



日本の非感染性疾患に関わる医療者の役割と
働き方最適化に向けた調査

***STRENGTHENING OF HEALTH WORKFORCE ON
Non-Communicable Diseases AND Universal Health Coverage***

2021 年 1 月

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

NCD アライアンス・ジャパン

目次

はじめに	2
エグゼクティブサマリー	4
第Ⅰ章 机上調査：日本の NCDs*に関わる医療者の役割と働き方	
1. 日本における NCDs と UHC**	8
2. 日本の NCDs に関わる医療者を取り巻く課題	12
3. 高齢人口の増加に向けた医療の三位一体改革	16
4. 患者と医療者の臨床場面における協働	23
5. NCDs 対策におけるかかりつけ医・総合診療専門医の役割と地域医療	24
6. NCDs 外来診療における医師の役割	32
7. NCDs 対策におけるコメディカルの役割	35
8. NCDs 対策におけるオンライン診療	43
第Ⅱ章 定性調査：タスク・シフティング、シェアリング医療者の声	
1. 調査の背景・目的	49
2. 調査概要	50
3. 調査方法・内容	50
4. 分析方法	51
5. 調査結果	51
6. 考察・提言	68
7. 調査の限界	72
プロジェクトチーム・お問い合わせ先	74

*NCDs: Non-Communicable Diseases の略で非感染性疾患を指す

**UHC: Universal Health Coverage の略で「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことを意味する

はじめに

日本医療政策機構とは

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004 年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクであり、市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供することを目指している。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供し、グローバルな視点で社会にインパクトを与え、変革を促す原動力となるべく活動している。

NCD アライアンス・ジャパンとは

NCD アライアンス・ジャパンは、がん、心疾患、糖尿病、慢性呼吸器疾患、メンタルヘルスなどに代表される非感染性疾患（NCDs: Non-Communicable Diseases）対策の推進のため、日本医療政策機構が運営する市民社会のための協働プラットフォームである。約 2,000 の市民団体・学術集団が約 170 か国で展開する国際的な協働プラットフォームである NCD Alliance の日本窓口として 2013 年より活動し、2019 年 1 月 17 日に NCD Alliance のフルメンバーとして正式に加盟した。政策提言、患者・当事者支援、調査・研究の 3 つの事業を通じて、国内外の患者・当事者、産官学民などのマルチステークホルダーを結び、NCDs 課題の解決へ寄与することを目指している。

本調査実施の背景・目的

加速度的に高齢化が進む日本の NCDs 対策において、需要に見合った医療供給体制の構築は喫緊の課題である。医療者一人一人が能力を最大限発揮するために、効率的かつ持続可能な働き方の実現と、NCDs 対策における役割の強化を通じた患者・当事者へのさらなるケアの充実が求められる。本調査では、日本における医療を取り巻く環境の変化を踏まえ、特に NCDs 対策に関わる医療者の役割を改めて把握し、医療供給側の課題とその解決を目的に実施されている昨今の政策議論を総合的・俯瞰的に分析し、理想とのギャップやその解決策として求められる打ち手を提言としてまとめた。

なお、本調査は NCDs Alliance Japan が参加する、国際的非営利団体 NCD Alliance より“Advocacy Institute NCDs and UHC Accelerator Programme”の助成対象アライアンスとして選定され、実施した。世界で最も高齢化が早く進む日本の現状や対策が広く各国に共有され、NCDs 対策を強化する上での何らかの示唆となることを望む。

本調査の構成

本調査は、机上調査と定性調査の 2 章で主に構成される。

I 章では、昨今の政策議論を既存の調査、レポートをもとに机上調査を実施し、包括的かつ全方位的に、医療者に関する「制度・政策」と「役割」という大きく 2 つの視点から整理を行った。日本では昨今、医師、看護師をはじめとする医療者の不足や多忙な働き方、地理的、診療科ごとの偏在が、顕著な課題であり、それを是正するための「制度・政策」議論ならびに改革が進んでいる。一方で、NCDs 予防、早期発見、治療のために医療者が担う「役割」は、職種、専門診療科、勤務先・地域等により様々であるが、各立場においてそれぞれが重要な責務を果たしている。しかし、その「役割」が市民に正しく理解されていない場面や、役割の間で NCDs 予防や治療の非効率が存在している。医療者の能力が最大限発揮されるための働き方、さらに最適かつ効果的な医療提供を実現するための改善機会を考えた。

II 章では、医療者不足対策のための一つの大きな施策である医師から看護職へのタスク・シフティング、タスク・シェアリングに焦点を当て、深掘した。政策議論からだけでは十分に把握できない、臨床現場の現状や課題、今後の展望に関して、医師、看護師への定性調査（フォーカスグループ・インタビュー¹）の結果をもとに取りまとめた。制度・政策の改革が進む一方で、直接的な影響を受ける医療者本人たちがどのように受け止め、評価し、未来を描いているのかが明らかになった。

¹ フォーカスグループインタビューとは集団面接で参加者が、オープンエンド型の質問を受けて自由に会話することを通じて、より深い意識を把握する方法である。Krueger, R. A. (2014). Focus groups: A practical guide for applied research. Sage publications.

エグゼクティブサマリー

はじめに、2021 年 1 月現在、世界的な新型コロナウイルス感染症の拡大により、日本の医療提供体制もこれまでにない逼迫している。日夜、臨床現場の最前線で治療の尽力されている医療者の皆様に心から敬意と感謝を表す。

世界で最も早く深刻な高齢社会を経験している日本の医療提供体制において、医療者の不足、地域、専門領域の偏在は以前より喫緊の課題であった。特に NCDs においては、死因の上位を占め、高齢者が複数の NCDs 疾患を併発する状況があることから、医療者の働き方最適化や不足、偏在是正に関する政策議論が進み、患者・当事者を医療機関ではなく地域で診る動きがある。日本医療政策機構が事務局を務める NCD アライアンス・ジャパンでは、このような政府議論、新しい施策が動きつつある中、NCDs に関わる医療者の役割を改めて見つめ直し、医療者の働き方改善や充実化とそれを通じた、NCDs 患者・当事者へのさらなる医療の質向上に貢献すべく、本調査を実施した。

日本では現在、緻密かつ豊富なデータ分析に基づく、医師をはじめとする医療者の不足・偏在といった現状課題把握、また、それらの課題を解消するための具体的案施策が、政府のリーダーシップで行われつつある。地域医療構想による高齢者や NCDs の患者・当事者を地域で診るシステムの構築、多職種連携によるチーム医療の推進など具体的な変化が起きており、オンライン診療の規制緩和は、今回のパンデミックを機にした早急な政策転換であった。また、国民皆保険制度の下、フリーアクセスが保障されていることから、患者・当事者側の適切な受診行動が医療提供体制の最適化に寄与することも議論になっている。

このように、医療とは、医療機関が行う治療や処置に限定されるものではなく、地域において、在宅医療や様々な医療・介護職の連携で包括的に提供するものになりつつある。最新技術を用いたセルフマネジメントによる早期発見、早期治療などは、NCDs を持つ患者・当事者へのメリットのみならず、医療者の働き方改革に繋がることも期待される。そして、総合診療専門医やかかりつけ医といった、病気になる前から全人的に NCDs 予防や治療を行う医療者の役割もさらに重要になってくるだろう。

また、多忙な医療者の働き方を見直し、患者・当事者への医療の質を担保するための議論や動きが活発である。その中でも医師と看護師、特に特定行為研修を修了した看護師間のタスク・シフティング、タスク・シェアリングが注目されている。本調査を通じて、現在、医療者の働き方が抜本的に改善されている事例は非常に限定的であることが明らかになった。しかし、一方で、一部の医師、看護師の間では、タスク・シフティング、タスク・シェアリングの有効性を実感している事例もあり、今後はさらに、スキルアップした看護師が能力を最大限発揮できる体制の構築や、地域や医療機関との適切なマッチング、医師と看護師、医療機関の理解と適切な協働による、さらなる導入や頒布が期待される。以下、タスク・シェ

アリング、タスク、シフティング推進ならびに、改善のための提言として調査チームの見解に基づく3つの視点を記す。なお、今後推進すべき施策の実施が想定される主体を<>で示す。

【視点1】タスク・シフティング、タスク・シェアリングを推進するための臨床現場での具体的導入策や特定行為ができる看護師のトレーニング環境の整備の必要性

特定行為研修を修了した看護師や診療看護師が職場にいても、医師や看護師等、他の医療職が、具体的に何ができるか把握していない状況や、実際にトレーニングする症例、場面が少ないことが課題として挙げられた。導入に成功している医療機関を例に、実装時の留意点や、さらなる推進の可能性をもっと広く共有、啓発し、医療者のみならず市民の理解促進に努める必要がある。

• **関連する調査結果**

- ✓ 医師が推進のキーパーソンとなり、医師と一般の看護師との間を取り持ったことで、スキルのある看護師が活躍し、タスク・シフティング、タスク・シェアリングに成功している事例が、都市部の救命救急、地方の在宅医療、慢性期ケアにおいて確認できた。
- ✓ 特定行為研修を修了した看護師が都市部の大病院でトレーニングを積み重ね、そのような医療機関では、ある条件下の限られた臨床場面でしか活躍できないことや、トレーニング機会、および教育できる医師が不足していることがわかった。

• **今後推進すべき施策**

- ✓ 導入成功事例の見える化と医療者、市民への周知
 - ◇ <国、自治体>成功事例は非常に限定的であり、実装したい一方でそのプロセスや方法がわからず苦勞している医療機関も多いと考えられる。成功事例のウェブサイトや紙媒体による見える化を実施すべきである。
- ✓ スムーズな導入のための手順書・ガイドライン・コンサルテーションの実施
 - ◇ <国、自治体、民間企業>スムーズな導入のための段階別、医療セッティング別の手順書やガイドラインの作成、実装のためのコンサルティングが実施されるべきである。
 - ◇ <国、自治体、医療機関>特定行為研修を修了した看護師のパートナーとなるドクターの設置や医師、看護師によるワーキング・グループの設置等による、看護師の育成や他医療者とのコミュニケーションギャップ解消が必要である。パートナー・ドクター等、推進のハブとなる人のコンピテンシー定義やトレーニング機会の設置を行うべきである。
- ✓ 特定行為研修を修了した看護師や診療看護師の存在と受け入れ先の見える化

- ◇ <国、自治体、民間企業、医療機関>このような看護師は全体数が少ないため、今後、雇用したいと考える医療者や病院経営者がアプローチできるプラットフォームが望まれている。活躍できる地域、領域の見える化は看護師が求職の際にも有効であり、受け入れる環境が整った医療機関と看護師両者のマッチングをより効率的に行うべきである。
- ◇ <国、自治体、研究機関、医療機関>特別養護老人ホーム、地域医療、へき地医療での活躍の可能性が大きいことから、そのような場所で活躍している看護師のショーケースとして広く発信すべきである。

✓ 臨床現場での看護師トレーニング機会の設置

- ◇ <国、自治体、教育機関>看護師を教育できる医師のトレーニング及び、教育システムの構築を行うべきである。

【視点2】インセンティブ付けや教育制度改革による特定行為研修受講者数の拡大

特定行為研修を修了した看護師や診療看護師は非常に少ない。その背景として、看護師の特定行為研修へのハードルが高く、研修終了しても活躍できない、報酬・待遇面でのインセンティブがなく、限定されたスキルのスペシャリストを目指すことにモチベーションを感じられない状況が明らかになった。医師はスキルアップした看護師に高いニーズを感じており、看護師自身もやりがいを感じてはいるものの、そのような看護師の数を増やすためには、制度的な改善が望まれる。

• **関連する調査結果**

✓ 報酬・待遇の改善

- ◇ 看護師が自立的に働くためには、国家資格化、処方権、裁量権がなければ難しいという声や、報酬・待遇面でのインセンティブが必要という声が医師、看護師両方から確認できた。

• **今後推進すべき施策**

✓ 報酬・待遇の改善

- ◇ <国>診療報酬加算等による看護師の報酬や待遇改善の検討を実施すべきである。
- ◇ <地方自治体・医療機関>特定行為研修を修了した看護師への報酬や待遇改善の検討を実施すべきである。

✓ 法的な位置づけの確立

- ◇ <国>業務量軽減に結び付く働き方改革が真に実現するためには、医師、看護師の役割の見直し、職域の整理や拡大検討、現場にフィットした特定行為区分の見直し、責任と権限の明確化が必要である。診療看護師の国家資格化も一つの検討対象になりうる。

- ◇ <国>地方、特にへき地では必要に迫られて、特定行為ができてしまっている看護師がいる。そのような人々を追認し正当化する制度を設け、さらなる活躍を支援すべきである。
- ✓ 教育制度改革による育成
 - ◇ <教育機関>大学や看護学校等の教育機関は、看護師のトレーニングをより特定行為を生かす機会のある、中核都市、過疎地域で実施することを検討の上、プログラムを設計すべきである。教育と実践の場をセットにした看護師育成好事例の創出が望まれる。
 - ◇ <国・自治体>国や自治体は特定行為研修を修了した看護師やスキルアップを目指す看護人材がやりがいを持ち、地方に定着するための奨学金やサポート制度を設けるべきである。

【視点3】タスク・シフティング、タスク・シェアリングの効果測定による有用性の見える化

タスク・シフティング、タスク・シェアリングが推進されることは、医療者の働き方を改善するだけでなく、患者・当事者の健康アウトカム改善やケアの充実に寄与していることが医療者の感覚から明らかになった。しかし、これら有用性を具体的に示す研究は日本国内でまだ限定的である、今後さらなるエビデンスの創出が今後求められる。科学的なエビデンスに基づいた効果検証により、医療者、病院経営者、政策決定者の間でのタスク・シフティング、タスク・シェアリング導入に関する理解やアクションが進むことが期待される。また、今回の調査の対象である医師と看護師間のみならず、あらゆる臨床現場や職種間への適用が可能性も広がると推察される。

• 関連する調査結果

- ✓ 医師の不在時、多忙時も、特定行為研修を修了した看護師によって、患者がケアされている状態がある。全人的なケアの提供や、医療機関と地域をむすぶハブとしてそのような看護師が活躍している状況がある。
- ✓ ケアが行き届くことで、より患者が健康になっている実感があり、多剤服用の回避もできている。

• 今後推進すべき施策

- ✓ 研究促進によるさらなるエビデンスの創出
 - ◇ <国・研究機関>タスク・シフティング、タスク・シェアリングの働き方、患者・当事者のアウトカムに対する効果測定をさらに実施すべきである。
 - ◇ <国・自治体・研究機関>過疎地域等で特別区を設けてのタスク・シフティング、タスク・シェアリングの導入とその効果測定を医療機関、地域単位で実施すべきである。

第1章 机上調査：日本のNCDsに関わる医療者の役割と働き方

1. 日本におけるNCDsとUHC（Universal Health Coverage）

1.1 日本の医療とNCDsについて

わが国の平均寿命は、女性が87.32歳、男性が81.25歳と世界トップレベルである²。一方、日本の疾病構造を死因からみると、戦中・戦後は感染性疾患が中心であったのに対し、現在はがんや心臓・脳血管疾患などのNCDsへと大きく変化してきている。

NCDsとは、世界保健機関（WHO: World Health Organization）の定義で、不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒、大気汚染などにより引き起こされる、がん・糖尿病・循環器疾患・呼吸器疾患・メンタルヘルスをはじめとする慢性疾患をまとめて総称したものである。WHOの統計によると、2016年には、世界で4,100万人がNCDsに起因して死亡し、その数は全死因の約71%にもものぼる。日本においても、総死亡数のうち約82%はNCDsによるものであり、喫煙の課題となっている³。また、特定の疾病や傷害による健康の損失（疾病負荷）を示す指標である障害調整生存年数（DALY）⁴に焦点を当てると、疾病負荷が特に高いのは心血管疾患、がん、筋骨格系障害、精神疾患、糖尿病、慢性呼吸器疾患、神経障害、消化器疾患である⁵。このように、NCDsの疾病負荷はとりわけ高いことがうかがえる。NCDsはしばしば2つないしは3つ以上の疾患が合併した状態で存在し、身体のみならずメンタルヘルスなど複数の医学専門領域にまたがった問題を呈する。また、急性心不全や慢性閉塞性肺疾患急性増悪などに挙げられるように、ときに2次または3次レベルの医療を必要とするため、医療システムとして垂直連携によりケアの継続性を担保することが重要である⁶。また急性期治療を終えた段階で、認知機能障害、身体障害などにより、医療のみならず介護や福祉制度による支援が必要になることがあり医療介護福祉の水平連携も必要である。疾患管理のみならず、生活支援の視点、制度利用の側面において多くの専門職種が関わることになる。

1.2 日本の国民皆保険制度とその課題

ここで、わが国の医療を支えている医療保険制度を紹介する。1947年5月に施行され

² 内閣府「令和2年版高齢社会白書（全体版）」https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/s1_1_1.html（アクセス日2020年12月15日）

³ World Health Organization “Noncommunicable diseases country profiles 2018” <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1151362/retrieve>（アクセス日2020年12月15日）

⁴ 厚生労働省「健康日本21（総論） 総論参考資料」https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/s1.html（アクセス日2020年12月16日）

⁵ Institute for Health Metrics and Evaluation “GBD Compare (2019)” <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>（アクセス日2020年12月15日）

⁶ Thomas, P., Meads, G., Moustafa, A., Nazareth, I., Stange, K. C., & Donnelly Hess, G. (2008). Combined horizontal and vertical integration of care: a goal of practice-based commissioning. *Quality in primary care*, 16(6), 425-432. ISSN 1479-1072

た日本国憲法第 25 条では、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と規定されている。これを受けて、政府主導の社会保障政策が発展し、1961 年に国民皆保険制度が確立され、日本は UHC を達成した⁷。これにより日本は世界有数の健康長寿国に繋がったと言われている。

国民皆保険制度は、国民全員を公的医療保険で保障しており、国民は自分の判断で医療機関や受診頻度を自由に選択すること（フリーアクセス制度）ができ、一定割合の自己負担で必要な医療を受けることができる。医療機関の中で、診療所と病院の双方がプライマリ・ケア、外来診療に関わっていることも特徴である。公的医療保険は、職域保険、国民健康保険（地域保険）、後期高齢者医療制度と大きく 3 つに分けられ、給付内容は原則同じで、全ての国民がいずれかの医療保険に加入し、保険料を納付している。保険料は、加入する医療保険により算出方法が異なるが、収入等に応じて算定され、収入が多い程、保険料も高くなる。被保険者の医療費の自己負担割合は、医療保険間を通じて同じであり、医療費の自己負担割合は、70 歳未満の者は 3 割負担、6 歳（義務教育就学前）未満の子どもは 2 割負担⁸、70 歳から 74 歳までの者は 2 割負担、75 歳以上の低所得者は 1 割負担、70 歳以上で現役並み所得者は 3 割負担など自己負担額の割合は年齢、所得に応じて決められている⁹。また、家計に対する医療費の負担が過重にならないよう、月ごとの自己負担限度額を超えた場合に、その超えた額を支給する高額療養費制度があり、自己負担限度額は、被保険者の年齢、所得によって異なっている。

このように、国民皆保険制度は、「社会保険方式（人生の様々なリスクに備えて、人々があらかじめ保険料を出し合い、実際にリスクに遭遇した人に、必要なお金やサービスを支給する仕組み）」により運営されているが、近年、保険料による収入よりも支出が大変多いため公費を投入しており、財政運営が厳しい状況である。また、2020 年 11 月 7 日現在、65 歳以上の高齢者は全人口の 28.7%を占めており¹⁰、健康を維持するために必要な医療費は年々増加することが予想され、医療技術の進歩に伴い高額な医療も増加している。一方、保険料を主に負担する生産年齢人口（15～64 歳）

⁷ 厚生労働省「平成 24 年版厚生労働白書—社会保障を考える—」

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/dl/1-03.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁸ 都道府県・市区町村で独自の助成が行われており、都道府県では「就学前まで」、市区町村では「15 歳の年度末まで」の助成をしている自治体が多い

⁹ 厚生労働省「我が国の医療保険について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuohoken/iryuuohoken01/index.html（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

¹⁰ 総務省統計局「統計からみた我が国の高齢者—『敬老の日』にちなんで—」

<https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1261.html>（アクセス日 2020 年 11 月 7 日）

は 2019 年度には 7507 万 2 千人で前年に比べ 37 万 9 千人も減少しており、この値は 1950 年以来過去最低であることから¹¹、国民皆保険をいかにして持続可能なものとしていくかが重要な課題となっている。

