

○司会 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第2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、15団体にお集まりいただきまして、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らんください。

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お時間は、各団体15分で、その後、質疑応答でお時間を5分設けておりますので、よろしく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回鳴らしますので、恐れ入りますが、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、佐々木医事課長より御挨拶をさせていただきます。

○佐々木医事課長 医事課長の佐々木でございます。

タスク・シフティングの第2回のヒアリングの開催に当たりまして、一言、御挨拶申し上げます。

本日も、15団体とたくさんお集まりいただき、御説明いただくことになっております。本日いただきましたいろんな御提案を含めて、また今後ともいろいろな検討をしてみたいと思いますので、きょうは、各団体からのお話をしっかりお聞きしたいと思っております。

お忙しい中、本日、御参集いただきました各団体の皆様方には、感謝を申し上げて、本日の冒頭の御挨拶とさせていただきます。本日はよろしくをお願いいたします。

○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。

(報道関係者退室)

○司会 それでは、一般社団法人日本外科学会様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本外科学会 私、日本外科学会の理事で、馬場と申します。

きょうは、理事長の森先生とともに出席させていただいております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

現在、医師が担う業務のうち、移管可能と考えられる業務についてまとめたものが、この表です。

一番下を見ていただきますと、昨年末にNCD(一般社団法人 National Clinical Database)

のデータを用いて、各施設にどれぐらい既にタスク・シフトができているかということを調査しております。それに基づきまして、「★」が40%以上、「●」が20~30%、「▲」が10%未満しかタスク・シフトができていない業務を示しております。

上から順に説明いたしますと、手術の際の手術部位（創部）の消毒、あるいはドレープがけ、これは移管先として、看護師の皆さんとしております。移管が可能だと思われる理由等については、ほぼ同じ内容ですので、割愛させていただきます。

2番目に、術後24時間以内の疼痛管理目的での麻薬性鎮痛薬、例えばフェンタニルなどが必要になった場合の投与でございますが、これも移管先として、看護師の方にしていただくことが可能だと考えております。

3番目、定型的な血液検査の指示入力ですが、このような指示も看護師の皆さんに移管することが可能であると考えております。

4番目、皮下埋め込み式CVポートの穿刺は、抗がん剤治療を行うことが多いのですが、末梢からの投与ですと、血管外に漏出したりということが起こりますので、現在、皮下埋め込み型のCVポートを用いて、抗がん剤の投与をすることが多くなっています。当初、抗がん剤ということで、看護師の皆さんへのタスク・シフトが進んでおりませんでした。これも施設によってかなり進んできている状況で、現在は、40%以上が看護師の皆さん方にタスク・シフトできているという状況を示しております。

5番目、胃管・EDチューブの挿入・管理・抜去。

6番目、急性血液浄化療法における血液透析器、または血液透析ろ過器の操作及び管理。

7番目、持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整。

8番目、抗不安薬の臨時的投与。

9番目、持続点滴中の降圧剤の投与量の調整。

10番目、抗精神病薬の臨時的投与等をリストアップしております。

いずれも移管先として、看護師の皆さん方、あるいは6番の血液透析に関しましては、臨床工学技士の方々に移管できるのではないかと考えております。

次のページになりますが、11番目として、人工呼吸器管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整です。これも医師の指示のもと、看護師の皆さん方にこういう業務に関しては、移管が可能だと考えております。

12番目、直接動脈穿刺法による採血は、まだ10%未満しか、実際にはタスク・シフトされていないということで、ほとんどドクターがやっている内容ですが、一定の経験を積んだ方であれば、動脈穿刺による採血は、看護師の皆さん方でも十分可能だと考えております。

13番目、創管理、ドレッシングに関して、ドレッシング材の抜去や創部の抜糸は、医師が行うことが多いのですが、移管先として看護師の皆さん方にタスク・シフトすることが可能だと考えております。

14番目のドレーンの抜去ですが、ドレーンもどういう条件をクリアしていれば、ドレー

ンが抜去できるかということを確認にして、一定のトレーニングを積んだ方であれば、看護師の皆さんに移管ができると考えているところです。

続きまして、業務移管した際の質の確保対策ということについてです。これも上から順に「▲」「●」「★」がついておりますが、先ほど説明いたしましたように、昨年、実施しましたNCDを用いた各施設へのアンケートによって、既にどれぐらいタスク・シフトされているかということを示しております。

1 番目から行きますと、手術の際の手術部位の消毒。

術後24時間以内の疼痛管理目的での麻薬性鎮痛薬の投与。

定型的な血液検査の指示入力。

CVポートの穿刺。

胃管・EDチューブの挿入・管理・抜去。

急性血液浄化療法における血液透析器、あるいは血液透析ろ過器の操作、管理。

持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整。

抗不安薬の臨時の投与。

持続点滴中の降圧剤の投与量の調整。

抗精神病薬の臨時の投与。

人工呼吸器管理がなされている者に対する鎮静薬の投与。

直接動脈穿刺による採血。

創の管理。

ドレーン抜去。

先ほど挙げた内容であります、質の確保対策としては、記載してあるように、業務移管開始に際して、特定行為研修を十分受講してもらった後に、手技の適応、内容について十分な理解をし、実践していくということ。それから、医療機関が当該行為を行う必要な条件を明確にした上で、当該行為を行うことを許可するということを適切に運用すれば、質は担保できると考えております。

3 番目としまして、タスク・シフト推進に関する課題をリストアップしております。

業務内容としまして、特定行為全般に関してですが、特定行為に関しては、研修の実施を通じて、知識、実技ともに身につけていく必要があると考えております。タスク・シフトの重要性を医療機関に御理解いただくことにより、各特定行為研修が実施できる医療機関数を増やして、そして、医療機関におけるトップダウンによるタスク・シフトの推進が必要だと考えております。

診療科によるタスク・シフトの質と量が異なりまして、配属場所による看護師の仕事量の格差が生じるということが懸念されますが、インセンティブの配分や財源が重要だと考えております。さらに現行の看護師業務の一部を補助員の方、他職種にタスク・シフトしていくことで、看護師の皆さんだけに医師の業務の一部が移管されて、業務量が増えることは避けなければいけないと考えております。

大病院ほど、リスクマネジメント下でのタスク・シフトが動きにくいという点があるのではないかと思います。過失が生じた場合の責任の所在を検討する必要があると考えておりますし、今後は海外のナースプラクティショナー相当の責任も含めて、新規資格の設置などをして、研修、資格等を与える必要があるのではないかと考えております。

特定行為の一部に対する課題です。所属病棟によっては、特に高度侵襲外科の周術期管理における生体反応、あるいは病態への理解をも研修する必要があるのではないかと考えております。

5番目、タスク・シフト全般でございますが、外科医師における手術外負担の軽減に当たっては、看護師へのタスク・シフト検討のみならず、看護師から他の職種へのタスク・シフトも十分に考えるべきと考えます。

特定行為看護師の養成に関しては、養成にかかる費用がネックになると思いますが、少なくとも1人・単年度当たり75万円ぐらいの経費が必要になってくると思っております。

タスク・シフトの先進事例でございますが、国内で先進的に取り組まれているタスク・シフトの事例をここに示しております。

専門看護師、認定看護師、特定看護師による業務の実施。

Day Surgeryコーディネーターによる日帰り手術に関する周術期業務の実施。

薬剤師による病棟や外来における化学療法患者を初めとする薬物関連説明の補佐。

外来／回診時の口頭での医師の説明を録音し、事務員によるカルテ記載の代行。この点は、私が30年前に海外へ留学したとき、既に外国では外来で患者さんに説明しているドクターの説明内容は、全てボイスレコーダーに録って、秘書がタイピングをするということを実施しておりました。

事務員による保険会社の診断書、入院診療計画書などの下書きの実施。

臨床工学技士による透析回路交換の実施。

国外との所定職種の業務比では、

中間位の特殊資格の有無。

医師が術録をボイスレコーダーに録音し、事務が記載を代行する。

術検体の処理、これはリンパ節を含む標本の整理を専門職が施行することができるのではないかと考えております。

以上、私どもが準備した内容です。

実際、私どもも学会内でタスク・シフトに関して取り組むようにしているところですが、看護師の方々から言われていることは、医師の業務をタスク・シフトするという言葉で、何となく業務を押しつけられるということになるといけませんので、看護師の業務も別の方にタスク・シフトしてほしいということと、医師の業務の一部をタスク・シフトして、自分たちが請け負うことができるようになると、モチベーションは上がるけれども、その説明の仕方如何では、何となく仕事だけを押しつけられるということでは、モチベーションは上がらないということをおっしゃっておりますので、今後、その点も実践していく上では、

十分に配慮が必要だと考えております。

以上でございます。

○司会 ありがとうございます。

ただいまプレゼンテーションをいただきました、日本外科学会様へ御質問はございますか。お願いします。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

御説明ありがとうございます。

特にNCDを活用されて、実際にどの程度タスク・シフトが進んでいるかというパーセンテージは、大変すばらしいデータだと思っておりますが、項目としまして、NCDの調査票はこのようなことが分析できるような形になっているということでしょうか。

○日本外科学会 昨年、私ども外科学会の外科医労働環境改善委員会と、厚労科研でいただきました費用を用いまして、NCDの方々と連携して、全国の施設に調査を依頼しました。今日は、一部抜粋を挙げておりますが、もっと多くの項目に対して、アンケートを行っております。

しかも、いろんな領域の外科系の先生方を対象として調査しておりますので、今、私どもが厚労省と連携して取り組んでいる周術期のパッケージ化に相当する部分が、既にタスク・シフトされているかどうかということを見ましたところ、まだタスク・シフトされていないことが浮き上がってきましたので、パッケージ化の特定行為研修を受けていただく意義は、十分にあると判断いたしました。

もう一つ、NCDを活用した理由は、NCDのデータは、短期予後が全部わかります。合併症がどれぐらいに起こったということがよくわかりますので、今後、タスク・シフトが進んでいった場合、それによって合併症が増えたかどうかということを経年的に検証することができるということで、NCDのデータを用いた調査をしたということです。

○司会 ありがとうございます。

ほかに質問はございますか。

質問がないようでしたら、まだお時間がございますので、追加で御発言等がございましたらどうぞ。

○日本外科学会 あと、外科領域でいいますと、いわゆる高度な医療、例えばロボティクスサージェリーというものが既に認められました。開腹手術、腹腔鏡手術、ロボティクスサージェリーというふうに、医療機器の進歩によりまして、同じ手術であっても、使う道具が変わることによって、手術時間が随分延びる傾向にあります。ですから、外科医の労働環境改善ということを考えますと、タスク・シフトを十分に行った上で、外科医が手術に専念できる環境を整えないといけないということを、私どもは考えているところで、ぜひともよろしくお願ひ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、公益社団法人日本麻酔科学会様より、プレゼンテーションをいただきます。

○日本麻酔科学会 皆さん、こんにちは。公益社団法人日本麻酔科学会、理事長を拝命しております、小板橋俊哉でございます。

それでは、早速、始めさせていただきたいと思います。

現在、医師が担う業務のうち、移管可能と考えられる業務として、看護師、薬剤師、臨床工学技士の3職種を挙げさせていただきました。

看護師の方には、術前の部分として、術前のオリエンテーション、あるいは患者さんの術前の情報の把握、定型的な麻酔の説明、そういったものが、医師でなくてもできる仕事の一つとして重要ではないかと考えております。

術中に関しては、末梢のルート確保や薬剤の準備、あるいは麻酔一般の準備などです。

術後に関しては、術後にラウンドをして、先ほど外科の先生からもお話がありましたけれども、術後鎮痛というものはやはり重要視しております。術後鎮痛のためには、何らかのお薬や機器を用いて、患者さんに鎮痛薬等を投与しておりますが、痛みの程度を判定して、投与速度を検討するということが十分に可能だと考えております。

次に薬剤師の方の業務ですが、一番重要なのは、最近の高齢化社会におきまして、多剤、手術のときに危険な薬物である抗凝固剤を含めまして、そういったもののチェックと的確な代替処方提案、あるいは中止の提案、こういったものが重要だと思っております。

術中業務としては、一部の大学病院等ではかなり行われてきておりますけれども、ORファーマシーと言われるような手術室内薬局の存在が大きなものだと思います。麻酔科で使うお薬の多くが毒薬・劇薬で、やはりきちんとした管理が必要だということで、それは専任の薬剤師の業務であろうということで、そのような薬品の管理、払い出し、回収、こういったものがシフトできるのではないかと考えております。さらには先ほどお話しした、術後の鎮痛薬のお薬の組み合わせ、指示を出したものを充填していただく、こういったものも薬剤師にお願いできればと考えております。

術後に関しましては、先ほどお話しした術前に止めたお薬の再開時期に関する事、さらには鎮痛薬の量が足りているのかどうかということも含めて、薬剤師に業務移管できると考えております。

最後に臨床工学技士の方に関しましては、機器の管理として、今も既にかかなり担っていただいておりますので、術中あるいは術後に使うシリンジポンプ・フットポンプ、こういったものの保守点検と準備、それから、術後、もしICU等で人工呼吸管理をするのであれば、人工呼吸器のメンテナンス、準備、さらには血液ガス機器等のメンテナンス、修理といったことが十分にできる業務ではないかと考えております。

実際に移管が可能だと思われる理由に関しましても、現行法のもとで十分に説明可能な行為である一方で、まだまだ業務移管が進んでいないところということで挙げさせていただいております。

麻酔科学会としましては、周術期の特定行為のパッケージ研修も、今、準備をして進めておりますけれども、中でもここに書かせていただきましたように、術前と術後の周辺の

部分の完全委託が時間的に我々のタスク・シフトとして、随分と大きなインパクトを持つと考えております。

業務移管した際の質確保の対策ですけれども、既に私どもは2007年に提唱した周術期管理チームというものがあまして、そのメンバーの薬剤師、看護師、臨床工学技士を5年前から学会として認定をしております。

周術期管理チームの認定を受ける看護師、薬剤師、臨床工学技士に質の確保対策として求めているものとしましては、こちらに挙げているもので、全て共通ですけれども、周術期管理セミナーに2回以上参加するであるとか、e-Learningの受講、日本手術看護学会が主催する麻酔看護研修に参加する、あるいは周術期管理チームのテキストは800ページもございますが、これを理解していただいて、最後に試験を受けて、合格をした者が認定されるということになっております。

今、準備をしている、周術期の特定行為のパッケージ研修におきましては、手順書における定型的な業務の実施ということで、4番目に記載させていただきましたけれども、特定行為研修316時間の受講、現在は登録で済む予定だと聞いておりますが、これを手順書によってやっていただく。手順書は既に近畿厚生局に提出をしております、御意見をいただいで、現在修正している最中で、近々、正式に提出します。

タスク・シフト推進に関する課題でございますけれども、看護師、薬剤師、臨床工学技士、さらには病院管理者の方々にほぼ共通しているところですが、今までなかったことですので、スタッフ、作業スペースの問題、術前・術中ともにそうなのですが、病院の中の全職員、特に外科系の先生方の御理解が重要だと思います。なぜこんなことをするのかという意義を御理解していただくこと、それから、導入されて、システムが変わったことに対する不安への対応、さらには医療を受ける患者様の不安といったものへの対応、こういったものが重要だと考えておりますし、システムを導入することによる成功例を広報することで、こういった課題が少しずつクリアされていくと考えております。

薬剤師でも、臨床工学技士でも、今、お話しした内容はほぼ共通でございますが、病院管理者である病院長を初め、幹部の先生方に対しては、チーム医療による周術期管理の意義を御理解いただいた上で、何らかの経営上の利点がないと、なかなか進まない可能性もあると危惧しております。そして、当該スタッフの養成体制を病院として整備していただいて、これを進める。さらには職種間並びに職種内の機能評価や勤務の評定、あるいは看護師であれば、昇任、そういったことも含めて、今後、検討していかなければいけないと思っております。

先ほど外科の先生からもお話がございましたし、第1回目のヒアリングで、日本医師会の今村先生もお話しされておりましたけれども、タスク・シフトするということは、タスク・シフトされる側の看護師、薬剤師、臨床工学技士の職種の人数も決して潤沢ではないと思いますので、その方々への配慮が重要になってまいります。また、病院管理者が短期的な経営上の利点を認識できるような、何らかの誘導も御検討いただきたいと思っております。

ます。

ただ、今、申しましたように、周術期管理チームの認定を既に5年前から行っているということと、今回の特定行為のパッケージ研修に関しましては、進めるべく、検討しているところです。

先進事例としまして、国内では、岡山大学の周術期のプロジェクト、東邦大学のプロジェクトを後ほど御紹介します。

海外ですが、フランスでは、医師の指示のもとで中心静脈路を確保したり、動脈採血、気管カニューレの交換、鎮痛薬投与、手術直後の観察とケアが行われているようです。

アメリカでは、2年以上の追加教育を受けたPAによる術前検査オーダーやサマリーの作成、術後の管理が行われているようです。

米国とフランスぐらいだと思いますけれども、2年以上の追加教育を行った上のごく一部ですが、麻酔看護師による全身麻酔も行われています。

先進事例を御紹介させていただきます。これは東邦大学の森大森医療センターの例ですが、非常にビジーなスライドで申しわけございません。上段に書かせていただいたものが、現在、麻酔科医、私たちがやっている業務でございます。

多職種連携として、下段に挙げさせていただいたようなものがありますが、看護師であれば、術前の情報収集、問診、定型的なリスクの説明、術中であれば、静脈の確保であったり、薬物投与のダブルチェック、気道確保器具の準備、麻酔器の準備等々が行われてきたということです。術後では、術後痛のアセスメント、術後診察を行い、麻酔科医へ報告するという業務をシフトしていると聞いております。

薬剤師は、先ほど述べさせていただいたことですが、患者さんの術前の薬歴の把握・聴取、休薬指導、手術前に中止する薬剤の確認、術中に関しては、麻酔薬の準備、術後鎮痛薬の準備、術後は術後鎮痛用のポンプの管理といったことが入ってまいります。

臨床工学技士に関しては、術前に植え込まれているペースメーカーやICDなどの確認と術中の対応をしていただく。術後は人工呼吸器の点検とか、ペースメーカーの管理も含めてやっていただく。

今まで述べなかったことですが、東邦大学では、歯医者さん、歯科医師に術前・術後も含めてオーラルケアを行っていただいで、いわゆる術後感染予防のための歯科処置を術前に行い、術後に関しましては、やはりオーラルケアをやって、早期の嚥下の推進を図っていると聞いております。また、術中は、困難気道確保症例で歯牙を損傷することが稀にありますけれども、その対応もしていただいでいるところです。

岡山大学でも同様で、これはわかりやすい図でございますけれども、看護師が術前から術後まで入って管理をする。

理学療法士が岡山大学では入っております、術前のリハビリ、術後も翌日からリハビリにかかわっていただいでいます。

薬剤師は、服薬指導と中止薬の確認です。これは術後もそうなのですが、再開の指導等



をやっけていただけています。

ここにも歯科が入ってござりまして、ブランクフリーの状態で手術を受けていただけて、術後もオーラルケアをやっけていただく。

こういったことで、どんな実績があるかというところ、また大森病院の事例に戻らせていただきますけれども、左のグラフ、2011年が左から2番目にありますが、そこで周術期センターが導入されました。そうした結果、手術件数は右肩上がりに上がっています。また、65歳以上の高齢者の割合も上がっています。さらには診療報酬上で加算項目となっている麻酔困難症例の比率も、このときから右肩上がりですぐに上がっている。

手術件数も、高齢者の手術も、困難な症例も増えているにもかかわらず、真ん中のグラフを見ていただきますと、術後の入院日数ですとか、平均の在院日数が両方とも約2日ずつ短縮できているという成果が上がっているというところ聞いてござります。

先ほど述べました、日本麻酔科学会が認定している周術期管理チームですけれども、看護師、薬剤師、臨床工学技士、それぞれ累計でグラフをお示ししますが、2019年で、看護師1,908名、薬剤師134名、臨床工学技士55名を認定してござりまして、特定行為の研修者1,200名を上回る人数になっているのが現状です。

海外の部分に関しましては、先ほどお話ししたように、麻酔の補助的な業務をいろいろと行っている方、アメリカとフランスでは特別な教育を受けた方が麻酔を行っている。ただ、ほぼこの2つの国になってござります。あとは、割愛をさせていただきます。

麻酔科学会が提唱する周術期のタスク・シフトのモデルケースですが、これも今までお話しさせていただいたことですが、看護師は、術前では、問診で術前情報把握、定型的な麻酔の一般的な説明、術中においては、バイタルサインのチェックですとか、薬剤の投与のチェック、術後は、術後痛や意識状態の評価がかかわってまいります。

薬剤師に関しては、術前で薬歴聴取と休薬指導、術中は麻酔薬の管理、払い出し、回収が中心になるかと思っておりますし、術後もそれらの薬物の管理がかかわってきます。

臨床工学技士に関しては、機器的なメンテナンス、医療機器のメンテナンスを中心に、今もかなり助けていただけてござりますが、これを継続したいと思っております。

さらには歯科医の活用というところ、協力を得て、患者さんの予後を改善するためのオーラルケアを重要視したいと考えてござります。

簡単ではござりますが、以上で説明を終わらせていただきます。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、日本麻酔科学会様に質問等はござりますか。お願いします。

○安里室長 医療勤務環境改善推進室長をしております、安里と申します。

非常にまとまった、参考になる資料をありがとうございました。

大森病院の例などを見てみますと、タスク・シフトをするしかないと思うのですが、そ

れでもまだ多くの病院でこれが一般的になっていないのは、それぞれいろんな課題があるということをおまとめいただいておりますが、もう少し深い言葉で、感想を交えながら、教えていただければと思います。

