

第5回 医療・介護ワーキング・グループ  
議事概要

1. 日時：令和2年1月27日（月）15:00～17:48

2. 場所：中央合同庁舎4号館2階共用第3特別会議室

3. 出席者：

（委員）大石座長、佐藤座長代理

（専門委員）印南専門委員、高橋専門委員、武藤専門委員、安田専門委員

（事務局）彦谷次長、小見山参事官、長瀬参事官

（説明者）神野正博 社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長

公益社団法人全日本病院協会副会長

習田由美子 厚生労働省医政局看護課サービス推進室長

土岐太郎 厚生労働省医政局看護課課長補佐

猪口正孝 公益社団法人全日本病院協会常任理事

医療法人社団直和会平成立石病院理事長

永田翔 厚生労働省医政局地域医療計画課救急・周産期医療等対策室長

藤谷茂樹 聖マリアンナ医科大学救命救急センター長

救急医学講座教授

遠藤拓郎 聖マリアンナ医科大学救命救急センター医長

救急医学講座助教

4. 議題：

（開会）

1. 看護師の専門性の更なる発揮に向けた取組
2. 救急救命士の活用
3. 救急医療が真に必要な患者に提供される仕組み
4. 規制改革ホットライン処理方針

（閉会）

5. 議事概要：

○長瀬参事官 それでは、定刻でございます。ただいまより第5回の規制改革推進会議「医療・介護ワーキング・グループ」を開催させていただきます。

皆様、御多忙の中、御出席ありがとうございます。

本日、御欠席は、大橋委員、菅原委員でございます。

本日の議題でございますが、重点審議項目でございます、医療・介護関係職のタスク・シフトのうち、1つには「看護師の専門性の更なる発揮に向けた取組」、2つ目「救急救命士の活用」、3つ目として「救急医療が真に必要な患者に提供される仕組み」、これら

について、御議論をいただく予定でございます。

また、今、申しました議題の後に、4つ目として「規制改革ホットライン処理方針」について、御議論をいただく予定でございます。

報道関係者はございません。

それでは、議事進行でございますが、大石座長にお願いしたいと存じます。よろしくお願い申し上げます。

○大石座長 ありがとうございます。

それでは、議事に移らせていただきます。

まず1題目の議題「看護師の専門性の更なる発揮に向けた取組」についてでございます。

医師については、2024年4月から、時間外労働の上制限が適用されることになっております。なので、医療関係者のタスク・シフト、タスク・シェアに向けた取組が急務になっております。

特に医療関係者の中でも多数を占め、従来の役割を担っているのは看護師の方々に、その方々が専門性を発揮して医療現場で活躍されることは、医師を始め、医療現場の負担軽減につながるものと考えられます。

本日は、社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長及び公益社団法人全日本病院協会副会長の神野正博様にお越しいただいております。

神野様が理事長を務めておられる恵寿総合病院では、特定行為を終了した看護師の方が多く活躍されていると伺っています。本日は、こういう看護師の方々がどのように活躍されているのかということについて、御意見、御紹介をいただくとともに、看護師の専門性のさらなる発揮に向けて、御意見、御要望を頂戴できればと思っております。

また、厚生労働省の医政局からは、習田由美子看護課サービス推進室長、土岐太郎看護課課長補佐に御出席いただき、特定行為に関わる看護師の研修制度について、お話を伺いたいと思います。

それでは、まず厚生労働省の方々から、御説明をお願いします。よろしくお願いいたします。

○習田サービス推進室長 厚生労働省医政局看護課の習田と申します。

資料に基づいて、特定行為研修制度の概要を御説明したいと思います。

まず資料を1枚おめくりいただきまして、3ページでございます。特定行為に係る看護師の研修制度ということで、2025年に向けて、さらなる在宅医療の推進を図っていくためには、個別に習熟した看護師さんたちが各医療現場の中で育っていくだけでは足りないということで、医師の判断を待たずに、手順書という指示の形態でございますが、手順書に基づいて、一定の診療の補助を行う看護師を養成する必要があり、そのために法改正を行って、特定行為研修制度を創設いたしました。

この制度につきましては、現在、創設後5年目になりまして、受講しやすさ等の観点から、制度の見直しを行ったところでございます。

特定行為研修制度は「2. 特定行為の流れ」にございますように、まず医師が患者の診断をして、その後、手順書であらかじめの指示を行うことになっております。あらかじめの指示の中には、特定行為の対象となる患者さんや特定行為を行わせる患者の病状の範囲、行うべき診療の補助内容などを書くことになっておりまして、その病状の範囲内かどうかということを看護師が判断をして、特定行為を実施する流れになっています。あるいは今は実施のタイミングではないことを判断して、実施しなかった場合には、医師に報告を行うことになってございます。

その症状の範囲かどうかということ判断するために必要な教育内容が、右側にございます「4. 研修の内容」ということで、特に重要なのは、共通科目の中に含まれております臨床病態生理、臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床薬理等の医師が勉強する医学教育の中の一部、十分ではありませんけれども、この中身について勉強することによって、医師が判断を委ねることができるという教育内容になっております。これを勉強するから、今度、手順書に基づいて、その行為を実施するかどうか、実施のタイミングを判断ができる仕組みになってございます。

特定行為研修は、3. にありますように、厚生労働大臣が研修機関を指定する仕組みになっております。研修については、eラーニングがかなり普及しておりまして、実習以外のところは、ほとんどeラーニングで受講できるようになってございます。実習は働いている病院で受けることができるので、働きながら受講ができるような仕組みが取られております。

次のページを見ていただきますと、これが特定行為研修を受けると、どう臨床現場が変わるかということ解説になっております。上の研修の受講前ですと、例えば脱水を繰り返すAさんの場合、まず医師が患者さんの診察をして、脱水の症状があったら連絡をするようにということを看護師に指示を出し、看護師は、患者さんの観察をして、脱水の可能性を疑った場合には、医師に報告をし、医師から点滴の指示を受け、実際に点滴を行い、その結果を医師に報告をするというその都度のやりとりが発生する流れでしたところ、研修を終了した場合には、先ほど申し上げました手順書を医師が出した後に、患者さんの状況を観察して症状の範囲かどうかということを確認することによって、タイムリーに点滴を実施するという、看護師にある程度の裁量が持たされているものになります。

上の受講前のように、その都度、医師とのやり取りをしなければならないということではなくて、ある程度看護師が判断を行って実施することで、患者さんに対して、タイムリーにケアができるという流れになっております。

次のページでございますが、現在、特定行為は38行為、21区分という構成になってございます。38行為がなぜ21区分になっているかといいますと、行為によっては、類似している行為や勉強する知識が類似しているものについてを、区分というまとまりによって勉強することによって、受講生にとって効率的に学ぶことができる仕組みになってございます。

7 ページを御覧ください。現在の特定行為研修制度の進捗状況と推進方策について、御説明いたします。

特定行為研修の指定研修機関ですが、現在、134機関になっております。

定員数は、1,521名ということで、今後は、毎年概ね1,521名ずつの修了生が見込めることになってございます。

現在修了している方の数は、1,685名になっております。

次のページを御覧ください。区分ごとの修了生の人数で、一番修了している人数が多い区分は、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連ということで、これは急性期の病院でも、在宅、あるいは介護現場においても、非常に有効だということで人気が高い区分になってございます。

9 ページでございますが、都道府県別の特定行為研修の修了者の就業状況になってございます。現在、47都道府県全ての場所で、多寡はございますが、修了生が活躍されているという状況になっております。

その下にあります就業場所別の修了者数ですが、看護師全体としても、病院で就業している数が多いので、特定行為研修の修了者についても、84%という数で修了生が病院に就職しております。

在宅医療を推進するために特定行為研修制度を創設したと申し上げたところですが、訪問看護ステーションでは、まだ47名というところで、5%なのですけれども、引き続き、訪問看護ステーションでの修了生の数は増やしていきたいと考えております。

10 ページでございます。こちらについては、特定行為研修の推進に係る支援ということで、指定研修機関への支援と研修受講者への支援、医療機関への支援に分けて説明させていただきます。

指定研修機関への支援としては、指定研修機関の導入促進支援事業ということで、指定研修機関になるために必要な備品の購入やeラーニングの設置、実習体制の構築のために必要な経費に係る支援をしております。

その次の運営事業ということで、これは指定研修機関になった後に、例えば指導者の経費とか、実習にかかる消耗費、委託費などのランニングコストに係る支援をしております。

更に指定研修機関になった後に、例えばカンファレンスルームを増築するとか、eラーニングを設置するとか、そういった施設整備に係る支援についても、施設整備事業として支援をしております。

人材開発支援助成金として、指定研修機関の訓練にかかる経費や、あるいは訓練期間中の賃金助成をするものもございます。

研修受講者への支援といたしましては、教育訓練給付金がございますが、こちらについては、研修の費用の一部を雇用保険から支援しているものでございます。今までは、一般教育訓練給付金のみで、受講費用の20%の上限年間10万円ということでしたが、このたび特定一般教育訓練給付金の対象にもなり、助成費用の40%、上限年間20万円ということで、

増額となる特定一般教育訓練給付金の対象と認めていただきました。

全体的な医療機関、指定研修機関にならなくとも、特定行為研修に出す場合の賃金助成や代替職員の雇用費用とか、そういったものについても、医療機関への支援として、地域医療介護総合確保基金を活用することができます。こちらが都道府県単位となっておりますが、こういったものも御活用できることになっております。

あとは、医療機関への支援の1つとしまして、診療報酬における評価ということで、一定の要件を満たした研修修了者が診療報酬上の施設基準となっております。現在でも幾つかの項目において、診療報酬上の評価があるということでございます。

最後となりますが、特定行為研修の見直しということで、先ほど申し上げましたとおり、特定行為研修制度は、指定創設後5年になっておりまして、この制度が創設される際に、法律の中で公布後5年を目途として、この制度の施行状況を勘案して、将来の見直しを検討することと規定をされておりました。

そういったことがありまして、研修内容の洗練化、研修時間の短縮、パッケージ研修を行うことを制度改正として、平成31年4月に行いました。

パッケージについては、令和元年の10月に救急領域を追加して、現在、パッケージとしては、4つの領域での研修がございます。パッケージの利点は、現在、特定行為研修は、区分単位で研修を行わなければならないのですが、パッケージ研修の場合だけ、行為の組合せで研修を行えるものになっております。

最後、13ページ目でございます。特定行為研修のパッケージ化のイメージということで、一番左にございます例えば外科術後管理領域の場合ですが、手術が終わりますと、大体多くの患者さんは、一般病棟に戻られて、呼吸管理、あるいは循環動態の管理、痛みの管理、感染の管理、ドレーンが入っている場合には、ドレーンの管理をしたり、抜去をしたり、そういったことをして回復に向かうわけです。

これらの一連の流れの中で、特定行為に該当する行為についてを、逐次医師に指示をもらうわけではなく、看護師が適切なタイミングを判断して、特定行為を行うということで、例えば外科の場合ですと、医師が手術中でこのタイミングに病棟へ戻ってきていただいて、管を抜くなどの診療行為ができない場合があります。そういった場合には、医師の代わりに看護師が特定行為を行うことによって、患者さんがなるべく早く回復ができるということを行えることを狙っております。こういう考え方の下、現在、外科術後管理領域、術中麻酔管理領域、在宅・慢性期領域、救急領域という4つのパッケージをつくっております。

最終的には、患者さんに対するきめ細やかなケアによる医療の質の向上、また、医療従事者の長時間労働の削減等の効果が見込まれると考えてございます。

厚生労働省からの説明は以上となります。

○大石座長 ありがとうございました。

続きまして、神野様から御説明をお願いします。

○神野理事長 神野です。

指定研修機関である恵寿総合病院の理事長という立場と、指定研修機関を支援する病院協会の責任者ということで、お話をさせていただきます。

1枚めくっていただきまして、2ページ目でありますけれども、昨今の有効求人倍率と労働生産性という経済同友会の資料であります。御承知のように、一般の職業に比べまして、保健医療サービス、介護サービスの有効求人倍率は、非常に高く、人手不足感が非常に強い領域でございますし、また、右の労働生産性を見ますと、医療・福祉分野が一番低いということで、今後、この辺のところをどうしていくかということが大きな問題の部分になります。

働き方について、ちょっとだけ意見を述べさせていただきますけれども、3ページ目あります。一番上、労働時間掛ける労働生産性が企業、病院の業績である。今、時短をしろということであります。時短をした上で、労働生産性が今までどおりならば、業績は下がるという当たり前の公式であります。

したがって、時短をした掛ける労働生産性を上げなければいけないという、非常に大きな命題があるわけでありまして。今まで以上に業績を上げるときには、もっと労働生産性を上げなければいけない。

そのためには、Core Mission、本来業務は何だということをしっかりと規定する。その上でタスク・シフティング、タスク・シェアリングが必要であります。

もう一つ、労働生産性を上げるためには効率化ということで、改善活動、Critical Path、あるいはICT、AI、ロボットを他の産業と同様に入れていく必要があるということでございます。

次のページであります。タスク・シフティング、タスク・シェアリングでありますけれども、タスク・シフティングは正に移譲でありますし、タスク・シェアリングは分かち合いであります。これが私たちの仕事ではないからやれというのは、シフトであります。私はそうではなくて、シェアリングということで、例えば看護師さんたちは、ドクターが大変だから、私たちが手伝ってあげる、ドクターもありがとうとあって、これがシェアであると思いますので、分かち合いのシェアリングがより医療現場にある話だと思います。

ただ、右側にありますように、これは山の中にある小滝であります。Cascadeであります。こういうことで、次に仕事をシェアした、その次はどうするということを考えていかないと、例えばどこかで行き詰まりをつくってしまうと、あふれてしまって、千曲川みたいなことになってしまうということであります。

そういった意味では、医師の仕事を看護師さんにとりいうことが大いに結構ということですが、看護師さんの仕事は誰がやるのかということで、議題2にあるような話とか、その他の職種ということもあるでしょうし、ICTとか、AIをそこに入れないと、看護師さんでパンクしてしまうと思うわけでありまして。

5ページ目でありますけれども、Quality of Lifeということで、Lifeは一体何だということところが非常に大きな話だと思います。病院医療、特に医師は、Lifeは命だと思っていま

す。ところが、一般の方、あるいは介護の方は、Lifeは生活だと思っている。このところに大きな谷があるのではないかと思います。だから、医療・介護を連携しようと思っても、Lifeの思いが違おうまくいっていない、命の人たち、救命を考える人たちと生活を考える人たち、その間に看護があるのかと思うわけであります。

