

厚生労働省：第8回チーム医療推進に関する検討会

# チーム医療推進協議会

～患者が満足できる最良の医療のために～

平成21年12月21日(月)

チーム医療推進協議会代表

北村 善明(日本放射線技師会会長)

1

## チーム医療推進協議会構成メンバー

- 日本医療社会事業協会(医療ソーシャルワーカー)
- 日本医療リハビリテーション協会
- 日本栄養士会
- 日本看護協会
- 日本言語聴覚士協会
- 日本細胞診断学推進協会細胞検査士会
- 日本作業療法士協会
- 日本診療情報管理士会
- 日本病院薬剤師会
- 日本放射線技師会
- 日本理学療法士協会
- 日本臨床工学技士会
- 患者会・山梨まんまくらぶ
- 日本病院会(オブザーバー)
- 毎日新聞社(小島正美:アドバイザー)
- TBSテレビ(小嶋修一:アドバイザー)
- 医療ジャーナリスト(福原麻希:アドバイザー)

2

# チーム医療推進協議会

～患者が満足できる最良の医療を提供するために～

## ◎ 本協議会の目的

私たちは、  
『ひとりひとりの患者さんに対してメディカルスタッフが  
それぞれの職種を尊重し、さらに専門性を高めて、  
それを発揮しながら患者が満足できる最良の医療を提供  
する』体制を推進し、全国に普及する。

3

## 協議会の活動内容

1. 全国の医療現場の現状と課題の調査・分析  
チーム医療の現状と問題点を検討し、協議会からの報告と提言を出していく。
2. 職種間連携のための教育、研修等の開催  
チーム医療を円滑に実践できるよう、お互いの役割、仕事内容、教育背景などを知る機会を作る。
3. 各職種の地位向上  
メディカルスタッフのスキルやキャリアについて病院内外に評価を求め、適正な診療報酬や院内配置基準設定を提言し、質の高い医療実現のために必要な人員を確保する。そのための予算を政府に訴え理解を求める。
4. 広報および啓発  
各職種の仕事の役割や内容の重要性、魅力を市民に積極的にアピールし、その必要性を知ってもらう。

4

# 経過と今後の取り組み予定

## 【発足までの経過】

- ・平成21年6月19日第1回準備会
- ・平成21年7月24日第2回準備会

## 【発足後の経過】

- ・平成21年9月24日第1回チーム医療推進協議会  
－12月3日現在 第4回協議会開催－

## 【今後の取り組み予定】

- ・平成22年6月「チーム医療に関する提言(第1報)」(仮題)
- ・平成22年度～23年度  
提言に基づく評価、調査、分析、検証  
国民への広報啓発活動  
最終提言へのまとめ
- ・平成23年度以降「チーム医療に関する提言」(仮題)

5

## 検討の経緯(課題の抽出)

平成21年9月24日第1回協議会のフリーディスカッションから

- ・医師の指示、各職種の法制度の課題
- ・各職種の養成教育および資格取得後の卒後教育の課題
- \*「チーム医療」多様性(疾患別、業務別、その他)



**参加職種自身がお互いの職種を知る必要性！**



各職種から役割とそれぞれが抱える課題を提示した

- ①人員数や適正配置
- ②法制度上の役割や業務の解釈
- ③専門技術やチーム医療に対する評価

以上、3点に集約された。

6

# 課題1: チームの構成と過剰労働問題

- ◆日本では、医療職種の人数が少ない(OECD Health Dataなど)。
- ◆1人職場などが多く、業務が多忙となっている。  
(業種によっては、6~7割の職場が一人職場)  
→チームに資する働きができていない。  
→卒後の生涯学習に参加しにくい、知識・技術が向上しない。
- ◆職種の配置の基準がなく、チーム自体の構成メンバーが乏しい。



## 【解決策の提案】

効果的なチーム医療を実施できる体制を整備する。

7

# 課題2: 卒前教育と卒後教育

- 修業年限・内容が、医療の進歩に追いついていない。
- 「チーム医療」について、卒前教育(養成教育)が十分でないため、その必要性が理解されていない。
- 職種によっては、卒前教育における「臨床教育」の格差が大きい。
- 各職種で卒後教育を実施しているが、社会的評価が低く、インセンティブに結びつかない。また、参加できる機会がもてない。



## 【解決策の提案】

1. 「チーム医療」かつ「社会状況や医学の進歩」に資する教育水準に引き上げる。
2. 専門職の教育は専門職種自身で行う。
3. 卒前臨床教育内容の充実と実習指導体制の整備を図る。  
(チーム医療に関する講義科目を含め設定する。)
4. 研修へ参加できる環境を整える。
5. 各職種の卒後教育制度を整備し、専門性の評価につなげる。

8

## 課題3: チーム医療に関する情報開示と 患者にとっての適正な医療を

### 【課題】

- チーム医療の重要性に対する認識が低い。
- チーム医療を組織するための専門性、役割分担が法制度として不明確である。
- 各職種との協働領域を検討する機会や標準化された情報の共有がない。



### 【課題の解決策】

1. 法律内容を社会状況に即し、理解できるようにする。
2. それぞれの施設・領域・疾患等に応じたチーム医療のあり方を評価する。
3. 診療情報の標準化を図り、チーム医療を促進する。

9

## まとめ(今後の検討)

- 「チーム医療」を提供することができるよう、過剰労働を見直す必要がある。
- 「チーム医療」に資する卒前および卒後教育水準に引き上げる。
- それぞれの施設・領域・疾患等に応じた「チーム医療」のあり方を評価する。

10

# チーム医療推進の必要条件

## ◎ チーム医療確立のための運用上の必要条件

1. 院内の体制整備
2. チームリーダーの必要性(責任の所在)
3. チームリーダーが医師以外の場合の医師の協力
4. チームとしての情報共有化の確立
5. チームメンバーの意識改革と知識・技術の高揚
6. チーム医療に関するコスト設定
7. 法的整備(関連法規における連携条項の必須化)

## ◎ 診療報酬上のチーム医療の必要条件

1. 多職種が協働した治療計画 ⇒ 治療方針の共有
2. 効果等について協働での評価 ⇒ 治療経過・結果の共有
3. 協働した診療情報の管理 ⇒ 実施(証拠)記録の保存と結果評価
4. 患者への説明 ⇒ 患者の理解と同意

11

## 代表的なチーム医療の構成職種(例)

業務分野・診療分野	構成職種
病棟業務	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、診療放射線技師、臨床検査技師、細胞検査士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床工学技士、診療情報管理士、看護補助者、医療ソーシャルワーカー、等
救急医療	医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、細胞検査士、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカー、診療情報管理士、等
医療安全管理	医療安全管理者、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、診療放射線技師、臨床検査技師、細胞検査士、臨床工学技士、診療情報管理士、等
医療機器安全管理	医療機器安全管理責任者、医師、看護師、臨床工学技士、診療放射線技師、臨床検査技師、等
感染症対策	医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、細胞検査士、等
栄養管理	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、診療情報管理士、等
摂食嚥下	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、等
呼吸ケア	医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士、歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー、臨床検査技師、等
褥瘡管理	医師、看護師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、等
皮膚排泄ケア	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、等
リハビリテーション	医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、あん摩マッサージ指圧師、柔道整復士、医療リハビリセラピスト、等
緩和ケア	医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、細胞検査士、管理栄養士、作業療法士、医療ソーシャルワーカー、診療情報管理士、医療リハビリセラピスト、臨床心理士、等
糖尿病療養	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、診療情報管理士、等

※ 12月3日現在で、本協議会に参加している団体・職種で例示し、その他は「等」と表記した。

※ 施設・病院により、職種の構成は異なります。

12

# 医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）の業務



## 急性期病院

救命救急センター

脳卒中センター

周産期 小児 精神科

がん治療 小児虐待

外来部門 心臓血管治療

総合相談部門 透析

退院支援・地域連携部門

その他さまざまな...

緩和ケアチーム・病棟

回復期リハ病棟

医療療養・障害者病棟



■さまざまな治療場面で  
心理・社会的問題を抱える

患者・家族や退院困難ケース等を担  
当し、相談援助を提供しています

身元不明・キーパーソン不在／疎遠／高齢  
 医療費支払い困難 外国人 自殺企図患者  
 治療拒否 虐待 多問題家族  
 医療スタッフと信頼関係が構築できない  
 退院後の生活が不安  
 入院中の生活が不安  
 退院計画・退院(転院)援助  
 社会保障制度活用  
 在宅緩和ケア(看取り) 在宅医療  
 入院相談機能  
 苦情  
 その他

## チームアプローチでSWが 果たす役割と効果とは



### SWの果たす役割

■心理・社会的問題の解決調整

■通訳的役割

患者家族とスタッフの間の理解促進、  
コミュニケーション促進

■権利擁護者役割

患者・家族の基本的人権を尊重する

■仲介者役割

患者・家族の心理社会的状況の理解と  
スタッフへの伝達

■地域連携(ネットワーク機能)

