

## これまでの主な議論について

### 1. 総論

- 増大してきた医師の業務を、将来的にもすべて医師に担わせていこうという考え方は非現実的。様々な職種とのチームワークによってのみ質の高い医療が維持できる。  
欧米では、かなり専門性の高い業務も他の職種に委譲している。例えば、病院の患者を運搬するポーターのような仕事から、手術のときにお腹を最初に開けておいて、外科医が来て、手術が終わったらお腹を閉めるというようなレベルまで、種々の業務がある。そのようなものを一定の資格の下に、権限を委譲して行っているのが現状。
- 4年制の看護系大学が非常に増えていて、1万数千人の学士の看護師が卒業しているという状況を考えれば、看護師が非常に大きなマンパワーになるのは当然のこと。場合によっては、それとはまた別種の医師の業務を担当するような職種を考えることが、これからいろいろな意味で困難な医療を崩壊から救うために、あるいは、もっと良くしていくために、どうしても必要ではないか。
- 爆発的に増える高齢患者さんを現状の病床数のままで対処すると、平均在院日数が約半分にならないといけない。急性期だけでなく、慢性期の平均在院日数も半分にならざるを得ないのではないか。病院での平均在院日数を短縮し、短期間で集中的に治療することになれば、医師と看護師を中心とする医療だけではなく、多職種による集中的チーム医療が必要になるのではないか。
- 日進月歩の医療技術の革新、急激な高齢化の進展による生産年齢人口の減少という歴然とした事実の中で、現在の生産性のままで、日本の医療の水準を維持できるのかという危惧を抱く。生産性をどうやって上げていくかを真剣に考えるべきではないか。そのためには、解釈等で可能な業務拡大についてはできるだけやるべき。その裏付けとして一定の研修が必要であれば、そういったこともきちんとやるべき。看護の職能を上げていくことも重要な方策の1つではないか。PAについても、必ずしもすぐやるべきというわけではないが、どういう問題点があるのかということは、もう少し議論してもいいのではないか。
- 医業についての責任は医師にある。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。

○ ケアとキュアを考えると、キュアの医療においては医師中心で問題はない。ただ、ケアの領域に入って、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。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。

○ これまでは、医師が直接コメディカルや看護師に指示を行っていたが、最近は、NSTに代表される情報共有型チーム医療として、医師が包括指示を行い、それぞれのコメディカル、看護師が情報を交換し、すり合わせしながら、各自が専門性を高め、最適なチーム医療を提供する、といった病院組織に変化してきているのではないか。

○ チーム医療の中で何らかのドクターの担保はとるにしても、例えばナースと薬剤師、ナースと技師、薬剤師と現場の人というような形で、医療チームの中の人たちが連携することで何らかの役割拡大をするような制度を是非つくってもらいたい。

○ 日本では、チーム医療は医師のリーダーシップの下にチームを組んでいるという発想。世界的にはかなり変わってきていて、ヘルス専門家相互の尊敬と理解の下に連携と協働が進んでいると言える。

日本のように縦割りの指示でお互いの仕事をしていると、お互いの仕事分かっているわけではない。お互いの仕事の理解が深まらないと、本当の連携と協働は進まないだろう。今はよく、医師と看護師とコメディカルという表現がされるが、世界的にはそういう言い方もだんだんなくなってきて、一括してヘルス・ケア・ワーカー、または医療従事者と呼ばれるようになってきているのではないか。

○ チーム医療を考えていくとき、特に医師以外の職種が医行為をすることになるときに言われる言葉が“Task-shifting”という考え方。これは、今まで医師しかできなかったことについて、他の職種に委譲して医師がしなくなるということではなく、医師もできるけれども他の職種もできるようにするという考え方。

学術会議の看護学分科会では、「責任の共有化」という考え方が示されている。仕事というものはお互いに重なり合っているところがあるのが当然であり、そのことに対してお互いに責任を持っていく。医師だけが責任をとるということではなくて、それぞれに能力があれば責任もとれる、ということ。その前提としては、それぞれの役割の独自性と能力をお互いに理解して、それに対しての尊重心を深めることが大事。

○ 専門教育、高等教育を受けて国家資格を持ったコメディカルがたくさん病院にいる。その人たちを活用せずに、これらの職種が病棟にないところでは、看護師がこれらのことをすべて担っているのではないか。看護師は、より専門的な業務に専念するほうがいいので

はないか。しかし、チーム医療の評価としては、診療報酬の入院基本料は主に医師と看護師の数によって決められていて、コメディカルが病棟で関与してもほとんど評価されていないというのが現状。

