

医師の生産性の向上を目指して —医師事務作業補助者の活用とP F M—

佐久総合病院・佐久医療センター
副統括院長
西澤延宏

2020年2月8日

E-mail;nishizawa.nobuhiro@sakuhp.or.jp

I

本日の話

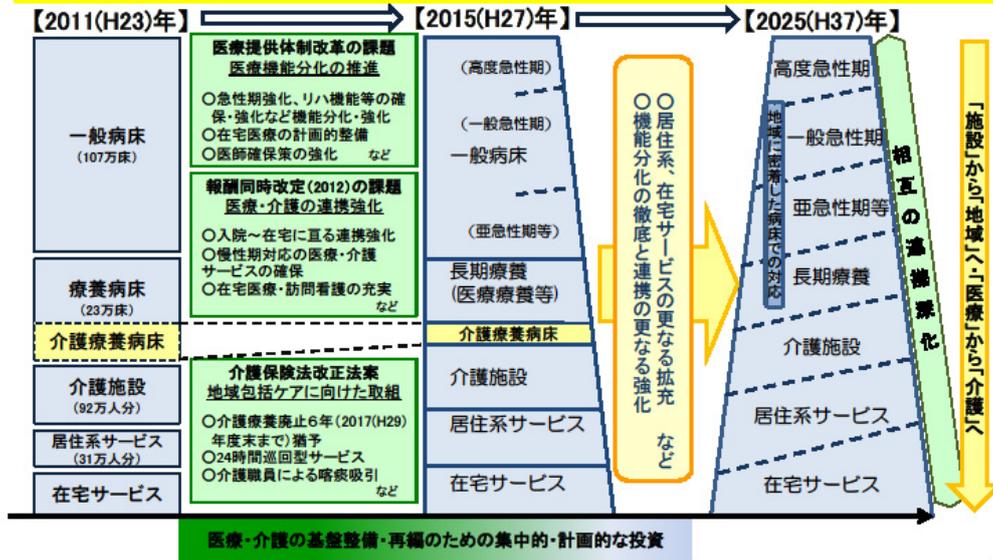
- ◆ 医師の生産性の向上
- ◆ 医師事務作業補助者の活用
- ◆ P F M (Patient Flow Management)の導入

医療・介護の機能分化の進行

社会保障改革に関する集中検討会議資料 平成23年05月19日

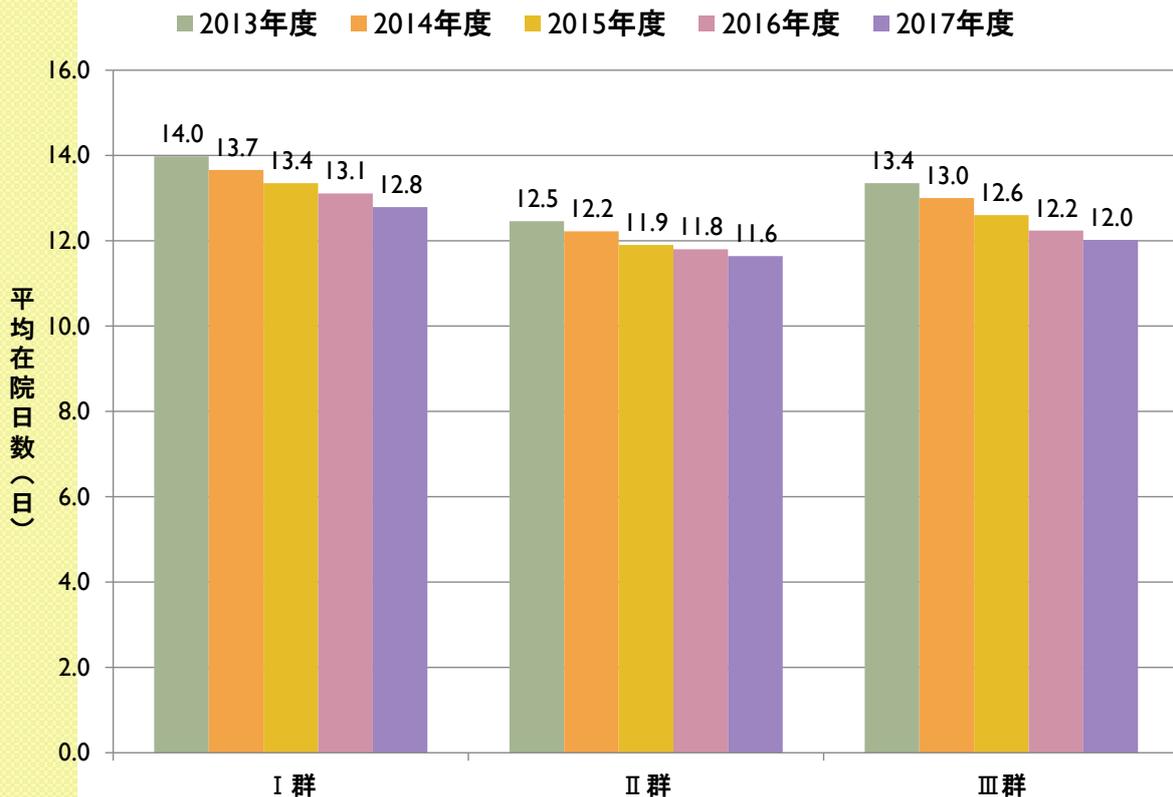
将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。



