

第4回チーム医療推進方策検討WG

チーム医療推進のために

特に医療と看護の関係について

三井記念病院院長
日本心臓血管外科学会理事長

高 本 眞 一

2011.1.7 厚労省省議室

医療と看護

- **医療** 病気を持った人を治す (Cure)
 医師が主導、看護師は補助 主従の関係
 医師のパターナリズムの許容
- **看護** 精神的、身体的に患者をサポート (Care)
 看護師は意図的に「医行為」を避ける
 精神看護がかなりのウエートを占める

 看護の自立としての看護学の確立

医療人の使命

- 「患者を治す」「患者を助ける」ことが目的
- 医療チームの各人がベストを尽くすことが要請
- 看護もその中の一要素(大切ではあるが)

「精神看護」

- * 精神的サポート(精神看護)は看護師だけのものではない
- * 医師のわがままが看護師に押し付けた
- * 医師も患者の精神的サポートをしなければならない

目の前で心肺停止が起こった。 さて、どうするか。

- その場にいる人が直ちに心肺蘇生をしなければならない
 例え、素人でもしなければならない
- Airway 確保、マッサージ A→C →B
 今はマッサージだけでBreathingはなくてもよい
- これは**立派な医療行為**
 肋骨骨折が悪影響を及ぼすことあり
- その場での**ニーズに答えて**、できるだけのことをする
- 医療の現場も**その人の能力に応じて**できるだけのことを行
 なければならない。

医師は万能か

- 百点満点で国家試験を通った医師はいない
- 米国では10年おきに医師免許更新試験がある
日本では更新制なし。
- 専門医制度のもとで、専門以外は素人に近い
- 医学の進歩により、知識はすぐ古くなる
- 今まで信じられていたことが、覆ることがある
- 医師にすべて依存できるだろうか。

医師と患者の比較

- 無限大の宇宙の謎---膨大な小宇宙の謎
- ライフサイエンスの到達点
生命のメカニズムの真理へは及びもつかない
- このようにすれば治るということは分かってきた
表面的なことしか分かっていない
- 医師と患者の医学知識の差は膨大な宇宙の真理
の前で五十歩百歩であろう
- 往々にして医師は患者から教えてもらう

よりよい医療をするために

- 医師のみに依存するのは危ない
- 医師には全面的に依存されるだけの能力はない
- 医療チームがお互いに支えあいながら何とか医療を担っていきける
- その医療チームの中心に患者がいるべきである
- 医療チームが**お互いに自立しながら、信頼しあいながら**医療を進めることが望ましい
- この医療チームの中で**医師がリーダーとしてチームワーク**を保たなければならない

ME技師

- チーム医療の成功例、人工心肺操作
- 従来医師の仕事であったが、医師は手術に忙しく、この仕事に熱心でなかった
- ME技師は人工心肺の操作に誇りを持って仕事をした
- ME技師により、手術の質が上がり、安全度が向上した
- 自立、連携のモデル

チーム医療

- 「患者を治す」ためにどう協力できるか
- 医療の質、安全性、透明性、効率性をどう高めるか
- 各職種のSkill-mixにより医療成果を最大限に上げる。各職種の自立、連携が大切である。
- 各職種は医師の補助役だけでなく、自立した仕事をしてほしい。
- 精神的サポートは医療チーム全体が担う課題である
- 各職種の勢力争いになってはいけない

外科関連学会の活動

厚労省の「チーム医療の推進に関する検討会」:(チーム医療を推進するため、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方について検討を行う)
2009-8-28: 第1回、2010-3-19: 第11回最終回が開催され、提言がまとめられた。

外科系11学会(日本外科学会、胸部外科学会、心臓血管外科、呼吸器外科、消化器外科、小児外科、内分泌外科、気管食道科、乳癌、大腸肛門病、腹部救急学会)が要望書(わが国における特定看護師の早期確立を:外科医不足ではない!!周術期管理診療師不足なのだ!!)提出:2010-3-18

