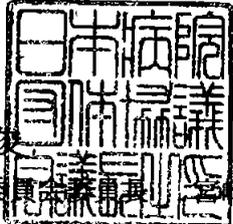


平成 23 年 11 月 4 日

民主党厚生労働部門会議座長 長妻 昭 殿
医療・介護WT座長 柚木道義 殿

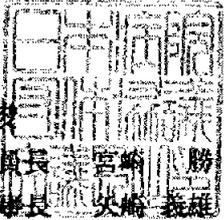
日本病院団体協議会	議長	西澤 寛俊	
国立大学附属病院長会議	常置委員	宮崎 勝	
独立行政法人国立病院機構	理事長	天崎 義雄	
一般社団法人全国公私病院連盟	会長	竹内 正也	
社団法人全国自治体病院協議会	会長	邊見 公雄	
社団法人全日本病院協会	会長	西澤 寛俊	
社団法人日本医療法人協会	会長	日野 頌三	
一般社団法人日本私立医科大学協会	病院部会担当理事	小山 信彌	
社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學	
社団法人日本病院会	会長	堺 常雄	
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	武久 洋三	
独立行政法人労働者健康福祉機構	理事長	名川 弘一	

平成 24 年度診療報酬改定に係る要望書について

日本病院団体協議会は、次期診療報酬改定に向けて厚生労働省へ別紙のとおり要望書を提出致しましたので、特段のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

平成 23 年 7 月 29 日

厚生労働省保険局長
外口 崇 殿

日本病院団体協議会	議長	西澤 寛俊	
国立大学附属病院長会議	常置委員会委員長	宮崎 勝	
独立行政法人国立病院機構	理事長	大塚 義雄	
全国公私病院連盟	会長	竹内 正也	
社団法人全国自治体病院協議会	会長	邊見 公雄	
社団法人全日本病院協会	会長	西澤 寛俊	
社団法人日本医療法人協会	会長	日野 頌三	
社団法人日本私立医科大学協会	病院部会担当理事	小山 信彌	
社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學	
社団法人日本病院会	会長	堺 常雄	
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	武久 洋三	
独立行政法人労働者健康福祉機構	理事長	名川 弘一	

要 望 書

日本病院団体協議会は、平成 24 年度診療報酬改定に向けて、平成 22 年 6 月に、

「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」

平成 23 年 2 月に、

「医療情報システムの標準化と診療報酬上の評価」

「同一日の同一医療機関複数科受診における初・再診料を算定可能とする」

「入院患者の他医療機関への受診における制限の撤廃」

「外来リハビリテーション管理料の新設」

の要望を行ってきた。

この度、これまでに提出した要望も含め、平成 24 年度診療報酬改定に関して次の事項を要望する。

記

1. 根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設（再要望）

平成 22 年 6 月に上記の要望を行った後、中医協において基本診療料について議論され、基本診療料のコスト算定の可能性について、診療報酬調査専門組織「医療機関のコスト調査分科会」に付託された。その後、平成 23 年 5 月 18 日の中医協総会において、同分科会の報告がなされた。内容は基本診療料のうち入院基本料が想定するサービスの内容が不明確なため、この中に含まれるコストを適切かつ有効に調査することは「きわめて難しい」というものであった。

この結果からも判るように、現状の診療報酬制度、特に入院基本料は、点数の内容そのものの定義づけがなされておらず、コストについては考慮されていない。

そこで医療の安定的な提供を可能とするために、人件費・施設設備費等の横断的調査・検証、医師の技術料の客観的評価、等による「入院基本料の再構築」さらに「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」を改めて要望する。ただし、この制度の創設には複数年を要すると考えられるので、診療報酬調査専門組織「医療機関のコスト調査分科会」等による、継続的な調査・研究が早急に開始されることを要望する。

2. 病院における診療報酬算定規則の変更

a) 同一日の同一医療機関複数科受診について

同一医療機関における同一日の複数科受診については、2 つ目の診療科の初診に限り、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を算定することが診療報酬上認められている。しかし、その他の初診料・再診料は算定不可能である。

医療は、医師の診察に基づく極めて専門性の高い診療が基盤であることは論を俟たない。しかし、現在の診療報酬は、複数科受診について医師の技術料を無視した体系となっている。

各科協調による、より高度な医療の提供については当然評価されるべきであり、また診療科の専門性に優劣はないことから、「同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、すべての診療科について、初診料および再診料の区別なく、また減算することなく算定できること」を要望する。

b) 入院患者の他医療機関への受診の取り扱いについて

入院患者の他医療機関への受診の扱いは、従来、包括支払い病棟では入院料の70%減、平成22年度改定において、出来高支払い病棟でも30%減というルールが明確化された。しかし、現実には複数の疾患を持つ入院患者が極めて多く、専門的治療の継続を必要とすることは日常的に存在する。

また、病院の運営上欠かせない入院基本料や特定入院料の減算は、他医療機関受診に対する「懲罰的な減算」であり、現実的に他医療機関の受診を抑制もしくは不可能にしている。

必要な医療を受療することは国民の権利である。入院中の患者が医学的必要性に応じて他医療機関の専門的医療を受療する場合、入院料の減算を行わないこと、および、受診側の算定制限を設けないことを要望する。

c) 支払方式における出来高算定規則の整理

特定入院料などの包括支払方式病棟における「包括外での出来高算定規則」は、個々の点数設定において様々な算定規則があり統一性に欠けている。先に挙げた「入院患者の他医療機関受診時における制限」と同様に、患者の不利益にならず、かつ理論的に整理された規則に変更することを要望する。

d) 外来診療料について

外来診療料は、一般病床200床以上の病院外来に適応されており、70点の中に尿検査・血液検査・創傷処置・介達牽引等、多くの診療項目が包括されている。この設定は、大病院への外来集中抑制を目的としたものと考えられるが、現実的には逆作用しており、外来診療料が廉価ゆえに患者集中をもたらしている。

このような現実を是正するためには、診療所・病院の外来機能分化を計りつつ、一方では医療行為に対する正当な評価を行う必要がある。一般病床200床以上の病院の外来診療料を他の再診料と同一とし、検査・処置などの包括化をやめ、出来高算定できるようにすることを要望する。

3. 手術・検査等に対する適正なコストに基づいた評価

＝外保連方式準拠＝

手術・処置・検査等に関しては、外保連により緻密なコスト計算がなされて

いる。前回改定においても「根拠に基づく算定」として多くの手術点数改定に用いられた。今後もさらに広く、他の手術・処置・検査等において、外保連方式が導入されることを要望する。

4. 二次救急医療機関に対する評価

現状、二次救急医療機関は、医師不足や不採算性のため全国的に病院数が減少している。このため、夜間・休日に救急医療機関への受診が困難になっていることや、三次救急（救命救急センター）への患者集中などが喚起された。

そのような事態を解決するため、救急車を受け入れた際の「救急車応需加算」の創設、および「救急医療管理加算」の点数・算定期間増などを要望する。

5. 看護基準制度の変更

a) 夜勤平均 72 時間について

看護基準において、夜勤平均 72 時間は加算に変更し、現場の状況に応じた柔軟な対応を可能とすることを要望する。

また、日勤のみ勤務者や短時間労働者の雇用を促進するために、月平均夜勤時間の算定は、夜勤専従を除く全看護職員の平均とすること、夜勤専従者の労働時間は、最大 160 時間/4 週とすることを要望する。

b) 急性期看護補助体制加算の拡大による 24 時間配置

平成 22 年度改定において、急性期看護補助体制加算が新設された。現実に則った項目の新設であったが、本加算は入院 14 日目以降は算定できず、また基準とする入院患者数に見合う体制が常時必要とされている。そこで、急性期看護補助体制加算を拡大し、24 時間配置が可能となる点数とするとともに、入院全期間において算定できることを要望する。

6. 医師事務作業補助体制加算の対象病棟拡大

上記加算は、平成 20 年度改定で新設され、平成 22 年度改定において対象医

療機関が拡大されているが、療養病床や精神病床等、急性期以外の病棟においても多くの医師事務作業があるため、対象病棟の拡大を要望する。

7. チーム医療の評価（医療各職種の病棟配置）

チーム医療の重要性が論じられているが、各病棟においては既に様々なチーム医療が行われている。そのため、薬剤師・リハスタッフ・管理栄養士・社会福祉士・臨床工学技士・精神保健福祉士、等の病棟配置に対する加算評価を要望する。その場合、療養病床や精神病床等、急性期以外の病棟に対しても適切な評価を行うとともに、効率的な病院運営の観点から、専従ではなくチームの一員としての専任配置とすることを要望する。

8. 外来リハビリテーション管理料の創設

回復期の通院リハビリテーションにおいては、病状の急激な変化がないと判断される場合、受診毎の診察よりも、定期的（月1回程度）な診察時の評価および指導、リハスタッフへの指示が重要である。

このような診療を制度化し、「外来リハビリテーション管理料」を創設することを要望する。

9. 訪問看護・訪問リハ等の医療保険適応拡大

在宅医療を推進させるためには、訪問看護・訪問リハ等の充実が不可欠である。現在、一部の疾患や状態を除いて原則的に介護保険の適応となるため、ケアプランに位置づけられる必要がある。一方、医療保険での訪問看護は、点数設定等が介護保険と比較すると充実されていない。

今後、医療を必要とする重度在宅療養患者の増加は確実であり、医療保険における訪問看護・訪問リハ等の充実を要望する。また、医療保険の適応においては、短期的には医療療養病床の医療区分2、3にある疾患・状態を引用することも一案であると考えられる。

一方、医療保険と介護保険の境界については、平成24年度改定のみならず、長期的な視点での体系の簡素化、明確化が必要であり、十分な検討が行われることを求める。

10. 医療情報システムの標準化と診療報酬上の評価について

医療機関から提出された情報は、日本全体の医療政策、保険者機能の強化、さらに医療の質評価・公表などにおいて有益な情報となるものである。各医療機関はオンラインレセプトへの対応をはじめ、オーダリングシステム、電子カルテ、画像電子化、などの導入に巨額の投資を必要としており、一定の維持費用も発生している。しかし、医療機関はその投資に見合う収入が全く得られていない。

医療情報の標準化によるデータ活性の推進は、日本の医療の質向上に貢献するとともに、標準化により情報機器の導入や更新時に選択の自由度が増え、その結果として価格低下も期待できる。

今後の医療情報システムの整備と標準化を促進するため、保健医療情報標準化会議の提言に基づき定められた、厚生労働省標準規格に適合したレセプト・オーダリングシステム、電子カルテなどの医療情報システムを使用する場合、診療報酬上十分な評価が行われることを要望する。

以上

民主党厚生労働部門
第2回医療・介護WT団体ヒアリング

資 料

一般社団法人 日本病院薬剤師会

平成23年11月4日

目 次

	ページ
1. チーム医療における薬剤師の役割 1 －薬剤師の病棟業務の推進に向けて－ 【一般社団法人日本病院薬剤師会、平成23年11月4日】	1
2. 平成24年度診療報酬改定要望事項 7 【一般社団法人日本病院薬剤師会、平成23年8月30日】	7
3. 厚生労働省医政局長通知（医政発0430第1号） 21 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」	21
4. 平成23年度「病院薬剤部門の現状調査」概要（抜粋） 27 【一般社団法人日本病院薬剤師会、平成23年6月実施】	27
5. 病院医療従事者の負担軽減について（その2）（抜粋） 31 【中医協、資料総-5-2、平成23年4月20日】	31
6. わが国の医療についての基本資料（抜粋） （平成22年度「病院薬剤部門の現状調査」概要） 39 【中医協、2号側委員提出資料、平成23年7月13日】	39
別添資料1	
厚生労働省医政局長通知（医政発0430第1号）「医療スタッフの協働・連携 によるチーム医療の推進について」日本病院薬剤師会による解釈と具体例 （Ver. 1.1） 【社団法人日本病院薬剤師会、平成22年10月29日】	
別添資料2	
医療の質向上のためのチーム医療への薬剤師の関与とその成果に関する論 文実例集 （1）がん化学療法領域における薬剤師の取り組みと成果 【日本病院薬剤師会雑誌、Vol. 47 No. 8. 2011】	
別添資料3	
医療の質向上のためのチーム医療への薬剤師の関与とその成果に関する論 文実例集 （2）感染制御領域における薬剤師の取り組みと成果 【日本病院薬剤師会雑誌、Vol. 47 No. 10. 2011】	

チーム医療における薬剤師の役割

— 薬剤師の病棟業務の推進に向けて —

一般社団法人 日本病院薬剤師会



1

平成24年度診療報酬改定に関する要望書

チーム医療において薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加する体制を確保し、国民に良質で、安心・安全な医療を提供するため、日本病院薬剤師会は、平成24年度診療報酬改定に関する要望書を提出した。

平成24年度診療報酬改定に関する要望書

(日本病院薬剤師会,平成23年8月30日)

- ◎ **最重点要望事項(1項目)**
「薬剤師の病棟配置に関する評価」
- **重点要望事項(7項目)**
- **一般要望事項(15項目)**

2

1

平成24年度診療報酬改定要望事項

◎ 最重要要望事項 薬剤師の病棟配置に関する評価

● 重点要望事項

- 1 薬剤管理指導料「2」の対象薬剤の拡大
- 2 退院時薬剤情報管理指導料の増点
- 3 無菌製剤処理料「1」の増点
- 4 外来化学療法加算の増点
- 5 精神科病院における薬剤管理指導料の出来高払いへの移行
- 6 薬剤師を手術室に配置することの評価
- 7 医薬品安全管理加算の新設

○ 一般要望事項

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 1 後発医薬品使用体制加算の算定要件の緩和 | 8 PET検査における薬剤師の評価 |
| 2 退院時共同指導における薬剤師の評価 | 9 放射性医薬品安全管理加算の新設 |
| 3 院内感染防止対策における薬剤師の評価 | 10 特定薬剤治療管理料の初回管理加算の新設 |
| 4 がん性疼痛緩和における薬剤師の評価 | 11 特定薬剤治療管理料の対象薬剤の拡大 |
| 5 外来患者に対するハイリスク薬服用歴管理加算の新設 | 12 褥瘡治療における薬剤師の評価 |
| 6 在宅患者訪問薬剤管理指導料の増点 | 13 集団薬剤管理指導料の新設 |
| 7 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬調剤加算の増点 | 14 特定生物由来製品管理加算の新設 |
| | 15 禁煙治療における薬剤師の評価 |

(日本病院薬剤師会, 平成23年8月30日)

3

病院薬剤師の業務

薬剤師の役割

- 個々の患者の治療を行うチームにおいて、**医薬品と薬物療法については全てに責任を持つ。**
- 個々の患者の薬物療法について**最適(有効性、安全性)な薬物療法を行う。**
安全性: 副作用モニタリング、薬物相互作用、TDM
有効性: プロトコルの作成、処方提案、TDM

2010年4月30日医政発0430第1号医政局長通知
「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」
⇒ **チーム医療における薬剤師の役割が拡大**

《薬剤師の病棟配置がkey》

常に薬剤師が病棟にいないと責任を持つことができない

⇒ **常に、患者のそばにいてチームと連携することが必要である**

- すべての医療施設において**薬剤師の病棟専任体制**の構築が最重要課題
 1. 常時副作用モニタリングの確認ができる
 2. 患者の状態に応じて、適切な処方提案することができる
 3. 医薬品について医療スタッフからの相談に対応することができる⇒ **薬剤師の病棟配置が必要**

4

2

医療スタッフの協働と連携によるチーム医療の推進 (薬剤師の役割)

(1) 薬剤師

近年、医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しているため、医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、チーム医療において薬剤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非常に有益である。

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコルに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者(在宅の患者を含む。)に対し、薬学的管理(患者の副作用の状況の把握、服薬指導等)を行うこと。
- ④ 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、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。
- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方を提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

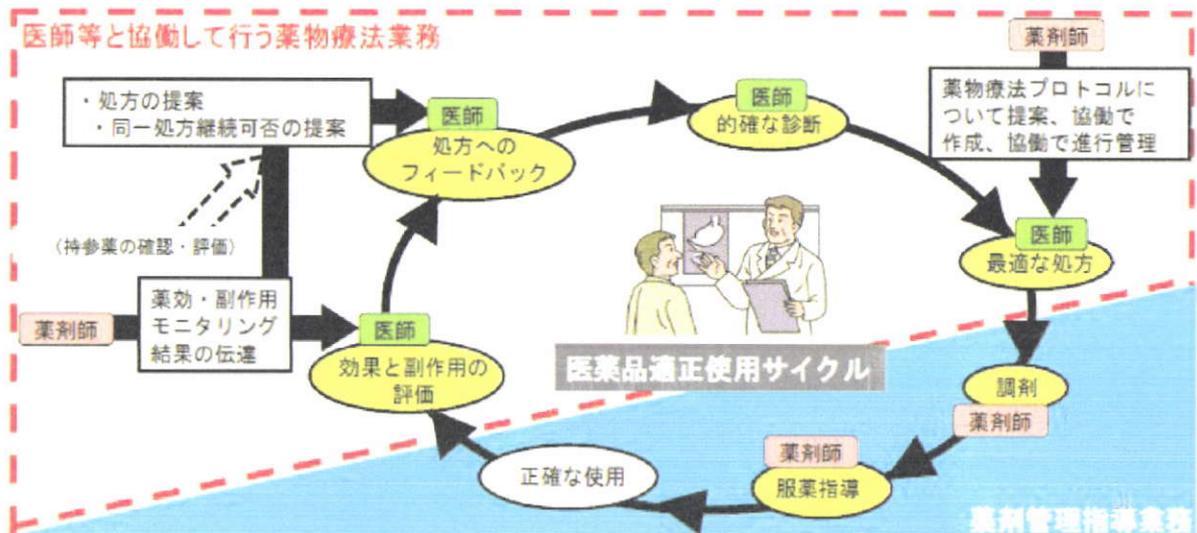
2) 薬剤に関する相談体制の整備

(平成22年4月30日付医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」より)

薬物療法における医師と薬剤師の協働(イメージ)

安心と希望の医療確保ビジョン(抜粋)(平成20年6月厚生労働省)

医療機関に勤務する薬剤師がチーム医療の担い手として活動するために、病棟等での薬剤管理や、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うなどの業務の普及に努める。また、医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画を通じ医師等の負担軽減に貢献する観点から、チーム医療における協働を進めるとともに、資質向上策の充実も図る。

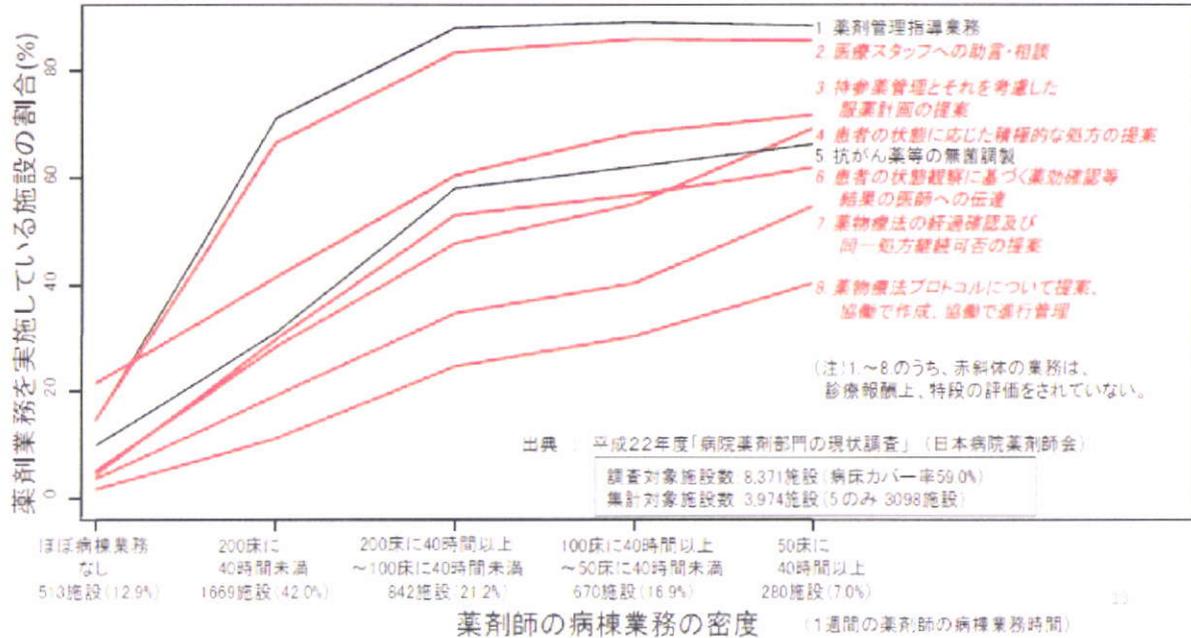


(厚生労働省, 第189回中央社会保険医療協議会総会, 資料(総-5-2), 平成23年4月20日)

薬剤師の病棟業務時間と実施業務内容

○ 病棟業務時間の増大に伴い、薬剤管理指導業務の実施率は一定時間で約90%に達する。一方、平成22年度厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(医政発0430第1号)にある薬剤業務^(※)の実施率は更に増加する。

