

シンポジウム32 在宅医療におけるタスク・シェア / シフトを考える

2040年を見据えた在宅医療における タスクシフトの再定義

— 多職種協働とICT活用による持続可能なケア提供体制の構築 —

遠矢 純一郎

桜新町アーバンクリニック 院長（座長 兼 シンポジスト）

本日の流れと、はじめにお伝えしたいこと

タスクシフト・タスクシェアは 「効率化」ではなく
「持続可能性の条件」である

前半：現状の俯瞰

- 2040年の二重課題（需要増×担い手減）
- 縮小する医療・拡大し続ける在宅
- 医師だけでは支えられない構造

後半：私の論点

- 在宅医に求められる役割の変化
- 制度の動き（規制改革・通知）
- 人だけでなく「技術へのタスクシフト」

2

現状の俯瞰

2040年に向けた「二重の課題」

3,900 万人超

2040年の65歳以上人口（ピーク）
医療・介護の需要が爆発的に増大する

生産年齢人口は急減

支え手が減り続ける。「需要の増大」と
「担い手の減少」に同時に直面する

さらに重なる構造要因



医療従事者の
地域偏在



働き方改革による
稼働制約



首都圏で
人材不足が顕在化

縮小する病院医療、拡大し続ける在宅



入院・外来は縮小局面へ

- 入院・外来はこれから縮小に向かう
- 高齢者に入院は最善とは限らない
(入院関連機能障害のリスク)
- 救急搬送の多くは入院不要の軽症。
大半が在宅医療につながっていない



在宅医療は需要が増え続ける

- 在宅医療は需要が増え続ける
- 2040年に年間死亡数がピーク
→ 看取りニーズが増大
- 救急へ流れ込む体調変化を、
地域で受け止める必要

縮小する医療資源の中で、在宅医療だけが拡大を迫られる —— ここに構造的な無理がある

医師だけでは支えられない

これからの在宅患者は、複雑さを増す

重症化

肺炎・尿路感染症・心不全
の急性増悪を在宅入院治療

多疾患併存

複数の疾患を同時に抱える
のが日常に

社会的課題

認知症・独居・貧困などを
併せ持つ



複雑な療養を医師一人で抱えるのは非現実的。

在宅医療は「チームでしか成り立たない医療」へ

RE-DEFINE

タスクシフトの「再定義」

通説

医師の負担を軽くするための
「効率化」の手段



これからの捉え方

在宅医療を将来にわたって
続けるための
「持続可能性の条件」

担い手が減る中、限られた専門職それぞれが力を最大限発揮しなければ、在宅医療そのものが成り立たない

どこに効くか ― 4つのフェーズで考える

導入

病期・医療依存度を
医師が判断

医師が判断

管理

病状モニタリング・
増悪予防

シフト/シェアが
最も効く

増悪

看護師の初動・
薬剤師の薬剤対応

初期対応を
多職種で

終末期

治療からケアへ・
麻薬供給・家族支援

多職種で支える

時間経過

医師が一件ごとに張り付くのではなく、各職種が自律的に動ける仕組みを設計する ― これが要

すでに最前線で担う看護師・薬剤師

これは将来の話ではなく、すでに起きている「現実」



看護師

- ・ 観察で患者の変化を最前線で把握
- ・ 症状評価・薬物調整・多職種連携に関与
- ・ クリニック看護師：医師不在の時間帯に状態評価・病診連携・急変対応を実質的に担う



薬剤師

- ・ 処方意図の解釈・薬学的リスク評価
- ・ 療養環境を踏まえた投与設計
- ・ 夜間・休日を含めた薬剤供給体制づくり
- ・ 在宅医療の質と安全を支える存在に

なぜ進まないのか — 「指示の下」という構造

制度の前提

診療の補助は
すべて「医師の
指示の下」でのみ

医師法17条・保助看法37条



在宅の現実 —
医師が現場にいないことが
常態の医療

- 病院医療（医師が常に近くにいる）を前提とした制度設計
- 能力ある看護師・薬剤師が、患者の目の前で「了解待ち」で止まる
- 技能はあっても、権限が追いついていない

ボトルネックは人手不足ではなく「権限の設計」——これが日本でタスクシフトが進まない本当の理由

世界は「権限移譲」で解いてきた

医師不足への各国の答え ―― 職種への権限付与は国際標準の解



米

米国：NP / PA

診断・処方まで担い、プライマリケアの主要な担い手に



英

英国：独立処方権

看護師・薬剤師が研修を経て処方権を取得し自律的に活動



日

日本：指示の下

特定行為研修は前進だが、なお「医師の指示の下」が原則



権限・スキル・責任を三点セットで委ねる設計へ ―― 日本が踏み出すべき方向

医師の役割をどう変えるか

これまで

その都度の
指示・了解が
ないと動けない

→ 医師がボトルネックに



これから —
各職種が自律的に動ける
「仕組み」をつくる

- ・ 包括的指示・プロトコルで、その都度の指示を待たず動ける
- ・ 役割と権限をあらかじめ明確化する
- ・ 医師は仕組みの設計と、責任・安全の担保に徹する

一件ごとの指示・了解待ちでは、非効率が残り続ける —— 各職種が自律的に動ける仕組みづくりこそ、タスクシフトの本質

制度も動いている

2023年3月

規制改革推進会議

在宅での薬剤師の「点滴の接続交換」を議論。医学系学会の研修を前提にタスクシェアを認める方向で検討

令和7年12月

通知の発出

条件付きで、指定訪問看護事業所において一部の補液を臨時的に配置可能とする通知



理念から
「具体的な実装」へ
進む段階に

残された課題

注射・点滴の接続交換、輸液管理などを委ねるために整理すべき論点



①

教育・技能評価

委譲する技能をどう教育し、
習熟をどう評価するか



②

指示・連携体制

医師の指示と多職種連携の体
制をどう構築するか



③

報酬・法的責任

診療報酬上の評価と法的責任
の所在をどう整理するか



患者安全を土台にしてこそ、持続可能な協働モデルとして定着する

もう一つのタスクシフト：技術へ

タスクシフトは「人から人へ」だけではない—— AI・ICT・ロボットへの委譲も不可欠



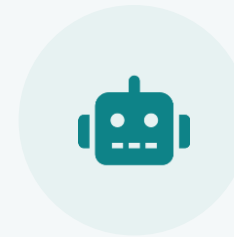
医療介護SNS

多職種でのリアルタイムな
ICT情報共有



遠隔モニタリング

ウェアラブル・センサー&AI
モニタリングで状態を把握



生成AI

記録・書類作成を支援し
負担を肩代わり

**技術が負担を肩代わりし、人にしかできない「判断」と「ケア」に時間を使える
—— 持続可能性を支えるもう一本の柱**

まとめ

職種間の役割を固定せず、 患者の暮らしを中心に再設計する

1

持続可能性の条件

タスクシフト/シェアは「効率化」ではなく在宅医療を続けるための条件

2

自律を生む仕組みづくり

その都度の指示を待たず各職種が動ける体制を設計し、医師は責任と安全を担保

3

人＋技術へ

人から人へ、そしてAI・ICTへ。役割を固定しない

この前提を土台に、この後の各シンポジストの具体的な実践へ ——