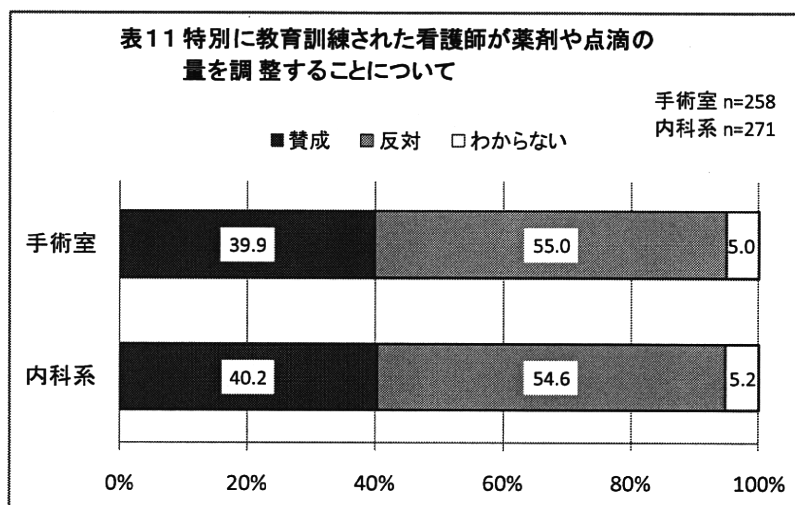


③ 手術後の業務

ア 手術後の管理

手術後の患者に対する薬剤の量の変更、点滴の量・速度の変更は、現状では医師が行うか、もしくは看護師が容態の変化を逐一医師に報告してそれに対して医師が出した個々の指示に従って看護師が行うことになっているが、これに対して、「特別に教育訓練された看護師」が、手術後の患者に対して医師がその場にいなくても、医師が事前に作成した指示書の範囲内で薬剤の量の変更、点滴の量・速度の変更を行うことについて、どのように思われるか（必要であ

れば看護師は医師と連絡できる状況にあることを前提とする。）質問したところ、手術室の常勤看護師では「賛成」及び「どちらかといえば賛成」と答えた者が103人（39.9%）。「反対」及び「どちらかといえば反対」と答えた者は142人（55.0%）であった。また、内科系部門に働く看護師では、「賛成」及び「どちらかといえば賛成」と答えた者が109人（40.2%）。「反対」及び「どちらかといえば反対」と答えた者は148人（54.6%）であった。〔表11〕

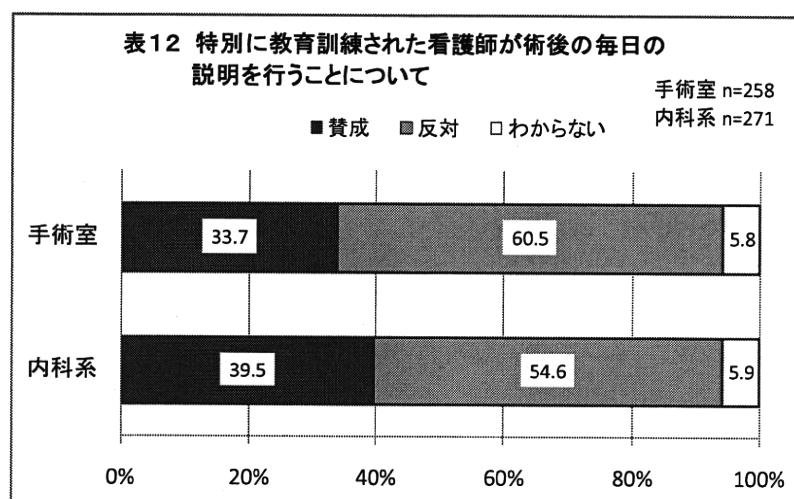


イ 手術後の説明

手術後、集中治療室にいる患者の家族に対して、執刀医が手術後の経過や現在の状況などを毎日説明しているのが現状であるが、これに対して、手術直後の説明と質疑応答は執刀医が家族に対してしっかり行っているが、それ以降は状況に応じて「特別に教育訓練された看護師」が十分な時間をかけて毎日行うという仕組みについてどのように思われるか（看護師が答えられない質問内容については、医師に確認して後ほ

ど医師もしくは看護師から患者に説明することを前提とする。また、患者が急変した場合は医師が説明を行う。）質問したところ、手術室の常勤看護師では「賛成」及び「どちらかといえば賛成」と答えた者が87人（33.7%）。「反対」及び「どちらかといえば反対」と答えた者は156人（60.5%）であった。また、内科系部門に働く看護師では、「賛成」及び「どちらかといえば賛成」と答えた者が107人（39.5%）。「反対」及び「どちらかといえば反対」と

答えた者は148人（54.6％）であった。〔表12〕



2. 平成21年度の調査結果

(1) 『周術期看護師養成案』の概要について

周術期管理に関する特別に教育訓練する養成コース（2年間）にかかる『周術期看護師養成案』については下記の考え方によるものであり、今回のアンケートにおいては、【調査票】に全文を記載し意見を伺った。

『欧米では医師と看護師の中間レベルの職種としての nurse practitioner (NP, 診療看護師：仮称) および physician assistant (PA, 周術期看護師：仮称) がそれぞれ14万人、7万人が働いてチーム医療の確立を目指しています。

