

表4 領域別に見たPAが担当する医療行為の例

領域 (対象とする主な疾患)	PAが担当する主な医療行為
外科 スワングアンツカテーテル・中心静脈ライン・動脈ライン・尿道カテーテルの挿入・管理, ドレイン(胸腔ドレイン含む)の挿入と抜去, 薬剤(鎮痛剤・抗生剤・抗凝固剤・インシュリンなど)の調節, 縫合, 閉鎖, 皮膚クリップ閉鎖, 一時的ペースメーカーワイヤーの抜去	
心臓外科 大伏在静脈採取(92%), 手術の第一助手(90%), 外科 on call 対応(86%), 一般病棟管理(83%), 退院サマリー記載(81%), 病歴・理学的所見(80%), ICUCCU管理(77%), 患者教育(70%), 橈骨動脈採取(69%), 胸腔ドレイン抜去(62%)や動脈ライン(61%)の挿入と抜去, 胸骨閉鎖(60%), 中心静脈ライン挿入(50%), 胸腔穿刺(48%), スワングアンツカテーテル挿入(41%), IABP挿入(34%)	
神経外科(脳・脊髄の腫瘍, 外傷, 神経根障害, 脳動脈瘤, 水頭症), 疼痛管理, VP shuntの管理, 診断及び治療目的の腰椎穿刺, 手術の助手, 術後管理, 髄腔内注入用ポンプ管理	
整形外科# (整形外科一般) 腱修復, 移植骨採取, 創閉鎖, デブリードマン, 関節内・腱注射, ギプス, 副子, 理学療法, リハビリ, ブロック注射	
リウマチ科(リウマチ様関節炎, 乾癬性関節炎, 痛風, ライム病, ループス, 強皮症, 関節炎, 変形性関節症, 腰椎椎間板ヘルニア, 坐骨神経痛, 腰痛, 骨粗しょう症性圧迫骨折, 二頭筋腱炎, 手根管症候群, 滑液包炎, 皮膚筋炎, 多発性筋炎, 線維筋痛症, 巨細胞性動脈炎, 血管炎クレスト症候群) 薬物治療, ステロイドやヒアルロン酸の関節注射, トリガーポイント注射	
救急医療(救急医療一般) トリアージ, 心電図・X線などのスクリーニング検査の指示, 転院・転送の段取り, ACLS(二次救命処置), 気管内挿管(78%), Rapid sequence intubation(48%), 胃管挿入, 鎮痛と鎮静(73%), 骨折整復(74%), 脱臼整復, ギプス・副子固定と除去, 関節穿刺, 動脈穿刺と血液ガス検査用採血, 中心静脈ライン挿入(51%), 膿瘍の切開とドレナージ, デブリードマン, 鼻出血管理, 肛門鏡, 異物除去(耳・鼻・直腸・軟部組織・腔・咽頭・胃 lavage), 伸筋腱修復(48%), Heimlich 弁挿入, 固定(脊椎, 長骨, 軟部組織), 骨内針挿入, 中等度及び複雑な裂傷の修復, 診断目的の腰椎穿刺, 穿刺, 局所ブロック麻酔(double cuff method Bier ブロック含む), 綿隙灯を用いた rust ring 除去, 眼圧測定, 胸腔穿刺, 胸腔ドレイン挿入(47%), 尿道カテーテル挿入及び管理, 静脈アクセス及び末梢カットダウン, 創傷管理	
産婦人科(産婦人科一般) 子宮頸癌検査, 乳癌検査, 骨盤内臓器検査, 産科検査, 家族計画, 避妊, 更年期管理(高血圧・眩からの出血), 創部感染・離開の管理, 痛治療, 妊娠管理, 分娩介助, 産後管理, 卵管結紮・子宮摘出・帝王切開の(第一)助手, 陰切開修復, 授乳指導, 膣炎・性感染症管理, ホルモン補充療法, 人工授精, 人工破水, 産前診, 子宮内器具挿入, 子宮内膜・腔内部分生検, リーブノミ切除術, 夜中・休日オンコール, 性的暴力への対応(DNA 標本採取含む)	
循環器科(心臓病一般) 負荷試験, 冠動脈造影を含む心カテーテル, カテ後やペースメーカー植込み後の創のケア	
消化器科・肝臓科(消化器・肝臓疾患, GERD, 食道運動障害, 食道癌, 胃十二指腸潰瘍, セリアック病, 胆嚢疾患, 胆道系疾患, 膵炎(急性・慢性)その他の膵疾患, B型肝炎, C型肝炎, 非アルコール性脂肪肝, ヘマクロマトーシス, 自己免疫性肝疾患, 肝硬変, 過敏性腸症候群・クローン病・潰瘍性大腸炎などの炎症性腸疾患, 大腸癌スクリーニング) 大腸ファイバー検査, 穿刺, 肝生検, 食道・直腸内圧測定, PEG 造設補助	
瘻治療(血液内科などの内科系75%, 外科系11%, 放射線科10%, 小児科4%) 手術の助手, 諸検査(骨髄生検, 腰椎穿刺, 皮膚生検の介助など含む), 終末期医療, 化学療法・自宅療養などへの対応	
耳鼻咽喉科・頭頸部外科(耳鼻咽喉科疾患一般, 甲状腺, 舌, 舌下腺) 副鼻腔クリーニング, 鼻粘膜焼灼, 前鼻孔パッキング, 異物・耳垢除去, アレルギー疾患・感染症の治療, 術後ケア	
職業病科=産業医(職業病・労災一般) 従業員(国務省外国公館・運輸省・退役軍人局・国防総省, 含む: 職業衛生安全管理局(労働省)認定)の健康管理, 労災・職業病の治療, 就労前健康診断(病院勤務者: 結核・HIV・違法薬物検査・バイオハザードへの対応など), フィットネステスト, 感染症多発地域就労者の対策(旅行医療・感染症治療), アルコール中毒・薬物中毒の治療, 予防注射, 過労, 裂傷, 繰り返すストレスによる傷害, 手根管症候群, 放射線障害予防,	
アレルギー疾患, 免疫疾患(喘息, 鼻炎, 副鼻腔炎, アトピー性皮膚炎, 乾癬, アレルギー性疾患) スteroid, 抗ヒスタミン薬, エピネフリン, ッグロブリンなどを含むアレルギー治療薬の注射, 処方, 皮膚生検, アレルギー検査指示	
皮膚科(皮膚科疾患一般) 皮膚科手術(Mohs手術含む)における助手, 縫合, 皮膚生検, 光線療法, 凍結療法, 慢性疾患の管理, 美容(皮膚剥離術, レーザー美肌術, ケミカルピール, 入墨除去, 脱毛)	
小児科(小児科疾患一般: 新生児含む) 軽症の急性疾患の診断と治療, 慢性疾患(喘息など)の管理	
老年科(糖尿病・高血圧・アルツハイマー病などの慢性疾患, 痴呆(脳血管障害・パーキンソンなど含む), 感染症, 皮膚病, 骨折老年病) 在宅と長期療養型施設, ホスピスにおける疼痛緩和, ケア一般	
精神科(精神衛生事業) 過疎地の精神衛生事業, 介護施設・刑務所での精神ケア, 精神科救急, 心的外傷後ストレス障害のケア, 老年精神医学, (薬物) 依存症治療ケア	
腎臓病(腎疾患一般) 透析患者の管理(96%), 維持透析の施行(69%), ブラッドアクセスの管理(75%), stage 5慢性腎疾患の管理(64%), stage 4慢性腎疾患の管理(64%), カテーテルの挿入, 腎移植例のフォロー, 尿路結石の管理, 血糖・血圧・脂質・貧血管理, 手術の第一助手・術後回診,	
麻酔科(麻酔助手) 麻酔前チェック, モニター装着, 静脈確保, 肺動脈カテーテル・エコープローブ挿入などの介助, 麻酔導入・維持の補助, エアウェイ・挿管チューブ・マスクなどの固定, 局所麻酔, 心肺蘇生, 麻酔記録, 術後管理	

(%はその医療行為を担当するPAの割合)

