

# これまでの議論のまとめ

# これまでにいただいた主なご意見・ご提案

## 議論の進め方等について

- いろいろな発想で、各職種にタスク・シフト/シェアできるのかどうか、現状では法的な裏付けはどうなっているのか、変える必要があるならそれは可能なのかどうかなど、可能性を捨てずに議論してほしい。(第1回)
- 2024年4月までに一定の成果を上げる必要があることから、議論の幅が広がりすぎないように配慮が必要ではないか。(第1回)
- 2035年まで見据えると現行制度を超えたものも検討することが必要ではないか。(第1回)
- 抽象的な議論ではなく、具体的な行為をどの程度シフト/シェアするのか、長時間労働になっている診療科を重点的に、データをもって議論すべき。(第1回)
- できるだけデータを出して、本当に実効性があるのかどうかを踏まえて、次の議論に移っていくことが重要。(第1回)
- どのタスク・シフト/シェアをすると、どのような形で医師の労働時間を削減することができるのか、1860時間に収まる形に進めていけるのかをイメージして、データを見ながら進めていただきたい。(第1回)
- タスク・シフト/シェアは優先順位をきめて、12月までにできることを議論していくべきではないか。(第1回)
- 進め方の視点として、1階層目で、現行制度下で「実施可能」「不可」「不明確」に分け、2階層目で「現場視点・マネジメント視点(臨床現場視点)」の層を設けると、より優先順位がつけやすいのではないか。(第1回)
- 救急救命士の業務範囲について「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」で検討された内容に関しては、こちらの検討会にも情報提供いただきたい。案件によっては議論の論点となり得るのではないか。(第1回)
- 救急救命士については、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」でかなり詳しく議論しているようなので、まずはそちらで進めていただくことがよいのではないか。(第2回)

# これまでにいただいた主なご意見・ご提案

## タスク・シフト/シェアの推進について

- 効果と実現可能性の双方の観点でタスクの見える化を行い、タスクのトライアージをするという考え方が必要ではないか。(第1回)
- タスク・シフト/シェアには財政的裏付けが必要になってくるが、財政状態は厳しい状況にある。このように大きな制約があるなかで、如何に実効をあげていくかが大事。(第1回)
- 現場視点では、①シフト/シェアされる側の能力と技術と知識があるかどうか、②病院で働く職員の意識の改革(この業務だけは手離さない、この業務だけはしたくない)、③タスクを渡される側の余力(能力も意識もあるが余力がなければ受けとれない)、という観点が必要ではないか。(第1回)
- 現行の制度下で実施可能な業務ではあるが実際には実施できていない業務について、改めて通知等を出しただけで本当に進めていけるとは言えない部分もあるのではないか。(第2回)

## タスク・シフト/シェアを進める行為について

- 効果自体は小さいのにリスクがあるものについては慎重に考えたほうがいいのではないか。(第2回)
- その行為だけを見るのではなく、その前にどのような行為が存在してそこに至っているのかということを見た上で要件に該当するかどうかを判断をするべきではないか。(第2回)

# これまでにいただいた主なご意見・ご提案

## 医師の指示との関係について

- ヒアリングで提案された行為のシフトを検討するだけでなく、判断を伴って実践できるかという点も含めて考えることが必要。(第1回)
- 特定行為研修を修了した看護師だけではなく、一般の業務を行う看護師が包括指示をうけて行為を行えるようにすることが有効ではないか。(第1回)
- 療養上の世話をタイムリーに行うための薬剤の使用については、ぜひ検討していただきたい。(第2回)
- 医師が処方した薬剤を用いるのか、看護師の判断で薬剤を用いるのかで、かなり異なる問題になるのではないか。(第2回)
- 看護師が適正な薬剤を選択して投与することについては、院内では日常的に包括的な指示が行われており、特定行為研修を修了した看護師だけの話ではないのではないか。(第2回)
- 院内での包括的指示は急性期の現場でも日常的に行われており、特定行為研修を修了していない看護師でも実施できることではないか。(第2回)
- 包括的指示で実施可能とするには、医師と看護師の信頼関係が確立できていることが大事ではないか。(第2回)

