

# 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

## 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  
桐野高明先生（国立国際医療センター 総長）  
南裕子先生（近大姫路大学 学長）
- (3) その他

### 3. 閉会

#### 【配付資料】

座席表

資料1：事務局提出資料（看護師の業務範囲に関する法的整理について）

資料2：桐野高明先生配付資料

資料3：南裕子先生配付資料

参考資料：第1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「第1回議事録」に掲載されています。

# 事務局提出資料

## (看護師の業務範囲に関する法的整理)

# 看護師の業務範囲に関する法的整理

赤枠：医師の業務

青枠：看護師の業務（黒枠内は主治医の指示を必要とする業務、赤色枠内は治療の補助に相当する業務、黒色枠内は業務）

## 医業（医師法第17条）

看護教育水準の向上、医療用器材の進歩、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し

静脈注射  
(昭和26年9月)

### 診療の補助 = 主治医の指示を必要とする行為 (保助看法第5条、第37条)

- ・ 診療機械の使用
- ・ 医薬品の授与
- ・ 医薬品についての指示
- ・ その他医師・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

静脈注射  
(平成14年9月)

- ・ 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  
(平成19年12月)

療養上の世話

(保助看法第5条)

## ○医師法（昭和23年法律第201号）

第十七条 医師でなければ、医業をなしてはならない。

「医業」の解釈

「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことであると解している（平成17年7月26日付け医政局長通知）

## ○保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）

第五条 この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。

第三十一条 看護師でない者は、第五条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。

2 （略）

第三十七条 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他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をしてはならない。ただし、臨時応急の手当をし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施しその他助産師の業務に当然に付随する行為をする場合は、この限りでない。

医師のマンパワー  
と  
チーム医療



国立国際医療センター

桐野高明

医療を決定づける2つの要素

- 医療費
- マンパワー

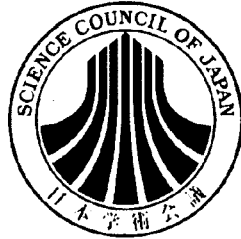
その量と質を最適化することが必要

医療のイノベーション検討委員会  
委員

桐野 高明 (委員長)  
田中 滋 (副委員長)  
中田 力 (幹事)  
和田 仁孝 (幹事)  
神野 直彦  
二木 立  
平林 勝政  
北島 政樹  
北村 惣一郎  
猿田 享男  
永井 良三  
本田 孔士  
南 裕子  
山本 修三  
佐久間 一郎  
山口 隆美

要望

信頼に支えられた医療の実現  
—医療を崩壊させないために—



平成20年(2008年)6月26日  
日本学術会議

## 要望

政府に対して、省庁の枠を超えた、強力な「医療改革委員会」(仮称)を設置し、下記の三項目を審議することを強く要望する。

(1) 医療費抑制政策の転換

わが国の医療の崩壊を食い止めるため、従来の厳しい医療費抑制政策を速やかに見直し、他の先進諸国と同様な水準の資源投入を行うようにすること。

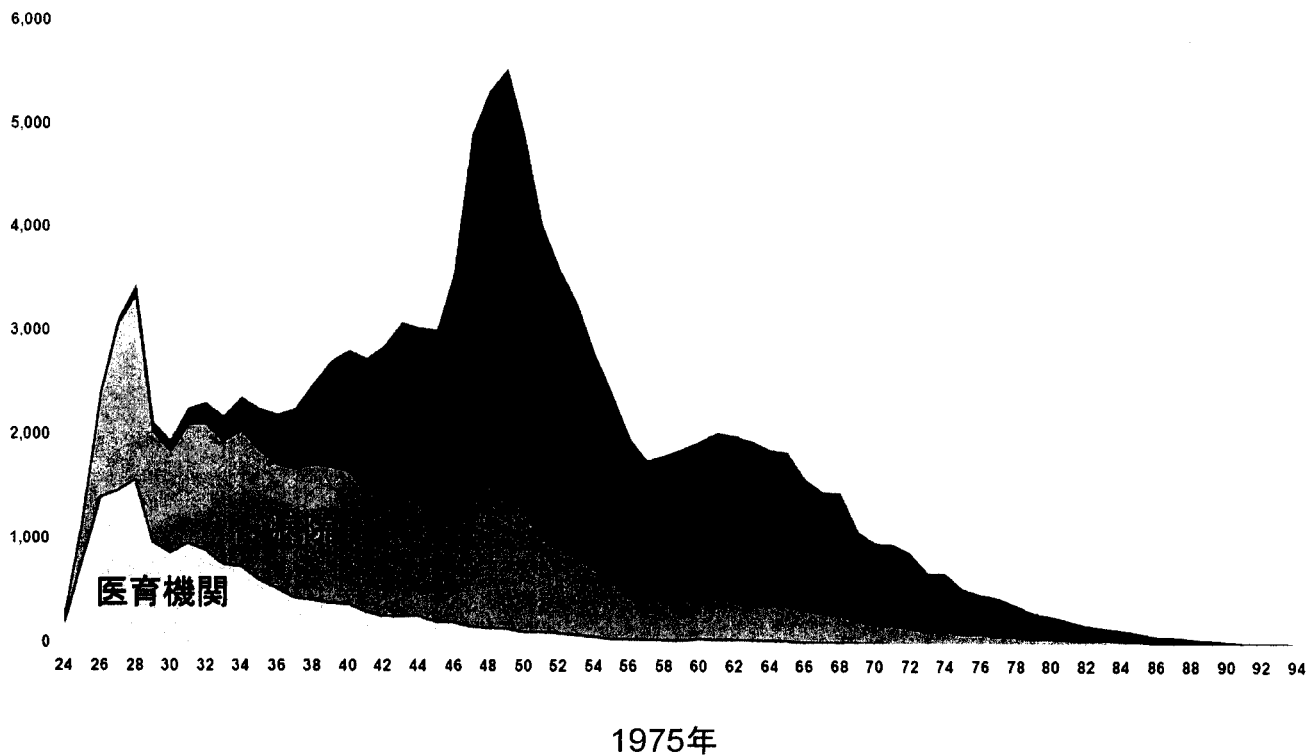
(2) 病院医療の抜本的な改革

特に危機的状況にある病院医療について、実働医師の不足対策を中心とした抜本的な改革の検討を速やかに開始し、3年以内に実施すること。

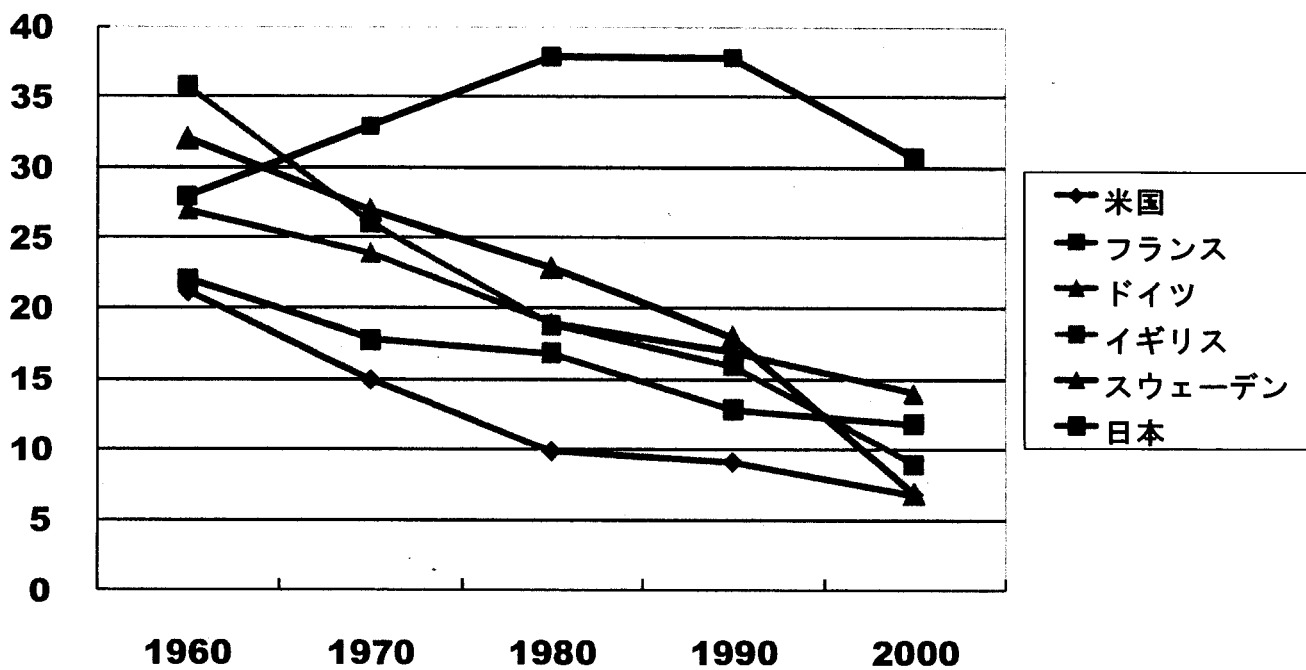
(3) 専門医制度認証委員会の設置

専門医制度を根本的に見直し、新しい制度を確立するために、「専門医制度認証委員会」(仮称)の設置を速やかに実現し、10年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること。

