

当財団では、2005年1月にヘルスリサーチワークショップ(HRW)を開催しました。

同HRWでは「出会い」と「学び」が最大の目的とされ、この目的のもとに様々な分野の方々が集い、メインテーマ「赤ひげを評価する - その実像と虚像のはざままで - 」の討議の切り口別に

- 「財(たから)」チーム (赤ひげの経済的側面)
- 「育(そだつ)」チーム (赤ひげの人材育成)
- 「導(みちびき)」チーム(赤ひげにおけるチーム医療とリーダーシップ)
- 「望(のぞむ)」チーム (赤ひげにおける受療者のNeedsとWants)

の4チームに別れて、2日間に亘る分科会を行ないました。

分科会では様々な議論が続出し、今後の医療とヘルスリサーチにとって貴重な示唆に富む内容となりました。その成果をより有効に活用するために、本誌では、4つのチーム毎に、メンバーの代表者、ファシリテーターが、HRWで討議した内容を、その分野の権威の先生と語り合うという鼎談シリーズを本誌前々号(vol.44)から開始しました。

第3回目の今回は「導(みちびき)」チームです。南裕子先生をお迎えし、メンバー代表中村伸一先生、ファシリテーターの平井愛山先生(司会)とともに討論を交わしていただきました。



鼎談：学際を拓く

第3回

第1回HRW「導」チームからの問題提起

チーム医療とリーダーシップにおける夢の実現に向けて



南 裕子 (みなみ ひろこ)

兵庫県立大学 副学長 / 当財団 理事

- 1965年 高知女子大学家政学部衛生看護学科卒業
- 1972年 イスラエル国ヘブライ大学医学部
公衆衛生学修士課程修了
- 1982年 カリフォルニア大学サンフランシスコ校
看護学博士課程修了
- 1982年～1991年 聖路加看護大学看護学部教授
- 1985年～1993年 国際看護師協会(ICN)理事
- 1993年～2004年 兵庫県立看護大学学長・教授
- 1998年～ 日本災害看護学会理事長
- 1999年～2005年 日本看護協会会長
- 2004年～ 兵庫県立大学副学長
- 2005年～ 日本看護科学学会理事長
- 2005年～ 国際看護師協会会長
- 2005年～ 日本学術会議会員



中村 伸一 (なかむら しんいち)

国保名田庄診療所 所長
あつとほ～むいきいき館 ジェネラルマネジャー

- 1989年 自治医科大学卒業
福井県立病院診療部
- 1992年 国保名田庄診療所 所長
- 1996年 福井県立病院外科
- 1998年 国保名田庄診療所 所長
- 1999年 名田庄村保健福祉課 課長(兼任)
- 2000年 自治医科大学臨床講師
全国国保診療施設協議会 理事

保健・医療・福祉との連携による地域包括ケアを推進し、名田庄村の老人医療費、介護保険第1号保険料を県内で最も低いランクに。現在、生活習慣病の一次予防を目標とした国保ヘルスアップモデル事業を展開中。



平井 愛山 (ひらい あいざん)

千葉県立東金病院 院長
当財団ヘルスリサーチワークショップ幹事

1975年千葉大学医学部卒業。千葉大学医学部付属病院内科医員、国立柏病院、船橋済世会病院内科医師を経て、1996年千葉大学医学部内科学医局長に就く。1998年現職千葉県立東金病院院長に就任。「健康ちば21」策定専門委員会委員長、経済産業省「先進的情報技術活用型医療機関等ネットワーク化推進事業に係る事後評価有識者委員会」委員などを歴任。医学博士。

論 点

論点-1 日本の医療文化

- ・日本の医療は、地域を中心とするケア主導のイギリスではなく、キュア主導のドイツ医学を取り入れてきた。それが現在の日本の「医師主導の医療」につながっている。

論点-2 地域医療におけるチーム医療

- ・地域医療には地域のヒューマンリソースの連帯と活用が不可欠である。
- ・地域医療におけるチーム医療には医師の意識改革が重要であり、そのためには、臨床研修制度等、人材育成のあり方が鍵となる。

論点-3 コメディカルへの権限の委譲

- ・看護職やコメディカルへの権限の委譲が行われな限り、新しい医療は作り出せない。但し、権限のあるところ、責任もある。

- ・権限委譲した業務の遂行が診療報酬に反映されるように制度化されることが必要である。
- ・予防に関してはコメディカルへ権限委譲するべきである。それが医師不足の一つの解決策であり医療経済上も良い。

論点-4 ITとチーム医療

- ・医療においてITはますます大きな役割を果たすだろうし、「eラーニングマネージャー」など、新しいコメディカルの職種が重要性を持つだろう。

論点-5 意識の改革

- ・医療サービスの提供システムが変わる中、国民の医師や看護師に対する意識、とりわけ「医師が全てだ」という意識は変わらなくてはならない。変えるための仕組み作りも考える必要がある。

平井：今回の鼎談は南先生と中村先生においでいただき、特にチーム医療という視点からお話をしたいと思います。

最初に、自己紹介を兼ねて、どんなご経歴かということをお話しいただきたいと思います。

南：私は今は兵庫県立大学の副学長をしておりますが、基本的には看護教育を過去30年くらいやってきました。日本看護協会の役員も長く続けておりまして、最後の会長の6年を含めて15年間務めました。また、2005年5月から国際看護師協会の会長に就任しております。国際看護師協会というのは、129ヶ国が参加している、おそらく保健医療・福祉の国際機関では一番大きな団体だと思います。一方、2005年10月1日付で日本学術会議の会員に、看護学から初めて入りましたが、その背景は日本看護科学学会という、看護系で最も大きい学会の理事長をしているからかもしれません。また阪神淡路大震災を機に日本災害看護学会を立ち上げて、理事長をしております。

