

○加藤医師養成等企画調整室長 それでは、定刻となりましたので、ただいまより、第1回「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」を開催いたします。

構成員の皆様におかれましては、大変お忙しい中、お集まりいただき、ありがとうございます。

座長の選任までの間、進行を務めさせていただきます、医政局医事課医師養成等企画調整室長を拝命しております、加藤と申します。よろしくお願いいたします。

本検討会の構成員につきましては、資料1の開催概要の別紙のとおりでございますので、御参照ください。

なお、本日、永井康徳構成員と馬場構成員につきましては、所用のため、御欠席との御連絡をいただいております。

また、今村構成員、猪口構成員は、多少遅れて来られると承っております。

事務局でございますが、医政局より出席いたしております。人数が多いため、紹介は割愛させていただき、座席表により御確認をいただければと思います。

それでは、医政局長より、一言御挨拶申し上げます。

○吉田医政局長 事務局を務めます、医政局の吉田でございます。

各構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中、このような形でお声をかけさせていただいたことに御参集をいただき、誠にありがとうございます。

また、平素から地域医療あるいは医療そのものについて、いろいろと御指導あるいは御協力をいただいておりますこと、重ねて御礼を申し上げます。

改めて申し上げるまでもなく、現在、我が国全体が働き方改革の只中にいるわけですが、とりわけ、医療現場で、さらには長時間労働をいただいていることにより、日本の医療を支えていただいている医師の方々についての働き方改革につきましては、いろんな形で議論をさせていただき、また、医療関係者の方々が、それぞれの現場で、その労働環境の改善、長時間労働の是正に向けて取り組んでいただいている中でございます。

私どもとしましては、一昨年来、いろいろ議論をさせていただきました、医師の働き方改革の方向につきましては、今年の3月に有識者の方々にとりまとめをさせていただきました。それを踏まえた、さらなる具体策において検討を進めているところですが、関係方面の方々から多くいただく御意見として、医師の方々の長時間労働を是正するには、従来に増して、医師の方々に行っていただいている業務について、改めて見直しを行い、本当に医師でなければやれないようなことに集中すべきではないかという御議論、さらには、より幅広く医療関係職種におけるタスク・シフト、タスク・シェアについて一度議論をするべきではないかという御意見をいただいているところです。

非常に幅広い問題提起と受けとめておりますし、それには、それぞれいろいろな背景あるいは視点が入っていると思いますが、とりわけ、2024年に、今、延期されております医師の方々に対する時間外労働時間の上限規制が適用されるということを考えますと、私ど

もとしては、その労働時間短縮を強力に進めるための具体的な方策の1つとして、やはり、この問題をきちんと関係者の方々の間で御議論いただき、私どもに対して方向性をいただければと思っております。

既に、本日の資料でも担当から御報告をさせていただきますように、今年の6月、7月には、計30団体の方々から、御意見を伺う機会を得ましたし、加えていろんなところから御意見をいただいているところです。

私どもとしましては、本日から始めていただきます検討会では、そのヒアリングの際にいただいた関係者の御意見なども参考にしながら、関係者の皆様に広く意見交換していただくことにより、タスク・シフトあるいはタスク・シェアについて、医療関係者の方々の合意を形成しながら、多くの医療専門職種それぞれが、その持てる専門職能としての自らの能力を生かしていただいて、より能動的に対応していただけるような仕組みを整えるということを狙いとして、具体的な方策について御議論をいただければと思っております。

この検討会をお願いするに当たりまして、事務局の中で議論をしておりますと、幾つか心しなければいけない点があると思っております。

代表的なものとして、3つほど、会議の冒頭に触れさせていただきます。1つは、この課題は、個々の医療現場における仕事の仕方あるいは業務のあり方というものから制度的対応まで、非常に課題の所在が多岐にわたるのではないかと。

2つ目として、各職能の専門性あるいは期待される機能、さらにはバックグラウンドとなる養成課程やOJTの状況など、幅広い点を考慮しながら議論をしていただかなければいけないということ。

3つ目、論ずる視点と申しますか、それぞれお立場や、あるいはバックグラウンドをもとにして、多様な角度からいろんな御意見が、この問題についてはいただいていると受けとめております。

そのような中であって、私どもとしては、一つ一つ御意見を受けとめさせていただきますながら、一方で、時間軸というのも十分考慮して、関係者の方々のコンセンサスを得ながら、この問題について、しっかりと検討してまいりたいと思っておりますし、そのためにも、構成員の皆様方に御議論をいただければと思っております。

お忙しい中ではございますし、審議の仕方あるいは御意見のいただき方についても、これから事務局としては、構成員の皆様方と御相談させていただきますながら、工夫もしなければいけないと思っております。何分この課題は大きな問題ですので、構成員の皆様方の積極的な御協力、そして、御支援をお願い申し上げます、少し長くなりましたが、検討会発足に当たっての御挨拶にさせていただきますたいと思っております。

よろしくお願いたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 次に本検討会の座長につきまして、永井良三構成員にお願いしたいと思っておりますが、皆様、いかがでしょうか。

(拍手)

○加藤医師養成等企画調整室長 それでは、本検討会の座長は、永井良三構成員にお願いしたいと存じます。

以降の議事運営につきましては、座長にお願いいたします。

また、カメラの方は、ここで御退室をお願いいたします。

(カメラ退室)

○加藤医師養成等企画調整室長 よろしくをお願いいたします。

○永井(良)座長 それでは、御指名に従いまして、座長を務めさせていただきます、自治医科大学の永井でございます。

私自身、タスク・シフト、タスク・シェアのあり方について、以前、三十数回議論に参加いたしました。

既に時代も変わりましたので、改めてタスク・シフト、タスク・シェアのあり方について、皆様方の御意見をお伺いできればと思います。どうぞ、よろしくをお願いいたします。

それでは、まず、座長代理でございますが、権丈構成員にお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(拍手)

○永井(良)座長 それでは、座長代理は権丈構成員、お願いいたします。

では、早速、議事に入ります。

まず、事務局から資料の確認と資料1の説明をあわせてお願いいたします。

○松浦医事課長補佐 事務局でございます。

本日は、ペーパーレスで行わせていただきたいと思います。お手元のiPadで資料1、2、参考資料1、2、3、4が閲覧いただけます。また参考資料4については、紙媒体でもファイルにして机の上に置かせていただいております。過不足があれば、事務局までお申しつけください。

まず、資料1について御説明いたします。

資料1は「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」の開催要綱です。

本検討会の趣旨ですが、医師については、2024年4月から時間外労働の上限規制が適用されます。医師の働き方改革に関する検討会においても、報告書が3月に取りまとめられたところです。

さらに、医師の働き方改革の推進に関する検討会を開催し、引き続き、検討することとされた事項について、具体的な議論を進めているところです。

同報告書において、医師の労働時間短縮のために、徹底して取り組んでいく必要があるとされた項目の1つにタスク・シフティング、タスク・シェアリングが掲げられております。

このため、医師の時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けて、医師、医療

専門職種の法令等を改めて精査し、現行制度のもとで可能な領域におけるタスク・シフティングを最大限推進できるよう、また、多くの医療専門職種が、それぞれが自らの能力を生かし、それぞれより能動的に対応できる仕組みを整えるための具体的検討を行うとさせていただきます。

