

タスクシフトと医療安全 ——標準化とPFMの推進

西澤延宏

JA長野厚生連 佐久総合病院・佐久医療センター 外科医長／臨床顧問

Summary

医師の働き方改革への対応のなかで、医師の負担軽減を図るタスクシフトは重要な取り組みである。ただ、医療安全と両立させながら、医療の質を向上させるには、病院全体の取り組みとしてタスクシフトを推進するとともに、業務の標準化やPFM (Patient Flow Management) を同時に推進することが必要である。タスクシフトが進むことで、各専門職が専門性を発揮し、自律性をもって医療を行えるように業務を見直し、皆が働きがいをもてる働き方改革にしていくことが、これから求められる病院マネジメントである。

2024年4月から開始される「医師の働き方改革」による「医師の時間外労働時間制限の開始」に向けて、新型コロナウイルス感染症への対応に追われるなかでも、各病院においては、医師の負担軽減策が取り組まれている。医療安全の面からも、医師の過重労働の是正は、過労による事故やインシデントの減少が期待でき、異を唱える人はいないであろう。

しかし、診療科や地域における医師の偏在が解消されていない現状において、単純に医師の時間外労働時間を制限することは、医師の診療する患者数が減少して経験症例数が減少するとともに、患者にとっては診療制限が生じ、地域の医療体制においてマイナスになる可能性がある。

今、医師の負担を軽減しながら、病院の診療能力を維持・向上できるような病院マネジメント改革が求められている。そのなかで、医師が本来業務に専念できるように、医師のさまざまな業務を他職種に業務移行するタスク・シフト／シェア (以下、タスクシフト) は、重要な取り組みである。

とはいえ、タスクシフトへの取り組みは、まだ、緒

に就いたばかりである。今後、どの病院も、さまざまな分野でタスクシフトを進めていかなければならないが、医療の質や安全性が低下しては、本末転倒である。タスクシフトと医療安全を両立させながら、医療の質を向上させるうえで、どのような考え方や取り組みが必要かを、本稿では考察してみたい。

タスクシフト推進に向けて

タスクシフトと一口にいっても、職種と業務・行為によって、教育研修や実技認定などの必要性は異なる。看護師の特定行為などは、侵襲性もあり、安全面からも十分な研修や技能確認が必要であるが、一方、医師事務作業補助者による事務業務の補助などは、ある程度簡素な研修でも支障はない。ただ、人手不足の病院において、医師の業務をタスクシフトするといっても、多くの職種は本来業務で手いっぱい、余裕はほとんどない状況であり、まだまだ暗中模索というのが、多くの現場での実感であろう。

タスクを渡す医師の立場からいえば、何か問題が生

じた場合に、自分で行ってはいないことの後処理をすることや、責任をもつことになる可能性があることは、精神的に負担を感じるかもしれない。このことから、タスクシフトに懐疑的な反応を示し、結局、タスクを渡さないということも生じうる。また、タスクを渡される現場のスタッフには、もともと医師にしか認められなかった業務を他職種へ広げることへの不安や安全性への懸念が、大なり小なりあると思われる。

そのような不安や不満を少なくするためにも、タスクシフトは特定の部署だけで進めるのではなく、病院全体の取り組みとして行っていく必要がある。具体的には、多職種の業務に関係することが多いだけに、病院幹部が関与したうえで、タスクシフトを推進する組織を院内につくり、責任をもって推進していくことが求められ、そのうえで、タスクシフトを行った場合の責任の所在(実施者の責任、指示を出した医師の責任、許可した病院の責任など)を明確にする必要がある。

また、タスクシフトを進めるには、院内各職種の意識改革が必要となる。従来の医療は、各々の医師が1つ1つ指示を出し、それを他職種は忠実に実行することを求められ、いわば医師の指示がないと動かない医療であり、動けない医療であった。これからは、各専門職が自分で考え、判断して、権限と責任をもって実践することが多くなるが、安全性を毀損することなく、医療の質が向上するように対応していかなければならない。