(※)薬剤師が実施することができる業務の具体例として掲げられた、グラフ中の1から8の業務

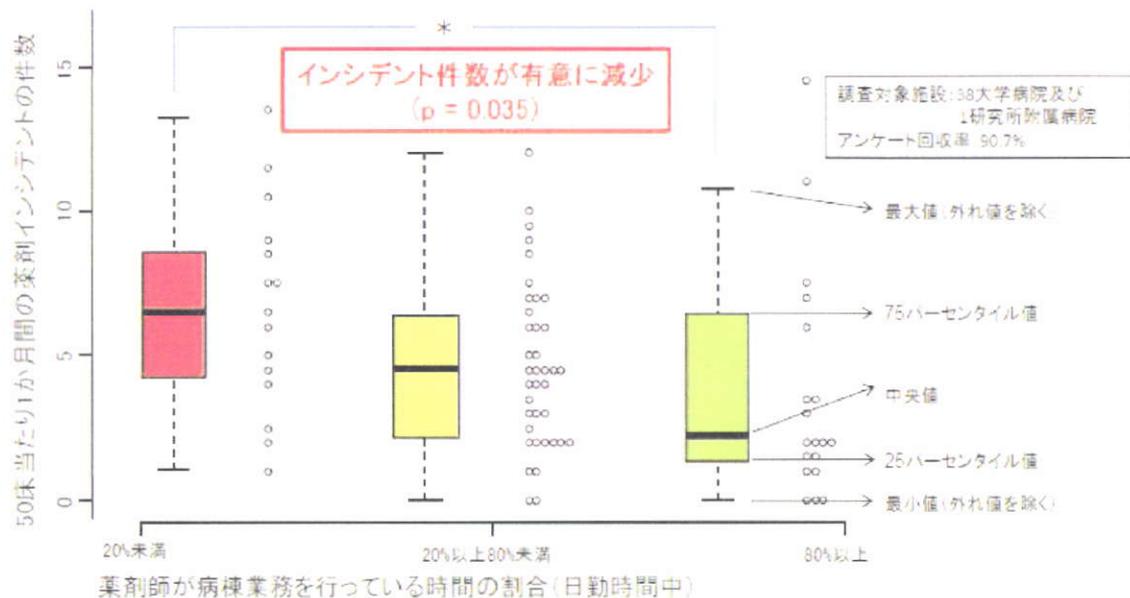


(厚生労働省, 第189回中央社会保険医療協議会総会, 資料(総-5-2), 平成23年4月20日)

7

薬剤師の病棟配置時間と薬剤関連インシデント件数

○ 薬剤師の病棟業務時間が80%以上の内科病棟においては、20%以下の内科病棟と比較して薬剤関係のインシデント件数が有意に減少した。



出典：「薬剤師の病棟勤務時間が長いほど薬剤が関連するインシデント発生数は少ない—国立大学病院における調査」(松原和夫ほか, 薬学雑誌, 131, 635-641 (2011))

(厚生労働省, 第189回中央社会保険医療協議会総会, 資料(総-5-2), 平成23年4月20日)

8

薬剤師の病棟配置について 調査すべき主な項目(案)

診療報酬改定 答申書附帯意見(抜粋)
(平成22年2月12日)

7 薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。



- 薬剤師による積極的な処方提案等により、医師等の負担がどの程度軽減されるのか、また、それが患者の思恵にどのようにつながるのか調査すべきではないか。
- どのような病棟においてどのような業務を薬剤師が担うことにより医療安全及び薬物療法の質が向上するのか調査すべきではないか。

(厚生労働省, 第189回中央社会保険医療協議会総会, 資料(総-5-2),平成23年4月20日)

9

平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査) 病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要(速報)(案)

1. 目的

- ・医療機関における加算の算定状況、勤務状況、処遇状況等の実態の把握
- ・勤務医負担軽減に係る対応策の具体的内容とその効果についての把握
- ・薬剤師の病棟配置や病棟業務にかかる実態等の把握

医師に対する調査結果 図表 5-45 病棟薬剤師の配置による効果



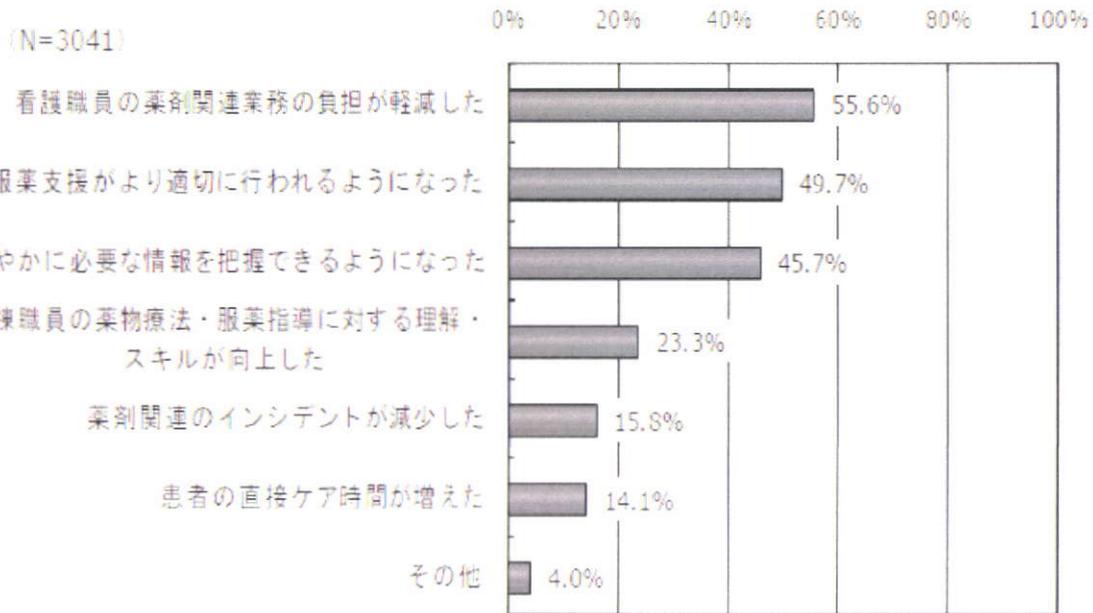
※複数回答 (N=550)

(厚生労働省, 第202回中央社会保険医療協議会総会, 資料(総-5-1),平成23年10月26日)

10

看護職員に対する調査結果

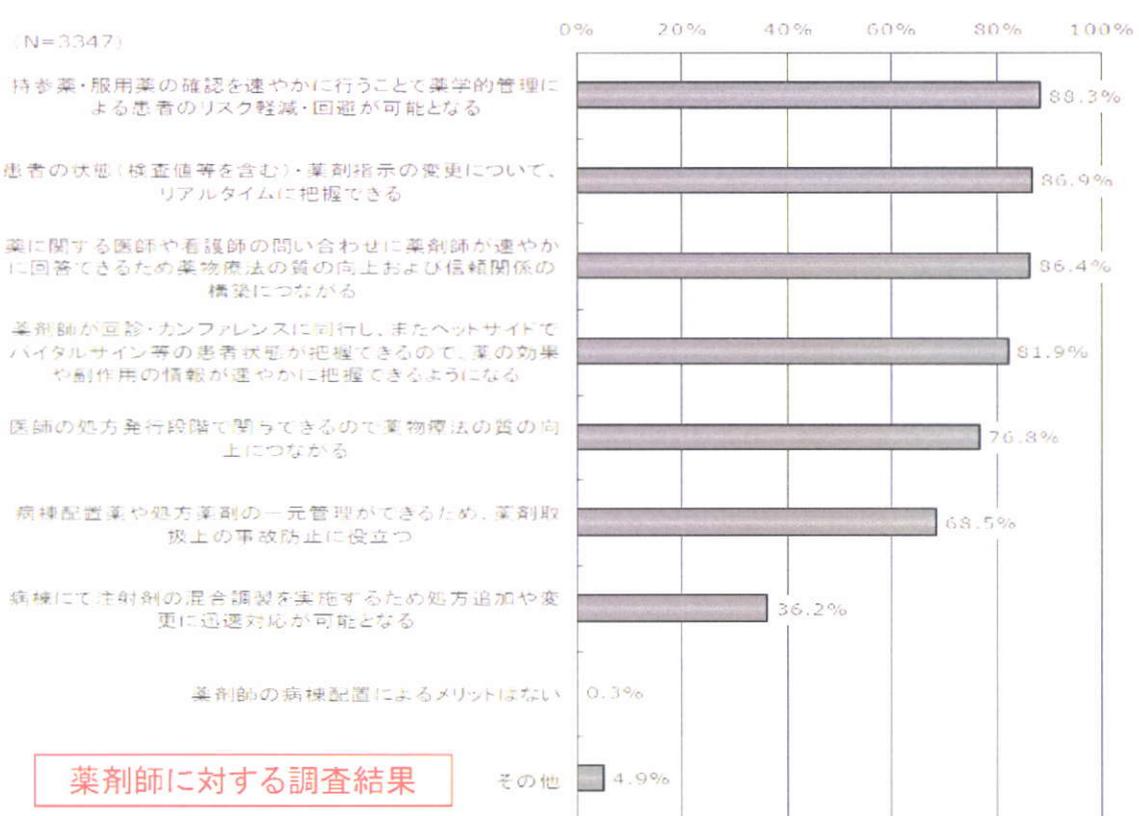
図表 7-42 病棟薬剤師の配置による効果（複数回答）



※薬剤師が配置されていると回答した職員 3041 名

(厚生労働省, 第202回中央社会保険医療協議会総会, 資料(総-5-1), 平成23年10月26日)

図表 11-6 薬剤師の病棟配置によるメリット（複数回答）



薬剤師に対する調査結果

(厚生労働省, 第202回中央社会保険医療協議会総会, 資料(総-5-1), 平成23年10月26日)

平成24年度診療報酬改定要望事項

一般社団法人 日本病院薬剤師会

平成23年8月30日

高齢者社会の到来、疾病構造の変化、国民の生活水準の向上等により、医療を取り巻く環境が大きく変化してきたことに伴い、良質で、安心・安全な医療を求める国民の声が高まっている。さらに、近年の医療の高度化・多様化は、各医療従事者の職能にも大きな変化をもたらしている。

このような状況を背景に、より質の高い医療を実現するため、それぞれの高い専門性をもつ医療従事者が協働して、患者中心の医療を実践する「チーム医療」を推進することの重要性が強く認識されるようになった。

薬剤師については、平成22年4月30日医政発0430第1号 厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」において、チーム医療において薬剤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の有益性を指摘するとともに、積極的に取り組むべき9項目の業務例が挙げられている。

本会では、医療の安全と質の向上に向けて、薬剤師が一層貢献すべきであると考え、上記9項目の業務例について、日病薬としての解釈と具体例を示すなど、チーム医療において薬剤師業務のより一層の充実を図るよう啓発に努めている。しかしながら、いまだに多くの施設で、質の高い業務を実施するための十分な薬剤師数を確保できていない状況にある。

そのため、薬剤師が医療の安全と質の高い薬物療法に貢献し、チーム医療が実践できる体制を確保するためにも、平成24年度診療報酬改定において、下記の最重点要望事項1項目、重点要望事項7項目、一般要望事項15項目を強く要望する。

一般社団法人 日本病院薬剤師会

目次

◎ 最重点要望事項

	ページ
薬剤師の病棟配置に関する評価	5

● 重点要望事項

1 薬剤管理指導料「2」の対象薬剤の拡大	6
2 退院時薬剤情報管理指導料の増点	7
3 無菌製剤処理料「1」の増点	8
4 外来化学療法加算の増点	9
5 精神科病院における薬剤管理指導料の出来高払いへの移行	10
6 薬剤師を手術室に配置することの評価	11
7 医薬品安全管理加算の新設	12

目次

○ 一般要望事項

	ページ
1 後発医薬品使用体制加算の算定要件の緩和	13
2 退院時共同指導における薬剤師の評価	14
3 院内感染防止対策における薬剤師の評価	15
4 がん性疼痛緩和における薬剤師の評価	16
5 外来患者に対するハイリスク薬服用歴管理加算の新設	17
6 在宅患者訪問薬剤管理指導料の増点	18
7 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬調剤加算の増点	19
8 PET検査における薬剤師の評価	20
9 放射性医薬品安全管理加算の新設	21
10 特定薬剤治療管理料の初回管理加算の新設	22
11 特定薬剤治療管理料の対象薬剤の拡大	23
12 褥瘡治療における薬剤師の評価	24
13 集団薬剤管理指導料の新設	25
14 特定生物由来製品管理加算の新設	26
15 禁煙治療における薬剤師の評価	27

最重点要望事項

薬剤師の病棟配置に関する評価

関連区分：入院基本料等加算

平成22年度診療報酬改定の答申書では、「薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと」が附帯意見として明記されている。

本会は、病院薬剤師業務の現状及び病院における薬剤師の病棟配置の実態を把握することを目的として、「平成22年度病院薬剤部門の現状調査」を実施した。その結果、薬剤師の病院配置（病床あたり人数）が高いほど病棟業務時間が増大すること、また、病棟業務時間が増大するほど診療報酬上では評価されていない病棟業務（薬剤管理指導業務以外の薬剤業務）にも積極的に取り組む施設割合が増大することが分かった。

また、本調査以外の研究によっても、薬剤師の病棟業務による薬剤関連インシデント件数の減少をはじめ、様々な医療の質向上に関する報告が多数なされている。

そのため、次期診療報酬改定においては、薬剤師の病棟業務により医療の安全と質のさらなる向上に努める医療機関の体制を「入院基本料の加算」として評価するよう強く要望する。

重点要望事項 1

薬剤管理指導料「2」の対象薬剤の拡大

関連区分：薬剤管理指導料（B008）

現行の診療報酬において、薬剤管理指導料「2」は、ハイリスク薬（特に安全管理が必要な医薬品）が投薬又は注射されている患者に薬学的管理を行った場合に算定できることとなっている。

ハイリスク薬は、重篤な患者の場合に処方されることが多く、行うべき薬学的管理は広範にわたり、しかも緊急対応が求められることも多いことから、本会では、「ハイリスク薬の薬剤管理指導に関する業務ガイドライン」を示し、実際の業務において、より積極的な薬学的管理に取り組むよう啓発を図っている。

薬剤管理指導料「2」の対象薬剤となっていない薬剤の中でも、本会の「ハイリスク薬の薬剤管理指導に関する業務ガイドライン」では、血液凝固阻止剤の注射薬について、注意すべき事項が多く投与時に十分な観察が必要であり、また、催眠鎮静薬は、薬物依存や過量服薬の危険性や転倒・転落の要因にもなる可能性があることなどから、その薬学的管理を実施するにあたって特に注意すべき事項を列挙するなど、ハイリスク薬として適正使用を強く求めている。

よって、薬剤管理指導料「2」の対象薬剤に、血液凝固阻止剤の注射薬及び催眠鎮静薬を追加するよう要望する。

重点要望事項 2

退院時薬剤情報管理指導料の増点

関連区分：退院時薬剤情報管理指導料（B014）

退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に薬剤服用歴や持参薬（医薬部外品及び健康食品等を含む。）を確認し、入院中に使用した薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関して適切な指導を行うことを評価したものである。

ジェネリック医薬品の普及や患者が複数の医療機関を受診していることなどにより、現状は薬剤師が能動的に入院患者の持参薬の鑑別、保管管理、代替薬の提案を行い、処方薬との相互作用や重複投与、禁忌用法等を回避する取り組みを積極的に行っているところである。

このような高い専門性を要する業務については、現行の評価では過少であるため、現行の90点を140点に増点するよう要望する。

- 7 -

重点要望事項 3

無菌製剤処理料「1」の増点

関連区分：無菌製剤処理料（G020）

抗悪性腫瘍剤の無菌調製は、一般の注射薬や中心静脈注射の無菌調製とは異なり、高度な安全管理と技術が要求される。実際の調製業務では、医療従事者の被曝防止、環境汚染防止のため、安全キャビネット、ディスプレイタイプのガウン、マスク、手袋、ゴーグル、閉鎖式薬物混合デバイスまたは注射薬飛散防止クローズドシステムなどの機器類とそれらを使いこなす技術が必要である。

しかしながら、現在の無菌調製に係る評価では、採算が合わず、多くの医療機関がすべての患者に対応できていない現状となっている。

このため、現行の評価では過少であるため、閉鎖式接続器具を使用した場合の無菌製剤処理料「1」を現行の100点から400点に、また、それ以外の場合の無菌製剤処理料「1」を現行の50点から100点に増点するよう要望する。

- 8 -

重点要望事項 4

外来化学療法加算の増点

関連区分：第6部通則6

厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について（平成22年4月30日医政発0430第1号）」では、「外来化学療法を受けている患者に対する薬学的管理」が、薬剤師が積極的に取り組むべき業務として位置付けられており、薬剤師への期待は非常に大きい。具体的な業務には、医師による治療方針等の説明後に、薬剤師が、外来化学療法を受ける患者に、抗がん薬による治療のスケジュール、有効性、副作用等を詳細に説明してインフォームドコンセントを実施し、必要に応じて、患者状況や他施設で処方された薬剤の情報などを踏まえて処方提案をする。また、患者の帰宅時には、帰宅後に起こる可能性のある遅延性副作用の症状やその対策等を患者に説明することなどが挙げられるが、これらの業務は、より安全な外来化学療法を推進していくために非常に重要である。

入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、当該抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について、従来の文書での説明に加えて、常勤の薬剤師が、医師の同意を得て薬剤管理指導を実施し、化学療法の安全性向上に努めた場合には、現行の外来化学療法加算に100点を加算するよう要望する。

- 9 -

重点要望事項 5

精神科病院における薬剤管理指導料の出来高払いへの移行

関連区分：薬剤管理指導料（B008）

精神科医療においては、入院医療主体から、地域における保健・医療・福祉を中心とした施策への転換が求められている。精神科救急入院料等の特定入院料を算定する病棟に入院する患者に対しても適正な薬物治療は必要であり、多くの精神科病院で薬剤管理指導業務が実施されている。

また、平成22年9月9日にまとめられた厚生労働省自殺・うつ病対策プロジェクトチームの報告書では、過量服薬への問題解決に向けて実施する取り組みとして、「薬剤師の活用」が盛り込まれている。

しかしながら、現行の診療報酬では包括評価となっているため薬剤管理指導料の算定ができない。医薬品の安全で安心な薬物療法の遂行と適正使用を推進するためにも、精神科病院での包括病棟入院患者に対する薬剤管理指導料を出来高払いへ移行するよう要望する。

- 10 -

重点要望事項 6

薬剤師を手術室に配置することの評価

関連区分：入院基本料等加算

手術室には麻酔薬、筋弛緩剤、麻薬、向精神薬等の極めて作用が強く、取り扱いに特に注意を要する医薬品が配備されており、緊急的に医薬品を使用するケースや一度に大量投与されることも少なくない。医薬品の適正使用の観点から、薬剤師が直接これらの医薬品の管理を行うことで医療事故の防止とともに、適正な薬物療法に貢献できる。また、薬剤師による手術室での医薬品管理の徹底については麻酔科学会からの強い要望もあり、医療安全推進の観点から積極的に取り組んでいる。

手術室への薬剤師の配置により、手術室で使用される医薬品の使用状況等の記録を作成し、医薬品管理を実施する医療機関を、入院基本料等加算として評価するよう要望する。

重点要望事項 7

医薬品安全管理加算の新設

関連区分：入院基本料等加算

医薬品の安全使用は極めて重要な問題であり、第5次医療法の改正により病院等の管理者に対して医薬品の安全使用のための責任者の配置が義務づけられた。医薬品安全管理責任者の業務は、医薬品の安全使用のための業務手順書の作成、従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施、医薬品の業務手順書に基づく業務の実施、医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集、その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策を実施することとされた。

医薬品の安全使用に万全を期すために常勤薬剤師を専従の医薬品安全管理責任者として配置することで、医薬品安全管理体制が充実するとともに組織的な医薬品安全管理体制構築が可能となる。

そのため、医薬品の安全使用のための責任者（医薬品安全管理責任者）として薬剤師を専従配置している医療機関を評価し、入院基本料等加算の医薬品安全管理加算として、入院初日に100点算定できるよう要望する。

一般要望事項 1

後発医薬品使用体制加算の算定要件の緩和

関連区分：後発医薬品使用体制加算（A243）

後発医薬品の使用をさらに推進するには、薬剤師が能動的に後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、院内採用を進めることが必要であり、平成22年度診療報酬改定では、このような施設での取り組みが後発医薬品使用体制加算として評価された。

しかしながら、現行の算定要件は、医療機関において、すべての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が20%以上であることなどとなっていることから、特に、医薬品の採用品目数の多い施設で、後発医薬品の使用を推進するためのインセンティブになっていない傾向にある。

よって、実態に合うように後発医薬品使用体制加算の算定要件を「使用数量の割合」に変更するとともに、すべての医薬品の使用数量のうち、後発医薬品の使用数量の割合を20%、25%、30%とするなど、多段階の評価とするよう要望する。

- 13 -

一般要望事項 2

退院時共同指導における薬剤師の評価

関連区分：退院時共同指導料（B004）

患者の退院後の居宅における療養上必要な指導において、医療機関の薬剤師と保険薬局の薬剤師が情報を共有することは、患者にとって安心して薬物療法を継続的に受けられることになり、療養上の意義は大きい。

現行の退院時共同指導料では、入院中の患者又はその家族に対して、医師、看護師等が、退院後の居宅における療養上必要な指導を行うこととなっているが、この参加職種に「入院中の医療機関の薬剤師」を追加するよう要望する。

- 14 -

一般要望事項 3

院内感染防止対策における薬剤師の評価

関連区分：入院料等

院内感染防止体制の徹底に向けては、薬剤師が感染防止対策チームに参加して、感染制御に関するサーベイランスの実施や感染対策マニュアルの作成、定期的に院内を巡回し適切な消毒薬や抗菌薬の指導をすること以外にも、院内感染防止対策委員会にも参加して、常に最新で適切な情報を提供して、組織的に院内感染対策を推進するための対策を講じるなど、患者が安心して治療に専念できる環境を提供することが必要である。

そのため、院内感染防止対策の基準について、院内感染防止対策委員会の構成に、「感染症対策に関し、相当の経験を有する薬剤師」を追加するよう要望する。

- 15 -

一般要望事項 4

がん性疼痛緩和における薬剤師の評価

関連区分：がん性疼痛緩和指導管理料（B001）

がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対するがん性疼痛緩和指導管理には、麻薬の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時の薬剤の使用方法に関する説明など、薬剤師の果たす役割も重要となっている。がん性疼痛緩和指導管理料について、薬剤師が薬剤に関する指導を行った場合にも算定可能とするよう要望する。

- 16 -

一般要望事項 5

外来患者に対するハイリスク薬服用歴管理加算の新設

関連区分：薬剤情報提供料（B011）

ハイリスク薬（特に安全管理が必要な医薬品）を服用している患者に対しては、入院中以外の患者に対しても、副作用モニタリングによる副作用の重篤化防止や早期発見などの薬学的管理が重要である。

