

200805026A

平成20年度 厚生労働科学特別研究

**専門的な看護を提供できる実践家の育成に
向けた体制構築の方策に関する研究**

平成21年3月

研究代表者 草間 朋子

目次

1. はじめに

2. 専門的な看護を提供できる実践家の育成が必要とされる背景

2-1 日本における看護教育の高度化の動向 –とくに大学教育に関連して–

- (1) 戦後の看護教育
- (2) 看護の大学・大学院教育

2-2 医療・保健・福祉を取り巻く環境の変化

- (1) 疾病構造の変遷・医療技術の高度化・専門化
- (2) 医療提供体制と医療従事者の多様化および人数等の変遷
- (3) 国民医療費と医療受給体制と改革

3. 医療現場における看護師の役割分担の実態等

- (1) 救急外来におけるチーム医療（急性期ケア）
- (2) がん化学療法外来
- (3) 緩和ケア
- (4) ICU
- (5) 外来での糖尿病患者への対応
- (6) 介護老人保健施設等の看護師の業務
- (7) 訪問看護ステーションにおける訪問看護師

4. 医療従事者間の業務分担に関する最近の行政からの提案等

4-1 「経済財政改革の基本方針 2008」（平成 20 年 6 月 27 日閣議決定）

4-2 安心と希望の医療確保ビジョン（平成 20 年 6 月、厚生労働省）

4-3 『安心と希望の医療確保ビジョン』具現化に関する検討会の中間とりまとめ （平成 20 年 9 月 22 日厚生労働省）

4-4 5つの安心プラン「社会保障の機能強化のための緊急対策」 （平成 20 年 7 月 29 日、内閣府）

4-5 規制改革会議「第 3 次答申」（平成 20 年 12 月 22 日、内閣府）

5. 医療従事者間の役割分担等に関する行政の対応

5-1 看護師の業務とそれに対する行政解釈の変遷

- (1) 「療養上の世話」に対する解釈について
- (2) 「診療の補助」について
- 5-2 「静脈注射」に関する行政解釈の変遷を通して「診療の補助」業務を考える
 - (1) 「看護師等の業務分担」に関連した解釈
 - (2) 「医師の事前指示」
- 5-3 「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達 (平成 19 年 12 月 28 日))
- 5-4 看護職の業務等に関連して行政から出された通知など

- 6. 日本における専門的な看護を提供できる実践家養成の現状
 - 6-1 専門看護師 (CNS : Certified Nurse Specialist)
 - 6-2 認定看護師 (CN : Certified Nurse)
 - 6-3 認定看護管理者
 - 6-4 沖縄における駐在保健師

- 7. アメリカにおけるナースプラクティショナー
 - 7-1 APRN (Advanced Practice Registered Nurse)
 - 7-2 アメリカにおけるナースプラクティショナーの歴史
 - 7-3 アメリカのナースプラクティショナーの現状
 - 7-4 アメリカの医療保険制度

- 8. 諸外国における看護職の裁量範囲 (役割・業務)
 - 8-1 フランス
 - 8-2 イギリス
 - 8-3 韓国
 - 8-4 ドイツ

- 9. 看護職の裁量範囲の拡大に関する報告書等
 - 9-1 厚生労働省検討会 (「新たな看護のあり方に関する検討会」
平成 14 年 5 月 31 日)
 - 9-2 日本学術会議 健康・生活科学委員会看護分科会

10. 日本における専門的な看護を提供できる実践家の育成について
 - 10-1 日本における専門的な看護を提供できる実践家の育成の必要性
 - 10-2 日本における専門的な看護を提供できる実践家の育成のためには
 - (1) 専門的な教育を受けた看護職の業務範囲の拡大
 - (2) 専門性の高い看護職の裁量範囲の拡大の必要性
 - (3) 現行法令の下での、専門性の高い看護師の活用

11. 日本における専門的な看護を提供できる実践家の養成教育と社会の理解に向けて
 - 11-1 看護系大学の大学院博士課程の前期課程（修士課程）の活用
 - 11-2 専門性の高い看護職の養成のためのコアカリキュラムの検討
 - 11-3 専門性を強化した看護職の裁量範囲を拡大することによる効果
 - 11-4 専門的な看護を提供できる実践家の活躍に対する社会の受容について

12. 日本における専門性の高い看護師の裁量範囲の拡大に向けて
 - 12-1 看護師の裁量範囲の拡大とその領域
 - 12-2 専門性の高い看護師の裁量範囲を拡大するために必要な教育内容