看護師の特定行為などは、手順書という形で、行う行為が明文化され、患者の同意などについてもきちんと定められていて、これからも慎重に拡大されていく方向にあるが、多少の混乱はあるにしても、望ましい方向性であると考えられる。他の職種も同様であり、全国の病院で多くの取り組みがなされ、順次拡大していくことであろう。これに関しては、今回の特集の「実践報告」を参考にいただけると幸いである。

標準化の推進

タスクシフトを推進するといっても、タスクシフトの名のもとに、単に、医師が嫌な業務や、やりたくない業務を他の職種に渡すということでは、渡された側のモチベーションは上がらず、「やらされる感」が増えるだけなので、他職種に協力をしてもらうことは難しい。タスクシフトを推進しながら、医療の質を向上させるには、タスクを渡された側が、負担が少なく、安全に業務を行っていけるようにする必要があるが、そのためには、業務の標準化が欠かせないと考えている。

著者紹介

西澤延宏(にしざわ・のぶひろ)
佐久総合病院・佐久医療センター 外科医
長／臨床顧問、千葉大学 客員教授
1982年千葉大学医学部卒業。同年、佐久総合病院研修医として就職。1992年同院外科医長・呼吸器外科医長・研修医教育科医長。副院長・外科統括部長を経て、2013年副統括院長兼務。2022年より現職。専門は呼吸器外科・外科。



佐久総合病院・佐久医療センター(長野県佐久市): 450床

標準化とは、誰でも同じように業務が行えるように、業務プロセスを組織内で最適化することを意味する。これにより、業務の属人化を解消でき、組織としての一貫性や統一性を保って、効率的かつ安全に業務遂行できるようになる。このような取り組みは、一般企業では、当たり前に行われてきているが、病院においては遅れていることが多い。各職種や各診療科の壁があり、現場ごとのローカルルールに妨げられ、同じ業務を行うにもかかわらず、院内の部署ごとにやり方や手順がバラバラ、ということも少なくない。業務の標準化がなされていないと、複雑化・煩雑化につながり、医療安全上もインシデントやアクシデントの増加につながる。

これからの病院マネジメント改革では、タスクシフトを進めるのと同時に、標準化も進め、各職種が働きやすくすることが求められる。「標準化なくして、タスクシフトなし」と言っても過言ではない。病院内で、さまざまな変更や見直しをすると、多職種の業務に影響するので、病院管理者が責任をもって標準化を推進していく必要がある。

PFMの導入

近年、タスクシフトを進めながら、医師の負担を軽減し、医療の質の向上を図る方法として、PFM(Patient Flow Management)というマネジメント手法が注目されている。PFMとは、患者の入院前から退院後までの一連の流れ(flow)をコントロールし、入院前から患者が安心して、安全に医療を受けられるように支援するマネジメントである。特に、予定入院の患者に関して、退院後を見据えながら、入院前の外来段階でさまざまなリスク管理・支援をすることが中心となるので、「外来からの入退院支援」とも呼ばれる。

病院へ入院する患者は、緊急入院か予定入院のいずれかである。緊急入院の患者では、さまざまなマネジ

メントが行える余地は少なく、患者を速やかに診察して、必要な検査を行って治療を行い、早期から退院に向けて支援をしていくことになる。

一方、予定入院の患者では、入院前には普通に動ける場合が多く、入院までに時間があるので、外来段階で人手をかけてマネジメントを行い、患者の入院・手術に対する不安を軽減し、リスクを最小限にしておくことが可能となる。リスクのなかには、入院の契機になる病気以外のさまざまな併存症といった身体的なリスクもあるが、入院・手術に関する不安などの精神的なリスクや、独居・低収入といった社会的なリスクなどもある。

また、医療が専門分化して高度化しているうえに、効率化も進んでいることから、現場の医師・看護師の負担は増えている。そのような状況下で安全な医療を提供するには、外来段階でリスク要因の把握を十分に行う必要があり、検査データの把握、画像診断レポートの確認、内服薬の確認などを行い、適切な対応をしなければならない。このように広範にわたるさまざまな確認・対応を、医師だけで行うことは困難であり、他職種の協力が必要となる。

