

2020-2-19 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6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6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、釜沼構成員より、永井康徳構成員、馬場構成員より、欠席との御連絡をいただいております。また、斐構成員におかれましては、多少遅れ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。お手元の資料を御確認ください。

資料1～資料4までと、また、参考資料として1～6まで御用意させていただいておりますが、不足等がございましたら、事務局に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、永井座長よろしくをお願いいたします。

○永井座長 ありがとうございます。では、議事を進めてまいります。

本日の議題は、

1. 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業務について
2. 現行制度上実施可能な業務の推進について
3. 「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における救急救命士の検討の状況について（報告）
4. その他

となっております。

では、議題1の前に、資料1の「これまで議論のまとめ」について事務局から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。

まず、資料1の御説明をさせていただきます。これまでの議論のまとめについてということで、前回同様、新しくいただいたコメントを追記する形にしてございます。第5回については、具体的な御意見については資料2で細かく書いてございますので、追記している部分多くはございませんが、例えば7ページ目、下から2行目の□、資格法の原点に立ち返るべきだというような御指摘、あるいは、8ページ目、制度上、実施可能な職種にあ

るからといって、全ての当該職種が実施するという話ではないというような御指摘、あるいは、9ページ目一番下でございますけれども、最終的なタスク・シフト／シェアの判断は、それぞれの医療現場で決めることになるので、それを踏まえた合意の形成をする必要があるというような御意見を追記してございます。

10ページ目、11ページ目、12ページ目は、従前よりお示ししている資料になりますけれども、繰り返しになって大変恐縮ですが、11ページ目、12ページ目でございますとおり、第3回で、現行制度の下で実施可能な業務、明確に示されていない業務について御議論いただきまして、第2回、第4回、そして、第5回で、現行制度では実施できない業務について、それらの要件や、教育・研修の在り方を踏まえて御議論をいただいたというところでございます。

13ページ目は、検討のスケジュールについては、13ページのとおりでございます。

参考資料4でございますけれども、委員より御指摘がございました、今後の見通しについて、参考資料としておつけしてございます。

おめぐりいただいて、1ページ目、「2024年に向けたタスク・シフト／シェアの見通し」ということで、2024年に医師の時間外労働の上限規制が適用されますが、それに向けて「現行制度の下で実施可能な業務について」、あるいは、「法令改正が必要な業務について」のスケジュール感を記載してございます。

2ページ目には、参考として、平成26年の業務範囲の見直しを行った際のスケジュールについて記載をしております。

事務局からの説明は、以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

では、「これまでの議論のまとめ」についての説明について、御意見等がございましたら、御発言をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

後の議論の中でも、さらに、御意見追加していただければと思います。

○今村構成員 確認させてください。

参考資料4の「法令改正が必要な業務について」で、最終的には一定の研修が必要になってくると思うのですが、関係法令を改正する議論をする中で、研修の内容をあらかじめ決めておいて、法令改正が終わった後に、すぐにその研修を行うということなのでしょうか。タイミング的に、2024年までにこの絵に描いているような改正の施行から実施までの間の期間がそんなに長くないように見えるので、その辺の研修との関係はどのように考えておられるのか、教えていただければと思います。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。お答えします。

御参考におつけしている2ページの平成26年改正の例も御覧いただきながら聞いていただければと思いますけれども、御指摘のとおり、1ページでは、関係法令を改正というところと、教育・研修の見直しを検討というところを並行して書かせていただいております。

これは、平成26年改正の際、法案の国会提出を平成26年2月に提出しております。提出後に、法案成立を待つことなく、厚労科研で研修内容についての研究を開始しまして、法案の審議と並行して、カリキュラムについての検討を行っていたという過去の経緯がございます。

成立・公布後、なるべく速やかに教育内容、カリキュラムの内容についての研究を取りまとめ、なるべく早期の施行に向けてその研修を実施していくという運びになろうかと思っております。

そういった意味で、1ページの表につきましても、関係法令を改正ということと具体的な教育・研修の見直しの検討は、並行して書かせていただいております。改正された際には、研修を実施して、速やかな施行につなげると考えております。

○今村構成員 ありがとうございます。

中身に反対しているとかそういうことではないのですが、例えば、研修を修了した方が即その病院の中で当該行為ができるようになるということではなくて、前からお話があるように、院内のマネジメントとか、病院の中の様々な職種の体制の在り方みたいなことも、当然、同時に議論をしておかないと、せっかくそういう研修を受けた方が活用できないみたいな話にならないように、そこは相当早目早目に対応をしていただくようお願いをしたいという意味で申し上げます。

○永井座長 ほかによろしいでしょうか。

それでは、議題に移ります。

「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業務について」

前回、3職種の業務に絞って、それぞれの職種ごとに御議論をいただいたところです。

今回も同様に進めていきたいと思っておりますけれども、とりわけ、3職種に共通する行為として「静脈路の確保」がございました。当該業務については、3職種あわせて御議論いただき、その他の業務については、職種ごとに議論していただくことにしたいと思います。

では、資料の順番で、「静脈路確保」と「それに関連する業務」について事務局から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2について御説明させていただきます。

資料2をおめくりいただいて、1ページ目でございますが、本資料は前回と同様、タスク・シフト／シェアを推進する3つの要件として、いずれも該当するとされたものと3つの要件のうち、要件1、3に該当する、要件2に該当しないとされた3職種の業務について並べたものでございます。

座長からお話いただいたとおり、3職種に共通する「静脈路確保」と「静脈路の確保に関連する業務」は、まとめて記載をしております。

また、研修についても、前回お示しした(a)～(c)の方針を記載しております。

前回、具体的なイメージとして、別に資料を作ってございましたけれども、今回の資料

では一枚にまとめて作成をしております。

また、今回、研究班の調査のうち、一定の整理ができた項目について、一つ一つの業務時間の分数を記載するという形で資料を作成してございます。

2 ページ目からでございますが、「静脈路の確保」として、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士についてでございます。診療放射線技師については、静脈路を確保し、造影剤注入装置及びRI検査医薬品を注入するための装置を接続する行為、臨床検査技師については、採血に伴い静脈路を確保し、電解質輸液（ヘパリン加生理食塩水を含む）に接続する行為、臨床工学技士については、手術室等で生命維持管理装置を使用して行う治療において、当該装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続するために静脈路を確保し、それらに接続する行為ということで、文言についても事務局で整理をさせていただいております。

また、下の枠囲いの中、「第5回検討会でいただいた意見」として、前回いただいた御意見についてこちらでまとめて記載をさせていただいております。

また、臨床検査技師の必要な研修については下線が引いてあるかと思いますが、前回いただいた御議論に基づいて、前回、こちらは必要な臨床検査技師については（b）と記載をしてございましたが、今回（c）と記載を改めてございます。

おめくりいただいて、3 ページ目、「静脈路の確保に関連する業務」として、診療放射線技師については、RI検査医薬品を投与するためにRI検査医薬品を注入するための装置を操作する行為、当該造影剤及びRI検査医薬品の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為、また、臨床工学技士については、手術室等で生命維持管理装置を使用して行う治療において、輸液ポンプやシリンジポンプを用いて薬剤を投与する行為、手術室等で生命維持管理装置を使用して行う治療において、当該装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続された静脈路を抜針及び止血する行為、ということで記載してございます。

また、これらについては第5回で特に御意見をいただいておりますので、「特になし」と記載をさせていただいております。

4 ページ目は、イメージということで前回お示しをしたものに、多少の文言の修正に加えて、例えば、一番上、「静脈路の確保（約5分）」というふうに分数を記載してございます。こちらは先ほど御説明申し上げたとおり、研究班のほうで収集したデータに基づいて、事務局で整理をした数字でございます。

また、丸枠の中では、改正後、どのような軽減策につながるのかということ、事務局で整理をして、記載してございます。

事務局からの説明は、以上になります。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明に、御質問・御意見いかがでしょうか。

今村構成員。

○今村構成員 ありがとうございます。

今までも、示されてきたそれぞれの職種の方が医師に代わって行うことによって、月当たりの効果がどのくらいあるかということで書かれている時間と、それから、今回4ページにお示しいただいている、例えば静脈路確保は5分と書いてあるのですが、これの関係について教えてください。つまり、最終的な目的は、それぞれの診療科の医師の労働時間をどれだけ短くできるかというお話だとすると、一人当たりの医師の労働時間が5分短くすることができ、そのことの合計が、2ページ、3ページにある、この時間減になるという整理でよろしいでしょうか。

○松浦医事課長補佐 御質問ありがとうございます。

先生御指摘のとおり、もともとお示ししていた時間は、それぞれのある医療機関において、ある医師がある医療機関で何件くらいその行為があるので、大体医師一人当たり何時間くらいだろうということで推計したものでございました。

その前提として、研究班のほうで、その行為一つ一つがどれくらいの時間のものなのかというデータがございましたので、その一つ一つの行為が、先生御指摘のとおり、何分くらいなのかということがイメージできるような形でお示しをしている数字でございます。先にお示ししていた月当たりの効果の前提となるような数字でございます。

