

大分県立看護科学大学 特別記念講演（草間朋子学長退任記念）講演録

チーム医療における特定看護師への期待

福井 次矢 Tsuguya Fukui

聖路加国際病院院長 St.Luke's International Hospital

日時: 2012年3月22日

場所: 大分東洋ホテル

ご紹介ありがとうございます。聖路加国際病院の福井です。草間先生のこのような記念すべき盛大な講演会にお招きいただき、ありがとうございます。実は、どういふ方々がお集まりになるのかよく伺わないまま準備したものですから、ひょっとして分かりきったことをしゃべっていると思われるかもしれませんが、どうぞ40分足らずの時間、お付き合いいただければと思います。

つい先日、草間先生から、日本NP協議会の今年の資格認定試験の合格者は37名、受験者全員が合格したという手紙をいただきました。特定看護師という名前になるのかもしれませんが、いわゆるナースプラクティショナーの制度を日本に立ち上げるために、大変な努力をされているということは重々承知しているところです。実は先ほど草間先生にお話したのですが、日野原先生がずっとおっしゃることには、新しい制度を立ち上げるには20年かかるということです。日野原先生のように100歳まで生きると、新しいことがこうなったという結果を、たくさん見届けることができますから。特定看護師の制度もこれから法制化される予定で、いつでも法案を提出できる状態になっているとのことですが、どんな困難が待ち受けているかも分かりません。草間先生には少なくとも20年はお元気でいていただき、日本の医療制度の中で、しっかり根付くところまでガイドしていただく必要があると思っています。

私のイメージでは、特定看護師やナースプラクティショナーは、いわゆる総合医と非常に似た状況にあると思っています。私自身、総合診療とかプライマリケア内科という分野に関わってきました。片方は医師の側から、片方はナースの側から担当分野を広げるという試みです。特定看護師は、ナースの側から医師寄りの仕事を行おうとするものですが、両者

のオーバーラップは決して競合するということではなくて、両者が上手く協力しないと上手くいかないだろうと思っています。医師不足に加え、今後ますます大きな問題になると思われる看護師不足については、双方が新しい専門職を立ち上げないと、日本の医療は立ち行かなくなるのではないかと危惧しております。

特定看護師の制度に向けたこれまでの活動については草間先生がお話されると思いますし、私は少々門外漢ですので、そのような制度が重要だという話をさせていただきたいと思います。

まず、わが国の医療の全体像について考えてみたいと思います。ご存じのように、日本人の寿命は1947年に50歳代だったのが、2010年の最新のデータでは、女性が86歳、男性79歳です。男女合わせるとわが国は世界で一番の長寿国です。これは大変素晴らしいことです。少々古くなりましたが、WHOが世界の医療のランキングを発表したことがあります。WHOが週刊雑誌みたいなことをしていると思われるかもしれませんが、これは大変な労力をかけてまとめたものです。それによると、日本人の健康レベルは、質で調整した寿命でみても世界で一番です。しかし、医療の公平性については三番目と評価されています。一人あたりの医療費は、随分低いところにあります。一番お金がかかっているのは米国で、しかも米国の健康レベルはあまり高くない状況です。全体のパフォーマンスとしては、最近発表されているデータでもそうですが、フランスが一番良いとされています。フランスとカナダの医療状況は、非常にバランスがとれていて、世界の中では一番良いとみなされているように思います。日本もいいところには位置していますが、国民の満足度はあまり高くなく、トップとは考えられていません。

患者さんの立場から言うと、いつでもどこでも世

界一の医療を、しかも安く公平に受けたいというのが理想です。一方医療者は、ほかの人はいざ知らず、自分が今診ている目の前の患者さんにベストの医療を提供したい、1億円かかろうが、2億円かかろうが、ベストな医療を行いたいと考えます。

