

The Journal of [機関誌 JAHMC (ジャーマック)]
2023 September /vol.34 No.9

JAHMC

Japan Association of Healthcare Management Consultants

2023
9

INTERVIEW **看護師から多職種へのタスク・シフト** 近森 正幸氏

REPORT **看護師の働き方改革のすすめ方**

CASE1 (株) Le-caldo 訪問看護ステーション トータルケア (埼玉県所沢市)

CASE2 医療法人和同会 広島シーサイド病院 (広島県広島市)

CASE3 社会医療法人柏葉会 柏葉脳神経外科病院 (北海道札幌市)

寄稿 **クリニック経営破綻からの再生** 大石 佳能子

誌上研修 **医療DXの新しい潮流 第3回**

医療機関から見たDXの課題 福本 洋一



公益社団法人

日本医療経営コンサルタント協会

Japan Association of Healthcare Management Consultants

高知市・近森病院の実践にみる 看護師から多職種への タスク・シフト

社会医療法人近森会 理事長 近森 正幸 氏



病院の運営は医師や看護師が主役で、その他の職種は補助的存在として考えられがちである。しかし、それでは病院全体の生産性や質の向上は望めない。高知市の社会医療法人近森会近森病院は、看護の視点から病院経営を捉え直し、急性期病院における「看護師から多職種へのタスク・シフト」を実践している。

必要なのは 自ら考え動くことができる専門職

—— チーム医療やタスク・シフトの障害は何でしょうか。

近森 諸悪の根源は、「今の当たり前」だと思います。医療従事者はすべて医師の指示の下で業務を行うものだという“思い込み”がチーム医療やタスク・シフトを妨げる元凶で、元をたどれば1948年に公布された医師法17条「医師でなければ医業をなしてはならない」という条文です。確かに当時はようやく結核の抗菌薬が出てきた頃で、X線フィルムは暗室で1枚ずつ現像していた時代でした。しかし21世紀の急性期病院においては、医療の高度化と手間のかかる高齢患者の増加により、業務の質と量が膨大となり、医師、看護師だけで医療を行うことは不可能になっていま

す。医師、看護師のコア業務以外は多職種の医療専門職に任せるのが当然の時代になっています。

—— 先生がタスク・シフトをしなければ駄目だと思ったきっかけは？

近森 31歳の時に外科医として戻ってきた当時、外科には医師が5人ほどいたのですが、将来、院長になる若造の私が帰ってきたことで次々と辞めてしまい、1人で救急病院の外科を担当していました。朝7時に出勤して回診し、9時から12時に外来、昼休み後にまた回診・外来、18時から看護師相手に手術を行っていました。麻酔も手術も1人という状況でした。

そのときに、今でいうナース・プラクティショナー（NP）やフィジシャン・アシスタント（PA）を養成しなければと思いました。猫の手も借りたい状態でしたが、だからといって誰かの指示の下で動くのではなく、必要なのは自ら考え動くことができる専門職です。その時の発想が当院における今日の「病棟常駐型チーム医療」に結び付いています。

従来型医療チームでは アウトカムは出ない

近森 当院の「病棟常駐型チーム医療」は、多く

profile

近森 正幸（ちかもり まさゆき）氏

1947年7月31日高知県生まれ。1972年3月大阪医科大学卒業。同大学第二外科入局。1976年4月癌研究会付属病院、1977年4月大阪医科大学一般消化器外科を経て、1978年4月近森病院外科科長、1984年11月に37歳で医療法人近森会近森病院院長・理事長に就任（2010年社会医療法人化）。2006年4月社会福祉法人ファミーユ高知理事長就任、2007年6月医療法人松田会理事長就任。

