

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に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が、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、保助看法をいじるぞというところまでは決まっていたのですが、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だと思います。

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でも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、大学病院において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こと、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。ナースの方は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ったら誰が一番困るか。医療事故が起こっ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。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は。

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、看護師の保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、医師の仕事量があまりにも多すぎて、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け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ます。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います。

これは内輪の話ですが、今の坂本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と、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法律も、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」だといっています。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、すごく変なのが「いずれの場合に限り、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てしまうと、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、それをすると、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らかです。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こうという狙いが明らかです。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月に発表されました。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種類の行為につい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カ月だろうか、どこで教育して、誰が教えるのかということて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行っている点が大きな違いだと思います。

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、限定列举で、これとこれとこれと列举する。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いうことを行っています。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行っています。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した。

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

ということがあります。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しています。

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思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は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ん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こと、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、看護師のままではないわけです。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るうとしたときに、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、医師の協力がなくてできないので、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が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ろうか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こともある。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っ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と言っています。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わりスキルは、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。

おわりにー今後の取り組みー

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カ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、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確認しないと、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は、医療を担う人々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いと思います。そういうことをなぜ考えないかということ、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こと、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。そういうものがよう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）」

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、どのような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。

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

- 政財界からの要請によって出てきた議論（医療界にとっではいわば“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）。

「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」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。

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みなさんをお願い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きようなことを、もっと積極的にやってみようではないか、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)

©CHIYU HAYASHI
2013/05/28

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。

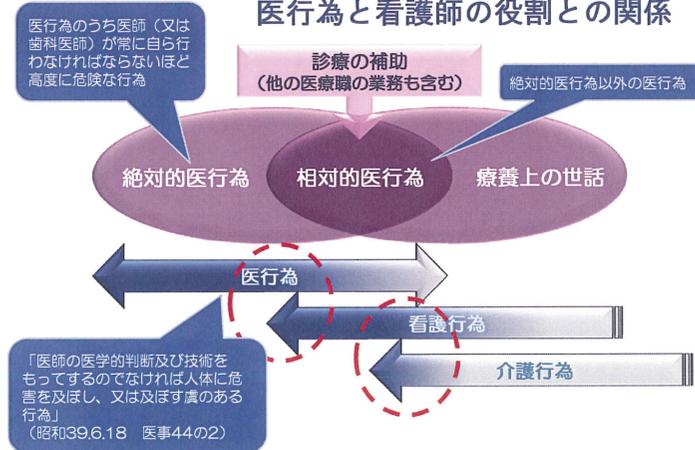
現在の法制度における看護師の役割

- 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、傷病者若しくはじょ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。

©CHIYU HAYASHI
2013/06/28

©CHIYU HAYASHI
2013/06/28

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¹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。

- 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ールを用いる等により事前に指示すること）があれば足りる。
- 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)

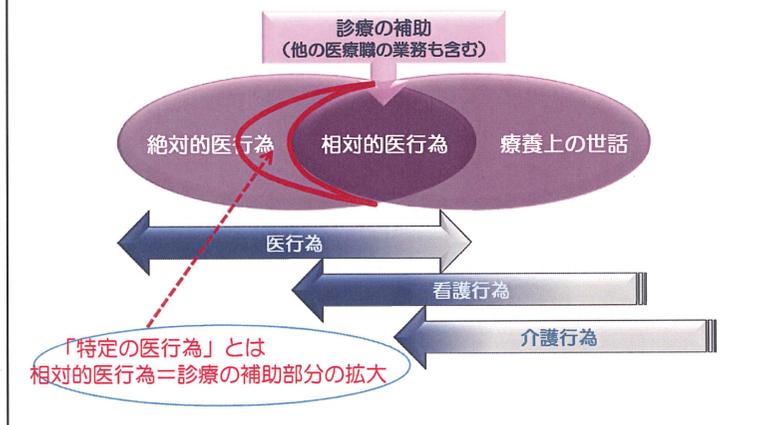
【制度骨子1 特定行為】

- 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3 厚生労働大臣の認証】

- 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。
 - 看護師の免許を有すること
 - 看護師の実務経験が5年以上であること
 - 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
 - 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。
- 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努めなければならないこととする。



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。

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？）

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イーニングの実施
- 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

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。

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。

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きようなことを、もっと積極的にやっつい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

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っ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

高木氏（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—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 생각합니다。看護を基盤にさらなる進化という感じですが。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。

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と、この処置が出来るのではないかと、思いながらも、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？

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？」

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....

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

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)

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わりスキルは、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)

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うときには。

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

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

看護とは何か？看護師とはだれか？

—「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

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