- チームで目的を共有することがすごく大事。その上で、医師は医師本来の業務に専念し、生活援助に関しては看護職で判断して行っていく。そのためには、看護職の意識の向上やスキルアップが必要であり、介護職員も同様。多職種との連携は欠かせないものであり、それが何よりも患者さん・家族の満足度につながる。多職種との連携を行う上で、コミュニケーションを取っていくこと、手順書の整備、看護職の更なる能力の向上が必要。
- 人さえいれば質がいいわけではない。病棟の看護師の数が多くなればなるほど、患者さんは良くなるという方もいるが、7対1を5対1にするよりは、それぞれの専門職が看護師と一緒にやった方が、効果が上ではないか。
- 医師にしても専門職にしても、それぞれのレベルというのは全部違う。このような専門職がいればチーム医療が成り立つというものではなく、意識も含めて、その人たちのレベルが、実際の業務に非常に関係してくるのではないか。チーム全体でどこまでできるかというそれぞれの判断はチームでしていく。つまり、この人であればここまでできるということは当然出てくるのではないか。
- あまりにも現場任せだと、質がばらばらになってしまう。患者は、安心して医療を受けたい。きちんとした資格を持っている方が、ちゃんと法改正した上でやるということがいちばん望ましいのではないか。しかも、その行為に対してはきちんと報酬を付けていくというのが絶対条件。
- 病院というのは最初からチーム医療。病院はチーム医療をやらないと病院にならない。そのような観点でいくと、病院の第三者評価などは、チーム医療とは何かを考えるためのよいツールになるのではないか。
- チーム医療実践の要件は2つ、一つは連携のコストが安いこと、もう一つはスタッフが優秀なこと。コストを安く上げるためにITをフル活用していく。また、スタッフを優秀にするための教育環境を充実させる。

## 【WOC 看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師）の例】

- 排泄に起因するスキントラブルは大変痛みが強く、排泄を人に委ねることは、人としての尊厳も揺がすので、患者の苦痛は非常に大きい。しかし、排泄ケアに対する特殊技術、スキンケア技術が必要であり、医師による様々な外用薬の処方だけでは治癒しない。排泄ケアのスキンケアを専門とするナースは、医師が治せなかった皮膚障害を感知させることができる。これを認めたのは患者であり、患者が医師にその事実をフィードバックしてくれることにより、WOC 看護師は医師からの信頼を受けることができた。

スキンケアを通して WOC 看護師の技術が認められ、医師との協働は成立したが、褥瘡対策は、多職種連携のチーム医療を成立させたと言える。つまり、看護師が責任を持つことが最も適切であった病気、つまり、寝る、食べる、排泄することが障害され発生する疾患であり、療養所による予防も治療も可能。あらゆる医療の場、どんな疾患においても発生するため、病院全体で取り組む体制が必要となった。

- 褥瘡対策におけるチーム医療実現の鍵は、他職種の共通用語を持ったこと。客観的評価項目、アウトカムの開発、コンセンサスを得る解説書の配布。そして、各職種へのリスパクトと役割の明確化を行ってきたことなど、学会を他職種連携のためのコンセンサスをつくる場として活用してきたことが、褥瘡対策推進の鍵となった。

- チーム医療の中で、医師の権限の委譲と看護師の裁量の拡大をスムーズに行うには、資格あるいは研修を受けた者が、学会などのコンセンサスを基に、包括指示の中でエビデンスのある医療行為を行うことに診療報酬をつける、といったことが必要ではないか。

- チーム医療の推進のための課題としては、

- ① 包括指示によって行える技術かどうか、技術施行の明文化が必要であること
  - ② 現存の教育内容で不足する知識と技術を補っていく必要があること
  - ③ チーム医療が円滑に進められる組織体制とするため、セクショナリズムを解消し、横断的な立場で活動できるポジショニングへの支援が必要であること、また、対価として、評価された給与体系を考慮する必要があること
- といったことが挙げられる。

## 2. 各分野におけるチーム医療

### (1) 急性期医療

- 日本の外科医の現状としては、人口当たりの外科医数は欧米より多いが、人口当たりの

手術数は少ない。その結果として、1 外科医が経験できる症例数が少ない。その経験数が少ないため、今後、外科専門医の低劣化が起こる可能性があるのではないか。その結果、国民に安全で良質な外科医療の提供が不可能となり、また、外科医療の生産性の低下に結び付くのではないか。また、手術は少ないにもかかわらず、過重労働である。その結果、明るい将来が見えないということで、外科の入会者数が減少してきているのが現状。その結果、最終的に国民に安全で良質な外科医療の提供が不可能となるといった悪循環が生まれてくるのではないか。このような悪循環を打破するためには、Nurse practitioner とか Physician assistant のような非医師臨床士との協働が有用ではないか。