特に、抗悪性腫瘍剤（内服・注射）・抗HIV薬・サリドマイド等については、副作用の確認等、特に安全管理が必要不可欠となる。

ハイリスク薬を服用している外来患者に対して、服薬指導や薬学的管理を行っている場合に、薬剤情報提供料を加算するよう要望する。

- 17 -

一般要望事項 6

在宅患者訪問薬剤管理指導料の増点

関連区分：在宅患者訪問薬剤管理指導料（C008）

在宅医療の患者における問題として、薬の保管状況、薬の飲み忘れ・飲み残しなど、薬剤に関連するものも多く指摘されている。これらの問題を解決するためには、薬剤師が、訪問薬剤管理指導や居宅療養管理指導に積極的に取り組むべきである。

よって、薬剤師による訪問薬剤管理指導を推進するため、現行の在宅患者訪問薬剤管理指導料をそれぞれ増点するよう要望する。

- 18 -

一般要望事項 7

麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬調剤加算の増点

関連区分：調剤料（F000）

麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬は、薬事法および麻薬及び向精神薬取締法等によりその管理が厳しく規制されており、その調剤には厳格な管理のもとに細心の注意を払う必要がある。

このため、現行の評価では過少であるため、麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬に対する調剤料加算を増点するよう要望する。

- 19 -

一般要望事項 8

PET検査における薬剤師の評価

関連区分：ポジトロン断層造影（E101-2）

ポジトロン断層造影・コンピューター断層複合造影（E101-3）

PET検査における業務には、原料の準備、薬剤合成、検定および品質管理も含まれるが、PET検査の質の向上のためには、それに加えて、医療従事者間での連携や機器管理や環境状態等に常に配慮を怠らないことも重要である。また、PET検査で使用される薬剤は、薬剤の特性上、厳密な品質管理等を行う必要があるため、薬剤の製造、品質管理、安全性等に関わる体制を整備することが必要である。

そのため、ポジトロン断層造影及びポジトロン断層造影・コンピューター断層複合造影について、PET薬剤を医療機関内で製造する場合においては、「PET薬剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の薬剤師の配置」を施設基準に追加するよう要望する。

- 20 -

一般要望事項 9

放射性医薬品安全管理加算の新設

関連区分：第4部通則

現行の医療法では、「医薬品の安全管理・安全使用のための体制の確保」が求められている。当然ながら、これについては、放射線医薬品においても求められるものである。

放射性医薬品取り扱いのガイドラインでは、診療にあたる医師、医薬品の管理・調剤を担う薬剤師、放射線を管理し人体に対して照射する診療放射線技師の三者が協働して、放射性医薬品の安全管理・安全使用の体制の確保に努めるとされ、また、放射性医薬品の調製にあたっては、調製にあたる薬剤師は、放射線管理を担う診療放射線技師の協力を得て、微生物等の汚染および放射性物質による被曝防止のため安全キャビネット内で作業することと明記されている。

このガイドラインに準拠した業務を推進するには、現行の評価では過少であるため、画像診断に当たって調製が必要な放射性医薬品を使用した場合に、放射性医薬品安全管理加算を算定できるよう要望する。

- 21 -

一般要望事項 10

特定薬剤治療管理料の初回管理加算の新設

関連区分：特定薬剤治療管理料（B001）

抗生物質や免疫抑制剤、抗てんかん剤など、有効治療域の狭い医薬品の薬物治療において有効血中濃度に入っているか中毒域にあるかなど薬物の血中濃度を測定・解析することは、安全な薬物療法を推進する上で必要である。特に、血中濃度測定の開始時は、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るために、月2～4回の頻回の測定が行われる。

よって、1回目の特定薬剤治療管理料を算定する月に限る加算を増点するよう要望する。

- 22 -

一般要望事項 11

特定薬剤治療管理料の対象薬剤の拡大

関連区分：特定薬剤治療管理料（B001）

有効治療域の狭い医薬品の薬物治療において有効血中濃度に入っているか中毒域にあるかなど、薬物の血中濃度を測定し、解析することは副作用や中毒の防止を図るとともに、安全な薬物療法を推進する上で必要不可欠である。

現在、対象薬剤は、抗生物質や免疫抑制剤、抗てんかん剤などに限られているが、抗HIV薬は、効果が強い一方で、発疹、精神神経系症状、肝機能障害等重篤な副作用も発現しやすい。ミコフェノール酸は、造血機能障害、ウイルス感染症、急性拒絶反応を回避するために、その血中濃度モニタリングに基づく投与量設定が有用である。イマチニブは、治療効果不十分、副作用出現の場合などで、投与量調整の指標となるため、処方設計の際に有用性が高い。アセトアミノフェンでは、上限投与量の上限が変更になったため、肝障害回避の観点から血中濃度モニタリングがますます重要となる。

そのため、特定薬剤治療管理料の対象薬剤に、抗HIV薬、ミコフェノール酸、イマチニブ、アセトアミノフェンを追加するよう要望する。

- 23 -

一般要望事項 12

褥瘡治療における薬剤師の評価

関連区分：褥瘡患者管理加算（A235）

褥瘡の管理には、褥瘡発生予防のための体圧分散式マットの使用や、褥瘡治療のための栄養の管理等に加えて、褥瘡の薬物療法として創面の水分含有率をチェックしながら適度な湿潤環境をつくり、それに合った軟膏基剤を選択することが重要である。基剤には親水性基剤、乳剤性基剤、水溶性基剤などがあり、それらの特性を熟知した薬剤師が軟膏基剤の提案することで、褥瘡の早期治癒が可能となり在院日数の短縮が図られるなど薬剤師の果たす役割は大きい。褥瘡患者管理加算に薬剤師の評価を追加し、褥瘡対策に係る専任の薬剤師がいる場合の加算を要望する。

- 24 -

一般要望事項 13

集団薬剤管理指導料の新設

関連区分：薬剤管理指導料（B008）

医療機関において、糖尿病教室や腎臓病教室や精神科病院におけるお薬教室のように、薬剤師が複数の患者を対象に治療効果の向上を目的とした医薬品服用の重要性や医薬品の服用方法や取り扱い方法等の指導を行っている。その評価として所定の点数を算定できるよう要望する。

集団の患者を対象に医師の指示に基づき、薬剤師が服薬指導を行った場合、患者1人につき月1回に限り算定できるよう要望する。

- 25 -

一般要望事項 14

特定生物由来製品管理加算の新設

関連区分：薬剤管理指導料（B008）

特定生物由来製品による薬物療法を有効かつ安全に行うためには、投与歴の管理、投与量、投与間隔等の鑑査及び薬剤管理指導記録に基づく直接服薬指導を行うとともに、患者の氏名・住所、投与日または処方日、製品名及び製造番号・記号等の記録と保管等が薬事法で義務づけられている。特定生物由来製品の投与を受ける患者に対して、注射の必要性、安全性等を文書で説明を行うと共に、患者個々の特定生物由来製品使用記録（管理簿）の作成・保管等の管理業務を行う場合の評価を要望する。

- 26 -

一般要望事項 15

禁煙治療における薬剤師の評価

関連区分：ニコチン依存症管理料（B001）

禁煙治療では、禁煙を希望する者に対し、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行う際、適正な禁煙補助薬の薬剤管理指導など、薬剤師の果たす役割も重要となっている。

そのため、ニコチン依存症管理料について、「禁煙治療に係る専任の薬剤師」を配置することによっても算定可能とするよう要望する。

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について

近年、質が高く、安心して安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化や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ているところである。こうした現在の医療の在り方を大きく変え得る取組として、多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに互いに連携・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「チーム医療」に注目が集まっており、現に、様々な医療現場で「チーム医療」の実践が広まりつつある。

このため、厚生労働省では、「チーム医療」を推進する観点から、「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 日付け医政発第 1228001 号厚生労働省医政局長通知。以下「局長通知」という。）を発出し、各医療機関の実情に応じた適切な役割分担を推進するよう周知するとともに、平成 21 年 8 月から「チーム医療の推進に関する検討会」（座長：永井良三東京大学大学院医学研究科教授）を開催し、日本の実情に即した医療スタッフの協働・連携の在り方等について検討を重ね、平成 22 年 3 月 19 日に報告書「チーム医療の推進について」を取りまとめた。

今般、当該報告書の内容を踏まえ、関係法令に照らし、医師以外の医療スタッフが実施することができる業務の内容について下記のとおり整理したので、貴職におかれては、その内容について御了知の上、各医療機関において効率的な業務運営がなされるよう、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に周知方願いたい。

なお、厚生労働省としては、医療技術の進展や教育環境の変化等に伴い、医療スタッフの能力や専門性の程度、患者・家族・医療関係者のニーズ等も変化することを念頭に置き、今後も、医療現場の動向の把握に努めるとともに、各医療スタッフが実施することができる業務の内容等について、適時検討を行う予定であることを申し添える。

記

1. 基本的な考え方

各医療スタッフの専門性を十分に活用して、患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、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。

実際に各医療機関においてチーム医療の検討を進めるに当たっては、局長通知において示したとおり、まずは当該医療機関における実情（医療スタッフの役割分担の現状や業務量、知識・技能等）を十分に把握し、各業務における管理者及び担当者間においての責任の所在を明確化した上で、安心・安全な医療を提供するために必要な具体的な連携・協力方法を決定し、医療スタッフの協働・連携によるチーム医療を進めることとし、質の高い医療の実現はもとより、快適な職場環境の形成や効率的な業務運営の実施に努められたい。

なお、医療機関のみならず、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も、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、複数の職種間の連携に関する教育・啓発の推進等の取組が積極的に進められることが望まれる。

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(1) 薬剤師

近年、医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しているため、医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、チーム医療において薬剤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非常に有益である。

また、後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤に関する幅広い知識が必要とされているにもかかわらず、病棟や在宅医療の場面において薬剤師が十分に活用されておらず、注射剤の調製（ミキシング）や副作用のチェック等の薬剤の管理業務について、医師や看護師が行っている場面も少なくない。

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

以下に掲げる業務については、現行制度の下において薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者（在宅の患者を含む。）に対し、薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）を行うこと。
- ④ 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、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。

- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方を提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

2) 薬剤に関する相談体制の整備

薬剤師以外の医療スタッフが、それぞれの専門性を活かして薬剤に関する業務を行う場合においても、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とから、薬剤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体制を整えることが望まれる。

(2) リハビリテーション関係職種

近年、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、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くなるなど、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は大きなものとなっている。

1) 喀痰等の吸引

- ① 理学療法士が体位排痰法を実施する際、作業療法士が食事訓練を実施する際、言語聴覚士が嚥下訓練等を実施する際など、喀痰等の吸引が必要となる場合がある。この喀痰等の吸引については、それぞれの訓練等を安全かつ適切に実施する上で当然に必要となる行為であることを踏まえ、理学療法士及び作業療法士法(昭和40年法律第137号)第2条第1項の「理学療法」、同条第2項の「作業療法」及び言語聴覚士法(平成9年法律第132号)第2条の「言語訓練その他の訓練」に含まれるものと解し、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が実施することができる行為として取り扱う。
- ② 理学療法士等による喀痰等の吸引の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた理学療法士等が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、理学療法士等が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、理学療法士等の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進め

ることが望まれる。

2) 作業療法の範囲

理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」については、同項の「手芸、工作」という文言から、「医療現場において手工芸を行わせること」といった認識が広がっている。

以下に掲げる業務については、理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」に含まれるものであることから、作業療法士を積極的に活用することが望まれる。

- ・ 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
- ・ 家事、外出等のIADL訓練
- ・ 作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- ・ 福祉用具の使用等に関する訓練
- ・ 退院後の住環境への適応訓練
- ・ 発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

(3) 管理栄養士

近年、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・栄養指導や栄養状態の評価・判定等の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

以下に掲げる業務については、現行制度の下において管理栄養士が実施することができることから、管理栄養士を積極的に活用することが望まれる。

- ① 一般食（常食）について、医師の包括的な指導を受けて、その食事内容や形態を決定し、又は変更すること。
- ② 特別治療食について、医師に対し、その食事内容や形態を提案すること（食事内容等の変更を提案することを含む。）。
- ③ 患者に対する栄養指導について、医師の包括的な指導（クリティカルパスによる明示等）を受けて、適切な実施時期を判断し、実施すること。
- ④ 経腸栄養療法を行う際に、医師に対し、使用する経腸栄養剤の種類を選択や変更等を提案すること。

(4) 臨床工学技士

近年、医療技術の進展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は大きなものとなっている。

1) 喀痰等の吸引

- ① 人工呼吸器を装着した患者については、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喀痰等の吸引が必要となる場合がある。この喀痰等の吸引については、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踏まえ、臨床工学技士法（昭和 62 年法律第 60 号）第 2 条第 2 項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解し、臨床工学技士が実施することができる行為として取り扱う。
- ② 臨床工学技士による喀痰等の吸引の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、臨床工学技士の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進めることが望まれる。

2) 動脈留置カテーテルからの採血

- ① 人工呼吸器を操作して呼吸療法を行う場合、血液中のガス濃度のモニターを行うため、動脈の留置カテーテルから採血を行う必要がある。この動脈留置カテーテルからの採血（以下「カテーテル採血」という。）については、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踏まえ、臨床工学技士法第 2 条第 2 項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解し、臨床工学技士が実施することができる行為として取り扱う。
- ② 臨床工学技士によるカテーテル採血の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、臨床工学技士の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進めることが望まれる。

(5) 診療放射線技師

近年、医療技術の進展により、悪性腫瘍の放射線治療や画像検査等が一般的なものになるなど、放射線治療・検査・管理や画像検査等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は大きなものとなっている。

以下に掲げる業務については、現行制度の下において診療放射線技師が実施することができることから、診療放射線技師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 画像診断における読影の補助を行うこと。
- ② 放射線検査等に関する説明・相談を行うこと。

(6) その他

(1) から (5) までの医療スタッフ以外の職種（歯科医師、看護職員、歯科衛生士、臨床検査技師、介護職員等）についても、各種業務量の増加や在宅医療の推進等を背景として、各業務の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっていることから、各職種を積極的に活用することが望まれる。

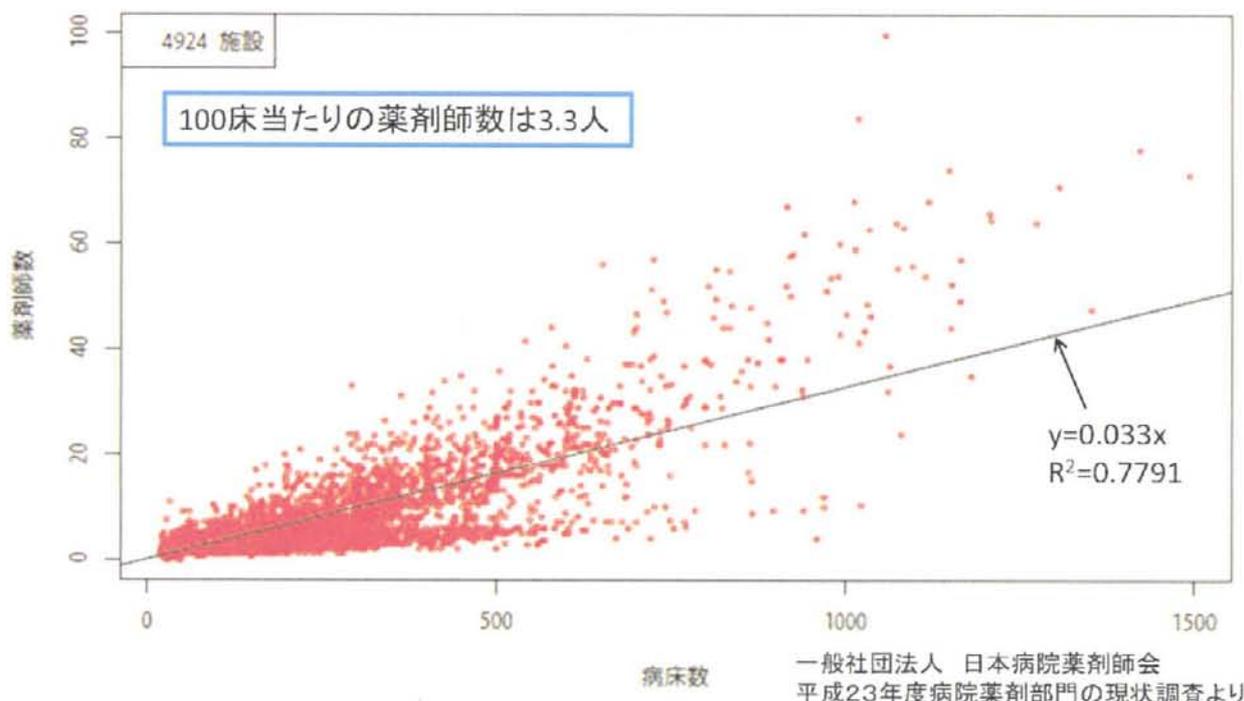
また、医療スタッフ間の連携・補完を推進する観点から、他施設と連携を図りながら患者の退院支援等を実施する医療ソーシャルワーカー（MSW）や、医療スタッフ間におけるカルテ等の診療情報の活用を推進する診療情報管理士等について、医療スタッフの一員として積極的に活用することが望まれる。

さらに、医師等の負担軽減を図る観点から、局長通知において示した事務職員の積極的な活用に関する具体例を参考として、書類作成（診断書や主治医意見書等の作成）等の医療関係事務を処理する事務職員（医療クラーク）、看護業務等を補助する看護補助者、検体や書類・伝票等の運搬業務を行う事務職員（ポーターやメッセンジャー等）等、様々な事務職員についても、医療スタッフの一員として効果的に活用することが望まれる。

日本病院薬剤師会 平成23年度「病院薬剤部門の現状調査」

- ・ 調査目的 : 病院薬剤師業務の現状及び経年変動及び病院における薬剤師の病棟配置の実態把握に関わる項目について調査する。
- ・ 調査期間 : 平成23年6月
- ・ 調査対象施設 : 8214施設
(本会会員所属施設6766施設及び本会会員非所属施設1448施設)
- ・ 回答施設数 : 5004施設 (回収率60.92%)

病床数と薬剤師数との関係



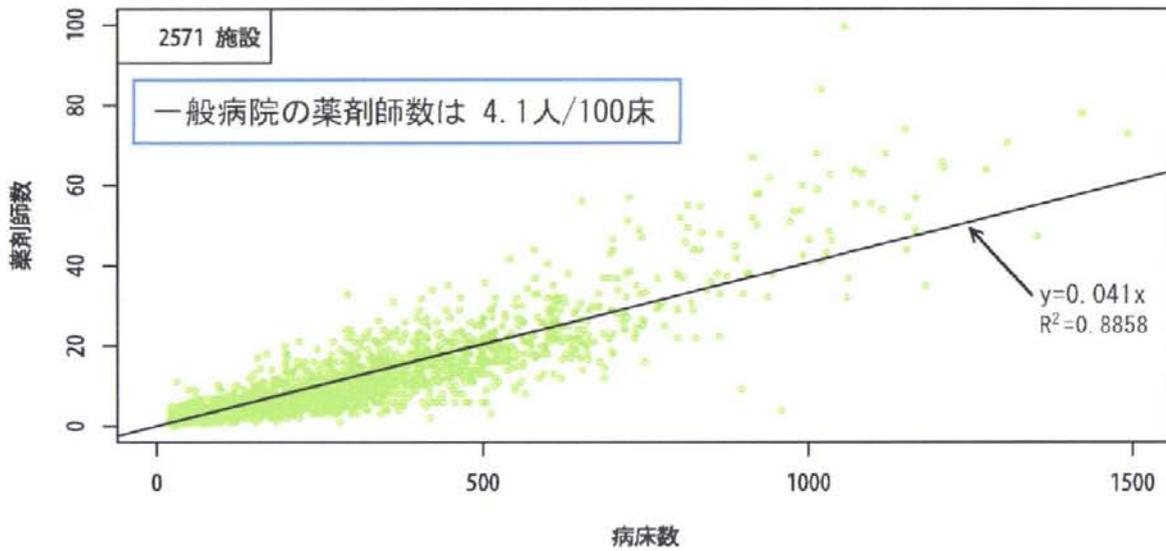


図1 病床数と薬剤師数の関係（一般病院）

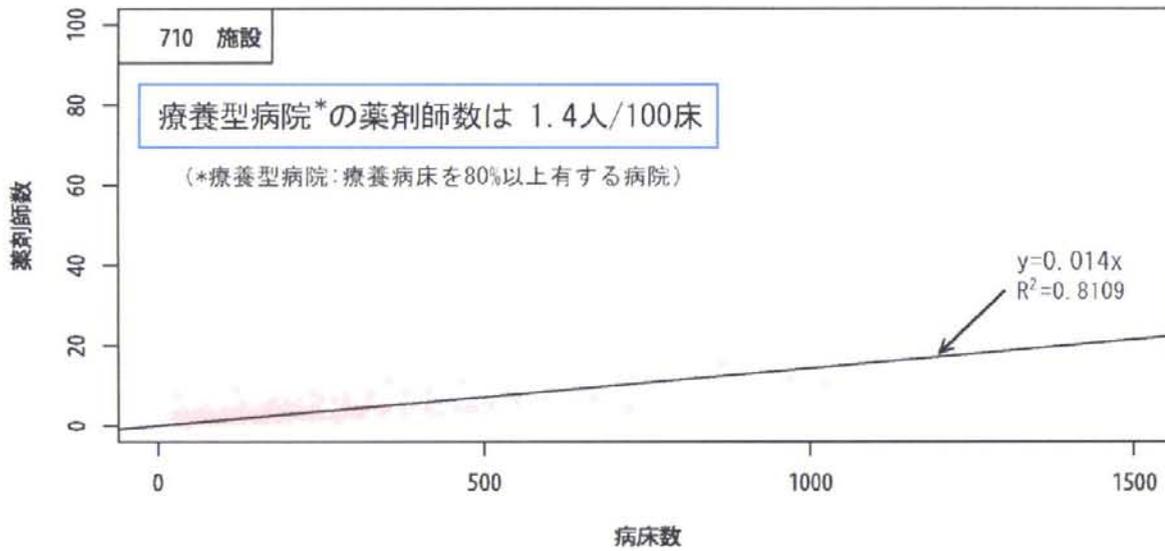


図2 病床数と薬剤師数の関係（療養型病院）

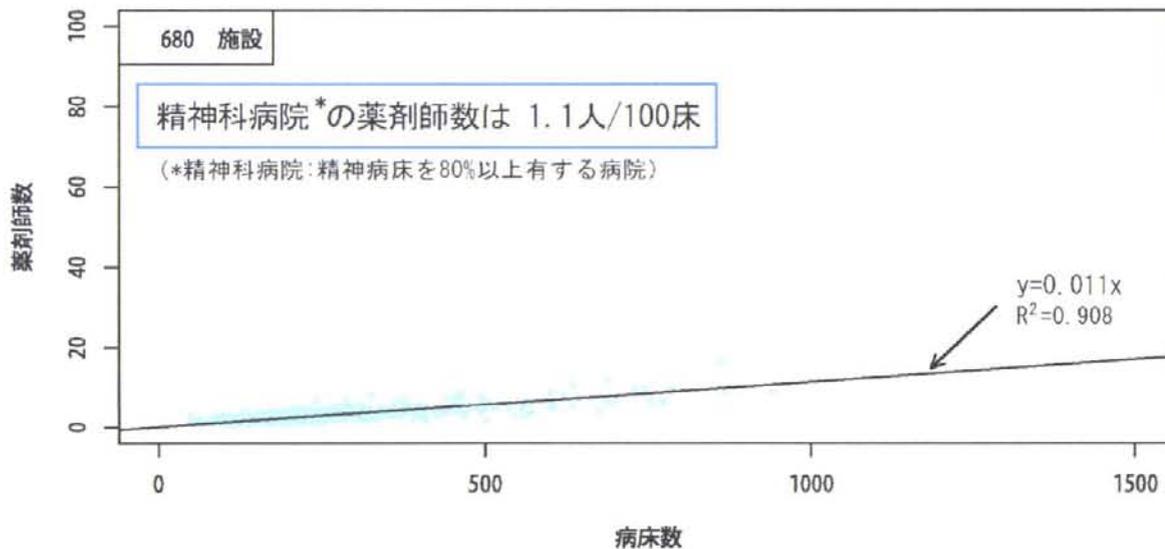


図3 病床数と薬剤師数の関係（精神科病院）

薬剤師の病棟業務時間と 厚生労働省医政局長通知に記された業務の実施率

＜＜ グラフの見方について ＞＞

赤：H22の結果(左) 青：H23の結果(右)

