

第1回 チーム医療の推進に関する検討会

日時 平成21年8月28日(金)

16:00～18:00

場所 厚生労働省9階省議室

○石川（義）補佐

ただいまより第1回チーム医療の推進に関する検討会を開催します。本日はご多忙のところご参集いただきまして、ありがとうございます。

本日は第1回目の会合ですので、まず委員の皆様のご紹介をさせていただきます。

ケアーズ白十字訪問看護ステーション代表取締役・所長の秋山正子委員です。

昭和大学医学部救急医学講座教授の有賀徹委員です。

東京医科歯科大学大学院教授の井上智子委員です。

癌とともに生きる会副会長の海辺陽子委員です。

国際医療福祉大学大学院教授の大熊由紀子委員です。

医療法人アスミス理事長の太田秀樹委員です。

日本助産師会会長の加藤尚美委員です。

日本赤十字看護大学教授の川嶋みどり委員です。

日本看護協会副会長の坂本すが委員です。

国立病院機構九州医療センター名誉院長の朔元則委員です。

政策研究大学院教授の島崎謙治委員です。

自治医科大学麻酔科学・集中治療医学講座教授の瀬尾憲正委員です。

東京大学大学院医学研究科教授の永井良三委員です。

全日本病院協会会長の西澤寛俊委員です。

日本医師会常任理事の羽生田俊委員です。

日本歯科医師会副会長の宮村一弘委員です。

日本薬剤師会副会長の山本信夫委員です。

東京大学大学院法学政治学研究科教授の山本隆司委員です。

亀田総合病院看護部長の竹股喜代子委員からはご欠席の連絡をいただいています。

また本日は、慶應義塾大学教授の太田喜久子先生にチーム医療の推進に関する話題提供をお願いしています。

続いて事務局の紹介をします。

医政局長の阿曾沼です。

医政局担当審議官の中尾です。

医政局総務課長の岩淵です。

医政局医事課長の杉野です。

医政局看護課長の野村です。

カメラ撮りはここまでとさせていただきます。カメラの皆様はご退室をお願いいたします。

初めに医政局長からご挨拶を申し上げます。

○阿曾沼医政局長

医政局長の阿曾沼です。本日はご多忙中のところご参集をいただきまして、大変ありがとうございます。今回の検討会でございますが、どうしてこういう検討会を設けたかということですが、最近、少子高齢化も進展し、また医療技術も高度化、複雑化しておりますし、また地域での医師不足問題など、国民の関心の高い医療の分野で取り巻く状況は厳しさを大変増しているところでございます。そういう中で、また一方、医療サービスの質の向上を求める国民の声も、年々強くなっているという現状がございます。

そういう現状を考えますと、患者や家族にとって、安全で質の高い医療を効率的に提供するというを考えますと、各医療関係職種の方々がその専門性をより発揮でき、チームで医療を行うという体制を整えていくことが、大変重要ではないかというふうに考えております。

このため、今回今後の医療関係職種間の協働と言いますか、連携と言いますか、その在り方を検討していただくということで、厚生労働大臣の指示もありまして、大臣の下に検討会を設置するというにいたしました。今日、そういう趣旨で、皆様にお集まりいただいたということでございます。今後、委員の皆様方におかれましては、医師、看護師をはじめ、その他の医療関係職種も含めたチーム医療の推進について、現場の実情を勘案しながら、幅広い観点からご議論を重ねていただきたいと思いますと考えております。平成21年度中にご意見を取りまとめいただければ大変幸いであると思っておりますので、とりあえず来年3月ぐらいを目途にご意見を取りまとめいただければと思っております。そういうことでお集まりいただきましたが、忌憚なきご議論をいただきますようお願いをいたしまして、開会に当たりましてご挨拶に代えさせていただきます。

す。

○石川（義）補佐

資料の確認をします。「配置図」と書いてあります座席表、そして本日の「議事次第」です。資料1は「チーム医療の推進に関する検討会の開催要綱」です。資料2は「チーム医療の推進に関する閣議決定等」の資料です。資料3は「看護師が行う診療の補助について」と題した事務局提出資料です。資料4はチーム医療の推進に関するヒアリングのため、太田喜久子先生から配付いただいている、「医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究」の資料です。なお、参考として、研究報告書の冊子本体を、メインテーブルのみに席上配付資料として置いております。

続いて、資料1の開催要綱をご覧ください。こちらで本検討会の趣旨等についてご説明いたします。本検討の趣旨については、チーム医療を推進するため、厚生労働大臣の下に有識者で構成される検討会を開催し、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方等について検討をお願いするものです。検討課題としては、医師、看護師等の役割分担、看護師等の専門性の向上、その他、各医療関係職種の皆様による、チーム医療の推進に向けた課題についてご検討をお願いします。本検討会の構成員、また本日のヒアリングについては、先ほどお名前をご紹介したとおりです。なお、本検討会の運営に関して、庶務は厚生労働省医政局で行い、議事は公開とさせていただきます。

次に座長の選出に移ります。事務局としては、永井先生にお願いしてはどうかと存じますが、いかがでしょうか。

（異議なし）

○石川（義）補佐

それでは永井委員に座長をお願いしたいと思います。永井委員におかれましては、座長席にお移りいただきたいと思います。これより先は、永井座長に議事の進行をお願いいたします。

○永井座長

ただいま座長を仰せ付けられました東京大学の永井でございます。このチーム医療の推進に関する検討会については、いろいろな考え方があろうかと思えます。大事なものは、基本的な考え方で、どのような問題があるのか明らかにして、

現場のいろいろな問題を解決できるような形で意見の取りまとめを行いたいと思いますので、委員の先生方にはご協力をお願いしたいと存じます。どうぞよろしくお願ひいたします。

議事に入ります。本日の議事の進め方については議事次第をご覧ください。初めに、チーム医療の推進に関する一連の閣議決定と、看護師が行う診療の補助に関する現行制度について、まず事務局にご説明をお願いいたします。続いて、チーム医療の推進に関する話題提供として、慶應義塾大学教授の太田喜久子先生にお話をお伺ひいたします。最後に、チーム医療の推進について、委員の皆様自由にご討論いただく予定です。

まず、資料2と資料3について、事務局から概略をご説明いただきます。

○石川（義）補佐

資料2、資料3と続けてご説明します。資料2をご覧ください。チーム医療の推進に関する一連の閣議決定等についてご紹介します。まず1頁です。規制改革会議の答申を受けて、昨年度末に閣議決定された「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」の文書です。この中で、医師と他の医療従事者の役割分担の推進について言及がありまして、特に下から5行目以降ですが、「専門性を高めた新しい職種（いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する」とされております。

2頁です。本年5月の経済財政諮問会議において、内閣総理大臣より看護師の役割の拡大についてご指示をいただいているところです。「厚生労働省において、専門家を集め、日本の実情に即して、どの範囲の業務を、どういう条件で看護師に認めるか、具体的に検討していただきたい」とのご指示です。

3頁です。本年6月に閣議決定された「経済財政改革の基本方針2009」、いわゆる「骨太2009」です。この中で、先ほどの内閣総理大臣の指示を受けた形で、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）」について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる」ということが明記されております。この専門家会議として、本検討会の参集をお願いし、チーム医療の推進、あるいは各医療関係職種の協働・連携の在り方などについてご検討いただくものです。

以上のほか、4頁です。ナースプラクティショナーについては、特区提案が出されております。これについて、構造改革特区推進本部の評価・調査委員会でこれを取り上げて調査審議を行っているところです。本年8月に特区の評価・調査委員会が取りまとめた「ナースプラクティショナーの必要性に関する調査審議の今後の進め方について」ですが、上の段の第3段落にあるように、本検討会における検討状況などについて、年度末までに、厚生労働省から特区の評価・調査委員会に3回報告することになっております。資料2については以上です。

続いて資料3です。看護師の行う診療の補助を例に挙げながら、現行制度のご紹介します。まず医師については、医師法第17条で、「医師でなければ、医業をなしてはならない」ことが規定されております。ここでいう「医業」ですが、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（「医行為」）を、反復継続する意思をもって行うことと解しております。

一方、看護師については、保健師助産師看護師法第5条で、「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者」と規定されております。また、同法第31条第1項で、看護師でない者がこうした業をしてはならない、また同法第37条で、「保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない」と規定されております。さらに、一部の規定について、違反に対する罰則も定められております。

ここで、医業あるいは医行為の範囲、療養上の世話又は診療の補助の範囲については、法律や下位法令でがっちり規定する形ではなく、解釈に委ねられていて、その範囲で一定の柔軟性を有しております。

2頁以降は、これらの解釈に関して、これまで発出された主な通知などの関係部分を抜粋しております。例えば、医師又は歯科医師の指示の下に保健師、助産師、看護師及び准看護師が行う静脈注射ですが、②にあるとおり、昭和26年には認められていませんでしたが、④・⑤にあるように、さまざまな環境の進歩、向上により、平成14年には診療の補助行為の範疇として取り扱うものとされました。

