

第5回 チーム医療推進会議

日時：平成23年2月25日（金）9：30～11：00

場所：厚生労働省専用23会議室

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

- (1) チーム医療推進方策検討ワーキンググループの検討状況について
- (2) チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループの検討状況について
- (3) その他

3. 閉会

【配付資料】

座席表

議事次第

チーム医療推進会議 開催要綱

資料1：前回までの議論の整理（チーム医療推進方策検討ワーキンググループ）

資料2：平成23年度実施予定の試行事業について（チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ）

資料3：藤川謙二委員提出資料

チーム医療推進会議 開催要綱

1. 趣旨

「チーム医療の推進について」(平成22年3月19日 チーム医療の推進に関する検討会取りまとめ)を受け、様々な立場の有識者から構成される会議を開催し、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行う。

2. 検討課題

- チーム医療を推進するための方策について
- チーム医療を推進するための看護師業務の在り方について
- その他

3. 構成員

会議の構成員は、別紙に掲げる有識者とする。ただし、必要に応じ、関係者の出席を求めることができる。

4. 運営

本会議の庶務は、厚生労働省医政局で行う。

議事は公開とする。

(別紙)

○：座長

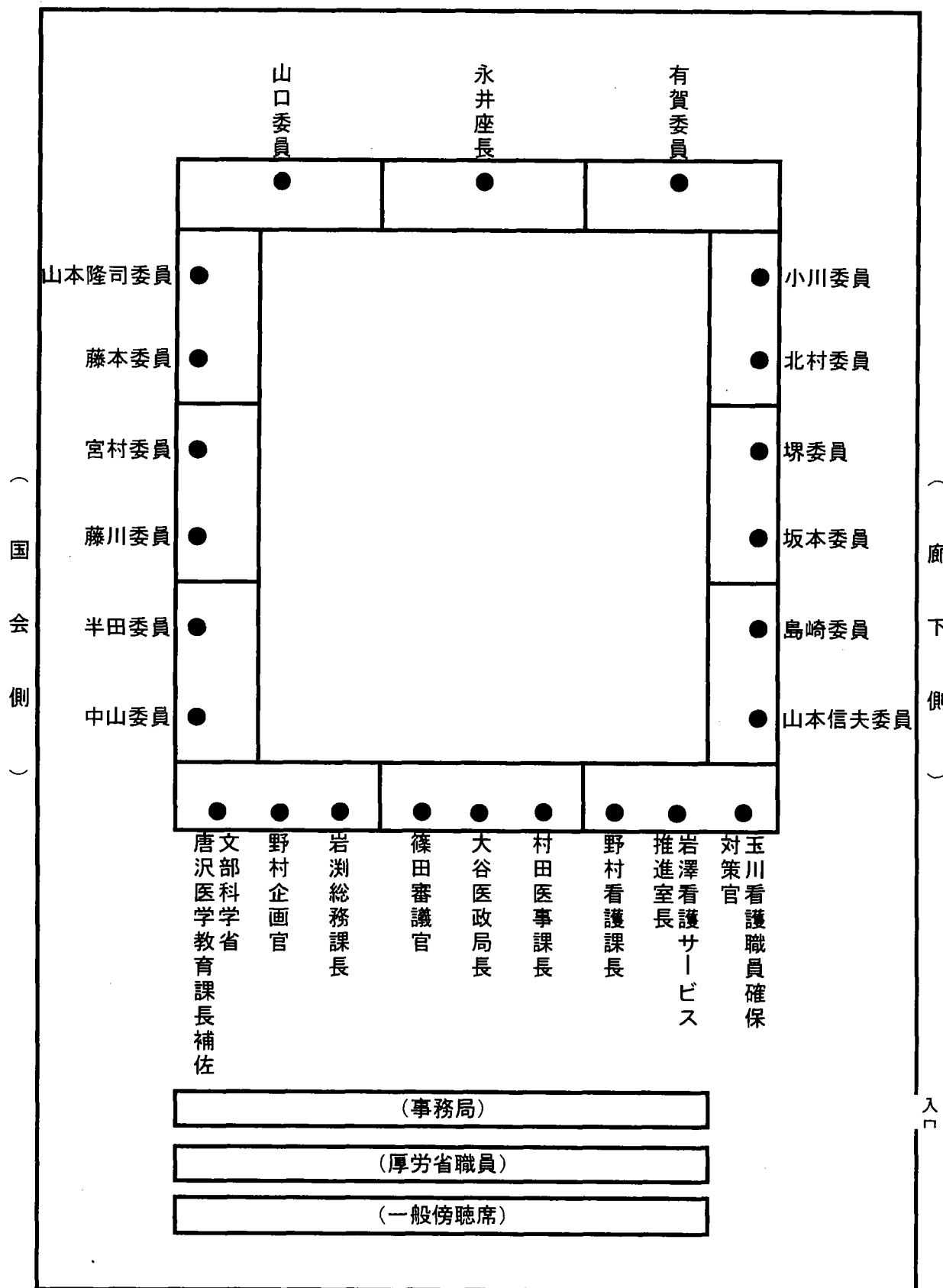
- 有賀 徹 昭和大学医学部救急医学講座 教授
- 太田 秀樹 全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長
- 小川 彰 全国医学部長病院長会議 顧問
- 北村 善明 日本放射線技師会 理事
- 堺 常雄 日本病院会 会長
- 坂本 すが 日本看護協会 副会長
- 島崎 謙治 政策研究大学院 教授
- 永井 良三 東京大学大学院医学研究科 教授
- 中山 洋子 日本看護系大学協議会 会長
- 半田 一登 日本理学療法士協会 会長
- 藤川 謙二 日本医師会 常任理事
- 藤本 晴枝 NPO 法人地域医療を育てる会 理事長
- 宮村 一弘 日本歯科医師会 副会長
- 山口 徹 虎の門病院 院長
- 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

第5回 子一ム医療推進会議
配置図

平成23年2月25日(金)

9:30~11:00

厚生労働省 専用第23議室(19階)



前回までの議論の整理

～チーム医療推進のためのガイドライン（仮称）策定に向けて～

1. チーム医療を推進するための基本的な考え方

- 我が国の医療は非常に厳しい状況に直面しており、医学の進歩、高齢化の進行等により医師や看護師の許容量を超えた医学的な視点のみならず患者の社会的・心理的な観点にも配慮した医療が求められる中、チーム医療の推進は必須である。
- チーム医療を推進する目的は、専門職の積極的な活用、職種間の有機的な連携を図ること等により医療の質的な改善を図ることであり、そのためには、①コミュニケーション、②情報の共有化、③チームマネジメントの3つの視点が重要である。
- チームアプローチの質を向上するためには、互いに他職種を尊重し、明確な目標に向かってそれぞれの見地から評価を行い、専門的技術を効率良く提供することが重要である。そのためには、カンファレンスを充実させることが必要であり、カンファレンスが単なる情報交換の場ではなく議論・調整の場であることを認識し、ファシリテーターを中心に他職種を尊重した議論をすることが重要である。
- 医療スタッフ間における情報の共有のための手段としては、定型化した書式による情報の共有化や電子カルテを活用した情報の一元管理などが有効であり、そのための診療情報管理体制の整備等は重要である。
- 患者もチーム医療の一員という視点も重要であり、患者に対して最高の医療を提供するために患者の生活面や心理面のサポートを含めて各職種がどのように協力するかを考える必要がある。また、患者もチームに参加することによって医療者に全てを任せるのではなく、自分の治療の選択等に参加することが必要である。
- より良い医療を実践するためには、医師に全面的に依存するのではなく、医療チームがお互いに協働し、信頼しあいながら医療を進める必要があり、医師はチームの中でリーダーとしてチームワークを保つことが必要である。
- チーム医療を展開する中で、医師、歯科医師が個々の医療従事者の能力等を勘案して「包括的指示」を積極的に活用することも重要な手段であるが、「包括的指示」の要件等をあまり定型化しすぎると医療現場の負担増になる可能性に注意が必要である。
- チームの質を向上させるためには卒前・卒後の教育が重要であり、専門職としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他職種を理解することやチームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育が必要である。

