

○加藤医師養成等企画調整室長 定刻となりましたので、ただいまより第2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、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

本日は、裏構成員と馬場構成員より、欠席との御連絡をいただいております。

釜菴構成員、永井康德構成員におかれましては、多少おくれて来られるという御連絡をいただいております。

権丈座長代理におかれましても、御出席ということで御連絡をいただいております。

本日は、座長と御相談をさせていただき、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本診療放射線技師会、日本臨床衛生検査技師会から、それぞれオブザーバーとして、御参加をいただいております。

資料の確認をいたします。

お手元のタブレットをごらんいただければと思います。

本日の資料としましては、00と並べてございますけれども、00から03までになりますが、00の第2回議事次第、その後、資料1、資料2-1、資料2-2となっております。

タブレットに不具合等がございましたら、事務局にお申しつけください。また、不足する資料等がございましたら、これも事務局にお申しつけいただければと思います。

カメラ撮りは、ここまでとさせていただきます。

(報道関係者退室)

○加藤医師養成等企画調整室長 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。

それでは、永井座長、よろしくお願いたします。

○永井(良)座長 ありがとうございます。

それでは、議事に入らせていただきます。

本日は「1. 整理した項目の進め方について」と「2. 現行制度上実施できない業務について」の御議論をいただきます。

それでは、早速、事務局から資料1の説明をお願いいたします。

○松浦医事課長補佐 事務局でございます。

資料1に先立ちまして、まず参考資料2、参考資料3の御説明をさせていただきます。

参考資料2、参考資料3につきましては、第1回の検討会で御指摘いただきました事項について、参考としてお付けしております。

参考資料2については、診療の補助・医師の指示についてということで、診療の補助の概念図をまとめたものと、医師の指示についてまとめたものでございます。

参考資料3については、特定行為について、御指摘いただきましたので、特定行為の施行状況ということで、資料としてお付けしてございます。

資料1の御説明をさせていただきます。

資料1、具体的な検討の視点ということで、第1回の検討会において、現行制度の下で実施可能な業務、現行制度では明確に示されていない業務、現行制度では実施できないとされている業務について分類するというので、御説明させていただきました。

それにつきまして、最初の2つの○、実行可能な業務と明確に示されていない業務につきましては、今後、内容を精査した上で、通知等で明確化し、タスク・シフト/シェアを推進することとしてはどうかとさせていただいております。定量的な分析と合わせて検討する必要がございますけれども、項目が多岐にわたることや、定量的分析に時間を有することも踏まえて、3回目以降の御検討とさせていただければと思います。

3つ目の○でございますが、現行制度では実施できない業務とされているものについて、下記の3要件を満たす項目について、タスク・シフト/シェアを推進するために、省令や政令、法律を改正することについて、検討してはどうかと御提示させていただいております。

要件1といたしまして、原則として、各資格法の資格の定義とそれに付随する行為の範囲内であること。

要件2、その職種が担っていた従来の業務の技術的基盤の上にある隣接業務であること。

要件3、教育カリキュラムや卒後研修などによって、安全性を担保できることとさせていただいております。

下で実行可能な業務の例や、実施できない業務であるが、3要件を満たすと考えられるものについて、事務局でのあくまで案でございますけれども、例として事例をお示しさせていただきます。

2ページ目以降は、各資格法における業務範囲に関する規定ということで、各資格の定義について、法律等から引用したものを記載してございます。

資料1の説明は、以上です。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

今の点について、御意見等がございましたら、よろしく願いいたします。いかがでしょうか。齋藤構成員、どうぞ。

○齋藤構成員 資料1のp.1の○の3つ目で、現行制度では実施できない業務とされているものについての考え方が3つ挙げられています。この考え方自体は、こういった整理なのだろうと思うのですが、まだ説明はされていませんが、資料2-2を見ていくと、これら3つの要件だけで本当にいいのかという疑問は生じるところです。そのため、あわせて資料2-2も御説明していただくといいと思いますが、いかがでしょうか。

○永井（良）座長 資料2-2は次に御説明いただきますが、今までのところはよろしいですか。今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 現行の制度下で実施可能な業務については、改めて通知等で明確化することなのですけれども、そもそもできることなのにやられていないものを、通知等だ

けで言ったからといって、本当にやっていただけるかどうかは、また別の話のところもあって、通知等と書かれているのは、具体的に厚労省としてこういうことをしていくのだという方法があるのか、積極的にできることは、もちろん安全性を担保した上で進めていく必要があると思うのですが、その辺はいかがなのでしょう。

○永井（良）座長 どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

御指摘のとおり、過去にチーム医療関係の通知を出しておりますが、現状、十分に浸透していない面がございます。ここに通知等と書いてありますのは、具体的には、ここで整理したものについて、今回も通知を出すだけで終わりということでは浸透していかないと思いますので、本検討会と別途並行して開催をしています医師の働き方推進検討会で、タスク・シフト、タスク・シェアを進めていくことも重要となっておりますので、議論の成果をどう使っていくのかということも、また検討することになると思います。実際にどういう方法をとれば、現場で浸透していくのかということも含め、従来の手法よりはさらに積極的といいますか、何らかの対応が必要という意味も込めて、等をつけさせていただいているイメージでございます。

○今村構成員 よろしく願いいたします。

○永井（良）座長 ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

資料2にも関係すると思いますので、引き続き、資料2-1の事務局による分類についても、御説明いただきたいと思います。

○松浦医事課長補佐 それでは、資料2-1、資料2-2の御説明をさせていただきます。

資料2-1でございますけれども、第1回の参考資料としておつけさせていただいた、ヒアリングさせていただいた項目のうち、事務局として、現行制度上の実施の可否を、可、不可、不明確として、整理をさせていただいた案でございます。

2ページ目以降をおめくりいただくと、一番右のカラムに備考、右から2番目のカラムに現行制度上の可否と書かせていただいております。現行制度上でできるものについて○、特定行為あるいは特定行為の一部として実施できるものについて●、できないものについて×、不明確なものについて△とさせていただいております。

×とさせていただいたものについては、実行可能にするために必要な措置について、法令なのか、政令なのか、省令なのかということ尾行で記載をさせていただいております。

資料2-2でございます。

現行制度上実施できない業務のうち、実施可能とする場合は、法令改正が必要な業務についてということで、先ほどの資料2-1のうち、不可とされて×がついている項目について並べて、職能ごとに整理させていただいたものでございます。

1ページ目をおめくりいただきますと、×について、機械的に整理したものでございますが、その上で、先ほど御説明させていただいた資料1の3つの要件のうち、要件1、要件2について、現行法令の規定に照らして、要件に該当するか否かについて、事務局とし

て案を提示したものでございます。

要件3については、整理するに当たって、各業務に精通したものや、各職種の教育カリキュラムなど、知見を有する者から意見を聞く必要があると考えられますことから、関係団体に意見を聞いた上で整理をしてはどうかと考えております。その際、より幅広く意見を募る観点から、厚生労働省のホームページを通じての意見も受け付けることはどうかと、お諮りをさせていただきたいと思っております。

あわせて、現行制度上できると整理した項目についても、タスク・シフトする側の団体に対して、本当にタスク・シフトしてもいいのかということもあわせて、お聞きできればと考えております。

また、前回、御指摘いただきました効果についてでございますけれども、効果の推計については、業務をシフト、シェアした場合に、当該行為を行う医師のある病院における業務時間の実態に基づいて、月間の削減可能な時間数を推計したものとして、2ページ目以降の右端に、月何時間削減できるかということで書かせていただいております。

