

第10回 チーム医療の推進に関する検討会

日時：平成22年2月18日（木）13:00～15:00

場所：全国都市会館ホールA（2階）

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

- (1) チーム医療の推進について
- (2) その他

3. 閉会

【配付資料】

座席表

資料1：論点①「チーム医療の推進に関する基本的な考え方について（素案）」

資料2：論点②「看護師の役割の拡大について（素案）」

資料3：論点③「各医療スタッフ等の役割の拡大について（素案）」

資料4：論点④「医療スタッフ間の連携の推進について（素案）」

参考資料1：意見書（川嶋委員提出資料）

参考資料2：歯科医師とチーム医療（宮村委員提出資料）

参考資料3：地域医療の新たなる展開（宮村委員提出資料）

参考資料4：関係者団体からの要望②

参考資料5：第8回チーム医療の推進に関する検討会 議事録

参考資料6：第9回チーム医療の推進に関する検討会 議事録

*参考資料3, 5, 6は厚生労働省ホームページに掲載されています。

論点①: チーム医療の推進に関する基本的な考え方について(素案)

- チーム医療とは、「医療に従事する多種多様なスタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されている。
- 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。
- 患者を中心としたより質の高い医療を実現するためには、1人1人の医療スタッフの専門性を高め、その専門性に委ねつつも、これをチーム医療を通して再統合していく、といった発想の転換が必要である。
- チーム医療がもたらす具体的な効果としては、①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上、等が期待される。
- 今後、チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、といった方向を基本として、関係者がそれぞれの立場で様々な取組を進めていく必要がある。
- 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、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。

論点②：看護師の役割の拡大について（素案）

（1）基本方針

- 看護師については、様々な領域において、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」として医療現場から寄せられる期待は大きい。また、患者の高齢化等により、病棟等において、医療的な視点のみならず、療養生活の支援といった視点が必要となる業務が増加しており、ケアの専門家として看護師が果たし得る役割が大きくなっている。さらに、医療ニーズの高い在宅療養者の増加に伴い、訪問看護など看護師が果たし得る役割が大きくなっており、在宅医療をより一層推進するためには、優れた判断力や技術を有する看護師の活躍が必要不可欠となっている。
- 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、専門看護師・認定看護師の増加、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、看護師の能力を最大限に発揮させるためには、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、看護師の役割を拡大する必要がある。

（2）「包括的指示」の活用

- 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に、その指示に基づく処置等の内容を記録・管理しておくことが重要である。

(3) 看護師の実施可能な行為の範囲の拡大

- 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、医行為のうち比較的侵襲性の高い医行為等が「診療の補助」の範囲に含まれるか否かの判断について、これまで厚生労働省はほとんど示してこなかった。このような対応の背景には、①知識・経験の豊かな看護師であれば実施可能な医行為であっても、一般の看護師にとって実施可能でない以上、「『診療の補助』の範囲に含まれる」との見解を示すのは難しく、②逆に、そのことをもって「『診療の補助』の範囲に含まれない」との見解を示した場合には、知識・経験の豊かな看護師の能力を臨床現場で十分に生かせなくなるのではないかという懸念があったものと思われる。
- こうした厚生労働省の対応については、「各医師の裁量で、個々の看護師の知識・経験を見極めながら、当該看護師に実施させる医行為を幅広く柔軟に選択することができる」として、積極的に評価する声もあったが、一方で、以下のような問題点が指摘されるに至っている。

- ① たとえ十分な知識・経験を有する看護師であっても、比較的侵襲性の高い医行為については、それが「診療の補助」の範囲に含まれる合法的な行為かどうか判断できない場合が多いため、その実施を躊躇せざるを得ず、結果的に、看護師の能力や医師の裁量が十分に生かされているとは言い難い状況にある。
 - ② 従来、厚生労働省から明らかにされてきた「診療の補助」の範囲に関する見解は、基本的に一般の看護師を念頭に置いていたため、範囲の見直しは極めて限定的なものにならざるを得ず、その結果、高い専門能力を有する看護師が広く活躍しつつある医療現場の実態やニーズとの間に、大きな乖離が生じている。
 - ③ 患者の立場からは、比較的侵襲性の高い医行為等を実施しようとする看護師が、その行為を安全に実施し得るだけの知識・経験を十分に有しているのか否かを判断できる客観的な目安が全く無い状況であり、「患者が安心できる医療」という視点からも問題である。
- 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ことが求められている現状においては、上記で指摘されている問題点に対する解決策として、知識・経験の豊かな看護師の能力を最大限に発揮させるための新たな枠組みを構築する必要がある。
- 具体的には、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。）を新たな看護職として位置づけるとともに、侵襲性の高い医行為等のうち、特定看護師（仮称）であれば「診療の補助」として安全に実施できる行為（以下「特定の医行為」という。）を明確化する必要がある。
- この特定の医行為の範囲については、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決定することが考えられる。この場合、具体的には以下のような行為が想定されるが、今後、医療現場や教育・養成現場の関係者等の協力を得て、安全性の確保や看護教育の程度など様々な観点から専門的・実証的な調査・検討・検証を行った上で決定する必要がある。また、特定の医行為については、専門的・実証的な調査・検討・検証によって範囲を決定した後も、現場の実施状況等を定期的に検証しつつ、随時見直すべきである。

【行為例】

◆ 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、気管内挿管、抜管等
- ・ 創部ドレーンの抜去等
- ・ 深部に及ばない創部の切開、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。

○ 上記のとおり、特定の医行為が一定の医学的教育・実務経験を前提とした専門的な臨床実践能力を有する看護師によって安全に実施し得るものである点を考えれば、医療安全の確保の観点からは、保助看法上、特定看護師（仮称）を一般の看護師と区分して位置づけた上で、例えば、「診療の補助」として行われる行為のうち特定の医行為については特定看護師（仮称）のみが実施し得るものとする等の方向で法制化すべきである。

○ 法制化に当たっては、まず、医療現場や教育・養成現場において、特定の医行為の範囲等に関する一定のコンセンサスが形成される必要がある、こうしたコンセンサスの形成に向けて、実態調査・意識調査や医療現場等における実践的な試行とその検証を十分に積み重ねる必要がある。また、特定看護師（仮称）の養成数の見通し等が不明確な状況の下で、直ちに法制化した場合には、医療現場に少なからぬ混乱をもたらすおそれがある点にも留意する必要がある。

○ 以上のことから、特定看護師（仮称）による特定の医行為の実施については、一定

の期間、現行の保助看法の下で試行的に運用することとすべきである。具体的には、特定の医行為は、基本的には下記（４）の要件を満たす特定看護師（仮称）が実施することとしつつ、その確保が困難な場合などやむを得ない事情がある場合には、各医療機関と医師の責任において、安全性を十分に確保した上で、特定看護師（仮称）以外の看護師が実施することも可能となるよう考慮することが望ましい。

- なお、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、特定看護師（仮称）のみならず、一般の看護師についても、医療現場においてその能力が最大限に発揮されることが必要不可欠である。また、特定看護師（仮称）の教育・養成や医療現場における活用が進むことで、一般の看護師についても、能力の研鑽や業務に対する意識の向上が促されることが期待される。
- こうした観点から、一般の看護師の実施可能な行為の範囲についても、今後とも可能な限り拡大する方向で検討を進める必要があり、具体的には、特定看護師（仮称）による特定の医行為の実施に関する試行的な運用と併せて、医療現場における看護師業務の実態や安全性に関するエビデンス等を把握していく中で、一般の看護師であっても安全に実施できると判断された行為については、通常の「診療の補助」の範囲に含まれ得る旨を明確化すべきである。

（４）特定看護師（仮称）の要件

- 特定看護師（仮称）を、将来の法制化を念頭に置きつつ、比較的侵襲性の高い医行為等を自律的に実施し得る看護職として位置づける以上、特定看護師（仮称）になるための要件としては、看護師としての豊富な実務経験や養成機関における基礎医学・臨床医学・薬理学等の体系的な履修が不可欠であり、その上で、当該看護師がそれらの医行為を適切に実施し得る程度まで知識・判断力・技術を修得したかどうかについて、全国統一的な基準に基づき、公正・中立的な第三者機関において確認されることが重要である。このため、同様の制度を有する諸外国の例や専門看護師の例も参考に、以下の①～④をすべて満たすことを要件とすべきである。
 - ① 看護師免許を保有していること
 - ② 看護師としての一定期間以上の実務経験（例えば5年以上）を有すること
 - ③ 特定看護師（仮称）の養成を目的とした課程として第三者機関が認定した大学院修士課程を修了したこと
 - ④ 修士課程修了後に第三者機関による知識・能力の確認・評価を受けたこと
- 特定看護師（仮称）は、臨床実践能力を確保する観点から、一定期間ごと（例えば5年ごと）の認定更新制を設けるべきである。また、特定看護師（仮称）及びその養成課程の認定については、業務を実施するために必要とされる専門性に応じて、一定の分野ごとに行うことを検討すべきである。
- また、今後、特定看護師（仮称）の養成課程の認定基準等を検討するに当たっては、