診療報酬と地域医療構想で誘導されている

平均在院日数 (DPC)



以前に比べて今の病院では

- 平均在院日数が短くなり、より多くの患者さんへ対応する必要がある
- 医療が高度化してきて、知識と技術が必要
- より丁寧な説明が求められる
- より多くの記録が必要になっている
- 患者さんは高齢化してきている
- 経営のことをうるさく言われる



現場の医師・看護師の負担増加

医師の働き方改革

- 医師も一般の労働者と同じに、労務管理が必要であり、時間外労働時間の上限規制が設定
 - ・ 一般の病院で、960時間
 - ・ 特別な場合で、1860時間
- 全国一律のルール
- 病院内全ての医師に適応
- 2024年3月までの猶予期間があり、その間に各病院は対応する必要性

医師の時間外労働時間制限

- 医師・・・経験症例の減少・研修時間の減少
- 患者さん・・・外来制限によるアクセス悪化
- 病院管理者・・・時間外手当の増加・外来制限による経営の悪化



単純な医師の時間外労働時間制限は
誰も幸せにしない

病院マネジメントの必要性

- ◆ 平均在院日数短縮・新入院患者数の増加などによる業務負担増加
- ◆ 社会保障費抑制による経営環境の悪化
- ◆ 慢性的な医師不足・スタッフ不足
- ◆ 働き方改革による長時間労働の制限



今までと同じことを同じにやっていたら、
じり貧になって病院が立ち行かなくなる

これからの病院マネジメント

安全で質の高い医療を提供し
効率化を進めて経営を守ると共に
現場スタッフ（特に医師）の
負担軽減も行わなければならない



そのためには、医師の生産性の向上が必要

医師の生産性の向上のために

より多くの患者さんに標準的な医療を
効率的に、医師の負担を増やさずに
提供できる考え方の導入
＝医師が本来業務に専念できる仕組み

タスクシフティング

P F M (Patient Flow Management)

医療でのタスクシフティング (業務の代替)

- ◆ 医師に業務が集中することを避けて、可能な範囲で業務を多職種にシフトさせる
- ◆ 医師は、本来業務に専念する
⇒労働時間短縮
- ◆ 医療専門職がそれぞれの視点で患者を診て判断し、介入することで、医療の質を高める

病院におけるタスクシフティング

- ◆ 特定看護師による業務代行
- ◆ 薬剤師による代行処方・処方提案
- ◆ 管理栄養士による食事変更・食事提案
- ◆ セラピストによる処方提案
- ◆ 医師事務作業補助者による代行入力
(診断書・サマリー・検査入力など)

