

提 言

看護職の役割拡大が
安全と安心の医療を支える



平成 20 年 8 月 28 日

日本学術会議

健康・生活科学委員会 看護学分科会

この提言は、日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会

- 委員長 南 裕子（第二部会員）近大姫路大学 学長
副委員長 太田喜久子（連携会員）慶應義塾大学看護医療学部 教授
幹事 内布 敦子（連携会員）兵庫県立大学看護学部 教授
幹事 正木 治恵（連携会員）千葉大学看護学部 教授
- 秋山 弘子（第一部会員）東京大学総括プロジェクト機構 教授
井部 俊子（連携会員）聖路加看護大学 学長
石垣 和子（連携会員）千葉大学看護学部 教授
内富 庸介（連携会員）国立がんセンター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発部長
片田 範子（連携会員）兵庫県立大学 教授
金川 克子（連携会員）石川県立看護大学 参与
川口 孝泰（連携会員）筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授
小西美智子（連携会員）岐阜県立看護大学 教授
小松 浩子（連携会員）聖路加看護大学 教授
草間 朋子（連携会員）大分県立看護科学大学 学長
古在 豊樹（連携会員）千葉大学環境健康フィールド科学センター
教授
- 野嶋佐由美（連携会員）高知女子大学 看護学部長
実成 文彦（連携会員）香川大学医学部 教授
高木 廣文（連携会員）東邦大学医学部 教授
山本あい子（連携会員）兵庫県立大学地域ケア開発研究所 所長
横尾 京子（連携会員）広島大学大学院保健学研究科 教授
吉岡 利忠（連携会員）弘前学院大学 学長
(アイウエオ順)

要旨

1. 作成の背景

我が国の医療サービスは現在、崩壊の危機に面している。産科、小児科、外科、麻酔科、救急医療および僻地における医師の不足や病院における医師の遍在、および後期高齢者保険制度（長寿医療制度）の導入をきっかけとして湧き起こった国民の医療制度に対する不信感はかつてないほどに高まっている。実際、地域によって利用できる医療サービスには格差が生まれ、健康格差をもたらしているといえる。

この背景には、少子高齢社会の到来によって疾病構造が大きく変容し、国民の医療に対する認識や期待が変化してきたにもかかわらず医療提供システムがそれに十分対応できてこなかったことが挙げられる。特に、これまでのように医師に絶対的な裁量を与えられている医療提供体制では、医師不足や診療科等における医師の遍在のなかでは国民のニーズに応えることが難しくなる一方で、病院の医師は過重な負担に耐えられなくなっている。また、医療においては、生活習慣病と称される慢性病などの治癒しない病気、複雑にこころや社会の状況を反映する病気は治療（キュア）というコンセプトだけでは対応困難であり、患者自身が生活習慣を調整し、自分の心身の状態と折り合いをつけて生活していけるような専門的支援（ケア）が必要となる。

看護職（保健師、助産師、看護師《以後、看護師等》）は、キュアとケアを統合させた役割を果たす職種であるが、看護師等の業務や裁量の幅を従来よりも広くすれば、現在の医療危機および健康格差の問題の緩和に貢献できることが多い。

日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会（以後、本分科会）では、国民が安全で安心な医療を受けるためにはどのような看護師等の役割拡大が可能なのかを具体的に検討することとした。

2. 現状および問題点

- ・医師の偏在や不足をはじめとして、質を担保する経済的問題、医療に対する社会の認識の問題など複雑な要因が絡み、我が国の医療は危機に直面している。
- ・看護師等は、医療を担う職種としては最も大きな集団を形成して、患者の治療と療養上の世話を担ってきた。したがって、医療危機の原因となっている医師不足と同様に看護師等不足も重要な課題である。
- ・看護師による患者の療養上の世話に関しては、看護師の判断でかなりの部分が行えるが、診療に関しては医師法や保健師助産師看護師法等によって法的に制限が設けられている。

- ・ そのために医師不在や不足の状況下では、産科などの診療科の病棟閉鎖を余儀なくされるなど診療がなりたたなくなり、国民に多大の不自由を強いており、不信感を抱かせている。
- ・ 医療はチームで行われるが、医師法や保健師助産師看護師法等によって医師の権限が極めて大きく定められている。したがって、今の医療危機や健康格差を緩和するためには、看護師等の裁量の幅と医師との連携・協働の仕方を見直す必要がある。
- ・ 看護師等の数の不足と労働条件・環境の問題が、患者や住民の受ける医療サービスに影響を及ぼし、看護師の離職率を増加させ、仕事の満足度を低下させている。