の医療専門職が病棟に常駐し、それぞれが「自律、自働」して医療を提供しています。

チーム医療といえば、栄養サポートチーム（NST）カンファレンスのように多職種が1カ所に集まり情報共有をするイメージが強いですが、そのような「従来型チーム医療」では結局、医師ばかりでなく多職種の業務量が増えることになります。栄養士は厨房から急に病棟に呼び出されて慣れない栄養サポートの仕事をする、看護師、臨床検査技師、リハスタッフ、薬剤師も兼務で業務量が増え労働過重を招くだけです。医師がいることで、擦り合わせして得られる情報の質は担保されても時間がかかるので非効率ですし、コア業務に専念せず兼務しているので、カンファレンスに参加したぐらいでは質や生産性は上がりません。

にもかかわらず、ほとんどの医療人はNSTカンファレンスがチーム医療のモデルだと思っていますが、業務量が増え、労働時間が長くなるばかりで、アウトカムの出ない加算を取るだけのチーム医療になっています。

タスク・シフトの実際

近森 病棟常駐型チーム医療では、医師、看護師ばかりでなく、多職種のコア業務以外の周辺業務をすべてタスク・シフトして医療の質と労働生産性を高めています。業務は判断が不要なルーチン業務と、常に判断が必要な非ルーチン業務に分けることができ、後者が医師、看護師のコア業務で、常に plan、do、see を繰り返すプロフェッショナル業務です。医師のコア業務は「診断、治療」であり、看護は「看護判断、介入」です。

一方のルーチン業務は「標準化」が可能であり、これを多職種が行うことで、膨大な業務を安全、確実に行うことができ、さらに病棟に常駐し患者を診ることで暗黙知が高まり、専門性の高い医療専門職になることができます。

たとえば薬剤師の場合、従来の周辺業務の何をタスク・シフトしたと思いますか？

——注射剤の管理や服薬指導ですか。

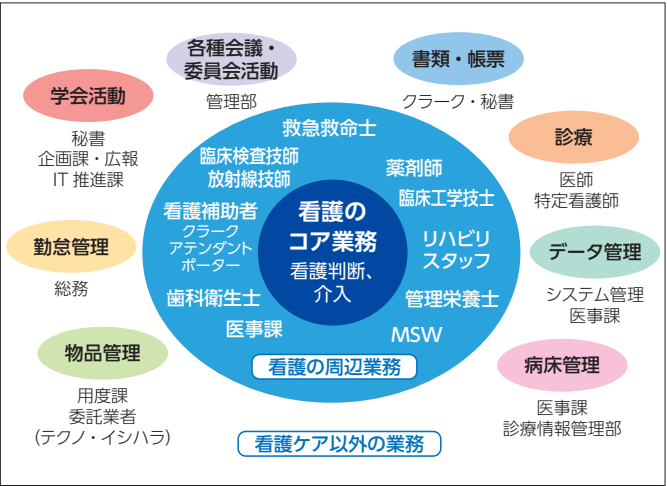
近森 それを看護師にさせたら、今度は看護師の業務量が増えますよね。

正解はまずは外来の院外処方です。それが薬剤師の大きなタスク・シフトだったのですが、意外

とそのことに医療人は気づいていない。それから、薬局内の薬剤の発注や在庫管理、ピッキングなど“物”に関する作業を SPD やテクニカルスタッフにタスク・シフトしたことで、薬剤師は病棟に出て薬学的に患者に介入するコア業務に集中できています。

看護業務のタスク・シフトは長い時間をかけ、一般病棟だけでなく外来、ER、手術室、

●図表 1 看護のコア業務への絞り込み



●図表 2 医師、看護師業務の多職種へのタスク・シフティング

外来	医師、Ns、事務	→	医師、Ns → クラーク+秘書+ポーター、事務
ER	医師、Ns	→	医師 → 研修医、Ns → 救急救命士+クラーク+ポーター
手術室	医師、Ns	→	医師、Ns → 麻酔補助 Ns + ME + 外部委託スタッフ
心カテ室	医師、Ns、診療放射線技師	→	医師 → ME + 臨床検査技師、Ns、診療放射線技師
内視鏡センター	医師、Ns、診療放射線技師	→	医師、Ns → 臨床検査技師、診療放射線技師
集中治療病棟	医師、Ns	→	医師+Ns → リハスタッフ+栄養士+薬剤師+ME + MSW + クラーク+アテンド+ポーター
一般病棟	医師、Ns	→	医師+Ns → リハスタッフ+栄養士+薬剤師+MSW + クラーク+アテンド+ポーター