問題提起

チーム医療のリーダーとは

これは一つの問題提起なのですが、医師職の方々とチーム医療の話をする時、チーム医療には色々な職種が関係することは同意されるのですが、その時いつもチームリーダーは医師だと思っていられる方が多いのです。本当にそうなのか。色々な場面の中で、また、様々な患者さんのニーズの中で、チーム医療のリーダーは固定するものではないと、私は思うのです。

もう一つ、看護職として、私たちが長年苦しんできているのは、あまりにも大きな医師の業務独占です。なぜもっとコメディカル、チーム医療のメンバーに権限委譲しないのでしょうか。看護職やコメディカルの裁量権の拡大がなかったら、新しい医療の作り方はあり得ないと思っています。ドクターたちも安心して権限の委譲ができ、住人の方々と患者さんも、医師の指示がなくても、チーム医療を組んでいる看護職のイニシアティブで行動ができることで安心できる仕組み作りをしたいと思っています。

それは看護の専門分化と言うのでしょうか。しかし私は看護職の大半はゼネラリストだと思っています。医師は全員スペシャリストという制度を作られたのですが、看護職はそうではない。ただ、認定看護師や専門看護師の制度は、患者さんに質の高いサービ

スを提供できる体制を整えるにはリーダーたちが必要なもので、こうしたスペシャリストの制度を作ったものです。

この人たちに本当の実力がついて、色々な方に認めていただいているのに、制度上の保障がないということが私たちが直面している問題です。医師不足の中で、実力のある看護師が仕事を肩代わりしていく、あるいは役割分担していくということをもうそろそろ考えてもよいのではないのでしょうか。

出だしから挑戦的で申し訳ありません(笑)

中村：私は平成元年に医師免許を取りまして、今17年目になります。自治医大の卒業で、最初の2年間、スーパーローテーション研修を受けました。医者になって3年目で、僻地の、医者一人しかいない診療所に行きました。普通だったら2年間で戻るのがですが、私はそこが好きだったし、村の人も村長も継続してくれということで、5年いました。ご存知のように自治医大は9年間義務というのがありますから、最後の8年目、9年目をまた福井県立病院に戻って外科をやり、いよいよ義務あけの10年目に再び名田庄村に戻ってきました。

平成7年から、地域の保健・医療・福祉のスタッフや住民ボランティアの方と色々相談をして、一緒になって、保健・医療・福祉の総合施設を作ろうと、村長に意見をボトムアップで上げていったのです。それが通って、無床診療所の名田庄診療所と、それに保健福祉センター、デイサービスセンター、生活支援ハウスが併設する「あつとほ～むいきいき館」を平成11年にオープンさせました。スタッフは医師、看護師以外にも、保健師、管理栄養士、ケアマネジャー、ホームヘルパー、介護福祉士、デイサービス職員など、小さいながらも多職種の集団です。

医者になって17年のうち13年間名田庄村にいました。単に地域で医療を行うのではなく、医療を通じてその地域社会に貢献するというのが私の地域医療のスタンスです。ですから、私はゼネラリストに入らなと思うのです。医者の世界は南先生のおっしゃられたようにスペシャリストの世界で、私みたいにゼネラルでやっている人は少数派です。

リーダーシップの問題については、看護師や保健師、福祉担当者、それからデイサービス職員やホームヘルパー、ケアマネなどの中に私もいますが、現在はそんなに強いリーダーシップを発揮す

る機会は稀です。当施設のオープン当初は、スタッフをグイグイ引っ張っていくリーダーでしたが、そのうちにコーディネーター役となり、今では、トラブルが発生したときの最後の砦でゴールキーパー的な役割を担っています。場面場面でいろいろな職種の人がリーダーになりえます。

また、長年在宅ケアをチームで支えてきたため、国保の医療費地域差指数や老人医療費は県内で最も低いランクにあり、介護保険の第1号保険料も県内で最も安い金額です。

人口3,000人の村で高齢化率は30%。年間30人生まれて、30人死んでいる。大まかに言えばそんな村ですが、在宅死亡率はだいたい15割なので、在宅緩和ケアを含めた在宅医療あるいはチーム医療を実践する、最も良い場ではないかなと思っております。ちなみに在宅で亡くなる方の5割が自然死(老衰)で、2割が癌です。

問題提起

改革はヘルスリサーチの視点から

平井: 私も地域医療をやっている人間で、内科の医師です。昭和50年に千葉大を卒業しました。卒業して間もなくから3年間大学の研究室の手伝いみたいなことをやり、それから、千葉県のある田舎にある国立病院で2年やりました。研修医の時に、千葉県の漁村と農村の食事の調査をしました。その中で地域保健活動に関わって、特に保健師さんの教育を、千葉県保健所長会に頼まれて、もう二十数年ずっと続けてやっています。平成10年に、医学部長から指名で千葉県のある僻地病院に行ってくれということで、行きました。そこの建て直しという中で、公的医療機関の役割をもう一回見直したり、また、地域医療の枠組みを、従来の病院完結型から地域完結型に変えていくことを行いました。