3. 提言の内容

本分科会では、我が国の医療社会における問題を見据えながら、看護師等の役割拡大が社会のニーズにどのように貢献できるか、また、看護師等の役割拡大の内容と、制度の変更を含む対策について学術的で中立的な見地から意見をまとめ、政府および関係機関に提言するものである。

1) 高度実践看護師等の裁量の幅を拡大

現存する専門看護師は大学院修士課程を修了しており、その基礎教育と合わせると医師の養成課程と同等の教育年限を費やしている。専門看護師は、臨床の専門分野において看護学の視点でキュアとケアと統合させて治療過程を推進する系統的な教育を受けている。症状など身体状態が継続的で変化が比較的小さい状況であれば、専門領域の専門看護師等は、症状緩和のための薬剤の処方に関する判断基準を医師と共同で開発し、医師不在であってもある一定の裁量の幅をもって対応できる能力を持っている。

今後は、米国等の高度実践看護師 APN (Advanced Practice Nurse) を含む海外の実績を参考にしながら現在の専門看護師教育課程の見直しを行い、その上でさらに裁量の幅を拡大できる制度を整えるべきである。

2) 看護師等の役割拡大

看護師等の基礎教育が急速に大学で行われるようになったこと、臨床経験を積んだ後で系統的な継続教育を受けた看護師等が増加していることを鑑みるとその業務の拡大ができるようになってきた。すでに厚生労働省から医師と看護師等の「役割分担」に関する通知が出されているが病院等の臨床現場で周知徹底できているとはいえない。厚生労働省の通知に則り看護師等が十分に役割を発揮できるよう、看護師自身はもちろんのこと、国民や医療現場が正しく認識する必要がある。それに加えて、本

分科会では、さらなる業務拡大がありうると考えて提言するものである。助産師や一定期間特定領域の研修を受けた認定看護師については、より多くの役割拡大があると考ええる。

特に医療過疎地域、在宅療養の場、助産関連機関、精神病院、高齢者施設、小児救急への対応などにおける看護師等の役割拡大についてできるだけ早く検討すべきである。また、病院における認定看護師の行う医療処置については、その能力にそって裁量の幅が広げられることを検討すべきである。

3) 看護職の労働環境について

看護師の処遇や患者あたりの数が改善されることにより、患者の死亡率や合併症の発生率が低下し、看護師の離職率が減少することが明らかになっており、看護師等の労働条件・環境はすみやかに改善されるべきである。また、看護師等の数の増加や処遇の改善は、看護師等の役割拡大の実現性を高めると同時に看護師等の離職を減らし、看護師不足の解消にも貢献することになるので、早急な対応が求められる。さらに、大学院等高度な教育を受けた者や福祉分野で働く看護師等についての処遇が改善されることが必要である。

看護職の労働環境の改善を伴った役割拡大の実現は、医療社会ニーズへの貢献に不可欠なものである。

目次

	頁
はじめに	……1
1. 審議の経緯	……2
2. 現状分析	……3
1) 健康問題の変化	……3
2) 医療の危機について	……3
3) 看護師等の役割拡大の動き	……4
3. 専門看護師・高度実践看護師の裁量の幅の拡大とそれを保証する教育	……4
1) 専門看護師・高度実践看護師の教育とその進展	……4
2) 専門看護師・高度実践看護師の裁量権拡大と有用性	……6
4. 看護師等の役割拡大とそれを保証する教育	……7
1) 看護学教育の進展	……7
2) 看護師等の役割拡大	……9
5. 役割拡大に伴う社会的経済的評価	……13
おわりに	……13