用語等の説明

- ・タスクシフティング（業務移譲）
- ・スキルミックス（職種混合）
- ・チーム医療
- ・医業・医療・治療
- ・プライマリヘルスケア

1. はじめに

疾病構造の変化、医療関係職種の多様化、看護知識・技術の発達、看護教育の高度化、医療技術の進歩・発展、あるいは医療・保健に対する国民のニーズの多様化など医療保健を取り巻く環境の変化に伴い、看護師等に期待される役割は拡大しつつあり、その期待に応えることができる能力、質の向上に看護職自身が取り組むことはもちろんであるが、組織的に制度設計に向けての取り組みも必要とされる時期であると考えられる。

看護職の質の向上・確保のための組織的な取り組みとしては、養成教育、卒後教育・継続教育を含めた教育体制を、社会のニーズにあったものに整備し、看護職の質の向上を図っていくことが不可欠である。

我が国における看護師の養成教育は複雑である。そのような中で、平成に入り、看護系大学、大学院の数が増加しつつあり、看護教育期間の長さ等の格差は広がり、看護師養成課程は多様化しつつある。

一方、看護職の業務に関しては、今から60年以上も前の昭和23年に保健師助産師看護師法が制定された当時から、制度的には変わっていない。

医療・保健の高度化・専門化、医療職種の多様化などが進む中で、国民のニーズにあった医療・保健を提供していくためには、それぞれの医療職の専門性を強化、尊重しつつそれぞれの役割を活用したチーム医療が不可欠である。チーム医療に関しては、その一翼を担う看護職は、他の職種との連携を図りながら、看護職自身がどのようにあるべきかを提案していかなければならない。

看護職の高等教育が加速される中で、看護職の役割・業務の拡大、裁量範囲の拡大も視野に入れた検討が必要とされる。

本報告書では、我が国において、看護職の専門性を強化し、社会のニーズに応えられる人材を育成するための看護系大学院修士課程の積極的な活用を念頭に入れつつ、我が国の看護とくに看護業務に関連した制度的な課題、諸外国の専門性の高い看護職の実践の状況等を調査報告し、日本における専門性の高い看護職の裁量範囲の拡大の方向性を検討することとした。

2. 専門的な看護を提供できる実践家の育成が必要とされる背景

2-1 日本における看護教育の高度化の動向 -とくに大学教育に関連して-

(1) 戦後の看護教育

戦後、福祉国家として再出発するにあたり、日本の医療関係者の資質が欧米諸国に比べ立ち後れていることが指摘され厳しい反省がなされた。看護婦の役割は、医師の補助者として診療の補助行為が主たるものであり、患者の療養上の世話は主として家族や付き添者によって行われていた状況にあった。とくに、保健婦、助産婦、看護婦については、戦前の制度が欧米諸国に比べて、著しく立ち後れており、抜本的な改善を図ることとなった。

看護の質の確保・向上のためには教育が基本であり、看護教育の改革が行われ、昭和23年に制定された保健師助産師看護師（以下保助看法）によって大きな改革がもたらされ、看護職の教育の体系化が図られた。

新たに改変された看護教育の主たる目的は、専門的な職業教育として、医師と対等の立場に立って、患者の生命を守り、健康の維持を図ることができる看護婦を養成することであった。保助看法では、看護教育のレベルの向上のために、看護学校への入学資格を高等学校卒業生とし、看護婦の国家試験受験資格は3年以上の教育課程を履修した者とされた。また、主たる養成機関である、看護学校は、厚生省または文部省による教育運用上の基準に関する審査を受けて認可されることとなった。

昭和23年に制定された、保助看法で規定された看護職の国家試験の受験資格を以下に示す。

① 看護師（第21条）

- ・ 文部科学省・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の指定した学校において3年以上看護師になるに必要な学科を修めた者
- ・ 文部科学省・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、厚生労働大臣が指定した看護師養成所を卒業した者

② 保健師（第19条）

- ・ 文部科学省・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の指定した学校において6月以上保健師になるに必要な学科を修めた者
- ・ 文部科学省・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、厚生労働大臣が指定した保健師養成所を卒業した者

③ 助産師（第 20 条）

- ・ 文部科学省・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の指定した学校において 6 月以上助産師になるに必要な学科を修めた者
- ・ 文部科学省・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、厚生労働大臣が指定した助産師養成所を卒業した者

保助看法の学校養成所の指定に関する事項の施行期日（看護師に関しては昭和 25 年、保健婦および助産婦に関しては昭和 26 年）とされた昭和 26 年当時の高等学校進学率は 41% にすぎなかったことを考えると、看護職の教育を高等学校卒業後の教育として位置づけて基礎教育がスタートした意義は大きい。しかし、その後、保助看法に、議員立法で、准看護婦が位置づけられ、現在に至っている。