そういった意味では、人生というLifeに移りますと、各職種が正に同じ話ができるのか、そんな話が次のページでございませう。今、生活の場は、日常生活だけではなくて、医療・介護施設、あるいは住まいということがあると思ひますけれども、病院医療は、ほんの僅かになってまいりました。正に全体の生活の場は、自動車レースだとしたら、病院医療はピットで、ほんの数十秒で整備をする。そして、すぐにレース場に戻すといった形になってくるということだす。

絶えず考えなければいけないのは、病院の前と後ろを考える必要があるということだ、そこに生活、人生というLifeを考えていく必要があると思ひます。そういった意味では、今後の在宅医療、あるいは未病、予防のところも非常に大きいし、そこに関わる医療職という方々も、これからどんどん育てていかなければいけないことになると思ひます。

7ページ目でありませうけれども、どんな看護師を患者は望むかということだ、診療所のお世話と診療の補助、特に診療の補助のところだ頼りになる知識と技術、そして、判断ということだ患者さんは求めているのではないのだろうか。

次のページだす。病院は何を望むかということ、ここにも同じように判断というところだあります。判断のところだ今回の特定行為研修の鍵になる臨床推論だす。臨床推論というのは、鑑別診断をして、病態を考えながらいろいろな疾患を推定していく、これが臨床推論だす。これが今までの看護教育になかったことだと思ひます。病院としては、看護師の底上げを考えたいということだあります。

9ページ、全日本病院協会でこういった委員会は、制度ができると同時に、約5年前から委員会をつくりまして、支援事業を行っております。指導者講習会、指導者リーダー養成講習会、これは指導者講習会の指導者を養成する講習会だあります。それから、手順書例集を作成しております。この3つは、いずれも厚生労働省からの委託事業として行っているわけだあります。

我々独自にeラーニング教材の作成ということだ、私どものつくっているeラーニングは、今、全国の指定研修機関の約3分の2が我々の教材を使っていると思ひます。新たな話としまして、研修指定機関の申請支援ということだ、この申請は、医師臨床研修病院にとってはよく似た話だ、簡単ではありませうけれども、ただ、中小の病院も、今後、eラーニングを使いながら、特定行為研修をやりたいとなりますと、申請書類が高いハードルになりますので、その申請を支援するような仕組みもつくっておりますし、そのためのセミナーも開催しているわけだあります。

次のページ、恵寿総合病院でございませう。ここに書いてありますように、24科の病院だあります。DPC292床だあります。私どもは、ここで特定行為研修を始めているわけだあり

ます。

11ページにありますように、2016年から4区分8行為、ここに書いてあるものであります。2019年から3区分を追加いたしましたということで、この分野について行っているわけであります。

右にワッペンみたいなものがありますけれども、私どもの病院の中では、修了看護師を特定看護師と呼んで、こういったワッペンを制服の目立つところに貼って、患者さんに周知するというところでございます。

12ページでありますけれども、開始してから8月までに、こういった特定行為研修を行ったか、特定行為を実施したかというものであります。気管カニューレの交換、人工呼吸器離脱、人工呼吸器の鎮静剤投与の調整、陽圧換気の設定の変更、私どもの病院は、呼吸器関係が中心になっていると思われま。

13ページでありますけれども、今、4期生が受講中でございますが、これまでに3期生、16名が研修を修了して、実際に活躍しております。最初の1期生は、全員管理者、あるいは看護協会がつくっている認定看護師の中から5名をセレクトしております。というのは、屋根瓦方式といいますか、既に指導的立場にある看護師に特定行為研修を修了することによって、2期生、3期生、4期生の先生になってもらうということで、最初は、いろんな研修を既に終えて、指導者を私どもの1期生として育て、その後、彼らが教師として、次の人たちを屋根瓦的に教えているという具合であります。

区分別の研修修了の延べ人数は、下の図でございます。呼吸器関係が非常に多くて、栄養・水分管理、あるいは血糖とか、動脈血液ガス分析ということで、徐々に広げているわけであります。

次のページは、個人名が書いてありますけれども、この表と14ページ、15ページは、実際の10月の勤務表であります。この2表を院内のイントラネット、あるいは救急外来等、HCU病棟で実際に貼り出してありまして、今日はどの特定行為修了者が病院にいるのかということを確認することによって、何かありましたら、例えば違う病棟であったとしても、特定行為を実施するために来てもらう体制を取っているわけであります。

16ページは、私どもの特定行為の実施フローであります。まず包括的に入院案内をホームページ内に看護師特定行為について、お知らせをした上で、医師は患者を特定し、区分別の特定行為を実施するよう、入院中に指示をするところから始まるわけでありますけれども、ただ、医師もたくさんおりますので、分からない人もいっぱいいますということで、実際に特定行為看護師から、この患者さんについて、特定行為を実施してよろしいですねという確認を医師にすることで、一番上の入院中指示を開始することになるわけであります。

17ページですけれども、医師の電子カルテの医師指示画面でございます。一番左から始まって、例えば右上は、内科の入院の指示ということで、食事の量とか、食事のカロリーなど、いろんな細かい指示がここをクリックすることでできます。

左の絵の一番下に、特定行為指示画面がございます。それをクリックすると、右にありますように、当院で行える指示がここに一覧されております。

次のページを開いていただきまして、この指示のどこかを右クリックいたしますと、実際の手順書が電子カルテ画面から見えるということで、医師は、この手順書を確認した上で指示をするという形にした工夫でございます。

19ページでまとめ、次のページに要望事項を書いてございます。

まずまとめとしまして、今、お話ししましたように、タスク・シェアリングという考え方、そして、本来業務というCore Missionを規定した上で分かち合いをするべきである。分かち合いは、Cascadeするべきであって、仕事をもらえば、当然仕事の移譲が必要であります。最終的な移譲先として、新たな職種、あるいは業務の定義、ICT、AI等が必要であるという認識でございます。

臨床現場で患者の特定が原則であるということでもあります。それから、書類を書くためには、患者の特定が必要なわけでありませけれども、一方で、救急の場などで、機動的な対応ということ、あるいは同意を個別同意ではなくて、包括的同意でいいときちんと規定した方がいいと思っております。

ICTの話があって、教育現場でありますけれども、eラーニングということで、受講免除規定を整備することによって、他施設において受けた特定行為を勉強した看護師さんがほかの施設へ行って、その単位を引き継げることがきちんとあればいいと思っておりますし、8番にありますように、先ほど申しました鑑別診断等の臨床推論のところに力を注いでいくべきであるということです。

9番目ですけれども、これからいわゆるフォローアップ規定がない制度でありますので、今後の医療の進歩に合わせたフォローアップが必要だと思っております。

最後に、次のページに要望事項です。先ほどの修了生のフォローアップのことも含めまして、修了生のネットワークをきちんと構築するべきであると思われまます。それから、好事例をそこで普及すべきであるということになると思ひます。

2番目ですけれども、先ほど厚労省の資料でありましたように、地域差が非常に大きいということで、都道府県対応の温度差がどうもあるようですということでもあります。そこを何とかすべきかと思ひます。

3番目、研修指定機関への援助ということで、運営に関する補助金の問題と申請書類の簡素化ということが必要なのか。運営に関する補助金は、何と当院は、来年度は削られてしまいましたので、ここでうらみつらみを言うわけではないのだけれども、医師臨床研修は、運営に関する補助金を頂いているのですが、特定行為研修は、少し削る方向に行っているようでありませますので、そんなことは言わないでほしいというのが思ひでございます。

在宅現場がまだまだ少ない。ただ、看護師さんのキャリアパスを考えたときに、若いときは急性期にいらして、あるところまで行ってから在宅に行くということになると、もうちょっと待つと、在宅が増えてくるのかという感じがいたしますけれども、本来特定行為

の必要性で言われた在宅医療の現場にはまだまだ少ない、そこをどうするかということになると思います。

診療報酬での評価、先ほどお話がありましたし、また、今年の春の診療報酬でも、評価があるやに聞いておりますけれども、そういったこと、あるいは広告要件を緩和していただくことで、当院には特定看護師が16名おりますということを堂々と申し上げることができればいいと思っています。

今日、資料にはないのですけれども、私どもの受講料は、入校納付金2万円、共通科目の授業料は40万円を設定しております。その中の22万円は貸与して、就業年数規定であります。受講料はそういう形にしております。残りの18万円に関しては、無利子で貸付けということで、一応払っていただいているということでもあります。

私どもの病院の職員以外に、既に訪問看護ステーション、あるいはよその病院からもいらっしゃっていますし、講習を引き受けるに当たってのeラーニングの料金、講師となる医師等への講師謝礼がありますので、今、私どもは40万円という料金を設定しているということで、お話を終わらせていただきます。どうもありがとうございます。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、ただいまの厚生労働省と神野様の御発表について、お願いします。武藤先生、どうぞ。

○武藤専門委員 御説明をどうもありがとうございました。

習田さんにお尋ねしたいのですけれども、7ページなのですが、この制度ができて5年という間に1,685人、まだまだ足りないと思うのですけれども、1つは、指定研修機関を増やしていかなければいけないということですが、今、これから働き方改革の中でもって、例のB水準を超えている特定機能病院とか、そういう病院に指定研修機関を増やしていくべきだと思うのですけれども、その方策をどうするのかということが1点です。

先ほど神野先生もおっしゃっていましたが、在宅に関わる特定行為の看護師さんを増やすには、小規模の訪問看護ステーションからは、研修にも出てきてくれないのです。その辺りをどうするのかということです。

現在、1,600人ですけれども、2024年までに看護側が1万人ですか。

○習田サービス推進室長 10万人です。

○大石座長 10万人だと、今のペースだと65年かかります。

○武藤専門委員 本当にそれが現実的な数字なのかどうかというお話です。

あと、例えば特定行為の看護師さんがそれだけの規模で出てくると、一般看護師さんのタスク・シフト先を考えなければいけないのですけれども、真っ先に思い浮かぶのは、看護助手さんは、全国的にどんなに給料を上げてでも誰も来てくれないという状況の中で、一般看護師さんのタスク・シフトをどうするのかという辺りは、是非ともお聞かせ願いたいと思います。

10ページの基金を実際に使うことは非常にいいことだと思うのですけれども、実際、都

道府県は、この事業に対して、基金を充てているところの実績はどのくらいなのでしょう。一旦、それをお尋ねしたいのです。

○習田サービス推進室長 B水準のような時間外労働が長い医療機関には、大学病院とか、救急病院とか、そういう急性期の医療機関が多いと思うのですが、ここについては、今までどおり修了生の活動の成果などの地道な説明を進めていくのは1つだと思っています。その効果があつてか、2月の指定には、かなりの大学病院の手挙げをしていただいております。従来の普及策とあわせて特定行為修了生の活動の効果として出てきている医師の指示の回数が減ったり、あるいは勤務時間が減ったり、医師の業務だけではなく、看護師の勤務時間も減ったりということがありますので、そういったことを地道に説明していくことで、指定研修機関を増やしていきたいと考えております。

あと、在宅の普及をどうするのかということなのですが、医師全般的にそうなのですが、先ほど神野先生の説明にあつたように、神野先生の病院ですら、働いている医師の方が特定行為研修のことを分かっていない方がおられるということなので、在宅の医師の方も多分多くの方が特定行為研修のことを知らないと思います。そこについては、今年度、手順書の書き方や特定行為研修を説明する媒体をつくっております。その委員会には、医療従事者の関係団体の先生にも入っていただいておりますので、そういったルートを活用して、普及をしていきたいと考えております。

続いて、2025年までに10万人ということで、当時はそのぐらいの数がいないと、医療提供体制にインパクトが与えられないところで、そういった試算をしたところだと思っております。まだ現実的ではないという程遠い数だと思いますけれども、今のところ、そこを目指して頑張っていくことを考えております。

看護師のタスク・シフト先をどうするのかということなのですが、看護師の多くの業務は、補助者にシフトしていくことが多いと思うのですが、なぜ確保ができないのかとか、どういうルートで補助者になっているかなどを今年、厚生科研で調査をしております。その結果を踏まえて、確保をどうしたらいいのか検討したいと考えております。一方で、業務の整理ができていないから、看護補助者になったときのギャップが激しいというお話も聞いておりますので、その辺りをどう普及していくのかということを進めていきたいと思っております。

今年度、業務効率化先進事例収集・周知事業ということで、看護師の業務の効率化の取組を収集して好事例をアワードで表彰するという取組を行っております。表彰した事例を、来年度以降、周知・普及していこうと思っておりますので、そういったことで看護師の業務を効率化して、タスク・シェアがよりできるような環境をつくっていきたいと考えております。

最後に基金の実績ですが、平成30年度の実施が32都道府県で、今年度の事業計画、令和元年度に計画をしているのが38都道府県なので、かなりの都道府県が活用していただいております。また、基金以外で、県単独で予算を確保して、事業を実施しているところは、

今年度の事業計画として40都道府県挙がってきています。逆に7都道府県がやられていないところもありますけれども、都道府県の中でも、特定行為研修制度を推進しようということで、取組が進んでいると考えております。

○武藤専門委員 ありがとうございます。

もう一点、続けていいですか。

○大石座長 どうぞ。

○武藤専門委員 神野先生にお尋ねしたいのですが、16名の特定行為の看護師さんがいらして、実際、効果はどうか。例えば医者との時間外労働の時間が減ったとか、あるいは医師一人当たりの入院患者数が増えたとか、そういう効果に関しては、何かございますか。

○神野理事長 申し訳ないのですが、実際の件数、時間数といったデータは持ち合わせておりませんが、先ほどおっしゃったB水準の特定機能病院の話がありましたけれども、特定機能病院と違って、医師数は少ない地方の総合病院でありますので、医師が潤沢にいない中で、非常に速い処置ができるということでは、大いに効果があると自負しております。

○武藤専門委員 ありがとうございました。

○大石座長 どうぞ。

○佐藤座長代理 最初、タスク・シフトの話ですが、確かにお医者さんと特定看護師さんとの間のタスク・シフトだけではなくて、ドミノみたいなものですから、看護師さんの仕事が増えれば、ほかのところに仕事を切り出していかなければいけないので、病院全体の業務の見える化をして、その区分の見直しをしていく必要があります。ある意味、末端の仕事というか、書類の検査とか、薬のチェックとか、そんなものは、もしかしたら、外注できるかもしれないし、あるいは機械化できるかもしれないし、そういう周辺業務を機械化していけば、コアのところでもう少し柔軟なタスク・シフトが可能になると思います。それは感想です。

