

多職種が気持ちよく働ける職場環境の確立に向けて ～職種の違いを認め、職員の距離感を縮めるアプローチ～

医療法人社団白梅会 理事

厚生労働省「医療従事者勤務改善のための助言及び調査業務」委員会 委員

厚生労働省「医療専門職支援人材確保支援事業」企画検討委員会 委員長

小林 利彦

tokoba54@gmail.com

1

事務局に届いている「課題」「質問」

- 労働時間管理に関すること
 - 宿日直許可、兼業・副業把握、自己研鑽
 - 勤務間インターバル（代償休息）ほか
 - * 背景にある医師不足、医師確保の困難性（産科・救急診療）
 - * 医師労働時間短縮計画の作成 + 評価センター受審準備
- タスク・シフト/シェアについて
 - 具体的な（模範的な）進め方は？
 - 看護師へのシフト（丸投げ？）による業務過多
 - * 医師事務作業補助者の採用だけでは問題解決されない
 - * 看護補助者の絶対的不足、介護と看護の境界不明瞭
 - * 看護師・薬剤師も不足・・・

2

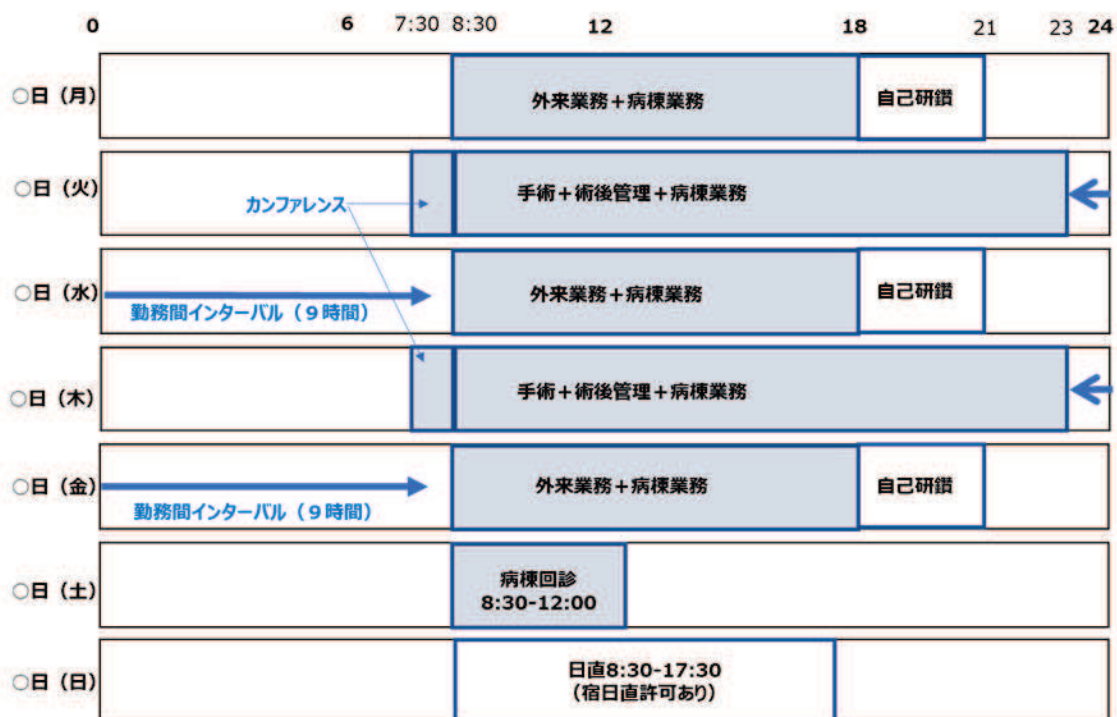
聴講者の要望に応える意味での回答

- 現在執筆中のドラフト原稿（[株]産労総合研究所 出版予定）から
 - …連携B・B・C-1・C-2水準を想定している医療機関において準備すべき重要事項を簡単にまとめると、
 - 1) 労働関連法令を遵守するために必要な(説明責任が果たせる) 医師労働時間の客観的把握方法の確立(先ずは職場での滞在時間把握の方法確立)
 - 2) 外勤先を含む宿日直許可(有無)の把握と労働時間への反映ルールの確立
 - 3) 自己研鑽の定義を明確に定め、職場の滞在時間から自己研鑽時間を引いて労働時間を計算する仕組み作り
 - 4) 勤務間インターバルが事前に可視化された勤務計画表(シフト表)の作成と代償休息の付与ルール
 - 5) 長時間労働者に対する面接指導実施の仕組み作り
- に集約される。…

3

最終形・理想像として・・・

2024年〇月(〇日～〇日) 勤務予定表 (シフト表) 〇〇科 医師A



所定労働時間 (平日8:30~17:30) [そのうち休憩が1時間]

4

「不足」問題

- 労働需要と労働供給のミスマッチ
 - 需要の低減 ⇔ 地域医療の維持
 - 医療機関の機能分化・連携推進
 - 供給量の増加
 - 供給資源の質向上(教育・育成)
 - 労働環境のシステム改善（効率化） 真の医療Dx
- 職種間の意思疎通の困難性・非効率性
 - 医師法等の弊害？（医師の指示のもとに・・・）
 - 職種による権威勾配とサイロ化の問題
 - 職位に期待される機能・役割が発揮されていない？

5

はじめに（自己紹介を兼ねて）

- 1983年(昭和58年)卒の消化器外科医としてスタート

病棟には「医師」と「看護師」のみ（事務職・薬剤師・栄養士は不在）
(大学病院の)医師は朝の採血・点滴・静注を行う（当番・受け持ち）
手術中に「尿が出ていません」と問われると
「ラシックス1/2A筋肉注射」・・・（苦笑）
時間外には検体運搬・測定、血液型判定・クロスマッチ
術中胆道造影でのTアーム操作
手術後のX線撮影、焼きつけ、診断
病棟でのポータブルX線撮影
受持患者の手術日は病棟で寝床の確保（当直室は上級医）
病棟が生活の場？（下着を干している者も・・・）。

• 他職種との関係

(看護師) ベテランの看護師さんは怖かった (笑)
看護師に嫌われると生きていけない (大笑)
当時の看護師は何でもできた？

病棟では薬剤師・栄養士・療法士の役割を
* 事務作業(文書作成)は医師と看護師で分担
検査結果報告書は医師がカルテに貼る・・・

(薬剤師) 時間外に処方をするとう薬局窓口で薬を渡してくれた

(栄養士) 締切時刻をすぎると食事変更ができない・・・

(臨床検査技師・診療放射線技師)

日勤の時間帯に如何にオーダを済ませるか？

(救急救命士) 消防士は現場の情報を伝えてくれる・・・

(事務職) 文書作成等を依頼してくる

救急外来では当直者がカルテを持ってきてくれる
職位が上がるにつれ対応が優しくなった (笑) ⁷

• 多職種協働 (IPW:Inter-professional Work) へのブレイクスルー

1998年 NST(鈴鹿総合病院：東口高志)を通じた多職種連携

1999年 第1回クリティカルパス全国研究交流フォーラム (→日本医療マネジメント学会)

2000年 第1回クリニカルパス学会

2003年 療養型病院へ異動 (子供の病気で)

医療療養・介護療養病床 + 老健を受け持つ 身体拘束廃止GL

カルチャーショック (急性期医療が通じない) 看護師・介護士が主役

子供の回復をみて、ビジネススクール・医療安全・法律など

2018年 大学病院の副病院長 (運営・経営担当)

厚労省DPC精緻化委員

医療福祉支援センター長 (国立大学病院長会議・地域医療)

静岡県医師会副会長・地域医療対策協議会委員長ほか

地域医療構想アドバイザー

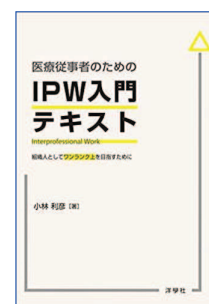
本日の講演の本題に入ります

9

IPW (Interprofessional Work)