研究者は、全く違った視点からデータが欲しい。特に日本では、医療者はもう少し余裕のある生活をしたと心の底では常に思っていると思います。行政は全く違った視点から、より少ない費用での医療の提供が最も重要だと考えているでしょう。例えば1年余命を伸ばすのに、いくら費用がかかるのかを知りたいわけですが、こういうデータがなかなか日本にはないのが実状です。

医療の枠組みを考える場合、医療に関わるプレイヤーごとに目標とゴールが微妙に異なるために、なかなか一つの方向に動きにくいというのが現状です。そのために、いろんな問題を抱えています。医療技術が高度になればなるだけ、少し間違えば大変な害をもたらす、高齢者の余命を1年伸ばそうとすると莫大なお金がかかります。50年前の若い人でしたら、わずかなお金で1年の余命を延ばすことができましたが、今は医療を取り巻く状況が全く異なってきました。日本人の平均寿命が90歳まで長くなると、そこから先、1年余命を伸ばすのに今より莫大なお金がかかります。つまり、有効性・効率性という点で、わが国ではすでに天井効果のところに来ているために、改善することが難しい。それから、いつも私たちが悩むのは、移植医療の問題や身体と心の治療で、パラダイムと言いますか、基本的な考え方が変わってきた。それから、先ほどのプレイヤーの視点が違うということも関係しますが、集団や社会の視点と個人の視点がかなり異なってくる。また、最近では看護分野でも同様かと存じますが、医療者のプロフェッショナルイズムの衰退が、世界的に指摘されています。ワークライフバランスを重視する風潮が強くなってきているために、献身的に患者さんに接する態度を強く促しづらい雰囲気になってきています。

また、ご存じのように、いわゆる医療崩壊、医療者の数の不足、専門性の偏り、それからチーム医療の再考ということも叫ばれるようになりました。チーム医療は、英語ではマルチディスプリナリイといって、多職種という枕詞が付くのが一般的のようです。チーム医療では、診療の現場でより高い質の医療を提供するために、複数の専門職がタイミング良くそれ

ぞれの役割を果たすことが重要です。そのことによって、例えば一人だと1週間かけないとできないことが、多職種が関わると30分、1時間でできることもありますし、一人ではできないことができるようになることもあります。チーム医療を考える場合に非常に重要な点が、医療の結果、患者さんのアウトカムが本当に改善するかどうかです。「複数の専門職」というキーワードがありますが、今後、チーム医療を構成する職種はさらに増えていくのではないかと思います。

聖路加国際病院でも、いろいろな専門職の人が多く働いています。グループで対応した結果として、医療有効性や効率性の評価も当然必要です。有効性というのは、ご存じのように、死亡率が低くなるのか、病気の罹患率が低くなる、機能障害が少なくなる、自覚症状がなくなる、患者の満足度はどうかということなどです。効率性の評価においては、費用との関連性評価が行われます。

先ほど「タイミング良く」と申し上げましたが、これには、「あらかじめ考えておく手順に無駄がない」ということと、「現場で患者さんを目の前にして、息のあった行動がとれるかどうかということ」の二つの要素があると思います。あらかじめ無駄のないプロセスを目に見える形にすることは、クリニカルパスの作成により可能となります。息のあった行動には、チームについての理解が必要です。私たちもチーム医療、チーム医療と言うわりには、チームのダイナミクスやメンバーの心理的な側面などについてはあまり教えられていないので、何となくチームでやれと言われてばなしのようなところがあります。例えば、解剖学や生理学を勉強しないで診療をやらされているようなもので、もう少しチームについて、最低限こういった知識が必要とか、こういうエチケットが必要だとかを学んでおく必要があると思います。看護の分野について存じませんが、少なくとも医学の分野ではこういうことはほとんど教えられていないために、個人差がとても大きいように思います。チームダイナミクスについては、最初のハネムーンの時期、すなわちグループメンバーがお互いに気遣いをする時期から、混乱期を経て、メンバーにストレスが少なくて生産性の高いチームが最終的に出来上がる。このような自然歴、そのときそのときのメンバーの心理状態をあらかじめ知っておくことが、チームを成熟させるためには重要だと思います。