○今村構成員 その両方の数字はつながっているという理解でよろしいということですね。

○松浦医事課長補佐 御指摘のとおりです。

○今村構成員 ありがとうございます。

○永井座長 ほかにいかがでしょうか。

秋山構成員。

○秋山構成員 今回、臨床検査技師の静脈路確保についての必要な研修案が、安全性の観点から（b）から（c）に変更されよかったと思っております。一方、臨床工学技士は、内シャントに穿刺していて、留置針の扱いには慣れていると思うのですが、穿刺している部位がシャントに限られていますので、神経の走行に注意しながら刺す血管を選んで穿刺することは行っていないと思います。

逆に、臨床検査技師は、神経の走行も注意しながら血管を選んで採血されているため、臨床検査技師のほうで熟練されていると考えると、安全性の観点からは、臨床工学技士の「必要な研修」も同じように（c）であるべきではないかというふうに思いますが、いかがでしょうか。

○永井座長 事務局いかがですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘ありがとうございます。

まさしくそういった観点でどのような研修が必修化されるかどうかということは、この場でいろいろと御意見をいただきたいと思っております。御指摘のとおり、静脈路確保する部分はどういう血管が走行しているかということに関して、現状の教育や研修の内容には含まれていないことかと考えられますので、そういった観点では、その研修をより質の高いものにしていくということは十分考えられると考えております。

○永井座長 ほかにいかがでしょう。

では、先に根岸構成員、その後、今村構成員。

○根岸構成員 ありがとうございます。

秋山構成員がおっしゃったように、確かに臨床工学士も一番最初はそういったことは全くなさっていないので、同じような研修を受けたほうが、患者の皆さんにも信頼を得ることができるかなと感じます。

○永井座長 今村構成員どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

4ページの臨床検査技師のところで、「採血（5分）」、「静脈路確保（5分）」と書いてあるのですけれども、これは連続した行為としてやるという話なのでしょうか。それぞれ別々にあって、採血はないけれども、静脈路確保だけするというのを、両方書いているのかちょっとわかりません。例えば、静脈路確保を前提とした採血だったら、1回やったら終わりなのではないか。これを別々にあえて5分・5分と書いている意味がよく分からなかったのです。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘ありがとうございます。

この研究班でどの程度時間がかかっているかということは、できるだけ細かく取っていただくようにということで我々としてもお願いしましたので、実際に一連の行為であったとしても、実際に採血していたところと同じ一連の行為でも、その後、静脈路を確保して固定するようところで、一定の5分・5分の中で境目を作ってカウントしてもらったということでございます。本来であれば、ここは一連の行為としてやるのであれば、トータルで10分とかというような記載が、正しいかとは思っております。便宜的にこのようにカウントしてもらっているので、記載がこのようになっていくということでございます。

○今村構成員 わかりました。

静脈路をまず確保して、その後に採血するという行為が、順番は具体的にいろいろあるけれども、一連の行為としてということですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 もちろん、ここに記載されているのは、ルート確保を前提とした採血でございますので、採血をして、その一連の流れでルート確保をして、最後、固定するというところまでをトータルで10分とカウントしたというのが正しい理解でございます。

○今村構成員 わかりました。

○永井座長 よろしいですか。

齋藤構成員。

○齋藤構成員 臨床検査技師の静脈路確保が必要な研修として（c）になったということは、私も評価をしたい。今、実際に採血の業務ができる臨床検査技師が、やられていて、その上で（c）だとすると、現状静脈路確保のような業務を行っていない診療放射線技師とは、同じ（c）でもその前提が違うと思います。

医師の勤務時間の短縮の観点からは、参考資料4に記載のある法令改正をして、カリキュラムを見直し、診療放射線技師に静脈路確保を認めるスケジュールを待つよりも、現場にいる看護師が担ったほうが、非常に現実味のある方策だと思います。造影剤注入のための血管確保というのは、すでに多くの病院で看護師が行っているもので、2024年までに、より一層にやれるように進めていくほうが、医師の勤務時間の短縮にははるかに効果的なのではないかと思えます。

臨床検査技師と診療放射線技師の必要な研修が同じく（c）になっていますけれども、前提となる現行カリキュラムが全く違っているため診療放射線技師の静脈路確保については、医療安全や効果という観点から、反対の立場をとりたいと思っています。

また、3ページ目の臨床工学技士の22番は、「手術室等で」と限定されています。「手術室」は医師がそばにいるというのはよくわかるのですが、この「等」がつくと場が広がると解釈できるのですが、その場がどこまでになるのかということは限定できるのかということを知りたい。

さらに、薬剤の投与については、「3要件」の②「従来の業務の技術的基盤の上にある隣接業務」と考えられるのかということを見ると、私は該当しないのではないかと考えています。生命維持装置の種類を見ると、相当侵襲性の高い薬剤投与になっていますので、追加研修等々でなかなかやれる範疇ではないかと考えています。

こういうふうと考えていくと、例えばICU等で、医師のいないときに薬剤が投与されてしまうことも状況としては考えられる。具体的な指示の下で実施することということは、そばに医師がいるということを保証することでもないと思いますので、そこをどう考えるのかということについては少し疑問に感じているところです。

○永井座長 今の御意見について、いかがでしょう。

事務局お願いします。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

まず1点目の研修の程度の部分について、少し御説明させていただきます。

この必要な研修の（a）（b）（c）という区分けにつきましては、研修の義務づけの程度を分けているものになりますので、同じ（c）がついたからと言って、同じ程度の内容の研修を実施するというものではないということです。当然、その職種が新たにやる行為に必要な内容の研修については、しっかり検討した上で行っていただく形になるかと思っております。

それから、2点目の「手術室等」がまず限定できるのかということですが、臨床工学技士の業務範囲として書かせていただいていますので、「手術室等」としているのは、基本的には、生命維持管理装置を当たり前のように使用している場で臨床工学技士が活躍されているということで、その範疇でできる行為を広げましょうと御提案いただいているものと捉えております。そういった意味で「手術室等」という記載をさせていただいておりますし、生命維持管理装置の操作が主たる業務である臨床工学技士の職種のそもそ

もの成り立ちを考えれば、そこは解釈上、おのずと、できる場所についても限定されてくるものと思いますし、さらに、法令でどこまで明記できるかわかりませんが、手術室とかICUといった場所の限定をかけていくことは一定程度可能かと思っております。

それから、ICUで医師がいない場合に行われたときの懸念の御意見もございました。ここにつきましては、ほかの職種の法令を見ている、医師の立会いの下に実施することを要件にしている行為もがございます。ここでの御意見を踏まえて、立会いを要件とするこも含めて検討をさせていただければと思います。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、猪口構成員、それから、今村構成員。

○猪口構成員 今、このタスク・シフト／シェアを進めるということは、近視眼的に今はやってないからという話ではなくて、将来的に、十分な研修や教育カリキュラムの上でやれるようにしていくことが、病院の運営とか安全な医療行為につながって行って、タスク・シェアにつながっていくという議論だと思いますので、現行が駄目だからこうという話ではなくて、将来を見て、ぜひ、そういうカリキュラム、研修の上でやれるようにしていこうという前向きな議論でお願いしたいと思っております。

○永井座長 今村構成員どうぞ。

○今村構成員 先ほど齋藤構成員から、看護師がやったほうが医師の働き方に資するというご発言がありました。看護師にやっていただくということが我々医師は日頃からありますので、同意する一方、この資料にも看護師の負担軽減も図ると記載があります。医師が様々な行為を看護師にお願いすることで、看護師の負担が増えることについて、ここで看護師の負担軽減ということも書かれているという意味はすごくあると思っていて、先ほどの齋藤構成員のおっしゃるように、全部看護師が行う場合の負担について、どのようにお考えになっているのかを確認をさせていただければと思います。

それから、臨床工学技士の下に、あえて、「医師と協働して行う」という※がついているのですけれども、これは先ほど御説明あったように必ずその場に医師が立ち会って一緒にやるということを前提にしているという理解でよろしいのでしょうか。この点については、事務局に教えていただければと思います。

○土岐医事課長補佐 今、御指摘の点については、まさにそういったことを想定して、このような記載をさせていただいています。

○今村構成員 ということは、医師がいないところで行うことはあり得ないという前提ということですね。

○土岐医事課長補佐 はい。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかに。

青木構成員。



○青木構成員 青木でございます。

2点でございます。まず1点ですけれども、臨床工学技士の薬剤の投与というところですが、我々は、既に、例えば人工心肺装置操作中、血液透析装置操作中に、昇圧剤も含めて様々な医薬品を投与させていただき対応させていただいていますので、そういった意味でも十分対応可能なことではないかと思っております。

