

今月の視点

医師の働き方改革におけるタスクシフティング —特に外科領域、周術期における取組み—

理事 郷良 秀典

I. はじめに

2019年3月、厚生労働省の「医師の働き改革に関する検討会」が以下の方針を示した。

2024年4月から「医師の時間外労働上限」を適応し、原則として年間960時間以下とする（すべての医療機関で960時間以下を目指す：いわゆるA水準）。ただし、「3次救急病院」や「年間に救急車1,000台以上を受け入れる2次救急病院」など地域医療確保に欠かせない機能をもつ医療機関で、労働時間短縮等に限界がある場合には、期限付きで医師の時間外労働を年間1,860時間以下までとする（いわゆるB水準）。また、研修医など短期間で集中的に症例経験を積む必要がある場合には、時間外労働を年間1,860時間以下までとする（いわゆるC水準）。2024年4月までの5年間、全医療機関で「労務管理の徹底」（いわゆる36協定の適切な締結など）、「労働時間の短縮」（タスクシフティングなど）を進めるとの内容である。

II. タスクシフティング

ほぼすべての医療機関において、医師の労働時間短縮は喫緊かつマストの課題ではあるが、そのための医師増員は、医師の偏在・不足や病院経営の面からも現実的対策にはなりえない。そこで重視されるのがタスクシフティング、すなわち「医師から他職種に、また、他職種からさらに別の職種に、当該職種でなくとも実施可能な業務を移管し、当該職種がその資格を保有していなければ実施不可能な業務に集中する」環境の整備である。

厚生労働省は、日本医師会やさまざまな医療関係職能団体や関係医学会などに、「どの業務を、どの職種に移管可能か」、「業務移管によってどの程度の負担軽減効果が得られるか」、「業務移管後の医療の質を担保するために、どのような施策が必要か」などについて意見聴取を行った。

ここで、日本医師会はタスクシフティング等に関して以下の基本的な方針を示した（令和元年6月17日）。

1. 国民にとって安全な医療を守るため、医師による“メディカルコントロール”（医療統括）の下で業務を行うことが原則である。
2. 新たな職種の創設ではなく、既に認められている業務の周知の徹底、並びに、それらが実践されていない場合の着実な検証を実行すべきである。
3. 法令改正や現行法解釈の変更による業務拡大をするのであれば、適切なプロセスを経て行うべきである。
4. タスクシフティング先の医療関係職種への支援が必要である。
5. AI等のICTの活用は、医師のタスクをサポートするものとして、推進していくべきである。

III. 外科領域におけるタスクシフティング

日本外科学会は、厚生労働省のヒアリングにおいて、外科勤務医の労働時間は極めて長く、その短縮が急務である一方で、外科医が手術等の技術を習得、維持するためには一定の症例数の経験確保が必要であることから、手術等の外科医にし

かできない業務以外の周術期の一連の業務について包括的なタスクシフティングを行い、外科医が手術に専念できる環境づくりが必要であると訴えた。このため特定行為研修を修了した看護師の有効活用が必要であり、現行法でも看護師が実施可能な業務として以下の14項目を挙げた。

1. 手術の際の手術部位（創部）の消毒やドレープがけ
2. 術後24時間以内の疼痛管理目的での麻薬（フェンタニル等が必要になった場合）の投与
3. 定期的血液検査の指示入力
4. 皮下植え込み式のCVポートの穿刺
5. 胃管・EDチューブの挿入・管理・抜去
6. 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
7. 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
8. 抗不安薬の臨時の投与
9. 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
10. 抗精神薬の臨時の投与
11. 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
12. 直接動脈穿刺法による採血
13. 創管理（ドレッシング抜去、抜糸）
14. ドレーン抜去

これらの業務では、日本外科学会のNCD（National Clinical Database：手術症例の詳細を登録、2011年より稼働）の分析から、充分な業務移管が行われていないことが解っている。また、移管した業務の質を確保する対策として、予め定められたプロトコルの中で医師が包括的指示を行う前提を維持しつつ、特定行為に係る研修制度の見直しがなされる。特定行為研修について厚生労働省は「2025年度までに特定行為研修の修了者を10万人にする」との目標を立て、2020年4月から「領域別パッケージ研修」をスタートさせる。「外科術後病棟管理領域」、「術中麻酔管理領域」、「在宅・慢性期領域」の3領域について、特定行為研修を「パッケージ」化するとともに、研修内容を精練して研修時間を短縮し、特定行為研修を受けやすくする。日本外科学会は、第119回日本外科学会学術総会（2019年4月）においてパッケージ化された特定行為研修を行うた

めの具体的手続きについての説明会を開催し、タスクシフティング推進をサポートしている。

同時に、日本医師会が指摘しているように、医師からタスクシフティングを受ける場合、特に看護師において勤務激化が予想されるため、その対策が必要である。そのために日本医師会は、診療所等に多く就業する准看護師の養成を強化し、病院が多数の看護師を確保することができるよう支援する。また、看護職員が医師からタスクシフティングを受け、さらに本来業務に専念できるよう、医療機関に従事する看護補助者の確保が必要である、としている。