また、検討事項ですが「（１）タスク・シフティング及びタスク・シェアリングの効果と具体的在り方」。「（２）タスク・シフティング及びタスク・シェアリングのために必要な教育・研修等」とさせていただきます。

また、運営等でございますが、（２）でございますとおり、本検討会においては、必要に応じ、構成員以外の学識経験者及び医療関連の専門業務に精通した者等の出席を求めることができますとさせていただきます。

２枚目は、別紙とさせていただきますとしまして、構成員の名簿になっております。

以上です。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。本日の議題は、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアについて」ということです。

それでは、議題１につきまして、事務局から資料の説明をお願いいたします。

○松浦医事課長補佐 それでは、資料の御説明をさせていただきます。資料２をご覧ください。

資料２「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアについて」ということで、冒頭３ページは、先ほど御説明した、医師の働き方改革に関する検討会報告書の抜粋になっております。

１枚目の「１．医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方」というところで、医療は医師だけでなく、多様な職種によって提供されるものであるが、チーム医療を考えて進める必要があると記載しております。

「２．働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿」というところで、医療従事者の合意形成のもと、業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）を徹底して取り組んでいく必要があると記載しております。

「３．医師の働き方に関する制度上の論点」というところで、いわゆるB水準について、1,860時間とし、この水準は、現状において年間3,000時間近い時間外労働をしている医師もいる中で、その労働時間を週20時間分、基本的な項目から特定行為研修修了看護師の活用まで幅広いタスク・シフティング、診療科偏在の是正を図るタスク・シェアリング等によって削減し、初めて実現できるものであると記載しております。

「４．おわりに」には、個々の医療機関は、タスク・シフティング等の実践やマネジメント改革による労働時間短縮、医師の健康確保のための取り組みをしっかりと進めるべきであると記載しております。

４ページ目「検討を要する論点」という資料です。

1つ目「検討の視点」ということで、医師の働き方改革に関する検討会報告書において、2020年4月から適用される医師の時間外労働規制に向けて、医師の労働時間短縮のための方法について、以下のとおり示されております。

1つ目、現行制度のもとでのタスク・シフティングを最大限推進。

2つ目、多くの医療専門職種それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えるとしております。

「検討の進め方について」でございますけれども、1つ目の○、医師の業務について、医師以外の医療専門職種が現行制度のもとで、実施可能な業務と明確に示されていない業務、実施できない業務のうち、十分実施可能で法改正等を行えば、実施可能となる業務に分けてタスク・シフト/シェアの検討を進めてはどうか。

2つ目の○、それぞれについて、目的達成に必要な事項と効果も整理しながら検討を進めてはどうか。

3つ目の○、厚生労働省医政局では、本年6月から7月にかけて3回にわたり合計30団体から、各団体がタスク・シフト/シェア可能と考えられる業務についてヒアリングを行ったが、そのヒアリング内容も踏まえて、タスク・シフトまたはタスク・シェアを進める業務を整理してはどうかとしております。

「スケジュールについて」ですけれども、医師の働き方改革の推進に関する検討会については、12月に一定の取りまとめを行う方針であることから、本検討会においても同じスケジュールで取り組む必要がある。

その一方で、検討項目も多岐にわたることから、年内時点で合意を得られた範囲で取りまとめを行うこととし、その後も引き続き検討をすることとしてはどうかとしております。続いて、参考資料の御説明をさせていただきます。

参考資料1でございますが「医師の長時間労働の実態について」ということで、医師の働き方改革に関する検討会の資料より抜粋してあります。

1枚目は「病院勤務医の週勤務時間の区分別割合」ということで、およそ2,000時間以上時間外労働されている方が大体1割程度いるというような区分割合をお示ししております。

2枚目「週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合」ということで、外科系や産婦人科系あるいは若手の医師の労働時間が長いという結果になっております。

3ページ目「地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合」ということで、大病院であるとか、救命救急機能を有する病院等で労働時間が長くなっております。

4ページ目「2024年4月とその後に向けた改革のイメージ」ということで、先ほど御説明した約1割の2万人の方を上限規制適用後は特例水準以下にするというようなイメージ図をお示ししております。

参考資料2でございますけれども「医療スタッフの協働・連携の在り方に関する取組について」ということで、今までの厚生労働省の取り組みをまとめたスライドになっていま

す。

1枚目にお示ししているとおり、平成19年に医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」を発出させていただいており、その後もチーム医療の推進に関する検討会、チーム医療推進会議等々で御議論をいただいて、報告書や通知等々でお示しをしているところです。

先ほど来、御説明しているとおり、平成29年8月からは医師の働き方改革に関する検討会でも御議論をいただいてきたところです。

2ページ目、3ページ目、4ページ目、5ページ目、6ページは目、それぞれの会議体等での説明になってございます。

7ページ目は「『救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会』について」ですが、こちらの検討会で救命救急士については御議論をいただいているところです。

8ページ目は「令和2年度概算要求における医師・医療従事者の働き方改革の推進」についての概算要求予算の概要をお示ししております。

最後、参考資料3でございますが、こちらはヒアリングで医師から既存職種へタスク・シフト/シェア可能とプレゼンテーションされた項目についてまとめたものです。

最後、※にお示ししておりますが、医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリングにおいて、医師の働き方改革を進めるために、各団体が医師から既存職種へ移管可能と整理・提案された業務について、事務局で機械的にまとめたものとなっております。

事務局からの説明は、以上です。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

それでは、ただいま御説明いただきました論点案をベースに、今後、この検討会で議論を進めてまいりますけれども、今日は初めてですので、ただいまの内容についての御質問、御意見あるいは今後の進め方等についての御意見をいただければと思います。

どの点からでも結構ですが、ぜひ、出席者全員の方に御発言をいただきたいと思います。いかがでしょうか。

どうぞ。

○釜菴構成員 まず、今回の検討で、既に御説明がありましたけれども、現在の状況の中で、いろいろな医療関係の職種の方々が既に担える業務の中で、実際には、なかなか担えていないところがどれだけあるのかというところをきちんと整理することと、それから、先日のヒアリングなどで、それぞれの関係職種の団体からいろいろな御意見をいただいている中で、新たに通知を発出するとか、あるいはもう少し法律を含めて考えることによって、また、新たに業務の範囲が広がるというものも出てくるかもしれません。それらの内容について、どういうふうを考えるのかということが、ヒアリングを受けての対応ということになると思います。

一方で、2024年の4月までに一定の成果を上げて、実際に2024年の医師の勤務時間の上

限規制という大きな課題に対して、今回の検討がしっかり生きていかなければいけないので、余り議論の幅が広がり過ぎて收拾できないというようなことにならないように、その点にも配慮しながらやっていくということが必要になるだろうと思います。

それから、冒頭に申し上げておきたいことではありますが、タスク・シフティングあるいはシェアということについて、やはり、いろいろな変更に伴って、財政的な予算の裏づけというものがなくなって、それがないと、なかなか実効が上がらないという場面も出てくるかと思いますが、一方で、いろいろな意味で、我が国の今の財政状態は非常に厳しいので、なかなかそのところの制約というのは大きなものがあるだろうと思います。

診療報酬に関して、中医協での議論が個別の項目について少しずつ始まっていると承知をしておりますが、診療報酬で手当できる部分というのは、私はかなり限られたものだろうと思ひまして、そのことに、そう多くを期待できないのではないかと感じております。そのような中で、いかに実効を上げていくかということが大変大事になるだろうと思ひますので、何しろ効果が目に見えてあらわれて、国民の皆さんに十分納得していただけるような議論をしなければいけないと感じております。