表 1. 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

表 2. 日本看護協会専門看護師、認定看護師の役割と教育課程

図 1. 看護系大学・大学院数の推移

引用文献

以下別表は、現時点での看護師の裁量の解釈と今後の可能性について、日本看護系学会協議会との議論を反映させて作成したものである。参考資料として添付する。

別表 1. 法律、公的な通知などによって、我が国ですでに認められている看護の裁量とその解釈

別表 2. 基礎教育および専門領域の教育訓練を受けた看護師の裁量の可能性

別表 3. 医師と Shared Responsibility が可能となりうる看護師の裁量

はじめに

戦後我が国は、国民皆保険制度のもと人々が安心して医療を受けられる制度を整え、飛躍的に発展した保健医療の提供を受けて、健康指標は世界のトップレベルになってきた。しかし、人口の高齢・少子化が急速に進行し、疾病構造や健康生活ニーズおよび国民の意識等が大きな変化をもたらすようになると、生命を救うキュア重点型の医療から quality of life を重んじるキュアとケアの統合型の医療へと考え方が変化してきている。一方、人口 1000 人あたりの医師や看護師等の医療従事者の数は先進国では最も低く¹、慢性的な看護職（保健師、助産師、看護師・准看護師を指す。以後、看護師等）の不足があり、最近では医師不足による「地域や診療科による医師の偏在」、「急性期病院における医師の過重労働」が取りざたされている。また、今年から開始された後期高齢者医療保険制度（長寿医療制度）は、75 歳以上の高齢者の医療の在り方について国民の不安を増強させている。

保健医療福祉の幅広い分野において最も大きな集団を形成してきた看護師等は、キュアとケアを統合した活動を展開することで、人々の quality of life の向上に多大の貢献をしてきた。例えば、看護師等の質や数が患者の入院期間や合併症の発生率、満足度等に関係することがわかってきた^{2・3}。労働環境の改善は、看護師等の離職率を低下させ、看護師等不足の解消に役立つこともわかってきた⁴。また、さらに専門学校が主であった看護教育が大学で行われるという方向転換が急速に起こってきている。従来では医療は医師が主に行うものであり看護師等はその補助者であるとみられる傾向があったが、医師だけではなく看護師等が専門的に判断し実行することがより患者の安全を保証し、ケアの質を高めることが可能な分野があることがわかってきた。このような背景のもと、保健医療福祉の分野において看護師等の裁量の幅を拡大することが現在の医療危機を緩和するのではないかという期待が高まっている。世界の多くの国々では、大学院での教育を受け、臨床経験も豊かである高度実践看護師等の

¹ OECD Health Data 2007 によると医師数では、日本は 2.0 人（対 10 万人）と対象国 30 か国中下から 4 番目であり、イタリア、ベルギーの約半分のレベルである。看護師数は、日本 9.0 人であり、29 か国中 14 位で中位のレベルである。

² Linda H. Aiken, Sean P. Clarke, Douglas M. Sloane, Julie Sochalski, Jeffrey H. Silber(2002); Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, JAMA 288(16) 1987-1993 看護師一人あたりの患者をふやすと、患者の死亡率は上昇する。また看護師のバーンアウトは高くなり職務への不満は高まる

³ 小池智子他(2006); 看護職員配置に妥当性に関する調査研究報告書 国民健康保険中央会
看護師一人あたりの病床数によって平均在院日数、転倒や転落、誤薬、褥創、死亡退院の割合に違いが生じる。看護師一人あたりの病床数が少ない施設での平均在院日数は短い。一人あたりの病床数が多い施設で転倒や転落が多い。早朝と夜は一人あたりの病床数が多い施設で誤薬が多い。一人あたりの病床数が多い病床で褥創の発生が多い。一人あたりの病床数が多い施設で死亡退院の割合が多い。

⁴ 2007 年看護協会ニュース 5 月号日本看護協会の調査によると 7 対 1 算定病院では 37.1%が離職率減であった。

導入によって医療経済の効率化や患者の安全・安心の向上に貢献していることがわかっている^{5 6}。

日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会では、我が国ではほとんど議論がされなかった看護師等の裁量の幅を含む役割の拡大について看護学の専門的立場から提言を行うものである。この提言はもとより、国民にとっての医療の安全と質の保証が最重要であるという前提にたっている。

1. 審議の経緯

日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会（以後、本分科会）は、看護学に関する諸課題について審議する会である。本分科会の現構成メンバーが揃ったのは平成18年9月の第2回委員会からで、当初から国民の健康生活と保健医療福祉制度の関係および看護学の課題について検討を重ねてきた。

その審議の過程で、医師の偏在・不足によってもたらされた医療危機、後期高齢者保険制度の導入による国民の不安の増大などの今日的課題に対して、国民の安全と安心を支える看護師等の役割拡大について、特に看護師等の裁量の幅を拡大することでどのように課題を克服できるかという視点での審議を計11回行った。その間には、34の看護学系学会の連合体である日本看護系学会協議会との連携のもとでの審議の機会を再三にわたってもつことができた。その結果、「看護職の役割拡大が安全と安心の医療を支える」について、特に看護師等の裁量の幅の拡大に焦点を当てた提言を取りまとめた。

