

第11回 チーム医療の推進に関する検討会

日時：平成22年3月19日（金）14：00～16：00

場所：経済産業省別館944会議室

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

(1) チーム医療の推進について

(2) その他

3. 閉会

【配付資料】

座席表

資料：「チーム医療の推進について（案）」

参考資料1：意見書（羽生田委員提出資料）

参考資料2：関係団体からの要望③

参考資料3：第10回チーム医療の推進に関する検討会 議事録

*参考資料3は厚生労働省ホームページに掲載されています。

チーム医療の推進に関する検討会

構成委員

- 秋山 正子 ケアーズ白十字訪問看護ステーション代表取締役・所長
- 有賀 徹 昭和大学医学部救急医学講座教授
- 井上 智子 東京医科歯科大学大学院教授
- 海辺 陽子 がんと共に生きる会副理事長
- 大熊 由紀子 国際医療福祉大学大学院教授
- 太田 秀樹 医療法人アスムス理事長
- 加藤 尚美 日本助産師会会長
- 川嶋 みどり 日本赤十字看護大学教授
- 坂本 すが 日本看護協会副会長
- 朔 元則 国立病院機構九州医療センター名誉院長
- 島崎 謙治 政策研究大学院教授
- 瀬尾 憲正 自治医科大学麻醉科学・集中治療医学講座教授
- 竹股 喜代子 亀田総合病院看護部長
- 永井 良三 東京大学大学院医学研究科教授
- 西澤 寛俊 全日本病院協会会長
- 羽生田 俊 日本医師会常任理事
- 宮村 一弘 日本歯科医師会副会長
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 山本 隆司 東京大学大学院法学政治学研究科教授

※○座長

チーム医療の推進について（案）

はじめに

本検討会は、平成21年8月に、「チーム医療を推進するため、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行う」ことを目的に発足した。以来、11回にわたり、関係者からのヒアリングを行いつつ、検討を重ねてきたが、今般、その結果を報告書としてまとめるに至った。今後、厚生労働省を始めとする関係者がチーム医療を推進していく上で、本報告書を参考とすることを強く期待したい。

1. 基本的な考え方

- チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されている。
- 質が高く、安心・安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われる今日、「チーム医療」は、我が国の医療の在り方を変え得るキーワードとして注目を集めている。
- また、各医療スタッフの知識・技術の高度化への取組や、ガイドライン・プロトコル等を活用した治療の標準化の浸透などが、チーム医療を進める上での基盤となり、様々な医療現場でチーム医療の実践が始まっている。
- 患者を中心としたより質の高い医療を実現するためには、1人1人の医療スタッフの専門性を高め、その専門性に委ねつつも、これをチーム医療を通して再統合していく、といった発想の転換が必要である。
- チーム医療がもたらす具体的な効果としては、①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上、等が期待される。
- 今後、チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、といった方向を基本として、関係者がそれぞれの立場で様々な取組を進め、これを全国に普及させていく必要がある。
- なお、チーム医療を進めた結果、一部の医療スタッフに負担が集中したり、安全性が損なわれたりすることのないよう注意が必要である。また、我が国の医療の在り方を変えていくためには、医療現場におけるチーム医療の推進のほか、医療機関間の役割分担・連携の推進、必要な医療スタッフの確保、いわゆる総合医を含む専門医制度の確立、さらには医療と介護の連携等といった方向での努力をあわせて重ねていくことが不可欠である。

2. 看護師の役割の拡大

(1) 基本方針

- 看護師については、あらゆる医療現場において、診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、いわば「チーム医療のキーパーソン」として患者や医師その他の医療スタッフから寄せられる期待は大きい。
- 一方で、近年、看護教育の実態は大きく変化しており、大学における看護師養成が急増するなど教育水準が全体的に高まるとともに、水準の高い看護ケアを提供し得る看護師（（社）日本看護協会が認定を実施している専門看護師・認定看護師等）の増加、看護系大学院の整備の拡大等により、一定の分野に関する専門的な能力を備えた看護師が急速に育成されつつある。
- このような状況を踏まえ、チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、他の医療スタッフと十分な連携を図るなど、安全性の確保に十分留意しつつ、一人一人の看護師の能力・経験の差や行為の難易度等に応じ、
 - ① 看護師が自律的に判断できる機会を拡大するとともに、
 - ② 看護師が実施し得る行為の範囲を拡大するとの方針により、その能力を最大限に発揮できるような環境を用意する必要がある。

(2) 「包括的指示」の積極的な活用

- 保健師助産師看護師法（以下「保助看護法」という。）第37条に規定する医師から看護師への「指示」については、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示すること（包括的指示）も可能であると解されているが、「包括的指示」が成立するための具体的な要件はこれまで明確にされていない。
- 今後、看護師が自律的に判断できる機会を拡大するためには、看護師の能力等に応じ、医師の「包括的指示」を積極的に活用することが不可欠であることから、この際、「包括的指示」が十全に成立するための要件を、例えば以下のように明確化すべきである。
 - ① 対応可能な患者の範囲が明確にされていること
 - ② 対応可能な病態の変化の範囲が明確にされていること
 - ③ 指示を受ける看護師が理解し得る程度の指示内容（判断の規準、処置・検査・薬剤の使用の内容等）が示されていること
 - ④ 対応可能な病態の変化の範囲を逸脱した場合に、早急に医師に連絡を取り、その指示が受けられる体制が整えられていること
- また、「包括的指示」の実施に当たっては、医師と看護師との間で指示内容の認識に齟齬が生じないように、原則として、指示内容が標準的プロトコール（具体的な処置・検査・薬剤の使用等及びその判断に関する規準を整理した文書）、クリティカルパス（処置・検査・

