

○司会 では、定刻になりましたので、ただいまから「第1回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」を開催いたします。

御参加いただきました団体の皆様におかれましては、本日は大変お忙しい中、御参集いただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、9団体にお集まりいただき、プレゼンテーションをしていただく予定となっております。プレゼンテーションの順番、団体名は、ヒアリング次第をご覧ください。また、本日はペーパーレスで行います。

プレゼンテーションいただく団体の御説明者は、正面演台にてパソコンを操作いただきながらプレゼンテーションをお願いいたします。プレゼンテーションの時間は、各団体15分で、その後、質疑応答の時間を5分設けております。なお、プレゼンテーション終了1分前に予鈴を1回、15分で予鈴2回を鳴らせていただきますので、恐れ入りますが、プレゼンテーションは時間厳守をお願いいたします。

では、ヒアリングに先立ちまして、吉田医政局長より御挨拶を申し上げます。

○吉田医政局長 厚生労働省の医政局長でございます。

「第1回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」を開催するに当たりまして、一言御挨拶と開催の趣旨を申し上げさせていただきます。

改めて申し上げるまでもなく、厚生労働省におきましては、改正労働基準法に基づく時間外労働の上限規制に向けて、医師、そして医師をはじめとする医療現場における働き方改革を着実に、そして強力に進めるために取り組んでいるところでございます。特に、医師につきましては、働き方改革に関する検討会を開催いたしまして、上限規制と健康確保措置、そして地域医療の確保というものをどのように両立させるか、有識者の方々、関係者の方々に熱心な御議論をいただき、この3月末に報告書という形で、現時点における一定の方向性について、おとりまとめいただきました。

これを受けて、2024年4月の医師の時間外労働の上限規制適用に向けて、医療現場、そして地域の医療関係者、そして行政、それぞれがなすべきことを早急に行うという段階に来ていると思っております。

とりわけ、報告書にも書かれておりましたが、労働時間短縮を強力に進めていくため、その具体的な方向性の一つとして、タスク・シフティングが課題になっていることは御案内のとおりであります。現行制度の下でのタスク・シフティングを最大限推進しつつ、多くの医療関係職種それぞれが自ら能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えていくことが重要であると、報告書にも明記していただきました。そのための議論を引き続き、確実に進めていかなければならないと思っております。

これを受けまして、私ども医政局といたしましては、医師、歯科医師、薬剤師のいわゆる三師会の方々、病院団体として四病院団体協議会の方々、関係学会として専門医基本診療領域学会、そして専門医機構の方々、看護協会をはじめ、各資格法に基づく職能団体の方々、さらには、医師事務作業補助関係団体の方々まで、合計30を超える団体にお声がけ

をさせていただき、タスク・シフティングに関するヒアリングを実施することにいたしました。今日は、その第1回目ということで、御都合いただきました9つの団体の方々に、お忙しい中、お時間をいただき、私どもの企画に御協力いただいたところでございます。

ヒアリングに当たりましては、あらかじめ業務移管が可能と考えられる業務内容や業務量でありますとか、移管可能な理由、そして移管後の業務の質をどのように確保していくかということ。さらに、タスクシフトを進めていく上で必要となる教育や養成に係るものを含めた、さまざまな課題についても各団体の御意見をお尋ねしたいという呼びかけにさせていただいております。それぞれ、先ほどもありましたように、15分という限られた時間の中ではございますが、私どもからお尋ねした項目にとらわれず、自由に御発言いただければとお願いしてございます。

本日から各団体より御意見を伺い、それを私どもは一つ一つ真摯に受けとめ、次なるステップに進めさせていただきたいと考えておりますので、ヒアリングに御協力いただきました方、あるいはこのタスク・シフティングに非常な御関心と、現場で御協力をいただき皆様方のさらなる御理解と御支援をお願い申し上げまして、ヒアリング開会に当たりましての私の御挨拶とさせていただきます。

引き続き、よろしくお願ひいたします。

○司会 ありがとうございます。

それでは、恐れ入りますが、カメラはここで退室をお願いいたします。

(カメラ退室)

○司会 では、まず最初に、日本医師会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本医師会 皆様、こんにちは。日本医師会で副会長を勤めております今村聡と申します。今日は、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」にお招きいただき、冒頭に説明させていただくことを本当に感謝申し上げたいと思います。

日本医師会の会員は全て医師ですので、この標題にございますように、今回、医師の働き方改革ということで、医師からのタスク・シフティングの中身を御説明させていただきます。先ほど局長から御依頼がありました具体的なことについては、本日の資料には触れておりません。どちらかという総論的なお話が多いかと思ひます。また、パワーポイントの中身については、既に厚生労働省のホームページにアップされていて、皆様、御案内のとおりと思ひますので、簡単に御説明させていただきますと思ひます。

まず、日本医師会は、別にタスク・シフティングに限らず、政策的な判断基準を持っておりまして、大きな柱が2つある。1つが、国民の安全な医療に資する政策かどうかということがあります。それから、日本医師会綱領というものを持っておりまして、これも5つの柱がありますけれども、その中に安全・安心な医療提供体制等、あるいは医学・医療の発展と質の向上に寄与しますということ強く謳っているところではあります。

医師法の中に、「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増

進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保する」と謳われております。ここでいう「公衆衛生」とは、医療、予防と対立する狭義の概念ではなく、これらを含めた広義のものということの意味しておりますし、第17条では、「医師でなければ、医業をなしてはならない」と謳われております。「医業」とは「医行為を業とすること」で、「医行為」とは「当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為」であるということが法律の中に明記されております。

今回、このタスク・シフティングに関する基本的な方針というものを日本医師会の中で協議しております。まず1番目は、国民にとって、先ほどから申し上げている安全な医療を守るために、医師によるメディカルコントロールのもと業務を行うことが原則である。

医師によるメディカルコントロールを医療統括と呼んでおり、後ほど簡単に御説明させていただきます。

それから2番目に、まずは新たな職種を創設するというのではなくて、既に認められている資格を持った方たちの業務の周知徹底、並びに、それらが既に実践されているのかどうかの確認。実践されていない場合には、着実にそれを実行していくための検証作業を早急に行うべきと考えています。また、法令改正や現行法解釈の変更による業務拡大をするのであれば、きちんとしたプロセスを経て行うべきであると考えています。

そして、タスク・シフティングと、言葉では簡単なのですけれども、そのシフトされる側の方たちの負荷がどうなるのかを十分考えた上で、そういった方たちへの支援が必要であると考えています。

昨今、イノベーションの中で、AI等のICTの活用は、医師のタスクをサポートするものとして積極的に進めていくべきであるとも考えています。

国民にとって安全な医療を守るために、このメディカルコントロールのもとで業務することが原則であるということですが、タスク・シフティングは、チーム医療の視点に立って推進すべきものであるということ、特に「診療の補助行為」は、医師の指示を要すると考えています。

他方、チーム医療に参画する医療関係職種によっては、その業務を行うに当たって、法律上、医師の指示を要件としない職種の方たちもいらっしゃいます。

チーム医療においては、安全で適切な医療や介護の提供のために、幅広い職種に対してメディカルコントロールが必要であると考えます。

このメディカルコントロール、先ほど医療統括と訳をつけさせていただきましたけれども、5ページ一番下にございますように、日本医師会は、救急災害医療対策委員会という委員会を設けていまして、そこでこのメディカルコントロールの議論を行い、2016年3月、あらゆる医療行為の質の保障を行うことが医療界の社会に対する責任であるという視点を持つこと、広義のメディカルコントロールは、「救急搬送体制に限らず、救急医療やその後の医療、地域連携や地域包括ケアシステムにおける、安全で適切な医療や介護の提

供のための医師の統括体制で、医療に携わるあらゆる職種を対象とする」と捉えた提言をいただきました。

このことは、今後の医療・介護体制における重要な要素であって、そうした概念を表現するために、メディカルコントロール体制の日本語呼称として「医療統括体制」を提案しております。医師がコントロールタワーとして役割を果たし、多職種と連携しながら、国民が安心して受けられる医療を提供していくことが重要だと思っています。

新たな職種の創設ではなくて、既に認められている業務の周知の徹底、並びに、それらが実践されていない場合の着実な検証を実行すべきであるという点については、若年人口がどんどん減少している中で、これ以上医療関係職種を確保することが困難なために、新たな職種を創設するべきではないと考えています。

医師以外の職種で既に認められている業務の周知徹底を図るべき。現行法解釈でも実施可能な業務について、さらなる精査をすべき。さらには、それらが現場で十分に実践されていない場合は、検証を着実に行うべき。特定行為研修修了看護師については、特定行為の拡大ではなくて、研修のパッケージ化と修了者の増加を最優先するべきであると考えています。

もう一つ、新たな職種の創設ではないというところでは、病院の薬剤師の有用性、これは中医協の中でも議論されておりますけれども、こういった方を一層活用していくことが重要であると思っています。

また、医療秘書の活用ということで、医療秘書として一定水準以上の教育を受けた者について、公的な就業支援を行うとともに、医療界を挙げて、その社会的地位の向上に努めていくことも重要と思っています。日本医師会は、認定医療秘書を養成しており、その養成内容と質、特に医療分野を非常に重視しておりますけれども、他の同様の資格・検定に比してすぐれていると考えています。また、日本医師会認定医療秘書を含め、養成内容・年限が一定水準にある資格・検定については、診療報酬上、高い評価を与えることを検討すべきであると考えております。

法令改正や現行法解釈の変更による業務拡大ということについては、適切なプロセスを経るべきであると思います。仮に、医療関連職種の業務を拡大するために、関連法令の改正や現行の法解釈の変更を行う場合には、以下に掲げておりますプロセスを経るべきだと考えます。対象患者に十分配慮した上で実証研究を行って、エビデンスを蓄積すること。関係検討会における慎重な審議を実施していただくこと。最終的には、関係審議会における審議・結論を得ることです。

それから、タスク・シフティング先の医療関係職種への支援は非常に重要だと思っています。特に看護師については、医師からタスク・シフティングを受ける場合の勤務激化防止が必要であります。そのため、診療所等に多く就業する准看護師の養成を強化して、病院が多数の看護師を確保することができるように支援することが重要です。

また、看護職員が、医師からタスク・シフティングを受け、また本来業務に専念できる

よう、医療機関に従事する看護補助者の確保が必要だと思えます。看護補助者の処遇改善を図り、優良な人材の確保や就業の継続（介護施設等への転職抑止）を支援するべきだと考えています。

また、AI等のICTは、医師の業務において、あくまで診療・治療を補助するものでありますけれども、医師の働き方改革の中では非常に有効な手段ということで、「タスク・サポート」と考えております。現在、AIホスピタルなどの取り組みが促進されております。医療現場の負担を大きく改善することが期待される有用なシステムは、医療安全と医療保険財政への影響を考慮した上で早期に一般化を図るべきだと考えています。

最後に、その他の視点として、かかりつけ医機能の推進ということで、これは医師間（かかりつけ医と病院の専門医等）、あるいは医療機関（地域の診療所・中小病院、救急医療機関・高度専門的な病院等）間の役割分担（タスク・シェアリング）を一層推進していくべきだと思えます。

また、勤務医の負担の総量を減らすこと。これは、健康・予防による重症化防止、それから医療の上手なかかり方等々を厚労省で検討されておりますけれども、国民への啓発による受療行動の変容の結果、勤務医の負担を軽減する。そして、勤務医がやりがいを持って本来のやるべき仕事に注力できるようにすることが重要だと思っております。

その他、個々の医療機関の実情に応じた「複数主治医制」、地域の関係者の合意に基づく医療機能の集約化・重点化も非常に重要な論点だと思っております。

最後になりますけれども、参考に、日本医師会が2020年の概算要求要望として、ここに掲げておりますように、医療従事者のタスクシフト推進のための支援、あるいは医療事務補助者の育成支援、地域の医療機関におけるタスク・シフティング等勤務環境支援ということを挙げさせていただいております。

簡単ではございますけれども、私からのプレゼンテーションとさせていただきます。

○司会 ありがとうございます。

ただいまプレゼンテーションいただきました中で、御質問はございますか。

医政局長、お願いします。

○吉田医政局長 医政局長です。プレゼンテーションありがとうございました。

率直に申し上げます、医師会の先生方とは、これまでも働き方改革の検討会を通じていろいろ議論させていただきましたので、今後とも引き続き、医師及び医療関係職種の働き方改革への御支援をお願い申し上げます。

その上で、今日のプレゼンの中で、直接ではございませんが、今後、私ども厚生労働省としても検討してまいりますに当たりまして、医師会の中でタスクシフトというものを、これまではさておき、議論する場なり、あるいは今、具体的にこんな形でスケジューリングをして医師会として検討している、具体的な動きがもしあるならば、参考にさせていただきたいと思っておりますので、御紹介いただければと思えます。特になければ、日常的にいろいろやりとりしている中でということならそれでも結構です。

○日本医師会 このタスクシフトの話は、会としても医師の働き方改革の大変重要な要素だと認識しております。今日は、あくまでも日本の医療提供体制の中の総論的なお話として申し上げておまして、今回、お問い合わせのあった個別具体的な何ができるかということに関しては、会の中で検討の場を設けており関係役員数名で議論を現在進行しているところでもあります。

