

第4回 チーム医療の推進に関する検討会

日時：平成21年11月2日（月）13:00～15:00

場所：厚生労働省専用第18～20会議室

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

- (1) チーム医療の推進について
- (2) チーム医療の推進に関するヒアリング
武久会長（日本慢性期医療協会）
桑田 老人看護専門看護師（青梅慶友病院）
- (3) その他

3. 閉会

【配付資料】

座席表

資料1：武久先生配付資料

資料2：桑田先生配付資料

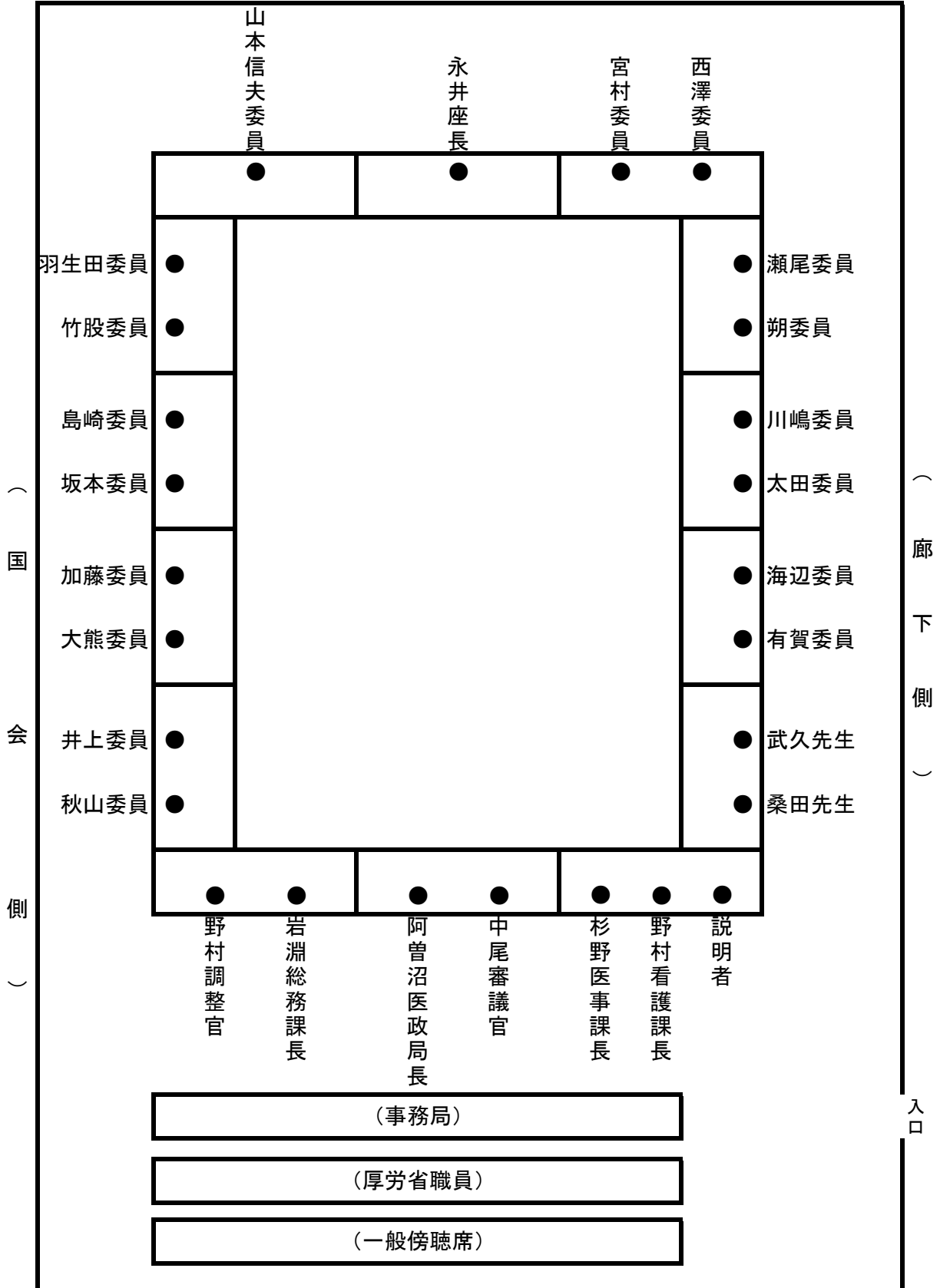
参考資料：第2回チーム医療の推進に関する検討会 議事録

*参考資料については、厚生労働省ホームページに掲載されています。

第4回 チーム医療の推進に関する検討会
配置図

平成21年11月2日(月)
13時00分～15時00分

厚生労働省専用第18～20会議室(17階)



2009.11.2(月)

資料1

厚生労働省医政局 ヒアリング資料

一般社団法人日本慢性期医療協会
会長 武久 洋三

チーム医療の促進に関する検討会

検討課題

- 医師、看護師等の役割分担について
- 看護師等の専門性の向上について
- その他

チーム医療

各職種棟業務

薬 剤 師 … 服薬指導、薬剤管理、ミキシング、薬剤投与

管 理 栄 養 士 … 個別栄養管理、食事指導、摂食介助

介 護 福 祉 士 … 介護全般、環境整備、ADL改善

臨 床 検 査 技 師 … 検査データ管理、感染サーベイ、検査計画、採血、生理検査

臨 床 工 学 技 士 … 人工呼吸器管理、各種医療機器管理

社 会 福 祉 士 … 退院促進、地域連携、医療相談

歯 科 衛 生 士 … 口腔管理、歯科治療連携

P T ・ O T … トイレ誘導、ADL訓練、移乗・移動訓練、社会復帰訓練

S T … 食事介助、嚥下訓練、構音訓練、嚥下機能測定

診 療 情 報 管 理 士 … 電子カルテ管理、医療記録管理、書類管理

医 療 事 務 … 医療請求、医師補助業務、各種書類管理

チーム医療の評価

診療報酬の入院基本料は、主に
医師と看護師の数によって決められている。



急性期・慢性期病床にかかわらず、病棟に
コメディカルを専従に配置した場合の評価が必要

日本慢性期医療協会 チーム医療に関するアンケート調査

1. 病床種別と病床数

実施:平成21年4月(調査対象:会員818施設 回答施設数:197施設)


	合計	平均		回答施設数 (施設)	病床数合計 (床)	全病床数に 占める割合(%)
総病床数(床)	37045	188.0				
医療 保 険	一般病床			73	5,852	15.8
	①特殊疾患1			7	428	1.2
	②特殊疾患2			0	0	0.0
	③回復期リハ病棟1			8	494	1.3
	④回復期リハ病棟2			0	0	0.0
	⑤障害者施設等入院基本料			20	1,190	3.2
	⑥緩和ケア			3	55	0.1
	⑦上記以外の一般病床			55	3,685	9.9
	療養病床			175	17,375	46.9
	⑧療養病棟入院基本料			162	14,310	38.6
	⑨回復期リハ病棟1			38	2,177	5.9
	⑩回復期リハ病棟2			13	609	1.6
	⑪介護保険移行準備病棟			2	74	0.2
	⑫上記以外の療養病床			3	205	0.6
	精神病床			18	3,625	9.8
	⑬認知症病棟			12	1,034	2.8
	⑭特殊疾患			3	180	0.5
	⑮上記以外の精神病床			13	2,411	6.5
その他の病床			2	62	0.2	
介護 保 険	介護保険病床			110	10,131	27.3
	⑯介護療養型医療施設			108	9,983	26.9
	⑰老人性認知症疾患療養病棟			2	148	0.4
	⑱経過型介護療養型医療施設			0	0	0
合計				197	37,045	100.0

医療療養病床の患者状態

	医療区分1が入院患者に占める割合(%)					
	全体	15%未満	～25%未満	～35%未満	～50%未満	50%以上
4月30日現在入院患者数	27,336	7,334	5,654	5,971	5,810	2,567

・4月30日現在、**医療療養病床**に入院している患者について、4月1ヶ月間に1日でも下記の症状となった患者の割合 (複数回答)

	医療区分1が入院患者に占める割合(%)					
	全体平均	15%未満	～25%未満	～35%未満	～50%未満	50%以上
① 経管栄養	37.3	45.0	39.2	36.1	32.6	25.2
② 気管切開	10.8	17.0	10.8	8.3	7.9	6.0
③ 喀痰吸引	33.2	42.2	36.9	29.2	27.7	20.9
④ 膀胱カテーテル	16.2	19.0	16.3	16.0	14.0	14.0
⑤ 褥瘡処置	10.4	11.1	11.9	11.2	8.5	7.1
⑥ 酸素療法	15.1	20.1	16.1	12.3	12.3	11.8
⑦ 疼痛管理	1.3	1.9	1.4	1.3	0.8	1.2
⑧ 人工透析	2.5	3.5	1.5	4.2	1.2	0.5
⑨ 人工肛門	0.8	0.8	0.8	0.9	0.7	0.7
⑩ 中心静脈栄養(IVH)	7.5	8.0	7.5	7.9	6.3	7.8
⑪ モニター測定 (心拍・血圧・酸素飽和度)	8.2	9.5	8.8	8.0	4.4	11.7
⑫ ①～⑪のどれでもない	35.4	26.5	33.0	36.1	42.1	50.2



医療療養病床には、大変重度な患者が多く入院している。

ICUと類似化していると言える。

違いは、疾病に罹患してからの期間である。

2. 看護・介護職以外に雇用している職種

	常勤＋非常勤 (常勤換算人数)	100床あたり (人)
医師	1,678	4.5
理学療法士	1,595	4.3
作業療法士	1,127	3.0
言語聴覚士	432	1.2
薬剤師	640	1.7
管理栄養士	421	1.1
栄養士	149	0.4
臨床検査技師	396	1.1
診療放射線技師	375	1.0
社会福祉士	313	0.8
精神保健福祉士	99	0.3
臨床心理士	35	0.1
医療クレーク	234	0.6
歯科衛生士	100	0.3
音楽療法士	11	0.0
園芸療法士	4	0.0
臨床工学技士	121	0.3
視能訓練士	3	0.0

3. コメディカル職員の病棟への配置状況(複数回答)

3-1 病床種別からみたコメディカル職員の配置

		全病床数(床)	配置病床数(床)	各病床種別に占める割合(%)
医療保険	一般病床	5,852	4,323	73.9
	①特殊疾患1	428	428	100.0
	②特殊疾患2	0	0	0.0
	③回復期リハ病棟1	494	427	86.4
	④回復期リハ病棟2	0	0	0.0
	⑤障害者施設等入院基本料	1,190	939	78.9
	⑥緩和ケア	55	35	63.6
	⑦上記以外の一般病床	3,685	2,494	67.7
	療養病床	17,375	14,397	82.9
	⑧療養病棟入院基本料	14,310	11,737	82.0
	⑨回復期リハ病棟1	2,177	1,977	90.8
	⑩回復期リハ病棟2	609	491	80.6
	⑪介護保険移行準備病棟	74	74	100.0
	⑫上記以外の療養病床	205	118	57.6
	精神病床	3,625	3,001	82.8
	⑬認知症病棟	1,034	834	80.7
	⑭特殊疾患	180	180	100.0
	⑮上記以外の精神病床	2,411	1,987	82.4
介護保険	介護保険病床	10,131	6,278	62.0
	⑯介護療養型医療施設	9,983	6,130	61.4
	⑰老人性認知症疾患療養病棟	148	148	100.0
	⑱経過型介護療養型医療施設	0	0	0.0
合計		37,045	27,999	75.6

※どの病床種別においても、50%以上の病棟にコメディカル職員が配置されている。

【職員配置の実数】専従人数(常勤換算数)

		合計	薬剤師	臨床検査技師	管理栄養士	栄養士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	社会福祉士	精神保健福祉士	臨床心理士	歯科衛生士	医療クレーク	臨床工学技士	その他
医療 保 険	一般病床	287.4	4.0	0.0	5.0	0.0	96.1	60.0	37.0	9.0	0.0	0.0	2.0	38.0	0.0	36.3
	特殊疾患1	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0
	回復期リハ病棟1	89.0	1.0	0.0	3.0	0.0	37.0	24.0	15.0	5.0	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	1.0
	障害者施設等入院基本料	36.0	2.0	0.0	0.0	0.0	15.0	11.0	5.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0
	緩和ケア	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	上記以外の一般病床	159.4	1.0	0.0	2.0	0.0	44.1	25.0	17.0	2.0	0.0	0.0	2.0	31.0	0.0	35.3
	療養病床	1019.4	56.5	20.4	37.8	19.4	343.0	249.6	72.1	50.1	5.4	4.4	12.9	61.6	7.0	79.2
	療養病棟入院基本料	536.4	56.5	20.4	34.8	17.4	135.0	89.6	26.1	28.1	5.4	3.4	12.3	51.0	7.0	49.4
	回復期リハ病棟1	422.1	0.0	0.0	3.0	2.0	179.0	141.0	38.0	19.0	0.0	1.0	0.0	9.3	0.0	29.8
	回復期リハ病棟2	60.9	0.0	0.0	0.0	0.0	29.0	19.0	8.0	3.0	0.0	0.0	0.6	1.3	0.0	0.0
	介護保険移行準備病棟	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	上記以外の療養病床	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	精神病床	98.0	10.0	1.0	3.0	1.0	4.0	39.0	1.0	1.0	28.0	1.0	1.0	8.0	0.0	0.0
	認知症病棟	40.0	2.0	0.0	1.0	0.0	1.0	18.0	0.0	0.0	16.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0
	特殊疾患	2.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	上記以外の精神病床	56.0	7.0	1.0	2.0	1.0	3.0	20.0	1.0	1.0	12.0	0.0	1.0	7.0	0.0	0.0
介護 保 険	介護保険病床	177.1	24.8	6.6	14.3	4.6	35.8	35.7	16.9	17.9	3.4	1.6	1.0	13.5	0.0	1.0
	介護療養型医療施設	162.3	23.8	6.6	13.3	3.6	34.8	29.7	16.9	17.9	0.6	0.6	0.0	13.5	0.0	1.0
	老人性認知症疾患療養病棟	14.8	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	6.0	0.0	0.0	2.8	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0
合計		1581.9	95.3	28.0	60.1	25.0	478.9	384.3	127.0	78.0	36.8	7.0	16.9	121.1	7.0	116.5

※病棟専従として計1581.9人のコメディカル職が配置されている。リハビリスタッフ、医療クレーク、薬剤師、ソーシャルワーカーの専従が多い。

4. チーム医療でリーダーを担っている職種(複数回答)(回答:194施設)

	施設数	%
医師	178	91.8
看護職員	155	79.9
管理栄養士	72	37.1
理学療法士	68	35.1
薬剤師	61	31.4
介護職員	40	20.6
社会福祉士	39	20.1
作業療法士	37	19.1
事務職員	37	19.1
言語聴覚士	24	12.4
臨床検査技師	23	11.9
ケアマネジャー	16	8.2
診療放射線技師	15	7.7
歯科衛生士	9	4.6
医療相談員	9	4.6
精神保健福祉士	7	3.6
医療クレーク	4	2.1
臨床工学技士	4	2.1
栄養士	3	1.5
臨床心理士	2	1.0
診療情報管理士	2	1.0

※チーム医療でリーダーを担うと回答したのは、医師、看護職員が圧倒的に多いが、それ以外の 職種の回答も多く、まさに多職種で患者の医療、ケアを行っていることが読み取れる。

5. どの職種を重点的に配置すれば、看護・介護職員の業務の負担軽減につながると思うか
(複数回答)(回答:185施設)

	施設数	%
医療クラーク	105	56.8
理学療法士	79	42.7
薬剤師	70	37.8
作業療法士	65	35.1
言語聴覚士	50	27.0
歯科衛生士	46	24.9
医師	45	24.3
社会福祉士	39	21.1
介護福祉士	1	0.5
臨床検査技師	25	13.5
管理栄養士	24	13.0
臨床心理士	15	8.1
臨床工学技士	10	5.4
診療放射線技師	8	4.3
精神保健福祉士	7	3.8
音楽療法士	7	3.8
栄養士	6	3.2
園芸療法士	4	2.2

※看護・介護の負担軽減につながる職種として、医療クラーク、リハビリスタッフ、薬剤師が上位にあげられている。

6. チームとしてどのような会議があるか(複数回答)(回答:195施設)

	施設数	%
感染症対策委員会	194	99.5
医療安全対策委員会	192	98.5
褥瘡委員会	187	95.9
症例カンファレンス	131	67.2
サービス担当者会議	115	59.0
NST	104	53.3
入退院判定会議	103	52.8
ターミナルカンファランス	46	23.6
排泄委員会	38	19.5
その他	67	34.4

※病院ではさまざまな会議が開催され、直接ケアのみでなく間接的ケアの時間も多い。

7. 会議の構成メンバーの職種について

7-1 全会議対象:参加職種について(複数回答)

	施設数	%
看護職員	1,116	93.0
医師	1,101	91.8
管理栄養士	761	63.4
薬剤師	745	62.1
介護職員	673	56.1
理学療法士	636	53.0
社会福祉士	380	31.7
作業療法士	368	30.7
臨床検査技師	320	26.7
言語聴覚士	253	21.1
診療放射線技師	212	17.7
栄養士	81	6.8
医療クレーン	68	5.7
精神保健福祉士	58	4.8
臨床工学技士	53	4.4
歯科衛生士	44	3.7
臨床心理士	16	1.3
音楽療法士	6	0.5
視能訓練士	5	0.4
園芸療法士	5	0.4

※会議が多職種で構成されていることが示されている。

7-2 各会議における参加職種(複数回答)

【施設数】

	合計(施設)	看護職員	医師	管理栄養士	薬剤師	介護職員	理学療法士	社会福祉士	作業療法士	臨床検査技師	言語聴覚士	診療放射線技師	栄養士	医療クレーク	精神保健福祉士	臨床工学技士	歯科衛生士	臨床心理士	音楽療法士	園芸療法士	視能訓練士	その他
感染症対策委員会	192	178	190	140	173	101	103	34	45	110	20	58	14	13	6	17	6	1	1	1	1	65
医療安全対策委員会	190	172	188	134	170	97	128	56	51	93	22	88	15	13	11	19	6	2	1	1	1	79
褥瘡委員会	185	176	179	146	123	102	83	19	33	35	18	15	15	9	3	4	3	0	0	0	0	43
症例カンファレンス	133	120	121	85	74	81	95	67	77	19	60	15	6	6	14	4	8	5	1	1	1	22
サービス担当者会議	114	104	89	63	43	89	75	56	51	8	32	9	5	6	6	1	6	1	0	0	0	41
NST	102	94	97	97	59	48	29	15	16	25	48	5	13	3	0	1	3	0	0	0	0	12
入退院判定会議	100	98	94	20	25	24	46	70	21	5	12	1	0	4	8	1	1	0	0	0	0	33
ターミナルカンファレンス	48	44	48	23	21	32	26	25	22	7	15	6	3	4	2	3	3	1	2	1	1	10
排泄委員会	34	33	18	12	8	32	12	5	9	2	3	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	8

【割合】

(単位:%)