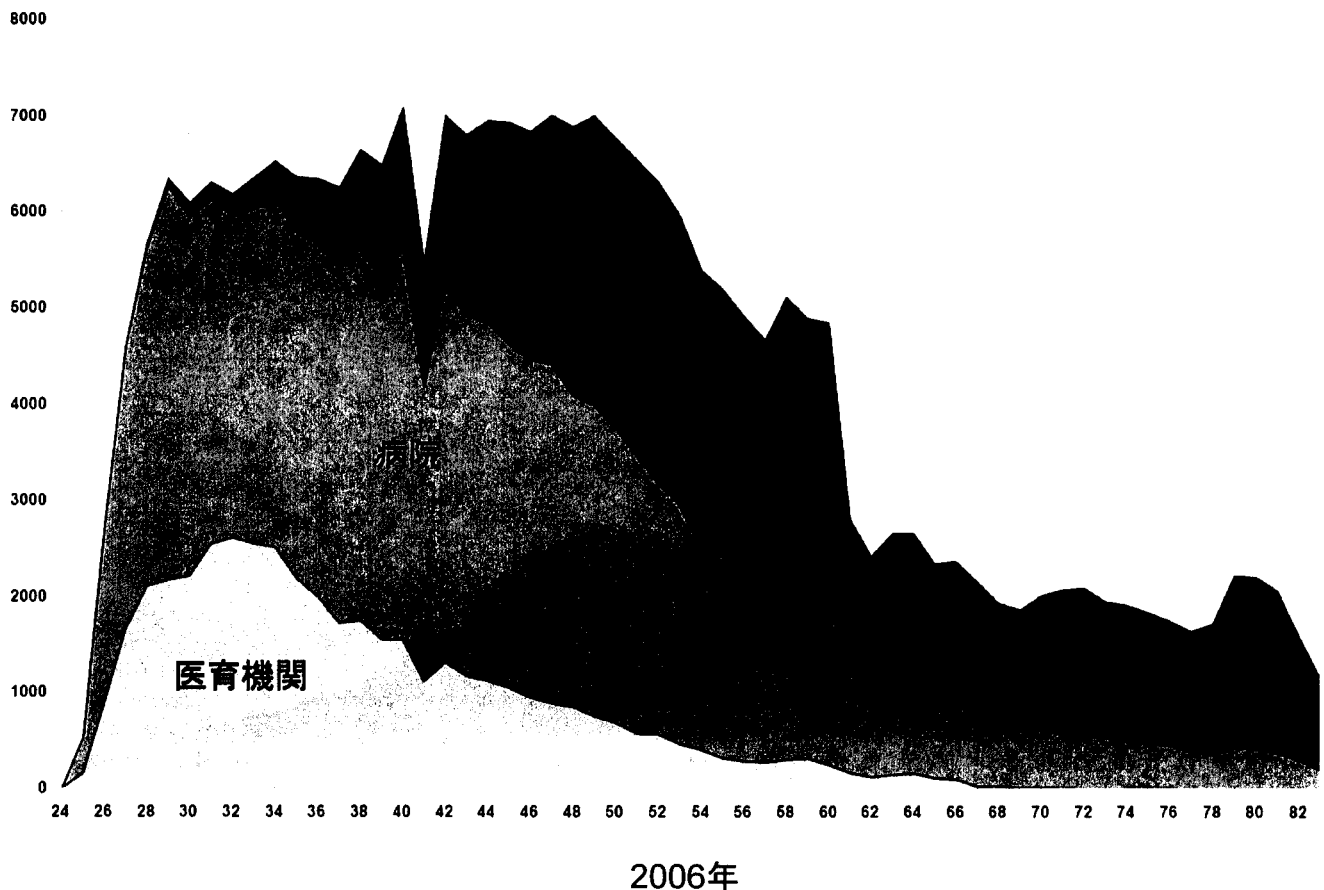
# 1975年時点での医師の年齢別分布



# 平均在院日数の推移



# 2006年時点での医師の年齢別分布



## 成熟経済型医療の特徴

- 充実した教育体制と厳格な専門医認定制度
- 病院機能の集中化・集約化
- 病院と診療所の密接な連携体制
- チーム医療の推進と業務範囲の職種による制限の見直し
- 医療安全と患者権利尊重のためのシステム

成熟経済型医療への転換を少ない医療費のもとで推進



病院や医師に非常に大きな負荷



医療崩壊準備状態



# 医師のマンパワー

- 医師数は非常に不足している。医師の養成数を大きく増やせば、数の問題は解決に向かう。
- 医師の数さえOECD平均レベルまで充足すれば、診療科あるいは地域により医師の偏在の問題も解決に向かう。

これは(誤りではないにせよ)単純過ぎる

## 医療が危機に陥った原因

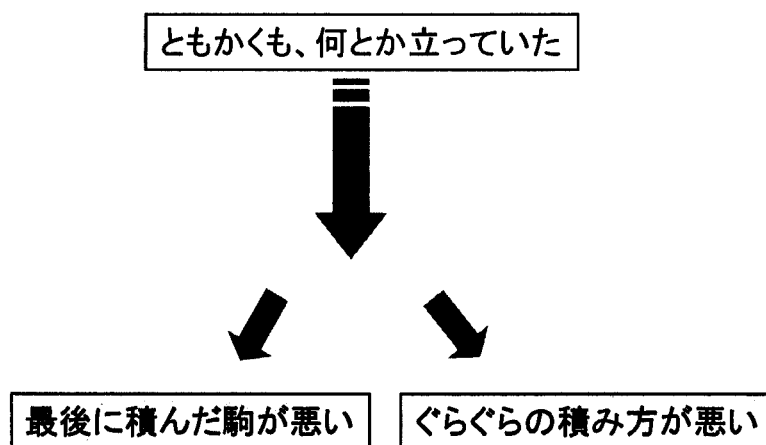
- 低医療費政策の下で、病院経営が長期的に困難な状況にあり、勤務医の長時間労働が常態化していたこと。
- 患者の権利尊重、個人情報保護、診療ドキュメント管理の改善、各種法令に基づく文書の増加など、医学の進歩によるものの他、業務量が増大して来ていたこと。
- 平均在院日数の短縮により、病院全体の業務量が増大していたこと。
- 女性医師が新卒医師の30%以上となってきたこと。
- 国立大学を中心に大学院重点化が進み、大学院で研究を中心として過ごす若手医師が増加しつつあったこと。
- 1999年の横浜市立大学患者取り違え事件以降、医療事故に関する心理的・時間的な負荷が増大したこと。
- 2002年以降の診療報酬の切り下げによって、大学病院を含めて診療収益の増大に重点を置かなければならなくなったこと。
- 2004年の国立大学法人化によって、国立大学病院には効率化係数に加えて、経営改善係数が課せられ、診療収益の増加が非常に大きな目標となったこと。
- そこに、2004年から初期臨床研修の必修化が始まったこと。

しかし、複雑なことを複雑だと言っているだけでは解決しない

2004年に導入された初期臨床研修制度は、結果として病院医療に混乱を招くきっかけとなったが、根本の原因はわが国の医療の脆弱な基盤にある



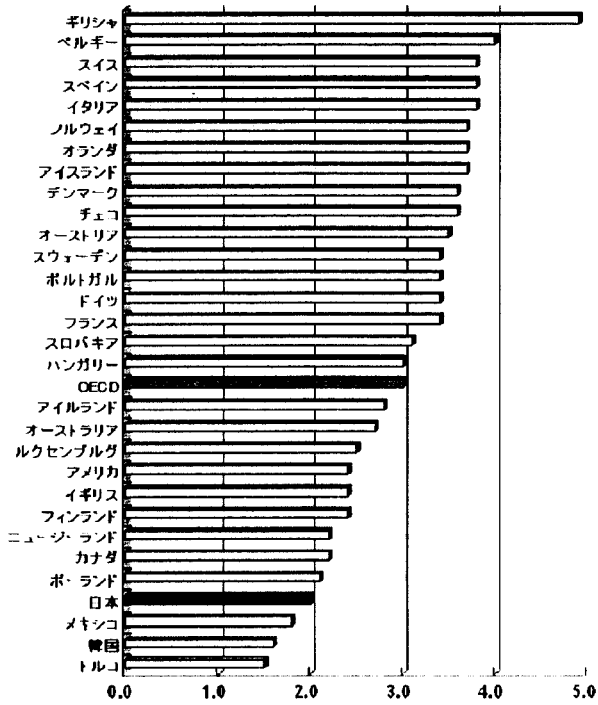
積み将棋



## 人材養成の難しさ

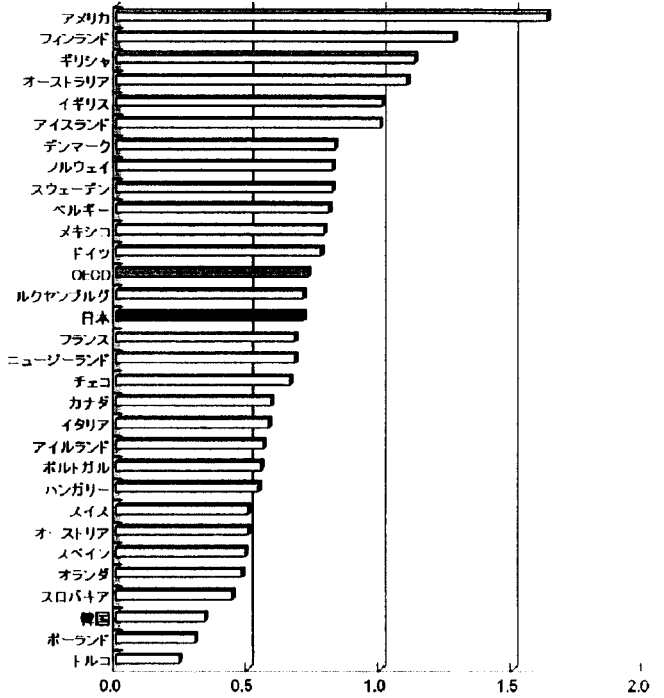
- 供給は少なめに、また、需要は多めに見積もって推計しても、歯科医師の供給は需要を上回る。70歳以上の歯科医師が活動しないと想定した場合であっても、2005年以降、供給が需要を上回り、2025年には9千～1万8千人程度の過剰が見込まれる。
- 人口1000人あたりの薬剤師数は1.21と、先進国中では最も多い。早ければ2006年にも需要は頭打ちとなり、2037年には薬剤師は36万人となるが、需要は23万人として13万人の余剰が出ると予測される。

