

日本看護系学会協議会・日本学術会議看護学分科会共催

# シンポジウム報告書

## 看護の役割拡大に向けての イノベーション

司 会

南 裕子

(日本学術会議会員、同看護学分科会委員長、日本看護科学学会、  
近大姫路大学学長)

シンポジスト

太田 喜久子 (日本学術会議連携会員、同看護学分科会副委員長、  
日本老年看護学会、慶應義塾大学看護医療学部教授)

小松 浩子 (日本学術会議連携会員、日本がん看護学会、聖路加看護大学教授)

山本 あい子 (日本学術会議連携会員、日本母性看護学会、  
兵庫県立大学地域ケア開発研究所所長)

金川 克子 (日本学術会議連携会員、日本地域看護学会、  
石川県立看護大学大学院研究科教授)

井部 俊子 (日本学術会議連携会員、日本看護管理学会、聖路加看護大学学長)

日時： 2008年6月13日(金) 13:00~15:00

場所： 日本学術会議講堂

## 【司会：南裕子】

本日は日本学術会議看護学分科会と日本看護系協議会が共催でシンポジウム、看護の役割拡大に向けてのイノベーションというタイトルでシンポジウムを開催させていただいております。日本学術会議は、内閣府のもとにありまして、我が国の科学者の内外に対する代表機関として、科学の向上発展を図り、行政産業および国民生活に科学を還元浸透させることを目的として、昭和24年1月内閣総理大臣の所管の元に、特別な機関として設立されています。

昨今、医療危機が叫ばれるようになり、国民の不安感が非常に高まっているところだと思います。社会の状況がどんどん変化し、高齢化が進み、少子化が進み、そして、社会の人々の認識が変わり、また、医療関係者の認識も変わってきました。特に最近、長い間医師の労働環境があまり見直されなかったということや、医師の認識の変化、また今までは男性が主体だった医師のありようが、男女共同参画の領域になることでニーズが変化し、医師不足、医師の偏在等が叫ばれるようになりました。医師が離職していく、それから場所を変えるということが、社会の危機を起こしています。自分で産みたいところでお産ができない、または、急に病気になったけれど、受け入れてくれる救急の体制が整っていない、タライ回しをされてしまう、その他さまざまな医療危機の問題が起こっています。

一方、後期高齢者の問題は、保険制度が今年から走りだし、名称からしていかがかということも含めて、人々が安心してその人らしく生活していく体制が本当に制度化なりうるのかということも含めて、いろいろな疑問視、論争がされていて、国民の不安感が非常に高まっているところだと思います。また、生活習慣病などを含めて、保健師等の活躍が期待されるようになってきたことや、臨床の現場の中でも、ケアの質を向上させていくことで患者さんたちのクオリティオブライフが上がっていくということで、看護職のもともと果たしていた役割をさらに拡大していくべきではないかということがいわれています。このような、国民医療福祉の状況の変化、医療危機の状況に対して、看護学の視点から、どのようなことが提言できるだろうか、どういうことをしていくと、看護が十分に支えると社会のそういう問題が、緩和したり軽減したりするだろうかということも議論することも、学術会議の一つの役割だという風に思います。学術会議は19期までは、看護の会員を持っていませんでしたが、20期からは会員ができ、かつ連携会員が生まれ、その中で看護学分科会が生まれて、看護学について、学術会議の中できちんと審議ができる場ができました。今期になって私たちが何回も議論してきたのは、昨今の社会のニーズを看護がどうやって支えていけるのかということです。今回は、今まで一度も議論されてこなかった、看護師の裁量権の拡大、裁量の幅を広げていくということに焦点を絞って、看護の裁量の幅が広がることで、どのように社会に貢献できるか、また、本当に私たちが裁量の幅を広げていくことができるかということについて、分科会としての今、考えていることを発表させていただきます。本日は各学会の方々、その分野の専門家にも、お越しいただいて、その専門分野から見れば、どういうことが言えるのかということをお話しさせていただきます。

## 【シンポジスト：太田喜久子】

看護学分科会からの報告ということでお話しします。現在、日本の国民のさまざまな健康問題の質の変化、ケアとキュアの統合型の医療の在り方が、もとめられているという状況、医師看護師の医療従事者数の不足、後期高齢者医療保険制度に関する国民の不安の増強という日本の今の医療の状況があります。このような現状のなかで、看護師の裁量の幅をより拡大することで、医療の危機を緩和していくことができると考えます。

平成 19 年 12 月に出された、厚生労働省の医政局の局長通知の中で、かなり明確に看護のやれる範囲が、そこに明示されています。また、看護師の教育においても、職業教育から専門職業教育として十分役割を発揮できる準備が十分に整ってきています。そのような中で、訓練を受けた看護師と医師の連携による死亡診断書の交付の可能性、よいお産を支援する力を発揮するために必要な裁量権の拡大、訪問看護においては最も療養者を知る訪問看護師による訪問開始の指示書の交付、医療過疎地域において看護展開するための包括指示などが検討されています。いずれもこれは現在の看護師が卒後の実践経験を踏まえた特定の教育研修を受けた上で、このような役割拡大というものがされることが必要であろうという風に討論しています。さらに、専門看護師の介入の効果、エビデンスの蓄積や、国外における看護専門職の動向などを視野に入れて、スペシャリストとしてもどのような役割の拡大を考えていけばいいのか、あるいは可能性がどうなのかということを検討しています

(配布資料)

日本看護系学会協議会・  
日本学術会議看護学分会共催

シンポジウム「看護の役割拡大に  
向けてのイノベーション」

“看護学分会からの報告”