患者・家族を取り巻く地域の関係機関を  
つなぐ役割

### SWの関わる効果

■治療と平行した

生活問題の解決・軽減

■心理・社会的問題の  
予防的支援

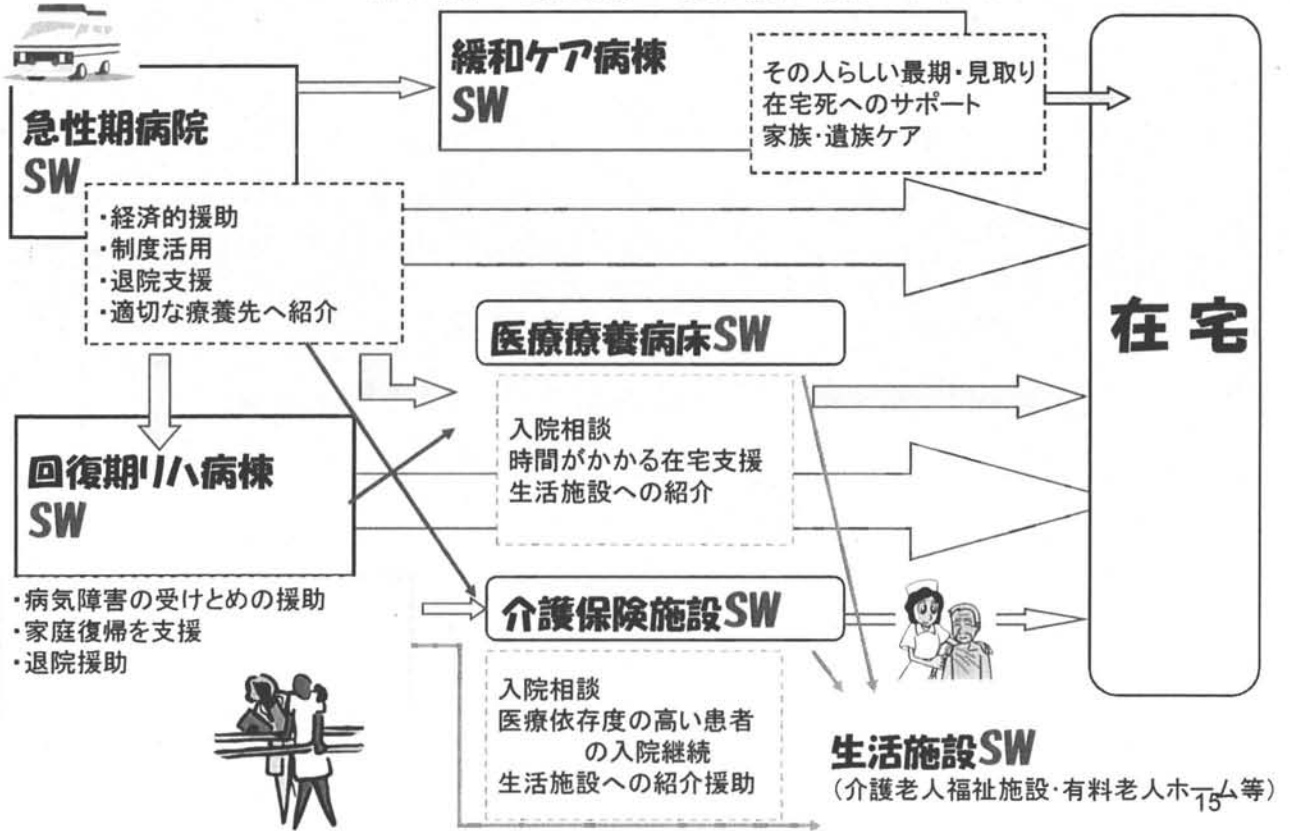
■患者・家族の精神的支援

■患者・家族中心の医療に  
近づく

■保健・医療・福祉の連携  
促進

# SWは他病院・施設のSWと連携し、患者の支援を継続します

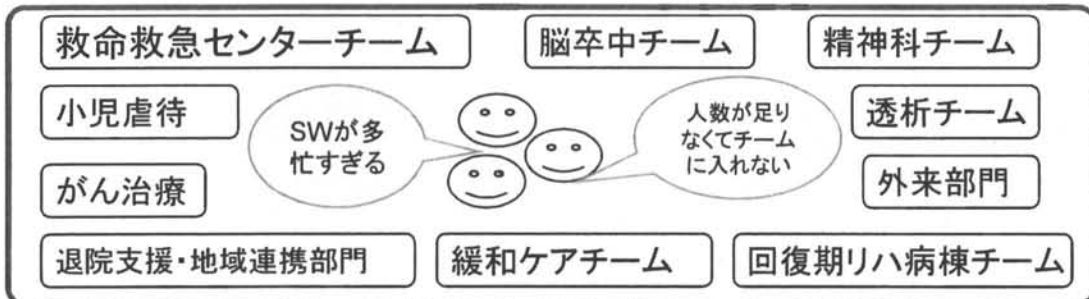
急性期～回復期～維持期の流れの中で



## チームアプローチのための ソーシャルワーカーの課題

### ■適切なSW人員数が必要

病院には多くのチームが存在する。ソーシャルワーカーが  
チームを掛け持ちしすぎない程度的人员が必要



### ■SWの役割の啓発が必要(チームメンバーの理解)

現状では、転院援助や地域連携だけに期待される傾向

### ■SW援助のクリニカルインジケータの確立が必要



◆医療リンパドレナージセラピストのチーム医療への貢献

がん術後後遺症および原発性に発症するリンパ浮腫患者数は 10~15万人といわれているが、近年の年間手術件数により、年間上肢約2000人、下肢約3500人、原発性を含め総数約6000人が増加すると予測される。生涯にわたる慢性疾患でありながら、リンパ浮腫に対する治療法はないという通念認識により、要望に応えられる医療体制が確立されておらず、治療とケアが遅れ、患者は余儀なく重症化し日常生活を困難にしている。

リンパ浮腫の治療の第一選択としては、国際リンパ学会にて標準治療とされる保存的治療(複合的治療)が実施されることが望ましいが、患者数が増加の一途をたどる中、専門技術を持つ医療者の絶対数が不足している。複合的治療の知識・技術を習得した『医療リンパドレナージセラピスト』は、医師の診断および指示に基づき、患者本人への生活指導、リンパ浮腫保存的治療である「複合的治療(Complex Physical Therapy)」を実施する。これにより、治療の遅れが招くリスク(主症状および合併症の重篤化、QOL低下、肉体的精神的負担、高額な治療費の自己負担、将来の介護必要性など)を最低限回避することができる。

【協働職種】看護師・理学療法士・作業療法士・あん摩マッサージ指圧師・管理栄養士など

◆医療リンパドレナージセラピスト育成動向

当協会は、複合的治療を確立したFoeldi教授(独)に師事し、医療リンパドレナージセラピストの専門教育機関として、188時間の技術・知識の習得課程および修了試験、継続教育を実施している。年間約150名を育成し、過去781名を輩出している(2009.11現在)。2010年内には1000名を超える予定である。

【受講対象および修了者数(2009.11現在)】※国家資格業務範囲に基づき限定している。

医師(12) 看護師(499) 理学療法士(37) 作業療法士(6) あん摩マッサージ指圧師(228)

【活動する医療機関】国公立病院、大学附属病院、がん診療連携拠点病院、開業施設など

17

チーム医療における医療リンパドレナージセラピストの活動内容および役割

◆おもな活動内容

- ・多職種と協働し「治療計画」を立てる
- ・患者やご家族への説明
- ・発症後の治療とケア
- ・発症前後の生活指導(浮腫増強、重症化、炎症を防ぐため)
- ・セルフケア指導  
(スキンケア・セルフリンパドレナージ・弾性包帯を用いた圧迫療法、弾性着の着脱方法、運動法、患肢挙上など)
- ・弾性着衣の選択
- ・在宅ケア
- ・治療経過報告書作成 など

◆リンパ浮腫ケア介入による効果

- ・乳児、小児、児童患者に対して今後予測できる重篤化を回避、および思春期の精神的支援
- ・壮年層の社会復帰
- ・合併症(急性炎症など)による医療費削減
- ・患者の精神的苦痛の緩和
- ・高齢化に伴う介護の回避
- ・家族の介護負担を軽減



チーム医療における  
医療リンパドレナージセラピストの役割

## 【的確な診断および治療・患者指導により向上する患者のQOL・日常生活動作(ADL)】

- 1) 早期からの的確な診断および治療・患者指導により、治療の遅れが招く重篤化のリスクを回避しうる。
- 2) リンパ浮腫疾患に対する認知、複合的治療の安全な普及の必要性

### 【対象患者】

#### ・悪性腫瘍治療の後遺症に対して

乳がん、婦人科がん、泌尿器科がん、消化器がん、頭頸部がん、悪性黒色腫、終末期患者、在宅ケアを必要とする患者など

#### ・その他の局所性浮腫に対して

原発性リンパ浮腫(幼児・小児・児童・成人に発症)、慢性静脈不全に伴う浮腫、廃用性浮腫、脂肪浮腫、外傷性浮腫、一般手術後の浮腫など

### ◆早期からの的確な診断および治療・患者指導の重要性

悪性腫瘍に対するリンパ節郭清を含む手術後、リンパ輸送機能が障害を受けるため、すべての人がリンパ浮腫を発症する可能性を持つ。術直後に発症の有無を確定することはできないが、日常の些細なきっかけで発症する場合もある。また、好発する合併症(蜂窩織炎・リンパ漏など)により重篤化を招きやすい。悪性転化も皆無ではない。

これらのことからQOLおよびADL低下、自身の体型変化や活動的日常生活の喪失などにより、社会活動への参加を避け、社会生活から退いてゆくことも多い。さらに高額な治療費の自己負担、将来の介護の必要性なども考慮される。しかし、早期からの的確な診断および個別に応じた治療・指導により、これらを招くリスクを回避することができる。

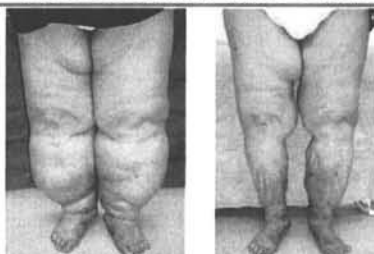
乳がん術後左上肢リンパ浮腫



治療前

治療後

子宮がん術後両下肢リンパ浮腫



治療前

治療後

原発性リンパ浮腫



治療前

治療後

### 【今後の課題】

- 1) 専門知識・技術を習得した医療リンパドレナージュセラピストの育成および質の担保。
- 2) 本療法が医療技術評価の対象外であるため、医療機関にて技術習得者の活用・雇用が困難である。
- 3) 複合的治療の普及に伴い、その他の適応疾患についても対応できる環境を築く。

#### 【課題1】

年々、患者や医師からの本療法に対する要望が高まり、近年では各都道府県において、医療リンパドレナージュセラピストが中心となり、『リンパ浮腫外来』を開設する医療機関が増えている。

しかし、地域格差も大きく患者に十分な治療や指導を提供できておらず、現場においては医療技術評価の対象外であるため、再診料扱い、通常業務との並行作業、勤務間外に行うなどして対応している。

【都道府県別セラピスト累計数(2009.6現在)】

- ・最多 神奈川県 145名 東京都 120名 大阪府 48名
- ・最少 岐阜県・佐賀県 0名

#### 【課題2】

治療開始の際に、医師の診察により既往歴、現病歴、手術歴などを確認し、全身性浮腫およびその他の原因による浮腫との鑑別を行い、適応禁忌を把握したうえで、各々の症例に応じて適切に治療とケアを実施する。

**適応禁忌を把握せずに実施すると患者の身体状態を悪化させることもある。**

そのため、医師および多職種とのチーム医療連携のもと、専門知識と技術を習得したセラピストにより適切に実施されることが不可欠である。

※医療者としての国家資格無資格者による類似行為により症状の悪化を招く例もあり、この状況は早急に改善される必要がある。なお、美容のリンパドレナージュと混同されるものではない。

#### 【課題3】


原発性リンパ浮腫は、続発性リンパ浮腫と同様の症状を呈し、同様の治療を必要とするが、治療の必要性が認知されておらず放置されるケースも多い。それに加え、本療法は慢性静脈不全に伴う浮腫、廃用性浮腫、外傷後浮腫など多岐に渡り、海外ではリハビリ領域においても積極的に活用される。また、緩和医療の補完療法としても対応する。リンパ浮腫に限らず、その他の適応疾患についても同等に対応できる環境を築く。

## (社)日本栄養士会の提言

---

### 【チーム医療の課題】

1. 必ずしも患者中心のチーム医療とは云いがたい。
2. チーム医療を担う専門職の取り組み姿勢・意欲は高いが、それぞれの専門職の専門性を十分に活かし切れていない。
3. 医療専門職の専門性と責任の位置づけがなされていない。
4. 医療専門職の適正人数と資質の担保が十分ではない。



⇒患者中心のチーム医療を推進する施策の展開  
⇒専門性を生かすための必要な法整備  
⇒医療職種の専門性と責任の明確化  
⇒すべての医療職種の資質の確保  
⇒専門職種の適正数の確保


21

## (社)日本栄養士会の提言

---

### 【管理栄養士の課題】

1. チーム医療における管理栄養士の役割の明確化
2. この役割を果たすための管理栄養士の体制の整備



⇒管理栄養士の専門性を生かすために必要な措置  
(診療報酬上の評価、管理栄養士の増員)