薬剤の使用等を含めた詳細な診療計画)等の文書で示されていることが望ましい。さらに、「包括的指示」による処置等が適切に実行されたかどうか事後的に検証できるよう、その指示に基づく処置等の内容を記録・管理しておくことが重要である。

(3) 看護師の実施可能な行為の拡大・明確化

- 保助看法第 37 条により、看護師は、医師の指示がある場合には、自らの業務（保助看法第 5 条の「診療の補助」）として医行為を行うことができることとされている。しかし、実施に当たり高度な医学的判断や技術を要する医行為については、本来医師が自ら行うべきものであり、「診療の補助」の範囲を超えていることから、たとえ医師の指示があったとしても看護師には行い得ないものと解されている。
- 個々の医行為が「診療の補助」の範囲に含まれるか否かについては、当該行為の難易度、看護教育の程度、医療用機材の開発の程度等を総合的に勘案し、社会通念に照らして判断されるものであり、従来、厚生労働省は、折々の状況に応じ「診療の補助」の範囲に関する見解を明らかにしてきた。最近では、平成 14 年に静脈注射、平成 19 年に薬剤の投与量の調節等が「診療の補助」の範囲に含まれることを示している。
- もっとも、これら以外の医行為についても「診療の補助」の範囲に含まれているかどうかなお不明確なものが多く、その結果、医療現場に混乱を招いているとの指摘がある。また、医療技術の進歩や看護教育の水準の全体的な向上を受けて、看護師が能力を最大限に発揮し得るよう、実施可能な行為の範囲をさらに拡大することが期待されている。
- このため、看護師が「診療の補助」として安全に実施することができる行為の範囲を拡大する方向で明確化することが適当であり、その具体化に必要な看護業務に関する実態調査や試行等を早急に実施すべきである。

(4) 行為拡大のための新たな枠組みの構築

- 上記のように、まずは看護師により実施可能な行為の範囲を拡大・明確化する方向で取り組むことが求められているが、さらに、近年、一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師の養成が急速に進みつつあり、その能力を医療現場で最大限に発揮させることが期待されている。
- こうした期待に応え、医療の安全と患者の安心を十分に確保しつつ、看護師の専門性を活かして医療サービスの質や患者の QOL をより一層向上させるためには、看護師により実施することが可能な行為を拡大することと併せて、一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（以下「特定看護師」（仮称）という。）が、従来、一般的には「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一定の医行為（以下「特定の医行為」という。「別紙」参照）を医師の指示を受けて実施できる新たな枠組みを構築する必要がある。
- この枠組みの構築に当たっては、特に、「特定の医行為」の範囲や特定看護師（仮称）の

要件をどう定めるかが重要となるが、これらの点については、医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的な調査・検討を行った上で決定する必要がある。また、特定看護師（仮称）の養成の状況が不明確な中では、現場の混乱をできるだけ少なくしていくような配慮も必要である。

- したがって、当面、現行の保助看護の下において、医療安全の確保に十分留意しながら、特定看護師（仮称）が特定の医行為を実施することを原則とする内容の試行を行うことが適当である。また、この試行の中で、特定看護師（仮称）以外の看護師によっても安全に実施し得ると判断される行為があるかどうかも含めて検証することが望ましい。その上で、試行の結果を速やかに検証し、医療安全の確保の観点から法制化を視野に入れた具体的な措置を講じるべきである。
- また、医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」（NP）については、医師の指示を受けて「診療の補助」行為を行う看護師・特定看護師（仮称）とは異なる性格を有しており、その導入の必要性を含め基本的な論点について慎重な検討が必要である。さらに、いわゆる「フィジシャン・アシスタント」（PA）については、看護師等の業務拡大の動向等を踏まえつつ、外科医を巡る様々な課題（外科医の業務負担、処遇、専門医養成システム等）の一環として、引き続き検討することが望まれる。

（５）専門的な臨床実践能力の確認

- 特定看護師（仮称）には、その業務の性格に照らし、看護師としての豊富な実務経験とともに、さらに基礎医学・臨床医学・薬理学等の履修や特定の医行為に関する十分な実習・研修が求められる。また、全国的な通用性を確保するためには、実務経験や教育・研修の結果修得した知識・判断力・技術について、公正・中立的な第三者機関による確認も必要である。
- 以上から、特定看護師（仮称）の要件としては、基本的には、①看護師として一定の実務経験を有し、②特定看護師（仮称）の養成を目的とするものとして第三者機関が認定した大学院修士課程を修了し、③第三者機関による知識・能力・技術の確認・評価を受けること、が適当であるが、その詳細については、以下の点にも留意しながら、医療現場や類似の看護師の養成に取り組む大学院修士課程の関係者等の協力を得て専門的・実証的な検討を行った上で決定する必要がある。
 - (ア) 実務経験の程度や実施し得る特定の医行為の範囲に応じて②の修士課程修了の代わりに比較的短期間の研修等を要件とするなど、弾力的な取扱いとするよう配慮する必要があること。
 - (イ) 一定期間ごと（例えば5年ごと）に能力を確認・評価する仕組み（更新制）や、業務の実施に必要とされる専門性に依って一定の分野ごとに能力を確認・評価する仕組みを設けるなど、専門的な臨床実践能力を十分に確保できるよう配慮する必要があること。
 - (ウ) 特定看護師（仮称）の養成課程については、質・量ともに充実した臨床実習（医師等の実務家教員や実習病院の確保等）が可能となるよう配慮する必要があること。

