

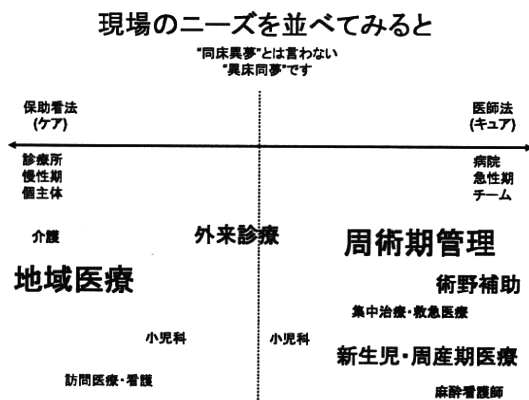


図4 NP/PA の医療現場におけるニーズ

(13) 在宅終末期ケア死亡確認診断書：記載代行のみ可能

2年間の修士課程教育・実践・訓練された高度専門実践看護師（NP）が医療行為を行うことが全く許可されない（特区申請却下，許可されない）現状を考えると，法律改正をも視野に入れた「チーム医療推進検討会」の答申内容を期待したい。

2009-11 新たに，①褥瘡のデブリードマン ②終末期ケアの疼痛緩和 ③胃瘻のカテーテル交換 ④膀胱瘻のカテーテル交換 ⑤点眼薬の処方 の5項目を追加し（計18項目）特区提案3度目の申請を行った。

NP（診療看護師）が主役，リーダーに適した地域，在宅，老人介護，訪問看護医療，慢性期外来等において今後益々 NP の重要度，必要度が増大する社会が我々を待っている。この慢性期，老人介護，在宅，訪問看護等の地域医療は NP を中心としたチーム医療が必須であると容易に考えられる。

(2) PA（医師補助師；医療協力者）に関して

もう一方で，外科医療における周術期管理でも NP/PA の大いなるニーズが存在する（図4：現場のニーズ）。近年，外科医志望者減少が見られその要因として，①勤務時間，拘束時間が長い，緊急呼び出しが多い，一人前になるのに時間がかかる，きつい職種，緊急，急性期対応が高頻度，細心な周術期管理を要する，手間隙がかかる，マンパワーが必要等労働環境が厳しいこと，②医療事故リスク，訴訟リスクが高いこと③重症化，高齢化，複雑化，高度専門化，複雑化して，仕事量，精神的負担が増大したこと④労働と賃金の不一致，不適切な賃金体系（教育医療機関の教官勤務医）等が認められる。

つまるところ，若手医師の外科離れは，*High risk, long time and hard work with low return* が原因である。

濃厚，細心，過激，重労働を要する魅力のないハイリスクな医療現場領域（外科）は常に医療従事者不足状態であり，当医療領域の効率化・集約化を要する。外科医療の質，安全性，透明性，効率性を維持，上昇させるためには，外科医を増やすのみではなくて，多職種専門家と協働し，最大限の効果，outcome をあげる良質で新しいチーム医療体制確立が必須である。これには抜本的な構造改革が必要で，高い専門性とモチベーションのある NP/PA 導入が最適と考えられる。そこで，2009-5-20，日本胸部外科学会は「胸部外科医療における質の担保と労働条件の改善」の声明を発表した。その声明の中で，①胸部外科医師の業務整理：労働条件悪化で世界的に優れている日本胸部外科診療レベルの維持困難なために，新職種 NP/PA 導入，保険看法改正も必要 ②施設の適切な集約化：労働力を過分散から適度に集約させ，労働条件改善，医療の質向上のために，周術期医療担当の優秀な NP/PA が同時に必要 ③国会議員連盟を設立し，NP/PA 導入のために適切な立法措置必要と要望した。

まず具体案としては下記の事を考えている。

I. 日本の実情にあった周術期診療士（仮名）の養成における提案

1. 外科手術，麻酔および救急・集中治療室での医師の指示の下での補助
2. 高い専門性とモチベーション
3. 当分の間 医師が監督できる周術期診療士は1人とする
4. 医師が患者の医療管理に責任を持つ
5. 医師は周術期診療士と適切な報告と連絡を保ち，ガイドラインに沿って医療の質を保証する
6. 患者に医師と周術期診療士が診療に当る旨を知らせ，同意を得る
7. 周術期診療士の人事権は病院長と看護部長の両者に委ねる

II. 周術期診療士（仮名）養成大学院修士課程構想（救急・集中治療を含む）

a. 出願資格：

①医療系4年制大学卒業者が望ましい。短期大学・専門学校卒業であっても可とするが，当面，看護師，保健師，助産師，臨床工学技士を対象とする。

②大学卒業後3年以上の臨床実務経験を有する事。NP 協議会は，「実務経験5年以上——」としている

が、これは、大学院修了時にあてはめれば良く、卒後4年目に入学し5年目に卒業することを想定したい。後述の様に「職場」を持ったままの学習あるいは、充実した実習がこの要件を満たすと考えたい。

b. 募集人員：5～10人。特に取り決める必要はないが、各施設の受け入れ状況を見て判断する。

c. 選考方法：学力検査、面接試問、書類審査（推薦状等）、小論文、の総合評価。早期に社会に受け入れられる NP/PA を養成するには、優秀な熱意のある学生が必要である。

d. 取得単位：修士および NP/PA 養成課程修了認定証。修士論文は必要なし。

e. 活動の場：手術患者の入院から退院まで全般に係わる。具体的には、手術室、救急・集中治療室、術後回復室を主とし、一般病棟でも活動する。

f. 役割：外科手術、麻酔および救急・集中治療の医師指示の下で治療補助あるいは患者管理を行うが、一般病棟での手術患者管理全般も受け持つ。

g. 看護師免許を有しない場合は当面、修士課程修了後の職場は手術室を基本とする。

h. 高度な・診療等の実習を行う場合に、これを処罰の対象とならない様にする。（包括的に「特区申請」する必要があるが、当初は見学とシミュレーション教育となる可能性を有する。）

i. 働きながら勉学できる大学院とする。医師不足のみならず看護婦不足でもある。前記 a. ②を可能にするためにも必要である。「社会人大学院」「奨学金」「夜間大学院」「通信制大学院」も考慮する。しかし、実習は必ず全履修を必要とする。

j. 修士課程カリキュラム基本構想（表1）：二年間の修士課程として基礎医学から臨床医学の高度なまでの学習と外科治療、麻酔学および救急・集中治療の実習を手技も含めて学習する。二年間で44単位以上を履修する（NP協議会）。

実習内容概要：（表2）

①外科：術前・術後カンファランス、手術法の検討、手術器具の基礎的知識および保持法、肉眼解剖、糸結び法、基本的止血法、退院時サマリー

②麻酔・救急治療・集中治療：術前カンファランス、麻酔法の検討、麻酔器の基礎知識、麻酔中の呼吸、水分、神経学的生理、麻酔薬、筋弛緩薬、循環作動薬の使用法、術後カンファランス、呼吸、循環、水分管理、不整脈、術後検査オーダー、カルテの記入、患者・家族への説明

エモリー大学、その他のカリキュラム時間との比較を表3に示す。

IV. 今後の課題と方策

2009-9 現在、日本に専門看護師 302 名、認定看護師 5,795 名が登録存在している。彼らが更に発展成長し、国際的に認知されている高度実践看護師（Advanced Practice Nurse：APN）のような存在になれば、日本での新しいチーム医療確立に大いに貢献することとなる。ちなみに、アメリカでは APN は 24 万人おり、看護師全体の 8.3% にあたる。NP は APN に含まれる。米国では医師不足、医療の効率化、ケアの質向上、チーム医療充実の観点から APN は誕生し、医師と看護師の中間職種として、治療（Cure）と専門的支援（Care）の両面からアプローチが行える専門性の高い看護師として、APN は認知されている。

日本の認定・専門看護師が APN に移行するためには、次のような種々の問題が存在することは事実である。教育研修カリキュラムにおいて実習、医学、治療の教育研修不足、臨床実践能力の不安、APN 養成の教員不足などが言われている。現在の専門看護師から APN への役割、業務拡大を達成するためには、それを保証する十分な教育、訓練、実践研鑽が不可欠である。医師との相互理解と協働による教育、実践訓練体制も必須である。

NP/PA 制度日本導入にあたり、現役看護師は種々アンケート調査から下記のような意見が寄せられている。

・看護「Care」をやりたい、NP の教育（診断・評価・治療・処方・診療）を受けていない

・これ以上多忙となり、責任が増すと不安である

・外科医不足の穴埋めはいやだ、外科医から「Care」がなくなると技術者のみとなり良くない

・患者のそばにいる時間が長く、病状を良く理解しているのは看護師である

・同一勤務場所で常に、患者さんが回復することだけを考えて働いている

・患者・家族の満足度アップには特に、院内メディエーターの活躍が有効、その役を担えるのは看護師

多忙、NP/PA 教育を受けていない、責任増大、看護に重点等による反対意見と NP/PA 最適格志願者である認識が読み取れる。

「何のための、誰のためのチーム医療、NP/PA 制度導入か？」を考えれば、もちろん患者、国民のため

新しいチーム医療の推進と確立に向けて（日本版 NP/PA 制度導入を）

表 1 周術期診療士養成大学院修士課程カリキュラム基本構想案

		1 年前期	1 年後期	2 年前期	2 年後期		
基本科目	外科解剖生理学	1				講義 4 単位 (60 時間)	
	病理学	1					
	薬理学		1				
	呼吸循環病態生理学	1					
	外科解剖生理学実習	1				実習 1 単位 (45 時間)	
高度専門科目	内科学特論	2				講義 19 単位 (285 時間)	
	循環器病学	2					
	腎臓病学	1					
	呼吸器病学	2					
	消化器病学	2					
	小児科学	1					講義 1 単位 : 15 時間
	加齢医学		1				
	脳神経病学	1					実習 1 単位 : 45 時間
	整形外科科学		1				
	産婦人科学				1		
	感覚器病学			1		実習 24 単位 (1,080 時間)	
	救急医学	1					
	麻酔学	2					
	外科治療学	1					
	外科治療学実習 1		4				
	外科治療学実習 2			4	4		
	麻酔学実習			4	4		
	救急・集中治療学実習		4				
	講義単位小計	18	3	1	1	計 23 単位 (345 時間)	計 48 単位 (1,470 時間)
	実習単位小計	1	8	8	8	計 25 単位 (1,125 時間)	