感染症対策委員会	100.0	92.7	99.0	72.9	90.1	52.6	53.6	17.7	23.4	57.3	10.4	30.2	7.3	6.8	3.1	8.9	3.1	0.5	0.5	0.5	0.5	33.9
医療安全対策委員会	100.0	90.5	98.9	70.5	89.5	51.1	67.4	29.5	26.8	48.9	11.6	46.3	7.9	6.8	5.8	10.0	3.2	1.1	0.5	0.5	0.5	41.6
褥瘡委員会	100.0	95.1	96.8	78.9	66.5	55.1	44.9	10.3	17.8	18.9	9.7	8.1	8.1	4.9	1.6	2.2	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	23.2
症例カンファレンス	100.0	90.2	91.0	63.9	55.6	60.9	71.4	50.4	57.9	14.3	45.1	11.3	4.5	4.5	10.5	3.0	6.0	3.8	0.8	0.8	0.8	16.5
サービス担当者会議	100.0	91.2	78.1	55.3	37.7	78.1	65.8	49.1	44.7	7.0	28.1	7.9	4.4	5.3	5.3	0.9	5.3	0.9	0.0	0.0	0.0	36.0
NST	100.0	92.2	95.1	95.1	57.8	47.1	28.4	14.7	15.7	24.5	47.1	4.9	12.7	2.9	0.0	1.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	11.8
入退院判定会議	100.0	98.0	94.0	20.0	25.0	24.0	46.0	70.0	21.0	5.0	12.0	1.0	0.0	4.0	8.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.0
ターミナルカンファレンス	100.0	91.7	100.0	47.9	43.8	66.7	54.2	52.1	45.8	14.6	31.3	12.5	6.3	8.3	4.2	6.3	6.3	2.1	4.2	2.1	2.1	20.8
排泄委員会	100.0	97.1	52.9	35.3	23.5	94.1	35.3	14.7	26.5	5.9	8.8	0.0	2.9	0.0	2.9	0.0	5.9	0.0	0.0	0.0	0.0	23.5

8. 病棟看護業務の中で、どの職種がどのような業務を分担すれば、病棟看護業務の効率化につながると予想できるか(複数回答)

【上位3位までの合計(施設数)】

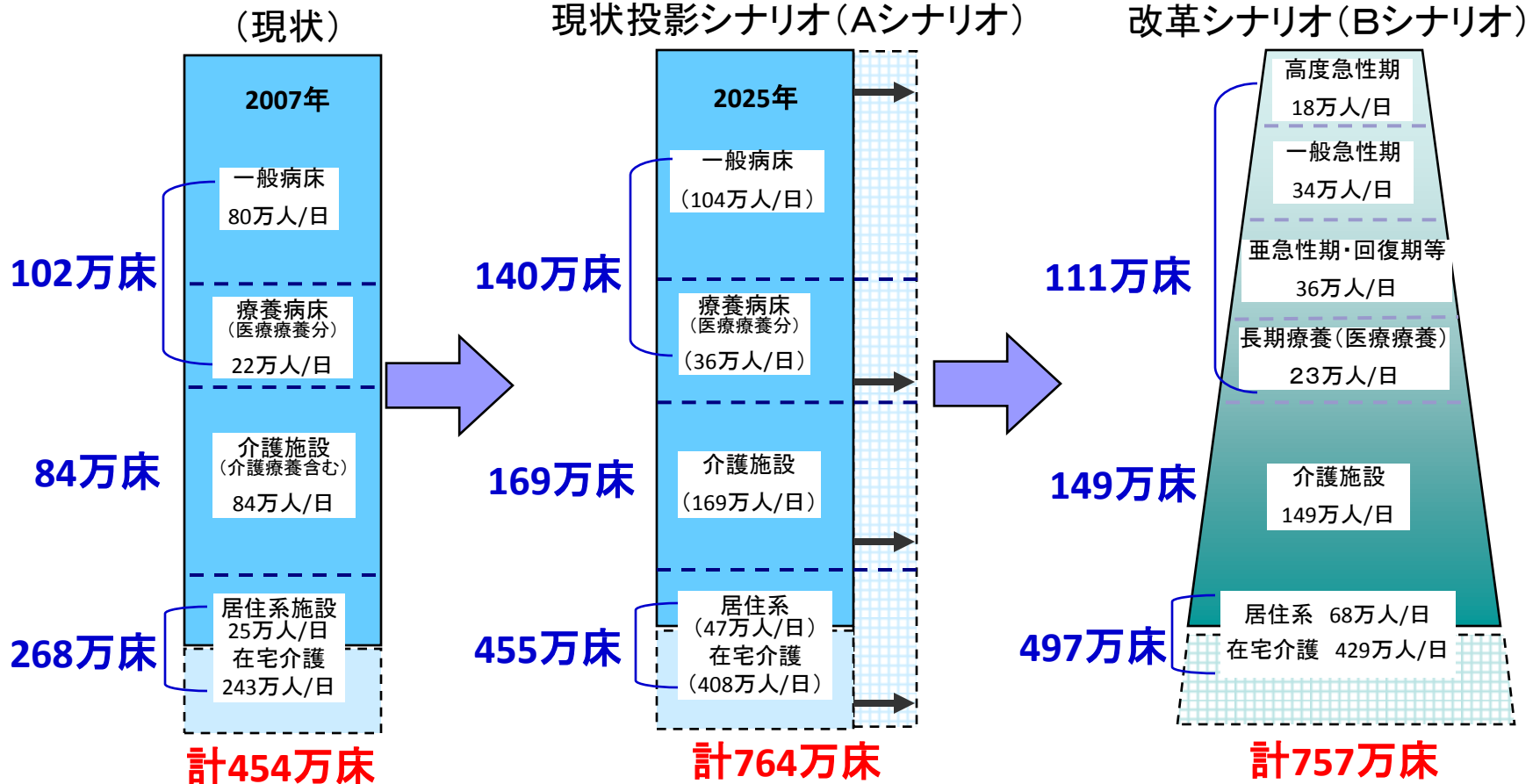
	全体	薬剤管理	ミキシング	薬剤投与	各種書類管理	摂食・食事介助	口腔清拭	医師補助業務	トイレ誘導	医療記録管理	採血	検査データ管理	栄養管理	ADL訓練	介護全般	環境整備	退院促進連携	各種医療危機管理
薬剤師	119	62	51	38	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
医療クラーク	68	0	0	0	45	1	0	15	0	21	0	7	0	0	0	0	0	1
医師	13	0	0	7	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	3	0
歯科衛生士	34	0	0	0	0	0	33	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
管理栄養士	12	0	1	0	0	6	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0
言語聴覚士	22	0	0	0	0	20	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臨床検査技師	36	0	0	2	0	0	0	1	0	0	27	12	0	0	0	0	0	0
理学療法士	28	0	0	0	0	1	1	0	7	0	0	0	0	18	1	0	0	0
作業療法士	8	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	4	0	0	0	0
栄養士	7	0	0	0	0	5	2	0	2	0	0	2	3	2	0	2	0	0
社会福祉士	16	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	14	0
診療放射線技師	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
精神保健福祉士	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
臨床心理士	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0
臨床工学技士	18	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	15
園芸療法士	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

※病棟看護業務の効率化のために、薬剤師への薬剤管理、医療クラークへの書類管理などに期待が寄せられている。

急性期治療が終了してからも、高齢者は特に直ちに在宅復帰できるわけではなく、「Post Acute」を担当する慢性期病床が治療を継続することになる。

改革シナリオ (B3シナリオ)

大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである




現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

一般病床を高度急性期、一般急性期と亜急性期・回復期等に機能分化。医療資源の投入により、在院日数が高度急性期で20.1日→16日、一般急性期で13.4日→9日、亜急性期・回復期等で75日→60日に減少。医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。居住系・在宅サービスを強化。

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

引用:平成20年10月23日社会保障国民会議 第8回サービス保障(医療・介護・福祉分野)分科会資料を基に作成

爆発的に増える高齢患者を現状の病床数のままに対処するとしたら、平均在院日数を半分にすれば病床数は2倍になったのと同じことである。

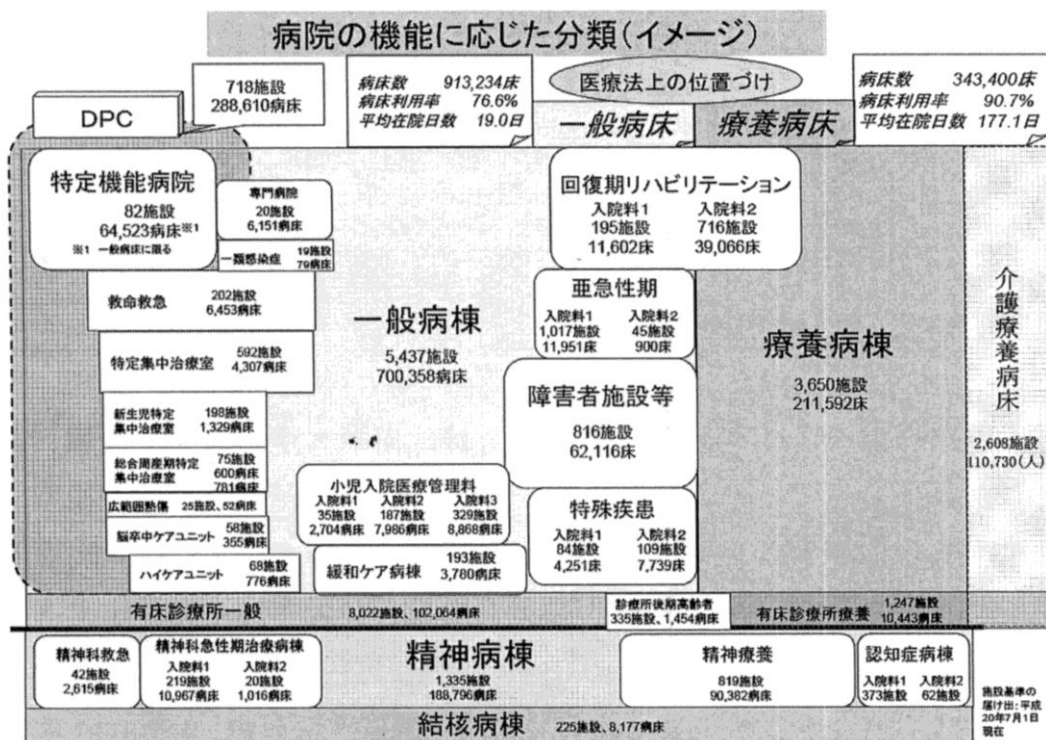


病院での平均在院日数を短縮し、短期間で集中的に治療することになれば、医師と看護師を中心とする医療ではなく、多職種による集中的チーム医療が必須となる。

医療療養病床における チーム医療の推進に向けて

- 医療療養病床の入院患者の重症化に伴い、医師をはじめとする職員の負担は増加している。医師の業務を患者に集中させるためにも、一般病床で認められている医師事務作業補助体制加算(病棟クランク)を医療療養病床にも認めて欲しい。
- 現在、診療報酬は主に医師と看護師の配置数により算定されているが、チーム医療の促進により、コメディカルが病棟業務に多く携わっている状況を鑑みて、各種国家資格者の病棟専従配置に対して評価して欲しい。(特に薬剤師、管理栄養士、PT、OT、ST、社会福祉士などについて1日患者1人当たり20点の加算をして欲しい。)
- 当協会が平成21年4月に実施した調査によると、実に多くの会議が開催され、リーダー担当者も参加者も多岐にわたり、業務への影響も大きい。「5職種以上で構成される会議」について、1ヶ月1回につき1000点の加算をして欲しい。
- 当協会が平成21年4月に実施した調査では、退院患者のうち死亡退院は36.7%を占める。死亡前1ヶ月の間に多職種によるターミナルケアカンファレンスを行った場合、500点を認めて欲しい。また、死亡後、死亡例検討会(デスカンファレンス)を行った場合も同様に認めて欲しい。

病院の機能に応じた分類(イメージ)



図のように、一般病床には超慢性期から高度急性期までの診療報酬体制となっている。それに伴って、超慢性期から高度急性期までの患者が混在して入院している。

高度急性期を除いて、現在一般病床と療養病床に分けられている病床を病院病床として統一し、急性期病床とその治療後を受ける慢性期病床とで診療報酬により調整してはどうか。

