

論文

特定看護師制度から特定行為研修制度への変更にもみる政策決定過程

——「チーム医療推進会議」の議事録からの検討——

中西京子*

はじめに

本稿の目的は、2014年に法制度化された看護師の特定行為研修制度が、3年半にわたるチーム医療推進会議での検討の結果、特定看護師制度から特定行為研修制度へと変更となった政策決定の過程でどのような議論がなされ、変更要因は何かを明らかにすることである。

看護業務の範囲である「診療の補助」と「療養上の世話」についての解釈は、様々な検討が進められ、看護職の裁量の範囲が拡大している。看護職の裁量の拡大に関する制度変更として、2002年に看護師等による静脈注射の実施に関して、「看護師等による静脈注射は診療補助行為の範疇である」という厚生労働省の法解釈の変更がなされた（平成14年9月30日付け厚生労働省医政局長通知）。2003年には「療養上の世話」には医師の指示は必要ないとすることを明確にした通知が出された（平成15年3月24日付け厚生労働省医政局通知）。2006年には「保健師助産師看護師法」（昭和23年法律第203号。以下保助看法）の一部改正により、処分を受けた看護職に対する罰則規定の強化と再教育の徹底等が定められた。2007年には「薬剤の投与量の調整」「緊急医療等における診療の優先順位の決定」「入院中の療養生活に関する対応」「患者・家族への説明」等も診療の補助の範疇に入るものとして明確にされた。そして2014年6月に「医療介護総合確保推進法」の1つとして保助看法が改正され、「特定行為に係る看護師の研修制度」が法制化され、より高度な医療処置が研修を受けた看護師にできるよう方向へと変更となった（中西2016）。

一方で、他の職種では、平成16年3月23日厚生労働省告示第121号による「救急救命士法施行第21条第3号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する器具」（平成4年厚生省告示第18号）の改正により、2004年7月1日より救急救命士による気管内チューブによる気道確保の実施が可能となった。また、2014年4月から介護福祉士の業務として喀痰吸引等（喀痰吸引及び経管栄養）が位置づけられた。これにより介護職員等が都道府県等の研修を修了し、都道府県知事の認定を受け、認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けることで喀痰吸引等ができることとなった（三菱総合研究所2013）。

厚生労働省は、2007年に「医師及び医療関係職種と事務職員等との間等での役割分担の推進」の通知を出している。この中で、事前に処方された薬を患者の状態を見て投与する、救急のトリアージなどで看護師が専門性を発揮して活躍することなどが、チーム医療推進という観点からますます重要視されると書かれている。また、2008年に「安心と希望の医療確保ビジョン」が出され、これには、職種間の協働、チーム医療の充実、医師と看護師との協働の充実等の記述がある。さらに2009年3月には、規制改革推進のための3カ年計画が閣議決定された。この内容は、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¹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、その必要性を含めて検討するであった。そして、2009年5月19日、経済財政諮問会議において、当時の麻生総理大臣から外添厚生労働大臣に、

キーワード：特定看護師、特定行為研修、政策決定過程、チーム医療

*立命館大学大学院先端総合学術研究科 2014年度3年次転入学 公共領域

「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」と指示が出された。それを受けて、2009年に「チーム医療の推進に関する検討会」が設置された。この検討会において、看護師の実施可能な行為の範囲拡大が重要なテーマとなり、2010年3月19日、医師の包括的指示にもとづいた一定の範囲内の特定医行為を実施できる「特定看護師（仮称）」の導入が盛り込まれた報告書が発表された。この報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行うことを目的に2010年5月12日「チーム医療推進会議」が設置された。さらに、この下位組織として、看護師の業務検討を主とする「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（以下WGとする）」が2010年5月26日に設置され、看護師以外のほかの医療職の業務検討を主とする「チーム医療推進方策検討WG」が2010年10月4日に設置された。その後、3年半にわたる議論は、「特定看護師（仮称）」から「看護師特定能力認証制度」そして「特定行為に係る看護師の研修制度」へと二転三転と変化している（表1）。

看護学者の南裕子は、『医療に従事する多種多様な医療スタッフが、それぞれ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・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供していく』といったチーム医療へと時代が変化しており、このなかで、『特に看護師の場合は、チーム医療のキーパーソンとなるため、専門的な能力のある看護師が自立的に判断できる機会を拡大し、看護師が行う行為の範囲を拡大していく』ことが求められている」と述べている（南 2011: 5）。したがって、この変更過程を検証することは、今後の看護職の「専門職化」を検討するうえにおいて意義がある。

以上のことから、本稿においては、3年半にわたる「チーム医療推進会議」において、「特定看護師（仮称）」から「看護師特定能力認証制度」が議論された第8回～第10回の変化に焦点を当て、第1回から第10回までの会議録を検討し政策決定過程において、医師と看護師の認識のずれが何に起因しているのか、変更に至った要因を明らかにしたいと考える。

第1節 チーム医療推進会議の概要

チーム医療推進会議は、現状の医療において看護師の業務範囲の拡大が生じていることを前提として、その範囲及び指揮命令の在り方について議論された。

分析対象となる資料は、第1回から第10回までの「チーム医療推進会議」の議事録及び会議資料とする。

1-1 チーム医療推進会議のメンバー

「チーム医療の推進について」（平成22年3月19日チーム医療の推進に関する検討会とりまとめ）を受け、様々な立場の有識者から構成された。チーム医療推進会議のメンバーは、医師5名、歯科医師1名、看護職2名、薬剤師1名、理学療法士1名、放射線技師1名、地域医療を育てる会1名、大学教授（医療政策、法学）2名の14名²で構成され、第2回目から「チーム医療推進のための看護業務検討WG」の座長（有賀徹、昭和大学医学部救急医学講座教授）、第3回目から「チーム医療推進方策検討WG」座長（山口徹、虎の門病院院長）が加わり16名で開催された。