医師数(人口1000人あたり)



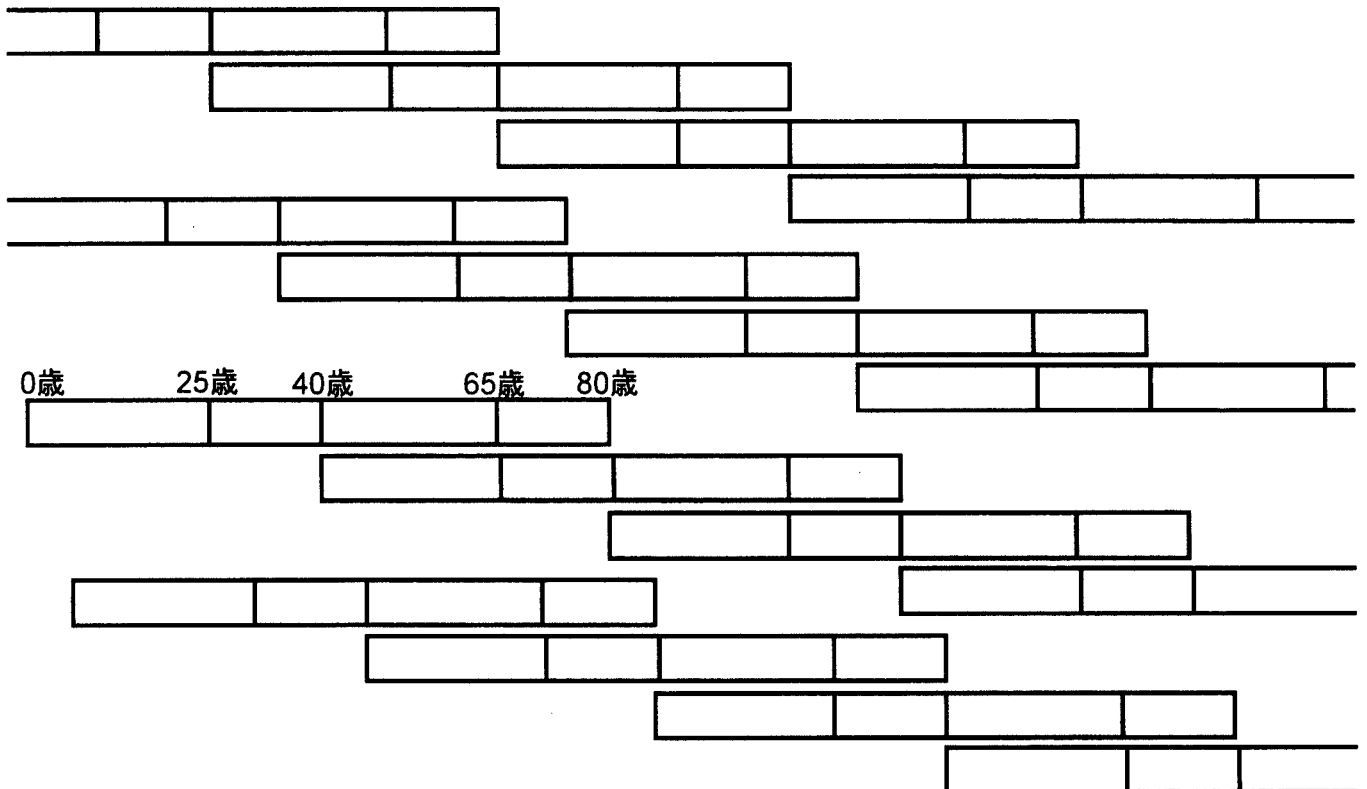
Health at a glance 2007 (OECD)

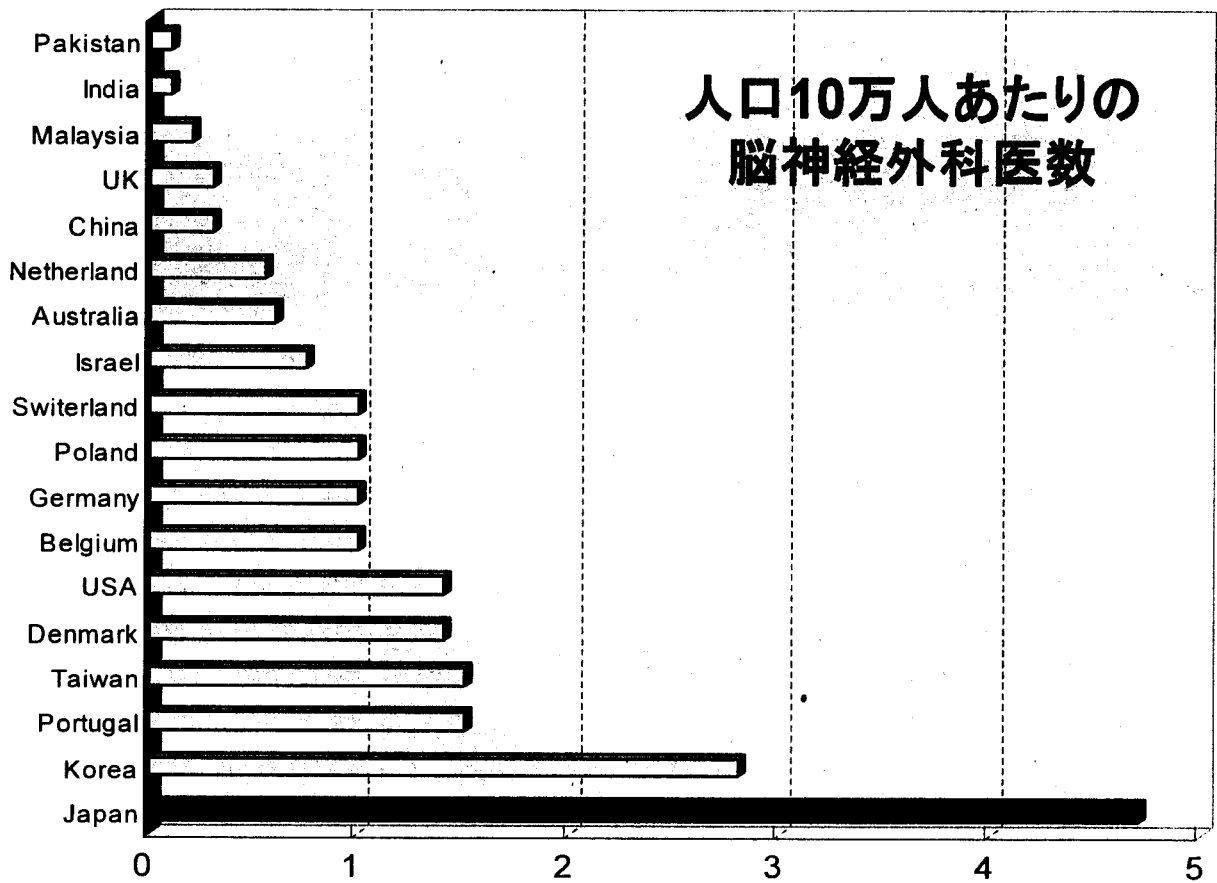
歯科医師数(人口1000人あたり)



The world health report 2006 (WHO)

医師は人生80年の1/2(40年)を医師として過ごす





## 脳神経外科専門医の数

- 脳神経外科専門医の数が、他の先進諸国に比べて多いことは事実。
- わが国の脳神経外科医は救急医療や脳卒中診療の現場において必須の存在。急激に減少すれば、救急医療や脳卒中診療は崩壊する。
- 現在の体制が生み出された原因は複合的。

