

自見はなこ 参議院議員の 国政レポート

小児科医としての臨床経験も豊富な医系議員として活躍する自見はなこ参議院議員。現場目線に基づいた活動に対して、医療界内外から厚い信頼が寄せられている。そんな自見議員の国政レポート。今回は、今夏の参議院議員選挙の振り返りやタスク・シフティングの考え方についてお話を聞いた。



第7回

タスク・シフティングの 議論にあたって考えるべきこと

7月の参院選の結果は楽観を許さない内容

—7月21日に投開票が行われた第25回参議院議員通常選挙で、自見先生と同じ自民党から立候補し、日本医師連盟が推薦した羽生田俊議員が再選を果たしました。

このたびの選挙では羽生田俊先生に多大なご支援をたまわり、誠にありがとうございました。羽生田先生は自民党の比例区から立候補し、当選した19人中、16位でした。また医療系候補者は10人いましたが、うち4人が当選、羽生田先生は4位でした。現職となると、月～金曜日は基本的に国会を離れることはできませんから、大変厳しい選挙戦を強いられたと思います。

そのようななかでも多くのご支援をいただいたことに対して、日本医師連盟の参与としても、深く感謝を申し上げたいと思います。

ただ、組織の一員として振り返ると、今回の獲得票数に関しては、**厳粛**に受け止める必要があると考えています。6年前の選挙で羽生田先生が立候補した際は24万9818票を獲得し、3年前に私が立候補した際は21万562票、今回は15万2807票でした。この6年間で10万票近くを減らしたことになります。

す。医療系の候補者の人数が増えてきたことなどの構造的な要因も当然ありますが、参議院比例区は8割が政党名で投票し、2割しか候補者名での投票をしない選挙ですから、候補者名を書きいただき得票数を伸ばす余地はあるものです。この3回の参議院選挙を通じて、20万票上乘せしてきた他組織もありますので、連盟活動のあり方に関しては大きな危機感を抱いています。

政治的には今後、かなり厳しい状況に直面することになると言わざるを得ません。直近では令和2年度診療報酬改定や、今秋以降、議論が本格化するタスク・シフティング、タスク・シェアリングの議論に関しても、医療現場の実情を政策に反映するうえで、どこまで影響力を持ちうるのかという問題もあります。さらに来年度からは社会保障制度自体も、負担と給付の観点から国民的議論にさらされることとなりますが、かなり厳しい舵取りが求められるという覚悟を持たなければいけないと考えています。

このように決して**楽観**できない状況ではありますが、ご支援いただいた皆様、そして何より再選を果たされた羽生田先生とともに、国政の場に臨んでいきたいと思っています。

自見はなこ◎1976年2月15日、長崎県佐世保市生まれ。98年、筑波大学第三学群国際関係学類卒業。2004年、東海大学医学部医学科卒業。同年、東海大学医学部付属病院初期研修。06年、池上総合病院内科後期研修。07年、東京大学医学部小児科入局・同附属病院小児科。08年、東京都青梅市立総合病院小児科。09年、虎の門病院小児科。10年、国会議員秘書。13年、NPO法人日本子育てアドバイザー協会理事。15年、自民党参議院比例区(全国区)支部長。16年、参議院議員選挙比例区(全国区)当選。ほか、日本医師会男女共同参画委員会委員、日本医師連盟参事、日本小児科医連盟参事、東海大学医学部医学科客員准教授などを務める。

医師の業務負担軽減と合わせ 医療の質の担保・向上を

—医師の働き方改革は7月から新たに「医師の働き方改革の推進に関する検討会」が立ち上がり、タスク・シフティング、タスク・シェアリングなどについても議論が進むことになりました。

厚生労働省は今夏、30超の医療関連団体からのヒアリングを実施しました。それを受けて、政治の場でもタスク・シフティング(業務移管)、タスク・シェアリング(業務共有)を進めていく際の医療職種のあり方について、議論される予定です。

この議論は、都会と地方、また基幹病院と中小病院、そして地域医療という切り口で、論点が違ってきますので整理が必要です。基幹病院などでは、働き方改革で時間的な効率性を求められるなか、たとえば手術室やICUやカテ室にいる臨床工学技士等になんらかの業務を担っていただく必要があるかもしれません。地方では、特に全国を回っていて感じますが、医療提供者側がコメディカル含めて、年々高齢化しています。病院勤務の看護師の平均年齢は年々上がっています。そのなかで、救急救命士は現在、**医療機関内**に入ったら医療行為が許されませんが、救命救急室などにおいては、地域における救命救急のシーレスな質の担保という観点から議論すべきとの意見もあります。薬剤師業務も同様で、かかりつけ薬剤師としての質の向上は欠かせませんが、現在薬剤師は需給調整を行っていないなか、薬学部が増え、入学して国家試験にストレートで合格する割合が19%から100%の大学まであり、差がありすぎると感じます。国費を投入しているなかで、薬学部の質も議論の俎上に上るでしょう。

