

令和5年度
医療安全・質向上のための相互チェック
報告書

～『「働き方改革」変革期における医療の質・
安全上の課題と対策について（第1報）』～

令和6年6月

国立大学病院長会議常置委員会

はじめに

国立大学病院における「医療安全・質向上のための相互チェック」は、医療の質・安全の向上を目的として平成12年に開始されました。各大学病院が自己評価及び他者評価を行い、これを通じて医療の質・安全に関するPDCAサイクルを継続的に回すように努めてきました。また、国立大学病院42施設に加えて、平成29年度より防衛医科大学校病院が参加し、計43施設で実施してきましたが、令和元年度より公立大学病院8施設が加わり、計51施設で実施することとなりました。

調査項目については、特に我が国での安全対策を進めるべき分野を重点項目として設定してきました（平成24年度「手術の安全を確保するための手順」、平成26年度「内視鏡検査・治療及び造影剤検査・血管内治療に関する安全対策—リスク評価、情報共有、患者観察、急変対応—」、平成29年度・令和3年度「画像診断レポート等の確認に関する安全対策」、令和元年度「医療安全・質向上のための入院時支援体制（Patient Flow Management）」）。

令和5年度の重点項目は、『「働き方改革」変革期における医療の質・安全上の課題と対策について（第1報）』としました。令和6年4月から、国の「医師の働き方改革」が施行され、医師の労働時間の上限規制が適用されています。海外では、医師の労働時間の制限は、医療の質・安全に影響を与えることが経験されており、本邦においても潜在的なリスクの特定や対策立案の検討が必要と考えられます。

本相互チェックの実施にあたり、医療安全や医療情報の専門家で構成されるワーキンググループを設置し、今回の働き方改革が医療の質・安全に及ぼす脅威やリスクを洗い出し、先駆的な取り組みを全国で共有すること等を目指して、調査項目の作成を行いました。また、近年、COVID-19感染症の対応のため見合わせていた訪問調査については、令和5年度より全面的に再開し、各施設における系統的な自己チェック及び訪問大学による実地調査・意見交換を通して、体制整備の現状や課題を調査しました。

この度、これらの調査結果を報告書として取りまとめましたので、今後の各病院における医療安全・質向上の推進にご活用ください。最後に、本相互チェック実施にあたり、多大な労をお取りいただいたワーキンググループの関係者の方々、また、各施設で調査を担当された方々、全診療科調査にご協力下さった方々におかれましては、ご尽力いただきましたことを感謝申し上げます。

令和6年6月

診療担当（医療安全管理）校
大阪大学医学部附属病院長
野々村 祝夫

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック報告書 目次

I	訪問大学の組み合わせ	1
II	令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェックの項目について	3
III	総括	5
IV	調査結果（詳細）	7
	A 診療体制の変化に伴う情報共有の在り方について	
	B インフォームド・コンセント、医療安全に係る研修や会議について	
	C タスク・シフト/シェアについて	
	D 情報共有に関する情報セキュリティ管理について	
V	調査結果（速報）	117
	令和5年度第5回常置委員会報告資料	
	・ 令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 重点項目『「働き方改革」 変革期における医療の質・安全上の課題と対策について（第1報）』に関する速 報の報告にあたって	
	・ 『「働き方改革」変革期における医療の質・安全上の課題と対策について（第1 報）』全診療科の状況に関する調査 速報版	
	〔資料〕	127
	・ 令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施要項	
	・ 令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施概要	
	・ 令和5年度 重点項目調査シート（事前調査、及び訪問調査兼用）	
	・ 医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法と基準の 作成等に係るワーキンググループ 委員名簿	

I 訪問大学の組み合わせ

I 訪問大学の組み合わせ

令和5年度「医療安全・質向上のための相互チェック」組み合わせ表

診療担当(医療安全管理)校(大阪大学)

訪問大学(訪問する大学)	被訪問大学(訪問される大学)
北海道大学	福島県立医科大学
旭川医科大学	山梨大学
弘前大学	新潟大学
東北大学	佐賀大学
秋田大学	京都府立医科大学
山形大学	九州大学
筑波大学	富山大学
群馬大学	高知大学
千葉大学	鹿児島大学
東京大学	熊本大学
東京医科歯科大学	大阪大学
新潟大学	福井大学
山梨大学	徳島大学
信州大学	京都大学
富山大学	和歌山県立医科大学
金沢大学	群馬大学
福井大学	東北大学
岐阜大学	香川大学
浜松医科大学	秋田大学
名古屋大学	札幌医科大学
三重大学	山口大学
滋賀医科大学	弘前大学
京都大学	愛媛大学
神戸大学	横浜市立大学
大阪大学	東京大学
鳥取大学	筑波大学
島根大学	北海道大学
岡山大学	大分大学
広島大学	琉球大学
山口大学	千葉大学
徳島大学	滋賀医科大学
香川大学	防衛医科大学校
愛媛大学	旭川医科大学
高知大学	名古屋市立大学
九州大学	岐阜大学
佐賀大学	鳥取大学
長崎大学	神戸大学
熊本大学	奈良県立医科大学
大分大学	東京医科歯科大学
宮崎大学	名古屋大学
鹿児島大学	大阪公立大学
琉球大学	浜松医科大学
防衛医科大学校	三重大学
札幌医科大学	信州大学
福島県立医科大学	岡山大学
横浜市立大学	島根大学
名古屋市立大学	長崎大学
京都府立医科大学	山形大学
大阪公立大学	広島大学
奈良県立医科大学	金沢大学
和歌山県立医科大学	宮崎大学

Ⅱ 令和5年度 医療安全・質 向上のための相互チェッ クの項目について

II. 令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェックの項目について

1) 相互チェックのワーキンググループの設置と重点項目選定・チェック項目の作成

令和5年度の相互チェック実施にあたっては、国立大学病院長会議常置委員会のもとに、「医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法と基準の作成等に係るワーキンググループ」を設置し、重点項目のチェック項目、及び評価方法を作成した。同ワーキンググループの委員は202ページのとおりである。

2) 調査項目について

令和6年4月から「医師の働き方改革」が施行されることに備え、医師の労働時間上限規制が医療の質・安全に与える影響や、懸念されるリスクを回避するための先行的対策等について、全国の現状を把握し情報共有を行うことを目的として、調査項目を決定した。

米国では、レジデントの労働時間制限が医療の質・安全に影響を与えることが経験されており、連続勤務時間制限の見直し等が行われた経緯がある。我が国の「医師の働き方改革」はレジデントのみに限らないという点で、世界で初めての試みとなる。その影響は継続的に調査する必要がある。

「医師の働き方改革」の議論が、医師の労働時間を削減することに終始せず、「医療の質・安全の維持、向上」と「医療者のやりがい・ウェルビーイングの向上」の両立を可能とするための布石となるように、本相互チェックでのディスカッションや報告書での情報共有を通じて、先行的対策の検討が進むことが期待される。

調査項目は次のA～Dの4つのカテゴリーにわかれる。診療の継続性、教育・学習機会の担保、患者説明を含むコミュニケーションの維持、高度医療の継続性、情報共有におけるセキュリティの確保等の観点から調査項目を作成している。病院全体調査、および一部の項目については全診療科（国公立大学病院等51病院の入院病床を有する全診療科）対象調査を実施した。また、全診療科対象調査において、「医師の働き方改革」に関連して支障やリスクが生じる可能性があるかと懸念している事項を調査した。

- | |
|--|
| <p>A 診療体制の変化に伴う情報共有の在り方について</p> <ul style="list-style-type: none">• 入院患者の情報共有（病院全体、全診療科対象）• 当直医師への引継ぎ（病院全体、全診療科対象）• 診療科カンファレンス（病院全体、全診療科対象） <p>B インフォームド・コンセント、医療安全に係る研修や会議について</p> <ul style="list-style-type: none">• インフォームド・コンセント（病院全体、全診療科対象）• 医療安全に係る研修（病院全体）• 院内会議（病院全体） <p>C タスク・シフト/シェアについて</p> <ul style="list-style-type: none">• 医療従事者全体の意識改革・啓発（病院全体）• 医師からの他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアに関する調査（職種別調査） <p>D 情報共有に関する情報セキュリティ管理について（病院全体）</p> |
|--|

3) 重点項目調査結果の分析・評価

重点項目の調査結果については、訪問大学から被訪問大学へ個別にフィードバックする以外に、前述の「相互チェックワーキンググループ」において分析・評価を行った。

4) 速報の発出について

把握された各大学病院等における体制整備の現状や課題を速やかに共有し、令和6年度からの医師の働き方改革に向けた先行的マネジメントの参考資料とすることが本調査の主旨であることから、全診療科対象調査の概要を、令和5年度第5回常置委員会（令和6年3月1日開催）にて診療担当（医療安全管理）校から報告した。速報については117ページのとおりである。また、同定例記者会見にても本調査の速報結果が報告された（参照 <http://nuh-forum.umin.jp/report/kaigi/240301.html>）。

Ⅲ 総括

総括

「医師の働き方改革」を推進しながら、医療の質と安全をいかに確保するかは重要な課題である。2003年にレジデントの労働時間制限が開始された米国では、特に「申し送り（ハンドオフ）」に関連した医療の質・安全の確保の重要性が認識されるようになり、2006年にはThe Joint Commission National Patient Safety Goalの一つに「チーム内の依頼と対応を円滑に行うためのハンドオフプロセスの標準化」が設定された。本邦においては2024年4月から医師全体の労働時間制限が開始されることから、その導入約半年前の時点における、新たな診療体制の準備状況と、医療の質・安全確保のための対策・工夫の取り組み状況について調査した。

今回の調査では、「医師間の診療情報の共有」「インフォームド・コンセントの質の維持」「医療安全に係る研修と会議」「タスク・シフト/シェア」「情報共有に関する情報セキュリティ管理」の4つの領域について現状を調査し全国からの回答を集計した。その結果、これらの領域においては、申し送りテンプレート等の作成により患者の重要事項を確実に申し送る工夫、画像や動画を活用したインフォームド・コンセント資料の作成、eラーニングやオンライン開催を含めた医療安全研修・活動の継続、プロトコル・マニュアル作成による安全で効率的なタスク・シフト/シェアの取り組み、情報通信システム（ICT）活用に関するセキュリティポリシーの整備等が行われていることが報告された。全国で医師の働き方改革に取り組むと同時に、医療の質・安全性を低下させないよう診療科や病院全体として様々な適応的な対応がとられていることが明らかになった。

今後、これらの領域の取り組みをさらに推進していくために必要な事項として、「診療体制に応じた情報共有の在り方を病院として検討すること」「患者、家族への協力依頼に関する病院からの情報発信」「病院全体でのeラーニング受講・システム管理体制の整備」「多職種の継続的なスキル教育と自動化・業務のスリム化の推進」「病院情報システム外のICT活用に係るポリシーを病院全体として検討すること」等が示された。

働き方改革下においても特定機能病院として求められる高いレベルの医療の質と安全を維持することが求められる。脳死下臓器移植など緊急で多数の医師が必要な診療が発生する場合の診療体制をはじめ、各大学病院の努力だけでは対応しきれない問題の発生について、今後も注意深くモニターしていく必要がある。

参考文献

- 1) Journal on Quality and Safety. 2006; 32(11): 646-655.
- 2) 厚生労働省「医師の働き方改革」ホームページ「国民の皆さん向け「医師の働き方改革」」
(<https://iryuu-ishi-hatarakikata.mhlw.go.jp/realize/>)
- 3) Expert Panel on effective ways of investing in health
(https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/023_taskshifting_en_0.pdf)

IV 調査結果（詳細）

A. 診療体制の変化に伴う情報共有の在り方について

1 入院患者の受け持ち体制について（全診療科対象調査）

入院患者の受け持ち体制について、51 大学病院の延べ 1,404 診療科から回答があり、全体の 80%(1,118 診療科) が複数主治医制/チーム制（診療科内で規定した複数医師から成るチームで診療を行う）をとっていた（図 A-1）。交替勤務制を採用していた診療科は限定的で、救急科の 63%、麻酔科の 18%を除いては、採用している診療科はわずかであった。

古典的主治医制（平日日中だけでなく勤務時間外や手術中等も含めて、専ら 1~2 名の固定した医師が診療を行う）は全体の 13%(185 診療科、0~26%)であった。診療科の特性やマンパワー等が影響していると推察されるが、内科系と外科系という分類では、どちらに多いという傾向は見いだせなかった。

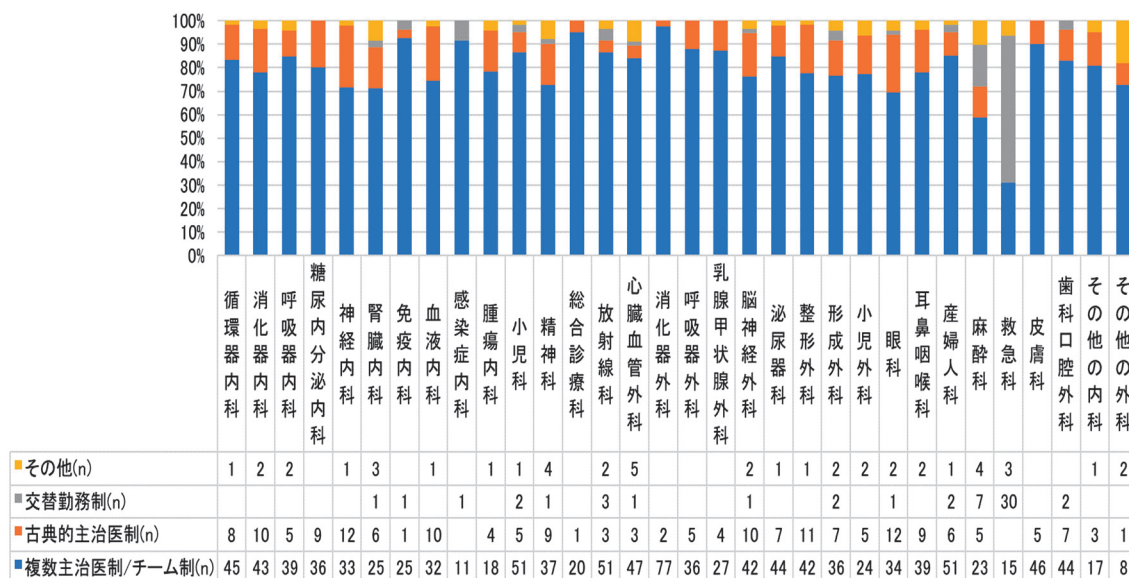


図 A-1 入院患者の受け持ち体制（n=1,404）

2 入院患者の日々の診療情報の共有

入院中の患者カルテを記載者以外の医師が参照した際に、容易に患者情報が把握できるような、医師間の効率的で確実な診療情報共有のための診療録記載方法について調査した。

2-1 病院全体調査

1) 診療録記載に関する病院としての取り決めの有無

診療情報共有のための診療録記載方法について、病院として取り決めや明文化したルールがあるかを聞いたところ、11 病院（22%）が「ある」と回答し、5 病院は「ないが現在検討中」との回答であった。取り決めがある 11 病院では 2003 年から 2021 年までの時期にその

運用を開始しており、働き方改革とは関係なく従来から定められていた。10 病院では患者情報を記載する場所を定めており、9 病院では記載する患者情報の項目を定めていた。

2) 電子カルテ以外の方法に関する病院としての取り決めの有無

電子カルテ以外の方法を併用して、日々の診療情報の共有を行っている病院が 19 病院 (37%) あり、病院として定めている方法 (複数回答可) は、「口頭 (対面や電話)」が 8 病院、「当直日誌 (手書き)」が 6 病院、「病院情報システム内のツール (ファイルサーバなど)」が 4 病院、「病院情報システム外のツール (SNS, 電子メールなど)」が 4 病院であった。

病院情報システム外のツールは、Microsoft Teams (職員 ID でのみログイン可能、患者毎のスレッドを作成・更新し情報共有)、LINE works、Join (市内の関係機関との情報共有に使用)、FileZen (分離ネットワーク間での安全なファイル受け渡しシステム) 等が使用されていた。

3) 電子カルテ上での日々の診療情報共有に関するグッドプラクティス

電子カルテを用いた、日々の診療情報の共有に関する良い取り組みとして講評で評価されていたものから例を挙げる。

- ・ 掲示板機能の活用 (参考資料 1)
- ・ プログレスノートへの医師記録が見やすく工夫されていた。記載項目は、診療記録委員会のマニュアルに基づいて、決定されていた。
- ・ 定期的に診療情報管理士により記載内容の監査を行い、診療科にフィードバックを行うことで、必要な事項の記載率向上につなげていた。
- ・ インフォームド・コンセント記録やサマリ等が診療録にわかりやすくタグ付けされており、キーワードでの検索が可能であった。
- ・ 電子カルテにカンファレンス内容、インフォームド・コンセント内容などがタグ付けされ、どの診療科もそこに十分な情報を記載するルールが設けられており、コメディカルスタッフや他診療科医師も、そのタグから容易に患者状況、治療方針などが分かるようになっていた。

2-2 全診療科対象調査

日々の診療において医師間の確実に効率的な情報共有を行うための診療録への記載方法について、各診療科への調査では、761 診療科 (54%) は取り決めがあり、そのうち 655 診療科 (86%) は記載する患者情報の項目を定めていた。

情報共有の方法に応じた取り組みや工夫として以下の例が認められた。

【口頭での情報共有】

- ・ 複数主治医制のチームで朝・夕回診をして情報共有ができる体制をとっていた。

【電子カルテ上での情報共有】

- ・電子カルテの「サマリ機能」「付箋機能」に共有事項を記載。
- ・電子カルテの「掲示板」に共有事項を記載。
職種ごとに色分け、重要度に応じて表示場所が異なる運用も見られた。
- ・電子カルテの規定のテンプレート、フォーマットに、共有事項を記載。
- ・NEWS (National Early Warning Score, 早期警告スコア) によりハイリスク患者を把握。
【病院情報システム内での情報共有】
- ・電子カルテネットワーク上のファイルサーバ内に重要患者の情報を記載し共有。
- ・Excel ファイルで患者サマリを一元的に管理して患者情報を共有。
【病院情報システム外のツールを利用しての情報共有】
- ・Slack の使用。
- ・LINE Works の使用。

3 時間外の診療体制について

3-1 時間外の診療体制 (全診療科対象調査)

時間外の診療体制については、51 大学病院の 1,396 診療科から回答があり、当直制をとっている診療科は 80% (1118 診療科) で、完全にオンコール対応としている診療科は 20% (278 診療科) であった。手術日は当直とし、それ以外の日はオンコール対応としている診療科もあった。

当直制をとる診療科全体のうち、自科単科で当直を行っている診療科(交替勤務制を含む)が 62%、他科と連携して当直を行っている診療科が 38% であった (図 A-2)。すなわち、時間外は複数診療科の医師が関わる体制(他科連携当直および完全オンコール制)の診療科が、全体の 49% であった。診療科別に見ると、自科単科当直をしている病院の割合は、産婦人科、救急科、小児科、麻酔科、精神科、整形外科の順に多かった (図 A-3)。

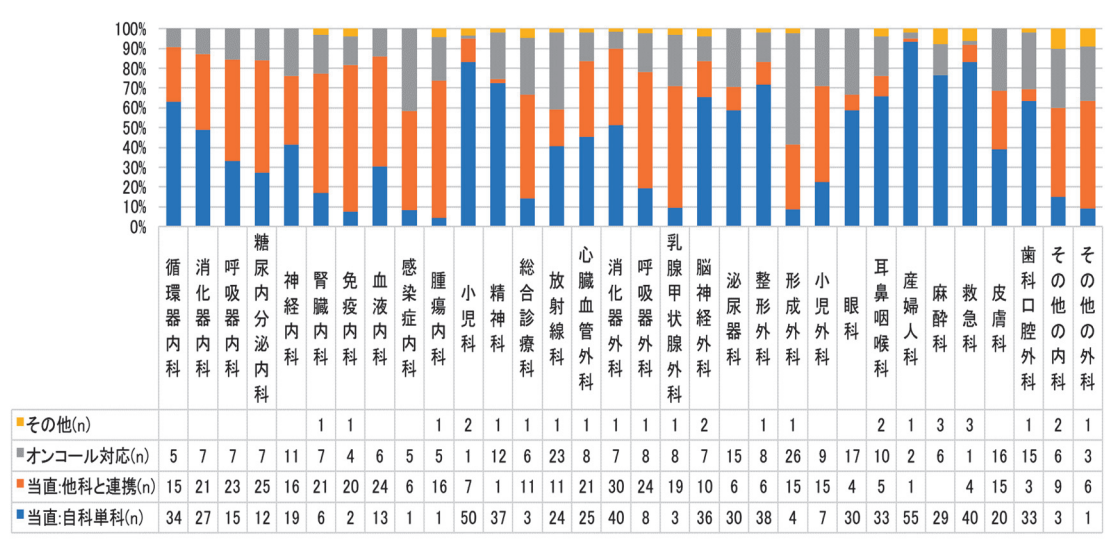


図 A-2 時間外の診療体制-診療科別集計 (n=1,396 診療科)

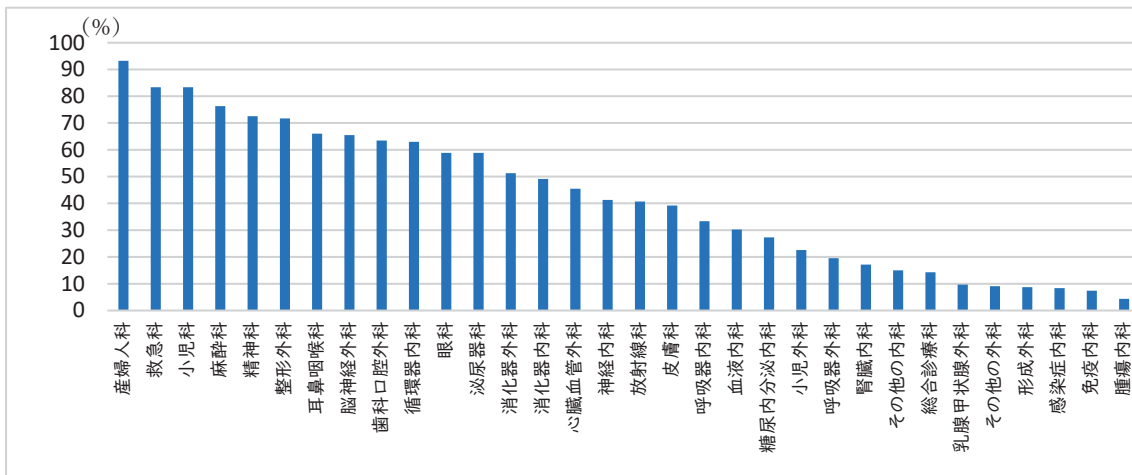


図 A-3 診療科別に見た、自科単科当直をしている病院の割合

3-2 当直医のバックアップ体制（全診療科対象調査）

自科単科当直、他科との連携当直いずれにおいても、当直医が対応できない問題が生じた際に備え、バックアップ医師を診療科内で定めている診療科が多かった（図 A-4）。

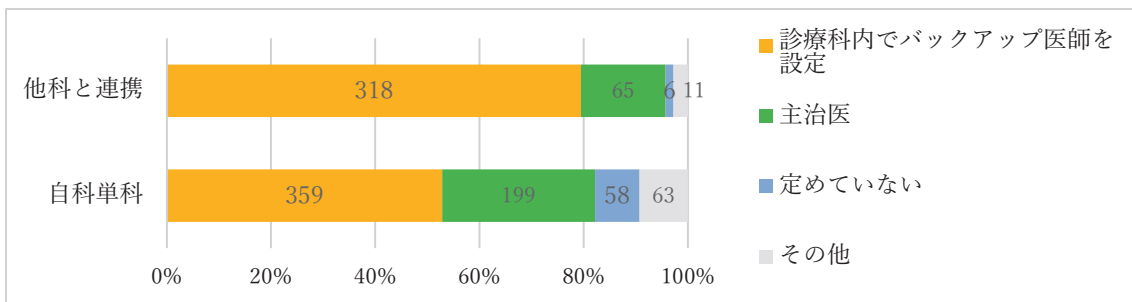


図 A-4 当直制の診療科において問題が生じたときにコールされる医師 (n=1,088 診療科)

3-3 時間外の診療体制に関する取り組み例

一部の病院では、救急など特殊な部署を除いて当直医の集約化が進んでおり、内科系当直・外科系当直としている、夜勤2名を除き原則オンコール体制としている等の体制が取られている病院もあった。病院として他科との連携当直を推奨し、当直医以外の診療科はオンコール体制とすることを積極的に推進しているところもあった（参考資料2）。

実際には各科の専門性が高く、当直の集約化が容易ではないため、宿日直に関するワーキンググループを立ち上げて検討している病院も複数あった。

病院としての時間外の診療体制に関する具体的な取り組み例を以下に示す。

【当直・連絡体制】

- 院内当直体制を救急以外は内科系医師、外科系医師をそれぞれ1名ずつとしていた。ただし当直以外の診療科は、コールから来院まで20分以内に来院することを明確なルールとしていた。

- ・ 救急科や麻酔科など迅速な対応が必要な診療科では当直医制を続け、多くの診療科ではオンコール制や他科との連携当直へと移行していた。病院宿直や各科オンコール医師の業務範囲を明確に規定・明文化し、職員間で共有することで、時間外の入院患者の急変や、救急外来受診患者をだれが診るのかということ混乱することがない体制を整備していた。

【オンコール医師への情報共有方法】

- ・ 自宅から患者情報・診療情報を把握することができるように各診療科に2台ずつの病院情報端末を配布し、クラウドで管理されている電子カルテ情報にアクセスできるように整備していた。
- ・ 大学として契約を結んだ Google Workspace を用いて、患者情報・診療情報の送受や共有ができるようになっていた。VPN で外部から隔離したネットワーク環境の下で行われるようにすることで、情報セキュリティ対策も確実に実施されていた。
- ・ 医師を中心に個人モバイルツール (iPad, iPhone) が配布され、院内外通話に加えカルテ閲覧が可能な環境を整備していた。

4. 当直医師への引継ぎ・情報共有について

4-1 病院全体調査

1) 当直医師への引継ぎに関する病院としての取り決めの有無

当直医師への引継ぎに関して、病院として明文化したルールがあると回答した病院は7病院 (14%) のみであり、4病院が現在検討中、40病院は特に検討していないとの回答であった。明文化したルールがある7病院のうち4病院は全診療科について定めており、2病院は特定の診療科を対象としていた。

2) 引継ぎ方法

7病院が引継ぎ方法として定めていた方法 (複数回答可) は、「口頭 (対面や電話)」(6病院)、「当直日誌 (手書き)」(4病院)、「電子カルテ内のツール (診察記事、テンプレート、付箋、掲示板等)」(4病院)、「病院情報システム外」のツール (SNS、電子メールなど)」(3病院、いずれも LINE Works 使用)、「病院情報システム内」のツール (ファイルサーバなど)」(2病院)、「科により項目・ツールが異なる」(1病院) であった。

3) 当直医師への引継ぎに関する取り組み例

- ・ 病院全体として「当直引継ぎに関する診療科規程」の雛形を定め、12項目について診療科毎あるいは他科との連携当直を行うグループ毎の実情に応じたマニュアルを整備していた。その12項目は「当直医への引継ぎを必要とする患者」「主治医・担当医から当直医への引継ぎ方法」「病棟看護師との情報共有」「初期臨床研修医との連携」「治療方針の記載場所」「当直医から主治医・担当医への引継ぎ方法」「当直医以外への緊急連絡先と掲

示方法」「当直医の業務範囲」「当直記録の記載場所」「新入職者への教育」「当直に関する規定の順守状況の把握および指導」「オンコール対応日の情報共有(該当診療科のみ)」であった(参考資料3)。また、連携当直を行う当直グループにおいては、電子カルテの「チーム患者」機能を利用して要注意患者を把握し方針を共有する仕組み運用していた(参考資料4)。

- ・ 病院で届出制としている Line Works を用い、医師間で情報を共有していた。
- ・ 複数診療科での連携当直を行うグループでは、共通の「申し送りのフォーマット」を定め、「緊急時対応」、「入院前後の経過」等の情報を患者の電子カルテの「プログレスノート」に記載し、毎日申し送りの時間を設け、引き継ぐことにしていた(参考資料5)。当直医は、当直日誌に当直時の対応状況を記載し、各診療科に引き継いでいた(参考資料6)。また、電子カルテの患者情報を開いた画面に「重要事項」「スタッフ伝言板」等を記載することで医師・看護師等とも情報共有が可能となっていた。

4-2 全診療科対象調査

1) 当直医が特に注意を要する患者を認識しやすくする方法

時間外の診療において、特に注意を要する患者を当直医が認識できるように支援するシステムや方法について、51 大学病院の 1,369 診療科から回答があり、全体の 61%(841 診療科)が「ある」と回答した。具体的な方法としては、口頭、電子カルテ内のツール、紙媒体の当直日誌が多かったが、病院情報システム外の ICT ツール(SNS や電子メール等)を活用している診療科もあった(図 A-5)。また、143 診療科(17%)では、当直医への引継ぎのために記載する患者情報の項目を定めていた。

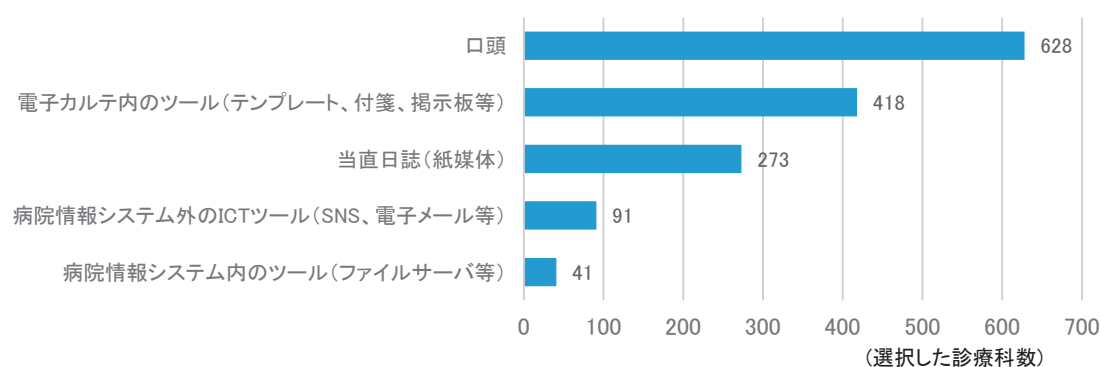


図 A-5 特に注意を要する患者について当直医師への引継ぎを支援するシステムや方法
(n=841 診療科、複数選択可)

2) 当直医師への引継ぎに関する取り組み例(診療科単位)

- ・ 当直用 PHS の受け渡し時に要注意患者に関する引継ぎを行うこととしていた。
- ・ 当直医師への申し送り媒体は、電子カルテ内のテンプレート、電子カルテ外のファイルメーカー、診療科に限定されたグループチャット、紙媒体と診療科により様々であった

が、診療科ごとの特性に応じて、自主的に工夫されていた。但し、電子カルテ外のツールでの情報共有の場合、入力が必要となることが課題ではあった。

- ・ 集中治療部では、ホワイトボードに患者の入院経過と TO DO リストを記載して、勤務交代時の引き継ぎで情報伝達忘れを防ぐ取り組みを行っていた。

5. 診療業務に係るカンファレンス等について

5-1 病院全体調査

各診療科における診療業務に係るカンファレンス(例:術前検討会)の開催時間について、明文化されたルールまたは発出された通知文書がある病院は8病院(16%)で、そのうち5病院は原則就業時間内に行うよう定めていた。その一方で、時間内に限定することにより全員が一堂に会することが困難となり、情報共有が不十分になる安全上の懸念を示した病院も複数あった。

5-2 カンファレンスの開催時間・方法に関する病院としての取り組み例

- ・ 働き方改革に伴って各種会議時間の短縮を促す文書を院内全体に通知し、会議の効率化・合理化を図っていた(参考資料7)。
- ・ 検討対象症例の層別化、開催回数や時間の工夫により、カンファレンスを効率化する取り組みや、Web開催を取り入れていた。

5-3 全診療科対象調査

1) 診療業務に係るカンファレンスを全て時間内に実施するための工夫

診療業務に係るカンファレンス(術前検討会など)が全て時間内に行われているかについて、51大学病院の1,400診療科から回答があり、全体の44%(616診療科)が「全て時間内に行っている」と回答した。これらの診療科では、詳細な検討を要する症例とそうでない症例の層別化(新入院と重症患者に時間を割く等)、プレゼンテーション資料の削減、カンファレンス以外(回診等)の時間や回数の削減、カンファレンス開催時間帯の変更(開始時間を早めた等)、カンファレンス回数の削減、患者情報を共有できるICTツールの活用等が行われていた(図A-6)。また、カンファレンス回数を増やし1回あたりの時間を短縮した、資料を事前配布することで理解を深め効率化を図った、等の回答もあった。

2) 診療業務に係るカンファレンスの実施形態

診療科カンファレンスの実施形態は、対面開催が多数を占めるが、Web開催あるいは対面とWebとのハイブリッド形式で運用している診療科もみられた(図A-7)。

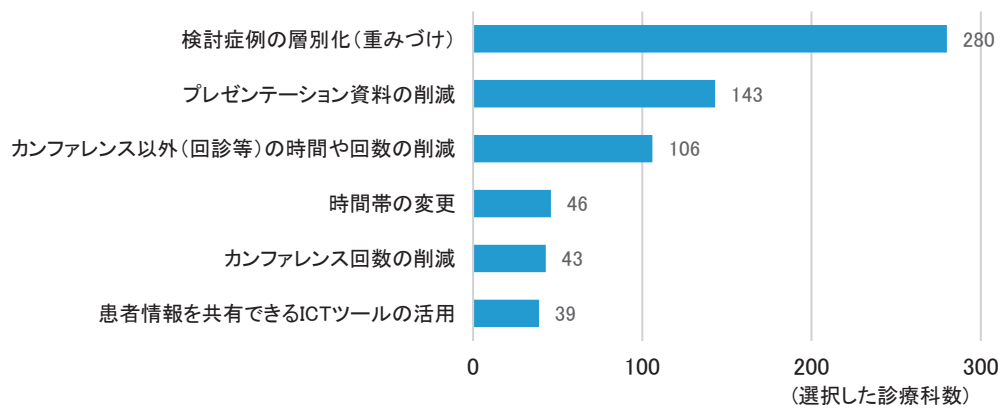


図 A-6 診療に係るカンファレンスを全て時間内に実施するために変更した点
(n=カンファレンスを全て時間内に実施している 616 診療科、複数選択可)

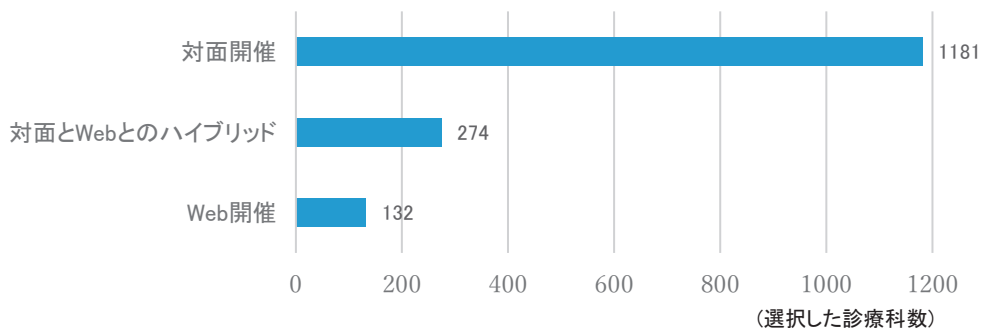


図 A-7 診療科カンファレンスの実施形態 (n=1,394 診療科、複数選択可)

6. まとめ

入院患者の診療体制について、複数主治医制（チーム制）が全国の約 8 割の診療科で取り入れられていたが、日々の診療情報共有のための電子カルテ上の診療録記載に関する取り決めを病院として定めていた病院は約 2 割と少なかった。4 割弱の病院で、電子カルテ以外での情報共有ツールを病院として整備していた。診療科単位では全体の 54% の診療科が情報共有のための取り決めを有していた（グループ回診、電子カルテ上のサマリ、院内共有フォルダ、病院情報システム外のツールなど）。

時間外の診療体制については、当直制をとる診療科は約 8 割で、約 2 割の診療科はオンコール対応であった。当直制をとる診療科のうち、他科との連携当直を行っている診療科が約 4 割を占めていた。また、一部の病院においては内科系、外科系当直といった、少数の当直医への集約化が始まっていた。しかしながら、当直医師への引継ぎ方法を明文化したルールとして定めている病院はわずか 14% のみであった。診療科単位では、全体の約 6 割の診療科が、当直医が特に注意を要する患者が誰かがわかるシステム・方法を有していた（口頭での引継ぎ、電子カルテ内のツール、当直日誌、病院情報システム外のツールなど）。

診療カンファレンスの開催時間については、約4割の診療科ではすべて業務時間内に実施していた。一方で、情報共有が不十分になる懸念も示された。

A 領域（診療体制の変化に伴う情報共有の在り方について）の調査結果を踏まえた考察

医師の働き方改革は「医師が健康に働き続けられるような環境を整備することで、患者さんに提供する医療の質・安全を確保すると同時に、将来にわたって持続可能な医療提供体制を維持していくための取り組み」（厚生労働省）である。

その取り組みのひとつとして令和6年度から時間外労働の上限規制が開始され、医師の診療体制に大きな変化が起きつつある。本調査においては、入院患者の受け持ち体制は古典的主治医制に代わって約8割の診療科で複数主治医制/チーム制が取られており、時間外の診療体制についても、他科と連携した当直制や完全オンコール制としている診療科が全体の5割に至ることが明らかになった。当直医を数名に集約化する動きも始まっていた。

こうした動きに対し、診療科からは、医療の質・安全等に関する懸念事項として「急変時に（自科当直してきた）これまでと比較して十分な対応ができなくなることが懸念される」「専門外分野の当直医とオンコール医との間で、十分な意思疎通が図れない可能性がある」「専門医がファーストコールでいつでも専門性の高い医療を提供できていたが、それが困難となり医療の質の低下につながり得る」といった回答が多く見られた（速報 図6-2）。

これらの懸念への対策として、患者の重要な情報や治療方針、生じ得る病態変化に関するアセスメントが確実に共有され、医師間で患者情報を経時的に、かつ効率的に引継ぐ仕組みが必要である。当直医が要注意患者を確実に把握するとともに、とるべき対応を迅速に認識できるよう、必要な情報が過不足なく明示される仕組みも求められる。しかし、本調査では患者情報の共有に関する規程を病院として整備していたのは約2割、当直医への引継ぎに関する規程を病院として整備していたのは約1割の病院のみであった。診療体制の変化に応じた患者情報の共有/引継ぎの方策について、以下の項目を参考に病院として検討する必要があると考えられた。

1. 入院患者の受け持ち体制に応じた患者情報共有方法の検討を病院として推進する
 - (ア) 複数主治医制/チーム制の導入を進めるにあたり、病院は、チームの責任体制、チーム内での報告・相談体制、情報共有の方法と項目等を明確化する必要があることなどを基本方針として示す。
 - (イ) 診療科やチームは、基本方針に沿って、電子カルテ内に共有すべき情報の記載箇所（テンプレート、フォーマット、フラグ付与など）、診療特性に応じた記載項目等を定め、共有する。効率的に入力および内容把握ができるように工夫する。
 - (ウ) 院外のオンコール医や上級医と診療情報を速やかに共有する必要がある場合などに備え、電子メール、グループチャット・コミュニケーションアプリ等の利用に関して「D 情報共有に関する情報セキュリティ管理について」を参照し検討する。

(エ) 診療に係るカンファレンスの開催時間の制約に伴う影響を補完する方策（Web 開催の併用など開催方法の工夫、優先的に共有すべき事項の層別化（重みづけ）による効率化、欠席者への情報伝達手段の明確化など）を検討する。

2. 時間外の診療体制に応じた患者情報引継ぎ方法の検討を病院として推進する

(ア) 病院は、1. (ア)と同様、それぞれの夜間・休日診療体制に応じた情報引継ぎ方法と項目、各診療科のバックアップ体制（オンコール制など）等を明確化する必要があることなどを基本方針として示す。

(イ) 診療科やチームは、入院患者の診療の継続性を担保するため、下記の項目を参考にして、引き継ぐ項目、方法等を定め、共有する。

- ① 当直医への引継ぎを必須とする患者
- ② （当直開始時）受け持ち医師から当直医への引継ぎ方法
- ③ 引継ぎ対象患者の診療情報の記載箇所（テンプレート、フォーマット、フラグ付与など）
- ④ 記載すべき診療情報の内容（治療方針、当直医への依頼事項など）
- ⑤ 当直医の業務範囲
- ⑥ 当直医から各科バックアップ医師への連絡方法、連絡が必要な状況
- ⑦ （当直終了時）当直医から受け持ち医師への引継ぎ方法

参考資料1 日々の医師間、多職種間の情報共有（掲示板の例）（京都府立医科大学病院）

医師・看護師・コメディカルでの診療情報のスムーズな引き継ぎや共有のために伝言板を使用していますが、職種により背景の色分けを行うことでより情報が判別しやすくなるように工夫しています。

医師（水色）、看護師（ピンク）、感染関連（緑）地域連携関連（紫）、コメディカル（黄）、コメント（白）、その他（オレンジ）

参考資料2 病院としての合同当直・オンコール体制推進の例（宮崎大学病院）

事務連絡
令和2年4月1日

各診療科長 殿

病 院 長
鮫 島 浩
副病院長（経営企画・働き方改革担当）
賀 本 敏 行

オンコール体制の実施について（通知）

医師の働き方改革についてご協力賜り誠にありがとうございます。

標記のことについては、令和2年2月13日付け事務連絡「夜間及び休日の診療体制に関する調査について（依頼）」において、事前に各診療科の検討状況を調査し、体制方針等について議論を重ねているところです。

可能な診療科については、別添のオンコール体制に関する資料を参考に、4月からオンコール体制の実施をお願いするとともに、現在もオンコール体制の導入を検討している診療科においても、引き続き導入に向けてご尽力いただきますようお願いいたします。

なお、別添の夜間及び休日の診療科別連絡先一覧に修正等ありましたら、4月1日（水）16時までに総務課企画係へご連絡ください。

当直引継ぎに関する診療科規定（原本）

診療科名：（複数科のグループ当直の場合は全診療科を列挙）

初版：2023年4月1日

横浜市立大学附属病院は、すべての入院患者の診療の継続性と安全性を確保する目的で、当直医に対して患者固有情報を受け渡し当直時間帯の診療を責任を持って移譲することを、主治医・担当医の義務とする。各診療科において「当直引継ぎに関する診療科規定」を定め、診療科長にはその順守状況の把握を求める。

※本規定における「当直」「当直医」はそれぞれ病院業務時間外（夜間休日）の業務およびその当番医を指すものであり、日直を含む。

<注意事項>

- ・ 複数診療科でグループ当直を行う場合、グループを構成する診療科全体で協議して本規定を定める
- ・ グループ当直の構成診療科が変わった場合、新たな構成員で協議して本規定を見直す
- ・ その他、必要に応じて随時、本規定を改訂する
- ・ 改訂がない場合にも、毎年度初めに本規定の内容を再確認し、医療の質・安全管理部に提出の上、所属員に再周知する

青字は規定を作成する際に参考とする事項であり、最終的に消去すること。

黒字は必須事項（病院の規定）であり、消去しないこと。編集は可。

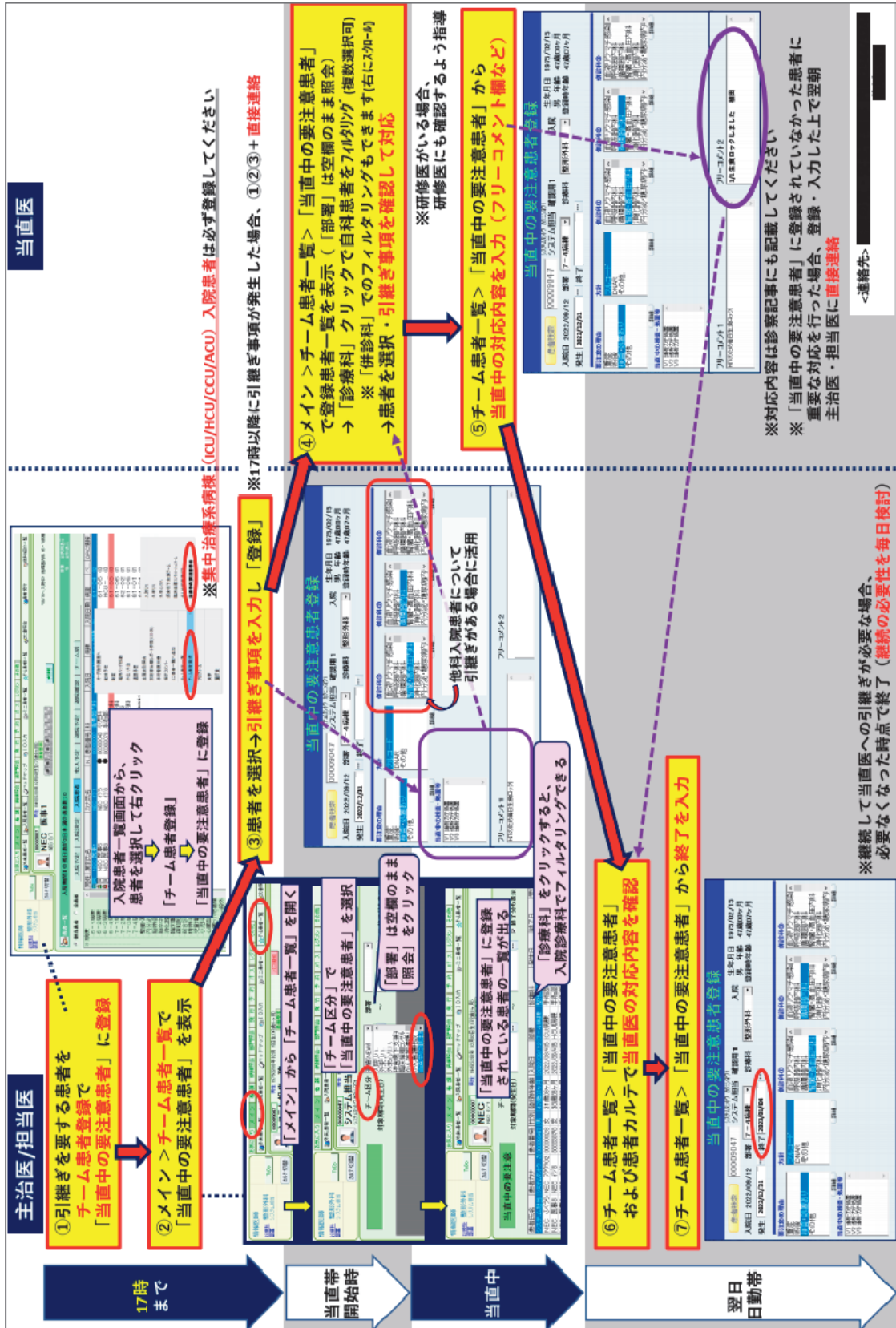
1. 当直医への引継ぎを必須とする患者

以下の患者については、主治医・担当医から当直医へ必ず引継ぎを行う。

- ・ 集中治療系病棟（ICU, HCU, ACU, CCU, NICU）に入院している患者
- ・ 当直中の病状悪化が懸念され、悪化時に早急な対応を要する患者（主治医・担当医が認識しているリスクを当直医に引継ぎ、警戒を呼び掛けることが重要である）
 - 例. ESD 中に出血合併し内視鏡止血後、再出血リスク高く、20 時の採血結果およびバイタルサインを確認してください。再出血疑われれば内視鏡ご検討ください。
 - 例. ○月○日に開頭腫瘍摘出予定。脳浮腫強く抗浮腫薬使用中。神経症状の悪化があれば緊急手術の可能性あり、CT 撮影し○○に連絡ください。
- ・ 救急外来で診療中であり、勤務帯をまたぐ患者 ※可能な限り救急外来において対面で引継ぐ
- ・ 上記に加え、診療科毎に適宜追記する

例. 死亡が予想される患者、当日大手術を実施した患者、医原性有害事象が生じた患者、社会的配慮が必要な患者

参考資料4 電子カルテ上の「チーム患者機能」活用 (横浜市立大学病院)



申し送りについて

●申し送りのフォーマット

#1. 【告知状況】

#2.