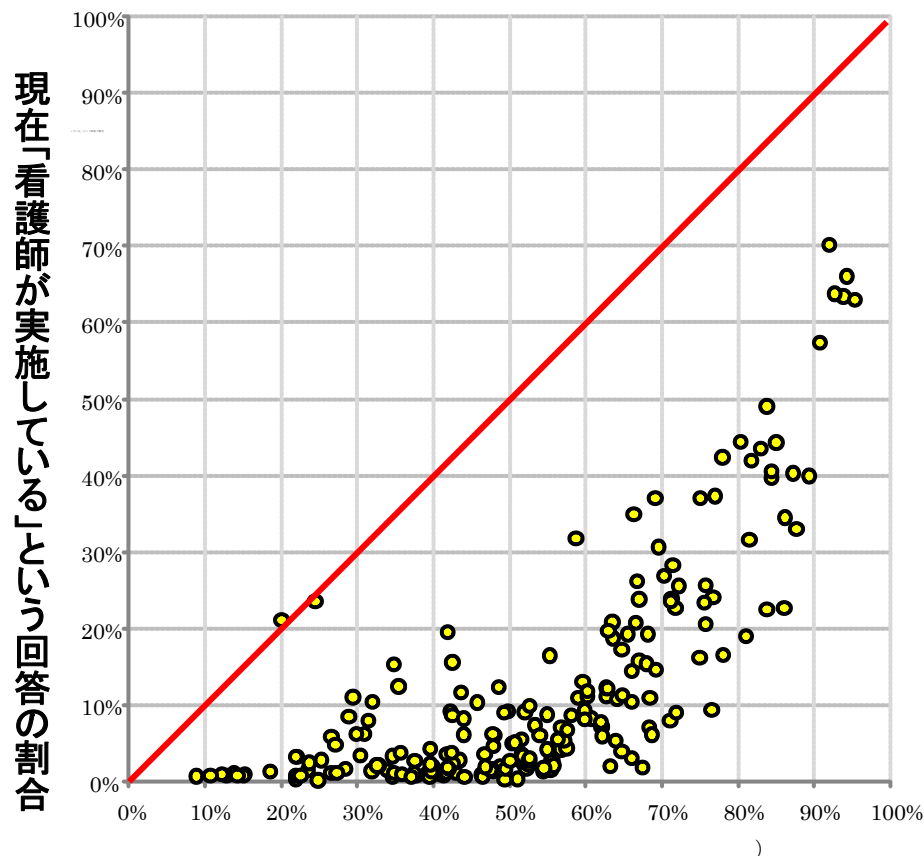
ナースプラクティショナー(NP)／フィジシャンアソシエイト(PA)と 特定看護師との違い

	NP	PA	特定看護師
医師との関係性	医師から独立	医師の指示下での業務	医師の指示下での業務
処方権	有	有 (但し、医師の監視下)	無
資格獲得要件	看護師資格	看護師 臨床工学技士 検査技師 等	看護師資格
資格獲得後の専門性	広い専門性	広い専門性	限られた範囲内