例) チーム医療の教育（昭和大学）

医学部、歯学部、薬学部等の枠を超えて共に学び、患者に真心をこめて医療を行うことを理念として、低学年から学部連携学習を通じて基盤作りを行い、高学年においては医療現場でのチーム医療の実践的学習を行うなど、チーム医療を参加型で学習する体系的カリキュラムを構築している。

- 急性期、回復期、維持期、在宅期において求められるチーム医療のあり方はそれぞれ異なるものであり、各ステージにおけるチーム医療のあり方を考えるとともに、各々のチーム医療が連鎖するような仕組みの構築が必要である。
- 医療機関によって、医療関係職種等のマンパワーや周辺の人口構成など、置かれている状況が異なるため、それぞれ求められている医療のニーズに添ったチーム医療を展開する必要がある。

2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療

- 急性期医療におけるチーム医療については、現状ではマンパワーが限られていることから、少数の専門職が課題に応じてチームを編成する「専門部隊型のチーム医療」が中心となっている。「専門部隊型のチーム医療」においては、質の高いチーム医療の提供は可能であるが、カンファレンス等により情報共有のためのすりあわせが必要であるため、処理能力には限りがあり、手術室やICUなどのリスクの高い患者に対するチーム医療には適している。
- 今後の急性期医療におけるチーム医療においては、十分な専門職を病棟に配置して患者に直接接する機会を増やす「病棟配属型チーム医療」により、必要な患者全てに対して、必要な時に十分な質の高い医療サービスを提供することが期待されている。
- 特に高齢者に対しては、廃用症候群や低栄養状態などの様々な合併症に対応するため、リハビリや栄養管理などの対策が重要であり、高齢者の多い病棟においては急性期の段階から病棟専従チームが必要である。

例1) 急性期における栄養サポートチーム（近森病院）の取組

管理栄養士を病棟に配属し、患者の身体所見等の確認を直接行ったり、業務の標準化や電子カルテによる書式の標準化を通じた情報共有を図ったりすると共に、24時間（夜間は呼び出し）365日（休・祝日出勤）の対応ができる体制整備や院内PHSの活用により、どこでも連絡をとれる状態にし、必要な時に必要な症例全てに対して必要な対応を専門職種が行うことを可能にしている。

例2-1) 病棟における医薬品の安全管理（東住吉森本病院）

2病棟に3名の薬剤師を配置することにより病棟への常駐体制を実現し、患者の状況や検査結果等をリアルタイムで把握しつつ、薬歴管理を行うことにより、積極的な処方提案や持参薬を継続使用する際のリスク軽減などを行うとともに、他の医療スタッフへの助言及び相談へ対応している。

例2-2) 手術室における薬剤師の取組（広島大学附属病院）

医師、看護師等とともに安全な手術のためのチームを構成し、手術中に使用される医薬品管理を手術室に常駐された薬剤師が担当している。具体的には、麻薬・毒薬をはじめとする手術部内の全ての医薬品管理や手術時の使用薬剤のセット、注射剤混合調製、麻薬記録監査、各職種への医薬品情報提供等の業務を実施している。

例3) 入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理の効果

入院時に主観的包括的アセスメントの結果、中等度栄養障害と判断された患者に対して、術前に栄養介入を実施することより術後の在院日数が有意に低下することが報告されている。術前に限らず種々の疾患において、病棟で管理栄養士がきめ細かな栄養管理を実施することにより、医療の質の向上につながっている。

例4) 急性期脳血管障害患者のリハビリテーションにおけるチーム医療（相澤病院）

急性期の脳卒中患者を受け入れる「脳卒中ケアユニット」において、PT3名、OT1名、ST1名の手厚い配置を行い、入室している患者に早期から多職種が有機的に連携して早期の経口摂取に向けたリハビリテーションを提供している。電子カルテの活用やカンファレンスによって医師や看護師等と患者の全身状態や心理状態などについて情報共有を行いながら、刻々と変化する状態に臨機応変に対応したリハビリテーションを実施している。

3. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療

- 回復期のチーム医療においては、褥瘡対策や栄養管理、感染対策といった課題に対応することが求められており、そのためには病棟への様々な専門職の手厚い配置が求められている。回復期リハビリテーション病棟においては、診療報酬における配置基準よりも多くのリハビリスタッフやST、配置基準には規定されていない管理栄養士、社会福祉士等を配置している施設も多い。
- リハビリテーションにおいては、実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として、リハビリテーションチームによって全人的アプローチが行われており、リハビリ関係職種だけではなく様々な職種とカンファレンスを軸にした情報共有と連携を行っており、特に①関係職種間の情報共有②チームとしての共通目標③家族の参加④専門職が互いに尊重し合うことが重要である。

例1) 回復期リハ専門病院におけるチーム医療（長崎リハビリテーション病院）の取組

専門職間の縦割りを解消するため、医師を含めた医療職は全て臨床部の所属としたほか、ナースステーションをスタッフステーションと、ナースコールをスタッフコールと変更するなどの工夫を行っている。

患者の多くが高齢者であり、基礎疾患や合併症を有していることから、専門職が患者の日常生活を基本とした関わりが重要であると考え、48床の病棟に対して医師、看護師、リハビリスタッフのみならず介護福祉士、社会福祉士、管理栄養士、歯科衛生士などを含めたスタッフ76人という手厚い配置を行っている。病棟専従チームが看護を基盤として互いに他職種を尊重し、専門職種間で日常的に情報交換・検討を行うとともに、専門的視点に立って評価・プログラム作成を行い、カンファレンスで統一した目標に向かってチームアプローチを行っている。

例2) 回復期リハ病棟における転倒対策（船橋市立リハビリテーション病院の例）

回復期リハ病棟において、医師、看護師、リハビリスタッフ、介護福祉士などのスタッフが運動機能、高次脳機能、排泄機能、服薬状況等の転倒リスクを把握し、専門職種がそれぞれの専門性を活かしたアプローチで患者の能力を引き出して転倒予防に取り組んでいる。