日本学術会議看護学分会 太田 喜久子

1

看護学分会  
委員構成

委員長	南 裕子 (第二部会員)
副委員長	太田 喜久子 (連携会員)
幹事	内布 敦子 (連携会員)
幹事	正木 治恵 (連携会員)
秋山 弘子 (第一部会員)	草間 朋子 (連携会員)
井部 俊子 (連携会員)	古在 豊樹 (連携会員)
石垣 和子 (連携会員)	野嶋 佐由美 (連携会員)
内富 庸介 (連携会員)	突成 文彦 (連携会員)
片田 範子 (連携会員)	高木 廣文 (連携会員)
金川 克子 (連携会員)	山本 あい子 (連携会員)
川口 孝泰 (連携会員)	横尾 京子 (連携会員)
小西 美智子 (連携会員)	吉岡 利忠 (連携会員)
小松 浩子 (連携会員)	(アイウエオ順)

2

看護学分会 活動目標

「国民の健康生活に貢献する看護学、  
看護専門職のあり方について検討し、  
学術的な提言を行う」

3

分会活動成果物

テーマ  
「安全と安心を支える  
看護の動き」

4

1. 現状分析

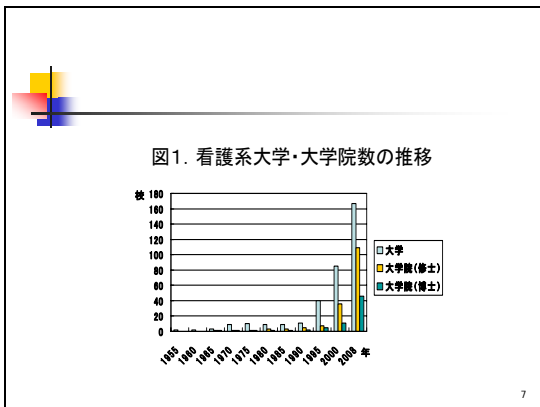
- 1) 医療の危機について
- 2) 健康問題の変化
- 3) 看護の社会的役割

5

2. 看護師等ジェネラリストの  
教育の動向と役割拡大

- 1) 看護教育の動向と課題

6



## 2) 看護師等ジェネラリストの役割拡大

- ・現行制度化での看護の役割明確化
  - 薬剤投与量の調整
- ・人の誕生と死
- ・在宅療養
- ・医療過疎地域 など

## 3. 我が国における看護スペシャリストの育成

- ・専門看護師
- ・Advanced Practical Nurse

## 4. 高度実践看護師等に期待される裁量と責任の範囲

- ・Shared Responsibility
  - 責任の共有、責任の分担
- ・Shared Responsibilityが可能な状況の要件
  - ①患者の当該身体状態(痛み、呼吸困難など)が継続的で変化が比較的少ない状況
  - ②病気治療そのものの医療行為でない
  - ③医師と看護師の合意を得て開発されオーソライズされたスタンダード、プロトコルがあること
  - ④スタンダードがカバーする範囲を超えたとき、医師にすみやかに連絡できる手段を持っていること

## 5. 役割拡大に伴う社会経済的評価

## 6. 看護師等の役割拡大に関する提言

## 【シンポジスト：小松浩子】

がん医療に対しては、がん対策基本法ができて、がん対策推進基本計画が今進んでいるところです。がん医療の中では、看護ケアの専門性が見えにくいということがあり、専門性をどういう風に理解して利用してもらえるのかといったことはかなり大きな問題ではないかと思います。そのため、現在の計画における看護職の位置づけの明文化を進めたり、がん看護の研究にどれだけの資金が投入されているのかを、きちんと整理していく必要があります。一方で、社会の中では緩和ケアという言葉さえあまり浸透していないということがあり、こういった啓発的なところ、患者さんが実際に医療を受けていく際の背景にある医療格差なども看護がみていかなければならないと思われます。治療過程におけるセルフケア、情報の活用、コミュニケーション、苦悩苦痛に対する緩和、こういったことは看護がやはり優先、本当に大きな力を発揮するところです。がん看護学会ではがん看護のスペシャリティを持つ人たちに関して、小集団グループを作って、関心グループという形で、学会活動を基盤にしながら、実際に専門的なケアを集積したり情報交換を行ったりしていることをやっています。

がん看護領域における裁量権の拡大では、2回目以降のヘルスケアアセスメントと、管理における責任、有害事象に対する対処に関する薬剤の処方、終末期在宅ケアに関しては、鎮痛薬と苦痛症状の緩和に対する処方などが挙げられます。また、実際にそれが診療報酬に結びつくようなことをきちんと学会等でエビデンスをためながら実際に診療報酬の申請をしていく必要があります。一方で役割拡大には責務が伴うため、教育、資格制度、ケアの生成と評価、組織化と連携等の整備が必要となります。特に、がん医療は非常に複雑で個別的な医療でありますので、かならず組織的に連携をしていくということが、がん看護の中での役割拡大には絶対に必要です。

## がん看護における看護の役割と責務の拡大

小松浩子 日本がん看護学会  
聖路加看護大学

がん医療に対する国民の要請は、「がん対策基本法」の制定という大きな変革を生んだ。いま、がん医療改革は、もっとも着目され、その成果を厳しく問われている。私は、がん対策基本法の制定、がん対策推進基本計画の策定過程を傍聴する機会を幾度か得た。がん対策推進基本計画策定の委員会には、初めて複数の市民代表者が参与していたが、残念なことに医療者に対する要請の殆どは医師に向けられ、看護職者に対する批判や要望、改革の提案は具体的な声として耳にすることはなかった。会議の後で、市民の代表委員とインフォーマルに次のような言葉を交わしたことが忘れられない。「看護師さんは、患者のことをよくわかってきているし、いつでも手助けをしてもらえる存在だと思う。けれども、どこまで、何に責任をもっているのかとてもわかりにくい」と話された。『感謝はされるけれどその専門性が見えにくい』という看護ケアが、先進医療、個別化医療を特徴とする複雑ながん治療の中で、戸惑い、苦しむがん患者にとってより専門的で効果的なケアとして発展することが、今こそ求められている。

このシンポジウムでは、日本がん看護学会で取り組んできた、リンパ浮腫ケアの診療報酬適用の過程を軸にしながら、がん看護における看護の役割と責務の拡大について具体的な活動と今後の課題について提示したい。