医療・介護・福祉などにかかわる専門職種が臨床現場や地域等において、それぞれの技術と役割を駆使して共通目的の達成を目指す

連携協働（**広義の「チーム医療」**）



理想的には・・・

IPE (Interprofessional Education)を受けた医療系専門職が、個人としての活動だけでなく、Teamとしての行動規範を守り、相乗効果を発揮していくこと・・・同じ方向を向いて(目的の共有)

10

チーム医療とその歴史的背景

チーム医療とは、一人の患者に複数のメディカルスタッフ(医療専門職)が連携して治療やケアに当たること [チーム医療推進協議会website] **狭義の「チーム医療」**

1970年代初頭 TPN→NST (縦割りの壁があり十分機能せず)

1981年 日本ET協会

<1983年[医療亡国論] 1985年～2007年までの医学部定員枠減>

1997年 WOC認定看護師の誕生

1998年 NSTでのPPM (Potluck Party Method)

1999年1月11日 大学病院での医療事故

<医療安全対策という視点・医師不足という視点>

2007年12月28日 医政局通知 …> [2018年2月27日働き方通知](#)・[2021年9月30日医政局通知](#)

(医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について)

→ 2008年4月 医師事務作業補助体制加算

2009年8月28日 チーム医療の推進に関する検討会

(**2010年3月19日 同報告書**)

11

医政発第1228001号

平成19年12月28日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

タスク・シフト/シェアの幕開け (16年前)

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について

近年、医師の業務については、病院に勤務する若年・中堅層の医師を中心に極めて厳しい勤務環境に置かれているが、その要因の一つとして、医師でなくても対応可能な業務までも医師が行っている現状があるとの指摘がなされているところである。また、看護師等の医療関係職については、その専門性を発揮できていないとの指摘もなされている。

良質な医療を継続的に提供していくためには、各医療機関に勤務する医師、看護師等の医療関係職、事務職員等が互いに過重な負担がかからないよう、医師法(昭和23年法律第201号)等の医療関係法令により各職種に認められている業務範囲の中で、各医療機関の実情に応じて、関係職種間で適切に役割分担を図り、業務を行っていくことが重要である。

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での 役割分担の推進について [2007年12月28日 厚生労働省資料] から

(1) 医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担

1) 書類作成等

・・・一定の条件の下で、医師に代わって事務職員が記載等を代行することも可能である。

① 診断書、診療録及び処方箋の作成

・・・医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として記載を代行することも可能である。

② 主治医意見書の作成

・・・医師が最終的に確認し署名することを条件に・・・可能である。

③ 診察や検査の予約

・・・医師の正確な判断・指示に基づいているものであれば、医師との協力・連携の下、事務職員が医師の補助者としてオーダリングシステムへの入力を代行することも可能である。

13

2) ベッドメイキング

・・・療養上の世話の範疇に属さない・・・ベッドメイキングについては・・・看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）以外が行うことができるものであり、業者等に業務委託することも可能である。ただし、入院患者の状態は常に変化しているので・・・病棟管理上遺漏のないよう十分留意されたい。

3) 院内の物品の運搬・補充、患者の検査室等への移送

滅菌器材、衛生材料、書類、検体の運搬・補充については・・・医師や看護師等の医療関係職が調達に動くことは、医療の質や量の低下を招き、特に夜間については、病棟等の管理が手薄になるため・・・看護補助者等の活用や院内の物品運搬のシステムを整備することで、看護師等の医療関係職の業務負担の軽減に資することが可能となる。その際には、院内で手順書等を作成し、業務が円滑に行えるよう徹底する等留意が必要である。また、患者の検査室等への移送についても同様、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合も指摘されているが、患者の状態を踏まえ総合的に判断した上で事務職員や看護補助者を活用することは可能である。

14

4) その他

診療報酬請求書の作成、書類や伝票類の整理、医療上の判断が必要でない電話対応、各種検査の予約等に係る事務や検査結果の伝票、画像診断フィルム等の整理、検査室等への患者の案内、入院時の案内（オリエンテーション）、入院患者に対する食事の配膳、受付や診療録の準備等についても・・・**事務職員や看護補助者の積極的な活用を図り**・・・医師や看護師等の医療関係職の負担を軽減する観点からも望ましいと考えられる・・・

(3) **医師と看護師等の医療関係職との役割分担**

医師と看護師等の医療関係職との間の役割分担についても・・・医師の事前指示やクリティカルパスの活用は、医師の負担を軽減することが可能となる・・・適宜医療機関内外での研修等の機会を通じ、看護師等が能力の研鑽に励むことが望ましい。

- | | |
|------------------------|--------------|
| 1) 薬剤の投与量の調節 | 2) 静脈注射 |
| 3) 救急医療等における診療の優先順位の決定 | |
| 4) 入院中の療養生活に関する対応 | 5) 患者・家族への説明 |
| 6) 採血、検査についての説明 | 7) 薬剤の管理 |
| 8) 医療機器の管理 | |

15

(チーム医療の推進に関する検討会 報告書)

2010/3/19

➤ チーム医療がもたらす具体的な効果として

- ① 疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上
 - ② 医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減
 - ③ 医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上
- 等が期待される。

• **看護師の役割の拡大**

• **看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大**

薬剤師、助産師、リハビリテーション関係職種、管理栄養士
臨床工学技士、診療放射線技師、臨床検査技師
事務職員等（医療クランク等）、介護職員

16

看護師の役割の拡大 (2010/3/19)

(1) 基本方針

- 「**チーム医療のキーパーソン**」として期待は大きい。
- チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、他の医療スタッフと十分な連携を図るなど、安全性の確保に十分留意しつつ、一人一人の看護師の能力・経験の差や行為の難易度等に応じ、
 - ① 看護師が自律的に判断できる機会を拡大するとともに
 - ② 看護師が実施し得る行為の範囲を拡大するとの方針により、その能力を最大限に発揮できるような環境を用意する必要がある

17

(2) 「包括的指示」の積極的な活用

(3) 看護師の実施可能な行為の拡大・明確化

(4) 行為拡大のための新たな枠組みの構築

(5) 専門的な臨床実践能力の確認

・・・近年、看護教育の実態は大きく変化しており、大学における看護師養成が急増するなど教育水準が全体的に高まるとともに、水準の高い看護ケアを提供し得る看護師（(社)日本看護協会が認定を実施している専門看護師・認定看護師等）の増加、看護系大学院の整備の拡大等により、一定の分野に関する専門的な能力を備えた看護師が急速に育成されつつある。・・・

18

「医師の働き方改革に関する検討会」 (平成30年2月27日)

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

<p>考え方</p>	<p>勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。</p>	<p>医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。</p>	<p>医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的枠組みについて、早急な検討が必要。</p>
<p>勤務医を雇用する医療機関における取組項目</p> <p>※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含まれており、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。</p>	<p>1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組</p>	<ul style="list-style-type: none"> まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。 ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。 	
	<p>2 36協定等の自己点検</p>	<ul style="list-style-type: none"> 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。 	
	<p>3 産業保健の仕組みの活用</p>	<ul style="list-style-type: none"> 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。 	
	<p>4 <u>タスク・シフティング（業務の移管）の推進</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> 点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。 <p><small>※「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の明確化について」（平成19年12月28日医政発122001号）</small></p>	
	<p>5 女性医師等の支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。 	
	<p>6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組</p>	<ul style="list-style-type: none"> 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。 	
<p>支援等</p>	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等 		

19

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

< I. 医師の働き方改革 >

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

- 医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。
 - 勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
 - 地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
 - 当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施等

< II. 各医療関係職種の専門性の活用 >

- 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】
タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。
- 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日/②は令和5年4月1日施行等】 ※歯科医師も同様の措置
①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

< III. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保 >

- 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】
医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。
- 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【公布日施行】
令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。
- 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】
医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