一番機能しているのは、**医師事務作業補助者**
⇒タスクシフティングの**主役**

医師事務作業補助者の業務

- I、文書作成
（各種診断書、指示書、意見書の記載）
- II、診療録の代行入力←生産性向上に最も有効
（診療録の記載、オーダーリング業務）
- III、医療の質の向上に資する事務作業
（データ整理、ガン登録、会議準備）
- IV、行政上の業務
（各種システムへの入力等）

佐久総合病院グループ

- 病院・・・3
本院・佐久医療センター・小海分院
- 診療所・・・1
- 老人保健施設・・・2
- 訪問看護ステーション・・・7
- 宅老所
- 農村医学研究所・看護学校

常勤職員 2320人（医師243人含）
（平成2019年度4月現在）

佐久総合病院グループの 医師事務作業補助者 50人

- 佐久総合病院本院（309床、内一般199床）
補助体制加算1 15対1
14人（正職5人 臨職 9人）
- 佐久医療センター（450床）
補助体制加算1 15対1
32人（正職5人 臨職17人 派遣8人）
- 小海分院（99床、内一般50床）
補助体制加算2 20対1
4人（臨職3 派遣1）

佐久総合病院グループの 医師事務作業補助者

- 所属は、医療秘書課
課長・主任・リーダー
- 責任者は、診療部長
- 名称は **DA** (Doctor's Assistant)
- 研修は、すべて自前
- 業務内容・配置は、各職種が参加した
働き方改善委員会で検討

佐久総合病院でのD Aの業務

- できるだけ、**現場(特に外来)**で業務を行う
- 医療チームの一員として仕事をする
- 医師の負担軽減と共に、業務の効率化・経営面での貢献を視野に入れる

D Aの外来への重点配置

- 外来は医師が対応し、時間管理が重要
- 外来は事務量が多く、定型業務が多い
- 医師の負担感が強い（特に外科系）
- 午前の外来が延長すると午後の手術・検査の開始時間が遅くなる

**D Aの配置による外来業務効率化は
患者サービスになると共に
院内業務全体の効率化へ**

耳鼻咽喉科でのD A

- 外来での検査指示・予約
- 入院診療計画書
- 入院後指示（点滴・検査オーダー）
- 手術申し込み
- 退院時サマリー
- 診断書・証明書
- 紹介状返書・診療情報提供書

医師は、診療録と手術記録の記載のみ

医師は、「突難（突発性難聴）入院。
通常で」と言うだけで

- 入院病棟の決定
- 入院診療計画書の作成
- 入院後の点滴・検査のオーダー
- 入院時指示
- 紹介患者さんなら返書作成

医師は、「退院お願いします」と言うだけで

- 退院時処方
- 退院時指示
- 退院時のサマリー作成
- 紹介患者なら返書作成
- 診断書作成

外来予約センター

- 外来の予約取得・予約変更
- 地域医療連携室（返書代行）と兼務
- 予約の変更は、予約不要の検査（採血・単純レントゲン写真など）は、随時変更可
- 予約必要な検査は、予約枠が空いている限り変更可

年1回の定期診察の場合

- 予約センターで、電話で予約
(D A)
- 当日は、診察前に検査をオーダーして、
施行
(D A)
- 医師は診察して検査結果を説明するのみ

外来における看護師とD A

- 看護師
 - 処置（皮膚科など）処置の介助
 - 患者の精神的ケア
 - 外来全体のマネジメント
- D A
 - 次回予約、検査予約
 - 検査説明
 - 各種書類対応

両者が協力して、外来を効率よく進める

DAの外来業務

- 入院前準備・手術前準備等の業務は、患者サポートセンターへ集約
- 外来予約センター設置・診断書窓口設置などの業務見直しにより、医師の業務補助はかなりの部分が看護師でなくともDAで可能
- DAは、午後などの空いた時間に、書類作成などの業務を行う



外来看護師数の削減

PFM (Patient Flow Management)