- なお、現在、多くの看護系大学院修士課程において、専門看護師の養成が行われているが、特定看護師（仮称）の新たな枠組みの構築を踏まえ、専門看護師の業務や養成の在り方についても、必要に応じ関係者による見直しが行われることが期待される。

3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

(1) 薬剤師

- 医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、チーム医療において、薬剤師の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが、医療安全の確保の観点から非常に有益である。
- また、近年は後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤師の幅広い知識が必要とされているが、病棟において薬剤師が十分に活用されておらず、医師や看護師が注射剤の調製（ミキシング）、副作用のチェックその他薬剤の管理業務を担っている場面も少なくない。
- さらに、在宅医療を始めとする地域医療においても、薬剤師が十分に活用されておらず、看護師等が居宅患者の薬剤管理を担っている場面も少なくない。
- 一方で、日本医療薬学会が認定する「がん専門薬剤師」、日本病院薬剤師会が認定する「専門薬剤師」「認定薬剤師」等、高度な知識・技能を有する薬剤師が増加している。
- こうした状況を踏まえ、現行制度の下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、薬剤師が十分に活用されていない業務を改めて明確化し、薬剤師の活用を促すべきである。

【業務例】

- ・ 医師・薬剤師等で事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、医師・看護師と協働して薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間の変更や検査のオーダーを実施
 - ・ 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について積極的な処方提案
 - ・ 薬物療法を受けている患者（在宅患者を含む。）に対する薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）
 - ・ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、薬剤の変更等を医師に提案
 - ・ 薬物療法の経過等を確認した上で、前回処方と同一内容の処方を医師に提案
 - ・ 外来化学療法を受けている患者に対するインフォームドコンセントへの参画及び薬学的管理
 - ・ 入院患者の持参薬の確認・管理（服薬計画の医師への提案等）
 - ・ 定期的に副作用の発現の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤
 - ・ 抗がん剤等の適切な無菌調製
- また、医療スタッフそれぞれの専門性を活かして薬剤師の選択や使用に関する業務を行う場合も、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定される。このような場面において、薬剤師の専門家として各医療スタッフからの相談に応じる

ことができるような体制を整えることも重要である。

- 今後は、平成 24 年度から新制度（薬学教育 6 年制）下で教育を受けた薬剤師が輩出されることを念頭に、医療現場（医師・薬剤師・患者等）における薬剤師の評価を確立する必要がある。その上で、将来的には、医療現場におけるニーズも踏まえながら、例えば
 - ・ 薬剤師の責任下における剤形の選択や薬剤の一包化等の実施
 - ・ 繰り返し使用可能な処方せん（いわゆるリフィル処方せん）の導入
 - ・ 薬物療法への主体的な参加（薬物の血中濃度測定のための採血、検査オーダ等の実施）
 - ・ 一定の条件の下、処方せんに記載された指示内容を変更した調剤、投薬及び服薬指導等の実施等、さらなる業務範囲・役割の拡大について、検討することが望まれる。

(2) 助産師

- 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。
- 一般的に正常分娩の範囲と考えられる場合であっても、分娩時に会陰に裂傷が生じるケースがあるが、この会陰裂傷の縫合については、従来、助産師による実施の可否が明確にされておらず、現場においても判断が分かれてきた。会陰裂傷の縫合については、安全かつ適切な助産を行う上で必要性の高い行為であることを考慮しつつ、安全性の確保の観点から、助産師が対応可能な裂傷の程度や助産師と産科医の連携の在り方等について臨床現場での試行的な実施と検証を行い、その結果を踏まえて最終的な結論を得ることが適当である。

(3) リハビリテーション関係職種

- リハビリテーション関係職種については、患者の高齢化が進む中、患者の運動機能を維持し、QOLの向上等を推進する観点から、例えば、病棟における急性期の患者に対するリハビリテーション（ベッドサイドリハ）や在宅医療における訪問リハビリテーションの必要性が高まるなど、リハビリテーションの専門家として医療現場において果たし得る役割がより大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、リハビリテーション関係職種がそれぞれの専門性を十分に活かし、安全で質の高いリハビリテーションを提供できるよう、それぞれ業務範囲の拡大等を行うべきである。また、業務範囲の拡大に当たっては、新たな業務を安全かつ円滑に実施できるよう、追加的な教育・研修等の必要性について検討を行うべきである。

【理学療法士】

- 理学療法士については、呼吸機能が低下した患者に対し、呼吸リハビリテーションの一環として「体位排痰法」（痰が溜まっているところが上になるように姿勢を変えて、重力を

利用して喉もとまで痰を移動させる方法)等を実施する際、口の近くまで集めた痰を患者自身が自力で外に出すことができず、吸引が必要となるケースがある。

- この喀痰等の吸引については、従来、理学療法士法第2条に規定する「理学療法」の範囲に含まれるかどうか明らかでないため、理学療法士は実施することができないと考えられてきたが、理学療法的手法である「体位排痰法」等を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、理学療法士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