ちょうど糖尿病が急増してきた時期で、病院が単独で頑張ってもしょうがないので、病診連携の中でどのように地域の全体のレベルを上げるか、また、最終的に在宅医療までいったときに、民間の24時間の訪問看護ステーションと一緒にやりますが、どうやって研修支援をして、地域の医療スタッフ全体の底上げをするかということが最終的に私のミッションになりました。それが電子カルテネットワークになったりして、現在まできているのです。

私が「ヘルスリサーチを是非に」と思った一番のきっかけは、平成13年度に堂本暁子さんが千葉県知事になられ、千葉県の保健医療行政ががらっと変わったことです。たまたま、私は『健康日本21』の千葉県版の『健康ちば21』の策定専門委員長になり、知事から、よりきめ細やかなオーダーメイド的なものを作って欲しい、特に男女の違いをきっちりと出して欲しいと、要請されました。

実はその年に知事からもう一つ、都道府県立病院で最初の女性外来を立ち上げろという宿題が来ました。エビデンスも何も無く、理念先行型でやっても意味がないので、『健康ちば21』をまとめる作業の中で、千葉県内の女性の保健医療上の問題点は何かということ調べてみました。色々な問題点が浮かび上がってきて、その問題解決のPDCAサイクルを回しながら、政策立案に持っていくということを初めてやらさせていただきました。

結局、問題解決型で新しい医療サービスや行政としてやるべきことをやっていくことが、今まで日本で少なかったのではないかな。サービスされる技術は相当程度あるのだけでも、サービスの内容が住民の所に本当は行き渡っていないのではないかな。これ

はまさにヘルスリサーチの問題です。

南先生がおっしゃるように、時代が変わって、医師・看護師の関係が色々変わり、非常にスキルアップし、従来の仕組みが古くなってきた中で、どう作り変えていくのかという部分に関しては、国会の議論だけでは絶対にだめで、やはりヘルスリサーチの視点から制度をどう変えていくかということを考えなくてはいけない。チーム医療でも、技術的にレベルアップしてきた中で、サービスを受ける側にベターな提供の仕組みを実現するためにはどうしたらいいかということ、ここでは原点として考えたいと思います。

論点-1 日本の医療文化

医療の歴史の中のチーム医療

ところで、日本の医療が歴史的に、鎖国時代でヨーロッパの文化にほとんど触れなくて、典型的な日本の徒弟制度の中で医者育てた江戸時代と、一挙に帝国大学医学部が中心になってドイツ医学を入れてきた時代、そして戦前の方式が全部崩れ去って、戦後民主主義でアメリカが入ってきたという3種類の大きなカルチャーの洗礼を受けた中で、本当に日本にはチーム医療があったのかということ、振り返ってみたいと思います。

戦前の大法廷で出された『看護婦手足論』は、看護師は医師の手足と同じで、その起こしたものは全て医師に責任があるという発想です。それが、終戦後、昭和20年代に『共同責任論』の時代になって、最終的に今は『信頼の原則』という形に変わってきている。そこで、先ほど南先生がおっしゃった、全てドクターがリーダーシップを取っているというのは、ひょっとすると、日本の医療の歴史が引きずってきている部分かもしれない。

南先生は国際的なお仕事をされていらっしゃると思いますが、例えばアメリカやヨーロッパでは、看護師と医師の関係がどのような形できたのでしょうか。日本と対比していかがでしょうか。

論点-1 日本の医療文化

イギリスの医療の根底はケア

南: 「近代看護はイギリス」と言われていますので、イギリスと日本を比べてみると、基本的に違うのは医の現場です。日本の場合は医師の家から始まっている一方、イギリスではキリスト教精神が普及していましたから、もともとは尼僧院を中心にして作られていったのです。近代看護のフローレンス・ナイチンゲールが「看護というものは医療の中の二本の柱の一つを担う、ケアの専門家である」と言ったのですが、それがなぜ言えたかということ、もともとは医療の場が尼僧院なのです。

医療というのは2つの機能があります。(右頁下図参照)この図は人が環境の中で健康問題を持って生活しているという図です。この加齢や健康状態と人の生活との接点に働きかけていく機能がキュアであり、人の生活と環境の接点に働きかける機能がケアです。看護はこのふたつを担うのだけれども、ナイチンゲールの時代は、キュアは基本的には医師が主導で、ケアは看護が主導だという発想で、病院という所はケアハウスだったのです。医師はケアハウスに来て治療して帰られる。ケアハウス主導型なのです。

クミア戦争でナイチンゲールが有名になったのは、彼女が「傷病兵は負傷そのもので亡くなっているわけではない。むしろ劣悪な環境のために亡くなっている。だから、きれいな水や空気、暖かい毛布、清潔なリネンを整えること、つまりケアによって環境を改

善していくことで、人の自然治癒力は高まる」ということを提案して、実際、傷病兵の死亡率が20分の1になったことです。これは画期的なことで、このモデルが公衆衛生学だし、ICUのように環境を変えるとキュアの効率が高くなるという発想なのです。だからイギリスの「ゆりかごから墓場まで」の基本的な考え方は地区を中心にしています。生活の場を中心にしている。

日本は、もともとイギリス医学ではなくて非常にドイツ医学に馴染みやすかったからヨーロッパに行ってドイツ医学を取り入れてきた。だから医の現場が病院になる。ドイツはケアの側がものすごく遅れています。介護保険制度の先輩と言いながら、ヨーロッパの先進国の中で看護の質が一番低いのがドイツなのです。そこをモデルにして介護保険制度が生まれてきたというところに悲劇があると、私は思います。

