

厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))
分担研究報告書

新しいチーム医療体制確立のためのメディカルスタッフの
現状と連携に関する包括的研究

分担研究者 伊藤雅治(全国社会保険協会連合会理事長)

A. 研究目的

本研究班の分担研究者として2009年度、2010年度に周術期管理における看護師の業務拡大に関する意識調査を社会保険病院の看護師を対象に実施してきた。病院現場の看護師に対する2回の意識調査の結果判明したことの一つが、「業務拡大」という抽象的な概念では看護界の合意形成が難しいということであった。このテーマを制度として実現していくには、看護師の業務拡大に関する具体的な制度試案をたたき台に議論を進め、看護界の合意形成を進めることが必要である。さらに重要なことは看護界のみでなく、医師会をはじめとする医療界の合意形成、さらに医療サービスの利用者である患者・市民に受け入れられることが必要である。

この様な状況の中で、2010年3月厚生労働省から、チーム医療の推進に関する検討会報告書「チーム医療の推進について」が公表された。この報告書の中で、看護師の業務拡大のために「特定看護師」という新たな枠組みの構築が提言された。看護師の業務拡大に関する一つの試案として提起された「特定看護師」をテーマに、看護師の立場、医師の立場、および患者・市民の立場の人による討論会を行い、医療の多様

なステークホルダーの合意形成の方向を探った。

B. 研究方法

看護師の立場から看護大学の学長として看護師の養成に取り組んでいる方、看護大学の学科長で日本看護協会の役員の方、医師の立場から医科大学の外科系の教授の方、民間病院を経営する法人の理事長でかつかつて日本医師会の役員を経験した方、および患者・市民の立場から国立大学の特任教授で米国でNPの診療を受けた経験のある方、患者団体のNPOの役員で患者の立場から医療政策に発言をされている方、全部で6人の方にお集まりいただき、報道陣、医療関係者等に公開で討論会を行った。

・ 討論会を実施した日時

2010年12月27日

・ 討論会の実施場所

日本外科学会事務局の会議室

・ 討論会の司会

分担研究者の遠藤久雄学習院大学教授と伊藤雅治全国社会保険協会連合会理事長が務めた。

・ 討論の具体的なテーマ

大きく分けて2つのテーマで討論を行った。一つは今なぜ「チーム医療推進」が課

題となっているのか、その背景、理由等についてどの様に考えるか。どのようなチーム医療を目指すのかについて各参加者に意見を述べていただき討議を行った。もう一つは、厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会報告書」の提案する「特定看護師」という新たな枠組みを構築することについてどのように考えるかについて討議をしていただいた。

C. 研究結果

(1) チーム医療について

- ・厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会報告書」では、冒頭にチーム医療の基本的考え方が述べられている。それによれば、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。
 - ・さらに、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。とチーム医療の効果について記載されている。
 - ・討論会においては、厚生労働省の検討会報告書で示されたこの基本的な考え方に対する異論は無かったが、チーム医療の在り方に関して以下のような注目すべき意見があった。
 - ・国民の医療あるいは健康に対するニーズ
- が大きく変化している中で、もともと看護職の役割は症状のマネジメントだと思っている。看護職は患者に一番近いところでケアをさせていただいているので、看護職が何らかの形で少し医療的介入もできると患者のためになるのではないかと。(看護の立場)
- ・今なぜチーム医療を考えなければならないのか、その根本的な課題は2025年問題への対応だと思う。2025年には団塊の世代が75歳となり、たくさんの高齢者の患者、重症化した患者を少ない医療スタッフで支えていくことになる。医療スタッフは看護師に限らずすべてのスタッフが持っているポテンシャルを最大限に生かしながら患者に結集していくチームづくりをしていかななくてはならない。いろいろなメディカルスタッフが業務拡大をしていくことによって患者が救われる傾向が高くなると考えている。(看護の立場)
 - ・20年先には約半数の高齢者が一人暮らしをしているような社会となり、今の社会インフラあるいは医療制度ではとても対応できない。高齢者の医療は生活支援の医療、要するに普通の生活ができるように支援する医療のシステムを作っていくことが重要。治療ではなくケアを中心とした医療で看護師に期待している。看護師が中心となった医療が地域の中で行われることが望ましい。アメリカで30年近く生活してNPに診察を受けた経験から、医師とNPはまったくアプローチが違うことに気がついた。NPはどこの臓器ということではなく、生活全体として、仕事のこと、家族のこと、そういう

