

2019-11-20 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3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3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、永井康徳構成員より、欠席との御連絡をいただいております。

また、今村構成員、猪口構成員は、多少遅れて来られると承っております。

権丈構成員におかれましては、御都合により、途中退席されます。

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、資料の確認をさせていただきます。

お手元のタブレットを御確認ください。

本日の資料としましては、00の第3回議事次第から01から10まで資料1から5、06の参考資料1-1から1-3まで、そして、参考資料2、3とございます。

タブレットに不調あるいはデータが正しく収められていない等ございましたら、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、よろしくをお願いいたします。

○永井（良）座長 それでは、議事に入ります。

本日の議題は、まず「現行制度上実施できる業務、明確に示されていない業務について」です。

事務局から資料1から4まで御説明をお願いします。

続いて、表構成員から資料を準備いただいております。表構成員から説明をいただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

では、最初に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。

資料の1から4までの御説明をさせていただければと思います。

まず、01の資料1、これまでの議論のまとめをご覧ください。

第1回目、第2回目まで御議論をいただいた内容について、事務局としてまとめたものがございます。

1枚目をおめくりいただきまして「議論の進め方等について」ということで、第1回を中心にさまざま御意見をいただきました。

2枚目「タスク・シフト/シェアの推進について」ということで、現時点で、現場視点の観点で必要ではないかであるとか、通知等を出しただけで、本当に進めていけるとは言えない部分もあるのではないかという御意見をいただいております。

3ページ目「医師の指示との関係について」ということで、こちらにも2回目に参考資料として、指示についての資料を提供していただいておりますが、1回目、2回目と、さまざまな御意見をいただいております。

安全性についても御意見をいただいております。現在、関係団体等々から御意見をいただいているところでございます。

4ページ目、特定行為研修制度に関する議論についても、1回目、2回目と御議論をいただいております。

おめくりいただいて、5ページ目、特定の救急救命士、臨床工学技士、放射線技師についても、それぞれ御意見をいただいております。

6ページ目、その他として、定点観測が必要ではないかというような御意見であるとか、あるいはタスク・シフト/シェアされる側の職種の人数や増加数なども考えるべきではないかなどの御意見をいただいております。

これが、これまでのまとめでございます。

7ページ目「検討を要する論点」として、こちらは、1回目の資料でございます。

8ページ目が、2回目の前回にお示しした「具体的な検討の視点」ということで、3つ目のポツ、現行制度では実施できない業務とされているのについて御議論いただきましたので、今回は、上の2つ、現行制度のもとで実施可能な業務、現行制度では明確に示されていない業務というところで、御議論をいただければと思っております。

続いて9ページ目「(参考) 検討のスケジュール」として、1回目、2回目、3回目と御議論いただくことになっておりますが、4回目に現行制度では実施できない業務ということで、今、各団体に意見照会しております、安全性等に関する御意見を踏まえて、御議論をいただければと思っております。

続いて、資料2「タスク・シフト/シェアの推進について」という資料をご覧ください。

「現行制度の下で実施可能な業務のタスク・シフト/シェアを進める上での課題」と表題をつけてございますけれども、現状、事務局として整理した項目のうち、約7割の項目が現行制度で実施可能な業務に分類されております。

したがって、これらを推進することで、医師の労働時間削減に寄与するということが見込まれていると考えております。

また、2024年に向けてタスク・シフト/シェアの推進に当たっては、時短効果や勤務実態を踏まえて、重要と思われる業務について、優先的に取り組む必要がございます。

また、タスク・シフト/シェアが進まない要因として、タスク・シフト/シェアする側の

意識や技術的基盤あるいは余力のなさなどが挙げられているというような御指摘をいただいております。

それらを踏まえて、本検討会においては、現行制度の下で実施可能な業務であるにもかかわらず、現場でタスク・シフト/シェアが進んでいない業務を推進するために、1番、2番と、2方向での対応策を講じてはどうかと御提案しております。

1つ目が、実施の可否が不明確な業務について、実施可能な範囲等について明確にすること。

2つ目として、医療現場においてタスク・シフト/シェアを普及・推進するための方策を提示することです。

2ページ目、先ほどの1番の実施の可否が不明確な業務について、実施可能な範囲等について明確化についてということですが、1つ目のポツでございますが、現行制度上実施可能かどうかについて、明確に示されていない業務については、現行法令の規定に照らして、実施できる業務の範囲や実施するための条件を明確に示してはどうか。

2つ目として、その上で、タスク・シフト/シェアを普及するに当たっての基本的な考え方とあわせて、各職種において業務を行う場ごとに、実施可能な業務について、具体的に整理をして、厚生労働省から通知を発出してはどうか。

3つ目のポツですが、また、関係団体等の実施する研修を受講する等により技術的基盤を整えることで、タスク・シフト/シェアが進むと考えられることができる業務についても明示してはどうか。

また、その業務を整理して、通知する際には、時短効果や業務実態を踏まえて、重要と思われる項目を中心にまとめてはどうかと整理しております。

3ページ目「医療現場においてタスク・シフト/シェアを普及・推進させるための方策の提示について」ということで、タスク・シフト/シェアを普及・推進させるための方策として、例えば下記の事項が考えられるのではないかとということで、これは、あくまでも事務局としての案でございますけれども、(1) (2)と御提案させていただきます。

(1)として「医師の働き方改革における医療機関の取り組み・評価に位置付ける」ということで、1つ目のポツでございますけれども、960時間を超えて働く可能性のあるB水準、C水準の医療機関については、管理者向けのマネジメント研修を行うことになっておりますけれども、そのようなマネジメント研修や、管理者が行う対象医師への説明あるいは管理者と対象医師との意見交換の場等の機会を通じて、各医療機関が取り組むタスク・シフト/シェアについて周知して、徹底する策を講じてはどうか。

2つ目のポツとして、B水準、C水準の医療機関は、医師の労働時間短縮計画というものを毎年作成するということになってございますけれども、その短縮計画の中に、当該業務について各医療機関がタスク・シフト/シェアする項目を選定した上でその取り組み状況を記載するということを求めています。

3つ目、時間短縮効果や業務実態を踏まえ、重要と思われる業務については、先ほどの

B水準、C水準の医療機関の評価機能による評価を受ける必要がありますが、その評価機能による評価項目に加えることとしてはどうか。

4つ目、特にタスク・シフトを進める上で重要と考えられる医療専門職支援人材に関して、重点的に業務を選定してはどうか。

(2)でございますけれども、定点的な評価をすることは大事だという御意見を1回目にいただいておりますけれども、現在、臨床研修医に、2年間の臨床研修修了時にアンケートを行っておりますので、臨床研修医がタスク・シフト/シェアすべきとされた業務を漫然と実施していないかどうか、研修のために実施する必要性も加味しながら、研修修了時に実施状況を定点的に評価することとしてはどうか。と案をお示ししております。

そのほか、上記以外の推進の方策についても、検討していく必要があるとございますので、御意見をいただければと思います。

4ページ目以降は、参考資料ですけれども、まず、先ほど御説明したマネジメント研修事業の予算の御説明、続いて、労働時間短縮計画として、働き方の推進検討会の資料より、時短計画項目の例の案。

続いて、評価機能の評価の視点のイメージということで、こちら働き方の推進検討会の資料ですけれども、こちらでもタスク・シフト/シェアに関する評価の視点ということで、現状は提案されております。

8ページ目、9ページ目でございますけれども、こちらは、日経メディカル社が医師から他職種へのタスク・シフトに関するアンケート調査をされておまして、議題として、非常に近いですので、御許可をいただいて記載しております。

アンケート結果のQ2を見ますと、業務負担を軽減する上で、どの職種へのタスク・シフトが最も効果的だと考えますかという問いでは、医療事務・クラークだと答えた方が半分を超えているというような調査結果となっております。

10ページ目「医療施設等における医療従事者数」ということで、出典に書かれており、出典は、さまざま職種ごとに異なっておりますけれども、各専門職種の従事者数と、平成31年度国家試験の合格者数を記載しております。

救急救命士については、資格を保有している消防職員数を記載してございますので、医療施設の中の人数となっております。

続いて、資料3をごらんください。

現行制度上実施可能な業務ということで、この資料もタスク・シフティングに関するヒアリングにおいて、各団体から御提案いただいた項目のうち、現行制度上、実施可能な業務について事務局として整理したものです。

現行制度上で実施可能な業務を○、看護師の特定行為に該当するものを●としております。

また、その効果の推計については、業務をシフト/シェアした場合、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、月間の削減時間を推計したものでして、

行為によっては、看護師など他の職種が行っているものも含まれると考えられております。第2回目でお示ししたものと同様のものがございます。

また、研究班から各団体、医師の時短時間についての調査に回答がなかった業務や、医師からタスク・シフトを行うことで新たに発生する業務等については、効果（推計）を“－”としてお示しをしております。

前回お示ししたものから、職能ごとに並びかえてお示しをされていて、右から2つ目の列を主な場面として、その行為が行われている場面というのを整理してお示しをしております。

続いて、資料4「現行制度上実施可能かどうか明確に示されていない業務について」ということで、こちらもヒアリングの項目のうち、現行制度上実施可能かどうか明確に示されていない業務について記載したものでございます。

その上で、各項目について、現行法令の規定に照らして、実施できる行為の範囲や実施するための条件について、事務局として案を整理したものです。

効果については、先程と同様でございます。

また、こちらも記載の安全性等については、現行制度上実施できない業務とあわせて関係団体にも意見を照会中でございます。

こちらも職能ごとに並べかえておまして、1番目が「看護師にタスク・シフト/シェア可能とプレゼンされた項目について」。

続いて、診療放射線技師、臨床検査技師、薬剤師、臨床工学技士、義肢装具士、言語聴覚士という順番で並んでおります。

続いて、参考資料の御説明を1－2からさせていただきます。

参考資料の1－2については、特定行為研修修了者配置による医師の業務・労働時間への影響」という資料でございますけれども、これは、研究班からいただいた調査結果でございますけれども、特定行為研修を修了した看護師を配置することによって、指示の回数が減ったであるとか、医師の労働時間が減ったというのが、調査研究のプレゼン資料をいただきましたので、参考資料の1－2としてつけております。

参考資料の1－3について、こちらも研究班の報告でございますけれども、奈良県立医科大学の麻酔科において、臨床工学技士にトレーニングをして、医師と共同して行為を行っているというところがございますけれども、その際に、どれぐらいの業務時間を臨床工学技士がされているということを計算した推計でございます。