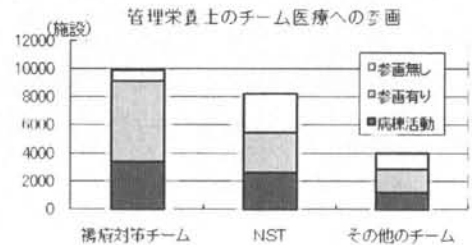
⇒生涯学習等による質の確保

22

# チーム医療への貢献

- ☆管理栄養士のチーム医療への参画率は年々増加している。
- ☆患者毎に異なる課題の解決に向け、栄養の専門職としてチーム医療に参画し、患者のQOLの向上に貢献する。

- ✓ 褥瘡対策チームへの参画率は87.7%、NSTは51.3%である。
- ✓ 管理栄養士は、傷病者の栄養を専門に学んできた。全人的な栄養管理を行う事が可能となる。



病棟回診

- ・摂食状況等の把握による適切な栄養管理
- ・患者の栄養状態・嗜好に応じた食事の提供

HIV等感染症患者の食生活支援

- ・食事療法による免疫力の維持、向上
- ・薬剤との相互作用を含めた栄養食事指導

褥瘡チーム

- ・栄養状態の改善
- ・適切な栄養管理による褥瘡の回復・治癒

緩和チーム

- ・薬物療法と適切な食事管理
- ・心身の状態に応じた栄養管理によるQOLの向上

嚥下対策チーム

- ・個々人の摂食能力に応じた食形態の調整と提供
- ・誤嚥性肺炎の防止

23

## 管理栄養士がチーム医療に関わるメリット

### 1. 患者の栄養状態の改善によるQOLと治療効果の向上

→例)術前からの栄養管理による予後の改善、重症化への防止  
緩和ケアにおける患者家族の満足度の向上等

### 2. 医師・看護師の栄養・食事に関する業務の軽減

→例)個人に対応した食事形態・内容の提案及び変更等の栄養管理業務(食事箋変更含む)を専門職へ

### 3. 入院期間の短縮による医療費の削減

→例)低栄養患者への早期介入や患者個々に適正な栄養管理を行うことによる入院期間の短縮等

24

# 言語聴覚士のチーム医療における課題

(一般社団法人日本言語聴覚士協会)

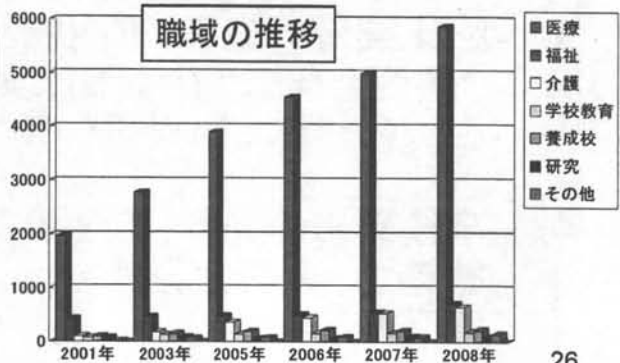
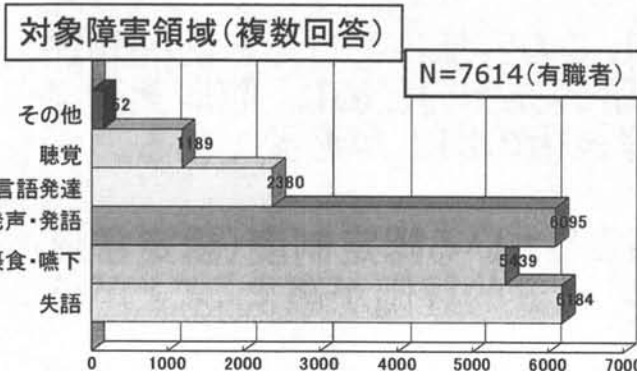
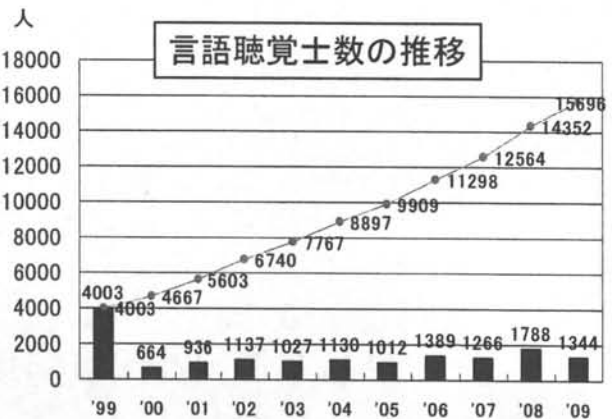
## チーム医療を実現するために

1. 必要とされる病院・施設に言語聴覚士の配置を
  - 1) 言語聴覚士が業務に従事している領域に偏りが見られる。
  - 2) リハビリテーション施設基準等で必置となっていない。
  - 3) 言語聴覚士の絶対数が少ない。
  - 4) 訓練が必要であっても訓練を受けることのできない患者がいる(訓練適応患者の30%~40%に未実施)。
2. 課題にそったチーム構成とカンファランスの実施を
  - 1) 言語聴覚士の職務内容の理解促進
  - 2) カンファランスの充実
3. 高度な言語聴覚療法を実現するための卒前・卒後教育の充実を
  - 1) 社会的認知度の向上
  - 2) カリキュラムの検討(地域言語聴覚療法、関連職種連携演習)
  - 3) 臨床実習の充実
  - 4) 卒後研修、生涯学習の正当な評価

25

## 必要とされる病院に言語聴覚士の配置を

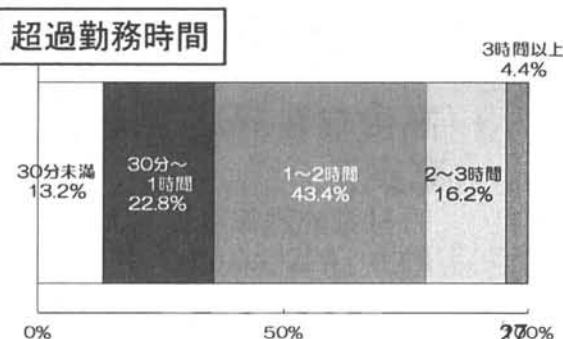
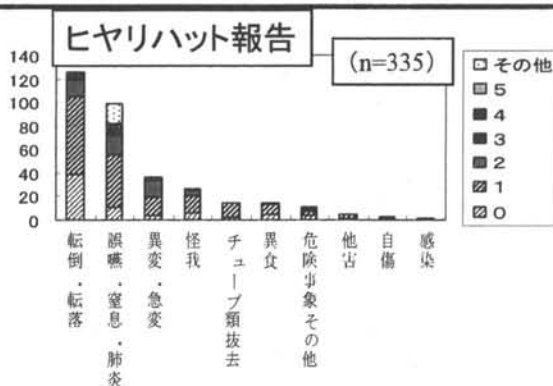
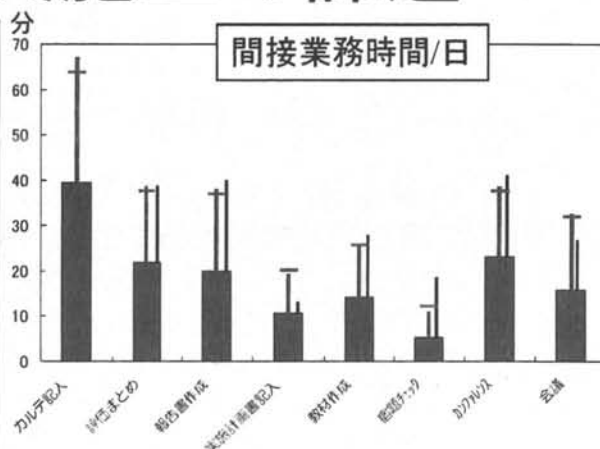
1. 介護保険領域、障害福祉領域で業務に従事する言語聴覚士が少ない。
2. 医療では、
  - ① 脳血管疾患等リハのみの位置づけであり、かつ言語聴覚療法を行う場合についてのみ配置することとなっている。
  - ② 回復期リハ病棟では必置となっていない。
3. 言語聴覚士の絶対数が不足し、かつ毎年誕生する有資格者数が少ないため、全ての領域で慢性的な人員不足が生じている。



26

# 言語聴覚療法実施上の課題

1. 臨床の質が担保できる業務体制
  - ・従事者1人につき一日に平均18単位で週10単位実施と規定されているが、最大24単位まで可能とされているため勤務形態によっては20単位を越えている場合も多い。
  - ・書類作成等の間接業務も多い
  - ・超過勤務が常態化している。(64%が1時間以上の超過勤務)
2. カンファランスに十分な時間を割けない。
3. 安全な言語聴覚療法の実施
  - ・嚥下訓練は高いリスクを伴う。訓練前後のケア(吸引等)が必要(特に訪問では)。



## 卒前・卒後教育の充実のために

1. 受験者数の減少: 高校卒業人口の減少だけでなく、医療職、特にコメディカルに対する魅力を感じる高校生が減少している現実から、次世代の言語聴覚士を育成するために社会的認知度の向上が必要である。
2. 教育の質の向上: 教育の質の確保のためにモデルコアカリキュラムの作成と教員研修の制度化が必要である。
3. 臨床実習の充実: 専門職としての臨床における基礎的知識、態度を身につける臨床実習の充実のために、臨床実習施設の確保と指導者の指導技術の向上が必要である。
4. 卒後研修の充実: 協会が実施している認定制度(認定言語聴覚士、専門言語聴覚士)の社会的評価が高まる必要がある。

# 日本細胞診断学推進協会 細胞検査士会

細胞検査士とは「がん細胞」を  
探したすのが仕事です。

臨床検査技師の免許を取得後特定非営利活動法人日本臨床細胞学会の行う細胞検査士認定試験に合格しその資格を有する者。

有資格者数；約6465名(平成21年10月)  
会 員 数；約6465名(平成21年10月)

癌の早期発見や早期診断を目的に、人体の細胞の一部を採取し形態学的基準に基づき、癌細胞だけでなく癌細胞と紛らわしい異型細胞や前癌病変に相当する異形成細胞の存在を顕微鏡で観察して発見することが主な実務である。実際には細胞検査材料の採取の介助、適切な細胞処理の選択、検査に必要な染色法の選択、検査結果の精度管理、標本の管理と保存など一連の検査実務も担当する。(臨床検査技師の業務も含まれる)

29

## 課題1：人員数と適正配置

- ◆配置基準がないために、チーム自体の構成メンバーに入っていない。



【課題の解決策】

### 診療体制の整備

- 1) 診療従事者；  
細胞検査士の配置の義務化
- 2) 医療施設；  
細胞診断部門の設置化

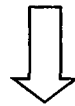
30

## 課題2: 卒後教育

- 学会での卒後教育制度は整備されているが、社会的評価が低い。

細胞検査士認定試験に合格した者に国際細胞検査士認定試験 (International Academy of Cytology; CT, IAC) 認定試験の受験資格が与えられる。この試験は2年に1回、日本でも実施されている。

生涯学習の実践として4年に一度の資格の更新



【課題の解決策】

• 国家資格化、専門細胞士検査士制度、など

31

## 課題3: 技術に対する評価

専門職としての専門技術に評価がない

- 単価が低く、標本作製、迅速診断などにコストが設定されていない。
- 陰性標本の取り扱いに対して明確なルールが設定されていない。  
(悪性細胞が認められた標本は必ず細胞診専門医とのダブルチェック後に報告される。)