【作業療法士】

- 作業療法士については、作業療法士法第2条の「作業療法」の定義中の「手芸、工作その他の作業を行わせること」という文言にとらわれ、医療現場において手工芸を行わせる職種といった認識が広がっている。しかしながら、実際には、「その他の作業を行わせること」として、例えば以下のようなリハビリテーションがある。
 - ・ 移動、食事、排泄、入浴、家事等の日常生活動作に関するADL訓練
 - ・ 発達障害や高次機能障害等に対するリハビリテーション
- これらのリハビリテーションにおける作業療法士の活用を推進し、作業療法士がチーム医療において十分に専門性を発揮できるよう、作業療法士法第2条の「その他の作業を行わせること」の内容を解釈上明確化すべきである。
- また、作業療法士についても、食事訓練を実施する際、誤嚥に対応するために喀痰等の吸引が必要となるケースがあるので、食事訓練を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、作業療法士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

【言語聴覚士】

- 言語聴覚士については、嚥下訓練を実施する際、誤嚥に対応するために喀痰等の吸引が必要となるケースがあるので、嚥下訓練を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、言語聴覚士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

(4) 管理栄養士

- 管理栄養士については、患者の高齢化や生活習慣病の有病者の増加に伴い、患者の栄養状態を改善・維持し、免疫力低下の防止や治療効果及びQOLの向上等を推進する観点から、傷病者に対する栄養管理・栄養指導の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、管理栄養士の専門性のさらなる活用の観点から、現行制度の下において、
 - ・ 一般治療食(常食)については、医師の包括的な指導に基づく食事内容や形態の決定・

変更

- ・ 特別治療食については、医師に対する食事内容や形態の提案（変更の提案を含む。）を行うことができる旨を明確化すべきである。
- また、患者に対する栄養指導についても、クリティカルパスによる明示等、医師の包括的な指導に基づき、適切な実施時期を判断しながら実施することができる旨を明確化すべきである。
- さらに、経腸栄養療法を行う際、様々な種類の経腸栄養剤の中から各患者に合わせて選択・使用する必要があるところ、管理栄養士の専門性を活かし、経腸栄養剤の種類の選択・変更等を医師に提案することができる旨を明確化すべきである。

(5) 臨床工学技士

- 臨床工学技士については、近年、医療技術の進歩による医療機器の多様化・高度化に伴い、その操作や管理等の業務に必要とされる知識・技術の専門性が高まる中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっており、その専門性を活かした業務が円滑に実施できるよう、業務範囲の見直しを行うべきである。また、業務範囲の拡大に当たっては、新たな業務を安全かつ円滑に実施できるよう、追加的な教育・研修等の必要性について検討を行うべきである。
- 臨床工学技士が、患者に人工呼吸器を装着させる際、気道の粘液分泌量が多くなるなど、適正な換気状態を維持するために気管挿管チューブ内の喀痰等の吸引が必要となるケースがある。この喀痰等の吸引については、昭和 63 年に厚生労働省が発出した「臨床工学技士業務指針」において、「吸引の介助」の実施が可能である旨は明らかにされているものの、「吸引」の実施の可否については明確にされておらず、臨床工学技士は実施することはできないと考えられてきたが、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、臨床工学技士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。
- また、臨床工学技士が、人工呼吸器を操作して呼吸療法を行う際、血液中のガス濃度のモニターを行うため、既に動脈に留置されたカテーテルから採血を行う必要がある。この留置カテーテルからの採血については、臨床工学技士制度の創設当初（昭和 63 年）に厚生労働省が発出した「臨床工学技士業務指針」において、安全かつ適切な業務の実施を確保する観点から、臨床工学技士は行ってはならない旨業務指針として示されている。しかしながら、制度が十分に成熟し、臨床現場における臨床工学技士に対する評価が定まってきた現在の状況にかんがみれば、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であること、臨床工学技士の技術の高度化を考慮し、臨床工学技士が行い得る行為として明確化すべきである。
- なお、「臨床工学技士業務指針」については、臨床工学技士制度の施行当初は安全かつ適切な業務実施を確保する観点から、厚生労働省が業務指針を示す必要性は高かったと考えられるが、制度施行から 20 年以上が経過し、十分に制度が成熟した現状においては、職能団体や関係学会の自主的な取組によって、医療技術の高度化等に対応しながら適切な業

務実施が確保されるべきである。こうした観点から、当該業務指針については、廃止も含め、今後の取扱いを検討すべきである。

(6) 診療放射線技師

- 診療放射線技師については、医療技術の進歩により悪性腫瘍の放射線治療や画像検査が一般的なものになるなど、放射線治療・検査・管理や画像検査に関する業務が増大する中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、診療放射線技師の専門性のさらなる活用の観点から、現行制度の下、例えば、画像診断等における読影の補助や放射線検査等に関する説明・相談を行うことが可能である旨を明確化し、診療放射線技師の活用を促すべきである。

(7) 臨床検査技師

- 臨床検査技師については、近年の医療技術の進歩や患者の高齢化に伴い、各種検査に係る業務量が増加する中、当該業務を広く実施することができる専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、臨床検査技師の専門性をさらに広い分野において発揮させるため、現在は臨床検査技師が実施することができない生理学的検査（臭覚検査、電気味覚検査等）について、専門家や関係学会等の意見を参考にしながら、追加的な教育・研修等の必要性も含め、実施の可否を検討すべきである。

