

第6回検討会における主な意見

【プレゼンテーション】

<東京ベイ・浦安市川医療センターの診療看護師の例>

- 診療看護師とは、臨床経験5年以上の経験を持って、大学院で高度かつ専門的な知識及び技能が必要な診療補助業務等を含め、特定行為の38行為の教育を受けた看護師のことを言い、日本NP教育大学院協議会主催のNP試験を合格した方を主軸に採用している。
- 主に診療看護師が担っているのは、術前については、手術前における検査のオーダーや他科コンサルト等、医師が術中の間は、病棟の患者への対応、手術後については、不要になったデバイスの抜去等やそれに伴うカルテの記載など。
- 心臓血管外科医と診療看護師、集中治療医の共同の仕方は、朝と夜に心臓血管外科の医師、診療看護師が全員集まり、朝に治療の方針を共有し、夜に報告を行う。また、手術中の医師は術中にPHSにつながったインカムをつけており、緊急に判断・指示が必要な場合は、医師と診療看護師が直接対話できるようにしている。
- ICUに心臓血管外科の患者がいる場合は、集中治療科が日中・夜間・休日は対応し、常在する集中治療医を中心にICUに入院するすべての重症患者の治療管理を行う。心臓血管外科は必要時コール、報告する体制にし、集中治療医は交替制で勤務している。術後管理については、心臓血管外科医の勤務負担軽減に寄与している。心臓血管外科医は当直を行わない。
- 一般病棟での管理については、日中は診療看護師と心臓血管外科の当番が決まっていて、心臓血管外科医1人で対応できない細やかなことも、診療看護師がサポートとして一緒に行える形になっている。夜間は、心臓血管外科医は当直を行わない。夜間の相談は、心臓血管外科医にコールをして、心臓血管外科医が診察が必要かどうか等を判断し、その指示の下に集中治療科が代わって診療を行う。また、Rapid Response System というものがあり、患者の状態に異変があった場合に、どこの病棟であってもラピッド・レスポンス・チームを呼ぶことができる。

- 医師等の勤務時間については、心臓血管外科医は朝 9時から 10 時間程度勤務している。集中治療医も同様に 7時から 19 時の勤務で、夜間は 19 時から翌日 7時までの 2 交替制。集中治療医か心臓血管外科医のいずれかに大きく負荷がかかっているということもない。
- 診療看護師のメリットについては、患者にとっては、適切なタイミングで処置が可能であることや外来で医師に聞きにくい点に関しても患者から非常にアクセスしやすいことである。
- 医師については、診療看護師がいてくれることで手術や診療に専念できることがメリットになっている。
- 医療安全については、診療看護師が医行為を実施するためには、所定の回数を実施する研修と診療科のフェロー以上の医師の承認を得る必要がある。
- 医療の質との関係性については、米国における人口当たりの外科専門医数は日本の 64%で、日本よりも少ない。外科医は一定以上の症例数を経験しなければ、パフォーマンスが低下するので、病院自体をできる限り集約化していくことは、少ない医師の働き方改革をする意味でも必要な状況になってくるのではないかと考えている。
- 医師と看護師の間に「診療看護師」という役職を作ったことは、医師の労働時間の削減のみならず、他の職種の労働時間の削減にも繋がり、更には外科医の症例数の増加も見込まれるのではないかと考えている。また、患者にとっては、適切なタイミングで処置が可能のため、入院生活における医療の質を改善していくことにも繋がる。

<国立病院機構東京医療センターの JNP の例>

- 医師の働き方改革に関しては、病院を挙げて取り組んでいるが、地域医療を維持するため、大幅な業務量の削減というのは非常に困難であり、また、外科系の診療科を中心に医師不足が更に深刻化する懸念がある。そこで、働き方改革と診療機能維持を両立させる現実的な選択肢の一つとして、2010 年より養成している JNP へのタスク・シフティングを現在実施しているところ。
- NP の養成が始まった当初は、院内でも疑問視する声が多かったが、診療科内でどのようにしたら現実的に実現できるかということを検討した。当時 200 項目以上あった医行為の候補を無理せず現実的に可能なものに限定する。安全第一ということと、病棟のチームへ組み入れて、チームの一員として位置づける。責任はしっかりとる。また、直接的な指導は若手のレジデントにやってもらう。こういったプログラムを組むことによって、研修医教育と