看護の質を維持・向上するための看護教育の運用上の、詳細については、指定規則（昭和 26 年）によって定められている。保健師、助産師、看護師の基礎教育については、看護職に求められる知識・技術等を充実するために、下記の指定規則の改正の度に、教育内容、教育時間等の改善はなされてきた。しかし、社会のニーズにあった教育内容を教授するためには、教育期間の延長が必要なこと、大学教育化の必要性等が、さまざまな機会に検討されてきたが、保健師、助産師、看護師の基礎教育の教育期間については、昭和 26 年のスタートの段階から変わっていない。

- ① 昭和 26 年（1951 年）制定
- ② 昭和 42 年（1967 年）
- ③ 平成元年（1988 年）
- ④ 平成 8 年（1996 年）
- ⑤ 平成 21 年（2009 年）

また、看護に限らず、大学教育が一般化・大衆化する中で、看護系大学も 170 校を超え、看護系大学院修士課程を設置している大学も 110 校を超えている現状にあって、保健師、助産師、看護師の教育課程として「文部科学大臣の指定した学校」と記載されているのみで、「大学」「大学院」の位置づけが明確になされておらず、看護職教育は、制度的には高等教育に位置づけられていないのが現状である。

（2） 看護の大学・大学院教育

看護職が大学教育、すなわち看護の学士教育が、最初に始まったのは県立高知女

子大学において昭和 27 年からである。

保助看法が施行された以降の看護教育は、各種学校としての専門学校で行われていたが、高知県では、看護教育を昭和 24 年に新制大学としてスタートした高知県立女子大学で行うことの必要性が検討され、様々な議論の末、昭和 27 年 4 月に家政学部の一学科として「看護学科」が誕生した。「考える看護婦」「主体的な行動がとれる看護婦」「看護の実践の場を大切にする看護婦」という教育理念を目指した大学での看護の教育がスタートした。

翌年の昭和 28 年 4 月には、東京大学医学部に「衛生看護学科」が設置された。大学教育としての衛生看護学科を設置した当時、東京大学には、既に、専門学校としての医学部附属看護学校があったため、看護婦の職業教育との違いを明確にするために、「文部省や厚生省の関係当局は、日本の看護体系に筋金を入れたいというねらいから、外国の Consultant Nurse のような大学教育を受けた卒業生で、看護学校、高等看護学院の教官陣を充実するとともに、将来の日本の看護界の中核となるべき看護専門家を養成しようと考えた」とされていた（見藤隆子：「学問としての看護」1993）。

東京大学医学部衛生看護学科は、昭和 40 年には、「保健学科」に改称（名称が変更されただけで設置の目的は変更されていない）された。昭和 39 年 4 月には、大学院修士課程及び博士課程が設置され、看護学の大学院教育が始まった。さらに、保健学科は、平成 4 年には、「健康科学・看護学科」に改称された。

昭和 39 年には私立では始めて聖路加看護大学が、昭和 61 年には日本赤十字看護大学が 4 年制の看護大学としての看護教育を開始した。

昭和 50 年には、国立大学初の「看護学部」として、千葉大学に看護学部が設置された。大学における看護学の設置の形態が、「学部」であるか「学科」あるいは「専攻科」であるかは、看護学の自律のために大きな影響を与えるものと考えられる。平成になって設置された国立の看護系大学は、既設の医学部の一学科として設置され「学科」または「専攻科」がほとんどである。

平成に入り、わが国が急速な高齢化社会に変わることになり、看護職の高等教育が必要であるとの社会的な認識のもと、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」（以下「人確法」という）が制定された。

この法律の目的は、「我が国における急速な高齢化の進展および保健医療を取り巻く環境等に伴い、看護師等（保健師、助産師、看護師、准看護師）の確保の重要性が著しく増大していることに鑑み、看護師等の確保を促進するための措置に関す

る基本指針を定めるとともに、看護師等の養成、処遇の改善、資質の向上、就業の促進等を、看護に対する国民の関心と理解を深めることに配慮しつつ図るための措置を講ずることにより、病院等、看護を受ける者の居宅等看護が提供される場所に、**高度な専門知識と技能を有する看護師等を確保し、もって国民の保健医療の向上に資すること**」とされている。

国民の求める保健医療・福祉サービスを担う資質の高い人材を確保するため、関係省庁が連携を図りながら政府全体で進めていくことが付帯決議されている。この法律の成立を一つの契機に、全国各地に国公立の看護系大学が急速に設置された。国立大学では、医学部の中に「看護学科」または「看護学専攻」の形で設置され、公立大学（多くは県立大学）では単科の「看護大学」として設置された大学が多かったが、平成 16 年度以降の公立大学の法人化（公立大学法人）に伴い、それぞれの県にある複数の県立大学が統合され、県立大学の「看護学部」と変化した大学もある（兵庫県立大学、首都大学、広島県立大学、長崎県立大学、愛知県立大学など）。最近になっても、看護系の大学の数は増加の一途をたどっているが、国や地方の財政的な状況等を考えると、今後設置される看護系の大学は、ほとんどが私立大学である。

