

○司会 定刻になりましたので、ただいまから、第3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、まことにありがとうございます。

本日は、6団体にお集まりいただきプレゼンテーション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。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、正面演壇にて、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お時間は、各団体15分で、その後、質疑応答のお時間を5分設けておりますので、ヒアリングいただく皆様におかれましては、積極的な御質問をお願いいたします。

なお、プレゼンテーション終了1分前に予鈴を1回、15分で本鈴を2回鳴らせていただきますので、時間厳守をお願いいたします。

それでは、ヒアリングに先立ちまして、吉田医政局長より御挨拶させていただきます。

○吉田医政局長 おはようございます。医政局長の吉田でございます。

今話がありましたように、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、本日、お忙しい中御参加いただきました関係団体の方々におかれましては、ありがとうございます。

このヒアリングも3回目となりました。1回目が6月17日、そして7月17日と本日ということで、私どもとして当初予定してお声をかけさせていただいた方々からのお話を伺う会は今回で一段落ということになります。3回あわせて30団体の方々にお話を伺うことになっておりますが、今回いただきました一連のお話を踏まえて、私ども、これから厚生労働省として、また関係団体の方と引き続き御相談させていただきながら、働き方改革を前に進めるためのタスク・シフティングの具体的な内容について検討し、議論を深めていきたいと思っております。

また、ヒアリングという形では今回一段落となりますけれども、今後引き続き、関係団体、あるいは関係者の方々からいろいろな御提案、あるいは自分たちとしてはこう考えるというようなお話がある場合には、私どもとして承らせていただきたいと思います。これからも関係者の方々のお話を聞きながら進めさせていただくということを改めて申し上げまして、本日の開会に当たっての御挨拶とさせていただきます。どうかよろしく願いいたします。

○司会 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 まず最初に、公益社団法人日本歯科医師会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本歯科医師会 皆さん、おはようございます。日本歯科医師会の柳川でございます。まず、このヒアリングに参加させていただいたことに感謝を申し上げます。ありがとうご

ざいます。

今、局長からお話がありましたように、医師の働き方の改革が端緒となっているヒアリングと伺っておりますが、医師から歯科医師ということにつきましては、法律上、医師の指示を要件としないため、私どもは、例えば周術期口腔管理ですとかNSTへの歯科医師の参加、チーム医療や医科歯科連携の推進という立場で、医科の患者さんに歯科がアプローチをすることで在院日数が短縮されたり、合併症が減る、結果的に医療の総量が減って医師の負担が減るとということが期待できる、それに貢献できると考えておりますので、それについてまず、学会の小林隆太郎先生からデータをもとに御説明させていただきます。○日本歯科医学会（小林） それでは、事前にお配りしました内容を説明させていただきます。

結論といたしましては、いわゆる医師のタスク・シフティングに対して歯科が直接的、具体的に何か介入というよりも、私たちが診療、連携協力をもってすることによって医師の業務の効率化が図れるという内容のお話です。

私ども、今、保険収載されている内容も含めてですが、周術期口腔機能管理の充実がこの数年かけて図られてきました。実際にはいろいろな機関でデータが出ているのですが、いわゆる口腔機能管理・・・、ここでこの言葉の内容を先にお話しさせていただきますと、私たちの歯科が関係しているもの全てが口腔健康管理という言葉で表現されます。その中で、歯科医師がかかわるところは「口腔機能管理」、歯科衛生士がかかわるところは「口腔衛生管理」、あと、誰でもつまり、家庭の母親、介護の現場など、全ての人がかかわることが「口腔ケア」という言葉で使い分けを現在しております。

これはなぜかという、誰が何をするかということに分けませんと、口の中の管理がなかなかわかりづらいということから整理させていただきました。

現在、このスライドに示すように、医科、歯科の連携の推進ということで、周術期管理、手術が行われる患者、あとは放射線治療が行われる患者等々の術前から術後における口腔機能の管理を歯科が担当しております。また、栄養サポートチームによる連携、これは現在保険収載されており、栄養サポートチーム加算に加えての歯科医師連携加算として、歯科がかかわっております。

では、周術期機能管理に関する具体的な内容を示します。これは千葉大学医学部附属病院における介入試験結果ですが、口腔機能の管理によるさまざまな医科の治療に関する結果を示します。「口腔機能の管理による在院日数に対する削減効果」ですが、歯科以外見ていただきますと、消化器外科、心臓血管外科、小児科、血液内科（全体、白血病、悪性リンパ腫等）ありますが、これを見ていただいても、手術前から口腔機能の管理、そして先ほど出ました口腔衛生管理、口腔ケアなどによる、衛生的なことも含めてすることによって、在院日数の軽減が図られているというデータが出ております。

これはやはり口腔内の細菌がいろいろ全身にかかわるということが最近の研究でわかってきていること、近いところで言いますと、昨年12月14日に、「健康寿命延伸等を図る

ための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」というのが出ました、その中の附則で、やはり歯科疾患が循環器病の発症との関係にかかわることが示唆されており、「歯科においてこの研究の推進をするものとする。」という状況です。

口腔内の歯周病菌、う蝕菌等が血管を介して、それから腸内細菌ですと消化器を介して全身にかかわる、いろいろ悪影響与えているということがわかってきているというところからのデータでございます。

それから、別のデータですが、「大阪警察病院における周術期口腔ケアの結果に関する検討」を見ていただいても、周術期口腔ケア、いわゆる口腔健康管理を行った群と行っていない群では、やはり在院日数の軽減が図られた。ということは、先ほど言いましたように、直接的ではなくしても、医師の業務に対しての少しでも効率化が歯科の関与によって行えているだろうというデータになります。

それから合併症を見ていただきますと、疾患によって大分このデータの差はございますが、先ほど出ました循環器病等、スライドの右下、心臓病等を見ていただいても、やはり術後合併症に関しては軽減が図られたという内容です。

それから、最終的な医療費を見ていただいても、ケア未実施群とケアの実施群では医療費に関しても軽減が図られたということで、歯科の関与は、まずこの周術期と医科との医療連携における充実を図ることで、医師への業務の負担の軽減を行っていただけるだろうという内容でございます。

実際に、私は、東京の病院に勤務しておりますが、歯科を持っていない医科病院から、以前、相談がありまして、通常の歯科疾患の治療ではなく、あくまでも周術期に特化したケアをしたいということで手を挙げられた医科大学病院の内容です。うちの歯科大学が関与し、歯科が開設されたのですが、そこにおいても、全身麻酔の患者さんほぼ全てに周術期口腔機能管理をしたことによって、患者さんの治療成績向上というデータも出ておりますので、この辺は、各病院、各団体からそれぞれ出ている資料をまとめましても、その方向性は間違っていないだろうということになります。

ですので、実際には、先ほど言いましたように、「口腔健康管理」というのが歯科がかかわる内容の言葉になります。その中で、歯科医師は口腔機能管理、歯科衛生士が口腔衛生管理、それから、全ての多職種に行える内容が口腔ケアということで、これらをまとめて口腔健康管理を医科と歯科の医療連携のキーワードとすることによって、医科業務の軽減が最終的に図られるだろうということをもとめてみました。

○日本歯科医師会（柳川）　ただいま御提供した資料は、ほとんど中医協であるとか社会保障審議会の医療保険部会で提供されたものでございます。一方の課題として、歯科のアプローチが有用であるとしても、病院の医師の一番近くにいるのが病院の歯科医師であるわけです。小林先生もそうですけれども。ところが、私どもの日本歯科総合研究機構の調査によりますと、全国の8,400病院を調査したところ、歯科の標榜があるところはそのうちの約2割であるという結果でございました。すなわち、8割には歯科医師がないという

ことであります。さらに、常勤歯科医師が1名のところが4割で、3名以下の合計でも8割ですので、ほぼ小規模な診療科であるということはおわかりいただけるかと思えます。

その中で最も求められる機能として、栄養サポートであるとか、感染症予防を中心とした口腔ケア、摂食嚥下ということが重要な役割になっていて、さらにもっと言えばその3つの主な機能が、特に歯科医師がいない病院ではできていないという実態がございます。したがって、病院歯科の拡充・充実が、結果的に歯科が貢献できるとしても不可欠であると考えております。

最後にまとめですが、まず、この場で少し申し上げたいのは、病院に勤務する歯科医師が約3,000名おりますが、今回の医師の超過勤務と同様な問題が発生しているということがわかってきております。昨年末に大規模な歯科医師勤務の実態調査が行われて、まだ公表されておりませんが、これからとりまとめられて公表されると伺っております。例えば960時間換算ということで申し上げますと、どうやら病院勤務歯科医師の4分の1程度が超過勤務になっているのではないかというデータがあるようです。そうすると、その歯科医師たちに対しても、これは5年猶予なく法の網がかかっておりますので、いかがなものかという実感を持っております。

2番目でありますが、医師と歯科医師は、医師法と歯科医師法に規定されるように、本来の指示関係はありませんが、今申し上げたように、チーム医療や医科歯科連携という切り口でこれまでも連携を進めてきております。口腔と全身の関連についてはエビデンスも蓄積されてきており、医科歯科の重症化予防や入院日数、合併症の軽減というデータも今お示ししたとおりでございます。

繰り返しますが、歯科を標榜する病院が少ないことから、マンパワーも限られる、歯科職種の配置や増員を進めることで医療の総量を減ずる貢献が可能と考えております。

以上でございます。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きました内容につきまして、質問等ございますか。

○安里室長 医療勤務環境改善推進室長の安里です。

今日は発表ありがとうございました。歯科がいろいろ充実して頑張ることで医療の総量が減ずるという方向をお示しいただいたと思うのですが、その方向にいくべきだというお話はあるのですが、今、現実的にそういう取組を実験的に、または先進的にされて効果を出している事例とか、まだ出ていないけれども、その方向で合意のもとで頑張っている事例とかありましたら御紹介いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○日本歯科医学会（小林） 御質問ありがとうございます。

実際、私は、歯科大学病院の現場で診療している者ですので、まず、患者さんの口腔内の状況というのが問題となります、実際、緊急に運ばれてくる患者さんというのは、口腔内衛生環境がいい方もいれば、非常に悪い状況の方もおられます。全身麻酔を行うということは、通常、挿管しますので、当然、口腔内の常在菌、今わかっているだけで何百、500