縦棒：業務を実施している施設数

折線：業務を実施している施設の割合

(色つき部分の上に実施施設数と実施率(%)を記載)

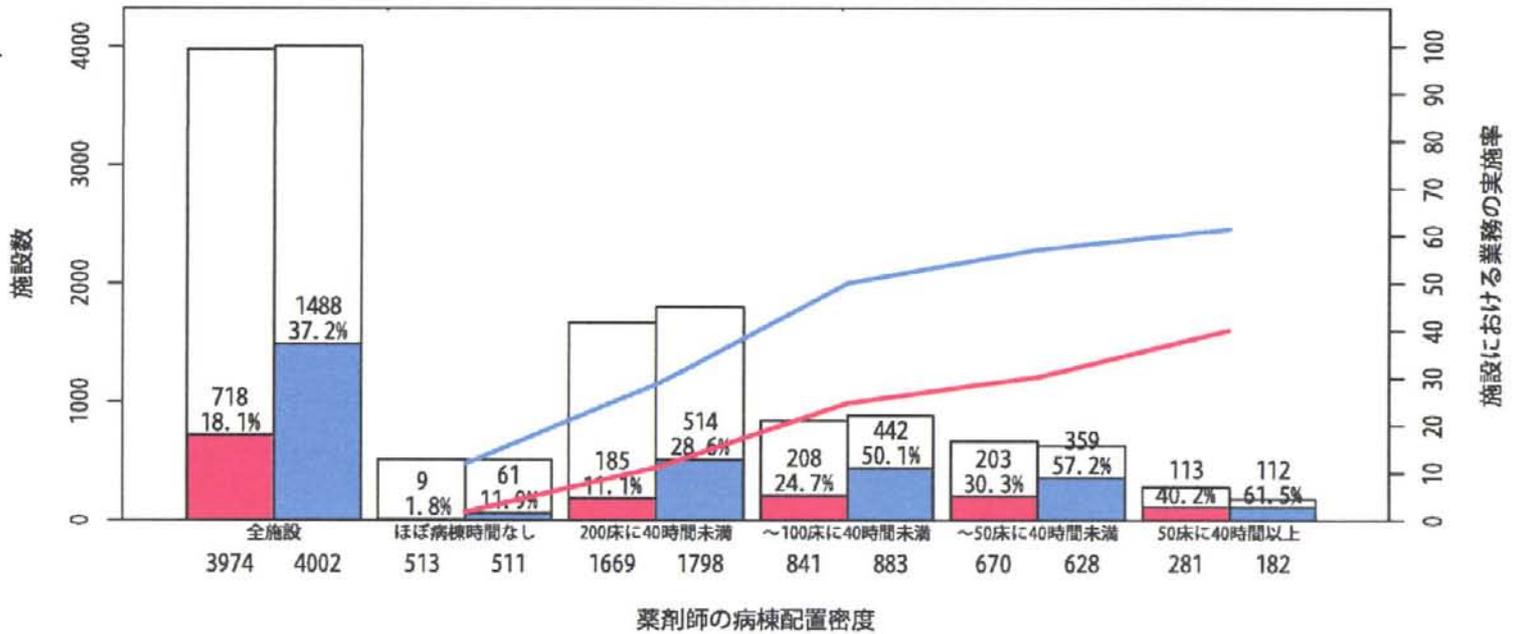


図1 薬物療法プロトコルについて提案、医師と協働で作成、協働で進行管理

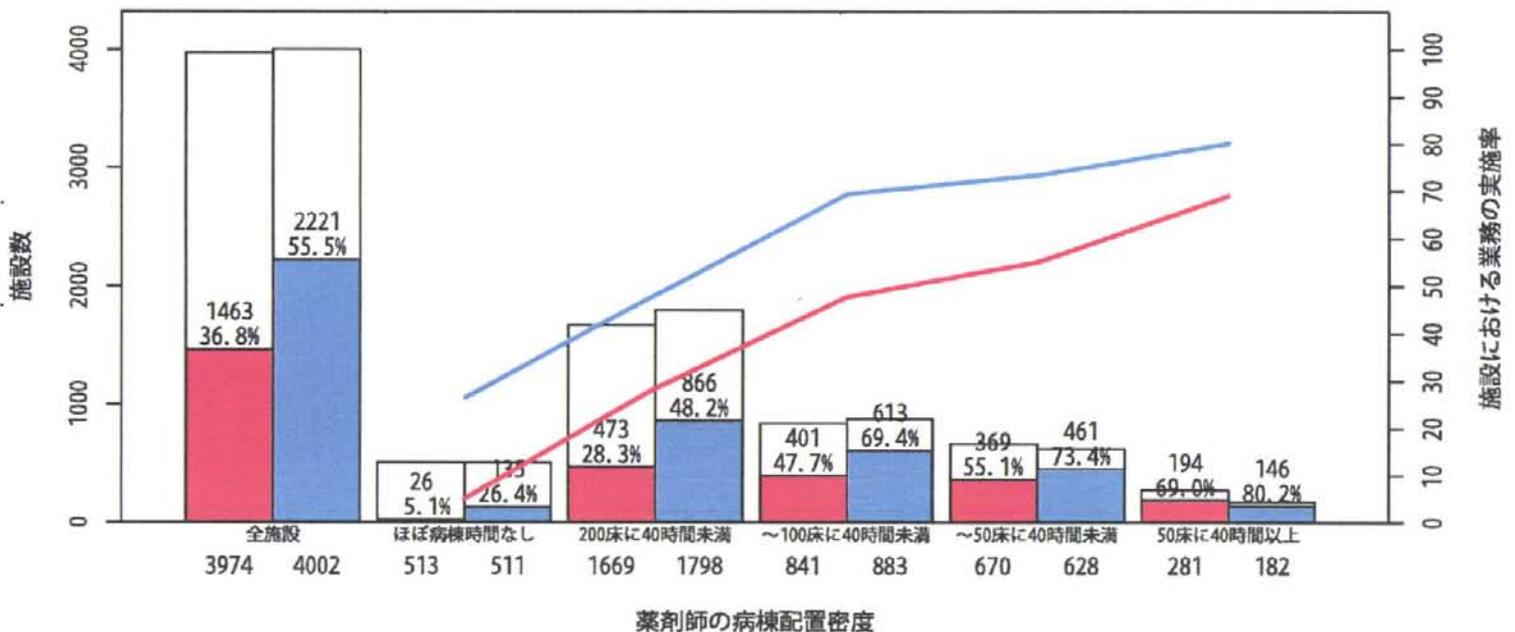


図2 患者の状態に応じた積極的な処方提案

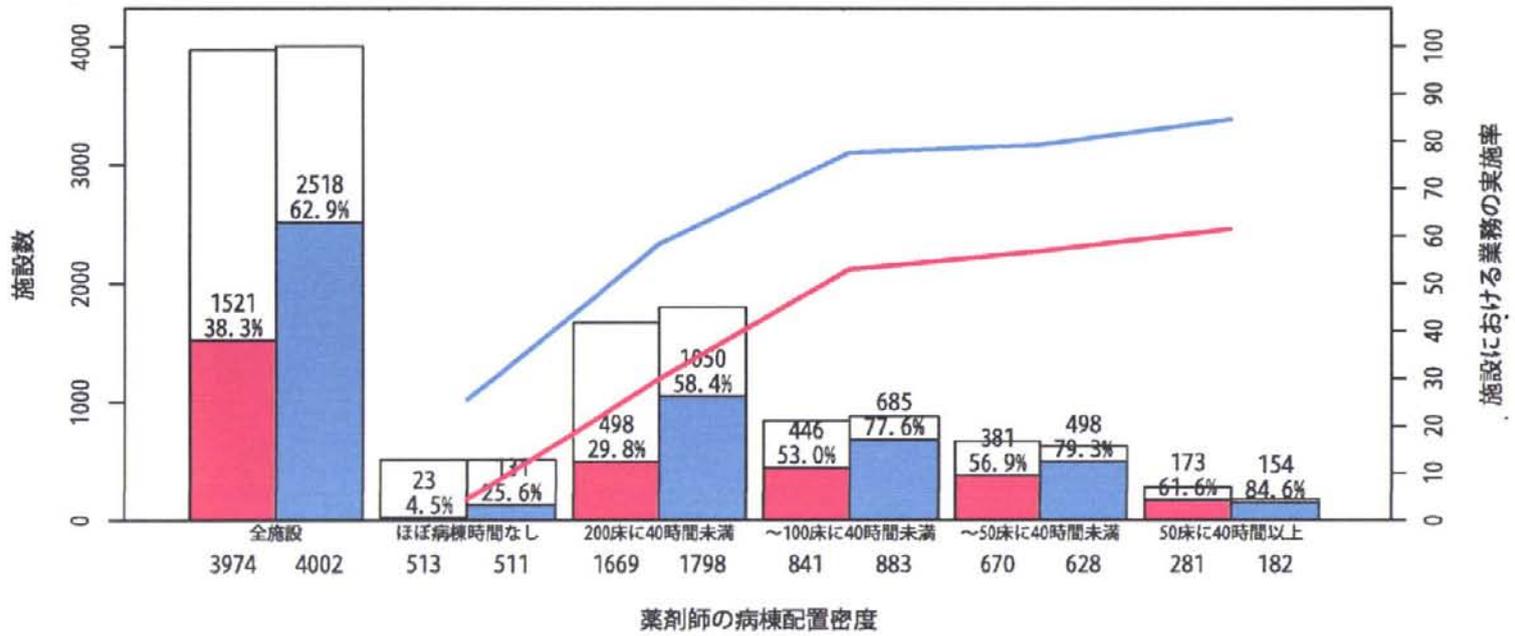


図3 患者の状態観察に基づく薬効・副作用の確認と結果の医師への伝達

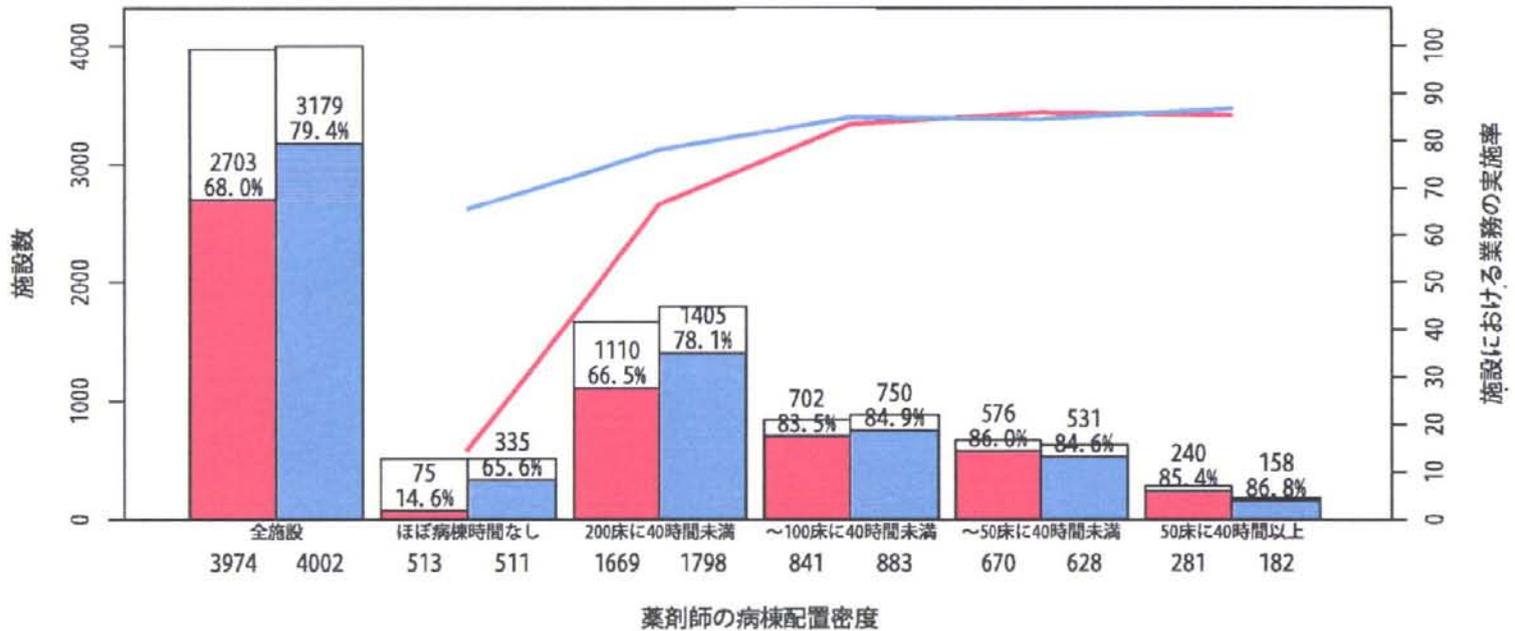


図4 医療スタッフへの助言・相談

病院医療従事者の負担軽減について (その2)

1

スケジュール (案)

平成23年4月20日

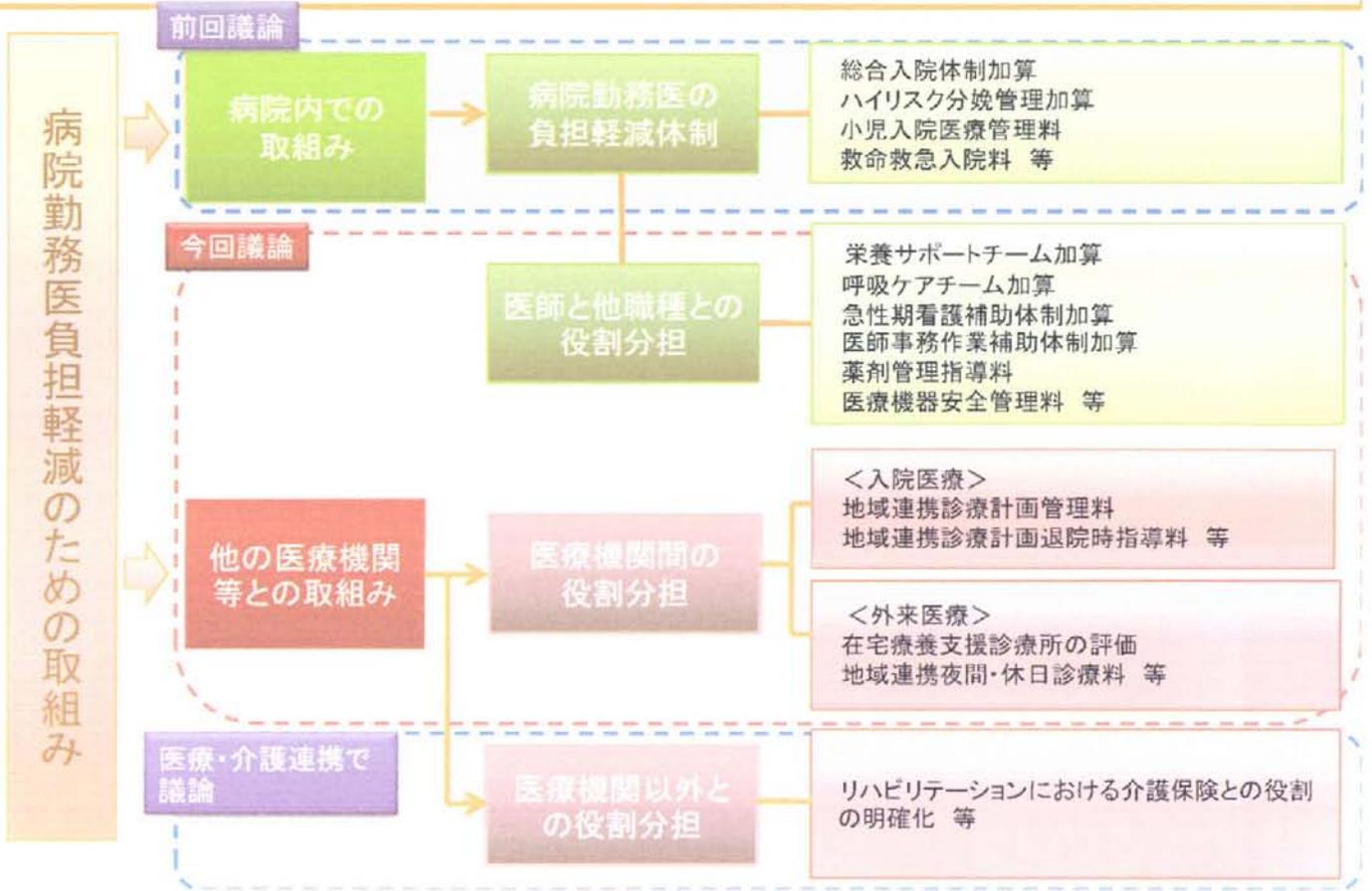
- 病院医療従事者の負担軽減策に係るその他の検討事項
 - ・ 病院内の役割分担・チーム医療について
 - ・ 医師以外の病院医療従事者の勤務負担について 等
- 病院医療従事者の負担の軽減に関する「平成22年度診療報酬改定の結果検証」の実施方法等について

※検討事項は必要に応じて追加する。



平成22年度診療報酬改定の結果検証や、算定状況の推移等を待たず検討可能なものについて優先的に議論

病院医療従事者の負担軽減のための考え方



3

I 病院内での取り組み

① 医師と他職種との役割分担 (チーム医療について)

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進

- 各医療スタッフの高い専門性を十分に活用するためには、各スタッフがチームとして目的・情報を共有した上で、**医師等による包括的指示を活用し、各スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要。**
- このため、**医師以外の医療スタッフが実施することができる業務**を以下のとおり整理。
(平成22年4月30日付け医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」より)

薬剤師

- ① 薬物療法プロトコルについて医師等と協働で作成等
- ② 薬剤選択等に関し積極的な処方提案
- ③ 薬物療法を受けている患者への薬学的管理の実施
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリングに基づく薬剤の変更等の提案 等

リハビリテーション関係職種

- ① 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による喀痰等の吸引
- ② 作業療法士の業務範囲の明確化

管理栄養士

- ① 医師の包括的な指導の下、一般食の内容・形態の決定等
- ② 特別治療食の内容・形態の提案
- ③ 経腸栄養剤の種類選択・変更の提案

臨床工学技士

- ① 喀痰等の吸引
- ② 動脈留置カテーテルからの採血

診療放射線技師

- ① 画像診断における読影の補助
- ② 放射線検査等に関する説明・相談

その他

- その他の医療スタッフの積極的な活用
- MSWや診療情報管理士等の積極的な活用
- 医療クラーク等の事務職員の積極的な活用

5

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目に拡大する。

3項目から8項目に対象拡大(平成22年度改定)

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】赤字:チーム医療の推進による対応

平成22年度改定前

- 入院時医学管理加算
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算



平成22年度改定後

- 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- **医師事務作業補助体制加算**
- ハイリスク分娩管理加算
- **急性期看護補助体制加算**
- **栄養サポートチーム加算**
- **呼吸ケアチーム加算**
- 小児入院医療管理料1及び2
- 救命救急入院料注3に掲げる加算を算定する場合