○日本麻酔科学会 ありがとうございます。

私自身も2つの病院に行ったわけではないので、十分に把握していませんが、途中で述べましたように、これを推進するということは、今回の特定行為のパッケージ研修も含めて、そのときには、麻酔科学会が指定研修施設として、同意書ですとか、準備をやって、それに手挙げする病院を増やそうという努力をしています。今まではそれがうまくいかなかったということの一つ考えております。

一方で、かなりやられていた、指定研修施設になっている施設があると思います。こちらに対して、今までどおりやっていただくことは、何も問題ありません。ただし、どの程度の人数の看護師さんとか、そういう方が研修を受けられているかを把握するように、登録だけは麻酔科学会で受け付けたいと考えております。

もう一つは、病院の経営者、幹部の先生方に対するアピールが、金銭的なものも含めて何かあれば、より進むと考えておりますし、私が三十数年、麻酔科医をやっていて、ちょっと気づいているのは、手術室の薬剤師というのは、来ていただいているところが、余り多くないのです。確かに大学病院はいます。今、抗がん剤のミキシングとか、病棟業務は、薬剤師さんはすごくやっています。そこには行くのですけれども、手術室は最後になってしまって、来ていただけないところもあるかもしれません。

よろしいでしょうか。

○安里室長 ありがとうございます。

○司会 お願いします。

○堀岡室長 お世話になっております、医師養成等企画調整室の堀岡でございます。

アメリカとか、フランスで、一部このような枠組みがあると聞いていますけれども、手術のどんなものをというような、質的なものはあるのでしょうか。つまり難しい神経とか、脳外科の手術までされているとは、とても思えないのですけれども、アメリカとか、フランスの中で、線引きとか、ガイドラインとか、文字で示されたものはあるのでしょうか。

○日本麻酔科学会 ありがとうございます。

私自身もアメリカに留学しているときに、彼らと一緒に仕事をしていて、やっているのは見ていたのですけれども、ルールがあるかどうかまでは、今、存じ上げませんが、お腹の手術や整形外科的な骨折の手術といったものはかなりやっていました。

○司会 そのほかございますか。

まだ少しお時間があるので、追加の御発言等があれば、お願いいたします。

○日本麻酔科学会 直接関係ないかもしれませんが、ここでお話しさせていただきたいと思いますのは、麻酔科医の時間外勤務の分布を考えたときに、これが二峰性だとい

うことを認識されていて、御説明をいただいたことがあると思うのですが、実際に麻酔科学会の中の間人を見てみますと、30歳代ぐらいまでは、女性が半分ぐらいいるのです。そうすると、時短勤務である麻酔科の女性たちは結構いるのです。ところが、いわゆる緊急手術を夜間とか、休日に行っている麻酔科医は、時短勤務ではない、それ以外の麻酔科の若手が中心なわけですし、1週間に60時間以上働いている人の割合を考えると、平均をすれば、それほど多くないかもしれませんが、時短勤務以外の人たちを持ってくると、かなり高い割合にあるのではないかと、私は当然のこととして推測できます。ですから、緊急手術というような、救急医療を円滑に行うためにも、若手の麻酔科医がバーンアウトしないような方策をぜひお考えいただいて、一緒に取り組ませていただきたいと思います。そのためには、中央部門である麻酔科の必要医師数が、今、少な目に出されておりますので、こちらの見直しをぜひお願い申し上げたいと思ひまして、これで終わらせていただきたいと思います。よろしくお願ひ申し上げます。

○司会 ありがとうございます。

続きまして、公益社団法人日本理学療法士協会様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本理学療法士協会 日本理学療法士協会会長の半田でございます。

事前に提出した資料に従ってお話をさせていただきたいと思ひます。

今回、8つほどの事項をまとめました。

最初の事項は、急性期病棟における指示の出し方です。アメリカの西海岸のサンフランシスコあたりの急性期病院に行きますと、在院日数は4～5日ぐらいなのです。そうすると、一回一回紙に指示を書いて回すなんてことをやっていたら、1日経ってしまうので、しっかりとしたプロトコルをつくって、ゴーのサインで動き始めるという形がとられておりました。

日本で7～8年前に、急性期のリハ指示について調査をしたところ、「よろしくお願ひします」という指示が7割ぐらいを占めているわけです。中身はほとんどなくて、「よろしくお願ひします」です。それでいいのだったら、プロトコルを先にしっかりと作って、ゴーのサインで動く、このほうが合理的ではないかと思ひております。

2つ目は、リハビリテーション実施計画等の作成と患者への説明です。私自身、患者になつたりすると、医師は説明を求められていることが多いと思ひます。ただし、私たち理学療法士が患者さんを治療するに当たっては、当然医師の診察と指示のもとにやっているわけです。その結果について、ドクターが書いたり、説明したりということではなくて、指示をもらった者が、その範囲内でしっかりと説明できる、その能力もあると思ひし、こちらのほうが合理的であると思ひております。そして、それに対して、主治医としてのサインをいただく、そのような形のもので十分ではないかと思ひております。リハビリテーション実施計画書等々の説明、あるいは記録書を書くということについては、ドクターは相当の時間がとられていると思ひます。

3つ目、4つ目は、重なったようなことなのではすけれども、現在、病棟の仕事をいろいろとやっておりますが、急性期ではリハビリ室より病棟で仕事をするほうが、圧倒的に増えております。リハビリ室へ行っても、セラピストがいない、みんな病棟で仕事をしているという状況が非常に増えてきているわけです。そういう中で、病棟のドクター、あるいは看護師とともに、病棟運営をまさに一緒にやっていく状況が多く発生してきております。これから先のことを考えると、病棟で理学療法士が仕事をするような状況があっという間ではないかと思っております。

先ほど申しあげましたアメリカの病院では、理学療法士が所属するのは、リハビリテーション科ではなくて、整形外科所属の理学療法士、整形病棟にいます。脳神経外科所属の理学療法士は、当然脳神経外科医とともに病棟で仕事をしているという感じになっております。そのような形のほうが、より合理的ではないかと思っております。

ただし、看護師の業務の中で、大きく分けて2つ、「診療の補助行為」と「療養上の世話」がありますが、療養上の世話をするために、理学療法士がそこで関わるといのは、私は違うと思います。病棟での早期自立、いかに早期に自立していただいて、家庭復帰や社会復帰をしていただくか、そういう役目を担った者たちが病棟と一緒に仕事をする、そのような形が既にでき上がりつつあります。先ほど言いましたように、リハビリ室で仕事をするのではなくて、病棟、病室で仕事をするというのが、急性期病院では圧倒的に増えていっている状況がありますので、ぜひ考えてみてはどうかと思っております。

5番目になりますけれども、外来リハビリテーションがあるたびに、カンファレンスを行わなければならないと規則上なっています。リハの関係者でカンファレンスという言葉を使うと、当然主治医がいて、関係職種みんなが集まって、記録等々を出し合って、どうだ、こうだというのがカンファレンスという意味になっていますけれども、外来患者さんが来るたびに、みんなでカンファレンスをしろというのは、とてもできない状況にあると思いますし、外来で来ている以上、入院患者さんよりも症状としてはかなり落ちついている部分もあると思います。現在、ほとんどの病院・施設等でやっているのでしょうかけれども、本当の意味でカンファレンスができていくかということ、とてもできてはいない状況にあると思います。外来のドクターは、外来で診察をしている、いつカンファレンスをするのですか。我々理学療法士も最低1日18単位の仕事をしています中で、カンファレンスをやってください、一人ずつですと言われても、実施が不可能な状況にあると思っているところがあります。

6番目になりますけれども、訪問リハにおける医師の診察の問題でございます。報酬改定で医師の診察というのが強調されてきたのですけれども、現行においては、既にドクターが疲弊してしまっている、とてもできる状況ではないという声を、医師から多く聞くようになりました。訪問リハにおける医師の診察は、全く不要とは思いません。ただし、理学療法士たちに標準化した評価をして、ICT等々を使って、医師に報告しながら進めていく、そういう時代ではないかと私どもは思っております。どういう項目を評価するのか、ある

いはいろんなことについて、標準化をしっかりとした上で、主治医あるいはかかりつけ医に報告させていただいて、そういう意味でのオンライン診療を行っていただく、その方法で十分安全に実行されると確信しているところでもあります。

7番目、理学療法士等による訪問看護における看護職員としての代行的な事業をやっておりますけれども、看護職員による定期的な訪問について、よくよく考えると、訪問看護指示書というのは、6カ月以内で行われているわけです。ところが、看護師の訪問については、3カ月に1回ということになっておりまして、指示書が6カ月でいいのであれば、訪問看護においても、それでもいいのではないかと、私たちは感じているところでもあります。

8つ目は、身障手帳の問題とか、いろいろあるのですけれども、例えば身障手帳の計測についても、我々のところには、手帳、あるいは民間保険の診断書も回ってきますが、全部鉛筆書きです。鉛筆書きをしたものは、今度、外来へ行って、医師か看護師がボールペンで書くという、二重、三重の手間をかけてやっているわけです。鉛筆書きの必要性があるのか。肩関節の可動域を書いてくださいとあって、鉛筆書きで全部して、それを医師や看護師がボールペンで書いて、等級の判定をしていきます。

補装具の問題は、非常に大きな問題があります。2日前、青森のデイサービスをやっている人から、最近、補装具はめちゃくちゃですという話がありました。どこで誰がちゃんとしたチェックをしているのか。補装具も非常に高額な治療です。これについても、しっかりとした体制、そして、医師からしっかりとした指示が出た中で、どのような補装具をつくるのか、その具体性をしっかりとしないか、高額なだけで、もったいないと思っているところでもあります。

質の担保について説明しますと、1番目、2番目、5番目については、標準的なプロトコルをしっかりとつくって、できたら医学界で全国的なプロトコルをつくっていただいて、そうしていけば、壮大なデータが集まると思います。例えばTKAにしても、THAにしても、それぞれの病院でそれぞれが違う形でやるのではなくて、オーソライズされたプロトコルがしっかりとあって、それに従ってやっていけば、どういう課題が出てくるのか。多くのデータが散見するようになるのではないかと考えております。

リハビリテーション実施計画等は、先ほど説明したように、我々に任せていただければ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカー、心理士、いろんな職種の者がおりますので、その範囲内で十分に対応できる。ただし、最終的には医師のサインなどの確認が必要だと思っているところでもあります。

外来リハについてですが、現状においては、毎日カンファレンスがなされているのですけれども、あらかじめ医師の診察が必要な要件を含めて、今後、当該医師からの実施可能の承諾を受けた上で、理学療法士がちゃんとやっていけば、十分に対応できる、質の問題なしにやっていけると思っているところでもあります。

あと2つについては、時間の問題で割愛させていただきます。

タスク・シフトに関する課題として、1つは、研修体制をどうするのかということです。私がやります、やりますという、それだけの話ではなくて、研修体制をどう進めるのか、そのことが大きな課題である思っております。

そういう意味で、最後に海外の事例を少し示したいと思っております。今回のタスク・シフトの話が瞬間秒速でどうだということではなくて、これから先も継続的にこの問題を解決していった、総合力のある医療ができればいいと思っております。

理学療法士に対して、イギリスでは、英国国民保健サービスと英国理学療法士協会が協力して、理学療法士の評価・判断能力を高める研修として、研究監査を義務づけています。

オーストラリアでは、2行目ぐらいからになります。養成課程修了後には、独立した機関に設けられた登録理学療法士制度に加わって、毎年1回、免許の更新が行われるわけです。更新時は年間20時間以上の生涯学習の受講証明が必要です。このようなシステムが日本にはないので、一定の医療専門職については、このようなシステムをつくって、その上でタスク・シフトをさらに進めていくという考え方も必要ではないかと思っております。

オランダについては、私もオランダの大学にしばらく行っていたのですが、医師と理学療法士、特にかかりつけ医と理学療法士のコミュニケーションガイドライン、こういうものがしっかりと開発されております。こういうものを開発して、かかりつけ医と理学療法士たちのコミュニケーションあるいは連携、そういうものがしっかりとできていく体制ができております。

アメリカにおいては、放射線医学大学や関連機関が賛同して、画像診断をオーダー可能な理学療法士の基準作成を試みていると言われております。ただ、アメリカは、理学療法士教育が6年間一貫教育で行われておりますので、この話を即日本に持ってくることは非常に困難だと思っております。

いずれにしても、タスク・シフトの話が今日で終わるのではなくて、これからもこの問題を一つの大きな課題として、そして、全ての医療者の質を高めていった、総合力のある日本型の医療、あるいは世界に冠たる医療になっていけばと思っております。

ちょっと早足で御説明申し上げましたけれども、私からの説明は、これで終わらせていただきます。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、質問等はございますか。

私から、タスク・シフトについての貴協会での検討状況や、もし検討されているなら、スケジュール感等を教えていただけますか。

○日本理学療法士協会 今回の機会ですら、いろいろなことを検討させていただきました。

1つ、はっきり言えるのは、今の教育のままでタスク・シフトをするのは非常に難しい。それをするのだったら、研修システム等々を加えながら進めていくとか、そうしないと、責任あるいは問題は解決できないだろうと思っております。

もう一つは、作業療法士もそうなのですが、我々の法律は、昭和40年にできた法律なの

です。法律に従って我々の仕事は制限を受けているわけです。身体に障害のある者に対してだけが、理学療法士の仕事になっています。身体に障害のない者は、我々の仕事の対象ではないという法律のたてつけになっておりますので、このところは、少し緩やかにして、我々が持っている運動療法の知識・技術をさまざまところで活用できる体制をつくったほうが、私はいいと思っています。

○司会 ありがとうございます。

そのほか質問等はございますか。お願いします。

○板橋医事課員 医事課の板橋です。

聞き漏らしている内容でしたら、申しわけないのですけれども、理学療法士に移管可能な業務として挙げていただいているこれらのもので、理学療法士の病棟配置など、今、どういった形のもの为先進的に行われているのでしょうか。

○日本理学療法士協会 ありがとうございます。

急性期の在院日数は、現在、14日前後で推移していると思います。さらに在院日数の短縮が必要な状況にあると思ったときに、例えばストロークユニットとか、一定の病棟において、理学療法士が360時間対応できる体制を世界的にやられている国もあるので、そういうシステムのほうがいいのではないかと考えております。

一番遅れているところは、土日はリハビリが休みなのです。そういう急性期があったときに、例えば金曜日に脳卒中になった人がいらしたら、土日がお休みで、月曜日に処方が出て、3～4日遅れてしまう。今、1日でも早くリハビリを開始すれば、治療効果が違いますというときに、その体制が全くできていないわけです。そういう意味での病棟体制をつくっていくと、急性期から早く治る。運動器にしても、何にしても、早くリハビリを開始するという方向にありますので、それをできる体制を考えたときに、病棟に所属するような形にしないと、別にリハ科があって、リハ科から行きますという形では、なかなか対応ができないと考えております。そういう意味では、病棟所属、あるいはアメリカの西海岸のように、脳神経外科の理学療法士、整形外科、医局所属の理学療法士にしておくと、常に整形外科医と一緒に行動している、そういうパターンにしないと、高度急性期あるいは急性期への対応は、今のシステムでは難しいと考えております。

○司会 ありがとうございます。

ほかにございますか。

もう少し時間がございますので、追加で御発言等があれば、お願いいたします。

○日本理学療法士協会 ございません。

○司会 ありがとうございます。

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

○日本皮膚科学会 日本皮膚科学会のタスク・シフティング推進に関する発表について、させていただきます。よろしくをお願いいたします。

特に皮膚科で移管可能だと思われる業務について、少し時間を割いて、お話しさせていただきます。

皮膚科では、診療記録として患者さんの皮疹の状態を写真で撮ります。写真は1日に50枚～100枚ということもあります。取り込みにかかる時間が1枚数分でも枚数が多いと業務の負担になります。患者さんの個人情報扱いますので、信頼できる職員の方にやっていただきたい仕事です。

電子カルテへの写真の取り込みでは、電子カルテもセキュリティーが厳しいため、一定の時間がかかります。これらの作業の業務移管が進んでおらず、医師が行っている場合も多いです。ドクターズクランクですとか、事務職員といった方々が行えると、いいと思います。

パッチテスト、プリックテストの試薬等の準備、説明ですが、かぶれや内服薬剤に対するアレルギーを起こした患者さんでは、アレルギーの原因の特定のために、原因と思われる物質を皮膚に貼って、アレルギー反応を起こすかどうかをみる検査をします。1個や2個であれば、それほど負担になりませんが、例えばシャンプーに含まれる10～20の成分を、一つ一つ小さいシールに貼るとなると、患者さん1人当たり20分ぐらいかかります。飲み薬によるアレルギーであれば、お薬を粉末にして、ワセリンに特定の濃度迄溶かして貼ります。この際、薬物の量を薬さじなどで測ってワセリンの中で溶かしますので時間がかかります。

プリックテストは、角層を一部はがして貼るという手技を学ぶ必要がありますが、学べば看護師さんでも十分にできます。

皮膚科では軟膏処置、外用指導は、治療の基本に直結します。ただ塗ればいいというものではなく、クリーム、軟膏、ローションなど、基剤ごとの塗り方の指導に加えて、どの製剤をどの皮疹にどのように塗るかという適切な指導を行う必要があります、一人10分程度かかります。

爪切り、鶏眼処置、SPP測定、外用指導ですが、まず爪切りですが、爪が1センチくらいまで分厚く、石のようになっている方などがいます。こうした患者さんの爪切りは一本5分程度かかります。こうした爪切りが10本であれば50分かかるということで、5分から60分程度とかかる時間に幅を持たせております。

鶏眼処置は、たこ削りのことです。鶏眼処置、爪切りは、患者さんの皮膚を傷つけうる刃物を皮膚の極めて近くで扱う作業になりますので、いかに安全に、患者さんを傷つけずに行うかというところで、トレーニングが必要ですが、トレーニング受ければ施行可能です。

SPP測定は、皮膚の血流を測る装置になりますけれども、こちらも時間がかかりますので、移管できるとありがたいと思います。

外用指導もトレーニングが必要です。

次ページは各科共通の部分です。病名入力、コスト入力、DPC入力は、ドクターズクラー



クで、カルテの内容から情報抽出をしていただければできるということですが、こちらは業務移管が進んでおりません。

診療データ入力、抽出、解析業務についても、ドクターズクランクがデータ入力をする形になりますので、できるかと思えます。

カルテ記載補助業務は、医師の指示のもと、事務職員ができるのではないかと思います。

診断書作成補助業務ですが、重要な内容のところは、私たちが作成しなければいけませんけれども、そのほかの部分につきまして、業務移管ができると楽になるかと思えます。

手術件数と内容のまとめに関しても、実際にどういった手術をしたかという記載のまとめなどをやっていただけると、ありがたいと思えます。

特定疾患書類ですとか、診断書などの下書き、もしくは仮作成は、上記の診断書作成補助業務とかぶってくると思えます。

予約関連、処方箋の捺印ですが、皮膚科は外来患者さんが非常に多くて、予約の変更等の電話の対応に追われるところもありますので、こちらもドクターズクランクにやっていただくと楽だと思えます。

全国調査の患者情報記載ですけれども、ものによっては1例当たり20分程度かかります。これを毎年、100名程度記載してくださいということになりますと、かなりの時間と労力を費やすことになります。

市販後調査のEDC入力も同様です。

医師の当直表作成業務は、各医師の都合にあわせて公平に割り振る必要があり、時間がかかります。

他院が主施設の臨床研究の申請書類の作成も、時間がかかります。ここには3～4時間と書いてありますけれども、実際は1週間程度、一人の先生がかかりきりになっている状況です。

患者さんへの問診です。外来患者1人当たり20分程度ということですがけれども、皮膚科は外来の患者さんが非常に多いため、カルテ記載に集中すると、多くの患者さんを待たせてしまいますので、まずは要点だけを記載し、空き時間に、カルテを仕上げる先生も多いと思えます。このあたりも誰かがついて記載してくれると、負担軽減につながります。

新患台帳作成補助業務も記録でとっておりますけれども、事務職員の方にやっていただければと思えます。

カンファレンス準備業務についても、事務職員の方にやっていただけるとよろしいと思えます。

続きましては、質の担保ですけれども、臨床写真につきましては、医師からファイリングの手順について直接の指導を受けていただき、あとは個人情報管理について学んでいただく。写真自体は、番号と写真があって、通常、患者さんの個人名、あるいはID番号が別の番号をリンクして、その照合は別のファイルで行うなど、二重、三重の個人情報保護が行われておりますので、そういったところの細かい点についての指導が必要になってくる

かと思えます。

パッチテスト、プリックテストにつきましても、各試薬によって、それぞれの調整の仕方が変わってきますので、そのあたりの直接の指導も必要です。

軟膏処置、外用指導につきましても、やり方、各外用の指導の意味といった皮膚科の基礎的な知識も必要です。

爪切り、鶏眼処置、SPP測定、外用指導ですが、爪切り、鶏眼処置ですが、皮膚を傷つけないように、手技の訓練も必要だと思います。

各科共通の部分の質の確保に関しましては、業務開始に際しまして、当該医師からの実施可能の承認を受けることが共通です。次ページですけれども、こちらも全て担当医師による承認、さらにはやり方をお伝えした上でやっていただくということが必要になるかと思えます。

タスク・シフト推進に関する課題は人材の確保です。どれも実際にやろうと思えばできますが、とにかく人が足りないのです。看護師さんもクラークも配置がなくて、結局、医師で全部やるしかないとなっているのが、問題のような気がします。

教育方法につきましては、各施設で実施可能だと思うのですけれども、先ほどのパッチテストですとか、皮膚科の知識が必要な部分については、研修システムなどの構築ができるとよろしいかと思えます。