< IV. その他 > 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

令和3年9月30日 医政局長通知

…まずは、**現行制度の下で実施可能な範囲において**、医師の業務のうち、医師以外の医療関係職種が実施可能な業務について、医療機関において**医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを早急に進める**必要がある。…下記のとおり整理したので…なお、診療報酬等の算定については、従前どおり関係法令をご確認いただきたい。

…タスク・シフト/シェアを効果的に進めるために留意すべき事項について、「**意識**」「**知識・技能**」「**余力**」の3つの観点から、…

（意識改革・啓発）…病院長等の管理者の意識改革・啓発に加え、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。具体的には、病院長等の管理者向けのマネジメント研修や医師全体に対する説明会の開催、各部門責任者に対する研修、全職員の意識改革に関する研修等に取り組む必要がある。…

21

（知識・技能の習得）…、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である。具体的には、各医療関係職種が新たに担当する業務に必要な知識・技能を習得するための教育・研修の実施等に取り組む必要がある。教育・研修の実施に当たっては、座学のみではなくシミュレーター等による実技の研修も行うほか、指導方法や研修のあり方の統一・マニュアルの作成を行うことなどにより…

（余力の確保）…受ける側の医療関係職種の余力の確保も重要である。具体的には、I C T機器の導入等による業務全体の縮減を行うほか、医師からのタスク・シフト/シェアだけでなく、看護師その他の医療関係職種から別の職種へのタスク・シフト/シェア（現行の担当職種の見直し）にもあわせて取り組むことなど…必要な人員を確保することなどにより、特定の職種に負担が集中することのないよう取り組む必要がある。

* 4職種以外に、**看護師・助産師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・視能訓練士・義肢装具士・その他職種にかかわらず**と言及

22

医師労働時間短縮計画作成ガイドライン（2022年4月）

（概要）

①労働時間の短縮に関する目標及び②実績並びに③労働時間短縮に向けた取組状況を記載して、毎年自己評価（PDCA）を行う

* 毎年見直しを行い、都道府県に提出する

（記載事項）

（1）労働時間と組織管理（共通記載事項）

「労働時間数」「労務管理・健康管理」

「意識改革・啓発」「策定プロセス」

（2）労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意）

「**タスク・シフト/シェア**」「医師の業務の見直し」

「その他の勤務環境改善」

「副業・兼業を行う医師の労働時間の管理」

「C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化」

23

（1）タスク・シフト/シェア

1）看護師

- ・特定行為（38 行為 21 区分）の実施
- ・事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
- ・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
- ・血管造影・画像下治療(IVR)の介助 ・注射、採血、静脈路の確保等
- ・カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為 ・診察前の情報収集

2）助産師

- ・院内助産 ・助産師外来

3）薬剤師

- ・周術期の薬学的管理等 ・病棟等における薬学的管理等
- ・事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
- ・薬物療法に関する説明等 ・医師への処方提案等の処方支援

4）診療放射線技師

- ・撮影部位の確認、検査オーダーの代行入力等
- ・血管造影・画像下治療(IVR)における補助行為
- ・放射線検査等に関する説明、同意書の受領 ・放射線管理区域内での患者誘導

24

5) 臨床検査技師

- ・心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
- ・病棟・外来における採血業務
- ・輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
- ・生体材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成

6) 臨床工学技士

- ・人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ・全身麻酔装置の操作 ・各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為
- ・生命維持管理装置を装着中の患者の移送

7) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

- ・リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付

8) 医師事務作業補助者その他の職種

- ・診療録等の代行入力 ・各種書類の記載
- ・医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務
- ・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 ・院内での患者移送・誘導

25

この16年間で何が変わったのか？

- ・役割分担→タスク・シフティング→タスク・シフト/シェア
- ・診断書は医師事務作業補助者が下書きしてくれる。
- ・時間外でも検体検査・画像検査が技師によって行われている。
- ・輸血・抗癌剤治療を含む多くの静注業務を看護師が担っている。
- ・医療機器の設定には看護師・臨床工学技士が関わっている。
- ・特定行為研修修了看護師が診療支援を行ってくれる。
- ・薬剤師が持参薬の管理に対応してくれる。
- ・薬剤師が病棟で医師の処方に物申してくれる。
- ・救急救命士が病院の職員として救急部門にいる。
- ・多くの医療チーム（ICT・AST・NST・RST・PCT・褥瘡・摂食嚥下・・・）
 - * 診療報酬に誘導される形で動いているのが悲しい！
- ・便利な(都合の良い)看護師・他職種が増えれば良いのか？
- ・医療専門職として相互にリスペクトできているだろうか？

26

日本医療機能評価機構による病院機能評価

2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2 1 12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている

【評価の視点】

○患者の利益を尊重するために、必要に応じて多職種が協働し、チームとして患者の診療・ケアにあたっていることを評価する。

【評価の要素】

- 多職種が参加した診療・ケアの実践
- 必要に応じて診療科の枠を超えた治療方針の検討と実施
- 多職種からなる専門チームの介入
- 部署間の協力

院内に「〇〇チーム」がたくさんあることを評価しているわけではない。
多職種が相互にリスペクトしあい、Teamとして相乗効果を発揮することで、患者にとって質の高い医療が提供されているか否か？が重要なポイントである。

27



図12 表の会話

医師・理学療法士・ヘルパーの会話

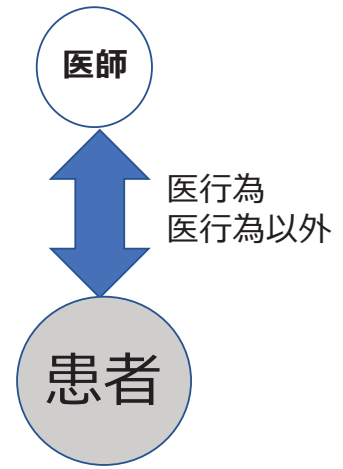
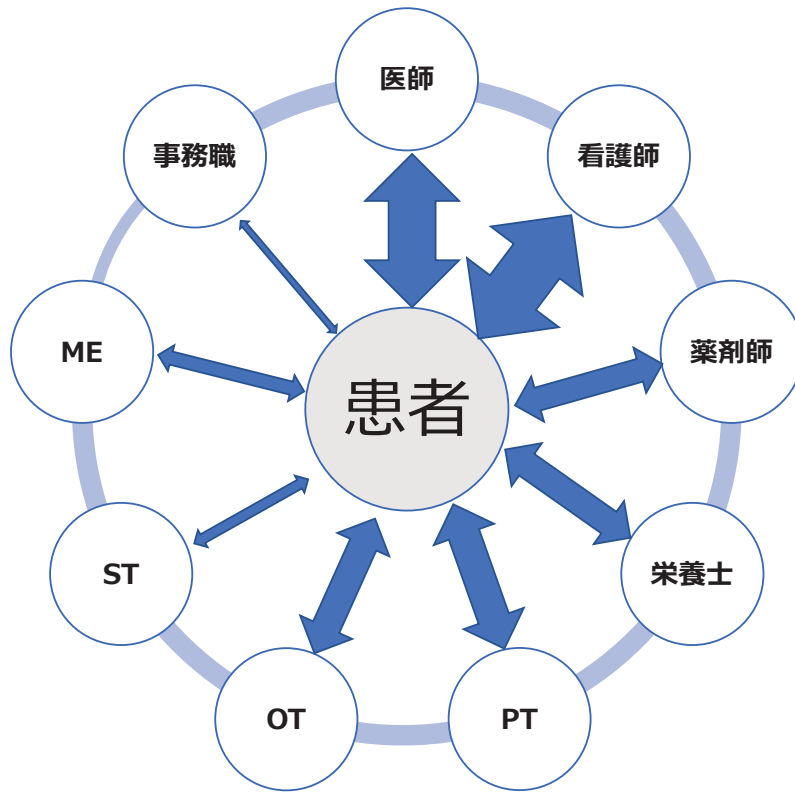


