

2019-12-25 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4回）

○加藤医師養成等企画調整室長 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第4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、御欠席との御連絡をいただいております。

また、釜菴構成員より、遅れての御出席と御連絡をいただいております。

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。

本日の資料としましては、00番から05番ということで、第4回の議事次第から、資料1、資料2-1、資料2-2、参考資料1と参考資料2を御用意させていただいております。

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の不備がございましたら、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、よろしく申し上げます。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

それでは、議事を進めてまいります。

最初に「タスク・シフト／シェアした場合の業務の安全性等について」であります。

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お願いいたします。

○松浦医事課長補佐 事務局でございます。

資料1について、説明を申し上げます。

資料1をおめくりいただいて、これまでの議論のまとめということで、前回、お示したものに最後、第3回という部分について、追記させていただいております。

2ページ目、タスク・シフト／シェアの推進についてというところで、下4つの四角に追記をしております。評価の後のアフターケアの話、あるいはその無駄を省いていくことの必要性の話、タスク・シフト／シェアの時短効果をあわせて、取り組みやすさの視点の重要性の話、院内で緊急事態に対応できる体制の重要性の話等を追記しております。

3ページ目、下から3つ目の四角でございますけれども、代行入力やオーダープロトコルなど、さまざまな言葉が使われているので、事務局として整理してはどうかと、こちら

については、参考資料1におまとめさせていただいておりますので、後ほど御説明いたします。医療安全と責任の所在について、考えておく必要があるという話、あるいは包括的指示の重要性等について、御意見をいただいております。

4 ページ目については、特定行為の研修を終了した看護師の効果が重要ですというお話です。

5 ページ目は、特に追記はございません。

6 ページ目については、タスク・シフト先の余力の話、当面の実現可能性を考えながら、限られた時間内で検討を行っていく必要があるという御指摘です。あるいは医師事務作業補助者の活用とか、周知活動の強化等について、御意見をいただいておりますので、記載をしております。

7 ページ目でございます。その他のところで、現場の指導教育などについての御指摘を追記しております。

8 ページ目については、検討を要する論点ということで、第1回の検討会にお示しした資料をそのまま転記しております。

9 ページ目でございますが、第2回にお示しした資料を前回の一部改変してお示しをしておりますけれども、第2回で現行制度では実施できない業務とされているものについて、要件1、要件2を中心に御議論をいただいております。前回第3回については、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について、御議論をいただきました。今回は再び戻りまして、現行制度では実施できない業務とされているものについて、要件3を含めて、再度御検討いただければと考えております。

最後、10ページ目でございますけれども、「スケジュールについて」でございますが、年内時点で一定の取りまとめとさせていただいておりますが、今回の整理に当たって、安全性等の整理に時間を要したこともございまして、年明けにも議論をお願いしたいと考えております。引き続き、早期に一定の取りまとめをと考えております。

参考資料1でございますが、診療プロセスにおける役割分担ということで、検査指示や検査オーダー、代行入力等々、さまざまな用語が出てまいりましたので、診療プロセスの中でどういうものかということを一覧としてお示しをしております。電子カルテによる検査の指示の直接入力に加えて、口頭入力の検査指示があつて、そこに医師以外の者による代行入力や代行オーダーがあるということをお示ししているような資料になってございます。

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。

それでは、ただいまの説明について、御意見、御質問等ありましたら、お願いしたいと思います。よろしいでしょうか。どうぞ。

○齋藤構成員 参考資料1で診療プロセスにおける役割分担を一般的な診療の流れに沿って整理していただいた。非常にわかりやすい資料だと思います。

1つ質問をさせていただきたいのですが、検査指示等において「医師以外の者が代行入力」と一言で書かれているのですが、「医師以外の者」の後の括弧の中には、「看護師や医師事務作業補助者等」と書いてあり、何らかの資格を持っている人と、そうではない人の両方が含まれています。資格のない、医師事務作業補助者などの代行入力は個別具体的な指示のもとで行うと思うのですが、何らかの資格を持っている職種の場合には、包括的指示でも実施可能ではないかと考えます。そのあたりについては、事務局で整理をする可能性はあるのでしょうか。

○永井（良）座長　どうぞ。

○土岐医事課長補佐　お答えします。ありがとうございます。

電子カルテの代行入力という行為自体につきましては、ここにも書かせてもらっていますように、資格法上、業務独占されているものではございませんので、資格を有していない医師事務作業補助者等も実施できるという整理をさせていただいておりますが、当然入力する内容とか、指示の内容によっては、一定の知識とか、専門知識が必要になってくる内容もあろうかと思えます。

そちらにつきましては、一定の知識を持った方が入力を代行していただく必要があろうかと思えますし、あとは、入力を指示する医師側も、指示をする相手を見て、指示の内容、程度を判断して指示を出していただく必要があろうかと思えます。

似たような論点は、先日、お示しした患者への説明とか、同意書の取得といった部分についても、挙がってくる論点だと思えますので、そこはタスク・シフト、タスク・シェアを進めていくための何かしら通知などを出す際には、少し整理というか、こういう考え方でやっていただきたいということもあわせてお示しすることも含めて、検討していきたいと思っております。

○齋藤構成員　了解いたしました。

○永井（良）座長　よろしいでしょうか。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員　ありがとうございます。

ただいまの診療のプロセスで、医師の指示の代行入力について確認なのですが、検査等の指示と全く同じスキームで治療指示というところがありますけれども、治療の指示の入力は、例えばいろんな薬の量であるとか、いわゆる医療安全上のものは、検査の指示とは違うと思っていて、この辺は、指示する医師とそれを代行入力する方との関係だけでいいのかどうかは、気になるところなのですが、事務局はどのようにお考えになっているのでしょうか。

○永井（良）座長　どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長　事務局でございます。

ただいま御質問いただきました治療に関する代行入力のプロセスに関しまして、今回、お示しさせていただいたとおり、代行入力に関しましては、タスク・シフト／シェアの可

能なものとしていただいておりますが、当然治療に関しまして、いろいろなレベルがあると思いますけれども、一定程度の侵襲性が高いような治療におきましては、どこかの治療を開始する段階で、医師が入力内容を確認するとか、運用上何かしらの確認プロセス等々が必要になってくると思いますし、また、あるいは電子カルテ上で入力できる方々は、どういう方々なのかということ制限していくこと等が、医療安全において必要になることは、考えられるかと思っております。運用の中でそのような判断を適宜していただく必要はあると思っております。

○今村構成員 ありがとうございます。

医療安全の視点で考えると、どうしても思い込みがあるので、指示した医師とそれを代行入力した人と最終の医師の確認が必要だと思っております。指示した医師は、自分の指示がそこにあることを前提に見るので、しっかりと確認ができないと、医療安全上問題が起こるので、ダブルチェックという言い方がどうかはわかりませんが、運用上、適切にきちんと入力されていることについてしっかりと確認ができるようにしていただきたいと思っております。

○永井（良）座長 ほかによろしいでしょうか。

それでは、議題にまいります。

「1. タスク・シフト／シェアした場合の業務の安全性等について」を御議論いただきます。

事務局から、資料2-1と資料2-2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2-1、資料2-2の御説明を申し上げます。

資料2-1、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でございます。

おめぐりいただいて、今回の議論の進め方でございますけれども、現行制度では実施できない業務についての整理についてということで、資料2-1の2ページ目以降は、第2回検討会で提示した現行制度上実施できない業務のうち、実施可能とする場合は法令改正が必要な業務について、第2回検討会で提示したタスク・シフト／シェアを推進する項目の3要件を整理したものでございます。