個人情報につきましては、先ほどの写真の問題などがありますので、個人情報の取り扱いなどについての教育が必要です。

手技に関しましては、e-Learningですとか、研修等で学ぶ機会があるといいと思います。

臨床写真などは、血液や見慣れない皮膚疾患の写真もありますので、そういったものを見ても大丈夫な方になると思います。

最後にタスク・シフトの先進事例につきましてですけれども、海外では、20年以上前からタスク・シフティングが進んでいまして、カルテ記載、同意取得などにつきまして、医師がしゃべったものを、後で事務が記入しているというシステムが既に動いていると伺っております。

また、専任ナース、ナースプラクティショナーという職種が主体となって、私たち皮膚科医の非常に簡単な部分については行っていただいて、さらにパンチ生検など、ある程度侵襲の高いようなところまで行っていただけるようなケースも、海外においては出てきていると聞いています。

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、日本皮膚科学会様への質問等はございますか。お願いします。

○岩間対策官 貴重な御説明ありがとうございました。

医師・看護師等働き方改革推進官の岩間と申します。

2点、お伺いさせていただきます。

例えば軟膏ですとか、各種治療行為を医師から看護師に託していくというこの御説明に関してですが、医師と看護師のセットで、臨床の現場において、OJT、実際に横にいなから指導をしていくということができないものではないでしょうか。例えば1時間程度、専任の専門医から指導を受ければできるのではないかと、そこがなぜできないのか、できないことに関する課題の本質的なところは何なのだろうか。別途独立した時間をとったOFF-JTとして切り離さなければいけないのだとしたら、専任の時間や研修を受けている際に代替要員として必要なポストの確保など、相当なものが必要になるかと思えますけれども、実際に診療をしながら教えながら回していくというやり方で、カバーができそうなのか否か。

あとは、医療クラークに託していくという件なのですが、御議論いただいているところだと、転記業務、コピーをするということが多いような印象を受けました。例えば臨床研究の申請書類などですが、その点について、自動でできるのではないかと、学会さんとして、人ではなく機械に託していくというこの御議論があったのかどうか、お伺いできれば幸いです。

○日本皮膚科学会 まず外用指導に関してなのですが、例えば看護師が外来時間中、ずっと外用指導専任という形でいられれば、確かにできますが人が足りないのです。

皮膚科は外来患者数の多い科なので外来に配置されている医療関係者がこなせる以上の患者さんで待合室や診察室が埋まっている状態です。看護師さんも手が空いていないため、診察にあたる医師が外用指導をやるという方法が現実的なことも多いです。臨床研究は、コピー・アンド・ペーストできる部分はフォーマットとして準備しているのですが、臨床研究というのは、一つ一つ全く違うものなので、違う部分の書き換えは必要です。

また倫理委員会における審査も厳しく、何回ものやりとりが、一つ一つの臨床研究の書類について行われています。書類の期限が切れるころには、前回書類を作成した人が異動しています。それで右往左往している状態です。

○岩間対策官 ありがとうございます。

○司会 そのほかございますか。

私からですが、タスク・シフトに関して、皮膚科学会でも検討等をしているのであれば、その状況と今後のスケジュール感などを教えていただければと思います。

○日本皮膚科学会 学会としての取り組みは、まだこれからです。現在は、病院、クリニック、大学など各施設単位での検討段階です。全体であれば例えばスペシャリティーナース講習会ですとか、日本皮膚科学会の総会で看護師さんを集めて教育をして、外用指導などをまとめてすることは行っています。ただ、その派遣のための出張の旅費は誰が出すのかという問題など、まだまだ検討課題が多いと思います。

○司会 ありがとうございます。

お願いします。

○堀岡室長 ありがとうございます。

タスク・シフトの業務的な中身と若干違う角度からの御質問になるのですが、大学病院と診療所の役割分担は、ほかの診療料、外科などは明らかにあると思うのですが、皮膚科は難しいような気がします。大学病院でも軟膏を塗るだけの患者さんがいっぱい来ているように思うのですが、医学的に線引きをして、診療所との役割の中でタスク・シフト、大学の先生は、皮膚科でやけどの処置などがいっぱいあると思いますので、それに集中したほうが良いという感覚を素人なりに持っているのですが、アカデミアでそういう線引きといったような動きはないのでしょうか。

○日本皮膚科学会 逆紹介はしっかりやっても、患者さんが溢れています。軽症な湿症患者などは、もちろん逆紹介していますが、病院で診るべき重篤な皮膚疾患に加えて、院内のコンサルテーションを受けたり、他科の重篤な疾患のため院内で診るべき患者さんなどをみていると結果的に患者数や業務量が非常に多くなっています。

○堀岡室長 そうすると、院内のコンサルとか、重篤な疾患を診るにも軟膏で手いっぱい、軽症の患者をこれ以上逆紹介する余地は余りないということですね。

○日本皮膚科学会 病院では、軽症患者さんについては、基本的に逆紹介しています。

○司会 そのほかございますか。

追加で御発言等があれば、お願いいたします。

○日本皮膚科学会 とにかく人が足りないのです。医師も足りないですし、看護師も足りないですし、患者さんがあふれている状況が、臨床病院、大学病院では見られていますので、そういったところでのタスク・シフトが必要だと思います。一番の課題は、人がいないというところで、タスク・シフトができれば、楽になるのはわかっているのだけれども、シフトする人もいないので、なかなかそれができないという状況を御理解いただければと思います。

○司会 ありがとうございます。

続きまして、公益社団法人日本診療放射線技師会様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本診療放射線技師会 日本診療放射線技師会の会長の中澤でございます。

私からは本会の紹介、タスク・シフティングに関しましては、熊代副会長から御説明させていただきます。よろしくお願いいたします。

本会の概要でございますけれども、昭和22年に設立されております。

世界放射線技師会への加盟が昭和53年です。

公益社団法人の認可が平成24年でして、設立されてちょうど72年です。

会員数は3万166名で、現在運営されております。

それでは、タスク・シフティングについて、お願いします。

○日本診療放射線技師会 副会長の熊代です。どうぞよろしくお願いいたします。

診療放射線技師が担う業務のうち、現行法令などに準じて移管を推進すべき業務につい

て、3項目説明させていただきます。

まず初めに、医政発0430第1号で通知された、画像診断における読影の補助を行うこと。これはチーム医療を推進する上で、診療放射線技師の役割として明記された項目です。通知で明記されている画像診断における読影の補助については、医師への異常所見の伝達や見落とし防止等の医療安全を推進する上で、診療放射線技師の役割は大きく、資質向上を図りながら、積極的に業務を推進すべきであると考えております。

当会の業務実態調査では、約半数の技師が既に実施しておりますが、これを100%実施可能とするよう、資質の向上を図ってまいりたいと考えております。

また、先ごろ日本医療安全調査機構から、救急医療における画像領域にかかわる死亡事例の分析として、6つの提言がされました。その中で、診療放射線技師への提言として、1つ、画像検査依頼時の情報を医師と共有することです。もう一つは、救急外来における撮影画像の確認を行うことです。特に危機的な画像所見が含まれているかどうかを確認することが提言されています。これは、今後、診療放射線技師法第24条の2項に是非明記いただきたいと思います。通知から法律に明記いただくことにより、100%実施可能になると思っております。

次に同通知で記載されております、検査に関する説明です。これも100%の実施を目指しております。通知で明記されている検査に関する説明・相談については、検査の内容を熟知した診療放射線技師を活用し、説明と相談に必要な資質向上を図りながら、業務を推進すべきだと考えております。

造影剤の副作用についての説明の調査結果では、回答した医療職の中で、診療放射線技師が約27%を占めております。主治医が33%、看護師が26%と続いておりますが、これも診療放射線技師が実施可能な移管できる業務だと思っております。

最後に医政発0312第7号で通知されております医療放射線の安全管理責任者です。医療法施行規則の一部を改正する省令に示されている医療放射線の安全管理責任者ですが、医療安全を推進する上で、医療放射線管理の専門家である診療放射線技師の積極的な活用が望まれます。

医師、歯科医師が安全管理責任者の場合においても、医療安全の観点から、診療放射線技師が実務を100%担うことにより、医療安全が担保されるものと思われま

す。次に、現在、医師や医師以外の職種が担う業務のうち、診療放射線技師に移管可能な業務について、御説明させていただきます。3項目示しております。

診療放射線技師法施行規則第15条の2に関する項目として、RI検査医薬品の注入後の抜針及び止血です。これは現行法では明記されていない手技ですが、RI検査医薬品注入後の抜針及び止血について、現在、CT、MRI検査における造影剤注入後の抜針及び止血トレーニングを必須としている観点より、ぜひ業務移管をお願いしたいと思っております。

次に同条で規定されている、CTコロングラフィー、いわゆる大腸CT検査です。これは現行法で認められていない手技、または現行法で明確にされていない手技ですが、下部消化

管検査の一連として、空気を吸引する行為を追加することで、診療放射線技師に業務の移管が可能だと思われます。

現行法では、下部消化管のために、肛門カテーテルを挿入する行為並びに当該カテーテルから造影剤及び空気を注入する行為としていますが、これに空気を抜く行為を追加することで、CTCが移管可能だと思われます。

最後ですけれども、技師法第26条の2で明記されております、X線検診車で胃がん検診並びに乳がん検診の撮影についての包括指示での撮影です。これは多数の者の健康診断を一時に行う業務ですけれども、現行法で認められているのは、X線検診車で胸部X線撮影のみです。検診車で胃がん検診並びに乳がん検診の撮影についても、包括指示で認めていただきたいというのが要望でございます。

これらの3つの業務を担保する上で、最初の放射線医薬品につきましては、既に実施しているCT、MRI検査業務における造影剤の注入、抜針、止血に準じて行うことが可能と思えます。当会が主催しております、厚生労働省後援の業務拡大に伴う統一講習会を受講することとして、当該医師からの実施可能の承認を受けること、そして、行為を行う医療機関が実施可能の承認を受けた状況下で、行為を行うことを認可することで、質が担保されると思えます。

同様にCTCにつきましても、既に実施しております、下部消化管検査に準じて、同様の統一講習会を受講することとして、先ほど申し上げたように、当該医師からの実施可能な承認を受けること、そして、行為を行う医療機関が実施可能な承認を受けた状況下で、行為を行うことを許可することで、質が確保されると思えます。

最後に胃がん検診並びに乳がん検診についての包括指示での撮影です。これも先ほどと同様に、第36回社会保障審議会医療部会の資料では、既に胸部のX線については認められておりますけれども、同様の理由によりまして、胃がん、乳がんにおいても認めていただきたいと思えます。ただ、これらを認めていく上で、事前に責任医師の正確な指示を得ること、緊急時や必要時には医師に確認できる体制をとること、必要な機器・設備、撮影時や緊急時のマニュアルの整備をすること、機器の日常点検等の管理体制、従事者の教育・研修体制の4点としておりまして、これらについては、既に実施している施設が存在しておりますので、実施可能だと思っております。

次にタスク・シフト推進に関する課題について、6つの項目を示しております。本日は時間の都合で、4つの項目について説明させていただきます。

これらにつきましては、現在の養成課程では教育を受けていないため、今後、養成課程のカリキュラムに組み込むことを検討いたします。そして、有資格者が当該業務を行うに際して、新たに手技訓練等を行う必要があると考えますが、カリキュラムの改定を行う上では、他職種との合議が必要であると考えております。

2番目の項目ですが、これはいわゆる放射線部門検査関連行為です。CT、MRI、先ほどのRIの投与に関する止血・抜針のみならず、静脈ルートの確保でございます。これについて

も、ぜひ要望したいと思っております。

4番目に技師法第26条の2に示しております、病院または診療所以外の場所における検査業務でございます。これは地域包括ケアに伴う在宅医療、あるいは介護施設での包括的指示による検査業務は、今後、超高齢化社会を迎えるに当たり、検討が必要な項目であると思えます。

5番目に、包括指示、疑義照会も含まれますけれども、それに関する業務です。包括指示による業務では、撮影部位の確認です。右か左かとか、追加撮影が必要なかどうか、あるいは緊急性の高い死につながる疾患、いわゆるkiller diseaseや検査目的以外で偶発的に認められた異常所見、incidental findings等に医療安全を鑑みた対応が迫られております。これら当該業務を行うに際し、検討が必要だと考えております。

血管撮影におけるIVRの診療行為でございます。医療被曝の低減に向けた防護措置とか、放射線安全管理はカテーテル操作中に、現在、診療放射線技師が行っております。診療放射線技師は、撮影操作と撮影手技に必要な3Dの参照画像をつくるのみならず、今後、IVR操作室に入って、医師の診療の補助行為を行っていく必要性が求められると思えます。これも業務移管だと思えます。特にカテーテルを操作する上で、手術中にガイドワイヤの保持をすとか、あるいは事前にカテーテルに生食を流し込んでおく、デバイス等の物品管理もこれらに含まれるかと思えます。

最後にタスク・シフトの先進事例、国外との業務の比較についてですが、診療放射線技師のナースプラクティショナー版だと思えますけれども、Radiology Practitioner Assistants、これは米国でございます。ポジションステートメントとしましては、医療画像処理における学生の監督、静脈内注射の投与、静脈内注射の実行における監督、意識的鎮静剤の静脈内注射を行っています。

英国におきましては、Radiography Practitionerと呼んでおりまして、日本と同じく読影の補助、いわゆるinterpretationのアシストを行っています。管理とリーダーシップ、教育、研究とサービス開発等を業務としています。

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をいただきました内容について、御質問等はございますか。お願いします。

○板橋医事課員 医事課の板橋です。

1つ、教えていただきたいのですが、CTコロノグラフィーの検査の手技を追加ということで、お話をいただきましたが、タスクシフトをする際、何か課題はありますか。

○日本診療放射線技師会 手技としては、下部消化管と同じくチューブを挿入するので、それと同様の手技で問題ないと思えます。あと、空気ではなく、二酸化炭素を使うというところが、下部消化管とは違うところですが、CTCの場合も空も注入するケースがあります。ただ、先ほど申し上げたように、注入した後、お腹が張ってしまいますので、どうしても

ガスを抜かないといけません。ところが、これまでの規定の中では、ガスを抜く行為が明記されておりませんでしたので、これにガスを抜く行為を入れていただくことによって、CTCがうまく我々に移管できるのではないかと考えております。

以上でございます。

○司会 ありがとうございます。ほかに質問等がありますか。

私から、貴技師会で、もしタスク・シフトについて検討をされているものがあれば、検討状況と今後のスケジュール等を教えていただければと思います。

○日本診療放射線技師会 当会は、会員施設に対しまして、アンケート調査を実施しておりますが、そのたびに調査結果をまとめて、厚労省にも提出させていただいておりますけれども、それは経年的に調べていきまして、強化していかなければならないところとか、既に通知されているにもかかわらず、先ほどのようにできていないところは、徹底的に調べて、どうしたらもう少し実施可能な業務になるのかということ、今、検討させていただいているところです。

○司会 ほかにございますか。

追加で御発言等があれば、お願いいたします。

○日本診療放射線技師会 診療放射線技師法というのは、設立されてから1世紀までにはなりませんけれども、約70年経過した資格制度なのですが、業務内容がエネルギーとか、装置などに準じた資格制度です。今後、医療安全も含めた資格に変えていかなければ、チーム医療の中で活かされないという印象を持っております。

以上です。

○司会 ありがとうございました。

続きまして、一般社団法人日本救急救命士協会様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本救急救命士協会 日本救急救命士協会の会長の鈴木哲司でございます。

それでは、タスク・シフティング推進に関するヒアリングということで、お話をさせていただきます。

1番目に、現在、医師や医師以外の職種が担う業務のうち、救急救命士に移管可能な業務について、2項目お話をいたします。

業務内容として、1番目ですが、観察（視触聴打診）、バイタルサインの測定、心電計やパルスオキシメーターによる観察と測定、血糖測定器による血糖測定、用手及び鉗子・吸引器による咽頭・声門上異物の除去、口腔内の吸引、用手及び器具による気道確保、酸素投与及び人工呼吸、気管内チューブを通じた気管吸引、圧迫止血、骨折の固定、精神科領域の処置、小児科領域の処置、産婦人科領域の処置、電気ショック、胸骨圧迫、アドレナリンの投与、ブドウ糖溶液の投与、静脈路確保、体位の維持、安静の維持、保温などの33項目です。

現行実施職種は、医師となっております。



ボリュームとしては、救命救急センターやERなどの救急医療機関における診療の約70%を占めておりまして、一般診療や往診診療における約60%がこれらのボリュームに該当すると考えております。

移管が可能と思われる理由といたしましては、医政指発0131第1号、医政指発0131第2号に基づく、33項目の救急救命士に認められている処置があります。33項目を列記しますと、本日の時間の関係上、超過してしまいますので、1番に33項目を挙げさせていただきました。救急救命処置の範囲に示される33項目は、全て医師の実施する業務であります。これは救急救命士に移管可能であると考えております。医師の具体的指示を必要とする救急救命処置についても、適応と医師の具体的指示を得られれば、移管可能であると考えます。これらに移管するに際して、新たな教育・実習期間の設定及び現行の教育・実習期間の延長は不要であると考えます。

病院前という危険・劣悪な現場において、現行、医師のメディカルコントロール下によって行っている処置を、医療機関内という、医師や看護師がいる安全な環境下で行うことは、何ら問題はないと考えます。

2番目ですが、観察（視触聴打診）、バイタルサイン測定、心電計やパルスオキシメーターによる観察、体位の維持、安静の維持です。

現行の実施職種は、看護師でございます。

ボリュームとして、救急外来トリアージの約90%を占めると考えております。

トリアージですが、救急車以外の方法で救急外来を受診する患者さんがいますが、これらの緊急度と重症度の判断だと考えております。

移管が可能と思われる理由といたしましては、現行法のもと、看護師が実施可能な行為ではありますが、これは業務移管が可能であります。

救急救命士は、現在でも病院前医療において、傷病者の緊急度と重症度を救急救命処置の範囲で、規定された観察方法を駆使して実施しております。まさに救急患者の緊急度・重症度判断のプロフェッショナルだと言ってもいいと思います。また、事件や事故、あるいは自然災害で一度に多数の傷病者が発生したときの緊急度や重症度の判断であるトリアージの経験も豊富であります。震災などの自然災害で多数の傷病者が医療機関に押し寄せたときに、適切な緊急度・重症度を判断できる専門職は、現在、救急救命士以上に経験豊富な存在はないと考えております。

2番目に、現在、救急救命士が担う業務のうち、他職種に移管可能な業務については、特にございません。

3番目に、新たに業務移管を受けた際の質の確保であります。先ほど示しました救急救命処置の範囲、33項目について、質確保対策としましては、この業務を開始するに当たりまして、業務プロトコルを作成して、医師による事前指示を明示します。

医師の具体的指示を必要とする救急救命処置を実施するために、医師の具体的指示を受ける方策について、具体的な手順などを明示します。

実施した救急救命処置についての検証体制も整備していくことを考えております。

4番目に、タスク・シフト推進に関する課題についてですが、これら33項目に対する課題ですが、現在の養成課程の教育内容（科目・単位）について、救急救命処置の範囲について、十分な教育と実習を実施しているため、タスク・シフトに対しては、新たな教育や実習時間の設定は不要であると考えております。

また、就労先の医療機関において、新たな業務を開始するに先立ちまして、院内のプロトコルについて、教育と実習を実施することが望ましいと考えております。

次にタスク・シフトの先進事例、国外との業務比較についてですが、CPと言われておりますが、これはCommunity Paramedicでございます。これはアメリカ合衆国の制度であります。住民、地域社会、ヘルスケアシステムの指導者として権限を与えて、最適なウェルネスを提供する取り組みであります。

農村部に住む高齢者、移民、貧困家庭に対して、健康と幸福への資源を提供するシステムでありまして、6項目の主な業務があります。1番目がプライマリーケア、2番目が公衆衛生、3番目が疾病の管理、4番目が予防とウェルネス、5番目がメンタルヘルス、6番目が口腔内の健康、これはいわば我が国の保健師と訪問看護師の役割を担うものであります。日本の少子高齢化、過疎化に対して、救急救命士を地域の過疎地で活躍させるという方法も、先進国から見習うべきではないかと考えております。

さて、院内に業務をシフトするに当たって、大きく分けて課題が2つあります。

これは場所制限であります。医療専門職である救急救命士であります。医療機関内で処置が行えない資格ということで、医療資格の中では極めて特殊な資格であります。救急救命士法の第44条の第2項に、病院または診療所への搬送のため、重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において、救急救命処置を行うことが必要と認められる場合ということで、場所が制限されております。これらの法令改正や現行法解釈の変更も視野に入れなければ、我々救急救命士がタスク・シフティングのもとに、医療機関内で働くことは難しいのではないかと考えております。

最後に養成教育年限であります。救急救命士の養成は多岐にわたっておりまして、総務省の所管の養成所は、救急隊員の資格を有する人です。消防吏員になって、救急車に2,000時間、あるいは救急隊員の業務経験が5年あれば、6カ月で養成が済むものです。

防衛省の所管は、准看護師資格を衛生兵として自衛隊内で取った場合には、1年の養成で済むものです。

厚生労働省所管は、一般の生徒が高校を卒業して入るパターンですが、専門学校で2年です。

大学に行く場合には、文部科学省所管の4年ということで、多岐にわたっております。

現在、国家資格である医療専門職において、専門学校での最低教育年限が2年制であるというのは、救急救命士と歯科技工士のみであります。他職種において教育の質向上が叫ばれる中、特例の6カ月や専門学校2年で日々高度化する医療に対応できるのか、これら

はさらなる検討が必要であると考えております。制度発足から28年になりますが、6カ月の教育から4年まで、これだけ多岐に亘る養成教育年限をどうするかということについてもぜひ検討していきたいと考えております。