#3.

#4.

#5.

アレルギー：

処方における注意事項：

【急変時対応】 フルコード ・ DNAR (どこまで行うか・連絡先)

【入院前後の経過】

【申し送り】

プロブレムリストは主要なもの5-6個まで。

入院前後の経過は、日付けと一緒に原則簡条書きで記載する。簡素に、長くても10行まで。

申し送りは、文書で簡潔に書く。長くても10行まで。挨拶等は不要。

現状説明、注意すべき事項、今後の予定、退院計画などを記載する。

★頓服薬は、できるだけ処方しておく。

★申し送り

毎日：午後4時半 申し送り（5科合同当直）

内容～入院患者、侵襲的な検査をした患者、重症患者を当直医師に申し送る。

参考資料 6 当直日誌（宮崎大学病院）

五科	当直科	内科		当直者氏名		病名、注意すべき点 等
	氏名	年齢	性別	主治医		
当直日誌 令和 患者	入院					
月	本日の検査・処置					
日	重症患者・DNAR等					
曜日						
天候	当直業務内容					
オンコール対応						
	内科	先生	<input type="checkbox"/> 電話対応 ()回			
			<input type="checkbox"/> 来院対応 約()時間			
	内科	先生	<input type="checkbox"/> 電話対応 ()回			
			<input type="checkbox"/> 来院対応 約()時間			
	内科	先生	<input type="checkbox"/> 電話対応 ()回			
			<input type="checkbox"/> 来院対応 約()時間			
	内科	先生	<input type="checkbox"/> 電話対応 ()回			
			<input type="checkbox"/> 来院対応 約()時間			
必ず記入してください。	緊急の文書・電話の收受		9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 0:00 1:00 2:00 3:00 4:00 5:00 6:00 7:00 8:00			
	軽度・短時間の処置・診察					
	上記以外の業務(業務内容を下段に記載ください)					
	睡眠					
	※上記項目について、該当時間帯を横線「——」で記入してください。 ※自己研鑽、休憩は、記入不要です。		特記事項			

通番081

病院運営
委員会資料
No.12 R5.3.8

働き方改革：会議編

会議の効率化・合理化・時間短縮を 推進しましょう！

会議の心得

参加者全員が
会議の
ファシリテーター
の役割となる

内容・資料の事前共有と
論点の確認

議論の焦点を
事前に確認して
円滑な進行に
繋げる

資料 資料

効率化・合理化

時間短縮

開始時間厳守

終了時間は決めておく
会議時間(目標)は
30分から1時間



会議はしっかり準備・整理して時間短縮！！！！

 旭川医科大学病院

B. インフォームド・コンセント、医療安全に係る研修や会議について

1 インフォームド・コンセント

医療者チームと患者・家族との間の信頼関係の構築は医療行為の前提であり、価値観が多様化する中でますます重要になってきている。今回、侵襲的医療行為（手術、放射線治療、抗がん剤治療、カテーテル検査など）に先立って実施されるインフォームド・コンセント(IC)を対象として、各施設の取り組み及び診療科の取り組みについて調査を行った。

1-1 病院全体調査

1) インフォームド・コンセントの実施時間

42施設(82%)が、平日の勤務時間内にインフォームド・コンセントを実施できるよう、患者へのアナウンスを実施していた。9施設(18%)はアナウンスを実施していなかった。

アナウンスの具体的な方法は、院内掲示(33施設、79%)が最も多く、次いでホームページへの掲載(26施設、62%)、パンフレット等への記載(23施設、55%)であった(複数回答)。詳細を表B-1に示す。

表 B-1 IC実施時間に関する患者へのアナウンス方法(複数回答可)(N=42)

	方法	N (%)
1	院内における掲示	33(79)
2	ホームページへの掲載	26(62)
3	入院や外来の案内パンフレットへの記載または折り込みでの配布等	23(55)
4	その他	0(0)

また、職員に対する同様のアナウンスは、36施設(71%)において実施され、15施設(29%)では実施されていない。

患者と職員、またはいずれかにアナウンスを行っている45施設のうち、このことに伴うトラブルや問題などが発生したと回答した施設は5施設(11%)であった。また、12施設(27%)は、アナウンスの結果、平日の勤務時間内に実施されるインフォームド・コンセントの件数が増加したと回答した。一方で、25施設(56%)は件数の変化は分からない、6施設(13%)は変わらないと回答した。

2) インフォームド・コンセントの記録の共有

44施設(86%)において、インフォームド・コンセントの記録を多職種で共有するための取り組みを実施していた。具体的な方法として、インフォームド・コンセントの記録用フォーマットの使用(39施設、89%)、診療録上のタグ付け(16施設、36%)があり(複数回答)、その他、インフォームド・コンセントの記録に関する診療録監査結果の院内への共有、関連

マニュアルの整備などが行われていた。

3) 非対面方式によるインフォームド・コンセント実施時のルール

ウェブ会議システム（例：Zoom）や電話等の非対面方式のインフォームド・コンセントを実施する際に準拠する病院としてのルールを定めている施設は、8施設（16%）であり、43施設（84%）では特に定めていなかった¹。

4) インフォームド・コンセントに関するグッドプラクティス

訪問大学による講評において評価され、特に他の参考となるプラクティスとして、1) ICに先立って動画等を視聴してもらうことで、患者の理解を促し疾患への理解を深めるとともに、質を担保しながら医師にかかる時間を抑えている、2) ICの予定を全病棟共通でホワイトボードに記載し共有することにより、看護師の同席を推進している、3) 病院として非対面方式でICを行う際のルールや使用するシステムを定めている等の取り組みが挙げられる。

1-2 全診療科対象調査

侵襲的医療行為（手術、放射線治療、抗がん剤治療、カテーテル検査など）に先立って実施されるICを実施している診療科を対象に調査し、回答のあった診療科（N=1297）の内訳²は、内科系504（39%）、外科系793（61%）であった。

1) ICを平日に実施するための工夫

ICを平日の勤務時間内に実施するための工夫をしていると回答した診療科は、1081科（83%）であった。213科（16%）は特に工夫をしていなかった。詳細を表B-2に示す。

表B-2 ICを平日に実施するための工夫 N (%)

		合計
1	実施している	1081(83)
2	実施していない	213(16)
3	無回答	3(0)
	合計	1297(100)

¹ 診療情報等の共有に関連する情報セキュリティの管理に関する調査結果については、「D領域」（111ページ）の項を参照のこと。また、診療科における非対面式のインフォームド・コンセントの導入状況については、B-1-2-5) ICにおける非対面方式（Zoomや電話など）の活用（26ページ）を参照のこと。

² 一般社団法人日本専門医機構の定める内科系社員学会及び外科系社員学会の構成学会に準じ、「医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法及び基準の作成等に係るワーキンググループ」にて分類を行った。

2) ICに要する時間

1回のICに要する時間は、15～30分以内が621（48%）科と最も多く、次に30～45分程度が377（29%）科であった。詳細を表B-3に示す。

表 B-3 1回のICに要する平均時間 N (%)

		合計
1	15分以内	135(10)
2	15～30分程度	621(48)
3	30～45分程度	377(29)
4	45～60分程度	137(11)
5	60分以上	22(2)
6	無回答	5(0)
	合計	1297(100)

3) ICの質の担保とIC時間の短縮を両立するための工夫

ICの質を担保しながら、医師のICにかかる時間を短縮するために、動画の説明資料を提供している診療科は、86（7%）科、画像の説明資料を提供している診療科は444（34%）科であった。詳細を表B-4に示す。

表 B-4 ICにおける資料の使用状況 N (%)

		合計
1	動画の説明資料を提供（※1）	86(7)
2	画像の説明資料を提供（※2）	444(34)
3	提供していない	758(58)
4	無回答	9(1)
	合計	1297(100)

（※1 動画の説明資料）

内容：

輸血・特定生物由来製品の使用に関する同意説明、薬剤の自己注射指導、疾患に関する患者教育、教育動画、麻酔（全身麻酔、局所麻酔、硬膜外麻酔）説明、慢性痛、不妊治療、手術説明、放射線治療・重粒子線治療、脳血管撮影、入院中の流れ、同種移植、先天性心疾患、帝王切開手術、前立腺生検、腎代替療法、人工内耳手術、心エコー検査、造影検査、身体拘束、肺血栓予防、弁膜症、冠動脈バイパス術、大腸ファイバー検査、カテーテルアブレーション等

媒体等：iPad（タブレット）、DVD、アプリケーション、YouTube、3D fusion image

言語：日本語、英語

(※2 画像の説明資料)

内容：

CT や MRI 等の検査画像、イラスト、手術や治療方法に関する模式図、薬剤や治療方法に関するパンフレット、ロボット手術や腹腔鏡手術の術中外観写真、解剖図、自作のシェーマ、医療機器の資料等

4) ICにおける役割分担やタスクシェア

医師の説明に前後して、看護師や薬剤師などの多職種が患者に関わり、理解を助ける働きかけを行う役割分担やタスクシェアを行っているとは回答した診療科は 939 (72%) 科であった。詳細を表 B-5 に示す。

表 B-5 ICにおける役割分担やタスクシェア N (%)

		合計
1	行っている	939(72)
2	行っていない	356(27)
3	無回答	2(0)
	合計	1297(100)

5) ICにおける非対面方式（Zoomや電話など）の活用

ICにおいて非対面式を活用している診療科は 364 (28%) 科であり、928 (72%) 科は活用していなかった。詳細を表 B-6 に示す。

表 B-6 ICにおける非対面方式の活用 N (%)

		合計
1	活用している	364(28)
2	活用していない	928(72)
3	無回答	5(0)
	合計	1297(100)

6) ICの記録を効率よく作成するための取り組みについて

IC記録を効率よく作成するため、一部の診療科では、記録用テンプレートの使用、説明者以外の同席した医師や医師事務補助者による記録の実施、音声入力の活用等の工夫を実施していた。

2 医療安全に係る研修

医療安全の必須研修に加えて、医療安全管理部門が主催する他の医療安全と質向上のための研修、中心静脈カテーテル挿入や心肺蘇生など広く職員を対象として実施されている実技を伴う研修も調査対象として調査を行った。

1) 集合研修の開催時間に関する課題と工夫

医療安全部門主催の医療安全に関する研修について調査した。現在、集合型の研修を実施している施設は 42 施設 (82%) であった。このうち、16 施設 (38%) が勤務時間内に、26 施設 (62%) が勤務時間外に研修を実施していた。また、今後、集合研修を原則として勤務時間内に開催する方針で検討している施設は 25 施設 (49%)、検討していない施設は 20 施設 (39%) であった。

勤務時間内に集合研修を開催する場合の障壁について、医師の業務への影響が特に大きくなると回答した施設が最も多く (36 施設、71%)、ついで、複数回開催する必要がある (34 施設、67%)、病棟不在時間の発生により看護基準が満たされない等の影響がある (29 施設、57%) の順に多かった (複数回答)。詳細を、表 B-7 に示す。

表 B-7 勤務時間内に集合研修を開催する場合の障壁 (複数回答可)

N=51

	障壁	N (%)
1	医師の業務への影響が特に大きくなる	36(71)
2	複数回開催する必要がある (一度に大勢で勤務を抜けられない)	34(67)
3	病棟不在時間発生により看護基準が満たされない等の影響がある	29(57)
4	医師、看護師以外の特定の職種で業務への影響が特に大きくなる	23(45)
5	一度に多くの職員を集められる会場がない	13(25)
6	その他	6(12)

研修を時間内に開催するための工夫として、e-learning の利用、研修会場と Web のハイブリッド開催、DVD などを用いたオンデマンド研修等が導入されていた。また、研修の開催通知を早期に計画的に発出する、複数回開催する等の工夫を行っている施設もあった。

2) e-learning の活用と課題

全施設が e-learning を導入しており、39 施設 (76%) は学外と学内の両方から 7 施設 (14%) は学内のみから、それぞれシステムにアクセスできる仕組みを有していた。また、5 施設 (10%) は教材の内容に従って、アクセスできるルートを区別していた³。

38 施設 (75%) が、e-learning 教材を用いた全ての教育に対して学習効果を測定してお

³ この 5 施設は、システムの仕様上は「学外と学内の両方からアクセス可能」と解釈できる。

り、11 施設（22%）は一部の教材に対してのみ実施していた。

また、e-learning の普及に伴う課題は、受講履歴の管理（33 施設、65%）、システムの管理やトラブルシューティング（20 施設、39%）、教材管理（14 施設、27%）の順に多かった。その他の課題として、システムの維持・管理に要するコスト、受講方法の周知、真の受講状況の把握の困難さ等が挙げられた。一方で、10 施設（20%）は特に課題はないと回答した（複数回答）。詳細を表 B-8 に示す。

表 B-8 e-learning の普及に伴う課題（複数回答可）

N=51

	課題	N (%)
1	受講履歴の管理	33(65)
2	システムの管理、トラブルシューティング	20(39)
3	教材管理	14(27)
4	その他	17(33)
5	特になし	10(20)

3) 実技を伴う研修（BLS, CV 研修など）

医療安全に関連し、職員を対象に広く実施される実技を伴う研修（医療安全部門の主催ではないものも含む）について調査した。これらの研修を勤務時間内に開催している施設は 26 施設（51%）、勤務時間外に開催している施設は 22 施設（43%）であった。また、3 施設（6%）は実技を伴う研修を実施していなかった。

受講者の学習効果を高めつつ、効率よく研修を実施するための工夫として、44 施設（86%）が個人や少人数で希望時に学習することができる施設や教育資材等を提供していた。例えば、シミュレーションセンターやスキルスラボの設置、シミュレーターの確保、自習教材（動画、スライド等）の整備等がなされていた。また、スキルチェックコースの設置、研修を採用時研修に組み込むなどの各種の工夫も行われていた。

なお、34 施設（67%）は e-learning よりも集合研修で実施する方がよいと考えられる医療安全の研修があると認識しており、その内容は、インフォームド・コンセントのロールプレイ、チームワークやコミュニケーションに関する研修、インシデントの分析に関するグループワーク、多職種による事例検討などであった。

4) 医療安全に係る研修に関するグッドプラクティス

訪問大学による講評において評価され、特に他の参考となるプラクティスとして、医療安全の研修については、1) 講習会の受講率が上位である部門を表彰するなど、ポジティブなフィードバックを行うことで研修を推進している、2) e ラーニングシステムを活用して講習会を実施し、これに院外からもアクセスできるような仕組みを構築・運用することで受講しやすくする取り組み等が挙げられる。また、実技を伴う研修については、シミュレーショ

ンセンターに教員を配置し、研修や器材を一元管理すること、事前学習教材、リアルタイムフィードバック装置、スキルチェックコース等を設け、これらの包括的な仕組みにより実技を効果的かつ効率的にトレーニングする体制を築いている大学があった。

3 医療安全に関する院内の会議

医療安全に関する会議は、法令で求められ定期的に行われる会議に加え、検討すべき事例発生時など臨時に開催されるものがあり、組織横断的な事象の分析や改善策の立案に欠かすことができない。また、施設全体としての院内会議の数や時間の制御や効率化などの取り組み状況についても調査を行った。

1) 医療安全に係る会議に関する取り組み

医療安全に係る院内の全ての会議を勤務時間内に開催している施設は3施設(6%)にとどまっており、一部を勤務時間外に開催している施設が48施設(94%)と多くを占めた。時間外に実施している会議として最も多かったものは、Mortality and Morbidity カンファレンス(以下M&Mカンファレンス)などの複数部門が集まる事例検討会(30施設、63%)であり、ついで、医療事故調査委員会(28施設、58%)、リスクマネージャー等の現場の医療者に対して医療安全に関する事項を周知する会議(20施設、42%)であった。詳細を表B-9に示す。

表 B-9 時間外に実施している医療安全関連の会議(複数回答可)

N=48

	会議の種類	N (%)
1	M&M カンファレンスなどの複数部門が集まる事例検討会	30(63)
2	医療事故調査委員会	28(58)
3	現場の医療者が参加する会議(リスクマネージャー、セイフティマネージャー等への医療安全事項の周知等を目的としたもの)	20(42)
4	医療安全管理部門メンバーの会議	13(27)
5	医療安全管理委員会(医療安全管理責任者等のコアメンバーが参加する医療安全に係る審議、検討を行う会議)	10(21)
6	その他	11(23)

42施設(82%)が、医療安全の推進のために必要な事項を検討・伝達し、かつ、会議を短縮するための工夫を実施しており、その具体的な内容として、資料の事前配布、電子資料の活用、入念な議題・論点整理、Web 会議の利用、終了時刻の明確化、会議以外の広報媒体の併用などが挙げられた。

2) 院内の会議全般に係る効率化や全体数の制御に関する取り組み

全施設が、院内の会議全般（医療安全に係るもの以外も含む）において、効率化や全体数の制御に病院として取り組んでいた。

必要な事項を検討でき、かつ、会議時間を短縮するための取り組みとして多かった事項は、資料のデータ化や事前配布（いずれも 42 施設、82%）、Web 会議やメール会議の導入（41 施設、80%）、議題の適切な選別（32 施設、63%）であった。詳細を表 B-10 に示す。

表 B-10 効果的・効率的な院内会議を実現するための工夫（複数回答可） N=51

	工夫	N (%)
1	資料の媒体（紙運用から、データへ）	42(82)
2	資料配布タイミング（事前配布）	42(82)
3	開催形式に関する選択肢の増加（Web 会議、メール審議など）	41(80)
4	会議で取り上げる事項（審議や報告）の選別	32(63)
5	終了時刻の明確化	19(37)
6	参加人数（委員数）の最適化	17(33)
7	会議開催回数の抑制	12(24)
8	特に工夫していない	1(2)

会議の全体数を制御するための工夫として、報告が主となる会議については書面審議やメール審議とする（併用も含む）（38 施設、75%）、会議を新設する際に十分に審議する、既に設置されている会議を減らすことの検討（いずれも 19 施設、37%）等が行われていた。詳細を表 B-11 に示す。

表 B-11 会議の全体像を制御するための工夫（複数回答可） N=51

	工夫	N (%)
1	報告が主となる会議は、書面やメールによる審議を行う/併用する	38(75)
2	会議を新設する場合には、運営会議等でその必要性について審議する	19(37)
3	すでにある会議を減らすための取り組みを行っている	19(37)
4	会議の全体数を増加させないよう職員に広く周知している	14(27)
5	開催頻度を減らした会議がある	14(27)
6	特に工夫していない	9(18)

3) 院内の会議に関するグッドプラクティス

訪問大学による講評において評価され、特に他の参考となるプラティスとして、1) 外来医長会議・病棟医長会議・医局長会議の 3 つの会議を集約するなど、実際に院内の会議の全体数を減らした事例、2) 全会議の勤務時間内開催を、指定時間に参加できる者を委員として選出することで実現している取り組み等が挙げられる。

B領域（インフォームド・コンセント、医療安全に係る研修や会議）についての調査結果を踏まえた考察

1. インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセント（IC）は、医療チームと患者・家族との間の信頼関係の構築において欠かすことができないプロセスであり、侵襲的医療行為の前提である。価値観が多様化する中でますます重要になっており、医師の労働時間の制限下で、質を確保しつつ効率的に行うために、各施設で様々な取り組みが行われていた。

多くの施設で患者・家族および医療者に対して、平日の勤務時間内に IC を実施するように周知されていた。また、各診療科への調査においても 8 割以上の診療科で時間内に実施するための工夫をしていた。一方、各診療科への調査の自由記載では平日日中の IC に家族が来院できないなどの指摘もあり、施設としての方針を明確にするとともに、我が国全体で市民の理解を得るための継続的な啓発活動が必要と考えられた。

診療科への調査結果では、IC には多職種が役割分担をしながら関わり、IC 記録も多職種で共有する取り組みが多く施設で実施されていることが明らかとなった。働き方改革によって多職種チームでの情報共有と連携の必要性がより一層高まる中で、電子カルテ等を利用した情報共有が進められていることが確認できた。

多くの施設、診療科で動画や画像などを用いた説明資料の提供や、これらを IC 前に提供して理解を助けるための取り組みなどの工夫が行われていた。特に、一般的な検査方法や治療方法についての説明や、疾患についての教育的な説明など定型的な内容についてはこれらの補助的な資料を用いた効率化が進められていることがうかがえる。一方、患者ごとに異なる背景を考慮したリスクの説明や、個人の価値観を考慮した方針の決定には、IC における対話のプロセスが引き続き重要と考えられる。また、説明資料の作成には多くのリソースを必要とするため、今後、学術団体や企業等の協働的な取り組みも望まれる。

なお、約 3 割の診療科が IC において、ウェブ会議システム等の非対面の方式を活用していたが、実施の際に準拠する病院としてのルールを定めている施設は少数であった。IC の効果や効率性の維持・向上とセキュリティの担保を両立し得る、適切な運用方法の整備については、今後の課題であると考えられた。

2. 医療安全に関する研修

国公立大学附属病院は医療者育成機関であるとともに、職員の入れ替わりが多い性質を持つ施設であり、医療安全にかかる研修は安全で質の高い高度医療提供の基盤となる。

多くの施設で医療安全に係る集合型研修の必要性が認識され、実施されているが、時間内の開催には医師をはじめとした医療職の業務への影響などの課題があることが明らかとなった。

このような中で、全施設が e-learning を導入し、工夫をしながら研修に取り入れていた。

e-learning の利用にあたっては、院内の電子カルテ端末からのアクセス以外に、病院情報システム以外のネットワークからのアクセスを可能とする仕組みを有している施設も多く、様々な雇用形態の職員の利便性向上が図られていた。一方、受講履歴の管理やシステム管理等の負担があり、今後の課題と考えられた。また、近年、大学病院等においては、医療安全以外に臨床研究、個人情報保護、ハラスメント防止等、多様な教育研修に e-learning が用いられており、施設全体として把握・管理する体制の構築が望ましいと考えられる。

中心静脈カテーテルや心肺蘇生法などの実技を伴う研修は約半数の施設で勤務時間内に実施されていたが、時間外での実施も多く認められた。多くの施設でシミュレーション部門の設置や少人数で利用できる設備やプログラムの工夫などが行われていた。また、これらの機材や教育の管理を病院として集約化することにより、実技を伴う研修に要する人的、経済的なリソースを効果的に投入する体制の整備に取り組んでいる施設もあった。他の参考となる可能性がある。

3. 医療安全等に関する院内の会議

医療安全に関する会議には、法令に基づく定期開催のものに加えて、組織横断的な検討を要する事例検討や事故調査委員会など臨時に開催される会議があり、後者の多くが時間外に実施されている現状が明らかになった。診療の質や安全に関する振り返りや検討には、多くの場合、複数の専門家らの参画が不可欠であり、これにより時間内に設定することが困難であると推察された。また、これらの会議の設定には、今回の改革に伴う診療体制の変化等が間接的に影響を与える可能性があることから、多面的かつ長期的な視点で評価することが望ましい。D 領域で取り上げたセキュアな情報共有技術等の普及も、将来の会議の基盤作りに貢献するものと考えられる。

医療安全以外も含む、院内会議全体の取り組みとしては、各会議の効率化や施設全体としての数の抑制の取り組みは多くの施設で実施されていた。各大学病院等では、コロナ禍以降、Web 会議やメール会議の導入が進められており、これらの仕組みを維持しながらさらなる効率化を目指すことが必要と考えられる。

C. タスク・シフト/シェアについて

タスク・シフト/シェアに対する医療従事者全体の意識改革・啓発に対する病院としての取り組みの状況に関する調査（病院全体調査）と、医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況に関する調査（職種別調査）を実施した。

1 「タスク・シフト/シェアに対する医療従事者全体の意識改革・啓発に対する取り組みの状況（病院全体調査）」

1) 管理職層や勤務計画管理者への研修

管理職層に対する医療機関の管理者としての人事・労務管理に関する外部のマネジメント研修^{*1}を実施もしくは実施を計画している病院が約8割、各診療部門の長または勤務計画管理者に対する人事・労務管理の各種規程や勤務計画作成・管理に関する研修^{*2}を病院が実施もしくは実施を計画している病院が約7割であった。

*1（実施 21 病院(41%)、計画 23 病院(45%)）

*2（実施 12 病院(24%)、計画 25 病院(49%)）

2) 医師に対する周知状況

医師に対する勤怠管理や当人が実施すべき内容（始業・退勤時刻の申告、副業・兼業先の労働時間の申告、時間外労働の自己研鑽部分のルール確認等）^{*3}については全ての病院が周知もしくは周知を計画していた。B 水準、連携 B 水準及び C 水準適用医師に対する、勤怠管理や当人が理解すべき内容（始業・退勤時刻の申告、健康管理の重要性、面接指導の受診、勤務間インターバル確保等）^{*4}の周知もしくは周知を計画している病院は約8割であった。

*3（周知 33 病院(65%)、計画 18 病院(35%)）

*4（周知 7 病院(14%)、計画 35 病院(69%)）

3) 関係職種への説明会や研修

タスク・シフト/シェアの実施に当たり、関係職種への説明会や研修の実施もしくは実施を計画している病院は約5割であり、対象の職種は看護師・助産師、医師事務作業補助者・事務職員等を選択している病院が多かった（図 C-1）。

4) 推進・管理部門の設置

49 病院（96%）が、院内にタスク・シフト/シェアを推進または管理する部門を設置していた。部門を構成する職種は看護師・助産師、医師、薬剤師、医師事務補助者・事務職員等を選択している病院が多かった（図 C-2）。部門での協議事項は、タスク・シフト/シェアの導入、実施計画の立案やタスク・シフト/シェアの効果（メリット、デメリット）が多く（表

C-1)、タスク・シフト/シェア推進の影響を病院として評価する事項は「医師の勤務時間」や「医師以外の勤務時間」が多かった（表 C-2）。

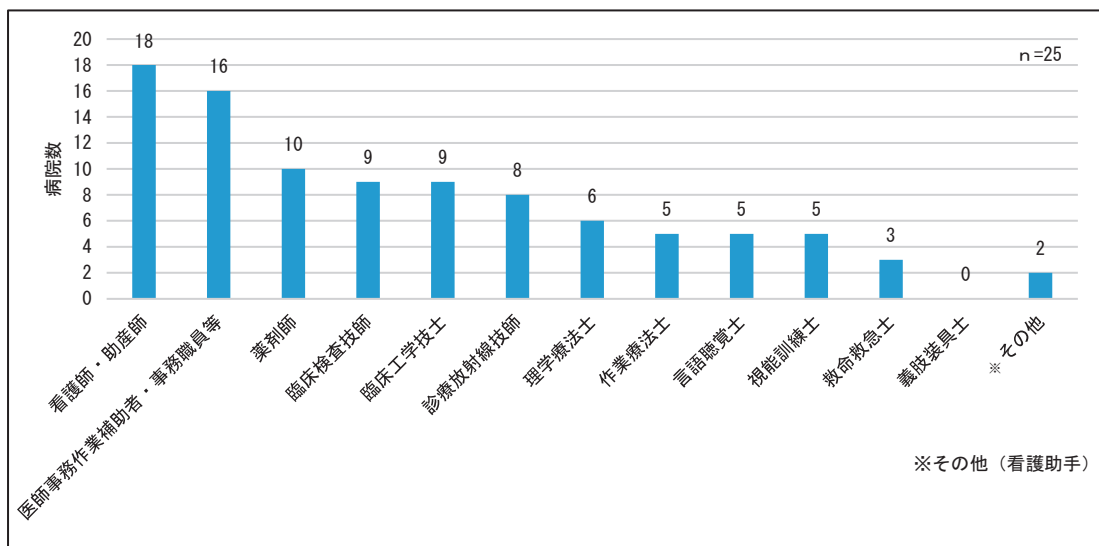


図 C-1 説明会もしくは研修を実施、実施計画している場合の対象職種

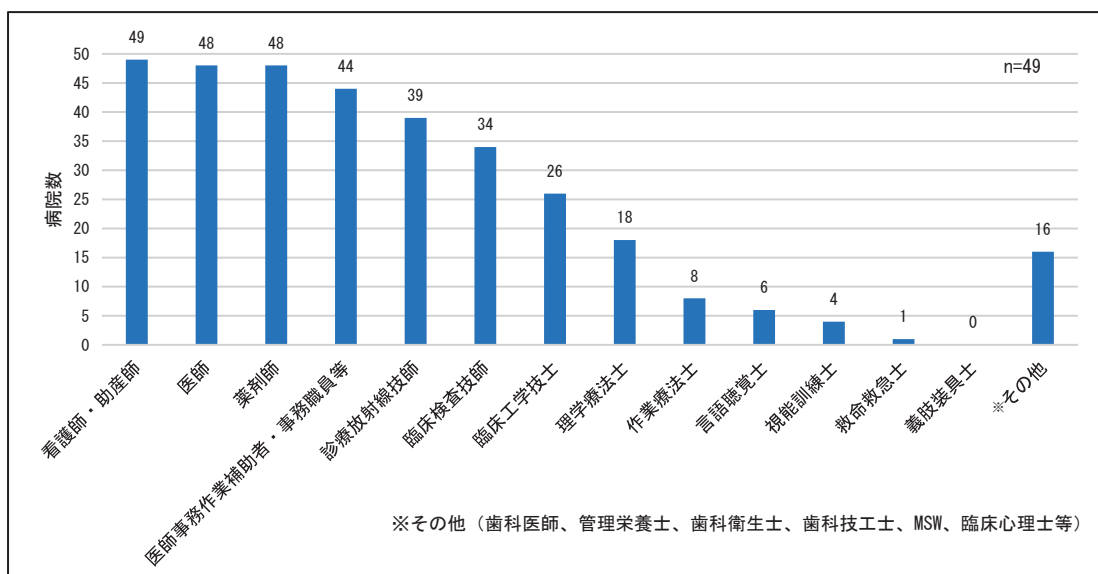


図 C-2 タスク・シフト/シェアを推進または管理する部門の構成職種

表 C-1 同部門での協議事項

n=49

選択肢	病院	%
タスク・シフト/シェアの導入、実施計画の立案	48	98
タスク・シフト/シェアの効果（メリット、デメリット）	31	63
医療安全への影響	14	29

医療の質への影響	9	18
その他（勤務環境・処遇の改善、進捗の共有等）	4	8

表 C-2 タスク・シフト/シェアの影響として評価する事項 n=49

選択肢	病院	%
医師の勤務時間	48	98
医師以外の勤務時間	31	63
職員の満足度	24	49
病院経営への影響	15	31
患者の満足度	13	27
その他（設定目標の検証等）	3	6

2 タスク・シフト/シェアの取り組み状況

2-1 病院全体調査

「病院全体や医師の取り組み」としての記述（表 C-3）には、

- ・PFM（Patient Flow Management）部門の活用
- ・医師事務補助者等の雇用拡大
- ・救急救命士の雇用
- ・ICT の活用
- ・患者・家族説明方法の変更

などがあった。

表 C-3 タスク・シフト/シェアの取り組み状況「病院全体や医師の取り組み」

【取り組み状況】
タスク・シフト/シェアの拡大
PFM・周術期支援センターの活用
院内助産システムの整備によるタスク・シフト
医師の症例登録業務を担う部門の設置
医師事務作業補助者の配置
特定行為研修修了者（以下、特定看護師）の育成、活用
診療看護師の育成
看護補助者の配置
薬剤師の全病棟への専任配置、手術室・ICU への常駐
救急救命士の雇用

研修費用病院負担による診療放射線技師・臨床検査技師・臨床工学技士における業務範囲拡大に伴う厚生労働大臣指定による研修・講習の推進
タスク・シフト/シェアの検討・評価
多職種参加のタスク・シフト/シェアに関する意見交換会の開催
業務削減、タスク・シフトに関する職員調査
ICT の活用等
映像による手術説明、入院説明、検査説明等のサポート
AI 問診の導入
スマートベッドシステムの導入
RPA(Robotic Process Automation)の活用
医師の勤務時間の削減
複数主治医制の導入
休日の回診業務の当番制の実施
患者・家族への説明等の勤務時間内実施
完全予約制の導入
すべての診療科（歯科を除く）が外来予約センターを経由して新患を予約
逆紹介の促進
各診療科の医師の働き方の正確な把握
マンパワーの確保
育児部分休業など勤務時間に制限がある者を入院支援部と術前検査支援部へ配置し、マンパワーを効率化

2-2 職種別調査

各職種におけるタスク・シフト/シェアの具体的な取り組み（表 C-4）は、

- ・ 特定看護師等へのタスク・シフト/シェア
- ・ 看護職種以外へのタスク・シフト/シェア
- ・ 医師事務作業補助者の業務拡大

などがあった。

表 C-4 タスク・シフト/シェアの取り組み状況「職種別の具体的な取り組み」

【取り組み状況】	
看護師	
	特定看護師による RRS を平日日中から夜間休日に拡大
	麻酔問診

末梢静脈確保、調製・ミキシング（抗悪性腫瘍薬・RI製剤を除く）、点滴静脈投与（RI製剤を除く）、CVポートの穿刺・固定・抜去等の24時間対応
看護技術ライセンス制度の導入と取得者の育成
薬剤師
検査入力業務に係るプロトコル運用、処方代行入力業務に係るプロトコル運用
入院前持参薬確認及び、術前中止薬の確認と服薬指導
プロトコルに基づいたレジメン修正代行入力
血中濃度測定オーダーや診療録への治療計画の要点記載の代行入力
臨床研究支援（質量分析装置を用いて、血中濃度測定対象薬剤を拡大）
調剤助手による、服薬指導のための基本データの収集
診療放射線技師
治療計画への参画
造影CT・MRI検査時の造影剤注入状況確認の実施
乳腺エコーの実施
臨床検査技師
外来検体採取業務の実施
超音波検査の実施
上肢・下肢の神経伝導速度検査の実施
臨床工学技士
夜間の内視鏡洗浄
入退室時各種ラインの整理・麻酔科とともに患者の手術室退室誘導
人工心肺中の患者血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更調整
人工呼吸器の設定変更
血液浄化装置での治療時、血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更調整
超音波診断装置・12誘導心電図装置の保守管理
ICU(A)入室患者のレントゲン撮影時のサポート
人工呼吸中の血液ガス分析のため、動脈留置カテーテルからの採血
生命維持管理装置使用中に当該装置や輸液ポンプ・シリンジポンプの接続
ICU(A)入室時の各種モニタの準備、装着、キャリブレーション、片付け、保守
ICU(A)入室患者の内視鏡時の機器の準備、片付け、保守管理
内視鏡検査、中心静脈カテーテル等留置時の清潔野介助
電氣的負荷（高周波発生装置、体外式除細動器、体内式除細動器）の操作
清潔操作によるデバイスの準備
輸液ポンプやシリンジポンプを用いた薬剤投与
麻酔器始業点検

麻酔器の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する物品と薬剤の準備
人工呼吸中の血液ガス分析のための動脈留置カテーテル採血
全身麻酔装置の操作
麻酔中にモニタに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入
輸液ポンプやシリンジポンプを用いた薬剤投与
ESD 等の内視鏡手術時の介助
検査室内での検体管理
ブラッドアクセスカテーテルへの血液回路脱着・管理
動脈表在化を含むブラッドアクセスへの穿刺・針抜
超音波診断装置を使用したシャント状態の確認
血液浄化装置使用中の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更調整
管理栄養士
早期栄養介入管理の実施
理学療法士
吸引の実施
医師事務作業補助者
診断書作成補助
診療録の代行入力
医師の照会業務支援
差額室使用同意書の受領

3 タスク・シフト/シェアのメリットおよびデメリット

3-1 メリット

「タスク・シフト/シェアのメリット」についての記述（表 C-5）は、

- ・医師の負担軽減
- ・患者の待ち時間減
- ・効率的な人員配置の実現
- ・病院全体のスキルアップ
- ・多職種間の信頼関係の向上
- ・算定収入増加
- ・患者安全の向上

などがあった。

表 C-5 タスク・シフト/シェアの実例「タスク・シフト/シェアのメリット」

【メリット】
医師に関して
医師の負担軽減（記録・文書作成代行、検査・他科予約代行、処方仮入力、検査・処置実施等）
医師が本来行うべき診療、研究、教育に時間を費やせる
医師の早朝出勤を削減
休日出勤及び時間外労働の削減
診療時における説明時間の短縮
他の医療機関への予約調整の作業削減
患者サービスに関して
患者の待ち時間減
患者サービスの向上
患者の状態に合わせたタイムリーなケアや処置の実施、症状悪化の未然防止
病院機能に関して
地域連携機能の向上
効率的な人員配置の実現
病院全体のスキルアップ
医師以外の職種に関して
多職種間の信頼関係の向上
医師以外の医療従事者の負担軽減（薬剤師から医師への疑義照会減少等）
看護師の専門的な技術と知識向上
医師以外のモチベーションの向上
教育体制の構築、人材育成、適正配置など、今後取り組むべきことの新たな気づき
事務部門の組織横断的な活動が可能
補助を行うことによる算定漏れの防止
業務効率の向上
プロトコルに基づいた服薬方法の変更
RPA(Robotic Process Automation)を用いた患者情報の自動抽出の活用により医療安全向上
組織横断的な体制を整えたことで職員への業務理解が深められ、新規業務導入が効率的に進められる
業務の標準化により、比較的短期間で業務習得が可能
良質な看護ケアの提供
多職種をつないだチーム医療の提供

3-2 デメリット

「タスク・シフト/シェアのデメリット」についての記述（表 6）は、

- ・タスク・シフト/シェアを受ける側の業務負担増
- ・タスク・シフト/シェアを受ける側のマンパワー不足
- ・人件費の増加

などがあった。

表 C-6 タスク・シフト/シェアの実例「タスク・シフト/シェアのデメリット」

【デメリット】
タスク・シフト/シェアを受ける側の業務負担増
タスク・シフト/シェアを受ける側のマンパワー不足
タスク・シフト/シェアを受ける側のモチベーション低下、離職が進む可能性
人件費の増加
人材育成に時間を要すること、指導者の負担増加
タスク・シフト/シェアを受ける側に求められるスキルが高度になる一方で、有期雇用であるため、継続的な人員確保と質の担保に苦勞している
全ての診療料の要望に対応出来ない
診療報酬上の制約がありタスク・シフト/シェアが出来ないことが有る

4 医療安全部門での働き方改革に関する取り組み

「医療安全部門での働き方改革に関する取り組み」についての記述（表 C-7）は、

- ・インシデント報告への対応
- ・医療安全に関する会議や委員会の運営への対応
- ・医療安全に関する研修の実施方法の工夫

などがあった。

表 C-7 医療安全部門での働き方改革に関する取り組み

【取り組み状況】
インシデント報告への対応について
インシデント影響レベル 3b 以上や死亡事例報告書を紙配達から電子カルテ内メール利用への変更
インシデント影響レベル 3b 以上のアクシデント発生時の連絡方法の変更
インシデントレポートの紙記載・電カル記載併用の廃止
時間外発生インシデントの調査方法の変更

医療安全に関する委員会・会議の運営への対応について
会議や委員会の統合
開始時間の変更
会議時間の短縮
web 会議の利用
資料を電子媒体とし印刷業務を削減
医療安全に関する研修の実施方法の工夫について
全 e-learning 化
申し込みやアンケートなどをインターネット経由に変更
その他
安全対策室の事務職員の増員、フルタイムへの変更

5 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを支える環境に関する調査 (職種別調査)

各職種に対し、医師からのタスク・シフト/シェアにより実施している業務の内容、技術の習得・向上に係る体制整備状況、余力の確保に係る取り組み状況、医師からのタスク・シフト/シェアを受けることによる医療の質・安全上の懸念、医療の質・安全向上のために実施している工夫や取り組みについて、調査を行った。調査結果の詳細は別添資料【C. タスク・シフト/シェア職種別状況調査】(p45～110)に示す。

5-1 技術の習得・向上に関する体制整備状況

知識・技能の習得に関する体制整備状況(予定を含む)について、特定看護師(看護部所属)、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士に対し、座学による継続教育の有無、シミュレーター等による実技研修の有無、指導方法や研修の在り方を検討する機会の有無、マニュアル整備の有無を調査した(図 C-3)。各職種において、いずれかの教育体制が整備されている病院はおよそ半数であった。