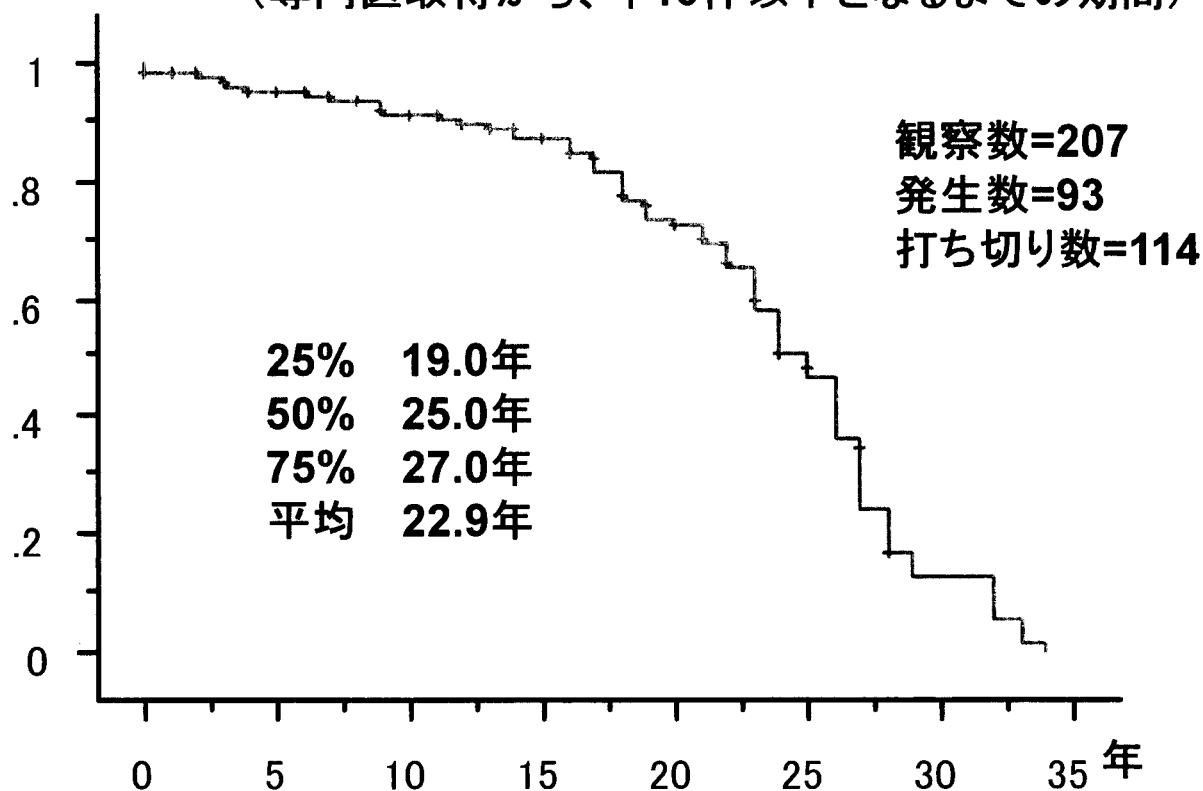
# 脳神経外科専門医の数

1. わが国における先導者が懸命に後進を育成した。
2. 隆盛期にあり、若手の関心が強かった(面白そうだった)。
3. 救急の現場や脳卒中の現場において、診療を担当できる医師は脳神経外科医しかいなかった(救急医、神経内科医が充分育っていなかった)。
4. 増加しつづける業務に対して、努力して若手医師の増員を図ることが最も有効な解決法であった。
5. 育成された次の世代は、独立して脳神経外科施設を増やしていった。そこには更に多くの若い世代が必要になった。
6. 国の経済が多くの脳神経外科施設の増加を支えた。

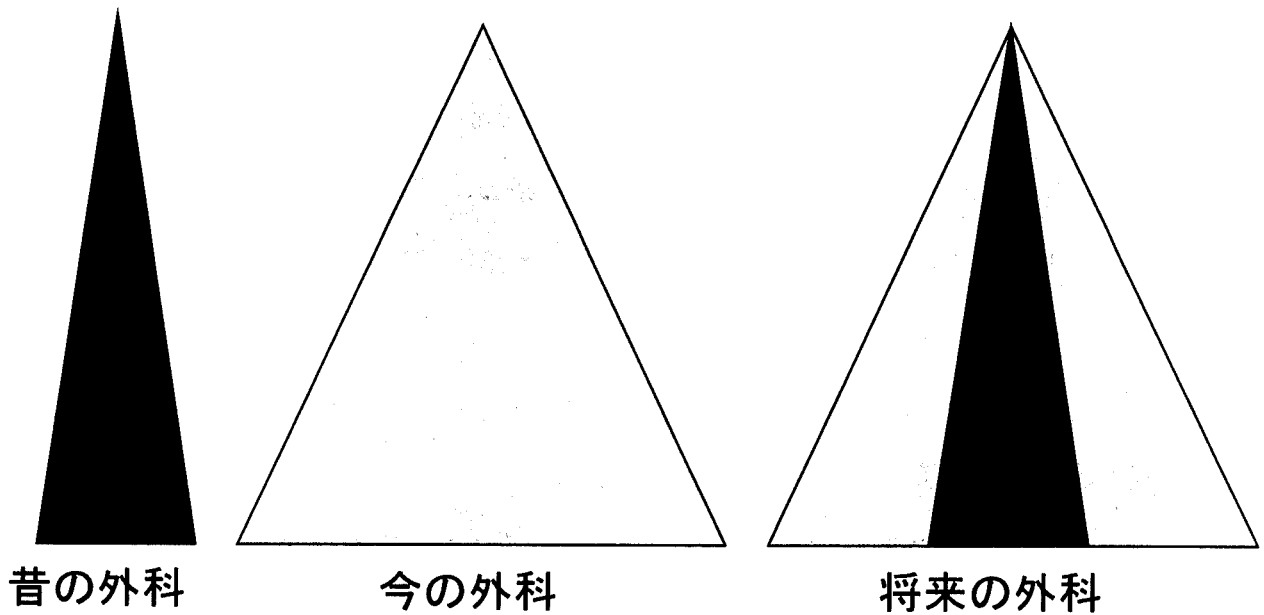
本当はチーム医療の推進によって解決する方が合理的であった

## 脳神経外科医がアクティブである期間

(専門医取得から、年10件以下となるまでの期間)



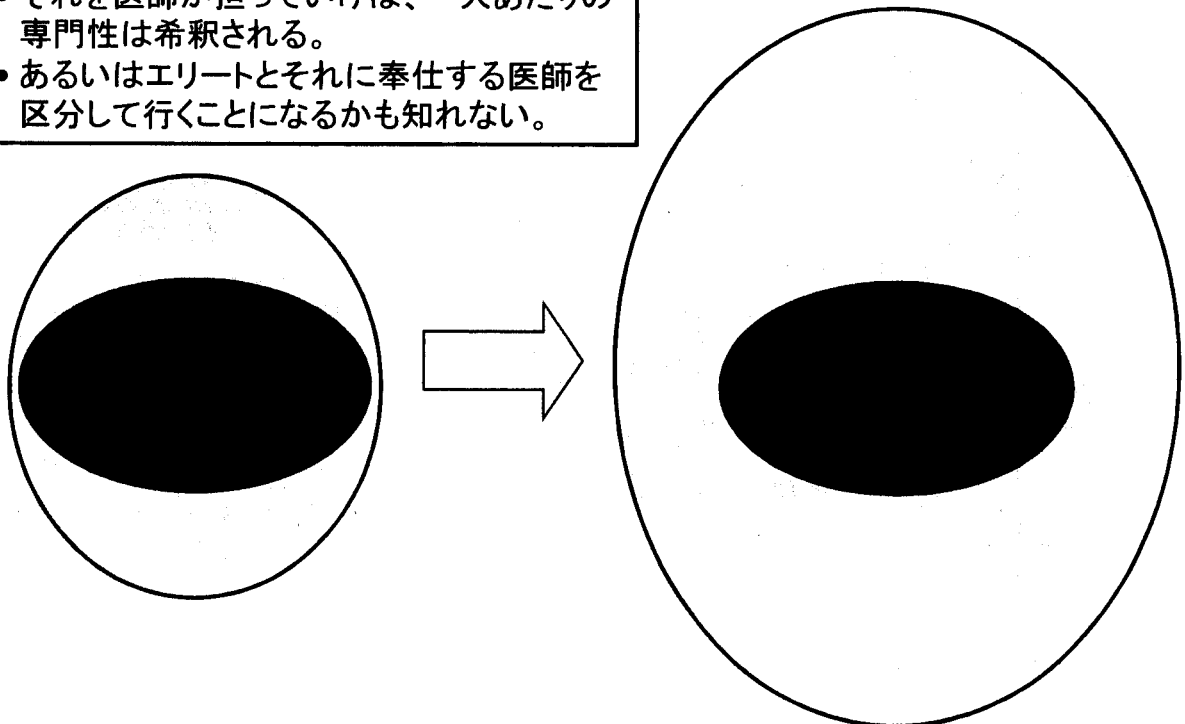
## 医師の業務が増加した場合の問題(特に外科系の場合)



- 症例数に依らず、業務量によって医師数が決定すれば、外科をしない外科医が多数生まれる(あるいは専門的業務が希釈される)。
- 魅力的なキャリアパスとして外科をしない外科医の道が用意されない限り、外科は敬遠されるようになる。