2008年4月1日より、リンパ浮腫指導管理料が適用となった。具体的には、子宮悪性腫瘍、子宮付属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩リンパ節郭清術を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行った患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が手術前後にリンパ浮腫に対する適切な指導を個別に実施した場合に、入院中1回に限り診療報酬点数（100点）が算定されることとなった。日本がん看護学会では、理事会を中心に、リンパ浮腫予防、早期発見に関する患者教育、指導に関する診療報酬適用に向けて、組織的な取り組みを行ってきた。学会がこれまでに組んできた活動（診療報酬算定の根拠となるエビデンスの集積、看保連への医療技術評価提案書の提出、厚生労働省保険局医療課に対する説明、など）は、がん看護の専門的な看護技術の開発につながり、保険診療の適用により、看護師の専門的な役割を明確にがん患者に示すことにつながった。これらの取り組みの重要性を次のように捉えることができる。

ひとつは、エビデンスの効率的な集積の必要性である。学会誌は知の集積といえるが、医学領域のように、研究領域毎にエビデンスレベルの高い研究が集積されているわけではない。技術開発をめざし、ある重点課題に関して文献レビューの投稿を募っていくことも大切な一歩と考える。リンパ浮腫ケアのエビデンスに関しては、学会員でもある複数の大学院生が総力をあげてシステムティックレビューを担ってくれた。160に届く看護系大学が、

大学院教育において Evidenced based Nursing の基盤づくりに力を注ぎ、学生や若手研究者による看護技術開発に貢献する文献レビューの投稿を推進することができると思う。もちろん、看護技術開発のための評価研究がすすむことも望まれることである。

二つ目は、学会において、サブスペシャリティをもつ専門家集団が組織化されることの重要性である。日本がん看護学会では、特別関心活動グループ (Special Interest Group; SIG) として 13 のグループが活動している。リンパ浮腫ケアグループも SIG の一つとして、自発的にメンバーとして登録した学会員により組織化が行われ、専門的能力を高めていく活動を行っている。今回の技術評価申請に関しては、このグループが大きな原動力となった。メンバー間での円滑な連携のもと、事例報告および各施設における研修プログラム・ケアマニュアルなどの集積、研究成果の集積、アセスメントツール、教育用ビデオや用具などの集積が驚くほど短期間に行われた。これらをもとに、臨床現場においてどのようなケアが、どのような継続教育のもとに実施され、どのように評価されているかについて、全国レベルの資料としてまとめることができた。現在、これらのメンバーを中心に、リンパ浮腫予防、早期発見に関する患者教育、指導が標準化したケアとして実施できる看護師の育成を目的とした、標準研修プログラムが作成され、リーダー研修会の開催までに至っている。

三つ目は、患者・家族のニーズに耳を傾けることである。今回のリンパ浮腫ケアの診療報酬適用に至る背景には、がん患者・家族の皆さんの切実な声が国会の参議院予算委員会において取り上げられたことも大きな原動力となったと考えられる。ケアに対する患者のニーズを政策提言へとつなげていける組織的取り組みを各学会が行っていくことも課題である。

最後に、他学会との協働の必要性がある。がん医療は、チーム医療である。診療報酬に適用される技術は、チームにおける協働や連携によりその質が担保される。リンパ浮腫ケアに関しても、学際的な実践が必要であり、感染や炎症等をアセスメントした看護師は専門医へとケアの連携を行っていかなければならない。今後、この領域のケアを発展するために、看護系学会はもとより、日本乳癌学会等との学術的な連携が不可欠である。

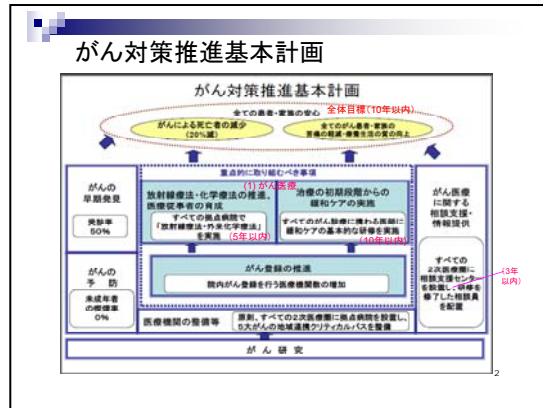
日本がん看護学会では、日本看護協会による認定看護師認定看護分野特定に、〈がん放射線療法認定看護師教育課程〉を申請し、つい先日、承認を受けた。すでに活躍している、〈がん性疼痛看護認定看護師〉〈がん化学療法看護認定看護師〉〈乳がん看護認定看護師〉につづく、がん看護専門領域を担うエキスパートが誕生する。また、がん看護専門看護師は、現在 104 名が認定を受け、学会活動の中軸的な役割を担っている。がん看護の役割と責務の拡大は、これらのがん看護専門職者が、学会活動を基盤として、知と技と信頼を交し合うことにより、さらに大きく推進するものと確信している。

(配布資料)

**がん看護の役割と責務の拡大**

聖路加看護大学 小松浩子

1



### 平成20年度がん対策関係予算

- 平成20年度予算概算要求額 648億円 (平成19年度予算 534億円)

1. 放射線及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成 ...103億円 (69億円)
2. 治療の初期段階からの緩和ケアの実施 ...7.4億円 (4.8億円)
3. がん登録の推進 ...32百万円 (22百万円)
4. がん予防・早期発見の推進とがん医療水準均てん化の促進 ...97億円 (66億円)
5. がんに関する研究の推進 ...440億円 (394億円)