行為によっては、看護師などの他の職種が行っているものも含まれると考えられますけれども、全て医師が担っているものと仮定して、研究班で推計をしていただいて、それを医事課において、資料作成をいたしております。

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、ここまでのところで、御質問、御意見をいただきたいと思っております。現行制度上実施できない業務についてということでございます。先ほどの議題1にも関係したところがあるかと思っておりますので、あわせて御質問をいただければと思っております。齋藤構成員、どうぞ。

○齋藤構成員 ありがとうございます。

資料2-2を見ていくと、先ほどの資料1で出された要件の①から③の要件だけでは、法改正をしても難しいのではないかという項目が含まれているように思っております。

1つ例を挙げるとすれば、7ページ目の一番最後、46番の検体の採取についてです。①と②は「該当」と記載されておりますが、医師の指示のもとで子宮頸がん検査のために細胞を採取するという診療の補助については、看護師であっても、何年か前の疑義解釈で、相当の訓練を受けている看護師でないとできないと出されております。どこの部位から採取をするのかという状態の観察と技術が必要な行為です。そのため、3つの要件に加えて、侵襲性ということも含めた議論をしていかないといけないと思った次第です。

○永井（良）座長 事務局、お願いします。

○松浦医事課長補佐 ありがとうございます。

まさに先生が御指摘の点、3番の安全性の観点からどうかという御指摘だと思いますので、そのあたりも含めて、御指摘をいただければと思っております。

○永井（良）座長 根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員 医師のタスク・シフトをしていく場合に、その仕事をほかの職種にどんどんシフトしていくことになると思うのですけれども、急性期病院では、決して暇な人間はいないと思うのです。ということは、どこかで人を採用するとか、新たに雇い入れるといったことが必要になってくると思うのです。急性期病院にそれだけのゆとりがあるかというのと、難しいのが現状だと思います。

タスク・シフトには、かなりの予算が振り分けられているようではございますけれども、それが病院に回ってくるかというのと、なかなか難しいのは、これも現実ではないかと思っております。急性期病院がタスク・シフトを活用することによって、収益がふえるようなことも考えなければいけないと思うのです。手術であるとか、救急部門であるとか、そういったところで医師が少しゆとりを持ちながら、仕事を十分にしていけることが重要ではないかと思っております。

私は、麻酔科医なのですが、今村先生も麻酔科医でいらっしゃいますが、この中には、確かにいろいろ安全性のことを配慮していかなければいけないものがたくさんあると思うのですが、臨床工学技士さんの部分で、具体的に私の仕事は麻酔ですが、麻酔もチームとして担っていけば、麻酔科医と看護師、臨床工学技士といったチームで、医師がいるところで行っていけば、ここでまだ×がついている臨床工学技士さんの部分でも、かなり可能ではないかと、タスクがシフトできるのではないかと考えているのです。ですから、そういった面に関しては、ぜひ積極的に何らかの措置をとっていただければと思っております。

それ以外にもカテーテルとか、カテーテルの補助とか、手術の前立ちも実際には行われているのが現実でして、これも医師のもとでオン・ザ・ジョブ・トレーニングみたいなものを中心にしていくと、かなり可能ではないかと思っております。新しい資格をとらせて、そこにコストをかけて、人件費が上がっていくのは、現実的にはそぐわないように思いますので、そういった今できるところで可能な変更を加えていただきたいと思います。

○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 事務局に幾つか御質問があるのですが、資料2-2の該当の3項目、3は、これからの研修次第という意味で、空欄になっていると思うのですが、基本的には1と2を満たしたのから議論していくのか。今、根岸先生からも御指摘いただいた、これには当てはまらないけれども、できることもあるのではないかという御意見も多分あるのだと思うのですが、進め方として、該当するものが3要件のうち、2要件を満たされているものからやっていくのか。

もう一つは、効果時間の話です。先ほど必ずしも医師だけがやっているのではなく、既に看護師さんがやっているものもあるのではないかという御意見もありましたけれども、明らかに効果が高いものと、ほとんど効果時間がないものを同じように進めていくのか、その辺の進め方の御質問です。

もう一点は、資料 2-1 の法律事項と政令事項、省令事項と、それぞれの法律改正についても段階があるのですけれども、資料 2-2 の中では、そこが余り明確になっていないように見えるのですが、この資料でわかるのですか。

○土岐医事課長補佐 お答えします。

後段部分ですけれども、ちょっと説明が足りなかったかもしれませんが、資料 2-2 につきましては、まず各職種で行為を並べているということと、各職種の中でも、省令事項、政令事項、法律事項という順番に並べさせていただいております。例えば 2 ページから始まっておりますけれども、診療放射線技師のパートになっておりまして、診療放射線技師の省令事項が 2 ページ、3 ページです。

○今村構成員 ここについているということですね。わかりました。

そうすると、進め方は、先ほど申し上げた前段の意見もそうなのですが、これも要するに簡単にできそうなところから、まずは議論していくという理解でよろしいということですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 前回の検討会におきましても、フィージビリティと簡単に変えられるのかどうかということと、インパクトを両方の軸で議論すべきではないかということで、御議論をいただきましたので、基本的には、該当するのではないかというもののほうが、我々としては取り組みやすいものではございますけれども、あわせて、非常にインパクトがあるものであれば、それも軸として御検討いただきたいと思っておりますので、必ずしも該当するものではないかというものしか、ここで取り扱わないというわけではないということ、お願いいたします。

○今村構成員 わかりました。ありがとうございます。

すごく限られた回数の中で、これだけの項目を検討するとなると、イメージがわからない。一つ一つやりやすいものから議論して、これはやっていきましょうという話になるのか、全体としての事務局でもある程度の提案を出してこられるのかは、ちょっとよくわかりません。こんなに何百もある項目を一個一個議論していくとしたら、相当な時間がかかってしまいます。その辺の進め方がよくわからないので、教えていただければと思います。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

進め方も含めまして、こういった点についても注意しながらということも、本検討会で御指摘いただきたいと思いますが、資料でも御説明いたしましたが、要件 3 の安全性のところにつきまして、空欄にしておりまして、これは関係する専門の学会、もしくは業務を引き受ける立場の関係職種の方々にも御意見を聞いた上で、議論する必要がございますので、少なくとも本日決定することはできない段階でございます。

今後、全部○がついているものとか、1 つ残っているものとか、整理の仕方はいろいろあると思いますが、いずれにしましても、議論しやすいような形で取りまとめて、効果時間が大きいものは進めてまいりたいと思うのですが、スピード感という話もございまして、そこは今後の議論の熟度を見ながら、検討会の御議論にあわせて、事務局で資料を整

理させていただきたいと思っております。

今後、こういったような資料を集めながら、御指摘のように、全部○がついているものとか、1つ残っているものとか、整理の仕方はいろいろあると思いますが、いずれにしても、議論しやすいような形で取りまとめて、全体としましては、効果時間が大きいものは進めてまいりたいと思うのですが、スピード感という話もございますので、そこは今後の議論の熟度を見ながら、検討会の御議論にあわせて、事務局で資料を整理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。

○木澤構成員 木澤です。

この行為についてなのですけれども、各職種に先ほど齋藤構成員が言われました侵襲度があると思うのですが、例えば看護師ですと、カテーテルの抜去も特定行為として、一部の研修を受けたものが実施をするとなっているのですが、そのほかの職種で、例えばそういうカテーテルの抜去も入っていますけれども、資格を持ったものが全てをするのか、それとも、別の行為として、アドバンスといいますか、そういった方向で研修を進めるとか、そういったほうが安全性を担保できると思うのですが、その件については、お考えとかはございますでしょうか。