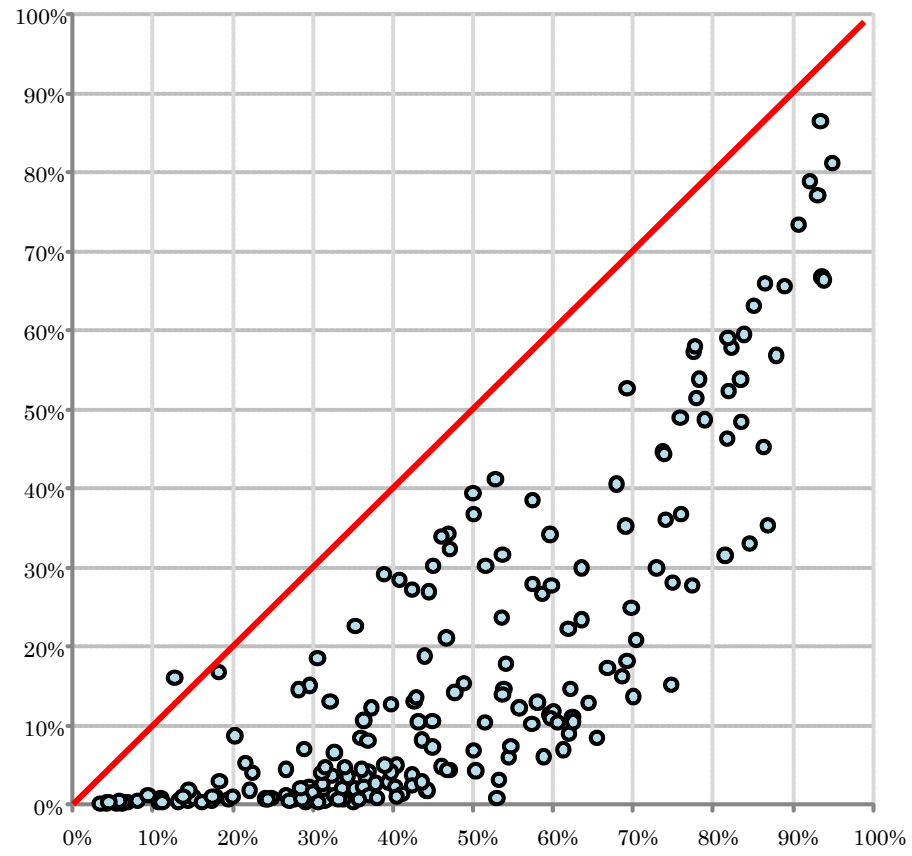
■「現在」と「今後」に関する回答状況

看護業務実態調査（2010. 8）厚労省研究班 前原

医師の回答



看護師の回答



今後「看護師の実施が可能」という割合

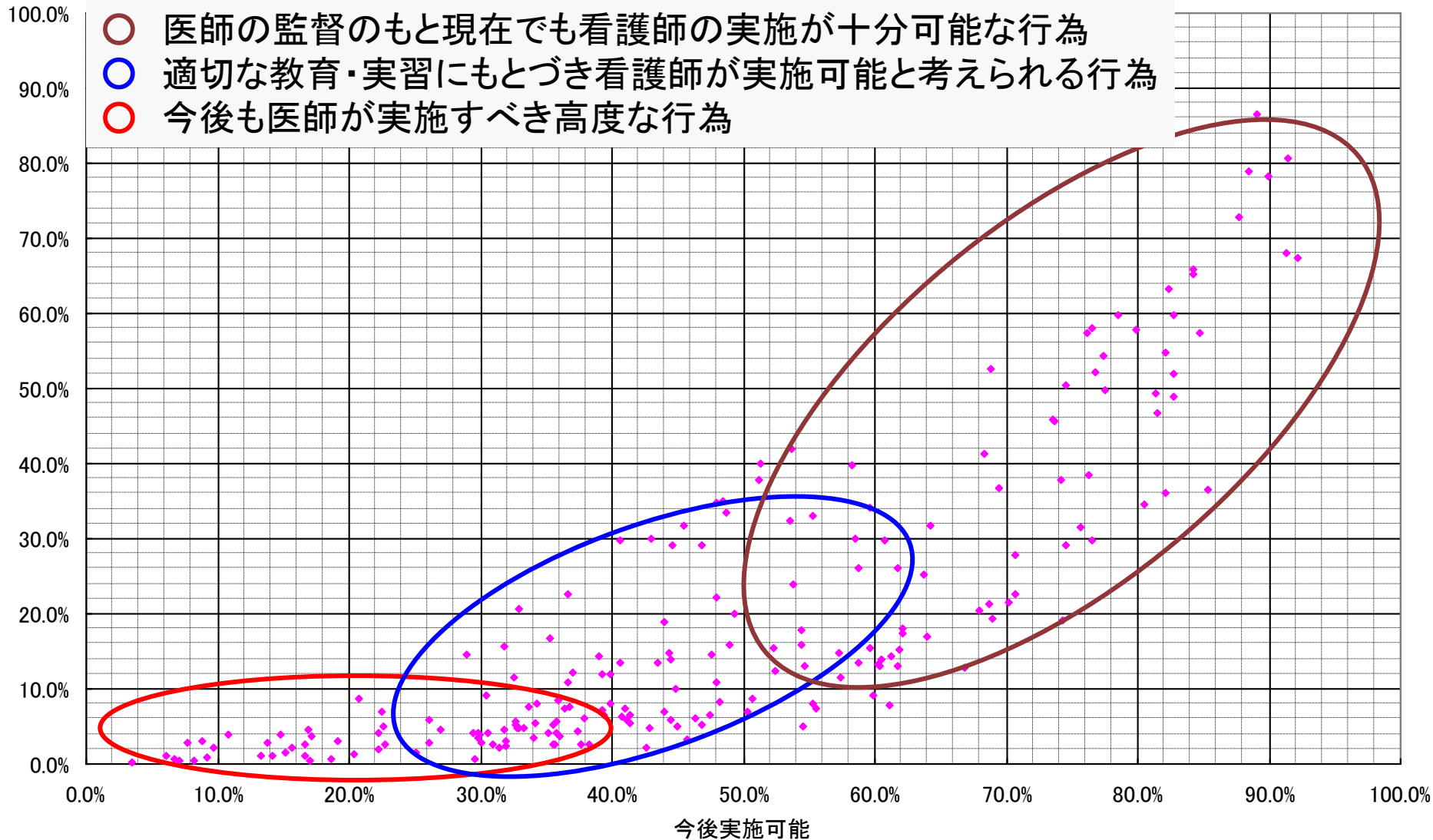
心臓外科患者管理の流れ

診療	場所	外科医	フェロー	PA
術前	外来	診察 治療方針の決定 患者へのIC	稀に見学	予診 必要な検査の確認、追加 同意書の作成
術中	手術室	人工心肺中の術操作	開閉胸 カニューレション 術者又は第1助手	体位、ドレーピング 開閉胸の手伝い(執刀) SVGの採取 第1又は第2助手 搬送
術後	ICU	大まかな治療方針の確認 カルテ記載	1-2/日の回診 カルテ記載	評価と加療 集中治療医への報告 簡単な手技
	一般床	大まかな治療方針の確認	なし	評価と加療 循環器内科医への報告 外科医への報告 簡単な手技 退院サマリー

(高山博夫 コロンビア大学胸部外科フェロー)