3

### 1. 放射線及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成

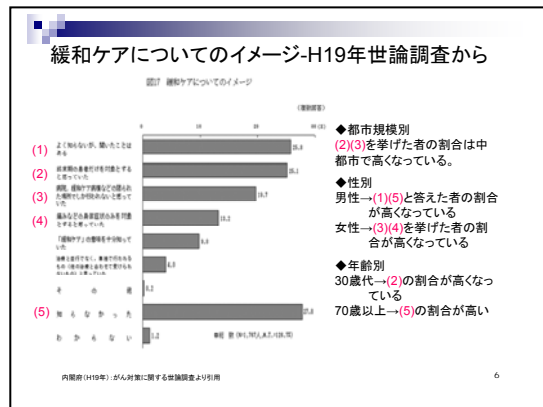
- 1) 厚生労働省
  - (1)がん専門医等がん医療専門スタッフの育成
    - がん医療専門スタッフの研修
  - (2)がん診療連携拠点病院の機能強化
    - 拠点病院の箇所数の増加  
H20.4.1現在 都道府県がん診療連携拠点病院:47病院  
地域がん診療連携拠点病院:304病院  
合計351病院
    - 280か所→358か所
    - 放射線治療機器(リニアック)の緊急整備
  - (3)国際共同治験及び新薬の早期承認等の推進

4

### 1. 放射線及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成

- 2) 文部科学省
  - 大学におけるがんに関する教育・診療
  - \* 医学部教育における取組  
「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に基づくがんに関する教育の実施
  - \* 大学病院における取組  
がんセンター等の横断的ながん治療等を行う診療組織の設置等による診療の充実
  - \* がんプロフェッショナル養成プラン  
(H20年度予算額:19億円 (H19年度予算額:14億円))

5



## 緩和ケア実施の推進に向けた動き

- ◆緩和ケア研修
  - ・国立がんセンター
  - ・研修医全員に「緩和ケア」研修を義務づけ
  - ・最低1ヶ月の研修(2009年度～)
  - ・緩和医療科を新設(2008年4月)
- ◆Orange Balloon Projectの企画、進行(2007年～)
  - ・厚生労働省の普及啓発事業の実施計画を立案し、日本緩和医療学会へ委託
  - ・一般市民に対して『緩和ケア』の普及啓発を目的とした活動を展開。
- ◆がん性疼痛緩和推進コンソーシアムの設立(2008.4)
  - ・がん性疼痛緩和に関連する企業の社会的責任を踏まえ、企業有志(4社)が広く啓発活動を支援する。

7

## 診療報酬

- ◆平成20年度診療報酬改定における主要改定項目

### 「がん医療の推進について」

- 1)放射線治療の質等の充実
- 2)化学療法等の質等の充実
- 3)緩和ケアの普及と充実
- 4)がん診療連携拠点病院加算の評価
- 5)リンパ浮腫に関する指導の評価

8

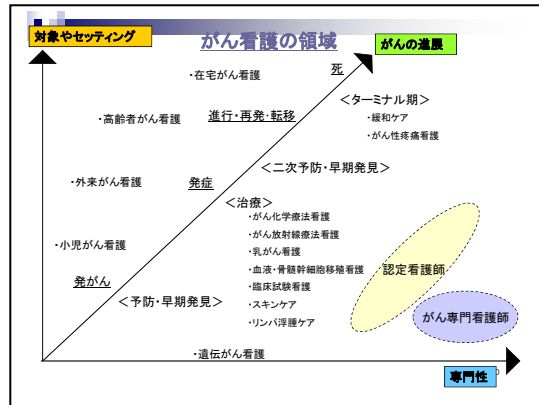
## がん患者・家族が直面してる課題

がん医療格差(予防から緩和ケアまで)  
 がん医療情報の氾濫、翻弄  
 がんによる差別・社会的孤立  
 浸透しない副作用対策、緩和ケア  
 治療の移行と長期継続  
 家族の負担

↓

がん医療情報、がんセルフケア、サポートシステム

9



## がん看護領域における裁量権拡大

診断・治療期:  
 2回目以降のヘルスケアアセスメント(放治、化療)  
 有害事象に対処する薬剤の処方  
 治療中の緊急事態の検査指示  
 口内炎の予防・悪化防止のアセスメント・ケア用品処方  
 褥創のケア用品の処方  
 リンパ浮腫予防・改善のための診断、療法決定、処方  
 食事箋の発行権限  
 医療チームへの照会の権限  
 他科依頼の権限  
 退院指示

11

## がん看護領域における裁量権拡大

終末期、在宅ケア:  
 鎮痛薬等、苦痛症状緩和に対する処方  
 在宅で医師の指示した化学療法を実施する権限  
 酸素投与の決定、処方  
 褥創のケア用品の処方  
 膀胱カテーテル等の処方  
 介護保険の意見書  
 死亡診断書の記載  
 入院指示

12

## 看護ケアに対する診療報酬の見込み

療養生活調整の相談  
 有害事象予防・悪化のセルフケア指導  
 口内炎、皮膚炎、リンパ浮腫ケア、血管外漏出  
 ホルモン療法に伴う不定愁訴 等  
 診断、治療方針の決定過程に関する支援  
 がんサバイバーのサポートケア  
 サポートグループ  
 電話相談支援  
 家族性腫瘍に対する遺伝カウンセリング

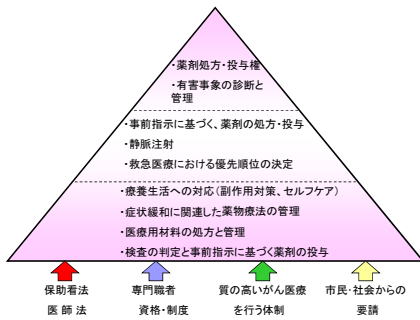
13

## がん医療における専門職者 <がん化学療法分野>

- 医師： がん薬物療法専門医、内科学会専門医認定医、  
 乳腺専門医/認定医、呼吸器専門医、呼吸器外科専門医  
 消化器外科専門医、血液専門医、  
 日本癌治療学会臨床試験登録医、病理専門医、精神腫瘍  
 医、  
 がん放射線専門医、放射線腫瘍学会認定医
- 看護師： がん看護専門看護師、精神看護専門看護師  
 がん化学療法看護認定看護師、がん性疼痛看護認定看護  
 師、  
 乳がん看護認定看護師、緩和ケア認定看護師
- 薬剤師： がん専門薬剤師、がん認定薬剤師
- 治験コーディネーター、リサーチナース、治験医
- 栄養師、Social worker、診療登録師
- 臨床検査技師、診療放射線技師、臨床心理士