冒頭に、そのことを申し上げておきます。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

どうぞ。

○猪口構成員 済みません、出だしから2人で遅れてしまいまして、申しわけありませんでした。

ぜひ、今回の話は、何か筋書きをもって、これとこれとこれというのではなくて、本当にいろいろな発想で、いろいろな職種にタスク・シフト/シェアリングができるか、そして、また、それが法的裏づけは、現状ではどうなっているか、そして、また、変えなければいけないのだったら、そういうことは可能であるかどうか、こういうように、余り話を広げないでということも、今、釜菴委員から言われたところではありますが、できるだけ可能性というものは捨てないで、いろんな議論をお願いできたらと思ひます。

よろしくお願ひします。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

いろんな議論はあり得ると思ひますけれども、まずは、2024年というタイムリミットが切られている医師の働き方の時間外規制をどうやってクリアするかということが一番大きな課題です。とにかく960時間に収まるようにどのように改革をしていくのかということです。

これは、タスク・シフト/シェアだけではなくて、いろいろ政策を組み合わせ時間を減らすということだと思ひます。

特例暫定水準でB水準は、2035年まで残るわけですが、これを着実に960時間まで中長期的には減らしていかなければいけないという課題があります。

参考資料の中で、960時間を超えている医師は40%、さらに1,860時間に近い時間、ここでは1,920時間と出ていますがそれだけ働いている医師も10%ぐらいいるわけで、確実にこの方たちの労働時間を減らしていくために、タスク・シフト/シェアをすることによって、時間が具体的にどの程度削減されるのかというデータがないと、こういう仕事を、こういう職種に渡したらいいのではないかという抽象的な議論では、実のある議論にならないと思っています。

したがって、恐らくこれは、診療科によって違う話で、一律に医師の働き方といっても、データを見ると救急だとか、限られた診療科で長時間労働になっているので、そういうところを重点的に議論したほうがいいのではないかと思っています。

それから、今まで検討会で、斐先生がいつもおっしゃっていますが、マネジメントはものすごく大事で、それぞれの病院ごとに、多分取り組みというのは違って、タスク・シフトをすると、今度は受けとめる職種の方たちの過重労働の問題というのは当然起こってくるので、それぞれの医療機関の中で、きちんとマネジメントをしていただいて、自分の病院では、この職種にこういう業務をやっていただくのだというような、具体的なそれぞれの対応が必要になってくると思っています。

それは、この場で議論をする話ではないかもしれないのですが、常々斐先生がおっしゃっていることは、私もそのとおりだなと思っています、そのことの重要性については、改めて強調しておきたいと思います。

できれば、先ほど申し上げた時間のことを、現在できる範囲で調べていただきたいと思っています。

それから、この議論は中長期的に続くということであれば、2035年に向かってずっと進んでいく話ですから、それぞれどんな取り組みをしたら、どのぐらい減るのかということデータを、しっかりお示しをいただきたいと思っています。

よろしく願いいたします。

○永井（良）座長 斐先生、お願いいたします。

○斐構成員 ハイズ株式会社の斐でございます。病院経営を専門にしております。

今、今村構成員からお話があったとおりでございます、本当に優先順位をつけていけないなりません。先ほど局長からありましたように、多種多様な業務があり、非常に幅が広く、または深度の深さも違いますので、優先順位をつける何らかのプロセスは踏んでいただきたいと思っています。

私から、進め方に関して2つの視点がございます。

1つは、資料2の4ページ目、先ほど、事務局のほうから御説明をいただきました、中ほどの四角でしょうか、「実施可能な業務」と「グレーの業務」と「十分実施可能で法改正が必要な業務」、これが恐らく階層付けを実施すると一層目になると思うのです。恐ら

くこれだけではなくて、この次に二層目があります。現場視点、つまりマネジメント視点または臨床現場の視点の層です。その現場視点の層では3つのポイントは無視できないかなと思います。

1つは、シフト・シェアされる側の能力と技術と知識があるかどうか。これがないときにバトンを渡されても、非常に困ってしまいます。

2つ目は、やはり、病院の働いている方々の意識です。「医者がこの業務だけは離したくない」や、「シェアされる側がこの業務だけはしたくない」といった意識の改革は、どうしても必要だと思います。

3つ目が、今村構成員に同意するものですがけれども、タスクを渡される側が、余力がない場合、能力はあり意識もあるのだけれども、自分の業務で一杯一杯なため、結局、渡されたバトンを誰もとれないで落としてしまいます。これはあってはならず、当事者である患者さんにとってすごくデメリットだと思います。

このように階層を複層的に掘り下げてお話をしていくと、より優先順位がつけやすいかなと思います。

もう一点、タスクというのは、もしかしたら、何十、何百、何千とあるかもしれません。それらのある意味カテゴリーというか、ある程度見える化する必要はあるかだと思います。先ほど、今村構成員がおっしゃったように、どれくらい労働時間が削減されるのかという視点を含め、例えば、横軸に削減効果の大小をとりまして、縦軸に実現可能性が高い、低い、または現場で簡単か、難しいかの軸を取ります。そうしますと、当然ながら効果が大きくて、かつ実現可能性が容易なところから手をつけるというのが、恐らく一番現場の納得感が高いかなと思います。逆に効果は少ないけれども、実現可能性が非常に難しいというのは、労多くして益少なしかなと思います。

以上より、いずれにしても、2024年までにすべきことと、そして、この検討が続くという過程で、2035年までに、後回しという言葉は悪いのですけれども、少し様子を見られる部分というような形で、ある意味、タスクのトリアージという考え方が必要かなと思っています。

以上でございます。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

齋藤構成員、どうぞ。

○齋藤構成員 資料2の4ページに書いてございます「検討の視点」のところ、現行制度下で最大限のことをとということ、医療専門職種それぞれが能動的に、より活用できる、活躍できる、そういった仕組みを整えましょうということになっていますので、検討会の趣旨としては、非常に賛成します。

進め方のところは、確かに2024年という時間軸が一方であるということについて、先ほど、猪口構成員あるいは今村構成員から意見として出ておりました。ただし、この3つの

視点、今やれること、渡される側の能力向上、教育の制度あるいは現場の研修等々も含めて、本当にやっていけるのかどうなのかということ、ある程度制度改正を伴うものと、3つ掲げられておりますが、これらだけでやっていけるのかということがあります。制度改正というのは、いろんなレベルがある中で、2024年を考えれば、身分法そのものを変えていくというような大がかりなことではないのではないのかと推察しておりますけれども、果たして、それだけでいいのかというのは疑問が残るところです。

特に、医師の働き方改革のところに出てまいりましたけれども、現行制度下ではかなり難しいような状況も、この先は出てくるのではないかと思いますので、2035年というものを目指していくということと、それから、このタスク・シフトの検討会が続いていくということであれば、やはり、現行制度を超えたものも検討の可能性としては必要なのではないかと考えております。

それから、先ほど釜菴構成員からも出ておりましたけれども、これまでもタスク・シフトとか、業務シェアとか、いろんな通知が出されているのですけれども、特に平成19年に出された通知では、いろんな職種との役割分担が示されていましたが、現実、実態として、あの通知どおりにことが進んでいるのかということ、なかなか難しいような状況があるのではないかと。それは、一部中医協の報告で明らかになっているところです。病院側にとっては、いろんな職種を雇用したくても、財政的裏づけがないと進まないということもありますので、通知を出すだけではなく、実現可能性を高めるためにどうしていくのかということも、検討の中には入れていかなければいけないのではないかと考えております。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