(8) 事務職員等（医療クラーク等）

- 書類作成等（診断書、意見書、紹介状の作成等）に関する業務量の増加により、医師・看護師の負担が増加しており、一方で、患者側では書類作成までの時間が長期化していることなどへの不満が増大していることから、医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クラーク）を積極的に導入し、医師等の負担軽減を図るとともに、患者へのサービス向上を推進する必要がある。
- こうした観点から、例えば、医療クラークの量の確保（必要養成数の把握等）、医療クラークの質の確保（認定・検定制度の導入等）、医療機関における医療クラークの導入支援（院内研修ガイドラインの作成）等、導入の推進に向けた取組を実施すべきである。
- また、医療クラークのみならず、看護業務等を補助する看護補助者、他施設と連携を図りながら患者の退院支援等を実施する医療ソーシャルワーカー（MSW）、医療スタッフ間におけるカルテ等の診療情報の共有を推進する診療情報管理士、検体や諸書類・伝票等の運搬業務を担うポーターやメッセンジャー等、様々な事務職員を効果的に活用することにより、医師等の負担軽減、提供する医療の質の向上、医療安全の確保を図ることが可能となる。こうした観点から、各種事務職員の導入の推進に向けた取組（医療現場における活

用状況の把握、業務ガイドラインの作成、認定・検定制度の導入等）の実施を検討すべきである。

(9) 介護職員

- 地域における医療・介護等の連携に基づくケアの提供（地域包括ケア）を実現し、看護師の負担軽減を図るとともに、患者のサービス向上を推進する観点から、介護職員と看護職員の役割分担と連携をより一層進めていく必要がある。
- こうした観点から、介護職員による一定の医行為（たんの吸引や経管栄養等）の具体的な実施方策について、別途早急に検討すべきである。

4. 医療スタッフ間の連携の推進

(1) 医療スタッフ間の連携の在り方

- 上記のような各医療スタッフの専門性の向上や業務範囲・役割の拡大を活かして、患者を中心とした質の高い医療を実現するためには、チームとしての方針の下、包括的指示を活用しつつ各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要である。
- 医療スタッフ間の連携・補完については、場面によって様々な取組が考えられるが、具体的には、例えば、以下のような取組が行われている。
 - ◆ 各診療科・部門の取組として、手順書やプロトコルの作成により平常時の役割分担や緊急時対応の手順・責任者を明確化するとともに、担当者への教育・訓練、医療スタッフ間における患者情報の共有や日常的なコミュニケーションを推進
 - ◆ 院内横断的な取組として、医師・歯科医師を中心に、複数の医療スタッフが連携して患者の治療に当たる医療チーム（栄養サポートチーム等）を組織

【医療チームの具体例】

- ・ 栄養サポートチーム：医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士 等
 - ・ 感染制御チーム：医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師 等
 - ・ 緩和ケアチーム：医師、看護師、薬剤師、理学療法士、MSW 等
 - ・ 口腔ケアチーム：医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士 等
 - ・ 呼吸サポートチーム：医師、看護師、薬剤師、理学療法士、臨床工学技士 等
 - ・ 摂食嚥下チーム：医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士 等
 - ・ 褥瘡対策チーム：医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士 等
- ◆ 特定の疾患（がん、糖尿病・高血圧・高脂血症等の生活習慣病等）に対する取組として、複数の医療スタッフが連携して患者の治療や生活習慣の改善に当たるチームを組織

- ◆ 地域横断的な取組として、病院・診療所（医師）、歯科診療所（歯科医師）、訪問看護ステーション（看護師）、薬局（薬剤師）、保健所（保健師等）等が退院時カンファレンスに参加するなど、在宅医療における役割分担と連携を推進
- ◆ 周産期医療における取組として、院内助産所・助産師外来の設置や周産期医療ネットワークにおいて地域の助産所との連携体制を構築することにより、産科医と助産師の間で、正常分娩の助産業務を自立して実施できるという助産師の専門性を活かした役割分担と連携を推進

（２）医療スタッフ間の連携の推進方策

- こうしたチーム医療の実践を全国に普及させるためには、各医療スタッフの専門性を活かした安全で質の高い医療を提供し得る環境を整えていることが社会的に認知される仕組みや、その質の高さが適正に評価される仕組みなど、医療機関に何らかのインセンティブが存在する必要がある。一方、患者にとっても、こうした医療機関の存在が十分に情報提供され、医療機関を選択する際の有用な情報を容易に入手することができるような環境が整備されることが望ましい。
- こうした観点から、チーム医療の実践に必要とされる事項について、一定の客観的な基準を設けるとともに、当該基準を満たしている安全かつ良質な医療を提供し得る医療機関が社会的に認知・評価されるような新たな枠組みを構築する必要がある。
- 具体的には、例えば、チーム医療を行う体制が整えられているかどうか、チーム医療を行う設備が整備されているかどうか、チーム医療の具体的な活動が行われているかどうか、といった基準に基づき、公正・中立的な第三者機関においてチーム医療を推進する医療機関等として認定する仕組みを導入すること等を検討する必要がある。
- なお、認定基準の策定に当たっては、今後、医療現場の関係者等の協力を得ながら、医療現場の実態を踏まえた上で、安全性の確保など様々な観点から専門的な調査・検討を行った上で決定する必要がある。
- また、チーム医療を推進する医療機関等として認定されたことについて、患者等が医療機関を選択する際の有用な情報として提供することができるよう、医療機関が広告することができる事項として位置づけるなど、チーム医療を推進する医療機関等が患者・医療現場から広く認知されるような仕組みを検討すべきである。
- さらに、チーム医療を推進するために必要なコストや、チーム医療の推進によって提供可能となる医療サービスの質の高さ等、種々のエビデンスについて、公正・中立的な第三者機関の協力を得ながら的確に検証・把握するとともに、必要に応じ、財政支援や診療報酬上の措置等の対策を検討すべきである。