こういったことについて、少なくとも我々医師

は、あまり体系だったトレーニングを受けてこなかったというのは大きな問題だと思っています。最近では、チームベースドラーニングやチーム基盤型のカリキュラムも開発され、とくに欧米、シンガポールなどのメディカルスクールでは、学生の頃からチームダイナミクスを経験し学ぶカリキュラムで教育が行われるようになってきます。日本においては、医療者養成のカリキュラムにはまだ改善する余地があると思います。チーム医療の有効性についての論文は、残念ながらほとんどが欧米の研究グループによるものです。心不全の患者の入院率と死亡率について、循環器のドクターだけが診ていた患者群と、循環器のドクターに看護師と栄養士が加わったチームで診た場合とでは、死亡率や再入院の割合が優位に低くなるという論文が、10年近く前に出ています。他にも幾つか例があります。II型糖尿病患者の血糖コントロールも、チームでケアするとよくなる。乳がん患者の治療成績も、看護師、栄養士、カウンセラー、がん関連専門職が関わると、治療成績がよくなるのが科学的な手法で実証され、論文になっています。

以上のような研究も、今後日本でのチーム医療を進めていく上で、重要ではないかと思っています。チームの一員として身に付けておくべき共通知識があるはずですが、グループダイナミクスのところでも触れましたが、職種を超えてチームを組む者全員に必要な知識や技術が体系立てられていないことは、大きな問題だと思います。私たちの病院では、少なくとも毎月1回、全ての職種を対象にした講演会を行っています。最低限、このような活動は必要です。

これから医学・医療を取り巻く状況がどんどん変わってゆく中で、専門職の種類や役割の見直しを柔軟に行っていく必要があると思います。病気や医療現場、様々な医療機器も含めて、現場がどんどん変化しています。患者さんのニーズも変わります。医療技術の発展ばかりでなく、社会環境も変わってきていて、今大きな話題になってきているのが特定看護師です。医師の側からは「総合医」、外国では入院患者さんに特化した総合医を「ホスピタリスト」と呼んでいます。こういった専門職が新たに重要性を増すのではないかと思います。

私は特定看護師については門外漢ですが、わかる範囲内でお話ししたいと思います。最近になって、専門看護師や認定看護師が養成されるようになってきました。専門看護師は、必要な単位を取得して修

士課程を修了した方で、1年前までに10分野について612名が認定されているそうです。認定看護師は、19分野で7000人以上の方が認定されていると伺っています。聖路加国際病院には、看護師766名中、専門看護師は5名、認定看護師は11名います。大学院の修士課程では専門看護師の教育課程はありますが、現在厚生労働省の試行事業の関係で行われているのが周麻酔期看護学です。1名の男性看護師がこの3月に卒業し、いよいよ4月から聖路加病院で、アメリカで言うナースアナエスチスト、麻酔師に相当する仕事をしてもらうことになっています。この修士課程のカリキュラムには講義と実習があり、それぞれ270時間と600時間が組まれています。これを修了した看護師が、第1号の周麻酔期看護師として誕生します。彼が、「非常に優秀で、日本の医療にとって素晴らしい、新しい専門職だ」と、誰からも評価されるような働きをすることを願っています。

最初のところで述べたように、厚生労働省では、看護師特定能力認証制度の法案を出す段階まで進んでいると聞いています。「特定行為」とは、医師の指示の下、臨床にかかる実践的かつ高度な理解力・思考力・判断力、その他の能力を持って行わなければならない、保健衛生上危害が生ずる恐れのある行為で、褥瘡の壊死組織を取り除く処置や、脱水の患者さんの判断をして実際に脱水を補正すること、点滴を自分でオーダーして点滴を行うところまでできることなどが想定されています。医師の指示の下とは、具体的な一つ一つの指示をもらわなくてはならないというのではなく、いわゆる包括的な指示で、ある範囲内で自分の判断で行っていいというもので、実務経験が5年以上の方を対象に、2年間の修士課程のコースと8カ月程度の研修期間の二つのルートを考えていると聞いています。その上で、試験に合格することが必要です。