平井：今日の日本の医療のあり方を規定したのは、戦前ドイツ医学を導入したことがあるのでしょね。となると、やはりチーム医療のあり方も、イギリスとドイツは違うのでしょうか。

南：違いますね。ドイツは医師主導型です。現在でも、医師会はものすごく強力です。日本よりも強いくらいです。

論点-1 日本の医療文化
アメリカの医療は

平井：アメリカはどんな位置づけでしょうか。

南：アメリカは基本的にイギリスを継承しました。だけれども、全員が移民で、広大な土地なので、そんなに地域医療が発達するようなことはありませんでした。ただ、プラグマティズムの国で、良いことはどんどん取り入れるので、病院の中で発達してきている医療は世界の中でも水準が高いですね。

最近では、本当にターミナルケアに取り組むようになりました。人の死んでいくプロセスだとか、心のケアの重要性が言われている。精神分析学はヨーロッパではものすごい偏見で

見られているのですが、アメリカはおそらく西欧諸国の中では一番偏見を持たない。あるいは偏見を早い時期に取り除いた。ということは基本的にケアの視点を持つ文化を育てているのですね。

それと、医療経済の問題などが主導型になっていくと、入院期間を短くしてどんどん地域に出すこととなりますね。出していくにはどうしたらいいかという考え方をします。例えば長期入院の精神科の患者さんたちを、地域に出すということで、よい意味で地域医療なのですが、ただそれだけでは地域はやっていけないので、一方で地域精神保健のシステムを作っていた。しかし長期入院した統合失調症の人たちがそれを使ったかという、ほとんど使わなかった。使ったのは、鬱や神経症の人とか、適応障害の、一般の人たちだった。

同じようなことが体の病気の人たちにも言えるのですが、ただ、アメリカは一口には言えません。アメリカ全体を統合するようなシステムが何もなくて、州によって違っている。非常に地域医療が発達しているところもあれば、そうでないところもある。ばらばらです。けれども、入院期間が短くなっているというのは現実の問題で、その人たちを、いわゆるアメリカの民主主義と人道主義が、地

域でどう受け止めていくかというシステムをどう作られるかが課題でした。イギリスとはまた違う特徴があるので。

論点-2 地域医療におけるチーム医療
地域の支え合いこそ地域医療の要

平井：先生の今のお話で見えてきたのは、今までチーム医療というと、医療機関内のチーム医療でしたが、それを取り払って、医療のあり方がコミュニティベースかどうかということを考えてみるべきだということですか。

実は医療制度の決定的な違いは、イギリスの場合、だいたい人口2,000人に対して1人のホームドクターが年間契約でいて、それ以外の人は診てもらえないし、そのドクターが紹介状を書かないと病院も受診できないということです。日本の場合は完全にフリーアクセスですが、医療機関がフリーアクセスという状況の中で、コミュニティベースというものは可能かどうか。実はこれが、南先生が言われた、チームの組み方によってリーダーシップを取るのとは、どんどん変わるということと関係します。私はその意見には大賛成で、特に地域医療の中で考えると、リーダーシップを取る人は変わって当たり前だと思うのですが、今後そういう方向に持っていくのであればどうしたらいいかということも併せて考えないといけないと思うのです。

中村先生は人口3,000人のところまでのご経験もある一方で、他の所でも研修をされたと思うのですが、日本ではコミュニティベースのヘルスケアは可能なのでしょうか。

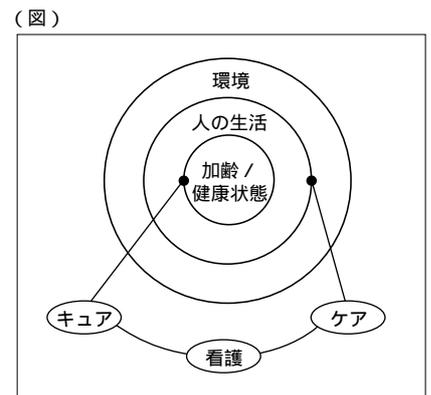
中村：例えば、極めて交通の遮断された山間僻地だとか、離島だと、何はどうかあれそこで完結するので、トータル的なコミュニティベースのヘルスケアはできると思います。

我々の所は山間僻地と言いましても、車で行けば20分で海にまで出られる所ですので、普通のどこにでもある日本の田舎です。今まで我々が、その小さな村で、少ない医療職やコメディカルスタッフと一緒にやってこれたのは、それが一つの自治体だったからです。小さな村だからできることを一つずつ積み上げて地域の包括ケアを築いてきたのです。これが現在起こっている市町村合併で一体どうなっていくのか。うちの村では、村長と私は非常に近い関係なのですが、それが大きな枠組みの自治体になってしまえば、遠くなってしまう。そうすると色々な権限や裁量が少なくなって、その地域におけるリーダーシップを発揮しづらくなりますね。

平井：本当に地域の中でヒューマンネットワークを構築してやろうとすると、せいぜい10万とか十数万くらいでしょう。そのくらいならば、医療機関同士の顔がよく見えるし、保険薬局や訪問看護ステーションが見える。お互いの顔が見える範囲が限界だと思う



チーム医療のリーダーは固定せずに、色々な考え方をしよよいと思うのです。また、医師はなぜもっとコメディカルあるいはチーム医療のメンバーに権限委譲をしないのでしょうか。