類似の看護師の養成に取り組む大学院修士課程のうち一定の要件を満たす課程をモデル的に選定するなど、当該課程関係者の協力を得ながら進めるべきである。

- さらに、特定看護師（仮称）の養成課程の認定に当たっては、その業務の性格にかんがみ、特に実践的な教育を行うための指導体制（医師等の実務家教員や実習病院の確保、実践的な教育カリキュラムの策定等）が十分に整備されているとともに、質・量の両面から充実した臨床実習が可能であることに留意すべきである。

(5) 専門看護師・認定看護師との関係

- （社）日本看護協会等では、既に、一定の分野において水準の高い看護ケアの提供や医療現場の教育・調整等といった役割を担う看護師の養成を目的として、看護系大学院修士課程の修了等を要件に各種の「専門看護師」を認定している。他方、特定看護師（仮称）は専ら医療現場における専門的な臨床実践能力を発揮することが期待される看護師であり、現在の「専門看護師」とは目的・性格を異にしている。なお、今後は、専門看護師についても、特定看護師（仮称）の制度化を受けて、さらなる専門性の向上、業務の在り方、それを支える教育内容等について、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。
- また、（社）日本看護協会では、「専門看護師」よりも限定的な分野において水準の高い看護ケアを提供する看護師の養成を目的として、一定の教育課程（6ヶ月・600時間以上）の修了等を要件に各種の「認定看護師」を認定している。「認定看護師」については、その目的・性格にかんがみ、既存の教育課程の見直しを行った上で、限定的な領域における特定看護師（仮称）と位置づける方向で検討すべきである。

(6) 責任の所在

- 現行法下においては、医師の指示に基づき看護師が行った医療行為については、特別な場合（看護師が通常想定し得ない重大なミスを行った場合、医師の指示に医師しか気づき得ない重大なミスがあった場合等）を除き、基本的には、監督者たる医師と、行為者たる看護師の双方に刑事責任・民事責任が認められ得るものと考えられている。
- 特定看護師（仮称）については、保助看法上は医師との関係に関する根本的な見直し（医師の指示を不要とする等）を行わないため、基本的には、責任の所在に変更は生じないが、一般の看護師に比べてより自律的に業務に携わることが想定される以上、一般論としては、より重い責任を負う可能性が高いものと考えられる。
- また、病院としては、標準的プロトコールに瑕疵があった場合等、チーム医療という組織医療体制に不備があった場合には、当該病院自体に責任が認められ得るものと考えられる。

(7) 海外の制度との比較等

- 「ナースプラクティショナー」(NP)は、例えば米国においては州によって医師との関係が異なるなど必ずしも確立した定義はない(ナースプラクティショナーと呼ばれる制度を有する国としては、米国の他、カナダ、イギリス、オーストラリア、韓国が挙げられる。)ものの、多くの国や州においては、医師の指示を受けずに診療行為(診断や一定の薬剤の処方等)を実施することが可能となっているという共通点がある。

この点、特定看護師(仮称)は、あくまで医師の指示を受ける必要がある点で、いわゆる「ナースプラクティショナー」とは異なるが、医師の「包括的指示」の活用により自律的に特定の医行為を実施できる点で、「ナースプラクティショナー」に近い職種として位置づけられる。

- 将来、日本において「ナースプラクティショナー」と同様に医師の指示を受けずに診療行為を行う職種を資格化するかどうかについては、医療現場におけるニーズが高まり、資格化に向けたコンセンサスが形成された段階において、特定看護師(仮称)の安全面の評価を踏まえつつ、開業権の有無、応招義務の有無、一般の看護師等への指示権の有無等の諸論点も含め検討すべきである。

- なお、外科関係者の間では、米国の「フィジシャン・アシスタント」(PA)を参考に、①医師の監督下において、②手術室内の医療行為(開閉胸等)等を含め、主として周術期における外科医の診療の補助を実施する職種を導入すべきとの意見がある。

この点については、術前・術後の業務(人工呼吸器の管理、薬剤の投与量の調整等)の大部分は、特定看護師(仮称)等が実践し得るものであることから、まずは、特定看護師(仮称)の導入による効果を検証しつつ、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。

論点③：各医療スタッフ等の役割の拡大について（素案）

（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剤
- 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、検査オーダー等の実施）
- ・ 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、さらなる役割の拡大について、検討することが望まれる。

(2) 助産師

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

(3) リハビリテーション関係職種

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

【理学療法士】

- 理学療法士については、呼吸機能が低下した患者に対し、呼吸リハビリテーションの一環として「体位排痰法」（痰が溜まっているところが上になるように姿勢を変えて、重力を利用して喉もとまで痰を移動させる方法）等を実施する際、口の近くまで集めた痰

を患者自身が自力で外に出すことができず、吸引が必要となるケースがある。

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

【作業療法士】

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

【言語聴覚士】

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

(4) 管理栄養士

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

- ・ 一般治療食（常食）については、医師の包括的な指導に基づく食事内容や形態の決定・変更
- ・ 特別治療食については、医師に対する食事内容や形態の提案（変更の提案を含む。）を行うことができる旨を明確化すべきである。

また、患者に対する栄養指導についても、クリティカルパスによる明示等、医師の包括的な指導に基づき、適切な実施時期を判断しながら実施することができる旨を明確化すべきである。

(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となる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となる行為であること、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、各種検査に関係する業務量が増加しており、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）について、専門家や関係学会等の意見を参考にしながら、追加的な教育・研修等の必要性も含め、実施の可否を検討すべきである。

(8) 事務職員等（医療クラーク等）

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

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

(9) 介護職員

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

論点④：医療スタッフ間の連携の推進について（素案）

(1) 医療スタッフ間の連携の在り方

- 患者を中心とした質の高い医療を実現するためには、各医療機関や地域の実情を踏まえ、各医療スタッフ間の適正な業務配分や医療安全の確保等に留意しつつ、それぞれの専門性を十分に活かした医療スタッフ間の連携・補完を進める必要がある。
- 医療スタッフ間の連携・補完については、その分野や参加する医療スタッフによって様々な取組が考えられるが、例えば、以下のような先進的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・歯科医師を中心として、複数の医療スタッフが連携して患者の治療に当たる医療チーム（栄養サポートチーム等）を組織

【医療チームの具体例】

- ・ 栄養サポートチーム：医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士 等
- ・ 感染制御チーム：医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師 等
- ・ 緩和ケアチーム：医師、看護師、薬剤師、理学療法士、MSW 等
- ・ 口腔ケアチーム：医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士 等
- ・ 呼吸サポートチーム：医師、看護師、薬剤師、理学療法士、臨床工学技士 等
- ・ 摂食嚥下チーム：医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士 等
- ・ 褥瘡対策チーム：医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士 等
- ◆ 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）等が在宅医療における役割分担と連携を推進
- ◆ 周産期医療における取組として、院内助産所・助産師外来の設置や周産期医療ネットワークとし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

- 全国的にチーム医療を推進していくためには、(1)で例示したような取組について、「先進的な取組」という医療現場における認識が、将来的に「標準的な取組」という認識に変わるよう、広く普及させる必要がある。
- こうした観点から、各医療スタッフ間の適切な連携・補完を通じ、それぞれのスタッフの専門性を十分に活かした安全で質の高い医療を提供し得る医療機関等について、それが社会的に認知・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、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設けるべきである。
- また、チーム医療の推進に必要な人材やチーム医療を推進する医療機関等として何らかの客観的な認定が行われた場合、これを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整えるべきである。
- 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り提供できる医療の質の高さ等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) 公正な第三者機関の設立

- 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、特定の医療専門職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、多様な医療専門職から公平な立場で、また、国と医療現場との中間に位置しつつ、こうしたシステムを担い得る機関が必要であり、臨床現場の関係者、医師・看護師を始めとする医療専門職関係者、教育・養成現場の関係者、関係学会等が参画する第三者機関（以下「チーム医療推進機構（仮称）」という。）を設立する必要がある。
- 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としてチーム医療推進機構（仮称）が担うべきである。

平成22年2月17日

委員 川嶋みどり

チーム医療の推進に関する検討会

永井座長先生

来る2月18日の検討会は、本学の教授会の選挙日で、学部長として選挙管理委員長を拝命しております関係上、出席叶いません。悪しからずお許し下さいませ。

そこで、これまでの議事録や論点整理を読ませて頂き、文書での発言をお許し願います。

【看護師の立場から】

1. “チーム医療とは何か” について、論議をしながら考えると言うことでしたが、最終的に委員間の合意を図って頂きたいと存じます。

私は、チーム医療とは、「相対的に自立をした医療専門職がそれぞれの専門性を発揮して、共通の目標達成のために協働する医療のあり方」と理解しております。

①リーダーは誰？：歴史的には、医師対患者という診療形態からスタートし、その後の医療技術の進歩に伴って、今日のようなチーム医療という概念が生まれたわけですから、最終的な医療の責任は医師にあり、その意味からも多くの場面でリーダーは医師であることは認めた上で、患者の状態や問題事象に応じて、随時リーダーは交代できることが好ましいと思います。