医行為分類のイメージ

現在実施している×今後実施可能

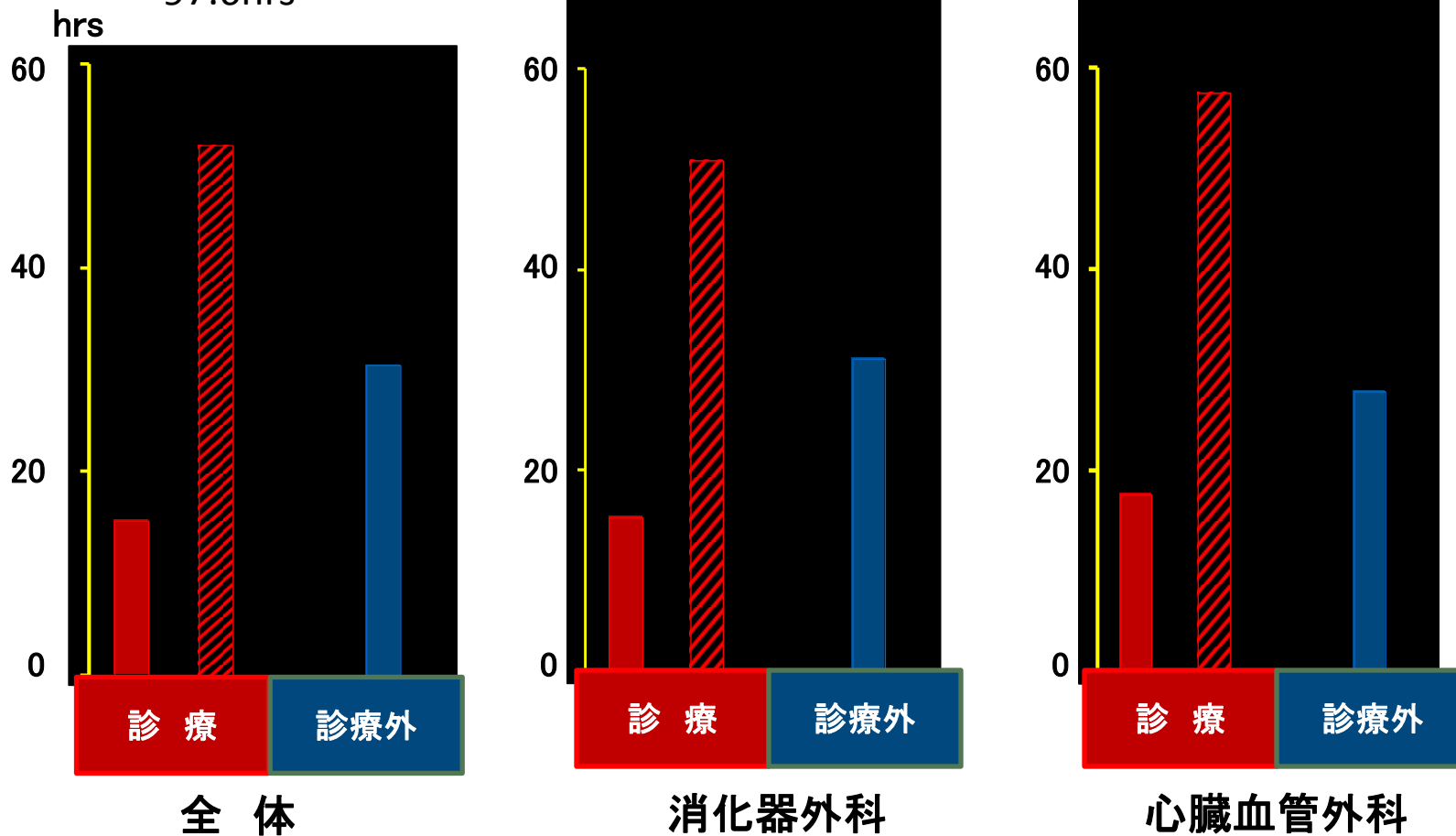


外科医週間タイムスタディ調査結果

(一人当たりの週間平均勤務時間)