その中で、本日このような場を与えていただきましたので、とりあえず、これに臨むに当たって、現在のところ言えることはここまでですねということでお話しをさせていただいております。今後、日本医師会の中でも、こういったことを十分議論していかなければいけないということで、議論しているということだけ、一応、御紹介申し上げたいと思っております。公に外に何か言えるまでのものは、まだないと御理解いただければと思います。

○吉田医政局長 ありがとうございます。

○司会 そのほか、何か御質問はございますか。

北波総務課長、お願いします。

○北波総務課長 総務課長でございます。

先生の資料の7ページで、チーム医療における病院薬剤師の活用の部分を御提案いただいておりますが、具体的にどういう形で活用が望ましいのかというところについて、少し付言していただければと思います。

○日本医師会 薬剤師の役割というのは、もともといつも中医協の中で申し上げているのですけれども、日本は薬剤師の養成数がものすごく多いのですが、残念ながら、私どもが期待している病院の中、あるいは医療機関の中で働いていただける薬剤師の数がまず少ない。その数をきちんと確保した上で、例えば集中治療室とか、医師がいろいろな治療の中で薬の説明を患者さんにすごくしているとか、あるいは看護師が薬剤の調製をしておられる病院はいっぱいあるわけですね。本来、薬剤師がやる業務だけれども、薬剤師そのものの数が少ないために、そういった機能が十分発揮できていないという現状も多分あると思います。

これは、中医協の資料の中でも、いろいろな調査結果によると、病院の薬剤師が医師の働き方改革に非常に資する職種だと書かれているのに、人手不足ということで、それが上手くいっていないということなので、もうちょっとこのような病院薬剤師を、まずはきちんと数を確保していただくという意味も含めて、書かせていただいております。

○司会 ほか、質問はございますか。

もう少しお時間がありますので、何か追加で御発言等ございましたらどうぞ。

○日本医師会 先ほどから何度も繰り返し申し上げましたように、ここは総論的なことだけですので、一通り資料を見ていただければ御理解はいただけると思います。今後この議論はまたどんどん具体的に進んでいくと思いますので、我々としてもそれぞれについて、きちんと会内で議論した上で対応を考えてまいりたいと思っております。

○司会 ありがとうございます。

続きまして、日本義肢装具士協会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本義肢装具士協会 日本義肢装具士協会の坂井と申します。

まず、ホームページに載せたプレゼンテーションから、少しわかりやすく写真を何枚か載せておりますので、スクリーンをごらんいただければと思います。

私ども義肢装具士の業務ですけれども、医師の指示のもとに、義肢及び装具の装着部位の採型並びに義肢装具の製作及び身体への適合を行うということになっております。

これまで有資格者は5,558名でございますが、この中で実働が何%なのかということは把握できておりません。9割以上が義肢装具の製作事業所に勤務しておりまして、病院勤務の義肢装具士は極めて少ない状況でございます。その義肢装具の事業所当たりの平均の義肢装具士数は6.9名ということで、一般的に義肢装具の事業所は複数の医療機関と契約関係にございますので、派遣される義肢装具士の数というのは、医療機関当たり1人から2人ということになっております。

私どもは義肢装具を扱っているわけですが、その場面といたしまして、まず医療機関における治療の場面で義肢装具をお使いいただいています。具体的な診療科に関しましては、整形外科、リハビリテーション科、形成外科等々でございます。その外来あるいは急性期・回復期の病棟で患者様に対して義肢や装具を提供しているということで、この枠組みは療養費あるいは労災等の治療用装具、仮義足の支給ということになります。これが左上の図になります。その後、治療が終了すれば、義肢や装具は不要になります。

一方で、この右側のほうですけれども、治療を行っても障害が固定されたような場合には、この後は福祉の枠組みになりまして、具体的には障害者総合支援法という枠組み、あるいは労災も適用になりますけれども、補装具の支給になります。補装具の支給に関しまして、医師との接点は、更正相談所というところに医師がおられて、そこで義肢装具等、補装具の判定を行っていらっしゃいます。そこでの接点がございます。

まず、幾つかタスクシフトが可能な業務を挙げさせていただきましたが、分類しますと、1つ目、2つ目の項目。これは、昨今、形成外科の領域で、特に糖尿病足部病変の患者様が増えてまいりました。そこで行う潰瘍の免荷は、ギブス等々で行う部分も含めますけれども、そのギブスを巻く行為に関しまして。あとは、爪の処理等々に関しまして、私ども義肢装具士にシフトしていただけるのではないかと考えております。

具体的には、こちらの写真のとおりですけれども、左が、本来でしたら医師が巻くギブスに患部を免荷できるような工夫がしてあるわけですが、これを外来でやらせていただける可能性がございます。

右側の図は、爪の処理、あるいは足の裏にできた、皮膚が厚くなった部分の処理、胼胝を削るような行為も、義肢装具士である程度可能ではないかと考えております。

中段の3番目、4番目は、本来の切断術後に切断端を形成する、成熟させる行為があるのですけれども、そのプロセスの中で、リジッドドレッシング、ソフトドレッシング、こ

これは切断端に固い包帯あるいは柔らかい包帯を巻いて、切断端の形をきちんと義肢の装着に適したものにするという行為。これは、今まで義肢装具士はやらせていただいておりますが、法的にはグレーのところもございますので、ここで改めてやらせていただけるかなと思っております。

あとは、切断後の義肢装着に関する対象者への説明に関しましても、ほぼ今までやってきておりますので、ここで改めてタスクシフトしていただければと考えております。

最後は、医療から離れまして、先ほどの福祉の現場ですけれども、障害者総合支援法によって補装具が提供される場合に、その部品とかコンポーネント、義肢装具の使用を医師が判断されるわけですが、これも慣例に従いますと、義肢装具士がある程度提案させていただいている部分もございますので、医師の指示のもと、そのコンポーネントの選択に関しましては、義肢装具士がやらせていただける可能性が高いと考えております。

一方、義肢装具士が担う業務の中で、他職種に移管可能な業務ということですが、これは義肢装具士が医療現場で働くときに、療養費の請求にかかわる医療的な事務作業がございます。これをできればメディカルクラークに移管していただくと、私どもは臨床の業務に集中できるのではないかと考えております。

業務移管を受けた際の質の担保、これが非常に重要なところでございますが、押しなべて、まずは義肢装具士の免許を持っているからといって、先ほど私が申し上げた業務をシフトしていただけるかという、それは懐疑的でございます。まずは生涯学習システム、その延長線上での他学会と共同で認定制度をつくって、きちんと質を担保した上で、先ほどのさまざまな行為をシフトしていただけるのではないかと考えております。

課題に関しましては、まずは義肢装具士の数が非常に少ないので、シフトしていただいて結構なわけですけれども、現場各医療機関全体で、そのタスクを全て義肢装具士が賄えるかどうかというのは、非常に難しいところだと考えております。

また、医療機関の外から医療機関の中で仕事をするという立場上、医療機関の中に滞在する時間も限られておりますので、その辺は業務体系の中で改善しないといけないポイントだと考えております。

最後のスライドになりますけれども、まず欧米諸国、特にOECDの諸国の義肢装具士と、日本の義肢装具士との業務の比較に関しましては、患者様、対象者を評価して、その評価に基づいて義肢装具を提供するというプロセスが低いかなと考えております。一方で、義肢装具を提供した後のアウトカム評価に関しても非常に弱いところだと考えております。あわせて、義肢装具を装着して、それをお使いいただくところの訓練の部分、御指導させていただく部分も、まだきちんとしたプロトコルができ上がっていないような状況ですので、この部分に関しましても強化しないといけない。

最後に、義肢装具を適合する身体部位に傷があるような場合、基本的に今まで義肢装具士は傷に触っておりませんが、どうしても医療現場では傷に触らざるを得ないというところがございますので、これはきちんとした知識・技術を義肢装具士が身につけて、



傷に対してもある程度の管理ができるような形にできればよいと考えております。

以上、簡単ではございますが、義肢装具士協会から御報告させていただきました。ありがとうございます。

○司会 ありがとうございます。

ただいまプレゼンテーションいただきました日本義肢装具士協会様へ、質問はございますか。

医政局長お願いします。

○吉田医政局長 医政局長です。

2つお尋ねします。1つは、前の団体にもお尋ねしたのですけれども、これから、タスクシフトについて、これは福祉の分野も含めて、人材確保が困難な中でいろいろと幅広く、まずは議論させていただきたい、問題意識を共有させていただきたいと思っておりますが、今日、プレゼンテーションいただきました内容に至るまで、あるいは今後の話も含めて、御協会の中で、このタスクシフトあるいは業務の問題について見直すような検討組織、あるいは具体的なスケジュールをお持ちなのかどうか、あるいは日常業務の中でやられるということなのかを教えていただきたいのが1点。

もう一点は、人手不足というか、人材確保の関係で、大きく義肢装具士の皆さん方は、福祉現場的ところと医療現場的ところがあり、それぞれの職能というか、共通する部分と、チームの中での仕事の仕方が違う部分とあると思うのですが、医療現場、福祉現場の違いということについて、人の確保あるいは現場感覚として、協会として何かコメントいただけるなら、教えていただけるとありがたいと思います。

○日本義肢装具士協会 ありがとうございます。

まず、義肢装具士の業務の見直しということは、1つは、30年前に国家資格が施行されて、その際に、同時に義肢装具士の業務指針というものができ上がりました。その業務指針は、関連する医学界、整形外科学会、リハビリテーション学会、あと関連職種の職能団体のワーキンググループをもってつくられたものですが、今、私どもの協会を中心に、義肢装具士の業務指針を改定しようという話をしております。これは、去年の段階で医政局様に御相談に上がって、それならば、関連団体を一度集めてディスカッションして業務指針を改定し、それを厚労省の方々から追認いただくような形はどうかという話をしております。ですので、タスク・シフティングというよりも、業務指針を現状に見合ったものに変えていくというディスカッションはしてはしておりましたが、実際にこのお話が出るまで、医師の業務を私どもにシフトしていただくところまでは、具体的に協会の中でディスカッションをしておりません。

2番目の御質問ですけれども、医療の現場の義肢装具士と福祉の現場の義肢装具士で圧倒的に違いますのは、医師の関与だと思います。治療上のプログラムの中で管理されている患者さまを扱う場合には、当然のことながら、医師の指示というものが非常に重要になりますし、何か疑義があったときに義肢装具士から問い合わせをするということも必要に

なります。

一方で、障がい者さまを相手にする場合には、基本的には医学的な治療が終わっている段階であることから、主眼としては、日常生活動作を向上させる、ひいてはQOLを向上させるといった観点になりますので、義肢装具士の対象者との関係性が非常に高くなってくるわけです。逆に、医療的な側面というのは非常に低い状態になりますので、その辺が治療で終わってしまう場合と、一生おつき合いさせていただく場合と、大きな違いであると考えております。

ありがとうございます。

○吉田医政局長 ありがとうございます。

○司会 そのほか、質問等はございますか。

お願いします。

○北波総務課長 実際の作業の分担をお聞きしたいのですが、現行法で認められていない1番と2番というのは、医師と義肢装具士の方とが同じところでやるということで、今やっておられますか。

○日本義肢装具士協会 そうです。基本的には、医師の指示のもとで、例えば装具外来というスペースを与えていただいて、医師の指示があり、その装具外来で義肢装具士は処置させていただいています。基本的には、開放している創があった場合には、医師の監督の下、作業を行うこととなっておりますが、現場では医師の方もお忙しいので、看護師にお願いいただいたりしながら、外来の横にある装具外来で業務をさせていただいているという現状になります。

○北波総務課長 それは、基本的には定型的な業務のような形になるのですか。もう一つ言うと、来られるまで義肢装具士の方が待っているという状況になっていきますか。

○日本義肢装具士協会 義肢装具士の業務体系は、基本的には製作事業所と医療機関との厳密な契約関係ではございません。例えば、週に1回、週に2回、何曜日、この製作事業所の義肢装具士が午前中から午後まで、整形外来だったら外来に駐在する。そこで、義肢や装具のオーダー、処方があったときに対応させていただく。あるいは、病棟の患者さまもそうなのですけれども、そのような形態になっております。

○北波総務課長 ありがとうございます。

○司会 そのほか、質問等はございますか。

少し時間がありますので、追加で何か御発言等、義肢装具士協会様からあればどうぞ。

○日本義肢装具士協会 特にございませませんが、私どもは、人数も少ないですし、活動している領域がかなり限定されております。ですから、先ほどの看護師ですとか、そういうところとまた違った次元で、かなり領域に落とし込んで、この行為はどうだという検証をしていかないと難しいかなと思っております。先ほど医師会からもお話があったとおり、総論だけでしたら、このような状況ですけれども、各論ではかなり専門分野の先生に加わっていただいて、それを詰めないといけないかなという印象を持っております。

ありがとうございます。

○司会 ありがとうございます。

続きまして、日本視能訓練士協会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本視能訓練士協会 皆様、こんにちは。私は、日本視能訓練士協会の会長を務めております南雲と申します。今日は、お時間をとっていただき、ありがとうございます。