これが、参考資料1－3です。

参考資料2については、前回お示しした資料でございます。

参考資料3については、タスクを受ける団体である日本臨床衛生検査技師会からタスク・シフト/シェアに取り組んでいる事例の資料を提供いただいたので、配付いたしております。

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。

続いて、褒構成員から御準備いただいている資料について、説明をお願いします。

○褒構成員 では、私のほうから御説明させていただきます。貴重な機会をいただきまして、ありがとうございます。

参考資料1-1をご覧ください。

私のほうからは、全国の病院経営で、マネジメント現場をいろいろ回っておりますと、タスク・シフト/シェアに関していろいろ声が聞こえてまいります。

今回、私からの御説明は、細部の細かい一つの業務ではなくて、あくまでも全体的な一般論に終始しますが、考え方または病院内で進めていく際の注意すべき視点というような形で受け取っていただければと思っております。

では、スライドの2枚目を見ていただきます。

皆様、御承知おきのとおり、病院を取り巻く経営環境は、非常に厳しくなっております。

診療報酬の伸び悩み、人口減少等々の外部環境の変化は極めて大きな影響となっております。

下の左側のグラフでございますが、一般病院の損益差額です。

一般病院は、医療法人の場合は非常に薄い利益率であり、公立、国公立、公的はより一層厳しい環境です。

右側は人件費率です。平均賃金が少しずつ上がっていく昨今、院内の人件費率は55%、56%でずっと横ばいになっています。

医療というのは、労働集約産業でございますから、人件費、それを投資と見ていただきたいと思うのですが、なかなか投資に回せていないというのが現状と推察できます。

そして、病院というのは、30年、40年に、ほぼ必ず建てかえというのがやっております。そのためには、必ず余剰資金をずっと蓄積していかなければいけないということで、好き勝手にお金が毎年ぼんぼん使えるかということ、なかなかそうはいかない状況でございます。

いずれにしても、投資余力が厳しい中で、どこにタスク・シフト/シェアを踏まえた人材投資をしていくのかというのが大きな課題になってくるわけでございます。

スライドの次を見ていただきますと、タスク・シフト/シェアにかかわらず、病院のマネジメント視点として、新たな取り組みに対してメリット、デメリットをてんびんにかけて、当然メリットが多い取り組みを導入していくというのが、経営に関する基本的な意思決定のプロセスでございます。

上段がメリット、下段がデメリットでございます。

当然、メリットのほうが大きい。ただし、メリットには、大きく2つ分かれます。経済的メリット、つまりお金に関する事。そして、非経済的メリット、お金に関しない、またはすぐお金の直結しないような話です。

例えば、メリットとしては、タスク・シフト/シェアすると加算がとれる、または単位時間当たりの患者さんが増える、医師の人件費が節約できる等々でございます。

一方、非経済的なメリットとしましては、タスク・シェアが進むことで医療の質が向上する、またはチーム医療を含めたモチベーションが上がっていく、仕事を任せられる喜び、そういったものですね。

一方、デメリットも同じように、経済的なデメリットと非経済的なデメリットです。

経済的なデメリットとしましては、新たな職種を雇う、または新たに教育しなければいけないということで、コストがかかってしまう。

また、非経済的なデメリットとしまして、今まで医師がやっていたものを任せてしまう、そういったことで、技術検査が中途半端なときに任せてしまって、医療の質が低下する可能性がある。

または、職種間の調整をしなければいけない。そういったところでコミュニケーションコストができてくる。

いずれにしましても、メリット、デメリットをてんびんにかけてながら、そして、当然、メリットが上回るようにもっていくというのが経営視点でございます。

次のスライドを見ていただきますと、これは、第1回で議論いただきましたことをまとめたものです。

一層目は、今、議論されております、実施可能な業務、そして、グレー、そして、法改正が必要な業務を3つに分けています。

その上の二層目が、院内で行われることであり、意識、技術、余力の3つの視点です。

例えば、意識があってもシェアシフトされる側の技術がない、余力がないとなると、なかなかタスク・シェアは進みません。この意識、技術、余力の3つがそろって、初めてタスク・シェアが完成するのかなと思っております。

次のスライドを見ていただきます。意識、技術、余力の3つのところに少しフォーカスいたしますと、それぞれ意識、技術、余力に対してのアプローチは異なります。

例えば、意識がないというような状況、やる気がない、または、そんなに必要はないのではないかというような意識低下に対して、やはり、院内で啓発・意識づけ等々を優先的にやっていただかなければいけない。そして、技術がない場合は、当然、研修または何らかの資格付与のための教育が必要と。そして、人が足りない、そういった余力が足りないというときは、当然、人的な投資またはどこかに委託する、そういったところが必要になってくる。

いずれに対しても、精神論や気合い等々だけでタスク・シフト/シェアを進めようというのではなくて、個々に何が要因なのかということ进行分析しながら進めていくひつようがあり、課題を明確にしてから解決策を提示する方が効率的に進むのではなかろうかと思っております。

次の6ページ目でございます。

シフト・シェア「される側」の視点です。ついつい「する側」の議論になりがちですが、  
れども、される側には、3つの「ふ」に代表されるように、こういう声をたくさん聞いて  
まいりました。

不安（ふあん）、負担（ふたん）、不満（ふまん）です。不安は、したことがない、ま  
たは、なれていない、責任はどうなるのだ、そういった不安です。

ただでさえ忙しいと、もともとの業務も回せないではないか、これが負担。

そして、不満です。何でうちの部署なのですかとか、何で今やらなければいけないので  
すか、そういった不満がございます。

当然、これは、日々他の医療職の皆様も非常に忙しく現場で走り回っている、その際に、  
さらなる業務が降ってくるとなると、どうしても、こういったところは、少なからず出て  
きます。

そうなりますと、やはり、タスク・シフト/シェアされる側の気持ちを考えながら、納得  
いくような説明と、そして、納得いくような準備が必要かなと思っております。

次のページです。まとめさせていただきます。

まず、先ほど申しましたように、経営環境は非常に厳しい。つまり、投資余力が限られ  
ているという中での、この問題解決をしなければいけない。

そして、タスク・シフト/シェアというのは、当然、経営課題の1つではありますが、ほ  
かにもたくさんの経営課題がございます。その中で、優先度をどう上げていくのかが経営  
には問われています。

そして、その投資判断は、経済的因子と非経済的因子があるとお伝えしました。

そして、各医療機関で、働き方改革、タスク・シフト/シェアを進めていく際に、どこが  
ネックになっているのか、意識、技術、余力、どれがネックなのか、3つともネックなの  
か、そうなると、それぞれに対してどうしていくのかということが必要とも申しました。

そして、タスク・シフト/シェアというのは、決して丸投げではございません。やはり、  
される側の環境をしっかりと認識してからゴーサインを出すことが推進のために重要であ  
ります。

私は、タスク・シフト/シェアというのは、ある意味、人材投資戦略であると思ってお  
ります。だからこそ、必要なお金をかけて、必要な時間をかけて、そして、院内での納得度  
を醸成しながらやっていくと。そういったことが、まさにタスク・シフト/シェアの基本姿  
勢であるべきかと思っております。

一般論で恐縮でございますが、今後の議論に際して、病院経営現場では、こういった視  
点でタスク・シフト/シェアが進んでいくのかということの御参考にしていただければと思  
っております。

御清聴ありがとうございました。

○永井（良）座長 ありがとうございました。

それでは、事務局から説明をいただいた資料1から4及び褒構成員の御説明について、



御質問、御意見等ありましたら、御発言をお願いいたします。

いかがでしょうか。

どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

何点かあるのですけれども、まず、裏先生、ありがとうございました。

私も、マネジメントが非常に重要だというのは、いつも先生のお話をお聞きするたびに、本当にそのとおりだなと思います。もともと医療機関で働いている方たちの勤務環境改善のためのマネジメントが診療報酬の要件みたいにして入れられているものもあるわけですが、私個人的には、ステージが違った段階のマネジメントをしなければいけないと思っています。

したがって、このマネジメントは、医療機関にとっても相当重要な要素なのだということを、常々、いろんな場所で申し上げているのですけれども、先生のお考えとして、従来やってきた医療機関のマネジメントと、今回、お示しいただいたようなものの質や量など、要するに次元が違うのだということを、どのように御説明をされているのか、教えていただければと思います。

○裏構成員 今村先生、ありがとうございます。

全くおっしゃるとおりで、次元が異なるというのは、本当に言い得て妙だと思っております。

やはり、これからのマネジメントの要点は、いかに人材を生かすかという方に大きくシフトしていると思います。これから人手不足、医師偏在も含めて、そういったときに、限られた医療資源、つまり、人的医療資源の中で、どう効率的に、限られた資源に動いていただく、また、生かしていくのかという視点になります。

となりますと、人の気持ち、または労務管理を含めた働く人に対してのフォーカスした、人的資源管理や組織行動論等が、よりフォーカスされるべきかと思っております。

マネジメントというのも、非常に幅が広いものでございますので、その幅の広いものを薄く広くではなくて、やはり、ある程度フォーカスしてやっていったほうが、恐らく今の医療経営環境には、私はフィットするかなと思っております。

○今村構成員 ありがとうございます。

事務局に伺いたいのですけれども、資料2の3ページに、タスク・シフト/シェアを普及・推進するための事項ということで、いわゆるB水準、C水準の医療機関が策定する医師労働時間短縮計画の中で、特に重要と思われる業務について評価機能による評価項目に加えることとしてはどうかという記載があります。

評価機能について、何を評価するのかというのは、別の検討会の中で御議論されていることだと思いますけれども、ここで書かれているものが、どういう趣旨なのかがよくわかりません。

つまり、タスク・シフト/シェアに関する項目が案として挙げられていますけれども、病

院とすると、こういうものを計画に入れていますが、そして、これが実行されていますということを評価するのではなくて、その中から、選び出して、それを評価項目に挙げて、それ以外のものは評価しなくてもいいと、そういうニュアンスに聞こえるのですけれども、これは、どういう趣旨で書かれているのか、ちょっと教えてください。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今、今村構成員から御指摘をいただきました点に関しまして、資料2の後ろに「参考」とございます6ページ、7ページをごらんいただきながら、お聞きいただければと思いますけれども、今回、ここで述べさせていただいていますのは、やはり、B水準、C水準、特に労働時間を短縮しないといけない病院において、どのように、時短の取り組みの履行確保をするかという観点で、医師の労働時間短縮計画というものは定めることになっておりますし、その履行確保に関しましては、医療法第25条の医療監視などで確認することになっております。