（３）公正な第三者機関

- チーム医療を推進する医療機関等について、その水準を検証・評価し、質を確保するとともに、その評価が医療現場においてスムーズに受け入れられるためには、特定の医療スタッフ関係者等による評価システムではなく、医療関係者の幅広い協力を得て運営される客観的かつ公正な評価システムが必要である。
- このため、多様な医療スタッフから公平な立場で、また、国と医療現場との中間に位置しつつ、こうしたシステムを担い得る機関として、臨床現場の関係者、医師・看護師を始めとする医療スタッフ関係者、教育・養成現場の関係者、関係学会等が参画する第三者機関が必要である。
- なお、特定看護師（仮称）等、チーム医療の推進に必要な人材の検証・評価に関するシステムについても、チーム医療を推進する医療機関等の検証・評価と同様の理由から、公正・中立的な第三者機関が担うべきである。

おわりに

- 本検討会では、医療現場の関係者の方々からヒアリングを行いながら、チーム医療を推進するための具体策について検討を重ね、本報告書を取りまとめたところであるが、厚生労働省においては、本報告書を受け、今後も関係者の意見を十分に尊重しながら、各種具体策の実現のために必要な準備に取り組まれることを期待する。
- また、医療技術の進歩や教育環境の変化等に伴い、医療スタッフの能力・専門性の程度や患者・医療関係者のニーズ等が日々変化していることを念頭に置き、厚生労働省においては、今後も医療現場の動向を適切に把握するとともに、必要に応じ各医療スタッフの業務範囲を見直すなど、折々の状況に応じたチーム医療の在り方について、適時検討を行うべきである。
- さらに、各医療スタッフの養成機関、職能団体、各種学会等においては、チーム医療の実現の前提となる各医療スタッフの知識・技術の向上、複数の職種との連携に関する教育・啓発の推進といった観点から、種々の取組が積極的に進められることを期待する。

特定の医行為として想定される行為例

「特定の医行為」（従来、一般的には「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一定の医行為であり、特定看護師（仮称）が医師の指示を受けて「診療の補助」として実施。）は、例えば、重篤な合併症を誘発するリスクが低いこと、出血した場合の止血が容易であること、合併症への対処方法等が確立していること、予測し得る副作用が一時的かつ軽度であること等を基準として、以下のような行為が想定されるが、今後、医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的な調査・検討を行った上で決定する必要がある。なお、以下の行為については、専門的・実証的な調査・検討の結果、特定看護師（仮称）以外の看護師であっても安全に実施することができると判断される可能性がある。

チーム医療の推進の観点から、「特定の医行為」の実施に当たっては、薬剤師その他の医療スタッフと相談するなど十分な連携を図ることが望まれる。

◆ 検査等

- ・ 患者の重症度の評価や治療の効果判定等のための身体所見の把握や検査
 - ・ 動脈血ガス測定のための採血など、侵襲性の高い検査の実施
 - ・ エコー、胸部単純X線撮影、CT、MRI 等の実施時期の判断、読影の補助等（エコーについては実施を含む。）
 - ・ IVR 時の造影剤の投与、カテーテル挿入時の介助、検査中・検査後の患者の管理等
- これにより、救急外来において、必要に応じた検査を実施した上でトリアージを含む初期対応を行うことが可能となり、症状の早期改善、患者の不安解消等、サービスの向上につながる事となる。

◆ 処置

- ・ 人工呼吸器装着中の患者のウイニング、気管挿管、抜管等
 - ・ 創部ドレーンの抜去等
 - ・ 縫合等の創傷処置
 - ・ 褥瘡の壊死組織のデブリードマン等
- これにより、人工呼吸器装着中の患者への対応において、呼吸状態や検査データ等の把握から酸素投与量の調整、抜管の時期の判断、抜管の実施に至るまでの一連の行為を行うことが可能となり、診療計画の円滑な実施に資することとなる。
- また、創部ドレーンの抜去や創傷処置について、患者の身体的状態や療養生活の状況から適切な実施時期を判断して実施することが可能となり、患者のQOLの向上につながる事となる。

◆ 患者の状態に応じた薬剤の選択・使用

- ・ 疼痛、発熱、脱水、便秘異常、不眠等への対症療法
 - ・ 副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止
- これにより、在宅療養中の患者に対して、必要に応じ検査を実施しながら全身状態

を把握した上で必要な薬剤を使用することにより、摂食不良、便通異常、脱水等に対応することが可能となり、在宅療養の維持に資することとなる。

また、術後管理が必要な患者に対して、患者の状態に合わせて必要な時期に必要な薬剤（種類、量）を使用することが可能となり、状態悪化の防止、術後の早期回復等、患者のQOLの向上につながる事となる。

チーム医療の推進に関する検討会
永井良三座長 殿

平成 22 年 3 月 17 日
チーム医療の推進に関する検討会委員
日本医師会常任理事 羽生田 俊

先日の「第 10 回チーム医療の推進に関する検討会」において、事務局から報告書素案が提示されたが、内容としては「特定看護師」という新たな職種を法制化するといった点に紙幅が費やされており、検討会の目的である「チーム医療の推進」からあまりにかけ離れたものであった。そもそも、「特定看護師」なる新職種の創設については、本検討会ではほとんど議論されておらず、検討会も終盤にさしかかったところで唐突にこのような素案が提示され、十分な議論なく取りまとめられることは、極めて遺憾である。