表 2 日本の実情に合った周術期診療士（仮名）の養成・実習内容

2 年間の修士課程として基礎医学から臨床医学の高度なまでの学習と外科治療、麻酔学及び救急・集中治療の実習を行う

実習内容

外科：術前検査のオーダー、手術説明、術前サマリーの作成、術前カンファレンス、手術器具の基礎的知識および保持法、執刀までの準備、肉眼解剖、スキルズラボでの糸結び法、基本的止血法、退院時サマリー
麻酔・救急・集中治療：術前カンファレンス、麻酔法の検討、麻酔器の基礎知識、麻酔中の呼吸、水分、神経学的生理、麻酔薬、筋弛緩薬、循環作動薬の使用法、術後カンファレンス、呼吸、循環、水分管理、不整脈、術後検査オーダー、カルテの記入、患者/家族への説明

に、日本版 NP/PA 制度を導入し、良好なチーム医療を行うことという答えが自然に、素直に、返ってくると確信している。

もう一つの問題は、日本の看護師養成・確保の問題がある。看護師の養成と就業状況を見てみると(2009-

11-4 中医協小委員会資料：坂本すが氏)、入学定員 48,800 人のところ、定員割れ、中途退学により卒業は 45,800 人 (定員の 94%)、国家試験合格者 41,600 人、病院就職後 1 年以内の早期離職率 9.2% で、1 年後の病院就業者数 (34,800 人) は定員の約 70% まで減少

表3 非医師診療士養成コースでの学習および実習時間数の比較

	専門看護師	高度実践看護師	国際福祉大学 (NP 養成分野)	チーム医療確立の ための班会議（案）	Emory 大学 (PA 養成分野)
学習時間	240	336	360	450	1,980
実習時間	240	400	560	810	720
合計時間	480	736	920	1,260	2,700

（2009-11-24 第5回チーム医療推進検討会：田林胸部外科学会理事長発表）

するという現状がある。看護師として病院に就職後、燃え尽き症候群、やりがい・達成感なく、早期離職する若い看護師が多いという調査結果が報告されている（指示待ち業務、診療の補助のみ、非専門的雑用業務過多忙、自律的、自主的な治療が制限されている不満足感等が原因）。したがって、よりキャリアアップした専門性の高い、モチベーションのある、裁量権の拡大した NP/PA（APN：高度実践看護師）の新職種をつくり、優秀な人材を確保・集めることが必要であると考え（米国：NP は看護師全体の 6% の 14 万人存在）。日本版 NP/PA を導入し、彼らと協働することは、すなわち、日本に新しいチーム医療が確立して、国民、患者に安心・安全・希望のより質の高い医療を提供することに直結すると考える。

日本版 NP/PA 制度導入とチーム医療推進のために、まず、2007-12-28 の厚労省医政局長通達「役割分担の推進」に従い、現行法制下での一般看護師の業務役割拡大を行う（外来トリアージ、薬剤投与量の調節、静脈注射、正常分娩、入退院時期決定、訪問看護の指示書作成、在宅終末期ケアの主役等）。ついで、上記に述べた周術期管理診療士、麻酔補助士、NP/PA：APN（高度実践看護師、診療看護師、医師補助師）養成実現に向けて、通達、告示、省令、特区承認許可、モデル事業実施、法改正[[医師法、保助看法、臨床工学技士法、1988 年 4 月より施行された「臨床工学技士法」を社会の求めにより省令改正（閣議決定可能）すれば、医師の具体的な指示の下において、臨床工学技士の業務対象範囲を拡大できるかもという方策もある。その他]]、国家資格試験制度設立等の具体的段階的諸方策を国民、社会、国会議員（議連勉強会結成）の理解と支援の下に、速やかに、少しでも、実行し、一歩でも前進したい。

V. おわりに

2009 年 10 月政権交代が実現し、民主党のマニフェスト（2009 年政策集）にも書かれている如く、専門性の高い看護師（NP 様）の医療行為構想（看護師が医行為を行えるように裁量権を拡大すること）が実現する時が近づいてきたと思われる。医療費増加、医師数増加だけでは、現状の医療崩壊を止めることは不可能であり、高い専門性とモチベーションのある mid-level clinician, NP/PA との協働による新しいチーム医療の確立が唯一無二の日本医療再生の王道である。よって、政府に医師と看護師の間の医療行為が実施可能な日本版 NP/PA を導入し、日本の国民医療現場の視点に立って、医療政策を変換し、医療再生に向けて舵を取っていただきたいと要望する。

我々、医療従事者は、一枚岩となって、チームスポーツであるラグビーの「One for all, All for one」精神で、国民、社会、メディアの理解、支援を得て、日本版 NP/PA 導入の早期実現を達成しようではないか。

文 献

- 1) 西田 博, 前原正明, 富永隆治: チーム医療維新一枚岩となって我が国の医療再生に必要な構造改革を！—米国チーム医療, NP・PA の現場を視察して—, 日外会誌, 109 (5): 299-306, 2008.
- 2) Thourani VH, Miller JI: Physician Assistants in Cardiothoracic Surgery: A 30-years Experience in a University Center. Ann Thorac Surg. 81: 195-200, 2006.
- 3) 岩田恵里子: 米国看護麻酔師 (Certified Registered Nurse Anesthetist: CRNA) の歴史と社会的貢献にみる日本の看護業務拡大とチーム医療実現に関する可能性の考察. 日外会誌, 110 (5): 292-303, 2009.

特別寄稿

周術期管理における看護師の業務拡大に関する意識調査 (第2報)

1) 全国社会保険協会連合会, 2) 東京女子医科大学心臓血管外科, 3) 東北大学心臓血管外科

伊藤 雅治¹⁾, 遠山 保次¹⁾, 千葉はるみ¹⁾
中村 仁¹⁾, 西田 博²⁾, 田林 暁一³⁾

キーワード 周術期管理, 看護師, 業務範囲の拡大

I. はじめに

わが国では, 手術前, 手術中, 手術後の管理 (周術期管理) は外科医が中心に行っており, そのために外科医の業務負担が大きく, 外科医離れの要因の一つになっているとの指摘もある. この問題の解決策として, 周術期における看護師の業務を拡大することが検討されている. 著者らは, 平成 20 年度厚生労働科学研究 (政策科学総合研究事業) 「新しいチーム医療体制確立のためのメディカルスタッフの現状と連携に関する包括的調査研究」 (代表研究者: 田林暁一東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科教授) の分担研究者として, 周術期における看護師の業務拡大について, 病院の現場の看護師がどのように考えているかを把握するため意識調査を行った. その結果, 業務拡大に関しては現場の看護師は消極的であることが示された. (日本外科学会雑誌第 110 巻 第 4 号)

それらの調査結果を踏まえて, 今回は現場の看護師に対し, 現時点で考えられる具体的な周術期看護師の養成計画の案を提示して, その計画案に対する意見を伺うかたちで改めて意識調査を行った.

II. 対象と方法

社団法人全国社会保険協会連合会 (全社連) が経営する社会保険病院, 厚生年金病院のうち, 平成 19 年度において手術件数 (閉鎖循環式全身麻酔の手術件数) が多い 15 病院を選定し, その病院の手術室に常勤で

勤務する看護師 (計 270 人: 平成 20 年 10 月調査による職員数) と同数程度の内科系部門及び外科系部門に勤務する常勤看護師の計 825 人と調査対象病院の看護局長 15 人の合計 840 人を対象にアンケート用紙を送付し, 回答を依頼した. なお, 調査対象とした 15 病院は, 平成 21 年 1 月に実施した「周術期管理における看護師の業務拡大に関する意識調査」 (平成 20 年度厚生労働科学研究) においても調査を実施した施設とした.

アンケートの発送にあたっては, 前回の調査時と同様に調査研究の趣旨と目的を記載した全社連事業部長と看護部長連名の調査への協力依頼のカバーレターを添付した. アンケートは平成 21 年 9 月 28 日付けで発送し, 回答期限は平成 21 年 10 月 9 日とした.

回答数は 751 人 (回収率 89.4%) であった. なお, データの集計上, 基本情報となる配属及び性別, 年齢, 役職欄に記入漏れのあった 25 人の回答については除外し, 726 人を有効回答数として考察することとした.

有効回答数の内訳は, 手術室の常勤看護師 251 人 (回答率 93.0%), 内科系部門の常勤看護師 232 人 (同 85.9%), 外科系部門の常勤看護師 228 人 (同 84.4%), 看護局長 15 人 (同 100%) で, 回答者の性別は男性 35 人 (4.8%), 女性 691 人 (95.2%) であった.