それから、もう一点、診療放射線技師の静脈路確保ですけれども、こちらは診療放射線技師会のほうでぜひコメントをとということですので、許可いただければと思います。

○永井座長 どうぞ。

○熊代氏 御指名ですので、発言させていただきます。

前回、座長のほうから先進事例について少し御質問があり、そのときに少し述べればよかったですけれども、海外の先進事例としては、米国、イギリス、オーストラリアがございます。今日は米国の事例について少し説明させていただきます。

Radiology Practitioner Assistant (RPA) という制度がございまして、このRPAの資格を取得するためには、診療放射線技師の資格を取得した後、正式な認可を受けた2年間のCertification Board for Radiology Practitioner Assistants (CBRPA) の認定を受けた教育プログラムを修了し、このCB-RPAの認定試験に合格した者に与えられる認定資格です。この資格を取得することによって、実質的に可能な行為としては、静脈内注射、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及び医療画像処理における学生の監督であります。また、その他、実施可能な行為としては、エックス線透視下における全ての処置、異常と正常を区別するための撮影法の評価、放射線科医への技術報告書の提供に加えて、関節造影撮影あるいは体液の排出、採血等の生体試料の採取、経鼻胃管と注腸管の留置、骨髄撮影などの侵襲的な手技を多く実施しております。

これを我が国に当てはめるには国家試験取得後、大学院の修士課程に相当する教育が必要ですので、現行制度で実施することは困難と思われれます。現在、これを我が国では、看護師が実施している特定行為に相当する行為だと思いますので、診療放射線技師も同様にこのような研修・実習を行うことによって、特定行為に関わる研修を修了した者に限り静脈穿刺を含め、侵襲的な検査関連行為を業務として扱うことが可能ではないかということを提案したいと思っております。

以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

事務局どうぞ。

○土岐医事課長補佐 誤解があるといけませんので、追加で説明させていただきますと、看護師の特定行為につきましても、あくまでも、もともとの看護師が診療の補助としてできる範囲内の行為を限定して、それを実施するための要件を法定化したものでございます。

今、御提案のあったものにつきましては、今の診療放射線技師ができる行為とは別のものを規定していますので、そこが同じような枠組みではないということを説明させていた

できます。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、議論を先へ進めさせていただきます。「診療放射線技師」の業務についての資料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。

続いて、5 ページ目でございます。診療放射線技師の「動脈路からの造影剤の注入」として、「動脈路に造影剤注入装置を接続する行為（動脈路確保のためのものを除く）、造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為」ということで、事務局として、文言を整理してございます。

第5回では、特に御意見はいただいている状況でございます。

6 ページ目でございます。「下部消化管検査のため、注入した造影剤及び空気を吸引する行為」こちら、現行は造影剤及び空気の注入はできますので、吸引する行為について記載してございます。

下については、「上部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤を注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為」ということで、いただいた御意見を下の四角の中に記載してございます。

続いて、7 ページ目でございますが、「医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して、超音波検査を行う」ということで、こちらも特に御意見をいただいけません。

放射線技師については、以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

ただいまの御説明に、御意見いかがでしょう。

○今村構成員 ちょっと関連してよろしいですか。

○永井座長 はい。

○今村構成員 6 ページの鼻腔にカテーテルを挿入というのは、どこまでの深さで入れるということなのでしょうか。検査の中身はよくわからないのですけれども、鼻腔からという意味ですか。

○松浦医事課長補佐 御質問ありがとうございます。

今回、鼻腔からカテーテルを挿入する行為については、タスク・シフトの検討項目には入ってございませんが、鼻腔からカテーテルを挿入するという行為が前提となって、その鼻腔にあるカテーテルから造影剤を注入するところについての検討をしているということでございます。

○今村構成員 診療放射線技師は、カテーテルは挿入しないで、既に、医師もしくは看護師が挿入したカテーテルから造影剤を注入する。カテーテルは別の場所で挿入するということですね。わざわざ、医師・看護師が造影剤を注入するために撮像室に行く必要がないというふうに書いてあるので、これを注入する場所は、カテーテルを挿入した場所ではな

いところという想定なのですよね。

○加藤医師養成等企画調整室長 そのように想定しております。

○今村構成員 誰が確認するかという問題があると思うのですけれども、例えば、病室でカテーテルを入れ、それが確実に胃の中に入っているという確認がないままに、例えば撮像室で造影剤を入れるということが起こると事故につながってしまうので、その辺はどのように安全性を担保するのか。当然、入れた人が確認するのは当たり前のことなのかもしれませんが、例えば、どういう確認するかという方法もあると思いますし、その確認の精度も多分あって、確実に目的の場所にカテーテルが入っているという責任の問題もあるのではとあって、そこら辺はどのように考えていますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

先ほど御説明させていただいたとおり、カテーテルの挿入と確認までは、これは明確に医師と看護師が行うという前提でございます。

特にこれを想定しているのは、カテーテルが入った患者さんが透視室にいらっしゃって、透視を行いながら造影剤を注入することとかが想定されておりますので、その透視においては、カテーテルの先端部分がどこにあるのかということは十分確認できると思いますので、そういった行為を想定しております。

○永井座長 ほかによろしいでしょうか。

それでは、続いて、資料2の「臨床検査技師」の業務についての説明をお願いします。

○松浦医事課長補佐 続いて、8ページ目を御覧ください。臨床検査技師についてでございます。

1つ目、「肛門にバルーンを挿入し、バルーンに空気を注入して圧を測定する直腸肛門検査」、続いて、「持続自己血糖測定検査（皮下の間質液で測定する測定器を装着する行為を含む）」ということで、前回、特に御意見等はいただいております。

おめくりいただいて、9ページ目ですが、「運動誘発電位・体性感覚誘発電位に係る電極装着（針電極を含む）・脱着」、続いて、「経口、経鼻又は気管カニューレ内部から喀痰を吸引して採取する行為」で、こちらも特に御意見はいただいております。

10ページ目ですが、「消化管内視鏡検査・治療において、医師の立会いの下、生検鉗子を用いて消化管から組織検体を採取する行為」ということで、いただいた御意見については記載をしております。

続いて、おめくりいただいて、11ページ目でございます。1つが、「静脈路に成分採血のための装置を接続する行為、成分採血装置を操作する行為」。続いて「超音波検査に関連する行為として、静脈路に造影剤を注入するための装置を接続する行為、造影剤を投与するために造影剤を注入するための装置を操作する行為」ということで、記載をしております。

事務局からの説明は以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

ただいまの説明に、御質問いかがでしょう。

木澤構成員どうぞ。

○木澤構成員 9ページの14番で、臨床検査技師が「経口、経鼻又は気管カニューレ内部からの喀痰を吸引して採取する行為」というところでは、図のところ誘発するということがあると書いてあるのですけれども、これは吸入の指示をもらって臨床検査技師が実施をして、誘発をするという流れということでしょうか。

○松浦医事課長補佐 御指摘のとおり、医師が誘発をする指示を出して、吸入器を手渡すということも想定して、コメントとして※で書いているということでございます。

○木澤構成員 指示をして、それをどなたが実施して、吸入器の管を渡すだけではなくて、スイッチを入れて、その指示を実行するということが入ると思うのですけれども、この流れですと、ずっと一連の流れを臨床検査技師が吸入の指示を受け喀痰の誘発で採取するということになると思うのです。

○加藤医師養成等企画調整室長 吸入自体は、特にこれは生理食塩水による吸入を想定しておりますけれども、用意をして、最終的に患者が自分の口元に持って行って吸入する行為自体は、これは医行為ではないと整理されていると考えられますので、そこはこの整理の中では含んでおりませんが、御指摘のとおり、吸入の後、吸引によって喀痰するというところをここでは表現しているということになります。

○木澤構成員 看護師になるかと思うのですけれども、どなたかがその医師の指示を実施する人がいるのか。

○加藤医師養成等企画調整室長 吸入器にそれをセットする行為を誰がするかということでしょうか。

○木澤構成員 セットするのはどなたでも可能だとは思っているのですけれども、その吸入を実施すること。医師が「吸入をしてください」と言ったのを、臨床検査技師が実施するということでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 その行為自体は特に医行為でもないもので、セットしたものの手渡し、スイッチを押す行為というのは、御本人でも臨床検査技師でも実施していただくことは可能と考えております。

○木澤構成員 という解釈ということによろしいですね。

○加藤医師養成等企画調整室長 はい。

○永井座長 ほかにいかがでしょう。

秋山構成員。

○秋山構成員 前回までは、「検査のための採痰」ということだったので、余り吸引ということは考えていませんでした。「3要件」の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）が「該当する」になっていますが、臨床検査技師は吸引に類似する業務をやられているのでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 実際にも可能なのは、咽頭拭い液を採る行為ということ

で、口腔内や咽頭後壁も含めて検体を採取する行為自体はやっておりますので、吸引をするということは、もちろんカテーテルを使ったものは現状されておられません、解剖学的な構造を理解した上で、もともと咽頭拭い液を採るということはされていたので、一定の技術的基盤の上に行われているとは言えると解釈しております。