②チーム間の調整役は誰？：医療が高度化し複雑になればなる程、各専門職種間の溝を埋め、それぞれの調整を果たす役割を担う職種が必要です。また、専門分化が進めば進む程、一段と全体を見る目が要求されます。その場合、調整役として最も相応しい立場にいるのが看護師だと思いますが如何でしょうか。

2. 本検討会発足時から、医師法17条と保助看法における診療の補助業務との接点を中心の論議でありました。しかし、看護師には、もう1つの側面である療養上の世話という業務があり、この水準を高めることを抜きには、本当に責任を持って患者の安心・安楽を保障することはできません。医師不足や医師の労働の厳しさを補完する意味から、(狭義の)医療行為に限定した看護にかなり焦点化されたようですが、看護師のアイデンティティからも、診療面にのみ限定した考え方を超えて、広く看護業務を視野に入れて報告書をまとめて頂きたいと願います。

高度医療のもとでの看護の役割は、(狭義の)医療行為を実施できる能力が求められているというよりも、かなり危険をはらむ状況下で、患者の情報を正しく把握し必要で的確な援助(自由裁量下での療養上の世話)ができる能力が必要であると思います。そうした局面でドレーンやチューブの管理や薬剤の調節等への知識と技術が求められることになると思います。

3. 医師の包括指示とはいえ、専門分化が相当に進行している現状のもとで、医師であれば包括指示可能ということではなく、一定の条件下(専門領域の範囲)のもとでの包括指示であって欲しいです。

4. 地域全体を視野に入れたチーム医療推進のために一新たな看護ケアセンター構想
今回の委員会では、どちらかと言えば医療施設内における各職種間の相互協力のあり方が中心であったと思います。在宅の場合も医師・看護師・薬剤師等の業務分担と協業という点は論議されたと思います。しかし、チーム医療をもっと広くとらえるなら、地域全体を視野に入れた保健・医療のあり方を再検討する必要があるのではないのでしょうか。

今回の論議の中でかなりの時間を割いた看護師の役割・自由裁量の拡大がもし実現するのでしたら、その看護師の役割を活用するための、1つの提案があります。それは、現行の医療制度下における病院・診療所・薬局、そして、老健法のもとでの老人福祉施設や訪問看護ステーションの他に、看護師が運営し、看護ケアを主軸とした看護ケアセンター(仮称)の創設です。現在、病院経営上在院日数の短縮が必須となって、かなりの患者が医療行為を継続したまま退院せざるを得ない状況はご承知の通りです。訪問看護ステーション等でのフォローは行われていますが、病院から在宅移行をよりスムーズにするための施設に、一定の教育を受けた看護師が、患者の背景やニーズに応じて主体的に看護ケアの実践ができる場を制度に組み入れることができれば、より在院日数を短くすることも可能になると思われますし、患者や家族の安心にもつながるのではないのでしょうか。看護系大学が180を超えようとする現代で、修士課程の卒業生、認定看護師、専門看護師も徐々に増えている現代だからこそ実現可能であると思われます。

歯科医師とチーム医療

平成 22 年 2 月 18 日

委員 宮村 一弘

高齢者で脳卒中やがん、心臓疾患に罹患し在宅で医療・介護を受ける人が歯科疾患を発症するケースが多く、在宅歯科医療の必要性が増してきている。この場合対象患者はかかりつけ医、訪問看護師等のチームによる在宅医療をうけていることから、このチームに歯科医師が加わることになる。しかしながら、これまでは相互の連携が全国的に円滑に行われる状況には必ずしもなかった。ニーズの高まりに応じ、在宅歯科医療を実施する歯科医師が増え、医療保険制度の改正や厚生省医政局歯科保健課の施策も充実してきたことから医療関係者と歯科医療関係者との連携は急速に進むものと思われる。一方、在宅での連携が深まるにつれ、急性期や回復期での医科歯科連携の重要性が認識されだしてきた。病院と介護施設では平成 18 年からいわゆる NST が制度化された。しかし、このチームに、当初、歯科関係者は明確に位置づけられていなかった。病院の NST に歯科医師、歯科衛生士が加わって成果を上げる事例がでてきたことから、平成 21 年の介護保険改正時に歯科医療従事者の名称が NST の一員として明記され、平成 22 年医療保険の改正の議論においても付記される予定である。このように、医科歯科の医療連携を中核とした歯科医師のチーム医療での役割は、急性期、回復期そして在宅医療の場で急速に重要性を増してきている。

1. 病院におけるチーム医療への歯科医師の関わり。

岡山大学（資料 1,2）や昭和大学（資料 3,4）で見られるように、周術期において歯科医師、歯科衛生士がチームに加わり、患者の口腔機能を把握し、術前に必要とされる歯科治療、術後に必要とされる口腔管理が実施されている。口腔内の細菌数を減らすことで、消化管の手術創の治癒を早めることが明らかとなっている。また、口腔から栄養摂取が術後の患者の回復に影響することも明らかであることから、口腔機能を回復維持する義歯の装着等の歯科治療が必要となっている。平成 22 年医療保険における改定の議論において、栄養サポートチーム加算の評価に施設基準ではないが、歯科医療従事者の名称が付記される予定である。平成 21 年の介護保険では栄養マネジメントや経口摂取管理にかかる部分に歯科医師の名称が明記された（資料 5）。

現時点では、入院患者の口腔衛生等の管理（口腔ケア）は看護師によって行われている割合がきわめて大きいものと思われる（資料 6）。歯科診療部門のあ

る病院が、およそ 1,000 病院ほどであることからほとんどの病院では看護師が患者の口腔の清潔を保つための行為（口腔ケア）を担当している。しかし、その看護師の多くが歯科医師、歯科衛生士からの歯科医学的情報の提供を望んでおり、それが実現できていないことも確かである（資料 7）。この点について、今後各方面での整備が必要と思われる。

2. 在宅医療におけるチーム医療への歯科の関わり。

要介護状態となった人が、歯科疾患を発症しやすいことはよく知られたところである。在宅での歯科治療を行う場合、かかりつけ医をはじめ、訪問看護師や薬剤師さらに介護職種との連携が必要である（資料 8）。在宅歯科診療を行って歯科医師が把握した状況を、これらの人たちに情報提供することの有用性も報告されている。錠剤が舌下部に残っている等の服薬上の問題や、舌や歯肉等の変化による薬剤に係ると思われる情報、義歯装着時に把握される摂食嚥下機能の変化等が代表的なものである。

また、患者が歯科疾患を訴えない場合でも、在宅で医療と介護を受けている人の支援チームの一員として、経口摂取等の場面で歯科医師の役割があることも確かである。

現時点では、歯科診療の依頼元は介護施設が最も多く、訪問看護ステーションや一般診療所および病院からの依頼は少ないのが現状である（資料 9）。

岡山大学病院 周術期管理センター

(PERIO: perioperative management center)