から800種類と言われています。1グラムのプラークをとると1億、10億という菌、それらを制御するというのは、私は現場でやはり大切だなとも思っています。非常に悪い口腔内環境の患者さんをそのまま緊急で手術するときが一番不安です。

ですから、ふだんから口腔健康管理というベースをつくるということが全ての国民に利益をもたらすのではないかなと思っています。現場的には、医科のほうの病院を含めて、うちのスタッフが周術期口腔機能管理を全部行っている病院もありますので、データ的には術後感染、肺炎も含めてですが、先ほど出ました在院日数、入院期間の軽減も含め、今後データ化されていると思います。

あともう一つ、今後のことで言いますと、口は出口まで全部つながっております、今までは胃でほとんどの菌がなくなるだろうと？実はもう大腸まで届いているデータが出ておまして、今そういう、腸内フローラ、腸内細菌を研究されている先生方とコラボレーションして、これに関しても、人間の免疫力というのは、医科の先生方に聞いても腸内細菌が大切だということなので、口腔内常在菌の存在を含め研究を進めたいと考えております。全身にかかわること、口がやはり健康の入り口という意味では、ここを推し進めて、健康増進、健康寿命延伸に向けた歯科の取組が、最終的に医科の先生方との連携という意味でいい結果を出すのではないかなと思っています。

○日本歯科医師会（柳川） きょう代表的な事例を御紹介したのですがけれども、がんの周術期、それから糖尿病と歯周病、あるいは骨粗の代謝性疾患との連携という形で、地域では医科歯科連携事業が行われております。また、一部は医療介護総合確保基金で行っている事業もございます。

○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。

この最後のスライドに絡めて、2つ、つながった御質問をしたいと思います。1つは、データについては今別途研究班において把握中ということでした。病院に勤務されている歯科医師の方の超過勤務問題で、数字、実態は追ってということになるにしても、いずれにしても短縮化を図らなければいけないとすると、歯科医師会のお立場からすればどういうことがやり得るのか、あるいは先行して進んでいるとお考えかというのが1点。

それと、その流れの中で、今日はそこに焦点を当てたお話がなかったのですが、先ほど来、歯科健康管理全体の体系についての概念の説明もいただきましたけれども、歯科医療界の中によるタスク・シフトについてどんな御見解、あるいは歯科医師会として、これまでどんな御議論がなされてきたかについて御紹介いただければと思います。

○日本歯科医学会（小林） 個人的なことになってしまうのですが、その質問をしていただいたのはとてもいい機会というか、ありがたいと思っています。私は口腔外科医です。病院の中でも口腔外科というのは、歯科の中でも一番特別な部類に入ります。ということは何かというと、全身麻酔の手術を担当、あと緊急対応しておりますので、これは自分の口で今日言うことではなかったのですが、御質問いただいたのでお話ししますと、病院内での私たちを助けてほしいものがいっぱいありまして、例えば、この間のような、芸能人の方、

舌がんになった。その影響で多数の患者さんが押し寄せてくるのですが、幾らでも診るパワーというか、気持ちはあるのですが、大学病院、医育機関の特殊性から、カルテ作成を含め、1時間かかってしまう。診るだけだったら何十人でも診られるのですけれども、カルテ作成も含め1時間。8時間労働の中で8人しか診られない。実際には60人初診が来ているという状況で、何か自分たちの中でもタスク・シフトができたらいいなとは考えております。また、本日の内容とは違ったのでお話しはしませんでした。歯科の業界は開業、いわゆる診療所のほうが多い、医科のほうは勤務医が多いという、こういう全体の構図から見ても、今日のタスク・シフトのお話になると思うのですが、歯科の中でも、やはり勤務医、それから診療所の働いている先生方との内容は違ってきていますので、この業界というか、私たちの組織の中で考えていかなければいけないとは思っております。逆に御質問ありがとうございました。

○日本歯科医師会（柳川） ありがとうございます。超過勤務は、恐らくですが、病院歯科医師の中で大学病院の口腔外科あたりが、外来、病棟、研究、教育等の業務で超過勤務が多いだろうということは想像しておりましたけれども、まだ数字がこれからですので、近々に歯科保健課とも検証したいと考えております。現場では急いで36協定結び直したとかいうことも聞いておりますので、どうやら5年の猶予がないということで大きな影響が出ないといいなと考えております。歯科医師会としてはその辺のサポートもしたいと思っております。今、歯科医師会の中に働き方ボードを設置して対応を進めているところでございます。

それから、今、局長のおっしゃった2点目でございますが、歯科の中ということで申し上げますと、ケースはかなり少なく、職種の数も医科ほど多くなくて、歯科衛生士さんとか歯科技工士、あるいは摂食嚥下のところで言語聴覚士さんが考えられますが、これについては検討が必要です。実際に歯科内のタスク・シフトについてはまだまだ本格的議論はございません。

以上でございます。

○司会 そのほか質問ございますか。

まだ少しだけお時間ありますが、御発言等あればどうぞ。

○日本歯科医師会（柳川） 大丈夫です。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、公益社団法人日本産科婦人科学会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本産科婦人科学会 日本産科婦人科学会で特任理事をしております、北里大学の産科学の海野でございます。本日は機会を与您えいただきましてありがとうございます。

私ども産科婦人科学会、産婦人科医は、まずちょっと現況を御報告して、その上で、私どもがどういう形でこれからの働き方改革に向かっていこうと考えているか、さらに、タスク・シフトという本日のテーマについての具体策ということについて御説明申し上げた

いと思います。

産婦人科医は、年齢によって性別が大きく変わっているというのが一つの大きな特徴としてございます。ですから、この30年ぐらいの間に大きく、特に若い先生たちが働いておられる病院における働き方というのがだんだん変わらざるを得ない状況になっているということになります。それで、御案内のように、産婦人科医と外科がとにかく増えないということが問題になっておりますけれども、少しずつ最近増えて、25年前の人数のレベルまでようやく到達しているということになります。ただ、25年前とは男女構成が全く違うというところを御理解いただければと思います。

そういう中で、今の我が国の分娩取扱医療機関は、病院が1,000で、診療所が1,200という状態です。その病院の1,000のうち総合周産期母子医療センターが109、地域周産期母子医療センターが300。ですから、それ以外の施設が、おおむね600前後ぐらいの病院が分娩を取り扱っているということになります。

ぜひ見ていただきたいのは、2010年以降、分娩取扱病院がそれほど減っていないということが御理解いただけると思います。私どもはこれを問題視しています。もっと少なくなっていくと労働環境を改善できないという考え方でおりますので、そういう状況でございます。

それで、産婦人科、産科のことを今日は中心にお話ししますので、タスク・シフトの対象は助産師さんです。後ほど日本助産師会からの話もありますが、我々、打ち合わせしていませんので似たような話をするかもしれませんが、その辺は御理解ください。

それで、産科医療危機があつて、そのとき、厚労省の皆様ともいろいろ御相談させていただいて、助産師は絶対的に足りないという認識のもとに、助産師の増員というのを政策的にお願いいたしました。その結果として、2009年度以降は、それまで1,600人前後ぐらいの国家試験合格者であったのが2,000人前後になっているという状況になっております。

その結果、それ以外の要素もあると思いますけれども、就業助産師数はこの10年間で約40%増加しているという状況です。ですから、我々のタスク・シフトの対象となり得る助産師さんの絶対数ももう既にあらかじめ増やしていただいているという環境にあります。

あと、アドバンス助産師の制度が2015年から日本助産評価機構で進めていただいております。要するに高いレベルのケアが可能な助産師さん、診療能力を持った助産師を認証しようという仕組みですけれども、これで全体の3万5000人の中の1万2000人ぐらいが、今もっと増えていると思いますけれども、アドバンス助産師の認証を受けているということになります。

これは同時並行で進められております病院における助産師外来、あるいは院内助産というものの担い手としての想定というのが我々の中では共有している認識ということになるかと思えます。

実際に助産師外来・院内助産がどのぐらい普及しているかという話になりますと、これはあるかないかということ言えば、病院では半分以上のところでは助産師外来は設置され

ている。一方で院内助産のほうはパーセンテージが今でも十数%というところですから、なかなか進まないというのが実態としてはございますが、増えてきているということは事実でございます。

私ども産婦人科医としての前提となる考え方ですけれども、まず、地域で分娩できる環境というのを確保したいということと、私たち医師及び医療従事者の働き方改革を実現させたいということの両立を図らないと我々持続可能性がないものですから、それをやりたい。

そのための一つは、地域の公的病院の分娩室機能の集約化という言い方です。要は、いろんな施設が妊婦健診ですとか妊婦さんへのケアは行うとしても、分娩室、ここが24時間体制で運営されなければならない。いつでも即時対応しなければならないという場所ですから、そこがたくさんあると、我々の戦力は分散されてしまって、非常に労働条件は改善しないという問題です。これは十分御理解いただけると思います。

あともう一つは、先ほど申し上げましたように、助産師との協働及びタスク・シフトによって業務の効率化と質の向上を達成していこうということになります。それが基本方針です。

分娩室機能の集約化に関しては、まず1つは、その地域で夜間勤務を担当する産婦人科医を最小にする、そこは効率化させたいということ。あともう一つは、分娩室機能を有する病院というのは、要は産科病棟がそれなりの規模を確保することができます。それなりの分娩数も必要です。そうすることによって、今問題になっております混合病棟でない、産科の単科病棟というのを運営することがやりやすくなるだろう。そうすることによって、助産師さんが産科患者さんのケアに専念する。今それが一般病院では、中規模の分娩を取り扱っているような病院ではなかなか難しいのですが、それを実現することによって、さらにより効率のいい勤務をしていただくことが可能になると、そういう2点でございます。

それで、タスク・シフトの内容として、私どもが想定していますのは、この助産師外来を推進するというのと、院内助産の推進です。実際に労働時間の短縮効果、特に時間外労働の短縮効果ということを考えますと、より効率がいいのは助産師外来のほうでして、院内助産のほうは宿・日直許可がおりている病院であればそれなりに短縮効果がありますが、これは今後どういう体制になっていくかまだわからない部分がありますが、そうでない病院では、医師の時間外労働の短縮効果という点ではそれほどないかもしれないと思っております。