伺いたいのは、40万円かかるということなのですが、それに見合う給料の増加はあるのでしょうかということで、まず神野先生に対しての質問と、もうちょっと真面目な質問になるのですが、特定看護師さんに治療行為をお願いするかどうかは、結局、お医者さんの判断で、もちろん看護師さんからのアプローチというか、提案もあるのは分かるのですが、結果的にお医者さんがやってもらうかどうかを判断することになりますと、結構そこで議論が分かれると思ったのは、医者としては、万が一のことがあったら大変だとか、その方に対する信頼の問題もあるかもしれないし、偏見もあるかもしれません。

神野先生の説明でいうと16ページでしたか、要するにこの辺りのお医者さんの判断のところ、先生の病院では、比較的スムーズに行くものなのか、医者としては躊躇するものがあるのか、この種の話は、医療には限らないのですが、現場はリスクを取りながら

ないので、万が一のことを考えてしまうので、結果的に自分の仕事を増やすだけなのですから、なので、この辺りは、お医者さん側が積極的に特定看護師さんを活用するというインセンティブがあるのかどうか、あるいはそれに足だけの信頼というか、情報があるのかどうかというところを伺わせていただければと思います。

今度は厚労省さんになりますけれども、一応応募する都道府県の数が増えているとは言いますが、9ページの実績を見る限り、就業者数に地域差があるということになりますと、都道府県の取組は、かなり濃淡があります。大都市が多いのは当たり前のような気がするのですが、逆に同じような地方圏でも結構ばらつきがあります。これは単なるタイミングの違いだと思うべきなのか、医師会さんとか、病院の理解の問題なのか、この辺りのボトルネックは何なのでしょう。絶対に10万人は達成できないので、それは諦めるとして、でも、その達成できない理由を考えてみないと、次の改善につながらないので、どの辺りに現場のボトルネックはあると御理解されているのでしょうか。

以上です。

○大石座長 どうぞ。

○神野理事長 40万円の話でありますけれども、先ほど言いましたように、22万円は一応差し上げる、ただし、6年間勤務してくださいというのが1つの足かせであります。残りの18万円は無利子貸付けで、毎月僅かずつ返していただくことになっております。

給与ですけれども、特定行為手当は当院では設定していない。ただ、当然毎年の目標管理とか、昇給、昇格がありますので、特定行為を取った看護師さんたちは、より早く昇給、昇格していくということで、インセンティブになるのかと思われれます。

医師ですけれども、最終的にきちんとまとめておりませんが、当院、結構忙しい割には、恐らくA水準で済むと思います。そういうことは、医師の仕事は既にほかの業種、もちろん看護もありますけれども、医師事務作業補助者とか、あるいは放射線技師とか、臨床工学士とか、いろんな職種に渡している、病院文化というものがあるって、看護師さんたちから、これを私たちにやらしてくださいと言われたら、ノーという話は聞かない。

当然どの人によってかということになるとは思いますけれども、例えば1期生のしっかりした人がオン・ザ・ジョブ・トレーニングではないですが、3期生と一緒に連れて行って、医師の指示をもらって、1期生の人を見ると、医師たちは、この人は私たちよりできるという人たちですし、1期生の看護師たちは、研修医に呼吸器管理等を教えている人たちでありますので、そういった意味では、1期生と3期生が一緒に行って、信頼を得てから3期生だけ行くとか、そういうパターンを取ることで、何とかうまく言っているのではないかと考えております。

○大石座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○習田サービス推進室長 都道府県の差が何なのかということなのですから、私たちは、昨年から都道府県の特定行為の担当者の方を集めて、担当者会議を行って、都道府

県に必要な支援が何なのかということディスカッションしていただいています。その中で聞いていると、都道府県で、医師がいなくて、医療機関を畳まなければならないとか、そこでの患者さんにどう医療を提供していくかということ突きつけられ切実に対応を迫られているところは、より早く手挙げをして、指定研修機関を見つけて、修了生の確保をしているのかと考えております。ただ、そうはいっても、少しずつ都道府県が取り組んできているので、今回の差は、取組始めたスピードの差なのかと考えておまして、じきに修了生が少ないところは、それなりに追いついてくるのではないかと、甘いと言われるかもしれませんが、考えているところです。もちろん、そもそもの医療機関の数が多いというところもあります。

ボトルネックが何なのかというところなのですが、まずこの制度を知らない医師の方々が非常に多いので、そこがネックになっているのではないかと考えております。実際、研修制度を知ったところで、修了生の方たちがどういう活動をして、自分たちにとってどういう役割を担ってもらえるのかということが全くイメージできていない先生たちも、多いと考えておりますので、まずは周知や好事例の普及などをしていきたいと考えております。

○大石座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○印南専門委員 厚労省に2つ、神野先生に1つあります。

既に出てしまったのですが、最初に地域差なのですが、担当者会議で個別に聞くのではなくて、少なくともアンケートぐらいはきちんとやって、原因を把握した方がいいのではないかと。その際、人口対比ではなくて、絶対数が問題になっているのです。だから、ターゲットは、もともとの医師や病院の多いところにもっと増やしていただくことが、恐らくターゲットになるのだと思うのですが、若干そういうことをやらないと、諮問会議などでもそうなのですが、成功事例の横展開といっていると、それだけであつという間に4～5年たつので、是非それは定量的にちゃんと進めていただきたいのが1つです。

特定看護師がすごくいい制度だとすると、診療報酬上の手当はされているのでしょうか。特に今回は働き方改革で、保健局への質問だから、医政局にはあれなのですが、働き方改革関連の診療報酬で手当します。その中に特定看護師のものは入っているのか、単なる施設要件ではなくて、そういう工夫はされているのかというのが2番目の質問です。

神野先生には、医師だけではなくて、患者さんも特定看護師という制度は、恐らく知らないと思うのです。それまでほかの病院等で、医師がやっていることを恵寿総合病院で看護師さんが粛々と黙ってやると、患者さんによっては不安になるのではないかとと思うのですが、そういう患者さんに対する周知みたいな努力は、どういうことをされているのかというのが質問です。

以上です。

○大石座長 お願いします。

○習田サービス推進室長 1点目は、御助言ということで、定量的に進めていくということについて、今、研究等も実際に行っておりますので、やっていきたいと思えます。

○印南専門委員 先ほど医師不足のものがありましたけれども、ほかにも熱心になっていない社会的な原因があると思うのです。それを洗い出さないと、対策が立てられないと思えますというのが1つです。

○習田サービス推進室長 ありがとうございます。

あと、診療報酬上の配慮ということで、今年度の診療報酬の議論の中でも、特定行為研修制度の活用が出てきておまして、今のところ、幾つかの診療報酬の中での議論が出てきております。最終的には、どのような評価になるのかというのは分からないのです。今のところ、麻酔管理料の中で特定行為研修の修了生の活用ができないかという議論が出ています。

○印南専門委員 0.08%付けるのだから、そのうちのかなりの部分を条件にした方がいいのではないかと思います。

○習田サービス推進室長 あとは、総合入院体制加算の中での項目の中に入れてはどうかという議論や、在宅で特定行為研修生が診療行為を実施したときに、使用する特定保険医療材料とかが算定できないことになっていましたので、そこについては、医師が実施したときと同じように算定できるようにしてもらおう議論がなされていることは承知しております。

○大石座長 いずれも割と小粒な感じですね。

○神野理事長 次、私の方で、患者さんへの周知なのですけれども、先ほど19ページのまとめの5番のところに、患者への同意は、個別的同意ではなく、包括的同意でいいのではないかとあえて申し上げたのですけれども、ということは、逆に言いますと、今のところ、個別同意を取っております。

ただ、採血されるときに、静脈から採血することと、動脈から採血することは、患者さんたちは、同じ採血だという判定を、今回、特定行為看護師が動脈から採血しますと申し上げて、かえって不安をおおらないかという懸念もあるわけです。そういった意味で、ここに包括的同意でいいときちんと規定した方がいいのではないかというのが意見でございます。例えば入院時の掲示物とか、お渡しする書類とか、あるいはホームページ等で、当院では、こういった区分に関しまして、特定行為看護師がやりますということを明示する。現在は、一応個別同意を取った上でやっております。

今のところ、先ほど件数をお話いたしましたけれども、ノーとおっしゃる方はいらっしやらないと聞いております。ただ、もし個別同意の場合、今後はどうか分かりません。

○印南専門委員 個別の行為はそうだと思うのですけれども、臨床推論もされるわけですね。患者さんから見ると、医師が介在せずに看護師さんがどんどん判断してくれると言えども、それに対する不安とか、そういうものはないのでしょうかということなのです。

○神野理事長 そうなりますと、特定行為でどれだけこの人たちが頑張って勉強したかということ、きちんと明示する必要が出てくるかもしれませんが、一応国の制度で認められたカリキュラムを終えた看護師がやりますということで、その辺のところは、患者さんに説明できると思います。そういった意味では、団体の制度とか、協会の制度ではなくて、国の制度だということが、我々にとっては錦の御旗になると思います。

○大石座長 安田専門委員、どうぞ。

○安田専門委員 1点だけ。先ほどの10万人という目標設定はどうかというお話と、普及のための媒体をつくっていらっしゃるというお話に関連してなのですけれども、果たして今の特定行為の区分に上がっているもので、どのぐらいの行為が行われているのかというニーズが分からないので、それに対して、10万人が本当に妥当な目標なのか、媒体をつくる際に、もうちょっと詰めてわかりやすく示していただくでいいと思います。なぜこの権限移譲をしようとしているのかということについても、これだけの行為があつて、これがすごく医師にとって大きな時間を取っている、その行為を医師がやらなくなると、どのぐらい業務を減らせるのか、ということ、看護師がこれだけ十分にやれていることと併せて、きちんと説明していくということで、医師は自分も楽になると感じていただいた方がいいような気がします。また、それが財政節約にも効きますということをアピールすることで、患者さんもすごく納得されると思いますので、そこがつながるような説明をしてはどうかと思います。御検討いただければと思います。

○大石座長 どうぞ。

○神野理事長 私が言うのも何ですけれども、10万人の根拠は、聞いた話によりますと、急性期病院の各勤務体、1病棟に1人ずつということ。慢性期病院といたら、各病棟に1人ずつ、老健とか、特養でしたら、全体で1人といったものを足し算すると、10万人になったそうです。

○習田サービス推進室長 10万人という数は制度創設時として、タスク・シフトは、医師のタスク・シフトで、特定行為研修を活用しようといった議論は、その後に出てきているので、10万人とタスク・シフトとは、別の次元での数字の設定になっているという状況です。

○大石座長 高橋専門委員、お願いします。

○高橋専門委員 1つ質問は、この分野の最初の設定はこれだけですけれども、どんどん広げていくものなのか、ある程度はこれですといくのかということをお教えください。

○習田サービス推進室長 結論から申し上げますと、今は21区分38行為で、しばらくは普及をしていくということに注力していきたいと考えております。ただ、21区分38行為は、5年間を通して、研究や実態調査などを踏まえて、抽出されてきているので、医療の現場の変化を踏まえていずれ見直す時期は来るのではないかと考えております。

○高橋専門委員 それに関連してなのですけれども、先生の病院ですばらしく活用されているということだったのですが、大学病院とは随分状況が違うだろう、いろんな病院によ

って違うだろうと思います。だんだん各科が高度化して、いつも看護師さんの働き方で思っていたのは、医師は専門なのですけれども、看護師さんがどうしてもジェネラルなもので、なるべく専門性を付けないみたいな風潮もあったので、広げていくとか、あるいは看護師さんに信頼して任せる場合は、ある程度その科の専門性がプラスされた上で、これがあると信頼感、あるいはどんどん発展していくと思うのですけれども、そういう方向もあるのでしょうか。

○神野理事長 特定行為研修はジェネラリストを育てる、特に共通科目で、前は315時間で、今、250時間になりましたけれども、250時間にわたって今までやったことの復習と、先ほど言いましたように臨床推論などをやるということで、一部分の専門よりも、ジェネラリストを育てる研修だと思っていますし、私どもの特定行為研修看護師に関しましても、あなたたちはジェネラリストとして頑張ろうというようなことを申し上げているわけであります。

○高橋専門委員 分かりました。ちょっと勘違いしておりました。

在宅用に考えたのに、そちらが少ないことをお聞きしたので、後のミスマッチがどのようになっているのかということ、いろいろな病院での調査をいずれ教えていただければと思います。

○土岐課長補佐 医政局医事課、それから、看護課も併任しています土岐と申します。

今日の御質問などを伺っていて、今までの中で補足をさせていただきたい部分が何点かございます。

直近の質問で、特定行為区分と特定行為の範囲については、省令に委任している形になっていますので、必要性があつて追加することになれば、技術的にはさほど難しくなく、省令改正で対応できるという枠組みにはなっております。実態としては、習田から申し上げたとおりだと思います。

いろいろ御質問が出ている特定行為を普及していくために、何がネックになっているかというお話について、今、タスク・シフト／シェアの推進に関する検討会の事務局を医政局医事課で持っていますので、そちらでも検討していただいております。世の中の的には、法改正をして、各職種の業務範囲をどうするかというところに注目が行きがちなのですが、その議論の前提として、事前に団体から行ったヒアリングの中でも、現行法の中でも医師以外の職種ができるにもかかわらず、現場でタスクがシフト、シェアされていないものをもっと広めてほしいという御提案をたくさん頂いています。

我々事務局としては、それをいかに普及していくかということも大きな議題の1つとして捉えていまして、御議論をいただいているところです。議論の状況などを見ていても、すぐにブレークスルーができそうなアイデアが出てくるかということ、そこは難しそうだと思いますけれども、今、できるのに普及していない特定行為も含めて、そういった行為を医療現場にどうやって浸透させていくのかという観点での議論もまさにいただいているところですので、その取りまとめの中でも、何らかの普及策を提示していけたらと

考えております。

○大石座長 どうぞ。

○習田サービス推進室長 先ほどの在宅を推進するために創設した制度なのに、今、急性期が多くなっているところのギャップの話ですが、実際、訪問看護ステーションは小規模なので、研修に出すことは非常に難しいところがあって出せず、結果、在宅分野で働く修了生が少ないと聞いておりますので、そこについては、どうしたら訪問看護ステーションから研修が出せる状況になるのかということは、引き続き考えていきたいと考えております。

○大石座長 ありがとうございます。

私からもよろしいですか。質問は大体出たとおりだと思うのですが、10万人の目標がそもそも是かという話は、10万人になった経緯が過去にあるので今更言っても仕方ないですが、その後、医師の働き方改革が課題となり、実際に実現しなくてはいけないという状況が出てきました。高齢者は増えています、入院患者が増えています、在宅ももっと増やしていかなければいけないという状況の中で、現実的にインパクトを出そうとすると、特定看護師が何人いれば、どこまでインパクトがあるのかを、定量的に目標設定をした方がいいと思うのです。