B水準、C水準の指定におきましては、この評価機能における評価というものが必須になっていきますので、時短計画におきましては、現在、6ページにあるとおり、タスク・シフト/シェアの初診時の予診等々を記載しておりますけれども、これは、緊急的な取り組みとして、これまで挙げてきた項目でございます。

ただし、これだけでは、もちろん時短効果というのは十分ではないということもあり得るかと思しますので、ここに関しましては、時短計画で、それぞれ医療機関が記載するものでございますので、もちろん、ここに記載している項目に関しましては、これまで全ての医療機関に共通した事項として挙げられているかと思いますが、ほかの病院によっては、有している診療科がそれぞれ異なるため、どういうタスク・シフトがあるべきなのかということに関しましては、それぞれの医療機関において挙げられるべき、あるいは先ほどの裴先生のプレゼンにもありましたとおり、余力や診療体制あるいはコメディカルの医療関連職種の体制において、タスク・シフト/シェアし得るものが異なってくると思しますので、そういう観点からは、この時短計画は、各医療機関が独自にどういったタスク・シフト/シェアというものをしていくべきなのかということ、この時短計画に盛り込むことを想定しています。

一方、評価機能に関しましては、これは、時短計画がどの程度ちゃんと取り組んでいるかということ、横並びにして評価するものでございますので、それに関しましては、先ほどの緊急的な取り組みの、9項目に加えて、今後、さらに追加し得るかどうかということに関しましては、ぜひ御議論をいただきたいと思っておりますし、本日の論点でございます、資料5にまとめているようなものが、こういったところに入って来得るかどうかということ、ぜひ御議論いただきたいと思っております。

○今村構成員 総論としては、今、御説明をいただいたとおりの理解をしているつもりなのですが、3ページに示されている「重要と思われる業務」というのは、各病院が、自分のところでは、こういうことが重要だということを書くということを行っているのか、

全部の医療機関にとって重要だということを決めるということを行っているのかが、よくわからないという意味です。

先ほどの評価の項目自体は、別の検討会で決めることになると思いますが、タスク・シフト/シェアの部分については、この検討会で決めたことを、そちらの検討会のほうに示して、これが重要な項目だから評価項目として認めてくださいというような形をお考えになっているかどうかということをお聞きしたい。

○加藤医師養成等企画調整室長 第1点目に関しましては、時短計画自体は、各医療機関での御判断いただくものと考えております。そして、評価機能に関しましては、共通した項目を、今のところ事務局としては念頭にあります。

御指摘の2点目でございますけれども、こちらで重点的あるいは重要と思われる業務に関して、きょう、御議論いただきますけれども、もちろん評価機能としての項目がどうあるべきかに関しましては、別途、医師の働き方の推進検討会で議論すべきことでございますので、本日、この場あるいは次回以降でおまとめいただいたものに関しましては、そちらの検討会に御報告いただくような形になりますので、そちらで最終的には御議論をいただくということで考えております。

○今村構成員 ありがとうございます。

長くなって恐縮ですが、もう一点だけ申し上げておきたいことがあります。資料3のリストは、あくまで事前のヒアリングで、それぞれの職種の方たちが、こういう業務を担うことで変わるのではないかと言われたものを事務局で整理されたというのは、よく理解をしておりますが、今回の働き方改革の中で、特にタスク・シフト/シェアが必要なものは、先ほどの斐先生のお話にもありましたけれども、基本的には、院内ということが前提だと思うのです。

リストの中に、一部、医療機関外という記載が出てくるので、あくまで、大前提は、医療機関内で働いている医師のタスク・シフト/シェアの議論だということを、確認させていただきます。

○加藤医師養成等企画調整室長 一部訪問診療、訪問看護に関連したものが含まれておりますけれども、我々の理解では、今回、医師の働き方改革でB水準に該当するもの、訪問診療等を行っている医療機関というのは含まれておりますので、そういったところも念頭におきながら、我々としては、今回のタスク・シフト/シェアの議論を進めていきたいと思っておりますので、訪問診療、訪問看護というのは、今回の議論で除外されるものではないという観点でまとめさせていただきます。

○今村構成員 もし、そういう事務局のお考えでやられるのであれば、今、B水準に当たるとされている病院というのは想定されているわけですから、一体どの程度訪問診療に、その医師が時間を使っているのかというデータを示してください。それがそのまま、本来的な病院の医療機関内の働き方の議論をしているのに、そうではない議論に拡散することは、私はよくないことだと思っています。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

並行して動いております、働き方の推進検討会で、今の御指摘の点も議論していくと思っております。B水準の医療機関がどういうものか、各々のぐらいのボリュームになるかというようなことも、また、そちらで御議論をしたいと思います。最終的にここに挙げたものにつきまして、年内を目途に、その時点での議論のまとめというのを目指しているということは、第1回の会議のときに申し上げましたが、その時点までで、どこまで熟度が高まるのかということによって、まとめの中に何が書けるかということも関係してまいりますので、今の御指摘の点も含めまして、次回以降の会議の中でも、いろいろ踏まえながら資料を準備してまいりたいと思っております。

○永井（良）座長 よろしいでしょうか。

ほかに、いかがでしょうか。

権丈先生、どうぞ。

○権丈構成員 ちょうど今の3ページのところの話にかかわってきますし、裏構成員の話ともかかわってくるわけですがけれども、私たちは、経済学とか、いろんな方法で診療報酬のあり方と病院の中の人たちの賃金の関係を見出そうと思っても、なかなかできないんですね。

結局、これは、病院の中、院内というものが、民間のマーケット状態になっていて、その中で管理がなされているというところで、これを政策的に、リンクを持たせていくというのは、なかなか難しい。そうなっていきますと、これから先のタスク・シフト/シェアというようなものも、これは、今までのものと違って変化を求められるので、マネジメントというのは極めて重要になってくると思います。

このマネジメントで、どういうふうに重要になっていくかというところで、マンパワーをどのように配置していくか、そして、分配をどういうふうにやっていくかということが極めて重要になってくるので、この3ページにあるような形で、マネジメントの強化というふうに、私は位置づけて、ポツの1、2のところを読んでいるわけです。

例えば、参考資料の1-2の特定行為研修修了者を配置していくと、どのように年間の平均時間が減っていくのかというようなことが、また、これから先も、データがずっと更新されていくと思うのですがけれども、やはり、B水準、C水準の導入というきっかけがあって、そこでマネジメントの強化を図っていくというのであれば、こういう参考資料1-2あるいは次のところの話などを共有していただきながら、院内の人員配置をどのようにやっていけばいいのか。

そして、右左同時並行してきている特定行為研修修了者を、どのようにタスク・シフト、シェアの中で使っていけばいいのか、利用して活用していけばいいのかというような形の強化を、マネジメント能力の強化というところをやっていくことは、私は望ましいと思っておりますので、3ページの(1)のところの、重点的な業務の中身をどうするかということは、ほかのところでも御議論いただくことになるのでしょうけど、マネジメントの強化

をしていくというようなところで、この条件のもとに、こういうシステムを新たに強化していくということは、私はいいことではないかと思っております。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

○釜萯構成員 きょうの資料の2でありますけれども、この中に、参考資料がありまして、まず、最後のページをごらんいただきたいと思います。10ページです。

いろいろな医療従事者の数が、ここに一覧として出ておりまして、毎年の合格者の数も書いてあります。この資料を出していただいて、とてもよかったと思います。

8ページの日経メディカルのオンラインの調べというところで、回答者は、病院勤務医が多くを占め、開業医、診療所勤務も回答しています。医師の側から、どの職種にタスクをシフトするのが最も効果的かというQ2を見ると、医療事務・クラークが圧倒的に多いです。そして、3割が看護師と回答し、この2つを足すと80%になります。

それ以外は、あまり多くありません。これは、医師が見たタスク・シフトの可能な職種ということになるわけですが、それを今度、10ページと比べると、医師事務作業補助者というのは、この従事者の数の算定方法について検討が必要だと思いたしますが、この表を見ると、4万3000という数字です。

この4万3000ではとても足りないと感じますが、これを増やすことができるかというところ、現状においては、なかなか難しいわけです。

看護師さんに担ってもらえる業務は、非常に多く考えられるわけですが、現状において、看護師さんも大変忙しい。看護業務の補助者というのが、18万6300と出ています。准看護師も含めて看護職のトータルで見ても、それに比べると、看護の補助者はとても少ないですね。だから、これを今後ふやしていくことができるかと考えると、現実にはなかなか難しいだろうと思います。

タスク・シフトされる受け皿がどうなのかというところの議論が非常に大事だと、前回は指摘しましたがけれども、なかなか実際には、ここにシフトをお願いしたいと思う相手が、そんなに余力がないのではないかとということを前提に考えなければならないということが、指摘の第1点です。

そして、きょうの資料の3は、現状で実施可能な業務ですから、これだけたくさんあるわけですね。

これができますよということを、アピールするということは、それなりに意味があるかもしれないけれども、シフト可能とされる業務を現実的には担ってもらえていない中で、これが、また新たに出たからといって、そんなにうまくいくのかなという気がします。

もう一つ、ついでに申しますと、この効果というところの、月に何時間、この部分に医師がかかわっているかという評価も、個々に見てみると、少し医療現場の認識とは違うような気がします。これは、また今後、検証が必要だろうと思いたすけれども、既にできるというところについても、実際にどのくらい効果があるのかなというところが指摘できると

思います。

その限られた時間の中で、どのようなところに力点を置けば、とりまとめまでに大きな改善が期待できるのか、その視点でも考えなければいけないので、余り議論を広げて、これもできる、あれもできるとやっても、結局は、なかなか実効性が上がらないだろうと感じます。

その中で、医師事務作業補助者、医療・クラークの部分をふやすというのが、大事なポイントではあるのですが、実際には、それを担える人材をすぐに養成するというのは無理ですから、やはり、この中で現実的には、看護師さんに対する業務のシフトというのが、今回、一番力点を置くべきところであって、それが、看護師さんのほうでどのくらい受けられるのかどうかを、まず、しっかり検討する必要があると思います。

