新春座談会

健全な社会を創生する医療

―チーム医療・人材育成と医療改革

健全な社会を創生する医療の役割を論じ合った新春座談会の模様

チーム医療　包括的指示の範囲の明示を

■チーム医療

藤原　本日はお忙しいところをありがとうございます。日本福祉大学副学長の二木先生、日本看護協会会長の久常先生、そして日本病院会堺会長にお集まりいただきました。チーム医療と人材育成、そして地域医療、最後に社会保障制度・政策の3点を中心にお話をいただき、将来展望もお伺いしたいと思います。

まず、チーム医療と人材育成についてですが、チーム医療とは何か、何を目指しているか堺会長からお話しください。

堺会長

堺　病院にとってチーム医療の定義はなかなか難しいですが、すでにやっていることなんですね。

そもそも病院は専門家集団ですから、昔は専門家が自分の役割をこなしていけばよかった。問題は医療そのものが随分変わったことです。感染症が中心だった時代から、生活習慣病主体に移り、高度化し専門分化して、今では専門家でなくては病院人ではないみたいな世の中になっています。

一方で患者さんのニーズがどんどん高まる中で、一つの専門職だけで全部のニーズをこなせるかというと難しいわけです。専門家集団が台頭し始めた時代は職種ごとの縦の連携が重視され、横の連携は比較的弱かったと思います。

私は脳神経外科医ですが、例えば外科医がオペ室へ入っていると、その間は他の患者さんのことは全くわからないですから、看護師さんがそれらの患者さんの変化を見てオペ室に連絡し、それで理解し承諾したりするわけです。そういう横の連携の積み重ねがチーム医療じゃないかと思います。だから紋切り型にチーム医療と言われると難しい。今、厚労省の検討会でチーム医療に関する議論が錯綜しているのも、そういう根本的な問題があるためではないかと思います。

要はチーム医療は誰のためか、利用者のためだと思うんですね。特に若い医師は患者の家族構成すら知らないことが多い。それを看護師さんがきっちりと押さえてくれているので非常に助かるのです。

藤原　要するに患者さんを中心にした医療者の連携とかコミュニケーションということが基本だということですね。

堺　そうですね。

藤原　久常先生はチーム医療をどうとらえていますか。

久常　チーム医療というのは基本的には医療の効果性と効率性、すなわちどういうチームを組めば医療が効果的で安全に行われ、また医療費も一番少なくて済むか、という視点で考えることが大事だと思います。今までは、それぞれの職種の専門性にこだわり過ぎたのではないでしょうか。疾病構造の変化で治療対象が変わり、高度医療を必要とする人だけじゃなくて、高齢者医療も増えてきました。効果性と効率性を考えていく中でチーム医療が重要になってきたと思います。

藤原　二木先生はいかがですか。

二木　日本で最初にチーム医療が強調されたのはリハビリテーションです。私は元リハビリテーション医ですが、1970年代はチーム医療というと、医師集団の枠内でのチーム医療のことでした。最近は、医師と看護職は車の両輪だといわれるが、患者さんのニーズが多様化していますから、いろんな職種がかかわらないといけない。患者さんにそれぞれの職種が個人的善意でバラバラに接すると患者さんが混乱するので、それぞれ協業しながらチームをまとめていく。リハビリが一番多職種で構成されているので草分けなんですよ。

私の恩師の元東大リハビリテーション部教授の上田敏先生が1983年に「リハビリテーションを考える」（青木書店）という本を出され、今でも忘れられないのが第2章のチームワークの部分です。チーム医療は医師が指示して、ほかの職種が分業で動くのではない。それの根本はチームとしての多面的な認識で、それぞれの職種の得意な領域から、当時の最先端医療機器であるCTになぞらえて、いろんな角度から見るというものでした。

医療法とのかかわりでいくと医師の指示をどうするか。一昔前は医師がオールマイティで、すべて指示するというイメージだったのですが、法的にも医師の指示は包括的指示と個別的指示に分かれる。特に生命にかかわるとか、そういう部分の個別的指示は厳重に医師の管理下で行う必要がありますが、もっと緩やかな指示もあるわけで、私はその包括的指示の範囲をはっきりさせることが大事だと思います。

これからのチーム医療では、多職種の権限を強めると同時に全体的なまとまりが必要です。その場合には包括的指示の概念に加えて、精神保健福祉士と言語聴覚士の誕生の時に発明された「指導」という概念も有効だと思います。