○永井（良）座長 どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘をありがとうございます。

新たに認めていく、改正していくことになると、もちろん現行カリキュラムで習得していないようなものに関しても、項目としては入っていくこととなりますので、その場合は、追加的に研修を行うことによって、こういった行為を行えるのではないかというもの、そういう項目も入ってくると思いますし、項目の中には既に現行のカリキュラムで、十分なそれに関する知識、あるいは実習等が行われているものもありますので、それは個別に3の要件に関する御意見をいただく中で、実際に現場でやっていただくためのプロセスをそれぞれに考えていかなければならないと思っております。

○永井（良）座長 そのほかにかがででしょうか。秋山構成員、どうぞ。

○秋山構成員 ありがとうございます。

3要件の「①各資格法の定義の中でその範囲に該当するかどうか」をどのように判断したのかという点が、わかりにくいと思います。例えば、14ページの救急救命士については救急救命士法の中で救急救命士は救急救命処置を行うと定義されていて、救急救命処置というのは病院に搬送されるまでの間に限定して、生命が危機に晒されている緊急的な状態の患者に行えるとされていることを考えますと、資格法そのものを変更する必要があるのではないかと思います。それにもかかわらず、「①資格法の定義の範囲内にある」が「該当するのではないか」と書かれているのは、どういうふうに説明をされるのでしょうか。

○土岐医事課長補佐 まず要件の1なのですけれども、原則として、各資格法の四角の定義とそれに付随する行為の範囲内であることということで、定義の中で全て包含している

ジに今の救急救命士の御質問のことが出ていて、法律事項と書いてあるということは、○の3つの要件を満たせば、法律を変えられるという整理なのですか。法律事項とここに書いてあります。

○土岐医事課長補佐 法律事項と整理させていただいておりますのは、ここに書いてある行為、救急救命士の場合は、この行為を病院内で実施する場合には、法律を変える必要があるということで、法律事項として整理させていただいております。

○今村構成員 ですから、法律を変えることになる。つまり最低条件として、1から3を満たされなければならないで、要件を満たしているならば、法律を変えて、そういう行為ができるようになるという意味ですかと確認しているのです。

○土岐医事課長補佐 法律改正とか、タスク・シフトを進めるために、この行為を認めるかどうかという部分については、1から3の要件の該当性も含めて、この場で御議論いただきたいと思っておりますが、その結論として、この行為を広げていくという結論に至った場合には、当然法律改正に向けて、作業を進めていくことになると思います。

○今村構成員 そうすると、先ほどの秋山構成員がおっしゃっていたことは、法律を変えることなのですか。

○土岐医事課長補佐 そうです。

○今村構成員 法改正をすることを前提にするということですか。その確認だけです。賛成、反対の話ではないのです。

○永井（良）座長 どうぞ。

○秋山構成員 この資料の中では、資格法の定義の範疇に入るか、入らないかの判断について「入る」と示されているのが、そうは思わないため、発言させていただきました。

○永井（良）座長 どうぞ。

○佐々木医事課長 今回、あくまでも行為に着目して、該当性を判断しておりますので、特に関係するところに御紹介を申し上げるときには、そういう視点でのみお尋ねしているということなり、きちんと位置づけがわかるような形で確認をさせていただきたいと思えます。

場については、この時点の整理では入っていないという理解で、当然場を変えるということであれば、法律事項になるということは御指摘のとおりでございます。

○永井（良）座長 木澤構成員、どうぞ。

○木澤構成員 私も14ページの救急救命士の方が違うところで行われている救急救命処置の範囲の33項目についてですけれども、法律の範囲内では、心拍の回復、その他の処置、当該重症傷病者の症状の著しい悪化を防止し、生命の危険を回避するための救急処置ということで、現行の今の基礎教育の中でも、救急処置に特化した教育となっていると思えます。それを医療現場の場を変えたところで、救命処置の患者さんばかりいっしょるわけではないので、そういったところで、基礎教育の大幅な見直し、安全性の担保といったところからも、そういったことが必要だと思えます。

○永井（良）座長 根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員 救急現場では、救急救命士さんは病院に入ってきたところで、立って黙って見ているしかないのです。ですが、実際、病院では、緊急の現場で人手不足ということは事実です。その場での救急救命処置は、彼らが主導権を持ってやっているのですが、病院の中では、イニシアチブをとるのが医師にかわるということになると思いますが、行為そのものは、救急救命処置には変わらないのではないかと考えます。

例えば静脈路を確保するとか、そういった行為については、認められてしかるべきかと私は思いますし、ぜひそういった方向で持っていただければ、タスク・シフトとして、大きな貢献になるのではないかと思います。

○永井（良）座長 どうぞ。

○木澤構成員 たびたび済みません、木澤です。

救急救命センターとか、地域の救急外来は、すごく人手が足りないと思います。救急救命士さんも非常に能力が高くて、一緒に協働する場がたくさんできておりますが、人手がないから手伝ってもらおうということではなくて、もし現行法を変えて、救急救命士さんに院内で働いていただくのであれば、きちんとした役割とか、それに伴う教育を付随して、キャリアとしての明確化はしたほうがよろしいと思います。

○永井（良）座長 どうぞ。

○土岐医事課長補佐 木澤先生の御意見の関連で少し補足させていただきますが、今回、救急救命士の関係で御提案いただいている内容としましては、今、救急車の中でできる処置、同じ処置を病院内でもできるようにしてほしいと、そういう御提案だと受けとめております。

救急救命士法の中では、場所と行為だけではなくて、第2条でも書かれていますけれども、対象者の重度傷病者に限定するという形になっておりまして、今回の御提案につきましては、対象者の拡大は含んでいないものと、事務局としては受けとめて整理させていただいておりますので、御説明させていただきました。

○永井（良）座長 どうぞ。

○木澤構成員 対象者の拡大は含んでいないといいますが、重症とか、救急救命でCPAに近い患者さんというところに患者が限定されるということになりますでしょうか。現行CPAの患者への静脈路確保と思っておりますが、いかがでしょうか。重症者に患者さんが限定されるということでしょうか。

○土岐医事課長補佐 行為の対象者は、今と変わらないという理解です。

○木澤構成員 わかりました。

○永井（良）座長 その場合には、教育はどうなのですか。そのまま法律を変えれば可能なのか、特定行為研修を行っているように、救急救命士についても、病院で勤務するというために何らかの研修が必要だと思うのですが。

○佐々木医事課長 今回、この照会をかけて、例えば先ほど申し上げたように、3番も含

めて該当するのではないかといたら、即法改正ということではございません。さらに本検討会で検討をいただいた上で、やるかどうかということでございます。ですので、本日の御相談としては、こういう整理をいたしました、先ほどの3番の安全性の部分につきましては、先ほど個別の行為についても御指摘もありましたが、関係する学会や業務を受け持っていただく団体に御確認をさせていただき、実施可能かどうか、安全にできるかどうか、御指摘の教育体系も含めてという理解でございますけれども、そういったことも含めて、確認をさせていただいた上で、また改めて会議の資料として出させていただきたいと考えているところでございます。