4. 在宅医療の場面におけるチーム医療（医療・介護・福祉の連携）

- 在宅医療において、質の高い医療を効率よく提供するためには、①チームの統合性、②チームのスピード性、③チームの効率性の3つの要素が必要である。
- 在宅医療における医師と看護師の連携については、患者対応のスピードが求められるとともに実施する医療行為には様々なものがあることから、在宅医療を担う医療機関と訪問看護を担う機関が提供する医療に関する哲学や実際のやり方を共有することが重要である。
- 入院から在宅への移行支援については、在宅チームが主導して在宅への移行準備、試験外泊等を実施する仕組みを構築することが必要である。
- 在宅医療では訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション及び訪問介護のチームアプローチが必要であり、医療だけでなく自宅へのベッド導入など介護との連携が重要である。
- 在宅医療において、患者・家族の不安を取り除くために24時間対応は非常に重要であり、確実な連絡体制を確保する必要がある。

例1) 在宅医療におけるチーム医療（クリニック川越）の取組

医師と看護師の一体化したチームで提供する医療の哲学・実施方法を共有するとともに、電子カルテを活用してリアルタイムに情報共有を行っている。医療機関と訪問看護機関の緊密な連携を前提に、医師の指示を工夫するとともに、看護師の臨床能力評価に応じて実施可能な医行為を決めることにより看護師の裁量権を拡大している。在宅緩和ケアにおいては、薬剤師が関わるケースが増加しており、麻薬等の薬剤の配送や服薬指導、中心静脈栄養の調剤等の役割を担っている。

例2) 地域緩和ケアを支える病院薬剤部と保険薬局等との連携(国立がんセンター東病院)

薬局薬剤師が退院時カンファレンスへ参加したり、病院薬剤師、薬局薬剤師、訪問看護を行う看護師及びケアマネジャー間で、患者の症状変化やケアプランなどについての情報を共有することにより、地域緩和ケアなどの在宅医療の質を向上するための取組を行っている。その際に薬剤師は、他職種からの薬剤に関する相談を積極的に受け付けることのほか、患者（特に高齢者）の嚥下能力や理解力などから適切な剤形を選択すること（速崩壊性製剤、ゼリー製剤等の選択、とろみの添加等）、多職種連携により得られた食事、排泄、運動等に関する情報から患者の体調を定期的にチェックし、薬剤の効果や副作用を評価することなどの役割を担っている。

例3) 入院から在宅までの切れ目のない栄養管理の取組

在宅医療において、管理栄養士、看護師、薬剤師等の関係職種が協働し、病状や栄養状態を安定させ疾病の重症化を防ぎ再入院等を防止するために、入院・退院時から在宅まで切れ目のない栄養管理や食事・生活支援を行う。その際に管理栄養士は、患者・家族やヘルパーに栄養食事管理の必要性を説明し、食材の選択や補給方法等の具体的支援を行い、看護師やケアマネジャー等と連携しながら栄養補給法・経腸栄養製品・食材・調理済み食品・宅配食の適正な活用等の調整を担っている。

5. 医科・歯科の連携

- 医科と歯科の連携については、養成課程の違い、病院・診療所と歯科診療所の勤務場所の違い、専門用語の違い等、従来からお互いの専門性を隔てる壁は厚く、垣根は高くなっていた。具体的な例としては、医師はどの歯科医師に相談していいのか、歯科医師はどのように病院へ介入していいのかなど医科と歯科の連携における最初の手がかりすらつかめないというようなこともあったようである。
- しかし、近年における高齢化の進展、介護保険の導入、在宅医療の普及等により、リハビリテーションを専門とする医師や訪問歯科診療を行う歯科医師等から口腔ケアが重要であること、また、高齢者等の誤嚥性肺炎や低栄養の原因の一つは口腔機能の低下であり、これらを予防していくためには、口腔ケアだけでなく口腔機能の維持・向上が重要であるという医科と歯科で共通の考え方が普及してきている。
- このような背景から、急性期・救急医療、回復期・慢性期医療、在宅医療の各場面において、NST、口腔ケア等における医科と歯科の連携は重要であり、不可欠であることの認識が深まりつつあり、医科・歯科連携を推進していくための土壌が醸成されはじめてきている。
- 現在、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院の一部において、NST、口腔ケア、摂食嚥下、感染制御、糖尿病、緩和ケア等のチーム医療が実施されていることが明らかになった。他方で、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院は少なく、歯科医療関係職種は歯科診療所に多く配置されていることから、歯科医療関係職種を交えたチーム医療を推進していくためには、病院内の連携に限らず、地域における病診連携、診診連携を含めた病院内・外における医科と歯科の連携を推進していくことが必要である。
- 口腔ケアは歯科的口腔管理の基本であり、誤嚥性肺炎等の予防に寄与し、医療・介護の現場で歯科医師・歯科衛生士をチームの一員として、医科と歯科の専門的な視点を加えることにより、高齢患者において特に重要な合併症の予防が期待される。
- 歯科医師等の歯科関係職種をチーム医療の一員とし、口腔内管理の徹底を図ることで、誤嚥性肺炎や窒息事故等の発生を防止し、その後の医療を円滑に行うことに貢献するとともに、摂食・嚥下障害、低栄養状態、口臭等に対する専門的な医療対応を行うことが可能となり、入院患者のQOL向上や早期回復に寄与することができる。
- 医科・歯科連携を行うことで、入院患者のQOL向上や早期回復等に寄与するだけでなく、退院後も在宅、施設等の生活する場における地域連携パスに繋ぎ、口腔の医療面からの地域医療に貢献することが可能となる。
- 病院に配置されている歯科医療関係職種は、病院内の連携を推進するだけに限らず、地域歯科医師会等の地域における歯科医療関係職種との連携の窓口となり、病院内・外における医科・歯科連携をより推進させることができるという一面もある。
- 患者中心の質の高いチーム医療を推進していくためには、従来の医科と歯科の専門性に固執するのではなく、お互いの専門性を隔てる壁を薄く、垣根を低くする等、お互いの理解を深めるための努力が必要である。また、医科・歯科連携に際しては、お互いの専門性を尊重するとともに、お互いの専門性を踏まえた連携を行う必要がある。
- 特に、病院における医科・歯科連携は、歯科を標榜していない病院が多いことから、地

域歯科医師会等との病診連携も含めた医科・歯科連携のチーム医療を推進していく必要がある。そのため、歯科医療関係職種が配置されていない病院に歯科医師を、あるいは、歯科医師及び歯科衛生士の両者をもとに配置することが必要であり、そのための総合的な施策の整備が望まれる。

- また、歯科医療関係職種が配置されている病院においても、医科・歯科連携によるチーム医療が十分に実施されていない場合が認められるため、口腔ケアのみならずNSTや摂食嚥下チーム、感染制御チームなど歯科医療関係職種の関与が望まれるチームへの参加など更なる医科・歯科連携を強化・推進していくことが必要である。
- 病院における口腔ケア、NST、摂食・嚥下、感染制御、糖尿病、緩和ケア等のチーム医療において、医科・歯科連携を強化・推進し、それぞれの専門性を最大限に活かすことで、患者中心の質の高い医療を提供することが可能となる。

例) 医科歯科連携におけるチーム医療(長崎リハビリテーション病院)の取組

歯科診療オープンシステムを活用して非常勤歯科医師と歯科衛生士が、口腔機能向上を目的とした義歯調整等の歯科医療、摂食や咀嚼等の機能評価の実施、また、カンファレンスへ参加する等の医科・歯科連携を行っている。