1.3 日本の医療を取り巻く環境の変化

2025 年頃までに第一次ベビーブーム世代（1947～49 年生まれ）が後期高齢者（75 歳以上）になり、介護・医療費等社会保障費が急増することが指摘されている。医療提供体制に目を向けると、日本の病院は個人及び民間医療機関（医療法人）が 7 割、病床数では 5 割以上を占めており、民間中心の医療提供体制となっている¹²。また、日本の人口当たりの病床数や平均在院日数¹³は減少・短縮化が続いているものの、諸外国と比較すると、病床数は多く、平均在院日数は長く（図 1）、1 床当たりの医療者数は少ないと言われている¹⁴。特に、NCDs の一つであるメンタルヘルス領域では、日本は人口当たり世界最大の精神病床数を有している（2019 年時点、日本の 10 万人当たりの精神病床数平均は 261 床、OECD 加盟国の平均は 45 床）¹⁵。また、2020 年の病院報告によると、最新の精神病床平均在院日数は 279.2 日にのぼり、一般病床の 16.1 日と比較すると長いことが明らかになっている¹⁶。このように、医療者の負担が今後更に高くなることが予想され、医療の供給体制は深刻化している。

¹¹ 総務省統計局「人口推計（2019 年（令和元年）10 月 1 日現在）-全国：年齢（各歳），男女別人口・都道府県：年齢（5 歳階級），男女別人口-」<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2019np/index.html>（アクセス日 2020 年 12 月 14 日）

¹² 厚生労働省「医療提供体制に関する現状と課題」http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000184301.pdf（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

¹³ 平均在院日数に関して、国ごとに入院の定義が異なり算出対象とする病床が異なるため、単純に比較することはできないことに留意する必要がある。

¹⁴ 厚生労働省「平成 28 年版厚生労働白書－人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える－」<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/backdata/01-03-02-06.html>（アクセス日 2020 年 12 月 14 日）

¹⁵ OECD “Hospital beds (indicator)” doi: 10.1787/0191328e-en（アクセス日 2020 年 12 月 14 日）

¹⁶ 厚生労働省「病院報告（令和 2 年 8 月分概数）」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m20/dl/2008kekka.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

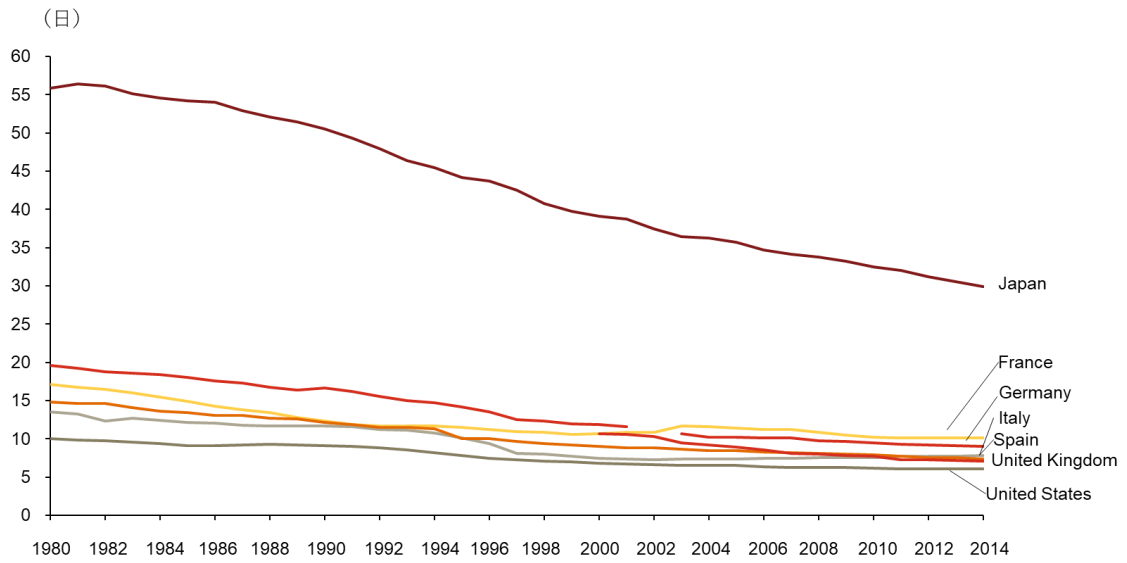


図 1 平均在院日数の国際比較（出典：日本医療政策機構 Japan Health Policy NOW ¹⁷）

¹⁷ 日本医療政策機構「Japan Health Policy NOW—4.1 日本の医療提供体制の概要—」

<http://japanhpn.org/ja/section4-1/>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

2. 日本の NCDs に関わる医療者を取り巻く課題

2.1 日本の医療者と NCDs

2020 年は、新型コロナウイルス感染症による世界的なパンデミックにより、日本でも感染症対策が最優先課題となった年であった。国民皆保険制度が充実している我が国において、今回の新型コロナウイルス感染症によるパンデミックは、医療が有限であり供給には限界があることを一般の人が広く実感を持って感じる機会となったといえる。しかし、過去約 60 年間¹⁸の歴史を振り返ると、日本における医療・公衆衛生課題はその多くが、NCDs に関連しており、医療供給体制についても、パンデミック以前から様々な課題が指摘されている。

日本は高齢者数の増加に伴って NCDs 罹患者が増加していることから、NCDs に従事する医療者、中でも医師、看護師の不足は特に深刻である。前述のとおり、2025 年には第 1 次ベビーブーマー世代が 75 歳以上を迎えることで後期高齢者数がピークを迎え、医療需要が一気に高まる。そして、2040 年には第 2 次ベビーブーマー世代が 65 歳以上になり、その後 2050 年には高齢化率が 40%を超えると推定され、医療の供給不足はさらに深刻になる。医療者の中でも特に、医師と看護師の不足や多忙、専門領域、地域的な偏在が深刻であり、医療の三位一体改革等、近年政策議論が活発に行われている。

2.2 医師の偏在と不足

2018 年度における医師数は 327,210 人で、男性が総数の 78.1%、女性が 21.9%となっている。前回調査の 2016 年度と比較すると、7,730 人（2.4%）増加しており、人口 10 万人対医師数は 258.8 人で、前回に比べて 7.1 人増加している¹⁹。2008 年以降、医学部暫定増員等により、医師の総数は増加傾向にある。2022 年には医師数の需要と供給の均衡がマクロ的にはとれると言われているが²⁰、課題は地域、診療科の偏在である²¹。

地域的な偏在に関しては、医師が大都市に集中する一方で、離島を含む地方では医師

¹⁸ 厚生労働省「平成 26 年版 厚生労働白書」<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-01.pdf>（アクセス日 2020 年 9 月 25 日）

¹⁹ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/index.html>（アクセス日 2020 年 11 月 2 日）

²⁰ 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第 4 次中間取りまとめ」<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000496147.pdf>（アクセス日 2020 年 11 月 2 日）

²¹ 厚生労働省「医師の需給に関する背景」<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000199249.pdf>（アクセス日 2020 年 11 月 2 日）

不足が顕著である。医師の地理的な偏在を示す、医師偏在指数では、三次医療圏での1人当たりに対する医師が最も多い東京都と、最も少ない岩手県では医師数に約2倍の違いがある。二次医療圏レベルで比較すると東京の中央区と北秋田で約11倍の違いがある²²。これらの偏在是正のため、厚生労働省では医療従事者の需給に関する検討会を2015年に設置し、2019年3月に医師需給分科会第4次中間取りまとめを発表した²³。医師の偏在・不足是正対策としては、将来の医療需要と医療供給者数のバランスを勘案することが必要だが、短期的には医師供給が十分に足りている地域から不足地域への派遣で対応し、長期的には大学医学部への地域枠等設定により是正を行う方針である。

また、医師は診療科間によって数に大きなばらつきがある。日本で医師になるためには高等学校等を卒業後、大学医学部で6年間学び、医師国家試験に合格し、その後2年以上の初期臨床研修において様々な診療科での臨床経験を積むことが義務化されている。専門医の取得は、旧制度下においては、初期臨床研修後、各専門の学会が独自に定めるプログラムを終了することで専門医を掲げることができたが、学会が乱立し、認定基準も統一されていなかった結果、100種類以上の専門医が存在した²⁴。しかし、専門医の質や領域間での統一性が担保されない状況があり、2018年4月より新専門医制度が施行され、中立的な第三者機関である一般社団法人日本専門医機構が一元的に専門医資格を認定することとなった。現在、19の専門医が設定されている²⁵。厚生労働省による必要医師実態調査（全体数のみならず診療科別や都道府県・二次医療圏別に算出）によると、2036年に最も医師数が不足する見通しなのは内科で、14,189人分足りなくなるとされる^{26,27}。続いて、外科4363人、脳神経外科2523人と10領域で必要医師数の増加が深刻である。

²² 厚生労働省「医師偏在指標」<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000480270.pdf>（アクセス日 2020年12月4日）

²³ 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第4次中間取りまとめ」<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000496147.pdf>（アクセス日 2020年11月2日）

²⁴ 厚生労働省「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会資料 専門医制度の現状と課題」<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000163149.pdf>（アクセス日 2020年12月4日）

²⁵ 厚生労働省「一般社団法人日本専門医認定機構について」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000078756.html>（アクセス日 2020年12月10日）

²⁶ 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第29回 医師受給分科会 平成31年2月27日 参考資料 都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通し（たたき台）」<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000483701.pdf>（アクセス日 2020年12月4日）

²⁷ m3.com「内科、外科など10科は必要数増、精神科など8科は減 2019年2月18日」<https://www.m3.com/open/iryolshin/article/660394/>（アクセス日 2020年12月16日）

これら医師の不足・偏在は、医師の過重労働に拍車をかけており、医師の働き方改善に向けた具体的な施策が進みつつある。医師は、応召義務に加えて、高度な専門性を求められること、最新の医療技術や知識の絶え間ない取得、質の高い医療へのニーズ、患者・当事者家族とのコミュニケーション等、体力的な重圧に加えて精神的なプレッシャーも多いとされる。しかし、医師自身の健康悪化への影響が課題になっており、職務遂行能力の低下から重大な医療事故に繋がる可能性も指摘される。医師の多忙、不足、偏在是正を目的とした具体的な政策議論、対策の詳細は「第1章：3. 高齢人口の増加に向けた医療の三位一体改革」で詳細に述べる。

2.3 看護師の不足と偏在

最新のデータによると看護師の数は2018年に2016年比で約6%増加しているものの、高齢化による医療需要の高まりに対して、医師のみならず看護師の不足も課題であり、2025年には6万人～27万人の看護師が不足すると言われている²⁸。2016年3月に厚生労働省において「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」が設置され、2019年11月に中間とりまとめが発表された²⁹。看護師不足の背景には、夜勤や不規則かつ長時間勤務、人間関係、また患者からの暴力やハラスメント等も問題となっている³⁰。看護師の約92%が女性であり³¹、ライフステージの変化から勤務継続が困難な場面があるとも言われる。離職率は正規雇用の看護師で年間約10.9%、新卒の看護師で7.5%と高い水準で横ばいに推移している。また、看護師不足のもう一つの背景として、「1.3 日本の医療を取り巻く環境の変化」でも記述があったとおり世界最長の入院日数や、OECD平均で比較しても圧倒的に多い病床数といった、日本固有の状況も影響していると言える。看護師一人当たりのシフト時間を減らす等、働き方改革が進むことで、1人当たりの負担は減るが、数を増やして需要に対応する必要がある。一度離職した看護師が職場に戻ってこれるためのサポート体制の強化や、タスク・シフティング、タスク・シェアリング、特定行為を通じた看護職の職務範囲の積極的な定義付けが求められる。

²⁸ 厚生労働省「看護職員受給分科会」https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_338805.html（アクセス日2020年10月7日）

²⁹ 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07927.html（アクセス日2020年10月7日）

³⁰ 厚生労働省「看護職員受給分科会」https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_338805.html（アクセス日2020年10月7日）

³¹ 衛生行政報告例2018年（厚生労働省）<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/18/>（アクセス日2020年10月7日）

現在、新卒看護師のうち、9割が病院に勤務されているが、地域包括ケア（厚生労働省は2014年より、高齢者の尊厳の保持と自立生活支援を目的に、住み慣れた地域で人生の最後を送ることができるよう、多職種が連携し住まい、医療、介護、生活支援、予防が一体となりサービスが提供される地域包括ケアシステムの構築を各都道府県に働きかけている）³²が推進され、病院以外にも訪問看護事業所、在宅医療サービス、介護事業所等、多様な療養の場に看護ニーズがある。医療機関で比較的看護師が充足しているにもかかわらず、それ以外の領域や就業場所、山間・離島で不足している状況があり、人の充足が望まれる。例えば、高齢化に伴いさらに高いニーズが見込まれる訪問看護事業所では求人倍率が3.78倍と病院に比べて人手が不足しているが、経験の少ない新卒看護師が勤務するにはハードルが高い環境であり、都道府県ナースセンターによる研修・教育システムの開発、頒布による人材育成、マッチングが始まっている。また、経験のある看護師が訪問看護事業所や介護事業所に転籍するケースが増えているが、4割弱の新規採用者が介護保険事業所を離職しているというデータもあり、スキルや理想とニーズのアンマッチ解消も必要であり、待遇改善の議論も進みつつある³³。地域の偏在については、山間・離島等、地方に残る看護学生に対して、独自に奨学金を都道府県が出しているところもあり、看護師確保、定着の施策の一つとなっている³⁴。以上のように、看護師も医師と同様に、領域・地域別偏在の是正や働き方改革が早急に求められている。看護師の役割や働き方変革については「I章：7.NCDs対策におけるコメディカルの役割」、「II章：タスク・シフティング、シェアリング医療者の声」で深掘りする。

³² 厚生労働省「地域包括ケアシステム」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（アクセス日2020年12月17日）

³³ 厚生労働省「介護人材の処遇改善について」<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000365533.pdf>（アクセス日2020年12月17日）

³⁴ 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ 令和元年11月15日（金）」<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000567572.pdf>（アクセス日2020年12月17日）

3. 高齢人口の増加に向けた医療の三位一体改革

2040 年にピークを迎える高齢人口の増加に対応できる医療提供体制の構築に向け、「地域医療構想」、「医療従事者の働き方改革」、「医師偏在対策」を三位一体で推進する、総合的な医療提供体制改革（医療の三位一体改革）が進められている³⁵。これら 3 つの改革は、相互かつ密接に関連していることから、別個の課題ではなく三位一体で推進することが必要である。例えば、地域医療提供体制の機能分化、集約化、重点化が実現しないことには医師の働き方改革は難しく、地域医療構想の実現を目指すことで、医師偏在の是正推進に繋がる。それぞれの詳細については下記に記載する。

3.1 地域医療構想

2025 年までに団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者になり、医療・介護費用が急増すると推測されている。さらに、高齢者人口の増加率は地域によって差があり、それぞれの地域で必要とされる医療機能に見合った資源を効果的かつ効率的に配分するために、急性期から回復期、慢性期と患者の状態にあわせたより良質な医療サービスが提供される体制整備が必要であるという認識のもと、都道府県は医療計画の中で「地域医療構想」を定めることになった。医療介護総合確保推進法による改正後の医療法では、医療計画において地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として、厚生労働省令で定める基準に従い定める区域（構想区域）における、次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想（地域医療構想）を定めることが規定された。都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、構想区域ごとの各医療機能の将来必要量を含めた地域医療構想を策定し、医療計画に新たに盛り込み、医療機関のさらなる機能分化を推進することとされた。地域医療構想の内容については、2025 年の医療需要（入院、外来別・疾患別患者数等）、2025 年に目指すべき医療提供体制（2 次医療圏ごとの医療機能別の必要量等）、目指すべき医療提供体制を実現するための施策等が盛り込まれている。

3.2 医師偏在対策

「2.2 医師の偏在と不足」で述べた通り、2008 年以降、医学部定員の大幅な増員により、人口当たりの医師数は増加傾向にある。その一方で、地域・診療科によっては医師不足が指摘され、医師の地域偏在・診療科偏在が課題となっている³⁶。

こうした状況を受け、厚生労働省は 2036 年に全ての都道府県において医療ニーズを満たす医師が確保されている状態することを目標とし、医師偏在対策を進めている。

2017 年 12 月には医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会において、第 2 次

³⁵ 厚生労働省「医療提供体制の改革について（第 66 回社会保障審議会医療部会 資料 1-1）」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000504323.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 4 日）

³⁶ 厚生労働省「医師偏在対策について（厚生労働省 医療政策研修会）」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000194394.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 4 日）

中間取りまとめが公表され³⁷、医師偏在対策における基本的な考え方及び具体的な医師偏在対策が示された。この取りまとめを踏まえ、2018 年 3 月に今後の医師偏在対策の基本的な枠組みが定めた「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」が第 196 回国会に提出され、同年 7 月に成立した。具体的な医師偏在対策は下記 5 項目である。

- 医師偏在指標の導入及び医師少数区域／医師多数区域の定義付け
- 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化
- 医師養成過程を通じた医師確保
- 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応
- 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

医師偏在指標の導入及び医師少数区域／医師多数区域の定義付け

これまで地域・診療科ごとの医師数の比較においては、人口 10 万人対医師数が用いられていたが、将来の人口推移や地域の医療ニーズ、医師の性別・年齢分布、へき地や離島などの地理的条件等の要素が考慮されておらず、医師偏在の度合いを適切に示す指標の必要性が指摘されていた³⁸。2019 年 3 月に公表された医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第 4 次中間取りまとめでは、上記の要素を考慮した医師偏在指標が設計された³⁹。

また上記で設計された医師偏在指標に基づき、全国の二次医療圏の上位 33.3%を医師多数区域、下位 33.3%を医師少数区域と設定し、医師少数区域には重点的な医師確保対策を行うこととした。

都道府県における医師確保対策の実施体制の強化

2018 年 7 月に成立した医療法及び医師法の一部を改正する法律に基づき、都道府県は、都道府県内における医師の確保方針、医師偏在指標に基づく医師確保の目標及び目標の達成に向けた施策内容を定める「医師確保計画」を医療計画に盛り込み、3 年ごと（初回のみ 4 年）にその内容を見直すこととされた。

医師養成過程を通じた医師確保

³⁷ 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第 2 次中間取りまとめ」
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000188997.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 4 日）

³⁸ 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第 2 次中間取りまとめ」
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000188997.pdf>
 （アクセス日 2020 年 12 月 4 日）

³⁹ 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第 4 次中間取りまとめ」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000496147.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 4 日）

「2.2 医師の偏在と不足」でも記載の通り、日本における医師養成の過程は、6年間の卒前教育、卒業後の医師国家試験を経て、医師法に基づく2年以上の臨床研修を修了するまで8年を要するため、医師養成過程を通じた医師確保には長期的な視座が必要である。また臨床研修終了後は、男女ともに9割以上の医師が専門医資格の取得を希望し、3年以上の専門医研修を受ける⁴⁰。

医師養成過程を通じた医師偏在対策については、医学部入学時点、臨床研修、専門研修の各過程で取組が進められている。医学部入学時点においては、地域枠出身者や地元出身者の定着率が高いこと等を踏まえ、医学部における地域枠・地元出身者枠の設定が実施されている。2018年の医療法改正により、都道府県知事が、大学に対して地域への定着率の高い地域枠や地元出身者枠の設置・増設の要請を行うことが可能となった。また臨床研修における偏在対策として、2018年の医療法及び医師法改正に基づき、これまで主に国が行ってきた臨床研修病院の指定・定員設定を都道府県が行うこととなった。専門研修の過程においては、一般社団法人日本専門医機構が、厚生労働大臣の要請に基づき、都道府県別診療科必要医師数帯及び養成数を基に、各都道府県別診療科の必要医師数に達している診療科に対して、一定のシーリングを設定すること等が実施されている。

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応として、医療計画において「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（外来医療計画）」を追加し、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する協議の場を設け、関係者と協議を行うこととされた⁴¹。

医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進に向けた取組として、医師少数区域等における6か月以上の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度、また当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みが創設された⁴²。

上記の取組は主に地域ごとの医師の偏在を是正する取り組みであり、診療科別の医師の偏在是正策は十分に組み込まれていない現状にある。第4次取りまとめでは、当面の対応として、現状の医療の姿を前提とした人口動態・疾病構造変化を考慮した診療

⁴⁰ 厚生労働省「専門医に関する経緯と最近の動向について」<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000199734.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 4 日）

⁴¹ 厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン・外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」<https://www.mhlw.go.jp/content/000550063.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 4 日）

⁴² 厚生労働省「医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度の概要」https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/20200901_seidogaiyou.pdf（アクセス日 2020 年 12 月 4 日）

科ごとの医師の需要の変化を推計し、現時点で利用可能なデータを用いて、必要な補正を行なった将来の診療科ごとの将来必要な医師数の見通しを全国及び都道府県ごとに推計することとされている。こうした推計値を基に各都道府県が、県外からの適切な医師派遣調整等や地域枠医師が適切に診療科選択できるような取組を行っていくこと、専門医制度におけるシーリング設定等が期待される。

また産科、小児科については、他科に比べ増加割合が少なく労働時間が長時間となる傾向にあり、地域偏在に早急に対応する必要があること等の理由から、暫定的に診療科別医師偏在指標を示し、各都道府県が産科、小児科に限定した医師確保計画を策定することとなった。各都道府県は、上記指標に基づき二次医療圏の下位 33.3%に該当する地域を相対的医師少数区域とし、産科医師及び小児科医師の総数を確保するための施策を検討するとしている。