# PA in orthopedics と一時期存在した orthopedic PA (OPA) は異なる。OPA は整形外科技術者・手術補助のみで Medicare でカバーされない

\* Anesthesia Assistant と麻酔を専門とする PA は別の職種

表5 救急医療における症例の振り分け<sup>4)</sup>

<p>PAが attending physician に照会することなく診察してもよいと思われる病態</p> <p>男性の性病, 尿路感染症, 軽度の裂傷, 創やギブスのチェック, 上気道感染, 中耳炎, 外耳炎, 耳垢除去, 合併症のない異物除去, 合併症のない肝炎, 慢性の腰痛, 神経症状のない腰痛, 軽度の熱傷, 発疹, 膿炎, 生理不順などの軽症の婦人科疾患, 単純な膿瘍の切開・排膿, 結膜炎, 痔, 動物咬傷, 慢性末梢血管疾患, 正常妊娠, 中毒専門家・人工流産・ソーシャルワーカーなどへの照会, 便秘, do 処方, 合併症のない疲労やめまい, 軽い精神障害, アルコール・薬物禁断症候群, 息切れ・喘鳴・血圧低下のないアレルギー症状, 小出血, 急性神経症状のない頭痛, 軽い熱性疾患, チアノーゼ・上気道狭窄・急性呼吸困難のない息切れ, 虚血性とは思えない胸痛, 失神・息切れ・不整脈などを伴わない胸痛, 肋軟骨炎などの原因がはっきりした胸痛</p>
<p>PAよりも前に attending physician が診察すべき病態</p> <p>腹痛, 錯乱・幻覚・発熱・痙攣などを伴うアルコール・薬物禁断症候群, 息切れ・喘鳴・血圧低下を伴うアレルギー反応, 最近発症あるいは血行動態の不安定な不整脈, 大量出血, 熱傷 (III 度・対表面積の 10% 以上・目耳顔手足会陰部・気道・感電), 狭心症を思わせる胸痛, 失神・息切れ・不整脈を伴う胸痛, 昏睡あるいは急激な意識レベルの変化, 薬物過量摂取, 頭部外傷 (意識消失・神経学的所見・合併損傷を伴うもの), 神経学的異常を伴う頭痛, 体温異常 (低体温: 35℃未満, 高体温: 40.5℃以上), 高血圧 (拡張期血圧 <math>\geq</math> 110mmHg), 急激に発生した神経障害, 鎌状赤血球クリーゼ, ショック</p>

外科医療・手術に続いて急性期医療の最たるものである救急医療 (全PAの10%が従事) においてPAが担当する医療行為の例は表4に示したとおりであるが, physician とPAの間の現場での症例の振り分けはどのように行われているのであろうか? 1990年の論文では病態によって表5に示すような振り分けも提案されているが<sup>3)</sup>, 最近ではAAPAの調査によると (AAPA ホームページ “Physician Assistant in Emergency Medicine, 重複あり”, ランダムな振り分け (80%), トリアージ (31%), 医師が決定 (21%), となっている。細々と文書化したプロトコルを決め, お互いを縛るよりも, コミュニケーションをよくし, チームとして機能するほうが望ましいと言う考えである。

### 3) 就労状況, 待遇

シフト勤務で週40時間労働はきちんと守られており, 休日も4~6週/年あり, ライフワークバランスに問題なしとの回答。年収も最初の年から75,000ドル~80,000ドルで4年目で100,000ドルという人もいた。cost effectiveness に関しては, 2006年に報告された Medical Group Management Association (MGMA) の2005年の調査ではPAの労働によるcharge (請求額) 1ドル当たり, 病院からPAに支払われる報酬は28セント, 外科系PAの場合は34セントで病院の収支上も効率がよいとされている。

診療報酬は, 州, 保険会社により若干の違いはあるものの基本的に医師が施行した場合の85%で場合によっては100%全額が償還される。医療過誤保険は全額病院持ち, 責任はNPやPAも負うがphysicianも負うとの事であった。

NPに“もし収入がRN (registered nurse 正看護師) と変わらなかったらNPを目指してはいなかった

か?”とモチベーションに関する質問をぶつけてみたが, 全員, “いいえ, やはり私はNPを目指しましたよ, われわれのモチベーションは医師から独立した autonomy なのです”という回答であった。今後, 我が国で同様の制度を構築していく上で経済的なモチベーションのみにとらわれるのではなく, プロフェッショナルとしての裁量権の適切な拡大も重要な要素であると痛感した。

### 4) 米国におけるチーム医療の現状

Physician が自分の専門性の高い仕事に専念できるのはもちろんの事, NP, PAも高いQOLと使命感とやりがい, 誇りのもと仕事に従事しており, 日本の医療現場と比べ, 皆がhappyにチームとして一体となって仕事に取り組んでいる事が非常にうらやましく感じられた。米国の医療制度は医療を受ける側から見ると, 受け手の経済状況次第の格差が非常に大きい問題の大きい制度であるが, 医療を供給する側を見てみるとわずか1日の印象ではあるがチームワークのよいしかも秩序のとれたチーム医療が実践されており, チーム医療40年の歴史を痛感した視察であった。

### 日本でもチーム医療を育てるにはどうすればいいか?

#### 1) どのような理念で取り組むか?

昨年(2017年)の第107回日本外科学会定期学術集会の会長講演で大阪大学の門田守人教授が“2018年には外科学会の入会者がゼロになる”と言うセンセーショナルな予測結果を出されたのは記憶に新しいところである。一方で今回の視察を行ったわれわれ心臓外科領域では逆に専門医数, 施設数の絞込み, 集約に舵を切ったところである。表7に7月30日に行われた「第2回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会

表7 病院従事医師数の年次推移（診療科別）

	内科	循環器	小児科	外科	心血外	呼外	産婦人科	眼科	麻酔科
1994	36,778 (34,328)	5,362	7,714	18,992	1,899	659	6,419	4,743 (5,431)	4,504
1998	36,408 (36,294)	6,420	8,022	19,083	2,220	812	6,546	5,191 (6,217)	5,315
2002	36,038 (38,666)	7,151	8,429	18,573	2,485	1,023	6,215	5,373 (7,075)	5,748
2004	34,788 (38,882)	7,648	8,393	18,147	2,591	1,105	5,817	5,037 (7,415)	5,998
2006	31,090 (39,374)	8,945	8,228	16,738	2,539	1,242	5,381	4,789 (7,573)	5,763

診療所へのシフトが大きいと思われる科については、( )内にその推移を追加した。

表8 クリアすべき課題

1. 教育, 質の保証  
国民の理解, 説明
2. 裁量権と責任
3. 診療報酬, インセンティブ
4. 調整: 職種間, 行政

の配布資料から病院従事医師数の年次推移(診療科別)を示す。原資料は32の診療科ごとに1994年から2006年まで2年ごとに病院、診療所に分けてまとめたデータであるがその中から抜粋した。

この表を見ると、心臓外科医の領域では医師数は2004年をピークに減少に転じたとは言え、500を超える施設数も2008年2月現在2,002名の専門医の数もまだまだ多すぎるといふ事で、ともに削減の方向に学会は舵を切った。現在の医師不足解消に向けての動き、とは全く逆の動きである。また、人は多すぎると言われているのに心臓外科の現場では医師が劣悪な労働環境で疲弊しきって働いているのも事実である<sup>5)</sup>。これは構造上の欠陥といわざるを得ない。なぜであろうか、どうすればいいのであろうか? 継続的なある一定数の若手の参入は必要であるが、闇雲に心臓外科医を増やせばいいのではない事は誰の目にも明らかであろう。心臓手術は止血や血行動態の維持に手間がかかり他の領域の手術に比べ長時間に及び、死亡率も高く精神的ストレスも強い領域である。さらに術後管理にも高度の知識と濃密な労力の投下求められる労働集約型医療の典型的領域である。従って、心臓の異常を手術で治す事が仕事である心臓外科医が、しなくてもいいような仕事まで全て行おうとするから人手不足となり全体が疲弊するのである。言い換えると心臓手術で人を助けようと言う志を持って参入する若手医師がいつまでもいつまでも“心臓外科医でなくてもできる仕事”に身をやつす、バーンアウトするまでそのま

まの人も少なくない、という状況が今の日本の一面なのである。

AAPAのホームページの外科の欄には“Adding a physician assistant to a surgical team is like giving the surgeon an extra pair of hands, not to mention more time for difficult cases, research, or other interests.”とある。米国の心臓外科からも、PAの導入は心臓外科のレジデント数を増やすことなくチーム医療としての効率を高め様々な問題の解決に寄与したと報告されている<sup>6)</sup>。

このように心臓外科領域に、適切で良質な分業によるチーム医療を導入する事により再生しないといけない“日本の医療の危機的状況の縮図”があると思われる。同様の問題は心臓外科以外の外科の世界にも多かれ少なかれ存在するはずである。

良質の分業を確立するには、我が国の医療界にはまず縦糸である職種が少なすぎる。1本、1本の縦糸を太くする事(医師や看護師の数を増やす事)も重要であるが、縦糸の種類を増やすことなく隙間を完全に埋めるのは不可能であろうし効率も悪い。