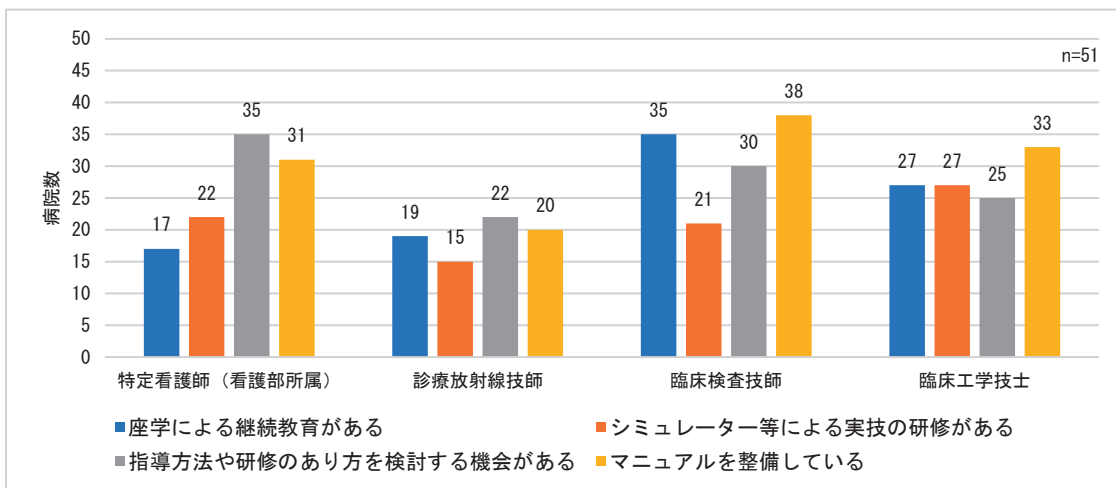


図 C-3 知識・技能の習得に関する体制整備状況 (予定を含む)

5-2 余力の確保に関する取り組み状況

余力の確保 (予定を含む) に関して、人員を増員したか、ICT 機器を導入したか、その他の余力の確保を行ったかを調査した。増員については、病院事務部が勤務管理をしている医師事務作業補助者・事務職員等が 31 病院(61%)と最も多かった。ICT 機器導入については、薬剤師からの回答が 11 病院(22%)と最も多く、抗がん薬混合調製ロボット、全自動 PTP 払い出し装置、注射薬混注監査システム等の導入による業務効率化・ダブルチェック人員の適正化と安全性維持の両立が試みられていた (図 C-4)。その他の余力の確保としては、薬剤師では「プロトコル作成」による疑義照会簡素化や処方・検査オーダー代行入力等に広く取り組まれていた。一方、ほとんどの職種で、余力の確保に取り組めていない病院が多数であった。

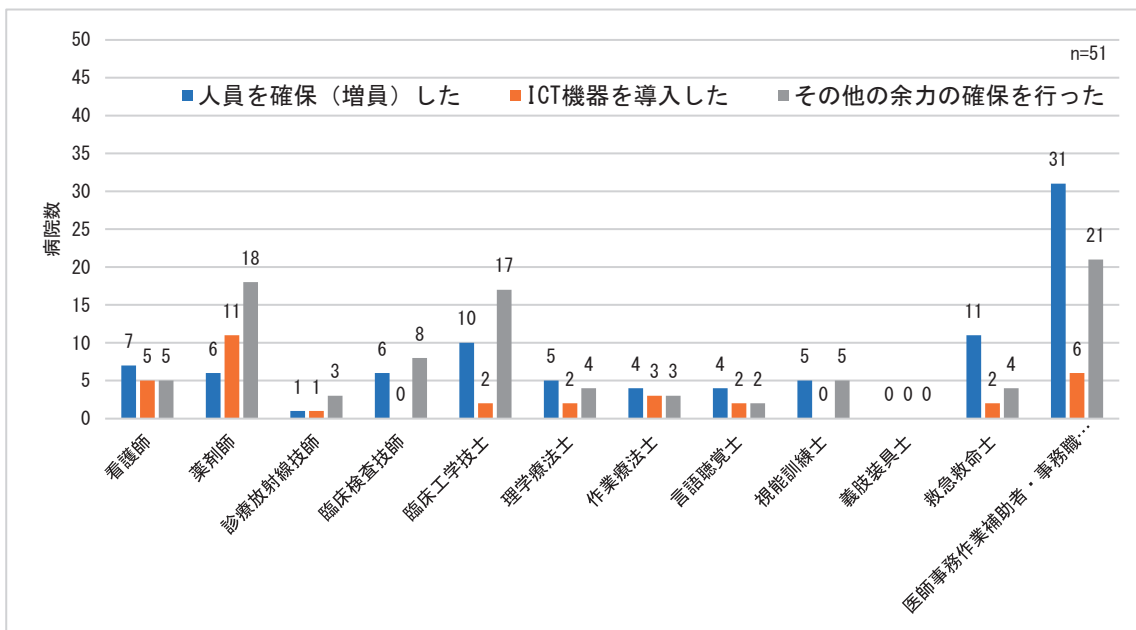


図 C-4 余力の確保状況 (予定を含む)

5-3 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念

すべての職種で「医療の質・安全上の懸念」として、「人員や余力の確保が十分でない中でタスク・シフト/シェアによる業務の負担増加」が挙げられていた。

また、ほとんどの職種で、業務増加に伴い、「今まで実施してきた本来業務の質の低下」や「患者対応・説明の不足」が生じ得ると懸念されていた。新たに実施する技術に関しては、「臨床推論やスキル、知識、経験に関する個人差」が懸念されており、「継続的なトレーニングやスキル評価の必要性」「医師のバックアップ体制と協力」「マニュアルや手順書の認定制度」などが必要であることが指摘された。

医師からのタスク・シフト/シェアの障壁として、現場の看護師、薬剤師、言語聴覚士、視能訓練士、医師事務作業補助者・事務職員等は、「インシデントの発生リスクの増加」「インシデント発生時の責任の所在」を懸念しており、特に診療放射線技師と臨床検査技師は「患者急変時の対応」に言及していた。こうした緊急時の対応について院内で体制整備をしておく必要性が示唆された。

これらの懸念事項への対策として、医師や他職種とのコミュニケーション（共通認識をもつこと）、看護補助者や事務職員等へのさらなるタスク移譲、業務の効率化・自動化、教育機会を設けて人員を確保すること、などの取り組みが挙げられた。

6 C領域（タスク・シフト/シェア）についての調査結果を踏まえた考察

本調査では、多くの病院が本年度中に管理職層や勤務計画管理者への研修や、医師に対する周知を実施もしくは計画し、タスク・シフト/シェアを効果的に進めるために医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組んでいることが明らかとなった。また、関係職種への説明会や研修を実施している病院は約半数程度であったが、ほぼ全ての病院で、多職種で構成されたタスク・シフト/シェアを推進または管理する部門が設置され、「タスク・シフト/シェアの導入、実施計画の立案」や「タスク・シフト/シェアの効果（メリット、デメリット）」などについて組織横断的に協議されていた。

タスク・シフト/シェアのメリットとして、医師の業務負荷軽減や労働時間削減、患者サービスの向上、職種専門性の活用、病院全体のスキルアップ、多職種間の信頼関係の向上などを挙げている病院が多かったが、その一方で、タスク・シフト/シェアを受ける側の業務負担増加、マンパワー不足、モチベーション低下などがデメリットとして挙げられた。

タスク・シフト/シェアの成功のためには、① 知識・技能の習得・向上（研修機会の提供と継続的な教育等）、② 余力の確保（業務効率化と見直し、ICT導入、他の職種への更なるタスク・シフト/シェア等）が必要であると厚生労働省が示しているが、今回の調査にて、①に係る「座学研修やシミュレーターによる技術研修、マニュアルの整備」は半数の病院で実施されておらず、②についても、特に高度医療を提供する大学病院では、専門性を活かしたタスク・シフト/シェアが求められているが、多くの職種で人員不足がその障壁となって

いることが示唆された。そもそも、少子高齢化と医療の高度化、医療職の地域偏在等がある中で、ニーズに見合うだけの人員を確保することが困難であるが、医師事務作業補助者については、条件を満たせば医師事務作業補助体制加算が算定可能となっていることは、医師事務作業補助者の増員につながっていると考えられた。その他の職種についてはそうした加算がないこと、タスク・シフト/シェアによるコスト上のメリットが明確でないことも、人員増加の障壁となっている可能性がある。人員確保の努力と併せて、現在の業務の見直しが必要であり、プロトコルやマニュアルの整備による業務効率化と安全性担保は、いずれの職種においても取り組むべき解決策の一つと考えられた。

「知識・機能の習得・向上」及び「余力の確保」が不十分な状態でタスク・シフト/シェアのみ導入しようとしても、タスク・シフト/シェアを受ける側のモチベーション低下や、本来業務の質低下、インシデント発生などが危惧されることが、臨床現場から指摘された。これらを回避するためには、1) 臨床現場での教育、サポート、指示命令系統に関する医師の協力と理解が広く必要であること、2) 全体最適化を目指した、職種横断的な業務見直しの場を設けること、3) 標準化や自動化を図ること等が必要であると考えられた。また、職種・部門横断的にインシデント事例の共有や振り返り、現場で生じた課題等の共有を行う場を設けることが、患者およびどの医療職にとっても、より安全・安心なタスク・シフト/シェアを推進していくために必要であると考えられた。

【C. タスク・シフト別添資料】

【職種別状況調査 看護師】

◆ 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

● 看護部が勤務管理している特定行為が実施できる看護師数

	N	%
① 0人	0	0
② 本年度中に特定行為が実施できる看護師を確保予定	0	0
③ 1人以上	51	100
	51	100

→ 1名以上の場合

- 看護部が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を維持するための座学による継続教育はありますか？

	N	%
① 全ての特定行為にある	5	10
② 一部の特定行為にある	12	24
③ ない	34	67
	51	100

- 看護部が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を維持するためのシミュレーター等による実技の研修はありますか？

	N	%
① 全ての特定行為にある	5	10
② 一部の特定行為にある	17	33
③ ない	29	57
	51	100

- 看護部が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を維持するための指導方法や研修のあり方を検討する機会はありますか？

	N	%
① 全ての特定行為にある	20	39
② 一部の特定行為にある	15	29
③ ない	16	31
	51	100

- 看護部が勤務管理している看護師が実施する特定行為に関するマニュアルは整備されていますか？

	N	%
① 全ての特定行為にある	18	35
② 一部の特定行為にある	13	25
③ ない	20	39
	51	100

- 看護部が勤務管理している看護師が実施する特定行為の種類と実施できる看護師数は？

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
(1)経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	45	1	6	20	7.0
(2)侵襲的陽圧換気の設定の変更	48	1	6	22	7.4
(3)非侵襲的陽圧換気の設定の変更	41	1	4	22	6.7

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
(4)人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	38	1	3	22	6.2
(5)人工呼吸器からの離脱	44	1	6	22	7.0
(6)気管カニューレの交換	26	1	3	20	5.1
(7)一時的ペースメーカーの操作及び管理	13	1	2.5	6	3.0
(8)一時的ペースメーカーリードの抜去	10	1	3	6	3.1
(9)経皮的心肺補助装置の操作及び管理	10	1	3	6	3.1
(10)大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整	10	1	3	6	3.1
(11)心嚢ドレーンの抜去	5	1	3.5	6	3.5
(12)低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更	18	1	3	16	4.1
(13)胸腔ドレーンの抜去	19	1	3.5	16	4.4
(14)腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）	23	1	2	16	3.4
(15)胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうポタンの交換	10	1	1	8	2.7
(16)膀胱ろうカテーテルの交換	10	1	1	8	2.2
(17)中心静脈カテーテルの抜去	32	1	3	16	4.3
(18)末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	27	1	2	16	2.9
(19)褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	26	1	2	8	2.3
(20)創傷に対する陰圧閉鎖療法	26	1	2	8	2.2
(21)創部ドレーンの抜去	28	1	3	16	3.5
(22)直接動脈穿刺法による採血	41	1	6	20	7.1
(23)橈骨動脈ラインの確保	42	1	5	20	6.1
(24)急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理	5	1	1.5	6	2.5
(25)持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	43	1	4	31	6.7
(26)脱水症状に対する輸液による補正	45	1	5	31	7.3
(27)感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与	19	1	1	6	1.6
(28)インスリンの投与量の調整	19	1	3.5	21	4.7
(29)硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	36	1	5	16	5.6
(30)持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	37	1	4	21	5.4
(31)持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整	31	1	3	21	4.9
(32)持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	33	1	3	21	4.8
(33)持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	41	1	5	21	6.1
(34)持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	29	1	3	21	5.1
(35)抗けいれん剤の臨時の投与	12	1	3	10	3.7
(36)抗精神病薬の臨時の投与	11	1	3	10	3.6
(37)抗不安薬の臨時の投与	11	1	3	10	3.6

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
(38)抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整	6	1	2	10	3.4

● 看護部以外が勤務管理している特定行為が実施できる看護師数

	N	%
① 0人	40	78
② 本年度中に特定行為が実施できる看護師を確保予定	1	2
③ 1人以上	9	18
④ 把握できていない	1	2
	51	100

→ 1名以上の場合

- 看護部以外が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を維持するための座学による継続教育はありますか？

	N	%
① 全ての特定行為にある	2	22
② 一部の特定行為にある	3	33
③ ない	4	44
	9	100

- 看護部以外が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を維持するためのシミュレーター等による実技の研修はありますか？

	N	%
① 全ての特定行為にある	1	11
② 一部の特定行為にある	3	33
③ ない	5	56
	9	100

- 看護部が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を看護部以外が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を維持するための指導方法や研修のあり方を検討する機会がありますか？

	N	%
① 全ての特定行為にある	3	33
② 一部の特定行為にある	4	44
③ ない	2	22
	9	100

- 看護部以外が勤務管理している看護師が実施する特定行為に関するマニュアルは整備されていますか？

	N	%
① 全ての特定行為にある	4	44
② 一部の特定行為にある	2	22
③ ない	3	33
	9	100

■ 看護部以外が勤務管理している看護師が実施する特定行為の種類と実施できる看護師数は？

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
(1)経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	43	1	2.5	7	2.9
(2)侵襲的陽圧換気の設定の変更	43	1	2.5	7	2.9
(3)非侵襲的陽圧換気の設定の変更	40	1	1	7	3.0
(4)人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	41	1	2	7	3.0
(5)人工呼吸器からの離脱	43	1	2.5	7	2.9
(6)気管カニューレの交換	40	1	1	7	3.0
(7)一時的ペースメーカーの操作及び管理	39	1	3	7	3.5
(8)一時的ペースメーカーリードの抜去	39	1	3	7	3.5
(9)経皮的心肺補助装置の操作及び管理	38	1	5	7	4.3
(10)大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整	39	1	3	7	3.5
(11)心嚢ドレーンの抜去	39	1	3	7	3.5
(12)低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更	40	1	1	7	3.0
(13)胸腔ドレーンの抜去	40	1	1	7	3.0
(14)腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）	39	1	3	7	3.5
(15)胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	38	1	5	7	4.3
(16)膀胱ろうカテーテルの交換	38	1	5	7	4.3
(17)中心静脈カテーテルの抜去	41	1	1.5	7	2.8
(18)末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	41	1	1	7	2.7
(19)褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	40	1	1	7	3.0
(20)創傷に対する陰圧閉鎖療法	40	1	1	7	3.0
(21)創部ドレーンの抜去	40	1	1	7	3.0
(22)直接動脈穿刺法による採血	44	1	2	7	2.9
(23)橈骨動脈ラインの確保	43	1	2.5	7	3.1
(24)急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理	38	1	5	7	4.3
(25)持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	40	1	2	7	3.2
(26)脱水症状に対する輸液による補正	44	1	2	7	2.9
(27)感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与	40	1	2	7	3.2
(28)インスリンの投与量の調整	41	1	2	7	3.0
(29)硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	42	1	3	7	3.3
(30)持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	41	1	1	7	2.7
(31)持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整	41	1	1	7	2.7
(32)持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	41	1	1	7	2.7

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
(33)持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	43	1	2	7	2.8
(34)持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	41	1	1	7	2.7
(35)抗けいれん剤の臨時の投与	39	1	3	7	3.5
(36)抗精神病薬の臨時の投与	39	1	3	7	3.5
(37)抗不安薬の臨時の投与	39	1	3	7	3.5
(38)抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整	38	1	5	7	4.3

- 大学院修士課程を修了し、医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための看護師を雇用していますか？

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
① 診療看護師	8	1	1	7	2.3
② 周麻酔看護師	5	1	2	4	2.2
③ その他（自由記載）	1	1	1	1	1.0

自由記載

NPの資格を持っているが活動していない

◆ **タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況**

- 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

	N	%
① 増員した	5	10
② 増員を予定している	2	4
③ 未定・未実施	44	86
	51	100

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	5	1	5	26	8.8
「増員を予定している」場合、人数	2	2	2.5	3	2.5

- 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

	N	%
① 導入した	4	8
② 導入を予定している	1	2
③ 未定・未実施	46	90
	51	100

- 3 その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

	N	%
① 行った	2	4
② 行うことを検討している	3	6
③ 未定・未実施	46	90
	51	100

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

看護師の業務をタスク・シフト/シェアする先がないため、看護師の業務量のみが増加し、安全確保することが難しくなる。

- ・研修後の実技をブラッシュアップするための研修がない。手技習得後の実技評価オスキーなどがない。
- ・高侵襲の処置もあるため、常に緊張感をもって業務にあたっているが、リスクが生じた場面での医師のフォロー体制が重要である。

診療看護師は医学的な知識を身につけることに加え、医師との信頼関係を構築することが重要である。本院では不安が残る手技は無理に行わず、出来る手技を確実にこなすことを教育しており、その結果医師との信頼関係を築き、医療の質や安全性を担保出来ていると考える。

診療の補助を行う最終実施者である特定行為研修修了者が、患者さんにとって安全、的確、迅速に行為を実施するための、手順書作成に関する医師の理解と、特定看護師がそのスキルを患者に活用できるための人員確保や医療安全の担保等、病院組織としての体制が十分に機能できていないうちは、タスク・シフト/シェアは患者にとって危険です。

- ・若手医師のスキル教育の機会が少なくなり、医療の質の低下を招かないか危惧するところである。
- ・患者に安全に特定行為を提供する上では、特定看護師の知識・スキルの維持・向上が課題である。また、万が一、医療事故が起きた際の補償について具体化しておくことも必要ではないか。
- ・医師からのタスク・シフト/シェアが推進されるなか、受け手側である看護師を含む他職種のタスク・シフト/シェアが着手されていない。それぞれの職種が安全に医療を提供するには医師の働き方改革とともに組織が両輪で取り組むべき課題と捉えている。
- ・看護師を増員していない、あるいは看護師側の業務整理が出来ていない状態で、医師のタスクを請け負うことで業務過多となり、インシデントが発生しやすい余裕のない状況となる可能性がある
- ・医師が期待する特定看護師による診療補助と、特定看護師の能力（臨床推論、技術）の差が生じることにより、事故の発生が危惧される（特定看護師の育成の問題）
- ・医師からタスクシフトされる特定行為を実施できる特定看護師が限定される場合、出来る特定看護師が不在の場合など、速やかに指示が実施されない、指示の確認などのリスクがある。
- ・特定行為の実施にあたり、医師と特定看護師の実践上の責任を明確にしないまま実施されるリスクがある。

まだ一部の部署での活動にとどまっているため、認知度の低さから特定行為の範囲と直接指示が混同され、グレーゾーンの行為が行われる可能性があること。

特定行為スキルの維持、スキルアップのフォロー体制

- ・侵襲行為を看護が実施することで、トラブルが発生した際の対応
- ・業務負担が増えることによる気持ちの焦りからくるインシデントの発生

院内医師の理解がまだ不十分なため、患者の選択の判断が統一されない可能性がある

- ・特定看護師は現在6名で活動していますが、今後は診療科のヒアリングをもとに増員していく予定です。増員された特定看護師をどう活用していくかを検討する必要があります。
- ・一定の部署（ICU、救急部、特定行為依頼が多い部署等）に集め勤務することが有効であると考えます。各勤務に1名×3部署（病棟看護師の約4分の1＝約10名）は勤務できるように増員すれば医師からのタスクシフトが可能となると考えますが、なりたい看護師が少ない現状です。
- ・特定看護師は医療行為を実施している意識付けを行う必要があり、また、知識や技術のフォローアップ体制が必要だと考えます。そのための教材確保（シミュレータ等）や時間の確保が必要であると考えます。
- ・インシデント事例の共有と対策検討が必要であり、医師との連携体制の強化が重要と考えます。
- ・経験値、知識の差により特定行為の安全性に差が出る。
- ・実際に特定行為を行うまでにトレーニングが必要
- ・医師と協力体制が取れないと何かトラブルがあった時の対応が遅れる。

看護師が困ったとき等に、医師がすぐに対応できるバックアップ体制が構築できるかどうか

高度な判断および、技術の実施を行う際のインシデント発生リスク

- ・ 特定看護師への指揮命令系統について、周知がまだ不十分。
 - ・ 診療の補助と相対的医行為・絶対的医行為についても再周知を行い、看護師に行わせても良い範囲を共通理解してもらう必要がある。
-

現在はマニュアル作成を行っている段階で、実動はしていない。現時点で研修終了者は主に集中治療部門に所属し、対象患者も集中治療を必要とする患者を想定しているため運用開始時には随時確認行動を行いながら慎重に進めていきたい。

看護師の特定行為については研修を修了したのみでは侵襲的医行為の実施について不安がある。また、複雑な病態を持つ患者の判断をするには研修の学習みでは不十分である。

スキル維持のための実践者の育成と、看護師が実践することへの患者の理解が得られるか懸念される。

- ・ 看護職員の業務量増加により、インシデント、アクシデントの発生数が増加する可能性
 - ・ 医師不在時の包括的指示の見直し
-

研修施設認定と研修管理に注力し、特定行為実施における組織としての支援体制を検討できないまま開始した。特定行為研修に関わっていた医師との連携では問題なくできているが、関わっていない医師と協働する場合、活動方法や実施の範囲の理解不足などリスクにつながる恐れがある。組織として医師看護師への周知活動や理解の促進につながる支援が必要

医行為に近いフォローアップ研修などの継続教育が必要

特定行為の実施や膀胱留置カテーテルの挿入等の業務拡大により、看護師の業務量は増加しているが、看護職員の増員・ICT機器の導入ができていない。そのため、看護師が本来実施すべき業務の遂行が不十分となり、医療の質への影響が懸念される。

- ・ 業務範囲の正しい理解について
 - ・ 手順書やルールの順守状況
 - ・ 問題や事故発生時の対応、責任の所在について
-

知識・経験の個人差があるため、何年目の職員であれば医師からのタスク・シフト／シェアを受けることができるかを一概に設定することが難しい。

特定行為研修修了者は増加傾向にあり、特に手技を含む特定行為においては定期的な技術・知識の確認が必要と考えるが全ての行為については実施できていない。

業務過多による疲労とインシデント発生のリスク及び受ける看護師の実践能力の担保

看護師不足のなか、業務移譲することで煩雑化や繁忙が、さらに進むことにより質と安全が担保されるか懸念される。

- ・ 特定行為を受けることによって、もともとの業務の他者への依頼による業務の多重切迫がある。
 - ・ 特定行為を実施するときの不安があるため、アセスメントが正しいかなど医師への相談窓口が必要と思われる。
-

包括指示・プロトコルの運用について、フローは整理されたが、原案作成が担当所属に一任されていることから、安全性担保に関する指針や基準が決められておらず、今後整備する必要がある。

特定行為研修修了看護師の増加に伴い、個々の看護師の力量による実践状況の差や、患者への説明と同意、特定行為の指示だし指示受けなど細かい点での体制整備が必要だと考えている。医師の指示（手順書）により実施するが看護師が実施した特定行為による合併症発生などに対して懸念がある。また、院内での活用については指導支援する医師の考え方によっても異なり統一が困難である。

医師の特定行為範囲の正しい理解

やる気のある看護師は多数いるが、学校における研修中や卒後活動の人員確保について、組織定数として認められておらず、活動自体が滞っている。また、他職種の人員確保ができていないためナースが担っている業務のタスクシフトできていない。

夜間の特定行為実施時の医師への相談体制

各勤務に特定看護師がいる状態ではないため、継続して対応できない。

◆ **医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み**
(自由記載)

- ・リスクが生じた際の対応など診療科に責任医師がいるので相談しやすい体制である。
 - ・PICC挿入など手技の状況や件数をまとめてNP学会で発表している。NPとしての関わりや成果等、フィードバックを受けるようにしている。
-

診療看護師は医学的な知識を身につけることに加え、医師との信頼関係を構築することが重要である。本院では不安が残る手技は無理に行わず、出来る手技を確実にこなすことを教育しており、その結果医師との信頼関係を築き、医療の質や安全性を担保出来ていると考える。

- ・活動開始前に一定のトレーニング期間を設けている。
 - ・ワーキンググループ、小委員会、本委員会を定期的に開催している。
 - ・特定行為担当副看護部長以外に担当看護師長を兼任で配置し、特定行為における相談や調整等を行っている。
-

水分管理行為で脱水症状患者に特定看護師の権限で採血オード入力できるよう検査セットを作成。

- ・特定看護師の資格取得後の育成計画（看護師特定行為等管理委員会）に医療安全管理部のメンバーが参画している。
 - ・必要時マニュアル改訂、体制整備に協力する。
 - ・手順書、プロトコルは、病院内で審査、認定する仕組みを整備している最中である。
-

主に関わっている麻酔科には、特定行為担当の医師を任命してもらい、相談できる環境を整えている。また、医師とのミーティングの機会を1回/年以上もち、お互いに情報共有をはかっている。

- ・実務研修を設け、実施項目に沿って確認後、特定行為を実施開始としている。
 - ・Eラーニング、シミュレーターなど実践を振り返れるよう環境を整備している。
-

特に侵襲行為を行う際は、知識・技術を習得するための研修プログラムや内容を十分に検討している。また、導入後のトラブル発生の有無や研修内容の見直しを行っている。

ジェネラリストの質向上のために、5年目以上の看護師は共通科目を受講できるよう教育環境を整える。

特定行為業務管理委員会に特定行為実践WGがあり、WGの下部組織としての各特定行為別にチームが必要であると考えています。今後は困難事例の相談やフォローアップ、教育指導体制などをチームとして推進していきたいと考えています。

- ・協働しながら一つ一つの特定行為を確立していく。
 - ・医師が特定行為について十分理解したうえでのトレーニングを積む。
 - ・手順書の内容を検討し、充実させることで早期対応が可能となる。
-

PICC挿入等の処置を行う際に、看護師が困ったときに医師がすぐに対応できる時間帯を事前に確認してから実施している。

救急外来におけるタスク・シェア/シフトプロトコールの取り組み

- ・開始前に執行部において議論し、法令で定める業務範囲を共有し、「患者に必要な医療を安全かつタイムリーに提供する」目的のもとにすすめることで合意した。
- ・プロトコールは、救急外来に携わる医師・看護師を含めたワーキンググループで実行可能性、体制整備等について検討し作成した。
- ・プロトコール適用の判断は医師が行うこととした。
- ・プロトコールにそって業務を行う看護師の要件は、経験年数に加え「所定の研修修了」とした。

- ・指揮命令系統についてe-learningを用いた教育を開始する。
- ・自立活動を行う部署のマニュアルは、医師・看護師で協働して作成する。

運用開始の際は、マニュアルの内容に不備が無いかも確認しながら安全に継続的に実施出来るように実績を重ねていきたい。

特定行為の質と安全の担保に向け研修修了後に医師の指導のもとトレーニングを実施している。トレーニングを重ねた後、多職種で構成する専門委員会によって院内認定を受けた者のみが単独で特定行為を実践している。

- ・特定行為の実践については、特定行為研修管理委員会で体制について検討し定めている。看護師の実践する行為について院内掲示をし、患者の理解を得ている。特定行為修了者が院内で一定のトレーニング期間を経て、専門的な知識・技術を備えた実践者として医師より承認を受け活動している。包括指示となる手順書は行為対象者の病状範囲を示すものではあるが、行為ごとに実践可能と判断する根拠を医師に説明し、承認を得たうえで実践している。
- ・輸血療法やがん化学療法等の看護師の実践については、看護部教育として院内認定制度を設け、実践に必要な知識技術を習得している。

看護職と看護補助者間でのタスク・シフト/シェアの推進を実施している。

- ・看護補助者マニュアルの改訂
- ・看護補助者への適切な指示出しなど

①多職種チーム活動を活性化することで、複数の視点でエラーが防止できるシステムを確立する。

②指示系統の見直し（本来であれば診療科毎ではなく、院内統一できるとベスト）

特定行為実施にあたっては特定行為研修に熟知した医師との連携から開始した。また、「研修管理運営委員会とは別に「特定行為実施委員会」を設置し、特定行為者の承認、手順書の確認、実施に関する課題や検討をしている。

特定行為を安全に適切に実施するために、特定看護師が定期的にミーティングを開催し、課題の検討を行っている。

医師と業務を受ける職種が、目的を理解できるような説明・経過を定期的に評価すること

取り組み内容に対しての研修実施や、手順書の作成

- ・アドバンステクニック（動脈ライン採血・動脈ライン作成・12誘導心電図・血液培養・咽頭培養の5項目）に関して教育プログラムを構築し、e-ラーニングの実施、実技評価を行い質の担保を図っている。エキスパートテクニック（抗がん剤ルート確保・CVポート管理）に関しては、上記のプログラムに加えて筆記試験も実施している。また、これらのテクニック取得者のフォローアップ研修を行い質の担保に務めている。
- ・特定行為研修においては当院での実習を基本としており、実習期間中から医師との連携を図るよう取り組んでいる。

タスクに応じて受ける看護師を専門性の高い看護師に限定する。

・特定行為研修修了者に必要な支援についてニーズ調査を実施した。

その結果、特定行為を実施する現場での支援の要望が多くあった。現場の管理者（師長）は、実施した特定行為の内容やその後の継続した観察の実施をスタッフに指示するなど、管理者として患者安全と特定行為実施者の安全を担保することを看護師長会で取り決めた。今後基準としてまとめる予定である。

・特定行為ワーキンググループでの事例検討や課題への取り組みを行っている。

・活動日を確保（1週間を年2回）し、特定行為実施を推進するとともに多重切迫とならないよう配慮している。

・あることが分かるようユニフォームによる明確化を調整中

・静脈注射の教育プログラムで看護師の実施範囲拡大を行い、CVポートの穿刺と抜去、抗癌剤のライン確保と投与、麻薬の静脈内投与、調剤投与を行っている。

包括指示・プロトコルの運用について、指針策定もしくは基準整備について、病院として検討してほしいと考えている。

・特定行為研修の修了≠安全な特定行為実施ではない。タスクシフトに向けては研修修了後の継続教育が重要であり、特定行為を実践するには医師との協働が不可欠である。また、常に医師からの指導支援が必須と考える。

・令和5年2月に外科術後病棟管理領域パッケージコースを修了した看護師3名に対して診療科との協働により診療科医師に帯同して特定行為を実施する実務研修を開始した。PICC挿入など侵襲の大きい特定行為もあり安全に実施するための体制整備が必要だと考えている。

・特定看護師が創傷処置に同席し直接指示の下で処置を遂行して行うことで、処置時間の短縮及び患者の苦痛の軽減

・術中麻酔管理では、麻酔科医が低リスクな患者の選定を行い、術前に患者を訪問し同意を得ている。

研修を修了しても、臨床に帰ってきてから卒後研修制度を設け、臨床の医師および当該看護師が自信を持って行為を提供できるようにしている。

・特定行為研修終了後の実践に向けた支援体制の構築

・特定看護師が継続して対応できない場合は、最終判断を医師が行うような体制にしている。

【職種別状況調査 薬剤師】

◆ 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

● 薬剤師が実施している業務（全51施設）

	N	%
① 手術前における、患者の服用中の薬剤、アレルギー歴及び副作用歴等の確認、術前中止薬の患者への説明、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づく術中使用薬剤の処方オーダーの代行入力、医師による処方後の払出し	32	63
② 手術中における、麻酔薬等の投与量のダブルチェック、鎮痛薬等の調製	14	27
③ 手術後における、患者の状態を踏まえた鎮痛薬等の投与量・投与期間の提案、術前中止薬の再開の確認等の周術期の薬学的管理	39	76
④ 病棟配置薬や調剤後の薬剤の管理状況の確認	47	92
⑤ 高カロリー輸液等の調製、患者に投与する薬剤が適切に準備されているかの確認、配合禁忌の確認や推奨される投与速度の提案	45	88
⑥ 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	21	41
⑦ 薬物療法に関する説明等	50	98
⑧ 医師への処方提案等の処方支援	51	100
⑨ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導	27	53
⑩ その他（自由記載）	21	41

その他

①において、手術前における、患者の服用中の薬剤、アレルギー歴及び副作用歴等の確認、術前中止薬の患者への説明は実施している。

疑義照会簡素化プロトコールに沿って行う処方変更

- ・DIEPSSによる評価
- ・ポリファーマシー評価（入院時・一部外来）
- ・持参薬指示の下書き入力
- ・指示に基づく処方入力（NICU）
- ・がん化学療法処方入力支援
- ・院外処方箋簡素化プロトコールによる処方修正
- ・小児成長ホルモン自己注射指導
- ・経口抗がん薬を開始する外来患者の指導・服薬フォローアップ、患者面談による処方提案
- ・TDMによる処方提案
- ・トレーシングレポートの評価と処方医との共有
- ・レセプト症状詳記入力支援
- ・PMDAへの副作用報告
- ・B型肝炎受診勧奨のスクリーニング

持参薬鑑別

薬剤師による処方オーダー修正、注射オーダー修正、TDMオーダー

持参薬の確認と持参薬オーダー仮登録

当該業務は病棟薬剤業務として必要に応じて実施している

上記項目については一部実施も含む

検体検査代行オーダー（HBVスクリーニング、薬物血中濃度）、入院時持参薬オーダー登録、持参薬からの継続処方・定期処方オーダー仮登録

- ・薬剤師による検査オーダー入力業務に係るプロトコル
- ・薬剤師外来における処方オーダー代行入力業務に係るプロトコル
- ・抗菌薬のTDM測定オーダーの登録および注射オーダーの仮登録
- ・持参薬オーダーおよび定期処方オーダーの仮登録

①は一部の内容について実施している。⑨は自己注射指導は実施しているが、自己血糖測定等の指導はしていない。

院内処方せんにおける疑義照会内容・修正について一部病院内でプロトコル化。検査における薬剤師の仮オーダー。化学療法における支持薬等の仮オーダー。手術前の患者服用中の薬剤。アレルギー及び副作用歴等の確認、薬剤師術前外来における術前中止薬のピックアップ（一部診療科）。持参薬仮オーダー（全病棟）。定期処方仮オーダー（一部診療科）

常備薬の代行入力、定期処方（Do処方）の代行入力

- ・周術期における麻薬の管理、血液製剤のロット記録
- ・外来院外処方の疑義照会内容の診療録への記載と処方修正（用法、投与期間、剤形、含有規格の変更等）
- ・事前に取り決めたプロトコルに沿った検査オーダーの入力（B型肝炎など）
- ・バイオ製剤等の自己注射実技指導と服薬指導

入院時持参薬の確認、術前の患者の服用中の薬剤の確認、術前中止薬の患者への説明、抗がん剤調製

入院時持参薬の確認とシステムへの入力、入院前支援業務（術前中止薬等の確認・患者指導）、高額薬剤を含む一部注射剤の無菌調製業務（抗がん剤以外）

持参薬の代行入力、疑義照会後の処方修正、手術で使用した麻薬の実績入力

- ・事前に取り決めたプロトコルに沿った抗菌薬TDM血中濃度採血のオーダー
- ・事前に取り決めたプロトコルに沿った院外処方箋問い合わせの簡略化
- ・①に記載の「処方オーダーの代行入力、処方箋の払い出し」は行っていない。

定期処方の処方支援（薬剤師による処方入力）

外来化学療法室の患者に対する前投薬やフラッシュ等のオーダー漏れ時の代行入力

①の業務の一部を実施している。

◆ タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

● 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

	N	%			
① 増員した	3	6			
② 増員を予定している	3	6			
③ 未定・未実施	45	88			
	51	100			
	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	4 [※]	2	2	5	2.8
「増員を予定している」場合、人数	3	1	1	5	2.3

※②増員を予定していると回答した病院で、増員した人数も記載していた病院があった。

● 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

	N	%
① 導入した	10	20
② 導入を予定している	1	2
③ 未定・未実施	40	78
	51	100

● その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

	N	%
① 行った	11	22
② 行うことを検討している	7	14
③ 未定・未実施	33	65
	51	100

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

タスクシフトをすすめるためのシステム改修にはお金と時間がかかることを懸念している

タスクシェア実施による多職種協働では、医療安全上のリスクが上昇すると言われている。臨床倫理の意識の向上、患者や治療内容に関する情報共有と、職種間の専門性・相互理解の向上に常に取り組む必要がある。

業務負担増に伴う薬剤関連インシデントの増加（病院薬剤師の確保が難しく、業務の分散化が困難）

マンパワーを確保せずに医師のタスクを引き受けることで、本来実施すべき業務を実施できなくなる。

業務増加による、薬剤師のインシデント数増加

薬剤師だけで判断が難しい場合は、決められたプロトコル等だけでは不足すると感じている。医師をはじめとした他職種と共同して対応する必要があり、その様なコミュニケーションの機会を確保できるか懸念される。

・医師と薬剤師でダブルチェックしていた業務のタスク・シフト/シェアを受けた場合、それを薬剤師のみで確認することとなり、ダブルチェックが十分に機能しないことによるリスクが生じる。

・業務の内容によっては専門技術のOn the Job Trainingが必要となり、そのための時間の確保が困難となる。

・医師からのタスクシフトを受けることで薬剤師の通常業務の遂行に影響を生じる可能性があるため、薬剤師から他職種へのタスク・シフト/シェアも同時に検討する必要がある。

タスク・シフト/シェアを受けた内容に対する知識・技能の習得度合いによる質担保の保障、薬剤師へシフト/シェアした後の標準化

現在、薬剤師の欠員が多く、（医療の質・安全を継続しつつ）医師からのタスク・シフト/シェアを受けるための余力はない。

薬剤部の定員が充足していない状況のため、タスク・シフト/シェアを受けることにより薬剤部業務遂行が安全に行われなくなる可能性がある。

病院薬剤師の確保及び充足が全体的に高まることを考えることも必要と考えます。

医師からのタスクシフトを受けるにあたり、薬剤師、薬剤助手の業務負担増大が考えられる。

完全なタスクシフトが長期間となった際、そのタスクに対する認識の欠如による質と安全の低下と依存の形成

負担増による医療の安全・質の低下

単なる作業の代行の場合、薬剤師の本来業務（薬剤師による医師の薬物治療のサポート）ができなくなることによる医療の質及び安全性の低下が懸念される。また、薬剤師の負担増や職能を十分発揮できないことは、病院薬剤師の確保困難につながる懸念がある。

業務拡大する余力が余りない現状で、医師からタスク・シフト/シェアを受けることにより、薬剤師の業務負担が増加し、薬剤師の総業務時間が増大する可能性があること。

- ・診療オーダー権限の法的な根拠が明らかでないため、代行オーダー（医師は事後承認）、仮登録（医師の承認後実行）、本登録（事前に医師と包括同意または、申し合わせ内容に基づきタスク実行）のいずれが正しいか、その使い分けに混乱が生じる。
 - ・タスク・シフト/シェア実施内容が、患者の病態や医師の方針と異なっていた結果、健康被害やコンフリクトなどが発生する懸念
 - ・入力ミス、患者間違い等、医師が実施する場合と同様のリスクが存在する。
-

薬剤師が本来すべき業務にかけられる時間が少なくなり、ハイリスク薬への関与など安全面に対する不安がある。

薬剤師が検査オーダーを代行した場合、医師による検査結果の確認が疎かになる懸念がある。タスク・シフト/シェアしたことを共有するためのコミュニケーションエラーが発生する懸念がある。

薬剤師のマンパワーも圧倒的に不足しており、新たな業務を受けることによる影響（通常業務の質低下、医療過誤の発生、離職者の増加）が懸念される。

タスク・シフト/シェアを受けることによる医療の質と安全を確保するには、薬剤師の人員（余力）の確保が必要

- ・プロトコル等を含める医師とのコミュニケーションエラー対策が必須と考える。
 - ・インシデント時の薬剤師の責任範囲。
 - ・タスク・シフト/シェアされる事による薬剤部の業務量増加（元々ある業務のマネジメントはしているが）
 - ・受ける側の負担増によるエラーの発生
 - ・受ける側の教育および知識不足によるエラーの発生
 - ・業務過多によるインシデント発生
 - ・タスク・シフト/シェアを受ける側の知識・技能の担保
 - ・特に経験不足の薬剤師に対する研修や指導体制と質確保
 - ・業務増による薬剤師のマンパワー不足から誘発される調剤ミス等のインシデント
 - ・薬剤師の知識・技能の担保
-

薬剤師の人材不足

薬剤師もいろんな業務を求められているので、マンパワーの確保が課題。

増員なくタスク・シフト/シェアを行う場合、薬剤師への業務負担が増大する。

知識、経験の個人差。最終的な責任の所在は医師にあるだろうという依存心があって、医師、看護師と情報を十分に共有できず、確認不足になること。事前に取り決めたプロトコルから逸脱した場合の質と安全の確保。

- ・整備が不十分であれば、責任の所在が曖昧になる可能性がある。
 - ・タスク・シフト/シェアは推進したいものの、整備に時間を要している。
-

薬剤師が欠員の状況であり、新たなタスク・シフト/シェアを受け入れることにより、既存業務の人員が不足し、医療の質・安全性に影響を与える懸念があるため、慎重に進めたいと考えている。

タスクシフトについて、明確な条件や確認方法を決めておかないと業務に漏れが生じる可能性がある。

タスク・シフト/シェアを受けることにより薬剤師業務の負担が増加することから、従来の薬剤師業務の質・安全に懸念が生じることが想定される。そのため、薬剤師の人員確保および薬剤師業務の効率化が必要と考える。

現時点では医師からのタスクシフトを受けるにあたって薬剤師の人員増が実現できておらず、産休育休者が増加している現在では薬剤師の余力は皆無である。薬剤師の余力が十分に確保されている状況でなければ医療の質や安全性を担保することは難しい。

整形外科病棟において、持参薬から院内処方への切替時に薬剤師が院内処方の仮登録を行っているが、薬剤選択などの薬剤師経験や電子カルテの操作法業務などの件で、業務可能な職員が限られている。

業務研修も時間を要するため、育成などを含め業務の承継が難しい。

薬剤師はもともと医師の処方に対し監査を行うことが主要な業務であり、必要に応じて照会や処方提案を行ってきたため、専門性を生かしたタスクシフト/シェアについての抵抗感は少ないと考えます。とは言え患者への影響が大きい行為（例えば代行入力や投与量の変更など）については、手順を明確にする等、プロトコルの十分な検討が必要と考えます。また、院内に十分な周知を行い運用が混乱しないようにすることも重要です。

十分な人材と時間の確保が難しい

タスクシフト/シェアに係るプロトコルを運用する中で、プロトコルの内容が十分理解され、医師・薬剤師の共通認識となっているか、プロトコルによっては、薬剤師が医師の指示や処方意図を正しく把握しているか、など懸念される事項がある。また、人力的余力がないままタスクシフト/シェアを進めると業務負担が増加することによる安全上の懸念も生じる。

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み (自由記載)

事前に取り決めたプロトコルにより、薬局からの疑義照会を一部簡素化している。

PBPMに基づいた処方入力支援実施のための職能向上を目指した、部署学習会、症例検討会の定期的な実施と、薬剤指導記録の自己監査を通じた業務内容の相互評価

薬剤師の時間確保のため、一部業務を非薬剤師（薬剤補助者）へ委譲している。

- ・薬剤師の判断が入らないようプロトコルを厳密に作成した。
- ・検査値等の確認漏れを防ぐために処方監査支援ツールを作成（システム化）した。
- ・タスク・シフト/シェアを受けるための教育・研修、手順書やマニュアルの整備。
- ・タスク・シフト/シェアを依頼する側による受ける者の評価を行うとともに、シフト業務に対するモチベーションを確認する。
- ・今年度に全自動PTPシート払出システムを導入し、疑義照会簡素化プロトコルの検討を開始している。
- ・これらの導入により調剤業務の効率化を図り、病棟薬剤業務等の時間を確保することが医療の質・安全性の向上及び医師の負担軽減に寄与すると考える。

院外処方箋の疑義照会後の修正入力がされておらず、次回受診時にDo処方され、同じ問い合わせが院外薬局より来ることや、不必要な処方を解除した後、医師による削除入力がされていないなど薬剤師が代行する事で薬剤師の時間も削減される作業から導入を検討している。

- ・現在、医師の負担軽減のため、外来処方（院内、院外）の疑義照会簡素化プロトコルを行っている。また、今後は入院前の持参薬鑑別を行う予定である。
- ・医師からのタスクシフトを受けるにあたり、薬剤師、薬剤助手の業務負担軽減のため、既存の業務の機械化（調剤時のバーコード認証等）や省力化（薬剤管理指導記録のテンプレート化等）に取り組んでいる。