○永井（良）座長 秋山構成員、どうぞ。

○秋山構成員 前回も申し上げたのですが、医師の具体的な指示のもとでやることと、包括的な指示のもとでやることとがごっちゃに整理されています。看護師の特定行為は、手順書という包括的な指示のもとで、看護師が判断して能動的にやれる行為ですが、救急救命士に関しては、院内では具体的な指示のもとで行為をやるようにすると考えてもいいのでしょうか。それとも、包括的な指示でやれることも含んでいるのでしょうか。看護師の場合は、基礎教育を受けた後に5年程度の臨床経験を経て、特定行為研修を受け、手順書に基づいて行為を行っています。救急救命士が包括的指示のもとに行うとなると、2年間の教育だけで十分なのか。これから検討されるのかもしれませんが、かなり能力の差が大きいと思うのですが、そこはいかがなのでしょうか。

○佐々木医事課長 まさにそういう点についても、この検討会で深く御議論をいただきたいということですので、今、現時点で、事務局が一定の方向性を持ってお答えする段階にはないということでございます。

○永井（良）座長 猪口構成員、どうぞ。

○猪口構成員 救急救命士に関しては、国家資格として、基礎的な教育は受けておりますので、臨床の場で実際に救急隊に入ったとしても、またそこで教育を受けています。それが今度は、救急隊に入らずに病院に就職したということになっても、医師のもとでオン・ザ・ジョブ・トレーニングなり、また何か教育機関ができれば、そういうところでの教育は、多分必要だと思います。必要だと思いますけれども、とりあえずはそれを可能にできるという方向で、議論を進めていくべきだと思っております。

○永井（良）座長 こういうことは、段階を踏むということも大事だと思います。いきなり包括的指示が可能になるかどうかは、別の議論が必要に思います。

いかがでしょうか。今の点でも、ほかの点でも結構でございます。どうぞ。

○齋藤構成員 資料2-2を眺めていますと、2つ3つの行為が合わさって、1つの項目の中に入れられているものが散見されます。特に例えば4ページ目の38番に「RI核種投与」がありますが、「静脈路の確保」と、「造影剤の投与」という2つの行為が1つの中に含まれていて、2つ合わさって、①②ともに「該当する」となっています。しかし、①については、どちらの行為かによって少し判断が違ってくるのではないかと思いますので、ここは

区別して整理をしたほうが良いと思います。

7ページにも同じように、「救急現場における末梢静脈路の確保」と「ヘパリンロック」が合わさって1つの項目になっていますが、これは血管確保と薬剤の注入です。これが臨床検査技師法の条文上から「該当する」と読めるのかどうかは、私には疑問があります。そのため、これは少し整理をすることが必要なのではないかと思います。

救急救命士につきましては、救急救命士の制度の趣旨自体が、院外の医師もいない状況から、重度傷病者をとにかく早く医師につなげるため、病院に運ぶ中で応急の処置をするために資格ができたと認識をしています。

仮に救急救命士が院内で重度傷病者だけを対象にこういった行為をやることになれば、「この人は安定しているから看護師」とか、「この人は重症だから救急救命士で」というふうに現場で判断をしていかなければならなくなります。そもそも救急の現場にはナースがいますので、人が足りないということであれば、そこに看護師を投入するような策を持ってくるのが、本来なのではないかと思います。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。どうぞ。

○釜菴構成員 今、いろいろな議論がありますが、一方で、医療関係職種の養成のあり方というか、国家資格を持っておられる方は、今、どのような人数がおられて、どのような仕事を現状でしているのかということもあわせて考えないと、個々の行為がどうかということだけでは、議論が収束しないように思うのです。

医療現場においては、すでに業務が多くて大変というところが多いので、医師の業務を医師の負担軽減ということで、他の職種にお願いをするということも、現状では難しい面があるのだらうと思っておりますが、一方で、それをしないと、2024年の大きな節目にさらに困難な状況があるという中で、その状態を少しでも改善するためにどうすればよいかという議論になっているわけです。

その大きな流れを共有しながら、一方で、それぞれの職種、国家資格を持った方々がどのぐらいいて、どのように働いておられるのかということとあわせて考えていかないと、個々の行為自体、それらがどうなのかということとあわせて考えていると、全体をよくすることにつながらないように思うのです。ですから、現場を少しでもよい方向に持っていくためにどうするかという視点で、人材としてどういう人たちがどのぐらいそれにかかわれるのかということも踏まえていかないと、議論がまとまっていかに思いますので、発言をさせていただきました。

○永井（良）座長 どうぞ。

○今村構成員 今、釜菴構成員から、大変大事な御指摘をいただいたと思っていて、私は専門ではないので、先ほどから救急救命士の議論がすごく盛り上がっているのですけれども、そもそも一体どういう養成のされ方をしているのか、何万人などが学校を出て、国家資格を持っている人がいて、その方たちが救急隊で働くことも定数が決まっているため、多分資格を持っているけれども、働けていないという方がたくさんいるのだと思うのです。

けれども、医療関係者の需給はとても大事で、各種の学校でどんどん養成されていくという話になると、医療現場の大きなバランスが崩れるということもあるので、そういったデータを改めて数字だけでもいいので、ぜひお示しをいただければありがたい。

新たな方を雇用するとなると、医療機関の経済的な負担にはなります。今いる人材の中でタスク・シフト／シェアができれば、そのコストはふえない。ただ、それぞれの職種で負担がふえるか、ふえないかという問題は当然あるとしても、経済的な問題は余り発生しません。新たな職種をどんどん雇用すれば、当然のことながら、病院の負担にはなるという問題も多分あると思いますので、議論が散漫になってしまうかもしれないけれども、余り個別の行為がという、先ほど釜菴さんがおっしゃったようなことだけで議論を余りしたくないと思っているので、そういう資料もお示しいただければと思います。

○永井（良）座長 猪口構成員、どうぞ。

○猪口構成員 救急救命士のことばかりになっているので、ほかにももっと議論すべきではないかと思っているのですが、おととい、救急・災害の検討会で、このことを議論しているのではないかと思うのですけれども、その場では、どのような議論でしたでしょうか。また、そちらで話し合っているのに、ここと話し合って、またベクトルが違っても、余りよろしくないで、もしそちらで主体的に検討しているのならば、もっとほかにもこちらはいろいろな業種があるので、なるべくそちらでやっていただいたほうがよろしいと思います。どんな感じだったのでしょうか。

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

御指摘いただきましたように、一昨日、令和元年11月6日に我々地域医療計画課で、第17回「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」を開催させていただきました、その際の議論の1つとして、救急救命士の資質活用について、議論をさせていただきましたところでございます。

こちらにつきましては、救急救命士だけではなく、救急外来を取り巻くさまざまな情報をお示しさせていただいた上で、救急救命士の資質活用に関する論点ということで、例えば救急医療提供体制の今後のあり方であったり、先ほどから御議論となっております、救急救命士の資質を活用する場についての議論、あるいは先ほどもございました、医師の指示についての議論、救急救命士が就業前に追加で習得すべき知識があるのか、ないのかといった御議論をさせていただいたところでございます。

その場での議論を簡単に御披露させていただきますと、例えば資質活用をする場につきましては、病院内の中、いわゆる救急外来としてはどうかという御議論もございましたし、あるいは一方で、病院内全体としてはどうかといった御議論もございました。また、例えば追加で習得すべき知識があるといった御意見もございましたし、現状でも病院内にいらっしゃる救急救命士さんが十分に活躍されているのではないかとといった御議論もあつたところでございます。