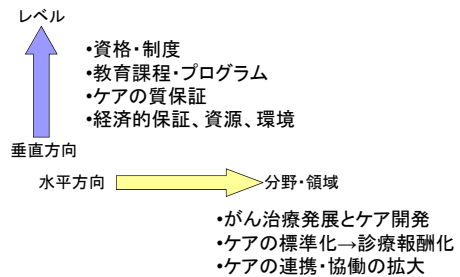
14

## がん化学療法看護領域における業務拡大



15

## がん看護における役割拡大



16

## 役割拡大と責務

- 教育
- 資格制度
- ケアの生成と評価
- 組織化と連携
- 啓発と提言
- 経済的視点と評価
- ビジョンと評価

17

## 【シンポジスト：山本あい子】

現在、少子化のあおりを受けて、産科施設を集約したり閉鎖したり、産科医が減少したり、助産師の不足偏在等ということで、妊娠中のケアをうけられないといった状況が起っています。助産師に関しましては、病院に偏在しているという調査結果がみられます。医師不足については、業務量が多く繁忙である等の報告を受け、基本的には医師でなくてもできるものは他職種との連携の中で行っていったらいいのではないかというような答申を、日本学術会議の中の臨床医学委員会、医療制度分科会が出しています。チーム医療という点では、医師と助産師との役割分担と共同という可能性が出てきます。研究では助産師が扱う分娩は、医師が扱う分娩よりもハイリスクであるという結果はでておらず、産科医と助産師の共同は大いにしていくべきであると思います。そのためには、WHO や ICM 等により妊娠分娩管理への専門家へのアクセスがすべての地域で確保されていること、分娩第3期には訓練を受けた出産介助者の存在が特に重要であるということが強調されています。助産師の行っている業務は、保健師助産師看護師法、医療法、母体保護法に基づいていますが、このような状況の中では、ローリスクとハイリスクの人を連携してどう扱うか、現行のシステムの活用、さらに新たなシステム構築、救急医療施設へのアクセス、適切な臨時応急処置をどういう風に確保しながら行っていくかを検討していくことが必要だと思います。

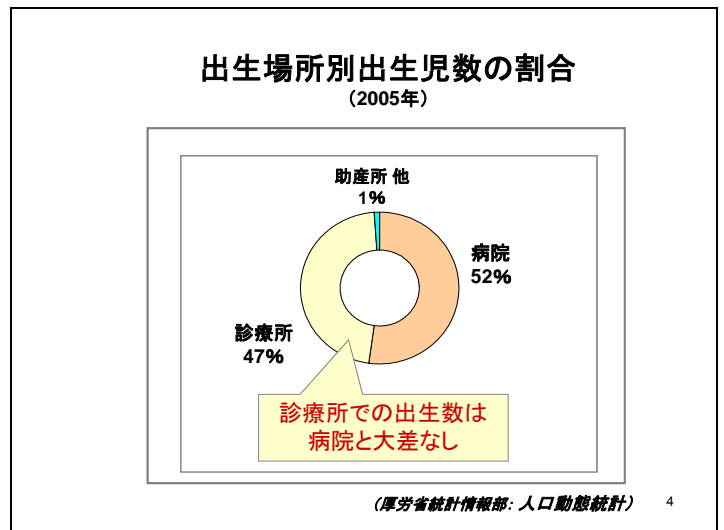
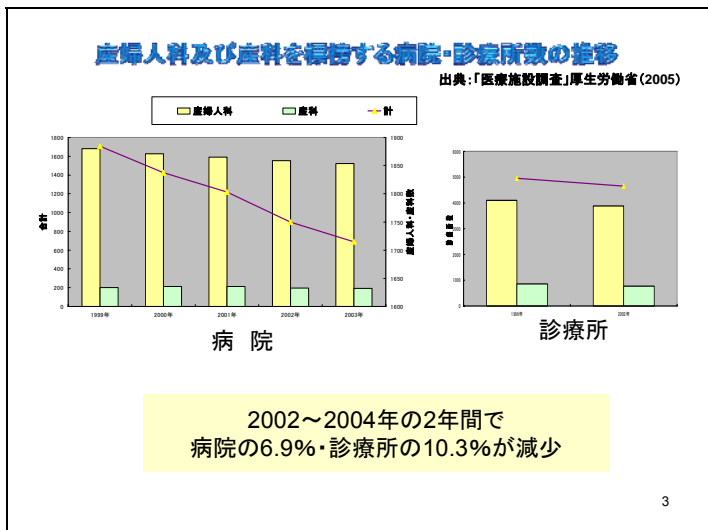
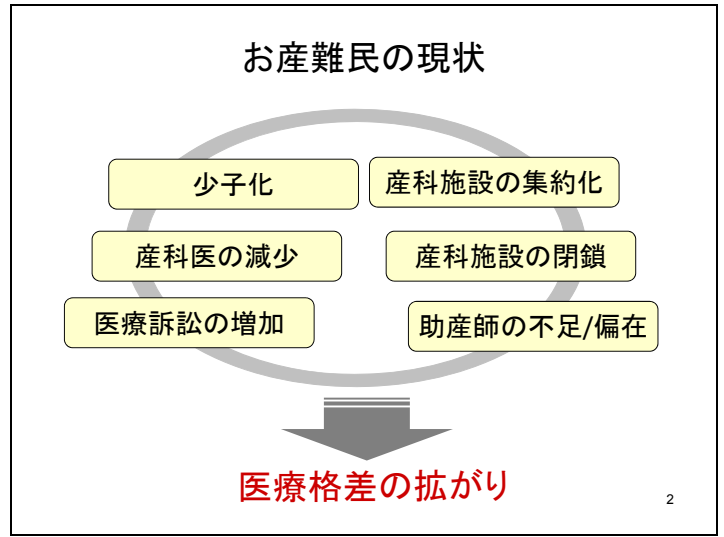
役割拡大への提言としては、ローリスク出産に関しては、臨時要求の手当ということに絡んで、薬剤処方、投与、会陰切開だとか産道あるいは会陰裂傷の縫合も、必要になってくると思います。産後の抗生物質、脱肛処置薬、乳腺の治療薬等は一定の基準を設けたり、あるいは約束処方な範疇だろうと思われれます。検査に関しても、医師との相談の上で助産師がやっていけると思います。これらをするときに、協力の整備、体制の整備、法の整備が絡んできます。また、助産師が自立してお産ケアを行う体制、バースセンター等の新たな助産ケア提供システム、救急・安全管理においては周産期の救急エキスパート、高度な実践を行う助産師の活用システムも可能かと思えます。これらを行う上では教育、+αの教育というのが必要だと思っています。