ICT機器導入、非薬剤師の確保

病院薬剤師および業務をサポートする事務職員の採用及び増員。ICT導入による業務の効率化と安全性向上。

-
- ・外来化学療法室にて抗がん剤治療を受ける患者を対象としたレジメンオーダー、検査オーダー支援するため、医師と薬剤師の協働で「外来化学療法支援プロトコル」を作成した。
 - ・「SGLT2阻害薬の適正使用に関する Recommendation」の改訂版に、周術期のSGLT2阻害薬の休薬期間が記載されたことから、外来患者の血糖降下薬確認の流れと血糖降下薬一覧表を作成した。
 - ・薬剤部業務を合理化するため、抗がん薬混合調製ロボット、全自動PTPシート払い出し装置、散剤調剤ロボットを導入した。

マニュアルの整備、カルテ記載の標準化（テンプレート、定型文）、確認体制（ダブルチェック）、ローテート等により複数の担当者を育成している。

-
- ・機器の導入が必須であることから検討を進めている。
 - ・非薬剤師の雇用が必須であると考え、業務が多様化する中でそれぞれの非薬剤師業務の体制整備を進めている。

代行した検査オーダーや処方オーダーをカルテに記録して情報共有するためのテンプレートを作成・使用している。

機械化や非薬剤師の利活用により業務効率の向上に努めている。

NICU病棟において薬剤師がTPN調製業務を開始するにあたり、注射薬混注鑑査システムを導入した。システム導入により、調製手順の画面表示や注射ラベルと医薬品とのバーコード照合、電子天秤と連動した調製量鑑査が可能となり、調製時のダブルチェックに要する人員の適正化や安全性の向上につながった。

-
- ・実施した内容を電子カルテ等へ記録として残す
 - ・実施できる薬剤師を限定する
 - ・スタッフの教育
 - ・SPDまたは薬剤補助者の導入・増員（要望中）

必要な知識や技能の質確保を目的として業務の相互チェックやオーディットを実施。業務内容に応じて複数人の監査体制を構築。

薬剤師から非薬剤師・ICT機器へのタスク・シフト/シェアの促進

病棟薬剤業務実施加算の充実

簡単に人員は増員とはならないので、業務を効率化する必要がある。

当院では薬剤師がチェックする「腎機能による減量」や「抗がん剤投与時の検査値チェック」などの独自プログラムを開発し、臨床応用している。

日常から、日常業務の手間や非効率の改善に取り組み、人員不足への対応として、テンプレート化の充実や、薬剤助手や医療補佐員・事務補佐員といった非薬剤師の雇用を継続するなど、業務効率を図った取り組みを行っている。

レジメンシステムの代行オーダー修正を実施しているが、抗がん薬投与の当日に医師が修正箇所を確認した上で、最終確定できるようなシステムとしている。

B型肝炎ウイルス再活性化対策の強化、アントラサイクリン系抗がん薬の累積投与量の情報提供の強化など多職種でタスクシェアしており、医療安全の質、安全性の向上に寄与できると考えられる。

薬剤師から非薬剤師へのタスク・シフト/シェア

医師と共にPBPMを作成し、診療科・薬剤部お互いで合意を交わし周知する。

-
- ・タスク・シフト/シェアを受けた医療行為の複数薬剤師によるチェック体制の構築
 - ・薬剤師が医師の処方・検査オーダー入力を代行できるように医療システムを改修
 - ・薬剤師業務の効率化

未承認・適応外医薬品の審査をリスク別審査体制とした。リスクに応じた申請書類の提出や、報告体制であり、申請者側の負担軽減を図っている。また、審査側も同様にリスクに応じた体制であることから、審査に要する時間が短縮している。

整形外科病棟におけるオーダーの仮登録では、登録内容を病棟薬剤師がダブルチェックし、さらに、医師のオーダー発行時には処方内容の確認を必須とすることで医療の質や安全性を担保している。

- ・現在実施している「外来化学療法室の患者に対する前投薬やフラッシュ等のオーダー漏れ時の代行入力」を実施できる薬剤師の要件として一定の基準（化学療法に関わる業務に一定期間従事している）。

- ・運用に関する見識を有していることをがん指導/専門薬剤師に認められている）を定めることで安全性を担保している。

人材確保と安定的な運営方法を検討している。

調剤室及び薬物療法センターにおけるタスク・シフト/シェアに係るプロトコル実施については、薬剤師によるダブルチェックを行っている。

【職種別状況調査 診療放射線技師】

◆ 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

● 診療放射線技師が医師の具体的指示に基づき実施している業務（全51施設）

	N	%
① 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等	18	35
② 画像誘導放射線治療（IGRT）における画像の一次照合等	42	82
③ 放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等	29	57
④ 血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為	6	12
⑤ 病院又は診療所以外の場所でのエックス線の照射	0	0
⑥ 放射線検査等に関する説明、同意書の受領	14	27
⑦ 放射線管理区域内での患者誘導	31	61
⑧ 医療放射線安全管理責任者への就任	3	6
⑨ 造影剤を使用した検査やR I検査のために静脈路を確保する行為、R I検査医薬品の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為	5	10
⑩ R I検査のためにR I検査医薬品を注入するための装置を接続し、当該装置を操作する行為	5	10
⑪ 動脈路に造影剤注入装置を接続する行為（動脈路確保のためのものを除く）、動脈に造影剤を投与するために造影剤注入装置を操作する行為	18	35
⑫ 下部消化管検査（CTコロノグラフィ検査を含む）のため、注入した造影剤及び空気を吸引する行為	1	2
⑬ 上部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤を注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為	0	0
⑭ 医師又は歯科医師が診察した患者について、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査	0	0
⑮ その他（自由記載）	8	16

その他

③、⑨は抜針のみ

造影剤投与後の抜針・止血行為は行っていない。

①、③、④、⑪は行為の一部を行っているということで回答しています。

今年度内に告示研修及び院内研修修了者が、抜針及び止血行為を業務として開始する予定で準備中

④部分的に実施

①、④、⑨、⑪に関しては一部、必要に応じて診療放射線技師が行なっている。

⑥について外来で説明が行われていない場合、現場で説明を行っています。

- ・診療科で実施している種々の撮影等の実施・補助
- ・PET検査の追加撮像（delayed撮像）の判断
- ・手術支援CT画像の作成
- ・CT検査画像から手術シミュレーション用の血管模型を3Dワークステーション、3Dプリンターで模型を作成
- ・消化管透視の読影レポート作成補助
- ・当院の連携病院における治療計画データの取り込み作業、診断用CT/MRI画像の取り込み作業
- ・放射線治療技師、看護師の連携による治療計画造影CTにおける医師立会い回数の低減
- ・小児患者放射線治療における小児科医、CLS、病棟看護師、治療部門看護師等と連携したシステムティックな体制の構築運用
- ・放射線治療計画タスクの進捗管理、治療患者スケジュール情報の共有が可能な職種横断的情報共有ツールの整備、機能改善、ワークフロー見直しによる医師事務手続き業務の簡素化・低減
- ・放射線治療における診療補助業務（治療計画立案補助業務、臨床試験提出書類作成、過去の放射線治療計画情報リストア）
- ・AG検査における診療補助（血管内超音波、光干渉断層撮影等の操作および計測、心臓カテーテル検査時の生理学的指標：FFR、IMR、FFRAnio測定等）
- ・AG検査における医事への会計情報伝達、特定材料の管理

下記はレ点と回答したが、一部実施してない。

①検査オーダの代行入力、③投与後の抜針・止血、⑪注入装置を接続

- ・放射線科医師施行の乳腺エコーの実施
- ・放射線治療計画の一次実施

CTC後の解析

医療放射線安全管理責任者は、放射線科医だが、実務は、診療放射線技師が担っている。また造影CTの自動注入器の注入ボタンは、診療放射線技師が実施している。

④は、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する行為は行っている。

● 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するための座学による継続教育はありますか？

	N	%
① 全ての業務にある	3	6
② 一部の業務にある	16	31
③ ない	32	63
	51	100

● 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するためのシミュレーター等による実技の研修はありますか？

	N	%
① 全ての業務にある	3	6
② 一部の業務にある	12	24
③ ない	36	71
	51	100

● 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するための指導方法や研修のあり方を検討する機会がありますか？

	N	%
① 全ての業務にある	4	8

②	一部の業務にある	18	35
③	ない	29	57
		51	100

● 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に関するマニュアルは整備されていますか？

		N	%
①	全ての業務にある	2	4
②	一部の業務にある	18	35
③	ない	31	61
		51	100

◆ タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

● 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

		N	%
①	増員した	1	2
②	増員を予定している	0	0
③	未定・未実施	50	98
		51	100

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	1	1	1	1	1.0
「増員を予定している」場合、人数	0	0	0	0	0.0

● 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

		N	%
①	導入した	1	2
②	導入を予定している	0	0
③	未定・未実施	50	98
		51	100

● その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

		N	%
①	行った	1	2
②	行うことを検討している	2	4
③	未定・未実施	48	94
		51	100

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

医師の教育機関でもあることから、タスクシフトを行った場合に研修医等への教育が不十分となる可能性がある。

造影剤を使用した検査やRI検査のために静脈路を確保する行為に関しては、熟練が必要なため医療安全上懸念がある。

人員の補充が無い状況では、シフト業務以前に従来業務の安全遂行も困難になる可能性が高いと考えています。

人員不足、経験値不足

診療放射線技師会で行っている告示研修の実技研修は東京都の開催が少ない。また、申し込みを行おうとしても、すぐに満席になってしまうため受けることが出来ないため進んでいない。

技師による静脈路を確保する行為を実施する際には、看護師による実技トレーニングの実施や、穿刺困難症例や穿刺トラブルに対する安全管理体制の構築が必須であると考えます。

CTでは抜針後の副作用が数例あり、患者状態の把握などすべての技師が同等に行えるか懸念される。

マンパワー不足による医療の質・安全上の懸念はある。

患者に不都合があった場合の責任の所在が不明です。

増員のないままタスク・シフトが行われることによる安全面の担保

静脈路確保等の患者に侵襲を及ぼす行為を習得するために如何なる教育・研修体制を構築すべきか懸念している。

本来の診療放射線技師の撮影等の放射線業務が滞る可能性はある。

- ・患者急変時対応の遅延
- ・タスクシフト後の人員増員

造影剤副作用時の対応

静脈路確保し、造影剤注入時の副作用発作

・医師からのタスク・シフト/シェアをするに当たっての院内の規定策定と実施承認、部内のマニュアルの整備、OJTのカリキュラムやスキル評価などが必要性であるが、教育負担・負荷の可能性はある。

交代勤務および時間外業務における、専門的な技術の維持（IVR補助業務など）

医療の質・安全を担保するためには、マンパワーの確保（余力の確保）と院内の教育・指導体制の構築が必須と考えます。

造影剤使用時の抜針・止血・静脈路確保の安全性

今まで行っていなかった患者への侵襲行為（ルート確保）については、現在施行している看護師でもうまくできないことがあり、多少の不安がある。実施する回数も多くないため、経験値が上がらない。

診療放射線技師法施行規則改正に伴う拡大された業務をシフト・シェアする場合において、必須の研修（告示研修）だけでは経験値不足であり、実臨床への移管、導入には慎重にならざるを得ない。安定的なタスク・シフト/シェアを実現するには相当な時間とシフトされた拡大分に応じた人員増が必要。また患者急変時対応能力が十分に備わっているかどうかの客観的評価がなされていない。業務範囲が他職種間で協議され、明確になっていることも医療安全上必要と思われる。

医療安全上のトラブルが必ず起こるので、医療安全管理部との連携が必要。マンパワーが不足する可能性がある。

医師からのタスク・シフト/シェアを受けるにあたり、教育・研修の場を新たに組織し、継続的な技能を維持することにより医療の質と安全が担保できると考える。

当院ではまだ行っていないが、造影剤やRIを投与するための静脈路確保に関しては、看護部との実習等の連携が大切となってくる。

造影剤注射のための静脈確保について、実際に運用する場合、技師任せとなり、アレルギー対応等の初動が遅れることが考えられる。

診療放射線技師へタスク・シフト/シェアされた業務に対して、何かあった際にどこまで責任が問われるのか不安がある。

継続的にトレーニングできる環境整備。医療過誤への損害賠償。

- ・研修時間の確保と研修方法を確立することが可能か
- ・一定の医療の質が保てるか
- ・技師の覚悟と危機意識
- ・医療の質や安全上の懸念は特にないと感じます。医師の静脈路確保に比べ診療放射線技師は患者とのコミュニケーションが上手く短時間で信頼関係を築けていると感じる。造影剤の注入時は注入が終了するまで、または撮影が始まる直前まで患者の傍らで観察を行い安全確保ができています。
- ・造影剤の血管外漏出や接続部からの漏れにおいても医師の静脈路確保に比べ発生件数は非常に少なく、慎重に手技を行っていると感じます。

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み
(自由記載)

- ・安全管理のために医師や他業種とのコミュニケーションを向上させる必要がある。
- ・アクシデントが発生した際の対応及び継続教育のため体制構築が必要。

診療放射線技師の告示講習を受講することを推進している。

病院認定試験を行っており、抜針に関してもシミュレーター並びに患者事例など合格ラインを設けている。看護師との情報共有を徹底するために定期会議を行っている。IGRTにおける画像の一次照合について、医師との情報共有し安全に実施している。ただし照合が困難な症例は医師が照合を行なっている。

放射線科の医師の指導の基に対応している。

国立大学だけでなく、他医療機関も参考にした方がよい。

看護師等と緊密な共同作業が必要

実際に特定のタスク・シフト/シェアを受ける場合には院外での研修(告示研修)を受講したのちに、臨床研修・キャリア支援部看護メディカルスタッフ研修センターでの院内での実習を受けることにしている。

日本診療放射線技師会の告示研修を全技師が受けるようにしている。

現在、新たに取り組みは行っていないが、医師からのタスク・シフト/シェアをするに当たっての院内の規定策定と実施承認、部内のマニュアルの整備、OJTの体制やスキル評価などが必要と考える。

まずは現状のスタッフでできる範囲を行う。無理をしない。ルート確保に至っては、注入速度の遅い症例に限定しながら行う。看護師が不在になることはなく、シェアしながら行う。

OJTの実施、再教育、血管確保等に関するマニュアル、チェックリストの作成

当院では診療放射線技師の業務拡大範囲のタスクシフト・シェアは現段階で実現できていない。従って現段階での具体的な記載はできないが、タスクのシフト・シェアを開始するにあたって、予測される医療の質と安全性の担保・向上に向けての取り組みには、①看護師ラダーに含まれるような「IVナース」の資格取得に準じるような独自の認定制度の確立、②実技・座学の定期的な研修制度の導入、③患者急変時対応訓練と体制構築、これらの整備は必要であると考えます。

特定のタスク・シフト/シェアについて、医師の具体的指示に基づき実施する業務からはじめ、診療放射線技師が自身の裁量で実施できるように、段階的に経験を積み、医療の質・安全性の向上に取り組んでいる。

医師からのタスク・シフト/シェアを受けたとしても、検査室近辺から医師がいなくならないように読影室(スペース)を確保し、そこで読影業務を行なっている。

造影検査時の医師立ち会い、又は待機場所のルール作りとトラブル発生時の対処方法等のマニュアル作成が必要と考える。

タスクシフティングの前提として、告示研修の受講があるため、受講費は、診療放射線技師会の会員・非会員にかかわらず、病院負担・業務出張として扱い、受講を必須としている。

- ・マニュアルの整備。トレーニング器材等の購入。
- ・定例ミーティングたちあげ。

・研修を行っている日本診療放射線技師会への入会の勧めと会員継続(自己研鑽のため)

・現行制度の下で、実施可能な業務については可能な範囲で推進している。

・医療の質や安全性向上の観点から、静脈路確保のタスクシフトに関して院内認定制度を新設して教育などのカリキュラムや認定基準を策定した。

・認定されるまでには、医師の指導・監視の下、50患者以上の静脈路確保を行っているため、放射線技師は不安なく静脈路確保の臨床業務に就くことができる。

【職種別状況調査 臨床検査技師】

◆ 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

● 臨床検査技師が医師の具体的指示に基づき実施している業務（全51施設）

	N	%
(1) 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	9	18
(2) 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認	30	59
(3) 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定	5	10
(4) 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引	2	4
(5) 検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為	30	59
(6) 病棟・外来における採血業務	38	75
(7) 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作	37	73
(8) 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	6	12
(9) 救急救命処置の場における補助行為の実施	3	6
(10) 細胞診や超音波検査等の検査所見の記載	41	80
(11) 検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成	2	4
(12) 病理診断における手術検体等の切り出し	23	45
(13) 画像解析システムの操作等	14	27
(14) 病理解剖	18	35
(15) 医療用吸引器を用いて鼻腔、口腔又は気管カニューレから喀痰を採取する行為	0	0
(16) 内視鏡用生検鉗子を用いて消化管の病変部位の組織の一部を採取する行為	3	6
(17) 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に接続されたチューブにヘパリン加生理食塩水を充填する行為	0	0
(18) 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に点滴装置を接続する行為（電解質輸液の点滴を実施するためのものに限る。）	0	0
(19) 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に血液成分採血装置を接続する行為、当該血液成分採血装置を操作する行為並びに当該血液成分採血装置の操作が終了した後に抜針及び止血を行う行為	7	14
(20) 超音波検査のために静脈路に造影剤注入装置を接続する行為、造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為並びに当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為（静脈路に造影剤注入装置を接続するために静脈路を確保する行為についても、「静脈路に造影剤注入装置を接続する行為」に含まれる。）	3	6
(21) 運動誘発電位検査	19	37
(22) 体性感覚誘発電位検査	26	51
(23) 持続皮下グルコース検査	3	6
(24) 直腸肛門機能検査	1	2
(25) その他（自由記載）	12	24

その他

菌株の精査を専門機関にて行う場合の分離培養、梱包、及び発送作業

(10)は細胞診のみ（超音波は検査部の担当）

(12)は5 mm以下の小検体のみ

(18)は準備中、将来行う予定

病理部：病理医による病理手術検体等切り出し後、カセットに収まりきれない部分のトリミング作業、リンパ節のカセット詰め作業

(19)のうち、「当該血液成分採血装置を操作する行為」の部分のみ

(7)新生児のRBCバック分割および血液細胞（幹細胞等）操作、(19)当該静脈路に血液成分採血装置を接続する。行為、採血装置を操作する行為のみ

(19)は当該血液成分採血装置を操作する行為のみ臨床検査技師が実施している。（10）の細胞診は陰性症例のみ。

(6)は外来のみ、(23)は脱着、解析

新生児聴覚スクリーニング検査(AABR)

(12)はEMR, ESD, 円錐切除, 皮膚生検材料に限る。

(20)は静脈路に造影剤注入装置を接続する行為だけ行っている。

新生児聴覚スクリーニング検査、鼻咽頭ぬぐい検体採取

タスク・シフト/シェアによるものでなく(2)、(7)、(10)、(13)は以前より実施している。また、外来における採血業務、病理解剖の介助も以前より行っている。

(5)：一部の薬剤 (6)：外来のみ (7)：血液製剤の分割、血液細胞に関する操作 (12)：一部の検体の切り出し (14)：病理解剖の介助

(20)は超音波造影剤を注入する行為のみ実施している。今後は、静脈確保も行えるように看護師から指導を受けることを考えている。(23)は今年度中に開始する予定である。

(6)採血は外来のみ、少数の患者で採取部位指定がある。

(12)一部の臓器で実施

(12)一部の手術標本の切り出しは病理医の指示もと技師が行っている。(25)中央採血は実施しているが、病棟・外来へ出向いての採血はしていない。

- 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するための座学による継続教育はありますか？

	N	%
① 全ての業務にある	3	6
② 一部の業務にある	32	63
③ ない	16	31
	51	100

- 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するためのシミュレーター等による実技の研修はありますか？

	N	%
① 全ての業務にある	2	4
② 一部の業務にある	19	37
③ ない	30	59
	51	100

- 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するための指導方法や研修のあり方を検討する機会がありますか？

	N	%
① 全ての業務にある	3	6
② 一部の業務にある	27	53
③ ない	21	41
	51	100

- 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に関するマニュアルは整備されていますか？

	N	%
① 全ての業務にある	6	12
② 一部の業務にある	32	63
③ ない	13	25
	51	100

◆ タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

- 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

	N	%
① 増員した	5	10
② 増員を予定している	1	2
③ 未定・未実施	45	88
	51	100

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	5	1	1	2	1.4
「増員を予定している」場合、人数	1	1	1	1	1.0

- 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

	N	%
① 導入した	0	0
② 導入を予定している	0	0
③ 未定・未実施	51	100
	51	100

- その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

	N	%
① 行った	2	4
② 行うことを検討している	6	12
③ 未定・未実施	43	84
	51	100

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

臨床検査技師に余力がないので、医療の質・安全のためには増員が必要

- ・マンパワー不足による従来の日常検査業務の逼迫
- ・業務負担増により、余力の確保がより一層困難となる可能性を懸念する。

静脈路の確保や検査のための喀痰吸引は、実際のところ看護師が立ち合いが必要な業務も多く、タスク・シフト/シェアの効果が難しいのはと考えている。

-
- ・シフトされる業務の内容にもよるが、教育と十分な訓練が必要であり、それがあって初めて成り立つと考える。また、そうでないと非常に不安であり、患者への医療の質と安全が担保できない。(病理部)
 - ・増員なしでは出来ない業務もある。また、継続的な技術指導が必要。(生理検査センター)
 - ・造血幹細胞の処理については、以前より臨床検査技師が実施済み。造血幹細胞採取時の機器の操作は、臨床工学技士が行っているため、医療安全上、臨床検査技師にタスク・シフト/シェアを行う予定はない。その他業務のタスク・シフト/シェアについては、要員の確保が必要と思われる。(輸血細胞治療部)
 - ・余力人員の確保が出来ず医師からのタスク・シフト/シェアを受けた場合に、人員不足のため生じる本来業務への影響。自分達が苦しくなる可能性がある。(検査部)
-

余力を確保し、技術を習得するために十分な研修期間を設ける必要がある。

病院全体としての力量評価ではなく依頼元の診療科と当部に委ねられている。

造影剤の注入等の薬剤投与については、医療安全上、その行為を技師が行ってよいか病院全体でのコンセンサスが必要と考える。

新たに加わった業務の実践機会がそれほど多くないため、技術を維持することに課題を感じている。

各患者検査を行う場合、医師の在席が無く侵襲的な医療行為を行っている中での異常事態や急変等の判断をするタイミングに不安(検査のみの場合で異常事態や急変等の判断をするタイミングは、通常行っている)。また各検査は、時間がかかるものも含まれているため現在の技師数では対応しきれず焦りや不安から患者安全の担保が困難な場合も考えられる。

現状の臨床検査技師の業務をシフトする先がある訳ではないため、業務整理・人員補充が伴わないシフト/シェアがなされた場合、業務負荷増による医療事故等の誘発が懸念される。

アクシデントへの対応について、事前学習が充分に行えるのか不安はある。

手順書から報告、内容についての管理、責任の所在が不明瞭にならないか懸念がある。

増員なしにシフト・シェアを実施する余力がなく、業務過多による質・安全性の低下が懸念

タスク・シフト/シェア関連業務のための増員要望は毎年行っているが、却下となっている。

スタッフの増員がない場合、本来の輸血業務に従事するスタッフが減るため安全性(特に緊急時)が担保できない。また、現状時間外業務になることが多い。(輸血部門)

従来と同等の医療の質・安全を確保するためには、増加する業務に見合った増員は必須と考える。

タスク・シフト/シェアを受け、検査技師がその業務になれるまで、データの質を担保できるかが不安である。

・新規業務負担が増えることによりエラーが生じる懸念がある。(病理部)

・現在実施しているもの以外は、患者への侵襲性を伴うものがほとんどで、人員不足や欠員を抱える状況から、マンパワーの確保や十分な教育体制が整わない状況では安全性面が懸念される。(検査部)

タスク・シフト/シェアの業務を行うに当たって、ある程度の教育時間の確保が必要であると思われるが、教育期間も含めたその人員を通常業務以外に確保すること。責任の所在。

侵襲的検査業務に限りますが、急変時の対応能力をしっかり身に着ける必要があると思います。また安全上ルーチン業務と並行し業務にあたることは避けるべきと考えます。

- ・余力や十分な力量がある検査技師の確保
 - ・根本的に検査技師の人員不足
 - ・教育プログラムの作成(医師と技師の両方に)
 - ・根本的臨床検査技師の業務に余力(余裕)がある体制
-

現在の業務をなんとかこなしている中でタスクシフトによる業務の追加は、人員増加がないと難しい。また病理診断の切り出し作業は診断をする病理医が一連で作業を行いたいとの希望があるので、タスクシフトにより追加される業務は限られたものになる。

部門間の情報伝達と共有が不十分だとエラーが発生する。

自己判断によるミスを誘発する可能性がある。

タスク・シフト/シェアによる人員増がないため、実際に業務として追加されることによる臨床検査技師の業務過多と、それによる医療過誤の不安があります。

現状の人員数では余力がないため、タスク・シフト/シェアにより業務量が増えることで、個人の業務の負担が増し、医療の質、安全性の確保が困難になる可能性がある。

- ・ 現行業務を維持しつつタスク・シフト/シェアを受けることは困難である。
- ・ 人員の整備についても増員が必須という認識が必要と考える。
- ・ 業務内容によってはシフト勤務体制が必要な業務があることを加味しなければならない。

診断業務での誤診、誤入力

未実施な業務については医師からの委任・研修・情報共有手段を要すると考える

タスク・シフト/シェアを受ける項目にトレーニングに時間を要するものがある。技術を習得するのに時間がかかるため、医療の質や安全性の担保に不安が生じる。

余力がない状況で医療の質・安全性を担保しながら新しい業務の教育（研修等）の時間を確保するのが難しい。また、病理検査関連については日本病理学会の理解・承諾が課題と考える。

医療安全を確保したタスクシフトは高度なスキル向上のために十分な時間が必要となってくる。

手順書の作成や、十分なトレーニングと力量を維持するための定期的なトレーニング及び力量評価の実施が必要と思います。

現行の検査室においても業務が逼迫、現行業務における増員を要望している。その要望が整備されなければ、さらなる業務の拡充ができない。

余力の確保ができない。知識・技能の習得に時間がかかる。現状では対応不能。

病理解剖業務において肉眼所見も診断であり、医師が行うべきというのが病理学会の見解である。病理解剖”介助業務”の充実は引き続き技師へ求められている。

職員の固定は出来ないのでローテーションで行うことを考えると技術の品質および安定に問題がある。月1回の当番制など。資格取得後の教育と力量評価

継続的な教育を受ける機会があること。また、医師などとの信頼関係が構築できていること。

臨床検査技師が担当するタスクシフトを行うために、検査技師会のタスクシフト指導講習会実技講習やeラーニング等で研修を行います。実際の業務を行うにはその現場での実際の研修が重要であると思われる。またそのための人員確保や検査業務の削減をどのようにしていくかは病院全体の方向性や方針が必要と思われる。

- ・ 外来採血時の静脈路の確保に関しては、当院の設備上患者の移動時の安全性が確保できないことから、従来より反対意見が多い。
- ・ 患者急変時の対応方法など安全面で不安がある。
- ・ 一人ひとりがその専門性を活かせる仕組み作りが重要である。また患者が急変した場合の対応方法など安全面で不安がある。

現状実施している業務に関しては問題はないが、新規業務を実施するまで仕組み（研修や実習・座学等）が整備されていない点

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み (自由記載)

- ・ 部内（部門間）タスクシェアを行うことにより部外タスク・シフト/シェアを行うための人材を捻出することを試みている（2023年8月現在試行段階）。
- ・ 今後、臨床検査技師の増員、ICT機器の活用および技師以外の職種へのタスクシフトを見据えて、計画的な取り組みが必要である。

タスク・シフト/シェアに関しての座学は、部門内の技師は受講している。

今後は実技講習会を隣接する保健学科をお借りし実施予定である。

・タスク・シフト/シェアされる場合には、臨床検査技師の業務が増えることになるため、人員の増員が不可欠である。（病理部）

・医療安全上、病院全体で取り組む必要がある。（生理検査センター）

・どの項目についてどの職種が一番適しているのかを検討した上で、最適な人員（職種）を派遣することが良いと考える。そのためには個別対応ではなく病院組織的にタスク・シフト/シェアに取り組む必要があると考える。（検査部）

医師が多忙の中作業するよりも、体制が整えられた管理下で検査技師により実施された方が質、安全面ともに確保される。しかし、血液成分採血装置に関する部分は医師や臨床工学技士ではなく臨床検査技師が実施するのは質も安全面もメリットがないと思う。（輸血部）

・力量を評価してから取り組む

・プロトコルの整備

・医師から研修医に教える方法と同じ方法で技師が教育を受けるようにする。

輸血・細胞治療センター：(7)(19)については、細胞治療や再生医療に関する専門的な資格を取得したスタッフが従事することで、医療の質・安全性向上に努めている。

上記行為も慣れてくれば、問題が無くなることも考えられるが、そのためには検査自体に時間がかかる、慣れることにも時間がかかる、現状の検査だけでもマンパワーの確保が必要等の課題があげられる。

これまでのインシデント、アクシデントを共有し、リスクについて協議したいと考えるが、現在のところ、新規にタスク・シフト/シェアする予定のものはない。

・病理医からのタスクシフトの内容を先に予想しておき、手順書を作成している。手順書を遵守することで個人による手順のばらつきを抑え、またリスクを抑えた手順で実施できるようにしている。

・若手スタッフの教育

開始前にはマニュアルを作成し、院内での研修を行い、スキルを評価した後実施すべきである。

日本臨床検査技師会の行っているタスク・シフト/シェアの講習会に数名参加している。

これまでも可能なものは自動化やシステム化で効率化を行っているが、すべての検査が自動化できるわけではない。

・病棟検査技師配置に向けての準備に取り組んでいる。（検査部）

・患者への検査結果説明など、医師から要望があれば病棟で実施している。（輸血・細胞治療部）

・人員の余力確保のための事務系業務の無資格者への移行やシステム化を検討（病理部）

些細な事でも医師に確認や指導を求めている。

タスク・シフト/シェアを受ける目的ではないが、増員が難しい現状であるため、業務の効率化、省力化に取り組む、少しでも余力を作り、医療の質、安全性の向上のために検討している。

検査部の大半の臨床検査技師がタスク・シフト/シェアに関する厚生労働大臣指定講習会を終了している。

技師間及び医師・技師間のダブルチェック

どのようなタスクシフトを受けても、ISO15189の運用に則り継続的な質の向上・医療安全の確保に取り組んでいる。ISO15189範囲外の技師にこれに従わせることが難しい。

タスク・シフト/シェアを受ける際に人員確保ができない場合、大幅な検査の運用見直しをする必要がある（検査項目や検査体制の見直しなど）。運用見直しを行い、検査を効率化することでタスク・シフト/シェアを受ける人員や時間を確保する。

統一したプロセスで業務を実施するよう手順書（SOP）を作成、スキル評価を行い業務を遂行するようにしている。

技術と知識の向上に向けての積極的な研修参加および自己学習が必須である。

臨床検査技師免許資格の追加範囲となる一部の業務については、厚生労働大臣指定研修会を臨床検査技師会で開催しており、院内の検査技師にも研修修了者が多く在籍している。タスク・シフトによる業務の手順化、トレーニング後の技能評価を行い医療の質を担保する。技能評価は実技試験なども行う。

余力の確保が必須、その上で適切な指導の下に手技のマスターができると考える。

今後、超音波造影剤注入時の静脈確保、抜針、止血、及び持続皮下グルコース検査について、看護師から指導を受けることを考えている。

他部門との協力体制の強化

内部の効率化（検査項目などの削減など）の理解と、増員、医療安全上の保障が確立されていること。

- ・ 特定の人への負担にならないようにしなければならない。
 - ・ 人員確保が第一条件。
 - ・ タスクシフト/シェアの業務マニュアルを作成し、業務プロセスを最適化し、人材育成も最短で行うことが可能な上、緊急時の対応なども含めて網羅的なマニュアルがあれば安全面についても担保が可能である。
-

【職種別状況調査 臨床工学技士】

◆ 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

● 臨床工学技士が医師の具体的指示に基づき実施している業務（全51施設）

	N	%
① 心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作	44	86
② 人工呼吸器の設定変更	26	51
③ 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血	11	22
④ 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引	2	4
⑤ 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	44	86
⑥ 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更	46	90
⑦ 超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確認	19	37
⑧ 全身麻酔装置の操作	8	16
⑨ 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入	7	14
⑩ 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備	10	20
⑪ 手術室や病棟等における医療機器の管理	37	73
⑫ 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	17	33
⑬ 生命維持管理装置を装着中の患者の移送	43	84
⑭ 手術室又は集中治療室で生命維持管理装置を用いて行う治療における静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続、薬剤を投与するための当該輸液ポンプ又は当該シリンジポンプの操作並びに当該薬剤の投与が終了した後の抜針及び止血（輸液ポンプ又はシリンジポンプを静脈路に接続するために静脈路を確保する行為についても、「静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続」に含まれる。）	6	12
⑮ 生命維持管理装置を用いて行う心臓又は血管に係るカテーテル治療における身体に電氣的刺激を負荷するための装置の操作	44	86
⑯ 手術室で生命維持管理装置を用いて行う鏡視下手術における体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラの保持及び手術野に対する視野を確保するための当該内視鏡用ビデオカメラの操作	0	0
⑰ その他（自由記載）	6	12

その他（自由記載）

臓器移植における臓器提供手術の臓器灌流などの支援業務

当院では、ほとんど以前より実施済みです。今回入力したものが、タスクシェアの観点で対応したものです。

心臓移植ドナー同行、補助人工心臓管理・外来・教育ほか

経カテーテル大動脈弁移植植込み術（TAVI）における、清潔野での医療材料の準備（主にクリンピング作業）と手渡しをする業務。

⑤、⑪、⑬の業務に関しては一部実施

⑪はTAVIやPTAなどカテ治療時の介助やデバイスの準備

⑩麻酔器の使用前点検は実施している。

⑫一部の手術で実施

術中モニタリング（脳外・整形・心外・耳鼻科）への対応増加、ECMO Car同乗対応中

- 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するための座学による継続教育はありますか？

	N	%
① 全ての業務にある	2	4
② 一部の業務にある	25	49
③ ない	24	47
	51	100

- 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するためのシミュレーター等による実技の研修はありますか？

	N	%
① 全ての業務にある	0	0
② 一部の業務にある	27	53
③ ない	24	47
	51	100

- 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するための指導方法や研修のあり方を検討する機会がありますか？

	N	%
① 全ての業務にある	5	10
② 一部の業務にある	20	39
③ ない	26	51
	51	100

- 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に関するマニュアルは整備されていますか？

	N	%
① 全ての業務にある	6	12
② 一部の業務にある	27	53
③ ない	18	35
	51	100

◆ タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

- 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

	N	%
① 増員した	7	14
② 増員を予定している	3	6
③ 未定・未実施	41	80
	51	100

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	7	1	1	2	1.4
「増員を予定している」場合、人数	3	1	4	6	3.7

● 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

	N	%
① 導入した	2	4
② 導入を予定している	0	0
③ 未定・未実施	49	96
	51	100

● その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

	N	%
① 行った	6	12
② 行うことを検討している	11	22
③ 未定・未実施	34	67
	51	100

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

専門的な知識や技術の修得は望ましいが、業務ローテーションの際では一定水準を保つのが難しい。

人員が増えないと、業務量的に難しいと考えます。今でも足りていない場合があるので、安全に業務を遂行するための人員確保が優先と思われます。

タスクシフトに対してやれる内容だと認識しているが、コロナ対応などの人員の不足で現状実施している業務すら対応できていない。人員を増やして現状実施している業務の余力があれば、対応したい。

医師の業務以前に、臨床工学技士としての業務をまだ完全に網羅できていない状況にある。

医療事故が起ってしまった場合の責任の所在。現場だけで、業務範囲が拡大してしまうこと。また、ある特定の医師の治療の場合に仕事が増えてしまうこと。医師のタスク・シフト/シェアは高度な知識と技術が必要な場合があるので、臨床工学技士の中でタスクシフト業務が出来る技師と出来ない技師ができています。今後そのような業務が増えてくると優秀な人材の確保が難しくなって業務が二極化するのではないかと懸念している。

マンパワー不足と職域を超えた業務の依頼、医師をはじめ他職種間でできる業務を認識する必要があると考える

夜間などで、慣れないタスクシェア業務への協力要請があった場合の安全性については、日常的に当該業務（特にICU業務）を行っている技士に比べると懸念が残る。

患者の状態（呼吸循環代謝ほか病態や解剖など）を把握、理解できるようになる事が前提であり中途半端な知識で新たな業務に介入していく事は危険と考える。また、慣れてくると勝手な判断で物事を進めてしまう危険性も否めない。タスクがシェアされたとしても最終決定権、全ての指示は医師から発せられるべきであり、行動する時には詳細な確認が必要で独自の判断で行動しない事をきちんと理解しておく必要性を感じる。

研修機関病院であるため、医師が多く勤務しているため、タスク/シェアが進まない。進まないがゆえに、突然依頼が来る可能性があり、準備が出来ず、安全に対応可能か不安

業務拡大中のため、タスク・シフトどころではないのが現状ですが、項目の半分程度はすでに実施済みです。

各医療機関の体制や部門の体制により取組み方は異なるので、実施できる業務を必ずシフト/シェアするという風潮になるのが心配である。

当該業務につく人員の確保が伴わないと従来業務へ支障が発生したり、個人への負担がかかることで事故やミスにつながる恐れがある。

当院は大学病院という関係上、各診療科に研修医が数多く在籍しており教育を行っているが、我々がタスク・シフト/シェアを行うことにより、研修医の技術習得機会を奪うことになる可能性がある。

臨床工学技士のタスク・シフト/シェアが出来ていないため業務がかなり増えている。その分安全が担保できるか不安である。また、臨床工学技士に任せればよいような雰囲気がある診療科がある。

医療の質を担保するための研修プログラムや継続した教育など、それぞれの自施設で検討されているが施設間で差があると感じる。

研修や技量が伴わないうちに、責任や業務のみが増加していく。

単独の診療科からの依頼にならないよう病院全体としてタスク・シフト/シェアをする内容をWGにて報告し、各部署での業務が負担増とならないよう配慮する必要がある

人員不足による質の維持

教育の方法

責任の所在が不明確

MEセンターの全臨床工学技士で検討した結果、タスクシフトのための増員が必要ならば、医師を増やした方が効果が大きいと考えている。

タスクシェアで実施できる業務内容に対して、スポットでの研修や行為に対する手技の研修だけを行っても医療上の安全性は担保できないと考える。

医師とのスキルの差が生じるため、研修等によりスキルの向上が求められる。

ローテーションを取り入れ、各部門（手術部門、内視鏡部門、血管造影部門等）のリーダーも異動があるなど、縦割りにならない工夫がなされています。

しっかりとした教育の実施と、何かあった際の運用体制の構築が肝要であるとする。

まずは体制の確保が優先である。

タスク・シフト/シェアを受ける側の環境整備（マンパワー等）が整わない状況で業務量だけが増加した場合、医療の質・安全面が低下するとともにスタッフの負担も増加する。

タスク・シフト/シェア業務の中には、患者に被害が及ぶリスクが高い業務もあるので、それらの業務に関しては、まずはトレーニングを行い、その後、安全に実施できることの基準を達成することとし、達成者については、ME機器センター長に実施の承認を得ることで業務が可能という形式をとっている。

法律の範囲内でのタスク・シフト/シェアによる業務が望まれるが、法を逸脱しての業務となると医療安全上好ましくない。

内視鏡業務において、業務の範囲が不明確であり、担当する医師で求められる業務内容が異なる。

臨床工学部門では、技士全員（23名）が臨床工学技士の業務範囲追加に伴う厚生労働大臣による研修（告示研修2021）受講しています。

指導医の負担を懸念。レベル維持のための病院認定などのシステム作りへの労力も懸念。

個人スキルの把握と、個別に行うべき研修プログラムができていない。

医療機器の高度化・複雑化している状況の中で、実際には医師の指示ではなく、臨床工学技士の個々の考えが強いバイアスをかけて、治療方針などに大きく影響を与えないか。

教育体制が十分に確保できない可能性を感じます。

移管された業務については、休日夜間対応についても求められることになると考えられるため、安全確保の観点から自部門の体制を再検討する必要性が生じる。

タスクシフトに重点を置いてしまうと教育不足や組織での知識水準維持ができていない状況でタスクシフト運用してしまうと医療安全上のリスクが高くなる可能性がある。必ず知識向上維持と継続的教育とタスクシフト・シェアは一連で進める必要があると考える。

医師同様の質を維持したままでのシフトが可能かどうか

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み

(自由記載)

今いる人員で可能な範囲で対応しています。

対応可能な時に、人工呼吸器の離脱をしたり、心カテの治療の際に清潔野で機材の手渡し等の対応を行っています。

リスクも伴うためインセンティブなども付与することで、スムーズな導入が図れると思うが、現状の人員不足に加えて、リスクも増えると思うと、業務を希望するものがあるかわからない。

需要があれば積極的にタスク・シフト/シェアを受け入れているが、わからないことがあれば医師に積極的に質問、確認している。また、夜間・緊急時には専門性のある看護師が現場に入れないが、平日頃から看護師の仕事をフォローしているので、ある程度、夜間・緊急時に専門性のない看護師のフォローができています。また、看護師だけではなく、放射線技師のフォローも同様に行っている。

夜間業務に関しては、宿直者の業務範囲を絞り、それ以外の業務に関してはICU担当自宅待機者の招集や、断っても良いことなどをルール化している。

当院では、臨床工学技士が担っている業務が過多であり、医師や他職種のタスクをシェアする前に臨床工学技士の働き方改革が必要であった。臓器移植対応やVAD管理、補助循環などの業務が休日夜間問わずに実施されているため、超過勤務が三六協定を逸脱してしまい、2019年からまずこれを改善する事から業務改革を始めた。現在でも移植医療を中心とした生命維持管理装置対応業務が増加しており、タスクのためではなくこれらの業務に対応すべく増員も行っている。ただし、一定のレベルで業務を行えるようになるまでには相応の時間も必要で、需要に供給が追いつかず臨床工学技士としての業務を維持する事で精一杯で、医師や他職種の業務を受け入れる余裕がないまま数年が経過している。※この調査票は、タスクをシフト/シェアする事を前提に作成された質問項目であるため回答としてはほとんどがNOとなっている事をご承知おき頂ければ幸いである。

全国の医療機関で統一した導入マニュアルなど一定の基準を示してほしい。

業務拡大中のため、タスク・シフトどころではないのが現状ですが、項目の半分程度はすでに実施済みです。

関連する診療科へ調査することで、タスク・シフト/シェアの必要性をまとめ、本当に必要な内容を必要な増員を要求し行う計画としている。

夜勤を行う上でルーティン業務としての人工呼吸器安全使用のラウンドを行っている。それによって夜間の使用状況を確認し昼間と夜間の呼吸モードに変更が必要な場合は時間帯で自動的に変更出来る特殊なモードに変更して医師や看護師の負担を減らしている。また離脱に向ける場合、自発換気時間、機械換気時間を24時間でモニタし離脱出来るか判断している。

自施設でのタスクシフト/シェアを考えることと並行し、大学病院としての関連施設との連携や共通の人材教育研修プログラムを作製し、同一プログラムで研修ができないか検討している。

タスクシフト以前に、現在の業務自体マンパワー不足のため、対応がほとんどできていない。

看護師などメディカルスタッフ間でもタスク・シフト/シェアの内容を共有し、業務実施における手順などについて確認するなどの取り組みを行う。

- ・ 臨床工学技士業務のマニュアルの整備と改訂
- ・ 部内サーバーによる情報の集約と共有

当MEセンターの増員計画（2006から）が医師、看護師、メーカーや業者からのタスクシフトを目的に行った。そのため、その都度医師からトレーニングを受け、現在ではMEと医師が後任のトレーニングを行う形になっている。学会等への参加は質の担保や安全にも寄与していると考えている。