堺　私は最初行った病院では、運動器のリハビリをチョコチョコとやっていたのですが、それじゃあだめだと思いチーム医療の必要を実感しました。

看護師養成　4年の統合教育でなく看護教育を

■看護師養成

藤原　看護師の育成・確保について久常先生いかがでしょうか。

久常　まず看護職は今年、6万6千の入学定員があるんです。それは保健師、助産師、看護師、准看護師を全部入れた数です。実際病院等で機能するのが4万4千人ですが、そのうち2万2千人が消えていきました。なぜ消えていくか。専門学校に行く人の割合が18歳人口の20%弱に減り、50数%が大学に行く状況へと変わっているわけです。そのため、ほとんどの養成所が定員割れを起こしてくる。中途退学者も増えています。人材確保のあり方を変えないといけません。私どもは、教育のあり方を変える運動をしてきました。4～5年前から厚労省も検討会で検討してきました。しかし、看護師養成を大学教育に全面的に移行することには結論が出なかったのです。

久常氏

私どもが訴えてきた「保健師助産師看護師法」と「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の改正案が、ようやく昨年7月に議員立法で通りました。これは養成所を否定して全部大学教育に移行するわけではなく、大学教育をきちんと法律に位置づけ、また新人の早期離職対策として努力義務ですが、新人の研修制度を設けることになりました。

藤原　大学に限らず専門学校も4年制という話がございましたが、その方向に行くのでしょうか。

久常　検討会では3年教育を4年教育にすることへの合意が得られなかったですし、今回の法改正では、すべてを大学教育にすることもかないませんでした。改正法には大学を入れて従来の形は全部残している。そしてプラス新人研修としたわけで、大学への一本化も4年教育にしていくこともできていません。今大学教育をやっている所は全部で2百校近くあります。大学というものを看護師の国家試験受験資格の最初に位置づけましたので、まず看護師の教育だけを4年間でしてくださいとお願いしています。

今までは助産師も保健師も全部その4年間で養成する統合教育をやってきましたが、その教育では看護師にとっても十分ではない、保健師や助産師にとってはもっと不十分です。そういう意味では少なくとも大学が2百校近くありますので、4年間かけて看護師教育をという方向で私どもは動いています。

藤原　堺会長からは何かございませんか。

堺　たしかに看護師養成が大変なのは認識しております。医師も同じで、6年の医学部教育で本当にいい臨床医が育つかというと、なかなか難しい。その解消のために2年間の卒後臨床研修ができたわけですが、看護教育も多分そうなんですね。

実際、私どもの病院にも実習でいらっしゃいますけれど、OJTはもちろん、それ以外にも覚えることが余りにも多すぎて、我々が期待するような臨床的な技能、知識はまだまだ難しい気がします。看護の場合は努力義務なので、目標達成は容易でないでしょう。

自分の最愛の人が入院したらどうしてほしいかというと、やさしい看護師さ

（3面に続く）

〈出席者〉収録は平成22年12月13日

堺　常雄　日本病院会会長

二木　立　日本福祉大学教授・副学長

久常　節子　日本看護協会会長

藤原　秀臣　ニュース編集委員会委員長（司会）

新春座談会

看護等の業務拡大　ルールをもった拡大が必要

（2面の続き・堺）

ん、思いやりのある看護師さん、それから知識もあって、看護技術も優れた人がほしいわけです。そういうことを全部目指すかという簡単ではありません。久常さんがおっしゃるように、できるところからやっていくしかないのが現状です。ただ、人材育成の原点というか、ベースは何か、これを議論しておく必要があります。ある程度コンセンサスが得られた中でできるかどうか、できないならば、次善の策はどうしようかということです。

二木　医師養成と看護師養成の政策的違いを御存じですか。それから看護師の離職問題と福祉職の離職問題の違いを御存じですか。久常さんはもちろんよく御存じでしょうが、第7次看護職員需給見通しに関する検討会報告、11月22日の段階ではまだ骨子ですが、医師不足対策と看護職員対策は違います。医師の場合は、最近女医さんの離職率が問題になっていますが、大半が就業するのが前提で、「医師不足対策＝医師の養成数の増加」です。既存の大学医学部の定員をどれだけふやすかですね。それと別に新規の新設医大をつくるかどうか。

