

検討会でいただいた主なご意見・ご提案  
＜別添４＞

# 検討会で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、発展性があってよいのではないか。(第4回)

# 検討会で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を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)

# 検討会で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)
  - ⇒ 第5回検討会で資料を提出(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)

# 検討会で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)

# 検討会で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)

# 検討会で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と。（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と。（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と。（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）

# 検討会でいただいた主なご意見・ご提案

## 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)
- 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)
- 資格法の原点に立ち返って、その資格がそもそも何をやる資格であるかということから見直すべき。とりまとめに当たっては、もう一度「要件1」を見直していただきたい。(第5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のとすると、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)



# 検討会で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ている。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) ⇒ 第5回検討会で資料提出(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と。(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) ⇒ 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)
- 医師は当然責任者として誰に業務をしてもらうかという判断をする。機械的に制度上実施可能な職種であるからといって全て当該職種が実施するという話ではない。その大前提として、資格として当該職種にその行為ができるかということを確認することが大事。(第5回)

# 検討会で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)
- 最終的には、どの職種にどの業務を託すかどうかという判断は、それぞれの医療現場あるいは医療機関で決めることになるため、そのあたりもよく踏まえた上で今回の項目の合意を形成する必要がある。(第5回)