最も特徴的な事は、現在日本で見られるような医師、看護師、臨床検査技師間のヒエラルキー的な関係ではなく、相互に尊敬と興味を持てる様な同等のレベル、つまり協働体としての関係が構築されている事です。その結果、NP、PAになった人達は非常に働きがいがあり、仕事に対する意欲も強いと報告されています。NP、

またPA導入後手術成績の改善と経費の削減効果も得られています。NP、またPAの専門分野は種々ありますが、今回検討しているのは、外科手術および麻酔の周術期看護師の養成計画であります。内容的には2年程度の高度な実践医療を身に付けるための特別な教育を受ける事ができることとしています。

主な具体的な実習内容は以下の様に予定しています。

① 外科実習

1) 術前カンファレンスに参加し下記について学ぶ

- ・患者の術前評価（術中・術後のリスク評価）と対策

- ・手術法の検討

2) 手術を受ける患者について実践を通して学習する

- ・手術法と患者の体位

- ・手術準備（手術器具の準備も含む）

- ・手術介助技術

- ・手術記録

3) モデルやシミュレーションを使って基本手技を習得する

- ・手術用器具の基本操作
- ・穿刺、切開、止血法、糸結び法
- ・手術時の補助的機器の操作手技と介助法（内視鏡、人工心肺装置など）

② 麻酔実習

1) 術前カンファレンスに参加し下記について学ぶ

- ・麻酔法の検討
- ・麻酔薬や筋弛緩薬の選択と使用法

2) 手術中の患者を受け持ち、実践を通して学習する

・麻酔中の呼吸、循環、水分出納、神経学的生理、循環動作薬の使用法

- ・手術法と水分バランス
- ・麻酔記録

3) モデルやシミュレーションを使って技術を習得する

- ・麻酔器の基本操作

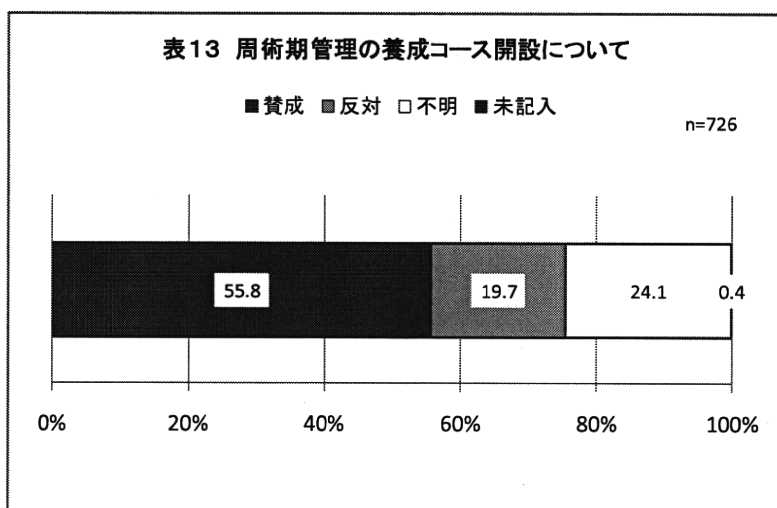
卒業後は病院の手術室の専属勤務とし、

異動の対象とはせず、医師と看護師の中間的な立場で医師と同等のレベルの位置づけになる様にして、外科手術、また麻酔に参加して医師法、保助看法に抵触しない範囲で診療に携わっていただく様に考えています。

周術期看護師として勤務中の危惧される医療事故の問題については直接的な関与がある時のみその責任が問われる可能性があり、現状の看護師の場合と同等となると考えています。』

(2)『周術期看護師養成案』への賛否について

『周術期看護師養成案』に「賛成」と答えた者は405人（55.8%）、「反対」と答えた者は143人（19.7%）、「不明」と答えた者は175人（24.1%）であった。なお、未記入の者が3人（0.4%）であった。【表13】