- : 手術
- : 手術以外の医業・業務
- : 教育・研究・管理・雑事
院外の業務

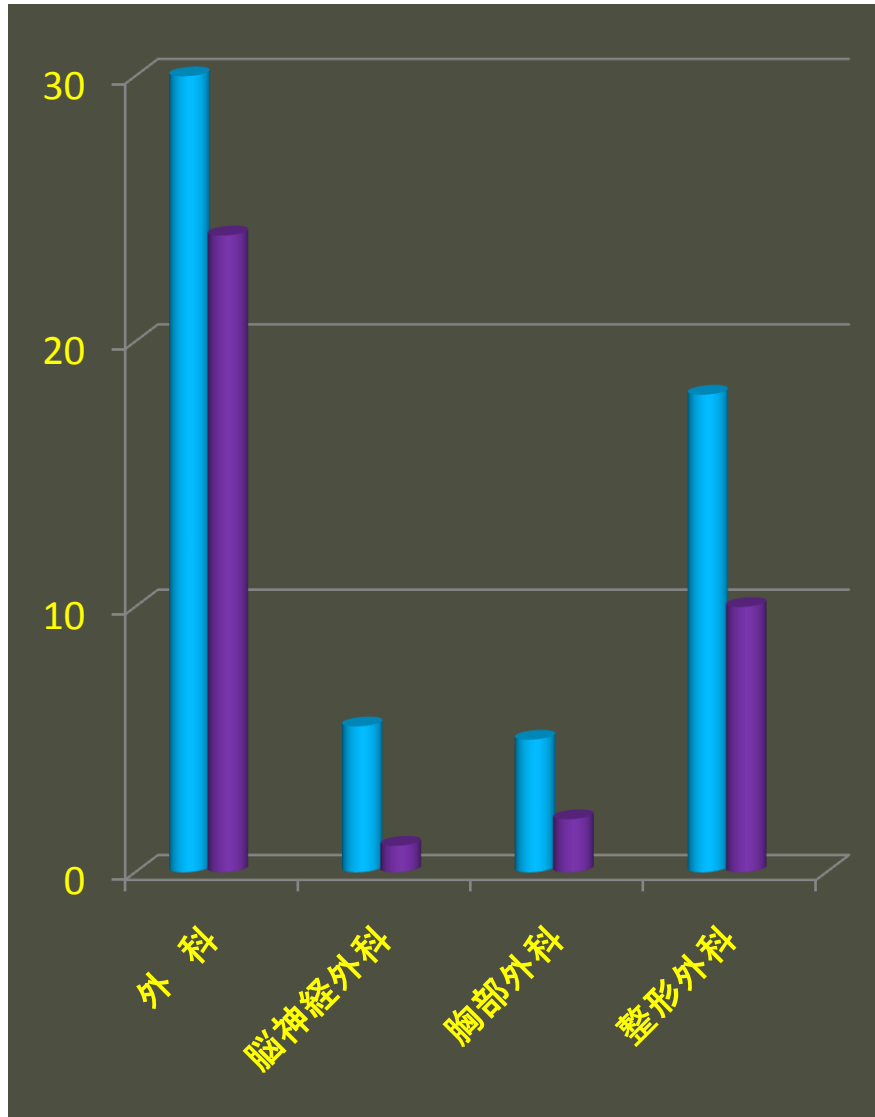
平均労働時間:
97.6hrs



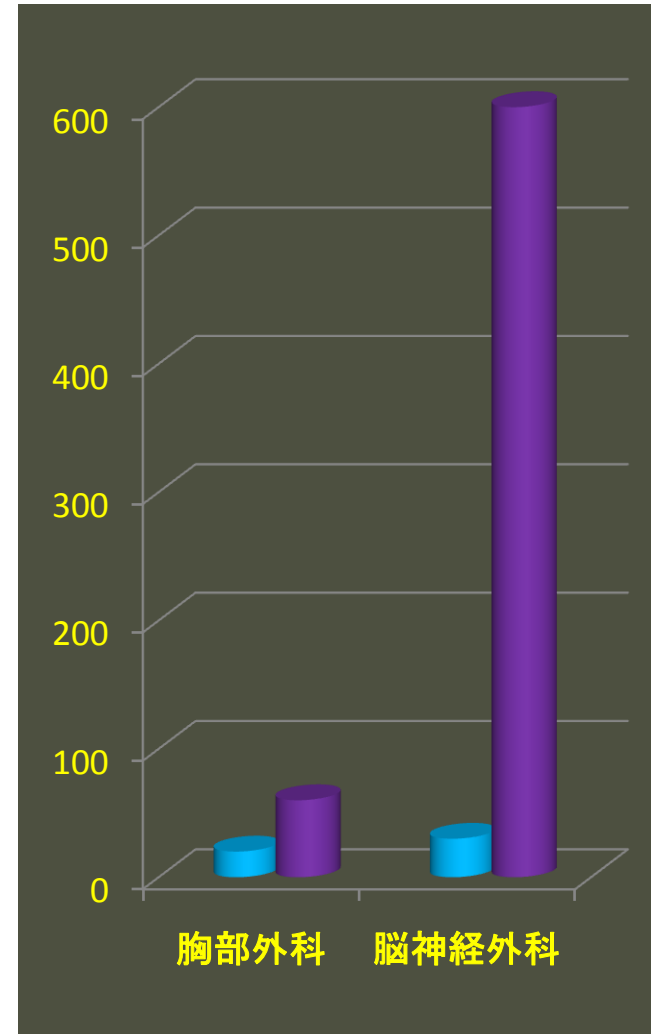
(2009年12月4日～2010年3月2日)

日米の各外科学分野の医師数と一医師あたりの手術症例数

医師数
(人/人口10万人)



手術症例数
(人/一医師/年)



● 日本
● 米国

➤ Off pump/On pump CABG surgery in Japan and United States

	STS 2006 sample data		Japan Database 2005-2007	
	Off-pump (n=12,589)	On-pump (n=47,572)	Off-pump (n=7,577)	On-pump (n=4,368)
Off-pump CABG rate	20.9%		63.4%	
Unadjusted 30-day operative mortality	1.8%	2.0%	1.62%	3.87%
Risk-adjusted 30-day operative mortality	1.9%	1.8%	1.40%	2.50%

日本医療再生の道

- 医療費増加、医師・看護師数増加だけでは、現状の医療崩壊を止めることは不可能である。
- 非医師診療師の確立を含んだ高い志を持った新しいチーム医療の確立が日本医療再生にとって必須である。

チーム医療(医師と非医師医療関係者 のスキルミックス



[Fukui T, 2008]