また看護に関しては、特定行為にかかる看護師の育成も重要だと認識していますし、地域医療を支

えていく担い手として保健師にも大きく期待しています。現状では、看護師は166万人が勤務しており、72万人が離職していると言われていますが、どの程度のポーションの看護師にまでこれらの業務移管や共有をお願いできるのか、業務と責任という問題は切っても切り離せませんので、このあたりについても論点を整理しながらも、**現場感**のある議論を展開していく必要があると思います。これらの議論は医療職種の議論にだけ終始せず、地域医療提供体制、先端医療提供体制にまで視点を高くし、医療界全体の問題として考えていくべきです。

医療、介護、福祉の共通基礎資格の議論を

—タスク・シフティング、タスク・シェアリングの議論も多角的な視点が求められるのですね。

これからさらに急激に進展する高齢化、人口減少の地域における医療保健提供体制をどのように地域住民にとって安心感を持って維持できるかが鍵になります。一つの論点として挙げられるのが、医療、介護、福祉の共通基礎資格の検討です。安藤高夫先生が本誌でフィンランドの医療・福祉の共通基礎資格「ラヒホイタヤ」をご紹介されていますが、医療・介護・福祉の共通基盤の活動は、地域のなかで誰かに担っていただく必要があります。私はかつて各地にいた「国保保健婦」のような訪問と対話を軸に置いた活動をしていた、そのような機能を再評価し、かかりつけ医との連携をすべきと年来、主張していますが、そのような議論の第一歩を踏み出すべき時にきているのです。

たとえば、秋田県では毎年1万人ずつ人口が減少しています。そのような特に人口減少が著しく進んでいる東北地方や近畿地方の一部の首長からは「保育士と介護支援専門員(ケアマネジャー)、介護福祉士を兼務できるような資格を創設してもらえま

せんか」というご要望をいただいています。

これは本当に切実な声で、つまり地域に人がいないのです。ある程度、専門職を兼務できる人材がいなければ、地域の医療、介護、福祉は回せないのです。若い世代が減っていくなかで、効率的に医療・介護・福祉を支えていくことを考えなければなりません。その手段の一つとして、職種間の共通基盤化をもっと具体的に考えるべきです。今秋以降、本格的な議論が始まりますので、医療界からもご意見をいただきたいと思います。

そのなかで、「准看護師」は重要な役割を担ってくると思います。「准看護婦」という名称自体は大正4年の「看護婦規則」からの歴史があり、制度も昭和22年の「保健婦助産婦看護婦令」から続いてきました。特に地方の有床診療所や診療所では不可欠な人材です。国会に送っていただいてから感じるのは、現在は、医療分野のみならずあらゆる分野が、戦後70年の制度の転換期にさしかかっているということ。その文脈において、発展的に准看護師のあり方そのものをより多くの付加価値とともに抜本的に見直すべきではないかと考えをめぐらせています。もちろん准看護師をめぐる制度、運営の経緯にも十分、配慮する必要があります。私としては、このような大きな話は、多くの関係者が納得できるよう、多少時間をかけてでも丁寧に論点を整理して議論を進めていかなければいけないと思っています。

一方で、介護や福祉において、医療の有資格者はきわめて重要な存在になっていくと思っています。介護職の方に准看護師の資格を取っていただくのも、介護の質を向上させるうえでとても有効でしょう。また、フランスでは保育園の園長は看護師が務めることになっています。子どもは病気をしがちであることを踏まえてのことですが、医療の有資格者は保育の質の向上にも寄与するはずで

これは私自身、小児科医ですから、保育士にはぜひ、医療の基本的な知識を持っていただきたいです。

専門性を追求するあまり 「押しつけ」になっていないか

——職能のあり方も再考が求められそうです。

私たち医療職は、自分たちの職域の要求を主張することにあまりに偏りすぎていた気がしています。医師も他のコメディカルもそうです。また行政もそうです。社会資源が限られてくるなかで、自分たちの専門性だけを患者さんに押しつけていることになっていないか。患者さんにとって本当に必要なものは何かと、日々自問し、原点に立ち戻るべきです。

医師に関して言えば、総合的な診療能力を高めつつ、専門性も深めるという医師としてのあり方を思い出す時期だと思います。医学部5～6年と、初期研修の2年間をシームレスに結ぶ「2プラス2」は、医師養成の過程から医師偏在是正を求める議員連盟(会長：河村たけお、事務局長：自見はなこ)で2年前から提議、要望し、ようやく現在は厚生労働省医道審議会医師分科会で議論されるまでになりましたが、次に考えるべきは、専門医制度です。現在の専門医の研修におけるプログラム制は、令和6年から施行される医師の働き方改革を踏まえれば、とてももたないと考えるのが自然です。残業時間の上限規制が厳格に適用されるなかで、症例数を重ねることはきわめて難しくなります。また、女性医師や介護などでキャリアを中断せざるを得ない医師はますます増えていくでしょう。早急に見直してカリキュラム制に戻すべきで、大学での研究にも人材が集まるように考えなければいけません。医学の発展と医療の発展は、セットです。厚労省と文科省は、このことを肝に銘じるべきです。

——ありがとうございました。