

全大教時報

Vol. 38 No. 1
2014.4

山口大学の学長による学部長指名制について

滝野 正二郎<山口大学人文学部 准教授>

**看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン
～働き続けられる職場づくりをめざして～**

奥村 元子<公益社団法人日本看護協会労働政策部>

特定行為に係る看護師の研修制度を考える

林 千冬<神戸市看護大学 教授>

私の南極物語 -その7-

竹内 智 <山梨大学 生命環境学部環境科学科 教授>

Contents

● 山口大学の学長による学部長指名制について

滝野 正二郎 (山口大学人文学部 准教授)

1

● 看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン ～働き続けられる職場づくりをめざして～

奥村 元子 (公益社団法人日本看護協会労働政策部)

25

● 特定行為に係る看護師の研修制度を考える

林 千冬 (神戸市看護大学 教授)

64

● 私の南極物語 ― その7 ―

竹内 智 (全大教中央執行副委員長、山梨大学 教授)

116

山口大学の学長による 学部長指名制について

山口大学教職員組合 書記次長
山口大学人文学部 准教授

滝野 正二郎



専門は、中国明清時代交通史・社会経済史。15～19世紀初頭の中国社会における物資や人の動きについて、大運河や長江などの交通路に設置された税関に視点をおいて研究をすすめている。

「高等教育政策部会と教文部会の合同研究会（2014年2月23日）」
学習会より（レジュメ、資料等はp.15～）

はじめに

山口大学では2013年、昨年の7月末に研究評議会において学長による学部長指名制が、突如、学長から提起されました。組合の取り組み等によって9月の評議会で議決されるということは避けられたのですが、3カ月後の12月、教育研究評議会を経て25日の役員会で決定されました。その経過についてご報告申し上げます。

学部長選考の問題をお話する前に 一私たちもまさしくこれは一連の問題だと思ったのですが— 昨年度から今年度はじめにかけて学長選考規則の改変が行われたことがありました。それからまずご説明いたします。学長選考会議のメンバーには評議員が入ることになっております。従来は、学部長ではない一般の評議員がずっとそれに当たっていたのですが、その評議員の部

分を、規則自体は変えずに、同じ評議会のメンバーであるからということで、各部局長が当たるように急に切り替えられました。これは、一般の評議員よりも各部局長のほうが学長にとってコントロールしやすいと見られたからだと考えられます。

そういうことを一旦行っただけで、昨年度の末、2013年3月26日の学長選考会議において、従来の選考規則ではずっと「意向投票」と書かれていたのを「意向調査」という言い方に改変し、それからこれが一番重要なところですが、元々「意向投票の結果を参考として」学長を選考するとなっていたものを、「所信表明の内容ならび意向調査および面接の結果を総合的に審議のうえ」として、意向投票を3つの条件のうちの1つにおとしめるという学長選考規則の改変を行いました。また、従来は、意向調査の投票権者・方法等が選考規則の中に書いてあったのを削除して、「選考会議で定める」という一言にしてみました。

最初、2012年度のはじめ、部局長にメンバーを切り替えられたときに、私はまだそのときは組合の執行部ではなかったのですが、各学部ではそんなに問題にならなかったように記憶しています。それに対し、2013年の3月26日の規則改変については、そのあとすぐに組合が質問状を出すなど色々な取り組みをしました。その質問状にどのような返事が来たかという、選考会議の議長から「従来の内容をただ明文化しただけだ、何も変えていない」という返事が来ただけでした。

このように学長選考規則を変えた結果、今年4月に就任する新しい学長については、学長選考会議では「意向調査」の1位の候補にすんなり決まらず、2回の投票の結果、1位得票の候補に決定しました。ここでひっくり返されることはありませんでしたが、教職員の投票による「意向調査」1位の候補にすんなりとは決まらなかったということになりました。

こういうことがあったので、これからお話しする学部長選考制度の改変というのは、国が提起してきているガバナンス改革の一環であることはまず間違いないことです。2013年11月1日の部局長会議で配られた「ガバナンス等改革の推移」という表では、2006年から続く一連の「ガバナンス改革」の

中に学部長の選考も位置づけられるというようにしています。私たち一般の教職員の感覚では、確かに学長選考制度の改変と学部長選考の改変は連続しているように思われるにしても、ここまで、多くの改革を着々と進めているような感覚はありませんでした。

私たち一般の教職員は、急になぜ「ガバナンス改革」をやり出したのだろうというように思っています。学長が制度改変の趣旨を説明した文章には、中教審の大学分科会が出した「ガバナンス改革の推進について」という文書の中の文言とも似ているところがありますので、文科省のお先棒担ぎであるし、全国に先駆けて学部長選考の改革をやっているということをアピールして、学長が点数稼ぎをしているのではないかと私たちは思っています。

1. 大学側による提案の経過

次に本題の学部長選考についてお話ししますが、まず、大学による学部長選考制度改変の提案の経過からお話したいと思います。現行の学部長選考制は、各学部の教授会等において投票により学部長候補が決定されて、その議に基づいて学長が任命するということになっています。これを学長は変えようとしたわけです。

先ほど、学長による学部長指名制というものが7月末に突如、学長から提起されたと申し上げましたが、それが私たちのところにはっきり認識されたのは7月30日の第118回教育研究評議会の後でした。ところが3カ月以上遅れて出された経営協議会の議事要旨を見ますと、評議会にかける前日の7月29日すでに経営協議会に提起しています。これはあとで申し上げるように、その手順そのものがすでにおかしいのですが、そうになっています。

そのようなことを行った後、7月30日に118回教育研究評議会の席上で、学長から、次回の評議会において学長による学部長の指名制を正式提案するという予告が行われました。それを受けて、9月10日の119回教育研究評議

会において、部局長の選考および任期に関する改革提案が正式に行われました。10月1日付の部局長会議資料（協議資料1、p.19）の、「改革の背景」の下の方に、「本改革により、学長のリーダーシップのもと、これまで以上に大学改革の意思疎通をスピーディに、より確実に実行することができ、今後、本学の持つ強みや特色を活かした教育・研究機能の充実を目指すものである」という目的のために改革するのだと書いてあります。

部局長の選考方法については、2の（1）で書いてありますが、「部局長の選考は、当該部局が、任期を務めることができる専任の教授のうちから選出し学長に推薦した複数（3人以内）の候補者の中から、学長が役員会の承認を得たうえで任命する」とあり、「任命にあたっては、学長は部局から推薦された候補者に対し、所信表明の提出を求めるとともに、面接を行う。部局が候補者を選出する方法は、部局の定めるところによる」ということになっています。部局長の任期は「1期2年で再任可とする。ただし、引き続き4年を超えることはできない」と、この段階ではなっています。

先ほども申し上げましたように、制度改変の理由は、教育再生実行会議の第三次提言、教育振興基本計画、日本再興戦略などを受けて学長のリーダーシップを発揮できる仕組みなど、大学のガバナンス改革を進める必要があるということになっております。

このときに決定の手続きも予告されて、「部局長は経営にも携わるので、経営協議会にも付議し、役員会で最終的に決定する」とされました。これは実は従来の学部長選考規則改変の手続きとまったく異なる手続きになっています。

2. 組合の取り組み

この時期の組合の取り組みについてお話しします。教育研究評議会の議事内容は、学部によっては、その日のうちにメールで学部の成員に流されますので、学長が学部長選考の制度を改変しようとしているというこの

情報は、次の日とか、その次の日すなわち7月31日、8月1日頃に、組合に届きました。それを受けて8月6日、執行委員および分会長に向けてこの件に関する情報提供を行い、意見やさらなる参考情報の収集提供を依頼し、それに加えて8月7日に「危ない、学部長公選制！」の速報ビラ、8月9日には「くみあいニュース」にこの件を掲載して配布しました。8月中にこういう動きを始めて、9月2日、学長および理事に対してこの問題に関する懇談を申し入れました。その一方で、教育研究評議会の評議員に対して「学部長選出のあり方について」という要請文を出しました。これは資料（要請文、p.20～21）でお配りしています。

9月3日に学長から先ほどの懇談申し入れについて返答があり、「9月10日に正式提案する予定だが、その日に決めてしまうつもりはない。評議会の議論を踏まえて組合におお懇談の希望があれば、また申し入れをしてもらえば対応を検討したい」と回答してきました。本当に前々から、9月10日の正式提案当日に決めるつもりはないと思っていたのかどうかは分かりませんが、一応この段階では、「9月10日に決めてしまうということはない」という回答が来ました。ただし、こちらが申し入れていた懇談については拒否しました。

組合は、9月4日に執行委員・各分会長へ、情報提供およびさらなる取り組みの要請をして、9月6日や13日に速報ビラを配布して緊急集会を呼びかけました。これは、資料でお配りしています（p.22～23）。9月18日に緊急集会を開いて、9月20日に学長へ再度、懇談の申し入れをしました。緊急集会には30人くらい参加しました。緊急集会の告知をして数日しかなかったのですが、最近のうちの組合の集会にしては珍しく人が集まりました。9月18日は水曜日で、各学部で教員会議などが開かれる日でしたので、その昼休みに緊急集会を開いたわけです。その直後に人文学部・教育学部・農学部などで教員会議が開かれたのですが、組合員が中心になって、そこで意見を述べたり、「票決をしてくれ」「決議をしてくれ」という申し入れなどをしました。

3. 組合の取り組みの結果

私が所属している人文学部では決を採りました。これは組合員だけでなく、評議員も決を採ってくれと言ったものですから決を採ったわけですが、実は、その評議員は、7月30日の教育研究評議会にこの問題が提起された際、すぐに「これにはまったく反対である」と唯一学長に反対表明をした人で、その人が「学部の方の皆さんの支援があることが分かったほうが頑張れるので票決してくれ」と言って、その結果決を採ったわけです。そのとき36人の出席者のうちの34人が「改正」することに反対しました。ただ、それに加わらなかった2人もその制度改変に賛成したわけではなくて、手を挙げなかった一人の教員は評議員がそういう票決を受けて評議会で発言するのはおかしいのだという手続き論の問題で手を挙げなかったということです。教育学部では「学長提案反対」に反対する者なし、つまり全員が制度改変に反対ということでしたし、農学部では、反対意見が非常に多数出て票決してくれと言ったそうですが、結局、決は採られなかったということです。

この9月のこの段階における学部長選考制度改変の問題点、山口大の教員が何を問題視して反対したかということ、学問の自由や大学の自治を侵すことであるということは言うまでも無い話ですが、もう一つは一実は先ほど申し上げた学長選考の改変と関連がありまして一学長を選ぶ選考会議の中に学部長が入っているということです。学長を選ぶ選考会議のメンバーには学長が指名する分がすでにかかなりあるうえに、学部長も学長が指名することになると、特に2期目に向けた学長選考の場合ですが、1期目に学長が指名した人間に次の学長を選ばせるということになってしまうわけです。このことも非常に問題になりました。

それ以外にも、先ほども少し申し上げましたが、そもそも制度改変の決定方法がおかしいということも問題になりました。これまで学部長選考規則の改変は教育研究評議会の審議事項として提案され、そこで制定されて即日発効となってきました。実は、経営評議会、役員会の報告事項にすら挙がってこなかったのです。しかも、学部長選考規則の第9条では、この規則の解釈

は教育研究評議会の議に基づき学長が行うと明記しており、規則の解釈、規則をどうするかということの判断そのものが教育研究評議会に委ねられているので、本来は、教育研究評議会での学部長選考の改変は決められないといけないのですが、評議会で決定することになると絶対否決されるということが分かっているものですから、学長は経営評議会に持ち出し、なおかつ役員会で最終的に決めるということにしたようです。

本来、経営評議会と教育研究評議会の役割は明確に分けられていて、審議内容が重ならないようになっているはずで、山口大学でも、学部長選考に関しては教育研究評議会において審議されてきたにもかかわらず、それでは通らないからということで、経営評議会を通し、なおかつ役員会で最終決定するということになってしまいました。この点も問題だと組合は一貫して指摘してきました。それに対して、大学側が一先ほども言いましたように、実際は、評議会だと否決されるからだと思いますが一表立って言っていたのは、「学部長は経営にも参加する、関係する。だから経営評議会にかけろのだ」ということです。

確かに、人事・労務に関する改正案件でも、部局長会議で話し合ってからでないと、組合側に呈示されず、提案が遅れることがよくあり—これに組合側は抗議しているのですが—、部局長を経営に参画させる大学側の態度が強くなってきている面はあるのですが、ただ、従来の決定方法からいうとおかしいことは明らかです。

4. その後の経過

9月30日に経営協議会が開かれ、経営協議会ではこの時点で通ってしまいました。ただ、10月末に学長選挙—2014年4月から任期が始まる学長を選ぶ「意向調査」—がありまして、これに向けて、候補者と一般教職員との意見交流会が行われました。また、組合が候補者に公開質問状を出すことも恒例になっておりまして、学部長選考問題も重要な争点だとして、それ

を含めて、組合からの公開質問状を学長候補者に出しました。そうしますと、候補者は皆、学部長には学部の信任を受けた方が望ましいという回答が来まして、次期学長に決まった人も、学部長には学部の信任を受けた方が望ましいと明言しています。

この学部長選考の制度改変は、10月8日の120回教育研究評議会で付議されましたが、ここでは決まらず、11月12日の121回教育研究評議会で引き続き検討されることとなり、新しい案が提起されました。これは譲歩と思われるものです。先ほど申し上げましたが、もとの案では、部局が部局長の候補として、複数—3人か2人を推薦して、その中から学長が指名するというになっていたのですが、この段階になって、学部が推薦するのは1人でも可とするという案が出てきました。ただし、学長はその1人の所信表明とビジョンを根拠として、学部選出の候補を部局長に任命しない場合があるという「ただし書き」がつくことになりました。また、任期についても、もとは、原則として1期2年で、再任を可として4年を超えないことになっていましたが、資料にありますように（協議資料1-1、p.24）、ここにも「ただし書き」が付いて、「学長が必要と認める場合には、引き続き4年を超えることができる」ということになりました。この任期の方は、どちらかというと、学長の上意下達を強化するような内容であるのに対して、その前の「ただし1人でも可」という学部推薦の人数の方は、どちらかというと学部の意向を重視する方向に譲歩した内容ですが、3人のうちから学長が「指名」するのではないということを言いたいがために、そういう「ただし書き」を付けたということだろうと思います。

それと、文章には明確にされていないのですが、医学部長・工学部長と病院長は性格が特殊なので、推薦されたのを否定しないという申し合わせのようなものがあって言われています。これらの部局は構成員の人数が多いのです。工学部は学部の規模が大きいですし、医学部・病院は組織が特殊で教職員が多いので、そういうところを取り込もうということだったのだろうと思います。

このように新しい案が11月に提示され、12月の評議会において再度議論

すると予告することになりました。その内容は12月10日付の部局長会議の資料にありますが、それを11月に提示すると同時に、学長は長々審議するつもりはないと言ったそうです。これは12月くらいに決めるぞということだったようです。このころ、学長は「別に、私が指名するわけではないのだ」としきりに強弁していて、「もともと任命権は自分にあって、それを行使できるようにするだけだ」ということを強調していました。

先ほども申し上げましたように、9月の段階では、組合が面談を申し入れたにもかかわらず、それを拒否したのですが、この11月・12月の段階になりますと変わってきまして、学内の道で出会った組合の書記に学長が直接、「今度、委員長と話がしたいから、委員長に話を聞きに来るようにと言ってくれ」と話しかけてきまして、12月10日に委員長が会いに行きました。そこでも何度も言われたのは、「学長による指名ではない。任命をただやれるようにするだけだ」ということでした。それに対して、うちの委員長は「3人の候補から学長が選ぶということであつたら、それはもう指名だ。この本質を示すには、指名制と呼ぶのが分かりやすいのだ」と反論して、学長の意見には全然納得しなかったのですが、学長からは、そのように言われたとのことでした。

その場で学長が強調していたのは、「教育公務員特例法の適用外に国立大学法人はなくなってしまった。だから教授会で学部長を選ぶという法的根拠はないのに、一般の教職員は何も知らないのだ」という点だったようです。それは中教審の「ガバナンス改革の推進について」でも同じように言っています。教育公務員特例法に由来する慣行でそのようになっているだけだ、法的根拠はないのだ、と。それと同じことをうちの学長も言っているということになります。部局長会議や評議会で、「学校教育法59条の『大学には重要な事項を審議するために教授会を置かなければならない』という規定がまずあり、その下で、国立学校設置法、教育公務員特例法で具体的に規定されている。これに基づいて、学部長の選考を教授会が行ってきた。当該学部の議に基づくべきことと教育公務員特例法にはあるのだけれども、法人化後、国立大学法人はこの法律の適用外であり、学部長を学部教授会で選ぶことに法的根拠

はないのだから、新しい制度のほうに移るべきなのだ」と説明したようです。組合の委員長との面談でも、「皆は、学部長を教授会で選ぶことに法的根拠がないことを知らない。とにかく不勉強である。自分は今回よく勉強したのだ」と強調していたとのことでした。

「法的根拠はないのだ」という説明、「拒否することもありえるが、学部からの推薦は1人でもいい」という一定程度の譲歩、それと—これは我々の推測ですが—工学部・医学部・病院を取り込んだ結果、この制度の改変に関する反対の意見はあまり出なくなりまして、12月10日の第122回教育研究評議会において承認されてしまいました。それを受けて12月25日の役員会で最終決定されています。

時期が前後しますが、10月18日に朝日新聞の全国版に新聞報道が出ました。これは山口大学の例だけを取り上げた記事ではありませんが、「トップダウンの意思決定狙う」ということで、組合にも取材に來られましたし、大学側にも取材して、双方の意見が出るように記事が書かれています。これは長山書記長からのご紹介だと思いますが、そういうふうに新聞報道がなされました。

朝日の記事はまだいいのですが、読売新聞1月22日の「山口大学の学部長、役員会で選考へ」という記事は、学部から推薦するところをまったくすっ飛ばしたかたちの新聞報道になっています。多分、読売はトップダウンで決めるべきだということを強調したくて、そのような記事にしたのだと思いますが、ただ、もしかすると、山口大学の新聞発表がそういう言い方になっていたのかもしれませんが。組合のほうに情報がないので正確には分かりませんが、大学側が大学の施策を新聞に公表していく、その仕方も組合としてはよく見ていかないと、世の中に誤解されるというか、そういうことが起こりかねないと、この件などから認識させられました。

学部長選考の新しい制度は、この4月から施行され、実際には、2014年度末に行われる学部長選考から適用されるのですが、13年度末に選考された4月就任予定の新部局長、正確に言うと部局長候補者に対する学長面接がすでに開始されています。それに出た学部長候補の方に、何を聞かれたかを尋ねた

ところ、学長から部局長としての大まかな方針を尋ねられた、それと新しい学部長選考制度に関する説明を受けたとのこと。学長は「とにかく面接すると書いてあるのだけれども、志を尋ねる。やる気があるかどうかを見るのだ」と言っていて、「よっぽどのことがなければ拒否しない」というようなことも言ったそうです。つまり「大して変わらない」と印象づけているわけですが、私は、そう印象づけておいて、実際には制度は変わってしまうということになるのではないかと警戒しています。その部局長候補の方の話では、そんな厳しい面接ではなかったということですが、私たちから見ると、学長は、大して変えないということをずっと印象づけながら、実際は変えてしまうのではないかと考えています。今の学長が制度を改変したわけですが、実際に執行するのは次の学長であり、次の学長がどうするかについては、今の学長が責任を持つわけではないので何とでも言えるわけです。これからどうなるかというのが問題だと思います。

5. 組合による今後の取り組み

先 ほど申し述べましたように、12月25日、大学として正式にこの新しい学部長選考の制度が決まってしまいましたが、組合としては、来年度の末の学部長選考に向けて取り組みを行っていかうというしております。2014年度の12月くらいから、その次の年度からの学部長とか部局長とかが選考されていきますが、その候補として一大学側が1人でも可と折角譲歩してきたわけですから一各学部が1人を推薦するように、組合としても働きかけをしていかなければならない、3人を学長に推薦してしまうと、もう完全に新しい制度に則って学長の「指名」を容認してしまうことになるので、そうではなく、とにかく各学部で「この人でいくのだ」というかたちを出してもらえるように働きかけるということをやっていく必要があると思っています。

また、次期学長に公約を遵守させる働きかけも行う必要があるとも考えて

います。次期学長は、学長選挙の公開質問状や意見交流会の席で、「各学部長というのは、各学部の信任を受けた方が望ましい」と明言しましたので、それを実行するように働きかけるということです。

それから最後に、先ほども言いましたように、大学をこれからどうしていくかというなかで、一般社会の理解もいただかないといけないと思うわけです。そういう状況下で、体制側の意を体したようなかたちで新聞報道されるのは非常に問題があると思うので、大学の新聞発表に対する監視も行っていないといけないのではないかと今考えております。

おわりに

以上、この間の経過をざっと述べてきたのですが、以下のように評価できるのではないかと考えています。まず、最終的に学部長選考の制度改変を阻止することはできなかったのですが、組合による全学的な取り組みによって、当初、9月早々にも決定されそうであった「学長による学部長指名制」の決定を3カ月以上遅らせることができた。それから「学部から一人を推進するも可」という一定の譲歩を引き出すこともできた。そして一定程度の譲歩を勝ち取ったことによって、「一人推薦」を各学部に実行させる、あるいは次期学長から公約たる言質を取ったことによって、これを次期学長に実行させるという新しい取り組みの方向性が生じることとなった。これらのことは評価できるのではないかと考えています。

7月末以来、様々な取り組みをしたり、今日お話をするために勉強したりしたのですが、その中で、大きな問題として、法人化によって、国立大学法人の教員が教育職員特例法から適用除外されたという問題を認識することができました。しかし、教育職員特例法の適用外になったということが、すぐ制度を改変しなくてはいけないのだというところに結びつく必然性が私の頭ではよく分かりません。「ガバナンス改革の推進について」などでは、世の中が変わってきたのだから変えないといけないのだと書いてありますが、そも

そも学校教育法そのものはまだ変わっていないわけで—今変えられそうですが—重要な事項を審議するために教授会を置くという規定は残っているのであって、これを根拠にすることはできないもののでしょうか。また、先ほど言ったように、「ガバナンス改革の推進について」には以前からの慣行でそういうふうになっていると書いてありますが、なぜ慣行に従ってはならないのかとも思っています。というのは、慣行が非常に大きな力を持つ社会というのも世界にはあるわけで、慣行を変えるということは非常に大きなことなのであって、法律がなくなったからといって、適用除外になったからといって、すぐさま変えなくてはならないということにはならない、法的根拠はなくても慣行でそうやってきたことを変えるということはおおごと^{おおごと}であると考えてもいいわけで、そのように考えることはできないものかと疑問が生じました。

学部長を学長指名にしようとする今回の制度改変で、経営協議会にかけないといけない、役員会で決めるという従来にない手順を踏む根拠として、学部長というのは経営にもかかわるからと学長は説明するわけです。実際、山口大学当局は、労働条件を組合と交渉する前に部局長に細かい資料を渡して諮ったりしているので、たしかに現在は経営に関わっているという面があることはあるのですが、そもそも、もし部局長を学長指名にしてしまった後、今ほど部局長に諮るのかという問題も逆に出てくるのではないかと思っています。というのは、今は各学部から選ばれた人が学部長になって、それなりに学長とは独立して意見を言うから、その意見をきちんと聞かないといけなくなる、部局長には丁寧に説明して、学長側に立ってもらわないと困るので、そのように働きかけているわけですが、これがトップダウンで学長が決めた人になったときに、今と同じように、学部長の意見を重視して説明などをするかどうかという問題が逆に出てくるのではないかと思っています。

こう考えてくると、今回の制度改変が定着すると、大学の重要な施策に関して部局長会議にも諮らないということが出てくるのではないかと思います。しかも山口大学の教育研究評議会というのは—今回の制度改変については審議が行われたようですが—通常の多くの場合、報告機関に堕してしまっているということを言っている評議員も結構いるような状態です。一方、経営

評議会というのは「ガバナンス改革の推進について」の中に、図らずも出てきていましたが、外部の経営評議会のメンバーが多いものですから、あまり実質的な審議をやっていないのではないかとされている部分もあるわけです。更に役員会できちっと決められるかということ、これにも問題があります。10月末に行われた山口大学の学長選に、実は副学長が1人、立候補しました。ところが、意見交流会の中で現学長の意見と違う意見を言ったところ、選挙後、現学長から辞任に追い込まれたようです。表立っては辞任ということになっていますが、どうも、そういうことのようにです。つまり役員会のメンバーである副学長・理事も学長に逆らうことはできないということになります。こういうことになると、学長の専横というか、これが本当にひどくなるのではないかとと思っています。要するに学部長も学長の指名になって、独立して学長にものを言うものがいなくなると、誰も学長の専横を止めるものがいなくなるのではないかと私は大変危惧しています。

今日の学習会の予告文には、山口大学の新学部構想と、この学部長の選考の問題が関係あるのではないかと書かれていますが、実は7月になって急に、新学部構想が進展しました。それとほぼ同時にこの制度改変が提起されたので、たぶん関係があるのだろうと思います。ただ、先ほど申し上げたように、このプロジェクトを担当していた副学長が学長と違う意見を言ったということで11月に辞任に追い込まれたせいで、問題が発生して一時作業が止まったと言われています。このように、山口大学ではいろいろな問題が今起こっているのですが、これを見ても、トップダウンでは、やはりあまりうまくいかないのではないかと、学長はやろうとしても下が動かないというか、トップダウンで全部権力でやれるかといったらそうでもないと思います。すでに山口大学で様々な問題が起こってきているので、そういうものを大変危惧しているところではあります。以上です。(拍手)

全大教高等教育政策部会・教文部合同研究会 (2014/2/23)

山口大学における学部長選考問題

山口大学教職員組合
書記次長 滝野正二郎

はじめに

山口大学では、2013年7月末、「学長による学部長指名制」が突如、学長から提起されました。組合の取り組み等により9月の評議会で議決されることは避けられましたが、3ヶ月後の12月、教育研究評議会を経て25日の役員会で決定されました。その経過についてご報告します。

0. 【前兆】「学長選考規則」の改変

①2012年度初め、学長選考会議メンバーのうち評議員の部分を一般の評議員から各部局長に改変（規則改変への布石）。

2013年3月26日の学長選考会議にて

②意向投票を意向調査に改変。

③「意向投票の結果を参考として」

→「所信表明の内容並びに意向調査及び面接の結果を総合的に審議のうえ」

④意向調査の投票権者・方法を規則から削除し、「選考会議で定める」

※なお、今回の学長選考（11月）では、意向投票で第一位の候補にすんなり決まらず、選考会議中の再投票で、その候補に決定。

→学部長選考制度の改変＝ガバナンス改革の一環（文科省の「お先棒担ぎ」「点数稼ぎ」）一応、山口大学における一連の改革の一環として位置づけられているが「後付け」？

1. 大学側による提案の経過

※現行の学部長選考制

各学部の教授会等において投票により学部長候補が決定され、その議に基づいて学長が任命する。

7月29日 経営協議会に提案（議事要旨が公表されるのが遅れ、3ヶ月以上経って判明）。

7月30日 第118回教育研究評議会の席上、学長より、次回の評議会において学長による学部長の指名制を正式提案するとの予告が行われる。

9月10日 第119回教育研究評議会において、「部局長の選考及び任期に関する改革提案」が正式に行われる。（10月1日付け）

提案内容・当該部局が、複数（3名以内）の候補者を推薦し、学長が役員会の承認を得た上で任命する。

・任命に当たっては、学長は部局から推薦された候補者に対し、所信表明の提出を求めるとともに、面接を行う。

- ・部局が候補者を選出する方法は、部局が定めるところによる。
- ・部局長の任期は1期2年で再任可。ただし4年を超えることはできない。

制度改変の理由

教育再生実行会議の第三次提言、教育振興基本計画、日本再興戦略などから、国立大学の改革についても種々の提言がなされた。

→これらの提言を真摯に受け止め、学長のリーダーシップを発揮できる仕組みなど大学のガバナンス改革を進める必要がある。

決定の手続き

部局長は経営にも携わるので、経営協議会にも付議し、役員会で最終的に決定する。(問題。→後述)