それ以外の業種に関しても、検討が必要ですが、当面の実現可能性を常に考えながら限られた時間の中で検討を進めていくということが、必要ではないのかなと感じますので、冒頭で、そのことを指摘しておきます。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員 先ほど、褒構成員がプレゼンテーションをなさったように、急性期の病院の経営というのは、非常に難しい状況でして、今、ここに出てきたいろいろなタスク・シフトの案には、やはり、人が必要というか、看護師さんが、今、おっしゃられたように、シフトを受け入れるような状況ではないというように、ほかの職種についても、やはりそうだとということになりますと、どうしても、新しい人材を病院としては雇い入れるしかないという問題が必ず出てくると思うのです。

また、タスク・シフトして、医師が、時間がある程度できたときに、本当に経営者が、その医師の働き方を改革することによって、メリットがあつてよかつたと評価するかどうかということなのですが、時間ができれば、さらに手術をなささいといったようにもなりかねませんし、また、医師が、これだけの人数を入れなくていいのではないかとということで、例えば、1人やめても補充してくれないといったようなことも起こり得るのではないかと感じるのです。

病院の管理者のマネジメント研修というものをなさるということで御提案がありましたけれども、そうした中に、そういった問題をどう解決していくように、管理者研修でやっていくのか、先ほど、褒構成員がおっしゃられたような、3つの「ふ」を解消しましょうとか、もっとレベルの高い話以前に、そういった基本的な問題があるのではないかと感じております。

例えば、30年ごとに建物を新しくしなければいけないということもそうですし、今、電子カルテは、5年ごとに更新しなければいけない。そのために数億かかるといったような状況で、それに対して、病院に対する支援というものが、非常に厳しい状況の中で、

これを成功させるためには、やはり、管理者のマネジメント講習というものは、非常に重要になってくると思うのですが、その取り組みというのを、どのように考えていらっしゃるのか、ちょっと教えていただきたいと思います。

○永井（良）座長 事務局、いかがでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 今回の御指摘の点は、非常に重要だと思っております、今回、資料2の参考にもお示しさせていただいておりますけれども、資料2の5ページでございますか、医療機関管理者を対象とするマネジメント研修ということで、これは、御指摘をいただきましたとおり、まず、医療機関の従業員の働き方かどうかと、基本的な考え方から、そして、今回の議論も踏まえて、タスク・シフト/シェアが、医療従事者の働き方に関して、どのように影響を及ぼすのかということも、現時点では、十分に含まれておりませんが、今回、本検討会のとりまとめを受けて、こういったマネジメント研修の内容にも盛り込んでいきたいと思っております。

○永井（良）座長 どうぞ。

○権丈構成員 時間が空くようになったからというのがあるのですが、今、医療に関して、960時間というものすごい概成的な制約条件が来ているわけですね。だから、そこにタスク・シフトに成功しました。それで、時間が以前と比べて少し空きましたといったときに、960時間という制約が、一体どういうふうに作用していくのかというのが、私は関心があるところです。

だから、「人を雇いません」というような形に、どういうふうに変換を与えるのかというのが、少し関心があるところで、やはり、今までの条件と違って、絶対条件として来るものがあるわけですね。その辺のところも考慮していただければと思います。

先ほども言いましたけれども、私たちは外部労働市場、内部労働市場というふうに変換するので、内部労働市場の調整というのが、極めて難しい状況に、これからなってくる中で、1つの知識としてタスク・シフト/シェアというものが、どのような形で労働時間とか、あるいはマンパワーの配置、特定行為研修修了者を配置していくというような、ファクターがいろいろふえてくるので、ここで、この研修というもの、マネジメントの強化ではなくて、研修の強化ですね、研修というものをしっかりとやっていただくということは大切なかなと思っております。

○永井（良）座長 どうぞ。

○妻構成員 マネジメント研修のつながりで、今、権丈先生がおっしゃったとおり、マネジメント研修は非常に大事なのです。ただし、マネジメント研修は、基本的には、講義だけでの一方向性の研修では、恐らくなかなかマネジメント能力はつかないと思います。

例えば、医療技術とよく似たところがあって、外科の手術をうまくやろうというときに、外科の手術書をずっと読んでいたら上手くなるかと、やはり、ならない。そうなりますと、やはり、リアルなマネジメントの実地研修というのはどうしても必要不可欠かなと。

特に、タスク・シフト/シェアの推進というのは、これまでやったことがない事例がふく

まれていますので、教科書があるわけではありません。となりますと、グッド・プラクティスまたはバッドプラクティスから、何か双方向的に学んでいくような、そういう方法論が、効果的かなと思っております。講義は、決してだめではないのですけれども、少し不十分かなと、私は個人的に感じております。

経営者やマネジメント層が頭でっかちになって、そして、現場にあれやれ、これやれというのは、また現場の苦労が増えるだけになる可能性があります。ただでさえ忙しい医療現場ですので、それは、あってはならないかなと思うのです。

だからこそ、マネジメント研修を受ける方が、知識のみならず、技術、身につけた技をどう現場に落とし込んでいくのかということまで設計された研修に、是非していただきたいと思っております。

○永井（良）座長 齋藤構成員、どうぞ。

○齋藤構成員 マネジメントに関してですが、資料を見ますと、まずは病院長を対象として、タスク・シフトの動きや病院の中でそれを進めていくためにどういったチームをつくりながら運営していくのかというあたりを研修していくのではないかと思います。それに加えて、院内でタスク・シフトを進めていくためには、事務長や看護部長などの医師の業務をシフトされる側も、医師の働き方改革に関する動きについての知識などが必要になると思います。

来年度は、まず院長に研修をとということですが、少しでも裾野を広げていくためには、病院の部長職のようなコアになる人材に対しても研修を広げ、グッド・プラクティスを収集しながら横展開を図ることが非常に大事になるのではないかと思います。研修の受講等々が評価の項目になるのかどうかということもあろうかと思いますが、医師以外の職種に関しても、こういった研修事業を行っていく必要があると思います。今、今村構成員が「次元が違う」と仰いましたが、自分と同じ職種をマネジメントするこれまでのものから、これからは職種を超えたマネジメントが必要になってくると思いますので、新たな視点が必要となります。そのあたりは、十分な対策を練っていく必要があると思っています。

○永井（良）座長 今の点、よろしいでしょうか。

ほかに、いかがでしょうか。

秋山構成員、どうぞ。

○秋山構成員 私もマネジメントは、非常に重要だと思っております。

先ほどの教育研修にしても、タスク・シフト/シェアに関しても、プロセスの部分は非常に議論されているのですけれども、もっとストラクチャーの部分についても目を向ける必要があると思います。恐らく、看護管理者や事務部長あるいは薬剤部長といったトップの人たちが、経営の執行部に入ることが、裏先生がおっしゃっていた意識改革にもつながっていくと思います。また、経済的なことと非経済的なことの両方を、質を上げながら負担軽減をし、モチベーションも上げていくためには、タスク・シフトされる側のトップの人たちを巻き込んだ経営のあり方といますか、ストラクチャーも変えていく必要があるの



ではないかと思えます。そして、そういうところも評価項目に入っていくべきではないかと思えます

○永井（良）座長 ほかに、馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 今回初めて参加させていただいております、馬場といいます。

私、外科学会の外科医の労働環境改善委員会というところの委員長をしております、外科医がどういうところで苦勞しているかという意見を、ある程度集約して、その問題点を少し抽出した形で意見を述べさせていただきたいと思っております。

1つは、先ほどの資料2になるかと思えますが、アンケートの結果、どのような職種の方に、業務に関することが最も効果的かということについて見ますと、医療事務、それから、看護師の方々、これは、確かに現場の声を聞いても、このような状況の声が聞こえてきます。

そして、きのう、その委員会で話し合ったことの中に、例えば、外来業務とかをしながら患者さんにさまざまな検査の説明、CTの造影剤の説明ですとか、輸血の説明、そういうことでとられる時間が膨大で、なかなか厳しいと。そこを、やはり担ってくれる異職種、あるいは、きのう出たアイデアとしましては、例えば、共通の輸血とか、いろんな検査にかかわる説明用のDVDとかを作成して、そこは患者さん側に見てもらって、理解を求めるような、そういう資材をつくっていくというのも1つの方法論としてありかなと考えております。

それから、看護師さんの担う役割というのは、非常に大きいと思うのですが、先ほど、裏先生のお話の中にありました、タスク・シフトされる側の3の「ふ」という観点から申しますと、自分たちの業務がある上で、こういういろんな業務を担わないといけないということが、時間的にも、精神的にも非常に負担になると。

そこで、これは、1つの例としてお聞きいただきたいのですが、私どもの病院で取り組んでいる1つの方法論として、例えば、看護師さんがやっている業務の中で、患者さんを検査に連れていく、あるいは放射線治療のために連れていくという、実際、看護現場でのケアとは直接関係ないようなところを切り離して、私どもの病院では、患者移送センターというのを新設いたしました。そこに10名ほど人を配置してまして、これは、特に資格のない方でいいわけですので、いろんな検査とか、治療を受ける際に、その方が病棟に連れに来ていただいて、検査に連れて行って、また、戻ってくると。

こういうことをしますと、看護師の皆さん方の業務時間もかなり短縮されますし、自分たちがしなくてもいいことが減るということで、ほかのタスク・シフトのほうに、少し業務を改善して向けられるのではないかと考えております。

それから、特定行為を受けられる方々が、なかなかふえないという現実がございますが、それがパッケージ化されて、来年から、そういう方がふえてくると思うのですが、もう一点は、これは、医療費がふえる中で、非常に難しいとは思いますが、その病院に、特定看護業務ができるような方々が何名以上いれば、加算がつくとか、少し特定看護師の数を

ふやすような誘導策を考えないと、なかなか難しいのかなと考えております。

少しばらばらの意見でございましたが、少し指摘させていただきました。

○永井（良）座長 今、御指摘をいただいた点、いかがでしょうか。

外形基準で加算をつけるというのは、なかなか難しいところはあると思うのですが。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

診療報酬の話になりますと、この会議では、ちょっと荷が重いという感じでございます。さまざまなタスク・シフト/シェアを検討していただいた結果として、各職種がどう働いていくということがまとまってまいりますので、中医協で、説明をする機会があれば、今回、どこまでできるかというのはありますけれども、この検討会の議論等を含めまして、御報告ができればと思います。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。

どうぞ。

○釜菟構成員 今回の医事課長さんの御指摘も踏まえてですが、診療報酬の適正な配分を目指す取り組みは、余り急激な変化も難しいだろうと、一般論としては思いますが、今回の資料の中で、参考資料の1-2、特定行為研修の成果、これは大変優れたデータだと思いますけれども、とても効果が上がっているという結果ですね。