また、縦糸をただ増やすだけでは、相互に連携しない縦割りの世界を増やすだけになる恐れがある。その縦糸からなるチーム医療を面として機能させること、つまり二次元的な展開を考えると、横糸でつなぎ合わせベクトルを同じ方向に集中させる事が必要になる。AAPAのホームページにも“close-knit team”という言葉が登場する。この横糸の1本は、様々な職種をつなぎ合わせる共通の理念であろう。その理念とは、国民に安全で質の高い医療を効率よく cost effective に供給する事であるはずである。もう1本はそれぞれの職種が既得権にとらわれることなく、相互理解、相互信頼、相互尊敬の観点にたち Win-Win の関係を築き事にあたる事であろう。最高のチームスポーツであるラグビーの“One for all, All for one”精神そのものである。今回視察した対 GDP 比医療費が潤沢な米国と異

なり、さらに厳しい医療費削減政策の続く我が国においては、政治や行政にただ依存するのではなく、医療提供者が一丸となりボトムアップの力で国民にアピールする事も重要であろう。

## 2) 課題と対応策

表8に、チーム医療の観点にたった抜本的な構造改革を考慮する上でクリアすべき具体的な課題をまとめた。

### ①教育

米国のPA制度は4年生の大学教育である。将来的にはともかく日本で新たに高卒の学生に4年生の専門教育制度を立ち上げるのは即効性に欠ける。既存の職種へのより高い専門教育という観点が現実的であろう。

米国のNP制度のように正看護師に修士課程の教育として実践の専門教育を行う方法が最も現実的であろう。深刻で慢性的な看護師不足に悩む看護界であるが我が国でも地域医療をターゲットとしたNP教育がスタートしている。ニーズのある領域に、モチベーションの高い看護師を引き込んでステップアップの機会を提供する事も有力なバーンアウト対策となるはずである。

昨年からは厚生労働科学研究をスタートしている麻酔学会と協力して、病院で外科手術の術前・術中・術後の周術期管理を担当する“周術期管理”ナース（“周術期管理”NP）を構築できないかの検討も開始した。

米国のNPは手術室には入らない、従って手を洗って手術の助手を務めることはないが、日本でこの点にこだわる必要は全くないと思う。“周術期管理”ナースの中に米国の外科PAのような仕事をしたい人がいても全く問題はなからう。

様々な医療機器を用いる外科治療の現場には、臨床工学技士の教育、実践に力点を置いた大学院制度を確立し、手術の助手やアシストをする米国のPA制度のような業務の拡大を模索することも必要であろう。

また、緒方氏の論文で紹介されている米国のaccelerated NP courseのように4年制の大学を出た学士に3年程度（日本のMedical school構想は4年）の実践的専門教育を行いPAに近い職種を立ち上げるのも一法であろう。

教育と質の保証には医療界の協力、連携が必須である。さらに、チーム医療の充実によって医療の質は高まる事はあっても低下することは決してないという事を国民に正しく理解してもらう必要がある。メディア

へのアピールと協力も極めて重要である。何をさしおいても、国民への十分な説明と理解なくして我が国の医療再生は成就しない事は明らかである。せっかくよい制度を作ろうと努力したのに、国民になかなか受け入れてもらえない高齢者医療保険制度の混乱と悲劇を繰り返してはならない。

### ②裁量権と責任

看護師に高度の教育を施すだけで裁量権の拡大なくしては、日本看護協会が行っている専門看護師、認定看護師制度に屋上屋を重ねるだけにすぎないことになる。野球で言えばいくら三塁手として千本ノックで鍛えても、三遊間の打球には手を出してはいけない、ではチームとしての効率アップは望めないのである。医師の側も経済的な面も含め、守るほどのものでもない現在の既得権に固執しては展望は開けない。チームとして医療界全体の処遇改善につなげるべきである。

裁量権拡大とその範囲に関しては法律である程度の事は規定せざるを得ないであろうが、細部は相互の信頼、コミュニケーション、相談、尊敬にたち、supervise and consultを柔軟に適用する、のがよからうと思う。また、医療特区を設けるのも一法であろう。

責任は米国でも医師も含めた共同責任である。日本の医師側もsuperviseし責任を共有する度量は持ち合わせているはずである。看護協会の方との意見交換でも、現在もすでに看護師は当事者であれば責任をとっているし、NPのような制度ができてプロとして決して責任から逃がれようとするものではありませんよ、という声を聞かされている。責任もチームでとってこそ“チーム医療”であろう。個人の責任を追及する刑事司法の考えは医療の世界にはなじまないのである。

### ③診療報酬、インセンティブ

診療報酬上の配慮が全くなされなければ、個人にとっても病院にとってもステップアップのインセンティブが働かない可能性がある。専門医にしても専門看護師にしても診療報酬上の配慮をされない我が国では、国家資格を目指す事は必須であろう。過渡的な対策としては糖尿病合併症管理料や褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に書き込まれた要件のようなインセンティブのつけ方も一つの方法であろう。

### ④調整：職種間、行政

制度を変えよう、構造改革をしようと言うときには一つのステークホルダーの中にも賛否両論を含めて



様々な声がわきあがるのが常である。また大方は無関心である事も少なくない。

厳しい医療財政の中で、あるべきチーム医療の姿を検討し、世の中を動かし実現させるためには、各職種、ステークホルダーが情報と意見を交換し合い、調整を重ね、一枚岩の強固な力となって取り組む事が必須であろう。行政との密接な調整も必要である。

#### おわりに

外科学会会員をはじめ一人でも多くの人が、分業とチーム医療の視点から日本の医療の再生と医療に携わる者の処遇改善につき考え、理解を深めること、それがまとまって一つの大きな力となり世の中を動かし変えて行けば“チーム医療維新”の夜明けは必ず訪れると思う。維新の志士たらん人はもちろん、一人でも多くの医療提供者、そしてチーム医療の一員として忘れてはならない国民への、継続的でより幅広い情報発信と意見交換の場として website “チーム医療維新” (<http://www.teamiryu.org/>) を立ち上げたのでは是非ご覧いただきたい。ご意見をたくさんいただけることを期待して本稿を終える。

#### 文 献

- 1) Bashore TM, Bates ER, Berger PB, et al.: American College of Cardiology/Society for Cardiac Angiography and Interventions Clinical Expert Consensus Document on Cardiac Catheterization Laboratory Standards: A report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol*, 37:2170-2214, 2001.
- 2) DeMotes H, Coombs B, Murphy E, et al.: Coronary arteriography performed by a physician assistant. *Am J Cardiol*, 60:784-787, 1987.
- 3) Krasuski RA, Wang A, Ross C, et al.: Trained and supervised physician assistants can safely perform diagnostic cardiac catheterization with coronary angiography. *Cathet Cardiovasc Int*, 59:157-160, 2003.
- 4) Sturmman KM, Ehrenberg K, Salzberg M: Physician assistants in emergency medicine. *Ann Emerg Med*, 19:304-308, 1990.
- 5) 許 俊鋭, 西田 博, 安井久喬, 他: 胸部外科医の処遇. *Cardiovascular Med-Surg*, 5:309-316, 2003.
- 6) Thourani VH, Miller JI: Physician assistants in cardiothoracic surgery: A 30-year experience in a University Center. *Ann Thorac Surg*, 81:195-200, 2006.

## NP 制度は医師の業務を軽減できるか？

東北大学医学系研究科心臓血管外科  
教授 田林 暁一

厚生労働省の最近の統計（2006年）によると、病院勤務医は16万8千人、開業医数は9万5千人であり、毎年、勤務医は約2,200人増加しているが、医師需要度との比較では現在9千人不足の状態といわれている。厚労省は最近、医師増加対策を発表し、2022年には医師不足は解消し、それ以降は過剰になると推計しているが、入院治療必要者数の増加、開業医の働き方、診療科および地域性の偏りを考慮する必要があると思われる。とくに医師の診療科別の偏りと地域間格差は、医師の分業化の遅れと医療関連者数の過少、新医師臨床研修制度の導入が大きな影響をもたらしていることに関しては異論がなく、これらの状況は医師の需給関係が改善されたとしても、残存する問題となるように思われる。

この問題の解決策として医療関連職種間での分業を進め、新たなチーム医療制度を構築することは、非常に有用な対策と考える。欧米では看護師等が上級の教育を受け、地域医療、プライマリケア、薬の処方、専門的診療・治療の介助等の面でNP, PA, Osteopathist(整骨セラピスト)として活躍している。特にNP制度は種々の疾患の治療法のアルゴリズム化の進展と相俟って、医師の業務の軽減化に役立つものと考えられる。高度医療推進の観点から、専門職者が機能的に相寄ってチームとしてこれを進めるために、医師以外の専門職が担当できる部分を拡大し、欧米のNPの様な専門職を構築することは、患者さん方への質の高い医療行為の提供に繋がるものと確信している。