1

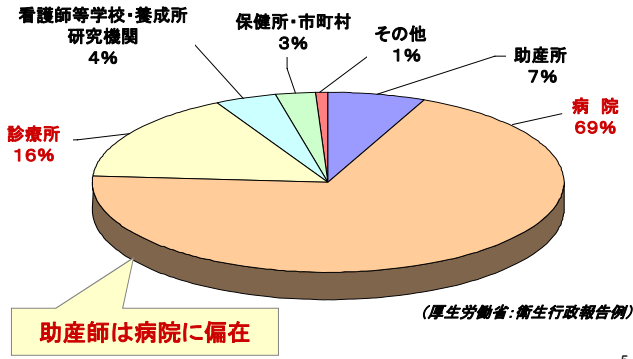
日本看護系学会協議会・日本学会会議看護学分会  
共催シンポジウム  
—看護の役割拡大に向けてのイノベーション—

**母性・助産領域における  
看護の役割と責務の拡大**

日本母性看護学会理事  
兵庫県立大学地域ケア開発研究所  
教授 山本あい子  
平成20年6月13日  
日本学会会議 講堂にて

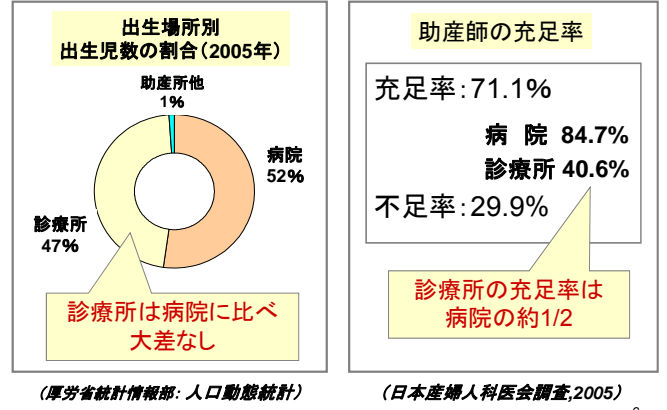


### 就業場所別助産師数の割合 (2004年末)



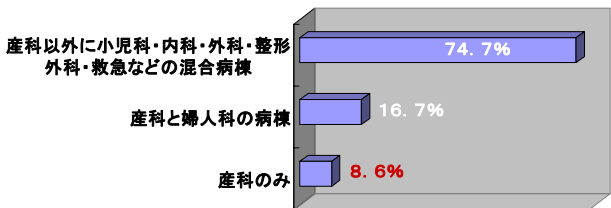
5

### 出生場所と助産師の充足率



6

### 病院助産師の勤務場所



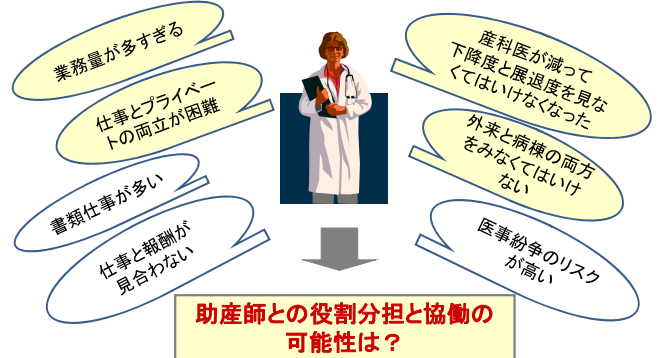
大半の助産師が混合病棟勤務

病院に偏在する助産師が  
病院内で有効活用されていない?

助産師の潜在化

(社団法人日本助産師会, 2003) 7

### 産科医師にとっての負担



海野信也: 産科閉鎖、医師不足、助産師不足の解決策を考える, 2006  
「第10回医療安全の確保に向けた保健師看護師法のあり方に関する検討会」議事録, 2005  
中林正雄: 産婦人科医療提供体制における助産師・看護師の役割に関する研究, 2007  
日本学術会議臨床医学委員会医療制度分科会: 対外報告(案)-医師の偏在問題の克服に向けて, 2007 8

安全確保のため、助産師中心の  
家庭・助産所分娩にもどしてはならない

(日本産婦人科西ブロック協議会・危機的周産期医療-今できること, 2006.9.10)

すべての分娩は産婦人科医が常時管理  
または介入可能な体制・環境で  
助産師が立ち会って行われることを原則と考える

(日本産科婦人科学会・妊娠・分娩管理のあり方-最終報告案, 2007)

産科医と助産師の対立ではなく・・・

産科医と助産師の協働・場の共有

9

医療格差の是正には  
産科医師と助産師の協働と次の2点が必須

妊娠・分娩管理の専門家へのアクセスがすべての地域で  
確保されていること

(WHO:Care in Normal Birth-a practical guide, 勧告25)

分娩第3期には  
訓練を受けた出産助産者の存在が特に重要である

(ICM&FIGO:分娩第3期出血に関する管理に関する共同声明, 2003)