1-2 チーム医療推進会議の検討議題

「チーム医療推進会議（以下会議と略す）」は全20回開催され、下位組織としての「チーム医療推進のための看護業務検討WG」の会議は36回開催されている。会議の議題の内容を見ると、第1回～第9回までは「特定看護師（仮称）」として検討されているが、第10回では「看護師特定能力認証制度」と新たな制度案となり、第17回では「特定行為に係る看護師の研修制度」へとさらに変更している。

1-3 第1回から第10回の会議における議論

1-3-1 「診療の補助行為」について医師と看護師の対立がなぜ起こるのか

そもそもなぜ医師の立場と看護師の立場で「診療の補助行為」について議論がわかれるのであろうか。それは、医師法（昭和23年法律第201号）第17条において、「医師でなければ医業をなしてはならない」と、医師による業務独占が法律によって規定されているからである。このことについて山本隆司²は、つぎのような発言をしている。

法律の中には「医師の指示」としか書いてなくて、「包括的指示」という言葉も法律の中には出てこないのです。その意味では、法律上、全く一般的な言葉しか出てきませんので、もしもこれをもう少し具体化する必要があり、何か法的な裏づけを必要とするというのであるとすると、このワーキンググループ等で議論していただいて、その上で、もし必要であれば法制度を考え直すことになるのではないかと思います。（「第3回チーム医療推進会議 議事録」2010年10月29日）

また、島崎謙治²は、つぎのような発言をしている。

看護師以外のほかの職の場合は、その業務の中身が非常に特化という用語があるかもしれませんが、法律上の職務の範囲が、かなり明確に決まっています。例えばOTにしても、PTにしても、薬剤師さんにしても、管理栄養士さんにしても、こういう仕事を行う職種だということで特定されています。それに対して看護師の場合は、「医療の補助」行為という、非常に融通無碍というか、非常に「雑駁」な中身なのです。要するに、他の職種と異なり、どこまでだったら医師の指示の下にできるか、それを個別具体的に明らかにしていく作業がどうしても必要になってくると私は思います。（「第4回チーム医療推進会議 議事録」2011年1月17日）

以上の発言は、看護師の業務は、保助看法第五条において、「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」と規定されていることを確認している。その上で、薬剤師等の職種は法律上の職務の範囲が明確であるが看護師は「診療の補助」といったあいまいな表現であるがゆえの対立となり、今後は法制度の見直しの必要性があると述べている。

1-3-2 第1回会議から第10回会議における全体的な流れ

ここでは第1回から第10回までの会議の全体的な流れについて説明する。

第1回会議においては、チーム医療とはいったい何なのか、なぜ特定看護師（仮称）の検討がこの会議の中心となっているのか、特にチーム医療の中でどの立場がイニシアティブをとるのか等についての意見交換が中心となっていた。

第2回会議においては、各々の立場から意見交換が行われ、特にそれぞれの立場から縄張り争い的な論争も聞かれている。たとえば藤川謙二²からは、「医師の分野に首を突っ込まず、看護師の仕事は患者の心に寄り添うことなのだからそのことをもっと専門的に勉強してほしい。理学療法士や薬剤師や放射線技師は自分の専門分野からはずれたことはしていない。それは、プライドを持って行っているからである」といった発言もあった。この視点から、「チーム医療の中での医師の包括的指示とは何か」について議論が行われた。

第3回会議においては、「チーム医療推進方策検討WG」「チーム医療推進のための看護業務検討WG」それぞれの座長から検討報告を受けての議論が行われている。特に医師会の医師からは、医師会独自調査の結果とWGの調査結果が異なることについて問題提起がされた。

第4回会議においては、前回の第3回会議に引き続いて「チーム医療推進のための看護業務検討WG」の報告から、特定看護師（仮称）の業務範囲や教育・研修の内容、医行為の捉え方、包括的指示の在り方等に関する意見交換が行われている。

第5回～第7回会議においては、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」から特定看護師（仮称）の養成の調査試行事業及び試行事業の報告、及び試行事業申請施設である佐伯中央病院及び鶴見の太陽から小寺隆元副院長、

甲斐かつ子副院長兼看護局長、飯塚病院から鮎川勝彦副院長・須藤久美子看護部長、養成機関から大分県立看護科学大学大学院の福田広美准教授、日本看護協会から洪愛子常任理事、日本看護協会研修学校認定看護師教育課程の溝上祐子課程長・中田論集中ケア学科主任教員が出席し、それぞれから報告後、意見交換が行われている。そして、今までの議論としては次のようにまとめられている。「診療の補助」の部分について、専門的な臨床実践能力を有する看護師に対して業務範囲を拡大する必要がある。しかし、特定の医行為は特定看護師（仮称）しか実施できないとした場合、実際に具体的な指示などに基づいてさまざまなことをしているという調査結果から考えると、特定看護師（仮称）しかできないとすると、現場が混乱してしまう。したがって医療安全の確保を十分に図るとともに、医療現場が混乱しないように十分に事態を配慮しながら、この枠組みを構築していく必要がある。医療現場においてチーム医療を推進し、良質な看護サービスを提供するためには、枠組みの構築と併せて、看護業務の在り方、基礎教育、その他コメディカルの方たちとの役割分担について検討していかなければいけない（第15回チーム医療推進のための看護業務WG資料）。