実施する医療行為に対して幅広い理解ができた段階で実施することが望ましいため、院内で確立した研修プログラムの構築し長期的な育成や認定が必要と考える。

業務を兼務ではなく専任とし、質の向上を図る。

医師とのタスク・シフト/シェアを実施する前に、既存業務に関するCE間でのタスクシェアをしっかりとやっておく必要があると考える。

厚生労働省から提示されている告示研修の受講。現在、約80%受講終了。来年までに全員受講予定である。

- ・ニーズ調査を行い、必要人員の要望を行った。
- ・マニュアル作成に関して臨床工学技士だけでなく医師にも協力いただきマニュアル作成を行った。

マニュアルの整備や定期的な研修会の開催。

麻酔補助業務（実施予定 現在研修中）において、具体的な指示書を作成し標準化を図る。

現在、術中モニタリングの増加、ECMOcarへの同乗、ロボット手術件数増加、ICUとHDの増床に伴う当部の人員不足が生じており、タスクシフトに着手できる余裕がない。

研修プログラムの作成と、理解度を把握するためのテストを行っている。

インシデント・アクシデント事例の振り返りやその他の事例の考察などを全体会議で報告・議論をする事による情報共有の推進

チェックリスト・教育体制の構築など

当院では早期より麻酔補助業務（麻酔アシスタントの育成）に力を注いでおり、1年の計画的教育とOJTによる教育を実施している。1年の研修後、医療安全委員長、看護部長、副院長などの承認のもと病院長より院内認定を付与している。これにより、一定水準のスキル維持とさらに大学院への社会人進学しやすい環境づくりをしている。

【職種別状況調査 理学療法士】

◆ 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

● 理学療法士が実施している業務（全51施設）

	N	%
① 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	43	84
② その他（自由記載）	18	35

その他（自由記載）

- ・外来リハビリテーションの訓練前診察の日程調整及び予約、装具
- ・外来対象患者のピックアップ、術後や新たな疾患発症時などにおけるリハビリテーション算定変更についての補助業務、医師が患者にリハビリテーション実施総合計画書について説明した後のフォローアップ、カンファレンスに参加し要旨を医師に伝える。

通常の患者診療業務、周術期外来対応、褥瘡ラウンド、カンファレンス対応など

各診療科からの依頼（処方）チェック

2021年9月30日付「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(医政発0930第16号)」で示された「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」については、当院法務コンプライアンス担当での検討も経て、同書類内「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」と併せて考えると、リハビリテーション実施計画書、リハビリテーション総合実施計画書の説明、書類交付を行うことは適当ではない、との判断となり、これらは医師が行う業務となっている。

具体的な負荷量や運動内容はセラピストが判断し実施している。

①の医師が行うこととされているタスクは医師に実施いただいている。

術前後評価

実施計画書はDrが記載・説明書類の交付を実施、総合計画書はPTが記載・説明書類の交付を実施。ただし、Drが作成する実施計画書において一部、運動機能やADL等はPTが記載できる範囲で行っている。

- ・喀痰等の吸引の実施
- ・運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等の実施
- ・排尿ケアチーム活動による排尿自立に向けた活動支援を行う。
- ・呼吸サポートチーム回診及び研修会の実施

身体障害者手帳や障害者年金診断書の交付等のための身体計測業務

身体障害者手帳・国民年金等診断書における身体評価

脳卒中や心疾患など安静度拡大の一部を理学療法士が行い、医師へ情報提供する場合があります(車いす座位可・不可、立位歩行可・不可)。

主治医から提出されたリハビリ処方箋が疾患、領域が診療報酬上、不適切な場合があるためチェックと修正の依頼

身体障害者手帳の必要事項の測定、筋力測定、3次元動作解析測定

身体障害者手帳の計測

リハビリテーション処方医が対面診察時に実施している。

リハビリテーション医学講座の医師が責任を持ち、共同的に文書作成している。

◆ タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

● 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

	N	%
① 増員した	4	8
② 増員を予定している	1	2
③ 未定・未実施	46	90
	51	100

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	4	1	1.8	3	1.9
「増員を予定している」場合、人数	1	1	1	1	1.0

● 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

	N	%
① 導入した	0	0
② 導入を予定している	2	4
③ 未定・未実施	49	96
	51	100

● その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

	N	%
① 行った	1	2
② 行うことを検討している	3	6
③ 未定・未実施	47	92
	51	100

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

専門的な知識や技術の修得は望ましいが、業務ローテーションの際では一定水準を保つのが難しい。

- ・タスクシフトの影響のみではないが、スタッフの業務量の軽減に増員は不可欠
- ・医師との情報交換（カンファレンス）の時間確保

セラピストのマンパワーが不足しているにも関わらず、タスクシフトが行われていることでセラピストの業務が増加しており、セラピストのインシデントが増加する可能性が危惧される。

- ・計画書等の説明については、責任の所在などの問題から医師が行う事が望ましいと考えられる。
- ・医師の業務をセラピストが担う事で、本来業務にかける時間が圧迫される。

診療にあてる時間の減少

現在、理学療法士は15名が勤務しており、今後土曜日診療開始に向けて増員をしている。一方で、患者一人当たり平均2単位の確保には至っていない状況である。この状況で医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるとなると、本来患者に対して2単位以上関わる目標から遠ざかることとなり、医療の質・安全上の懸念が生じると考えられる。

診療業務に余裕がない状況のために身体的精神的な負担となる可能性がある。

リハビリテーション実施計画書の説明不足

理学療法士がリハビリテーション関連書類を作成する際に、リスクや計画立案に資する医療的な判断を行う必要性があるため、療法士間での判断基準が不明確になりうる懸念がある。

当院では以前より理学療法士が各種書類業務を行っているため、特に懸念事項はない。

責任の所在

実施計画書の説明は医師が行うことになっている（保険点数上）

医師の書類上の記載を少しでも療法士が取り組むことで業務負担が軽減されると思われる。

医療の質、安全上の懸念はない

説明、交付のため問題ないかと思われます。

リハビリテーション施行上のリスクや禁忌事項に対する情報不足及び患者への説明不足などが生じることが懸念される。

医師の指示のもと理学療法士が独立して動いておりタスクシフトを契機として質、安全性の問題が増えるかどうかは今のところないように思います。

当院の現状では懸念事項は無い。

理学療法士がタスク・シフト/シェアした業務を、医師が承認する必要性。（本来医師が行う業務であるため）

経験が浅いスタッフは、患者の急変に対する不安や恐怖心はあるかと思えます。

タスクシフト・タスクシェアを受けることでセラピストの書類作成などの業務量が増えており、診療補助業務の時間もタイトになってきている。

以前より実施しており、特に問題はありません。

リハビリ処方箋を出すタイミング、内容が不適切なものが多い（入院前に入院後のリハビリ処方箋がでる、術前に術後の処方箋がでる、疾患と領域が不適切など）。不適切な処方箋は医療の質の担保に弊害が生じると懸念している。処方箋は医師の業務でありタスク・シフトには該当しないと認識している。

患者実施時間(単位)の減少。

訓練時間を減らさざるを得ないことがあること。

医療情報の把握やリスク管理が不十分になること

- ・患者からの質問に対し、医師でなければ返答できない内容が多い。
 - ・署名できない患者や家族への説明が必要な患者においては、家族へ電話による同意を得る必要があり、療法士ではカバーしきれない。
-

リハビリテーションの実施における目標や実施内容、さらに実施におけるリスクについては、医師からの説明が必要と考えられる。

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み (自由記載)

メディカルクラークの介入により、計画書作成の失念の軽減に取り組んでいる。

人員の確保が必要と考える

どのような特定のタスク・シフト/チェンジの内容を受けるかによるが、現在の人員で引き受けると患者一人当たりに必要な単位数が確保できなくなるため、業務量に応じた時間の確保および更なる増員という取り組みが必要と考える。

個別の業務療法を確認しスタッフへの業務量を調整することで過度な負担を防止している

医師の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士への処方について、療法実施の内容、安全性の確保に問題のない起算日等の公項目について、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が「修正提案」として処方を修正し、事後医師が確認して承認する取り組みの準備を進めている。

理学療法士によるリハビリテーション関連書類の作成に関しては、担当リハビリ医師が完成書類を必ず確認する事で、安全性および質の向上に努めている。

医師は、作成された書類を確認（承認）する必要がある。

基本、医療事故を起こさぬようにしています。少しでも医師の業務負担が軽減できるようにサポートしていきたいと思えます。

初期研修の一環で書類の作成方法などを教育している

リハビリ処方に修正が必要となった場合、医師に確認の上、技士が処方の修正を行うことを検討している。

特定項目（病名や手術日、リスク、禁忌事項）に関しては医師が明確に記載するルール化を図った。

事前にメールなどで介入時のリスク内容などカルテ記載を依頼。医師の考えや判断を共有し療法士が判断できるようにになれば医師の負担軽減につながるかもしれない。

Drが作成する実施計画書において一部、運動機能やADL等はPTが記載できる範囲で行っている。

タスク・シフト/シェアする内容について、こちらの人材が有限であるため理学療法士が行うべき業務かどうかを見極める必要がある。

また、その業務内容によっては、そのスキルが個々の理学療法士に備わっているかどうかの判断基準が必要であり、他職種のように研修制度を検討する必要もある。

最新の患者状況の把握、リスクが高い患者は、他職種（看護師）などにも協力してもらおう。（複数人で対応）

カンファレンス以外での医師との連携強化

今後も現在と同様に、医師と連携して診療・各種書類の記載・説明・書類交付を実施します。

安静度について、医師からの指示を待つのではなく、転倒予防やメンタル面、循環動態等、全体的に評価をした上で安静度の提案を積極的にさせていただいている。

診療科と緊密な連携

・療法士がタスクシフトで業務を請け負うと治療時間（単位）には含まれない。そのため全てが時間外業務となる。また、そのための増員はなされず対応困難である。

【職種別状況調査 作業療法士】

◆ 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

● 作業療法士が実施している業務（全51施設）

	N	%
① 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	42	82
② 作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等	45	88
③ その他（自由記載）	16	31

その他（自由記載）

外来リハビリテーションの訓練前診察の日程調整および予約、術後や新たな疾患発症時などにおけるリハビリテーション算定変更についての補助業務、医師が患者にリハビリテーション実施総合計画書について説明した後のフォローアップ、カンファレンスに参加し要旨を医師に伝える。

通常の患者診療業務、周術期外来対応、褥瘡ラウンド、カンファレンス対応など
装具作製

・ 治験等での運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等、また上記①の書類には、義手申請書類の必要性等の項目における意見提示等も含む。

・ 2021年9月30日付「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（医政発0930第16号）」で示された「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」については、当院法務コンプライアンス担当での検討もへて、同書類内「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」と併せて考えると、リハビリテーション実施計画書、リハビリテーション総合実施計画書の説明、書類交付を行うことは適当ではない、との判断となり、これらは医師が行う業務となっている。

治療介入効果判定のための評価、データの集積

①の医師が行うこととされているタスクは医師に実施いただいている。

多職種で作成したリハビリテーション総合計画書の説明と交付、目標設定管理シートの一部作成は技士が行っている。

医師が作成する「リハビリテーション実施計画書」においてはADL・運動機能面等、OTが記載できる箇所はOTが行っている。「リハビリテーション総合実施計画書」において必要に応じてOTが説明。

- ・ 喀痰等の吸引の実施
- ・ 作業療法士によるリンパ浮腫に対するケアの指導

身障者手帳交付に関わる身体機能評価

カンファレンス記録の記載、他院主治医へ毎月の状況報告、患者職場へ毎月の状況報告、家族および職場との情報共有

診断書記載、診断書作成のための検査と聴取、退院の可否と見込み時期の判断

身体障害者手帳の計測

- ・ 書類はリハビリテーション処方医が対面診察時に実施している。
- ・ リハ処方医も行うが、作業療法士も必要に応じて実施している。

リハビリテーション医学講座の医師が責任を持ち、共同的に文書作成している。

◆ タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

● 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

	N	%
① 増員した	3	6
② 増員を予定している	1	2
③ 未定・未実施	47	92
	51	100

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	3	0.5	1	1	0.8
「増員を予定している」場合、人数	0 [※]	0	0	0	0.0

※②増員を予定していると回答した病院で増員を予定している人数の記載がなかった病院があった

● 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

	N	%
① 導入した	1	2
② 導入を予定している	2	4
③ 未定・未実施	48	94
	51	100

● その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

	N	%
① 行った	1	2
② 行うことを検討している	2	4
③ 未定・未実施	48	94
	51	100

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

質の担保、責任の所在

セラピストのマンパワーが不足しているにも関わらず、タスクシフトが行われていることでセラピストの業務が増加しており、セラピストのインシデントが増加する可能性が危惧される。

- ・計画書等の説明については、責任の所在などの問題から医師が行う事が望ましいと考えられる。
- ・医師の業務をセラピストが担う事で、本来業務にかける時間が圧迫される。

診療にあてる時間の減少

現在、作業療法士は11名が勤務しており、今後土曜日診療開始に向けて増員をしている。一方で、患者一人当たり平均2単位の確保には至っていない状況である。この状況で医師からタスク・シフト/シェアを受けるとなると、本来患者に対して2単位以上関わる目標から遠ざかることとなり、医療の質・安全上の懸念が生じると考えられる。

医療倫理に基づくと善いことをしたいであるとか、患者の希望をかなえたいという点から療法士が職域を超えて業務を遂行してしまう危険性がある。その際にどこまで危険であるとう認識があればまだしも、その判断ができない職員も多くいることが安全上の問題となる。

診療業務に余裕がない状況のために身体的精神的な負担となる可能性がある

リハビリテーション実施計画書の説明不足

作業療法士がリハビリテーション関連書類を作成する際に、リスクや計画立案に資する医療的な判断を行う必要があるため、療法士間での判断基準が不明確になりうる懸念がある。

当院では以前より作業療法士が各種書類業務および患者評価を行っているため、特に懸念事項はない。

- ・ 経年数によって出来ることと出来ないことがある。任せる側の不安もある。
 - ・ 医師より依頼を受けたADL評価・高次脳機能評価について、療法士レベルで大きな乖離が生じないように、適性・正確性が求められる。
-

医師も患者数も多数なため、情報、リスクの共有が希薄になる可能性があり。

- ・ 業務負担による診療の質低下。
 - ・ 業務量増加が給与に反映されないのであれば、それによるモチベーション低下から来る診療の質の低下や安全性低下。
-

書類業務過多、カンファレンス頻度向上

理学療法士同様

タスクシフト・タスクシェアを受けることでセラピストの書類作成などの業務量が増えており、診療補助業務の時間もタイトになってきている。

以前より実施しており、特に問題はありません。

医師が作成した書類の説明では正確に行えない可能性がある。

患者実施時間(単位)の減少

訓練時間を減らさざるを得ない事があること。

検査業務の増大、診療業務の圧迫

- ・ 患者からの質問に対し、医師でなければ返答できない内容が多い。
 - ・ 署名できない患者や家族への説明が必要な患者においては、家族へ電話により同意を得る必要があり、療法士ではカバーしきれない。
-

リハビリテーションの実施における目標や実施内容、さらに実施におけるリスクについては、医師からの説明が必要と考えられる。

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み (自由記載)

スタッフ間での情報共有やチェック制度

メディカルクラークの介入により、計画書作成の失念の軽減に取り組んでいる。

人員の確保が必要と考える

どのような特定のタスク・シフト/シェアの内容を受けるかによるが、現在の人員で引き受けると患者一人当たりに必要な単位数が確保できなくなるため、業務量に応じた時間の確保および更なる増員という取り組みが必要と考える。

理学療法と同じ患者の生活動作が安全を中心に考えられ、退院後を見据えた訓練的な発想が十分とは言えない。この部分をリハビリテーション科および部だけ関わることには無理があるので、ナーシングケアの一環としてできる生活動作の改善が図れるよう看護部との協働が重要と考える。

個別の業務療法を確認しスタッフへの業務量を調整することで過度な負担を防止している

高次脳機能の結果説明等では、見解の相違が起きないように、可及的に事前に医師との意見調整を行う。医師の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士への処方について、療法実施の内容、安全性の確保に問題のない起算日等の公項目について、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が「修正提案」として処方を修正し、事後医師が確認して承認する取り組みの準備を進めている。

作業療法士によるリハビリテーション関連書類の作成に関しては、担当リハビリ医師が完成書類を必ず確認する事で、安全性及び質の向上に努めている。

医師は、作成された書類を確認(承認)する必要がある。

作業療法に関する専門的な評価や支援に関しては、医師よりも知識がある分、質は上がると思う。

初期研修の中で検査手技の教育など実施している

ADL評価・高次脳機能評価について、リハビリ部内の新人研修に限定せず、作業療法部門内でも研修に取り入れ、臨床で自己にて実践できるように取り組んでいる。

情報、リスクの共有を重視し、必要に応じマニュアルの作成も行う。

計画書の一部は療法士が必要に応じて記載している。

『給与が変わらずに業務が増える』のがタスクシフトなのであれば、あまり現実的な案とは思えません。今以上に業務が増えるのであれば、給与面での待遇改善といった工夫が必要だと思います。

カンファレンス記録の入力、計画書の説明、身障手帳測定（可動域、筋力、ADL）

理学療法士同様

カンファレンス以外での医師との連携強化

今後も現在と同様に、医師と連携して診療・各種書類の記載・説明・書類交付を実施します。

障害や生活能力、環境の点から、退院の可否や見込み時期を作業療法士が判断できるので、必要に応じて医師と連絡を取っている。

テンプレート化によるカルテ記載時間の短縮と入力ミスの低減

・療法士がタスクシフトで業務を請け負うと治療時間（単位）には含まれない。そのため全てが時間外業務となる。また、そのための増員はなされず対応困難である。

【職種別状況調査 言語聴覚士】

◆ 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

● 言語聴覚士が実施している業務（全51施設）

	N	%
① 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	42	82
② 侵襲性を伴わない嚥下検査	45	88
③ 嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択	16	31
④ 高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等	16	31
⑤ その他（自由記載）	16	31

その他（自由記載）

外来リハビリテーションの訓練前診察の日程調整および予約、術後や新たな疾患発症時などにおけるリハビリテーション算定変更についての補助業務、医師が患者にリハビリテーション実施総合計画書について説明した後のフォローアップ、カンファレンスに参加し要旨を医師に伝える。

通常の患者診療業務、周術期外来対応、褥瘡ラウンド、カンファレンス対応など
装具作製

・治験等での運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等、また①の書類には、義手申請書類の必要性等の項目における意見提示等も含む。

・2021年9月30日付「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（医政発0930第16号）」で示された「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」については、当院法務コンプライアンス担当での検討もへて、同書類内「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」と併せて考えると、リハビリテーション実施計画書、リハビリテーション総合実施計画書の説明、書類交付を行うことは適当ではない、との判断となり、これらは医師が行う業務となっている。

治療介入効果判定のための評価、データの集積

①の医師が行うこととされているタスクは医師に実施いただいている。

多職種で作成したリハビリテーション総合計画書の説明と交付、目標設定管理シートの一部作成は技士が行っている。

医師が作成する「リハビリテーション実施計画書」においてはADL・運動機能面等、OTが記載できる箇所はOTが行っている。「リハビリテーション総合実施計画書」において必要に応じてOTが説明。

・喀痰等の吸引の実施。

・作業療法士によるリンパ浮腫に対するケアの指導。

身障者手帳交付に関わる身体機能評価

カンファレンス記録の記載、他院主治医へ毎月の状況報告、患者職場へ毎月の状況報告、家族及び職場との情報共有

診断書記載、診断書作成のための検査と聴取、退院の可否と見込み時期の判断

身体障害者手帳の計測

・書類はリハビリテーション処方医が対面診察時に実施している。

・リハ処方医も行うが、作業療法士も必要に応じて実施している。

リハビリテーション医学講座の医師が責任を持ち、共同的に文書作成している。

◆ タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

● 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

	N	%			
① 増員した	3	6			
② 増員を予定している	1	2			
③ 未定・未実施	47	92			
	51	100			
	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	2 [*]	1	1	1	1.0
「増員を予定している」場合、人数	1	1	1	1	1.0

※①増員したと回答した病院で増員した人数の記載がなかった病院があった

● 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

	N	%
① 導入した	0	0
② 導入を予定している	2	4
③ 未定・未実施	49	96
	51	100

● その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

	N	%
① 行った	1	2
② 行うことを検討している	1	2
③ 未定・未実施	49	96
	51	100

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

嚥下訓練は、ST一人の責任で進めないよう、カンファレンスでの情報共有が必要

対象の9割が嚥下障害のため、能力が不十分である場合のリスクが高い。

- ・計画書等の説明については、責任の所在などの問題から医師が行う事が望ましいと考えられる。
- ・医師の業務をセラピストが担う事で、本来業務にかける時間が圧迫される。
- ・放射線などに関する専門的な教育を受けていない職員が、嚥下検査をする事に安全上の懸念がある。

現在、言語聴覚士は6名の枠があり、そのうち1名は育児休業を取得しており2024年3月復帰予定のため5名で稼働している。しかし、2023年8月31日および9月30日でそれぞれ1名の退職予定となっており3名での稼働が予想される。以上より言語聴覚士の稼働人数の観点から、医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることにより、医療の質・安全上の懸念が予想される。

理学療法に同じ

摂食嚥下は窒息と結びついている分野なので責任の委譲には十分な連携が必要となる。

診療業務に余裕がない状況のために身体的精神的な負担となる可能性がある

リハビリテーション実施計画書の説明不足

嚥下状態の応じた食形態の変更だが糖尿病や腎臓病などで食事制限がある

当院では以前より言語聴覚士が各種書類業務、患者評価及び食物形態の選択を行っているため、特に懸念事項はない。

責任の所在

人員不足による臨床時間の確保が懸念されます。

業務量の増加によるリハビリ実施時間の減少、提供する医療の質の低下、リスク管理の低下

現在実施されている業務であれば懸念はない

指示簿に記載がない症例では食事制限の有無など食物形態の最終決定について主科医師に確認している。嚥下検査等の実施時には呼吸状態の変化に十分注意している。

- ・ 短期間に嚥下機能が変化した場合、対応しきれない可能性があります。
 - ・ 医師の指示で神経心理学的検査等を実施する場合、予め目的などを十分説明し、同意を得てもらっていない場合、介入に難渋することが考えられます。
-

嚥下検査や食物形態の選択等は、適切なリスク管理を行った上で慎重に行う必要がある。

食事オーダーを言語聴覚士ができるようになれば、全身管理上調整が必要となる。現在は食種形態の提案を行うのみ。手続きは医師と看護師。

誤嚥や吸引のリスクは伴う。その他、現状ではない。

- ・ タスク・シフト/シェアを受ける際の教育・実技研修の実施、マニュアルにより医療安全を十分に確保できるのであれば、医療関係職種専門性のより高めるためにも重要なことであると考えている。
 - ・ 現在言語聴覚士が行っている業務を別の職種へタスク・シフト/シェアしていかないと医師からのタスク・シフト/シェアは受けることが困難であると感じている。
 - ・ 産休中や時短勤務、経験年数が少ないスタッフで構成されており、必要人員数には足りていない。本来のリハビリテーション業務に費やす時間が減少し、余裕のない状態で行っていることから、医療安全の確保が難しいと考える。責任をもってタスク・シフト/シェアを受けるためには、早急な余力の確保が必要である。
-

食形態の選定について選定のための意見を述べることは可能であるが、誤嚥や窒息などの安全面から考えると、最終的に決定するにあたっては医師に確認することが必要。

理学療法士同様

タスクシフト・タスク/シェアを受けることでセラピストの書類作成などの業務量が増えており、診療補助業務の時間もタイトになってきている。

以前より実施しており、特に問題はありません。

患者実施時間(単位)の減少。

嚥下評価についての判断の正確性

検査業務の増大、カルテ記載量の増大による人為的なミスの発生

- ・ 患者からの質問に対し、医師でなければ返答できない内容が多い。
 - ・ 署名できない患者や家族への説明が必要な患者においては、家族へ電話による同意を得る必要があり、療法士ではカバーしきれない。
-

リハビリテーションの実施における目標や実施内容、さらに実施におけるリスクについては、医師からの説明が必要と考えられる。

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み (自由記載)

- ・ 総合実施計画書のサイン取得等は、スタッフの意識づけが必要
 - ・ 増員がかなった段階でスタッフに十分周知する必要がある
-

能力が不十分な場合は安全性が確認できるまで、教育システムを延長する。

- ・ メディカルクラークの介入により、計画書作成の失念の軽減に取り組んでいる。
 - ・ 教育システムの中に放射線に関するプログラムが導入される必要がある。また職能団体として診療の質を保持するため、継続的な研修が必要。
-

現在、言語聴覚士は6名の枠があり、そのうち1名は育児休業を取得しており2024年3月復帰の予定のため5名で稼働している。しかし、2023年8月31日および9月30日でそれぞれ1名退職予定となっており3名での稼働が予想される。以上より言語聴覚士の稼働人数の観点から、欠員となる3人の言語聴覚士の確保および更なる増員という取り組みが必要と考える。

理学療法と同じ

摂食嚥下に関する意識を院内で高めていくことがリハビリテーション科および部が責任を負う必要性を下げ
る方法となる。

診療科はもとより看護部を巻き込む活動に発展させていくことが重要と推察する。

個別の業務療法を確認しスタッフへの業務量を調整することで過度な負担を防止している

医師の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士への処方について、療法実施の内容、安全性の確保に問題のない起算日等の公項目について、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が「修正提案」として処方を修正し、
事後医師が確認して承認する取り組みの準備を進めている。

医師は、作成された書類を確認（承認）する必要がある。

嚥下スクリーニングや質問紙等の実施。

増員、業務内容の見直しと適材適所への振り分け

- ・業務の遂行についてリハビリ担当医師に連絡を行いSTの独善的な判断に頼ることのないようにしている。
- ・厚生労働省であげられた4つの業務例は以前から一般的に言語聴覚士は行ってきたことであり、それに伴い増員したり機器を導入する予定はない。

指示簿を確認する。懸念事項がある場合は主科医師または病棟看護師に確認する。呼吸に関する部内勉強会を開催する。

初期研修の中で検査手技の教育など実施している

侵襲性を伴わない嚥下検査、食物形態等の選択も、依頼書を受けて、セラピスト個人ではなく、チームとして実施・報告するという形を取っています。

- ・リハビリの状況や評価の結果等を電子カルテの記事記載に加えてコミュニケーション機能での報告やカンファレンスでの報告・相談を行う。
- ・研修会や勉強会に積極的に参加を行う。
- ・計画書の一部は記載している。
- ・神経心理学的検査結果と所見はなるべく詳細に記載するよう心掛けている。
- ・食物形態の選択の際は、評価の結果からその食形態を選択する根拠と決定した食形態を摂取した結果を担当医・主治医に報告するようにしている。

言語聴覚士は元々資格を有する専門職なので、検査、リハビリ等の業務は遂行している。人員面の余力が課題である。

タスク・シフト/シェアを受ける業務だけではなく、普段の業務から医療安全を視野に入れて取り組んでいる。

前設問について、選定の安全性の確保のため、カンファレンスを開催して多職種にて検討を行う場を設けている。

理学療法士同様

カンファレンス以外での医師との連携強化

今後も現在と同様に、医師と連携して診療・各種書類の記載・説明・書類交付を実施します。

食事形態の変更時には主治医に相談し、実際の食種の変更は主治医に行ってもらい、適切な食事形態の提供ができるよう努めている。

食事形態の選定について評価・提案を行うが、「決定・指示」は医師が行う。

侵襲のない嚥下評価だけでは判断できない場合は、医師と連携して判断している。

テンプレート化

療法士がタスクシフトで業務を請け負うと治療時間（単位）には含まれない。そのため全てが時間外業務となる。また、そのための増員はなされず対応困難である。

【職種別状況調査 視能訓練士】

◆ 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

● 視能訓練士が実施している業務（複数回答可）

	N
① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力	11
② 検査結果の報告書の作成	18
③ その他（自由記載）	29

その他（自由記載）

紹介状の資料用意。補装具意見書の作成。弱視等治療用眼鏡等作成。

指示書の作成。弱視訓練バインダーへの記載。患者への書類の説明。

蛍光眼底造影検査

視力を含めた各種視機能検査、眼圧測定、斜視検査、視野検査、電気生理学的検査、光干渉断層計検査など

処方度数が決定しており医師の指示がある時のみ眼鏡処方箋を発行している

手術に必要な検査を含む眼科外来における検査全般を行っている（紹介状作成含む）。タスク・シフト/シェアできるほど視能訓練士数を確保できていない。

術前検査

③眼内レンズ度数計算、眼圧日内変動測定

昨年度までは視能訓練士の業務に余力がなく、医師にも視能訓練士の業務を担ってもらっていた。今年度より視能訓練士の増員が実現できたため医師は本来の業務に専念できるようになった。

視能訓練士は現在でも視能訓練士として多くの業務を担っているため、これ以上のタスクシフトは実施が難しいと考えている。

外来における検査全般

検査は実施するが報告書の記載はしていない。

眼内レンズ度数計算、造影検査画像撮影、超音波式眼軸長測定

・身障診断書や補装具の意見書の下書き。

・療養費控除用処方箋確認と仕上げ、など。

患者への点眼、眼鏡処方せんの作成

内視鏡手術のための眼内度数計算、眼鏡処方箋の作成、弱視等治療用眼鏡等作成指示書の作成

治験や臨床研修に関するデータ収集と管理。

治験コーディネーターとの打合せ。

視能訓練士は、眼科医師の業務を助ける目的で作られた、国内唯一の国家資格を持つ眼科専門の医療職です。視能訓練士の存在そのものが、眼科医師のタスク・シフト/タスクシェアの理解です。眼科医が行う医療行為の中で、視力検査や眼圧検査、光干渉断層計検査機器を使つての後眼部検査や前眼部検査、眼軸長検査、動的静的視野検査、電気生理検査、斜視検査、複像検査、両眼視機能検査、屈折検査、眼底カメラを用いた眼底検査・・・などにおける視能検査。そして、斜視や弱視の視能矯正。高度先進医療をもってしても視力の回復が見込めない患者様へ対してのロービジョンケア。これら、視能検査と視能矯正、ロービジョンケアを当院視能訓練士は担っております。

他にも、当院では人が足りずに他院視能訓練士に頼っておりますが、成人検診・乳幼児健診でも眼科医師が足りない地域のため、この分野でも眼科医の補助的立場を担って活躍しています。

眼鏡処方箋の発行、薬剤を使用した屈折検査の説明、HCL合わせ

・眼内レンズ度数計算
・機器精度管理
・手術装置準備（不潔外回り業務）
眼科に関する一般検査
視能訓練士が実施している業務は眼科検査、眼鏡合わせ等の視能訓練士が行っている業務のみで、医師の業務をタスク・シフト/シェアしているものはありません。
・メガネの処方せん
・入院患者の視力検査対応等
医師個人の研究に必要な検査やデータ解析

◆ タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

● 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

	N	%
① 増員した	2	4
② 増員を予定している	3	6
③ 未定・未実施	46	90
	51	100

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	2	1	1	1	1.0
「増員を予定している」場合、人数	3	1	1	1	1.0

● 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

	N	%
① 導入した	0	0
② 導入を予定している	0	0
③ 未定・未実施	51	100
	51	100

● その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

	N	%
① 行った	1	2
② 行うことを検討している	4	8
③ 未定・未実施	46	90
	51	100

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

医師のカルテ記載不足による、仕事引き継ぎのミスや確認の手間などが考えられる。手術関連の業務をシフトするとなると、何かあった際に責任の所在が難しくなる。

他院で実施不可な多数の外来業務に加え、治験業務も行っている。それにも関わらず、病院側は視能訓練士の正規職員割合を診療技術部内最低のままとし（数年前から病院長ヒアリングを含め、視能訓練士減員の可能性の危機があることを訴え続けている）、それ故視能訓練士の退職（他院への流出）が続き、現状10枠中7枠のみの在籍数となっている。また、今年度内に産休育休要員1名、退職希望者1名となっており、この様に人員不足であることから、今後の医療提供の質の低下、安全上の懸念が考えられる。

医師が求めている条件で検査できない。また不十分になってしまう恐れがある（再検査の可能性がある）。

- ・最終確認の責任医師について事前に決定する必要がある。
- ・手術室での清潔・不潔の概念についての知識不足がある。

- ・電カルの簡略化
- ・紙ベース書類の減量
- ・書類が多すぎて、逆に事故が懸念されます。

白内障手術に用いるデータの測定は、手術成績に直結する検査であり、検査技術、検査結果の理解度が不十分な場合、手術成績が悪くなる可能性があり、医療の質・安全上の懸念点と言える。

現状の業務で手一杯なので、業務が増えるのであれば事前に増員がないと、一人で同時にいくつかの業務を抱えることになり、インシデントやアクシデントにつながる心配がある。

視能訓練士の多くの業務があり、質の低下と安全の担保が脅かされる。

眼内レンズ挿入予定の患者の術前検査施行後、検査により算出された使用想定レンズが、術後目標屈折値に対し適切であるかどうかの検査結果の判断をORTのみが行うことに対して医療の質を保つ観点から懸念がある。

人員が足りず外来業務時、患者への配慮が届かずインシデントにつながりやすい懸念がある。

眼内レンズ度数計算や検査結果の記入など、入力間違いや記載間違いなどのインシデントが生じる場面が増えること。

現状でも人員不足のため、タスク・シフト/シェアを受けることにより医療の質・安全の低下につながる可能性がある。

視能訓練士のマンパワー不足を補うために4月に増員枠をもらったところであり、現在は未採用分の人材確保や採用者の教育の途中である。それが落ち着き次第、視能訓練士の業務を増やす予定があり、医師からのタスクシフトを受け入れる余裕はない。医師業務の受け入れをすると、本来の業務の医療の質や安全性の低下が懸念される。

眼科では医師24名に対して視能訓練士が6名のため、タスクシフトを受ける余力が少ない、というのが現状である。

医師のタスクには責任が大きく伴い、それを「視能訓練士」としてシフトシェアを行うとなると個々の経験年数などにより判断力にも偏りが出てしまう。よって現状、前設問にあるような内容のタスク・シフト/シェアは考えていない。

現在行っている視能訓練士の業務がタスクシフトによりさらに繁雑になる可能性がある。

視能訓練士の職域内の裁量でできるものには、特に懸念していない。

上記の通り、我々が行っている業務は眼科医が行うことができます。眼科医からのタスク・シフト/シェアはすでに我々はできている職種である理解です。しかし、大学病院は教育機関であることから、眼科医自身が何のための視能検査であるかの理解と、検査結果の読み方も勉強しなければなりません。眼科医が外病院に出務した際、開業した際に、眼科医が困らないような力と患者様の見え方を想像してロービジョンケアへ繋げるなどの、医療やりハビリを提供するための知識をつけるのと、我々の力をつけるのとはやや相反するところがあるように感じます。国は、医師のタスク・シフト/シェアを進めるにあたり、眼科医の編集システムを再検討することを、同時に考えていかねばならないと考えます。

視能訓練士は、眼科に特化した卒前教育と、卒後は公益社団法人日本視能訓練士協会が実施する生涯教育制度を修めて認定視能訓練士の資格取得を目指します。眼科に特化した卒前・卒後教育においては、肩を並べる他医療関係職種はないかと思えます。よって、視能訓練士の仕事をシフト/シェアできる他医療職はございません。眼科医に対して臨床・研究のサポートと、良き相談相手になるべく、卒後においても自己研鑽を欠かしておりません。

以前より施行しているため特になし。

すでに検査で手一杯のため、検査の質が担保できず十分な確認作業を行うことも困難になる。

侵襲性の高い業務は慎重に検討が必要。

情報伝達に関する人的ミスによるインシデント等については細心の注意が必要である。

視機能検査に関する書類作成など、最終的に医師の確認が必要である。

現在視能訓練士の数が足りず、タスク・シフト/シェアを受けることは難しい。

タスク・シフト/シェアを受けていないため不明

記載、入力ミスによる安全上の懸念がある。

現在の視能訓練士業務においても指示間違いやカルテの誤記載・未記載が散見される中、医師のタスクまで行うとなると正確で詳細なカルテ記載や指示を徹底されない限り安全上の懸念が拭えない。

現時点で視能訓練士が多忙であるため、業務拡大により質や安全の確保が今よりも困難となる恐れがある。

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み
(自由記載)

本来であればタスクシフトを完全に施行したいところだが、現状は視能訓練士の人員不足から医師と分担する現状が増えてきた。そのため、医師と相談し、外来検査予約枠の移動や削減を行っている。

医師の指示1つ1つ受けることは前提とし、その指示を受けたことを記録として残しておくこと。

医師からの依頼方法や確認について、その方法を確立しておく。

視野検査、視力以外の視機能検査、電気生理学的検査などの特殊検査は、医師と相談し質・安全性が担保できる範囲内で予約枠を設置している。新たな検査機器を導入する際は、医師と共に使用方法を確認し、質の高い検査をできるように留意している。

医師とORTで術前検査の結果をダブルチェックし、医療の質・安全性を確保するようにしている。レンズシートに使用が想定されるレンズを一覧化し漏れが出ないようにしている。

眼内レンズ度数計算や検査結果の記入などダブルチェックを徹底している。検査マニュアルの更新頻度を増やしている。

タスク・シフト/シェアを受けるためには増員と外来スペースの拡大が必須であると考えるが、現実的には困難。

医師とのダブルチェック

臨床研究に関わるものとして医学系セミナーの受講を視能訓練士全員が行い、研究に関する知識の習得に努めている。

具体的なタスクシフトによる業務が決定していないため一般論になるが、視能訓練士の増員や通常業務終了後に可能な業務を行うことで通常業務への影響を少なくすることが可能と考える。

当院にないハード面に対しても、積極的に学習の機会に触れるようにしている。

現在、我々に認められていないが、今後法的解釈が変われば、以下のことができるのではないかと思います。

- ・直接介助：オペ室や処置室では我々は間接介助のみが認められています。

しかし、眼科基礎知識がある視能訓練士には、研修機会があれば、直接介助も可能と思われます。

- ・眼鏡処方権利：眼鏡処方は、法律で医師にしか認められていません。にも関わらず、眼鏡店で無資格者によって作製されることがあります。現在、眼鏡処方箋には眼科医師の署名が必要です。受診すれば眼科での診察は必須であり、眼科で業務を担う視能訓練士が署名をした眼鏡処方箋をもって眼鏡店で眼鏡作製をすることは可能であると思います。

- ・薬剤を問わず点眼行為：現在、検査のための散瞳薬のみの点眼が我々には認められているかと思いますが、基礎知識のある我々には、薬剤を問わずどんな点眼薬の点眼行為も可能です。

- ・公的書類の作成：障害者手帳発行のための視野検査の計算などし、補装具申請書類などの公的な書類作成は、我々が検査と補装具の選定を実施しておりますから、視能訓練士の署名での書類作成が可能で

す。

以下、徒然

- ・卒業後は視能訓練士協会に皆会員制度の検討：大学病院では、大学病院の役割を担うこと、そして、当科教授の後押しもあり、視能訓練士は自己研鑽を欠かしていませんが、クリニックや他院など、中には視能訓練士が視能訓練士協会に所属していない問題があります。医師は眼科医会に皆入会しますが、視能訓練士はそうではありません。協会主催のセミナーや研修、勉強会などに参加しない視能訓練士が少なからずおり、これらの人たちに対して今回のような国の取り組みについての情報共有や、今までの技術について、また、これからの技術についてのボトムアップの獲得手段は課題かと思いました。

- ・眼科には視能訓練士が〇〇名必要であると人員配置基準を定める：当院ではそのようなことはありませんが、全国には視能訓練士ではない、資格のない人を雇って眼科検査を行っている施設、クリニックが少なからずあります。あらゆる眼科施設に、医師からのタスク・シフト/シェアが行える視能訓練士が常駐できるように、法的に定めてほしいと思います。

以上、現状において視能訓練士法に則り、当院視能訓練士はすでに眼科医からのタスク・シフト/タスクシェアができています。養成校で眼科に特化した勉強を修めてその国家資格を得た視能訓練士は、基礎知識があります。卒後に認定視能訓練士の資格を取得したものは、生涯を通して研鑽を積んでいることがわかります。他の医療職種とは違い、卒前・卒後と眼科を深く学び、眼科医療に貢献しています。視能訓練士法が改正されるなどすれば、卒後教育に邁進する視能訓練士には、医師からのますますの業務を請け負うことができると考えます。

思い込みや指示の確認不足によるミスがないよう文書、カルテでの内容確認、ダブルチェックを行っている。

検査数を減らす、もしくは検査の数はそのまま人員を増やす。

各施設の専門性によって業務内容は変わってくるかと思いますが、タスク・シフト/シェアが可能か事前に吟味して、研修や勉強会等を取り入れることで可能になる業務もあると考える。

現在の業務の効率化を図り余力を確保すること

結果的に仕事量が増えた場合に、個人のモチベーションも保つ工夫が重要ではないかと考える。

視能訓練士の専門性、知識、技能を考えると、視力測定などの視機能評価において、最大限の-effortを投入することが効率的と考え、眼科外来での配置を考えていること。

タスク・シフト/シェアを行った際最終確認を医師にしてもらう

増員は必要不可欠で、新たな業務への研修も必須、また他院での取り組みなどの情報収集活動のため、学会や研究会への参加が有用

【職種別状況調査 義肢装具士】

◆ 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

● 義肢装具士が医師の指示に基づいて実施している業務（複数回答可）

	N
① 義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等	0
② 装具を用いた足部潰瘍の免荷	1
③ 切断者への断端管理に関する指導	1
④ その他（自由記載）	5

◆ タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

● 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

	N
① 増員した	0
② 増員を予定している	0
③ 未定・未実施	3

● 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

	N
① 導入した	0
② 導入を予定している	0
③ 未定・未実施	3

● その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

	N
① 行った	0
② 行うことを検討している	0
③ 未定・未実施	3

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

回答なし

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

回答なし

【職種別状況調査 救急救命士】

◆ 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

● 救急救命士が実施している業務（複数回答可）

	N
① 病院救急車による患者搬送の際の患者観察	9
② 救急外来等での診療経過の記録	6
③ 救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応	4
④ その他（自由記載）	14

その他（自由記載）

救急外来患者の問診、バイタルサイン測定

院内での患者搬送など

救急救命士及びその学生の実習指導、院内急変時補助、院内心肺蘇生講習会指導員

救急患者のデータ管理

データ処理などの支援

学会のデータベースの入力

救急外来では、患者観察および診療の補助を行っている。

一般的な救命救急士の業務

ドクターカー搬送においては、院内から車内収容までと、搬送先医療機関到着後の移動間での患者観察です。

救急救命士にタスク・シフト/シェアしていない。

◆ タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

● 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

	N
① 増員した	9
② 増員を予定している	2
③ 未定・未実施	5

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	9	1	1	2	1.3
「増員を予定している」場合、人数	1 [※]	5	5	5	5.0

※②増員を予定していると回答した病院で、増員予定人数を「交渉中」とした病院があった。

● 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

	N
① 導入した	2
② 導入を予定している	0
③ 未定・未実施	14

● その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

	N
① 行った	1
② 行うことを検討している	3
③ 未定・未実施	12

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

現時点では上記問診以外にタスクシフトの試みを行っていないため、なし。

診療経過の記録の精度

これまで事務職員が実施していた病院車の搬送業務を経験がある救急救命士が担当することにより、むしろ安全性は向上すると考えられる。

医師からのタスクシフトにおける医療の質や安全性に関しての現時点での懸念事項はないが、医療機関に所属する救急救命士の教育方法については未だ確立されておらず、継続的な検討が必要である。

救急救命士が一名のみの配属により、勤務していない時間があるためタスクシフト/シェアを受けられないことがある。

- ・カルテの記録が救急救命士として記載できない
- ・院内での救急救命士の役割、立場が明確に決まっていない

医療安全上、懸念が生じる業務には現時点でシフトしていない。

医師の管理下で、看護師と協働することで今のところ問題はない。

業務に慣れるまでの間の質と安全の確保に注意が必要である。

特定看護師のタスクシフトでは、実地行為に関して最終的には医者が確認していることや、看護師が特定行為を実施する上で不安を抱いていると耳にする。救急救命士の増員、タスクシフトにおいても同様のことがいえる可能性があり、心理的安全性の担保が必要になってくる。

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

記録のチェック、連絡・報告体制の徹底

救命救急センター内で安全に業務を行っていく上で、実施される各種処置・検査について、救急救命士が実施できない物に関しても、医師からレクチャーを受けることで、内容についての理解を深める取り組みを実施している。