については、報告書の取りまとめに際し、以下の点を十分斟酌して修正をお願いしたい。

① 看護師の役割拡大こそ最優先すべきである。

第 9 回までの検討会でのヒアリングにおいて問題となった「診療の補助」に含まれるかどうか法的に不明な医行為、いわゆる「グレー」の領域がある。チーム医療の推進のため、医療現場が望んでいることは、新職種の創設ではなく、こうした「グレー」の領域の中から看護師が実施可能な範囲を明らかにすることである。

② 「法制化ありき」の議論には、賛成できない。

特定看護師が法制化され、特定の医行為が特定看護師の業務独占となった場合、むしろ看護師の業務縮小であり、看護師で対応している地域のチーム医療は崩壊する。

また、特定看護師の業務独占により、今後、特定看護師の争奪を招き、さらに、5 年以上の業務経験をもつ看護師の不足を引き起こし、地域医療の現場（院内、在宅医療）は大混乱することにもなる。

看護師が実施できない高度な医行為を担う新しい枠組みが必要であるかどうかは、「グレー」の領域を明確にした上で、現場の意見を踏まえて慎重に判断すべきことであり、法制化を前提とした議論は本末転倒である。

③ 国民の意見を十分に聞くとともに現場の医療関係者の意見を尊重する必要がある。

第 8 回検討会における山田芳嗣日本麻酔科学会副理事長からのヒアリングによれば、看護師の業務拡大に対する意識調査において、

「イ．国民は看護師を教育・訓練して業務範囲を拡大することには概ね賛成であるが、リスクの高い医療を行うことについては慎重な態度が表明された。

ロ．看護師は、皮膚縫合、麻酔維持管理、中心静脈ライン確保といった業務に対して、圧倒的に反対が多く、業務拡大により責任の所在が不明確になること、過重労働の増大がその理由であった。」とされている。

看護師の業務拡大にあたっては、国民の意見を十分に聞くとともに、地域医療を担っている現場の医療関係者（特に中・小医療機関）の意見を尊重することが必要である。

チーム医療の推進に関する検討会 団体要望一覧③

<目次>

○追加要望書 (チーム医療推進協議会・日本診療情報管理士会) P 1

○「公正・中立な第三者機関に対する要望について」

(チーム医療推進協議会) P 3

○要望書

(日本外科学会・日本気管食道科学会・日本胸部外科学会・日本呼吸器外科学会・日本消化器外科学会・

日本小児外科学会・日本心臓血管外科学会・日本大腸肛門病学会・日本内分泌外科学会・

日本乳癌学会・日本腹部救急医学会) P 5

平成 22 年 3 月 8 日

厚生労働省医政局医事課
課長 杉 野 剛 殿

チーム医療推進協議会
代 表 北村 善明
日本診療情報管理士会
会 長 長澤 哲夫

追 加 要 望 書

平素より本会の活動に格別のご理解、ご協力を賜り、深く感謝申し上げます。

チーム医療を効果的かつ効率的に推進する観点から、チーム医療における診療情報の共有と標準化の必要性について、ご検討いただくとともに、現に重要な診療情報管理業務を担っている診療情報管理士の役割と仕事内容をご理解頂きたく要望いたします。

記

チーム医療とは「医療に従事する多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に言われている。

診療情報管理士は、このチーム医療の要となる「情報の共有」に関する診療情報管理の専門家である。

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（診療録および診療諸記録等）の精度の保証と改善を担当し、チーム医療の構成員に正確で使いやすい情報を提供する。
- 2) チーム医療の構成員間の情報共有を一元化し、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。

2. 診療情報管理士の専門性

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。

※法に定める日常診療における記録の他、薬害 HIV、薬害肝炎訴訟等における、過去の

記録の存在は社会問題としても大きく取り上げられた。

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。

※急性期医療に係る診断群分類別包括評価 (DPC) の拡大、がん登録の普及、患者や国民に向けての診療情報提供や広く臨床指標等が公開されることに伴い、正確な情報創出と提出において、診療情報管理士は極めて重要な役割を果たしている。

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。

また、医療の IT 化の一環として、いわゆる電子カルテの導入が急増しているが、電子カルテシステム開発、退院時サマリー等のミニマムデータセットの開発、傷病名等のマスター開発、メンテナンスについても関わっている。

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。また、前述の 2) でも述べたとおり、DPC やがん登録にかかる問題については、単純にデータベースを構築するだけではなく、創出される情報を利活用することによって、適正な病院運営に寄与することはもちろん、クリニカルインディケータの作成や臨床研究のサポート等にも大きな役割を果たしている。

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。

3. 診療情報管理士の業務内容および責任範囲の明確化

- ① 紙媒体あるいは電子媒体の診療記録の管理および監査業務
- ② DPC およびがん登録等、データベースマネージメント業務
- ③ 診療情報の守秘に関わる業務
- 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業務
- 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