それで、助産師外来を推進することで概算を行いました。年間100件、妊娠、分娩を担当している産婦人科医がいるとして、その先生が、ローリスク妊娠・分娩が多い病院で、ローリスクが90%あるとします。妊婦健診は14回が公費補助出ていますけれども、そのうち、ここでは8回を助産師さんにやっていただくということを想定しました。そうした場合、妊婦健診の時間を年間で180時間は短縮できるということになります。その分を時間内で手術や病棟の管理や分娩を取り扱うことができるようになりますから、その分時間外を減ら

すことができるだろうという認識です。

院内助産のほうは、宿直医が呼ばれる機会が減ればということで計算すると、年間70時間ぐらいになるかなど。両者が両方いけば年間250時間ぐらい、その先生にとっての時間外を減らせる可能性はあるということになります。

問題は、助産師の増員については今までも進んでいるのですが、それだけでは今の現状では十分でなくて、さらに増員しないといけないと思っています。この3,000名というのは、看護協会の御意見も伺ってここには3,000名と書いてありますけれども、この辺はもう少し精査が必要かもしれません、そういう必要があるかと考えます。

あとは、助産業務の高度化への対応のための養成システムの充実、それから、アドバンス助産師をさらに増やしていくためのさまざまな取組が必要になるだろうと考えます。分娩機能の集約化は、病院の場で助産師が助産業務に注力できる体制を整備するという点で重要と考えております。

実現のための課題としては、お産される方々が、このような体制で私たちが質の向上とその分娩環境の確保に取り組むということについて御理解いただけるかどうかということが一番大きな要素かもしれないと考えております。実際に先ほど、助産師外来、数十%ありますということを申し上げましたが、それほど機能していないというか、要するに、妊婦さんたちがどれだけそこに行っているかということになると、なかなか進まない部分もいろいろ個々の施設の状況ではあります。このタスク・シフトの効果というのは、どちらかという分娩件数が多くて、それで、時間外労働を多くやっている系統の病院で効果がより大きくなると思います。そういうところでは、助産師はそれなりにおられますので、そういうことも考えて、何らかの体制、政策的な誘導の方法というのを御検討いただければよろしいかなと考えております。

これは看護協会からいただいたデータですけれども、総合周産期センター、地域周産期センターには7割以上のところで助産師外来が既にあります。私が勤務しております北里大学病院も総合周産期ですが、助産師外来がありますが、まだ非常に小規模です。それはやはりそこに割ける助産師の数が少ないということもありますし、実際に妊婦さんの御希望がそれほど多くないということもありますから、その全体の流れを少し変えていく必要があるかなと考えております。

それから、実際、タスク・シフト、タスク・シェアの実例としてここでお示ししたいのが、松本広域医療圏です。これは信州大学病院が中心となっておられるところですが、ここで共通診療ノートを用いて、妊婦健診施設が15ぐらい、それから分娩施設6施設の間で連携をとっておられます。セミオープンシステムということですが、これによって、分娩施設での妊婦健診の回数が全体として45%削減できていると。そこで病院側、分娩取扱施設側の負担が減っているということです。さらに、そのように減っている中で、信州大学病院は、原則として助産師外来と医師の外来との間で交互に受診していただくという形で妊婦健診を実施するという仕組みをとっておられます。もちろん、技師が参加してい

たり、何か問題があれば医師の外来のほうに行って診てもらおうということが前提となっている仕組みです。

これによっても、助産師や、助産師と技師だけでその外来が済む例がかなりありまして、全体として22%ぐらいの削減になるということです。この方法は現場では、医療従事者側も、あるいはお産された側も十分満足度が高いという結果がでている仕組みですので、こういうやり方もあり得るだろうということになるかと思えます。

助産師がふえているという件ですけれども、日本の助産師数というのは変動がかなり激しくて、今ようやく数十年前のレベルに戻ったという状況です。ただ、これは就業助産師数ですので、分娩の現場にその中のどのぐらい、何%の方おられるかというところまでは私ども把握できていません。

これで割算をしますと、助産師1人当たりの出生数としては、今は30件前後ぐらいにはなっています。助産師さん方がおっしゃっている望ましい数というのがそのぐらいの数なのです。ただ、それは今後、お産のあり方が変わってケアの体制が変わっている中なので、さらに助産師数をふやすことによって、産婦人科医と助産師との間の妊娠・分娩のケアの体制というのをシフトさせることが可能なのではないかと考えております。

以上です。

○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点につきまして、御質問をお願いします。

○堀岡室長 ありがとうございます。非常にわかりやすく、データもお示しいただきありがとうございます。不勉強な部分がありまして、厚労省にデータがあるかもしれませんが、14回中8回の健診を移管した場合という推計で、細かいデータの話で申しわけないですが、今どれぐらいで、もっと健診を移管できないのかどうかというのがまず1つ目です。

○日本産科婦人科学会 この想定は、今は助産師は保健指導はやっているけれども、助産師だけで会って、妊婦さんが帰るといような妊婦健診は行われていない施設が多いと思います。

○堀岡室長 医学的な必要性で14回中8回分ぐらいしかなかかなか難しいということなのか、その辺の技術的なものかどうかということはいかがですか。

○日本産科婦人科学会 助産師会は、後のプレゼンテーションで14分の9回と言うと思います。医学的にというのは、その辺の数字で御理解いただければいいのかなと思います。

○堀岡室長 あともう一点ですが、助産師1人当たり出生数の推移がむしろ減っているのが何故かという単純な御質問です。

○日本産科婦人科学会 このグラフですか。

○堀岡室長 はい。

○日本産科婦人科学会 これは、むしろ前が異常なのです。前は、要するに助産師が全然足りなくて、助産師が立ち会えない中でお産が行われている現状がずうっと60年代から続いて、今でも続いている部分があります。ですから、そういう状況です。

○堀岡室長 これは、単純に全助産師数で割っているのか、分娩施設で働いている助産師で割っているのか、どちらですか。

○日本産科婦人科学会 これは単純に、全助産師数の3万5000で割っています。

○堀岡室長 ありがとうございます。

○司会 そのほか質問等ございますか。

○岩間推進官 医政局医師・看護師等働き方改革推進官の岩間と申します。

大変貴重な御講演、ありがとうございました。1点確認させていただきます、助産師外来に関して、妊婦側、御家族側の理解を促進していくということに関連して、今、各研究のデータなど別の研究データを拝見しながら聞いておりましたが、この助産師外来を開設する背景ということで一番多かったのは助産師側からの提案であって、それが大体300施設、75%ぐらいが一番多いというデータが1番目、助産師のモチベーション向上のためという施設が2番目で、3番目が産科医師の業務負担軽減のためというのが42%ぐらいという数字もありました。

となりますと、打つ手としては、助産師側からエンパワーするというのもあれば、医師側からも、あるいは経営側からもより促進していくというアプローチもあるのではないかと、その実態、お見立てをお伺いします。また、患者側、妊婦側として、嫌である、理解しないというような具体例がもしお聞きになって把握されていることであれば、それは何の課題で、どういうことが不安で避けようとしてされているのか、ニーズですか、妊婦側が感じていらっしゃる課題ということをお伺いできれば幸いです。

○日本産科婦人科学会 助産師外来という考え方の中に、専門家、いろんな考え方の方がおられるのですが、院内助産に向けて、その前駆段階として助産師外来から始めると。それによって、お産まで一貫した助産師によるケアを行いたいという考え方と、それからあとは、医師と助産師とがより連携を深めて、なおかつ効率よく業務を進めて質も向上させていきたいという考え方と、その2つが混在していると思うのです。

それで、医師の側から申し上げますと、助産師さんが前に出ていただくのは全然構わないのですけれども、いつでも我々が相談できて介入できる体制というのが望ましいと考えておまして、その辺がアンケートに出てきている部分はあるかもしれません。

それからあと、一般の方が、妊婦さんたちがどう考えられるかということですが、これは、デフォルトとして、まず医師が妊婦健診をやって、助産師が保健指導をするという今までの流れというのがありますから、それで自分はどうしたいかという話になったときに、別に普通にやりたいですという話になる場合もかなりあって、その辺が御理解いただきながら進めないといけない部分ではないかなと思っています。

ハイリスクのお産をどうするのかというのはまた意見分かれるところでして、どちらにしても助産師に深く関与していただいたほうが全体としてのケアは向上するものですから、そこも深く関与していただきたいのですが、今のタスク・シフトの議論の中では、そこまで全部やってくださいという話になると業務が膨大になってしまうという部分があるので、

今回の計算ではそういうやり方をしたということです。

○堀岡室長 もう2点伺います。分娩だけでなく、例えば帝王切開の後の病棟管理とかをもっと移管できる余地とかはないのか。入院期間がそんなに長くないから、余りそれで労働時間短くなる効果が外科みたいにならないのかもしれないですけども、例えば外科とかだとパッケージ化を推進していて、かなり学会と一緒にやっているのですが、特定行為のパッケージ化みたいなのを産婦人科でも、今、整形外科で進めていただくという話になっていて、何か特別なものをつくってさらにタスク・シフトを進めていくことや、その効果があるかどうか、それは先生の所感でいいのでお伺いしたいのと、もう一点は、助産師が、通常分娩、どこまで助産師が専門にやっても、妊婦死亡率とかそういうのが全く変わらないかといったようなエビデンスというのはお持ちでしょうか。

○日本産科婦人科学会 まず、前者の術後の病棟管理に関しては、今日申し上げなかったのは、それはもう外科でいっぱいおっしゃっていただいているので、我々の必要なことというのは、外科やほかの診療科に必要なこと以上のことではないだろうなという考えで、ここでは特に我々の特殊性を申し上げたほうがいいかなと思って、そういうプレゼンテーションにいたしました。ですから、同じようなことは若干あるだろうとは考えられます。

それから、質の担保の問題ですが、我が国は周産期死亡率にしても妊産婦死亡率にしても世界最高水準になってしまっていますので、これを変えたときに同じレベルで結果として数字を出せるかどうかというのは、すぐお答えするのは難しいです。ただ、ほかの欧米先進国の一般的な状況を考えると、大規模分娩施設で、経膈分娩に関して基本的には助産師主導の分娩をやっていて、それで必要時に医師が介入するというような体制というのは割と普遍的にヨーロッパでは存在しています。なので、そこでの数字程度は出ることはなるかなと思います。