中で私の健康状態をチェックし、そして何をすべきかアドバイスをする。高齢者が増加するこれからの日本の地域医療でこのようなものが大切ではないか。(患者・市民の立場)

- ・医師とか看護師という立場を離れて、ニーズに対応するジャパンオリジナルの新しい職種、あるいはシステムを作っていく必要がある。医師の立場から反対される方もいるし、看護師からみるとこれは看護でなければならないという意見もある。あるいは看護の人の中でもいろいろな意見がある。この問題の根本は、今あるニーズに対してどのようにシステムをイノベーションするかということである。(医師の立場)
- ・チーム医療は病院の中だけの話ではない。地域の中でどのようにチームをつくるのが課題。チーム医療の議論が病院の中の仕事、職種の話に矮小化され病院の中でどのような医行為をさせるかさせないかという議論になっているが、これは非常に危険だと思う。(医師の立場)
- ・チーム医療とは、がんの領域だとと診療科を横断して、放射線の先生、緩和ケアの先生、外科や薬物療法の先生が専門看護師等とチームを作って診療にあたる医療の姿を考えていた。チーム医療の検討会に参加していろいろな人の話を聞いていると、私がイメージしていたチーム医療と検討会で議論されていることの隔たりが非常に大きいと感じた。つくづく思ったのは医療の受け手の視点が不在だということ。医療提供サイドの都合に合わせるということであれば、それはチーム医療と言わないのではないか。(患者・市

民の立場)

(2)「特定看護師」という新たな枠組みをつくることについて

- ・現在、看護師は133万人いるが、すべての看護師というのではなく、安心・安全を考えると、一定のレベル以上の教育を受けた者に対して、裁量範囲を拡大してほしいと要望していた。チーム医療推進検討会が看護師の業務範囲を拡大した職種として特定看護師を提案していただき、大変高く評価している。(看護の立場)
- ・患者の高齢化等を考えていけば、133万人いる看護師が業務範囲を拡大していくことは必須のことである。それはなぜかと言えば、患者さんのニーズに適切に対応可能となり、患者さんの幸せにつながるからである。看護師の業務の拡大は、すべての行為にということではなく、その範囲は繊細に討議をすることが必要。(看護の立場)
- ・これからの医療のニーズは非常に高くなるので、看護師あるいは介護士も含めて、もう少し高度な教育、そして業務拡大は必要と考える。お聞きしていると病院内の専門分野における特定看護師に議論が集中しているが、地域の中で在宅のケアを担当するNPのようなことも議論する必要があるのではないか。在宅の患者さんのお宅に伺った時には、その場で判断してすぐに処置をしなくてはいけないこともある。(患者・市民の立場)
- ・厚生労働省の検討会の報告書で特定看護師という提案が出たとき、珍しく一步踏み出したなと思った。ただ、特定看護師という名前にとらわれて、なんとなく縄

張り争いのような話に矮小化されてしまっているのが残念。ニーズがあって、そのニーズを満たすように日本の医療システムを変えていくにはどうすればよいかという視点で議論することが必要。(医師の立場)

- ・特定看護師という制度をつくることに対して非常に不安を覚えている。患者さんはドクターから直接説明を受けたいと思っている。特定看護師の制度化で医師の過重労働の軽減に役立つと思うが、患者さんは医師から直接の説明を受けたいと思っている。看護師に特定看護師ということで特定の医行為を拡大することに対し非常に違和感があり、評価のしようがない。(医師の立場)
- ・厚生労働省の検討会に参加していて感じたことは、医師会代表の先生方は思考停止状態で、反対のための反対を繰り返しているとしか感じられなかった。医療の高度化により人手不足になり、医療現場も疲弊し、患者も困っている。その解決策の一つとして、医師のしている仕事のうち簡単なところを手放しませんかと言っているのに、いやだと言っているとしか思えない。ただ、包括指示書があれば何でもできるというのも、患者を置き去りにした議論と思う。(患者・市民の立場)
- ・特定看護師の制度化にあたっては、一つは病院の中で急性期の患者さんに対応できる特定看護師と、もう一つは訪問看護ステーションとか特養など地域を中心に活躍できる特定看護師の2つの領域で養成するのがよいと考える。包括的指示があれば何でもできるということではなく、特定の医行為の中身についてはきちんと