看護系大学では、学部の完成年度に向けて大学院修士課程を設置する大学が多く、看護系の大学院も増加の一途をたどっている。

看護系大学が急増する中でも、看護職の国家試験の受験資格は、昭和 23 年の保助看法制定当時のまま変更されることはなく、平成 8 年には、看護師と保健師、あるいは、助産師の**統合カリキュラムの下で教育を受けることにより、3つの職種の国家試験の受験資格が与えられることになった。**

大学および一部の看護専門学校において**統合カリキュラムで行われている看護職の教育が、人確法の理念に沿った高度な専門知識と技能を有する看護師等の養成、社会のニーズにあった看護職の養成の目的を果たしているか否かについては検討する必要がある。**

平成 21 年 4 月現在の看護系大学の数は 178 校となり、看護大学院修士課程は 118 校、博士課程は、54 校となっている。看護系大学および看護系大学院の増加傾向を図 1 および 2 に示す。

2-2 医療・保健・福祉を取り巻く環境の変化

(1) 疾病構造の変遷・医療技術の高度化・専門化

疾病構造の変化を示すために、保助看法が制定された頃（昭和 25 年）の死亡割合と、平成 17 年の死亡割合を表 1 に示す。

現在では、生活習慣病（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）が死亡割合の 60% 以上を占めており、昭和 20 年代の結核や消化器系の感染症が死亡割合の 50% 以上を占めていた頃と疾病構造は大きく変化した。

生活習慣病の場合は、治療よりも疾病そのものの発症を防止することが重要であり、疾病が発症してしまった場合には、医療従事者は、疾病の進行を抑制し、QOL を高めるための支援をすることがきわめて重要となってくる。

また、医療技術の高度化・専門化は日進月歩で進められている。

画像診断を例にとると、昭和 20 年代の画像診断技術は、単純 X 線撮影と透視に限られていた。しかし、現在では、CT をはじめとした X 線診断、MRI 検査、PET 等の核医学検査、超音波診断、内視鏡検査などが日常的に行われている。画像診断装置等の件数を表 2 に示す。

がんの治療を例にとれば、かつては、外科的な手術が主な治療手段であったが、現在では、手術、放射線治療、化学療法、免疫療法など多岐にわたる治療手段が集学的に実施されている。

個人の遺伝的背景なども考慮した副作用の少ない効果的な分子レベルの診断・治療、すなわちテーラーメイドの治療が行われるようになってきている。

このように、診断治療とともに高度化、先進化している中で、チーム医療のための医療従事者間の業務の分担の検討が不可欠な時期にきている。

（2）医療提供体制と医療従事者の多様化および人数等の変遷

平成 18 年の、主な医療従事者の数を表 3 に示す。

医師法や保助看法の制定された当時は、医療従事者としては医師、歯科医師、薬剤師、看護職（保健師、助産師、看護師）、診療放射線（X 線）技師が主な職種であったが、現在では国家資格を持つ医療職者としては、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、視能訓練士、臨床検査技師、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、管理栄養士、臨床工学技士、介護福祉士、医療社会事業従事者など多岐にわたり、それぞれの職種が、専門性を発揮しながら、現在の日本の医療保健福祉を支えている。

また、医療従事者、とくに医師の地域的な偏在や、診療科による偏在が社会的な問題となっている。都道府県別の人口 10 万人あたりの医師数を図 3 に示す。県レ

ベルでみた場合も、医師の偏在が認められるが、平成 16 年度に導入された新卒医師の 2 年間の臨床研修が制度化された後に、都市部と遠隔地域との医師の偏在が特に問題にされるようになった。大分県の場合では、大分市に 70%以上の医師が集中し、高齢化とも関連し、無医地区の存在が問題となっている。

これらの問題を、医師数の増加や、潜在女性医師の掘りおこしなど、医師のみに注目した改善では、医療保健福祉の領域で現在問題になっている問題の解決にはならないはずである。全ての医療職の専門性を活用したチーム医療を押し進めるべきである。医療関係職種の多様化は、チーム医療を進めるためのものに他ならない。チーム医療で看護職として果たすべき役割・業務を検討していくことが、看護職の責務であろう。

