

2020-1-20 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（第5回）

○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5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、喪構成員より、欠席との御連絡をいただいております。また、永井康徳構成員からは、多少遅れてこられると承っております。

本日は、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、オブザーバーとして御参加いただいております。

続きまして、資料の確認をいたします。お手元のタブレットを御確認ください。

本日は、00番から09番まで資料を御用意しております。00番は議事次第、01～05番までが資料1～資料4までになっております。その後06～09まで参考資料1～4を御用意させていただきます。

タブレットに不調、あるいはデータが正しくおさめられていない等がございましたら、事務局までお申しつけください。

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。では、議事に入ります。

本日は、まず追業務範囲の見直しに伴う教育・研修について、続いてタスク・シフト／シェアを進めるためには法令改正が必要な業務について、その他ということになっております。

では、議題1の前に、資料1のこれまでの議論のまとめを事務局から説明をお願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

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、これまで「実施可能とする場合は法令改正が必要な業務」について、第2回、第4回と御議論いただきました。

今回の第5回におきましても、再度「実施可能とする場合は法令改正が必要な業務」について、前回の御指摘を踏まえ、まず総論として業務範囲の見直しに伴う教育・研修について御議論いただきたいと思います。その上で、今回絞り込んだそれぞれの業務について考え方を個別に当てはめた場合について御議論いただきたいと思いますので、

よろしくお願ひいたします。

それでは、本日の資料を説明させていただきます。

○松浦医事課長補佐　それでは、まず資料1「これまでの議論のまとめ」について御説明させていただきます。

1 ページからでございますけれども「(第4回)」と書かれたものが前回から追記している部分でございます。

1 ページは一番下、今まで行われていないことをタスク・シェアしようという議論なので、どうすればできるかと考えるべきではないかという御指摘。

2～4 ページは特に追記はしておりません。

5 ページでございますが、臨床検査技師について、静脈路は薬剤を投与するために確保するが、臨床検査技師が実施可能な行為は、血液を血管から採取する行為であるという御指摘をいただいております。

救急救命士については一番下、救急救命士の業の場の拡大について御指摘いただいております。

6 ページ、下から2つが新しく追記した部分でございます。特に効果が高いところを重点的にやっていくべきではないかという御指摘をいただいております。

7 ページは、教育・研修について医師に負荷をかけることになるという御指摘を追記してございます。

8 ページ、医療安全についてでございますが、上から4つ目、研修や教育を受けることで能力を担保して、安全まで考えた上でそれを行っていくことは丁寧に一つ一つ議論をしなければいけないのではないかと御指摘をいただいておりますので、今回資料2で業務範囲の見直しに伴う教育・研修について資料を準備させていただいております。

次は、要件3の「該当する」としたものについては、もう少し丁寧に整理したほうがよいのではないかという御指摘。

続いて、タスク・シフトして起きた医療事故などの責任はどうなるのかという御指摘でございました。本日、参考資料3として昨年度実施した刑事裁判例の分析に係る中間報告についてつけてございますので、御参考いただければと思います。

その次、その職種に何ができるかを明確にしておかなければいけないという御指摘、あるいは安全性を担保することは考えておかないといけないという御指摘をいただいております。

9 ページ、下3つが追記した部分でございます。ある病院だけができるという仕組みは、働き方改革の中の議論としては難しいのではないかと御指摘や、受け手側の学会等の方々にも取り組みについても御指摘いただいております。

加えて、さらに濃淡をつけて進めていただきたいという御指摘もいただいております。

10 ページは、第1回でお示しさせていただいた資料でございます。

11 ページも、第2回の資料を重ねての御説明で大変恐縮でございますけれども、現行制

度のもとで実施可能な業務、明確に示されていない業務、実施できない業務の3つに分けたところ、第2回で現行制度では実施できない業務についてまず御議論いただきました。続いて、第3回で現行制度のもとで実施できない業務、明確に示されていない業務について御議論いただき、前回の第4回で再度、現行制度で実施できない業務のうち要件3を含めて再度御議論いただいたところでございます。

12ページは、第4回でお示しさせていただいた資料でございますけれども、第2回の検討会で示した3つの要件、各資格法の定義とそれに付随する行為の範囲内であること、業務の技術的基盤の上にある隣接業務であること、安全性を担保できることという3つの要件でございますが、それについて御議論いただきました。具体的には3要件について、いずれも該当するとされた業務からまず議論を深めることとしてはどうか。1かつ3は該当するが、2に該当しないとされた業務について、追加的な要件が必要であることを前提として、追加的な要件とあわせて議論を深めることとしてはどうかという資料を準備させていただきました。

13ページは、スケジュールについて追記してございます。

参考資料4でございますけれども、四病院団体協議会から要望書という形でいただいておりますので、参考資料として付けさせていただきます。

事務局からの説明は以上でございます。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

では、ただいま資料1「これまでの議論のまとめ」について説明いただきましたけれども、御意見はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、議題に移りたいと思います。まず「1. 業務範囲の見直しに伴う教育・研修について」、事務局から資料2の説明をお願いいたします。

○松浦医事課長補佐 資料2「業務範囲の見直しに伴う教育・研修について」を御説明させていただきます。

1ページ、検討の視点ということで、先ほども御説明申し上げましたが、第4回において3要件を整理した業務についての検討の進め方について、第2回でお示した3つの要件について、いずれも該当するとされた業務からまず議論を深める。要件1かつ要件3は該当するが、要件2に該当しないとされる業務について、追加的な要件とあわせて議論を深めるという方針をお示したところでございます。

この点については第4回検討会の議論においても、資格を有しない者が研修や教育を受けることで能力を担保して安全まで考えた上でそれを行っていくことは、丁寧に一つ一つ議論しないといけないという御指摘をいただいたところでございます。

上記を踏まえまして、必要な教育・研修の考え方について次ページのとおり整理させていただきました。

2ページ、業務範囲の見直しに伴う教育・研修の考え方でございます。

資格の定義とそれに付随する行為の範囲内で、かつ安全性を担保できる業務について、

各医療関係職種の業務範囲の見直しを実施する場合の教育・研修について、業務範囲に追加する業務の内容に応じて、以下のような対応が考えられるのではないかと整理してございます。

1つ目でございますが、現行の養成課程において必要な知識の習得が明確に担保されている業務として、(a)養成課程の見直しや研修の受講の義務づけは行わないと整理させていただきます。

それに対して、現行養成課程において必要な知識の習得が担保されていることが明確ではない業務がございます。こちらは(b)(c)と整理させていただきます。

(b)についてですが、当該業務が従来業務の技術的基盤の上にある(要件2を満たす)場合は、養成課程において必要な教育内容として明確化するとともに、既に資格を取得済みの者については法令による研修の受講の義務づけを行わないが、通知により、当該業務の実施に当たって追加的な知識の習得が必要な者について、職能団体が実施する研修を受けることを求める。

続いて、(c)でございますが、当該業務が従来業務の技術的基盤の上でない(要件2を満たさない)場合は、養成課程において必要な教育内容を追加するとともに、既に資格を取得済みの者については、法令により厚生労働大臣が指定する研修を受講することを業務実施の要件とする。

上記を整理いたしまして、養成課程において必要な知識の習得が明確に既に担保されている業務については(a)、明確ではない業務について要件2を満たす場合は(b)、要件2を満たさない場合は(c)という方針のもとで検討を進めてはどうかということでお示しさせていただきます。

3ページでございますが、平成26年の業務拡大を行ったときの対応については、このような対応だったということで参考としてお示ししてございます。

診療放射線技師についての核医学診断装置を用いた検査、医師又は歯科医師の立ち会いなく行う胸部エックス線検査について(a)、臨床検査技師の検体採取について(c)という形で対応したということでございます。

事務局の説明は以上です。

○永井(良)座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明について、御意見をいただきたいと思っております。いかがでしょうか。よろしいですか。