既存の医療安全等の講習受講、医療に関係する教育コースの参加

規定を策定して質を担保している

医師がいつでもサポート・カバーできる体制であることが重要。チーム医療の観点から取り組むことが必要。

eラーニングを受講することと、医師、看護師からの講義も受けている。

月1回、医師・看護師・事務で定期会議を行っており、課題解決を図っている。

医療安全管理研修を受講している。また、月に一回の救急部連絡会と毎朝のミーティング時に情報共有等を行いコミュニケーションをとっている。

【職種別状況調査 医師事務作業補助者・事務職員等】

◆ 医師から医師事務作業補助者・事務職員等へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況

	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
● 病院事務部が勤務管理をしている医師事務作業補助者の人数	45	1	36	111	37.4
● 診療科等が勤務管理をしている医師事務作業補助者の人数	19	1	24	87	23.7
● 病院もしくは、診療科が外注（業務委託契約・派遣契約等）した会社の医師事務作業補助者の人数	33	1	7	34	9.8
● （病院事務部が勤務管理をしている）医師事務作業補助者が実施している業務（複数回答可）				N	
① 電子カルテへの医療記録の代行入力				37	
② 臨床写真など画像の取り込み				30	
③ カンファレンス記録や回診記録の記載				16	
④ 手術記録の記載				5	
⑤ 各種サマリーの修正				16	
⑥ 各種検査オーダーの代行入力				35	
⑦ 損保会社等に提出する診断書				43	
⑧ 介護保険主治医意見書等の書類				40	
⑨ 紹介状の返書				31	
⑩ 診療報酬等の算定に係る書類等				12	
⑪ 問診票の作成				16	
⑫ 検査に関する定型的な説明				25	
⑬ 同意書の受領				29	
⑭ 入院時のオリエンテーション				9	
⑮ 院内での患者移送・誘導				8	
⑯ 症例実績や各種臨床データの整理				35	
⑰ 研究申請書の準備				6	
⑱ カンファレンスの準備				28	
⑲ 医師の当直表の作成等の業務				10	
⑳ その他（自由記載）				15	

（⑳の具体的な内容）

・各種検査事務補助・各種申請書当作成・各種問診内容入力

・各種患者予約・手術予定表作成・その他事務補助

がん登録

外来予約、入院申込みオーダー、問診補助入力、病名登録、指導料オーダー、診療情報提供書作成補助、NCD等症例登録、ICのセッティング等

他院からの診療情報提供依頼対応、他医療機関への予約取得業務

症例登録、指導料や処置オーダーの代行入力

外来診察予約、各種指導料、管理料代行入力、症状詳記作成、集合型術前説明会の事務支援

医療の質の向上に資する業務：がん診療拠点等業務
⑯の業務内容：院内がん登録/全国がん登録、NCD新規症例登録（一部診療科）、NCD予後情報フォローアップ登録（一部診療科）、JIPAD（一部項目のみ）、京都府周産期医療情報システム、NRNJ周産期母子医療センターネットワークデータベース、脳神経外科JND
外来予約日変更の連絡。書類のスキャンや患者さん呼び出しなどの病棟連絡。外部検査予約取得の代行、紹介状返書作成の有無の確認、患者の電話対応。（医学知識を要しない事務的なもの）
各種承諾書・計画書の作成補助、診療・他科等の予約の代行入力、病名登録の代行入力、診療関係書類のスキャン業務
処置オーダーの代行入力、指導料代行入力、患者の外来診療予約、注射の実施、病名・症状詳記の代行入力
診察・検査日等の予約変更、病名登録、紹介状の返書作成確認、診療情報提供書の発送準備、文書整理、NCD登録
入院診療計画書/退院療養計画書の作成、診療情報提供書の作成、退院サマリ代行入力、NCD登録 等 データ・文書の代行入力、一時保存、変更作業など
・遠隔ICUにおける重症度スコアリング入力（4病院対応） ・周術期患者の麻酔科術前予診 ・クリニカルパス適応
NCD登録、外傷データ登録

● **（診療科が勤務管理をしている）** 医師事務作業補助者が実施している業務（複数回答可）

	N
① 電子カルテへの医療記録の代行入力	16
② 臨床写真など画像の取り込み	13
③ カンファレンス記録や回診記録の記載	5
④ 手術記録の記載	6
⑤ 各種サマリーの修正	7
⑥ 各種検査オーダーの代行入力	13
⑦ 損保会社等に提出する診断書	15
⑧ 介護保険主治医意見書等の書類	12
⑨ 紹介状の返書	13
⑩ 診療報酬等の算定に係る書類等	4
⑪ 問診票の作成	5
⑫ 検査に関する定型的な説明	8
⑬ 同意書の受領	12
⑭ 入院時のオリエンテーション	6
⑮ 院内での患者移送・誘導	4
⑯ 症例実績や各種臨床データの整理	16
⑰ 研究申請書の準備	6
⑱ カンファレンスの準備	11
⑲ 医師の当直表の作成等の業務	7
⑳ その他（自由記載）	7

(20の具体的な内容)

診療科により異なるため、未回答。

救急医療情報システムの入力、感染症サーベイランス事業にかかる入力、ヒヤリハット事例収集事業にかかる入力、院内がん登録の代行

症例登録、指導料や処置オーダーの代行入力

他の診療科に予約を取りに行く

病名登録、診療情報提供書の発送準備、文書整理、専門外来補助、（診療記録記載）、回診準備（患者一覧作成）

該当職員がいないため回答不可

入院予約代行入力、NCD登録、手術日程調整 等

(病院もしくは、診療科が外注した会社の) 医師事務作業補助者が実施している業務（複数回答可）

	N
① 電子カルテへの医療記録の代行入力	25
② 臨床写真など画像の取り込み	20
③ カンファレンス記録や回診記録の記載	10
④ 手術記録の記載	5
⑤ 各種サマリーの修正	13
⑥ 各種検査オーダーの代行入力	21
⑦ 損保会社等に提出する診断書	31
⑧ 介護保険主治医意見書等の書類	27
⑨ 紹介状の返書	21
⑩ 診療報酬等の算定に係る書類等	6
⑪ 問診票の作成	11
⑫ 検査に関する定型的な説明	15
⑬ 同意書の受領	22
⑭ 入院時のオリエンテーション	9
⑮ 院内での患者移送・誘導	7
⑯ 症例実績や各種臨床データの整理	21
⑰ 研究申請書の準備	6
⑱ カンファレンスの準備	16
⑲ 医師の当直表の作成等の業務	7
⑳ その他（自由記載）	11

(20の具体的な内容)

・各種診療計画書作成・各種調査票作成・各種予定表作成

・各種事務補助

救急医療情報システムの入力、感染症サーベイランス事業にかかる入力、ヒヤリハット事例収集事業にかかる入力、院内がん登録の代行

紹介状・紹介画像の取り込み、スキャンオーダー

指導管理料等の算定確認、他院からの診療情報提供依頼対応、他医療機関への予約取得業務

・NCD登録(部分的)、検査予約
・初診時における紹介状、問診内容の電子カルテへの記載
処置オーダーの代行入力、指導料代行入力、患者の外来診療予約、注射の実施、病名・症状詳記の代行入力
・診察・検査日等の予約変更、病名登録、紹介状の返書作成確認
・診療情報提供書の発送準備、文書整理
該当職員がいないため回答不可
病院職員と同じ業務は可能としているが、その中でも業務内容が容易なものを行っている。
データ・文書の代行入力、一時保存、変更作業など
在宅酸素療法におけるデータの取り込み
診断書の下書き、外来時の検査などの仮オーダーなど

● **（病院事務部が勤務管理をしている）事務職員等（医事課の職員等）が実施している業務（複数回答可）**

	N
① 電子カルテへの医療記録の代行入力	6
② 臨床写真など画像の取り込み	4
③ カンファレンス記録や回診記録の記載	2
④ 手術記録の記載	1
⑤ 各種サマリーの修正	5
⑥ 各種検査オーダーの代行入力	5
⑦ 損保会社等に提出する診断書	4
⑧ 介護保険主治医意見書等の書類	5
⑨ 紹介状の返書	3
⑩ 診療報酬等の算定に係る書類等	10
⑪ 問診票の作成	3
⑫ 検査に関する定型的な説明	3
⑬ 同意書の受領	7
⑭ 入院時のオリエンテーション	9
⑮ 院内での患者移送・誘導	11
⑯ 症例実績や各種臨床データの整理	3
⑰ 研究申請書の準備	1
⑱ カンファレンスの準備	4
⑲ 医師の当直表の作成等の業務	7
⑳ その他（自由記載）	9

（⑳の具体的な内容）

該当なし
外来受診予約、入退院カルテの整理、書類の郵送
DPCコーディングの仮決定（医師が確認のうえ承認）
上記に該当する項目はない
診療受付業務、予約変更・取得業務、診療報酬算定業務、診療報酬請求業務、収納業務、手術実施オーダーの代行入力。
訪問看護指示書作成及び算定、紹介状の返書管理
がん登録業務

採用なし
患者数統計、委員会（会議）資料作成、収入・請求管理
事務職員の実施はない

● **（診療科が勤務管理をしている）事務職員等（医局秘書等）が実施している業務（複数回答可）**

	N
① 電子カルテへの医療記録の代行入力	6
② 臨床写真など画像の取り込み	8
③ カンファレンス記録や回診記録の記載	2
④ 手術記録の記載	1
⑤ 各種サマリーの修正	3
⑥ 各種検査オーダーの代行入力	9
⑦ 損保会社等に提出する診断書	5
⑧ 介護保険主治医意見書等の書類	4
⑨ 紹介状の返書	6
⑩ 診療報酬等の算定に係る書類等	4
⑪ 問診票の作成	4
⑫ 検査に関する定型的な説明	5
⑬ 同意書の受領	7
⑭ 入院時のオリエンテーション	3
⑮ 院内での患者移送・誘導	4
⑯ 症例実績や各種臨床データの整理	23
⑰ 研究申請書の準備	23
⑱ カンファレンスの準備	21
⑲ 医師の当直表の作成等の業務	26
⑳ その他（自由記載）	15

（⑳②の具体的な内容）

患者対応、電話対応、文書のスキャン取込、感染症発生届けの入力、入院に関わる書類の作成・用意、出産一時金医療機関直接支払制度の合意書の説明と記入後の受領、DPC入力、産科医療補償制度登録カルテ入力管理、搬送患者・出生児のID取得と入院準備、産科婦人科台帳管理、先天性代謝異常の他機関への検査依頼と結果入力、検査搬送を看護助手に依頼、退院予定の書類準備、算定書類を医師に依頼及び回収、紙カルテの移動、診断書等全ての下書きや確認、小児慢性及び指定難病用意見書作成補助、身障者手帳・精神手帳診断書作成補助、特児等、患者が受ける福祉手当等の案内、在宅医療について相談や提案・管理、患者、家族来院時の初期対応

労務管理の入力補助

- ・出張・兼業・超勤などの管理。
- ・休暇届・出張届・報告書等の作成代行、諸連絡のメール送信など。
- ・診療に直接関係しない事務全般。
- ・過去入院診療録の取り寄せ、返却。
- ・医局運営に関する事務作業全般。
- ・医局の環境整備(清掃など)、出張管理など。
- ・外勤に関する書類手続き、治験に関する書類の回覧。
- ・研究費の管理、有給休暇の管理、配達物の仕分け、外勤に関連した業務(兼業願い作成など)、異動者に対する物品準備(名札、電話など)、クリーニング業務など。
- ・HPV接種支援事業、慢性疼痛診療構築モデル事業。

勤怠管理システム (Dr.Joy) への入力

教育、人事、研究費管理、会計処理、出張申請、電話の取次ぎなど

一部診療科のみ実施

学会の準備

保険病名の整理。外来検査、診察予約、入院日程の調整、連絡。診療に無関係の書類作成等。医師勤務表の作成準備・研究資金の管理。医師の勤怠管理の補助を含めた医局運営業務。手術記録・当直日誌(紙)、術記録動画ファイル(データ)の整理。紹介状の電カル取り込み、郵送、患者からの電話応対。休診時の患者連絡及び事務手続き。患者向け被覆材の手配。レセプト病名代行入力。

NCD登録(手術・治療情報の登録)、その他医局における事務処理

人事、労務管理、同門会、研究会準備、講義準備、学生の管理、来客・電話・メール対応

患者誘導、問診の手伝い(歯科口腔外科)

外注検査検体送付に係る業務

物品発注・支払い手続き、学生実習スケジュール調整、医局員の労務管理など

● (病院もしくは、診療科が外注した会社の) 事務職員等(医師事務作業補助者以外)が実施している業務(複数回答可)

	N
① 電子カルテへの医療記録の代行入力	4
② 臨床写真など画像の取り込み	9
③ カンファレンス記録や回診記録の記載	0
④ 手術記録の記載	1
⑤ 各種サマリーの修正	1
⑥ 各種検査オーダーの代行入力	3
⑦ 損保会社等に提出する診断書	6
⑧ 介護保険主治医意見書等の書類	3
⑨ 紹介状の返書	3
⑩ 診療報酬等の算定に係る書類等	9
⑪ 問診票の作成	3
⑫ 検査に関する定型的な説明	5
⑬ 同意書の受領	13
⑭ 入院時のオリエンテーション	11
⑮ 院内での患者移送・誘導	8
⑯ 症例実績や各種臨床データの整理	3
⑰ 研究申請書の準備	2

⑱	カンファレンスの準備	2
⑲	医師の当直表の作成等の業務	2
⑳	その他（自由記載）	9

(⑳の具体的な内容)

受付・窓口業務
病名の代行入力（外来係のみ実施）
該当なし
カルテ記録（診察予約キャンセル理由、書類郵送記録等）
・ 外来検査、診察予約の調整、連絡。 ・ 保険請求に必要な病名の仮入力（医師が確認のうえ承認）。現在3科を対象に試行中。今後も順次、対象診療科を増やす予定。
人事、労務管理、同門会、研究会準備、講義準備、学生の管理、来客・電話・メール対応
該当職員がいないため回答不可
採用なし
受付業務、カルテ開示
事務職員の実施はない

◆ 医師から医師事務作業補助者・事務職員等へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況

- 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために病院事務部が勤務管理をしている医師事務作業補助者を確保（増員）しましたか？

	N	%			
① 増員した	16	31			
② 増員を予定している	15	29			
③ 未定・未実施	20	39			
	51	100			
	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	16	1	3.5	13	4.9
「増員を予定している」場合、人数	12*	2	9	17	8.3

※②増員を予定していると回答した病院で、増員予定人数を「未定」「若干」とした病院があった。

- 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために診療科が勤務管理をしている医師事務作業補助者を確保（増員）しましたか？

	N	%			
① 増員した	8	16			
② 増員を予定している	1	2			
③ 未定・未実施	42	82			
	51	100			
	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	8	1	3.5	10	4.4
「増員を予定している」場合、人数	1	5	5	5	5.0

- 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために病院もしくは、診療科が外注した会社の医師事務作業補助者を確保（増員）しましたか？

	N	%			
① 増員した	10	20			
② 増員を予定している	4	8			
③ 未定・未実施	37	73			
	51	100			
	病院数	最小値	中央値	最大値	平均値
「増員した」場合、人数	10	1	2.5	6	2.7
「増員を予定している」場合、人数	3 [*]	1	1	2	1.3

※②増員を予定していると回答した病院で、増員予定人数を「未定」とした病院があった

- 病院内で患者誤認防止対策などの医療安全研修がある医師事務作業補助者は？（複数回答可）

	N
① 病院事務部が勤務管理をしている医師事務作業補助者	46
② 診療科が勤務管理をしている医師事務作業補助者	17
③ 病院もしくは、診療科が外注した会社の医師事務作業補助者	24

- 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

	N	%
① 導入した	4	8
② 導入を予定している	2	4
③ 未定・未実施	45	88
	51	100

（「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT機器名を自由記載）

- ・タブレット端末
- ・医師事務作業補助者専用診療支援端末（1人1台）
- ・電子カルテPC（ノート）、iPad（問診用）
- ・デスクトップPC

- その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

	N	%
① 行った	10	20
② 行うことを検討している	11	22
③ 未定・未実施	30	59
	51	100

（「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載）

マニュアルの整備を行っている

2023年度は院内頼診券の電子化を行った。紙運用が減り、医師事務、ブロック受付の確認作業等を軽減した。

医師事務作業補助者へヒアリングを実施した

看護師が行っていた業務について医師事務作業増員。事務作業補助者の増員。

医師事務作業補助者の非常勤（パート）職員から常勤職員への登用試験を行っており、令和5年度は4月に2名を登用しました。

医師の要望に応えるため、令和6年4月からドクターズクラーク室を設置し、管理者を置き、医師事務作業補助者の増員を行った。
派遣職員の導入
タスク・シフト/シェアを受けるためのメディカルスタッフの増員要望を出している。
医師事務作業補助者の業務整理と増員の可否について検討中
医師事務作業補助者が増員できた場合に検討する。
随時採用、4月採用の増員

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

配置人数が病棟及び外来ともにギリギリで、不在時にサポート要員がない。
他の医療スタッフが代行入力した内容について、監査の際に医師が見落とさないか疑念が残る。
<ul style="list-style-type: none"> ・医師の事後承認が形骸化する点 ・医師事務作業補助者への指示出しが口頭指示となる懸念
<ul style="list-style-type: none"> ・代行入力の未承認 ・人材流出による医師事務作業補助業務の維持
<ul style="list-style-type: none"> ・職種により講習内容が異なるため、医療の質が低下しないかという懸念。 ・どの職種でも長時間労働が懸念されている中、過剰業務から生じるインシデント ・医師の意向や指示のもとで実行することが特に求められるタスクについても、その主体がタスク・シフト/シェアを受けた側になってしまいかねない懸念がある。 ・現時点でのクラーク業務も多岐にわたり多忙。2人体制でも、定時に帰れることが稀。QRコード付きの書類でも、科の間違い、患者間違いなど現時点で起きている。 ・病棟クラークの立ち位置（病院組織としての命令系統）がとても不安定。
<ul style="list-style-type: none"> ・業務過多となっても、直接医師に断りにくい職場の環境 ・医師から医師事務作業補助者への口頭指示 ・業務内容を組織で管理する仕組みが希薄 ・仕組みを監査する部署等の未設置問題
医師という国家資格を有する職種から、知識に担保が無く医療的な資格を持たない事務職員が業務を行うことのリスクや、医師のチェック機能が形骸化するのはとの懸念がある。また、一つの業務に対して複数名が関与することで、コミュニケーションエラーによるミスが発生する恐れがある。
医療的な判断が求められることがないか不安である。
医師事務作業補助者の定着が進んでいない背景から、知識や経験不足のスタッフが対応を行う時にインシデントが発生しない手順を作る必要がある。また、タスク・シフト/シェアが進めば処遇改善を行わないと離職が進む可能性がある。
業務過多による患者誤認
医師事務作業補助者は非正規雇用の割合が高く、人材確保や業務の質を保つことに懸念がある。
国家資格を持つ、医師、看護師等の医療スタッフの中で無資格の医師事務作業補助者が活躍するには教育・研修体制が重要であると考えます。自院の努力だけでなく全国的な指標となる仕組みの構築を希望します。
代行業務の承認、インシデントの共有・改善
処方・注射オーダーについて、今後、医師事務作業補助者の代行入力を開始する際には、医療の安全性に直結することから、院内で十分な検討を行い、運用ルール等を定め、安全対策を講じた上で実施する必要があると感じている。（医師事務作業補助者より）
オーダーを含む代行内容が医師の承認前に確定されることを懸念する。

医師事務作業補助者の知識不足による、検査説明時の服薬中止指示抜かり等が懸念される。

- ・医師の異動が多く、対象項目の認識違い、協力体制が無い場合、結果、医師の指示なく、医師事務作業補助者が孤立し、勝手にやっていることになる。
- ・医師の個人差による業務依頼が医師事務作業補助者のレベルにも左右され、医療の質の低下、取り間違い等のリスクが上がる可能性を秘めている。

カルテ記載の代行業務において、医師事務作業補助者が代行作成後に医師が内容を確認して承認を行っているが、作成内容を見過ぎて未承認のままになることが懸念されるため、現在は医師と医師事務作業補助者のコミュニケーションによる連携を図っているが、監査体制を整える必要がある。

医師からの詳細な指示がなければ、困難な業務、医学的判断を伴う業務を安易にタスクシフトせず、指示系統をきちんと確立し、責任の所在を明確にさせておく必要があると考えられる。そのためには、きちんとした教育、指導も必要。

医師が求めているレベルの医師事務作業補助者の個々の能力に差があること。

人材教育を可能とする環境の充実が懸念される

医師が医師事務作業補助者の行った業務（診断書など）の内容まで確認して承認しているか、把握する人員不足であること、また行う業務の詳細等を何も決めていないので、漠然とした不安あり。

- ・検査説明実施時の、休薬指示確認と説明（本来は医療従事者が実施すべき項目を代行している）
- ・初診問診時のアレルギー情報入力（患者が記載した内容を医療従事者が確実に確認する仕組みがない）

医師事務作業補助者の代行入力誤りにより、処方誤りや注射オーダーの誤りがあった際の責任について、事務職員では荷が重すぎるため、薬剤に関するオーダー代行が行えない。

医師が口頭指示したオーダーは伝聞だけで代行入力することになり経験の浅いスタッフは間違った情報伝達や、オーダーミス等が懸念される為、十分な教育体制が必要である。

◆ 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み (自由記載)

他の医療スタッフが代行入力した内容を医師が監査する際に、一括で監査ができないようにシステム上で制御している。

- ・業務マニュアルやフローを作成し、業務手順を可視化することで、業務の正確性や迅速性を向上させる。
- ・医師からの依頼業務が医師事務作業補助者の業務内容としてふさわしいものか新規業務の際は「医療安全管理マニュアル」の規定を確認する。
- ・複数人によるチェック体制。
- ・定期的な聞き取り、アンケート等による医師のニーズの把握
- ・課内、また医師・他職種などの講習による医師事務作業補助者のスキルアップ
- ・医師事務作業補助者業務の責任範囲の明文化。確認の徹底（ダブルチェック、指差し確認等）を仕組みとして存在させる。
- ・各種業務マニュアルの作成。

医療安全に関する研修の受講を徹底している。

業務担当の割り振り変更

電子カルテにおいて、「代行入力を認める業務」「代行を許可される職種」等、院内のルールを明確にできるように検討している。

病院事務部が勤務管理をしている非正規雇用の医師事務作業補助者については、一定期間以上勤務した者を対象に直接雇用に応募できる制度を新設した。

看護部で実施されている「確認行動の匠」を導入し医師事務作業補助者全員で確認行動の質向上と医療安全風土醸成に取り組んでいます。

院内研修の実施

診療科へ医師事務作業補助者を新規配置する際は、必ず総務医長や外来医長と業務内容について協議して相互理解を行っている。タスクシフトにより医師の事務作業等の負担軽減を行うことで、医師が診療に専念でき、患者さんへ安全な医療提供に繋がるよう努めている。

グループ化による育成・フォロー体制の構築により、医療の質・安全性向上に努めている。

各治療部門による検査前投与中止薬剤等に関するマニュアルが整備されているため、医師事務作業補助者初任研修等で活用している。

- ・医師、医師事務作業補助者のみならず、看護師等の多職種含めてタスク・シフト/シェア項目の決定に関与してもらい、組織対応とすることを目指す。
 - ・病院全体でタスク・シフト/シェア項目の範囲を決め、管理、評価を行う。この場合も多職種での評価が望ましい。
-

休暇等により業務が滞らないように、病棟配置の医師事務作業補助者については上下階や隣の病棟の医師事務作業補助者と連携して業務の協力体制を整備している。また、業務マニュアルの作成、内規の整備、研修会を実施して均一した業務の提供を行っている。

医師から特定のタスク・シフト/シェアを受け、医療の質・安全性向上に配慮しながら業務を行うことができるようになるためには、医師事務作業補助者に対する組織的な教育が重要であるが、当院においては医師事務作業補助者の教育体制が脆弱であったため、令和5年5月より医師事務作業補助者を6つのグループに分け、6名のグループリーダーと1名の統括リーダーを配置して、教育体制の強化を図った。また、リーダーとしてのスキルアップを図るため、今年度はリーダー全員に医師事務作業補助者指導者養成講習会を受講させることとしている。

医師事務作業補助者の個々の能力に差を埋めるため、教育研修やマニュアルの更新などを実施している。また、電子カルテにおいて、医師の指示や承認機能がない状態で記事がそのまま載ることがないよう、医療安全上問題のある記事については掲載を承認していない。

医師事務作業補助者の業務を標準化し、全診療科に1名以上配置した。

医師と医師事務作業補助者の関係だけでなく、医師と看護師間、医師と薬剤師間の複数の職種間に医師事務作業補助者が連携を図ることで質的充足を担保している。

オーダーの入力は外来で医師が隣にいる時のみに行っている。

検査予約・代行入力を電子カルテのテンプレートを使用し、標準化すると共に、指示内容が電子カルテの経過記録に残るように工夫している。

業務手順・マニュアル等の統一を図り、定期的な点検を行う。

D 情報共有に関する情報セキュリティ管理について

医師の働き方改革により勤務時間に制限が生じる中で、様々なICTツールの活用を含む、効率的な診療情報の共有が求められるところであるが、同時に、診療情報を扱う上では、適切な情報セキュリティ管理も求められる。今回、51 大学病院に病院としての情報セキュリティ教育や診療情報を共有するための ICT ツールの利用に関する現状の調査依頼を行い、その調査結果について報告する。

1 診療情報管理に関する情報セキュリティ教育について

51 大学病院のうち 48 病院 (94%) は、診療情報管理に関する情報セキュリティ教育を定期的に (年 1 回以上) 行っており、多くの大学病院では、年 1 回以上の頻度で、情報セキュリティ教育の機会を確保している現状が確認された。

2 診療情報を共有するための ICT ツールの利用について

2-1 病院として利用を許可している病院情報システム外の ICT ツールについて

患者情報等の診療情報を職員間で共有する際に、病院として利用を許可している、メール、グループチャット、Web 会議システム等の病院情報システム外の ICT ツールについて調査を行ったところ、51 大学病院のうち、27 病院 (53%) で病院情報システム外の ICT ツールの利用が許可されていた。(図 D-1)

その他ツールとして記載されていたツールとしては、病院もしくは大学で導入しているグループウェア・ファイルサーバ (Microsoft365、Google Workspace など含む)、コミュニケーションアプリ (JOIN など)、病院ネットワーク内でのコミュニケーション機能、病院情報システムへのリモート接続であった。

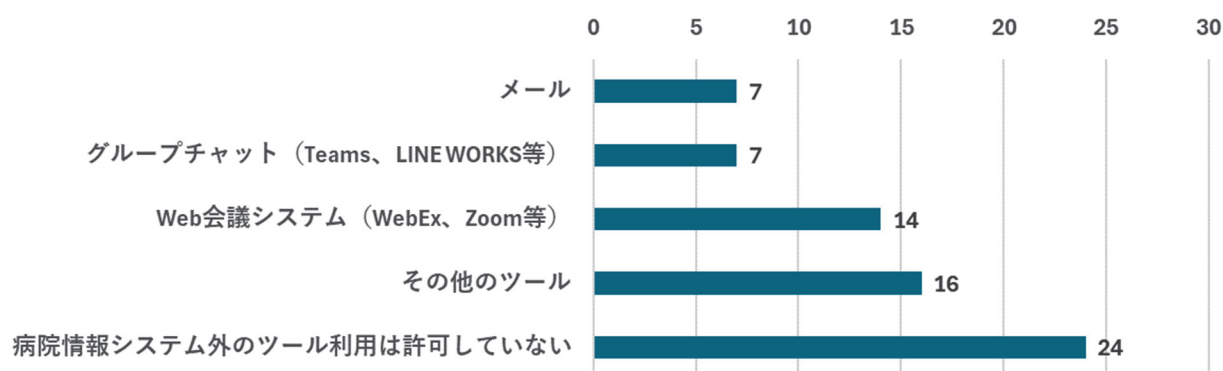


図 D-1 病院として利用を許可している病院情報システム外の ICT ツール (複数回答可)

一方、24 施設においては現時点では病院情報システム外のツール利用は許可されておらず、このうち、20 病院 (83%) は今後も病院情報システム外のツール利用を許可する予定はないとの結果であった。

2-2 病院情報システム外の ICT ツールの利用条件・利用ケースについて

利用を許可している ICT ツールについて、利用する際の条件についての調査を行ったところ、各病院で様々な利用条件を設定して情報セキュリティ管理を行っていることが確認できた。

今回の調査で利用している ICT ツールを、メール、グループウェア・ファイルサーバ (Microsoft365、Google Workspace など)、Web 会議システム (WebEx、Zoom、Teams など)、グループチャット・コミュニケーションアプリ (Teams、LINE WORKS、JOIN など) に大別し、それぞれの ICT ツールについて各病院で設定されていた利用条件・制限事項を表 D-1 に示しているが、利用する際の利用条件・制限事項としては、ネットワークの制限、利用を許可するシステムの制限、利用端末・診療科・ユーザの制限、記載内容の制限、利用できる機能の制限などが中心であった。

表 D-1 ICT ツールを利用する際の利用条件・制限事項

メール	Web 会議システム
<ul style="list-style-type: none"> ● 院内ネットワーク内でのメール機能利用 ● 大学が発行するメールアドレスに制限 ● 個人情報を送る際はパスワード使用 	<ul style="list-style-type: none"> ● 大学・病院が導入したシステムに限定 ● 申請承認制 ● 院内ネットワーク内での利用 ● 暗号化 (エンドツーエンド・SSL) ● VPN 接続 ● 利用端末制限・管理 ● 電子カルテ端末からは画面情報出力による共有のみ可能 ● 利用時の規定作成 (録画・録音禁止等)
グループウェア・ファイルサーバ	グループチャット・コミュニケーションアプリ
<ul style="list-style-type: none"> ● 大学・病院が導入したシステムに限定 ● 申請承認制 ● 院内ネットワーク内での利用 ● ユーザ制限 ● 利用時の規定作成 (ファイルアップロード禁止・パソコンのローカル環境への保存禁止等) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 大学・病院が導入したシステムに限定 ● 申請承認制 ● 院内ネットワーク内での利用 ● VPN 接続制限 ● ユーザ制限 ● 利用端末制限・管理 ● 診療科制限 ● 利用時の規定作成 (投稿内容・セキュリティポリシー等) ● スクリーンショット禁止 ● 端末への情報ダウンロード制限

ICT ツールの利用ケースについては、症例カンファレンス、患者情報共有（緊急搬送時や院外医師との共有含む）、遠隔画像診断・遠隔診療支援、ファイル共有（マニュアル等）、事務連絡共有、予定共有（手術予定・機器設備予約等）等で利用されており、特に症例カンファレンスで用いているケースが多く認められた。その他、パニック値などのアラート通知、インフォームドコンセント、オンコール待機時の指示伝達での利用している病院もあった。（図 D-2）

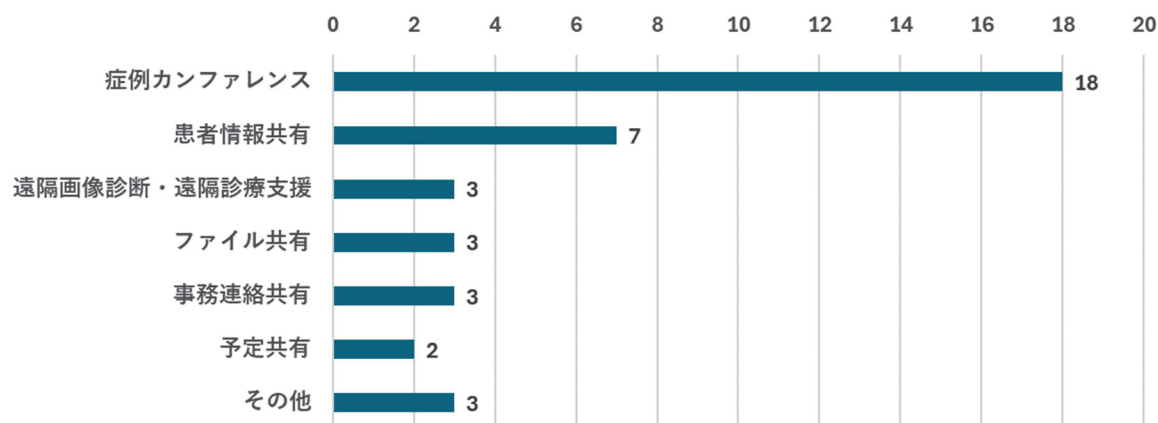


図 D-2 ICT ツールの利用ケース（複数回答可）

2-3 病院としての ICT ツールの利用方針と診療科単位でみた ICT ツールの利用について

「A 診療体制の変化に伴う情報共有の在り方について」において記載されている、51 大学病院の入院病床を有する全診療科への調査において、当直医師への要注意患者の引継ぎや診療カンファレンスにおいて、ICT ツールを利用している診療科が認められた。（A. 診療体制の変化に伴う情報共有の在り方について 4-2 全診療科対象調査 参照）

当直医師への要注意患者の引継ぎにおいて、病院情報システム外の ICT ツールを利用している診療科の中には、病院としては患者情報等の診療情報を職員間で共有する際に病院情報システム外の ICT ツールの利用を許可していないと回答している 24 病院に含まれる 20 病院の診療科も含まれていた。これらの診療科において利用されていた ICT ツールとしては、電子メールとグループチャット・コミュニケーションアプリ（LINE、LINE WORKS、Slack、JOIN、Teams 等）に大別でき、患者情報の匿名化、パスワード設定、診療科内に限定したメーリングリスト・グループチャットの利用等の対策を行い、個人情報の匿名化や情報セキュリティ対策を考慮した上で、利用されていた。

診療カンファレンスにおける Web 会議の利用（対面とのハイブリッド含む）について、診療科が利用している Web 会議システムとしては、Zoom、Microsoft Teams、WebEx、Google Meet、大学・病院独自の Web 会議システム等が利用されていた。病院としての調査においては、病院情報システム外の ICT ツールとして Web 会議システムの利用を許可している大学病院は 14 病院であったが、診療科単位でみた場合には、51 大学病院すべてにおいて、何らかの形で診療カンファレンスに Web 会議システムを利用している診療科が認められた。

また、診療カンファレンスに Web 会議を利用（対面とのハイブリッド含む）していると回答した 378 診療科のうち、165 診療科（44%）は、対面のカンファレンスも実施しており、カンファレンスで取り扱う内容や参加者に応じて、実施形態を使い分けていた。

3 診療情報を共有する際のセキュリティポリシーについて

メール、グループチャット、Web 会議システム等で、患者情報等の診療情報を職員間で共有する際のセキュリティポリシーについては、51 大学病院のうち、27 病院（53%）でセキュリティポリシーを定めており、27 病院すべてで、セキュリティポリシーの作成・管理に、医療情報管理部門などの情報セキュリティに関する専門部門が関与して作成されていた。また、現在セキュリティポリシーを定めていない 24 病院については、13 病院（54%）で、今後セキュリティポリシーを定める予定となっていた。

4 D 領域（情報共有に関する情報セキュリティ管理について）の調査結果を踏まえた考察

診療情報管理に関する情報セキュリティ教育については、多くの大学病院で年 1 回以上の頻度で行われており、基本的な情報セキュリティ教育の機会は、各病院において確保されているものと考えられた。また、診療情報を共有する際のセキュリティポリシーは、約半数の大学病院で、医療情報管理部門などの情報セキュリティに関する専門部門が関与しながら定められており、現在定められていない大学病院においても、約半数の大学病院で今後定める予定とされており、ICT ツールを活用する際の情報共有に関する基本的なセキュリティポリシーについても整理が進んでいるものと考えられた。

また、医師の働き方改革により勤務時間に制限が生じる中で、約半数の大学病院が、病院情報システム外の ICT ツールの利用を許可しながら運用を進めていると考えられた。また、これらの大学病院においては、ICT ツールの利用において様々な利用条件を設定しており、情報セキュリティ管理の観点も踏まえて、対応しているものと考えられた。一方、病院情報システム外の ICT ツールの利用を許可していない大学病院においては、80%程度の大学病院で、病院情報システム外のツール利用を許可する予定はないとの結果であり、今後も病院情報システム内のツールで対応を行っていく方針であると考えられた。このような結果からは、情報セキュリティ管理の観点において、利用条件・制限事項を定めながら病院情報システム外の ICT ツールを含めて情報共有を進めていくか、病院情報システム内のツールをどう活用していくかを中心に進めていくかについて、大学病院ごとに基本的な方針が分かれている可能性が示唆された。

一方、診療科単位での ICT ツールの利用の状況からは、病院としては患者情報等の診療情報を職員間で共有する際に病院情報システム外の ICT ツールの利用を許可していない病院においても、電子メール、グループチャット・コミュニケーションアプリ、Web 会議システムといった ICT ツールが利用されていた。この際、各診療科においては、情報の匿名化、取り扱う情報の制限、利用者の制限などのセキュリティ対策を行いながら利用されていた。

このように、病院としての情報共有に関する基本的な方針と、臨床現場の実情をふまえた各診療科における取組については、差異が認められるケースもあると考えられ、今後、情報セキュリティ管理の観点も踏まえた効率的な診療情報の共有を進めていくためには、診療科における現状も踏まえながら、病院としての方針を検討していく必要があると考えられた。

V 調査結果（速報）

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック

重点項目『「働き方改革」変革期における医療の質・安全上の課題と対策について（第1報）』に関する速報の報告にあたって

国立大学病院長会議では、全国の国立大学病院が医療安全に関する自己評価・他者評価を通じて自律的な改善を促す訪問調査事業「医療安全・質向上のための相互チェック」を平成12年に開始し、現在、公立大学病院、防衛医科大学校病院も含め、全51施設で取り組みを継続しています。

さて、令和6年4月から国の「医師の働き方改革」が施行され、医師の労働時間の上限規制が適用されます。このことが、診療、教育、研究等に与える影響や課題については既に様々な場で議論がなされてきました。一方、医師の労働時間の制限は、医療の質・安全に影響を与えることが海外では経験されており、本邦においても潜在的なリスクの特定や対策立案の検討が必要です。

そこで令和5年度の相互チェックでは重点項目に『「働き方改革」変革期における医療の質・安全上の課題と対策について（第1報）』を設定しました。主な目的は、今回の改革が医療の質・安全に及ぼす脅威やリスクを洗い出し、先駆的な取り組みを全国で共有し、先行的な安全マネジメントを行うことであり、そのために各大学病院等における体制整備の現状や課題を調査しました。

具体的には、主に「病院全体の体制」と「全診療科（入院病床を有するものに限定）の状況」を確認しました。後者では1,407の診療科から事前調査の回答を得て、働き方改革に伴う診療や医療の質・安全に関連した取り組みや懸念が明らかになりました。令和6年4月からの各病院の対応や国立大学病院等全体での検討の参考資料となるようここに速報としてその概要をまとめました。

また、今回の相互チェックでは、実地訪問調査における病院執行部や現場の医師らとの意見交換を通して、各施設が限られたリソースと臨床のコンテクストの中で、課題に対して独自の解決策を模索し、新たな取り組みを試行していることが確認されています。例えば、時間や空間を越え、安全に診療情報を共有するための情報通信技術の活用、院内の職種全体のタスク・シフト/シェア、患者さんとの協働の在り方など、その視点は多岐にわたっています。

これら相互チェック全体のまとめは、例年通り正式版の報告書として令和6年6月に公開を予定しています。その中で、国立大学病院等が、引き続き我が国の医療の質の維持、向上を牽引するための最新の情報を共有、提言してまいります。

令和6年3月1日
国立大学病院長会議常置委員会
診療担当（医療安全管理）校
大阪大学医学部附属病院
病院長 竹原 徹郎

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック
『「働き方改革」変革期における医療の質・安全上の課題と対策について（第1報）』
全診療科の状況に関する調査 速報版

国公立大学病院等 51 病院（42 国立大学、8 公立大学、防衛医科大学校）の入院病床を有する全診療科に調査を依頼し、1,407 診療科から回答が得られた。その内訳*は、内科系 598 診療科、外科系 809 診療科であった。

1. 入院患者の受け持ち体制

入院患者の受け持ち体制について、1,404 診療科から回答があり、1,118 診療科（80%）が複数主治医制/チーム制（診療科内で規定した複数医師から成るチームで診療を行う）をとっており、救急科は交替勤務制の割合が大きかった。古典的主治医制（平日日中は専ら1～2名の固定した医師が診療を行い、手術中等も固定医師が対応する）も一定数みられた（図1）。

2. 時間外の診療体制

時間外の診療体制については、全体で見ると当直制をとっている診療科は約 8 割で、オンコール対応は限定的であったが、診療科別に見るとそれらの割合は異なっていた。

当直制の診療科のうち、自科単科のみで当直を行っている診療科が約 6 割、他科と連携して当直を行っている診療科が約 4 割であった（図 2-1）。いずれの場合も、当直医が対応できない問題が生じた際に備え、バックアップ医師を診療科内で定めている診療科が多かった（図 2-2）。

3. 情報共有・引継ぎの工夫

日々の診療において医師間の確実で効率的な引継ぎ・情報共有を行うための診療記録への記載方法について、761 診療科（54%）は取り決めがあり、そのうち 655 診療科（86%）は記載する患者情報の項目を定めていた。

時間外の診療において、当直医が特に注意を要する患者を認識できるように支援するシステムや方法があると回答した診療科は、841 診療科（60%）あり、具体的な方法としては、口頭、電子カルテ内のツール、紙媒体の当直日誌が多かったが、病院情報システム外の ICT ツール（SNS や電子メール等）を活用している診療科もあった（図 3）。また、143 診療科（17%）では、当直医の引継ぎのために記載する患者情報の項目を定めていた。

4. 診療業務に係るカンファレンス

診療カンファレンスは全て時間内に行っていると回答した診療科は、616 診療科（44%）であり、検討症例の層別化、プレゼンテーション資料の削減、カンファレンス以外（回診等）の時間や回数の削減が行われていた（図 4-1）。診療カンファレンスの実施形態は、対面が

多数であるものの、web 開催あるいは対面と web のハイブリッドで運用している診療科もみられた（図 4-2）。

5. インフォームド・コンセント

侵襲的医療行為を行っている 1297 診療科のうち、インフォームド・コンセント（IC）を平日の勤務時間内に実施できる工夫をしている診療科は、1,081 診療科（83%）であった。IC にかかる時間を短縮するために、患者の理解を促す画像や動画の説明資料が用いられていた。364 診療科（28%）において、非対面（Zoom や電話等）での説明が採用されていた。一部の診療科では、IC 記録を効率よく作成するため、記録用テンプレートの使用、説明者以外の同席した医師や医師事務補助者による記録の実施、音声入力の活用等の工夫が行われていた（図 5）。

6. 医療の質・安全等に関する懸念

働き方改革に関連して懸念される医療の質・安全等に関する事項として、709 診療科（50%）から回答があった（図 6-1）。懸念事項の自由記載について 20 回以上出現する単語を抽出し、階層的クラスター分析を行った結果、1) 連続勤務時間制限の影響、2) 診療・手術の制限、3) 人員不足、4) 当直・オンコール体制の懸念、5) 医療の質の低下、6) カンファレンスが困難、7) 家族説明が困難、8) 働き方改革についての国民への周知不足、9) 大学勤務医の負担・収入減少・地域医療への影響、10) 自己研鑽に関する懸念の 10 のクラスターに分類された（図 6-2）。最も頻出した意見としては連続勤務時間制限の影響であり、手術や診療にあたる人員不足による医療提供の制限、カンファレンスや患者説明などが十分に行えないこと等、これまで通りの医療の質を保つことが困難になることについて、多くの診療科から懸念が示された。

7. 結語

診療科に対する事前調査では、入院患者の受け持ち体制として、多くの診療科が複数主治医制/チーム制を導入していることが明らかとなった。時間外の診療体制については、診療の専門性や緊急性等の理由により、自科単科での当直が必要な診療科が見られた。時間外診療における医師間の情報共有・引継ぎ、カンファレンスや IC に関しては、医療の質・安全の確保と業務の効率化の観点から ICT ツールの活用が進められていた。一方で、医療の質・安全の脅威として、診療に必要な人員数の確保、専門家による診療、急変対応等に困難を来すこと等が指摘された。また、働き方改革の実装に向けて、全ての診療科に一律の対応を求めることは難しく、診療科の特性やマンパワー、他科との連携可能性によって、安全で質の担保された医療提供に必要な体制が異なる可能性が示唆された。

※一般社団法人日本専門医機構の定める内科系社員学会及び外科系社員学会の構成学会に準じ、「医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法と基準の作成等に係るワーキンググループ」にて分類を行った。

図1:入院患者の受け持ち体制 (n=1404診療科)