この場合に、看護職の教育体制との関連を十分考慮する必要がある。

(3) 国民医療費と医療受給体制の改革

日本では、昭和 36 年に、世界に誇る国民皆保険の医療保険制度が確立し、全ての国民が公平な医療が受けられる仕組みが出来上がった。

また、平成 12 年（2000 年）には、介護保険制度ができた。

国民医療費は、年々増加し、平成 17 年度には、33 兆円以上となり、国民所得に対する国民医療費の割合は 9.01%となり、一人当たりの国民医療費は 25 万 9300 円となっており、年々増加の傾向にある。とくに、超高齢社会を迎え、65 歳以上の国民医療費は、16 兆 8906 億円（総額の 51.0%）、75 歳以上は 9 兆 5336 億円（28.8%）であり、全医療費に占める高齢者の医療費が、全体の 80%を占めている。このような中で、国としての保健医療システムの改革、医療保険制度の改革、診療報酬・介護報酬の改正など医療改革が進められている。具体的には、疾病予防、健康づくりなどを重視した医療・保健の推進、医療提供体制の改革（医療情報の提供体制、医療機能の分化・連携、医療関係職種間の業務分担と連携、療養病床の再編成、生活の場での療養の充実（在宅医療サービスの充実など）等の検討が行われている。

診療報酬・介護報酬の改定等では、看護技術に対して適正な評価を行うために、急性期医療における安全対策の一環として 7：1 の看護師の配置基準の導入、認定看護師の専従配置による総合的褥瘡ケアの評価、療養管理手当の導入などが実施されている。

超高齢社会を迎え、医療・保健・福祉を取り巻く環境が大きく変化している中で、医療費の適正化・効率化を図りつつ、国民が安全で安心な医療・保健サービスを受けることができるシステムを構築するためには、専門性の高い看護の実践家を養成し、活用し、理想的なチーム医療を実現していくことは時代背景を考えると必然的なことである。

3. 医療現場における看護師の役割分担の実態等

医療保健の高度化、先進化が進む中で、保助看法が制定された当時と比べて、看護職に求められる知識・技能は多様化し、現場では、看護職はチーム医療の一翼を担う人材として、医師等との連携を図りつつ、さまざまな業務を担っている。その実態を、聞き取り調査等で実施したのでその結果を記述する。

(1) 救急外来におけるチーム医療（急性期ケア）

医師不足、救急搬送患者数の増加、比較的軽症の救急搬送患者の増加等に対応するために、院内教育を受けた看護師がトリアージを行い、医師と連携を図りながら予め施設内で作成したガイドライン等にしがった対応が看護師の判断で実施されている。

① 患者のトリアージと処置

対象者は、侵襲性の高い処置を必要としない患者とする。ショック状態、敗血症、多臓器不全などで透析や循環補助を必要とする患者等のトリアージも看護師が担当している。

トリアージ後に、医師と連携を図りながら必要な患者に対しては以下の処置を実施する。

- ・ 薬剤の投与（ボスミン、メイロン、電解質の補整など）
- ・ 症状緩和のための薬剤の予測
- ・ 医師の血管確保の指示と同時に、ソリタなどによる持続点滴の準備がされ、サフローによって血管確保がされている。
- ・ 酸素吸入が必要と判断した患者に対しては、医師の指示がある前に、酸素吸入の準備を行う。酸素濃度は医師に確認しているが、多くの場合、医師の指示量は、看護師が予測した量と同じである。

② 検査の必要性の予測

看護師は検査の必要性を予測し、医師は、看護師の予測を確認し、医師が検査のオーダーを行う。看護師は検査結果のアセスメントを行い、医師が診断を下す。

③レントゲン（X-P）や心電図は、すべての患者に必ず行う検査であるため医師のオーダーがなくても、看護師が診療放射線技師や臨床検査技師に連絡をして、検査を実施している。

④CT やエコー、内視鏡などの検査は、看護師が必要と判断したら、技師に連絡を行い、機材の準備を整え、迅速に検査ができるようにしている。その後医師の指

示のもとで検査が行われる。

- ⑤ 救急患者の症状別に血液検査セットが4種類組み立てられており、それに基づいて、看護師が判断し、検査のための採血を実施するが、セットされた検査以外の検査が必要と看護師が判断した場合は、看護師が医師に申し出て、検査項目として追加している。

⑥ 比較的簡単な応急処置

現在、指などに外傷を負った患者が来室した場合、救急当番の外科医が救急室にきて、消毒をし、縫合せずテープ（ステリストリップ）を貼っている。

また、魚の骨がのどに刺さったという子どもに対しても、救急当番の医師が、ペンライトで咽頭を観察し、骨があれば摂子で取り除き、刺さったあとの痛みは残ることを説明しているが、このような簡単な処置はわざわざ医師がいなくとも看護師の知識や技術で判断し処置を行えると考えられる。

