

医療人材不足を解決するタスク・シフト

—硬直化した日本の専門資格—

早川 佐知子

明治大学経営学部准教授

医師の働き方改革が促すタスク・シフト

本稿は、看護師・医師を中心とした医療専門資格に着目し、その硬直性がもたらす弊害について論ずる。1987年に臨床工学技士、1991年に救急救命士と新しい国家資格は徐々に加わっているものの、主だった専門資格の分業体制は驚くほど長く、大きな変化を見ていない。日本のこのような状況を、国際比較を交えながら批判的に検討したい。

本年度は医師の働き方改革が本格的に始まった年である。一般の職種は2019年度からスタートしたが、国民の生活への影響が大きいことから、医師、建設業、バス・トラックのドライバーは例外職種とされ、2024年度まで先送りされていた。これらは、是正の困難な職種であり、労働者の長時間労働に依存しながら制度を維持していたということである。ここへきてようやく、これらの職種に労働時間の上限規制が課されることになる¹。

育成に時間がかかる医師という職種は、直ちに供給を増やすことはできない。そこで昨今議論

されているのが、いわゆる「タスク・シフト」である。2019年から厚生労働省が「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」(以下、タスク・シフト／シェア検討会)を開催し、さまざまなステイクホルダーが参加して議論を行なってきた。結果として、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士の3職種については法令改正を行い、タスク・シフト／シェアのために実施可能な医療行為の範囲が拡大された。しかし、これまで中心的な論点となってきた、医師から看護師へのタスク・シフト／シェアは大きな前進を見なかったのである。

看護師側は、2008年に日本版ナース・プラクティショナーの養成を始め、2014年には「チーム医療推進会議」によって保助看法(保健師助産師看護師法)が改正され、特定行為にかかる看護師の研修制度を制度化させた。この研修を修了した看護師たちは、一定の条件のもとで特定行為(38行為21区分)を行うことができる。看護師側は本来、「特定看護師」を新たに資格化することを望んでいた。しかし、6つの職業団体、つまり、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本放射線技師会、日本理学療法士会、日本作業療法士会の反対により、あくまで「特定行為研修制度」を修了した者という位置付けに留まることになった²。

タスク・シフト／シェア検討会においても、看護師側は、「特定行為で限界となる部分に対しては、ナース・プラクティショナーのような新たな職種を

はやかわ さちこ

明治大学大学院経営学研究科博士後期課程修了。博士(経営学)。専門は、医療機関の人事労務管理。広島国際大学医療経営学部専任講師、明治大学経営学部専任講師を経て、2021年より現職。著書に『アメリカの看護師と派遣労働』(溪水社)など。

創設することで、医師の負担が軽減されると思われることから、今すぐ実現可能というわけにはいかないかもしいが、長期的に検討を続けていって欲しい」と意見した。しかし、またしても「特定行為研修の修了者を輩出して間もない現時点の状況で限界が見えているのか疑問であることから、まずは特定行為研修制度をしっかりと動かして問題点を洗い出してから議論すべき」などと医師側からの反対にあい、資格化は実現しなかったのである³。

おそらく、特定行為研修という制度は多くの国民に詳しく知られておらず、タスク・シフトが進んだという実感も持たれていないであろう。しかし、これら一連の出来事を現代の国際社会から眺めた場合、日本はかなり時流から外れたところにいると言わねばならない。では、海外ではどのような状況になっているのか。次節では、世界各国のタスク・シフトの動きを紹介したい。

世界各国で進むタスク・シフトとスキル・ミックス

タスク・シフトという言葉の定義として広く知られているのは、WHOが2008年に発行した*Task Shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams*におけるものであろう。この文書は、主にアフリカ諸国の医療提供体制を改善するための提言書である。ここでは、以下のように定義づけられている。

「タスク・シフティングとは、現在、特定の業務を、適切な場合には、訓練期間が短く資格の少ない医療従事者に移動させるプロセスに与えられている名称である。このように労働力を再編成することで、タスク・シフティングは既存の人的資源をより効率的に活用し、サービス提供のボトルネックを解消することができる。さらなる人的資源の追加が必要な場合、タスク・シフティングは、特定の能力ベースの訓練を受けた医療従事者の新たに創設されたグループに、明確に区分された業務の一部を委譲することも含まれる⁴。」