2. 組合の取り組み

- 8月6日 執行委員・各分会長にむけて、この件に関する情報提供を行い、意見やさらなる参考情報の収集・提供を依頼。
- 8月7日 「危ない、学部長公選制！」の速報ビラを全教職員配布。
- 8月9日 「くみあいニュース」にこの件を掲載・配布。
- 9月2日 学長および理事へ「懇談」申し入れ
教育研究評議会の評議員に対して「学部長選出のあり方について」要請。
- 9月3日 学長より「9月10日に正式提案する予定だが、その日に決めてしまうつもりはない。評議会の議論を踏まえて、組合になお懇談の希望があれば、また申し入れをしてもらえば、対応を検討したい」との回答（懇談は拒否）。
- 9月4日 執行委員・各分会長へ、情報提供およびさらなる取り組み要請。
- 9月6日 速報ビラ2を全教職員へ配布。
- 9月13日 速報ビラ3を全教職員へ配布するとともに、緊急集会よびかけ。
- 9月18日 緊急集会
- 9月20日 学長へ再度、懇談の申し入れ。

3. 組合の取り組みの結果

- 9月18日 人文学部・教育学部・農学部などで、拡大教授会・教員会議等が行われる。
- 人文学部 34/36で反対の決議。
- 教育学部 「学長提案反対」に反対する者なし。
- 農学部 反対意見多数。賛成意見なし。ただし、決はとられず。

その後、提案内容そのものに反対するとともに、制度改変の決定方法の不当性を指摘し、何人かの評議員への働きかけ。

※制度改変の決定方法の不当性

- ・これまで「学部長選考規則」は、教育研究評議会の「審議事項」として提案され、即日、制定。経営評議会や役員会の報告事項にすらあがっていない。
- ・「学部長選考規則」第9条では、「この規則の解釈は、教育研究評議会の議に基づき、学長が行う」と明記。解釈・改正は全て教育研究評議会が審議することになっている。

・経営協議会と教育研究評議会の役割

→国立大学法人法第20条と第21条の規定であるので、これを引用すると次のように審議事項が重ならぬように定義されていることが分かる。

第20条 4 経営協議会は、次に掲げる事項を審議する。

- 一 中期目標についての意見に関する事項のうち、国立大学法人の経営に関するもの
- 二 中期計画及び年度計画に関する事項のうち、国立大学法人の経営に関するもの
- 三 学則（国立大学法人の経営に関する部分に限る。）、会計規程、役員に対する報酬及び退職手当の支給の基準、職員の給与及び退職手当の支給の基準その他の経営に係る重要な規則の制定又は改廃に関する事項
- 四 予算の作成及び執行並びに決算に関する事項
- 五 組織及び運営の状況について自ら行う点検及び評価に関する事項
- 六 その他国立大学法人の経営に関する重要事項

第21条 3 教育研究評議会は、次に掲げる事項について審議する。

- 一 中期目標についての意見に関する事項（前条第四項第一号に掲げる事項を除く。）
- 二 中期計画及び年度計画に関する事項（前条第四項第二号に掲げる事項を除く。）
- 三 学則（国立大学法人の経営に関する部分を除く。）その他の教育研究に係る重要な規則の制定又は改廃に関する事項
- 四 教員人事に関する事項
- 五 教育課程の編成に関する方針に係る事項
- 六 学生の円滑な修学等を支援するために必要な助言、指導その他の援助に関する事項
- 七 学生の入学、卒業又は課程の修了その他学生の在籍に関する方針及び学位の授与に関する方針に係る事項
- 八 教育及び研究の状況について自ら行う点検及び評価に関する事項
- 九 その他国立大学の教育研究に関する重要事項

・国立大学法人法第11条で規定される役員会の議を経る事項には、学部長選考規則などはない。

◎まさしく、学部長選考規則や教員人事は教育研究評議会が決する事項。それ故、教育研究評議会の審議事項として扱われてきた。

4. その後の経過

9月30日 経営協議会

10月4日 「学長選挙」の候補者に公開質問状。「学部長には学部の信任を受けた方が望ましい」との回答。

10月8日 第120回教育研究評議会（決まらず）

11月12日 第121回教育研究評議会

議歩? : 学部が選出するのは1名でも可とする。

学長は、学部選出の候補者の所信表明とビジョンを根拠として、学部選出の候補者を部局長に選任しない場合がある。

任期については、原則として一期二年で、再任を可とする。

また、医学部長・工学部長・病院長は推薦通り承認するとの約束あり。

12月の評議会において提示される具体的な条文をもとに再度議論する。
(12月10日付け部局長会議参照) (学長「長々審議するつもりはない」)

※この頃、学長は「学長による指名制」ではないと強弁（もともと任命権は自分にあり、それを行使するにすぎない）と主張し、組合委員長にも面談を申し込んできた

委員長は「3人の候補から学長が選ぶということであれば、それは指名だ。ことの本质を示すには『指名制』がわかりやすい」と反論。

その場で学長が強調していた点

「教育公務員特例法は適用外になっているから、教授会で学部長を選ぶ、法的根拠はもうない」

『大学のガバナンス改革の推進について（審議まとめ）』では

「教育公務員特例法に由来する慣行」で、教授会によって学部長が選ばれている。

12月10日 第122回教育研究評議会にて決定。

12月25日 役員会で最終決定された。

1月22日 『読売新聞』、「山口大の学部長、役員会で選考へ」

学部による推薦過程に全く言及しない学部長指名制の記事掲載。

※この4月就任予定の^{学長}新部局長（候補者）に対する~~面談~~面接が既に開始されている。

次期理學部長によれば、学長から理學部長としてのおおまかな方針を尋ねられ、新しい学部長選考制度に関する説明を受けた。

学長「志を尋ねた」「よっぽどのことがなければ拒否しない」。

5. 組合による今後の取り組み

①今後（来年度末）学部長改選を迎える各学部が一人を推薦するようにはたらきかけ。

②次期学長が公約を遵守するようにはたらきかけ。

③大学の施政に関する新聞発表の監視。

おわりに

最終的に学部長選考の制度改変を阻止することはできなかったが、組合による全学的取り組みにより、当初、9月早々に決定されそうであった「学部長指名制」の決定を3ヶ月以上遅らせることができた。また、「学部から一人を推薦するも可」という一定の譲歩を引き出すこともできた。更には、一定程度の譲歩を克ち取ったことにより、「一人推薦」を各学部に実行させる、あるいは次期学長から公約たる言質を取ったことにより、これを次期学長に実行させるという新たな取り組みの方向性が生じることとなった。この点は評価できると思う。

この問題を検討する中で、法人化によって、国立大学法人の教員が教育職員特例法から適用除外されたという問題を認識することができたが、学校教育法93条の「重要な事項を審議するため、教授会を置く」という規定は残っているものであり、これを根拠にすることはできないのか、あるいは「慣例」になぜ従ってはならないのか、個人的には疑問が生じた。

部局長の選考及び任期に関する改革提案の骨子について

1. 改革の背景

我が国は、急速な少子高齢化、グローバル化、新興国の台頭による競争激化などの社会の急激な変化に直面しており、持続的に発展し活力ある社会を目指した改革の遂行が求められている。

このような中、教育再生実行会議の第三次提言（平成25年5月28日）や教育振興基本計画（平成25年6月14日閣議決定）、日本再興戦略（平成25年6月14日閣議決定）などから、国立大学の改革についても種々の提言がなされたところである。

本学としても、これらの提言を真摯に受け止め、今後山口大学が特色ある大学として更に発展するために、学長のリーダーシップを発揮できる仕組みづくりなど、大学のガバナンス改革を進める必要がある。

その一環として、部局長の選考及び任期について下記のとおり改革を行うことを提案する。現在、部局長の選考については、規則上は、「学部長の選考は、各学部の教授会の議に基づき、学長が行う。」こととなっているものの、事実上、学長をはじめ、大学役員の意見は反映されておらず、学部運営の方針や大学改革への意欲などの基本的な考えが確認できないのが現状である。また、任期についても「1期2年、再任を認める」ことは各学部とも共通しているものの、再任の上限はまちまちになっている。

本改革により、学長のリーダーシップのもと、これまで以上に大学改革の意思疎通をスピーディに、より確実に実行することができ、今後、本学の持つ強みや特色を活かした教育・研究機能の充実を目指すものである。

2. 改革提案の概要

(1) 部局長の選考方法

- ・部局長の選考は、当該部局が、任期を務めることができる専任の教授のうちから選出し学長に推薦した複数（3名以内）の候補者の中から、学長が役員会の承認を得た上で任命する。
- ・任命にあたっては、学長は部局から推薦された候補者に対し、所信表明の提出を求めるとともに、面接を行う。
- ・部局が候補者を選出する方法は、部局の定めるところによる。

※ 部局長は、ここでは各学部長、医学系研究科長、理工学研究科長、東アジア研究科長、技術経営研究科長、連合獣医学研究科長、時間学研究所長を指す。

(2) 部局長の任期

1期2年で再任可とする。

ただし、引き続き4年を超えることはできない。

2013年(平成25年)9月2日

山口大学教育研究評議会委員 各位

山口大学教職員組合

執行委員長 鴨崎 義孝



学部長選出のあり方について(要請)

教育研究評議会委員各位におかれましては、山口大学の教育研究活動の維持発展のための日々のご努力に対し、敬意を表します。

さて、先般の第118回教育研究評議会で示されたと伝えられる学部長選出方法の変更問題について、私ども山口大学教職員組合は、教職員の教育・研究・医療条件、職場環境等の改善とよりよい山口大学をめざすとりくみを行ってきた立場から、大きな関心を持ってその成り行きを注視しています。そのため、下記のとおり私どもの立場を説明させていただきたくしますので、趣旨をお酌み取りの上、しかるべく良識ある対応をしていただくようお願いいたします。

記

1. 現在の山口大学学部長選考規程は学部長候補適任者の選考について、【(選挙)第5条「教授会は、学部長候補者を決定するため、(中略)大学教育職員及びテニユアトラック教育職員による選挙を行い、上位得票者3名(3名に満たないときは、その数とし、末位に得票同数者があるときは、その者を加える者とする。)の学部長候補適任者を選出する者とする。2 前項の選挙は、選挙資格者の3分の2以上の投票をもって成立するものとする。】とし、また【(学部長候補者の決定)第7条「教授会は、当該学部の定めるところにより、学部長候補適任者のうちから学部長候補者を決定するものとし、学部長候補者を決定したときは、学長に報告しなければならない。】としております。これは、教授会(同様な機能を有する教員会議を含む)が学部構成員の総意により、自らの責任において学部長候補者を最終的に決める権利を有することを、当国立大学法人山口大学が保障したものであり、大多数の大学・学部で長年にわたって行われてきた「当該学部教員の直接投票により、その最高得票者を学部長とする」、すなわち「学部長公選制」を認めたものである、と考えます。
2. この制度は、言うまでもなく第二次大戦後の新制大学発足以来数十年にわたり続いてきた歴史と伝統を有し、大学・学部自治を支える制度的保障として極めて重要なものであります。また、大学における学問の自由を保障する重要な機能を持っていることは周知の事実でもあり、軽々に変更すべきものではない、と考えます。
3. 今回学長が提案したと伝えられる「3名の候補者を学部から推薦させ、学長が面接の上、決定する」という「学長による学部長の指名制」は、学部教授会の学部長選任の権利を剥奪するものであり、学部教授会決定に対しての学長の干渉であり、学部教授会の権利の制限、あるいは縮小を意味します。教授会が多くの国立大学・学部において重要な意思決定機関である現状及びこれまでの歴史を考えた時、まことに遺憾と言わざるを得ません。大方の構成員の支持もなく学長指名によって決定された学部長が学部運営に当たった場合、学部運営上の重大な混乱

をきたす可能性も否定できません。同様の制度を既に導入している大学が一部にあることは承知しておりますが、その多くは単科大学というのが実情です。今回の提案は、従来の「構成員の意向を反映した方法で選出され、構成員の支持のもとに選出された学部長が学部運営を進める」という制度の本質とは真っ向か対立するものであります。

4. 今回の「学長提案」の背景に、所管省庁の意向を体現した法人には運営交付金を重点的に配分するという行政の意向とそれに追隨して短期的な利益追求を図ろうとする法人執行部の思惑があるであろうことは想像に難くありません。しかしながら、このような「短期的な利益にとらわれた近視眼的な思惑」に基づき長年にわたって培われた大学・学部運営上の基本的制度を変更する、ということは大学運営の本質を損なうものであり、すでに述べたとおり様々な危険性を持っています。
5. この重大な制度改定の提案を知った多くの山口大学構成員から驚きと怒りの声が上がっています。その一部は当山口大学教職員組合のニュースで既にお配りした通りですが、その後も続々と意見が寄せられています。特に教員からは「学長による学部長指名制は、学部構成員の意向を無視して学長個人の意に沿う者を学部長とするという危険性をはらんでいる。」「このような一方通行的なやり方は、組織そのものを弱体化させる危険がある。」「将来、あれが日本の国立大学における非民主化の重大なきっかけであった、と言われることになりかねない。」「退任前の学長が何故、次期の学部長を任命しようとするのか」等、今回の学長提案が深刻な問題を孕んでおり極めて危険なものと認識されています。これらの意見を重大にお受け止めいただき、是非慎重に対処いただきたいと考えます。
6. 仮に百歩譲ってこの制度改定の意図を容認したとしても、教育研究評議会に正式提案した当日、ただちに決定を強行するという性急な進め方をも容認することはいかなるものでしょうか。世の中には様々な考え方が存在します。議論のみでは何も決まらないという声も聞こえます。しかし、最低限の議論もないままに、数の論理による一方的かつ拙速な提案の押しつけはやはり避けるべきですし、断じて容認できません。少なくとも、各学部構成員の意向を汲み取るだけの十分な時間的な配慮をすべきである、と考えます。

来る9月10日の研究教育評議会においては、上記の趣旨を是非ご理解いただいた上で、少なくとも「各学部に持ち帰り、教授会等で十分に討議・議論を尽くした後、再度、教育研究評議会で審議すべきである」「最終決定に際しては、大方の部局の賛成を前提とすべきである」「採決を行う場合は、無記名投票とすべきである」等の発言を是非各位にお願いしたい、と思います。

以 上

【追 記】この要請書については山口大学の全教職員への配付を予定していること、学長及び理事へは別途申し入れを行う予定であることを申し添えます。

【連絡先】〒753-8511 山口大学教職員組合
電話：083-933-5034
FAX：083-921-0287
Email：fuy-union@ma4.seikyoku.ne.jp

2013年9月13日
山口大学教職員組合

学長による学部長指名制について 学部自治の破壊だ！と怒りの声

先日9月10日(火)に開催された第119回教育研究評議会において、学長より「学部長の決定方法について」として「学長による学部長指名制」について、正式提案がなされました。既に速報(2)でお知らせしていたとおり、この日の教育研究評議会では決定されず、「学部に持ち帰り、教授会等で意見を集約してきて欲しい。次回の教育研究評議会(第120回・10月8日開催予定)での論議と9月30日開催の経営協議会での意見を踏まえて役員会で判断して最終決定したい」ということで終わったとのことでした。

この報告を聞いた方々からは「ここまで馬鹿なことをするとは思っていなかった!」、「学長が学部長を指名するようではまともな大学ではなくなる」、「これが通ってしまったら、山口大学は全国に先駆けて学部自治を破壊する道へ大きく踏み出したと言われてしまう」等、驚きと怒りの声が組合に次々と寄せられています。

教職員組合は学長による学部長指名制の「撤回」をもとめ、再度学長との「懇談」を申し入れることとしています。今後さらに取り組みを強め、撤回に向けて引き続き要求、行動を強めていきます。9月18日(水)に下記のとおり緊急集会を開催します。大勢の方のご参加をお願いします。また18日に教授会が開催される部局では反対の声を大きく上げていくことが必要です。

学部長選考問題緊急集会

と き：9月18日(水) 12時～13時



ところ：教育学部 2F 第一会議室

*軽食を用意します

役員会、「学長による学部長指名制」の導入を決定！

7月来、大きな問題となっていた「学長による学部長指名制」について、12月25日午後に関開された山口大学役員会で各学部教授会等の大多数の反対を押し切って、その導入の決定を強行しました。山口大学教職員組合はこの問題が表面化して以降、緊急集会開催、教職員への宣伝、教育研究評議会委員へのはたらきかけ等を進め、学内の反対世論を広げてきました。また、学長選挙の中でも「候補者への公開質問」「学長選挙候補者と職員との意見交流会での質疑」等を行い、重要な争点の一つとしてきました。これらのとりくみにより、丸本学長の当初の目論見にも関わらず、その早期決定ができない状態が続いていましたが、丸本学長は「改正案」の一部修正（学部からの推薦は1名でも可とする）を行った上で、本来は権限を持たないはずの経営協議会でも議論する等し、「役員会の権限で判断する」として決定を強行したものです。

この「改正」が実際に適用されるのは、4月の岡学長就任後となりますが、岡次期学長は組合からの公開質問（学部長選出方法の改訂問題）に対して、「学部長等は各学部の意見を代表して述べる立場であり、各学部で信頼された方が学部長になるべきと考えます」と回答しており、この「回答」を踏まえて良識ある対応をすることが求められます。

安倍政権のガバナンス改悪、 教授会自治・大学自治破壊へと進む

毎日新聞は、17日朝刊1面で、以下のとおり報道しました。山口大学での「学長による学部長指名制」、京都大学での「総長選挙廃止の動き」等、個別大学での制度改悪の動きが強まる中、「学校教育法改正」によって一気に制度改悪を進めようとするもので到底容認できるものではありません。

「文科省：教授会の役割、法で制限を検討 学長権限強化」（毎日新聞 2014年1月17日）

文部科学省は、あいまいさがあるとされる大学の教授会の審議事項を明確化して、役割を事実上制限するため、学校教育法改正に向けた検討を始めた。教授会については、大学の経営に関する部分まで審議したり改革に異議を唱えたりするケースがあるなど「学長のリーダーシップを阻害している」との指摘があり、中央教育審議会なども見直しの必要性を指摘している。文科省は今年24日に召集される通常国会の期間中に、改正案を提出したい考えだが、大学関係者からは「学問の自由が失われかねない」と懸念する声が上がっている。

学校教育法は「大学には、重要な事項を審議するため、教授会を置かなければならない」とし、国公立大に教授会の設置を義務付けている。具体的には学生の入学や退学、留学などのほか、卒業について審議し、最終的には学長が決定する。文科省などによると「重要な事項」の範囲があいまいなため、教授会が教育関連のみならず、大学の経営に関する部分まで審議しているケースがあるという。また、入試制度の見直しなど、大学全体で取り組みたい施策に対し、学部ごとに設置された教授会の足並みがそろわない場合、結果的に学長がリーダーシップを発揮できない事態になる。

教授会の役割については現在、中教審大学分科会組織運営部会で協議中。昨年12月に公表された「審議まとめ案」では、教授会が審議すべき事項として、教育課程の編成▽学生の身分に関する審査▽学位授与▽教員の教育研究業績等の審査—など内容を具体的に挙げており、改正案もこれに沿った内容になる見通し。解釈の余地をなくし、教授会の役割を事実上制限する。

文科省は当初、大学関係者の反発に配慮し、教授会の再定義については、省令で対応する方針だった。しかし、国際競争力の向上や留学促進、社会への貢献度アップなど、改革のスピードを速めるためには、学長により強い権限を集める必要があり、抜本的な「教授会改革」は避けられないとし、省令よりも拘束力の強い法改正が必要と判断した。

文科省は通常国会に十数本の法案を提出する予定で、学校教育法の改正案もその中に含まれる方向。

部局長の選考及び任期に関する改革案について

【部局長の選考】

- ・部局は、任期を務めることができる当該部局に所属する教授のうちから原則として複数（3名以内）の候補適任者を学長へ推薦する。

ただし、推薦する候補適任者を1名とすることもできる。

- ・学長は部局から推薦された候補適任者に対し所信表明の提出を求めるとともに、役員による面接を行う。
- ・役員会において、部局から推薦された候補適任者の中から、提出された所信表明及び面接の結果を参考に候補者を決定し、学長が任命する。

ただし、部局から推薦された候補適任者が1名の場合において、役員会が、部局から推薦された候補適任者が候補者として適任ではないと判断した場合には、学長は当該部局に再度候補適任者の推薦を求める。

- ・部局が候補適任者を選出する方法は、部局の定めるところによる。

【部局長の任期】

- ・任期は2年とし再任を妨げないが、引き続き4年を超えることはできない。
ただし、学長が必要と認める場合には、引き続き4年を超えることができる。
- ・部局長が任期の途中で辞任した場合又は欠員となった場合の後任の任期の期間は、当該任期の始期から2年を経過した日の属する年度の末日とし、2年を超えた期間については任期の通算には算入しない。

※部局長とは、ここでは各学部長、医学系研究科長、理工学研究科長、東アジア研究科長、技術経営研究科長、連合獣医学研究科長を指す。

看護職の夜勤・交代制勤務 に関するガイドライン ～働き続けられる 職場づくりをめざして～

公益社団法人日本看護協会労働政策部
看護労働・確保対策担当専門職

奥村 元子



全大教病院協議会総会（2014年2月1日）学習会より

はじめに

奥村でございます。どうぞよろしくお願いいたします。お手元にハンドアウトを印刷していただいたものと、白とオレンジの冊子があります。これが夜勤・交代制勤務に関するガイドラインの冊子です。6万部ほど作り、会員を中心に全国の病院に配付いたしました。また、私どものホームページから全文ダウンロードができるようになっております*。なるべく多くの方にご覧いただくということで出しまして、もうそろそろ1年になろうかというところですよ。今日、このように皆さんにご説明する機会をいただきましてたいへんありがたく思っております。

この冊子の52ページに「労働組合は職場づくりのパートナー」（図1）というコラムがあります。看護管理者、つまり看護部長や看護師長の中には、



B | 夜勤・交代制勤務の管理のポイント

1 勤務時間帯の設定についての留意点

夜勤・交代制勤務による負担軽減を図ることがポイントです。夜勤・交代制勤務の体制を見直すにあたり、勤務時間帯の設定について留意しておきたい点を以下にあげました。

1 時間帯による看護ニーズの増減を踏まえること

モーニングケアや就寝前のケア、食事介助、バイタルサインのチェック、術後患者の経過観察など、看護ニーズが増大する時間帯に十分な勤務者数を配置

労働組合は職場づくりのパートナー

コラム

厚生労働省の調査によれば、わが国の病院・診療所で結成されている労働組合は1,702組合、組合員総数は約33万人（うち女性は約27万人）です（平成23年労働組合基礎調査）。大多数は病院労組であり、女性組合員の大半は看護職員とみられます。8,000を超える病院のすべてに労働組合があるわけではありませんが、病院によっては複数の労働組合が併存しています。

安全で質の高い医療・看護を提供し、働きやすい職場を作るには、労働組合の理解と協力が欠かせません。労働関係法令の順守やよりよい勤務時間制度の構築などは、それぞれの職場での労使の主体的な取り組みによって進められるものであり、使用者だけでなく労働組合も役割と責任を担っています。働き続けられる職場づくりにおいて、労働組合が重要なメンバーであることを認識しましょう。

労働組合には使用者（病院経営者・管理者）と団体交渉を行う権利があり、使用者はこれに誠実に対応する義務があるとされています。複数の労働組合がある場合、使用者はそれぞれの労働組合に対して中立的な立場をとることが義務付けられており、すべての労働組合に公平に対応しなくてはなりません。

看護管理者は使用者側の一員として労働組合に対応します。まず、日ごろからそれぞれの労働組合と情報交換をし、信頼関係を築きます。ここから視点の違う貴重な情報が得られることもあります。お互いの立場を尊重して、問題意識を共有することから、課題解決の道がひらけます。

図1 「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」より

※公益社団法人 日本看護協会「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/guideline/pdf/guideline.pdf>

労働組合、あるいは労使という言葉を聞いただけでアレルギー的な反応を起こす方も残念ながらおります。労使というのは労働組合のことだけではありません。職場だったら必ず労使という関係があって、職場の話し合いでもって決めていかなければならないルールがあるということを説明しているわけです。まず労働組合があるということであれば、きちんと関係をつくっていただきたいと思いますということで、こういうコラムを提示しているわけです。まずは「ガイドライン」の中身についてご理解をいただきたく思いますが、ではどう実現するかという、その先が問題ですので、ヒントと言いますとおこがましいのですが、多少なりとも何か拾ってお帰りいただければと思っていますので、どうぞよろしくお願いいたします。

1. 夜勤交代制勤務の現状

私どものデータは少し古いのですが、2008年10月に、20代の看護師2人について過労死認定が相次いでありました。1人は大阪のA病院(当時)、もう1人が東京のB病院の看護師でした。この2人は24歳、25歳ということで、たいへん痛ましいことでしたが、これはおそらく氷山の一角であろうと私どもは認識しております。

緊急に実態調査をした結果がこれ(図2)です。交代制勤務をしつつ、かつ超過勤務の時間が長いという層が確実にありまして、推計をしますと、交代制勤務をしているナースの23人に1人ぐらいに当たるであろうと思われます。大阪高裁で確定した判決の中での過労死認定の時間外勤務のレベルは、月50時間から60時間が恒常的にあったということですが、そのレベルになる人が全国で約2万人には及ぶであろうという推計をいたしました。これがマスコミ等で広く取り上げられたわけですが、ぎりぎりのところで頑張っておられる方がたくさんいるだろうということです。

