

チーム医療の推進に関する検討会 団体要望一覧②

<目次>

- チーム医療の推進に関する検討会に対する要望について
(チーム医療推進協議会) P 1
- 要望書 (日本周産期・新生児医学会) P 9
- 要望書 (日本助産師会) P 1 5
- 周術期管理を協働する非医師医療職の養成と「周術期管理チーム」の具体化としての提案
(日本麻酔科学会) P 1 9
- チーム医療の推進に関する検討会に関する要望書
(日本専門看護師協議会) P 2 7

平成 22 年 2 月 8 日

厚生労働省 医政局
局長 阿曾沼慎司殿

チーム医療推進協議会
代表 北村 善明

チーム医療の推進に関する検討会に対する要望について

平素より本協議会の活動にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。また、先日開催されました本協議会シンポジウムにおきましては、貴省から長浜博行厚生労働副大臣、石川典子医事課長補佐のご参加を頂き深謝いたします。

医療に携わる全てのメディカルスタッフが専門性を発揮し、医療安全の確保及び医療技術を適切に提供することは、患者とその家族の満足度を高め、医療及び保健福祉の向上につながります。本協議会は、このような役割や仕事内容を国民にアピールするとともに、チーム医療を推進していく臨床現場の環境をさらに整備することを目的に活動しております。

現在、貴省において「チーム医療の推進に関する検討会」が開催され、「メディカルスタッフの役割拡大」について議論されております。しかし、医療現場において、メディカルスタッフは高度な能力を備えているにも関わらず、十分に活用されていないのが現状です。

昨年末、本協議会参加団体の役割と仕事内容をご理解頂きたく、資料をまとめて提出いたしましたが、第 9 回検討会資料には職種名と問題提起しか書かれておりませんでした。そこで、本協議会では臨床現場における現状について、さらなるご理解を賜りたく、別紙のとおりメディカルスタッフの具体的な役割拡大の要望についてまとめさせていただきました。この機会に、ぜひご検討いただきたく存じます。また、本件を含むメディカルスタッフに関する事項につきましては、今後も本協議会と意見交換の場を設けていただきますようお願い申し上げます。

現行制度内で可能な業務

高度な専門性を備えたメディカルスタッフは、よりよい治療・療養のために、その専門性を発揮できるよう、たゆまぬ努力をしております。しかし、臨床現場では業務が阻害される要因も多く、必ずしも専門性が十分に機能している状況にはありません。今後、チーム医療の中で一層貢献できるよう、臨床現場の実情に合うような業務の拡大と専門性の積極的な活用をはかっていただきたく要望いたします。

1. 管理栄養士

- ① 経腸栄養療法についての実施の判断をすること
- ② 病棟等における患者の病状に合わせ、食事形態や内容の変更をすること。とくに、現在は医師が適正な栄養量を決定しているが、実際には管理栄養士がその業務を担っていることが多い。

上記2点は管理栄養士が主体的に判断できる業務のひとつである。このため、医師のサインなしでも業務が遂行できるよう改善が必要である。

2. 診療放射線技師

- ① 撮影時の様々な検像作業、画像検証（画像の確認やチェックなど）を行うこと
画像診断領域のデジタル化に対応し、医師が効率よく、かつ速やかに確定診断を行うことができる。
- ② 放射線被ばくに関する相談を行うこと
国民に対して安心、安全な医療を提供するためにも、医療放射線被ばくに対して十分な知識を有する者が、適切にかつ何時でも相談に乗ることで、患者の放射線被ばくに対する不安を解消することができる。
- ③ 放射性医薬品を作成すること（ミルクキング）
核医学検査等を適切に実施することができる。
- ④ CT および MRI 検査時等において、自動注入器で造影剤を注入するとともに、造影剤を注入した後に針抜すること

3. 臨床工学技士

- ① 臨床工学技士を「医療機器安全管理責任者」とすること
臨床工学技士は「医療機器安全管理学」を履修し、責任を持って医療機器の管理を行える職種である。
- ② 医療機器公正競争規約を徹底すること
ペースメーカー・心カテーテル領域、手術室、在宅医療における業者立会いが今でも多く存在している。このため、医療機器の価格が必要以上に高額なり、安全性の確保に問題がある。