以上でございます。

○猪口構成員 かなり詳しく議論をされているようなので、とりあえずこの件に関しては、そちらで進めていただくということでよろしいと思います。

○永井（良）座長 そのほか、いかがでしょうか。根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員 猪口先生がおっしゃったように、タスク先の人員が非常に重要だと思えますので、それ以外の職種についても、ぜひこれから先の伸び率というか、人数の変遷とか、そういったことの予想について、お知らせいただければと思います。

○永井（良）座長 永井構成員、どうぞ。

○永井構成員 前回、休んでいまして、在宅医療と僻地の医療をしています、永井と申します。よろしくお願ひします。

資料2-2の一番最後の15ページ、療養上の世話をタイムリーに行うための薬剤の処方、これは1、2とも該当しないのではないかと、できないということですが、在宅とか、プライマリーケアの分野では、かなりこういうものがシフトできると、すごく楽になると思っているので、ぜひ検討していただきたいというのが、該当しないで終わるのではなくて、検討していただきたいと思っていることが1つです。

もう一つ、医師の業務をタスク・シフトする、ほかに全部押しつけていくというイメージではなくて、それぞれの専門職にその専門性を生かして、お任せしていくという視点も、それはチームとして、そういう視点でこういうことができるのではないかとするのは、新たに出していく視点も大事で、多職種のチームでやっていくという意味では大切だと思ったので、発言させていただきます。

以上です。

○永井（良）座長 165番は、今の特定行為の中では多分できないと思うのですが、特定行為の研修に項目として加えればどうなのですか、それも難しいのですか。

○土岐医事課長補佐 165番につきましては、明確に処方と御提案いただいております、基本的に処方は診断と同様に、医師のみが実施できると、これまでも整理してきておりますし、そういった観点から、1、2に該当しないのではないかと整理させていただいております。

○永井（良）座長 診療の補助としての処方であれば、問題ないようにも思うのですが、そこはいかがですか。

○齋藤構成員 この提案は、私ども日本看護協会がさせていただいたのでありますが、事務局の資料に間違いがあると思っております。ヒアリングの資料、当日プレゼンテーションをした議事録等を見ても、「処方」という言葉は1つも使っていません。ここで提案しているのは、処方をするということではなくて、今、在宅療養の場での話もありましたが、利用者さんや患者さんのニーズに、医師の指示を待ってから応えていくということではなくて、タイムリーに薬剤を使っていくという提案をさせていただいています。

資料2-1の238番の「看護師が状況を即座に見極め、医師が予め指示した状態像に該当

するかを判断して指示されていた検査の代行入力」などは「現行制度上で可」となっていますが、これと同様の考え方で当日のプレゼンテーションを行いました。あらかじめこういった状態が想定されるということを前提とし、その範囲の中で、ナースの判断で一定の薬剤が使用できるようにすることを提案しています。「現行制度上で可」と整理されている235番から239番と類似する項目だと考えていますので、検討していただく必要があるのではないかと思います。

それから、そもそも「処方」という言葉は使っていないので、資料の訂正をお願いしたいと思っています。

○永井（良）座長　どうぞ。

○今村構成員　齋藤構成員に確認なのですが、例えば在宅の患者さんに医師がいろんなお薬を処方している。常時処方が決まっているものではなくて、必要があったら使ってくださいというものを、訪問看護師が行って、あらかじめ包括的な指示をもらっていて、看護師さんの判断でそれを使うということであれば、永井先生がおっしゃるような特定行為の中の包括的な指示という、行為の対象になるのかもしれないと思って伺っていましたが、医師との連携が全くないままに、看護師さんがもともと持っているお薬をそこで使うみたいな話であると、根本的な違いがあると思って伺っていたのですが、お薬は誰が保有しているものをどのように使うのか、それだけ教えていただきたいと思います。

○齋藤構成員　特定行為とするのかという議論もありましたが、当日、プレゼンテーションした内容では、例えば事例としては、便秘がちであるとか、あるいは褥瘡のケアのときの貼付剤とか、軟こうなどについて、ドクターから「こういった範囲内の薬剤であれば使用してよい」と事前に指示をもらっていれば、そこは担当するナースの判断で、その薬剤を使っていくということを提案しました。

○今井構成員　カルテにあるお薬なのか、そうではなくて、もともとステーションがある程度そういうお薬を持っていて、看護師さんの判断で、この薬を使いましょうという、ある意味治療行為を行うという意味でおっしゃっているのかどうかで、大分違うと思います。包括的な指示がもともと医師から出ていて、医師も当然訪問されていて、ある程度状況はわかっているけれども、こんなことも起こり得るから、こういうことがあったら、お家にあるこのお薬を看護師さんの判断で使ってくださいという話であれば、いわゆる特定行為の範囲に入って、それはそれで役に立つ話だと思います。

働き方改革なので、永井先生がおっしゃるような、在宅医療のあり方というもので検討されるべきことかもしれないのですが、これは勤務医の先生の働き方の話なので、直接的に勤務医の働き方に大きく影響することは、余りないと思います。今、病院の先生も在宅に行かれている先生がふえてきているとは思いますが、その辺は、どうなのでしょうかと感じます。

○永井構成員　便のこととか、いちいち病院の先生が全部報告を受けて、医師の指示でないとできないものと、ある程度包括的に指示をして、看護師さんが、出ていなかったら、

これとこれを使っていいと行ってやってもらうと、随分病院の先生も楽になると思います。
○今井構成員 包括的な指示ということであれば、特定行為の範囲の話ではないのですか
ということですか。その範囲に入っていないのだったら、特定行為研修を受けていただければいいと思います。

○永井構成員 今、それをやってはだめなのですか。

○齋藤構成員 資料2-1の238と同じ考え方だと思っています。特定行為研修を修了した
看護師だけではなく、基礎教育が終わって、一定の病院内の研修等々を受けた、ジェネラ
ルな看護師でやれるのではないかと考えています。

○永井（良）座長 猪口構成員、どうぞ。

○猪口構成員 今、特定行為かどうかという話ですけれども、院内においては、日常的に
包括的な指示が行われていて、例えば下剤だったら、こういうときにはこう、こういうと
きにはこうだという指示で、それをもとに、看護師さんが適正なものを選んで投与する
ということは、普通に行われている話で、特定行為だけの話ではないと思います。それが在
宅でできるのかという話、もしくは医師が常にはいないような、例えば特別養護老人ホーム
のようなどころでも一般的に包括的指示が行われて、看護師さんが適正にそれを使用する。
そういうことを進めるべきであると、我々四病院団体協議会としては、提案させていただ
いています。

○永井（良）座長 秋山構成員、どうぞ。

○秋山構成員 私も全く同意見で、急性期の医療の現場でもこういったことは日常茶飯事
です。特定行為研修を受講しなくとも、看護師であればできることではないかと思ってい
ます。

関連して、今回、出していただいた参考資料2「診療の補助・医師の指示について」の
ページ番号2について、発言したいと思います。「看護師が行う診療の補助における医師
の指示について」というチーム医療推進検討会の資料を改変したのがあり、真ん中に「指
示が成立する前提条件」が①から④まで記載されています。①には「対応可能な患者の範
囲が明確にされているということ」とあり、患者が明確ではなく、患者の範囲が明確にさ
れていることとなっています。

その具体例として、3枚目の①の例として「患者Aさんに対する疼痛指示」、「Bさん
に対するクリティカルパス適応の指示」、そしてそれよりももう少し広げて、Aさん、B
さんではなく、こういう状態の患者さんという、いわゆる約束指示に当たるようなものが
記載されています。要するに、患者さんを特定しなくても、患者の範囲さえ特定すれば、
医師の指示として成立すると示されています。このようなことが可能と明確に示されれば、
現行制度上でやれることが増えると思います。