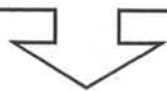
【課題の解決策】

1. 細胞診断の専門性を正當に評価する。
2. 法律内容を社会状況に即し、理解できるようにする。

32

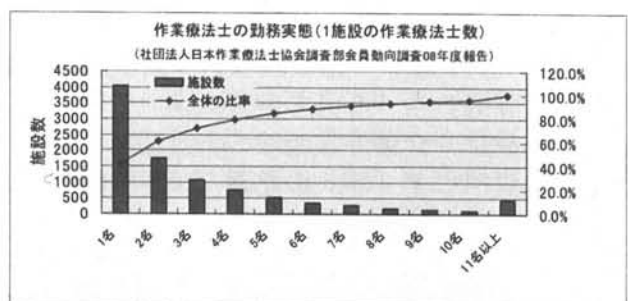
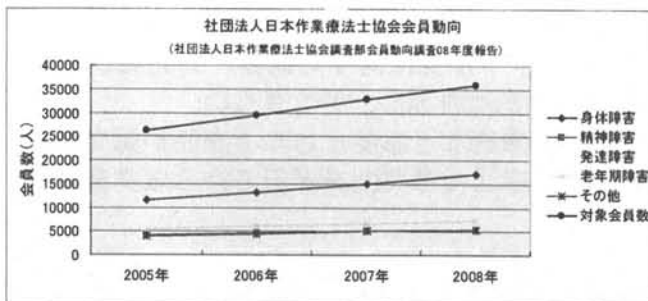


- ◆厚生省医務局医事課の「理学療法士および作業療法士法の解説」では、医学的リハビリテーションとしての作業療法は、医師の指示の元に行う医業の領域とそうでない社会的なものがあると明記され、「各種の傷病による応用的動作能力の障害および精神疾患による社会適応能力の障害者」に対し、「心理的訓練、機能的訓練、日常動作訓練、職業準備訓練」を行うと解説している。
- ◆現在の作業療法の臨床は解説に示されている基本原則そっているが、それに対して医師や関係職種の理解や社会的認知は法の表現（理学療法士及び作業療法士法第2条2項）にとらわれ、「ずれ」が生じている。



- 課題1 作業療法士の配置 → 医療領域への片寄り
- 課題2 作業療法の範囲 → 実情に即していない
- 課題3 法的基準の制約 → 実情に即していない

課題1 作業療法士の配置 → 医療領域への片寄り

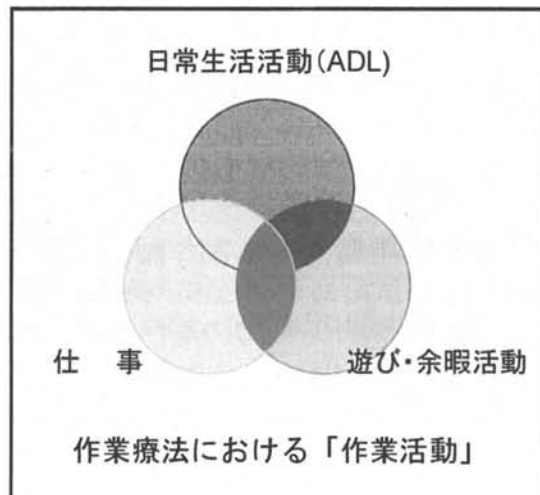


作業療法士の養成と供給に関しては整備が進み、年間5000名以上の供給が可能であるが、

- ①入院中心から地域生活中心へという施策の中、作業療法士は医療職という認識から、医療領域への片寄りがあり、保健、福祉領域への希望があるが配置が進まない、法的な配置等が必要。
- ②施設基準の最低人員配置に縛られ、1人もしくは2人といった少数職場が多く、
  - ・チームアプローチや退院促進などに向け十分な機能を発揮できない。
  - ・休暇や研修などの取得が難しい
 法的な配置数の見直しが必要。
- ③疾患別リハビリテーション料の施設基準により、作業療法士の配置がないために、必要な疾患や障害に対して作業療法が実施されていない（心大血管疾患・低体重出生児等）。

## 課題2 作業療法の範囲 → 実情に即していない

作業療法では、左図に示すように、日常生活活動や仕事に関する活動、遊び・余暇に関する生活に豊かさを与える活動などを広くもちいて、心理的・機能的訓練や日常動作訓練、職業準備の援助を行っている。



医師や関係職種は、理学療法士及び作業療法士法第2条2項の「手芸、工作その他の作業を行わせる」という法の文にそのままとられ、

- ①十分な日常生活に対する応用能力の訓練が行えない。
- ②チーム医療の中で、手工芸を行わせる人と認識され、作業療法の役割が誤認されている。

また、「身体又は精神に障害のある者に対し」という法の表現があり、地域生活における予防的アプローチが制限されている。

35

## 課題3 法的基準の制約 → 実情に即していない

- 1) 理学療法士・作業療法士法第2条2項の「手芸、工作その他の作業」という法文から「ADL訓練」「職業訓練」「退院前の生活技能訓練」「小児に対する運動・知的発達訓練」や「心身の健康増進・予防」という観点を読み取ることができない。病院や介護保険領域の施設はもちろん、特別支援教育など必要とされる施設や認知症病棟など「等」の記載による職種代替えに柔軟に応じた専門性を表記できる法文変更または解釈通知が必要。
- 2) 精神科作業療法の基準で「無資格の助手を伴わなくてもよい」「1日3単位は多いので2単位に」という積年の問題が解決され「作業療法士1名に対し50㎡が標準(従来75㎡)」となり、質的な向上を図るものであった法改正が、作業療法士一人で1日50名を50㎡で行うことができると解釈をされ、作業療法士の労働強化と患者の処遇環境の悪化を招いている。その他、回復段階に応じた介入やチーム医療による治療計画や情報提供が評価されないため、早期退院を促進する急性期介入が機能していない。
- 3) 疾患別リハビリテーション料の体系となり、必要とされる疾患や障害に、十分に作業療法が提供されていない。(心大血管疾患・リンパ浮腫指導管理、低体重出生児等)。週の上限108単位のために、作業療法士一人で週108単位請求することが義務的となり、勤務時間内に十分なカンファレンスや記録時間が確保できない。チーム医療による治療計画や情報提供が評価が逡減していることから、回復段階に応じた介入が評価されていない。ADLや職業訓練などの退院促進、応用的動作・社会的適応能力に対する作業療法の介入が評価されていない。

36

# 診療情報管理士の基本活動

## (チーム医療を推進するために)

- 1) チーム医療を実践するためには、構成する各職種の人々が正しい診療情報を共有することが条件になります。
- 2) 診療情報管理士は、その診療情報を大切に管理し、正確で使いやすいものにするように努めます。
- 3) チームを構成する各職種の人々が、正しい診療情報を円滑に利用できるよう維持管理し、チーム医療を促進します。
- 4) 診療情報を活用して、チーム医療の状況を評価する仕組みを通して、医療の質の向上に貢献します。

37

## 診療情報管理士会の課題

### 1. 診療情報管理士がチーム医療推進に果たす役割

- 1) 診療情報管理の専門家として、診療情報の精度の保証と改善を担当し、チーム医療に正確で使いやすい情報環境を整備する。
- 2) チーム医療の間の情報共有を保証し、一貫性のある課題対応に向けた連携と協力を推進する。
- 3) 各専門家に患者問題の多角的な分析に役立つ有益な診療情報を提供し最適な治療計画の作成に貢献する
- 4) 患者の自己決定権の尊重に資するため、診療情報を患者自身へ提供する。

38

## 2. 診療情報管理の専門性

### 1) 診療情報の適切な保管管理

診療録および診療諸記録等(保存媒体を問わず)の診療情報について、法令に基づき適正に保管管理を実施する。

### 2) 診療情報の精度の保証と改善

診療情報管理士が診療情報の監査および適切な管理を行うことにより精度の担保が可能となる。それにより、診療情報の利用価値を高め、医療の質の維持向上が可能となる。

### 3) 診療情報の標準化の推進

院内データベースの標準化のみならず、クリニカルパス(クリティカルパス)の検討の場において、診療情報の活用の一環として重要な役割を果たしている。

### 4) 診療情報の利活用

臨床上あるいは病院経営上において、意思決定を支援するため、診療情報に基づく臨床統計を作成する。

### 5) 情報提供

いわゆるカルテ開示に代表される患者(国民)に対する診療情報提供に関わり、患者への対応はもちろん、併せて診療記録の監査や適正な保管等、関連して重要な役割を果たしている。

39

## 3. 診療情報管理士の業務内容および責任範囲の明確化

現在、実務では大きく分けて以下の業務がその範囲とされている。

- 1) 診療記録の管理、監査: 紙ベース、電子データベースを問わず
- 2) DPCおよびがん登録等、データベースマネジメント
- 3) これらの記録、データに基づく、診療情報の創出管理、利活用
- 4) 診療記録の開示、病院情報の公開、クリニカルインディケータ等の各種指標やデータの提供等の対応
- 5) 医療機関内部における、診療情報にかかる管理部門としての責任の推敲: 職員教育、特に記録の発生源たる臨床現場職員、データ利用という立場の医事事務職員等に対して指導する