心カテ室、内視鏡センター、集中治療病棟と多くの部門で看護ケア以外の業務ばかりでなく、看護の周辺業務も多職種にタスク・シフトして看護のコア業務、看護判断と介入に絞り込んできました（図表 1、2）。特に集中治療病棟では、大学病院などでは医師や看護師が行っている ECMO や呼吸器のセッティングや調整を、当院ではすべて臨床工学技士（ME）の急性期チームにタスク・シフトして、医師の労働環境改善と看護業務の負担軽減に大きく貢献しています。バーンアウトによる大量退職はなく、新人看護師の最適な教育現場にもなっており、集中治療に習熟したスーパーナースでなくても普通のナースで対応可能で、看護人材確保の面でもメリットは限りなく大きいことを実感しています。

医師、看護師ばかりでなく多職種がコア業務に絞り込むことは、医療の質が良くなり、生産性が向上することで、結果として病院の評判も良くなって患者が増え、単価が上がり収益増に結び付く。つまり、将来の病院の発展を支えるための設備投資とスタッフ充実のための原資が生まれる。プラスのサイクルが回るわけです。

病棟常駐型チーム医療のメリット

——従来のタスク・シフトの考え方は医師から他の職種へのシフトが中心でしたが、すべての職種についてタスク・シフトが必要なのですね。

近森 コア業務に絞り込むと、必要な患者すべてに介入でき、アウトカムを出せるというメリットがありますが、コア業務に絞り込まず兼務する従来型チーム医療ではアウトカムが出ません。これが従来型チーム医療との最も根源的な違いであり、病棟常駐型チーム医療のメリットです。

NST を例に挙げると、当院では 2003 年から、栄養サポートに習熟した米国帰りの管理栄養士を招聘し 4～5 人で始めたのですが、アウトカムが出ませんでした。業務量に比べて管理栄養士が少な過ぎたのです。そこで 1 病棟 1 人体制にしました。現在では管理栄養士は 25 人おり、1 病棟 1.5 人体制になっています。

——普通は数を増やすとコストがかかってしまうという発想です。

近森 そこで出てくるのが病棟常駐型チーム医療のアウトカムです。コア業務に絞り込んで専門性を上げれば、質も生産性も向上し、売り上げも上がって人件費アップを賄う原資が生まれ、必要なスタッフを必要なだけ雇用できるようになります。

当院では入院の稼働率ではなく回転率を重視し、新規入院をいかに増やすかに力を入れて月 1,000 人を目標にしています。現状で 900 人強にまで増えてきました。特に DPC で単価の高い短期の入院患者が増えています。在院日数は、4～5 年前は平均 14 日程度でしたが 11 日になって、2 回転が 3 回転になっています。急性期の基幹病院の 1 日の入院単価は、自治体立病院では約 7 万円ですが、当院は 11 万～12 万円です。在院日数が 10 日を切れば 13 万～14 万円になります。入院単価が上がり、新規の入院患者数も増えているので、売り上げは去年に比べて 1 億円ほど増えていると思います。これが機能の絞り込みのアウトカムです。

では、病棟常駐型チーム医療では、病棟に常駐する多職種は何をしていると思いますか？たとえば栄養サポートをしている管理栄養士は病棟では何をしているか。

——患者と接して栄養指導をするということは思い浮かびますが。

近森 正解は、患者を“診る”ようになったことです。患者を栄養士の視点で診て、栄養学的に判断して介入し、絶食を減らし売り上げの食事を増やすことで、コストの輸液、抗生剤を削減し、経済的アウトカムを出しています。

——医師の診断、治療と同じですね。

近森 ただ“診る”視点に違いがあります。医師、薬剤師、ME、検査技師などはそれぞれの視点で傷病から患者を診ていますが、管理栄養士やリハスタッフ、ソーシャルワーカー（MSW）、そして看護師もそれぞれの視点で患者から傷病を診ています。実はこの視点の差が医療の質向上に大きく寄与していると思います。