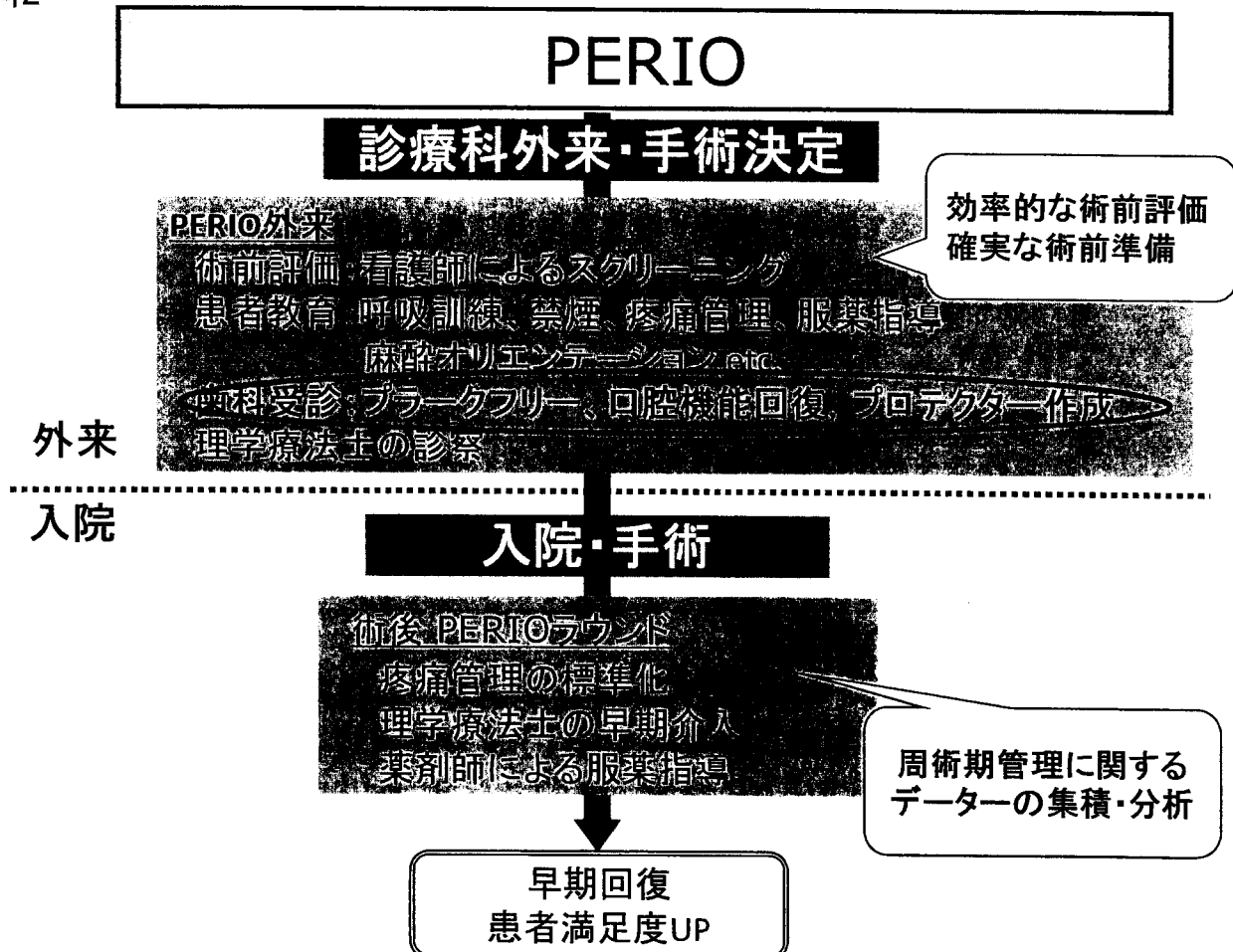
背景: 手術件数増加、入院期間短縮
患者の身体的・心理的準備が間に合わない

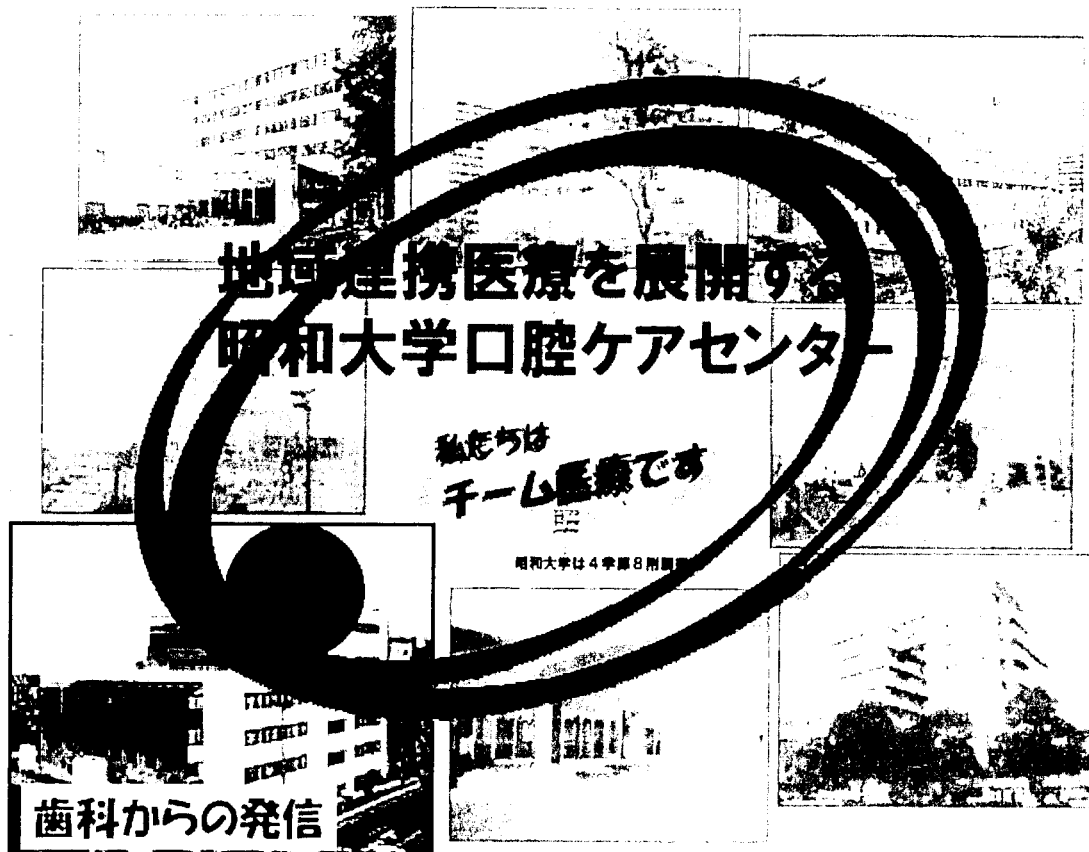
PERIO構想

- 入院してからでは遅い。手術決定日から準備が始まる。
- 周術期管理(術前管理・術後疼痛管理)をシステム化する。
- チームで取り組む
麻酔科医、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、臨床工学技師

PERIO目的

- 当院で手術を受ける予定あるいは手術を受けた外来・入院患者に快適で安全・安心な医療を効率的に提供





昭和大学口腔ケアセンター

1. チーム医療の実践

昭和大学関連8病院の入院患者様の口腔ケア(器質的ケア、機能的ケア)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・嚥下障害や口臭などに対する専門的な医療対応を病棟の医師、看護師、薬剤師等のスタッフの協力を得て行います。

2. 教育への貢献

医系総合大学の昭和大学への教育貢献として、病棟における口腔ケア等が軌道にのった段階で、昭和大学の学生及び臨床研修医等の研修・実習に資するものとします。

3. 地域医療への貢献

口腔ケアセンターが昭和大学4学部のチーム医療の核の一つとなり、入院患者様の入院中のQOLの向上を目指しますが、同時に退院後も生活する場(在宅、施設など)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します。

多職種からなるチームによる取組の評価

(1) 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、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する。

新 栄養サポートチーム加算(週1回) ○○○点

【施設基準】

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。

↑ 歯科医師・歯科衛生士が記載される予定！

(参考資料)
平成21年4月
介護保険改正

ホ 栄養マネジメント加算

14単位

注 次に掲げるいずれの基準にも適合するものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設について、1日につき所定単位数を加算する。

イ 常勤の管理栄養士を1名以上配置していること。

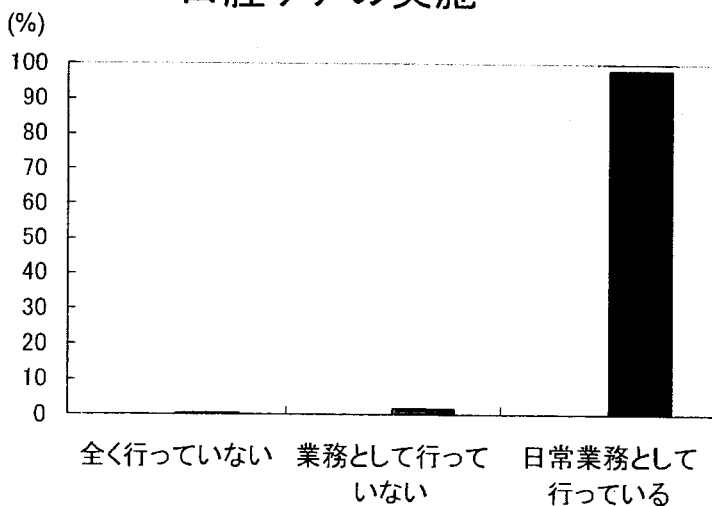
ロ 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。