# チーム医療における薬剤師の役割

## 1. 病院薬剤師の業務の変化

～高度化と病棟業務への拡大～

## 2. 病棟業務の推進と今後の方向性

～薬剤師による病棟業務の全国的普及～

## 3. チーム医療における薬剤師の役割と今後の課題

～薬剤師による薬物療法マネジメントの全国的普及に向けて～

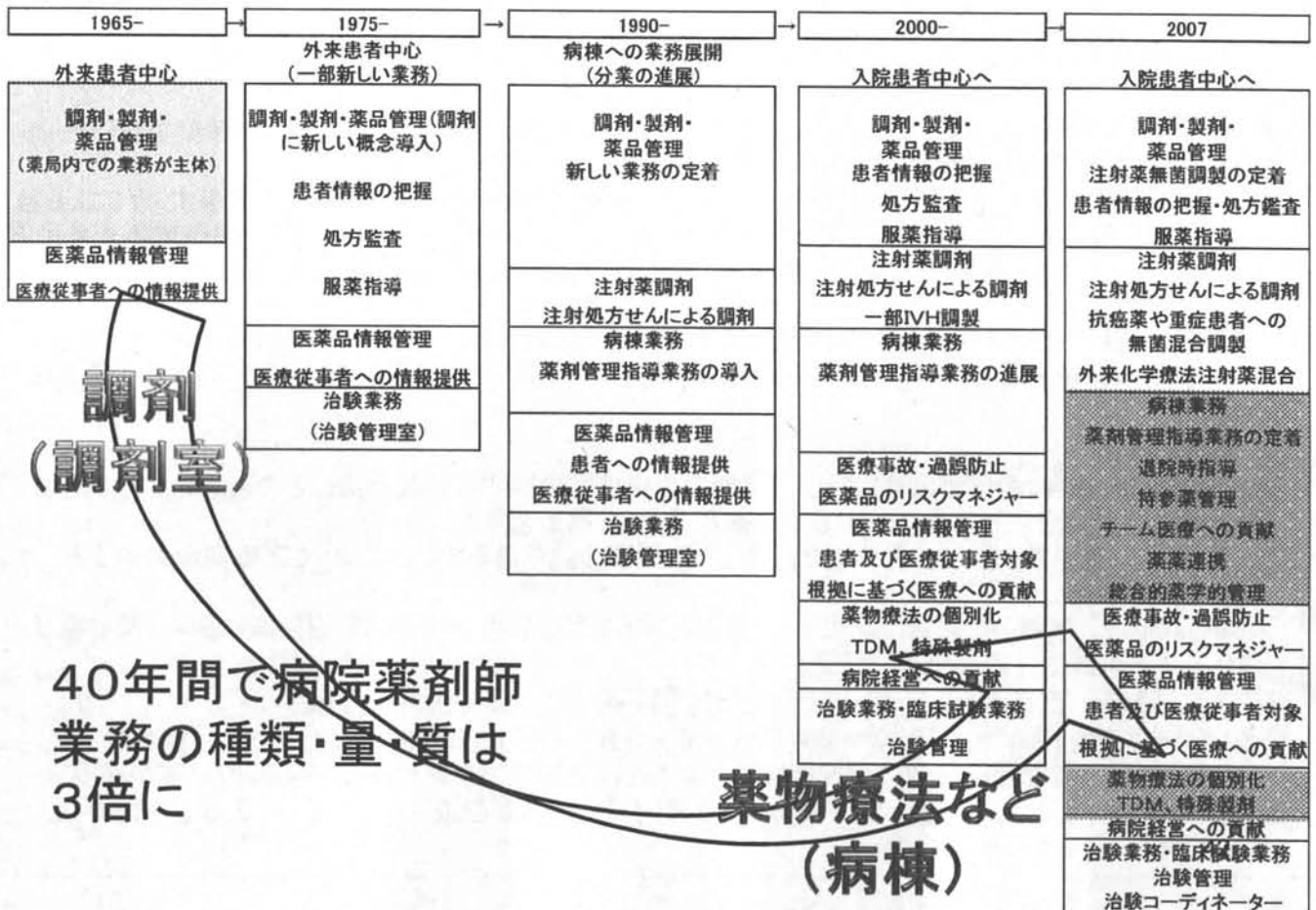
(社団法人 日本病院薬剤師会)

41



日本病院薬剤師会

## 1. 病院薬剤師の業務の変化 ～高度化と病棟業務への拡大～



## 2. 病棟業務の推進と今後の方向性

～病棟業務が病院薬剤師の中心業務～

### 【薬剤師の病棟常駐による業務の推進】

#### ＜主な病棟業務＞

- 1 患者毎の処方チェック、疑義照会、薬剤配布および患者・家族に対する薬剤情報提供と疑問の解消
- 2 医薬品の適正使用につながる医師、看護師など医療スタッフへの医薬品情報提供
- 3 病棟カンファレンスや回診同行の際の患者情報の提供と処方提案
- 4 患者の身体状況の把握などによる薬剤の副作用防止・軽減化
- 5 患者の薬学的管理(処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、重複投与、配合変化、配合禁忌等に関する確認など)に基づいた薬物療法への参画によるチーム医療への貢献
- 6 院内に構築される諸チーム(緩和ケア、感染対策、褥瘡、栄養サポート等)への貢献
- 7 注射剤のミキシングと患者への注射剤投与に関する全般的なチェック
- 8 病棟の全医薬品の安全かつ適正在庫の管理

上記業務は薬剤師が病棟に専従で従事することによって初めて可能になる

**今後全病棟で、全入院患者に対して上記業務を実施する** 43

## 3. チーム医療における薬剤師の役割と今後の課題

～薬剤師による薬物療法マネジメントの全国的普及に向けて～

### 1. 薬剤師による薬物療法マネジメントの実施

- 「薬物療法マネジメント(薬物療法管理)」として、医師、薬剤師等が事前に作成した標準的プロトコールに基づき、専門性の高い薬剤師による薬物療法マネジメントを実施
  - ・薬物血中濃度モニタリング、副作用モニタリング、検査オーダー、患者の状態のモニタリングによる投与薬剤量の変更、種類の変更を医師へ提案(例えば、抗がん剤支持療法における副作用防止薬の選択、ワーファリン投与などの抗凝固療法、点滴速度の調節、緩和ケアにおけるオピオイドローテーションの提案など)
- 症状の安定している慢性期患者に対する前回と同じ処方(Do処方)の医師への提案
- 入院患者の持参薬管理及び服薬計画の提案、外来化学療法におけるインフォームドコンセントの支援業務

### 2. 環境整備

- 制度/意識: 患者・医療関係者に対し、“薬剤師の病棟業務”や“薬剤師が医師との合意のもとで薬物療法マネジメントを実施すること”の意義を普及啓発し、意識を向上
- マンパワー: 各病院において病棟に配置される薬剤師の数を増やすことによって医療安全の向上と、より安全な薬物療法を目指す
- 診療報酬など: 薬剤師を病棟に配置することに対する評価。患者への薬剤管理指導に加え、薬物療法に係るチーム医療への貢献等を評価

### 3. 人材育成(質の向上を目的とした専門性の高い薬剤師の育成)

- 薬学教育: 平成18年度より薬学教育6年制が導入され、実務実習時間が増加。今後は、病棟実習におけるチーム医療の実践、患者の状況把握等を含めた薬物療法マネジメント関係実習の充実が必要。
- 卒後教育: 現在、がん専門薬剤師を初めとする専門薬剤師等が養成されているが、人数、分野の拡大等を考慮し、更なる養成が必要。

# 診療放射線技師を取り巻く課題

## 【診療放射線技師法 第26条】

診療放射線技師は、医師又は歯科医師の具体的な指示を受けなければ放射線を人体に対して照射してはならない。

1. 医療技術の急速な進歩により教育内容が高度化し、現状では対応しきれない
2. 教員の多くが診療放射線技師でなく、試験委員も少ない
3. 患者を中心としたチーム医療の積極的な推進と情報開示
4. 医療の質の向上を目指したチーム医療の実践とスキルミックス
5. 国民から見える診療放射線技師へ

# 診療放射線技師の教育環境

医療技術は日々進歩しており、国民から常に最新の知識・技術を求められている。しかし、現状では十分に知識・技術を教育できていない

## 【現状】

1. 3年制教育(93単位)
2. 診療放射線技師養成機関の6割以上が大学教育
3. 理工系科目が多く、医学系科目が極端に少ない
4. 教員の多くが診療放射線技師でない
5. 他の職種と比べて臨床実習の単位数が少ない(10単位)
6. 業務多忙のため生涯教育への参加が困難

## 【課題】

1. 4年制大学教育への移行と教育内容の抜本的見直し
2. チーム医療実践のための教育水準の向上と後進の育成
3. 不適切な国家試験問題への対応(技師の試験委員が少ない)
4. 診療放射線技師である教員の増員と実践的指導力の向上
5. 臨床実習の充実と臨床実習指導体制の整備
6. 生涯教育への積極的参加のための方策と社会的評価の確立

# チーム医療の推進

患者にとってベストなサービスを提供するために、診療放射線技師は患者を中心とした「チーム医療」を推進し、積極的に情報開示をする

## 診療放射線技師が係わる「チーム医療」の現場

1. がん医療、特に放射線治療（診療放射線技師の役割は大きく、高精度かつ最先端の放射線照射を実施）
2. 救急医療（24時間体制の画像検査に対応、正確かつ迅速に救命救急に必要な画像情報を提供）
3. 医療安全と医療機器の安全管理（放射線防護の最適化、画像診断機器や医用画像等の適切な管理）
4. 病棟業務と感染症対策（安心・安全で質の高い医療を提供）

## 診療放射線技師のスキルミックス

現行の診療放射線技師法の解釈拡大により、業務範囲を見直すことが可能である(スキルミックス)

診療放射線技師が主体的にできること

1. 検像作業(画像確認、画像チェック等)
2. 放射線被ばく相談
3. 放射性医薬品の作成(ミルクング)
4. CT、MRI等における造影剤の注入
5. 造影剤注入後の抜針

医療安全の確保と業務の効率化により、国民にとって安全で安心の医療を提供できる。

他のメディカルスタッフと協力し、医療及び福祉の向上に努め、患者中心の医療を実現する。



# リハビリ分野でのチーム医療の現状 (日本理学療法士協会)

## 【リハビリテーション総合計画評価料】

定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。

医師及びその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

49

## (社)日本理学療法士協会の課題

### 1. 理学療法士及び作業療法士法・関連法の改定

- ① 理学療法の対象を「身体に障害のあるもの」に限定



スポーツ現場・保健活動等の予防活動制限

- ② 理学療法士の就業年数を3年に限定



医療専門職の教育としての質・量の確保が不十分  
諸外国教育に比して大きな格差が生じ留学等が困難

- ③ 教育内容や臨床実習が医療保険分野に偏り



就職が医療保険分野に偏り

- ④ 養成施設教員指定規則、臨床実習に関する規定の低水準



教員・実習指導者の質の保証が不可能

50

# (社)日本理学療法士協会の課題

## 2. 臨床業務の改善

- ① みなし理学療法士の存在  
診療報酬上で一定の研修でみなし理学療法士として位置付けて診療報酬計上
- ② 吸引行為  
呼吸リハビリ等での窒息時の緊急対応としての吸引に関して未承認
- ③ 急性期の定員化  
急性期病院にあっては看護師の定員確保のためにリハビリ科の定員削減が横行
- ④ 診療報酬、介護報酬の低価格化  
特に介護報酬の低迷は医療職の生活すら保障不可

51

## チームアプローチの例 回復期リハビリテーション病棟

表. 100床当たりの職員数

(職種)	医師	看護師	准看護師	看護補助者
(職員数)	10.9	46.8	9.7	15.4
薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	社会福祉士
2.9	8.8	5.9	2.2	1.6

表. 退棟決定の状況

(入院料1・重症者加算有)

(%)

予定より早く退棟できた	13.7
問題なく予定通りに退棟	58.4
病状悪化等により遅延	3.9
次施設の都合による遅延	4.6
家族の受入れ態勢不備による遅延	6.0
介護保険サービス開始待ちによる遅延	1.3
その他・無回答	12.1

・在院日数:平均 74.8日

・在宅復帰率:76.3%

・日常生活機能評価の改善状況

入棟時:平均6.2点 10点以上27.7%

退棟時:平均3.4点 10点以上13.2%

改善した患者の割合:73.0%

・バーセル指数の改善状況(入院料1・加算有り)

入棟時:48.6点

退棟時:68.0点

52



# 社団法人 日本臨床工学技士会の課題

## 1. 【臨床工学技士の定数配置】

臨床工学技士は、生命維持管理装置（血液浄化装置、人工呼吸器、人工心肺装置等）の操作などの臨床業務と、医療機器を安全使用するための保守点検業務を行っている。国家試験合格者は、現在約2万6千人である。平成19年の医療法改正により各医療機関に「医療機器安全管理責任者」の配置が義務付けられたが、これらの業務の拡大に対して、国民に対し安全な医療機器を提供するためには各医療機関に定数配置が必要である。