## 医療の業務が拡大した場合

- それを医師が担っていけば、一人あたりの専門性は希釈される。
- あるいはエリートとそれに奉仕する医師を区分して行くことになるかも知れない。



# チーム医療は必然である

- 医師の本来の業務以外の業務を医師に負わせ、その後のキャリアパスを考えない場合、その診療科が異常に増大するフェーズの後に、医師から見たその診療科の魅力が失われ、急激に人手不足になるフェーズに至る。
- どのような人的構成を取るべきかを充分考えて、キャリアパスを考えておく必要がある。
- 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、ピラミッドを安易に拡大すれば、キャリアパスのためのシステムを用意しない限り、早晚矛盾が顕在化する。
- マクロ的・長期的に見れば、この問題を解決して、安定したピラミッドが形成できる方策を考えて置かなければ、わが国の外科系は崩壊の可能性がある。
- 最も合理的な方法は、業務をチームで分担し、それぞれの職種が誇りをもって業務を持続的にこなえる方式を生み出していくことである。

チーム医療は単に医師不足を補うためだけに必要なのではない

## 医師が担当しているさまざまな業務

- 侵襲性の高い治療
  - 専門家としての経験の必要な診断・治療
  - 医療に関するカンファレンス、回診
  - 教育・研究の業務
- 
- 患者や家族への説明(外来を含む)
  - 専門性が低く、侵襲性の低い医療
  - 病院の医療に関する会議(医療安全、感染対策)
  - 診療ドキュメントなどの文書の業務
  - 病院の経営や運営に関する会議・業務

## 解決への一つの道は専門医制度

- 専門医制度はすでにわが国においてほとんど完備している。
- プライマリケアの専門医制度の導入は現実問題として不可能である。

これは誤りである

### 専門医制度の現状

- 国民皆保険制度の下での医師技術料の制限や、自由標榜制のため、これまでは専門医制度は社会に根付いていなかった。
- 日本専門医制評価・認定機構(社団法人)が「5年以上の専門研修を受け、資格審査ならびに試験に合格して、学会等によって認定された医師」を専門医と定義。
- 日本専門医制評価・認定機構が18の基本領域の学会と Subspecialtyの学会に区分(二階建て制)。
- 基本領域の専門医は12万6千名。
- Subspecialtyの30弱の領域の専門医は8万2千名。その他の領域の専門医は2万名。
- プライマリ・ケア(家庭医、総合医、かかりつけ医)の専門医制度は確立していない。



# 専門医制度の問題点

- 専門医に至る教育プログラム、教育病院の評価が不十分。
- 学会ごとに独自の方針で運営され、適切な外部評価を受けていない(2007年11月に専門医制評価・認定機構が基本領域17の専門医制度を評価)。
- 養成すべき専門医の総数、地域別の分布に関する制御がなされていない。
- プライマリ・ケアの専門医(家庭医、総合医、かかりつけ医)制度が確立していない。
- 結果として、実効性が低く、実益もない制度となっている。

専門医制度が信頼の基盤となる

## 専門医制度の改革

- プライマリ・ケアの専門医を含めて、専門医ごとに、養成すべき専門医の総数、地域別の分布に関する制御をおこなう。
- 法的な裏づけのある専門医制度の認証機関「専門医制度認証委員会(仮称)」を設置する。
- 確立した制度下にある専門医に対しては、技術料の評価をおこなう。

# 専門医制度の効果

- 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。
- 医師の各専門分野ごとの必要数、地域ごとの適正配置もコントロール可能となる。
- 病院と診療所の信頼に基づく連携関係を構築して行くことができる。

## 専門医制度を担当する組織

- 旧医局制度のもとでは、入局者が多ければ多いほど、医局の力が増大する仕組みになっていた。日本全体という観点に立った数の制御の考え方とは協調しにくかった。
- 医局が力を失っても、専門医制度を運営している各学会に取っては、入会者が多ければ多いほど、会の力が増大し、資金が潤沢になる仕組みになっている。日本全体という観点に立った数の制御の考え方は、やはり協調しにくい。
- 医局や学会の利害から独立の組織が専門医の数と分布の制御をおこなう必要がある。

# 専門医制度成功の条件

- 医師の専門職能集団が自律的に責任を持って行うこと。
- 専門医制度の実務をおこなう組織と、その評価・認証をおこなう組織を分離すること。
- 制度は法的な裏付けに基づくこと。
- 専門医の質の制御だけではなく、専門医の数と分布に関しても責任を持って行うこと。
- 拙速な制度の完成を行わないこと。

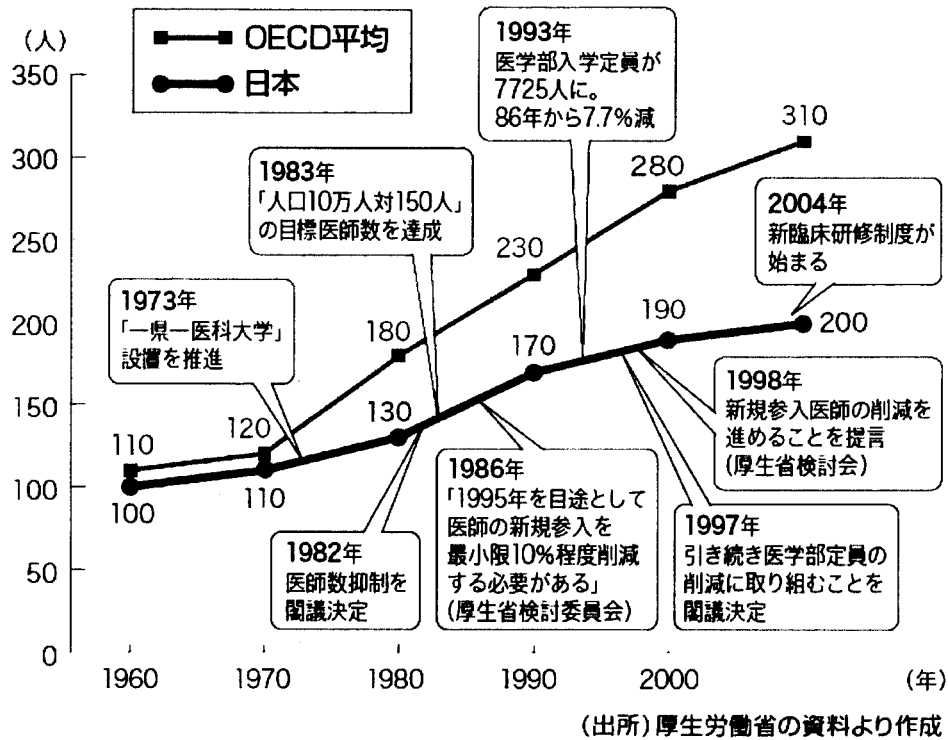


専門医制度に対する信頼が確立する。  
専門医の努力が報いられる報酬制度ができる。

## チーム医療の必然性

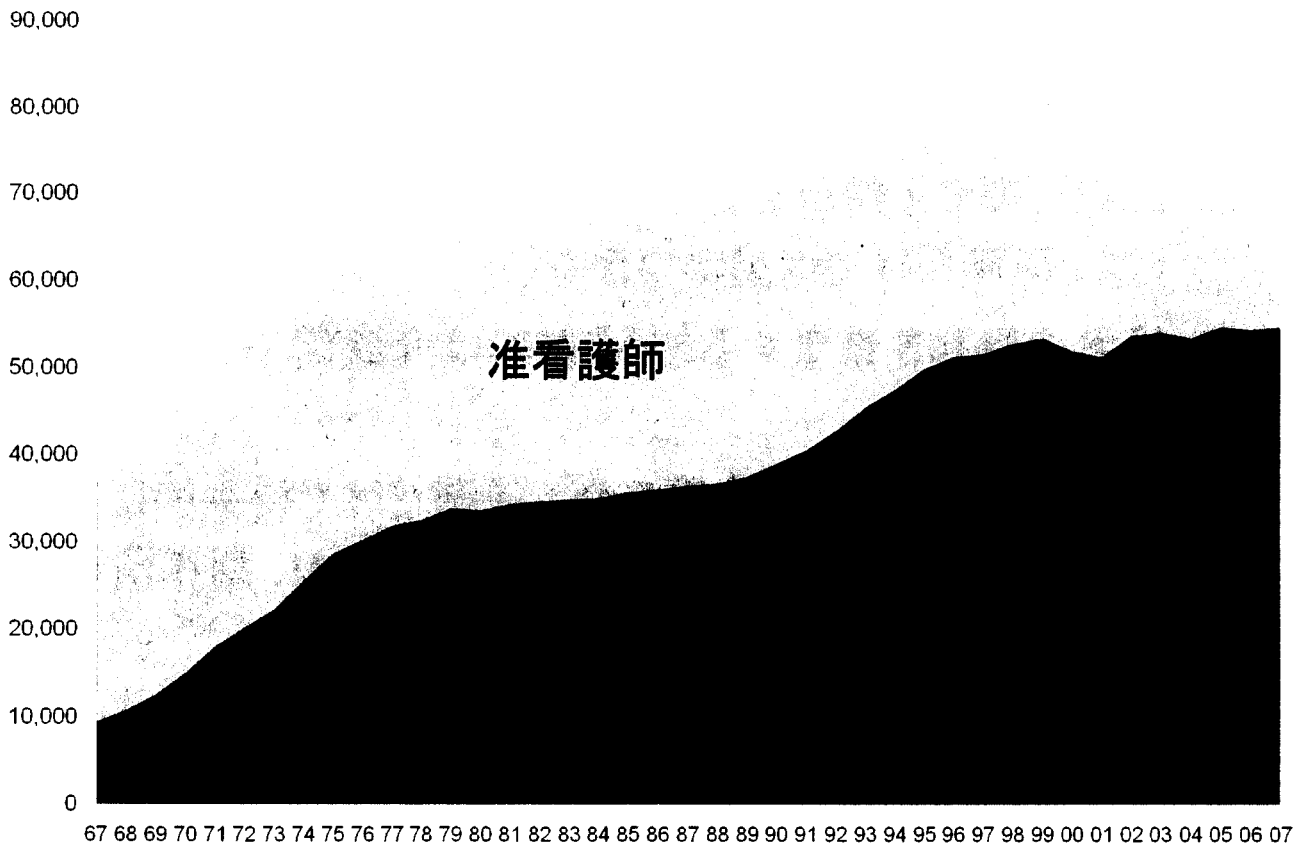
- 医療に関する情報量が爆発的に増加してきたことに対して、医師だけでは追いつかない。
- 患者の権利を尊重するという基本は今後縮小することはありません。
- 増大してきた医師の業務を全て医師だけで将来的にも担って行こうという考え方は非現実的であり、副作用が大きい。
- さまざまな職種とのチームワークによってのみ、高いレベルの医療が維持できる。