要件1、要件2については、第2回検討会で提示したものと同様に、現行法令の規定に照らして、要件に該当するか否かについて、事務局としての案を記載してございます。

要件3の安全性についてですけれども、タスク・シフト／シェアをする側の医師側の団体とされる側の職能団体の両団体が、基本的には担保できるとした業務について該当するという整理をしてございます。

効果については、第2回検討会と同様でございます。

整理した項目の進め方でございますけれども、まず前提といたしまして、整理した業務について、まず医師の働き方改革に資するものに取り組む必要があるという前提のもとで、

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、まず議論を深めることとしてはどうかとさせていただいております。

3つ目の○ですけれども、1つ目の要件と3つ目の要件、資格の定義の要件と安全性でございしますが、その2つは該当するけれども、要件2に該当しないとされた業務については、タスク・シフト／シェアによる効果を踏まえて、働き方改革に特に資するものについて、追加的な要件が必要であることを前提として、今後、カリキュラム改正の必要性なども含めて、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させていただいております。

その他の業務については、今後の医療の変化を踏まえながら、順次検討を行うこととしてはどうかとさせていただいております。

2ページ目以降は、職能ごとに分けておりまして、最初、診療放射線技師、続いて、臨床検査技師、臨床工学技士、最後に、救命救急士の記載がございします。

上の注にございしますとおり、注2のところを見ていただければと思いますが、原則として、該当するに※がある記載がございしますが、この※がある部分については、医師側団体に安全性に係る該当性について、意見が分かれたものでございまして、当該行為に関する教育・研修に加えて、一定の条件を付す等により、安全性が担保されると事務局で整理したものでございします。

救命救急士については、最後の下に※で書かせていただいておりますが、救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会で検討中であることも付記してございします。

資料2-2でございします。現行制度上実施できない業務と整理したタスク・シフト／シェア業務の安全性等についての関係団体の意見ということで、いただいた御意見をまとめたものになってございします。

1ページ目ですけれども、第2回検討会で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には、法令改正が必要な業務について、各業務に精通した者や、各職種の教育カリキュラムなどに治験を有する者から意見を聞く必要があるとした要件3について、事務局より確認を行いました。

確認は、タスクを出す側となる医師側の団体と、受ける側のそれぞれの業務の団体でございします。

関係学会等には、現行制度上実施できない業務のほか、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も含めて、タスク・シフト／シェアすべきでない業務とその理由について、確認いたしました。

寄せられた御意見は、タスク・シフト／シェアすべきでない業務のほか、一定の研修等を行うことを条件に実施可能とする意見も含まれており、次頁以降、それぞれの職種ごとにまとめてございします。

また、日本内科学会からは、関連するサブスペシャリティー領域学会から意見を取りま

とめて、御回答をいただいておりますので、項目によっては、日本内科学会の中で安全性についての御意見が分かれているものもございます。

日本外科学会からは、いずれの行為も十分な教育・研修を実施した上であれば、個々の業務いずれに対しても、タスク・シフトは可能です。ただし、十分な教育・研修の内容や方法については、関連学会や関係職種団体との議論を尽くすことが条件で、さらに医療安全の観点から、法的整備が整っていることが条件であるという回答がございました。

いただいた御意見については、2ページ目以降、記載してございまして、項目の並び順は、資料2-1と同様の順番になってございます。

参考資料2でございしますが、現行制度上実施できないと整理したタスク・シフト/シェア業務以外の業務に関する関係団体からの意見を2ページ目以降、また、21ページ目以降は、その他広く寄せられた安全性についての御意見でございます。

21ページ目を見ていただければと思いますが、21ページ目以降は、幅広く寄せられた意見ということで、第2回の検討会を踏まえまして、11月11日から22日まで、厚生労働省のホームページ上で意見募集を行いました。寄せられた意見についてまとめたものでございます。日本看護協会からの御意見もこちらに記載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 ありがとうございます。

それでは、これから御意見をいただきたいと思います。

時間は十分にとってありますので、どこからでも結構ですので、御質問、御意見を願います。いかがでしょうか。根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員 確認させていただきたいのですが、1、2、3とありますが、3のところは、医療安全にかかわる部分だと思えるのですけれども、3のところは該当しないと事務局からの回答があるものについても、ここで議論させていただくという解釈でよろしいでしょうか。

○松浦医事課長補佐 そのとおりです。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。裊構成員、どうぞ。

○裊構成員 私も確認させてください。要件3番の安全性の定義に関してですけれども、その行為をタスク・シフト/シェアして、実施した場合のリスクの発生率がタスク・シフト/シェアをされる前と同程度というのが、安全性を担保できているという解釈なのか、それとも、それを含めて、診療をタスク・シフト/シェアした行為のアウトプットの質も当然同程度であると、両方同含意だということに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。

基本的には後者を考えておりますが、この御意見については、事務局から関係学会に伺った回答をそのままとめて、それを踏まえて記載してございますので、学会とそれぞれ御検討いただいた結果ということでございます。

○永井（良）座長 どうぞ。

○褒構成員 そうなると、安全性を議論する際には、学会のスタンス、または、安全性の定義は、その都度考えていくという判断でよろしいでしょうか。

○松浦医事課長補佐 いただいた御意見をご覧いただければと思いますが、学会によってばらつきのある回答をいただいていますので、御指摘のとおりだと考えております。

○褒構成員 ありがとうございます。

○永井（良）座長 今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

先ほどの根岸構成員からの御質問に関連しますが、厚生労働省として、要件の3点とも該当すると判断しているものでも、特に3番目については学会等によって意見が分かれているものもあるということです。

もう一つは、先ほど、そもそも3番目が該当しないものも議論の対象だという御回答だったと思うのですが、それを同列に一緒に議論するのは違うのではないかと思います。まずは3つが該当すると言われている行為から議論をして、該当するものの中にも、安全性に問題があると言われているものについて、本当にそうなのかどうか、褒構成員もおっしゃったように、安全性について議論をした上で決めていく。

厚労省がそもそも該当しないと言っているものを、同じ並びで議論するのは、順番として違うと思うので、その辺の進め方について、もう一度、確認をさせてください。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

基本的には資料2-1の1ページ目、今回の議論の進め方のところで整理をさせていただいておりますけれども、1つ目の○から3つ目の○までですが、大前提として医師の働き方改革に資するものであるのかどうかという大前提を持った上で、3つの要件全て満たすものについては、基本的には議論を深めていくという方向で考えてはどうかというのが、事務局からの提案でございます。

それに加えて、1と3に該当しているけれども、2が外れる。ただ、それはタスク・シフト/シェアにもものすごく資するものであるというものについては、追加的に要件を付すことで認めていってもよいのではないかと御議論をいただけたものについては、追加的な要件とあわせて、引き続き、次の土俵に乗せていくといったステップを考えておりまして、3を該当しないと整理させていただいているものにつきましては、基本的にはここには載ってこないものと考えております。

ただし、ここの構成員の御意見の中で、例えばこういう条件下であれば、安全性が担保されるのではないかと、そういった御意見が出てくることもあり得るかと思いますので、そういった意味で議論の対象からは除外していないという考えでございます。

○永井（良）座長 どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

わかりましたけれども、進め方として同じ議論をここでやると混乱するのではという順番を考えていただきたいということだけ、申し上げておきます。

○永井（良）座長 馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 日本外科学会から先ほど紹介いただきましたように、私どもは、いずれの行為も十分な教育・研修を実施した上であれば、おのこの業務のいずれに対しても、タスク・シフトは可能です。ただし、教育・研修の内容や方法について、関連学会、関係職種団体との議論を尽くすことが条件で、なおかつ医療安全の観点から、法的整備が整っていることが条件であるという回答にさせていただいておりますが、私どもの回答に至るまでに随分と議論がありまして、かなり慎重な意見もございました。