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内容について、質問等はございますか。

私から1点、貴協会で検討いただいているタスク・シフトについて、もし委員会等で検討しているのであれば、御紹介いただきたいと思います。また、スケジュール感等もあれば、御紹介いただけないでしょうか。

○日本救急救命士協会 これに関しましては、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」で、今、まさに救急救命士が院内で働くためにはどうしたらいいかという、タスク・シフティングについて、さまざまな救急救命士の関連団体からアンケート調査が実施され、それらのエビデンスに基づき議論されております。我々としては、そちらの動きに同調していきたいと考えております。

○司会 ありがとうございます。

ほかに質問等はございますか。お願いします。

○板橋医事課員 医事課の板橋です。

33項目についてももう少しだけ教えていただければと思うのですが、課題のところ「教育は十分に行われている」としてはありますが、座学・実技を含めて、導入が問題ないぐらいまでやられているということなのか、その点を教えていただければと思います。

○日本救急救命士協会 現行、33項目の教育レベルについては、これでいいと思うのですが、これから先、この検討会を含めて、議論の進む方向によっては、処置範囲が広がる場合には、カリキュラムの追加や最低養成教育年限2年制から教育年限を増加させる必要性も視野に入れて検討していかなければいけないと考えています。

○司会 お願いします。

○堀岡室長 ありがとうございます。

33項目に加えて、パルスオキシメーターとか、心電計のお話をに入れていただきました。要はこれも実施可能だということですね。

○日本救急救命士協会 実施可能です。

○堀岡室長 率直に言って、ここに書かれているものであったら、カリキュラムをさらに延ばさなくてもいいというお考えですか。

○日本救急救命士協会 そうということです。

○堀岡室長 わかりました。

○司会 そのほかございますか。

追加で御発言等があれば、お願いいたします。

○日本救急救命士協会 救急救命士制度は、もともと消防機関の救急車の中に医療がない

ということで、発足した制度であります。そのため、法制定時の経緯から業務に関わる主幹省庁が総務省消防庁、防衛省、海上保安庁、文部科学省、警察庁等と多岐にわたる、縦割り行政です。そのため、厚生労働省の医療専門職という形で一本には進んでいません。救急業務という言い方をされますが、救急業務ではなく救急医療という形で、質の転換を図り官と民の救急医療サービスが共存し国民の生命を守るために提供されていくような体制が構築できていけばいいのではないかと考えております。

○司会 ありがとうございます。

続きまして、公益社団法人日本精神神経学会様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本精神神経学会 日本精神神経学会から参りました、米田と申します。

それでは、タスク・シフティング推進に関するヒアリングということで、我々の考えを御披露したいと思います。

与えられましたフォーマットに従ってということなのですが、そちらに入る前に、御存じかもしれませんが、精神科医療の現在の状況を少しお話ししたいと思います。

精神疾患患者数というのは、患者調査によりますと、ここ10年余りの間に1.5倍にふえています。ただ、精神科医師数、あるいは精神科での医療にかかわる人間が、それだけ数が増えたかということ、決してそうではありません。ですので、精神科医療そのものが、非常にたくさんの患者さんに対して対応しなければいけないということになりますと、1人当たりの精神科医療の厚さというのは、どんどん薄くなっている傾向にあると言えるかもしれません。

また、精神科医療の中でも、これまでは入院医療というのが中心だったので、これからは退院促進ということで、特に精神科病院の在院日数というのは、一時は2年、3年というような、非常に長期の在院日数だったのですが、最近は300日を切れるということで、長期入院者の地域への移行というのは、非常に大きな課題になっています。しかし、新入院患者数が減っているわけでは決してなくて、非常に早い回転といいますか、在院日数の短いところで、濃厚な治療をやっていく、それに携わる人間がどんどん必要になってくるといった状況にあると言えるかもしれません。

今日、課題として挙げられましたタスク・シフティングというのは、非常に重要な問題だとは思いますが、2枚目のスライドにも出ているのですが、医師が担うタスクをどの職種にシフトしていくのか。さまざまな職種が精神科の中では活躍しているわけですが、それぞれ手いっぱいという状況で、シフトのしようがないという面もあるのかもしれません。

こんな愚痴ばかり言ってもしょうがないので、まず最初に1枚目のスライドからまいります。移管可能と考えられる業務の第1番目は、診療時の記録等の代行入力があります。

移管先としては、医師事務作業補助者ということで、診療報酬上、加算が認められてい

るのですけれども、そのほかにも、事務系の職員、そういった方も訓練をすれば、あるいは研修を受けていただければ、特化した内容ということで、可能になるのではないかと。

移管が可能と思われる理由としては、現行法のもと、医師事務作業補助者というのは、一定の研修を受けるということが、診療報酬上、加算のための要件になっていますけれども、そういった一定の条件のもとで実現可能だと考えますが、作業補助者そのものがいらっしやらないということもありまして、業務移管が進んでいない。

大分前になりますけれども、私がアメリカに留学していたときには、私の教授には、一人のクラークがついていて、その当時は、まだいいコンピューターがなかった時代ですけれども、患者さんの訴えをタイプライターで逐一記録していました。そういったイメージです。

2番目は、訪問看護師の抗精神病薬持効性注射剤の筋肉内投与ということで、訪問看護師に期待するものですが、このあたりは非常にグレーなところです。特定看護師は、向精神薬、抗精神病薬あるいは抗不安薬を一定のフォーマットのもとで、医師のある程度の指示があれば、独自に投与することができることになっていますが、注射薬はどうか。特に持効性注射剤という、一度投与してしまうと、およそ30日間効くということなのですけれども、そこで副作用が出てしまうとどうにもならないという、反面リスクを背負っているようなお薬です。ただ、統合失調症は抗精神病薬のアドヒアランスというのが、その後の再発と非常に強く密接に関連すると言われていています。ですので、持続的に投与する抗精神病薬持効性注射剤というのは、非常に強いツールとなって、今、どんどん使われています。

ただ、これも外来に来ていただかないと、注射ができないということになります。長い治療期間の中で、定期的に外来受診をせずに、この注射剤を打てないまま再発する症例というのも、現実を経験しますし、そこに訪問看護というサービスを入れて、訪問看護師がそのあたりを一部分担っていきながら、持効性の注射剤の筋肉内投与ができれば、再発を防げるのではないかとという考えです。

現行法のもとでは、看護師が実施可能な行為であるということにはなっていますけれども、訪問看護という場で、それが大丈夫なのかどうかということは、少し疑問な点があります。

3番目は、精神科入院時における支援業務ということで、精神科の入院というのは、精神保健福祉法にのっとりということですので、御存じのように、任意入院あるいは非自発的入院である医療保護入院、措置入院、緊急措置、応急入院、さまざまな形式の入院があります。それに応じて必要なサポートが異なってくるわけで、それに伴うさまざまな書類も一般的な入院に比べるとかなり複雑なものがあります。非自発的入院というのは、かなり多いので、患者さんの人権に十分配慮したような入院に対する導入、そういったものは、精神保健福祉士が本来的に行わなければならない業務だと考えられますので、移管先というよりも、精神保健福祉士の本来業務だと考えていいかもしれません。

看護師も看護の立場で、ケアの計画とか、そういったものも入院時には提示する義務があります。ただ、医師の役割というのは、非常に大きいということは間違いないので、そのあたりを含めた精神保健福祉士、あるいは看護師のサポートは、業務移管として行われなにかという提案です。

退院時における地域移行支援ということで、冒頭に申しあげましたように、今、精神科の医療、特に入院医療というのは、地域でというのが合言葉で、さまざまな形で地域移行を進めていこうと頑張っているところです。さまざまな職種を巻き込みながら、社会での生活の基盤をつくって行って、そして、医療を継続的に提供できるような体制を退院前からつくり上げていく、かなり人手のかかる仕事になります。これを全部医師がやっているわけにはいかないので、看護師あるいは精神保健福祉士、臨床心理士、そういった多職種の人にかかわってもらいながら、社会資源を有効に活用するといった形をつくっていかねばなりません。

カンファレンスなのですけれども、地域の方々と一緒にカンファレンスをするということで、実際にやってみて、時間調節そのものはとても難しいです。皆さんに病院に来てもらうということは難しく、そこに地域移行支援のICTを活用した会議とありますが、これがタスク・シフティングになるのかどうかというのは、ちょっと疑問な点がありますけれども、そういった信頼できるシステムを導入していくことが必要だろうと思います。精神保健センターでは、そういったシステムが導入されていると聞きますけれども、十分に活用されていないということも聞きますので、そのあたりはとても重要ではないかと思えます。

5番目は、病歴の聴取があります。それぞれの病院によってというところもあるかもしれませんが、残っています。あるいは診察や検査の予約、診療録への記録、そういったものを医師事務作業補助者、看護師、精神保健福祉士にお手伝いいただきたいということです。

先ほども申しあげましたように、加算もついているので、実施可能な行為ですけれども、まだまだ十分な業務移管が進んでいないと考えます。

業務移管をする際の質確保ですけれども、1番目の診療時の診療記録代行入力についてですが、業務開始に際して、医師事務作業補助者は、加算をとるためのさまざまな縛りがありますので、その中に研修も入っていますから、それを十分に受けてもらうということで、可能ではないかと思えます。

事務系職員については、精神科という診療科に特化したような形であれば、1日から2日ぐらい、医師事務作業補助の研修を行った後に、医師事務作業補助者と同様の全体的な指導も交えていながら、研修を受け続けて、病院ごとに承認を受けるといった対策で、質の確保はある程度は可能ではないかと考えています。

訪問看護師の抗精神病薬については、手順書を作成したり、マニュアル化したりいたし

ます。

精神科入院時における支援事業については、精神保健福祉士が行う入院支援における施設間の調整、入院後の社会的サポート等の支援業務内容を医師が確認する。精神保健福祉士の本来業務ですので、確認ということではないか。

退院時における地域移行支援については同様に、セキュリティーが確保されたICTを活用した会議システムを導入したらどうか。

病歴等については、1番の同様な形での質の保証ということになります。

全体的な課題ですけれども、1番目の医師事務作業補助者の確保がとても難しいです。今回は書きませんでしたけれども、看護補助もかなり難しいです。私は大阪なのでけれども、大阪の北のほうはまだましです。しかし、南のほうは、看護補助そのものが、募集をかけてもほとんど集まらない状況で、このようなクラークを雇うことは、人材確保ということで、かなり難しく、現実的ではないと言えるかもしれません。

訪問看護師については、訪問看護でこういったことをやられるような資質を持った看護師が少ない。

精神保健福祉士も数が少ない。精神保健福祉士は、現在、9万人程度いると言われているのですが、医療現場にいる人はその30%です。30%の中で、実際に本来的な業務をやっている人は60%と言われているので、全体の数はいたとしても、医療として手伝っていただけるのは、非常にわずかと言えます。

5番目も先ほどの人材不足ということに尽きます。

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内容について、質問等はございますか。お願いします。

○土岐医事課長補佐 医事課課長補佐の土岐と申します。

きょうは、ありがとうございました。

タスク・シフトの議論から離れてしまう質問になるかもしれないのですが、入院時と退院時の地域移行の支援をタスク・シフトの文脈で御紹介いただいているのですが、私、地域包括ケアなどを見ていると、全く真逆の印象を受けています。要はケアマネジャーと医師とのつながりをいかにつくるかというのが難しく、むしろソーシャルワーカーとか、精神保健福祉士というのは、病院であれば、地域連携室みたいなところに所属していて、入退院の支援というのは、今の段階で割とできているのではないかという印象を持っていたのですが、精神科領域では、特にドクターが地域移行でものすごくコミットしているみたいな、そういう現状があるということでしょうか。

○日本精神神経学会 医師がもっとコミットしないといけないと思います。ですけれども、時間がないので、十分にコミットできないというところで、一番最初に申し上げましたように、そういったところでの医療のかかわりへの薄さというのが出てきているのだと思

ます。なので、もっと精神保健福祉士とか、ソーシャルワーカーとか、おっしゃったようなケアマネとか、そういった人たちに入ってきていただいて、スムーズな移行とか、医師の立場として、もっと意見を言えるのではないか。医療を継続的に行えるような、そういったシステムをつくることができるのではないかという御提案です。

○土岐医事課長補佐 わかりました。ありがとうございます。

○司会 そのほか質問等はございますか。

私からですが、貴学会で、タスク・シフトについて、もし御検討等をされているのであれば、教えていただきたいと思います。また、されているのであれば、スケジュール感等もあわせて教えていただけないでしょうか。

○日本精神神経学会 学会全体として、こういった問題を考える委員会があるわけではないのですけれども、それぞれ別々の委員会の中で、働き方改革に関連するような議論というのは進められていますので、そのあたりを学会としても集約していかないといけないのではないかと、個人的には思っています。

○司会 そのほかございますか。お願いします。

○岩間対策官 医師・看護師等働き方改革推進官の岩間と申します。

どうもありがとうございました。

3 ページ目の業務移管した際の質の確保対策で、1 番の診療記録代行入力項目なのですが、今も医療クラークに直接の指導を各医師の方がパーソナルで6時間ぐらいやった上で、実行されているのでしょうか。今もその運用をされているということで、間違いなかったのでしょうか。

○日本精神神経学会 現在、そんな形で運用しているところは、ほとんどないと思います。できれば、そういった形でのサポートが欲しいということでのタスク・シフトの提案になります。昔はいわゆるシュライバーという者がいました。精神科にかかわらず、新しく入ってきた医者が上級医のそばについて、診療内容を記録していくということがあったと思うのですが、最近はそういったことも少なくなって、電子カルテの時代になって、そういったものをクラークにシフトさせていきたいということです。

○岩間対策官 わかりました。

お伺いした趣旨としては、今もされていることであるならば、今後もこういうことが続けられていく。そうなると、ある程度統一的にパッケージ化をして、再現可能性があるような形で組んでいかれる取り組みがおありになるのかということをお伺いしたかったのですが、それが理想だけれども、今、やられているわけではないということですね。

○日本精神神経学会 今はそれぞれの病院によって、かなり差はあると思いますけれども、例えば我々の病院では、臨床研修医の研修の一環として、こういったことを、初診の患者さんだけにはさせています。それをもっと広げるような形で、患者さんの診療内容を厚くして、そして、さまざまな形で記録を診療に還元していくといえますか、生かしていきたいということです。ですので、やるとしたら、実際的には、今、臨床研修医がやっている



部分をクラークが担うという形を提案したということになります。

○司会 ありがとうございます。

そのほかございますか。

最後に追加で御発言等があれば、お願いいたします。

○日本精神神経学会 最終的には人材不足ということに尽きるので、最初に申し上げましたように、タスク・シフトといっても、シフトされるほうがほとんどいない状況では、なかなか前に進まないというのが印象です。できれば、そのあたりに対しての経済的な保障もあればと思います。

○司会 ありがとうございます。

それでは、ここで、一度、10分間の休憩をとりたいと思います。再開は15時20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、時間になりましたので再開いたします。

続いて、一般社団法人日本作業療法士協会様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本作業療法士協会 一般社団法人日本作業療法士協会です。理事をしております、村井と申します。

会長、副会長が所用で来られないため、制度対策部を担当しておりますが、ピンチヒッターということで、今日、お話しさせていただきたいと思っております。

タスク・シフティングの話に入る前に、作業療法士というのは、一体何をしているのだろうか、昭和40年に制定されているにもかかわらず、余り広まっていないことがありますので、今日はこの場を借りて、作業療法についても、少し御説明した上で、私たちが何が担えるのかというところを議論させていただきましたので、そのことについて、お話をさせていただきたいと考えております。

作業療法は、基本的に身体や精神に障害のある者に対して、身体のみならず、精神科領域でも多数の作業療法士が働いているわけですが、その方たちに対して、応用的動作能力または社会適応能力の回復を図るということです。応用的動作能力というのは、いわゆるADL、IADLと呼ばれるものなのですが、社会適応能力というのは、実際の環境などにその人の能力がどのように適応できるかという、そういう能力の回復を図るために、さまざまな作業等を行うことを業とするとされております。

作業療法士は、医師の指示のもと、作業療法を行うとなっております。診療の補助、医行為を行う仕事とされております。

もう一つは、作業療法における作業という言葉が、治療の内容とされているのですが、作業という中身につきまして、私どもも長い間、この定義につきまして、いろいろと考

てきたところですが、平成22年4月30日に、医政発0430第1号で考え方をお示しいただきましたので、それについて、きょうは少し御紹介をしたいと思います。

基本的な考え方としましては、医師等による包括的指示を活用します。

作業療法の範囲ですが、ここに書かれておりますように、移動、食事、排せつ、入浴等の日常生活活動などのADL訓練、これらのものを治療の手技として用いまして、直接的な練習を行いながら、これができるようになるように、進めているということが1つあります。

もう一つは、調理とか、掃除、洗濯などの家事、実際、買い物に行くときの外出、例えば公共の交通機関の利用の仕方などのIADLの練習を行う。これらのものを手段として、直接練習いたしまして、これらができるようにするということをしています。

3つ目は、実際に作業耐久性の向上、作業手順の習得ということなのですが、例えば精神障害を持たれる方たちが仕事に戻られる、仕事に就くというところにつきましても、この人の耐久性がどれくらいあるのだろうか、この人の作業の嗜好があります。好きなことはされますが、嫌いなことはしないという傾向がありますので、そういう作業の嗜好、それらを行う能力があるのか、ないのか、それらを評価いたしまして、実際の就労の場面で、もちろん仕事もハローワークと連携をしながら選んでいくわけなのですが、それを用いまして、仕事の環境への適応を図っていく、そういう職業関連活動の練習なども行っております。

4つ目は、実際に障害を持たれますと、どうしても残った機能で、できない部分が出てくるわけなのですが、例えば環境などでは、立ち座りがなかなか難しいので、どうするかとか、腰が痛くて長距離が歩けないときには、歩行車を使うと長距離が歩きやすくなるということで、福祉用具の選定などの調整です。それから、よくあるのは、義肢とか、そういうものの調整をしたり、それを活用した練習をしながら、足りない能力については道具を活用して、これができるようにするというのもしています。

5つ目は、先ほど申し上げた住環境です。そういうところに対しても、この人の能力にあわせて、実際に住宅改修を行います。例えば心臓に負担があって、地面から120センチ以上、手が挙げられないという方がいらした場合、医師の指示のもと、洗濯の物干しをその高さにセットして、洗濯を容易にできるようにするとか、バリアフリーはもちろんですけれども、そういう練習もしています。

最後に、最近、結構トピックとなっておりますが、発達障害の方たちの機能、精神機能とか、どういうことができるのかということも評価をさせていただきますと、実際にその方たちが学校でどのようにすれば、例えば遊びができるとか、体育の授業に参加できるとか、どのような空間をつくると、集中して授業に参加できるのかとか、そういうことをアドバイスしたり、そういう訓練も行ったりしております。

もう一つは、高次脳機能障害の方たちの精神機能の残された部分と障害の部分の評価しまして、残された部分をうまく使いながら、どうしたらこの人が社会に適應できるのだろうかという訓練もしているということです。

こういうことを通して、身体や精神に障害のある方々が、この人が望む生活にどうしたら戻っていただけるのだろうか、どのようにしたら今の生活を継続できるのか、それを具体的に評価しつつ、動作そのものを訓練しながら、自立に向けていくということをしている職種です。

昭和40年に作業療法士法ができたわけなのですが、先ほど理学療法士の半田会長もおっしゃっていましたが、そのときと比べますと、医療の考え方が目まぐるしく変わっております。その当時には、介護保険もありませんでしたし、今では在宅医療と言われるようになり、医療・介護連携、さまざまなことが言われておりますが、私どもの法律は、昭和40年に制定されたまま、改変されることなく、ずっと来ていますが、ただ、時代に合わせながら、私たちはどうしていくべきかということを議論しながら、毎年、ガイドラインを出しております。

2018年度版のガイドラインを御紹介させていただきますが、作業療法の定義に基づき、ここに赤字で書かれております役割です、応用的動作能力、社会的適応能力という視点ですが、これらの視点が、特に国際生活機能分類、ICFに一致するという点で、私どもとしては、ICF、心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、これらが1,500コードほどあるのですが、このコードを用いてアセスメントし、その人の持っている応用的動作能力、障害を受けたところはどこなのかということをしちっと見極めた上で、それらのことができるようにということのアプローチをしているところです。

最後の行を読ませていただきますが、人の生活というのは、その人だけではなくて、その人を取り巻く環境ももちろん影響してくるわけですし、その人の住んでいる地域にも大きな影響が出てくるわけです。ましてや、最近では、高齢化社会になってきておりますので、ひとり暮らしの高齢者の方たちにどうしたらいいのだろうか、そういうことも含め、総合的に捉えていかなければ、この人の生活を自立させるということは、なかなか難しいということです。そういう意味では、私どもの役割である、応用的動作能力や社会的適応能力を発揮する上で、環境や資源の果たす役割はとても大きいと考えておまして、それらをきちっと果たせるよう、考えていかなければならないと思っています。

私どもの仕事を御紹介した上で、今回、命題をいただきました、現在、医師や医師以外の職種が担う業務のうち、作業療法士に移管可能な業務について、協会で議論させていただきます、表のようにまとめております。

1つは、先ほど申し上げたように、心身機能の評価をした上で、どういう応用的能力があるのかということの評価しているので、神経学的検査のうち、反射とか、運動とか、ROMと言われる関節可動域、感覚、高次脳機能、ADL、IADLに関する検査につきましては、学生時代からきちっと学ばせていただきまして、それらのことはできるようにした上で、卒業しています。それにつきましては、評価の技術を学ばせていただいておりますので、実際に先生方がされております、神経学的検査とか、表に書いておりますが、補装具の申請のときにさまざまな書類がございます。この書類の神経学的検査を一緒にしたり、要介護認