- 外科系での周術期診療士の業務のイメージとしては、術前であれば患者さんへの説明、術前処置等があるのではないか。手術中は執刀の準備や手術への参画、ただし、切るといったことは難しいので、いろいろな手術器具を保持して執刀医とともに手術をやる「手術第一助手」や「第二助手」というイメージがあるのではないか。術後に関しては、薬剤の調節など術後管理を責任を持ってやり、退院時サマリーや手術時サマリー等もまとめるといったことがあるのではないか。
- 周術期診療士の業務のイメージというのは、外科医が育っていく過程の修業に欠かせないものである部分と、看護師がこれまでやっていた部分でカバーできるのではないか。
- PA は全く新たな職種であり、特に外科医には非常に恩恵があるのだろうと思うが、チーム医療という観点からは、新たな職種を作るときには、その必要性に関する皆の合意が必要。そうしなければ、自分の役に立つアシスタントを他にもたくさん作りかねない。そういう意味では、チーム医療の推進として、まずは今ある職種をどうやっていくか考えるべき。
- 確かに、PA はアメリカではかなり存在している。ただ、日本においては医師の数が現在は非常に多いこともあり、将来のことを考えての検討になると思うが、日本なりの教育システムがあると思うので、そういったことを加味した中でじっくり考えていくべき。
- 術後患者の早期離床は、特別な術式や重篤な合併症を持っている患者を除いて、どの施設でも看護師の判断で実施されている。さらに、一部の施設では、看護師がエコー等を使って、深部静脈血栓がないことを確認して離床を実施している。  
胸腔ドレーンの抜去に関して、現在は医師しかできない。しかし、ドレーン管理はほとんどナースが行っている。抜去時期の判断は、医師とともに看護師も十分やっている。抜去時期に関しては、特に遅延による障害として、感染や患者の苦痛、生活行動の障害によ

る闘病意欲の低下といったことがあるため、看護師が着目して、非常に気にかけている。

抜去の判断は、臨床症状、排液の性状とレントゲン読影まで含めて、ナースも実施している。引っ張って抜くということはナースが実施できないところであり、例えば包括指示とか事前指示で可能であれば、役割拡大の可能性は非常に高い。

- 急性期の回復期をサポートするチームとして、管理栄養士による栄養評価と栄養プランの提案と栄養サポートや、リハビリスタッフ等による病棟での急性期リハビリテーションの実践を実施。

### 【周産期医療・助産】

- 多くのお産は正常な分娩の経過で終わる（全体の4分の3）。ただし、突然、急速遂娩というような医師の介入が必要になる異常分娩もある。そうすると、4分の3は助産師に任せて、医師は残りの4分の1に特化できれば、時間的、体力的にシェアができて、安全なチーム医療を続けられる。そのような役割分担として、院内助産・助産師外来がある
- 院内助産所の開設に必要なのは、助産師のやる気と産科医の理解。
- 陣痛で入院している産婦さんを精神的にも支えてあげられるのは助産師。要するに、ずっと腰をさすって頑張るねと。産科の医者はなかなかできない。そこに、助産師としての職能がある。無事に正常に生まれればよかったというだけではない。お産というのは1つのイベントであり、満足のいく出産ということになると、異常分娩への関わりは医者であるとしても、正常分娩への関わりは助産師の方がいいのではないかと。ただし、医療の現場はダイナミックなので、急変したときにすぐに医者がいるというような総合病院の院内助産院的なものの方が、満足のいくサービスになるのではないかと。
- 最近の医師は、助産師の教育でどのような教育がなされているのか知らないのではないかと。今後、チーム医療を考えたときには、教育の中で、様々な医療職がチームを組んで勉強するような形を取れば、お互いに理解し合えるのではないかと。お互いにどのような役割があるか、どういう責任を持っていくか、ということがとても大事なのではないかと。
- 妊娠期間にどういうケアをし、分娩を迎えるかということが大切。一連の過程の中で、特に出産の場面は助産師がケアするというのが大事。何か異常があれば、医師に依頼するというのは、法律でも定められていること。2、3年前から、助産師外来や院内助産につ

いて、どんどん進めるようにというのが国の方針。院内助産や助産師外来というのは、医師と助産師の役割をきちんと分けた中でやっていくということで、まさにチーム医療。異常になれば、院内の医師に常にサポートしてもらえる体制にある。助産師にできる範囲は、助産師にらせていただくというような方向で是非進めていただきたい。

- 地域の助産所もチームとして組み入れていただきたい。助産所が周産期医療ネットワークの中に組み入れていただかないと、嘱託医療機関にお願いしていても、そこがいっぱいだと言って断われた場合、救急車によって、他の病院を探していただくというような事態も起きている。
- ある病院では、分娩の際、極論すると、最後の1分1秒でも医師が立ち会うとのこと。分娩の時点で呼ばれる。そのハードルがどうも越えられない。任せられない心配があって、助産師外来が広がらないのではないか。
- 病院内での正常産への医師の立会いについては助産師がしっかりやればよい。逆に異常が少しでもあるようなときには、出産のとき、医師に来ていただければよい。
- 助産師の場合は会陰切開や縫合は行えないのか。翌朝まで待って医師に縫っていただくということだと恐怖を覚える。会陰切開と縫合は助産師に必要な行為ではないか。助産師外来を進めるのであれば、そういった行為ができるようにならないと、産婦さんの側としても辛いものがある。
- 会陰縫合や切開について、産婦さんのことを考えれば、責任の範囲とやっていいかどうかについて、教育の中にも入れないといけないかもしれないが、きちんと決めるべき。それを決めたからそれ以上のことができないとか、できるとかということではないと思うが、ある程度のガイドラインのようなきちんとしたものを作るべき