○司会 それでは、お時間ですので、ありがとうございました。

続きまして、公益社団法人日本小児科学会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本小児科学会 小児科学会会長の高橋孝雄と申します。どうぞよろしく願いいたします。

まず、ヒアリングに向けての準備期間にご配慮いただき、このような日程まで待っていただいたことに感謝申し上げます。

8枚のスライド資料を事前に提出させていただきましたが、その内容が何を目的に、どのようにして集められた意見かということを最初に述べさせていただきたいと思います。

私どもの理解では、働き方改革を実現するためにはどのような制度整備が必要かということについてヒアリングの機会を与えていただいていると考えております。そういった意味で、私ども小児科学会では、関係する7つの委員会にまず意見を聞くことを行いました。その中には、小児医療提供体制委員会、男女共同参画推進委員会、社会保険委員会、そして小児救急委員会、それから新生児委員会、将来の小児科医を考える委員会、そして情報

管理委員会と少なくとも7つの委員会からそれぞれ2名ずつの委員により議論を詰めさせていただきました。

以上述べました7つの委員会を一つにまとめたワーキンググループが実は既にございまして、その名も「働き方改革検討ワーキンググループ」といいます。そのようなタイミングでヒアリングの機会を与えていただいたということになり、繰り返しになりますが、時間をいただいたおかげで相当の議論を進めることができました。

さらに、全ての理事に今回の件に関しまして意見を述べるように要請しました。また、日本小児科学会には23の分科会がございます。いわゆるサブスペシャリティ領域からの意見を取りまとめるために、新生児、小児神経症、小児循環器など、23の分科会全てに今回の件につき意見を伺っております。

それら全てをとりまとめまして、きょう提示させていただく8枚のスライドにまとめたわけでございます。しかしながら、全ての意見を集約することはできませんでしたので、代表的なものに限らせていただいております。

それから、このような機会をいただいている意義について考えてみますと、費用対効果と申しますか、どういったタスク・シフトを行えば、例えば、我々の場合、小児科医の働く実働時間をどのように減らして負担を減らすことができるか、あるいは少ないと言われている小児科医でどうやって質の高い医療を提供できるか。やはり費用対効果という考えは非常に重要だと思います。

それを踏まえた上で、安全と安心を確保しながらという大前提があるということも決して忘れてはならないと思っております。最初に強調させていただきたいのですが、私ども小児科学会は、物言わぬ子どもたちを代弁しているということでございます。我々はそういう子どもたちの安全や安心に関する不安や思いを代弁していると。そういったことを忘れずに、タスク・シフティングについても、学会や医師の独断にならないように配慮していく必要があると考えております。

さて、小児科のタスク・シフトというのは特定の年齢に限って、特定の状況で、特定の病態においては可能という表現にならざるを得ないという特徴がございます。

例えば未熟児から始まって、新生児、幼児期、小児期を経て思春期、それからヤングアダルト、そして成人期への移行問題。これらはいずれも異なる病態でございますし、異なるタスク・シフトが必要になってくると考えております。

このタスク・シフティングによって安全や安心がおろそかにされること、それも物言わぬ子どもたちの陰でそういうリスクが高まっていくということだけは避けたいと考えます。どの学会も御努力されているとは思いますが、安全と安心に配慮したタスク・シフティングのために基準を設定していくこと、そういうことが恐らく今回のこの事業の一番重要な点だと思います。

これは私、高橋としての見解でございまして、学会全体の意見をとりまとめるには時間がかかると思いますが、結論めいたものを一言で申し上げますと、消極的ではないが、慎重

にならざるを得ないということになります。

きょう8枚、このタイトルスライドを含めて御用意いたしました、そのうち2枚は課題とか懸念、はっきり申し上げますと、タスク・シフトするべきではないものは何かということを示させていただいております。

全部で8枚のうち5枚ほどは、タスク・シフトが行われている、あるいは認められている、しかし、いま一つ普及していない、進んでいないという項目をまとめさせていただきました。ここでは一言一句読み上げる時間もございませんし、また既にホームページ上に公開されているものと思われまますので、一つ一つの御説明は控えさせていただきます。

なお、傍聴席にたくさんの方がいらっしゃっていて大変うれしく思います。もしご希望の方がいらっしゃいましたら、小児科学会で20部ほど印刷してスライド資料をご用意しておりますので、ぜひお申し付けいただきたいと思います。

表がずっと並び、これを見て何がわかるのかという気もいたしますが、先ほど冒頭で申し上げましたように、非常に多くの方々の意見を集約する機会を得ましたので、それらの総括がこうだということになります。この表は外来のセッティングでどういったことが可能かということを示したものですし、この表は一般小児病棟に関するものです。

これは、一般病棟以外の設定で、例えば認定看護師がそこにいれば何とか進められそうだというような業務について代表的なものをまとめさせていただいた表です。小児に特徴的かなと思うのですが、NICUを初め年齢別に集中治療室の種類が異なります。あるいは血液腫瘍など、同じ小児科病棟の中でも相当に異なる病態を扱っております。ここでは15パターンとなっていますが、恐らくこれは意見を聞けば聞くほど、考えれば考えるほどパターンがふえてくる。その中のある状況、病態で、これであれば、こういう人にであればお任せできる、と考えていくと無数のパターンが出てくるのではないかと思うわけです。

このスライドには、タスク・シフト全般に関して我々が課題だと考えていることが記載されています。看護師、心理士、薬剤師、栄養士、それぞれについて十分な研修、それに関する基準が必要だということです。時間も費用もかかるということです。これはただ、小児科に限らず、全ての診療科が考えておられることだと理解しております。

弱気になってばかりもおられませんので、先進事例ということで、こういうことであればどうやら可能そうだという例として、小児アレルギー疾患におけるエデュケーター制度というものを示します。私の勤務している病院でも、講習会を受けてエデュケーターになっておられる方々がいらっしゃいます。逆に、これほど限定された病態で、これほどしっかりと研修制度があった場合に初めて子どもの病気に関するタスク・シフトが可能になるのだ、ということも感じ取っていただきたいと思います。

これが8枚目、最後のスライドになるわけですが、タスク・シフトできない業務、あるいはむしろすべきでないという業務がこれだけたくさんあるということをお示ししたいと思います。冒頭でも述べさせていただきましたように、小児医療というのは非常に多岐にわたる。年齢だけではございません。例えば、先天性の奇形などの病気や遺伝性の基礎疾

患を持った子どもに起こる病態について、この医療行為はこの診療セッティングであれば医師以外に任せていいだろうなど、ありとあらゆる状況分けが必要になってくると思います。

これも全ての診療科に当てはまることではございますけれども、医師の仕事には臨機応変な対応ということがどうしても求められておりました、これが安全・安心の基本中の基本でございます。皆様既に御存じのとおり、特に小さな子どもは、急変する可能性が低い高いではなく、病状変化が起きた場合の変化のスピードが速い。それから、予期せぬ場合に起こる。繰り返しになりますが、何が起こっているのか、自分では表現できない子どもたちに急変が起こるということになります。

先ほど産科の先生のお話を聞いていて、同じだなと思ったのですが、スタンバイしなければならない仕事だと。小児科だけとは申しませんが、ある業務を他の職種の方にシフトできたとしても、万が一に備えて、そこに小児科医がいる必要はあるのではないかと。これはスタンバイしている以上は、スタンバイしている間の量的な、身体的負担は軽減できるかもしれない。しかし、拘束時間という観点で、働き方改革にどの程度貢献できるのかということも具体的に考えるべきだと思っております。

小児医療の特殊性を強調してまいりましたが、小児科医は子どもの総合医であるということ最後に強調させて頂きたいと思っております。総合診療医ではなく、総合医なのです。病気の子も病気でない子も、あらゆる子どもの健康や保健、ひいては将来の幸せを守るのが我々の仕事です。

そういう意味で、タスク・シフトすべきでない業務の下から4番目、「初療時の予診」というのが私は非常に重要なポイントだと思います。子どもが病院に連れてこられた場合に、たとえそれがただの発熱であっても、洋服が汚れている、お風呂に入っていないのではないか、お母さんの受け答えにつじつまが合わない点が多い、などの違和感を感じることが重要です。なぜこのようなことでわざわざ病院に来たのだろう、様子がおかしいと。家族背景も含めて、その子の育ち方、育まれている状態について、小児科医というのは目を配る能力を持っており、それは非常に重要なことなのです。したがって、どういう病気でなぜ来たかというお話を聞くだけではない。

これをタスク・シフティングするということは大変危険なことで、問題の本質、例えば虐待を見逃す可能性がある、貧困家庭の極限状態に目をそらす可能性があるということになってくると思います。何かに備えて、何かあるのではないかとという目で患者さんである子どもやそのご家族に接することの重要さと難しさを強調させていただきたいと思っております。

最後に他の科へのタスク・シフトという視点が抜けていたので追加発言させていただきます。1つは移行期医療でございまして、小児期を過ぎた患者さんをスムーズに受けていただくための努力も必要だと思います。もう一つは、内科や耳鼻科を中心に、実際には小児科医以外の先生方にも子どもたちを診ていただいている、という事実。だからこそ支えられている地域医療もあるわけですが、あくまで私の意見ではございますけれども、特に2

点目については拙速に推進すべきではない。専門医制度改革の大きな目的が、国民からわかりやすい専門医制度、質の高い医療の提供である一方で、お母さん、お父さんに、これは耳鼻科かな、これは内科の先生で十分だなという判断を任せていいのでしょうか。

小児科医は総合医であり、総合診療医にとどまらないということを考えると、小児科医が自ら行うべき仕事は、少子化の状況であるからこそ、今後ますます多様化し、増えていくと信じております。

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した。ただいまプレゼンテーションいただきました内容について、質問等ございますか。