予定入院患者さんの情報を入院前に把握し
問題解決を図ることで
入院前から退院後までの流れ(Flow)を
マネジメントすること

＝外来から始まる入退院支援

P F M (Patient Flow Management)

- 入院患者は、予定入院と緊急入院
緊急入院のマネジメントは困難
↓
- 予定入院患者は、予定手術・検査、化学療法等 医療行為前は、「健康な患者」
- 予定入院患者は入院までに時間がある
↓
- 予定入院患者は、病院の体制・運用で、外来でのマネジメント可能

外来段階で医療資源を集中投入して
リスクを減らし、効率化を図る

リスク管理の必要性

- 身体的なリスク
 - 併存症 ・ ・ 主治医は原疾患中心
 - 内服薬 ・ ・ 抗凝固薬 ・ 抗血小板薬など
 - 栄養状態
- 精神的なリスク ・ ・ 患者さんの不安への対応
- 社会的なリスク ・ ・ 独居 ・ 経済問題



- リスク管理のメリット
 - ①合併症の減少
 - ②在院日数の減少
 - ③患者さんの不安軽減

備えあれば憂いなし

佐久医療センター 2018年度実績

専門医療と救急・急性期医療に特化した
予約・紹介型の高度急性期病院

- ・ベッド数：450床
- ・平均在院日数：10.7日
- ・紹介率：77.1%
- ・逆紹介率：102.8%
- ・救急車搬入数：3360台
- ・病床利用率 89.0%
- ・手術件数：5347件／年（全身麻酔手術 3665件）

地域医療支援病院・DPC特定病院群（旧Ⅱ群）
地域がん診療連携拠点病院

患者サポートセンター

基本方針

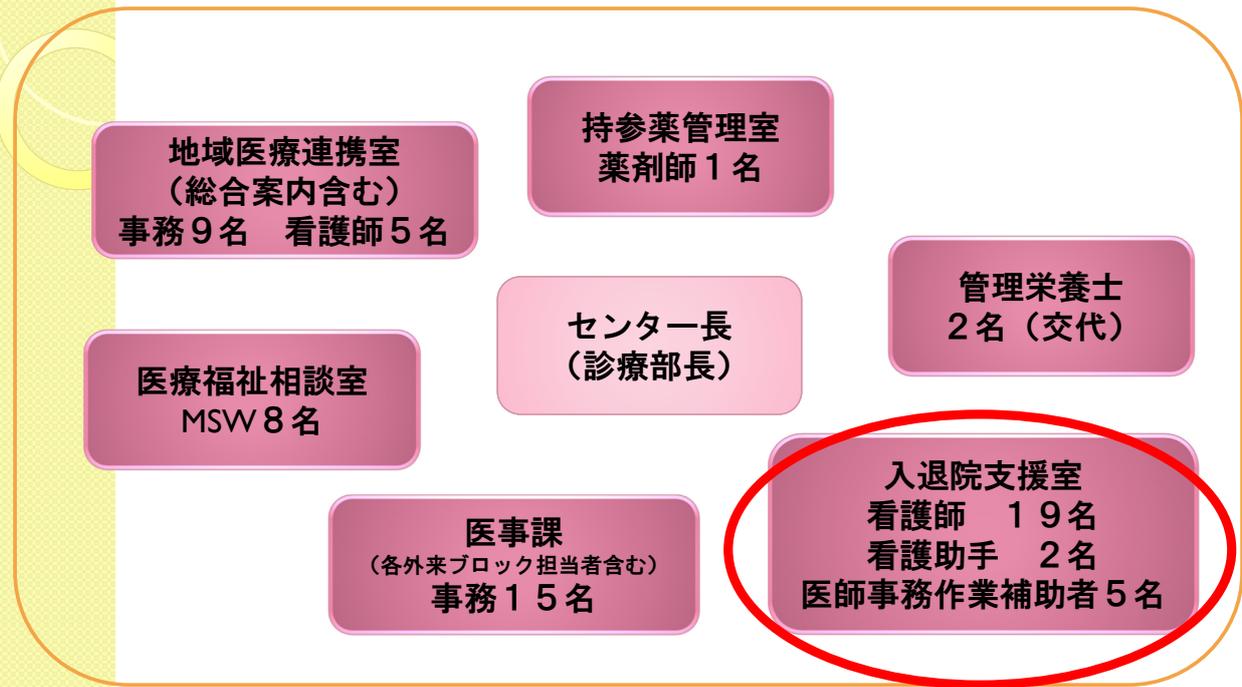
顔の見える多職種連携
により、質の高いチーム医療をワンストップ
で実践し、患者中心の
医療サービス・支援の
提供を行う