この結果を受けまして、私どもも、当時「ナースのかえる・プロジェクト」と言いまして、カエルのキャラクターを作り、職場で緊急の職場点検の取り

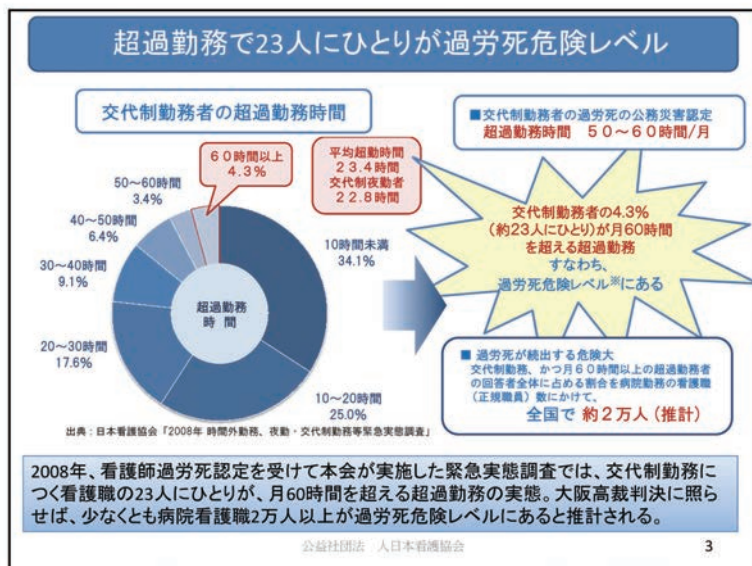


図2 「超過勤務で23人にひとりが過労死危険レベル」

組みを進めていただきたいという呼び掛けをいたしました。

勤務の実態は一般の方にはなかなかわかりにくいのですが、皆さん方はお立場上よくご存じだと思います。図3を作って一般の方にご説明したのですが、3交代勤務の場合、よくあるシフトのパターンは、朝、日勤に入って、わずか数時間後の真夜中過ぎから深夜勤に入るとい、いわゆる「日勤深夜」です。この場合、2日分を24時間の中でまとめてギュッと働いてしまうわけですが、これがたいへん過酷な勤務になります。

日勤が終わってから時間外がちょっとあつたりしますが、通勤時間があって、家に帰り、家族がある方の場合、この短い時間の中で家族のために食事を作り、子供の面倒を見て、お風呂に入れて、自分はろくろく休息も取らずに、また夜中に出勤する。そして翌朝まで働いて、朝も定刻で終わって帰ればいいのだけれども、大概そのあとで時間外勤務が続いて、昼前によく家に帰るといことになると、一昼夜以上にわたってろくろく休息もなく働き続けることになるわけです。たいへん過酷な勤務です。

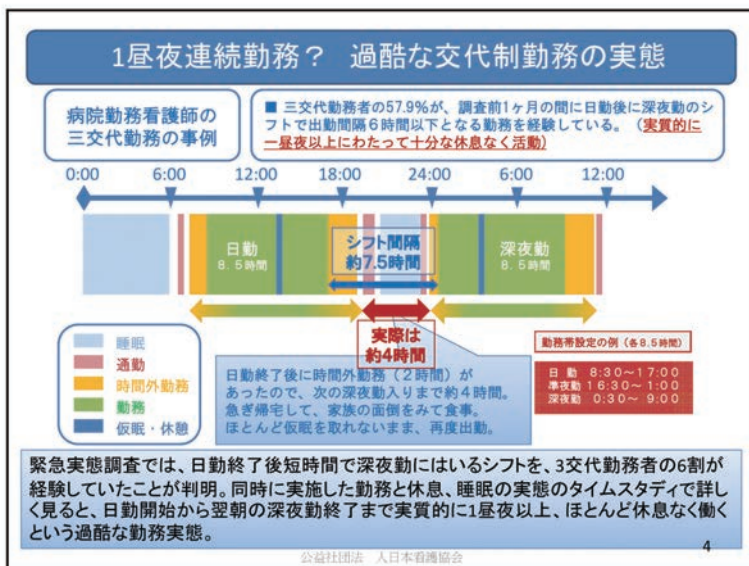


図3 「1昼夜連続勤務？ 過酷な交代制勤務の実態」

ただ、この勤務をなかなか手放さないでいままできたのは、圧縮勤務と俗に言いますが、こうした圧縮勤務を行うことによって、次の勤務までの間隔が空けられるということと、休日設定において深夜勤の前に休日をもってくると、夕方からそろそろ次の深夜の出勤に備える形になるものですから、休みでも休んだ気がしないため、スタッフの皆さん方はおおよその深夜入り前の休日設定を好まれない、という事情があるからです。この日勤深夜をギュッと縮めてやりますと、勤務表上、カレンダー上は休み・休みと2連休を設定しやすいものですから、ここを手放せない、そのため勤務間隔が非常に短い勤務を続けてきたわけです。

さらに夜勤の回数がなかなか減らないわけで、これ（図4）が3交代勤務者の勤務回数分布ですが、一番多いのが8回です。平均が8.5回で、真ん中のラインから右側が9回以上となりまして、この人数がたいへん多く、全体で50%を超えます。少ない回数の人にもいることはありますが、7回、6回、5回という人は非常に少ない。つまり、夜勤の回数を軽減するという仕組みが

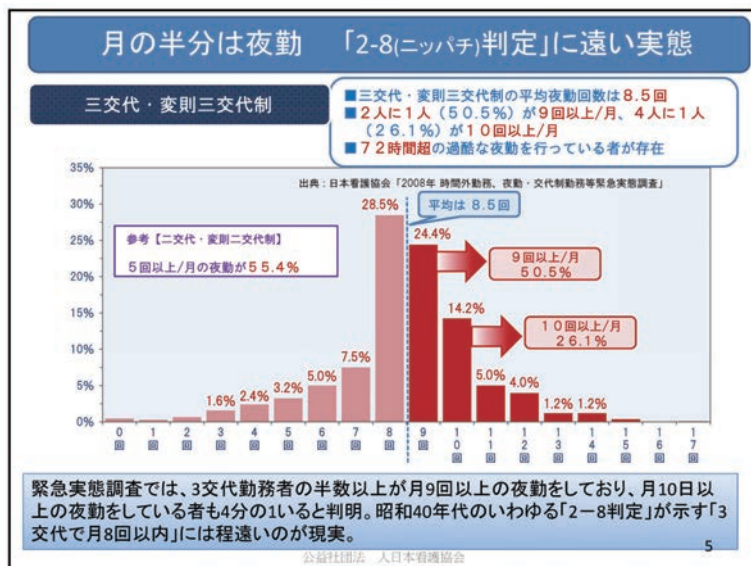


図4 「月の半分は夜勤『2-8(ニッパチ)判定』に遠い実態」

あっても、実際にはそんなに働いていなくて、夜勤をやるという人は最低8回はやってねということになる。これを「苦行の平等分担」と言うのですが、こうして最低限やる回数のラインを決めていくことで、就業継続のハードルを高めてしまう結果となっているわけです。最低ラインの8回をやれない人は職場に居づらいということにもなります。

根本的に1人当たりの夜勤回数が減らないのは、何人のチームで夜勤に入るのかということが影響しています。1930年代までは、1人夜勤が非常に多かったのですが、さすがにそれはなくなりまして、今は3人が最も多いということです。それ以上の4人、5人のチームで夜勤に当たっている場合もよくありますが、それは夜勤の業務がたいへん過密になっているからです。それなりに手のかかる患者さんを抱えているので、人数を増やさざるを得ない。そうすると、1人当たりの夜勤の回数が減らないということにもつながる実態があります。

たいへんストレスの多い仕事でありまして、厚生労働省が発表している、

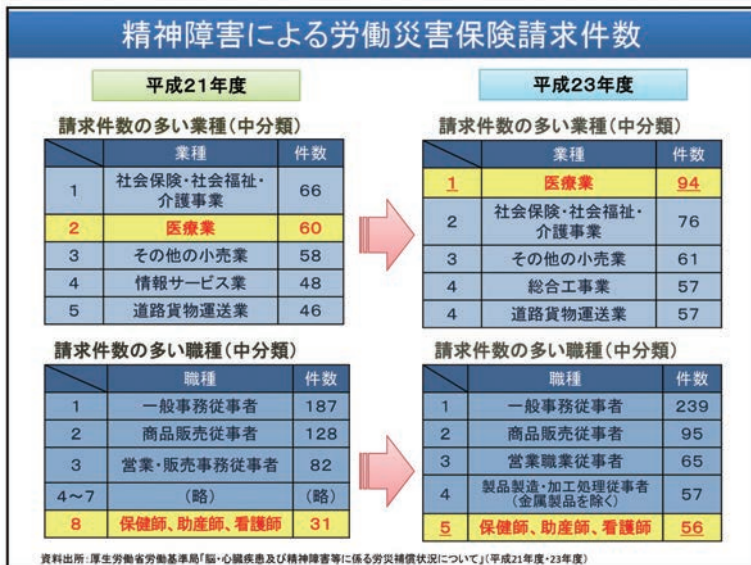


図5 「精神障害による労働災害保険請求件数」

精神障害による労働災害保険請求件数（図5）、いわゆる労災の請求件数のデータがあります。請求に至るまでがそもそもハードルが高く、請求のすべてが給付されているわけではありませんので、そういう段階の中の1つということでご覧をいただきたいのですが、請求件数の多い業種として医療業が上位に上がっています。2009年では社会保険・社会福祉・介護事業が1位でしたが、2011年には医療業がトップに躍り出てしまいました。職種別中分類で見ると、保健師、助産師、看護師が2009年度の8位から2011年度には5位に上がり、件数も大きく伸びてしまいました。

交代制勤務で特に睡眠が不規則になることについてはメンタルヘルス上の悪影響も指摘されており、うつなどの精神的な疾患につながりやすいとも言われています。さまざまなストレスの中で働いている現状の一端をご覧いただけるかと思います。

2. 日本看護協会

「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」

日 本看護協会がガイドラインを作った背景をご説明します。2006年に診療報酬の入院料にかかわる看護配置基準が12年ぶりに引き上げられ、7対1という新たな看護配置基準ができました。大学病院の場合は、医療法上は最低でも10対1ということで10対1ちょうどの配置をしていた病院が多かったところ、診療報酬の確保のため、一斉に7対1を目指されたという経過があります。

これは皆さん方のお立場からすれば不本意かもしれませんが、世間では大学病院が人を掻き集めたためにナースの不足が起こったとまで言われている始末です。ただ、いままで増員がなかなか難しかったところを7対1という新しい診療報酬の制度ができて、報酬の確保の目処が立つということで増員をされたご事情もよくわかります。この中で全国的に需給がたいへんタイトになり、職能団体としては、確保定着推進事業に取り組んだという経過があります。

2本の柱ですが、まず多様な勤務形態、つまり、画一的にフルタイムで夜勤もやってという勤務形態が主流であったところを、もう少し別の選択肢がないかということで、特に短時間勤務者に対しては短時間正職員制度の普及をしようという呼び掛けをしてきました。もう一つは、職場の勤務環境の全体の見直しを呼び掛けたもので、「選ばれる職場づくりへの支援」というものです。左側の赤い冊子（図6）は学生向けに「職場選びサポートブック」というもので、有名病院、大きな病院だけがいい職場ではありませんよ、こういうことを見ていきましょうと呼び掛けました。右側の青い冊子は看護管理者向けのガイドブックです。これを3年間やりました。

2010年以降は、私どもの団体では重点政策・重点事業を毎年の事業計画の中で立てていくわけですが、そのトップに「働き続けられる労働条件・労働環境づくり」をあげまして、この中で2つの柱を立てました。1つは看護職

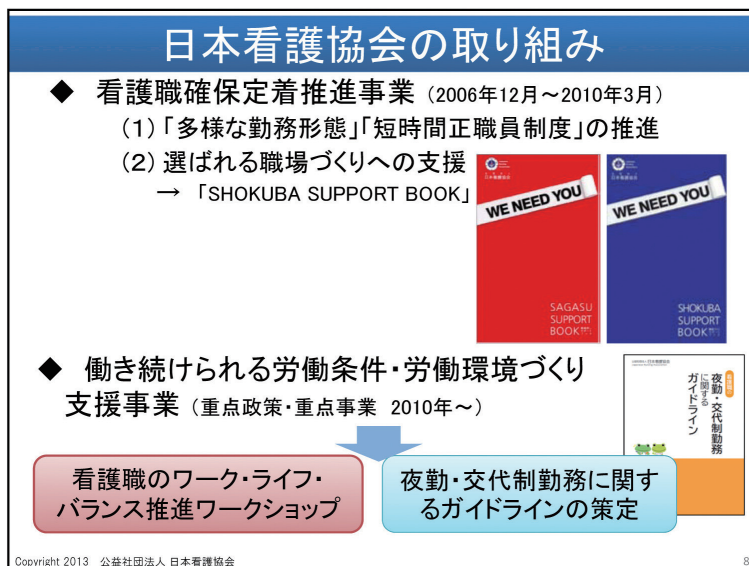


図 6 「日本看護協会の取り組み」

のワーク・ライフ・バランス推進ワークショップです。これは国立大学では岡山大学病院さんの参加をいただいています、全国的には特に民間の病院の足腰の弱いところで人の確保に困っているところ、ただしやる気があるという病院に参加していただいています。事業は今年度で4年目を迎えています。もう一つは、夜勤・交代制勤務に関するガイドラインの策定です。これは3年越しで取り組んでいます。

これは皆さん方には釈迦に説法ですが、現行の労基法では、夜勤・交代制勤務に関する規制がほとんどありません。さらに、医療従事者の勤務特性に対応した法規制もなく、職場のルールに委ねられる部分が非常に多いわけです（図7）。

例えば所定労働時間に関しては、労基法の法定労働時間にもかかわらず、変形労働時間制のもとで1回の最長勤務時間の制限がありませんので、実際には2交代制勤務の導入に伴い16～17時間の拘束による勤務、夜勤が増大しています。

参考 現行労働基準法の限界と看護労働の実態

わが国の現行労働時間関連基準では、医療従事者の交代制勤務・夜勤労働の特性や身体的・生活面の負荷への対応が不十分。

労働基準法	不備な点	看護労働の実態
所定労働時間	1日8時間・週40時間。 変形労働時間制規定	変形労働時間制のもと1日の最長勤務時間の基準がない
所定外労働時間	労使協定締結前提に上限を週15時間・月45時間等に設定	2交代勤務導入に伴い16～17時間勤務が増大
交代制労働	—	交代制勤務プラス所定外労働で過酷な勤務。2万人が過労死危険レベル
夜間労働	深夜業(22～5時)について妊婦の従事制限、満18歳未満者の従事禁止	交代制勤務者の6割が勤務間隔6時間以下の勤務を経験
	長時間夜勤、夜勤回数(時間数)上限の基準がない	3交代勤務者の4分の1が1回8時間で月10回以上の夜勤

注：ほかに、妊婦の時間外・休日勤務の制限並びに変形労働時間制の適用除外の規定あり。

図7 「現行労働基準法の限界と看護労働の実態」

時間外勤務に関しては、厚労省が示した過労死認定基準で月100時間を超えたら一発認定、80時間を超えた複数月があればこれも認定となります。ただし、そのほかの勤務の負荷に応じて、これを加味して判断するという基準はあるのですが、交代制勤務者についての明確な数値的な目安がありませんでした。冒頭申し上げた大阪高裁の過労死認定判決が1つの判断基準にはなるということで、月60時間超が目安にはなろうかと思いますが、まだまだ厳しい実態があります。

また交代制勤務に関しては、勤務と勤務の間隔、いわゆる休息时间ということになるわけですが、この基準はありません。

夜勤そのものに関しても規制というものがほぼありません。ですから、所定労働時間全部を夜勤で働くことに関しても何ら規制はないわけです。

日本看護協会の「ガイドライン」は所詮職能団体のガイドラインですので、そもそも強制力はありません。あくまでも専門職としての自主規制のレベルに留まりますので、各職場で自主的に取り組んでいただくうえでの考え方、

日本看護協会「夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」 勤務編成の基準	
項目	基準
①勤務間隔	最低11時間以上の間隔をあける
②勤務の拘束時間	拘束時間は13時間以内とする
③夜勤回数	3交代制勤務は月8回以内を基本とし、それ以外の勤務は労働時間に応じた回数とする
④夜勤の連続回数	最大2連続(2回)まで
⑤連続勤務日数	5日以内
⑥休憩	夜勤時は1時間以上、日勤時は労働時間・労働負担に応じて適切な時間数を確保する
⑦夜勤時の仮眠時間	夜勤の途中で連続した仮眠時間を設定する
⑧夜勤後の休息(休日を含む)	2回連続の夜勤後は概ね48時間以上の休息を確保する。1回の夜勤後は概ね24時間以上確保する。
⑨週末の連続休日	少なくとも月1回は土曜・日曜ともに前後に夜勤のない休日をつくる
⑩交代の方向	正循環の交代周期とする
⑪早朝始業	早出の始業時刻は7時より前は避ける

図8 「『夜勤・交代制勤務に関するガイドライン』勤務編成の基準」

改善目標としてお取り扱いいただく性格のものとなります。

労基法が強制力を持ち、診療報酬の算定要件も金目のことにつながりますので、たいへん強い拘束力を持っていますが、これらと比べると日本看護協会のガイドラインはたいへん弱いものということになります。それでも関心を持っていただいて、取り上げていただくことが多くなっているのは、たいへんありがたいことだと思います。

勤務編成の基準は11項目に分けられています(図8)。一つひとつ紹介をいたします。①勤務間隔は11時間以上あける。これと②はセットになっていまして、勤務の拘束時間の最長を13時間以内としています(図9)。

これは3交代勤務でのギュッと縮めた圧縮勤務シフト、日勤のあと深夜勤、あるいは準夜勤で夕方から真夜中まで働いたあと、すぐ朝からの日勤シフトが入るという、くっつけ型のシフトで勤務間隔が短い実態があることへの対応です。勤務の拘束時間は、2交代制勤務で特に問題になってきますが、1回の夜勤時間が非常に長いわけで、これを13時間以内としたいということで

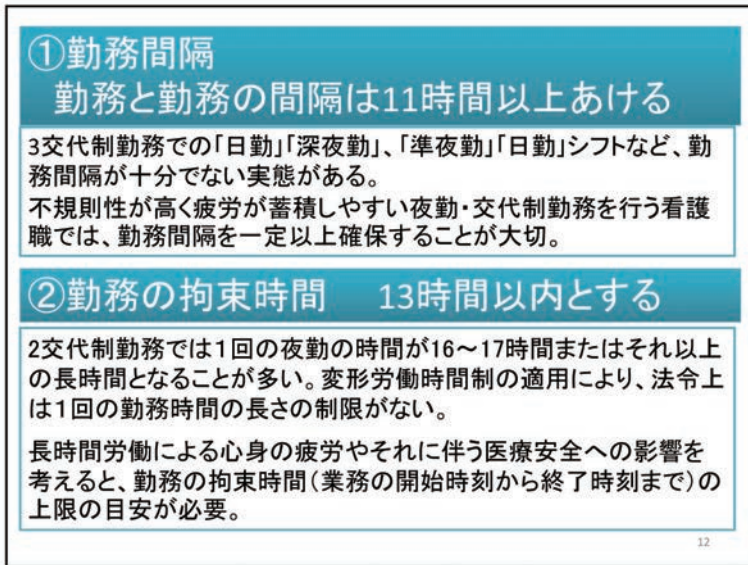


図9 「①勤務間隔、②勤務の拘束時間」

す。

この勤務間隔 11 時間・勤務拘束上限 13 時間は、EU の労働時間指令で定められているものと同じです。日本でこの種の規制は、職業運転手の皆さんの勤務環境改善に関する厚生労働省の課長通知があります。これは法律ではないのですが、行政指導の根拠とされている文書で、タクシー、バス、トラックの運転手に適用されるものです。この改善基準も同じく勤務間隔 11 時間・勤務拘束上限 13 時間です。ご存知のように必ずしも守られていない実態がありますが、それでも行政指導の根拠として一応ちゃんとしたものがあるわけです。しかし、これ以外の職種・業種に関しては、この種の規制は今のところ一切ありません。

これは私どもも不明にしてそのプロセスを知らなかったのですが、過労死防止基本法という法律を、今、議員立法で準備されているということなのですが、ご存じでしょうか。先般、朝日新聞の社説でも取り上げていたようですが、この中で勤務時間に関しては勤務間隔を 11 時間以上あけることがポ

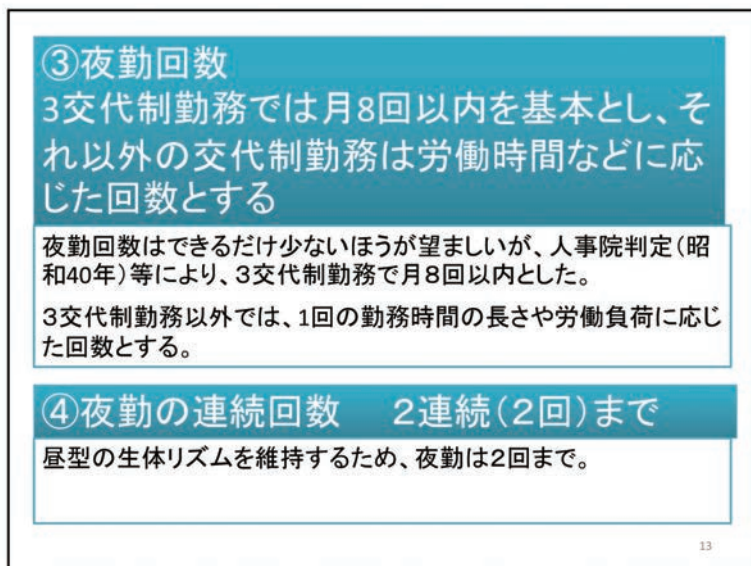


図 10 「③夜勤回数、④夜勤の連続回数」

イントという紹介がされておりました。基本法の条文自体には具体的な時間数はなくて、基本的な指針を国が定めることとしているので、その具体的な中身はまた検討していくのだと思いますが、現在のところは実効のあるような規制がない中での話ですので、ガイドラインを参考に、職場でご検討いただきたいということです。

図 10 にある③夜勤の回数ですが、夜勤回数はできるだけ少ないほうが望ましいわけです。ただし、24 時間患者さんのそばにいないといけない仕事でもありますので、少ないほうがいいと言っても限度はあります。でも、せめて 1930 年に人事院判定で言っていた、俗に「ニッパチ（2-8）判定」と言われているレベルにしたい。「2-8」の「2」は複数夜勤の「2 人」の意味、「8」は 3 交代勤務で準夜勤・深夜勤合わせて月 8 回以内の意味ですが、それを踏襲しました。ただし、実際には平均回数が 8.5 回で、これを一人ひとりの上限として設定をすることはなかなか難しいものがあるかと思います。要するに、改善目標として示しているわけです。

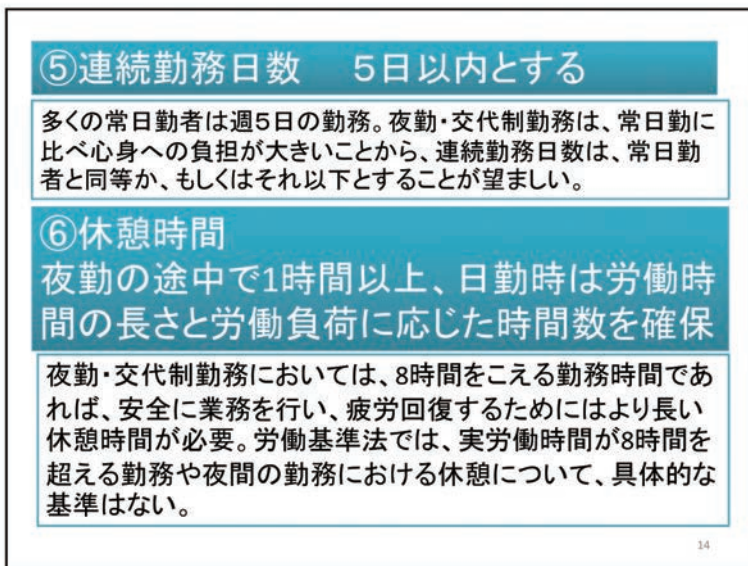


図 11 「⑤連続勤務日数、⑥休憩時間」

実態勤務としていろいろなタイプのものが出てきていますので、それ以外のタイプの夜勤では何回になるのかを今回は具体的にはお示ししていません。労働負荷の違いも踏まえて回数の上限を定めていただきたい、ここは職場の実情に応じて職場に委ねたいという意味合いで示しております。

④夜勤の連続回数は最大2連続（2回）までです。これは昼型の生態リズムをキープするためということで、労働科学の知見に沿ったものです。

図11の⑤連続勤務回数。5日以内というのは、週5日勤務ということを前提にすれば当然のことです。

⑥休憩時間。勤務拘束時間が非常に長いタイプのものが出てきたときに、現行の労基法では、実働8時間を超えると最低1時間以上の休憩を与えることになっていますが、8時間を超えて10時間、12時間、14時間と長くなった場合の休憩時間について、比例して延長するという定めはないわけです。このあたりもそれぞれの職場で検討していただきたいということです。

図12の⑦夜勤時の仮眠時間。これが非常に大きなポイントであり、難関

⑦夜勤時の仮眠時間 夜勤の途中で連続した仮眠時間を設定する

22時以降の夜勤では、仮眠ができる時間を確保する。

仮眠の効果は、①心身の疲労回復と明け方の事故リスクの回避、②昼間活動の生体リズムの維持、③生活時間の有効活用、④長期的な健康影響の防止など。

長さは、睡眠の1サイクル(レム睡眠＋徐波睡眠)90分、前後に入眠時間15分と覚醒時間15分で約2時間が効果的。

⑧夜勤後の休息(休日を含む)

2回連続の夜勤後には概ね48時間以上の休息時間を確保する。1回の夜勤後も概ね24時間以上を確保することが望ましい。

図 12 「⑦夜勤時の仮眠時間、⑧夜勤後の休息」

です。仮眠の時間については、休憩時間と同様に実労働時間から除外する時間として設定しようとする、拘束時間を延ばさなくてはならないとか、所定労働時間とのズレを生じることもありまして、たいへん悩ましい問題なのです。ただ、実態として、緊急入院があった、急変があったという場合は、仮眠中のナースは直ちに叩き起こされて働いており、ここではいわゆる手待ち時間に相当すると思いますので、「ガイドライン」では仮眠のための時間は労働時間の扱いにすべきであると解説しています。

仮眠の効果についてはこの4点で、患者さんの安全を考えれば、事故リスクの軽減につながるということと、健康管理上は昼間活動の生体リズムの維持ができるということです。特に真夜中前後に適切に仮眠を取ると、体が「夜寝た」と誤解をしてくれる「アンカースリープ」効果があり、そうすると、夜勤明けに昼間は活動的に過ごせる。あるいは、夜勤明けに眠りを補うための仮眠を短時間にできる。その結果、図12内の③で言う「生活時間の有効活用」につながるということです。

また、長期的な健康影響の防止については、去年の5月放映の「NHK スペシャル」の「病の起源」というシリーズの中で、人間が夜活動することによって健康上のリスクを背負いこんでしまったことを取り上げた回がありました。メラトニンの分泌抑制を生じて、このことが発癌性につながるということです。国によっては、長期間にわたって夜勤をした人の、女性であれば乳癌、男性であれば前立腺癌に対して労災認定をしていることが紹介もされました。かなり一般的な知識として皆さん方もご存じの内容になってきたものではありますが、こういうことがありますので、仮眠を取ることでこのリスクを軽減できるということです。

ただ、長さについてはまだまだいろいろ議論があるようで、私どもとしては、レム睡眠・徐波睡眠のワンセット 90 分に前後 15 分ずつということで、計 2 時間を仮眠のための時間として確保できると非常にいいなと示したのですが、2 時間の仮眠は実際にはなかなか取れません。もっと短くても眠気を払う効果がある仮眠もあると言われており、その点については労働科学的な知見の整理を専門機関にお願いしているところです。