図13 裏の本音

「地域ケアを見直そう」 備酒伸彦 著
(医学書院 2003年)
83ページと84ページの図を引用

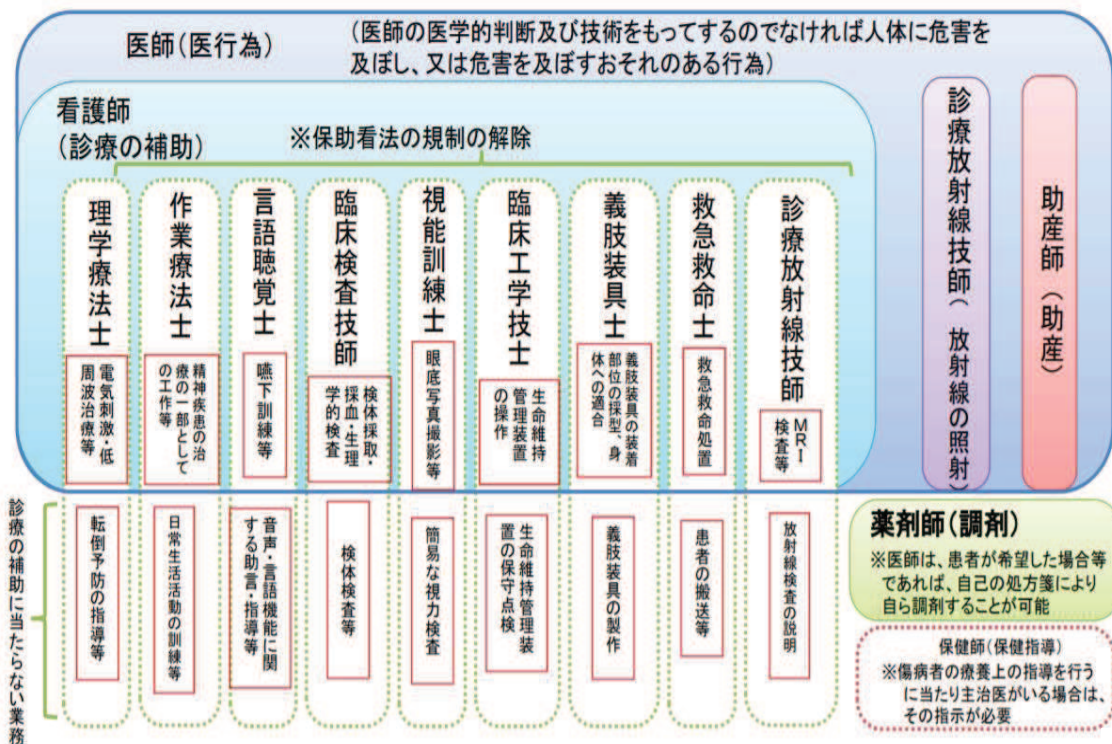
28

チーム医療(IPW)における Patient Centered (患者中心) の解釈

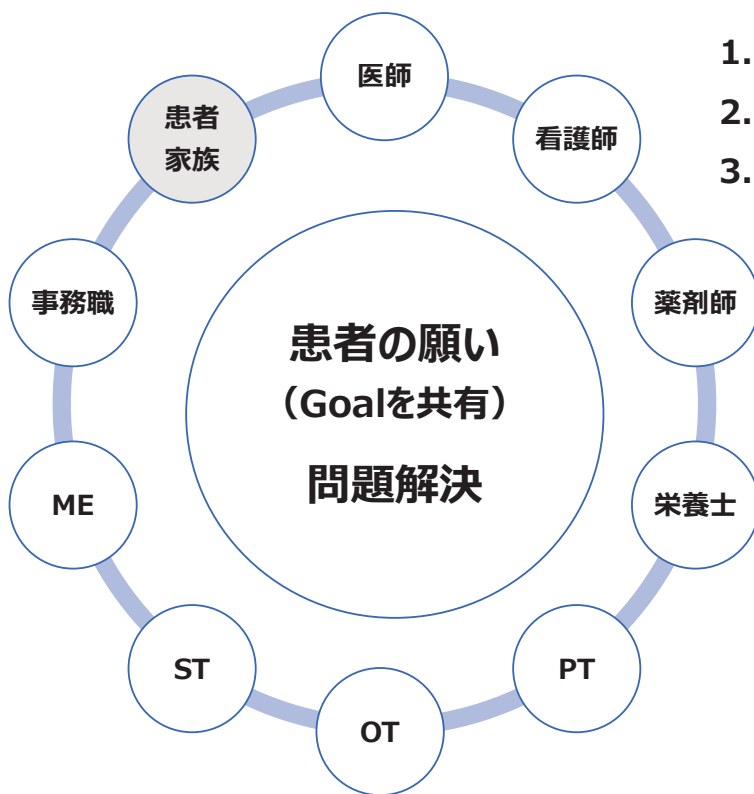


シフト (シフティング) するという
考え方の限界
(例)医師事務作業補助者の
「承認」のない代行記載は×

病院で働く医療専門職の位置づけ



真のPatient Centered



1. 共通目的 (common purpose)
2. 貢献意欲 (willingness to serve)
3. 意思疎通 (communication)

シェア（役割分担）するという
捉え方が良いのでは？

それぞれの職種がやれる範囲で

31

言葉の定義

- タスク・シフティング（業務の移管）
法的にも能力的にもできること？
権限委譲より権限移譲に近い・・・
（特定行為研修修了看護師、4職種の法改正）
- タスク・シェアリング（業務の共同化）
完全な丸投げでなく、相互に責任を負う？
無資格者の書類作成は医師の承認(サイン)が必須
- 役割分担（role-sharing）

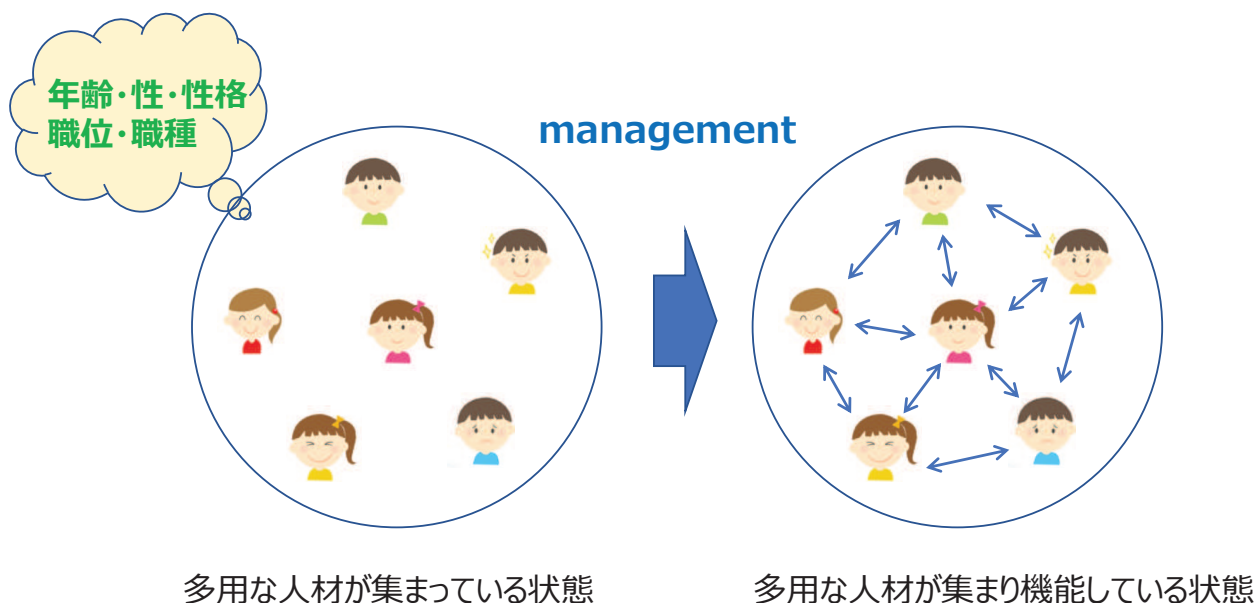
* 実は、シフティングって大胆なことかも（安全性の担保を）

32

私のライフワーク

Diversity (多様性)