以上の通り、医師確保、偏在対策の推進における都道府県の権限・役割は拡大しており、各都道府県は地域の実情に応じて、また他の医療政策との整合性を図りながら、客観的なデータに基づき主体的に医師の確保、偏在に取り組むことが求められている。

3.3 医師の働き方改革

日本の医療は、医師の長時間労働によって支えられてきた。厚生労働省によれば、約 20 万人の病院勤務医のうち、約 4 割の医師について、月 80 時間（年間 960 時間）の時間外労働を行っていることが推計されている⁴³。また他職種と比べても顕著な長時間の労働実態となっており、総務省平成 24 年就業構造基本調査によれば、1 週間の労働時間が週 60 時間を超える雇用者の割合は医師 41.8%と最も高い割合が示されている⁴⁴。こうした状況を受け、医師の働き方改革が進められている。

働き方改革については、少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少や、育児や介護との両立など、労働者のニーズの多様化等の背景から、医療分野に限らず、すべての労働者において改革が進められている。2018 年 7 月には「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」が公布され、労働者の時間外労働の上限規制を導入する改正労働基準法が 2019 年 4 月に施行された。医師については、応召義務⁴⁵等の特殊性を

⁴³ 厚生労働省「医師の勤務実態について（第 9 回医師の働き方改革に関する検討会資料）」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000349220.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 15 日）

⁴⁴ 厚生労働省「医師の勤務実態等について（第 1 回医師の働き方改革に関する検討会資料）」

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173612.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 15 日）

⁴⁵ 医師法第 19 条に、医師の応召義務が規定されており、診療に従事する医師は、正当な事由がなければ患者からの診療の求めを拒んではならないとされている。

踏まえた対応が必要であることから、改正労働基準法の施行から5年後（2024年）に時間外労働規制を適用することとされた。

医師の勤務実態については、厚生労働省が2020年7月に公表した「医師の勤務実態調査の概要⁴⁶」によると、週労働時間が60-70時間（年間960時間）以上の病院常勤勤務医が全体の37.8%となっており、男女問わず20代、30代の医師の勤務時間が長い傾向にある。2016年に厚生労働科学特別研究として実施された「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査⁴⁷」によれば、1週間で平均55時間程度の勤務状況にあり、これに当直・オンコールの待機時間（男性16時間、女性12時間）が加わる。また診療科別でみると、救急科、外科、臨床研修医は勤務時間／週（「診療」＋「診療外」）が特に長い傾向があり、救急科55.9時間（当直・オンコール待機時間18.4時間）、外科54.7時間（当直・オンコール待機時間16.5時間）、臨床研修医53.7時間（当直・オンコール待機時間13.5時間）となっている。

こうした状況を受け、2017年8月に厚生労働省は「医師の働き方改革に関する検討会」を設け、2019年3月28日に報告書を取りまとめた⁴⁸。報告書では、「労働時間短縮を強力に進めていくための具体的方向性」として、下記3つが挙げられている。

- 医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化や勤務環境改善）
- 地域医療提供体制における機能分化・連携、プライマリ・ケアの充実、集約化・重点化の推進（これを促進するための医療情報の整理・共有化を含む）、医師偏在対策の推進
- 上手な医療のかかり方の周知

また2024年4月から適用される時間外労働の上限については、「診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準（A水準）」が原則適用されることとなる。A水準では、一般労働者と同様労働基準法第36条第4項の限度時間と同じ時間数（月45時間・年360時間）、臨時的な必要がある場合に限り、月最長100時間（例外あり）、年960時間までの延長が認められる。

⁴⁶ 厚生労働省「令和元年 医師の勤務実態調査の概要」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000653217.pdf>（アクセス日 2020年12月15日）

⁴⁷ 厚生労働省「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161146.pdf>（アクセス日 2020年12月15日）

⁴⁸ 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000526009.pdf>（アクセス日 2020年12月15日）

しかしながら、地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ず A 水準を超えざるを得ない場合が想定されることから、暫定措置として「地域医療確保暫定特例水準（B 水準）」が設定されている。B 水準では、A 水準と同様月 45 時間・年 360 時間が上限時間として適応されているが、臨時的な必要がある場合に限り、月最長 100 時間（例外あり）、年 1,860 時間までの延長が認められている。B 水準の終了年限については、2036 年度を都道府県ごとの医師の地域偏在解消の目標年としていることを鑑み、2035 年度末を目標としている。

さらに初期研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラム／カリキュラムに参加する後期研修医を対象として、「集中的技能向上水準（C-1 水準）」、臨床従事期間が 6 年目以降の医師のうち、特定分野・医療機関において一定期間高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う医師を対象として、「集中的技能向上水準（C-2 水準）」が設定されている。上限時間については、B 水準と同等である。C 水準の適正な上限時間設定については継続的な検証を実施するとしている。

また、これらの時間外労働規制と合わせて、上限時間を超えて労働させる場合に現在雇用主に求められている健康福祉確保措置に加え、追加的健康確保措置の設定が検討されている。具体的には、連続勤務時間制限・勤務間インターバル等の設置や面接指導、面接指導を受けた医師の健康状態に応じた就業上の措置の実施などが含まれる。

「医師の働き方改革に関する検討会」の報告書を踏まえ、厚生労働省は 2019 年 7 月に「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を設置し、引き続き検討すべき事項について議論が進められている。

診療報酬改定においても、医師等の働き方改革推進に向けた取組が進められている。2020 年度の診療報酬改定の基本方針においては、重点課題の第一の項目として「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」が挙げられた。2020 年度における診療報酬改定の具体的な項目として下記が挙げられている。

- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療提供体制等の評価
- 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- タスク・シフティング、タスク・シェアリングのためのチーム医療等の推進
- 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進

しかし、新型コロナウイルス感染症の拡大により、2020 年 4 月 7 日には緊急事態宣言が発令され、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」の議論に遅れが生じている。また新型コロナウイルス感染症への対応は医療現場に大きな負担となっており、

多くの医療機関の経営を圧迫している。こうした状況から公益社団法人日本医師会⁴⁹は 2020 年 6 月に「医師の特殊性を踏まえた働き方改革検討委員会 答申『地域住民が安心して暮らせる医療提供体制を維持し、医学の進歩に資する働き方の検討』⁵⁰」を公表し、2024 年に導入が予定されている時間外労働の上限規制や、その他医師の働き方改革の推進に向けた取組等に懸念が示される等、改革の推進には課題も多い。

⁴⁹ 公益社団法人 日本医師会は、1916 年に設立された 47 都道府県医師会の会員をもって組織する学術専門団体で、医師の任意加入団体である。<https://www.med.or.jp/>（アクセス日 2020 年 12 月 15 日）

⁵⁰ 日本医師会「医師の特殊性を踏まえた働き方改革検討委員会 答申」http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200617_2.pdf（アクセス日 2020 年 12 月 15 日）

4. 患者と医療者の臨床場面における協働

4.1 上手な医療のかかり方の周知

日本の医療提供体制は、国民皆保険制度の下、フリーアクセス制度があるため、どの医療機関でも受診することができる。国民にとって医療のアクセス向上につながる一方で、夜間の時間外受診や休日受診の増加等により、医療者の過重労働を発生させている側面もある。そのため、医療の受け手側である国民には正しい情報に基づいた適切な受診行動が求められる。医師の働き方改革に関する検討会報告書においても、医師の労働時間短縮を進めるための具体的方向性の一つとして、「上手な医療のかかり方の周知」が挙げられている。こうした背景から、厚生労働省は2018年10月に「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」を設け、「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言を発表した⁵¹。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言 5つの方策

- 患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること
- 医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること
- 緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること
- 信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること
- チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること

この宣言に基づき、厚生労働省はウェブサイトやポスター等での情報提供や上手な医療のかかり方への貢献に資する優れた啓発活動・取組を表彰する「上手な医療のかかり方アワード」等の取組を通じて、啓発を行っている。

4.2 患者・当事者のエンパワーメント

またNCDアライアンス・ジャパンでは、2020年9月に医療サービスの供給側と受け手側が共に参画し、双方が持つ力を最大限に発揮できる「フラットな医療システム」の構築を目指す提言書を発表した。「医師の働き方改革に関する検討会」報告書にも言及されている通り、国民が安心して必要な医療を受ける観点からは、医療提供者側の取組だけでなく、患者やその家族である国民の医療のかかり方に関する理解が欠かせない。NCDアライアンス・ジャパンは、患者・当事者のエンパワーメントの重要性を指摘し、疾患や健康情報、医療機関へのかかり方などに関する健康教育の実施や、信頼できる医療情報サイトの認証・支援を通じた正しい医療情報の提供、Decision Aid（意思決定ガイド）の開発及び既存ツールの活用推進を提言している。

⁵¹ 厚生労働省『『いのちをまもり、医療をまもる国民プロジェクト宣言！』第5回上手な医療のかかり方を広めるための懇談会（H30,12,17）資料2』<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000473642.pdf>（アクセス日2020年12月21日）

5. NCDs 対策におけるかかりつけ医・総合診療専門医の役割と地域医療

NCDs に分類される多くの疾病は、早期発見、早期介入が、予後の経過において非常に重要である。例えば、厚生労働省が重点領域に指定しており、いわゆる五大疾病と言われる、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患においても、定期的な診療や検査による早期発見、早期治療により、重症化予防や改善が見込まれる。

また、高齢化が進む日本においては、多くの高齢者が複数の NCDs を併発している。東京都健康長寿医療センターの調査によると、実際に 75 歳以上の 80% 以上が複数の NCDs を抱えていることが明らかになった。複数の NCDs 疾患を抱えることは、患者・当事者の心身機能や生活の質の低下に繋がり、受診、検査、治療ニーズを複雑化する。そのため、臓器横断や疾患横断の診療が必要であり、複数の医療機関や診療科との連携や重複・多剤投薬の回避が必要である⁵²。

一方、日本の医療制度における 1 つの大きな特徴として、プライマリ・ケアを専門とする医師育成制度が諸外国に比べて不足している。2018 年より 19 番目の専門医として総合診療専門医の育成が始まったが、家庭医療や総合診療を専門とする医師はほとんど存在せず、臓器専門医がプライマリ・ケアを担当するなど、世界的にみて非常にユニークなシステムである⁵³。NCDs に対する医療者の有効な働き方を考える上で、プライマリ・ケアの担う役割は避けて通れない議論である。

5.1 かかりつけ医

かかりつけ医の定義

かかりつけ医に関して、明確な定義や資格は存在していないが、2015 年 8 月の日本医師会・四病院団体協議会 合同提言「医療提供体制のあり方」において、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師のこと」と定義している⁵⁴。さらに、日本医師会は、かかりつけ医機能のあるべき姿を評価し、研修制度による医師の能力向上に努めている他、市民に対してもかかりつけ医を持つことを強く推奨している。また、厚生労働省も限りある医療資源の効率的な

⁵² Mitsutake, S., Ishizaki, T., Teramoto, C., Shimizu, S., & Ito, H. (2019). Peer Reviewed: Patterns of Co-Occurrence of Chronic Disease Among Older Adults in Tokyo, Japan. Preventing Chronic Disease, 16. doi: 10.5888/pcd16.180170. 東京都健康長寿医療センターが 131 万件のレセプトデータを分析（アクセス日 2020 年 12 月 17 日）

⁵³ 井伊雅子「日本のプライマリ・ケア制度の特徴と問題点」

https://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list7/r123/r123_02.pdf（アクセス日 2020 年 12 月 17 日）

⁵⁴ 日本医師会・四病院団体協議会 合同提言「医療提供体制のあり方」

https://www.aiha.or.jp/topics/4byou/pdf/131007_1.pdf（アクセス日 2020 年 12 月 17 日）

活用の観点から、フリーアクセスを守りつつ、大病院の外来は紹介患者を中心として、一般的な外来受診はかかりつけ医に相談することを基本とするシステムの普及を推進している⁵⁵。

NCDs 対策におけるかかりつけ医の役割

かかりつけ医を持つメリットとしては、全人的かつ継続的な予防、診療が可能なことである。普段の健康状態を医師が把握していることから、疾患の早期発見、早期介入を可能にし、必要に応じて他専門診療科や医療機関に繋ぐ役割を持っている。家族で診療している場合は、病歴や遺伝的な要素についても理解が早く効果的な NCDs 疾患予防が可能である。また、社会保障費の観点では、効率的な医療の提供を実現し、医療費削減に繋がる点においても重要である⁵⁶。それから、患者・当事者の希望する価値観、生き方についても把握していることから、病気を診るだけでなくその人全体を診ることを可能とし、患者・当事者の高い満足度に繋がっている。実際、日本医療政策機構の調査でも、かかりつけ医がいる人ほど健康に気を使い、生活習慣に気を付けていることがわかっており、一方でかかりつけ医がいない人は「治療法や薬の選択時に自分自身の考え・好み・生活習慣や送りたい生活をいつも話す」ことに関して、かかりつけ医がいる人の半分以上という結果が明らかになっている⁵⁷。

かかりつけ医を持つ人の実態

2017 年の日本医師会総合政策研究機構の調査によると、かかりつけ医を持つ人の割合は全体では 56% で高齢者の間では 80% を超えていることが明らかになった。かかりつけ医を持つ人の 7 割はその医師が健康全般に責任を感じており、良好な医師・患者関係が浮かび上がった。ただし、かかりつけ医に対する期待は多かつ多様であり、今後の普及に向けて医療側のさらなる対応や連携体制を検討する必要がある⁵⁸。

2018 年の診療報酬改定により、かかりつけ機能に関わる診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否判断等、初診時における診療機能を評価

⁵⁵ 厚生労働省「かかりつけ医の普及の観点からの 外来時の定額負担について」

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000143289.pdf (アクセス日 2020 年 10 月 4 日)

⁵⁶ 福岡市医師会「医療情報室レポート特集：総合医について考える」

<https://www.city.fukuoka.med.or.jp/jouhousitsu/report187.html> (アクセス日 2020 年 10 月 4 日)

⁵⁷ 日本医療政策機構「患者・当事者と医療者のより良いコミュニケーションの実現に向けた提言 ～医療の供給側と受け手側の双方の力が同等に発揮される「フラットな医療システム」を目指して～」

<https://hgpi.org/research/ncd2020.html> (アクセス日 2020 年 12 月 17 日)

⁵⁸ 日本医師会総合政策研究機構 (2017) 「第 6 回 日本の医療に関する意識調査」

<https://www.jmari.med.or.jp/download/WP384.pdf> (アクセス日 2020 年 10 月 4 日)

する観点からの加算が新設された⁵⁹。このように機能強化加算や地域包括診療料を通じて、かかりつけ医機能を評価する仕組みが導入されている。一方で、2017年の健康保険組合連合会の調査⁶⁰では、日頃から決まって診察を受ける医師・医療機関はないと回答した人が32.7%、2020年度に日本医療政策機構が発表した調査⁶¹においても、かかりつけ医はいないと回答した人が全体の27.2%と、いずれの調査においても調査対象者の約3割の人は、かかりつけ医またはかかりつけの医療機関をもっていないことが分かる。その理由として、適当な医療機関をどう探してよいのかわからないという声もあり、医療機関へのインセンティブ付与のみならず、患者・当事者側への情報提供も合わせて検討する必要があると考えられる。こうした課題を踏まえ、2020年度診療報酬改定において、かかりつけ医機能を評価する機能評価加算の要件に、院内の掲示等を通して、医療機関が有するかかりつけ医機能について、患者に情報提供を行うことが追加されている⁶²。

かかりつけ医に関する今後の課題

健康予防、増進のため、また医療提供の全体効率化のためにもかかりつけ医を持つことが推奨されるが、高齢化が進み、認知症と共に生きる人が増加している日本において、かかりつけ医の役割はとりわけ期待されている。認知症は早期発見、早期介入が重要であるが、かかりつけ医による、早期発見、認知症疾患医療センター等の専門医療機関への受診勧奨、一般患者としての日常的な疾患対応（診断・治療）と健康管理、家族の介護負担や不安への理解、地域の介護サービスとの連携といった役割が期待される⁶³。しかし、全てのかかりつけ機能を持つ医療機関が対応できているとはいえ、今後、医師研修のさらなる充実、地域におけるかかりつけ医同士の連携等、かかりつけ医機能の強化が必要である。

5.2 総合診療専門医

総合診療専門医の定義

⁵⁹ 厚生労働省「平成30年度診療報酬改定 Ⅰ-2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価③」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197995.pdf>
(アクセス日 2020年12月18日)

⁶⁰ 健康保険組合連合会(2017)「医療・医療保険制度に関する国民意識調査」
https://www.kenporen.com/include/press/2017/20170925_7.pdf (アクセス日 2020年7月17日)

⁶¹ 日本医療政策機構「患者・当事者と医療者のより良いコミュニケーションの実現に向けた提言 ～医療の供給側と受け手側の双方の力が同等に発揮される「フラットな医療システム」を目指して～」
<https://hgpi.org/research/ncd2020.html> (アクセス日 2020年12月17日)

⁶² 厚生労働省「平成30年度診療報酬改定 Ⅰ-2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価③」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197995.pdf>
(アクセス日 2020年12月18日)

⁶³ 「地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進」保健医療科学 2012 Vol.61 No.2 p.125-129 <https://www.niph.go.jp/journal/data/61-2/201261020008.pdf> (アクセス日 2020年12月17日)

医療の分化、深化が専門領域に進む一方で、複数疾患を併発する高齢者の増加に対応すべく、総合的に臓器を横断して診れる人が求められるようになっている。医師は自身の専門でない隣の臓器は診断や治療の対象とせず他の診療科を勧め、患者・当事者は、自身が適当だと考える診療科を訪れるが、必ずしもその症状を診察するのに最適な診療科を受診できるとは限らないといった、非効率が発生している⁶⁴。このような状況に対応すべく、2013年4月の厚生労働省 専門医の在り方に関する検討会報告書にもとづいて19番目の専門医として総合診療専門医が設定された。2018年より新専門医制度が開始し、専門医認定を一手に担う一般社団法人日本専門医認定機構⁶⁵が総合診療専門医の研修を開始し、2019年には177名が総合診療専門医として採用されている⁶⁶。

総合診療専門医の役割

総合診療専門医は、患者を多角的にみる、家族・生活背景をみる（職場や医療専門職と連携）、地域全体を見る⁶⁷ことが求められており、あらゆる健康問題について、包括的、全人的、継続的に対応することが求められる地域の保健医療福祉機能ともいえる⁶⁸。実際、高齢者に多い複数疾患罹患や社会、生活の脆弱性を持つ患者を地域の医療資源把握や多職種との連携による退院支援に関して、強みを持っている。総合診療専門医の研修を受けた医師は、総合診療部門（総合診療科・総合内科等）を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、がん・非がん患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供することができるとされている。また、禁煙外来、ワクチン外来、漢方外来といった、専門診療科を超えた、NCDs 予防の領域を病院総合医が担うこともある。

総合診療専門医に対する国民の理解と期待

⁶⁴ 東京医科歯科大学総合診療医学総合診療科 当教室・当科の紹介「総合診療医がなぜ求められるか」
http://www.tmd.ac.jp/grad/fmed/information/column_why.html（アクセス日 2020 年 12 月 17 日）

⁶⁵ 厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」報告書を受けて 2014 年 5 月に設立。新たな専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準を作成し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的行うこととされている。（一般社団法人 日本専門医認定機構ウェブサイト <https://jmsb.or.jp/>）（アクセス日 2020 年 12 月 17 日）

⁶⁶ 厚生労働省「2019（平成 31）年度 専攻医採用数」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000491858.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 22 日）

⁶⁷ 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「総合診療医という選択」<http://sogoshinryo.jp/>（アクセス日 2020 年 12 月 17 日）

⁶⁸ 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会「認定医、専門医、指導医の概要」<http://www.primary-care.or.jp/nintei/overview.html>（アクセス日 2020 年 12 月 17 日）

2017 年度に実施された「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」の中で約 4,000 人の市民を対象に行った「総合診療医に対する住民の意識調査」では、総合診療専門医の認知度は 17.2%に過ぎなかった。その中でも、総合診療専門医の役割に関して、包括的診療能力についての認知度は高かったが、生活を基盤とした在宅医療を含む地域思考アプローチは認知度が低かった。一方で、総合診療専門医の資格を有する医師をかかりつけ医としたいか、また総合診療専門医に身近にいてほしいかを各総合診療専門医の特性ごとに聞いた質問では、前向きな回答をした人はいずれも 7 割以上で、期待が寄せられていることがわかった。現在かかりつけ医がいる人でも、4 人に一人は重複受診の経験があり、かかりつけ医が患者のニーズに十分に答えられていない実態が推察された⁶⁹。

総合診療専門医に関する今後の課題

総合診療専門医は新しい制度であり、今後ますます NCDs 対策において重要な役割を担っていくことが期待される。高齢者や複数の NCDs を持つ人への対処のニーズは高く、前述の「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」では病院総合医部門が既にある病院では 96.6%の病院管理者が継続したいと回答し、もたない病院のうち 76.5%が病院総合医部門の必要性を感じると答えている⁷⁰。総合診療専門医の育成は、対応する臓器が明確でない場合、大きな病院で主治医が決まらない場合や、専門領域以外の疾患を担当せざるを得ない状況にも対応する人材として、期待が集まる。