⑧夜勤後の休息。これもきちっと休めるように勤務サイクルを考えていただくということです。

図 13 の⑨週末の連続休日。これはほかの項目と少し毛色が違っていますが、社会性の要素に着目したものです。どこの職場でもそうだと思いますが、土日に家族との時間を優先的に取らせてあげたいということで、小さなお子さんがいる方の土日の連休をどうしても優先することになるわけです。そのため独身の方に我慢をしてもらうことがしばしばありますが、その点も少し考えていただけないかという話です。

⑩交代の方向性。これもなかなか難しいものです。日勤・深夜というギュッと縮めたシフトは、「正循環」とは逆の、勤務の開始時刻がだんだん早くなってしまう「逆循環」と呼ばれるシフトになってしまいます。そこで、これを日勤のあととは必ず勤務間隔をあけて準夜、深夜というふうに開始時刻を遅くするほうが、体が新しいリズムに調整しやすい、時差ボケを起こしにくいということです。ただ、これが難しくて、日勤・深夜のシフトが現場で

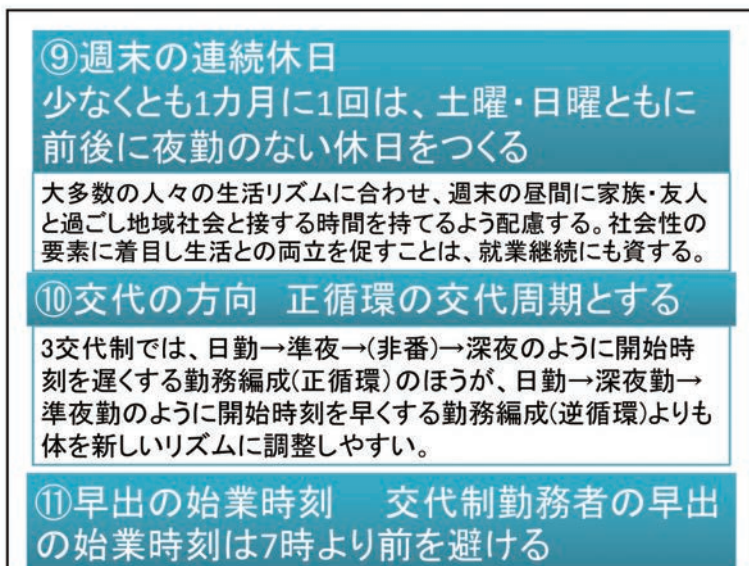


図 13 「⑨週末の連続休日、⑩交代の方向、⑪早出の始業時刻」

残っているのは、そのほうが連休の確保がしやすいからなのです。

図 14 の上の段が「逆循環」の例です。四角形 1 個が 8 時間の 1 日勤務で、日勤・日勤・日勤ときて、日勤の後、すぐに真夜中からの深夜勤があります。勤務間隔を示す縦線が 1 本 8 時間ですので、 $4 \times 8 = 32$ 時間ぐらい置いて次の日の準夜勤があって、そのあとカレンダー上は休み・休み(連休)になり、また日勤があるというパターンです。この「逆循環」の例ですと、確かに休み・休みと連休が入ります。深夜勤のあとに次の準夜勤まで 30 時間ほど空いています。

これに対して下段が「正循環」の例です。日勤のあと準夜勤にすると、縦線が 3 本ですから約 24 時間空く。それから次の深夜勤までもやはり 24 時間空くのですが、ここがカレンダー上「休み」と入るわけです。ここで大事な休みの 1 日を使ってしまいます。その次に来る深夜勤が明けたあと、休みがまた 1 日あって、次の日勤にいくことになります。これで連休が取れないので、つまらない、休みを損した気がする、という心情的な反応が当然出てき

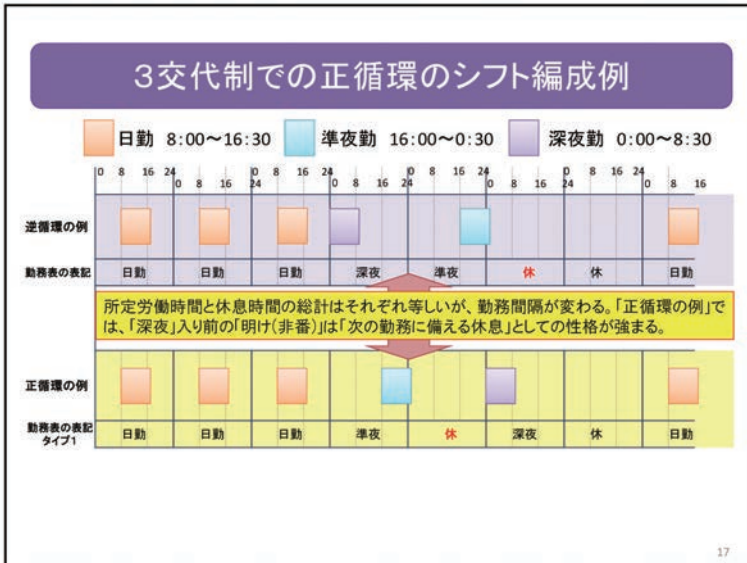


図 14 「3 交代制での正循環のシフト編成例」

ます。

このグラフをよく見ていただきますと、上の「逆循環」の場合に休み・休みとなっていますが、実際の勤務間隔は、図の縦の線を数えると7本で、8時間×7本＝56時間に勤務終了時刻の関係で30分ほど欠けるので55時間30分です。下の「正循環」では、カレンダー上は休みが1日だけしかありませんが、実際の勤務間隔は、図中の縦の線を数えると6本で、8時間×6本＝48時間にやはり30分欠けて47時間30分です。「正循環」は連休にはなりませんが、「逆循環」での連休の勤務間隔より8時間短いだけで、相当の勤務間隔はここで確保されています。

ですから、公休、いわゆる所定休日の設定として、通常のパターンでは連休設定が難しいのだけれども、週休以外の公休や有給休暇を使って月に複数回、連休を別に設定することができれば、このあたりの深夜勤の前の「休み」をすごく損したなという気持ちに対して、「この日は勤務の前で、勤務に備えるという性格が強くなるお休みで申し訳ないんだけど、きちんと別にお

休みは連休を用意するからね」ということができると、納得してもらいやすいのではないかと思います。

この逆循環のパターンと正循環のパターンを人によって選べるようにしている病院も実際にありまして、正循環を選ぶのは新人と少し年齢のいった方だそうです。ベテランの方、40代以降の方の中で夜勤は疲れるなど思っている方は、正循環でたっぷり休んでから勤務に入るパターンにすると、体がたいへん楽だということが実証されているようです。そういうことで、この交代の方向性の問題はたいへん大きなポイントです。

図13にある⑪早期始業。早出の始業時刻については、交代制勤務をやっている方に関してのみ、ということで今回は申し上げるのですが、あまり始業時刻を早めるとリズムを崩しやすいことがありますので、できれば7時より前は避けたほうがいだろうということです。

実際ガイドラインの中では、この勤務編成の基準自体も大切なのですが、どうやって職場の勤務体制を変えていくかということが非常に大きいので、中身をご覧いただければわかるように、看護管理者向けの事細かな指南書のようになっています。

ただ大事なことがもう一つありまして、それは働く方ご自身に考えていただきたいということです。ガイドライン冊子の第5章からになりますが(図15)、ここからは個人で取り組んでいただきたい対策の提案です。交代制勤務をしながら健康を維持し、元気で働くためには、お一人お一人がこういうことに気をつけていただくといいですよ、ということを記したヒント集になっています。

夜勤前の過ごし方、夜勤中の過ごし方、夜勤後の過ごし方について、さらに夜勤中に食事をするときにはどういうものがかいいとか、昼間眠るときにはどういうふうにするとか、防犯の配慮はどうするかといったことまで書いてあります。あるいは、カフェインや薬の服用についても触れています。つまり、組織として取り組むことと、一人ひとりに意識をしていただくことの両輪で進めていこうという提案をしているわけです。

組織としての取り組みは困難を伴うことが多いのです。職場で取り組んで

第5章

夜勤・交代制勤務の負担を軽減する生活のヒント

個人で取り組む対策の提案



本章は個人の取り組みについて記載しています。他の章とは異なり、看護職一人一人を読み手と想定しています。

看護職にとって、自分自身や、共に働く同僚の心身の健康に気を配り、持っている能力を十分発揮できる状態で仕事に臨むことは、安全で質の高い医療・看護を提供する上で不可欠なことです。

まず、職場での対策を確認し、協力しましょう。6カ月に1回の健康診断を必ず受けるようにしましょう。これは、夜勤・交代制勤務に従事する者が、労働安全衛生法で必ず受けるように定められた健診です（労働安全衛生法第66条、労働安全衛生規則第45条）。

特に夜勤・交代制勤務に従事する看護職一人一人が日ごろから、適度な運動、バランスの良い食事、睡眠の質に気をつけて健康づくり、体力づくりを行うなど、健康管理に努めることが重要です。これまで述べてきた夜勤・交代制勤務の特徴を理解し、対策を行ってください。

第5章の工夫によって、夜勤・交代制勤務の負担を軽減することができるといわれています。心身が疲れた状態で仕事をすれば、覚醒度が低下し、思いもよらない事故につながる可能性もあります。「無理をしてでも働く」のではなく、「疲れている」「体調が悪くなりそうだ」というサインに気づき、適切に対応できるようになることが必要です。

図 15 「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン・第5章」

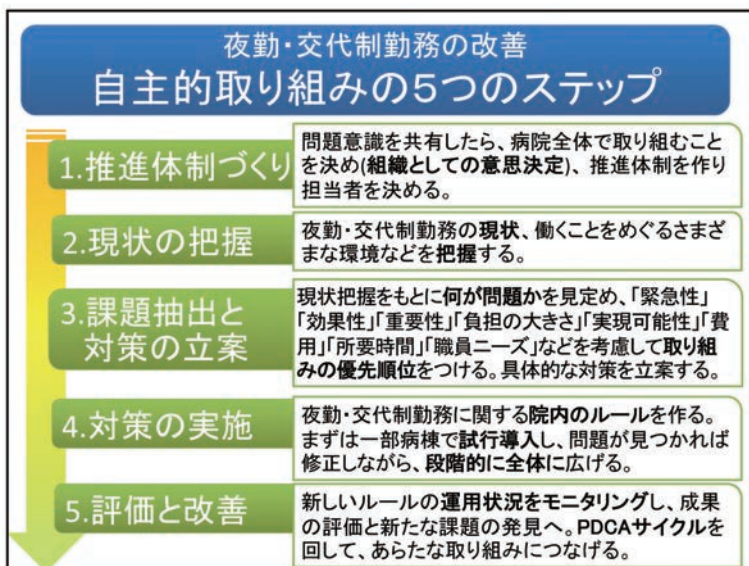


図 16 「自主的取り組みの5つのステップ」

いただくときの実際のスキームとして5つのステップを提案しました(図16)。これは、私どもが別にやっているワーク・ライフ・バランス推進のためのワークショップで提示したもので、ご参加の病院がそれぞれ自主的に勤務環境を変える取り組みをされるときスキームです。夜勤体制への取り組みも、これと全く同じ手順になります。

まずは推進体制をつくり、現状を把握し、よそがやっていることをそのまま真似してもうまくいきませんので、病院それぞれの実情、環境をすべて把握した上で、課題抽出と対策の立案をする。すべて一遍にやるわけにはいきませんので、優先順位をつけて取り組もうと提案しています。対策の実施については、試行導入をして、段階的に広げていくという提案をしています。そして、これは職場に夜勤交代制勤務についての新しいルールをつくるのが内実になりますから、そのルールの運用状況は、いろいろな方々がモニタリングをして、問題があれば手直しして次につなげていこうという段階になるかと思います。

＜取り組みの5つのステップ＞の一部紹介 職場のルールを整備のポイント

職場のルールは

- ①就業規則などで規定する部分と、
- ②勤務編成の運用に関する基準

の2つで構成される。

1. 就業規則で規定

- 所定労働時間、所定休日、休憩に関することなどを再点検。
- 仮眠、夜勤・交代制勤務の減免基準などについて規定。
- 就業規則の変更を要するか否かは人事・労務担当部門とともに検討する。
- 変更にあたっては、労働者の過半数を代表する者（過半数代表者）との間でも必要な手続きを行う。

19

図 17 「職場のルールを整備のポイント」

ルールづくりの具体案がこちらです(図17)。整備のポイントとして、就業規則で規定する部分と看護部内で勤務編成の運用に関する基準の2つから見ていきます。

就業規則の規定は、それぞれの職場の就業条件の基本部分です。所定労働時間、所定休日、休憩に関すること。仮眠、夜勤・交代制勤務の減免基準。これを改変するときは、労働側の意見聴取も含めた所定の手続きを踏みますが、就業規則を変えないと夜勤体制を変えられない場合ももちろんあるわけで、そこも視野に入れていただきます。

もう一つの勤務編成の運用に関する基準はかなり厄介です(図18)。現場の実情を伺いますと、看護部門は各病棟で看護単位に分けられており、看護単位にその長がおられて、看護師長か課長の職名になっていますが、つまり部署の管理者です。勤務編成はその方々のマネジメントに委ねられるわけですが、こう申し上げるのは失礼ですが、これについては技量の差が出てきます。要するに、勤務表を作るのに上手い下手があってマネジメントの裁量が

2. 勤務編成の運用に関する基準に関して

各部署共通の基本的な勤務計画表作成ルールを明文化したもの（「勤務計画表作成基準」など）

- ルールが明文化されていない場合は、まず明文化。
- それぞれの部署の管理者（看護師長など）の裁量にゆだねる部分はどこかを明確にしておく。
- 夜勤・交代制勤務を行う全ての職員に対して「基準」を周知し、円滑な運用に協力を求める。
- 勤務計画表作成にあたる役職者に対しては、「基準」を的確・円滑に運用できるよう、ガイダンスや相談対応など、組織的な支援を行う。
- 勤務計画表作成支援ソフトは「基準」を反映して改定する。
- 「基準」と合わせて具体的な手順を示した「マニュアル」があれば役立つ。

20

図 18 「勤務編成の運用に関する基準に関して」

うまく生かせない場合も残念ながらありまして、せっかく勤務編成の運用に関する基準、申し合わせ事項等があっても、運用がばらついていることがしばしばあります。

そこで、実態としてはこのばらつきを皆さんに認識していただくことから始めようというので、看護部内でオーディット（audit）、つまり監査を通じてお互いにサポートし合ってくださいとお勧めしています。

まず、ルールが明文化されていない場合は明文化しましょうということ。明文化した上で、部署の裁量に任せたほうがいいこともあるので、なにをどこまで任せるかを決めておく。なによりも職員の皆さんにこの基準を周知徹底し、協力をしてもらうこと。また、勤務計画表作成にあたる役職者に対しては、基準を的確・円滑に運用できるよう、ガイダンスや相談対応を行う。

ただ、役職者が勤務計画表を毎月毎月作るのに、大変な時間と労力をかけています。あるアンケートによりますと、新人の看護師長だと1カ月分作るのに40時間ぐらい、1週間かかっているわけです。ベテランだと8時間ぐら

「勤務計画表作成基準」に盛り込む項目の例

- a. 基本となる勤務パターン(勤務パターン数、勤務帯の開始・終了時間など)
- b. 夜勤人数、日勤人数(通常的人数、人数変更の要件とそれの場合の最低人数)
- c. 各シフトごとの勤務者の組合せ要件
- d. 夜勤回数・夜勤時間数(上限、範囲(例:○～○回))
- e. 連続勤務日数(夜勤の連続日数、日勤の連続日数、夜勤・日勤を含む連続勤務日数)
- f. 勤務と次の勤務との時間間隔(○時間以上)
- g. 夜勤と次の勤務との時間間隔、夜勤明け翌日の休日の設定
- h. 連休の設定(2連休の設定、週末を含む連休の設定)
- i. 避けるべき勤務パターン(例:日勤・深夜勤、業務開始時刻が早くなるローテーション)
- j. 職員の勤務希望提出方法(提出時期、希望の個数、内容)
- k. 勤務計画表の提示時期(例:翌月の勤務計画表は3週間前までに提示)
- l. 勤務計画表提示後にやむを得ず変更を行う場合の手順
- m. 勤務を計画する期間(例:1か月、3か月 など)

21

図 19 「『勤務計画表作成基準』に盛り込む項目の例」

いでパパッと作る人もいるわねと言いつつ、その話をしてくれた看護部門のトップはこうおっしゃるわけです。休日に私服でやってきて、コンピューターの前に1日座っていたり、持ち帰り残業にしている人もたくさんいると。大変な労力を使って勤務計画を作るときに、なにを一番重視しているかというと、職員本人の勤務希望をどうやって組み込むかを第一に考えているという回答が多い。それはそれなりに気を遣っているのだと思うのですが、その結果、メンバーの組合せとしてはあの人と組むと大変なので嫌だわと思うような組合せが出来てしまう。勤務者の力量、経験によってはその日に患者に提供する看護の質の担保が難しいような組合せも出てきてしまいかねないわけです。

ただ、この勤務表作成にあたる役職者へのサポートができていない病院もできていない病院もありますので、ここはきちっとしていかなければいけないと思います。勤務表の作成支援コンピューターソフトを入れている病院も多いのですが、使いづらいというか、看護師長たちの勤務計画表を作る頭の中

【実践例題1】「長日勤」導入に理解が得られない

- 平成25年7月より試行期間を設け、16時間2交代制勤務から変則2交代制勤務（日勤8～19時までの11時間、夜勤19～8時までの13時間）へ変更し、9月で試行期間が終了しました。終了後にアンケート調査を実施したところ、変則2交代制の継続希望者と反対者が半々でした。
- 何度も話し合いを行いその都度説明をしていますが、なかなか理解が得られない状況です。
- 反対の理由が、やはり長日勤でした。それについては、通常の17時までの日勤から夜勤までのつなぎとして遅出勤務（中日勤）を取り入れることを検討していますが、希望者が少なく勤務の調整に困っています。

「看護管理者のための労働時間管理相談窓口」に寄せられたご相談を一部改編しご紹介しています。

23

図 20 「実践例題 1『長日勤』導入に理解が得られない」

で行っているプロセスをそのまま写し取って、きちんと動いてくれるというものが少ないらしく、たいへん不評です。そういったもののご専門の方がおいでになりましたら、ぜひご関心を持っていいソフトを出すように刺激をしていただければと思います。

具体的に勤務計画表作成基準に何を入れるかということ、大体このような項目になろうかと思われます（図 19）。

基本となる勤務パターン。夜勤人数、日勤人数。夜勤の人数と言いましても、外科系の病棟で火曜日と木曜日に予定の手術が必ずあるとすると、夕方になると術後の患者さんが集中治療室で覚醒したところで病棟に上がってこられ、真夜中までのあいだ目が離せない状態になるということもあるわけです。曜日によるこの時間帯の繁忙があると、その日だけ、その時間帯の夜勤者を増やすということも、各病棟看護師長の裁量でできたほうが患者さんの安全が守れるということも出てきます。ですから、そのあたりを裁量に委ねつつ、それぞれその病棟の特性に応じてやってもらおうという考え方が、こ

ここに盛り込まれればよろしいのだと思います。

職員の勤務希望の提出方法や、勤務計画表の提示時期。これも月が代わるという時期になって、ようやく翌月の半分の勤務計画が出てくるといようなことが、一般民間病院の看護部門ではよくあります。大学病院ではよもやそのようなことはないとは思いますが、そここのところのマネジメントは苦慮しているところではないかと思います。

では、夜勤体制の見直しに向けて実際どうするのかという段になって、たくさんご質問を頂いております。例えばこんなご質問がありました（図 20）。「2013 年の 7 月から試行期間を設け、16 時間 2 交代制勤務から変則 2 交代制勤務（日勤 8 ～ 19 時までの 11 時間、夜勤 19 ～ 8 時までの 13 時間）に変更しました。ここで 13 時間までというのはガイドラインのとおりですが、日勤が 11 時間というのが問題になるわけです。9 月で試行期間が終了し、終了後にアンケート調査を実施したところ、変則 2 交代制の継続希望者と反対者が半々でした。なぜ理解が得られないのでしょうか。」

反対の理由はやはり長日勤でした。日勤が 11 時間と長いからです。たいへんくたびれます。夜間も業務の繁忙、業務密度が高いといっても、昼間ほどではないわけです。昼間は患者さんも起きていますし、見舞い客も来られるし、主な仕事は昼間にやるわけですから長い日勤はたいへん疲れます。ですから、勤務時間の設定をいじるときには、8 時間以上の長時間の勤務になるとたいへんリスクが高い。また、勤務をされる方々もいやだという気持ちが強いと思います。

では、これで長日勤をしないということになったら、17 時までの日勤から夜勤が始まる 19 時までの 2 時間のつなぎはどうか（図 21）。これにはいろいろなやり方があります。8 時間の日勤を早出と遅出に分けて、遅く出勤した日勤が 19 時までつなぐというやり方。もう一つは、午後からの短い勤務を設定して、そこが夕方から夜までをつなぐというやり方です。いろいろなやり方がありますが、ただし、そうは言っても、やはり夕方が普通の人にとってはファミリータイムですので、この夕方の時間帯の勤務の回数が多かったり、ここの負担が重かったりすると、勤務希望者が少なく、勤務の調

参考② 16時間夜勤の短縮に伴う 新たな勤務時間帯設定のポイント？

- ▶ 可能な限り「長日勤」の設定を避ける
実労働時間8時間以内の複数の勤務帯を組合せる
例1：早出日勤(実働8時間)+遅出日勤(実働8時間)
例2：日勤(実働8時間)+中日勤(実働4時間))
- ▶ 交代時刻の設定も決め手
夕刻～夜間の生活時間との折り合い(例 20時、21時、22時)
- ▶ やむなく「長日勤」を設定する場合は勤務負担軽減策を
 - ① 日々の長日勤者数を必要最小限の人数とする
 - ② 長日勤者の業務内容を整理し負担軽減を図る
- ▶ 個々の職員に勤務パターンの選択をゆだねる
- ▶ 適切な手当支給によるインセンティブの設定

公益社団法人日本看護協会労働政策部 暫定版

24

図 21「16 時間夜勤の短縮に伴う新たな勤務時間帯設定のポイントは？」

整に困るという現実があります。

基本的な考え方は、可能な限り長日勤の設定を避けることです。早出日勤と遅出日勤をずらして組み合わせる方法や、実働 4 時間の中日勤を付ける方法もありますよと申し上げます。

その場合も交代の時刻の設定がけっこう決め手になりまして、19 時で帰るのか、20 時で帰るのか、21 時で帰るのか、22 時で帰るのか。これについては地域の特性もあります。例えば公共交通機関が何時まで使えるかということもあります。そこは病院の立地によりますが、生活時間の折り合いで、20 時で帰れたとすると、けっこう早く帰れたという感じがする。それが 21 時で帰るとなると夜になってしまう。22 時で帰れば真夜中よりはちょっと早いということで、このあたりの感じは働く方の意見を聞いていただくのがよいと思います。

やむなく長日勤を設定せざるを得ないというところも出てきます。この場合は、先行してやっている病院に聞きますと、何かの勤務負担の軽減策を合

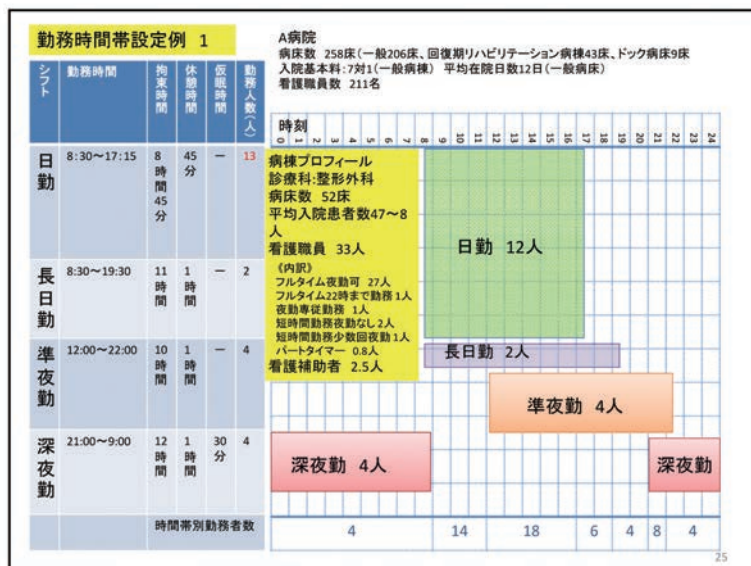


図 22 「勤務時間帯設定例 1」

わせ技でやっています。日々の長日勤の人数設定を最小限にすると、長日勤が回ってくる回数は少なく済みますので、人数の問題です。長日勤をやる人を同じペースで長時間勤務させるのは負荷が高いので絶対やめたほうがいいという意見があり、時刻によって仕事のやり方のギアチェンジをするという例があります。看護部門についてご存じの方は見当がつくと思いますが、患者さんを担当してケアをするというやり方から、点滴担当など、特定の業務だけを担当するという仕事の仕方があります。つまり、仕事の仕方のギアチェンジをで負担軽減が図るよやり方もあるということで、これをやっておられるところもあります。

また、すべての職員がすべての勤務帯を等しくやらなければいけないということはないわけですから、個々の職員に勤務パターンの選択を委ねてよい。手当の支給によるインセンティブの設定はきちんとしてもらったほうがいいということで、具体的な例はどんなことがあるかを見てみたいと思います。

図 22 ですが、これは一番高い看護配置基準（7 対 1）を算定している石川

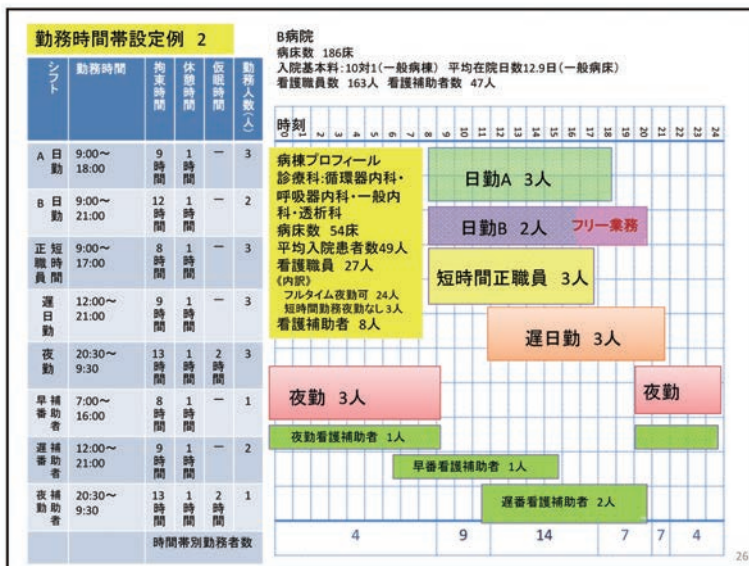


図 23 「勤務時間帯設定例 2」

県の民間病院の例です。長日勤もありますが、夜勤の時間を 16 時間から 12 時間に短縮しました。ここの病院の準夜勤スタートは昼間の 12 時からです。ですから、遅い日勤みたいなものです。長日勤は 19 時 30 分までやっています。左側の表で何時から何時まで、実働が何時間かが示されています。準夜勤が 22 時までで帰りますので、真夜中よりはちょっと早く帰れます。深夜勤が 21 時から朝 9 時までの 12 時間拘束ということになります。右側の図の一番下の行を見ると、この時刻に合計何人の職員がいたかが数字で出ています。夕方の時間帯はたいへん多忙です。患者さんがお休みになるまでの時間帯はやることがたくさんありますが、ここの時間帯に人手を少なくしないために、いろいろな勤務帯を重ねています。人数がたっぷりいるとこういうことができますが、長日勤はあるけれども、あくまでも人数を少なくしています。