PFMとは、外来段階で多岐にわたるさまざまな問題にタスクシフトを進めて、多職種で万全な準備・対応をして、医師の負担軽減と同時に、医療の質・安全性の向上を図るという考え方である。佐久医療センターでは、PFMを導入し、タスクシフトを進めるとともに、標準化を推進してきた。次項では、その取り組みに関して、具体的に述べていきたい。

佐久医療センターの PFMへの取り組み

患者サポートセンターの役割

佐久医療センターは、地域医療支援病院・DPC特定病院群・地域がん診療連携拠点病院である。2021年度は、平均在院日数10.1日、救急車搬入数3611台、病床利用率82.1%、手術件数5600件(全身麻酔件数3753件)の実績を有する450床の高度急性期病院として、運営された。当センターには、PFMの中心となる部門として、多職種のスタッフを配置した患者サポートセンターが設置されている。サポートセンター内には、入退院支援室が置かれ、予定入院の患者は、内科系・外科系を問わずほぼ全員、入院前からさまざまなマネジメントが行われている(表1)。

入退院支援室のミッションは、患者に手術・検査などの入院医療を、安心かつ安全に、満足して受けても

表1 患者サポートセンターの構成(2022年10月現在)

総スタッフ数：67人
センター長(診療部長、兼務)1人
入退院支援室：看護師20人、看護助手2人、医師事務作業補助者5人
地域医療連携室：看護師5人、事務職9人
医療相談室：MSW7人、 管理栄養士：2人(交代)
持参薬管理室：薬剤師1人(交代)
医事課：事務職15人

らうための支援をすることと、現場の医師・看護師の負担軽減を図ることである。そのために、全予定入院患者の入院関連業務を集中させて、タスクシフトを進め、多職種が協力して、標準化した入退院支援を行っている。

医師は、外来で入院適応と入院日を決定すれば、各診療科・疾患ごとに決められた入院指示書を記載するだけで、後は入退院支援室を含めた患者サポートセンターで、すべて対応する仕組みとなっている(図1)。

患者サポートセンターでは、多職種で分担して、病歴の聴取、入院前に必要な検査の予約・オーダー入力、検査の同意書の取得、クリニカルパスを用いた説明・オリエンテーション、入院前検査の評価、必要に応じた他科受診、持参薬管理室との連携による薬の確認・中止、かかりつけ医への問い合わせ、退院後の生活への援助、口腔ケアの実践、高額療養費の事前申請などを行い、万全の準備をする。

入退院支援室の看護師は担当制で、患者個々に対応し、入院するまでの期間の不安や不明な点の相談窓口となっており、入院までの「コンシェルジュ」(総合的なお世話役)として、患者・患者家族から絶大な信頼を得ている。特に病歴聴取は、個室でプライバシーを確保したうえで、1つ1つ確認しながら情報を収集しているが、その機会に、既往歴・アレルギー歴や家族関係などに関して、医師が把握できていない問題が判明することも少なくない。

薬剤師は、持参薬の確認やサプリメントの確認を行う。特に抗凝固薬や糖尿病薬の確認は、必要に応じて、担当看護師と連携し、休薬確認や代替薬の提案などを行っている。

管理栄養士は、低栄養基準に該当する場合には、早期から介入して、入院までに必要な栄養指導・食事指導を行い、栄養状態の改善を目指している。また、医師の食事オーダーを確認し、必要に応じて、担当医に確認したうえで、適正な食事内容に変更している。