5.3 かかりつけ医・総合診療専門医の NCDs 予防と早期発見における役割の可能性

NCDs の中でも特に、がんは早期発見、早期治療が疾患治癒、生存率、また経済的にメリットが高いとされる。日本では胃がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんに対する検診が推奨されている。

家庭医や総合診療医制度が確立された国においては、患者がプライマリ・ケア医に登録することが求められ、そこで健康維持の一貫として科学的根拠に基づいた健康診断が実施されている^{71,72}。プライマリ・ケアを担う家庭医や内科医が健康維持に関する教

⁶⁹ 草場鉄周（2018）「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究 第 3 部 総合診療医に対する住民の意識調査」厚生労働科学研究事業, 27-32. https://soshin.pcmed-tsukuba.jp/education/report/pdf/03_001.pdf（アクセス日 2020 年 12 月 18 日）

⁷⁰ 川島篤志（2018）「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究 第 5 部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言」厚生労働科学研究事業, 232-239. https://soshin.pcmed-tsukuba.jp/education/report/pdf/05_004.pdf

⁷¹ Canadian Task Force on Preventive Health Care. CTFPHC Guidelines. <https://canadiantaskforce.ca>（アクセス日 2020 年 12 月 18 日）

⁷² U.S. Preventive Services Task Force. <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/>（アクセス日 2020 年 12 月 18 日）

育を受けており、医療者が提供する包括的なケアの一貫として、がん検診を含めた健診を実施している。一方、日本において健康診断の実施主体は保険者または事業主である。市町村は健康増進法に基づき、公費負担で実施しているところがほとんどであるが、自己負担が発生する場所もある。日本の健診制度において、がん検診は努力義務になっているものの、医療保険の加入者に対して義務はなく、保険者や事業主を超えた統一的な基準を有していない。職域によるがん検診については任意で実施されており、保険者や事業者ごとにがん検診の種類や検査項目⁷³が異なり、また検診データの管理が一元化されていないという問題がある。そういった状況を鑑みて、厚生労働省は職域におけるがん検診に関するマニュアルを策定し、推奨するがん検診の種類や検査項目等を明確化した⁷⁴。

2016 年に実施された国民生活基礎調査によれば、日本のがん検診受診率は、男性においては胃がん、肺がん、大腸がんにおいて 4-5 割であり、女性においては子宮頸がん、乳がんを含めた 5 つのがん検診で 3-4 割である。(図 2)。その内訳では、がん検診受診者のおよそ 3-6 割が、職域でがん検診を受診していることが明らかとなった。職域における検診は任意で実施されている。検診受診率を高め、早期発見を高めていくことは NCDs の効果的な管理につながると考えられる。

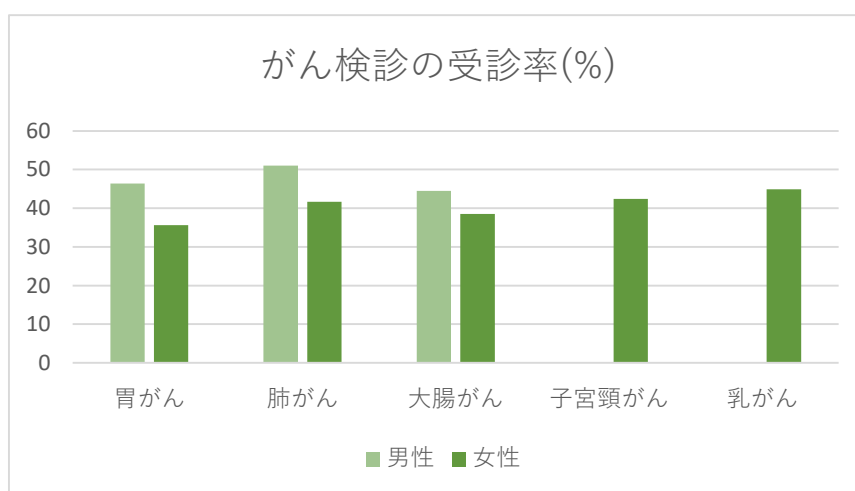


図 2 平成 28 年国民生活基礎調査

健診は診療報酬に認められる医療行為外の扱いとなっているが、プライマリ・ケアに従

月 18 日)

⁷³ 厚生労働省「職域におけるがん検診の課題と今後の方向性」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000514754.pdf> (アクセス日 2020 年 12 月 18 日)

⁷⁴ 厚生労働省「職域におけるがん検診に関するマニュアル」<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000204422.pdf> (アクセス日 2020 年 12 月 18 日)

事する医療者が検診を推進することで、診療報酬上のインセンティブを受けることができれば、医療機関を受診するタイミングで検診を推し進めることにつながる可能性がある。同時に保険者にとっても、がん検診によりがんを早期発見することにより遅れて発見された場合よりも保険料の負担が減ると考えられる。がん検診を定期的に受けることで、被保険者の保険料負担が減る、または追加接種が必要な予防接種のクーポンが配布されるなど、何らかのインセンティブが検診受診促進を促す契機となる可能性がある。

5.4 NCDs 対策における在宅医療

地域包括ケアを担う多職種連携による在宅医療

政府による地域包括ケアの推進により NCDs を抱えた人を含め、高齢者を地域で見守る環境の構築が進みつつある。地域包括ケアでは基礎自治体が中心となり、医療機関や介護事業所、ソーシャルワーカーなどと連携しながら効率的なサービスの提供を図っている。在宅医療は、NCDs 患者・当事者を病院完結型の医療から、地域全体で治し支える地域完結型の医療・介護に欠かせない要素の一つである。

1992 年に制度として認められた在宅医療は、疾病構造が感染症中心から NCDs に代わり、人口動態の変化による高齢者増加に対応するためだった。現在では、自宅や介護事業所等に医師だけでなく、看護師、薬剤師、栄養士、歯科医師、リハビリ専門職等が訪問してサービスを提供しており、高齢者に限らず、医療的ケアを必要とすることも含めた全国民が対象となる。厚生労働省は、医療の高度化、複雑化に伴う業務の増大に対応するため、専門性を前提とし、目的や情報を共有し、業務を分担し、連携補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する多職種連携を推進している⁷⁵。

在宅医療のメリットと課題

在宅医療のメリットは、計画的かつ定期的に様々な専門職が連携して関わることで、患者・当事者が住み慣れた地域、自宅にて療養できることである。しかし一方で医療者への負担が大きく、24 時間対応体制の構築やチーム医療の提供が課題である。これらの課題解決のため、2018 年度の診療報酬改定では、24 時間対応や医師配置基準の緩和、在宅医療への移行実績をより評価する仕組みが導入されている⁷⁶。また、チー

⁷⁵ 厚生労働省「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 7 日）

⁷⁶ 厚生労働省「平成 30 年度診療報酬改定 I-2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価③」

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197995.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 18 日）

ム医療を提供するための情報共有システムの構築が一部の地域ではじまっているが、一般化されているとはいえないことから、今後医療者にとってより持続可能な在宅医療提供体制の構築が望まれる⁷⁷。

⁷⁷ 厚生労働省「在宅医療従事者負担軽減の支援」

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_02-02.pdf（アクセス日
2020 年 12 月 7 日）

6. NCDs 外来診療における医師の役割

外来診療の多くを占める NCDs

患者調査をもとにした推計外来患者数を参照すると、高血圧性疾患、糖尿病、脂質異常症といった生活習慣病が多く、10 年前と比較して増加傾向にある⁷⁸ (図 3)。また、65-84 歳においては、高齢になるほど生活習慣病を有する者が多く、複数の医療機関を受診した患者の割合が多い傾向がみられる。外来診療においても NCDs が占める割合は高いと言える。

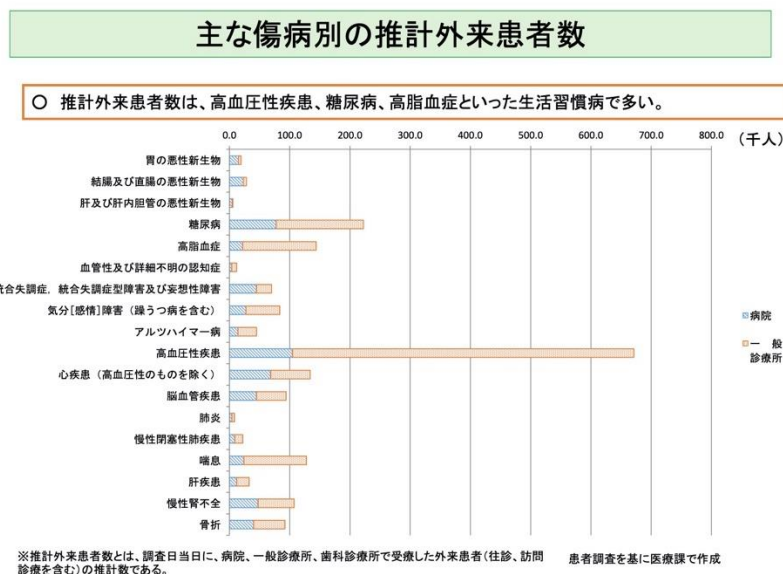


図 3 外来診療 (その 1) . 中央社会保険医療協議会 会議資料 平成 29 年 2 月⁷⁶

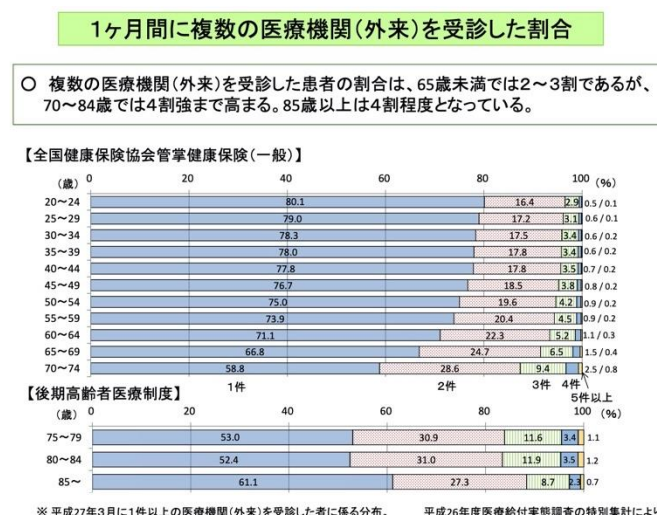


図 4 平成 26 年度医療給付実態調査の特別集計により作成

⁷⁸ 中央社会保険医療協議会「外来医療 (その 1)」 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000154055.pdf> (アクセス日 2020 年 12 月 17 日)

入院診療については、2003 年に診断群分類による包括評価支払制（DPC, Diagnostic Procedure Combination）が導入され、該当する病院は入院診療データの提出が求められるようになった。これによりナショナルデータベース構築、診療の質およびコスト管理につながった。その一方で、外来診療における診療の質とコストを評価し管理するシステムが欠落していることが指摘されている⁵²。それを踏まえた上で、外来診療における医療者の効果的な働き方について、外来診療の頻度と質の観点から考察したい。

外来受診回数と診察時間における特徴

まず、外来受診回数と診察時間に分けて分析する。外来受診回数に関して、2020 OECD Health data を参照したい。それによると、日本における 1 人あたりの年間外来受診回数は 12.6 回と突出している。これに対して、オーストラリアの 1 人あたりの年間外来受診回数は 7.8 回、デンマークは 3.8 回である。NCDs の治療内容においては、短期間のうちに頻回の医療機関受診が望まれる状況もあるだろうが、総じて日本における受診回数が多いことは明らかとなっている。また、外来受診回数については地域差が大きいことも指摘されている。これらは外来診療が標準化されていない可能性を示唆している。

外来診療における一般的な処方日数は 30 日とされ、2002 年以降は状況に応じて長期処方も可能となっている。日本では繰り返し利用可能な処方箋（リフィル処方）は認められていない。他の OECD 加盟国と比較し受診回数が多いことの仮説としては、薬剤の処方日数制限により受診間隔が短くなりやすい、また外来診療が出来高ベースであり、患者側が希望すればより頻繁に医療機関を受診したほうが医療機関としての経営面のメリットが高いことが推察される。

診察時間に関する議論としては、厚労省の平成 29 年度受療行動調査によれば、病院の種類別にみた診察時間は 5-10 分未満が 38.3%と最も多く、そのうち 5 分未満が 28.2%を占めている。病院の種類別でみると、特定機能病院においては 58.2%、大病院においては 66.1%が 10 分未満である。プライマリ・ケアを担っていると考えられる小病院においても 28.0%が 5 分未満、33.0%が 5-10 分未満という結果であった。一方で、欧州 6 カ国の総合診療医（General practitioner）を対象にした横断研究において、平均診察時間が 5 分以下の国は存在しなかった。診察時間は、医師、患者、またはそれぞれの所属する国と関連した要因で決定され、心理社会的な側面に関わる問題を抱える患者においては診察時間が長くなる傾向がみられた⁷⁹。

外来診療の質に関してはさきほど述べたように研究が少ない。質の指標となるアウトカムを設定し評価する際の困難性が影響していると考えられる。NCDs は往々にして併存疾患を有している。疾患が相互に関連し、単一診療科の治療のみでは終わらず、例え

⁷⁹ Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., & De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325(7362), 472.

ば虚血性心疾患と気分障害のように複数の専門領域にまたがるアプローチが必要となることがある。血圧、血糖値、コレステロール値といった単一疾病に対する指標のみならず、多疾患合併状態（multimorbidity）の管理を示す包括性の指標として、患者の行動変容に関する指標、介護必要度の経時的な変化など複合的なアウトカム指標を設定し、測定することでケアの質が明らかになるのか、今後の研究が待たれる分野である。

外来診療体制の見直しによる医師の働き方改善の可能性

NCDs の患者・当事者でとりわけ状態が安定し、外来における管理が必要な人については、プライマリ・ケアのレベルで対応できるケースは多いと推察される。前述のように 5-10 分程度の短い診療時間で、併存症を有する患者に関する薬物治療の他に、生活習慣の是正、心理社会面へアセスメントなどどこまでアプローチできているかについては懸念があるが、明らかでない部分があり、今後の研究で明らかにする必要がある。

日本は外来受診が多く、1 回あたりの診察時間が諸外国よりも短い傾向にある。かかりつけ医やプライマリ・ケア医が NCDs に対してより効率的でかつ包括的なケアを提供するためには、診療において単に検査結果の確認や処方のみには重きを置くのではなく、併存症の管理、心理社会的面への働きかけなど NCDs を有する患者が抱える多面的な問題にアプローチするために体制を確立することが考えられる。そのためには外来診療において受診回数の適正化と診察時間の確保を進め、より包括的な診療に対する体制を整えることに対して診療報酬加算を設ける、または外来診療における包括支払い制度を導入するなどの検討は有効な打ち手となる可能性がある。

7 NCDs 対策におけるコメディカルの役割

7.1 コメディカルの役割強化

NCDs の患者・当事者に対するコメディカルの役割

NCDs の患者・当事者は、自身の生活の中で疾患を上手にコントロールし、急性憎悪や合併症等の発症を可能な限り予防する必要がある。そのため、NCDs の患者・当事者を支える医療者には疾患の管理のみならず、療養支援のための観察やケアの実施、自己管理の支援等様々な医療やケアの実践が長期にわたって求められる。そこで、医師以外のコメディカルを積極的に活用し、多職種間協働を図ることによって医療の質を高めるとともに、効率的な医療サービスを提供するチーム医療が様々な医療現場で実践されている。

日本の医療現場で活躍する主なコメディカル

- 看護師：「保健師助産師看護師法（保助看法）⁸⁰」に基づき、傷病者や妊産婦の療養上の世話や、診察の補助を行う。療養上の世話については看護師が独自の判断にて実施できるが、医師の指示がなく単独で医行為を行うことは保助看法で禁止されており、診療はあくまでも補助としての実施にとどまる。例外として、臨時応急の手当てや助産師の業務に当然に付随する行為に関しては、医師と同等の行為を行うことが可能である。また、公益社団法人 日本看護協会では、国民への質の高い医療の提供を目的に専門看護師、認定看護師、認定看護管理者の 3 つの資格認定制度を設立し、運営している⁸¹。さらに、2014 年 6 月には「特定行為に係る看護師の研修制度⁸²」が創設された。また、さらなる看護師の役割拡大の推進に向け、看護の基盤を持ちながら、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療等を行う、米国等のようなナース・プラクティショナー制度⁸³の構築についても議論されている。
- 専門看護師⁸⁴：看護師として 5 年以上の実践経験を持ち、看護系の大学院で修士課程を修了して必要な単位を取得した後に、専門看護師認定審査に合格することで取得できる資格である。患者や家族に起きている問題を総合的に捉えて判断する力と広い視野を持って、専門看護分野の専門性を発揮しながら

⁸⁰ 厚生労働省「保健師助産師看護師法」https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80078000&dataType=0&pageNo=1（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁸¹ 公益社団法人 日本看護協会「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」<https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁸² 公益社団法人 日本看護協会「認定看護管理者」<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/tokuteikenshu/index.html>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁸³ 公益社団法人 日本看護協会「ナース・プラクティショナー（仮称）制度の構築」https://www.nurse.or.jp/nursing/np_system/index.html（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁸⁴ 公益社団法人 日本看護協会「専門看護師」<https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

専門看護師の 6 つの役割「実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究」を果たし、施設全体や地域の看護の質の向上に努める。がん看護、精神看護、地域看護、老年看護、小児看護、母性看護、慢性疾患看護、急性・重症患者看護、感染症看護、家族支援、在宅看護、遺伝看護、災害看護の 13 分野が専門看護分野として特定されている。日本国内で就業している看護師約 121 万 9000 名（2018 年 12 月時点）のうち、現在 2,279 名の専門看護師（2018 年 12 月時点）が全国で活動している。

- 認定看護師⁸⁵：看護師として 5 年以上の実践経験を持ち、公益社団法人 日本看護協会が定める 600 時間以上の認定看護師教育を修め、認定看護師認定審査に合格することで取得できる資格である。患者・家族によりよい看護を提供できるよう、認定看護分野ごとの専門性を発揮しながら認定看護師の 3 つの役割「実践・指導・相談」を果たして、看護の質の向上に努める。救急看護や感染管理、糖尿病看護等 21 分野が認定看護分野として特定されている。日本国内で就業している看護師約 121 万 9000 名（2018 年 12 月時点）のうち、20,960 名（2019 年 7 月時点）の認定看護師が全国で活動している。
- 認定看護管理者⁸⁶：看護師として 5 年以上の実践経験を持ち、公益社団法人 日本看護協会が定める 510 時間以上の認定看護管理者教育を修めるか、大学院で看護管理に関する単位を取得して修士課程を修了した後に、認定看護管理者認定審査に合格することで取得できる資格である。患者・家族や地域住民に対し、より質の高いサービスを提供できるよう、自身が管理する組織の課題を明らかにし、組織内の様々な部署や人に働きかけて、組織全体のサービス提供体制の向上に取り組む。また、地域の組織間の連携を図る等、地域全体の医療・看護の質の向上に努める。日本国内で就業している看護師約 121 万 9000 名（2018 年 12 月時点）のうち、3,328 名（2017 年 8 月時点）の認定看護管理者が全国で活動している。
- 特定行為研修を修了した看護師：特定行為研修を受けた看護師が一部拡大された医行為を特定行為として実施することが保助看法にて認められている。特定行為の内容については後述する。
- ナース・プラクティショナー：米国等では、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療等を行うことができるナース・プラクティショナーという看護職の資格があり、医療現場で活躍している。しかし、現在の日本の法律においては、看護職は、医師の指示を受けなければ医行為を行うことはできず、また、診断や処方を行うことはできない。したがって、米国等のナース・プラクティ

⁸⁵ 公益社団法人 日本看護協会「認定看護師」<https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁸⁶ 公益社団法人 日本看護協会「認定看護管理者」<https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cna>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

ショナーに相当する資格は、現在の日本にはない。現在は、一般社団法人 日本 NP 教育大学院協議会（JONPF: Japanese Organization of Nurse Practitioner Faculties）⁸⁷や一般社団法人 日本看護系大学協議会（JANPU: Japan Association of Nursing Programs in Universities）⁸⁸によって指定された大学院において 2 年間修士課程で医学を学び、JONPF や JANPU のナース・プラクティショナー認定試験に合格することで、取得できる。