以上のことを踏まえて引き続き意見交換が行われている。

第8回の会議では、特定看護師（仮称）業務試行事業の実施2施設により、参考人として日本医科大学武蔵小杉病院の院長・看護部・指導医の内科教授・事業実施対象の看護師長、藤沢市民病院より、指導医の医長・看護部長・対象看護師が出席している。また、「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」より特定看護師（仮称）の考え方（案）が提出され、これには、「業務独占」とはしないこと、「名称独占」とはしないこと、認証の方法としては、2年間のカリキュラムを経て修得した能力の認証と8か月程度のカリキュラムを経て修得した能力の認証とすることが明記されていた。これらの試行事業及び特定看護師（仮称）の考え方（案）について議論された。

以上のように第1回から第8回の会議においては、特定看護師（仮称）制度の施行にあたって、調査及び試行事業等を試みながら実施に向けて、業務範囲や教育・研修等の具体的な内容に関する検討が行われていた。

第9回の会議において、「看護師特定能力認証制度骨子（案）」が提出され、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ことと、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、医療安全を十分に確保しながら、看護業務をより広い範囲に展開していくために保助看護法を改正してもよいのではないか等について議論された。

また、この会議での資料として、日本医師会からチーム医療推進会議座長宛てに「特定看護師（仮称）問題について」の意見書が、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本放射線技師会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会の連名で提出されている。この意見書の内容は、「1. 国民や患者が望む制度なのか、2. 侵襲性の高い医行為および難しい判断を伴う医行為は医師が行うべき、3. ミニ医師ではなく看護師にしかできない業務を究めるべきである、4. 看護師が安全に実施可能な診療の補助行為の整理について、5. 看護職以外の医療関係職との関係について、6. 具体的指示と包括的指示について、7. 法制化による影響等について」の7項目であり、特定看護師（仮称）という新たな国家資格の創設への問題提起であった。この結果をうけ、第10回会議においては、前回に引き続き「看護師特定能力認証制度骨子（案）」についての議論が行われた。そして、この会議に日本私立看護系大学協会会長より厚生労働省医政局長あてに「看護師特定能力認証制度骨子案」についての要望書が提出されている。この要望書は、看護師特定能力認証制度から大学院を想定していると思われる2年間程度の教育という文言を外してほしいという内容であった。また、日本看護系学会協議会会長からチーム医療推進会議座長あてに意見書が提出されている。この意見書は、「看護師特定能力認証制度骨子案」は、特定行為の定義と範囲、必要とされる能力が不明瞭であり、このまま性急に法制度化の議論がすすみ、12月の社会保障審議会医療部会に諮られることは反対であるという内容であった。

第2節 「日本医師会」対「日本看護協会」および「日本医師会」対「日本看護系学会協議会」の対立

2-1 医師のライバルとしてのミニ医師の存在

医師会側の意見として、藤川謙二は、つぎのように発言している。

専門看護師というカテゴリーを少しわかりやすくすれば、新たな特定看護師という表現もいらない。医師会の中では保助看法で十分拡大すればやっていけるのではないかという意味を持っています。（「第1回チーム医療推進会議 議事録」2010年5月12日）

藤川は、医師の看護師のレベルに対する考えを日本医師会調査³を基に基づきのよう説明している。

「現在看護職員が実施していない医行為について」、その理由はどうかということで、「技術や知識が不足しているから」が約5～6割です。「法律の問題」が7～8割、「マンパワーの問題」が1～1.5割、「必要と思わないから」が2割前後です。（「第3回チーム医療推進会議 議事録」2010年10月29日）

また、藤川は、つぎのように述べている。

最近、特に小児科には女性医師が多いのですが、小児科の急患がたくさん来たときに非常に大変だということです。医師が患者を診ても急変する場合がありますので、家族からの要望が非常に多いです、それを忙しいということで、果たして特定看護師（仮称）が医師の不足分、最善のトリアージやプライマリーケアを代わられるかという、私は荷が重いのではないかと思います。医師の代わりをするほどトリアージができるのかということです。（「第6回チーム医療推進会議 議事録」2011年4月18日）

我々日本医師会が言っていることは、看護師の全体的なレベルアップによって医療安全を高めると同時に、医師の負担を軽減することです。一部の看護師にしても、結果的にその看護師がいない場合はできませんから、同じ5年、7年の経験を持つ看護師であれば、すべて標準的な看護レベルを上げてやっていくほうが、最終的にどういったナースをへき地医療に送っても、救急医療の現場や災害医療に送ってもできるのではないのでしょうか。そういう全体的なレベルアップをしたいというのが、我々日本医師会の主張です。（「第6回チーム医療推進会議 議事録」2011年4月18日）

医師側は、経験を増やして全体のレベルアップをしていくことは必要であるが、新たな資格を作る必要はないという考えである。

また、つぎの藤川の発言から医師が看護職をどのようにみているかが理解できる。

心のケアを、看護師さんたちにもっともっと勉強していただきたい。宗教のことから、さまざまな人間学、哲学のことを勉強していただきたい。患者さんに非常にリスクを伴うテクニカルな問題は、医師に任せていただいて結構なのです。私は、何らそこに背伸びをする必要はないと思います。樽を知るの精神^{ツツ}が大切です。それが我々医師会の本来の意見です。（「第2回チーム医療推進会議 議事録」2010年7月16日）

医師法としては、第17条に「医師でなければ医業をなしてはならない」と。その医業とは何かというと、平成17年7月26日医政局長通知で「医業とは、当該行為を行うにあたり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ、人体に危害を及ぼし、また危害を及ぼす恐れのある医行為を反復継続する医師をもって行うことである」と、これをまずしっかりと共通認識として持つておかなければいけない。医師法が厳然とあるということです。……それは一般の人が聞いたときに、「そんなの看護師さん、できるの、患者が死ぬかもしれないような危険なことをさせるの、それはどういう法律的根拠なの」という三段論法で質問が飛んで来ることがあります。これは認識しておく必要があると思います。……法律であるように、患者さんの生命に危険を及ぼすようなことはしてはならないと厳然とある法律を、無視してはできませんよということを提言しているのです。（「第7回チーム医療推進会議 議事録」2011年6月1日）