また、⑥の平成19年12月の「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」の通知では、一定の条件の下で看護職員が行う薬剤の投与量の調節、救急医療等における診療の優先順位の決定（トリアージ）などについて、可能であることが明記されております。そのほか、医療関係職、事務職員などの適切な役割分担の推進について幅広く規定しております。参考として、⑥で紹介している通知について、その全文を4頁以降に収載しております。以上です。

○永井座長

ただいまの事務局の説明に対して、ご質問をお願いします。まず私から伺いますが、医行為の範囲は解釈の問題であるということですが、そうすると、すべての医行為について、すべて解釈がされているのでしょうか、それとも慣例で行われているのでしょうか。

○石川（義）補佐

法律の条文上は、先ほどご紹介させていただいたところまでで、その範囲は時代の進歩、医療技術の進歩あるいは教育内容の向上などに伴い変遷するものであり、一概にどうであるということは申し上げづらいところでございます。

○永井座長

ということは、かなり慣例で線引きが行われている部分も多いということですか。

○石川（義）補佐

はい。

○永井座長

そのような状況は、外国でも同じことなのでしょうか。

○杉野医事課長

諸外国の法令をつぶさに調べたわけではありませんが、おそらく同じような状況だと思います。医学あるいは医療技術の進歩を前提にすると、あらかじめ法令でリジッドに規定するのは難しいと思われまますので、同様の法体系なり、制度を前提に行われていると思われまます。もちろん連邦制国家の場合は、各州ごとに状況は違うかもしれませんが、大まかに言えば同じような状況にあると理解しています。

○永井座長

そういう状況は、医療技術の発展の歴史とかなり関係があると思います。新しい医療技術というのは、医師が患者に対してテストケースとして初めは導入されるでしょうから、その技術については、その後ずっと医師が担うことになっていくのでしょうか。そのような歴史との関係がかなりあると思います。歴史的経緯や法律など、いろいろな問題がチーム医療の問題にはかかわってくると考えて良いようです。もしあまりご質問がなければ、最後にフリーディスカッションの時間も用意されていますので、議事を進めます。

本日は慶應義塾大学の太田喜久子先生に、チーム医療の推進に関する話題提供をお願いしていますので、太田先生にお話をお願いします。

○太田喜久子先生

特別研究事業で実施させていただいた、医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究について概要を説明いたします。また、本日はファイルで全文の報告書も委員の先生方には配っていただいておりますので、報告書も資料と併せて見ていただきながら説明をさせていただきます。

この研究は、日本のさまざまな患者、家族にとって、安全で安心できる医療を効率的に受けられるために、どのような医師、看護師による連携・協働が進んでいるのか。その先行事例の調査を行いたい。さらに、その先行事例の適用可能性なども検討していくことで、これからの医師、看護師間の役割分担の推進に向けて具体的な事例を集めて、その資料とすることを目的として行いました。

報告書をご覧ください。目次の後ろに組織があります。このようなメンバーで行いまして、今日のこの検討会にも委員として出席されております井上先生、坂本先生もメンバーでいらっしゃいました。先行事例を具体的に集めていくということで、次の頁にはワーキンググループのメンバーがあるように、分担研究者の先生方も、看護専門分野の先生方にお集まりいただきました。具体的には、事例を集めていくためにワーキンググループを構成し、ヒアリングをし、資料収集をしていきました。本文手前の組織の次には、全体にかかわる要旨もあるので、研究要旨もご覧いただけたらと思います。

具体的な専門分野としては、急性期、慢性期、がん、小児、精神、在宅、医

療過疎地域の看護、看護管理という8領域でした。PPTの資料にもありますが、先行事例としては53事例を抽出しました。それぞれ専門分野ごとの件数については、そこにあるとおりです。先行事例について、どのような経過で連携が推進されていったかの背景、実施のプロセスはどのようなものだったのか、また連携を進めた結果の効果はどうであったかの分析をいたしました。

スライド3ですが、8領域全体を通してまとめると、どのような種類の役割分担・連携だったのかということで、11の特徴を持った先行事例を集めることができました。1つは在宅看護領域において、事前指示・事前相談に基づいて対応している事例、外来で慢性疾患患者に対して看護師による看護相談をしている事例、救急外来での看護師によるトリアージ、初期の処置を行っている事例、急変時の看護師による救命処置、鎮痛剤やインスリン等の薬剤の投与の調整を行っている事例、検査、前処置、治療、入院等の説明を看護師が行っている事例、CT、MR造影剤検査の医師、看護師、放射線技師等の役割分担が進んでいる事例、看護師による周手術期の管理、麻酔導入後の麻酔の管理、僻地医療における包括指示・相談に基づいた対応がスムーズにしている事例、看護師が中心となって行うベッドコントロールという内容に分類できました。

全体を通して、このような連携がスムーズにいくように進められた背景、要因には、いくつか共通したものがありました。それをスライド4にまとめています。1つは患者数の増加、それにより治療も増え、それに対応できる医師が不足し、医師による業務の負担が増している。診断や治療が遅れてしまう事態が常態化していること。患者にとっては、待ち時間が長いことへのクレームが増しているという診療の実態がありました。

片や、治療を標準化していくための現場における方策も取られていて、例えば治療ガイドライン、クリニカルパス、プロトコルを確立させ、それを中で浸透させ、自分たちの日頃の仕事に使うこと。それから、看護師の中に専門性の高い看護実践のできる看護師が増えてきています。修士課程を修了したさまざまな領域の専門看護師、6か月以上のコースの特定の分野の教育を受けた認定看護師も増えてきて、そういう影響も見られております。その他、学会等での特定領域の認定を受けた看護師が増えてきていることなども、このような連携が推進してきている背景にはあると思われます。全部で11分野で50を超える事

例を抽出したのですが、この場では4つの例をスライドでお示しします。報告書で、より具体的な事例の紹介をしていますので、その頁もお示ししながら概略を説明いたします。

スライド5にあるのが、救急外来での看護師によるトリアージと初期対応です。報告書の17頁から24頁です。400床ほどの病院の実践の場で、連携推進がなされるにいたる背景としては、医師不足、全次型の救急外来をしているのですが、来院される中でも軽症の患者が増えてきていることの影響で、重症の方への対応が遅れることなど、効率的な救急での外来ができなくなっている事態がありました。医師のストレスも増してきます。そのような状況の中で、2004年に、救急看護を専門とする認定看護師を外来に配置したという背景があります。

具体的には、救急外来に来る方のうち、独歩あるいは自家用車やタクシー等で来院される方については、救急外来に24時間常時1名のトリアージ看護師を置く体制を整え、そのナースによるトリアージを行います。さまざまな症状の聴取・フィジカルアセスメントを行い、そのナースが外来に来た患者の状況を判断します。非緊急、やや緊急、準緊急、緊急の4段階で分類していました。

非緊急あるいはやや緊急と判断された患者には、ロビーで順番を待ってもらいます。その間はトリアージナースによる見守り・再アセスメントを行います。その状況で帰宅をする人もあるそうです。準緊急、緊急と判断された場合は、その初期の対応をナースが行います。内容としては、モニタリング・心電図12誘導・止血処置・末梢静脈ラインの確保・簡易の血糖測定・四肢変形などがある場合には、アイシングとシーネ固定等を実施しているということです。緊急と判断された患者は、救急医によつての診察等がなされていきます。

このようなトリアージ看護師というのは、その病院の中でも要件が備わっています。臨床経験3年以上、6か月以上の救急外来の経験、院内外問わずBLSコースの受講、ACLSコースの受講、JPTECTM、ITLSコースなど、関連する教育研修を受けていること、フィジカルアセスメント技術を持っていること、電話でのトリアージ能力技能も備えていること、これらの要件を持ち、さらに師長や係長が適任と認めた者が、トリアージ看護師になるということでした。

このようなトリアージについては、それが妥当なのかどうかは問われるところですが、それについては、この救急外来の医師1名がトリアージ記録をもとに、

月1回すべてのケースの検証を行い、その検証会をもってフィードバックを行っているということでした。その具体的な結果は21頁になります。見過ごしがあつたり、過大に評価することがないようにするのが大事なわけですが、アメリカの過去の報告例と比較しても、その施設の見過ごしの割合は低いですし、過大な評価も少ないということです。常に、月1回のフィードバックにより、やったことに対する振り返りをするなどし、携わっているナースの判断能力も向上し、さらに自信にもつながったということです。そして、かかわっている人たちの情報の共有やサポート体制を取る役にもなっていたということです。トリアージに関しては、マニュアルを判断基準として持っていて、その施設の中の取り決めに基づいて行われているということです。

