

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)
- 今まで行われていないことをタスク・シェアしようという議論なので、できないからというのではなく、どうすればできるかと考えるべきではないか。今までやっていないからできないということではなくて、オン・ザ・ジョブ・トレーニングによって技術を習得して、場合によっては、上司もしくは管理者が承認することで認めていく方向のほうが、発展性があるのではないか。(第4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、タスクのトリ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/シェアを評価機能での評価にすることに賛成であるが、評価の後のアフターケアが重要。上手くいかなかったときのサポート手段を当初の設計段階から含めて考えておく必要がある。(第3回)
- 看護補助者など新たな人材を雇用して医師の業務負担軽減を図る以外に、ITの活用や書類を減らす、専門職の職能で実施可能な業務を一々医師の指示を受けなければならないといったタイムロス軽減するなど無駄を省いていくことも必要。(第3回)
- タスク・シフト/シェアの取組項目に濃淡をつけることに賛成するが、時短効果とあわせて、取り組みやすさという視点も重要。(第3回)
- 推進するタスク・シフト/シェア項目を選定する際には、院内で緊急事態に対応できる体制もしっかり構築していくこともあわせて示していく必要。(第3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)
- 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)
- 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)
- 事前に合意されたプロトコールに基づいて実施するのであれば、患者の範囲を決めた指示と理解して、医師に確認しなくても進めていけるものではないか。(第3回)
 - ⇒ 本日(第5回検討会)資料を提出(資料4「救急外来における診察前検査について」)
- 代行入力やオーダー、プロトコールなど様々な言葉が使われているので、事務局で整理してはどうか。(第3回) ⇒ 第4回検討会で資料を提出(参考資料1「診療のプロセスにおける役割分担」)
- 病院内における医師と看護師との連携というのは、基本的にかなりとれていることから「指示における患者の範囲」、「あらかじめのプロトコール」を定めておく問題等は、医師の指示が包括的に出され、全体が管理されるということで上手くいく。一方で、医療安全と責任の所在について考えておく必要。(第3回)
- 包括的指示を如何にいいものにまとめていくかが肝要。(第3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) ⇒ 第3回検討会で資料を提出(参考資料1-2「特定行為研修修了者配置による医師の業務・労働時間への影響」)
- 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。(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) ⇒ 第2回検討会で資料を提出(参考資料3「特定行為研修の施行状況」)
- 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。(第1回)
- 特定行為研修を修了した看護師へのシフトの効果は非常に大きく、今回の検討の一番の核になる部分。(第3回)

これまでにいただいた主なご意見・ご提案

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)

臨床検査技師について

- 静脈路は薬剤を投与するために確保するが、現行臨床検査技師が実施可能な行為は、血液を血管から採取する行為である。法令改正をしてまで静脈路を確保できるようにするよりも、現行法で認められている外来や入院などでの採血業務を、より多様な場面で実施していくほうが、タスク・シフトとしては効果が高いのではないか。(第4回)

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)
- 救急救命士の業の場の拡大は、要件①の資格法の定義とそれに付随する行為の範囲内として捉えられるかどうか、もう一度考え直す必要があるのではないか。(第4回)

これまでにいただいた主なご意見・ご提案

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)

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)
- 看護補助者や医師事務作業補助者を増やしていくことは現実難しく、タスク・シフト先の余力がないことを前提に考える必要がある。現実的には、看護師への業務のシフトに一番力点を置くべきで、看護師側でどのくらい受け得るのかを検討する必要がある。(第3回)
- 看護師以外の職種にもどの程度担ってもらえるのかの検討も必要だが、当面の実現可能性を常に考えながら、限られた時間で検討を進めていく必要がある。(第3回)
- それぞれの項目がどれだけタスク・シフトに資するか、行為をタスク・シフト/シェアすることによって、これぐらいの医師の負担の軽減につながるという数値が出ているので、この数値が大きいものから、優先順位をつけて議論していくことも、1つの方法論ではないか。(第4回)
- 効果が大きいところに、コストをかけてでもやっていくという優先順位のつけ方が出てくるのではないか。タスク・シフトそのものも無償ではできない。教育あるいはいろんなシステムをつくっていくことになるが、それに対しては、少々コストがかかっても、効果が高いところを重点的にやっていくことがよい。(第4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/シェア推進策について

- 検査や輸血、一般的な手術手技など共通行為の全国共通の説明用DVDを作成して、事前に患者・家族に見てもらい、わからないところを医師が補完的に説明するようにすると、医師事務作業補助者などが同意を取得するところまで可能になり、医師の負担が大きく軽減されるのではないか。(第3回)
- 検査の説明やそれに伴う処置などの説明について、タスク・シフトを協働しながら進めていくことが有用ではないか。(第3回)
- 資格免許を保有していない者が実施可能な業務と判断されるものについては、周知活動の強化が重要。(第3回)