二木氏

医師教育　現場は初期診断できる総合医を

■医師の教育

藤原　堺会長、医師の専門性とか医師の教育、臨床教育という面での今後をどう考えられますか。

堺　いい方向にいってほしいんですが、結局初期臨床研修は大学の6年間の教育ではできない、メディカルクラークシップがうまくできない、それは医師免許がまだなので医行為ができないなどの制約があるのですが、医師育成に8年かかっているのが現実です。

ではどういう医師がほしいかというと、救急室で患者を診て、これはうちじゃ診れないよと言われるのが一番困る。ある程度初期診断ができる総合的な力をつけた人がほしい。私が厚労省の初期のワーキンググループに入っていた時に強調したのは初期研修はスタートであって、一番大切なのは専門医教育ですよと言ったんですね。

そうしたら厚労省は、初期研修は厚労省の範疇だけれども、専門医教育は自分たちの範疇じゃないといわれる。それが今、医師不足、地域偏在、専門家別偏在になって、結局厚労省が介入をはじめたわけです。日本の医者は専門意識が強すぎる。今の初期研修も大学の先生が言うのは、手っ取り早く最短距離でなりたい、どこかがそうじゃないんですね。見ていると2年間ですごく成長して一般的な能力をつけているので、昨年行われた見直しは非常にがっかりしています。

あれはエビデンスに基づかない見直しなので、禍根を残すのではないか。次の見直しは非常に困難だと思います。例えば脳外科は今はリハビリがすっかり定着しているし、インターベンション、専門家が行い成果も上がっている、ですから脳外の医者が術後指導をつきっきりでやらなくてもいいんですね。だから手術なら手術に特化した評価をやってくれればいい。余りにも日本は専門医の数が多すぎる、しかも定員の縛りがない、それから地域の分布も余り把握できてない。

藤原　若い人たちの専門医志向を改めるべきでしょうか。

堺　いやそれは修正しなくてもいいでしょう。自分が専門医を志向しても、専門的な仕事だけできる職場はそう多くないので実際には困りますよね。いかに自分ができないかというのがわかる。結構そういう分野では淘汰されるという感じをもっています。

医師不足と偏在　家庭医含めた専門医養成枠を

■医師不足と地域偏在

二木　医師不足の問題は地域偏在の問題と、診療科の偏在の問題と二つあり、対策はまったく違うと思います。地域偏在の問題ですと、これは学術的にも白黒ついており、一番有効なのは地域枠の拡大です。医療経済研究機構が「医師の需給のあり方に関する研究」を平成19年度に出した中に諸外国における医師の偏在対策に関する調査研究という優れた文献レビューがあります。結論的に言うと、国際的に見ても地域偏在をなくすために唯一効果が確認されたのが地元出身学生の優先的入学、すなわち地域枠です。

藤原委員長

それに対して僻地勤務を条件とした奨学金は、短期的な効果はあるけれども長期的な効果はないということです。

それから診療科の問題でいくと、2007年に学術会議が「医師の偏在問題の根底にあるもの」という提言を出したのですが、家庭医を含めた専門医制度をきちんと全国共通の制度に統一すべきです。今の専門医はバラバラなので、各科専門医の質の担保をすると同時に、家庭医を含めた専門医の養成枠をつくれば、それで科の偏在は解決する。これは即効薬ではないが、それを考えないと無理だと思いますし、この問題だけは自由放任主義のアメリカですら、国家でなく専門職団体が枠を設けています。

藤原　地域医療の問題の最たるものが医師不足、医師の偏在ですが、諸外国では診療科の選択はどうなっていますか。

二木　これはアメリカとヨーロッパで違います。ヨーロッパはもともと社会保障の国家統制が強い。逆にアメリカは国家統制が弱い国ですから、専門医に関しては専門職団体が自主規制しているところがポイントです。私の尊敬する医療経済学のフュックス教授は、医療政策の国際的経験で一番確実なことは誰も医師を支配できないことだ、逆に無理に医師を支配しようとすると、医師のモラール（志気）とやる気が低下するとおっしゃっている。アメリカでは共和党対民主党の議論で、国家規制か市場メカニズムに任すかという二分法の議論になる。しかし第三の道として専門職団体の自己規律がある。これは医療で一番大事だと言っている。日本の場合、歴史的な経過があって国家とまったく無関係な制度はできないですが、国家と協業する形で、しかし国家統制ではない形で家庭医を含めた専門医の認証制度をつくる必要があると思います。