Inclusion (包摂)



33

病院運営実態分析調査（2020年）から

◆ 一般病院において病床100床あたりの職員数

総数 182.8人

医師(歯科医含む) 22.5人

看護部門 100人(補助者9.9人)

薬剤部門 5.5人, 放射線部門 5.1人, 検査部門 6.6人

リハ部門 10.2人, 栄養部門 3.6人, 歯科衛生士 0.6人

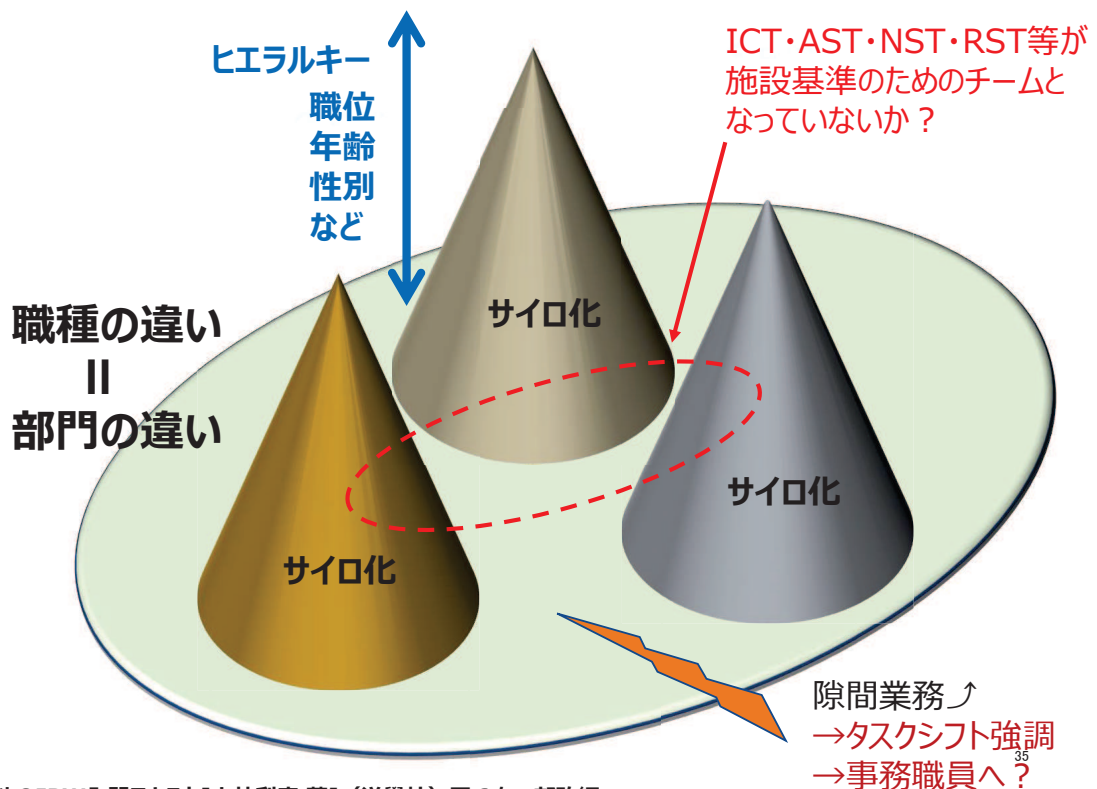
臨床工学技士 2.4人, 介護福祉士 0.7人, SW 1.6人

その他の医療技術員 0.8人, 診療記録管理者 0.7人

事務系部門 19.7人(医師事務4.2), その他 2.7人

看護部門のマンパワーは確かに偉大だが、他職種にも輝いてもらわないと話にならない！

部門間の協働(Intersectional work)は できているのか？



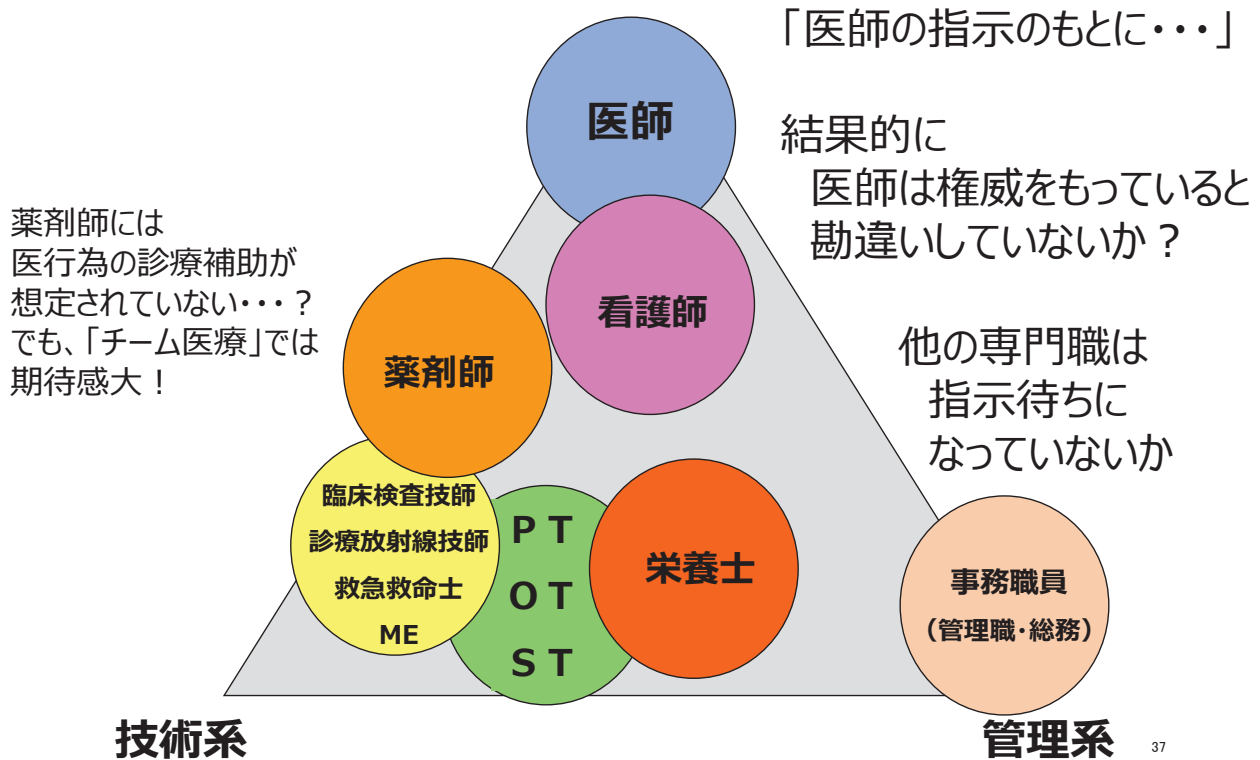
医療従事者のためのIPW入門テキスト[小林利彦 著] (洋学社) 図6を一部改編

「医師法」 1948年～

- 17条: 医師でないものの医業禁止
- 18条: 医師でない者の「医師」名称の使用禁止
- 19条: 応招義務、診断書・検案書の記載義務
- 20条: 無診察の診療・診断書記載・処方箋発行禁止
- 21条: 異状死体検案時の届け出義務
- 22条: 必要時の処方箋の交付義務
- 23条: 療養の方法等の指導義務
- 24条: 診療後の遅滞ない診療録記載、記録5年間保存