検討する必要がある。急性期の領域、慢性期の領域についてそれぞれ現在調査をし、その結果に基づいて教育をしていくべきと考えている。(看護の立場)

- ・特定看護師にどのレベルの行為をさせるかはこれから議論の余地はあるが、業務を拡大して、看護師が病棟にいて、いろいろなことができることが患者さんにとって大変効果があると思う。ただ、その時に重要なことは異常が起こっているかどうかという予測ができる能力は備えなくてはならない。(看護の立場)
- ・この問題は専門職能集団の対立といわれているが、基本的には対立する必要はないと思っている。現場の看護師からこういうことをやれたら患者さんが早く良くなるというケースはいっぱい聞こえてくるので、それを形にして出していかなくてはならないと考えている。(看護の立場)
- ・特定看護師の問題は、この話が突然降ってわいたように見えてしまっている現状では、いかに出口を探そうと思っても難しいと感じる。これが医療界全体、患者を含めた地域全体にとって本当にメリットがあるという理解を得るには、それ相応の期間が必要であり、看護協会と医師会だけがやり取りをするという話ではない。(医師の立場)
- ・チーム医療が叫ばれているのに現場でうまく連携が取れていないのは、医師教育と看護師教育の時点から距離があることが原因。医学教育と看護教育がお互い何を勉強し合っているのかが全然わからない。今、インタープラクティショナル・エデュケーションが学生の教育の時点か

ら必要ということで、医師と看護師が一緒に、お互いにどういう視点で患者を見ているのか、何が必要なかを学びあう試みが始まっている。教育のところで融合ができて初めて現場での融合ができるのだと痛感した。(医師の立場)

- ・NPというインディペンデントに医行為を自分の判断でやっているという話になるが、病院での急性期医療は必ずチーム医療であり、朝と夕方にはカンファレンスをしてコンセンサスを得たことは、医師がいなくても安全に医療が病棟で行われるというシステムである。(医師の立場)
- ・先ほど医師の立場の先生から、すべての患者さんが出来れば医師に診てもらいたいと思っているとの発言があったが、私はこの発言にショックを受けた。私がアメリカで経験したことから申し上げれば、NPの診療と医師のそれはケアの質が違って、私が必要としたのはNPによるケアであったということで、NPは決してミニドクターではないということである。慢性疾患のマネジメントのようなことはNPが主力になって担っているのではないかと。高齢社会のニーズに対応している部分があるのだと思う。介護士が業務拡大すると、今度看護の方がそれにブレーキをかけるようなことは全くあるべきではないと思う。(患者・市民の立場)

(3) 特定の医行為の範囲について

- ・特定の医行為の範囲について明確にし、それに対応した系統的な教育を行うことが患者安全の視点から必要である。やる

側の看護師も責任を持ってやらなければならないわけで、診療の補助行為を明らかに超えるような行為が特定の医行為なのではないかと思う。今やっている診療の補助行為に関して、通知の中で出来る最大限は、平成20年12月に出された薬剤の量の調整が診療の補助行為の最大限のところではないかと思う。特定の医行為を厳格にすることにより、一般の133万人の看護師が出来なくなって困るということだ。これは診療の補助行為の中でやれば良いわけである。特定の医行為というのは、それを明らかに超える行為のことを私たちはイメージしている。(看護の立場)

- ・特定看護師という名前をつけてするならば即業務独占かという話になるが、これはやはり慎重にしなければいけないと思う。医師会の先生方がよく現場が混乱すると言われるが、混乱しないような形でやっていかなければいけないと思う。業務独占と簡単に言ってしまいが、これは大変考えなくてはいけないことである。大変侵襲性の高い行為はルール化して法制化すべきだ。それは患者さんに対する責任であると思う。結論的には、業務独占と簡単に一かゼロで決めるのではなく慎重にしていくべきと思っている。(看護の立場)
- ・特定看護師に特定の医療行為の業務独占を認めた途端に、ほかの人がやれなくなる。免許を取ったからといってやらせるかどうか、やっていいかどうかという話はまた別だということもしかりである。それを考えた時、本当にそれを制度化する意味と意義があるのかというと、私は

無いと思う。出来る行為を広げていくことは反対しないが、出来ない行為を規定する法律的な介入については、意味がないどころか、混乱をきたすだけである。(看護の立場)