また, 年齢層は, 20 代が 318 人 (43.8%), 30 代が 236 人 (32.4%), 40 代が 117 人 (16.1%), 50 代が 51 人 (7.0%), 60 代が 4 人 (0.6%) であった. 役職に

A SURVEY ON NURSE'S ATTITUDES TOWARD EXPANSION OF DISCRETIONARY IN PERIOPERATIVE MANAGEMENT: SECOND REPORT

Masaharu Ito¹, Yasutugu Toyama¹, Harumi Chiba¹, Shinobu Nakamura¹, Hiroshi Nishida² and Koichi Tabayashi³

All Japan Federation of Social Insurance Associations, Tokyo, Japan¹, Department of Cardiovascular Surgery, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan², Department of Cardiovascular Surgery, Graduate School of Medicine, Tohoku University, Sendai, Japan³

ついては、看護師 612 人 (84.3%)、看護係長 67 人 (9.2%)、看護科長 32 人 (4.4%)、看護局長 15 人 (2.1%) であった。

III. 調査結果

(1)『周術期看護師養成案』の概要について

周術期管理に関した特別に教育訓練する養成コース (2 年間) にかかる『周術期看護師養成案』については下記の考え方によるものであり、今回のアンケートにおいては、【調査票】に全文を記載し意見を伺った。

『欧米では医師と看護師の中間レベルの職種としての nurse practitioner (NP, 診療看護師：仮称) および physician assistant (PA, 周術期看護師：仮称) がそれぞれ 14 万人、7 万人が働いてチーム医療の確立を目指しています。

最も特徴的な事は、現在日本で見られるような医師、看護師、臨床検査技師間のヒエラルキー的な関係ではなく、相互に尊敬と興味が持てる様な同等のレベル、つまり協働体としての関係が構築されている事です。その結果、NP、PA になった人達は非常に働きがいがあり、仕事に対する意欲も強いと報告されています。NP、また PA 導入後手術成績の改善と経費の削減効果も得られています。NP、また PA の専門分野は種々ありますが、今回検討しているのは、外科手術および麻酔の周術期看護師の養成計画であります。内容的には 2 年程度の高度な実践医療を身に付けるための特別な教育を受ける事ができることとしています。

主な具体的な実習内容は以下の様に予定しています。

①外科実習

1) 術前カンファレンスに参加し下記について学ぶ
・患者の術前評価 (術中・術後のリスク評価) と対策

- ・手術法の検討
- 2) 手術を受ける患者について実践を通し学習する
- ・手術法と患者の体位
- ・手術準備 (手術器具の準備も含む)
- ・手術介助技術
- ・手術記録

3) モデルやシミュレーションを使って基本手技を習得する

- ・手術用器具の基本操作
- ・穿刺、切開、止血法、糸結び法

・手術時の補助的機器の操作手技と介助法 (内視鏡、人工心肺装置など)

②麻酔実習

1) 術前カンファレンスに参加し下記について学ぶ
・麻酔法の検討
・麻酔薬や筋弛緩薬の選択と使用方法
2) 手術中の患者を受け持ち、実践を通して学習する

・麻酔中の呼吸、循環、水分出納、神経学的生理、循環動作薬の使用法

・手術法と水分バランス

・麻酔記録

3) モデルやシミュレーションを使って技術を習得する

・麻酔器の基本操作

卒業後は病院の手術室の専属勤務とし、異動の対象とはせず、医師と看護師の中間的な立場で医師と同等のレベルの位置づけになる様にして、外科手術、また麻酔に参加して医師法、保助看法に抵触しない範囲で診療に携わっていただく様に考えています。

周術期看護師として勤務中の危惧される医療事故の問題については直接的な関与がある時のみその責任が問われる可能性があり、現状の看護師の場合と同等となると考えています。』

(2)『周術期看護師養成案』への賛否について

『周術期看護師養成案』に「賛成」と答えた者は 405 人 (55.8%)、「反対」と答えた者は 143 人 (19.7%)、「不明」と答えた者は 175 人 (24.1%) であった。なお、未記入の者が 3 人 (0.4%) であった (図 1)。

配属別でみると、手術室の常勤看護師では、賛成 125 人 (49.8%)、反対 57 人 (22.7%)、不明 69 人 (27.5%) であった。また、内科系部門の常勤看護師では、賛成 122 人 (53.0%)、反対 46 人 (20.0%)、不明 62 人 (27.0%) であった。さらに、外科系部門の常勤看護師では、賛成 149 人 (65.4%)、反対 35 人 (15.4%)、不明 44 人 (19.3%) であり、外科系部門の常勤看護師の賛成が最も多く、手術室の常勤看護師は過半数を割っている (図 2)。

役職別でみると、看護師では、賛成 333 人 (54.6%)、反対 114 人 (18.7%)、不明 163 人 (26.7%) であった。看護係長では、賛成 42 人 (62.7%)、反対 16 人 (23.9%)、不明 9 人 (13.4%) であった。看護科長では、賛成 20 人 (62.5%)、反対 8 人 (25.0%)、不明 4 人 (12.5%) であった。看護局長では、賛成 10 人

周術期管理における看護師の業務拡大に関する意識調査（第2報）

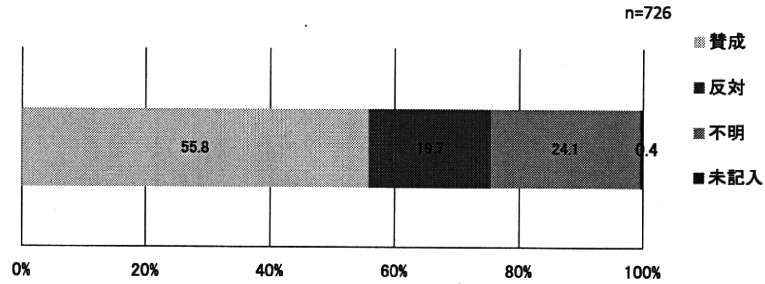


図1 周術期管理の養成コース開設について

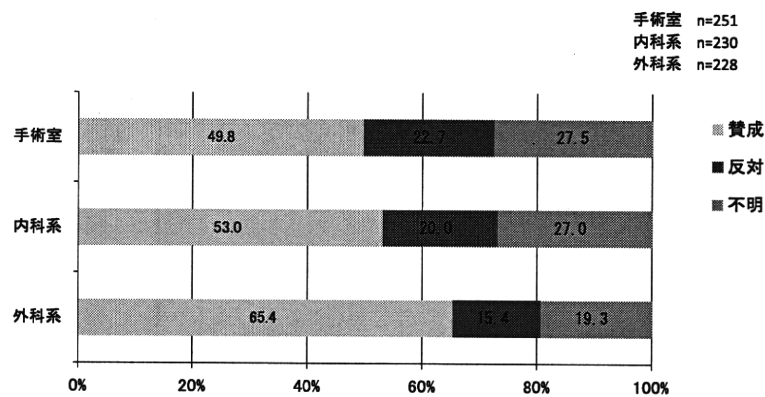


図2 <配属別>周術期管理の養成コース開設について

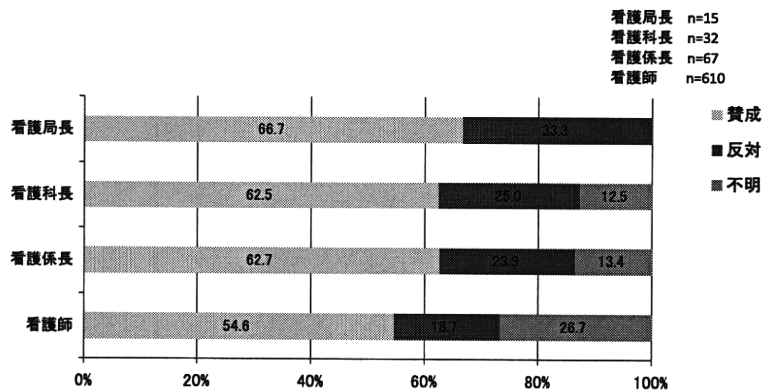


図3 <役職別>周術期管理の養成コース開設について

(66.7%), 反対5人(33.3%)であり、役職が上がるに従い賛成の比率が高くなる傾向がみられる(図3)。

年代別でみると、20代では、賛成181人(56.9%), 反対51人(16.0%), 不明86人(27.0%)であった。30代では、賛成129人(54.9%), 反対46人(19.6%),

不明60人(25.5%)であった。40代では、賛成62人(53.4%), 反対31人(26.7%), 不明23人(19.8%)であった。50代では、賛成31人(60.8%), 反対14人(27.5%), 不明6人(11.8%)であり、50代の賛成の比率がもっとも高く、20代に比べ30代、40代の

周術期管理における看護師の業務拡大に関する意識調査（第2報）

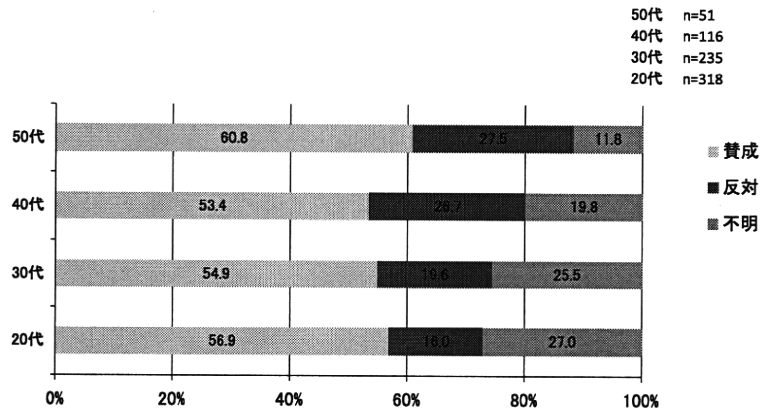


図4 <年代別>周術期管理の養成コース開設について

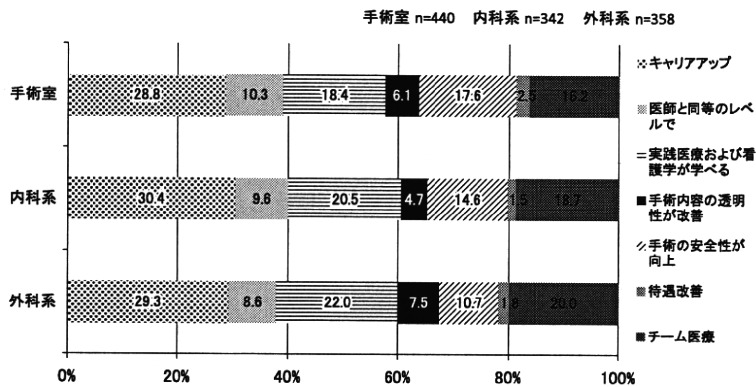


図5 賛成の理由

比率が低くなっている（図4）。

（3）賛成の理由について

賛成と回答した405人に、その理由にあてはまるものは何か下記の選択肢から選んでもらった。（3つまで複数回答可）

- ①キャリアアップにつながる
- ②医師と同等のレベルで医療に携われる
- ③実践医療および看護学が学べる
- ④手術内容の透明性が改善する
- ⑤手術の安全性が向上する
- ⑥待遇改善が得られる
- ⑦チーム医療に結びつく
- ⑧その他（自由回答）