# インフォームド・コンセント

ふじた りえ / かねまつ たかし  
藤田 利枝 / 兼松 隆之

## 1. インフォームド・コンセントの基本理念

- インフォームド・コンセント (informed consent、以下IC) は「説明と同意」と和訳されている。しかし厳密には、患者が自分の病気と医療行為について知りたいことを“知る権利”と、治療方法を自分で“決定する権利”をもつことをいう。
- ICとは、医療に制約を加えようとするものではなく、医療従事者の知識と技能を最大限に発揮するための環境づくりであり、医療行為の基本的な要素・態度であるといえる。すなわち、よりよい患者対医療従事者という関係を築くことがICの基本である。

## 2. インフォームド・コンセントにおける看護師の役割

- ICは外来から退院後の通院期間までのすべての時期に必要であるが、本項では特に手術前後に行われるICについて述べる。
- 手術前後に行われるICは、もっとも重要なもののひとつであり、基本的な事項を踏まえた上で十分な時間をとって説明される。特にこみ入ったICを行う必要がない疾患もあるが、その場合でも患者の不安を取り除く努力を怠ってはならない。
- ICにおける看護師の役割として重要なことは患者・家族の精神的支援であるが、その他にも多岐にわたる役割を担う(表1)。
- 医療従事者はICの場に何度も立ち会うために、日常の光景になってしまいがちである。しかし、いかに患者個人の非日常として共感し理解を示せるかが大切である。

### 1) IC前における役割

#### ①医師との情報交換

- 手術を受ける患者・家族はみな何らかの不安をもっている。そのためICの前には、何をどこまでどのように話すのかを医師と情報交換し、IC前後の患者・家族とのかかわりについて再認識しておく。

#### ②専用のIC室の設置

- ICを行う場合は、患者の尊厳とプライバシーが保てる場所であることが原則である。
- 最近では、IC室を各病棟に配置している病院も増えてきたが、ナースステーションやカンファレンス室、処置室などを利用している施設も少なくない。
- 患者や家族にとって重大な情報を受けとめる場所であることを考えると、やさしさと安らぎの空間づくりを心がけた場所の確保が必要である。
- ICを行う場所まで患者・家族を看護師が案内することは、精神的緊張を和らげることにつながる。
- 看護師は、患者や家族にこれから起こる、衝撃・不安に対する援助を再認識し、意識してかかわる必要がある。

表1 IC (インフォームド・コンセント) における看護師の役割

- ① ICの前に医師との情報交換をする。
- ② IC用の場所を設定する。
- ③ 医師のICの場に同席する。
- ④ ICの内容を記録する。
- ⑤ 患者の理解度の確認をする。
- ⑥ 患者への補足説明をする。
- ⑦ 患者の理解度を医師に確認する。
- ⑧ 必要時、医師にICを再依頼する。
- ⑨ 患者への精神的ケアをする。
- ⑩ 患者の判断能力をアセスメントする。
- ⑪ 専門家として患者へ助言する。

## 2) IC中における役割

### ①ICへの同席

- 従来は、患者や家族へのICは医師と患者・家族間で行われがちであった。しかしそれでは、後日になって患者からそのときの内容について質問された場合に看護師が説明に困ることになる。
- 患者が重大な事実を受けとめたり、選択をする場面においては、看護師による患者・医師間のコミュニケーションの支援と、提供された情報の理解に関する支援が必要である。
- ICには1回あたり20～60分を要するため、ICに必ず同席できるように看護業務の改善や効率化をはかる必要がある。

### ②患者・家族の観察・見守り

- ICに同席した看護師は、質問しやすい環境を提供する。
- 説明によって生じた不安な気持ちを察し、必要であれば患者・家族に代わって医師への質問をする。
- 説明後の補足説明や精神的支援のために、説明中の患者・家族の反応を観察する。

### ③IC内容の記録

- その場では理解しているようでも、病室にもどると、よく覚えていないという患者は多い。そのため、ICの内容はきちんと記録をとり、説明の文書や疾患別のガイドブックを用いて繰り返し患者に説明することも必要である。
- 記録をとることで他の看護師との情報共有ができ、患者に対する説明の一貫性がはかれる。

## 3) IC後における役割

### ①説明内容の理解・納得度の確認

- IC後は患者・家族が十分に理解しているか、疑問や誤解

はないか注意を払う。

- 理解・納得の伴わない同意であったり、迷いが生じた場合には、その後の治療に大きく影響を及ぼすことがある。
- 病気や治療方針の決定についていつでも相談に乗ることを明確にしておくことで、患者・家族の不安や恐怖を最小限にとどめることができる。

### ②補足説明

- 本来ICはわかりやすい言葉を選んで行うことが原則であるが、医師は専門的な説明になってしまうことも多い。そのため、看護師は患者・家族の理解度に応じて補足説明や簡単な言葉への言い換えを行う。

### ③医師への助言

- 患者・家族は医師に対して遠慮している場合が多く、医師のいうことには従うべきだと考えていることもある。一方、看護師に対しては自分の気持ちを正直に話したり、疑問点を尋ねたりすることがよくある。看護師を通して患者の正直な気持ちを医師へ伝えることが重要である。
- IC後、患者は不安、恐怖、受容が心の中で揺れ動き混乱状態となる。このような場面では、患者に不安の表出が見られたらタッチングに心がけ、「～がつらいですね。～が怖いですね」と共感的態度で一つひとつ確認しながら繰り返し言葉をかけることが必要である。
- 患者が決して一人で苦しまないように、「私たちはいつでも患者のことを気にかけている」ということを示し、患者対医療者の関係づくりに努める。
- かかわりが困難な患者に対しては、病棟カンファレンスなどを活用し、助言を仰ぐとともに、他のチームの看護師にも意識して看護に参加してもらおうようにする。

## 看護の業務拡大に向けた提案 現場のニーズと期待から

東北大学医学系研究科心臓血管外科  
田林 暁一

医療崩壊の要因として医療関係者の労働環境、医師の教育体制、医療訴訟問題、勤務医の待遇などが挙げられているが、このなかで最大の要因は「労働環境」で、多くの医師は「本来の医師としての業務に選任できる環境が得られれば、待遇、勤務時間にこだわりを感じない」とする人も多い。

医師の勤務負担に関する2004（平成16）年と2007（平成19）年の比較では68%の医師が「増加している」と回答し、「変わらない」は27%、「減っている」が4%という結果が、医師の勤務状況調査で発表されている。

また、労働環境悪化の要因調査では、医師不足が43%、書類作成などの事務的作業が25%、患者・家族への説明が17%、院内における会議が10%、その他5%となっており、専門的医療行為以外の業務増大が大きな要因となっていることが明らかである（図1）。

厚生労働省は上述のような結果から2007年に「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担について」による規制緩和策、2008（平成20）年度に医師数の増加策を通知し、ある程度の改善が期待されている。しかしその内容は、医師の医療内容に大きく踏み込んだものではなく、医師数増加への即効性に乏しく、医師の職種選択の自由裁量権制限の困難性により、診療科間および地方と都市部での医師の偏在性解消に対する効果には疑問がある。

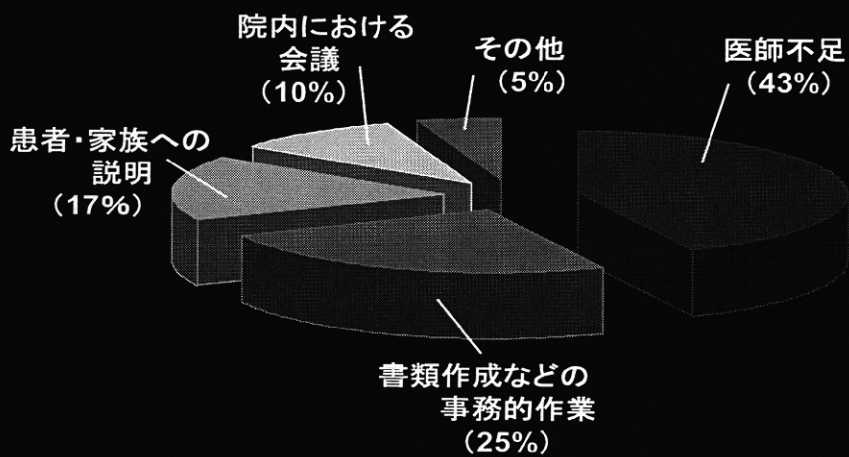
労働環境の悪化は、医療の質低下の大きな原因となることから、この改善は喫緊に必要な課題であり、最善の改善策は医師、看護師、臨床工学技士、薬剤師、検査技師間での新しいチーム医療を構築することと思われる。看護師のなかには実務医療を学び、その分野に関わりたいと希望する人がおり、また最近の臨床工学技士会の体外循環技術医学会会員へのアンケート調査結果では、64%の会員が裁量権の拡大を望み、88%の方が修士課程などの資格と教育を受けたいと考えていることが明らかとなった。このような背景から医師と看護師、また医師と臨床工学技士間で実務医療に秀でた職種を新しくつくることは、医療の質と安全の向上、医療経済上の改善、国民の医療に対する満足度の上昇、および労働環境改善につながるとと思われる。