- 薬剤師⁸⁹：「薬剤師法」に基づき、医師や歯科医師の処方箋に基づいて調剤を行う。また、調剤した医薬品に関して患者またはその家族にきちんと説明し、必要な薬学的知見に基づいた指導を行う。さらに、その処方箋の中に不明確な点があれば、それを医師や歯科医師に問い合わせる疑義照会も行う。
- 臨床検査技師：「臨床検査技師等に関する法律⁹⁰」に基づき、医師や歯科医師の指示のもと、身体の構造や機能に関する様々な生体情報を調べる。心電図や肺活量、脳波、超音波検査等の生体検査と、採取した血液、尿や細胞等の検体を調べる検体検査がある。
- 診療放射線技師：「診療放射線技師法⁹¹」に基づき医師または歯科医師の指示のもと、放射線を人体に照射する。X 線撮影をはじめとして、CT(Computed Tomography) や MRI(Magnetic Resonance Imaging)、超音波検査、核医学検査 (RI 検査)、放射線治療等も行う。
- 理学療法士：「理学療法士及び作業療法士法⁹²」に基づき、けがや病気等で身体に障害のある人や、障害の発生が予測される人に対して、基本動作能力の回復や維持、および障害の悪化の予防を目的に、運動療法や物理療法等を用いて、自立した日常生活が送れるように支援する。

⁸⁷ 一般社団法人 日本 NP 教育大学院協議会 <https://www.jonpf.jp/>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁸⁸ 一般社団法人 日本看護系大学協議会「ナースプラクティショナー資格認定試験要項」<https://www.janpu.or.jp/np/>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁸⁹ 厚生労働省「薬剤師法」https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=81001000&dataType=0&pageNo=1（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁹⁰ 厚生労働省「臨床検査技師等に関する法律」https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc_keyword?keyword=%E8%87%A8%E5%BA%8A%E6%A4%9C%E6%9F%BB%E6%8A%80%E5%B8%AB%E7%AD%89%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E6%B3%95%E5%BE%8B&dataId=80020000&dataType=0&pageNo=1&mode=0（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁹¹ 厚生労働省「診療放射線技師法」https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80012000&dataType=0&pageNo=1（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁹² 厚生労働省「理学療法士及び作業療法士法」https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80038000&dataType=0&pageNo=1（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

- 作業療法士：「理学療法士及び作業療法士法」の基づき、身体または精神に障害のあるものに対し、主としてその応用的動作能力や社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工芸そのほかの作業を行わせる。
- 言語聴覚士：「言語聴覚士法⁹³」に基づき、言葉によるコミュニケーションに問題のある患者に対し、専門的なサービスを提供し、自分らしい生活を構築できるように支援する。接触・嚥下の問題に対しても対応する。
- 管理栄養士：「栄養士法⁹⁴」に基づき、病院や高齢者施設において、病態に合わせた食形態や、必要な栄養素が充足する食事を提供し、栄養状態の維持向上と病態・病状の改善を目指す。また、自宅でも食事管理ができるような食生活と栄養の指導も行う。
- 医療ソーシャルワーカー：法律上の資格制度はないが、1989年に通知され、2002年に改定された「医療ソーシャルワーカー業務指針⁹⁵」に基づき、療養中の心理的・社会的問題の解決調整援助、退院援助、社会復帰援助、受診・受療援助、経済的問題の解決調整援助等を行う

7.2 NCDs の患者・当事者を支えるチーム医療

医療・介護の連携

回復期のチーム医療：急性期治療を受け、病状が安定し始めた病気の発症・術後から1～2か月後の状態である回復期においては、褥瘡対策や栄養管理、感染対策といった課題に対応することが求められている。回復期リハビリテーション病棟においては、診療報酬における配置基準よりも多くのリハビリテーションスタッフ（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、配置基準には規定されていない管理栄養士、社会福祉士等を配置している施設も多い。様々な専門職を手厚く配置し、専門職間で日常的に情報交換・検討を行うとともに、専門的視点に立って評価・プログラム作成を行い、カンファレンスで統一した目標に向かってチームアプローチを行う。

リハビリテーションのチーム医療：リハビリテーションにおいては、実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として、リハビリテーションチームによって全人的アプローチが行われている。リハビリテーションスタッフだけではなく様々な職種とカンファレンスを軸にした情報共有と連携を通じてチームとしての共通目標の設定、家族の参加等について合意形成しながら進める。特に関係職種間での情報共有と、専門職種

⁹³ 厚生労働省「言語聴覚士法」 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80998053&dataType=0&pageNo=1（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁹⁴ 厚生労働省「栄養士法」 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=78317000&dataType=0&pageNo=1（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁹⁵ 厚生労働省「医療ソーシャルワーカー業務指針普及のための協力依頼について」 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta4496&dataType=1&pageNo=1（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

が互いに尊重し合うことが重要である。

医療・介護・福祉の連携

在宅医療のチーム医療：病院等で医療を受けた患者・家族に、退院後も切れ目なく在宅療養生活に必要な医療と支援を提供することは、今後の在院日数の更なる短縮に向けて重要となる。医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、保健師等の職種からなる退院支援調整チームが入院時から、退院に向けての視野を持ち、チーム目標を共有し、連携強化をはかることにより、退院後の環境調整が可能であり、早期に在宅生活に復帰することに寄与している。また、在宅医療における医師と看護師の連携については、患者対応のスピードが求められると共に実施する医療行為には様々なものがあることから、在宅医療を担う医療機関と訪問看護を担う機関が提供する医療に関する哲学や実際のやり方を共有することが重要である。さらに、在宅医療では訪問診療、訪問歯科診療、訪問服薬指導、訪問看護、訪問リハビリテーション及び訪問介護のチームアプローチが必要であり、医療だけでなく自宅へのベッド導入等介護との連携が重要である。また、使用される医療機器の種類が増加しており、高度な機種も在宅医療で使用されていることから、臨床工学技士等が患者や家族等に対する適正使用方法の教育や運転状況の確認、保守点検等を行うことが必要である。

7.3 タスク・シフティング、タスク・シェアリングのこれまでの取り組み

前述したチーム医療の実現には、各医療機関に医療関係職種を十分に配置する必要がある。一方、2000年代初め、医師、特に病院に勤務する若年・中堅層の医師を中心に、極めて厳しい勤務環境に置かれていることが問題視され、一つの要因として、医師でなくても対応可能な業務までも医師が行っている現状があるとの声が相次いだ⁹⁶。また、看護師等の医療職については、その専門性を発揮できていないとの指摘がされた。それを受け、2007年12月に発出された厚生労働省医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」では、医師、看護師等のコメディカルが専門性を必要とする業務に専念することにより、効率的な業務運営がなされるよう、医師等でなくても対応可能な業務等について整理し、次の3つについて役割分担の具体例が提示された。

- (1) 医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担（書類作成等、ベッドメイキング、院内の物品の運搬・補充、患者の検査室等への移送、入院時の案内、食事の配膳等）
- (2) 医師と助産師との役割分担

⁹⁶ 厚生労働省「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について（通知）」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000025aq3-att/2r98520000025axw.pdf>

（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

- (3) 医師と看護師等の医療関係職との役割分担（薬剤の投与量の調節、静脈注射、救急医療等における診療の優先順位の決定、入院中の療養生活に関する対応、患者・家族への説明、採決・検査についての説明、薬剤の管理、医療機器の管理）

さらに、2010年にはチーム医療の推進に関する検討会による報告書⁹⁷を踏まえ、医師以外の医療スタッフが実施できる業務内容が以下の通り、整理された⁹⁸。

- (1) 薬剤師：薬剤の種類・投与量等の変更、処方の提案、薬学的管理等
- (2) リハビリテーション関係職種：喀痰等の吸引、日常生活に関するADL訓練等
- (3) 管理栄養士：一般食の内容の決定、特別治療食の内容の提案、患者に対する栄養指導等
- (4) 臨床工学技士：喀痰等の吸引、動脈留置カテーテルからの採血
- (5) 診療放射線技師：画像診断における読影の補助、放射線検査等に関する説明・相談
- (6) その他（医療ソーシャルワーカー、診療情報管理士、医療クラーク等）：診断書や主治医意見書等の書類作成や検体や書類・伝票等の運搬業務等

そして、2014年にはチーム医療を推進する観点より、特定行為に係る看護師の研修制度の創設等を盛り込んだ「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）⁹⁹」が成立し、公布された。これによって、特定行為に係る看護師の研修制度が創設され、診療放射線技師や臨床検査技師の業務範囲が拡大された。特定行為とは、診療の補助であり、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる38の行為のことを指す¹⁰⁰。

主な特定行為

- ・ 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
- ・ 侵襲的陽圧換気の設定の変更

⁹⁷ 厚生労働省「チーム医療の推進について」<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁹⁸ 厚生労働省「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について（通知）」<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000025aq3-att/2r98520000025axw.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

⁹⁹ 厚生労働省「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部施行に伴う関係政令の整備等及び経過措置に関する政令」https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82ab4710&dataType=0&pageNo=1（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

¹⁰⁰ 厚生労働省「特定行為とは」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000050325.html>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

- 非侵襲的陽圧換気の設定の変更
- 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
- 人工呼吸器からの離脱
- 気管カニューレの交換
- 一時的ペースメーカーの操作及び管理 等

一方で、医師からタスクを受ける側である看護師をはじめとしたコメディカルの負担軽減の観点より、2020 年度の診療報酬改定では医師だけでなく、医療職全体の働き方改革が進められるように配慮された。下記に主なものを挙げる。

(1) 医師事務作業補助体制整備加算・入退院支援加算

医療事務スタッフや転院調整看護師（あるいは社会福祉士）の確保ができるようにこれらの加算が引き上げられた。

(2) 急性期看護補助加算

看護師の負担軽減策として、従来から看護補助者の配置が勧められてきた。看護補助者は、看護師の指導下に患者の食事、清潔、排泄、入浴、移動等を世話し、さらに病室内の環境整備、ベッドメイキング等の業務を行う重要な役割である。しかし、多くの病院が看護補助者の確保に難航しているという現状を受け、2020 年度診療報酬改定では、急性期看護補助加算の点数が引き上げられ、看護補助研修の要件も簡素化された。

(3) 看護職員夜間配置加算

看護師の夜勤者を十分確保することも多くの病院にとって大きな課題であったため、看護職員夜間配置加算もその点数が引き上げられた。同時に、この看護職員夜間配置加算には、算定要件の施設基準に「ICT、AI、IoT 等の活用」が明記され、眠りセンサーやインカム等を活用することで夜勤業務を効率化し、夜間看護の負担軽減に関する取り組みが後押しされた。

7.4 タスク・シフティング、タスク・シェアリングに関する昨今の議論

医師の働き方改革に向けた検討会の設置

2019 年には医師の長時間労働の実態が改めて取り上げられ、医師の働き方改革に向けて、今後、さらなる労働時間を短縮していくことが求められるようになり、「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」が立ち上げられた。2024 年 4 月から適用される医師の時間外労働規制に向けて、医師の労働時間短縮のための方法について、現行制度の下でのタスク・シフティングを最大限推進することと各コメディカルが自らの能力を生かし、より能動的に対応できる仕組みを整えるため、引き続き議論されている¹⁰¹。

¹⁰¹ 厚生労働省「第 6 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」<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000597765.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

看護師の特定行為研修制度の普及の現状

前述した 2024 年 4 月から医師の働き方改革が開始されるにあたって、看護師の特定行為研修制度に対する病院側の関心がここ 1~2 年、大きな高まりを見せている。一方で、研修制度の普及の現状は芳しくなく、厚生労働省が「2025 年度までに研修修了者を 10 万人とする」という目標をかかげている一方で、日本国内で就業している看護師約 121 万 9000 名（2018 年 12 月時点）のうち、2020 年 7 月現在で研修終了看護師は 2,646 名¹⁰²、同年 8 月時点の研修機関は全国で 222 機関¹⁰³にとどまっている。養成が進まない背景として、看護師の特定行為が医師の理解を得られず、活動機会が少ない現状があること等が指摘されている。一方で、本研修制度導入時である 2015 年に実施された特定行為研修に関するアンケートでは、看護師の 6 割が研修を希望していることが明らかになっている¹⁰⁴。希望する看護師が研修を受け、実践の場で活躍できるような臨床体制の整備が急務である。

2019 年 4 月からは、研修時間の短縮等を測るため、在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理、術中麻酔管理の 3 領域について、パッケージ研修（共通科目を整理し、実施頻度の高い特定行為をパッケージ化して研修すること）が導入され、同年 10 月には救急領域も追加された。研修機関の拡充を図るとともに、特定行為研修の終了の促進および修了者に対する適切な処遇を図る等、看護会派もとより、医療界全体としてこの研修を看護師のキャリアパスとして位置付け活用していくことが重要である。

¹⁰² 厚生労働省「特定行為に係る看護師の研修制度を修了した看護師について」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194945.html>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

¹⁰³ 厚生労働省「特定行為研修を行う指定研修機関等の状況」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000685477.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

¹⁰⁴ 日経メディカル A ナーシング「6 割の看護師が特定行為研修を受けたい」

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/anursing/report/201510/544199.html>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

8. NCDs 対策におけるオンライン診療

8.1 オンライン診療に関連する用語の定義

本項では、NCDs 対策におけるオンライン診療の可能性について検証していく。オンライン診療は、以前は遠隔診療と呼ばれていたが、近年では、インターネットや IoT¹⁰⁵ デバイスを介した診療全般をオンライン診療と呼ぶようになっている。しかし、2018 年に厚生労働省が「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の中で示した定義では、情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為自体を遠隔診療と呼び、その中にオンライン診療、オンライン受診勧奨、遠隔健康医療相談の 3 つが含まれる¹⁰⁶。図 1 に主な用語の定義を記載する。

- 遠隔医療
情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為
- オンライン診療
遠隔医療のうち、医師－患者間において、情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い診断結果の伝達や処方等の診療行為を、リアルタイムにより行う行為
- オンライン受診勧奨
遠隔医療のうち、医師－患者間において、情報通信機器を通して患者の診察を行い、医療機関への受診勧奨をリアルタイムにより行う行為であり、患者からの症状の訴えや、問診などの心身の状態の情報収集に基づき、疑われる疾患等を判断して、疾患名を列挙し受診すべき適切な診療料を選択するなど、患者個人の心身の状態に応じた必要な最低限の医学的判断を伴う受診勧奨
- 遠隔健康医療相談（医師）
遠隔医療のうち、医師－相談者間において、情報通信機器を活用して得られた情報のやりとりを行い、患者個人の心身の状態に応じた必要な医学的助言を行う行為。相談者の個別的な状態を踏まえた診断など具体的判断は伴わないもの
- 遠隔健康医療相談（医師以外）
遠隔医療のうち、医師以外の者－相談者間において、情報通信機器を活用して得られた情報のやりとりを行うが、一般的な医学的な情報の提供や、一般的な受診勧奨に留まり、相談者の個別的な状態を踏まえた疾患の罹患可能性の提示・診断等の医学的判断を伴わない行為

¹⁰⁵ Internet of Things

¹⁰⁶ 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」[000534254.pdf \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/shingi2_000534254.pdf)（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

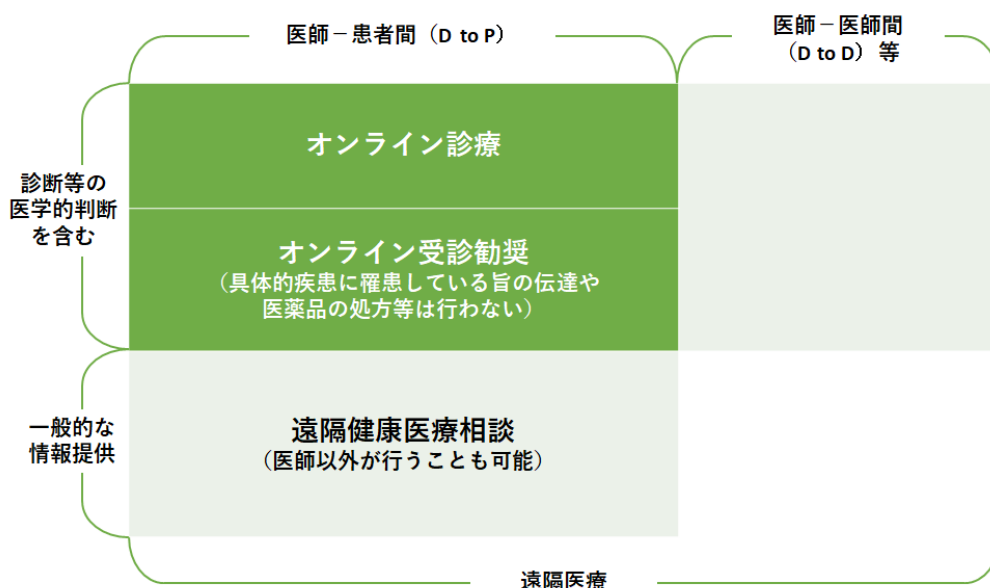


図5 遠隔医療、オンライン診療、オンライン受診勧奨、遠隔健康医療相談の関連¹⁰⁷

8.2 NCDs の患者・当事者とオンライン診療の親和性

NCDs の特徴として、罹患期間が長期に及ぶケースが多いことが挙げられる。そのため、多くの NCDs の患者・当事者は診察や治療、検査のために医療機関を定期的、かつ長期間にわたって受診する必要がある。このような NCDs の診療の場にオンライン診療の積極的に活用することで、受診に伴う患者の身体的・精神的な負担を軽減でき、定期的な受診を促進することができる。実際に、健康保険組合連合会の意識調査¹⁰⁸では、再診時のオンライン診療に対する希望について、「持病あり」群の 9.6%が「とても利用したいと思う」、41.5%が「利用したいと思う」と回答した（合計 51.1%）。これは、初診時からオンライン診療を希望すると回答した 34.9%を大きく上回る結果であった。再診時のオンライン診療の利用が患者の負担を軽減し、定期的な受診行動に繋がれば、適切な治療や自己管理の継続が行われ、結果としてオンライン診療が重症化予防といった疾病予後の向上に寄与すると言える¹⁰⁹。

一方、NCDs の中でも高血圧や糖尿病といった自覚症状が少なく、病気の進行が急速でないことが多い疾患については、初回の受診が遅れ、治療そのものが開始されていないケースも少なくない。日本医療政策機構が 2016 年に実施した医療における情報通信技

¹⁰⁷ 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」[000534254.pdf \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/shingi2_000534254.pdf)（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）を参考に作成

¹⁰⁸ 健康保険組合連合会「新型コロナウイルス感染拡大期における受診意識調査について（速報版）」<https://online-m.org/wp-content/uploads/3037b6153ad716a64a268479ee1b72b5.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

¹⁰⁹ 日本オンライン診療研究会「臨床におけるオンライン診療の手引き」<https://online-m.org/wp-content/uploads/3037b6153ad716a64a268479ee1b72b5.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

術（ICT: Information and Communication Technology）に関する意識調査¹¹⁰では、生活習慣病などの NCDs の未治療群の回答者は、予防および症状が安定している NCDs の治療において、過半数が遠隔診療を活用したいと回答した。また、これら未治療群の 58% が遠隔診療を受けてみたい理由として、通院の手間を挙げている。本調査結果より、NCDs の未治療群では、その治療開始を妨げている通院の手間等の要因を取り除くことのできる遠隔診療が治療を始めるきっかけとなる可能性があるとして唆された。

8.3 オンライン診療の変遷

オンライン診療の政府方針や運用を取り巻く変遷を下記図 6 に示す。

年月	出来事
1996 年	当時の厚生省に遠隔医療研究班が設置
1997 年 12 月	当時の厚生省が「遠隔診療は、あくまで直接の対面診療を補完するものとして行うべきものである」とし、遠隔診療は医師法の無診察診療に該当しない考えを通知 ・対象を例示（離島、へき地。慢性期疾患の患者など病状が安定している患者（在宅患者））
2003 年 3 月	当時の厚生省が対面診療と適切に組み合わせて行われるときは、遠隔診療によっても差し支えないことを通知
2008 年 7 月	総務省と厚生労働省による遠隔医療の推進方策に関する懇親会による中間とりまとめが公表 ・「慢性期（再診）、健康管理、予防医療、生活習慣にかかわるもの」については、基本的には遠隔医療が選択可能であることの明確化の必要性 ・遠隔医療にかかわる診療報酬の適切な活用に関する検討の必要性
2015 年 8 月	厚生労働省が離島、へき地があくまで例示であることを事務連絡
2017 年 7 月	保険者が実施する禁煙外来について、対面診療の必要性について柔軟な取り扱いができることを通知
2018 年 3 月	「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の策定 ・初診は原則対面診療
2018 年 4 月	2018 年度 診療報酬改定 ・オンライン診察料等を新設
2020 年 2 月	新型コロナウイルス感染症対応 ・新型コロナウイルス感染症の疑いがある患者に対し初診からオンラインで行うことは困難（遠隔健康医療相談とオンライン受診勧奨は可） ・慢性疾患を有する定期受診患者に対し、オンライン診療を行って電話等最新を算定し、処方を行うことが可能

¹¹⁰ 日本医療政策機構「2016 年医療 ICT に関する意識調査」<https://hgpi.org/research/644.html>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