- ③ 実態と同業務指針の大きな隔たりがあるため、見直しをすること

臨床工学技士の業務規定は、昭和63年医事課長通知「臨床工学技士業務指針」で規定されている。だが、臨床工学領域の進歩に追いついておらず、早急な見直しが望まれる。

4. 理学療法士

- ① 気道閉塞時において吸引行為を行うこと

疾病の重症化と高齢化に伴い、肺喀出力が低下し、リハビリ中に痰による気道閉塞が急激に増えている。多くの患者はこの窒息を経験するとADLに恐怖感を持つ。できるだけ早期に窒息状態から解放するため、吸引行為が必要である。

- ② 身体に障害のある者だけでなく、生活習慣病予防（糖尿病予防など）や骨折予防などを対象とした理学療法を実施すること

働いている人の労働力をいかに健全に保つか、高齢者が働ける環境づくりをするのも役割のひとつである。例えば、スウェーデンの150人以上の企業では、腰痛などを予防して利益を向上させるため、理学療法士を雇用すべきとなっている。

5. 作業療法士

- ① 法における作業療法士の定義が実情とそぐわない現状を改善すること

「理学療法士および作業療法士法第二条二項」の作業療法の定義「この法律で『作業療法』とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう」という表現が、臨床現場の実情に合っていない。（別資料添付）

- ② 「チーム医療」の役割を担うための業務標記を行うこと

「心大血管疾患」や「リンパ浮腫指導管理」への職名の記載、また、必要な疾患（低体重出生児など）や精神的な障害、今後必要とされる「認知機能の障害（認知症）」に十分に作業療法が提供できるように業務に作業療法士を含める。

- ③ 「食事訓練」その他の作業療法における「吸引行為」を行うこと

「食事訓練」中の誤嚥の危険回避やその他の作業療法中の各動作による痰の除去のために、理学療法士・言語聴覚士とともに吸引行為を行うことができるようにする。

- ④ 入院早期から在宅生活支援に向けた、また在宅生活支援の業務を行うこと

急性期から在宅生活支援まで介入する作業療法では、医療から福祉や保健領域への継続が重要である。このために、介護関係者を含めた多職種間の連携に役割を果たすことができるようにする。

6. 言語聴覚士

- ① 言語訓練や嚥下訓練時に吸引行為を行うこと

訓練対象者は誤嚥の危険性が高く、訓練時に吸引が必要な場合が多い。

7. 細胞検査士

① 細胞検査の業務を独占すること

細胞検査は業務制限がないため、細胞検査士以外のものが実施してもよいことになっている。このため、陽性細胞の「見落とし」が非常に懸念されている。

② 異常所見を有する標本判定の責任についての明確なルールづくりをすること

陰性標本の取り扱いと頸部スメアにおける異常所見を有する標本判定の責任についての環境整備を望む。例えば、英国では上級細胞検査士が異常所見についてはサインしている。

8. 医療リンパドレナージセラピスト

① 続発性・原発性に発症するリンパ浮腫患者に対して、リンパ浮腫治療を行うこと

医療リンパドレナージセラピストは、リンパ浮腫患者に対して、医師の指示のもと、早期からの治療とケアを実施し、主症状・合併症の重篤化を軽減し、患者の社会復帰を支援する

② リンパ浮腫患者に生活指導・セルフケア指導を行うこと

リンパ浮腫患者に対して十分な知識を有する者が、医師の指示のもと、適切に指導することにより、生活の質の向上を図ることができる

③ 医療機関内での「リンパ浮腫専門外来」の開設支援

病期に応じた介入やチーム医療による治療計画や情報提供の評価を望むこと

④ 医療系国家資格の無免許・無資格者による類似行為への改善すること

医療リンパドレナージセラピストは全員、医療系国家有資格者がさらなる履修を重ねて当該資格を取得している。治療開始時、医師の診察により全身性浮腫およびその他の原因による浮腫との鑑別を行い、適応禁忌を把握したうえで、適切に治療とケアを実施しなければ、患者の身体状態を悪化させることがある。特に、美容による行為とは明確に区別されるものである。