また後ほど全体的な御意見をいただければと思っておりますので、先へ進めさせていただきます。「2. タスク・シフト/シェアを推進するためには法令改正が必要な事項について」ということで、事務局から資料3-1と資料3-2の説明をお願いいたします。なお、これまでの議論をもとに、今回3職種22項目の業務に絞られました。本日の議題2では、それぞれの職種の業務ごとについて御議論をいただきたいと思っております。

では、資料の順番に従って、診療放射線技師から資料の説明をお願いいたします。

○松浦医事課長補佐 資料の御説明をさせていただきます。

まず、参考資料1として、前回お示しした実施可能とする場合は法令改正が必要な業務について、絞り込む前の全ての項目が記載されているもの、参考資料2として、資格法の定義をつけてございますので、適宜御参照いただければと思います。

それでは、資料3-1でございます。

まず、1ページからでございますが、タスク・シフト/シェアを推進する業務については、現行法の各資格の定義（要件1）及び安全性の担保（要件3）を前提として、法令の改正を検討することが必要でございます。

そのため、これまでの議論を踏まえて「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」、先ほどお示しした参考資料1の75項目の中から、第4回検討会で提示した下記の整理した項目の進め方に基づいて22項目を選定いたしました。

1つ目が、タスク・シフト/シェアを推進する3つの要件について、いずれも該当するとされた業務。2つ目が、3つの要件のうち要件1かつ要件3は該当するが、要件2に該当しないとされた業務でございます。

3要件の欄については、第4回検討会で提示したものをそのまま記載してございます。

必要な教育・研修の欄については、先ほど御説明した資料2の提示した方針に基づいて(a)～(c)を記載してございます。

実施する際の留意事項の欄については、「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」の安全性について、関係団体に確認を行った際にいただいた意見等を踏まえ、新たにその業務を実施する場合に留意する必要があると考えられる点を記載してございます。

次に、2ページからでございます。診療放射線技師について法令改正が必要な項目ということで、1～8番まででございます。放射線部門の検査関連の静脈確保注射、続いて、RI検査医薬品注入後の抜針及び止血、CTコロノグラフィの検査手技、造影剤注入装置から動脈へ造影剤を注入する行為、鼻腔からバリウムを注入する行為、RI核種投与のための静脈路確保、RI核種の投与、病院又は診療所以外の場所における超音波検査でございます。

資料3-2でございますが、こちらは先ほど業務について法令改正をした場合、その前後における業務内容の具体的な流れを整理したものでございます。

各行為に記載している括弧内の番号が、先ほど資料3-1でお示しした項目の番号になってございます。

改正前に実施している職種は、主に実施していると考えられる職種を記載しております。

改正前から実施している職種は、改正後も引き続き実施可能ということには御留意ください。

法令改正を行うと、職種ごとに業務を一貫して行うことができるようになり、タスク・シフト/シェアが進むのではないかと。この場合においても以下の点に留意が必要というこ

とで、各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有し、医療スタッフ間の連携・補完を進めること、一連の業務の中で、適宜医師への報告を行う必要があること。

仮に法令改正を伴うタスク・シフト／シェアを進める場合、改正後に本資料の具体的なイメージを活用することで、医療従事者への理解を深めることができるのではないかといいことで作成しております。

2ページでございます。診療放射線技師へのタスク・シフト／シェア（イメージ）ということで、1つ目がRI検査、造影検査ということで、静脈路の確保、RI核種の注入及び抜針・止血についての法令改正となることで、一貫して診療放射線技師が対応できるようになるというイメージ図でございます。

下については、CTコロノグラフィ検査についてのイメージです。

3ページは、上部消化管造影検査、病院又は診療所以外の場所における超音波検査ということで、イメージ図を作成しております。

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、御質問・御意見をいただければと思います。いかがでしょうか。

どうぞ。

○齋藤構成員 1点、質問というか確認をさせていただきたいのですが、今回22項目に絞ってきた経緯ですけれども、前回の議論で全ての要件を満たすものと、要件2に該当しないものといった形で選ばれてきているのですけれども、今回この検討会は医師の働き方改革に資する取り組みをとということだったので、今回22項目で月当たりの労働時間が1つ指標として出されているのですが、中には実際には医師ではなくて看護師が実施している業務も入っているものがあるのではないかと思います。特に、血管確保のあたりに関しましては、平成14年の通知改正等々で、静脈の注射は看護師が診療補助としても拡大することになっていて、おおよその病院がこの業務をしているのではないかと思いますので、この項目を選択する際に、月当たりの時間を考慮して選んできたのかどうかをお伺いしたいと思います。

○松浦医事課長補佐 御質問ありがとうございます。

今回、先生御指摘のとおり、前回お示しした75項目の中から22項目を選定いたしました。

3要件の要件1、3が○であって、要件2について該当するとしたものと該当しないとしたものについて機械的に選んでございますので、選定する際に月当たりの効果の推計が短時間であるから選定しなというようなことはしてございません。

○永井（良）座長 どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 追加で補足させていただきたいと思います。

今、御指摘のとおり、これはあくまで医師の働き方改革のためにということで御議論いただいておりますので、既にお示ししているとおおり、労働時間の削減効果が見込まれるものから御議論いただいたところでございます。その観点でもぜひ御議論いただきたいです。

し、また、今回新たにお示ししました資料3-2におきましては、各行為だけでなく、その周辺の一連の業務においてこのタスク・シフト／シェアが進むことによって、どの程度医師の働き方改革に資するのかという観点で御議論いただけるようにこの資料を作成させていただきましたので、これまでお示ししている時間数とこちらをあわせて御議論いただければと思っております。

また、多くの静脈路の確保に関しては、既に看護師中心に行われているという実態がございますけれども、働き方改革を進めるための緊急的な取り組みの中に、静脈注射や採血などをタスク・シフトするというような項目がございましたが、大学病院を中心に、まだタスク・シフト／シェアが十分にできていない実態もございます。この数字自体は1つの病院で算出された値ですので、あくまで参考にはなりますけれども、この参考の値と新しく示した資料3-2の資料等々を含めて、これが働き方改革に資するのかどうかという観点でも本日御議論いただければと思っておりますので、よろしくお願いたします。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。どうぞ。

○齋藤構成員 ありがとうございます。まず、診療放射線技師からでよろしいですか。私は静脈路の確保に関しまして、ここで(c)の項目に追加的に教育・研修してということになっているのですが、診療放射線技師は現行採血の業務をやるようにはなっていないと思うので、かなりハードルが高いのではないかと思います。これは仮に教育・研修をしたとしても、果たして現実味のあるタスク・シフトなのかというと、なかなか想定しづらいなということがございます。扱っている薬剤がかなり危険度の高いものなので、1つ間違えるといろいろな弊害が起こっているという状況があるので、私は静脈路確保に関しましては現時点では拡大の方向ではなく、現状看護師に任せていくほうが現実味があるのではないかと思います。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。静脈路を確保して、その上で、入れる人が確認してから注入するという手順になるわけですね。まずは確保して、本当に入っているかどうか場合によってはもう一度確認、逆血があるとかそういうことを見る必要があるかもしれませんが、そこはどのようなのでしょうか。どの程度のことまでなされるか。注入まで考慮しているということですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 資料3-2をご覧くださいと思います。2ページに、診療放射線技師のタスク・シフト／シェア（イメージ）とございますけれども、上にございますのが改正前となっております。静脈路の確保は現状、医師、看護師のみができると記載しており、RI核種、造影剤の注入が、RIに関しては医師、造影剤に関しては医師、看護師、診療放射線技師が実施しているということで、造影剤の注入自体、現状、診療放射線技師が現行法上実施可能と規定されているのが現状でございますので、新たに今回御議論いただくのは、静脈路を確保するところから診療放射線技師が行うことによって、一連の業務を診療放射線技師に担っていただけるようになり、医師の働き方改革に資するのではないかとこの観点でお示ししておりますので、この点に関して御議論いただければと思