2020 年 4 月	2020 年度 診療報酬改定 ・ オンライン診療料等の要件の見直し、対象患者の拡大 ・ オンライン服薬指導の評価（2020 年 9 月～）
2020 年 4 月	初診対面原則の時限的・特例的対応 以下のケースについて対応可能（情報通信機器、電話とも） 1. 既に診断され、治療中の慢性疾患で定期受診中の患者に対し、新たに別の症状についての診療・処方を行う場合 2. 過去に受診履歴のある患者に対し、新たに生じた症状についての診療・処方を行う場合 3. 過去に受診履歴のない患者に対して診療を行う場合（初診対面原則の緩和） 4. 過去に受診履歴のない患者に対し、かかりつけ医等からの情報提供を受けて、新たに生じた症状についての診断・処方を行う場合
2020 年 9 月	オンライン服薬指導解禁（新型コロナウイルス感染症対応以前の決定事項） ・ オンライン診療時の処方箋に基づくオンライン服薬指導 ・ 訪問診療による処方箋に基づく調剤
2020 年 10 月	関係 3 閣僚が「初診含めたオンライン診療の原則解禁」で合意

図 6 オンライン診療の変遷¹¹¹

新型コロナウイルス感染症の感染拡大をきっかけに 2020 年 4 月には初診対面原則が緩和される等、オンライン診療は事実上、全面解禁された。実態としては、2020 年 10 月末の時点で全医療機関数 110,916 件のうち、電話・オンライン診療を実施できる体制があるとして登録した医療機関数は 16,587 件と全体の約 15%に過ぎないのが現状である¹¹²。また、5 月末に初診対応が可能だとしていた医療機関は全体の 5.6%で、10 月末でも 6.3%（6996 機関）と微増であった。医療機関数が大きく増えない要因としては、2020 年に上乗せされた診療報酬が対面診療よりも少ないこと、さらに対面診療の場合には疾患ごとに支払われる特定疾患療養管理料¹¹³はなく、どの疾患でも一律で 1470 円のオンライン医学管理料がでるだけであるといった点が指摘されている。

8.4 オンライン診療に関するメリットとデメリット

患者、医療機関それぞれにおけるオンライン診療のメリットとデメリットについて、ア

¹¹¹ 日医総研リサーチエッセイ No.93 「オンライン診療およびオンライン健康相談について」
<https://www.imari.med.or.jp/download/RE093.pdf> を元に日本医療政策機構が作成（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

¹¹² 厚生労働省「令和 2 年 7 月～9 月の電話診療・オンライン診療の実績の検証結果」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000690548.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

¹¹³ 厚生労働省「特定疾患療養管理料」<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603749.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

クセス、医療の質の面から検証する。

アクセス

患者におけるオンライン診療のメリットとして第一に挙げられるのは、アクセス改善である。医療機関に行くまでの時間やコストが不要になり、患者の利便性向上に繋がる。また、医療機関におけるメリットとしては、継続的に患者の状態を把握することができ、病状の変化に気づきやすいということが挙げられる。さらに、訪問診療の場合、訪問に係る時間が節約されるので、より多くの患者を診ることが可能になる。新型コロナウイルス感染拡大のなかでは、感染予防の観点からもオンライン診療の有用性は評価されている。

一方で、患者側におけるデメリットとして、パソコンやスマートフォン等の情報機器を操作する必要があることで、高齢者や普段これらの機器を使い慣れない人にとっての高いハードルが挙げられる。また、機器に不具合や故障が生じた場合にも患者自らが対応しなくてはならない。情報技術が日々進化していることを考えると、特に情報機器に不慣れな患者にとっては、通信環境の整備・維持に多くの労力が求められる可能性は否定できない。医療機関におけるデメリットとしては、患者のオンライン診療の利用が不必要に多くなった場合、医療現場への負荷が大きくなる可能性が挙げられる。さらに、アクセス改善によって受診回数が増加し、医療費の増加に繋がる可能性も指摘される。

医療の質

デロイトトーマツグループの一般市民を対象とした「コロナ禍での国内医療機関への通院状況・オンライン診療の活用状況に関するアンケート調査¹¹⁴」によると、オンライン診療が医療の質の向上に対する解決策として期待する人は、**16%**と低かった。このようにオンライン診療では、触診ができないこと、直接顔色を確認できない等の理由によって、質の高い医療が提供できないと世間一般に認識されている傾向がある。

医療機関におけるデメリットとしても、医療サービスの質の担保への懸念が日本医師会を始め、様々な会議等で挙げられている¹¹⁵。直接の対面診療に比べ、触診ができないうえ、遠隔でモニターなどの機器を使用し、患者の容態を正確に把握できるかが不透明なため、病状の見落としや誤診の可能性の高まりが懸念されている。

8.5 今後の可能性

¹¹⁴ デロイトトーマツ「コロナ禍での国内医療機関への通院状況・オンライン診療の活用状況」に関するアンケート調査結果 <https://www2.deloitte.com/jp/ja/pages/about-deloitte/articles/news-releases/nr20200817.html>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

¹¹⁵ 日医総研リサーチエッセイ No.80「オンライン診療についての現状整理」
<https://www.jmari.med.or.jp/download/RE080.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

2018 年に開催された規制改革推進会議¹¹⁶ 医療・介護ワーキング・グループでは、オンライン診療を使うことで、治療の持続性が高まる、あるいは日常生活の状況を把握できるといった意見が挙げられた¹¹⁷。NCDs の患者・当事者にとって、その人自身の生活の中でどのように治療や療養を継続していくかということはとても重要なポイントである。さらに、2020 年の同会議では、オンライン診療を対面診療の補完的、部分的な診療として認めるのではなく、新しい診療の 1 つの形として認めていくということが打ち出された。オンライン診療のさらなる推進に向け、オンライン診療の特性を生かしてより効果的な診療ができる疾病や症状、患者の状況といったエビデンスの構築も早急に必要である。

また、最新技術の NCDs 患者・当事者への活用の点においては、オンライン診療のみならず、スマートフォンアプリや IoT を用いたセルフマネジメントに、さらなる可能性がある。例えば、血圧等の健康情報を医療者と継続的に連携し、対面せずとも情報のインターフェースを増やすことで、ケアの充実や異変の早期発見、早期治療に繋がる可能性もある。患者・当事者の健康アウトカムや、生活の質の改善だけでなく、受診頻度を最適化することで医療者の働き方効率化にも寄与する可能性があり、適切な情報保護の整備と共にさらなる実用化が望まれる。

¹¹⁶ 内閣府設置法第 37 条第 2 項に基づき設置された審議会。内閣総理大臣の諮問に応じ、経済社会の構造改革を進める上で必要な規制の在り方の改革に関する基本的事項を総合的に調査・審議することを主要な任務としている

¹¹⁷ 内閣府「第 20 回医療・介護ワーキング・グループ議事録」<https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/suishin/meeting/wg/iryuu/20180918/gijiroku0918.pdf>（アクセス日 2020 年 12 月 16 日）

第II章 定性調査：タスク・シフティング、タスク・シェアリング医療者の声

1. 調査の背景・目的

I章で述べた通り、現在、日本では医師、看護師をはじめとする医療者の不足や多忙な働き方、地理的、診療科ごとの偏在が顕著な課題である。これらを是正すべく、2040年の医療提供体制の展望を見据えた「地域医療構想」、「医療従事者の働き方改革」、「医師偏在対策」の三位一体改革をはじめとした様々な政策議論がなされている。その中でも特に大きな注目を浴びているのが医師の労働時間短縮を推し進めていくための具体的な方策としてのタスク・シフティング、タスク・シェアリングである。厚生労働省は、医師の業務負担軽減を図るための「タスク・シフティング先」として、特定行為研修を修了した看護師に大きな期待を寄せており、「2025年度までに10万人の看護師が特定行為研修を修了する」旨の目標を掲げている¹¹⁸。しかし、本研修修了者数はまだ限られており、2020年7月の時点では2,646名にとどまっているのが現状である¹¹⁹。

さらに、タスク・シフティング、タスク・シェアリングはただ単に医師の労働時間短縮のための施策ではなく、それぞれの医療職の本来あるべき役割や職域の見直し、拡大にも繋がる可能性を持っており、大いに議論されるべき分野である。特に、医師の関与が少ない分野である在宅医療や介護といった場でこそ、包括的指示のもと高度かつ専門的な医療的ケアが実施でき、特定行為研修を修了した看護師がプロフェッショナルとして、専門性を十二分に発揮できるのではないかといった声も一部上がっている¹²⁰。しかし、現状としては本研修の育成環境は急性期分野に偏っており、在宅領域の研修修了者は約7%と政策の方向性と実態には乖離がある¹²¹。

また、本研修制度は2014年から始まってはいるものの、まだ新しい制度であるため、本研修を修了した看護師の活躍の実態やタスク・シフティング、タスク・シェアリングの現状、さらにそれらの医師の働き方や患者アウトカム、医療提供体制そのものへの効果に関するエビデンスは少ない。そのため、臨床で実際に活躍している特定行為研修を修了した看護師や新たに注目されているナース・プラクティショナー、そしてそういった看護師と働いたことのある医師、特に次世代を担う若い世代の医療者の意見が政策

¹¹⁸ 厚生労働省「特定行為に係る看護師の研修制度について」

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000189894.pdf>（アクセス日 2020年12月24日）

¹¹⁹ 厚生労働省「特定行為に係る看護師の研修制度 研修を修了した看護師について」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194945.html>（アクセス日 2020年12月24日）

¹²⁰ GemMed 「特定行為研修を修了した看護師、在宅医療や介護の場でこそ力を十二分に発揮できる一日慢協・武久会長」 <https://gemmed.ghc-j.com/?p=37092>（アクセス日 2020年12月24日）

¹²¹ GemMed 「特定行為研修を修了した看護師、在宅医療や介護の場でこそ力を十二分に発揮できる一日慢協・武久会長」 <https://gemmed.ghc-j.com/?p=37092>（アクセス日 2020年12月24日）

の議論の場にはほとんど届いていない。

以上に挙げたタスク・シフティング、タスク・シェアリングを取り巻く政策議論の現状を踏まえ、実際に様々な医療現場で働く医師や看護師に、タスク・シフティング、タスク・シェアリングに関する実態とその効果、さらには将来的な展望についてフォーカスグループインタビュー調査を実施した。医療現場の実態や医療者の声をもとに、今後さらに求められる政策や制度の是正、構築に働きかけたい。

2. 調査概要

2.1 調査対象者と選定方法

対象は、日本の臨床現場で現在勤務している、もしくは勤務したことのある医師 6 名、看護師 5 名とした。選定方法に関しては、日本医療政策機構のプロジェクトチームのネットワークを用いた有意抽出方式をとった。年代は 30 代～40 代の開業していない医師、看護師とし、性別、診療科・専門領域、勤務先病院の規模や居住地（大都市・地方）バランスを考慮して選定した。

2.2 倫理的配慮

参加者には、調査の目的、取得されたデータの取り扱い、調査結果の公表の仕方、調査参加に際して不利益なくインタビュー途中でも拒否できること、参加後でも不利益を被ることなく参加意思を撤回することができることに、事前に文書並びに口頭で説明した。

2.3 調査期間

2020 年 11 月 29 日～2020 年 12 月 6 日

3. 調査方法・内容

3.1 フォーカスグループインタビュー

ビデオ会議システム ZOOM を用いたオンラインによるフォーカスグループインタビューを実施した。医師は各 3 名ずつ 2 回、看護師は各 2 名と 3 名ずつ 2 回、計 4 回のインタビューを実施し、1 グループあたり 1 時間程度の聞き取りを実施した。背景情報として、自身の経歴や現在もしくは最も直近で勤務した医療機関に関して聞いた後、タスク・シフティング、タスク・シェアリングに関する現状、展望、課題について聞いた。

3.2 調査内容

主な調査内容は次のとおり。医師、看護師いずれも同様の質問を行った。

- (1) 【現在の状況】あなたが、従事している診療科や領域、地域において、タスク・シフティング、タスク・シェアリングを進めることで NCDs を有する患

者・当事者にはどのようなメリットがありますか。

- (2) 【これまでから今への移行プロセス】あなたが、従事している診療科や領域、地域においてタスク・シフティング、タスク・シェアリングは、どのようなプロセスで進められてきましたか。
- (3) 【課題】タスク・シフティング、タスク・シェアリングにおける現状、あるいは今後の課題には、どのようなものがありますか。
- (4) 【課題】特定行為研修終了後・診療看護師取得後の働き方について、研修受講前の想定や理想と異なっていた点があれば教えてください。
- (5) 【課題】タスク・シフティング、タスク・シェアリングに関して安全面や、責任の明確化への配慮はどのように行われていますか。
- (6) 【これから】今後、タスク・シフティング、タスク・シェアリングは、どのような領域や診療科、地域で推進されるべきとお考えですか。

4. 分析方法

インタビューを録音した音声データの逐語録を作成し、NVivo 11 分析ソフトウェア¹²²を用いてコーディングを実施した。主題分析法（Thematic analysis）を使い、調査内容のテーマについて述べた発言を抜き出し、各コメントにラベリングを行った（オープン・コーディング）。抽出した必要ラベルは、さらに纏まりのあるもの同士にカテゴリー化して分類した（焦点的コーディング）。分析は医師と看護師にグループ分けし、別々に行った。

5. 調査結果

下記属性の医師 6 名、看護師 5 名にフォーカスグループインタビューを実施し、以下のような結果が得られた。

*図 7、8 中の現勤務先について、現在留学や海外在住等の理由で日本の臨床現場を一時的に離れている参加者については直近の勤務先を記載した。

**診療看護師は、一般社団法人 日本 NP 教育大学院協議会や一般社団法人 日本看護系大学協議会によって指定された大学院において 2 年間修士課程で医学を学び、認定を受けた看護師を指す。

¹²² QSR International Pty Ltd. (2015) NVivo (Version 11), <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>

ID	A	B	C	D	E	F
年代	30代	50代	30代	30代	30代	30代
性別	男性	男性	男性	男性	男性	女性
専門診療科（資格含む）	糖尿病	救命救急	総合診療 救急救命	総合診療	呼吸器内科	総合診療
現勤務先医療機関*に関する情報	種類	国立大学病院	公的病院	公的病院	自治体病院	民間病院
	規模	500床以上	500床以上	500床以上	200-300床	500床以上
	主な病床区分	急性期	急性期	急性期	急性期 回復期 慢性期	急性期
	所在行政区分	市	市	市	市	区
	人口（概数/万人）	30	153	153	4	150
特定行為研修受講済の看護師/ 診療看護師との 勤務経験	特定行為研修 を受講した看 護師と勤務	特定行為研修 を受講した看 護師と勤務	特定行為研修 を受講した看 護師と勤務	診療看護師 （特定行為研 修受講済）と 勤務	特定行為研修 を受講した看 護師と勤務	勤務経験なし
過去に経験した 医療セッティング等	都市部急性期	2次・3次救急 集中治療 都市部急性期 離島へき地診 療所 へき地中核病 院 訪問診療 高齢者施設 海外留学	2次・3次救急 集中治療 都市部急性期 離島へき地診 療所 へき地中核病 院 訪問診療 高齢者施設 海外留学	2次・3次救急 都市部急性期 離島へき地診 療所へき地中 核病院 訪問診療 高齢者施設	特記事項なし	3次救急 都市部急性期 離島へき地診 療所 訪問診療 高齢者施設

図 7 定性調査に参加した医師の属性

ID	A	B	C	D	E
年代	30代	30代	30代	40代	40代
性別	男性	男性	女性	女性	女性
看護師資格の種類	特定行為研修 受講済	診療看護師** 特定行為研修 受講済	看護師	診療看護師 特定行為研修 受講済	看護師
現勤務先医療機関*に関する情報	種類	民間病院	私立大学病院	訪問看護ス テーション	自治体病院
	規模	500床以上	500床以上	-	200-300床
	主な病床区分	急性期 回復期	急性期	-	急性期 回復期 慢性期
	所在行政区分	市	市	区	市
	人口（概数/万人）	150	153	50	4
過去に経験した 医療セッティング等	特記事項なし	へき地中核病 院 へき地診療所 都市部急性期 集中治療	都市部急性期 高齢者施設	集中治療 急性期 高齢者施設 訪問看護 海外勤務	特記事項なし

図 8 定性調査に参加した看護師の属性

5.1 患者・当事者へのメリット

- 特定行為研修を終了した看護師や診療看護師の導入は、医師にとっては患者・当事者にとって、より質が高く、迅速な医療を提供する上でメリットが大きいと、医師、看護師ともに感じている。

特定行為研修を修了した看護師や診療看護師がいることで、夜間など医師が不足している場面や多忙な時、医師に代わって迅速かつ充実したケアを提供できていることが、急性期・慢性期・回復期いずれの場面でも確認できた。また、医師が相対的に充足している都市部の大病院より、地方・へき地において、スキルのある看護師が能力をより発揮していることも明らかになった。

医師

- ✓ 患者・当事者への医療提供の質と迅速さにメリット
 - ✧ 医師がいない時にでも患者のそばに誰か付き添える、患者にとっては常に治療されている状況となる。
 - ✧ 糖尿病性足壊疽に関する認定看護師、特定行為ができる看護師がいて、その人が関わると傷の処置に関してエビデンスのある治療がなされる。
 - ✧ 医師が忙しいときに特定行為研修を終了した看護師が人口呼吸器の設定をやってくれる。
 - ✧ 特定行為研修を終了した看護師が近くにいると医師のミスを正す役割を果たしてくれるので助かる。
 - ✧ 病棟マネジメントで、患者さん本人は気づいていないけれども、全体のトータルの質は上がっている。
- ✓ 全人的ケアの充実
 - ✧ 家族歴など今まで十分に聞いていなかった患者さんの情報を得ることができる。

“…例えば1つ例を挙げると次の人工呼吸器の設定ができなくて…そうすると特定（行為ができる看護師）さんがいて、人工呼吸器の初期設定をパパッとやっというてくれたりとか、あとは自分がちょっとカルテを書くのに離れている間、そこの所を設定してくれたりするっていうのもあると思うんですね。なので本論から言うとタスク・シフトやシェアリングが起こった場合には非常に患者さんにとってメリットがあるんじゃないかというふうに私は思っています。”（医師B）

看護師

- ✓ 患者・当事者への医療提供の質と迅速さにメリット
 - ✧ 重篤な患者に迅速に対応できる。
 - ✧ 患者のニーズにタイムリーに応えることができる。

- ◇ 患者の一番近くに存在の看護師が、さらに広いケアの提供が可能になり、患者がより安心感を得られる。
- ◇ 特に、NCDs の複数疾患を抱えた高齢者に時間をかけてケアを提供できる。
- ✓ **全人的ケアの充実**
 - ◇ 疾病の背景にある細かな事柄や隠れた健康問題、家族背景等、医師が行う短い問診よりディープルートのある問題に触れることができる。

“全て朝の時点で僕（診療看護師）がさばいていくことで患者さんが受ける医療が夜から始まるのではなく、朝からスタートして夕方に結果がでる。それはドクターではなく診療看護師がやることで、看護師も言いやすいかもしれませんし、ベッドサイドの医療が半日から1日に代わるっていうのが実際現場で起きていることかもしれません。”（看護師B）

5.2 導入プロセスの成功事例

- **タスク・シフティング、タスク・シェアリング導入プロセスの成功要因は「段階的導入」と、「医療者等（医師と特定行為研修を終了した看護師や診療看護師、特定行為研修を終了した看護師や診療看護師と他看護師、医療機関経営者）の理解とコミュニケーションの円滑化」である**

タスク・シフティング、タスク・シェアリングの導入や成功事例は、国内の医療機関全体で考えても、未だ限定的であることが推察されるが、参加者の中には、特定行為研修を終了した看護師や診療看護師の活用已成功している医療機関があり、主に医師インタビューからその要因を把握することができた。

医師

- ✓ **段階的導入**
 - ◇ 医療者間のコンフリクトは最初に起こる。まず特定行為研修を修了した看護師や診療看護師に、一般の看護師として入って1ヶ月くらい働いてもらい、一緒に勉強しながら少しずつ特定行為を実践していくことで親和性が高くなった。
 - ◇ 第一世代の人を核にして、第二世代、第三世代という風に段階的に導入するのがポイントである。
- ✓ **医療者等の理解とコミュニケーションの円滑化**
 - ◇ 看護師と特定行為研修を修了した看護師を明確に区別すべきか否かというのは微妙なところである。
 - ◇ 特定行為や診療看護師という名称が地方の医療者や患者・当事者に壁を作るケースもあるので、もっと親しみやすい呼称を採用した。呼称より

も何か色々できる看護師というイメージを持ってもらい、医師もその看護師ができることを病棟や外来に積極的に伝えている。

- ✧ 診療看護師が入る前に院内の部長、師長にインタビューを行い、何が問題になりそうか言語化し、文章にまとめ、ディスカッションしながらアウトカムを決め、ゆっくり診療看護師導入の効果に関するデータを取っている。
- ✧ 看護師同士のマネジメントのキーパーソンになれる人達か、医師・看護師のコミュニケーションの間に立てる人達が必要である。中のコミュニケーションなりマネジメントなりガバナンスが良くなることで最終的に患者さんのプラスになる。
- ✧ 医師と看護師、お互いの考え方の違いでコンフリクトが起こるので、医師が間に入り折衷案を生み出している。
- ✧ 地域の医師不足を踏まえて、診療看護師のような存在を増やしてもいいのではないかと院長や事業管理者が理解を示した。