米国では、Nurse Practitioner (NP)、および Physician Assistant (PA) が上述の中間的な職種に携わり、ともに約40年の歴史がある。米国 Loyola 大学からの報告では NP 導入後、死亡率および医療費が低下し、Virginia 大学からは合併症の発生頻度が低下したと報告さ

れている。

日本と米国では、保険制度、病院の規模、診療報酬制度等で異なり、米国と同様のシステムの導入には慎重である必要があるが、日本の医療システムに則したチーム医療の早期実現を目指す時期と考える。

図1.医師の労働過重は何によるか？



## 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

- 1) 東京女子医科大学心臓血管外科, 2) 防衛医科大学校心臓血管外科,  
3) 九州大学心臓血管外科, 4) 東北大学心臓血管外科

西田 博<sup>1)</sup>, 前原 正明<sup>2)</sup>, 富永 隆治<sup>3)</sup>, 田林 暁一<sup>4)</sup>

**キーワード** チーム医療, 医師不足, 臨床工学技士, フィジシャンアシスタント, ナースプラクティショナー  
**本稿の詳細** 日本外科学会ホームページ内 (<http://www.jssoc.or.jp/other/info/info20081218.html>)

### 1. はじめに

医療費削減, 過酷な就労環境などに起因する医療崩壊の深刻度が増す中で, 外科医療も産科, 小児科, 救急に匹敵する危機的状況にある。厳しい財政状況の中でこの問題を解決するには, 我が国の医療に, 米国における Nurse practitioner (NP) や Physician Assistant (PA) など多様な医療関連職種で成り立っているチーム医療の導入を推進することが重要である事は論を待たない<sup>1)2)</sup>。裁量権拡大, 分業による, “新戦力”としてのチーム医療の担い手としては, これまで看護師が注目され, すでに我が国でも米国における Nurse practitioner (NP) に相当するような医療従事者を養成する修士課程が誕生している。医療機器を中心に, 医療の知識を習得した臨床工学技士もチーム医療の担い手, “新戦力”たりえるはずである。呼吸, 循環, 代謝に大きく区分される臨床工学技士の中で, 体外循環を担当する技士は手術室を業務の場の中心とする, という意味で, 外科医療に最も近い医療従事者である。また, 循環や呼吸などのバイタルサインに関する知識も豊富で術後患者のクリティカルな管理に対しても, チーム医療の理念である “国民に安全で質の高い医療

を効率よく提供する”上で “新戦力”としての貢献が期待される。そこで, 体外循環を担当する臨床工学技士のチーム医療や裁量権拡大に関するモチベーションや現実的な希望などを確認するためにアンケートを行う事とした。貴重な結果が得られたので本誌に報告するが, 層別解析の結果も含めた詳細なデータは日本外科学会のホームページ内に掲載した (<http://www.jssoc.or.jp/other/info/info20081218.html>) ので参照されたい。

### II. 対象と方法

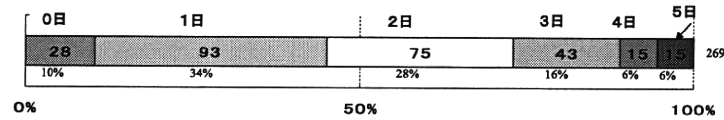
日本体外循環技術医学会の理事会の合意のもとにその会員を対象として行った。同学会のホームページ上で回答ができる CGI 方式を採用した。会員へのアンケートへの協力の依頼はやはり同学会のメールリストを用いて会員に送信した。このアンケートは平成 20 年度厚生労働科学研究 “新しいチーム医療体制確立のためのメディカルスタッフの現状と連携に関する包括的調査研究”の一環であることや, チーム医療の我が国への導入の重要性を明記し, “臨床工学技士の方々の中でも, 手術室を活躍の場として, 心臓大血管手術の補助手段である体外循環を担当されている日本体外

A SURVEY ON JAPAN SOCIETY OF EXTRA-CORPOREAL TECHNOLOGY IN MEDICINE (JaSECT) MEMBER'S ATTITUDES TOWARD PROMOTION OF CLOSE COOPERATION AND WIDENING OF THEIR DISCRETIONARY POWERS IN SURGERY FIELD

Hiroshi Nishida<sup>1</sup>, Tadaaki Maehara<sup>2</sup>, Ryuji Tominaga<sup>3</sup> and Koichi Tabayashi<sup>4</sup>

Department of Cardiovascular Surgery, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan<sup>1</sup>, Department of Cardiovascular Surgery, National Defense Medical College, Tokorozawa, Japan<sup>2</sup>, Department of Cardiovascular Surgery, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, Fukuoka, Japan<sup>3</sup>, Department of Cardiovascular Surgery, Graduate School of Medicine, Tohoku University, Sendai, Japan<sup>4</sup>

平均して週に何日くらい体外循環の仕事に従事しているか



体外循環症例の手術がない日の担当業務(複数選択可)

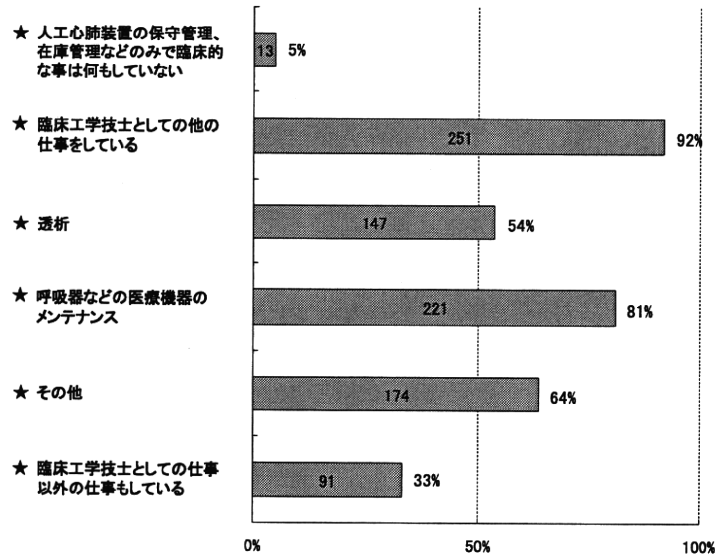


図1 担当業務の実態

循環技術医学会会員の皆様に、米国のPAやNPのように、現在よりも幅広い多くの業務をご担当いただく可能性につきお伺いします”という趣旨のカバーレターを添付した。回答期間は2008年9月1日から15日までとし、途中で一度メール上で督促を行った。1,681名へ送信され273名より回答を得た。回答率は16.2%であるが、郵送による調査と異なり、何人の会員がそのメールを開いたかは確認していないので、正確な回答率は不明である。

III. 結 果

1) 回答者の所属施設について

病院の形態は、大学病院33%、国立病院5%、公立病院21%、私立の総合病院25%、その他15%であった。病床数は19~1,500 (581±304) 床、年間の体外循環症例数は0~999 (119±122) 例であった。

2) 回答者について

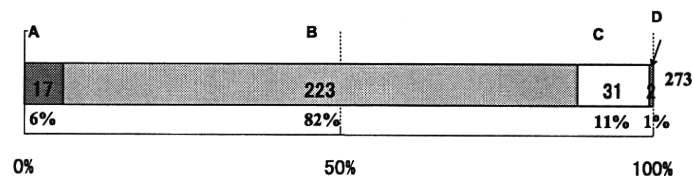
年齢は21~58 (36.4±7.9, 中央値35) 歳、性別は男性90%、女性10%であった。臨床工学技士免許取

得後の年数は0~22 (12.4±5.7, 中央値13) 年、体外循環の経験年数0~34 (11.4±8.1, 中央値10) 年であった。3学会合同の体外循環技術認定士の取得者は57%で、体外循環技術認定士取得後の年数は0~21 (8.1±5.5, 中央値7) 年であった。会員全体で見た場合の体外循環技術認定士取得者の割合はおおよそ1/3とされているので、会員全体と比較すると資格について意識の高い人の回答が多かったと言える。回答者の職位は管理職18%、中間管理職30%、非管理職52%であった。1週間のうち体外循環に従事している日数は2日以内が2/3で、体外循環の仕事以外に行っている業務は図1に示すごとくであった。