# 医師数の推移



実際のマンパワーの差はチーム医療を推進しないことにより、更に大きくなった

# 看護師養成数の推移



## チーム医療における看護師等の役割 —世界的動向からの概観

南 裕子

近大姫路大学学長  
前国際看護師協会会長  
日本学術会議会員

世界ではヘルス専門家の相互の尊敬と理解のもとに連携と協働が進んでいる

名称

医師とコ・メディカルという表現ではなく、

- ヘルス・ケア・ワーカー（ヘルス・ワーカー）、
- 医療従事者（メディカルス）

組織

Health Professional Alliance



# WORLD HEALTH PROFESSIONS ALLIANCE

*Teaming Up for Better Health*

- What is the WHPA?
- Press Releases
- Joint Statements
- Fact Sheets
- Publications
- Events/Conferences
- Hot Topics
- Links
- Home



[World Medical Association \(WMA\)](#)  
[International Council of Nurses \(ICN\)](#)  
[International Pharmaceutical Federation \(FIP\)](#)  
[World Dental Federation \(FDI\)](#)

The World Health Professions Alliance is a unique alliance of dentists, nurses, pharmacists and physicians to address global health issues striving to help deliver cost effective quality health care worldwide.



World Health Professions Centre for Innovation and Research  
 "Shaping the future"

[www.wHPA.org](http://www.wHPA.org)

## FEATURED ON WHPA



BE AWARE



ページが表示されませんでした



## WHOの定義

(World Health Report 2006)

- ヘルス・ワーカーとは、「健康を強化することを第一義の目的にしているすべての従事者である」

Health workers are "all people engaged in actions whose primary intent is to enhance health".

- ヘルスにおける理想と現実のギャップを縮め、21世紀のヘルス・チャレンジに対する準備を行うには、従事する者の強いインフラストラクチャーが基盤である。



**チームにおける協働と連携こそが重要！**

# 医療従事者の協働と連携

医師

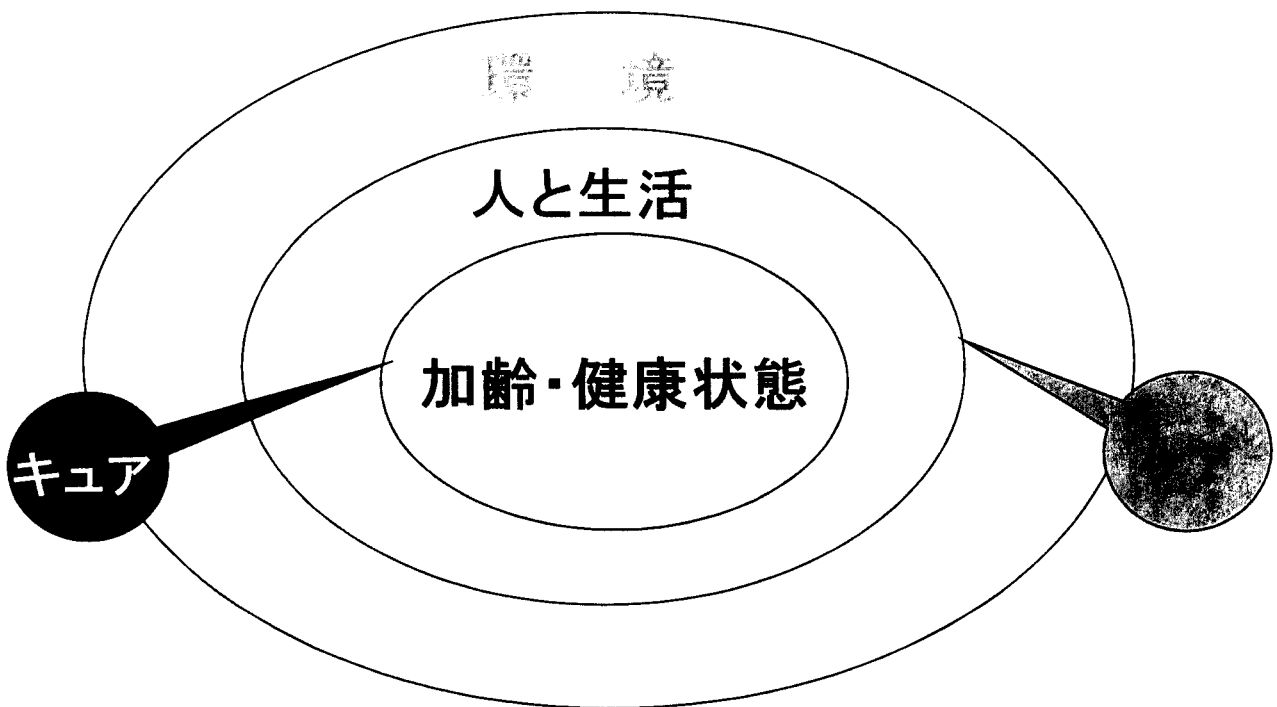
看護職

薬剤師

PT, OT

その他の  
専門職

## 医療の概念構造



## 21世紀に向けての医療の考え方

- 分断からホーリスティックなアプローチへ
- キュアとケアの統合
- 新たなチャレンジに対する多面的アプローチ



- 安全と安心の保障
- 病む人も提供者も納得のいく医療
- 医療の質の保証

## チーム医療：協働と連携

- Task-shifting仕事の委譲ではない。
- 権限の委譲ではない



- 責任の共有化(日本学術会議看護学分科会2008)
- 仕事の重なり合い



それぞれの役割の独自性と能力の  
理解とレスペクトが深まることが前提



# 共通する世界の課題

- 少子・高齢化の急速な進展
- 政治・経済の変動: 金融危機
- 医療需要の変化(図)
- 感染症・災害の発生と減災・防災
- 国民の意識の変化
- ヘルスサービスが国境を超える
- 労働力の移動; 都市へそして先進国へ
- 医療従事者の不足: 看護師の高齢化(図)
- 医療の進歩: 遺伝子、脳科学、宇宙科学

9 9

## 医療需要の量的・質的変遷(概念図)

(出所; SR Garfield原図、1970 cited by 武田、09)

	1900	1935	1970	将来
患者	100	50	25	10
初期患者		50	25	40
半健常者			50	35
健常者				15

# USA: 看護師の平均年齢

(USA政府調査、2004)

	1996	2000	2004
全体	42.3才	45.2才	46.8才

---

35才以下 40.5%(1980) 16.6%(2004)

54才以上 17.2%(1980) 25.5%(2004)

11 11

## 日本のチーム医療における 看護師の役割見直しの周辺の動き

- 患者のたらいまわし、患者難民など国民の悲鳴
- 中核病院・高度医療病院で医師不足・偏在
- 過疎地域等でのニーズの変化
- 器械器具の開発と安定化
- 看護師の基礎教育の向上
- 看護師の院内・継続研修の発展
- 専門看護師・認定看護師等の実績
- 看護学の発展