“コンフリクトは最初に結構起こるので…最初から僕らのところは（診療看護師に）一般の看護師として1ヶ月間くらい働いてもらうことにして、その（看護師の）中に入ってもらって、少しずつ特定行為（が何か）って、一緒に勉強させてもらった。…こんなことができるっていうのはある程度分かってたので、少し（特定行為を）やってもらいながら（他の）看護師と一緒に働いてもらったらかかなり親和性が高くなった…”
（医師D）

“こうやってやるとこんなに意味があるんだよ、と（医師が診療看護師に）…地域包括ケア（における役割）のところ結構話すんですけど、やりがいをもってやってくれて”（医師D）

看護師

- ✓ 看護師教育のための段階的導入
 - ✧ 特定行為研修を修了した看護師が、特定行為をすぐに始めるというより、他の研修を受講していない看護師の教育を進めることを目的に導入している。

5.3 タスク・シフティング、タスク・シェアリングの理解、認識不足

- 特定行為研修を終了した看護師の導入、タスク・シフティング、タスク・シェアリングの実践に関して、医師、看護師ともに推進を望んでいる一方で、医療者の理解不足やコミュニケーションギャップへの懸念がある

医師は、スキルの高い看護師がさらに増え、タスク・シフティング、タスク・シ

エアリングが推進されることを望んでいることがわかった。しかし、そのような看護師が、具体的に何ができて、どう活用すればよいのか、一般的に周知が進んでいない現状が明らかになった。一方、看護師は、自らの役割や能力を最大限発揮したいと考えているが、医師の理解不足や医療界のヒエラルキーを気にした医師とのコミュニケーションを懸念する発言も複数あった。

医師

- ✓ タスク・シフティング、タスク・シェアリングの更なる推進を希望
 - ◇ 医師の中で特定行為研修を修了した看護師の導入に反対する勢力は特にいない。
- ✓ 医師の特定行為研修を修了した看護師への理解不足
 - ◇ 医師と一般の看護師は、特定行為研修を修了した看護師がどのような研修をしてきてどのような専門性を持っているのかそもそも知らない。特定行為で何ができるのか、どのような研修制度を受けてきたのか知らない。
 - ◇ 医師はあんまり人に任せたくないという人が多いのではないか。多分仕事を振りにくいのだと思う。
- ✓ 医師が懸念する看護師間でのコンフリクト
 - ◇ 看護師がメディカルなことをやりすぎると看護師間のコンフリクトを増やす可能性がある。
 - ◇ 一部の看護師を特別扱いすると、人間関係が難しくなる場合がある。

“お互いがどういう研修をしていてどのような専門性を持っているかというのをそもそも知らない…まず特定行為とは何か、この人に何ができるのか、の知識から、それを現場でできるようにするためにどういう研修制度を経てきたのかも存じ上げなくて…どこまでやってもらっているのかをイメージできないという現状もあると思います。” (医師F)

看護師

- ✓ 医師や他看護師との間で懸念されるコンフリクトや理解不足
 - ◇ 看護師のアセスメントや判断は不要であり偉そうだと考える医師もいると聞く。
 - ◇ 看護師の意見は医師に聞いてもらえない。
 - ◇ 認定看護師が医師に意見を聞いてもらえない場面を経験した。
 - ◇ 医師の理解にばらつきがあり、周知が進んでいない。
 - ◇ 特定行為ができる看護師が何をしているのか周囲がわかっていない。

“看護師のアセスメントはいらないって言う医師がいて…基本的に診療の補助に関しては、医師が、看護師は判断をしなくていい、看護師の判断

はいらない、って思っている医師は結構いると思います。”（看護師D）

5.4 タスク・シフティング、タスク・シェアリングの体制不足

- ・ 特定行為研修を終了した看護師の導入、タスク・シフティング、タスク・シェアリングの実践に関して、医師、看護師ともに高い技能を臨床現場で生かせる場面が少ないことや環境、体制が整っていないことに苦慮している

特定行為研修を終了した看護師の全体数は未だ少なく、患者・当事者や医師等医療者への認知も上記の通り、十分に進んでいないことから、取得している能力やスキルを看護師が活かせる場が限られていると言える。医師、看護師ともに臨床現場でのタスク・シフティング、タスク・シェアリングを推進したい思いがある一方で、医師の教育負担、看護師をトレーニングする機会や環境の不足、特定行為研修制度設計上の課題が挙げられた。

医師

- ✓ 医師の特定行為研修を修了した看護師を教育する負担
 - ◇ 看護学会が出しているものを基にしたプロトコルに従って（特定行為研修を修了した看護師と協働するための）手順書があって、それに従ってやることになっているが、医師側が集まってもいちいちこんなことをしなきゃいけないのか等の発言が聞かれ、つまずきが多かった。
 - ◇ 医師も協力は惜しまないが、時間が取れなかったりする。教育できる人自体が少ない。
 - ◇ 医師が教育に携わる時間が増えて休日が潰れることもある。
- ✓ 特定行為研修を修了した看護師が活躍できる体制や環境、場面の不足
 - ◇ どういう仕事をふっていいか周知されても、いざやってもらう時に、院内ルールに阻まれるところがある。
 - ◇ ポテンシャルはあっても（特定行為研修を修了した看護師を）伸びさせる環境があまりない。技を習得する機会を得ることができない。特定行為の研修に至るまでに至らない。資格を得るまでに時間がかかってしまう。
 - ◇ 1番の問題はゴールをどこに設定してどういう仕事を看護師に予め任せるとするのか、体制としてどういう風にサポートしていくのかという点だ。
- ✓ 特定行為研修の制度設計における課題
 - ◇ 特定行為の幅が狭い。できることが限定的なので、一定の条件下の限られた場面でしか、臨床研修の機会がない。標榜されているものが狭いので、研修を受けて認定されるまでのプロセスを敬遠される方も多いと思

う。なかなか希望者が増えないというのものもある。

- ✧ 特定行為を把握してうまく扱っている具体例がない。
- ✧ 沖縄県の場合だと県立の病院で特定行為の研修をやっている病院がない。特定行為の修了者がいない状況で、研修を受ける受けないに関わらずできる人がやる、スキルを発達させている。
- ✓ 特定行為研修を修了した看護師の理解促進、活用体制構築に向けた提案
 - ✧ 各病棟にワーキング・グループなど作り、キーとなる医師を配置し、そのような看護師と現場を調整していける体制づくりが必要。みんなで作り上げていく体制がないとうまくいかないのではないか。
 - ✧ 特定行為研修ができる病院で研修中の看護師と働くと、スキルがありモチベーションにあふれた方が多いので、見ているだけで理解が進むのではないか。
 - ✧ どうしたら人に広がるかというのは損得勘定で考えていくと簡単なのかなと思う。例えば、この人を雇うとどういういいことがあるのかというところをもう少し啓発活動してもらえるかなど。
 - ✧ 特定行為ができる看護師や診療看護師もパートナー・ドクターを持った方が良い。パートナー・ドクターがタスクの管理や個人目標を設定するなどして連携する。

“現状としてはなかなか、特定研修のハードルもありますし、特定行為研修を受講して、特定行為が出来るようになったとして、特定行為をしっかり把握してうまく扱っているという具体例があまり無い”（医師A）

看護師

- ✓ 特定行為研修を修了した看護師を教育し活用できる環境、場面の不足
 - ✧ 特定行為研修を終了した看護師が活躍できる場面があっても、大学病院など大病院では研修医をトレーニングする機会として症例を残すケースがあり、教育の機会が失われている。
 - ✧ 特定行為研修を終了しても、その知識やスキルを活かせていない、一人で何か行うというのは進んでいない。

“…結局、特定行為を終えた看護師が何をしてるのかみんな分からなくて、看護師自身はせっかく行為の研修を受けたのに活かせてないって思うのは、多分患者さんのアウトカムで、患者さん目線でどこに問題があるのかをみんなで共通理解してないからかな。”（看護師D）

- 医師、看護師ともに、看護師が行う医行為に関して、安全面の確保や責任は医師

にあると考えている

現状、医師に責任の所在があると医師・看護師全員が考えていた。一方で、前述の通り、現状の制度や役割分担上、特定研修を修了した看護師や診療看護師が自己責任で働く環境が整っていないと言える。看護師からは、もっと自らが主体性を持って働きたい、任されたいという声も聞かれた。

医師

- ✓ 安全面の確保と責任の所在
 - ◇ 今の日本の制度自体、医者が責任を負うように出来上がっている。
 - ◇ 最終的には指示を出した医師が責任を持つ。
 - ◇ 特定行為研修を修了した看護師がある程度主体性を持って動くことができるかという、今の日本では全然そういう風にはなっていない。医師の指示を待ち、慎重に動いている。
 - ◇ 医師が腹を括って看護師と働きさえすれば、みんなが楽しく働けるのではないかと思う。
 - ◇ 特定行為研修を修了した看護師等の目標設定や医行為の責任を負うパートナー・ドクターのような存在が必要。

“安全面や責任面の明確化と言うことに関して言えば、これはもう多分あと10歩ぐらい先の話かなって気がしますね、今の現状だと。ある程度主体性をもって動く事ができるかと言うと、多分今の日本では、(中略)そんな風には全然なってない。多分かなり医者の指示を待ってかなり慎重に動いているところがほとんどじゃないかと思いますね。”(医師E)

看護師

- ✓ 安全面の確保と責任の所在
 - ◇ 医行為の責任の所在は現状、看護師に指示をした医師にある。
 - ◇ 医師が看護師に任せる勇気も必要ではないか。
 - ◇ 看護師が自分の責任でやっていくという心構えが必要。

“…なにかインシデント、アクシデント、もしCV(カテーテル)をいれて合併症がでた、じゃあ、だれが責任をとるのかってことになった時にはその指導、指示をした、危険ていうか、難易度が高いものは必ずドクターか直接指示の監督と行うので…特定行為もそうですけれども、医師の指示のもと行っているんで、何かあったら、医師が責任をとる。”(看護師B)

“一人で気管カニューレの交換とかはできるんですけど、一応医師と相談して時間決めて、一緒にやるというのが現状で、1人で何かを行うとい

うのはまだまだ進んでいないですね。”（看護師A）

- **看護師のスキルアップを促す仕組みや動機付けが不十分である**

今回参加した看護師は、特定行為研修修了者、診療看護師、看護師と様々であったが、それぞれが自らの能力を現場で十分に発揮し、理解ある医師や看護師と効果的に協働し、患者・当事者への質の高いケアの提供や貢献にやりがいを感じていた。しかし一方で、看護師がスキルアップしても給与・待遇面でのインセンティブはほとんどなく、例えば **Physical Assistant（PA）** と一般の看護師では給与が倍ほど違う米国等とは、仕組みが異なる。看護師のスキルアップを促し、モチベーションを高めるインセンティブづくりが、今後さらに特定行為研修を受講する看護師を増やし、タスク・シフティング、タスク・シェアリングを推進するため、医師・看護師両方に望まれていることがわかった。

医師

- ✓ 看護師スキルアップのモチベーションに繋がるインセンティブ設計
 - ✧ 人間は欲で動いているので看護師にインセンティブとか何かいいことがないのかなと思う。何かみんなが羨ましいと思わないとやらないのではないかな。
 - ✧ 医師が依頼した仕事を本当に特定看護師がやるべき仕事なのか、そうでなかったらモチベーションの低下につながるのではないかな。
 - ✧ 看護師もどんどん認証、認定されていく、やりがいだけでなく給料面でもつながっていくような仕組みがもっとあっていい。
- ✓ 望まれる診療看護師や特定行為研修を修了した看護師の育成と見える化
 - ✧ 特定行為研修を修了した看護師の数が足りない。もうちょっといた方がありがたい。
 - ✧ 診療看護師がどこにいるのか知りたい。
 - ✧ 科の偏在、院内の人材の偏在、へき地だと地域的な医師の偏在などあるが、それに対する一つのソリューションになるかなと思う。
 - ✧ インセンティブの問題で、実際は特定行為ができるけれども、特定行為研修を受けずに、資格を持っていない人は埋もれていると思う。それを追加的に認証していくシステムも必要ではないかな。
 - ✧ 基本的にはタスク・シフティング、タスク・シェアリングを進めていくためには、特定行為研修を修了した看護師や診療看護師は必要。医療の質や患者さんの満足度が上がることが認識できるような世の中になるのであれば、こういった制度や人が増えていくのではないかな。まずは制度を整えてあげることが大事。

“収入のところはなかなか難しく、（特定行為ができる看護師や診療看護師などこれまで）いなかった職種を生み出したので、プラスアルファの今金額を提示しながらそこはちょっと調整しているところで、この彼女（診療看護師）のアウトカムが出てそれをうまく院内で広報できるとまた変わるかな。”
（医師D）

看護師

✓ 現状のやりがい

- ✧ 診療看護師として、後期研修医レベル（搬送の同乗、診察、プレゼンテーション、代行処方、一部検査オーダー等）をこなしているのでやりがいがある。
- ✧ 理解ある医師の下だと、自由ややりがい、可能性を感じる。
- ✧ 自分自身で判断していく看護の面白さがある。
- ✧ 他の看護師から頼られることが多い。
- ✧ できることが増えることで仕事の充実に繋がっている。

✓ 看護師スキルアップのモチベーションに繋がるインセンティブ設計

- ✧ 特定行為の取得等能力ではなく経験年数で給与が決まると、モチベーションを保つのが難しい。
- ✧ 現状は特定行為ができて、一般の看護師と報酬の面でほとんど差がない。（例：資格手当として例えば月 10,000 円程度増）
- ✧ 行為の内容ではなく、時間で報酬が決まることから、ケアに対する報酬が明確になってほしい。
- ✧ 米国では Nurse Practitioner が個人のクリニックを持つこともでき、特定行為の責任も持つ。

“…他の看護師から頼られることが多いですし、普段とは違う業務をさせてもらえたりとか、ということまあ、それがモチベーションですかね今のところは。”（看護師A）

- **タスク・シフティング、タスク・シェアリングの導入は病院の経営改善にも寄与する可能性があるが、現状は課題やニーズをきちんと把握できていない医療機関が多い**

診療看護師や特定行為研修を終了した看護師の全体数が少なく、タスク・シフティングやタスク・シェアリングは一般的とはいえ、医療経営者の間での認知が十分とは言えない。主に看護師インタビューの中で、病院経営へのメリットについて議論された。

看護師

- ✓ 病院経営の課題
 - ◇ 病院がニーズ・アセスメントをできていない。病院が自分の病院のどこに問題があるのか把握する必要がある。
- ✓ 病院経営上のメリット
 - ◇ タスク・シェアリング、タスク・シフティングにより人件費を抑えられる。
 - ◇ 診療報酬への反映により病院の経営陣がタスク・シフティング、タスク・シェアリングの導入を考えるようになるのではないか。
 - ◇ 実際にタスク・シフティング、シェアリングを導入して、病院の考え方が変化した。
 - ◇ 病院が問題を理解すれば、(タスク・シフティング、タスク・シェアリングの導入に) 反対している医師も賛成するのではないか。
 - ◇ 米国では、PA、医師を雇うよりも給料が安いので、安価に人材が確保できるというメリットがある。

“病院の経営者や施設の経営者からしても、人件費って結構逼迫していると思いますので、そのタスク・シフティングすることによって、その人件費全体を抑えつつ、患者さんのニーズに高く近づけられるというような意味合いでは、今後進めていく必要性は高いのかなと思います。” (看護師C)

- **タスク・シフティング、タスク・シェアリング推進のため、医師、看護師の役割の再定義や職域の拡大、看護師がスキルアップのための制度・教育面の整備が必要である**

特定行為研修を修了した看護師や診療看護師の導入は、患者のケア向上、医療者の働き方最適化、病院経営の改善等、あらゆる方面でポジティブな効果が得られており、今後さらに期待される。一方で、診療看護師は現在、国家資格ではなく、特定行為研修を修了した看護師の職域も、欧米の Nurse Practitioner(NP)や PA (Physician Assistant)等と比べると非常に限定的であることから、活躍が十分にできていないことも明らかになった。

医師

- ✓ 特定行為研修を修了した看護師の好事例ショーケースが必要
 - ◇ 特定行為を受けてキャリアアップを目指す人をそこまで見ないので、特定行為をうまく拾い上げて、具体例をどんどん積み重ねていき、研修を受けたい人を増やすことが大事。
- ✓ 医師、看護師、その他医療者の役割の再定義

- ✧ 急性期、回復期、慢性期のみならず、訪問診療、いろいろな分野が手付かずだと思うが、医師の育成体制がこのまま臓器専門のまま続くとしたら、医師がやるべき仕事は何なのか、もしくは医師じゃなくできる回復期や慢性期を含めた領域で看護師にどこまで裁量権を持たせるのか、これを再整理する方が今後の日本の医療にマッチングしていく。
- ✧ 病院の体制、包括医療費支払い制度（DPC: Diagnosis Procedure Combination）の構造など、一つの疾患、一つの臓器、専門医という構造では、これから患者さんの多疾患とか領域横断的なことに対し、構造的なミスマッチがある。そこのミスマッチを誰がどうフィックスしていくのかというのはこれからの根源的な問題。そういった領域を埋めていくときにアセスメント力が高い看護師がいるのは一つの可能性だと思う。
- ✧ 救命救急士と看護師の棲み分けの問題もあり。今まで作った特定行為研修を修了した看護師はどうするのか、うまく制度を作っていないと、誰が何をやっているのかわからない事態になるのももう少し整理する必要がある。
- ✧ 医師じゃなくてもいい仕事を医師がやっている可能性は十分にある。医師でないとできない仕事、看護師でないとできない仕事をまず優先的に残して、必ずしも医師じゃなくていい仕事をタスク・シフティングしながら、整理して進めていく必要がある。

“（特定行為が）限定的っていうところがあるので、包括的ではないので、患者さんに対して一連の病態に対してのアプローチをして行く、全般的なアプローチをしていくというわけではなくて、今ある分切り取ったところ、私たちの分野で言う脱水とか、それからあとカテコラミンとの調整とか非常に限定的になってしまいうんですね。”（医師B）

看護師

- ✓ 診療看護師の国家資格化
 - ✧ 診療看護師の国家資格化によるさらなるタスク・シフティングが望まれる。
 - ✧ 診療看護師の職域を国家資格化し、具体的に定義してほしい。
 - ✧ 看護師が自立的に働くためには、国家資格化、処方権、裁量権がなければ難しい。
- ✓ 看護師の役割の再定義と制度改正
 - ✧ 看護師という概念が硬直しており、あまり発展性がない。
 - ✧ 米国では、夜勤専門の NP を派遣する会社などがあり、医療者が不足しているところにフレキシブルに人を配置しており、各人のライフスタ

ルに合った働き方ができている。

- ✧ 診療看護師を養成する教育システムの整備が必要である。

“今後診療看護師がタスク・シフティング、タスク・シェアリングすることになればその裁量権っていうか、自分で自律的にやるためには国家資格とかそういうような処方権だったりとか、そういうものを取っていかないと限り診療看護師が自立するのは難しいという所が今後の課題になっていると思っています。”（看護師B）

5.5 タスク・シフティング、タスク・シェアリングによるさらなる医療提供体制改善の可能性

- 特定行為研修を終了した看護師の導入、タスク・シフティング、タスク・シェアリングの実践に関しては、医師、看護師共にあらゆる専門領域、地域で需要があると考えており、特に地方・へき地、訪問医療、介護事業所における NCDs 対策の需要が高い

特定行為研修を終了した看護師の増加は、いかなる NCDs 診療領域、分野、地域においても、患者・当事者にとって有益であり、医療の質に対する満足度の向上に貢献できると、医師、看護師共に考えていることがわかった。特に医師が不足している地域、在宅医療、介護事業所、NCDs の回復期・慢性期で、医療と地域をかけ渡しする役割が、特定行為研修を修了した看護師や診療看護師に求められており、さらに活躍の幅が広がる可能性がある。

医師

- ✓ 推奨されるべき領域、地域、その他場面
 - ✧ 領域、在宅医療いろんな診療科や領域で推進されるべきだと思う。慢性期の管理、外来管理、在宅の領域ではもっと推進されるべき。生活管理など医師でアプローチしにくい領域がある。
 - ✧ タスク・シフティングはどの分野でもウェルカムではないか。在宅医療は非常に大事なので、これからそれを担っていく人は大事。
 - ✧ へき地では医師がやらないと誰もやらないということがあり、満たされていないニーズに入り込んでいく余地が外来である。ある程度特定行為研修を終了した看護師等にヘルスチェックを任せられるのは、医師でないといけない仕事に集中するための一つのいいツールになる。
 - ✧ メディシンをよくわかっててケアや地域のことも、看護師に理解があるのであれば、介護在宅医療連携のハブになってもらえ、非常に良いかもしれない。
 - ✧ どこかの特別養護老人ホームで良いモデルが出てきてくれると助かる。
 - ✧ 特定行為の内容から見ると人手不足の、急性期中規模から大規模病院