3) 臨床工学技士や体外循環技術者の現在の需給関係について

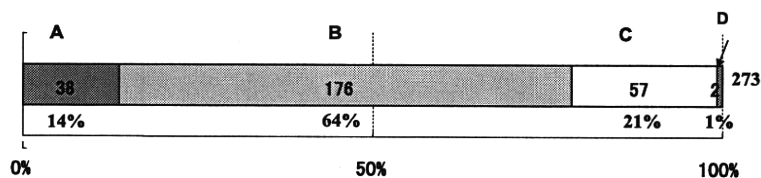
国全体の需要からみた場合、“まだまだ不足している”50%、“需給のバランスはだいたいとれている”45%、“過剰である”5%、勤務先の仕事量の状況からして、“もっと定員を増やすべきである”57%、“定員は充分である”43%であった。





- A 給与が増えるなどの経済的インセンティブを伴うことが第一で、それが伴わないものには興味はない。
- B 給与が増えて、さらに、医師よりも安い労働力というのではなくそれに見合った社会評価を得られるようなステータスも必要である。
- C 自分の行える仕事の範囲が増えるのであれば、必ずしも経済的インセンティブは求めない。
- D インセンティブに関係なく自分の行える仕事の範囲が広がる事に興味はない。

図2 裁量権拡大と処遇の関係について



- A キャリアアップのモチベーションはあっても、現在の人手不足、就労環境からすると、その改善が先決であり、それが達成されてからこうした問題を考えるべきと考える。
- B 現在の人手不足、就労環境の改善と並行して、キャリアアップの道を模索する事は必ずしも悪い事ではない。
- C どちらの考えも一利あると思う。
- D どちらの考えも承服できない。

図3 業務の拡大や裁量権の拡大と、現在の就労環境の関係について

#### 4) 裁量権拡大について

裁量権拡大と処遇の関係については、経済インセンティブと社会的ステータスの両方が伴うべきとする回答が82%と圧倒的に多かった(図2)。

キャリアアップを追及するよりも、現在の人手不足、処遇の改善を優先すべきとする回答は14%にとどまり、62%がこうした問題の解決とキャリアアップの道の模索を同時進行で考えていくべきと考えていた(図3)。

裁量権拡大に伴う責任問題に関しては、80%が責任の範囲が広がるのは当然と回答していた。62%が責任の拡大には経済的インセンティブも伴うべきと考えていた。医師も共同責任を負うべきであるとしたのは45%であった(図4)。

#### 5) 教育について

教育期間については(複数回答可)、“臨床工学技士の免許取得後さらに教育期間が延びることはやむをえない”とする回答が44%で、その場合の教育期間と

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

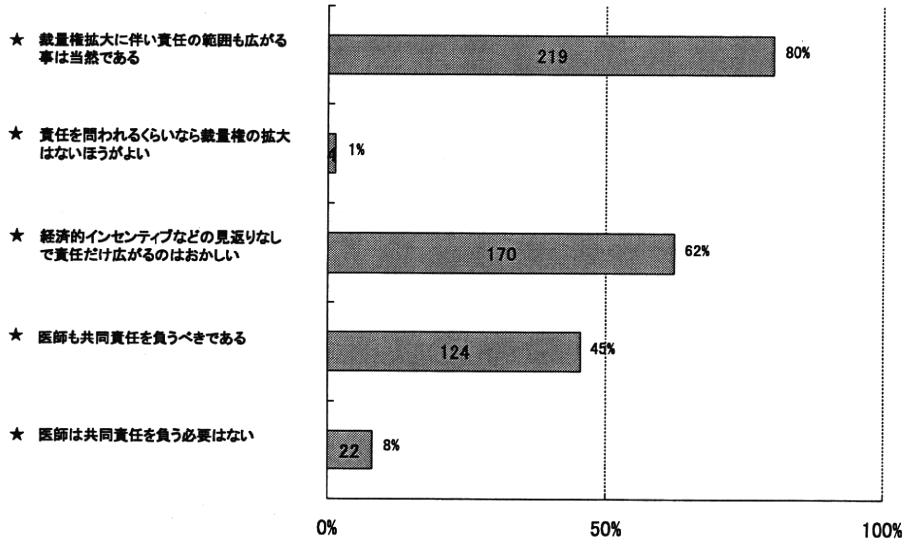


図4 裁量権拡大と責任について

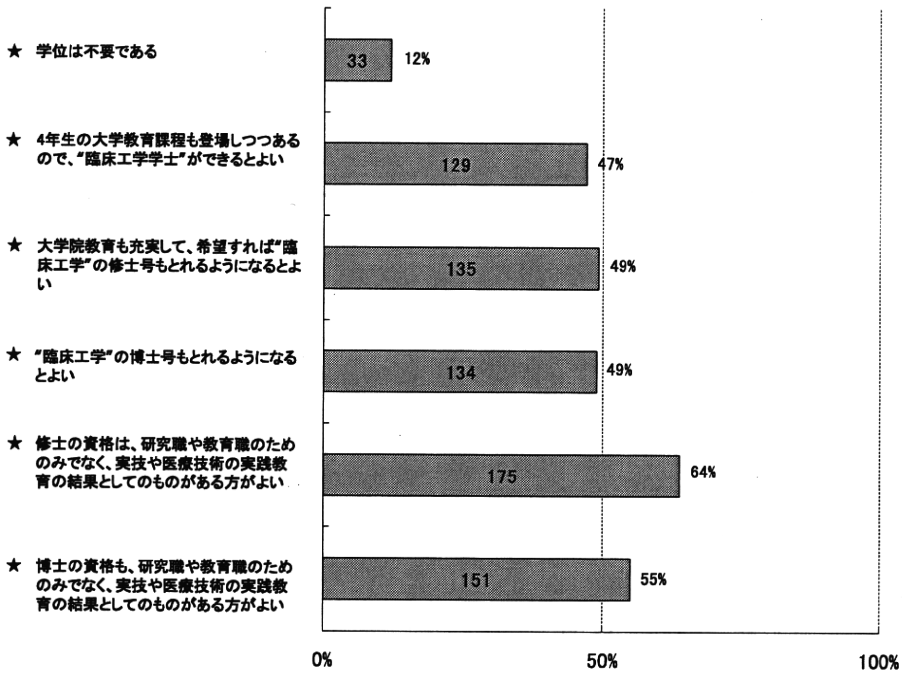


図5 学位について

して好ましいのは、1年23%、2年43%、3年24%、4年以上10%であった。また、“働きながら学べる制度で、ある一定年数の臨床経験の後に、学科試験や実技試験を受けられる制度がよい”とするものが66%

であった。

6) 学位について

学位は不要であるという回答はわずか12%で、臨床工学学士(47%)、臨床工学修士(49%)、臨床工学

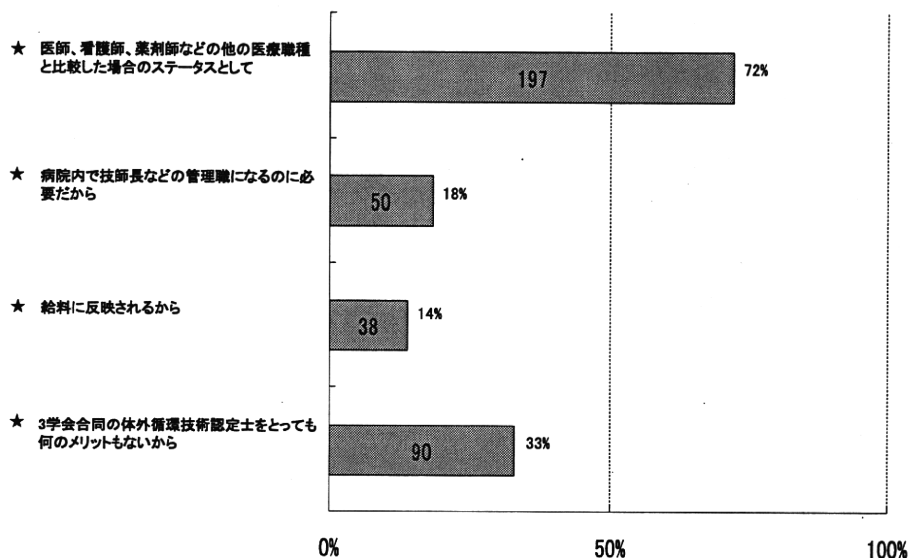


図6 学位が必要であると考えられる理由

博士（49%）とほぼ半数が何らかの学位取得を望んでいることがわかった。卒後教育で得られる学位の内容であるが、研究職や教育職のためだけでなく、実技や医療技術の実践教育の結果としてのものがある方がよいとの回答が修士で64%、博士で55%であった（図5）。学位が必要であると回答した理由を尋ねると、“医師、看護師、薬剤師などの他の医療職種と比較した場合のステータスとして”という回答が圧倒的に高く、4年制の教育が広がりつつある看護師、6年制の教育となった薬剤師との格差の拡大を強く意識したものであると思われた（図6）。