例) 医科歯科連携におけるチーム医療(昭和大学病院)の取組

チーム医療の実践、チーム医療教育、地域医療連携を3本柱とした口腔ケアセンターを設置している。歯科のある病院においては、歯科を通してチーム医療に参加し、歯科のない病院においては、病棟へチームが直接に参加して医科・歯科連携を行っている。

6. 特定の診療領域等におけるチーム医療

- 特定の診療領域や課題に応じて、様々な職種による治療チームを施設内外で構成してチーム医療を実践することにより、各職種がそれぞれの専門性を発揮した業務に取り組むことが可能になり、医療の質と効率性の向上といった効果が期待される。

例) 特定の診療領域等におけるチーム医療の取組

・褥瘡対策チーム(脳血管研究所美原記念病院の例)

看護師が褥瘡発生リスクを随時評価し、医師・薬剤師・看護師がベッドサイドにて薬剤選択及び治療方針の決定を行い、ハイリスク患者に対して積極的な体位変換を実施する取組により、ハイリスク患者が多い中で褥瘡発生率を低く抑え、治癒率も良好な水準となっている。

・リハビリチーム(脳血管研究所美原記念病院の例)

医師及びリハビリスタッフがリハビリの適応の確認を行い、リハビリスタッフと看護師が連携して、超早期からのリハビリを実施するとともに、日常生活援助にリハビリ的看護ケアを導入するなどの取組によりADLの改善度合いが向上している。

- リハビリテーションは、急性期、回復期、生活期のどの時期においても隔たりなく行われ、従来から、患者を中心に職種間を越えたメンバーでチームが構成されている。そのため、それぞれの病期によってその目的も変化する中で、患者を中心とした多様なメンバーで構成するチーム医療には、リハビリテーションの理解が必須である。

- 精神科領域においては、疾病と障害を併せ持ち、相関関係が大きい障害特性から社会的健康へのダメージを来すことがある。したがって、疾病の治療のみならず生活者として対象者支援を行うことが必要であるため、医療機関や地域において多職種協働によるチーム医療の提供が重要である。また、身体疾患の背景に精神的な問題のある患者に対しては、身体的治療だけでなく、精神的な治療も並行して行うことが必要であり、身体的ケアスタッフと精神的ケアスタッフが協働して患者の治療を行えるチーム医療が重要である。

例1) 認知症医療におけるチーム医療の取組（浅香山病院の例）

外来においては、医師の診察時間を有効に活用するために、事前に精神保健福祉士が受診に関する相談や介護・福祉サービスの調整等を行い、臨床心理士が心理検査等を実施して診察時に必要な情報を整理している。

例2) 自殺未遂者ケアにおけるチーム医療の取組（横浜市立大学附属市民総合医療センターの例）

救命センターでは、搬送される全ての自殺企図者に身体的治療を行うことはもとより、救命センターに常勤している精神科医と救急医、看護師、精神保健福祉士の多職種チームが心理的危機介入と正確な精神医学的評価、心理社会的評価を行い、これに基づいて心理教育を含む精神科治療、ソーシャルワークを行い、地域ケアの導入を行っている。

- 周産期医療においては、妊婦のリスクと選択する医療機関とのミスマッチを防ぐことが重要であり、対応する対象者のリスクに応じて施設間や施設内でチームを構成する必要がある。産科病院や産科診療所の院内助産所・助産師外来は、正常産を助産師が担うことによる産科医師の負担軽減や緊急時の迅速な連携に加えて、助産師が妊娠初期から分娩管理、産後の母乳支援や新生児ケアまで継続して行うことにより妊産婦の意向を尊重したケアが可能となり、妊産婦や家族の満足度の向上につながっている。

例) 助産所のような診療所と高次医療チームの連携（聖路加産科クリニックの例）

必要時には迅速に転院・搬送ができる高次医療機関の門前に診療所を開設し、助産所のように時間をかけて心身の準備を整え、必要最低限の医薬品の使用による分娩を実施している。助産師チームが家族構成等も視野に入れつつエビデンスに基づいたケアを継続的に提供することにより、妊産婦・家族の満足度が向上している。

7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減

- 急性期の医療において、現在は個別の課題に応じて必要な専門職を集めた「専門部隊型のチーム医療」が行われているが、十分なマンパワーを確保して必要な専門職を病棟に配置する「病棟配属型チーム医療」が望ましい。

例1) 薬剤師の病棟配置による薬剤管理の取組

薬剤管理において、薬剤師を病棟に配置し、医師と協働した薬物療法の検討、注射薬の調製、医師・看護師と協働した点滴投与時の注意事項の確認等を実施することにより、

薬剤に関するインシデント報告件数が減少する効果が現れている。

また、病棟配置により、患者の状況や検査結果等を随時把握することが可能となり、積極的な処方提案や持参薬の適正管理、次の処方のためのフィードバック、フィジカルアセスメントの実施による薬効・副作用モニタリング、副作用を抑えるための薬学的管理、他職種への助言・相談、薬物療法のプロトコル管理などの薬剤の適正使用に関する業務を薬剤師が担うことにより、薬剤に関連する有害事象の発生や重篤化の防止など、医療安全の質が向上する。

例 2) 管理栄養士の病棟配置による栄養管理の取組

病棟配置により、患者の日々の栄養食事摂取状況・身体状況・病状から栄養状態の変化等を随時把握・確認することが可能となり、医師、看護師、薬剤師等との連携により、的確かつ迅速に適正栄養量及び食事・栄養補給法に関する医師への提言、栄養管理計画書を管理栄養士が担うことによりスタッフの業務の効率化と治療効果の向上を図ることができる。また、介入後のモニタリングの実施により、栄養不良・栄養過剰リスクの回避のための即時調整、さらに患者、家族への治療食の必要性の説明・指導、他職種への助言・相談等に関する業務を担うことにより、治療効果や患者の QOL を向上させることもできる。

- 全日本病院協会が実施した看護師の業務に関する調査によると、依然として看護師が機器点検や物品管理、検体搬送等の業務を実施しており、他職種との業務分担等による業務の見直しが必要である。
- 専門職が本来その職種がやるべき業務に専念するために、事務職員等が実施することができる業務については医療クラーク等を活用することにより、医師をはじめとする専門職の負担軽減や、書類作成や外来の待ち時間の短縮などの患者サービス向上につながる。

例) 医療クラーク導入による医師の勤務環境改善の取組 (済生会栗橋病院)

勤務医の煩雑な事務作業をサポートして負担軽減を図るために医療クラークを 17 名導入している。医療クラークが外来診療補助や文書作成補助、オーダーの入力等を実施することにより、診断書の完成日数の短縮や患者とのコミュニケーションが円滑になるなど医療の質が向上するとともに、医師の生産性の向上や時間外勤務の減少などの効果がみられている。医療クラークの育成については、外部の講習と院内における OJT により実施している。

平成 23 年度実施予定の試行事業について

(チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ)