図 23 は、看護配置基準が 1 ランク低い 10 対 1 の、山形県の民間病院です。日勤 B が長日勤ですが、夕方からフリー業務に切り替わります。つまり、次

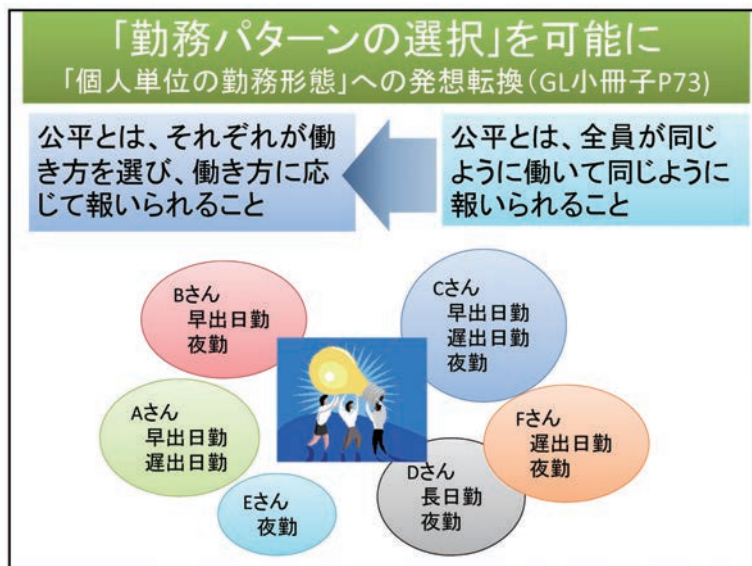


図 24 「『勤務パターンの選択』を可能に」

の勤務帯の人たちがたくさん出てきますので、仕事の仕方もギアチェンジをして勤務の負担を少し軽減しているようです。看護補助者が夜勤の時間帯に1人入っています。そうすると、看護師の夜勤人数は3人でぎりぎり、それ以上増やせないのですが、トータル4人になりますので、交代で仮眠を取ることができるようになったそうです。仮眠は2時間に設定しています。ですから、病院のタイプ、病棟のタイプによっていろいろなやり方が考えられるということです。

図 24 が「勤務パターンの選択を可能に」ということのイメージです。

公平とは全員が同じように働いて、同じように報いられること。夜勤もみんなが同じ回数をするのが公平だという考え方です。伝統的にこのように考えてきたのが看護業界なのですが、これを転換しないととてももたないといところまでできています。つまり、公平とは、それぞれが働き方を選び、働き方に応じて報いられることだということです。

具体的なイメージとしては、勤務のシフトパターン、勤務帯の設定が、日

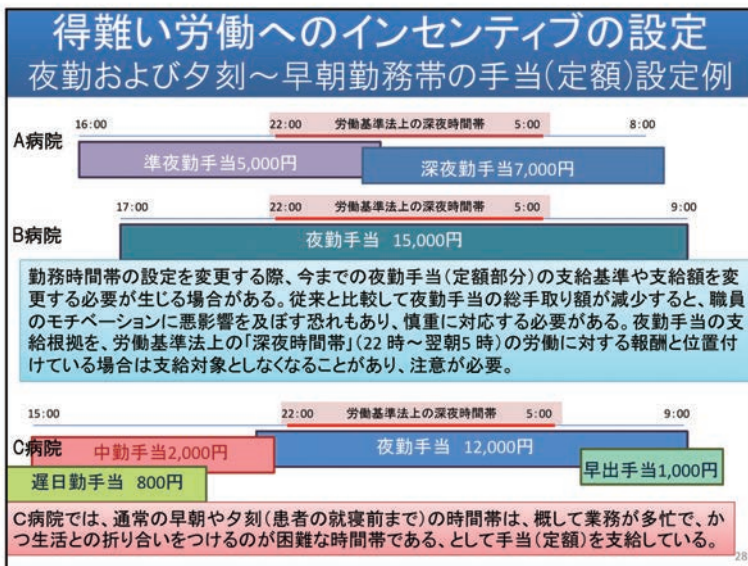


図 25 「得難い労働へのインセンティブの設定」

勤は早出日勤と遅出日勤があって、夜勤があって、それから長日勤があってということであれば、全員がその5つのパターンをすべてやらなければいけないなどということはない。その人がそのいくつかを選べばいい。その組み合わせでマネジメントすればできるだろうという話です。人によって違うパターンにし、その組み合わせを勤務表の中に入れ込んでいけばいいという考え方です。

図25のインセンティブの設定ですが、得難い労働へのインセンティブは当たり前のことですが、実はネックがあります。病院によっては、労基法上の深夜時間帯、22時から5時にかからない勤務については手当を出すいわれはないということで、夜勤時間帯を短縮して、夕方の時間帯の勤務をつくるというときに手当を廃止するとしています。経費節減のためということもあったのではないかと思います。そういう申し入れがされてしまって、そこで頓挫した病院もあります。

お勧めしているのは、深夜時間にかかろうがかかるまいが、それは得難い

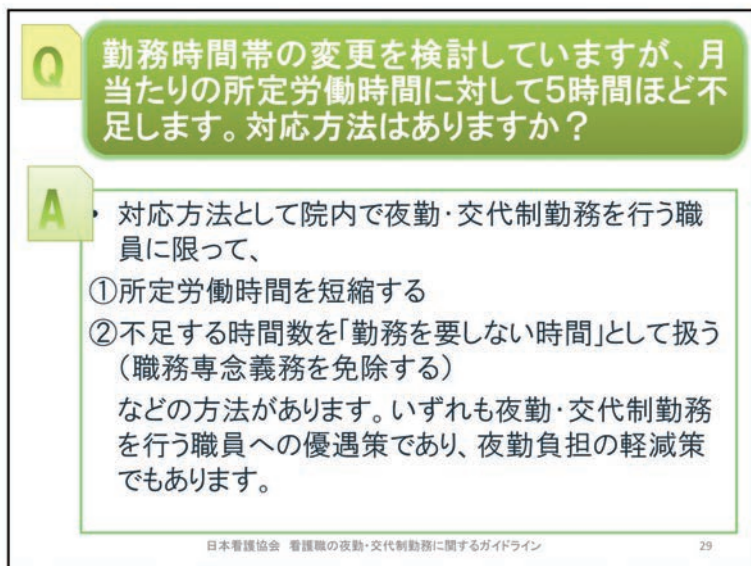


図 26 「勤務時間帯の変更により生じる労働時間の不足分の対応策」

労働の時間帯なので、人が嫌がる時間帯に働いてくれる人にインセンティブを与えるのは当たり前でしょうということです。少額なので気は心だと思うのですが、遅出日勤の手当 800 円、早出手当 1000 円といったものを設定している病院もあります。

しかしながら、勤務時間帯の変更を検討されたときに、所定労働時間とのズレを生じ、この調整にたいへん困っておられます(図 26)。簡単に所定労働時間を短縮すると書きましたが、これも大変です。2 番目にあげた職専免(職務専念義務の免除)を使うほうが実現の可能性が高いかもしれません。自治体病院では、夜勤専従勤務をする人について、所定労働時間に不足をしてしまう場合に職専免を使っている例がいくつもありますから、これはできると思います。

もう少し具体的に言うと(図 27)、勤務体制を見直していますという例があります。勤務時間を① 8 時～ 16 時 30 分、② 8 時～ 20 時(長日勤)、③ 11 時 30 分～ 20 時(遅出手日勤、あるいは中勤)、④ 19 時 30 分～ 8 時 30 分

【実践例題2】

変更後の労働時間と所定労働時間との過不足

◆勤務体制を見直しています。

勤務時間を①8時～16時30分②8時～20時
③11時30分～20時④19時30分～8時30分と
して勤務を組んだ場合、病院の所定労働時
間との差がでてきます。この差を勤務パター
ンで考えようとしています。うまくいきませ
ん。何かいい方法がありましたらご教授下さ
い。

「看護管理者のための労働時間管理相談窓口」に寄せられたご相談を一部改編しご紹介しています。

30

図 27 「変更後の労働時間と所定労働時間との過不足」

(夜勤)、として勤務を組んだ場合、病院の所定労働時間との差が出てきます。つまり、この4つの勤務を1人の人が何回ずつやるかによって週労働時間はトータル何時間かということになるのですが、「この差を勤務パターンで考えようとしています。うまくいきません」という例題です。

この種のご質問は最近たいへん増えてまいりました。つまり、実質的に勤務体制を考えるプロセスが進んできたのだと思います。それではどうするのかという答えの例がこれです。

図 28 ですが、まずは1回の勤務の実労働時間が8時間を超える設定になりますので、変形労働時間制の適用をしなくてはなりません。また、1回勤務が実働10時間を超えますと、変形期間が1カ月以内にしないといけないので、1カ月以内の変形労働時間制が適用されます。そこで、週単位で、週の所定労働時間に合う、合わないという見方をするのではなく、月単位で考えることをまず基本に置いていただきます。

そうやって標準的な勤務パターン（1カ月）で新たな勤務時間帯による月

参考③ 新たな勤務時間帯設定に伴う 所定労働時間とのズレをどうする？

- ▶(変形労働時間制の適用となる場合→)週単位でなく月単位の労働時間として検討する
- ▶標準的な勤務パターン(1か月)で、新たな勤務時間帯による月の総労働時間を試算する。(例 夜勤回数3回、4回、5回の各パターンで試算)
- ▶所定労働時間とのズレ(超過/不足)が生じたら勤務時間帯を再設定。勤務開始・終了時刻を微調整(10～15分程度)して月単位のズレを縮小する
- ▶夜勤・交代制勤務にあたる職員にインセンティブを
 - ① 所定労働時間を短縮する
 - ② 不足する時間数を「勤務を要しない時間」として扱う(職務専念義務免除)
- ▶有給休暇の時間単位利用で解消

31

公益社団法人日本看護協会労働政策部 暫定版

図 28 「新たな勤務時間帯設定に伴う所定労働時間とのズレをどうする？」

の総労働時間を試算してみてくださいということです。標準的な夜勤回数、例えば4回が標準であるとか、5回が標準だということであつたら、それだけではなくて、少なめの回数、多めの回数を出したり、パターンをいろいろ作ってみて試算をしてみる。その結果、所定労働時間のズレがどれぐらい出てきそうか、このパターンではプラス2時間、このパターンではマイナス5時間というのが出てくるので、そのズレをどうするかを考えるわけです。

例えば夜勤の回数の多い人はマイナス5時間、回数の少ない人はマイナス1時間ということであれば、夜勤の回数の多い人に対して、所定労働時間に不足する分を、それは勤務しなくていいよとすれば、夜勤に対するインセンティブと見ることもできます。そのズレの具合を見ながらどう解消するかはまた考えることになるわけですが、姑息な手段としては、3つ目のやり方、つまり、勤務時間帯の始めと終わりを気にならない範囲で10分～15分ぐらい微調整すると、月単位でみると相当な時間が稼げますので、ここで調整ができてしまうケースもあります。

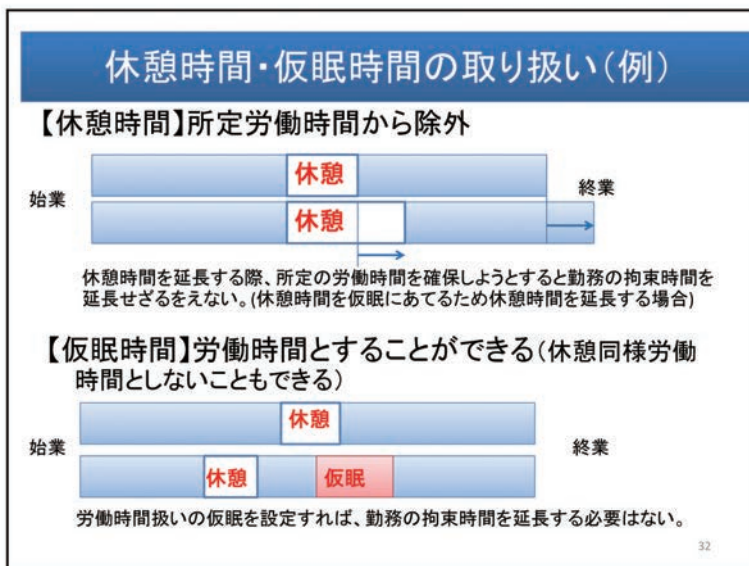


図 29 「休憩時間・仮眠時間の取り扱い(例)」

ただ望ましくは、夜勤負担の軽減に向けて所定労働時間自体をいかに短縮していくかがテーマなわけですから、夜勤に当たる職員に限って所定労働時間を短縮する。勤務時間帯の設定を機会に、今がチャンスだと言ってここで短縮するという提案ができないかということです。それから職専免という方法です。これも実質的な勤務時間の短縮になるわけです。

最後の手段が有給休暇の時間単位利用での解消です。これについてはこういう例がありました。自治労さんで昨年の3月にシンポジウムをされました。いろいろな取り組みをされているわけですが、その中の1つに日勤・深夜というシフト自体は手放せないが、深夜入り前の日勤を、夕方まで勤務するのではなくて午前中で切り上げて半日休みにする。昼過ぎに帰れば夜中までの間、勤務間隔が10時間なり11時間なりあけられるわけだから、深夜入り前の日勤を半日勤務にして勤務間隔をあける試行をされたのだそうです。

しかし、これは続くわけがないのです。毎週毎週4時間時間給で有給休暇を使えば、あっという間に有給がなくなる。いかに使えずに残っている有給

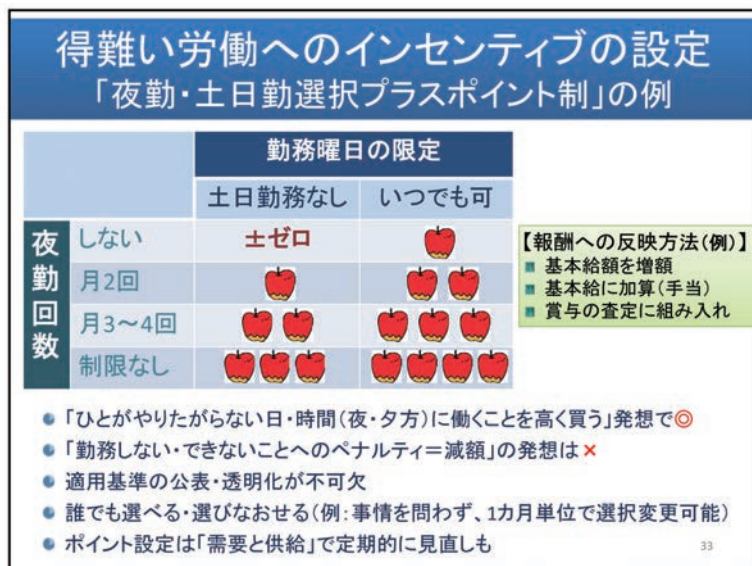


図 30 「得難い労働へのインセンティブの設定」

休暇があるとはいえ、そんなことをみんなに強制できるわけではないのです。この有給休暇の時間単位解消は月単位で見て、2時間足りない、3時間足りないというところを解消するのに使ったらどうかという意味での提案であります。当然、これは労働協約ないしは労使協定の締結前提になりますが、そういう種類の案件だと思います。ただ、この勤務時間帯設定の話がうまくいかなければ、実際には夜勤体制の改変はできないわけです。

図 29 の休憩時間・仮眠時間の取り扱いについては、休憩時間の中で仮眠をするという手もありますが、あくまでもこれは実働時間から除外されてしまうので、所定労働時間自体をいじらないということであれば、終業時刻が遅くなるだけ、拘束時間が長くなるだけだということになりまして、必ずしもこの方法はウェルカムではありません。仮眠時間を労働時間とすることを考えていただきたいと思います。

図 30 の得難い労働へのインセンティブの設定。これはワーク・ライフ・バランス推進のさまざまな取り組みの中で出てきたのですが、労働時間に制

約のある人たちが、今、たくさん現場で働くようになっています。おそらくこれからそれは減ることはないと思われます。大学病院のように人集めに苦労しないところであれば、労働時間の制約のあるような人は辞めていただいて結構と言われるだろうし、労働時間の制約のないような、フルタイムで働ける、夜勤もできる、若手もどんどん入ってくるのでうちは困りませんとおっしゃるところは、こんなことは考えないと思いますが、民間の本当に困っているところは実際にこれをやっているわけです。

みんなが同じように働いて、同じように報いられることが正しいのか。そうではなくて、その人なりに働けるやり方で働いてもらって、それぞれに報いられるということが公平なのかということで、こういうチョイスを実際にやっています。例では、土日勤務をするかしないかの選択を横軸に、夜勤回数のグレードを縦軸に取ります。「夜勤をしない」から「制限なしにする」というものに分けて、リングの数を報酬に反映させます。つまりインセンティブです。

報酬への反映方法はいろいろあって、合わせ技もあるそうです。基本給を増減するやり方もあります。基本給に定額の手当を付けるというやり方もあります。そういうことができないところでは、賞与の査定に組み入れています。この場合、査定にこういう形で入れますよということを公開しますので、みんな納得しては受け入れていただくということです。基本は人がやりたがらない日・時間に働くことは高く買うという形です。勤務して当たり前だから、できない人は減額しましょうというペナルティの発想はやめること。適用基準は公表して透明化することは不可欠です。

これをうまく運用している病院では、1カ月単位で選択していいし、変更していいということにしていました。今月は事情があってどうしてもこれこれができないという人は、1カ月はこの形でいきましょうとやる。要するに、人事労務の担当部門がそれなりに汗をかけばいいだけの話であるということです。看護師さんたちが安心して働いてもらうのが一番いいことなのだから、そのためにはわれわれが汗をかきましょうと言ってくれる人事労務部門があれば、これはできる話です。

参考 所定休日(公休)の確認

お勤め先の所定休日(公休)は年に何日ですか？

病院(週体制)	週休	国民の祝日	夏季休暇	年末年始休	その他	合計日数
A(4週8休)	105日	15日	5日	5日	0日	130日
B(4週8休)	105日	0日	0日	5日	1日	111日
C(4週6休)	78日	0日	5日	5日	1日	89日

- ◆年間所定休日はおおむね90～130日(日本看護協会2011年病院看護実態調査)
- ◆所定休日の日数は月ごとに設定し管理する。
- ◆取得できなかった所定休日の翌月への繰り越しは近接(おおむね2週間以内)する設定ならば、やむを得ないとみなされる。
- ◆所定休日の前倒し(翌月分を今月内に割り振ること)は不適切。
- ◆年間の所定休日をあらかじめ各月におおむね均等に割り振った上で各人の勤務計画に反映させることも可。

日本看護協会 看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン

34

図 31 「所定休日(公休)の確認」

リングがポイントと言いましたが、リングの数は需要と供給で定期的に見直しもできるということです。つまり、土日勤をしたくないという人が増えれば、やってくれる人の評価は当然高くなるわけですので、リングの数や大きさというのは見直せばいいわけです。これは人件費原資の配分の考え方の1つだということです。

図 31 にある公休日数の表ですが、大学病院の場合は A のパターンが多いと思います。民間の病院の場合は、4 週 6 休プラス国民の祝日は休みではないということはざらにあるわけですし、90 日前後の年間公休日数、所定休日数ということもまだまだあります。公休日数が少ない分有給休暇の消化率が高い病院もあり、そういう病院はまあまあちゃんとやっていらっしゃるところだということになります。

公休の設定と運用ですが、交代制勤務の中ではこれもなかなか難しい点があります。囲みの中は、管理者向けの説明です。

所定休日の日数は月ごとに設定し、管理してください。取得できなかった

所定休日の翌月への繰越しはあくまでも近接の日程にすべきで、止むを得ないとみなされるのはその範囲までである。よくあるのが所定休日の前倒しです。有給休暇を取りたいと言ったら、お休みが付いているが、これは翌月の公休の前倒しで有給休暇はあげられないと平然と言われることがある。実際はまだ所定休日の前倒しという望ましくないことをやっています。

また、年間の所定休日をあらかじめ各月に概ね均等に割り振ることが、就業規則上、そのような定めを置けばできるのですが、これをやっていないところがある。公立の病院はわりとそういう傾向がありまして、そうすると月によって公休日数が大きく違ってきて、管理者がたいへん苦労いたします。診療報酬の算定要件上、毎月のスタッフの勤務を平準化して、看護力の提供をマネジメントする必要があるからです。ですから公休を各月に概ね均等に割り振った上で計画的にやる。

さらに勧めているのが有給休暇の計画的取得です。労使協定を締結して、有給休暇の計画的取得をすることをマネジメントの要点として提案しています。

以上、急ぎ足でご説明いたしました。ご清聴ありがとうございました。
(拍手)



特定行為に係る看護師の 研修制度を考える

神戸市看護大学 教授

林 千冬



専門は看護管理実践と看護管理者、看護政策に関するテーマ全般。人事労務管理、労働安全衛生、看護サービスの経済評価等。

全大教医科系大学教職員懇談会（2013年12月1日）
講演より（資料はp.92～）

はじめに

皆さま、おはようございます。2日間にわたってお疲れさまでした。分科会の様子を見て、今日は組合の会合にお招きいただいたんだということを改めて実感しています。本当にありがとうございました。最初の大学が関西大学でこの近くだったものですから、「太陽の塔」を眺めながら懐かしい思いで伺わせていただきました。

今日はリクエストがありましたので、「特定行為に係る看護師の研修制度を考える」というテーマでお話します。いつもこのテーマは看護師さんを対象にお話しすることがほとんどでした。多職種の方、病院の医療関係の方、いろいろな方々がおみえなので、「しまった、今日は組合だった」と思ったわけですが、そこを意識しながらお話ししたいと思います。

特定行為に係る看護師の研修制度ということですが、特定行為というのは

必ずしも看護師だけにさせようというのではなく、当初からチーム医療の名の下に、他のコメディカルの方々にもということが言われていた中で、看護師に関してかなり先走ってしまったと、推進派の人たちも後悔しているようなところもあります。いずれにしても今の医療従事者全体に係る問題だと、翻訳してお聞きいただければと思います。

私は神戸市看護大学というところで教員をしています、前は群馬大学でした。まだ法人化する前の群馬大学がスタートだったのですが、今は神戸市なので隣に神戸大学があります。私は看護管理学が専門ですが、神戸大学の師長さんがうちの大学院のほうに来てくださっているのです、神戸大学の状況もよく知っています。

今回の懇談会のテーマが「安全・安心な医療、安心して働き続けられる大学病院を」ということですが、大学病院がどういう状況にあるのかということもよくよく伺っている中で、今回、この問題についてお話をさせていただきたいと思っています。

1. これまでの流れ

特定行為に係る看護師の研修制度、ちらほら耳にされていることもあると思います。最初は「特定看護師」という名前で登場しました。つい先ごろまでは、看護師特定能力認証制度ということでいろいろ検討されてきました。「特定能力に係る研修とその修了者の看護師籍への登録」ということが今回の検討会の中で提案され、具体のところをワーキングに任せて、最終報告が10月17日に出されました。それが「特定行為に係る看護師の研修制度（案）」というものです。

まだ案の段階ですが、一つ前のチーム医療の検討会のほうで、看護師籍への登録ということで、補助看法をいじるぞというところまでは決まっていましたが、具体の運用をどうするかというところがまだ案の段階でした。つい先ごろ出た報告書は、その前の看護師籍への登録うんぬんのところで具体の

部分まで言われていたにもかかわらず、かなり後退して、わりにざっくりした形でしか出されませんでした。これが今後どうなるかがいまいよく見えないということで、私もぎりぎりまで資料をつくるのに悩んでいたのですが、この間の議論の流れを押さえていただければ、来年にでも保助看法の一部改正ということで上程されるでしょうが、その中身が何を狙っているのかということはおわかりいただけたと思います。

今回の検討過程では、看護師に特定能力ということで医行為の部分に業務拡大させる際に、そこに安心・安全が保たれるのかということとかなり議論がなされたわけです。けれども私は、そのことよりもっと重要な問題が、特に看護の専門性、あるいは看護師の今後にとってあると思っているわけで、検討会等との議論とは焦点が違うということを先にお断りしておきたいと思っています。

業務拡大に関する議論の始まり、これは2007年末に「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」という通知が出されたあたりからです。この中ではまだ、良質な医療の提供のために互いに過重な負担がかからないように、各職種の業務範囲、適正な役割分担ということが改めて言われていただけでした。看護師不足はもちろんずっと続いていましたが、この辺りから医師不足が露呈して、それに伴って医療崩壊と言われる状況になり、それに対し何かしなくてはいけないということになったわけです。

特定能力認証というか、特定看護師というか、いろいろ言い方はありますが、特定能力を医師以外の職種の医行為に対し業務拡大をさせようという議論の伏線は、実は医療界内部から出てきたものではないのです。医師が手伝ってくれよと言ったわけでもなく、看護師がもっとさせろと言ったわけでもなく、もともとは医療崩壊から出てきたことです。もっと戻れば、一番のきっかけは2000年の医療法改正で臨床研修の必須化、義務化でした。ああいうことをしてしまうとどうなるのか。私も群馬大学にいましたからよくわかるのですが、あの当時はまだ必須化されていない時代でした。ほとんどの場合、医師は卒業すると2年ほど、病院に残って研修をするわけですが、そ

れが大きく変えられたのです。

皆さん、大学病院においでになるとおわかりだと思いますが、研修医というのは、あのころは、日中は大学病院で働き、夜になると周辺のところにアルバイトに行き、民間病院の貴重な働き手になりました。あるいは、大学の医局がいろいろな関連病院に医師を派遣していました。つまり、大学の医局が重要な人材派遣の役割を果たしていたものが、研修制度の必須化ということになったわけで、そのとき何が問題だったかというと、あれがそもそも義務化された一番のきっかけは、研修医が過重労働で亡くなったことにあります。関西医科大学の若い研修医だったのですが、朝出勤してこないと思って見に行ったらマンションで亡くなっていたということがありました。言わば過労死です。そういう問題があり、研修医の身分はどうなっているのか、きちんと勉強できるのかという問題になり、研修制度の必須化ということと同時に、研修期間中のアルバイトを認めるか認めないかということが大きな話題になりました。結局、それを認めてしまえば同じことですから認めない。その代わり、研修期間中のアルバイトをしなくてもそれなりに働けるような手当を出すことになりました。

私が群馬大学にいた10年ぐらい前までは、医学部の定員を減らせという話だったのです。ただ、それは研修医が2倍、3倍働いているから、日本の医療機関は何とかもっていたにすぎません。ところが、それができなくなったら絶対に医師不足になることは目に見えていたのです。それは政策のミスなのか、あえて目を背けていたのか、いずれにしても研修医の臨床研修が必須化されて以降、医師不足が露呈して、特に産科、小児科というところでは医療崩壊と言われるような、たらい回し事件などのさまざまな問題が出てきたわけです。