効果としては、心臓カテーテル検査の必要な患者への検査実施までの時間が非常に短縮されたり、緊急度の高い患者については医師が優先的に診察できるようになったり、診療効率が上がったという事例でした。

次はスライド6の事例です。これは入院で、薬剤の投与・調整が事前指示の範囲内でスムーズに行われるようになったという事例です。報告書は112頁から117頁です。これは小児の専門病院でした。それまで、薬物療法についてはかかわる医師によって使用方法がさまざま、事前指示があってもそれが医師とナースの間でスムーズに機能しなかったり、医師によって違うということで、いろいろと意見の相違などがあり、うまく機能していませんでした。それから、がんだけではなく、緩和ケアに関するシステムがないという背景がありました。

この病院においては、小児の専門の看護師がいて、緩和ケアチームをつくりましようという声を掛けて、緩和ケアのチームが編成されました。医師は、血液・再生医療科、麻酔科、児童思春期精神科の3名、ナースは2、3名、薬剤師1名から構成するチームが編成されました。

まず薬物療法に関するマニュアルを作成し、それをもとに医師の責任の範囲で、事前指示書が作成されます。医師不在時には、小児科にいるナースが事前指示の範囲内で、そのナースによる判断に基づき薬剤投与を行います。医師がいるときは、それを医師に確認しながら行います。対象となる小児は、がん性疼痛や移植治療後、終末期、手術後などの痛みのある子どもと家族です。

看護師たちは、薬剤の効果を判断したり、医師への報告や相談を行い、アセ

メントシートを活用することで、医師もナースと共同で行った結果の評価を行い、指示書の内容の修正を行っていたということです。このプロセスの中で、小児専門看護師が看護師への教育的な支援を行い、看護師のアセスメント力を向上するためにバックアップをし、医師と小児病棟のナースの相談に対応したり、その調整役を行うことによって、この連携をスムーズにしていくことができたということです。週に1回はカンファレンスを開催し、そこには薬剤師も入り、ケースの振り返りなどを行っていたということです。この場合の看護師の要件としては、該当する子どもの痛み、あるいは痛みが予測される子どものいる病棟の看護師全員です。ガイドラインとして、薬物療法のマニュアル、看護のマニュアル、痛みのアセスメントシート、事前指示書などが作成できるようにしていったということです。

このような連携の効果として、子どもの痛みをスムーズに緩和するようになり、子どもと家族の満足感も高まりました。これまではナースが観察し、薬の必要性を看護師なりに伝えていたのですが、十分には伝えきれないものがありました。それがアセスメントシートなどの活用によりきちんと伝えることができるようになり、医師とナースが実施したことを評価できるようになったということでした。

次の事例はスライド7です。報告書の42頁から45頁です。慢性疾患の患者に対する看護の相談外来で、この場合は特に糖尿病を持っている患者へのかかわりの事例です。この病院は糖尿病の専門医が不在です。手術等非常に多忙な外科医などの場合は、ナースが指示を受けようとしても適時では指示を受けられないことがありました。それでも指示を受けないといけないと思って連絡をすることで、医師の業務が妨げられるということが起こっていました。この病院においては、糖尿病の外来での働きかけの前には、皮膚排泄ケアの認定看護師がいて、その施設の中では認定看護師の活動による変化も見られていたところです。

ここでは、認定看護師が外来に来た患者の検査の必要性の予測、指示の依頼を行っています。それを外科医であるB医師が、検査の指示の依頼を受けて、検査の指示をします。それから、ナースが薬剤の処方量の予測をして、処方の依頼をします。例えばインスリンの単位・種類・投与方法、デバイスの選択に関して

予測をして、それを受けてB医師が処方指示をします。そして、A看護師の行った検査あるいは薬剤の投与・調整について、各種対応の確認はB医師が随時行っていきます。そのようなことが行われていました。この看護師は、仕事をしながら自分の実践力を高めていき、該当する糖尿病患者の看護外来、病棟での入院患者への対応等、ある部署に限定した働きではなく、病院内で横断的な働きをしています。研修医との関係の中でも、A看護師が非常に大事な診断の根拠、アセスメント判断など、医師へのコメントなども行っていました。A看護師とB医師は非常に信頼関係ができていて、治療・看護など糖尿病の包括的な医療を主導する人材として、A看護師に一任するというようなことでした。記録は必ず、残る形での処方・検査指示などは医師が行い、最終的な責任の所在も医師ということでした。病院内ではこのようなことについて看護部長も支援し、A看護師は看護スタッフに対しては、リソースナースとしての機能を果たしていたということです。

効果としては、非常に満足度が高くなりました。それから、さまざまな、患者、医師、看護師、組織的な効果が見られたということです。デメリットとしては、看護師の勤務が非常に超過することがあります。課題としては、リスクのさまざまな体制など、取り決めをどのように明文化していくかということです。

次の事例はスライド8です。これは在宅の訪問看護で、褥瘡ケアでの連携の様子です。これは1ステーションにおけるというより、複数の訪問看護ステーションでの事例をまとめたものです。報告書では193頁から194頁です。ナースが訪問をし、褥瘡の状態についてアセスメントし、観察した内容をデジタルカメラなどで撮影したものを医師に送って情報提供し、このような処置、処方が必要ではないかということを医師に提案することにより、皮膚科の医師などが提案に基づいて処方することが行われています。場合によっては、デブリートマンの実施もナースによって行われていたという事例です。これがスムーズにいった背景としては、頻回に訪問しているナースだからこそ、このようなことが効果的にできるということなどが見られました。

スライド9です。役割分担・連携をこのように進めていくことで、さまざまな効果が見られます。まず、患者・利用者にとっては、満足度が改善し、検査・

治療の待ち時間が少なくなりました。速やかに症状に対応ができ、異常の予防・早期発見、回復が促されました。在宅でも24時間安心できる。丁寧な相談ができるということで、満足ということです。僻地においても同じです。

医師においては、本来業務の時間が増加し治療に専念でき、効率的な診療ができる。医師の超過勤務が減少し、負担感が少なくなったということです。ナースについては、職務満足感・やりがい感が向上し、特定の専門性の確立へのやりがいなども見えたりしています。すぐに対応できるということでの心理的負担感も少なくなったり、キャリアパスとして非常に大事な役割、高度実践のロールモデルとなり、他のナースへの刺激になったこともありました。

組織の経営的な面から見たときには、医療収入の増加が期待できるのではないかと思います。患者数も増加してくるし、医師不足により診療を断ることも減少します。在院日数が減少したり、診断効率の向上など、効率的なサービスができます。例えばナースが行うことによる、人件費等の削減も場合によってはあるのではないかと。地域において中核病院としての期待に応えられることもあります。

このような連携を推進していくためには、スライド14にあるような大事なプロセスがあります。まずは組織内の合意形成をきちんと取っておくことです。それから、質と安全を担保するために、リスク管理体制としてどうするのか。協働する医師等との業務・実施体制の取り決め。どのような患者の場合にそれを行うのか、どのようなナースであればそれができるのかという条件をあらかじめ設定したり、担当者の教育・訓練、専門看護師、認定看護師を雇用し、その活用を図ること。手順書・プロトコール等の作成です。業務の整理も含めて行っていくことが、推進していくに当たって大事なのではないかと。

この事例のヒアリングの結果を受けて、この中のいくつかの事例が実際に適用することについてどうなのかを、現場の病院長、副院長、看護部長へのアンケート調査の結果も載せています。要旨のところには書いてあるのですが、非常に高い回収率で、それぞれの立場の166名の方から回収することができました。条件を整えば、このような連携を導入したいという肯定的な85.7%という、非常に高いご回答がありました。

○永井座長

ご質問をお願いします。

○羽生田委員

個々の事例についてのお話でしたが、最初にあった救急外来の場合には、メディカルコントロール体制の中でこういった業務がされ、そして検証が行われ、フィードバックが行われるという非常にいい形が認められます。

糖尿病の場合について、内科の糖尿病専門医がいなかったという話ですが、担当医が外科の医師ということでした。内科の先生自体もいないのでしょうか。それと、このプロトコールは、どこで誰がどう作って、この体制に持っていったのでしょうか。糖尿病認定看護師がすべてをやったということなののでしょうか。

○太田喜久子先生

この糖尿病外来の事例については、糖尿病の専門の医師がないという病院の状況で、外科の医師であるB医師と、認定看護師であるA看護師との、現場で看護師が力を付けていく体制を整えていったという経緯でした。ですから、課題のところにも書きましたが、この事例に関しては、A看護師とB医師との関係性、A看護師が判断力等も備えていかれたということで、うまくいっていたのではないかと思います。

その意味では、このA看護師以外の看護師に役割拡大をしていくためにはどうすればいいか。明文化されたプロトコールをどのように作っていくのか、リスクに対してどのように体制をとっていくのか、そのような組織としての在り方が、この事例の場合はまだ課題になっていると思います。