⑦ その他

気管内挿管が必要な患者に対しては、医師が挿管し、その後、人工呼吸器の設定は看護師が行い、医師が確認している。

（2）がん化学療法外来

抗がん剤の進歩により、がんの化学療法は病棟から外来へ移行している。患者の安全性を優先し、かつ患者のQOLの確保をすることが必要とされるが、専門医が少ないのが実態である。そこで、認定看護師が医師と連携を図りながら、対応している。

医師が処方した抗がん剤を投与するための血管穿刺を看護師が実施し、化学療法実施中の全身管理を行う。

- ・薬剤の投与速度の変更
- ・急変時の化学療法中断と緊急薬剤の投与（抗ヒスタミン、ステロイド）
- ・副作用緩和のための薬剤投与の予測（下痢止めなど）

抗がん剤の血管外漏出時には緊急対応を行った後、医師の処置を受ける。

（3）緩和ケア

がんの末期患者のQOLを確保するためには、疼痛の緩和がきわめて重要であり、WHO方式の普及により、事前指示により鎮痛剤（モルヒネ）の投薬を、研修を受けた看護師が実行している。

鎮痛剤（モルヒネ）および、鎮痛補助薬、鎮静剤の処方はいずれも医師が行い、基本処置量の投与は事前指示により、看護師が行い、その際の服薬指導なども看護師が行う。また、痛みのアセスメントを行い、投与量の評価を行い、必要な場合には、医師に連絡し、臨時追加量の処方を医師が行う。また、副作用緩和のための薬剤投与の予測を行い、必要な処置を医師に連絡する。事前指示により緩下剤、制吐剤等の投与を行う。

（４）ICU

医師と連携を図り、夜間や緊急時の対応を事前の指示の範囲内で、院内教育を受けた看護師が実施する。

- ・ 必要な薬剤の予測
- ・ 夜間に必要な薬剤（血圧コントロール、塩化カリウム、インスリン）の予測と事前処方の依頼
- ・ 不整脈患者で医師が徐細動パッドを装着した患者に対して徐細動を実施する。
- ・ 人工呼吸器の設定

（５）外来での糖尿病患者への対応

現在、日本では糖尿病およびその予備群は 2210 万人と推計されることが、厚生労働省の「2007 年国民健康・栄養調査」で明らかにされ、糖尿病が疑われる人は、10 年前の 1997 年と比べ約 1.3 倍に増え、増加の一途をたどっている。

一方、糖尿病療法指導士などの教育を受けた看護師が増加しており、糖尿病患者にチームで対応している病院がある。その例を以下に紹介する。

ベッド数約 600 床の総合病院で、看護師 4 名、薬剤師 1 名、検査技師 2 名が糖尿病療法指導士の資格を有しており、週 1 回、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、栄養士で患者のカンファレンスを設け意見交換をしている。内分泌代謝内科においては、開業医からの紹介患者に対して糖尿病合併症のチェックと糖尿病教育入院（糖尿病入院 2 週間コース、糖尿病性腎症入院 3 週間コース、糖尿病週末入院コース）の指導と対応を行っている。

ベッド数約 300 床の総合病院では、糖尿病療法指導士の資格を看護師 3 名、薬剤師 1 名、臨床検査技師 4 名、栄養士 1 名が資格を有している。平成 20 年度より、病院内で糖尿病療法指導士 9 名と糖尿病ケアチーム 25 名で糖尿病ケアチームを組織して、インスリン注射の指導法、糖尿病教室を開催して、院内の糖尿病指導のレ

ベルアップを図っている。

外来での看護のポイントは、合併症の発症進行を防ぐため、疾病発症にいたった生活習慣を振り返り、改善の方法を見出し継続できるように、日常生活の自己管理能力をつける指導が大切である。また、コメディカルスタッフとの連携が必要である。外来における直接ケアとしては、定期受診や治療の継続の必要性の説明、シックデイや低血糖などの緊急時の処置、インスリン自己注射管理、血糖自己測定の指導、食事指導や生活指導を行っている。また、患者会の事務局として諸行事の運営・企画を行い、患者同士の連携を深めている。

医師の包括指示の下で以下の診療の補助行為を実施している病院の例を紹介する。

- ・ インスリンの単位の調整
- ・ インスリンの種類予測と調整（投与法、作用動態による持続時間、デバイスの選択等）
- ・ 糖尿病患者への個別指導

（6）介護老人保健施設などにおける看護師の業務

現在、介護老人保健および福祉施設は、療養病床の再編成により医療必要度の高い利用者が増加している。以下に、これらの施設において看護師が実施している業務、1）緊急時の対応、2）慢性疾患および終末期患者への対応、3）日常的に実施される処置、4）他職種に対する教育について記述する。