私自身は、ぜひこの法案が通ってほしいと願っています。このことに関連して、私が主任研究者として依頼された研究班が4月1日から立ち上がり、特定看護師の制度に必要なカリキュラムの原案を作っています。法制化された暁には、2年間の修士課程のカリキュラムあるいは8カ月間程度の学習後、どういう目標で方法・評価の研修を行うべきか、いろいろな意見を聞きながら原案を作る予定です。皆さんに納得していただけるような案を作りたいと思っています。

アメリカでは、1965年にナースプラクティショナー

の制度が発足しています。現在でも、様々な論文が出ています。やはり、コストの問題、どの範囲までの診療を行うべきか、医師からどの程度独立してよいのか、あるいは責任の範囲などについて、州や地域によって微妙に違いがあるようです。常にそれなりの課題を抱えているようですが、ナースプラクティショナーが効果的で、患者さんにとって満足度がより高い医療を提供できることについては、ほぼ確証が得られて、誰もが認める状況です。私も1980年代にアメリカの病院で働いていた頃に、ナースプラクティショナーと一緒に働いたことがあります。そのときは、処方箋にドクターのカウンターサインが必要でした。プライマリーケアが必要な患者、風邪をひいたとか、眩暈を訴える患者などは、ほとんど彼女が診てくれていました。また、これから警察官になるとか、市役所の役人になるときの採用時の健康診断も、ほとんど彼女が担当していました。大変優秀で、全く問題を感じなかったという記憶があります。ドクターからのカウンターサインも必要なくなり、診療の範囲もかなり広がってきているという状況のようです。ナースプラクティショナーの制度が立ち上がり、現場での評価を踏まえて、徐々に活動の範囲が広がってきているということです。日本でも、特定看護師がスタートするときには、それなりの制限があるかもしれませんが、しかし、こういう分野に入ってくる方というのは優秀な人ばかりです。特に、新しい制度に対して自分もやってみようという方は、高く動機づけされていて勉強熱心で、必ず高く評価される仕事をしてくれる人々だと思います。日本でも、診療範囲が徐々に広がっていく自然歴を辿るのではないかと期待しています。制度として立ち上げれば、少々の制限があっても、実際に特定看護師になる方々が自分たちで新しい専門性を開拓していくことと思います。

比較的最近の論文でも、今でもナースプラクティショナーが関わると、こんなによかったという成果が米国では発表されています。カナダでも1960年代に発足したと聞いていますが、教育プログラムが必ずしも標準化されていない、地域によって随分違いがあるといった報告もされているようです。

もう一方の、医師の側からの話も簡単にさせていただきます。このスライドは私が佐賀医大にいたころに診た患者さんについてのものです。上腹部の痛みを訴えてきた患者さんで、身体所見ではやや太り気味で血圧が高い。検査所見では肝機能

が悪くて、コレステロールが高く、尿酸が高い。全ての診断名をリストアップすると、すぐに11個ぐらいの病気になります。この患者さんを、それぞれの病気の専門家が見ようとすると、全部で7人の専門家にかかる必要があります。こういうやり方をしてきたのが、比較的最近までの日本の医療だったわけですが、いろんな意味でこれを続けることは難しい。患者さんにとってデメリットをもたらす可能性もありますし、医療の効率的な提供という視点からも、このままではやっていけない。できることなら総合医とか、アメリカでいうナースプラクティショナーに加えて、本当に必要なときにのみ専門医が部門的に診る体制にする必要がある。そういう意味で、通常は特別なことがなければ、1人の医師あるいはナースプラクティショナーが診て、必要な時のみ専門医にコンサルテーションするようなシステムに、今後は変更せざるを得ないと思っています。そのほうが医療の結果もより好ましいことが、ようやく論文発表されています。残念ながらこれもアメリカのデータですが、例えば循環器の専門医や呼吸器の専門医が1人増えるよりも、プライマリーケア医が1人増えた方が、人口1万当たりの死亡率の下がり方が大きい。こういう論文がまとめられるようになってきて、ますます総合医の存在の重要性が明らかになってきていると思います。私自身は、総合医を定義するとともに、厚生労働省に専門医に関する検討会が立ち上がり、総合医いかに組み込むかという話を今進めているところです。