ほかに、いかがでしょうか。

どうぞ。

○秋山構成員 私も今まで、先生方から出された意見に大変賛成するものですが、先ほど、タスクのトリアージという話があって、まさに優先順位を決めて、トリアージしていくことから始めないといけないなと感じております。

その上で、冒頭の局長からの御挨拶の中でもありましたように、能動的にやるということが、いわゆる医師の行為だけをシフトするのではなくて、能動的にやるためには、ある程度包括的な指示の範疇の中で、判断を伴って行為を実施していくことが必要かと思えます。参考資料の3でヒアリングの項目がまとめられておりました、これを一つ一つ潰していくことになろうかと思えますが、行為だけのシフトを検討するのではなく、その一つ一つの行為をするに当たって、判断を伴って実践できるかどうかということも含めて考えていく必要があると思えます。行為だけ個別の指示で、やる、やらないというようなことをやっている、結局は医師の指示を待たないと動けないというようなことになりかねませんので、そういう検討をする上では、それぞれタスクを渡す先の職種が判断してやれるものなのかどうなのか、それをやれるためには、今の仕組みの中で、そういう包括的な指示のもとでやれるのかどうかといったようなこともあわせて検討していく必要があるだろう

と思っています。それが、1つ目の検討の進め方の提案です。

もう一点提案させていただきたいのは、釜薙構成員からもありましたように、やはり国民、受け手側が安心して受けられるということが非常に重要な点かと思っておりますので、現在、病院の中で医師が不足しているのもありますし、地域の中でも医師が不足しているという問題がありますので、地域の中での医師から他職種へのタスク・シフト/シェアといったようなこともあわせて検討していく必要があるのではないかと考えております。

そういう国民目線での視点というのも非常に重要な点かなと思っております。そういう意味では、タイムリーな医療提供ができるためには、どういった職種がタスクを引き受けていくのがより効果的、実効性があるのか、安全を担保しながら質も維持あるいは向上できるような仕方でシフトできるようなことを考えていく必要があるのではないかと考えております。

よろしく申し上げます。

○永井（良）座長 今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

まだ、御発言されていない方がいるのに、二度目の発言になりますけれども、必ずしもこの検討会のミッションではないと思うのですが、今お話しがあった国民の方々の理解、つまり、医療提供者側だけの話ではなくて、医療を受ける国民の方たちの理解というのは、非常に重要になってきています。

医師の働き方改革についても、やはり、医療を受ける側の方たちの御理解がないと進まない問題だということで、厚生労働省に「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」を立ち上げていただいて、今、活動を始めているところです。ここである程度の方向性が出てきたら、そういう活動の中で国民の方にきちんと周知をしていただくということが大事だと思っています。

この議論の中で、やはり、医療安全の視点は非常に大事で、今、秋山構成員からもいろいろお話がありましたけれども、やはり国民からすると、自分たちの受けている医療が安全に行われるということの理解というのは非常に重要です。

やはり、医療行為を行う上に当たっては、責任の問題を抜きにしては議論はできないと思います。この辺のところもよく整理をしていただいて、きっちりとした医療安全、そして、医療行為の責任ということも明確にしながら、何がタスク・シフトできるのか、シェアできるのか、そして、国民の理解をきちんとしていただくということも踏まえて進行していただければと思っております。

○永井（良）座長 私から発言したいと思っております。参考資料3のヒアリング項目のまとめですが、ここに挙げられた項目は、例の特定行為研修でカバーされるものと、それではカバーされないものと、いろいろあると思うのですが、そのあたり、特定行為という視点から見たときの整理はされているのでしょうか。

医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

参考資料3に関しましては、6月から7月にかけて開催したヒアリングを、まず、事務局のほうで行為別に分けたというものでございます。

ですので、既存の特定行為との関係についてという視点では整理をしておりませんので、次回以降の資料の提示の仕方の中で、そういった視点も踏まえて、どのようなものが出せるか考えさせていただきたいと思っております。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。

木澤構成員、どうぞ。

○木澤構成員 木澤です。

現在の病院業務においては、先ほどの資料の医師の残業時間のところでもありました、初期研修医や研修医卒業後3年から5年目の医師、それから救急医の時間外が多いということでは、病院医療における時間外が発生しているということになるかと思えます。

それで、病院では、医師の指示を催促したり、待ったりという時間が非常に看護師は、ほかのメディカルスタッフも抱えているのですけれども、それによって看護師もしくは、そういった多職種が、また、時間外が発生しているという要因がありますので、タスク・シフトは絶対にしていけないといけないことではないかと思えます。

ただし、先ほど国民の理解とおっしゃっていましたが、特定行為研修を、今、実際に研修修了者は1,000人程度おりますが、実際に現場で活動できているかという点、なかなかそうではない部分もあると思えます。

それにつきましては、なぜ、実施できないのか、手順書がありながらも、なぜ、そういった活動がうまくいっていないかということも、もう一度調査をして、再調整をする必要があるかと思われます。

それから、資料の内容の確認を1点お願いしたいのですが、参考資料2の7ページのところにあります「救急・災害医療提供体制の在り方に関する検討会」の資料というところで、救急救命士についての議論がなされたというところでは、今回、タスク・シフトの中に救急救命士の資格の方が入りますが、ここで検討された内容というのは、具体的にどのようなことなのか、ここに掲載されている意図というのをちょっと確認させていただきたいと思えます。

○永井（良）座長 どうぞ。

○永田救急・周産期医療等対策室長 地域医療計画課救急・周産期医療等対策室長でございます。御質問ありがとうございます。

参考資料2の7ページにお示しいたします「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」ですが、こちらにつきましては、これまで幅広く救急医療、災害医療について検討してきているところでして、具体的には、資料の「検討のスケジュール」と右下に書いてあるところに、さまざまな検討をしてきたということをお示しさせていただいているところです。

このうち第10回及び第14回におきまして、地域の救急医療資源の有効活用として救急救

命士の活躍に向けた環境整備に関して議論を行ってきたというような状況です。

○木澤構成員　ということだと、どのような環境が、現行の救急救命士を活用することになるかというところの基礎資料ということによろしいでしょうか。

○永田救急・周産期医療等対策室長　そうですね。救急救命士の活用ということだけを焦点にしているわけではなく、救急医療全体を取り巻く状況であったりとか、日本救急医学会であったり、消防庁であったりといった方からの御意見も踏まえながら、さまざまに検討している中に、先ほど申しました救急救命士の活躍に向けた環境整備ということで議論をさせていただいているところです。

○木澤構成員　ありがとうございます。

○永井（良）座長　どうぞ。

○土岐医事課長補佐　少し補足させていただきます。医事課長補佐の土岐と申します。

参考資料2の7ページ「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」の資料を御提示させていただいたのは、今回、もちろんタスク・シフト/シェアの対象職種として救急救命士も入っておりますが、実は、こちらの検討会では、今も議論が継続しており、その中でも、救急救命士の業務のあり方についても御議論をいただいているところですので、救急救命士の業務に関することにつきましては、まずは、こちらの「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」で御議論をいただくことにしてはどうかという趣旨で、今回、この検討会について御紹介させていただいたものです。