P F Mの中心

専門職がその専門性を担いながらチームとして連携を持ち安全・安心を提供していく。

患者サポートセンターの構成人員



総スタッフ数 67名

2019年10月現在

入退院支援室

- 入院業務の集中化と標準化
- 全ての予約入院患者さんにご家族が対象
- 手術・検査などの入院医療を、安心して安全に、効率よく、満足して受けていただくことがミッション

入退院支援室の業務

- ◆パスを用いての説明・オリエンテーション
 - ◆病歴聴取・電子カルテへの入力
 - ◆術前に必要な検査の予約・オーダー入力
 - ◆術前検査の評価、必要に応じて他科受診
 - ◆持参薬管理室との連携で持参薬の確認・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・入院前から退院調整
 - ◆管理栄養士による栄養指導
 - ◆認定看護師への連絡・連携
 - ◆口腔内ケアの実践（必要に応じて歯科受診）
 - ◆高額療養費の事前申請
- 医師は、入院適応と日程を決めるだけ**

入退院支援室の看護師

- 入院前管理の中心 患者さん毎の**担当制**
- 病歴・既往歴・家族歴の聴取・入力
- データのチェック・必要な追加検査
- 入院・手術・医療費の説明
- 教育・禁煙・呼吸訓練
- 電話相談
- 電話訪問（日帰りでは当日夜・翌日朝）
- 当日入院症例では、前日に電話で体調確認

入院までのコンシェルジュ
（総合相談・お世話係）

検査データの確認

検査に異常があれば、主治医に確認し、必要に応じて、追加検査・他科紹介へ

- 血液検査
 - 腎機能障害；腎臓内科紹介・薬剤変更
 - 血糖異常；追加検査施行し、内科紹介
 - 貧血；追加検査して、要すれば鉄剤内服等
- 胸部レントゲン・CT・MRI・US
レポート内容を確認し、主治医に連絡