○佐々木総務課長 総務課長でございます。

熱心に御講義いただいて、プレゼンテーション、ありがとうございました。大変勉強になりました。その上で伺いしたいと思いますが、現在医師が行う業務のうち移管可能と考えられる業務で、食事オーダー、栄養指導、これは制度的には可能だけでも実態的に進んでいないのでというお話ですけれども、これは小児固有の必然性、栄養管理指導、なかなかタスク・シフトできないという、小児固有の要因が特別におありになるのかというのが1点。

○日本小児科学会 大変重要な御指摘だと思います。そのとおりでございます。栄養指導の目的が子ども一人一人で大きく異なってまいりますし、生まれつきの病気を持っている方もいらっしゃいます。さらに申し上げれば、お父様やお母様方、実際に毎日食事をつくるのは彼らなわけですが、彼らの理解力も変わってくるということで、ただ栄養指導を行えばいいということではないのです。

そのような状況を毎日の診療で実感してきますと、一体これ、どうシフトしていけばいいのだろうとどうしても考えます。また、栄養というのは子どもにとっては成長発達の礎ですので、成人における栄養管理とは全く違う観点が必要であるということも御理解いただきたいと思います。

○佐々木総務課長 逆に言うと、進めるための課題というところで、カリキュラムをきっちりと小児向けにつくれば、要は、専門的な小児関係の発達とかも御理解いただいている管理栄養士さんとか、そういうカリキュラム的に対応していけばシフトは進むと、こういう理解でよろしいですか。

○日本小児科学会 全くおっしゃるとおりです。栄養士に限らずですが、薬剤師の方、心理士の方、看護師の方、子どものことを専門に考えておられる方々の教育制度を整備していただきたいと思います。

○佐々木総務課長 もう一つ、非常に技術的にも、これは専門家の先生にお願いする知見のほうが勝っているのは明らかですけれども、小児領域でタスク・シフトできない、すべきでない業務の中で、先ほど予診の話は御説明ございましたけれども、静脈採血とか静脈ラインの確保、これはやはり医師以外にできないのでしょうか。看護師とか、恐らく、普

通の成人の領域ではやっているケースが多いはずですがけれども、これはどうしてもできないでしょうか。

○日本小児科学会 どうしてもできないというわけではなく、大学病院や市中病院の一部ではもう実際行われていると思います。安全にできる場面もございます。ただ、ここで書いてありますように、新生児とか幼児、あるいは特定の病態を持った患児においては、例えば、未熟児では話は別です。未熟児網膜症の診察をするために保育器に眼科医が手を入れて診察するだけで徐脈になって急変します。そういった特殊性があるということで、ことごとく静脈採血がだめということでは全くございません。

○佐々木総務課長 特定の病態において難しいケースがあるということですね。

○日本小児科学会 その仕分けが非常に重要だということでございます。

○佐々木総務課長 わかりました。ありがとうございます。

○司会 そのほか質問等ございますか。

○習田室長 看護課の看護サービス推進室の習田と申します。

御説明ありがとうございます。タスク・シフト推進に関する課題の中で、特定行為研修についてのカリキュラムの作成と研修システムの構築を挙げられているのですが、この研修システムの構築というのは具体的にどういうことなのかということをお教えいただければと思います。

○日本小児科学会 非常に難しいご質問だと思います。看護協会と小児科学会の協力が必須です。まずは小児科医の教育を充実させ、その上で看護師と連携ができなければタスクシフトは難しいと思います。

一方で、私の知っている限り、子どものためにこそ看護師をやりたいと思っておられる看護師さんは大勢いらっしゃると思います。ですから、意欲とか、候補となる看護師さんの数という意味では僕は悲観的ではないのです。ただ、そういった方々の望みをかなえるようなシステムがやはりできていないと。ある意味、それは小児科学会も含めた学会や協会のタスクでもあると考えております。お答えになってないですか。

○習田室長 ありがとうございます。

○司会 そのほか。

○祝原（地域医療計画課） 御発表ありがとうございます。地域医療計画課の祝原と申します。

少し本題からそれてしまったら申しわけありませんけれども、今回、医師がスタンバイしておくことが重要であるという御発表をいただきまして、それは非常にわかるころもあります。一方で、その医師をスタンバイさせるという意味においては、シフトといえますよりもタスク・シェアかもしれません、医師の中での協働ということも必要になるかと思っております。つまり、サブスペシャリティ間、あるいは医療機関種、例えば総合的な小児医療を提供する医療機関なのか、いわゆる診療所なのか、一般的な入院を担っている医療機関か、そういった各医療機関種における医師間のシェア、そういった形での取組につ

いては、学会として現在どういう御議論、あるいはこれからどういう御議論をされる御予定でしょうか。

○日本小児科学会 ありがとうございます。小児科といえども、サブスペシャリティ学会が23領域もございまして、その間の連携、シェアも必要でございますし、先生のおっしゃったとおりで、医師と医師との連携というのは非常に重要になってくると思います。私が一番重要だと考えるのは、小児科医の総合医としてのアイデンティティをしっかりと教育することだと。新専門医制度において3年間の時間が与えられておりますので、その中でタスク・シェアやタスク・シフトをできるような医師を育てていくということが重要だと思います。その後、小児科の専門医になった後、それぞれのサブスペに進むなり、大学病院なり市中病院なり診療所なり、それぞれの状況で仕事をしていく中で、3年間の専門教育で養った総合医としての資質というものは必ず生かされると思うのですね。それがなくなかなか安全なタスク・シフトというのは実現されないと思います。

多少曖昧な答えになってしまいますけれども、今、御指摘いただいた点が小児科医の総合医としてのアイデンティティそのものであり、基本領域学会としては、3年間のプログラムの期間にぜひそういったことができる医師を育てていきたいのだということでお答えにさせていただきたいと思います。

○堀岡室長 この5番のタスク・シフトできない業務としてあげられているものは、同意できるものばかりで、これらの多くが新生児科の業務であるかと思いますが、例えば新生児御専門でない一般の小児科医で、この中の多くのタスクというのはシェアできるものですか。それとも、新生児をご専門としている医師でないといけないものなのかというのを所感としてお教えいただけますか。

○日本小児科学会 一言で申し上げますと、小児科医である者、総合医であるからには、新生児の最低限の医療は全てできるように教育されております。御心配なきよう。ここが一番わかりやすいので未熟児、新生児を挙げていますが、特殊な先天性の疾病を持った重篤なお子さんについては、何歳になってもやはり特殊な状況があるのです。それを全部ここで挙げていきますと切りがないので、一番わかりやすい新生児という例を挙げさせていただきました。

○司会 では、お時間になりましたので、ありがとうございました。

続きまして、公益社団法人日本助産師会様よりプレゼンテーションをお願いします。

○日本助産師会 日本助産師会の島田と申します。どうぞよろしく願いいたします。

本会で考えております、「現在医師や医師以外の業務が担う業務のうち、助産師に移管可能な業務について」はこの2点に尽きるかと思っております。1つは「ローリスク妊産婦の健診業務」、2つ目は「妊産婦の保健指導業務」でございます。こちらにつきましては、助産師がローリスクの妊産婦の管理を行う、保健指導を行うというのは既に法的に認められております。しかしながら、先ほどの産婦人科学会からもお話がありましたとおり、病院につきましては、こういった業務につきましても医師が担当する業務になっていると

というのが現実の状況でございます。

ローリスクは助産師が担い、ハイリスクの妊産婦は産婦人科の先生にお願いすることは、まだまだやり方によって可能であると思っております。

十分なリスク診断を行って、ローリスクに関して助産師が医師と協働しながらきちんと管理し、医師は、今非常にハイリスクの妊産婦が増えておりますので、そちらに十分専念していただくといった環境整備が進んでいくといいのではないかと思っております。

こちらは「ローリスク妊産婦におけるシフトの具体例」でございます。先ほど14回の健診のうち8回との御発表もございましたが、本会では9回ぐらいは助産師で担えるのではないかと思っております。もちろん、正常な経過でありましても、ポイントポイントで正常に経過しているかどうかきちんと確認する必要がありますので、そちらに関しては産婦人科の先生が十分把握していただくことが必要ではございますが、やはり9回の健診を、ローリスクに関しましては助産師が担うことは十分可能かと思えます。

それから、院内助産における分娩時の医師の立ち会いですが、既に院内助産に関しては30%、全く医師の立ち会いがなくても管理ができるというような状況も報告されておりますし、状況に応じて医師を呼ぶか呼ばないか、ベテランの助産師であれば判断できると思っております。分娩時はどちらにせよ医師が待機をする必要があるのではないかともおっしゃってはおりましたが、やはり院内助産によって医師負担を減らすことができるのではないかと思えます。

それから、今、産後の助産師の継続支援、こちらが注目されておりますが、こちらに関しては、ローリスクであれば、かなりの部分、私どもに移管していただいてもいいのではないかと考えています。

さまざまな研究によって助産師中心の継続ケア、妊娠・出産・産後を通じて、妊産婦への安心や満足感につながるということは文献で証明されております。そして、低リスクに関しましては、院内助産や助産師外来の実施で、医師の身体的・精神的な負担の軽減も、日本看護協会のデータではありますが、約60%軽減されるのではないかとというようなデータも出ております。重要なのは、業務移管を受けた際の質の確保だとは思っております。そこは十分こちらでも認識しております。

それで、リスク判断につきましては、看護協会のほうで、助産師外来・院内助産に関する業務ガイドライン2018というのが出ておりますし、本会も助産業務ガイドライン2019で、助産師の低リスクの妊産婦に関する安全管理のあり方は既にまとめてありますが、そういったものを使い、さらにその施設の医師との協議の上で、きちんとしたリスク判断をし、業務範囲をきちんと明確にして実践することが非常に必要だと思いますし、それに関しては医師との話し合いで進めていけるのではないかと思えます。

それから質の高い助産師の育成ということで、先ほどの産婦人科学会様の御発表のように、私どもも質の確保というところでは、教育の問題、それから、今、アドバンス助産師の認証制度が進んではおりますが、院内助産を自立してできるような助産師の質の保証を

助産師の団体全体で検討し、きちんとした教育制度をさらに確立していく必要があるかと思えます。

妊産婦の保健指導業務に関しましても、本会では、妊娠期の支援ガイド等を作成しております。こちらに関しても質保証をさらに進めていくという考えであります。

課題としましては、こちらは日本看護協会の調査の結果を引用させていただいてお話しさせていただきますが、まずは産婦人科の先生方の御理解ということ。出産、これはいつ何があるかわからないということで、医師が中心となって管理すべきであり、なかなか助産師に任せられないというお考えは十分理解できます。