IV. その他の領域におけるタスクシフティング

日本麻酔科学会は、「周術期管理チーム」として3職種に対し、以下のタスクシフティングが可能と提言している。

1. 看護師へのタスクシフティング

- (ア) 術前：オリエンテーション・リスク評価、麻酔に関する説明
- (イ) 術中：末梢点滴ルート確保、薬剤・薬液準備、バイタルサイン・処置記録、既設置ルートからの動脈血採血と測定
- (ウ) 術後：術後ラウンド・術後疼痛管理

2. 薬剤師へのタスクシフティング

- (ア) 術前：服薬内容チェック・処方提案
- (イ) 術中：管理薬剤の払い出し、残薬回収、術後の鎮痛薬調製・投与器具準備
- (ウ) 術後：疼痛評価・鎮痛薬調整提案、術前中止薬の再開確認

3. 臨床工学技士へのタスクシフティング

- (ア) 術前：シリンジポンプ・フットポンプ、麻酔関連機器の保守点検と準備
- (イ) 術中：麻酔関連機器の修理・対応
- (ウ) 各種機器の回収・保守点検、鎮痛剤投与ポンプデータの解析

病院薬剤師は、上記の日本麻酔科学会の提言にあるような周術期のみならず、定時のDo処方や服薬歴・持参薬のチェック、服薬指導、化学療法などにおける特殊薬の補足説明など、タスクシフティングにおいて重要な仕事を行い得る。臨床工

学技士は、透析における穿刺や回路交換などでも医師の負担の軽減が可能である。

既存の医療関係職種の中で、タスクシフティング先として看護師や薬剤師、臨床工学士が挙げられる他、医師事務作業補助者もその活躍が期待される。医師は、医学的判断を要する医療行為のほかに、さまざまな事務作業を行っており、診療録への記載、入院診療計画書の作成、保険請求書類や診断書の作成など多岐にわたるが、医師事務作業補助者によるこれらの代行あるいは下書き、さらには検査のオーダー入力、次回検査や受診の予約取り、データベースへの入力などは、医師の負担軽減に大きく寄与しており、2008年度診療報酬改定で「医師事務作業補助者体制加算」が設けられ、診療報酬上でも後押しされている。筆者は、医療事務作業補助者と一緒に外来をすることで外来時間が著明に短縮し、外来日の午後に手術を予定すること、その多くを時間内に終えることが可能になった。さらに、検査手順や入院手続きの説明など、看護師の負担を軽減している場合も少なくない。

日本救急医学会からは、救急医のタスクシフティングの一つとして「救急領域パッケージ」を提案し、2019年10月に了承されている。

V. ナース・プラクティショナー、フィジシャン・アシスタントそしてAIやICT

タスクシフティングに関連して、ナース・プラクティショナー（NP）、フィジシャン・アシスタント（FA）にも注目が集まっている。

NPは、「医師の指示を受けずに、独自の判断で一定の医療行為を実施することが認められたスタッフ」である。アメリカ、カナダ、オランダ、アイルランド、シンガポール、オーストラリア、ニュージーランドなどで導入されており、医療へのアクセスの改善、待ち時間の短縮、重症化予防、高い患者満足度などの効果が指摘されている。日本においては、高齢化が進展する地方自治体を中心に、医師の確保困難・高齢化により、住み慣れた地域で継続的に医療を提供することが困難となっており、NP制度創設を求める声が多い。これをふまえ、日本看護協会は厚生労働省に、ナー

ス・プラクティショナー制度創設に向けた検討の場を設置するよう強く求めている。

PAは、「医師の監督の下に、診察、薬の処方、手術の補助など、医師が行う医療行為の相当程度をカバーあるいは代行する医療資格者」である。日本脳神経外科学会はPAについて、「米国で修行した若手の脳神経外科医を中心に、PAの創設に前向きな意見が圧倒的に多い」とコメントしている。筆者が勤務した米国ワシントン大学心臓胸部外科では、人工心肺のセットアップや冠動脈バイパス手術における大伏在静脈グラフト採取などはPAの仕事であり、手術は主に術者とレジデントの2人で行われていた。PAの医師負担軽減効果は顕著であるが、PAの仕事は若い外科医の仕事、トレーニングと重なる場合も多いため、大学病院などの教育・研修施設と市中の臨床病院とでは別々の議論が必要であると思われる。また、日本医師会の基本方針である「新たな職種の創設ではなく」とは矛盾するかもしれない。

AIやICTなどの活用により、生産性の向上、労働時間の短縮が期待されるが、治療アウトカムへの影響などは現時点で検証不十分である。日本医師会の指摘のとおり、しばらくは「タスクシフティング」というより「タスクサポート」であり、今後の課題という位置づけと考えられる。

VI. おわりに

ここまで述べてきたタスクシフティング以外にも、広義のタスクシフティングとして、かかりつけ医制度の充実、医療機関同士の専門性や規模あるいはマンパワーに応じた相互協力と役割分担（タスクシェアリング）の推進が必要であろう。また、行政と協力して、健康診断受診率の底上げ、疾病の予防や重症化防止のための啓蒙、医療機関受診の必要性と抑制判断の啓蒙など、医師の仕事量と負担の総量を減らす努力も重要であると思われる。