また、急性期の治療が終了して医師の退院許可が出てから退院調整を行うのでは、入院期間が延長しやす

胃手術 入院支援室 依頼指示書 2023年02月06日

ID 患者名 担当医

入院日: 月 日 () 時 分 on call	予定入院期間: 日間	
手術日: 月 日 () 時 分	□前日入院 (手術前日夕食は低残渣C食)	
病室※1 ()	□2日以上前入院 食事指示 ()	
術式: ()		
告知: 済・未 ()	集中治療室入室: 無・有 (HCU・ICU)	
硬膜外麻酔併用: 有・無	他科紹介: 無・有 (科)	
呼吸訓練: 要・不要	残尿測定: 要・不要	
次回外来: 月 日 () 時 分 (入院日・手術日未定の場合)	InBody: 要 (不要の場合は=で消して下さい)	
術前面談: 月 日 () 時 分	貧血基準値以下の場合 鉄剤内服 要・不要	
(外来・入院支援室・病棟)	輸血: 有・無	
	血糖測定指示: する・しない	
術前からの口腔機能管理: 無・有		
(かかりつけ医・当院・どちらでも可)	(主治医入力・内科依頼・DA代行)	
該当疾患有りの場合エソンの介入 可・不可	DA代行の場合【 】検 ※4検まで	
(認知症・統合失調症・躁うつ病・適応障害)	(測定のみ・SS-1・SS-2)	
治療経過の調査 説明・同意書取得 (不要の場合は=で消して下さい)	期間【 】	
	術後地域包括ケア病棟への転院の説明 可・不可	
パス適応: 対象・対象外		
【使用リニカパス】 ロボット支援胃切除術・胃切除術・胃腸所切除術 (LECSの説明は一般説明)・審査腹腔鏡		
外来栄養食事指導 ① 不要・要 ※入院主病名以外に介入の場合 (指導病名:)		
NST介入依頼 (不要の場合は=で消して下さい) 低栄養基準に合致した場合は介入依頼 (不要の場合は=で消して下さい)		
入院時適正食事の変更 (不要の場合は=で消して下さい)		
検査機能療法介入依頼 (不要の場合は=で消して下さい) 嚥下状況問診・看護問診に合致した場合は介入を依頼する		
検査	□採血・検尿 () () ※胃腸所切除術の場合 CEA・CA19-9・検尿 不要	
	□上部消化管内視鏡 () () ※医師指定 有 (医師:)・無	
	Dダイマー 採血 不要・要 (理由:) クリッピング 有・無	
	輸血有りの場合輸血前感染症追加 抗凝固薬 ()	
	DM既往ありの場合HbA1c追加 続行・中止 → 期間 / ~ /	
	鉄剤内服「要」の場合 追加採血 前投薬 スポラミン・グルカゴン・不要	
	□心電図 () () 生検 有・無	
	□呼吸機能 () () □胃透視 () ()	
	□胸・腹部X-P () () ※上部消化管内視鏡後に施行	
	□便潜血 () () 前投薬 スポラミン・グルカゴン・不要	
薬	陽性時TCS (有・無) () () バリウム・ガストロ	
	□胸部CT (単純) () () 歯科受診日 月 日 () 時 分	
	□腹部CT (造影+3D-CTAngio) () () □パントモ	
	□上腹部超音波 () () 周術期 月 日 () 時 分	
	□	□予約 済
	常用薬の確認 (持参薬管理室) (事前に分かっている場合は記入して下さい)	
	★抗凝固薬・抗血小板薬の内服 有・無 有の場合 休薬 (要・不要)	
	★血糖降下薬の内服 有・無 有の場合 休薬 (要・不要)	
	★糖尿病薬の内服 有・無 有の場合 休薬 (要・不要)	
	★TDM対象薬の内服 有・無 有の場合 フローに準ずる (麻酔科管理手術のみ)	
入院支援室	【鉄剤内服 要】の場合	
	□入院時採血 () ()	輸血前感染症採血 実施 (輸血 有の場合)
	□フェルム処方 () ()	NSAIDs使用不可のチェック 可・不可
承認サイン	Dr. 外来Ns	担当Ns 入院支援室
		申し送りNs

2022.7.23 改訂

図1 「入院支援室 依頼指示書」の例 (胃手術)

く、患者にとっても「病院から追い出された」という感覚をもつことにつながりかねない。入院前から調整・準備をしておけば、計画的に退院・転院でき、患者満足度の上昇と在院日数短縮が期待できる。特に、介護保険の対象となる患者では、MSWや退院支援専任看護師が、あらかじめ担当のケアマネージャーと入院前に連絡をとって、退院後の方向性を検討することが大切である。

入院にあたってのさまざまな検査などの指示は、医師が入退院支援室依頼指示書を記載して発行するが、その後の検査日程の調整や電子カルテへのオーダー入力などの事務業務は、医師事務作業補助者が中心になって入退院支援室にて行っている。医師は、事務業務を可能な限り標準化したうえで、医師事務作業補助者に依頼して入力作業や調整作業を行ってもらい、最後に確認・承認するようにしている。