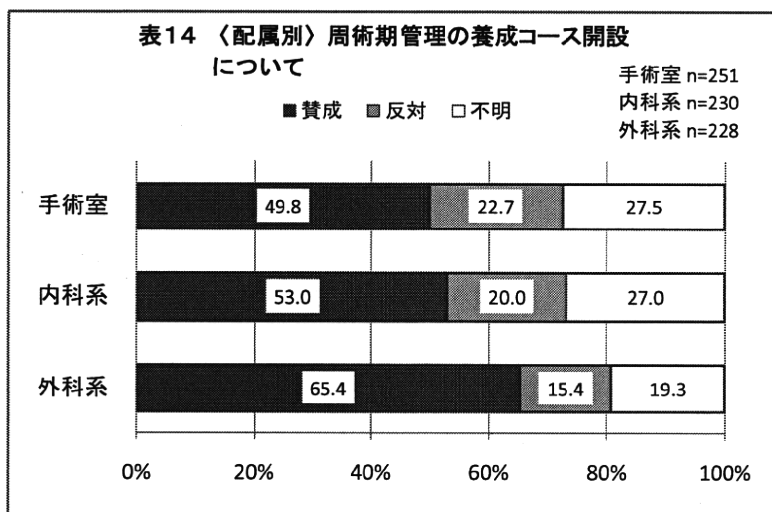


配属別でみると、手術室の常勤看護師では、賛成125人（49.8%）、反対57人（22.7%）、不明69人（27.5%）

であった。また、内科系部門の常勤看護師では、賛成122人（53.0%）、反対46人（20.0%）、不明62人（27.0%）

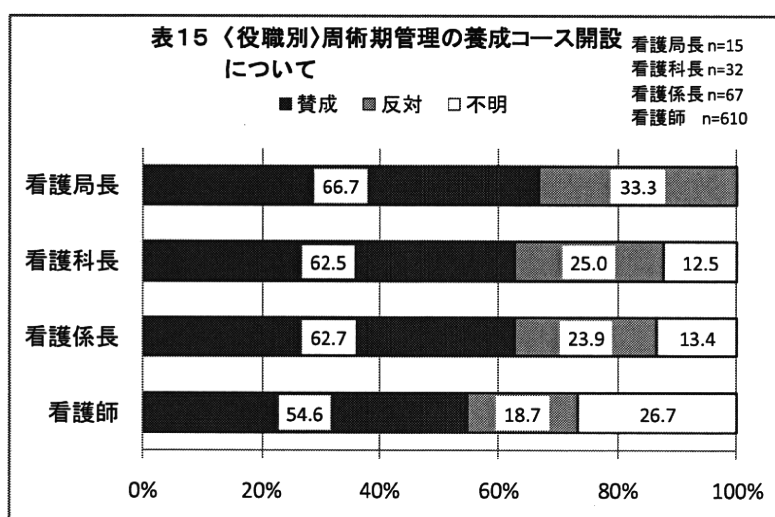
0%)であった。さらに、外科系部門の常勤看護師では、賛成149人(65.4%)、反対35人(15.4%)、不明44人

(19.3%)であり、外科系部門の常勤看護師の賛成が最も多く、手術室の常勤看護師は過半数を割っている。〔表14〕



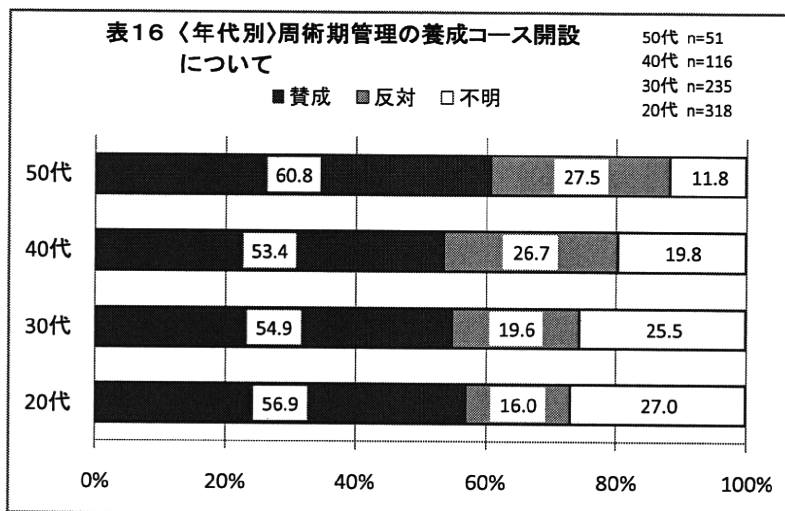
役職別でみると、看護師では、賛成33人(54.6%)、反対11人(18.7%)、不明16人(26.7%)であった。看護係長では、賛成42人(62.7%)、反対16人(23.9%)、不明9人(13.4%)であった。看護科長では、賛成20

人(62.5%)、反対8人(25.0%)、不明4人(12.5%)であった。看護局長では、賛成10人(66.7%)、反対5人(33.3%)であり、役職が上がるに従い賛成の比率が高くなる傾向がみられる。〔表15〕



年代別でみると、20代では、賛成181人(56.9%)、反対51人(16.0%)、不明86人(27.0%)であった。30代では、賛成129人(54.9%)、反対46人(19.6%)、不明60人(25.5%)であった。40代では、賛成62人(53.4%)、反対31人(26.7%)、

不明23人(19.8%)であった。50代では、賛成31人(60.8%)、反対14人(27.5%)、不明6人(11.8%)であり、50代の賛成の比率がもっとも高く、20代に比べ30代、40代の比率が低くなっている。【表16】