検査ひとつにしても同意が要る。手術や麻酔もさまざまな同意が要るわけです。そのときに2つの同意のどちらかを取るとするならば、一般の国民であれば、医師がいるなら、当然医師にしてほしいとなってくると思っています。あくまでも国民にリスクを伴い、侵襲性の高い危険な医行為は、医師が必ずすべきだという日本医師会のスタンスは全然変わっていません。……いままうまくいっている日本のチーム医療の中で、特定看護師（仮称）が医師に連絡をせずに危険な行為をして医療事故をおこし、早く助けに来てくださいという事態が全国の医療機関で起こることは、絶対に避けなければいけないと確信しています。（「第7回チーム医療推進会議 議事録」2011年6月1日）

以上より、医師は、あくまでも医師法第17条に規定されているとおりであり、看護師に医療行為をさせることはできない。また、患者への安全と責任において反対である。一般の国民もこのことは納得している。看護師が、医療行為をするのであれば、医師国家試験を受けて医師の資格を取得するのが当然ではないかと日本医師会は主張している。医師側は、特定看護師（仮称）という、今まで法的規制によりできなかった医療行為を行うことのできるミニ医師が新たに誕生することへの懸念と医療安全への懸念を表現しているといえる。

2-2 医師以外の他職種の意見

ここでは、参加者の理学療法士、放射線技師の意見を以下に示す。

理学療法士の立場として、半田一登²は、つぎのような発言をしている。

論議が何で看護師さんの包括的指示だけなのか。チームを考えたときに、包括的指示をどうするのかという問題を看護業務だけではなくて、もっと幅広く捉えていただかないと、私はチームとしては成立しないと思います。（「第1回チーム医療推進会議 議事録」2010年5月12日）

放射線技師の立場として、北村善明²は、つぎのような発言をしている。

今回の看護業務実態調査を行う中で調査表の項目を見ると、他職種に影響する項目内容が多数含まれていることが窺えます。この調査表は、それで医師・看護師が主となっていることに危惧を覚えています。医療施設で多くの専門職が働いていることで、それを考えれば調査対象をもう少し広めるのと、ただ聴取調査を行うとなっていますが、それで本当に十分なのかどうかと思っています。……「医師が実施すべき」「看護師一般」「特定看護師」しかなくて、これに加えて「他職種、専門職種が行ったほうがいい」という項目も加えるべきではないか。（「第2回チーム医療推進会議 議事録」2010年7月16日）

医師以外の他職種の意見は、チーム医療というのであれば、看護職だけではない。看護職だけが突出して業務を拡大させるのはおかしいのではないか。足並みをそろえて考えるべきではないかといった「なぜ看護職だけ」といった主張であった。

2-3 看護師側は医師の主張するミニ医師を作りたいのか

ここでは、会議録の中の看護師の立場の発言から、看護師側の主張について以下に述べる。

中山洋子²は、チーム医療における看護師の役割をつぎのように述べている。

看護師の仕事というのは曖昧でわかりにくいと言われているように、全体的なことを見て、その中で医師の指示を受けて医行為をしていく形をとって、医行為だけの問題ではないのです。そういう意味では、チーム医療の推進というときにも、看護師がこれまで果たしてきたタイルの目地みたいな役割、医療の複雑さの中で、いろいろな種類の治療と職種が入ってくる中で、看護師はそれをつないでいく役割をこれまでも担ってきました。チーム医療の中ではその役割は重要になってくると思います。この医行為も、その中で拡大していくのだ

と思うのです。そういうことから考えると、状況判断をして、本当にこの患者にこのことをすることが適しているかどうかということの判断抜きに、この医行為があるわけではないのです。医行為だけ前面に出る^くと、なんとなく医師から指示を貰って、その行為だけをするような形になるのですが、そうではなくて、患者のトータルな状況の中で判断し、医行為が拡大していく。(「第3回チーム医療推進会議 議事録」2010年10月29日)

また、医行為についての考えを中山は、つぎのように述べている。

私たち看護師というのは、看護しながら医行為をします。今回の論点としては、医行為にフォーカスを置かれて論議をされているところが、私たち教育者としてはとてもなじみがない考え方です。例えば能力の認証といったときに、特定の医行為の能力の認証ではなくて、それはケアとキュアと看護をしながらの看護業務ですので、常に看護と医行為を連れていく。だから、医行為の能力認証ではなくて、そういう面での能力認証は必要だと思っています。(「第9回チーム医療推進会議 議事録」2011年11月18日)

特定看護師(仮称)業務試行事業で対象となる看護師の養成に関わった日本看護協会の洪愛子常任理事は、医行為の範囲をつぎのように述べている。

実際に日本看護協会で行った教育を、18名が修了しております。認定の資格を取ってから10年、あるいは認定看護師の資格だけではなくて、専門看護師の資格を取得された方も、この18名の修了者の中にいらっしゃいました。その方たちが今回の医行為として挙げられているものを、いままでの教育でできるかということ、それぞれ自己学習はしているのですが、やはり系統的な学びをしていないので大変不安であるというところから、今回、養成調査試行事業では病態学、病態生理学、薬理学を強化して、その内容に沿った教育が行われました。それを修了されて、実際に医行為の習得が部分的にはできたのではないかと。ただし、その医行為の範囲については、領域によっては大変幅が広いということがあります。そのことに関しては今回3施設が、段階的に個々が実際にどのレベルを取得しているかということも見つつ、いきなりすべての医行為を場に広げるのではなく、場を限定したり、業務の範囲もいま挙げている習得してであろう医行為の部分的なものから進めていくことが、「段階的な事業の実施体制」という所で書かれておりますので、そういった点もご理解いただければと思います。(「第6回チーム医療推進会議 議事録」2011年4月18日)