医師事務作業補助者をはじめとする他職種が、マ

ニユアルに沿って、オーダー入力やパス入力を行い、その後に医師がチェックすると、医師の負担軽減ができるだけでなく、ダブルチェックが効き、安全な医療の提供に寄与することができる。

以上のように、佐久医療センターの患者サポートセンターでは、入院前の業務で医師でなくても可能な業務は、ほぼすべて、他職種へタスクシフトされていて、同時に医療の質・安全性の向上が実現できている。

標準化の推進と業務フロー

患者サポートセンターで、全面的にタスクシフトを進めることができたのは、病院全体として、業務の標準化を進めたことが大きな要因である。佐久総合病院では、2008年より標準化プロジェクトを進め、現在は院内全診療科・全病棟で、さまざまな基準・業務がすべて統一されている。術前検査の検査内容の統一、予防的抗菌薬投与の標準化、周術期肺塞栓症予防策の

標準化、手術前投薬・術前剃毛の廃止、睡眠導入剤・下剤・浣腸の標準化、術前感染症採血の対応の標準化、呼吸訓練の標準化(訓練器具・指導方法)など、多くの課題に取り組んできた。

標準化を進める過程においては、現場におけるローカルルールを廃することや、今までのやり方を変更することに、かなりの抵抗があったが、さまざまな紆余曲折があっても、何とか統一して慣れてしまえば、特に支障はなく、インシデント・アクシデントが減少し、安全性が向上した。特に看護師にとっては、各々の医師の指示を逐一確認する業務が減少し、負担軽減につながった。

また、全国的にクリニカルパスが普及しているが、クリニカルパスの本質は、業務の標準化と可視化である。同じプロセスを医療従事者だけでなく、患者・患者家族も含めて共有することで、医療の質・安全性の向上につなげることが可能になる。

佐久医療センターでは、予定入院の治療や検査には、原則としてクリニカルパスを使うようにしている。クリニカルパスの使用により、医療の標準化が進み、入

院前に提供する医療の内容を患者・家族にきちんと説明して、理解・納得してもらったうえで、退院・転院を計画的に行うことができています。現在、クリニカルパスの使用率は、退院患者の70%を超えており、効率性・安全性・患者満足度の向上に寄与している。

標準化を進めることで、さまざまな業務フローを作成・実施することもできる。既存の業務がどのように構成されているかを可視化し、そこに内在する問題を検討・改善したうえで、フローチャートをつくっていくことが可能になる。これにより、業務内容について、各職種での共通認識が形成でき、連携が容易になる。業務フローが確立されていれば、各々の業務を担当する部門・職種が明確になり、業務内容を誰でも把握でき、無理なく安全にタスクシフトを進めることが可能になる。

佐久医療センターでは現在、院内に、周術期血糖コントロール管理・依頼、腎機能低下時の対応、NST低栄養抽出、自己血貯血、持続硬膜外麻酔可否、周術期TDM、周術期肺塞栓予防、術後NSAIDs使用可否、感染症結果説明、術前貧血チェックと鉄剤内服など、