## 医療安全について

- 医療安全は非常に大事で、医療行為の責任を明確にしながら何をタスク・シフト/シェアできるのか、国民の理解を得ながら進めていくことが必要。(第1回)
- 医師とタスク・シフトされる職種との間のしっかりとした信頼関係が担保されないと医療安全が十分確保できない。(第1回)
- タスクをシフトするための(受け手側の)研修・学習の機会をつくることが将来の日本にとって重要。(第1回)

# これまでにいただいた主なご意見・ご提案

## 看護師の特定行為研修制度に関する議論について

- 特定行為パッケージ化の取組みをしている病院の医師の働き方がどう変わり、どの程度時間削減されているかの現状を、わかる範囲で示してほしい。(第1回)
- 特定行為研修は素晴らしい制度で、将来タスク・シフトの大きな戦力になるだろうが、まだまだ時間がかかるのではないか。(第1回)
- 特定行為研修が広まらない要因は、全てを履修するには年単位で時間がかかること。e-ラーニングなどの教育パッケージを活用すると、病院から派遣せず地方の病院でも実施できるなどのメリットがあるのではないか。(第1回)
- 特定行為で限界となる部分に対しては、ナース・プラクティショナーのような医師の指示がなくても自身で診断して医療行為が始められるという新たな職種を創設することで、医師の負担が随分軽減されると思われる。今すぐ実現可能というわけにはいかないかもしれないが、長期的に検討を続けていって欲しい。(第1回)
- 今の特定行為の制度は限界がある。長期的には新たな制度創設を視野に入れるのではないかと。(第1回)
- いずれナース・プラクティショナーの議論は必要と思うが、現状1,700人程の特定行為研修の修了者を輩出した状況で限界が見えているのか疑問である。まずは特定行為研修制度をしっかりと動かして問題点を洗い出してほしい。(第1回)
- 医師の指示は、医療行為の結果、医療安全に問題が起こったときに、最終責任を医師が取っているために必要であり、指示のない形で医療行為をできるようにするということには、国民の理解がどこまで得られるかも含め、いろいろな問題があるのではないかと。(第1回)

# これまでにいただいた主なご意見・ご提案

## 救急救命士について

- 現在法的に病院又は診療所に搬送されるまででしか業務ができない救急救命士が、現在受けている教育とそれによって養成される能力が「どの程度であるから病院又は診療所で業務することが可能である」といったことも一つの論点として進めていただきたい。(第1回)
- 救急救命士にタスク・シフト/シェア可能とプレゼンされた項目については、救急救命士法の救急救命処置の定義の範囲の中にあるとは考えにくいのではないか。(第2回)
- 現行の救急救命士の基礎教育は救急救命処置に特化した教育になっているため、場が医療機関内に変わるのであれば基礎教育の大幅な見直し、安全性の担保が必要ではないか。(第2回)
- 病院では救急の現場で人手が不足している。行為自体は救急救命処置に変わりはなく、病院内で静脈路の確保といった行為については救急救命士に認められてしかるべきではないか。(第2回)

## 臨床工学技士について

- 臨床工学技士は、生命維持管理装置を取り扱うと法令上明記されているが、生命維持管理装置とその他検査等を行うものなどに、もし法令を変えることができるならば活動できる場がかなり広がるのではないか。(第2回)
- 臨床工学技士については、生命維持管理装置かどうかという観点から議論の土台に上がっていない項目もあると思うが、現場では学会等の認定を受けた技士が医師の処置を手伝っている部分もあり、現状を踏まえながら議論をしていただきたい。(第2回)

## 診療放射線技師について

- 造影剤を投与する際、看護師が来てルートを確認しに行き、その後の行為は診療放射線技師が行うということが起きているため、診療放射線技師が一連の行為として行えるほうがいいのではないか。(第2回)

# これまでにいただいた主なご意見・ご提案

## その他

- タスク・シフト/シェアが進んだ後、どこかで定点観測が必要で、結果としてどのくらい労働時間が減ったのか、患者の医療安全は確保されているか、受けた側の業務負担が結果的に多くなっていないかなど最初から計画されていると精度の高いものになる。(第1回)
- 医師側から渡せる業務と、加えて受ける側からの、この業務をしたらもっと効率よく患者のケアに繋がるといった意見をあわせていくことも一案ではないか。(第1回)
- タスク・シフト/シェアされる側の職種の人数の変遷やこれからの増加数なども含めて考えるべきではないか。(第2回)