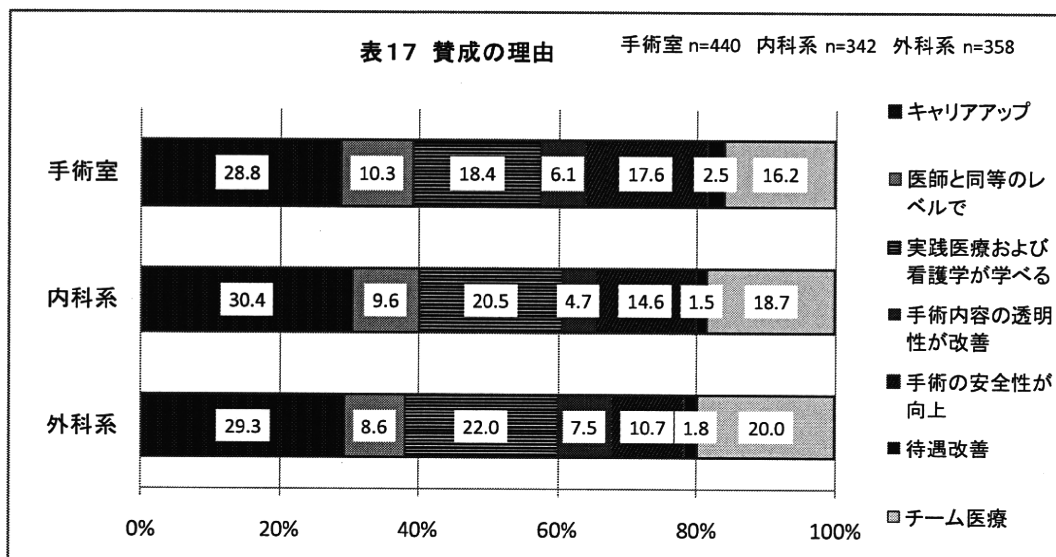
(3) 賛成の理由について

賛成と回答した405人に、その理由にあてはまるものは何か下記の選択肢から選んでもらった。(3つまで複数回答可)

- ・キャリアアップにつながる
- ・医師と同等のレベルで医療に携われる
- ・実践医療および看護学が学べる
- ・手術内容の透明性が改善する
- ・手術の安全性が向上する
- ・待遇改善が得られる
- ・チーム医療に結びつく
- ・その他(自由回答)

1番多く選択された回答は、いずれの配属先においても「キャリアアップにつながる」であり、手術室の常勤看護師は103人(28.8%)、内科系部門の常勤看護師

は104人(30.4%)、外科系部門の常勤看護師は129人(29.3%)であった。2番目に多く選択された回答も同様に「実践医療および看護学が学べる」であり、手術室の常勤看護師は66人(18.4%)、内科系部門の常勤看護師は70人(20.5%)、外科系部門の常勤看護師は97人(22.0%)であった。なお、3番目に多く選択された回答については、手術室の常勤看護師は「手術の安全性が向上する」の63人(17.6%)であったのに対し、内科系部門の常勤看護師及び外科系部門の常勤看護師は「チーム医療に結びつく」を選択しており、それぞれ64人(18.7%)、88人(20.0%)であった。【表17】



なお、『その他』自由記載欄の意見としては、

- ・患者に知識を還元できる。
- ・エビデンスに基づいたより安全なケアの提供につながると思う。医師とより深いチーム体制が築けると思う。
- ・医師不足の現状にあって患者様の安全とスタッフの業務内容を改善するには、業務拡大が必須であり、急務であると思う。現在行っている業務と大差がないこと、責任があいまいと感じる。協会内で通用するものでなく国・世界レベルの資格として考えてほしい。
- ・今まで本や先輩看護師から教わってきた。でも、実際の手術内容等医師に聞いてみないときちんとわからない。きちんとした知識の上で行っていることと教わってきた事と若干の違いがあるので、きちんとした知識を又習得できるのなら習得したい。日々の流れで行っているような感じ、もっと改めて実践に基づいたことを学びたい。

等の回答があった。

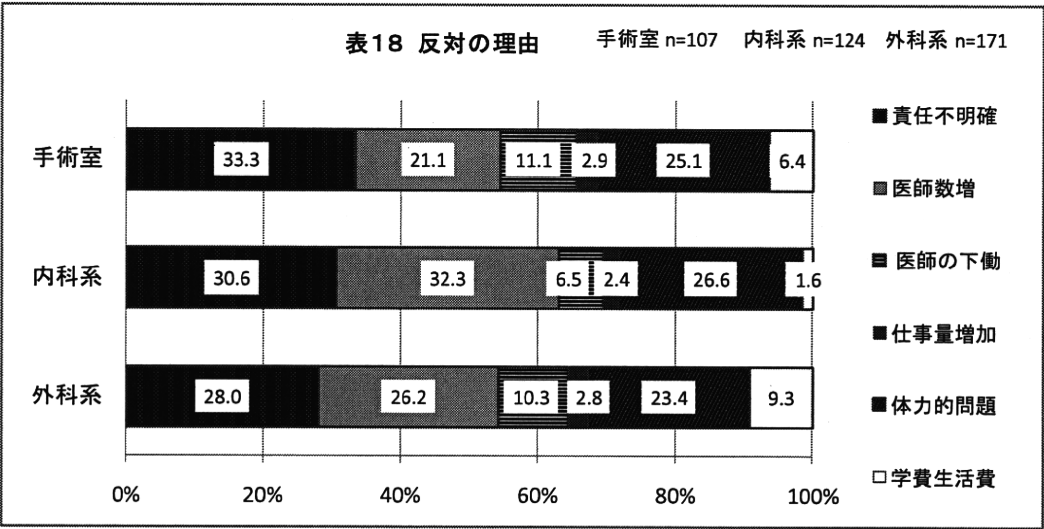
(4) 反対の理由について

反対と回答した143人に、その理由にあてはまるものは何か下記の選択肢から選んでもらった。(3つまで複数回答可)