平成22年度診療報酬改定の影響について検証を行う

病院勤務医の負担を軽減するチーム医療体制に関わる診療報酬

診療報酬名	点数	概要
医師事務作業補助体制加算 平成22年度改定	15対1 810点 20対1 610点 25対1 490点 50対1 255点 75対1 180点 100対1 138点	急性期の入院医療を担う病院勤務医にとって、診断書の作成、診療録の記載等の書類作成業務が特に大きな負担となっていること、医師事務作業補助者の配置により一定の負担軽減効果が見られていることから、医師事務作業補助体制加算の引上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設けた。 1 15対1補助体制加算、20対1補助体制加算の場合 ・第三次救急医療機関 ・小児救急医療拠点病院 ・総合周産期母子医療センター ・年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院 2 25対1補助体制加算、50対1補助体制加算の場合 ・「15対1又は20対1補助体制加算の施設基準」を満たしている ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院 ・年間の緊急入院患者数が200名以上 ・又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上 3 75対1補助体制加算、100対1補助体制加算の場合 ・「15対1及び20対1補助体制加算の施設基準」又は「3 25対1及び50対1補助体制加算の施設基準」を満たしている ・年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院であること。 ※医師事務作業補助者の配置場所は、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わない
急性期看護補助体制加算 平成22年度新設	1. 130点 2. 80点	病院勤務医の負担軽減の観点からも、医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ、看護職員でなければできない業務に専念するため、看護補助者の配置を評価した。 【対象患者】 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。 【施設基準】 (1)総合周産期母子医療センター又は年間の緊急入院患者数が200名以上の病院 (2)一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1入院基本料においては15%以上、10対1入院基本料においては10%以上 (3)看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っている

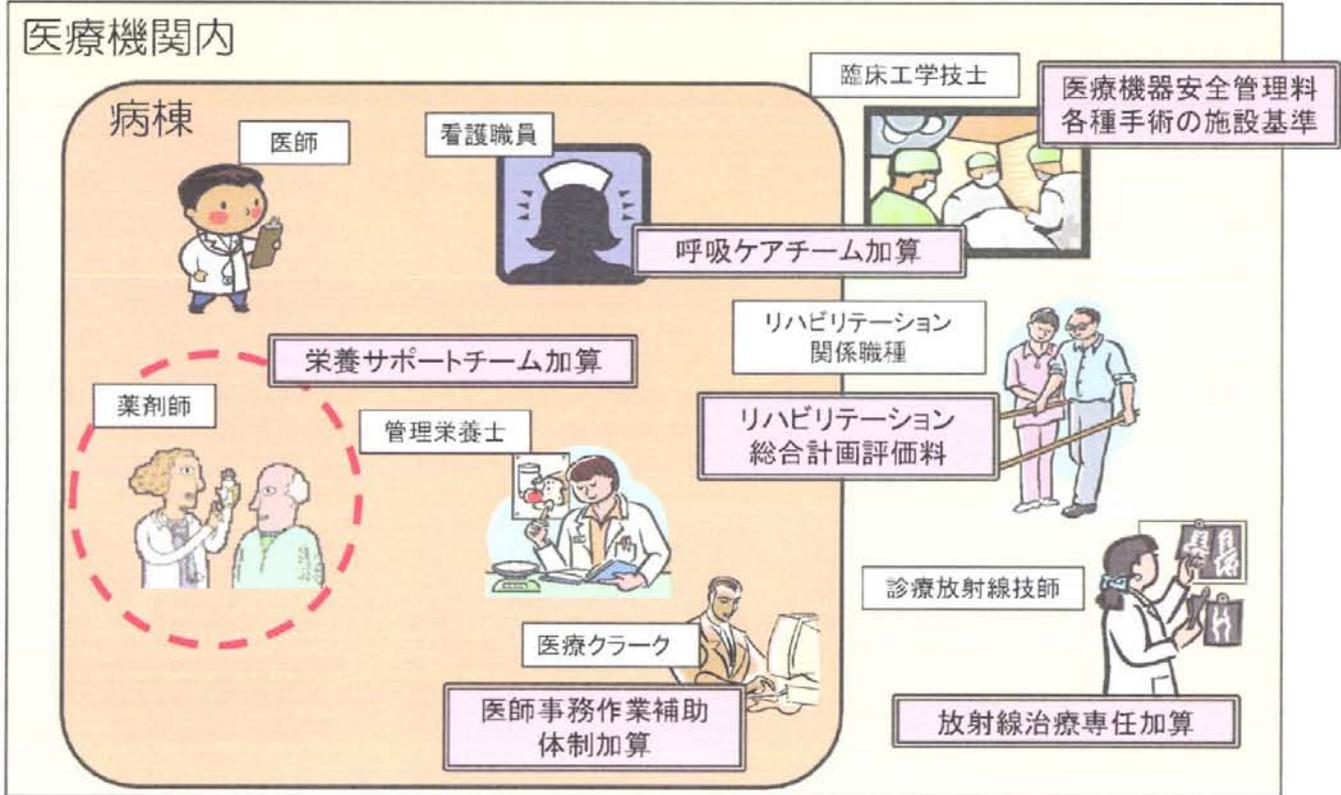
社会保険診療行為別調査 平成21年6月審査分

7

病院勤務医の負担を軽減するチーム医療体制に関わる診療報酬

診療報酬名	点数	概要
栄養サポートチーム加算 平成22年度新設	200点	急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設した。 【対象患者】 7対1入院基本料又は10対1入院基本料届出病棟に入院している栄養障害を有する者 【施設基準】 当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される栄養管理に係るチームが設置されていること また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。 ① 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師 ② 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師 ③ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師 ④ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士 上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。 ※ただし、常勤医師を除き、専任の職員については、平成23年3月31日までに研修を修了する見込みである旨を届け出ることにより。
呼吸ケアチーム加算 平成22年度新設	150点	一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設した。 【算定要件】 人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチームによる診療が行われた場合に週1回に限り算定する。 【対象患者】 (1) 48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者 (2) 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1か月以内であること。 【施設基準】 当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。 ① 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師 ② 人工呼吸器管理等について6か月以上の専門の研修を受けた看護師 ③ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士 ④ 呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

チーム医療に対する診療報酬上の評価の例

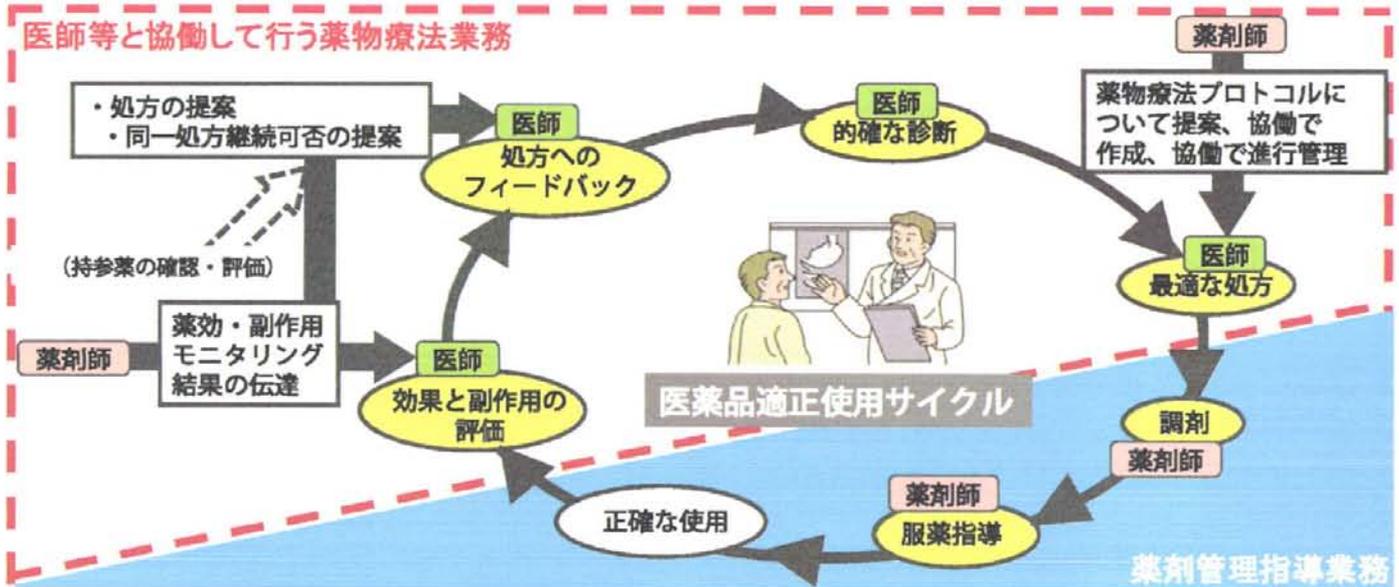


9

薬物療法における医師と薬剤師の協働（イメージ）

安心と希望の医療確保ビジョン（抜粋）（平成20年6月厚生労働省）

医療機関に勤務する薬剤師がチーム医療の担い手として活動するために、病棟等での薬剤管理や、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うなどの業務の普及に努める。また、医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画を通じ医師等の負担軽減に貢献する観点から、チーム医療における協働を進めるとともに、資質向上策の充実も図る。



病棟において薬剤師が実施・関与する 薬剤関連業務及びその効果

病棟における薬剤関連業務

○ 医師等と協働して行う薬物療法業務

(平成22年4月30日付厚生労働省医政局長通知(医政発0430第1号))

- 診療報酬上、多くの業務が特段の評価をされず(=斜体部分)
- ・ 薬物療法プロトコルについて提案、協働で作成、協働で進行管理
- ・ 患者の状態観察に基づく薬効確認・副作用モニタリング結果の医師への伝達
- ・ 患者の状態に応じた積極的な処方提案
- ・ 薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否の提案
- ・ 持参薬の確認・評価とそれを考慮した服薬計画の提案
- ・ 抗がん薬等の無菌調製

○ 薬剤管理指導業務

- 診療報酬上、薬剤管理指導料として評価
- ・ 患者に対する服薬指導・服薬支援、薬歴管理
- ・ 患者状態の把握、服薬指導等を通じた薬学的管理
- ・ 医薬品の有効性・安全性情報の収集、管理及び提供

※ 薬剤の取扱い及びその補助業務

- ・ 病棟配置薬の整理・確認
- ・ 麻薬・向精神薬の管理
- ・ 薬剤の投与準備 (特に注意を要する抗がん剤など)
- ・ 点滴ライン等のルート管理

薬剤師の病棟業務による効果

○ 患者情報を医療スタッフと共有し、患者の状態に応じた最適な処方設計が可能

+

○ 薬物療法に関する情報を医療スタッフと共有するとともに、薬物療法に関する患者の理解度の向上

医師等の負担軽減

医療安全及び
薬物療法の質の向上

等

等

11

薬剤師の病棟業務による効果の具体的事例

血栓塞栓症患者のワルファリン療法における投与プロトコル^(※)作成

(※)INRに基づき、投与量を調整する方法

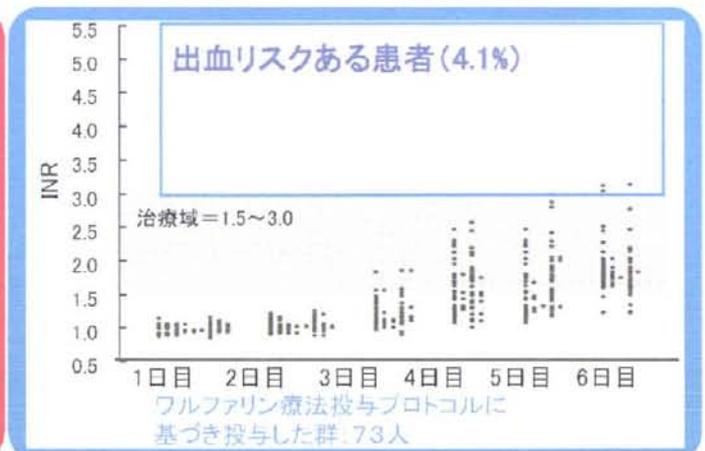
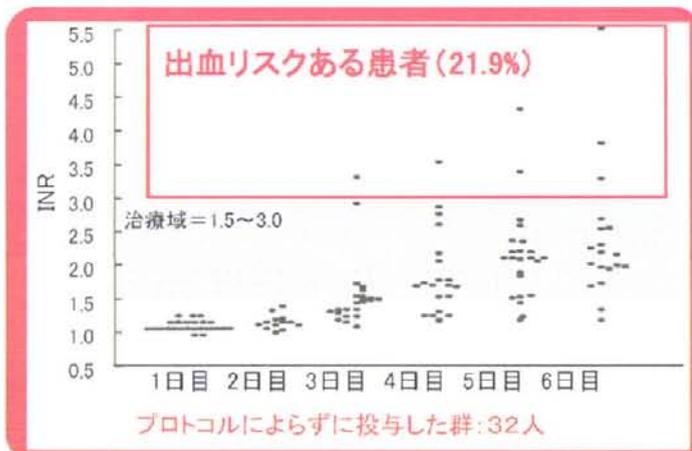
<現状と注意点>

- ・ ワルファリンは、脳梗塞予防等の目的で多くの患者に使用される。
- ・ 投与量が少ないと致死的血栓が生じる一方、投与量が多過ぎると出血のリスクがある。
- ・ 薬の投与量に大きな個人差がある。

医師・薬剤師の協働による投与プロトコルの作成と効率化

医師の負担軽減
+
薬物療法の質の向上

p値<0.01

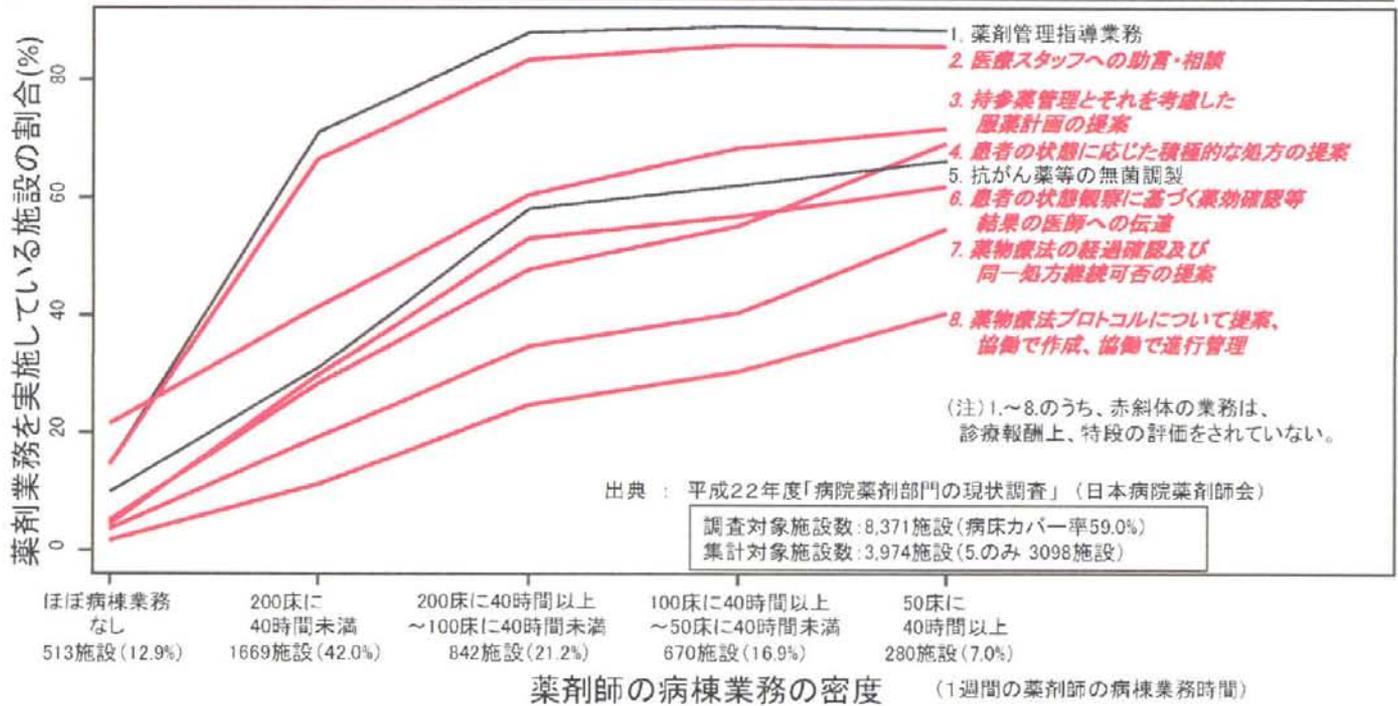


出典 : TDM研究(平成21年)「ワルファリン導入ノモグラム作成とその評価」(五十嵐正博ほか)

薬剤師の病棟業務時間と実施業務内容

- 病棟業務時間の増大に伴い、薬剤管理指導業務の実施率は一定時間で約90%に達する。一方、平成22年度厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(医政発0430第1号)にある薬剤業務^(※)の実施率は更に増加する。

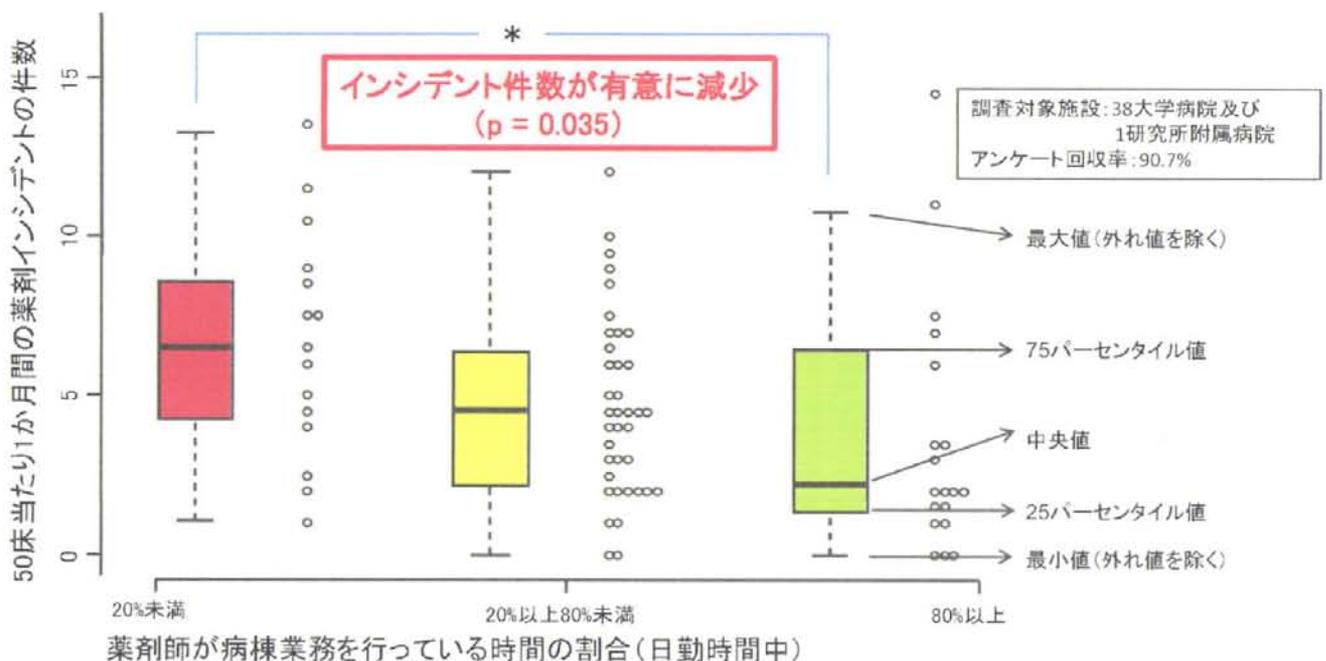
(※) 薬剤師が実施することができる業務の具体例として掲げられた、グラフ中の1.から8.の業務



13

薬剤師の病棟配置時間と薬剤関連インシデント件数

- 薬剤師の病棟業務時間が80%以上の内科病棟においては、20%以下の内科病棟と比較して薬剤関係のインシデント件数が有意に減少した。



出典：「薬剤師の病棟勤務時間が長いほど薬剤に関連するインシデント発生数は少ない—国立大学病院における調査」(松原和夫ほか、薬学雑誌、131、635-641 (2011))

薬剤師の病棟配置について 調査すべき主な項目(案)

診療報酬改定 答申書附帯意見(抜粋)

(平成22年2月12日)

- 7 薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。



- 薬剤師による積極的な処方¹の提案等により、医師等の負担がどの程度軽減されるのか、また、それが患者の恩恵にどのようにつながるのか調査すべきではないか。
- どのような病棟においてどのような業務を薬剤師が担うことにより医療安全及び薬物療法の質が向上するのか調査すべきではないか。