## (2) 慢性期医療

- 一般病床より療養病床の方が、非常に多くのコメディカルがかかわっている。むしろ、かかわらざるを得ない状況。非常に忙しく、医師の数が不足しているということもあり、コメディカルによるチーム医療が実態として行われている状況。

- 療養病床は、医療だけではなく、生活・介護の割合が大きい。生活・介護の裏に、黒子のように医療がついているからこそ、患者さんと家族の安心感に繋がる。そう考えると、医療・介護・生活に精通している看護職の役割は重要。
  
- 高齢者にとって生活の視点が欠かせない。食事、排泄等の生活支援は看護職のほうが長けており、医師よりも看護職のほうがよくわかっている。超高齢者にとって、時には医療行為が苦痛なときもあるため、看護職は患者さん・家族の代弁者として、医師に「それは先生苦痛なのではないですか」ということを伝えてもよい。医師も、ケアの最高責任者は病棟師長だと言ってくれている。
  
- 例えば、チューブでご飯を召し上がっていた方に、経口的にお食事を召し上がってもらえるようになった場合、寝かせ切りではなく離床させた場合など、人間らしい生活、高齢者のQOLを向上する取組みは、すごく手間暇がかかる。ナースばかりではなくリハビリ職種、介護職も同じ。しかし、そういったケアに関してはあまりお金がつかない。  
より人間らしく、口から一口でも好きなものを召し上がってもらって、味わってもらおうと、お金が減るといえるのはどうか。療養病床に勤務しているナース、ケアワーカーの多くは、そういった現状を疑問に思っている。私たちが一生懸命やった技術、備わった知識に関して、お金がいただけないというのでは、そのこと自体が、やる気がうせる、生き生きできないというところがある。
  
- ICN（国際看護師協会）とWHOが共同で調査した結果によれば、先進国・発展途上国の両方が、向精神剤の処方あるいは向精神剤の継続的な処方（医師がいったん処方した後、患者の容態が変わらない場合は看護師が処方していいというもの）を行っている。
  
- 病棟ではないポジションで、CNS（専門看護師）として調整的役割、各病棟と各部署の隙間を埋める役割を担っているが、そのような役割機能を持つ人がいることにより、看護と介護の連携が非常にうまくいく。
  
- 医療療養病床において、チーム医療を推進しようとするれば、制度と診療報酬を整備しなければなかなか進まないのではないか。
  
- 特養等の施設長は看護職だったらいいのではないか。多死社会におけるチーム医療が目指すものとして、“良き旅立ち”、“人間らしい美しい死”をいかにコーディネートしていく



か。苦痛がなく、惨めな姿でなく、大切にしてもらえていたということが揃ってこそ尊厳の保持。亡くなるご本人、家族が納得できるものを提供していくということ、なおかつ、ケアする私たちも納得することが大事ではないか。

- 国際的には、特養のような機能を持った施設のトップはナースがなれるというのが当然のこと。特養のような機能を持っている施設では、ナースがトップになってよいといった制度改正もあり得るのではないか。

### (3) 在宅医療

- 今までの病院の医療はキュア主体の医療であったのに対し、在宅医療はケア主体の医療である。

病院の医療では構造的に看取りができない。病院というのは、病気があって、検査をして、治療をするところ。それに対して在宅は、病気があっても、高齢だから検査も治療も要らないということも認められる場所。

- 在宅のチーム医療において、要の職種は看護師であり、能力の高い、信頼できる訪問看護師の育成・採用が急務。また、薬剤師、歯科医師が在宅ケアチームの有力メンバーであり、医師、看護師、薬剤師、歯科医師の四輪駆動で在宅医療を展開する必要。

- ちょっとした健康問題は、大体看護師の判断、診断で解決できる。バルン・ストマ・点滴、(ポートを含む)トラブル等も、力のある訪問看護師であれば、看護師のレベルで対応。その他、急性疾患には、医師の指示に従い対応。臨時往診の依頼も、医師を呼びべきか、救急車を要請すべきかといった判断も含め、看護師の判断で実施。よって、高い水準の看護診断が要求される。