ただ、最終的にそれでタスク・シフトが進まないということもありまして、こういう文にさせていただいておりますが、ここでいう十分な教育・研修を実施した上であればという1つの参考として、私どもが考えておりますのは、今、看護師の特定行為研修がございしますが、例えば来年の4月から始まるパッケージ研修でも、周術期の管理等に関するパッケージ研修で、360時間ぐらいの研修時間が要求されておりますので、かなりの十分な教育をして、研修をして、実地での手技を学んでいただければ可能だろうということを踏まえた内容になっておりますので、その点、御理解をいただければと思っています。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員 麻酔科関連についても、私も同じことを考えておりまして、麻酔科医は、御存知のように、今、病院から離れる傾向がありまして、病院の業務がかなり苦しく、また、給与も安かったり、大学病院などでは非常に大変な作業をしていると思うのです。そこに例えば臨床工学技士が周術期管理チームの中により入りやすくするような、そういう仕組みをつくることは、とても麻酔科医にとっては重要なことだと思います。

この中に臨床工学技士の151番の人工呼吸が施行されている患者に対する鎮静薬の投与量の調整については、いずれも該当しないという判断になっているのですが、このところは非常に麻酔科医にも重要なところで、日本麻酔科学会の理事長を初めとする人々と意見を交換しましたけれども、当初は何の条件もなしにこれができるかどうかの判断をアンケートで求められたということだったので、そこはそうではない、周術期管理チームの資格をとって、ある程度の臨床実習も済ませた資格を持たなければ実施しないという条件をつけた場合にはどうかの回答を求めたところ、それであれば可能だと思います、もう少し前向きな回答ができるということで、このところには、日本麻酔科学会からは、トレーニングがあれば可能という回答が来ているところなのです。

厚労省の方々が非常に努力して、いろいろな学会から得た回答であると思うのですけれども、そこら辺を各学会がもっと議論すれば、考えが変わる可能性があるということも含めて、ぜひそのように考慮をしていただきたいと思います。

○永井（良）座長 今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 何度も発言させていただいてありがとうございます。

教育・研修は非常に重要だと思います。これについて、2点あるのですけれども、教え



る側のマンパワーの問題があります。今回どこまで教育・研修の対象を広げるかにもよるのですけれども、医療行為であれば、医師が中心になって教えていくことになるのと、医師の働き方にどれぐらいの負荷をかけることになるのか。

どのぐらい受け入れられる医療機関があるのかというのは、相当にきちんと検証はしたほうがいいと思っていて、何でもかんでも教育や研修をすればいいとなったときに、実質上、研修ができるかどうかという問題があると思うので、そこはきちんとある程度の根拠を示していただきたいと思います。

もう一つ、教育や研修を受けたらそれでいいのかという問題です。先ほど馬場先生からお話がありましたけれども、その質がきちんと保障されなければいけない。もともと国家資格を与えられてやっている人たちと、そうではなくて、資格がない人たちに研修・教育をすればいいのだという話は、ちょっと質が違うと思っているので、どうやってその人の質を担保するのか。別に国家試験をやるとか、そんな話ではないのですけれども、一定の質の担保は図ったほうがいいと思っています。

先ほど特定行為のパッケージ化のお話がありましたが、もともと看護師は具体的指示があれば、保助看法で診療の補助は何でもできるわけです。それを包括的指示でできるように特定行為研修の仕組みがあるのです。そういうことができない職種の方たちに教育や研修を受けてやっていただく、それも安全性や責任の問題も考えながらやっていただくことになるわけですから、同列に議論できない話だと思いますので、そこはある程度明確にしていきたいと思います。

○永井（良）座長 いかがですか。馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 私どもがいろんな議論をしてまいりました中で、出てきた意見の1つとして、少し論点異なるかもしれませんが、各施設におけるさまざまな職種の方の配置人数が随分違います。そうすると、本来、職能団体がすべき業務に加えて、こういうタスク・シフト／シェアをすることによって、本来の業務ができなくなる可能性もあるのではないかということの懸念を言われている方々も多くて、先日、全国の会議がありましたときに、そのような意見が随分出ておまして、ですから、病院規模として、タスク・シフト／シェアをすることができるようになった職種の方々の人数等々が十分にある場合は、当然ここで認められた業務に関して、できるようになるかもしれませんが、そういう人的な資源が十分ではない施設において、タスク・シフト／シェアをすることによって、かえって本来の業務ができなくなることを非常に懸念される先生方もいらっしゃいます。1点、つけ加えさせていただきます。

○永井（良）座長 先ほどの根岸構成員の周術期管理チーム、この教育は、今、特定行為の中で行っているということですか。それとも、別のものがあるのですか。

○根岸構成員 日本麻酔科学会が中心となって、周術期管理チームという資格といいますか、それ自体はそんなに資格をとるのは困難ではないのですが、そこに臨床工学技士会の協力を得て、もう少し膨らませた教育研修ができるようにするのが理想であると考えてお

ります。

今、そこには看護師、薬剤師、臨床工学技士が入ってくるのですが、もともとは看護師さんに期待したのですが、看護師さんは、仕事としてはもともと看護がやりたくて看護師になる方が多いわけですから、医師の業務のサポートに興味を持つことは、必ずしも多くはありません。

ただ、臨床工学技士は、手術室の中で非常に多くの人数の方々が仕事をしていて、麻酔にも興味を持っている方が多いですし、参加しやすい形にしたいと私自身は思っております。

今の状態ですと、いろいろな行為ができなくて、制限があるため、そこに入っていき入り口が狭いと考えております。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

今の看護師さんが余り周術期管理に関心がないとおっしゃいましたように、でも、そうでもないところもありますので、場合によっては、特定行為の中にそういうパッケージをつくることのお考えはいかがでしょうか。

○根岸構成員 特定行為も非常に役に立つと思うのですけれども、周術期管理チームの特色としては、周術期管理全体の術前診察から合併症に関する考え方、手術の麻酔のあり方、薬剤の内容とか、そういったものが全部教育されることになっておりますので、一つ一つの行為ができるということとはちょっと違っております。でも、ともに持っているとなおいいと思います。

○永井（良）座長 ほかにいかがでしょうか。齋藤構成員、どうぞ。

○齋藤構成員 今の話は資料2-1の14ページの151番の行為でしょうか。この行為については事務局が要件①から③全てに該当しないという整理をしています。つまり、「資格の定義とそれに付随する行為の範囲内」でもなく、かつ「従来の業務の技術的基盤の上にある隣接業務」でもなく、かつ「教育カリキュラムや卒後研修などによっても、安全性を担保できない」と判断したという解釈でいいでしょうか。

○松浦医事課長補佐 ありがとうございます。

先生の御指摘のとおりです。

○齋藤構成員 ありがとうございます。

151番については、私も臨床工学士の方が患者さんに鎮静薬を投与するイメージができません。集中治療室には必ず24時間体制でベッドサイドに看護師がおり、中には非常に専門性の高い看護師も配置をされています。なぜそのような場所で、臨床工学技士に、資格法等の定義から大きく外れている行為を新たに業務範囲に含め、教育を行い、実施してもらおうという話になるのか疑問です。

また、これに限らず、例えば診療放射線技師や臨床検査技師の静脈路確保に関して、中にはヘパリンロックも含めて認めてはどうかという提案が幾つか含まれています。特に、

資料2-1のp.7にある臨床検査技師の9-1番や9-2番です。静脈路は、薬剤を投与するために確保しますが、現行で臨床検査技師の方々が実施できる行為は血液を採取する、血管から抜き出すという行為です。