わが国の医療についての基本資料

平成23年5月18日

中央社会保険医療協議会

〔二号委員〕

安達秀樹 嘉山孝正 鈴木邦彦

西澤寛俊 邊見公雄 堀 憲郎 三浦洋嗣

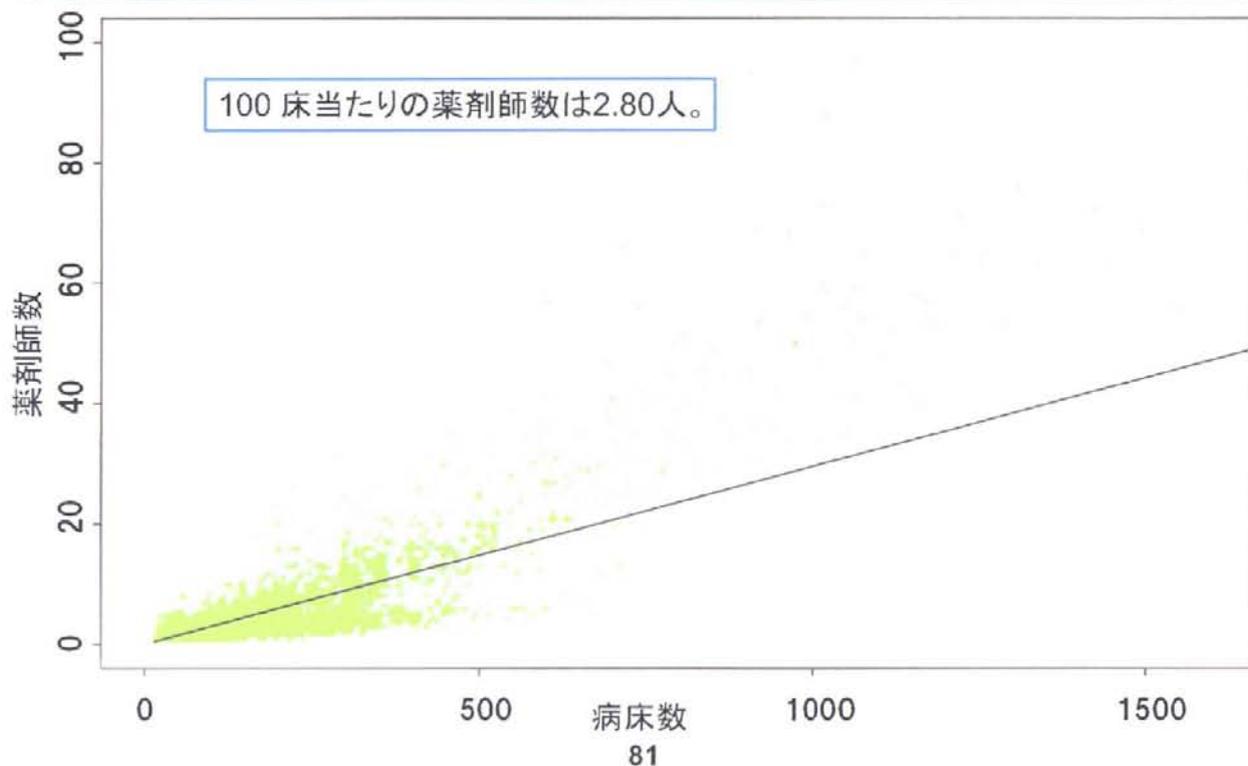
〔専門委員〕

坂本すが 北村善明

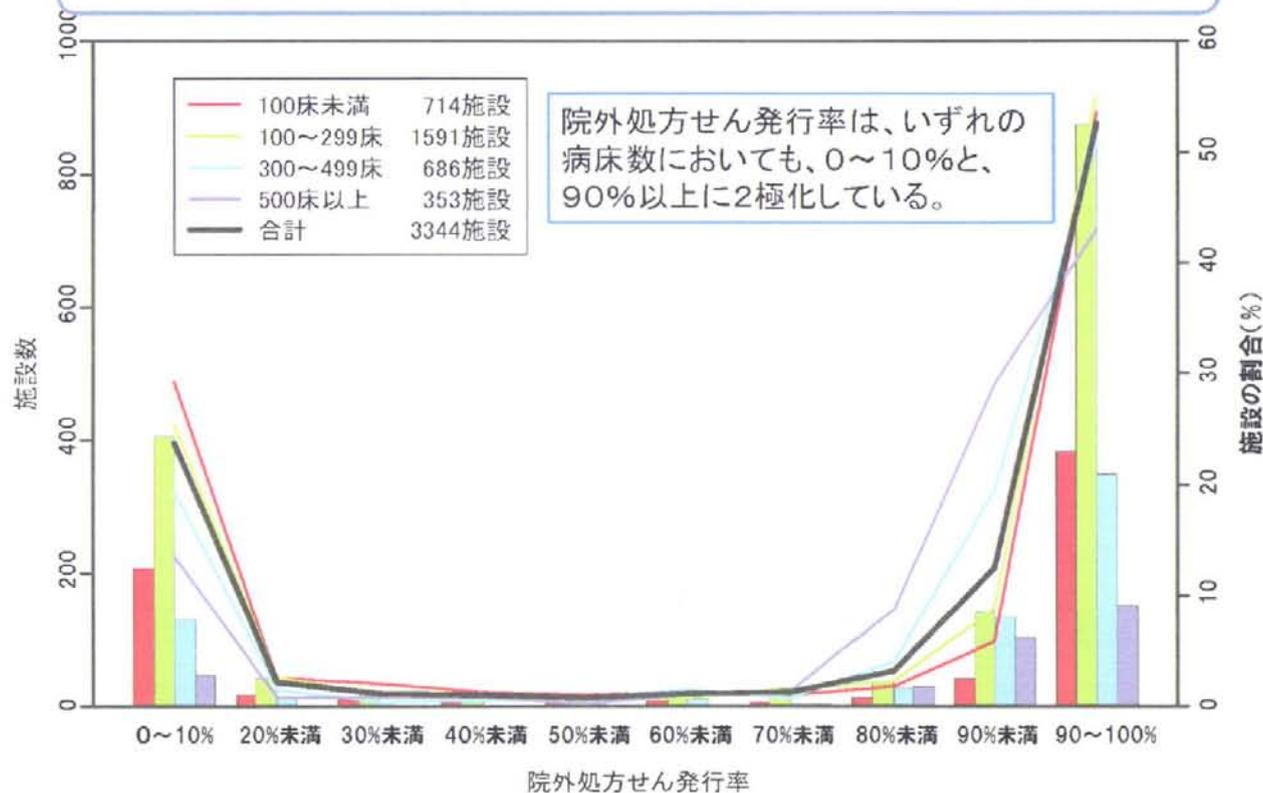
日本病院薬剤師会 平成22年度「病院薬剤部門の現状調査」概要

- ・ 調査目的 : 病院薬剤師業務の現状及び経年変動及び病院における薬剤師の病棟配置の実態把握に関わる137項目について調査する。
- ・ 調査期間 : 平成22年6月
- ・ 調査対象施設 : 8371施設
(本会会員所属施設6803施設及び本会会員非所属施設1568施設)
- ・ 回答施設数 : 5090施設 (回収率60.81%)
- ・ 集計対象施設数 : 3974施設
(薬剤師が病棟に関する業務に何らかの関わりを持つと回答した施設を集計対象施設とした)
- ・ 集計対象施設の薬剤師数 : 合計 29180.29人(常勤換算)、カバー率 67.7%
- ・ 集計対象施設の病床数 : 合計 944040床、カバー率 58.9%
(全国の病床数、薬剤師数は、厚生労働省「平成21年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」の数値を使用)

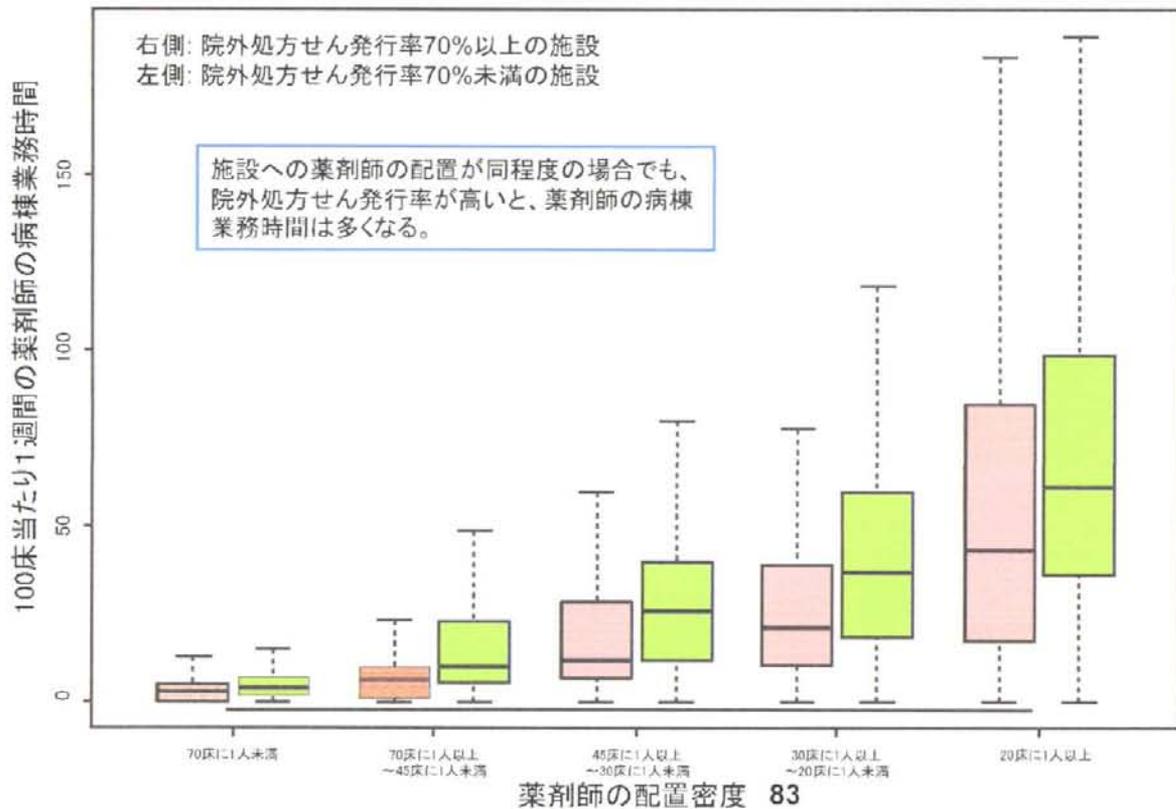
集計対象施設における病床数と薬剤師数との関係



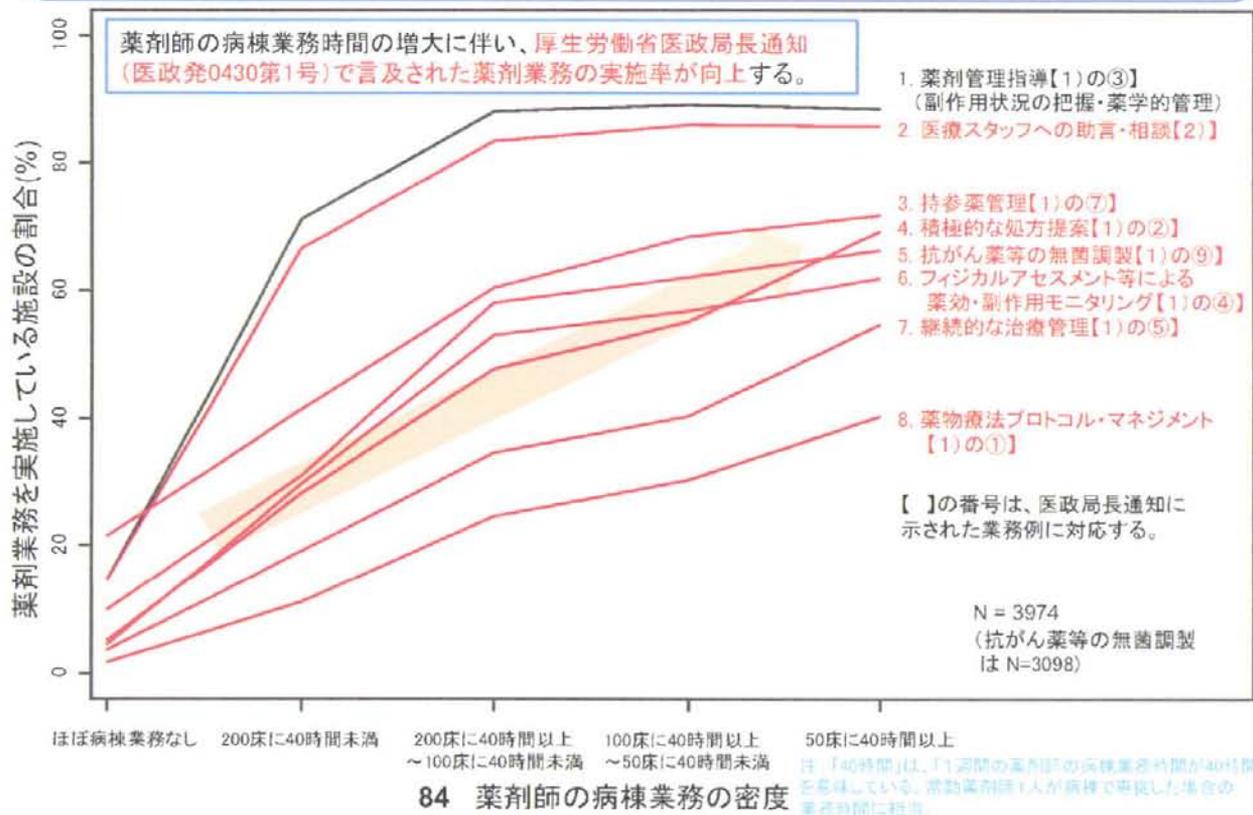
院外処方せん発行率



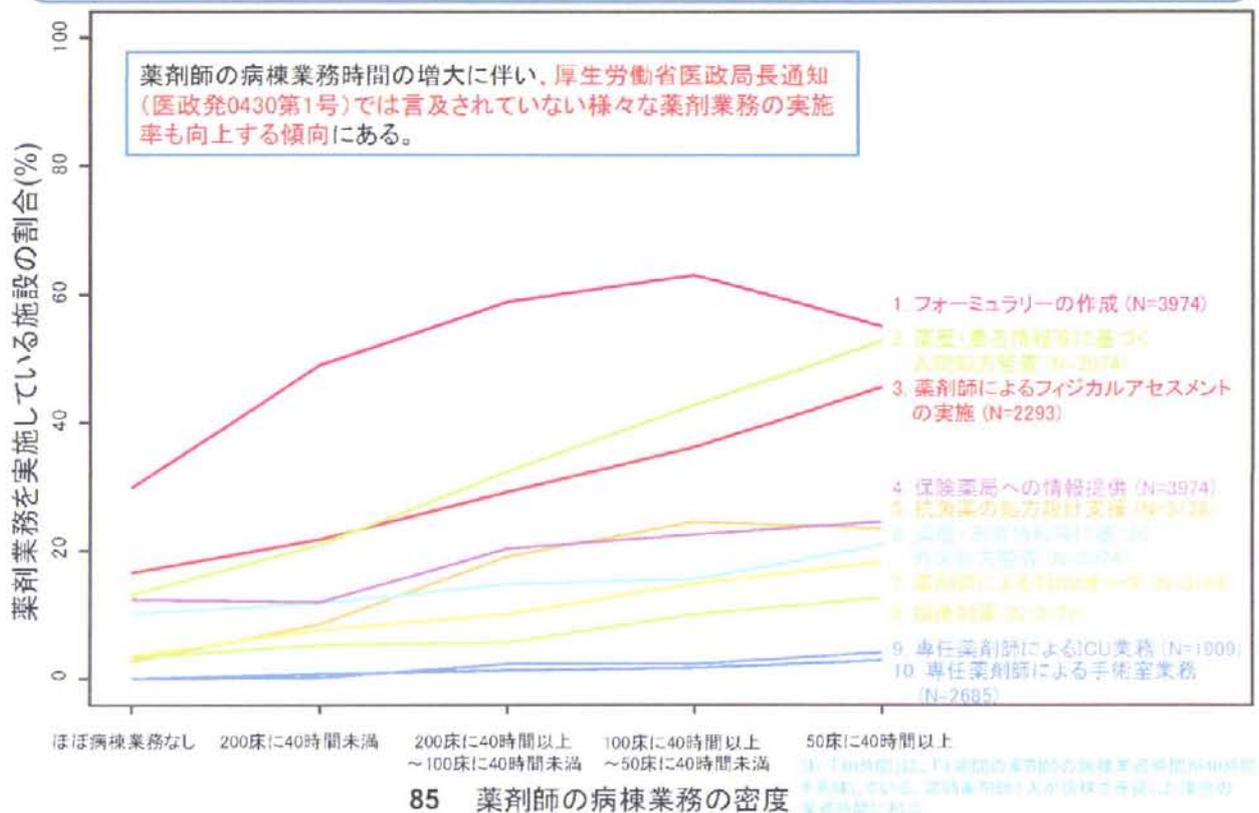
院外処方せん発行率の違いによる 薬剤師の施設への配置と病棟業務時間との関連



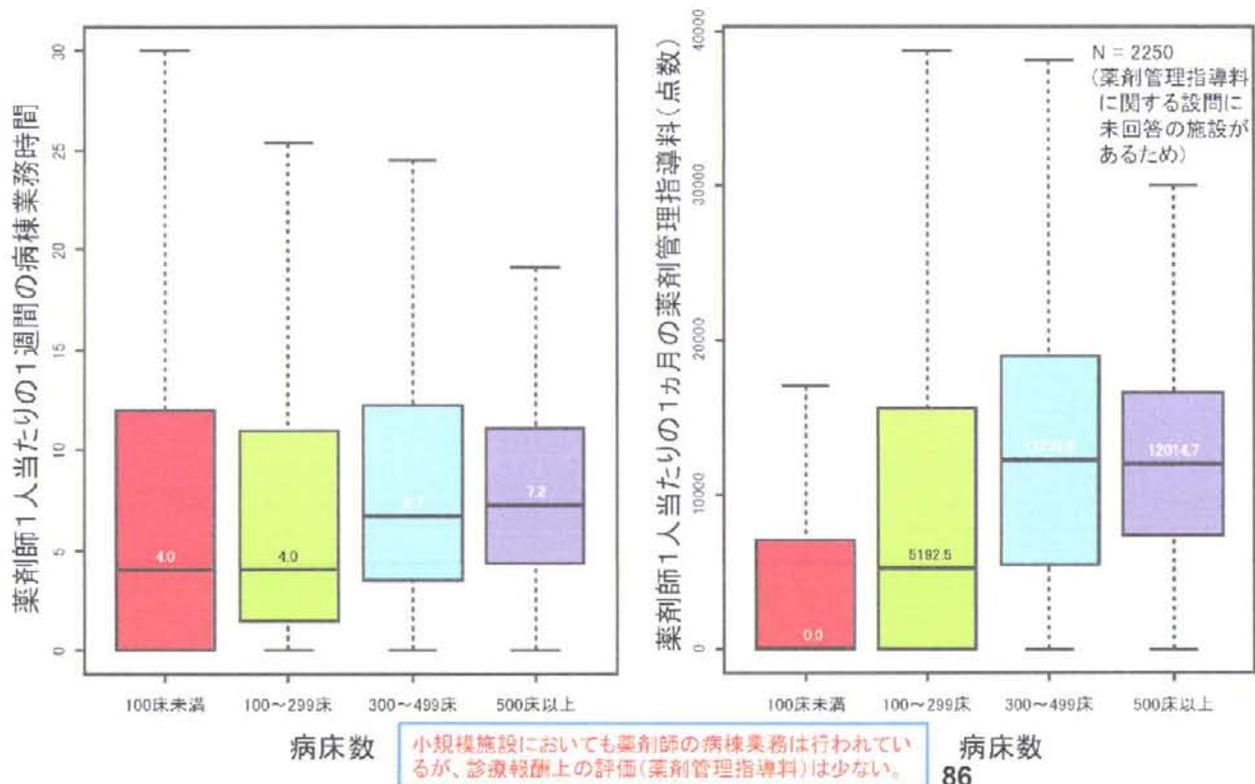
薬剤師の病棟業務時間と 薬剤業務を実施している施設の割合との関連 - 1



薬剤師の病棟業務時間と 薬剤業務を実施している施設の割合との関連 - 2

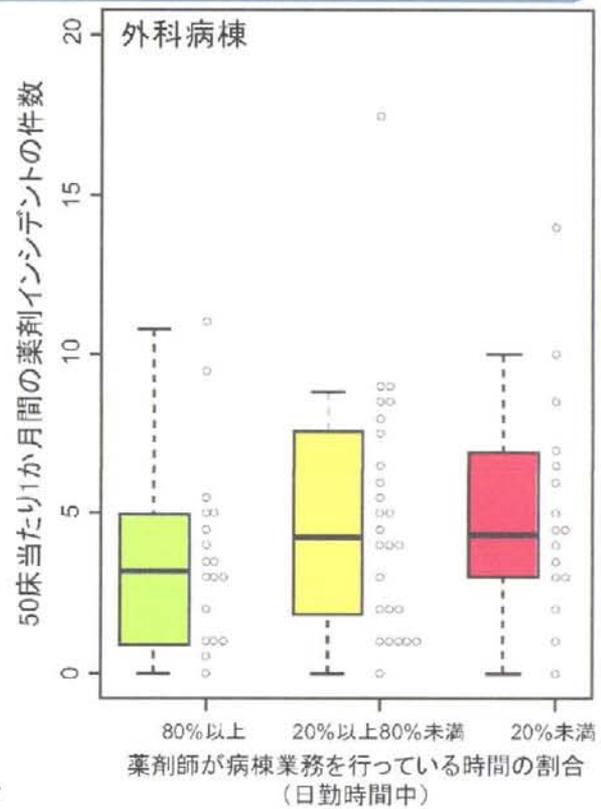
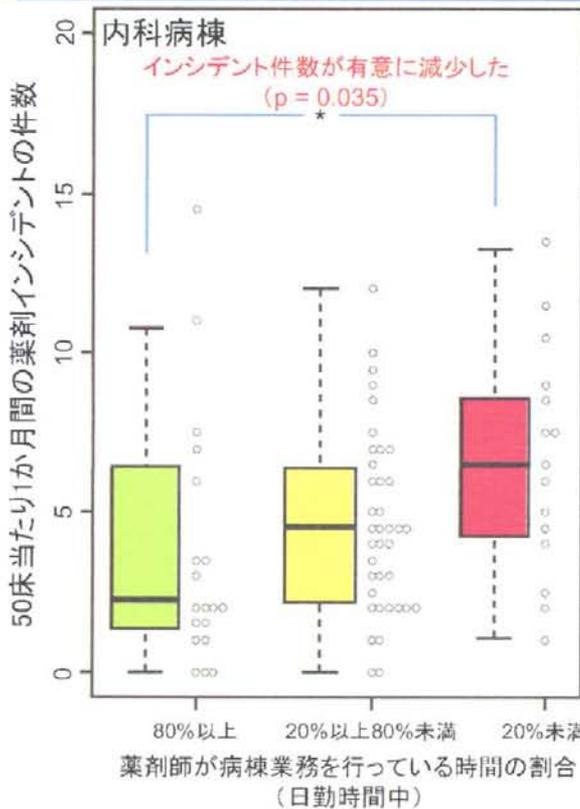