今回の特定能力に係る研修にはもう一つ伏線があり、医師の臨床研修が必須化された直後に、静脈注射の行政解釈の変更がありました。ナースの方のご記憶にあると思いますが、それまで、保助看法では、静脈注射、点滴は医行為だという判断で、そういう解釈で来ていたわけです。しかし、現実には、私も看護師でスタートしたときには針を刺せてなんぼの世界だと思えと先輩

に言われたぐらいで、大学病院は違うかもしれませんが、全国調査でもナースの94%が静脈注射をやっていたのです。ただ、行政解釈上、それは医行為なので、看護師の業務ではないということで、行政解釈の変更が平成14年になされ、看護師が診療の補助行為として静脈注射をやってもよろしいという医政局長通知が出たわけです。

戦後何十年もほったらかしにしておいて、現実と解釈が違っていたものを、なぜあの時期に行政解釈の変更をせざるを得なかったのか。看護師が静脈注射をしてもいいというふうに言わざるを得なかったかということ、その伏線に医師不足が予想できたからです。

もう一つは、医療事故がかなりクローズアップされるようになったときに、看護師の事故の中で多いのが注射だったのです。看護師がやってはいけないのに実際にやって事故が起これたら誰が一番困るか。医療事故が起これて訴えられるのは使用者責任ということになるのです。そこで、これは早々に看護師がやってもいいことにしておかないと都合が悪いということに気がついた人もたくさんいるわけです。それと同時に、医師には静脈注射などやっている暇がない、人手が不足しているということもある。そういうことが2002年にあり、それと同じ構造で今回、役割拡大ということが、かなり広範囲にやってきたなという感じがあります。

いま申し上げた伏線としての医師不足、医療崩壊という状況は、医療界内部の問題ではなく、国を挙げての問題になったわけです。

まず、医療に関して「安心と希望の医療確保ビジョン」というものが2008年に出されました。ここではっきりと医師不足、それによる病院勤務医の過重労働の解消のためにチーム医療を促進するということが言われています。

2009年には、「規制改革推進のための3か年計画」という中で、民主党政権のときですが、「ナースプラクティショナー」という言葉が出てきています。これはアメリカやイギリスにはいますが、ある程度の医行為に関しては自律した判断で行えるし、処方権も一部持っているという職種です。特に、アメリカではこれが活躍しています。そういったことを誰が聞きかじってきたか、そんなものを日本にも導入しろということを言いました。

今回の特定能力認証制度のモデル事業に手を挙げているいくつかの看護系の大学が、ナースプラクティショナーのコースを法制化される前につくっていますが、これはそうそう簡単にはいかないだろうと思っています。なぜならば、ナースプラクティショナーというのは、指示ではなく、自分が判断をして治療や処方権を持つわけですから、日本の場合は医師法があるので、医師法を改正しない限りできない。そうすると、これはかなり難しいことだと思います。

最後に、2009年、経済財政諮問会議がさらにこういうことを進めていくようにと、どういう範囲の業務をどういう条件で看護師に認めるか、検討していただきたいと言ったわけです。このように全くの外側から外圧でやってきた話です。

また、検討に際しては「チーム医療」という言葉をしきりに使っていますが、狙いが医師不足、医師の負担軽減であることは最初から明らかです。繰り返しになりますが、ナースプロクティショナー（NP）は医師の指示を必要としない医行為ですから、保助看法の「診療の補助」を逸脱していますし、医師法を改正しなければならないために、聞きかじってそんな文言が出ましたが、これは日本では極めて難しい問題だということがわかります。

それで始まったのが「チーム医療の推進に関する検討会」です。この報告書で言われているのは、チーム医療の基本的な考え方です。チーム医療とは、「医療に従事するスタッフが業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に対応した医療を提供する」ということで、ここで使われている「補完」という言葉が大事なところ です。

ここでは「看護師はチーム医療のキーパーソン」だと言われています。ずいぶん持ち上げられているわけで、我々看護界の人間もキーパーソンと言われているのだから「頑張らなくちゃ」と、日本看護協会などもわりと歓迎ムードで受け止めていたのですが、よくよくこの報告書に書いてあることを見ると、看護師については、「あらゆる医療現場において、診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、いわば“チーム医療のキーパーソン”である」と言われているのです。

わかったようでわからないような話ですが、簡単に言えば、看護師というのは何でもできるからキーパーソンだ。何のキーパーソンだろうか。そのほかにも看護基礎教育の大学化に伴う教育水準の向上とか、能力が上がっているよということが言われているわけですが、とにかくキーパーソンとして目をつけられたのはなぜかという、看護師が何でも屋さんだからだということがわかります。

報告書の中をさらに見ていくと、役割拡大の方針として、自律的に判断できる機会を拡大するとしています。処方権等数々の権限を与えるということではなく、あくまでも「指示」という言葉は絶対外しません。包括的指示を積極的に活用しよう。何が包括的で、何が具体的なのかわからないというところが悩ましいところですが、それに基づいて実施可能な行為の拡大・明確化ということを言っています。この行為というものが、看護師の補助看法に定められた診療の補助と療養上の世話という2つの役割のうちの診療の補助の範囲にあたる行為を拡大するという方向で明確化されているわけです。

この検討会は、実態把握のために看護業務実態調査を幅広く行っています。ここでは、いま現在、看護師が何をどこまでやっているか、さらに専門的な看護師ができることは何かということを現場で調査しています。この結果、静脈注射のときと同じで、本来はやってはいけないはずの、かなり医行為に係るようなもの、例えば動脈血液ガス採血なども含め、かなりの部分を看護師が既にやっている実態が明らかになりました。それが問題じゃないかというよりも、静脈注射のときと同様、既にやっているからやらせていいという論法になっているわけです。

検討会の委員で、業務検討ワーキンググループの中心人物である有賀徹さんという昭和大学の学長であり医師が、最初のころにはっきり言っています。本音は、役割拡大と言うのは診療補助行為・相対的医行為の部分的拡大による医師不足の穴埋めであるということです。

「こういうことが検討された直接のきっかけは、医師の仕事量が多すぎても多すぎて、忙しすぎるという問題がありました。そこで、医師以外の看護師さんをはじめとする医療スタッフの皆さんにお願いできる仕事がある

のであれば、それをそれぞれの専門性に見合う形で分担してもらっていくようなことを、もっと積極的にやっていこうではないかという話になったわけです」と発言しているわけです。医師がたいへん忙しいので他の職種に任せられないかということで、非常にわかりやすい意見です。そのことが看護職にとって、そして最終的には国民にとってどのようなメリットがあるのかということを考えなければいけないと思います。

医師の権限・責任は医師法があるので担保されています。保助看法の「診療の補助」の範疇で、包括的指示、具体的指示は必須のものと言われている。医行為の最大権限・最終責任はあくまでも医師にあるということですから、ナースプラクティショナーとは決定的に違います。

では、どんなメリットがあるかというときに、そのことを行うことによって単に補完するのか、それとも看護サービスがもっと豊かになるのかというところの視点が大切だと思います。相乗効果をもたらす協働なのかということです。特定の医行為を診療の補助として引き受けることが、看護職者にとってどんな利益をもたらすのだろうか。ここが一番の論点になるわけです。ところが、これに対しては看護界では評価・賛否は真っ二つに分かれています。特に特定行為、診療の補助行為、具体的な一つひとつの行為のみ注目して、それをもって役割拡大だと言おうとすることに対しては、専門看護師を養成している看護系大学の中では反対意見が非常に強いです。

ところが一方で、同じ看護系大学でも、ナースプラクティショナーのモデルコースのようなものをつくっているところが中心になって推進派に回っています。早くにナースプラクティショナーの養成コースをつくった大学にいらっしゃった坂本すがさんが、現在、日本看護協会の会長になっているので、特定能力に係る研修を推進していこうということを日本看護協会の方針として出してしまっています。

これは内輪の話ですが、今の坂本すがさんが会長になるときに、日本看護協会始まって以来、会長選に対立候補が出て選挙になりました。その対抗馬に立たれたのが元看護課長の田村やよひさんで、彼女は国立看護大学校におられました。特定能力認証に反対の立場で出ていたわけです。そんなこん

なで看護界も実は真っ二つに割れています。このこと自体が看護職のパワーをそぐという意味では、私は問題だと思っています。

診療の補助とか、療養上の世話とか言いましたが、現行の法制度においては、看護師の役割は保助看法に「療養上の世話又は診療の補助」とあります。が、これは独占業務なので、医師法又は歯科医師法の規定に基づいて行う場合はこの限りではありません。要するに、医師は何でもできることになっていますが、それ以外のところでは療養上の世話又は診療の補助は看護師の業務独占と言われています。そして、医行為に関しては、医師又は歯科医師が行うのでなければやってはいけないと保助看法の中では言われています。

ここが一番大事なのですが、医師法 17 条に「医師でなければ医業をなしてはならない」。非常にシンプルですが、そう書いてあるわけですから、あくまでも医業ではなく、診療の補助の範囲を広げていこうという考え方でないといけないわけです。

ですから、医行為と看護師の役割、すなわち診療の補助という部分が非常にグレーゾーンだと言われていますが、保助看法も他のコメディカルも、具体的に何と何と何をしますというようなことは、法律の中では明確に述べられていません。静脈注射の例のように、そのときどきの解釈ということになりますから、時代背景によっても変わってくるわけです。今回狙い撃ちされているのは相対的医行為、診療の補助の範囲を広げていこうという点です。絶対的医行為のうち、医師が常に自ら行わなければならないほど高度に危険な医行為に関しては、医師が医学的判断により診療を行うということです。

相対的医行為というのは、絶対的医行為以外の医行為ということで、何だかよくわからないのですが、相対的に決められることなので、具体的に何々ということはこれまで言われてこなかった。ところが、今回、特定行為ということで、これまで絶対的医行為だとされていたもののうちのいくつかを相対的医行為の中に含めていこうというわけです。

直近の 2013 年 10 月に出た最終のワーキンググループ案の前に、看護師特定能力認証制度骨子（案）というものが出ています。これが何を狙っている

かということの具体的な部分まで言われています。これについてはいろいろ反対があり、今回少し後退しているのですが、最終的にどこまで言われていたかということです。この骨子案をつくる背景、目的の中でも「チーム医療の推進」ということがまず挙げられ、幅広い医行為、診療の補助を含む看護業務を実施することが求められています。そして、特定の医行為（特定行為）が診療の補助の範囲に含まれることを明確にするとともに、その実施方法を看護師の能力に応じて定められています。これまでの絶対的医行為の部分と相対的医行為に含めていこうという狙いは明らかです。

ここから先は詭弁のような気がするのですが、特定行為とは「医師又は歯科医師の指示の下、臨床に係る実践的かつ高度な理解力、思考力、判断力その他の能力をもって行わなければ、衛生上危害を生ずるおそれのある行為」といっています。具体例はいろいろ出てきます。ただ、高度な理解力、思考力、判断力でなければだめなものと言っておきながら、すぐ変なのが「いずれかの場合に限り、特定行為を実施することができる」ということです。

1つが、今回保助看法をいじろうとしている「厚生労働大臣から能力の認証を受けた看護師」、すなわち研修を受けて、あなたはこの研修を受けて能力がありますよと認証を受けた看護師が、その認証の範囲に応じて行うものが特定行為で、その場合は「医師による包括的指示」でやってよろしい。あくまでも指示が付いてくるのです。プロトコルで事前に指示をしておけば、看護師がそれに基づいて判断して行うというわけです。

ところが、全国調査をすると、今回、特定能力に加えようとしているさまざまなことは、既に現在、医療の現場で看護師が結構やっています。困ったのは、特定能力を認証された人しかやってはいけないということにしまうと、今まで看護師がやっていたことができなくなる。そのほうが筋で、本当はやってはいけないじゃないかという話になると思うのですが、それを見ると、ただでさえ医療崩壊、医師不足、看護師不足の現場ですから大変なことになるので、看護師もやっていいよという話になる。看護師がやる場合は、「特定行為を実施しても危害が生じるおそれのない業務体制で、医師の具体的な指示があれば」同じことができるということです。

変な話で、研修を受けて認証を受けた人は包括的指示で、普通の看護師は具体的な指示があれば同じことができるということになります。そこに出てくる業務体制は何かというのでいくつか例があるのですが、マニュアルを整備するとか、院内で技術トレーニングをするとかいうことがある。この辺りはまだ具体的にどうするかについて検討中ですが、あくまでも努力義務です。ここからしても非常に矛盾した制度になるわけです。

今回の報告書ではここは全部削除されていますが、恐らくこういうことを狙っているのだということが、2年前の案の中では明かです。例えば、看護師の免許を持っていて、実務経験が5年以上であるとしている。今回はそれぐらいが望ましいと言っていますが、5年以上で、指定を受けた研修カリキュラムを修了し、試験を受けて合格した人となっています。

ただ、研修とはどういうものかというときに、これまた変な話で、大学院の修士課程相当、看護師免許を持っていてさらに2年間の課程、及び8カ月程度の2つの修業期間と、2種類やりましょうということです。専門看護師は大学院2年です。認定看護師は6カ月の研修ですが、その2種類を想定して2段階にしているのだと思われます。これも変な話で、研修期間に応じてできる特定行為の範囲を変えとか、いろいろなことを言っていましたが、何で2年と8カ月なのだということになるわけです。「資質の向上を図るよう努めなければならない」とか、いろいろなことが言われていますが、そもそも具体案のところから非常に奇妙なプランになっています。

相対的医行為の範囲を特定の医行為というのは絶対的医行為に広げていくという狙いが明かです。ここで気をつけなければいけないことがあり、看護師の役割は保助看法で言われているように2つあります。相対的医行為、診療の補助の部分と、療養上の世話と呼ばれている部分です。これを診療の補助のほうに膨らまされたらどうなるかということをごなたも考えてくださらない。ここが実は大きな問題だと思います。

この間の流れとしては、「特定行為に係る看護師の研修制度について」という報告書が今年の3月に出されました。ここでははっきりと法令改正、それに係る政令、省令を変えということが明示してあります。恐らく、来年度

に行われるでしょう。チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ、10月17日に報告案を出しています。ここで何をさせるのかというところで意見が大きく分かれ、最終案として14区分41種類の行為に関しての研修を行うということが、ようやく出されたのが今回の成果です。

つまり、研修の指針については明記せず棚上げしてしまったわけです。2年大学院でやるとか、8カ月研修をさせるとか、そういうことも一切言わなくなってしまい、どのくらいの期間、どこで研修をさせるのかということについては、最新のものには全く書かれていない。非常に奇妙な話ですが、今後は恐らく1つ前のプランが引き続き出てくるだろうと思われま

す。なぜそうなったかという、なぜ2年対8カ月だろう、どこで教育して、誰が教えるのかということでたいへん紛糾した結果、合意した報告書で今のところ落ち着いたということです。ただ、大切なことは、認定看護師とか、専門看護師とか、博士号を持っている看護師がいるとか、いろいろなことが言われていますが、これまでの認定看護師や専門看護師はあくまでも看護協会の業界認定のようなもので、資格ではなかったわけです。ところが、今回の特定能力認証、あるいは特定行為ができる看護師は、保助看法をいじるということを言っている点が大きな違いだと思われま

す。特定行為とその範囲の明示というところで、特定行為については、保助看法をどういじるかということが書かれています。何ができるかということについては、保助看法において明確化すると言っています。ただし、特定行為が具体的に何かというのは、法のほうには直接書きませんので、もう少し下のレベルの省令で定めるとしています。規定方法は、療養上の世話とか、診療の補助といった、ざっくりした表現ではなく、限定列挙で、これとこれとこれと列挙する。ただ、それは時代とともに変わっていくから、きちんと審議した上で決定すると、そこまで言っているわけです。

14区分41項目の特定行為の例については、今回の最新のものがホームページに出ているので、皆さんそれぞれの専門領域をお持ちだと思いますので、それを見ていただければいいと思います。一部しか紹介できませんが、区分としては、呼吸器関連、創傷管理関連、循環動態に係る薬剤投与関連、

動脈血液ガス分析関連、精神・神経症状に係る薬剤投与、感染に係る薬剤投与、皮膚損傷に係る薬剤投与、瘻孔管理関連、胃瘻、チューブ等の交換、ドレーンの関連。ドレーンを入れることはしないが、抜去したり、低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更が言われています。インスリン投与量の調節なども入ります。

これも当初は46項目ぐらいあったのを一つひとつ、かなり議論をして整理してあるのですが、今のところはこのようになっており、これに関わる研修をしっかりと受けさせるということになっています。ただし、それも研修を受けなくても具体的指示があればできるという、変な形になっているわけです。

特定行為の実施は、特定行為に応じた研修を受けた看護師が、医師又は歯科医師の包括的な指示を受けて実施をするということです。看護師が恐れながらやってもいい場合は、具体的な指示を受けて実施するということになりました。

研修機関の指定・研修の枠組み。これについては今回かなり後退していますが、どこでやるかということはきちんと審議し、指定基準も省令等で定めると言うことを言っています。つまり、法制度をいじるという話になっているわけです。

資格の明示方法。これはわれわれに関わることですが、「当該研修を修了した旨を看護師籍に登録するとともに、登録証を交付する」としています。これがどれぐらい大きいことかというのは、われわれの資格・身分が国家資格であることに鑑みても、非常に大きな変更になります。ただ、この検討会がずっと言っているのは、特定能力を認証された看護師という、新しい資格をつくるものではありません。あくまでも看護師に付け加えるものだということを言っています。新しい資格ではないということを強調しています。

ここまで申し上げてどうでしょうか。今日は組合の関係でいろいろな方がいらっしゃいますが、それで果たして看護師がやって大丈夫なのか、安全・安心が保たれるのか、というところに議論が集中するように思われますが、実はこの問題の根深いところは別のところにあるということです。

2. 「特定行為」の研修・認証をめぐる論点

相 対的医行為と療養上の世話、そして業務拡大、役割拡大ということがしきりに言われます。看護師は教育水準も上がってきたし、優秀なのだから、もっと業務を拡大すればいいじゃないかと言われますが、昨日からずっと皆さんが職場の問題、労働条件の問題、看護師不足の問題など話し合っておられたように、看護師にも限界があるわけです。つまり、看護師のキャパは限られていますから、全体に医行為、つまり絶対的医行為のほうにシフトせざるを得ません。その分、療養上の世話の部分が少なくなってきます。

皆さんのところはいかがでしょうか。私はいま市民病院が主な実習場所ですが、恥ずかしながら市民病院でも、最初の実習の学生を連れていくと、患者さんの清潔ケアといって、足浴をしたり、体を拭いたり、髪を洗ったりということはほとんどの看護師はしていません。それは補助者の人がしているのです。療養上の世話を手放さざるを得なくなることは目に見えています。そのことが本当に国民のニーズに合致しているのか。われわれ看護師にとってもハッピーなことなのか。ここが論点にならないところが不思議なのです。ですから、業務拡大ではなく業務シフトなのだと考えるべきだと思います。

役割拡大は診療の補助行為・相対的医行為の部分的拡大なのだとされていること自体がおかしいということです。先ほどの有賀さんも、医師の仕事量が多すぎるから、その部分を助けてもらえないかと言っているわけです。しかし、助けたら、その分、看護師のほうも暇じゃないから大変だということになります。医師不足で医師が大変だという話になりますが、看護師だって大変だと言いたいところです。ただ、誰もそれを言ってくれないところがこの議論の不思議なところだと思います。

モデル事業で実際に特定認証看護師に活躍してもらっている東京の榊原記念病院の院長の言葉があります。この人も同じようなことを言っています。「世の中には医師の指示だけに従ってはいもったいないような能力のある看護師さんがたくさんいます。医師を呼ぶよりは看護師がやったほうが的確

に早くできることだってあり得るでしょう。現場の看護師が判断及び処置ができれば、患者さんにとって非常に素晴らしいことです」。判断しなくてはならない重要なことは医師がやるが、頻繁に起こるようなことに関しては、判断できる現場の看護師がやってもいいのではないかということです。

役割拡大、能力が高くなったと言われますが、静脈注射のときも私は非常に不思議だったのです。専門職の人は、自分たちの価値を高めるためには自分たちにしかできない業務というものを残しておかないと、専門家たるゆえんがなくなります。かつて救急救命士の方が救急車の中で気管内挿管をできるようにしようかどうしようかということが議論されました。私が群馬にいたときですが、医師会の医師たちはものすごく反対しました。なぜなら、気管内挿管は医師にしかできないことにしておかなかったら、医師の価値は下がるからというわけです。

あのときあんなに反対したのに、何で静脈注射はさらっと手渡したのかと思ったときに、私の先輩の看護部長が、それはあの人たちに興味がないからよ、そんなくだらないことは看護師にさせてもいいと思っているのよ。自分たちのやりたいことはもっとほかにある。専門家とはそういうものだというわけです。別に医師の方たちの根性がどうのこうのと言っているわけではありませんが、専門家というのはそういう気持ちを持っているということです。医師にしかできないことはきちんと確保するが、そうでないことは看護師に譲っていいのだということを言っているわけです。ですから、能力が高いのだと言って喜んでいる場合ではないなということを看護師の一人として思います。

反対派看護師の意見。この方は日赤看護大学の学長をやっている方ですが、こんなことを言っています。看護師は従来から看護業務を遂行してきたのであり、そこでは自律的な判断をしてきた。だから、今回の包括的指示であれ、具体的指示であれ、看護師が医師に対して指示の変更を求めるということは現実には自律した看護師はやっているのに、今回、指示を強調するやり方は、自律性を高める努力を重ねてきた歴史に逆行する。こういう批判もあります。

ここで推進派の榊原記念病院の院長さんと反対派の看護師さんの言ってい

ることを比較すると興味深い点が見られます。推進派の人たちの考え方には、包括的指示であれ、具体的指示であれ医師の指示に従うとしている。そういう受け身の看護師像が出てくるわけですが、これはあくまでも診療の補助業務の面からしか見ていないという意味では致命的です。それに対し反対派の看護師の側は、そのことを含めて療養上の世話と診療の補助の中で自律的な判断をしているんじゃないかと反論しています。

一番大事なことは、医師の指示で医行為の一部をやるのであれば、何で看護師にさせなければいけないのかということです。アメリカではたくさんいるのですが、メディカル・アシスタント、フィジシャン・アシスタントではだめなのかということです。別につくればいいではないか。看護は療養上の世話と診療の補助で看護行為として成り立っているのだから、一方だけを膨らませるようなやり方をすれば問題が起こるのだから、フィジシャン・アシスタントではだめなのかということです。

私はワーキンググループの仲間の人に聞いたことがあります。その人はそれでもいいですよと言っていました。この話は看護師、看護師と言っていますが、薬剤師、検査技師の人たちの役割も拡大していきたいという動きが伏線としてあります。だから、次にはやってくるかもしれません。今日、他のコメディカルの方たちにお話を伺いたいのですが、特に薬剤師さんなどはもっと自分たちにさせろと言っていると思います。看護師の側は、療養上の世話という大切な仕事があるのだから、医行為のほうばかり広げないでくれと言う人もいるのですが、薬剤師の人たちなどは、ちらほら聞くところでは、なぜ看護師にばかりそんなにさせるのだ、こちらにも医行為に近いようなことをさせてほしい、自分たちもできるのだ、もっと認めてくれと、積極的に業務拡大について要求している発言もあります。

面白いのは、「看護実践の科学」という看護の商業誌があるのですが、2011年版で、特定看護師とか、特定能力認証ということが話題に上ったときに、ホームページ上の開設掲示板で賛否の意見を募ったのです。いろいろな人が書き込んでいるのですが、それを抜粋してみるとこういうことがわかります。

賛成派の人の意見としては、病気を見て人を見ていない人がたくさんいる

というのがあります。全人的にとらえることができる看護師だからこそベストな方法を選択できるから、医行為を含めた看護の素晴らしさを提供できる人だということを認める特定認証制度はいいものだと思います。

一方、反対派の意見としては、今でも高度化する医療の中で、診療補助業務が看護の独自業務（療養上の世話など）を圧迫している状況である。診療ではできない領域にチャレンジしながら患者さんの生きる力を支援するのが看護師だから、看護の専門性は医行為を広げることではないとしています。

皆さんはこのどちらにくみされるでしょうか。さらに進めていくと、こういう意見が出てきます。

賛成派の意見。もっと患者の立場に立ってほしい。医師を待つ時間があまりにも長い。看護師としてただただ医師が来るのを待つということが情けない。それで専門家と言えるだろうか。だから私たちにもやれることは広げることはいいことだ。患者さんも安心して生活できるという意見です。

反対派の意見。医師不足の中で患者さんたち、医師たちは、看護師に切開や縫合などの医療行為をしてほしいと本当に望んでいるのだろうか。処置屋を養成することが患者さんにとっていいことだろうかという意見です。

これらの発言にもあるように、特定能力認証の問題は実にわかりにくいのです。一番大事な利用者、患者さん、もっと言えば国民はどう思うかということについては、あまり定かではない。本当にそうしてもらいたいと思っているのかということです。

実際にモデル事業で研修を受けた人の中には、看護の未来を切り開く突破口で、そういう道が開ければ看護師もモチベーションがもっと上がり、大変でもあのようになれるということで未来に期待が持てると言っている人もいますが、一方で反対の人たちは、専門看護師や認定看護師が頑張っているわけで、医師不足を補うためにこういう新しい別のものをつくるのは混乱を招くだけだと言っています。これはここの議論から外れますが、大事な意見として、それよりも准看護師養成制度の部分をひきずっているのだから、そちらの解決を優先すべきだろうというものもあり、私はこれに賛同します。

最後に看護師不足への影響です。医師不足がよく言われますが、看護師も

足りないわけです。だから皆さんも分科会でいろいろ検討されたと思うのですが、賛成派は看護師不足については全く言及していないのです。反対派は、待つ時間が長いというのは医師が増えれば解決できることで、なぜ看護師がそこを埋めなければいけないのかと言っています。現在の看護師が特定の資格を取れば、現場の普通の看護師がますます不足するじゃないかと言っているのですが、これは言い得ている部分です。

ある看護系の学会で、実際にモデル事業で養成され、試行事業の中で特定能力を発揮しながら働いている人を雇っている病院、あるいはモデル事業で認証を取った人たちのシンポジウムがあり、私も聞いていたのですが、看護管理の関係の学会だったので、モデル事業の研修を受け、特定能力認証された看護師モデルとして1年間働き、看護管理者にどういう支援を得たかというような話になりました。

そこで面白かったのは、モデル事業をやっているところの大半がそうだと聞いていますが、まずどこに所属しているかという点、包括的指示を受け、プロトコルを受けながら医行為に近いことをやるわけですから、大体は診療部門に所属するわけです。そこで医師と一緒に指示を受けながら回診をしたりする。あるいは単独で糖尿病外来の患者を診たりということをしている。

シンポジウムの最後に、看護管理者にどういう支援を受けたかという決めぜりふを聞いて、私は腰が抜けそうに驚きました。「私が看護部長さんに感謝したいのは、この1年間、私に一切看護業務をさせないでいてくれたことです」と言われたのです。この人は一体何者だろうと私は思いました。特定能力を認証された看護師なのに、医師と一緒に動く人になっているわけです。これには困ったものだと思います。

