

チーム医療推進方策検討WG

提出資料

社会医療法人禎心会 理事長
全日本病院協会 病院のあり方委員会委員長
徳田禎久

チーム医療を推進するにあたって

I. 全般的な事項

医師・看護師等の不足、過剰労働問題から、それぞれの肩代わりをさせるといふ趣旨のチーム医療の議論は不毛である（*1）。それぞれの職種が充足すれば不要ということになりかねない。

チーム医療推進の目的は、専門職種間の業務分担を見直し、あたかも辻褃を合わせるように数的に人員の充足を図るものではなく、職種間の有機的な連携を図ることにより医療の質的な改善を図るものである。それを妨げる要因、例えば職種別に行われ相互に整合が必ずしも取れていない教育プログラム、職種間の伝達システム、責任体制のあり方等については積極的に検討・改善が図られるべきものとする。

「チーム医療」では、多様な医療スタッフが関与するものであるから、急性期から慢性期、在宅医療まで実例に基づいて現時点でのモデルケースを設定し、全国の医療機関において可能となる施策を国の主導のもとに考える一方で、当面各施設では利用可能な人的資源から、可能な取り組みを行うことが求められる。今後、国の施策として以下の取り組みが必須と考える。

- 1、モデルケースからチーム医療を担う各職種の必要数を二次医療圏別に算出し適正配備の方法を確立する。
- 2、一定の医療機関への各職種の充足がはかられるまでは、看護業務実態調査に示された医師が任されると判断して実態として看護師に指示していた行為に関して、それを禁止するような厳格な対応はしない。現状での包括的指示内容の厳格化は、看護師の採用がままならない地方などでは医師の明らかな負担増をまねく可能性がある。

現状では、チーム医療の推進と言う大きなテーマを隠れ蓑に、特定看護師に関する議論のみが重点的に進んでいることを危惧する。

厚労省による看護業務実態調査は、目的が特定看護師（診療補助に含まれないものと理解されてきた一定の医行為を行う一日看協）という新しい職種の養成を意図したものであるが、大学病院等500床超大型病院を中心とした調査であり、かつ回収率16.9%にとどまっており回答内容の代表性が担保されておら

ず、看護範囲の拡大に関心のある医師・看護師に偏った回答の可能性も指摘されている。同様の調査が日医により行われているが 200 床未満約 7 割の回答では、結果は大きく異なっていた。

どちらがより広く医療現場の認識を正確に反映しているのかの判断は別として、チーム医療は、医師と看護師だけではなく、医療法（*2）でも明示されているように、薬剤師等の他の職種も含めて検討すべきものである。

レベルの高い特定看護師の養成を行うことを否定しないが、特定看護師がいなければチーム医療は推進されないのか（*3）？

チーム医療の推進が看護師のみによって達成されることではないことは、前回の WG での各職種を代表する方の発言でも明らかである。

特定看護師養成を進めるのなら、各職種の業務見直しも同時に行うために各職種のレベルアップの必要性も同時に検討するのが筋であり、そのための各種業務調査は不可欠である。特定看護師の業務とされる内容との対比で考えるなら、教育年限・専門性から考えて、薬剤師の薬剤選択・変更に関する業務拡大は最重要課題と考えるし、特別〇〇〇という他の職種の創設も同時に検討すべきであろう。

* 1 「チーム医療推進のための看護業務検討WG」 提出資料より

大分県立看護科学大学看護学研究科

老年領域の特定看護師（仮称）養成

老年領域の特定看護師の到達目標

例) 高血圧症、糖尿病、COPDなどの慢性疾患／発熱、咳、下痢などの症状を持つ患者に対して、包括的健康アセスメント（初期診察や一般的な検査）医療的処置マネジメント（医療処置、必要な場合には薬剤の選択、使用）

⇒プライマリケアを提供できる看護職

⇒医師の過剰労働の解消・労働環境の改善／看護師のキャリアアップ

* 2 医療法第1条の2

第1条の2 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

* 3 「チーム医療推進のための看護業務検討WG」提出資料より

特定看護師養成調査試行事業課程の説明の中で、日看協は、「チーム医療の推進に関する検討会報告書で提言された特定看護師という新たな枠組みは、チーム医療を促進し、必要な医療を、必要なタイミングで提供することが出来る」としている。