います。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。どうぞ。

○根岸構成員 実際に病院の中では今の状態ですと、看護師が静脈路を確保して、診療放射線技師がそれをつなげて造影剤を注入するということになっているのですが、一連の業務を1人の技師ができるようになるということは、やはり大きいのではないかと思いますので、ぜひこれは実施可能になればと、大きな病院などでもそのように思われます。

○永井（良）座長 多少トレーニングが必要でしょうね、ラインをとって本当にそれが確保されているかどうか。そういう意味では、トレーニングの仕方まで十分考慮したプログラム、実地訓練が必要です。RIのリークがあったら大変ですので、そのあたりを少し工夫する必要があるように思うのですが。

今村構成員どうぞ。

○今村構成員

今、座長のおっしゃったことは非常に重要で、もともと資格がない方がオン・ザ・ジョブ・トレーニングで患者さんに対して練習するということではできません。静脈路の確保を認める場合には、当然のことながら、法的な位置づけをしっかりとした上で、研修についてもまずはシミュレーションから相当に慎重で丁寧なものをしていくいただく必要があるのではないかと思います。

それと、質問なのですが、資料3-2の3ページで、他のものは一連の流れ、例えば診療放射線技師が一貫してできると、あるいは最初だけ医師・看護師が行うと書かれていますが、上部消化管造影検査は、最後のカテーテルの抜去は医師と看護師となっています。これは危険性が高い行為という考え方で、医師・看護師でなければ抜去できないと書かれているのでしょうか。

○松浦医事課長補佐 鼻腔カテーテルの抜去については、現行法の制度上はできないと整理させていただいておりますので、改正前として入っていないところと、あとは、抜去についてヒアリングで御提案がなかったこともございますので、改正後のイメージには入っていないということでございます。

○今村構成員 ありがとうございます。もともと、各団体のヒアリングを前提に全部議論していくという理解ではなく、あくまで参考にするということなので、例えば、現行法でできないことを研修等で担保して、法令の改正をするということでの議論をしているのだとすれば、事務局としてここは一定の危険な行為だという判断をされているからだめという理解になるのかなと思っていたので、あえてこれは何が危険なのかを伺いました。団体から要望もなく、現行法ではできないから、こういう書き方をしているというのは説明としてはわかりましたけれども、他のものとの並びが悪いなという感じはします。

○加藤医師養成等企画調整室長 今、今村構成員が御指摘のとおりで、もともとヒアリングでの提案ベースで議論が始まっておりますので、こういった一連の検査の中でそれぞれの行為を確認すると、鼻腔カテーテルの抜去に関してそもそも議論の俎上に上っていません。

て、一連の流れにしてみると、少し違和感があるのかなと思っています。

そういった観点で、あくまでもそもそもヒアリングベースでここまで議論しておりましたけれども、要望に上がっていないといけないわけではないですから、一連の流れから見てここは同様に改定すべきという御意見もあるかと思えますし、一連の流れを見てここは改正すべきではないという御意見も本日御議論いただければと思っております。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。猪口構成員どうぞ。

○猪口構成員 今の件に限って言えば、確かに挿入というのは入らない人は本当にいますので、そこは医師・看護師がいいかなと思いますけれども、抜去はそれほど危険ではないかなという気もするから、ここは抜去までできるようにという考え方もでもいいかなと思います。

先ほどの静脈路の確保ですけれども、これは今、シミュレーターを使って訓練ができますし、安全な静脈はどこを選べばいいかというようなことを十分に研修することによって、あとシミュレーターで実習することによって、かなり安全なものをつくり出すことはできるのではないかなと思っております。

○永井（良）座長 消化管造影で、挿入して直ちに造影剤を入れるということですね。前の日に入れたものを翌日、造影剤を技師が入れると危ないこともある。一度入っていたものが抜けて、気管に入っていたということを私は実際に経験したことがあります。前の日には胃に入っていたけれども、翌日気管支に入っていた。何が起こったかわかりませんが、実際にそういうことがあります。ですから、これは一連の流れの中で挿入し、造影剤を入れるという理解でよろしいですね。

そのほかいかがでしょうか。どうぞ。

○秋山構成員 静脈路を確保するリスクは非常に高いといえます。臨床検査技師が救急外来で採血とあわせて血管確保を行うことが研修の(b)に分類されておりますが、私は(c)だと思っています。つまり、採血と静脈路確保は様々な点で大きく異なります。針ももちろん違います。短い翼状針を一部刺して行う採血と、2倍近い長さのある留置針を根元まで指す静脈路確保では、刺す針の長さが大きく異なります。また、採血は一時的なのでひじの内側の割とわかりやすい静脈に刺しますが、そういう部位で血管確保をしてしまうと、ひじが曲げられなくなりますので、橈側に近いところで行います。そうすると神経障害のリスクは非常に高くなり、実際、裁判に至るような事故事例等もあります。そのため、現場では研修を受け、非常に熟練した看護師が、そういう注意を払った上で適切な部位を選択して行っています。そういう行為を、短い研修で安全にやれるようになるとは考えていません。

看護職が静脈注射や血管確保ができると行政解釈が変更されて以降は、卒前教育でもきちんと教育されるようになり、現任教育の中でさらに付加的な研修を行い、安全に実施されています。ましてや、抗がん剤などの細胞障害性のある薬剤、あるいは造影剤などの血管外に漏出した際に組織を傷害するリスクが非常に高い薬剤等については、一般の静脈路

確保よりもさらに付加的な研修をして、そういうことができる看護師を育て、担ってもらっています。そのため、これまで採血をしてこなかった診療放射線技師や臨床工学技士が短期間の研修で静脈路確保を行うことは、非常にリスクが高いと思いますので反対します。

それから臨床検査技師についても、静脈路確保が採血の延長線上にあるという理解自体が疑問です。前回は資格法の原点に立ち返り、その資格がそもそも何をやる資格なのかというところから見直すべきという発言をしましたが、今回も要件1の見直しはなされず前回と同じ内容の資料が示されています。繰り返しになりますが、とりまとめにあたって、もう一度要件1を見直していただきたいと思います。むしろ、看護師がやれないことを問題視して、どうやったら看護師がそのところを担っていけるのかについて検討を進めていかなければ、役割分担は進まないのではないかと思います。

シミュレーターで静脈路確保ができていても実際の患者さんでは非常に難しいケースもあります。その辺に時間を要してしまうと、検査や放射線治療も含めた本来業務ができなくなってしまうのではないかと思います。各病院には潤沢に診療放射線技師や臨床検査技師、臨床工学技士がいるとは思えないため、本来業務がおろそかになってまで、そういうリスクの高い仕事をやらせるよりも、今既にできる看護師をどう活用していくか。そのために臨床検査技師ができる採血は、臨床検査技師にもっともっとタスク・シフトしていったほうが良いと思います。現状まだまだ看護師が採血しているのが実態だと思います。

私の意見は以上です。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。どうぞ。

○木澤構成員 実際の臨床現場ですと、IVナースという呼称を使って必要な研修、それから資格制度みたいなものを各施設でやられているところがあると思います。それには神経の走行や基礎的知識も含めたこと、それから薬剤のリスク、造影剤やRIは非常にリスクが高いので、そういったことも別の資格を設けてアドバンスという形でしています。どのようなやり方が医療の流れを止めないかの可否はわかりませんが、必要な研修としては十分な時間の確保が必要かと思います。