藤原　地域偏在解消には、例えば専門医になる時に地域医療を1年義務づけるようなことに意味はないのでしょうか。

堺　それはあまり大きい意味はないと思います。専門医資格はせいぜい4～5年ですから、結局医者は患者さんを診てどうするかという思考回路だと思う。どういう医者が足りないか、これは厚生労働省がデータをもっているという気がします。例えば地域のいろんなデータが行政にあがっているし、四疾病五事業のデータもあがっている。一番足りない医師は、患者が何でも相談できる、信頼できる家庭医だと思う。私は移行期間を設けて今まで開業している人はそのままでいいです。そのかわり何年度から新しくなる人は何年間かの専門研修を受けて下さ

（4面に続く）

メディカルスクール

■メディカルスクール

藤原　メディカルスクールの問題ですが、この導入についてはどうですか。

二木　メディカルスクールは、アメリカのいいか悪いかは別にして、4年制大学修了後に医学部に4年入り、医学部を卒業して「医学博士」になる。それが日本の医師と同じです。

日本の学校教育制度全体をそのように変えるのなら、メディカルスクールはあり得ると思うんですが、今の段階だと学士大学の制度があり、まずその枠をふやす試みをすべきなので、それがある意味だとメディカルスクール的になるわけです。これは今の制度の枠内で可能ですよ。しかし完全にアメリカ流のメディカルスクールをつくるのは無理があります。

藤原　堺先生、メディカルスクールはおおむねそういう方向を目指すということでしょうか。

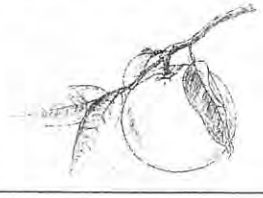
堺　この問題は、現在の養成制度への反省があると思うんですね。このまま大学に臨床教育なりトレーニングを委ねていいのか。大学は教育、研究、診療を行う所と言ってますが、一人の医師がそんなに三つもできないと思うんです。大学附属病院とか医学部附属病院は分離独立すべきだというのが私の考えです。二兎を追うのも難しい中に、三兎を追うのは至難の業なので、それなら初期研修がやっている臨床教育をメディカルスクールに委ねていいという思いがあります。その辺の理解がなかなか得られてないのが現状です。

初期臨床教育を委ねてはどうか

メディカルスクールの考えは、たまたま医師不足とタイミングを同じにして出てきたんですが、医師不足に対することではないのです。いろんな研修医を見ていて医者に適さないのがいるじゃないかということがあるので、あくまでもよい臨床医のためのメディカルスクールという考え方です。

藤原　研修医は看護師さんに随分教育をしてもらっているということもあると思います。

堺　うちも最初の6ヵ月間に看護実習というか、婦長さんについて当直も行うんです。すると自身のオーダーが正しいかどうかもわかってきます。



新春座談会

24年同時改定　今は予測不能、財源次第で増減

集約化と機能分担　過少な人員配置改め欧州並に

医療界を展望　公・民超えて問われる現場の活力

（3面の続き・堺）

いということにする。

藤原　社会的経験を積んだ人たちの中で、医療への関心と適性が高い人を入れていこうじゃないかと。

二木　私が学んだ東京医科歯科大学はかつての二期校で、学士大学が多い大学だったんですよ。藤原先生も同校のご出身ですね。多士済々の人達で私はプラスイメージですけどね。

藤原　そうでしたね。同級生にも兄貴分みたいな人がいて、確かにおもしろかったです。先ほど家庭医の話が出ましたけど、日本ではまだ家庭医、総合医は全然定着していませんね。アメリカでは家庭医というイメージが既に定着しています。今後はそれを目指すべきでしょうね。

二木　実は学術会議で専門医制度の提言をつくる過程で誤解があって、家庭医を除くのかという話だったが、そうではない、家庭医全体を底上げし、家庭医も専門医に含めて提言するという合意を得たのです。

■24年同時改定

藤原　ずばり24年度の医療保険・介護保険の同時改定の展望はどうですか。

二木　ずばり言うと、今の段階で予測できないということです。本年の半ばぐらいに財源のめどがたったら、かなりのプラス改定も期待できる。逆に言うと、景気回復が思わしくなく、財源確保もできない場合には、厳しくなり大きな改革はできません。その段階で考えればいい。