※ なお、本件における医療ソーシャルワーカー（社会福祉士など）、診療情報管理士からの要望は現時点においてはありません。

人員増員・配置基準に関する要望

医療に携わる全てのメディカルスタッフはその高度な専門性を発揮し、医療安全の確保及び医療技術を適切に提供するよう努めています。しかし、現在の医療現場においての人員不足はあまりにも顕著で、“1人職場”の職種も多く見られます。その場合、通常業務に追われるだけでチーム医療に貢献することが難しい状況を生じ、研修への参加や休暇の取得も困難な状況にあります。このような現状を勘案し、さらなるご理解をいただきたく、以下に要望いたします。

1. ソーシャルワーカー（社会福祉士など）

- ① 急性期医療において、大勢の患者に対して相談業務を進めていけるよう、100床に1名以上のソーシャルワーカーの配置が必要である。
- ② 回復期リハ病棟においては、1病棟に1名以上のソーシャルワーカーの配置が必要である。

2. 管理栄養士

- ① 病棟回診において、1病棟に1人の管理栄養士の配置が必要である。

3. 診療放射線技師

- ① CT撮影やMRI撮影では装置の性能により評価がなされている。装置の性能ではなく、診療放射線技師の技術を正當に評価すること、診療放射線技師の適正配置が必要である。

4. 臨床工学技士

- ① 医療機器管理において、厚生労働省「医療機器産業ビジョン」に臨床工学技士の活用が示されているが、全国の約3割の施設にしか配置されていない。よって、臨床工学技士の活用を促す有効な施策が必要である。

5. 理学療法士

- ① 急性期病院では特にリハビリ科の定員削減が顕著である。理学療法士の定員化が必要である。

6. 作業療法士

- ① 病院や施設などの施設基準のうち、職種併記の人員配置を改善し、各職種のできる限り複数名の人員配置の明示を行う。
- ② 病院などで作業療法士が対応する患者数の実情に即していない。リハビリテーション料や回復期リハビリテーション病棟料などの人員配置については、理学療法士と同数の配置を行う。

- ③ 疾患別リハビリテーション科の「心大血管疾患」施設基準や「リンパ浮腫指導管理料」の算定できる職名に作業療法士の配置が必要である。患者・対象者に従来から提供されてきた作業療法の内容が制限されている実情がある。
- ④ 「精神科作業療法」の施設基準でも、「専従の作業療法士1名」の人員配置を必要に応じた複数名の配置基準に改善する。
- ⑤ 新設される「がんリハビリテーション料(仮称)」や認知機能の障害(認知症)に対して、適切に作業療法が提供できるような人員配置を行う。

7. 言語聴覚士

- ①脳血管リハビリテーションIの施設基準ならびに回復期リハビリテーション病棟の施設基準に言語聴覚士を配置する必要がある。

8. 診療情報管理士

- ①診療録管理体制加算の施設基準の中にある「診療記録管理者」を「診療情報管理士」と明確に規定することを望む。

9. 細胞検査士

- ①癌診療に携わる医療施設においては細胞検査士の配置を義務化することを望む。

10. 医療リンパドレナージセラピスト

- ①リンパ浮腫治療対象者は潜在的に多い。さらなる現場治療者を増員することを望む。

「現行制度で可能となるような業務に関する要望」について－作業療法士の補足資料－

「現状の即した国民がわかりやすいような内容」については、以下をご参考ください。

1. 対象を示す「身体又は精神に障害のある者に対し」については、

- 1) 作業療法の対象者は、「身体または精神」という領域だけではなく、近年の「高次脳機能」や「認知機能」の障害を含む多岐にわたっていることに鑑み、わかりやすい表現として明示すること。
- 2) また、「障害のある者」だけではなく、健康増進や疾病予防の重要性を踏まえて、わかりやすい表現として明示すること。
- 3) なお、出生直後の小児疾患・疾病・外傷などによってもたらされる障害から、疾病などによる障害がある、なしに関わらず加齢による障害などの年齢に因らない全ての対象者に、作業療法が提供されることがわかりやすい表現として明示すること。

【例示】

- ・ 「各年齢期における身体、精神、高次脳機能又は認知機能などに障害のある者、または障害が予測される者に対し、」
- ・ 「感覚運動機能や精神認知機能に障害があるもしくは予測される者に対し、」

2. 目的・手段を示す「手芸・工作その他の作業を行わせる」については、

- 1) 「その他の作業」という文言が、前の「手芸・工作」を受けた内容と解釈され、「編み物や革細工」などのイメージのみに囚われているために、作業療法の役割が十分に反映されていない現状に鑑み、わかりやすい表現として明示すること。
- 2) 「行わせる」という文言ではなく、自立生活支援を促す作業療法が目的とする「対象者とその家族の自主性、積極性を引き出す」という内容を踏まえて、わかりやすい表現として明示すること。