まず、視能訓練士ですが、1971年に国内で視能訓練士法が制定されて、現在、有資格者は1万6000人程おります。主な業務内容ですが、眼科診療におきまして、まず小児の弱視や斜視への視能矯正。あと、1993年に眼科の一般の視機能検査は行えるという法改正がございまして、多岐にわたる視力とか眼鏡検査、視野検査。あと、網膜レベルで疾患の状態がわかるようになっておりますが、その画像診断検査。あと、白内障などの手術の術前検査などを担当しております。

また、一方で、治療を施しても疾患が治らない患者さんはたくさんおられまして、そういった中途障害、視覚障害を持った患者様に対する、残存する視機能を最大限活用するといった意味で、ロービジョンケアなどを担当しております。

また、地域の保健事業の中で、3歳児健診や公的健診の視覚検査にも参画しております。

今日の医師の働き方改革としてのタスク・シフティングについては、専門職の力を活かして国民に還元できると考えております。この後の協会が考えますタスク・シフティングに関しましては、副会長の若山から説明させていただきます。

○日本視能訓練士協会 引き続きまして、副会長をさせていただいております若山と申します。よろしくをお願いいたします。

このタスク・シフティングを考えるに当たりまして、すぐに実施可能な点と、それから中長期的な観点から、視能訓練士協会が考えておりますタスク・シフティングについて、より具体的にお話しさせていただきたいと思っております。

まず、業務移管が可能なもの、この4つを挙げさせていただきました。

その1つ目ですけれども、白内障及び屈折矯正におけるオペレータ業務。これは手術に特化しているものでございまして、近年、非常に精度が上がった白内障手術が可能になってきました。レーザーを使った手術が可能になってきました。そうすると、オペレータシステムが非常に重要になってまいります。これは、現在、医師もしくは臨床工学技士の方がやっていたり施設が多いのですが、この白内障検査そのものは私ども視能訓練士が実施しておりますので、データをどのようにとって、どのように読み取るか、もしくはこのデータに間違いがないかどうかということは、専門職である視能訓練士が担うべきものではないかと考えております。

ですので、可能と思われる理由としましては、検査から実際のオペレーションシステムまで私どもにお任せいただければ、先生方も安心して手術を行っていただけるのではないかと考えております。ただし、後に述べますが、研修システムといった教育を行うべきだとも考えております。

2番目に挙げさせていただきましたのは、脳障害、外傷といった高次脳機能障害へのアプローチです。皆様方も御存じのように、高次脳機能障害は非常に大きな問題となっております。こちらに関しましては、作業療法士、理学療法士、言語療法士の方々が中心に行っているのですが、実は、この分野、視覚機能を利用した訓練というものが非常に重要になってまいります。しかし、この点において、視能訓練士は残念ながらチーム医療に入っておりません。これは、患者さん自身の機能回復を早くさせるために、効率よく訓練を行っていくためにも、専門職である視能訓練士がより具体的にチーム医療に参加していく。もちろん、作業療法士や理学療法士などの先生方とともに行わせていただくことで、視機能を評価したものをそのまま訓練に活かしていけないかという御提案をさせていただきたいと思っております。そういうことを行くと、今よりも回復していただいて、患者様自身のADLが上がって日常生活に戻っていただけると、医療費の削減にもなるのではないかと考えております。

3番目に挙げておりますのは、地域包括システムにおける訪問時の視機能検査業務及び視機能評価でございます。これに関しましては、現在の業務の範囲内といえば業務の範囲内ですけれども、まだ業務の管轄が移行されておりません。これは、どうしてこういうことが可能になるかということですが、近年、眼科の医療機器がかなり発達しました。持って運べるという機器にだんだん変わってきております。海外でも、在宅で、自宅で、自分で検査する、もしくは検者が行って検査する。病院に通う回数を減らすということを検討されています。

この点において、日本は眼科機器が非常に発展しておりますので、ハンディタイプで持っていけるものが多数出てきております。これによって、在宅で、もしくは遠隔医療への参入ということで、私どもは医師の業務軽減ができるのではないかと考えています。こうすることで、何回も再診に行かないといけない患者様は、例えば介護の方がついてくる、働かないといけない家族の方が付き添うことへの負担を軽減することができます。何回も通わないといけない再診を減じることで、多数の患者さんを診ないといけない医師の労力を軽減することができます。本来、病院で診るべき患者様のみを病院で診て、あとは在宅で検査したデータを送信することで、必要であれば病院を受診という形で行っていければと思います。

これに関して、なおかつ、どういうふうに点眼するのですよという指導に関しても、視機能の病態、もしくは薬理に関しても知識のある視能訓練士が携わっていくことができると考えます。

最後に、もう一つ挙げております健診業務に関しては、これは3歳児健診や成人病健診というものが、眼科では非常に大事になってきております。3歳児健診というのは、視機能の発達時期に早期に見つけないと弱視治療ができないという観点から、8歳ぐらいで治療が行えなくなりますので、早期に発見することが非常に大事です。

ただ、残念ながら、3歳児健診に関しましては、都道府県で統一された方法がまだまだ

なく、これに関しては、感度、特異度に関して、もしくは健診のデータが、本当の有病率はどのぐらいかという総合的なことがまだまだ検討されておりませんので、視機能管理といった点でも、視能訓練士が参加することで、医師がそこにいなくても検査を行い、ある一定の専門医の評価基準にのっとり、この患者さまは病院へということで、国民の医療を担保することもできますし、早くに見つけることができます。

また、成人病の健診におきましては、40歳以上の20人に1人が緑内障とされています。緑内障は、日本での失明原因の第1位です。これを防ぐためには、健診が非常に大事になってきます。それには、医師の参加というのはマンパワー的に無理です。なので、視能訓練士が積極的に参加することで、機械を使って検査を行い、そのデータをまとめ、管理して、それを先生方に送信する。この一括システムができれば、早期に発見することができ、国民医療、国民の視機能の向上・維持ということができて、緑内障は生涯診ていかないといけない病気ですので、そういう意味で早期の治療が可能になるのではないかと考えております。

他の職種への移管に関しましては、今後考えていきたいと思っております。

質の確保に関しましては、トレーニングが必要であると考えております。免許を取ったから、すぐできるのではなくて、私ども、2006年から生涯教育システムを行っているのですけれども、この生涯教育制度を生かした継続的な教育と専門学会でのトレーニングを行っていき、臨床経験を積んでいる優秀な人材を送り出したいと思っております。

課題ですけれども、先ほどと重なってきますが、卒前教育からの教育システムの見直しが必要だと思っております。また、臨床実習の見直しは非常に大事だと思っております。課題としましては、マンパワーの問題、それから優秀な人材の確保です。

まとめますと、こちらの資料ですけれども、医師には診断と治療に専念していただき、具体的には、在宅医療、健診、オペレータ業務、脳機能に関する視能訓練と、視能訓練士が多岐に活躍することで、医師の業務軽減、なおかつ国民の視機能の維持・向上をやっていきたいと思っております。そのためにも、ここでもう一つ申し上げたいのは、視能訓練士は国家免許で専門職でありながら、国立・公立の養成校がございません。医療技術職で唯一です。ほかの職種には、国立・公立の養成校がございますが、視能訓練士はございません。

そうなってくると、優秀な方々は、まず国立から、公立から学校を狙っていきます。経済的な面も学生は非常に厳しいですので、国立・公立に行けないと私学。そうすると、多額の授業料を払わないといけない。そうすると、視能訓練士になりたくても養成校に行けないという声をたくさん聞きます。どうかこの点も考慮いただきまして、マンパワー、そして優秀な人材の確保、この点について御提案させていただきたいと思っております。

中長期的な観点、それから現実的にすぐできるような観点を見据えながら、今後とも視能訓練士協会は、医師の業務軽減、タスクシフトに関して検討していきたいと思っておりますので、引き続きよろしくお願いたします。

本日は、お時間いただきまして、どうもありがとうございます。

○司会 ありがとうございます。

ただいまプレゼンテーションいただきました日本視能訓練士協会様に、何か質問はございますか。

お願いします。

○天辰政策医療推進官 御説明ありがとうございました。1点お伺いさせてください。

資料の3ページですが、1ポツの移管可能な業務についての2番目で、高次脳機能障害などの後遺症に対する視機能回復訓練。これは、チーム医療でやる必要性はすごく理解できるのですが、現時点で視能訓練士の方がチーム医療に余り参加できていない原因みたいなもので、もし思い当たるものがあれば、例えば病院に勤める方が少ないとか、そういったものがあれば教えていただければと思います。

○日本視能訓練士協会 御質問ありがとうございます。

御指摘通り、マンパワーの問題が1つございます。それと、まだ視能訓練士という職業を他職種の方も認知されていないところがあって、視能訓練士がこういうことができるということを先生方もまだわかられていないところがありますので、そういう点で、まだこのところに入れていないのですけれども、作業療法士、理学療法士の方がどうやったらいいですかと個別に聞いてこられるのが現状で、それをチーム医療に入れていただきたいなど。眼科という狭い枠ではなく、もう少しチーム医療というところに私どもが参入できると、これが実現できるのかなと思っております。

そういうことを考えて、卒前教育にもこの点を含んでいただけると、非常に発展的にいい医療ができるのではないかと考えております。

○司会 そのほか、質問はございますでしょうか。

お願いします。

○吉田医政局長 医政局長です。プレゼンテーションありがとうございました。

皆さんに伺っているのですが、御協会として、今日、幾つかプレゼンテーションいただきましたような業務の問題で、タスクシフトに限るかどうか、あるいは視能訓練士そのものの人材確保が大変だというお話もいただきましたので、そもそも視能訓練士の業務としてという話もあると思います。これから協会の中で具体的に検討されるような御予定あるいはスケジュールがあれば、教えてください。

○日本視能訓練士協会 私のほうからわかる限りですけれども、現在、戦略会議というものをつくっております。中長期的にどのように視能訓練士が国民に貢献できるかというところは、非常に活発に検討を重ねているところでございます。その1つに、本日挙げさせていただいたような項目が、具体的に検討項目として入ってくるのではないかと考えております。

非常に大事なところで、もちろん医師の業務軽減ということもそうなのですけれども、こういうことに専門職が入っていくことで、国民の視機能を維持・向上し、さらにそれが

医療軽減で、早期に病院から帰っていただいて、在宅・遠隔と進めていきたいと思っていますので、ともに皆様方と御検討させていただきながら進めていきたいというのを積極的に思っております。

○司会 ありがとうございます。

そのほか、質問はございますか。

まだ少しお時間ありますので、何か追加で御意見等あればどうぞ。

○日本視能訓練士協会 ありがとうございます。

このタスクシフトの項目は、より具体的にと思ひまして挙げさせていただきました。特に、視能訓練士として一番近いところでは、オペレーションシステムに関与していくということは、そんなに遠い未来じゃなく、近くできるのではないかなと思っておりますし、ここに挙げています遠隔医療や在宅に関しましては、至急の課題ではないかと考えております。実際、医療の現場にいますと、定期的に来ないといけない、目薬がそれで合うかどうかだけのために来院され、それで再診料を支払われる。いろいろな検査をする。しかも誰かがついてこないと行けない、ヘルパーさんが来る、ヘルパー代を払わないといけないといういろいろなことが起こっていますので、そこをまず何とか改善したいなと思っております。

健診業務に関しましては、ここは非常に大事なところで、早期発見していきたいと思っておりますので、この4つの領域に関しましては、実現可能な方向に向けて何とかやっていきたいと思っております。

○司会 ありがとうございます。

続きまして、日本医師事務作業補助研究会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本医師事務作業補助研究会 皆様、こんにちは。日本医師事務作業補助研究会です。今日は、このような貴重な機会をいただき、大変ありがとうございます。

医師事務作業補助者は、多くの場面で活用の可能性があり、今回のプレゼンは現時点の考え方をまとめたもので、今後追加があり得るかと思っておりますので、よろしく願ひいたします。

医師事務作業補助者は、勤務医不足が深刻化していた2000年頃より、勤務医の負担軽減を図ることを目的に、日本各地の病院で自主的な医師の事務作業の負担軽減の取り組みとして始まりました。

まずは、医師が最も負担に感じていた「診断書等の代行作成」等の事務作業補助業務が普及し、2008年度の診療報酬改定で勤務医の負担軽減を目的に創設された「医師事務作業補助体制加算」により、全国に急速に医師事務作業補助者の配置が拡大していったという経緯があります。

その拡大の様子を加算届出状況で見ますと、加算設立の平成20年から、近年に至っても、このように届出施設は増加しています。平成26年頃の調査では、全国に約3万人の

医師事務作業補助者が従事していたという調査結果もあります。現在はもっと多くの人が従事していると思われます。タスク・シフティングが注目されており、今後も加算届出施設の増加と、それに伴って実務者数も増加することが予想されています。

では、現在、医師事務作業補助者がどのような業務を行っているかという、業務内容別の従事者数割合ではこのような調査結果になっています。これは4月の時点ですので、最新のデータと言えると思います。

まず、上位は、保険会社の診断書82.8%、病院様式の診断書77.7%、介護保険主治医意見書が71.3%です。ここで補足説明ですけれども、このデータの中で、診療情報提供書や処置の指示、内服薬の処方、画像・検査の指示という項目が2つ出てくるのですが、割合の大きいほうが外来におけるもので、小さいものが入院時のものと御理解ください。それを踏まえて見ますと、書類作成業務と外来業務が非常に大きい割合を占めていることがわかります。