9-1番では「救急現場における」と、場も記載されていますが「救急現場」というのが何を指しているのかがわかりません。外来患者さんや入院患者さんの採血については臨床検査技師の方々に大いに期待したいですし、そういった取り組みを進めている病院もありますが、高齢の方々が多く、血管確保や採血は非常に技術が問われる状況になっています。救急現場に来る方々は全身状態の問題もありますので、「救急現場における静脈路確保」を行うとするならば、それなりの教育や研修が必要になります。そのように法律改正をしてまで静脈路確保を行うというよりは、現行法で認められている採血を外来や入院など、もっと多様な場面でやっていただく方が、タスク・シフトとしての効果が出るのではないかと考えています。

○永井（良）座長 事務局、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局から補足させていただきます。

項目自体が救急現場ということで、御要望をいただいたときにそのような御要望でしたので、記載させていただいておりますが、それ以降も各学会からの御意見をいただくに当たって、今、御指摘をいただいたような病棟での業務においても、いろいろと各学会からの御意見がございました。

御指摘のとおり、採血業務をやる中で、今、多様な場面での採血業務ということで、今、御意見をいただきましたが、中には採血とともに静脈路を確保するという患者さんがいることを考えますと、一連の業務の中で静脈路確保も臨床検査技師にやっていただくことに関しましては、今後の医師の働き方に資するという観点からも、このように記載させていただいている次第でございます。

○永井（良）座長 根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員 今、斎藤構成員から御意見をいただきましたので、ちょっと加えて御説明させていただきたいと思います。人工呼吸が施行されている患者さんに対する鎮静薬の投与量の調整ということについては、私はこれを医療現場の全般的な領域で可能にしてほしいということを申し上げているのではございません。私も1人の麻酔科医として、一病院の麻酔科の切り盛りをしているのですけれども、非常に厳しくて、私は幾ら教育が大変になっても、臨床工学士に麻酔の補助業務をしてほしいと思っている人間の1人なのです。

今、どんどん病院から麻酔科医が外へ出て行って、フリーになり、1日10万円とか、12万円などで、病院は、そういった麻酔科医を雇って、手術を実施しているところも多いと思うのです。

どうして出ていってしまうかということも考えてほしいのですけれども、そういう中でも、病院としては12万円も出して、麻酔科医を雇えないから、少ない人数で頑張ってくれと言われますけれども、どうしてもその中で何とかできるような体制にしたいのです。

うちの病院では、残念ながら、看護師さんが興味を持ってくれませんが、臨床工学士はかなり興味を持ってくれることもありますし、奈良県立医科大学などでは、臨床工学技士をかなり活用して、手術室の中でいろんなお仕事をさせていただいている実績もございます。ですので、少しでも多く周術期管理チームのメンバーを増やしたいというのが、私の望みなのです。

このことについて御議論をいただいて、この分野だけでも、この領域だけでも、いろいろな条件をつけた上で許可していただきたいと考えております。これができないと、臨床工学技士は、何のために周術期管理チームに入ったのか、入ったけれども、何も行為ができないということになって、興味を持ってやってくださるといふ、そこまで踏み込んでくださる方がいないので、そういったところは御議論いただきたいと思っております。

○永井（良）座長 木澤構成員、どうぞ。

○木澤構成員 ありがとうございます。

各施設でマンパワーとか、医療体制とか、そこにかかる人的費用も含めてですけれども、非常に異なっているところがあると思います。臨床工学技士の方も非常に優秀な方がたくさんいらっしゃるって、私たちも講義を受けたりはするのですけれども、先ほどおっしゃられていた人工呼吸器を施行されている方への鎮静剤の投与とか、カニューレの交換、チューブ位置の調整といったものは、本来できる看護師であっても、今のところ、特定行為研修を履修した上で、手順書に基づいて実施している現状があるとすれば、各医療施設の違いはあったとしても、専門職種の安全性の担保、かつ患者さんの安全の担保というところでは、慎重な議論が必要なところだと思います。

以上です。

○永井（良）座長 猪口構成員、どうぞ。

○猪口構成員 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、できないからというのではなくて、どうすればできるかと考えるべきだと思うのです。ですから、今までやっていないといっても、臨床工学技士は、生命維持装置の管理をするという仕事を法的にも認められているわけですから、これをどういう形できちっと今までやっていないかもしれないけれども、そのところを皆さんに学習していただくかということが必要だと思います。それがあれば、可能になっていくと思います。

先ほど血管確保のことが出ました。血管確保は、いろんな業種について、この中にはかなり書かれているわけですが、考えてみれば、我々医師も、看護師も、資格をとるまでに恐らく血管確保はやっていないのです。それができるようになるのは、オン・ザ・ジョブ・トレーニング以外ないのです。ですから、もちろん初心者が患者さんに対して痛いことをするのはいかがかとは思いますが、結局、そこがないと、これは技術ですから、習得できない。そのことを納得いただきながら、技術は習得していくものだと思いますので、ぜひ今までやっていないからできないということではなくて、オン・ザ・ジョブ・トレーニングによって、そこを習得して、場合によっては、この人は大丈夫だということを上司、

もしくは院長の折り紙をちゃんとつけてあげるということで認めていく方向のほうが、発展性があるのではないかと考えております。

○永井（良）座長 今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 自分も医師としてできなかったことが、徐々にオン・ザ・ジョブ・トレーニングでできるようになったというのは、まさしくそのとおりだと思います。問題は、資格制度が何のためにあるのかということです。つまり、例えば看護師、医師は、そういったトレーニングをしながら、今までできなかったことができるようになるというプロセスがあるというのは、そのとおりなのですが、患者さんに対して、侵襲的な行為を行うことは、有資格者に対して国家として保障しているから、そういったことができています。

多分個々の能力を見るといろいろ差はあるとは思いますが、そういう個々の能力の話と資格があってできるという話は、違う話なのではないか。

より根本的な話になってしまいますけれども、資格がない方がそういった研修や教育を受けて、能力を担保して、安全まで考えた上でどこまでやれるかということは、丁寧に一つ一つ議論をしないとイケない。

猪口先生がおっしゃるように、前向きに考えたほうが良いというのは、そうだと思いますが、根本的なところは守らなければならないのではないかと考えています。でないと、資格は何なのだという話になるわけです。

根岸先生のおっしゃっている周術期管理のお話の中で、本来的には看護師もいたり、理学療法士もいたり、臨床工学士もいたり、検査技師もいたり、いろんな職種の方たちがチームでやっています。外科もそうだし、麻酔科もそうです。

その中で、看護師に協力していただけないというお話があったと思うのですが、これは難しく、できる病院とできない病院があって、それを全国一律の仕組みとして、こういう職種にこれができるようになるための研修制度をつくるのは、かなり根本的な話だと思っています。私も麻酔科の周術期管理は、非常に大事なことだと思っているし、今、中医協でもそういう議論があって、評価をするという話になってはいますが、そうだとすればなおのこと、誰が何をやるのかということは、とても重要なことになってくると思います。

先生の病院だけができるようになる、あるいはどこかの病院だけができるという仕組みは、国全体の働き方改革の中の議論としては難しいので、基本的にどの病院であっても、体制さえ整えば、その職種の方にこれができるということではないと、よくないと思っています。

○永井（良）座長 どうぞ。

○根岸構成員 その点については、私も今村先生に賛成でして、私は、看護師が協力してくれないと言っているわけではなく、門戸を広げて、より多くの方々が周術期管理チームに入ってきていただけたら、より力になると思っているということなのです。

臨床工学技士会は、トレーニングの準備とか、そういったことがあるかどうか、可能か

どうか、日本麻酔科学会と協力しながら、きちんとした教育体制をつくることが可能かどうか、そこら辺を伺いたいと思います。

○永井（良）座長 どうぞ。

○青木構成員 日本臨床工学技士会の青木でございます。

今、根岸構成員から御質問をいただきましたけれども、今、周術期管理チームのメンバーに入れていただいて、教育も進めておりますが、今の教育で、麻酔科学会が中心になっていただいている部分では、概念的なことですか、看護師、薬剤師、臨床工学技士、そういった周術期に関する共通言語をみんなで学びましょうという方向性だと思います。