■医療の集約化と機能分担

藤原　次に、地域医療を支えるときの医療の標準化に関連して、DPCやITの活用とか、堺会長が強調されているOTS分析という面でいかがですか。

堺　医療は地域産業だと思います。例えば東京の医療と浜松の医療は随分違うので、それを同じにやるとは難しい。すると地域の医療はどうあるべきか、実際どうかという情報がなかなか入ってこないわけです。厚生労働省は今DPCのデータとかいろいろ持っているのかもしれませんが、それを出さないようなところがある。

地方に任せると有能な行政官がいるかという問題もあるが、将来的には地域ニーズは何か、どういう医療資源があってどう効率的に使うかということになると思います。

藤原　二木先生、地域性という面から見たときに、地域産業は個別性があるとの指摘をどう考えますか。

二木　おっしゃるとおりですよ。私は複合体の研究をしていて、講演のたびに北海道から沖縄まで、病院を見学させてもらっていますが、一番感じるのは、日本は広いということです。地域差がすごくある。単一モデルで決められないということを痛感しています。

たとえば医療の集約化と機能分担については地域完結型医療がほとんど単一モデルのように強調されます。熊本市モデルが有名ですが、あそこでは第三次医療機関が全部国または公的形外科のOBの医療機関ということもあり、人間的な信頼関係がすごく濃密で悪いことができないのでモデルが成り立つわけです。

それに対し東京や大阪は第三次医療機関には私的のいい医療には回って来ない。消費税は打ち出の小槌ではない。消費税を医療費の主財源にせよと堺先生はおっしゃってないので安心しました。主財源は社会保険料しかないです。

堺　日本で家庭医をどうやって育てるかは難しいです。大学中心で大きい病院が中心だと、例えばイギリスなんかはもう病院中心では無理だと言うんです。

消費税を一気に10%ぐらい上げるのだったら医療費にも回ってしょうが、現実の力関係では3%か5%ぐらいしか上がりません。そうすると年金と子供手当、財政再建などに回ってしまいます。

■医療界を展望

藤原　二木先生、日本の今後の医療に対するメッセージをお願いします。

二木　1981年6月の診療報酬改定以来「医療冬の時代」と言われた。しかし、医療は長期的な安定成長産業だと思うし、私はその主張の元祖です。

厚生労働省の一番直近の控えめな医療費の将来推計では診療報酬改定が全くなくても毎年2・2%増加する。こんな安定成長産業は他にありません。しかも産業全体では三分の一が非正規です。福祉は特に悲惨で、介護保険のホームヘルパーは8割が非正規雇用ですが、医療は常勤雇用が主です。着実にパイが大きくなるだけでなく、正規雇用が中心の産業は他にありません。宇沢弘文先生の言葉を借りると社会的共通資本ですよ。だから相対的に見て非常に明るい産業だと思います。

藤原　地域経済から見ても医療の将来は明るいということですね。

二木　私の改革のスローガンは、公平で効率的で良質な医療、この三つをどう組み合わせるかを考えるべきです。効率だけを前面に出すのではなくて、公平、効率、良質です。

藤原　久常先生、いかがですか。

久常　問題は医療費の配分が余りにも偏りすぎること。これを是正するために力を入れるべきです。特に実際の医療現場を担っている人に配分することに力を入れてほしいということです。

藤原　堺会長はどのようにお考えですか。

堺　日本の国民は大きいものに依存する傾向がある。政府とかに。残念に思うのは、今でも厚労省は公的病院優位というか、診療報酬を上げながら二方で補助金も出している。だが、補助金とは私には目の前に吊るされた人参のようなものなんですね。大多数の民間病院にとっては食べられない、運がいいと少し舐めるぐらいで、それでは医療改革はなかなか難しいわけです。本当は公的も民間もなくなる時代が早晩来ると思うし、そうすると我々がいろんな意味で病院の現場でいかに活力を発揮できるかが問われると思います。

一般の国民は普段、医療に余り興味をもってないんですね。景気がいい時は医療界で働こうとする人は少ない。リウォーディングであるということは言い続ける必要があると思う。そうしないと皆さん安易な方向に流れるし、医師もてっとり早く専門医をとろうという流れになるんで、そうではないということを示していく必要があります。