- ・責任の所在が不明確になる
- ・看護師の業務を拡大するより医師数を増やすべき
- ・医師の下働きの様にみえる
- ・看護師の仕事量が増加する
- ・体力的問題がある
- ・学費、生活費の問題
- ・その他(自由回答)

1番多く選択された回答は、手術室の常勤看護師及び外科系部門の常勤看護師では「責任の所在が不明確になる」を選択しており、それぞれ57人(33.3%)、30人(28.0%)であったが、内科系部門の常勤看護師は「看護師の業務を拡大するより医師数を増やすべき」の40人(32.3%)であった。2番目に多く選択された回答については、手術室の常勤看護師は「体力的問題がある」43人(25.1%)、内科系部門の常勤看護師は「責任の所在が不明確になる」38人(30.6%)、外科系

部門の常勤看護師は「看護師の業務を拡大するより医師数を増やすべき」28人（26.2％）であった。また、3番目に多く選択された回答については、手術室の常勤看護師は「看護師の業務を拡大するより医師数を増やすべき」の36人（21.1％）であったが、内科系部門の常勤看護師及び外科系部門の常勤看護師は「体力的問題がある」を選択しており、それぞれ33人（26.6％）、25人（23.4％）であった。〔表18〕



なお、『その他』自由記載欄の意見としては、

- ・現在の日本での医師と看護師の関係の中では、ヒエラルキー的な関係がすでに確立されていて、新たに導入しても、その関係が変わるとは、とうてい思えない。
- ・医師、看護師間で従来の立場関係があるので、今回のような役割（PA）がきちんと機能しないと思う。手術においての責任問題はむずかしく、部分的な介入をすると、患者様からの信頼が得られないと思う。
- ・手術室での看護の質を上げるための教育には賛成であるが、現在、認定看護師の養成も行っている中で、様々な資格が混在することで、業務の分担等課題が多い。また、2年間で医師と同等レベルとある

が、この期間ではたして教育が可能なのか疑問である。日本の場合基礎教育が様々なことも影響が大きいと思う。

- ・日本の縦社会には合わないシステムだと思う。看護師というだけで医師は対等には見てくれない。手術法の検討等意見をきいてくれるとは自分が働いている病院の現状から判断すると考えられない。人員的にも看護師不足の中でこの職種は成立しないと思う。

等の回答があった。

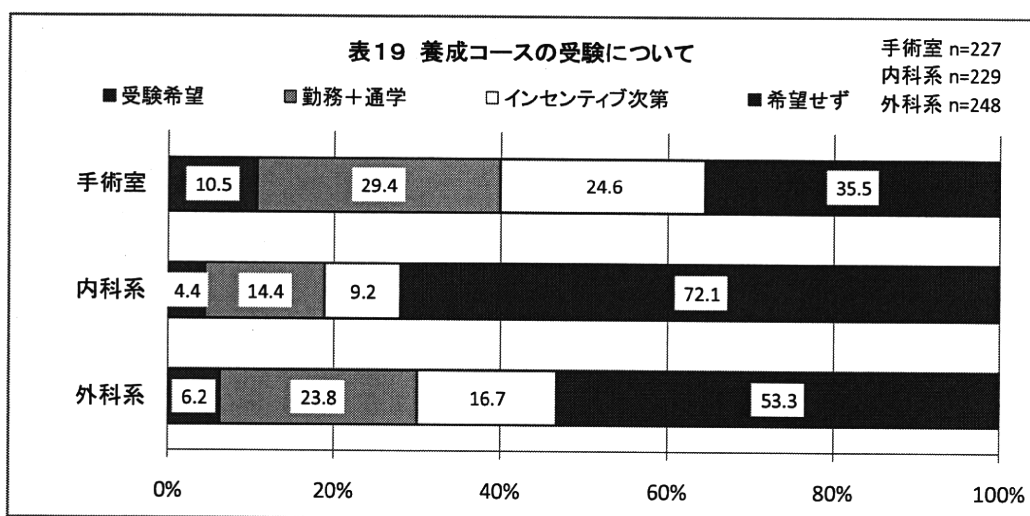
（5）養成コースの受験について

周術期管理に関する特別に教育訓練する養成コース（2年間）ができた場合、受験をしたいか質問したところ、「受験したい」は50人（7.1％）、「現在の勤務状態を

維持した形で通学できれば受験したい」は160人(22.7%)、「周術期看護師に対するインセンティブが得られるなら受験したい」が120人(17.0%)であり、合計330人(46.9%)であった。また、「希望しない」は374人(53.1%)であった。

配属別でみると、手術室勤務の常勤看護師では、「希望しない」を選択した者が88人(35.5%)であるのに対し、「受験し

たい」、「現在の勤務状態を維持した形で通学できれば受験したい」、「周術期看護師に対するインセンティブが得られるなら受験したい」と回答した者の合計が160人(64.5%)となり、受験を希望する者が過半数を上回っていたが、内科系部門の常勤看護師及び外科系部門の常勤看護師では、「希望しない」を選択した者が、それぞれ165人(72.1%)、121人(53.3%)と過半数を上回っていた。〔表19〕



IV. 考 察

平成20年度の調査結果では、周術期管理における看護師の業務拡大に関し、アンケート形式で社会保険病院という全国に展開する病院グループの現場の看護師がどのように考えているか調査し、興味ある結果が得られたと思われる。