○永井（良）座長　齋藤構成員、どうぞ。

○齋藤構成員　今の説明に関してなのですが、そうしますと、ここのタスク・シフトの議論から救急救命士は抜くという発想なのか、それとも、この検討会と「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」の関係と申しますか、それは、どういうものなのでしょう。

○土岐医事課長補佐　2つのトラックで救命士の議論を進めてもという部分はございますので、まずは、こちらの「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」のほうで救命士の業務については検討をいただくことと捉えております。

○永井（良）座長　局長、どうぞ。

○吉田医政局長　事務局、医政局長です。

補足の補足になって恐縮です。先ほど来、御報告申し上げておりますように、救急・災害医療の検討会については、救急救命士のみならず、災害医療、救急医療全体についてさまざまな角度から議論をしている中において、救急救命士の業務範囲といましようか、職能についての御議論も、これまで行われているという事実があります。

もちろん、今、医事課補佐から御報告申し上げたように、かぶる部分が率直にあらうと思いますし、それを2トラックでそれぞれやるというのも、このお忙しい委員の皆様方にお時間をいただいている検討会の運営の仕方としてどうかと思っておりますことから、これは、もちろん、座長とよく御相談をさせていただきながらではありますが、救急・災害

医療の検討会における議論の進捗について、適宜、こちらのほうにも御報告をさせていただきながらということにはなろうかと思えます。まずは、先行している救急・災害医療のほうでの御議論を積み重ねていただく。その上で、今、齋藤構成員からお話がありましたように、あるいは御質問がありましたように、もちろん全体としての横串というか、全体像を見ていただくのは、このタスク・シフト/シェア検討会でありますので、こちらのほうにも御報告をさせていただき、こちらでの御議論にも供したいと思えます。

ただ、それぞれの視点について、冒頭の御挨拶でも申し上げましたように、それぞれ見える世界あるいは懸念される点が違う点もございまして、共通する部分もありますので、そのあたりの進行については、議論が混乱しないようにという言い方がいいのか、手戻りがあったり、あるいは行ったり来たりがないような仕組みについては、事務局は両方とも私ども医政局が担当させていただいておりますので、よく座長とも御相談をしながら進めさせていただきたいと思えます。この検討会の場以外にも構成員の皆様方には、御関心に応じて、必要な情報提供には努めさせていただきたいと思っております。

○永井（良）座長　どうぞ。

○齋藤構成員　救急救命士の働き方というのは、個別具体の指示のもとで一定の医行為をやるということではなく、たしか非常に包括的な、あるいはメディカルコントロール下での業務と認識をしております。

ですので、救急・災害医療の検討会の方で救急救命士の業務について検討するということとありますと、医師の指示のあり方というのが、非常に不透明になりがちな印象を受けますので、私としては、救急・災害医療のところで検討された内容につきまして、特に救急救命士の業務範囲というものにつきましては、こちらのタスク・シフトの検討会にも、ぜひ情報提供なり、あるいは議論の報告なりをいただいて、案件によっては議論の論点となり得るのではないかと思います。そこはぜひお願いしたいと思うところです。

○永井（良）座長　今村構成員、どうぞ。

○今村構成員　ありがとうございます。

先ほど、木澤構成員から特定行為のお話がありましたので、事務局にお願いなのですが、働き方の検討会の中でも、外科や麻酔管理の特定行為のパッケージ化のお話をいただいて、私はあれはすごく大事ななと思っていて、現状で、どこまでパッケージ化が進んでいて、そういう取り組みをされている病院の働き方が、どのように変わったのか、どの程度時間削減、医師の働き方につながっているのかということをお示しいただきたいと思っております。わかる範囲で結構ですし、現在、取り組み中ということで、研修を実施中なのかもしれないのですけれども、ぜひ、途中経過を教えていただければと思っております。

それから、木澤構成員から、特定行為を修了した看護師が1,000人程度というお話があり、まだまだ日本の医療そのものを大きく変えるほど養成されていないので、何とかもっと研修を受けていただければと思っております。働き方の検討会のデータの中で、実は、大学病院での活用がすごく少なく、民間病院のほうが、特定行為を修了した看護



っている、すなわち患者さんにタイムリーな医療が提供できていないということになると  
思います。

あと、特定行為研修なのですけれども、施行事業から10年ぐらい経っておりまして、私  
も実際に、その講習を受けて実施いたしました。非常にジェネラリスト教育の内容にな  
っていると思います。

広まらない要因というのは、病院から1人か2人もしくは病院で実施して数名というと  
ころですので、全てを履修するとなりますと、非常に年単位でかかってしまうというこ  
とで、既に4、5年後というところでは、ここで検討する内容かわかりませんが、看護  
師の卒後教育の努力義務ということで、医師は初期研修、それから、卒後研修という  
ところに何か制度なり、そういうところで動かすのであれば、今、e-learningですとか、非  
常に教育パッケージが進んでおりますので、それですと、病院から派遣しなくても、地方  
の病院でも、卒後研修の後期として実施できるというメリットはあるのかなと思いました。  
○永井（良）座長 ありがとうございます。

根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員 まだ発言しておりませんので、今後の進め方について、私も意見を述べさ  
せていただきます。皆さんがおっしゃるように、やはり、この会の目的が2024年の1,860  
時間以上の時間外労働をする医師の方々をなくす、ゼロにするということが目的だとい  
うことなので、優先順位を決めまして、例えば、地域医療あるいは産科、小児科領域、救急、  
それから周術期、そのあたりに特化ということではないのですけれども、まず、優先的に、  
今できることを議論していくべきだと思います。

それで、皆さんが先ほどからおっしゃっている臨床工学技士あるいは看護師にタスクを  
シフトしていく、そのために研修であるとか、学習の機会をどんどん与えていくとい  
うことは、将来の日本の医療にとって非常に重要なことだと、私も考えています。

そういうことをすることによって、それぞれの業務をなさる方々のプロフェッショナ  
リズムが培われると思いますし、チーム医療ももっと強力なものになっていくと考  
えておりますので、その部分は少し時間をかけて良いシステムをつくっていくのがいい  
のではないかと考えております。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

青木構成員、どうぞ。

○青木構成員 青木でございます。

この検討会では、医師の働き方改革ということを観点に、複数の医療専門職による診  
療補助行為、補完について議論をいただくものであると理解しております。

ただ、医療専門職種と一言に申しまして、これは申し上げるまでもございませ  
んが、非常に多岐にわたっております。例えば、患者さんの病態がどうなのか、急性  
期なのか慢性期なのか、行為を実施する場所が病院の中なのか外なのか、あるいは  
雇用形態もさまざまあります。さらには、冒頭局長のほうからもお話がありましたけ  
れども、教育の制度

自体も非常に多岐にわたる状況です。

この中で御議論をいただくときに、私からの一つの大きなお願いとしましては、事務局のほうからも御提案がありましたけれども、ぜひとも個別の議論をしていただくときには、それぞれ専門の医療職種を参考人として呼んでいただいて御意見をいただけるとよろしいかと思えます。

以上です。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

表構成員、どうぞ。

○表構成員 進め方に関して2点ございます。

1つは、働き方改革の「改革」というのは、どんな改革でもある意味生き物ですから、必ず発展途上のフェーズがあると思えます。

そうなりますと、当然タスク・シフト/シェアがある程度何らかの形で決まったとしても、当然それに対しての現場の混乱または疑問または不安、そういったものが出てきます。となりますと、それを上手に解消してあげる仕組みが、このタスク・シフト/シェアを進める大きなサポートになるかなと思えます。