一方、まだ従事者数が少ない業務は、NCDやJND、がん登録などのデータ登録業務、それから入院業務ですので、これらの業務のタスク・シフティングが進めば、いいのではないかなと思います。

こちらは配置効果です。医師の事務作業の負担軽減に関しては「良くなった」と答えている施設が約8割、精神的負担の軽減は約7割ですが、加算届出がない病院とある病院では10%ぐらいの差があります。届出ありのほうが高くなっています。このことから、医師事務作業補助者が医師の事務作業の負担軽減の業務にきちんと専念できる環境が整っていれば、より効果が高くなると言えると思います。

医師の残業時間に関しても、届出ありの病院であれば「良くなった」と答えているのが49%で、届出なしだと29.3%になりますので、こちらのほうも医師事務作業補助者がしっかり医師の負担軽減業務に専念できる環境であれば、効果が高く出せると言えます。

それから、チーム医療の効果ですけれども、届出ありの病院では50.5%、患者サービスの向上には66.3%の病院が効果があったと答えていますので、私たちが業務を行うことにより、患者さんの利益にもつながっていると言えると思います。

ただ、外来または入院の患者数や手術・検査などの件数に効果があると答えている病院は10%台と少ないので、こちらは効果が余り感じられていないという傾向にあることがわかりました。

アンケートの結果に、このようなコメントもありました。

医師の業務変化としては、医師がより患者に集中できる時間（診療）が増えた。余裕ができた時間を研究や教育に活用することが可能となったこと。

それから、看護師やコメディカルの皆さんの業務の変化として、医師事務作業補助者の配置より、看護師及びコメディカルが行っていた医師の補助的な業務が軽減され、職種ごとに本来の仕事に集中できるようになったという意見がありました。

患者サービスの変化としましては、医療情報等の返信の対応が速やかになったため、他



の医療機関からの評判がよくなった、または待ち時間の短縮が図られたなどの患者サービスが改善されたという意見がありました。

当研究会が行ったアンケート結果だけではなく、例えば四病院団体協議会様が調査した結果でも、同じような結果が出ています。タスク・シフティングを推進するための考察ですけれども、診断書や主治医意見書の代行作成は、良好にタスク・シフティングが進んでいると思うのですが、診療記録や処方箋、検査等の予約オーダリングシステムの代行入力はまだちょっと低目だと思います。これは、人員不足とかスキル不足もそうですけれども、電子カルテに医師事務作業補助者が入力したものを、医師が確定操作をするという承認機能がないためにできないという病院もあると聞いていますので、こちらの整備も大事であると考えます。

それと、症例登録等もまだ割合が少ないのですが、これはスキル不足と、医師事務作業補助者以外、例えば診療情報管理士といった職員が行っている施設もあるということ。

あと、研究会に寄せられる意見として結構多いのが、加算1というより高い点数取得の要件に入っていないという状況があります。加算1というのは、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることができるとあるのですが、このデータ登録などの業務は入りません。ですので、加算1を届けている病院の実務者は、このデータ登録業務を行う時間がどうしても制限されてしまう。そのために進まないという意見も聞いています。

こちらは、医師が行っている業務のうち他職種との分担可能な業務ということで、右側に分担できる割合が載っています。一番高いのが医療事務、診断書などの文書作成33%。2つ目が、血圧などの基本的なバイタル測定27%ということですが、これは医師が他職種に分担可能と考える割合です。左側の図の、実際に医師が費やしている時間を見ますと、医療記録（電子カルテの記録）とか、患者への説明・合計形成に多くの時間を費やされていますので、こちらの実際に時間がかかっている業務のタスク・シフティングを、「私たちもスキルアップすることによってできます」と提案していくことが大事であると考えています。

また、医師の働き方改革に関する検討会が出している緊急的な取組の中で、医師事務作業補助者が行うことができるのが、検査手順の説明や入院の説明と、診断書などの代行入力ですので、こちらを積極的に進めていきたいと考えています。

これらのことから、医師事務作業補助者に移管可能な業務としては、3つ提案したいと思います。

まず、検査手順の説明業務は、ボリュームとしては定量的な調査を行っていませんが、医師が費やしている事務的作業のうち3分の1程度というのが先ほどのスライドからわかるとおもいます。

それから、医療記録（電子カルテの記載）は医師が行っていますが、医師が費やしている事務的作業のうち3分の1程度。

症例登録等の各種統計資料の作成は、量的には不明ですけれども、現行法のもと、実施可能なのですが、まだ業務移管が進んでいないため、推進していけばいいと思います。

その際の質の確保の対策ですが、3つに共通しているのは、医師や看護師（または先輩職員）から直接の指導を受けるということです。これは、支援する医師や診療科によって業務に必要とされるスキルがバラバラであるため、直接医師から指導を受けるというのが一番効率良い方法です。あとは、安心して業務につけるためのマニュアルを整備することです。

それぞれの業務に個別に求められる能力があると思うのですけれども、説明業務であれば、患者接遇能力を向上させる、コミュニケーション能力を向上させる。医療記録であれば、代行入力を行うに当たり、個人情報保護など、いろいろなルールがあるのですが、それを熟知する。あとは、データ登録に関しては、より高度な医学知識を習得することが挙げられます。このように、医師事務作業補助者には、コミュニケーション能力や医学知識、習得が必要なルールがたくさんありますので、多様なスキルが求められると感じています。

課題についてですが、検査手順の説明に関しては、これが実施可能な業務であると認識していない病院が結構ありまして、これを解決するためには、先進的な業務事例や効果の普及を行うことが有効と思います。

また、医療記録（電子カルテ）の記載に関しては、先ほども申しましたが、承認機能をつけること。あとは、スキル不足、マンパワー不足を改善すること。それから、症例登録等の統計資料の作成に関しましては、スキルアップはもちろんですが、施設基準の要件緩和も有効であると考えます。

また、当研究会が行ったアンケート調査では、配置に関する課題として、全国の病院からこのような意見が挙がっているのですけれども、「実務者の確保」や「正規雇用できない」「長期雇用できない」という課題を抱えている病院が多いです。常勤職員の比率は、民間病院では70%ということで、実務者が自分で働く環境を選べる状況にあるのですが、公立病院はどうしても正規職員の定数があって、増やせないということで、長期雇用とかスキルアップ、モチベーションアップが図りにくい。その中でどうやっていこうかと悩んでいる病院が多い現状です。

国外との比較についてですけれども、こちらはアメリカで一番メジャーな協会のものを抜粋してきました。メディカルアシスタントは、主に管理業務と臨床業務に分かれています。特に臨床業務に関しては、病歴をとる。患者への治療方法の説明。検査のための患者の準備。薬や特別食について患者に指導する。医師の指示どおりに薬を準備、投与する。採血。心電図の撮影。縫合糸の除去と包帯の交換ということで、医師だけではなくて、栄養士、薬剤師、放射線技師の支援なども行っているという状況がありました。

最後に、当研究会の取り組みですけれども、現状、業務の水準（技能）を評価する枠組

みがないということ。

また、養成（研修）が人材派遣会社や医療団体ごとに実施されていて、統一的な養成カリキュラムがないということ。これらの要因から、各病院、各医師事務作業補助者の業務水準に大きな格差がある。先ほど申しましたけれども、業務を習得するときに、自分がついている先生や病院の先輩から学ぶことがメインになるのですけれども、そうすると、教育に熱心な先生であればスキルが上がるけれども、そうでないとなかなか上がらない。そういうことで格差が生じてしまうという現状があります。

その対策としては、資格化も含め、技能水準を評価する枠組みを創設すること。

統一的な養成カリキュラムを作成するなど人材育成や研修を標準化すること。

各種団体の皆様の支援も受けながら、当事者の職能団体を創設して、職能としての実質的な取り組みを行える環境を整備するという取り組みでいきたいと思っています。

私からは以上です。御清聴ありがとうございました。

○司会 ありがとうございます。

ただいまプレゼンテーションいただいた内容について、質問はございますか。

お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 13ページのあたりですけれども、症例登録とか統計資料の作成、NCDの登録とかは、医者、特に外科医はかなり多くの時間をかけていると思われませんが、1つは、おそらく難しいということがあると思いますが、施設基準の要件緩和というのは具体的にはどういうことを言っているのでしょうか。

○日本医師事務作業補助研究会 8割以上というのをとってもらくと、一番すっきりいくのです。

○堀岡医師養成等企画調整室長 現行で医師事務作業補助の業務にNCDの登録とか統計資料の作成が含まれないということですか。

○日本医師事務作業補助研究会 それはできるのですけれども、自分の勤務時間のうち、2割以内にとどめないと加算1が取得できないということです。なので、データ登録を主に行っている人がいると、その方を加算1の要員で届けようとしたときに、その要員の中に入れることができなくなるということになります。

○司会 そのほか、質問ございますか。

お願いします。

○安里医療勤務環境改善推進室長 医師事務作業補助者を目指している方とか働いている方のイメージというものをちょっとつかみたいと思うのですけれども、どれぐらいの年代の方がいらっしゃるのか、常勤が残念ながらすごく少ない職場ということですが、その中でもどういうふうに自分のライフプランと、この仕事のことを考えていらっしゃる方が多いのかというのをお願いします。

○日本医師事務作業補助研究会 御質問ありがとうございます。

現在、医師事務作業補助者が一番多い年代は40代です。医師事務作業補助加算が始まっ

た当時、10年ぐらい前ですけれども、そのとき多かったのは30代ぐらいで、そのまま10年たっているから、今、40代が多くなっているという傾向がまずあります。

医師事務作業補助者になる前は何をしていたかということですが、3割が院内からの異動、3割が他職種・異業種からの転職、約3割が学生からの就職ということになります。最初のころは何をする職種かわからない状況で入ってきていた方が多いのですが、現在は医師のためになる職種だということの理解が少し普及してきているところもあって、医師のために、医療のためにやりたいという希望を持って来る人が多いのですが、雇用環境の関係もあって、途中で抜けていかれる方も多いです。

あと、ここ数年の傾向ですと、前は応募がよくあったのですが、募集してもなかなか応募がないという意見も全国の病院から来ています。処遇が不安定なので、他業種との競合に負けているという感じは受けます。

○司会 そのほか、質問はございますか。

まだ少し時間がありますので、コメント、追加で何かあれば、研究会のほうからどうぞ。

○日本医師事務作業補助研究会 私たちも現場でスキル向上のために一生懸命頑張っていますので、ほかの団体の皆さんからの御支援や、厚生労働省の当局の皆さんのサポートを得て、医師にとってより働きやすい環境づくりを進めていきたいと思っておりますので、また御支援と御指導をよろしくお願いしたいと思っております。

○司会 ありがとうございます。

続きまして、日本言語聴覚士協会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本言語聴覚士協会 皆さん、こんにちは。日本言語聴覚士協会の副会長をしております内山と言います。本日は、このような機会をいただき、どうもありがとうございます。

それでは、日本言語聴覚士協会のタスク・シフティング推進に関するヒアリングの要望について、御説明させていただきます。

まず、1番目、現在、医師が担う業務のうち、言語聴覚士に移管可能な業務として、3つ提案させていただきます。

1番目は、高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害などの評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の選択・実施及び検査結果の解釈についてです。

移管が可能と思われる理由ですけれども、心理検査等の検査の実施に対しては、適応障害・症状、検査の実施方法並びに分析・解釈については、十分な専門教育が卒前からなされており、国家試験にも出題されており、検査は包括的指示に基づき、患者の症状に合わせて適切な検査を言語聴覚士が主体的に選択・実施し、結果についても専門知識を用いて解釈し、医師に報告する。以上の結果から、指示から訓練までの時間が短縮できますし、訓練が早期に開始できるという点では、患者さんにとって有益であろうと思っております。

これは、チーム医療推進協議会から、以前、チーム医療方策ワーキンググループに提案させていただいたものと同じ内容ですけれども、そのときは、現行法のもと、医師と連携

を組んでやってください、できることでしょうかと返事をいただいておりますが、業務移管が進んでいないために、ここで再度提出させていただきました。

2番目は、嚥下訓練・摂食機能療法における食物形態等の選択です。これは、摂食嚥下リハビリテーションにおいて、病態の評価に基づく食事形態の決定は、医師と言語聴覚士、また管理栄養士等において行われている施設が多いです。でも、どのレベルの食事形態を始めるか、食事を患者さまにとってもらうかというのは、機能の改善・悪化に伴い、適宜変える必要があります。患者さまの状態は日々変動することもありますので、食事形態は患者さまの状態に合わせて随時変更するという体制がとられておりますし、それが安全な訓練実施の観点からも重要です。

訓練場面において言語聴覚士が、患者さまの状態に合わせて食事形態を適宜変更し、その結果について医師に報告する。最終的な指示をその後受けるという体制を提案いたします。円滑な訓練が実施できて、機能改善、誤嚥性肺炎の予防、窒息防止につながるものであると思っております。