2009年4月15日 中央社会保険医療協議会
診療報酬基本問題小委員会(第131回)資料

療養病床におけるチームの連携

医療法人社団慶成会 青梅慶友病院

看護介護開発室長／老人看護専門看護師

桑田美代子

青梅慶友病院の概要

病床数：736床

医療保険病床239床（療養病床）

介護保険病床497床

（療養型257床、認知症型240床）

入院患者の平均年齢：87.6歳

90歳以上:41.6% 100歳以上:3.1%

平均在院期間：3年4ヶ月

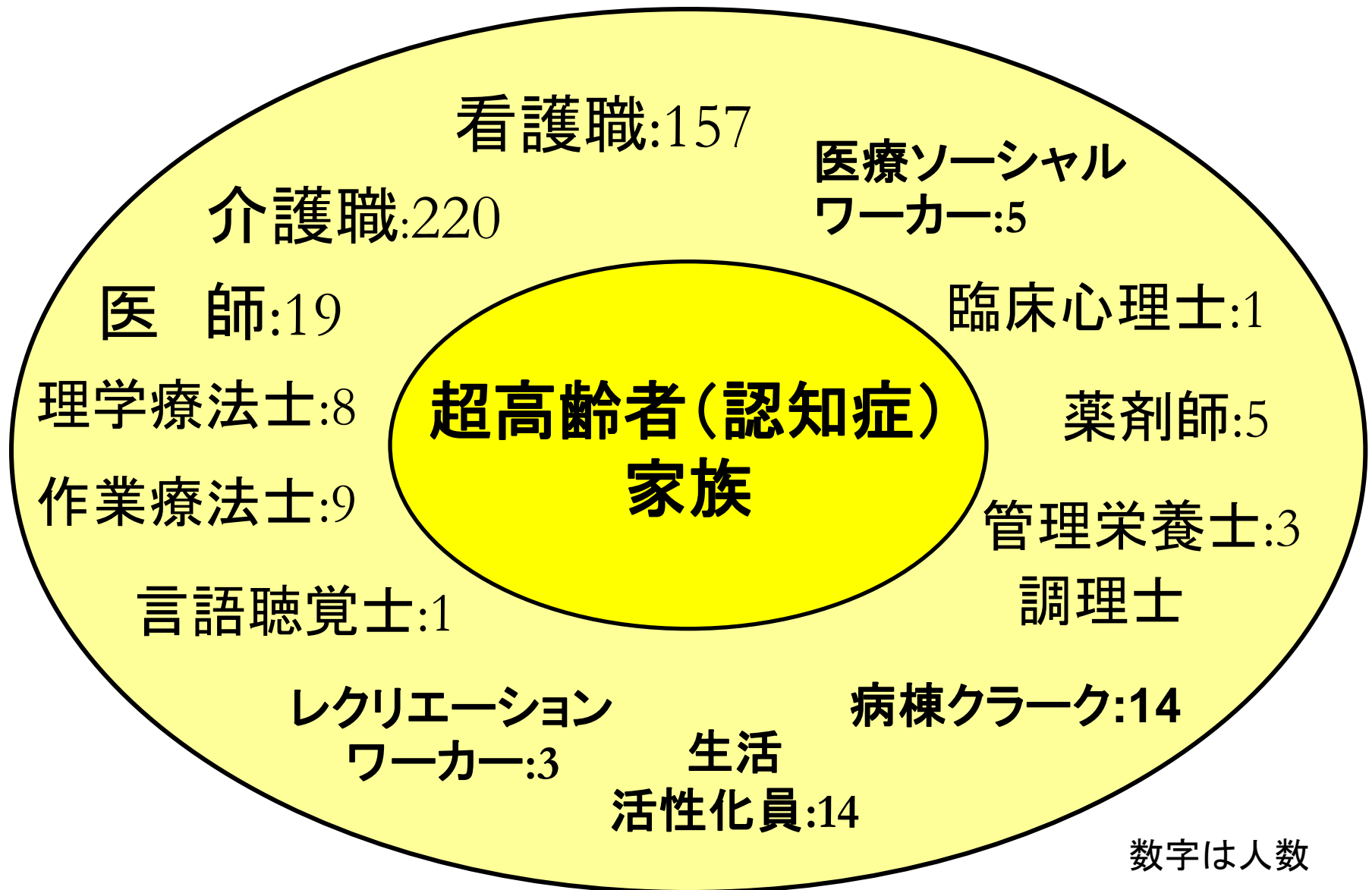
・認知症（中等度以上）：約85%

・死亡患者：約90%

看護単位：14病棟

職員数：737名（非常勤含む）常勤換算：560名

患者・家族をささえる職種



青梅慶友病院の理念・目標

理念：

老後の安心と輝きを創造する
—豊かな最晩年をつくる—

目標：

新しい“医療”“介護”“生活・文化”の仕組み
を創り、高齢者の日々の生活の質の向上に
奉仕する

—自分の親もしくは自分を安心して
預けることができる施設づくり—

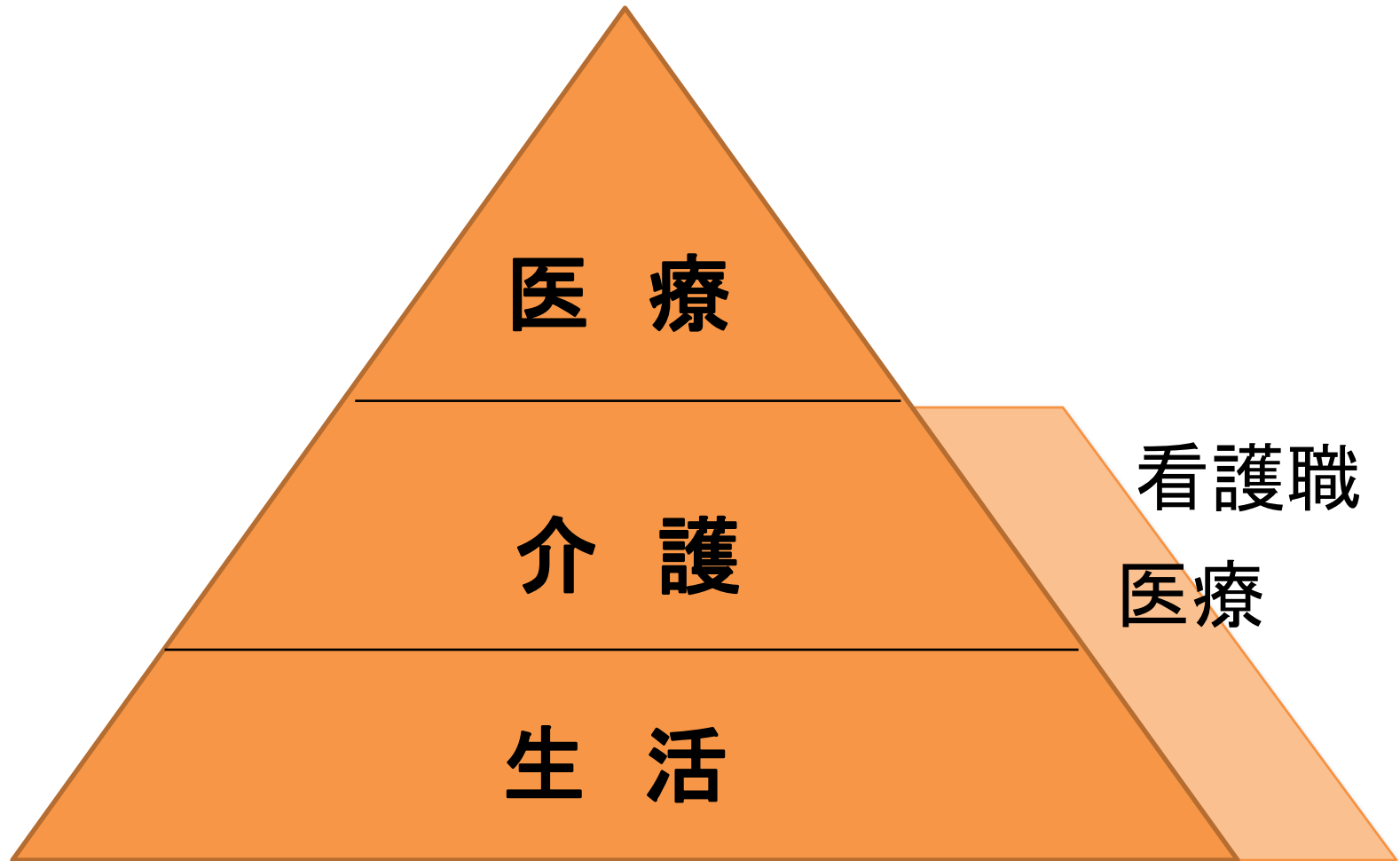
青梅慶友病院の機能

- 高齢者にふさわしい医療の展開
- 残存能力の活用による生活再構築
- 質の高い豊かな生活
- 大往生の実現
- 社会への提言

当院では職員間で理念・目標を共有し、
それを達成するために、
チームで活動している

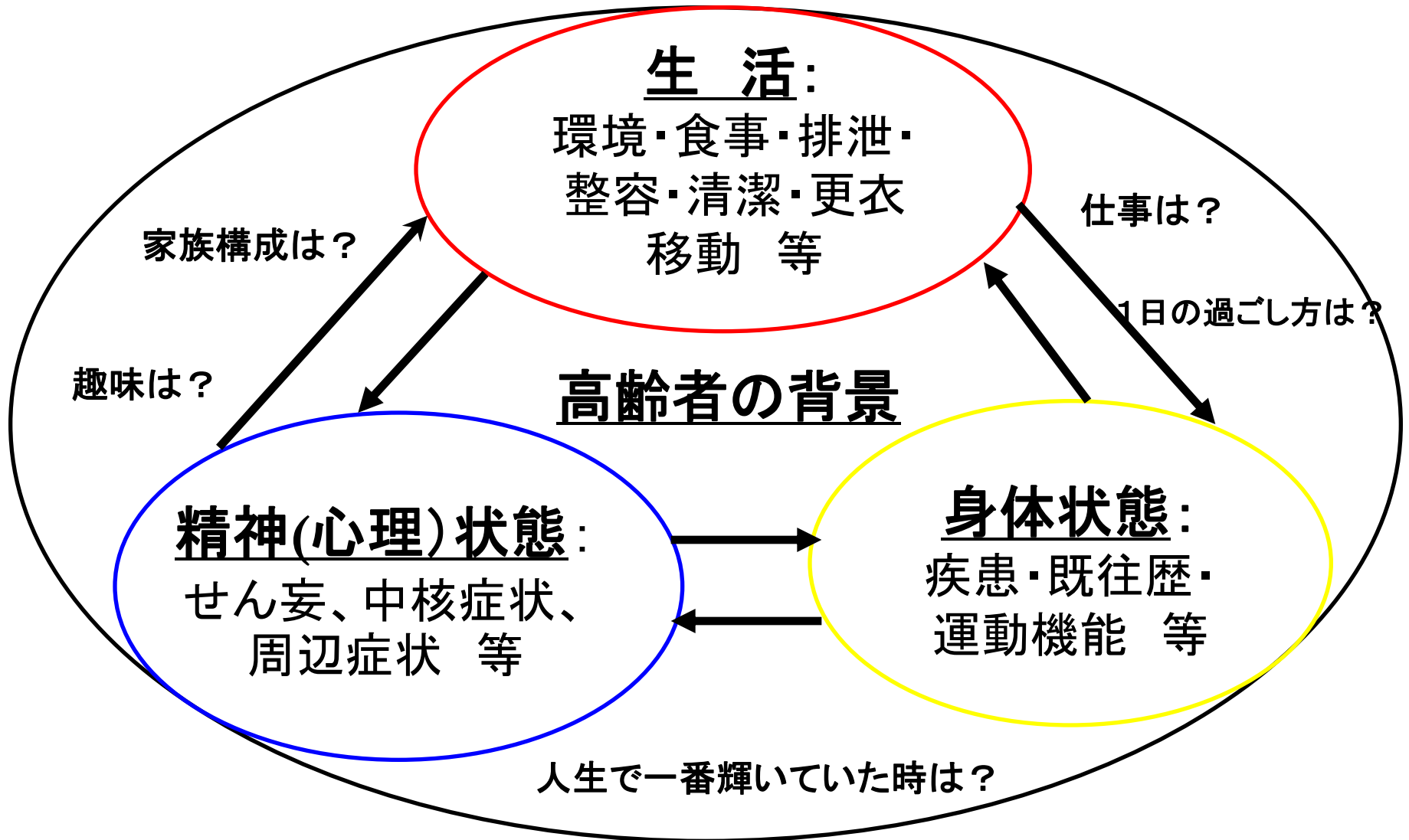
ケアの組み立て

医療・介護・生活に精通している看護職



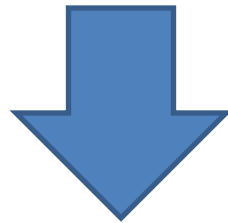
医療の存在が高齢者・家族の安心感となる

高齢者ケアに必要な視点 生活・身体・精神状態の3つバランス



患者、家族の代弁者である看護職

- 超高齢者にとって「生活」の視点は欠かせない
- 「食事」「排泄」などの生活支援は、看護職の方が長けている
- 超高齢者にとって時に医療行為は苦痛である



看護職は患者、家族の代弁者である
「それは苦痛である」と医師に伝えてよい
ケアの最高責任者は病棟師長

専門看護師の役割

実践: 専門看護分野において、個人・家族または集団に対して卓越した看護を実践する。

相談: 専門看護分野において、看護職者を含むケア提供者に対しコンサルテーションを行う。

調整: 専門看護分野において、必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々の中のコーディネーションを行う。

倫理調整: 専門看護分野において、個人・家族または集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる。

教育: 専門看護分野において、看護職者に対しケアを向上させるため教育的役割を果たす。

研究: 専門看護分野において、専門知識・技術の向上、開発をはかるために実践の場における研究活動を行う。

チームでの取り組み例①

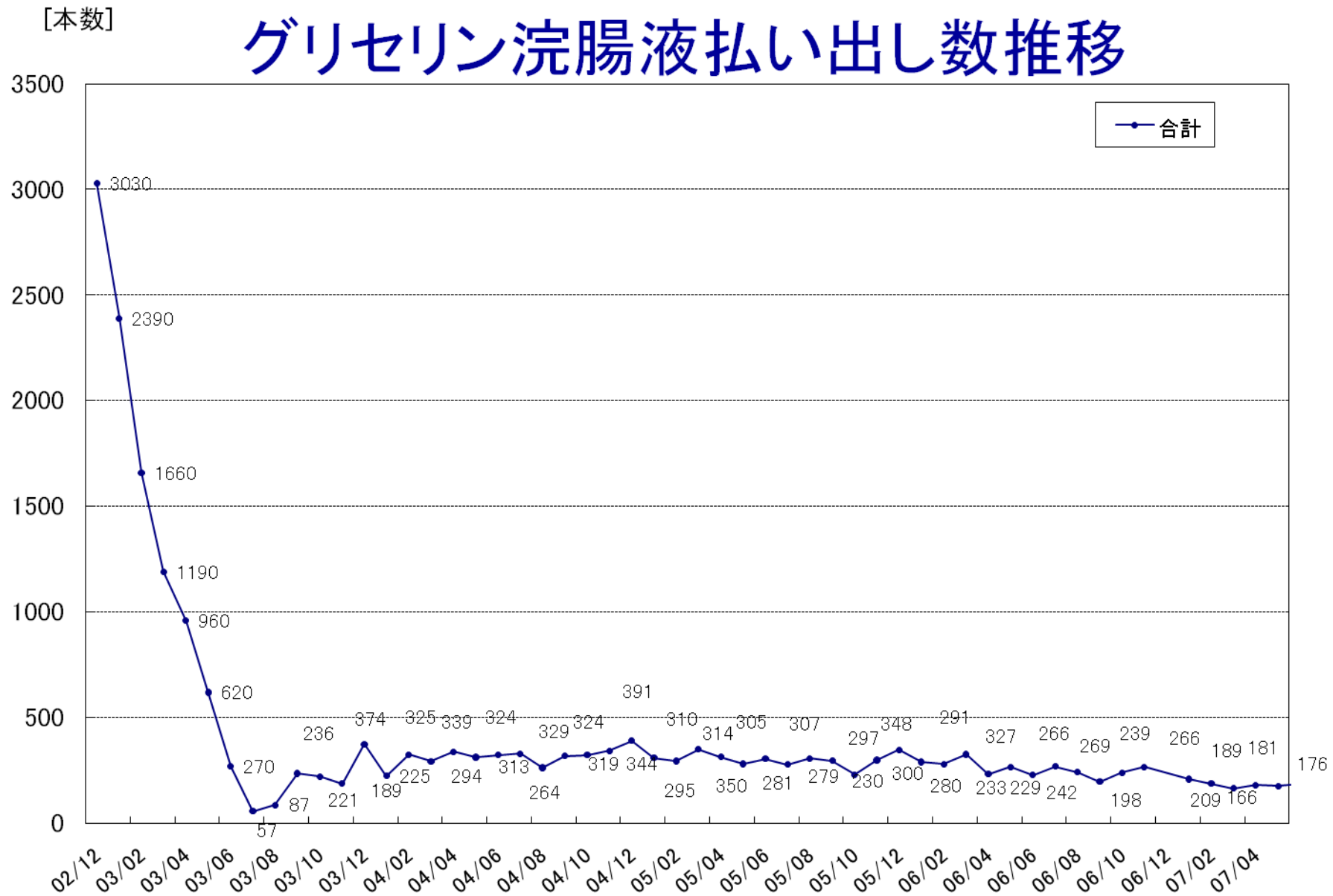
便秘対策プロジェクトチーム

- 発足：2003年1月～12月

目的：患者の苦痛である羞恥心を軽減し、より質の高い生活を提供することを意図して、浣腸・摘便に頼らず、排便管理の改善を行う。

- メンバー：医師、看護職（各病棟から1名）、薬剤師、管理栄養士、老人看護専門看護師
- 取り組み内容（抜粋）：
 - ①便秘タイプの見極め：便秘状態把握表（既往歴、内服薬、排泄動作等）
 - ②下剤の検討：使用している下剤の再確認（効果・効用）⇒薬剤師
 - ③水分摂取量の検討 ④食事・補食内容の確認⇒管理栄養士
 - ⑤腹部状態、便性状、排便周期の観察
 - ⑥排便が見られない場合の処置ルールの検討 等

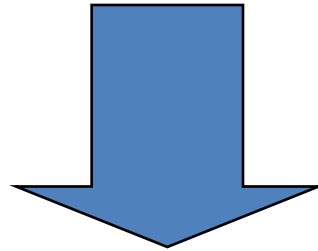
取り組み後の グリセリン浣腸液払い出し数推移



チームでの取り組み例②

食事の援助：食べるは五感で楽しむ

栄養“管理”の視点だけではなく、



食べて“楽しむ”“味わう”視点

より人間らしく、最後まで“口”から食べたい
スタッフ側の安易な理由からチューブケアは行わない

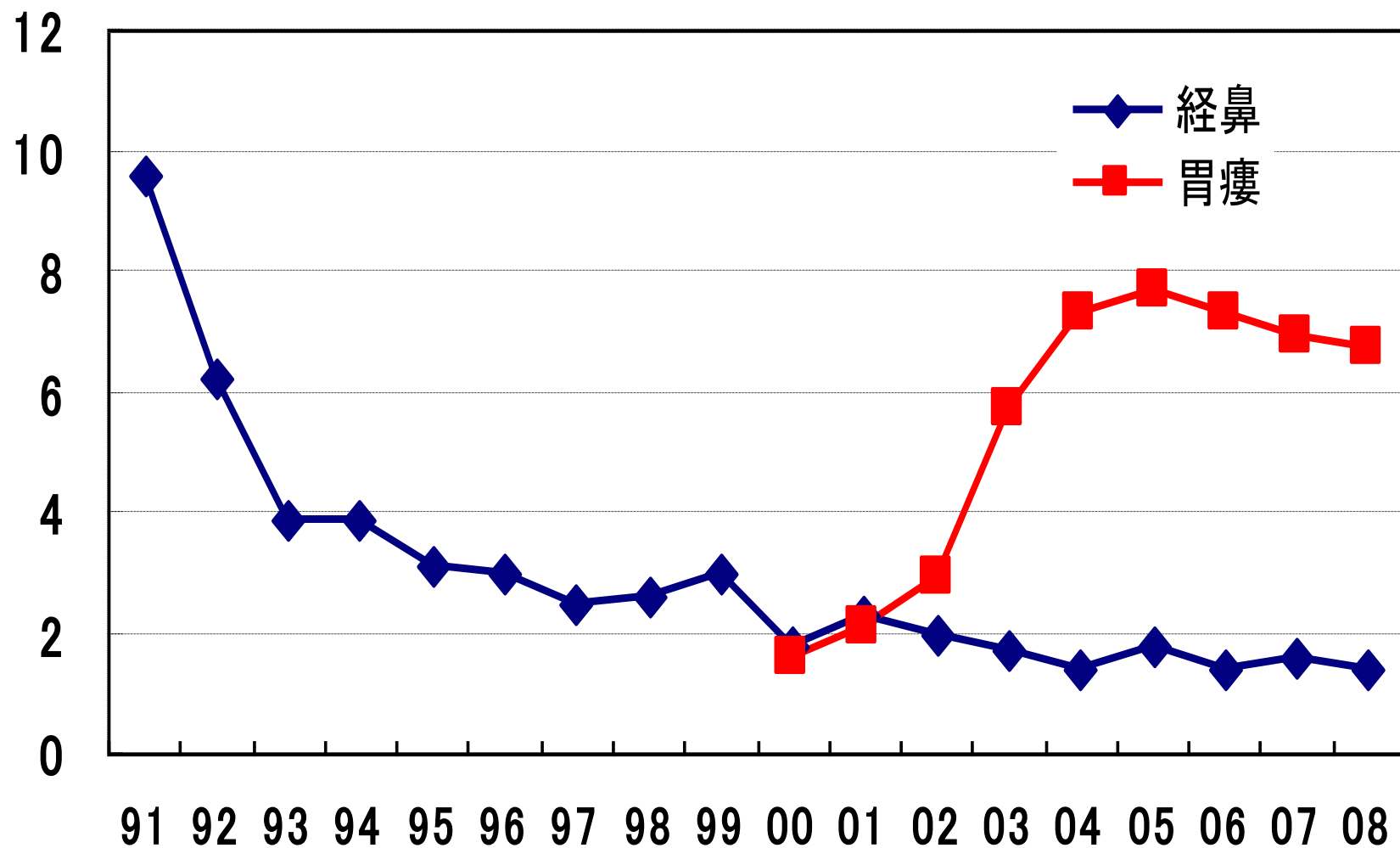
チームで情報を共有し計画立案

- 高次脳機能障害の有無：失行、失認 等
- 嚥下機能の把握：日々の食事介助
- 身体機能の把握：麻痺、拘縮の有無 等
- 栄養状態の把握：体重、血液データ 等
- 内服薬の把握：意識状態や嚥下への影響の有無
- 嗜好 など



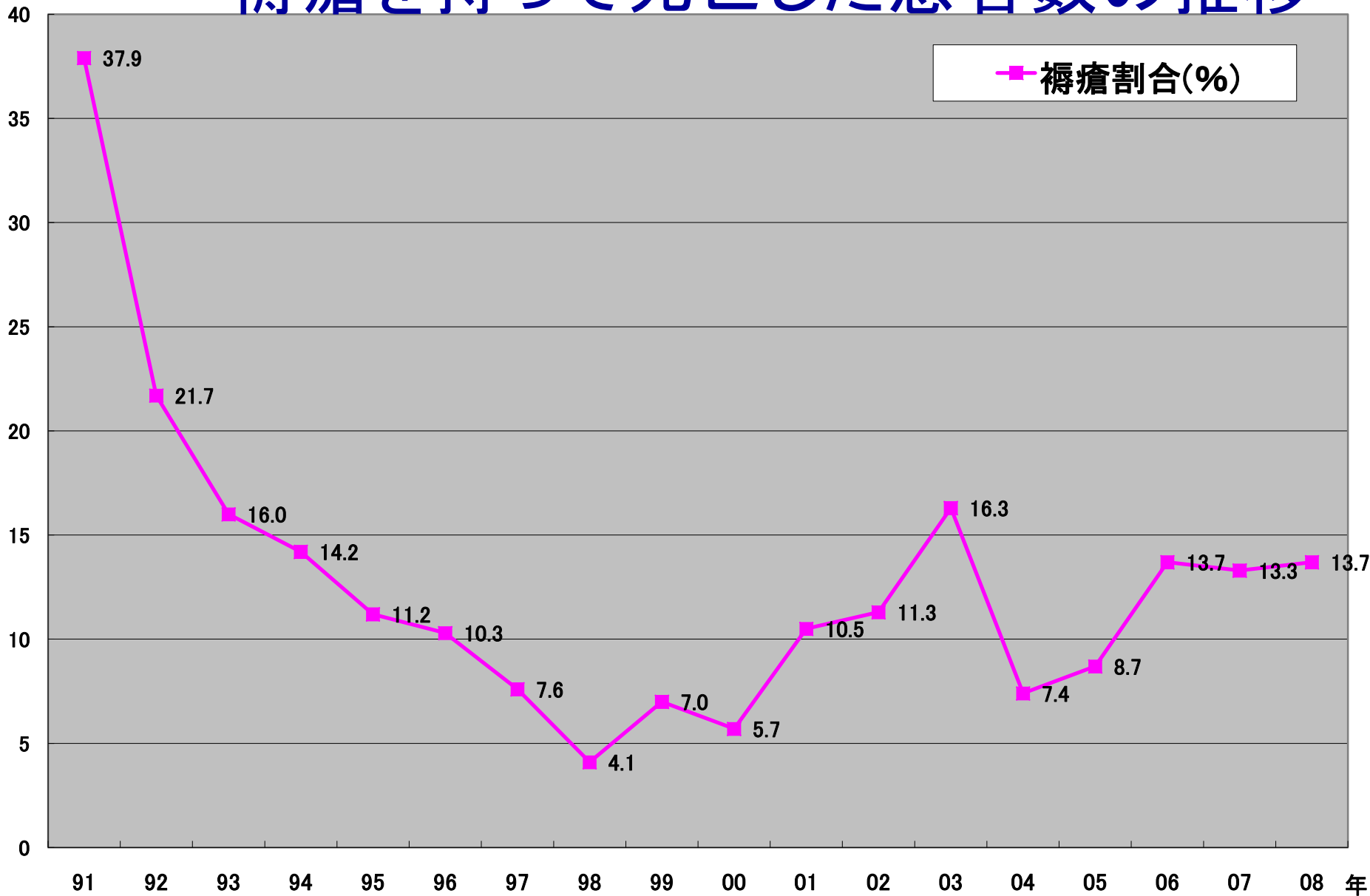
- 食事を食べる環境
- 食事形態、食事量、食事時間
- 姿勢：ベッド角度・首の角度
- 介助位置、配膳の位置
- 介助が必要な部分 ・用具の工夫 等