12

# 看護師の役割見直し

理念：国民の安全と安心の保障と向上のために  
キュアとケアの融合した機能をもつ看護師  
にいま、そしてこれから何ができるか？

看護師の役割に関する認識の再考

- キュアの分野における現実の認識
- キュアとケアを統合・融合する機能の開発

13

看護基礎教育の世界的動向

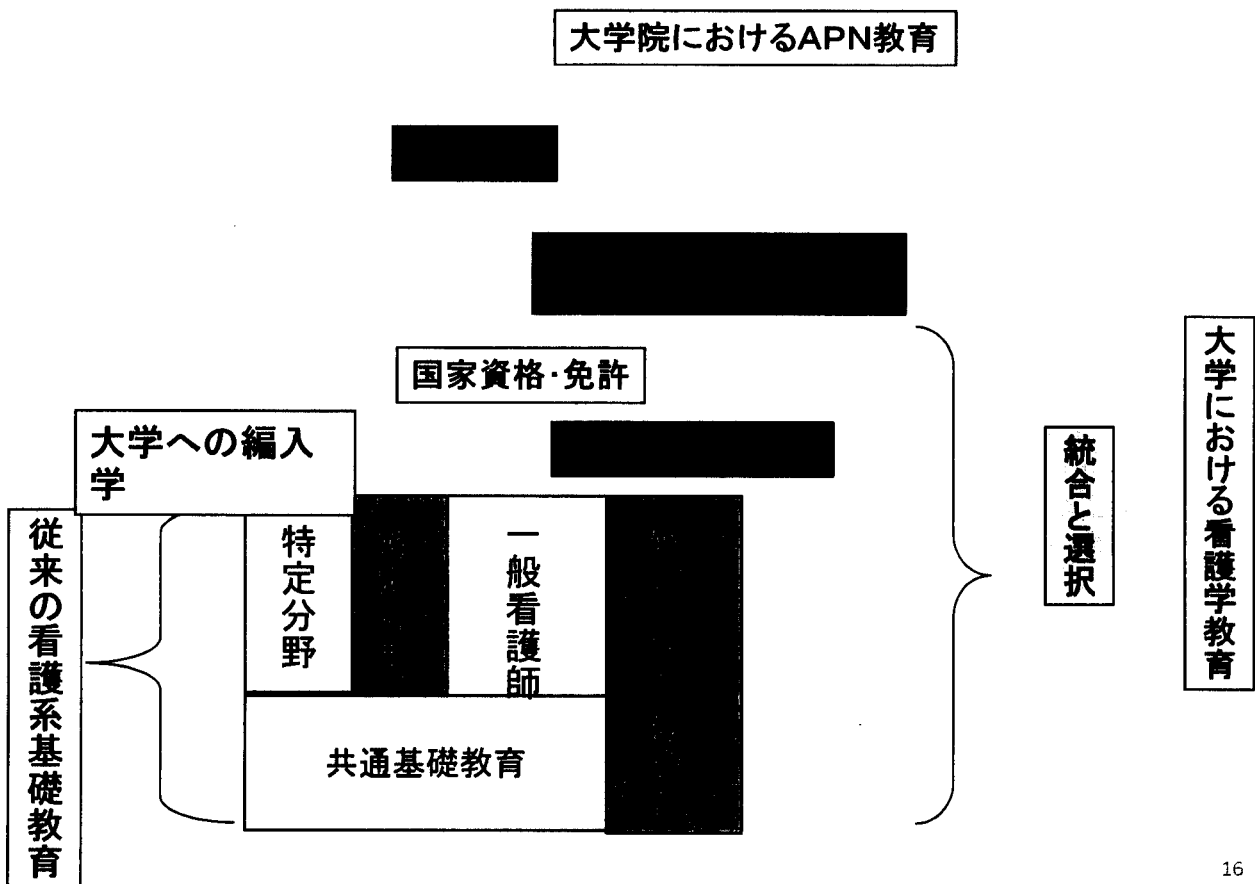
14

# 看護教育から看護学教育への移行期

## Occupational Training から Professional Education へ

- 保健医療福祉のニーズとサービスのグローバル化
  - ①多様なヘルスニーズが国境を越える
  - ②ヘルスサービスが国境を越える
  - ③専門職が国境を越える
- 国内におけるヘルスニーズの多様化・複雑化
- 大学制度の変革
  - ①純粋科学から応用科学までの教育
  - ②専門職教育を大学院で行うための体系化
- 女性の地位向上
  - ①大学への進学率
  - ②専門職への就業率のアップ

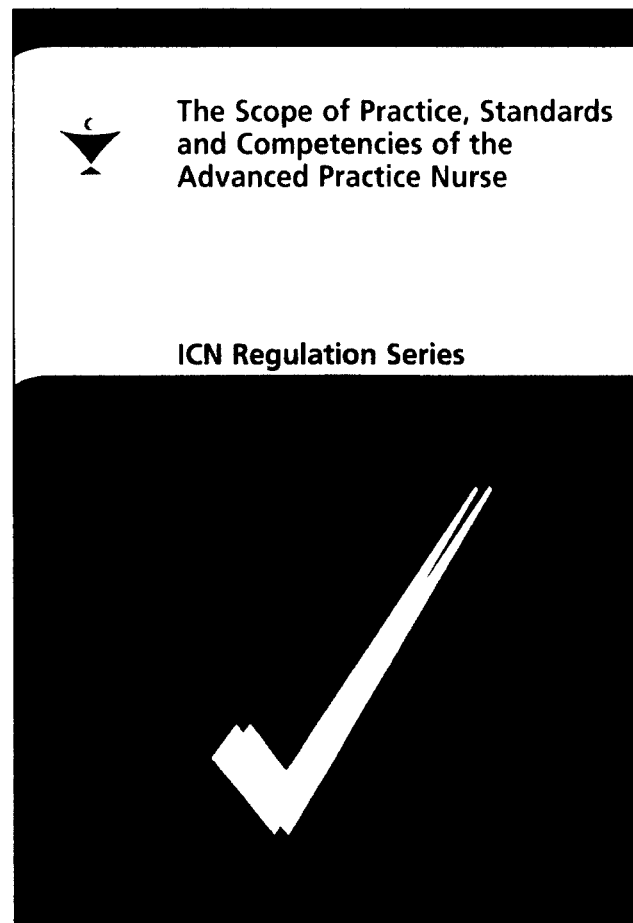
15



16

# 看護の専門分化

- 基礎教育からの分化(免許から)  
**助産師、保健師等**
- 臨床の場からの分化  
**精神病院、小児病院等**
- 継続教育を通しての分化  
**臨床指導者、看護管理者、看護教育者**
- 学際的な資格へ  
**養護教諭、ケアマネージャー、糖尿病指導員**
- 大学院教育を通しての分化  
**専門看護師、Nurse Practitioner, APN**



発行者: ICN

発行年: 2008年

## NP/APN(高度看護実践家)の定義

NP/APNとは、専門的な知識ベース、複雑な意思決定能力、実践の拡大に対応する臨床上の能力、実践の資格を与えた国や背景が示す特性を有する正看護師のことである。エントリーレベルでは修士号をもつことが望まれる。

(ICN2002)

19

## 実践の内容

- 研究、教育、実践、管理の融合。
- 高度の専門的自主性と独立した実践。
- ケース・マネージメント／自身のケース・ロード。
- 高度のヘルス・アセスメント技術、意思決定能力、診断上の論証技術。
- 認められた高度臨床能力。
- 保健医療提供者に対するコンサルテーション。
- プログラムの計画、実行、評価。
- クライアントのための最初の認定窓口。

(ICN)

20

## 高度実践看護師APNの種類

- 高度医療・中核病院等で診療にかかわるCNS
- 過疎地域、または外来等でのNP
- CNSとNPを併合したような専門家

### 規制上の仕組み

～国の規定がNP/APNの実践を支える～

- 診断の一部を担う。
- 薬剤処方の一部を担う。
- 看護師等に対する診療の指示。
- 患者を他の専門家に紹介する。
- 患者を病院に入院許可する。
- 「NP/APN」の名称を授与、保護する法律の制定。
- APNに関する法律の制定、あるいは他の形での規制上の仕組み。
- 高度看護実践の職務にある看護師の公式名称。

