

時代に即した医療従事者の 新たな制度を

清水嘉与子 氏 参議院議員

地方の医師不足が指摘され、高齢社会における地域医療の担い手の問題が浮上している。ご自身看護職のご経験をお持ちで、医療制度に造詣の深い参議院議員・清水嘉与子氏に医療従事者の法律の問題点、医療従事者のあるべき連携のかたちなどについてうかがった。



将来を見据えた医療制度にする必要がある

慢性的な医師不足、その中での少子・高齢化と今後の地域医療をいかに支えていくべきなのかという点については、時代の変化とともに安全性に留意しながら、医師以外の医療従事者の各医行為の見直し・移譲を検討する必要がある。

医師不足の理由

まず日本の医療制度、特に医療従事者の制度をどのようにとらえられているか、概括的なご意見からうかがってまいりたいと思います。

清水 総じて言えば日本の医療制度は素晴らしいものであり、だからこそ日本人は世界一の長寿になったわけです。また、医療費についても国内には「高い」という批判がありますが、現実として他の先進諸国と比べても、そこそこの費用で賄っています。WHO(世界保健機関)も高く評価している日本の医療システムですが、もちろん問題点がないわけではありません。国際比較をすると、いくつかの特徴が見られ、そこから問題点が浮かび上がってきます。人口当たりの病床数が多く、入院の期間が長く、医療従事者が少ない。つまり、日本以外の先進国

の医療サービスは脱病院化の方向で進められているのです。今後、わが国でも、より高度な医療サービスは高度な機能を持った病院で行われ、当然それを担う手厚い医療関係者が配置される必要があります。他方、地域では診療所が中心でかかりつけ医の役割を担い、病診連携を図るなど、医療供給体制の整備を図る必要があります。適切な医療サービスを本当に必要な人にどう届けるか、そこが日本の医療の問題です。

今、特に地方における医師不足(2頁・資料1参照)が社会問題化しています。

清水 医師の数というのは難しい

テーマで、昭和49年に「無医大県解消施策・一県一医大構想¹」ということが叫ばれ、私が厚生省にいた頃、最後に残った県に医大ができたと思ったら、今度は「医師過剰時代が来る」と言われるようになりました。それからだいぶ経ち、また「地方で医師が足りない」という声が強まっています。今改めて問題となっている理由として、これまで大学の医局

が人事を担い、地方の病院に医

師を送り込んできたものの、

その機能が滞るようになったということがあります。

そもそも地方の医療過疎は長く議論されている問題で、いくら

地方に医大をつくり、

医師を養成しても、地方

に残りたがらず、僻地に

行きたがらない。また、あまりに忙しい診療科を敬遠する傾向も指摘されるところです。例えば小児科は忙しいわりに保険点数がよくないと見られているのだとすれば、そこをさらに見直さなければならぬでしょう。

地域の医師によるプライマリ・ケア²を充実させる必要もあるのでは。

清水 かつては日本では子どもでも大人でも家族ぐるみでみてくれる家庭医がいましたが、専門分化が進み、今は開業医も何かの専門家であることがほとんどです。やはりアメリカのように一通り何でも分かる家庭医が地域にいて、そこでチェックして、専門的な治療を要するケースなら適切な医療機関に送る。そのような医療システムが必要です。昨年、わが国でも新しい研修医制度がスタートして、新人がいろいろな科を回って勉強する仕組みができたのですから、しっかりとしたプライマリ・ケアができる医師が増えることを期待しています。

医局の機能を代替する人事システムが必要であるということでしょうか。

清水 看護師には、ハローワークのような仕組みとしてナースセンターがありますが、医師の転職は未だに口コミが中心のようです。今や定年を迎えて職場を探る医師が出てきていますから、そのような仕組みを整備するべきでしょう。既に職業紹介の仕組みはいくつかありますが、もっとオープンな人たちで、大々的に行うようになればよいと思います。