あと、看護師でも臨床実習の中で静脈路を確保するというのは侵襲度が高いので、実際には行えていないので、実際の臨床に出てから現場で教育しているという現状があります。

○永井（良）座長 どうぞ。

○青木構成員 今、秋山構成員から診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士についても皮静脈の穿刺、ラインの確保というのはいかがなものかという御指摘をいただきましたけれども、臨床工学技士についてのみお答えさせていただきたいと思います。私どもは医療機器の先端部の身体の接続及び除去というのは、既に生命維持管理装置の操作ということでお認めいただいているところでございます。その中で、血液透析を行うとき、内シヤントへ実際に穿刺して透析をスタートするというのをやっておりますけれども、この動脈化された静脈に穿刺する、輸液ポンプに150mL以上の流量を出す、輸液とははるかに異なる大量の血液を出し入れするわけですけれども、そういったことに対しても対応を既に

させていただいております。ですので、静脈路の確保ということになりますと、静脈の解剖をもう一度勉強し直すということは必要かと思えますけれども、技術的に十分に対応できると考えております。

○永井（良）座長 永井構成員どうぞ。

○永井構成員 そもそも医師も看護師も、新卒で教育を受けて実践を積み重ねてやっているわけで、他にももっとリスクの高いことはたくさんありますし、今までお話が出ていたように、プログラムや研修、もちろん学部教育からも入っていないといけないだろうし、拙速に導入するのはもちろんリスクが高いと思えますけれども、しっかり教育していくという前提でタスク・シフトしていかないと、医師の仕事は減っていかないと、そこには踏み込んでほしいというのが個人的な要望です。

以上です。

○永井（良）座長 どうぞ。

○根岸構成員 私も同感で、ここはシフトしなくてはいけないので、今までできなかったことを一歩進めることが必要ではないかと思っております。

資料3-1を拝見しますと、例えば静脈路確保については、(c)の研修が必要と厚労省の皆さんのおつくりになった資料に記載されていますので、トレーニングなり教育・研修のあり方が非常に重要なのではないかと思っております。必要に応じて看護師がどのように静脈路確保のトレーニングを受けていらっしゃるのかということも参考にしながら、それを広めていくことも解決の方法ではないでしょうか。

実際に、私も透析室で技師の技術を見ていますと、看護師ができずにバトンタッチしてくれと頼んでいることもありますので、技術的には習得可能な行為であると思っております。

○永井（良）座長 一律に誰もができるという段階を踏んだ研修の中で、資格がある人を選んでいくような職場の中での研修ということですね。

今村構成員どうぞ。

○今村構成員 先ほどからお話があるように、基本的には医師の労働時間をどうやって減らせるかという話が原点で、看護師はもともと資格として静脈路の確保ができますので、当然のことながら期待するところは非常に大きいのですが、今まで以上に看護師に頑張ってもらっていただくことになると、今度は看護師の働き方の負荷にならないかという問題もあると思います。先ほどから、現場でできるだけ看護師がこの仕事をされるということになると、その点を危惧するところです。

もう一点、實際上、資格があるから技術的にすぐれているという話でないのは、医療関係者はみんなわかっておられると思います。医師よりも看護師のほうが静脈路の確保は上手だということもありますし、医師は責任者として誰にこれをやってもらうかという判断を当然するわけなので、機械的にこの職種ができるからといって全部その方がやるという話でも多分ない。現場ではそれぞれの能力に応じて判断した上で、どなたにやっていただ

けるかという話だと思います。その大前提として、その職種にこの行為ができると資格として担保することが大事なのかなと思っています。今日の議論はそういうことなのだと理解しています。

看護師の活躍という意味で、現場の過重にならないのかどうかということだけ、もし看護師から御意見があったら聞かせていただければと思います。つまり、こういうところで決めたことが現場で本当に受け入れられるのかどうかも気になるところですので、意見をいただければと思います。

○永井（良）座長　どうぞ。

○齋藤構成員　平成19年度の役割分担通知で示されている役割分担が思うように進んでいないというのが現場の実態だと思いますので、私も秋山構成員の意見に賛成です。どれ程、シミュレーターで練習したとしても患者さんは高齢化しており、現場で求められるスキルは高くなっています。

仮にほかの職種に新たに業として認めた場合、現場の看護師が教育を担当していくことになっていくと思いますし、従来は医師が行っていた静脈確保も看護師にシフトすることになると、私たち看護職の業務が多くなるというのは、今村構成員がおっしゃったとおりだと思います。ただ、平成19年の役割分担通知では、すでに臨床検査技師とは検査の説明や採血を、薬剤師とは薬剤の説明や残薬の管理といったことについて、もっと分担をしていきたいと思います。なかなか現場に浸透していません。あの通知がなぜ現場に浸透しないのかを明らかにし、その対策を立てなければ、今回どれだけ法改正等をして、また同じ壁にぶつかるのではないかと思います。

それから、静脈路の確保については、月当たり効果推計が大体10.4時間になっていますが、このうちのすべてを医師が行っているわけではありません。多大な研修や教育のコストをかけて新たな職種が実施できるようにしたところで、本当に医師の労働時間短縮につながるのかという点がイメージできません。それであれば現行法令のもとでできる職種の人たちが十分な機能を果たすことのほうが、現実味はあるのではないかと思います。次第です。

○永井（良）座長　いかがでしょうか。これは今決めなくてもよろしいですね。今日はまず御意見をいただくということですね。

○佐々木医事課長　医事課長でございます。

今日は今回の資料に基づきまして、まず意見交換をしていただければということでございます。

○永井（良）座長　どうぞ。

○今村構成員　平成19年に通知が出ていて、今できることがなぜできていないのかということお話ですが、なぜ通知のとおり広がっていかないのかということについて、厚労省として検証されたことはあるのでしょうか。確かに、いろいろな仕組みをつくっても、例えば特定行為研修にしても、こういうものをやったらもっと現場がよくなるのではないかと、ということで研修制度が設けられたけれども、広がらない。結局、いくらよいものをつくっ

ても広がらなければ、この働き方改革に資しないという話になってしまいますけれども、その辺の実態というか、なぜそうなるのかについて厚労省として何かわかっておられることはありますか。

○佐々木医事課長 正直申し上げますと、平成19年通知の効果をそのものずばり検証するという調査は実施していないところですが、関連する部局において、特に医療従事者、医師の負担軽減を図るためのいろいろな評価をし、その効果はどうか、何が課題かということを検証しております。また、医師の働き方改革推進の検討を進める別の場でも、具体的に医療機関の協力を得ながら実証などを行っているところです。ですので、今のような御指摘のデータを何らかの形で追加的にとれないかも含めまして、確かに、新しいものを追加していくことでもさらに推進していくためには何が必要かというのも大事な点だと思いますので、既存のものはすぐにお示しできるかというのも調べてみますが、追加的なものにつきましても並行して進めていくということで考えています。

○永井（良）座長 今の点以外でも結構ですが。どうぞ。

○木澤構成員 実際には教育・研修にかかる費用ですとか、労働時間に充てるようにはしているのですけれども、時間外を使って教育・研修をするというのは、これからは現実的ではないと思います。そういった意味では、看護師が静脈路確保の研修を担うことになるかと思えますけれども、それと実際にどれくらいの頻度で行うことによって効果があるかも考えていく必要があると思います。実際には、労働時間内にやれば必ずその部分の業務は後回しになって、逆に残業時間がふえるということにはなるかと思えます。

あと、いろいろな通知が出て実際に現場でできない背景として、医療機関の考え方の偏りが大きいかと思えます。A病院ではしていますが、B病院だと医療安全上それは難しいということもあるでしょうし、そういったことが少クリアになっていけば、特定行為もそうですけれども、もっと活用できるかと思っています。

○永井（良）座長 ほかの点いかがでしょうか。どうぞ。

○青木構成員 静脈路確保の件に議論が集中しているように思えますけれども、先ほど臨床工学技士についてはコメントを述べさせていただきましたが、臨床検査技師と放射線技師からもそれぞれコメントをいただいておりますが、いかがでしょうか。