1. 特定看護師（仮称）養成 調査試行事業（案）について・・・P. 1
2. 特定看護師（仮称）業務試行事業（案）について・・・・・・P. 6

特定看護師（仮称）養成 調査試行事業（案）について

1. 事業の目的

- チーム医療の推進に関する検討会報告書（平成 22 年 3 月 19 日取りまとめ）において、特定看護師（仮称）の業務範囲や要件については、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と提言された。
- 本事業は、当該報告書の提言を受け、専門的な臨床実践能力を有する看護師の養成に取り組む修士課程及び研修課程に幅広く協力を得て先導的な試行を実施し、当該課程のカリキュラムの内容や実習の実施状況等に関する情報を収集するものである。
- なお、本事業は、特定看護師（仮称）の業務範囲や要件等を検討する際に必要となる情報や実証的なデータを収集することを目的として実施するものであり、「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程」としての指定は、今後、特定看護師（仮称）の養成課程として認められることを保証するものではない。また、同課程における実習の中で実施される業務・行為については、今後、特定看護師（仮称）の業務範囲として整理されることが確定したものではない。

2. 事業内容

(A) 修士課程 調査試行事業

一定の基準を満たす修士課程を「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士）」に指定し、当該課程からカリキュラムの内容や実習の実施状況等に関する情報の報告を受ける。

(B) 研修課程 調査試行事業

一定の基準を満たす研修課程等（看護師（免許取得後）を対象として学会や研修センター等が実施するもの）を「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（研修）」に指定し、当該課程からカリキュラムの内容や実習の実施状況等に関する情報の報告を受ける。

※ 本事業は、「特定看護師（仮称）」という新たな枠組みの構築に向け、法制化を視野に入れつつ、特定看護師（仮称）の業務範囲や当該業務・行為を安全に実施するために必要なカリキュラムの内容等を実証的に検討するに当たり、厚生労働省の関与の下、一定の期間、検討に必要な情報・データを収集する目的で実施するものである。このような事業の趣旨にかん

がみ、「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」においては、十分な安全管理体制を整備していること等を条件に「診療の補助」の範囲に含まれているかどうか不明確な業務・行為について実習して差し支えないこととする。

3. 実施方法

(1) 実施期間と方法

- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」の指定に係る申請期間は、平成 23 年 3 月 1 日から同月 31 日までとする。
- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」の指定申請のあった修士・研修課程については、順次、「(3) 指定基準」に照らし、書面によって内容を確認し、「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」に指定することとする。
- 事業の実施期間は、当面、平成 24 年 3 月までとする。なお、事業の実施状況等によっては、平成 24 年 4 月以降も継続して募集・実施することとする。
- 事業の事務手続の窓口は、厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室とする。

(2) 指定申請書類

- 以下の書類を提出すること。

- ① 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程」申請書
- ② シラバス
- ③ 大学院・学会・研修センター等の概要
- ④ 実習施設概要（代表施設）

※ 平成 22 年度の「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」の指定を受けていた課程については、①申請書のみ提出で差し支えないこととする。

※ ①申請書においては、本事業で演習・実習する業務・行為を明示すること。

(3) 指定基準

- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程」と称すること。
- 専門的な臨床実践能力を習得する上で必要な基礎科目として、以下の教育内容を必修としていること。
 - ① フィジカルアセスメントに関する科目

- ② 臨床薬理学に関する科目
- ③ 病態生理学に関する科目

- 演習・実習科目を必修とするとともに、専門的な臨床実践能力を習得できる実習場所（病院等）を1か所以上確保していること。
- 専門的な臨床実践能力を習得させるために「医師の教員・指導者」が必要数確保されていること。また、病態生理学に関する科目や実習等については、「医師の教員・指導者」が適切に配置されていること。（「医師の教員・指導者」については、専任・兼任の区別や職位は問わないが、臨床研修指導医と同程度以上の経験があることが望ましい。）
- 実習場所（病院等）において、実習に係る安全管理体制を整備していること。また、患者又はその家族に対する説明・相談に係るルールを定めていること。

※ なお、上記の5つの基準は、あくまで「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程」の指定基準であり、特定看護師（仮称）の養成課程の認定基準については、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」において、今後検討されるものである。

（4）報告書類

- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」は、本事業の実施状況（例えば、実習の実施状況、安全面の課題、学生の履修状況、実習時のインシデント・アクシデントの状況、一般の看護師でも実施可能な行為等）について、本事業の中間時及び終了時に報告書を提出すること。
- 実習時にインシデント・アクシデントが発生した場合は、当該インシデント・アクシデントの内容、発生後の対応、発生の要因等について、別添の様式に記載の上、発生後速やかに提出すること。
- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」は、チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループの求めに応じて、必要な資料を提出すること。

4. その他

- 「特定看護師（仮称）業務試行事業」の対象となる看護師を養成した課程においては、当該看護師を雇用する「特定看護師（仮称）業務試行事業 実施施設」から提供された情報を踏まえ、自らの養成課程の内容について自己評価を行うこととする。

特定看護師（仮称）養成 調査試行事業 インシデント・アクシデント報告書

施設名： _____

担当者（報告者）： _____

実習時のインシデント・アクシデントの詳細

実習時に学生が当事者となるインシデント・アクシデントが発生した場合、1件につき1枚ずつご記入下さい。

* 枠内に記載もしくは選択肢があるものはいずれかに○を付けて下さい。

1	インシデント・アクシデントの種別	
2	発生日時	年 月 日 () 時 分頃
3	発見日時	年 月 日 () 時 分頃
4	発生場所	病院 ・ 診療所 ・ 在宅 ・ その他 () ↳ 病棟、外来、手術室、検査室、その他 ()
5	患者情報	性別： 男 ・ 女 年齢： () 歳 患者区分： 入院 ・ 外来 ・ 在宅 疾患名： (インシデント・アクシデントに関連したもの)
6	当事者	学年： (1 ・ 2) 年 状況： 教員・指導者（医師）の監督のもとに行っていた 教員・指導者（医師）が別の場所にいた 初めて実施する医行為 ・ 数回目の医行為
7	内容（時間経過に添って、それぞれの立場の状況をわかりやすく記載）	
8	影響レベル *下記の表を参照	レベル (1 ・ 2 ・ 3a ・ 3b ・ 4a ・ 4b)
9	発生後の対応（患者に行った処置等や本人や家族への説明等）	
10	発生の要因（当事者、環境、指導者の状況を含めて）	
11	発生後の改善策	

レベル 1 : 患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）

レベル 2 : 処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性を生じた）

レベル 3 a : 簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）

レベル 3 b : 濃厚な処置や処置を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者さんの入院、骨折など）

レベル 4 a : 永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない

レベル 4 b : 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題は伴う

特定看護師（仮称）業務試行事業（案）について

1. 事業の目的

- チーム医療の推進に関する検討会報告書（平成 22 年 3 月 19 日取りまとめ）において、特定看護師（仮称）の業務範囲や要件については、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と提言された。
- 本事業は、当該報告書の提言を受け、「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」を修了した看護師及びその従事する施設等に幅広く協力を得て先導的な試行を実施し、当該看護師の活用状況や業務の実施状況等に関する情報を収集するものである。
- なお、本事業は、特定看護師（仮称）の業務範囲や要件等を検討する際に必要となる情報や実証的なデータを収集することを目的として実施するものであり、本事業の対象となる看護師について、今後、特定看護師（仮称）として認められることを保証するものではない。また、本事業の対象となる業務・行為については、今後、特定看護師（仮称）の業務範囲として整理されることが確定したものではない。