経管栄養患者数推移

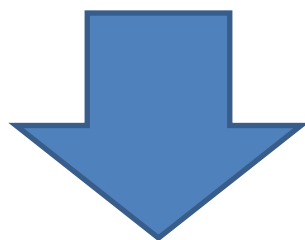


褥瘡割合(%)

褥瘡を持って死亡した患者数の推移



平成19年12月 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の推進について(厚生労働省医政局長通知)



どのように解釈し、役割分担の推進ができるか
医師の負担軽減だけではなく、
看護職にとってもケアが行いやすい方向で検討

多職種間の連携
看護・介護の能力向上

医師との連携・調整

- 療養生活に関する対応：看護職者の判断
 - 「療養上の世話」に関することは看護職が判断・実施⇒入浴・食事・排泄 等
- 「共通・電話指示」作成⇒院内でルール化
- 家族への説明
 - 原則、家族への説明は看護職（病棟師長）⇒ご家族報告基準の作成
 - 定期面談の実施

医師との連携・調整(続き)

■薬剤に関すること

- ・下剤は看護師が調整
- ・定期薬の随時見直し(投与薬剤の効果・効用を把握し、医師へ報告)⇒患者のQOLを考え多剤併用を避ける
- ・事前指示⇒発熱時、疼痛時、不眠時、精神活動活発時 等
- ・静脈注射実施に関するマニュアル⇒医師と検討のうえ作成

医師との連携・調整(続き)

- 感染対策⇒早期発見、早期対応
 - ・季節性インフルエンザ
 - ・ノロウイルス など
- 事故予防対策
 - ・誤薬⇒注意喚起薬剤、処方の見直し
 - ・転倒・転落時のクリニカルパス作成 など
- 緊急時の対応(急かつ予期せぬ状態)
 - ・緊急時対応の申し合わせ事項の作成
 - ・緊急時の対応⇒看護と介護の連携
介護職への教育・指導

医師との連携・調整(続き)

■ 終末期ケア⇒大往生の創造

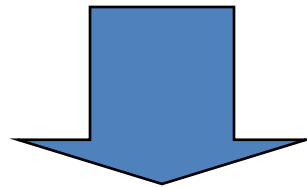
- 入院時より、終末期の対応について家族に確認し、チームで共有する
- 状態変化時、随時看護職から家族への説明
- 退院ケースカンファレンス開催

チームでの取り組み例③

“ケアに活かそう拘縮予防対策”

介護職・看護職・理学療法士・作業療法士の協働・連携

- 開始時期：2007年6月～
- 目的：
 - ADL(日常生活活動)の向上・維持
 - 拘縮による二次的障害の予防



最期まで人間らしい“美しい寝姿”

拘縮予防対策内容

1) 拘縮予防対策内容:

☆生活援助を行いながら拘縮予防

・おむつ交換時:

下肢の屈曲・伸展

・車椅子乗車時:

膝の屈曲・伸展

・食事準備時: 手指を曲げて伸ばす

・入浴時: 手足を曲げて伸ばす

膝関節拘縮予防

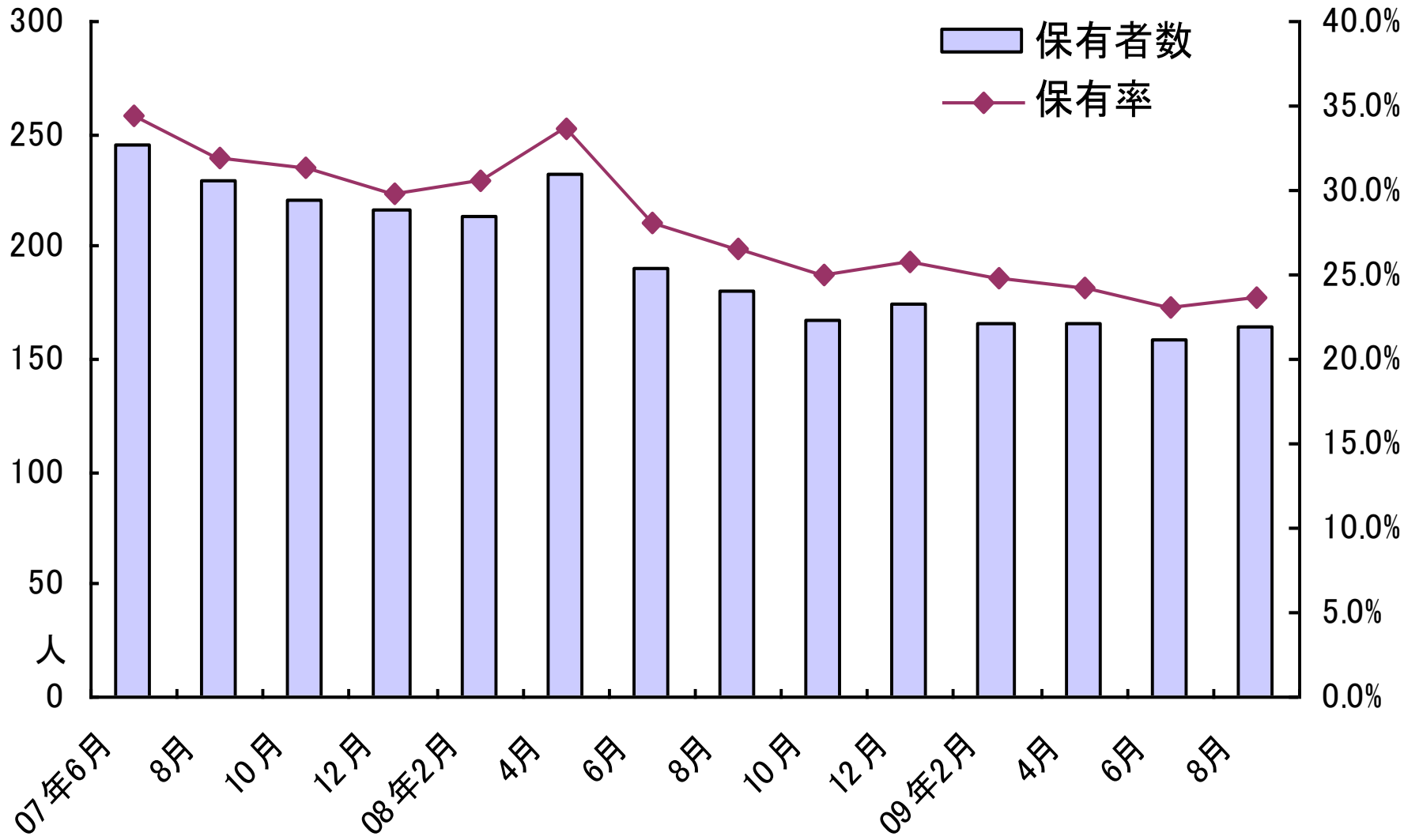
股関節の拘縮予防

手指・肩・

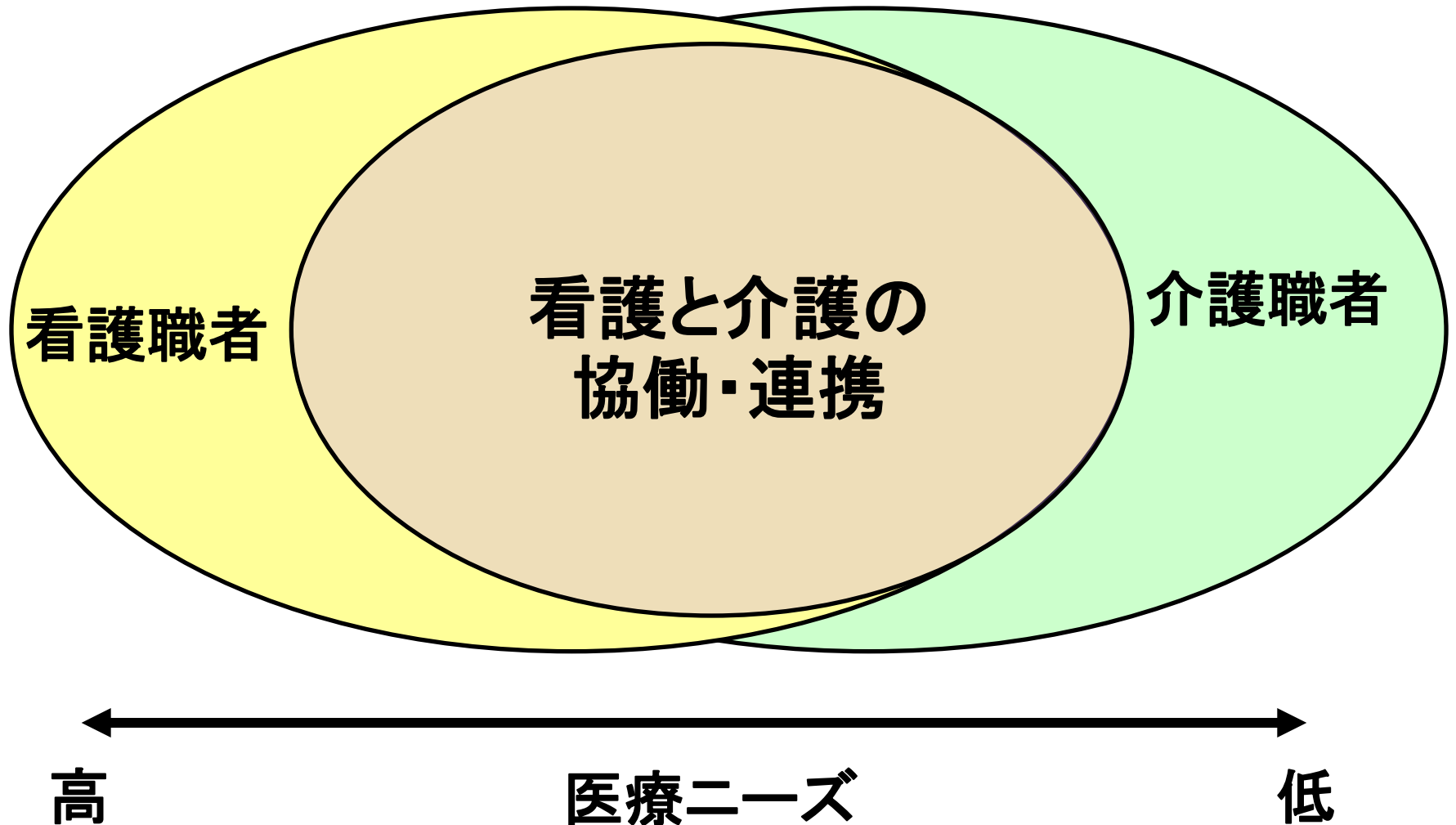
足関節拘

縮予防

拘縮保有率の推移



療養生活を支える 介護と看護の連携・協働



当院の介護職業業務基準

何らかの物を使用し、身体の中に入れる
行為を行う場合は、看護師が行う



例えば、吸引・浣腸など

院内研修の一例

看護と介護の連携

本年度開催：生活援助技術講座テーマ

1. 緊急時の対応（看護職・介護職）
2. 食事の援助
3. 見直そう！口腔ケア
4. 排泄の援助
5. 車椅子での移動
6. 感染対策
7. 最期のケア（臨終時の対応）
8. 更衣・整容
9. 事故予防

連携・調整の効果と課題

チームで目的を共有

- 医師本来の業務に専念
- 看護職の意識向上・スキルアップ
- 療養病床で活動する介護職の意識向上
- 多職種との連携(リハスタッフ)
- 患者・家族の満足度



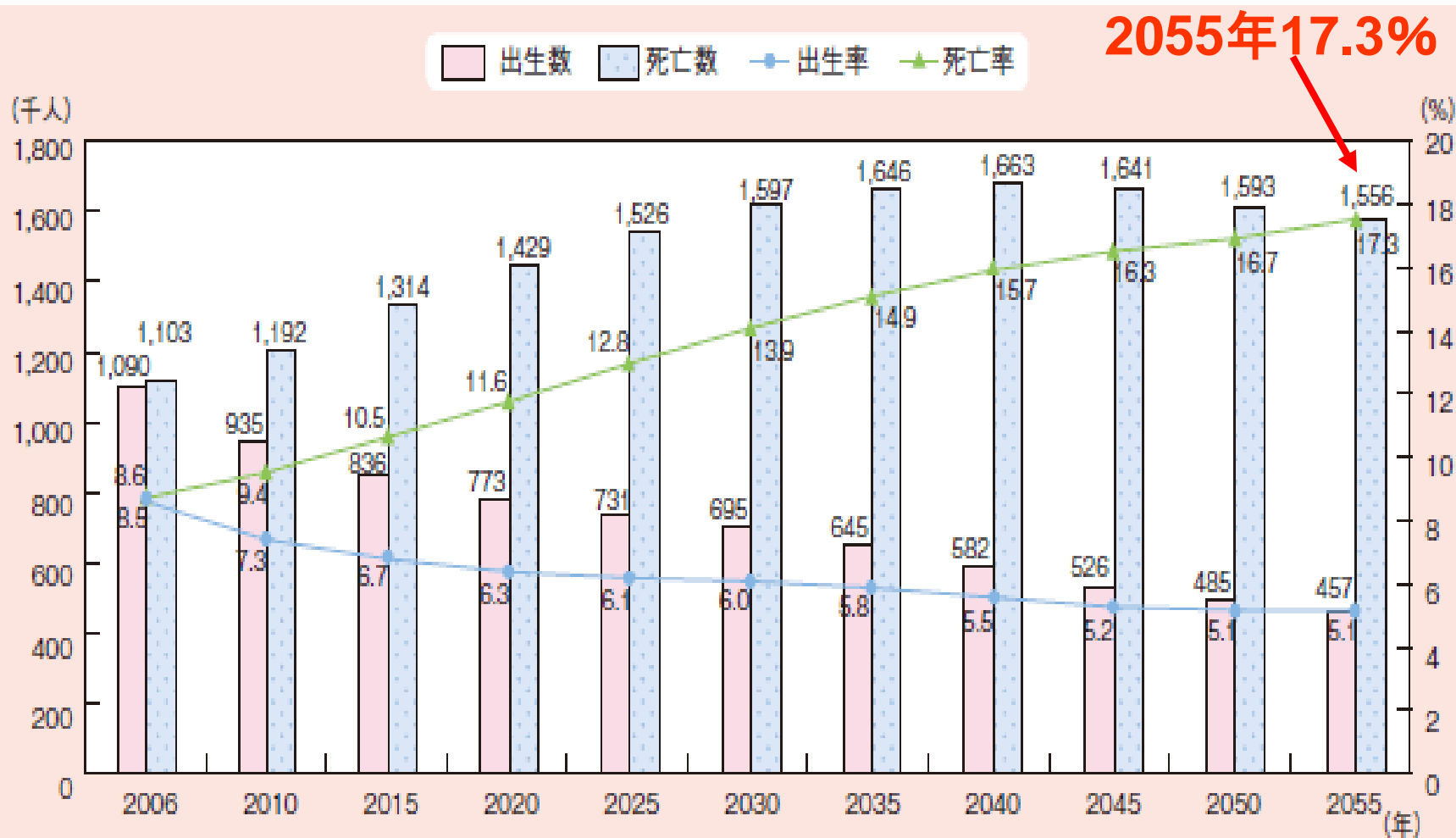
多職種間のコミュニケーション

手順書の整備

看護・介護職の更なる能力向上

出生数及び死亡数の将来推計：多死社会到来

出生数の減少、高齢人口増大により死亡数増加、死亡率上昇



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

看取りの場の拡大

医療施設だけではない看取りの場



在宅、介護老人保健施設、
特別養護老人ホーム、
有料老人ホーム、グループホーム 等



看護職が他職種間の調整的役割を担うことで
高齢者ケアの質向上につながる
看護職と介護職、多職種間の連携・協働

多死社会におけるチーム医療が目指すもの

“良き旅立ち”“人間らしい美しい死”を

コーディネーター



【尊厳の保持】

苦痛がなく、惨めな姿でなく、

大切にしてもらえていた



本人が納得(本人の満足)

家族が納得(家族の満足)

ケアする私達も納得(スタッフの満足)

第2回チーム医療の推進に関する検討会

日時 平成21年10月5日(月)

16:00～18:00

場所 厚生労働省省議室(9階)

○永井座長

ただいまから、第2回チーム医療の推進に関する検討会を始めさせていただきます。委員の皆様方にはお忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。早速事務局から、委員の出欠状況、また本日お越しいただいている先生方のご紹介と資料の確認をお願いいたします。

○石川補佐

本日は、委員の先生方全員にご出席をいただけることになっておりますが、西沢委員より10分ほど遅れるというご連絡をいただいております。

お手元の資料の確認をさせていただきます。議事次第をご覧ください。事務局提出資料として、看護師の業務範囲に関する法的整理についての資料1をご用意させていただいているほか、桐野高明先生配付資料として資料2、南裕子先生配付資料として資料3をいただいております。

また、本日は、チーム医療の推進に関する話題提供をお願いしております、桐野高明国立国際医療センター総長と、南裕子近大姫路大学学長にお越しいただいております。

それでは、カメラ撮りの方はここでご退出をお願いいたします。

お手元の資料を先ほど確認させていただきましたが、不足するものはございませんでしょうか。それでは永井座長、引き続きよろしくをお願いいたします。

○永井座長

議事に入ります。本日の議題は、初めに、前回の検討会で「看護師の業務範囲に関する法的整理について」ということで議論がありましたので、まず事務局よりご説明を受けることにいたします。次いで、この問題を議論するに当たりまして、国立国際医療センター総長の桐野高明先生と、近大姫路大学学長の南裕子先生から総論的な話題提供をいただくことにいたします。その後お二人への質疑応答を含めて、チーム医療の推進について委員の皆様自由に議論

いただきたいと思います。では資料1の説明からお願いいたします。

○石川補佐

看護師の業務範囲に関する法的整理について前回の検討会でご質問がございましたので、改めて事務局提出資料を資料1として用意いたしました。前回と重複する部分があるかもしれませんが、これをもとに説明させていただきます。

資料1の1頁目に大まかなイメージ図があり、2頁目に条文を収録してあります。必要に応じて、1頁目のイメージ図と2頁目の条文を対照させながら説明いたします。

まず、「医師の業務」に関してですが、2頁目の医師法第17条の条文をご覧くださいますと、「医師でなければ、医業をなしてはならない」という規定がございます。また、「医業」という言葉の解釈としては、「反復継続する意思をもって行う医行為」とされています。この「医師の業務」を図示したのが1頁目の赤枠です。