# ATLAS NURSES IN MENTAL HEALTH 2007



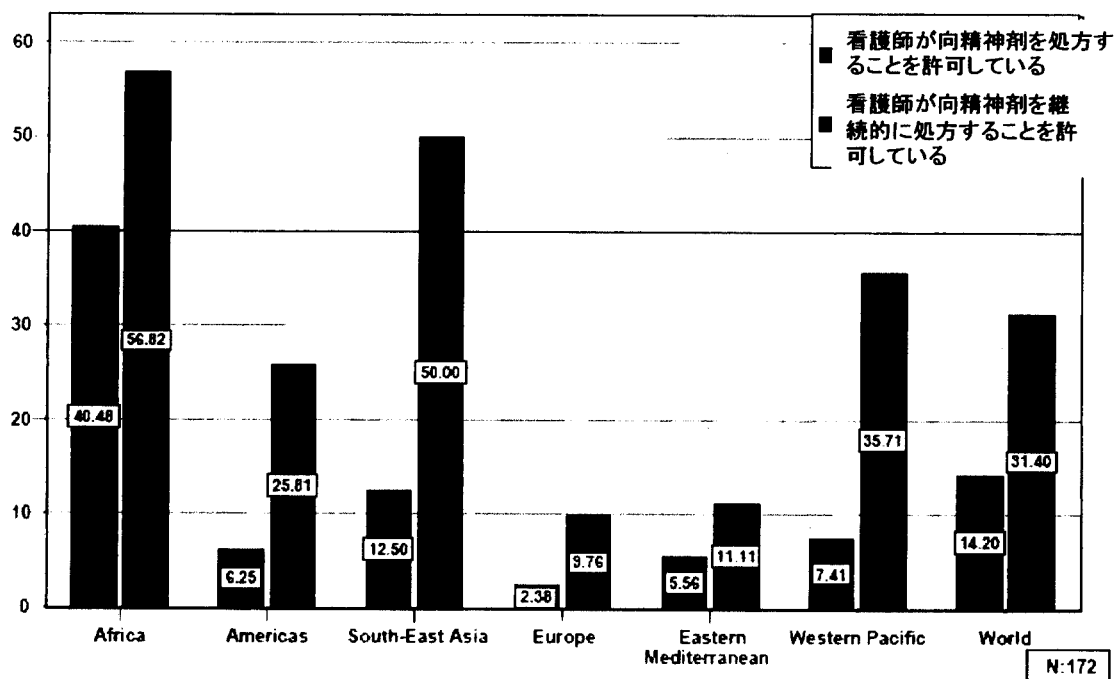
2009/10/2



23  
23

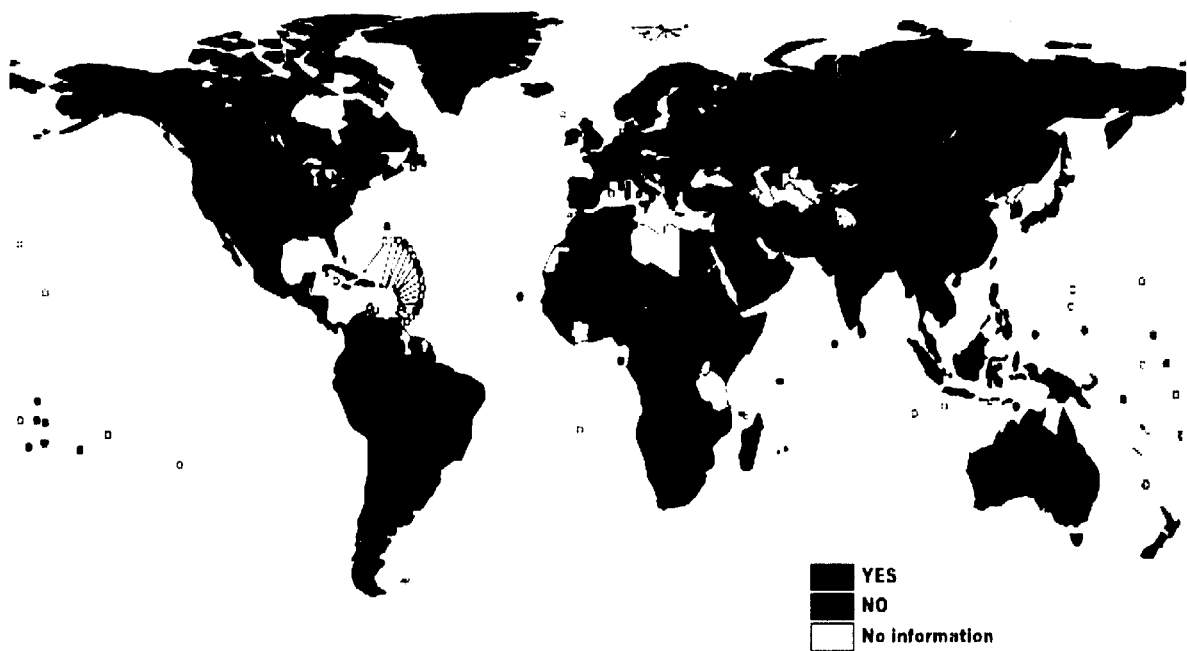
Figure 11.2

## 看護師による向精神剤処方 (WHO指定地域別)





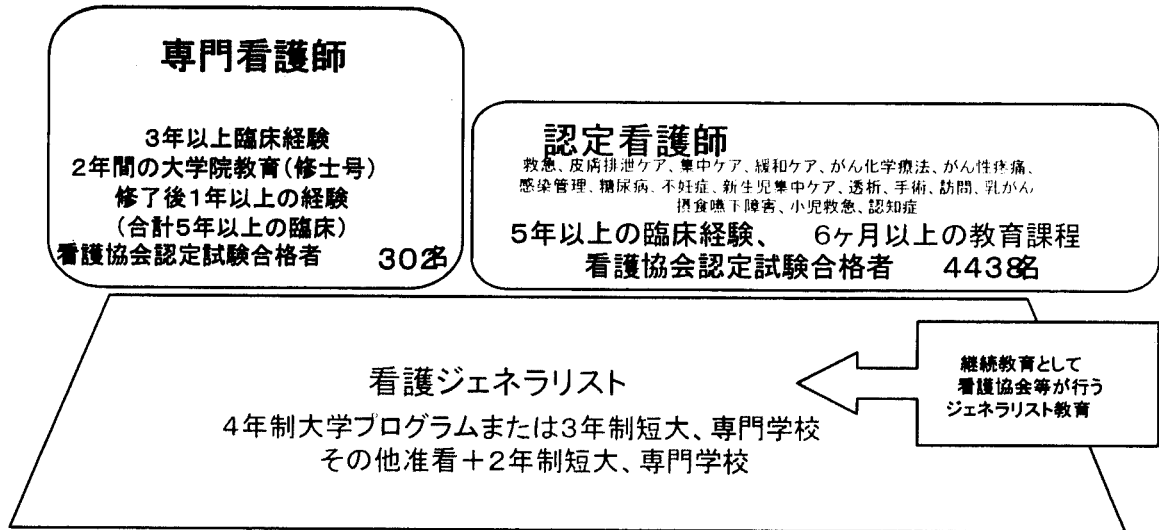
Map 11.1 看護師による向精神剤の処方や継続的な処方の認可



## 専門看護師の定義(JNA)

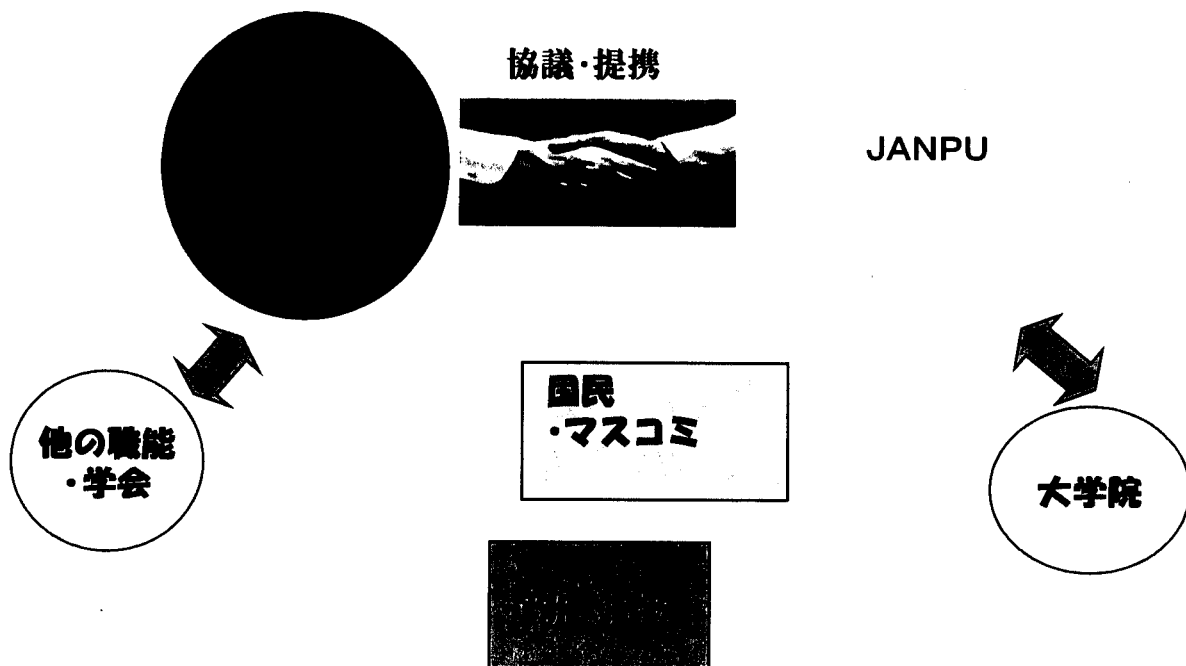
日本看護協会専門看護師制度は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を社会に送り出すことにより、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることを目的とする。

# 我が国における専門看護領域 スペシャリスト養成の構造



27

# 日本におけるCNS制度を支える組織



28

## 高度実践看護師等の 裁量幅の拡大に関する課題

- 安全と安心の保証が絶対的課題
- ケアの質の向上の重点化
- CNS/APNに関する看護界の制度の提言
- CNS/APNのコンピテンシーの各学会の検討と同意
- 医師等と関係職者との協議
- 学術会議と看護系学会協議会の連携

29

## 参考文献

- 山本あい子他 諸外国における看護師の役割と業務に関する研究  
厚生科学研究 平成14年度
- 総特集 医療制度改革と看護 IV.諸外国における医療制度  
インターナショナルナーシングレビュー 30(3)p.96-117, 2007
- WHO World Health Statistics, 2007
- ICN Facts Sheet, [www.icn.ch](http://www.icn.ch)
- 5<sup>th</sup> Edition Nursing in the World: The Facts, Needs and Prospects,  
INFJ, 2008
- Eraut M. et al (1995) Learning to use scientific knowledge in education  
and practice settings  
ENB Research Report Series, London