○永井（良）座長 いかがですか。

○熊代氏 御指名いただきましたので発言させていただきます。

静脈路確保につきましては、先ほどから御議論いただいているとおり、確かにハードルの高い業務であると思います。そのためにはカリキュラムの中でしっかり教育して、シミュレーションであるとか学生のときの教育は重要です。

もう一点は、就職した段階できちんとした実技を実践していかなければ、きちんとした静脈路確保はできないと思っております。先ほどお話がありましたとおり、採血をする行為と注射する行為は全く違うということは、私どもの病院の看護師を見ていてもわかります。全く違った研修をされているのは把握しております。

それから、私ども診療放射線技師は既に造影剤を入れる行為を行っておりますので、これにつきましては平成26年の技師法の改正にもありまして、既に造影剤に関する薬理作用であるとか、造影剤の浸透圧や副作用、放射性医薬品に関して薬剤師の先生方と一緒に勉強しております、しっかり放射性医薬品の扱い方や薬理作用も勉強しながら実際の医療現場でやっているところでございます。

ですので、そういった研修をきちんと担保することによって、平成14年、看護師が法的解釈によって静脈注射ができたときも恐らく同じだったと思うのですが、しっかりと教育カリキュラムをつくった上で、学生教育を行い、臨床現場に入ったときはしっかり職務の中で実地研修を行った上で、認められた者だけが現場に出て、もちろん職場の施設長の承認も要と思いますけれども、そういったことが担保された上で実際にやっているのではないかと考えております。私たちもそういった形をとっていきたいと思っております。

以上でございます。

○永井（良）座長 注入するときには当然、採血の技術が高くないといけないわけで、トレーニングとして検査室に派遣されて職域を超えて一緒に仕事をするとか、そういうぐらいのおつもりはおありなのでしょうか。

○熊代氏 もちろんあります。現在ルーチンワークの中で、造影剤の投与については、副作用としてアナフィラキシーショックが起こり得ますので、それに対して看護師、医師が非常に近いところにおりますから、日ごろから緊急時対応のトレーニングをやっています。緊急時のトレーニングは診療放射線技師も入って、どのように連携をとり、蘇生していくかというトレーニングをやっておりますし、そういった職域を超えた中でチーム医療の一員として診療放射線技師が活躍できればと思っております。

○永井（良）座長 どうぞ。

○横地氏 まず、静脈路の確保に関しては、実際に採血業務を保助看法の中から我々業務拡大をしていただいて、全国の医療機関の約7割近くで、検査技師がかかわって外来の採血をしているという数字も我々の会の調査では出ています。ただ、病棟に関しては日本看護協会から御指摘のあったとおり、まだまだ十分に進んでいないという現状はあります。採血だけのために病棟に検査技師を配置するのはなかなか難しい部分があつて、でも、我々検査をする人間が採血することは、正しい知識のもとで採血ができるということで非常に有用であることは十分我々も理解していますので、できる病院に関しては積極的に取り組んで、実際にやっている大学病院や地方病院があるのも事実です。

そういう中で我々が採血しているときに、結構、静脈路確保が必要な患者さんに遭遇します。病棟においても外来採血においても。採血のあと、放射線の造影をこれから検査するのだというときには、患者さんに2度刺すというケースも起こってきているのが事実ですので、そういったところも含めると、我々も静脈路確保が厚労省の判断の(a)(b)(c)のランクづけで(b)という判定がついてはいますが、これは現状業務の延長線上とい

うことで判断されたのだらうと思いますが、この辺は我々ももう少し真摯に構えるべきだとも思っておりますので、これが(c)に近いものであることも我々は自覚しています。そういったことも含めて教育・研修はしっかりやっていきたい。神経損傷などもいろいろな事例で遭遇しておりますので、そういう意味では業務の延長線上にあるものかなとも理解しているのが現状です。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

今、臨床検査技師の話も出ましたので、資料3-1、資料3-2の説明をお願いいたします。

○松浦医事課長補佐 それでは、臨床検査技師についての資料3-1、資料3-2の御説明をさせていただきます。

資料3-1の4ページからでございます。臨床検査技師について法令改正が必要な項目として挙がっておりますのが、9番からでございます。直腸肛門機能検査、持続血糖測定のための穿刺・抜針、術中モニタリングに係る電極装着、検査装置の操作・管理、救急現場における採血のための末梢静脈路の確保（ヘパリンロックを除く）、救急現場における採血のための末梢静脈路の確保の後、ヘパリンロックをする行為、検査のための採痰（誘発採痰含む）、消化器内視鏡検査・治療における生体組織採取行為の補助操作、成分採血装置の運転、造影超音波検査の超音波造影剤の投与という形でございます。

資料3-2については、4ページからでございます。先ほど御説明した順でございますが、イメージ図として直腸肛門機能検査から記載してございます。

事務局からの説明は以上です。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。前の件でも結構ですけれども、こちらについても御意見をいただければと思います。どうぞ。

○今村構成員 ただいまの御説明の中で質問なのですが、資料3-1の5ページの15番、消化器内視鏡検査・治療における生体組織採取行為の補助操作が(c)になっているのですが、私はあまり内視鏡に詳しくないので、具体的に補助というのはどういう行為を行うことを想定されているのか教えていただけますか。

○松浦医事課長補佐 御質問ありがとうございます。

先ほど御指摘いただいたものについては、資料3-2の6ページの下にイメージとして書かせていただいておりますが、主には生検鉗子を操作して検体を採取するという行為を指していると考えております。

○今村構成員 例えば、ポリープみたいなものが消化器にあって、それを切除という名前では医療行為とか手術そのものになるわけですが、例えば、標本をとって、それをバイオブシーすると。そのときに鉗子でぐつつかむ行為を言っているわけですよ。例えば組織が繊維化していて非常に抵抗が強くて、それを無理にとってしまうと後で出血が起こることもあります。医師ではない方が、補助的につかんでとるのは対しては結構ハードルが高いと思ったので、質問させていただきました。ここは慎重に考えた

ほうがいいのかと思います。

○永井（良）座長 どうぞ。

○馬場構成員 今回の点にかかわることですが、資料3-2の6ページの四角で囲んである医師の立ち会い云々というところですが、「検体採取を臨床検査技師が行う」という文句がありますが、その次は「臨床検査技師を助手として活用可能になる」という表現になっておまして、ここで何を言わんとしているのかがちょっと把握しづらいです。やはり内視鏡操作における生検、あるいは検体の採取というのは、どこから採取するかという医学的な知識・判断が当然必要になりますので、その部位を採取するという行為になると、鉗子操作を横で補助するのは全然問題ないと思うのですが、検体を採取する部位はどこからなのか、その辺の判断は医師以外ではなかなか難しいのかなと感じていますが、いかがでしょうか。その示す範囲がちょっと不明瞭だと思います。

○加藤医師養成等企画調整室長 今村構成員、馬場構成員御指摘のとおり、リスクを伴う行為でございますので、まずどこからとるのか、そして、臨床検査技師が単純にとって大丈夫な部位なのかどうかという判断は、実際に実施する医師の経験に基づく判断が必ず必要になってくるものと思います。ただ、あくまでリスクが低いと判断され、実際に臨床検査技師ができると判断されたときに、医師からの指示のもと臨床検査技師が鉗子を操作して検体を採取するというのを今回御提案させていただいております。あくまでそれぞれのリスクの評価等々に関しましては、医師が行った上で、助手として検体採取を行うことに関して、今回御提案させていただいております。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。猪口構成員どうぞ。

○猪口構成員 今回のことと言えば、内視鏡操作は間違いなく医師がやって、位置も決めて、両手が塞がっているから鉗子入れて、そこをという指示のもとにやる、実際はそういう形だと思うんです。ですから、これ本当の補助操作ということで、自らがやるということとはちょっと違うのではないかと。もう本当に医師との二人三脚の中でやる行為だと理解しています。