藤原　会長がおっしゃる「医療の見える化」ということですか。

堺　見える化もそうなんですね。我々自身も実際どのような医療をやっているかが見えない、ブラックボックスのままです。それは非常に不幸なことです。診療報酬改定でも今回少し外科系とリハビリがよくなりました。あれはそれだけ説得に努力した結果だと思います。

そういう意味で2年後の改定を期待しているんですが、厳しい財源論も予測される。我々はこのことを認めながら、自分たちで努力し改善できる部分を見出だすことが重要です。ある程度病院側に投資すれば、それだけ頑張れるということを我々自身が示していかないといけません。

二木　政府が決めた診療報酬の枠内で、厚労省も医療の質を上げる方策を考えていますから、公私を問わず先進的な医療機関が国民・患者の役に立つ実践をして、それをモデル化して、病院団体などを通じて要望すれば、通る確率が高いです。

具体的な例では民間中小病院の救世主は回復期リハビリテーション病棟です。あれがあるので民間中小病院の閉鎖が相当防げたと思います。これは高知県の近森リハビリテーション病院の成果を基に関係団体を通じて提起し制度が導入されました。今回の診療報酬改定で一番上がった手術料は、外保連試案という根拠に基づくと厚労省の担当者も言ってます。

個々の診療報酬の問題は、配分の問題でも、先進的な医療機関が出発点になるでしょう。それをベースにして医師会、病院団体、看護協会が整合的な政策をまとめれば、十分実現すると思います。医療費の大枠がふえようがふえなかろうが、やることこそ配分の問題に応えることになる。

藤原　今日は触れられませんでしたが、医療現場の情報収集と分析をオープンにし透明化して、行政やマスメディア、患者さんに示していくことが大事ですね。

大変貴重なご意見を限られた時間の中でいただくことができました。誠にありがとうございました。

リハビリを例にとると、急性期医療は急性期病院で、回復期には回復期リハ病院という地域完結型のやり方も選択肢にあるが、急性期病院の中のリハビリテーション病棟でやるほうが合理的だという主張もあるし、データもある。堺先生が前にいらした聖隷三方原病院はその典型です。院内完結型は悪いように言われますが、選択肢の一つとしてあり得るわけです。

あるいは田舎のほうに行くと、地域完結型と言ったって、入院医療の大半を地域の大病院がやらざるをえない。地域完結型は首都圏や一部の都市で可能なくらいで、もっといろんなモデルを考えるべきだ、そういう点で堺先生がおっしゃった医療は地域産業だというのはそのとおりだと思います。

藤原　急性期あるいは慢性期、さらに在宅というようなことで、複合的な医療システムをどんなふうに展開すべきでしょうか。

久常　まずその前に考えることは、2006年の同時改定の時、従来は施設とか機械とかが評価の中心だったものを、人を評価する視点を導入しましたよね。

OECDの資料などでわかりますが、日本の医療機器の保有状況は世界一です。それに対して病床あたりの人の配置は、医師も看護師も非常に少ない。そういう状況を変えていく、つまり人に視点を当てる、その転換が2006年の時に少し見えました。二木先生、この方向性をさらに進める必要性があると思いませんか。

二木　恥ずかしながらその考えは私が元祖みたいです。1994年「世界一の医療費抑制政策を見直す時期」という本を書いた時から、医療費のパイをふやしら、医療職をふやさないとやっていけないと書いた。だから、その範囲では賛成です。

久常　その方向性を進めていくことを一番強調しないといけません。余りにも日本の医療提供のあり方は特徴的です。他の先進国と差がありすぎます。今日はOECDの資料を持ってきましたが、日本だけが何でこんな特徴があるのかと言いたい。平均在院日数と病床あたりの職員数、これを見るとわかりますが、こちらの端に日本、あちらの端にアメリカ、中間にヨーロッパがあります。

二木　そこなんです。日本の医療をどう改革するか。私は医療の日米欧三極構造論を提唱しました。医療については、アメリカではなくて、ヨーロッパが先進国の標準なんだから、せめてヨーロッパ並みにすべきということ。専門医制度を含めてアメリカにもいいところはあるが、基本はヨーロッパ、この場合カナダとかオーストラリアとかニュージーランドを含めたものです。