10

### 助産師の行っている業務

保健師助産師  
看護師法

医療法

母体保護法

妊娠の診断

医師・医療機関  
との連携

受胎調節指導

妊婦健診

分娩介助

乳房ケア

周産期保健指導

臨時応急の手当て



11

### 業務・体制への提案の考え方

現行システムの活用 + 新たなシステム構築

マタニティケア・システム

救急医療施設へのアクセス  
適切な臨時応急処置

ローリスク

ハイリスク

地域の診療所・  
助産所・パースセンター  
での管理

連携

高度医療機関での管理  
遠隔医療の応用

医師と看護職の連携・協働

12

## 母性・助産領域の業務拡大への提案

ローリスク出産

適切な臨時応急の処置

1. 臨時応急の手当て: 薬剤処方・投与権  
: 会陰切開・産道や会陰裂傷の縫合
2. 新生児への薬剤処方・投与権: ビタミンK2・点眼薬・産後の抗生物質・脱肛処置薬(軟膏・座薬・鎮痛剤・湿布等)・乳腺炎の治療薬
3. 検査の実施: 感染症検査・超音波診断  
新生児の先天性代謝異常検査  
血糖・臍帯血ガス・黄疸検査・聴覚検査
4. 救急搬送先へのアクセス保障: 直接助産師から依頼

教育の整備

助産師が自立して助産ケアを行う体制の  
充実(助産センターの整備等)

助産業務に関する法律の整備

13

## 看護・助産ケア提供体制の再検討

現行の施設内助産

1. 母子健康センター・助産部門
2. 助産師が自立して助産ケアを行う体制(院内助産院・助産師外来)
3. オープン/セミオープンシステム
4. 遠隔医療システムでのプライマリケアの提供

新たな助産ケア提供システム(マタニティケア・システム)

1. 助産センター等の付設を医療機関以外に拡大
2. 周産期救急認定助産師か専門助産師の設置  
救急隊への連絡を利用し、妊産褥婦のもとへ  
出向くシステムの可能性はいかに?

14

## 【シンポジスト：金川克子】

保健師の活動としては、個別的な対応とともに、地域全体あるいは織的な対応を行うという両面が出てくると思います。保健指導を実はどのようにとらえるかということで、いろいろ議論がありますが、保健指導と看護との関係ということで、保健指導という形で出したときには、それは保健師の独自の判断で行えるのではないかという見解が一般的かと思っています。一般の人々に対しての健康に関する情報の提供、健康に関する相談と同時に、健康診断受診者への健診結果の説明や情報提供と、生活習慣の実行を支援するセルフケアへの支援は非常に大きな保健指導の柱と思っています。加えて、地域全体の保健計画の策定、実行、評価という面も保健指導として含めるのかということも課題かと思っています。また、保健師は、かなり行政の領域で働いているものが多く、仕事のよりどころとしては、非常に法律に基づいています。そして、諸科学の知識体系と看護学公衆衛生、この両方を上手に使いながら、活動するということに特徴があると思っています。

役割拡大の展望においては、行政分野での役割の拡大の問題ということ、もう一つは専門分野での役割拡大という、この両面が保健師業務の拡大のとき検討していく必要があります。また、僻地等での役割、その地域に関しては、保健と看護、あるいは医療と両面を担える、そのような役割の資格を持った、役割拡大の職種が必要かと思っています。在宅看護の役割としては、看護の判断でできるような指示の問題、衛生材料の供給体制の問題、死亡の問題も検討されています。保健指導がはいつてくる部分では、保健師の独自の判断ができるということですが、健康診査の中では、もう少し保健師の判断で健康診査というものができるといえることが必要じゃないかという風に思っています。

(配布資料)

## 看護の役割拡大に向けてのイノベーション ―保健師の役割拡大について 金川克子（日本地域看護学会、石川県立看護大学大学院研究科）

国民の健康にむけて、安心と安全を支える看護の役割は重要であり、看護職は保健師助産師看護師法にもとづきながら、その役割を担っている。しかし、医療の進歩や社会の要請、看護学の発展、看護学教育の充実等さまざまな背景のもと、看護職の機能や役割について、見直しも必要な時期にきていると考えられる。

演者は、日本地域看護学会に所属しているが、私見もまじえて、保健師の役割拡大に関して以下の観点から述べたい。

### 1. 保健師助産師看護師法（保助看法と略）に基づく保健師の定義

保助看法によると、保健師の定義は厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者をいう（第2条）、とされている。また名称独占（第29条）や、傷病者の療養上の指導を行うにあたって主治の医師または歯科医師があるときは、その指示を受けること（第35条）、就業地を管轄する保健所の長の指示を受けたときは、これに従うこと（第36条）、医療行為の禁止（第37条）等がうたわれている。

### 2. 保健師業務とされている保健指導のとらえ方

保健指導の内容や方法、枠組み等どのように定義するかは必ずしも一定していない。看護の業務や概念の拡大と共に、看護と保健指導の関連をどのように捉えるかは明確でないように思われる。

保健師活動は多彩であり、保健指導を軸とした整理が限界なのか？ 保健指導の枠組みの拡大を図るのか？ 検討の余地が大いにあると考える。

### 3. 保健師の役割拡大についての展望

#### 1) 保健師業務の特徴から見た役割

保健師という職種の発展過程は、詳細は別に譲るとして、大まかに足跡を辿ると貧しい病人や被災者への家庭訪問に端を発し、欧米の考え方も取り入れ、次第に組織的・公的な活動にシフトし、現在は保健所や市町村等、行政の分野で大半の保健師が働いている。

これら行政機関に所属する保健師の活動は看護職としての専門職の能力に加えて、行政能力が必要である。

#### 2) 人々の生活の場に密着した役割

人口密度や医療環境等人々が生活している場によって、等しく保健サービスの恩恵を受けられない地域では、看護職の活動が重要である。

特に、へき地や離島等人口が少なく、医療機関や医療関係の人材が得られにくいところでの看護の役割の拡大である。住民の健康問題やニーズを読み取り、判断ができ、対応ができる、すなわち医療と保健を統合したサービスの提供ができる役割をもつ看護職の人材が必要である。