看護師側の主張は、ミニ医師を育成するのではなく、ある一定の医学的知識や実務経験を前提に、包括的な医師の指示を受け、医行為を行うことができるスペシャリストを育成することである。すなわち、現在の「看護師」「保健師」「助産師」という国家資格をもった看護職に「特定看護師(仮称)」という新たな資格を有した看護職が加わるということである。その為に教育としては、特定の技能を研修によって補うのではなく、高等教育として系統的に学んでいく大学院教育によって高度実践看護師の育成を図りたいという考えである。

2-4 研修制度での教育ではなく大学院教育の必要性

特定看護師(仮称)の教育について、藤川は、つぎのように述べている。

大学院を卒業して特定看護師(仮称)の業務で来た学生より、現実に優れている看護師が全国の現場にはいるのです。救命センターなどは特にそうです。……そういう救命救急や手術場での専門の看護師というのは、私も数多く知っています。後から出てきた人たちを特定看護師(仮称)ということで位置づけても、現場ではその肩書きよりも実力は違うわけです。実際にできる人はいっぱいいます。大事なのは、いま現実にできる人たちをどうきちんとするかです。(「第6回チーム医療推進会議 議事録」2011年4月18日)

日本医師会は、大学院教育ではなく、現在の看護師をレベルアップするための研修が必要であると述べている。

しかし、日本看護協会の坂本すがは、つぎのように述べている。

基本的には患者さんの安全と、それから行う者の信頼といいますが、それをきちっとゴールにさせていただきたいと思います。そのために大学院教育というものが、これだけの事をやっていくことにおいては大変重要であるということで、大学院教育をすべきであるというふうに思います。(「第7回チーム医療推進会議 議事録」2011年6月1日)

また、専門看護師⁴を教育している大学の日本看護系大学協議会の野嶋佐由美会長は、つぎのように述べている。

現在、出されている2年の教育課程に関しては反対と思っています。私どもは1995年以来、専門看護師の育成に取り組み、いまは68の大学院で172の教育課程、11の看護専門領域で育成をしています。そういうふうに専門看護師が生まれています。昨年3月の報告書では、特定看護師は修士課程修了を要件とするとされてきましたので、私どもは特定看護師というのは高度実践看護師のグローバルスタンダード、世界水準を満たすものだというふうに考えてまいりました。そしてチーム医療の推進、看護の役割拡大は非常に重要で、今日、お話ししていただいたような実践が広がっていくことは、とても大事だと思っています。(「第8回チーム医療推進会議 議事録」2011年10月12日)

認証する能力に関してはこれまで検討もされていないこと、あるいは教育に関しても8カ月と2年、その教育内容は同等であると書かれていることからしても、今回はまだ能力認証、あるいは国家資格等々に関してはもう少し議論が必要であろうと思っております。今回は私立大学協議会及び日本看護系学会協議会から座長に意見書がいつていると思しますので、38の看護系学会協議会、126の私立看護系大学からのご意見ですので、是非重く受け止めていただきたい。(「第10回チーム医療推進会議 議事録」2011年12月7日)

私立看護系大学協議会においては、大学院教育を、厚生労働省の指定を受けたカリキュラムで実施することに関しては、大学院教育の危機的な状況でありますので、大学院を想定していると思われる2年課程に関しての教育を見直してほしいという要望がきております。「厚生労働省の指定を受けたカリキュラムを修了すること」のみになっておりますが、ここに「大学・大学院などの学校教育法で規定する教育機関に養成課程を置く場合には、教育認定は文部科学大臣の所管とする」と入れていただきたいと思っております。(「第10回チーム医療推進会議 議事録」2011年12月7日)

医師の補助者として医行為を行う看護師の養成ではなく、体系的に看護学に基づいた医行為ができる人材を養成できる教育としては、大学院の教育が必要であることを日本看護系学会協議会および日本私立看護系大学協議会は述べている。

第3節 考察

3-1 チーム医療という議論

チーム医療の推進に関する検討会報告書(厚生労働省2010)において、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・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と記述されている。しかし、第1回の会議から、チーム医療とは何か、なぜ特定看護師(仮称)の議論がこの会議の中心であるのか等、チーム医療の中でどの立場がイニシアティブをとるかについての議論が中心となっていた。特に医師からは、「医師の分野に首を突っ込まず、看護師の仕事は患者の心に寄り添うことでありそのことをもっと専門的に勉強してほしい」といった意見があり、一貫して特定看護師(仮称)を新たに作ることへの反対意見であった。一方で看護師からは、「医療の複雑さの中、チーム

医療の中ではつないでいく役割は重要になってくる。この医行為も、その中で拡大していくのだと思う」と述べている。細田（2001: 89）は、『「チーム医療」という認識と実践の要素にはお互い相いれない部分があり、それが『チーム医療』を一層困難にしている」と述べている。この会議における医師及び他の医療職の意見からは、医師を中心としたこれまでの日本の医療体制に対する保守的な考えが根強いことが伺えた。そしてこの考えは、看護師の役割拡大への大きな障壁になっていると考える。また細田（2001: 89）は、『「チーム医療」が必要であることを誰もが認めていながら、その定義について職種横断的で包括的な議論があまりされてきていなかった」とも述べている。今回の3年半という長きにわたるこの会議において、各職種間の意見交換が行われたことは、看護職のチーム医療における役割を明確にするということにおいて意義深いといえる。