経口移行加算・経口維持加算についても同様に歯科医師の役割も明記される！

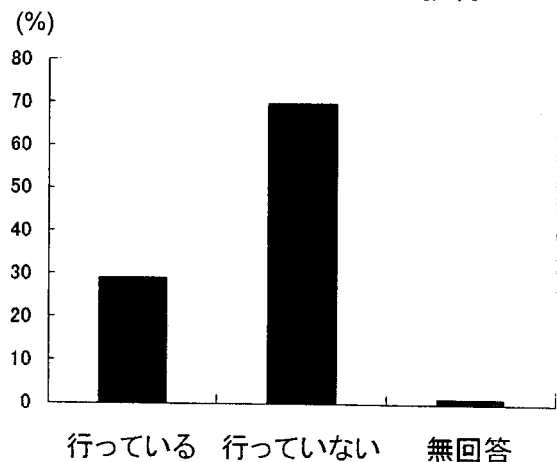
資料6

平成13年度厚生科学研究
急性期患者の口腔ケア

口腔ケアの実施

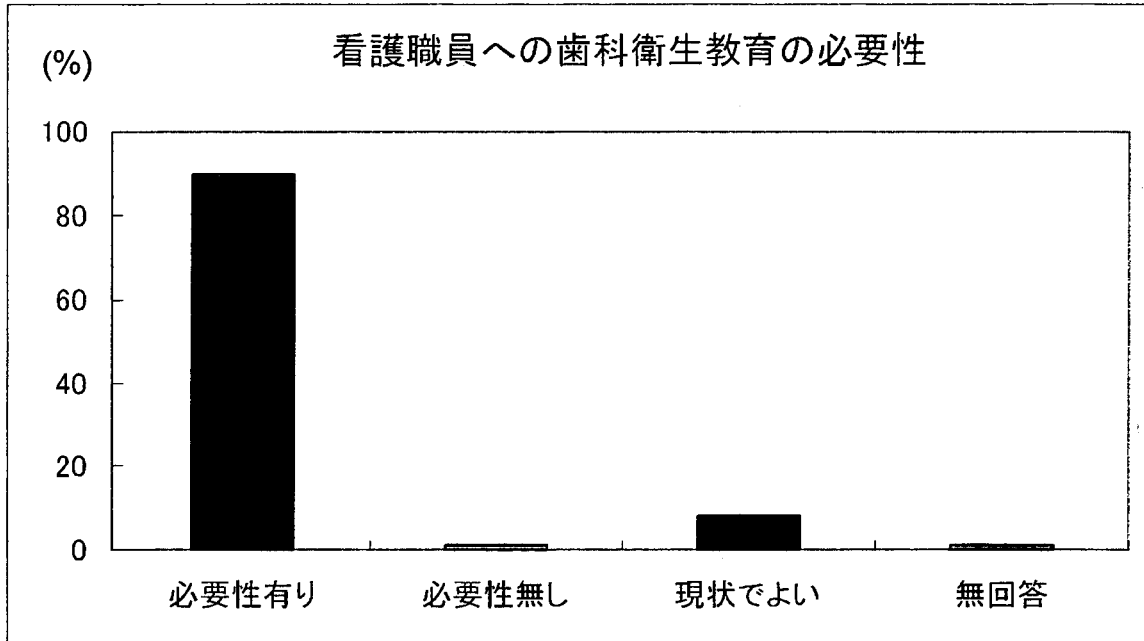


看護職員への歯科衛生の教育



調査対象 全国8,122病院
回答2,491病院(30.7%)

平成13年度厚生科学研究
急性期患者の口腔ケア



調査対象 全国8,122病院
回答2,491病院(30.7%)

平成19年 在宅医療推進会議
「能力強化部会報告及びアンケート報告より」

在宅療養支援診療所は歯科との連携を必要と感じている！

① 歯科との連携

① 訪問歯科診療をはじめとする
口腔ケアの必要性を感じますか

	件数	%
はい	221	96.09%
いいえ	5	2.17%
無回答	1	1.74%

② 訪問歯科診療等を実施している
歯科診療所と連携していますか

	件数	%
はい	145	63.04%
いいえ	81	35.22%
無回答	4	1.74%

年間の看取りの多い在宅療養支援診療所は歯科診療所と連携している！

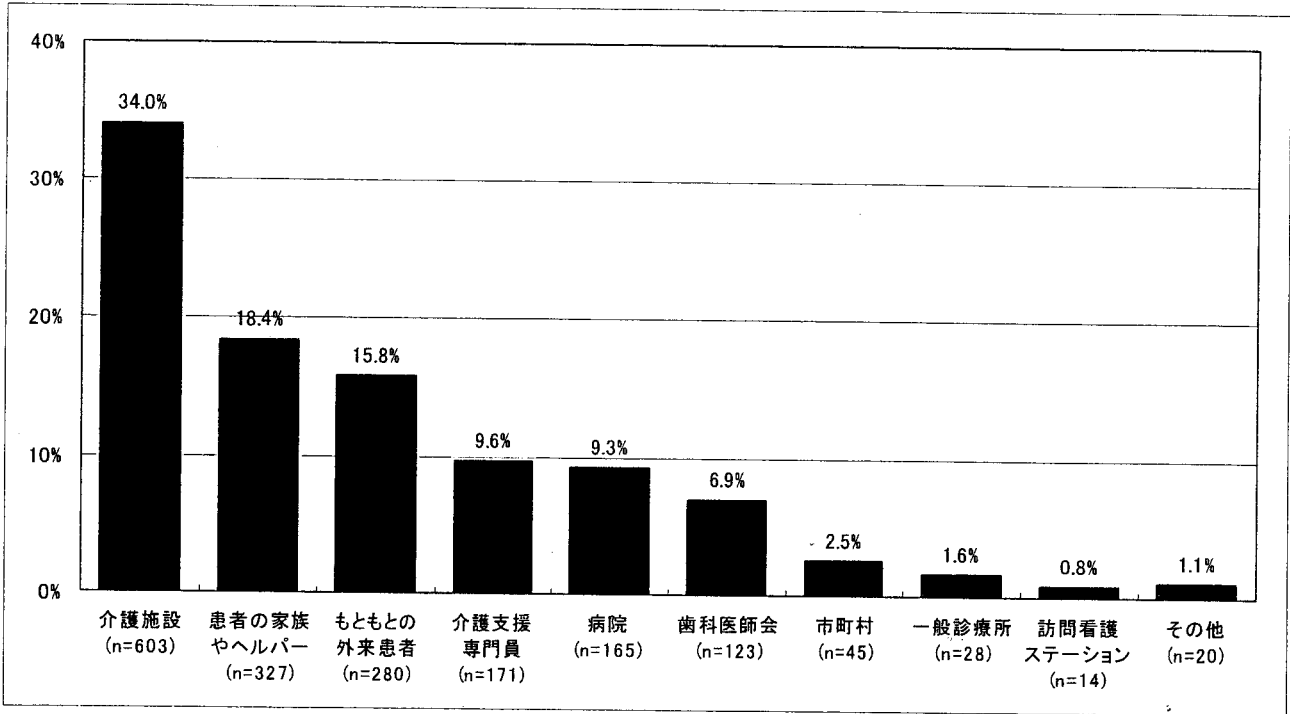
2. 看取り数と各因子間の分析結果

F-② 訪問歯科診療等を実施している歯科診療所と連携していますか？

	連携歯科あり	連携歯科なし	合計
看取り数 0~19 例	102	73	175
看取り数 20 例以上	40	7	47
合計	142	80	222

カイ2乗検定の結果：有意差あり

**急性期病院や一般診療所、訪問看護ステーションからの
在宅歯科医療の依頼は少ない！
今後他職種との連携の整備が急務**



在宅歯科医療の依頼元

日本歯科総合研究機構調査

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。

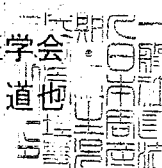
<まとめ>

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



平成22年2月12日

厚生労働省
医政局長 阿曾沼 慎司 様

社団法人日本助産師会
会長 加藤 尚美

要 望 書

相次ぐ産科施設の閉鎖、産科医師不足など出産を取り巻く環境は悪化しており、その中で、安心・安全・快適な妊娠・出産環境の整備のため、助産師は重要な役割を担っております。

今回、「チーム医療の推進に関する検討会」において、助産業務に関しても議論されていますが、地域及び医療機関内でチーム医療を効果的に推進する観点から、助産師が専門職として担っていくことができる業務も多くあると考えます。

まずは、助産師が現行制度の範囲の中で行うことができる以下の業務内容を医行為ではなく助産業務として本検討会で検討していただくと共に、医療連携の強化についても、報告書に盛り込んでいただくことを要望いたします。

また、将来的な助産師の業務拡大の可能性についても以下のように考えております。現在、医行為とされているこれらの業務についても、今後検討する機会を作っていただくよう希望いたします。

要 望 内 容

1. 助産に付随する業務として、正常出産における軽度の会陰裂傷の縫合は助産師が行うことは当然の行為であり、助産師の判断で行えるようにしていただきたい。
2. 助産所が医療機関とスムーズな連携が取れるよう周産期医療ネットワークとして組み入れられるとともに、そのチームとして嘱託医並びに嘱託医療機関の確保が円滑に進み、妊産婦の安全が確保されるようにしていただきたい。

要 望 理 由

1. 助産に付随する業務を行うにあたっては、現在、医師の指示のもと実施しています。しかし、助産に付随する業務が実施できるということは、当然、助産師はその必要性や方法を判断しており、正常から逸脱する場合には、医師へ相談や紹介を行っています。これ

らの現状から、助産に付随する業務内容に限定した行為であれば、医師の指示がなくても助産師の判断で行えるようにしていただきたいと考えます。

特に、現在、設置推進を図っている院内助産において、正常分娩における会陰裂傷の縫合を行うことができれば、医療機関内の役割分担もより一層推進することにつながります。

助産師の業務については、「助産所業務ガイドライン」を平成16年に策定、平成21年度には改訂を行い、日本助産師会としてガイドラインを遵守するよう徹底しています。

また、縫合術を含めた緊急時の対応を強化する研修を行っており、日本助産師会をはじめ助産師関連団体でも実施し、技術を研鑽しています。

以上より、会陰裂傷の縫合については、助産師の判断で実施できる助産業務と考えます。

(日本助産師会が開催している研修)

平成12年度～「助産師のための救急対応強化研修会」を開催。

母体救急時の対応として講義及び演習(出血時の処置、会陰縫合、血管確保)、新生児救急蘇生法などを入れた3日間のコース(定員30名)を年間2～3回開催。

平成21年度は3回開講し、89名受講した。(平成14年度から8年間では369名受講した。)

2. 平成20年4月より医療法の改正に伴い、開業助産所は嘱託医並びに嘱託医療機関が必要になり、少数ではあるが、個々の努力では嘱託医や、嘱託医療機関は受け付けてもらえない現状で苦勞しております。