このような成果が上がっているデータをしっかり周知して、各医療機関で、特定行為研修の修了者を積極的に増やしていこうという取り組みに大いにつながるのではないかと思います。

どんどん増やすというのが、なかなかまだできていないわけですが、周知が十分されていないというところもあって、指定研修機関になる病院というのもまだ少ないです。特定行為研修を修了した看護師さんへのシフトの効果というのは、非常に大きく今回の検討の核になる部分と感じましたので、指摘をさせていただきました。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

この表を見ると、病棟看護師さんの残業時間も減るという数字も出ていますね。

どうぞ。

○木澤構成員 2点あります。

1目は、特定行為研修修了者の活用について、まだまだと、推進が進んでいないというところでは、裏先生がおっしゃっていた3つの「ふ」が非常に大きい部分があると思います。

それには、組織的な支援が不足しているという御意見もありますので、そういった点では、医療マネジメント研修、頭で理解するのではなくて、ぜひ実践で執行部を含めて取り組むべき課題だと思われま。

2点目ですけれども、参考資料3にあります、臨床検査技師の病棟配置ということで、非常に先駆的な取り組みをされているところだと思います。

先ほど、馬場先生のほうから、外来の検査の説明ということがありましたが、外来だけ

ではなくて、病棟でも非常に、現在、いろいろな患者さんが診療科の垣根を越えて、いろんな病棟に入院されるということがあります。

そういった点では、検査の説明ですとか、それに伴う前処置といったものの説明を全て看護師が行っているという現状があり、患者さんへの安全な説明、医療の提供といった点では、タスク・シフトを共同しながら進めていくことが非常に有用かと思われれます。

以上です。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

そのほか、御意見、いかがでしょうか。

齋藤構成員、どうぞ。

○齋藤構成員 今のお話にあった検査の説明や、先ほど話題に上がった患者さんの移送も含め、既に平成19年の通知で、医師や看護師と他の医療専門職、無資格者との役割分担の推進が示されているのですが、なかなかそこが進んでいません。これについては色々なデータが出されています。そのため、きちんと現場にそういうことが理解されるように、周知活動を強化していくことが大事だと思います。

○永井（良）座長 どうぞ。

○木澤構成員 先ほどから、医師の負担軽減のために、医師事務作業補助者ですとか、看護補助者の活躍が、これから期待される場所ですけれども、実際には、入れかわりが激しくて、定着していないという現状があります。

それによって、現場の指導するスタッフも疲弊しているという現状があるということでは、そういったものの教育ですとか、そういった基盤づくりというものも安定した人材供給というところでは必要かと思われれます。

○永井（良）座長 今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 患者さんの移送について、私的なことを申し上げるのも何ですが、この前入院したとき、検査のための移送に看護師さんがずっとついて行って、こんなことを看護師さんにやってもらうのも恐縮だなど思いながら受けたのですけれども、馬場先生から、今、特別な部門をつくって、そこで人を雇用して、患者さんの移送等をやるというお話がありました。一体どのぐらいの検査に対して、どのぐらいの人員が必要かといったデータはあるのでしょうか。

実は、医師の10万人調査で、医師が患者さんの移送にかかわっているというデータもあるので、看護師さんの業務を減らすこともそうですし、医師の直接的な業務を減らすという意味でも、非常に重要だと思っています。

今、人手不足の中で、そういう人がやってくれたらいいというのはわかっているけど、そもそも絶対量として、どのぐらいの人数が必要で、そういう人を雇用できるものなのかどうか、ちょっとイメージがわからないので、ぜひ教えていただければと思います。

○馬場構成員 どうもありがとうございます。

私どもの病院が、840床ぐらいでございますが、そこで移送センターに配置している方が

13から15くらいの間かと思っております。

それぞれの病棟から検査あるいは治療のために、どの時間帯に、どの患者さんを迎えに来てくれということを、前の日に予約を入れておきますと、その時間帯に、そのセンターから各病棟に、そういう方が来まして、患者さんを所定の場所に連れて行って、その間、付き添って、また戻ってくると。

ですから、その時間帯は看護師さんが完全にフリーになりますということと、もう一つは、看護業務が、そこで途切れなくて済むと、そうしますと、時間外、超勤の分も減りますので、そこら辺の病院の経営面でも随分貢献しているかなと思っております。

どれぐらいの数が適正かという具体的な数字はございませんが、現時点、私どもの病院においては、それぐらいの数で十分賄えているということと、患者さんの状態、例えば、酸素吸入をされている方とか、末梢の輸液点があるような患者さん、これも一定の教育をして、現在、そういう方も全部搬送をしていただいております、ほとんどトラブルがないということと、看護師さんたちからの声としては、非常に好評です。

○今村構成員　そういう方が重要だというのはそのとおりだと思うのですが、そもそも雇用するのに、人が来ていただけるのかどうかという問題と、コスト的に、例えば、先ほどの裴先生ではないけれども、看護師さんが効率的に働くことによるメリットというものもあるので、それが大きな経済的な病院の負担にならない程度の話なのか、やはり、そういう人数を雇用するというのが、病院経営上は、それなりの投資というか、負担になるのか、その辺はいかがでしょうか。

○馬場構成員　先ほど言ったぐらいの人数の方を雇用することによるメリットのほうが、デメリットより大きいと考えておりますので、そこにかかわる人件費は、むしろ看護業務が短縮できたことによって、超勤が減った分で、十分賄えるぐらいの額で済むと思っております。

どうして、こういうことを始めたかといいますと、病院長のヒアリングのときに、各病棟から出てくる声として、看護師さんたちの自分たちの業務が途中で中断されて、なかなかケアに専念できないとか、こういう業務は、ほかの職種にしてもらえませんかという声がありましたので、すぐそういう部署をつくって、部屋をつくってやりますと、非常にそこはスムーズにしているように感じております。

○永井（良）座長　では、青木構成員、猪口構成員、どうぞ。

○青木構成員　青木でございます。

今、馬場構成員、木澤構成員のほうから、患者さんへの御説明が非常に煩雑、時間をとられているという御発言がございましたけれども、我々、医療専門職でも、それぞれの職域に応じまして、患者さんへの御説明というのは十分可能かと思えます。もっともっと活用していただければ、医師や看護師の皆さんの業務の軽減ができるのかなと思えます。

○猪口構成員　さっきからいろいろお話を聞かせていただいておりますが、基本的に、やはり、日本は、これから若者が減ってきますし、働き手が減るという現実があるわけで

すね。

例えば、医師の仕事を看護師にお願いしても、看護はもう手一杯だから、看護補助者にお願いする。しかし、看護補助者は、今日の中医協の資料で出ていましたけれども、そこが一番人がいない。ということになると、なかなか打つ手がないわけです。

私は、もう少し発想的に、誰かに任すというよりも、医師の仕事を、この人に任したときに、この人は、仕事を増やさなくても、それがこなせるような効率的な仕事。

例えば、薬剤師さんがいるとすると、医師はもっと薬剤師にやっていただきたい。薬剤師もやれると思ったけれども、一々医師に指示をしなければいけなくて、このタイムロスがすごくあるとすれば、そういうタイムロスを切っていくことによって、お互いウイン・ウインになれるということがいっぱいあると思うのです。

例えば、今の移送の話だと、どうしても人ということになりますけれども、事務的なことだったら、もう少しITをうまく活用するとか、書類を減らしていくとか、それでいて医療の質をいかに落とさずに、そういう無駄を省いていくかというところを、ちゃんと議論したほうが、何でもかんでも人に預けていって、また、預けていってというのでは、多分、日本は、これからそれでは回らない、病院は回らないだろうなというような気がしております。

○永井（良）座長　そういう意味では、少し個別の内容を議論する必要があるかと思えます。

資料5を事務局に用意していただいています。それを伺った上で、資料3あるいは資料4の業務、特に、今、猪口構成員に言われたような効果的なシフトが必要な業務であるとか、あるいはお勧めの業務、そういうところを、少し御意見をお伺いしたいと思います。

では、事務局から、資料5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5「医師の働き方改革に向けて特に進めるべき業務について」ということでごらんください。

「医師の働き方改革における医療機関の取り組み・評価の項目（案）」ということでお示しをしております。

資料3、資料4でお示しをしているとおり、特にタスク・シフト/シェアを進める上で、時短効果や業務実態を踏まえて、重要と思われる業務を選定して、その旨を通知に盛り込むことや、評価機能による評価項目に加えることなどを通じて、タスク・シフト/シェアを推進することとしてはどうかというふうにお示しをさせていただいておりますが、下記の資料3、4の業務について、事務局として、これはあくまで案でございますけれども、時短効果、業務実態を踏まえて、重要ではないかと思われる項目を幾つかピックアップしてお示しをしております。

例えば、看護師についてですと、包括的指示の有効な活用であるとか、特定行為であるとかを書いておまして、先ほど来、話題に出ている医師事務作業補助者について言うと、

患者への説明であるとか、電子カルテへの記載あるいは各種の書類作成等の事務業務等が重要ではないかということで、事務局の案としてお示しをさせていただいております。

事務局からの説明は、以上です。

○永井（良）座長 ただいまの御説明を含めて、また、資料3、4に関しても、皆様の御意見をお伺いしたいと思います。

齋藤構成員、どうぞ。

○齋藤構成員 資料4の看護師へのタスク・シフトの239番についてお尋ねしたい。これは救急室を想定していますが、救急室の現場では、患者さんが入ってきて、看護師が症状を伺い、ある程度、こういうデータが必要だということを判断して、採血をし、医師がそこに着いたときには、ある程度の診断の材料が揃っているというのが、現場の実態です。

ここの文章の最後に、検査項目についてのオーダーは可能だけれども、実際に採血等を行う際には、改めて医師に確認をしてから、その行為に入るというようなことになっていますが、非効率だと思います。

一連のプロセスの中で、医師が診断する際に、ある程度の重要な情報が揃っているほうが、非常に効率的だと思いますし、今回の検討会の趣旨でもあります「色々な医療専門職種が、みずからの能力を生かして、能動的に動いていく」ということに適することになるのではないかと考えております。看護師が採血をする前に、医師の指示をもらわなければいけないと整理されている根拠はどのようなものでしょうか。

○永井（良）座長 いかがですか。

○土岐医事課長補佐 239番の項目につきましては、侵襲性を伴う検査と、そうではないものについては、まず、分けて整理させていただいております。

当然、採血などの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ということが法律上決まっておりますので、ここの医師が最終的に確認することが必要というのは、そういう前提に基づいて書かせていただいております。