定のADL、IADLの評価とか、療育手帳、身体障害者手帳の申請などの神経学的所見の意見書のところで、実際、検査をしているというのが事実です。

神経学的検査については、医師が行うものが、現在、診療報酬上認められておりますが、子どももそれらを一緒にさせていただいて、現実にかかわっているという実績がありますので、ここら辺は、担わせてもらえるだろうと考えているところです。

2つ目は、私たちのおはこですが、ADL、IADL、本人の趣味・興味・関心、ここが回復において動機づけになってくるわけなのですが、そういうこととか、療養上の課題の聞き取りとか、把握も、日ごろ、私たちが作業療法計画を立てる上でっておりますので、実際にそういう方々の情報を、看護師や医師の方々に、問診の補助として、情報提供することができるのではないかと考えております。

3つ目は、最近、看護師がなかなかいらっしやらないということで、当院も大変な思いをしているのですけれども、その中で、作業療法が機能できたらということなのですが、実際に病棟の中に入り込んで、早期の段階から、トイレをどういうふうにしたらいいのかとか、ポータブルでいくのか、し尿瓶でいくのか、部屋の中にトイレがあったら、そこまでどうやって行くのかとか、環境設定をしながら、早い時期から、実際にADLが自立できるようにというトレーニングをしていただいております。実際、早期にADL、IADLの介入をすると、予後がいいというデータも出ておりますので、そういうところをきちんと進めていきますと、書かせていただきましたが、生活行為の評価や指導によって、患者の生活行為の自立が早く促せる。そのことによって、看護師による療養上のケアの部分を少し軽減できるのではないかと、または時間の短縮ができるのではないかと考えております。

実際に、現在、回復期リハ病棟などは、そこら辺が評価されまして、地域包括ケア病棟などには、作業療法士が病棟専従として配置されているということですので、もっと私どもの特性を御理解いただき、病棟内での食事、入浴、排せつ、移乗移動などの生活行為の評価・指導を行い、早期の自立に向けたものを、看護とともに連携しながら、そういうところにかかわっていけたら、看護師の負担が少なくなるのではないかとということです。

また、小児を含め、一部の病院では、特に診療報酬上認められておりませんが、作業療法士を病棟に配置しておりまして、大多数の病院では、子供たちの自立にもかなり貢献できていると聞いております。

子どもの職種の特性を御理解いただき、看護師・看護補助者の方たちと連携を深め、早期退院に向けて、ADL、IADLの自立に向けたアプローチを積極的に担わせていただきたいと思いますと考えているところです。

3つ目は、新たに業務移管を受けた際の質の確保についてです。これにつきましては、作業療法、理学療法の違いはどこにあるのかという問いをずっと受けてきたわけなのですが、最近、ようやく作業療法士も、ADL、IADLにきちんと向き合わなければならないということについて、子どもの協会を挙げて取り組んでいるところですが、その中で、今、卒後教育は、協会で行っている研修しかないというところです。技術の部分は、On the Job

Training、実際の臨床の現場で、最近、さまざまな疾患がふえてきておりますので、その方のリスク等々を医師と話し合いながら、適切な負荷をかけていくということが求められてきているわけです。

そういう意味では、On the Job Trainingの教育システムを私たちも充実し、私たちが自分でやっているような認定ではなく、看護師並みの臨床の現場で学ぶもの、そういう教育システムを整えながら、医師の方々の治療に貢献できるといいと、心から思っているところがございます。教育については、そういう義務化がされるといいと考えております。そうでないと、医療は日々変わってきておりますので、そこら辺は、医師の治療方針に合わせて適切に行っていくことが重要だと、日々思っているところです。

4つ目は、タスク・シフト推進に関する課題についてですが、これは全項目共通なのですが、今回、作業療法の説明について、何であなたはこんなところで長く言うのかと思われると思います。御理解いただいていない方がまだたくさんおられまして、私どもの切なる願いなのですが、私たちが指示をいただいている医師の教育カリキュラムの中に、非薬物療法という、作業療法についての教育の機会がないのではないかということです。そのため、実際、私たちも卒業して、出会った医師によって、大きく治療法に影響を受けるという事実があります。一方では、医師の方も、最初に出会った作業療法士のやり方が作業療法だと思ってしまうところがありまして、お願いなのですが、非薬物療法として適切な治療とか、先生方のパートナーとなれるためにも、医師教育の中に、作業療法についての専門性とか、機能と役割について、ぜひ入れていただきたいと思っています。

私たちもこれから率先して働きかけていかなければならないと考えておりますが、教育というのはとても重要です。聞いた、聞かないで、大きく後が異なってくると思いますので、チーム医療の中で、ぜひこういうことも御検討いただけると幸いです。これらのことを通して、いいパートナーとして、先生方とよりよい医療を目指せたらいいと考えております。

最後ですが、資料のほうで少し説明をさせていただきますが、養成施設のガイドラインでございます。全部で101単位の授業で、4年制大学がほとんどになってきておりますが、このような勉強をしているということを、御紹介させていただきたいと思っております。

現在の作業療法士協会の会員数です。ここにありますが、領域別の配置状況ですが、ほとんどが医療ということになっています。そのほかに介護、福祉領域も少しということで、分布しているところです。

少しお時間をいただきまして、諸外国で私たちはどういう動きをしているのかということで、御紹介をさせていただきたいと思っております。

日本と海外では随分異なっております。日本は、制度として、医療の中に組み込まれ、治療として位置づけされていて、6割が医療、3割が介護という状況があるわけですが、他の諸外国につきましては、福祉の領域とか、教育現場、行政等に入っているということで、ばらつきがすごくあります。ただ、機能と役割としては、同じように生活に支障のあ

る者に対しての日常生活の自立とか、仕事の維持とか、そういうことに対して、環境調整や動作指導をしています。

特にイギリスなどは、年をとってきて、膝が悪くなってきて、物を持つのが大変だとか、立ち座りが大変だという高齢者の方がいたら、行政、NHSに相談するわけですが、そうすると、すぐに作業療法士が出向いて行って、環境を整えて、できる限り自立して自分で生活できるように働きかけていると聞いています。オーストラリアもデンマークも、諸外国では、ほとんどそのような形で、医療の中だけというよりは、むしろ地域の中で、実際に低下してきた機能に対して、できるだけADL、IADLが継続できるようにとすることで、そのような働きかけをしながら、介護の状態にならないようにしているということがあります。

そういう意味では、福祉用具ところにもかなり深く入り込んでいたり、ほかには企業などに入り込んで、腰痛や頸腕症候群の予防として、パソコンのキーボードのセットの仕方、机のハイトップの高さ、椅子の使い方、そういうところにも入っていると聞いております。デンマークでは、5,000人の企業は、1名、作業療法士を置くことが義務化されているようなのですけれども、そのような領域にも入っています。私たちは、そこには入り込んでおりませんが、今後の課題だと思っております。

そういうことで、生活の自立に向けて、私たちはそういう取り組みをさせていただく職種だということをお理解いただき、また、医師のいいパートナーとして、仕事ができるようになるといいと思っております。

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内容について、質問等はございますか。お願いします。

○天辰推進官 政策医療推進官の天辰でございます。

大変詳細な説明をありがとうございました。

1点、お伺いしたいのですが、移管可能な業務の中の3番目で、病棟における生活行為の評価・指導というところを挙げていただきました。今、回復期リハビリテーション病棟とか、地域包括ケア病棟というのは、実際にリハ職の方も要件で配置になっていて、どういことをされるのかというイメージが付きやすいのですが、例えば急性期の病棟などでは、どういったことができるかという、具体例などを教えていただけると、イメージが付きやすいので、よろしく申し上げます。

○日本作業療法士協会 急性期では、ハンドセラピーという領域がありまして、手の外科などは、入院する前にドクターと一緒にADLの評価をして、手をどう使っているかということをお評価した上で、医師が手術をした後に、もう一度、手の機能が落ちたのか、落ちなかったのかという評価をしています。そういう働きかけをしています。

あわせて、手術後、1週間後には、積極的に活用するということで、実際の手の活用などのADLの評価をしたり、そのようなことをしながら、早くからの活用をしています。ダイ

ナミックスプリントというものを私たちがつくるのですけれども、ばねのついたもので、固定した状態で、手術後、すぐに創を傷めないようにして、手を使えるようにして、手術をした後にすぐに食事ができるようにするとか、ボタンをとめられるようにするとか、そういうこともしています。これが1つの特殊な領域です。

そのほかに、脳卒中になられた方も、最近はせん妄が増えてきておりますので、病院によっては、せん妄の防止ということで、本人になじんだ音楽を聞かせたり、早く座位をとらせていくといいということで、医師と連携し、バイタルをとりながら、座位をとらせています。

それから、最近はずごく早いのですけれども、トイレも、最初はベッドの上でして、それも本人と家族とみんなで話すのですが、その上でポータブルトイレを横に置いて、早目に移乗の練習をしてもらおうとか、道具を使いまして、ナースコールを押せるようにするとか、自分でベッドの操作できるようなボタンの開発も実際にさせていただき、早期の段階で、できるだけ積極的にADLにかかわるということを見せていただいているところです。その中に、福祉用具とか、先ほど言った道具をたくさん導入させていただいていると思います。

○天辰推進官 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。

○板橋医事課員 医事課の板橋です。

初歩的なところで申しわけないのですけれども、業務の内容として、1番の項目の神経学的検査で掲げている移管が実施可能と思われるところなのですが、ここで書かれている評価は、実際にどの範囲のことを言われているのか、それが具体的にどういったことなのかを教えてください。

○日本作業療法士協会 評価につきましては、関節可動域とか、筋力検査、腱反射などもさせていただいておりますし、あと、認知機能の評価として、さまざまなテストバッテリーがありますが、それらも日ごろからさせていただいているところです。

○板橋医事課員 つまり検査の結果を提供するまでということですか。

○日本作業療法士協会 検査の結果を出して、書類上は全部入れ込んで、医師に見ていただいて、最終判断は医師がしますが、検査は結構時間がかかるのです。そこら辺を全部私どもがして、書類に入れた段階で医師に見ていただいて、医師が最終判断をするというスタイルになっております。

○板橋医事課員 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。

私からですが、貴協会のタスク・シフトにかかわるような検討状況について、もし検討されているようであれば、今後のタイムライン等を教えていただけますか。

○日本作業療法士協会 医事課の皆様には、とてもいい機会をいただいたと思っています。今回こういうお話をいただきまして、昭和40年に医事課の方が書かれた理学療法士法、作

業療法士法の解説という本を読みながら、タスク・シフトする前に、自分の職種の機能が明確でなければならないだろう、どこまでができるのだろうかというところを明らかにしなければならないということで、勉強させていただいたところです。

もう一つは、先般、医事課の方がされました需給結果も含め、働き方改革のことも含め、作業療法士協会ではこれらを真摯に受けとめまして、とてもいい機会をいただいて、議論ができるきっかけをいただいたと思っています。これからは、これらを深め、私たちの機能で何ができるのか、私たち自身もチーム医療の中で何を果たせるのか、地域医療で何ができるのか、それらを考えていこうということは、理事の中で合意を得ているところです。

○司会 ありがとうございます。

それでは、お時間ですので、ありがとうございます。

続きまして、一般社団法人日本臨床衛生検査技師会様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本臨床衛生検査技師会 日本臨床衛生検査技師会の副会長、横地です。よろしくお願いいたします。

きょうは、貴重な時間をいただきまして、ありがとうございます。

当会からは、今回のヒアリングに際しまして、大きく5つのポイントについて、提案をさせていただきたいと思っております。

1点目は、患者さんから検査材料の採取に関する内容について、もう一点目は、検査を実施するときに、実際に患者さんに薬物を投与する行為があるのですが、その辺に関する業務について、病理・細胞診に関する業務について、輸血検査に関する業務について、それから、全般にかかわるわけですが、検査所見の臨床検査技師による報告について、この5つについて、担当から御報告をさせていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○日本臨床衛生検査技師会 よろしくお願いいたします。

今回、与えていただきましたヒアリング項目は、1番から5番までであるわけですが、2番の項目につきましては、当会からは該当なしとさせていただきます。

業務の項目が43項目と多項目にわたりますので、今回は業務項目の1番から23番の概要について、解説させていただきます。

そして、関連業務ごとにヒアリング項目の1番、3番、4番の順で解説をさせていただきます。3番、4番につきましては、かなり重複する部分がございますので、割愛をさせていただきながら、進めてまいります。

業務項目の23番の後、ヒアリング項目の5番について解説をいたします。

まことに申しわけございませんけれども、24番以降につきましては、資料にて御確認をお願いいたします。

まず初めに、検体採取・採血等の業務に関してです。検査のための採痰、あるいは眼脂等の採取、外耳道からの耳漏等の採取、泌尿器・生殖器からの検体採取、主に感染症検査



に関連する検体採取を臨床検査技師が行い、一連の流れで検査を実施することにより、医師の負担軽減並びに検査精度と迅速性の向上につながると考えております。

平成26年の医療介護総合確保推進法において、幾つかの検体採取が、我々臨床検査技師の業務として追加をされました。さらに今回提示いたします項目を加えていただきますと、医師の負担軽減に寄与できるものと考えております。

5点目の子宮頸がん検査のための細胞診用の検体採取ですけれども、子宮頸がん検査において、医師による専門的な教育・研修を受けた臨床検査技師が、医師の指示のもとに、検体採取から鏡検検査を実施することにより、診断精度の向上に寄与することができると考えます。検体採取は産婦人科医が行っており、臨床検査技師が行うことにより、大きな負担軽減につながってまいります。現在、本行為につきましては、診療の補助として、看護師に認められている行為であります。

6番目の糖尿病診療で活用されております、持続血糖測定のための穿刺・抜針です。これらの行為を臨床検査技師が実施することにより、診療の補助として、迅速に診療の効率化、医師の負担軽減につながると考えております。

7番目は、救急現場における末梢静脈路の確保（ヘパリンロックを含む）ですけれども、救急現場等において、検査のための採血を臨床検査技師が行う際に、一連の行為として、静脈ラインの確保を行うことにより、薬剤を必要時に直ちに静脈内に投与することが可能となります。

採血からの一連の流れを臨床検査技師が行うことにより、医師が本来業務に専念することが可能となり、負担軽減並びに救急患者への迅速な対応へとつながってまいります。

それらの業務の質の確保について幾つかのものにつきましては、患者さんへの侵襲性が当然ございますので、まずは患者さんの安全管理、手技等について、関連する医師より直接的な指導を受けることが必須だと考えておりますし、行為を行う医療機関におきましては、医師からの具体的な指示により実施することは、当然のことだと思います。

6番の持続血糖測定のための穿刺・抜針につきましては、医師からの具体的な指示により実施することにしております。

一番右側の列に実施数を示しておりますけれども、こちらの数字は、6月に当会会員施設に対して行いました調査、回答数3,286施設の中で、該当する項目を実施している施設の数字ですので、参考までに御参照いただきたいと思います。

続きまして、それらについての課題ですけれども、1番から5番の検体採取につきましては、現在、我々が行える項目の中に明記されていない部分ですので、政令等の改正が必要だと考えております。

当然ながら、関連する学会・団体の承認であるとか、現任者の追加研修であるとか、養成施設での教育カリキュラムの追加、こういったものが必要になってまいります。

先ほど御説明いたしました、一部の検体採取につきましては、厚生労働省が指定する講習会ということで、5年間、臨床衛生検査技師会が講習会を開催し、5年間の中で、5万

2000人余りの臨床検査技師が受講しました。そういった教育システムが構築されておりますので、御承知おきいただければと考えております。

検査に関連する薬剤等の内服介助・投与についてです。8番の糖負荷試験のブドウ糖液の投与、尿素呼気試験の尿素錠の投与、脳波検査時の睡眠導入剤の投与、呼吸機能検査時の気管支拡張剤の投与、眼底検査時の散瞳剤の投与等でございます。

これらの検査に関連する薬剤投与について、現状では、医師または看護師に委ねている部分がありますけれども、それらを医師の指示のもと、臨床検査技師が実施することにより、診療の効率化、医師あるいは関係職種の負担軽減につながると考えます。

13番は、眼振電図検査における温度刺激検査のための外耳道への冷温水の注入でございます。こちらにつきましても、医師が具体的に指示した冷温水を外耳道に注入することにより、診療の効率化、医師の負担軽減につながると考えます。

14番の造影超音波検査の超音波造影剤の投与につきましても、医師の具体的かつ直接的な指示のもとに、臨床検査技師が実施をすることにより、診療の効率化、医師の負担軽減につながると考えます。

続きまして、それらの項目についての質の確保ですけれども、スライドのとおりです。

13番、14番につきましても、患者さんへの侵襲性がありますので、当然ながら、患者安全管理が最優先される部分です。

次は課題についてですけれども、8番から11番の薬剤の投与につきましても、侵襲性は低く、医師からの具体的な指示により実施すれば、現行の法のもとでも対応可能ではないかと考えております。

12番、13番につきましても、現在、我々が実施することができる省令の中で、除外されている項目ですので、省令改正が必要だと思います。

14番につきましても、同様の法的な検討、対応が必要になってくると考えております。

続きまして、病理・細胞診検査に関連する業務に移ってまいります。

まず最初は、手術材料の切り出しですけれども、病理医による専門的な教育・研修を受けた臨床検査技師が、手術の切り出しを行うことにより、多忙な病理医の負担軽減に大きく寄与することができるかと考えております。

16番目、生検材料、特殊染色、免疫染色等のスクリーニング、所見の下書きに当たりましても、そういったものの作成です。こういった業務につきましても、臨床検査技師が実施をし、下書き等を作成し、それをもって病理医が確認し、病理診断を下すものでございます。多忙な病理医の負担軽減に大きく寄与することができるかと考えます。

17番、病理解剖業務ですけれども、病理医不在施設において、病理解剖が必要な場合、大学病院等の病理医を招き、実施している場合が多く、当該病理医の大きな負担となっております。病理医が指導・監督し、単独解剖業務の実施の承認を得た臨床検査技師が、主治医の立ち会いのもとに、病理解剖を実施することにより、病理医の負担軽減に大きく寄与することができるのではないかと考えております。

次にそれらの業務の質の確保についてですけれども、15番、16番につきましては、医師より専門的な教育を受け、日本病理学会と当会で認定をしております、認定病理検査技師等が想定されるかと思えますけれども、相応の力量を有した臨床検査技師が、医師の指示のもとに実施することにより、質の確保ができると考えます。

病理解剖業務につきましては、医師より専門的な教育を受け、解剖の実施の承認を個別に受けた臨床検査技師が、主治医の立ち会いのもとに実施することにより、質の確保ができると考えます。

それらの業務についての課題ですけれども、17番の病理解剖業務につきましては、制度的な部分がありますので、それらの検討が必要ではないかと考えます。

続きまして、輸血に関連する業務ですけれども、18番、医師の説明の補足としての輸血承諾書の取得、19番、輸血関連検査結果の説明、20番、輸血副作用の確認、これらの業務です。

臨床検査技師は、輸血療法、輸血関連検査の意義・解釈、輸血のリスク等について、十分な教育を受けているために、こういった事柄について、的確に説明ができると考えております。臨床検査技師が実施することにより、医師の負担軽減につながると考えます。

21番、輸血実施ですけれども、輸血の実施について、医師の指示のもとに、輸血用のルートから輸血製剤と患者の照合を行い、輸血の実施を行うことで、医師や看護師の負担軽減につながるといえることです。

22番、胚培養全般、培養室の実務・運営ということで、一連を医師が行っておりますけれども、医行為外となる作業工程に多くの時間がかかります。知識と技術が精度及び結果に直結する業務であり、一定の知識を持った臨床検査技師と業務を分担することで、医師の負担軽減につながると考えております。

次の質の確保についてですけれども、18番から19番につきましては、医師の具体的な指示により実施する。

21番、22番につきましては、医師からの直接的な指導、あるいは具体的な実施により実施するというところでございます。

それらの課題につきましては、重複します。スライドのとおりです。

23番目、最後の項目になりますけれども、検査所見の臨床検査技師による報告です。検査所見の一部のもの、例えば骨髄像の検査であるとか、細胞診、超音波検査等については、関連する専門学会のガイドライン等で、専門医等の医師の署名を求めているものがあり、多忙な専門医等の医師により署名を得るがために、結果報告に遅延が生じるとともに、専門医等の医師の負担となっている現状があります。

臨床検査技師が報告書を作成し、主治医に手交することは、医師法上の診療行為に該当しないため、臨床検査技師が直接報告することにより、結果報告の迅速化と医師の負担軽減につながると考えております。

結果を主治医に手交することが、医師法上の診療行為に該当しないということにつきま

しては、一番下のボックスのところですが、厚労省の答弁から引用しております。

これらの業務の質の確保についてですけれども、各種認定技師がおりますので、そういった十分な力量を有した臨床検査技師が実施をするということ。そして、精度管理の確保の観点から、必要に応じて専門医の判断を仰ぐということで、質の確保はできると考えます。

課題につきましては、当然ながら、関連する学会・団体等の承認が必要になってまいります。

5番目のタスク・シフトの先行事例であるとか、海外との比較について、若干説明をさせていただきます。

こちらは、病棟に臨床検査技師を常駐させている実践例です。スライドに示しております業務について、臨床検査技師が実施をし、臨床検査技師が病棟に常駐することにより、検体採取から結果の報告など、検査工程の全てに参画ができ、医師、看護師の負担軽減に大きく効果があるという実践例です。