先ほどの薬の使用についてもそうなのですから、処方ではなくて、あらかじめ約束
指示で、Aさん、Bさんということではなく、「こういう状態の安定した入院患者さんで
あれば、この指示でいきましょう」という、院内のルールがあれば良いとすれば、一人一

人の患者さんに細かく指示を出す必要はなくなるのではないかと考えます。今回これが資料として出されたということは、この指示の考え方が、厚労省の統一見解であり、オーソライズされていると理解してよろしいのでしょうか。

○土岐医事課長補佐 過去の検討会の資料として、厚労省からお示ししているもので、厚労省の考え方を整理した資料ということです。

○猪口構成員 わかりました。

○永井（良）座長 どうぞ。

○栞原氏 日本薬剤師会で委員を務めております栞原と申します。きょうは、このような機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

今のお話を伺っておりまして、1つ。処方や投与という言葉が資料2-1にございませけれども、基本的に医師による処方があって、調剤済みとなったものが、例えば在宅であれば、在宅にあって、それを包括的に医師の指示のもとに使う、あるいは患者さんがお使いになるという整理になっていますので、いずれにしても、言葉の整理がついていないというのが、混乱を招く原因ではないかと思っております。今回これが資料として出ていきますけれども、現場ではかなり混乱すると思っておりますので、取りまとめに向けて、用語の統一や言葉の整理をぜひお願いしたいと思っております。

○永井（良）座長 釜菴構成員、どうぞ。

○釜菴構成員 先ほど猪口構成員が言われた、院内の場合は全く問題ないわけでありまして、医師と看護師の関係も確立されているし、日ごろどういう指示が出ているというのはわかりますけれども、今回の事例は、医師と看護師の関係が特段しっかり構築されていない場面もあり得るだろうと思っておりますから、それをどういうふうにしたらよいかということとは、これまではそこまで広げて、包括的指示という概念では捉えていなかったと、私は理解いたします。ですから、それを今回提案のような形でやるとなると、しっかり議論が必要だろうと思っております。

その場合、医師が処方したお薬が患者さんのうちにあつて、これをどう使うかという場面もあるし、看護師さんが持参する、あるいは訪問看護ステーションが所持している薬をどうするかということがあつて、患者さん自身が既に薬局で求めていた薬をどうするかという場合もあるでしょうが、そこまで細かいところは、まだ議論されていないと思っております。ですから、それをどういうふうにするかというのは、しっかりした議論が必要だろうと感じます。

○永井（良）座長 どうぞ。

○栞原氏 もう一つだけ追加でございます。今の議論の中に、お薬の安全管理が必要なもの、例えばハイリスク薬などもございますので、そのあたりも含めて十分な取り扱い、要は患者さんの安全を守るためにも、その扱いを整理していただければと思っております。

○永井（良）座長 どうぞ。

○齋藤構成員 ここで言っている薬剤は、侵襲性が高いものや、循環動態に大きく影響す

るものではありません。あくまでも利用者さんや患者さんに療養上の世話をを行う際、薬剤というものがどうしても必要になってくる場合には、院内で約束されたものを使用するという事です。例えば、「こういう状態の人には、こんなお薬があります、それは使っています」と、病院内のルールを定めておけば、その中で薬剤が使用できるようになることを提案しております。

今、看護師たちは学習もしておりますし、中には専門看護師、認定看護師とあって、特定の領域に特化した人たちなどは、薬剤の勉強などもかなりしているので、第1回目の検討会で木澤構成員も言うておりましたように、医師に「こういう薬が開発されました」とか、「こういう薬も非常にいいと思うのだけれども、こういうケースにはこういった軟こうがいい」ということを提案するケースもたくさんあり、先にその処置が終わり、後から医師が処方しているというのが、現状だと思います。後から入力したり、処方したりというのは、時間のロスになりますので、最初にある程度の状態の人たちということを前提に、約束した薬剤の使用を認めるといった形でやるのはどうかといった提案です。

○永井（良）座長 どうぞ。

○釜菴構成員 先ほども申し上げたように、そういう形のもの、これまではなかったわけです。大事なことは、永井先生が言われるように、在宅の現場などの利用される形に利便性が高く、効率がよくなる方向に持っていこうということは、大賛成なのですけれども、それにはいろいろな場面を考えて、しっかりと議論を重ねなければいけないので、齋藤構成員からのお話しは、これまでの議論には少なくともなかったことです。それをどういうふうに扱うかということについては、しっかりした議論が必要だということを指摘しておきます。

○永井（良）座長 どうぞ。

○葉原氏 先ほどの発言に関しまして、ハイリスク薬と申し上げましたのは、資料2-1の154番に抗精神病薬の臨時の投与という記載ございましたので、こういう例もあるので、御検討いただければと思って、発言した次第でございます。

我々薬剤師も医師との共同作業の中で、プロトコルを定めて、そして、その範囲の中で、いろいろな御提案をさせていただいて、最終的に医師の承認を得た上でのオーダー支援を行っている例がございます。今、いろいろと取り組んでおりますので、こういうことも我々としては、進んでやっていきたいと思っておりますし、同様に医療の安全を考えて、患者さんの利便性、あるいは効率、待ち時間をなくすということは、大事でございますので、そういうことも含めてやっていきたいと考えております。

以上でございます。

○永井（良）座長 ほかの点は、いかがでしょうか。どうぞ。

○猪口構成員 少し話が途切れたようなので、別の話題をさせていただいてよろしいでしょうか。最初のときに、根岸構成員からお話しがありました、臨床工学技士のことなのですが、臨床工学技士は、10ページの現行法令というところで、生命維持管理装置を取り扱

うと明記されているわけです。そうすると、いろいろなところで活躍されていることも事実なのですが、生命維持管理装置なのかどうなのかということ、いちいち判断しなければいけないとも思うのですが、間違いなく呼吸器は生命管理維持ということでもいいと思うのですけれども、例えばカテーテルとか、いろいろなことになると、果たして生命維持管理装置と言えるのかどうかということもあると思います。3要件からすると、該当しないということになっているわけですが、こういうものは、少し広く、もし法令を変えられるならば、生命維持管理装置その他検査等を行うものとか、そういう変更があると、かなり広く活躍の場ができるのではないかと考えているのですけれども、いかがでしょうか。

○永井（良）座長　どうぞ。

○根岸構成員　先生の御意見に賛成です。

私は麻酔科医なので、麻酔に特化したこととお話しさせていただきますと、レスピレーターがついている麻酔器は、生命維持管理装置と捉えていいかもしれませんが、ついている静脈に投与しているシリンジポンプはどうなのかということになってくるのです。我々がチームとして麻酔をみんなですると、同じフロアに、当然のことながら、麻酔科医が何人もいる状況の中で、ポンプをいじることが問題かどうかということになってくるのですが、私が自分の周りの臨床工学技士さんを見ていると、医師が指導していけば、可能だと思うので、そういった安全性が十分に担保される状況であれば、ぜひ検討していただきたいと考えます。

○永井（良）座長　青木構成員、どうぞ。

○青木構成員　青木でございます。

今、臨床工学技士のことをおっしゃっていただきましたけれども、私の立場で、個別の職種について申し上げることはどうかとは思いますが、きょうは、オブザーバーの方もいらっしゃいますので、臨床工学技士のことについて、述べさせていただきます。