看護職員の不足

看護職員は足りているのでしょうか。

清水 看護の世界では昭和40年代に

「28(ニッパチ)運動」が起きました。「夜勤はせめて2人でやりたい。月8回までにしてほしい」という要求運動です。つまり、それまではたった1人で夜勤を受け持っていたということ。最近ようやく改善されてきたとはいうものの、それでもまだ2人でしかありませんから、入院患者にすれば、夜中に看護師を呼びたくても、つい遠慮してしまうような状況です。かつて、なぜ1人でカバーできていたかという、症状の軽い患者さんがかなりの割合を占めていたためです。今、医療提供体制の見直しということで、在院期間を短くして、病床数を減らそうとしている。それに伴い重い患者さんが多くなっていくのですから、当然、看護職員を増やさなければなりません。加えて患者側の要求は高度になっています。単に入院できればよい、ということではなく、できる限りよい治療が施され、情報は適切に開示され、医療事故のないことが求められる。そのように環境が変化しているにもかかわらず、医療従事者の数はさほど増えていない。私はそこが日本の医療の大きな問題だと思っています。

財政状況から医療従事者の大幅な増員は難しいのでは。

清水 医療費に占める人件費の割合は約半分で、その半分は看護師のもです。確かに厳しい財政状況ですが、健康は国民が最も望むもののはずであり、そのための医療を支えるために不可欠な増員であれば、その手当てを惜しむべきではありません。ただ医療費も有限ですから、無駄な医療サービスが行われていないかの不断の見直しも必要です。

高齢社会という時代背景もありますね。

清水 従来は「社会的入院」、つまり介

護を要する高齢者が治療が必要ないのに病院に入院しているという状況があったわけです。そこで介護保険制度が始まったものの、5年過ぎても、すべての要介護者が介護施設に移ったわけではありません。介護施設と医療機関の仕切りをきちんとしない限り、そこは難しいでしょう。また、福祉の領域でも医行為が必要とされるようになっていますが、介護関係者はそれなりにそろっていても、看護の専門家は全く足りないのが現実です。

FTA交渉において求められる外国からの人材の受け入れについてはいかがお考えですか。

清水 私は、日本の看護師がアメリカで勉強して、帰国してリーダーになる、という姿を見ており、これからアジアの中で日本がそのような役割を受け持っていくのは当然のことと思っています。アジア諸国の方々に日本で勉強してもらい、将来、母国の医療の向上に貢献していただく。そのための受け入れであれば大歓迎です。しかし、単に人手不足解消の手段と見なす姿勢はいかがなものか。現在ODAで多くの日本の看護師がフィリピンをはじめ開発途上国で支援活動をしています。その一方でその途上国から看護教育を受けた貴重な専門家を先進国がどんどん引き抜いてしまっているのか。日本国内でやるべきことをすべてやった結果どうしても足りない、ということではないはずです。まずは自国で賄う最善の努力をする。それが私の希望です。

医療従事者間の関係

医師や看護師以外にさまざまなコ

1 無医大県解消施策・一県一医大構想：昭和49年に地域医療の充実を目的に国が取った政策。
2 プライマリ・ケア[Primary Care]：病気の初期診療。第一次医療。保険・医療・福祉介護が包括された総合的で継続的な、住民と地域に立脚した、すべての人が享受できる基本的かつ日常ケアのこと。



メディカル」の制度ができています。

清水 かつて医師と看護師だけしかい
なかった時代には、主治医が指示して、
看護師はそれに従って診療の補助をし
たり、食事など身の回りの世話をす
る。そのような分担でした。そこにコメディカルと呼ばれる新しい医療従事者の職種が次々と誕生してきて、医療従事者の関係が複雑になっているのは事実です。法律上、どう整理しているかという、保健師助産師看護師法(以下、保助看法)で「診療の補助」を看護師の業務独占と認めた上で、例外として、同法にかかわらず「この医行為はこの職種に認める」というかたちです。

チーム医療ということが言われていますが、医療従事者の関係はどのようなものであるべきなのでしょう。

清水 「コメディカル」と言うとき、医師を中心にしてさまざまな医療従事者が取り
囲んでいるような概念でとらえる方もい
るようですが、そうではなく、中心にいる
のはあくまでも患者であって「医師も協
働者の一人である」という考え方が出
てこなければなりません。医師は診察して
治療の方針を出す。そして、それぞれの

専門職が自分の領域できちんと仕事を
する。そのような協働の関係であるべき
ですが、法律からしてそのような構成に
なっておらず「コメディカルはすべて医
師の指示に従って動く」とされているわ
けです。例えば、薬剤師の仕事こそ医師
の処方が必要ではないはずだと思
いますが、薬剤師法には「医師の指示に
従って」という文言はありません。要する
に医師法を抱える厚生労働省医政局で
つくる医療関係者の法律にいちいち「医
師の指示に従って」とあるわけです。私
はもう一度条文を見直すべきだと思っ
ています。