薬剤部と連携した薬剤管理

持参薬管理室

持参薬の確認：抗凝固薬、糖尿病薬、ビス
フォスホネート、TDM対象薬など
アレルギー情報、サプリメント情報、市販薬情報

持参薬報告鑑別書の作成

入退院支援室



休薬確認書

抗凝固、抗血小板薬
術前休薬指示
休薬確認書
休薬前日電話訪問

血栓リスク薬
VTE予防リスク評価
付加的リスクの確認

**糖尿病薬（ビグライ
ド）**
造影剤検査
腎機能チェック
検査前休薬指示
休薬確認書
休薬前日電話訪問

ビスフォスネート
歯科口腔スクリーニング
情報提供

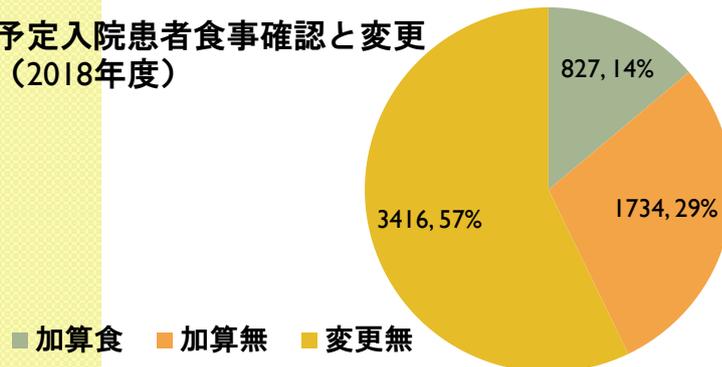
緑内障点眼薬
緑内障罹患の確認
禁忌薬の使用防止
点眼薬使用の励行

**TDM（ジギリス、テオフィリン製
剤、抗てんかん薬）**
血中濃度測定
副作用チェック
主治医報告

管理栄養士の外来からの支援

- 栄養状態の把握と外来栄養指導
- 各種併存症の把握（高脂血症・糖尿病等）とそれに対応した食事の提供
 - 入院予定患者の食事オーダーの確認と訂正
 - 加算食への変更

予定入院患者食事確認と変更
(2018年度)



入退院支援室でのD Aの役割

- 新入院予定患者の書類準備
- 術前検査の指示入力
- パスオーダー代行入力
- 麻酔科医師データ診の管理
- データ診結果主治医へ報告
- 院内外かかりつけ医への紹介状作成と送付
- 術前カンファレンス資料準備
- 周術期外来の同席（指示入力など）
- 指示書の修正更新

新入院予定患者の書類準備

- 入院が決まったら外来より電話・当日受付予約が入る
- クリニカルパス・入院に必要な書類を準備
- 疾患で必要書類が変わるのでDAが対応

【基本セット】

入院案内の冊子
問診表
申し送りメモ
入院セット用紙
個室希望用紙

【麻酔関連】

麻酔問診
歯科問診

＋ 歯科スクリーニング説明用紙 ＋

【疾患別必要書類】

クリニカルパス
VTE説明用紙
限度額説明用紙
次回予約・検査用紙
ICU・HCU入室ご案内用紙
紙
Etc...

検査入力

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 () () Dダイマー 採血 不要・要() 栄養指導「要」の場合 血液像追加 鉄剤内服「要」の場合 追加採血 A □胸・腹部X-P () () □心電図 () () □呼吸機能 () () □胸部単純CT () () □心エコー () () □利手・心電図 () () □頸部超音波 () () □下肢超音波 () () □TCS スプリント(有・無) () () ステント有の場合:点星(有・無) ※DA検査入力 抗凝薬 () () 続行・中止 期間 / ~ / 前投薬 スポラン・ガルゴン・不要 ステント有の場合:紹介状入力 Dr. _____ 連絡 済 ※施行医師に検査日決定して頂く 直腸 □骨盤MRI(単) () () 撮像部位 Rs・Ra・Rb・P 【使用クリニカルパス】 1 腹腔鏡下結腸切除術 2 腹腔鏡下直腸切除術 3 腹腔鏡下直腸切除術・一過性のストマ造設 4 腹腔鏡下直腸切断術(マイルス)
薬	□上腹部超音波 () () □腹部CT () () 造影: あり・なし MPR: あり・なし □注腸造影 () () (バリウム・ガストロ) 前投薬(スポラン・ガルゴン・不要) □上部消化管内視鏡 () () 他所で済 ⇒ 消化管造影 無・有 抗凝薬 () () 続行・中止 期間 / ~ / 前投薬 スポラン・ガルゴン・不要 生検 有・無 □PET () () ※検査目的 () □ □歯科パノトモ () () 歯科受診日 月 日 () 時 分 座薬: 禁・可 造影: 禁・可 腸管造影: 無・有 □自己血 輸血 有・無 □予想出血量 () mL □目標出血量 () mL × () 回 □自己血輸血同意書 □血液製剤・輸血療法同意書 ※採血フロー・チェックリストに準ずる
入院 支援 準備	常用薬の確認(持参薬管理室) (事前に) _____ ★抗凝薬・抗血小板薬の内服 有・無 ★糖尿病薬の内服 有・無 ★TDM対象薬の内服 有・無 中止薬指示・休薬確認書作成 休薬確認書 () () / ~ / まで () () / ~ / まで 【鉄剤内服 要の場合】 内視鏡鏡の有無 S/H/A・1/2・無 □入院時採血 () () NSADs使用不可のチェック 可・不可 □フェルム処方 () () バス連応(付) 75歳以下Stage II・IIIの場合付設作成 済
承認 担当	Dr. _____ 外来№ _____ 担当№ _____ 申し送り№ _____