アンケートへの回答率が86.7%というこの種の調査では例の無い高い回答率となったが、これは全社連本部から病院に直接依頼したこと、及び調査目的が医療政策上の重要課題であるとの理解が得られたことによるものと考えられる。

業務拡大に関しては、現場の看護師は消

極的であることが示されたが、これは看護師の勤務場所が手術室であるか否かを問わず現場の看護師に共通の意識であることが示された。また、業務拡大に関し賛成、反対の理由に関しても手術室勤務の看護師と内科系看護師の回答がほとんど同様の傾向を示したことは、看護師として手術室勤務の経験の有無に関わらず、看護師に共通の意識が反映された結果と考えられる。

周術期管理業務のうち具体的にどのような業務を「特別に教育訓練した看護師」の行うことのできる業務とするかについては、いくつかの業務で手術室勤務の看護師と内科系看護師の間に差が見られた。看護師が

手術の助手をすること、皮膚や筋肉の縫合を行うこと、中心静脈ラインの確保やドレイン接続や抜去、麻酔の一端を担うことについては、手術室勤務の看護師の賛成の割合が高かった。一方、手術後の患者に対する薬剤量の変更、点滴の量・速度の変更、及び手術後の患者家族に対する説明については手術室勤務の看護師と内科系看護師の間に差は見られなかった。

一方、「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」班の遠藤久夫先生が実施した市民を対象としたアンケート調査と比較すると、医師業務を看護師に拡大することに関し、看護師と一般市民の間の意識の差について興味ある結果が読み取れる。全国の20歳から99歳の男女1,000人に対し、インターネットを利用した登録モニターアンケート方式で行った。一般市

民を対象としたこの調査で、「特別に教育訓練した看護師」の外科医療における業務範囲の拡大についてどう思うか聞いたところ、賛成30.7%、どちらかといえば賛成56.8%で賛成が87.5%となり、看護師の意識と大きく異なる結果が示された。その他、手術前の説明、手術の際に助手となること、皮膚や筋肉の縫合を行うこと等周術期の具体的な業務について看護師に担わせることについて意見を聞いたところ、その結果は【表20】の通りであった。周術期のそれぞれの業務を看護師に拡大することについても、看護師と一般市民の意識は大きな差異があることが判明した。このことは、今後周術期の業務を看護師に拡大するための取り組みに際しては、一般市民の理解を得る事より、看護師界の理解を得るための努力が極めて重要であることを示唆していると考えられる。

表20 「業務の拡大」についての看護師と一般市民の意識差異

特別に教育訓練した看護師への業務拡大について	対 象	%
業務範囲の拡大に賛成	手術室	28.7
	内科系	27.7
	一 般	87.5
患者に説明することに賛成	手術室	29.1
	内科系	36.5
	一 般	83.5
手術の助手をすることに賛成	手術室	43
	内科系	29.5
	一 般	73.1
縫合することに賛成	手術室	16.3
	内科系	5.9
	一 般	46.3
中心静脈ラインの確保等を行うことに賛成	手術室	16.3
	内科系	9.2
	一 般	51.2
麻酔の一端を担うことに賛成	手術室	16.3
	内科系	5.9
	一 般	44.2
薬剤や点滴の量を調整することについて賛成	手術室	39.9
	内科系	40.2
	一 般	60.3
術後の毎日の説明を行うことについて賛成	手術室	33.7
	内科系	39.5
	一 般	83.7

平成21年度の調査結果からは、具体的な「周術期看護師養成計画案」を提示するとともに、手術室及び内科系部門の常勤看護師に加え、外科系部門の常勤看護師も調査対象に追加したことにより、前回調査とは異なる結果が示された。

まず、「周術期看護師養成計画案」の賛否についてであるが、賛成55.8%・反対19.7%であり、賛成と回答した者が過半数を超える結果が示された。

これを配属別にみると、手術室の常勤看護師では賛成49.8%・反対22.7%、内科系部門の常勤看護師では賛成53.0%・反対20.0%、外科系部門の常勤看護師では賛成65.4%・反対15.4%となり、すべての配属先において賛成が反対を大きく上回っている。特に外科系部門の常勤看護師の賛成が高いことが示された。

さらに、役職別でみると看護局長の賛成が66.7%と最も高く、役職が上がるに従い賛成の比率が高くなっている。この点については、管理職になるほどチーム医療の重要性が理解されていると考えられる。年代別にみると20代及び50代の賛成比率が高い点も注目される。これらのことから〔賛成の理由〕についての回答のうち最も多かった「キャリアアップにつながる」ことを期待する若い年代の看護師が養成コースを受験するにあたり、職場の上司からも理解が得やすい環境が整いつつあるのではないかと推測できる。

しかしながら、〔反対の理由〕についての回答のうち最も多かった「責任の所在が不明確になる」点については、医療の現場においてグレーゾーンの医行為が現実的には行われているという実態や、医療事故が起

きた時の責任の所在についての判断が難しいという実情もあり、今後整理していかなければならない課題が存在していることを表した結果であるとも推測できる。

今回の意識調査の結果から、医療現場の看護師の業務範囲の拡大に対する消極的な意識を改善するには、抽象的な制度論の議論ではなく具体的な制度のイメージを提示して議論することが重要であることが示唆された。

