

医療職のタスクシェアに 関する見解

内閣府規制改革推進会議 医療・介護・感染症対策WG

2023.3.30

一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会

理事長 草場鉄周

今回のタスクシェアの議論への違和感

- カナダ・英国など海外の医療システムでは、医師・看護師・薬剤師・リハ・MSWなどは互いの専門性を尊重しながら「対等」な立場で連携しながら、質の高い患者ケアを提供するというあり方が基本的な前提
- 24年間の日本の医療経験では医師をピラミッドとした各種指示を前提とした制度設計が強固で、医師以外の専門職が医師の判断に強い忖度と遠慮を示す風土が蔓延していることを実感
- 議題となる様々なタスクシェアは医師などから他の職種に対して「許容する」という恩恵提供の側面が感じられ、上記の前提が全く崩れていないのがそもそもの大きな問題

規制改革？ → 本来、構造改革では

- 例えば、看護師においては、比較的自由度の高い訪問看護や病院での専門看護師や診療看護師の業務を除き、医師の指示の絶対性が目立ち、むしろ看護側も医師の指示が無いと「自主的には動けないor動かない」といった弊害も目立ち、医師の負担大の一因
- 他には、薬剤師においても、医師の処方に対する疑義照会や複数医療機関からの多剤処方内容のチェックとフィードバック、服薬指導といった点でまだまだ医師への遠慮が目立つ
- 小手先の規制改革で業務拡大するだけでなく、本来は国家資格を持つ専門職がより対等かつ自立して協働する方向性を構造改革としてより模索するのがあるべき姿ではないか
- 地方における医療職不足でも上記の視点が無いと、結局は医師への依存が相当残り、中途半端な改革になる

本質的なタスクシェアのための提言

- 診療所や小病院では生活習慣病、筋骨格系疾患、メンタルヘルス、小児医療など多様な健康問題を持つ患者が受診
- 少ない医師が短時間で多くの患者の診療にあたるのが多くの医療機関で一般的 → ケアの量と質に自ずと限界
- 小規模医療機関の外来看護師は採血や検査指示、予約業務だけでなく、より多くの貢献が本来は可能ではないか？
 - **虚弱高齢者に対する生活評価、認知機能評価、身体機能評価、リハビリ**
 - **生活習慣病患者に対する食事指導、運動指導、禁煙指導、疾病管理**
 - **小児患者に対する予防接種管理と支援、母親の育児状況の評価**
 - **メンタルヘルス患者に対するカウンセリング** などなど

- 医師の包括的な指示の下で、こうしたケアを提供する余地は残されているが、それらを看護師が提供できる機能として文書で明示した上で、診療報酬でも評価することが重要
- 全ての看護師に求める必要は無いが、意欲を持つ看護師がその能力を発揮できる環境を整備し、結果的に給与などの待遇も更に改善されることが重要 <努力→診療報酬↑→給与↑>
- 医師にとっては、権限が奪われる不安ではなく、信頼できる強力なパートナーが増えて、患者のケアの質がより向上するという発想が必要ではないか
- 日本プライマリ・ケア連合学会では上記の業務も将来的に目指す看護師を学会認定プライマリ・ケア看護師と位置づけ、養成を行っている（23.3月時点で71名）

診療看護師（Nurse Practitioner：NP）と特定行為

- NPについては活躍の場が大病院に偏っている印象あり。今後は小規模医療機関での外来看護機能の強化を意識して、プライマリ・ケア領域で活躍できる人材の養成にシフトしてはどうか
 - 北海道の郡部など、医師不足が顕著な地域では、地域でのケアの質を維持するために大きな貢献を果たせる
- 特定行為については手順書による規程が細かいため、今後はより看護師の裁量を増やす方向で検討を進めるべき
- 特定行為研修は講義履修などのプロセス評価よりも現場評価を主軸とするアウトカム評価の効率良い教育に変更して、より多くの看護師が積極的に挑戦できるものとするべき
 - 特定行為実施のために必要な研修に要する時間と費用は、一般の看護師や医療機関にとっては負担が重すぎて普及は非現実的

幾つかの具体的テーマへの見解

- 訪問看護ステーションへの輸液、基本薬剤などの配備
 - 夜間や休日に稼働し処方に応じる薬局が乏しい地域もあり
 - 日常から薬剤在庫管理について薬局薬剤師と連携することを前提とすれば、実現することに問題は無いし、処方指示する医師にとっても迅速な対応が可能になるメリットはあるだろう
- 薬剤師による患者宅での補液の交換
 - 地方においては、24時間対応の訪問看護の確保は簡単ではない
 - 少ない訪問看護のマンパワーを補う意味では、訪問看護師との連携を前提に、輸液を処方する薬剤師が患者宅に訪問する際に輸液を交換することにはリスクも少なく問題は無い