ジェンダーの観点から医師と看護
師の関係を主従的であるとする指摘が
あります。

清水 一つは教育の影響でしょう。戦前
は、医師が看護師の教育に当たって
いました。当然、医師は自分たちが使い
いように教育訓練をしていた。戦後、日
本の看護教育制度がようやく世界に並
ぶようになったのは、戦後のGHQの指
導の後です。公衆衛生福祉局長のクロ
フォード・サムス准将が日本の病院を視
察したのですが、病院長に対して最初

に言ったことは「看護は病院の職員が
することです」というものだったそう
です。つまり、戦前・戦中の日本の看護
師は医師の後について、その補助をす
るだけ。入院患者の面倒は家族がみて
いた。そのような長い歴史もあり、戦
後、新しい看護制度ができて、急に意
識が変わらなかったところがあるの
でしょう。今では看護系大学もたく
さんできており、多くは看護師が学
長を務めています。病院付属の看護
学校の校長の多くは未だに医師
です。

時代に即した医療従事者の役割
分担が必要ということですね。

清水 今や看護系大学が全国に120校
以上もでき、博士号を持つ看護師も
います。保助看法第5条に、看護師の
定義として「傷病者若しくはよく婦
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」とあり
ますが、その文言で本当にいいのか、
そこから再検討すべきでしょう。コ
メディカルにしても教育レベルが
かなり高くなっています。医療従事
者が互いに隙間から遠慮しながら
仕事をするようなかたちではなく、
旧来の役割分担を見直し、医療従
事者がそれぞれ専門家として誇り
を持って仕事ができる。うまく機
能しやすい、あるべき連携のか
たちを求めていくべきだと思います。

医行為の規制緩和

アメリカは一定の要件を満たした
看護職員に一定の医行為を認めて
いるようです。

清水 アメリカでは25年も前から一般
の看護師の上にAPRN(Advanced
Practice Registered Nurse)と称さ
れる上級の看護師資格をつくっており、州



- 3 訪問看護ステーション：平成4年からスタートした制度で、看護師が療養をしている家庭を訪問し、かかりつけの医師の指示に基づいた適切な医療ケアやリハビリテーション、日常生活指導、あるいは、家族への療養上のアドバイス等の介護に重点をおいた介護サービスの提供を行うもの。介護を要する本人および介護を行っている家族の方などをバックアップすることを目的としている。
- 4 社団法人日本看護協会：1946年、保健師・助産師・看護師・准看護師の有資格者による職能団体として設立された47都道府県看護協会を法人会員として連携

活動している全国組織。ホームページ <http://www.nurse.or.jp/>

- 5 専門看護師制度：保健医療福祉の発展に貢献し、併せて看護学の向上を図ることを目的とした制度で、複雑かつ解決困難な看護問題を持つ個人、家族およ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、特定の専門看護分野の知識および技術を深めた専門看護師を社会に送り出す。専門看護師は、社団法人日本看護協会専門看護師認定試験に合格し、ある特定の専門看護分野において卓越した看護実践能力を有することが認められた者。

ごとにはできる内容は少しずつ異なりますが、検査や薬品の処方、死亡宣告など一定の医療行為を任せています。今や独立して開業する看護師も登場しています。

なぜ資格を二重にしたのでしょうか。

清水 一つは、やはり医師不足でしょう。あれだけ広大な国ですから、医師以外の医療従事者が医師に代わって役割を果たさなければならないところは多いのです。その実情に合わせて、という面もあると思いますが、もう一つ大きいのは、アメリカの看護教育のレベルが高く、充実したことです。資質の向上がそのまま業務の拡大につながってきたと言えます。アメリカに限らず、イギリスも国営の医療ですが、サービスがなかなか全国に行き渡らないということがあって、10年ほど前から、簡単な処方ができる看護師の制度をつくるというように医師の役割を移譲してきています。こうした流れは世界的なものになっています。