一方、「看護師の業務」に関しては、2頁目の条文をご覧くださいますと、保健師助産師看護師法、いわゆる保助看法の第5条で「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療上の補助」というアウトラインが規定されておりました、その範囲の中で、保助看法第37条で「医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為」については、「主治の医師又は歯科医師の指示」が必要であるという構造になっております。この「看護師の業務」を図示したのが1頁目の青枠です。この図で申しますと、「看護師の業務」のアウトラインが青枠で、そのうち黒枠内の部分、保助看法第37条で述べている行為については「医師の指示」が必要とされています。そして、この黒枠内の部分に相当する行為を「診療の補助」、それ以外の茶色枠内の部分に相当する行為を「療養上の世話」と、概ねこのように呼んでいる現状があるというわけです。

したがって、「看護師の業務」と「医師の業務」の関係を捉えよういたしますと、大まかなイメージとしては、このイメージ図のように3段に分かれることとなります。看護師が独自の判断で行い

得る「療養上の世話」。それから、看護師が主治医の指示の下で行い得る医行為、すなわち「診療の補助」。ここまでが「看護師の業務」のアウトラインの青枠の中の話です。そして、診療の補助という概念を超えるような医行為については、赤枠の中であって青枠の外ということになりますから、医師でなければ行うことができないということになるわけです。

大まかなイメージとしては、以上のように3段に分かれるわけですが、現実問題として、3段それぞれの境界線をバシッと区切れるものではありません。

まず、真ん中の段とその下の段との関係で申しますと、看護師の行う「療養上の世話」につきましては、基本的には医師の指示を必要としないとされているわけですが、例えば、「療養上の世話」を行っている最中に患者の病態が変化するということがあれば、医師の意見を求めたほうがよい場面も考えられるわけです。

これについて、平成14年度に行われた「新たな看護のあり方に関する検討会」の報告書では、次のように結論づけられております。すなわち、「療養上の世話については、行政解釈では医師の指示を必要としないとされているが、療養上の世話を行う場合にも、状況に応じて医学的な知識に基づく判断が必要となる場合もある。患者に対するケアの向上という観点に立てば、看護師等の業務について、療養上の世話と診療の補助とを明確に区別しようとするよりも、医療の現場において、療養上の世話を行う際に医師の意見を求めるべきかどうかについて適切に判断できる看護師等の能力、専門性を養っていくことが重要である」というご指摘をいただいております。また、真ん中の段とその上の段との関係で申しますと、看護師が主治医の指示の下で行い得る医行為（保助看法第37条）は、看護師の業務である「診療の補助」（保助看法第5条）という概念を超えることはできない、言い換えれば、「診療の補助」の範囲を超える医行為は医師しか行うことができないという整理になっているわけです。

この点に関しましては、例えば、静脈注射の取扱いについては、

看護教育の水準の向上、医療用器材の進歩、あるいは医療現場における実態との乖離等の状況を踏まえて、平成14年に上の段から真ん中の段へ、「診療の補助行為」の範疇であるという整理へと解釈が変更された経緯がありますし、薬剤の投与量の調節、救急医療等における診療の優先順位の決定については、平成19年に真ん中の段に位置するということが明示されたという経緯があり、これは前回は説明したとおりです。

もっとも、どのような行為が「診療の補助」の範疇に含まれ得るのか、言い換えれば、上の段か真ん中の段かという問題については、行政として通知などでいくつか例示的な項目をこれまでお示していただき、イメージ図には、そのうちほんの一部を記載しておりますが、これはあくまでも例示であり、個々の行為に関する具体的な判断ということになりますと、現場の裁量を最大限尊重する形としておりまして、その分、柔軟な運用が可能な仕組みになっているわけです。

なお、赤枠と青枠については、医師と看護師のそれぞれの独占業務の範囲を示したものであり、これらの独占業務の枠の外には、事務職員が担ったり、業者に委託したりできる分野があるということになります。

以上でございまして、大まかなイメージと、境界線に関する補足の説明をさせていただきました。

○永井座長

静脈注射が青枠の中あるいは黒点線枠の中に入った経緯は、どうしたことだったのでしょうか。

○石川補佐

これに関しては、裁判でその位置づけが争われたこともございました。一方で、「新たな看護のあり方に関する検討会」でご検討をいただきまして、その中で、看護教育水準の向上、医療用機材の進歩、医療現場における実態との乖離等の状況を踏まえて見直すべきであるという議論になり、平成14年の検討会の「中間まとめ」で、これ

は診療の補助行為の範疇として取り扱うべきであるという結論をいただきまして、そのような形と整理いたしました。

○永井座長

いかがでしょうか。もしご意見等がなければ、後ほど、ただいまの説明を含めてご討論いただきたいと思います。

それでは、今日お見えのお二人の先生方から、チーム医療推進に関する話題提供をいただくことにいたします。まず、この問題を議論するに当たりまして総論的な話題提供を、国立国際医療センター総長の桐野高明先生にお願いいたします。続いて、チーム医療における看護師の役割ということで、近大姫路大学学長の南裕子先生からお話を伺います。お二人からご説明いただいた後に、質疑応答を含めてチーム医療の推進についてご議論いただきます。それでは最初に桐野先生、よろしくお願いたします。

○桐野先生

私がお話をさせていただくのは資料2「医師のマンパワーとチーム医療」という名前のパワーポイントの資料です。いろいろな言い方がありますが、医療を決定づける2つの要素として「医療費」と「マンパワー」が最も重要な要素であると言えます。

私がここでお話をさせていただく理由の1つは、学術会議において、南先生も永井良三先生もメンバーをしておられた「医療のイノベーション検討委員会」でマンパワーと医療費について政府に対して要望を出した中で、チーム医療の重要性についても言及しておりますので、そのためではないかと思えます。1975年時点での医師の年齢分布を見ると、この当時は高度成長が盛んだったわけで、診療所の働き盛りの50歳前ぐらいの先生方が非常に大きな割合を占めていて、この方たちが医療の現場では大きな役割をしていたことが分かります。その当時の医療はこのような方たちが活躍して医療を維持できるという体制になっているために、下のOECDのヘルスデータで見れば分かるように、日本の医療のあり方は、良い悪いは別にして、平均在院日数にしても、病床数にしても、いろいろなものがここに挙

げてある先進諸国とは違う歩みをしてきたのです。別の言葉で言うと、1960年当時は、平均在院日数も、医師数も、看護師数も、病院数も、病床数もそれほど先進諸国間で差はなかったのです。

次の頁のスライドに2006年時点での医師の年齢分布がございしますが、毎年大体7,000～8,000人医師が誕生するという状況を定常状態として、何年か経過するとこのようになるという形です。徐々にこれから総医師数は増えていくのですが、増えた分は右側の谷のほう、つまり60歳以上のところがもう少し埋まってくるという効果があるわけですから、若手を増やすという効果はあまりないと言えます。

その下です。この間先進諸国は、日本も含めて、成熟経済型医療を目指していろいろと改革が行われてきたわけですが、それぞれの先進諸国はこれを完全に行えるという状態ではなくて、いろいろな問題を抱えているわけです。特に我が国では成熟経済型医療への転換を少ない医療費のもとで推進してきたという経緯がありまして、病院や医師に非常に大きな負荷がかかって、それが医療崩壊準備状態ではないかと見られております。

右側のスライドは医師のマンパワーです。医師数は非常に不足しているという考えがあり、数をOECD平均レベルまで上げればかなり問題は解決するという考えがあります。ただ、私の考えでは、この考え方は誤りではないにせよ、単純すぎると思われます。

この間医療が危機に陥った原因は、「医療が危機に陥った原因」と書いてある所に並べてあるとおり、各種各様の要因が重なって、かなり危機的な状況になっていたと言えます。

次頁です。2004年に導入された初期臨床研修制度はその一部ではあると思いますが、言ってみれば、積み将棋で最後に積んだコマのようなもので、最後に積んだものが全部の原因であると言ったとしましょう。積み将棋の勝負であればそれでいいのですが、実際はそう単純ではないのです。人材養成は、次頁の紫色の横棒のグラフにあるように、歯科医師数はOECD標準にまだ足りないのですが、それでも現在需要が供給を上回っていると言われております。

薬剤師は数多く育成されておりますので、今後余剰が出るという予測がされています。医師について、右の下の横棒が並んだようなものは模式図です。あまり時間がないので詳しく申しませんが、人生80年の2分の1を医師として過ごします。医師を養成するというのは40年間の影響があるものですから、いろいろな工夫が必要です。医師の数は日本では必ずしもストリクトな制御を受けているわけではありません。したがって、ある領域の医師の数は、その領域に参入してくる若手の医師の数や学会の専門医の認定の数や職場におけるポジションの数などで複合的に決まってきます。専門医制度を敷いているヨーロッパ諸国やアメリカでは、比較的厳格というほどではないにしても、かなり厳しくまもられておりますので、そこが違います。例えば、私が専門としている脳神経外科医は、人口10万人当たりの数が多いといわれています。確かに、他の先進諸国に比べて多いことは事実ですが、我が国の脳神経外科医は、これまでの救急医療や脳卒中診療において必須の存在であったし、現状でもこれを急激に減らすことをすれば、救急医療や脳卒中診療は崩壊します。

なぜそのように増えたのかという用因を考えてみると、右側の脳神経外科専門医の数にあるように、一生懸命に後進を養成する等の要因があるにせよ、我が国では、増加し続ける医師の業務に対して、これを他業種に割り付けるということはしなかった。増加し続ける業務をすべて医師が引き受けながら、努力して若手医師の増員を図っていくということが、少なくとも当時は最も合理的な解決法であった。それぞれの大学の医局にとっても、学会にとっても、こういう努力をしていくことが最も合理的であったために、自然に増加した。しかも、増加した医師をきちっと収容していくような施設の増加を国の経済が支えたという状況があります。

右側の下に脳神経外科医の外科医である期間を書いておりますが、本当にプロの外科医として活躍するのは25年ですが、これは専門医を取ってからですから、大体30年ぐらいの活躍をすると考えていいと思います。

次に黄色とダイダイ色の三角があります。昔の外科はこのような、下が細くて長いピラミッドを形成していましたが、今の外科系は業務が非常に増えている。若手が仕事をたくさん引き受けないといけないので、広がったピラミッドになります。しかしそうしますと、専門的な業務が変わらない場合は、専門的な仕事を大勢の人が切り分けて仕事をする事になります。つまり、下の卵の絵のように、真ん中のコアの専門的な仕事のほかに周辺的な仕事が非常に多くなった場合は、それを多くの人で切り分けるのですが、中の赤いところは同じ量ですから、一人ひとりの専門的な業務の希釈が起こります。したがって、外科系から言えば、チーム医療はどうしても必然であり、医師の本来の業務以外の業務を医師がどんどん負っていけば、その後のキャリアパスをよほど考えない限り、その診療科が異常に増大する。そうすると、その診療科は本来の魅力を失っていきますので、今度は急激に人手不足になるフェーズに陥ります。したがって、どのような人的構成を取るべきかを考えてキャリアパスを考えていくのが適切で、特にピラミッド型の人的構成が必要な外科系の診療科では、ピラミッドのサイズを安易に拡大すれば、キャリアパスのためのシステムをかつちり用意しない限り矛盾が顕在化します。

医師はこの間いろいろな業務の拡大に対して、いろいろなことをするようになってきました。特に侵襲性の高い治療から、いちばん下の「病院の経営や運営に関する会議、業務」まで種々さまざまです。横の線が引いてある上のものが欧米の専門医が行っている仕事です。下の仕事の中で、上のほうは確かに専門医がやっているかもしれませんが、これを担うスタッフが必ずいます。

このような問題について解決するものの1つは専門医制度ですが、専門医制度も我が国ではまだ十分発達していないために、今後の問題としてやっていかないとはいけません。

次の「専門医制度の効果」に書いてあるように、専門医制度を形成すれば、医師の専門職能集団が厳格な専門医制度を基礎にして形

成できるので、医師の専門職能集団の数及び分布のコントロールがある程度可能となります。欧米諸国はこのようにやっております。その上で、病院と診療所の信頼に基づく連携関係を構築していくことができます。したがって、専門医制度はそれなりに責任のある組織が担当しなければなりません。例えば大学の医局の代表者や学会の代表者が集まって相談して決めるという状態だけでは、いまの流行りの言葉で言えば「利益相反状態」の下で物事を決めていくこととなりますので、うまくいかないと言えます。

最後は本日の結論ですが、「チーム医療の必然性」と書いてあります。医療に関する情報量が爆発的に増加したことに対して、医師だけでは追い付きません。戦後医師国家試験が国によって始められたころに比べると、医療に関する情報量は500倍とか1,000倍になっていると言われておりまして、この情報量の全領域を一人の医師がカバーすることは不可能です。それから、患者の権利を尊重するという基本的な考えが今後縮小することはあり得ないと考えられます。

そのような状況に対して、増大してきた医師の業務をすべて医師、例えば若手の医師に将来的にも担わせていこうという考え方は非現実的で、副作用も大きいものです。若手の医師がすべての業務を担わなければやっていけないという状況で、特にDPCが導入されて年上の先生方にはコンピューターの操作がよく分からない、若手の医師がいないと病院が動かないという状況のもとに、初期臨床研修制度が始まったために研修医が減ったところが非常に大きな影響を受けたと言えると思います。したがって、さまざまな職種とのチームワークによってのみレベルの高い、質の高い医療が維持できるということになります。

欧米がすべていいとも思いませんが、欧米ではかなり専門性の高い業務をほかの職種に委譲して、その職種が業務を行うという仕組みを作っております。例えば、病院の患者を車椅子を押して運搬するポーターのような仕事から、最終的には、手術のときにおなかを最初に開けておいて、外科医が来て、手術が終わったらお腹を閉め

るといようなレベルまで種々多数の業務があります。そのようなものを一定の資格のもとに権限を委譲して行っているのが現状です。

最後の頁は医師数の推移ですが、OECDと我が国の医師数の差があります。現在OECDが10万人当たり310なのに日本は200で少ないという議論があります。我が国の医師は欧米の医師より明らかに2分の3ぐらいは働いておりますから、これだけであればキャッチアップできるはずなのですが、実際は欧米、特に西ヨーロッパ諸国及びアメリカの医師に比べて医師の業務を分担する業種、職種、そして人数の拡大が著しいものですから、この我彼の差はそれを加えると、もっと大きなものになっていると考えなければならない。そこが現在の問題です。現在200になっている医師数を310に持っていくことは、徐々に診療の現場の医師の過重をやわらげる効果はあるとは思いますが、それは少なくとも他の先進諸国が選択したものとは異なっている。このような業務の分担は、単に医療の効率、言ってみれば、一定の医療費のもとで一定の効率を上げるという合理的な判断で職種を分散しただけではない。医師の専門性を希釈させないためにはどのようにすべきであるかということもその判断の中に入っていると私は思っております。

看護師の養成数が最後にあります。これはご存じのこととは思いますが、看護師は1960年当時の養成のあり方とは全く違います。4年制の大学が非常に増えていて、もう1万数千人の学士の看護師が卒業しているという状況を考えれば、当然、彼ら／彼女たちが実際のマンパワーの非常に強い力になります。場合によっては、それとはまた別種の医師の業務を担当するような職種を考えることが、これからいろいろな意味で困難な医療を崩壊から救うために、あるいは、もっと良くしていくために、どうしても必要ではないかと考える次第です。少し長くなりましたが、私の話は以上です。

○永井座長

ありがとうございました。では続いて南先生からお話を伺いたいと思います。

○南先生

私は、チーム医療における看護師等の役割ということで、主に世界的な動向から概観してほしいという依頼を受けました。そこにわざわざ肩書きを書いてあります。世界的な動向から話をすることも、すべてが分かっているわけではないのですが、国際看護師協会の会長の経験、それから、先ほど桐野先生がおっしゃってくださった学術会議の経験からお話をさせていただきたいと思っています。

日本では、また日本以外の国々でも、チーム医療というものを考えるときは三角形で考えている場合がございます。医師のリーダーシップのもとにチームを組んでいるという発想ですが、これは世界的にはかなり変わってきていると言えると思います。結論から言えば「医療」と言ったり「ヘルス」と言ったりするのですが、ヘルス専門家相互の尊敬と理解のもとに連携と協働が進んでいると言えると思います。

いろいろな国々では、日本と同じように縦割りの指示でお互いの仕事をしているという国、またはその時代もあったわけですが、そうしますと、お互いの仕事がお互いに分かっているわけではない。お互いの仕事の理解が深まらないと、本当の連携と協働は進まないだろうと思います。今はよく、医師と看護師とコ・メディカルという表現がされるのですが、そういう言い方もだんだんなくなってきて、一括してヘルス・ケア・ワーカー、または医療従事者(Medicals)と呼ばれるようになってきているのではないかと思います。

1つの世界の組織からお話させていただきますと、次の頁に” World Health Profession Alliance” のホームページが書かれていますが、これは日本で言えば4師会のようなところです。ロゴマークのいちばん左が国際看護師協会、その次が国際薬剤師協会、それから歯科医師の協会、そして医師会が入っています。もちろん、日本のそれぞれの職能団体もこの組織に入っております。この組織は4団体が対等と一緒にあって今のヘルスの問題、医療の問題を議論し、そしてWHOに提言していくという仕組みで動いているところですが、こ

こでもコ・メディカルと言わないで、お互いに同じ医療従事者（ヘルスワーカー）として、それぞれ特徴のある専門職という位置づけをしています。

2006年のWHOの定義で、ヘルスワーカーというのは、健康を強化することを第一義的な目的としているすべての従事者です。WHOの場合は専門職だけではなくて、もう少し専門的な教育を受けていない人たちも含まれています。問題は、基本的にヘルスにおける理想と現実のギャップがありすぎるので、そのギャップを縮めていくためには、みんなが協力して、お互いの強いインフラストラクチャーが基盤にないとできないという考え方です。私は、ここにチーム医療の考え方がある。チームにおける協働と連携こそが非常に重要になってくると思います。

次の図は概念図ですが、言うまでもなく、お互いにパートナーシップを組み、仕事をしていく独自の領域があり、ユニークな活動もあるけれど、ヘルスに関して、また医療に関してはオーバーラップしていく部分はかなりある。お互いに共有し合って、協調して仕事をしていく。協働と連携を強化していくことで今の世界のヘルスの問題に対応できていくという考え方です。

よく、医療はケアとキュアという言い方をします。この下の概念図で真ん中のものは、人が生活していくときに、加齢や健康状態によって、環境の影響も受けながら変わっていくわけですが、加齢と健康状態と人の生活の接点に関わるものを「キュア」と呼べば、人の生活と環境に関わっていくものを「ケア」と呼ぶ。医療はこの両方ともが非常に重要であると思われれます。フローレンス・ナイチンゲールが有名になったのは、実はこの「ケア」のパワーです。環境を改善していくことで人の死亡率が40分の1になったということですが、昔からキュアも、ケアも医療にとっては非常に重要な役割であると考えられていました。しかし、どちらかというところ、キュアは医師が、ケアは、医師と看護師しかいないときは看護師が担う。いわゆる「診療」と「療養上の世話」という概念がありますが、看護

は「診療の補助」という行為があるので、キュアとケアを統合、融合したユニークな専門職と言えると思います。

もう一方で21世紀に向けての考え方がかなり変わってきていると思います。「分断」から「ホリスティックなアプローチ」。医療の分野でも、例えばがん医療に関しても、それぞれの診療科で患者さんにアプローチするというよりは、いわゆるマネジメントのディスカッションをして、ホリスティックなアプローチをしていく必要があるだろう。先ほどのキュアとケアも、分断するのではなく、統合することが必要だろう。また、新たなさまざまなチャレンジがあるわけですが、それに対しては、特に生活習慣病等の問題も含めて既に多面的なアプローチがあって、1つの専門職だけでのアプローチでは今の医療に対して対応できていかないのではないか。そういうことから、こういう考え方を基にして安心と安全の保障とか、病む人も、提供者も納得のいく医療をしていけるとか、医療の質の保障ということが考えられると思います。