3-2 看護の専門職化を阻むもの

第8回の会議において、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」より特定看護師（仮称）の考え方（案）が提出されており、それによると「業務独占」はしないこと、「名称独占」はしないこと、認証の方法としては、2年間のカリキュラムを経て修得した能力の認証と8か月程度のカリキュラムを経て修得した能力の認証とするといった内容であった。これは、最初に考えられていた特定看護師（仮称）という新たな枠組みの構築という考えから大きく変更されている。この背景には、医師会の意見が大きな影響を与えていた。また、第9回の会議では、「看護師特定能力認証制度骨子（案）」が提出され、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こと、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、医療安全を十分に確保しながら、看護業務をより広い範囲に展開していくことで、保助看法を改正してもよいのではないかについての議論が行われた。しかし、日本医師会などからチーム医療推進会議議長宛てに「特定看護師（仮称）問題について」といった意見書を、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本放射線技師会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会の連名で提出しており（図1）、この意見書が、制度の変更に大きく関わっていったものと考えられる。

日本医師会は、最初から一貫して特定看護師（仮称）を作ることに反対の意見であった。特定看護師（仮称）は、今までできなかった医療行為を行うことができるいわばミニ医師であり、医師にとっては、ライバルとなり得る存在である。一方で、日本看護協会は、ミニ医師を育成するのではなく、ある一定の医学的知識や実務経験を前提に、包括的な医師の指示を受け、医行為を行うことができるスペシャリストを育成したい。すなわち、医行為は、療養の世話を専門化していく中の一部であり、そのためには大学院において、教育していく必要があることを強調している。以上より、日本医師会と日本看護協会及び日本看護系学会協議会の対立は、両者のかみ合わない議論が要因となったのではないかと考える（図2）。

宝月（2010）は、アンドリュー・アボットの専門職論をつぎのようにまとめている。

学問的専門知を動員し、社会に認められた支配管轄権を得るためには、具体的な社会的権利要求とそれに対する反応が必要になる。つまり専門職間の競争は、公衆というオーディエンスの前で行われることになる。支配権をめぐる権利要求は、アボットによれば、①国家的・法的システム、②世論、③職場の3つの領域において申し立てられうる。（宝月 2010: 129）

今回の「チーム医療推進会議」について、この3領域から考えてみたい。まず「国家的・法的システム」領域においては、特定看護師という新たな国家資格の創設という権利要求だったものが、最終的には特定研修制度の創設という結果になった。当初の申し立ての基盤には、現場でのチーム医療では看護師の業務拡大が生じているという「職場」領域での現状が存在したと推定される。ここでは、看護職がつぎのような発言をしている。「看護師がこれまで果たしてきたタイルの目地みみたいな役割、医療の複雑さの中で、いろいろな種類の治療と職種が入ってくる中で、看護師はそれをつないでいく役割をこれまでも担ってきました。チーム医療の中ではその役割は重要になってくると思います」。タイルの目地のようなつなぐ役割つまりマネジメント機能が、看護職の役割として非常に重要であり、役割拡大を議論するときに必要な内容であったと考えられる。また、チーム医療の推進に関する検討会報告書（厚生労働省 2010）の基本方針に、看護師の役割として「チーム医療のキーパーソン」と表現されている。しかし、

このことは他者に見える形で表現されず、医師を含めた他の医療職を説得できず、結果として同意を得ることができなかった。さらに、この会議の委員である藤本晴枝²は、「国家資格であっても、そうでなくても、患者が受ける利益としては変わらない」と述べている。アボット (Abbott 1988) のいう「世論」領域において患者や一般市民の観点から考えると、看護職による上記の議論は、医師と看護師関係の中での縄張り争いとは見え、患者や一般市民が納得できるものではなかったと考えられる。

第10回の会議では、看護師特定能力認証制度から2年間程度の教育という文言を外してほしいという「看護師特定能力認証制度骨子案」への要望書を日本私立看護系大学協会会長より厚生労働省医政局長あてに提出している。これは、2年という期間の類似性から「研修」と「大学院教育」が混同されることを避け、看護職の役割拡大での大学院教育の独自の必要性を明確に示すためと考えられる。看護師の立場からの申し立てとしては、「専門職化」は、能力習得だけでなく体系的知識を身につけていくことで、複雑化していく在宅医療の現場のニーズに対応できることにつながる、とされてきた。だが、この点も医師に主導された「職場」領域、さらに「世論」領域からみれば、技術・手技の研修＝能力習得と大学院教育＝地位という二つのうちの後者を重視する看護師の一時的な考えに見えていたともいえる。

第4節 まとめ

2014年に法制度化された特定行為研修制度が、3年半にわたるチーム医療推進会議での検討の結果、特定看護師制度から特定行為研修制度へと変更となった政策決定の過程に注目し、変更の要因を明らかにすることを目的とした。結果、最初から一貫して反対意見を述べていた日本医師会の意見が制度変更に大きな影響を及ぼしていたことが明らかとなった。これは、特定看護師（仮称）について、医師側は医行為のできるミニ医師の出現と捉え、看護師側は高度な医療処置を行う専門の看護職の実現と捉えた、という両者の認識の相違によるものであった。そして、これが日本における医師-看護師間の権力関係を背景に、役割拡大＝診療の補助の拡大ということに特化した議論となり、お互いの職域をめぐる利害の対立へと繋がっていった。さらに大学院課程での教育による国家資格化は、看護職の地位の向上を目指すものであったが、医師や他の医療職の理解を得ることはできなかった。そして、これらの議論は、患者や一般市民のニーズとは、ずれているということがわかった。看護職が患者や一般市民のニーズにそえるよう、今後は、在宅医療の現場である訪問看護ステーション等においてニーズ調査を行い、看護職が自立して高度な看護実践を行えることを目指した研究を継続していくことが課題となる。