ですが、ここにつきましては、医師の指示が、どういった範囲であれば、医師の指示として成り立ち得るのかという論点と、あとは、救急で初診ということになると、当然、医師が診る前に、どこまでできるのかということになりますので、医師法の第20条との関係でも整理が必要になってくるのではないかと考えておまして、現時点の解釈として医師が最終的に確認した上で、指示を出して診療の補助行為をやるということで、今回、このような形でお示しさせていただいております。

○永井（良）座長 秋山構成員、どうぞ。

○秋山構成員 資料3の238番「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（採血・培養検査・レントゲン検査など）の代行入力」は○（現行法下で実施可能な業務）と整理されています。前回、指示について確認させていただいたように、患者個人を特定せずとも、患者の範囲を定めていれば指示として成立するとなれば、その中で看護師が能動的に判断して検査をするということは、

認められると思います。

239番についても事前に決めておくことさえ条件に加えれば、○実施可能と整理されると思います。238は場所が救急室となっていて効果が52.5時間になっています。239番の2.1時間よりも十分効果が高いと思いますので、この部分をもう少し広げていくことが効果的だと思います。そのため、資料5の看護師の「包括的指示の有効な活用」について中身を明確にする必要があります。どこまでは事前に合意されたプロトコールでオーケーとするのか、採血までなら侵襲性が低いのでオーケーとするかなどです。実際、救急の現場では患者さんが急変する前に血管確保と採血をしておくことがあります。それは、急変してからでは、なかなか血管確保が難しくなるためです。看護師の1番目に「包括的実施の有効な活用」があり、その次の「特定行為」はわかりやすいのですが、その次の「定型的血液検査等の指示の代行入力」は「包括的指示の有効な活用」の範囲に入ると考えられますし、5つ目の「患者に対する放射線治療についての説明・相談。抗がん剤治療中や放射線治療中の患者の検査オーダーについては、事前に合意されたプロトコールに基づいて実施する」も同様です。どこまでを認めるかということになるかと思いますが、事前に合意されたプロトコールに基づいて実施するのであれば、患者の範囲を決めた指示と理解して、看護師は確認をしなくても進めていけるものではないかと理解しています。

「代行入力」、「撮影オーダー」、「検査オーダー」、「プロトコール」など、色々な言葉が混在していますので、そこを少し整理していただければと思いますが、いかがでしょうか。

○土岐医事課長補佐 御指摘のとおり、御提案いただいた内容に、代行入力であったり、検査オーダーであったり、いろんな言葉が使われていて、我々としての受けとめで、今回、整理をさせていただいております。238と239の違いにつきましても、代行入力をしてから、実際に検査の実施までには、やはりワンステップあるだろうということで、今回、○と△という形で、整理を分けさせていただいております。御指摘のとおり、入力オーダー、検査の実施といった部分で、いろんなステップがある中で、もう少しきれいに整理して、考え方をお示しする必要はあろうかと思いますが、そこで、当然、医師の指示のあり方も含めて、少し事務局のほうで、改めて整理をさせていただければと思います。

○永井（良）座長 木澤構成員、どうぞ。

○木澤構成員 先ほどの追加なのですが、実際には、やはり、救急現場のほうが、人が足りないというところがあります。特に、夜間とか深夜帯ですと、そういった意味では、帰宅するような患者ではなくても、例えば、入院が必要な患者ですとか、患者の選定をあらかじめ決めておいて、包括的指示のもと実施するというのが、非常にスムーズかと思えます。ただ、これは、確認しないということではなくて、何らかのプロトコールの場で、こういう手順の中でやりますというのがあったほうが、お互いの認識も共通することになるかと思えます。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。

どうぞ。

○釜菴構成員 先ほど、今村構成員が話した中にもありましたけれども、今回のこの検討は、病院における、勤務時間が長くなっている勤務医の対応を考えるということが主眼です。在宅とか、施設での勤務かどうかという論点は、その場所で医療安全をどう確保するかという別の要素が加わり論点がずれてしまうので、むしろ、病院における勤務にしぼって検討するのがいいのではないかと、私は思っております。

そうなりますと、病院間における医師と看護師との連携というのは、基本的には、かなりとれていると思いますので、先ほどの患者さんの範囲の話、それから、あらかじめのプロトコルを定める問題とかは特に救急を担当するような場面では、医師の指示が包括的に出されて、全体が管理されるということであまりよくはないのかなと感じます。

医療安全という視点が常に大事です。それから、いろいろな場面における責任の所在ということについても考えておかなければいけないことだろうと思います。

まず病院における勤務の状況ということに、かなり限定して考えていくと、今の議論が前に進むのかなと感じますので、発言をいたしました。

○永井（良）座長 そのほか、いかがでしょうか。

斐構成員、どうぞ。

○斐構成員 資料5の特に進めるべき事項ですけれども、このように濃淡をつけるのは、私は賛成です。

ただし、時短効果というのは、当然、大前提として必要なのですけれども、時短効果は出るけれども、取り組みにくい業務や、時短効果は出るのだけれども、時間がかかる業務があります。となりますと、タスク・シフト/シェアを院内で取り組んでいくときに、やはり、1つ目にいい結果を出す、いわゆる「勝ちぐせ」をつけさせるというのはとても大事です。一生懸命やったけれども、なかなか効果が出ない、または出なかったというのは、職員にとっては辛い部分がある場合が多いのです。

となりますと、まず、時短効果が出るというのは大前提、そして、取り組みやすい、非常に難易度が低いことからスタートするという視点もあったほうがいいかなと。タスク・シフト/シェアというのは、院内でムーブメントをつくっていくというのが非常に大事で、これだけあれば終わりではなくて、今後ずっと永続的にやっていかなければいけないものです。となりますと、最初からつまずいてしまうと、組織というのは改革に抵抗感を持ってしまいかねません。やはり、最初からいい勝ちぐせをつくるような、演出も必要かなと思います。

以上です。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

猪口構成員、どうぞ。

○猪口構成員 そうしますと、私も包括的指示を、いかにいいものをつくっていくかというのが多分肝で、これは、看護師等もそうですけれども、例えば、薬剤師、結局、プロト



コールを決めましょうというのも、最初から包括的に決めておきましょうという話で、そういうのを危険がない、これはちょっと違うかなというときは、そこはもう医師の指示を必ず得るのですけれども、現場では、そうでもない、定型的に動くことというのはかなりありますので、そういうところから、包括的指示をいかにまとめていくかというあたりだけでも、かなり効果が出てくるのかなという気はします。

○永井（良）座長 根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員 具体的な項目について、よろしいでしょうか。

薬剤師にタスク・シフト/シェア可能とプレゼンされた項目についてというところの148番なのですが、医師の処方権をある程度薬剤師に移譲するということは、法律的に難しいということで伺っておりますけれども、これも、今、猪口構成員がおっしゃったように、あらかじめ合意されたプロトコールがあるということで、薬剤の種類だとか、剤形だとか、例えば、アレルギーが出た薬剤をほかのものにかえるとか、そういったこともプロトコールとして作り上げておけば、最終的に医師が、最終確認をしなくても済むというふうに捉えてよろしいのでしょうか。

というのは、かなりの医師が、ここの部分で要望がありました。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。

○土岐医事課長補佐 ここで整理させていただいておりますのは、1行目の最後のところに、処方の範囲内というふうに書かせていただいております。処方を変更するという事になると、医師の確認が必要になってこようかと思っておりますので、処方の範囲内で事前に取り決めた範囲で、例えば、投与方法ですとか、投与量について薬剤師が、仕事をするということについては、可能な範囲があるのではないかと整理をさせていただいております。

○根岸構成員 処方の範囲内というのと、投与量は、その処方の範囲内に含まれないと捉えてよろしいのでしょうか。

○土岐医事課長補佐 もう少し細かい整理を、改めて事務局のほうで示させていただければと思います。

○永井（良）座長 どうぞ。

○今村構成員 何度も同じことを申し上げて恐縮ですけれども、今の148番の話についても、前提は、医療機関の中ということでよろしいですね。そこをはっきりしておいていただきたいのですけれども。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございますけれども、まず、処方に基づいた薬剤師さんのプロトコールに基づいた、先ほどの変更だとか、そういったことを御議論いただきましたので、少なくとも処方した医師は、医療機関の中にいるということで、我々としては理解しております。

○今村構成員 もちろん、医師は医療機関の中にいるのですけれども、薬剤師も医療機関の中にいるということが前提でよろしいですかということです。

- 永井（良）座長 つまり、院外薬局で受け取るときに、処方の変更が可能かどうか。
- 今村構成員 いや、その議論と別の議論なので、そこは明確にしておいていただきたいということを何度も申し上げております。
- 加藤医師養成等企画調整室長 ここから読み取れるものに関しましては、主に医療機関内での変更等々を意識して書かれているものとして、事務局としては受けとめております。
- 根岸構成員 今村先生、私もそのつもりで申し上げておまして、院内でのあらかじめ定められたプロトコールに従ってということで、質問いたしました。
- 永井（良）座長 どうぞ。
- 木澤構成員 同じく148番のところなのですけれども、プロトコールに基づいた投薬とありますが、最終的に薬剤の患者さんへの投与については、医師や看護師が実施するというところについてですが、現在、病棟薬剤師が配置されて、いろんな薬剤を患者さんごとにセッティングをさせていただいているのですが、実際に投薬するのは看護師となると、また、取り出すときにダブルチェックをして、あとはオーダーをダブルチェックするという感じで、非常に実施責任の部分で時間がかかっているという部分がありますけれども、これは、現行法上、解釈としては難しいということでしょうか。
- 土岐医事課長補佐 薬剤の投与といっても、いろんな形があるかと思いますが、経口投与で、患者さんが自分で飲む薬を、そこに届けるということであれば、これは誰でも実施できる行為になるかと思えます。
- 例えば、点滴で入れるとかとなると、これは、薬剤師はできませんので、そういった意味で、医師や看護師が実施する必要があると書かせていただいております。
- 木澤構成員 経口の薬剤を、紙をちぎって患者さんにどうぞというのとは、また、意味が違うということでしょうか。患者さんに配薬した薬を、実際に飲んでくださいとか、お口に入れて飲ませることについて。
- 土岐医事課長補佐 恐らく投与という言葉の指す範囲が明確でないので、今のような御議論になっているのかと思えますけれども、我々としては、投与というのは、薬を患者が御自身で飲むものについては、投与には含まれないという前提で、この資料をつくらせていただいております。
- 木澤構成員 わかりました。その部分が、やはり現場ですと、最終的には、看護師が何度か確認する必要があるということになります。
- 永井（良）座長 そのほか、いかがでしょうか。
- 齋藤構成員、どうぞ。
- 齋藤構成員 事務局に質問ですが、資料3「現行制度上実施可能な業務について」の医師事務作業補助者へのタスク・シフトの項目に「患者への説明」というのがあります。検査手順や入院のオリエンテーションなどが医師事務補助者等でも実施可能ということは理解しています。ただ、「同意書の取得」が医師事務作業補助者に限らず、色々な職種が可能と記載されていることについては、誤解を生じるのではないかと考えています。「取得」