こちらのスライドは、病棟に臨床検査技師を配置したときの効果ということで、当会が調査をしたものです。左下のボックスのところなのですけれども、全国10カ所の病院に臨床検査技師を常駐させて、病棟で臨床検査技師の業務がどれぐらいあるかということ进行调查したものです。おおむね6時間程度の業務があるということです。

今回、提示いたしました業務が追加をされることにより、さらに臨床検査技師の業務の幅が広がり、かつ医師、看護師の負担軽減に寄与し、質の高い検査データが提供できるということが期待されてまいります。

こちらにつきましては、臨床検査技師による検査説明の実践例ということで、医師の検査の説明についての補足を、臨床検査技師がしっかりとやっているという実践例です。

こちらは海外情報といたしまして、今回、提案いたしました5つの項目、子宮頸がん検査のための細胞診用の検体採取を担当する医療職ということで、諸外国におきましては、臨床検査技師以外の職種の方が、子宮頸がんの検体の採取に当たっているという実例です。

看護師のみならず、検査について深く理解し、解剖学や生理学など、幅広い教育を総合的に受けた臨床検査技師が、このような機会を与えられることが期待されるということです。

こちらの上段は、Smear takerについての補足です。

生理学的検査についての海外との比較ですけれども、海外では基本的に臨床検査技師は検体検査が中心で、日本においては、生理学的検査まで幅広く対応できているという実態です。

以上です。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等につきまして、質問等がありますでしょうか。お願いします。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

御発表ありがとうございます。

幾つか具体的に実施している施設があるというお話もありましたが、現行の資格法上などの整理というのは、個別に確認できているものばかりでないという印象を持っていますが、そのような理解でよろしいでしょうか。

○日本臨床衛生検査技師会 おっしゃるとおりで、法的にどうなのかという部分は、かなりあると把握をしているところです。

○司会 お願いします。

○堀岡室長 ありがとうございます。

医師養成等企画調整室の堀岡と申します。

病理解剖のタスク・シフトというのは、正直、今まで余り聞いたことがなかったのですが、これはどういうことを想定しますか。病理解剖で、今でも死体解剖保存法上、厚労大臣から解剖の資格を得ていたり、保健所長の許可があったらできると思うのですが、そういう制度とこれは何が違うのでしょうか。

○日本臨床衛生検査技師会 資格を持った病理医がいない場合は、保健所に届けるということで、実施できるとなっているのですが、夜中の解剖はどうするのか、朝までそのまま死体を安置しておいて、翌朝、保健所に申請を出して、解剖をやるのかという部分が、臨床では生じている実態がございます。そういったものに対応できるように、十分な力量を持った臨床検査技師が病理医の承認を得た上で、主治医の立ち会いのもとにできるようにすれば、そういった医療ニーズに対応できるのではないかと考えてございます。

○堀岡室長 法医解剖ではなく、病理解剖ですね。

○日本臨床衛生検査技師会 病理解剖です。

○堀岡室長 わかりました。

○司会 そのほかございますか。お願いします。

○板橋医事課員 医事課の板橋です。

表の見方で教えていただきたいのですが、回答があった約3,300の医療施設のうち、ここに書かれている数は、既に実施している施設数ということですか。

○日本臨床衛生検査技師会 関与している施設だと、御理解いただいて結構だと思います。

○司会 そのほか質問はございますか。

最後に私から、貴技師会でのタスク・シフトに係るような取り組み状況、もし取り組み等がございましたら、スケジュール等を教えていただければと思います。

○日本臨床衛生検査技師会 タスク・シフトというわけではございませんけれども、政策推進ということで、毎年、いろいろな提言書であるとか、そういったものを作成しております。毎回、各省庁並びに政党等に提示をしている状況です。日々更新をしながら、御提案をさせていただきたいと思っております。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、公益社団法人日本整形外科学会様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本整形外科学会 日本整形外科学会で、男女共同参画、働き方改革委員会の担当理事をしております、伊藤淳二と申します。よろしく申し上げます。

整形外科は、御存じのとおり、運動器を扱う診療科ですので、これから高齢化に伴って、患者さんが増えて、業務が増えていくことが予想されますので、この問題は非常に重要だと考えております。

早速、始めさせていただきます。

今回、10項目について取り上げました。1番から10番まで、スライドは非常にビジーで、見にくいのですが、移管可能と考えられる業務、その後にも質の保証とか、課題などが出てきます。このスライドを見ていると全く読めないのが、一つ一つつくりましたので、こちらで説明させていただきます。

まず最初の業務としては、書類・診断書・入退院のサマリーの作成についての移管です。

これは医師事務作業補助者の方々に移管したいと考えていて、実際、既に進んでいるところが多数あります。

これは入院患者さんほとんど、あるいは外来患者さんの診断書なども多いです。特に事故などを扱う我々のところでは、非常に多いものです。

書類はほとんど定型的で、保険会社さんの共通のものになっていますので、最終的に医師が確認すれば、質も保たれるということですが、全国の病院などでアンケートをとりますと、数がいなくて、移管がなかなか進まないという現状がありますので、そういうところも含みを入れて、解決していかないといけないと考えております。

次に入院決定後の入院時指示です。

これは意外に時間がかかるもので、入院が決まった後に指示を出すのですが、これも医師事務作業補助者の方に移管したいと考えております。

入院時検査というのは、多数あるのですが、いずれも定型的です。ただ、入院時の指示というのは、医療行為が含まれておりますので、それを全て医師事務作業補助者の方に移管してできるものか、そういうところに疑問がありました。

もう一つは、指示が入っているのが、どれを適用するかという、そのプロセスを明確にしておかないと、医療安全上危ないということで、そこら辺を明確にするようなシステムを各病院でつくらないといけません。

先ほど申し上げましたように、指示が入っているものを、医師以外の者が代行することについては、公的病院、私的な病院で意見が分かれていて、それぞれ対策を立てているのですが、これは余り大きい声でここでは言えないことかもしれませんが、法的な裏づけがないと、前に進まないと考えております。

続きまして、非侵襲的検査の説明あるいは同意書の取得についてです。

これは医師事務作業補助者以外にも、看護師、理学療法士、作業療法士などに、それぞ

れ内容によって移管できると考えております。

これも入院患者さんほとんどに該当するべき問題です。

形としては、みんな定型的なのですが、今は入院時に医師がまとめて説明しているところが多いのですけれども、非常に時間がかかる。それから、場面が違うところで説明すると、いざ採血とか、検査、リハビリに行ったときに、そんなことは聞いていないとか、現場でもトラブルが起こります。したがって、それぞれの部署で、その都度、その場でとるほうが、実際、理にかなっているように思います。

質確保としては、誰がやっても同じようにできるように、定型的な文書をつくって、質を保証する必要があるとともに、説明に関しては、メディカルスタッフの力量に差がないようにする教育システムが必要だと考えております。

続きまして、入院の説明・同意書の取得です。中身は随分似ているようではございますけれども、それぞれちよつとずつ違って、これはどちらかというと、各疾患・外傷の各論的な説明についてです。

同意書等については、医師事務作業補助者の方に移管できると考えております。

疾患の中身については、医師がすべきところだと考えておりますが、それ以外の定型的な部分をお願いしたいと考えております。

これも先ほどと同様に、説明する人によってばらつきがないように、力量、あるいは講習とか、定期的にメディカルスタッフの方の教育とチェックをしていかないといけません。

続きまして、診療録・手術記録の入力です。

これも医師事務作業補助者の方に移管できると考えております。

外来患者さん、あるいは手術患者さん、特に外科系の我々にとって、手術をすれば、手術記録というのは必須のもので、非常に大事なもののなのですが、時間がかかるというデメリットがございます。

こういうことを口述で記録する媒体があれば、時間の節約になるということで、これは既に30年ほど前でも、海外ではやられていたのを目にしている医師も多いわけで、これは非常に望まれております。

ただ、口頭で録音したようなものを文字に起こす場合、それなりの知識が必要です。それから、記録は永久に残るものですから、間違いがあつては困るということで、記録を音声から起こしていただく作業補助者の方々の医学的な知識等を高めていかなければいけません。今はソフトで起こせるものもいろいろとありますので、そういうものが整備されれば、ある程度は解決できるかと思えます。ただ、内容が内容ですので、どこでも話をしたり、外来でべらべらしゃべって、隣の人に聞こえるということは、非常によくないことですので、ディクテーションルームなり、遮蔽するような空間、そういう設備が必要になってまいります。

続きまして、ギプスの介助です。これは整形外科特有だと思えますが、ギプスは巻くのも切るのも非常に時間と手間がかかります。入院中はともかく、外来中にやるのは非常に

時間がかかって、困っています。

そういうことで、これは義肢装具士の方に移管できるのではないかと考えています。義肢装具士の方が採型装具をつくる時は、ギプスを巻いて採型して、モデルをとります。そのような技術を持っている方がいらっしゃいますので、ギプスの取り扱いの場面でお手伝いしていただければいいと思います。

巻くほうについては、骨折の場合、整復して、それがずれないようにということで、医者は必ず介入しないといけませんし、切る場合はギプスカッターで、切創あるいはやけどなどを起こす危険がありますので、それなりの実習を実施して、水準を維持はなければいけないというのが問題点でございます。

続きまして、手術の器械出しです。

これは臨床工学士の方に移管ができると考えています。看護師らが中心なのですけれども、臨床工学士の方にも参加していただければ、非常に負担が減ります。整形外科というのは、手術場の看護師さんの中の器械出しで、一番嫌がられている診療科です。なぜならば、器械が非常に多いからです。しかも、今、人工関節とか、脊椎のインスツルメンテーションとか、会社によってそれぞれ違って、術者もなかなか追いつかないのが現状でございます。だから、業者さんがどうしても入らざるを得ないという現状があります。物の出し入れに時間がかかるとか、そういうことがありますので、そういう手術に関するスペシャルな器械出しの方がいれば、手術もスムーズにいきますし、何より術者のいらいらがなくなって、手術が非常にうまくいくという、質的な向上も期待できるかと思えます。

臨床工学士の方が入る場合には、清潔操作、手術部位感染、そういう知識とか、技術は当然ながら重点的に学んでいただかないと、こういうことはできないと考えております。そういうことで、移管が可能だと考えました。

8番目の処方箋の変更・他院の持参薬の処方は、紹介病院で、合併症の多い高齢者の方だと、これをやるのに主治医が30分以上かかるということも、ざらにあります。

そういうことについて、薬剤師の方に介入していただければ、非常に助かるということで、変更等があった場合、今、PBPMということで、移管も可能になったようなので、これをきっちりシステムとして広めていけば、我々の負担がかなり減ると考えられます。

これをお願いしてやっていただくのですけれども、医師の指示のもとにというのが原則だと思いますので、指示をしたことをちゃんと記録に残すという対策が必要だと思っております。

9番目は、時間外で侵襲的な専門的処置の必要のない入院患者の処置対応です。ちょっと長いのですけれども、要は時間外に救急で入る人で、朝、専門医が来るまで、特に大きな処置が必要ない患者さんが来たとき、地域の中核病院ですと、夜、当番の人が呼ばれます。呼ばれて来て、入院させて、後日手術です。そういう入院時の指示を出すためだけに呼ばれます。そういうことで呼ばれることが多いのです。

こんなことを言っただけでは失礼ですけれども、医者一般の中でも、内科、外科に比べて、整



整形外科の知識というのは、私たちが内科、外科を勉強したほど、ほかの科の先生は整形外科を勉強していないと思います。入試で言えば、英語、数学ではなくて、私たちは理科とか、社会とか、試験前に一生懸命勉強してクリアしてきたものです。あるいは研修医についても、整形外科的な研修が必修のところもあれば、選択のところもあって、技量に差があるということで、呼ばれるハードルが非常に低いです。骨に何かあると、すぐに呼ばれるというのが整形外科です。しかも、救急の中で、整形外科の患者さんの比率は非常に多いです。それから、先ほど申し上げましたように、高齢者が多いので、いろんな方が来られます。

そういうときに対応していただけるような、総合診療医というのは、基礎領域でも認められておりますけれども、それに救急部の機能を強化していただいて、救急のときに専門医につながまで診ていただくような、病院総合医が必要だと思います。病院総合医のホスピタリストというの、病院によって定義が違うみたいで、しっかりとしたポジションとして確立されているかどうかは疑問で、病院によって使い方が違うようなのですけれども、我々としては、救急部で総合診療医的な方がいれば、非常に業務は楽になります。

働き方改革で、次の日の手術、9時間インターバルとか、こういうものがデューティーになってきたときに、あした、手術があるから、患者さんを診に行けませんと言ったら、成り立ちません。地方、私も青森から来ていますけれども、こういうところの総合病院では、部長も当直当番をやってというのがルーチンになっていますので、こういうことを解決していただくのは、我が整形外科として非常に助かります。

最後ですけれども、病棟・周術期の創傷処理です。

これは認定看護師さん、あるいは特定行為を研修された特定看護師に移管したいと考えております。

外傷に対する処置、手術患者さんの術後などに対応していただければ、非常にありがたいと思います。

実際、手術看護師もあるようなのですけれども、特定行為、21区分、38領域を見ますと、挿管とか、カテコールアミンの調整とか、全身的な内科、外科的なものが多くて、整形外科的なところが非常に少ないと我々は思っております。したがって、そういう区分をつけていただいて、創傷処理関連とか、創部ドレーン管理関連などの特定行為とパッケージ化して、整形外科に特化したような特定看護師を養成していただければ、我々としては非常にありがたいと考えております。

以上で10項目は終わりました、質対策とか、課題についても、先ほど並行して述べさせていただきました。

最後に前例などについてですけれども、途中でも述べましたように、口述については、既に1990年代から欧米ではやられていたというのが事実で、何とかそれができないかということですが。

手術助手についても、アメリカでは認められているようで、そのメリットは大きいと考

えております。これは看護師自身の業務軽減にもつながると思いますし、質的なものも上げます。先ほど申し上げましたように、器械が多様化して、すごく多くなっているので、専門的な知識が必要になってきます。

最後に病院総合医、先ほど申し上げましたポスピタリストです。現在、JCHOなどを中心に、100以上の病院でそれぞれ養成されて、配置されているようなのですが、私が先ほど述べさせてもらったようなやり方の救急と総合診療医がタイアップしている場合、あるいは病棟で総合診療医として、我々が手術中の間、診ていただいているとか、いろんなパターンがあって、まだ画一的ではないのですが、そういうものを認めていただければ、ありがたいと考えております。

以上でございます。

○司会 ありがとうございます。

ただいま御発表いただきました内容について、質問等はございますか。

私からですが、先生の所属されている働き方の検討委員会での検討状況等を御紹介いただければと思います。

○日本整形外科学会 働き方については、日本整形外科学会ではまだ発足したばかりで、今回出した事例は、整形外科学会の中に整形外科勤務医会というものがございまして、そちらが全国のアンケートで集めたもので、122集まったものをまとめたり、切り捨てたりしながら、こういうふうにまとめてきたということで、まだまだ言いたいことはたくさんあったのですが、具体化して話ができるのは、今のところは、この程度だと思っています。

現場には、こういうことが大事だということが、まだ身をもって伝わっていないような気がしていて、5年後にはこれは絶対に守らなければいけないことになってくるのですが、今からそういうものを徐々に準備していかないと、間に合わないという危機感が乏しいと感じましたが、アンケートを配ってから、ぱっと出してくる先生方がたくさんいらっしゃるって、そういう方々の意見を大事にして、進めていきたいと考えております。

○司会 ありがとうございます。

お願いします。

○堀岡室長 医師養成等企画調整室の堀岡と申します。

パッケージ化を御検討いただいているということなのですが、我々は、今、外科と麻酔について、各学会の御協力で作らせていただいて、既に公式に認めておまして、日本中の全ての大学にやっていただきたいということで、ずっとアナウンスしているものです。今度、救急学会にも、救急のパッケージをつくっていただく方向でおります。

整形外科でもパッケージをいただくということで、学会でパッケージの内容とか、包括的臨床の内容をつくっていただければ、ありがたいと思っております。整形外科学会で私が話をしたときにも、実はみんなの前でそれを言ってしまいましたけれども、やっていただけるのはありがたいのですが、いつぐらいまでにまとめようというか、ここに書いて

あるようなことをまとめていただけるのでしょうか。

○日本整形外科学会 まとめろと言われれば、頑張ってやりたいと思います。実現可能の確率が高ければ、みんな頑張ると思います。

○堀岡室長 高いので、御連絡させていただきます。

○日本整形外科学会 ありがとうございます。

○堀岡室長 あとは、わからないところがありまして、入院決定後の入院時指示で、医師の指示が入っているため、医師以外が適用できるような法整備が必要というのは、どういう意味ですか。

○日本整形外科学会 今、クリニカルパスとか、セットメニューなどがあって、ボタンを押すこと自体が指示を出すということなので、厚労省としては、本当は大きい声でやってはいけないはずではないのですか。

○堀岡室長 医師の指示を得た人ですから、いいと思います。

○日本整形外科学会 医師の指示は、ちゃんと裏づけをとってやらないといけないので、口頭でぼんとやっているということではだめですという意味です。医師の指示をちゃんと残すようなプロセスがあった上でやらないと、これはだめですという、警鐘の意味も込めて書いてみました。

実際、クリニカルパスの適用については、学会で調べたところ、公的病院と私的病院で、コメディカルの方がやるか、やらないかというのは、比率に大分差がありました。そういうことで、ちょっと書いてみました。

○司会 それでは、お時間ですので、ありがとうございます。

○日本整形外科学会 どうもありがとうございました。

○司会 続きまして、一般社団法人日本専門医機構様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本専門医機構 皆さん、こんにちは。日本医師会の常任理事で、専門医機構の理事をしております、羽鳥と申します。

総合診療領域は、皆様も御存じのように、19番目の基本領域ということで出発したものでありますけれども、これを総括する学会がないということで、専門機構の中に総合診療専門医検討委員会を立ち上げまして、それを総括している委員会委員長を務めている羽鳥であります。

総合診療領域については、皆様も御存じのように、2018年4月から、専門医の養成が開始されることになりました。

総合診療としての専門知識ですが、いわゆる地域住民の抱える健康問題は、単に生物医学的問題のみでなく、患者自身の健康観や病の経験が絡み合って、患者を取り巻く家族、地域、文化の環境が関与していることを含め、全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるようにすることが大事だということで、診療及びケアを提供するということがあります。

総合診療医に求められている専門知識としては、初期で、未分化の多様な訴えに対して、適切な臨床推論ができる。そして、診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、予防、包括的なアプローチが求められる。そういうことを含めて行うのが、総合診療医であります。

これらを解決するに当たっては、いわゆる多職種の方のチームプレーのリーダーとなっていくことが大事でありますし、ある意味で、今、医師会の先生たちが行っている事業とほぼ重なるものであろうと思います。医療・介護サービスの間での円滑な切れ目ない連携が欠かせない、そして、医療機関内での良好な連携がとれるようにということでもあります。

4月からスタートして、地域によって、程度にばらつきがありますがけれども、うまくいき始めているところでは、総合診療医に相当する方たちが活躍していると思います。実際に地域のニーズに応じて、優先度の高い健康関連問題の積極的な把握とアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与していると思います。

総合診療専門医は、日本の総合診療の現場が、外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえると、これに対応し、そして、ニーズの変化に対して、みずから学習・変容する能力が求められることとなります。総合診療専門医は、さらに進んでいくわけでありませう。

専門技能についてということでは、一般的な診療のための診察・検査・治療手技についても、多方面にわたってマスターすることが求められます。

そして、何よりも患者、家族との関係を十分にできるような、コミュニケーション能力にすぐれた人たちが求められていることとなります。

専門技能としては、先ほど述べましたようなことと同じようなことだと思いますけれども、御自分でできる範囲のことはするわけでありませうが、専門医の紹介が必要であろうということが判断できたときには、適切な診療情報提供書を出して、専門医につなげるということです。これはまさに日本医師会のかかりつけ医の定義と全く同じものであろうと思います。

生涯教育のために、今後、ICT、IoTを適切に用いて、地域のニーズに応じた技能の修練やネットワークを構築するようにする。例え患者機微情報が入るような、いわゆる病診連携の場においては、セキュリティーの高いものが求められますが、医療と介護の連携のようにヘルパー、ケアマネジャーとか、守秘義務のない方たちもおられるわけですので、そういう方たちと連携をとるときには、メディカルケアステーション(MCT)のように費用負担のない連携がとれる仕組みもありますしもう少し緩いものであってもいいだろうし、経費のかかるものであっても、誰も使ってくれないわけですから、そういう仕組みのものをつくっていく、そういうことを提供していくのが大事だろうと思います。

専門医機構での総合診療専門医検討委員会の中でそれぞれの詳細については、ワーキングで討議しております。ワーキングは、月に大体2回、それも毎日のようにメールで議論

をしながら上部組織の委員会の中決め、機構として大きな影響のあるものについては、理事会で決定し、そういう三層構造を保ちながら、総合診療の在り方、仕組みを作り上げているところです。

さらに、総合診療を担当する方には、僻地医療を守る国保診療所協会とか、また一般病院であっても、救急や種々患者の術前術後の管理をする病院総合医の方たちもおられますし、さらにPC連合学会がされている診療所における新・家庭医療専門医もあります。さらに、現在実地医家として現場でかかりつけ医をされているような先生たちも、本来、この仕事にふさわしいものなのだろうと思います。今後、広告可能な標榜科目との関係では、今後、多くの方が目指してくる可能性があります。

残念ながら、総合診療専門医を目指す、このコースを選んできた人たちは、今年は170名ということでありました。先ほど整形外科の先生からもありましたように、術前、術後の管理、こういうことにも総合医が非常に求められているということでもありますので、もう一桁増えるような仕組みも考えていかなければいけないだろうと思います。