### 検討の視点

- 医師の働き方改革に関する検討会報告書において、2024年4月から適用される医師の時間外労働規制に向けて、医師の労働時間短縮のための方法について、以下のとおり示されている。
  - ・ 現行制度の下でのタスク・シフティングを最大限推進
  - ・ 多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整える

### 検討の進め方について

- 医師の業務について、医師以外の医療専門職種が現行制度の下で、「実施可能な業務」と「明確に示されていない業務」、「実施できない業務のうち、十分実施可能で法改正等を行えば実施可能となる業務」に分けてタスク・シフト/シェアの検討を進めてはどうか。
- それぞれについて、目的達成に必要な事項と効果も整理しながら検討を進めてはどうか。
- 厚生労働省医政局では、本年6月から7月にかけて3回にわたり合計30団体から、各団体がタスク・シフト/シェア可能と考える業務についてヒアリングを行ったが、そのヒアリング内容も踏まえて、タスク・シフトまたはタスク・シェアを進める業務を整理してはどうか。

### スケジュールについて

- 医師の働き方改革の推進に関する検討会については、12月に一定のとりまとめを行う方針であることから、本検討会においても、同じスケジュールで取り組む必要。
- その一方で、検討項目が多数にわたることから、年内時点で合意を得られた範囲でとりまとめを行うこととし、その後も、引き続き検討することとしてはどうか。



### 整理した項目の進め方について

- 現行制度の下で実施可能な業務
- 現行制度では明確に示されていない業務

→内容を整理した上で、通知等で明確化し、タスク・シフト/シェアを推進することとしてはどうか。

※ 上記については、定量的分析とあわせて検討する必要があるが、以下の理由から第3回以降に検討

- ・ 項目が多岐に渡ることから、定量的分析に時間を要すること
- ・ タスクシフト/シェアの普及・推進のための具体的方策についても（制度的対応を行うものも含め）、あわせて検討する必要があること

→今回ご議論いただく内容

- 現行制度では実施できない業務とされているものの考え方

→下記の3要件を満たす項目について、タスク・シフト/シェアを推進するために、省令や政令、法律を改正することについて検討してはどうか。

要件① 原則として各資格法の資格の定義とそれに付随する行為の範囲内であること。

要件② その職種が担っていた従来の業務の技術的基盤の上にある隣接業務であること。

要件③ 教育カリキュラムや卒後研修などによって安全性を担保できること。

- 現行制度の下で実行可能な業務の例

<例> 診断書作成補助業務 … 医行為ではなく、医師事務作業補助者等にタスク・シフトが可能

<例> 看護師の創部ドレーンの抜去 … 心嚢ドレーン、胸腔ドレーン、腹腔ドレーンの抜去は看護師の特定行為として実施可能

- 現行制度では実施できない業務であるが、“3要件”を満たすと考えられるもの

<例> 臨床検査技師の輸液路確保

・採血を伴う翼状針（留置針）の穿刺は実施可能であるが、輸液を目的とした輸液路確保は現行実施不可

<例> 診療放射線技師の病院又は診療所以外の場所における検査

・診療放射線技師法第26条第2項において、診療放射線技師は、原則、病院又は診療所以外の場所での業務を行ってはならないこととされており、その例外も、エックス線検診車等において胸部エックス線検査を行う場合などに限定されている。病院又は診療所の中では診療放射線技師の超音波診断装置の操作は認められている。

## (参考) 検討のスケジュール

- 第1回（10/23）：検討の進め方について
- 第2回（11/8）：現行制度では実施できない業務とされているものの考え方について
- 第3回（11/20）：現行制度の下で実施可能な業務及び明確に示されていない業務について
- 第4回：現行制度では実施できない業務について  
第2回検討会でお示した各項目について、関係団体の安全性等に関するご意見を踏まえ、2024年に向けて実施可能な業務、特に推進すべき事項について、次回以降に整理してお示しする。
- 第5回以降：一定のとりまとめ