と記載をすると、説明までも医師事務補助者が行うのかと思ってしまう。ここでのイメージは、治療方針や検査の説明がなされた後、本人や家族がサインをしたものを事務の方や他の職種が行って回収してくるというイメージではないかと思います。現場で混乱が生じないように、必ず医師が説明した上で、他職種が説明の補足をしたり、同意書の受領をしたり、回収したりということだと明示していただければと思っています。

もう一点、現在、時短が望める項目から推進するという方向になっていますが、資料3と4に記載されている「効果（推計）」の時間数が、果たしてどのぐらい妥当なのかというのは、非常に疑問に思うところです。私ども日本看護協会も、この調査に協力をさせていただき、3病院程度のヒアリングをしましたが、各項目を提案した団体が提出できるのは1病院という制限がかけられており、すべてを提出することができませんでした。抽出した病院の規模や機能によって、この時間数はかなり違ってくるのではないかと推測され、一般化することが難しい数字だと思います。評価項目は、なるべく多くの病院で共通的に行われているものから、その中でも医師が多く担っているというものに、まずは着目し、評価をする方が妥当なのではないかと思います。時間については、色々な研究も進められていくと思いますので、ぜひ、考慮はしていただきたいと思います。

○永井（良）座長 先ほどの同意書の取得の件は回収ですね。書類を受け取るということですね。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

同意書に関しましても、先ほど御指摘いただいたような治療方針の同意書から、さまざまな種類の、簡易的な内容の同意書もございますので、一概に、全て医師が行うというものではないと思います。御指摘のとおり、こういった類の同意書を医師事務作業補助者にタスク・シフト/シェアされるべきなのかということは、今後、こういったものを周知するに当たって、注意深く記載していきたいと思います。

また、後段御指摘をいただきました、資料3と4の効果の部分に関しましては、これまで繰り返し御説明させていただきましたとおり、また、御指摘のとおり、ある特定の医療機関における時間ということで、一般化できない部分があるということは、御指摘のとおりでございます。

今回、資料5にお示しいただきましたのは、委員御指摘のとおり、広く一般的に行われているもので、多くの医療機関で取り組めるであろうというような観点も含めて、資料5の項目を列挙させていただいておりますので、そのような観点でも御議論をいただければと思います。

○永井（良）座長 馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 今の医療事務作業補助者の業務内容についての確認でございますが、先ほどのお話を聞きますと、説明、同意の範囲が特定できていないので、どこまでを説明して、どこまでのことであれば、単なる同意書の回収業務だけを指すのかということが、まだ不明瞭ということでございますが、医療現場の実情を申しますと、この説明と同意というのが、

ものすごく時間がとられているのが現状でございます。

したがって、医療事務作業補助者にある程度のところまでは説明できるような業務移管をしていくということと、先ほど、私の発言の中でも申しましたが、例えば、CTとかの造影剤あるいは輸血とかについても、ほぼ共通した説明内容を盛り込んだようなDVD作成とか、全国共通でできる部分はたくさんあると思うのです。医療事務作業補助者の確保そのものが、非常に数的に難しい現状におきましては、そういうITの利用ですとか、そういうことを進めていくことも1つ考えておかないといけないことかなと思います。

きのう、私ども外科学会で話をしましたときには、例えば、外科医の手術という侵襲的な手技に関しましても、大方病名が決まり、術式が決まりますと、全国共通で大方の説明ができるように、そういう資材はつくれるだろうと。

そうすると、そういうことを前もって患者、家族に見ていただいて、わからないところを医師が補完的に説明するようなことをすれば、時間的には、随分短縮できるのではないかという意見をいただいておりますので、少し今日の議論とは離れたことを含んでいるかもしれませんが、そういうことも御検討いただければと考えております。

○永井（良）座長 つまり、その資材を使って、医師事務作業補助者が説明をして、同意書を書いていただくと、そういうところまで拡張したらどうかということですね。

○馬場構成員 こういう共通の資材をつくる過程が、ちょっと時間がかかったりするかもしれませんが、大方の業務は、共通のプラットフォーム上でつくれる内容を含んでいるのではないかと思いますので、そういう意味での時間短縮あるいは人的資源を、現在、非常に人手不足というところもありますので、そういうところも考え合わせますと、ITあるいは資材をうまく活用するという一方を考えていくということは、大事な視点ではないかと考えております。

○永井（良）座長 資材を活用するのは医師なのですか、それともタスクを依頼された方ですか。

○馬場構成員 私どもが想定していますのは、医師ではなくて、タスク・シフトされた方が、それを利用して説明すると、そして、同意をとれるところまでもっていく。

あるいは、当然ながら侵襲的な業務に関しましては、医師が十分説明を補足しないといけないところが出てくるとは思いますけれども、それでも時間の短縮にはつながるだろうと。

そして、そういう侵襲的な業務であれば、やはり、患者、医療者側の信頼関係を構築するためにも、医師がそこに直接かかわるといえるところまでは、削減できないと思っておりますので、ただ、時間短縮、効率化ということに関しては、十分資する内容ではないかと考えております。

○永井（良）座長 わかりました。

では、根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員 医師事務作業補助者については、先生に非常に同感でして、私も日本病協会のほうで、医師が集まって話をしましたときに、医師事務作業補助者を病院の中で教育

するということは非常に時間がかかるのです。かつ、事務作業補助者の恩恵を受けている医師の数も、病院の中で少ない、一部ということになるわけですが、医師の少ない施設1つで、それぞれの医師に医師事務作業補助者をつけて教育したところ、これほど時間が余るとは想定しなかったというほど成功している。教育によって、非常に技量がアップしていくということが示されたということです。

もう一つの病院でも、最も忙しい医師2名にぴったりくっつけて教育をしたところ、3カ月かかったけれども、その後、非常に医師の業務が楽になったということが報告されたのです。

その教育というのは、1つ病院で、それぞれの人を教育していくというのは、非効率的だと思いますので、そういった育成機関ですとか、そういったDVDの作成とか、そういったことは非常に重要であるかと同感いたします。

○今村構成員 すみません、ちょっと個別具体的なことで、根岸先生に伺ったほうがいいのかもしれないですけども、資料4の71番の麻酔科医が術中に行う麻酔管理の補助について、麻酔作動薬や循環作動薬、輸液の準備及び投与と項目に書いてありますが、具体的に準備とは、どこまでの範疇を言っているのでしょうか。例えば、設定された注入ポンプに、具体的に医師の指示があって、ダイヤル5でスタートしてくださいと、それは投与ですね。そんなのは別に全然問題ないと思うのですけれども、準備とは何を指しているのでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

さまざまな項目がございますけれども、我々は一律準備というような言葉であらわされているものに関しましては、薬剤を現場に持っていき、開封することなど、主に医行為に値しないようなことを準備として読み取っておりますし、そのようにも確認させていただいております。

○今村構成員 例えば、薬を吸引するのはだめということですね。注入ポンプに設定するシリンジを用意することは、医師か看護師がやることであって。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

シリンジに薬剤を充填する行為自体は、法的には医行為に該当しませんので、医療安全上、やはり中身のことに精通している医師や看護師が、医療安全上やるべきだという意見はあるのかもしれませんが、今回の法的な整理におきましては、現状、それは行えると整理させていただいております。

○今村構成員 臨床工学技士さんが、注入ポンプに設定するためのシリンジの中の薬までを含めて準備をするということを想定して書いていると、そういうことですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 はい。今回の整理におきましては、そのように整理しております。ただ、もちろん、薬剤を充填するに当たって、そういった研修や教育を受けているのかということに関しましては、これは別問題でございますので、こういったことを本当にタスク・シフト/シェアしてくるのであれば、それらに関する研修を行うべきだといっ

たような議論は、この場で、是非していただければと思います。

○今村構成員 その辺は、現状として、根岸先生は、どのようにお考えになっているのでしょうか。

○根岸構成員 先生と同じ麻酔科医としてお答えいたします。

これは、多分、日本麻酔科学会の理事がヒアリングを受けて、そういった要望を出しているかと思います。

私も先生と同じで、すぐゴーですよとは思っていません。

私のイメージとしては、やはり、周術期管理チームの資格を取って、さらに現場でトレーニングを受けるなり、あるいは臨床工学技士会のほうで、何かプログラムをつくっていただいて、その勉強会などを通過するというようなことは絶対に必要かなと思っております。

薬剤の生理的な影響とか、この薬剤がどういった作用を持つのか、そういったことは学ぶ必要があると思っています。

ただ、そういったプロセスを経れば、うちの病院でも、アブレーションの際に、臨床工学技士が麻酔のサポートをするのですが、最初は、本当に手取り足取りで教育をしたのですが、けれども、例えば、麻薬を希釈してセットするというようなことは、確実にできるようになると考えております。

もちろん、全員ではないかもしれませんが。

○永井（良）座長 よろしいでしょうか。

○今村構成員 いきなりできないというのは、本当に先生のおっしゃるとおりだと思います。体に薬剤が入るといふことの生理的な影響については、先生もよく御存じのとおりなので、どういった薬剤を扱うかという話も含めて、慎重な議論が必要だと思っています。

「準備」という表現が抽象的なので、それぞれの学会の先生たちの御要望というのも非常に重要だと思いますので、そこは1つ1つ慎重に議論をしていただきたいと思っています。

○永井（良）座長 青木構成員、どうぞ。

○青木構成員 2つございます。

1つは、前半の議論の中で、提案の7割が、現在でも実施可能な事項であり、ここが実際に、さらに推進可能なのかということがございました。こういった、現在できるといった行為を含めて、一連の行為ということで対応させていただけるのであれば、十分に推進の効果があるのではないかと考えています。