#### 7) 個々の医療行為について（図7）

様々な医療行為について、“以下の医療行為をご担当いただく可能性について伺います。できるようになるのであればやってみたいものに○をつけてください。なお、ここにあげる医療行為は全て米国では医師助手（physician assistant）などが担当する場合のあるものばかりです。”という質問の仕方でも尋ねてみた。

##### ①手術中の医療行為

##### 手術の助手について

まず、手術の種類であるが、やはり体外循環技術認定士にとって身近な“体外循環を要する手術”の助手の方が、“体外循環非使用心臓大血管手術、あるいは心臓大血管手術以外の手術”における助手よりも前向きな回答であった。しかし、両者の差は10%前後と小さいものであった。

第一助手に対しては前向きの回答は20%台であったが、第二、第三助手に対しては体外循環使用手術で54%と半数以上、それ以外の手術でも39%とかなり前向きである事がわかった。術者と助手一人で充分施行可能なペースメーカーや埋め込み型除細動器の植込み手術の助手に関しては専門である医療機器を埋め込む手術でもあるためか、過半数の53%が関与し前向きであった。

一方、手術における開胸、閉胸、創の縫合閉鎖を担う事や、冠動脈バイパス手術に使用するグラフト材を採取する事に関しては逡巡が見られ、行ってみたいとする回答は10%台から20%台にとどまった。

##### 観血的検査の術者あるいは助手について

心臓カテーテル検査、冠動脈造影検査、心臓電気生理学検査につき質問してみた。いずれも術者に関しては10%台の希望に留まっていたが、助手という事ではいずれも50%前後と希望の割合がかなり高い事がわかった。

##### その他の手技・行為について

ラインやカテーテル類の挿入や抜去についての質問では、ドレーンや尿道カテーテルのように医療機器に直接関係しないものに関しては10%台と希望は低かったが、臨床工学技士の担当領域であるIABPやPCPSといった機器に関連したIABPカテーテルやPCPSのカニューレの挿入や抜去に関しては40%前後が関心を示していた。静脈系に挿入するスワンガン

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

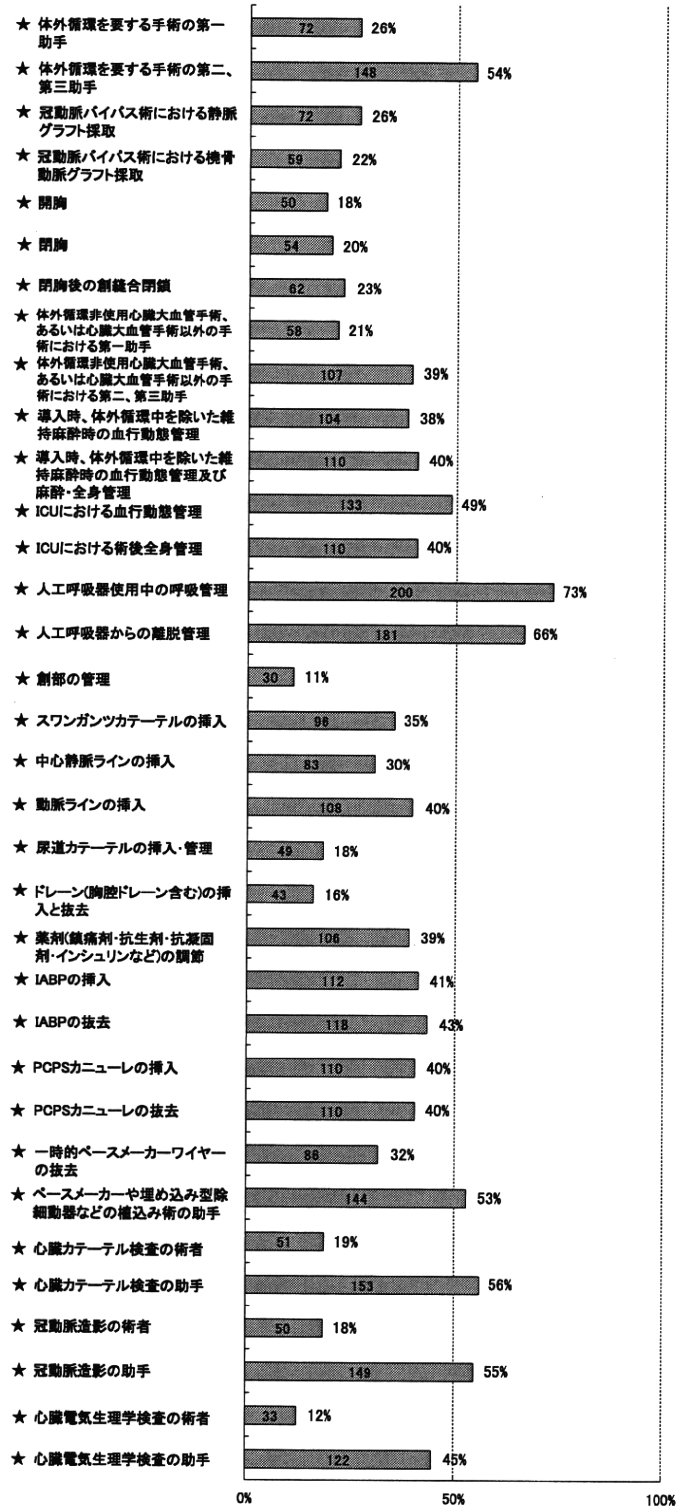


図7 個々の医療行為への担当希望

ツカテールや中心静脈ラインよりも動脈圧ラインの挿入の方が高く、いずれも30~40%で決して無関心ではないこともわかった。

#### 患者の管理について

導入時、体外循環を除いた維持麻酔時の管理（術中の管理）に関しては、血行動態の管理に留まらず、全身管理についても前向きである事がわかった。術後のICUにおける患者管理に関しても手術室内における術中管理と同等あるいはそれ以上に前向きの姿勢が確認されたのは興味ある結果であった。中でも、やはり臨床工学技士の担当領域である人工呼吸器を使用している症例において、単に呼吸器という機器の管理にとどまらず、患者の呼吸管理や離脱課程などに関わりたいという希望は70%前後と高く、この問題は医療界全体で早急に議論を深めるべきと思われた。一方で、創部の管理に対しては11%のみと関心は低く、検討の始まっている（仮称）人工心臓管理士（埋め込み型補助人工心臓を装着して在宅で医療を受ける患者の管理を担当する医療技術者）の創設にあたっては、看護師あるいは臨床工学技士が担い手と想定されているわけで、看護師には機器に対する教育をより深く、臨床工学技士には創部などの患者に密接したアセスメントの教育をより深く、という教育を院内の現場のレベルで行うようにする事、つまり、縦割りの弊害を排除した教育、修練が重要である事を再認識した。

#### 8) NPやPAに関する知識

最後に、米国のNPやPAに関する認知度を尋ねてみた。“よく知っている”との回答は6%にとどまり、“名前は聞いた事があるが、詳しい事は知らない”との回答が62%、“全く聞いたことがない”と言う回答が32%であった。正しい情報を発信し、チーム医療や裁量権拡大の問題をより多くの医療従事者が、日々の臨床の現場で意識し、考える事の重要性が示唆された。

#### 9) 層別解析

- (A) 臨床工学技士免許取得後10年以下/10年超
- (B) 管理職/非管理職

(C) 週あたり体外循環従事3例未満/3例以上の層別解析を行ったが、その結果に関しては冒頭に記したホームページ上のデータを参照されたい。

## IV. 考 察

回答率は必ずしも高くなかったが、短期間に273名の体外循環担当の臨床工学技士の方々から得られた結果は我が国におけるチーム医療の進むべき方向性を探る上では、非常に意義深く、価値の高いアンケートであったと思われる。

学位取得や裁量権拡大といったキャリアアップへのモチベーションは高く、チーム医療への参画に関しても積極的に前向きな姿勢が確認できたと思われる。

一方で、経済的あるいは職位の上でのインセンティブの保証や、現実的で学びやすく実践的で魅力ある教育カリキュラムを作成し実行する体制を整備する事も重要である事を確認した。

チーム医療推進によって、崩壊の危機から外科医療を救い再生するために、今回のアンケートで得られた結果等を踏まえ、様々な医療職種間の連携と調整、行政や国民の理解を得るための情報発信 (<http://www.teamiryou.org>) やデータの収集などを進めていくことが重要であろう。

#### 謝辞

本アンケートは、平成20年度厚生労働科学研究“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” 研究班により行った。ご協力いただいた日本体外循環技術医学会会員に深甚なる謝意を表します。

#### 文 献

- 1) 西田 博, 前原正明, 富永隆治: チーム医療維新一枚岩となって我が国の医療再生に必要な構造改革を! ~米国チーム医療, NP・PAの現場を視察して~. 日本外科学会雑誌, 109 (5): 299-306, 2008.
- 2) 緒方さやか: 米国の医療システムにおけるナースプラクティショナー (NP) の役割及び日本でのNP導入にあたっての考察. 日本外科学会雑誌, 109 (5): 291-298, 2008.