タスク・シフト/シェアで現場が混乱した場合、どこに相談すればいいのかという疑問がでてきます。その都度厚労省に問い合わせなのか、それとも都道府県の勤改センターなのか、そういったタスク・シェアに関するコールセンター的なところをきちんと用意することは現場の安心感につながるかなと思えます。

2点目が、シフト/シェアがどんどん進んだ後、やはり、どこかで定点観測の視点は入れたほうがいいかなと思えます。結局、やりっぱなし、されっぱなしではなくて、した結果、どれくらい労働時間が減ったのか、先ほど、今村構成員からお話がありましたように、患者の医療安全が脅かされていないか、またはタスク・シフト/シェアされた側の業務負担が結果的に多くなっていないか、そういったところのシェア後の定点観測は、最初から設計図に盛り込んでおいたほうが、恐らくより精度の高い設計図になるのかなと思っております。

以上、2点でございます。

○永井（良）座長 釜菴構成員、どうぞ。

○釜菴構成員 看護師の特定行為研修修了者のさらに活躍の場をとというのは、そのとおりでと思いますが、この特定行為研修の仕組みというのは、新たな職種をつくったわけではなく、看護師の資格のある方の中で一定の経験を積んだ人が、さらに研修をして、いろいろさらにレベルを高めると、そういう形です。

この中で、実際に特定行為を担当する場合に、医師は指示書を書くわけですがけれども、患者さんを特定し、かつ看護師さんを特定して指示を出すということが大きな特徴でありまして、それは看護師さんと医師の間のしっかりとした信頼関係が醸成されていて、この看護師さんには、全幅の信頼を置いて任せられるという前提のもとで行為が行われてい

くというところが非常に大事な点であります。

したがって、それは特定行為の研修修了者であっても、まだ、修了していない看護師さんに対しても同様でありまして、それは、先ほど猪口構成員が言われたとおりでありまして、医師の指示というのは、そういうものだろうと思います。

それが、今、これまで伺った議論の中で、なかなかその指示が出ないために、指示が出るのがおくれるために、現場の作業がなかなか進まないという事態を、どういうふうにしたら改善できるのかというところが、ぜひそこはさらに考えなければいけないところだろうと思いますけれども、大事なことは、医師とタスク・シフトを受ける職種との間のしっかりした信頼関係が前提となり、次に患者さんを具体的に特定してその患者さんのために何ができるかを議論することが担保されないと、これは医療安全が十分確保できないだろうということを経験してきておきたいと思っております。

以上です。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

では、秋山構成員。

○秋山構成員 今、釜薙構成員から御指摘のあったところ、大変重要な点だと思っております。特定行為は、患者さんが特定された後でないとできない仕組みです。救急の現場では、特に初期の、医師が診察する前の段階で、どれくらい看護師が能動的にやれるかというところは、これから議論になってくると思っております。救急救命士の働き方も、恐らく判断を伴う行為をどこまでできるかということをお考えすると、教育的な背景ですとか、指示のあり方とか、そういった点が非常に議論の中核になる部分だと思っておりますので、例外なく全ての職種におけるタスク・シェアは、この場で検討していただきたいです。

それと、特定行為では限界のある部分といいますか、医師が診察して患者を特定する前の段階でどこまでやれるか、そこにもシナジー・プラクティショナーのような医師の指示がなくても、自身で診断して医療行為が始められるという新たな職種ができることで、負担が随分軽減できるように考えております。そういったナース・プラクティショナーについても、今すぐ実現可能性というわけにはいかないかもしれませんが、長期的に検討を続けていただきたいと思いますと考えております。

以上です。

○永井（良）座長 では、先に齋藤構成員、その後、権丈構成員。

○齋藤構成員 私どもの日本看護協会では、特定行為ができるナースたちのさまざまなヒアリングとか、あるいは医療提供の実態とか調査をいたしまして、今、秋山構成員が言ったように、やはり限界があるなと思っております。

これからさまざまな職種について、どのくらいの業務がどんな形でシフトできるのかということの検討に入るわけなのですけれども、国民の理解とともに、それから医療機関の中だけではなく、これからは在宅医をどうするのかということも医療政策の中では非常に重

要な課題になっていくだろうと思います。また、これから地域のありようが、人口減少してくるところ、あるいは高齢者だけがふえてくる場所、さまざま地域によっても事情が違ってくるということがあるかと思っています。

それでも、日本の医療の特徴というのは、非常にアクセスがいいということだと思いますので、施設の中だけのタスク・シフトということの観点だけではなくて、地域の中でどうしていくのかという観点も含めて、それから、今ある制度の中での限界が見えているということもございまして、ぜひ長期的には、新たな制度創設ということも視点に入らないかと思っています。

以上です。

○永井（良）座長 ちょっと今の点は、私自身、例の特定行為の検討会を三十数回にわたって議論しました。その中でNPの話も出たのですが、まず、特定行為研修をしっかりと動かして、その限界をよく見てということでした。もちろんNPはいずれ議論をしないといけないと思うのですが、まだ、1,000人ちょっとで本当に限界が見えているのか、もう少し特定行為研修制度を動かしてから問題点を洗い出してほしいというのが、率直なところではあります。

いずれ、これは議論をしないといけないと思いますが、指示のあり方や法律関係とか、ややこしい問題がいろいろあります。今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

今、永井座長がおっしゃったことで結構だとは思いますが、齋藤構成員のご発言は、今後の日本の医療提供体制にいろいろ課題を感じている中での御提言だと思いますけれども、少なくとも、この検討会のミッションは、冒頭に戻りますが、2024年の病院の中の医師の働き方をどうするかということなので、やはり、そこにある程度論点を絞らないと、議論が散漫になると思います。

実は働き方改革というのは、イノベーションの話もすごく密接に関係していて、例えば、オンライン診療であるとか、AIだとか、そういうものは、実際日本の医療を変えるものだという事はわかっているけれども、では、具体的にどうなのだという事は、なかなかお示しできないわけで、そういったいろんな課題をここで議論してしまうと、議論が進まなくなってしまうと思います。

医師の指示のお話もございましたけれども、なぜ、病院の中で医師が速やかに指示を出してもらえないのかというのは、いろいろ問題があると思います。医師個人の問題なのかもしれませんが、実は、医師が忙し過ぎて、要するに医師の過重労働があって、看護師さんからの要請に速やかに応えられないという実態があるのであれば、働き方が変われば、きちんと医師の指示が出てくることになるかもしれない。

したがって、なぜ指示が必要かというのは、別にヒエラルキーで医師が偉いから指示を出しているわけではなくて、やはり責任問題と密接にかかわっていて、医療行為の結果、何か医療安全に問題が起こったときに、最終責任は医師がとっているということがあるから、

特定行為研修が終わった看護師については、包括的指示でいいというルールができているわけで、指示のない形で医療行為ができるというのは、今の医療の中で、国民の理解がどこまで得られるかということも含めまして、いろんな問題があるのではないかと考えております。

○永井（良）座長　どうぞ。

○齋藤構成員　確におっしゃることは十分理解できます。

しかしながら、なかなか医師の偏在も解決しない、それから、オンライン診療もどこまでどうなるのかということも見えてこないという状況の中で、2024年なり2035年なりというのは、もうお尻は決まっているという状況になります。