- ・特定看護師にとって特定の医療行為というポジティブリストが出来ると、看護師にとってそれはネガティブリストになるという法律しか出来ないのかどうかという質問を法律の専門家にしたら、ポジティブリストだけの法律はつくれないことはないという返事であった。この点を検討する必要があるのではないか。もうひとつは診療報酬上の加算をつける方法があるのではないか。(医師の立場)

D. 考 察

- ・①今なぜ「チーム医療の推進」が課題となっているのか、その背景、理由についてどのように考えるか。②「特定看護師」という新たな枠組みを構築することについてどの様に考えるかを、看護の立場、医師の立場、患者・市民の立場の人による討論会を行った。チーム医療の在り方については、厚生労働省が平成22年3月19日にまとめた、「チーム医療の推進に関する検討会報告書」の記載された基本的な考えについて、3つの立場の人の間に大きな意見の相違は無かった。
- ・特定看護師という新たな枠組みをつくることに関しては、看護の立場からは積極的に進めるべきであり、法制化も必要という意見であった。
- ・医師の立場から、看護師の業務拡大には反対しないが「特定看護師」にしかできない特定の医療行為を特定看護師の業務

独占とし、普通の看護師が出来なくなるような制度化には反対であると意見が出された。

- ・看護の立場の人からも、特定の医療行為について特定看護師の業務独占については、慎重に検討すべきという意見が出された。
- ・いずれにしてもこの問題は、看護の立場、医師の立場の意見を主張しあうだけでは、着地点が見えてこない。医師の立場、看護の立場という医療の専門職種の間を離れて、高齢化が進む中で日本の医療がこれからどのような患者さんにどのようなサービスを提供していく必要があるのかといった、患者の視点、市民の視点に立って議論していくことが重要である。討論の中で患者・市民の立場の人から、日本の医療の提供体制をどのようにしていくのかという視点から検討すべきという発言があったが、まさにこの点が最も重要な視点である。今後、この問題に関して重要なことは、医師会や看護協会が専門職能団体として主張していることを、医療、介護の受ける立場から医療や介護がどのように変わるのかを国民に理解できるように提示することが求められている。そのうえで、患者・市民の意見も入れて最終的な結論を得るというプロセスが重要である。

E. 結 論

特定看護師の制度化についてさらに検討を進めるには、日本看護協会、看護大学、看護学会等の看護側から具体的な制度設計の姿を示し、患者の立場から見て日本の医療がどのように変わるのかについて提示す

ることが必要である。

特定看護師の制度化に消極的な医師側の意見に対しては、医療の受け手の立場からの意見を整理してさらに突っ込んだ議論が必要である。各ステークホルダーが自分たちの立場を主張するだけでなく、我が国の医療制度をどのように再構築するのかという視点から議論を継続し、着地点を探ることが求められている。

F. 研究発表

1. 論文発表

- ①西田 博、里見 進、遠藤久夫、田林 暁一、兼松隆之、富永隆治、前原正明、伊藤雅治、宮崎 勝、金子公一、白井 良夫、土屋了介、永野浩昭、星野 健、矢永勝彦：外科医療におけるコメディカル診療参加の意義に関する考察—日本外科学会外科医週間タイムスタディによる外科医業務解析結果から—。日本外科学会雑誌 111(4):251-257, 2010.
- ②兼松隆之、田林暁一、富永隆治、西田博、伊藤雅治、前原正明、遠藤久夫：看護師の業務拡大に対する外科専門医を目指す若手外科医の意識調査。日本外科学会雑誌 112:2011 に掲載予定

2. 学会発表

- ①西田 博、田林暁一、兼松隆之、富永隆治、前原正明、遠藤久夫、伊藤雅治：チーム医療維新：米国型 NP/PA から“Japan Original”へ。第110回日本外科学会、名古屋、2010年4月10日。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
分担研究報告書