2. 事業内容

- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」を修了した看護師が従事する施設を「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」（以下「指定施設」という。）に指定し、指定施設から当該看護師の活用状況や業務の実施状況等に関する情報の報告を受ける。
- 業務の実施に係る試行は、各看護師が「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」において習得した業務・行為を対象として行う。

※ 本事業は、「特定看護師（仮称）」という新たな枠組みの構築に向け、法制化を視野に入れつつ、特定看護師（仮称）の業務範囲や当該業務・行為を安全に実施するために必要なカリキュラムの内容等を実証的に検討するに当たり、厚生労働省の関与の下、一定の期間、検討に必要な情報・データを収集する目的で実施するものである。このような事業の趣旨にかんがみ、指定施設においては、十分な安全管理体制を整備していること等を条件に「診療の補助」の範囲に含まれているかどうか不明確な業務・行為について実施して差し支え

ないこととする。

3. 実施方法

(1) 実施期間と方法

- 「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」の指定に係る申請期間は、平成23年3月1日から同月31日までとする。なお、事業の実施状況等によっては、平成23年4月1日以降も追加の申請を受け付けることとする。
- 「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」の指定申請のあった施設については、順次、「(3) 指定基準」に照らし、書面によって内容を確認し、「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」に指定することとする。
- 事業の実施期間は、当面、平成24年3月までとする。なお、事業の実施状況等によっては、平成24年4月以降も継続して募集・実施することとする。
- 事業の事務手続の窓口は、厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室とする。

(2) 指定申請書類

- 以下の書類を提出すること。
 - ① 「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」申請書
 - ② 実施施設概要

※ ①申請書においては、本事業で試行の対象とする業務・行為を明示すること。

(3) 指定基準

- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」を修了した看護師を雇用していること。（看護師の雇用形態（常勤・非常勤等）は問わない。）
- 医療福祉施設（病院、診療所、訪問看護事業所、介護関係施設等）であること。
- 本事業の実施に係る管理責任者を選定していること。
- 本事業の実施に当たり、以下のとおり、安全管理体制を整備していること。（訪問看護事業所や介護関係施設等、自施設において体制を整備することが困難で

ある場合には、他の医療機関と連携して体制を整備することとして差し支えないこと。）

- ① 本事業の実施に係る安全管理に係る組織（施設の管理者及び関係各部門の責任者等による構成とし、②の担当医を含むこと。）の設置
 - ② 適切な指導等により試行の安全性を確保する担当医の選定（臨床研修指導医と同程度以上の経験があることが望ましい。）
 - ③ 医療事故発生時の対応に係る基準及び院内報告制度等の整備
- 本事業の対象となる看護師に対して教育・研修を行った「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」と連携体制（事業の実施状況に関する定期的な情報共有等）を整備していること。

（4）実施基準

- 管理責任者は、本事業が安全かつ円滑に実施されるよう、安全管理に係る組織の会議を定期的で開催するとともに、事業の実施状況について、担当医及び本事業の対象となる看護師から随時聴取し、確認することとする。
- 安全管理に係る組織は、試行の対象とする業務・行為を実施する前に、あらかじめ、①緊急時の対応に係る手順、②患者又はその家族に対する説明・相談に係るルール、③本事業において試行の対象とする業務・行為に係るプロトコールを定めることとする。
- 担当医及び本事業の対象となる看護師は、定期的で開催される安全管理に係る組織において、本事業の実施状況を報告することとする。
- 担当医は、試行の対象とする業務・行為が安全に実施されるよう、定期的の本事業の対象となる看護師の習得度を確認するとともに、必要に応じて指導を行うこととする。
- 本事業の対象となる看護師は、医師の指示の下、試行の対象とする業務・行為に係るプロトコールに従って、当該業務・行為を実施することとする。

（5）報告書類

- 指定施設は、本事業の実施状況（例えば、試行の対象とする業務・行為の実施状況、安全面の課題、担当医や他職種からの評価、インシデント・アクシデントの状況、配置部署・勤務体制等）について、本事業の中間時（7月末・11月末）及び終了時に報告書を提出すること。

- 業務時にインシデント・アクシデントが発生した場合は、当該インシデント・アクシデントの内容、発生後の対応、発生の要因等について、別添の様式に記載の上、発生後速やかに提出すること。
- 指定施設は、チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループの求めに応じて、必要な資料を提出すること。

4. その他

- 指定施設は、連携する「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」が自らの養成課程の内容について自己評価を適切に行うことができるよう、事業の実施状況に関する定期的な情報共有等に努めること。

(別添)

特定看護師（仮称）業務試行事業 インシデント・アクシデント報告書

施設名： _____

報告者： _____

インシデント・アクシデントの詳細

当事者となるインシデント・アクシデントが発生した場合、1件につき1枚ずつご記入下さい。

* 枠内に記載もしくは選択肢があるものはいずれかに○を付けて下さい。

1	インシデント・アクシデントの種別	
2	発生日時	年 月 日 () 時 分頃
3	発見日時	年 月 日 () 時 分頃
4	発生場所	病院 ・ 診療所 ・ 在宅 ・ その他 () ↓ 病棟、外来、手術室、検査室、その他 ()
5	患者情報	性別： 男 ・ 女 年齢： () 歳 患者区分： 入院 ・ 外来 ・ 在宅 疾患名： (インシデント・アクシデントに関連したもの)
6	当事者の状況	担当医（指導者）の監督のもとに行っていた 担当医（指導者）が別の場所にいた 初めて実施する医行為 ・ 数回目の医行為
7	内容（時間経過に添って、それぞれの立場の状況をわかりやすく記載）	
8	影響レベル *下記の表を参照	レベル (1 ・ 2 ・ 3a ・ 3b ・ 4a ・ 4b)
9	発生後の対応（患者に行った処置等や本人や家族への説明等）	
10	発生の要因（当事者、環境、指導者の状況を含めて）	
11	発生後の改善策	

--	--

レベル1：患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）

レベル2：処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性を生じた）

レベル3 a：簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）

レベル3 b：濃厚な処置や処置を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者さんの入院、骨折など）

レベル4 a：永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない

レベル4 b：永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題は伴う

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC

タスク・シフティングに関するWMA決議

2009年10月、WMAニューデリー総会で採択

医療における「タスク・シフティング」という言葉は、通常は医師が担当している業務を、医師とは異なるまたはより低い水準の教育および訓練を受けた医療従事者、あるいは正式な医療教育は受けず、限定された業務を遂行するためのみの訓練を受けた者に移行する状況を述べる際に用いられる。タスク・シフティングは医師不足に直面している国でも、そうでない国でも生じる。