助産所は、地域での母子保健を支援する拠点となりその役割を果たしていくものであり、また、産む場所がないという現状の中で出産への支援は必要と考えます。

助産所は、ガイドラインに従い正常に経過するであろう妊産婦の支援をおこないますが、異常を早期に発見して、嘱託医療機関に搬送するのは助産師としての任務であります。しかしながら、昨今は、嘱託医、並びに嘱託医療機関をお願いしても拒否されることがあります。助産師の努力は勿論ですが、個々の依頼ではなく地域のシステムとして周産期医療ネットワークに助産所も組み入れられ、妊産婦の安全が確保されるようにお願いします。

将来的な助産師の業務拡大の可能性

1. 助産に付随する業務として、以下の行為について助産師の判断で行えるよう、今後検討の機会を設けていただきたい。

1) 分娩・産褥期における出血時の血管確保のための輸液の処方及び投与、子宮収縮不良時の子宮収縮薬の処方及び投与

2) 新生児の出血傾向予防薬(ケイツーシロップ)、点眼薬の処方及び投与

3) 新生児先天代謝異常検査の採血及び新生児血糖検査

2. 助産師がリプロダクティブ・ヘルス/ライツのケアを実施するにあたって、女性にとって必要な検査、処方について、内容を限定したうえで、医師の指示がなくても助産師の判断で行えるよう、今後検討の機会を設けていただきたい。

1) 避妊指導の実施に併せた低用量ピルの処方

2) 女性の健康相談に併せた子宮頸がん検査の検体採取

厚生労働省医政局
医事課長 杉野 剛 殿

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

社団法人 日本麻酔科学会
理事長 森田 隆

《はじめに》

日本麻酔科学会は、周術期医療の質の向上と効率化を推進するために、「チーム医療」の一つとして、「周術期管理チーム PMT: Perioperative management team」を提案したい。周術期医療の中核を成す麻酔科の診療においては、看護師、薬剤師、臨床工学技士といったメディカルスタッフの有機的な参加が必要であることは自明の理である。しかしながら、そのような医療チームとしての周術期診療は行われていないのが現状であるため、麻酔科医の過重業務を避け、患者の安全を確保していく必要がある。

そこで、前述したメディカルスタッフによる周術期医療の作業分担と連携の具体化に向けての提案を行ないたい(表-1. 麻酔関連業務と役割分担)。この提案を実践することで、麻酔科医を中心にそれぞれのメディカルスタッフが業務を適正・的確に分担し、メディカルスタッフ間の連携も堅固なものとなると考える。それによって、周術期の患者の安全・安心が提供できる。

「周術期管理医学」という概念は従来にはなかったものである。しかしながら、最近では、「ICT (Infection control team) 感染予防チーム」、「NST (Nutrition support team) 栄養サポートチーム」、「呼吸管理チーム」といった診療科や職種を超えたチームが組織されている。これらのチームが院内を巡回・指導することで、医療の安全と質の向上に寄与していることが広く認められるようになった。同様に、「周術期管理チーム」が診療科や職種を超えて、手術患者の診療を統括・指導することで周術期管理の安全性や質の向上に役立つと考える。

「周術期管理医学」は、手術室業務のみならず麻酔術前診察から術後管理(術後疼痛管理、術後回復促進(ERAS; Enhanced recovery after surgery)までを含み、周術期全体を見据えた枠組みで捉える必要がある。こうした「周術期管理チーム」を実現するためには、メディカルスタッフの周術期学に対する教育が必須である。そこで、その第一歩として看護師への周術期学の教育について、日本麻酔科学会は、以下のような提案をする。

《ゴール》周術期医療の安全と質の向上。

《プラン》1. 「周術期管理医学」教科書作成(表-2 教科書目次)

本プロジェクトを遂行する上で、メディカルスタッフ向けの「周術期管理医学」の教科書は必須である。現在、日本麻酔科学会は麻酔認定病院に分担執筆を依頼し、製作中である。

2. 座学「周術期管理医学」

本プロジェクトに参加希望の麻酔認定施設において、上述の教科書を用いて、1年間のカリキュラムで座学教育する。カリキュラム終了後、全国一斉の筆記試験を実施する。合格すれば、実習カリキュラムを受けることができる。

3. 実習教育

筆記試験合格看護師を対象に、日本麻酔科学会認定施設で研修する。勤務施設での研修は可能である。日本麻酔科学会認定専門医のもとで周術期業務に6ヶ月間専従し、実務レベルでの研修を行う。年に1回の勤務施設以外の認定病院で一斉に周術期看護師認定試験(口頭、実技試験)を行う。

筆記試験合格者は年間1000名以上を養成することを目標とする。また、認定周術期看護師は、年間100名以上の養成を目標とする。

《効果》現在、集中治療室あるいは救急救命センターの診療では、メディカルスタッフの作業分担が確立されている。看護師は、医師の包括指示の元でタイムリーな処方や処置を行い、高度な医療が提供されている。「周術期管理チーム」においても、看護師は患者を診察し、麻酔科医の包括指示の元で、タイムリーな処方や処置を行うこと可能となり、診療レベルを向上するとともに効率化も可能になるものとする。麻酔科医の業務代行ではなく、業務分担と連携である。

附：表1. 麻酔関連業務と役割分担

- 田 ◎=主に実施すべき職種。ただし、全ての医行為については医師以外は行うべきではない。
 田 ○=各職種で実施可能な行為。管理・監督・確認はすべて麻酔科医と共に行う。

	業務	実施する職種				
		麻酔科医	看護師	技士	臨床工学	薬剤師
術前	術前合併症の確認	◎	○	○		
	常用薬の有無・内容の確認	◎	○	○		◎
	常用薬の手術、麻酔への影響の検討	◎	○	○		○
	麻酔方法の決定	◎				
	麻酔についての説明	○	○			
	麻酔に必要な資材の指示	◎				
	麻酔に必要な資材の準備	○	◎	◎		
	麻酔に必要な資材の確認	◎	○	○		
	麻酔器の用意	○	○	○		
	麻酔器の確認	◎	○	○		
	術中に必要な器機の指示	◎	○	○		
	術中に必要な器機の用意		○	◎		
	術中に必要な器機の確認	◎	○	○		
	薬剤の指示	◎				
	薬剤の用意		○	○		◎
	薬剤の確認	◎	○	○		○
術中	患者本人確認	◎	◎	○		
	モニター装着		○	○		
	静脈ラインの確保	○	○			
	脊髄くも膜下麻酔	◎				
	脊髄くも膜下麻酔の準備、介助		○			
	硬膜外麻酔	◎				
	硬膜外麻酔の準備、介助		○			
	気管挿管	◎				
	気管挿管の準備、介助		○			
	動脈のラインの確保	◎	○			
	動脈のラインの準備、確保の介助		○	○		
	CVラインの確保	◎				
	CVラインの準備、確保の介助		○	○		
	肺動脈カテーテルの挿入	◎				
肺動脈カテーテルの準備、挿入介助		○	○			

	生体情報のモニタリング モニターの装着と重複？ モニタリングは、装着することか、 監視することか、何を意味するの か？	○	○	○	
	患者の状態の把握	◎	○	○	
	麻酔深度の調節（吸入麻酔・静脈麻 酔）指示	◎			
	麻酔深度の調節（吸入麻酔・静脈麻 酔）指示の実施	○	○	○	
	人工呼吸器設定の変更指示	◎			
	人工呼吸器設定の変更指示の実施	○	○	○	
	輸液製剤の決定	◎			
	輸液製剤の交換	○	○	○	
	術中の病的状態の治療 他の項目では、全て“指示”などの 表現であるが？	◎			
	抜管	◎			
	抜管の介助		○		
術後	生体情報のモニタリング モニタリングは、装着することか、 監視することか、何を意味するの か？	○	○	○	
	回復室での患者状態の把握	○	○	○	
	病棟での患者状態の把握	○	○	○	
	病的状態の治療	◎			
	術後鎮痛状態の把握	○	○	○	○
	鎮痛薬の増減の指示	◎			
	鎮痛薬の増減の実施	○	○		

表-2 教科書目次

章 周術期管理(術前の項目)

執筆依頼施設

1 一般的な患者の評価

術前外来(評価)の目的

聖マリアンナ医科大学

術前の検査項目

挿管困難の予測

麻酔のリスクの説明と同意

2 基礎疾患を有する患者の評価

循環器系疾患の患者の評価

島根大学

呼吸器系疾患の患者の評価	島根大学
腎機能障害患者の評価	島根大学
肝機能障害患者の評価	鳥取大学
内分泌および代謝機能障害患者の評価	鳥取大学
精神疾患の患者の評価	東京都立神経病院
神経疾患の患者の評価	東京都立神経病院
血液病疾患の患者の評価	高知大学
膠原病疾患の患者の評価	高知大学
妊婦の評価	埼玉医大総合医療センター
小児の評価	国立成育医療センター