施設の病床数で区分した場合の 薬剤師の病棟業務時間と薬剤管理指導料との相関



薬剤師の病棟配置時間と薬剤に関連するインシデントの発生件数との関連

松原和夫ほか：薬剤師の病棟勤務時間が長いほど薬剤に関連するインシデント発生数は少ない—国立大学病院における調査，薬学雑誌，印刷中より引用改変



87

薬剤師の病棟業務が薬物療法の質・安全の向上に貢献することを報告した論文

① 疑義照会のさらなる充実

・病棟薬剤師による処方オーダー監査では、処方のある入院患者の49%が疑義照会の対象となった。疑義照会時の処方変更率は93%であった。病棟薬剤師による配薬は、医師、看護師に高い評価を得た。
赤澤麻衣子ほか：病棟担当薬剤師による処方オーダー監査および配薬の実施とその評価，医療薬学，30，445-450 (2004)

・683床の病院において、8か月間に約900件の不適切な指示・処方を病棟薬剤師が発見し、修正された。
加藤知次ほか：病棟薬剤師常駐によるインシデント回避事例，社会保険医学雑誌，43，55-60 (2004)

・薬剤師常駐前は、病棟における医師のヒヤリ・ハット報告は1年間で0件であったのに対し、病棟常駐後、薬剤師は1か月で26件の医師の不適切処方を見出し、それらは修正された。このような不適切処方は、調剤室で処方せんを見るだけでは発見困難であった。
郡妙恵ほか：薬剤師の病棟常駐による医療の質的向上への貢献，医療薬学，34，426-432 (2008)

・薬剤師が病棟に常駐することにより、修正された処方せん枚数が月平均13枚から32枚と2.5倍に増加。常駐前後の6か月で比較したところ、「用法・用量の変更」は、常駐前の50件から常駐後は141件と3倍に増加した。
野澤茜：薬剤師の病棟常駐による医療の質的向上への貢献II—薬のセーフティマネージャーとしての役割—，医療薬学，35，892-897 (2009)

② インシデントの減少・未然回避

・薬剤師を病棟常駐することで、病棟滞在時間が1.5時間から10.7時間と増加。看護師の薬剤インシデント報告が103件(全インシデントの32.1%)から73件(19.6%)に減少。薬剤師のプレアポイド報告が5件から23件と4.6倍に増加。重複投与の回避が3件から11件に増加した。
中村敏史ほか：薬剤師病棟常駐化による医療安全と医薬品情報提供への貢献，日本病院薬剤師雑誌，45，1119-1122 (2009)

・国立大学病院の内科系病棟においては、病棟薬剤師の配置により、薬剤関連インシデントの発生件数が有意に減少した。(前ページ参照)
松原和夫ほか：薬剤師の病棟勤務時間が長いほど薬剤に関連するインシデント発生数は少ない—国立大学病院における調査，薬学雑誌，印刷中

③ 処方設計への参画

・1名の内科病棟担当薬剤師には、7か月に206件(内、医師から91件、看護師から111件)の問い合わせがあった。また、薬剤師の回答により57件の処方変更等の薬学的関与事例が発生した。
真野泰成ほか：病棟スタッフからの質問とそれらに対する薬剤師による薬学的対応，医療薬学，31，679-685 (2005)

・神経内科病棟における病棟薬剤師の介入により、入院患者の薬剤処方数は5.7剤から4.4剤へ、薬剤費は31,650円から22,417円へと減少傾向が見られた。副作用発生頻度は22.1%まで有意に減少した。
伊藤由紀ほか：病棟薬剤師の介入による処方薬剤数、薬剤費および副作用発生頻度の減少，医療薬学，31，113-120 (2005)

・眼科病棟において担当薬剤師が情報提供を行った結果、処方における薬物相互作用(抗菌薬と金属カチオン含有製剤等)、同種同効薬重複投与の頻度が有意に減少した。
中川直人ほか：眼科病棟における薬物療法の安全性向上への薬剤師の介入，医療薬学，32，747-753 (2006)

④ がん化学療法

・薬剤師が病棟に常駐することを継続すると、とくにがん化学療法の領域において薬学的介入件数が増加(2年間で170%)した。
杉宮田和正ほか：医薬品の適正使用のための薬学的ケアの意義に関する研究(第1報)—薬物治療の安全性と有効性に及ぼす薬物モニタリングの有用性—，日本農村医学会雑誌，57，8-15 (2008)

・入院がん化学療法に対する病棟担当薬剤師3名による調査期間中の疑義照会数は47件、処方変更率は40.4%であり、一方無菌調製担当薬剤師による疑義照会件数は266件、処方変更率22.9%である。病棟担当では「投与方法」「投与量」に関するものが高率であり、調製担当は、「調製当日の血球数減少」に関連する疑義照会率が高く、両者の処方鑑査が連携することでより安全実施のための処方鑑査体制が構築出来た。
岩本卓也ほか：入院がん化学療法の安全実施に向けた無菌調製担当薬剤師と病棟担当薬剤師との処方鑑査の連携，日本病院薬剤師会雑誌，44，1065-1069 (2008)

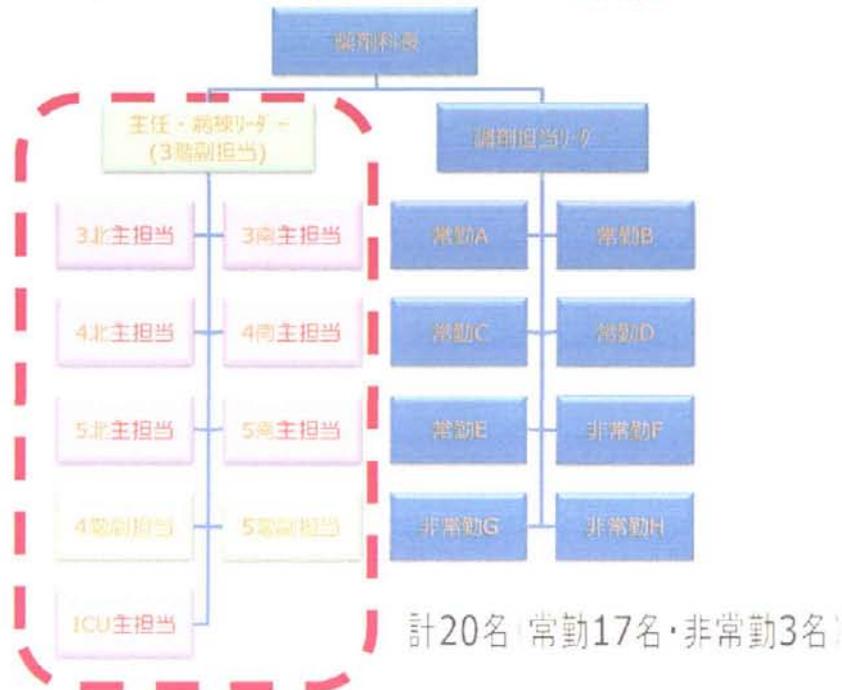
88

事例1 充実した病棟常駐化が実現している例 東住吉森本病院

病床数 329床
薬剤師 20人

薬剤師は病棟に常駐（1995年～）
現在2病棟3人体制

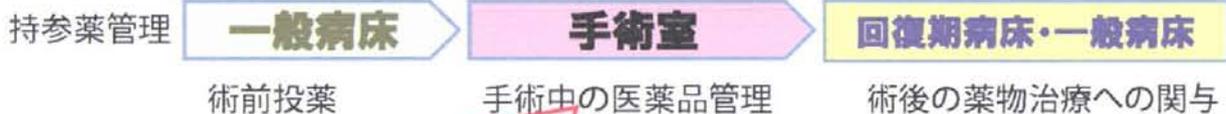
主担当は病棟常駐
副担当がフォロー



89

事例2 手術室における薬剤師の活動内容 広島大学病院

安全な手術のためのチームの構成(医師・看護師等)

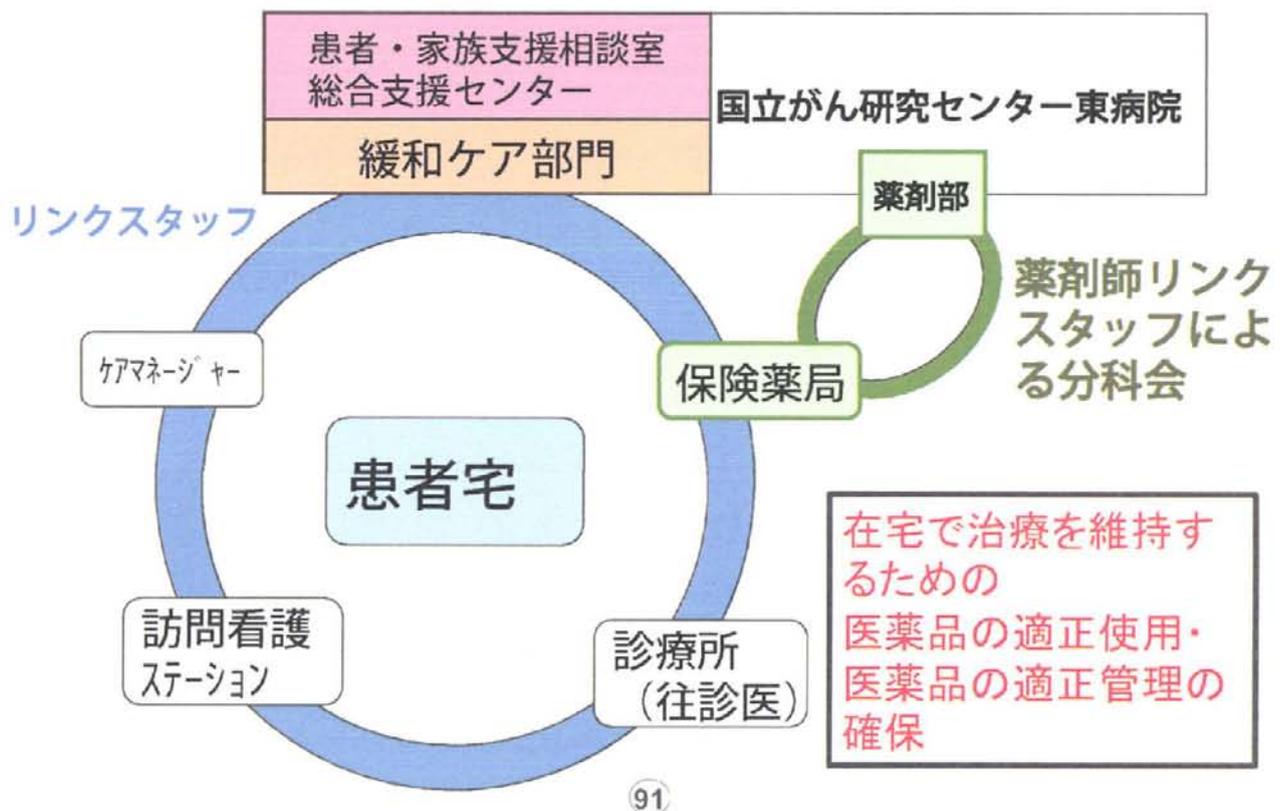


- ①麻薬・毒薬をはじめ手術部内すべての医薬品の管理
(監査, 発注, 供給, 充填)
- ②手術時使用薬剤のセット化
- ③注射剤混合調製
- ④麻酔記録の監査
- ⑤医療スタッフへの医薬品情報提供



90

事例3 地域緩和ケアを支えるリンクスタッフ 国立がん研究センター東病院



厚生労働省医政局長通知（医政発 0430 第 1 号）

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

日本病院薬剤師会による解釈と具体例

(Ver.1.1)

平成 22 年 10 月
社団法人 日本病院薬剤師会

目次

厚生労働省医政局長通知（医政発 0430 第 1 号） 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」 日本病院薬剤師会による解釈と具体例（Ver.1.1）	1
--	---

参考

1. 厚生労働省医政局長通知（平成 22 年 4 月 30 日医政発 0430 第 1 号） 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」	15
2. 厚生労働省 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） 「チーム医療の推進について」	21

厚生労働省医政局長通知（医政発 0430 第 1 号）

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

日本病院薬剤師会による解釈と具体例

(Ver.1.1)

平成 22 年 10 月
社団法人 日本病院薬剤師会

I. はじめに

医療の急激な進展に伴い、それぞれ高い専門性をもつ医療従事者が協働して患者中心の医療を実践するチーム医療を推進することの重要性が強く認識されるようになった。このような状況を背景に、厚生労働省に設置された「チーム医療推進に関する検討会」の報告書（平成 22 年 3 月 19 日）を踏まえて、平成 22 年 4 月 30 日付の厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」が発出された。

最近の医療は大きく変わりつつあるが、「多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、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「チーム医療」」（医政局長通知、前文）と位置づけられる医療スタッフの十分なコミュニケーションを前提とするチーム医療に薬剤師が積極的に参画し、薬の専門家として医療に貢献することが重要である。下記の日本病院薬剤師会（以下、日病薬）の医政局長通知に対する解釈と具体例においてもこのようなチーム医療の考えに基づいて実施することが大前提である。

通知には、「医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、チーム医療において薬剤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非常に有益である」と明記されるとともに、薬剤師が取り組むべき 9 項目の業務例について記載されている。

この通知は、厚生労働省として現行法（医療法、医師法、薬剤師法等）上で実施可能な薬剤師業務を示したものであり、少なくともここに示された業務は今後の薬剤師の標準業務の中に位置づけられる。また、これら業務は、医薬分業が進み、地域医療の重要性が高まっている現在、病院・診療所で働く薬剤師のみでなく、保険薬局で働く薬剤師にも共通であり、地域医療、とりわけ在宅医療における薬剤師の役割はますます重要になることは確実である。

チーム医療の実施にあたっては、各医療機関の業務に見合った薬剤師の配置が前提になるので、薬剤師数の拡大は緊急の課題である。日病薬としては薬剤師数増員の実現のために最大限の努力をしているが、各医療機関においても従来の業務体制を見直し、病棟に薬剤師をできるだけ多く常駐させるなど、チーム医療実現のための努力を極力行うことを要請する。

今回の医政局長通知に記載された業務例については、抽象的表記が多いので、日常業務において具体化するために、日病薬としての解釈と具体例を検討した。

以下に示す【解釈】と【具体例】は、これらの検討を踏まえた日病薬としての見解と方針である。各医療機関の薬剤部門では、これを参考にして、各医療機関に適したチーム医療に取り組み、患者を中心とした薬剤師業務のさらなる展開を強く期待する。

Ⅱ. 通知に記載された業務例の解釈と具体例

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

業務例-①

薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。

【解釈】

様々な疾患の薬物療法の基本方針が医師、薬剤師や看護師などの医療チームのメンバー間で検討・合意され、包括的なプロトコール（レジメン、治療計画）あるいは個々の患者に対するプロトコールを作成する。このような場合には、そのプロトコールに従って、最適な投与量の設定、重篤な副作用を未然に防止するために、適切な臨床検査や薬物血中濃度測定をオーダーし、その結果について解析・評価を行い、エビデンスに基づいた薬物療法を実施する。さらに、必要に応じて最適な処方（薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等）に滞りなく変更するとともに、速やかにチームのメンバーとカンファレンス、電話、カルテへの記載などにより十分なコミュニケーションをとる。

なお、プロトコールは、各学会の治療ガイドラインを参考にして作成することが望ましい。また、プロトコールには処方内容の変更、検査や薬物血中濃度測定 of オーダーなどの薬剤師が実施する業務内容とその範囲を明確にすることが望ましい。

【具体例】

- 1.がん化学療法における副作用対策は、治療の有効性を高め、安全性を確保する上において極めて重要である。チームのメンバーは、患者のがん化学療法の方針を決定する際に、副作用対策についても基本方針を決定する。投与開始後に、例えば、強い嘔吐などの副作用が起こった場合には、薬剤師が、制吐薬の追加、変更を行えることも基本方針に明記する。患者の副作用の発現状況とそれに伴う制吐薬を追加、変更した場合には、その内容について、速やかに医師をはじめチームのメンバーに伝達する。
- 2.慢性腎臓病で維持透析を行っている患者のミネラル代謝異常（CKD-MBD）の管理について、医師と薬剤師等が協働して患者に適した透析管理プロトコールを作成する。また、薬剤師は定期的に行われる血液検査のデータを確認し、プロトコールに従って薬剤の増減や追加の検査オーダーを行う。追加、変更した処方内容や検査内容については、速やかに医師をはじめチームのメンバーに伝達する。
- 3.血栓予防の必要な患者に対して、ワルファリンの標準的投与プロトコールを医師と薬剤師等が作成

する。ワルファリン投与量は血液凝固因子産生に必要なビタミン K を再生するビタミン K サイクルの主要な酵素である Vitamin K Oxide Reductase(VKOR)、ワルファリンの主要な代謝酵素の一つである CYP2C19 などの遺伝子多型や併用薬などの影響が大きいことが知られている。個々の患者のこれら酵素の遺伝子多型チェックと血液凝固能の検査オーダーを行う。それらの結果や患者所見等を踏まえ、プロトコールに基づいて投与量、投与時期等の変更を薬剤師が行うことができる。検査結果や処方変更をした内容は、速やかに医師をはじめチームのメンバーに伝達する。

4.精神科薬物療法における副作用対策は、治療の有益性を高めるだけでなく、患者のアドヒアランス向上において極めて重要である。医師と薬剤師が協働してプロトコールを作成し、服薬の継続を図るために、副作用の確認や飲み心地評価(DAI-10)等も実施し、それらの結果や患者所見等を踏まえ、投与量、投与方法、投与期間、剤形等の変更を薬剤師が行う。検査結果や処方変更をした内容は、速やかに医師をはじめチームのメンバーに伝達する。

業務例-②

薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方を提案すること。

【解釈】

患者状況（疾患名、腎および肝機能、臨床検査値、バイタルサイン、自覚症状、薬物血中濃度、アドヒアランス等）や他施設で処方された薬剤などを薬剤師がアセスメントして、薬物療法全体（薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間など）について判断し、最適な処方提案を積極的に行う。

【具体例】

- 1.がん化学療法において薬剤師が患者の副作用症状をモニターし、嘔吐、好中球減少、貧血、出血、手足症候群、発疹、便秘、口内炎、血管炎等の多様な副作用を早期に発見するよう努め、副作用改善のための支持療法のための制吐薬、G-CSF 製剤、軟膏、咳嗽薬等の適切な処方を提案する。
- 2.患者の膿、喀痰、尿等からの耐性菌検出状況、起炎菌の同定、薬剤感受性の確認、院内における抗菌薬使用状況（抗菌薬の使用実態、使用制限、採用薬の評価、耐性菌の出現状況等）をチェックし、適切かつ耐性菌の発生を防ぐ抗菌薬の選択、投与量や投与期間等の処方を提案する。
- 3.感染症治療に用いられる抗菌薬について、感染症別の標準的投与プロトコールを、院内の感染対策委員会あるいは医師・薬剤師が作成する。薬剤師は、抗菌薬の効果・副作用についてモニターして、薬剤の血中濃度、菌種や薬剤耐性など必要な検査をオーダーする。さらに、個々の患者の TDM (PK /PD パラメータの算出) の解析、体内動態等のエビデンスに基づいて、使用薬剤や投与量の変更、

注射剤から経口剤への変更時期について提案する。

4. 医師、検査部と協働で、細菌検査のグラム染色結果を基に、起因菌を想定し初期抗菌薬を選択する。さらに、細菌培養検査による起因菌を分離して、感受性を基に抗菌薬の有効性を検討する。
5. 喘息治療において使用される吸入剤は、製品によって吸入方法が異なり、正しく吸入できないと効果が不十分になることがある。事前に医師と協議した治療プログラムに基づき、患者の吸入手技を指導・評価する。また、呼気流速の測定結果から、使用しているドライパウダー吸入製剤等の使用が妥当かどうか判定を行い、必要に応じ薬剤の変更を提案する。
6. 統合失調症における薬物療法においては、抗精神病薬の多剤大量療法が常態化しており、錐体外路症状、高プロラクチン血症、便秘の発現、あるいは過鎮静など重い副作用が多数起こっている。これら多剤大量療法の行われている患者に対して、多剤大量療法に至った経緯を把握し、患者の症状および副作用、認知機能などの評価を行い、薬剤の単純化を目指して、薬剤数の減少および減量に向けて処方変更を提案する。
7. 褥瘡治療では、褥瘡の状態をチェックして、外用薬剤種類の選択、塗布量の変更、創面の移動も考慮に入れた投与方法（特に大きな褥瘡には、創面の固定を行った上で外用剤の塗布を行うこと）、治癒状態から投与期間を変更するなどの処方を提案する。
8. ICU（集中治療室）に薬剤師が常駐し、患者の状態を把握した上で医師と協働して患者の身体所見、臨床検査値、画像等をモニターし、使用薬剤、点滴速度、点滴ルート、注射剤の配合変化、投与量の調節等の処方を提案する。
9. 薬剤師は、緩和ケア病棟で、患者の痛みや副作用の程度を観察し、急に強い痛みが生じた患者に対する臨時追加投与（レスキュードーズ）、副作用などにより疼痛コントロールがうまくいかなかった場合の他のオピオイド鎮痛剤への変更（オピオイドローテーション）、嘔気、便秘、眠気、せん妄等副作用症状を軽減するための処方を提案する。
10. 居宅療養管理指導、訪問薬剤管理指導などで薬剤師が患者の居宅を訪問した際、プロトコールに基づいて、薬剤の効果・副作用のチェック、患者状態のモニタリングなどを勘案して、医師に連絡の上、服薬継続が可能な剤形の選択、投与時間、投与量の減量・中止等の変更を行うとともに、医師、看護師と緊密な連携をとる。

業務例-③

薬物治療を受けている患者（在宅の患者を含む）に対し、薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）を行うこと。

【解釈】

入院中の患者だけではなく、外来患者、在宅患者、介護老人保健施設、介護老人福祉施設などの施設入所者など全ての薬物療法を受けている患者に対して、薬剤師は適切な薬物治療と患者の副作用の早期発見と防止のための薬学的管理を行う。患者との面談、フィジカルアセスメント[血圧、脈拍、体温、呼吸数、意識レベルなどのバイタルサイン（基本的生命徴候）の確認に加えて、打診、聴診、心電図解読などの評価]、カルテの確認、回診・カンファレンスへの参加等を通じて患者の状態を把握した上で、服薬している薬剤の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、重複投与、相互作用や食品との相互作用、配合変化、配合禁忌等に関する確認、患者の状態観察、効果、副作用等の状況把握、服薬指導等）を行い、薬剤の効果や副作用の発現などについてチームのメンバーと十分に情報・意見交換して、個々の患者に最適な処方を提案する。