平成20年度及び平成21年度の調査結果から、周術期看護師という新たな職種の創設は外科医の加重労働の解消、さらにはチーム医療の推進にとって大変重要であると考えられるが、更に制度化に向けての検討を前進させるためには、医師と看護師の責任の所在が不明確になるという懸念に対して具体的な考え方を示していくことが課題として浮き彫りになった。そのためにも明確なガイドラインの周知や制度の整備が不可欠である。この点が整理されれば医療現場における新たな職種である周術期看護師についての理解は得られ、今後受験を希望する看護師はさらに増えていくのではないかと考えられる。そして究極的には、患者・市民等医療を利用する立場の人にとってどのような意義があるのかを常に意識した対応が求められている。

平成22年度 分担研究報告書

『我が国のチーム医療』に関する討論会』 における協議

分担研究者 伊藤雅治（社団法人全国社会
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。

このような状況の中で、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論を行った。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論をしていただいた。

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對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れ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かが課題。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、珍しく一歩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、何が必要なの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というと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けるのではないかと。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いといけないと思う。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くてはならないと思う。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こうと思っている。(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

イ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立場を離れて、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、介護の受けての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。

文 献

- 1) 讃井将満、松尾耕一、大塚祐史:看護師を対象とした麻酔看護師制度に対する意識調査 麻酔、57:95-99, 2008
- 2) 西田 博、前原正明、富永隆治、田林暁一:日本体外循環技術医学会会員を対象とした外科治療におけるチーム医療推進・裁量権拡大に関するアンケート結果、日外会誌、110(1):45-51, 2009
- 3) 伊藤雅治、遠山保次、千葉はるみ、中村仁、西田 博、田林暁一: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、日外会誌、110(4):219-224, 2009
- 4) 伊藤雅治、遠山保次、千葉はるみ、中村仁、西田 博、田林暁一: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（第2報）、日外会誌、111(2):116-122, 2010

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

平成 19 年度および 21 年度研究においては、一定の教育訓練を受けた看護師が現行では医師の行っている業務の一部を行うことに対する一般国民の意識を調査した。これは医師不足や医師の過酷な労働状況を解決する方法として展開されている議論であるが、医療者間での議論だけでは不十分であり、医療の一方の当事者である患者・一般国民の意見に耳を傾ける必要があるためである。平成 19 年度研究では現行では外科医・麻酔科医が担っている周術期管理の一部を教育訓練を受けた看護師が行うことについての意識を調査した。調査結果は次の通りである。i) 大半の国民は外科医療において訓練した看護師の業務を拡大するという考え方には概ね賛成している。しかし ii) 相対的にリスクの高い医療行為（「中心静脈注射、ドレーン抜管、抜糸」「術後の筋肉・皮膚の縫合」「麻酔時の管理」等）を行うことに対してはやや慎重な評価を示した。また iii) 馴染みの少ない外科医療のことなので、多くの回答で「どちらかといえば賛成（反対）」の比率が高く、明確な評価は少ないことが分かった。このようなことから、適切な社会的合意を形成するためには、一般国民に対して積極的な情報開示、啓発活動を行うことが重要だと考える。平成 21 年度研究では、教育訓練を受けた看護師が行う業務の対象を周術期管理だけでなく、救急のトリアージ、がん患者の疼痛管理（薬剤処方を含む）、慢性患者の初期症状の診察・処置などに拡大して、一般国民の意識を調査した。調査結果は次の通りである。i) すべての設問に対して概ね賛成の意見が多い。特に ii) トリアージ、説明、慢性患者の初期症状の診察・処置等のリスクの低い行為に対して 8 割以上の回答者が賛成の意思を示した。一方、iii) 「がん治療における疼痛管理」「手術中の麻酔管理」「ICU でのドレーン抜管等」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。

平成 20 年度研究では外科医の過重労働のより詳しい実態を把握するため外科医を対象としたアンケート調査結果を利用して卒後年齢と所属医療機関別に勤務時間を明らかにした。外科医の 1 週間の平均勤務時間は 90 時間と長い。特に卒後 10 年までの医師は 108 時間と極めて長時間労働で、オンコール（16 時間）、当直（12 時間）、外勤（12 時間）が他のライフステージの外科医より長いのが特徴である。外科医が術者として手術を行う週平均時間は意外に少なく、最も長かった卒後 21-25 年の外科医でも 8.8 時間で、総勤務時間の 2 割にも満たなかった。また、術者としての（週平均手術時間が長い）ピークは卒後 21-30 年であり、その後、手術時間は減少する。それに対して、外来の平均時間は卒後 35 年まで

増加傾向にある。外科医不足に対応するためには、第一に、スキルミックスの推進を通じて外科医一人当たりの手術数を増加させる、すなわち「手術生産性」の向上を図ることである。第二に、若年層の就業環境を改善してワーク・ライフ・バランスを重視する若い医師にとっても外科を敬遠しない環境を構築することである。それには給与政策の弾力化など経済的インセンティブは外勤を減らすことにもつながり有効なのではないかと考える。