病院(医療機関)の組織構成員

<法的視点・当事者意識>



37

GroupとTeamの違い

- Group:
複数の人間による空間的・心理的・目的理由
の集団
機能しなくても可？ 成果は求められない
- Team:
達成すべき**目標**やアプローチ等を**共有**し**連帯**
責任を果たせる**補完的スキル**を備えた集団
1+1+1 > 3となるような成果が期待される
(シナジー効果)

38

Teamingを成功させる要素

- 率直に意見を言う（言える）アサーション⇔心理的安全性
仕事上の対立はOK・人間関係の対立は×
- 協働する
トップダウン(慣れ)からの脱却
理念の共有・リーダーからの権限委譲
相手の専門性を尊重する
コミュニケーションスキルの重要性
- 試みる
- 省察する
カンファレンス等での議論（学習する組織化）



Amy C. Edmondson
(英治出版株式会社)

39

「ファーストエア6560」の事故



ウィキペディア

<https://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%83%95%E3%82%A1%E3%83%BC%E3%82%B9%E3%83%88%E3%82%A8%E3%82%A26560%E4%BE%BF%E5%A2%9C%E8%90%BD%E4%BA%8B%E6%95%85>

機体：ボーイング737-210C
乗員：機長・副操縦士・客室乗務員
各1名
乗客：12名

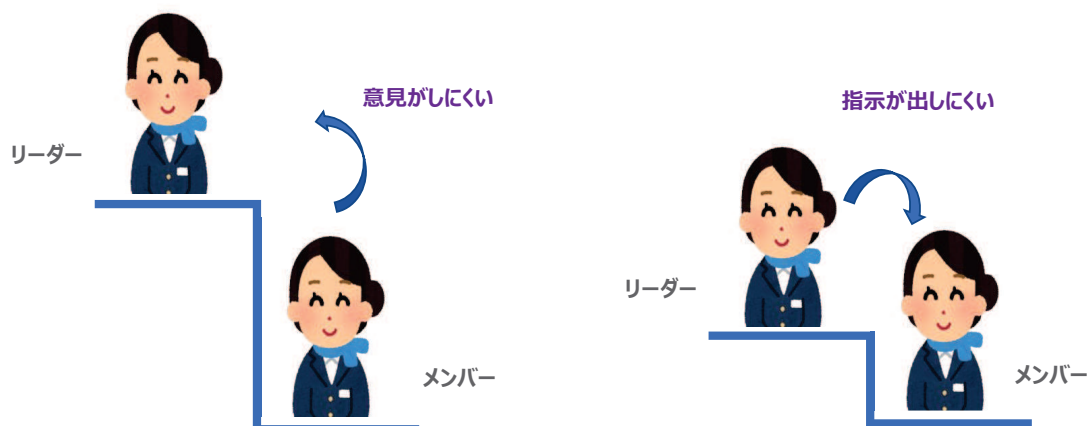
2011年8月20日、午前11時40分頃
カナダ北部
レゾリュート湾空港へと着陸前に墜落

乗客・乗員15名のうち12名が死亡

（事故原因）自動操縦装置の故障
到着地（レゾリュート湾）が北極に近いため方位磁石が狂いやすい
ルートから逸脱していることに最初に気付いたのは副操縦士
（墜落するまでの数分間、機長に18回に渡って警告）
機長（勤続15年）は副操縦士からの警告を軽く受け流した。
副操縦士は入社してから4年ほど。機長に強く警告することができなかった？
機長は副操縦士の警告を無視して着陸を試み丘に激突。

40

権威勾配を意識した対応



権威勾配は、きつすぎても、ゆるすぎても対応が難しい。
しかし、リーダーは、相手との関係性やその時々状況に応じて、
権威勾配に対し柔軟性と厳格性の両方を使い分ける必要がある。

41

「権力・権限・権威」の古典的解釈

- 権力：
背景となる一定の根拠をもって「他人を強制し、服従させる力」（力の根拠としての資格・職位）
- 権限：
正当性を根拠とする力であり、力を行使できる範囲はあらかじめ限定的に決められている
- 権威：
他の人に「自発的に従おう」と思わせる力

* 医師・執行部には「権力」や「権威」があるのだろうか？
執行部の構成員以外・医師以外の職種には院内で
「権限」の委譲しか活躍の機会がないのか？

42

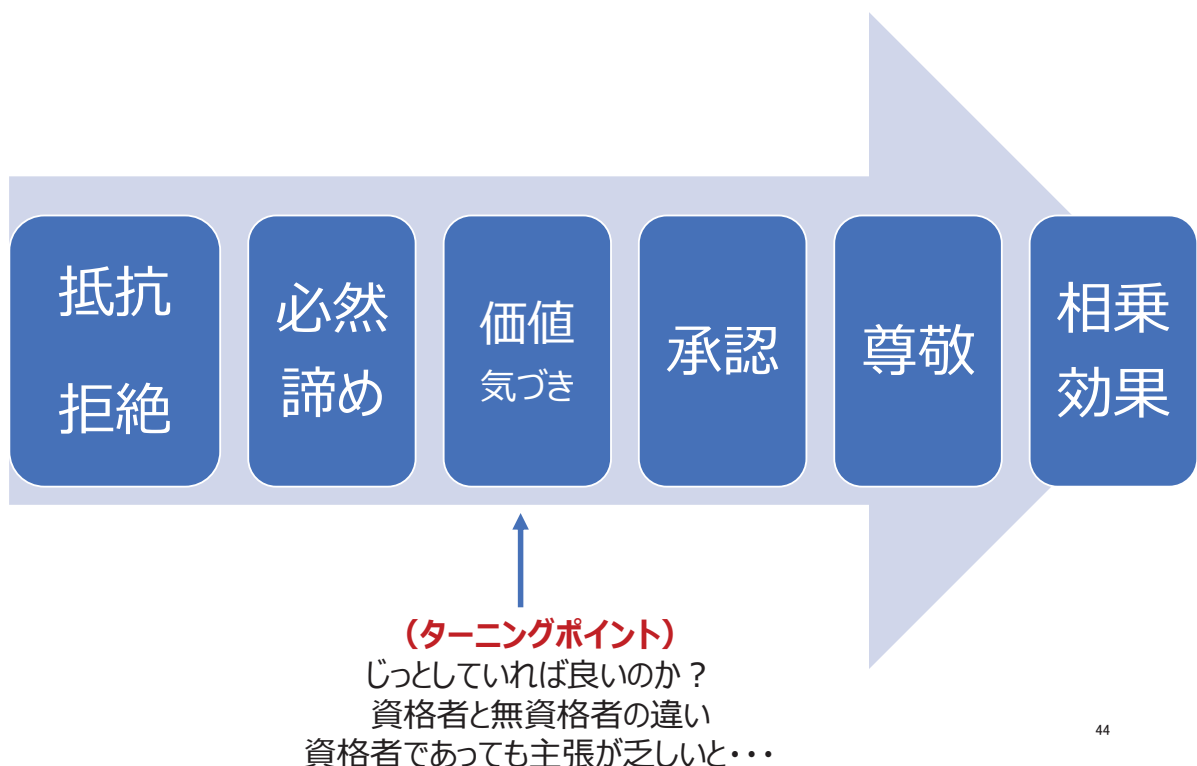
「権力」とは何か？ (Deborah Gruenfeld)

- 権力は「ステータス」でも「権利」でもない
- 権力は文脈の中で生まれる**社会契約**である(**相対的関係**)
- 権力は「支配」だけでなく「**つながり**」でもある
- 私たちは自分達が思っている以上に権力をもっている
- 重要なのは強さや範囲でなく、何のために使うかである
- **パワーアップ・プレイハイ**と**パワーダウン・プレイロー**の使い分け
- 境界線を決めることの意味
- 「**集団への貢献者**」が権力をつかむ
- 自分を「**集団の一員**」と定義する
- 権力者は「**勇気を与えよ**」「**他者のために力を尽くせ**」
- 「**思いやり**」と「**献身**」の**姿勢**があるか？