しかし、きちんとリスク管理を行う、管理のプロセスできちんと連絡・報告・相談を徹底して行って、実績を積み重ねて医師の信頼を得ていくということ、助産師が共通認識していけばやっていけるのではないかと考えております。

それから、先ほど来、数の確保というお話もございました。こちらはいろいろな算出で出されたデータというのがあるのですが、先ほどの御報告にもありましたとおり、助産師は、最新のデータでは3万8000人弱ということで、数はふえております。しかし、約5万人は必要ではないかという算出もございまして、数も増やしていかなくてはならないとは思っておりますし、妊産婦のメンタルヘルス、それからあと、非常に育児不安が高い状況、こういったものも鑑みますと、産後の継続支援にも助産師の業務を厚くしていかなくてはならないというようなことも認識はしております。

しかし、なぜ院内助産、それから助産師外来を推進していきたいかにつきましては、助産師として、ローリスクの妊産婦さんに関してはある程度責任を持ってやっていきたいというような助産師の願いがございまして、タスク・シフティングというような考え方ももちろんございまして、助産師の本来業務として、私たち自身の課題はありますが、お認めいただきたいと思っております。

新人、それから若手の助産師は、今まで助産師主体で妊産婦管理をしてきているというような経験がございませんので、よく助産師自身がそれをしたくないのではないかというお話があるのですが、やはり経験値が少ないのでそういったことが進まないということもございまして、まずは、どこの施設であっても、そういった機会を与えていただきたいと思います。

タスク・シフト先進事例につきましては、これは助産所での妊産婦管理が先進事例として、言うまでもなく挙げられるかと思えます。こちらは本会の2013から2017のデータでございまして、助産所で取り扱いました分娩数約2万3000件につきまして追跡調査をいたしました。緊急に医療機関に搬送して、医療的な介入をお願いするという状況に至った例は18.5%でございました。

ですので、約8割はきちんとした安全管理に基づいて、低リスク事例を判別し、ポイントポイントで連携している医療機関のほうと状況確認しながら分娩まで至れば、それほど緊急に搬送する状況は生じないということはこちらのデータでも言えるかと思えます。

それから、海外との助産師業務の比較でございますが、ドイツとニュージーランドの例を挙げてございます。助産師は継続的に支援を行うということがどちらの国でも共通しております。医師の役割としましては、ハイリスクの分娩管理、それからポイントポイントでの妊産婦の健診、状況確認が共通して役割として挙げられているというような状況でございます。

以上、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内容について、質問等ございますか。

○岩間推進官 医師・看護師等働き方改革推進官の岩間と申します。

御説明ありがとうございます。7ページのタスク・シフト推進に関する課題というところに関連してお伺いします。先ほどの産婦人科学会の説明とあわせてお伺いすると、両団体とも共通した方向性を向いていらっしゃると受けとめることができました。となりますと、現場における課題が解決されていけば推進されていく余地は非常に高いのではないかと感じたのを前提にしてお伺いするのですが、医師の理解といった場合に、例えば、個別の助産師の方から見て、いわば直属している医師の方が理解してもらうように働きかけるのも重要ではありますが、組織のマネジメントとして、その産婦人科のトップが経営として、マネジメントの方向を示し推進していくというのも1つ方向性としてあるかと思いますが、そういった点に関して、助産師会さんから、このようなことを院内の誰にしてもらうと進みそうかということの御見解をいただければ幸いです。

○日本助産師会 個々の助産師の努力も必要です。が、こちらに関しましては、現在、助産所の嘱託医療機関に関しても、嘱託医療機関になってもらえないとか、そういった状況がございますので、個々の病院のなかでというよりは、産婦人科医会さん、それから産婦人科学会さんのほうと、どのようにすれば助産師として医師の信頼に足るような状況で業務がやっていけるか今後さらに御相談が必要なのかなとは思っています。

○司会 そのほか、質問等ございますか。

少しお時間ありますが、追加で御発言等あればどうぞ。

○日本助産師会 大丈夫です。

○佐々木総務課長 総務課長の佐々木でございます。

いただいた資料の中で、8割方、助産所から転院しないで分娩をされているということですが、そこで、その受けとめとして8割というのは高いと考えるか低いと考えるかをお伺いします。基本的に、先ほどの御説明だと助産所で完結するのが高いという受けとめだったかと思いますが、一方で2割も転院しているという見方もできますので、そのあたりの見解、あるいはこれをさらに押し上げて、助産所で完結する方向で考えたほうがいいのかなど御見解はございますか。

○日本助産師会 助産所と院内助産の分娩の大きな違いというのは、医師との距離と考えています。助産業務ガイドラインでも、搬送の時間、これを含めて、医師がこんな感じで

手おくれの状態で搬送されたと判断されない状況で、かなり未然の状況で送るといような判断基準になっておりますので、そういった判断基準であっても、8割方大丈夫ということでございます。

○佐々木総務課長 わかりました。

○司会 ありがとうございます。

続きまして、四病院団体協議会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○四病院団体協議会 それでは、四病院団体協議会、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の4つの団体を代表しまして、全日本病院協会の猪口から説明させていただきます。

医師のタスク・シフティング、それからタスク・シェアリングについてであります。我々からの提案ですが、医師の労働時間短縮の推進、これをするためには、チーム医療の推進が重要であって、タスク・シフティング、それからタスク・シェアリングを多方面にわたって実現化する必要があると考えております。四病院団体協議会では以下の職種に対するタスク・シフティングを提案したいと思っております。

まず、医師等との協働による薬剤師業務の拡大、医師の包括的指示による看護師業務の拡大、臨床工学技士の業務範囲の見直しと拡大、医療現場における救急救命士の業務確立、そして麻酔業務におけるタスク・シフティングの5項目であります。

まず、薬剤師へのタスク・シフティングですが、現行制度のもとでは、薬剤師が実施できるにもかかわらず十分に活用されていない業務を改めて明確化して、薬剤師の活用を促すべきと考えております。

例えばですけれども、医師との協働によるプロトコールに基づいた投薬の実施、それから薬剤選択、多剤併用薬に対する処方提案、副作用の状況把握、服薬指導、そして抗菌薬の治療コントロール処方提案などあります。

これらについては、医師の包括的指示と同意がある場合には、医師の最終確認・再確認を必要とせず、薬剤師が主体的に業務を行うことを明確化したいと考えております。

これは院外薬局ではなくて、主に院内における、主体となった病院における業務ということですが、こういうことを明確化したいと思っております。

それから、医師の包括的指示による看護師業務の拡大。医師から看護師への指示については、医師は看護師が実施すべき行為を一括して指示すること（包括的指示）も可能であると考えられます。しかし、包括的指示が成立するための具体的な要件は明確化されておられません。一般的な臨床現場において、医師が患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為について一括した指示（包括的指示）を行うことができることは有効なタスク・シフティングになると考えております。

これは特定行為に示される医行為とは別でありまして、侵襲性の低い医行為であれば、病棟、在宅、そして特に介護施設等における包括的指示、これらのモデルを示して、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるように、こうすることによってタスク・シフテ

イングができていくのではないかと考えております。

それから、臨床工学士の業務範囲の見直しと拡大。現行制度において直ちに実施可能な業務というのは、ここに挙げてあるように、数多くあります。心・血管カテーテル業務における、清潔野で使用する生命維持管理装置及びカテーテル関連機器の操作及び接続。人工呼吸装置の使用時に吸引による喀痰等の除去、血液浄化装置の先端部（穿刺針）のバスキュラーアクセスへの穿刺及び抜去、そして医師の具体的指示を受けて行わなければならない法令上の特定の行為。ここには動脈留置カテーテルからの採血、そして血液浄化業務、人工心肺業務における、血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更、生命維持管理装置及び手術関連機器の操作条件及び監視条件の設定及び変更。これらは今謳われているわけですが、現行制度で実施可能な業務をもう一回整理して、業務範囲の見直し及び拡大を行うということを提案いたします。

それから、救急救命士へのタスク・シフティングですが、医療現場における救急救命士の業務の確立。救急救命士は、救急救命士法により、その業務・活動範囲が規定、制限されており、処置可能な場所は傷病者の発生場所から救急用自動車内、利用医療機関に到着するまでとされております。人材確保が問題となっている救急医療の現場で、医療機関内における救急救命士の活用は有効なタスク・シフティングとなり得ます。

医療機関内において対応できるようになるためには法的な改正を踏まえた検討が必要とと考えております。

続きまして、麻酔業務におけるタスク・シフティング。麻酔業務におけるタスク・シフトとしまして、医療現場においては、現在、麻酔科医不足は結構深刻な問題となっております。現行制度のもとで、軽度な全身麻酔は、麻酔の標榜医、そして経験を積んだ医師による自科麻酔、これは可能であるはずですので、ここを確認するとともに推奨したいと考えております。

以上5点であります。

まとめとしまして、四病院団体協議会では、多岐にわたるタスク・シフティング、タスク・シェアリングの可能性について検討を行ってまいりました。

今回提案した職種については、今後さらなる法的諸問題の精査、関係諸団体との協議が必要となると考えております。

医療の質の向上が確保された上で、医師の労働時間短縮のために種々の取組が積極的に進められることを期待しております。

以上です。どうもありがとうございました。

○司会 ありがとうございました。ただいまプレゼンテーションいただきました内容につきまして、質問等ございますか。

○堀岡室長 ありがとうございます。2点ございまして、1つは、若干わかりづらかった4ページのところですが、今、特定行為よりも非常に簡単な医行為であっても、特定行為だけが包括指示で、特定行為より非常に簡単な医行為なのに、そちらは包括指示ができません。

いといった誤解があるので、きちんとその指示が担保されていればそのような行為の仕方ができるということをわかりやすく示すべきということによろしいでしょうか。

○四病院団体協議会 法的に言うと、ちゃんと医師が変化を予測して包括的指示を出すというのは、今でも大丈夫なはずで。ところが、医療の現場ですと、非常に細かいところまで医師の指示を仰ぐということが日常的に行われております。特に大学病院等では本当に細かいところまで指示しないと行為が行われれないということになっておりますので、ここをもう少しわかりやすく、このようなモデルを示しておけば、それに基づいて包括的指示がちゃんとできて、それで看護師さんの判断によって行われると。こういうことが常態化すると、かなりお互いの指示、指示受けのやりとりが減っていくのではないかと思いますし、業務がスムーズに回るのではないかと考えております。