「時に癒やし、しばしば和らげ、常に慰める」という格言があります。フランスで15世紀ごろに誰かが言ったとのことで、外科医のアンプロワーズ・パレではないとか、いろいろ言われています。私の感触では、最近、医師はあまりにも身体を治すことに注意が向きすぎて、行き過ぎのところがあると思います。そういう医師がいてもいいのですが、あまりにもみんながそうになってしまっていると思います。そういう意味で価値観を少し右側に寄せる必要があります。一方、看護師は、慰める、和らげる方向には向いているのですが、身体の異常を治す方向には慎重すぎるようなところがあって、それらの中間を両方から取り持つ職種が必要だと思います。そういう意味で、医師の側からは総合医という専門医のグループを作ることが必要ですが、大学の先生方はほとんどが反対します。そんなの医者ではないというような言い方をする人もいるくらい反対が強い。私はアメリカ留学か

ら帰ってきて20数年間、総合医を専門医として正式に認めてもらうような制度づくりに関わってきました。しかし、これまではうまく行きませんでした。今回は厚生労働省が本気でやろうとしてくれています。それと呼応するように、特定看護師も、従来の看護師の仕事から一歩踏み出して、病気を癒す方、身体を治す方へ動いています。身体所見をとる、薬の処方をする、という方向に将来的には踏み出してもらうことを希望します。

医療の提供体制のグランドビジョンがないということも、20年前から厚生労働省の会議で訴え続けてきました。10年後、20年後には医療提供体制をこうしたい、専門医はこれくらいの数をこう配置したい、そういった理想を実現するための誘導策も含めたグランドビジョンをつくる必要があります。社会の変化を踏まえますと、もっとスピードを上げて柔軟に医療提供体制を変えることが必要だと思います。その中には、新たな専門職も当然入れるべきです。

医療者の教育については、少なくとも大学レベルでは、他の分野と比べものにならない程早い速度で、カリキュラムが改革されてきています。これは、いろんな意味で進歩が早く知識や技術が開発されるため、限られた年限で専門職を養成するためにはカリキュラムを工夫せざるをえないためです。20年前に4年間で教えていた方法を踏襲すると、教える内容が膨大になっているため、8年、10年かかるようになってしまう。そこで、どうしてもカリキュラムを工夫する必要があります。世界中で、いろいろな新しいカリキュラムが開発されています。新しいカリキュラム開発の背後にある重要な概念のひとつに、「医師は医師だけ、ナースはナースだけ」という教育ではなく、いろいろな医療職と一緒に共通の部分を勉強する、というインタープロフェッショナル・ラーニングがあります。大学によっては、特に欧米の大学では、そのような考え方に基づいたカリキュラムを始めているところもあります。

医療者の教育も、医療の内容も、EBMも、医療のシステムとか社会の特有性を踏まえて、国際的な標準化もますます重要になってきています。メディカルツーリズムも話題になっていますが、医療者の教育、医療の提供体制の国際標準化は避けて通れない道だと思っています。

以上、雑駁な話で恐縮ですが、私としては、特定看護師の導入・法制化が実現され、多くの方がこ

ういう分野で仕事をされて、医療がさらに良くなっていくことを、心から願っています。

(大分県立看護科学大学主催の特別記念講演をまとめたものです)



著者連絡先

〒104-8560
東京都中央区明石町9-1
聖路加国際病院
福井次矢
fkts@luke.or.jp