新しいチーム医療体制確立のためのメディカルスタッフの
現状と連携に関する包括的調査研究

分担研究者 学習院大学経済学部 遠藤久夫

研究要旨

現行では医師が行っている業務の一部を一定の教育・訓練を受けた看護師が行うことについて一般国民の意識調査を行った。対象とした医療行為は「救急外来でのトリアージ」「ICUでのドレーン抜管等」「手術中の麻酔管理」「手術後の鎮痛剤管理」「麻酔や合併症の説明」「がん治療における疼痛管理」「慢性疾患の管理と軽微な初期症状の治療」「糖尿病患者に対する検査や薬剤の調整」「院内感染の感染症検査」である。結果の概要は以下の通りである。i) すべての業務において賛意（賛成＋どちらかと言えば賛成）が5割を超えた。ii) 特に賛意の高い業務は「慢性疾患の管理と軽微な初期症状の治療」（賛成＋どちらかと言えば賛成：88%）、「救急外来でのトリアージ」（87%）、「麻酔や合併症の説明」（77%）、「糖尿病患者に対する検査や薬剤の調整」（73%）、といったリスクの少ないと考えられる業務である。iii) 反対に、「がん治療における疼痛管理」（55%）、「手術中の麻酔管理」（56%）、「ICUでのドレーン抜管等」（58%）といったがん治療や周術期管理に関する業務については賛意が相対的に少なかった。

A. 研究目的

医師不足問題を背景に医師とコメディカルの業務分担のあり方について再検討する、いわゆるスキルミックスについての議論が行われている。とりわけ米国には nurse practitioner といった看護職から発展した医療行為の一部を行うことのできる職種が存在することから、看護師の業務範囲の拡大という文脈での議論が盛んである。もっともこの問題は一部の医療者の間でこそ話題になっているものの、一般の国民にはほとんど知られていない。スキルミックスの問題は医療関係者だけの議論（あるいは利害調整）によって進展する話ではなく、広く社会的な合意形成が行われることが前提となる。そこで本研究では、さまざまなタイプの医療行為について看護師の業務範囲を拡大させることに関する一般国民の意見を把握することを目的に、一般国民に対する意識調査を行った。

B. 研究方法

(1) 調査方法

(株)メディアインタラクティブに登録しているモニターを対象としたWEBアンケート方式

(2) 調査期間

2011年1月14日(金)～1月17日(月)

(3) 対象者属性

有効回答者数：1000人(男性500人、女性500人)

地域：全国

年齢：20歳代、30歳代、40歳代、50歳代、60歳以上 各200人

(4) 設問内容

①救急外来でのトリアージ

救急外来において、来院した患者の状態を包括的に評価し、必要であれば検査等を行い、直ちに医師の診察・治療が必要な患者かどうかを判断することをトリアージと言い、これにより緊急度の高い患者から迅速に治療を行うことによって、効率的な医療提供が期待されます。このトリアージを行うことについてどのように思いますか。

②ICUでのドレーン抜管等

手術直後に入るICU(集中治療室)等で人工呼吸器を装着している患者の状態を総合的に観察して、患者の状態によって酸素投与量の調整を行ったり、体腔内に溜まった血液や浸出液を対外へ排出するために手術中に入れておいた管を外す時期を決定したり管を外すことについてどのように思いますか。

③手術中の麻酔管理

手術において麻酔を行う際、患者の評価(麻酔導入前に合併症や内服薬の確認、麻酔時の患者の状態評価等)を行い、安全な麻酔と手術の遂行に必要な処置(薬剤投与量の調節、人工呼吸器の調節、各種医療機器の設定等)を実施することについてどのように思いますか。

④手術後の鎮痛剤の管理

また、手術後に、鎮痛剤の選択と投与量の調節を実施することについてどのように思いますか。

⑤麻酔や合併症の説明

手術前後において、患者や家族に麻酔の方法や合併症等の詳細な説明を行うことについてどのように思いますか。

⑥がん治療における疼痛管理

がん治療において、疼痛(いたみ)や治療の副作用が疑われる患者に対して、必要な検査の決定と検査結果の判断を行い、それに基づいた薬剤使用の判断、薬剤の選択・投与等を実施することについてどのように思いますか。

⑦慢性疾患の管理と軽微な初期症状の治療

一般病院の外来、訪問看護ステーション、老人保健施設等において、患者に対して、慢性疾患（糖尿病・高血圧症・慢性閉塞性肺疾患等）の療養上の指導等を行うとともに、軽微な初期症状（発熱、下痢、便秘等）の診察や検査、治療処置を行うことについてどのように思いますか。

⑧糖尿病患者に対する検査や薬剤の調整

慢性期の糖尿病患者に対して、必要な検査を実施し、血糖降下薬やインスリン製剤の調整を行うことについてどのように思いますか。

⑨院内感染の感染症検査

医療施設において、医療関連感染や流行性ウイルス疾患発生が疑われる場合に、自身の判断で感染管理に必要な感染症検査を実施することについてどのように思いますか。

C. 研究結果

以下に、設問文とその回答について示す。

- Q1 救急外来において、来院した患者の状態を包括的に評価し、必要であれば検査等を行い、直ちに医師の診察・治療が必要な患者かどうかを判断することをトリアージと言い、これにより緊急度の高い患者から迅速に治療を行うことによって、効率的な医療提供が期待されます。このトリアージを行うことについてどのように思いますか。(お答えは1つ)