最近思うのですが、医師は診断・治療だけすればよいので傷病だけしか診ていなくて、患者の個別性などはあまり診ていません。ところが、それぞれの職種がそれぞれの視点で患者を診ることで、チーム医療を行えば全人的に患者を診ることができて医療の質は極めて高くなりますし、医師、看護師ばかりでなく、多くの医療専門職が、それぞれの分野では主役となり生き生きとやりがいをもって働いています。

——病棟常駐型チーム医療のメリットは大きいんですね。

近森 情報共有に関しても、たとえば当院の場合、心臓血管外科の朝のICUカンファレンスはわずか15分で終わります。一言、二言の情報交換だけで質の高い情報を共有できるのは、すでに職員それぞれが患者を診て判断し、介入しているからです。看護師にも、「心嚢ドレーン、抜いておいて」「はい」、これで終わります。医師は医師で判断して、看護師は看護師で何をどのようにやればいいのか判断できるので、なぜそれをどのようにやるかを医師が細かく説明して指示をする必要がない。そうして看護師がドレーンを抜いている間に、医師は手術に専念することができます。

チーム医療の基盤整備とアウトカム

——チーム医療の基盤を整備する上で何が必要ですか。

近森 1つは電子カルテです。紙のカルテでは1人だけしか見られないので、多職種の情報共有には不向きです。

もう1つが診療報酬のDPCによる1日包括払いです。出来高払いではチーム医療のアウトカムは出ません。たとえば、必要な患者に栄養サポートをすると、絶食が減り、出来高の食事が増え売り上げが上がります。一方で食事が増えるとコストの輸液が減ります。そして栄養状態が良くなると免疫が高まるので、抗生剤の使用が減り、さらにコストが下がります。

当院ではチーム医療を始める前、抗生剤に月1億5,000万円かかっていました。それをジェネ

リックに変更したことで7,500万円に半減し、薬剤師による抗生剤の適正使用と栄養状態の改善で2,500万円減少し、5,000万円にまで3分の1に削減できました。

そして管理栄養士が4～5人体制だったときの臨床栄養部の収支はアウトカムが出ず赤字でしたが、現在は25人が病棟に常駐し、土、日、祝日の重症病棟や夜間呼び出しにも対応して、患者を栄養学的に診ることで専門性を高め、入院患者の半数以上の必要な患者すべてに栄養サポートを行いアウトカムを出すことで、年間4,000万～6,000万円の利益を出す部門になっています。さらに、2022年度に早期栄養介入管理加算が集中治療病棟に拡大し、増員することなく年間4,000万円の加算を算定できています。

看護部門は、タスク・シフトによる労働環境の改善から、医師のより高度な標準化可能な業務を看護師が担うようになり、看護の専門性が飛躍的に向上しました。そればかりでなく、病院運営のマネジメント業務を通じ病院経営に大きく貢献しています。集中治療病棟では入室基準と患者重症度の組み合わせによる毎月1億2,000万～1億4,000万円の加算算定を実現し、病棟間の連携から積極的な地域医療連携まで、また感染、医療安全、災害対策などの委員会活動への取り組み、救急・紹介患者の受け入れとスムーズな退院・転院による在院日数短縮への対応など、看護部が中核として活躍しています。

——結果として病院機能はどのくらい高まりましたか。

近森 入院単価アップもありますが、人口70万人を切っている鳥取、島根、高知、徳島の各県の中で、民間の急性期基幹病院として残っているのは近森病院だけです。民間の急性期基幹病院が存在しているのはほとんどが人口の多い地域ですが、人口の少ない地域で存続できているのはマネジメント能力があるからです。これが最大のアウトカムではないかと思っています。

マネジメントの本質は「集中 (focus)」であり、「機能の絞り込み」と「連携」が重要です。

(聞き手：盛 宮喜)