必要なことではあると思いますけれども、それをもう少し実務に踏み込んでいくには、先生がおっしゃっていただきましたように、もっと高度なトレーニングが必要だと思います。その点につきましては、我々も麻酔科学会の協力をいただきながら、何らか新たなプログラムをつくっていただきます。

教育プログラムだけではなくて、実施体制と申しましょうか、例えばそのプログラムを受ければ、どこの病院でも麻酔の補助ができるようになるのか、周術期管理ができるようになるのかということでもないような気がしますので、そういうところの評価の方法も含めて、体制については、検討していただければと思います。

○永井（良）座長 いかがでしょうか。秋山構成員、どうぞ。

○秋山構成員 ありがとうございます。

私も先程の今村先生の意見に賛同いたします。そもそもこの資格は何かというところは、もう一度、しっかりと考え直した方がいいのではないかと思います。要件①（原則として各資格法の資格の定義とそれに付随する行為の範囲内であること）については、事務局案がそのまま示されていますが、第1回、第2回検討会で申し上げたように、例えば、救急救命士の業の場の拡大が要件①の資格法の範囲内として捉えられるかどうかということをもう一度考え直していただく必要があると思います。

今回の資料2-1において救急救命士については、要件③（教育カリキュラムや卒後研修などによって安全性を担保できること）が該当するとなっています。しかし、資料2-2では、例えば静脈路確保について「医師がその場にいるところで具体的な指示であれば」という条件がついていたり、「医師や看護師がそばにいる非常に安全な、恵まれた条件の中であれば、何の不安も感じない」という意見が書かれています。医師が立ち会っているかどうか、具体的な指示で動くかどうか、つまり、同じ行為でも、両手のふさがっている医師が指示を口頭で出して、そのそばで行う場合と、医師のいないところで包括的な指示のもとで行う場合では安全性が担保できるかどうか異なると思います。要件③では、複数の学会で賛否が分かれた項目のみアスタリスクがついていますが、「該当する」という意見だった行為についても安全性を担保するために必要な条件の有無やそのレベルが大きく異なりますので、もう少し丁寧に整理をしていただいたほうがよろしいのではないのでしょうか。

○永井（良）座長 事務局、いかがでしょうか。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今日、さまざまな御意見をいただいております。事務局といたしましても、第2回に提示させていただき、その資料に関係学会、関係団体の御意見を加えて、今回、提示をさせていただいているところでございます。本日、全ての項目について決めていただくというよりは、いただいた御意見、例えば、さらにこういう資料が要るとか、整理が要るという御指摘も踏まえながら、資料として必要なものを整えていきたいと思っております。

○永井（良）座長 根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員 先ほどお話がありました、診療放射線技師の静脈路確保のお話なのですが、これにつきましては、資料2-1の2ページだと思うのですが、診療放射線技師にタスク・シフトする要件として、技師法の中にあります診療放射線技師ができる行為の中に、業務に関連する行為として、厚生労働省で定めるものがございます。

例えば造影剤を入れるなどで静脈路を確保するのは、関連する行為として解釈してよいかどうか、そこを伺いたいのですが、もしそういう解釈が可能であるのなら、これについては、日本医学放射線学会は、安全と考えるということの評価していると思うのです。ですので、放射線関連の医師がそういった行為をシフトしたいと考えているのではないかと思います。ですから、医師の働き方改革に資する部分だと思っておりますので、ぜひ積極的に考えていただきたいと思っております。安全性のことはもちろんわかるのですが、いろいろなところに縛られて、さまざまな行為をできないということにしてしまいますと、シフトは進まないのではないかと思いますので、この場ではぜひ積極的な議論をしていくべきではないかと思います。

○永井（良）座長 今の点、いかがでしょうか。青木構成員、どうぞ。

○青木構成員 今の点に関しまして、放射線技師による静脈路確保の安全性について、幾つかの学会で御意見が分かれているということですが、放射線技師会で安全性の担保に関するコメントを準備いただいているようですので、お願いできますでしょうか。

○永井（良）座長 診療放射線技師会からお願いいたします。

○熊代氏 御指名ですので、オブザーバーとして回答させていただきます。

静脈路確保につきまして、日本診療放射線技師会からも意見を出させていただいております。先ほど根岸構成員、馬場構成員、猪口構成員からも御発言がありました御意見につきましては、放射線科医で構成される日本医学放射線学会は、我々が日ごろから御指導いただける団体でございまして、一番よく理解をいただいている団体からこのような意見をいただいていることは、非常に光栄だと思っております。

ただ、具体的には診療放射線技師会法第24条の2の診療の補助行為の中に静脈路も確保できるという項目を追加していかなければなりませんので、省令改正が必要だろうと思われれます。

それとともに、実技研修とか、将来的には認定制度も含めてやっていく必要もあります

でしょうし、また、同時に行為を行う医療現場におきましても、実技教育、あるいは訓練を行うとともに、医療機関から実施可能であるという施設長の承認をいただいた上で、実施すべきではないかということで、安全性が担保されると考えております。

どうも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す。

いかがでしょうか。

今の点は、法改正が必要になるわけですね。

○熊代氏 法令ではなくて、省令でよろしいと思います。

○永井（良）座長 その上で研修を行うということになるわけですね。

事務局、いかがでしょうか。

○土岐医事課長補佐 事務局でも補足というか、御説明をさせていただきますが、資料2-1の2ページに、診療放射線技師法と施行規則を抜粋して掲載しております。法律上は、24条の2の第2号で、検査に関連する行為として省令で定めるものを、業務内容として定めております。

省令がその下、診療放射線技師法施行規則の第15条の2ですけれども、この中で静脈路に造影剤注入装置を接続する行為が認められているわけですが、ただ、括弧書きとして、静脈路確保のためのものを除くという形で、現状は明示的に除外されておりますので、静脈路確保を実施するに当たっては、こちらの省令を改正する必要があるということでございます。

○永井（良）座長 これについて、臨床系の学会の反応はどのようなのですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

それに対する反応に関しましては、資料2-2をご覧くださいますと、2ページでございます。先ほど診療放射線技師会さんからも触れていただきました、日本医学放射線学会からのコメントがここに記載されておりますけれども、静脈路確保は、法的な問題に加え、実技研修・認定システムの構築、現場環境の規制等の条件を整えられた上でタスク・シフトされることを前提として考えているというコメントをいただいております。こうした御意見をそれぞれの項目ごとに、資料2-2ではお示ししておりますので、適宜御参照いただければと思います。

○永井（良）座長 今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ただいまの点につきまして、資料2-2のところで、確保された静脈路へのRI核種投与は、もうやっただいているということです。

それで、安全ではないと考える理由として、日本医師会は起こり得る合併症について書いているのですけれども、これは誰がやっても多分同じことで、薬液の漏出とか、組織障害、神経障害のおそれは医師がやろうが、誰がやろうが、同じことはあり得ます。その下を見ていただくと、そもそも当該職種の業務範囲から外れていることを前提として、こういう安全上の問題があるから、反対であることを書かせていただいているのです。だから、



日本医学放射線学会が言われているように、例えば法的な問題がクリアされて、今、業務範囲ではないことを業務範囲だということになるのであれば、可能なのだろうと思います。

ただ、その際の責任の所在ということについて、きちんと考えておいたほうが良いと思っていて、日本医学放射線学会は、「合併症が生じた場合は、医師が適切に対応できる体制下であること等」という条件を付けています。医師のバックアップが前提になっているわけで、それはチームですから、みんなで助け合おうということによいと思いますけれども、行為を行ったものの責任は、職務として行ったことに対して何か起これば、責任が発生するのが大前提であるということは、確認しておいたほうがよいと思います。