これも、先ほどと同じように、チーム医療方策ワーキンググループに提出しておりますけれども、なかなか業務移管が進んでいないという点で、今回提出させていただきました。

3番目は、嚥下検査全般の適応の判断と実施、結果の解釈です。これは、検査は包括的指示に基づき、患者の状態に合わせた適切な嚥下検査を言語聴覚士が主体的に選択・実施して、結果についても専門的知識を持って医者に報告するといった点です。これも、指示から嚥下訓練までの時間が短縮できますし、嚥下訓練が早期に開始できるという点では、患者にとって有益だろうと思われれます。

では、その質の確保についてです。

1番目の高次脳機能検査や失語症といった検査の実施及び結果の解釈の点ですけれども、これは卒前教育におけるチーム医療教育の推進。業務開始に際しては、当該医師からの実施可能の承認を受けるという点と、行為を行う医療機関がどのような状況で、検査の選択や実施を許可するのかというルール決めが必要だと思っております。

2番目、嚥下訓練の食事形態の選択の件です。これは、卒前教育における摂食嚥下障害のリスクに関する知識を十分習得するというのは当然ですし、業務開始に際しては、当該施設の医師からの承認を受けるというのと、どのような状態であれば食形態の変更が可能かという細やかなルールを決めて、関連職種と情報共有できるシステムを構築する。日本摂食嚥下リハビリテーション学会によります嚥下調整食分類ということで、これは食事と水分のとり方に関しては、共通言語で話ができる、いわゆる情報共有が可能であると思われれます。

3番目、嚥下検査全般の適応の判断と実施、結果の解釈です。卒前教育における摂食嚥下障害のリスクに関する知識の習得はもちろんですけれども、業務に関しては、当該施設の医師からの承認を受ける。どのような嚥下障害であれば検査が必要で、安全に実施できるかというルールを決めて、関連職種と情報を共有できるシステムを構築する。嚥下検査

全般の手技と解釈、リスクを熟知するためには、日本言語聴覚士協会の認定言語聴覚士（摂食嚥下障害領域）を取得することが望ましいと思われます。

次、4番目、タスクシフト推進に関する課題についてです。3番目の嚥下検査全般の適応の判断と実施、結果の解釈のところの課題は、現在、養成課程では、座学において嚥下検査全般に関する教育は受けております。しかしながら、臨床実習などの実際の現場では、嚥下検査の実施は実習施設の方針によって異なります。既に資格を持っている者が当該業務を行うに際しては、手技や結果の解釈、リスクマネジメントなどを熟知する必要があると考えられます。これを解決するためにも、日本言語聴覚士協会、認定言語聴覚士（摂食嚥下障害領域）を取得することが望ましいと考えております。

5番目です。先進事例との業務比較です。これはアメリカとの比較になります。アメリカは、州によっても法律が変わりますし、日本とは教育年数も異なりますので、それを承知して、皆さんお聞きください。

摂食嚥下障害に関する業務だけを挙げました。ファイバーを用いた咽頭・喉頭の観察。侵襲的検査の実施。摂食時の決定権。評価・訓練の独自判断及び決定がアメリカでは可能となっております。

評価のところでは、そこに書かれておりますように、日本でよく行われている簡便な水飲みテスト、着色水テスト、または食物のいわゆるフードテストと言われるものの適応の判断であったり、実施。また、ビデオ嚥下造影の撮影実施指示であったり、人工呼吸器の調整というのが評価では可能とされております。

次、摂食時は、とろみ調整食の濃度の調節であったり、食事回数、食事量、水分摂取量の検討、御飯を食べるときの姿勢の決定などがあります。

嚥下訓練が始まると、訓練回数の決定であったり、訓練手技の選定と実施、訓練場所などが任されております。

あと、効果判定では、効果判定及び訓練プログラムの変更ができるとなっております。

以上です。簡単ですけども、報告を終わります。

○司会 ありがとうございます。

ただいまプレゼンテーションいただいた内容について、質問はございますか。

安里さん、お願いします。

○安里医療勤務環境改善推進室長 医療勤務環境改善推進室長の安里です。

海外との比較のところアメリカの事例を挙げられて、その際に養成機関とか内容が日本と違いますということをおっしゃっていたのですが、どの辺がどう違うかというのを補足いただければと思います。

○日本言語聴覚士協会 アメリカに留学したりしている人から、州によって法律も違いますし、できる患者さまも違って来る。いわゆる手技も全然違うという報告を受けております。教育年数は、日本では言語聴覚士は理学療法士と同じで、高卒3年制で最低資格は取れますけれども、アメリカは大体6年の課程を必要とされるといった点では、教育課程は

少し違うと思っております。

以上です。

○司会 そのほか、質問はございますか。

お願いします。

○天辰政策医療推進官 御説明ありがとうございました。政策医療推進課の天辰でございます。

1点御質問させていただきます。資料の2ページで、1ポツの移管可能な業務というところを御提案いただいて、一番最初の1つ目に、臨床心理検査種目の選択・実施及び結果の解釈というところがあって、個人的な実感としては、検査の実施に関しては、言語聴覚士の方がある程度主体的にやられているのかなと思っているのですが、このような提案がある背景というか、実際のところを教えてください。

○日本言語聴覚士協会 大体の施設では、患者様が来たらスクリーニングテストをして、その検査のもと、数々の検査はSTがやっているのですけれども、中には医師の指示が一つ一つ必要ですと指摘されることもありますし、施設によってまちまちです。だから、大方は現行法のもと、医師と連携してやっているでしょうというのが、前回、お返事いただいた内容ですけれども、それがなかなかそうではないといったところもあります。

なので、いわゆる評価から訓練に入るまでに、在院日数が短縮されるこの時代、1週間、2週間、検査にかかってしまうということもありますので、1人の患者さんに1つの検査で終わる場合はほとんどない。いわゆる失語症であったら失語症の検査をする。その次、知的機能検査をする。高次脳機能障害を合併していないかを見ていくと、1人の患者さんに3つ4つの検査を組み合わせさせていただきますので、その時間をできるだけ短縮したいなと思っております。

以上です。

○天辰政策医療推進官 ありがとうございました。

○司会 そのほか、お願いします。

○迫井審議官 医政局審議官です。ありがとうございました。

今の御質問、私も同じことを思ったのですが、もう一回確認したいのですけれども、検査自体は御指摘のとおり、あるいは多くの方が考えているとおり、おおむね専門性が高いということもあると思うので、やっておられるけれども、複数になると、それが進まないという意味は、1つの検査が終わって評価して、次に何をやるのかということをして全て医師に戻して、医師から指示をもらわなければいけないから、そこが律速段階になって、全体的に効率的に進まないという理解でいいですか。

○日本言語聴覚士協会 そういう場合もあります。言語機能検査をしました。今度は知的機能検査を先生、やりますけれども、いかがでしょうかと一回一回確認しなければいけない場合もある。そういう施設もあるということです。

○迫井審議官 もう一つ、次の2の嚥下訓練・摂食機能、これは特に介護の関係も含めて

考えると、きょうは医療の話として企画しているのですが、現場的には医療・介護、特に介護の現場でこういったことがますます必要になってきていて、ニーズはかなり高いという理解でいるのですが、ここの部分についても移管が進んでいないというのは、少し解説していただかないとわかりにくいのですが、どういう要因があるのでしょうか。

○日本言語聴覚士協会 いわゆる食事箋で、医者 の指示箋が、我々が食事を変えるときには必要になってくるのですけれども、嚥下障害の方が最終的な食事に至るまでに、これは前に調査したのですけれども、五回から七、八回、食事形態を変えて、将来的には全がゆであったり、米飯であったりという、その患者さんの最大能力の食事提供に行くのですけれども、それが医師がお休みで食事箋が出てこない、土日は食事形態が変えられないといった点で、訓練のスピードにあわせて食事形態がどんどん変えられないといった点が多くあります。そういったところです。

○迫井審議官 ありがとうございます。

○司会 そのほか、質問はございますか。

お願いします。

○吉田医政局長 医政局長です。

同じ質問を皆さんに伺っているのですが、御協会として、このシートにあるように、中でいろいろ議論して、提案して、その後の動きについてもフォローされているということですが、今々のところで協会の中で、タスクシフトという医師との関係だけじゃなくて、業務について何か見直しをしている、あるいは議論している、あるいはどこかタイムラインとして目指しているということがあれば、教えていただけますか。

○日本言語聴覚士協会 今、この場では、先ほど迫井審議官からもありましたように、医療の場でお話しをされているのですけれども、介護保険領域の訪問リハにおける、先ほど言った摂食嚥下訓練をどうするかといったところでは、家族と本人様と、どういうふうに連携をとりながら、食事を変更しながらやっていくのかといった点では、医師のいないところで我々ができる範囲がどこまでなのか。これは、検査もそうですね。そういったところをこれから真剣に考えていかなければいけないなということは、話し合われております。

ですので、卒後教育といった点では、我々の協会でする認定言語聴覚士を多くの会員に取っていただいて、質の担保をしていこうという点で、今、会員には啓発活動、自己研さんを求めているところです。

○吉田医政局長 ありがとうございます。

○司会 そのほか。

協会のほうから追加で御発言等ありますでしょうか。

○日本言語聴覚士協会 大丈夫です。

○司会 ありがとうございます。

では、ここで10分間の休憩をとりたいと思います。再開は14時40分とさせていただきますので、よろしくお願いいたします。



(休 憩)

○司会 それでは、再開いたします。

続きまして、日本臨床工学技士会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本臨床工学技士会 お世話になっております。公益社団法人日本臨床工学技士会の理事長の本間と申します。5年後に迫る医師の働き方改革の本稼動に際し、当会、臨床工学技士会としまして、国民の医療にさらなる貢献をすべきと考えているところであります。本日は、医師の労働時間短縮を目的とした臨床工学技士の診療補助行為のさらなる推進ということを提案したいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

詳細については、事務局の青木のほうから御説明させていただきます。

○日本臨床工学技士会 事務局でございます。本日は、お時間いただき、ありがとうございます。

タスク・シフティングの推進について、当会の検討事項を御説明させていただきます。

まず、我々の従事状況ですけれども、30年ほど前に資格を創設していただきまして、現在のところ、国家試験合格者は4万人を超えております。この中で、医療機関で働く者は2.8万人となっております。我々の職種はダブルライセンスが比較的多く、全ての方が臨床工学技士として働いているわけではないということが要因の1つかと思われまして。

本日のアジェンダですけれども、厚労省からお示しいただきました資料の前に、まず我々が、タスク・シフティングについて、どのように考えているかといった概要を少しお話しさせていただきます。

まず、我々臨床工学技士の業務ですけれども、ひとつは医療機器の保守点検ですが、もう一つは医療機器の操作となります。この医療機器の操作は、保助看法の規定にかかわらず、診療補助行為として医療機器の操作を行ってよいと定められておりまして、現在のところ、ここに示した13の業務がございます。

2つ目、医療機器及び回路の組立・洗浄、5つ目、医療機器の運転条件・監視条件の設定及び変更といったところは、ずばり医療機器の操作ですけれども、こちらは青い字で行為Aとして示しております。

そのほかに、例えば8番や9番、医療機器の操作に必要な医師の介助等といった、医療機器を運転するに当たって必要な行為がありますけれども、そういったものを行為Bということで、赤い字で示させていただいております。

我々、今回のタスク・シフティングの議論に際しまして、改めて医師の指示と我々の業務の関係について考えてみました。当然のことながら、医師が立ち会いできる場合は、医師に指示を一つずついただく形で行為を進めてまいります。例えば、人工呼吸を実施されている患者さんに自発呼吸が出てきたという場合に、この自発呼吸の出現という状況を医師に上申しまして、次にどういう換気条件を設定するかという指示をいただくケースです。

しかし、現実には、常時医師の立ち会いは困難というケースも多々ございまして、この場合には複合的な指示をいただいて業務を進めております。例えば、慢性の維持透析の患者さんですけれども、透析中、毎回血圧が低下するという状況が認められる方の場合には、医師からあらかじめ、血圧が下がったら時間当たりの除水量を下げなさい。それから、下肢を挙上しなさいという指示があります。それでも改善しない場合には、今度は補液をしなさい、次の段階では昇圧剤を投与しなさいといったように、予め具体的な指示を複合的にいただくという形で進めるケースもございます。

さらに、赤い文字の部分ですけれども、将来的には、医師の包括的な指示によって、臨床工学的な診断を含む診療補助行為の実施もあり得るかと考えております。

また、この画面の下側になりますが、申し上げるまでもございませぬけれども、指示書と手順書の違いでございます。どちらも診療補助行為を行うという点では同じですけれども、指示書は特定された患者さんについて具体的な指示を医師からいただく、我々の診断を伴わないもの。一方、手順書は、患者さんが特定されておらず、それがゆえに、我々の一定の診断を含むものと理解しております。

指示書の具体例は割愛させていただきまして、少し内容に踏み込んでまいりたいと思います。我々が、今回、特に推し進めたい、かつ、すぐにも実行可能な領域としまして、医療機器が多用される急性期の医療の中で、特に医師のマンパワーの不足が懸念されている、この3つの領域を挙げさせていただきたいと思います。1つは心・血管カテーテル治療、2つ目に内視鏡下外科手術、3つ目に麻酔です。これらは、それぞれの手術等々に術後の管理まで含めたトータルな形で、医師の過重な業務をサポートさせていただきたいと考えております。