例えば生命維持管理装置ということで、縛りがありますので、今回、御提案申し上げたいような内容も、生命維持管理装置として読めないということで、初めから議論の土台に乗っていないということも、たくさんあるように思います。一方で、現場では、例えば軟性内視鏡、従来、内視鏡の検査と呼ばれているものが、今、治療が非常に盛んになっておりまして、そういった分野でも、学会等の認定を受けた技士が、先生の処置のお手伝い、補助という部分も含めてさせていただいているのが現状でございます。現状も踏まえながら議論をいただくと、大変ありがたく思います。

○永井（良）座長　今の点は、いかがでしょうか。根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員　もう少しだけ補足させていただきます。現場で臨床工学技士さんたちが頑張っていることは、事実です。看護師さんの数が少ない病院がたくさんありまして、そういったところで、臨床工学技士さんがサポートしてくださっているということは、非常に頼もしいことでもありますし、彼らはとても勉強意欲もありますので、可能であれば、もう

少し広い解釈をしていただけますと、特に手術室であるとか、カテーテルとか、医師が2人いなければいけないところを1人でできると、かなりのタスク・シフトになると思います。例えば翌日2人の医師でしなければいけない、1人が当直明けである場合にも、1人になるということも可能になると思います。非常に大きいと思いますし、臨床工学技士さんのポテンシャルも非常に大きいと思っております。

○永井（良）座長　どうぞ。

○今井構成員　今のことに多少関連して、12ページの77番なのですけれども、これは法律事項になっていて、これは生命維持管理装置ではないからなのではと思うのですが、根岸先生がおっしゃるように、例えば各種モニターをつけるということは、医師がいるところでやっているわけですから、患者さんの侵襲もないし、挿管そのものをやるわけでもないし、介助といっているのが、何を言っているのかわからないのですけれども、多分手を出したら、器具を出してくれるとか、そういう話であれば、法律にはないことなのでしょうけれども、十分にやっていただけることだと思って、私も見ていました。介助というものが、よく出てくるのですけれども、どの程度のことを言っているのか、わかりますか。

あと、その作業は、基本的に今まで看護師さんがやっていた。根岸先生がおっしゃるように、看護師さんが少ないようなところで、看護師さんも業務を医師からどんどん渡されると、非常に大変になるので、その分を臨床工学技士さんにやってもらうということは、あり得ると思って、これを読んでいました。

もう一度、介助について、教えていただきたいと思います。

○土岐医事課長補佐　介助と書かれている項目は、結構たくさんございまして、それが不明確というのは、我々としてもそのように思いつつ、行為のコアに当たる部分がどこなのかという観点で、事務局案として、今回、該当性について判断させていただいております。

ただ、齋藤構成員からも御意見がありましたけれども、行為ももう少し切り分けてみると、該当性についても判断が変わってくる部分があるという点もございますので、その辺は、次回以降、改めて整理した形でお示しさせていただければと思います。

○今井構成員　ありがとうございます。

○永井（良）座長　木澤構成員、どうぞ。

○木澤構成員　臨床工学技士の方に、私たち看護師も教育を受けることがありまして、人工呼吸器ですとか、輸液のポンプとか、そういった機械の使い方と保守点検をお願いして、一緒にやっています。

先ほどお話しがあったように、機械の操作と薬液を注入するということは、やはり別だと思っておりますので、そういったところで調整いただけると、臨床で活躍していただけるかと思っております。

○永井（良）座長　どうぞ。

○青木構成員　先ほどの介助の部分ですけれども、我々臨床工学技士の認識を申し上げてもよろしいでしょうか。

○永井（良）座長　どうぞ。

○青木構成員　介助ですとか、補助が幾つかございます。先ほど先生におっしゃっていた、77番ですけれども、これはまさに今村先生におっしゃっていた、先生が挿管をされるときに、袋を開けて、ゼリーを塗って、先生にチューブをお渡しする、こんなようなことを想定しています。従来、看護師さんがされていることだと思います。

私たちのスタンスとしましては、ほかにやってくれる方がいるのであれば、もちろんやっていただいて、ただ、我々は人工呼吸器をセットするというを日ごろやっておりますので、その延長線上でと申しますか、同じ空間の中で、人工呼吸器の保守点検、準備をしながら、先生のお手伝いもさせていただく、そんなイメージでおります。

○永井（良）座長　事務局、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長　追加的な発言になりますけれども、77番は、青木構成員に御発言いただいたとおり、物品を渡すということになりますと、医行為ではございませんので、明確な○でございますが、今、文字面だけを読みますと、気管挿管や中心静脈カテーテル、あるいは胃管挿管の介助というのは、カテーテルを押ししたり、あるいは胃管挿管した場合のカテーテルなどの操作を、介助という言葉の中を含めているかどうかというところに関しましては、現状、我々としては、医行為に値するものが含まれているということで、今、×のところに入れさせていただきましたので、先ほど土岐より申し上げましたとおり、この行為に関しましても、分解して、わかりやすいように整理させていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○永井（良）座長　いかがでしょうか。どうぞ。

○熊代氏　オブザーバーとして参加しております、日本診療放射線技師会副会長の熊代と申します。

血管撮影であるとか、IVRの現場は、チーム医療の典型的な場所でございます、医師、看護師、臨床工学技士、臨床検査技師さらに診療放射線技師がチームとなって、IVRとか、血管内治療を行っているわけでして、もちろん臨床工学技士の方がやっておられる仕事も、臨床検査技師さんがやっいらっしゃいますし、我々診療放射線技師は、放射線防護の観点から必ず現場におりますので、ガイドワイヤー等の清潔保持行為であるとか、造影剤の自動注入器への充填とか、各職種がお互いに補完しながらやっている業務でございます。

もう一つだけ、発言させていただきたいのですが、先ほど齋藤構成員が資料2-2について、御指摘されました。3ページのRI医薬品の投与ですけれども、これは一連行為として、ここに書いているものでございまして、これに関する項目として2ページの12番を見ていただきたいのですが、造影剤を静脈注乳入するという行為に関しては、平成14年9月30日だったと思っておりますが、厚労省から法的解釈の拡大ということで、看護師が医師からのタスク・シフトとして、静脈ルートの確保と造影剤の投与、そして、抜針、止血という一連の行為として認められたと思っております。これが先般のチーム医療の推進の中で業務拡大として、診療放射線技師に自動注入器による造影剤の投与、そして、抜針、止血という行為

が認められたわけでは、

12番では、静脈ルート確保については、○に該当しないのではないかと書かれておりますけれども、ここは先ほど御指摘いただいたように、関連する複数の行為が記載されているわけです。これは分けて考えなければならない行為だと思いますが、実際に自動注入器により造影剤を注入する行為によって、まれに血管外漏出をすることもありますが、血管外漏出した場合、誰に責任があるのかということですが、造影剤を注入した直接の行為者である診療放射線技師にもあるわけでは、ルート確保した看護師さんとか、医師に加えて、ここは一連の行為者として診療放射線技師も含めるべきではないかということ、御提案させていただきます。

以上でございます。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

そろそろ時間になってきましたので、今のうちにどうぞ。

○猪口構成員 今のお話しですけれども、確かに我々臨床で外来などをやっている、造影剤をやるのに、看護師さんが済みません、ちょっと私はルート確保に行きますからといって、ルートだけ確保をしに行くのです。その後は、技師さんがやるということが起きているので、できればこれは一連でできるようにしたほうがいいと思います。

あと、せっかく放射線技師の方がいらっしゃる、1つだけ確かめたいのですが、48番のX線検診車のことなのですが、これは法的に病院または診療所以外ではやってはならないということで、今、できなくなっていることが、胃がんの検診とか、乳がんの検診なのです。病院または診療所及びX線検診車と法的に書きかえるだけで、できるようになると考えてよろしいのでしょうか。