1番多く選択された回答は、いずれの配属先においても「キャリアアップにつながる」であり、手術室の

常勤看護師は103人（28.8%）、内科系部門の常勤看護師は104人（30.4%）、外科系部門の常勤看護師は129人（29.3%）であった。2番目に多く選択された回答も同様に「実践医療および看護学が学べる」であり、手術室の常勤看護師は66人（18.4%）、内科系部門の常勤看護師は70人（20.5%）、外科系部門の常勤看護師は97人（22.0%）であった。なお、3番目に多く選択された回答については、手術室の常勤看護師は「手術の安全性が向上する」の63人（17.6%）であったのに対し、内科系部門の常勤看護師及び外科系部門の常勤看護師は「チーム医療に結びつく」を選択しており、それぞれ64人（18.7%）、88人（20.0%）であった（図5）。

「その他（自由回答）」に記入された意見としては、

- ・患者に知識を還元できる。
- ・エビデンスに基づいたより安全なケアの提供につ

周術期管理における看護師の業務拡大に関する意識調査（第2報）

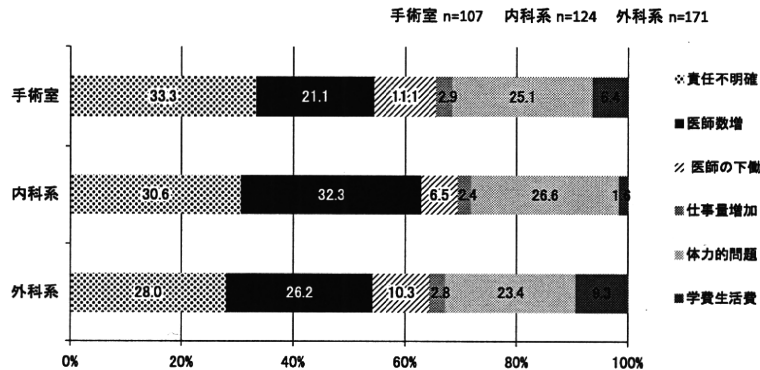


図6 反対の理由

ながると思う。医師とより深いチーム体制が築けると思う。

・医師不足の現状にあって患者様の安全とスタッフの業務内容を改善するには、業務拡大が必須であり、急務であると思う。現在行っている業務と大差がないこと、責任があいまいと感じる。協会内で通用するものでなく国・世界レベルの資格として考えてほしい。

・今まで本や先輩看護師から教わってきた。でも、実際の手術内容等医師に聞いてみないときちんとわからない。きちんとした知識の上で行っていることと教わってきた事と若干の違いがあるので、きちんとした知識を又習得できるのなら習得したい。日々の流れで行っているような感じ、もっと改めて実践に基づいたことを学びたい。

等の回答があった。

(4) 反対の理由について

反対と回答した143人に、その理由にあてはまるものは何か下記の選択肢から選んでもらった。(3つまで複数回答可)

- ①責任の所在が不明確になる
- ②看護師の業務を拡大するより医師数を増やすべき
- ③医師の下働きの様にみえる
- ④看護師の仕事量が増加する
- ⑤体力的問題がある
- ⑥学費、生活費の問題
- ⑦その他（自由回答）

1番多く選択された回答は、手術室の常勤看護師及び外科系部門の常勤看護師では「責任の所在が不明確になる」を選択しており、それぞれ57人(33.3%)、30人(28.0%)であったが、内科系部門の常勤看護師

は「看護師の業務を拡大するより医師数を増やすべき」の40人(32.3%)であった。2番目に多く選択された回答については、手術室の常勤看護師は「体力的問題がある」43人(25.1%)、内科系部門の常勤看護師は「責任の所在が不明確になる」38人(30.6%)、外科系部門の常勤看護師は「看護師の業務を拡大するより医師数を増やすべき」28人(26.2%)であった。また、3番目に多く選択された回答については、手術室の常勤看護師は「看護師の業務を拡大するより医師数を増やすべき」の36人(21.1%)であったが、内科系部門の常勤看護師及び外科系部門の常勤看護師は「体力的問題がある」を選択しており、それぞれ33人(26.6%)、25人(23.4%)であった(図6)。

「その他(自由回答)」に記入された意見としては、

・現在の日本での医師と看護師の関係の中では、ヒエラルキー的な関係がすでに確立されていて、新たに導入しても、その関係が変わるとは、どうてい思えない。

・医師、看護師間で従来の立場関係があるので、今回のような役割(PA)がきちんと機能しないと思う。手術における責任問題はむずかしく、部分的な介入をすると、患者様からの信頼が得られないと思う。

・手術室での看護の質を上げるための教育には賛成であるが、現在、認定看護師の養成も行っている中で、様々な資格が混在することで、業務の分担等課題が多い。また、2年間で医師と同等レベルとあるが、この期間ではたして教育が可能なのか疑問である。日本の場合基礎教育が様々なことも影響が大きいと思う。

・日本の縦社会には合わないシステムだと思う。看護師というだけで医師は対等には見てくれない。手術法の検討等意見をきいてくれるとは自分が働いている

周術期管理における看護師の業務拡大に関する意識調査（第2報）

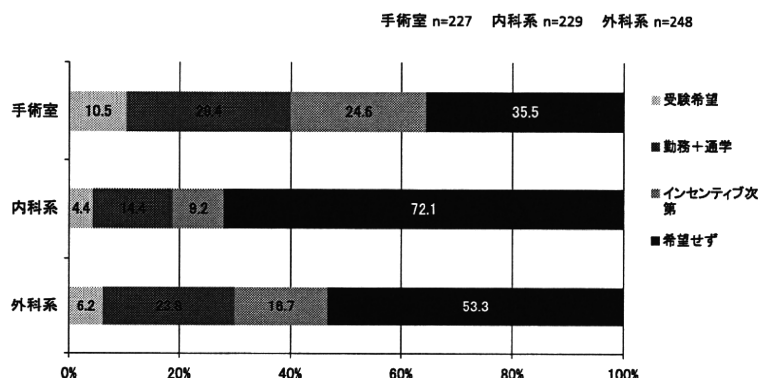


図7 養成コースの受験について

病院の現状から判断すると考えられない。人員的にも看護師不足の中でこの職種は成立しないと思う。等の回答があった。

(5) 養成コースの受験について

周術期管理に關した特別に教育訓練する養成コース(2年間)ができた場合、受験をしたいか質問したところ、「受験したい」は50人(7.1%)、「現在の勤務状態を維持した形で通学できれば受験したい」は160人(22.7%)、「周術期看護師に対するインセンティブが得られるなら受験したい」が120人(17.0%)であり、合計330人(46.9%)であった。また、「希望しない」は374人(53.1%)であった。

配属別でみると、手術室勤務の常勤看護師では、「希望しない」を選択した者が88人(35.5%)であるのに対し、「受験したい」、「現在の勤務状態を維持した形で通学できれば受験したい」、「周術期看護師に対するインセンティブが得られるなら受験したい」と回答した者の合計が160人(64.5%)となり、受験を希望する者が過半数を上回っていたが、内科系部門の常勤看護師及び外科系部門の常勤看護師では、「希望しない」を選択した者が、それぞれ165人(72.1%)、121人(53.3%)と過半数を上回っていた(図7)。

IV. 考 察

平成20年度厚生労働科学研究(政策科学総合研究事業)「新しいチーム医療体制確立のためのメディカルスタッフの現状と連携に関する包括的調査研究」において実施したアンケートの結果では、周術期における看護師の業務拡大について、手術室の常勤看護師では賛成28.7%・反対58.5%、内科系部門に働く常勤看護師は賛成27.7%・反対61.6%と、看護師の勤務場

所が手術室であるか否かを問わず現場の看護師は看護師業務の拡大に消極的であることが示された。一方、「新しいチーム医療体制確立のためのメディカルスタッフの現状と連携に関する包括的調査研究」班の遠藤久夫先生が実施した市民を対象としたアンケートでは賛成87.5%と、看護師の意識とは大きく異なる結果が示され、今後、周術期における看護師の業務拡大への取り組みに際しては、一般市民の理解を得る事より、看護師界の理解を得るための努力が極めて重要であると考察した。

今回の調査においては、具体的な「周術期看護師養成計画案」を提示するとともに、手術室及び内科系部門の常勤看護師に加え、外科系部門の常勤看護師も調査対象に追加したことにより、前回調査とは異なる結果が示された。