特別寄稿

外科治療における看護師業務の拡大に関する意識調査

学習院大学経済学部

遠藤 久夫

キーワード 外科治療, 看護師, スキルミックス, 一般国民

I. はじめに

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（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。そのような視点から、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ついて、一般国民に対して意識調査を行った。本稿はその結果を報告するものである。

II. 調査方法

(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

2009年1月9日(金)~1月13日(火)

(3) 対象者属性

有効回答者数: 1,000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歳代各200人, 60歳代151人, 70歳代47人, 80歳代2人

(4) 設問項目

○手術前: 術前の説明

○手術中: 助手となること 縫合・ドレインの抜管等 麻酔時の管理

○手術後: 術後の処置 術後の説明

○看護師の業務拡大に関する賛否 賛成・反対の理由

III. 調査結果

設問に先立ち看護師の業務分担の見直しについて次のような解説を行った。

日本の現状では、手術前、手術中、手術後の患者さんの管理（これを周術期管理といいます）はすべて外科医が中心に行っています。そのため外科医の業務負担が大きく、医師の外科医離れの要因の一つになっているという指摘があります。

AN OPINION SURVEY ABOUT THE RECONSIDERATION IN THE SCOPE OF WORK THAT NURSE CAN DO IN THE SURGERY

Hisao Endo

Faculty of Economics Gakushuin University

外科治療における看護師業務の拡大に関する意識調査

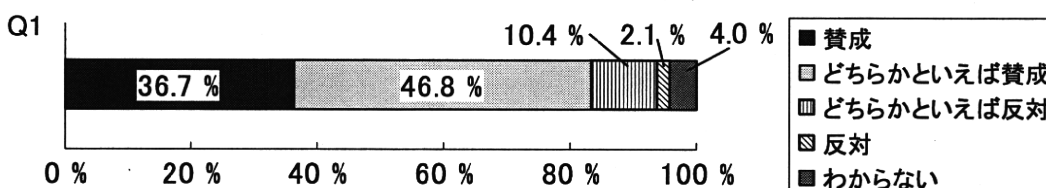
そこで、「特別に教育訓練を行った看護師」の行うことのできる業務範囲を拡大して、周術期管理の一部を担(にな)ってもらうことにより、外科医が手術に専念できるようになり、安全で質の高い外科医療を実現することにつながる、という意見があります。この調査はこのことについてあなたの考えをうかがうものです。

尚、教育訓練のあり方としては、いろいろな方法が考えられますが、本調査では「看護師を対象に2年程度、医師指導の下で教育訓練を行い、その能力を国や医学会が評価・認定する」という方法を想定します。

次いで、以下のQ1～Q10の設問を行った。

Q1 現状では執刀医のみが手術前の患者さんに手術の内容（方法や時間等）や術後の経過などを説明して、患者さんの質問に答えています。必ずしも患者さんに十分な理解が得られないという状況もみられます。

これに対して、執刀医の説明に「特別に教育訓練された看護師」が加わり、執刀医は重要なポイントの説明とそれに伴う質疑応答のみを行い、その後「特別に教育訓練された看護師」が十分時間をかけて補足説明と質疑応答を行う、という仕組みをどのように思われますか。（看護師が答えられない質問内容については、医師に確認した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します。）

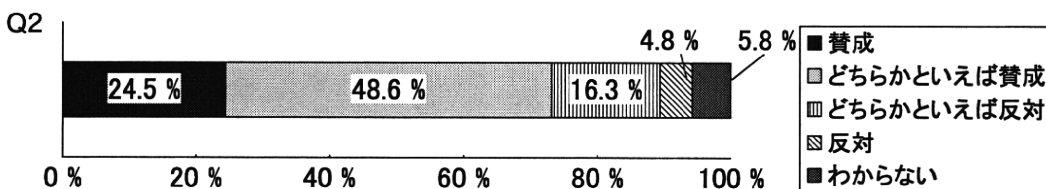


Q2 現状では、看護師が手術を行うことはできないとされており、手術場での看護師の業務は「機械出し」（手術器具を執刀医に手渡すこと）や「外回り」（不足した材料や機械などを搬入したり、外部との連絡を行うこと）など患者に直接触れない業務を担当するにとどまっています。

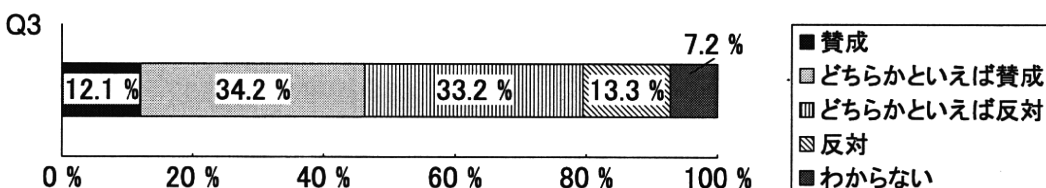
「特別に教育訓練された看護師」が手術の際、助手となることについてどのように思われますか。

※助手とは、手術中、執刀医が手術しやすいように補助する人のことです。

※補助の具体的な例は、器具を使って皮膚や筋肉を広げ手術する場所を見やすくしたり、出血を吸引したり、止血を助けること等があります。



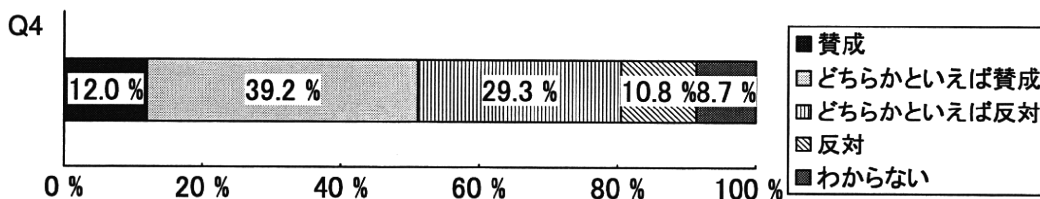
Q3 「特別に教育訓練された看護師」が、手術終了後、切開した皮膚や筋肉を縫い合わせることにどのように思われますか。



外科治療における看護師業務の拡大に関する意識調査

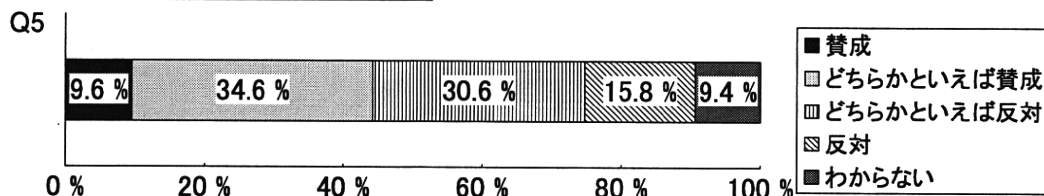
Q4 現状では以下に示す行為を看護師が行うことはできませんが、「特別に教育訓練された看護師」が、手術中または手術終了後に医師の指示の下で以下の行為を行うことについてどのように思われますか。

- 首や鎖骨下などの体の深いところにある静脈に点滴用の太い針を刺したり抜いたりすること。
- 術後にドレイン（出血や分泌液を体外に排泄させるために体内に残す管）を抜くこと。
- 術後に抜糸すること。



Q5 麻酔科医は①患者に麻酔をかけたり覚醒（麻酔からさます）させたりするだけでなく、②手術中の患者の容態を血圧や脈拍など様々な視点から監視し、必要に応じて薬剤を注入して容態を安定させるという重要な役割をもっています。現在、麻酔科医が不足しており、手術ができずに手術の待ち時間が延長したり、麻酔の専門でない外科医が麻酔をかけないといけないなどの弊害が多数起こっています。

麻酔科医不足の対策として「特別に教育訓練された看護師」が、麻酔科医が行っている行為のうち、②手術中の患者の容態を監視して、必要に応じて薬剤を注入して容態を安定させるという行為を担（にな）うことにより、麻酔科医の負担を軽減させるというアイデアについてどのように思われますか。



Q6 手術後の患者さん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ます。

これに対して、「特別に教育訓練された看護師」が、手術後の患者さんに対して医師がその場になくても、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、どのように思われますか。

※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します