のです。千葉県の場合、千葉市は人口80万で区が5つか6つあるのですが、その中で充分ながんのターミナルケアや脳梗塞後の在宅リハビリは、なかなか完結したものはできない。それに対して、山武郡の片田舎の方の人口十数万のところであれば、在宅の看取りまでできる。そこは医療過疎の場所であるのだけれども、逆に在宅チームを作れてしまう。都市部は医者も相当いて、施設も入院することでよいかもしれないけれども、退院した後の受け皿という面で、大都会こそ在宅医療の過疎地なのではないかと、私はいつも感じているのです。そこに日本のギャップがある。

中村：私の所のような地域だと、一番大きいのは地域の支え合いがあるということです。お互いに顔は知っていて、みんな病状を知っている。ですから我々の在宅ケアを支えるスタッフの中には、近所の人だとか、親戚の人が絶対入ってくる。あと当然、介護する家族の方がいる。私たちの在宅ケアは私たちスタッフの努力ではなくて、そういった地域のインフォーマルなつながりであって、それによって在宅死の率が5割というのを何となくやっているといるのです。そこをただ我々はサポートしているだけなのです。

論点-2 地域医療におけるチーム医療
人材育成による医師の意識改革が必要

平井：大変重要な話です。こういったコミュニティベースの、色々な地域のヒューマン・リソースを含めて、それでトータルをサポートができています。地域の中でのチーム医療は、病院と診療所の病診連携という発想ではなく、要するに役割り分担をしていくという話です。診療所もチーム医療のメンバーだと思うかどうかの話です。そうすると、やはり医師の意識改革が重要で、そういう意味で一番期待しているのは人材育成です。

昨年からスタートした新臨床研修制度で、地域保健、地域医療が一定期間全員に義務付けられています。千葉県の場合、病院群方式で県立病院が臨床研修をやっていますが、私はプログラムを作成したメンバーの1人でした。地域保健に1ヶ月、地域医療に1ヶ月行かせるというように切り離して、保険薬局にも送り込んで、薬剤師の服薬指導業務だけを1週間勉強させる。それから訪問看護ステーションに1週間預けて、訪問看護を徹底的にやってもらうということで、コミュニティベースの現場をかなり経験させないと、意識改革は絶対できないと思うのです。

南：兵庫県の診療所の先生たちを対象にした調査があります。2001年に、在宅医療、特に末期がんの患者さんたちのケアについて聞いている調査なのですが、ほとんどの医師が関心がないですね。そしてモルヒネ等の麻薬の鎮痛剤を使ったことがあるかと聞くと、使ったことがあるという先生は55%。今後ターミナルケアをやりたいと思っている人は1/3。だから、本当に私は中村先生は希有の存在だと思います。(笑)

論点-3 コメディカルへの権限の委譲
在宅ターミナルケアを看護師に

その調査結果を見た時、私は在宅ターミナルケアは看護師に任せてもらいたいと思ったのです。例えば鎮痛剤の処方、今は医師がしないといけない。ところが、患者さんは、その人の体質があるし、生活環境があって、どの鎮痛薬がどのように効くかということは何々違います。鎮痛剤が合わないで終日眠ったりして、患者さんは本当に身動きがとれなくなってしまいます。痛みをコントロールして自分の生活をしたいから在宅で闘病しているのに、朝

から晩まで寝ているようになる。鎮痛薬に強い専門看護師は、その人の生活に入っていく、生活の面から見ます。副作用の出方も見えますから、この薬の方がよいというのが分かるのです。

看護師なら誰でもとは言いませんが、みんなが安心できるような能力を持ち、訓練を受けた看護師だったらある一定の権限が委譲されてもよいのではないかと。アメリカもそうだし、例えば韓国ではコミュニティ・ヘルス・プラクティショナーというナースが、一定の処方権を持っているのです。

平井：私も、おそらく中村先生も賛成だと思います。

南：よかったです(笑)

中村：例えばADL評価とかQOL評価など、私たちがちょっと行っても分からないことを、看護職の方は本当によく分かっています。家族と関わるという点においては看護師もそうですし、ケアマネージャもそうです。私たちは患者さんのお宅に30分以上いることは少ない。例えば認知症の出始めの軽症の痴呆などは私たちは絶対に見逃しています。5分や10分世間話するだけでは分かりませんから。でも看護師には分かる。あとは褥瘡とか皮膚疾患、特に初期の疥癬などは、入浴介助しているデイサービス職員の目になかないです。そういったスタッフのおかげで上手くケアができていくといったことを、私は現場でよく経験しています。PT(理学療法)やOT(作業療法)が我々より優れた面が多くあるということは言うまでもないです。だから看護師にかなりの部分の権限を与えてよいと思います。

現実には、優秀なナースの言う通りに、そのまま処方箋を書いていることも、現場ではよくあると思います。

論点-3 コメディカルへの権限の委譲
権限がないと責任もない

南：現場はそうだと思います。良い関係があるとき「先生、ここをもう少しこう処方していただませんか」と看護師が言って、医師がその通り書いてくださったりしているときがあるのですが、ただ中村先生、問題は、権限がないということは責任がないということなのです。責任の経験をしていけなくていい。優れた看護師はどちらにしても優れてちゃんとやりますが、しかし、看護職も当然責任を取らないといけない事柄に、責任を取らせてもらえないのです。医療事故が起こると責任を取られるのですけれども(笑) 通常の業務の中では取らせてもらえない。