○永井（良）座長 猪口構成員、どうぞ。

○猪口構成員 今回の今村構成員の話は非常に重要な話で、タスク・シフトして起きた医療事故とか、そういうものの責任はどうなるのか。それぞれの職種なのか、最終的にはタスク・シフトした側の医師なのか、私は、ここは根本的に医師の責任ではないかと思っています。したがって、それはそういうことが起きないように、OJTにしても、十分に行って、また、ある程度のどういう形になるかわかりませんが、認定制度みたいなことは必要だと思っていますが、最終的にはそうなるのかという気がしております。ただ、ここは非常に大きい問題ですので、できれば少し事務局としての見解等をお聞きしたいと思っています。

○永井（良）座長 これは特定行為についても同じなわけですね。いかがでしょうか。

○土岐医事課長補佐 役割分担の中での法的責任がどうなるかという点につきましては、過去の裁判例とか、そういったものも含めて、慎重に検討する必要があるかと思っておりますので、少しお時間をいただいて、事務局で何らかのお答えをお示しできるように準備を進めたいと考えています。

○永井（良）座長 続いて、齋藤構成員、その後、根岸構成員です。

○齋藤構成員 そうなのですが、例え医師の指示で実施をしたとしても、何らかの技術的なミスなどについては、実施者責任は当然問われていくはずだと思います。どんな行為でも実施者責任は当然ある話だと、私は考えていたのですが、その辺はいかがでしょう。

○土岐医事課長補佐 御指摘のとおり、過去の刑事・民事の裁判例でも、実施者の責任もそうですし、指示を出した医師の責任が問われているケースもございます。それは指示のあり方とか、実施者がその指示との関係でどういう行為をしたのか、どういう状態で当該行為をしたのかという点をつぶさに見て、裁判例はこれまで出てきておりますので、そのあたりの分析には、もう少しお時間をいただきたいと思います。

○永井（良）座長 根岸構成員、どうぞ。

○根岸構成員 私は、病院の医療安全の代表をしております、いつもこういった事例に対応しているのですが、これは別に例えば診療放射線技師以外の場合でも、今村先生がおっしゃったように、日常的に起こります。例えば看護師が神経障害を起こしてしまうとか、医師の場合もありますし、臨床検査技師が起こす場合もございます。

そういう場合は、医療事故として病院が対応するという形も1つの責任のとり方だと思

っており、どうしてもきちんとしたプロセス、教育も受けて、この部位ではなるべくとらないようにしようと決まっていたけれども、どうしてもほかに穿刺する部位がなくて、ここで穿刺してしまったときに、最終的に個人の責任が問われるのかどうかということについては、医療安全との考え方もあるので、もちろん個人の責任が問われる場合もあると思いますけれども、医療安全的な考え方をすれば、病院として責任をとることになると思います。

○永井（良）座長　どうぞ。

○木澤構成員　特定行為研修のときも同じような議論がありまして、責任の所在をどこにするかということがありました。実際には、手順書を発行した医師の責任ということも言われていますが、実際にはその指示を受けて、実施することに疑義照会があったり、いろんな提案があったりというところが、実際の部分ではあると思います。

実施責任は必ず発生するところですし、民事でどういうふうに問われるかもわかりませんので、特定行為研修を実施する際には、看護師賠償保険に入るとか、きちんと説明をして、信頼関係を築くとか、そういったような工夫が必要だと思います。

組織で実施するには、病院長の包括的指示もありますので、病院長がそういうことを知っているとか、実施する行為が医療安全で把握しているとか、そういった仕組みも当然必要になると思います。

以上です。

○永井（良）座長　今村構成員、どうぞ。

○今村構成員　改めてのお話なのですけれども、そもそも法律的に行えない行為をもし行って事故になれば、それは病院の責任とかいう話ではなくて、そもそも法律で認められないことをやったということになって、大問題になってしまうので、大前提としては、先ほどお話にあったような職種の方の中の業務として何ができるかということを明確にしておかなければいけない。明確になると、その方の職務としてできるということを国として認めたわけなので、それは行っていいけれども、責任と表裏一体ですということを確認しておいたほうがいいことを、改めて申し上げておきます。

○永井（良）座長　馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員　今、今村構成員が発言された内容は、私も非常に重要なポイントと思っております。職種として認めていく過程の中で、当然責任も発生することを十分に理解して実施します。タスク・シフト／シェアを進めないということではなくて、むしろ推進していきたいと思っておりますけれども、いろんなリスクが出てまいりますので、そのときの対応を考えていることが1点です。

先ほど造影剤の注入のための血管確保に関する議論が出ておりますが、資料2-2の4ページです。私どもの院内でしばしば経験することですが、注入に関していいますと、造影剤アナフィラキシーショックになって、緊急のコールがかかることは、時々経験しているところでありますので、そのときの体制として、医師がすぐそばにいるという体制のも

とであれば、実施可能だと思いますが、場合によって、救命救急措置が必要になることはありますので、そういう行為そのものはできると思いますが、行為によって発生する事態を十分想定した上で、安全性を担保することは、考えておかないといけないと思っております。

○永井（良）座長 釜菴構成員、どうぞ。

○釜菴構成員 今までの議論を伺っていて、私自身の中でまだ整理ができないのですが、それぞれの職種には本来法律で規定されている業務の範囲があるわけで、現時点では職種の名称からかなり推測可能な了解できる範囲で整理されていると思います。

今回は、それを場合によっては大きく変えて、従来の業務範囲では想定していないような内容になる可能性を感じます。ですから、それらのことをできるようにするためには、法改正を含めてなかなか大変な作業になると思います。

もう一点は、その行為に対してのしっかりした教育、あるいは訓練が行われたという前提を仮に置いたとして、それをどのように担保し評価するのかということが重要です。もともとは資格を与えるということで、資格取得時には必ずしも完全に習熟していないかもしれないけれども、資格が認められたことによって、その行為ができるようになるという整理だったのですが、今回の議論では、そここのところの教育・訓練が行われているという条件つきで認めることになる、その辺が曖昧になる気がします。

最終的には、これは前のときにも発言しましたが、それぞれの医療機関の長、院長とか、あるいはそれぞれの診療部門の長が、この分野について、当該の医療機関で採用することを決める作業が最後に必要になるのだらうと思いますが、個々の行為の議論の前に、まず全体として法令改正が必要な場合については、どういう手続をとるのかという枠組みをぜひ事務局にもう一度整理をしていただき、その上で個々の行為を検討するのが適当だと思います。

議論の与えられている時間が非常に短いということも踏まえて、そのあたりのところの整理が必要に思いますが、事務局、いかがでしょうか。

○永井（良）座長 医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

前回もそもそもここでの議論がどういう形で医師の働き方改革の達成というか、推進に向けて関連してくるのかという御指摘もあったように記憶しております。実際のものとしては、次回以降も出させていただきますが、まずは現状でも過去に出している通知で、こういう仕事ができますということについて、十分にできていないという点もございまして、そういうことをきちっとやっていただくことも第一弾としてあるわけです。それらに加えて、今回、医師の働き方改革を推進するためには、各職種の方に医師の業務の一翼を担っていただく必要があるという観点で、今回、いろんな項目を整理しているところでございます。

それに向けて、きょうもいろいろと御指摘をいただいておりますが、どういう手順で、

次回以降、議論していただくとか、そういった働き方改革推進全体像との関係性は、もう少しわかりやすくしたものをお出しした上で、きょうの御議論を踏まえた資料も準備したいと思っております。