今、厚労省がやられているいろんな活動は、悪いことではなくて、いいことを頑張ってもらっちゃると思いますが、この延長上でインパクトが出るまでの数とか、内容になるかどうかというのは、かなり心もとない感じがしています。これが10万人ではなくて、1万人だったとしても、2025年までに1万人は絶対に無理な感じがするではないですか。

あと、質的な話でも言うと、神野先生のところは、もともと仕組みができていて、先ほどおっしゃったタスク・シェアリング、タスク・シフトをかなり柔軟にやられている土壌の中で稼働しているので、これがうまくいっているのですけれども、そうではない病院もありますし、そういうところでちゃんと根づいて、意味があるようなことにするにはどうすればいいかということであるとか、あと、神野先生がおっしゃった判断のところ、臨床推論はすごく大事で、臨床推論がきちんとできないと、多分本当の意味では、医師の仕事は楽にならないのです。

タスクシフトの中で医者に代わる医療行為を全うするには、こうなるだろうと思ってやったときに、そうではないエマージェンシーのときにどうするのかということも含めて、もっと深い臨床推論的なことが要るのではないかとおっしゃっている先生たちもいらっしゃいます。特定看護師が増えたら、仕事が楽になりますかということをおはいろんなお医者さんに聞いて回りましたら、余りならないとおっしゃった人が結構いました。この反応の一部は、おっしゃるとおり、知らないからであるとか、神野先生のところのように、きちんと運営できている病院ではないからということかもしれません。そこはどんどんプロモーションしていただきたいですし、ベストプラクティスを横展開していただきたいのです。

ただ、個別の行為レベルで医者仕事をパッケージ化するよりも、もうちょっとパッケージ化したもの、要は本当の臨床推論から実際のフィニッシュまでのところまで、丸ごとパッケージ化してもらえないと、本当の意味では楽にならない。医師の働き方改革委員会でも特定看護師が普及しても、数パーセントしかインパクトはないだろうとおっしゃっている報告などもあります。

何が言いたいかというと、インパクトを出すためには、どういう内容で、どれだけの数を実現しなければいけないのかというのが検討していただきたいことの1つ目です。

2つ目は、今、やっぴらっしゃることはいいことなので、継続していただきたいのですけれども、そこに到達するためには、違う軸で何をどうするのかということも必要です。もしかすると、習田さんの御担当ではないかもしれないのですけれども、厚労省としては考えていかなければいけない、だから、そこを考えていただけますか。

その中で、例えば臨床推論に基づく判断とか、診療報酬とか、先ほど御質問に出た内容などを含めて、総合的にやらなければいけない、行為のパッケージではなくて、やることのパッケージを考えていかななくてはいけないのではないかと思います。これが1つ目のサジェスションというか、意見です。

もう一つは、在宅に関しては、違う仕組みを考えていかないと、おっしゃるとおり、訪問看護ステーションは、小さい中で人を出せない。でも、片一方で、訪問看護ステーションは企業なども入っていたり、チェーン化しているようなところもあったり、若しくはNPOが共同して組んでいるところもあるではないですか。だから、人は融通できないわけではない。それでも出していない、特定看護師の資格を取りに行かせないのは、何かあるのかということのを別建てで見た方がよいです。そこで実現させるのは、eラーニングなのかもしれないですし、ほかの仕組みなのかもしれないのですけれども、そこを徹底的に調べて作ってほしい。これから在宅に看護師の活躍の場があるということは、どの在宅の先生に聞いてもそう答えられるわけだし、看護師さんも答えられるわけなので、そこを徹底的にどうやって底上げしていくのかを考えた方がいいと思います。

そこには多分研修の制度とか、お医者さんたちにプロモーションをするだけではなくて、報酬の問題とか、医両材料を訪問看護ステーションに届けては駄目だという別の問題や、例えば介護施設などだと、せつかく看護師さんがいても、普通の看護行為すらやってはいけないということを各事業者が勝手に決めていて、できないという問題だったり、いろんな問題があるではないですか。そういう在宅に絡む看護師の問題は別建てで考えて、ここで何とか成功させる方法をお考えいただいた方がいいのではないかと思います。

あとは、恵寿みたいところが増えるといいです。なので、是非広めてください。

時間をオーバーしましたが、本日はどうもありがとうございました。またよろしくお願ひします。

続きまして、議題2の「救命救急士の活用」に入りたいと思います。

近年、高齢化等を背景にしまして、救急搬送の件数が増加するなど、救急医療現場の負

担が増大していると伺っています。そのことから、負担軽減が急務となっています。本日は、救急現場の負担軽減という観点から、救急救命士の活用について、御議論いただきたいと思います。

全日本病院協会常任理事及び医療法人社団直和会平成立石病院の理事長、猪口正孝様にお越しいただいています。

猪口様が理事長を務めておられる平成立石病院では、多くの救急救命士の方が活躍されていると伺っています。本日は、病院内で救命救急士の活用に向けた取組や救急救命士の活躍促進に向けて、御意見、御要望をお伺いしたいと思います。

厚生労働省から、医政局の永田翔地域医療計画課救急・周産期医療等対策室長に御出席いただいています。同じくお話を伺いたいと思います。

それでは、厚生労働省からお願いします。

○永田室長 厚生労働省医政局地域医療計画課救急・周産期医療等対策室長の永田でございます。

資料2-1に基づきまして、救急救命士に関する事項につきまして、御説明をさせていただきます。

2ページ目でございます。冒頭、大石座長よりございましたけれども、こちらにつきましては、救急出動件数及び搬送人員の推移をお示しさせていただいているところでございます。基本的には、毎年、右肩上がり、救急出動件数は増加の一途をたどっているところでございます。

3ページ目でございます。後ほど御説明をさせていただきますように、救急車内におります救急隊には、応急処置、あるいは救急救命士が行う特定行為等が法律上認められているところでございますが、右側のグラフにお示しをいたしましたとおり、こういった特定行為や応急処置も年々右肩上がり、実施されている件数が増加している状況となっております。

4ページ目でございます。さて、救急救命士はどのような者かということをお説明させていただきます。救命救急士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、救急救命士の名称を用いて、こちらは名称独占となっております。医師の指示の下に重度傷病者が病院、又は、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でございます。

こちらにつきましては、平成3年に救急救命士法が作られたことにより、制度が創設されているものでございます。

下には概念図として示させていただいております。傷病者が発生しまして、医療機関まで搬送される。救急救命士法が存在する前の世界においては、救急車内で医療行為を行うことがどなたもできなかった状態でした。ただし、それでは救命につながらないという議論があったことから、救急救命士法をつくりまして、救急搬送途中において、生命の危機回避等をするために、救急救命士が救急救命処置をしてよいという形で認めているところでございます。

その中、医師が同乗していないという前提となりますので、下の四角に書かせていただいているような、医学的観点から、救急救命士の救急救命処置等の質を保障する形として、メディカルコントロール体制を整備させていただいているところでございます。

5 ページ目を御覧ください。これまでの経緯でございますけれども、ただいま御説明をさせていただきましたように、平成3年に救急救命士法が制定されておりますが、その前におきましては、病院、又は、診療所に搬送されるまでの間の傷病者に対する救急救命処置については、必ずしも十分ではないという状態でございます。

平成3年につきましては、法律制定の趣旨としまして、資格を定めることと、それが特に救命という観点から、医療の普及及び向上に寄与することを目的とされておきまして、当初は救命に関連する項目としましてお示しをしておりますような9項目につきまして、救急隊員の行う応急処置等の基準の一部改正が行われて、この9項目は認められたという状況でございます。

6 ページ目を御覧ください。救急救命士法となります。救急救命士法の第2条第2項は、救急救命士は、先ほども御説明をいたしましたとおり、救急救命士の名称を用いて、医師の指示の下に救急救命士処置を業とする者をいいます。

救急救命処置とは何かというものが、救急救命士法第2条第1項でございます。救急救命処置とは、対象者の症状が著しく悪化する恐れがあり、又は、その生命が危険な状態にある傷病者、我々重度傷病者と呼んでいる者が、今度は場所の規定でございます。病院、又は、診療所に搬送されるまでの間に、当該重度傷病者に対して行われる気道の確保、心配の回復、その他の処置であって、当該重症傷病者の症状の著しい悪化を防止し、又は、その生命の危険を回避するために、緊急に必要なものというところでございます。

7 ページ目を御覧ください。具体的に救急救命士の業務につきましては、保健師・助産師・看護師法、保助看法の第31条及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として、救急救命処置を行うことを業とすることができることを、救急救命士法第43条において規定しているところでございます。

保助看法第31条のところは何なのかということは、下の※の1つ目に書いているところでございますが、保健師助産師看護師法第31条では、看護師ではない者は、第5条に規定する業をなしてはならない。この第5条が傷病者、若しくはじょく婦に対する療養上の世話、または、診療の補助を行うことを業とするとなつていているところでございます。

なお、下のポツでございますけれども、救急救命士ではない者は、救急救命士、又は、これに紛らわしい名称をしてはならないと、第48条で規定しているところでございます。これに違反すると、下に書いてあるような罰則がかかる形で、制度が担保されているところでございます。

8 ページ目を御覧ください。先ほどの救急救命士の定義のところ、場所の規定が一部ございましたが、この救急救命士法第44条第2項におきまして、その場所を具体的に定めております。内容としましては、救急用自動車、その他の重度傷病者を搬送させるもので

あって、厚生労働省令で定めるもの、いわゆる救急用自動車等という以外の場所において、その業務を行ってはならないとさせていただいているところでございます。

ただし書以降につきましては、救急車内に乗せるまでの間のことを示しておりまして、それらの場合につきましては、この限りではないとしているところでございます。なお、救急用自動車等というところは、下の救急救命士法施行規則第22条のところで、救急自動車、船舶及び航空機を示させていただいているところでございます。

9ページを御覧ください。先ほど平成3年当初、救急救命処置行為が認められていたという説明をさせていただきましたが、救急救命処置の範囲につきましては、これまでも見直しが行われているところでございまして、最新の状況としましては、平成26年4月に心停止前の輸液であったり、血糖測定・ブドウ糖溶液の投与が認められたところでございます。

現在、10ページにお示しするような形で、33の処置行為が救急救命処置の範囲として認められているところでございます。なお、33の救急救命処置のうち、特に生命の維持に直結すると考えられるものにつきましては、右側の四角で囲わせていただいておりますように、医師の具体的指示という形で、特定行為を定めさせていただいているところでございます。

11ページを御覧ください。冒頭で説明をさせていただきましたが、救急救命士による救急救命処置の質の担保ということ、あるいは救命率や予後の向上のため、メディカルコントロール体制をしいているところでございます。

具体的には①として、事前に救急救命士業務のプロトコルを作成すること、②として、医師の指示や指導・助言を受けること、③として、救急救命士が行った活動の事後検証をすること、④として、救急救命士等に対する教育を行うことという形でございます。

12ページを御覧ください。現在、医政局地域医療計画課におきまして、救急・災害医療提供体制等の在り方に対する検討会を開催させていただいているところでございます。こちらの検討会では、左に示しますように、4つ、1番目、ドクターヘリ、2番目、DMAT事務局、3番目、広域災害・救急医療情報システム、4番目、その他、救急・災害医療提供体制等の在り方について、議論をさせていただいているところでございまして、構成員につきましては、お示しをしておりますとおりでございます。猪口先生にも大変お世話になっているところでございます。

右側でございます。検討のスケジュールのところでございまして、これまで第18回まで議論をさせていただいておりますが、毎回、救命救急士について、議論をしているわけでは当然ございませんで、赤の四角のところは主に救急救命士に関する資料を用いた討議、議論があった会でございます。青書きのところは、救急救命士に関連する御発言であったり、御意見があった会でございます。

13ページを御覧ください。これまでの主な団体さんからの御意見等をまとめた資料でございます。2010年3月に日本医師会さんより、救急救命士の業務の場所の拡大をしては

うかという定義を頂いておるところでございます。

関連しまして、2018年11月、あるいは2019年7月に救急医学会さんからの提言としまして、初療室、いわゆる救急外来での医師業務の補助を中心として、救急救命士資格者の雇用推進を提案する、上記を達成するため、場所に規定もございまして、先ほど御説明した救急救命士法第44条に関する法的処置につきまして、改正を要望するという形で御意見を頂いております。

2019年5月に示しますように、日本救急医学会さんが実施された救急救命士に関する意識調査、あるいは救急救命士の活動の現状と今後の環境整備のための調査のところにつきまして、救急救命士を医療機関内においても、活用したほうがよろしいのではないかといい御意見を頂いているところでございます。

こういった流れを踏まえまして、2019年6月、経済財政運営と改革の基本方針におきましても、救急救命士の資質向上・活用に向けた環境整備に関し、検討を行うこととされているところございまして、今、医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリングで検討を進めているところでございますが、こういったところにおきましても、日本救急医学会、日本救急救命士協会、四病院団体協議会の3団体が救急救命士法の改正等を御要望されている状況となっているところでございます。

なお、最後のところに四病院団体協議会からの提案書としまして、法改正により、一定の研修やトレーニングを必須とした上で、教育された医行為が場所の制限なく業務可能となることが望まれるという提案書を頂いているところでございます。

最後の14ページでございます。右肩に示しますように、救急・災害医療提供体制検討会の第17回で、事務局からの提案として示させていただいている資料でございまして、救急救命士の資質を活用すると想定できる場についての整理をさせていただいているところでございます。

真ん中の欄でございますが、病院前、医療機関搬送後、入院になる中にも、集中治療を要する状態の場合と、病状安定、退院されるまでといった一連の流れがございまして、現在、青の点線で囲ませていただいている病院前のところにつきましては、既に現行において、救急救命士の資質が活用できると考えられるところでございます。

一方、事務局としましては、現在、赤の点線で囲われているような医療機関搬送後につきまして、診療の補助として、救急救命士が業務をできるようにしてはどうかという提案をさせていただいているところございまして、こちらの場の議論に関しましては、各団体さん、各構成員より、いろいろと御意見をいただいているところございまして、現在、検討中となっているところでございます。

厚生労働省からの説明は以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

続きましては、猪口様からお願いします。

○猪口理事長 全日本病院協会常任理事の猪口でございます。

2 ページ、今日の流れですけれども、救急救命士の活用についてということで、私たちの病院の話をさせていただいて、そのときのメリット、そして、院内で救急救命士を行うことができないことによる問題点、活用を進めるための我々の意見という形で進めさせていただきます。