① 緊急時の対応

看護師は、日々の業務の中で対象者の健康レベルを常に把握し、異常の早期発見や急変時の判断を行う。異常時や急変時は、医師へ患者の状態を報告し、酸素吸入や血管確保、輸液の投与などの処置を実施する。特に、夜間は医師が施設内に常駐していないため、看護師が主体となって、対象者への処置を速やかに行い、必要に応じて救急施設へと搬送する。

② 慢性疾患および終末期患者への対応

慢性疾患を抱える対象者の多くは、降圧剤、眠剤や緩下剤等の服薬が日常的に必要とされる。看護師は、適切な服薬管理が行われるよう利用者の全身状態を観察し、必要に応じて医師に検査や処方内容や量について相談をする。また、終末期の患者に対しても、できる限り患者のQOLが向上するよう援助している。特にQOLの妨げとなりやすい痛みについては、看護師がアセスメントを行い、医

師の事前指示にしたがって鎮痛剤を患者に投与する。さらに、鎮痛剤投与後は観察を行い、その効果を評価する。鎮痛剤の効果が無い場合、看護師は、医師に連絡を取り、投与量の変更や追加薬を相談する。また、対象者の副作用を緩和させるために必要となる薬剤も予測する。緩下剤や制吐剤など、必要性が予測される薬物の処方を医師に依頼する。

③ 施設内で日常的に実施している処置

施設内で日常的に実施する頻度の高い処置は、創傷処置や胃ろう管理等である。これらの処置は、高齢者の全身状態と関連し、十分な管理を必要とする。特に、高齢者に多い創傷処置や褥瘡の予防など、皮膚へのケアは、施設内の看護師が専門の組織を結成し対応している。こうした組織的な取り組みにおいて看護師は、医師と連絡を取りながらドレッシング材やケア方法を選択すると同時に、処置に伴うコストにも注意を払い、対象者への負担を最小限にできるよう配慮している。また、胃ろう管理では、カテーテル刺入部の皮膚ケアから栄養剤の選択および全身状態の観察を実施している。栄養状態の悪化や、感染の兆候などを認めた場合は、医師に検査等を依頼し対応している。

④ 職種への教育

看護師は、協働しながら勤務している介護職者への医療に関する指導も実施している。例えば、感染症対策についての指導を行い、感染予防や感染者が発症した場合の対応を全職員が行えるよう支援している。

(7) 訪問看護ステーションにおける訪問看護師の役割・業務

訪問看護ステーションで働く看護師の役割と、これからの訪問看護を効果的に進めていくための改善点等について、現場からの要望を4名の看護師から意見を聴取した。

1) 薬物の処方について

鎮痛剤、下剤、抗生物質などは、医師の処方した未使用の複数の薬剤が、家庭に既に保管されており、これらの薬剤の服用が必要な症状が出現した場合には、訪問看護師の判断で、複数の薬剤の中から選択して投与する場合がある。また、保管されている薬の中から家族が選択して患者に服薬させている場合があり、その結果、症状を悪化させる場合等がある。とくに皮膚科疾患の場合に症状の悪化が見られる。

尿路感染等が疑われる場合には、訪問看護師が、患者の観察を詳細に行い判断して、特定の薬剤の処方を医師に依頼している。一定の範囲内の薬剤の処方が訪問看

看護師の判断で、できるようになれば、患者に対して迅速な対応ができると思う。

在宅の患者の褥瘡の早期の処置を適切に行うことにより状態の悪化を防ぐことができると思われる。とくに、ドレッシング剤や保護材を訪問看護師の判断で処方できるようにすることにより、褥瘡の悪化を防ぐことができる。

訪問看護ステーションでは、ヒビテンやイソジン等の消毒薬も薬局から直接購入できない状態である（薬剤は、病院や診療所でないと購入できない）。

2) 検査について

通常の血液検査や在宅酸素療法患者の P_aCO_2 を測定するための動脈採血等を訪問看護師が実施することができるようになれば患者への利便性が高まる。

3) リハビリテーションについて

訪問看護師が、患者に対してリハビリテーションが必要であると判断しても、医師が認めなければリハビリテーションの依頼ができない。患者の状態を最も理解している訪問看護師がリハビリテーションの依頼ができるようになれば、患者に対して迅速な対応が可能となる。

4) 在宅での看取りについて

訪問看護師の看取りに関して満足している家族は多いと訪問看護師自身は感じている。

点滴や経管栄養による治療が患者に対する唯一の処置であると考えている医師の場合は、在宅で自然な形で看取りたいという家族の希望を受け入れないで、最期まで経管栄養（胃瘻）や点滴等を継続して行うために、患者家族の不満が訪問看護師に寄せられる。