## 2. 【臨床工学技士業務指針の改正】

臨床工学技士法施行後20年が経過し、生命維持管理装置をはじめ各種医療機器を用いた治療領域の発展や変容は目覚ましいものがある。常に臨床工学技士業務の実態と業務指針との整合性を図ることは医療の安全確保と質の向上に不可欠である。

よって、病院機能の維持に不可欠である医療機器の適正、且つ効果的な運用を図る一環として早急な臨床工学技士業務指針の改正が必要である。

## 3. 【チーム医療の適正化】

従来、製造メーカー等が医療施設内で行っていた医療機器の立会いについて、1) 無資格者が医療行為を行うと医師法等の法律に抵触する、2) 販売メカの所属する有資格者であっても医療チームに加われば労働者派遣法に抵触する、3) 医療資格の有無にかかわらず、販売メカの所属社員が無償で便益労務の提供を行えば公正競争規約に抵触する、とされるが、その実態として依然慣行されている現状があり、適正なチーム医療を阻害しており、医療機器の立会いについては是正が必要である。

## 1. 【臨床工学技士の定数配置化】

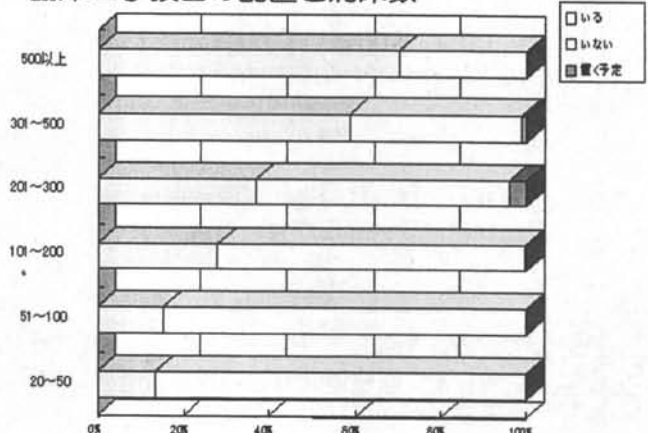
- 1) 医療機器管理において全国で30%程度の施設にしか配置されていない。  
また、500床以上の大病院においても25%に臨床工学技士がいない。
- 2) 医療関係職種で唯一、医用機器安全管理学を履修している臨床工学技士を医療機器安全管理責任者に定めるべきである。
- 3) 手術室、ICU・救命救急室、心臓再同期療法室、在宅医療支援室等への定数配置化
- 4) 地域医療支援病院、地域がん拠点病院等の臨床工学技士定数配置化

### 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

平成19年12月28日 医政局長通知 医政発第1228001号  
より抜粋

生命に影響を与える機器や精密で複雑な操作を伴う機器のメンテナンスを含む医療機器の管理については、医師や看護職員のみで行っている実態がある。臨床工学技士の積極的な活用を図り、医師や看護職員の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。

臨床工学技士の配置と病床数 N=1951



2008年3月：日本臨床工学技士会調査

## 2.【臨床工学技士業務指針の改正（昭和63年9月14日付け旧厚生省健康政策局医事課長通知、医事第57号）】

昭和63年4月1日の臨床工学技士法の施行を受けて、適正な運用を図る目的で通知されたが、以後、20年間その業務指針の見直しは行われていない。

しかし、生命維持管理装置等を用いた治療の発展や変容は目覚ましいものがあり、業務の実態と当該業務指針との整合性を図るとは医療の安全確保と質の向上に不可欠であり早急な改正が必要である。

### 主な改正の要点

- 1) 呼吸療法において、人工呼吸器装着時の痰等の吸引行為禁止の解除  
適正な換気状態を維持する為に気管挿管チューブ内の痰等の吸引は不可欠な人工呼吸器操作に包含される行為である。
- 2) 呼吸療法等において、既に留置されているカテーテルからの採血  
呼吸療法等の適正な運転条件確認のためには血液ガス分圧の測定は不可欠である。既に留置された血管カテーテルに限定した採血を可能とすべきである。
- 3) 手術室業務において、手術関連機器の追加  
手術領域では様々な治療機器や監視機器が一体となって使用されている。特に既に高度先進医療施設基準に臨床工学技士がその要件にあげられた電気メス、レーザーメス、マイクロ波治療器装置等も業務指針に追加すべきである。
- 4) 埋込式ペースメーカーの追加  
体外式ペースメーカーの業務記載はあるものの埋込式ペースメーカーの記載がない。プログラマ等による設定変更等の担い手が無いため業者が医療行為を行う実態があり、早急に改善する必要がある。

55

## 3.【チーム医療の適正化】

- 1) ペースメーカー・心カテーテル領域、手術室、在宅医療における業者立会が多く、臨床工学技士への業務移行等の適正化を図るべきである。
- 2) 各医療機器製造販売会社等は、臨床工学技士に対して、自社の医療機器の技術関連資料の提供および技術研修を積極的に実施すべきである。

### 医療機関等における 医療機器の立会に関する基準

経済課長通知 医政経発第1110001号

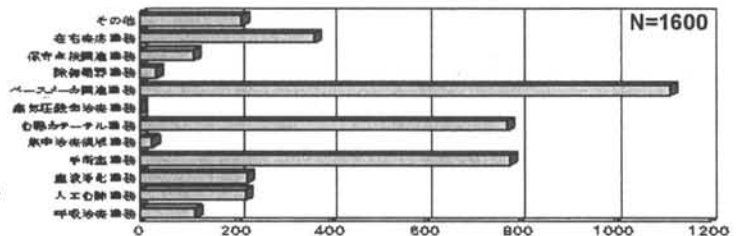
医療機器の適正かつ安全な使用のために医療機器事業者が医療現場に立ち入って情報提要を行う、いわゆる「立会い」が行われているが、具体的な基準が示されていなかった。

公正な取引の確保及び適正な医療提供の観点から問題となる事例が見られる。

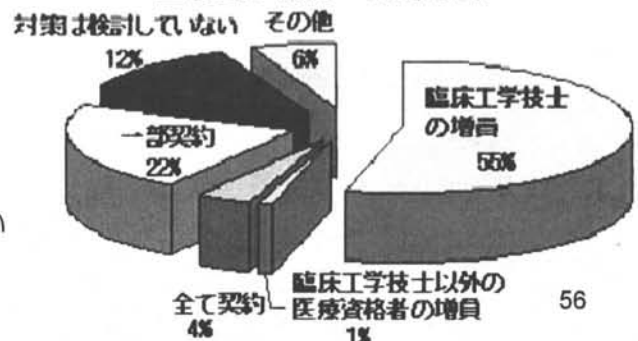
適切な医療機器情報の提供の在りかたと不適切な取引の改善に関して「医療機関等における医療機器の立会いに関する基準」の制定が行われた。

### 業者が行う立ち会い業務の実態

2008年3月：日本臨床工学技士会会員調査



### 立ち会い規約への対応策



朝日新聞

「私のがん対策」

《患者を支える人々》

- 09/11/17 皮膚・排泄ケア認定看護師 祖父江 正代(そぶえ・まさよ)さん
- 09/10/20 臨床研究コーディネーター 山際 有美子(やまぎわ・ゆみこ)さん
- 09/09/24 診療情報管理士 稲垣時子(いながき・ときこ)さん
- 09/08/18 臨床工学技士 近藤敏哉(こんどう・としや)さん
- 09/07/24 管理栄養士 稲野利美さん
- 09/06/16 言語聴覚士 安藤牧子さん
- 09/05/19 作業療法士 田辺瑠子(たなべ・ようこ)さん
- 09/04/21 診療放射線技師・富樫聖子(とがし・せいこ)さん
- 09/03/17 がん薬物療法認定薬剤師・伊東俊雅さん
- 09/02/17 ソーシャルワーカー・佐原まち子さん
- 09/01/28 がん看護専門看護師・



97年、WOC看護（現皮膚・排泄ケア）認定看護師資格を取得。07年に名古屋大学大学院医学系研究科（看護学専攻）博士前期課程修了。同年から現職。08年にがん看護専門看護師資格取得。共著「がん患者の褥瘡（じょくそう）ケア」（日本看護協会出版会）がある。

患者を支える人々

皮膚・排泄ケア認定看護師

祖父江 正代さん

## ① ストーマ保有者の日常生活サポート ② 食事や入浴・服装・趣味も一緒に考える

愛知県江南市のJA愛知厚生連江南厚生病院には、皮膚・排泄ケア認定看護師が3人いる。ケアやサポートの対象は次のような人たちだ。大腸（肛門を含む）、膀胱、子宮などにがんができてストーマ（人工肛門・人工膀胱）を造った人▽がんによって皮膚症状がある人▽入院中や退院後に床ずれや皮膚のかぶれ、むくみなどができた人▽糖尿病の合併症で足の皮膚に症状がある人。

祖父江正代さん（39）は皮膚・排泄ケア認定看護師の一人。ストーマの場合でいえば、手術前後の説明から、造設位置の相談と決定、定期的なサポートと皮膚のトラブルなどのケア、日常生活の悩みや不安の支援、社会福祉に関する情報提供などを担当する。

ストーマ保有者でも生活上の制限はない。祖父江さんは、これまでの生活をできるだけ続けられるように、「漏れない。におわない」「皮膚がかぶれない」「ケアしやすい」ための知識や技術を患者に教える。排泄だけでなく、食事や入浴にはじまり、服装や趣味、性生活に至るまで一緒に考える。紹介状があれば、通院者でもくても相談にのる。

岐阜市に住む男性（47）は直腸がんで3度の手術をし、ストーマを

造って5年。「最初は不安ばかりだった。外来で祖父江さんと話をするたびに情報や励ましの言葉をもらい、生きていく安心感を得た。専門知識を持つ看護師がいない病院に通う友人は外出もできず、人にも会えない状態だ」と言う。

祖父江さんはキャリア12年目。ストーマを見れば「いつもどのよう自分でケアしているか」「皮膚トラブルがあると患者に何が起きているか」わかるようになった。

床ずれも、患者が「いつもどんな姿勢で寝ているか」「どの方向に体を動かすか」「どのようなケアを受けているか」などが想像できるという。「床ずれの治療は薬より看護や介護の力が大きい」と言う。

認定看護師の資格取得のきっかけは、専門知識を持つ先輩に相談すると解決できることを知ったから。猛勉強した。外来でストーマ保有者の人から、「海外旅行に行ってきた」「ゴルフしたけど大丈夫だった」と言われる。「そんなときに一緒に喜べるのが一番うれしいです」という。

（医療ジャーナリスト・福原麻希）  
アスパラクラブのホームページに福原さんのコラムを掲載しています

## 患者を 支える人々

### ① スムーズな治験へ 病院内を調整 ② 患者から話せる環境作りに配慮



#### 臨床研究コーディネーター やまぎわ ゆみこ 山際 有美子さん

「臨床研究」とは、病気の予防法、診断法、治療法について、人を対象に研究することだ。その一つが臨床試験で、薬の安全性や有効性、副作用などを評価するためにデータを集める。特に、新薬や既存薬の新たな効果について厚生労働省から承認を得るための試験は「治験」と呼ばれる。

臨床研究コーディネーター  
(CRC)＝Clinical Research

69年生まれ。済生会松山病院勤務を経て、01年から四国がんセンターへ。04年から現職。08年がん薬物療法認定

薬剤師を、09年日本臨床薬理学会認定CRCを、それぞれ取得。趣味はケー

ンターネットで募集されたりす

る。症状を考慮しながら医師が勧められることもある。

h Coordinator)は、それら臨床試験の開始から終了までスムーズに進むように、病院内の関連部署との調整や患者のサポートを担当する。日本では98年に新設された。