この文書の主眼は、HIV/AIDSの蔓延に対応

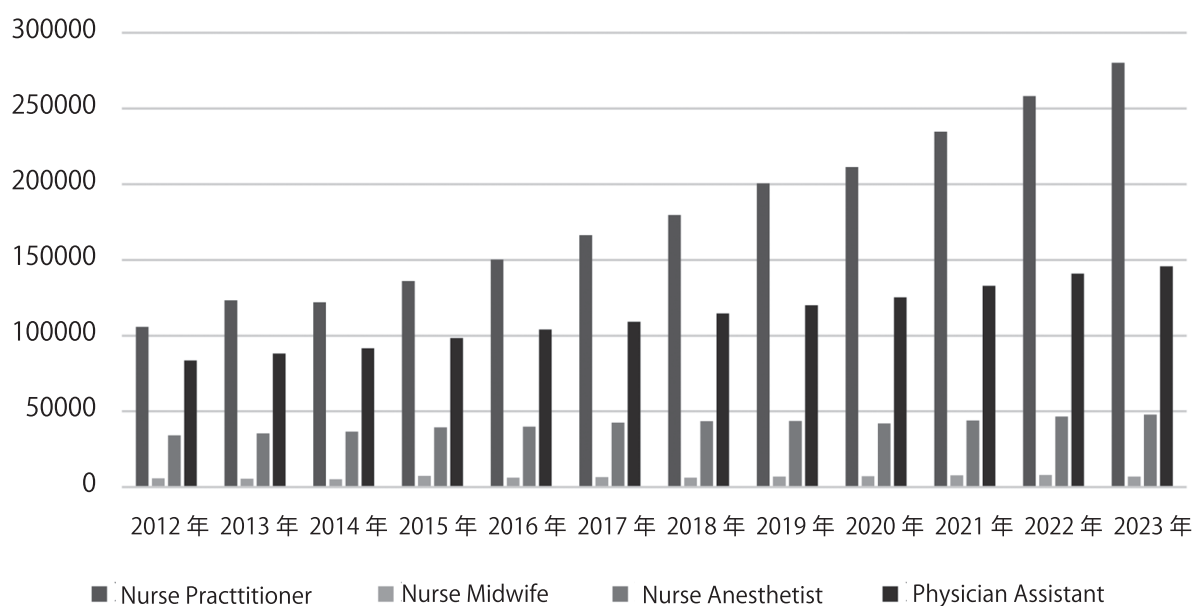
するべく、医療保健体制の再構築を促すことにあった。学術研究の分野においても、タスク・シフトに関する論文は2000年代後半から現れ始め、初期は主にアフリカを中心とした途上国の医療に関するものばかりである。日本ではあまり知られていないことであるが、もともとタスク・シフトという用語は、医療資源の乏しい途上国において、感染症を予防すること、妊産婦死亡率を低下させること等を目的として提起されたのである。

先進諸国においては、「スキル・ミックス」という言葉で1960年代から少しずつ議論が始まった。議論が広がりを見せたのは、1980年代のイギリスとアメリカにおいてである。福祉国家政策が終わりを告げたこの時代に、国営の医療システム(NHS)が中心のイギリス、主として民間が医療保険も病院も担うアメリカという真逆の制度を持つ両国が、ともにコスト削減を目論んだがゆえに提案を始めた。アメリカの場合は、これに加え、看護師たちのキャリアアップに対する旺盛な意欲も後押しし、看護師の職業団体や教育機関も大きな推進役となっている。結果として、英米両国を中心に、医師の職務をNurse PractitionerやPhysician Assistant（イギリスではPhysician Associate）といった、新しい職種に委ねる動きが活発化した。

先進国の「スキル・ミックス」と途上国に端を発する「タスク・シフト」が重なり、EU本部も2019年にはTASK SHIFTING AND HEALTH SYSTEM DESIGN: Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)という提言文書を発行している。ここで医師のタスクを委ねられる最右翼として登場するのは、Nurse PractitionerやPhysician Assistantといった、比較的新しい職種たちである。日本が特定看護師の創設に躓き、未だに従来と大きく変わらない分業体制を維持しようとしている現在、英米に限らない多くの国が、このような職種を創設することによって、医師不足、疾病構造の変化、人口の高齢化、医療費削減といった共通の課題を乗り越えようとしている。