表1. 「特定行為（仮称）」に関連した経緯の概要

| 年月日 | 内容 |
|------------------|--|
| 2007年12月 | 医政局長通知「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」 |
| 2008年6月 | 「安心と希望の医療確保ビジョン」＜医療従事者の数と役割-職種間の協働・チーム医療の充実-医師と看護職との協働の充実＞ |
| 2008年 | 看護系大学ナースプラクティショナー（NP）教育の開始 |
| 2009年3月31日 | 閣議決定「規制改革推進のための3カ年計画（再改定）」 |
| 2009年5月19日 | 経済財政諮問会議 内閣総理大臣指示「厚生労働省において、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。」 |
| 2009年6月23日 | 閣議決定 経済財政改革の基本方針2009 医師と看護師等との役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について。 |
| 2009年8月28日 | 「チーム医療の推進に関する検討会」が設置 |
| 2010年3月19日 | 医師の包括的指示にもとづいた一定の範囲内の特定医行為を実施できる「特定看護師（仮称）」の導入が盛り込まれた報告書を発表 |
| 2010年5月12日 | 「チーム医療推進会議」が設置 |
| 2010年5月～2013年10月 | 「チーム医療推進会議」第1回～第20回 の開催 |
| 2014年6月 | 保健師助産師看護師法の一部改正により「特定行為に係る看護師の研修制度」が法制化 |
| 2015年10月1日 | 「特定行為に係る看護師の研修制度」の施行 |

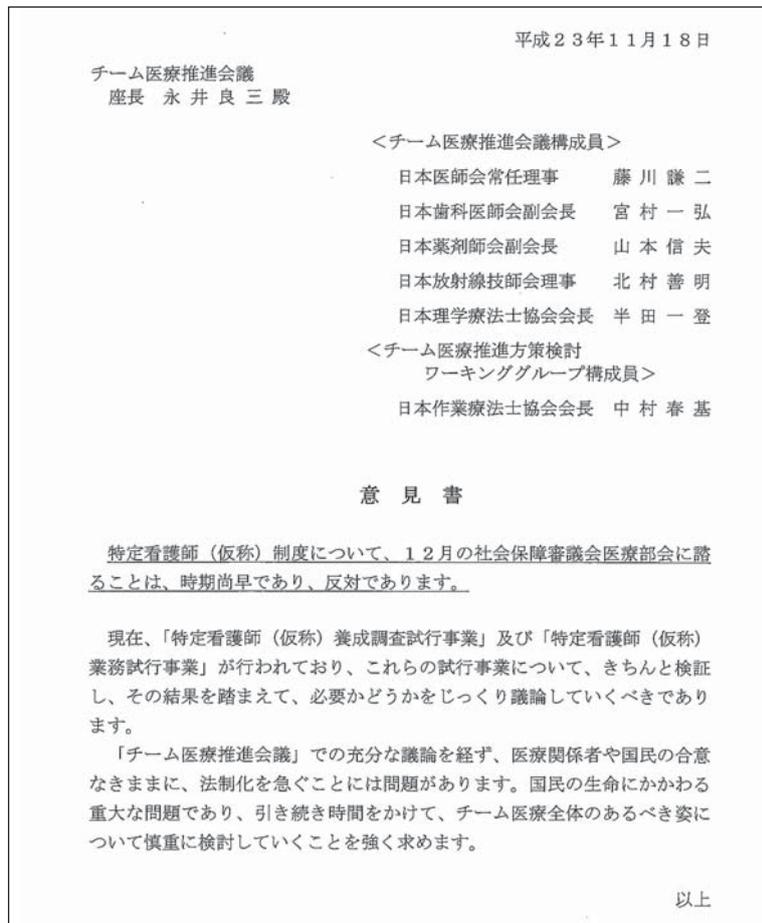


図1. 意見書

第9回チーム医療推進会議 参考資料3

(2017年7月25日取得、<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001w5xo-att/2r9852000001w6ds.pdf>)