【例示】

- ・ 「本人の主体的な生活の獲得を図るため、『ADL や IADL 訓練』『職業関連活動』『退院前の生活技能訓練』『小児に対する運動・知的発達訓練』『心身の健康増進・予防』などの作業(活動)を用いて治療・指導・援助を行うこという。」
- ・ 「よりよい作業体験を通し、障害の軽減、生活技能の獲得を図るために、日常生活動作やその他の作業を行なわせることをいう。」

* 参考

「身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて治療・指導・援助を行う」ことをいう。

社団法人日本作業療法士協会 定義

要 望 書

チーム医療推進に関する検討会
座長 永井良三 先生御侍史

貴検討会で周産期領域におけるチーム医療の推進について御検討頂きますよう
要望致します。

貴検討会が医療の各分野におけるチーム医療の推進に関し御尽力されていること
に深く敬意を表しております。しかし、周産期領域に関しては特殊なケースである院
内助産が昨年紹介されたにすぎません。本年度中に答申をまとめられるとのこと
ですが、日本周産期・新生児医学会(産科医、新生児科医、小児外科医、周産期麻酔医
など約 6000 名が会員)理事会は、「周産期医療におけるマンパワー不足解決ワーキ
ング」を立ち上げてこのテーマについて議論を重ねてまいりました。その討議の結果
から、この検討会の御議論に下記のことを是非取り上げて頂きたく要望致しました。

(1) 院内助産システム、助産師外来におけるチーム医療

- ・定期検査のオーダー
- ・約束処方箋の発行
- ・経腔超音波による子宮頸管長測定
- ・会陰切開ならびに縫合
- ・子宮口全開大時の人工破膜

を医師の管理下に助産師が実施する。

(2) NICU におけるチーム医療

(但し、この事項については学会内で議論中であり、十分なコンセンサスの基に検
討していきたいと考えています。)

<児の急性期において>

- ・静脈採血ならびに動脈ラインからの採血
- ・末梢静脈ルート確保
- ・呼吸器条件の設定変更
- ・酸素投与ルートあるいは量の決定、変更

<児の回復期において>

- ・抜管してのバッグ・マスク人工呼吸
- ・気管カニューレの交換

- ・ルーチン薬の継続処方
- ・栄養の開始、変更、量の調整
- ・退院に向けた関係部署への依頼
- ・家族への必要な手技の指導と母子関係醸成への支援
- ・看護師単独の新生児搬送、逆搬送

を、医師の管理下に特定の訓練や教育を受けた看護師が実施する。

(3) 新生児蘇生現場におけるチーム医療

- ・NCPR(neonatal cardiopulmonary resuscitation)資格を取得した看護師、助産師が、指定された喉頭鏡を使用し、医師の管理下に新生児蘇生の現場において児の緊急避難的医療行為として喉頭展開して、気管内吸引を実施する。

=====

<我が国の周産期医療の現状とスキルミックスを必要とする背景>

ご存じのように、我が国の医療崩壊は産科医数激減、NICU 病床不足に起因する搬送困難により不幸な転帰をとった妊婦の報道で国民に認知されました。医師の QOL が極めて低く昼夜を問わないハードワークを余儀なくされている周産期領域では、マンパワー不足により分娩施設は 10 年間で約 3/4 に激減しました。周産期センターの生命線といえる NICU を増床しようとしても勤務する新生児科医が不足し、改善の兆しがみえない状況は現在も継続しています。これには全ての医行為を医師が実践しなければならない我が国の医療体制が一つの背景にあり、この解決のためにはチーム医療によるスキルミックスが周産期領域でも必須と考えています。

<導入を要望するチーム医療の形態についての解説>

(1) 助産外来、院内助産システムにおける助産師の業務拡大

すでに、平成 21 年に助産師外来は全国で 353 施設、院内助産は 47 施設で実施され、それらの施設で分娩した妊産婦の 8 割以上はこのシステムに賛成あるいは許容されていました。また、厚生労働省科学研究岡村班「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」及び池ノ上班「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」により、「助産外来ガイドライン」「院内助産ガイドライン」が作成され、これらのシステムが安全に実施されるための素地も形成されています。しかし、実際には助産師の業務に様々な制限があるのが現状です。これまでの研究から、「現在助産師は行っていないが条件付き総体的医行為として可能な助産師業務」に以下のことが提案されています。