43
Deborah Gruenfeld
(ダイヤモンド社)

Diversity Management



チーム医療の構築に向けて、考慮すべき コミュニケーションスキルと応対時の態度・姿勢

【職位・職種が上である者に求められること】

- ・心理的安全性が確保された場の提供
- ・職位が下の者や他職種からの発言への「傾聴」
(受動的傾聴・反射的傾聴)
- ・権威を低下させる「パワーダウン(play low)」の態度
(謙虚・敬意ある姿勢)

【職位・職種が下である者が行うべきこと】

- ・他のメンバーとは異なるスキルを有することのアピール
(Teamの一員として貢献できることの自己主張)
- ・チームへの継続的な貢献意欲と協働・学習の姿勢
- ・正しいと思われることを主張(assert)する勇氣

小林利彦：チーム医療におけるコミュニケーション-働き方改革を見据えて-
Progress in Medicine 42 : 1087-1091, 2022

45

タスク・シフト/シェアの光と影

- ・医行為の完全シフト(移管)はそもそも可能なのか？
法的制約・医行為の安全性担保の問題
看護師など限られた職種への丸投げとならないか？
- ・医療は共通目的を共有し役割分担することで成り立つ
タスクシェアであれば、多くの従事者が貢献できる
サイロ化はタスクシェアを妨げる？
- ・医師が忙しいのは事実・・・医師との距離感を生んでいる？
職位・職種が下の者は医師に声をかけにくい？
電話・PHSで呼びかける(問いかける)ことの躊躇
院内スマホ(LINEなど)による情報共有・意思決定を

46

各職種への問いかけ・メッセージ

47

看護師に対して・・・

- 看護師の能力が高いことは多くの職種が理解しているが、「医師の働き方改革」という名目で、これまで以上にタスクの丸投げがなされていないか心配である。
- 多くの急性期病院で（コロナの影響もあり）看護師確保が困難となりつつある状況下、看護師を助ける看護補助者の確保も容易ではない。
- 急性期病院では（コロナの影響だけでなく）超高齢患者の入院が増えており、看護より介護の需要が増えている。急性期病院の施設基準には介護士の配置が想定されていないが、看護補助者として介護士を採用している状況も垣間見られる。その際、看護補助者と違い、介護士は看護師の指示のもとに動くという法的文書がなく、看護師と介護士との連携・協働が重要になる。
- 特定行為研修修了看護師が本当に現場で機能するのだろうか？

48

病院における看護業務の実態

- ◆ 対象【タイムスタディ】 協力の同意を得られた8医療機関、10病棟において、各勤務帯で3名、合計210名
【質問紙調査】 10病棟のすべての看護師187名
- ◆ 方法【タイムスタディ】 対象看護師の勤務時間帯において看護業務に要した累積時間を10分単位で自記式にて調査票に記入
【質問紙調査】 タイムスタディで使用した各看護業務項目について、主観的な移譲の可能性を回答

- 病院における看護業務として割合の高い行為は、「ナースコール、センサーマットの応答」「日々の看護記録」「排泄介助」等である。
- 「日々の看護記録」「看護師間の申し送り」「患者の情報収集」等、情報共有や情報収集に係る業務が高い割合を占めている。

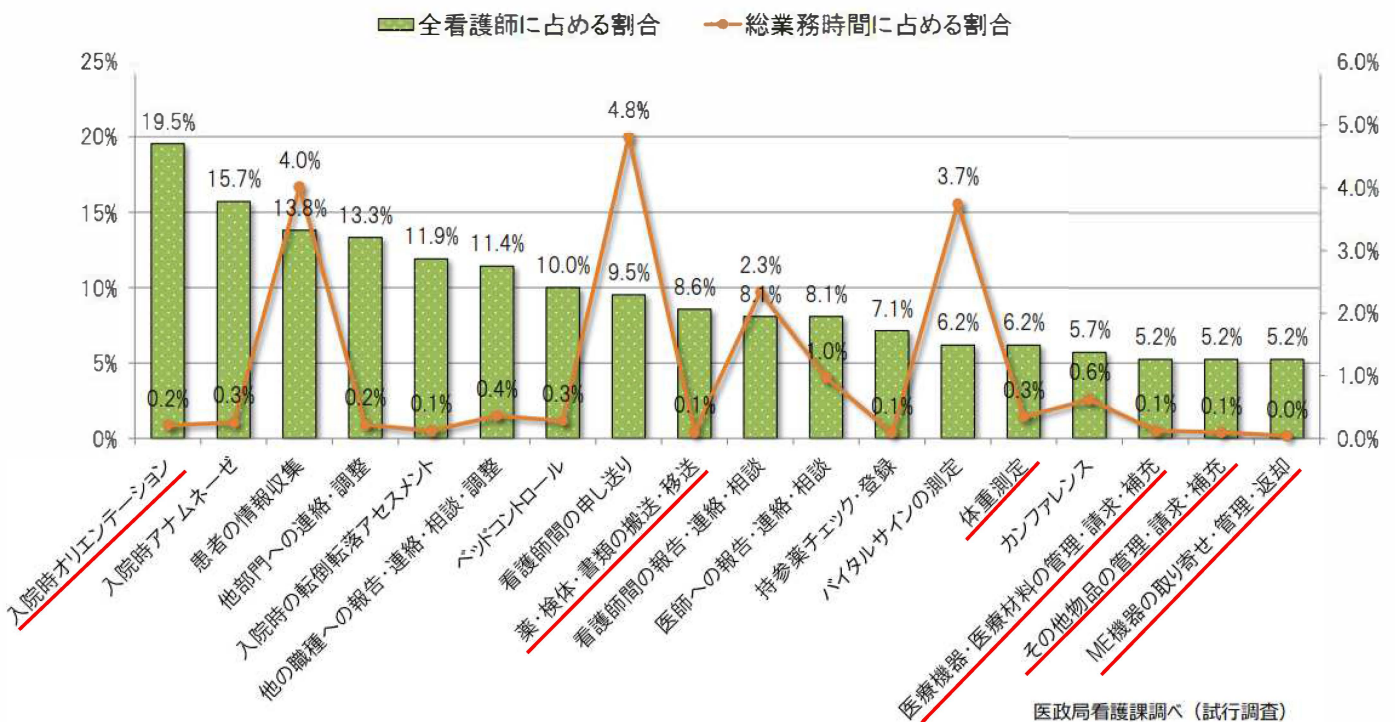
■ 総業務時間における各業務時間の占める割合（1.0%以上を占める業務を抜粋）



看護業務のICTへの移管の可能性

- ICTに移管できると回答した者の割合が高い業務は、「入院時オリエンテーション」「入院時アナムネーゼ」「患者の情報収集」等であり、情報収集に関する業務が多い。

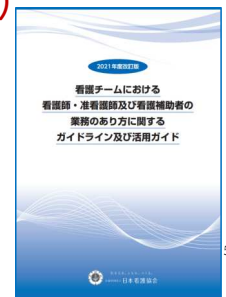
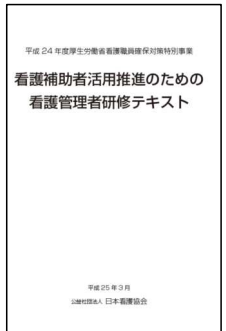
■ ICTに移管可能な看護業務（すべての看護師のうち「ICTに移管できる」と回答した者の割合が 5.0%以上を占める業務を抜粋）



「看護補助者」という職種の位置づけ

「看護が提供される場において、看護チームの一員として看護師の指示のもと、看護の専門的判断を要しない看護補助業務（『傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話』及び『診療の補助』に該当しない業務）を行う者」

- 1950年 完全看護制度（付き添い看護許容が少なからず）
- 1958年 基準看護（看護要員：看護師＋看護助手）
- 1994年 看護補助加算（看護配置の低い病棟への加算）
- 1997年 付き添い看護の廃止
- 2010年 急性期看護補助体制加算（看護配置の高い病棟への加算）
- 2012年 急性期看護補助体制加算の充実
夜間急性期看護補助体制加算の新設
- 2022年 看護補助体制充実加算