総合診療専門医のサブスペとして、先ほどの新・家庭医療専門医もありますし、在宅医もありますし、病院総合医についても、今、検討しているところでもあります。ある意味で、仕事は半ばというところですので、ほかの18の学会のように、きちんとしたことができるかという、なかなか難しいところがあると思います。

タスク・シフティングについても、20項目ぐらいデータを持ってきてはいるのですけれども、委員会での了承がとれているわけではないので、これからもう少し議論させていただいて、次の機会には、説明を申し上げたいと考えております。

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内容等について、質問等はございますか。

特に御質問がないようでしたら、時間がございますので、追加で御発言等があれば、いただければと思います。

○日本専門医機構 結構です。

○司会 わかりました。

ありがとうございます。

続きまして、公益財団法人日本医学放射線学会様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本医学放射線学会 日本医学放射線学会の理事長の今井でございます。

本日は、タスク・シフティング推進に関するヒアリングということですが、我々放射線学会にとっても、タスク・シフティングは非常に重要な項目だと考えています。放射線学会では、2018年6月に、721の修練施設の放射線診療を担当している管理者を対象としてアンケート調査を実施しましたので、その結果を踏まえて、本日、発表させていただきます。詳細は、京都大学の木戸先生からお願いいたします。

○日本医学放射線学会 内容について紹介させていただきます。

木戸と申します。よろしくお願ひいたします。

背景として、2つ申し上げたいと思います。

1つ目は、放射線科医の現状としまして、人口当たりの放射線専門医の数は、諸外国と比べまして、圧倒的に少ない状況にあります。中規模の病院では、常勤の放射線科医が存在しない施設も多いです。実際に常勤をしている病院でも、読影、IVR、放射線治療と多岐にわたっておりますので、件数が多いので、常勤医も過密労働を強いられております。それによって、かなり疲弊している放射線科医も多く、他職種でも実施可能な業務は積極的に移管することが必要だと考えまして、また、それによって、放射線科の常勤医が不在の病院にも、分散させることが可能ではないかと考えております。

2つ目の当科の現状としまして、後半の参考資料にあるのですけれども、磁気共鳴(MR)専門技術者、核医学専門技師、日本血管撮影・インターベンション専門診療放射線技師、インターベンションエキスパートナース、ここには書いておりませんが、後半に入れております、医学物理士、放射線治療専門放射線技師という、各業務を専門とする技師、看護師、物理士の資格が各機構と学会で既に用意された状態にあります。このため、業務を移管する先が既にクリアとなっている項目が多いため、質の確保や課題解決のための議論を行うべき団体が既に存在してございまして、準備は整っているのではないかと考えております。

詳細につきましては、項目が多数ございますので、大きく3つに分けて、画像診断、IVR、放射線治療と順に申し上げたいと思います。

先ほど会長から申し上げましたように、私どもは、昨年、会員全員に向けまして、また、全国の修練施設向けに大規模なアンケートを行いました。今回、リストに挙げさせていただいている内容は、そこから挙がってきた内容がベースとなっております。その中から、実現可能性が高いもの、需要の大きなものを特に優先順位が高いものとして挙げております。

画像診断に関しまして、移管の候補として挙げましたうち、造影剤の血管確保、抜針、アイソトープの注入、検査前の問診、検査説明といったところが、現行法のもとでも、看護師もしくは放射線技師が実施可能な行為であり、実際に既に移管されている施設もあります。しかし、施設の中で話し合いがあるものの、看護師、技師の絶対数が少ないために、抵抗が強くて進められない現状があります。これを推進させるために、特に造影剤の血管確保、抜針を1番目に項目として挙げさせていただきました。

実際、大学病院、大きな総合病院で、CT、MRI、RIの検査は、200件を超える程度施行されていると思うのですが、そのうち、造影検査が施行されているのは、100件を超える数になります。

一人の患者さんに要する血管確保、抜針時間を5分程度として、単純計算しますと、8.3時間という数が出てきます。これは常勤の医師一人が、1日中注射をしているのと同じと

いうカウントになってしまいますので、そうすると、この業務をほかに移管することができれば、常勤医師一人を確保できるという計算にもなってまいります。

患者さんへの問診、検査説明ですけれども、これは前回のタスク・シフトのヒアリングにおきまして、日本医師事務作業補助研究会からも移管可能な項目として出されていたと思います。その内容にも合致しておりますので、これに関しては、比較的スムーズに移行可能ではないかと考えております。

次にIVRに移りまして、8番目の項目に挙げました、血管内治療後の圧迫止血ですけれども、これは脳神経外科からも1つの項目として出されていたと思います。一定の指導と経験、さらに人員の確保ができれば、移管は可能だと考えております。

もう一つ、PICC、末梢挿入中心静脈カテーテルですけれども、これはほかの業務に比べて、少しハードルは高くなるとは考えておりますが、看護師の特定行為としても含められておりますし、また、現在、主流になっている皮下の埋め込み型のCVポートなどと比べますと、埋め込み作業もありませんので、大きな血管の損傷リスクも低く、移行可能ではないかと考えております。

3つ目は、放射線治療になります。治療の項目に相当しますのは、3番、7番、10番になると思います。

1つ目の3番は、放射線治療計画作業の補助ですが、これは医学物理士に対して、移行が可能だと考えております。これも医学物理士の権限というものが、今後、課題にはなっていないかもしれませんが、治療計画は常に治療医が確認をして進めることになっておりますので、質の確保に関しても、問題はないのではないかと考えております。

7番目、イメージガイド下放射線治療での位置照合画像の一次照合ですが、まず治療計画を立てたときに、お手本の照合エリアが決まります。それに対して、照射の範囲が合致しているかどうかを、毎日、医師がチェックすることが義務づけられております。これはガイドラインでもそのように決められているのですが、それに対する労力と時間がかかりかかるため、誤差が大きいかどうかの判断は、医師の監督下で行うということであれば、治療の専門技師に移管可能ではないかと考えます。

10番目ですが、治療の専門看護師（がん放射線療法認定看護師）です。放射線療法の副作用というのは、頻度が高いものは決まっております。皮膚症状、下痢などの腸管症状といったルーチンの副作用に関しては、医師が監督のもと、処方することによって、対応が可能です。

また、検査もある程度ルーチン化してオーダーされています。治療のどの程度の段階、何カ月ということで行われる検査が決まっておりますので、そこは移行が可能ではないかと考えております。

続きまして、海外の状況ですが、これは先ほど診療放射線技師会からもお話がありましたが、放射線科医には、Radiologist Assistantという職種がございます。基本は放射線技師の資格を持った後、一定年数の経験と勉強が必要となっております。この人たちも放射

線科医の監督のもとに、放射線手技を施行することが原則となっております。

全体におきまして、我々が大事だと考えておりますのは、前回、日本医師会からの発表がございましたように、医師によるメディカルコントロール、医療統括のもとで業務を行うことであり、我々もこれが大事だと考えております。

シフトしたタスク、その後の質の担保、さらに教育の継続が必要になってまいりますので、そのためにも、放射線科医によるタスク・シフトのシステムの構築が必要だろう、それが一番の課題ではないかと考えております。

以上になります。

○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きまして、質問等はございますか。お願いします。

○堀岡室長 ありがとうございます。

医師養成等企画調整室の堀岡と申します。

CT造影剤のルートなどを看護師に移管するというのは、すごくわかるのですが、その場に看護師はいないですね。そのあたりのバランスというか、RI核種投与のときにもいない気がするのですが、その辺はどうお考えですか。いますか。

○日本医学放射線学会 私たちの病院では、必ず放射線科の看護師がおり、彼女たちは静脈注射の手技の訓練を受けてから静脈注射を担当いたします。同時に、看護師だけでは静脈注射はせず、必ず周りに読影をしている医師等がいることが条件となっております。造影剤によるショックがありますので、そういった意味で慎重にやっております。

○堀岡室長 CTとか、検査室にも、放射線科の看護師が専属でいらっしゃる状況を想定しているということですか。

○日本医学放射線学会 そうです。

○堀岡室長 わかりました。

もう一点、いないところも結構ある気がするのですが、いるところが多いのですか。

○日本医学放射線学会 そこはプロモーションしないといけないと思います。

○堀岡室長 なるほど、そういうことですね。そこからやらないといけないということですね。

○日本医学放射線学会 はい。

○堀岡室長 十分わかりました。

○司会 そのほかございますか。お願いします。

○佐々木総務課長 総務課長です。

各学会で専門の認定をされているということでございますけれども、業務移管される元の業務について、カリキュラムの中では、一対一的にちゃんと対応がなっているのでしょうか。



○日本医学放射線学会 MR専門機構の理事も務めております、日本放射線学会副理事の青木でございます。

技師の中でもさらに資格というのは、たくさんつくっていらっしゃるのですけれども、学会ごとに自分で資格をつくっているところも多いので、専門医機構と同じで、医師の専門性に関しても、ある程度の保障をつくる必要があると考えて、それに関しては、医師あるいは放射線科医ができるだけ協力してやっていきたいと考えておりますし、幾つかのものは、うまくいっていると思います。

○佐々木総務課長 わかりました。

○司会 そのほか質問等はいかがでしょうか。

○堀岡室長 もう一点、追加でよろしいでしょうか。

医学物理士は十分に有名ですけれども、認定機構のほうで、いろいろとつくっていただいていると思うのですが、全体的に余りはっきりおっしゃらなかったのですけれども、例えば放射線治療の計画だったら、それぞれの上位資格というか、上位で認定しているような方へのみ、やれるのだけれども、やることを明確にするというか、そういうことを想定していらっしゃるでしょうか。

○日本医学放射線学会 技師の業務は広いのですけれども、その中で、例えば医学物理士に関していうと、放射線治療に関するタスク・シフトを主に受け取る。MRに関しては、MRに関するタスク・シフトを受け取るということで、技師はいろいろといらっしゃいますので、その中でさらに資格を持った形にタスクをシェアしていく方向を考えています。

○司会 そのほかございますか。

私からいいですか。学会で、働き方の改革の関係でアンケートをとられたと思うのですが、それを踏まえて、対応されていることとか、そのほかあれば、御紹介いただければと思います。

○日本医学放射線学会 もうちょっと具体的にお願いいたします。

○司会 アンケートをとられて、それを踏まえて、御紹介いただけるようなことがあれば、御紹介いただければと思います。なければ、ないということで結構です。

○日本医学放射線学会 学会の中では、タスク・シフティングは、女性医師の活用も含めて、いろいろなグループで議論をしております。そういった意味で、安全性を保ちながら、いかに働く人の効率を上げるかについては、学会の中のいろいろな委員会で検討しております。

○司会 ありがとうございます。

そのほかございますか。

それでは、少しお時間がありますので、最後、追加でコメントがあれば、お願いいたします。

○日本医学放射線学会 特にありません。

○司会 わかりました。

ありがとうございました。

続きまして、公益社団法人日本薬剤師会様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本薬剤師会 こんにちは、日本薬剤師会の安部です。

本日は、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会を代表して、薬剤師の立場から、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します。

本日は、日本病院薬剤師会の専務理事の栗原健氏が同席しておりますので、質疑に関する病院薬剤師の部分については、発言をさせていただきたいと思っております。

1枚おめくりいただきまして、2ページにいかせていただきます。タスク・シフティングを検討するに当たり、薬剤師の業務に関する基本的な考え方を整理しております。

平成22年のチーム医療の推進に関する検討会の報告書では、医師等と連携しながら、薬剤師がその専門性を生かし、処方提案や薬学的管理を行うことが求められています。

昨年、医薬品医療機器制度部会の議論が行われ、3つ目の「○」に示すような改革法案で、薬剤師・薬局の機能強化を行うこととしております。

4つ目の「○」に示すように、医療機関内や地域において、医師や医療・介護関係機関と連携を行いながら、薬剤師がその職能を発揮し、患者に有効かつ安全な薬物療法を提供できるよう取り組むこととしており、その充実を図ることが、タスク・シフティングにもつながるものと考えております。

次に3ページ、4ページであります。現在、医師や医師以外の職種が担う業務のうち、薬剤師に移管可能な業務について、整理をしております。

3ページの1つ目の項目は、医師の処方に関連する業務の支援及び簡素化であります。入院、外来、手術室における処方のオーダーに関して、薬剤師の薬学的な支援を実施している取り組みを記載しております。後ほど、参考2から参考5で説明をさせていただきます。

2つ目の項目は、医師と薬剤師間の処方内容に関する問い合わせ等の簡素化であります。事前に作成・合意されたプロトコルに基づいた処方内容の変更にかかわる負担を簡素化する取り組み、また、処方箋の記載の工夫や様式の変更などを活用した有効な事例について、後ほど参考6、参考7で説明をさせていただきます。

3つ目の項目でありますけれども、薬物療法のモニタリングの実施とその結果に伴う処方内容の見直しの提案に関するものであります。こちらは医療機関と薬局が連携をして、抗がん剤等の投与後の服薬状況や副作用を継続して確認した上で、必要に応じて、処方医へ情報を提供する取り組みであります。事例については、後ほど参考8で説明いたします。

また、関連としましては、フィジカルアセスメントによる副作用の確認やプロトコルに基づく処方への関与を適切な連携のもとで実施することも、医師の負担軽減につながるものと考えております。

4つ目の項目であります。薬物療法に関する説明や薬に関する患者情報の提供等のサ

ポートに関するものであります。処方歴や薬物治療アレルギー等の情報について、医師の診療情報提供書の作成依頼を実施することなど、医師の負担軽減につながるものと考えております。

4 ページであります。5 つ目の項目であります。入退院時において、医療機関と薬局及び医療機関間の薬物療法に関する情報連携の推進であります。入退院時や転院時に医療機関と薬局の薬剤師、または医療機関の薬剤師同士が相互に連携することで、患者の薬物療法に関する情報を全ての職種で効率的に共有することができますので、それも負担軽減につながるということであります。

6 つ目の項目であります。薬剤の適正使用のための実技指導の実施であります。現在、薬剤師は、在宅自己注射製剤を調剤し、適正使用に関する服薬指導、モニタリングなども実施しております。その際、例えば糖尿病患者さんの自己血糖測定やインスリン等の自己注射に関して、患者や家族に対して、その実技指導を実施することも有効ではないかと考えております。

7 つ目ではありますが、定期的に患者の副作用の発現状況や服薬状況の確認等を行うための分割調剤の推進であります。既に長期処方箋の分割調剤指示に関する処方箋様式は存在しております。薬局でも、再調剤に際して、処方医師に報告をする仕組みができておりますが、その使用割合は0.01%程度にとどまっています。分割調剤の仕組みを適切に運用することは、長期処方にかかわる服薬状況や副作用の確認を効率的に実施することとなり、処方医の負担軽減にもつながると考えております。

続きまして、5 ページでございます。参考資料の説明であります。

参考1 ではありますが、こちらは日本病院薬剤師会が毎年行っている調査であります。昨年の結果でございますが、医政局長通知業務の主な業務内容として実施している施設の割合を示しております。医療機関の機能、規模、薬剤部の人員体制や業務フローは多様でありますので、ここに示された業務実施割合の多寡だけで、さまざまな要素を単純に評価することはできませんが、実施状況が十分ではないと示された項目については、それぞれの医療機関の状況を踏まえた検討をもとに、さらに推進を図ることで、タスク・シフト等の伸び代が期待できるものではないかと考えております。

続きまして、6 ページに行ってくださいまして、6 ページから9 ページの参考2 から参考5 につきましては、3 ページの1 項目目に関する資料ということで、示させていただきます。

6 ページは、京都大学医学部附属病院の事例でございます。入院時に薬剤師が持参薬オーダー入力支援を実施した結果、医師、看護師の業務負担が減り、かつ各業種のトータルの業務時間も短縮した事例であります。

7 ページであります。参考3 ではありますが、倉敷中央病院の事例でございます。持参薬、継続処方、プロトコルに基づく処方変更などの処方支援業務によって、時間外のオーダー、総処方箋件数が減少したという事例であります。

8 ページ目ではありますが、こちらは国立がん研究センター東病院の事例でございます。写真にも載っておりますが、薬剤師が外来指導ブースで、初回の診察終了後に、抗がん剤に関する情報提供や服薬指導を行っております。そして、2回目以降の受診時は、医師の診察前に薬剤師が患者から情報収集し、医師に薬剤師が情報提供や処方提案をしているという事例であります。

右側の下の図表を見ていただきますと、①から⑦にその結果、どんな効果があったかということが示されておりますので、ごらんいただければと思います。

9 ページであります。これはKKR高松病院の医師の外来診察室に薬剤師が同席し、処方支援を行っている事例であります。これも図が載っております。左側の枠に載せてございます、「★」で示した業務を薬剤師が行い、医師の外来を支援することによって、診察時間が約10分短縮した。また、医師のアンケートの中でも、一定の支持を受けているということが示されております。

10ページであります。10ページは虎の門病院の取り組みの事例でございます。医師と薬剤師の共同によって、ワルファリンの投与プロトコルを作成し、これに基づいて、薬剤師がワルファリンの投与量を調整したことによって、治療の安全性を向上させ、かつ比較的迅速に維持量の決定をもたらしたという結果が出ているところです。

11ページでございます。参考7は、医療機関と薬局間の事前取り決めによる問い合わせの簡素化の事例を示しております。御承知のように、薬剤師の疑義照会は、調剤を実施する上で不可欠な業務でありますので、仮に事前の取り決めがあったとしても、それを行うということは、例外とはなりません。

一方で、薬学的な疑義照会以外にも、このスライドでいうと、右上の四角に示しているような事項についても、処方医に確認をすることが必要になります。結果として、医師の診察の手をとめて、回答を求めることになってまいりますので、こういった負担を軽減するために、医療機関と薬局の事前の取り決めによって、事例のような変更を可として、例えば事後報告での対応をとっているということでもあります。

しかしながら、このような事前取り決めというのは、あくまでローカルルールでありまして、効果が限定的であることや、閉鎖的な取り決めが無数にできてしまう問題点もございますので、薬局の現場からは大変問題だという意見も多く挙がっているということは、お伝えしたいと思います。

そのため、これらの取り決めで示したような、事前の確認というものは、クローズドではなくて、一律のオープンなルールとして、例えば処方箋の様式などを工夫することによって、医師がその指示を明確に記載できるような工夫をするほうが、よろしいのではないかと理解しております。

12ページの参考8であります。これは3ページの3項目目の資料だと考えていただければ、よろしいかと思います。厚生科研で、PBPMにより、経口抗がん剤を服用している患者に対して、薬局がフォローアップを行うことの効果を研究したものであります。

結果を示してありますが、129名の患者さんに428件のトレーシングレポートが実施され、ここで示したような、副作用の重篤化を回避したような結果が出ているということであり、ます。

これに関しましては、今回の薬機法改正案でも、薬剤師について、調剤に限らず、必要に応じて、継続的な服薬指導を行う義務を新たに設けております。このような事例は、抗がん剤などのハイリスク薬、さらには抗生物質のAMR対策、向精神薬の減薬の際の安全性モニタリング、こういったものに関して、医療機関と密に連携をすることによって、ここに示されたような効果も、同様に記載できるのではないかと考えております。

13ページでございますが、他職種に移管可能な業務につきましては、現場の対応によって相当変わりますので、ここでは割愛させていただきますが、最後のタスク・シフト推進に関する課題のところ、少し触れたいと思います。

14ページであります。業務移管の際の質の確保について、どのようにするかということでもあります。今までどおり、項目を左側に7つ並べてありますので、少し取りまとめて御説明します。

項目1と項目2に関しましては、業務開始に際して、医師と事前に作成・合意されたプロトコルを書面によって明確にすることや、必要に応じて、院内の承認を受けること、医師の同意を得ることなどを適切に実施することで、質の確保を図ることができるかと考えております。

項目3から項目6であります。こちらは業務開始に際して、事前に必要な連携関係の構築、標準化などの取り組みによって、質の確保を図ることができるものと考えます。

項目7につきましては、既に診療報酬、調剤報酬においても、その運用に関する要件ができておりますので、適正な運用を実施することで、質の確保を図ることができるのではないかと考えております。

15ページであります。タスク・シフト推進に関する課題であります。こちら2つに分けてありますが、項目1から項目6に関しましては、入退院時の薬薬連携の推進、患者情報を共有するような体制整備、かかりつけ薬剤師の積極的な活用、薬剤師の地域偏在の解消、地域包括ケアシステムを担うような病棟や施設の薬剤師配置などの課題がありますので、こちらをしっかりと解決する必要があるのではないかと考えております。

項目7に関しては、医療機関の医事システムで、分割調剤の処方箋作成に対する対応でありますとか、薬局での事務負担をなるべく軽減する、患者さんにわかりやすい分割調剤の仕組みや運用、こういったものを進めていく必要があるのではないかと考えております。

時間もございませんので、最後にタスク・シフトの先進事例として、国外の事例について、御紹介をさせていただきます。

1つ目が16ページであります。これはカナダの事例でありまして、カナダの場合には、黄色い部分が業務でありますけれども、2005年から2016年に実施可能、制限付きの実施可能、保留、実施不可ということが、このように変化しているということを示しております。

ちなみに、余談ですが、右側3列に×が続けて並んでいる州は、北極海沿岸に位置する準州でございます。

17ページであります。これは英国の事例です。17ページは、全ての薬局でのサービス、リピート処方箋、調剤が一般化しております。

18ページは、その2ということで、一定の要件を満たす薬局でのサービスでありまして、予防接種ができる、または長期処方に対するMURや新規処方に対するNMSができます。この2つに関しては、本日、12ページの参考8に示したような、モニタリングというイメージだと思います。

病院薬剤師に関しては、薬剤師の半数が一定の処方権を有しているということでありませぬ。

最後になりますが、こちらはアメリカのCDTMであります。薬局については、予防接種ができるということも、医療機関では、プロトコルに基づく薬剤師外来や処方医への積極的な関与が実施されているということでありませぬ。