心・血管カテーテル治療と内視鏡外科治療の清潔補助という部分では、現時点でも院内のコンセンサスを得て、正式な業務として行う施設も散見されております。これを、今後は多くの施設・医療機関で、質と安全性を担保しながら展開していくためには、当会あるいは関連団体における認定資格等々を得て、さらには自施設でオン・ザ・ジョブ・トレーニングを経て実施という形かと思っておりますけれども、そういったスキームを技士会としても考えていきたいと思っております。

さらに一歩進んだタスク・シフティングのために、我々は今回、仮称：周術期診療支援臨床工学技士制度を提案させていただきたいと思っております。これまで御説明しましたのは、一般の臨床工学技士あるいは認定資格等を有した臨床工学技士が、医師の具体的な指示によって診療補助行為を行うものですが、資料の8ページ目の赤い部分にお示しました周術期診療支援臨床工学技士は、多数の医療機器を使用する、例えば血管内治療、外科手術、麻酔の領域において、医師の包括的な指示による臨床工学的な診断を伴う診療補助行為、あるいは難易度や侵襲度がより高い診療補助行為を実施するものです。

つまり、臨床工学技士に特化した医療機器の操作をベースとする領域限定のPA、フィジシャン・アシスタントのようなものかと考えております。ただし、この実施のためには、

大学院修士課程程度の教育というものが必須であるとも考えております。

次に、具体的に現在、医師等が担う業務のうち臨床工学技士に移管可能なものということで述べさせていただきます。今回、大きく3つに分類いたしました。まず、1つ目は、現行の法規制・制度等々で実施が可能な業務であり、さらにタスク・シフティングを進めていくというもの。それから、現行の法で明確に示されていない業務。それから、先ほどPAというお話も少しさせていただきましたけれども、現在、認められていないけれども、今後いろいろなシステムづくりをしながら認めていただきたい業務という3点でございます。

まず、1番から3番が血液浄化の関連になります。

1番、血液浄化施行時のバスキュラーアクセスへの穿刺によるカニューレの留置及び不要カニューレの抜去ですけれども、こちらは現行法において内シャントへの穿刺は認められております。しかし、最近、高齢の透析患者も増加しております、動脈表在化という手法を用いられるケースが多々あります。この動脈表在化については、臨床工学技士による穿刺の可否が明確にされておられません。実は、現在でも院内のコンセンサスのもとで実施している施設が多いのですが、きちんとした形で、当然、一定の研修を受講する等々の段階を踏んで業務移管していただければと考えます。

2番、血液浄化に用いるカテーテル留置時の清潔補助、不要カテーテルの抜去でございます。留置の補助については、現行法において明確に示されていない行為であります、当会が現在も実施しております認定・専門臨床工学技士等の受講を踏まえて業務移管可能と考えております。抜去については、当然のことながら、現行法で認められていない行為ですので、今後のスキームづくりが必要と思っております。

3つ目、血液浄化に用いるバスキュラーアクセスの機能維持のためのエコー等による評価です。これも現行法で明確になっておりませんが、一部の病院では実施しており、我々に十分担わせていただける分野でないかと思っております。

4つ目は、循環器のデバイスになりますが、補助循環に用いる等々の各種カテーテルの挿入時の清潔補助をさせていただけるのではないかと思いますし、5番目は、心・血管カテーテル治療で、医師が行うカテーテル操作などの補助となります。現行、実施可能な行為ではありますが、現実には業務移管が進んでいない現状がございますので、当会としても教育制度も改めて整備しまして、ますます業務移管させていただければと思っております。

6番目、心臓植え込み型のデバイスに関します遠隔モニタリングのデータの取り込み、記録です。これも現行実施可能な業務ですけれども、今後、患者数の増加も見込まれることから、さらなるタスク・シフティングが必要と考えております。

10のページは、人工呼吸器に係る部分でございます。

経口用気管チューブまたは経鼻用気管チューブの挿入が7番、それから、8番が気管カニューレの交換、そういったものが幾つか続きますけれども、こちらは現行法においては

明確にされておられません。あるいは、全く認められていない行為ですけれども、診療支援臨床工学技士等々のシステムができれば、業務移管させていただけるのではないかと考えております。

11のページに進んでいただきまして、15番も人工呼吸器に関するものでございます。これも現在、認められておりませんが、将来的には移管可能と考えます。

16番も人工呼吸器ですけれども、人工呼吸器を装着すると、必ずウィーニングと申しまして、人工呼吸器を外す作業、機械に頼らないで呼吸するよう訓練する過程があります。現行法でもこれは実施可能なものではございますが、なかなか業務移管が進んでいない現状がありまして、こちらも研修等の整備や関係学会の先生がたと協議しながら、より進めていければと思っております。

17番目ですけれども、各種モニターに使用します侵襲的なセンサー等々の挿入も認められておりませんが、将来的にはと考えております。

18番から20番は、輸液ポンプの関係になります。輸液ポンプ等を用いた薬液等投与のための皮静脈の穿刺、ラインの確保といったことや経腸栄養、栄養剤の投与になります。これらの場合に経鼻胃管を挿入するといったものは認められておりませんが、トレーニングを十分積んで進めてまいりたいと考えております。

12ページの21番も輸液ポンプです。

それから、22番、23番が内視鏡の関係になります。現行法で明確に示されていない部分でありますけれども、当会が実施しております認定等々で質の担保が可能かと考えております。

24番から25番、13ページに参りまして26番が麻酔の補助でございます。こちらも現行法で明確ではございませんけれども、トレーニングを積むことによって可能かと思っております。

27番は内視鏡下外科手術、28番は外科手術ですけれども、こちらも実施可能ですが、現行では十分に貢献できておりませんので、ますます進めてまいりたいと思っております。

次に、我々の業務のうち、他職種に移管可能なものということでございますけれども、我々は独占業務を有しておりませんので、どの業務もタスク・シェアという形で実施できればと思います。

業務移管を受けた際の質の担保でございますけれども、こちらは2つに分けて考えております。現行法において実施可能であるけれども、現在進んでいないもの。現行法において実施の可否が明確でないもの。こちらは、研修等々を行って、オン・ザ・ジョブ・トレーニングの手引書等々も作成して進めていくということかと思っております。

それから、少し飛んで16ページ、タスク・シフティングの国内の先進事例でございますけれども、麻酔の補助業務は、既に奈良県立医科大学で非常に先進的に取り組んでおりまして、症例数もかなり多くあります。インシデント・アクシデント報告の事例は、減少傾向でございます。

それから、内視鏡下外科手術の清潔補助ですけれども、済生会熊本病院等々で実施されております。済生会熊本病院では、14年間に渡り当業務を実施しておりますけれども、この間、インシデント・アクシデントは一件もございません。

それから、心・血管カテーテル治療、横浜栄共済病院で非常に先進的にされております。医師の労務負担もかなり減っております。従来医師が2名で担当していたところが、臨床工学技士が介入することにより、医師は1名となっております。

申しわけございません。時間を超過しましたけれども、以上でございます。

○司会 ありがとうございます。

ただいまのプレゼンテーションにつきまして、質問等はございますか。

お願いします。

○佐々木医事課長 御発表、どうもありがとうございます。

非常に具体的に移管可能業務についていろいろ整理いただいているところですが、この中のものについて、臨床工学技士会として考えてみた中で、法的な問題はないのではないかとこのところ、そういう意味では少し確認させていただく必要があるものが多々含まれているように思いますけれども、そういう理解でよろしいでしょうか。

○日本臨床工学技士会 もちろん、そうでございます。我々の中で議論したものでありまして、当然、関係学会の先生方ともお話がまだできていない状況ですし、この後、厚労省の御指導もいただきながらと考えております。

○司会 そのほか、質問ございますか。

お願いします。

○吉田医政局長 医政局長です。プレゼンテーション、ありがとうございました。

2つあります。

1つは、今の質問にも絡むところですが、非常に詳細に具体的な事案について、今日は御提案いただいたと思います。これまでも会の中でいろいろ御議論もあったかと思われ、今回、また整理していただいた部分もあると思うのですが、会として、医師との間のタスクシフトだけにかかわらず、臨床工学技士としての業務のあり方みたいなことについて、議論している場、あるいは具体的にタイムラインを持って、いつまでに、あるいは何年間かけて、このような議論をしていますといったことがあれば、御紹介いただきたいのが1点。

2つ目は、細かい話で恐縮ですが、時間の関係で説明を飛ばされたスライドの15ページに、タスクシフトの課題の一番下に、損害保険制度の再検討という文言があります。「再」という言葉が気になったのですが、当然、いろいろな行為を行うに当たっては、リスクあるいは責任問題というのが出てくると思うので、御会の中でもいろいろな御議論があったり、既存の仕組みの中でもいろいろと対応されていると思います。この損害補償制度の再検討が必要となるという記述の部分について、少し補足してお聞かせいただければと思います。

○日本臨床工学技士会 ありがとうございます。

1つ目ですけれども、我々、今回、タスク・シフティングの検討に当たりまして、それに特化した委員会を設けております。そのほかには、常設の委員会として業務検討委員会がございます。こちらでは、我々の業務をどのように展開していくかということを議論しております。また、我々の業務指針は、30年前の法制化当時は厚労省で作成していただきましたけれども、2010年に我々のほうで検討せよということで、関係学会の先生方と調整しながら検討・改定させていただきました。そういったことも当委員会で担っております。そして、まさに今、2020年を目指して、再改定の作業を進めているところでございます。

それから、2つ目、賠償保険ですけれども、これは申しわけございません、具体的な内容はございません。今、少なくとも我々、賠償保険制度というものを日臨工独自で持っております。これは、あくまでも今の業務の侵襲度等々の範囲での補償ということで設定されておりますが。将来、我々の業務が拡大された場合においては、これを賠償額も含めて見直す必要があるだろうということでピックアップしている状況でございます。

○吉田医政局長 ありがとうございます。

○司会 そのほか、質問ございますか。

お願いします。

○迫井審議官 医政局審議官です。ありがとうございます。

少し具体的な話をいただいた中でお聞きしておきたいところがあります。10ページ目、個々に移管可能な業務を個別にかなり詳細に御説明いただいているのですが、15と16について、少しお聞きします。他のものについては、具体的にこういう行為、これをやりますということについてのお話ですが、15、16は、投与量の調整とかウィーニングというのは非常に漠然とした範囲なのですが、これのどの部分について、全てについてというお考えなのか、その解説をお願いします。

○日本臨床工学技士会 ありがとうございます。

15も16も人工呼吸に係るところでございますが、ウィーニングと鎮静の量の関係というのは切っても切り離せないところでございます。今のウィーニングは先生から具体的な指示をいただいて、こうなったらこの設定にちなさい、こうなったらこの設定にちなさいということでさせていただいています。診療支援臨床工学技士というものが仮に認めていただければ、お薬の量の調整も一定程度移管していただいて、総合的に進められるのではないかとイメージを持っております。

○迫井審議官 ありがとうございます。

そうすると、これは患者さんの状態とか、いろいろな状況の変化を一定程度判断することになるので、ほかのものとかかなり変わった性質を持っていて、医学的判断を伴う部分を含んでいるように見えるのですが、それも含めてやっていかれたらという理解でよろしいですか。

○日本臨床工学技士会 はい。今、我々の中では、そこを目指してまいりたいと考えています。当然、教育制度等々、かなりのハードルがございますし、関係学会の先生方等々とのいろいろな調整もあるかと思えますけれども、我々の中ではそこを目指してまいりたいと考えております。

○迫井審議官 ありがとうございます。

○司会 ありがとうございます。

では、時間になりましたので、ありがとうございます。

続きまして、日本脳神経外科学会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本脳神経外科学会 日本脳神経外科学会の理事長をしております新井でございます。本日は、このヒアリングにお招きいただき、まことにありがとうございます。

今の働き方改革につきましては、学会でも脳神経外科の診療供給体制に大きな影響を与えるのではないかということで、さまざまな議論を進めております。このタスクシフトに関しましては、実は学会の中でも専門に議論するような委員会を設けてはどうかという話は出ておりますけれども、まだ具体的に議論が煮詰まっていない状況です。したがって、このヒアリングの御案内をいただきまして、今日に至るまで、それほど時間が多くあったわけではありませんので、理事を中心に意見をまとめて、本日、ここで発表させていただくという点を御理解いただきたいと思います。

ちょっと字が細かくて恐縮ですけれども、いただきましたフォーマットにのっとりまして、業務内容、移管先、移管が可能と思われる理由ということを書いてございます。

まず、血管撮影・血管内治療後の圧迫止血・止血確認・圧迫解除に関しては、移管先は看護師にお願いしたい。しかしながら、現行法でも十分に可能だと思っておりますが、実際のところ、なかなかこれが進んでいない。これは、私どもの努力不足もあるのではないかと考えているところでございますが、看護師サイドにもご協力いただきたいと思います。

2番目に列記してございますものは、既に特定行為として定められているものであります。ただ、これもまだ十分に移管が行われていないというのが多くの会員から寄せられたところでありまして、これもしっかりと手順ののっとり業務移管を進めるべきものと思っております。