<妊娠期> 定期検査(感染症、血液型、血算、血糖、腔培養など)のオーダー、妊婦に

必要な約束処方箋の発行(鉄剤、便秘薬)、経腔超音波での頸部管長測定
＜分娩期＞会陰切開・縫合、子宮口全開大時の人工破膜
＜産褥期＞定期検査(血算)のオーダー、約束処方箋の発行(鎮痛剤、便秘薬、鉄剤)
＜新生児＞定期検査(血糖、ビリルビンなど)のオーダー、約束処方箋の発行(ケーツシ
ロップなど)

従来、助産師は保健師助産師看護師法によって看護師より大きな裁量権を与えられており、同法第 37 条、第 38 条からも上記の項目は医師の管理下では解釈により許容可能と考えられます。但し、上記の項目は助産師に与えられる権限とするのではなく、医師の存在する医療施設のみに限定し、十分な教育・実習を受けた助産師のみが拡大された業務を実施することが重要と考えています。すなわち、医師のバックアップ体制が確保される医療施設と教育を受けた助産師の組み合わせでのみ可能とするべきで、助産所はこの業務拡大には該当しないと考えています。今後開始する助産師とのチーム医療を円滑に開始し継続するには、医師の存在しない助産所における母子の事態の急変による不良な予後が助産師の業務拡大の結果とされることは絶対にあってはならないと考えています。

(2) NICU における看護師の業務拡大、NICU-NP(NNP)の導入

先進諸外国の大半の NICU では、我が国では新生児科医のみが行っている新生児の末梢血管確保、動脈ラインからの採血、新生児搬送などはすでに看護師の業務として認知されています。厚生労働省科学研究藤村班での新生児科医師に対するアンケート調査でも、近い将来には特定の訓練や教育を受けた看護師が、末梢静脈確保、静脈採血、動脈ラインからの採血、呼吸器条件の設定変更、児の回復期に限定すれば抜管してのバッグ・マスク人工呼吸、看護師単独の新生児搬送・逆搬送、ルーチン薬の継続処方などの項目については、これを行うことが可能であろうという意見が多いという結果を得ています。但し、上記の点については、患者の安全を担保するとともに医師・看護師等との協働という視点から今後十分な討議を重ねていく必要があります。

すでに諸外国(アメリカ、カナダ、イギリス、アイルランド、スコットランド、ウェールズ、ニュージーランド、オーストラリア、韓国、デンマーク、オランダ、台湾など)の NICU では NNP が導入され、新生児科のレジデントとほぼ同等の業務を行っています。もちろん、医師に匹敵する知識及び技術の取得を目的とする厳しい修練が 2-3 年間義務付けられています。NNP の国家資格を整備している米国では新生児科医と同数の NNP が活躍していますが、米国では約 40 年の年月をかけて NNP の制度を醸成してきた歴史があり、医師以外の職種の医行為を受け入れる土壌のまだない日本に米国と同等の NNP を性急に導入することは困難であり、内容ならびに導入への基盤整備を早急に検討していく必要があると考えています。

隣国の韓国は日本と同じ医療法(医行為は医師にのみ限定)でありながら NNP を短期間で導入し、医師、看護師だけではなく児の家族からも高い評価を得て定着しつつあります。昨年、韓国の NNP を導入している NICU3 施設を視察しましたが、いずれも大規模大学病院の最先端 NICU 施設でした。NNP の育成体制、実施業務内容は施設によって異なっていましたが、全て施設長の権限の基に NNP は医行為を行っていました。その中で、Samsung Medical Center の NNP は韓国の APN(高度専門看護師)の資格で、医療処置は行わず医師と協働した高度な看護実践(Developmental Care、児の家族への支援と退院前から退院後の育児手技の両親への教育と実習、看護業務のマニュアル作成と看護師教育、ME 機器の保守・管理、患者 DB を作成し退院後のフォローアップ整備、臨床研究の支援)を NNP の自由裁量による判断で行っていました。このスタイルが我が国にまず導入するに適したモデル(日本版 NNP)ではないかと考えています。