- ⇒現時点での特定看護師の養成には明確に反対する。看護教育の見直しの中で全体の底上げを図り、現場の医師が多く、看護師に包括的指示を出せるようにすることこそ重要と考える。
- ⇨大学病院や都市部の大型病院ではトレーニングに出せるが、中小病院特に地方の施設では優秀な看護師を長期に出張させることは、物理的に無理である。
- ⇨地方における看護師不足対策をしないまま進められる取り組みは、都市部と地方の格差を拡大するものであり、地方の医療崩壊を知らない、あるいは無視する職能団体、看護大学あるいは大学病院等のエゴといってもよい。(別紙1)
- ⇒チーム医療推進のためには、現在ほとんどの施設で行われているチーム医療における課題を取り上げ、看護師以外の職種に対するキャリアアップも図り、質の高いものとするのが重要と考える。
- 病態毎、病期毎に最適なチームの構成を考える必要があり、その場合、在宅医療などでチームの中心が医師でないことも想定される。

II. 運用上の問題点

「包括的指示」に基づく医行為を、医師以外の医療職に許すことは、極めて慎重であるべきである。「包括的指示」といえども、限定的な内容と限定的な状況に限る必要がある。

⇨包括指示の結果は、指示した医師に責任があるからである。

—処方、処置などは、適切な診断とそれに基づいた治療方針によらなければならないが、疾患の経過は、個人個人異なり、また変化するため、患者の全身状態や症状の重篤度など総合判断のもとに行われているものである。たとえば、看護師にある行為が指示されたとしても、これは看護師であれば一律に当該行為を行うことが可能であることを意味するものではない。看護業務実態調査の中で、現状でも種々の医師の業務とされる行為が行われていたことが判明したが、それぞれの施設で担当の医師が指示した看護師の技量を判断して認めているはずである。

医師以外の医療職の業務は、今後も医師の指示あるいは監督のもとに、限定的とする必要がある。

「包括的指示」に関して確立された要件がないこと、「一定の医行為（*4）の範囲」についても示されていないことを問題視する意見があるが、医療の内容は時間と共に変わるので、医療とは何か、医行為とは何かを、具体的に明記

することは適切ではない。むしろ現在、医療のみならず介護との連携の中で、チームとして何が行われているのかの検証と、より効果的効率的なチーム医療の推進には業務範囲をどう見直すべきかという議論こそが重要であろう。

- * 4 医行為は「医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、または危害を及ぼすおそれのある行為」とされる

「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について」（平成 17 年 7 月 26 日 厚労省医政局長通知）

患者を医療チームの一員と捉える議論があるが、患者は医療の対象であり業務を遂行するのは一義的には医療従事者であること、問題が生じた場合、患者の参加により責任の所在が不明確になる可能性があることなどから、患者の協力を求めることを否定はしないが、患者の協力を前提とすることは危惧する。患者の協力が得られないことは、良質の医療提供を行うことができない理由にはならないからである。報告書の「…各々の専門性を前提に…」という文言との整合性も問われるであろう。

Ⅲ. 法律上の問題点（各職種の業務範囲等）

医師法、その他の、職能ごとの身分法を順守すべきである。

特定看護師の議論も、包括的指示の中で限定的にすれば、現法で可能である。

例) 救命救急士 除細動の実施

看護師 静脈注射 薬剤の投与量の調節

⇔特別な免許を付与したときには、これまで医師が任せられると判断し看護師に指示していた行為が不可能となり、先にも述べたように、特定看護師のいない、あるいは養成が物理的に難しい中小病院や地方の施設では、かえって医師の業務負担が増えることが予測される。

—どうしても権利を主張するのなら自ら責任をとる制度にすべきである。

Ⅳ. 保険診療上の問題点（コストに見合わない等）

多職種、多部署で連携して実施している医療行為の原価の保証が必要である。

—栄養サポートチーム、呼吸サポートチーム、糖尿病チーム、創傷ケアチーム、化学療法チーム、緩和ケアチーム、連携パスチーム、在宅医療チーム等

V. 全日病におけるチーム医療に関連する議論と病期別医療チームのモデル

1. 全日病の取り組み

- ① 具体的に進めるため業務の見直しに関する予備調査を実施。
抽出した76業務について、現在の職種と将来担うべき職種を調査
(一般・ケアミックス・療養別病床区分 事務部管理者・看護部管理者別)
2009年8月