臨床工学技士のことで大変恐縮ですが、今、議論をいただきました麻酔の補助についても、資料5の1ページに投薬の部分が△になっておりますけれども、ここができないがために、麻酔器の準備はできる、その他モニター等々の準備はできる、モニタリングもできるということではございましたけれども、臨床工学技士による麻酔の補助というものが進んでいなかったということがあると思います。そういった一連の流れの中で、少し柔軟に整理をしていただきまして、しっかりとした教育制度の中で実施させていただけれ

ば、十分に対応できるものと考えております。

もう一点ですけれども、資料4の4ページの31番と32番、超音波検査でございますが、この資料自体が、それぞれの団体からのタスク・シフトの提案をベースに構成されたということは理解しておりますけれども、エコー自体は、診療放射線技師にも認められた行為であると理解しております。

今回、こちらは臨床衛生検査技師会からの提案であったかと思っておりますけれども、こういった行為の場合には、臨床検査技師だけに認められる行為ということになるのか、それとも、もともとの技術が対応可能な全ての職種に対して門戸を広げるということになるのか、その辺を少しお聞かせいただければと思います。

○土岐医事課長補佐 行為として実施可能かどうかという観点では、診療放射線技師も超音波検査は実施可能ですので、ここと同様の整理がなされると考えておりますが、それとは別に、どの職種が、その行為をどの現場で担っていくことをお勧めしていくのかということは、実際に行為ができることとは、次の段階として議論が必要なことだと思っておりますので、今回は、御提案のあった臨床検査技師の項目の中で、これをお示しさせていただいているということでございます。

○今村構成員 青木構成員のおっしゃった麻酔管理の補助のところ、投薬の具体的なイメージがよくわからないのですが、例えば、麻酔医がそこにいるということが前提として、臨床工学技士が吸入麻酔薬を投与するというのは、具体的にどういうことを指しているのでしょうか。それができないから、何かシフトが進まないという御意見でしたが。

○青木構成員 ありがとうございます。

投与ということについては、先ほど厚生労働省の事務局のほうから解釈と申しませうか、述べていただいたと思っておりますけれども、我々も先ほどの厚生労働省の解釈と同じようなイメージを持っております。

ただし、それを包括的な指示で実施するというようなことではなくて、あくまでも麻酔の先生の監視のもとということで考えております。

○今村構成員 細かくて恐縮ですけれども、例えば、循環作動薬や麻酔薬を投与するというのは、その場に麻酔科医がいる前提での投薬ということをおっしゃっているのか、麻酔科医がいないところで指示があれば投薬ができるということをイメージされているのかで、大分違うと思うのです。

つまり、例えば、その場で注入ポンプの数字を5から10に上げてという具体的な指示を今まではできなかったけれども、それは、基本的には、指示があつて、機械ですから、数字を変えて注入ポンプを入れることはできますよという解釈でいいと思うのですけれども、そうではなくて、包括的指示あるいは具体的指示にしても、医師のいないところで臨床工学技士の方が投薬できるということでは、全然意味が違うと思っておりますので、その辺の解釈について教えてください。

○青木構成員 ありがとうございます。

麻酔医の補助の補助でございますので、あくまでも先生の監督のもとということで考えております。

ただし、先ほども御意見をいただきましたように、どういった手術でも、どういった状態の患者さんでも対応ができるのか、また、どういった薬でも対応できるのかということについては、そのような考えを持っておりませんで、どのあたりまで許可をいただけるのかということは、これから議論を進めていただければと思っております。

○永井（良）座長 どうぞ。

○土岐医事課長補佐 事務局です。

ここの項目について、事務局としての整理の考えを改めて御説明させていただきますが、もともと△という整理をしているのが、要は、麻酔装置が生命維持管理装置なのかという点で、臨床工学技士の業務範囲としては、生命維持管理装置の操作ですので、そこに含まれるかという点が不明確であるという意味で△に分類させていただいております。

今回の整理といたしましては、全身麻酔装置については、生命維持管理装置、呼吸や循環を代替する機能を持つ装置として解することができるであろうと。

その上で、医師の具体的な指示のもとに、当該装置を操作して投薬、輸液を投与する行為は実施可能なものとして取り扱うと整理させていただいておりますので、当然、具体的な指示を出して行うという前提は、医師がその場において包括的な指示ではなく、具体的に指示をして行うという前提で整理をさせていただいております。

○今村構成員 おっしゃっている理屈はわかるのですけれども、実際、医師がそこにいるのであれば、そこで麻酔器の吸入器の濃度を変えるだけのことなので、わざわざほかの人の手を煩わす意味がよくわからないなと思って伺っているのです。

だから、例えば、麻酔科医が、どうしても出血がすごく多くて、その場を離れて何かをやっていて、その部屋に臨床工学技士さんがいるから、その麻酔器のダイヤルを2%から0.5%に下げてくださいといったときに、それを臨床工学技士さんができるというようなイメージなのかどうか、そういうことを聞いているのです。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございますが、今、今村構成員が最後におっしゃっていただいたようなイメージで、事務局としては考えております。

○永井（良）座長 それでは、根岸構成員、その後、木澤構成員。

○根岸構成員 これは、非常に細かく考えていかなければいけないことだと思っております。

ですから、例えば、臨床工学技士さんが麻酔の補助ができるということになった場合には、やはり、学会と臨床工学技士会と十分に話し合っ、どこまで、それから、医師が何人、例えば、医師が1人で臨床工学技士が10人でやっていいかといったら、そういう話にはならないと思いますので、患者さんの安全がちゃんと担保される形で考えていく必要が、これは基本だと思うのです。私も医療安全をやっておりますので、そこは最も重要に考える点だと思っております。



○木澤構成員 先ほど148番の薬剤師の投与のところともかぶると思うのですけれども、もし、臨床工学技士が薬剤の知識が余りない時点で、具体的指示のもと、循環作動薬なり、非常に患者さんに影響を及ぼす薬を投与する自体は、そんなに難しい行為ではないと思うのですけれども、やはり、作用とか副作用をきちんと知った上でやらなければいけないということを、きちんと理解しているかどうかということになると思います。

そうであれば、薬剤師さんは、非常に専門的な知識を持ってしても、投与という行為をできないというのでは、よく理解ができないところかと思えます。

それから、看護師についての特定行為のときもそうだったのですけれども、医師の具体的な指示のもとであれば、ある程度のことはできますが、なぜ、あれができたかというのは、それをやることによる患者さんへの安全、それから、自身の安全を守るというところで、やはり研修を具体的に詰めて、あれほどの時間をかけてやりましょうというところの議論もあったと思うので、その点も少し考慮して御議論をいただけるとありがたいと思います。

○永井（良）座長 どうぞ。

○釜菴構成員 もう時間も限られてきましたので、資料5のところ、今の一覧表があるわけですが、この一番下のところが、とても大事だと思うのですが、実際は、各医療機関において、資料3、4等でお示しした業務も含め、実情に応じてタスク・シフト/シェアを推進する業務を選定することを想定と書いてあります。

今、いろいろ御議論が出ましたが、結局、いろいろな職種の方が、どのくらい教育を受けて、どれだけのことができるのかということが、きちんと最終的には医療機関が判断するわけですね。

また、私からも繰り返しになりますが、これは、病院の院内における問題なのです。それが、余り広がると、全然議論はおかしなほうになるので、病院の院内において、医師もいるし、いろいろな職種がみんないるというところで、病院の判断で、どの業務をシフトするかというところを医療機関が選択するのだということ。

法的に、国全体が整理して、次回は、法改正が必要な部分も議論をするのかもしれませんが、きょうの資料3、資料4の部分について、たくさんあって、それは、いろいろな問題をはらんでいるから、個々に一つ一つ見ていくと、いろいろ指摘したいことは多々あるのだが、まずは全体として出して、そして、その中でうちの医療機関では、ある職種が非常に教育も受けて、修練ができたから、うちの医療機関では、これを選択しますという形の整理でよろしいのです。そこをちょっと確認してください。

○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 まさしく、釜菴委員が御指摘のとおり、各医療機関において行っている診療内容も、そして、人員の体制も異なるわけですし、さらには、その人員が受けている教育も、もちろん異なるわけですので、特に医師の働き方改革におきましては、今、長時間労働を行っている医師が、どういう要因で長時間労働なのかと

いうことをしっかり分析した上で、どういうタスク・シフトがされるべきかと、そういうような評価と、計画を行うことは極めて重要になってくると思います。その観点でも、再度御指摘をいただきました、各医療機関に業務を選定するというプロセスは、必要になってくると思いますので、御指摘のとおりかと思えます。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

では、最後に、どうぞ。

○齋藤構成員 厚生労働省からこういった資料が公表されると、院内でこの仕事はこちらに、この仕事はこちらに移すような議論が起こっていくと思います。

本日の資料の中に挙げられた行為の中には、非常に侵襲性の高いものも含まれています。特に臨床検査技師の31番（経肛門超音波検査）や32番（経膈超音波検査）は、これまで臨床検査技師の方々が行ってきた表在的なエコーに比べると、侵襲性が極めて高いと思います。医師がそばにいますのであればタスク・シフトになりませんので、重点的な取り組みを選定する際には、看護師特定行為研修制度の議論の時のように、緊急事態に対応できる体制をどのように構築できるかということも含めた議論が必要になると思っています。また、通知等を出すときにも、その文言は忘れずに入れていただきたいです。

○永井（良）座長 最後に、褒構成員、どうぞ。手短にお願いします。

○褒構成員 資料5の重点的な取り組みを評価にとり上げるのは、私は大賛成です。

ただし、評価の後のことをしっかり考えていかないといけないかなと思います。つまり、上手く行ってそれで終わりではなく、上手くいかない場合のほうが、結構多い場合があります。となると、なぜ、上手くいかなかったのかというような何らかのサポート手段がないと、多分、うまくいかなかった、あなたの病院の取り組みが悪いのだね、以上。これでは、絶対にタスク・シフト/シェアは進まないと思います。

そうすると、資料2の3ページにありますように、上手くいかなかった理由を、やはりしっかりサポートしてあげるところまでのアフターケアを設計段階から入れておかないと、できる病院、できない病院が出来て、それで終わってしまうというのは、もったいない議論になるかなと思いますので、議論のどこかで評価後の話もしていただきたいと思っています。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

まだ、御議論はおありかと思いますが、時間の関係で、本日は、ここまでとしたいと思います。

次回については、事務局からお願いいたします。

○松浦医事課長補佐 次回の検討会の日程につきましては、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 では、本日は、これで終了いたします。

どうもありがとうございました。