない。
2	入院決定後の入院時指示	入院時指示のセット化、クリニカルパスの活用を行い、どの疾患にどの入院時指示、あるいはクリニカルパスを適用するかを明確にする過程と、最終的には医師の承認が必要。
3	非侵襲的検査の検査の説明・同意書の取得	定型文書を作成しておき、それに基づいて説明が行われれば質が保証される。説明するメディカルスタッフには教育と説明内容の確認が時々必要である。
4	入院の説明・同意書の取得	定型文書を作成しておき、それに基づいて説明が行われれば質が保証される。説明するメディカルスタッフには教育と説明内容の確認が時々必要である。
5	診療録・手術記録の入力	内容・誤字の訂正など、医師の内容確認をすれば問題ない。
6	ギプスの介助	講習会等を行って義肢装具士の技術水準を確保し、ギプスカットができる資格を付与する研修が必要。
7	手術の器械出し	清潔・手術部位感染などに関する知識を重点的に学ぶことで移管可能
8	処方薬の変更・他院持参薬の処方	薬局からの疑義照会に対する変更や退院に伴う日数の変更、他院からの持参薬はお薬手帳など処方した証拠がある場合など、場面を限定して権限を付与すれば移管可能。最終的には医師が承認する。
9	時間外で侵襲的な専門的処置の必要のない入院患者の初期対応	病院総合医(ホスピタリスト)の養成が必要で、総合診療医にさらに救急対応のカリキュラムを充実させる。現場では病院総合医と救急部・各診療科専門医との間で密なカンファレンスを持つことで、お互いの領域を確認し、ピットホールを生じないような配置・運用が必要。
10	病棟・周術期の創傷処置	特定行為区分11「創傷管理関連」、区分12「創部ドレーン管理関連」、区分16「感染に係る薬剤投与関連」、区分18「術後疼痛管理関連」を一連としてパッケージ化し「運動器周術期管理関連」とすれば広く整形外科手術前後の大きな力になっていただくことが可能。

### 3. タスクシフト推進に関する課題について

	業務内容	課題
1	書類・診断書・入退院サマリーの作成	医師の承認があれば問題ない。医師事務作業補助者が適切に配置できるような診療報酬の設定が必要。
2	入院決定後の入院時指示	セット入力やクリニカルパスには医師の指示が入っているため、医師以外の職種が医師のもとに適用できるよう法整備が必要。
3	非侵襲的検査の説明・同意書の取得	いくつかの定型文書を作成しておき、それに基づいて説明が行われれば質が保証されるが、治療方針の標準化を図ることが基本であり、そのためにクリニカルパスなどの使用を推奨するとともに、説明するメディカルスタッフの力量にあまり差が出ないように継続的な教育が必要である。
4	入院の説明・同意書の取得	
5	診察録・手術記録の入力	dictation の機器、dictationできる空間の確保などが必要。
6	ギプス巻き、ギプスカット	義肢装具士の技術水準を確保するための講習会の実施が必要であり、法の整備が必要な可能性もある。
7	手術の器械出し	臨床工学技士への感染管理に関する講習と、術野でスタッフとして参加できることを許可する制度が必要。
8	処方薬の変更・他院持参薬の処方	処方薬の変更については口頭指示によることが多いので指示を記録に残すことが必要。他院持参薬の処方についても何を処方するのかの根拠(お薬手帳、薬袋など)を示す必要がある。
9	時間外で侵襲的な専門処置の必要のない入院患者の初期対応	病院総合医(ホスピタリスト)の養成、および適正な配置が必要。現在の総合診療医に救急対応の知識・技術を習得するプログラムが必要で、各診療科専門医の協力が不可欠。密なカンファレンスを持つこともうまく運用するための必要条件。
10	病棟・周術期の創傷処置	一連の行為を特定行為としてパッケージ化した特定看護師、あるいは手術看護認定看護師が創傷処置に関する特定行為研修を受けると「運動器周術期」に特化した認定看護師となり整形外科医の負担がかなり軽減できる。

## 4. タスクシフト先進事例について

- Dictation については欧米では20世紀から普通にやっており、ハード面を整えれば移管は容易である。手術記録のみならず外来でも採用できれば労働時間的にはかなり軽減され、患者待ち時間も減少しメリットは大きい。
- 「手術助手」については米国では認められており、それによるメリットは大きい。日本ではさらに法整備が必要。また、診療看護師、認定看護師、専門看護師、さらに特定行為の可否など複雑化しており、特定行為のパッケージ化と認定看護師をリンクさせて診療科に役立つカテゴリーの看護師を養成することが必要。
- 病院総合医は欧米から取り入れられ、現在日本でも100以上の施設で養成可能であるが、業務内容は施設間でばらつきがある。新潟大学魚沼基幹病院、済生会熊本病院などが活用している。特に済生会熊本病院では医療の標準化のためにクリニカルパスが日本で最も整備されている病院の一つでもあり、タスクシフトしやすい土壌を作るために、パスなど活用した治療の標準化が重要。