例えば、前の医師会長の坪井栄孝先生に教えてもらったのですが、その病院では在宅ホスピスを始めたので、病棟の看護師をハワイへ出張させて研修させたそうです。ハワイでは、死の宣言を看護師ができるのです。それを学習したのです。日本の看護師は死の3徴候(心臓が止まっていること、呼吸が止まっていること、瞳孔が開いていること)の観察をするのですが、看護師が自分で「これをもって臨終です」と言うことは一度もありません。

中村：宣言ができないのですね。

南：宣言ができないということは、判断しないということです。その看護職は帰ってきて坪井先生に「臨終です」というとき、体が震えた。鳥肌が立った。こんな思いを先生方はされているのですね。」と言ったそうです。医師だって不安ですよ。3徴候が消えたからといって、本当に死と言えるのかどうかは、経験を積むことが必要だし、看護師なら誰でもできるとは思いません。しかし、教育や

研修を受けて、ある水準をクリアした人が、僻地の患者さんが亡くなった時に、死亡診断書をなぜ書いていけないのか。なぜ痛みの方を処方してはいけないのか。

しかしそれは医師がやるべきだという法律があって、そのほうが看護師も楽なところもあるのも事実です。

中村：「あとは先生に。」という逃げができてしまうんですね。

救急救命士の医療行為、ヘルパーの医療類似行為、一般人のAED使用など「生の医療に対する規制緩和」は進んでいるように、看護師の死亡診断など「死の医療に対する規制緩和」も進むといいですね。実際私たち僻地でソロプラクティスをしている医師が、出張や冠婚葬祭で不在にしたとき、一番困るのが在宅患者の死亡なのです。救急患者は、救急車で病院に搬送すれば何とかかなりです。しかし、長年診てきた在宅患者が亡くなったとき、救急指定病院の当直医に往診してもらうわけにはいきません。ある一定の条件のもと、看護師に死亡診断の権限を認めれば、僻地の医師は非常に楽になりますね。少し楽になれば、若い医師達から僻地医療が敬遠される事も少なくなるのでは？

平井：ヘルスリサーチ的な視点から言えば、プリミティブな時代の医療は医師が全部やるのでよかったかもしれないけれども、医療の場が病院を離れて、在宅、コミュニティベースになってきた時には到底不可能なのです。役割分担をするべきであり、役割分担というのは権限の委譲と責任をシェアリングしないとだめなわけですね。それを海外と比べて日本の場合どうなのかということも、制度的に比較していかないといけない。最終的には委譲をすることによって、スタッフのモチベーションも上がるし、結果的に在宅医療の質が上がることで、QOLも上がるわけでしょう。

南先生、権限委譲に関して何が一番阻んでいると思いますか。

南：厚労省の弱気だと思います。医療提供体制を厚労省の行政はよく分かっているのですよ。だけど、医師会や政治家との調整がわずらわしくて「まあまあ」で抑えている。もう一つは、住民の意識も変わらないといけないと思います。

ただ、ヘルスリサーチの話でご紹介したいのは、兵庫県が今行っている研究で、小児の電話相談です。少子化の中で病児のお母さんたちを支えていかなくてはならないということで、電話相談センターを設けたのです。ベテランのナースたちや、大学院在籍中の人たち、専門看護師など質の高い看護師たちが、そこで7,000件の対応を重ねて、そのうち医師でないという回答できなかったことは2件だけだそうです。

中村：7,000件のうちの2件ですか。

南：ということは、ほとんどの人が医師の診察が必要なレベルの病気ではないということなのです。だけれども、それだけの社会ニーズがある。それがほとんど対応されていない。また、病院に来て先生方が診察される、例えば胃腸系の患者さんでも、本当に胃腸の器質的に問題になっているのは限られていますよね。だから看護師が外来でインテイクをやったらどうか。先生たちも忙しい外来で全部つぶされることはなくなる可能性がある。そういう

ヘルスリサーチの研究をやってもらいたいと思います。

論点-3 コメディカルへの権限の委譲
診療報酬に反映される仕組みが必要

中村：そう思います。うちは予診はナースがとって、その後私が診ていますが、予診の段階で何の変化もない人に対して薬を処方する権限も、ナースにあってもよいと思います。問題のある患者さんだけをドクターが時間をかけてしっかり診察する。そうすれば、外来の混雑や3分診療など無くなるのではないかと思います。

南：そういう予診をナースができるような仕組みを作っていってやる所も少ないのですよ。ほんとうに少ないのです。

平井：女性外来では予診を相当程度看護師がやっています。コメディカルの役割が非常に大きいのです。

私のところは、糖尿病の療養指導士を一番活用している病院です。特に糖尿病でインシュリンの自己注射をやっている患者さんには、血糖を自己測定したデータを持ってきていただいて、診察室でドクターが診察するのですが、うちの場合はその前に、療養指導の170点の診療報酬によって、予めオンラインシステムでデータを吸い上げて、どの時間帯に低血糖があって高血糖があるかをチェックする。そして診察前に20分くらい療養指導士の看護師が聞いて、問題点をチェックアップしてから診察室に行く。そこで看護師のヒアリングした内容を踏まえて、次の4週間のインシュリン量をドクターが決定する。その後の指導は全部看護師がやる。最初の20分と後の診察後の10分、足して30分を看護師が療養指導するというので、千葉県で社会保険事務所に話をつけました。それで、彼らのモチベーションが非常に上がりました。

南：診療報酬に還元しないとだめですね。

平井：医者やっても170点もつかないところがある。すごく重要で、それによって療養指導士というライセンスが、本当に生きてくるわけですね。そういう仕組みを作っていくとだめですね。やはり、権限委譲と同時に責任です。そして一番重要なのは、自分たちがこれだけやったということが、病院の収益や経営健全化にも貢献しているのだということです。