全 体 (N)		回答数	%
1	賛成	362	36.2
2	どちらかといえば賛成	504	50.4
3	どちらかといえば反対	68	6.8
4	反対	16	1.6
5	わからない	50	5.0

- Q2 手術直後に入るICU(集中治療室)等で人工呼吸器を装着している患者の状態を総合的に観察して、患者の状態によって酸素投与量の調整を行ったり、体腔内に溜まった血液や浸出液を対外へ排出するために手術中に入れておいた管を外す時期を決定したり管を外すことについてどのように思いますか。(お答えは1つ)

全 体 (N)		回答数	%
1	賛成	179	17.9
2	どちらかといえば賛成	404	40.4
3	どちらかといえば反対	187	18.7
4	反対	66	6.6
5	わからない	164	16.4

Q3-1

手術において麻酔を行う際、患者の評価(麻酔導入前に合併症や内服薬の確認、麻酔時の患者の状態評価等)を行い、安全な麻酔と手術の遂行に必要な処置(薬剤投与量の調節、人工呼吸器の調節、各種医療機器の設定等)を実施することについてどのように思いますか。(お答えは1つ)

		回答数	%
全 体 (N)		1,000	100.0
1	賛成	220	22.0
2	どちらかといえば賛成	337	33.7
3	どちらかといえば反対	249	24.9
4	反対	103	10.3
5	わからない	91	9.1

Q3-2

また、手術後に、鎮痛剤の選択と投与量の調節を実施することについてどのように思いますか。(お答えは1つ)

		回答数	%
全 体 (N)		1,000	100.0
1	賛成	244	24.4
2	どちらかといえば賛成	384	38.4
3	どちらかといえば反対	210	21.0
4	反対	71	7.1
5	わからない	91	9.1

Q4

手術前後において、患者や家族に麻酔の方法や合併症等の詳細な説明を行うことについてどのように思いますか。(お答えは1つ)

		回答数	%
全 体 (N)		1,000	100.0
1	賛成	416	41.6
2	どちらかといえば賛成	351	35.1
3	どちらかといえば反対	127	12.7
4	反対	52	5.2
5	わからない	54	5.4

- Q5 がん治療において、疼痛(いたみ)や治療の副作用が疑われる患者に対して、必要な検査の決定と検査結果の判断を行い、それに基づいた薬剤使用の判断、薬剤の選択・投与等を実施することについてどのように思いますか。(お答えは1つ)

		回答数	%
全 体 (N)		1,000	100.0
1	賛成	252	25.2
2	どちらかといえば賛成	302	30.2
3	どちらかといえば反対	233	23.3
4	反対	119	11.9
5	わからない	94	9.4

- Q6 一般病院の外来、訪問看護ステーション、老人保健施設等において、患者に対して、慢性疾患(糖尿病・高血圧症・慢性閉塞性肺疾患等)の療養上の指導等を行うとともに、軽微な初期症状(発熱、下痢、便秘等)の診察や検査、必要な治療処置を行うことについてどのように思いますか。(お答えは1つ)

		回答数	%
全 体 (N)		1,000	100.0
1	賛成	370	37.0
2	どちらかといえば賛成	507	50.7
3	どちらかといえば反対	51	5.1
4	反対	18	1.8
5	わからない	54	5.4

- Q7 慢性期の糖尿病患者に対して、必要な検査を実施し、血糖降下薬やインスリン製剤の調整を行うことについてどのように思いますか。(お答えは1つ)

		回答数	%
全 体 (N)		1,000	100.0
1	賛成	289	28.9
2	どちらかといえば賛成	444	44.4
3	どちらかといえば反対	136	13.6
4	反対	50	5.0
5	わからない	81	8.1

医療施設において、医療関連感染や流行性ウイルス疾患発生が疑われる場合に、自身の判断で感染管理に必要な感染症検査を実施することについてどのように思いますか。(お答えは1つ)

		回答数	%
全 体 (N)		1,000	100.0
1	賛成	268	26.8
2	どちらかといえば賛成	426	42.6
3	どちらかといえば反対	145	14.5
4	反対	53	5.3
5	わからない	108	10.8