タスク・シフティングの最大の要因は、移民などのために有資格者が不足していることにある。危機的な医師不足に直面している国では、必要なサービスを提供する手段が他にないため、代替的医療従事者あるいは非医療従事者に訓練を施し、一般には医師の権限の範囲内と見なされる業務を代わりに遂行させるために、タスク・シフティングを適用する場合がある。そのような国では、タスク・シフティングは極めて脆弱な集団の健康を改善するため、ほとんどの場合は現在の医療従事者不足に対処するため、あるいは HIV などの特定の医療問題に取り組むことを目的としている。医師不足が最も深刻な国々では、新たな医療専門職（指導員）が設けられている。しかし、医師の業務を肩代わりするこれらの人々は、医師としての幅広い教育と訓練を受けていないので、合併症や他の不測の事態が発生した場合に適切な決定を下すための知識、経験および専門的判断力がないまま、プロトコルに従ってその業務を遂行しなければならない。これは、タスク・シフティングを行うかまったく治療しないかのいずれかを選ぶしかない国では適切かもしれないが、状況の異なる国に適用すべきではない。

危機的な医師不足に直面していない国では、タスク・シフティングは社会的、経済的、職業的、時には効率化という口実や、節約など、認められない理由でも発生している。逆に彼らの業務範囲の拡大や保護のために促進させたり、阻止されることもある。保健当局、代替医療従事者、時に医師自らにより始められることもある。医療技術の進歩によって一定の業務の遂行と解釈が標準化されることで、医師に代わって医師以外の医療従事者あるいは技術補助員が遂行できるようになり、このことがタスク・シフティングを促すこともある。これは医師と協力して行われることが多い。しかし、医療を技術上の問題としてのみ見ることはできないことは認識しなければならない。

タスク・シフティングは既存の医療チームの中でも発生することがあり、その場合は、そのチームの構成員が遂行する役割と機能が見直される。また他の医療従事者、特に医師や独立的に特定の業務を遂行する訓練を受けた職員を補佐する機

能を持つ、新たな専門職が設けられることもある。

タスク・シフティングはある状況では必要であるが、時に患者ケアの基準を改善する場合には相当なリスクも伴う。その中で最も重視すべきことは、患者ケアの質が低下するリスクであり、医療的判断・決定が移行された場合には特にリスクがある。患者が訓練度の低い医療従事者のケアを受ける可能性だけでなく、患者と医師の接触の減少、断片化されて非効率的なサービス、適切なフォローアップの欠如、不正確な診断と治療、合併症に対処できないといった具体的な質の問題も関係する。

さらに、補助職員を設けるタスク・シフティングでは医師に対する要求が増大することも実際ある。医師は訓練担当者と監督者としての責任が増大し、直接患者を治療するようなその他の多くの業務に割く時間が少なくなる。また自分の監督する医療従事者の行うケアに対して負う職業的・法的責任も増大する。

世界医師会（WMA）は、保健当局が、しばしば医師や医師を代表する組織と協議することなくタスク・シフティングを開始することに対し、特に懸念を示している。

勧告

したがって、WMA は全ての各国医師会に以下のガイドラインを推進し、これに従うよう勧告する。

1. 医療の品質と継続性および患者の安全は損なわれてはならず、これは、タスク・シフティングを扱うすべての改革と立法の基本とすべきである。
2. 医師の業務が他の職種に移行されているという事実を鑑みて、医師と医師を代表する組織はタスク・シフティングの実施に関する全ての局面において、特に法律と規制の改革においては、当初から相談を受けるなど、密接に関与しなければならない。医師は、自らの監督のもと、安全と適切な患者のケアの原則のもとで、新しいアシスタントの中核を先導・訓練することを考えなければならない。
3. 品質保証基準および治療プロトコルは、医師によって制定、作成、監督されなければならない。医療の質を確保するために、タスク・シフティングの実施と並行して認定書交付システムを策定し、実施しなければならない。医師だけが遂行できる業務を明確に規定しなければならない。特に、診断や処方については慎重に検討されなければならない。

4. 医師が危機的に不足している国では、タスク・シフティングは、この状況から脱出するための明確な対応策を基にした、暫定的方策と見るべきである。しかし、その国に固有の状況によってタスク・シフティングを長期的に実施する可能性が高くなった場合は、持続可能な措置を実施しなければならない。
5. 医療システムが持続可能で十分に機能するものであれば、それを廃止してタスク・シフティングを実施してはならない。医療従事者を雇用しなかったり、不完全雇用としたりして捻出した経費で補助職員を雇用してはならない。また、医師の教育および訓練の代わりにタスク・シフティングを行ってはならない。
力が注がれるべきなのは、技術のある医療従事者を訓練し雇用することで、技術のない医療従事者にタスク・シフティングを行うことではない。
6. タスク・シフティングによる経済的利益と同様のコスト節減対策についてはまだ立証されておらず、医療費を削減することは患者の最大の利益につながる医療の良質さをもたらす可能性を低下させるので、タスク・シフティングを単に費用削減の手段と見なしたり、実施したりしてはならない。タスク・シフティングによる経済的利益について信頼性の高い分析を実施し、医療の成果、費用対効果および生産性を評価すべきである。
7. タスク・シフティングを補完するものとして、医療従事者の給与引き上げおよび労働条件の改善など、医療従事者を引き留めるためのインセンティブを与えるべきである。
8. タスク・シフティングが必要とされる理由は国によって異なるので、ある国に適した施策をそのまま他の国に適用できるわけではない。
9. タスク・シフティングが医療システムの全体的機能に及ぼす効果はまだ明確ではない。タスク・シフティングが患者、医療の成果さらには医療提供の効率および有効性に及ぼす影響に対する評価を実施すべきである。特に、HIVなど特定の医療問題に対応してタスク・シフティングが発生する場合、医療システム全体について定期的な評価とモニタリングを実施すべきである。このような作業は、これらのプログラムが患者の健康を確実に改善するために不可欠である。
10. タスク・シフティングは、独立して研究・評価されなければならない、その研究・評価に関しては、タスク・シフティング施策を実施、あるいはこれに対する出資を担当する者からの援助を受けてはならない。
11. タスク・シフティングは、医療従事者不足に対する対応策のひとつに過ぎない。

い。協力して行う医療行為やチーム/パートナーアプローチなどの他の方法を並行して策定し、重要な基準としてみなすべきである。医師が協力し、各構成員が提供する医療にそれぞれ貢献できる相互支援的な双方向医療チームがある場合は、それを廃止してタスク・シフティングを実施してはならない

12. 医療連携を成功させるために、リーダーシップおよびチームワークの訓練を改善しなければならない。各々が何を訓練すべきで何ができるかについての明確な理解、また責任の所在に関する明確な理解、および共通認識に立った専門用語の明確な使用が必要である。
13. タスク・シフティングを実施する前に潜在的なニーズ、費用および利益についての体系的な検討、分析および議論をすべきである。単に医療システムにおける別の動きに対する対応策として実施してはならない。
14. 成功を収める訓練モデルとは何かを探るための調査を行わなければならない。また調査は、情報、証拠および成果の収集と共有を重点とすべきである。調査と分析は包括的なものでなければならず、医師もそのプロセスの一部に係わらねばならない。
15. 各国医師会は、タスク・シフティングの枠組みを策定する際に、他の医療従事者組織と適宜協力すべきである。WMA は、加盟医師会が自国の発展や、それが患者のケアやその成果に及ぼす影響について討論できるよう、タスク・シフティングという議題に関する情報を共有できる枠組みの確立を考えねばならない。