4. 診療情報管理士の名称の明確化

医師、看護師等国家資格と同様に医療関係職種として「診療情報管理士」の名称を明確に規定する。

以上

平成 22 年 3 月 8 日

厚生労働省 医政局 医事課
課 長 杉 野 剛 殿

チーム医療推進協議会
代 表 北 村 善 明

公正・中立な第三者機関に対する要望について

平素より本協議会の活動にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本協議会はメディカルスタッフの専門性を国民に広く周知させ、チーム医療を推進していく臨床現場の環境をさらに整備することを目的に活動しております。これにより、メディカルスタッフが専門性を発揮し、医療安全の確保及び医療技術を適切に提供するとともに、患者とその家族の満足度を高め、医療及び保健福祉の向上につながるものと考えております。

さて、貴省の「チーム医療の推進に関する検討会」において議論されております論点のなかに、「公正・中立な第三者機関」を設置し、第三者機関において認定や評価を行うことが明記されております。本協議会としましても公正・中立な第三者機関の設置は必要であり、公正・中立な第三者機関には医療専門職が幅広く関与した機関となることが望ましいと考えております。

本協議会は医療専門職に加え、患者会なども参加し幅広く運営を行っていることから、公正・中立な第三者機関に相応しく、医療現場の実情にあった適切な判断を行うことが可能です。また、本協議会が運営することで、情報の開示による第三者機関の透明化、患者満足度の向上につながります。

つきましては、本協議会として下記の通り要望いたしますので、ぜひご検討いただきたく存じます。また、本件を含むチーム医療に関する事項につきましては、今後も本協議会と意見交換の場を設けていただきますようお願い申し上げます。

記

1. 公正・中立な第三者機関には本協議会を有効に活用すること

以上

平成 22 年 3 月 18 日

チーム医療の推進に関する検討会

座長 永井 良三 殿

要望書

産科、小児科および地方における医師不足、それに起因すると思われる患者の収容拒否、外科系勤務医の過重労働、勤務医の精神的トラブル等の医療に関する種々の問題が発生し、医療崩壊の危機とも言われています。これらの大きな要因は、医師不足、医療費抑制、医師の偏在化等にあるとされ、政府は医師数を増加する方針を決定し、多くの医学部で定員増が計られています。外科系勤務医の過重労働はそれのみでは解決出来る問題ではない様に考えられます。日本の外科系医師数は、減少傾向にあります。一方、手術件数は米国では日本の3～5倍あるので、1人の外科医師が施行する手術経験数に大きな差が発生しています。現在、わが国の主な外科手術成績は欧米と比較できる程度ですが、この結果は若手外科医の献身的な努力によって支えられているものであり、今後若手外科医、外科系専門医数が減少することや外科医一人当たりの手術経験数が少ない状態が続けば外科手術成績が欧米に比して有意に低くなる恐れがあると思われま

す。上述の様に、米国では日本に比して主な外科系医師数が少なく、手術数が多いにも関わらず日本の外科医に見られる様な過重労働、精神的トラブルの発生等が大きな社会問題とはなっておらず、この最大要因は外科医とともに周術期管理を協働する医師と看護師の中間レベルの nurse practitioner(NP)、および physician assistant(PA)の充実にある事を示すデータがあります。

日本の主な外科系医師数は現時点では欧米と比較して人口当たり多くなっていますが、ハードな勤務に比べて恵まれない待遇、明確なキャリアプランが描けない将来への不安などが原因で主な外科系学会への若い新入会員の加入数は減少傾向にあり、この事は日本の外科医療における人手不足を若手の研修医が主にカバーしてきたこれまでの体制を崩壊させる大きな要因になり、国民に安全で良質な外科医療の提供が困難になると考えられます。

外科系関連学会はこの日本の外科医療崩壊を食い止める一つ的手段として、専門的な臨床実践能力を有する看護師を新たに養成すべきであることを要望してきました。今年2月18日付けでチーム医療に関する厚労省素案として外科系関連学会が要望してきた様な専門的な臨床実践能力を有する新たな看護職[特定看護師(仮称)]に関する素案が提案されました。素案は新しいチーム医療確立に貢献し、高い日本医療のレベルを維持、更に向上させ、医療の安全性、透明性、効率性をも高めることが期待できる内容となっており、連名外科系関連学会は全面的に賛同するものです。

日本外科学会および関連学会は、下記事項についてご尽力たまわりますよう強く要望致します。

「わが国における特定看護師(仮称)の早期確立」

表. 日米の外科、脳神経外科、胸部外科、整形外科医数の比較

	外科	脳神経外科	胸部外科 (心臓血管外科+呼吸器外科)	整形外科
米国 (人/人口 10 万人)	24.1	1.2	1.6	10.2
日本 (人/人口 10 万人)	29.7	5.4	4.5	17.6

日本外科学会、American college of surgeons,

日本脳神経外科学会、American association of neurosurgical surgeons,

日本胸部外科学会、American medical association ,

日本整形外科学会、American academy of orthopaedic surgeons

のデータを参考とした。

社団法人日本外科学会

理事長 里見 進

特定非営利活動法人日本気管食道科学会

理事長 甲能 直幸

特定非営利活動法人日本胸部外科学会

理事長 田林 暁一

特定非営利活動法人日本呼吸器外科学会

理事長 近藤 丘

一般社団法人日本消化器外科学会

理事長 杉原 健一

特定非営利活動法人日本小児外科学会

理事長 岩中 督

特定非営利活動法人日本心臓血管外科学会

理事長 高本 眞一

一般社団法人日本大腸肛門病学会

理事長 寺本 龍生

日本内分泌外科学会

理事長 高見 博

一般社団法人日本乳癌学会

理事長 園尾 博司

日本腹部救急医学会

理事長 平田 公一