次節では、中間職種（Mid-Level-Practitioner）と称されることの多い、Nurse Practitionerや

図1 アメリカにおける中間職種の人数の推移



出所:U.S. Bureau of Labor Statistics, OES Data 2012-2023より筆者作成

Physician Assistantに焦点を当てたい。

Nurse Practitionerと Physician Assistant

(1)中間職種の活躍が進むアメリカ

現在、中間職種が最も活躍している国は、間違いなくアメリカであろう。アメリカには医師と正看護師（Registered Nurse）の中間に位置する職種が複数存在する。大きく分けると、看護師の資格を前提とし、看護教育をベースとしたNurse Practitionerなどの上級看護師と、衛生兵にルーツを持ち、医学教育をベースとしたPhysician Assistantがある。上級看護師は、各看護分野のエキスパートであるNurse Practitionerが最も多く、その他にも麻酔を専門とするNurse Anesthetist、助産を専門とするNurse Midwife、現場の管理や教育を担うClinical Nurse Specialistが主だったものである。

これらのうち、Nurse PractitionerとPhysician Assistantは、1960年代に公的医療保険（メディケア／メディケイド）の創設によって患者数が増え、医師不足となったことに対応するべく作られた職

種である。Physician Assistantは、ベトナム戦争から復員した衛生兵たちに活躍の場を与える国策としても推進された。これらの新しい職種は、初めこそ抵抗にあったものの、順調に他の医療専門職や病院関係者、患者などに受け入れられた。とりわけ1990年代以降は、研修医の労働時間規制が厳格化されたことや、オバマケアによる患者増などを契機として、飛躍的に成長した。今後も大きな需要が見込まれる職業となり、志望者も後を絶たない。

現在は、これらの職種の養成は大学院の修士課程で行われている。賃金も医師には届かないまでも、一般の看護師よりはるかに高額である。行うことのできる職務の範囲は州ごとに異なるが、ほとんどの州で処方箋を発行することができる。外来では診察、検査のオーダー、患者教育などが主なものであり、病棟では回診、術前・術後の管理、処置などを行う。「医師の監督のもと」という要件がつけられることが多いとはいえ、研修医とほぼ同じレベルの仕事を行うと言われている。これらの職種が加わることで、医師は医師にしかできない高度な仕事に専念することが可能になる。そして、Nurse Practitionerは独立開業することも可能である。

アメリカにおいても、医師会（American Medical

Association)は組織として、これらの職種の職域拡大について反対の姿勢を示し続けている。しかし、現場では今や、なくてはならない存在として、医師の職務を補い、ときには医師の代わりを務めている。活躍の場は病院の病棟部門、開業医のクリニック、公的機関など多岐にわたる。COVID-19の際は、時限律法で職域が拡大され、「医師の監督のもと」という要件が停止され、スピーディな治療の進行に貢献した。

(2) 中間職種を導入しているその他の国々

中間職種を設けているのはアメリカだけではない。中間職種の導入という視点で見た場合、国々は大きく3つのグループに分類できる。第一、第二のグループは、1960年代にアメリカがNurse PractitionerやPhysician Assistantを導入する以前から中間職種が存在していた国々である。そのうち、第一のグループは、Feldsherという職種を100年以上前から育成していたロシアをはじめとする旧ソビエト諸国である。第二のグループは、Assistant Medical Officer等と呼ばれる職種を育成してきたリベリア、ガーナ、ギニアといったアフリカ諸国である。そして、第三のグループは、アメリカにおけるNurse PractitionerとPhysician Assistantの活躍を参考にして、主に2000年代から導入を始めた国々である。ヨーロッパを中心に、インド、イスラエルなどにも広がりを見せている⁵。

すべての国に共通する導入の経緯は、プライマリケアを担う医師が不足していたことである。医師不足の背景は国によってさまざまであるものの、大雑把に分けると、以下の3つになるだろう。第一に、医師の養成機関が未発達であったがために生じたケースである。これは、主にアフリカの開発途上国に当てはまる。第二に、人口の高齢化に伴う社会保障費の高騰、および医師の専門化志向によって生じたケースである。これは、欧米先進国に当てはまる。第三に、国家の人的資源計画によって生まれたケースである。これは、社会主義国であった旧ソビエト諸国のFeldsherに当てはまる。