○羽生田委員

このA看護師とB医師とのコミュニケーションといったことは評価できると思うのですが、この場合は糖尿病の療養中であって、手術のために入院した事例ですよね。

○太田喜久子先生

はい。

○羽生田委員

そうしたときに、糖尿病の療養をしている主治医が必ずいるはずで、そこからの療養中あるいは入院中の指示が必ずあるのではないかと思います。そ

れがこの中に1つも出てこないのです。その辺がベースとして、こういった指示書なり、治療のプロトコールを作っていくということがあるのではないかと思うのですが、そこが出てこないのです。通常であればそれがあるはずで、あるべきであると思うのですが、その点はいかがでしょうか。

○太田喜久子先生

病院としては内科の医師はいるのですが、患者の多くが消化器、外科の患者として、手術目的で入院してくるということで、外科の医師が主治医としてかわっていたということです。

○有賀委員

いまのご質問に関係あるかもしれませんが、全体像を教えてください。チーム医療の推進という検討会の題名を考えると、チーム医療といったときにはナースやドクターだけではなくて、薬剤師、MSW、リハのスタッフがあります。チーム医療の推進という話を病院の中で議論すると、各職種の医療記録をどう一元化するか、それを推進するためには、例えば電子カルテにするかとか。そのような話をすることでわかるように、チーム医療そのものというのは、チーム医療をすることによって、患者にとってよりよい医療が展開できるだろうという話で、私たちはチーム医療のことを常に頭に入れて議論するわけです。

例えば私は救急センターの責任者をやっていますが、朝と夕方にカンファレンスをやるときには、ドクター、ナース、病棟の薬剤師、最近はMSWにも来てもらって、症例のカンファレンスをやるのです。そのようなことで、チーム医療をイメージしているのです。

いま羽生田委員がご質問されたように、そもそもいたほうがいいチームの一員が欠落しているかもしれない局面において、いまの例でいけば、内科のドクターの代わりに、場合によってはナースが踏み込んできているのではないか。

そのようにみていくと、チーム医療の推進とは言うものの、資料を見ていると、ナーシングスタッフが局面によっては足りない医療資源の穴埋めをしてくれという形で話を進めることになるのかなという気がしないでもないのですが、専門性の高いナースが現場において大変良いことをしてくれるという話は私もよく分かりますから、それはそれでいいのですが、チーム医療と言ったときに、ナースやドクターだけでなく、その他の職種もたくさんありますので、そこ

はどうなってしまうのかなど。

○永井座長

それは医師、看護師等の役割分担ということで最初にご説明があったわけで、「等」の中にはすべて入ると理解しております。そういうことでよろしいのですか。ただ、まだ話の始まりですので、まず看護師に関する研究についてお伺いしようという段階だと思います。

○有賀委員

わかりました。

○山本信夫委員

いまのご意見もそうなのですが。今回は話題提供ということで、看護師の方々のことを中心に現在ある状況を確認しようということなので、それはそれでよろしいかと思うのです。先ほどの資料3の中にもありましたし、報告書本体のほうでもそうです。9頁の7では薬剤の管理の範囲が明確に規定されています。

聞き漏らしていたら申し訳ないのでお伺いしたいのですが、資料4、パワーポイントでいうと6頁に「入院における薬剤の投与・調節」というところがありますが、その中でいろいろ条件が示されていますが、薬物療法には基準がありません。医師と看護師の意見に相違があった場合とか、緩和ケアに関する明確なシステムがないという背景の中で薬剤の効果を判断することに関して、看護の方々が議論されている。一方で、たまたま麻薬については薬剤師が確認と書いてあるのですが、ここで示されていることは効果の判断まで看護の方々がなさっていると理解するのでしょうか。つまり、例えばガイドラインの様な基準がないまま、医師がいなくて、見解に相違があつて、そして薬の判断をすると、薬剤師が全く抜きでと、非常に細かな範囲になって申し訳ないのですが、そういう気がしますので、そこを教えていただきたいというのが1点です。

それと、永井座長がおっしゃったように、まだ取っかかりですから、個々の問題等には入っていると理解はいたしますが、もしチーム医療と言うのであれば、まず全体の枠組みというものがどこかで議論されて、こういうものがあつた上で個々にというのがないと、議論がダッチロールするような気がするのです。

○永井座長

初めにそういう例を挙げていただいて、今まさに議論が深まってきているわけです。何もないところで総論を議論しても、なかなか難しいだろうと思います。ですから、今日は太田先生においでいただいていると私は理解しています。

○太田喜久子先生

スライド6の事例につきましては、薬剤師の方も最初から、例えばガイドラインを作成するときにも入っていらっしゃいます。ですから、報告書の114頁、さまざまな役割分担、連携をどうしていったかというところにも書いてありますが、精神科のドクター、麻酔科の医師、薬剤師、看護局、そういう連携のもとにガイドラインを作成し、当然、お子さんたちの変化については、ナースはナースの立場で、日々の様子から起こってきている変化、症状コントロールの様子などを見ているでしょうし、さまざまカンファレンスなどには薬剤師も入っていらっしゃいますので、それぞれの立場からの検討がなされているということです。

○永井座長

先ほどの糖尿病の例なのですが、外科医の先生が忙しい場合には、看護相談の外来だけで患者が帰ることもあるということなのではないでしょうか。もちろん、後で医師に確認はしているのだと思いますが、そういう看護相談外来の位置づけがどうなっているか教えていただけますか。

○太田喜久子先生

外来に通ってこられる方の状態は、必ず医師との連携の中で必要な指示あるいは確認を得ながらナースが行っています。看護外来の対象となる患者、ある程度安定した方々、そのような状況の中での方々は、かなりナースが主体的に、さまざまな生活の様子などを伺いながら判断しているところもあるかと思います。

○永井座長

必ずしも医師とフェース・トゥー・フェースで会わなくてもよいということですか。

○太田喜久子先生

そういう場合もあります。

○西澤委員

いまの発表を聞きまして、現在の医師法あるいは保助看法の範囲内でここまでできるのだということで、私も非常に参考になった発表だと思います。ありがとうございました。ただ、いろいろな先生方からお話がありますとおり、糖尿病の事例だけは、それがこの範疇なのかという辺りは今後の議論の題材になるのかなと思っています。医師から見ると、効果としては、医師の本来業務の時間が増加するという事になっているのですが、見方によっては、医師の本来業務を一部代わりにやっているようにも見えなくはない。

ちょっと気になる文章があります。細かいところですが、報告書の44頁の下に、医療機関経営への影響ということで、糖尿病専門医1名と同等の活動をして成果を上げているのに、看護師1名として雇っているのであるから好影響だというふうな書き方、これはちょっと違うと思います。この辺りはどのように判断したらよろしいのでしょうか。

○太田喜久子先生

これはインタビューでお話いただいたものを中心にまとめたものです。先ほど、このような連携が推進されることによる医療機関の費用削減のところでもお話ししましたように、ナースが役割、機能を果たすことができるのであれば、その分医師としての人件費を使うことがない。ナースがその役割、機能を十分にほかの医師との連携の中で行うのであれば、そういうことも病院にとっては良い影響をもたらすのではないか、そういう答えがあったということです。

○永井座長

いまの西澤委員の、本来業務というのはどこで線を引くか。最初に私もお聞きしたように、かなり解釈の問題があり、それが時代とともに変わってきている。そういう状況の中でどういうふうにこれから考えていくのか、それを議論しましょうということだと思います。

○井上委員

私もメンバーとして、特に急性期のほうで調査に関わったのですが、いまご発言いただいた方がほとんど医師の先生です。観点としては、本来医師がすべきところを医師不足とか、そういう状況でナースがしている。そのことを医師の側から、医師法に抵触していないかどうかという厳しい目で見られているように私は感じました。もちろん、そういう議論もあるとは思いますが、イン

スリンのことにに関して申しますと、糖尿病専門医がいたとしても、手術を受ける患者さんにポイントごとに何回かコンサルトをするとは思いますが、消化器系の手術を受ける人が術前あるいは術後で食事がステップアップしていくようなときに、食事のことや運動のこと、そういう生活のところまで見つつインスリンの量が細かく分かる、そういうナースの部分は是非活用してもらいたいと思うのです。それは医師法に触れるからという発想ではなくて、どういう部分だったらナースの知恵とか知識が活用できるのかというところで見てくださいらないと。最初からナースの部分ではないのではないかとという線引きがあると、話が進まないのです。