いま看護師にしても欠員補充の問題が大きくあり、1人でも2人でも大変な時期に、自分の病院の看護師の10人、20人が、私も特定能力認証を受けたい、医師と一緒に働きたいと言ったらどうするのですかと質問したのですが、誰もそれに対し答えてくれませんでした。結局、そういうことなので、看護師が医行為のほうにいつてしまうということですから、看護師のままでいいないわけです。したがって、看護師不足を助長し、医師を補完するだけ

で医師不足は解消されないのではないか。これはもっともな意見です。

問題点を少し整理しておきたいと思います。特定行為に係る研修・認証の問題点は次のようなことです。

まず、専門看護師、認定看護師との違いが不明確で、役割分担を混乱させています。私のいる看護系大学などで専門看護師コースを持っているところは、特定能力認証制度に基本的には反対しています。これもいろいろ伏線があり、最初にモデル事業をやろうとしたときに、専門看護師コースを大学院に持っている看護系大学は、みんな頑張ってモデル事業に参加しようという呼び掛けがありました。うちの大学も参加しようと思ったのですが、うちは不幸なことに大学病院を持っていません。教育という場合にはほとんどが医学で、医師の協力ができないので、うちのように大学病院を持っていないところはできなかったのです。

とにかく専門看護師にさらにプラスアルファという形だったら、まだつじつまが合うけれども、全然違うところで特定能力認証看護師が養成されると混乱するので、手を挙げて参加しようとしたわけです。うちはだめでしたが、いくつか参加した大学がありました。ただ、多くの大学は途中でやめています。なぜかという、これは看護教育ではないということがわかったからです。医師とずっとオペ室にいて、切開や縫合の練習をしたり、医局の中で上の先生について診断、治療をしていくわけですから、あれは看護教育ではないということで、やめてしまったところが出てきたのです。

それと准看制度の問題もあります。看護の未来に希望が持てる一つのキャリアだと見る人もいるけれども、そういったものを闇雲に上に重ねていくことで、ある意味の差別を生むのではないかという懸念もあります。

さらに、看護師不足に拍車をかけるというおそれもあります。看護師の多くが医行為のほうにいつてしまったら、ケアは誰がするのかという問題が出てきます。

推進派は役割拡大ということで歓迎していますが、それはあくまでも包括的指示をはずさないということで、ナースプラクティショナーとは決定的に違う。それで果たしていいのだろうかということ。権限を伴わない役割拡大

でいいのだろうかという問題が生じてきます。そして、これは単なる医師の補完なのか。あるいは看護がそれによって豊かになり、国民にとってメリットになるのかということが一番の問題だと思います。

私がいつも感じているのですが、これはチーム医療の推進ということでスタートしています。チーム医療というのは、本来「補完」というものではありません。一方が一方を補完することをチーム医療とは言いません。これは医療ばかりではなく、経営学者の有名な人が言っていることですが、チームとは何かというと、構成員個々の投入力の総和以上の業績・成果を上げるという相乗効果を生むものだというわけです。

私は学生にこう説明しています。1 + 1 が 2 よりも大きくならないと意味がない。1 + 1 が 2 だったら別にチームを組む必要もないわけで、それぞれがやることをやっていけばいいわけです。医師は医師不足で忙しくて過重な部分を看護師に補ってもらうことで、自分たちのやりたいことができるようになる。それはそれで結構なことですが、看護師が補完することで看護師が本来果たさなければいけない nursing care というものが 1 よりさらに大きくなるかどうか。そこが一番大切なところだと思います。補完する、足りないから埋め合わせてくださいというときに、チーム医療という言葉を使うこと自体、私は間違っていると考えます。

では、業務拡大に応じた教育待遇が保障されるのか。ここが一番大事な点です。2 年の教育と 8 カ月の研修というところもよくわかりませんし、今回はおおむね 3 ～ 5 年の実務経験を有する看護師を想定した研修と言っていますが、なぜ 3 ～ 5 年なのかということも根拠がない。指定研修の 2 年ということもよくわからない。ただ、一つだけ大事なことを言っています。「当該指定研修を修了した看護師は、特定行為と療養上の世話を合わせた高度な臨床実践能力を発揮することが期待されている」。これはそのとおりだと思います。特定行為を行うことで、より優れた看護・ケアサービスが提供できることが期待されるというのですが、そうなるのかどうか大切な論点になってくると思われます。

それでは、特定研修では何をするのか。カリキュラムを見てみると、内容

はこうなっています。臨床病態生理学、臨床推論（診断するためのもの）、フィジカルアセスメント、臨床薬理学、疾病・臨床病態概論、医療安全学、特定行為実践などです。これのどこが看護なのかというところが不明確で、非常にキュアに偏ったカリキュラムになっています。

これは私が実感していることで、専門看護師は5年の当該領域の臨床経験を経て、大学院を出て2年間ということ、ケアモデルだけを学ぶのに2年間かかります。専門看護師コースの大学院生は非常に過密なカリキュラムで学ぶのですが、ケアを学ぶために2年かかるのです。ケアモデルに基づき特定行為を行うのであれば、専門看護師プラスアルファの教育が必要なはずですが、それとは全く違うところで一般の看護師さんに医学に偏ったカリキュラムで教育をして、特定能力認証で特定行為と療養上の世話を合わせた高度な臨床実践能力を発揮しろというのは、土台無理な話だと思います。非常に平たく言うと、下手をするとミニドクターをつくるという懸念もあり、ゆがんだ教育になるのではないかと思います。

最後にそれだけ言いながら、医学に偏ったカリキュラムを組みながら、それを受けた人も受けなかった人も、つまり一般の看護師でも具体的指示があれば同じ行為ができるということ。ここで腰砕けになるわけです。

ここは労働組合の皆さんの集まりなので、大切なことをもうひとつ申し上げておきます。国民は一体どう考えているのかということです。「看護師さんも優秀になってきたから、お医者さんみたいなこともしてくれるようになるみたいだ」という話が一般の報道などに出ることがあるのですが、一体どのように受け止めているのだろうかということが、私も気になるところです。

私はmixiをやっているのですが、mixiでも特定能力認証のことが中途半端に出ていたりします。つまり、看護師さんも医師行為のようなことができるようになるらしいというニュースが流れたときに、どういう感想が出てくるかを見ていると、すごく面白いのは、そんなことを看護師にさせて危ないじゃないかという意見はほとんど出てきません。実際に現場でやっているのをみんなが見てきているからです。非常に目立った声は、それでは医師並みの給料になるのだろうかという待遇の問題についてです。いくら包括的指示

とはいえ、その分、責任も権限も増えるわけですから、それに見合った待遇にしてやるのだらうなという皮肉の声があがってきています。この制度が安上がりの医師の代替労働力を養成しようとしているということに、一般の人たちのほうが早くから気づいているということです。

実際にモデル事業の報告集もネットで見ることはできるのですが、専門看護師、認定看護師でさえ、プラスアルファの教育を受けた人たちも、それに見合った待遇にはなっていません。今回、ここまでのことをさせる人たちを一体どういう待遇で遇するのかということについても、モデル事業ケースでもまちまちです。ほとんど変わらないというところもある。あるいは月々何千円程度の手当を付けるという、それでいいのかどうかということもあります。

3. 問われているのは「看護の専門性」

今 日おみえの、特に看護職の皆さんにも、あるいは外側から看護師の仕事を見ておられる方たちにも知っていただきたいのは、今回のこのことが何を問うているのかということですが、やはり看護の専門性だと思います。

看護と診療の補助とどう違うのか。診療の補助及び療養上の世話と言われますが、診療の補助というのは、保助看法を学生に教えるときにも言いますが、診療の補助であり医師の補助ではありません。診療の補助というのは、診療する人を補助するというよりも、診療を受ける患者を補助するという、患者中心の視点がケアの中には当然あるわけです。ですから、治療・検査そのものへの関心ではなく、治療・検査を受ける人への関心が大事です。「人間の反応」という言葉がワーキンググループの中ではよく使われますが、診断治療を受ける、その人の人間としての反応に関心を寄せることが看護ケアの専門性です。ただ、診療補助が重なり合うからこそ、つまりどちらか片方ではなく、両方できるから看護ケアを展開できる機会や場が広がり、看護ケアの

内容も深まるのです。

消化器内視鏡技師さんという業界認定の資格があるそうです。看護師の人が診療補助に付かれるので、その研修を受けて資格を取られることがあるのですが、その消化器内視鏡技師の免許を持っている人たちの学会に呼ばれたとき、その人たちは、かなり高度な治療も含めた内視鏡の介助に付いていながら、自分たちは患者を診ていないのではないかということに悩んでおられるようでした。医師の手足として補助しているだけじゃないかということでも悩みが、看護の心についてしゃべってくれと言われ、私も非常に困ったのですが、それは違うと思います。

その技師さんたちはもともとナースだったわけですから、検査を受ける人の苦痛や不安にしっかり目を向け、例えばタッチングをすればどれぐらい苦痛が和らぐとか、どのように説明をすれば不安が薄らぐとか、そういうことを一生懸命学会の中で検討しているわけです。看護の視点はまさにそれです。もちろん医師も患者さんの痛みや苦痛に無自覚であっていいということではないと思います。看護師は生活者としての人間を見て、生活モデルで、医師は医学モデルでなどと言うと、わかっているお医者さんはすごく怒りますが、それはあくまでも相対的な違いだと思います。

たとえば、手術室で患者さんが何時間も固定される際、手術をするために術野が見えやすく、執刀しやすい形に固定すればいいと思うわけけれども、人間ですから、麻酔で意識がなくなっていたって、変な格好で何時間も固定されたら目覚めたときに大変なことになる。そこで、目覚めたときにその人が生活者として戻っていくときにも苦痛の少ない、ただし手術はスムーズに受けられるような体位の工夫をその看護師さんの間ではよく研究されているということを聞いて、私はすごく感動したことがあります。ナースというのは、この人が術後、生活者として意識を取り戻して生活していくときにどうかということをきちんと考え、患者さんの苦痛、不安に対応するわけです。

それに対し医師は、患者さんはこれでは痛いだろうな、不安だろうな、大丈夫だろうかということに心を配っている場合ではないわけです。執刀した

り、処置をしたりするときには、コンマ・ミリの世界で、高度な医療、診療の中で正確な診断と正確な処理による治療を行うことに医師は軸足を置かなければいけない。

看護師は、そういった高度な医療技術の補助をしながらも、治療を受ける人の生活者としての反応をとらえ、患者さんが麻酔で眠らされて素っ裸でまな板の上の鯉になったときに、たとえその人の意識がなくても、陰部を覆うとか、そういう配慮をする。尊厳を守り代弁するのが看護師の役割です。同じオペ室でオペを受ける患者さんと向かい合っているけれども、立ち位置が医師と看護師では違う。その部分を看護師がやらなかったら誰がやるのだということです。ですから、極めて高度な診断・治療の現場にあって、それでも生活者としての患者さんを見て、尊厳を守り、反応をとらえてこたえることは非常に高度なことなのだというのを、もう一度振り返ってみたいと思います。

4. あらためてベナーを読む

パトリシア・ベナーという、看護界ではよく読まれている看護理論の第一人者である彼女が書いたものを紹介します。彼女はアメリカの人なので、今から紹介するものはアメリカのナースプラクティショナー、看護師でありながら高い教育を受け、医療行為ができる人の話だろうと思うのですが、そういった人たちにとってどういう能力がケアの担い手として必要なのかということを説いています。

一番大事な点は、治療への関心でなく、治療を受ける人への関心であることが大切だということです。

例えば、やけどをした人を切開することになった場合、その処置は当然患者さんにとって大変な痛みを伴う処置ですが、そのケアによって誘発される患者の苦痛を無視したり、否定したりするよりも、それを直視することに耐えることが、看護の倫理的な側面として大きいということです。客観視しな

ければいけないが、その苦痛を受け止めなければいけないという、二律背反のようなところが難しいところだと思います。

次の例は、フライトナースによる事故で悲惨な状況にある人のケアについての経験談です。これもナースプラクティショナーだと思いますが、アメリカでは気管内挿管ができるようです。このナースは、「その場合、患者は人間ではないのだ」と言っています。自分はその人の気道を支えているという意識です。機械的な動きをするものとして見ているのだということです。それは、どんなときでも人間としての患者を見ないことを意味しているのではなく、仕事を終わらせることにまずは焦点を当てなければいけないということです。そして、病院に着いて、患者にケア、つまり処置をしなくなったら、そのとき初めて患者は“人”に戻り、後から彼らに配慮することができる言っています。自分がしなければならないことは気道確保であると気持ちを集中させれば、仕事もやりやすくなる。特に、その場には患者だけで、周囲に家族がいないときにはということです。

このように生活者としての患者の尊厳という部分と、極めて医行為に近い部分を同時にしなければいけないというところが、まさにスペシャリストの領域だと言えます。この人、「このような苦痛と同情のバランスを保つ関与りのスキルは、専門的臨床判断や実践力の向上を妨げる情動的な切り離しや無関心ではない。」そこを行き来できるのが専門家だとベナーは言っています。

一見ケアリングには見えないのだけれども、患者の生理的かつ個人的なニードに対処しながら、「何がよい行為」なのかを認識するか、変化し展開していく危機にどう熟練し、深い同情で反応するのか、そして提供するケア方法をいつ変えるのか、といったことを自律的に判断できるのがケアのスペシャリストだということも彼女は言っています。

全く対照的な例ですが、次の例は、救命措置中にこの患者は救命できないと判断したときに、この患者を担架の上に乗せたまま、誰のぬくもりも感じずに死なせてはならないと判断して、看護師は措置をやめて患者の手を握り続けたという例です。これも同じ判断と敬意をもったケアリングであるということです。展開していく危機的状況の中で、どんなケアが必要なのかを見

極められるようになるためには、適切な倫理的・臨床的な判断と敬意をもったケアリングを必要とする。ですから、専門看護師はケアリングを学ぶために2年間大学院に学んでいるわけで、それを飛ばして、ただ特定の行為だけができるように訓練をすることが、一体この専門的ケアリングとどう違うかということは、少しおわかりいただけたかと思います。

ちなみに、アメリカのナースプラクティショナーは、もともとは大学院の修士課程でしたが、今は博士課程に移行しつつあり、非常に高度な教育を受けた人たちがこういうことをやっているということです。

おわりに ―今後の取り組み―

今 回、看護師が、まず、幅広い業務を担い得ることが評価され、「キーパーソン」として医師不足補完の第一のターゲットにされたということとは間違いないと思います。しかし、ここに看護への専門性への理解は残念ながら全くありません。看護師は「患者のために」という錦の御旗の下に、本来看護師が行う必要のない雑用も含めて何もかも引き受けさせられてきた歴史があります。あれもこれも引き受けているうちに、いつしか看護師は「何でも屋であり、何でもない屋」になった。むいたら最後は何も残らないタマネギかラッキョウになってしまっています。私たちの専門性の核は一体何なのかということを、今こそしっかり見ておかないと、真の意味でのチーム医療を推進していくことはできません。患者のために看護師の軸足を看護ケアに置くべきであると思います。ただ、それは、単に療養上の世話と診療補助の対立ではなく、両方を取り込んだ形で患者の生活者としての反応、そして人間としての尊厳を守るという役割だと思っています。

そうは言いながら、看護以外の医療系の人たちは、看護師とは一体何をする人だと思っているのでしょうか。看護師自身も、看護本来の役割が何なのかということを、見える形でなかなか外に提示できていないという悩みがあります。研究やナラティブ（語り）などというものがはやっていますが、そうい

う中で看護本来の役割、こういうことで患者さんに役立っているのだということを明確化しないと、いつしか医師のアシスタントとして特定行為だけに使われてしまう危険があると思います。

患者・市民の目から見ても、看護師とは何をする人なのかが見えづらい。お医者さんができることを看護師もできるようになると言うが、大丈夫なのかという声はあまり聞きませんが、看護師さんも高度になったからお医者さんのようなことができるようになったのだと思う人はたくさんいるようです。しかし、そうではなく、看護師のケアリングの有用性を具体的に患者・利用者・国民に理解される形で示さなければ、看護師は何をする人なのだ。何だか知らないが、高度だからお手伝いをしなさいというふうに流れていってしまうおそれがあると思います。

こうした看護の可視化、見える化を実現するためには、看護師個々にケアの根拠を示し、目標・計画、そして成果を患者さんにきちんと説明をしていくだけの力量が必要になってくるだろうと思われます。これは私自身も含めての戒めでもあります。

最後に、今回の問題は少子高齢多死社会の医療人材養成政策です。確かに、医師も看護師も足りません。もっと言えばコメディカルも足りないし、日本の医療は先進国と比較すると、事務系の職員も何もかもみんな少ないということは、統計上明らかになっているところです。では、医療を担う人たちを今後どのように養成していくかということは、単に医師不足をどうするかとか、看護と看護補助者、看護職員との関係をどうするかとか、“点”で考えていては仕方がないだろうと思います。最終的には全体を貫くグランドデザインの作成が必要になりますが、まず医師不足対策に関しては、なぜ看護師をターゲットにしなければならないかということが一番の問題であります。医師不足と言いながら、医学部の新設に関しては医師会が反対して、各地で難航しています。医師不足対策には医師を増やすしかないだろうと思いますが、看護師の中にも、医療に関わる中で、一切看護業務をさせないでくれたと喜んでいる人もいるように、診療のほうに興味に向く人は出てくると思います。看護師の経験を積みながら、そちらに移行したい人もいると思います。

ですから、優秀な看護師で、医行為がしたい看護師さんの場合は、医学部への編入枠を設けるとか、医師になれるようなチャンスをもっとつくってあげたらいいと思います。そういうことをなぜ考えないかというと、医学部の新設にあれだけ反対を唱えているぐらいですから、彼らは医師の数をそれ以上増やしたくない。増えたらそれだけ価値が下がるからです。

それだけ医学部の新設には慎重なお医者さんが、似たようなことをアシスタントとして看護師にさせようとしています。ならば、その次にどうしたらいいかというと、看護師をどうこうするのではなく、フィジシャン・アシスタント、メディカル・アシスタントを新設すればいいじゃないかと思います。そういうものが必要になってきているのだと思います。ただし、准看護師制度のように、看護師と同じことができるのに資格・待遇が違うというようなおかしいことにならないことが絶対条件です。

それと同時に、われわれの周りでも看護補助者さんたちとどのようにケアミックスしていくかが問題です。医師の医行為のほうに拡大して、自分たちはメディカル・アシスタントとして使われるが、療養上の世話の部分を補助者さんに丸投げではなく、ケアを協働して、看護師が足りないからやってもらうのではなく、連携・協働してやっていくために、看護補助者という人たちの公的な養成・身分保障といったものも大事になってきていると思います。

そのことも含め、全体の医療人材をどのように養成し、確保していくかというグランドデザインを考えていく必要があるのだと思いますが、その中で、アメリカの例にもありましたが、高度実践看護師の養成が必要になってくるでしょう。特定看護師ともナースプラクティショナーとも言いません。看護系の専門看護師を養成しているコースも含め、本当の意味での高度な実践看護師というものはどのように養成すべきかということの検討は続いています。一人ひとりの看護職者がケアを実践をし、患者さんにとって真に役立つケアというものを見えるように提供していくことが一番大切であり、そのことを課題として突きつけられているのだと思います。ありがとうございました。(拍手)

これまでの流れ

- 特定看護師（仮）
- 看護師特定能力認証制度（仮）
- 「特定能力に係る研修とその修了者の看護師籍への登録（案）」
- ⇒「特定行為に係る看護師の研修制度（案）」

看護師の業務拡大に関する 議論のはじまり

- H19.12「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」
厚生労働省医政局長通知（平成19年12月28日 医政発第1228001号）
 - 「良質な医療を継続的に提供していくために、各医療機関に勤務する医師、看護師等の医療関係者、事務職員等が互いに過重な負担がかからないよう、医師法等の医療関係法令により各職種に認められている業務範囲の中で、各医療機関の実情に応じて、関係職種間で適切に役割分担を図り、業務を行っていくことが重要」
 - 医師の事前指示やクリティカルパスの活用（在宅等での薬剤の投与量の調整）、静脈注射、救急医療等におけるトリアージ、療養生活上の生活指導等

業務拡大に関する議論の伏線

- H20.6「安心と希望の医療確保ビジョン」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf>
 - 医師不足、それによる病院勤務医の過重労働の解消のためにチーム医療を促進する。
 - 各職種に認められている業務範囲の下での業務を普及する。
 - 現場の看護師が専門看護師、認定看護師の取得を促進する。
- H21.3.31「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（閣議決定）
http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/publication/2009/0331/item090331_02-01.pdf
 - 専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。
- H21.5.19「経済財政諮問会議」
 - 看護師の役割の拡大は、「経済危機克服のための有識者会合」や「社会保障国民会議」の提言でもある。厚生労働省においては、専門家を集め、日本の実情に即して、どの範囲の業務を、どういう条件で看護師に認めるか、具体的に検討していただきたい。

- 政財界からの要請によって出てきた議論（医療界にとつてはいわば“外圧”）
- 「チーム医療推進」の名の下での、医師（とりわけ勤務医）の負担軽減が目的
- ただし、当初話題にされたアメリカ等の「ナースプラクティショナー（NP）」は、特定能力認証制度とは異なる。NPの業務範囲は「医行為」（医師の指示を必要としない）を含むため、保助看法の「診療の補助」を逸脱しており、日本での導入にあたっては医師法を改正しなければならぬため極めて困難

「チーム医療の推進に関する検討会」報告書 (H22.3) にみる看護師の役割拡大①

- ・ チーム医療の基本的な考え方
 - チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・**補充**し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」
- ・ チーム医療の効果
 - 疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上
 - 医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減
 - 医療の標準化、組織化を通じた医療安全の向上

「チーム医療の推進に関する検討会」報告書 (H22.3) にみる看護師の役割拡大②

*看護師は『チーム医療のキーパーソン』

看護師については、あらゆる医療現場において、診療・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、いわば「チーム医療のキーパーソン」として患者や医師その他の医療スタッフから寄せられる期待は大きい。

*看護基礎教育の大学化に伴う教育水準の向上、水準の高い看護ケアを提供しうる看護師（専門看護師・認定看護師等）の増加、看護系大学院の拡大による専門的な能力を備えた看護師の増加といった背景

*看護師の能力・経験の差や行為の難易度等に応じ、その能力を最大限に発揮できる環境整備が必要。

「チーム医療の推進に関する検討会」報告書 (H22.3) にみる看護師の役割拡大③

- ・ 看護師の役割拡大の方針
 - ① 看護師が自律的に判断できる機会を拡大する
「包括的指示」の積極的活用（これが成立する具体的な要件が不明確であり、ガイドラインが必要）
 - ② 看護師の実施可能な行為の**拡大・明確化**
「診療の補助」の範囲にあたる行為を拡大する方向で明確化
- ・ これらの実態把握のために「看護業務実態調査」を実施した（ここでは、「看護師ができること」と「さらに専門的な看護師（特定看護師）ができること」を分けて調査している）。

本音は、役割拡大＝診療の補助行為・相対的医行為の部分的拡大による医師不足の穴埋め

- ・ 「直接のきっかけは（略）医師の仕事量が多すぎて、忙しすぎるという問題がありました。そこで、医師以外の、看護師さんをはじめとする医療スタッフのみなさんにお願ひできる仕事があるのであればそれを（略）、いろいろな医療職の人たちに、それぞれの専門性に見合う形で分担してもらっていくようなことを、もっと積極的にやっていこうではないか、という話になったわけです」
- ・ （有賀*、2010）*検討会委員。看護業務検討WG座長

看護職にとって、そして国民にとって、 果たしてどのようなメリットが？

医師の権限・責任は担保

- あくまでも保健師助産師看護師法の「診療の補助」の範疇。「包括的指示」「具体的指示」は必須。
 - 医行為の最大権限・最終責任はあくまでも医師に。
 - ナースプラクティショナー（NP）とは決定的に違う。
- 単なる医師の補完か？相乗作用をもたらす協働か？
- 特定の医行為を診療の補助として引き受けることが、看護職者にどのような利益をもたらすか？
- ⇒看護界でも評価・賛否は真っ二つに割れている
(これはこれで別の問題)

©CHUUTU HAYASHI
2013/04/08

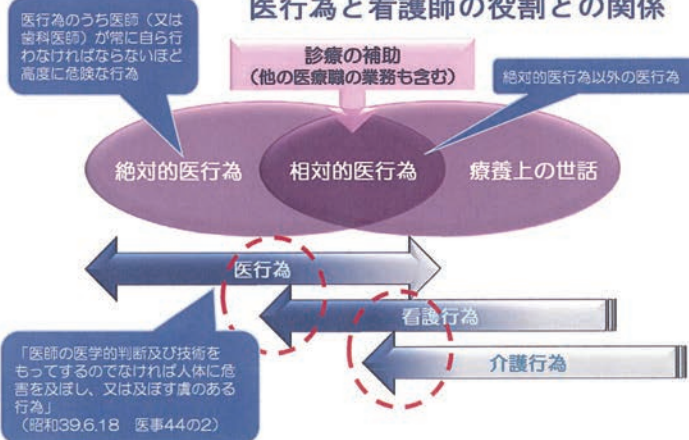
現在の法制度における看護師の役割

- 保健師助産師看護師法
 - 第5条（看護師の業務）
 - 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31条（業務独占）
 - 看護師でない者は、第5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23年法律第202号）の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。
 - 第37条（医行為の禁止）
 - 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った場合を除くほか、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。

看護師の役割—他の医療従事者法との関係

- 医師法
 - 第17条（医業）
 - 医師でなければ、医業をなしてはならない。
- その他の医療従事者法
 - ex.理学療法士及び作業療法士法
 - 第15条（業務）
 - 理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第31条第一項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる。

医行為と看護師の役割との関係



看護師特定能力認証制度骨子(案)

【背景及び目的】

- 医療現場における患者の高齢化や医療の高度化・複雑化に伴い、高度かつ専門的な疾病の治療に併せて、療養生活の質を向上させるための専門的なケアを安全かつ効率的に患者に提供するために、「チーム医療」の推進が必要不可欠となっている。
- 「チーム医療」の推進に当たり、看護師の役割は重要であり、例えば、高い臨床実践能力を有する看護師が、患者の状態を総合的かつ継続的に把握・評価する看護師の職能を基盤として幅広い**医行為（診療の補助）**を含む看護業務を実施すること等が求められている。
- しかし、診療の補助について、個々の医行為がその範囲に含まれるか否かが必ずしも明確でないことから、**特定の医行為（以下「特定行為」という。）が診療の補助の範囲に含まれることを明確にする**とともに、**その実施方法を看護師の能力に応じて定めることにより、医療機関等において医療安全を十分に確保しつつ、適切かつ効率的に看護業務を展開する枠組みを構築するため、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）の改正を行うこととする。**

看護師特定能力認証制度骨子(案)

【制度骨子1 特定行為】

- 医師又は歯科医師の指示の下、臨床に係る実践的かつ高度な理解力、思考力、判断力その他の能力をもって行わなければ、衛生上危害を生ずるおそれのある行為に関する規定を保健師助産師看護師法に位置付けることとする。
 - * 特定行為の具体的内容（診療の補助の範囲内）につ
 - いては下位法令で規定する予定。
 - * 特定行為の具体例（平成23年度特定看護師（仮称）業務試行事業の実施状況等も踏まえ、引き続き検討）
 - 検査、処置、薬剤の選択→紛糾