○今村構成員 実際に内視鏡をやっておられる先生方の御意見なので、よくわかりました。そのときに医師はずっとその場において御自分が全部やっているわけで、臨床検査技師が鉗子を使ってとる行為が、どの程度医師の働き方を変えるのかがよくわかりません。8.3時間となっていますが、實際上、医師はずっとその場で準備をしているわけですね。そうすると、労働時間が減るような補助操作とは思えないのですが、その辺はどういう効果があるのでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 これは現場によってどの程度複数人必要かわかりませんが、今、猪口構成員がおっしゃったように、通常の内視鏡の操作等々で医師の手が完全に塞がっているような場合に、複数医師が必要な場合においては、その複数のうちの1人を臨床検査技師が担うことによって働き方改革に資するという観点でお示しさせていただいております。もちろん、お一人で全てできるようなケースもあるかと思いますが、

患者の状態に応じて複数必要な場合においては、このような活用のされ方があるということでお示ししております。

○永井（良）座長 ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○釜菴構成員 今回の関連で申しますと、私は小児科医ですから専門ではありませんが、消化器の内視鏡の検査を2人の医師でやるというのは余りないのであって、大体内視鏡の検査は医師1人で実施する場合はほとんどだろうと思います。猪口構成員が言われたような場面は、診療の補助ということで医師の指示のもとに実施するのであれば、特段問題はないのかなという気もします。したがって、新たな今回の検討項目にこれを加えなければいけないかどうかという、私は余りそうではないように思うのですが、事務局としてはどうですか。

○永井（良）座長 診療の補助というのは臨床検査技師にも規定されていますか。看護師にはそういう項目があるのですが。

○土岐医事課長補佐 今、釜菴構成員がおっしゃった診療の補助としてというのが、看護師が実施することで事足りるのではないかということであれば、現行法のもとでも看護師に指示を出して実施することは可能です。今回の場合は、臨床検査技師にもその部分をタスク・シフト／シェアしてはいかがかという御提案に基づいた検討になっておりますので、こういった形で御提案させていただいております。

○釜菴構成員 わかりました。その整理がよろしいのだろうと思います。

○永井（良）座長 どうぞ。

○木澤構成員 内視鏡の検体をとる部分について医師がやっているのですが、サイドからとるとするのは看護師もしているところですが、難易度としてはそんなに高くはないかと思えます。ただ、そうなると、その部分に臨床検査技師を配置しておくということになるということですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 実際は検体が採取された後、臨床検査技師が検体を受け取って検査に回しているという実態もございますので、現場に臨床検査技師がいるということは現状もあるかと思えますので、その場合において検体採取も臨床検査技師が行えることを想定するものでございます。

○木澤構成員 そうなると、現在でも人数が充足してしない現場があったときに、その人を配置したときに医師を減らすとか医師の負担を軽減することになるので、現場に臨床検査技師を配置することになるのではないかというのが懸念です。

○加藤医師養成等企画調整室長 今申し上げましたのは、内視鏡で実際に検体を採取したその場に臨床検査技師がスタンバイしていて、実際に検体が採取された後そのまますぐに検体を検査する、病理として診るということもございますので、新たに配置するのではなく、もともとその場にいるようなケースにおいて有効なのではないかということで御説明させていただいております。

○木澤構成員 その部分が実際の臨床ではイメージがつきにくいところなので質問しまし

た。

それとあわせて、資料3-1の5ページの12番、13番になりますが、こちらは臨床検査技師の救急現場における採血のための末梢静脈路の確保とヘパリンロックということが書かれてありますが、救急現場に常にいないとこの業務はできないと思ひまして、こういった場を限定した部分では臨床検査技師の配置を推奨することになるかと思ひますが、いかがでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 実際には要望としては救急現場でということですので最初の提案としては承っておりますけれども、最終的にそういった行為がどの場で行われるべきかに関しましては、既に病棟でという御発言もございましたし、この場を通じてどのような配置にあるべきかも含めて御議論いただければと思ひます。

○木澤構成員 救急現場は予測がつかないところなので、配置をして準備をしておくということが一番医療の真髄になるかと思ひるので、私からの発言でした。

以上です。

○永井（良）座長 ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○青木構成員 今、臨床検査技師の内視鏡室への配置についてということで御議論があったかと思ひますけれども、私のほうで情報を得ておりますのは、日本消化器内視鏡学会で既に臨床検査技師や臨床工学技士に対して、これに看護師も入りますけれども、内視鏡技術認定士というものを随分前から育成されておりましたし、そういったところで資格を取られた臨床検査技師が今多く内視鏡室に配置されていると伺っております。

以上です。

○永井（良）座長 それでは、次の臨床工学技士についても説明いただけますか。

○松浦医事課長補佐 続いて、資料3-1の6ページ以降でございます。臨床工学技士について法令改正が必要な項目として、血液浄化施行時のバスキュラーアクセスへの穿刺によるカニューレの留置及び不要カニューレの抜去、血液浄化装置の先端部のバスキュラーアクセスへの穿刺及び抜去、輸液ポンプ等を用いた薬液投与のための皮静脈穿刺によるラインの確保、不要カニューレの抜去、心・血管カテーテル治療時に身体への電氣的負荷等にかかる装置のスイッチを押下する行為、内視鏡外科手術において、体内に挿入されている硬性鏡の保持・術野の視野を確保するための操作、人工呼吸器等の生命維持管理装置を装着している患者に対する輸液ポンプによる中心静脈カテーテル等からの薬剤の投与と並んでございます。

資料3-2については、8ページ以降でございます。バスキュラーアクセスへの穿刺・抜去については、現在シャントについては医師・看護師、臨床工学技士となっておりますが、動脈表在化についても臨床工学技士が穿刺を行うという形で書かせていただいております。

事務局からの説明は以上でございます。

○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。

○齋藤構成員 事務局に質問なのですが、臨床工学技士の19～22番は全て「法律事項」と

なっているので、法律を改正すると認識しています。例えば、19番は静脈路確保だと思っ
たのですが、どういう法律改正の内容になるのでしょうか。今回は各資格の業の定義は変え
ないという認識でいたのですが、資格や業の定義までを変えていく話になるのでしょうか。

○土岐医事課長補佐 資格の定義を変えることを考えているわけでもありません。既にあ
る職種でも、例えば、診療放射線技師などは、資格の定義としては放射線を照射するこ
とを業として行う職種として定義されておりますが、業務の規定の中で関連業務を業務の規
定として別途定めた上で、例えばMRI検査やCTの際の造影剤の注入なども放射線照射その
ものではないのですけれども、資格法の定義から直接読めるものではないものについても付
随する行為については、業務の規定を新たに設けることで業務範囲を広げている事例もご
ざいますので、そういった範囲内で改正できるものについては今回御提案として挙げさせ
ていただいているものでございます。

○齋藤構成員 規定を新たに付け足していくというイメージですか。

○土岐医事課長補佐 行為にもよりますけれども、基本的には付随業務については今、臨
床工学技士の規定はございませんので、新たな規定を1本立てることになるのかなと思
います。

○永井（良）座長 それは省令とか通知ではなくて、法律改正ですね。

海外の例はどのようなのでしょうか。状況が違うので一概に比較はできないと思うのですが、
海外ではこういう職種の方がどこまでされているかという情報はありますか。

○青木構成員 海外では、我々臨床工学技士が担当しております生命維持管理装置の操作
の部分は非常に多くの職種に分かれておまして、例えば血液浄化ですと、それに特化し
た職種の方がおられます。人工心肺にもそれに特化した方がおられます。それぞれ一連の
治療の中で、もちろん穿刺から装置の運転、実施中の監視という形で、トータルで管理す
るということで対応していると伺っております。