四国がんセンター治験・臨床試験管理室副主任の山際有美子さん(40)はCRCになって6年目。以前は薬剤師の業務をしていた。消化器内科と乳腺外科で、術後補助療法や進行・再発時に扱う7種類の抗がん剤の治験を受け持つ。

治験の情報は病院にポスターが掲示されたり、新聞広告やインターネットで募集されたりする。症状を考慮しながら医師が勧められることもある。

「治験の参加には、新しい治療法の選択肢が加わるというメリットだけでなく、未知の副作用出現の恐れというデメリットも考えられる。このため、倫理的な配慮として、患者自身がその必要性を認めなければ断ることも、途中で参加を取りやめることもできる。」

「CRCは患者の代弁者としての役割も担うので、山際さんは「治験についてどう思っているか、症状は出ていないか」など、患者から話してもらえるよう、いつも気を使っています。」

だが、説明を聞いて誤解と悪い、治験に参加した。2年半になる。CRCのことは「病院内の信頼できるパートナー」と表現し、こう言う。

「治験で体に痛みやだるさが出たときや不安なとき、山際さんに話すときよく聞いてくれ、私の気持ちもわかってくれます。それが治験への安心につながり、心も癒やされます。」

山際さんは仕事のやりがいについて、「多くの人に役立つ薬が市場に出る過程に携わっていること、そして、そのなかで患者さんに向き合えることです」と話している。(医療ジャーナリスト・福原麻希)

(アスパラクラブのホームページに福原さんのコラムを掲載しています)



97年、診療情報管理士資格取得。09年、院内がん登録指導者研修を修了し、北陸地方のがん登録を牽引する。08年から国立病院機構金沢医療センターの医療情報係長。趣味はサッカー観戦。

患者を支える人々

診療情報管理士

いながきときこ  
稲垣時子さん

かつて、診療時のカルテは医師の備忘録として用いられ、治療が終われば束ねて保管されるだけだった。近年、カルテ開示が始まったことから診療録が見直され、さらに、電子カルテの導入に伴い、病院の診療情報（カルテ、薬の処方箋、検査数値など）はデータベース化されている。

この日々の診療記録を点検して、記入漏れや誤記を各担当者に訂正してもらいながら完成させ、必要に応じていつでも使えるように管理しているのが診療情報管理士だ。

国立病院機構金沢医療センター医療情報管理室に勤める稲垣時子さん（45）は、おもに、がんと循環器病（脳卒中・心筋梗塞）の登録を担当する。

例えば、がんの場合、患者ごとに診断・初回治療・予後など49項目の情報を打ち込む。集積されると、年間の部位別・年齢別・男女別の罹患率▽来院経路別（他の病院の紹介、がん検診、健康診断など）▽治療前の進行度▽手術症例の5年生存率などができあがる。このとき、情報は患者個人が特定できないよう、原簿から切り離される。

「地域における疾病の調査や当院の治療の妥当性などについて、院内の第三者が科学的根拠をもとにチェックでき、結果として精度

の高い記録として集積することもできます。これらは病院の財産になります」と小島崎診療院長は言う。

情報登録は患者の退院後から始まる。稲垣さんが「診療記録の監視役」として、医療従事者に丁寧な記入を求めても、1日の入院患者数が560人にものぼることから、多忙な現場で理解を得るのは難しかった。そこで、稲垣さんは患者の治療方針などを決めるカンファレンス（会議）に積極的に出席して勉強するとともに、院内のコミュニケーションもはかた。

「3年後のいまでは、『患者さんの生涯の病気記録』と、院内で認識されるようになり、記載が充実してきました」

稲垣さんは女性でも長く働ける仕事に就きたいと医療事務の資格を取り病院に就職した。働きながら13年目に通信教育で診療情報管理士の資格を取得。現在の病院ではその働きぶりが認められ、4年目に非常勤から常勤の正職員に採用された。

「カルテを見るときは、自分が患者だったら大切な記録として納得できるかどうか、いつも念頭に置いています」

（医療ジャーナリスト・福原麻希）  
（アスパラクラブのホームページに稲垣さんのコラムを掲載しています）

## ①カルテの記入漏れ・誤記を点検

## ②医師らに働きかけ、記録充実





68年生まれ。91年、亀田メディカルセンター・亀田総合病院に勤務。日本臨床工学技士会会員、千葉県臨床工学技士会常務理事。

患者を支える人々

臨床工学技士

近藤敏哉さん

だが、臨床工学技士が手術室に立ち会う病院は、全国的にまだ少ない。

退院後の在宅療養時には、患者がモルヒネなどの鎮痛剤で痛みをコントロールするための小型ポンプを手記し、使い方を説明する。

近年、治療の進歩とともに医療機器は性能がより高度化され、種類が膨大に増えた。亀田総合病院には50種類以上1000を越す医療機器が登録されているが「それらのことは任せてほしい」と胸を張る。

近藤さんは小さい頃から電気や機械が大好きで「いつも片手にドライバーを握っていた」。医療の道とは縁遠いと思っていたが、学生時代にこの仕事を知り興味を持った。

96年から13年連続、医師が集まる日本内視鏡外科学会で臨床工学技士の役割を発表する。

毎年、新しい医療機器が病院に相当数導入されるので、週末は勉強に充てている。「病院では完全に縁の下力持ち。でも、自分がかかわる機械によって患者さんが元気になるのはうれしいです」

(医療ジャーナリスト・福原麻希)

「アスパラクラブのホームページ」に福原さんのコラムを掲載しています

# ①医療機器管理のスペシャリスト

## ②手術に立ち会い、異常を察知

千葉県鴨川市の亀田総合病院(925床)に臨床工学技士は35人いる。臨床工学技士とは医療機器のスペシャリストで、内科・外科を問わず、おもに治療中の操作・監視とトラブル対応、その前後の保守点検などの管理をする。キャリア18年目の近藤敏哉さん(41)は1日平均4、5件の手術を担当している。

たとえば、脳腫瘍の場合は心電図モニター、麻酔器、頭の骨をあけるドリル、腫瘍を切除する電気メス、切除時に患部を拡大するマイク顕微鏡、血管から腫瘍をうまくはがすための超音波手術器などが用いられる。

手術中、それらが安全に確実に作動しているか、近藤さんは目で見るだけでなく、耳で音を聞き分けながら異常を察知する。

「メスの切れ味が悪くなると、いつもと違う音がする。そんなときは手術がスムーズに進行するよう、医師が気付かないうちに刃先を交換します」

メーカーごとの特徴や性能にも詳しいので、医師から相談を受け助言することも。

消化器内科医長の三方林太郎医師は「臨床工学技士さんが手術室にいらしてくださると、トラブルがあってもすぐ対応できる。非常に心強い存在です」と高く評価する。

## いな の と し み 管理栄養士 稲野利美さん

### 患者を 支える人々



63年生まれ。86年から聖隷三方原病院、聖隷沼津病院を経て、02年から現職。共編著『がん患者さんと家族のための抗がん剤・放射線治療と食事のくふう』（女子栄養大学出版社）。

## ①1日60人のカルテを確認 ②病室訪れ、食事の考え方を聞く

がん治療では、食べられなくなる  
ことがよくある。

手術の影響、化学療法や放射線  
療法の副作用のほか、がんの症状  
や心の問題もからむ。

たとえば、「食欲がない」「に  
おいが不快」「味がしない、おか  
しい」など。

口内炎や吐き気、便秘、下痢な  
どで悩む場合もある。

そんなとき相談にのってくれる  
のが管理栄養士だ。

静岡県立静岡がんセンター栄養  
室長の稲野利美さん(46)は5病棟  
150人ほどの入院患者を担当す  
る。

出勤後すぐ、治療の進行に沿っ  
て1日約60人のカルテを確かめ、  
気になることがあると病室を訪  
問。食べたいものや、食べられそ  
うな形状、素材から、食事の考え

方まで、患者の話を詳しく聞く。

病院の食事は、かつて集団の栄  
養管理や効率性が優先されたが、  
近年は「人間栄養学」として個別  
事情に応じた対応に目が向けられ  
ている。

「食事は治療を受けるための体  
づくりであり楽しみであり、生き  
ることにつながる」

同県御殿場市在住で入院中の東  
原みずさん(57)には流動食の指示  
が出たので、食事にはポタージュ  
や重湯などが運ばれていた。だが  
食欲がわかず、ほとんど手をつけ  
ない日が続いた。

ある日、管理栄養士が病室で顔  
色を見ながら話を聞いてくれた。  
「その後は同じ流動食でも、卵豆  
腐や温泉卵が1品付くようにな  
り、なんだか気持ちいがホッとす  
て食べられるようになりました」と

東さんは笑顔で話す。

静岡がんセンターでは、ベッド  
脇の液晶画面で、写真を見ながら  
献立を選べる。食以外で、食べた  
いときにおやつを持ってきてくれ  
るサービスもある。

稲野さんは管理栄養士22年目。  
でも36歳のとき、薬のように成果  
が顕著に出ないという無力感か  
ら、一度仕事を辞めた。静岡がん  
センターの開設をきっかけに復帰  
した。

8年目のいまは「たとえ一種類  
でも、ひとときでも食べられるよ  
うになり、患者さんの表情が生き  
生きとしたとき、この仕事に戻っ  
てよかったと思います」。

(医療ジャーナリスト・福原麻希)  
アスパラクラブのホームペー  
ジに福原さんのコラムを掲載  
しています

患者を  
支える人々



①のみ込み方・発声の工夫を指導  
②うまくできたら何度もほめる

言語聴覚士

安藤 牧子さん

東京都新宿区の慶応大病院リハビリテーション科には言語聴覚士が3人いる。主に、がんの進行とその治療、脳卒中の後遺症、神経系の病気によって、「食べる」「話す」「聞く」「読む」「書く」機能に生じた障害を改善するリハビリテーションを担当している。

例えば、舌がんで舌を切除したり、舌がんやのどのがんの治療で放射線を照射したりした場合や、食道がんの手術後などには、食べ物をのみ込む力が弱くなることもある。本人はのみ込んだと思っても、のどに食べ物が残ったり、気管に入ったり、誤嚥性肺炎を起したりする。特に水分は気管に入りやすい。舌や軟口蓋（上あごの奥の軟らかい部分）、声帯を切除した後や、食道がんの治療後には、うまく発音できなくなることがある。

安藤さんは食べ物をのみ込むやすくしたり、聞き取りやすい発音を身につけたりするための工夫を指導する。「リハビリで機能を完全に回復させることはできませんが、日常生活の不便さを軽くしたり、生活を楽しめるようになったりします」。リハビリ中は、患者が体で覚えられないよう、うまくできたときに何度もほめ言葉をかけていた。

安藤さんは大学で美術史を専攻後、会社勤めを2年経験し、言語聴覚士の資格を取得した。「笑顔で退院される患者さんを見送るときは、たとえほんの短い時間でも、その方の人生と密にかかわりができてよかったと思います」。