D. 考察

- (1) すべての設問において賛意（賛成+どちらかといえば賛成）が5割を超えた。
- (2) 特に賛意の高い業務は「慢性疾患の管理と軽微な初期症状の治療」（賛成+どちらかといえば賛成：88%）、「救急外来でのトリアージ」（87%）、「麻酔や合併症の説明」（77%）、「糖尿病患者に対する検査や薬剤の調整」（73%）、「といったリスクの少ないと考えられる業務である。
- (3) 反対に、「がん治療における疼痛管理」（55%）、「手術中の麻酔管理」（56%）、「ICUでのドレーン抜管等」（58%）といったがん治療や周術期管理に関する業務については賛意が相対的に少なかった。

E. 結論

看護師を教育・訓練して業務範囲を拡大することに対して一般国民は概ね賛成の立場をとっているが、手術やがん治療のようにリスクが高いと考えられる医療行為についてはやや慎重な態度が示された。一方で、慢性疾患に対する簡単な治療やトリアージ、説明等の業務については非常に多くの国民が業務拡大に賛成の意思表示をしている。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ①西田 博、里見 進、遠藤久夫、田林暁一、兼松隆之、富永隆治、前原正明、伊藤雅治、宮崎 勝、金子公一、白井良夫、土屋了介、永野浩昭、星野 健、矢永勝彦：外科医療におけるコメディカル診療参加の意義に関する考察—日本外科学会外科医週間タイム

- スタディによる外科医業務解析結果から一. 日本外科学会雑誌 111(4):251-257, 2010.
- ②兼松隆之、田林暁一、富永隆治、西田 博、伊藤雅治、前原正明、遠藤久夫：看護師の業務拡大に対する外科専門医を目指す若手外科医の意識調査. 日本外科学会雑誌 112:2011 に掲載予定

2. 学会発表

- ①西田 博、田林暁一、兼松隆之、富永隆治、前原正明、遠藤久夫、伊藤雅治：チーム医療維新:米国型 NP/PA から “Japan Original” へ. 第 110 回日本外科学会、名古屋、2010 年 4 月 10 日.

H. 知的財産権の出願・登録予定

特になし

[参考]

性別・年齢とのクロス分析

			Q1					
			1	2	3	4	5	
救急外来において、来院した患者の状態を包括的に評価し、必要であれば検査等を行い、直ちに医師の診察・治療が必要な患者かどうかを判断することをトリアージと言い、これにより緊急度の高い患者から迅速に治療を行うことによって、効率的な医療提供が期待されます。このトリアージを行うことについてどのように思いますか。(お答えは1つ)		全 体	賛成	どちらかといえば賛成	どちらかといえば反対	反対	わからない	
			1,000	362	504	68	16	50
全体			100.0	36.2	50.4	6.8	1.6	5.0
性別	男性		500	196	249	30	8	17
			100.0	39.2	49.8	6.0	1.6	3.4
性別	女性		500	166	255	38	8	33
			100.0	33.2	51.0	7.6	1.6	6.6
年齢別	20歳～29歳		200	75	87	17	2	19
			100.0	37.5	43.5	8.5	1.0	9.5
	30歳～39歳		200	67	107	12	6	8
			100.0	33.5	53.5	6.0	3.0	4.0
	40歳～49歳		200	63	114	14	3	6
			100.0	31.5	57.0	7.0	1.5	3.0
	50歳～59歳		200	81	93	14	4	8
			100.0	40.5	46.5	7.0	2.0	4.0
	60歳以上		200	76	103	11	1	9
			100.0	38.0	51.5	5.5	0.5	4.5

			Q2					
			1	2	3	4	5	
手術直後に入るICU(集中治療室)等で人工呼吸器を装着している患者の状態を総合的に観察して、患者の状態によって酸素投与量の調整を行ったり、体腔内に溜まった血液や浸出液を対外へ排出するために手術中に入れておいた管を外す時期を決定したり管を外すことについてどのように思いますか。(お答えは1つ)		全 体	賛成	どちらかといえば賛成	どちらかといえば反対	反対	わからない	
			1,000	179	404	187	66	164
全 体			100.0	17.9	40.4	18.7	6.6	16.4
性別	男性		500	100	219	77	30	74
			100.0	20.0	43.8	15.4	6.0	14.8
	女性		500	79	185	110	36	90
			100.0	15.8	37.0	22.0	7.2	18.0
年齢別	20歳～29歳		200	36	67	40	14	43
			100.0	18.0	33.5	20.0	7.0	21.5
	30歳～39歳		200	38	83	30	17	32
			100.0	19.0	41.5	15.0	8.5	16.0
	40歳～49歳		200	33	82	42	12	31
			100.0	16.5	41.0	21.0	6.0	15.5
50歳～59歳		200	41	85	37	11	26	
		100.0	20.5	42.5	18.5	5.5	13.0	
60歳以上		200	31	87	38	12	32	
		100.0	15.5	43.5	19.0	6.0	16.0	