・看護分科会の開催日程は以下のごとくであった。

第20期	第1回	2006年6月30日
	第2回	2006年9月29日
	第3回	2006年12月7日
	第4回	2007年3月6日
	第5回	2007年6月28日
	第6回	2007年8月7日
	第7回	2007年9月20日
	第8回	2007年12月27日
	第9回	2008年4月5日
	第10回	2008年5月24日

⁵ Baradell J.G.(1994):Cost-effectiveness and Quality of Care Provided by Clinical Nurse Specialists, J of Psychosocial Nursing,32(3),21-24,精神看護専門看護師のケア提供によって医師や心理学者よりも安い費用で、同等かまたはより良い効果を生むことができた。

⁶ Eicher M.R.E.(2006):A Nurse is a Nurse? A Systematic Review of the Effectiveness of Specialised Nursing in Breast Cancer, European J of Cancer,42,3117-3126,乳がん専門の看護師がケアを提供した群では、術後経過が良好で、治療への参加も良い。

第11回 2008年6月13日

同日：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」

日本看護系学会協議会と共催で開催

2. 現状分析

1) 健康問題の変化

戦後我が国は、国民皆保険制度のもと結核に代表される感染症等の対策には著しい成果を得たが、一方、近年、人々の生活構造の変化や人口の少子高齢化等の社会ニーズの変化にともない発生する健康問題は、医療提供体制が十分対応できてないために社会問題に発展している。生活習慣病罹患率の上昇、がん療養の長期化など疾病構造は著しく変化し、後期高齢者に対する医療・介護サービスの課題など旧来の医療者主導型では効果を上げにくい状態をもつ人々の割合が増えている。

このような状況で最も重要なのは、健康問題をもつ人が自ら身体状況や生活状況に気づき、自発的に自分の健康に関心を持って逃げずに取り組むことである。しかし現在の医療制度は診断と治療に多くの資源を投入しており、患者の自己管理能力をはじめとした生活調整能力をはぐくむことには用いられていない。このままでは直面する医療問題は解決せず、いたずらに医療サービスを投入することになり、医療費上昇を止めることはできないばかりか、国民の健康状態は改善されない。

2) 医療の危機について

我が国は、先に述べたように慢性的な看護師等不足があり、最近では加えて医師の不足と偏在化が地域医療の危機、産科、小児科、外科、麻酔科、救急医療の大きな危機をもたらしている。さらに病院へのアクセス障害、医療事故の発生や医療者－患者間の信頼関係の悪化および医療職員の定着率の低下などの問題によって医療の危機はさらに加速されている。日本学術会議臨床医学委員会医療制度分科会では、小児科や産科で医師数が不足する事態について分析し、医療は医師のマンパワー不足によって危機に立たされているとし、医師の偏在問題を一つの契機として、あるべき将来の医療制度に関して、省庁を超えた新たな組織の発足を提言している⁷。この提言を踏まえて日本学術会議は医療のイノベーション検討委員会を中心として検討を重ね、「信頼に支えられた医療の実現－医療を崩壊させないために－」という政府への要望を出した。そのなかで

⁷ 日本学術会議臨床医学委員会医療制度分科会対外報告（2007）：医師の偏在問題の根底にあるもの 提言：量から質の医療への転換による克服 <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t39-2.pdf>

医療の危機が深刻化していることへの対応として、看護師等をはじめとした職種に医師の業務を委譲し、本当の意味でのチーム医療への転換を図ることを求めている⁸。

3) 看護師等の役割拡大の動き

このような状況に対して看護師等はどのような役割が果たせるのであろうか。看護師の業務には大きくわけて傷病者、褥婦の診療の補助と療養上の世話の二つがあり、後者は看護師の判断で行うことができる分野である。しかし、療養上の世話の分野でもあたかも医師の指示が必要であるかのような解釈も長年もたれてきたこともあり、看護師の判断や行為が制限されてきたという歴史がある。そのために看護師が行うことができ、かつ看護師が行った方が病者にとってよいと思われることでもそれができなかったのである。

平成14年医政局通知で「静脈注射の実施」や在宅療養患者の死亡の確認について看護師等の裁量が解釈され、さらに平成19年の秋の政府の規制改革会議においては、看護師等が行う業務の拡大を具体的に提言している。また、平成19年12月28日付けで厚生労働省から医政局長通知として「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」(表1)が出された。この通知は、「医師の事前の指示に基づく範囲内での薬剤の投与量の調節」等、従来は看護師が行ってこなかった、または一部の看護師等が行っていたが行ってよいかどうか判断がまちまちであった部分について局長通知によって解釈を明白にした点が画期的である。しかし、依然として現行法で認められている業務の範囲であり、国民の健康問題に貢献するにはまだ不十分である。