先ほど桐野先生が少しご紹介されましたが、日本学術会議の中でチーム医療がどういうふうに定義されているかということが大事だと私は思いまして、コピーさせていただきました。別紙に書いてあるところです。チーム医療の促進には医師以外の職種との綿密な協力体制が求められることに疑問の余地はないという前提で、ここで書かれているような考え方が示されています。現在医師のみが実施しているという医行為の一部について、看護師など適切な教育を受け、必要な知識と能力を有する他の職種に委譲していくことについて速やかに検討すべきであるという考え方です。例えば、医行為であると考えられていた静脈注射を看護師ができるようになってきた。また、医師が処方した薬剤を、患者さんの状況に合わせて量を調整することも看護師ができるようになった。通達の以前ですと医行為であったものを看護師ができるようになってきました。生活の中から医療を見ていく、生活している人の生活環境によって、薬の量も、また質も変わってくるのだろうと思われまます。

チーム医療を考えていくときに、特にほかの職種が医行為をすることになるときによく言われる言葉が“Task-shifting”という考え方ですが、これは、今まで医師しかできなかったこと、その仕事の一部分をほかの職種に委譲して医師がしなくなるということではなくて、医師もできるけれども、ほかの職種もできるという考え方です。権限も、医師は全く権限を委譲するというのではなくて、医師もやるけれど、看護師やほかの人たちもできるようになるということがありました。私たち学術会議の看護学分科会では、「責任の共有化(Shared Responsibility)」という考え方を示しています。つまり、仕事というものはお互いに重なり合っているところがあるのが当然であり、そのことに対してお互いに責任を持っていく。医師だけが責任をとるということではなくて、している人たちそれぞれに能力があれば責任もとれる、ということが考えられるのだと思います。でもその前提、それを考えていくときに大事なものは、それぞれの役割の独自性と、能力の理解をお互いがして、それに対しての尊重心(Respect)が深まることだろうと思われまます。

今共通する世界の課題を私が繰り返すまでもないのですが、その中で特に2つの点、医療需要の変化と看護師の高齢化の問題について少しだけ触れさせていただきます。下の表はSR. Garfieldの原図を武田さんが変えて見て、医療需要の量的・質的変遷を説明したものです。1900年当時、患者さん、医療を利用している方々というのは、本当に病気を持っていて、重症で、命を救ってもらうために病院にかかってきた、そういう時代が長く続きました。つまり、医療は「キュア」が中核でした。そしてだんだんと、早期治療が必要になってくるという考え方、「早期発見、早期治療」という考え方で初期の患者さんたちが入ってくるようになった。さらに半健常者で、本人は予備軍なので危険性はあるけれども、まだ病気ではないし、診断もついていないという人たちが非常に増えてきていて、この方たちの健康状態を良くしていくことが医療費の抑制だとか、適切な医療につながるという考え方が今は進行しているのです。しかし将来は、

私は健康なのだけれども、これでいいのだろうか、健康でい続けられるだろうかということを確認にくる人たちも増えてくるでしょう。これは患者さんの数が減っていくということではありません。健常者も含めると、医療機関を利用する患者さんの全体数は非常に増えていくのですが、割合的に初期患者、半健常者、健常者が増えていくということを意味しています。ということは、こういう患者さんたちが医療にかかってきたときに誰がそれを担っていくのか。今までのように、医師を中核とした考え方では追いついていかないという現状があり、未来があるのだと思います。

もう1つは、先ほどマンパワーの話が出てきまして、看護師不足の問題はここでもきっと議論はされているので私はあえて申し上げません。世界的に見ていちばん大きな問題は、看護師の不足ですが、同時に相まって看護の質の問題を考えていくときに重要なのは、看護師の平均年齢が上がってきているということです。人口の年齢が上がってきているので当然のことですが。

これはアメリカのデータですが、平均年齢もこれだけ上がってきています。それから、35歳以下と54歳以上の2群で見ると、1980年代は若い人たちによって支えられていたアメリカの医療が、今は若い人たちが非常に少なくなっている。これは世界的傾向でして、日本でも同じことが将来的に出てくる。そうすると、医療の考え方も少し考えていかないといけないということが挙げられます。

チーム医療を促進していくいろいろな理由というのはここに掲げたとおりです。上3つは皆さんよく言われることなのですが、4つ目から。機械器具の開発が発達してきて、そして安定化したということで、医師でないと使えなかった機械器具が一般の人まで使える、そういうものが増えていきます。ということは、ほかの専門職でも使うことができるようになってきたということです。それから、先ほどお話のあった看護師の基礎教育がかなり向上してきたので、今までの“Occupational Education”から“Professional Education)に世界的にシフトしていますので、看護への期待がかなり違ってきた

ということ。それから、これは世界的な傾向でもあるし、日本は特にそうですが、看護師の院内継続研修は、自助努力によってものすごく発達しています。また、自助努力によって専門看護師、認定看護師というスペシャリストの実績もございます。

こういう流れの中で、看護師のチーム医療における役割が見直されるわけですが、私たちは決して医師の肩代わりをするのではない。患者さんにとって、国民にとって医療ニーズが変化してきて、必要度が増してきたときに、キュアとケアを融合した機能を持つ看護師だからこそできることが今よりは多くなってきているし、責任もとれるようになってきているのではないかという考え方です。

教育のことは時間がないので飛ばさせていただきますが、背景としては、移行期にいろいろな状況があって、看護教育が大学に進行していくのが日本は遅きに失したと言えるぐらいだと思います。看護の専門分化、一般ナースよりは知識やスキルを持った人たちの分化については以前からいろいろなことを努力してきておりますが、特にここで申し上げたいのは、大学院教育を通しての分化が進んできているということです。ICNでは、その下に描れているような絵、高度実践家を育てていくときにどういう基準が必要かということを示しています、これが今世界の高度看護実践者の基準になっているところです。スライドNo.19に、基本的にはそれぞれの国によって違うけれど、看護師でかつ修士号を持つことが望ましい。修士号を持った人たちが行う行為であって、実践内容としては、この下に描れたようなものが挙げてあります。ケアとキュアの両面にわたって、かなり高度な仕事をしているということです。

最近話題になっているNPという話がありますが、少し概念整理をさせていただきたいのは、ICNではAPN(Advanced Practice Nurse)と呼んでいます。APNの領域は大きく3つあります。1つは、高度医療中核病院等で、キュアとケアとを両方統合して医療を推進していく高度な技術と知識を持ったCNSと、過疎地域、過疎でなくて都市でも外来を中心として、かかりつけ医のような役割を果たすNPとがござい

ます。また、CNSとNPを併合したような専門化というのが世界的には動いてきていると思います。

日本には今CNSがいますが、CNSはまだまだ大学院の中で単位数等の限定がありますので、APNのレベルまで到達はしていません。しかし、世界的にはこういう動きがかなりあるということです。しかし、かなりキュアの分野に踏み込んで仕事をしていく役割なので、どういことを規制上整えていかないといけないかということをその次のスライドで示しており、これらの内容をICNから提示しています。

1つの例ですが、ICNとWHOが共同で調査した結果で、向精神薬処方を誰がどういうふうに行っているかを示した図が次にあります。濃いグリーンが、看護師が向精神剤を処方することを許可している所、ピンクは看護師が向精神剤を継続的に処方すること、つまり医師が一旦処方して、変わらない場合は看護師が処方していいというものです。それは地域によってかなり違います。こういう傾向が発展途上国でかなり強く見られるようになりました。次の頁のグリーンが、実際に処方に関わっている看護師のいる国々で、先進国及び発展途上国、両方が行っているということになります。

専門看護師の定義は、日本看護協会が中心になって、看護の大学協議会及び看護系学会との協力のもとで行われている定義です。10年以上経過して、その実績とその質が既に認められるようになりました。日本の看護界はアメリカと世界のスペシャリストたちの、学会単位のバラバラな認定の仕方は危ないということで、「専門看護師」と「認定看護師」という2つのスペシャリストの育成をし、また、かなり厳しい認定をする。後進の認定も厳しく行われているところです。

最後は、看護師とAPNの裁量の幅、医師とも責任を共有する幅が拡大することに関して何が課題かというものを列記したものです。職能団体だけではなくて学会等との絡み、特に専門職の場合は学会との関係が強くなって来るだろうと思いますが、時間のことがありますので、そこまでにしたいと思います。

○永井座長

ありがとうございました。ただいまのお二人のお話に対して何かご質問はございませんか。

私から桐野先生に伺います。よく、外科医が足りないと言われるのですが、人口当たりで見ると、脳外科医は外国よりも多いようですが、これは、ほかの外科医も同じような状況にあると言ってよろしいのでしょうか。

○桐野先生

それなりに歴史的な経緯があってそれぞれの科の医師は育成されてきたわけですが、問題は浮き沈みがあるということなのです。一部の外科系では非常に志望者が減少していて、手術のできるお医者さんは年上の先生ばかりになっていって、そのうち若手の外科医が非常に少なくなるという事態が想定できます。放置すれば、おそらく、そうなるでしょう。

これにはいろいろな要因があるわけですが、それなりのリスクの高い診療科には人が行きたがらないという問題です。それをサポートするためには、例えば術後管理だとか、オペ室の介護だとか、救急のサポート、場合によっては麻酔のサポートというような業種を、諸外国のように拡大しない限り、外科医はこれを全部若手が背負っているのが長続きしません。欧米とすごく違って、留学をして帰ってきた人たちは、嫌になってしまうわけです。例えば、フランスの脳外科医は年間にもものすごい数の手術をしますが、働くのは朝8時から夕方5時までです。術後管理はしません。患者に対する説明もしません。それから、術前の診断もしません。外来もしません。やっているのは手術と、カンファレンスと、勉強だけです。

○永井座長

先生の「脳外科医がアクティブである期間」のグラフを見ますと、20年経つと、大体3割の人は手術が年に10件以下になってしまう。月に1件以下です。こういうデータがあると、若い人はあまり脳神経外科には魅力がない。3割の人が退場、というわけではないのですが、

現場から離れてしまうのであれば、初めからほかの道を選んだほうがいいという思考にならないのでしょうか。

○桐野先生

それが非常に心配です。脳神経外科は、若手にいろいろな仕事を背負わせた結果、その人たちが途中で脳外科をやめるわけではないので、その方たちが全国の津々浦々に分布して、脳血管障害、昔は外傷、そういう救急疾患を診てきたわけです。そして、その中の一部のエリートだけが難しい手術、欧米と肩を並べるような手術をするという体制ですが、だんだん時間が経つにつれて、そういうのは嫌だという考えが若手に、どうしても出てくるわけです。ですから、それをどうするかということを考えないで、このまま脳外科の若手がどんどん来るということは考えにくい。非常に心配です。

○永井座長

私の周りでも、別に脳外科医ではないのですが、40～45歳になると外科をやめている方が結構いるわけで、それなら初めから45歳で選ぶ道を選んだほうが本人にとっては賢明だろうと思いますが、システムはそれでは動かないというのがジレンマなわけです。何でも結構ですので出していきたいと思います。

○島崎委員

桐野先生に教えていただきたいと存じます。お伺いしたいことは山のようにありますが、時間の関係上、1つだけ教えていただきたいと思います。先ほどのお話で、確かにアメリカの場合、専門医が行う業務は非常に限定もされており、術後の管理であるとか、インフォームドコンセントまで専門医以外が分担しているとのことですが、それにはいろいろな背景があるのかなと思います。それから、例えばPAをはじめ、それぞれの職種をどこまで細かく区分しているのかということも知りたいのですが、お話をうかがっていて私がいちばん関心があるのは、患者さんやその家族の方が、そのことに対してどういう受け止め方をしているのかということです。違う例で申し上げますと、在宅医療でも、外国だと訪問看護中心で、医学的な判断

が必要となる場合に、そこでお医者さんが出ていくというパターンのほうが多いような気がいたします。しかし、日本の場合には、とにかく看護師さんでは嫌だ、お医者さんとにかく来てもらわないと安心できないといった雰囲気があります。それから、私の肉親がインフォームドコンセントをした際、私がそう思ったわけではないのですが、やはり医師に説明してほしいと言うわけです。細かいところも含めて、執刀医に説明してほしいという声が強いような気がするのですが、そこは日本特有の事情なのでしょうか。それとも、それは社会的な要請、あるいはそれぞれの関係業務の専門性なり信頼性が高まり、が変容していくという過程をとるものなのでしょうか。

○桐野先生

何しろアメリカのスポーツ、例えばアメリカンフットボールでは出てきて蹴るだけの専門家がいるような世界ですから、そういうふうになりがち、つまり専門性を非常にフラグメントにしていく社会ではあるわけです。ただ、先ほども申しましたし、南先生も少しおっしゃいましたが、医療環境はすごく変わっていて、1960年ごろは医師の役割もそれほど大きな違いはなくて、歴史的にこのような医療の提供体制に徐々にようになってきたとしか言いようがないと思います。したがって、現状では医師以外の方が出ていっても、なかなか納得していただけないことはたぶんあるでしょう。それに、まだそのような職種が十分育っていないし、不慣れな状態ではいろいろな問題が起きてくることは十分考えられます。

しかし、この方向でやらない限り、将来の医療の質の保証はできません。なぜならば、医師が難しい手術をやりながらほかの雑用も1日中やっていて、夜も寝ないで翌日手術に入るといった状況が我が国の外科系の現実なのです。これでいいのかという問題です。前日に寝ないような先生に難しい手術をしてもらっていいのかという問題があって、ではそこで手術に問題があったときに、あなたはけしからんと言って批難するのかという問題があって、外科医はそれで

非常にめげているわけです。そういう問題です。

○朔委員

私は消化器外科医なのですが、今年4月の外科学会総会におけるシンポジウムで、外科学会に入会する医者の数が10年前と比べると激減しているという発表がありました。このまま入会者数が減っていけば、20年後は実働の外科医の数は半分になるというデータが出ております。

消化器外科領域の場合は、手術は大きな病院でしか出来ませんので、個人開業した消化器外科はみんな、実際外科学会の会員ではあるのだけれど、消化器内科医になっているという現実があります。ですから、登録された外科学会の会員数よりもさらに少ない数の医師で外科の手術に従事しているということもあると思います。

○永井座長

外科が減っていることが、どういう意味があるかということです。それは大問題なのか、あるいはある程度本当に必要な外科医数から考えると、やむを得ない面もあるのか。

○朔委員

これは将来大問題になると思います。いまも外科医はオーバーワークでいるのに、現在手術をやっている40代から50代の人のリタイアしていった時に、それを補充する若い人がいないということですから・・・。

○永井座長

代替りのシステムがあれば、別に減った数でも大丈夫なのかどうか。

○朔委員

NPというのも1つの代替案でしょうけれど、まずは外科医の雑用を少なくして外科に魅力を持たせて、外科の診療科へ行く人を増やさないといけない。それから、今後の医師国家試験合格者の35%が女性という現実があります。女医さんはどうしても家庭の仕事や家庭に入って子どもを育てるといった仕事がありますから、外科医の養成

の課程で女医さんを育てる教育システムが必要かと思います。

○海辺委員

桐野先生、南先生の発表を伺って、まさにそのとおりの感じで、学術会議が要望した段階から、私は1国民の目線で書いてあることにすべて同意という感じで思っていたのです。というのは、患者の立場というか主婦の立場で医療を見ていると、医療の質の保証がとにかく大事だと感じております。例えば、先ほどの患者さんが全部お医者さんにやってほしいという気持ちも、もちろんあることはあるのですが、ある日突然患者になりますから、患者になったその日はそういう希望を持っていても、患者を長くやっていると、先生は本当に大変だというのは見て知っていて、分業していいからと、結構みんな思っているのです。

いろいろな患者団体の方々と関わっていても、いまの医師が忙しすぎるのを何とかしなくては、看護師も大変すぎるのを何とかしなくてはと、患者も自分たちの権利主張の以前に医療を何とかしなくてはという主張ばかりしているところがあります。もう少しここが何とかなってくれないと、私たちがこうあってほしい、あああってほしいと言い出しづらくて言えないみたいのところがあります。ですから、是非医療の質を保証できるような形で、いろいろなことを組み直す時期に来ていると。患者もちゃんとした説明が常にあれば、納得する時期には来ていると思うのです。

ただ、残念なのが国民に基本的に知られていないことで、何となくマスコミがワーッと持ち上げたときには国民もみんな知って、そうなのかということになるのに、少し熱が冷めるとみんな忘れて、なかったことのようにになってしまうのです。ですから、中途半端に盛り上がって、中途半端な説明と中途半端な理解で進むのではなく、国民がみんなきちんとわかって、国民のコンセンサスが得られるような形で進めていくことがまず大事だろうと考えています。だから、すごく大変な改革で、私はずっと医療の改革は駅の改築と似ていると思っているのですが、要するに駅を改築するときには常に入って

くる電車と人の流れを維持しながら、安全性を確保しながら新しい形の駅に作り上げていくということで、時間もお金もかかるし、綿密な計画の下に1期工事、2期工事とやっていくわけです。医療も当然そうあるべきだと思っているのですが、いろいろな所に委員として参加するようになってつくづく感じたのは、将来こうあるべき、いつまでにこれは完了しますと、だからこれだけお金をかけて最初はこれをやります、2年目はこれをやります、10年目にはこれで完了ですというちゃんとした形が全然ない中で、現状はこうだから大変なのだと言って、できる範囲内で。

○永井座長

それをいま議論しているので、手短かにまとめてください。

○海辺委員

すみません。私がすごく思ったのは、とにかく日本独自みたいなおかしい形ではなく、いろいろと先進国の標準的なものと照らし合わせた中で、日本ではこれしかできないのだという形ではなく、もう少し先進国の標準と定義・水準ともに照らし合わせたものになっていってほしいと思っております。

○大熊委員

南先生に4つほど質問があるのですが、聞くところによると、アメリカのNPは看護の経験というか、勉強しないコースもあると聞いております。看護の勉強をしないほうからNPになるというコースがあるそうですが、日本でそれは有効でしょうか。

2つ目は、アメリカなどと違って、日本は看護協会が認定看護師とか専門看護師をすでに作ってきていますが、そことNPとの整合性はどのようにお考えになるか。

3つ目は、先ほどから外科の先生方が雑用、雑用とおっしゃっている雑用を、看護師たちは本当にやりたいのかという疑問です。ここにAPNも2つの病院内の忙しい外科医などを忙しくないという役割と、家庭医に当たる医者が足りないからと。これは修行の仕方もかなり違うと思うので、その辺はどうでしょうか。

4つ目は、医者も足りないけれど、看護師も少子化の中でどんどん足りなくなっているのです、お医者さんぽいことをすることで看護師がまた足りなくならないだろうか。4つの質問をよろしく願います。