それから、ここに出ている事例はほとんど全部臨床の現場で、不都合とか、不具合とか、患者の苦痛とか、不満などに対して、多くが医師のほうから「これ、やってみないか」というような一声があってシステムが動き出して、やってみて、こういう形になっているのです。ある意味すぐ転用可能性、適用可能性がある良い事例ばかりだと思うのですが、それ以外にも。というのは、この調査は必ず医師とナースのペアに対してインタビューをすることが前提だったので。ですから、ナースの側だけで人知れず苦勞していたりとか、これは是非ドクターに言いたいなとか、そういうものは事例にすら上がらなかった。ドクターの意識まで動かして少し動いているものに関して先駆的ということだったので。ですからそれ以外のもの、スライドで言いますと、スライド12のナースの側の負担の2「心理的負担感の減少」で、患者・利用者の苦痛にすぐ対応でき、待たせなくて済む。あるいは、すごく待たせている。逆に言うならば、医師の外来やらオペやらの時間が取られて病棟になかなか来てくれない。無駄な時間を、いらいらして待っているなどというのが本当は山ほどあるのですが、そういうものは1つとしてこの事例に上がってきていないのです。そういう意味で、最初に医事法の論議になってしまうと全然進まなくなると思うのです。もちろん、先ほどの事例も、糖尿病専門の内科医がいれば解決する問題なのだろうと思うのですが、今はそういう時代ではないということで議論を進めていただければと思います。

○西澤委員

勘違いされていると思いますが、私は、決して医師法あるいは保助看法を変

えるなど言っているのではなくて、少なくとも、今ある法律の中で私たちはやっているはずなのです。私も病院の経営者ですから、そこを踏み出すということはしないように気をつけています。当然のことながら、それは法律違反ですから。

○井上委員

それは「踏み出し」の理解だろうと思います。

○西澤委員

私は、その辺りをきちんとして、踏み出して結果的に法に触れることになったらよくないと言っているのであって、やるときはその辺りを注意してやるべきだと。私が言った44頁の文章を、もう一度繰り返します。看護師が糖尿病専門医1名と同等の活動、要するに医師の業務をやっていると読み取れる文章があるので、それはどういうことかなということで質問しました。

○井上委員

委員のご懸念はそのとおりだと思うのですが、この「成果」というものにもいろいろな解釈があると思うのです。診療報酬とか、そういうものに関して言えば、それは確かに首を傾げるのかもしれませんが、もう少し広い解釈をしていただければと思うのです。

○羽生田委員

私は今、医師法がどうのこうのということと言ったわけではなくて、糖尿病の話にしても、スタートの話が全くないのです。ここに出てくる話以前にどういう話がされてこういうシステムを作ったかというところが全くなく、いきなり看護師が検査の指示も、処方指示も全部出して全てが行われた、ここからはそういうふうにとれるのです。その前に内科の主治医もいて、そこからは必ず指示書が出ている。そして、外科のB医師とどういう議論をして、ではこうしようという話は前もってあったはずという、その辺が抜けて説明されているので、そこがまずいのです。全体的視野の中で見るのだったら、ここからこういう話がスタートして、こういう経過でこうなって、こういう良い結果が得られましたという話だったらいいのですが、そうではなく、いきなりこういう話になってしまうものですから、それ以前の話はなかったのかということになってしまうので私は心配をしているということです。

○永井座長

少し議論を整理する必要があると思います。医師法とよく照らし合わせながら議論をする必要があると思うのです。医師法の「医行為」というものがかなり解釈の問題であり、危害を及ぼすおそれのある行為が医行為なのですが、これは医師の職分とか本来業務とか、そういう議論では必ずしもなくて、誰が担うか非常にファジーである。しかし、医師法をよく見ながら議論しつつ、現行の医師法の中でできることとできないことを整理して、必要があれば、ここの検討会として何か法律改正を提案してもよろしいのだと思います。しかし、法律をよく見ながら議論しないと、議論が空転する可能性がありますので、そこはよろしくお願ひしたいと思います。

○海辺委員

だいぶお話が進んだ後で戻すような感じがあって恐縮なのですが、私は「チーム医療」の定義自体が曖昧かなと感じておまして、ここの検討会でそれをしっかり定めるというのは、ワンクッション必要なのではないかと感じております。というのは、私は「癌とともに生きる会」で、がんのほうから出てきている者です。がんの拠点病院の指定要件の中には「チーム医療の推進」というような言葉がもう入っております。そちらで言われていることは、いわゆる化学療法ですとか手術療法、外科、あとは緩和ケアですとか麻酔ですとか放射線であるとか。がんの場合は、治療の局面局面で、これだけやっておけばいいというようなことがないわけですから、各診療科をまたいでやる。当然その中には、がん専門薬剤師の意見ですとか、がん専門ナースですとか、そういう方が配置されている病院であれば、もちろんそういう方も加わる。そして患者本人も加わって、それがチーム医療だという感じで捉えられている。それ自体も、専門病院の先生に言ったら、私はそういう解釈はしていないとおっしゃるかもしれないのですが、そのような感じで成り立っているようなところがあります。

もちろん、病院の外側に出ていった患者さんをどうやってみんなでサポートするかという側面も大切ですので、ここで話し合う「チーム医療」というものはきちんと定義した上で議論を進めていかないと、噛み合わなくなる可能性が高いかなと思いました。

もう1点、私が事前に資料をいただいて思いましたことは、これからいろいろ

と医療技術が進みますし、高齢化社会で高齢者も増えていく中では、医療のニーズがもっともっと高まるのに絶対担い手が足りないということが出てくるので、そういうものをきちんとした資格を持った方々が担っていくというのは絶対に避けられないと思うのです。ただ、心配なのは、既成事実がどんどん積み上がって、地位や資格が定まらないままここまではしてよいことにしましょうというふうになってくることです。ナースプラクティショナーという言葉も実際に資料の中に出ていますが、ナースプラクティショナーという言葉の定義もまた曖昧なまま実務ばかりを押しつけられて、資格としてはきちんと確立していないというようなことだと誰のためにもならないようなところがございませぬ。

私の母はずっと闘病しておりましたので、患者家族としても権限を持った看護職の誕生は望ましいと考えますが。例えば母が飲みづらくて大嫌いな薬があったのですが、この薬はこういう症状を緩和するために飲むんですという説明を受けていても、その症状自体はもう軽くなってきたから、これは飲まなくてもいいかというようなことがありましたときに、「じゃあ、先生に聞いてみますね」と看護師さんがおっしゃってくださっても、その先生が「ああ、あれは飲まなくていいよ」というお話がくるまでにまる1日経過していたりする。そういう感じになりますと、その薬は、まあ、その症状を抑えるためなんだから、よかろうというようなことを専門ナースができるようになってくれば、患者は待たなくて済みます。そういう観点からも、将来的にそういう資格は絶対に確立してほしいと私も思うのですが、ただ、そのためにはいろいろと積み上げていかなければいけない部分があるだろうなと。

○永井座長

今はまだ話の始まりです。NPのことも出ましたけれども、これから、どういう概念であるか、何が必要であるか議論が必要です。特に、教育や研修の話にもなると思います。今日はフリーディスカッションで、皆さんがどういうところに問題を感じているか、それを紹介していただくという段階だと思います。

○太田秀樹委員

資料4のNo.8「褥瘡ケアにおける医師と訪問看護師の連携」で感じたことがあるのです。ちょっと現実的な話なのですがけれども、訪問看護というのは、看護

師がエンパワーメントする身近なフィールドだと私は思っているのです。医療行為の解釈の曖昧さがある中で、実はナースがデブリートマンをやっている、ここにそう書いてあるのですが、在宅の現場では、現実にやっているのです。何でナースがデブリートマンまでやるかという、ここに書いてあるとおりで、褥瘡に興味のある医師は少ない。そうすると、ミイラ化した壊死組織を取らないと良くならないことをナースは分かっているので、要するに「何とか、患者のために」という思いが先立てば、ついやってしまうわけです。上手にやれる人はいっぱいいて、内科の先生よりも出血が少なかったりするのですが、では、これは診療の補助なのかという判断を誰がどの場でやるのかということ、つまり手続きです。

褥瘡ケアにおける外科的処置は3つあるのです。膿瘍を切開して排膿することと、ミイラ化した壊死組織を除去すること、あとはポケットの開放です。切開、排膿というと、明らかに正常な皮膚を切開して排膿するわけですから問題がありそうなだけけれども、死んでしまった皮膚だから取ってもいいのではないか、ゴミだから取ろうという解釈もできるわけですが、それを一体誰がどこでやるのかということは、どうなのでしょう。

○永井座長

これも解釈の問題なのだろうと思うのです。

○太田秀樹委員

だから、誰がどこでやるかです。

○太田喜久子先生

いまの褥瘡ケアの内容は報告書の193頁から194頁に出させていただいているものなのです。これはいわゆる外科的なデブリートマンというより、ラップ療法などのことを行っているのです。ステーションで眼科用のコップェルを備えてそれを使う、この事例ではそういうことが行われていたのです。