○永井座長 猪口構成員どうぞ。

○猪口構成員 これはちょっと整理しておいたほうがいいかなと思うのは、臨床検査技師がもし吸痰をするということになると、これは臨床の現場で、看護師も含めて、介護者も今は吸引をするということで、これは呼吸を窒息させないようにする治療行為だと思うのです。臨床検査技師がやる場合には、これは、むしろ、痰を採って、そこを培養するかという検査行為に当たるのかなと思うので、ちょっと違うジャンルかなという気がしております。

それから、もう一つは、臨床検査技師がやるならば、その痰を採取して、それを培養にかけるということは非常に役に立つだろうと思います。これは、例えば、採血したときに、それを今度培養に入れるということで、一連の行為で培養行為ができますので、そういうようなときに類する行為として喀痰を吸引するというような理解のほうが分かりやすいのかなと思います。

○永井座長 よろしいでしょうか。

今村構成員どうぞ。

○今村構成員 11ページの16番目ですけれども、臨床検査技師の行為の前に、医師、看護師が静脈路確保というふうになっているのですけれども、そもそも静脈路確保については、冒頭、臨床検査技師ができる行為にするかどうかという議論があるのに、ここで、あえて、別に書いているというのは、この成分採血については違った扱いをするという意味で書かれているのでしょうか。

○松浦医事課長補佐 この表記は、現行法令上できるかできないかということに記載しておりますので、今回のこの成分採血装置の文脈で言うと、現行法はできないということに記載しているということでございます。

○今村構成員 いや、そうではなくて、「改正後」というところもそうなので。

○松浦医事課長補佐 先ほど、静脈採血のところは改正されるということになれば、こちらはできる行為になるということかと思えます。

○土岐医事課長補佐 確かに、資料の作り上分かりにくい形になっておりまして、大変恐縮です。

もともとこの項目の改正を行った場合に、改正前、改正後でどうなるかという整理でこのページを作成しております。

御指摘のことにつきましては、確かに、静脈路確保とそれに関連する業務を前に持ってきている関係上、そこの関係がどうなのかという部分については、もう少しきちんと整理したほうがよかったという部分では反省もございますので、次回以降、もし、これをお

示しすることがあれば、御指摘も踏まえたものにしたいと思います。

○今村構成員 ありがとうございます。

ということは、大前提として、静脈路確保ができるようになれば、成分採血であろうが何であろうが、ここは一連の行為になるという理解で受け止めればよろしいですねということですね。

○土岐医事課長補佐 はい。

○今村構成員 ありがとうございます。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

先ほど、9ページの14番の項目に関して幾つか御議論いただきましたけれども、これは、この記載ぶりですと、「吸引して採取する行為」で止まっておりますけれども、これはあくまで培養の検査に出すことを前提に行う行為でございますので、その点、もう少し分かりやすくなるように、記載ぶりを工夫したいと思います。

○永井座長 よろしいでしょうか。

では、続いて、「臨床工学技士」の業務について、資料2で説明してください。

○松浦医事課長補佐 事務局でございます。

12ページ目を御覧ください。臨床工学技士についてでございます。

まず1つ目、「血液浄化装置の穿刺針その他の先端部の動脈表在化への接続又は動脈表在化からの抜去」。続いて、「心・血管カテーテル治療において、生命維持管理装置を使用して行う治療に関連する業務として、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為」ということで、前回、特に御意見はいただいてございません。

続いて、おめくりいただいて、13ページ目でございます。「手術室等で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持する行為、術野視野を確保するために内視鏡用ビデオカメラを操作する行為」ということで、こちらも前回特に御意見はいただいておりません。

事務局からの説明は以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

今の点、いかがでしょう。

木澤構成員。

○木澤構成員 事務局にちょっと確認ですけれども、「必要な研修」の(a)(b)(c)の区分けですが、(b)は研修を推奨する、(c)は義務化というところでお間違いないでしょうか。

○松浦医事課長補佐 (a)(b)(c)については、1ページ目を御覧いただければと思います。1ページ目の中ほどの点線四角にあるとおりですが、(b)については、まず養成課程において必要な教育内容として明確化するという話と、法令による研修の受講の義務づけは行わないというところがございます。実施に当たっては、職能団体が実施する研修を受けることを求めるということがございます。(c)については、先生御指摘のと

おり、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。そこが（b）と（c）の違いということで、御理解いただければと思います。

○木澤構成員 わかりました。

それでは、13ページの21番ですけれども、内視鏡用ビデオカメラを保持するときの行為を、この場合は医師がすぐ近くにおいて医師の監督下ということにはなるのですけれども、そういった業務でも、（c）という扱いになるということですか。

○松浦医事課長補佐 御質問ありがとうございます。

「3要件」について、（a）（b）（c）というところにおいて、要件2のところは「該当しない」と整理をしたものについては、事務局としては（c）に整理をしているというところで、今、御提案させていただいてございます。

○木澤構成員 もし、そうであれば、先ほど「具体的指示」ということがありました。あと、それに対して「包括的指示」というのがあるのですけれども、その具体的指示をすればできるかというよりは、医師が監督下にあるかというところの視点があると思うので、例えば、先ほどの10ページの15番の内視鏡のときの生検鉗子は、必ず医師がすぐ隣にいますので、そういうところの（a）（b）（c）の区分けも少し御考慮いただけるとよろしいかと思います。

以上です。

○松浦医事課長補佐 ありがとうございます。

事務局のほうで、検討させていただければと思います。

○永井座長 ほかに。

今村構成員どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

今日、オブザーバーで3団体の方も御参加いただいているので、ぜひ教えていただきたいのは、これは最終的にどのような結論になるかは別として、今、挙げられているよう業務ができるようになるということは、ある意味業務の負荷につながることで、現在のそれぞれの職種の人数で対応可能だという理解でよろしいのかどうかを教えていただきたい。つまり、結局、業務を増やしたら人が足らなくなるのだから、どんどん増やさなければいけないよというようなことにならないかどうかの確認をさせてください。

○永井座長 では順番に、薬剤師会からお願いします。

○葉原氏 薬剤師会はこちらのほうに資料が入ってございませんので。

○永井座長 では、診療放射線技師会からお願いします。

○熊代氏 診療放射線技師会ですけれども、現在、CTの造影検査につきましては、看護師が静脈路確保するのを我々はウェイティングしている状態でございます。また、造影剤を自動注入器で注入する行為をすでに我々は行っておりますけれども、その後は抜針、止血という行為ですので、時間的なロスはほとんどなく、効率的な実施が可能ではないかと思えます。

RI検査に関しても同様に静脈路確保、放射性医薬品注入、抜針・止血が終わるまで待機していますので、これらの業務が診療放射線技師にシフトされたとしても、同様に人員の補充は施設の規模にもよりますが、ほぼ不要と思われます。注入器等の廃棄処分も看護師が一連で行っているのですけれども、放射性物質を扱うという観点から言えば、診療放射線技師が一連の行為として行ったほうが放射線安全管理上、妥当ではないかと思えます。

以上でございます。

○永井座長 臨床衛生検査技師会からお願いします。

○丸田氏 ありがとうございます。

臨床検査技師は、たくさん仕事を抱えてやっている現状がございます。そういった中で、タスク・シフトということで、当会といたしましては、業務の整理とか、効率化についての啓発をしているところです。そういったところでマンパワーを生み出して、そして、タスク・シフトに資するような業務に参画していくというようなことを推奨しております。

あと、定年後の再雇用が、今、かなり加速しておりますので、そういった方々の活用ということも十分に考えられる方法だと思っています。

以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

青木構成員。

○青木構成員 臨床工学技士についても述べさせていただければと思います。

12ページの18番の動脈表在化の穿刺、それから、除去。それから、20番の心・血管カテーテルの部分、これにつきましては、両方とも我々既にこの治療の場に多く配置をさせていただいておりますので、十分対応可能だと考えております。

また、13ページの内視鏡下手術の視野確保の部分ですけれども、こちらはどちらかといいますと、新しい業務になってまいります。我々は、透析部門にかなりの部分が配置されておりまして、そういったことの自動化とか、あと、透析患者の減少というようなことも懸念もされます。そういったことを考えますと、十分に配置のバランスをとりながら、対応させていただけると考えております。

○永井座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

それでは、続いて、次の議題にまいります。「現行制度上実施可能な業務の推進について」資料3に基づいて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3を御覧いただければと思います。

ページめくっていただいて、1ページ目でございます。本資料は、ヒアリングで御提案いただいた現行制度上実施可能な業務についてまとめて整理をしたものでございます。各医療機関において、特に推進するものについて、下記の考え方で整理をして、職種ごとにお示しをしたということで、◆が5つ並んでおりますが、「医師側団体から提案された業務」「特に長時間労働を行っている」とされている診療科や複数診療科に関連する業務」「あ