○南先生

NPのことは、例えばNPの中で助産師のNPはDirect Entryで助産師になって、つまり看護の経由をしない、Nurse Midwifeではない人でNPのコースへ行ってNPになる人たちがいますが、非常に限定的です。イギリス系は基本的にDirect Entryの助産師教育をやっていた伝統があって、世界的にもその影響を受けた国々はまだそれを行っている所もありますが、世界全体から見たらNurse Midwifeがいちばん多いので、看護のもっと広い領域、つまりいまの妊婦の糖尿病の問題だとか、メタボの人の傾向も含めてわかる助産師が必要なわけです。流れから見れば、私は看護経由のNPだと思っています。

いま、作ってきたCNSと認定看護師、NP等が出てきたときどうなるだろうかということです。日本看護協会がCNS、認定看護師を認定しているのは、その当時制度を作ったとき私は中にいたのですが、学会に働きかけたのです。通常医師たちも専門医制度は学会がやっておりますので、学会に働きかけて、看護学会としてこのことを専門もナースの認定をしていくつもりがあるかと問いかけたのです。そのころはまだこのような大学もない時代で、まだまだ学会の足腰が弱かったので、日本看護協会が中核になってやる。その代わりに、看護協会の会員でなくてもCNS、または認定看護師になれるという制度を作りました。これは看護会の同意の下で、すべてその当時学会に関係している所は話合いがされてきましたし、CNSの場合は特に日本看護系大学協議会という所が教育の認定をしています。したがって、看護会を揚げてCNSと認定看護師の制度を作ってきたと言えます。NP制度、APN制度も同じことをすべきだと私は思います。看護会の同意を取らないで一部だけで走っていくことは、大変危険だと思っています。

ところで、APN、NPは医師の雑用係かということですが、私もアメリカにいたときに、最初にNPができたときに「ミニドクター」とよく言われていましたので、看護師がミニドクターになるのはおかしいのではないかと、私自身も疑問に思っていたところですが、しかし、実際にNPやMPNの発展を見ていると、決してそうではない。むしろ、ケアの専門家がキュアに踏み込んだがゆえに、非常に効果的に行われている。例えば、私もアメリカでホットフラッシュで、高年期障害で医師のWomen's Clinicと看護師のWomen's Clinicを経験しましたが、生活全般から見てくださるNPのクリニックと、医師を中核とした女性のクリニックと、かなりアプローチが違います。アメリカは、選択されてNP制度が発達してきたと言えらると思います。かかりつけをどこにするかは、医師であろうとNPであろうと人々が選んでいくと思います。だから、雑用をしているわけではないと思います。

一方で、医師の仕事の中で、医師から見たら雑用と思われるかもしれないけれど、患者にとってはすべて重要なのです。説明を受けることとか、細かくケアをしていくことを含めた、先ほど桐野先生がおっしゃった医師にとって中核でないところで、つまりケアに踏み込んだキュアのところだと思うのです。そこを看護がやっていくのは、決して医療の中の雑用ではないという考え方を私はしています。

しかし、看護師が足りないのに看護師が仕事を増やしていくことに関しては、問題があるのではないかとのご指摘はそのとおりだと思います。1つは、看護師のマンパワーの需給見通しも日本はしっかりとやってきているのですが、そのことが前提にないとできないだろうと。もう1つは、厚労省からの通知等もあるのですが、看護師でなくてもいい仕事を看護師がたくさんしているという事実もあると思います。患者が寝ていないベットづくりも看護師がしなければいけないのだろうかということ等がたくさんあるのです。例えば、看護師がやることで意義があるようにしているけれど、看護師でなくてもいい仕事の整理の仕方も、今後はもっとしていかないとはいけ

ないだろうと思います。

日本で看護の補助者の導入の問題は、もっと本格的にやってもいいのではないかと考えています。そういうチームが組めないと、看護師の役割を見直していくのは難しいと言われるかもしれませんが、ここに来て患者さんや国民のニーズから見たら、看護師はまず人を増やしてくれないと何もできませんというスタンスはとりにくい。私たちはこのことをするから、このことをしたい、このことをすることでこういう成果が上がるから、むしろいま自分たちがやっている仕事をこういう形で合理化してもらいたいという動き方をしているかといけないのではないかと考えています。

○井上委員

南先生が4つにすばらしく答えてくださったので、私のようなものが足すのは本当に蛇足かと思うのですが、特に3番目の雑用をやりたいのかという質問は、すごく待ってましたという質問です。逆に、桐野先生のご発表の中に「診療科の魅力が失われ」とか、あるいは「薄まって」という発言が何箇所か出てきたのです。私も外科病棟に30数年出入りしているので、例えば外科医はすごく手術がしたい。患者が運ばれてくるとうきうきしてくるといえるのは、ここだけの話になるかもしれませんが、そのぐらい手術に専念して、手術の技術を磨いてというのわかります。そういう疲れている中で人工呼吸器を外すとかチューブを抜管することが、病棟から呼ばれて、まだか、まだかと言われて、手術に比べてというところはあるかもしれません。

でも、看護の側から見ると、資料1の図がとてもわかりやすいと思うのですが、いちばん上が赤で医業なのです。これのいちばん天井にある所が、おそらく医師の最も魅力的な部分ではないかと思うのです。いちばん下の療養上の世話というのは、専門性の高いところから見ると取るに足らないことかもしれない。だけど、これが乖離しているのはものすごく不幸なことで、この真ん中の部分が非常に重要であると。例えば、チューブを抜くのも、ナースがそれをや

るのであれば、どうせ抜いてあげるのだったらご家族が来る前に抜いて、元気な姿で会話をさせてあげたいとか、こんなふうやってチューブが抜ければトイレまで歩けるのにとか、生活と密着したところでケアからキュアに踏み込むことで、全体の質も上がると思うのです。そういう捉え方で、全然雑用ではないのです。捉え方だと思うし、逆にそれが非常に滞っていて、この部分が良くなればということがいっぱい書かれていると。

そういう意味で、何と称するか、魅力なのか雑用なのかは別としても、それぞれが専門性を磨いてこれをやりたいと。そのときに、ナースはただ上から落ちてくるものを拾ってやるのではなくて、私たちだったらこうやれる、こうやりたい、これを準備しているというところがあるということ、是非付け加えたいと思います。

○太田委員

今日のチームというのは、ナースと医師のチームがメインのテーマのようにも受け止められるのですが、桐野先生が分析されていることは資料の中で十分伝わりますが、医師のスペシャリストとジェネラリストのチームも非常に重要なのです。専門医制度、プライマリケアも専門医と捉えれば、確かに専門医制度の充実化は非常に重要なのですが、疾患別、臓器別のスペシャリストとジェネラリストがどのようにバランス良く地域医療を織り成すかが非常に大事です。実際それをもっと具体的に決めて、比率をはっきり何らかの形で打ち出せば、例えば手術のあと経過を見るのは、地域のジェネラリストでも大丈夫なことは結構あるのです。それが、地域の医師に対する信頼が薄いゆえに、スペシャリストたちはずっと患者を抱え続けるのです。ですから、そういう分業をチーム医療の中で、医師同士がまず分業しなければいけないということが1つです。

ナースも全く同じで、疾患別、臓器別のスペシャリストと訪問看護をやるようなナースとの分業というか、チームこそが非常に重要で、医師とナース、医師同士、ナース同士、そういったことを考えていかないとまずいと思います。私は在宅医療の立場でここに参加

させていただいているのですが、こういう議論を見ると、意外に在宅の場面はナースと医師は美しいチームの下で働いているのだなと思います。

○永井座長

その辺の問題はまたいずれ議論していきましますし、参考になる方をお呼びしますので、今日はむしろ集中治療においてどのようにチーム医療をやっていったらいいかということに絞ったほうがいいように思うのです。

雑用ということではないでしょうけれど、例えば術後管理ですが、これは外科の治療を見ていると月、水、金がオペで、火、木、土は術後管理という感じで、毎日手術をやったら皆さんパンクしてしまうわけです。ですから、1人当たりの医師の手術件数はむしろ減って行ってしまおうと。桐野先生が言われるのは、もっと手術ができるチームを作って、そこに専念しようということなのだろうと思うのです。そういうところでチーム医療が作れないかというチーム医療だと思いますが、これは先ほどの保助看法の診療の補助のところカバーできるのかどうか。あるいは、いま南先生からお話を伺ったようなNPとかCNSのシステムで、先生が考えられているような非常に重症な、大きな手術の実務管理というところまで一緒にやれるかどうか、その辺りはどうなのでしょう。

○桐野先生

私は5時半に退席をしないといけないので申し上げます。もちろん、在宅医療から介護に至るような非常に幅の広いスペクトラルのチーム医療の問題と、手術室やICU、救急といった所のチーム医療は、また少し違って来るわけです。アメリカをよく例として取り上げますが、決して混同してはいけないのは、第1にそれが良いか悪いかは別にして、米国は軍経験者が大量に医療界に入ってきています。戦場の経験者が入ってきますので、そういう人たちは外科系の介護にぴったりということがあります。また、米国はある職種が足りなくなれば輸入する国です。いくらでも輸入しますので、これについても

我が国ではそう簡単にはいきません。

「雑用」という言葉はあまり使うべきでないと思いますが、もし「雑用」という言葉を強いて使うのであれば、種々雑多なことを、いろいろな種類のことをやっているというイメージ以上のものはないのです。ここで医師が担当しているさまざまな業務と書いてありますが、どれも重要です。どれも重要だから、外科なら外科医が、若い外科医が全部背負い込むからおかしなことになるので、それでは良くありません。それをよく考えないといけない。

そういう意味では、現状の医師法及び保助看法の制限については、場合によっては本格的なICUやオペ室、救急のスタッフということを考えれば、そこはどうしても限界のある場面が出てくると思います。その場合は、本格的にやるのであれば、西ヨーロッパ諸国や米国のような職種の養成を考えなければいけない可能性がかなり高いと思います。それをどのようにやるべきかはまた別途の議論でしょうが、どうしても現状の医師法や保助看法の読替えでできる範囲を超える処置を要求する場面が出てくる可能性が高いと思います。

○川崎委員

お帰りになるというので申し上げたかったのですが、チーム医療というのは、今日は医師と看護師とのインテンシブみたいなことでされていますが、患者の立場が脱けているのです。命が救われることがいちばんの目標ですから、誰がしてくださってもいい、とにかく命が救われれば。極限状況の患者の立場から言えばそうなのですが、切るだけ切って、病巣だけ取って、それが外科医や脳外科医の最高のところだという考え方に立つと、これからの若い人たちが本当にそういうところに魅力を感じるのだろうかと言ったときに、私はナースですから、医師のことにあまり介入したくないのですが、自分が手術を受けたり家族が受ける立場から言うと、手術をしてくださる先生の顔を見て、その先生が大丈夫ですよと、こういう状況をこのようにするからと説明してくださることが患者にとっての救いなのです。それを、誰が手術してくださるか顔も見えなくて、結

果は誰か違う人がしてくれるという状況のチーム医療でしたら、そのチーム医療は違うのではないかなという感じがするのです。

○永井座長

システムが動かなくなってきたので、どうするかということなのですが。

○川崎委員

ですから、医療の反省というか、20年前、1980年代にあまりにも体を切り刻むような専門分科が進んでいくことは良くないから、もっと人間的なアプローチをしましょうという反省があったはずなのです。それが、またこのように何となく部分部分で切り刻まれたような分業になっていくことは危険で、挙げ句の果てに雑用と言われる、つまりインフォームド・コンセントなどというのはすばらしい仕事なので、私たちは看護で受け取ることはやぶさかではありませんが、それを雑用と言うのは。

○永井座長

種々雑多な仕事があるということでしょう。でも、問題はシステムなのです。

○川崎委員

システムが患者にどういうものをするかということです。

○永井座長

ですから、すべてに完璧にやっていると動かなくなるので、どうしようかと、それをチーム医療で乗り越えられないかという議論なのです。

○瀬尾委員

桐野先生がおっしゃっていたように、通知のようなもので変えられるものなのかどうかということです。私は不勉強なのですが、例えば諸外国の医師法に相当するような法律はどのようになっている、我々が医師法違反であるということが実際やられているわけです。例えば、血管だけを取る人がいるとか、人工呼吸も呼吸療法師が付いているとか、その人たちが医師の指導の下では抜管してもいいと

ということになっています。そういうものが何で日本では許されなくて、向こうでは医師法になるような法律がどのようなようになって、そういう職種が自由に入ってこられるのかを少し事務局に調べていただいて、もしもこれを変えたとしたら、いま桐野先生が言われたように、法律でも何でもないような局長通知で変える限界になっているのではないかと思うので、この際そういう形の、例えば看護法なども諸外国にどのような法律があるのかを見ないと、常に日本は小手先だけで変えて変えてここへ来ているので、もう限界ではないかと思うのです。その根本的なところを少し教えていただければと思います。

○永井座長

事務局でいまお答えできれば。

○瀬尾委員

いまでなくてもいいです。

○永井座長

法律的な整備が必要なのだと思うのです。あるいは、保助看法、医師法をどう読むのかというところと、何が限界なのかというところも明らかにしていきたいと思います。

○瀬尾委員

もう1つ、医師法十七条で我々が困っているのは、学生に医療行為をさせることができないことです。そうすると、医師免許をもらうまでは医療行為ができないということで、非常に困っているところがあるのです。そういうところも、学生教育ということも考えて、医師法十七条は医業がどういうことなのか、つまり反復継続する、それで生業としていることを我々としては医業と考えるのですが、学生がそういうものを実習することは、医業をできないという解釈も成り立つわけです。そうしないと、学生は研修医になったときに、すぐに何もできない。その研修医が来て、それは医者としてやってもいいということが、我々が現場で困っているところです。

○島崎委員

チーム医療の場合、責任関係の問題は非常に重要だと思うのです。率直に言うと、医師法とか保助看法の立て方は、当初イメージしていたものは非常にシンプルな構造だったと思います。それが医療の高度化に伴い非常に複雑化していく。例えば1つの手術をするときに、複数の医師、あるいは麻酔科の医師もそこに関与する。また、看護師以外にも、臨床工学士だとかいろいろな人がそこに関与しますが、そういう場合に、どういう責任関係となり、あるいは安全管理の部分をどういうシステムで行っていくのかというのは、自動的に片づく話ではない。むしろ個人が行っていたものがベースであったのが、医療が高度化することに伴い、役割分担が必要になる。その際、その安全性をどう確保していくのかということが必要となり、さらに、そのためにはどういう教育をしていけばいいのかというように流れていかないとまずいのだろうと私は思います。

もう1つ関連して、先ほどの厚生労働省の作成した資料に関して言うと、静脈注射にしても一時は医者でしかできなかった。それが診療上の補助行為に解釈が変わるというプロセスも、どのようなことを踏まえて見直しているかということ、看護教育水準の向上であるとか医療用の機材の進歩のほかに、医療現場における実態の乖離があると説明されているわけです。つまり、言いたいことは、解釈が変わる直前のときには、形式的な違法行為が全く発生していないのかということそんなことはなくて、実際はそういうことが行われている。そして、そこはやむを得ない、あるいはこういう管理の下であれば何とかできるのではないかという実態があって、解釈変更を行うわけです。また、本来、そうあるべきだと思うのですが、一方、行政の立場から言えば、事故があったときにどうしても責任の問題があるから、比較的ネガティブなほうへ判断が傾きがちだけれども、実態との関係でそこは高度な比較考量を要するわけです。そうであれば、先ほど申し上げたようなことをもう少し話し合っていく、こういうことはどうなのと医療の現場の中で安全性の確保を含めきちんと話し合いを行い、それをベースにして解釈通知が出されるという

プロセスをたどる、それが本来の姿なのではないかという気がします。言いたいことは、責任の分担や安全性の確保をどのようにシステムティックにやっていくことがベースにあるべきで、ある行為が医師しかできないのか、看護師も診療上の補助行為としてできるのかということを抽象的に言っても意味がないのではないかと思います。

○永井座長

そういう意味では、欧米がどうなっているかも調べる必要がありますね。

○坂本委員

いろいろな話合いがされて、雑用の話も出てきました。私も数年前まで病院にいましたが、ドクターが数としてはそろっていましたが大変疲弊してしまっている医療は、長くドクターが1人の患者を見ていく状況ではないのです。そういう意味では、システムを変えないといけないと思います。

そのシステムはどのようにするかということですが、日本の医療は、これまで、はっきり言うとドクターとナースがすべて背負ってきた部分があります。ここで思い切って、これはチーム医療ですので、例えば誰がどのように仕事を担っていけば患者にとっていちばん良いのかという視点で、きちんとシステム化していくことが大事ですし、あるときは法的な解釈も少しは乗り越えないといけないと思います。

私が経験したのは急性期ですが、ドクターが手術などを終えて病棟に帰ってくるのが夜の7時ぐらいで、その時間からいろいろな業務内容をみんなが集まってドクターに聞くという状況がある。ドクターを取り囲んで薬はどうか、点滴はどうかと集まって聞いていく状況は、見ても限界が来ていると思いました。ここで思い切って、海辺委員もおっしゃったようにどのようにチーム医療をしていくかについて、まず周手術期からやっていくべきだと思いますが、周手術期においてどうしていくべきかを積極的に話し合ってもいいのか

などと思います。

○永井座長

瀬尾委員か有賀委員、いまの点についていかがですか。

○有賀委員

総論的には、いまおっしゃったことは全くそのとおりです。チーム医療、チーム医療と言って、皆さんそれぞれいろいろな思いで参加されていると思うのですが、先ほど気管挿管されている患者さんの抜管をする話もありましたし、静脈注射が平成14年にこうなったという話は最近知りましたが、そういうことは実は現場ではやっているのです。

私は桐野先生の弟弟子みたいなもので、地方の病院で脳神経外科の診療科を立ち上げるために、たった2人で脳外科を始めました。3年もしないうちに年間の手術件数が300を超えて、先ほどの話ではありませんが、家に帰れないという状況です。そういうときには、例えば救急医療等における診療の優先順位の決定などというものではなくて、いま流に言えばパスなのかもしれませんが、松のコースとか竹のコースとか梅のコースを作っておいて、救急外来の看護師さんをお願いするのです。そうすると、看護師さんが手術室に来て「いま写真を撮ったらこうですよ」と。2人しかいませんから、そのようにするしかないわけです。「お母さんに説明するから、うまくやっておいて」と言うと、点滴を流しておいてくれると、こういう話です。病棟では、術後の患者さんでこうなったときには抜管してくれという話になっていますから、抜管してくれるわけです。トラブルはもちろん情報が来ますが、トラブルがなければルールどおりやってくれればと。そういう意味でのチーム医療は、実はよくできていたと。

先ほど地域の先生という話がありましたが、私が外来で見ている、幾何級数的に患者が増えるに決まっていますから、どうするかというと、患者さんはどうしても私に診てくれと言うのです。何と言うかというと、「僕の言うことを聞くなら診ます」と。そこまではいい

ですね。それで何を言うかという、「3カ月に1回来い」と。あとは「2週間に1回、どこどこの先生の所に行って診てもらえ」と。「いやです」と言うと、「さっき俺の言うこと聞くとやったじゃないか」となるわけです。そうやって地域の先生方とやっていくわけです。

リハビリテーションだって、次から次とリハビリテーションに送り込みますから、地域の先生方の中でリハビリテーションのネットワークもうまくやるわけです。そういう意味では、国の委員会で何をどう決めるかという、法的なものに関してはここで決めざるを得ませんが、おそらくチーム医療の実態は当事者によってうまくやるしかない。先ほど患者さんと言っていました、患者さんの家族だって患者さんだって、当事者です。脳神経外科の緊急手術ですと、患者さんは大体意識がありません。その後、患者さんが良くなるとリハビリに行くので、患者さん自身は私の顔は知らないのです。何箇月か経ってから外来にみえて「手術をした先生に会った」と。こういう状況になっていたとしても、それはそれで患者さんにとっていちばん良いことをやってきたわけです。