3 麻酔計画

麻酔法の選択	宮崎大学
輸血準備	宮崎大学
絶飲食指示	京都大学
前投薬	京都大学
内服薬の継続あるいは中止の指示	東京女子医大

4 麻酔の準備

始業点検(麻酔器、モニター)	福岡大学
薬の準備	福岡大学

5 手術室管理、その他

手術室のスケジューリング	東海大学
医療従事者の健康管理(余剰ガス、放射線、中毒)	東海大学
ハラスメント対策(セクハラ、パワハラ、アカハラ)	東海大学
感染症対策	国際医療センター
指輪、ピアス、タトゥーの扱い	国際医療センター
予防接種の取り扱い	国際医療センター
直前の発熱患者の扱い	国際医療センター
抗凝固療法	慶応大学

章 (術中の項目)		執筆依頼施設
6 術前の準備		京都大学
7 血管確保	脳動脈確保 中心静脈確保	京都大学
8 気道確保		関西医科大学
9 局所麻酔	硬膜外麻酔 脊髄クモ膜下麻酔 末梢神経ブロック	中部医科大学
10 基礎的生理学と モニタリング	循環器系の生理学 心電図 血圧測定 中心静脈圧 呼吸管理の生理学 パルスオキシメトリー カプノメトリー 中枢神経系の生理学 脳波 神経筋接合部の生理学 筋弛緩モニタリング 代謝の生理学 体温測定	金沢大学 千葉大学 大阪大学 日本大学 札幌医科大学
11 手術体位		京都大学
12 麻酔の薬理学	吸入麻酔薬 静脈麻酔薬 鎮痛薬	京都大学 東京慈恵会医科大学 東京慈恵会医科大学
13 麻酔の維持	呼吸管理 輸液管理	京都大学 東邦大学 自治医科大学

輸血療法	自治医科大学
血栓症	自治医科大学

14 麻酔からの覚醒 JFA 血圧管理

15 危機管理 循環系の緊急事態

循環系の緊急事態 兵庫医科大学

16 各論

部位別手術 広島大学

開腹手術

開胸手術

体表の手術

頭頸部の手術

内分泌・代謝疾患の手術

開頭手術

腹腔鏡の手術

胸腔鏡の手術

腹腔位の手術

小児の麻酔 成育医療センター

妊婦の麻酔 埼玉医科大学総合医療センター

執筆依頼施設

17 呼吸器系の問題 呼吸器系

上気道閉塞

低酸素血症

肺水腫

18 循環動態の問題 循環動態

高血圧

低血圧

心筋虚血

不整脈

19 中枢神経系の問題

脳神経学

せん妄
覚醒遅延

20 急性腎障害(AKI)

腎臓学

血管内容量低下による乏尿
胸腔内圧上昇
横紋筋融解

21 体温とシバリング

脳神経学

機序
治療
臨床的な影響

22 術後嘔気嘔吐

脳神経学

危険因子
予防と治療

23 出血性合併症

臨床医学

24 回復室の退室許可

臨床医学

25 急性術後痛管理

臨床医学

疼痛の生理学
鎮痛法とその適応

26 術後指示

臨床医学

絶飲食介助
安静度
Dr. Call
退院許可
バイタル監視



2010年2月16日

厚生労働省医政局
阿曾沼 慎司 局長

日本専門看護師協議会
代表 山田 雅子

チーム医療の推進に関する検討会に関する要望書

専門看護師 (Certified Nurse Specialist) は、欧米の CNS (Clinical Nurse Specialist) と NP (Nurse Practitioner) の双方の役割を果たすことが期待され制度化された、日本独自の認定資格です。認定が始まり 13 年が経過し、現在専門看護師として登録されている看護師は 451 名に至りました。これまで専門看護師は、チーム医療が推進され、医療による恩恵がより多くの国民に提供されるよう努めてまいりました。国の仕組みにするためには人数が少なすぎるといわれ続けてまいりましたが、養成機関の増加に伴い、認定者が大幅に増員することが見込まれるようになった今、日本の医療システム中に、専門看護師をチーム医療推進者としてなくてはならない存在として公に位置づけるための仕組みづくりに大きな期待を寄せているところです。それは、患者を統合された人間としてとらえることを重点的に教育されている専門看護師だからこそ、専門性が細分化された現代の医療専門職の機能を適切につなぎ合わせていくことができるのだと考えているからです。

これまで専門看護師は、ケア困難と考えられてきた患者・家族に直接ケアを提供してきたにも関わらず、看護スタッフへの教育やコンサルテーション、また看護職員のメンタルヘルス支援などの割合が高く、その結果、患者・家族に対する間接的な看護の提供が注目されてきました。しかしここでは、ケアの専門家である専門看護師が、患者のケアの領域にも踏み込んだ看護を患者に直接実践していることで、医療の効率化と質の向上に寄与しているということを特にご理解いただきたいと考えております。端的な例として、専門看護師が外来を開設し、医師が問診する前に患者や家族と面接し、彼らの抱えている課題を包括的に整理し、医師による介入が必須な課題を絞り込むことで、その後の診療時間が短縮されるあるいはチームメンバーの役割分担が明確になるなど、診療の効率化が図られたという現象が挙げられます。

その他、専門看護師が実施している仕事の中で、従来の看護師の裁量範囲を超えるもの (ケアの領域に踏み込んだ看護) を資料として添付いたしました。こうした実態をさらに広めていくために、私たちは今後、関係学会に働きかけ、現行の看護業務の範囲を超えた実践をする際の判断基準等をプロトコールとして取りまとめたいと考えています。この活動を通して、専門看護師を患者・家族さらには医師らが有効に活用することができる医療環境としていきたいと考えております。チーム医療の推進を検討する際に、以下の要望事項についても加えてご議論くださいますようお願い申し上げます。

要望事項

- 資料に示した各分野での実践例のように、専門看護師が看護師の業務範囲を超えた判断や行為を行なうことについて、医師が参加している学会等で承認されたプロトコールに基づいていることを前提に、公に認めていただきたい。
- 専門看護師を積極的に医療機関、診療所等が活用することができるよう、高度看護実践についての経済的な評価を含めた、配置促進のための仕組みを作っていただきたい。
- 幅広い機能を兼ね備えたわが国の専門看護師が、そのチーム医療のメンバーとして役割を果たしているよう、わが国の高度実践看護の活用方法を広く検討していただきたい。すなわち、医療機関のみならず、介護保険施設、訪問看護ステーションといった地域にある様々な医療・介護の現場で専門看護師の雇用促進やコンサルテーション・システムの構築を図っていただきたい。

医師との事前申し合わせの下、診断及び治療行為に関連した高度看護実践例（共通及び領域別）

【各分野共通の事項】

- 1) 病状が安定している慢性疾患患者に対する治療継続の判断
- 2) セルフコントロールが悪く不安定な病状にある慢性疾患患者に対する療養指導
- 3) 初診時の問診等による医学的診断の必要性についての判断
- 4) 訪問看護の必要性の判断と訪問看護指示書の作成
- 5) 終末期ケアを行なってきた患者の死亡の確認
- 6) 標準治療やプロトコルのある治療計画についての情報提供
- 7) 医療連携のための医療情報サマリーの作成と医療職種への伝達

【がん看護】

- 1) がん治療による有害事象、副作用への対処
 - ・ 化学療法における有害事象のアセスメントと有害事象軽減のための薬剤使用の判断
 - ・ 化学療法中の有害事象のひとつである皮下漏出時のステロイド注射薬の使用の判断
 - ・ 放射線治療による皮膚・粘膜障害に対する外用薬（軟膏等）使用の判断
- 2) 病気の進行による症状への対処
 - ・ がん性疼痛の原因、治療、効果のアセスメントと、薬剤増減量の判断
 - ・ 鎮痛薬による副作用（嘔気、眠気、便秘）の程度と生活状況のアセスメント、および処方量調整の判断
 - ・ リンパ浮腫の対する予防指導、リンパドレナージの開始の判断と実施および評価
 - ・ 終末期がん患者の呼吸困難感に対する酸素投与の判断
- 3) 患者・家族への疾患・治療・今後の経過予測等に関する説明・情報提供と意思決定支援
 - ・ 患者・家族が自己の病気を理解するための説明
 - ・ 治療内容およびその治療における恩恵とリスク、治療が生活に与える影響に関する説明
 - ・ 複数ある治療法のなかで、どの治療を選択するか決定するための意思決定支援
 - ・ 再発期から終末期における今後の経過予測と予後に関する情報提供
- 4) 原疾患による消化管機能低下や治療（化学療法・放射線治療）にともなう栄養摂取低下に関するアセスメントと、患者家族の個別性を踏まえた栄養補給方法の判断
- 5) 再発の兆候、病態の変化に関するアセスメントと必要な検査の判断
- 6) 終末期における療養の場の選択の支援と、患者・家族の状態・意思をアセスメントした入院の判断
- 7) 複数科にまたがる患者の情報管理、方針決定のためのチームカンファレンスの開催などのケースマネジメント

【急性・重症患者看護】

- 1) 急性期の呼吸不全患者の包括的リハビリテーションのケースマネジメントと、呼吸器離脱困難時のトータルケースマネジメント
 - 人工呼吸管理からの早期離脱に向けた肺理学療法の指示や回復期への移行段階、急性期病院退院までにおける呼吸訓練、日常生活拡大訓練、患者教育のプログラミングのための判断
- 2) 急性病態からの生活リハビリテーション計画
 - 生体侵襲の程度に応じた活動範囲を指示し早期回復を促進、治療効果を適正化・促進するための安静度指示・運動計画・生活支援計画管理・患者教育計画を立案し協働指示
- 3) 高度生体侵襲がある患者の全身管理（術後合併症管理）