- 在宅医療を推進するにはナースが必要。訪問看護師の養成が、在宅医療の推進の最も大きな原動力になる。

- 在宅医療を推進するためには、訪問ヘルパーがある程度の医療行為ができるようにしないと、全部看護師がやらなければならないのでは無理ではないか。

- 家族には、軟膏処置、座薬の挿入、たんの吸引、褥瘡処置、摘便などをやってもらうが、この程度のことは介護職にも協力してもらわないと、在宅医療を行うことはできない。そして、家族や介護職にこういった技術を指導するのは、ナースの役割。
- 在宅医療では、同職種間連携が重要。病院医師と在宅医師の連携はとりにくい。病棟看護師から訪問看護師の連携もとりにくい。さらに連携がないのは、病棟薬剤師と保険薬局。
- 疼痛のコントロールの場面では、がんの末期の方を引き受けた場合に、処方量が足りない・多いなどの判断に対して、医師と連携。医師によっては看護師の臨床判断を先行してやり取りすることもあり、随時報告や連絡を取るが、レスキュードーズ、臨時に使う薬の量などは、基準量から計算したり、その状態を診て、看護師が判断して患者の実情に即して調節。
- 看取りの場面では、死亡確認は看護師が実施し、死亡診断は医師が実施。医師がすぐに来られない場合は、本来は遺体に触ってはいけないということだが、医師との申合せにより、そのままご遺体のケアに入らせていただくことが多々ある。
- 高齢者の在宅で遭遇する救急として、例えば発熱、誤嚥、脱水、急性腹症、便秘、転倒骨折、意識障害があるが、それぞれ単独で起こることではない。それぞれが絡んで救急搬送につながる。ここで、医療的な知識を持った看護が機能すれば、重篤になる前に対処ができる。水際作戦のところに、訪問看護はかなり機能するのではないか。看護が速やかに機能すれば、重篤にならずに在宅で看たり、入院期間も短くて済むのではないか。
- 脱水の場面では、明らかに脱水が見られる場合に、医師との申合せで点滴を用意してもらい、それが必要かどうかを判断し、電話連絡等はするが、在宅で輸液を行うような場合もある。褥瘡については、予防には大変気を遣っているが、どうしてもできてしまったり、逆に褥瘡ができたからといって訪問看護につながる場合があるので、具体的なケアに関しては、訪問看護が医師に対して情報提供を行いながら、ケアに携わることが多い。
- 在宅医療でも、非常に亜急性期の状態で退院直後から関わらせていただいているような場合や、それから、がんの末期の方はどんどん病状が進行するので、クリティカルな場面が非常に多い。また、神経難病の方が重装備の状態で、人工呼吸器を付け、胃瘻が入ったような状態で在宅で療養するが、こういった神経難病の方は非常に慢性、長期にわたっている状況。一方で、高齢者が重篤にならないような状態で、予防的な側面を持ちながら関

わり、穏やかな老化の過程をたどるために、医療の知識を持った看護師が関わるということが必要な場面もある。

- 現在、WOC 看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師）により、創部のアセスメント、外力除去、スキンケア、手術後創部処置、ドレーンの管理、抜糸、薬剤の適正使用、被覆材の選択と適正使用、リハビリテーション、栄養管理等が実施されている。
- 今の在宅介護の現場は、基本的に看護職の方が非常に多くなっているが、今後、看護職と介護職の業務の振り分けについても手当てをしていかなければならないのではないのか。

### 3. 看護師の業務範囲の拡大

- 医師と看護師の役割分担・連携が進められた背景・要因については、
  - ① 患者数の増加、治療の増加に対応できる医師が不足し、医師の業務負担が増加。また、診断や治療が遅れてしまう事態が常態化。患者にとっては、待ち時間が長いことへのクレームが増加。
  - ② 治療を標準化していくための現場における方策として、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・浸透。
  - ③ 専門性の高い看護実践のできる看護師が増加。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、その他学会等での特定領域の認定を受けた看護師が増加。といったことが挙げられる。
- 厚生労働省の特別研究事業（平成 20 年度「医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究」）においては、11 の特徴的な先行事例を集めることができた。
  - ① 在宅看護領域における事前指示・事前相談に基づいた対応
  - ② 看護師による慢性疾患患者等に対する看護相談外来
  - ③ 救急外来での看護師によるトリアージと初期処置
  - ④ 急変時の看護師による救命処置
  - ⑤ 薬剤の投与・調整（鎮痛剤・インスリン等）
  - ⑥ 看護師による検査とその前処置、治療、入院等の説明
  - ⑦ CT、MR 造影剤検査の医師、看護師、放射線技師の役割分担
  - ⑧ 看護師による周手術期管理
  - ⑨ 看護師による麻酔導入後の麻酔管理
  - ⑩ 僻地医療における包括指示・相談に基づいた対応