まず、「周術期看護師養成計画案」の賛否についてであるが、賛成55.8%・反対19.7%であり、賛成と回答した者が過半数を超える結果が示された。

これを配属別にみると、手術室の常勤看護師では賛成49.8%・反対22.7%、内科系部門の常勤看護師では賛成53.0%・反対20.0%、外科系部門の常勤看護師では賛成65.4%・反対15.4%となり、すべての配属先において賛成が反対を大きく上回っている。特に外科系部門の常勤看護師の賛成が高いことが示された。

さらに、役職別でみると看護局長の賛成が66.7%と最も高く、役職が上がるに従い賛成の比率が高くなっている。この点については、管理職になるほどチーム医療の重要性が理解されていると考えられる。年代別にみると20代及び50代の賛成比率が高い点も注目される。これらのことから〔賛成の理由〕についての回答のうち最も多かった「キャリアアップにつながる」

ことを期待する若い年代の看護師が養成コースを受験するにあたり、職場の上司からも理解が得やすい環境が整いつつあるのではないかと推測できる。

しかしながら、〔反対の理由〕についての回答のうち最も多かった「責任の所在が不明確になる」点については、医療の現場においてグレーゾーンの医行為が現実的には行われているという実態や、医療事故が起きた時の責任の所在についての判断が難しいという実情もあり、今後整理していかなければならない課題が存在していることを表した結果であるとも推測できる。

今回の意識調査の結果から、医療現場の看護師の業務範囲の拡大に対する消極的な意識を改善するには、抽象的な制度論の議論ではなく具体的な制度のイメージを提示して議論することが重要であることが示唆された。

周術期看護師という新たな職種の創設は外科医の加重労働の解消、さらにはチーム医療の推進にとって大変重要であると考えられるが、更に制度化に向けての検討を前進させるためには、医師と看護師の責任の所在が不明確になるという懸念に対して具体的な考え方を示していくことが課題として浮き彫りになった。そのためにも明確なガイドラインの周知や制度の整備が

不可欠である。この点が整理されれば医療現場における新たな職種である周術期看護師についての理解は得られ、今後受験を希望する看護師はさらに増えていくのではないかと考えられる。そして究極的には、患者・市民等医療を利用する立場の人にとってどのような意義があるのかを常に意識した対応が求められている。

謝辞：本アンケートは、平成21年度「新しいチーム医療確立のためのメディカルスタッフの現状と連携に関する包括的調査研究」班の分担研究として、全社連が運営する社会保険病院、厚生年金病院のご協力により実施した。ここにご協力をいただいた各病院の皆様に深甚なる謝意を表します。

文 献

- 1) 讃井将満, 松尾耕一, 大塚祐史: 看護師を対象とした麻酔看護師制度に対する意識調査. 麻酔, 57: 95-99, 2008.
- 2) 西田 博, 前原正明, 富永隆治, 他: 日本体外循環技術医学会会員を対象とした外科治療におけるチーム医療推進・裁量権拡大に関するアンケート結果. 日外会誌, 110 (1): 45-51, 2009.
- 3) 伊藤雅治, 遠山保次, 千葉はるみ, 中村 仁, 西田 博, 田林暁一: 周術期管理における看護師の業務拡大に関する意識調査. 日外会誌, 110 (4): 219-224, 2009.

特別寄稿

いま、求められている外科のリーダーとは

長崎大学大学院移植・消化器外科

兼松 隆之

キーワード 外科指導者、資格、資質、アカデミックマインド

I. 内容要旨

現在、どのような外科のリーダーが求められているのかを知るために、79の医系大学・大学医学部の学長または医学部長には「外科学講座主任教授」、一般教育病院213病院長には「外科診療部門責任者」の選考に際して、望むことをアンケート形式で回答願った。40大学(50.6%)、78一般教育病院(36.6%)から回答を得た。

その結果、外科講座主任教授に求める項目としては論文業績がトップであり、学位を所有することが望まれていた。ついで、教育、そして臨床実績へと続く。一方、外科診療部門責任者に最も望まれていたのは臨床経験で、その裏付けとして専門医資格を備えていることが求められる傾向が強かった。次いで組織統率力、人柄であった。しかし、研究に関する業績や学位についてはそれほど重要視されていなかった。

総合的に見て、外科のリーダーとしては臨床力を求められる傾向が強まっている。そして、教育の重要性も見直されてきている。このような風潮の中、今後は若い外科医にいかにアカデミックマインドを涵養していくかは重要な課題と思われた。

II. はじめに

18世紀後半の医学はヨーロッパを中心に展開し、その起源はオランダのベール・ハーフェにあった。そのオランダ医学がイギリスに渡り、最終的にはエジンバラで華開くことになるが、エジンバラ医学の特徴は臨床中心の医学体系が築かれたことにあった。ところが、当時のヨーロッパの中でもドイツだけはロマン思想の雰囲気が漂っており、医学においても取り残され

た形となっていた。その遅れを取り戻すために、ドイツがとった施策は基礎研究に力を入れることで、そこからエジンバラ医学と違う道をたどることになる¹⁾。

ひるがえって日本では、近代の夜明けとなった明治維新に新たに医学の指導をしてくれる国を探すことになり、イギリスとドイツが候補として浮上した。紆余曲折の末に日本が選んだのはドイツ医学であった。この時、ドイツを選んだことで日本は研究に重きを置いた研究医学が主流となり、それが最近まで続くことになる。研究の実績を示す学位(医学博士)資格が重用されてきた由縁もここにあるといえよう。

ところが、近年になって、臨床医学と研究医学に対する考え方が変わってきている。すなわち、研究重視の時代から臨床に主眼を置く方向へと移ってきている。その契機となったものの一つは専門医制度の導入であろう。95年には厚生労働省の外形基準が示され、専門医資格が広告できるように規制が緩和されたことで、専門医は持っておきたい資格となった。

一方、医療現場に変化をもたらしたものに、04年の新臨床研修制度の導入と国立大学の独立行政法人化がある。それまでは医学部(医科大学)卒業生の約80%は臨床研修を受け、そのうち約80%は研修の場を大学病院に求めた。ところが新臨床研修制度が始まってからは、研修病院選択の自由度が広がり、それが契機となって研修医の大学離れを引き起こした²⁾。それが大学におけるワークフォースの減少につながり、研究に主座を置いていた大学も臨床にかかる重みが急速に増加することとなった。加えて国立系の大学の法人化が与えた影響は少なくない。つまり、大学でも臨床に時間を割く時間が急激にふえてきた。また、国の教育制度の見直しにより、教育に割かれる大学教員のエネ

SURGEONS WHO ARE WANTED AS LEADERS

Takashi Kanematsu

Department of Surgery, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Science, Nagasaki, Japan

いま、求められている外科のリーダーとは

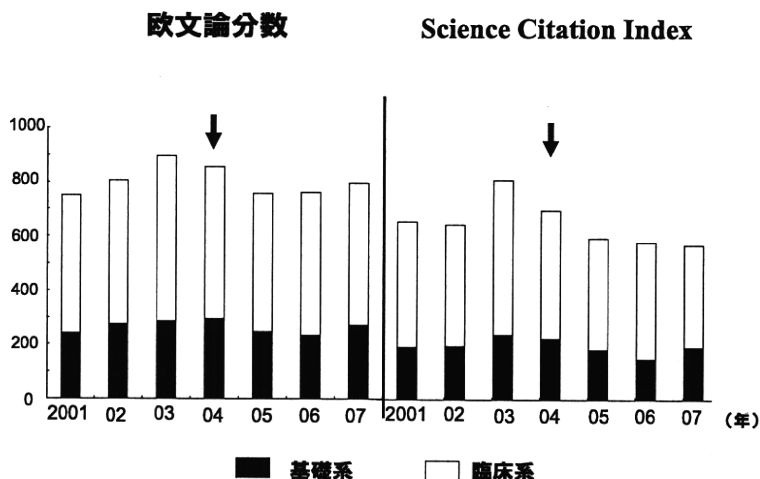


図1 長崎大学医学部における臨床系、基礎系教員による欧文論文掲載数と Science Citation Index の年次推移 (矢印：法人化と新臨床研修制度導入時期を示す)

ルギーと時間は急速に増してきた。

それらの変革によって研究面での実績低下を示唆するデータを図1に示す。これは筆者が所属する長崎大学医学部の法人化と新臨床研修制度導入の前後における基礎系および臨床系の教員により生産された欧文論文掲載数とその論文が掲載された雑誌の Science Citation Index (SCI) の総計の年次推移を示したものである。法人化と新臨床研修制度により、とくに臨床系教員の業績の数と質の低下傾向がうかがわれる。もちろん、これにかかる要因としては法人化や研修制度だけではないことは言を待たないが、制度改革が大学の研究力に影響を与えたことは間違いない。

この現象は単に一大学に限ったことではない。三重大学の豊田³⁾は07年全国国立大学病院長会議で、法人化以降、日本の大学関係から生産された国際的な臨床医学論文掲載数はピーク時の90%に低下し、とくに地方大学での低下率が顕著であるとしている。

従来、外科指導者、とくに大学外科学講座の責任者である教授には臨床、教育、研究の3本柱が求められてきた。教授選考の際には、とくに学問的業績が重視されてきた。また、一般教育病院の外科責任者には、臨床力が強く求められていたが、教育や研究面での要望も少なからずあったのではないかと考えられる。それが今の時代にどのように変化しているのであろうか。

今回、このような医学界の環境の変化に伴い、大学

医学部外科学講座主任教授（以下「外科教授」と略）や一般教育病院の外科診療責任者（以下「外科責任者」と略）に対して各組織の長が、いま、何を望み、何を求めているのか、を明らかにする目的でアンケート調査を実施した。