これらの業務を NNP が実践することで、新生児科医の QOL が向上するだけでなく、我が国で欠けている NICU における臨床研究が活性化し、母子分離を余儀なくされる NICU の児の家族も医療側と綿密な信頼関係が醸成でき、退院後も安心して育児をすることが期待されます。

この NICU における看護師の業務拡大あるいは NNP の導入にはまず目的とする業務を想定したカリキュラムの新設と NICU における実習体制を整備することが不可欠です。NICU には新生児科医が常駐しており、そうであるからこそ看護師の業務拡大及び NNP 導入が可能であると考えられ、今後我が国でも早急に取り組むことが望まれます。

(3) 新生児蘇生における看護師、助産師の参入

最近、医療の不確実性が再認識されていますが、妊娠・分娩は母子の多大なリスクを内在しています。日本産科婦人科学会の調査では、分娩時に約 0.4%の母体が重篤な状態になること、出生時に胎外生活に向けた呼吸循環動態の移行が順調に進行しない事例は、全出産の約 10%にみられ、さらに全出生児の 1%が救命のために本格的な蘇生手段(気管挿管、胸骨圧迫、薬物治療)を必要とし、適切な処置を受けなければ、死亡するか、重篤な障害を残すとされています。新生児仮死は重篤な後遺症である脳性小児麻痺あるいは精神発達遅滞の原因となり、適切な対応が不可欠です。現在、日本では質の高い新生児蘇生技術を普及させるため、日本周産期・新生児学会が中心となり日本版 NRP(neonatal resuscitation program)である NCPR(neonatal cardiopulmonary resuscitation)の講習を全国各地で行なっています。もちろん、医師以外の看護師、助産師の方々も多く受講され、新生児蘇生術の資格を取得しています。NCPR では、羊水混濁があり元気のない新生児に対して、直ぐに挿管し、気管内吸引をすることが推奨されています。新生児の生命あるいは長期予

後を左右する新生児蘇生は海外ではすでに医師以外のトレーニングを受けた看護師、助産師が気管挿管を含めこれを実践し、大きな成果を挙げています。しかし、現在の日本では看護師、助産師の新生児気管挿管に対するコンセンサスが得られていないため、重篤な新生児仮死の蘇生は医師以外には実施できません。これまでは新生児気管挿管は経験豊かな医師にしかできない医療行為とされてきましたが、挿管を安全に、確実にできるカメラのついた喉頭鏡が開発され、挿管の確認可能な呼気 CO2 モニターも登場し、経験の浅い研修医でも容易に気管挿管可能となりました。

本来は新生児科医がすべての出産に立ちあうことが理想ですが、現状の日本の新生児医のマンパワーでは極めて困難であり、看護師、助産師の分娩立ち会いが通常の医療形態となっています。しかし、たとえ予想外の羊水混濁や新生児仮死が発生しても、医師が到着するまで蘇生は行えず、新生児にとっては貴重な時間を失うことになっています。そこで、新生児科医が院内にいるとの条件下で、NCPR の新生児蘇生法「専門」コース（A コース）講習を受け資格を獲得した看護師、助産師に限定し、新生児の予後を確保するための緊急避難的医療行為として必要に応じ、喉頭展開し、気管内吸引を行うことが望ましいと考えます。

<まとめ>

これら 3 項目が導入され、チーム医療により医師の QOL が向上すればさらに良質な周産期医療が国民に提供でき、必然的に母と子の QOL も向上するはずです。チーム医療は医師不足、助産師不足を回避するためではなく、周産期医療の質の向上と患者家族の満足度を充足させることを目的に構築されるものと考えております。十分な教育・研修を受けていることが条件となりますが、現状の医師法、保健師助産師看護師法の範囲内で、医師の存在する医療施設に限定し、かつ医師のバックアップ体制が整えば周産期におけるチーム医療は可能であると考えています。このためにはチーム医療に従事するコメディカルの教育カリキュラムの作成と医師によるトレーニングの受け入れ体制、技能の評価と認定などのスキルの担保も不可欠であり、日本周産期・新生児医学会は積極的にこれらを支援する所存です。チーム医療を周産期医療に導入し、助産師、看護師の業務拡大が実施されることに大きな期待を寄せております。

平成 22 年 2 月 10 日

一般社団法人 日本周産期・新生児医学会

理事長 名取 道也