○永井（良）座長 そのときに、教育カリキュラムが随分違うのではないかとと思いますが、
そこはどうですか。

○青木構成員 当然のことながら、それは十分に実施できるような内容をそれぞれという
ことかと思えますけれども、内容まで詳しく把握しているわけではございませんが、短期
大学レベルの教育がなされていると伺っております。

○永井（良）座長 そうすると、そういうトレーニングを受ける時間ですね。

いかがでしょうか。

○今村構成員 事務局に確認ですけれども、これはそれぞれの団体の要望をここに書いて
いるというお話だったので用語が違っている部分があって、例えば「静脈路の確保」とい
う言葉について、臨床工学技士は「皮静脈の確保」、臨床検査技師の方は「抹消静脈の確
保」、診療放射線技師の方は「静脈路の確保」みたいな書きぶりになっていて、基本的
には言っていることは同じなのかもしれないのですけれども、例えば、皮膚から明らかに見
える血管を静脈路確保するのか、少し深部の静脈路を確保するのは技術的にも全然意味

が違うと思うので、この辺の用語の使い方はもう少し事務局として整理して、次回それぞれの職種で共通の言葉で書いていただきたいと思います。

違いをあえて強調して書いているわけではないという理解でよろしいですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 今回、ヒアリングに基づきましてこの項目等々を並べさせていただいております。既に複数の行為が入っているものに関しましては、例えば、現在ご覧いただいております7ページの20番、57-3という形で複数の行為が入っているものに関しては、より明確にわかるように事務局で整理させていただきますけれども、分ける必要がないと判断したのに関しましては、今、今村構成員御指摘のとおり、用語に関してはヒアリングの項目のままになっておりますので、より適切な表現を今後事務局の中で考えさせていただきます。次回以降にお示しさせていただきますと思います。

○永井（良）座長 ほかにいかがでしょうか。根岸構成員どうぞ。

○根岸構成員 今の静脈路確保についてですが、追加的な教育・研修において診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士について研修のレベルが違うのは、恐らく3要件と照らし合わせてなのだと思いますけれども、これは違う必要がありますか。例えば、今現在は、診療放射線技師は追加的な教育・研修で(c)を求められますが、臨床工学技士及び臨床工学技士については(b)となっております。

○松浦医事課長補佐 先生御指摘のとおり、前回までお示ししている要件1～3の要件2に該当しないと整理していたものについては、事務局で(c)という形で記載させていただきます。もちろん方法も含めてこの場で御議論いただいて、必要な研修があるものについては(a)(b)(c)について御議論をいただければと考えております。

○加藤医師養成等企画調整室長 補足させていただきます。(b)と(c)の違いに関しましては、臨床検査技師は既に採血をしていて針を刺す行為をしている。臨床工学技士に関しましては、既にシャントに刺しているというところで、全く針を刺したことの無い診療放射線技師に関しては、そのレベル間においては恐らくほかの職種と違うだろうということ。このように整理させていただきましたけれども、既に研修のあり方に関しては本日も多数の御意見をいただいておりますので、その御意見を参考にして再度整理させていただきます。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。

よろしければ、その他の議題について事務局から説明をいただけますでしょうか。

○松浦医事課長補佐 その他として、資料4「救急外来における検査等について」ということで、第3回の検討会で御指摘いただいた事項について事務局で整理いたしましたので、御説明させていただきます。

1ページ、もともとヒアリングの項目の中で救急室を主とする院内での診療補助という項目が挙がってございました。それについて事務局として整理をさせていただきましたが、その中で、課題という形で御指摘をいただいたところでございます。

1つ目としては、救急外来において事前の指示により採血等を実施することで、医師が

診察する際に重要な情報がそろっているほうが迅速な対応が可能ではないか。2つ目、医師と看護師との連携が取れている場合に救急現場で業務を円滑に進めるためには、あらかじめプロトコルを整備し、包括的指示により管理する必要があるということでございます。

それについて、侵襲性を伴う行為は、診療の補助として医師の指示のもとに実施するため、以下の点について整理が必要ということで、(1)初診かつ診察前の指示が有効に成立するか。(2)無診察治療等の禁止との関係で問題はないかということで、事務局として2ページ目に整理してございます。

(1)初診かつ診察前の指示が有効に成立するかについては、チーム医療の推進に関する検討会報告書の中で、指示が成立する前提条件として、対応可能な患者の範囲が明確にされていること、対応可能な病態の変化が明確にされていること、指示を受ける看護師が理解し得る程度の指示内容が示されていること、対応可能な範囲を逸脱した場合に、早急に医師に連絡を取り、その指示が受けられる体制が整えられていることを挙げてございます。これらの条件を満たす医師による事前の指示は成立し得ると考えられ、その際、事前に医師の関与のもとでプロトコルを作成しておくことが望ましいと整理させていただいております。

(2)無診察治療等の禁止との関係については、医師法第20条は、自ら診察しないで「治療」することを禁止しておりますが、法令において、治療行為と医学的検査が並列で扱われている事例がございます。

医学的検査のための採血は医師法第20条の「治療」には当てはまらないと解釈することが可能ではないかと整理させていただきました。

以上の整理より、救急外来の診察前検査等において、医師の指示をより効率的に活用することができると考えられると整理させていただきました。

机上に、本日御欠席の褒構成員からの資料4に関する御意見をいただいておりますので、御参照いただければと思います。

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。

今の御説明に対していかがでしょうか。これは看護師についてということでしょうか、臨床検査技師も対象になるのでしょうか。

○土岐医事課長補佐 基本的には資料4の2ページの一番下の緑囲いの中に※で、看護師さんの場合は臨時応急の手当てであれば処置もある程度実施できるということもあわせて書かせていただいております。この御要望をいただいた提案としては、看護師へのタスク・シフトということですので、基本的に想定して整理したのは看護師でございますけれども、医師の指示のあり方については他の職種についても、当然、医師が指示を出すかどうかの判断も含めてですが、看護師であろうと、他の職種であろうと同じになると思います。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。永井構成員どうぞ。

○永井構成員 褒構成員も書かれているのですけれども、一人一人状態が違うわけですから、包括的というか事前に指示を出してやるというのは保険診療上も多分非常に問題があると思うし、例えば、肝炎ウイルスなど全部を網羅して指示を出しておくというのは、経営上も医療費の問題でも保険診療上問題になってくるので、そういうことではないということでもいいですか。事前指示というのは、あらかじめこういう人、採血に来た人はこれとこれとこれを出しましょうねということを決めて、医師が診察する前に全部検査にオーダーを出してしまうというようなイメージですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘のとおり、特にここで想定しているのは救急外来の救急車で搬送されたような場合において、医師が到着する前に看護師が患者の病態に応じて、あらかじめプロトコルで定められていた検査等を行うことを想定して記載させていただいております。

そのプロトコルの内容に応じては、現状、我々として想定しているのは、今御指摘のとおり一定程度の血液検査、どういう項目をあらかじめルーティンに、例えば、意識レベルが悪い方に対してはこういった検査項目を行っておくことというようなことをプロトコルに定めて検査することを想定しております。その想定の中で今回、褒構成員に御指摘いただいた、どのように対処すべきかということに関して今回、この検討会の場でも御議論いただければと思っております。

○永井（良）座長 猪口構成員どうぞ。

○猪口構成員 確かに、プロトコルのつくり方はなかなか工夫が必要だと思います。まだ診断も少ないですから、状態によってこういう場合はこれですねということで、それがオーバーにならないように、例えば、現場で医師が1人で処置しているときに、また次が入ってきてしまった。あれでやろうというような判断を一定程度看護師さんにしていただくというようなことで、決して画一的なことを全部やるということではないと理解しております。

○永井（良）座長 ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○釜菴構成員 今回の検討は、まず最初にヒアリングという形で、各職能団体がどの領域であれば業務の拡大ができるのかというところを示されて、その中で事務局が整理して、行為の数を絞ってきたということになりました。そして、今回提示された22項目については、かなり事務局でも精査して議論が深まるような形で工夫して出しているのので、これまでになく議論が深めやすいなと私は感じております。