重症患者の二次的合併症予防に必要な治療(プロトコルに基づく)ケア内容の判断

- 4) 緊急時対応と蘇生後管理
医師との協働プロトコールによる緊急時の初期対応と蘇生後管理の計画の判断
- 5) 周手術期のハイリスク患者に対する術前訓練と術後管理計画
協働プロトコールによるハイリスク患者の手術に対する準備・術後合併症管理計画の判断

【慢性疾患看護】

- 1) 治療が継続できず病状が不安定な喘息患者の包括的健康アセスメントとピークフロー導入の決定や、吸入方法の調整(吸入のタイミングや薬剤の形態の変更)など治療内容に関する判断
- 2) 呼吸困難のセルフマネジメントが不十分な慢性呼吸不全患者の包括的健康アセスメントと在宅酸素療法の酸素流量や非侵襲的陽圧喚起療法の設定などの治療内容に関する判断
- 3) 自己管理が不十分で病状が不安定な心不全患者の包括的健康アセスメントと飲水量と食事療法の内容等に関する判断
- 4) 透析療法の導入が将来免れない慢性腎臓病患者の包括的健康アセスメントと透析療法選択の決定と導入のタイミングの判断
- 5) セルフコントロールが不十分な糖尿病患者の包括的健康アセスメントと食事、運動療法に関する指示と、眼科・皮膚科など合併症診断のための他科受診の必要性の判断
- 6) 不安定な血糖コントロール状態にあるインスリン療法中の糖尿病患者の体調や生活の変化に応じたインスリン量変更の必要性の判断
- 7) 機能障害、意識障害によりセルフケアが低下した脳卒中患者の服薬方法の決定や、嚥下機能の査定、嚥下リハビリテーション、食事形態の変更に関する判断
- 8) 脳卒中患者・家族が障害を受容していく過程で、患者・家族を支えるチーム医療の推進と調整
- 9) 視床痛や麻痺側のしびれなどの慢性疼痛のアセスメントと適切な鎮痛剤使用に関する判断
- 10) 高次脳機能障害による社会的行動障害を呈する患者の精神症状のアセスメントと、適切な薬剤使用や精神科受診の必要性の判断
- 11) 脳卒中患者の介護負担を軽減するための地域サービス導入の必要性の判断とMSWや地域CW、訪問看護師との連携

【老人看護分野】

<高齢者ケア施設等の長期ケア施設では、場の特性として医師数が少なく、急性期医療機関より医療依存度が低い、介護職との協働が多いといった環境で以下のことを実施している。>

- 1) 長期ケア施設の入院・入所時の、環境調整、生活支援に関する包括的アセスメント
- 2) 生活支援に関する指示(食種・食事量・摂取カロリー、食事摂取方法、入浴、排泄など)
- 3) 長期ケア施設における虚弱高齢者、認知症高齢者の健康管理に関する包括的アセスメントと症状コントロールのための包括指示の調整と判断(発熱・下痢・咳・摂食障害・関節痛・脱水時の点滴指示、高血圧・不整脈・糖尿病・慢性心不全のコントロールの継続指示)
- 4) 安定している高齢入院患者・入所者の睡眠誘導剤の継続指示
- 5) 高齢者の状態に応じた胃瘻カテーテルや気管切開カニューレの選択の判断(挿入・交換は医師)
- 6) 皮膚・創傷トラブルに関する軟膏・ドレッシング剤選択の判断と使用(おむつかぶれ、汗疹、白癬、褥瘡等)
- 7) 関節可動域評価に基づいた拘縮予防のためのケア方法の判断
- 8) 簡易キットによるインフルエンザキット、ノロキットの実施、インフルエンザ(季節性・新型)ワクチンの接種と感染拡大防止へのシステム化(医師との調整で実施済)
- 9) 病態変化・急変時の治療内容に必要な検査の判断と指示(血算・生化学等の血液検査、検尿、呼吸器感染疑い時の胸部レントゲン、酸素療法、血管確保、転倒時のレントゲン⇒対応の遅れで痛みが

増強)

- 10) 長期ケア施設における病状変化の家族説明
- 11) 長期ケア施設における死亡確認

【小児看護】

- 1) 疾患や障害の受容、あるいは治療や終末期の療養生活に関する意思決定が難しい子どもと家族に対する、病態・治療・予後についての説明、他職種や他機関による支援の必要性の判断
- 2) 繰り返し救急受診する子どもの包括的健康アセスメント、ホームケアや適切な受診の助言
- 3) 重症で救急搬送された子どもと家族の危機状況のアセスメント、状況理解のための治療経過の説明、他職種や他機関による支援の必要性の判断
- 4) 慢性疾患の病状コントロールが不安定な子どもの包括的健康アセスメント、薬剤調整・服薬指導・栄養相談・他科併診の必要性の判断、食事形態や摂取方法の変更の判断
- 5) 在宅で医療処置が必要な子どもの退院調整における包括的健康アセスメント、看取りを含めケアの場を在宅に移行することの意思確認、他の診療科受診や社会資源活用の必要性の判断
- 6) 身体的、精神的、社会的な問題を抱え、妊娠・出産・育児に不安や困難感を持つ妊産婦とその家族の包括的健康アセスメント、他の診療科受診や地域機関への連絡の必要性の判断
- 7) 子どもを亡くした家族や家族を亡くした子どもの包括的健康アセスメント、状況理解を助けるための治療経過の説明、悲嘆のプロセスを支えるカウンセリング、他の診療科受診や社会資源活用の必要性の判断
- 8) 痛みをもつ子どもの包括的健康アセスメント、痛みを緩和する方法の相談、医師と共同作成したプロトコールに基づく鎮痛剤の調整、非薬理学療法の実施

【精神看護】

- 1) 精神科病院において急性期病棟における退院促進のための包括的健康アセスメントと責任をもった患者マネジメント
- 2) 再入院を短期間で繰り返すもしくは重度の精神障害者ならびに身体疾患をもって精神状態が不安定な患者・家族への包括的健康アセスメント（精神科的診断を含む）と以下についての治療の処方と実施
 - ・リラクゼーション技法
 - ・不安管理訓練
 - ・認知行動療法
 - ・精神療法（個人・家族・集団）
 - ・SST
 - ・カウンセリング
 - ・PTSD 予防のためのカウンセリング
- 3) 重度精神障害者の地域生活を積極的に支援するためのケース・マネジメントの実施
- 4) 精神科訪問看護の開始と終了の判断と実施、多職種共同による訪問看護の開始と終了の判断と実施

【地域看護】

- 1) 退院していく患者に対して、継続すべき医療サービス及び介護サービスのトータル・マネジメント。
- 2) 終末期であると診断された在宅療養者の死亡前後の医療と介護のマネジメント(死亡の確認を含む)。
- 3) 地域における在宅医療連携のトータル・コーディネーション。

【母性看護】

（各ライフステージにおける女性とその家族に対し、身体的・社会的・精神的なハイリスク状態にある対象者の健康状態を悪化させることなく適切に対応し、各ライフステージにおける移行の段階・親となる過程をたどることができるよう、適切な医療や地域資源を活用し支援を行う）

- 1) 母体合併症をもつハイリスク妊産褥婦に対する治療・検査に関する包括的健康アセスメントと情報提供、保健指導やチーム医療の推進と調整
- 2) 妊娠分娩産褥期の急変時の包括的アセスメントと予期的介入、危機的状态にある母親の精神的支援や母子間愛着形成への支援
- 3) 胎児異常、遺伝疾患など出生前診断された母子の包括的健康アセスメント、状況理解を助けるための治療や検査の説明、悲嘆のプロセスを支えるカウンセリング、他科とのチーム医療を円滑に図るための調整や、社会資源活用の必要性の判断
- 4) (産科管理となった) 低出生体重児の哺育計画や栄養管理、退院後の社会資源活用の必要性の判断と調整
- 5) 流産・死産を経験した母親と家族の包括的健康アセスメント、グリーフワークを支えるカウンセリング、他の診療科受診や社会資源の情報提供
- 6) 若年妊娠、シングルマザー、経済的リスクなど、母子関係のハイリスクである社会的リスクをもつ母子の包括的健康アセスメントと保健指導、地域サービス導入の必要性の判断と、ケースワーカー、地域保健師との連携
- 7) 性的暴行、DV、不妊、加齢、疾患治療中のセックスに関する不安や悩みを持つ女性の包括的アセスメント、情報提供や心理社会的支援の提供を中心としたカウンセリング、地域における健康教育
- 8) DV をうけた、あるいは、受けた疑いのある女性、および子ども、家族の身体・心理・社会的状況の包括的アセスメント、ケースワーカー・保健師との協働、必要な措置や社会資源の情報提供
- 9) 更年期女性がその健康を維持・増進できるように包括的アセスメントと健康教育