71年生まれ。99年から鶴巻温泉病院、静岡県立がんセンターに勤務。06年か

ら現職。日本言語聴覚士協会・日本摂食・嚥下リハビリテーション学会会員。

安藤さんは食べ物をのみ込むやすくしたり、聞き取りやすい

発音を身につけたりするための工夫を指導する。「リハビリで機能を完全に回復させることはできませんが、日常生活の不便さを軽くしたり、生活を楽しめるようになったりします」。リハビリ中は、患者が体で覚えられないよう、うまくできたときに何度もほめ言葉をかけていた。

安藤さんは大学で美術史を専攻後、会社勤めを2年経験し、言語聴覚士の資格を取得した。

「笑顔で退院される患者さんを見送るときは、たとえほんの短い時間でも、その方の人生と密にかかわりができてよかったと思います」。

（医療ジャーナリスト・福原希）

アスパラクラブのホームページに福原さんのコラムを掲載しています

## 患者を 支える人々

### ①日常生活動作のリハビリ担当

### ②希望に合わせて自助具作りも

千葉県鴨川市の亀田総合病院には緩和ケア科がある。がんの進行度にかかわらず、体の痛みや不快な症状、心のつらさや

は、それにとりかわれず、病気の進行度に応じて担当を決めている。

わらげるための外来で、多職種のコメディカルの人たちによる緩和ケアチームで対応する。07年からはリハビリテーションも重要視され、理学療法士や作業療法士も加わるようになった。

理学療法士は主に基本動作

や家族に指導する。

(ベッドから起き上がる、立つ、歩くなど)について、作業療法士は日常生活動作(食事・着替え・移動・排泄・姿勢や整髪・入浴など)についてリハビリを担当する。亀田総合病院で

を食べる、髪をたく、ペンを持つ。そんな生活の基本的な動作で不自由なことがあれば、補うための自助具の使い方を教えた

り、退院したりできた。



たなべ ようこ  
作業療法士 田辺 瑶子さん

83年生まれ。05年、作業療法士の資格を取得し、亀田メディカルセンター・亀田総合病院に勤務。07年から現職。日本作業療法士協会、日本緩和医療学会会員。

作ったりすることもある。

患者は、自分の体が思うようにならないと、気持ちが悪くなる。だが、一人でできることが増えると希望がわき、表情に変化が表れると言う。「患者さんの目に力が入り、『今日はこうしたい』『これから、こんなことができれば』という言葉が出てくるようになります」

緩和ケア科のリハビリを受けた患者の2割弱が一時帰宅したり、退院したりできた。

千葉県御宿町の60代男性は肺がんが脳に転移して10カ月入院中。末期でほとんど話せない状態だが、週に2、3回リハビリを受けている。家族は「リハビリが終わると気持ちよさそう。私たちにとっても、老々介護の中で医療者と支え合っていることを実感できる時間。日々の疲れが癒やされます」と話す。だが、がん医療のリハビリはまだ始まったばかり。特に、緩和ケアで実践している病院は、全国で1割程度とみられる。(医療ジャーナリスト・福原麻希)

アスパラクラブのホームページに福原さんの取材記を掲載しています





70年生まれ。96年から北里大病院に勤務。99年から緩和ケアチーム薬剤師として活動。05年から東京女子医大病院に勤務し、07年にがん薬物療法認定薬剤師に。

患者を支える人々

がん薬物療法認定薬剤師

伊東俊雅さん

## ①病室訪ね、薬の説明や相談 ②退院時も管理法など助言

かつて病院の薬剤師は主に医師の処方箋に沿って調剤したり薬品を管理したりしていた。最近では外来でも病棟でも、患者と接しながら薬学の専門性を発揮することが多い。がんの領域では、日本病院薬剤師会のがん専門薬剤師（全国に116人）とがん薬物療法認定薬剤師（同424人）の2種類の資格がある。

東京都新宿区の東京女子医大病院薬剤部には75人の薬剤師がいる。がんの薬物療法で8年の経験があり、がん薬物療法認定薬剤師の資格を持つ伊東俊雅さん(38)は、膵臓、大腸、胃など消化器の病気の患者や、がんの化学療法（抗がん剤治療）、がんの痛みや不快感を改善する緩和ケアを受けるため入院する患者をサポートする。受け持つ病床は97床だ。

入院初日に持参薬をチェック。入院中は病室を訪ねて患者に薬の成分や働きを説明したり、「薬がのみにくい」などの相談や質問を受けたりする。薬の効き具合や副作用の早期発見に気を配り、伊東さんの方から「夜は眠れますか」「足元は冷やりますか」と声をかける。

東京都中野区の村上典子さん(69)は胃がんがリンパ節に転移して入院した。「新しい抗がん剤治療を始めたのに、副作用で吐いた

り下痢したり。でも、薬剤師さんがベッドまで来ていろいろ説明してくれるので安心です」副作用がひどくなってからは、命にかかわることもある。「体の変化はどんなことでも薬剤師に話してください」と伊東さんは言う。

退院時は、日常生活で薬をのみ忘れないためのアイデアや管理法などを助言する。

伊東さんは緩和ケアチームの一員でもある。痛みの治療に詳しい麻酔科医、心のケアが専門の神経精神科医や臨床心理士、緩和ケアに精通した看護師や薬剤師が顔を並べ、毎週、入院患者の枕元をチームで訪ねる。

前夜、痛みで眠れなかったという女性は、医療用麻薬の効果で、チーム回診時には穏やかな表情だった。「どんな症状でも、がまんしなくていいですよ」。がん特有のいやなおいも、院内でつくる軟膏で改善できる。

伊東さんは18歳のとき、幼なじみを悪性リンパ腫で亡くした。「いつか、がん医療に役立つ薬の研究もできれば」

（医療ジャーナリスト・福原麻希）

アスパラクラブのホームページに福原さんの取材記を掲載しています



患者を  
支える人々

# 患者と家族の悩みに対応 口調ゆっくり 相手と和ませる

## ソーシャルワーカー はら さ 佐原まぢ子さん

東京都文京区にある東京医科歯科大病院の医療福祉支援センターは、3階エスガレーターのすぐ近く。5人のソーシャルワーカーと1人の在宅医療専門看護師が、入院中や外来の患者と家族の悩みに対応している。副センター長で社会福祉士と精神保健福祉士の国家資格を持つ佐原まぢ子さん(56)はソーシャルワーカーになって33年。がん患者からの相談で最も多いの

79年から関東連信病院(現N.T.T.東 日本関東病院)に勤務。02年から現センター運営評議会議員。4児の母。

は退院後の療養先選びと言う。おまかに、病院は手術など治療が中心の急性期病院と療養に比重を置く慢性期病院に分かれ、急性期の治療後の患者は自宅や慢性期病院、緩和ケア病棟などに移る必要がある。

近年は在宅療養を希望する患者が増えた。だが、本人も家族も不安は大きい。佐原さんは、面談で患者のこれまでの生き方や考え方を、現在の状況を聞き、在宅療養をサポートする仕組みを説明する。慢性期病院や緩和ケア病棟を希望する患者には、地域の病院を紹介したり、手続きを手伝ったりする。

患者の不安や悩みは幅広い。

「治療費が払えない」「医療保険に入っていない」といった不安や、「がんになったことを会社にどう話せばいいか」などの相談が寄せられる。家族からは「本人にどう告知したらいいか」「患者とどう向き合えばいいか」と尋ねられる。一人ひとりと40〜50分かけて面談し、話を整理し、必要な情報を伝える。

東京都新宿区の伊藤照美さん(45)は母が大腸がんで突然入院したとき、佐原さんに何度も相談した。「情報のやりとりだけでなく、励ましてくれて心強かった。駆け込み寺のようでした」と振り返る。

毎日、佐原さんは15〜16件の相談に対応する。院内を忙しく動き回るが、口調はゆっくり。面談で深刻な話題になっても、クスリとした笑いを浮かべ、手を和ませる。

この仕事のやりがいはいくつもある。佐原さんが学べることは、患者や家族の話に「動かされ、涙ぐむこともあるが、常に「体をみすえて、客観的に判断します」。

趣味の日本画と鑑賞で心を癒す。が、いまは、病院のソーシャルワーカーらでつくる日医療社会事業協会の研修会として、週末に全国を飛び回る。「医療ジャーナリスト」(原麻希)

アスパラクラブのホームページに佐原さんの取材記を掲載しています。

## 患者を支える人々

# 認定開始10余年、全国に128人 チーム医療の調整役

## がん看護専門看護師 田墨恵子さん

大阪大病院オンコロジーセンター看護師長の田墨恵子さん(43)には、もう一つの肩書がある。今年で6年目の「がん看護専門看護師」。患者が通院しながら抗がん剤治療を受ける同病院の外来化学療法室で、がん看護のスペシャリストとして働く。

同室では、5人の看護師が1日30〜40人の患者を安全で効果的に治療するためのケアを受け持つ。田墨さんは、患者が希望する治療を実現させるため、医師をはじめとした他の職種担当者と話し合い、家族との橋渡しもする。がん医療についての深い知識、患者の体の状態に

応じた適切な判断力、院内でのコミュニケーション力で、チーム医療の調整役になる。患者の悩みも不安は多様だ。「医師から抗がん剤治療を勧められたが、受けたくない」「仕事や生活と治療はどう両立できるか」「どうしてがんになってしまったのか」。田墨さんは患者の声に耳を傾け、心の整理を手助けしたり、解決法を一緒に考えたりもする。

65年生まれ。86年から大阪大病院に勤務。02年、兵庫県立看護大学(現兵庫県立看護学研究科)大学院修士課程修了。08年にがん看護専門看護師の認定を受け、04年から現職。



抗がん剤治療のため患者の腕の血管に針を入れる田墨恵子さん  
—大阪大病院

「と云う。」

専門看護師は、看護師の実務を5年以上経験し、看護系大学院で特定の分野の知識を深め、技術を高めた看護師の資格だ。

日本看護協会が96年から認定している。がん看護のほか、「慢性疾患看護」「老人看護」など10分野がある。現在、がん看護専門看護師は田墨さんを含めて全国に128人いる。

田墨さんは、つらい抗がん剤治療を患者が懸命に受ける姿に胸を打たれ、がん看護専門看護師を志した。患者が最期まで笑顔で過ごすことができるかどうかは、「私たちのちょっとしたがんばりしたい」。田墨さんは今日も患者に寄り添う。医療ジャーナリスト・福原麻希

病院では医師以外にも様々な専門職の人々が働いています。看護師など歴史が長い職種だけでなく、臨床試験コーディネーターのように比較的新しい職種もあります。患者の人生や価値観を重視するチーム医療が広がり、「コメディカル」と呼ばれるそうした人たちの役割が改めて注目されています。患者を支える人々の素顔を紹介します。



## 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究が必要であれば、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、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、各職種へのリスペ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という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婦さんの方がいいのではないか。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。
- 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。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。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。
- 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、助産師に任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な。
- 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感じる。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、味わってもらくと、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ならば、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と。
  
- 特養等の施設長は看護職だったらいいのではないかと。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、医師を呼ぶべきか、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、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、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かと

### 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、どのようなケ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。
- 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と。
- 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と。
- 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的能力、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。
- 今まででは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、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護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が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もあるため、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ば、病棟看護師の業務の効率化につながるかということを知ったところ、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くれている。

- 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と。
- 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と。

#### 【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と。

#### 【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）。