私が提案したのは、2024年ということをもまず考えるのであれば、現行制度の範囲でできること、それから、猪口先生がおっしゃったように、ジェネラリストがどのような活躍をしていくのかということも看護師に限っては検討が必要だと思いますが、2035年を目指していくとなると、やはりタスク・シフトの検討会が継続していく中で、いずれはそういった新たな創設ということも検討の課題には挙がるだろうと考えております。

○永井（良）座長　釜菴構成員。

○釜菴構成員　今の御議論ですけれども、いろいろな医療関係職種の教育のあり方、特にカリキュラムの見直し、看護もそうですし、いろいろやってきて、その成果が今後出てくるわけですけれども、どうもこれまでは、医療関係職種の教育が、それぞれの職種独自に余りにも行われていて、どうも共通基盤というものは、なかなか形成されにくいというところがあったのですけれども、今回の各医療職種の検討の結果、かなり共通の基盤というのが大事にされるようになってきたと、私は感じます。

看護師の基礎教育に関しても、これまでは、やはり看護師独自というところが余りにも前面に出てきて、例えば、医学用語についても、医学と看護学とでは別々に扱われるという、言葉が通じないというような面が、これは少し大げさですけれども、ありました。それが、大分共通の言葉でいろいろ伝えられるように、今、なりつつあると思います。

ですから、齋藤構成員が今言われたようなところは、その辺の共通基盤というのが、かなり整備されてくると、また大分状況は変わるかなと考えておまして、そこは、今後の期待だろうと思います。

やはり、医療関係職種は、医師、看護師だけでなく、他の関係職種も、基本的には、この部分はみんな共通して身につけているねという部分が、ぜひ必要だろうと思います。

そういうところが整備されていくと、いろいろなタスクのシフトなどについても、医療安全をきちんと確保してできるようになると思います。すぐには変わらないと思いますけれども、方向性として、私はそういう方向に行くべきだろうと思います。

○永井（良）座長　私ども自治医科大学で、今までにおよそ250人以上養成しています。受講された看護師さんが言われるのは病態生理です。これは今まで習っていなかったということです。これを学べたことが大きなメリットだということですので、まず、医学とか病

態生理学をしっかり勉強しないといけないと思います。

いきなり、全面的に行くことは難しいので、チーム医療推進会議、3年半議論しましたが、とにかく特定行為研修でしっかり手始めにやってみましょう、そこを踏まえて、次を考えましょうという議論でした。私は、まず、特定行為研修というものは、まだ限界が見えたというには早過ぎるような気がします。そこをしっかりとやりながら、時間をかけて、もちろん2035年、2040年問題に対しては考えないといけないと思いますけれども、まず、できるだけ特定行為研修というものをしっかりと動かしてみても問題点を洗い出すことが大切です。チーム医療推進会議での意見集約は結構大変だったのです。その経験から、そういうふうにお願いしたいと思います。まず、もっと特定行為研修に参加いただくことが大事ではないかと思います。

どうぞ。

○木澤構成員 特定行為研修の内容といますのは、恐らく臨床で経験したナースが病態生理も基礎は習っているのですけれども、実際の患者さんの診方というのは、私たち臨床の看護師の診方と先生方が患者さんの判断や治療の決定のための診方というのは違うと思います。そういうところでの意味づけがわかったというところの学びだと思っております。

そうであれば、やはり、卒後教育の一環にまとめていただけると、どこの病院でも同じような病態生理ですとか、臨床をするということが学べること。

それから、現在の臨床の現場では、それぞれの病院で卒後研修を独自につくっているところがあります。そういったところにも標準的な卒後教育というところにはなるかと思っております。

実際に領域を限定しておりませんので、学び直しというような意味合いがすごく大きいカリキュラムの内容ですが、やはり、学んだ方の意見としては、永井先生がおっしゃったように、非常に臨床に即した教育内容となっていると思っております。

○永井（良）座長 権丈構成員。

○権丈構成員 皆さん、よろしいでしょうか。

恐らく構成員の中で、文科系は私しかないのではないかという気がしているのですけれども、資料2の4ページの検討の進め方の「○ それぞれについて、目的達成に必要な事項と効果も整理しながら検討を進めてはどうか」というところで発言させていただきたいと思います。

「効果も整理しながら検討を進めてはどうか」ではなくて、これをぜひともやってもらいたいという話を、今からするわけですけれども、この検討会そのものも2013年の社会保障制度改革国民会議で示された提供体制改革の一環にあると思うのです。

あのときに提供体制の改革というのをどういう形で進めていこうかといったときに、永井先生が発言をされて、データによる制御機構をしっかりとつくっていかなければいけない。アメリカは市場による制御だと、ヨーロッパは国というような規制でやっている、日本はデータでやっていこうと、データによる制御機構というのをつくっていこうというの

を永井先生がおっしゃられています。結局、国民会議の報告書から出てくる提供体制の改革というものの核がデータによる制御機構ということになっていくわけです。

この中で、「それぞれについて目的達成に必要な事項と効果も整理しながら」の効果というところなのですが、この効果というのは一体何なのかということを考えていきますと、やはり、この検討会がある程度締め切りを持ち、そして、早急に答えを出していくといえますか、ある程度の締め切りを持っているというのは、先ほどから何回も出ております2024年の1,860時間に、医師の労働時間をどういうふうに調整していくのかというようなところがあって、ビジョン検討会とか、いろんなところは前に先行しますけれども、そういうところは、この働き方改革のところから出てくると思うのです。

それで、業務をどうするかというところは、実は2008年の社会保障国民会議で、医療・介護のシミュレーションというのをやっております。

あのときに、あるべき医療、あるべき介護という姿を先に描いて、その中で、選択と集中を進めていくときに、将来的には、医師はどのくらいの数が必要になり、看護師はどのくらいの数が必要になるということを、この国で初めてあるべき医療、あるべき介護ということを描きながらやっていったわけです。あのときには、20%医師の業務が看護師のほうに移り、そして、看護師の業務は他の職種に分担してもらうという形で、看護師の業務そのものは相殺されるという形で計算していました。

そのときに参考にしたのが、厚労科研費の研究の中での、「質、効率向上と職業間連携を目指した病棟マネジメントの研究」とかいうのがありますが、そこの中での、たしかフランスの例、成功しているような例を考えていきながらやっていったわけですが、先ほどの「目的達成に必要な事項と効果も整理しながら」の効果というのは、やはり医師の労働時間がどれくらい減っていくことになるのかというのが見えていくことが、今、この検討会の効果ではないのかなと思いますので、ここで私が期待しておりますのは、事務局のほうには大変なかもしれませんが、いろんな議論がなされていく、そして、3分類として「実施可能な業務」「明確に示されていない業務」「法改正等を行えば実施可能となる業務」がありますけれども、では、それをやると、どんな形で医師の労働時間を節約することができるのか、あるいは1,860時間の中に収まる形に進めることができるのかというような絵柄を、毎回それは難しいのですけれども、イメージしながら、そのデータを見ながら、みんなが議論していくことができるような、データによる制御機構という姿勢は、やはり、この検討会でも貫いてもらいたいと思っております。