## ⑪ 看護師が中心に行うベッドコントロール

### ○ 役割分担・連携の効果については、

- ① 患者・利用者にとっては、満足度が改善。検査・治療の待ち時間が減少。速やかな症状への対応、異常の予防・早期発見、回復の促進。在宅でも24時間安心して在宅療養が可能。丁寧な説明、相談機能の充実。地方・へき地においても安定して医療サービスを受けることができる。
- ② 医師にとっては、本来業務の時間が増加。治療に専念でき、効率的な診療が可能。医師の超過勤務が減少し、負担感が減少。
- ③ 看護師にとっては、職務満足感・やりがい感が向上。特定の専門性の確立へのやりがい。すぐに対応できるため、心理的負担感が減少。キャリアパス、高度実践のロールモデルとして、他の看護師への刺激あり。
- ④ 組織の経営的な面からは、医療収入の増加が期待。患者数の増加、医師不足により診療を断ることが減少。在院日数が減少、診断効率の向上、効率的なサービスが可能。場合によっては、人件費等の削減。地域からの病院評価の向上。  
といったことが挙げられる。

### ○ 役割分担・連携を推進していくために大事なプロセスについては、

- ① 組織内の合意形成をきちんと取っておくこと。
- ② 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・プロトコル等の作成。
- ③ 業務の整理など、実施体制の整備。  
といったことが挙げられる。

### ○ 先駆的な連携推進を進めていくに当たっての課題としては、

- ① 看護職の中のスペシャリストたる専門看護師や認定看護師の育成が進んでいるが、その教育の在り方をさらに拡充していくことが現場を変えていく力になる。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ではないか。
- ② 平成19年の医政局長通知(「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」)は、全国の現場においても大きな影響力を持つものだったと思う。この場における検討も、例えばこの通知のような形で、普及を図る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。
- ③ 看護師が行った行為について、処遇等の面で、経済的にも評価されるような仕組みを

作るべきではないか。

- 看護の専門分化(一般的な看護師より知識やスキルを持った看護師の分化)については、大学院教育を通じて進んできている。ICN(国際看護師協会)では、高度看護実践者を育てていくときにどういう基準が必要かということを示している。この基準によれば、それぞれの国によって違いはあるが、基本的には、専門的な知識ベース、複雑な意思決定能力、実践の拡大に対応する臨床上の能力、実践の資格を与えた国や背景が示す特性を有する看護師のことであり、看護師でかつ修士号を持つことが望ましいとされている。
- 看護師の業務範囲に関する議論においては、一定のアドバンスト・ナース(専門看護師、認定看護師等)の資格を設け、それに合わせて特別な教育を行い、そういうトレーニングを受けた者に業務拡大を認めていくような形を取るのか、全体の業務範囲を底上げしていくのか、この人だったら良い、この人だったら駄目と個別の医者に判断させていく形をとるのか、という論点がある。
- 今まで日本看護協会が認定しているということで、専門看護師、認定看護師の名称がなかなか認められなかった。今後は、日本看護協会ではなく、第三者機構できちんと認定制度を設けて、認定と教育の仕組みを作っていくべきではないか。
- 医師の権限の委譲と看護師の裁量の拡大をスムーズに行うためには、疾患に対する生活支援を基盤とした処方や治療ができる看護の専門職を育成できるように、現存の教育内容で不足する知識と技術を補う必要がある。日本の看護の現状を考えた場合、専門看護師や認定看護師のキャリアパスを考慮したアドバンストなコースを作っていくのが、実効可能性が高いのではないか。やっと国民に認められつつある専門看護師、認定看護師制度を使わない手はないのではないか。また、いわゆる NP の教育に関しても、広めていくことが可能ではないか。
- NP に反対するわけではないが、現在の看護職の方が現在の保助看法下で十分やっているのかというと、できるのにしていない事がまだまだたくさんあるのではないか。医師と看護師との役割分担という観点から、今は医師がやっているけれども、今の法律の中で実は看護師ができるものが十分あるので、その検討を先にすべき。まずは、今の法律の中でチーム医療がどうあるべきかを議論して、次に NP の議論をすべき。
- 役割拡大にしても、新たな名称の資格ができるにしても、必ず教育が先行しているはず

であり、現場でいきなり登場するわけではない。そういう意味では、看護系の大学教育がどういう状況にあるのかをしっかりと押さえていただきたい。看護大学が180、200あり、その中で大学院までできていて、高度な教育カリキュラムも準備している。これを突破口にするという方策があってもいいのではないか。ナースがやるべきことでできていないこともたくさんあるが、それはそれとして、違う方策も考えていくべき。

- 看護系の大学、大学院ができていて、教育体制が徐々に進歩していることは認めるが、まだ不十分なところがあるのではないか。教育内容をもっと深めることが必要ではないか。そういう教育体制ができたときに、その教育を卒業した方々がどういう役目を担えるかについて、法的・公的でもいいかもしれないが、ある程度の制度的なことを定めていくことが、今後必要なのではないか。
  
- 専門看護師協議会の報告書では、専門看護師は、単なる技術的なものだけでなく、ケア計画を提示したり、ケース管理をしたり、患者への説明を行ったり、そういった高度なことができるとしている。
  