る病院における業務時間の実態に基づき月間の削減可能な時間数の推計が大きい業務」「説明や代行入力といった職種横断的な業務」「これまでの通知等でタスク・シフト／シェア可能な業務として示された業務」と、こういう大きな5つの考え方で業務を選定したというところがございます。

おめくりいただいて、2ページ目が当該業務になってございます。特に推進するものとして、業務別まとめとして、「職種に関わりなく特に推進するもの」と「職種ごとに推進するもの」と大きく分けてございまして。「職種に関わりなく特に推進するもの」として、これは大きく4つ、「説明と同意」「診察前の予診・問診」「各種書類の下書き・仮作成」「患者の誘導」ということで、職種ごとの専門性に基づき実施していることを書かせていただいておりますが、それぞれのヒアリングを踏まえて、大きく4つ整理してございます。

「職種ごとに推進するもの」については、下記のとおり、助産師、薬剤師、診療放射線技師、臨床工学技士、看護師、臨床検査技師、医師事務作業補助者ということで、ヒアリングを踏まえ、文言についても事務局で整理をしたものでございます。

おめくりいただいて、3ページ目「具体的な普及・推進策について」ということで、改めて、事務局のほうでこれまでの議論を踏まえて整理をしたものでございます。

1つ目のポツ、2つ目のポツは、これまでもお示しをしたものになるかと思いますが、1つ目のポツ、B水準、C水準の医療機関において、時短計画の項目として掲げる。あるいは、管理者のマネジメント研修や医師全体に関する説明会、全職種の意識変革に関する取組の中で検討をするであるとか、あるいは、2つ目のポツでございますけれども、評価機能がB水準、C水準に行う評価のうち、タスク・シフト／シェアの取り組みの評価の視点に本資料に示した業務項目を加えてはどうかということでございます。

続いてでございますが、3つ目のポツですが、1つは、2024年に向けて、タスク・シフト／シェアの推進に関する好事例を収集して、分析するなどして、具体的に検討を進めるということとしてはどうか。

続いて、4つ目のポツですが、評価機能の評価の際に、S評価、A評価とされた項目について、評価結果とともに、その具体的な取組内容について公表するとともに、公表したタスク・シフト／シェアの取り組みを都道府県の「医療勤務環境改善支援センター」に報告して、当該機関が医療機関に行う勤務環境改善の助言等に活用することとしてはどうか。

続いて、B水準、C水準の医療機関においても、タスク・シフト／シェアに係る研修を行うことを求めています。

ICT導入等で業務全体の削減を図ることを進めてはどうか。

また、看護師等医療スタッフ間の業務分担が進んでいない状況にも鑑み、医師からのタスク・シフト／シェアを特に期待されている看護師からその他の職種へのタスク・シフト／シェアも行うなど、担当業務の見直しを図ることにより一連の業務の効率化を促してはどうかと、推進策について記載をしております。

4 ページ目は、第3回に表構成員から御提出いただいた資料を踏まえて、3つの課題に対するアプローチということで、「意識」「技術」「余力」という3つの課題それぞれのアプローチについて事務局として整理したものでございます。

「意識」については、管理者のマネジメント研修、医師全体に対する説明会、あるいは、各部門責任者等への研修のような意識改革がアプローチとして記載してございます。

「技術」については、タスク・シフト／シェアに係る、技術に係るような部分の研修をする。

「余力」については、ICTの導入や看護師等からの他の職種へのタスク・シフト／シェアの推進。

そういうものがあるのではないかとということで、事務局として整理をしたものでございます。

5 ページ目以降は、これまでお示しをしていたヒアリングで御提案された業務について、事務局として文言の整理をして、業務内容としてまとめたものでございます。5 ページ目ですと、ヒアリングで提案された業務ということで、大きく特定行為ということで、整理をしたものでございます。

一番右に、「特に推進するもの」に★ということで、冒頭御説明した考え方に基づいて事務局のほうで選定をしてございます。

続いて、参考資料でございますが、参考資料3を見ていただければと思いますが、参考資料3は、「これまでの取り組みの普及と課題について」ということで、これまで平成19年の役割分担通知、チーム医療の推進についての平成22年の通知、また、緊急的な取組についての通知等々で、これまで上がっていた項目と、今回ヒアリングでいただいた項目をマッチングして、これまで言われていた項目について、事務局として整理をしたものでございます。ヒアリングの際に、それぞれ、なぜそれが進まないのかということをお聞きしておりますので、2 ページ目以降、一番右端に、ヒアリングで上げられた課題として、いただいた文言を記載しております。それぞれについて、事務局で、先ほど申し上げた、「意識」か、「技術」か、「余力」なのかと、それを整理して、A・B・Cということでまとめたものでございます。

参考資料6でございますが、こちらは、「看護業務の効率化先進事例アワード2019」ということで、「余力」の観点で、先進的な事例ということでこういうものがございまして、御参考までに付記しております。

事務局からの説明は以上になります。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの資料3の説明について、御質問・御意見をいただきたいと思っております。

今村構成員どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

2点御質問があります。

3ページの1つ目の○の「B水準、C水準の医療機関において策定される労働時間短縮計画の項目として掲げる」というのは、それぞれの医療機関で全項目を取り上げるのか、自分の医療機関としてはこれに取り組むというような形で、メニューとしては全部載っているけれども、その中で取り上げるものは個別でよいのかということが1点目の確認です。

それから、4つ目の○の取組内容について公表をするという書きぶりになっているのですけれども、公に発表することにどういう意味があるのですか。それぞれの医療機関は一生懸命取り組んでいただく必要はあると思うのですけれども、受け取る側が誤解をして、例えば非常に取組が進んでいるところにますます医師が集まるといった変な動きにつながると困ります。

それから、公表されるのであれば、医療勤務環境改善支援センターに報告というのも変な話で、この辺の文言の整理もお願いします。できれば、公のデータとして公表するのではなくて、きちんと医療勤務環境改善支援センターに報告して、それを活用していただいて、医療機関が自主的に取り組める形にしておいたほうがいいと思いますので、意見として申し上げておきます。

○永井座長 どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

まず1点目に関しましては、これまでも今村構成員から御指摘いただいていたポイントでございまして、各医療機関がその医療機関における診療内容に基づいて、あるいは、その医療機関におけるスタッフの構成などに基づいて、どういったタスク・シフトに取り組むかということ、各医療機関において判断されるべきだと思いますので、そういったところがもう少し分かりやすくなるように、今後、記載ぶりを改善したいと思います。

2つ目に、公表に関して、これも「医師の働き方推進検討会」においても、この公表については御議論いただいているところでございますので、今の御指摘を踏まえまして、一義的な意味としては、勤務環境改善支援センターが支援をするに当たって、好事例を集積して、そういったものを活用して適切に助言することができるというふうになることが重要なことだと思いますので、そういうようなことがなされるような記載ぶりにしていきたいと思っております。

○永井座長 ほかにいかがでしょうか。

猪口構成員。

○猪口構成員 ここで、B水準、C水準のことが書いてあるのですが、まず1つは、これが始まるのは24年からということになるので、その前にも何か推進している病院があったら、そういうところの事例は上げていったほうがいいなということと。

基本的に、長期的に見ると、このB水準はなくなっていくというか、タスク・シフト／シェアが進んでいくとなくなっていくという話に多分なっているはずなので、むしろ、なくなったところがどういうことをやったかというようなことが我々にとっては一番興味が

深く、また、参考にしなければいけないことだと思いますので、余りB水準、C水準だけを強調しないほうがいいかなと思いました。

○永井座長 ほかにいかがでしょう。

裏構成員。

○裏構成員 本日は遅れまして、誠に申し訳ございません。私からは2点です。

1つ目は、タスク・シフト／シェアが進んだ場合の医療安全上のアウトカムをどこかで気にしたほうがいいと思います。タスク・シフト／シェアをした結果、医療安全上何か損なわれてしまうというのはあってはならないことですので、どこかでチェック機能を設けていただきたい。それが1点。

2点目が、3ページ目の一番上の○のところで、「管理者のマネジメント研修」と書いてございます。この管理者というのは、病院の施設管理者、院長という認識でよろしいでしょうか。それとも、管理職も含む管理者という意味でしょうか。

といいますのも、実際、院長はタスク・シフト／シェアをやれやれと言っておきながら、現場の医長または診療部長クラスが、いやいや、俺の若い頃はみたいな話になってしまうので、となると、実際のキーパーソンはやはり中間管理職、診療部長クラスの現場を仕切っている先生方への研修も私は必須かなと思っておりますので、より踏み込んだ議論をする際には、この「管理職」というような文言も使っていただけるとうれしいかなと思います。