【具体例】

- 1.手術の際に出血を最小限に抑えるため、血液を固まりにくくするアスピリン、チクロピジン、ワルファリン等の薬剤は手術前に休薬しなくてはならないが、これらの医薬品は、必要な休薬期間がそれぞれ異なる。薬剤師は、手術の規模に応じて手術前に中止すべき薬剤について、手術日程に併せた休薬スケジュールを作成してチームメンバーと協議する。さらに患者に服薬指導を行い、術創からの出血や再梗塞のリスクをコントロールする。
- 2.居宅療養管理指導、訪問薬剤管理指導を行っている患者の病態および服薬状況を把握し、医師や看護師、介護者、家族等とも連携して、医薬品による副作用の発現状況や、食事・排泄・睡眠・運動等の機能への影響、合併症を併発する可能性などについて継続して経過観察する。ADL（日常生活動作）、代謝・排泄・嚥下等の低下があれば、原因となる薬剤を検討し、投与量の変更を提案する。また、適切な医薬品や服薬補助具等の使用を提案し、薬物療法を適正化し、患者の QOL 向上に努める。
- 3.退院時指導を行う際に、薬剤師は、副作用の初期症状と症状が出現したときの対応、緊急に医療機関を受診する必要があるのはどんな時かなどを説明し、患者自らも副作用を回避できるよう指導する。また、入院中の薬物療法、副作用状況等を退院時サマリーに記載し、退院後の在宅療養を支援する関係者（かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、保険薬剤師、患者の家族等）と情報を共有する。

4.胃瘻や経鼻経管栄養を実施している患者が退院する場合には、医薬品の通過性や配合変化防止等にかかる情報を患者、家族、在宅医療担当者（かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、保険薬剤師等）と共有することにより、チューブ閉塞を回避する必要がある。これらについて、栄養サポートチーム等が退院時サマリーを作成し、退院後の在宅医療の担当者に対して書面で情報提供を行う。また、褥瘡治療においては、微量元素の摂取などによる栄養改善や褥瘡のステージ・創面の湿度に応じた治療薬の選択の必要について情報を提供して治療期間を短縮する努力をする。

業務例-④

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、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。

【解釈】

薬剤師、特に病棟薬剤師は、薬物療法を行っている患者について、薬物血中濃度モニタリング（TDM）やバイタルサインの確認、さらに必要に応じてフィジカルアセスメント等により、副作用や有効性を確認し、必要に応じて最適な薬剤とその投与量や投与時間を算出し、薬剤の変更等を含めた最適な薬物療法の処方を積極的に医療チームに提案する。

【具体例】

- 1.抗がん薬、抗菌薬、造影剤、血液製剤等の注射剤を投与する際、病棟薬剤師は、投与前に患者の状態を十分に把握し、投与中から投与後もベッドサイドをラウンドして、息苦しさ、吐き気、動悸等の自覚症状の変化、意識の混濁、くしゃみ等のアナフィラキシーショック症状を経過観察し、必要に応じて薬剤投与を中止し、医師への連絡、緊急対応薬を提案するなど迅速な対応を行う。
- 2.間質性肺炎等の発現頻度の高い薬剤（特に分子標的薬ゲフィチニブ等の抗悪性腫瘍薬等）を投与している患者に対して、空咳、息切れ、発熱、呼吸困難等の自覚症状の確認、聴診による捻髪音等フィジカルアセスメント、間質性肺炎等の血清マーカーであるCRP、LDH、KL-6など血液検査値等を経過観察し、間質性肺炎の早期発見に努め、適切な対応を提案する。
- 3.向精神薬について、薬剤師はそれぞれの薬剤の効果・副作用について評価し、プロトコールに定めたタイミングで患者に必要な検査をオーダーし、その検査結果を評価するとともに、投与量の再設計を行って医師に提案する。特に、非定型抗精神病薬では血液疾患や内分泌疾患等の副作用をモニターし、体重や血糖値等については、投与前からのチェックに基づき、薬剤変更等も含めて医師に適切な処方を提案する。
- 4.抗精神病薬投与に伴う錐体外路症状について、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて評

価し、必要に応じて投与量の減量・中止あるいは薬剤の変更等の処方変更を提案する。併せて、不適切な服薬中断などにより錐体外路症状が引き起こされないよう患者に説明し、患者が治療を継続しやすいよう剤形や用法等も含めて医師に提案する。

5.腎機能が低下している患者では、薬物の腎臓からの排泄の遅れや、排泄しにくくなることにより薬物が体内に蓄積して中毒作用を引き起しやすくなるので、薬剤師が継続して TDM を実施して、その結果を解析し、適切な投与量を医師に提案する。

6.治療安全域の狭い薬剤を服用している患者については、相互作用による薬剤の血中濃度の変化も考慮し、TDM のデータを基に副作用の発現状況（バイタルサインや皮膚のチェックによる）や有効性の確認を行うとともに、医師に対して、検査オーダー、薬剤や薬剤量の変更等を提案する。

7.ワルファリンなどを服用している患者については、相互作用による薬剤の血中濃度上昇や血液凝固能を示す PT-INR の延長なども考慮し、血中濃度測定や凝固系検査の実施を医師へ提案する。また、患者への説明や直接観察、検査データを継続的にモニターし、副作用の早期発見に努める。

業務例-⑤

薬物治療の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方を提案すること。

【解釈】

症状が安定している患者については、事前の医師との合意に基づき、副作用症状の有無、臨床検査値等の患者情報を記録した薬歴等を確認し、問題がない場合にはこれまでの処方を継続するよう医師に提案する。患者状態に問題を見つけた場合にはその問題点を医師に連絡して、処方薬の剤形変更（散剤・錠剤）、一包化調剤、投与日数の調整等を提案する。

業務例-⑥

外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。

【解釈】

がん治療において、外来化学療法が急激に増加しており、化学療法薬剤の様々な組み合わせによる多くのレジメンが提案され、治療に用いられている。また、多様な作用機構を持つ分子標的薬や抗体薬が開発され、多くのレジメンで使用されている。患者中心のチーム医療において、十分に医療従事者と患者、家族の間でコミュニケーションが取れていることが治療の成功のために重要であり、薬剤

師に対する期待も大きい。外来化学療法の成功には、副作用のコントロール、重篤化の防止が重要である。

外来化学療法を受ける患者に対して、医師による治療方針等の説明後に、薬剤師が抗がん薬による治療スケジュール、有効性、副作用等を詳細に説明し、副作用の軽減のための対応方法と発現の記録に基づいてインフォームドコンセントを実施する。また、抗がん剤を投与している間に患者状況をラウンドして患者状況を掌握し、抗がん薬投与で出現する遅延性副作用を含む副作用の把握、それらに対応する適切な支持療法の提案、患者の相談に応じるなど、患者の苦痛や不安を軽減するための対策を行う。

【具体例】

1. がん化学療法に用いる薬剤や分子標的薬の作用、副作用、副作用の対策等についてパンフレット等を用いて平易な言葉で患者に説明し、薬物療法について十分に理解して治療に積極的に参加できるように支援する。
2. 外来化学療法室に薬剤師が常駐する体制をつくり、がん化学療法による副作用症状をチェックし、副作用の軽減あるいは回避のための処方提案をする。

業務例-⑦

入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案する等、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。

【解釈】

患者は複数の医療機関を受診していることが多く、複数の類似薬や相互作用あるいは併用禁忌の薬剤や食品（特定保健用食品を含む）を摂取していることが多い。薬剤師は、入院患者の持参薬の鑑別、保管管理、代替薬の提案を行うとともに、処方薬との相互作用や重複投与、併用禁忌等の回避に努めなければならない。入院中の適正な薬剤の選択と手術・検査の日程に合わせた処方提案を行い、さらに、患者に対してそれら医薬品投与に関連した薬学的管理を行う。

【具体例】

1. 入院予約時に持参薬管理センター等で服用中の薬剤や特定保健用食品などを入れる薬袋を患者に手渡し、入院する際に患者と面談し、服用薬剤、服用方法および服用量を確認する。また、電子カルテ上に持参薬情報と問題点を入力し、入院中の処方提案をする。
2. 患者状況、持参薬情報と問題点（コンプライアンス、相互作用、重複、手術・検査に影響する薬剤、禁忌等の薬学的考察）を検討して、医師に替わり服薬指示書の作成を行い、医師に提案する。

業務例-⑧

定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。

【解釈】

比較的症状が安定しており、長期投与を受けている患者の外來処方せんについては、例えば、定期的（一ヶ月毎）な患者の薬局への来訪、若しくは薬剤師の居宅等への訪問により、長期処方を分割して調剤を行う。薬剤師は、その都度、患者の自覚症状、バイタルサインの確認やフィジカルアセスメント、さらに、家族からの情報収集等により、副作用、治療効果などの評価を行い、治療の継続の妥当性を判断するとともに、その状況等について、患者への説明を行う。さらに、必要に応じて処方医への処方提案を行う。また、評価の結果、患者の状態に問題が生じていると判断した場合等には、処方せんを発行した医師への受診勧奨を行うとともに、遅滞なく医師にも連絡する。

業務例-⑨

抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

【解釈】

National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH)から 2004 年に警告「医療環境において抗がん薬や他の危険な医薬品に医療従事者が被曝しないために」が出されて以来、抗がん薬の無菌調製を安全に行い、医療従事者の安全を確保することが求められるようになった。そのためには、トレーニングを受けた薬剤師が、抗がん薬を取り扱う全ての医療機関で、全ての患者に対して閉鎖系の飛散防止器具を用いて、安全キャビネットの中で無菌的に行うことが必要である。さらに、看護師と協力して、調製した抗がん薬剤の投与前のセッティング、投与ルートの確認、投与速度の設定等を行う。薬剤師による抗がん薬の無菌調製については、全国のがん化学療法を実施している病院の 81% で実施されている（平成 22 年度「日病薬による病院薬剤部門の現状調査」）。

2) 薬剤に関する相談体制の整備

薬剤師以外の医療スタッフが、それぞれの専門性を活かして薬剤に関する業務を行う場合においても、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とから、薬剤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体制を整えることが望まれる。

【解釈】

薬剤師は、薬のプロフェッショナルとして医薬品と薬物療法に責任を持つことが必要である。また、近年、医薬品は分子標的薬などのように高度化・多様化し、その使用方法、対象患者、適応症などの

判断も難しくなっている。また、患者の状況に応じて、医師や看護師から薬物療法に関する質問も多様化かつ緊急化している。従って、薬剤師は多様な医薬品と適応疾患、病態、病理に精通しているべきである。薬剤師は、医療チームの一員として、患者の安全面、特に薬剤の有効性・安全性などに責任を負うので、病棟に薬剤師が常駐して業務を行う体制を早急に構築するとともに、種々の疑問への対応や適切な助言をするための医薬品情報部門を強化・整備する必要がある。

Ⅲ. おわりに

今回発出された医政局長通知について、日病薬として薬剤師の立場から解釈を行い、チーム医療の中でどのように貢献すべきかについて、一部の具体例を交えながら記載した。言うまでもなく、これは現行法の解釈通知であり、その中でどこまでスキルミックスが可能かについての解釈を示したものであり、現在、我々薬剤師が目指している将来展望からすれば、不十分であることは否めない。しかしながら、薬剤師業務の飛躍に向けてのワン・ステップとして評価できる。

まず、ここに記載されている業務を全ての医療機関で実践する努力を行い、短期間でチーム医療を飛躍的に発展させ、さらに、法改正を伴う次の高い峰に向かうことが求められる。各医療機関固有の問題と目指す方向を十分に踏まえつつ、質の高いチーム医療を構築すべきであると考えます。

そのためには、各医療機関の薬剤師は真摯に最大限の力を発揮して業務を見直し、病棟に薬剤師を配置する努力を行うことを再度要請する。米国と比べても病床当たりの薬剤師数が圧倒的に少ない状況であるので、薬剤師の医療における貢献を示しつつ薬剤師数の増加を図りたい。各医療機関の努力を求めるとともに、日病薬としても最大限の努力を行う。薬剤師が病棟にいないければ、チーム医療は絵に描いた餅になることは自明である。

また、チーム医療に貢献するためには全国の薬剤師の資質向上が必須である。6年制教育を待つまでもなく、現在活躍している一人一人薬剤師の飛躍が求められている。医療人としてコミュニケーション力の豊かな視野の広い薬剤師として、患者の立場で業務に取り組む薬剤師が求められているのである。また、各専門薬剤師および認定薬剤師はその牽引車として十分に力量を発揮することを要望する。

主として病院・診療所で働く薬剤師に焦点をあてて記載したが、保険薬局の薬剤師にも共通であると考えます。全国の薬剤師が自己の将来への明るい展望を持つとともに、病める人の大きな支えになる医療人として、力を合わせ、奮闘することを心から期待する。

参 考

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について

近年、質が高く、安心して安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化や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ているところである。こうした現在の医療の在り方を大きく変え得る取組として、多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに互いに連携・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「チーム医療」に注目が集まっており、現に、様々な医療現場で「チーム医療」の実践が広まりつつある。

このため、厚生労働省では、「チーム医療」を推進する観点から、「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日付け医政発第1228001号厚生労働省医政局長通知。以下「局長通知」という。）を発出し、各医療機関の実情に応じた適切な役割分担を推進するよう周知するとともに、平成21年8月から「チーム医療の推進に関する検討会」（座長：永井良三東京大学大学院医学研究科教授）を開催し、日本の実情に即した医療スタッフの協働・連携の在り方等について検討を重ね、平成22年3月19日に報告書「チーム医療の推進について」を取りまとめた。

今般、当該報告書の内容を踏まえ、関係法令に照らし、医師以外の医療スタッフが実施することができる業務の内容について下記のとおり整理したので、貴職におかれては、その内容について御了知の上、各医療機関において効率的な業務運営がなされるよう、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に周知方願いたい。

なお、厚生労働省としては、医療技術の進展や教育環境の変化等に伴い、医療スタッフの能力や専門性の程度、患者・家族・医療関係者のニーズ等も変化することを念頭に置き、今後も、医療現場の動向の把握に努めるとともに、各医療スタッフが実施することができる業務の内容等について、適時検討を行う予定であることを申し添える。

1. 基本的な考え方

各医療スタッフの専門性を十分に活用して、患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、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。

実際に各医療機関においてチーム医療の検討を進めるに当たっては、局長通知において示したとおり、まずは当該医療機関における実情（医療スタッフの役割分担の現状や業務量、知識・技能等）を十分に把握し、各業務における管理者及び担当者間においての責任の所在を明確化した上で、安心・安全な医療を提供するために必要な具体的な連携・協力方法を決定し、医療スタッフの協働・連携によるチーム医療を進めることとし、質の高い医療の実現はもとより、快適な職場環境の形成や効率的な業務運営の実施に努められたい。

なお、医療機関のみならず、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も、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、複数の職種間の連携に関する教育・啓発の推進等の取組が積極的に進められることが望まれる。

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(1) 薬剤師

近年、医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しているため、医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、チーム医療において薬剤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非常に有益である。

また、後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤に関する幅広い知識が必要とされているにもかかわらず、病棟や在宅医療の場面において薬剤師が十分に活用されておらず、注射剤の調製（ミキシング）や副作用のチェック等の薬剤の管理業務について、医師や看護師が行っている場面も少なくない。

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

以下に掲げる業務については、現行制度の下において薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者（在宅の患者を含む。）に対し、薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）を行うこと。
- ④ 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、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。

- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方を提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

2) 薬剤に関する相談体制の整備

薬剤師以外の医療スタッフが、それぞれの専門性を活かして薬剤に関する業務を行う場合においても、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とから、薬剤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体制を整えることが望まれる。

(2) リハビリテーション関係職種

近年、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、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くなるなど、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は大きなものとなっている。

1) 喀痰等の吸引

- ① 理学療法士が体位排痰法を実施する際、作業療法士が食事訓練を実施する際、言語聴覚士が嚥下訓練等を実施する際など、喀痰等の吸引が必要となる場合がある。この喀痰等の吸引については、それぞれの訓練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踏まえ、理学療法士及び作業療法士法（昭和40年法律第137号）第2条第1項の「理学療法」、同条第2項の「作業療法」及び言語聴覚士法（平成9年法律第132号）第2条の「言語訓練その他の訓練」に含まれるものと解し、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が実施することができる行為として取り扱う。
- ② 理学療法士等による喀痰等の吸引の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた理学療法士等が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、理学療法士等が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、理学療法士等の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進め

ることが望まれる。

2) 作業療法の範囲

理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」については、同項の「手芸、工作」という文言から、「医療現場において手芸を行わせること」といった認識が広がっている。

以下に掲げる業務については、理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」に含まれるものであることから、作業療法士を積極的に活用することが望まれる。

- ・ 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
- ・ 家事、外出等のIADL訓練
- ・ 作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- ・ 福祉用具の使用等に関する訓練
- ・ 退院後の住環境への適応訓練
- ・ 発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

(3) 管理栄養士

近年、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・栄養指導や栄養状態の評価・判定等の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

以下に掲げる業務については、現行制度の下において管理栄養士が実施することができることから、管理栄養士を積極的に活用することが望まれる。

- ① 一般食（常食）について、医師の包括的な指導を受けて、その食事内容や形態を決定し、又は変更すること。
- ② 特別治療食について、医師に対し、その食事内容や形態を提案すること（食事内容等の変更を提案することを含む。）。
- ③ 患者に対する栄養指導について、医師の包括的な指導（クリティカルパスによる明示等）を受けて、適切な実施時期を判断し、実施すること。
- ④ 経腸栄養療法を行う際に、医師に対し、使用する経腸栄養剤の種類を選択や変更等を提案すること。

(4) 臨床工学技士

近年、医療技術の進展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は大きなものとなっている。

1) 喀痰等の吸引

- ① 人工呼吸器を装着した患者については、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喀痰等の吸引が必要となる場合がある。この喀痰等の吸引については、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踏まえ、臨床工学技士法（昭和62年法律第60号）第2条第2項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解し、臨床工学技士が実施することができる行為として取り扱う。
- ② 臨床工学技士による喀痰等の吸引の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、臨床工学技士の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進めることが望まれる。

2) 動脈留置カテーテルからの採血

- ① 人工呼吸器を操作して呼吸療法を行う場合、血液中のガス濃度のモニターを行うため、動脈の留置カテーテルから採血を行う必要がある。この動脈留置カテーテルからの採血（以下「カテーテル採血」という。）については、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踏まえ、臨床工学技士法第2条第2項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解し、臨床工学技士が実施することができる行為として取り扱う。
- ② 臨床工学技士によるカテーテル採血の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、臨床工学技士の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進めることが望まれる。

(5) 診療放射線技師

近年、医療技術の進展により、悪性腫瘍の放射線治療や画像検査等が一般的なものになるなど、放射線治療・検査・管理や画像検査等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は大きなものとなっている。

以下に掲げる業務については、現行制度の下において診療放射線技師が実施することができることから、診療放射線技師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 画像診断における読影の補助を行うこと。
- ② 放射線検査等に関する説明・相談を行うこと。

(6) その他

(1) から (5) までの医療スタッフ以外の職種（歯科医師、看護職員、歯科衛生士、臨床検査技師、介護職員等）についても、各種業務量の増加や在宅医療の推進等を背景として、各業務の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっていることから、各職種を積極的に活用することが望まれる。

また、医療スタッフ間の連携・補完を推進する観点から、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）や、医療スタッフ間におけるカルテ等の診療情報の活用を推進する診療情報管理士等について、医療スタッフの一員として積極的に活用することが望まれる。

さらに、医師等の負担軽減を図る観点から、局長通知において示した事務職員の積極的な活用に関する具体例を参考として、書類作成（診断書や主治医意見書等の作成）等の医療関係事務を処理する事務職員（医療クランク）、看護業務等を補助する看護補助者、検体や書類・伝票等の運搬業務を行う事務職員（ポーターやメッセンジャー等）等、様々な事務職員についても、医療スタッフの一員として効果的に活用することが望まれる。

チーム医療の推進について
(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

厚生労働省

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・プロトコー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・家族とともに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、その指示に基づき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、現行の保助看法の下において、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合わせ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。
- なお、一部の委員から、「特定の医行為は特定看護師（仮称）しか実施できないとした場合には、医療現場が混乱するおそれがある」として、特定看護師（仮称）の導入について強い懸念が表明された。

(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拠し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、理学療法の手法である「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、経腸栄養剤の種類を選択・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、臨床工学技師制度の創設当初（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・家族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・家族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・家族とともに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、薬剤師、看護師、管理栄養士 等
- ・ 感染制御チーム：医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、臨床検査技師 等
- ・ 緩和ケアチーム：医師、薬剤師、看護師、理学療法士、MSW 等
- ・ 口腔ケアチーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士 等
- ・ 呼吸サポートチーム：医師、薬剤師、看護師、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、薬剤師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士 等
- ・ 褥瘡対策チーム：医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、理学療法士 等
- ・ 周術期管理チーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、臨床工学技士、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）、介護保険事業所（ケアマネジャー）等が退院時カンファレンスに参加するなど、在宅医療・介護サービス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・家族にとっても、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、国民の多様な意見を聴取しつつ、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、関係学会等が参画できる検討の場としての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・家族・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、便秘異常、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 委員名簿

(五十音順 / ○：座長)

秋山 正子	ケアーズ白十字訪問看護ステーション所長
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	NPO法人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	自治医科大学麻酔科学・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

厚生労働省医政局長通知（医政発 0430 第 1 号）
「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」
日本病院薬剤師会による解釈と具体例（Ver.1.1）

平成 22 年 12 月 8 日発行
（社）日本病院薬剤師会

〒 150-0002
東京都渋谷区渋谷 2-12-15 長井記念館 8 階
電話：(03) 3406-0485 FAX (03) 3797-5303
<http://www.jshp.or.jp>