○堀岡室長 ありがとうございます。もう1点は7ページの麻酔のところですが、この背景にあるのは、もちろん、医療の安全とかそういうのは非常に重要だとは思いますが、多くの現場で、麻酔科専門医でないとあらゆる麻酔はかけてはいけないのではないかと。といったことが前提にあって、非常に麻酔科医不足で、病院団体があらゆる麻酔をしないといけないというようなことが現場であるということが背景にあるということでしょうか。

○四病院団体協議会 はい。これはいつごろからそうなったのかなと思うのですが、以前は、麻酔の標榜医を取得する、もしくは経験を積んで外科とか整形外科とかにそれを専門にやっていったときに、かなり自科麻酔で行われるケースというのが、特に多人数いる整形外科や外科とかでは行われていたと思うのです。

ところが、いつからか、麻酔の専門医でないと全身麻酔等がかけられないというようにどうも変わってきてしまったように思います。ですから、今でも、この自科麻酔ということが日常に、リスクがもちろん少ないものということになりますけれども、それが行われると、手術の件数とか緊急の手術とか、そういうこともある程度、今よりも可能になるのではないかと。ということを考えておまして、提案いたしました。

○司会 そのほか、お願いします。

○佐々木総務課長 ありがとうございます。5ページの臨床工学技士ですが、この業務に関して、どのような観点で選定されて、あるいは四病協の中でどういう御議論があったのかということと、安全性、あるいは業務の分担に関する何か統計的な、あるいは学術的なバックデータとかを四病協の中でおまとめになられている、あるいは収集されていることがあるのかということについてお伺いしたいと思います。

○四病院団体協議会 これにつきましては、臨床工学技士会の方とも相談させていただいております。今、指針の中でやれることというのはものすごく数多く謳われております。それをきちっと理解した上で現場が動いているかということ、実はそうでもないような部分もありまして、もう少し具体的にここまでできるよということをもう一回整理し直したほうがいいのかなど。その上で、これはもっとできるということがあれば、そこで拡大という方向に持っていったらと思ひまして、もう一回、まずはちょっと見直しすることが必要

ではないかと思っております。

○司会 そのほかの質問はありますか。

○岩間推進官 御説明ありがとうございました。岩間と申します。

4ページの「医師の包括的指示による看護師業務の拡大」のスライドについてお伺いします。現状、医師から見て、特に大学病院などにおいて細かなことまでも看護師などから報告を求めたり、チェックするという実態がおありになるという御説明でしたけれども、そういったことからすると、要件を明確にする、方向性を明確にするということも一つの手段かと思いますが、医師の側から見て、「そのようにしないと不安だということからそういう細かなところまで任せない」ということになっているのか、それとも「指示を出すのが逆に煩雑だから自分でコントロールしてしまったほうがいい」など、どういった要因でこういう事態になっているのか。医師の方の心理、気持ちに立たれると、どういった要因で、包括的に任せない、任せたくないということになっているのか、御感触をお伺いできますでしょうか。

○四病院団体協議会 多分、個々の条件によってこれはかなり変わるもので、医師も、ベテランの方から研修医までおりますので、その指示の出し方は当然変わってくる可能性があります。それから看護師のほうも、受ける方が新人からベテランで、またどこまで受けられるかという技量も変わってくると思うのです。ですから、そういうことも勘案した上で、ある程度、このようなどきにはこういう指示だというモデルをまずつくって行って、こういうことだったら安全に行えるよねというようなところをまず示していくことから始めたらいいのではないかと思っております。

○岩間推進官 ありがとうございます。あと関連でお伺いします。ある程度、いろんな状態がある相手方の受けるほうもいろいろな力量の方がいらっしゃるとなると、なかなか事前に特定してということが難しそうで、指示を出す、そこをコントロールするということの煩雑さ、あるいは目配せをすることの手間暇、コストみたいなものを何らか補うようなシステムなり何らかの研修なり、そういったことの支援というのが必要そうなことなのか、それとも各医療機関の中の工夫で済むような話なのかといった点をあわせてお伺いできればと思います。

○四病院団体協議会 恐らく医療機関によってやり方は大分異なっていくのかなと思っております。例えばここで在宅とか介護施設ということを挙げさせていただいたのは、そこでは医師が常にいるわけではないです。そうすると、看護師のほうが多分接する機会が多いわけですので、そこで自分たちの判断できるような指示を出していくということが非常に重要になってくると思っております。ですから、やはりレベルはいろいろありますので、そこはそれぞれの医療機関で考えていかなければならないのですが、とりあえずは、まずここまでやったらどうかというようなモデルを示しながらそれぞれが考えていくということになるのではないかと思います。

○司会 そのほかございますか。

少しお時間ありますが、最後、追加で御発言あればどうぞ。

○四病院団体協議会 我々は4つの病院団体でいろんな意見がありますので、これからもまたいろんな機会でご々の考え方を発表していけたらと思っております。どうもありがとうございました。

○司会 ありがとうございます。

では、本日最後になりますが、公益社団法人日本看護協会様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○日本看護協会 日本看護協会副会長の秋山でございます。どうぞよろしくをお願いいたします。

「タスク・シフティングに関するヒアリング」ということで資料を準備させていただきました。まず、看護の仕事、なかなか一般の方々に理解していただくのは難しいところもございますので、この背景の部分から御説明したいと思っております。

こちらは我々看護職の行動指針となります、日本看護協会で定めました「看護者の倫理綱領」からの抜粋でございますけれども、私ども、「看護は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うこと」を目的としております。

この倫理綱領にのっとりまして、2015年には、2025年に向けた社会保障制度改革を踏まえまして、これらの目的を達成するための「看護の将来ビジョン」というものを策定・公表したところでございます。

今後ますます、病気を抱えながら地域で暮らす人々がさらに増加してまいりますけれども、暮らしの場で療養においては、医療的な判断、あるいは実施というものが適時的確になされることが、人々にとっての安全・安心に直結するものと考えております。

そのため、地域において人々が安全・安心して療養できることを目指し、常に人々の傍らで活動する看護職の医療的な判断、あるいは実施における裁量拡大を進めるということをごこのビジョンの中で掲げております。

本会では、このビジョンに基づきまして、働き方改革の議論の前から今後の看護師の業務のあり方について検討を重ねてまいりましたので、本日はそれらの検討も踏まえて提案していきたいと考えております。

まず、「タスク・シフティングに関する日本看護協会の考え」でございますけれども、医師の労働時間が短縮する中でも、国民に必要な医療が安全かつタイムリーに提供されることが何よりも不可欠でございます。そのためには、各専門職がそれぞれの専門性を軸に、さらに役割を発揮し、今まで以上に医療の提供に貢献していかなければならない。その際には質の担保が重要であると考えております。

看護の対象は、病気そのものであったり、あるいは体の一部ということではなく、病気を抱えながら、あるいは病気と闘いながら、あるいは病気とつき合いながら地域の中で暮

らしておられる人そのもの、丸ごとが対象でございます。

看護は医療と生活の両方の面から患者さんを捉えて、療養生活を支えております。患者さんの最も身近にいる医療専門職として、国民に必要な医療がタイムリーに提供されるよう、今後はさらなる役割と責任を引き受けていこうと考えているところでございます。

本日の内容でございますが、大きくはローマ数字で書いております3つ、「Ⅰ. 医師から看護師へのタスク・シフティング」、そして「Ⅱ. 看護師から他職種へのタスク・シフティング」、3つ目に「Ⅲ. タスク・シフト推進に関する課題」を挙げておりますが、1番の「医師から看護師へのタスク・シフティング」について丁寧に御説明してまいりたいと思います。

その中でも、順番としては、まずは現行法上で十分行い得る「特定行為研修制度の活用の推進」を挙げました。2つ目としては、恐らく何らかの通知等が必要とされるような「看護師が判断可能な範囲の拡大」について3つ挙げております。

そのうち、①と②につきましては、特定行為研修修了者ではなく、一般の看護師、「すべての」と書いておりますけれども、いわゆる一般の看護師が対象として行える裁量の拡大についてです。また、これは一部実態としては既に行われているところでもございます。

1つは、タイムリーに必要な検査を判断できるということ、それから、薬剤を用いた療養上の世話をタイムリーに提供できるという、この2点を挙げております。そして3つ目は、現行法では対処できない新たな資格として、ナース・プラクティショナー（仮称）による医療提供を提案したいと考えております。

まず、特定行為研修の活用の推進でございますけれども、本会では、この制度創設時に国民のニーズに応えるために制度の活用を推進するという方針を打ち出しておりまして、制度の活用に関する周知活動を行ってまいりました。当初は制度の具体的な内容はもちろん、この制度を活用することで、患者さん、あるいは利用者の方々にどんなメリットがあるのか、そういったことが十分理解されていなかったことから、受講者数というのは伸び悩んでおりました。

ここ数年、理解が大分広がってまいりまして、受講、あるいは派遣に前向きな看護職がふえてまいりました。今後は修了者数が大幅に増加するものと期待しているところでございます。

本会におきましても、認定看護師への特定行為研修も行っておりまして、現時点で372名の修了者を輩出しております。さらに2020年度からは特定行為研修を組み込んだ新たな認定看護師教育を開始する予定でございます。2024年度までに計8,000名の修了者を養成できることを見込んでおります。今後も本会として制度の活用推進に取り組んでいきたいと思っております。

続いて、2-①といたしまして「タイムリーに必要な検査を判断し治療の開始」でございます。これは左側のイラストにあります救急での場面を想定していただければわかるかと思っておりますけれども、タイムリーに検査が実施されるためには、患者さんがまず特定され

ないといけないということでございます。現行法上では、医師の指示は、この原宿花子さんに採血を実施するという、患者を特定した上で指示を出すことが求められているわけですが、実際、救急の現場では、患者さんが来られる時点ではまだこうした患者さんを特定した指示を出すことが難しい状況がございます。