○太田秀樹委員

それをやってはいけないという話をしているのではなくて、これが診療の補助であるという判断は誰がするのだろうということを私は言っているのです。

○杉野医事課長

一般論としてお聞きいただきたいと思うのですが。例えば今日の資料でご紹

介をした静脈注射、これはもともと、医師法とか保助看法の規定を厚生労働省が解釈をして、静脈注射は診療の補助には当たらない、これは医師しかできないのであるという解釈を通知で示していたという時期がありました。しかしその後、実際には裁判の判決の中で、これは診療の補助に該当するという判断が出て、それ以降さまざまな議論はあったわけですが、最終的に厚生労働省、つまり国としても、これは診療の補助に該当するであろうというふうに判断を変えていったという経緯をたどっております。その意味では、法律を所管しております厚生労働省がまず一義的には判断をしなければいけないのですが、場合によってはそれを超えて司法の判断もあり得る。もっと言えば、その司法の判断というのは、結局は医療界あるいは医学界の議論が前提となって判断をされていると思われまゝ。言い換えますと、デブリーマンは診療の補助の範囲に含まれ得るか、それが必要なかどうか、あるいは、どういう条件の下であればそれが診療の補助に含まれ得るのかといったようなことを、場合によってはこの場でご議論いただければと考えております。

○太田秀樹委員

現実的な話として、例えば、痰の吸引1つとっても、もう延々と議論しているのですが、痰の吸引は医療行為だというような国は、そうはないと思うのです。ですから、そういう些細なというと語弊があるけれども、そのようなことですら何も決まらない中で、一体デブリーマンが医療行為かどうかというのが決まるには何十年もかかるのではないかという気がするのです。

○島崎委員

いまの質問との関係で事務局にお伺いしたいことがあります。資料3「看護師が行う診療の補助について」の中に保助看法の37条がありますが、この条文の解釈を聞かせていただきたい。というのは、この点は共通の認識にしておいたほうがよいように思うからです。「保健師、助産師、看護師又は准看護師は」の後に、歯科医師も含めて、主治医の指示があった場合を除くほか、かくかくしかじかをしてはいけないと書いてあるわけです。この「主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか」というのは、どこまでかかっていると解釈するのでしょうか。つまり、「診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をし」というところにかかっているのですか。それともその後の、「そ

の他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない」というところまでかかっているのでしょうか。逆に言うと、もし、終わりのほうまでかかっているとすると、たとえば個別指示を行えば、すべからず許されるという解釈になりますが、どういう解釈を実際にはとられているのでしょうか。

○杉野医事課長

個別指示とは限らない、ということをまず申し上げておきます。これは主治医、医師の指示があればということになっております。それが個別指示であるか、あるいは包括指示であるかということは限定されておりませんで、とにかく医師の指示があればということになっております。それから、どこまでかかるのかですが、これは全体にかかっております。あくまでも例示として、診療機械を使用するとか、医薬品を授与するとか、医薬品について指示をするという例が出ておりますが、これらを例示としながら、要は医師が行うのでなければ危害を生じるおそれのある行為、つまり医行為をしてはならない。逆に言えば、医師の指示があれば医行為をすることはできるという解釈になっております。

○瀬尾委員

結局有賀委員がおっしゃるように、「チーム医療とは」というところの定義をまずきちんとする。つまり、チーム医療として看護師の業務を拡大していくということですから、その「チーム医療」とはどのようなものであるかということころを定義しないと、いまのように、ではどこをと、細かくなってしまう。だから、チームとして治療方法を決めて、その範囲の中でこの行為はという形にしないと。痰を取ったり、褥瘡のデブリーマンがどうかというのも、チーム医療として褥瘡を治す。そういうものとしてチームとして関わっていく場合に、そのときにナースはということまでできるかということなのです。チーム医療、これは今までなかった新しい定義ですよね。だから、ここでいちばん重要なことは、チーム医療というのはどのようなものであるかをみんなが共通して持たないと。勝手にいろいろな解釈になりますと、それで全然駄目になるのではないかと。ということで、この初回は、とりあえずチーム医療というのはどのようなものであるかというのを皆さんがディスカッションなりをしていく。こ

の委員会の中で、チーム医療というのはこういうものとして考える。そこから薬剤師の人はどうするのかとか、ナースの人はどうするのかというのを考えないと、行ったり来たりするのではないかと思います。

○永井座長

とにかく今日はまだ始まりですので。

○瀬尾委員

はい、そういう意味で。

○川嶋委員

私は看護の立場から、いまのチーム医療とはという定義からスタートすることもいいのかなという気持はありますが、今日太田先生が、医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究ということで、1つのたたき台というか、考えるきっかけを与えていただいたと思うのです。私はこの研究に関与していませんが、太田先生の研究はとても膨大で、ご苦労の跡はよく分かるのですが、率直に思ったことがあるのです。事例は53例あって、それぞれの領域で何例かずつの事例が出ておりますけれども、これは決してモデルにはならないと思うのです。先ほど井上委員がおっしゃったように、たまたまその病院で組織的に動いて、医師とナースとで、ではやりましょうということでやったことの例が載っているにすぎない、という言葉を使つてはいけないかもしれませんが、私はそのように受け止めました。ですから、こうなのだからやってもいいと短絡的に持っていくのは少し危ないかなという感じがしております。と申しますのは、またチーム医療の定義に戻るかもしれませんが、看護師といっても、看護師というものは准看護師もいますし、一体どの領域の看護師を言うのか。認定看護師、専門看護師、その他今は、修士課程を卒業した人もいれば、専門学校の卒業生もいます。いろいろな看護師がいる中で、医師と看護師と言っても非常に難しいのです。そういうことも踏まえて考えていったときに、ここには単に「医師と看護師」と出ているのですが、ちょっと。

○永井座長

「看護師等」ですので、全部にかかっているのです。

○川嶋委員

いや、違う、太田先生の研究のことを言っているのです。このチーム医療の

推進の検討会は「等」であることはよく理解していますが、たまたま今日の研究のご発表は医師と看護師との役割分担ですから、当然2つの職種しか出てこないのです。2つの職種の連携の在り方を皆さんで考えながら、チーム医療というのは結局どういうことなのかなということを考えていけばいいのではないかと私は思いました。座長がおっしゃるように、今日は初回ですから、最初からあまり定義づけてしまっても。概念だけがあっても、なかなかうまくいかない。また、概念を統一するまでにはすごい時間がかかるのではないかと思います。まして、少し具体的な事象から入っていくことは、とても賛成だと思います。

○永井座長

私もそう思います。「チーム医療」の定義を初回で決めようと言われても、これまた難しい問題です。まず事例の共有でもよろしいと思います。どういうところに、どういう問題があるのか。皆さんは「チーム医療」の概念をある程度はお持ちだと思いますが、それをより明確にしていくという作業が続くのではないかと思います。

○瀬尾委員

今後はナースの数も減ってくると言われています。今は医者が足りないから、医者業務をナースに移行しているわけですが、結局、ナースとしては業務が増えてくるわけですね。それで、今後もナースの数が足りないと言っているときに、これが本当にできるのかというのは、どうなのですか。だから、単にチーム医療というのを考えないと。医者がやっていた業務を今移行しているだけで、ナースの業務が増えてきて、ナースが悲鳴をあげて辞めていくという懸念があるのです。そこを気をつけてやらないと実際的には、という気がしています。

○永井座長

それは当然だと思うのです。さらに、それはチームだけではなくて、地域医療の問題にもなってくるのです。人手がよりインテンシブに必要になりますから、地域によっては看護師が足りなくなるということもあり得ます。ただ、今日はとにかく、そういう問題点をお出しいただくということでご理解いただきたいのです。

○太田喜久子先生

私は事例を中に挟みながら紹介させていただきましたが、今回の調査の中では、各看護の専門分野で、全体としては53の事例の中から精選していった共通する要素というものを抜き出していくという作業もしております。そして、1事例1事例ということとは限らず、全体として役割の分担・連携が進めば、スライド9に載せたような、患者・利用者にとっての満足度効果、医師にとってのメリット、それから病院組織・医療組織が受ける経営上のメリット、それからナース自身にとってのメリットもあるということが全体として分かってきたのです。

もう1つ、これはスライド14でまとめましたが、組織内での合意・承認を得るプロセスをまず踏むこと、それから、連携をしていくための質と安全を担保する仕組みをいかに確保していくかということです。リスク体制、それから教育・研修、それからプロトコルの作成等ここに書いてある7項目はかなり重要なことなのです。これはこの研究の検討会の中でも再三ディスカッションし、この要素をきちんと、プロセスも踏みながら行っていけば、随分スムーズな連携が行っていけるのではないかとということが分かってきました。