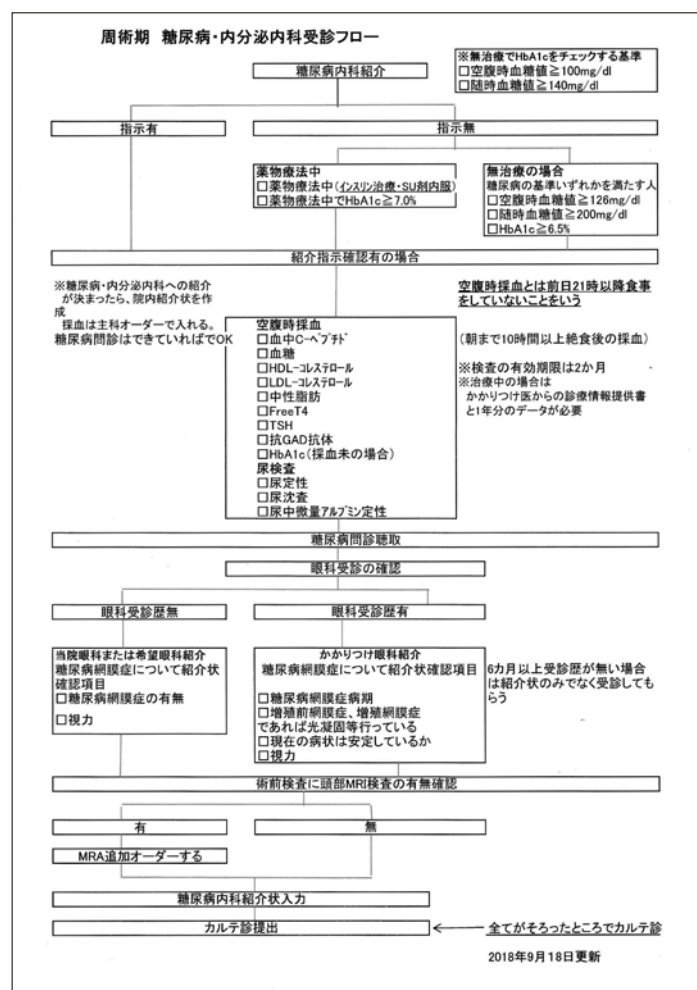


図2 周術期 糖尿病・内分泌内科受診フロー

多くの業務フローが確立されている。

例えば、腎機能が基準値以下の場合には、術後の疼痛時の鎮痛剤を腎障害の少ない薬剤に変更することが、担当医の確認後に、医師事務作業補助者の業務として、通常的に行われている。また、周術期の血糖管理に関しても、既往歴や血糖値から、フローに従って、追加検査や眼科紹介・かかりつけ医への紹介などが行われ、必要に応じて、糖尿病内科医へのコンサルトにつながるようになっている。この取り組みにより、外科医・糖尿病内科医の負担が軽減されるとともに、周術期の血糖管理が適正化され、安全性の向上につながることができた(図2)。

PFM導入の効果

現在、医師は外来で入院適応と入院日を決めるだけであり、あとは患者サポートセンターで、ほとんどの業務に対応できている。この取り組みにより、医師の外来、および入院前のさまざまな業務が減って負担軽減になっているだけでなく、「抗凝固薬などの内服を止めていないことで手術が中止になる」、あるいは「検査上の異常なデータに気づかずに入院する」といった病院マネジメントの不備で生じる問題は、ほぼ皆無となり、安全性が高い医療を提供できている。

多くの医師が望む本当の働き方改革は、タスクシフトが進むことで、医師本来の業務に専念できて、結果として労働時間が減るような改革であり、それは医師の満足度上昇をもたらし、働きがいにつながっている。

また、タスクシフトされた他職種にとっては、責任をもって業務を行う必要があり、医師を含め他職種からの信頼を得る必要があるので、十分な自己研鑽や他

職種との連携の充実が必要となる。負担が増える部分はあるが、自分の専門性を発揮して、患者・家族のために仕事ができ、医療の質の向上に寄与できることは、働きがいにつながっている。

* * *

タスクシフトに関しては、手技的なものが注目される傾向がある。もちろん、そのような取り組みは重要であるが、一般的な日常業務のなかでも、タスクシフトに取り組めることは多い。一方、タスクシフトを医師の負担軽減のためだけに進めることは、業務が増えて責任が増す各部署・職種からの抵抗が強くなることが予想される。病院の方針として、タスクシフトの推進に取り組むことはもちろんであるが、医療の質・安全性の向上につながるような取り組みを同時に行うことが必要であり、タスクシフトする側もされる側も、やりがいをもって、積極的に取り組めるような病院マネジメントを行っていくことが必要である。

単に医師の指示を守るだけではなく、各専門職が専門性を発揮し、自分で考えて判断し実践していく自律性をもった医療を行うことこそが、本当のチーム医療につながっていく。そこにこそ、各職種の働きがいも生まれるであろう。

タスクシフト、標準化、PFMの推進などを含め、病院マネジメント改革を全病的に取り組み、さまざまな見直しや取り組みを進めつつ、職員にとって働きがいのある働き方改革とすること、そして、安全で質の高い医療を提供していくことが、これからの病院の課題である。