以上、2点でございます。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

特に2点目に関しましては、御指摘のとおりでございます。このタスク・シフト／シェアを進めるに当たっては、中間管理職と言われているような部長の先生や科長の先生に加えて、指導医がどのような指導をするかというのは非常に重要だということで、この臨床研修アンケートでタスク・シフト／シェアの進捗を見ていくというような取組を既に始めておりますけれども、このアンケートにおきましては、指導医や臨床研修プログラム責任者に対しても、どのような意識で研修をしているのか、あるいは、タスク・シフト／シェアを進めていくのかというようなことも設問項目にしておりますので、そういったデータが蓄積されれば、また、御報告させていただきたいと思います。

○永井座長 ほかにいかがでしょう。

齋藤委員。

○齋藤構成員 先ほど、今村構成員から、「看護職の業務負担をどう考えるか」とご発言がありましたが、今回、資料3の3ページが一番下の○にそのことが記述をされ大変うれしくっております。ぜひ、推進していただきたいと思っています。特に看護の現場からの期待は、2ページ目のところに記述はないのですが、臨床検査技師に採血業務を任せるといことですが今、団体の方が仰ったように、「現在でも大変たくさんの業務を担っていて、暇にしているわけではない」ということは重々承知をしておりますけれども、

ぜひ、ここに、19年度通知に記載をされました採血業務のことを挙げていただきたいと思っています。定期的に病棟内をラウンドしたり、あるいは、シフトの検討を行うことで、全病院でそのことが進むと、看護師の業務はかなり効率化し、その分、ほかの業務を請け負うなり、あるいは、ベッドサイドで適切なケアをしていくことに注力ができるのではないかなと思っております。

それから、P4の「3つの課題に対するアプローチ」の「意識」改革の「アプローチ」にマネジメント研修や説明会が挙げられ、そこに各部門責任者のマネジメント研修が記述をされたのは、大変ありがたいと思っています。先ほど亓先生が発言されたように、院長だけが理解をしても取組みが難しいと思いますので、各部門のトップが病院の中で一堂に会し、業務の効率化に向け、どうするのかを徹底的に話し合っていたいただきたいと思っています。

そして、参考資料4の見直しについて、先ほど説明があり、真ん中の段に、「推進するための方策の実施」と「定点評価」をするということがありましたが、この評価をする際には、研修を実施したということだけではなく、院内でどういった研修体制や、安全管理体制が構築されたのかということの評価をしていただきたいと思っています。研修をただ実施したということだけでは、評価の指標としては不足だと思っています。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかに、御意見いかがでしょうか。

事務局お願いします。

○土岐医事課長補佐 今、齋藤構成員からの御意見の中で、臨床検査技師の採血をもう少し現場で進めてほしいという御意見がございました。参考資料3の作りといたしましては、1ページの説明のところにも書かせていただいていますけれども、過去の通知などで業務移管すべしとすることが望ましいとした行為のうち、医師側の団体からヒアリングの提案のあったものについて選定している関係上、この20項目になっておりますが、本日いただいた御意見も踏まえて、少し行為の見直し、整理をさせていただきたいと思っています。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょう。

根岸構成員どうぞ。

○根岸構成員 ありがとうございます。

現行制度上実施可能な業務がなかなか進まないことには理由が幾つかあるのではないかと思います。例えば、医師事務作業補助者はかなり医師の仕事を軽減してくださっていると思うのですが、中央での研修システムみたいなものがちゃんとでき上がっていないとか、例えば、DVDで教育するようなシステムとか、そういったものもまだまだできていないと思います。そういったものをぜひ推進していただくようなことをお願いしたいと思います。

それから、薬剤師にも我々かなりタスク・シフトしたいところなのですが、薬剤

師さんは病院の中で数が、特に急性期病院で数が不足している実態があるかと思います。調剤薬局とかそういったところに流れる方が多いので、どうしたら病院のほうに薬剤師さんが集まるのかというようなことも含めて、厚労省の方々にも考えていただければと思います。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

秋山構成員。

○秋山構成員 先ほどの表構成員が発言した「医療安全上のチェック体制」は非常に重要な点だと思いますので、大変賛成です。

細かい点ですが、2ページ目の「職種ごとに推進するもの」の中の看護師のところの2つ目の○に「予め特定された患者に対し、事前に決めたプロトコールに沿って、医師が事前に処方した薬剤の投与、採血・検査の実施」と書かれています。現場では、痛いときや不眠時、便秘のときなどに、この薬を使ってというプロトコールが出ていて、患者さんがそういう状態になってから処方がなされています。事前に処方してしまうと、その薬を使わない場合も患者さんにコストが請求されてしまうので、必要になった時に医師に入力してもらっています。その業務負担を軽減するために、プロトコールに書かれたものであれば看護師が代行入力して、代行して処方を発生させられるというような理解でよろしいでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事前にプロトコールに決められているものに関して、そのプロトコールに従って看護師が代行処方というのは、今までも余り議論されていなかったところでございますし、その処方内容がどうなのかということに関しましても、これは医師が確認しないまま投与されるということになると、安全性の中からさらなる検討が必要になることかと思っておりますので、現行、ここで記載されているのは、あくまで、事前に医師が処方している範囲で行っていただくということを念頭に記載させていただいております。

○永井座長 よろしいでしょうか。

今村構成員。

○今村構成員 先ほど根岸先生から、院内の薬剤師に対するタスク・シフトのお話が出ました。ここの議論でないということは十分承知の上ですけれども、これだけの多数の薬剤師が養成されているのに、医療機関の中でその業務を担っていただく薬剤師が少ないというのは大変残念なことです。医師のタスク・シフトにも大きく関係しますので、どこでの議論になるのかよく分かりませんが、国家資格を取られた後に、一定の期間、臨床研修を病院の中で受けていただくということは、私は薬剤師にとって非常に重要なことだと思っております。この検討会の議論でないことは承知の上で、あえて、発言させていただきました。

○永井座長 ほかにいかがでしょうか。

木澤構成員。

○木澤構成員 先ほど、看護師の負担軽減というところでしたけれども、看護師の負担は、静脈注射とか技術的なものだけではなくて、例えば、検査の説明とかそういったような、病棟に入院した患者さんのきめ細やかな説明、それから、検査後の注意点の説明といったものが結構大きなウエイトを占めています。そういった点では、臨床検査技師の方にそういった部分を担っていただければ、患者さんにとってもいいですし、私たちの負担軽減、それから、臨床検査技師の専門性の向上ということもあるかと思います。

ただ、もう一点、医療安全は非常に重要なところでありまして、今どのような方が実施しても、患者さんからのクレームといいますか、申合せがすごく多い状態です。そういった意味では適切な研修やその評価をどういうふうに行っているかということが質の担保としては必要だと思しますので、3職種に静脈注射の検討がされていますが、そういった点ではCにさせていただいて、そういったことの義務化、そして、質の担保ということが医療安全上につながるかと思えます。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

それでは、次の議題にまいります。

「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における救急救命士の検討の状況について、御報告をお願いいたします。資料4です。

○奥野地域医療計画課長補佐 事務局でございます。

資料4を御覧いただければと思います。「救急救命士の資質向上・活用に向けた環境整備について」ということで、従来より、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」で議論を行ってまいりました。まだ結論は出ておりませんが、前回、座長から、取りまとめ文書の作成を指示いただいております。現時点の検討状況を一度こちらに御報告をさせていただくと、そういう趣旨で本日資料を提出させていただいております。

おめくりいただきまして、まず1枚目でございます。こちらは救急救命士の定義でございます。御認識のとおりかと思いますが、医師の指示の下に、重度傷病者が病院または診療所に搬送されるまでの間に救急救命処置を行うことを業とする者を救急救命士として、法律上置いております。

その救急救命士が行える行為の範囲につきましては、2ページ目に33行為を列記させていただいております。こちらが医行為のうち救急救命士ができるものということでございます。

なお、医行為でないものにつきましては、このほかにもできるものがあるというのは、念のため申し添えさせていただきます。

おめくりいただきまして、3ページ目でございます。今回、私どもが議論しているそもそもの前提でございますが、救急出動件数は御覧のとおり右肩上がり増加の一途をたど

っております。すなわち、救急医療現場において非常に業務量が増大をしているということでございまして、現場の意見からも、大変需給が逼迫をしていると、こういう意見をいただいております。これは医師に限らず、看護師からもかなり忙しいという意見も伺っております。これは救急医療体制全体の問題であると認識しております。

このような状況の下、タスク・シフトということで、医師の働き方改革が2024年度から行われるということを前提として議論が開始してまいりましたので、今般、その議論と一体的に私どもの議論を急がせていただきました。すなわち、2024年という期限を前提といたしますと、もう救急医療体制を改善して提供体制を守っていく、こういったことを考えますと、余り時間もございませんので、議論のほうを急がせていただいたというわけでございます。

そのため、4ページ目でございますが、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」におきまして、縷々議題がございます中で、近々は、救急救命士の資質向上・活用に向けた環境の整備に関する議論を集中的に行わせていただきまして、今般、取りまとめ文書の作成まで至ったという状況でございます。