次の3、4、5、6ですけれども、これは私どもの考えとして、現行法では認められていない業務、または現行法で明確に示されていない手技ではあるが、特定行為としてトレーニングを必須とした上で、看護師に業務移管が可能と思われるものということでお示ししています。

1つは、鎮静が必要な患者、アレルギーがある患者の検査の立ち会い。

血管内治療の介助業務、脳卒中の初期対応、救急車での患者移送の際の同伴（ただし重症例は除く）といったことで列記いたしました。

特に、血管内治療あるいは脳卒中に関しましては、御承知のとおり、今、脳卒中学会を

中心に脳卒中の1次、2次、3次のセンターの要件が定められつつあります。特に、2次の血栓回収のセンターに関しましては、脳血管内治療専門医3名を置くということが、今、前提になって議論が進んでいるわけですが、果たしてそれだけで対応できるのかということが危惧される場所でありまして、ぜひこういう形で看護師に一部業務の移管をして、医師の負担の軽減を図りたいという場所であります。

あと、7番目は、カンファレンス・回診の記録・オーダーなど入院業務の補助ということで、これは現行法でももちろん十分に実施可能な行為ですが、後で少し課題としてお出ししますけれども、人員の確保という観点で業務移管が十分に進んでいないと私どもが認識している場所であります。

業務移管した際の質の確保対策といった命題をいただきました。基本的には、医師からの直接の指導を受ける。当該医師から実施可能の承認を受けるというのが原則になろうかと思えます。例えば、鎮静が必要な患者、アレルギーのある患者の立ち会いとなりますと、麻酔科の専門医あるいは救急科の専門医などから指導、血管内治療ですと、脳神経血管内治療専門医からの直接の指導が必要になります。

脳卒中の初期対応に関しては、脳神経外科専門医、神経内科専門医、あるいは脳卒中専門医からの指導といったことが必要だろうと考えております。

救急車での患者移送の同伴というのは、これは救急専門医からの指導が妥当なのではないかと思っている場所であります。

タスクシフトに関する課題ということで、これで全てではないと思えますが、列記いたしました。

血管撮影における圧迫止血・止血確認・圧迫解除は、冒頭で申し上げたように、現行でも十分に可能なところだと思っておりますが、移管される側の立場に立つといろいろな問題があるという危惧があって、その辺を私ども脳神経外科医が関与するような形で、十分なトレーニングを行うことが必要だろうと思っている場所であります。

あと、鎮静が必要な患者、アレルギーのある患者の立ち会いということも、もちろん急変などが全く起こらないという保障はありませんし、それをバックアップするシステムを確実に構築する必要があると思っております。

あと、先ほど申し上げた入院業務の事務の補助ということになりますけれども、これはもちろん十分に今できるはずですが、人員の確保に問題があります。

もう一つ、議論として出てまいりましたのは、脳神経外科の手術は長時間となりますし、なかなか複雑であるということで、術後管理を何とかタスクシフトできないかと考えております。ただ、ここに術後管理全般と書きましたけれども、ここには既に特定行為となっている業務と、現行法では認められていない業務が混在していると思えます。従いまして、これを仮にタスクシフトする際には、当然新しい仕組みが必要でありますけれども、これをパッケージ化して、学会も関与する形でトレーニングできないかということが今、少し議論が始まりつつある場所であります。



あと、これは私が申し上げるまでもございませんけれども、タスクシフト全般に関して、看護師から別の職種へのタスクシフトがされないと、これは当然、なかなか立ち行かないのではないかと考える次第であります。

これが最後でございますが、タスクシフトの先進事例についてということであります。これは、皆さんも御承知のとおりで、米国ではNurse Practitioner、Physician Assistantという制度があって、ともに国家資格となっています。これは、多くの人が内容を知るところでありますけれども、実際に私どもの会員の中でもアメリカで臨床に携わった医師もおります。

そうすると、そこで非常に新鮮というか、驚きを持って受け止められているのが、PAの存在です。PAが手術のアシスト、閉創、グラフト採取、筋膜・脂肪採取と、実際の手術を助手として行っている事例をたくさん見てまいりまして、これがあつたら外科医の業務軽減に相当するのではないかという意見がありましたので、ここで紹介させていただくということです。

ちょっと短いですが、以上でございます。

○司会 ありがとうございます。

ただいまプレゼンテーションいただいた内容につきまして、質問等はございますか。お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 医師養成等企画調整室長の堀岡と申します。

実は、外科学会や麻酔科学会の御協力を得て、パッケージ化をして特定行為研修を進めてタスクシフトを進めようとしておりまして、救急学会なども今回、パッケージをつくるほか、また、その他の学会などからも非公式のお問い合わせなどをいただいているのですが、脳神経外科は最もタスクシフトが重要な科である一方で、高度な医療の部分も多くてなかなか難しいのではないかと思うのですけれども、そのようなことの御検討というのはいかがでしょうか。

○日本脳神経外科学会 先ほど申し上げたように、まだ議論が始まったばかりの部分ではありますが、例えば術後の管理ということになりますと、外科系である程度共通した部分もあると思うのです。その上に各科の特殊性というものがある。ですから、共通部分に関しては、外科系の学会がある程度、それは、厚労省の指示・御指導のもとで行われることになると思うのですけれども、共通のパッケージを作成し、それにアドオンする形で、特に脳神経外科、心臓外科というのは、特殊性というのは容易に想像できると思いますけれども、そういうことを加えて、そこはそれぞれの当該学会が深く関与してやっていくということができたら非常にいいのではないかなと思います。

○司会 そのほか、質問はございますか。

お願いします。

○吉田医政局長 医政局長です。プレゼンテーションありがとうございました。

2つあります。

1つは、スライドの3、質の確保の関係についてで、細かいことを申し上げるつもりはないのですが、ワーディングの問題で、4項目挙げていただいている中、いずれも医師からの直接の指導を受けるという表現をしていただいています。これは、包括的な指示とか、いろいろな言葉の定義が出てくるので、誤解のないようにとお尋ねしているのですが、このイメージは、業務開始というのは、個々の治療行為というよりも、その分野につく、例えばここで言えば看護師の方なりがおられるとすれば、あなた、担当看護師として、これからやってもらうことがふえるから、こういうことをちゃんとやってくださいと、それぞれ医師が事前にある程度中身を理解していただいていることを確認するということが直接の指導ということなのか、あるいは、今日のこの患者さん、明日のこの患者さんというところまで含むのかというのを、少し明確にイメージさせていただきたいのが1点です。

もう1点は、最後にPAのお話いただきました。私どももNP、PA、いろいろ勉強させていただいているのですが、これから学会の中でもいろいろな御議論いただく、あるいは御議論いただく場ができるかもしれないというお話もいただきましたので、今後、お互いに意見交換させていただきながらというのが前提なのですが、PAを実際に経験された、例えば諸外国での経験のある方が、非常に新鮮であり、これをポジティブに受けとめておられるというプレゼンテーションだったように思います。

一方で、懸念される方、あるいは日本の学会の中に積極的なサポートと、よくわからないという方、消極の方がおられるかどうか。あるいは、懸念点というのがこれまでの学会の中で御議論になっているかという点、教えていただけますでしょうか。

○日本脳神経外科学会 まず、最初の点でございますけれども、この指導というのは、これを特定行為に類するものと定めたときに、そこに脳神経外科医なりその他の専門医がトレーニングにある程度関与するという意味での指導であります。個々の患者に関して、あなた、この行為をしなさいということに関しては、指導ではなく2番目にある実施の承認を受けるという理解をしております。

PAに関しましては、こういうことで意見を求めると、ポジティブな意見が圧倒的に多くなってまいります。特に先ほど申し上げたように、海外、特に米国でトレーニングを受けた脳神経外科医は、これをポジティブに言うわけですが、いろいろクリアしなければならない問題もあると思います。1つは、手術が今、ある程度集約化してしまっていて、若い医師のトレーニングという意味では、若い医師に手術に積極的に参画してもらう必要がある。そういう意味で言うと、PAを余り進めてしまうと、そういう若い医師のトレーニングのチャンスを失う危険があります。実際問題、もうそんなことを言っていられないというぐらいに、働き方改革を進めていかないとイケませんので、若い医師のトレーニングとのバランスをとってやっていかないとイケないのではないかと考えております。

○吉田医政局長 ありがとうございます。

○司会 そのほか、質問はございますか。

少し時間がありますので、何か追加でコメント等いただけることがあればどうぞ。

○日本脳神経外科学会 冒頭でも申し上げたように、私ども学会は、この働き方改革の導入が、特に若い医師のために絶対必要なことであるのはもちろん承知しているのですが、同時に脳神経外科の診療が従来どおり国民にちゃんと提供できるのかを非常に心配しております。今までは個々の医師の頑張りみたいな形で克服してきた問題が、いろいろな支障が出てくる可能性があります。

例えばPAを導入するとなると、脳神経外科医は比較的独善的であるがゆえに、俺がやらなければだめだ、みたいなどころがあったのですけれども、そろそろそういう時代から脱して、こういうタスクシフトなりを積極的に考えていかなければいけない時代に来ていると強く認識しております。引き続きの御指導、ぜひお願いしたいと思います。

○司会 ありがとうございます。

続きまして、順番を入れかえまして、日本形成外科学会様からプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本形成外科学会 本日は、タスク・シフティングの推進に関するヒアリングにお招きいただきまして、どうもありがとうございます。日本形成外科学会の理事の櫻井であります。

先ほどから、医師に共通するタスク・シフティングの必要性、それから外科系の各診療科で必要とされるタスク・シフティングの話をかなりお伺いして、形成外科学会としても、そのようなタスク・シフティングが今後、進んでいくことを切に願っているところでありますが、形成外科は外科系の中でも非常に後発であり、また、皆さん、国民も形成外科が何をする診療科かということがまだ理解されていない部分がございますので、今回、お示ししますのは、形成外科で特異的に行っております診療に関するタスク・シフティングということでお話しさせていただきます。

1番目に挙げさせていただきましたのは、創傷治癒遅延症例に対する創管理業務ということであります。形成外科は、院内の各外科系診療科で行った手術。手術は大体皮切から入るものですから、皮膚のプライマリーに関して、各外科系の診療科から依頼されることが多くございます。

また、近年、高齢化や慢性疾患の増加に伴いまして、難治性潰瘍の症例も非常に多くなりまして、そういった院内で発生する創傷に関する問題を有する症例に関するコンサルテーションが非常に多くなっております。それぞれの疾患に関して特異的な管理方法もございますので、現行でもWOCナース、認定看護師の活躍がすごく期待される場面でもありますが、それでも特異的な部分に関しては、形成外科医が各診療科から依頼を受けて対応していることが多くございます。そういったことに関して、看護師の方々にもさらに特異的な専門性を高めていただいて、院内で発生する創管理に関する業務をある程度移管できないかというところで、1番目に挙げさせていただきました。

2番目に挙げさせていただきましたのは、再建手術に関連する関連各科との調整業務でございます。例えば、わかりやすいのは乳がん切除後の乳房再建。それから、最近では乳房

再建も1次再建と申しまして、切除後にすぐ行う手術も多くございます。それから、以前から行われていました頭頸部再建というものも、形成外科の中で結構大きな業務の一つでございますが、頭頸部再建におきましては、耳鼻科、頭頸部外科で行った切除の後に、形成外科が皮膚や筋肉や骨等を移植するなどの手術を行っております。

その際に、手術のタイミング、例えば同時にできる部分もあれば、同時にできない部分もあって、そういったものの時間の調整をある程度医師同士で術中に話し合いながらやるのですが、それをある程度わかった手術室の看護師が時間の調整をしていただければ、それに張りついているドクターの手間が省けるという意味で、再建手術に特異的に関係した業務移管というものができれば、それに関する医師のタスク・シフティングにつながるのではないかとということで、2番目に挙げさせていただきました。

3番目は、美容医療に関するカウンセリング業務ということで挙げさせていただいています。美容医療は、特に形成外科で行っている部分がありますが、形成外科で行う場合の美容医療というのは、患者さんとの面接時間が非常に長くございます。それに関して、そのカウンセリング業務を移管できればということで、3つ目に挙げさせていただいています。

形成外科で行う美容診療の流れとしましては、例えば患者さんが頬のたるみの修正を希望した場合に、美容外科医が多くの治療オプションを提示いたします。手術療法、糸によるスレッド、それから機器による治療。フィラーというのは、注入によるたるみの修正ですが、そういった治療。多種多彩にわたる治療法を御説明した上で、患者さんの要望を聞いた上で、それを理解した上で、どういう治療を組み合わせていくかということを決めていくわけでありまして。この間の説明の時間というのは非常に長い上に、治療法が決まった上で、さらに個別の治療法に関して、決定した治療内容に関する詳細な説明をすることによって、非常に長い説明時間を要しているのが現状でございます。

さらに、同じ医師が日を変えたり、同じ日に会ったりして施術するわけですが、結果的に1人の患者さんに当たる説明時間というのが、かなり多くの時間を費やしていることとなります。