現行法内にとどまらず看護師等の業務拡大を期待する声は高まっている。目を外国に転じると先進諸国の多くの国々においては、我が国では看護師等に許されていない医療行為(例えば検査や薬剤の処方)をすでに看護師等が行っている事実がある。ところで、医師のみに許されている業務を看護師等が行えるようになるとき、国民の一番の関心は、医療の安全と質の問題であろう。先行している諸外国の調査では、大学院等で教育を受けた高度実践看護師による技術はむしろ安全性とケアの質において高く評価されている⁹。

3. 専門看護師・高度実践看護師の裁量の幅の拡大とそれを保証する教育

1) 専門看護師・高度実践看護師の教育とその進展

⁸ 日本学術会議医療イノベーション検討委員会(2008) 要望：信頼に支えられた医療の実現－医療を崩壊させないために－, <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-y3.pdf>

⁹ Patricia M. Limbness(1994); Difference in Length of Stay with Care Managed by Clinical Nurse Specialists or Physician Assistants, *Clinical Nurse Specialist*, 8(5) 253-260, CNS 管理によるケアはPA(physician Assistants)管理によるケアより入院期間が有意に短い。

日本看護協会は看護界の関係機関との協議の上で現在専門看護師、認定看護師、認定看護管理者の3種類の認定制度を設けている。それぞれの定義と役割について資料(表2)に示した。

専門看護師(Certified Nurse Specialist)は大学院修士課程において、実践科学としての看護学を前提として、実践の現場でより高い専門性を発揮できる教育と経験を持つ者である。平成19年現在で専門看護師は240名認定されている。彼らは現在全国の臨床現場で活躍し、優れた臨床判断と介入技術によって医師と協働して医療介入の一部を担っている。現在がん看護、精神看護、地域看護、老人看護、小児看護、母性看護、慢性疾患看護、急性・重症患者看護、感染症看護、家族支援など10領域が認められており、34大学院104課程が教育機関として認められ教育を行っている。

海外でも看護の専門看護師の養成は早くから行われている。米国では1870年代に麻酔看護師が誕生し¹⁰、1965年にClinical Nurse Specialistが位置づけられ¹¹、精神看護学を手始めに内科、外科看護、小児、思春期看護、老人看護、地域看護、がん看護と順次、修士課程での専門看護師養成が進展した。引き続きより臨床実践能力を強化したAdvanced Practice Nurse(APN:高度実践看護師)の養成が進み、すでに24万人を超えている。これは看護師全体の8.3%に相当する¹²。州によって裁量権に違いがあるものの、多くが医師との連携のもとに処方権を持っており、開業による診療も行っている。APNは我が国の専門看護師と類似した機能を持っているが、薬剤や身体機能のアセスメントに関する教育が強化されており、ある一定の薬剤や医療材料の処方や検査の依頼、その後の処置に踏み込んで裁量を認められている。

専門看護師は病気に伴う身体の変化だけでなく、生活の変化に焦点を当てることによって生活調整が必要な健康問題に関与して高い成果を上げることができる。例えば、生活習慣病においては患者自身が病気の認識を正確に持ち、自ら生活習慣を変えることが必要であるが、看護学は、人間が行動を変容するための環境条件やケア方法について知識や技術を集積してきており、多様なアプローチのための戦略を持っている。専門看護師は看護学で蓄積された知識を臨床に意図的に適用して看護活動を展開し、また患者の反応を系統的に集めて新たな戦略を創出できる集団でもある。130か国の主要な看護職能団体が所属する国際看護師協会(International Council of Nurses、以後ICN)では、APNの能力基準として、健康上の問題の診断(看護の診断)、処方や診断的介入、危機、治療、医療の提供のために指示を行うことを含め、個々の患者への直接ケアは

¹⁰ 佐藤直子(1999): 専門看護制度 理論と実践 医学書院

¹¹ 阿部俊子(1996): スペシャリストの役割—米国における歴史と現状—, *国際ナースレビュー* 19(4), 31-33

¹² National Sample Survey of Registered Nurses March (2004): The Department of Health and Human Services US Government

もとより看護師等および他職種からのコンサルテーションを受けて問題解決にあたること、さらに社会における健康問題に対して専門家として発言し政策立案に関与することまで幅広くその能力を提示している¹³。専門看護師になるには、我が国では専門看護師養成課程として看護系大学がすべて加入している日本看護系大学協議会が認定した修士課程を修了したうえで、一定の臨床経験を経て日本看護協会の個人認定試験に合格することが課せられている。