その内容でございますが、5枚目以降を御覧いただければと思います。

そもそも私どもがこれまで検討してきた課題は、負担の大きい救急医療の現場における負担軽減ということでございまして、必ずしも救急救命士の役割に限定したものではありませんでした。御議論いただいている事項の1にその点が書かれておりますが、どういふふうな救急医療体制を今後しくべきかということをまず御議論いただいております。その中で、救急救命士ということでお話も出ておりましたので、2以降の具体的な論点を立てて、それぞれの論点ごとに今回論点整理をさせていただいているという状況でございます。

まず、論点1でございますが、6ページ目を御覧くださいませ。論点1について、上に今まで申し上げてきたことを整理させていただいておりますが、「今後の方針」のところ、矢印の下を御覧いただければと思います。

増大し続ける救急医療現場の負担軽減のために、

1. 救急医療に従事する看護師の効率的・効果的な運用について議論を行う。そのために、救急外来における看護師の勤務状況等を把握するための研究を行うとともに、看護師の配置に関する検討を行う。

ということを、まず論点整理をさせていただきました。こちらは検討会においても議論が出まして、まず、看護師の配置を検討すべきだろうという強い御意見もございましたので、この旨、整理をさせていただいたところでございます。

なお、「研究」と書かせていただいておりますが、勤務状況の把握につきましては、今、事務局で鋭意詰めている状況でございます。

続きまして、

2. 救急救命士が「いわゆる救急外来」においてもその資質を活用できるように、救急



救命士法の改正も含め、具体的な議論を進める。

ということとさせていただきます。

先ほども申しあげましたとおり、搬送途上において救急救命処置を行うのが救急救命士ということでございますので、その点について、法の改正も含めて議論を進めるという取扱いとしております。

おめくりいただきまして、7ページ目でございます。論点2ということで、救急救命士の資質を活用する場がどこであるのかという点について整理をすることとしておりましたので、事務局としても一定の整理を行わせていただきました。上の箱の中にいただいた御意見等を記載しておりますが、現時点の対応案としては、下のとおりでございます。

1. 救急救命処置の対象者は、従来どおり重度傷病者とする。
  2. 救急救命処置の範囲は、現行の「救急救命処置の範囲について」で規定している33行為に限定する。
  3. 資質を活用する場は、これらを前提とした上で、「いわゆる救急外来まで」とする。
- ということでございます。

この整理の下、さらに、検討事項がございますので、検討をしておりますが、イメージとしては8ページ目を御覧いただければと思います。

これは医療機関の体制によってパターン分けはされると思いますが、大まかに申し上げまして、時系列でいって、病院前、医療機関搬送後から入院に至るまでということの流れがございます。これまでは、病院前というところまでで救急救命処置が終わっていたというところがございますが、この救急搬送の延長線上として、入院治療が行われるまでの間、救急外来においても、医療機関にいるからといって医行為を行えないということではなく、引き続き、同じような行為を行いますよということも整理をさせていただいたということでございます。

でございますので、従来の法律の趣旨、救急搬送というところが変わるわけではなく、その延長線上でできるという場が増えていったというふうに御理解いただければと思います。

おめくりいただきまして、9ページ目でございます。さらに、所属する救急救命士を活用する医療機関側の体制についてということでございます。

こちらは医療安全の話も先ほど出ておりましたが、それを担保するためにどういう体制を組むべきかということでございます。下の対応案でございますが、まず、医師の指示につきましては、当該医療機関の医師が行うものということで、これは具体的な指示が行われることを前提としております。すなわち、搬送途上であれば、その場に医師はおりませんが、医療機関内であれば医師がおり、その具体的な指示を受けることが可能となりますので、その具体的な指示を受けていただくことが前提になると考えております。

その上で、必要な体制を整備するために、2つ目の□がございますが、この4点の整備を医療機関にお願いをするということ。その上で、これを整備するための院内委員会の設

置についても医療機関にお願いするというところでございます。

こういった形で体制を確保していただいた上で、おめくりいただいて、10ページ目、4つ目の論点でございますが、研修をどのようにしていくかということについても検討を行わせていただきました。

基本的には、救急救命処置の範囲は変わりませんので、医行為的な研修というのが要らないのではないかと考えておりまして、カリキュラムの変更は不要と整理させていただいております。

しかしながら、場が医療機関内ということで、救急外来の場ということになった場合に、医療機関内のルールとか、医療安全、感染対策等々学ばなければいけないものが生じてまいりますので、一番下の口に整理をさせていただいておりますけれども、必ず追加的に研修を受けていただく。救急外来で救急救命士が働く場合には、これをしっかり受けていただくことを明確化させていただきたいと思っております。

最後に、そもそもこれまでの救急救命士法の趣旨との整理がどうなっているのかという御議論の提示もございましたので、最後の11ページ目に整理をさせていただいております。

こちらは若干法律的な話になってまいります。そもそも救急救命士法がなぜ制定されたのかと申しますと、2つ目の四角「救急救命士法の趣旨について」に書かれておりますとおり、全国的に見れば、救急医療提供体制の整備が量的には充足をしてきた中で、救急搬送の件数が増加をしていって、「いわゆる病院前」というところでの医療が不足をしていたという指摘がされておりました。このため、その不足を補うという観点から、新たな国家資格として、救急救命士法を整備させていただいているという状況でございました。

しかしながら、当時の状況からさらに救急搬送が増えていく中で、医療機関における救急医療提供体制も量的に充足しているとは言い切れない状況にもなってきたものですから、そこについて、新たに検討をさせていただいて、「いわゆる救急外来」まで拡充させていただくということで議論をさせていただいているものでありまして、従来の救急救命士法の趣旨、「搬送途上」というところから逸脱をしているというようなことまでは言えないのではないかとこの形で整理をさせていただいているというものでございます。

簡単ではございますが、以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

御意見を。

今村構成員どうぞ。

○今村構成員 基本的な質問で恐縮なのですけれども、救急車に乗っておられる救急救命士の方が、重傷の患者さんを救急外来に運んだときに、そのまま継続して救急外来で業務ができるというような理解でいるのですけれども、例えば、資格を持っている方が病院の職員として救急外来で働くというようなことは可能という前提で議論をしているのか、そうでないのか、そこをはっきり教えていただければと思います。

○奥野地域医療計画課長補佐 事務局でございます。

それは可能と考えております。

○今村構成員 わかりました。

それを前提とすると、前の検討会資料に、各職種の数が出ていて、救急救命士の方は37,000人ぐらいが今、消防署に勤務されているということでした。その方が全員、救急車の中での救急救命士としての活動をされているのかどうか。

それと、そもそも消防署で働く救急救命士は十分充足していて、余っている方がいるので、そういった方を別の場で、病院の救急外来で活用しようと考えておられるのかということ。

もう一点、一体何人ぐらい必要だという需給をこの「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」で検討されているのかどうか。需給に基づいてやらないと、新たに終業の場が増えることになる、養成が過剰になるおそれもありますし、また、消防署からめいているところから病院の職員に替わるというような、そういう動きが起こってこないかとかいろいろなことが考えられるので、需給のことをきちんと検討された上でこの議論をされているのかどうかということをお教えください。

○奥野地域医療計画課長補佐 事務局でございます。

まず、救急救命士の免許を取得した後の話でございますが、今、消防職員となっているのが大体7割弱ということでございます。なので、それ以外というところで働いている人というのがおります。既に、医療機関内で働いている救急救命士はおりまして、その救急救命士は何をされているかということ、医行為をしないで、そのほかの事務作業をされているというような状況でございます。すなわち、法律の壁によってそういう方の資質が正直十分には活用されていないのだという状況が指摘されておりましたので、そういったことを活用すべきなのではないかということで、議論を開始をしたということでございます。

ただ、法改正をした上で、今村構成員から御指摘をいただいたような懸念、すなわち、消防隊員であった者が転職をしたりとかして、消防のほうの職員が足りなくなってしまうのではないかとといった懸念等々は確かに生じ得ない話ではないというふうには思います。

私どもはタスク・シフトという観点から、今すぐにでも医療現場の負担軽減に努めなければならないという観点から、鋭意、検討を進めておりましたが、引き続き、救急救命士の観点から、私どもの検討会のほうでそういった観点も含めて、消防庁の方と勉強をしながら少し話をしてみたいと思います。

○今村構成員 ありがとうございます。

大分頭の中が整理できましたけれども、消防機関の救急救命士の数はもう充足しているという前提でよろしいのですか。そもそも予算上、職員としてそこに働いていただくことが難しいので、結果として今の人数になっているのか。本来的には今の救急体制の中で、もっと救急救命士はいたほうが良いという状況ではなく、その結果として、3割の方が違う場で働いているという理解でいいのかどうか。そこは私は専門ではないので、教えていただければと思います。

○奥野地域医療計画課長補佐 まず、構造を申し上げますと、救急救命士は公務員でございますので、正直、定数が決まっています。その定数がニーズに対して十分かどうかというところについては、恐らく十分だということで定数が定められていると思いますので、そこではある程度充足はされているのではないかというふうには考えてはおります。