医師は行う項目に
チェック

患者さん・家族の都合
と検査室の兼ね合い
検査の順番・コスト面
を考慮



DAが代行入力することで
外来診療時間の短縮
患者サービスの向上
外来収入の増加

パスオーダーの入力

パスコード 0816
 適応基準
 除外条件
 目標

手術前日 [入院:1日間] 2/1(水)
 手術当日 [入院:1日間] 2/2(木)
 手術当日 [入院:1日間] 2/3(木)
 手術当日 [入院:1日間] 2/4(木)
 術後 [入院:2日間] 2/3(金)~2/4(土)

2012年02月01日(水) 2012年02月03日(金) 2012年02月04日(土)

患者状態

胆汁漏れがない	循環動態が安定している	嘔気がない	→
体温が38.5℃以下である	血圧が80mmHg以上である	循環動態が安定している	疼痛コントロールが図れている
血がでない、または少量である	脈拍が120回/分以下である	血圧が80mmHg以上である	食事が半分以上摂取できる
嘔気がない	SpO2が95%以上である	脈拍が120回/分以下である	排便コントロールがとれている
脈拍が120回/分以下である	出血がない、または少量である	SpO2が95%以上である	創部からの出血がない
血圧が80mmHg以上である	薬剤を使うことで疼痛コントロールが10段階ヘイスケールまで下げる事が出来る	出血がない、または少量である	
循環動態が安定している	自尿がある	薬剤を使うことで疼痛コントロールが10段階ヘイスケール2まで下げる事	