問題は、問診のところが評価されていないことです。それがライセンスなりで裏付けできれば、総合診療外来はドクターだけでやるのではなくて、最初のヒアリングをするスキルを持ったコメディカルスタッフとドクターでセットであるという形がとれる。そこら辺は制度を変える必要があるのでしょうかね。

南：そうですね。私はアメリカで女性外来を患者として経験しました。1ヶ月間アメリカに行っている時に、更年期障害でのぼせがすごかったのです。ナースのプラクティショナーに電話をして聞いたところ、「更年期の問題というのは生活全般の課題です。だから、生活全体から考えていきましょう。」と言われたのです。つまり、私の生活デザインをともに考えるやり方です。運動や食事から改善していく。そして最後に、「それでも改善しないで、もし薬を処方するとしたら、あなたの症状の場合はこの薬が効くと思います。」ということでした。

そういうケアとキュアをドッキングしたような、ヘルスに近いあたりの問題も、僻地医療や女性外来では、両方とも知っている専門



私たちの在宅ケアは地域のつながりの人たちの力が大きい。それによって在宅死の率が5割となっているのです。私たちスタッフはそこをただサポートしているだけなのです。



家に委譲してもよいのではないかと思います。

私は、看護協会の中で「まちの保健室運動」というのをやってきました。学校に保健室があるように、街々の色々な所に保健室があって、気軽に立ち寄って、色々なことを相談するというもので、ボランティアベースで、看護協会を中核にしてできましたが、すごく評判がよいのです。

診療所に行くと3分診療で、聞いてもらえないような、例えば、セカンドオピニオンの問題や、認知症の初期兆候だとか、家族の問題というような事柄について対応しています。兵庫県看護協会は「まちの保健室」というものを県下各地でしているのですが、兵庫県立大学地域ケア開発研究所の教員も関わる「まちの保健室」を毎月1回やっていて、30人くらいピーターが来ます。実はその人たちは『自分は今月も健康だった』ということを確認に来るのです。色々持病はあるのですが、全体的に健康だということで、持病の対策をとりながら、自分は自立している。「これでよかったな。」と安心して帰るのです。一方、血糖値がちょっと高くて心配だとか、女性の性的問題だとか、色々な専門の看護の講座の教員たちが「専門まちの保健室」を開いています。そこへ来る人たちは少し病気に近い人たちです。それも大事です。全てが大事なのです。

ヘルスリサーチにこういうものも良いのではないのでしょうか。

論点-3 コメディカルへの権限の委譲
医師不足の本来の解決策として

平井：来年の医療制度改革の中で方向性が出てきているのは、予防という視点です。ポピュレーションベースで考えた時に、非常に軽症の予備軍程度の人と、発症しているけれども初期の人と、もうアドバンスで合併症が出てきている人に階層化できる。三次予防で医療費が高くなるところを食い止めるという意味ではホスピタルベースでよい。最初の予備軍的な人たちや、発症して間も

ない人たちは、従来の行政は「保健師が」という発想だったのですが、それはやめて、「まちの保健室」もそうですが、ドクター以外のコメディカルに権限を委譲してやったほうが医療経済上もよい。

今後の少子高齢化の中で、そうした形に制度を変えていかないといけません。中村先生の所ではいかがでしょうか。

中村：虚弱なお年寄りを拾い上げるという意味では、保健師やケアマネ、社会福祉協議会、ボランティアが、小さな地区毎に集会所に虚弱な高齢者を集めて、月1回なり月2回の定期的な地域ふれあいサロンを行なっています。ときどきOTに入ってもらうこともあります。閉じ込めり防止や介護予防に一定の役割を果たしています。彼らにとって診療所や保健センターはアウェイで、集会所はホームですから、集会所の方が本音の話が聞けますね。それが、たぶん、「まちの保健室」に当たるようなものかなという感じです。平井：その辺りのエビデンスが出て、地域で比較して数値化して、例えばファイザーヘルスリサーチ・フォーラムで発表したりするということが積み重なっていくと、初めて制度改革をしようという議論が出る。役人の思いつきで制度改革をやったのでは、外れることが圧倒的に多いわけです。

例えば、今医師不足ですが、これは医師の定数を見直して、医科大学の数をまた増やせばいいという問題では全然ない。本来、先ほど言ったように、階層化をして、一次や二次予防はドクター以外のスタッフをもっと活用してやらないとだめだという議論がなされなくてはいけないのに、それがほとんどされていない。そこをもっとやるためには、エビデンスで全員が共有できるような形で示していくというのが、ヘルスリサーチの役目かなと思うのです。

論点-4 ITとチーム医療

ITの発達とチーム医療・・・名田庄村の例

中村：ところでITとエビデンスのデータを用意してきました。「国保ヘルスアップモデル事業」という厚生労働省の一次予防に関する事業で、全国で33自治体が指定されていて、うちの村も指定されています。

(スライド-1)目的は3つです。健康度指標を作成して、効果的な(健康づくり)プログラムを作って、対費用効果の明確化、ということです。統計のプロが第三者評価をしています。

(スライド-2)成人期と高齢期に大きく分けていますが、本日は特

スライド-1

スライド-2

スライド-3

スライド-4

スライド-5

スライド-6

スライド-7

スライド-8

に成人期の方だけ話します。従来介入(従来の保健師・栄養士の介入)と、IT介入(携帯電話を使った介入)、強力介入(全国的に有名な管理栄養士とヘルストレーナーを招いてやった介入)の3群に参加者を無作為に振り分けました。