ただ、この22項目について、今日はそれぞれが意見を述べましたけれども、必ずしもこの22項目を全部採用するということではなくて私はよいと思いますので、今後それぞれについてしっかり議論して合意形成を目指すのが望ましいのではないかとというのが私の意見です。

その場合に、教育・研修をどう実施できるのかというところが一番大事なポイントにな

るのですけれども、限られた時間の中でどういうところまで研修ができるのかをしっかりと詰めるのはちょっと無理だろうなと思いますから、国民に対する安全がしっかりと担保できるような形で研修を構築するというのを合意して、この行為についてどうするかを決めざるを得ないのかなと感じます。

しかし一方で、それぞれのカリキュラム検討会をしっかりと受けて直していくことが想定されるわけですが、もう一つは、前回の議論の中で医政局長から、資格法についてのしっかりとした御発言をいただいて、それはそのとおりでなと思ったわけですが、一方で、資格の名称から今回議論している行為までが全て連想できるかということ、かなり幅が広がってきたなという印象もあります。ですから、そのあたりをよく含めて、残された回でしっかりと議論が深まる必要があるかと思います。

最終的には、それぞれの医療現場でこれらの職種にこの業務を託すかどうかという判断は、それぞれの医療現場あるいは医療機関で決めることになりますので、そのあたりもよく踏まえた上で今回の項目の合意を形成する必要があると、今日の時点では感じておりますので指摘させていただきました。

○永井（良）座長　どうぞ。

○秋山構成員　資料4「救急外来における検査等について」は、丁寧にまとめていただき、非常によくわかりました。ただ、私は事前に病院がオーソライズしたプロトコルがないと安心して働けないのではないかと思います。要するに、病院がオーソライズしたプロトコルの中でやるからこそ、安全も担保されますので、プロトコルの作成はマストではないかと思うのですが、「望ましい」とされたのは何か理由があるのでしょうか。

○土岐医事課長補佐　「望ましい」と書かせていただいていますように、事前にプロトコルを書面としてつくっておくことが望ましいというのは事務局としての思いですが、例えば、医師が救急車から直接電話を受けていて、あるいは救急にこういう患者が来ますという電話を直接受けていて、その患者であれば恐らくこうなので、これとこれとこれをやっておいてという事前の指示のあり方もあろうかと思います。そういった意味で、必ずしもプロトコルがなくても口頭で事前の指示を出すことは可能ではないかと考えています。

○秋山構成員　今のケースであれば、医師が診察を既に開始しているのでプロトコルによるは必要なく、個別の指示で動けると思います。

○土岐医事課長補佐　細かくて恐縮なのですが、医師法第20条の解釈では、基本的には対面して診療するというのが大原則、特に初診はそういう解釈をずっととってきておりますので、今の例だけで言うと、医師法第20条をかつちり当てはめると、電話で聞いた情報だけでそこまでの判断はできないのであろうと。ただ、今回は検査に関してはこういう整理をしておりますので、事前に検査のオーダーをすることはできるという整理をさせていただきます。

○秋山構成員　そうすると、なおのこと病院がオーソライズするプロトコルは必須だと考えます。

○永井（良）座長　どうぞ。

○権丈座長代理　先ほどの資料4は全体の話にも及んでいたのので発言させていただきます。

医療で守らなければいけない絶対基準というのは安全があると。この絶対基準があるよねというのをこの前話をして、それで安定的に医療制度がいろいろ運営されていたところに、黒船のような形で医師の働き方改革が来て、労働時間を調整していかなければいけないというところも、これはまた絶対基準として来るわけです。絶対と絶対をどう調整していくのだろうかということをお話して、タスク・シフトというのは決してただでできるような話でもない、どうしてもコストがかかってくるというところで、今回はそこまでの議論は資料1、資料2で、この部分のコストがかかってくるというのが資料3の中で追加的な教育・研修という形で加えられていったわけです。この前の資料に加えて、この1列がふえていったということです。それは我々のような文化系の人間から見ると、追加的な人的投資を行って労働力の質を高めて、絶対と絶対という2つの要請を調整していくというように見えるわけで、方法はそれしかないのではないかと同時に、それしかない方法の中でナローパスを通しながら結構前向きな議論がなされているのではないかとというのが私の感想です。

それと同時に、安全性は守らなければいけないというのは医療の場合の絶対なのですが、働き方改革という今までと全く異質なものが今来ているというところでは、この部分の調整は難しい話かもしれないのですけれども、この2つの基準を何とかして調整していかなければいけないというところで、この検討会が立ち上がったということを考えていくのが重要であると同時に、その方向で今進んでいるのではないかと考えて観察させていただいております。

○永井（良）座長　今村構成員どうぞ。

○今村構成員　今回は、今までよりも議論が深まったと、先ほど釜薙構成員からお話がありました。議論をしている22項目全てを認めるかどうかは議論の結果だと思っておりますけれども、資料3-1を見ても非常にまとまった表になってきているなどは思います。もう一点、事務局でもなかなか難しいお話だと思うのですが、行政の手続について私どももつまびらかに理解しているわけではないのでお聞きしたいのですが、例えば、省令、政令、法律事項ということで整理されていますけれども、例えば法律事項になれば、法律改正までの時間もかかりますし、カリキュラムを変えなければいけないということになれば、当然のことながらカリキュラムの変更のための検討会等で議論が行われますので、一定の時間がどうしてもかかると思います。さらに、研修といっても財源の問題、それを教える人の負担の問題も当然出てくるわけで、2024年と2035年末という2つの大きな時間的な区切りがある中で、これらの行為を変えるというのは、少なくともどこをターゲットにしているのでしょうか。漠然とはわかりますけれども、法律改正するなら2024年は間に合わないとか、ここは2024年以降の2035年までの1,860時間を960時間にするためのタスク・シフトであるとか、両方兼ねているのだとか、そういうイメージだけでもわかれば掲げていただ

くとありがたいなと思っていますが、いかがでしょうか。

○土岐医事課長補佐 基本的には、法律改正を伴うものも含めて2024年までに施行して、現場で進めていただくことを前提として我々は議論していただいているつもりです。

○今村構成員 もし、そうだとすると、研修の人材やコストをどうするかという具体的なことも示していただきたい。実際の教育・研修がちゃんと現場の負担がそれほど大きくなるのだということを示していただかないと、法律を改正しても絵に描いた餅になってしまうので、そこのところもきちんと全体像が見えるようにしていただきたいと思います。2024年という、時間的に相当大変な話だと思いますので。

○永井（良）座長 これは場合によっては学校教育のほうにも関係してきますね。単なる卒業後の話ではないということですね。

猪口構成員どうぞ。

○猪口構成員 このタスク・シフトをぜひ進めたいと思っている理由は、まさにそこで、2024年というのはあと4年しかなくて、そこで否応なく医師の働き方を変えなければならないわけですよね。そうすると、ある程度目標を定めて次から次へという言い方もおかしいですが、かなり詰めた議論を持っていかないと、とても時間的に間に合わないという気はしております。ですから、ぜひそこは前向きに議論を進めていきたいと考えています。

○永井（良）座長 本当は、看護師の特定行為研修の議論のときにこういう話をすべきだったのですが、あのときはまだそれを口に出せない状況で、チーム医療ということで話が整理されました。でも、今は全面的にタスク・シフトということが語れるようになったわけで、それだけに少し後手に回っていますけれども、できるだけ前向きに検討していく必要があると思います。

大体時間になりましたので、本日はここまでとしたいと思います。

次回の日程について、事務局から御連絡をお願いいたします。

○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。

本日は、ありがとうございました。

○永井（良）座長 それでは、きょうは、これで終了させていただきます。どうもありがとうございました。