3 ページです。私たちの病院は葛飾区にありまして、東京都指定の二次救急医療機関です。特色といたしましては、院内に救急科を設けておりまして、そこで専任の医師、専任の看護師、救急救命士たちが活動をしております。

そのほか、病院、救急車を持っておりますので、その運用です。

葛飾区では、高齢者サポート搬送業務を行っていますので、それに対する協力などを行っています。

4 ページです。救急科を創設するに至った時系列で書いたものなのですが、平成28年に救急科を独立させました。そして、平成29年4月に、救急救命士たちは、もともと看護師の下に所属していたのですけれども、診療技術部門という形で、救急救命士科を創設して、看護師と対等というのでしょうか、看護師の下に置かないで、医師の指示を直接仰ぐような形にしております。

5 ページになります。前の段階の組織図でありますけれども、救命救急士は看護師の下に所属していて、ERの中の業務執行図としては、医師の指示を受けるのは看護師であり、その看護師の指示を受けるような形、若しくは了解を取りながら、常に動くのが救急救命士でした。

下の図、改変いたしまして、救急救命士は、診療技術部の例えば診療放射線技師であったり、臨床検査技師と同格の形で組織しまして、ERの業務執行図の中では、医師の指示を直接受けるような形にしています。

ERの中での救急救命士は、看護助手の業務も行いますし、医師事務作業補助者の研修を受けて、医師事務作業補助者としての仕事も行っていきます。

7 ページになります。救急室の中の勤務体性ですが、専任の医師、看護師、救急救命士が御覧のように3名から4名、平日の段階で配置しております。

8 ページは、以前の業務内容と現在の業務内容ですが、赤線で引いてあるところが常態的に行っているところです。例えばホットラインと電話のトリアージは、救急病院の場合、消防救急から入院依頼、診療依頼の電話が直接かかってきますけれども、それを事務が受けるというよりは、救急救命士たちが直接受けるような形になっています。

2 番目の入室時のときにファーストコンタクトでチェックをして、トリアージを行うこと、こういう赤線の内容をやっております。

青線のところは、非常時、何かあったときに対応するものということで、規定してやっております。

9 ページです。救急救命士を活用する現状です。要するに院内では、医療行為ができないという前提としても、これだけのメリットがあるという話であります。

1つ目のポツですが、ホットラインの対応です。これは先ほども言いましたけれども、消防救急から相談が入ってきたときに、情報を収集して判断するところで、事務員と比べれば、はるかに無駄のない時間で行います。

転送先も医師の指示を聞きながら、病院先に情報を提供するようなことで、医師の負担を軽減します。

院内トリアージでフィジカルアセスメントをするのは、看護師と一緒にやるのですが、その補助をするということで、看護師の業務軽減をしております。

検査出しにおいては、看護師の代わりに出します。

病院救急車運用時の傷病者管理の質の向上です。

同様に地域包括ケアの貢献です。

病院救急車を用いた転院搬送で、消防救急に対する負担軽減です。

彼らは外傷処置とか、蘇生に関しての教育はしっかり受けておりますので、院内で研修をする場合のアシスタントとして、教育体制にも貢献してくれています。

Rapid Response TEAMですが、急変時に対する構成員として、周りのアシスタントとしても貢献してくれています。

10ページです。患者さんが来られてから、院内でこういうフローで流れて、その中に救急救命士たちが関わりながら活動しているものを写真で示したものです。

11ページです。ホットラインです。消防救急から電話があったら、左側のような表のものに細かく書いていきます。この部分は、救急救命士のような専門的な教育を受けた者が書いて判断するから早いのであって、こういうところでは、事務員ではうまくいかない。当然看護師がやってもいいことなのですけども、この話は救急救命士から来ますので、話が非常に通じやすい。

トリアージシートにおきましても、こういったことがすらすらと書ける素養、資質を持っているのが彼らであります。

12ページになります。ホットラインの受入れ件数ですけども、昔、事務が受けているころには、最初は救急救命士はそれほど多くはありませんでしたけれども、徐々に実力が違うという話で、平成30年には、ほとんど救急救命士がホットラインを受けていくようになりました。人為的な体制の変化もあるのですが、そうなったということです。

13ページです。対応時間ですけども、事務員に比べると、半分の時間で進みます。

14ページ、それに伴ってトリアージを行います。トリアージを行うのは、事務員がやるわけではなりませんけれども、看護師と医者が行うわけですが、一致率は、救急救命士が行うようになって、受け入れられたときのトリアージと差が詰まってきているというか、トリアージの確度が上がってきております。

15ページ、そういうことで、救急救命士を利用して、ER業務を構築した結果、我々は1年で救急車を受ける台数は5,000台前後だったので、現在は1万台弱に、2倍ぐらいに増えてきています。先ほど言ったホットラインで受ける時間が短縮化されるとか、

こちらに来てからの業務のフローが非常に早くなったということで、受けられるようになったわけです。

16ページ、これは我々が持っている病院救急車の利用件数なのですが、彼らが働くようになって、非常に利用件数が多くなりました。

右側ですけれども、転院搬送で主に用いるわけですが、重症患者に対しても、彼らが乗るようになって、その件数が増えております。

17ページ、結果として、我々の所有している病院救急車の利用は、今、年間で600件ぐらい動いているわけですが、転院搬送に500件、葛飾区の高齢者サポート搬送事業で100件、こういう具合に彼らが入ることによって、非常に効率的に動くようになってきたということです。

18ページです。もし行えるようになったら、どのようなメリットがあるかという話ですが、先ほどの行えなくてもいろいろメリットがあったのですが、3つ目のポツぐらいのところで、現在、ナースがアセスメントをして、トリアージをしておりますけれども、その部分が可能に許させるのであったならば、彼らがやる。

静脈路の確保や心電図の検査など、看護師の負担軽減は明らかにメリットがあると思います。

そのほか、病院救急車の運行とか、いろいろなものが積極的に行えるようになります。

積極的に行えるようになるのは、一番下のところで、場所による規定によって、彼らの持っている能力を発揮できるのか、発揮できないのか。やれるのにやっってはいけないのではないかという、そういうところでびくびくしながらやっていますので、そういう部分を解消すると、かなり積極的に動けるようになってくるのではないかと思っております。

19ページは、既にお話が出たところではあるのですが、特に我々が注目するのは、左側の8項目です。用手法による気道確保、胸骨圧迫、この左側のものは、実は一般人でもできることなのです。これを業としてはいけないということであって、AEDの教育等で学んだ者たちは、こういうことを応急処置としてはやっっていいわけです。

ところが、救急救命士たちは、病院にいますと、業としてしまうために、こういうことはやっってはいけない。一般人でやれるようなことが病院の中にいるというだけで、逆にやれないという話になっているということです。

20ページの左側は、救急救命士法の規定に基づいて、養成所で学ばなくてはならない科目と単位数です。救急救命士は、診療の補助という形で、救命処置を行うための70単位、3年間で3,150時間学んでいます。

右が看護師ですけれども、看護師は、保助看法で定められたもので93単位であります。このうち診療の補助と思えるものを赤く数字でやっておりますが、57単位です。臨地実習は看護学の実習がかなり含まれると思いますので、これだけの差です。軽く20単位と見込むならば、診療補助として900時間ぐらいの差、要するに救命士の方が、900時間ぐらいの診療補助としての教育を既に受けていると思われま。

21ページです。できないことによる問題点は、1として、救命処置の知識を看護師に勝るとも劣らない状態で持っているのに、今のままだと、看護師より下のような地位にを得ないというところです。

2つ目ですけれども、院内で許される行為は、先ほども言ったとおり、人の命を救うのはいいことではあるのですけれども、やってはいけないところで、思わずやってしまったらどうなるのだろうと、訴訟になるのかという心配を持ちながらいるというのは、精神的には非常に大変な状態です。

3つ目、救命処置に特化した専門能力を有するのに、常にアシストに回らざるを得ないという状況であります。そういうことで、かなり問題点というか、生活しづらい、彼らを使いづらい状況にあるのは現状であります。

22ページ、以前、中医協で出た資料でありますけれども、今後、高齢社会の中で増えてくるのは、悪性新生物、がんではなくて、むしろ肺炎、心疾患、脳血管疾患、骨折といった二次救急に来るような、救急外来に来るような疾患が増えてきます。

そうすると、それを踏まえた上で23ページになりますが、今後、良性急性期疾患の増加が見込まれる状況の中では、24時間体制を取らなくてはならない救急の現場は、ますます忙しくなると推測されます。

働き方改革でタスク・シェア、タスク・シフトが必要とされる中、医師、看護師両者の専門的業務をシフトできる対象であるということです。

救命士が院内で活躍できるようにすることは、そういった観点から急務であると思えます。

能力があるのに、場所によって可能な行為に差が出てくるため、場所によってびくびくしながら働かなくてはならない現状は、かなり非条理に感じる状態です。

救急救命士がその行為を救急外来のみで限定することは、境界線を少し広げただけであり、しばらくすれば、またその境界線は邪魔になってきて、広げてくれという話になってくると思えます。

救急救命士は、院内のどこでも救命処置が行えるようにするべきであると考えますし、さらにはMC体制下であるならば、日本国内どこにおいても救命処置が行えるようにするべきであると考えます。

現状から考えますと、最低限は救急外来などでできるようにするべきだと考えます。

以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、御意見、御質問等ございましたら、お願いします。武藤専門委員、どうぞ。

○武藤専門委員 永田さんと猪口先生からお聞きしたいのですが、まず永田さんには、14ページの議論されている場の問題と同時に、先ほど行為の問題、この議論はどんなような状況になっているのかということと、今後、法改正に向けての見通しと伺いますか、その

辺りをお聞かせいただきたいことです。

前のヒアリングのときに、看護師の特定行為が出たのですけれども、その中のパッケージ化の中で、救急のパッケージが出てきて、看護特定行為との関係性をどうするのかとか、それをまず永田さんに御質問したいです。

猪口先生には、先生のところでは、今、特定行為の看護師さんはいらっしゃるのですか。

○猪口理事長 まだいないです。

○武藤専門委員 まだいないのですか。

それでは、実際、現場で特定行為の看護師さんと救急救命士さんが法改正で入ってきたときに、すみ分けをどうするかとか、そういうことはまだ考えられていませんか。

○猪口理事長 まだ考えていませんが、我々が一緒に働いていると、かなり特性が違うのです。救命士の方たちは、診療補助として技術的などところに行きますけれども、ナースの方たちは、メンタリティーであったり、ナーシングのところを重要視しますので、かなり特性が違うから、そういう形で一緒にいられても、すみ分けは結構できると思います。

○武藤専門委員 なるほど。ありがとうございます。

永田さん、お願いします。

○永田室長 お答えさせていただきます。

行為の議論の状況でございますけれども、現在、33行為が認められているところでございまして、我々の救急・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は、例えば33行為から追加せよであったりとか、これを減らした方がいいといった御意見につきましては、今のところ、頂いていないところでございます。

なお、法律上、救急救命処置行為につきましては、別の検討会を持っておりまして、それが年に1回程度、提案募集みたいな形を広くさせていただいており、そちらに関係する学会であったりとか、有識者、あるいは一般の国民の方から、これを認めてはどうかという提案を募集して、その提案があったものを業務を行っている団体が、例えばエビデンスとしてどうなのかといったことを検討する場が別途設けられているところでございます。

法改正の見通しという御質問を頂いたところでございますが、我々はまだ検討しているところでございますので、先の議論のところについては、予断を持って申すことは難しいと思っておりますけれども、仮に場を変更するといった場合につきましては、御説明をさせていただいているとおり、現状で場の規定が法律にございますので、議論がまとまれば、法改正はいずれ必要になるという認識でございます。

その時期につきましては、本件が医師の働き方改革であったり、医療現場におけるタスク・シフト、タスク・シェアリングという議論の中で、救急外来のひっ迫化を解消するためにはどうしたらよいかといった議論でやっているところでございますので、そういった関連する施策とのタイミングも踏まえて、今後、検討していく形になると思っております。

看護特定行為との関係のことをお尋ねいただきましたけれども、救急・災害医療提供体制の中、あるいはタスク・シフト／シェアリングの中におきましては、我々は救急救命士

に関連することで、看護師さんの特定行為との議論は、今のところ、起きていない形でございますので、別件と捉えていただければと思います。

ただ、日本看護協会さんからは、こういった救急外来のひっ迫は、救急救命士だけで解決するわけではなくて、看護師さんの配置を考えるべきではないかという御提案も頂いているところでございますので、併せてそういったところも、本日は御説明の内容と外れますので、省いておりますけれども、今後、検討していくこととしているところでございます。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。どうぞ。

○印南専門委員 話の中身からすると、猪口先生がおっしゃっているように、場所などは関係なく、命が関わっているので、認めるのに時間がかかっているように見えるのですが、時間がかかる原因は何ですか。つまり反対意見とか、慎重意見が出るときのこれを進めようとするときに、その根拠は何かと逆に私が興味を持ってしまうのですが、教えてください。

○大石座長 どうぞ。

○永田室長 厚生労働省でございます。

12ページを御覧いただきますと、経緯もあります。12ページと13ページを併せて見ていただければと思いますけれども、救急救命士の活用につきまして、関連団体さんから積極的な御意見であったりとか、御提案を頂いているのは、過去、平成3年からそもそも救急救命士法ができたときから、いろいろな御意見を頂いているところでございますが、最近だと、ここに示しているように、2018年11月の救急医学会さんからの提案があったり、あるいは大体同じ時期に医師の働き方改革の議論が始まって、タスク・シフト／シェアリングという議論があったりというところで、こういったタイミングで、我々は御意見なり、何なりを受けているところです。

12ページにお示ししますように、そういった御意見を頂きましたので、例えば第10回で我々の検討会で検討させていただくのは、平成30年の12月であったり、最近では5月であったり、11月に2回議論させていただいたりという形で、近年、ここ1～2年で集中的に検討を行っているような気持ちでおりまして、時間が余りかかっているという印象は持っていないところでございます。

反対の御意見になりますと、例えば医療機関内が救急救命士に関する定義に関するところで、第2条のところに規定がありますので、そもそも救急救命士とはどういった者なのかということも御議論、御意見を頂いているところでありますし、あるいは救急救命士だけではなくて、先ほど御紹介をいたしました看護師の配置についても議論をすべきだといった御意見を頂いているようなところ、そういった様々な御意見がありまして、現在、議論をしている状況でございます。

○印南専門委員 答えになっていません。

○大石座長 今回の御質問に対して、猪口先生、いかがでしょうか。

○猪口理事長 救急・災害の在り方委員会等に出ますと、反対意見は看護職から出ていると思います。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかに御質問、御意見はございますか。安田専門委員、お願いします。