- ・ 諸書類作成に関する項目
- ・ 入退院に関連する諸業務
(入退院予約・調整、案内、指示・指示受け、診療録管理、地域連携、救急ホットライン対応等)
- ・ 治療行為に関する項目
(褥瘡・吸引処置、口腔ケア、膀胱カテーテル・胃管挿入、静脈採血・注射、輸血、点滴準備、内服配薬・チェック、混注業務、食事介助、おむつ交換、トイレ誘導、患者搬送、入浴・足浴、説明・指導等)
- ・ 間接サポート体制に関する項目
(死後処置、ベッドメイキング・リネン交換、機器点検、物品管理、検体搬送、整理整頓清掃・後片付け業務、ごみ処理等)

⇒依然看護師は、間接業務しかも補助業務以外の業務も担当していた。

将来的に行うべき業務に関しては、看護師の本来業務と思われるもの(吸引処置・口腔ケア、輸血・静脈採血・輸液管理、食事介助・経管栄養管理、死後処置等)についても他の職種への移行を希望する傾向が強かった(別紙2-6)

⇒看護師が望む本来業務の調査が必要

- ② 全日病学会2009年 病院のあり方委員会企画シンポジウム

「病院における各職種の業務範囲のあり方と役割分担」での議論

- ・ 業務分担の考え方と練馬総合病院の取り組み—急性期型病院として一病棟業務の分担化(別紙7)
治療チームの存在(別紙8)

⇒すでにチーム医療は行われており可能な限りの分担と連携は行われている。重要なことは、業務フローを見える化し質の向上を図ること(別紙9)である。

- ・チーム医療の実践による質の向上・効率化
 - 脳・神経疾患専門病院(ケアミックス型病院)としてー 美原記念病院病棟に病床規模に比して一定数以上のコメディカル スタッフ(薬剤師 リハビリ 栄養士 MSW)が専任で配置
- ⇒「チーム医療の実践が、個々の職種がその専門性に基づいた業務に特化することが可能となり医療の質と効率性の向上につながる」ことを、褥瘡対応、経口摂取、薬剤管理、リハビリテーション、未集金対策で実証(別紙10-14参照)
- ⇒診療報酬上で評価されるべきである。
- ・チーム医療と業務分掌 慢性期医療の立場から ー永生病院慢性期医療におけるチーム医療の取り組み(別紙15)
- ⇒慢性期でもチーム医療は常識的に実践されている。

2. 当院の医療チームと脳卒中を例にした病期別医療チーム

禎心会病院における医療チーム(別紙16)

(脳外科中心 医師 16 看護師 104 病棟薬剤師 6 リハビリ職 28 管理栄養士 2 等 病床稼動 100 在院日数 17 DPC 7:1)

脳卒中医療チーム(急性期・回復期・慢性期・在宅)(別紙17-20)

今や医師・看護師が中心ではなく、多種多様な職種の有機的連携がチーム医療を支えている。

VI. チーム医療推進方策検討WGの今後の進め方に関する提案

チーム医療の推進に関する検討会では、委員が限定されていたせいもあり看護師の業務拡大が主眼となっている。また、その後スタッフ間の連携・補完を一層進めるとして、看護師以外の職種に関する業務拡大の内容が医政局長通知(*5)として出されたが、前回の当WGでの各種職能団体を代表し医療現場で実践している方の要望内容とは合致しない部分もある

そこで、

1. 各職種にわたる業務実態調査が時間的に無理とすれば、各種職能団体、各学会等から各職種の業務実態報告を受ける
2. 急性期から亜急性期・回復期・慢性期および在宅医療における各種医療チームとその活動に関する情報を広く収集検討し、それらのモデルを示す

3. 各チームの業務フローを「見える化」して検討し、質の高い効果的効率的活動の指針を示す

- * 5 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進」（平成22年4月30日厚労省医政局長通知）
 - ・薬剤師：薬剤選択等に関する積極的な処方提案 薬物療法を受けている患者への薬学的管理の実施 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提案
 - ・リハビリテーション関係職種：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による喀痰等の吸引 作業療法士の業務範囲の明確化
 - ・管理栄養士：医師の包括的な指導の下、一般職に内容・形態の決定等 特別治療食の内容・形態の提案 経腸栄養剤の種類を選択・変更の提案
 - ・臨床工学士：喀痰等の吸引 動脈留置カテーテルからの採血
 - ・診療放射線技師：画像診断における読影の補助 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