○釜菴構成員 その場合に議論が深まるためには、もう少し検討すべき項目を絞ってやらないと、余りに広過ぎてこれはとても無理だと思います。ちっとも議論が深まらないので、それぞれの職種に一番働き方の改革に資する、そして、大きな変更になりそうだとこのものを1つとか、2つに絞って、そこを議論するというのはいかがなのでしょうか。

○永井（良）座長 局長、どうぞ。

○吉田医政局長 事務局の医政局長でございます。

第4回までの御議論、きょうは、非常に深い議論をしていただいて、事務局として大変ありがたく思います。

今、釜菴構成員から御指摘いただきましたように、本日を含めてのこれまでの議論の中で、私どもとしては、本日の資料1の具体的には9ページに整理をさせていただいていたつもりではおりますが、今回、検討会としてお願いをいたします議論の広がり、あるいは深さは、非常に幅広くございましたので、議論をできるだけ整理をしながら進むように、この資料1の9ページにあるような、今、何をしているかということ、いわば議論の位置づけを構成員の方々にもお示しさせていただきながら、会議に臨ませていただいております。

その中で、それぞれのところについての項目ごとの議論の蓄積、ボリューム感がふえてまいりましたので、今後の進め方につきましては、永井座長とも御相談をさせていただきながら、今、いただきました御意見、あるいはこれまでの御意見の中で優先順位をつける中で、物事を整理させていただき、次回以降の提案につなげさせていただきたい。また、それに当たりましては、個別の構成員の方々の御意見も伺いながら、準備をさせていただきたいと思っております。

改めて申し上げるまでもなく、事務局として先ほど医事課長から、今回の議論に当たって何度も出てまいりますように、今、喫緊の課題の1つである医師の働き方改革を進めるためにということが、今回、こういう形で御議論をいただく大きなきっかけであることは間違いございませんし、だからこそ、今、これだけ幅広い論点について、関係団体や関係者の方々に広く御意見を一度総ざらいさせていただくような形で議論をしておりますが、あくまでも先ほど来、御議論の中にありますように、資格制度とは何だという原点において、我々が外れることは許されないと思っております。

もちろん提供側のいろいろな事情、あるいは今の個々の医療機関における現状も、議論に当たっては、十分に私どもも伺いながら進めさせていただく必要があると思っております。その上で資格法の基本は患者さん、サービスの受け手にとって、質の高い医療を安全に受けるために、どのような形で、先ほどの構成員のお話にございましたように、国として保障をする制度でございますので、国として安全に質の高い医療を提供するに当たって

の資格を当然前提にしながら、それを例えば資料1の9ページにありますように、現行制度でいろいろな議論を積み重ねてきている枠組みを、個々の制度について改めて考えると、根本からの御議論もあるのかもしれませんが、少なくとも現状において、ここは本質的に広げることができるのではないか、あるいはここについては、一定の補強をすることによって広げられるのではないかという御議論を整理することを、私ども事務局としては、御議論を聞きながら、頭を働かせているところでございます。

そういう意味では、繰り返して申し上げますし、あるいは当然ながら、構成員の方々の議論の大前提であることを十分に承知しておりますが、資格法、あるいは資格制度が安全で質の高い医療を確保し、そして、患者さん、国民から見たときに求められているものだということの原点を、改めて事務局として認識をさせていただきながら、次からの準備に向けて、構成員の皆様方の御意見を踏まえて、対応させていただきたいと思っております。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

そういう意味では、法に何と書いてあるのかということで、1つずつ確認しながら議論しませんと、省令改正でできる、できないということばかりではいけないだろうと思っております。いつも法に書いてあることは何か、その上でどうしたらよいかということで、議論いただきたいと思っております。例えば看護師の職務であれば、療養上の世話、または、診療の補助と書いてあるわけです。そういう原点を確認しながら議論をする必要があるのだろうと思っております。

いかがでしょうか。馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 今後の議論の進め方は、非常に議論が幅広くなって、どういう優先順位でしていくかというのは、非常に難しいところではあります。このタスク・シフト／シェアの根本的な目標は、働き方改革によって、医師が働ける時間の上限設定が行われるために、タスク・シフト／シェアをせざるを得ないところに来ていることが原点であろうかと思っております。

そういう観点からしますと、それぞれの項目がどれだけタスク・シフトに資するか、資料2-1を見ますと、その効果が何時間ぐらいこの行為をタスク・シフト／シェアすることによって、医師の負担軽減につながるかということで、こういう通知を出されたのかはわかりませんが、少なくともこの行為をタスク・シフト／シェアすることによって、これぐらいの医師の負担の軽減につながるという数値を出されておりますので、この数値が大きいものから、優先順位をつけて議論していくことも、1つの方法論ではないかと考えております。

○永井（良）座長 裏構成員、どうぞ。

○裏構成員 2点ございます。1つ目は、せっかく決まったことを実現可能性が高いものにして、この瞬間も現場で汗を流している医療職の方々のちょっとでも時間外労働を削減することが、我々のミッションだと思います。2020年4月1日からの働き方改革はスタートして、それをさかのぼりますと、BC水準の認定、評価機能、さらにその前に医師労働時

間の短縮計画をしっかりとつくらなければいけない。

特にこの瞬間も働いておられる勤務医で、20万人おられるうちの2万人が2,000時間を超えているという、非常に狂気的な時間の方々を何とかして、我々は救わなければいけないとなりますので、そういう方々の業務が本当にタスク・シェアできるために、渡される側の研修もそれほど残された時間はないとなります。よって、受け手側の学会の方々にも、研修・教育が確定した場合は、時間軸を意識して、しっかりとタスク・シフト／シェアされる側の技術を向上するように努めていただきたいことが1点です。

2点目は、先ほど医事課長と局長から非常に心強いお言葉をいただきました。医師の働き方改革がそもそも何のためにあるのだというところでございますが、先ほど申しました2万人ほどおられる2,000時間超えの方を、まずは何とかしようというのがスタートだったと思っております。これは希望ではありますが、きょう、お話しして議論になっている約70項目ほどのところで、特に2,000時間超えの先生方が本当にこれはタスク・シフト／シェアをしてほしい、受け取ってほしいという業務の優先度が高いのではないかと考えております。全て意味があることだと思っておりますけれども、意味があることの中でも、さらに濃淡をつけるべく、今後の進め方にそれを入れていただきたいというのが、私の希望でございます。

以上です。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

本日の議論を踏まえて、オブザーバーの方々からも、一言ずつ御発言いただければと思いますが、いかがでしょうか。

日本薬剤師会から順番にお願いできますでしょうか。

○葉原氏 ありがとうございます。

本日の資料の中で、薬剤師で項目が挙がっておりますのは、参考資料2の14ページのところの、プロトコルに基づいた投薬指示変更がございます。御指摘のとおり、2行目のところに、病状が不安定であることなどによって、専門的な管理が必要な場合には、医師と協働して実施をするということでございますが、資料に記載のとおり、安全を踏まえて、特に病状が不安定、あるいは専門的な管理が必要な場合には、医師との協働が必要であると考えております。

また、この中で、より医療安全に配慮してタスク・シフトを進めるとされておりますが、我々はそれをできれば圧縮して、より効率的に業務を行っていききたいとも考えており、こういうものに貢献できればと考えております。

それから、先ほど来、少しお話がございましたが、薬剤の関係でございまして、麻薬であるとか、ハイリスク薬などがございます。特に麻薬は取り扱いに関する法律が違うところにもございますので、そのあたりは十分な御配慮をいただいて、御検討いただければと思います。

以上でございます。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

続いて、日本診療放射線技師会からお願いします。

○熊代氏 診療放射線技師会の熊代でございます。

先ほど静脈路の確保につきまして、発言させていただきましたので、先ほど御質問いただきました、馬場構成員あるいは根岸構成員の御発言について、コメントさせていただきたいと思います。