○安田専門委員 先ほどの特定看護師の話と似ていると思うのですが、今、この行為を救急救命士の方ができるからしているみたいな感じに聞こえてしまうところがあって、こういう問題があるので、そこを解決すると、すごく効果が出ます、医師がこういうところに時間を取られていて、そのために救急の受け付けができないので、救急救命士がこれやることでそこがスピードアップできますとか、求めたい効果みたいなところを目的に設定してもいいのかというのは、伺っていると感ずるところです。

もしかすると、後から出てきた話のために目的が変わってきてしまっているという話もあるのかもしれないのですが、目的の再設定みたいなことも含めて、考えていく方がいいと思います。

猪口先生が出してくださった資料の22ページで、先の将来を見て、入院患者はどういう人たちが増えるのかが示されているのですが、入院ではなくて、救急を対象した疾患がいいのか、原因がいいのか分からないのですが、ニーズがこういうふうが増えていくと予想するのに対応するために救急救命士を活用します、みたいな説明の方が、聞いた方はしっくりくる気がするのです。説明の仕方の問題かもしれないので、一旦再整理いただけるといいと思います。

○大石座長 今回の御意見に対して、何か御意見がございましたら、どうぞ。

○猪口理事長 現在が医師も看護師も非常に足りて、将来予測がこうだから、救急救命士を活用すればいいという話だけではなくて、今、既に医師も看護師も足りないところで、22ページのような図で、こうだというきれいな話ではないのです。既に我々は困っている、だから、早く何とかしてくれというところもあります。

○安田専門委員 それも同じことだと思っているのですが、今、既にこういうニーズが多くて、そこを解決するのにとても役立っているみたいなことでもいいと思うのですが、ニーズ側の情報が余り出てこない印象を持っているので、それと解決策としてこれがマッチしていますという説明を頂けると、すごくしっくりくると思っています。

○大石座長 どうぞ。

○永田室長 厚生労働省の資料2-1の14ページを御覧いただければと思います。一番最後のページでございます。目的のところでございますけれども、下に四角い黒い点線で書かせていただいているところで、我々事務局として、問題意識を1つ示している例にはなりませんけれども、現状、救急救命士は、医療機関内では実施できない、医療機関に搬送されるまでの間という形では、ここが規定されているところでございます。

2ポツでございますが、例えば救急車で心臓マッサージ、我々は胸骨圧迫と呼んでおり

ますけれども、それを救急車内でしているときに、医療機関内の救急外来に入ってきたとしても、医療機関に入ってくるという概念になってきますので、現行法としては、救急救命措置をそのまま救急救命士が実施することはできないのが現状でございます。

そちらについては、不合理ではないかという議論が検討会のベースにあるところでございまして、そういった形で、例えば現在の世界観では、それを看護師さんであったり、お医者さんが心臓マッサージをしている世界観になるのですけれども、これを救急救命士さんがそのまま引き続き実施するようなこととしてはどうかという意見というか、議論をさせていただいているのが、議論のそもそもの目的の形となります。

○大石座長 佐藤座長代理、どうぞ。

○佐藤座長代理 厚労省さんの資料1-2の6ページにある救急救命士法第2条を見ると、かなり限定的に規定しているわけです。診療所に運ばれるまでの間なのだと思っしして、かつ第44条の第2項では、病院ではやってはいけないということをわざわざ書いています。もともと物すごく限定的に業務の範囲を規定していたのは歴史的な経緯であったと思っしいて、多分そこをこれから見直ししなければいけないのだろうと思っしいます。

1つの問題になるとしたら、恐らく看護師さんの仕事のバッティングはあると思っしうのは、もし看護師さんがいらっしやって、彼女たちが救命対応をできるのであれば、引き渡せばいいだけではないですか。そこでけんかをする必要はないです。問題は、行ったのだけれども、ほかの仕事をしていない場合とか、そうしたら、心臓マッサージを続けなければいけない。引き継いでくれる方がすぐいない場合です。

そうなってくると、業務のバッティングの問題というよりは、違うところにボトルネックがあると思っしっていて、勝手に思っししたのは、救命士さんの方が心臓マッサージをして、病院に連れてきてまして、病院の中で蘇生をしまっしした。ところが、残念なことに亡くなっししたというときに、さて、これは誰の責任というたあれですけれども、その辺りの整理ができていっしるのかは、若干邪推ながら思っししたのです。

それと関わっしって、1つ問題があるのは、救命率の問題で、我々は消防庁から救急車で運ばれて何人の方が亡くなっししたのかという情報は分かるのですけれども、搬送された人がその先どうなっししたかが分からないのです。救急車で搬送されたときに、実際にどれくらい致死率があっししたかということをお我々は知らないのです。救急車の中で亡くなっししていれば、分かるのですけれども、病院に一旦運ばれてしまっしすと、そこから先は病院のデータになっししてしまうので、この2つは消防庁とつながっしっていないのです。なので、実はよく分からないということだす。つながっしっていないのは業務だけではなくて、データもつながっしっていないというのが、今日の話と関わらなっしないかもしれないのですけれども、どこか病院の入り口で断絶があると伺っしっていたのです。

○大石座長 御質問と御意見について、何かございしまっしたら、お願っしします。

○永田室長 今の御質問、御意見でございませうけれども、確かに断絶という観て点では、医療法というものの概念が、基本的に医療施設はこういっしうものであるとか、医療施設におい

て、こういう行為がなされるという形で規定しているところをごさいます、逆に医療施設の外側については、医療法が及ぶ、及ばないところは別のところをごさいますので、そこに1つ断絶とおっしゃるようなものがあるのかもしれませんが。

一方で、消防庁との関係を申し上げさせていただきますと、救急災害医療検討会は、今、消防庁からオブザーバーで御参画いただいているところをごさいますし、我々は、日々の通常業務の中においても、消防庁さんとはしっかり意見交換をさせていただいているところをごさいます。

救急救命士に関するところは、その一端の例としてですけれども、例えば5ページにもお示しをしておりますとおり、そもそも救急救命士法が策定されるという当時の議論の流れでは、左側に平成1年と平成2年と書いてあるところは、厚生省で持たせていただいた委員会、右側の部分が自治省、消防庁さんが持っていた委員会で、こういったもののそれぞれの議論をクロスリンクさせる形で、救急救命士法が制度として確立しているところをごさいます。

なお、今回、救急救命士の議論をするに当たっては、本日、御紹介を省いてしまい、恐縮でございますけれども、消防機関に所属される救急救命士さんの考え方と、医療機関に雇用される救急救命士さんの考え方を分けて整理しております、本日、御説明をさせていただいたのは、猪口先生からもありましたように、医療機関に救急救命士さんが雇用された場合の考え方という形で御説明をさせていただいているところをごさいます。

○大石座長 どうぞ。

○武藤専門委員 今、実態として、病院の中に救急救命士さんはどのぐらいいるのですか。あと、もし法改正があった後、資格者がどのくらい病院に行くのか、その辺の見込みはどうなんでしょうか。

○猪口理事長 私の資料の25ページに、参考資料として入れているのですけれども、国家試験の合格者のうち、数字がそんなに合っていないらしいのですが、1,393人の合格者のうち778人が消防救急に行って、この600は正確ではないらしいのですが、かなりの数の救急救命士の国家試験合格者は、はっきり言って、行き場がないわけです。今までは病院に勤めるという選択肢はほとんどなかったのですけれども、我々のところのように、救急救命士を法に反しないようにうまく使うと、結構使い勝手がいい話になって、最近では、病院での就職もかなり増えてきていると思いますけれども、実態はまだはっきり分かりません。

○武藤専門委員 実態調査はしていないのですか。

○永田室長 医療機関さん、あるいは病院団体さんで調査をしていただいたりという形ではございますけれども、具体的な配置のところについて、厚生労働省として数字を取っていないところをごさいます。

そういうのは、例えば猪口先生のところで雇用されていることを何ら否定するものではないということで、あらかじめ御説明させていただきますけれども、その中で行われていることは、例えば搬送のサポートであったりとか、診療行為のサポートのところは、現行

法の中で救急救命士でなければできない業務ではなくて、国家資格に根差していないところで搬送なり、何なりが行われていて、そういう部分のサポートをされている形になりますので、我々は、必ずしも救急救命士であるが故に配置をされているわけではないと考えているところでございますので、実態としてはっきりしないところでございます。

もう一点、どれぐらい予測として病院さんに雇用されるかというところでございますけれども、今回、我々の検討の中身においては、特に救急医学さんサイドであったりとかからも、こういうような活用ができるのではないかという御提案を頂いていて、そういうことも踏まえまして、我々は検討しているところでございまして、必ず配置することという形であったりとか、こういう病院にはこういう人を入れることといった必置条件とか、そういうこととして議論をしているわけではなくて、医療機関が雇用される方は、当然いろんな職種がある中の1つの選択として、救急救命士さんが、しかも、猪口先生がおっしゃられたように、びくびくしないように業務をする形となることは、よろしいことなのではないかといったラインで、議論をさせていただいているところでございます。

○大石座長 ありがとうございます。

そろそろ時間もオーバーしているので、この議題を終わりにしたいと思います。

今、御意見がいろいろ出たとおり、もともとこの法律ができた経緯は、多分交通事故などがあって、路上で誰かを救わなくてはいけないということで、救急救命士制度ができて、そのときに想定していたものと、今、猪口先生がおっしゃったみたいに、高齢者が増えて、院内にどんどん運び込まれていて、院内で急変したり、亡くなったりという状況は、世の中は多分変わっていると思います。せつかく70単位も勉強されて、人の命を救おうと思って救急救命士になられた方の、数字は正確ではないかもしれませんが、年間半分がホテルとか、運送会社に勤めているという状況は、すごくもったいないことだと思います。

先ほども出ましたけれども、一般の人ができるような行為を院内だからやってはいけない。医療職は、大丈夫だとちゃんと言ってあげないとできない仕事だと思うのです。ですから、そこが院内できちんとできるように、これは広げるべきだと思います。

救急患者が運ばれて、救命士が救命している間に外来に着いたら手を放すのかということも変な話です。でも外来だけでなく、実際の急変そのものは、ICUでも起こるでしょうし、普通の一般病棟でも起こるでしょうし、広く院内で活躍できるべきです。そこで医師、看護師の人手が足りていて、余り過ぎていてどうしようもないという状況だったら別ですけども、これだけ人手が足りない状況でどうするのか。今回のワーキング・グループは、医師の働き方改革の中で、どうやってタスク・シフト、タスク・シェアリングをしていくかという命題から課題設定をしていますので、非常に有能な人材がこれだけ余っていて、やれることもあって、しかも、それは結果として患者さんにとっても、みんなにとっても、利することであれば、是非これは進めるべきだと思いますので、是非頑張ってください。よろしく願います。

できれば、外来だけではなくて、院内全部のところまで広げる方向で、いろんな御意見

はあると思いますけれども、進めていただければと思います。ありがとうございます。

大分オーバーしたのですけれども、どうもありがとうございました。

議題2に引き続きまして、救急医療現場の負担を軽減するための方策について、御議論をいただきたいと思います。

救急医療現場の負担を軽減するには、先ほどの議題にありましたとおり、救急救命士などの人的リソースなどを最大限活用するだけではなくて、軽症患者等の救急搬送を抑制するであるとか、救急医療を真に必要な患者さんに対して、必要な救急医療が提供される仕組みが必要なのではないかと考えます。

本日は、聖マリアンナ医科大学からお二人いらしていただきまして、まず藤谷茂樹救命救急センター長、救急医療講座の教授と、遠藤拓郎救命救急センター医長、救急医学講座助教にお越しいただいています。救急現場で御活躍されているお二人から、お話をいただきたいと思います。

御説明は遠藤先生からいただけるということで、お願いします。

○遠藤助教 よろしくをお願いします。

本日、当院からは、「救急医療における諸課題と当院のチーム医療」というタイトルで、診療看護師と病院救命士などと一緒にチーム医療を実践しておりますので、現場での取り組みについてお話をさせていただきます。

「救急医療が真に必要な患者に提供されているのか」ということで、ページ2なのですけれども、今回、要旨にある3項目についてご説明します。「救急医療が真に必要な患者に提供されているのか」という本日の議題は、要旨にある最初の項目「救急搬送に関して日本国内で本来のあるべき形が達成できているのか」という質問に置き換えられると認識します。「高齢化に伴い救急搬送が増加」「病院到着までの時間が延長」「重症患者でも病院への問合せ回数が複数回あり、迅速にたどり着けていない」という現状を考えると、その問いに関しては、必ずしもイエスとは言い切れないのだろうと考えております。

本日は、これ加えて、項目2で、当院で実践しているチーム医療。項目3として規制緩和の観点で、日本国内の救急医療は十分によくやっていると思うのですが、更によくするために、何らかの規制緩和のヒントがないかということで、英国の病院前医療に関する資料を持ってきております。

では、項目1の救急医療が本来のあるべき形を達成できているかということに関してご説明いたします。ページ4です。救急搬送は年々増えております。その大半は、左側の図ですが65歳以上の方の搬送が多いということが見てとれます。その結果、右側の図ですが、患者接触時間が2007年に7分だったものが、2017年には8.6分となり、明らかに患者接触時間が延びております。これは全重症患者ですので、特に重症症例に限定したときにどのような数字になるかというのは、見ていく必要があると思います。

そして、同じ図のブルー線ですが、病着までの時間は2007年に33分だったものが、2017年には39分ということで、6分延びています。

ページ5では、救急搬送、特に重症搬送症例に関して、応需病院が決定するまでに何回の病院問い合わせが必要かを示しております。左の図は、560万件の全搬送について2016年の重症度別搬送割合ですが、軽症49%、中等症41%、重症9%、死亡1%で占めています。右の図で、重症搬送40万件について、病院への問合せ回数が何回であったかを示しております。1件の病院問合せで病院が決まっているのは35万件、2回が3万2000件、緑の3回から4回が1万4000件、5回から9回、10回以上ということで、5回以上の問い合わせが必要になる症例がそれなりの件数があることが分かります。本日は資料をお持ちしていませんが、重症で5回以上の問い合わせが必要だった件数に関しての地域別および医療圏別で相当のばらつきがあることも分かっています。

ページを1枚めくりまして、ページ6です。こういった需要増及び重症患者がなかなか応需されていない現状に対して、当院では、多職種で救急医療とその後の重症患者を管理する集中治療を実践してきております。多職種によるチーム医療を実践するにあたっては、試行錯誤しながら、その組織の在り方を皆で検討してきておりますので、そういった内容も含めて、御説明したいと思います。