パスオーバービュー画面

指示書に従い パスオーダーの代行入力と入院時のステップを適応

患者サポートセンター対応の条件

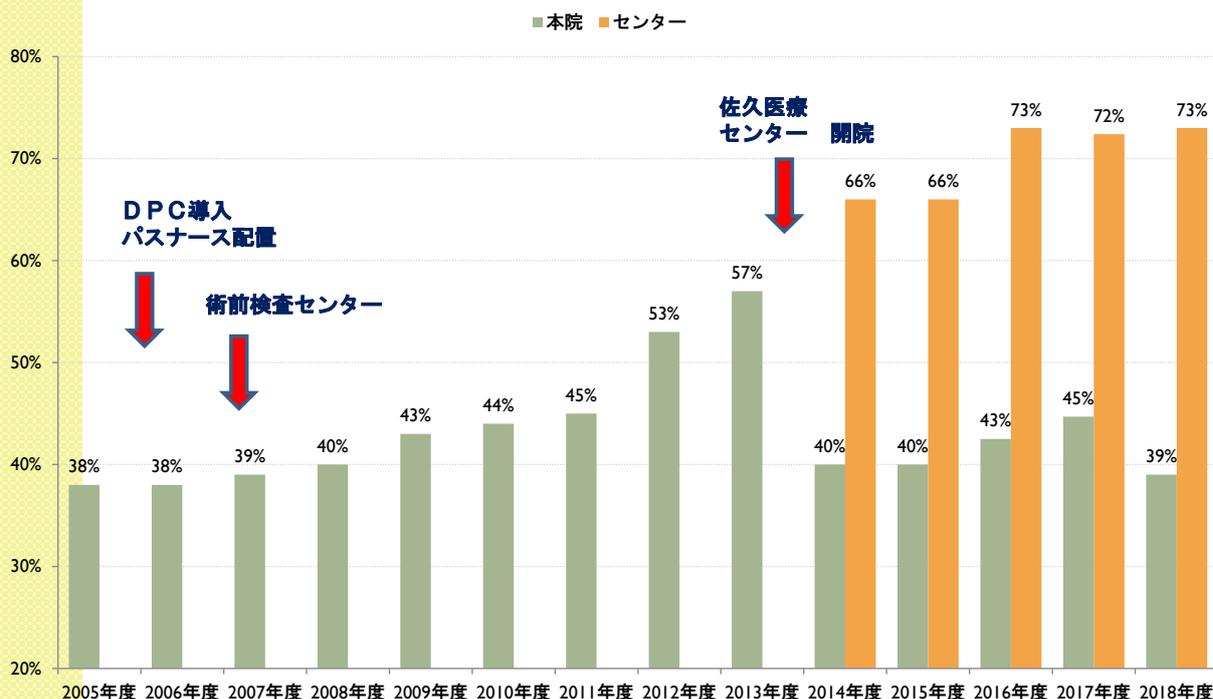
◆ クリニカルパスへの協力

(クリニカルパス担当看護師の助力)

- ・ パス化できる病態は、パスを作成する
- ・ 医師別は認めない
- ・ 用語・フォーマットの統一

◆ 標準化への協力

佐久総合病院・佐久医療センター施設別 クリニカルパス使用率グラフ 2005～2018年度



標準化プロジェクト（2008年～）

- 術前検査の標準化（検査内容の統一）
- 手術前投薬・術前剃毛の廃止
- 眠剤・下剤・浣腸の標準化
- 術前感染症採血の対応の標準化
- eGFRの算出により24時間クリクレの廃止
- 予防的抗菌薬投与の標準化
- 周術期肺塞栓症予防スクリーニングの標準化
- 呼吸訓練の標準化（訓練器具・指導方法）
- 手術安全チェックリストの作成

標準化によるフローチャートの作成

フローチャート・チェックリスト

- ◆ 周術期血糖コントロール依頼
- ◆ 自己血貯血
- ◆ 感染症結果説明
- ◆ 周術期 TDM
- ◆ 周術期肺塞栓予防
- ◆ NST低栄養抽出
- ◆ 術前貧血チェックと鉄剤内服
- ◆ 術後NSAIDs使用可否
- ◆ 持続硬膜外麻酔挿入可否
- ◆ 全身麻酔患者摂食機能療法に関する

看護師が中心となり他職種
各科専門医と協力して作成



病院全体へアナウンス



どの診療科でも同じに対応



インシデント発生を予防

など

周術期 糖尿病・内分泌内科受診フロー



糖尿病内科へは、
血液データ・眼科情報
他院の加療状況などが
そろってから紹介される

具体的な会話

「先生が昨日手術を決めた〇〇さんの血糖が高いので、HbA1Cを出したら、××でかなり高かったです。術前、早めに糖尿病内科で、診ておいてもらったほうがいいと思います。」

「そうですね」

「では、糖尿病内科の〇〇先生の外来を予約して紹介状を出しておきます。かかりつけの先生にも問い合わせの手紙を出しておきます。

結果がそろったら、また、連絡します。」

「よろしく、お願いします」

患者サポートセンターの利点

- 医師は、事務業務が減り、本来業務に専念できる
- 外来・病棟看護師は、事務業務が減り、患者のケアに使う時間が増える
- 薬剤師・管理栄養士・MSW・医師事務作業補助者は、専門性が発揮できる
- 他の職種に相談がしやすい
- マネジメント不足による事故・インシデントが減少する

効率性・安全性・生産性の向上

医師から見た 患者サポートセンター

- 入院日と手術日を決めれば、入院指示やパス・検査のオーダー入力・手術の日程変更等の事務処理を全てやってくれる
- 内服薬の問題や検査値の異常などを教えてくれて、その後の対応もしてくれる
- 患者さんのことで困っても、多職種できちんと対応してくれる



質の高い医療を提供でき、労働時間が短い
多くの医師の望む本当の働き方改革

最後に

- これからの病院では、医師が本来の業務に専念できるようにして、生産性を向上させることが必要である。
- 医師の生産性の向上には、医師事務作業補助者の配置を外来中心にすることが有効である。
- PFMの導入は、医師の負担軽減・院内業務の効率化に有効である。