造影剤を注入する現場におきましては、いわゆる副作用として、アナフィラキシーショックというのは、非常に重篤な副作用がございます関係上、我々診療放射線技師は、医師や看護師がそばにいる現場でやっております、救急カートであるとか、あるいは蘇生できる状況にあります。これにつきましては、病院機能評価であるとか、国際安全基準、JCI等でもかなり厳しく指導されておまして、これについては安全性が担保された状況下でやっております。

それから、表構成員から最初に御指摘がありました、タスク・シフトした前後において、医療安全が担保されているのかどうかという件でございますけれども、かなりさかのぼりますが、1970年に臨床検査技師に採血のタスク・シフトがされたときに、実際にどうだったのかということです。今の医療現場を見ておきますと、医師、看護師、臨床検査技師はチームを組んで、採血業務がスムーズに安全に行われていると思われまます。お互いに補完しながら、業務が遂行されているという印象を持っております。

また、平成14年に、看護師さんに静脈路の確保、造影剤の注入がタスク・シフトされたときにも、その前後で、医療安全に差があったのかどうか。むしろ私は医療安全が担保されたのではないかと考えております。そういう事例は、恐らく厚労省もつかんでいるはずなので、そのあたりは、また教えていただきたいと思います。もしそんな事例があれば、お願いしたいと思っております。

以上です。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

続いて、日本臨床衛生検査技師会からお願いいたします。

○丸田氏 ありがとうございます。

日本臨床衛生検査技師会の丸田でございます。

各論について、臨床検査技師会として、意見を述べさせていただきたいと思っております。

静脈路の確保について、いろいろと御指摘、御意見をいただいているところでございますけれども、基本、臨床検査技師は、現行法で静脈からの採血が認められている状況でございます。例えば救急の現場とか、そういった場合、採血を行い、その後ルートの確保が必要な場合というのは、恐らく多々あるかと思っております。そういった場合には、我々臨床検査技師が採血の一環として、ルートを確保するという行為をお認めいただきたいと思いますという内容でございます。薬液を注入するとか、そういった目的ではなく、採血をする行為の延

長線上で、ルートを確保する行為だと御理解をいただきたいと思っております。

採血であるとか、検査説明などは、平成19年の医政局通知などで、臨床検査技師が十分にできていないという御指摘をいただいておりますし、御意見の中で、そういった業務を先に進めるべきではないかという御意見がございました。例えば病棟での採血業務、そういったところには、まだ十分に臨床検査技師がかかわれていない実態がございます。前回、臨床検査技師の病棟の配置ということで、御提案をさせていただきましたけれども、今回さまざまな行為をヒアリングの中で提示をさせていただきました。そういった行為が1つ、2つできることによって、臨床検査技師が関与できるような機会がふえてくる。そういったことによって、医師あるいは看護師の業務の負担軽減に資するのではないかと考えているところでございます。

以上でございます。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

全体を通じていかがでしょうか。

今後の進め方について、事務局から説明いただけますか。

○佐々木医事課長 今後の進め方でございます。定例的なもの以外に、追加で言わせていただきますと、きょうは、今回の幾つかの項目を整理した上で御提示するでありますとか、さまざまに御指摘いただいた資料等がございます。それから、先ほどのいわゆる責任の問題につきましても、検討を進めた上で、整いましたら、それをお示ししていくということも考えております。

いずれにしても、次回以降、そういった御指摘を踏まえて、座長とも御相談しながら、また御提案させていただき、議論していただき、できるだけ早急に一定のまとめができるようにということを考えていきたいと思っております。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 今回ここで議論している内容は、さまざまな医行為、医師の行為をほかの職種の方々にタスク・シフト／シェアしていくかという議論、行為をどうするかということなのですが、実臨床で医師は労働時間をかなり超過しています。その現場において、何が一番時間を割いているかという、説明と同意、ここにかなりの時間を使います。ですから、そこら辺の手続の簡素化に関しましては、前回、私、少し提案させていただきましたが、資料1の6ページ、タスク・シフト／シェアの推進策というところに、いろんな医行為について、説明したりする上で、そこを簡素化するための資料をつくって、患者さん側に提供するというのも、1つの方策だと考えております。

もう一点は、医療者側がタスク・シフト／シェアするには、現場では不十分でありまして、患者や家族、国民への啓蒙を同時に進めないといけないと思います。私たちが臨床現場でどういうことを求められるかという、患者さんや家族、特に家族は勤務されていて、時間外あるいは週末に説明してほしいという要求があるわけです。ですから、そういうこ



とが、現状どおり行われる過程において、時間を短縮しようと思っても、なかなか進まないこともあります。今回、この場で議論することではないかと思いますが、そういうことも同時に取りかかっていることは、十分に承知しておりますが、それが国民一般に広がっているかという、まだそのレベルではないと考えておりますので、勤務時間内にそういうことができる体制を、国を挙げてつくっていかないといけないと考えております。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

その他、御発言の方はいらっしゃいませんか。権丈座長代理、どうぞ。

○権丈座長代理 我々から見て、医療というのは、不確実性が高く、個別性が極めて強いものです。この領域において、安全性を議論するというのは、かなり難しいです。確率的な形で出てくるという話になります。といっても安全性は議論せざるを得ないわけで、だから、医療の中で、いろんな目標がある中で、安全性は、優先順位が高いというよりは、ほぼ絶対的な状況で、第1位の優先順位に置いていたと思います。

これまで何度も言っていますけれども、黒船のような、絶対的な基準として、労働時間の短縮が来るわけです。絶対と絶対をどうやって調和させていくのかというのは、かなり難しいというか、ここがどういうふうに展開されていくのかというのは、ずっと観察させていただいていると同時に思っているわけですが、きょうの資料の中で、効果というものがあります。時間というところをタスク・シフトしていきただけでも、シフトはただでできないです。訓練をしたり、OJTも必要になるし、あるいは組織的にちゃんとした教育のシステムをつくっていくということがあると思うのですけれども、効果が大きいところに、少々コストをかけてでもやっていきたいと思いますという優先順位のつけ方が出てくると思っております。簡単にはできない。タスク・シフトそのものもただではできないというところで、教育あるいはいろんなシステムをつくっていくことになるわけですが、そこに対しては、少々コストがかかったとしても、効果が高いところを重点的にやっていきたいと思いますという形で、絶対と絶対というところを調和させていくという話になると思っております。

この会議のスタート地点として、労働時間を減らさなさいというものがあるわけです。そこで、安全というところを絶対という形でずっと議論していくと、医療は本質的に不確実なものなので、なかなか難しいものがあるわけですが、先ほども言いましたように、資料の中のところで、労働時間の短縮効果に基づいて優先順位をつけていき、それを実現するための教育コストで調整していくことは、考えられるかと思っております。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

木澤構成員、どうぞ。

○木澤構成員 参考資料1のところで、診療のプロセスということで、代行入力というものがあったと思います。これは医師が本来指示するものを代行で入れたときに、承認というのは医師がかけると思うので、時間差が出たときに、医療の流れが滞らないような工夫は必要だと思います。

もう一点、医師から垂直に各職種におりてくる業務が想定されるかと思うのですが、その中に、看護師の業務の診療補助行為が入ってきたときに、医師からのタスク・シフトかつコメディカルの職種間のタスク・シェアというところが、恐らく議論の中に入ってくるかと思って、議論を聞いているところです。

以上です。

○永井（良）座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

そういたしますと、きょうの御議論は、事務局と座長で整理して、次回さらに御議論いただければと思います。よろしいでしょうか。

それでは、少し時間が余りましたけれども、事務局から連絡事項等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、これで終了いたします。夜遅くまで、どうもありがとうございました。