ページ7です。当院は、川崎市北部の医療圏の救急応需の中心になります。川崎市北部区4区を担当しているのですが、少し古いデータですが平成26年人口が84.3万人、65歳以上割合は19.6%で国の高齢化率に比べると、やや若い町になります。

横浜と東京の間に位置し、市を横断する形で電車が通っていますし、大きな道路もあるため、都内のベッドタウンという側面があり、やや若い町である背景と考えられます。

ページ7の右ですが、当院は1,175床の大学病院で、救命センターはUICUが7床から昨年に10床に増床、救命HCU病棟に関しては8月に20床から32床に増床しました。

ページ8です。川崎市でも全国での傾向と同じように救急搬送が増えております。この5年で65歳未満が4%の伸びに対して、65歳以上は19%で非常に大きな伸びをしています。昨年の12月に出た統計でも、1年間で2,000件増加しているということで、まだまだ若い方が多い町ですし、2025年以降も伸び続けることが予想されていますので、応需体制の強化は喫緊の課題でした。

ページ9です。様々な取り組みをして、この4年間で搬送台数は、4,676件から6,423件、ICUに入室された述べ件数としては、2,144件から3,008件です。先ほども申し上げましたが、2018年8月には7床から10床にICUを増やしていますので、稼働率は昨年は若干下がっていますが、その前の年は107%でした。100%を超える稼働という事なのですが、つまり、朝にICUからHCU病棟に患者さんを出したら、夕方には入るということで、出ては入ってとということを繰り返しておりました。

ICUのSOFA scoreというのは、重症度を臓器別のスコアリングをして付ける点数なのですが、昨年にかけて7点台から9点台へ上昇、今年度は、若干ベッドの余裕がありますので、8点を少し割るということですが、それでも全国的に見て、ICUの重症度は高い数字になると認識しております。

ページ10です。当院へは他の医療圏からの搬送も多くありまして、当院への一年間の搬送割合ですが、ブルーの所が川崎市北部なのですけれどもそれが75%、他の医療圏からの搬送が25%をしめております。具体的には、東京の世田谷、町田、稲城、神奈川の相模原及び横浜からの搬送があります。また、それを超えて、他県からも一部認めております。

こういった3年間の救命センターの取組なのですが、当然医師のみで実現できるわけではなくて、救命センターのスタッフ総動員、もちろん大学病院全体の取組で実現しております。従来の救急医・救急放射線科医・各科の専門医、看護師・薬剤師・技師・リハビリなどの職種に加えて、2017年以降、新たに下記の3職種の方が加わっています。

ここからはその3職種の方々がどのように実際に関わっているか、チーム医療の実際をお伝えできればと思います。1つは、先ほどから御説明のあった診療看護師です。当院救命センターでは、現在のところ、全38行為の特定行為ができる診療看護師さんが勤務されていまして、毎年1名から2名が入って、現在は5名です。臨床推論が非常に重要と考えておりまして、その上での手技を実践するというので、育成にも特定行為看護師に比べると当然時間がかかります。育成修了された3年目の診療看護師さんは、4年目、5年目の医者相当で働いています。ER業務はもちろん、ICU業務においても助けになっています。

病院救命士についてです。病院前のドクターカーの出動のときの活動の中心ですし、ER業務における診療補助で、時に救急隊からの直接の電話を受けてくれます。

専属調整員と書かせていただきましたけれども、医療事務の方ですが、外来から他院に転院させる業務や入院患者転院の際の支援業務をしています。多くの救急車を受ける一方で、その後地域に病院へ分散させなければいけないです。当院が満床のときには、当然入院する場所がないので、ほかの病院に即日の転院をさせていくのですけれども、そういった業務を医者がそれまではやる事が多かったのですが、そこに一緒に取り組んでくれているということで、医者の実際のリソースを転院業務から救急車を応需するという事に配分できています。

それぞれの職種について、1枚ずつ資料を持っています。ページ12は、診療看護師さんが具体的に38行為の中の2行為である「胸腔ドレーンの挿入」と「中心静脈の留置」の手技に関して、どれだけ時間を費やし、医師の代わりに業務に携わっているかという事を示しております。1年間で胸腔ドレーンに関しては34件、手技の見込み時間としては17時間。中心静脈カテーテル留置に関しては53件ということで、こちらは26時間です。

必ず上の指導医と一緒にやるわけですが、うちの救命で、例えば私のもとで診療看護師が手技をしますが、穿刺の前にこういうふうにしていきましょと一緒にエコーを当てて、大体の解剖学的な確認をしてやっていただきます。報告・連絡・相談ができる事は、1年目、2年目の研修を通して分かっている関係ですので、若手の医師が穿刺するときと同じような感覚で実技をやってもらい、相談・連絡・報告をもらうことになります。

手技を実践する際には、もちろん周囲からの指導・助言がありますが、本人の判断で局面を乗り切る事の連続となりますので、限定的な手技のみができるというよりは、それも

含めてのトータルの判断が重要であり、特定の行為に偏ることなく、38行為と臨床推論が重要であるとの認識でおります。

続きまして、病院救命士さんに関してです。当院は、ドクターカーを昨年から開始しております。新しい事業になりますので、当然いろんな障壁もあるわけですが、それを医師、看護師とともに乗り越えていく中心になっています。出動依頼があつて、3分から5分で出動、10分で向かつて、5分から15分の現場対応をして、10分で帰ってくるということを図に説明しておりますが、非常に慌ただしい活動です。救急車の応需とはまた種類の違う業務ですので、組織全体に余力がないとできない業務であると認識します。病院救命士さんは、こういった活動の中心にもなっています。また、右下に書いていますが、ICTを活用して、ドクターカーの所在地情報をトラッキングし、医療専門のSNSを使って、リアルタイムに情報を共有していく新しい取組を行っています。この活動においても病院救命士が活躍しております。

14ページ目は救命センター専属調整員の業務になります。たとえばですが、病棟生活保護で御家族がいない方の入院患者さんを退院させる際には、調整に多くの時間を要します。すそういった退院業務を医師が1人でやっていた時には、もちろん若手の医師も一緒にやるのですけれども、難しい調整では上級医の仕事となり、朝8時から18時まで業務があれば1、2時間はそれに時間を取られることが常でした。2年前2年前からサポートとして専属調整員の方が入ってくれたことによって、その時間は大幅に短縮したという実感を持っており、非常に助かっております。また、外来患者さんの即日転院を行つておまして、それについての資料を持ってきております。救急車を受けて、その後、「この患者さんは当院が満床という事情もあるので隣のA病院がかかりつけだし、転院させよう」となつたとします。治療を終えて、転院の方針を決定した後に調整員の方に支援に入ってもらいわけですけれども、平均25分ほどの時間で病院との交渉を終えて転院が決定されています。25分かかる業務を完全にお任せできるので、医師にとっては体が空く時間になり、その時間で新たな救急車を応需することができる時間になります。

これらの取組の結果、2章の頭に出したような応需件数の伸びや他地域からの応需を実現できております。もちろんこれ以外の要素ももちろんありますが、多職種によるチーム医療の実践が大切なのは間違いないと認識します。

続きまして第3章第3章です。現在の規制でもまずまずやっているのではないかと、やれているのではないかと、どんな規制緩和がさらに必要なのかという考え方もあるかと思ひます。いろいろな縛りの中でできることから積み上げていますが、その一方で、更にこの規制がもっとこうなればなという思ひも現場には多くあると思ひれます。本日は、英国では、高齢者搬送を含む救急搬送増にどのように対応しているか、規制緩和の方向性に関してヒントがないかということで、2枚の資料を持ってきております。

ページ16です。救急搬送のKey Performance Indexを御紹介させていただきます。英国では、左側の図ですが広域の医療圏毎に、日本の医療圏の設定よりも多い人口で区切られている

わけですけれども、この医療圏に関して、年次でKPIを評価しております。KPIの代表は右の図です。カテゴリー1と称される超重症の患者さんの患者接触時間が7分で到達できているかということに関してです。どの地域が達成できていて、どの地域が達成できていないかがはっきりと報告されています。

KPIの2つ目として、カテゴリー2ですけれども、これは準重症に関しての患者接触時間でして8分で接触しなさいということが決まっています。これについても幾つかの地域ではオーバーしていることが分かります。

続いて、右下の図です。救急隊が実際に患者さんに接触して、その後に病院へ運ぶ割合についてです。必ずしも運ぶとは限らない。日本でも幾らかの割合では運ばないですが英国では6割ほどは病院に運びますが、それ以外に関しては、その場で救命士がアセスメントをして、治療をして、不搬送にする。または、地域のGPにつなぐということをやっている。病院救命士ができる行為についても、イギリスでは違うわけですが、不搬送の基準とその判断の主体も日本とは異なるようです。

ページ17です。日本では、病院搬送後に搬送患者さんの重症度を医師が判定しますが、それまでは重症度を判定しそれに基づく活動をするのではなく、もしくはあるとしてもその概念がうすいという事を反映していると思われます。電話が鳴ってから患者に接触して病院に運ばれるまでは、全ての症例に対して救命を前提に搬送活動が行われることとなります。英国では、カテゴリー1、2に加えて、カテゴリー3、4を設定しています。カテゴリー電話、日本でいうところの119が鳴ったら、指令室に相当する部屋にいる電話トリアージの担当者がアルゴリズムにしたがって判定をします。その判定に応じて、その後の搬送活動の強弱が付けられます。

当然カテゴリー1のLife threateningの場合には、超重症ですので、医師が病院から出動する選択があります。ドクターカーで現地に向かうようようです。7分の患者接触を目指して、ロンドンではヘリを使って現場に行く。日本ではヘリは患者さんを病院に運ぶために使われるのが一般ですが、ロンドンでは、車で向かうと道路事情ゆえに達成できないので、近くの公園にヘリで降りてそこから現場まで走るという事もあります。

また、カテゴリー2に関しては18分以内の患者接触を目標としています。一方でカテゴリー3に関しては90%の症例で2時間以内に接触しなさいということで、広い枠の中での設定をしています。右側にバイク隊の写真を載せましたけれども、カテゴリー3、4の場合は、自転車で救命士さんが向かうということもあります。日本でいうところの訪問看護の方に近い役割なのかもしれません。

最後のページとなります。最初のページの再掲です。救急搬送の需要増加に対して、どのように対応していくか。当院では、チーム医療を実践し対応できる量を増やす取り組みを行っておりその内容を紹介しました。よりチーム医療を醸成するにあたっては、診療看護師の育成及び病院救命士などの多職種チームをより柔軟に組むことを可能とする規制緩和があれば幸いに思います。当院はじめ、日本国内で搬送応需件数を伸ばしている医療機

関ではやはり病院救命士さんが救急業務を担っている現実があります。その現実にあった規制が検討されてもいいのではないかと思います。従来、院外で活躍する救命士さんとは異なる枠組みとして、病院救命士を設定する事も一つの案ではないだろうかという認識も持ちます。

また、英国を1つの参考に、規制緩和のヒントがないかということに関してですが、あくまでも現場の仮説的な考えですが、目標指標KPIの設定です。KPIが決まってさえすれば、各地域でそのKPIを達成するために全力を尽くす。総務省管轄の消防と厚労省管轄の病院が今以上に強くタッグを組んで、そのKPIを達成しよう、隣の地域のKPIの達成率に負けなないようにしようといった動きになるのではないかと考えられます。

そして、電話段階での搬送のトリアージといいますか、重症度判定を行い、搬送の強弱をつけるということが、真に救急医療が必要な患者さんにそれを提供するための仕組みとして大切になるのではないかと、全体搬送依頼数が増えていく以上、そういった事も選択せざるを得ないのではないかと認識します。

そして、トライアル成功と判断されたものに関しては、素早く全国へ横展開する。これがある程度中央から強い力を持ってやっていってもよいのではないかと。日本でも各地域で展開されている良い取組は多々あるのですが、それを実行していくためには、予算の問題もあるのですが、スピード感を持って取り組めていない現実もありますので、そういった検討がなされてもよいと思う次第です。

討議用資料に関しては、英国がICTをフル活用して救急医療効率化に取り組んでいるという事に関しての資料と、当院で試験的に取り組んでいるバイタルスコアから搬送前重症度を判定するNational Early Warning Scoreの活用についての資料をいれております。質疑のところに関連するときに、御説明させていただきます。

以上です。

○大石座長 遠藤先生、せっかくだから、討議用資料のところも簡単に御説明いただけますか。

○遠藤助教 ページ20は、イギリスのBabylon Healthという民間の会社がつくったAIに基づく救急のトリアージです。これは患者さんが119にかけて、こうこうこういう症状なのだけれどもというところで、オペレーターとやり取りしていく際に質問が全て出てきます。その裏付け、あなたはこういう状況なので、こうした方がいいですみたいなサジェスションのところは、AIが搭載されていて、過去の搬送データをアセスメントに使っていると認識しています。

右側がイギリスの年次報告に出ている、将来的に達成したいものということで、項目が書き出されているのですが、5Gの環境だったり、携帯電話だったり、SNSだったり、オンラインの動画診療だったり、そういったものを活用していくことを前提に組まれていて、それぞれでパイロットが行われている又は予定していくようです。

ページ21から23ですが、National Early Warning Scoreといたしまして、藤谷教授の御専

門のところですが、もともと英国の病棟でつくられたものなのですが、急変患者を事前に予測するスコアです。呼吸数、サチュレーション、酸素、体温、収縮期血圧、心拍数、意識に関して、合計20点満点で判定します。入院患者さんで治療がうまくいっていると、0点とか、2点、ちょっと血圧が低いとか、少量の酸素を使っているぐらいなのですが、それがじりじり悪くなって、どんどん点数が上がってくる。そうすると、死亡率が高くなるので、7点以上のときには介入しましょうというスコアリングです。これを病院の中でだけではなくて、地域全体で使っていこうという取組のご説明が、22ページから24ページです。22ページですが、今、在宅診療の患者さんが非常に増えているのですけれども、実際に在宅を受けている患者さんと受けていない患者さんを比較しまして、左側が施設にいて在宅を受けている患者さん、真ん中が自宅で在宅を受けている患者さん、右が在宅のない患者さんなのですが、搬送時点でのNEWSスコアを算出しています。搬送時点でのリスク区分がロー、いわゆる超軽症での搬送が一番左のパイにはないです。施設には看護師さんもいますし、在宅往診もいますし、ヘルパーさんなどの専門職に近い方々が常時見ているので、超軽症では救急車を呼ばない事を反映した結果と思われま