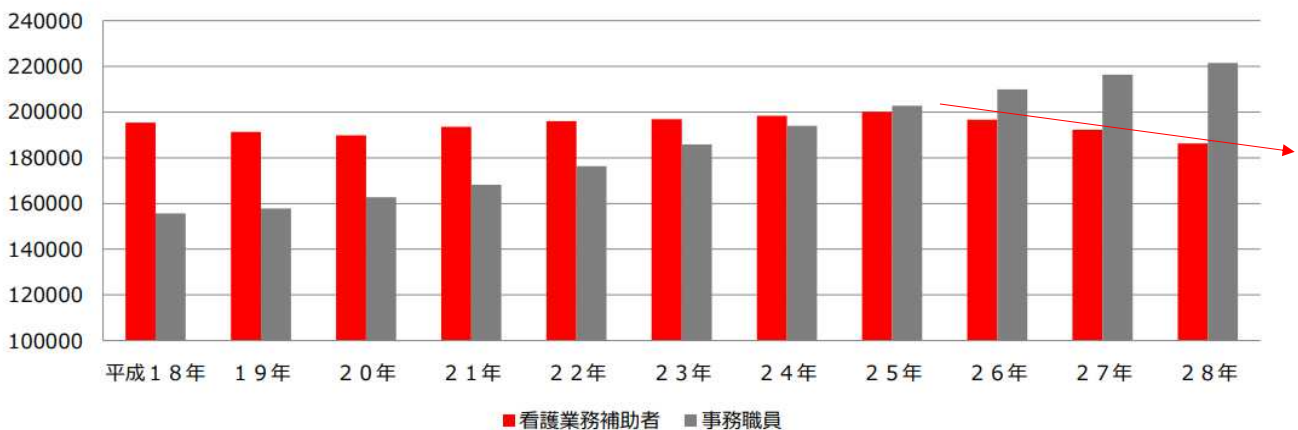


51

看護業務補助者就業者数

○ 看護補助者数は、近年減少している。事務職員は年々増加している。

看護業務補助者及び事務職員の就業者数年次推移



	平成18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年
看護業務補助者 (人)	195,406	191,324	189,838	193,537	196,073	196,894	198,343	200,106	196,696	192,329	186,300
事務職員 (人)	155,669	157,868	162,736	168,146	176,280	185,825	194,006	202,762	209,955	216,354	221,487

出典：医療施設（動態）調査・病院報告

- 看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。
- 事務職員：免許の有無にかかわらず主として事務を担当している者（医師事務作業補助者（医療クラーク）、診療情報管理士を含む）。

52

看護補助者の配置状況等について

- 看護補助者の配置状況については、「必要量を満たすだけ配置できていない」と回答している医療機関は37.3%であった。
- 必要量を満たすだけ配置できていない理由は、「募集しても集まらない」が91.5%であった。

医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査 (平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査)

【対象】

施設調査：医師事務作業補助体制加算を算定している病院（届出病院）、算定していない病院（未届病院）からそれぞれ750施設を無作為に抽出した合計1,500施設

【結果】

□ 看護補助者の配置状況 (n=504)

病床規模	回答施設数 (n)	十分配置できている	必要量を満たすだけ配置できていない	無回答
99床以下	251	64.9%	25.1%	10.0%
100～199床	85	61.2%	30.6%	8.2%
200～399床	88	34.1%	59.1%	6.8%
400床以上	78	33.3%	60.3%	6.4%
全数	504	54.2%	37.3%	8.5%

□ 必要量を満たすだけ配置できていない理由 (n=188)

病床規模	募集しても集まらない	人件費がない	その他	無回答
99床以下	92.1%	12.7%	1.6%	1.6%
100～199床	96.2%	11.5%	3.8%	0.0%
200～399床	94.2%	3.8%	5.8%	0.0%
400床以上	85.1%	14.9%	8.5%	2.1%
全数	91.5%	10.6%	4.8%	1.1%

53

第5回のご意見の整理（看護職員の確保について⑤）

定着促進（現状の確保策の強化により対応可能な論点）

6. 看護補助者の活用

ご意見の概要

- ・ 看護補助者に関しても、これから働き方改革等で、タスク・シェアリング、タスク・シフト等を考えていかなければならない中で、現場としては非常に大変な思いをしている。
- ・ 医療にいる看護補助者が介護に流れていく可能性があり、医療現場がますます煩雑になっているという現状がある。
- ・ 病院の現場で看護補助者が集まらず、看護師がその部分を代替している。タスク・シフトとは逆の、いわゆる逆タスク・シフトみたいなことさえも起きているのが現状。

現状

- 「看護補助者活用促進のための看護管理者研修テキスト」（平成24年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業）を作成。
- これを元に、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用し、看護補助者を管理する看護管理者に対する研修を実施している。（平成29年実績：3県）
- 診療報酬においては、看護補助加算等により看護補助者の評価を行っており、平成30年度診療報酬改定において、看護補助加算の評価の引き上げ等を行っている。

54

日本医療機能評価機構による病院機能評価

3 2 良質な医療を構成する機能2

3 2 4 手術・麻酔機能を適切に発揮している

【評価の視点】

○外科医、麻酔科医、看護師など関係者が連携して、円滑・安全に手術・麻酔が実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- スケジュール管理
- 手術室における清潔管理
- 術中患者管理
- 麻酔覚醒時の安全性の確保

麻酔管理については、全身麻酔の場合・・・麻酔科標榜医の確保が困難な場合には、術者以外の医師が麻酔管理を担当することが最低限必要である。1人の医師による複数の患者の全身麻酔の管理や、常態として、麻酔担当医が麻酔中に患者から離れることは不適切である。なお、特定行為研修を修了した看護師が法令で認められた管理の一部を担当する場合には、麻酔科標榜医もしくは麻酔を担当する医師の指示・管理のもと、安全に十分配慮されたうえで手順書に沿って対応しなければならない。

日本看護協会websiteから

https://www.nurse.or.jp/nursing/np_system/index.html

【重点課題】 ナース・プラクティショナー（仮称）制度構築

日本看護協会は「看護の将来ビジョン」（2015年6月）において、「暮らしの場での療養においては、医療的な判断や実施が適時的確になされることが、人々の安全・安心に直結する。将来的には、地域において人々が安全に安心して療養できることを目指し、常に人々の傍らで活動する看護職の、医療的な判断や実施における裁量の拡大を進める。」と掲げています。

医療ニーズがピークとなる2040年に向け、看護職にはさらに役割を発揮し、病気を抱えながらも住み慣れた地域で安心して暮らすことを支えていくことが期待されています。

そのため、日本看護協会は、看護の基盤をもちながら、一定レベルの診断や治療などを行う、米国等のような「ナース・プラクティショナー」の資格を、日本においても新たに創設し、急増する医療ニーズに応えていくことが必要だと考えています。

そこで、2020年9月に、米国等の「ナース・プラクティショナー」を参考にしたNP教育の課程認定を行っている日本看護系大学協議会と日本NP教育大学院協議会、日本看護協会で三団体協議を行い、ナース・プラクティショナー（仮称）制度創設に向けて協働していくことに合意しました。同年9月23日には、自民党看護問題小委員会宛に三団体連名で「ナース・プラクティショナー（仮称）制度の創設に関する要望書」を提出しました。

今後もナース・プラクティショナー（仮称）制度創設に向け、三団体で協働していきます。

※ 米国等では、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる「Nurse Practitioner（ナース・プラクティショナー）」という看護の資格があり、医療現場で活躍しています。しかし、現在の日本の法律においては、看護職は、医師の指示を受けなければ医行為を行うことはできず、また、診断や処方を行うことはできません。したがって、米国等の「ナース・プラクティショナー」に相当する資格は現在の日本にはありません。