きょうのプレゼンテーションの内容は以上であります。最後に、今回、プレゼンテーションの機会をいただきまして、日本薬剤師会と日本病院薬剤師会でタスク・シフティングに対して、さまざまな議論を重ねてまいりました。

平成22年の医政局長通知に示された業務をさらに実施・推進するとともに、タスク・シフティングを実現する上で、各項目において必要な知識や技能に関する研修の実施とともに、法整備が必要だと考えております。

薬剤師としては、これらの課題の解決に向けて、チーム医療を的確に推進する観点から、積極的に関わってまいりたいと考えております。同時に、医師を初め、医療機関関係者の働き方改革や業務の効率化という観点から、医療分野におけるICTやナショナルデータベースの活用などの導入を進めることも必要だと考えてございます。

本日は、ありがとうございました。

○司会 ありがとうございました。

プレゼンテーションをいただきまし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。

○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。

スライドでいうと、15ページに書かれていると言え、それまでなのかもしれませんが、いただいたプレゼンテーションのスライドで、3枚目、4枚目に、総じて言えば、既に通知という行政解釈レベルでは、薬剤師にしていだけるものがあるのだけれども、スライドの5ページにあるように、それぞれについてはばらつきがあって、先ほどのお話の中にもあったように、数字そのものをもって、いい、悪いを言うことはできないから、個々の医療機関内の実情を見ながら、それを一つ一つ評価し、進めるべきものがあれば、進めるという意見だと思います。

そういうプレゼンテーションだということを踏まえさせていただいた上でも、総じて言えば、5ページのスライドにあるようなばらつきについて、まず事実として、薬剤師会あるいは病院薬剤師会のお立場から、個々の事例を全部整理することは無理にしても、どうということと受けとめておられるだろうか。15枚目のスライドがそれだということかもしれませんが、既にある程度分析されたことがあるのかどうかという点と、それを踏まえて、今の仕組みの上で認められているものを進めるに当たって、今後、御会として、あるいは関係者に対する働きかけとして、具体的なアイデアがあれば教えていただきたいですし、特になければ、今後どのような見通しを持っておられるか、教えてください。

○日本薬剤師会 御質問ありがとうございます。

日本病院薬剤師会の栗原でございます。

先ほどの5ページ目のスライドでございますけれども、当初、病棟配置を始めたころに、医師や看護師から業務実施の御要望の高い、入院時の持参薬管理、退院時の服薬指導、医療安全に関する業務について、多くの時間を割いております。特に急性期病院は、平均在院日数も短く、現在の業務時間の範囲では、今、PBPMによる新規業務の展開をすることは、施設によっては難しいかもしれませんが、各施設で業務改善を行って、新しい業務に取り組んでいるということも承知しておりますし、当会といたしましても、患者さんのためにいろいろな業務を展開していくということが、大事だと考えておりますので、当会といたしましても、さまざまな研修会等を通じて、こういった取り組みの方法を周知するとともに、進めていきたいと考えております。

また、今後こういった業務の改善を進めるに当たって、薬局において、内服薬の一元管理が進むことで、持参薬管理の業務が軽減されることも期待しております。

○日本薬剤師会 局長の質問に直接的な回答ではないかもしれませんが、開局薬剤師の場合には、新たなテーマとして、かかりつけ薬剤師、サポート薬局、在宅の推進、地域の中で、医師とどうやって連携をして、薬剤師の専門性を生かしていくかということについては、働き方改革という観点よりも、個々のテーマに応じて、さまざまな委員会、地域で取り組みを進めているところでありますので、そういったものを集約していくことによって、地域の中で薬剤師の専門性を生かして貢献していくということは、さまざまな委員会や地域で進めているところでありますので、そういったものを取りまとめていくことが、日本薬剤師会としては、必要なことだと考えてございます。

○司会 ありがとうございます。

そのほか質問等はございますか。お願いします。

○佐々木総務課長 総務課長です。

先ほど最後のほうで、法整備が必要だという御発言があったように覚えています。つまり職種の業務範囲としては、医政局長通知等で明確にされているけれども、法改正という趣旨は、今の薬機法の中で、薬剤師の業務範囲、地域の中で薬剤管理指導をきちんとやるという、そういう意味の法改正が必要だという御趣旨でしょうか。

○日本薬剤師会 薬剤師の場合、その役割や業として、医行為、診療の補助の範囲には入ってごさいませんが、例えば先ほど私が申し上げたように、在宅自己注射のお薬を調剤し、お渡しして、使い方を説明している。また、途中で何度も針を使っていないかとか、ちゃんと使えているかなど、モニタリングはしているわけなのですが、その際、適正に使えていなかったときに、指導しなければいけないのですが、今の段階では、薬剤師が手をとって、こうやって使いなさいということではできない。針を刺すことはできないという解釈ですので、そういうことを我々が担うようになったときには、一定の議論、法律改正なのか、通知なのかはわかりませんが、そういった整備が必要になるだろうという理解です。

○司会 そのほか質問等はごさいますか。

それでは、そろそろ時間ですので、ありがとうございました。

続きまして、公益社団法人日本リハビリテーション医学会様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本リハビリテーション医学会 日本リハビリテーション医学会で副理事長をしております、芳賀と申します。

それでは、タスク・シフティングに関して、日本リハビリテーション医学会の考えを述べさせていただきます。

フォーマットの中に背景を入れるスペースがなかったものですから、一番最後のタスク・シフト先進事例についての前半部分を使って、背景だけ説明をさせていただきたいと思います。

国内では、リハビリテーション科の医師に任される書類作成、交付業務、各種検査業務が非常に多い状況になっております。リハビリテーション診療の対象となる患者さんの数、あるいは種類が多くなっている状況で、特に高齢化も伴って、重複の障害を抱えている患者さんが非常に多い状況です。ですので、診察や検査に基づいて、専門的なリハビリテーションを処方し、効率的で安全なリハビリテーション診療の提供に、我々リハビリテーション科医は専念をして、良質なリハビリテーション医療を提供したいと考えております。

一方で、もともとリハビリテーション医療というのは、リハビリテーション関連職種とともに、多職種で連携した仕事であるというのは、御承知のとおりです。例えば理学療法士等の関連職種も、それぞれの医療機関に関していえば、充足しているとは、必ずしも限らないということが、背景としてあると思います。

今回は、リハビリテーション医学会の役員等にアンケートを行わせていただいて、さまざまな意見が出てきたのですけれども、非常に多く共通する部分に限って、お話をするのが適切だと考え、準備をいたしました。

1つ目は、現在、医師が担う業務のうち、移管可能と考えられる業務ということで、関連する書類作成等に関するものを、書類の説明、交付業務、草案作成に分けて、述べさせていただきます。

1つ目は、リハビリテーションの保険診療に係る各種書類の説明、交付業務という



ことで、例えばリハビリテーションの総合実施計画書、計画提供料にかかわるような書類、あるいは目標設定等支援・管理シートなどになります。

移管する可能性がある先としては、各種のリハビリテーション専門職種、リハビリテーションに関与するような看護師などになると考えています。

これらは、現行法のもとで、医師以外、その他の従事者が実施可能な行為だと理解をしておりますけれども、必ずしも業務移管が進んでいないと考えます。

特にというわけではないのですが、例えば目標設定等支援・管理シートの様式として示されている別紙23の5というものには、説明医師署名欄がありますので、これは医師が説明して、それを署名するべきだと理解をしています。

2番目は、リハビリテーション診療に係る各種書類の草案作成ということで、廃用症候群にかかわる評価票、身体障害者手帳の申請書類、入院証明書、その他になります。

これらの全てではないですが、内容の一定の部分は、カルテ情報等に基づいて記入することができるということで、現行法のもとで、医師以外が実施可能な行為と考えられておりますが、施設によっては、業務移管が進んでいないということで、これらは医療クラーク等が記入することが可能だと思います。

それぞれについて、業務移管した際の質の確保について、お話をいたします。

1つ目の書類の説明、交付業務については、多くが多職種が協働して作成する書類であって、質の確保という意味では、もともと一人で書くわけではないものですので、問題は生じないと思います。ただ、リスク管理などで、医学的に詳細な説明が必要な場合がどうしても生じますので、その場合は、当然医師自身が行うべきだと考えております。

2番目の各種書類の草案作成に関しては、医療クラーク等が作成した草案を医師が確認し、必要に応じて追記等をして、確認、承認という形をすれば、質の確保は十分にできると考えております。

3番目の課題ですけれども、説明、交付業務に関しては、もともと医師以外でもある程度実施可能な行為ではありますが、リハビリテーション専門職種を含む、その他の従事者の制度理解の不足がございます。さまざまな制度が非常に複雑な状態でできていますので、必ずしも十分な理解が得られているわけではない。それから、仮にPT、OT、STたちに移管をすると、看護師も含めてですけれども、彼らの業務の多さなどがあるために、恐らくタスク・シフトは進んでいないだろうと考えます。ですので、電子カルテの利用とか、電子署名の活用などを含めて、業務の効率化を検討する必要があると考えています。

2番目の書類の草案作成に関しては、例えば身体障害者の手帳の制度などが非常に複雑であるということ、それから、医療クラークは、病院によっては、非常に多く導入されておりますけれども、リハビリテーションの診療部門への導入は、必ずしも進んでいない。それは恐らく収益との関係などだと思いますけれども、そういった実情があると理解をしております。

先進事例だと明らかに言えるものはないのですが、下のほうに書きましたように、

国内では私立のリハビリテーション専門病院などを中心に、保険診療にかかわる書類関係の業務を、医師、リハビリテーション専門職種、看護師等が適切に分担して効率を図っていると理解をしています。また、医療クラークの導入を積極的に進めている病院があることも理解しておりますので、それを広げるような状況に進めることで、これが仮に医師の働き方改革と関連した取り組みだと考えると、そこにつながるのではないかと理解をしています。

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いた内容等につきまして、質問等はございますか。お願いします。

○天辰推進官 推進官の天辰と申します。

ありがとうございます。

リハビリ関係は、計画などの書類作成が非常に多いと個人的にも思っているところで、最後のところで、私立の病院を中心に移行が進んでいるというところがあるのですが、私立の病院が進んでいる要因などがあれば、思いつくところがあれば、教えてほしいと思います。

○日本リハビリテーション医学会 これはリハビリテーションだからというわけではなくて、個人名を出していいのかわからないのですけれども、例えば高知の近森病院のように、リハビリテーションにも力を入れているようなところでは、さまざまな業務にタスク・シフトをどんどん導入している。そういうところでは、医療クラークなどをどんどん入れていって、医師の負担を減らして、業務を分けていくということをしていると思うので、私立と書いたのは、私は国立病院に勤めていますけれども、収益の関係を説明しにくい部分があるということだと思います。

○天辰推進官 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。

○吉田医政局長 医政局長です。

ありがとうございます。

今のやりとりを踏まえてなのですが、スライドの4に、リハビリ部門でクラークさんに仕事をお願いできると思うのだけれども、実は進んでいなくて、それは収益との関係ということが書いてあります。いま一つ、この記述の内容がよくわからなかったのもう少し膨らませて教えていただけますでしょうか。

○日本リハビリテーション医学会 我々リハビリテーション科医の業務というのは、幾つかあるのですけれども、特に急性期の病院ですと、中央診療部門として働いている部分があります。私もそうなのですけれども、そうすると、リハビリテーション部門として、あるいはリハビリテーション科医としての収益というものが、病院の側から見ていくと、例えば整形外科の患者さんのリハビリを受けて、我々は診察をして、処方してという場合に、

DPCが入る場合もありますけれども、整形外科の収益の中に含まれているということで、リハビリテーション部門、あるいはリハビリテーション科医として、どれだけの収益が上がっているのかということが非常に見えにくい状況になると思います。その業務を分担させるために、医療クラークを導入しようということになると、プラスマイナスでどうなのかという話になると思うので、そういうところを私は収益との関係だと言っています。

○司会 そのほか質問等はありませんでしょうか。

私からですが、貴学会でのタスク・シフト等に係る具体的な取り組みや検討等があれば、御紹介いただければと思います。

○日本リハビリテーション医学会 現実的には、今回のお話をいただくまでは、時々、トピックとして挙がってはいたのですがけれども、系統的にそれを調べたり、取り組んでいこうということは、行っていなかったという実情があります。ですので、今回をきっかけに、一定の数の会員、会員のところで働いている人たちから意見を吸い上げたという状況ですので、これから取り組むべき問題だと思っています。

○司会 ありがとうございます。

そのほかございますか。

少しお時間がありますので、追加で御発言があれば、お願いいたします。

○日本リハビリテーション医学会 特にありません。

○司会 わかりました。

ありがとうございました。

それでは、本日の最後になります、一般社団法人日本救急医学会様より、プレゼンテーションをお願いいたします。

○日本救急医学会 日本救急医学会から参りました、織田順と申します。

本日は、このようなお時間をいただきまして、まことにありがとうございます。

救急領域は、御存じのとおり、社会問題にもなりやすいといえますか、なっているところでありまして、私どもが主に関係する場というのは、救急室、すなわち初療のところと救命救急センターや救急病棟を持っている病棟業務、この2つを主に移管することによって、効率化が図られるところではないかと思っております。

あと、これに加えて、傷の処置というところも、移管によって効率が高くなるのではないかということで、救急室、病棟、傷の処置という3つの領域に分けて、お話をさせていただきたいと思います。

救急外来や初療室のような、救急室です。これが2ページ目です。急患が入ってきた場合には、病歴聴取やバイタルサインというところから、まずはこの患者さんが緊急を要する方か、あるいはそうでないかというところの判断が重要になってくると心得ております。重症あるいは緊急性が非常に高い場合には、一刻も早く、医師の手の下に入れないといけないということがありますので、中等症・重症と判断された場合には、静脈路を確保して、直ちにドクターをコールする。ドクターがほかのことにかかっている場合でも、手をそこ

からはおろしてもらって、緊急度の高いほうに来てもらうという判断がまずは重要になると考えております。

軽症の場合には、ルーチンで行うような、例えば外傷診療などでは、初療のガイドラインがありますので、それらで定められているような検査あるいは放射線、そういったものは、看護師に移管することができるのではないかと考えています。

移管が可能と思われる理由のところにあります。現行法のもとで、特にここに挙げた包括的な血液検査オーダー、あるいは放射線検査オーダー、下にあります、④動脈穿刺による採血、動脈ライン、脱水症状への輸液、抗けいれん剤を例に出しましたけれども、薬剤投与、このあたりは、現行法のもとで実施可能だということなのです。

ただし、血液検査オーダー、あるいは採血・採尿、放射線検査オーダー、検査オーダーの是非につきましては、現行法では明記されておりませんので、包括的指示のもとで、実施が可能な方向に進められたらということなのです。

3 ページ目、救急室の続きです。私どもが普段一緒に仕事をする、仕事上のパートナーで、救急救命士の方がおられます。救急救命士は救急救命士法によりまして、病院前の診療を担当する職ですけれども、彼らがもし我々と一緒に初療室で業務をともに行うことができるとうなると、救急車の受け入れの要請への対応に始まり、病歴聴取、診療経過の記録、院内の患者の移送、物品管理、ここまでは、特に移管といいますが、専門性に合ったといえますか、特に資格を必要としないと思いますので、ここまでは特にケアは不要です。

そこから先のバイタルサインの測定、緊急度の評価、⑧の心肺蘇生、このあたりからは、もともと救急救命士法、病院前のところでは、認められているのですけれども、医療機関内では、現法では認められていないと考えられますので、ここの調整は必要になってくると思います。緊急薬剤の投与も同様です。

その後ろに、⑪縫合を除く創傷処置がございますが、洗浄、ドレッシングに限ってというところまでと、今回はさせていただいております。

緊急処置の一部の解除であったり、あるいは最後の⑬病院救急車で患者の観察あるいは処置、これは病院間搬送等を含むと御理解いただければと思います。

この中では、前のほうと後ろのほうは、資格が不要ということで、余り問題にならないのですが、真ん中あたりの病院前でだけ認められているものにつきましては、調整が必要だと考えております。

4 ページに進みまして、今度は集中治療室あるいは救急病棟です。人工呼吸器の設定、あるいは患者さんの状態がいいときには、人工呼吸器からの離脱を行っていきます。これは当然包括的なプロトコルによるものでございます。

動脈穿刺による採血、橈骨動脈ラインの確保、脱水症状に対する輸液、抗けいれん剤投与のあたりは、救急室と同じでございます。

血液透析などの医療機器がついている場合、その操作、管理につきましても、プロトコ

ルでもってできる範囲では可能だと考えております。

その他は、ドレーン類の管理、主に抜去というところでございます。

看護師に関しまして、現行法のもとで、特定行為として実施可能な行為となっているものがほとんどなのですが、有資格者がいかに少ないということで、業務移管が進んでおりません。これは一つ一つに関して、研修が必要だということがございます。そのようになっておりますので、有資格者が少ない。私どもの考えでは、このあたりの救急に関連がある行為の研修は、救急関連行為としてパッケージ化して、教育研修を行うようにすると、もっと進むのではないかと学会では考えております。

5 ページ目に進みまして、体表面の切創・挫創、洗浄、縫合処置関係です。傷を扱うということで、褥瘡に関しましても、看護師が傷を診る機会というのは、非常に進んできていると思うのですが、体表面の切創・挫創については、直接指示でない、少し難しいです。傷は千差万別なところがございまして、直接指示で行うことが進めばいいと考えております。

6 ページですが、以上、救急室、集中治療室、体表面の処置に関しまして、質の確保が大切だということは、言うまでもないのですが、質の確保でいきますと、例えば救急救命士の特定行為に関しましては、救急救命士が病院前で行いました特定行為に関しましては、メディカルコントロールの概念に基づいて、事後検証を全て行っている。そこで問題を洗い出す。そして、よかったものは伸ばす、ルールを変えたほうがいいのかということであれば、改正していくという、PDCAサイクルを回していくという、事後検証を全ての項目について行うことで、質が担保できるのではないかとということです。これは救急救命士がうまくやっているということに基づいて、そのように考えております。

課題もあります。救急室を主とする院内での診療補助につきましては、先ほどパッケージ化と申しあげましたけれども、これがどれくらい進められるのかというところです。

集中治療室につきましては、特定行為研修、今は1つずつ研修するというのが、主になっておりますので、この教育がどれほど効率的にいけるのかというところで、資格を持つ看護師、あるいは救急救命士がどれくらい確保できるかというところにかかわってくるのではないかと思います。

3 番の体表面の切創・挫創の処置につきましては、現行での実施が特定行為にもございませぬので、新たな教育研修が必要です。これは1番、2番に比べると、少しだけハードルが高いと考えております。

最後の8 ページです。タスク・シフトの先進事例というのは、これらのことを全てパッケージ化して、実施させているところは、恐らくないので、どこそこの施設で先行事例があるというのは、ないのですけれども、ただ、特に看護師につきましては、それぞれの業務がナースプラクティショナーといいますか、特定行為の業務としては確立しておられます。ただし、単品でというところです。

救急救命士につきましては、病院前では、既に処置が行えているので、処置が行えるか

どうかという技術的な問題はクリアしているのではないかと思います。法整備は必要です。

米国の例を挙げていますが、米国では、病院前で働いている方が、院内で研修をされて、また現場に戻っていくということが、普通に行われているということで、紹介をさせていただきましたが、スキルのことに関しては、問題ないと思っています。それよりも、各事例について事後検証をしっかりと行って、フィードバックを行うということ、体制として義務づけるほうが大事だと、質の担保のためには考えている状況です。

以上、救急医学会から、救急業務にかかわるところということで、御発表をさせていただきました。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等につきまして、質問等はございますか。

私からですが、貴学会でのタスク・シフトに係るような検討であるとか、取り組みであるとか、もし御紹介いただけるものがあれば、お願いできますでしょうか。

○日本救急医学会 これをパッケージ化して研修するというのが、いいのではないかと、いうところどまりで、私どももこれからというところです。

私どもとしても、いろんな方に聞き取りを行ったのですけれども、意外な壁は、看護師にこういったタスク・シフトを行うと、看護師でなくてもいい業務は、誰にタスク・シフトするのかというところで、ちょっとひっかかっておりまして、私たちは看護助手だと、漠然と考えていたのですが、昨今、看護助手というのは、求人しても、なかなか集まらないという、生々しい話も聞いておりまして、どうやったらみんながWin-Winになるか、もちろん患者さんが一番Winでないといけないのですけれども、それが成り立つかということ、現実的などところで模索中です。ただ、これが進めば、仕方なく患者さんを断るということが、大分減りそうだという手応えは感じているところです。

ありがとうございます。

○司会 ありがとうございました。

そのほか質問等はございますか。

少しお時間がありますので、追加で何かあれば、お願いいたします。

○日本救急医学会 私どもももっとこうなったらいいというのは、たくさん持っているほうなのですが、できるだけ現行法の範囲内でできること、しかも、一つ一つの行為というよりは、救急患者さんが運ばれてきたときに、丸ごとパッケージ化としてシフトができるような仕組みがつくれると、複数の方を効率よく受け入れて診られます。これから救急の患者さんというのは、増える一方だと思いますので、その効率化をどうやって図るかということを中心に、今日は、発表をさせていただきました。そういう趣旨だと御理解いただけたら、ありがたいです。

○司会 ありがとうございました。

○日本救急医学会 ありがとうございました。

○司会 それでは、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をいただきました、団体の皆様におかれましても、ありがとうございました。

次回のヒアリングの日程につきましては、追って御連絡させていただきます。

それでは、本日のヒアリングを終了させていただきます。本日は、ありがとうございました。