(スライド3)従来介入は省略して、これが成人期の強力介入です。管理栄養士、ヘルストレーナーで集団指導を通じてモチベーションを共有した上で、血圧計、筋トレ用テキストを配布してセルフモニタリングする。食事は使い捨てカメラを各人に渡して食事を撮って、栄養士が分析するといった方法で行い、個別にきめ細かく指導しました。

(スライド4)IT介入の方は、地元の栄養士と外部のITスタッフ(非医療従事者)、管理栄養士、健康運動指導士というメンバーで介入しました。携帯電話を利用して、定期的にメールマガジンを配付して健康情報を提供する。あとメールマガジンは、励まし合ったり仲間作りをして週一回状況を報告する。また、食事の画像を送信して、個別栄養相談する。それから集団で時々集まり、学習会を開く、というようなことをやりました。

(スライド5)これはメールの配信例です。

(スライド6)個別の栄養相談では、自分の食事を写真で撮ってメニューを書いて、栄養士に送る。

(スライド7)栄養士にが栄養のバランスとか、これこれに気を付けなさいというような指導を行う。

(スライド8)開始後一年の現在、結果として、IT介入群が一番良かったという結果です。

ITを使ったチームの介入で一番重要な役割を果たしたのは、実は、外部の非医療従事者のITスタッフで、メールのやりとりや、専門職につなげるまでの分配役・コーディネーター役をやったのです。

私がこの事業を通じて思ったのは、こういった携帯電話やパソコンを通じた健康づくりのコーディネートをする「eラーニングマネージャ」などの新しいコメディカルの職種が出てきてよいし、これからの時代の一次予防、健康づくりというのは、こういう感じではないのかなということです。

平井：今までのITは、遠隔化とか、あるいは電子カードネットワークというように、職種が絞り込まれた中でのもので、やはりクローズドのチームワークでした。もうちょっとそれを広げて、今先生がおっしゃった、新しい職種が出てくることによって輪が広がっていくということもありますね。

南：私も、これからの医療はITが大きな役割を果たすと思います。外来に来なくても自宅で、ITを介した色々な方がすごく発達してくると思います。それを見越して兵庫県立大学では、応用情報系大学院を作りました。学部を持たない応用情報系大学院で、ヘルスケアの部門が1つあり、看護師も入ってこられるところ

ITの専門家だけだったらヘルスがわからない、医療者はITができない。だからこれをドッキングさせたかったのです。そのリーダーを作るために、大学院を作ったのです。

今、ヘルス情報がいっぱいありますよね。『みのもんた情報』などは、本当に高齢者の中に浸透しています。トコロテンがいいと言ったら、スーパーマーケットにトコロテン無くなってしまいうらいに。(笑)すべてやっていたら何を食べていいかわからなくなってしまいうから、こうしたテレビ情報やIT情報を上手にコントロールしていく。本当にそれは大事なことだと思ってます。色々なパターンで作っていったらいいと思います。

中村：そうですね。そのあたりをどうやって構築するか。

うちは人口が少ないので、研究としては少々難があるのですが、南先生のお力で、もっと人口の多いところでデザインを組み直してやると、これは絶対面白いヘルスリサーチになると思います。

南：そうですね。

論点-5 意識の改革

まず必要なのは国民の意識の変革

平井：今日は、医療サービスを提供するチームの中でのあり方の議論しか時間とれませんでした。本当は住民とか、サービスを受ける側が、どうふうに見方を変えていくかということも非常に大きいところなのですが、しかし、今話したようなサービスを提供するシステムが変わってくることによって、医師・看護師に対する意識、特にお医者さんが全てだという意識は変わってくると思いますし、そこを変える仕組みを考えないとだめでしょう。

南：そうですね。介護保険制度も、私は制度ができた時に一番大事なのは国民の意識改革だと思ったのです。だって今まで家族のやってたことを肩代わりする制度としてできた以上、意識の変革がないといけません。「あそこのお嫁さんは何もしないで、ヘルパーさんに頼んでいる。」というような見方をされると、何もできないのです。でも、ヘルパー

さんたちにはできない家族の役割が家族にはあると思います。日本の介護保険制度でも住民の意識改革はまだまだですし、医療に対しても、どんなに勉強している看護師よりはドクターに1分診てもらったら満足するという、住民の特徴がありますね。これどう変えられていくかですね。

平井：今日は非常によい切り口が色々出されたものと思います。これをどうヘルスリサーチでやるかというのは次の課題にして、時間がまいましたので、今日の議論はこれで締めたいと思います。どうもありがとうございました。

南：よい勉強をさせていただきました。ありがとうございました。



エビデンスが出て、地域で比較して数値化することが積み重なって、初めて制度改革をしようという議論が出る。役人の思いつきで制度改革をやったのでは、外れることが多いのです。

本鼎談に関するご質問、ご意見を受付けております。ご氏名、所属団体名、役職、電話・FAX番号、E-mailアドレスを明記の上、当財団事務局宛FAXにてお送り下さい。(書式は問いません。)

FAX番号：03-5309-9882

いただいたご質問・ご意見は、鼎談者と検討の上、本誌にご回答等を掲載いたします。

(都合によりご質問・ご意見の全てを掲載できないこともあります。予めご了承下さい。)