○熊代氏 その解釈で結構だと思います。ただし、それに関しましては、医師が現場にいらなくても、例えば検診車の業務に対して、事前に責任医師の明確な指示を得たうえで、緊急時には検診業務を行う現場の近くに指定した医療機関に確認できる医師がいらっしゃる、とか、医師から実施可能な承認を得たうえで、安全管理体制が確保されているという条件のもとで、現在、胸部X線撮影については認められているのですが、残念ながら、胃がん検診、乳がん検診については、現在、認められていないという状況でございます。あわせて、安全に実施する条件を整えた上で、これは是非認めていただきたいというのが、要望でございます。

○猪口構成員 ありがとうございます。

○永井（良）座長 最後にどうぞ。

○丸田氏 オブザーバーで参加しております、日本臨床衛生検査技師会の丸田と申します。

議論の中で、3について、追加の教育をどうするのかという議論がかなりあったかと思っておりますけれども、当会での事例といいますか、さきの法改正で、我々に、鼻腔、咽頭、皮膚、肛門からの検体採取が認められた経過がございます。その際につきましては、追加の教育ということで、厚労省が指定されました講習会を開催された経緯がございます。5年

間で222会場で、約6万人の受講が完了して、受講した者たちが、現在、現場で活躍をしている現状がございます。

当会が、今回、お示ししていますものにつきましても、やはり追加の講習が必要になってまいりますので、そういった中で、これまで培ってまいりましたシステムを使いながら、追加の研修・講習を組んで、患者さんの安全に寄与していきたいと考えております。

以上でございます。

○永井（良）座長 そのほか、いかがでしょうか。少し延びても構わないということです。齋藤構成員、どうぞ。

○齋藤構成員 資料のつくり方として、複数の行為がまざったような項目だと、過程がよく見えなくなると思います。単に薬を注入するという医行為だけを見るのではなく、その前の過程にどのような行為が存在して、そこに至っているのかということ把握した上で、該当するのか、しないのかという判断をするべきではないかと思っています。

それから、①～③の要件のほかに、侵襲性という要件も加えて検討すべきではないかということは、再度、申し上げておきたいと思います。

その上で、臨床検査技師さんたちの業務で、消化管の造影のため肛門から管を入れて、造影剤を注入するということが認められているということは理解していますが、3ページの40番では、鼻腔へ管を挿入するということも含めた行為として提案されています。教育を担保するというのであれば、議論の余地はあると思いますが、今の段階で該当するか、しないかという、該当するという判断にはならないと思います。

もう一つ、造影剤の注入について、静脈から注入するか、動脈から注入するかという項目も中にはあり、これも動脈からいく場合は大丈夫なのかということが、懸念としてはございます。そのため、侵襲性ということも考えた上で、判断をしていくということが必要なのではないかと考えています。

○永井（良）座長 どうぞ。

○熊代氏 動脈に注入する行為に関しましては、セルジンガー法が開発されて、1970年代ごろから、国内においても盛んに選択的血管撮影法が行われるようになりまして、同時に専用の自動注入器が開発されました。これは医師のX線被曝を防ぐために、操作室側で造影剤を注入する行為です。通常は、X線曝射と同期して造影剤が注入されますので、カテーテルが挿入された動脈に、数十年も前から診療放射線技師が行っている行為です。

なぜそれが安全に行われるかという、医師が選択的にカテーテルを血管に挿入して、医師の指示、監督のもと、スイッチを押している行為ですので、安全性については問題ないということです。医師が近くにいないところで静脈注射をするよりも、この動脈注入のほうが、むしろ医師がいるという点でより安全であるといえます。また、副作用によるアナフィラキシーショックが起こったとしても、医師が早急に処置できるということで、安全性が確保されているということを申し上げたいと思います。

○永井（良）座長 今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 齋藤構成員がおっしゃった40番なのですけれども、冒頭にちょっと申し上げたように、効果の数字が、どの程度根拠があるかということはあるのですが、それなりに大きい数字とそんなに大きくない数字があって、例えば効果自体はちょっとしかないのに、リスクが少しあるものについては、慎重に考えたほうが良いと思います。その辺のバランス、効果といわゆる安全性リスクのバランスだと思います。

私も根岸先生も麻酔科ですけれども、胃管に入れるといっても、特に反射の弱い人は、食道ではないところに入って、そのまま入れてしまったりすると、バリウムが肺の中に入ってしまうということもあるわけで、絶対にないとは言えない。そうすると、このぐらいの効果しかないのに、そういうリスクを冒せるのかという話になるので、その辺のバランスをよく考えていただいて、どういう方法が一番いいのか、私も自分ではわかりませんが、この程度の効果があるものから、まず議論しましょうとしたほうが良いと思います。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。

今までの議論で、行為を分解したり、一連と見るかどうかとか、あるいは侵襲性とか、効果とか、いろんな視点があるということを御指摘いただいたと思いますが、そういう点から、事務局でそれぞれの行為について、分解あるいは論点を整理していただくことが必要だと思いますが、いかがでしょうか。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

本日、具体的にこの項目については、細分化が必要ではないかということも、幾つかいただいておりますし、安全性という視点だけで、関係学会や関係団体に御照会するというところでありますから、先ほど御指摘があったような侵襲度とか、御議論いただいた点への対応について少し整理させていただくという前提なのですけれども、座長と御相談しながら、意見照会とか、広く意見を求めていくという作業も、できれば並行してやらせていただきたいと思います。具体的に御議論いただけるような素材を集めていきたいと思いますので、本日の御指摘を踏まえて、座長と御相談の上、修正したもので、関係団体、関係学会には、照会をかけさせていただきたいというのが、事務局の提案でございます。

○永井（良）座長 いずれにしても、論点整理が必要ですし、何か変えるにしても、一気にというのは、難しいところもたくさんあります。そのためにも、各団体あるいは学会から御意見をいろいろ聞いて、多角的に検討する必要があるのではないかと思います。

いかがでしょうか。よろしければ、きょうはここまでにしたいと思います。

齋藤構成員、どうぞ。

○齋藤構成員 事務局にお尋ねしますが、第1回目で議論された、例えば意見の集約であるとか、論点というのは、本日は示されなかったのですが、それはこの検討会が続いていく中で、なされていくのでしょうか。

○佐々木医事課長 今回、前回御指摘いただいた資料の中で、例えば診療の補助に関してとか、特定行為に関して、対応可能なものは、幾つか資料を出させていただいておりまし

て、次回以降、1回目、2回目にいただいた御意見も概要は次回は出させていただきます
と思っております。

○齋藤構成員 ぜひお願いしたいと思います。非常に多岐にわたった議論だったということ
と、今回はタイムリミットが決まっているため、12月までに急ぎ検討しなければいけな
いものが優先的に議論されていると思いますが、第1回目の議論では、将来に向けて私ど
もからは、ナース・プラクティショナー制度創設もあるのではないかとということを提案さ
せていただきましたので、ぜひ論点にまぜて検討を続けていきたいと考えています。

○永井（良）座長 事務局で今までの御意見を集約していただくということで、お願いし
たいと思います。

よろしいでしょうか。

それでは、本日は、ここまでといたします。

次回の日程について、事務局からお願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 次回の検討会の日程に関しましては、事務局で調整の上、
改めて御連絡させていただきます。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

本日は、これで終了いたします。