- NPは医師の雑用係かどうなのかということについては、アメリカのNPの発展を見ていると決してそうではない。ケアの専門家がキュアに踏み込んだがゆえに、非常に効果的に行われている。例えば、同じWomen's Clinicでも、生活全般から見るNPによるクリニックと、医師を中核としたクリニックとでは、かなりアプローチが違う。アメリカでは、人々に選択されてNP制度が発展してきた。  
また、医師の仕事の中で、医師から雑用と思われることも患者にとってはすべて重要。説明や細かいケア等、医師にとって中核でないところは、決して医療の中の雑用ではない。
  
- 包括指示、基準マニュアル等の整備と、Cure+Careの利点を最大限に活かすという前提で、まずは「専門・認定看護師が行えること」、「教育された看護師が行えること」、「看護師全般が実施可能なこと」といったように段階的にやっていけば、可能なものから広げていけるのではないか。
  
- 侵襲的医療処置のかなりの部分を看護師は既に実施しており、看護師自身、侵襲的処置を実施することを肯定的に捉え、教育や環境等の条件を整えば実施できると感じている。  
日本看護系大学協議会では、現在のCNS（専門看護師）を高度実践看護師（ANP）とした場合の教育カリキュラム（38単位。現在のCNSは26単位。）の案を作って公表した。看護系大学協議会においては、NPも包括した高度実践看護師として、足並みを揃えて、次世代の教育制度や役割等を作っていきたいと考えている。

- 責任を持つということで、最終的には信頼を得られていくということになっていくのではないか。だから、役割分担をきちっと明確にしていきたい。今までは、分かり合っている人たち同士でやっていたのだろうが、この検討においては、どこまでできて、どこはやってはいけないのか、明確にしていきたい。
- いろいろ規制や専門を決めるのはいいが、一旦決めてしまうと、それから外れることは何もできなくなってしまうという側面がある。
- 患者中心に考えたとき、やらざるを得ない状況があるから、グレーゾーンを残してほしい。あまりがんじがらめに、ここまでやれるのはこういう資格をもったナースといったように規制することを期待しているわけではない。
- 専門看護師や認定看護師という資格を持っている人、プラスアルファの教育を受けた人には何らかの役割拡大措置を認めてほしい。ではジェネラルは駄目なのか、というご意見もあるが、そうではなくて、まず第1段階として認めてほしい。
- まずは、教育の根本であるジェネラリストの教育を高める。それから、認定看護師や CNS（専門看護師）といった医師との接点で働く非常に専門分化した看護師のレベルをアップする必要がある。専門分化した看護師を新たに資格化して、みんながその資格を取ろうとすると、ジェネラリストのレベルが一段と低い方向になる。ジェネラリストを全体的にレベルアップして、その上に資格を作るようなカリキュラムの構成ができないか。
- NP はアメリカを中心に北米でかなり発達してきたが、州によって働き方が違う。また、プライマリーケアを担当する NP もいれば、病院の ICU、NICU にも NP がいるので、一口に NP と言っても非常にたくさんある。日本では、特にプライマリーケアでの診療看護師がマスコミ等でセンセーショナルに言われているため、そういったイメージが強いかもしれないが、NP もナース。ナースの役割拡大というところで論議をすべき。新たな職種を作って、今のナースと切り離すというのは、ナース全体としては不本意。

#### 4. 薬剤師の職能拡大

- チーム医療における薬剤師の役割について、
  - ① 薬剤師がチームに参加して、患者面談を行い、副作用をモニタリングし、薬物療法の問題点を把握した上で、処方提案することで、医師と薬剤師が協働することができ、医師の負担が軽減される
  - ② 適正使用が重要となる医薬品について、院内プロトコルを作成し、薬剤師の専門的知見（体内動態解析等）に基づき処方設計を行い、医師を支援できる
  - ③ 持参薬に関しては、多くの医療機関からの処方が混ざってくることがあるため、入院中の治療に照らして処方提案することが有効である
  - ④ 薬剤師がインフォームド・コンセントを補強するということがあると、患者の安心にもつながり、医師の負担も軽減される
  - ⑤ 添付文書に記載されている検査や、血中濃度の検査も必要になるため、院内のプロトコル等に基づいてオーダーを分担していければ、医師の負担が軽減される  
といったことが考えられる。
  
- 看護師に、病棟看護業務の中で、どのような職種がどのような業務を分担してくれれば、病棟看護師の業務の効率化につながるかということ聞いたところ、薬剤師は非常に期待が大きかった。
  