○永井座長 ほかにいかがでしょうか。

齋藤構成員。

○齋藤構成員 端的に言えば、余剰していることが背景にあると理解してよろしいのでしょうか。

○奥野地域医療計画課長補佐 少なくとも当検討会では余っているからそれを活用しましょうという方向で議論していたわけではなく、先ほど申し上げましたとおり、医療機関内にもおります現状で、その方が能力を發揮できないというのは問題なのではないかという観点から言っております。だから、余っている余っていないというのは、正直、余り問題ではなく、現にそういう方が医療機関にいるからというところでございます。

○齋藤構成員 病院の中での現行法上の運用として、救急救命士を雇用し、医行為以外の業務を任せている施設があるということは理解しているのですけれども、救急救命士に医療機関内で医行為を行うことを制度上認めていくということについては、理解ができません。

確かに、救急現場は搬送数も多く、特に高齢者の割合が高く、救急部門にいる医師の労働環境は劣悪だというのはいろいろなデータや報道等で承知をしております。先ほどの説明では、看護師も大変だということを現場から聞いているということでしたが、救急外来には看護師の配置に関する基準は全くなく、病院の運用に任されていて、ぎりぎりの人数で回していくしかない。だから負担が増えるという構図になっているのがそもそもの原因だと思います。

(資料4) 6ページの「今後の方針」の①に、「看護師の配置に関する検討を行う」と記載されていて、これはこれで結構ですが、私は、これは時期が遅いのではないかと思います。なぜ、最初に、救急救命士のことが議論されているのかというのが疑問です。順番が逆なのではないかと思っています。

看護師の配置をまず決めた上で、現場が回らないということであれば、それはそれなりに検討をするということが必要なのだと思うのですけれども、救急救命士が今、病院にいるからという理由でこの議論が先行されるのはいささか論理がおかしいと思っております。

病院で、救急救命士が働いているというのは私どもも存じておりますけれども、それは医行為以外を行っているので、何らこちらでそれはいけないかということではないと思います。ただし、救急救命士が医療機関内で医行為を行うことを制度として認めていくということについては、まずは看護師の配置を決めた上での検討が必要ではないのかなと思います。

○永井座長 今の件いかがでしょう。

猪口構成員、御メンバーに入っていると思いますが、その点は。

○猪口構成員 今回、救急外来への看護師のトリアージを含む、その増強ということで、配置が増えたと思います。したがって、そこはそこで、また、別と、診療報酬上の評価を今回もなされたというふうに考えております。

○奥野地域医療計画課長補佐 今、猪口構成員からおっしゃっていただいたような側面は当然ございます。

おっしゃっていただいている配置は、様々な観点から配置という意味はあるかと思えます。私ども、そこに関しては、遅いという御指摘につきましては、真摯に受け止めさせていただきまして、今後、速やかに検討を進めるという覚悟でございます。

一方で、救急現場の需給の逼迫、あるいは、働き方改革、これは待ったなしという状況でございますので、ここは救急救命士の活動の場についても、並行して御議論をさせていただくということは何とぞ御理解をいただきたいなというふうには思っております。

○永井座長 ほかにいかがでしょう。

先に褒構成員、続いて、猪口構成員。

○褒構成員 もしシミュレーションがあれば、教えていただきたいのですけれども、仮に、救急救命士が院内で何らかの働きをするとすると、医師の働き方改革に寄与する貢献度、具体的には労働時間または救急の先生方の負担がどれくらい減るのかというファクトベースの数値的なデータはございますでしょうか。

○奥野地域医療計画課長補佐 そのデータでございますが、お手元にもございます、第4回の資料2-1の一番最後のところにお示しをさせていただいております。口頭で申し上げますので、おめくりいただく必要もございませんが、救急救命士が33項目を実施した効果の推計としては、一月30時間という推計をさせていただいているということでございます。あくまで推計ということでございますが、イメージとしては、例えば、胸骨圧迫などは時間もかかる行為でございますし、そういったところでの効果はある程度あるのではないかと考えております。

○褒構成員 ありがとうございます。

これは働き方改革でどうやって医師の労働時間を減らしていくのかというのがそもそもの大元のミッションでございますので、その数字に基づいて議論をしていく。当然、その制度に盛り込むかどうかというのは、また、議論としてはあるのですけれども、目の前の何らかの貢献度に関して、もし、救急救命士のパワーが大きいというのであれば、私は前向きに考えてもいいかなとは思っております。

○永井座長 猪口構成員。

○猪口構成員 ありがとうございます。

前回も多分申し上げたと思うのですが、救急救命士法ができてから30年たっておりますので、当時の救急隊から救急救命士の勉強をされた方がかなり定年を迎えていらっしゃる

と思います。私もそういう方が病院で働いている現場をちょっと見させてもらったことがあるのですけれども、もちろん医行為はできないのですけれども、それなりに非常にベテランでいろいろな経験をされているので、そういう方が、また、病院に来て、新たな救急救命士に指導をしていくということはとても効果があるのではないかと考えております。

○永井座長 ほかにいかがでしょうか。

今村構成員。

○今村構成員 私も、この33行為を見ると、本当はかなり行為を可能ということなので、新たにどの程度の研修が必要かは別として、そういう方たちを活用していくということについては異論があるわけではないのですけれども、先ほど申し上げたように、例えば消防の現場から病院へシフトが起こる可能性も否定できないというようなお話がございましたけれども、どういうことが起こってくるのかという、その予見はある程度考えておいたほうがいいと思います。今、三千数百名養成されていて、今までは、消防機関のほうの定員に基づいて必要人数というのがある程度検討されているのでしょうけれども、今度、全く新たな場で働けるということになると、例えば、養成校が何十校もあって、定員をどんどん増やしていくというようなことが起こると、今度は需給の問題から、大きくいろいろなものが崩れる可能性があるのです。そういうことをきちんと検討していただきながら活用する必要があるのではないかと考えています。

今、本当に若い方たちが減っている中で、ありとあらゆる場で人不足が起こっている中で、言葉は悪いのですが、学校が学校経営のために定員をどんどん増やしていくために利用されるということは好ましいことではないと思っていますので、ぜひ、こういうことを認めるのであれば、需給についてもしっかりと検討をしていただけてやっていただければと思います。これは希望です。

○永井座長 今の点、事務局いかがでしょう。

○奥野地域医療計画課長補佐 御指摘につきましては、私どもも受け止めさせていただいて、検討会等々で少し検討をさせていただきたいと思います。

○永井座長 秋山構成員。

○秋山構成員 私も、6ページの「今後の方針」に書かれてある「看護師の配置に関する検討を行う」というところについては賛成で、この結果を見て、救急救命士の件についてもう一度考え直すべきだと思います。そもそも救急外来へいろいろな患者さんが来られて、必ずしも、重度傷病者ではない方も来られますし、逆に、重度と思われなくても急変するようなケースも多々あります。そういう中で対象を「重度傷病者」と区切り、なおかつ、実施できる行為を33行為に区切り、しかも、その行為の実施に当たっては、医師の個別具体の指示が必要となると、現場の医師のマネジメントがかなり難しくなるのではないかと気がしています。それに比べると、能動的に働くことができ、包括的な指示で行為も対象も限定のない看護職をしっかりと配置するというところに、まず、注力すべきと考えています。もし、看護師が決して足りないわけではないとすれば、この看護師を配置するとい

うことを優先させるというふうに動くのでしょうか。それとも、救急救命士にこういったことをさせるということで進めていかれるのでしょうか。

○奥野地域医療計画課長補佐 どちらかということではなく、私どもとしては両方検討をしていきたいと思っております。その理由といたしましては、マクロにおきましての看護需給というところで、必ずしも余っているわけではないということと、あと、看護師の偏在などについても指摘されている中で、私どもとしては、看護師の充足のみということではなく、救急救命士の活用という点も含めて議論を進めていくべきなのかなと考えておりますので、そこは両方議論をさせていただきたいと思っております。

○秋山構成員 前回の資料で、救急救命士会から「そばに医師や看護師がいるから安心して仕事ができる」というような意見がだされていたように、看護師がいないところで救急救命士だけで働いていけるかという、むしろ、そちらのほうが難しいのではないかと思います。その辺りもよく検討をしていただきたいと思います。

○永井座長 こういう制度を導入するときは、何か試行事業というようなことも考えるのでしょうか。

○奥野地域医療計画課長補佐 今のところ、試行ということでの議論は出ておりません。基本的には、法改正をして、研修を行っていただいて、できるようになっていくと。

○永井座長 ほかにいかがでしょうか。

全体を通じてでも結構です。

よろしいでしょうか。

よろしければ、本日の議論はここまでいたしますが、事務局におきましては、これまでの議論を踏まえて、さらに、精査・整理を進めていただきたいと思います。

次回の予定について事務局からお願いします。

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

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、本日の会議はこれで終了いたします。