以上になります。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

日本の医療提供体制は、世界に例のない多くのよさがありますが、その1つが、アメリカのようにお金次第ではないということ、かといってヨーロッパのように国がかなり強く管理している体制でもありません。そういう意味で、お互いに協調しないと動かない仕組みなのです。

戦後ずっと経済が発展しましたからうまくいっていた面もあるのですが、いよいよ少子高齢化、経済も余り伸びない中で、どう話し合いをするかということになると、どうしてもデータが出てこないといけないわけです。そこで、関係者が良識に従い、お互いの立場を尊重しないとイケないと思うのです。それぞれの言い分があり、すべて正当な理由があるわけですが、限られた資源をどう配分するかということをもとめないといけません。

それができないと、我々ではコントロールできない力が動き出したりもしかねないということを、常に意識をしておく必要があります。

そういう意味で、今回のタスク・シフトも同じだろうと思います。できるだけデータを出していただいて、本当に実効性があるのかどうかを踏まえて、次の議論に移っていくことと思いますが、いかがでしょうか。

どうぞ。

○木澤構成員 タスク・シフトをしたときに、タスクを受ける側の負担というお話がありましたけれども、今回のヒアリングの結果というのは、医学会から、医師から、これがタスクできるということでしたけれども、それぞれの職能団体といいますか、それぞれの職種が、本当に、これを受けることで患者さんにいいことだというデータは、現在、事務局のほうではお持ちか、もしくは何かの報告書の中で出たりということはあるでしょうか。

○松浦医事課長補佐 現時点で、お見せできるようなものはありません。

○木澤構成員 そうであれば、医師側から渡せる業務と、加えて受けるほうから、この業務をしたら、もっと効率よく患者さんのケアにつながるというところもあわせていくということも、1つあるかと思われま。

○永井（良）座長 優れた取り組みを紹介するのも大事だと思います。ベストプラクティスシェアして、それを検証してみるなど、いろいろな情報が必要だと思いますので、厚労省でも、もし、そういう情報があれば、提供をいただきたいと思います。

○吉田医政局長 事務局の医政局でございます。

今、権丈構成員からの御指摘あるいは木澤構成員からの御質問、そして、座長からの御指摘を踏まえて、今後、事務局として、この会議に出す資料などについては、できる限りの工夫をさせていただきたいと思っております。

ただ、率直に申し上げて、なかなか参照できるデータ等があるか。先ほどご指摘いただいた2008年のシミュレーションも改めて私ども勉強し直したいと思っておりますけれども、いろんな制約がありますので、ある程度割り切ったものにならざるを得ない。そこは、我々なり、また、構成員の皆様方のお知恵も借りながらやらせていただく。

それと、構成員の御発言に対して事務局が言うのもどうかと思いますが、必要な事項と効果という場合の効果という点については、この一連の検討会の位置づけからして、今、おっしゃっていただきましたように、「医師の労働時間」という1つのKPIといいましょうか、切り口というのが大事であるということは、我々も全くそのとおりでありますけれど

も、先ほど来、本日の議論の中にもございましたし、あるいは委員の皆様方の御発言の背景にあると思われる「サービスの質」といいますか、あるいは裏返せば「安全」ということかもしれません。という部分もある程度考えなければなりませんし、「患者さん、住民の皆さんの理解」という言葉も出たかと思います。そういうのを含めた上で、結果的に労働時間を短縮するという非常に難しい作業をさせていただきます。

労働時間というのは、一定の割り切りによって数値化するということができると思います。本来ならば、先ほど申し上げた質だとか安全だとか、あるいは安心、あるいは住民の皆さんの納得というのも一定の割り切りにより数値化ができないわけではないのかと思いますが、なかなか現実、皆さんが共通していただけるだけの定量的なモデルというのが、私ども事務局、今の段階ではおぼつかないというのが正直なところであります。おっしゃっていただいておりますように、全体の視点で見たときの効果というものを念頭に置きながらも、御発言にありますように、我々としては、同じくその議論の背景には、質の問題、安全の問題、あるいは住民の皆さん方の納得、患者さんの納得というのも意識しながら御議論をいただければと思いますし、当然ではありますけれども、事務局としては言葉にした上で御発言をさせていただいているということです。

○永井（良）座長　どうぞ。

○権丈構成員　念頭に置いていただただけで大丈夫ですので、そこは余りきつく考える必要はないのですけれども、ただ、2008年のときには、20%減らすという形になっていた、けれども、中を埋めないまま10年たってきている、この中を今度は埋めていく議論ができるのかというのを、私は楽しみにしております。とともに、医療政策というのは、いろんな価値、目標の間でのバランスを考えて、ああだ、こうだと、バランスを考えていくという中でやっていくという、かなり高等な作業になっていくのですが、この労働時間というのは、バランス抜きで来たわけですね。暫定措置としてのB水準、そしてC水準の設定がすでにバランスを考慮した後の結果だから、この問題は、なかなかきつい話で、ちょっと今までの話とは次元が違って、バランスをとるために、今後このラインのところから向こう側というわけにはいかない状況があるのが、少し今までは違うものが、今、医療政策の正解に入ってきているのかなというのを感じております。

○永井（良）座長　猪口構成員、どうぞ。

○猪口構成員　少し視点が違う話になってしまうのですが、医師の働き方を考えるときに、実は、外国人の医師が日本に来て働けるかという問題が1つあると思うのです。これは、多分、法的にも幾つかの要素があって、日本の国家試験を通らないとだめという場合とか、そうでなくても許される場合とか、幾つかあると、我々は余りそういうところには詳しくないので、ぜひそこら辺の資料も提示していただけると、可能性が少し見えてくるのかなという気がしますので、事務局にお願いしたいと思っております。

○永井（良）座長　ヨーロッパの国の外国人医師は、相当比率が高いのですね。いずれ日本も、そういう問題は避けて通れなくなってくると思うのですが、いかがでしょうか。

きょうは、いろいろな論点を自由に出していただいたということでしたので、これからの議論の進め方の参考にしたいと思います。

予定した時間に大体なりましたが、齋藤構成員、どうぞ。

○齋藤構成員 どうしても、参考資料3を見ますと、どの行為が誰に行くのかということの視点しかないのですけれども、医療行為を実施していくプロセスを考えていくと、指示があって、受け手の誰が、その指示の内容がきちんと理解でき、医療行為には必ずリスクが伴いますので、リスクを予見して、そのリスクが起きないように危険回避をしながら行為を実施するというプロセスになります。包括的指示あるいはプロトコール、事前指示、それから個別具体の指示といったように、医師の指示と一言言っても幾つか種類があります。受け手や実施者にとってのイメージ、職種や個人によるイメージの差が相当出るのではないかと思いますので、これからのタスク・シフトの検討においては、医師の指示についての言葉の整理というのが、一定必要なのではないかと考えています。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

これは、いろいろ議論の多い資料だと思いますので、先ほどの意見も踏まえて、一度厚労省として整理をお願いしたいと思います。

よろしいでしょうか。きょうは、第1回目ですので、ここまでにしたいと思います。

それでは、内容についての御質問、御意見あるいは今後の進め方についても御意見がおりでしたら、事務局にメール等でお知らせいただければと思います。

では、事務局から次回日程等、連絡事項をお願いいたします。

○松浦医事課長補佐 次回の検討会の日程は、事務局で調整の上、改めて御連絡させていただきます。

本日は、ありがとうございました。

○永井（良）座長 それでは、長時間ありがとうございました。これで終了いたします。