		全 体	Q3-1				
			1	2	3	4	5
手術において麻酔を行う際、患者の評価(麻酔導入前に合併症や内服薬の確認、麻酔時の患者の状態評価等)を行い、安全な麻酔と手術の遂行に必要な処置(薬剤投与量の調節、人工呼吸器の調節、各種医療機器の設定等)を実施することについてどのように思いますか。 (お答えは1つ)			賛成	どちらかといえば賛成	どちらかといえば反対	反対	わからない
全 体		1,000	220	337	249	103	91
		100.0	22.0	33.7	24.9	10.3	9.1
性別	男性	500	118	189	104	47	42
		100.0	23.6	37.8	20.8	9.4	8.4
	女性	500	102	148	145	56	49
		100.0	20.4	29.6	29.0	11.2	9.8
年齢別	20歳～29歳	200	49	63	47	18	23
		100.0	24.5	31.5	23.5	9.0	11.5
	30歳～39歳	200	49	69	44	27	11
		100.0	24.5	34.5	22.0	13.5	5.5
	40歳～49歳	200	44	59	53	18	26
		100.0	22.0	29.5	26.5	9.0	13.0
	50歳～59歳	200	41	71	52	20	16
		100.0	20.5	35.5	26.0	10.0	8.0
	60歳以上	200	37	75	53	20	15
		100.0	18.5	37.5	26.5	10.0	7.5

		全体	Q3-2				
			1	2	3	4	5
			賛成	どちらかといえば賛成	どちらかといえば反対	反対	わからない
また、手術後に、鎮痛剤の選択と投与量の調節を実施することについてどのように思いますか。(お答えは1つ)		全体					
全体		1,000	244	384	210	71	91
		100.0	24.4	38.4	21.0	7.1	9.1
性別	男性	500	131	208	88	30	43
		100.0	26.2	41.6	17.6	6.0	8.6
	女性	500	113	176	122	41	48
		100.0	22.6	35.2	24.4	8.2	9.6
年齢別	20歳～29歳	200	54	67	41	15	23
		100.0	27.0	33.5	20.5	7.5	11.5
	30歳～39歳	200	54	77	37	18	14
		100.0	27.0	38.5	18.5	9.0	7.0
	40歳～49歳	200	44	65	52	14	25
		100.0	22.0	32.5	26.0	7.0	12.5
	50歳～59歳	200	43	86	36	18	17
		100.0	21.5	43.0	18.0	9.0	8.5
	60歳以上	200	49	89	44	6	12
		100.0	24.5	44.5	22.0	3.0	6.0

		全 体	Q4				
			1	2	3	4	5
			賛成	どちらかといえば賛成	どちらかといえば反対	反対	わからない
手術前後において、患者や家族に麻酔の方法や合併症等の詳細な説明を行うことについてどのように思いますか。(お答えは1つ)		1,000	416	351	127	52	54
		100.0	41.6	35.1	12.7	5.2	5.4
性別	男性	500	229	167	57	26	21
		100.0	45.8	33.4	11.4	5.2	4.2
	女性	500	187	184	70	26	33
		100.0	37.4	36.8	14.0	5.2	6.6
年齢別	20歳～29歳	200	94	59	20	9	18
		100.0	47.0	29.5	10.0	4.5	9.0
	30歳～39歳	200	79	69	28	15	9
		100.0	39.5	34.5	14.0	7.5	4.5
	40歳～49歳	200	80	69	30	12	9
		100.0	40.0	34.5	15.0	6.0	4.5
	50歳～59歳	200	78	77	23	8	14
		100.0	39.0	38.5	11.5	4.0	7.0
	60歳以上	200	85	77	26	8	4
		100.0	42.5	38.5	13.0	4.0	2.0