- 訪問看護の関係で多いのが薬関係の調整や相談。薬剤師さんがなかなか地域に出てこないから、看護師が代わりにやっているが、本来であれば薬剤師の職能に期待する部分。
  
- 米国の例で、CDTM（Collaborative Drug Therapy Management）というシステムがあるが、これは、一定の条件下でプロトコルができたもの。そのプロトコルに従って、医師がアグリーメントを出す。その範囲の中で薬剤師が一定の仕事ができるということ。アメリカではほぼ全州でこれが導入されている。患者は最初に医師の診断を受ける。そこで医師と薬剤師の間で一定の治療方針の合意ができる。アグリーメントを作成し、その範囲の中でプロトコルが決まる。あとは、患者さんは、薬剤師との間を行ったり来たりすれば調整できるという仕組み。  
英国では Supplementary Prescriber や Independent Prescriber といって、一定のプロトコルの中で薬剤師や看護師が処方できる。何でもかんでも診断・処方をしようというのではなく、基本的に医師の負担軽減を図るため、役割分担をする観点から進んでいる。今後の在宅医療の中で、地域の薬剤師が貢献するためには、こうした制度や仕組みも検討いただきたい。



- 在宅医療における薬局・薬剤師の主な役割として、調剤、情報提供、服薬指導、服薬支援、服薬状況の確認、効果や副作用等の確認、医師へのフィードバック、麻薬の供給、多職種連携の情報共有がある。
- 薬を飲む方の理解力、服薬拒否等の問題や、身体的な能力の問題でうまく飲めない場合など、さまざまなケースがある。理解力は服薬指導、身体的能力については、服薬を助ける形で対応。嚥下の能力で困難な場合には、適切な剤形への変更することも薬剤師の仕事。こうした観点から、薬剤師が在宅訪問し、医薬品の使用状況を確認するのは大変重要。
- 緊急時の対応として、各薬局で持っている薬歴を踏まえた判断等、ある程度は薬剤師自身ができるようになれば、先生方の負担が軽減され、看護の方々が看護に傾注できるのではないか。
- 薬剤師が訪問薬剤管理指導をするとき、薬剤師ができることの認知度が低い。入院患者からは薬局の存在が稀薄に見えているのではないか。明確に在宅医療に参加するプロセスが見えてこない。チーム医療の一員として、地域連携クリティカルパスにおける役割の明確化をする必要があるのではないか。
- 薬剤師も、ベースを踏まえた上で、専門性、さらには臨床教育をするようなことに対して幅を広げていくという仕組みが必要ではないか。

## 5. 医療関係職種・事務職員の活用

### 【リハビリスタッフ、臨床工学技士等】

- 看護師に、病棟看護業務の中で、どのような職種がどのような業務を分担してくれば、病棟看護師の業務の効率化につながるかということ聞いたところ、歯科衛生士や管理栄養士、言語聴覚士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等が挙がっていた。また、臨床工学技士については、機械が非常に高度になっているため、専門的な知識を持った者が病棟にいる方が事故が少ないであろうということ。
- 看護職、介護職、医師、もちろん理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の職種が患者さん・家族を支えている。調理士、管理栄養士についても、病棟にわざわざ出向いてくれて、病棟の中で調理をしてきている。

- 各病棟に管理栄養士を置くということによって、食事の内容が良くなったり、摂食が良くなったりして、栄養改善をしていく。栄養を摂らないと病気も良くならない。管理栄養士をもっと活用する制度になると、どんどん良くなっていくのではないか。
- 転院・在宅へのサポート、社会資源の有効利用について、医療ソーシャルワーカーの働きが重要。

### 【医療クラーク】

- 慢性期病床では、医療クラークに診療報酬が全然ついていないが、医師には医療秘書を常に2人ずつ付けている。電子カルテを打つときも医師が打たないで、医療クラークが全部打つようにして効率化している。医師を1人雇うと非常に高いが、パートのクラークを雇うことによって省力化している。
- 海外の病院では医療秘書がかなり豊富にいる。
- 医療秘書を導入した背景としては、事務作業がかなり多くて勤務医が疲弊し、また、保険会社に提出する書類などを患者さんが持ってくるが、患者さんに渡すまで時間がかかっているという苦情が起こっていた、ということがあった。
- 平成19年に医政局からチーム医療を推進させるための通知が出たが(「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」)、この通知によってやりやすい環境になったのではないか。

### 【看護補助者】

- 看護師でなくてもいい仕事を看護師がたくさんしているという事実もある。例えば、患者が寝ていないベッドづくりも看護師がしなければいけないのだろうかということなど。日本で看護の補助者の導入の問題は、もっと本格的に議論すべきではないか。

### 【外部委託】

- 看護師やコメディカルがベッドサイドで集中的に業務を行うために、その周辺業務について、外部委託の活用を重点的に実施。

## 6. チーム医療の推進方策

- チーム医療を推進するために必要なことは、各職種の専門性を高め、それぞれの分野で、医師と同等以上の実力を備えることが必要であり、病院としてはその環境づくりに惜しみないサポートを行うことが必要。質の高い効率的な医療を行うためには、少数精鋭ではなく、多数精鋭でなければならない。そのためには、より多くの財源が必要であり、診療報酬上の評価が不可欠（例えば、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、管理栄養士、事務員の病棟配属等）。