

近

年、医学の進歩による医療の高度化・合理化・複雑化への対応、質の高い、安全な医療を求める患者・家族の意識の高まりなどから、医師の業務が拡大しています。医師の時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けて、医師の労働時間短縮を進めるために、医師の業務のうち、医師以外の医療関係職種が実施可能な業務について、医師からの「タスク・シフト/シェア」を進めることが医療機関に求められています。

こうした求めに対し、急性期・回復期・慢性期各医療機関での対応は一律ではないと思われます。

「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」での議論を踏まえ、2021年9月30日に出された厚生労働省医政局長通知には、医師の最終的確認または署名を条件に、セラピストによるリハビリテーションに関する

各種書類の記載、患者等への説明・交付や運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL・IADL、嚥下機能、失語症等の評価などが、タスク・シフト/シェアの具体例として挙げられています。

回復期リハビリテーション病棟では、2000年の創設当時から、医師・理学療法士・作業療法士を病棟に専従配置し、病棟でのADL訓練やカンファレンスの活用を推奨するなどチームアプローチを推進してきました。医師については2008年にいったん病棟専任配置に基準緩和されたのち、2014年

の診療報酬改定で新設された体制強化加算により再び病棟専従配置となり、現在に至っています。

当協会では各職種の「10か条」宣言を行っており、「医師10か条」には「職種・診療科間の壁を取り除き、リーダーとしてチーム医療を推進しよう」（第2条）、「患者・家族に進んでわかりやすく説明し、十分な同意に基づく医療に取り組もう」（第5条）が謳われています。セラピストや看護師などがそれぞれの専門分野で患者・家族への説明や指導を行うことは大切ですが、これは当然、

医師も行わなくてはなりません。また、カンファレンスへの医師の参加は必須と考えます。

活動、生活の問題を診るリハビリテーション医療は、疾病の診断・治療・コントロール、運動機能障害の改善、心理的支援（意欲・モチベーション）、ADL・IADLの向上、摂食・嚥下機能障害の改善、生活機能の向上など、

巻頭言

タスク・シフト/シェアより チーム医療/アプローチ追求を



ひとし
西村 一志

当協会常任理事

（やわたメディカルセンター 副院長 医師）

多面的なアプローチが必要です。このため、すでに多くの回復期リハビリテーション病棟では多職種協働を基盤としたチーム医療/アプローチが長く実施されてきました。

回復期リハビリテーション病棟では、医師の業務負担を減らすため新たにタスク・シフト/シェアを検討するのではなく、これからもチーム医療/アプローチのたゆまぬ実践によって成熟したチームを目指す、その過程で、特定の職種に負担が集中することのないよう調整していく姿勢が重要だと思います。