これらについて、ご批判をいただき、会場の皆さんと意見の交換をしていきたい

## 【シンポジスト：井部俊子】

看護管理においては、役割拡大を認識していかに役割を発揮していくかということが求められているのではないかと思います。

患者の安全を守るための看護管理として、2004年にIOMが「患者の安全を守るのは看護の労働環境の改善が決め手だ」という主旨の報告を出しています。そこでは、ナースの業務や労働環境に患者安全へのリスクファクターが潜んでいることが示されています。ナースの労働環境の変革においては、マネジメントとリーダーシップのあり方、人員配置(スタッフィング)の問題、作業プロセスあるいは作業環境、組織文化、この4つのことが、患者の安全のために必要不可欠な取り組みの要素として挙げられています。

患者安全を強化するための変革の方向性としては、マネージメントとリーダーシップ、生産効率と信頼性(安全)緊張のバランスが重要とされています。また、人員配置として、看護単位ごと勤務シフトごとのスタッフィングの分析、看護スタッフの知識と技能の水準で他職種との共働の仕組みをどう作るかということも看護管理における重要な課題であると思います。また、エラーが起こりにくく、エラーが発生した時はただちに発見して、正しい状態に戻せるような作業環境の改善ということが必要とされています。そして、安全文化の創出と維持という点において、安全性と生産性の優先度は同じレベルであるという認識を管理者は持たなければいけないとされています。

21世紀のリーダーシップは、コネクティブリーダーシップといわれています。ヘルスケアは境界線のない連続したサービスの時代に入り、ケアは多機能のチームで提供され、障壁は取り除かれねばならないということです(Klakovich,1994)。わが国でも、安全と安心を支える看護を提供するための仕組みをどう作るかが、看護管理において大きな責任と、権限が必要です。また、マグネットホスピタルでは、看護管理者は修士以上の看護学の学位を持つこととなっているところから見ると、看護管理における教育体制の整備も必要であると思います。(配付資料参照)

(配布資料)

## 看護の役割拡大に向けたイノベーションー看護管理における役割と責務の拡大

井部 俊子 日本看護管理学会  
聖路加看護大学

### 1. 看護管理の専門分野について (日本看護系大学協議会 看護管理コース教育検討委員会, 2007)

- ・ 病院看護サービス管理
- ・ 人事管理
- ・ 訪問看護ステーション管理
- ・ 看護情報システム構築
- ・ 病院建築計画
- ・ インфекション・コントロール
- ・ リスクマネジメント
- ・ 特定保健指導事業
- ・ 継続教育管理
- ・ 国際貢献
- ・ 政策決定
- ・ 保健行政・看護行政
- ・ 看護ジャーナリズム
- ・ 看護コンサルタント

### 2. 「患者の安全を守る」ための看護管理 (IOM 勧告, 2004)

#### 1) ナースの業務や労働環境に潜む患者安全へのリスクファクター

患者の重症化

在院日数の短縮化

業務の組織再編

患者をケアするナースの配置の変化

頻繁な患者の回転

高い退職率

長い勤務時間

新たな知識やテクノロジーの急速な増大

看護業務の妨げとなるものや看護業務中の要求の増大

## 2) ナースの労働環境の変革—患者の安全のために必要不可欠な取り組み

### 4つの基本要素

- ・ マネジメントとリーダーシップ
- ・ 人員配置
- ・ 作業プロセス
- ・ 組織文化

## 2. 患者安全を強化するための変革の方向性

### 1) マネジメントとリーダーシップ

- ・ 生産効率と信頼性（安全）間の緊張のバランス
- ・ 組織全体における信頼の創出と維持
- ・ 変革プロセスへの積極的な関与
- ・ 仕事の設計や作業フローの意思決定に現場のスタッフが参加すること
- ・ 「学習する組織」として確立するためのナレッジマネジメント

### 2) 人員配置

- ・ 看護スタッフの配置水準（看護単位／勤務シフト）
- ・ 看護スタッフの知識と技能の水準
- ・ 多職種との協働

\* 人員配置に関する信頼できるデータが必要

### 3) エラーが起こりにくく、エラーが発生したときは直ちに発見して正しい状態にもどせるような効果的な作業空間の設計

- ・ 労働時間の長さ、交代勤務の回数
- ・ 危険性が高く、非効率な仕事のプロセスや作業空間の改善
- ・ ナースが行う必要のない活動

物品の請求や運搬、スタッフを探しまわること、不必要な大量の記録の作成、  
コミュニケーション・システムの不備 など

### 4) 安全文化の創出と維持

- ・ 安全性と生産性の優先度は同じレベルであるという認識
- ・ エラーの多くは、非難すべき個人によるのではなく、作業プロセスの組織的な欠陥から生じると認識する

- ・ スタッフを支援する
- ・ 組織全体と職員の継続的な学習を育む

#### 4. 看護管理の歴史 (Klakovich, 1994)

- ・ ナイチンゲール看護学校  
nurse executive
- ・ 初期の米国の病院  
初期のリーダーはエリートであり、日々起こる看護師の問題や看護の問題に実質的に関与することはなかった。
- ・ 1930年代から40年代：官僚制  
トップダウンの管理スタイル  
中央集権化
- ・ 1940年代から50年代：チームナーシング  
第2次世界大戦により看護師が戦争に駆り出された  
チームリーダーがケアの提供と監督を行った
- ・ 1970年代：Decentralization（分権化）  
中間管理職が減られ、ナースマネージャーの役割が拡大  
トップに帰属していた権限や意思決定の委譲
- ・ 1980年代：シェアド・ガバナンス  
看護部長から副院長に  
スタッフを専門職業人として認め、患者ケア提供に貢献するものとして敬意を払う  
ボトムアップのアプローチ
- ・ 1990年代：Patient-centered care  
あらゆる部門が質の高いプロダクトをもたらすために協力すること
- ・ 21世紀のリーダーシップ：Connective leadership  
ヘルスケアは境界線のない連続したサービスの時代に入った  
ケアは多機能チームで提供され、障壁は取り除かれねばならない

\* リーダーは、広範囲な行動戦略を用いて、自分の守備範囲を超え、集団の凝集性を高め、相互の目的に向かってシステム規模の展