III. 対象および方法

A. アンケート調査用紙送付先

外科教授については79の医系大学・大学医学部の学長または医学部長に、外科責任者に関しては一般教育病院（日本外科学会指定施設で100床以上を有する）213病院の病院長にアンケート調査用紙を送付し、文書での回答を求めた。なお、対象とした外科教授および外科責任者に関するアンケート調査は最近10年間にわたった人事を対象とすることを明記した。

B. アンケート調査項目と内容

1. 外科教授、外科責任者の選考の基準、方法など

1) 外科教授の選考

① 選出教授のうち当該大学関係者（卒業生・医局在籍者を含む）が占める割合

- ・100%（全員が当該大学関係者）
- ・50～100% 未満
- ・30～50% 未満
- ・10～30% 未満
- ・10% 未満

② 選出教授の選出前直近の職務

いま、求められている外科のリーダーとは

＜選択項目：複数選択可＞

- ・当該大学の教員（准教授，講師，助教）
- ・他大学の教員
- ・大学以外の一般病院勤務者
- ・外国施設の勤務者
- ・その他

③ 施設として採用している手術の技量評価の指標

＜選択項目：複数選択可＞

- ・過去の手術執刀数
- ・過去の手術指導数
- ・手術の視察による手技の検分
- ・手術ビデオの提出と供覧
- ・第3者評価（他大学の外科医や当該大学の麻酔科

医などからの意見の聴取）

2) 外科責任者の選考

① 選出外科責任者の当該病院における勤務年数

- ・10年以上の勤務経験
- ・5～10年未満
- ・2～5年未満
- ・1～2年未満
- ・1年未満

② 選出方法

- ・全国・地域公募
- ・病院内の機関（委員会等）で審議
- ・関連大学の外科講座と協議
- ・行政との協議
- ・その他

③ 外科責任者として望ましい経歴と経験

＜選択項目：単一項目を選択＞

- ・大学の准教授もしくは講師
- ・大学教員（少なくとも助教）
- ・大学外科講座の医局長等の管理運営
- ・他施設での外科責任者としての実績
- ・他施設での勤務
- ・とくにこだわらない
- ・その他

2. 外科教授，外科責任者に求められる資格について

＜選択項目：複数回答可＞

- ・学位（医学博士）
- ・外科専門医
- ・サブスペシャルティ外科専門医
- ・海外での医療免許
- ・とくにこだわらない

・その他

3. 外科教授，外科責任者を選考する上で重視する項目について

＜選択項目：5項目を選択＞

- ・出身（卒業）大学
- ・出身医局
- ・卒業年数
- ・大学院修了
- ・学位（医学博士）
- ・医学生への教育歴
- ・大学院生への指導歴
- ・教育に対する実績と姿勢
- ・海外留学の経験
- ・外科専門医資格
- ・サブスペシャルティ外科専門医資格
- ・論文業績（論文数，インパクトファクター，SCI等）
- ・手術件数
- ・手術手技の第3者評価
- ・手術成績（患者生存率，合併症発生率等）
- ・先端的外科手術の実践
- ・個人宛に受けた紹介患者数
- ・人柄に対する第3者評価
- ・患者からの評判，名声
- ・同僚の評価
- ・他科からの推薦
- ・外部資金（科学研究費，特許等）の獲得実績
- ・組織の統率力
- ・勤勉さ，まじめさ
- ・病院運営の知識，経験
- ・学会活動

以上26項目

なお，アンケート用紙には外科を専門としない領域の長も多いことを考慮して，「外科専門医資格」，「サブスペシャルティ外科専門医資格」についての説明文を付記した。

4. 外科教授，外科責任者に備えておいて欲しい能力・資質について

＜対象項目：単一選択＞

- ・教育への情熱（医学生，研修医，大学院生，若手外科医の教育）
- ・臨床力（手術，診療等）
- ・研究心（自ら率先して行う研究や後輩への指導）
- ・組織統率力（講座，診療科の運営，関連大学・病

院との関係等)

IV. 結 果

大学関連 79 施設中 40 施設 (50.6%), 一般教育病院関連 213 施設中 78 施設 (36.6%) から回答を得た。

1. 外科教授, 外科責任者選考の基準, 方法など

a. 外科教授の選考

① 当該大学関係者の占める割合

選出して教授のすべてが当該大学関係者であったとするのは 40 施設中 9 施設 (22.5%) で, 50~99% は 18 施設 (45.0%) であった。30~49% は 15 施設 (37.5%), 10~29% が 3 施設 (7.5%), 10% 以下は 1 施設 (2.5%) に過ぎなかった。

② 直近の職務

「当該大学の教員 (准教授, 講師, 助教)」からの選出は 56 施設 (51.4%) で過半数を超えた。「他大学の教員」からの抜擢は 36 施設 (33.0%) であった。「大学以外の一般病院勤務者」からの選出は 14 施設 (12.8%) で, 「外国施設の勤務者」は 1 施設 (0.9%) であった。「その他」が 2 施設あった。

③ 施設として採用している手術の技量評価の指標

最も多かったのは「過去の手術執刀件数」で 34 施設 (85.0%), 「過去の手術指導件数」は 27 施設 (67.5%) であった。続いて, 「第三者評価」を挙げたのは 14 施設 (35.0%) で, 「手術視察による手技の検分」は 12 施設 (30.0%) から実施している旨の回答があった。また, 同様に「学会内での評判」を指標としているのは 12 施設 (30.0%) であった。「手術ビデオの提出と供覧」は 6 施設 (15.0%) に過ぎなかった。

b. 外科責任者の選考

① 当該施設での勤務年数

「10 年以上の勤務経験」があったのは 82 施設中 55 施設 (67.1%) で最も多かった。「5~10 年」が 12 施設 (14.6%), 「2~5 年」が 9 施設 (11.0%), 「1~2 年」が 4 施設 (4.9%) であった。「1 年未満」で選出した施設はなかった。

② 選考方法

「関連大学の外科講座と協議」の上, 選考するとの回答が 37 施設 (45.1%) と最多を占めた。次いで, 「病院内の機関 (委員会等) で審議」して決めるのが 35 施設 (42.7%) であった。「行政との協議」の上, 選考するとしたのは 3 施設 (3.7%)。「全国・地域公募」を行っているのは 8 施設 (9.8%) で実施している旨の回答があった。

③ 経歴・経験

「とくに経歴にこだわらない」とする施設が 29 (35.4%) と最多であった。ついで「他病院での経験」が 17 施設 (20.1%) で, 次いで「大学での教員 (少なくとも助教) の経験」挙げたところが 7 施設 (8.5%), 「准教授もしくは講師の経歴」と「他病院での外来診療責任者としての経験」がともに 5 施設 (6.1%) であった。また, 医局長等の管理経験は 2 施設 (2.4%) に過ぎなかった。

2. 外科教授, 外科責任者に求められる資格について

その結果を図 2 に示す。

a. 外科教授の資格

「学位」に対する要望が最も多く, 85.0% だった。次いで「外科専門医資格」は 72.5%, 「サブスペシャリティ領域の専門医資格」は 67.5% であった。「資格の有無にはこだわらない」とする回答は 2.5% に過ぎず, 「海外での医療行為が実施できる資格」については 0 であった。

b. 外科責任者の資格

「外科専門医資格」, 「サブスペシャリティ領域の専門医資格」がともに 87.2% と高値を示した。「学位」は 35.9% で, 外科教授の場合とは求められる資格に差があった。一方, 「海外での医療行為が可能な資格」については 7.7% を得ており, 一般教育病院では海外で活躍する有能者を採用しようとする機運も窺われた。なお, 「資格の有無にはこだわらない」との回答は 0 であり, 資格は重要な評価の指標となっていることがわかった。

3. 外科教授, 外科責任者を選考する上で重視する項目について

そのベスト 5 を表 1 に示す。

a. 外科教授への重視項目

1 位「論文業績」<31 施設>, 2 位「教育に対する実績と経験」<22 施設>, 3 位「手術経験数」<21 施設>, 4 位「外部資金獲得実績」<16 施設>, そして 5 位が「サブスペシャリティ領域の専門医資格」<13 施設>であった。研究, 教育, 臨床の次に「外部資金獲得実績」が 4 位に位置しているのは, 時代を反映しており, 興味深い。なお, 「人柄に関する第三者評価」<10 施設>は 8 位, 次いで「学位」<9 施設>が 9 位に位置していた。

なお, 26 の選択項目から 5 つを自由に選べる質問形式であったにもかかわらず, 0 回答であったものは

いま、求められている外科のリーダーとは

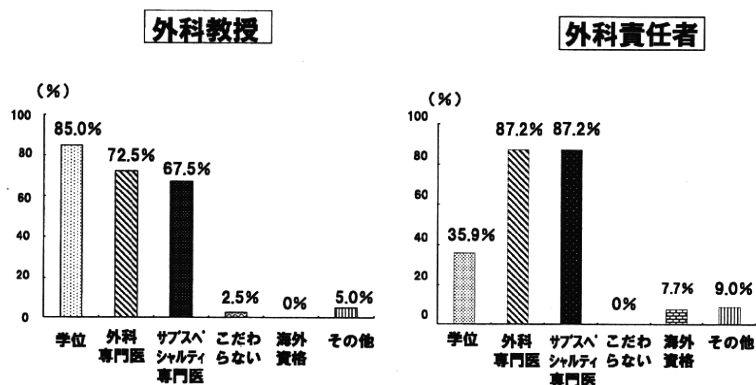


図2 大学外科講座主任外科教授, 一般教育病院外科診療部責任者として備えておいて欲しい資格

表1 選考で重視するベスト5

外科教授	外科責任者
1. 論文業績	1. 手術経験数
2. 教育に対する実績と情熱	2. 組織の統率力
3. 手術経験数	3. 人柄に関する第3者評価
4. 外部資金獲得 (科研費, 特許など)	4. サブスペシャリティ 専門医資格
5. サブスペシャリティ 専門医資格	5. 外科専門医資格