日本でそのような制度を整える場合、課題となることはどのような点でしょう。

清水 これまで看護師は、診療機関で医師と一緒に働く中で、あくまでも診療の補助行為としての仕事ということで業務を広げてきましたが、今後の課題となるのは地域医療の対応です。医師だけで地域の家をくまなく訪問できない。看護師に患者をみてもらうことが必要だということで、訪問看護ステーション⁶ができ、そこをベースに、看護師がさまざまな疾患を抱える地域の高齢者やターミナルの患者を訪問する。そのようなかたちで専門性が認められたわけですが、そのとき、「医師の指示に従って」診療の補助行為をするといっても、院内とは違い、主治医が傍らにいないわけではありません。今のところ現場でうまく調整されてい

るようですが、今後、遠隔の指示で、どこまでの医行為ができるのか、そこが焦点となるでしょう。医師が不足している僻地などからモニターを使い、遠隔地の専門医とやりとりをしながら診断するというようなケースも出てくると思われます。いろいろなことに対応しなければならないことから、そのための受皿づくりの一貫として、社団法人日本看護協会⁴では専門看護師制度⁵、認定看護師制度⁶などの資格制度を用意しています。

医師の仕事を看護師が担うようになるとき、これまで看護師が担ってきた仕事をほかのコメディカルやヘルパーなどに任せていく必要もあるのでは。

清水 そう思いますし、現に一部でそうなっています。代表的な例としてALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) 患者の痰の吸引があります。人工呼吸器を付けているALS患者は、四六時中痰の吸引が必要で、家族にとっては大変に負担が大きく、かねてから「何とかしてほしい、ヘルパーに頼むことはできないか」との要望が厚生労働省に寄せられていました。本当は訪問看護ステーションから看護師が出掛けて吸引するのが望ましいのですが、まだそのような体制が整っていないため、その体制が整うまで、一定の訓練を受けたヘルパーが行うことができるようになりました。また、養護学校にも人工呼吸器など医療機器を装着した子どもたちが通えるようになってきました。そこで文部科学省と厚生労働省が競技をした結果、訪問看護ステーションとよく連絡を取りながら、あるいは看護師と連携しながら、という条件付ではありますが、訓練を受けた教師が痰の吸引、経管栄養、導尿など一定の医療行為を行うことができるようになりました。

これまで病院の中で過ごしていた人たちが、医療機器の開発、サポートシステムの充実により、地域で過ごすことが可能になってきていますから、地域での医療ニーズに的確に対応できるようにしなければなりません。

移譲を進める条件整備を検討するとき、どのような視点が必要なのでしょうか。

清水 もちろん、あれもこれもとむやみに広げるわけにはいきません。前提として、専門家に任せるべき医行為はどれか、家族でもできる行為はどれか、そこをきちんと詰めておく必要があります。それを考えるとき、患者、国民の側が安心して適切な医療を受けられるという視点が大事なことは言うまでもありませんが、同時に、それは時代の変化を踏まえたものであるべきでしょう。例えば昔は、血圧を測るのも医行為とされていましたが、今や一般の人が簡単に扱える機器があります。より多くの人が健康のチェックができるようにする。そのような視点も必要であると思われます。

参議院議員

清水 嘉与子(しみず かよこ)

東京都生まれ。東京大学医学部衛生看護学科卒業。1958年関東通信病院にて保健師・看護師長の現場経験を経て1968年東京大学医学部文部教官。1970年厚生省保健婦係長、看護課長歴任。1989年参議院選挙当選、自民党社会部会看護問題小委員長。1992年労働政務次官。1994年参議院厚生委員会・国民生活調査会理事。1995年参議院選挙再選。1996年参議院文教委員長。1999年国務大臣、環境庁長官。2001年参議院環境委員会理事、参議院選挙三選。2002年党地球環境特別委員長、党参議院環境部会長。2003年党総務会副会長。2004年より参議院北朝鮮による拉致問題等に関する特別委員長、参議院少子高齢社会に関する調査会長。主な著書に『私たちの法律・保健婦助産婦看護婦法を学ぶ』(改訂版第4版/日本看護協会出版会・1992)、『看護・介護法令ハンドブック』(第2版/医学書院・2004)、『循環型社会づくりと医療廃棄物』(日本看護協会出版会・2001)ほか。

読者の皆様のご意見・ご感想をお寄せください。

h-bunka@lec-jp.com

6 認定看護師制度：看護現場における看護ケアの広がりや質の向上を図ることを目的とした制度で、特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出す。認定看護師は、社団法人日本看護協会認定看護師認定審査に合格し、ある特定の看護分野において熟練した看護技術・知識を有することが認められた者。