06.10.09

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

処方権に関するWMA決議

2010年、WMAバンクーバー総会で採択

序文

医師は、学究開始時からキャリア全体を通して、最上の技術と配慮をもって患者を治療するのに必要な知識を習得し、訓練を受け、能力を獲得する。

医師は、患者の総合的な状態を考慮に入れながら、最も正確な診断を行い、病気を治癒させ、あるいは症状を軽減するために最大限に効果的な治療を決定する。

多くの場合、医薬品は治療において不可欠な部分である。医療の倫理的・職業的原則に従って正しい決断を行うために、医師は薬理学の原理、および異なる医薬品間で起こりうる相互作用や患者の健康へ及ぼす影響についての徹底した知識と理解をもっていなければならない。

医薬品処方とは重要な臨床的介入であり、これに先立って、患者の状態を判断し正しい臨床診断を下すための複合かつ統合的なプロセスが行われるべきである。このプロセスには以下が含まれる。

- 現在の状態と既往歴を考慮する
- 鑑別診断を行う能力
- 関連する複数の慢性疾患や複合疾患を理解する
- 現在効果を挙げている投薬や過去に中止した投薬の履歴、および可能性のある相互作用を考慮する

正しい知識と正確な診断なしに不適切な医薬品処方を行うことは、患者の健康に重大な悪影響を与える可能性がある。不適切な治療決定からは深刻な事態が生じうることを考慮し、WMAは質の高い治療と患者の安全の確保に関する次の原則を確認する。

原則

医薬品の処方は、患者の症状の正しい診断に基づいて行われるべきであり、かつ、病気の機序と診断方法、および問題となる症状の投薬治療に関する教育課程を修了した者によって行われるべきである。

医師による処方は、患者の安全を保証するために不可欠であると同時に、患者と医師の間の信頼関係を維持するためにも極めて重要である。

看護師やその他の医療従事者は、患者の治療全般にわたり協力し合うが、単独で処方するのに最も適切な資格をもつのは医師である。国によっては、特定の状況において、通常は特別な訓練と教育を受けたその他の専門職が、ほとんどの場合は医師の監督のもとで、医薬品を処方することが法律で許可されているところもある。あらゆる場合において、患者の治療の責任は医師にある。各国の医療システムは、患者の診断と治療における国民の安全と利益を確実に守るべきである。システムが社会的、経済的あるいはその

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.

薬物療法における医師と薬剤師の関係に関する WMA 声明

1999年10月、イスラエルのテルアビブにおける第51回WMA総会にて採択
2010年10月、WMAバンクーバー総会で修正

はじめに

薬物治療の目標は、患者の健康と生活の質を改善することである。最適な薬物治療は、安全、有効、かつ効率的でなければならない。薬物治療は誰もが平等に受けられるものでなければならない。また患者および医師のニーズにあった正確で最新の情報についても平等に得られるものでなければならない。

薬物治療はより複雑なものとなっており、選択した治療を実施し監視するためには学際的なチームの投入が求められることが多い。病院では、学際的なチームに臨床薬剤師を加える場合が次第に一般化しており有用となってきた。医薬品を処方する権利は、能力に基づき、理想的には医師がその責任で所有すべきである。

医師と薬剤師は、最適な薬物治療の提供という目標を達成するために、互いに支援、協力してこの責任を果たさなければならない。そのためには、互いの専門的能力に関して、情報交換し、敬意と信頼を示し、相互理解を深めることが必要である。相反する情報を患者に提供しないために、医師と薬剤師ともに、同一の正確で最新の情報源を利用することが重要である。

医師と薬剤師は、患者に質の高いサービスを提供し、薬物の安全な使用を保証しなければならない。したがって、医師と薬剤師間の協力は、学習能力の向上および患者も含めた情報共有の観点からみて不可欠である。

患者の最善の利益のために、医師と薬剤師それぞれの職種の機能を明確化し、透明性と協力関係の中で薬物の適正使用を推進するためには、医師と薬剤師それぞれの代表組織が率直な意見交換を継続することが必要である。

医師の責務

医師はその知識、専門的スキル、能力に基づいて疾病を診断する。

必要に応じて患者、薬剤師、その他の医療専門家と協議する中で薬物治療の必要性を評価し、それに適した医薬品を処方する。

患者に対しその診断、適応症、治療目標に加え、薬物治療に関する処置、便益、リスク、予想される副作用に関して情報を提供する。適応症外処方を行う場合には、患者にその処方の内容について情報を提供しなければならない。

薬物治療への対応や、治療目標に向けての進展についてモニタリングと評価を行い、必要に応じて、薬剤師、その他の医療専門家や場合によっては介護者とも協力して治療計画を改訂する。

薬物治療に関する情報は、その他の医療従事者にも提供して共有する。

複雑な薬物治療の管理責任を負う医療専門家で構成された学際的チームを指導する。

治療の必要性に応じて、また機密保持の尊重および患者データの保護に関する法令に従って、個々の患者に関する十分な記録を保管する。

可能であれば、医療現場において電子的医薬品提供システムを積極的に導入し、医師の専門的な知識を活用してそのシステムを支援する。

専門的分野における医師の生涯教育を通して薬物治療に関する高い知識水準を維持する。

医師が提供すべき、あるいは調剤が認められている医薬品を確実に調達し保管する。

相互作用、アレルギー反応、禁忌、重複投与があるかを確認するために処方箋の指示を見直す。

国内法に従い、保健当局に対して医薬品による副作用を報告する。

中毒性を有する可能性がある医薬品の処方については、必要に応じて監視と制限を行う。

患者の診療記録に医薬品による副作用を記載する。

薬剤師の責務

関係する法令に従い、医薬品を確実に調達し、適切に保管、調剤する。

患者には、医薬品の正しい使用方法と保存方法だけでなく、その解説文、医薬品の名称、使用目的、予想される相互作用と副作用等の情報を含めて提供する。

相互作用、アレルギー反応、禁忌、重複投与があるか確認し、処方箋の指示を見直す。懸念があれば、処方した医師と協議すべきである。しかし、薬剤師は処方した医師と相談せず処方を変更してはならない。

医薬品に関連する問題や処方された薬に関する懸念は、必要に応じて、また患者からの申し出があった場合、検討することとする。

市販薬の選択や使用について、また軽度の症状や患者自身による疾病の管理について、適宜患者に助言する。自己治療が適切ではない場合には、患者に主治医の診断と治療を受けるよう助言する。

特に病院では、複雑な薬物治療に関する学際的チームに参加し、医師や他の医療従事者と協力して行動する。

国内法に従い、処方した医師と保健当局に対して医薬品による副作用を報告する。

一般的なまた具体的な医療関係の情報や勧告を、公衆および医療従事に提供し共有する。

専門的分野における生涯学習を通して薬物治療に関する高い知識水準を維持する。

結論

薬剤師と医師が互いの役割を理解し尊重しあい、協力することにより、患者は最善の医療を受けることができる。これにより医薬品が安全かつ適切に使用され、患者の健康に最善の成果を確実にもたらすのである。