「出身大学(医学部を卒業した大学)」、「大学院修了」、「海外留学の経験」、「個人宛に受けた紹介患者数」、「患者からの評判・名声」、「他科からの紹介状」、「病院経営の知識・経験」の7項目であった。

b. 外科責任者への重視項目

1位「手術経験数」<50施設>, 2位「組織統率力」<44施設>, 3位「人柄に関する第3者評価」<35施設>, 4位「サブスペシャリティ専門医資格」<33施設>, 5位「外科専門医資格」<32施設>の順であった。外科教授で重要度の高かった「論文業績」<12施設>は12位だった。また、「学位(医学博士)」を求めたのは1施設に過ぎず、順番からすると22位の最後尾を拝した。なお、「外部資金獲得実績」を求める施設は0であった。その他の0回答「大学院修了」、「医学生への教育歴」、「大学院生への指導実績」、「個人宛にうけた紹介患者数」を含め、5項目に関しては、重要度は低いと評価されていた。

4. 外科教授, 外科責任者に備えておいて欲しい能力・資質

その結果を図3に示す。

a. 外科教授の能力・資質

最も備えておいて欲しい能力・資質としては「教育への情熱」および「臨床力」がほぼ拮抗しており、おのおの35%, 33%と最も多かった。次いで「研究心」は10%。「組織統率力」7%であった。

b. 外科責任者の能力・資質

「臨床力」が抜き出で高く、64%だった。ついで、「組織統率力」が27%で、「教育への情熱」7%。そして、「研究心」が求められるのは1%に過ぎなかった。この問いに関しては外科教授と外科部長の間で差を認めた。

V. 考 察

外科教授の選考で最も重視されているのは、現在でも論文業績であった。「はじめに」の項で述べたように、昨今の制度改革と大学側の事情などから推して、外科教授に研究業績が求められている比重は小さくなっているのではないかと推測したが、実際にはいまでも研究が最も重要とされていた。外科教授には学位が備えておいて欲しい資格の最たるもので、専門医資格より上位に位置していた。次いで重視されていたのが教育の実績と経験であった。従来、教育はいわゆる3本柱のうち、いつも後まわしにされがちであったが、最近では重要視されている傾向が顕著である。臨床(手術経験数)は3位に位置した。ただし、臨床力を測るにはいまだに手術経験数、指導件数などの指標しかなく、外科医にとっての技能の評価として明確なものは打ち出されていない。実際には選考対象となっている候補者の「外科医の腕前」を知っている場合には、その評価をすることに苦労はないが、他施設から未知の

いま、求められている外科のリーダーとは

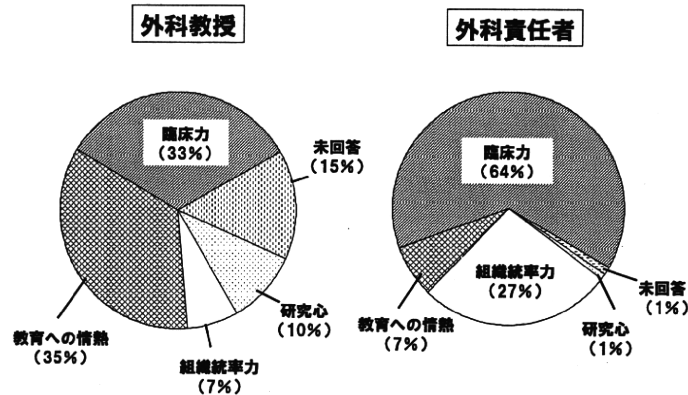


図3 大学外科講座外科主任教授、一般教育病院外科診療部責任者として備えておいて欲しい能力、資質

候補者を教授としての招聘を目指す場合には、手術の視察による手技の検分なども行われ始めているようである。また、外部資金獲得を期待する項目が4位に位置したのは、研究資金の不足しがちな昨今の大学の苦しい立場をよく物語っているといえよう。

ところが、外科教授に備えておいて欲しい能力・資質に関しては、研究心（自ら率先して行う研究や後輩への指導）の選択は10%に過ぎず、教育への情熱（35%）、臨床力（33%）よりもかなり低い割合を示した。これは先の外科教授を選考する際に重視する項目として論文業績がトップに来ていたのと乖離した答えであったが、その一因は回答項目の研究心に括弧付けで“自ら率先して行う研究や後輩への指導”という注釈を付けたことにあるのかもしれない。別項の質問に対する回答の違いを解釈すると、外科教授としては研究してきた実績や経験は重要であるが、一旦教授職に就いたら自ら研究に専心するよりも、教育や臨床に力を注いで欲しいという学長、医学部長の願いを反映した結果かもしれない。なお、これらの項目に関しては、国公立系と私立系の大学間での比較も行ったが、回答傾向に大差はなかったことを付言しておく。

一般教育病院の外科診療部門責任者の選考で最も大事とされるのは、手術経験数であった。それに連動するように87.9%の施設で要望されている資格が専門医であった。一方、学位は35.9%の施設からしか求められていなかった。次に組織統率力が求められ、続く3位には「第3者による評価」が入っているのは、今時、どのような人材を一般病院が求めているかを探る上で興味深い。

また、外科責任者に備えておいて欲しい能力・資質としては臨床力が最も多かった（64%）。その反面、教育への情熱に期待するものは7%、研究心についてはわずか1%であったことには、一般教育病院の外科責任者に求められる能力・資質としてはいささか寂しさを感じざるを得ない。

大学ならびに一般教育病院の外科のリーダーにどのような人材を求めるかは、単にそのリーダーが在任中の組織の存亡にかかわるだけではなく、外科の将来にも大きな影響をあたえるものである。そのリーダーから教育を受けた後輩たちがやがて次の世代の外科医の育成に携わるのであるから、極めて大事な選考と位置づけられる。

今回のアンケート調査結果からは、一般教育病院の外科責任者では、研究に関する資格や経験実績は低い評価に留まっていた。もちろん、この結果が一般教育病院に勤務するためには研究心が必要ではない、とするものではないだろう。だが、臨床への偏重が顕著になりつつある現状では、今後は研究を経験しない臨床医もふえるのではないだろうか。杞憂であれば幸いである。

最近、医学部卒業生の大学離れという言葉を目にする。一般教育病院で卒業直後から手術をはじめとした外科臨床をとことん勉強するシステムは、決して正道から逸脱したものではない。しかし、若者の長い外科医人生においては、忙しい日常臨床の中、研究といった深みのある分野を経験させることは貴重なことではないか。筆者自身の経験からすれば、多少遠回りでも外科学に関する研究に没頭したことは、いまから振り

返ると貴重な時間であり、海外での臨床経験同様に、その後の外科医人生に多くの示唆を与えてくれた。

では、なぜ外科医にとって研究が必要なのか、について私見を申し述べたい。臨床医は患者さんの病状や状況に合わせて適切な対応をしなければならない。それを習得するには日々の研鑽が必要であるが、患者さんに合わせて行動をしていけば、よい臨床医と評価されるだろう。だが、研究は自ら動かないと物事は絶対に進まない。すなわち、研究では自らが考え、動いて結果を導き出さねば物事は始まらない。その経験はアカデミックマインドを育むことにつながるであろう。その精神を以って自ら新しいものを生み出し、外科医療に少しでも貢献することができれば、それに優る喜びはない。もし、そこまでの成果がえられなくても、自分が研究で苦労した経験があれば、それに照らし合わせながら一流のジャーナルに載った優れた論文を深く読み込む喜びを感じることができるであろう。

これからも外科は先端医療を率先して開拓していかねばならない領域である。そのためには医学領域の知識や情報のみでは、自ずと限界もあろう。それは20世紀後半の外科学の進歩を見てもわかる通り、他領域、とくに科学技術との協調が欠かせないものと考え⁴⁾。それだからこそ、外科医には若いうちから、他の分野の研究開発者とも対等以上に対峙できるアカデミックマインドを育ててもらいたいのである。外科医がリーダーシップを発揮して、社会の声にも耳を傾けながら外科学の発展を図ることこそ、21世紀に求められる外科のリーダー像と私は考え、その実現を願っている。

VI. おわりに

今回のアンケート調査から、外科教授に関しては、依然、学問業績で評価しようとする機運が残っていた。また、昨今、教育の比重を増してきている。一方、

外科教授、外科責任者に共通して臨床経験と実績が重視されてきている。総合的には、現代の外科のリーダーとしては、強い臨床力が求められていることは明白である。これは単に病院経営での必要性に迫られたばかりでなく、もう一つの側面は、社会が望む外科医像とも一致しているところであり、十分に首肯できるところである。それに連動して外科専門医やサブスペシャリティ領域の専門医などの資格が求められていることも当然の成り行きであろうが、学位資格については大学での評価はともかく、一般教育病院における要望は少ない。そのような風潮を受け、若者は益々専門医志向となることが予想される。今後、アカデミックマインドを持った外科医をいかに育てていくか、外科医にとっての学位をどのように位置づけていくか等の課題に学会は立ち向かわねばならない時期にきている。

謝辞：ご繁忙のおり、アンケート調査の主旨をご理解くださり、ご協力を賜った関係各位には、この場をお借りして深甚の謝意を表します。

注) 本稿の内容の一部は2008年5月15～17日長崎市で開催された第108回日本外科学会定期学術集会での会長講演で発表した。

文 献

- 1) 井口 潔：わが国の近代医学の温故知新一病院医学と研究室医学の立場から一。日医会誌，117：971-983，1997。
- 2) 川瀬 顕：新卒医師の研修先決定要因。病院，68：1005-1009，2009。
- 3) 豊田長康：国立大学附属病院の経営の問題点。今何が起ころうとしているのか？ 国立大学附属病院長会議資料，2007。
- 4) Thompson JC：Gifts from surgical research. Contributions to patients and to surgeons. J Am Coll Surg，190：391-403，2000。
- 5) Kanematsu T：Presidential Address：The happy marriage of surgery with science and technology would lead to prosperous surgical developments towards the year 2050. Surg Today，(in press)。