それに対して、先進事例になるかもしれませんが、巷の大手美容外科クリニックでは、一つの病態に対してはある特定の施術を行っているというのが現状です。まず、患者さんが来ると、医師が対応する前にカウンセラーが対応して、特定の施術に関する説明を行います。それに対して、美容外科医は当該施術を行っているのが現状であります。施術を行う美容外科医というのは、形成外科のトレーニングを受けた医師が、実際のところ非常に少ないというのが現状でございます。

これは、某大手の美容クリニックのホームページ上に勤務する医師のプロファイルが出ておりますので、それをもとに学会の会員名簿を照らし合わせて見てみますと、形成外科ではない美容外科医というものが実に92.2%と、非常に多くの割合を占めております。形成外科学会員はわずか7.8%、そして専門医を持っている者になると、その約半分というこ

とになります。

業務移管ということで考えますと、形成外科の場合は多種多彩な治療法を持っていますので、それに対する治療法の説明が入って、治療法の決定までは形成外科医が行うべきだと思うのですが、決定した後の治療法の説明に関しては、カウンセリング業務を移管する形で医師の負担軽減につながれば一番いいと考えております。こういった形でタスク・シフティングが形成外科に特異的なものとして挙げられるのではないかとということで、御紹介させていただきました。

短いですが、以上です。

○司会 ありがとうございます。

ただいまのプレゼンテーションにつきまして、質問等はございますか。

まだ少しお時間ありますが、何か学会からあればどうぞ。

○日本形成外科学会 形成外科としては、形成外科に特異的な診療がございますので、それを厚労省の方にも御理解いただいた上で、タスク・シフティングに関しては、まだ学会の中で余り議論が進んでいない分野でありますので、これから御指導いただければと思っております。

以上です。

○司会 ありがとうございます。

では、本日最後になります。日本病理学会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本病理学会 では、よろしくをお願いいたします。日本病理学会の佐々木と申します。

病理学会からは、5つのことを書かせていただきました。

まず、1つ目は、手術検体等に対する病理診断の切り出しの補助ということでございます。臨床検査技師に移管することになります。移管が可能と思われる理由というところに書かせていただきましたが、手術検体等の切り出しを、一定の知識・技能を持った臨床検査技師、専ら病理検査を担当する臨床検査技師、あるいは日本病理学会と日本臨床衛生検査技師会が共同で認定しております認定病理検査技士というものが現在1000名弱になっております。その方々であることが望ましいと思われませんが、検体の写真撮影、切片の切り出し、そしてその切り出した検体をカセットに詰め込むという業務を、病理医が肉眼観察をし、切り出しの指示をすることにより移管可能と考えております。

悪性腫瘍等の場合には、このような作業は非常に難しいかと思いますが、例えば子宮筋腫の核出術とか良性の疾患で取られてきた検体に関しまして移管可能ということで、全体の3割ぐらいが移管できるのではないかと考えております。

2つ目が、画像解析システムによるコンパニオン診断ということで、計数や定量を測定するような、いわゆる病理の検査が非常にふえてきております。例えば、乳がんのHER2やKi-67の陽性細胞などを、免疫染色を用いたコンパニオン診断において、既に米国等では画像解析補助システムというものが存在しております。あくまで病理診断補助として利用し、

最終診断は病理医が確認することを行えば、ダブルチェックに準じた質担保もできて、移管可能と考えております。移管先としましては、画像解析システム及び臨床検査技師を考えておまして、全体の約半分を担当できるのではないかと考えております。

3つ目は、いよいよゲノム医療が始まりましたが、このゲノム医療における分子病理診断のデータの解析補助として、バイオインフォマティクシオンを移管先として考えております。エキスパートパネル等における遺伝子パネル検査のデータ解析の際に、遺伝子データ解析に専門的な知識を有するバイオインフォマティクシオンが、分子病理専門医、これは実は日本病理学会の中に今87名おまして、現在、認定に関するシステムを立ち上げまして、昨日、講習会も開催しまして資格試験を行って参りますが、この資格試験に合格した分子病理専門医と連携することにより移管可能と考えております。

皆さんも御存じのように、バイオインフォマティクシオンは未成年の方でも受験できるということもありまして、この辺は後ほど触れさせていただきたいと思ひます。

さらに、4番目がデジタル病理画像の取り込み、機器の調整、データ管理等になります。現在、このデジタル病理画像というものが非常に盛んになってきている。病理組織標本のうち、生検検体に関しましては、多くの施設で既にバーチャル・スライド・スキャナーという特殊な機械を使って、ガラスの標本をデジタル化するという作業を行っておりますが、まだ現場の病理医が直接にこの取り込み作業を行っているような施設も少なくないということを知っております。生検検体に関しましては、全て取り込むことが可能ですし、手術検体に関しては、病理医が指定した標本をバーチャル・スライド・スキャナーという機器で取り込むことを指示して、これを臨床検査技師等が行うことが可能かと思ひますので、移管が可能と思われる業務に挙げさせていただきました。

最後が病理診断報告書のチェックということになります。こちらのほうは、病理医が作成した病理診断報告書、今、多くは電子カルテになってはいますが、これに時々誤字・脱字がある。誤字・脱字ぐらいならいいのですが、左右の間違い等があったりするというところで、病理医は非常に少ないため、左右の確認等、書いたレポートを非常にたくさんの病理医がいるようなところではダブルチェックが可能なのですが、そうでないところではそのまま提出されてしまつて、時々問題になるということも知ります。

最終的に書かれた病理診断報告書等をチェックするような業務を、臨床検査技師に移管するというところで、できれば病理診断報告書の100%チェックということで、ボリュームとしては100%と書かせていただきました。

業務移管した際の質の確保対策ということが次でございます。

まず、1つ目の手術検体の切り出しということですが、専門知識・技能について関連学会あるいは団体での教育、それから認定制度を活用するというところで、できれば認定病理検査技師という方々に携わっていただきたいと考えております。実質的には、医師から症例ごとに実施の内容の指示を行うことによって、質の確保が可能と考えております。

2番目の画像解析システムによるコンパニオン診断等に対する計測、定量判定の補助で

すが、こちらのほうは、ハード、これはバーチャル・スライド・スキャナー、画像を作成する装置、及びソフト、これは判定ソフトがアメリカのFDAで認められて動いております。これについて、妥当性の観点から、原則として医療機器として薬事承認を受けた機器等を使用するというのが、質の確保には重要なことと考えております。これは、あくまでも病理医がダブルチェックするということですので、それをサポートするような医療機器ということで、クラス1の医療機器でもいいので、薬事承認を受けているものを使うということが質の確保には大切であると思っております。

また、標準化は、機器のメンテナンスを含む精度管理に関するガイダンスやSOPの作成を行うことも質の確保には重要と考えております。

3つ目、分子病理診断におけるデータの解析ですが、日本バイオインフォマティクス学会というのがバイオインフォマティクスを認定する試験を行っておりますが、その方たちと連携することで質の確保が可能と考えております。ただし、こちらの試験、先ほどもちらっと申しましたが、成人でなくても受験できるということで、昨年の合格者の最年少は中学3年生ということもありましたので、きちんと大人になって責任が負える方をお願いしたいと考えております。

4つ目のデジタル病理画像の取り込み、それから機器の調整、データ管理等ですが、臨床検査技師のうち、デジタル画像の作成に当たり、病理組織標本作成等に関して取り扱っている、病理検査に精通した臨床検査技師、できれば病理の検査技師、できれば認定病理検査技師が行うことが望ましいと考えております。日本臨床衛生検査技師会でも、こちらの講習等を行っておりますので、ぜひそのような方たちに携わっていただければ、我々も安心して、なおかつ質の担保も可能と考えております。

さらに、データ管理に関して、すぐれた知識を有している臨床検査技師に関しても、先ほどの認定病理検査技師が指定講習会等を開いて教育を行っておりますので、そちらのほうの人材育成を受けている人間が望ましいと考えております。

最後の病理診断報告書のチェックでございますが、病理診断と病理所見等の整合性の観点から、病理検査に精通した、できれば認定病理検査技師をお願いしたいと考えております。これによって質の確保が可能と考えております。

3つ目に、タスクシフト推進に関する課題ということですが、手術検体の切り出しのサポートは、現在の検査技師の業務がふえることとなります。ですので、業務がふえることに対する、もしくは人をさらに雇用することに対するインセンティブが働くような、例えば診療報酬上のサポートとか、そういうものが必要なことと考えております。

また、切り出しに関する標準化も含めたSOPやマニュアルの整備ということも、タスクシフト推進には必要な課題と考えております。

2つ目の画像解析システムによるコンパニオン診断等に対する計量・定量判定ですが、本邦では、非常に高い精度を誇る医療機器ということで、規制側の承認基準等の作成がまず必要と考えております。また、普及のためには、機器による判定補助を行った際に、先

ほどの1番と同様ですが、臨床検査技師の方たちの業務が増えるということもありますので、何らかの診療報酬上での評価というものが検討されることが望まれると考えます。

3つ目のバイオインフォマティクスの話ですが、これは日本バイオインフォマティクス学会における認定制度との連携ということで、できれば病理検査技士が資格を取得して、医療の観点からお話ができるようなバイオインフォマティクスの養成が望まれると考えております。

4つ目のデジタル病理画像の取り込み、機器の調整云々ですが、これはデジタルパソロジーに関するシステム構築や運用についての支援、またデータ管理学を含む臨床検査技師の教育や人材育成というものが課題として挙げられるかと思えます。御存じのように、デジタルパソロジーにおけるバーチャル・スライド・スキャナーという機器ですが、1台1000万円から2000万円ぐらいするというので、標本をデジタル化するだけの目的ではなかなか導入できない医療機関が非常に多くございます。

一方で、病理の場合にはガラスの標本が非常にたくさん出てくる。それを保管しておくのに場所がないという問題や、非常に重いということで、上層の階にそれが保管できない。例えば、東大の場合には7階に病理部がありますが、7階で保管すると天井が抜けてしまうということで、地下の廊下に保管している状況ですが、そういう状況の打開をするためにも、デジタルパソロジー、画像で取り込むことが大切かと思えますが、初期のインフラ整備に非常にお金がかかるということで、何らかの支援ということを考えなければいけないということが課題かと思えます。

5番目の病理診断報告書のチェックですが、病理診断に精通した認定病理検査技師が行うことが望ましいかなと思っています。

最後になりますが、タスクシフトの先進事例について申し上げます。米国では、PA制度というものが走っております。このPAの業務は、日本では病理医が行っている検体の切り出し、もしくは診断の下書き等を行う業務が含まれておりますが、この方たちの制度が先進事例として挙げられるかと思っております。PAの受験資格ですが、かなり厳しい受験資格が与えられておまして、学士号を有すること。それから、各州で行う試験、もしくは非営利団体が決めている認定プログラムというものがあつたのですが、その臨床検査プログラムをきっちり履修して修了済みであることという条件がついております。

履修科目によって、2つのタイプの検査技師に分かれますが、このようなPAの資格認定というの、国としてこれから課題と考えておりますし、このような先進事例にのっとり、やがて日本でもこういう制度が開けていくことが望まれると考えます。

最後、日本での課題というものを少し挙げさせていただきましたが、精度管理のためには、国家試験による国家資格である臨床検査技師の業務独占が必須であると考えております。生理検査では臨床検査技師が実際に当たらなくてははいけません、最終診断報告書を出すような病理検査も、患者さんの治療に直結すると我々病理医は考えておりますので、こちらのほうは実際に国家試験に合格した臨床検査技師が当たることを望ましいと考えて



おりますし、そのためには、法の改正も視野に入れる必要があるのかなと思います。

衛生検査所、いわゆる検査センターなどでは、このような業務を臨床検査技師の資格を持っていない方が行っているセンターもあると伺っておりますので、臨床検査技師は国家資格でもありますので、病理検査に当たる臨床検査技師は、国家試験に合格した臨床検査技師であることというのを、できれば課題として今後検討していただければと思っております。

以上でございます。

○司会 ありがとうございます。

ただいまのプレゼンテーションにつきまして、質問等はございますか。

少し時間がございますので、何か追加で御発言等ありましたらどうぞ。

○日本病理学会 病理医は、最近いろいろな国の支援のもと、少しずつふえているのですが、まだまだアメリカの3分の1ぐらいということで、なかなかふえていかない状況です。昨今、必要数に関する調査が厚労省から提出されました。病理医はこれぐらいいけば足りるのではないかという中に、実は検査センターで行っている病理検査も非常勤で病理医が診断しているのですが、そちらの件数がカウントされていない。現在、衛生検査所で約半数の病理検査が行われていて、約半数の検体に関して病理検査報告書が書かれているということがございます。

ですので、実際に医療機関の中で行っている業務以上に病理医の負担が大きいということとを鑑みて、ぜひ臨床検査技師への一部業務移行ということを御検討願えればと思っております。

以上でございます。

○司会 ありがとうございます。

以上、本日、9団体の皆様からタスク・シフティングに関するプレゼンテーションをいただきました。皆様、長時間にわたり、ありがとうございます。また、プレゼンテーションいただいた団体の皆様におかれましても、御多忙のところ御参集いただきまして、まことにありがとうございます。

次回の日程につきましては、追って事務局から御連絡させていただきます。

本日のヒアリングは終了とさせていただきます。ありがとうございます。