○坂本委員

実は、私もこの研究に参加しておりました。いろいろな議論があると思いますが、全体を通して1つだけ言えることは、各病院でいろいろな状況があったわけですね。そして、基本的には患者自身に、待たされたりして困っている状況があったということがすべての事例に共通していると思います。それぞれの病院でいろいろな問題があるかも分かりませんが、ドクターとナース、それから他の職種も入っていると思いますが、それらの人たちが話し合っ、もう、こういうふうにはせざるを得ないといえますか、何がいちばん患者にとってのサービスかというところを考える。そして、先駆的という言葉がいいのかどうか分かりませんが、役割分担をきちんと決めてやっていたという事実であります。これは私たちがいちばん良い事例であるとかと言っているわけではなくて、事実として起こってきたことを現場が受け止めて、それに対して何らかの対策をとったという役割分担のところ、この研究の事実を抽出したということになると思いますので、事実がなぜ起こったかということも考えていただきたいと思います。

それから、看護師がそのことをやりたいとか、看護師にとってよかったとかという問題ではなくて、外来等で見ているときにいちばん困っている患者に対して、つまり手術中のドクターを待たなくてはいけないとか、いろいろな問題に対して何とかしようということで動いたということも、いろいろな事例の中には見受けられました。

○朔委員

今日の議論をいろいろお聞きしていますと、結局、総論と各論が入り交じって出ているように思います。各論の場合は、各医療機関、地域によって事情が違いますから、医師とナースの関係もいろいろ違うと思うのです。ですから、各論をある程度話すのは分かりやすくいいのですが、最初にこの会議が目指すゴールというものをある程度明確に示していただいたほうが、我々の考えをまとめていくのに良いのではないかと思います。この会議が目指しているゴールをもう少し明確に提示していただいた上で、議論をしていく方が効率的だと思います。

○永井座長

それは最初に局長が少しお話になっておられたと思いますが、もう一回事務局から確認していただけないですか。

○杉野医事課長

事務局の立場として明確に、こういうゴールをとというのはなかなか申し上げにくいと思っております。チーム医療というテーマで、チーム医療をどう高めていくかということを目指して、その具体的な方法をご検討いただきたいと思っております。ただし、今日ご説明した中にも、看護師あるいはその他のメディカルの役割の拡大ということが明確に、例えば内閣総理大臣の指示辺りでも出ておりますので、さまざまな医療職種の役割分担を、具体的にどういう条件のもとに、どこまで拡大できるかということは是非含めてご議論いただきたいと思っておりますけれども、行き着く所はチーム医療の向上だと思っておりますので、例えば有賀委員からご指摘いただいた点、あるいは海辺委員から出たご議論も含めて、さまざまな角度からチーム医療についてご議論をいただきたい、事務局としてはそう希望しております。

○朔委員

この検討会でいろいろ意見が出されて妥当であるという結果になれば、はっきり言えばNPを導入する線まで持っていくこともあり得るというぐらいのゴールは考えてよろしいのですか。

○杉野医事課長

先ほどNPの定義が曖昧であるというご指摘もありましたので、にわかに「はい、そうです」とか「いいえ」とかとは申し上げにくいと思っておりますが、別に私どもは、あらかじめ、ここまでの議論でお願いしますとか、これ以上先の議論は困りますとか、そういったことは考えておりません。あくまでもチーム医療の向上、あるいは各医療職種の役割分担の拡大、専門性の向上ということについて、法律上の枠組みもいずれ議論になると思いますが、それはそのときに議論すればいいと思っておりますので、現場のニーズも含めてさまざまに特段の制約なくご議論いただきたい。そのご議論の結論を、私どもはそのまま受け止めるということかと存じます。

○大熊委員

いまの杉野課長のお話を額面どおりに受け取ることいたします。そうしますと、今ちょうど、チーム医療推進協議会というものが出来つつあります。準備会を2回終えて、いよいよ9月に発足するという段取りになっておりまして、とりあえずは、病院内で活躍している職種、ですから薬剤師の中でも病院薬剤師、それから作業療法士、視能訓練士、放射線技師、そういうのが動いている最中ですので、「等」のところをあまり曖昧にしてNPに突っ走る前に、次回は、この推進協議会の方などからヒアリングをされたらいいのではないかとご提案を申し上げます。

先ほどのプレゼンの中の、役割分担を進める準備プロセスに必要なことはナースの職種で発見されたことですが、これはどの職種に当てはめても普遍性があると思いついて伺っておりました。

今日、明日と、たまたま、ある学会が名古屋で開かれておりますが、そこには5,000人ぐらいの人が集まるそうで、スピーチセラピスト、医師、看護師、栄養士、歯医者、歯科衛生士等さまざまなものが今、日本の中で動き出しておりますので、そういう全体像をまず頭に入れながら話を進めてはどうかと思いました。

○永井座長

私自身もそういうふうに思っておりますが、今日は初日であって、まずは太田先生のお話を伺っているのです。

○羽生田委員

チーム医療を病院の中でと言いましたけれども、座長も言われたように、病院の中だけではないのです。地域で、薬剤師あるいは歯科衛生士とのチーム医療というものも存在しますので、これは病院に限った話ではないということをもまず前提としていただきたいのです。

それから、チームですから、チームを作る場合には必ずキーマンが必要になる。誰が責任をとるかというのは必ず必要になるという中で、いろいろな職種が集まったときに、いろいろな職種の中で責任をとる立場にあるべき人、チームの中での責任者は医師であろう。患者1人に対してチームで医療を推進していく場合には、誰かが責任者にならなければいけないという中では、医師が責任者としてチームをリードしていくべきであろうという気がしています。

今日の報告の中で糖尿病のことを言いましたけれども、それ以外は、チーム医療で医師が責任をとり、いわゆるメディカルコントロールの中にこういう組織が作られているということを感じたのです。ただ、糖尿病だけはそれを感じなかったものですから1つだけ言ったのですが、有賀委員や瀬尾委員は、新しい職種で救急救命士という職種が出来たときに、これを推進していくいちばんの根底は、メディカルコントロール。包括的なメディカルコントロールと直接的なメディカルコントロールという中で、この業務を実際にどう動かし、どう検証し、フィードバックしていくかという組織的な制度が出来て、それが稼働しつつあるわけです。それはチーム医療という中で最初に出来たシステムだと思いますけれども、病院あるいは地域でこういったチーム医療をしていく場合には、全部の職種が関係する中で誰が責任をとるかということは当然必要になる。私は、今日のご発表の中でもそういうことを感じながら聞いていたのですが、糖尿病だけについてはそれを感じなかったものですから指摘しましたが、そういったことは病院の中であり、地域の中でも、チーム医療という考え方の根底にそれを置くべきであろうと思っております。それが我々としての提案です。

○太田喜久子先生

糖尿病の事例がかなり話題になっていたので補足させていただきたいと思うのです。報告書では43頁になりますが、この病院がこのような連携を推進するに至ったのは、糖尿病の専門医がいなかったからということは先ほど申しました。手術をする必要があつて外科に入ってこられた方で糖尿病を持った方に対して、外科医としての仕事に支障を来していた。その病院には、認定のナースとして皮膚排泄ケアのナースがいて、かなり自立的活動を行っていた例があつたので、43頁の「行った背景」、それから「準備状況」に書いてあるように、医師のほうから、糖尿病に関してもナースがもっと役割を担ってもらえないかという働きかけがあつたのです。それを受けて、では医師はどのようにナースに対して役割を担うか。それはオンザジョブ・トレーニングということになるかと思いますが、地域の医師会の集会などにナースを同行し、その地域の糖尿病の専門医の研修会にナースに参加してもらって、そこで必要な研修をもらって実践力を高めたという背景がございます。その上で、このような外来での、あるいは病棟での活動を行って非常にスムーズにいった。そういうことですので、その背景を補足させていただきます。

○永井座長

これは1枚の絵で描かれていますので、ここに描かれていない問題がたくさんあるのだらうと思います。

○海辺委員

また話を戻してしまうところがあるかもしれないのですが。先ほど羽生田委員がおっしゃっていた、チームの中心は医師であるということ、日本の医療のいまの現状だと、そうかなという感じはあります。ただ、アメリカなどでは今、チーム医療というのはごく当たり前のようにならわれておまして、実際に実践されていますが、そのチーム医療の中心で自分の医療に責任を持っている人は誰かということ、患者本人なのです。だから、「あなたに可能な医療の選択肢はこれとこれとこれがあり、私は医師としてこれをお勧めします」ということはあつても、「私が医者だから、あなたにはこれだ」ということはない。その患者は自分自身の責任において、「私もそれがいいと思うから、この医療をやります」と決定しているのです。だからこそ「チーム医療」の定義が大事かなという感じがすごくしたのですが。