に合ったシステムなのかと思う。

- ✧ 日本の場合、病院だとまだまだアジャストしづらい。在宅、特別養護老人ホーム、医師が足りていないような地域での診療所でニーズが高いと思う。
 - ✧ 医師が多い大病院と僻地では看護師のやる業務はそもそも違う。人材不足のところは自然とタスク・シフティングしている。大病院は人材が豊富な分、難しさがあると感じる。
 - ✧ 麻酔科医が不足している医療機関にフィットする。
- ✓ 特定行為研修を終了した看護師のさらなる活躍の可能性
- ✧ 特定行為研修を終了した看護師がケアとキュアの部分、つまりメディカルの狭間を扱う方が、より看護師が機能する。
 - ✧ 地域に近ければ近いほど患者さんに対するメリットは見やすい。特別養護老人ホームなど基本的に看護師さんの裁量の大きいところだと、ある程度医療レベルを均一化しつつ、それなりにケアにも従事できるという意味では非常に助かる。
 - ✧ 医者が多いところである程度研鑽を積み、最終的には地域で働いてもらうのが一番看護師のやりがいにつながるのではないかな。

“...僕の所は2次病院ないしは2.5次ぐらいなんですけど...ソーシャルワーカーがメディカルな知識がかなり欠けているとケアに関しても得意じゃないので、その辺の近く診療看護師とか特定（行為研修を修了した）看護師の方でもある程度横断的にケアとキュアの所を兼ね備え、かつ移行期ケアって最近色々ディスカッションされてる、特化されているので三次病院とかで次の二次病院に行ったりとか、リハビリ病院に行ったりとか、もしかしたら在宅に帰るところの情報を複合的に考えられるような立ち位置としていただけると、かなり機能するなって今思ってる。その辺も三次病院で地域連携室...その辺にもしいらっしゃったら、非常に僕らとしては二次病院としては非常に助かるなっているのは最近思ったりしているのと。あと特定行為は麻酔維持できるので麻酔科医足りない所たくさんあるので、その辺に結構入ってるのはかなり技術に特化していますけどそういうのはタスク・シフティング、シェアリングみたところでも良いのかなと思ったり”（医師D）

- ✓ 診療看護師や特定行為研修を終了した看護師活用の限界
- ✧ 特定行為を基礎として、領域別にプラスアルファを乗っけることが必要。
 - ✧ 一定の行為、ある程度の行為ができるだけの看護師という像は医療支援や医師不足の地域だとフィットしにくい。

- ◇ 医者が足りている大病院はトレーニングの場であっても活躍する場所としては難しいのかなと思う。

“へき地だと医師がやらなければ誰もやらないっていうところがあって。そういう満たされていないニーズみたいなところに入り込んでいく余地が外来であると思います。訪問診療も結構同様で、診療報酬に規定された訪問診療の回数と密度だと結構2週間に1回で、しかも限られた時間でなかなかマルチの疾患な人を見切れないというのもあったり…時間的な制約な部分もあるので…普段のケアの部分も権限を持たせて、診療看護師なり特定行為を終えた看護師でもいいけど、ある程度、ヘルスチェックを任せられるのは、医師でないといけな仕事に集中するための、一つのいいツールになるかなと思います。ポテンシャルはかなりあるんですけど、現実にはまだギャップが残っている。” (医師C)

“パートナー・ドクターが総合診療医とか病院とか地域の医療を横断的に診ようとなると… (特定行為研修を修了した看護師等が) 非常にどこでも入っていけて僕らがちょっとコミュニケーションをとって、後はその人がコミュニケーションをとると、かなりスムーズに入っているのだからいい役割になる。僕らもやらなくていいことがどんどん増えてきてむしろ退院調整だったり、退院後の在宅での生活とかはなかなか見えにくいところがあり、その辺にも入ってくると患者さんは気づかないけどもおそらく今の当院のデータを見ながらも、おそらく再入院は減るっていうイメージ。後は入院後のポリファーマシー (多剤服用) が明らかに減る。(医師D)”

看護師

- ✓ 推奨されるべき領域、地域、その他場面
 - ◇ どの領域、地域でもそこにニーズがあれば導入すべきだ。
 - ◇ 在宅医療の方が導入ニーズが高い。
 - ◇ 救急医が少ない病院では特定行為を生かせる場面がある。
 - ◇ 医師が充足しているところでは特定行為のニーズがあまりない。
 - ◇ 一つの医療機関ではなく、診療看護師や特定行為研修を終了した看護師を地域でシェアする仕組みづくりが必要。

“やっぱり本当に一つの病院だけで特定行為とか診療看護師とか作って役割だけって考えていくよりは今後は地域でどんな人材が必要なのか、地域で人材をシェアできるような仕組みを作るっていうことも必要じゃないか” (看護師D)

- 最新技術を用いた環境整備によるさらなる医療者の働き方最適化の可能性**
 特定行為研修を修了した看護師や診療看護師とテクノロジーの組み合わせにより、さらなる医療者の働き方最適化と患者・当事者へのケア満足度向上に貢献できる可能性が高いという意見が、看護師インタビューの中で明らかになった。

看護師

- ✓ 最新テクノロジーの導入が望まれる領域や場面
 - ◇ 医師不足の地域において、スキルの高い看護師が特定の専門領域の医師に簡単に相談できるシステム整備が望まれる。
 - ◇ どの病院でも検査結果等を確認できるなど、医療ネットワークの統一化が必要である。
 - ◇ 診療所のないへき地でも、看護師が足を運び、医師に遠隔で診てもらえるようなアプリがほしい。

“どの領域とか診療科とかそういうくくりではなくて（中略）ここはへき地なので、例えば困った時にこの領域の先生に相談したいなっていうのがフレキシブルに繋がれるようなシステムがあるといいなと考えています。”（看護師E）

- 特定行為研修を終了した看護師や診療看護師の導入、タスク・シフティング、タスク・シェアリングの実践による、医療者の働き方改革はほとんど現場で実際に起こっていないが、少しずつ変化を実感している医療者が今後の可能性を感じている**

患者・当事者や病院経営へのメリットがあることは明らかになったが、働き方改革という点において、実際に医師の忙しさが緩和されることはほとんどなく、看護師の負担が特別に増加した様子も確認できなかった。しかし、一方で一部の医師は仕事の内容が変化しつつあることを感じていた。

医師

- ✓ 業務量の変化
 - ◇ 業務量が減ることはないが業務の中身は変わる。
 - ◇ 業務量が減ることはないが、患者さん1人あたりの時間は増えるかもしれない。
 - ◇ 診療看護師の導入で仕事になった。
- ✓ 医療現場でのコミュニケーション円滑化による医療提供の充実
 - ◇ 看護師がこれまで、なかなか医者に言えなかったことが診療看護師には言えるという状況ができており、患者・当事者への医療提供の質や速度が改善している。

“タスク・シフティング、シェアリングが実際に始まるプロセスを少し見ていましたけど、それによって医師の業務時間が、研修医含めてですね、減っているような実感は全くなかったですね。”（医師C）

“僕は楽です仕事は。新しい職種を知るのが好きなので、なんかその職種とディスカッションをして僕の見識が広がるのも楽しいなと思っております。”（医師D）

看護師

✓ 業務量の変化

◇ 救命救急の場合ワークライフバランスは良い。

“僕たち時間外があるので、ドクターと同じことをするとすると、それでも救急の場合は、ワークライフバランスはいいんですが…今は36協定でだいぶもうしっかりとコントロールされているので…”（看護師B）

- **タスク・シェアリング、タスク・シフティング以外において、医療者の働き方の最適化、効率化に向けて行政機関への期待がある。**

行政機関への期待として、医師のインタビューの中で、医師不足地域への人材配置の仲介や、医療機器導入への補助金、タスク・シフティング、タスク・シェアリング推進のための診療報酬の導入を期待する声があった。また、全国一般で考えると、臨床医師の間で、働き方に関する政府議論や決定した施策に関する理解が十分に浸透しているとは言いにくいと考えられる。

医師

- ✓ 行政が何かハローワークのような形で医師の人材派遣に関し手助けしてくれるような手段があればと思う。
- ✓ どこの病院も赤字経営なため、補助金をつけて何か新しい機器を買ってくれば、現場の人たちは嬉しくなり、より良い医療につながっていく。
- ✓ タスク・シフティングが推進される方向に診療報酬が付いていればいいのかなと思う。

“…人材派遣に関するもうちょっと縦横みたいなところで、その県で働きたい人とかそういう分野で働きたい人とか、例えば自分がそこを離れて研修したいとか、何かいい案じゃないんですけど、何かその行政がちょっと手助けしてくれるような手段があるのであれば、ちょっとそう言って医者の少ない県でも行ってみようかなと。”（医師B）

6. 考察・提言

本調査結果より、現状、日本の医療提供体制の主たる課題である医師の多忙、医療者

の不足・偏在を是正するほど、タスク・シフティング、タスク・シェアリングは広まりを見せておらず、働き方の改善にも至っていないことが明らかになった。

しかし一方で、少しずつ効果を感じている医療者もあり、タスク・シフティング、タスク・シェアリングは、今後これらの課題を是正し、なおかつ患者・当事者に迅速かつ質の高い医療を提供する手段の一つとして医師、看護師両方より、強い期待が寄せられており、あらゆる専門領域、地域、医療セッティングで導入の必要性が明らかになった。特に NCDs 領域においては、急性期のみならず回復期、慢性期において、また、高齢化により今後さらに需要が高まるとされる在宅医療、介護事業所、地方・へき地医療において、特定行為研修を修了した看護師等が活躍できる場面が多いとされる。三位一体改革では機能分化による医療機関の統合、再編が行われようとしているが、非常勤医師で運営せざるを得ない医療機関では常勤看護師が実質的に医療の質を保っている現状もあるとされる。地理的条件やガバナンスの問題等で、十分に医師が確保できていない医療機関において、特定行為研修を修了した看護師の活躍の場があると考えられる。

これらを踏まえ、タスク・シフティング、タスク・シェアリングによる医療者の働き方最適化と、それぞれの役割の最大化を真に実現するためには、1) 臨床現場での具体的な導入策、2) 特定行為研修を修了した看護師数の拡大、3) タスク・シフティング、タスク・シェアリングによる患者・当事者の健康及び医療者の働き方への効果検証、の3つが主な課題であり、解決策が望まれる点と考える。調査チームの見解、今後推進すべき施策、施策の実施が想定される主体を<>で示す。

6.1 【視点1】タスク・シフティング、タスク・シェアリングを推進するための臨床現場での具体的導入策や特定行為ができる看護師のトレーニング環境の整備の必要性

特定行為研修を修了した看護師や診療看護師が職場にいても、医師や看護師等、他の医療職が、具体的に何ができるか把握していない状況や、実際にトレーニングする症例、場面が少ないことが課題として挙げられた。導入に成功している医療機関を例に、実装時の留意点や、さらなる推進の可能性をもっと広く共有、啓発し、医療者のみならず市民の理解促進に努める必要がある。

• 関連する調査結果

- ✓ 医師が推進のキーパーソンとなり、医師と一般の看護師との間を取り持ったことで、スキルのある看護師が活躍し、タスク・シフティング、タスク・シェアリングに成功している事例が、都市部の救命救急、地方の在宅医療、慢性期ケアにおいて確認できた。
- ✓ 特定行為研修を修了した看護師が都市部の大病院でトレーニングを積む場合、そのような医療機関では、ある条件下の限られた臨床場面でしか活躍できないことや、トレーニング機会、および教育できる医師が不足しているこ

とがわかった。

- **今後推進すべき施策**

- ✓ 導入成功事例の見える化と医療者、市民への周知
 - ◇ <国、自治体>成功事例は非常に限定的であり、実装したい一方でそのプロセスや方法がわからず苦労している医療機関も多いと考えられる。成功事例のウェブサイトや紙媒体による見える化を実施すべきである。
- ✓ スムーズな導入のための手順書・ガイドライン・コンサルテーションの実施
 - ◇ <国、自治体、民間企業>スムーズな導入のための段階別、医療セッティング別の手順書やガイドラインの作成、実装のためのコンサルティングが実施されるべきである。
 - ◇ <国、自治体、医療機関>特定行為研修を修了した看護師のパートナーとなるドクターの設置や医師、看護師によるワーキング・グループの設置等による、看護師の育成や他医療者とのコミュニケーションギャップ解消が必要である。パートナー・ドクター等、推進のハブとなる人のコンピテンシー定義やトレーニング機会の設置を行うべきである。
- ✓ 特定行為研修を修了した看護師や診療看護師の存在と受け入れ先の見える化
 - ◇ <国、自治体、民間企業、医療機関>このような看護師は全体数が少ないため、今後、雇用したいと考える医療者や病院経営者がアプローチできるプラットフォームが望まれている。活躍できる地域、領域の見える化は看護師が求職の際にも有効であり、受け入れる環境が整った医療機関と看護師両者のマッチングをより効率的に行うべきである。
 - ◇ <国、自治体、研究機関、医療機関>特別養護老人ホーム、地域医療、へき地医療での活躍の可能性が大きいことから、そのような場所で活躍している看護師のショーケースとして広く発信すべきである。
- ✓ 臨床現場での看護師トレーニング機会の設置
 - ◇ <国、自治体、教育機関>看護師を教育できる医師のトレーニング及び、教育システムの構築を行うべきである。

6.2 【視点 2】インセンティブ付けや教育制度改革による特定行為研修を受講者数の拡大

特定行為研修を修了した看護師や診療看護師は非常に少ない。その背景として、看護師の特定行為研修へのハードルが高く、研修終了しても活躍できない、報酬・待遇面でのインセンティブがなく、限定されたスキルのスペシャリストを目指すことにモチベーションを感じられない状況が明らかになった。医師はスキルアップした看護師に高いニーズを感じており、看護師自身もやりがいを感じてはいるものの、そのような

看護師の数を増やすためには、制度的な改善が望まれる。

- **関連する調査結果**

- ✓ 報酬・待遇の改善

- ◇ 看護師が自立的に働くためには、国家資格化、処方権、裁量権がなければ難しいという声や、報酬・待遇面でのインセンティブが必要という声が医師、看護師両方から確認できた。

- **今後推進すべき施策**

- ✓ 報酬・待遇の改善

- ◇ <国>診療報酬加算等による看護師の報酬や待遇改善の検討を実施すべきである。
 - ◇ <地方自治体・医療機関>特定行為研修を修了した看護師への報酬や待遇改善の検討を実施すべきである。

- ✓ 法的な位置づけの確立

- ◇ <国>業務量軽減に結び付く働き方改革が真に実現するためには、医師、看護師の役割の見直し、職域の整理や拡大検討、現場にフィットした特定行為区分の見直し、責任と権限の明確化が必要である。診療看護師の国家資格化も一つの検討対象になりうる。
 - ◇ <国>地方、特にへき地では必要に迫られて、特定行為ができてしまっている看護師がいる。そのような人々を追認し正当化する制度を設け、さらなる活躍を支援すべきである。

- ✓ 教育制度改革による育成

- ◇ <教育機関>大学や看護学校等の教育機関は、看護師のトレーニングをより特定行為を生かす機会のある、中核都市、過疎地域で実施することを検討の上、プログラムを設計すべきである。教育と実践の場をセットにした看護師育成好事例の創出が望まれる。
 - ◇ <国・自治体>国や自治体は特定行為研修を修了した看護師やスキルアップを目指す看護人材がやりがいを持ち、地方に定着するための奨学金やサポート制度を設けるべきである。

6.3 【視点3】タスク・シフティング、タスク・シェアリングの効果測定による有用性の見える化

タスク・シフティング、タスク・シェアリングが推進されることは、医療者の働き方を改善するだけでなく、患者・当事者の健康アウトカム改善やケアの充実に寄与していることが医療者の感覚から明らかになった。しかし、これら有用性を具体的に示す研究は日本国内でまだ限定的である、今後さらなるエビデンスの創出が今後求められる。科学的なエビデンスに基づいた効果検証により、医療者、病院経営者、政策決定

者の間でのタスク・シフティング、タスク・シェアリング導入に関する理解やアクションが進むことが期待される。また、今回の調査の対象である医師と看護師間のみならず、あらゆる臨床現場や職種間への適用が可能性も広がると推察される。

- **関連する調査結果**

- ✓ 医師の不在時、多忙時も、特定行為研修を修了した看護師によって、患者がケアされている状態がある。全人的なケアの提供や、医療機関と地域をむすぶハブとしてそのような看護師が活躍している状況がある。
- ✓ ケアが行き届くことで、より患者が健康になっている実感があり、多剤服用の回避もできている。

- **今後推進すべき施策**

- ✓ 研究促進によるさらなるエビデンスの創出
 - ◇ <国・研究機関>タスク・シフティング、タスク・シェアリングの働き方、患者・当事者のアウトカムに対する効果測定をさらに実施すべきである。
 - ◇ <国・自治体・研究機関>過疎地域等で特別区を設けてのタスク・シフティング、タスク・シェアリングの導入とその効果測定を医療機関、地域単位で実施すべきである。

7. 調査の限界

7.1 選択バイアス

今回の調査への参加者数は、全国の医師や看護師の人数からすると非常に少数である。さらに、参加者の選択には便宜的抽出（Convenience sampling）を使用した。この方法は、参加者を直接募集することが難しいため、知人を介して参加者を推薦するというサンプルの取り方である。以上より、今回行った調査は、参加者が限定されているので、医師や看護師すべての意見を代表しているとはいえず、母集団の意見として一般化できない可能性がある。

7.2 一般化可能性

今回の調査への参加者数は限られているため、調査結果は定量分析として一般的に拡張することはできない。その意味で、医療者調査を代表するかどうか疑義があり、今後定量調査等でより多数の意見を抽出することが必要となる。参加者は、結果的に、特定看護師や診療看護師へのタスク・シェアリングとタスク・シフティングに対して、好意的に答える傾向のある医師と看護師の意見を主に表わすこととなった。そのため否定的な意見を参考にすることが不可能であった。

7.3 研究者バイアス

定性調査ではインタビューのファシリテーターや研究者が持つバイアスや質問の聞き

方で、インタビュー参加者に偏った回答をもたらす可能性がある。本調査は合計 4 回のインタビューが実施され、そのうち 3 人の異なるファシリテーターがインタビューを実施したことで、その可能性がより高まっていることがありうる。

7.4 オンライン会議システムの利用による影響

新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況を考慮し、すべてのインタビューはオンライン会議システム Zoom を用いて行われた。ただし、インターネット接続不良という技術的な問題の発生により、インタビューの内容の正しい解釈が妨げられた可能性がありうる。

7.5 「特定行為研修を修了した看護師」と「診療看護師」の切り分け

調査参加者の中には、特定行為研修に加えて診療看護師取得者と、そのような看護師と勤務経験がある医師が含まれている。調査結果では発言者の属性や発言の文脈に基づき、「特定行為研修終了した看護師」と、「診療看護師」をできるだけ忠実に表現しているが、課題や展望、打ち手に関して記した箇所では両者の切り分けが厳密にできていない箇所がある。看護師の属性の差異をさらに明確にするには、さらなる調査、研究が必要である。

上記のような限界があったにもかかわらず、本調査では豊富なデータを収集することができた。調査結果を通じて、臨床現場における医師や看護師のタスク・シフティング、タスク・シェアリングにおける実際の状況や認識を知ることが出来、本テーマにおける詳細な分析を可能にした。

プロジェクトチーム・お問い合わせ先

本調査は、NCD アライアンス・ジャパン事務局である日本医療政策機構のプロジェクトチームが中心となり、調査設計、調査実施、データ収集、データ分析、結果の取りまとめを実施した。また、外部有識者として、横浜市立大学医学部看護学科准教授の落合亮太氏に調査設計・実施への協力、結果、考察への助言を受けた。Public Health Consulting LLC.の西本真寛氏に調査設計、分析、結果への協力を受け実施した。

日本医療政策機構プロジェクトチーム

吉村 英里	日本医療政策機構	シニアマネージャー
今村 優子	日本医療政策機構	マネージャー
近藤 由衣子	日本医療政策機構	シニアアソシエイト
麻生 豪	日本医療政策機構	アソシエイト
島袋 彰	日本医療政策機構	インターン
藤村 真耶	日本医療政策機構	インターン
城戸 初音	日本医療政策機構	インターン
乗竹 亮治	日本医療政策機構	理事・事務局長/CEO

調査協力者（敬称略）

落合 亮太	公立大学法人 横浜市立大学医学部看護学科 成人看護学 准教授
西本 真寛	Public Health Consulting LLC. ディレクター

本レポートの著作権は、日本医療政策機構が保有します。

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004

東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階

グローバルビジネスハブ東京

TEL: 03-4243-7156 FAX: 03-4243-7378

Info: info@hgpi.org

Website: <https://www.hgpi.org/>



Health and Global Policy Institute (HGPI)

Grand Cube 3F, Otemachi Financial City,

Global Business Hub Tokyo

1-9-2, Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo

100-0004 JAPAN

TEL: +81-3-4243-7156 FAX: +81-3-4243-7378

Info: info@hgpi.org

Website: <https://www.hgpi.org/en/>