看護師特定能力認証制度骨子(案)

【制度骨子2 特定行為の実施】

看護師は、以下のいずれかの場合に限り、特定行為を実施することができることとする。

(1) 厚生労働大臣から能力の認証を受けた看護師が、能力認証の範囲に応じた特定行為について、医師の指示を受けて実施する場合

＊ この場合には、医師による**包括的指示**(医師が患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為をプロトコルを有する等により事前に指示すること)があれば足りる。

(2) 看護師が、特定行為を実施しても衛生上危害を生ずるおそれのない業務実施体制で、医師の**具体的な指示**を受けて実施する場合

＊ 業務実施体制の具体例は引き続き検討)

＊ 行為のマニュアルを整備すること

＊ 特定行為それぞれに対する講習、技術トレーニング等を実施すること等(※努力義務)

看護師特定能力認証制度骨子(案)

【制度骨子3 厚生労働大臣の認証】

(1) 厚生労働大臣は、以下の要件を満たす看護師に対し、特定能力認証を交付することとする。

① 看護師の免許を有すること

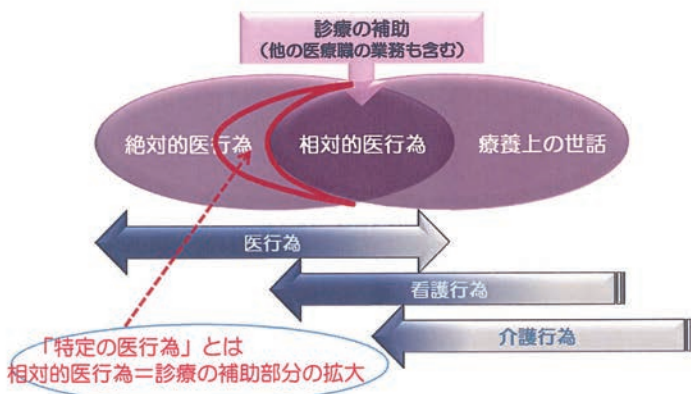
② 看護師の実務経験が5年以上であること

③ 厚生労働大臣の指定を受けたカリキュラムを修了すること

④ 厚生労働大臣の実施する試験に合格すること

＊ カリキュラム及び試験の具体的な内容は、看護の基盤強化と医学的知識を学ぶための大学院修士課程相当(2年間)程度及び8ヶ月程度の2つの修業期間のカリキュラムを念頭に置き、引き続き検討。

(2) 特定能力認証の交付を受けた者は、特定能力認証の交付を受けた後も、特定行為を含む業務を行うのに必要な知識及び技能に関する研修を受け、その資質の向上を図るように努めなければならないこととする。



この間の流れ

チーム医療推進会議報告書

「特定行為に係る看護師の研修制度について」

平成25年3月29日

- ・法令改正を明示

↓

チーム医療推進のための看護業務検討WG

平成25年11月17日

- ・特定行為を14区分、41種類に確定

- ・研修の指針（研修期間・場所等含む）については明記せず棚上げ（後退？）

特定行為とその範囲の明示

- ・ 医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為（以下「特定行為」という。）について、保助看法において明確化する。
- ・ なお、特定行為の具体的な内容については、省令等で定める。
- ・ ※ 特定行為の規定方法は限定列举方式とする。また、その追加・改廃については、医師、歯科医師、看護師等の専門家が参画する常設の審議の場を設置し、そこで検討した上で決定する。

14区分41項目の特定行為の例

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000026754.pdf>

- ・ 呼吸器関連（気道確保に係る行為）：経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節、経口・経鼻気管挿管の実施、経口・経鼻気管挿管チューブの抜管褥瘡
- ・ 呼吸器関連（人工呼吸療法に係る行為）：人工呼吸器モードの設定条件の変更、人工呼吸管理下の鎮静管理、人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施
- ・ 創傷管理関連：褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン創傷の陰圧閉鎖療法の実施、慢性創傷における腐骨除去
- ・ 循環動態に係る薬剤投与関連：持続点滴投与中薬剤（降圧剤）の病態に応じた調整、持続点滴投与中薬剤（カテコラミン）の病態に応じた調整、持続点滴投与中薬剤（利尿剤）の病態に応じた調整他
- ・ 動脈血液ガス分析関連、ドレーン管理関係、血糖コントロールに係る薬剤投与関連、栄養水分管理に係る薬剤投与関連...他

特定行為の実施

①厚生労働大臣指定の研修機関において、実施しようとする特定行為に応じた研修を受けた看護師が、医師または歯科医師の包括的な指示を受けて実施

②看護師が、特定行為を実施しても衛生上危害を生ずるおそれのない業務実施体制※の下、医師または歯科医師の具体的な指示を受けて実施

※マニュアルの整備、研修等⇒引き続き検討

研修機関の指定・研修の枠組み

○厚生労働大臣は、研修機関の指定を行う場合には、審議会の意見を聴かなければならない。

※ 審議会は、医師、歯科医師、看護師等の専門家により組織する（「医道審議会」の活用を想定？）。

○ 特定行為に応じた研修の枠組み（教育内容、単位等）については、指定研修機関の指定基準として省令等で定める。

※ 指定基準の内容は、審議会で検討した上で決定する。

資格の明示方法

・厚生労働大臣は、指定研修を修了した看護師からの申請により、当該研修を修了した旨を看護師籍に登録するとともに、登録証を交付する。

※ 看護師籍への登録は、あくまで研修を修了したことを確認するためのものであって、国家資格を新たに創設するものではない。

正体は... 看護師の役割拡大という名の業務シフト

今の人員数と配置のままでは...



← の方向に移行することが、国民のニーズか？
看護師が何を他の職種(補助者を含め)に委譲し、何ができる
ようになることが、“ケア”を豊かにするのか？

役割拡大＝診療の補助行為・相対的医行為 の部分的拡大という短絡

- ・「直接のきっかけは（略）医師の仕事量が多すぎ、忙しすぎるという問題がありました。そこで、医師以外の、看護師さんをはじめとする医療スタッフのみなさんにお願ひできる仕事があるのであればそれを（略）、いろいろな医療職の人たちに、それぞれの専門性に見合う形で分担してもらっていくようなことを、もっと積極的にやっいていくのではないかと、という話になったわけです」
- ・（有賀*、2010）*検討会委員。看護業務検討WG座長

ある推進派医師の意見

- ・「世の中には医師の指示だけに従ってはいもったいないような、能力のある看護師さんがたくさんいます。しかし権限がないばかりに、必ず医師に報告して、医師の判断を待たなければ動けません。患者さんに何か起きたときにも、医師が来るまでは十分な処置ができないのです。医師を呼ぶよりは看護師がやったほうが的確に早くできることだつてあり得るでしょう。医師が来るまでの間に、現場の看護師が判断および処置をできれば、患者さんにとって非常にすばらしいことです。もちろん、医師がやらないといけないこと、判断しなくてはならないこともありますから、それは医師が役割を負うべきですが、頻繁に起こるようなことに関しては、判断できる現場の看護師がいてもよいのではないのでしょうか」（高本，2012）

ある反対派看護師の意見

- ・看護師は従来から「看護業務」を遂行してきたのであり、そこには看護師の自律的な判断が含まれている。診療補助行為の実施に際しても当然のことながら、患者の状態等に関する観察・判断を行なっている。的確な患者の状態把握や患者への説明と協力を得ての実施でなければ、安全な看護・医療の提供は成り立たない。(略) 看護師が医師に対し患者の状態に合わせて指示の変更を求めることは日常的な看護師の仕事に組み込まれている。「特定行為」を法制化し、関連して医師の指示を強調するやり方は、このような現場の実態に合わないものであり、自律性を高める努力を重ねてきた歴史に逆行するのではないだろうか(高田, 2012)

論 点

高本氏(医師・推進派)

- ・医師の指示に従うだけ、医師の判断を待つだけ、という受け身な看護師像。

⇒診療補助業務の面からしか
みておらず一面的

⇒なぜ看護師に?メディカル・アシスタントやフィジシャン・アシスタント(診療補助者)ではだめなのか?

高田氏(看護師・反対派)

- ・看護業務(療養上の世話)の中に専門性・自律性があり、その限りにおいて、医師の診療に対し自律的な判断や意見を述べることもできるのが(本来の/優秀な)看護師
- ・包括指示が強調され、診療補助業務が膨らむことで、看護の自律性が阻害されるのではないかという危惧がある

賛否—看護本来の役割とは？

※「看護実践の科学」誌、開設掲示板への書き込み（2011）

- 病気を見て人を見ていない医師をたくさん目の当りにしてきました。病気で療養生活をしている人として全人的にとらえることができる看護師であるからこそBESTな方法を選択できる。
- 認証制度のナースはさらに学び、医行為を含めた看護の素晴らしさを提供できる人であると思います。
- この制度は看護本来の業務をできなくしてしまう制度です。今でも高度化する医療の中で、診療補助業務が看護の独自業務を圧迫している状況です。私たち看護師は、患者様・ご家族に寄り添い、診療ではできない領域にチャレンジしながら患者様の生きる力を支援しています。
- 看護の専門性は「医行為」ではないと考え反対です。

賛否—患者にとって利益か？

- 患者の立場に立ってほしいです。（略）医師を待つ時間があまりにも長い（略）。経験的に今この検査が出来るのではないか、この処置が出来るのではないかと思いつつも、ただただ医師が来るのを待つことがあります。それって専門家といえるのでしょうか？
- 特定看護師に実施可能な行為が保障されれば、患者さんは安心して生活できる
- 医師不足の中で患者さんたち、また、医師たちは、「看護師」に切開や縫合などの医療行為をしてほしいと本当に望んでいるのでしょうか？医師の負担軽減のため、処置屋を養成することが患者さんにとって一番よいことなのでしょうか？

賛否一他の看護職との関係は？

- ・（友人が試行事業に参加しているが）看護の未来を切り開く突破口と思います。看護を基盤にさらなる進化という感じです。患者も喜び、看護師も周囲でモチベーションが上がっています。あの実践の姿を見たら、誰もが看護の未来に期待が持てると思います。
- ・ 専門看護師や認定看護師は、ケアの質の向上を図っており、チーム医療の要として大きな役割を果たしています。（略）医師不足を補うために医療行為を行う特定看護師の育成は看護現場に混乱を招くだけです。
- ・ 看護教育全体を向上させる（准看護師養成制度廃止）するほうが最優先の課題。

看護師不足への影響

賛成派は、看護師不足については言及していない

- ・ 医師を待つ時間が長い、医師となかなか連絡が取れない、これらは医師不足を解消しなければ解決できない問題。
- ・ 現在の看護師が「特定」の資格を取れば、現場の看護師はさらに不足します。この制度は、看護師不足を助長し、医師不足を日常化する

特定行為に係る研修/認証の問題点

- ①専門看護師、認定看護師との違いが不明。役割分担を混乱させる
 - 現在、専門的な高度実践を行っている専門看護師や認定看護師の評価が不十分なまま、新たな「役割認証制度」を創設することは混乱のもととなる。
 - 特定行為は「包括的指示」でも「具体的指示」でも実践可能。だとすると専門/認定看護師との違いがますますわかりにくい。
- ②新たな差別を生む恐れ
 - 優秀な看護師のキャリアオプションになる？准看護師問題すら解決していない現状で、看護職のなかでの差別化、ヒエラルキーが生じるおそれがある。
- ③看護師不足に拍車をかける？
 - ⇒特定行為は看護職が本来担うべき役割を阻害しはしないか？特定行為によって看護ケアは豊かになるか？
 - 特定行為を行う看護師は看護ケアスタッフとして動くのか、それとも診療部門の中に入るのか？だとすると看護師の人員不足に拍車をかけるだけではないか？

- ④権限を伴わない役割拡大？
 - あくまでも保健師助産師看護師法の「診療の補助」の範疇。「包括的指示」は必須。医行為の最大権限・最終責任はあくまでも医師に。
 - ナースプラクティショナー（NP）とは決定的に違う
- ⑤単なる医師の補完か？相乗作用をもたらす協働か？
 - 特定の医行為を診療の補助として引き受けることが、看護職者に、そして国民に何をもたらすか？
 - 看護ケアは豊かになるのか？
 - ⇒看護界でも評価・賛否は割れている
(このこと自体がまた別の問題)

⑥「チーム医療」論の悪用

- ・「チームは、協調しともに働くことにより、構成員個々の投入力の総和以上の業績・成果をあげるという相乗効果（シナジー効果）を生む」（S.P.Robbins）
- ・チームとは本来 $1 + 1 > 2$ になること。
- ・すなわち、チームメンバー個々の能力（専門性）がチームに加わることによってさらに発揮されること。
⇒特定能力認証制度がチーム医療の推進につながるというのは詭弁。あくまでも医師不足の「補完」

⑦「業務拡大」に応じた教育や待遇が保障されるか？

- ・これまで「大学院修士2年の教育と、8か月の研修とが並列」⇒今回最終報告では細部には触れず。
- ・「概ね3～5年の実務経験を有する看護師を想定した研修内容」
指定研修の理念として
- ・「看護師が...チーム医療のキーパーソンとして、高度な臨床実践能力を発揮できるよう、医療安全の配慮した実践と振り返りを繰り返しながら自己研鑽を継続する基盤を構築するものでなければならない」
- ・「当該指定研修を修了した看護師は、特定行為と療養上の世話を合わせた高度な臨床実践能力を発揮することが期待されている」

- 教育内容は「臨床病態生理学」「臨床推論」「フィジカルアセスメント」「臨床薬理学」「疾病・臨床病態概論」「医療安全学」「特定行為実践」

⇒ケアではなくキュアに偏ったカリキュラム

専門看護師は、ケアモデルを学ぶだけで2年かかる。「ケアモデルに基づき特定行為もおこなう」のであれば、専門看護師+αの教育が必要なはず。

- 一般の看護師にも（具体的指示？があれば）同じ行為ができる
- 待遇の裏付けなし。ネット掲示板で目立った声
「医師並みの給料にするんだろうな？」

看護と「診療の補助」

「患者中心」の視点で考えれば、看護における「診療の補助」業務とは

- 診療する人（医師）を補助するのではなく、診療を受ける人（患者）を補助すること
- 「治療・検査」そのものへの関心ではなく、「治療・検査をうける人」への関心

⇒診療の補助が重なり合うからこそ、看護ケアを展開できる機会や場は広がり、看護ケア（療養上の世話）の内容も深まる

医師の専門性と看護師の専門性 その「相対的な」ちがい

治療を受ける患者をはさんで差し向かい合いながらも...

- 医師はコンマ・ミリの世界で、正確な診断と正確な手技による治療を行う
- 看護師はそうした治療を受ける人の、生活者としての反応をとらえ、それに応え、その人の尊厳を守り代弁する

たとえば...

- 手術を受ける患者の体位の工夫
- 検査・治療を受ける患者の苦痛を減らすためのさまざまな試み（しかも、検査・治療を介助しつつ）etc.etc....

追記 あらためてベナーを読む

「特定行為と療養上の世話を合わせた高度な臨床実践能力」とはどういうものか？

「治療」への関心か「治療を受ける人」への関心か

ベナー 「看護ケアの臨床知」2005より

- たとえば、熱傷患者が入院してから数時間、熱傷看護師は患者にさらに苦痛を強いる行為であるデブリドマンのために呼ばれる。看護師は患者を救うために痛みを引き起こす処置を行う一方で、有効な痛みの管理方法を開発しなければならない。そのケアによって誘発される患者の苦痛を無視したり否定したりするよりも、それを直視することに耐えることが、看護のアートの倫理的中核である。・・・極端な機器では、一時的に患者を客観視するという方法が当然のこととして求められる。(p.155)

クリティカルな状況において、 患者を人として見るとは (ベナー：前掲書 pp.155-156)

(フライトナースによる、事故で極めて悲惨な状況にある人のケアについての語り)

- 看護師4：その場合、患者は実は人間ではないのです。“私は（その人の）気道を支えている”というようにね。つまり、それは単に気道確保であり機械的な動きなのです。本当に人ではありません。それはどんな時でも人間としての患者を見ないことを意味しているのではなく、仕事を終わらせることに焦点を当てなければならないのです。病院に着いて患者にケアしなくなったら、その時患者は人に戻り、後から彼らに配慮することができます。
- 看護師2：“私がしなければならないのは気道確保“とか、”私がしなければならないことはこれ、私がしなければならないことはそれ”とあなたが言ったように、気持ちを集中させればやりやすくなると思います。特にそれが患者だけでまわりに家族がいないときには。

それは情動的な切り離しや無関心ではないか？

(ベナー：前掲書)

- このような苦痛と同情のバランスを保つ関与りのスキルは、Rubin (1996) が記しているように、専門的臨床判断や実践力の向上を妨げる情動的な切り離しや無関心であると、誤解されてはならない。 (p.156)

一見ケアリングにはみえない、しかし...

(ベナー：前掲書)

- 臨床的実践と倫理的実践は密接に結びついている。言い換えると、倫理的判断は状況に応じてとられた臨床行為によって形成されるのである。生命を脅かす状況を診断し管理することは、当初は倫理的専門性とはまったく別に見えるかもしれないが、...それは患者の生理的かつ個人的なニードに対処しながら、“何がよい行為”なのかをどう認識するか、変化し展開していく危機にどう熟練し深い同情で反応するのか、そして提供するケア方法をいつ変えるのか、といったことである。 (p.158)

適切な倫理的・臨床的な判断と 敬意を持ったケアリング

(ベナー：前掲書)

- ・(救命措置中に亡くなった患者の手を握り続けた看護師の語り)
私はまさに悟ったのです、「この患者をガーニー(車輪付き担架)の上に乗せたまま、誰のぬくもりも感じずに死なせてはならない」と。もちろん十分なCRPは行いました。
- ・展開していく危機的状況の中で、どんなケアが必要なのか見極められるようになるには、適切な倫理的・臨床的な判断と敬意をもったケアリングを必要とする。(pp.158-159)

※アメリカの教育は、大学～大学院修士課程～博士課程

©CHURU HATASHI
2013/08

看護とは何か？看護師とはだれか？

一「何でも屋であり何でもない屋」を超えて

- ・看護師は「幅広い業務を担い得る」ことが評価されて(チーム医療のキーパーソン?)医師不足補完の第一のターゲットにされた
 - ・ここに看護の専門性への理解は全くない。
 - ・看護師は、「患者のために」という錦の御旗の下に、本来看護師が行う必要のない雑用も含めて何もかも引き受けさせられてきた歴史がある。
 - ・あれもこれも引き受けているうちに、いつしか看護師は「何でも屋でありかつ何でもない屋」「剥いたら最後は何も残らない玉ねぎ」に。
- ⇒看護の核は看護ケアである。真の意味でのチーム医療を推進しなければならない今こそ、「患者のために」看護師の軸足を看護ケアに置くべき

看護本来の役割の探究と看護の可視化

- 研究やナラティブなどをおしの共有、言語化、エビデンスの明確化が必要
- 患者・市民の目からみて「看護師とは何をする人か」がきわめて見えづらい。看護師とは何をし何ができる人か、すなわちケアリングの有用性を具体的に、患者・利用者、そして国民に理解される形で示す必要
- こうした「看護の可視化」を実現するためには、看護師個々に、ケアの根拠を示し、目標・計画そして成果を開示し、説明責任を果たせるだけの力量が必要

少子高齢多死社会の医療人材養成政策

○医師不足対策

- 医学部編入学枠の拡大...医行為がしたい看護師を医師に
- メディカルアシスタントの新設
⇒ただし准看護師制度の轍を踏まないことが絶対条件

○看護師不足対策

- 准看護師養成停止
- 看護補助者の公的な養成・身分保障と適切なケアミックスの探究⇒看護師の補完代替ではない対等な連携協働

○医師・看護師も含めた、医療人材育成全体を貫くグランドデザインの作成。

⇒その中で高度実践看護師(APN)養成もいずれ検討

私の南極物語 – その7 –

山梨大学 生命環境学部 環境科学科 教授
第38次日本南極地域観測隊越冬

竹内 智



専門はプラズマ物理、環境科学。プラズマ衝撃波による宇宙線加速や低炭素社会に向けた BDF（廃食用油から精製されるディーゼル燃料）の利活用に取り組む。越冬ではオーロラ観測に従事。

オーロラは北極や南極の高緯度地域に現れる世の中で最も壮麗な自然現象の一つである。古くはバビロニアの象形文字でオーロラと思われる



活発なオーロラの前兆といわれる多重オーロラ(バンド、タイプ F):
日没直後の残照に露岩が映える

記述が石板に刻まれており、日本でも「日本書紀」などに「紅気」や「赤気」という表現でオーロラの出現が記録されている。これら古い記録に残るオーロラは比較的低緯度で見られた暗赤色のオーロラであり、全世界的な規模でオーロラ嵐が起こったときの記録である。現在でも北海道や長野などの低緯度でオーロラの発生が観測されるが、数十年に一度という頻度であるため、よほど運が良くないとお目にかかることはできない。オーロラに近代科学のメスが入れたのは、人工衛星が打ち上げられ宇宙からオーロラが観測できるようになってからである。



朝の薄明に青白く輝くレイ状のオーロラ(レイ、タイプ F):
左側に南十字星が見える

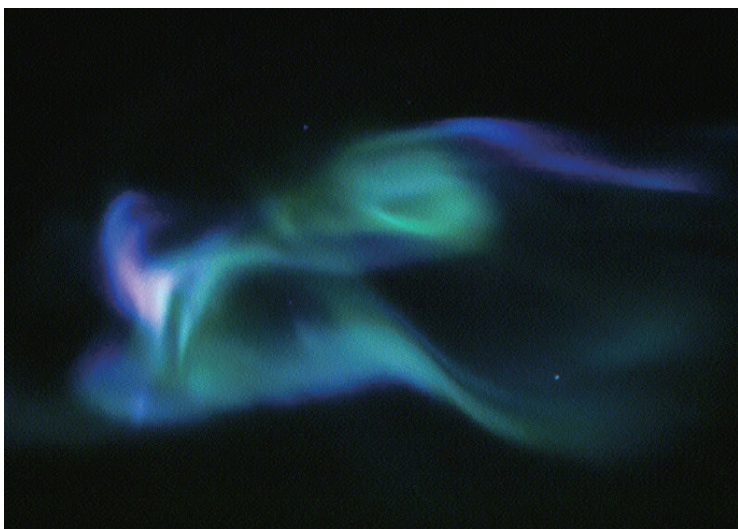


代表的な緑白色の明るいオーロラ(バンド、タイプ C):
バンドタイプから渦状に変化しつつある

神秘のベール

オーロラは太陽活動と密接な相関がある。太陽からは太陽風と呼ばれる高エネルギーの粒子（電子やイオン：プラズマ）が太陽磁場と共に宇宙空間へ常に放出されている。皆既日食のときに見られる太陽コロナや太陽フレア（爆発）は太陽表面から宇宙空間に放出される高温プラズマの現象としてよく知られている。地球は地磁気で覆われているため、高温プラズマの太陽風が電離層まで直接入り込んでくることはない。一旦、地球を迂回して夜側へ回り込み、そこから南北両極に入ってくる。このような高エネルギー粒子はオーロラ粒子と呼ばれている。

極域の電離層に入り込んできたオーロラ粒子は、大気の主成分である窒素や酸素の原子・分子と衝突しエネルギーを失ってしまう。一方、エネルギーを受け取った原子・分子が元の安定な状態にもどるとき赤や緑の光を放ち、それがオーロラとして観測される。



極夜の天空を駆け巡るオーロラ(バンド、タイプ B)

オーロラのタイプ

地 上100キロメートルから上限500キロメートルの電離層で発生するオーロラは緑と赤の色で特徴づけられる。タイプA：上へ向かって暗赤色になる緑白色のオーロラ。暗赤色はよく見えない。タイプB：下端が赤くなる緑白色の明るいオーロラ。タイプC：一般的によく見られる緑白色のオーロラ。タイプD：すべて暗赤色になるオーロラで大規模なオーロラ嵐のとき低緯度で見られる。タイプE：タイプBと同じであるが活動的なオーロ

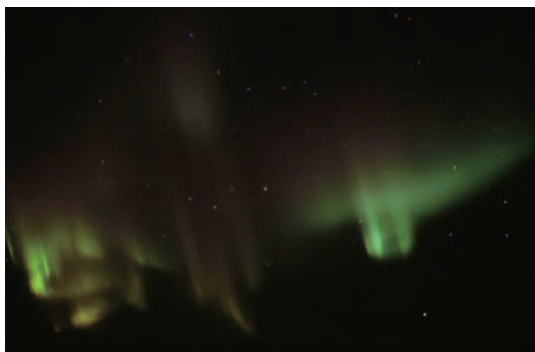
ラ。タイプF：青や紫がかったオーロラで太陽光や明るい月光に照らされたときに見られる。

さらに、オーロラは次の5つの形態に分類されている。アーキ：発生初期に見られる円弧型オーロラ、バンド：円弧



赤や青色の見えるレイ状のオーロラ(レイ、タイプF)：バックには逆さオリオン星座が見える

型が曲がったりよじれた



暗赤色のレイタイプのオーロラ(レイ、タイプB)：ヨーロッパや中国など低緯度地域でも見られ、血の色にもっていたことから疫病や災害の前触れの不吉なオーロラとして忌み嫌われていた

りしたオーロラ、レイ：地磁気に沿った縞模様が見えるオーロラ、パッチ：幾つかの固まりに分裂したオーロラ、ベール：一様に広がったオーロラ。

オーロラの謎

形 態学的なオーロラの研究はかなり進んでいるが、太陽風からオーロラの発生に至るまでの過程にはまだ謎の部分が多く、それがオーロラ研究の魅力ともなっている。壮麗なオーロラを生み出す自然のからくりにはいまだに不思議な魔力が宿っている。



放射状に広がるコロナオーロラ(タイプ F)：
オーロラが観測者の真上に来たときにしか見ることのできない特別なオーロラ

次号、その 8 へ続く (10 部作・完)

原稿募集

全大教時報編集部では、各大学・高専・大学共同利用機関の具体的な動き、取り組みなど多方面からの原稿を募集しております。下記投稿要領によって、積極的にお願いします。

❖投稿要領

- 文体 自由
- 字数 刷上がり本文については、以下を基準とします。

2 頁	2000 字	4 頁	4000 字
5 頁	5000 字	6 頁	6000 字
- 原稿締切 毎偶数月・末日
- 掲載 投稿の翌月号（但し、投稿が多数の場合は次号）
- 謝礼 規程により謝礼（図書カード）を進呈します。
- その他
 - ①投稿原稿は返却いたしません。
 - ②投稿にあたっては、標題、投稿者氏名、所属大学・高専、又は機関名の明記をお願いしております。

全大教時報

第 38 卷 1 号 2014 年 4 月
(大学調査時報・大学部時報通算 201 号)

編集・発行 全国大学高専教職員組合 電話 (03) 3844 - 1671

〒110 - 0015 東京都台東区東上野 6 - 1 - 7

郵便振替口座 00170-6-18892

印刷 株式会社 きかんし 電話 (03) 5534 - 1234

〒135 - 0053 東京都江東区辰巳 2-8-21

乱丁本・落丁本はお取り替えいたします。

本書の一部あるいは全部について筆者と全大教の承諾を得ずにいかなる方法においても無断で転載・複写・複製することは認めておりませんのでよろしくお願いします。