○永井座長

羽生田委員がおっしゃっているのは、医行為についてですね。

○羽生田委員

いまのお話は、それはそれとして当然ある話です。中心は患者です。

○島崎委員

今日の太田先生のお話は、私にとっては非常に勉強になりました。実態はいろいろ進んでおり、現場では医療の実態に合わせていろいろ工夫をしながらやっているのだなということが感想です。これが第1点。

もう1つ思ったのは、チーム医療といっても、どの職種まで含めるかということもさることながら、急性期の場面と慢性期の場面、さらに言えば、太田秀樹委員が実践されているような在宅医療の場面のように、ディメンションによってその内容は相当違ってくるのではないかということです。

それから、先ほどあった指示の様態や責任体制、これも実際には結構微妙なところがあり、具体的な個別指示から一般的な包括指示まで幅があり、さらに言うと、もう少し独立性があるものも存在する。広い意味ではメディカルコントロールに服しているのかもしれませんが、それぞれの職能がかなり独立性を持って活動している場面もあり、正直に言えば、全部一括りにできるのかなという感じがいたします。

おそらくこの検討会で求められているのは、例えばこういう場面でどこまでやっていいのかとか、その場合の条件はというようなことを決めていくよりも、こういう議論がどうしても必要になってくるのか。もう少し言うと、社会情勢の変化、つまり少子高齢化の進展や医療技術の革新、あるいは人材の確保の問題も含めていろいろ変化している。例えば、専門分化が進んでいけば、その一方でどうしても包括性が求められるようになる。そういう中でどういう方向を目指していくのがよいのか。それから、それに対応してどういう教育システムや責任管理体制を組むのが、患者や国民の立場にとってもベストなのか。そういう方向で議論を進めていくべきではないかと思います。雑駁ですが、そのような感想を抱きました。

○永井座長

最初に私も感じましたのは、基本的な考えをこの委員会で整理して、新しい

方向を打ち出せるかどうかが課題です。個別の医療技術について、すべてそれが医療行為なのか、誰が担うべきかというのは、いくら時間があっても足りないでしょう。ただ、大事な基本的な考え方を集約できればと思います。

○山本信夫委員

いま座長がおっしゃったことを十分理解した上で、今日の話提供には大変参考になる事例があったと思うのです。まさに先駆的な事例を参考にしてチーム医療の向上を図る、その議論を詰めていこうというのが永井座長のお考えと理解しています。例えば、業務の拡大も含めて言えば、チームの中にどこまでの医療職種が入るのかという定義はもちろんあるかと思うのですが、今日の取っかかりの議論から始めて議論を進める中で、先ほど大熊委員からもご指摘がありましたように、議論を進めながら、それぞれチーム医療のメンバーになりそうな医療職種の現場で先駆的にやっている事例のようなものを聞いていくということも必要なのではないかと思います。

先ほど来、本当は私が言わなくてはいけない薬剤師の話があちらこちらから出てまいりまして、とても期待されているのかなと嬉しく思う反面、そうした部分の報告をどこかでしていただいてもいいのかなという感じがします。冒頭の資料3、事務局でおまとめになった資料の中にも「看護師が行うもの」とあります。今回は看護師のことですから、看護の業務にかかわることで構わないのだらうと思うのですが、今後は、それぞれの職種からヒアリングするというか、業務内容や先進事例を聞いていくようなことがあっても議論が進むのではないかと思います。是非そういう機会を持っていただきたいと思います。私どもは薬剤師ですが、今のところは医療機関の中の話ですが、地域でも当然そうしたチーム医療が起こっているわけです。特に太田委員の示されたように、在宅になれば、まさにチームを組まなくては医療は進まないことになりますので、そうした事例も含めて報告するような、あるいは知らせるような機会を是非持っていただければと思います。

○大熊委員

羽生田委員が誤解されたので補足します。私の頭にあるチーム医療というのは、社説でも度々、かかりつけ薬局をと、家庭医をとと書いてまいりましたので、そこに入っているのですが、先ほどご紹介したチーム医療推進協議会

というものは、とりあえず、今年は病院で始め、来年から地域に広げる。そういうことで「病院」という言葉を使いました。そして、ほとんど会長がそれぞれ入っているという強力な会議のようです。

○羽生田委員

誤解があったらお許しいただきたいと思いますが、薬剤師、特に病院薬剤師と言われたので、病院に限ってのお話なのかなと思いました。いま島崎委員が言われた、チーム医療は現場によって違うというのは当然のことです。そして、どこまでできるかというのも、例えばデブリーマンの話が出ましたが、チーム全体で、この看護師になら任せてもいいという判断ができる人が必ずいるわけです。それをやっていくのがチーム医療ですから、そのチーム医療の中で、これは駄目だと思ったら、医師が自分で行ってやるとか。それは当然レベルが全部違うわけです。ですから、太田委員が在宅でやる場合に、すべて自分でできるわけがない。当然いろいろな、看護師あるいは他の職種との付き合いの中で、この人だったらどこまでできるかという判断をそれぞれされて指示を出すということになる。それは現実だと思います。急性期のチーム医療、あるいは在宅でのチーム医療、施設でのチーム医療というのはそれぞれ違うので、チームとしてどこまで、また、どうするかはチームで決めていく。しかし、医業に対する責任は医師にある。治療の方針等を決めるのは患者が中心であるということ間違いのないのですが、医療行為そのものを決めていくのに、責任者は医師であるべきではないか、このように考えているのです。

○太田秀樹委員

概ねそのとおりだと思うのですが、ケアとキュアとを考えると、キュアの医療においては医師中心で全く問題はないと思うのです。ただ、ケアの領域に入ると、さらに看取りというような場面になってくると、チームの中心にナースがいていいと私は思うのです。在宅に限らず、適切な医療というのは場所を選ばないわけですから、治癒が期待できるキュラティブな医療に関しては医者が中心になるにしても、治せなくて看取りまでいってしまうところはナースが中心になる。つまり、そういうふうに役割が多少違うという認識を持っていいのではないかと思うのです。

○永井座長

その辺もこれからの議論の中でだんだん認識を深めていったらよろしいのではないかと思います。なかなか一概にというのは難しいように思います。

○坂本委員

いま責任の話をされているわけですが、この「責任」の概念も大変難しく、ナースは医師とチームを組んで医療を行い、それに対してすべて医師が責任をとるのかという話になると、そういうことはあり得ないと私は思っています。では、何かあったときにドクターが全部責任をとれるのかといたら、実際にはとることができない。行った行為に関しては看護師が責任をとるべきだと思うのです。そのあたりの問題、責任と、ある意味の包括的な指示に対しての裁量等についても話し合っていかななくてはいけないのかなと思います。

○永井座長

よろしいでしょうか。この会では、いろいろな方からいろいろな活動についてお話を伺いながら議論のまとめをしていく必要があるかと思います。今日は大体予定の時間になってきたのですが、まだ何かございますか。

○太田喜久子先生

この調査結果をまとめていく中で、研究会でもいろいろな論議が盛んに行われ、ますます先駆的な連携推進を進めていくに当たって、3つぐらい課題が見えてきたかなということがありました。

1つは、今日の事例の中でもご紹介しましたが、看護職の中でスペシャリスト、専門看護師あるいは認定看護師の育成がいま進んでおりますけれども、その教育の在り方をもっと、もっと拡充していくことが、今回の事例でもお示したように、現場を明らかに変えていく力になってきているので、それをもっと。例えば、1施設には必ず何人か認定看護師や専門看護師がいるというふうになっていくことが非常に相応しいのかなということです。

2番目は、今日の資料にもありましたが、平成19年の医政局長通知、関係職種との役割分担の推進の通知が出されました。このことは、全国の現場においても、すごく影響力を持つものだったと思うのです。今回のこの委員会での検討も様々されていく中で、例えばこの通知のような形での普及を図るために、そのような示し方をしていくことが連携を促進することにつながるのではないかなということがあります。

3点目は、実際のこの53の事例ではかなり効果が見えてきたわけなのですが、では、それを行ったナースがその組織の中でどのように評価されているか。例えば、処遇などの面で何かナースに戻ってくるものがあるのかということ、そういう例は1例もなかったのです。もちろん、やりがいは感じてやっているが、やったことについて経済的にも評価されるような仕組みを是非作っていただきたいということ等が上がっております。よろしく願いいたします。

○永井座長

課題としてお聞きしておきたいと思います。今日はここまでの議論にしたいと思いますが、事務局から何かございますか。

○杉野医事課長

次回の日程につきましては、改めて調整をしてご連絡を申し上げますので、よろしく願いいたします。

○永井座長

今回はどなたかにお話を伺うということでよろしいですか。

○杉野医事課長

今日も座長からございましたが、いろいろな方々をお呼びして、まずお話を聞くということが必要だと思っておりますので、次回もそういう形でのご議論をお願いしたいと思っております。

○永井座長

本日はこれで終了させていただきます。どうもありがとうございました。

— 了 —