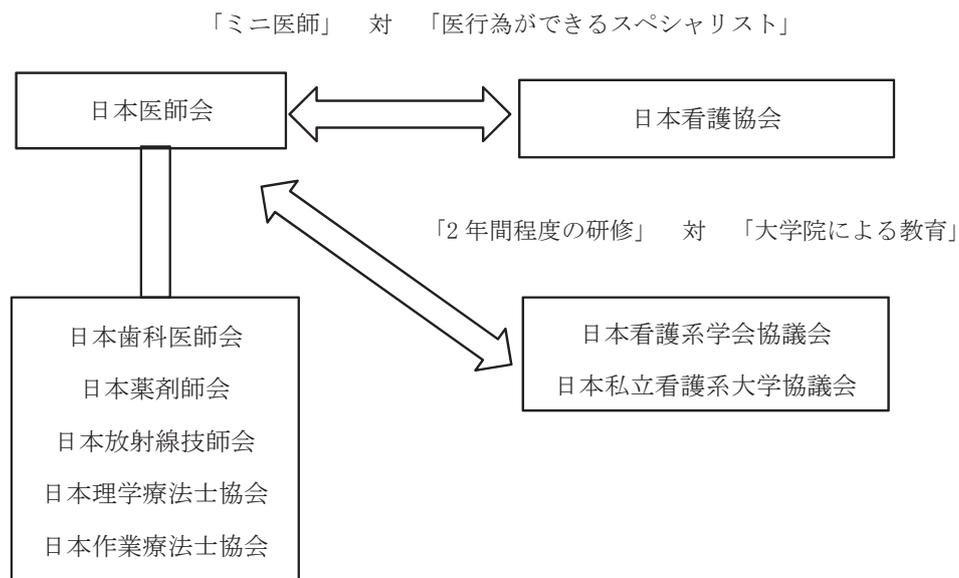


図2. 対立の構図

【注】

- 1 ナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner, NP) とは、「高度な大学院教育と臨床実習を経て、幅広いヘルスサービスを提供する準備ができた登録正看護師のこと」と定義されている (高野 2011)。
- 2 「チーム医療推進会議」の構成員は、以下の 14 名である。
太田秀樹 (全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長)、小川彰 (全国医学部長病院長会議会長)、北村善明 (日本放射線技師会会長)、堺常雄 (日本病院会会長)、坂本すが (日本看護協会副会長)、鳥崎謙治 (政策研究大学院大学教授)、永井良三 (東京大学大学院医学研究科教授)、中山洋子 (日本看護系大学協議会会長)、半田一登 (日本理学療法士協会会長)、藤川謙二 (日本医師会常任理事)、藤本晴枝 (NPO 法人地域医療を育てる会理事長)、宮村一弘 (日本歯科医師会副会長)、山本信夫 (日本薬剤師会副会長)、山本隆司 (東京大学大学院法政学政治学研究科教授)。
- 3 第 3 回チーム医療推進会議 資料 7: 藤川謙二委員提出資料 日本医師会調査「看護職が行う医行為の範囲に関する調査」結果 平成 22 年 10 月日本医師会 (2017 年 10 月 10 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000vh2d.html>)。
- 4 専門看護師とは、看護師として 5 年以上の実践経験を持ち、看護系の大学院で修士課程を修了して必要な単位を取得した後に、専門看護師認定審査に合格することで取得できる資格である。審査合格後は専門看護師としての活動と自己研鑽の実績を重ね、5 年ごとに資格を更新する。2016 年 12 月現在、1,883 人の専門看護師が全国で活動している。(公益社団法人 日本看護協会 資格認定制度) (2017 年 7 月 25 日取得, <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>)。

【文献】

- Abbott, A. (1988) *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago: The University of Chicago Press.
- 有賀徹・中村恵子 (2010) 『特定看護師 (仮称) とは何か? ——新時代のチーム医療推進に向けて』へるす出版新書。
- 有賀徹・岩澤和子・木澤晃代 (2015) 『特定看護師——研修内容と実像、そして期待される役割』へるす出版新書。
- 宝月理恵 (2010) 『近代日本における衛生の展開と受容』東信堂。
- 宝月理恵 (2012) 「戦後日本における歯科衛生士の専門職化——口腔医療をめぐる支配管轄権の変容から」『保健医療社会学論集』23 (1), 85-95.
- 細田満和子 (2001) 「『チーム医療』とは何か——それぞれの医療従事者の視点から」『保健医療社会学論集』12, 88-101.
- 小林美希 (2016) 『ロボ看護の質——患者の命は守られるのか』岩波新書。
- 厚生労働省 (2010) 「チーム医療の推進について (チーム医療の推進に関する検討会報告書)」(2017 年 1 月 8 日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>).
- 美馬達哉 (2014) 「医療専門職論再考 陰謀のセオリーを超えて」『現代思想』42 (13), 90-106.
- 南裕子 (2011) 「これからの看護の課題——次世代看護職に期待する 石川県立看護大学開学 10 周年記念講演」『石川看護雑誌』8, 1-7.
- 三菱総合研究所 (2013) 『介護職員等略称吸引制度の実施状況に関する調査研究事業報告書 平成 25 (2013) 年 3 月』。
- 中西京子 (2016) 「訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の範囲の拡大と法的責任」『Core Ethics』12, 237-248.
- 高野政子 (2011) 「米国のナースプラクティショナーの活動と課題——米国ナースプラクティショナー学会会長講演より」『看護科学研究』9, 42-45.

The Shift in Policymaking from Establishing a National Qualification into the Training System for Nurses to Conduct High-skilled Medical Treatment

NAKANISHI Kyoko

Abstract:

The system of training nurses for specific medical acts was established in 2014 in Japan, to enable the nurses to conduct the high-skilled medical treatment. Originally, the promoting group of “team medical care” in the Ministry of Health, Labour and Welfare tried to establish a national qualification of “specific nurse”. However, the plan was shelved and only the system for training was made. This paper aims to find why they failed to establish the national qualification, by examining their minutes and related documents. The results find that the doctors were afraid of the creation of “mini doctors”, while the nurse expected the establishment of the specialized nursing profession. This difference led to the conflict of interests over their territories, based on the power relations between doctors and nurses. Furthermore, the system of national qualification through a new graduate school curriculum is criticized as to take too much time, thus it cannot meet the needs of patients and carers who want the early realization of the specific medical acts by the nurse. In conclusion, these factors prevented the agreement from doctors and other medical occupations for establishing the national qualification for specific nurse.

Keywords: specific nurse, the system for training of specific acts, policymaking process, “team medical care”

特定看護師制度から特定行為研修制度への変更にもみる政策決定過程 ——「チーム医療推進会議」の議事録からの検討——

中西京子

要旨：

2014年に創設された看護師の高度な医療処置を可能にする特定行為研修制度は、厚生労働省のチーム医療推進会議により考案されたが、当初の目的であった国家資格「特定看護師」の新設は見送られた。本稿は、「特定看護師」の国家資格化の廃案の要因を明らかにするため、第1回から第10回までの会議録、関連団体の意見書、調査書を検討した。結果、「特定看護師」について、医師側では「ミニ医師」の出現を懸念し、看護師側は高度な医療処置を行う専門の看護職の実現と捉えたという相違があった。これが、日本における医師－看護師間の権力関係を背景に、お互いの職域をめぐる利害の対立へ繋がった。さらに、大学院課程新設による資格化は、看護師による特定医行為の早期実現を求める患者や介護者等のニーズとは一致していないという問題も提起された。こうした要因から、「特定看護師」の新設は、医師や他の医療職の理解を得ることはできなかった。