特 集

外科領域におけるコメディカルとの役割分担—現況と未来

2. 医師の立場から

- 1) 防衛医科大学校心臓血管外科, 2) 東京女子医科大学心臓血管外科, 3) 藤田保健衛生大学医療科学部臨床工学科,
4) 九州大学心臓血管外科, 5) 東北大学心臓血管外科

前原 正明¹⁾, 西田 博²⁾, 渡邊 孝³⁾, 富永 隆治⁴⁾, 田林 暁一⁵⁾

キーワード nurse practitioner, physician assistant, チーム医療, 周術期管理, スキルミックス, 医療再生

I. 内容要旨

医療従事者不足 (特に産科, 救急, 外科医, 看護師不足), 低医療費政策 (市場原理主義, 財政至上主義), 医療訴訟問題, 医療従事者の労働環境不良, 外科医志望者減少等による外科医療の崩壊が憂慮されている。

この解決策の一つとして, 米国の医療分業化における, 医師と看護師の中間レベル職種, 非医師高度診療師である NP, PA (NP: Nurse Practitioner, PA: Physician Assistant; 非医師高度臨床師) 導入策がある。米国の NP/PA 制度は 45 年の歴史があり, 術後合併症の減少, 患者の満足度上昇, 手術後入院期間の短縮, 医療経済上有益等が生じ, 国民が強く望む安全と安心の医療を提供してきた。

日本の外科医療崩壊を食い止める最良の手段は, 高い専門性とモチベーションのある非医師高度診療師, 特に周術期管理に携わる新職種の日本版 NP/PA の養成にあると思われた。我々は「周術期管理診療看護師」(日本版 NP/PA) の養成を政府と「チーム医療推進検討会」に要望してきた。2010 年 2 月 厚労省「チーム医療推進検討会」は「特定看護師」(優れた判断力や技術を有する臨床実践能力の高い看護師) の設置, 法制化に向けての素案を発表した。このことは我々外

科医が提唱してきた新しい日本版チーム医療の推進確立に呼応するものと考える。この「特定看護師」制度が日本版 NP/PA 制度導入に向けての橋渡し制度となるべく, 全ての医療従事者・関係者が一枚岩となって協働することを切にお願いしたい。

II. はじめに

2010-2-18 厚労省「チーム医療推進検討会」は「特定看護師」の設置, 法制化に向けての素案を発表した。これはまさしく, 我々が目指してきた日本版 NP/PA 制度導入の端緒となるものと考える。

低医療費政策, 医師の地域, 診療科の偏在化による医師不足, 医療従事者の労働環境の悪化等が現在の日本医療を困難な状態としている。

現在の高度, 複雑, 高齢化する日本の医療を良好に維持, 発展させることを担うには, 医師だけの力では不可能であり, かえって弊害が生じる。この解決策の一つとして, 医業分業, 他医療従事者との役割分担, チーム医療の推進 (各々の専門性を発揮, 相互理解のもとに, 医療成果を最大限に得られる) が存在する。

医師と看護師の中間レベル職種, 非医師高度診療師 (NP: Nurse Practitioner, PA: Physician Assistant) の創設, 設置への我々の取り組み, 活動と今後の展望・

SURGEONS' HOPE: EXPANDING THE PROFESSIONAL ROLE OF CO-MEDICAL STAFF AND INTRODUCING THE NURSE PRACTITIONER/PHYSICIAN ASSISTANT AND TEAM APPROACH TO THE HEALTHCARE SYSTEM

Tadaaki Maehara¹, Hiroshi Nishida², Takashi Watanabe³, Ryuji Tominaga⁴ and Koichi Tabayashi⁵

Department of Cardiovascular Surgery, National Defense Medical College, Tokorozawa¹, Department of Cardiovascular Surgery, Tokyo Women's Medical University, Tokyo², Faculty of Clinical Engineering, Fujita Health University School of Health Sciences, Nagoya³, Department of Cardiovascular Surgery, Kyushu University Graduate School of Medical Sciences, Fukuoka⁴, Department of Cardiovascular Surgery, Tohoku University Graduate School of Medicine, Sendai, Japan⁵

課題について述べる。

III. 私の経歴・履歴

1974-75 麻酔科 1 年間勤務, 1975-78 一般外科 3 年間勤務, 1978-85 心臓血管外科 7 年間, 1985-87 米国アラバマ州立大学心臓血管外科留学 2 年間, 1988-89 英国ロンドン小児病院 1 年間留学, 1989-2000 川崎市立川崎病院心臓血管外科勤務, 2000-現在まで防衛医科大学校胸部外科勤務 (心臓血管外科専攻) が私の経歴である。1985-87 米国アラバマ州立大学留学時に Physician Assistant (PA) に出会う。冠動脈バイパス手術時に下肢より大伏在静脈をバイパスグラフトとして採取している PA と出会い, その腕前が見事さに大変感心し, ベテランの心臓外科医と見間違えてしまった経験がある。PA の彼は開胸, 閉胸, 手術室より集中治療室への患者搬送, 病棟回診, 患者, 家族, 看護師達との橋渡し役等多くの仕事を研修医よりも有効に行い, staff Surgeon の片腕として大活躍していた。このアラバマ州立大学心臓血管外科は年間 2,500 例の開心術を staff Surgeon 4 名, レジデント 3-4 名, PA 3-4 名で行っていた。最近知ったことであるが, 私が師事した高名な心臓外科医 Dr. JW Kirklin は 1967 年アラバマ州立大学心臓血管外科に Surgical Assistant (外科医助手) を世界で最初に導入した人物であった¹⁾。1988-89 英国ロンドン小児病院 1 年間留学時に, 患者さんに抗生物質の静脈注射を自分自身の責任に於いて実施できる看護師とできない看護師の存在を知った。看護師の階層化が歴然と行われており, それが看護師各人のモチベーション, 医療の質を上げ, 有効に機能していることを体験した。集中治療室は主に麻酔科医出身の集中治療医 (Intensivist) が専従で管理運営し, ICU 収容患者 (周術期重症患者) の治療は心臓外科医ではなくて専従集中治療医が行っていた。集中治療医がリーダーとなり, 心臓外科医, 循環器内科医, フェロー, レジデント, 看護師, 薬剤師, 臨床工学士, 理学療法士, 栄養士等が朝夕の 2 回 ICU 回診を行い, 良質なチーム医療を実施していた。濃厚, 細心の周術期管理を要する患者の外科手術成績は専従集中治療医, 周術期高度看護師が勤務しているロンドン小児病院の方が, 集中治療医がいないアラバマ州立大学より良好である印象を持った。1985, 89 年の米国, 英国留学の経験から, 周術期に存在する SA, PA, Intensivist とコメディカルとの役割分担とスキルミックスの重要性, 有効性, 必要性を痛感してきた。

IV. 我々の活動経過

田林暁一先生 (東北大学心臓血管外科・日本外科学会理事・日本胸部外科学会理事長 厚労科研主任研究員) より 2007 年日本外科学会: 外科医の労働環境改善のための委員会委員, 2007 年 11 月日本胸部外科学会: 胸部外科医処遇改善委員会: 医業分業化ワーキンググループ長の委員任命を受ける。

平成 20, 21 年度厚労科研「新しいチーム医療体制確立のためのメディカルスタッフの現状と連携に関する包括的調査研究」の構成班員: 田林暁一 (東北大学心臓血管外科・主任研究者), 兼松隆之 (長崎大学消化器外科・第 108 回日本外科学会会長), 富永隆治 (九州大学心臓血管外科), 西田 博 (東京女子医科大学心臓血管外科), 前原正明 (防衛医科大学校心臓血管外科), 伊藤雅治 (全国社会保険協会連合会理事長) (厚生労働省元保健医療局長, 健康政策局長, 医政局長), 遠藤久夫 (学習院大学医療経済学・中医協会会長), の一人として, 外科医療の改善・発展のために活動してきた。

2008 年 6 月 9, 10 日 米国チーム医療 (NP-PA 制度) について, イェール大学, ワシントンの PA 協会, アメリカ看護協会を視察した (富永, 西田, 前原, 緒方)²⁾。

2009 年 9 月 28, 29 日 アトランタのエモリー大学で PA 制度を中心に視察, 調査した (田林, 富永, 西田, 前原, 渡邊)³⁾。この 2 回の米国チーム医療視察をもとに, 新しい日本版チーム医療の確立に尽力した。

日本の外科医療の現状を見るに, 外科医志望者は減少し, 29 歳以下の若い外科医も減少しており (外科医の平均年齢: 2004 年 43.7 歳, 2006 年 45.2 歳と上昇), 近い将来外科医療崩壊が現実味を帯びてきている。外科医志望者減少, 若手医師の外科離れの原因は, high risk, long time and hard work with low return と思われた。その要因として①勤務時間, 拘束時間が長い, 緊急呼び出しが多い, 一人前になるのに時間がかかる, きつい職種, 緊急, 急性期対応が高頻度, 細心の周術期管理を要する, 手間隙がかかる, マンパワーが必要等労働環境が厳しいこと, ②医療事故リスク, 訴訟リスクが高いこと, ③重症化, 高齢化, 複雑化, 高度専門化して, 仕事量, 精神的負担が増大したこと, ④労働と賃金の不一致, 不適切な賃金体系 (教育医療機関の教官勤務医) 等があげられる。高度, 専門, 重