- の整合性をとるプログラムを走らせた。
- 実際に始まってみると、重要性を認識した医長が科内を強力に指導し、粛々と実習スケジュールが消化されていった。医師とともに行動したことによって、チームの一員としての信頼と理解が深まり、結果的には初期研修医も増えたような状況になった。そして、指導側に余力がある診療科から教育システムが順次整備されていった。
 - 大学院卒業研修について、卒業生の多くは出身の NHO の施設に JNP として復職する。当院の第 1 期生としては、3 名が勤務することとなり、初期臨床研修医の研修カリキュラムをモデルに、外科、総合内科、救急センター等をローテーションするプログラムで行った。
 - 1 年目のプログラムが修了するころに、NHO の 9 施設に 13 名の JNP が配属されていたので、関連の職員、また担当した患者等合わせて約 2,000 名の大規模なアンケート調査を行った。他の職員からの評価は、4 段階評価でほぼ 3 点ということで、まあまあの評価であったが、JNP 自身は自分に対してはかなり厳しい評価をしていた。一方、患者からの評価は、ほとんどの施設でほぼ満点というかなり良い成績であった。
 - 現在、外科、脳外科、救急科、麻酔科等では、医師と JNP、看護師等がチームを組んでチーム医療を行っている。特に、外科、脳外科については、術前、術中、術後を通じて、手術で外科医が病棟からいなくなる時間帯をカバーするというのが一つの大きな JNP の役割になっている。
 - JNP の成果としては、診療科の医師数が大幅に減少した時期においても、診療を維持することが可能であった。また、医師が不在のときには、滞りなく日中の診療を進めることができ、医師の時間外労働が実際に短縮した。
 - 患者にとっては、チーム医療が滞ることなく効率的に行われることによって、術後患者の早期回復や在院日数の短縮につながっていく可能性がある。
 - 今後の課題については、JNP を医師不足の安易な解決策とすることをせず、看護師のマインドを持ち、医師と知識・技術を共有して柔軟な働き方ができるチーム医療のキーパーソンと位置づけており、医療の効率化と質の向上を目指していきたい。
 - 疲弊しつつある外科系の診療科に JNP のような職種が参加することによって、手術を含む診療業務が維持継続されている。医師の働き方改革にも、この JNP へのタスク・シフティングが一つの解決策になるのではないかと。

【意見交換】

(タスクシフティングについて)

- 医師が確保できない状況でも、診療看護師が一定の業務を担うことで今までの業務が継続できるので、診療看護師を取り入れることで収益は落ちなかった。今後生産性が向上して収益が上がっていくかについては、現状では何とも言えないが、患者満足度は上がっており、質の向上にはつながっていると考えている。
- 医療現場は看護師も不足しているので、現実的な問題として、看護師を2年間の勉強に出すことなどが可能にならないと絵に描いた餅になってしまうのではないか。
- 同じ職種の中で色々な階層的なものができ、差別化されてしまうと、将来的に何かしら影響があるのではないか。
- 診療看護師が入ることによって、医師は自分の専門の仕事に集中することができるため、そのことがストレスを減らして、満足度を上げることに繋がっているのではないか。
- 病院組織で教育を波及していくためには、①業務命令によってトップダウンで進めていくこと、②モチベーションや能力といった教育を受ける側の職員の素養、③人員や資金などの投資余力があるという3点がポイントであると考える。今後、その3点を現状満たすことができない病院にベストではなくてもベタープラクティスをいかに展開していくかという論点が必要になってくる。
- NP や診療看護師の取組の横展開に関して、大学病院も含めた一般病院の急性期医療に取り込もうするには、非常に苦勞が多いことが予想される。
- 看護師は、国や学会ベースでのサポートが弱いため、留学・進学費用のサポートが必要ではないか。また、システムを導入する病院への経済的サポートや知名度向上のための支援が必要ではないか。
- 診療看護師に責任を持って、専門性を突き詰めてもらうためにも、国が公的な資格やライセンスを作って、知名度を上げていくという支援も必要なのではないか。

(中間整理について)

- 法律上の応召義務の規定や宿日直の許可基準などができたのは約50年も前の話であり、それが現在の社会に合っているのだろうかというところを、中間整理の論点で強調してもらいたい。
- 病院という職場の問題でもあることから、医師の労働組合の組織率はまだまだ低い状況にあるものの、隣接職種も含めた労働組合

- も重要なプレイヤーであると位置づけてもらいたい。
- 長時間労働の是正や時間外労働の上限規制を行うに当たって、どのように地域医療を支えられるのか、どのような施策を打てば良いのかといった観点で議論してほしい。
 - 中間整理の論点の中に、経営管理の観点の論点も挙げられているが、安全配慮義務も問われるということも、経営管理の論点の中で触れてほしい。
 - 地域医療における過重労働の最大の原因は医師不足であるため、医師不足・偏在問題について議論している医師需給分科会での議論とも連動して話し合っていくことが必要なのではないか。