す。ページ23ですが、転帰を見ております。実際に施設の在宅患者さんに関しては、ICUに入る人はいないです。ACP、事前に家族の意向を確認できていて、ICUに入るほどの治療を希望していない意向がはっきりしている可能性があります。もしくはICUに入る前の状態、つまり肺炎治療に対して内服薬を出して、抗生剤を飲ませて、それでよくなる、じりじり酸素が悪くなっている、そのタイミングで送ってきていると考えられます。挿管しなければいけないところまでは待たない、適切なタイミングで送ってきている可能性があるということです。

最後ですけれども、こちらは年齢別と搬送前場所別ですが、左下の赤点線のところですが、85歳以上の施設在宅及び自宅在宅は、搬送そのものがありません。これは在宅診療をやられている先生方がしっかりとトリアージをかけて、搬送しないという選択を後押ししている可能性がある。

「搬送前と搬送後のデータが突き合わされることによってどういうことが新たにわかるのか」について、こういったことがわかるということで、最後の3枚3枚の資料をお持ちしました。以上です。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、御意見、御質問をお願いします。武藤専門委員、お願いします。

○武藤専門委員 8ページの川崎市の高齢者の救急の推移を見ると、高齢者の救急が増えていますけれども、重症度に関して、高齢者救急で軽症や中等症が増えているとか、あるいは逆に在宅や施設でもってみとりの段階の患者さんが運ばれてくるとか、そういうことはないのですか。

○遠藤助教 ページ8をブレイクダウンしたものもつくっておまして、搬送時の重症度を見ています。最も大きいのは、全国の傾向と同じように、65歳以上で、重症度では特に

中等度でした。

○武藤専門委員 みとりを在宅で行わなければいけないような患者さんが、運ばれてくる例はないのですか。

○遠藤助教 1勤務当たり1～2つでしょうか、心肺停止での搬送があります。これは在宅で看取ってほしいな、というものの中にはあります。

○武藤専門委員 もう一点ですけれども、11ページのチーム医療で実践するというのは非常に興味深いのですが、診療看護師さん5名は、聖マリアンナで指定研修機関を持っていらして、そこで養成されている看護師さんでしょうか。それとも外部からの看護師さんですか。

○藤谷教授 聖マリアンナ医科大学救急の藤谷です。

診療看護師さんは、2年の大学院に行かれて、卒業されて、38行為全てできる人たちを外から入れたものです。外部からです。

○武藤専門委員 あと、救急センターの専属の調査員が非常に重要だと思うのですが、この職種は何なのでしょう。

○藤谷教授 職種は医療事務という扱いになっているのですが、事務の中で、ベッドベッドコントロールを専属でやっていただく方で、将来的にはソーシャルワーカーを目指している方もいます。

○武藤専門委員 ソーシャルワーカーの資格を持っておられる方ではないということですか。

○藤谷教授 持っている方もいますし、これから取ろうとしている方もおられます。

○武藤専門委員 それはいいですね。

あとは、救急のドクターのシフトなのですからけれども、これは12時間シフトでやっていらっしゃるのですか。

○遠藤助教 8時半から17時半が日中勤務で、17時半から8時半ということで、医師は二交代制でやっています。

○武藤専門委員 ありがとうございます。

○大石座長 ほかはいかがでしょうか。高橋専門委員、お願いします。

○高橋専門委員 すばらしい取組をありがとうございました。

ITを駆使しての救急医療の効率化というのは、今後、重要なポイントだと思うのですが、日本の場合、AIなどを使ったソフトなど、例えばアップルウォッチの心電図がなかなか認可されないということがあります。こういう仕組みは、今の規制で通りにくいのでしょうか。あるいは日本でも動きがあるのでしょうか。教えてください。

○遠藤助教 オンライン診療の動向を見ていると、従来の形からジャンプするのが難しいと認識しています。いわゆるスマートフォンの登場の前と後、登場した後に可能となる医療体制に関しては、イギリスもそうなのですが、諸外国を見ると、連続性のある形を目指してはなくて、非連続の形で制度そのものを設計しているような印象を受けてお

ります。

日本ではやや難しい状況に入っているとは思いますが、とはいえ、我々もできるところからやっています。1つは、先ほども申し上げましたけれども、医療用SNSを活用しての情報共有、そして、もう一つは放射線救急医の先生方が中心で取り組んでいらっしゃるのですが、遠隔の画像読影です。救急医療を実践するときに、やはり読影支援があるという事は、非常に大きな話で、当院の場合は、24時間、救急放射線専門医の先生がいらっしゃることで、非常に助かるのですけれども、外勤で遠くの病院に行っても、放射線専門医の読影を依頼したい際には画像を読んでもらえるような遠隔読影の仕組みがあれば助かるという事でそのような取組を行っていらっしゃいます。

○高橋専門委員 ありがとうございます。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

御質問なのですがすけれども、チーム医療の中で診療看護師さんを使われていますね。先ほど特定看護師さんの話が出ました。今後、特定行為研修制度の中で救急領域がパッケージ化されて、救急の中で活躍することが期待されているのですが、この人たちと、今、聖マリアンナさんでやられている診療看護師さんとの具体的な差というか、これだけの研修をしていますではなくて、どういう場面だと差があるのか、若しくはパッケージ化された救急領域の特定看護師さんで十分なのかというところは、いかがでしょうか。

○遠藤助教 いろんな意見があると思うのですがすけれども、私が現場の医師として働くときに、チームのリーダーとして、その勤務時間帯時間帯を守るわけですが、診療看護師さんは医師側のスタッフで働いています。看護師さん側のシフト枠ではなく、医師の枠なのです。医師3年目の先生と同じような動きができる。それは医師側の勤務シフトを組むときには非常に助かるというのが、まず、大事なところだと思います。

救急車で患者さんが来て、ファーストタッチを一緒にして、病歴を大まかに聞いて、身体所見もとったうえで方針を決める。その後に、採血をして、点滴を入れて、CTまで行って、病歴の詳細を確認して、身体所見も再度取り直しカルテを書くところを1人で実行できる。そして、想定外の事がある時には、必要なタイミングで報告・連絡・相談できる。

○藤谷教授 私から追加です。厚労省が打ち出しているものは、2025年までに10万人、特定行為のできる看護師をつくるということで、今、どこの病院でも人手がなく、働き方改革のところで、喫緊の課題となっていて、こういったパッケージ化のものができているのですが、大きな違いとして、eラーニングで260時間、座学中心で勉強をして、そのほか、各専門領域、パッケージ化のところで、いくつかのパッケージ化された特定行為を取っていくことになっています。1行為7～8時間すれば取れてしまう行為、すなわち、臨床推論などを学ぶ機会が余り与えられていないというのが、非常に問題となっているところで、特定行為のできる看護師さんと診療看護師との決定的な違いは、手技を手伝ってくれる人と実際の診療を一緒にやってくれるチーム、そういうふうに考えていただければ、分かり

やすいと思います。

○大石座長 分かりました。ありがとうございます。

質問ですが、聖マリアンナさんでは、救命救急士がかなり活躍されていると見ましたけれども、今後、救命救急士の院内業務の範囲の拡大について議論がありますが、どういうふうにお考えなのか、どこまでどういうふうに拡大した方がいいのか、またそこでどういう効果があるのかということについて、何か御意見がありましたら、お願いします。

○遠藤助教 院内においても、院外で活動するときと同様の行為が医師の指導の下でできるとよいのではないかと考えます。

○大石座長 いわゆる救急救命的な業務を院内でやることについては、いかがでしょうか。

○遠藤助教 例えば、気道確保で挿管の介助をする、一定の技量を持ったものは医師の指導の下で挿管をする、アドレナリンを打つ、点滴のルートを取る、いわゆる院外救命士さんがやる行為に関しては、私たち指導医の下でやっていただくこと良いと思います。

○藤谷教授 今後、特定行為の拡大というところで、きちんとした法の下でできるようになることが望まれると思うのですが、救急救命士の活躍の場についてですが、たくさん働いている勤務場所は北米型のERです。そうでない三次の救急では、病院救命士が活躍するのは、なかなか難しいのではないかと考えています。

9 ページを見ていただくと分かるのですが、私たちの施設も2015年の搬送件数4,600から6,500、7,000へ増やしていくのに、応需率が2015年は86%だったのですが、現在、99%ということで、救急車の受け入れ要請があれば、ほとんど断らないという取組をしています。救命センターが三次急のみというコンセプトではなくて、一次急から三次急まで診ていく。そうすると、患者の数も増えてくるので、病院救命士、専属調整員が必要になってきます。この仕組みが機能するためには、救急受け入れ数が前提となり、従来の救命センターのコンセプトである重症患者しか受け入れないでは、病院救命士、専属調整員の人員の雇用が難しくなります。

○大石座長 分かりました。ありがとうございます。

ほかはいかがですか。大丈夫ですか。

どうもありがとうございました。

後半のイギリスの事例は、非常に面白いと思っていまして、今後、患者さんが増える中でどうやってキャパシティを増やしていったらいいか、より多くの患者さんを診るかということだけではなくて、そもそも適切な患者さんをどうやって選んで、その人たちに対してお医者さんが出動するものもあれば、基準の中でどう対応するのかということをしつこく枠組みとして決めて、その中でいろんな仕組みを、ITなども含めて、最も適切な患者さんが適切な形でたどり着くようにしているというのは、日本の中でも参考になるのではないかと思います。

ありがとうございました。

(ヒアリング関係者退室)

○大石座長 済みません。大分オーバーしているのですが、次は、議題4「規制改革ホットライン処理方針」についてです。

これは簡単にだと思えますけれども、事務局から御説明をお願いします。

○長瀬参事官 資料4でございます。これは受け付けております、規制改革提案についての処理方針でございます。

8つの項目につきまして、事務局として精査を進めさせていただきたいという内容でございます。

8つの項目の中には、会議の重点事項であります、介護サービスの生産向上、これに関連するものとして、4つ目の項目がございまして、これは見守り機器を導入した場合の職員配置の緩和などを内容とするものです。

5つ目のプログラムの医療機器、あるいは8つ目の項目につきましても、ワーキング・グループの運営方針に関わるものですので、今後、取り上げていただく可能性につきまして、まず事務局で精査をさせていただきたいと考えております。

また、その他の項目も、関係省庁からの回答がきちんと説明されたものか、再回答を求める必要はないか、そういった点について、事務局でチェックを進めさせていただきたいと思っております。

寄せられる提案は、年中受け付けているものでございます。今後もおおむね月単位でこういった処理の方針を整理して、お諮りしたいと思います。

以上でございます。

○大石座長 ありがとうございます。

ただいまの御説明について、何か御意見はございますでしょうか。

○佐藤座長代理 午前中にデジタルガバメントワーキング・グループにいたので、そこでも同じホットラインの話が出ていたのですけれども、そちらの諸官庁の回答は、全部検討に着手なのです。あちらは税制関係なども含めてなのですけれども、いろんな見直しを求めてきているのですが、諸官庁の回答は検討に着手します、あるいは対応していますみたいな感じになっていて、それに対して、諸官庁の回答がこの段階で全て対応不可というのは、どういうことなのでしょう。厚労省としては、やらないという彼らの意思だと思っ  
ていいのですか。それともこの段階では難しいけれども、また考えるという意味なのでしょう。

○長瀬参事官 回答は関係省庁としての考えでございます。それがいいか、それを更にワーキング・グループで議論していただくのかどうか、その辺の整理を交通整理としてさせていただくという趣旨でございます。

○大石座長 幾つかは、突き返すということだと思えます。

ほかにもございますか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、本日の議題は以上となります。

事務局から何かございましたら、よろしく申し上げます。

○長瀬参事官 次回の開催につきましては、改めて御連絡をさせていただきます。

以上でございます。

○印南専門委員 突き返すという議論は、どこなのでしょう。

○長瀬参事官 説明が不足しておりましたが、規制改革の提案はいろいろ寄せられますが、関係省庁に送付しまして、回答をつくってもらおうというのが、全体のシステムとしてございます。回答の中には対応は不可というものも多いので、そういうものについては、1つには、このワーキング・グループの場で取り上げていただくか、あるいは回答の内容がきちんと説明が尽くされていないので再回答を求める、そういった選択肢で各ワーキング・グループで精査をいただくということが、会議全体の取扱いのルールでございます。突き返すというのは、再回答を求めるということでございます。

○印南専門委員 その判断をいつどこでやるのか。今日、出てきて、また1か月後に違うものが出てくるわけです。そうすると、そのときに検討しないで、いつ検討するのかと思いました。

○大石座長 プロセス的には、この会議でどれを再回答してもらいますかということ自体に、時間を取るのは結構難しいので、それぞれの専門委員にこれが送られています。見て、これは再回答が要るのではないかというものを事務局に言ったのです。それぞれの専門委員の方で、これはもうちょっとちゃんとした回答が要るとか、若しくはこの会議で取り上げるべきだとか、そういうものは、1回事務局にお返しいただくと有り難いと思います。

例えば先ほど事務局からもお話がありましたけれども、4番に関しては、今、既に取り上げている議題に一致するので、これはいずれしても議論をします。個人的にはほかにも、今年は無理でも、来年、取り上げたいと思うものがあるので、見て、そもそもホットラインに入ったもの自体、何を言っているかよく分からないみたいなものも、レベル感はすごく差があるので、1回御判断いただいて、それを事務局で集約して、すごく意見が割れるとか、議論が必要だということになったら、時間を取るというプロセスにしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○長瀬参事官 今日、お諮りしております案の内容としては、正にそういう御判断をいただくための事前のものでして、関連する制度はそもそもどうなっているとか、各省の回答は説明が尽くされているか、その辺の整理をさせていただいた上で、ワーキング・グループで取り上げていただくかをお諮りしようということでございます。

今、座長からおっしゃっていただいたように、これはこういう点でもうちょっと精査が必要だとか、先立って御意見を頂けるのであれば、そこは大変有り難いので、整理を加えさせていただこうと思います。

○佐藤座長代理 経団連だからどうこうというわけではないのですが、各企業とか、個人というのは、それぞれの事情で提案してくるのは分かるのですが、団体さん、経団連とか、こういうところは、ある種、彼らの中の組織としての意思決定です。ヒアリングを

して、実際、彼らはどう思っているのかとか、聞いてみる価値はあるのではないかと思います。

○長瀬参事官 ワーキング・グループとして取り上げていただくに先立って、まずは事務局で整理させていただいた上で、方針をお諮りしたいと思います。

○大石座長 よろしいですか。

これで本日の会議は終了いたします。本日は、お忙しい中、どうもありがとうございました。

連絡事項がございますので、専門委員の方は、このままお残りください。

ありがとうございます。