こういったところで指示をいただこうとすると、医師はその場にいないことも多くございます。通常の外来を担当している医師が救急当番であることも多くございますので、外来等、一旦中断して救急患者のところまでまいって診察し、検査等の指示を出して、再び通常の外来に戻って、検査結果が出たところで再び救急の外来に戻ってくる、そのようなことが起きてまいります。

そうしたことを避けるために、右側にありますように、あらかじめ医師が、共通の場合には12誘導心電図検査等、採血検査、あるいはその他の検査を実施するなどという指示を出したり、各施設で同様の取り決めを院内でしておくことによって、特定されていない患者さんであっても、診察をする前に看護師が状態を見極めて、必要な検査を判断する、そういった運用が現行法のもとでも可能であると考えております。そのため、こうしたことが可能であるということを通知等で明示していただけないかと考えております。

病院の中に既にこういう運用をしている施設もあるわけでございますけれども、現行法上でこのような運用が可能かということが明確には示されていないため、なかなか進まないといったようなことも起きております。こうしたことができると明示することで、多くの病院でタイムリーな引用が可能になるかと思われま。

2つ目は、薬剤を用いた療養上の世話をタイムリーに提供することでございます。看護師は、患者さんの状態をアセスメントしながら、自身の判断で、療養上の世話を実施しているわけですが、そこに薬剤が必要であるようなケース、例えば、真ん中の下のところにありますように、排便のコントロールですとか下剤、浣腸液、止痢剤、整腸剤など、あるいはスキンケアということで外用薬、軟膏、ドレッシング剤、目薬、それから、疼痛緩和ということで湿布を使用するといった場合には、こうした薬剤を医師が診察・処方しなければ、原則から言いますと使用できないことになっております。特に日中、病棟には医師が不在となることが多くありまして、指示が後手になってしまうといったようなことが生じております。

こうした薬剤の使用について、看護師が患者さんの状態から必要だと判断したものを医師に、看護師の側から提案することも多いわけでございます。処方箋は医師しか認められないということから、医師が看護師の提案どおりに処方箋を入力する、そういう業務が発生しているという実態がございます。

こうした薬剤を限定した上で、看護師の判断で使用できるようになりますと、よりタイムリーに患者さんにケアを提供できるようになるだろうと。それによって医師の業務負担も軽減するだろうと考えております。

3つ目が「ナース・プラクティショナー（仮称）による医療提供」でございます。これ

は、諸外国で導入が進んでいるナース・プラクティショナーのような制度を日本においても創設し、状態が安定している患者への医療提供をタスク・シフトするというものでございます。

少し先に進みますが、資料の22枚目をごらんいただければと思います。それぞれヒアリングした結果を書いてございます。真ん中の3つ目のところ、東北の訪問看護ステーションの管理者にヒアリングした結果でございますけれども、ここは人口8万人、高齢化率33%でございますけれども、医師確保困難により病院が診療所に転換し、その後幾つか休業しているという実態でございます。地域の基幹病院の医師も3分の1程度となり、訪問診療は中止、対応する医師がいないため、在宅療養を希望する患者が自宅に戻れず、訪問看護も大幅に縮小。在宅看取りも対応できず、亡くなる直前に救急搬送となっております。こういったところでは、ナース・プラクティショナー制度を創設して、自宅の畳の上で穏やかな最期を迎えたいという住民の希望をかなえてほしいといった声が聞かれております。

地域包括ケアを推進するために訪問看護をふやしていくにあっても、やはり医師の指示が必要ということがありますので、医師、主治医が見つけれなければ、こういった方々が地域に帰れないという実情がございます。

現在、日本では、状態にかかわらず、全ての患者さんの医療について医師が指示を行っていますので、これからますます地域での医療ニーズが増加する中で、医師の業務量はさらに増加していきます。病院の勤務医が訪問をしているという実態もございます。全国平均で32.1%の病院が訪問診療をしている状況ですが、院内の業務も非常に煩雑になっている中で、こうした院外の患者についても指示を出す業務に追われるといったようなことが予想されますし、医師が対応できないために介護施設、あるいは在宅からの救急搬送をせざるを得ないという状況もふえてくることが予想されます。

高齢化と人口減少が既に進んでいる地域では、特にこうしたことが非常に切実な願いとなっているところでございます。首長、それから医療行政担当者、医師などさまざまな立場の方が、今後さらに人口が減少する中でこれらの地域で医師数を増加させることは現実的ではないと口をそろえておられて、ナース・プラクティショナー（仮称）制度創設が必要だと話されておられます。

介護施設での医療提供の現状としては、現在、看護師が施設外の医師と協働して医療を提供しているわけですが、看護師が全身状態の変化をタイムリーに把握して、必要な場合には医師に報告しているわけですが、すぐには対応できず、結局後手に回ってしまって、さらには、救急搬送せざるを得ないといったような状況が出ているところでございます。

こういったところにナース・プラクティショナーが配置されることで、救急搬送を減らすことができると思います。

次のスライドは「左側の従来の状況が、ナース・プラクティショナー（仮称）制度を創設し、医師と同じ思考過程で、主訴、症状から、緊急性の高い疾患からルールアウトして、

診断や必要な治療を導くことによって、一般的な疾患であればその場で治療法を判断して実施することができ、その他の疾患であれば専門医につなぐといったことが可能になるだろうと考えております。それによって、医師もより専門的な業務に専念できるようになると考えております。

海外では既に病院で活躍するナース・プラクティショナーもふえてきておりますので、これは基本的には地域医療を担うところから優先して行われるべきことではありますけれども、病院の中でこういったナース・プラクティショナー（仮称）が活躍することで、医師が不在になりがちな病棟でナース・プラクティショナー（仮称）が初動的な判断ができるようになることで患者さんの変化にタイムリーに対応できるとともに、医師・看護師の業務負担が軽減されるだろうと考えております。

国民のニーズに応じていくためには、ナース・プラクティショナー（仮称）制度が必要であることにつきましては、本会で2017年度から検討委員会を置いて、他団体とともに検討を重ね、合意しているところでございます。

次の諸外国の例のところでは、OECDの報告書でも、十分な教育を受け、従来の業務範囲を超える役割を担う看護師が医師と同等以上の質のケアを提供し、医療へのアクセス改善、質向上に寄与しているという報告がございまして、ナース・プラクティショナーに限らず、一定の研修を受けた看護師が薬剤処方を行う仕組みを構築している例もありますので、報告をさせていただきます。

その他、他職種へのタスク・シフティングにつきましては、既に12年前に通知で示されている内容がなかなか進んでいない状況ですので、まずはそちらを優先して、その後の業務拡大については議論すべきことと考えております。

看護補助者との協働の推進においても、本会は看護チームにおける業務のガイドラインを公表し、進めているところでございます。

最後に、タスク・シフト推進に関して、救急外来に看護師の配置基準がないということが1つ大きな課題ではないかと考えております。救急搬送は10年で約3割ふえておりますけれども、配置基準がないためにそこに専従者がなかなか配置できていない状況でございます。日本看護協会では救急医療に関する専門性の高い看護師も養成しておりますので、配置基準が定められることで、こうした人材の活用もさらに進み、救急外来での医師の負担軽減をしていくことが可能だろうと思っております。

まとめ、3つでございます。特定行為研修制度の推進だけでは応え切れない国民の医療ニーズに対応するため、ナース・プラクティショナー（仮称）制度の構築も必要だろうということです。

それから2つ目は、特定行為研修修了者やナース・プラクティショナー（仮称）など、教育・研修を受けた一部の看護師だけに期待をするのではなく、一般の看護師が自律的に判断できる範囲を拡大することが重要であろうと思っております。

3つ目としては、看護師から他職種へのタスク・シフトについては12年前に通知されて

いる役割分担をさらに推進していくこと、業務範囲の拡大はその後に議論すべきという3点でございます。

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した。ただいまプレゼンテーションいただいた内容について、質問等ございますか。

○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。非常に多様な主張、あるいは非常に広範な御意見をいただきましたので、一つ一つ私どもとしても精査をして受けとめさせていただきたいと思えます。16ページ目のスライド、看護職から他の職種へのタスク・シフティングの関係で、確かに12年前に通知は示されているけれども、それが進んでいないので、まずそれを進めるべしという御主張であると思えます。これについては、もちろん、受ける側の事情、あるいは振り分けの関係もあると思えますが、看護協会のお立場から見ると、ここの部分について、もちろん進めるものが先だという御主張とわかった上で、何がまさに進めるためにも必要とお考えなのか、あるいはこうやってきたけれども、なかなかこういうところが壁になっていると受けとめておられるかについて教えていただければと思えます。

○日本看護協会 御質問ありがとうございます。恐らくは、大部分はマンパワーの不足によるものではないかと思えます。例えば採血業務を臨床検査技師にというところでも、臨床検査技師さんたちも多くが女性であったり、それで早朝の時間帯に出勤することが難しいとかいったようなこともあるかと思えます。基本的には、その担うべき人たちの処遇でございませうかそういったことで、なかなか人手不足で配置できない。そのことによって業務分担が推進していけないと伺っております。

○吉田医政局長 ありがとうございます。

○司会 そのほか。

では、追加で御発言等、もしあればどうぞ。

○日本看護協会 済みません。大分時間がなくて端折ってしまいましたけれども、ナース・プラクティショナーのところは、既にNP教育課程の修了者が400名ほどおりまして、今、特定行為研修の枠の範囲内で彼ら活躍しておりますけれども、基本的に、これから数がふえていく特定行為研修修了者と、それから先行取得のNP教育課程の修了者との医療で出すアウトカムはかなり違ってくると思うのです。NP教育課程修了者、大学院教育で行われた、そしてまた臨床経験を長く持つ彼ら、彼女たちの活躍ぶりがこれからの医療のアウトカムを変えていく、質を担保していくという可能性を考えますと、やはり早期にナース・プラクティショナー創設について検討開始していただきたいというところがございます。

以上でございます。

○司会 ありがとうございました。

では、以上、本日は6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。本日は長時間にわたりありがとうございました。また、プレゼンテーションいただきました団体の皆様におかれましてもありがとうございました。

それでは、「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」を終了させていただきます。