タスク・シフト/シェアの際の教育・研修

- タスク・シフト/シェアする際、教育・研修は非常に重要であるが、医療行為であれば、医師が中心になって教えていくことになることになるとすると、医師の働き方にどれぐらいの負荷をかけることになるのか、どのぐらい受け入れられる医療機関や教育・研修機関があるか十分検証が必要。研修ができるかどうかという点は根拠を示す必要があり、教育や研修を受けることで、その質が一定保障されなければならない。(第4回)

これまでにいただいた主なご意見・ご提案

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)
- 医師や看護師は、患者に対して、侵襲的な行為を行うことを国家として保障されているからそういったことができる。個々の能力が備わっていてできるという話と資格があってできるという話は、違う話なのではないか。資格がなかった者が研修や教育を受けることで、能力を担保して、安全まで考えた上でそれを行っていくことは、丁寧に一つ一つ議論をしないといけないのではないか。(第4回) ⇒ 本日(第5回検討会)資料を提出(資料2「業務範囲の見直し教育・研修について」)
- 要件3(安全性等について)の「該当する」としたものは、複数の学会で賛否が分かれているものもあり、該当するレベルや段階がすごく分かれるため、もう少し丁寧に整理したほうがよいのではないか。(第4回)
- タスク・シフトして起きた医療事故などの責任はどうなるのか。それぞれの職種なのか、最終的にはタスク・シフトした側の医師の責任なのか。(第4回) ⇒ 本日(第5回検討会)資料を提出(参考資料3「医療行為と刑事責任の研究会(中間報告)」)
- その職種に何ができるかということを確認しておかなければいけない。明確になると、その者の職務になり、実施可能ということを確認したわけなので、責任と表裏一体にあることになる。(第4回)
- 行為によって発生する事態を十分想定した上で、安全性を担保することは、考えておかないといけない。(第4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的な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) ⇒第3回検討会で資料を提出(資料2・スライド10「医療施設等における医療従事者数」)
- 看護補助者や医師事務作業補助者の活躍が期待されるが、定着していない現状。現場指導教育などの基盤作りが安定した人材供給に必要ではないか。(第3回)
- ある病院だけができるという仕組みは、国全体の働き方改革の中の議論としては難しいので、根本的にどの病院であっても、体制さえとれば、その職種の方にこれができるということでないといけないのではないか。(第4回)
- 決まったことの実現可能性を高め、長時間労働医師から本当にタスク・シェアしていくために、受け手側の学会の方々にも、研修・教育が確定した場合は、時間軸を意識して、しっかりとタスク・シフト/シェアされる側の技術を向上するように努めていただきたい。(第4回)
- 「タスク・シフト/シェアをしてほしい」、「医師側が受け取ってほしい」という業務の優先度が高く、意味あるものばかりと思うが、今後は、意味があることの中でも、さらに濃淡をつけて進めていただきたい。(第4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。

第3回で議論

- ※ 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

- 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。

第2回で議論
第4回で要件③を含めて再度議論

- 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に含まれる
- 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。

現行制度では実施できない業務についての整理について

- 次ページ以降は、第2回検討会で提示した「現行制度上実施できない業務のうち、実施可能とする場合は法令改正が必要な業務」について、第2回検討会で提示したタスク・シフト/シェアを推進する項目の3要件を整理したもの。
 - ・ 要件①及び②については、第2回検討会で提示したものと同様に、現行法令の規定に照らし、要件に該当するか否かについて、事務局としての案を記載。
 - ・ 要件③の安全性については、タスク・シフト/シェアする側の医師団体、される側の職能団体の両団体が担保できるとした業務については該当するものと整理。
 - ・ 効果（推計）については、第2回検討会で提示したものと同様に、業務をシフト/シェアした場合に当該行為を行う医師の、ある病院における業務時間の実態に基づいて、月間の削減可能な時間数を推計したもの。

※第2回検討会で提示したタスク・シフト/シェアを推進する項目の3要件

- 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。

第4回で議論
今回追加的要件を含めて特に
進める事項について議論

整理した項目の進め方について

- 整理した業務のうち、医師の働き方改革に資するものに取り組む必要がある。
- 3要件について、いずれも該当するとされた業務から、まず議論を深めることとしてはどうか。
- ①かつ③は該当するが、②に該当しないとされた業務については、タスク・シフト/シェアによる効果を踏まえて働き方改革に特に資するものについて、追加的な要件が必要であることを前提として、今後、カリキュラム改正の必要性なども含め、追加的な要件とあわせて議論を深めることとしてはどうか。
- その他の業務については、今後の医療の変化を踏まえながら、順次検討を行うこととしてはどうか

(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 (12/25) : 現行制度では実施できない業務の安全性等について
 - 第5回 (1/20) : 業務範囲の見直しに伴う教育・研修について
タスク・シフト/シェアを推進するためには法令改正が必要な業務について
- 第4回検討会でお示した現行制度上実施できない業務について、要件②に該当しないとしたものについては、追加的な要件もあわせて提示し、法令改正を行い、タスク・シフト/シェアを推進する業務について議論する。
- 第6回以降 : 一定のとりまとめ