中間職種が比較的スムーズに浸透した国もあれ

ば、難航した国もある。いずれにせよ、成否の鍵を握るのは、医師・看護師や、これらの職業団体から支持を取りつけられるかという点である。また、イギリスやカナダ、オーストラリアなど、カントリーあるいは州単位で試験的導入を始め、徐々に全国に広がっていった国もある。資格の内容についても、アメリカの影響が強い国もあれば、独自の制度を作り上げていった国もある。新たな医療職種が、それぞれの事情を乗り越えて発展するさまは、医療に対する価値観や各職種の力学などが反映され、興味深い。

なぜ日本でタスクシフトが進まないのか

なぜ日本ではこのような中間職種の導入が一向に進まないのであろうか。前掲のEUによるTASK SHIFTING AND HEALTH SYSTEM DESIGN: Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)の「タスクシフトの促進要因と阻害要因」より、検討してみたい。

ここには、11の要因が挙げられている。①人員不足、②ケアの複雑化、③法的要因、④専門職団体、⑤金銭的インセンティブ、⑥専門職の意識の変化(WLBを望む層の増加、チーム医療への理解など)、⑦パイロット・プロジェクトと実験、⑧変化を起こす能力、⑨非公式な導入の公式化(現状の追認)、⑩法的補償、⑪新しい分野の誕生、である。これらは働き方によって促進要因にも阻害要因にもなりうるものである。

①を見ると、医師不足は明白であるが、タスクシフトを受ける側の看護師なども同様に不足している。④では日本医師会が強固な反対姿勢を見せている。⑤に関して言えば、前述の特定行為研修を終えた看護師たちが大幅な賃金増を実現できていない状況から見て、現在では期待が持てないであろう。⑧は①とも大きく関わることであるが、タスクシフトをする側も、受ける側も、変革を行う余裕がないと考えられる。プラス材料を探すとすれば、2024年度からの働き方改革の実行は③に当たる。そして、若い世代を中心にWLBを希望する人が増えていることは⑥に当てはまるであろう。今後、実現に至

る道を探すとすれば、これらの状況を追い風に、いずれかの地域や医療機関において⑦のパイロット・プロジェクトを行うこと、そして新しい職務分野に挑戦したいと思わせるような⑩法的補償を整え、⑤金銭的インセンティブを作り出すことが肝要であろう。

2014年の「チーム医療推進会議」、2019年のタスク・シフト／シェア検討会、いずれにおいても、それぞれの専門職種の代表が自らの職種の利害について意見する姿勢が目立ち、患者の存在感は極めて薄い。医療専門職が不足することは、直ちに患者の不利益につながる。現代の疾病構造が求める医療サービスを鑑みれば、柔軟なチーム医療体制を構築するのみならず、職種の分業も見直されるべきである。場合によっては新しい職種を加えることも、一考に値するはずである。■

《注》

- 1 上限規制が課されるとはいえ、すべての医師が一般の労働者と同じ年間 720 時間となるわけではない。例外として、「地域医療の核となる医療機関の勤務医」「専門性や技能を高めようとする若手勤務医」は年間 1860 時間とされた。年間 1860 時間という時間は月当たり 155 時間、週当たり 38.7 時間に相当し、過労死ラインのほぼ 2 倍に当たる。
- 2 中西京子 (2018) 「特定看護師制度から特定行為研修制度への変更にみる政策決定過程—「チーム医療推進会議」議事録からの検討」『Core Ethics』Vol.14 参照。
- 3 厚生労働省 (2020) 「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 議論の整理」p.15, 同「第1回議事録」p.19
- 4 World Health Organization (2008) *Task shifting: Global recommendations and guidelines*, p.7.
- 5 この他に、軌道に乗れていないケースも存在する。例えば、台湾では 2002 年に Physician Assistant の養成が始まったものの、医師と看護師の反対が強く、2004 年に教育省から認定を拒否され、2 年間で頓挫した。Nurse Practitioner は活躍を見せている。そして、韓国では 1997 年よりいくつかの病院内で Physician Assistant と称する非公式な職種を養成し始めたが、未だに統一された資格とはなっておらず、安全性や処遇などを問題視する声も多い。