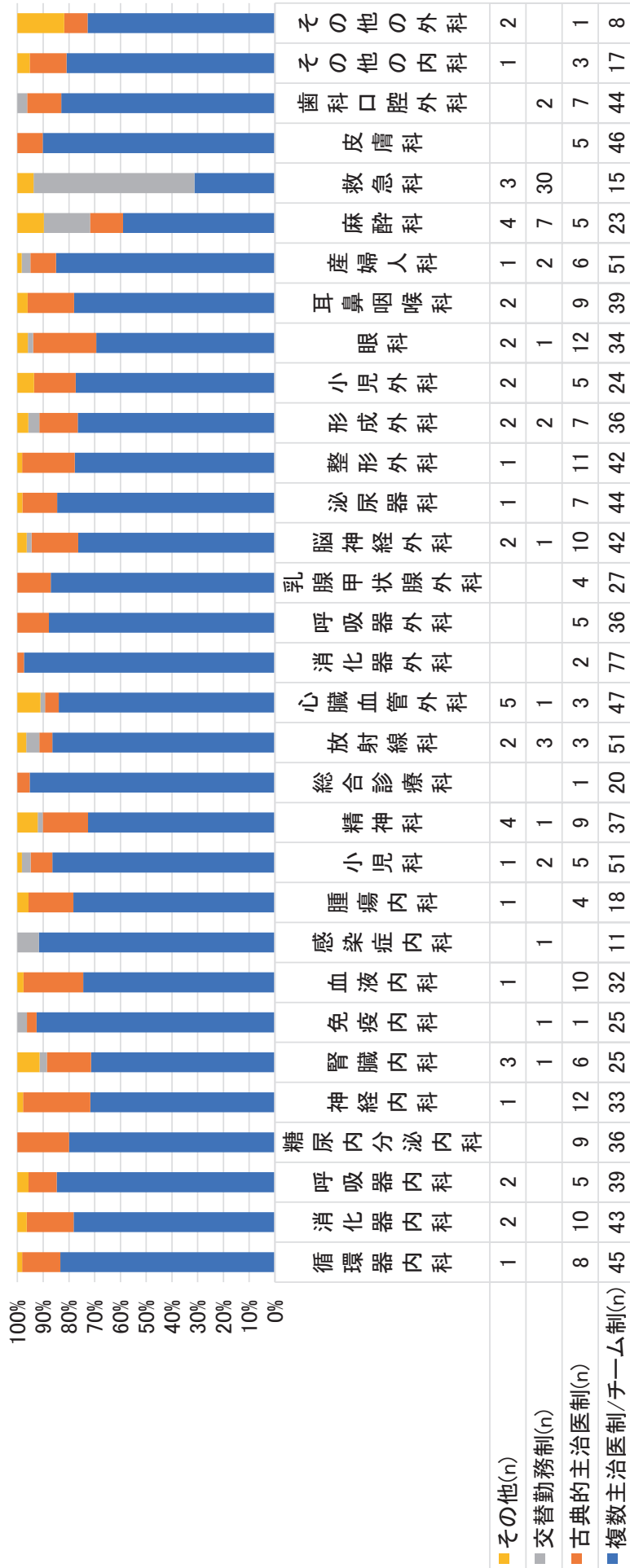


図2：時間外の診療体制

令和5年度第5回常置委員会報告資料

図2-1. 時間外の診療体制-診療科別集計

(n=1396診療科)

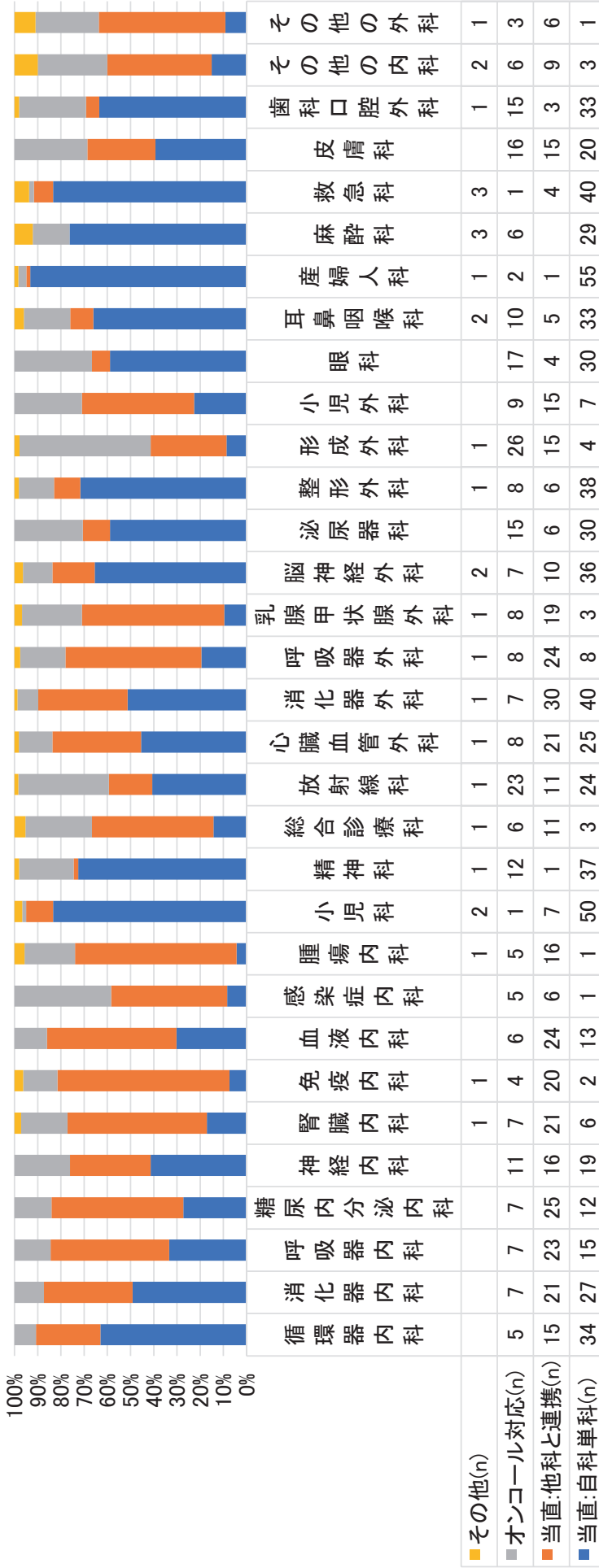


図2-2. 時間外の診療体制 - 当直制の診療科において問題が生じたときにコールされる医師

(n=当直制を採用している1088診療科)

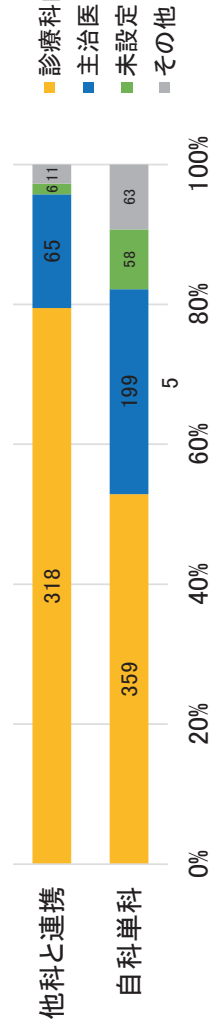


図3:特に注意を要する患者について当直医師への引継ぎを支援するシステムや方法

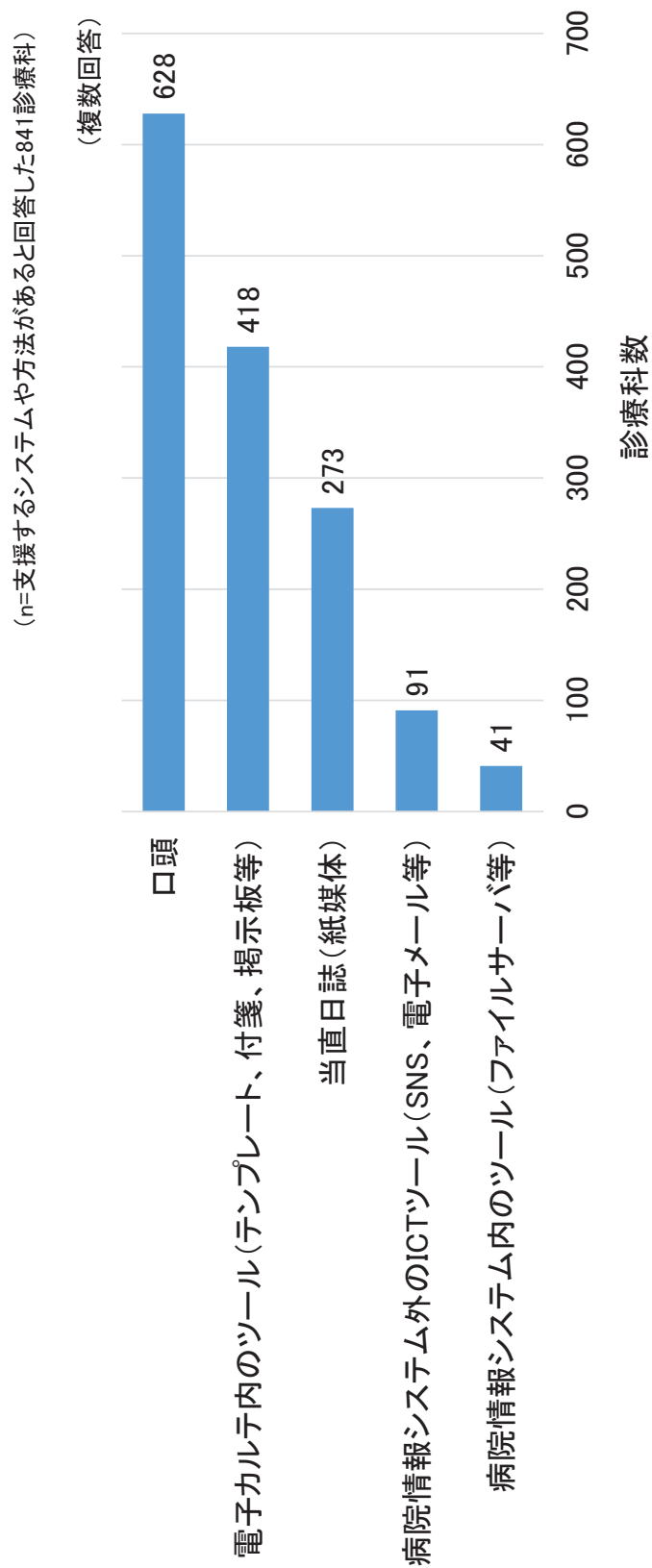


図4: 診療業務に係るカンファレンス

令和5年度第5回常置委員会報告資料

図4-1. 診療カンファレンスを時間内に行うために変更した点

(n=全て時間内に行っていると回答した616診療科)

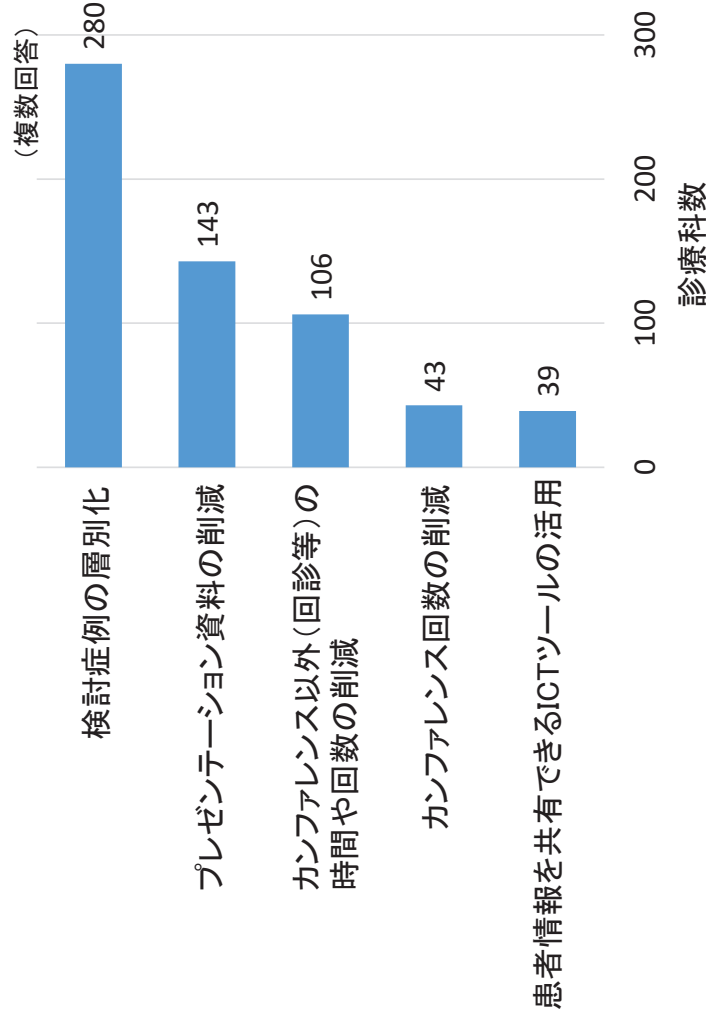
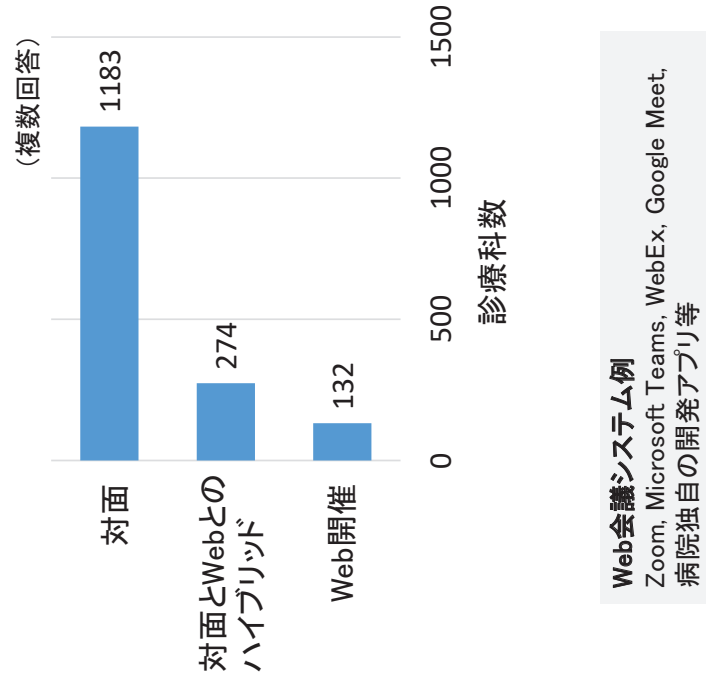


図4-2. 診療カンファレンスの実施形態

(n=1407診療科)



Web会議システム例

Zoom, Microsoft Teams, WebEx, Google Meet, 病院独自の開発アプリ等

図5: インフォームド・コンセントについて (n=侵襲的医療行為を行っていると回答した1297診療科)

5-1. インフォームド・コンセントを平日の勤務時間内に実施できるような工夫を行っている: 1081 診療科 (83%)

5-2. インフォームド・コンセントの負担保と時間短縮を両立するための工夫を行っている: 530 診療科 (41%)

- 工夫例:
- ・動画の説明資料
 - ・画像の説明資料
 - ・イラストや図を用いたリーフレット 等

5-3. 実施方法
非対面方式 (Zoomや電話など) を活用している: 364 診療科 (28%)

5-4. インフォームド・コンセント記録を効率よく作成するための工夫例

記録用テンプレートを使用する
上級医・研修医等の、説明者以外の同席医師が記録する
同席の医師事務作業補助者が記録する
音声入力の活用
標準的な説明内容の下書きフォーマットを整備している

図6: 医療の質・安全等に関する懸念

図6-1: 懸念事項に関する自由記載の有無 (n=1407診療科)

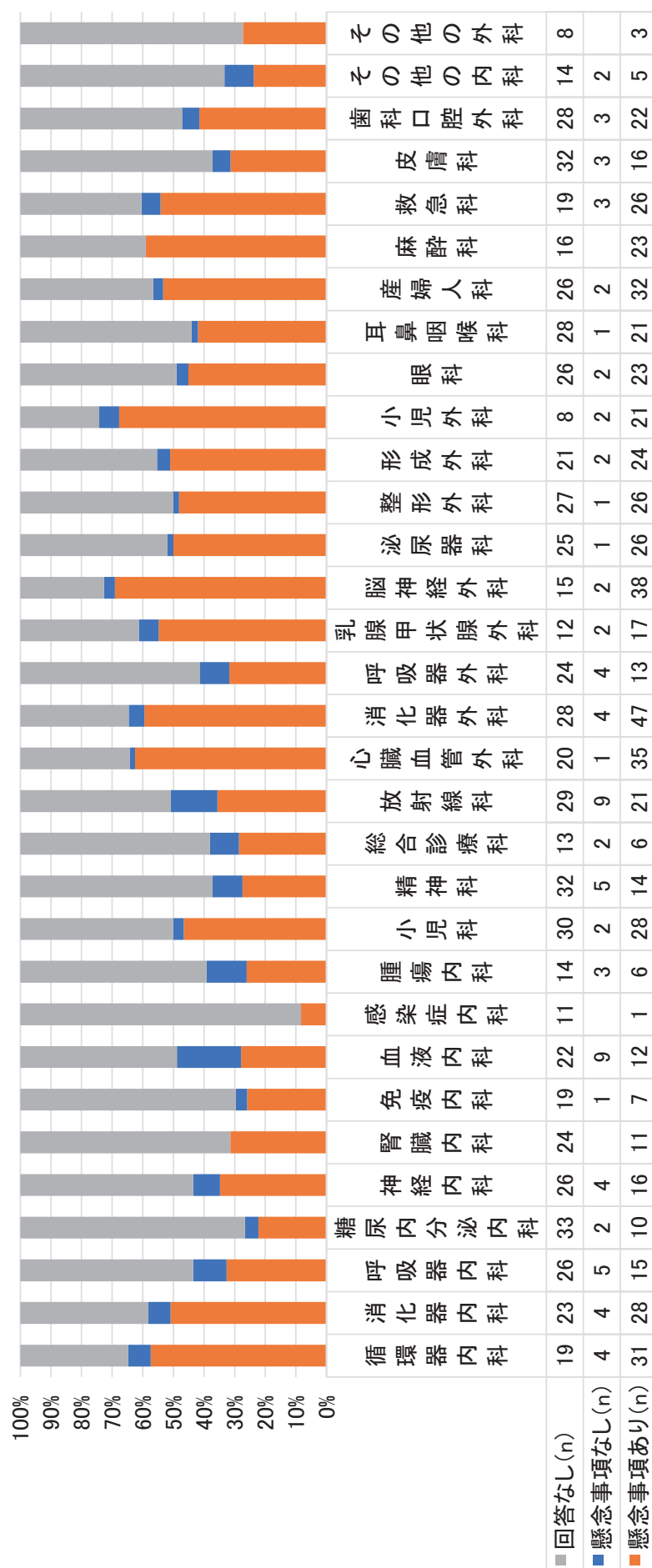
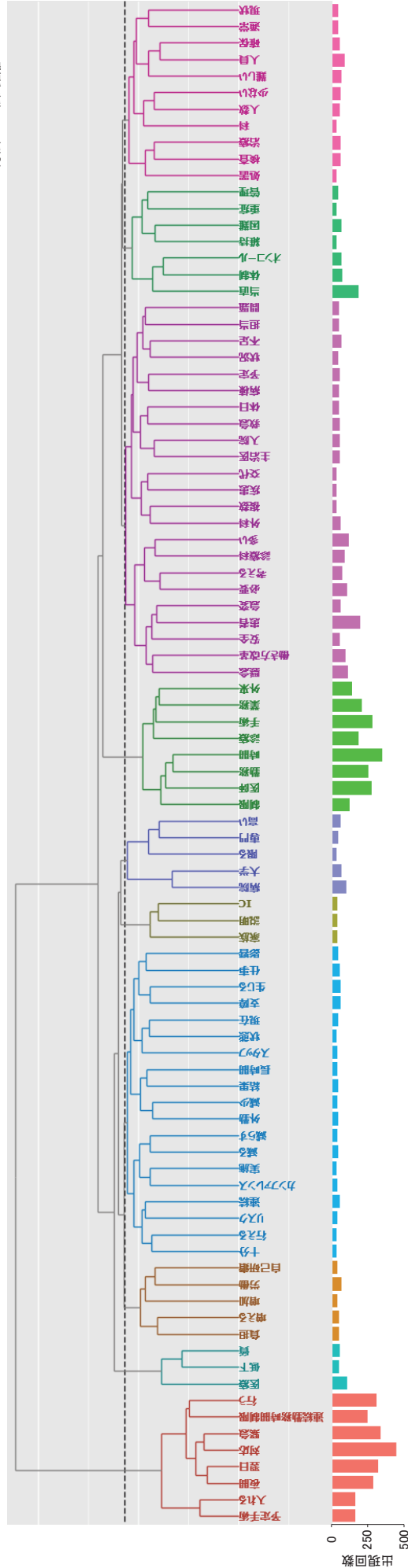


図6-2: 自由記載のテキスト解析 (n=懸念事項の記載があった624診療科)



① 連続勤務時間制限の影響

・夜間に緊急対応を行うと、連続勤務時間制限により翌日の診療に入れなくなる

② 診療・手術の制限

・長時間手術や急を要する手術の追加が行いにくくなる

③ 人員不足

・検査・治療に十分な人員を確保できなくなる可能性がある

④ 当直・オンコール体制の懸念

・自科での当直を廃止した場合、急変時にこれまでもと比較して十分な対応ができなくなることを懸念している
 ・今後オンコール体制が導入された際にオンコール医師と専門外分野の当直医の間で口頭での連絡では齟齬が生じる可能性がある

⑤ 医療の質の低下

・今まで専門医がファーストコールでいつでも診察し専門性の高い医療を提供できていたのが、できなくなる可能性があり医療の質の低下につながると考えられる

⑥ カンファレンスが困難

・多診療科が関連するカンファレンスなどは勤務時間内に設定することが困難

⑦ 家族説明が困難

・患者の家族が平日日中に来れないことが多く、インフォームドコンセント(IC)を日勤帯に設定できない

⑧ 働き方改革に対する国民への周知不足

・IC等、平日時間内に行うことの周知が不十分
 ・患者家族のわかりやすいところに時間内対応が義務付けられていることを表示するなど病院としての対応が必要

⑨ 大学勤務医の負担・収入減少・地域医療への影響

・大学勤務を希望しない医師が増加することにより大学勤務の医師の負担が増えます
 ・外勤が困難となり、収入の減少や地域医療に貢献できなくなる懸念される

⑩ 自己研鑽に関する懸念

・残業と自己研鑽の線引きが難しい
 ・研究や学会活動の衰退、それに伴う診療能力の低下

資料

- ・令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施要項
- ・令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施概要
- ・令和5年度 重点項目調査シート（事前調査、及び訪問調査兼用）
- ・医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法と基準の作成等に係るワーキンググループ 委員名簿

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施要項

国立大学病院長会議常置委員会診療担当（医療安全管理）校（大阪大学）

1. 目的

国立大学附属病院の医療の安全と質の向上を図り、安全管理体制確立の一助となることを目的に医療安全・質向上のための相互チェックを自律的に実施する。

2. 区分

医療安全・質向上のための相互チェックは、「自己チェック」と「訪問調査によるチェック」に区分して実施する。

3. 実施方法

(1) 自己チェック

各大学病院は「自己チェックシート」を作成し、事前に訪問大学病院に送付する。

(2) 訪問調査によるチェック

①全国規模での組み合わせにより1機関対1機関で調査を実施する。

②組み合わせについては、過去の組み合わせと重複しないように考慮する。

③メンバー構成は、実務的チェックを行うことから、当該領域の専門家のほか、医療安全管理者（GRM）等を中心とした必要人数で行うこととする。

④訪問大学病院は、実地調査を行う。

⑤派遣人数・日程等は必要最小限で実施することとし、必要経費についても適正化を図ることとする。

(3)本年度は、「特定機能病院間相互のピアレビュー」を実施することから、当該ピアレビューの訪問調査と同日に相互チェックの実地訪問調査を行う。

4. 重点項目

令和5年度の重点項目は、「『働き方改革』変革期における医療の質・安全上の課題と対策について（第1報）」とする。

5. 関係書類の提出

(1) 自己チェックの結果

各大学病院は、自己チェックの結果を訪問大学病院へ提出する。

(2) 訪問調査の結果

訪問大学病院は、訪問調査の結果を被訪問大学病院及び診療担当（医療安全管理）校へ提出する。

6. 日程

- (1) 診療担当（医療安全管理）校は、令和5年7月頃、医療安全・質向上のための相互チェックの実施について、各大学病院へ依頼する。
- (2) 訪問調査は、令和5年9月頃から11月下旬頃までに実施する。
- (3) 各大学病院は、自己チェックの結果を訪問調査までに、遅くとも令和5年9月末頃までには訪問大学病院に提出する。
- (4) 訪問大学病院は、訪問調査の結果を令和5年12月8日頃までに被訪問大学病院及び診療担当（医療安全管理）校に提出する。
- (5) 診療担当（医療安全管理）校は、令和6年6月頃、調査結果を報告書としてとりまとめ、令和6年度の国立大学病院長会議総会で報告する。

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック

重点項目『「働き方改革」変革期における 医療の質・安全上の課題と対策について（第1報）』

実施概要

国立大学病院長会議常置委員会
診療担当(医療安全管理)校(大阪大学)

1. テーマ設定の背景と目的

- ・ 今回の「医療安全・質向上のための相互チェック」では、『「働き方改革」変革期における医療の質・安全上の課題と対策について（第1報）』を重点項目に設定し、各大学病院における体制整備の現状や課題を調査します。
- ・ 令和6年4月から、国の「医師の働き方改革」の諸施策が施行され、医師の労働時間の上限規制が適用されます。文部科学省、全国医学部長病院長会議、学会等が、各医療機関での準備状況や、診療、教育、研究等への影響に関して広範な調査を実施し、課題についての議論が始まっています。
- ・ 一方で、医師の労働時間を制限することで、医療の質・安全に影響が及ぶことは必至と考えられますが、具体的にどのようなリスクが潜在するか、どのように対策を講じるべきかについての議論は十分にはなされていません。
- ・ 本相互チェックでは、「働き方改革」が医療の質・安全に及ぼす脅威やリスクを洗い出すこと、また、各大学で既に着手されている先駆的な取り組みを全国で共有することにより、先行的な安全マネジメントにつなげることを目的としています。
- ・ なお、「医療安全・質向上のための相互チェック」は、大学間の優劣比較を目的とするものではありません。従って、現状把握・情報共有に資する観点から、率直な情報提供をお願いします。

2. 全体の構成

- ・ 相互チェックは、各大学による「自己チェックシート」への回答と、同シートに関する訪問調査での実地確認、ヒアリング、全体討議、講評で構成されます。

3. 調査項目

- ・ 主な調査項目は表1に示すとおりです。
- ・ 調査シートの提出期日等は、別添資料5「実施スケジュール図」を参照してください。

表1 調査項目の概要

【病院全体として取りまとめて回答する項目】	
A	診療体制の変化に伴う医師間の情報共有
1	入院患者の情報共有
2	当直医師への引継ぎ
3	診療科カンファレンス
B	インフォームド・コンセントや医療安全研修・院内会議の実施形態
4	インフォームド・コンセント
5	医療安全に係る研修
6	院内会議
C	タスク・シフト/シェア
7	タスク・シフト/シェア
D	情報共有に関する情報セキュリティ
8	情報共有に関する情報セキュリティ管理
【院内の全診療科に依頼し回答する項目】	
1	入院病床をもつ全ての診療科に対する調査 日々の診療情報の引継ぎ、当直医師への引継ぎ、カンファレンス、インフォームド・コンセント等について

(自己チェックシートと訪問調査シートは同じ内容)

4. 訪問調査への参加メンバー

- ・ 訪問大学、被訪問大学のメンバーは、表2を参考に決定してください。

表2 訪問調査メンバーの概要

	メンバー	訪問大学	被訪問大学
A	病院全体の医療安全の業務に関与している医療職、及び事務職員	◎	◎
B	院内で働き方改革(又は関連の取り組み)を所掌している部門の職員	◎	◎
C	病院情報システム(電子カルテ)を管理している医療情報部門の医師等	○	◎
D	診療科の医師(複数診療科:訪問・被訪問大学間で協議)ーヒアリングの対象診療科は、自己チェック等の内容を参考に、訪問大学・被訪問大学間で協議して決定すること。病棟・当直業務を把握している者が望ましい。	○	◎
E	その他、今回の重点項目に関連する取り組みの調査に対応可能な者	△	△

(◎必ず参加、○参加が望ましい、△必要時には参加)

5. 被訪問大学（訪問を受ける大学）が実施すること

- 1) 【訪問前】「自己チェックシート」の提出（訪問大学へ）
 - ・ 【病院全体で取りまとめて回答する項目】については、院内の診療体制、電子カルテシステム、働き方改革に係る体制整備状況等をよく理解している職員が中心となって、分担、協議の上、病院として一つの回答を提出してください。
 - ・ 【院内の全診療科に依頼し回答する項目】については、入院病床を持つ診療科の代表者に回答を依頼し、全科の回答を提出してください。
- 2) 【訪問前】「事前提出資料」の提出（訪問大学、事務局（大阪大学）へ）
 - ・ 調査に関連する取り組みがあれば、参考資料として訪問大学へ提出してください。
 - ・ 事前に、個人情報を削除してください。
 - ・ 「事前提出資料」の例としては、次のようなものが考えられます。
 - (ア) 日々の診療情報を引継ぐ・共有するためのテンプレート等の画面
 - (イ) 当直医師への引継ぎのためのテンプレート等の画面
 - (ウ) 診療録以外の情報共有ツールに関する資料
 - (エ) 診療科カンファレンスの開催形式等に関する病院としての通知文書
 - (オ) IC の設定時間に関する患者、家族、医療者への周知文、掲示物等
 - (カ) 働き方改革に関する患者、家族、医療者への周知文、掲示物等
 - (キ) その他
 - ・ 報告書に掲載し、全国に共有可能な資料は、事務局（阪大）にも提出してください。

6. 訪問大学（訪問する大学）が実施すること

- ・ 【訪問前】被訪問大学から提出された「自己チェックシート」と「事前提出資料」の内容を確認してください。
- ・ 【訪問時】
 - 1) 調査シートの項目に沿って、現物（電子カルテ、各種資料、資材など）の確認、担当部署、診療科へのヒアリング等を行ってください。単に現時点の体制や規制への対応状況を聞き取るのではなく、具体的な内容、運用上の工夫、それらを実現する上での障壁を実地で確認してください。
 - 2) 全領域の調査後、訪問・被訪問チーム合同で全体討議を行ってください。
 - 3) ヒアリングや全体討議の内容のうち、他大学と共有できる先進的な取り組み、克服した課題に関する評価などを、講評で積極的に伝えてください。
- ・ 【訪問後】「訪問調査シート」と「講評等記載用紙」を訪問大学と事務局（大阪大学）へ提出してください。

7. その他

- ・ 医師の働き方改革に関する諸規定（例：時間外労働の水準：連携 B、B、C 等）は、厚生労働省等のホームページを参照してください。

<https://iryoin-kinmukankyou.mhlw.go.jp/information/explanation>

以上

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票 【全体調査用】

重点項目「『働き方改革』変革期における医療の質・安全上の課題と対策について（第1報）」

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（全体調査用）」（excel ファイル）にご記入ください。

【A 診療体制の変化に伴う情報共有の在り方について】

1 入院患者の日々の診療情報の引継ぎ・共有

1-1 入院患者の日々の診療情報のスムーズな引継ぎ・共有のための診療録記載に関する取り決めや明文化したルールがありますか（入院中の患者カルテを担当以外の医師が参照した際に、容易に患者情報が把握できる記載を指します。退院サマリは含みません）。

- ① ある
運用開始時期（西暦： ）年
- ② ない（現在、検討している）
- ③ ない（特に検討していない）

1-2 1-1で「①ある」と回答した場合、患者情報を記載する場所を定めていますか。

- ① はい
- ② いいえ

1-3 1-1で「①ある」と回答した場合、記載する患者情報の項目を定めていますか。

- ① はい
- ② いいえ

1-4 電子カルテ以外の方法で、日々の診療情報の引継ぎ・共有を行っている場合、病院として定めている方法を回答してください（複数回答可）。

- ① 口頭（対面や電話）
- ② 当直日誌（手書き）
- ③ 病院情報システム内のツール（ファイルサーバなど）

- ④ 病院情報システム外のツール（SNS、電子メールなど）
（ツールの具体名称を記載）
- ⑤ 方法は定めていない

【訪問時調査】

実際の画面を確認する。記載場所や記載必須項目（病名、治療歴、治療方針など）を確認する。働き方改革に応じて整備したのか、運用状況、効果はどうか。

（次頁に続く）

2 当直医師への引継ぎ

2-1 当直医師への引継ぎに関して、病院として明文化したルールがありますか。

- ① ある
ある場合、運用開始時期（ ）年
- ② ない（現在、検討している）
- ③ ない（特に検討していない）

2-2 2-1で「①ある」と回答した場合、ルールの対象としている診療科の範囲を回答してください。

- ① 全診療科
- ② 特定の診療科または部署
- ③ その他（自由記載）

2-3 2-1で「①ある」と回答した場合、病院として定めている引継ぎ方法を回答してください（複数回答可）。

- ① 口頭（対面や電話）
- ② 当直日誌（手書き）
- ③ 電子カルテ内のツール（診察記事、テンプレート、付箋、掲示板等）
- ④ 病院情報システム内のツール（ファイルサーバなど）
- ⑤ 病院情報システム外のツール（SNS、電子メールなど）
（ツールの具体的な名称を記載）
- ⑥ 方法は定めていない

【訪問時調査】

実際の画面を確認する。記載場所や記載必須項目（病名、治療歴、治療方針、緊急時連絡先、連絡基準など）を確認する。働き方改革に応じて整備したのか、運用状況、効果はどうか。

3 診療業務に係るカンファレンス

3-1 各診療科における診療業務に係るカンファレンス（例 術前検討会）の開催時間について明文化されたルールまたは発出された通知文書がありますか。

- ① ある
- ② ない（現在、検討している）
- ③ ない（特に検討していない）

3-2 3-1 で①あると回答した場合、どのように定めていますか。

- ① 原則、就業時間内に行うよう定めている
- ② 超過時間を制限している（例、19時までに終了、月4時間まで等）
（具体的に記載）
- ③ その他（自由記載）

【訪問時調査】

実物を見せてもらう。働き方改革に応じて整備したのか、運用状況、効果はどうか。

（次頁に続く）

【B インフォームド・コンセント、医療安全に係る研修や会議について】

4 インフォームド・コンセント

ここでのインフォームド・コンセント（以下 IC）は侵襲的医療行為（手術、放射線治療、抗がん剤治療、カテーテル検査など）に先立って実施されるものを想定していません。医療安全部門やインフォームド・コンセント管理責任者にて、ご回答ください。

4-1 IC を平日の勤務時間内に実施できるよう、病院としてのアナウンス（HP への掲載や院内掲示、入院時の案内等）を患者に対して行っていますか。

- ① はい
- ② いいえ

4-2 4-1 で「①はい」と回答した場合、その具体的な方法を回答してください（複数回答可）。

- ① HP への掲載
- ② 院内掲示
- ③ 入院や外来の案内パンフレットへの記載または折り込みでの配布等
- ④ その他（自由記載）

4-3 勤務時間内に実施できるよう、病院としてのアナウンスを職員に対して行っていますか。

- ① はい
- ② いいえ

【訪問時調査】

4-1、4-3 で「①はい」の場合、アナウンス方法について確認する。

4-4 4-1、4-3 で「①はい」と回答した場合、IC を平日の勤務時間内に実施するようにアナウンスしたことによる変化について回答してください。

4-4-1 患者側とのトラブルや医療機関内での問題が発生していますか。

- ① はい
- ② いいえ

【訪問時調査】

4-4-1で「①はい」の場合、具体的な内容、その対応策を確認する。

4-4-2 平日の勤務時間内に実施されるICの数は変化しましたか。

- ① 増えた
- ② 減った
- ③ 変わらない
- ④ わからない

4-5 ICの記録を多職種で共有するために、病院全体でフォーマットやカルテ記録上のタグ付けなどのルールを定め、周知徹底していますか。

- ① はい
- ② いいえ

4-6 4-5で「①はい」と回答した場合、その取り組み内容について回答してください（複数回答可）。

- ① IC記録用のフォーマットがある
- ② IC記録用の診療録上のタグがある
- ③ その他（自由記載）

【訪問時調査】

4-5が「①はい」の場合、利用状況や周知徹底のための取り組みを確認する。

4-7 ICについて、非対面方式（Zoomや電話など）を活用する際の病院としてのルールを定めていますか。

- ① はい
- ② いいえ

【訪問時調査】

全診療科対象の調査において、ICの事前あるいは事後の提供の資料、医師以外の職種とのタスクシェア、記録時間の短縮について、独自の取り組みがあれば、確認する。

5 医療安全に係る研修

5-1、5-2 の研修とは、医療安全部門が主催するものを想定し、回答してください。

5-1 集合研修の開催時間帯に関する工夫と課題について

5-1-1 現在、集合研修を実施している場合、勤務時間内に開催していますか。

- ① はい
- ② いいえ

5-1-2 今後、集合研修を原則として勤務時間内に開催する方針で検討していますか。

- ① はい
- ② いいえ

5-1-3 勤務時間内に開催する場合の障壁にはどのようなものがありますか（複数回答可）。

- ① 病棟不在時間発生により看護基準が満たされない等の影響がある
- ② 医師の業務への影響が特に大きくなる
- ③ 医師看護師以外の特定の職種で業務への影響が特に大きくなる
- ④ 一度に多くの職員を集められる会場がない
- ⑤ 複数回開催する必要がある（一度に大勢で勤務を抜けられない）
- ⑥ その他（自由記載）

5-1-4 研修を時間内に開催するための工夫があれば記載してください。

5-2 e-learning の活用と課題について

5-2-1 e-learning はどこからアクセス可能ですか。

- ① 学内のみ
- ② 学内と学外から
- ③ 教材により異なる

5-2-2 e-learning の学習効果を測定していますか。

- ① すべての e-learning 教材で実施

- ② 一部で実施
- ③ 実施していない

5-2-3 e-learning の普及に伴う課題について当てはまるものがありますか（複数回答可）。

- ① 教材管理
- ② 受講履歴の管理
- ③ システムの管理、トラブルシューティング
- ④ その他（自由記載）
- ⑤ 特になし

5-3 実技を伴う研修について（BLS, CV 研修など）

5-3 については、医療安全管理部門の主催ではない場合であっても、医療安全に関連し、職員に広く実施される研修について回答してください。

5-3-1 勤務時間内に開催していますか。

- ① はい
- ② いいえ
- ③ 研修を実施できていない

5-3-2 学習効果を高めつつ、効率よく実施するための工夫について

5-3-2-1 個人や少人数で希望時に学習することができる施設（例：シミュレーションルーム）や教育資材等を提供していますか。

- ① はい
- ② いいえ

5-3-2-2 その他の工夫を実施していますか。

- ① はい
- ② いいえ

5-3-2-3 5-3-2-1、5-3-2-2で「①はい」と回答した場合、具体的な内容を記載してください（自由記載）。

【訪問時調査】

5-3-2-1、5-3-2-2 について「①はい」の場合は、その内容について確認する。

5-4 e-learning よりも集合研修で実施するほうがよいと考えられる医療安全の研修内容（5-3 の実技を伴う研修以外）があると考えますか。

- ① はい
- ② いいえ

5-5 5-4 で「①はい」と回答した場合、その研修内容等を具体的に記載してください（自由記載）。

（次頁に続く）

6 院内の会議

6-1 医療安全に係る会議は、勤務時間内に開催していますか。

- ① すべて時間内
- ② 一部時間外
- ③ すべて時間外

6-2 6-1で、時間外に実施している会議がある場合は次のどの会議ですか（複数回答可）。

- ① 医療安全管理委員会（医療安全管理責任者等のコアメンバーが参加する医療安全に係る審議、検討を行う会議）
- ② 現場の医療者が参加する会議（リスクマネージャー、セイフティマネージャー等への医療安全事項の周知等を目的としたもの）
- ③ 医療安全管理部門メンバーの会議
- ④ 医療事故調査委員会
- ⑤ M&Mカンファレンスなどの複数部門が集まる事例検討会
- ⑥ その他（自由記載）

6-3 医療安全の推進のために必要な事項を検討・伝達でき、かつ、会議時間を短縮するための工夫を行っていますか。

- ① はい
- ② いいえ

6-4 6-3で「①はい」と回答した場合、どのような工夫か具体的に記載してください。

6-5 院内会議（医療安全に係る会議以外の会議も含む）において、必要な事項を検討でき、かつ、会議時間を短縮するために病院として行っている工夫について当てはまるものを選択してください（複数回答可）。

- ① 会議で取り上げる事項（審議や報告）の選別
- ② 資料配布タイミング（事前配布）
- ③ 資料の媒体（紙運用から、データへ）
- ④ 終了時刻の明確化
- ⑤ 開催形式に関する選択肢の増加（WEB会議、メール審議など）
- ⑥ 会議開催回数の抑制
- ⑦ 参加人数（委員数）の最適化

⑧ 特に工夫していない

6-6 病院全体として、会議の全体数を制御する工夫について当てはまるものを選択してください（複数回答可）。

- ① 会議の全体数を増加させないよう職員に広く周知している
- ② 会議を新設する場合には、運営会議等でその必要性について審議する
- ③ すでにある会議を減らすための取り組みを行っている
- ④ 報告が主となる会議は、書面やメールによる審議を行う/併用するように取り組んでいる
- ⑤ 開催頻度を減らした会議がある
- ⑥ 特に工夫はしていない

（次頁に続く）

【C タスク・シフト/シェアについて】

7 タスク・シフト/シェア

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「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」医政発 0930 第 16 号（令和 3 年 9 月 30 日）より引用

7-1 タスク・シフト/シェアに対する医療従事者全体の意識改革・啓発に対する取り組みの状況について回答してください。

7-1-1 病院長を含む医療機関内の管理職層に対して、医療機関の管理者としての人事・労務管理に関する外部のマネジメント研修を受講、または外部からの有識者を招聘し研修を本年度中に実施している。

- ① 実施した
- ② 実施を計画している
- ③ 未実施・未定

7-1-2 各診療部門の長又は勤務計画管理者に対して、事務部門等が、評価を受ける医療機関における人事・労務管理の各種規程や勤務計画作成・管理に関する研修を本年度中に実施している。

- ① 実施した
- ② 実施を計画している
- ③ 未実施・未定

7-1-3 医師に対して、勤怠管理や当人が実施すべき内容（始業・退勤時刻の申告、副業・兼業先の労働時間の申告、時間外労働の自己研鑽部分のルール確認等）について本年度中に周知している。

- ① 周知した
- ② 周知を計画している
- ③ 未周知・未定

7-1-4 B水準、連携B水準及びC水準適用医師に対しては、勤怠管理や当人が理解すべき内容（始業・退勤時刻の申告、健康管理の重要性、面接指導の受診、勤務間インターバル確保等）に関する研修を本年度中に実施している。

- ① 実施した
- ② 実施を計画している
- ③ 未実施・未定

7-1-5 タスク・シフト/シェアの実施に当たり、関係職種への説明会や研修を本年度中に開催している。

- ① 実施した
- ② 実施を計画している

③ 未実施・未定

7-1-6 7-1-5 で「①実施した」、「②実施を計画している」を選択した場合、実施（予定を含む）対象の職種を選択してください（複数回答可）。

- ① 看護師・助産師
- ② 薬剤師
- ③ 診療放射線技師
- ④ 臨床検査技師
- ⑤ 臨床工学技士
- ⑥ 理学療法士
- ⑦ 作業療法士
- ⑧ 言語聴覚士
- ⑨ 視能訓練士
- ⑩ 義肢装具士
- ⑪ 救命救急士
- ⑫ 医師事務作業補助者・事務職員等
- ⑬ その他（自由記載）