5) 在宅での死亡の確認

訪問看護師が、患者の臨終等にかかわる状況としては主に以下の3つの場合がある。現実的には、訪問看護師が死亡の確認を行っている場合が多く、そのことを家族は受け入れていると訪問看護師達は感じている。

- ① 医師も看護師も臨終に立ち合うことができず、家族から「呼吸が止まった」との連絡を受け、訪問看護師が訪問し、死亡の確認と死亡時刻を家族に伝え、医師が訪問する前に死後の処置、葬儀の準備等を始める。
- ② 患者の臨終に看護師のみで立ち会い、看護師が死亡の確認を行い、家族に死亡時刻等を伝え、医師が来る前に、死後の処置、葬儀等の準備を進める。

上記のいずれの場合も、死亡診断書は医師でなければ記載することができないので、最終的には医師が訪問して死亡診断書を記載する。生活の状況や最期の状況等

は訪問看護師が一番よく把握しているので、訪問看護師の把握している情報を医師に伝え、その情報をもとにして、医師が必要事項を記載する。死亡診断書に記載する死亡時刻は、看護師が家族に伝えた時間とすることをあらかじめ家族から了解を得ておく。

訪問看護師が死亡を確認してから、医師が訪問するまでの時間の最長は、訪問看護師によって経験が異なり、4時間、6時間、12時間以上であった。家族との信頼関係ができているので、医師ではなく、訪問看護師が死亡の確認をすることに対して家族は納得していると訪問看護師自身は感じている。

③訪問看護師の訪問中に、呼吸状態が悪くなった場合には、救急車で搬送し、病院で死亡の確認をする。

保助看法で定められている看護師の役割は、①療養上の世話、または、②診療の補助行為とされている。診療の補助行為に関しては、すべて医師の指示が必要とされるが、その行為の範囲は広く、さらに、施設ごとにガイドライン等を作成し、事前の指示あるいは包括指示により「医師の指示の下で行っている」と解釈することにより、実施しており、上記に紹介した事例も、これに該当する。

いずれにしても、患者の安全を確保することが大前提であり、それぞれの施設では、この点に最大限の配慮を払っている。

患者の安全を制度的に確保するためには、役割と教育あるいは研修と連動して考えるべきであり、一定以上の教育を受けた場合に、拡大できる業務範囲を明確にし、研修の内容やガイドラインを施設に依存すべきであろう。

4. 医療従事者間の業務分担に関する行政からの提案等

最近になり、医療関係職種での業務・役割分担に関する行政からのさまざまな提案が出されている。

平成 19 年以降、厚生労働省等から以下に示す医療職間の役割分担に関する方策が次々と提案された背景には、医師の不足・偏在や、医療費の高騰等が社会問題化する中で、国民に安全で安心な医療を提供するための改革が必要と判断したことがある。

4-1 「経済財政改革の基本方針 2008」（平成 20 年 6 月 27 日閣議決定）

「関係職種間の役割分担の見直し — 中略 — を進める」とされている。

4-2 安心と希望の医療確保ビジョン（平成 20 年 6 月、厚生労働省）

長期的なビジョンを持ち、現場の声を聞きながら、医療を取り巻く環境の変化に対応した医療制度改革を行っていくこととし、その具体的な政策を示した。

具体的な政策の項、「1 医療従事者等の数と役割（④）職種間の協働・チーム医療の充実 ア. 医師と看護職との協働の充実」の中で、

「これからの看護師には、医師や他のコメディカル、他の職員等や患者・家族とのコミュニケーションを円滑にする役割等が求められるほか、在宅や医療機関におけるチーム医療の中、自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要であることからなどから、看護基礎教育の内容及び就労後の研修を充実するとともに、教育方法や内容、期間について、将来を見渡す観点から望ましい教育の在り方に関する抜本的な検討を進める」ことが記述されている。

4-3 「『安心と希望の医療確保ビジョン』具現化に関する検討会の中間とりまとめ」（平成 20 年 9 月 22 日厚生労働省）

「安心と希望の医療確保ビジョン」の具現化にむけて厚生労働大臣の諮問を受けて発足した「『安心と希望の医療確保ビジョン』具現化に関する検討会の中間とりまとめ」（平成 20 年 9 月 22 日厚生労働省）において、「コメディカルが専門性を持ち、キャリアアップできる仕組みが必要であり、同時にコメディカルの数を増加させることについて具体的な検討が必要」、「チーム医療を実現することや各職種が専門性を発揮し、患者のためによりよい医療が行われる体制がとられることを前提に、