だから、話は単純で、相当程度に当事者として現場は動いている。その動いている現場でいちばんのトップランナー的なものをここで出していただいたとすれば、その中でどうしても法律でということがあればここで決めていただくのが、話としてはいちばんわかりやすいのではないかと思います。

○永井座長

おっしゃるとおりだと思います。いまの法律ではできないこともあるのだと思うのです。そこを整理して、あとは現場がやりやすいようにするにはどうするかと。

○有賀委員

私も診療の補助と療養上の世話行為という話でいろいろな文章を書いたことがあります、診療の補助ということでいくと、相当程度いろいろなことができるのではないかというのが実感です。先ほど言った抜管の話だって、診療の補助は診療の補助なのです。さす

がに挿管をしてくれということは、ウルトラのとき以外はしておいてくれとは言いませんでしたが、基本的には医師がスタッフとの信頼関係の中でいろいろやってくれと言ってやってもらっているというのが、たぶんあちらこちらの実態なのだろうと思うのです。

先ほど座長がおっしゃっていたように、いよいよ現場が立ち行かなくなったので、このようなディスカッションをしましょうと言っていますが、実は現場がこうならなくてもこの手の話はきちんとやって、良いチーム医療を展開するのが病院医療の基本だと思えますので、いよいよ厳しくなってきたからこの話になったという歴史的な展開についての事実は認めますが、もともとそうならなくてもこの議論はすべきだったのだろうと思います。ですから、是非トッランナーみたいな話とまとめて、ここで変えなければいけない話は変える。そうでなければ、当事者としてうまくやっているのをそのまま温かい目で育てていただく。

○永井座長

それが事故でも起こったときに裁判で問題になっても困るわけで、そういう意味では整理が必要なわけですね。

○有賀委員

先ほど言われたみたいに、そういう意味ではチームとして横並びのようではありませんが、私はリーダーとしてはいつでも裁判を受けて立とうという形でいままでやってきました。私たちの大学病院でも、看護師のせいにする教授がいました。あなたは保助看法を知っているのかと。診療上の補助ということでやらせているのだから、裁判を受けて立てという話をしたことがあります。そういうところをもう1回シャキッとさせるという話はいいのではないかという気がします。

○竹股委員

いまいろいろお話を伺っていて、私は現場でやっておりますので、自分の過去の看護師の体験も踏まえて考えたことは、有賀委員がおっしゃったように、現場でははるかに進んでいるというか、現実に

則したお仕事をそれぞれが協同してやっているという事実があります。しかし、看護職は診療の補助業務という法規定にかなりこだわりを持っていたわけです。これは私たちが専門職としての独自性の部分で、診療の補助というところに引っかかりを持っていたわけです。だから、言葉的に申し上げれば、私は1970年にナースになってよく覚えているのですが、静脈注射の話が散々出ていますが、静脈注射をナースがすべきか否かということは、法がどのようというよりも、看護師は法を縦にして、なるべく静脈注射を看護の業務にしないようにしてきたと、私の個人的な経験ではそうだったような気がするのです。

それはなぜかという、昭和26年のときは、治療の中に静脈注射を使うことは非常にレアというか、その時代は高度だったと思うのです。事実上あまりなかった。しかし、私は小児でやっていたのですが、私が1970年にナースになったときには、子どもの治療でも向精剤は普通に筋肉注射でやっていましたから、静注は非常に高度であったと。しかも、危険度が高いという認識がすごくあったわけです。しかし、ご存じのように、いま子どもで向精剤を筋肉注射でやることはあり得ない。通常当たり前のように、静脈注射が治療の普通の状態になっているのです。ですから、現場では、静脈注射そのものが診療の補助業務として特別なものではないと私は思っています。現にボトルはいつも変えていたわけです。ボトルを変えるのと穿刺して入れるのと、薬の内容によって違うのであって、行為そのものは何も変わらないと思っています。

このように、いまナースはそんなことにこだわる時代ではないと思っています。法規定の診療の補助は少し引っかかりますが、そんなことを言っている場合ではなくて、現場的には医師も疲弊しているし、ナースも疲弊しているし、しかも高齢化で、私たちの臨床もナースたちの業務量はものすごく増えています。ですから、医師も大変だけれどナースも大変という中で、私たちはもちろんこういう業務ですから、ナースがやれることはもっと業務拡大していくべき

だということには賛成しているのですが、全体像としては総力戦でやるしかないという危機感を持っています。

○朔委員

こういう議論を深めていくとだんだん総論的になるのですが、そもそも医師法も保助看法も60年前に作られた法律ですよね。60年前の医療のレベルにおいて考えられた法律が基本にあるわけです。いままでは法律の解釈を変えるという手法で対応してきました。この会議も、自民党政権の時代であれば、おそらく読替えていくという従来法式になるのかもしれませんが、今度政権交代になって根本的にパラダイムシフトするのかどうかという、1つの大きな転換の時期になっているかと思うのです。その辺の基本的な姿勢を少し考えていただくのも、大事なことなのではないかと思います。桐野先生がおっしゃるように本格的にやるのであれば、法律そのものが古すぎるというのはここにいらっしゃる皆さんが認識していると思うのです。法律を変える作業というのは、私にはわかりませんが非常に大変なことだろうと思っておりますが・・・。

○永井座長

チーム医療の定義ということがこの前話になりましたが、もう少し現場の問題、何が課題になっているかを洗い出しながらチーム医療を考えていく必要があると思います。

○山本（信）委員

今日は医師と看護師の役割ですから、薬剤師の時間がないので、いずれ出てくる場所もあるのだろうと思うのですが、先ほど永井座長がおっしゃったようにいまは医療のシステムが動かなくなっているんで、そのシステムをどう動かすかという話です。先ほど南先生からケアとキューの内訳を非常にうまくご説明いただいて、立ち位置とか役割はかなりよく理解できたのですが、このまま行ってしまうと、皆さんがおっしゃるように看護師の方々がとても大変になって、医師と同じになってしまうのではないかという懸念があります。その一方で、海辺委員から、患者の立場から先進国についてあ

げてほしいということがありました。そういった意味からすると、いま日本のシステムが動かないということですが、海外はちゃんと動いているのかどうかは比較がないものですから、法律的な部分がどのようにサポートされているのかと同時に、現場が一体どのように動いているのか、それは法律があるからなのか、あるいは有賀委員がおっしゃったように現場ではそんなことはないぞということなのか、明確に分かれているのかということも必要なのではないかと思います。

先ほどWHPMのお話がありました、たしか去年からはOT、PTもめんどろになったと思います。そうすると、この議論のように医師と看護師だけではなく、そもそも薬剤師もおり、歯科医もいて、さらにヘルスワーカーという大きな括りになっていますが、WHOのグローバルスタンダードは一体何を考えているのか、WHPMの中ではどういう方向性を出しているのかも、この中で議論していくよりは大変重要だと思います。薬剤師もそうですが、海外を見ながらああもやりたい、こうもやりたいというのがあって、もっとベーシックな議論があった上で、当然患者の目もあるわけですから、そうしたことがこの中に出てくると、チームという意味では皆さんの負担をそれぞれの専門職がそれぞれ担って、誰がリーダーになるかはまた別問題ですが、お互い背負いながら患者のために仕事をしていくということであれば、法の部分もそうですが、実態を少しお知らせいただければ、よりわかりやすくなるのではないかと思いますので、その辺りも是非検討いただければと思います。

○島崎委員

看護師以外のPNを作るかどうかの話になると、これは新規の立法とか要件をどうするかという話なのですが、看護師の業務範囲に関するこの議論も、先ほどの概念図を見る限りは、非常に弾力的な運用ができると思います。なぜかというと、診療の補助と言っても何が診療の補助に該当するのかというのは解釈の話だし、前回もご説明がありましたように、主治医の指示も個別指示でなくとも包括的

な指示でかまわないわけですから、その解釈を柔軟にすることで業務範囲は相当広げることができると思います。

それよりも、先ほど座長が少しおっしゃった、保助看法に限定したときに看護師は誰でもよいのかとという問題、つまり、一定のアドバンスト・ナースというか、専門看護師、認定看護師という資格を設け、それに合わせて特別な教育を要求し、そういうトレーニングを受けた場合に認めていくような形を取るのか、そうではなくて全体を底上げしていくのか、あるいはもっと柔軟に、この人だったら良い、この人だったら駄目と個別の医者に判断させていく形をとるのか、という論点があります。システム論として考えるのだったら、今日ではなくてよいのですが、そのことを議論したほうが有用ではないかと思います。

○海辺委員

現場の解釈を伺っていて、私は患者の立場から多少違和感を持った部分がありました。というのは、私はがんの医療のほうから出てきているものですから、がんの診療の現場でどのようなことが起こっていたかという、患者さん個人個人が非常に運によって左右されてしまっていたのです。ここの病院のこの先生にかかっていた人は、同じようなステージの同じような状況の患者さんなのに助かると。だけど、全く運の悪い人は、もっと早期の軽い状態だったにもかかわらず亡くなる経過をたどるような、非常に医療の質がバラバラであるというのを目の当たりにしまして、私がこんな活動を続けているのは、救える命を救う、元気な日を1日でも長くする、それだけのためにやっているところがあります。だから、運によって左右される医療というのはすごくいやなのです。

ここにいらっしゃる先生方は皆さん志が高くて、ここにいらっしゃる先生方にお任せしていれば、この患者さんたちは絶対守られて良い医療が受けられるのだと思いますが、現場任せで本当に良いのかというのは、私は患者の立場から疑問に感じる部分もあります。

○井上委員

もう少しこの会議が進んでからでもかまわないのですが、先ほど有賀委員が医師が責任を取れとおっしゃって、大変心強いなど、そういうドクターと一緒に働きたいと思うのです。ここで包括指示の解釈はいろいろ可能ではないかと言っても、現実の医療事故で、いまの段階で医師の指示に忠実に従って、それでもおかしいと思って「本当にいいんですか」と言いながら事故が起きて、間違った注射で死んでしまったような場合には、いまの法律は発生時点からの遡り状況なので、ナースが注射さえしなければ、この人は死ななかつたという解釈なので、決していまのものでもナースの責任は免れるものではないのです。ここで皆が同意したとしても、法廷に行ったら全然違うことになる。弾力的にやるのはいいのですが、是非法の専門家に、もっといままでのような厳密さがなくなるところでの法的なバックアップがどうなのかを、是非押さえておきたいのです。診療報酬のこともいずれとは思いますが、それは後でかまわないので、是非法的な、特に医療事故に関しての指示との関連性をクリアにしていきたいと思います。

○瀬尾委員

有賀委員のチームはすごく良いと思うのですが、誤解していただきたいくないのは、すべてがそううまくいくわけでないので心配しているわけです。そのためには、有賀委員はAというナースであればOKだ、Bというナースであれば駄目だということなので、教育をきちんとした上で指示などをすべきだと思います。

誤薬の投与ですが、いわゆる麻酔科領域で「サクシン」というものがあります。これは医師が間違った指示をしたと。マザーコンピュータでも間違っていると、薬剤師もこれはおかしい、こんなものは病棟で使わない、ナースも使わないと言ったのに、また使えと言われるわけです。ナースは、調べて筋弛緩剤なのにねと言って、結局投与してしまう。なぜそれが投与されてしまうか、チーム医療としてなぜとめなかったのかというのは、1つは教育が漏れている。つまり、ナースはサクシンが肩こりを治すような筋弛緩薬だと思った

のかもしれないですね。だからきちんとして、十分な教育をする必要があるのではないかということと、チーム医療。そのときに、有賀委員がおっしゃったように医師が責任を取るかということ、取らないかもわからないし、責任を取ったからいいという問題でもない。そういう意味ではチーム医療が必要ですし、それをやるためにはある程度の一定のレベルを担保するために、最低必要な教育を受け、それをマスターした者についてやっていくということではないといけないのではないかという感じがします。

○有賀委員

たまたま薬の話が出たので、追加です。薬剤師さんたちは、基本的に処方箋が出ると監査がありますね。その監査をしたときに、例えば病棟にいるドクターや外来のドクターに「こういうのが出ているのだけれど、ひょっとして勘違いではありませんか」と聞くわけです。そのときに「ふざけるな、ばかやろう」と言うしょうもない医者が出て、したがって病院によってはなかなかお医者さんに監査ができないというのも、実態としてあるわけです。私たちの病院では、医療安全管理室としては「万が一のことがあったら、俺は飛んでいくぞ」とやっているわけです。そのようなことは、確かにサクシンを肩こりの薬だと思って打ってしまうという話は、とてもではないけれどどうにもなりません。いま言った監査とか薬剤師などが介在するのは、いまの法律においてもちゃんとそれを守れば一定の水準にはいくわけです。

○瀬尾委員

だけど、実際投与したのです。

○有賀委員

そういう意味で、要はいま行われなければいけない最低限のことをきちんと守るということもあって、それでも足りないのであれば、法的にプラスアルファで変えていこうと。その部分で、最初海辺委員がおっしゃったように、実際問題動いている現場が困らないようにして、昭和大のすぐそばの旗の台駅も、電車がどんどん動きなが

ら、ついにきれいになりました。私は本当にどうなるのかなと思いましたが、それでも電車が止まることなしに、毎日通いながら、おっしゃっているとおりなのです。そういう意味では、現場は現場でその都度動いている。その動いている景色を上手に育みながら先へ進むという話で、私が最初から言っているように、このようなものを考える場合は、たまたま歴史的にこういうプロセスでこうなっているかもしれませんが、もともと必要だったはずなのだと思うのです。そのような観点からいくと言われるとおりなので、是非上手に先へ進みたいということです。これは薬剤師さんも管理栄養士さんもみんな平等に上がってこいという話になりますから、全部関係しているはずですよ。

○坂本委員

先ほどのサクシンの誤薬の話ですが、まだそれはチーム医療ができていないということだと思うのです。ここで話し合うチーム医療は、例えばドクターがナースの判断に反することをしたら、「それは違う」と言う義務を付けないといけないと思うのです。おそらくそれが言えなかった状況が雰囲気的にあったのだと思うけれど、大変問題がありますアメリカのナースは、おかしい指示をドクターが出したら、それをおかしいと言わなければナースが責任を負うことになっているらしいのですが、調べたら日本はそういうものはありませんでした。チーム医療は、様々な職種みんなが同じ立ち位置でやっていくというスタンスを、どのように持たせていくかが重要であり、そういうシステムを作らなければいけないと思います。ですから、「それはおかしい」と言っていく義務を付けていくべきだと思います。有賀委員がおっしゃったような状況だけでは、いまと同じようにドクターが全部を指示していく、そしてドクターに報告していくという仕組みは変わらないと思うのです。そこは変えないといけないと思います。

○南先生

折角の機会なので、一言最後に言わせていただきたいのですが、

チーム医療を考えて、特に看護師の業務がいろいろ変わっていくときに重要なのは教育と制度だと思います。基本的に制度がない所、先駆的な実践があって、太田班のように先駆的に発表されてきて、あれが根底にあってほかの所もできるようになっていくというプロセスは必要だと思いますが、それを全部ができるようになるためには、制度がないとできない。例えば看護師の場合、先ほどの事例のように、薬剤師は異議申立てをしなければならない職種です。どうしてもしないといけない。看護師は、いまの法律では異議申立てができない職種なのです。これは法律を変えないと、だからと言って注射をしていいということでは決してないし、専門家としては注射をしてはいけないと判断すべきだったとは思いますが、法律的にも異議申立てをすべきであると。看護師はする職種なのだという認識を社会が持たないと、医師はいくら言われてもストップしないだろうと思います。したがって、制度は非常に重要だと思います。

また、APNのレベルでもNPのレベルでも、国によって、アメリカなどは州によって実に細かい規定があります。その規定と、さらにNPが仕事をしていくときは、自分が連携を取る医師との間の契約があります。そういうことを細かくしていくことが、患者の安全と医療の質を担保することだと思います。それを誰ができるのかも明確にすべきだと思います。もちろん、経験を積んだ3年以上の看護師なら誰でもできる業務もありますが、認定看護師、専門看護師、APN、NPのようなきちんとした制度に乗っていることが必要だと思います。いままでは日本看護協会が認定しているからと言って、なかなか専門看護師、認定看護師の名称を認めていただけなかったことがあります。でも、今後は日本看護協会ではなく、第三者機構できちんと認定制度を設けて、学術的にも確かにそのことはできる、できない、またはこのことをこうしたほうがいいということがきちんとできる制度の中で、認定と教育の仕組みを作っていくべきではないかと、それを議論されることだと思います。

○山本（信）委員

やっと薬剤師の話が出てきました。いま南委員がおっしゃったように私どもは義務がありまして、疑義があったらその疑義が解決しないまま調剤してはいけないということがあります。ただ、それは処方箋によってですので、そういった意味では医療機関の中に処方箋があるのかどうかという議論もいずれしなくてはならないと思います。たしか薬剤師が医療の担い手になったときの経過の中で、唯一薬剤師をどうして医療の担い手にするのかという議論のときは、我々が持っている疑義照会をすることが医療の根幹であろうということで、医師、歯科医師、薬剤師、看護師が医療の担い手になったはずなのです。そうした意味では、いまお話のあったような監査をして薬の問題点を指摘できない環境が、もし医療機関の中にあるのであれば、坂本委員がおっしゃるようにそこはチーム医療になっていない。あるいは、薬剤師がまだ十分にそこまで成熟していなかったのかもしれませんが。

ただ、問題点は、なぜおかしいかと、「なぜ」を説明しないで単にこれはおかしいぞと言っても、お忙しい先生方の中で意見が得られない。あるいは、忙しさの中で対応いただけないのかもしれない。かつて、私も永井座長の病院の先生に、外来からお電話して「うるさい」と怒鳴られたことがありました。それでも、あとで考えてみると、その先生はご自分で患者さんにお電話されて、「あれは飲むなよ」とそっとおっしゃったような話がありますので、おそらくきちんと話をすれば、議論ができるのだらうと思います。そういった意味では、どれほど普段議論がし尽くされているか、あるいは先ほど有賀委員がおっしゃったように信頼関係をどう作れるかが、この中でいちばん問題なのであって、お互いの権益のぶつかり合いであってはそれができないと思います。サクシンの件は我々も十分に肝に命じておりますので、この先もきちんとしたいと思いますが、疑義照会については、是非ここにいらっしゃる先生方、薬剤師が病棟にいてさまざま申し上げたら、少しは聞く時間を持っていただければ大変ありがたいと思います。

○永井座長

どうもありがとうございました。大体時間になりましたので、議論はこれからも続けていきたいと思えますし、次回からは別の論点からの検討を進めたいと思えます。

最後に、事務局から何か連絡事項はございますか。

○石川補佐

事務局より、次回の日程についてご連絡します。次回は10月13日16時から18時、場所は厚生労働省ではなく、東京国際フォーラムのガラス棟会議室701となっております。また別途ご連絡をしますので、よろしく願いいたします。

○永井座長

それでは、今日はこれで終了させていただきます。どうもありがとうございました。

—了—