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、平成20年度と22年度に外科治療にお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。20年度調査では外科医療に特化した業務について、22年度調査は外科以外の業務に拡大した調査を行った。また、21年度研究では外科医の過剰勤務の実態を明らかにするために外科医に対するアンケート調査を行った。

B. 研究方法

（1）平成20年度、22年度研究

（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アンケート方式を用いてアンケート調査を実施した。

（2）平成21年度研究

西田博分担研究者の実施した外科医対象のアンケート調査結果を再利用し、卒後年数と所属医療機関別に勤務時間を明らかにした。

C. 研究結果

D. 考察

1. 平成20年度研究

（1）どの設問の回答も「どちらかといえば賛成」「どちらかといえば反対」の比率が高いことから、賛否を明確にできない傾向が読みとれる。これは手術という非日常的で経験もあまりない状況を評価しているためだと考えられるが、このことは一般国民に情報を提供して問題意識を共有化する必要性があることを示唆している。

（2）「賛成」および「どちらかといえば賛成」を加えると、次の順序で賛意が高かった。「Q7術後集中治療室での家族に対する説明」（83.7%）、「Q1術前の説明」（83.5%）、「Q2手術中の助手」（73.1%）、「Q6術後の薬剤量等の変更」（60.3%）、「Q4中心静脈注射、ドレーン抜管、抜糸」（51.2%）、「Q3術後の筋肉・皮膚の縫合」（46.3%）、「Q5麻酔時の管理」（44.2%）。これから患者へのリスクが小さいものほど看護師が行うことに賛意を示していることが明瞭である。特に、術前、術後の説明については極めて高い賛意が得られた。これは看護師の方が話しやすく、長く話せるといった点を評価していると考えられる。一方、麻酔や縫合といったリスクを伴う医療

行為については「反対」＋「どちらかといえば反対」が「賛成」＋「どちらかといえば賛成」をわずかに上回った。一般国民はリスクが高い医療行為を看護師が行うことに対してはやや慎重な評価をしていることが読みとれる。

（３）業務拡大の具体的内容はともかく、看護師を教育して外科医療における業務範囲を拡大させるという構想については大半（84%）が賛意を示した（Ｑ８）。主な賛成理由は、外科医が手術に専念できて安全性が向上することと、看護師による時間をかけた説明が患者の満足を高める、という点であった。また、手術経験や身近の医療関係者の有無は、この評価にあまり影響を与えていなかった。

２．平成 21 年度研究

（１）総勤務時間

外科医の 1 週間の平均勤務時間は 90.1 時間（オンコール時間を除くと 79.1 時間）と、平成 21 年就労条件総合調査（厚生労働省）による最も勤務時間の長い業種である「宿泊業、飲食サービス業」従業員の 39.5 時間を大きく上回っている。勤務時間の内訳は、大分類では、「手術室内（術者・助手・麻酔・外回り・見学等）」15.2 時間（17%）、「手術以外の医業・仕事（回診・外来・カルテ記載・検査・当直・待機（オンコール）・診療上の会議等）」52.0 時間（58%）、「診療外（教育・研究・管理上の会議・カルテ以外の書類作成・雑務・外勤（当直を含む）等）」22.9 時間（25%）であり、手術に直接関与する時間は、勤務時間全体の 2 割以下である。小分類で従事時間が長い上位 6 位をみると、「手術（術者・助手）」14.5 時間（16.1%）、「一般病棟業務（回診、カルテ記載・

指示等）」12.8 時間（14.2%）、「待機時間（オンコール）」11.0 時間（12.2%）、「外来」8.7 時間（9.7%）、「当直（科の当直・病院当直含む）」7.6 時間（8.4%）、「外勤（医業・当直を含む）」7.3 時間（8.1%）の順である。

（２）卒後年齢と勤務時間

①卒後年齢と総勤務時間

卒後年齢と総勤務時間の関係は、「1-10 年」108.4 時間（オンコール時間を除いた場合：91.9 時間）、「11-15 年」97.8 時間（84.4 時間）、「16-20 年」92.1 時間（80.5 時間）、「21-25 年」88.1 時間（77.9 時間）、「26-30 年」79.5 時間（71.9 時間）、「31-35 年」70.7 時間（67.6 時間）、「36-40 年」62.0 時間（58.7 時間）と若い世代ほど勤務時間が長い傾向がみられる。特に卒後 10 年までは 1 週間当たり平均勤務時間が 108.4 時間（91.9 時間）と極めて長時間労働である。他の診療科の医師との比較は行っていないが、外科医の 20 歳代、30 歳代の長時間勤務が、ワーク・ライフ・バランスを重視する若い医師にとって外科を志望しない理由の一つであることは容易に想像できる。

②卒業年数と大分類別勤務時間（手術室内）

外科医療の中核技術である「手術室内（術者・助手・麻酔・外回り・見学等）」での勤務時間と卒後年齢との関係は、「1-10 年」17.1 時間（総勤務時間に対する割合 16%）、「11-15 年」17.3 時間（18%）、「16-20 年」15.4 時間（17%）、「21-25 年」15.5 時間（18%）、「26-30 年」14.7 時間（18%）、「31-35 年」12.6 時間（18%）、「36-40 年」8.6 時間（14%）であり、「11-15 年」をピークに減少傾向がみられる。

しかし、術者として手術を行った時間をみると、