7-2 院内にタスク・シフト/シェアを推進または管理する部門の設置状況について回答してください。

7-2-1 多職種からなるタスク・シフト/シェア推進のための委員会又は会議等が設置されている。

- ① 設置した
- ② 設置を計画している
- ③ 未実施・未定

7-2-2 7-2-1 で「①設置した」、「②設置を計画している」を選択した場合、委員会又は会議等を構成する職種を選択してください（複数回答可）。

- ① 医師
- ② 看護師・助産師
- ③ 薬剤師
- ④ 診療放射線技師
- ⑤ 臨床検査技師
- ⑥ 臨床工学技士
- ⑦ 理学療法士
- ⑧ 作業療法士

- ⑨ 言語聴覚士
- ⑩ 視能訓練士
- ⑪ 義肢装具士
- ⑫ 救命救急士
- ⑬ 医師事務作業補助者・事務職員等
- ⑭ その他（自由記載）

7-2-3 タスク・シフト/シェアを推進または管理する部門での協議事項を選択してください（複数回答可）。

- ① タスク・シフト/シェアの導入、実施計画の立案
- ② タスク・シフト/シェアの効果（メリット、デメリット）
- ③ 医療安全への影響
- ④ 医療の質への影響
- ⑤ その他（自由記載）

7-2-4 タスク・シフト/シェア推進の影響を病院として評価する事項を選択してください（複数回答可）。

- ① 医師の勤務時間
- ② 医師以外の勤務時間
- ③ 職員の満足度
- ④ 患者の満足度
- ⑤ 病院経営への影響
- ⑥ その他（自由記載）

7-3 その他のタスク・シフト/シェアの取組み状況について記載してください（自由記載）。

(例) 患者参画を取り入れた取組み, PFM 部門での取組み, 予約制の積極的な導入など

7-4 タスク・シフト/シェアの実例について

7-4-1 タスク・シフト/シェアの成功例、メリットはありますか（自由記載）。

【成功例】 について回答用紙に記載

【メリット】 について回答用紙に記載

7-4-2 うまくいかなかった例、デメリットはありますか（自由記載）。

【うまくいかなかった例】 について回答用紙に記載

【デメリット】について回答用紙に記載

7-5 医療安全部門での働き方改革に関する取り組みについて記載してください(自由記載)。

7-6 職種別状況調査

7-6 は、以下の調査票および回答用紙を用いてご回答ください。

【資料 7-2 相互チェック調査票】

- 職種別状況調査 7-6-1 看護師
- 職種別状況調査 7-6-2 薬剤師
- 職種別状況調査 7-6-3 臨床放射線技師
- 職種別状況調査 7-6-4 臨床検査技師
- 職種別状況調査 7-6-5 臨床工学技士
- 職種別状況調査 7-6-6 理学療法士
- 職種別状況調査 7-6-7 作業療法士
- 職種別状況調査 7-6-8 言語聴覚士
- 職種別状況調査 7-6-9 視能訓練士
- 職種別状況調査 7-6-10 義肢装具士
- 職種別状況調査 7-6-11 救急救命士
- 職種別状況調査 7-6-12 医師事務作業補助者・事務職員等

【回答用紙】

回答用紙 (タスクシフト/シェア職種別状況調査用)

※全職種分の回答を1枚の用紙に記入する様式になっています。

設問の番号に対応した欄に回答してください。

(次頁に続く)

8-3 診療情報を職員間で共有する際のセキュリティポリシーについて

8-3-1 メール、グループチャット、Web 会議システム等で、患者情報等の診療情報を職員間で共有する際のセキュリティポリシーを病院として定めていますか。

- ① はい
- ② いいえ

8-3-2 8-3-1 で「①はい」と回答した場合、セキュリティポリシーの作成・管理に、医療情報管理部門などの情報セキュリティに関する専門部門が関与していますか。

- ① はい
- ② いいえ

8-3-3 8-3-1 で「②いいえ」と回答した場合、今後セキュリティポリシーを定める予定はありますか。

- ① はい
- ② いいえ

以上

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-1 看護師】

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

(厚生労働省医政局長通知「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」医政発0930第16号(令和3年9月30日)より引用)

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-1 看護師】

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（タスクシフト／シェア職種別状況調査用）」（excel ファイル）にご記入ください。

7-6-1 [TS-1] 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況

1. 看護部が勤務管理している特定行為が実施できる看護師数

- ① 0人
- ② 本年度中に特定行為が実施できる看護師を確保予定
- ③ 1人以上

→1名以上の場合

- 1) 看護部が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を維持するための座学による継続教育はありますか？
 - ① 全ての特定行為にある
 - ② 一部の特定行為にある
 - ③ ない

- 2) 看護部が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を維持するためのシミュレーター等による実技の研修はありますか？
 - ① 全ての特定行為にある
 - ② 一部の特定行為にある
 - ③ ない

- 3) 看護部が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を維持するための指導方法や研修のあり方を検討する機会はありますか？
 - ① 全ての特定行為にある
 - ② 一部の特定行為にある
 - ③ ない

- 4) 看護部が勤務管理している看護師が実施する特定行為に関するマニュアルは整備されていますか？
 - ① 全ての特定行為にある
 - ② 一部の特定行為にある
 - ③ ない

5) 看護部が勤務管理している看護師が実施する特定行為の種類と実施できる看護師数は？

- (1)経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
_____名
- (2)侵襲的陽圧換気の設定の変更
_____名
- (3)非侵襲的陽圧換気の設定の変更
_____名
- (4)人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
_____名
- (5)人工呼吸器からの離脱
_____名
- (6)気管カニューレの交換
_____名
- (7)一時的ペースメーカーの操作及び管理
_____名
- (8)一時的ペースメーカーリードの抜去
_____名
- (9)経皮的心肺補助装置の操作及び管理
_____名
- (10)大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
_____名
- (11)心嚢ドレーンの抜去
_____名
- (12)低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更
_____名
- (13)胸腔ドレーンの抜去
_____名
- (14)腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）
_____名
- (15)胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
_____名
- (16)膀胱ろうカテーテルの交換
_____名
- (17)中心静脈カテーテルの抜去

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-1 看護師】

- ____名
(18)末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入
- ____名
(19)褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
- ____名
(20)創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ____名
(21)創部ドレーンの抜去
- ____名
(22)直接動脈穿刺法による採血
- ____名
(23)橈骨動脈ラインの確保
- ____名
(24)急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
- ____名
(25)持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
- ____名
(26)脱水症状に対する輸液による補正
- ____名
(27)感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
- ____名
(28)インスリンの投与量の調整
- ____名
(29)硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
- ____名
(30)持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
- ____名
(31)持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
- ____名
(32)持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
- ____名
(33)持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
- ____名
(34)持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
- ____名
(35)抗けいれん剤の臨時的投与

____名
(36)抗精神病薬の臨時の投与

____名
(37)抗不安薬の臨時の投与

____名
(38)抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射
及び投与量の調整

____名

2. 看護部以外が勤務管理している特定行為が実施できる看護師数

- ① 0人
- ② 本年度中に特定行為が実施できる看護師を確保予定
- ③ 1人以上
- ④ 把握できていない

→1名以上の場合

1) 看護部以外が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を維持するための座学による継続教育はありますか？

- ① 全ての特定行為にある
- ② 一部の特定行為にある
- ③ ない

2) 看護部以外が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を維持するためのシミュレーター等による実技の研修はありますか？

- ① 全ての特定行為にある
- ② 一部の特定行為にある
- ③ ない

3) 看護部以外が勤務管理している特定行為が実施できる看護師に対して、特定行為に必要な知識・技能を維持するための指導方法や研修のあり方を検討する機会はありますか？

- ① 全ての特定行為にある
- ② 一部の特定行為にある
- ③ ない

4) 看護部以外が勤務管理している看護師が実施する特定行為に関するマニュアルは

整備されていますか？

- ① 全ての特定行為にある
- ② 一部の特定行為にある
- ③ ない

5) 看護部以外が勤務管理している看護師が実施する特定行為の種類と実施できる看護師数は？

- (1)経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
_____名
- (2)侵襲的陽圧換気の設定の変更
_____名
- (3)非侵襲的陽圧換気の設定の変更
_____名
- (4)人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
_____名
- (5)人工呼吸器からの離脱
_____名
- (6)気管カニューレの交換
_____名
- (7)一時的ペースメーカーの操作及び管理
_____名
- (8)一時的ペースメーカーリードの抜去
_____名
- (9)経皮的心肺補助装置の操作及び管理
_____名
- (10)大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
_____名
- (11)心嚢ドレーンの抜去
_____名
- (12)低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更
_____名
- (13)胸腔ドレーンの抜去
_____名
- (14)腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）
_____名
- (15)胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-1 看護師】

- ____名
(16)膀胱ろうカテーテルの交換
- ____名
(17)中心静脈カテーテルの抜去
- ____名
(18)末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入
- ____名
(19)褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
- ____名
(20)創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ____名
(21)創部ドレーンの抜去
- ____名
(22)直接動脈穿刺法による採血
- ____名
(23)橈骨動脈ラインの確保
- ____名
(24)急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
- ____名
(25)持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
- ____名
(26)脱水症状に対する輸液による補正
- ____名
(27)感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
- ____名
(28)インスリンの投与量の調整
- ____名
(29)硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
- ____名
(30)持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
- ____名
(31)持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
- ____名
(32)持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
- ____名
(33)持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-1 看護師】

- ____名
(34)持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
- ____名
(35)抗けいれん剤の臨時の投与
- ____名
(36)抗精神病薬の臨時の投与
- ____名
(37)抗不安薬の臨時の投与
- ____名
(38)抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射
及び投与量の調整
- ____名

3. 大学院修士課程を修了し、医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための
看護師を雇用していますか？

- ① 診療看護師 _____名
② 周麻酔看護師 _____名
③ その他（自由記載 _____） _____名

7-6-1[TS-2] タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

1. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
② 増員を予定している
③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____名

2. 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

- ① 導入した
② 導入を予定している
③ 未定・未実施

「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT機器名を自由記載

3. その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

- ① 行った
② 行うことを検討している
③ 未定・未実施

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-1 看護師】

「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載

7-6-1[TS-3] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

7-6-1[TS-4] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

(厚生労働省医政局長通知「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」医政発0930第16号(令和3年9月30日)より引用)

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-2 薬剤師】

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（タスクシフト／シェア職種別状況調査用）」(excel ファイル)にご記入ください。

7-6-2[TS-1] 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

1. 薬剤師が実施している業務

- ① 手術前における、患者の服用中の薬剤、アレルギー歴及び副作用歴等の確認、術前中止薬の患者への説明、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づく術中使用薬剤の処方オーダーの代行入力、医師による処方後の払出し
- ② 手術中における、麻酔薬等の投与量のダブルチェック、鎮痛薬等の調製
- ③ 手術後における、患者の状態を踏まえた鎮痛薬等の投与量・投与期間の提案、術前中止薬の再開の確認等の周術期の薬学的管理
- ④ 病棟配置薬や調剤後の薬剤の管理状況の確認
- ⑤ 高カロリー輸液等の調製、患者に投与する薬剤が適切に準備されているかの確認、配合禁忌の確認や推奨される投与速度の提案
- ⑥ 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
- ⑦ 薬物療法に関する説明等
- ⑧ 医師への処方提案等の処方支援
- ⑨ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導
- ⑩ その他（自由記載）

7-6-2[TS-2] タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

1. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

2. 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

- ① 導入した
- ② 導入を予定している
- ③ 未定・未実施

「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT機器名を自由記載

3. その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

- ① 行った
- ② 行うことを検討している
- ③ 未定・未実施

「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載

7-6-2[TS-3] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

7-6-2[TS-4] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-3 診療放射線技師】

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

(厚生労働省医政局長通知「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」医政発0930第16号(令和3年9月30日)より引用)

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-3 診療放射線技師】

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（タスクシフト／シェア職種別状況調査用）」(excel ファイル)にご記入ください。

7-6-3[TS-1] 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

1. 診療放射線技師が医師の具体的指示に基づき実施している業務（複数回答可）

- ① 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
- ② 画像誘導放射線治療（IGRT）における画像の一次照合等
- ③ 放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等
- ④ 血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為
- ⑤ 病院又は診療所以外の場所でのエックス線の照射
- ⑥ 放射線検査等に関する説明、同意書の受領
- ⑦ 放射線管理区域内での患者誘導
- ⑧ 医療放射線安全管理責任者への就任
- ⑨ 造影剤を使用した検査やRI検査のために静脈路を確保する行為、RI検査医薬品の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為
- ⑩ RI検査のためにRI検査医薬品を注入するための装置を接続し、当該装置を操作する行為
- ⑪ 動脈路に造影剤注入装置を接続する行為(動脈路確保のためのものを除く)、動脈に造影剤を投与するために造影剤注入装置を操作する行為
- ⑫ 下部消化管検査（CTコロノグラフィ検査を含む）のため、注入した造影剤及び空気を吸引する行為
- ⑬ 上部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤を注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為
- ⑭ 医師又は歯科医師が診察した患者について、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査
- ⑮ その他（自由記載）

2. 診療放射線技師が自身の裁量で実施している業務（複数回答可）

- ① 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
- ② 画像誘導放射線治療（IGRT）における画像の一次照合等
- ③ 放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等
- ④ 血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-3 診療放射線技師】

- ⑤ 病院又は診療所以外の場所でのエックス線の照射
- ⑥ 放射線検査等に関する説明、同意書の受領
- ⑦ 放射線管理区域内での患者誘導
- ⑧ 医療放射線安全管理責任者への就任
- ⑨ 造影剤を使用した検査やR I検査のために静脈路を確保する行為、R I検査医薬品の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為
- ⑩ R I検査のためにR I検査医薬品を注入するための装置を接続し、当該装置を操作する行為
- ⑪ 動脈路に造影剤注入装置を接続する行為(動脈路確保のためのものを除く)、動脈に造影剤を投与するために造影剤注入装置を操作する行為
- ⑫ 下部消化管検査(CTコロノグラフィ検査を含む)のため、注入した造影剤及び空気を吸引する行為
- ⑬ 上部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤を注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為
- ⑭ 医師又は歯科医師が診察した患者について、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査
- ⑮ その他(自由記載)

3. 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するための座学による継続教育はありますか？

- ① 全ての業務にある
- ② 一部の業務にある
- ③ ない

4. 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するためのシミュレーター等による実技の研修はありますか？

- ① 全ての業務にある
- ② 一部の業務にある
- ③ ない

5. 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するための指導方法や研修のあり方を検討する機会はありますか？

- ① 全ての業務にある
- ② 一部の業務にある

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-3 診療放射線技師】

③ ない

6. 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に関するマニュアルは整備されていますか？

- ① 全ての業務にある
- ② 一部の業務にある
- ③ ない

7-6-3[TS-2] タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

1. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

2. 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

- ① 導入した
- ② 導入を予定している
- ③ 未定・未実施

「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT機器名を自由記載

3. その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

- ① 行った
- ② 行うことを検討している
- ③ 未定・未実施

「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載

7-6-3[TS-3] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

7-6-3[TS-4] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票 【職種別状況調査 7-6-4 臨床検査技師】

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

(厚生労働省医政局長通知「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」医政発0930第16号(令和3年9月30日)より引用)

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-4 臨床検査技師】

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（タスクシフト／シェア職種別状況調査用）」（excel ファイル）にご記入ください。

7-6-4 [TS-1] 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

1. 臨床検査技師が医師の具体的指示に基づき実施している業務

- (1) 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
- (2) 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認
- (3) 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定
- (4) 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引
- (5) 検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為
- (6) 病棟・外来における採血業務
- (7) 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作
- (8) 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
- (9) 救急救命処置の場における補助行為の実施
- (10) 細胞診や超音波検査等の検査所見の記載
- (11) 検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
- (12) 病理診断における手術検体等の切り出し
- (13) 画像解析システムの操作等
- (14) 病理解剖
- (15) 医療用吸引器を用いて鼻腔、口腔又は気管カニューレから喀痰を採取する行為
- (16) 内視鏡用生検鉗子を用いて消化管の病変部位の組織の一部を採取する行為
- (17) 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に接続されたチューブにヘパリン加生理食塩水を充填する行為
- (18) 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に点滴装置を接続する行為（電解質輸液の点滴を実施するためのものに限る。）
- (19) 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に血液成分採血装置を接続する行為、当該血液成分採血装置を操作する行為並びに当該血液成分採血装置の操作が終了した後に抜針及び止血を行う行為
- (20) 超音波検査のために静脈路に造影剤注入装置を接続する行為、造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為並びに当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為（静脈路に造影剤注入装置を接続するために静脈路を確保する行為についても、「静脈路に造影剤注入装置を接続する行為」に含まれる。）

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-4 臨床検査技師】

- (21) 運動誘発電位検査
- (22) 体性感覚誘発電位検査
- (23) 持続皮下グルコース検査
- (24) 直腸肛門機能検査
- (25) その他（自由記載）

2. 臨床検査技師が自身の裁量で実施している業務

- (1) 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
- (2) 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認
- (3) 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定
- (4) 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引
- (5) 検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為
- (6) 病棟・外来における採血業務
- (7) 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作
- (8) 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
- (9) 救急救命処置の場における補助行為の実施
- (10) 細胞診や超音波検査等の検査所見の記載
- (11) 検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
- (12) 病理診断における手術検体等の切り出し
- (13) 画像解析システムの操作等
- (14) 病理解剖
- (15) 医療用吸引器を用いて鼻腔、口腔又は気管カニューレから喀痰を採取する行為
- (16) 内視鏡用生検鉗子を用いて消化管の病変部位の組織の一部を採取する行為
- (17) 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に接続されたチューブにヘパリン加生理食塩水を充填する行為
- (18) 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に点滴装置を接続する行為（電解質輸液の点滴を実施するためのものに限る。）
- (19) 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に血液成分採血装置を接続する行為、当該血液成分採血装置を操作する行為並びに当該血液成分採血装置の操作が終了した後に抜針及び止血を行う行為
- (20) 超音波検査のために静脈路に造影剤注入装置を接続する行為、造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為並びに当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為（静脈路に造影剤注入装置を接続するために静脈路を確保する行為についても、「静脈路に造影剤注入装置を接続する行為」に含まれる。）

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-4 臨床検査技師】

- (21) 運動誘発電位検査
- (22) 体性感覚誘発電位検査
- (23) 持続皮下グルコース検査
- (24) 直腸肛門機能検査
- (25) その他

3. 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するための座学による継続教育はありますか？

- ① 全ての業務にある
- ② 一部の業務にある
- ③ ない

4. 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するためのシミュレーター等による実技の研修はありますか？

- ① 全ての業務にある
- ② 一部の業務にある
- ③ ない

5. 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するための指導方法や研修のあり方を検討する機会がありますか？

- ① 全ての業務にある
- ② 一部の業務にある
- ③ ない

6. 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に関するマニュアルは整備されていますか？

- ① 全ての業務にある
- ② 一部の業務にある
- ③ ない

7-6-4 [TS-2] タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

1. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

2. 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

- ① 導入した
- ② 導入を予定している
- ③ 未定・未実施

「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT機器名を自由記載

3. その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

- ① 行った
- ② 行うことを検討している
- ③ 未定・未実施

「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載

7-6-4 [TS-3] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

7-6-4 [TS-4] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

(厚生労働省医政局長通知「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」医政発0930第16号(令和3年9月30日)より引用)

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-5 臨床工学技士】

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（タスクシフト／シェア職種別状況調査用）」（excel ファイル）にご記入ください。

7-6-5 [TS-1] 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

1. 臨床工学技士が医師の具体的指示に基づき実施している業務

- ① 心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作
- ② 人工呼吸器の設定変更
- ③ 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血
- ④ 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引
- ⑤ 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
- ⑥ 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑦ 超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確認
- ⑧ 全身麻酔装置の操作
- ⑨ 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入
- ⑩ 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備
- ⑪ 手術室や病棟等における医療機器の管理
- ⑫ 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
- ⑬ 生命維持管理装置を装着中の患者の移送
- ⑭ 手術室又は集中治療室で生命維持管理装置を用いて行う治療における静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続、薬剤を投与するための当該輸液ポンプ又は当該シリンジポンプの操作並びに当該薬剤の投与が終了した後の抜針及び止血（輸液ポンプ又はシリンジポンプを静脈路に接続するために静脈路を確保する行為についても、「静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続」に含まれる。）
- ⑮ 生命維持管理装置を用いて行う心臓又は血管に係るカテーテル治療における身体に電氣的刺激を負荷するための装置の操作
- ⑯ 手術室で生命維持管理装置を用いて行う鏡視下手術における体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラの保持及び手術野に対する視野を確保するための当該内視鏡用ビデオカメラの操作
- ⑰ その他（自由記載）

2. 臨床工学技士が自身の裁量で実施している業務

- ① 心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作
- ② 人工呼吸器の設定変更

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-5 臨床工学技士】

- ③ 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血
- ④ 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引
- ⑤ 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
- ⑥ 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑦ 超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確認
- ⑧ 全身麻酔装置の操作
- ⑨ 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入
- ⑩ 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備
- ⑪ 手術室や病棟等における医療機器の管理
- ⑫ 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
- ⑬ 生命維持管理装置を装着中の患者の移送
- ⑭ 手術室又は集中治療室で生命維持管理装置を用いて行う治療における静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続、薬剤を投与するための当該輸液ポンプ又は当該シリンジポンプの操作並びに当該薬剤の投与が終了した後の抜針及び止血（輸液ポンプ又はシリンジポンプを静脈路に接続するために静脈路を確保する行為についても、「静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続」に含まれる。）
- ⑮ 生命維持管理装置を用いて行う心臓又は血管に係るカテーテル治療における身体に電氣的刺激を負荷するための装置の操作
- ⑯ 手術室で生命維持管理装置を用いて行う鏡視下手術における体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラの保持及び手術野に対する視野を確保するための当該内視鏡用ビデオカメラの操作
- ⑰ その他（自由記載）

3. 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するための座学による継続教育はありますか？

- ① 全ての業務にある
- ② 一部の業務にある
- ③ ない

4. 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維持するためのシミュレーター等による実技の研修はありますか？

- ① 全ての業務にある
- ② 一部の業務にある
- ③ ない

5. 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に必要な知識・技能を維

持するための指導方法や研修のあり方を検討する機会がありますか？

- ① 全ての業務にある
- ② 一部の業務にある
- ③ ない

6. 医師からのタスク・シフト/シェアにより実施される業務に関するマニュアルは整備されていますか？

- ① 全ての業務にある
- ② 一部の業務にある
- ③ ない

7-6-5 [TS-2] タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

1. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

2. 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

- ① 導入した
- ② 導入を予定している
- ③ 未定・未実施

「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT 機器名を自由記載

3. その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

- ① 行った
- ② 行うことを検討している
- ③ 未定・未実施

「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載

7-6-5 [TS-3] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

7-6-5 [TS-4] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

(厚生労働省医政局長通知「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」医政発0930第16号(令和3年9月30日)より引用)

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-6 理学療法士】

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（タスクシフト／シェア職種別状況調査用）」（excel ファイル）にご記入ください。

7-6-6[TS-1] 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況

1. 理学療法士が実施している業務（複数回答可）

- ① 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
- ② その他（自由記載）

7-6-6[TS-2] タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

1. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

2. 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

- ① 導入した
- ② 導入を予定している
- ③ 未定・未実施

「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT 機器名を自由記載

3. その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

- ① 行った
- ② 行うことを検討している
- ③ 未定・未実施

「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載

7-6-6[TS-3] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

7-6-6[TS-4] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

（厚生労働省医政局長通知「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」医政発0930第16号（令和3年9月30日）より引用）

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-7 作業療法士】

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（タスクシフト／シェア職種別状況調査用）」（excel ファイル）にご記入ください。

7-6-7[TS-1] 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況（複数回答可）

1. 作業療法士が実施している業務

- ① 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
- ② 作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL 等の評価等
- ③ その他（自由記載）

7-6-7[TS-2] タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

1. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

2. 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

- ① 導入した
- ② 導入を予定している
- ③ 未定・未実施

「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT 機器名を自由記載

3. その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

- ① 行った
- ② 行うことを検討している
- ③ 未定・未実施

「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載

7-6-7[TS-3] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

7-6-7[TS-4] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

（厚生労働省医政局長通知「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」医政発0930第16号（令和3年9月30日）より引用）

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-8 言語聴覚士】

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（タスクシフト／シェア職種別状況調査用）」(excel ファイル)にご記入ください。

7-6-8[TS-1] 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況

1. 言語聴覚士が実施している業務（複数回答可）

- ① 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
- ② 侵襲性を伴わない嚥下検査
- ③ 嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択
- ④ 高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等
- ⑤ その他（自由記載）

7-6-8[TS-2] タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

1. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

2. 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

- ① 導入した
- ② 導入を予定している
- ③ 未定・未実施

「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT機器名を自由記載

3. その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

- ① 行った
- ② 行うことを検討している
- ③ 未定・未実施

「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-8 言語聴覚士】

7-6-8[TS-3] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

7-6-8[TS-4] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票 【職種別状況調査 7-6-9 視能訓練士】

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

（厚生労働省医政局長通知「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」医政発0930第16号（令和3年9月30日）より引用）

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-9 視能訓練士】

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（タスクシフト／シェア職種別状況調査用）」（excel ファイル）にご記入ください。

7-6-9[TS-1] 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況

1. 視能訓練士が実施している業務（複数回答可）

- ① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力
- ② 検査結果の報告書の作成
- ③ その他（自由記載）

7-6-9[TS-2] タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

1. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

2. 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

- ① 導入した
- ② 導入を予定している
- ③ 未定・未実施

「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT 機器名を自由記載

3. その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

- ① 行った
- ② 行うことを検討している
- ③ 未定・未実施

「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載

7-6-9[TS-3] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

7-6-9[TS-4] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-10 義肢装具士】

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

(厚生労働省医政局長通知「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」医政発0930第16号(令和3年9月30日)より引用)

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-10 義肢装具士】

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（タスクシフト／シェア職種別状況調査用）」(excel ファイル)にご記入ください。

7-6-10[TS-1] 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況

1. 義肢装具士が医師の指示に基づいて実施している業務（複数回答可）

- ① 義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等
- ② 装具を用いた足部潰瘍の免荷
- ③ 切断者への断端管理に関する指導
- ④ その他（自由記載）

2. 義肢装具士が自身の裁量で実施している業務（複数回答可）

- ① 義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等
- ② 装具を用いた足部潰瘍の免荷
- ③ 切断者への断端管理に関する指導
- ④ その他（自由記載）

7-6-10[TS-2] タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

1. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

2. 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

- ① 導入した
- ② 導入を予定している
- ③ 未定・未実施

「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT機器名を自由記載

3. その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

- ① 行った
- ② 行うことを検討している

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-10 義肢装具士】

③ 未定・未実施

「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載

7-6-10[TS-3] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

7-6-10[TS-4] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

(厚生労働省医政局長通知「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」医政発0930第16号(令和3年9月30日)より引用)

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-11 救急救命士】

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（タスクシフト／シェア職種別状況調査用）」(excel ファイル)にご記入ください。

7-6-11[TS-1] 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況

1. 救急救命士が実施している業務（複数回答可）

- ① 病院救急車による患者搬送の際の患者観察
- ② 救急外来等での診療経過の記録
- ③ 救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応
- ④ その他（自由記載）

7-6-11[TS-2] タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

1. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

2. 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

- ① 導入した
- ② 導入を予定している
- ③ 未定・未実施

「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT機器名を自由記載

3. その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

- ① 行った
- ② 行うことを検討している
- ③ 未定・未実施

「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載

7-6-11[TS-3] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

7-6-11[TS-4] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

基本的考え方

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

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

1) 意識改革・啓発

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、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。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) 知識・技能の習得

タスク・シフト/シェアを進める上で、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、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト/シェアを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、ICT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、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても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。

(厚生労働省医政局長通知「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」医政発0930第16号(令和3年9月30日)より引用)

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-12 医師事務作業補助者・事務職員等】

この調査票は設問のみ記載しています。

回答は「回答用紙（タスクシフト／シェア職種別状況調査用）」（excel ファイル）にご記入ください。

7-6-12[TS-1] 医師から医師事務作業補助者・事務職員等へのタスク・シフト/シェアにより実施されている業務の実施状況

1. 病院事務部が勤務管理をしている医師事務作業補助者の人数

____名

2. 診療科等が勤務管理をしている医師事務作業補助者の人数

____名

3. 病院もしくは、診療科が外注（業務委託契約・派遣契約等）した会社の医師事務作業補助者の人数

____名

4. （病院事務部が勤務管理をしている）医師事務作業補助者が実施している業務（複数回答可）

- ① 電子カルテへの医療記録の代行入力
- ② 臨床写真など画像の取り込み
- ③ カンファレンス記録や回診記録の記載
- ④ 手術記録の記載
- ⑤ 各種サマリーの修正
- ⑥ 各種検査オーダーの代行入力
- ⑦ 損保会社等に提出する診断書
- ⑧ 介護保険主治医意見書等の書類
- ⑨ 紹介状の返書
- ⑩ 診療報酬等の算定に係る書類等
- ⑪ 問診票の作成
- ⑫ 検査に関する定型的な説明
- ⑬ 同意書の受領
- ⑭ 入院時のオリエンテーション
- ⑮ 院内での患者移送・誘導
- ⑯ 症例実績や各種臨床データの整理
- ⑰ 研究申請書の準備
- ⑱ カンファレンスの準備
- ⑲ 医師の当直表の作成等の業務
- ⑳ その他（自由記載）

5. (診療科が勤務管理をしている) 医師事務作業補助者が実施している業務 (複数回答可)

- ① 電子カルテへの医療記録の代行入力
- ② 臨床写真など画像の取り込み
- ③ カンファレンス記録や回診記録の記載
- ④ 手術記録の記載
- ⑤ 各種サマリーの修正
- ⑥ 各種検査オーダーの代行入力
- ⑦ 損保会社等に提出する診断書
- ⑧ 介護保険主治医意見書等の書類
- ⑨ 紹介状の返書
- ⑩ 診療報酬等の算定に係る書類等
- ⑪ 問診票の作成
- ⑫ 検査に関する定型的な説明
- ⑬ 同意書の受領
- ⑭ 入院時のオリエンテーション
- ⑮ 院内での患者移送・誘導
- ⑯ 症例実績や各種臨床データの整理
- ⑰ 研究申請書の準備
- ⑱ カンファレンスの準備
- ⑲ 医師の当直表の作成等の業務
- ⑳ その他 (自由記載)

6. (大学もしくは、診療科が外注した会社の) 医師事務作業補助者が実施している業務 (複数回答可)

- ① 電子カルテへの医療記録の代行入力
- ② 臨床写真など画像の取り込み
- ③ カンファレンス記録や回診記録の記載
- ④ 手術記録の記載
- ⑤ 各種サマリーの修正
- ⑥ 各種検査オーダーの代行入力
- ⑦ 損保会社等に提出する診断書
- ⑧ 介護保険主治医意見書等の書類
- ⑨ 紹介状の返書
- ⑩ 診療報酬等の算定に係る書類等

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-12 医師事務作業補助者・事務職員等】

- ⑪ 問診票の作成
- ⑫ 検査に関する定型的な説明
- ⑬ 同意書の受領
- ⑭ 入院時のオリエンテーション
- ⑮ 院内での患者移送・誘導
- ⑯ 症例実績や各種臨床データの整理
- ⑰ 研究申請書の準備
- ⑱ カンファレンスの準備
- ⑲ 医師の当直表の作成等の業務
- ⑳ その他（自由記載）

7. （病院事務部が勤務管理をしている）事務職員等（医事課の職員等）が実施している業務（複数回答可）

- ① 電子カルテへの医療記録の代行入力
- ② 臨床写真など画像の取り込み
- ③ カンファレンス記録や回診記録の記載
- ④ 手術記録の記載
- ⑤ 各種サマリーの修正
- ⑥ 各種検査オーダーの代行入力
- ⑦ 損保会社等に提出する診断書
- ⑧ 介護保険主治医意見書等の書類
- ⑨ 紹介状の返書
- ⑩ 診療報酬等の算定に係る書類等
- ⑪ 問診票の作成
- ⑫ 検査に関する定型的な説明
- ⑬ 同意書の受領
- ⑭ 入院時のオリエンテーション
- ⑮ 院内での患者移送・誘導
- ⑯ 症例実績や各種臨床データの整理
- ⑰ 研究申請書の準備
- ⑱ カンファレンスの準備
- ⑲ 医師の当直表の作成等の業務
- ⑳ その他（自由記載）

8. （診療科が勤務管理をしている）事務職員等（医局秘書等）が実施している業務（複数回答可）

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-12 医師事務作業補助者・事務職員等】

- ① 電子カルテへの医療記録の代行入力
- ② 臨床写真など画像の取り込み
- ③ カンファレンス記録や回診記録の記載
- ④ 手術記録の記載
- ⑤ 各種サマリーの修正
- ⑥ 各種検査オーダーの代行入力
- ⑦ 損保会社等に提出する診断書
- ⑧ 介護保険主治医意見書等の書類
- ⑨ 紹介状の返書
- ⑩ 診療報酬等の算定に係る書類等
- ⑪ 問診票の作成
- ⑫ 検査に関する定型的な説明
- ⑬ 同意書の受領
- ⑭ 入院時のオリエンテーション
- ⑮ 院内での患者移送・誘導
- ⑯ 症例実績や各種臨床データの整理
- ⑰ 研究申請書の準備
- ⑱ カンファレンスの準備
- ⑲ 医師の当直表の作成等の業務
- ⑳ その他（自由記載）

9. （病院もしくは、診療科が外注した会社の）事務職員等（医師事務作業補助者以外）
が実施している業務（複数回答可）

- ① 電子カルテへの医療記録の代行入力
- ② 臨床写真など画像の取り込み
- ③ カンファレンス記録や回診記録の記載
- ④ 手術記録の記載
- ⑤ 各種サマリーの修正
- ⑥ 各種検査オーダーの代行入力
- ⑦ 損保会社等に提出する診断書
- ⑧ 介護保険主治医意見書等の書類
- ⑨ 紹介状の返書
- ⑩ 診療報酬等の算定に係る書類等
- ⑪ 問診票の作成
- ⑫ 検査に関する定型的な説明
- ⑬ 同意書の受領

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 調査票
【職種別状況調査 7-6-12 医師事務作業補助者・事務職員等】

- ⑭ 入院時のオリエンテーション
- ⑮ 院内での患者移送・誘導
- ⑯ 症例実績や各種臨床データの整理
- ⑰ 研究申請書の準備
- ⑱ カンファレンスの準備
- ⑲ 医師の当直表の作成等の業務
- ⑳ その他（自由記載）

7-6-12[TS-2] タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保状況

1. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために病院事務部が勤務管理をしている医師事務作業補助者を確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

2. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために診療科が勤務管理をしている医師事務作業補助者を確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

3. 今年度、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために病院もしくは、診療科が外注した会社の医師事務作業補助者を確保（増員）しましたか？

- ① 増員した
- ② 増員を予定している
- ③ 未定・未実施

「増員した、増員を予定している」場合、人数 _____ 名

4. 病院内で患者誤認防止対策などの医療安全研修がある医師事務作業補助者は？
（複数回答可）

- ① 病院事務部が勤務管理をしている医師事務作業補助者
- ② 診療科が勤務管理をしている医師事務作業補助者
- ③ 病院もしくは、診療科が外注した会社の医師事務作業補助者

5. 医師からのタスク・シフト/シェアを受けるためにICT機器の導入をしましたか？

- ① 導入した
- ② 導入を予定している
- ③ 未定・未実施

「導入した、導入を検討している」を回答した場合、ICT機器名を自由記載

6. その他、医師からのタスク・シフト/シェアを受けるために余力の確保を行いましたか？

- ① 行った
- ② 行うことを検討している
- ③ 未定・未実施

「行った、行うことを検討している」を回答した場合、自由記載

7-6-12[TS-3] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けることによる、医療の質・安全上の懸念（自由記載）

7-6-12[TS-4] 医師から特定のタスク・シフト/シェアを受けるための医療の質・安全性向上の観点からの工夫や取り組み（自由記載）

令和5年度 医療安全・質向上のための相互チェック 【全診療科対象の調査票】

重点項目「『働き方改革』変革期における医療の質・安全上の課題と対策について(第1報)」

入院病床をもつ全ての診療科へ回答を依頼してください。

この調査票は設問のみ記載しています。「回答用紙(全診療科調査用)」(excel ファイル)に、以下の2点を記入の上、設問に回答してください。

- 診療科名
- 診療科目 (プルダウンから該当する診療科目を選択してください)
⇒ 複数領域で一つの診療科を構成している場合は、回答者の所属する専門領域の番号を選択してください。

院内の診療科からの回答をとりまとめる担当者の方は、回答用紙のエクセルファイル内に、1診療科1シートで貼り付け、ひとつのエクセルファイルとして提出してください。その際、シート名を診療科名に変更してください。

また、診療科の枠組みにより、同じ番号の回答シートが複数ある場合は、(例えば12(消化器外科)－①、12(消化器外科)－②のように)枝番号をつけてシートを複製して貼り付けてください。

I 入院患者の日々の診療情報の引継ぎ・共有について

I - 1 貴科での入院患者の受け持ち体制について回答してください。

- ① 古典的主治医制(平日日中は専ら1～2名の固定した医師が診療を行う:勤務時間外や手術中等も、固定医師が対応する)
- ② 複数主治医制/チーム制(診療科内で規定した複数医師から成るチームで診療を行う)(主な担当医を決めていても、複数メンバーで業務分担・相互支援を行っている場合は①ではなく②を選択してください)
- ③ 交代勤務制(各勤務帯の医師が日替わりで診療を行う)
- ④ その他(自由記載)

I - 2 貴科では、入院患者の日々の診療情報のスムーズな引継ぎ・共有のための診療録記載に関する取り決めがありますか(入院中の患者カルテを担当以外の医師が参照した際に、容易に患者情報が把握できる記載を指します。退院サマリは含みません)。

- ① はい
- ② いいえ

I-3 I-2で「①ある」と回答した場合、患者情報を記載する場所を定めていますか。

- ① はい
- ② いいえ

I-4 I-2で「①ある」と回答した場合、記載する患者情報の項目を定めていますか。

- ① はい
- ② いいえ

(次頁に続く)

II 当直医師への引継ぎについて

II-1 貴科の時間外の診療体制について回答してください。

- ① 自科単科で当直医を置いている（交代勤務制を含む）
- ② 他科と連携し当直を行っている
- ③ 原則当直医は置かず、オンコール対応としている
- ④ その他（自由記載）

II-2 II-1で「①」「②」と回答した場合、当直医が対応できない問題が生じたときにコールされる医師は誰ですか。

- ① 主治医
- ② 診療科内でバックアップ医師・オンコール医師を定めている
- ③ 定めていない
- ④ その他（自由記載）

II-3 当直医が、要注意患者が誰かがわかるシステム・方法がありますか。

- ① はい
- ② いいえ

II-4 II-3で「①ある」と回答した場合、その方法を選択してください（複数選択可）。

- ① 口頭
- ② 当直日誌（紙媒体）
- ③ 電子カルテ内のツール（テンプレート、付箋、掲示板等）
- ④ 病院情報システム内のツール（ファイルサーバなど）
- ⑤ 病院情報システム外の ICT ツール（SNS、電子メールなど）（具体的に記載）
- ⑥ その他のツール（具体的に記載）

II-5 II-3で「①ある」と回答した場合、記載する患者情報の項目を定めていますか。

- ① はい
- ② いいえ

（次頁に続く）

Ⅲ 診療業務に係るカンファレンス等について

Ⅲ-1 診療に係るカンファレンス（術前検討会など）は全て時間内に行われていますか。

- ① はい
- ② いいえ

Ⅲ-2 Ⅲ-1で「①はい」と回答した場合、具体的に開催時間、回数、形式をどのように変更しましたか（複数選択可）。

- ① 1症例あたりのプレゼンテーション資料を減らした
- ② 詳細な検討を要する症例とそうでない症例を層別化した
- ③ カンファレンス回数を減らした
- ④ カンファレンス以外（回診等）の時間や回数を減らした
- ⑤ 患者情報を共有できる ICT ツールを活用
- ⑥ その他（自由記載）

Ⅲ-3 （時間内・外を問わず）、診療科カンファレンスの実施形態を回答してください（複数選択可）。

- ① 対面
- ② Web 開催（利用しているツールの名称を記載）
- ③ 対面と Web とのハイブリッド
- ④ その他（自由記載）

（次頁に続く）

IV インフォームド・コンセント（以下IC）について

ここでのICは、侵襲的医療行為（手術、放射線治療、抗がん剤治療、カテーテル検査など）に先立って行われる説明と同意を得る一連のプロセスを想定してご回答ください。侵襲的医療行為を行わない診療科はIV-②以下の回答は不要です。

IV-1 侵襲的医療行為を行っていますか。

- ① はい
- ② いいえ（→ ここで回答を終了してください）

IV-2 ICが平日の勤務時間内に実施できるような工夫をしていますか。

- ① はい
- ② いいえ

IV-3 1回のICには平均的にどの程度の時間がかかっていますか。

- ① 15分以内
- ② 15-30分程度
- ③ 30-45分程度
- ④ 45-60分程度
- ⑤ 60分以上

IV-4 ICの質を担保しながら、医師がICにかける時間を短縮するため、患者の理解を促す以下の資料（自院で作成されたもの以外も含む）を提供していますか。

- ① 動画の説明資料を提供している（具体的に記載）
- ② 画像の説明資料を提供している（具体的に記載）
- ③ 提供していない

IV-5 医師の説明に前後して看護師や薬剤師など他職種がかかわり、患者の理解を助けるための役割分担/タスクシェアを行っていますか。

- ① はい
- ② いいえ

IV-6 ICについて、非対面方式（Zoomや電話など）を活用していますか。

- ① はい
- ② いいえ

IV-7 ICの記録を効率よく作成するための取り組みについて当てはまるものを選択してください（複数選択可）。

- ① 特に取り組みはない
- ② 音声入力を活用している
- ③ 医師事務補助者が記録している
- ④ その他の工夫をしている（具体的に記載）

V その他

V-1 上記のほか、診療科として、「医師の働き方改革」に関連して、手術・検査等の患者安全や急変対応など、支障やリスクが生じる可能性があることと懸念している事項があれば具体的に記載してください。

（例：夜間に緊急対応を行うと、連続勤務時間制限により翌日の予定手術に入れなくなる）

以上

**医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法と
基準の作成等に係るワーキンググループ 委員名簿**

	氏名	病院名	職名
医師・歯科医師			
1	滝沢 牧子	埼玉医科大学総合医療センター	病院長補佐、医療安全対策室長、医療安全管理学 教授
2	山本 知孝	東京大学医学部附属病院	病院長補佐、医療評価・安全部 病院教授、医療安全対策センター長
3	工藤 篤	東京医科歯科大学病院	病院長補佐、医療安全管理部長
4	菊地 龍明	横浜市立大学附属病院	医療の質・安全管理部部長、診療教授
5	中村 京太	横浜市立大学附属市民総合医療センター	医療の質・安全管理部部長、診療教授
6	水本 一弘	和歌山県立医科大学附属病院	医療安全推進部部長、病院教授
7	伊藤 英樹	広島大学病院	医療安全管理部部長、教授
8	綾部 貴典	宮崎大学医学部附属病院	医療安全管理部部長、教授
9	徳永 あゆみ	関西医科大学附属病院	医療安全管理センター センター准教授
10	岡田 佳築	大阪大学医学部附属病院	医療情報部副部長 准教授
11	中川 慧	大阪大学医学部附属病院	産科婦人科 助教
12	中島 和江	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部部長、教授
13	佐藤 仁	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 特任准教授（常勤）
14	北村 温美	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部副部長、助教
15	竹田 充伸 ^{*1}	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 助教
16	長谷川 慎一郎 ^{*2}	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 助教
看護師			
17	島田 朋子 ^{*3}	横浜市立大学附属病院	医療の質向上・安全管理センター副センター長、副看護部長
18	新開 裕幸	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部副部長、看護部長
19	勇 佳菜江	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 副看護部長
20	上間 あおい	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部副部長、技術専門職員
薬剤師			
21	川上 純一	浜松医科大学医学部附属病院	薬剤部長、教授
22	徳和目 篤史	大阪公立大学医学部附属病院	医療の質・安全管理部 保健副主幹
23	村川 公央	岡山大学病院	薬剤部 副薬剤部長
24	木下 徳康	大阪大学医学部附属病院	薬剤部・中央クオリティマネジメント部 薬剤主任
25	新谷 拓也	大阪大学医学部附属病院	薬剤部・中央クオリティマネジメント部 薬剤主任
26	吉田 直樹	大阪大学医学部附属病院	薬剤部・中央クオリティマネジメント部 薬剤師
事務			
27	近藤 秀樹	香川大学医学部附属病院	医学部 医事課長
28	上村 七奈	東京医科歯科大学病院	労務課 労務課長
29	中野 哲也	大阪大学医学部附属病院	総務課 総務課長
30	奥山 行高	大阪大学医学部附属病院	医事課 医療安全係長

（*1～令和5年9月、*2令和6年4月～、*3～令和6年3月）

（敬称略、順不同）