現在の専門看護師の能力は、ICNの示している能力基準に照らすとかなりの部分はAPNに相当した能力をもつが、保健師助産師看護師法、医師法など法律のもとで活動せざるをえないので、薬物や処置の処方などの医行為は自らが決め、実施することはできない。海外ですでに広く行われているように、現行の専門看護師をさらに発展させた高度実践看護師の制度を確立する必要がある。

現行の専門看護師および新たに設ける高度実践看護師の教育課程の認定および教育を受けて実績のある看護師等の認定については、日本看護系大学協議会および日本看護協会の他、30余存在する看護系学会を含めた第三者機構を設けることが望ましいので、関係者による緊急の検討会が開かれる必要がある。

また、専門看護師・高度実践看護師の裁量の幅を広げることは医師や医療関係者および医療制度に精通する専門家による検討が必要であるので、日本学術会議において学際的な検討を行い具体的な提言を行う必要がある。

2) 専門看護師・高度実践看護師の裁量の幅の拡大と有用性

専門看護師は、病院内で横断的に活動し、医師などの看護以外の職種からの相談も受け、問題の解決にあたっている。リンパ浮腫外来ががん看護専門看護師によって運営されている事例や、糖尿病生活指導外来が慢性疾患看護専門看護師によって運営されている事例などがあり、臨床判断、治療介入、評価に責任を持ち、自律的に企画・運営をすすめることができる。近年、NST (Nutrition Support Team) や緩和ケアチームが診療報酬の対象となったが、専門看護師は各チームメンバーとして配置することが規定されており実質的にファシリテーターになっている。特にがん看護の領域では、症状緩和のための薬剤の選択、評価、症状のモニタリングを専門的に行い、緩和ケアチームの活動が診療報酬点数として加算されるためのチーム要員として必須条件となっている。専門看護師は、症状緩和のために処方する薬剤の提案を行うだけでなく、患者自らが症状マネジメントできるようにその人にあった知識、技術を提供することができる。また、精神看護の領域では、専門看護師の関与によって精神症状指標の

¹³ Scope of Practice and Standards Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice. ICN International Practitioner/Advanced Practice Nursing Network, Final Revision January 2005

改善が見られるなどの変化も見られている¹⁴。他の看護の領域においても専門看護師の関与は治療を促すだけでなく、個人の病気体験の意味を変える効果があり、生活習慣病や進行がんが急増した現代において、患者が病気を受け入れ、セルフケア能力を身につけるための支援者としての実績が積まれている。

欧米の看護学領域の高等教育、継続教育の最近の動向をみると、治療行為に深く踏み込んだ看護の専門家を育てている傾向にあり、APN はその一つである。看護学修士課程の教育プログラムのなかで薬や処置の処方をはじめとした臨床上の決定を行うための教育が付加されている。特に薬理学に関する時間数は多いので、我が国の専門看護師の教育課程に薬物や処置の処方を含む裁量の幅を広げるカリキュラムを付加することによって、APN としての知識と技術を得ることが可能になる。

日本看護系学会協議会においても、各学会単位で看護師の能力と役割拡大について討議した。その結果、看護師等、認定看護師(Certified Expert Nurse) および専門看護師のそれぞれのもつ判断能力、実施技術のレベルを考慮し、看護師等、認定看護師および専門看護師の役割拡大を認めることによって、国民の健康向上に寄与できると思われる医療行為を検討している。専門看護師独自の裁量をさらに発展させ医療行為にさらに踏み込んで自律的に行えるよう検討することによって、国民の健康に寄与できる可能性があるからである。

さらに、米国における実践に重点を置いた看護学博士号 (DNP: Doctor of Nursing Practice) の動きも見逃すことができない。DNP は、高度な実践看護学としての知識と経験とを統合して「看護実践博士」を最終目標としている¹⁵。DNP の制度化については米国において関係機関を巻き込みながら審議中だが、今後ともこの動向について注目する必要があるだろう。

このような看護学教育の発展的在り方を考慮に入れて、今後医師と共同して担うことのできる医療行為を明確にする必要がある。日本学術会議医療のイノベーション検討委員会では、現在医師のみが持っている権限を、どのように共有していくことが国民にとって質の高い保健医療への道を開くか議論され、「医師以外の医療関係者は医師を助ける補助的存在であるという考え方を改める」時期に来たことが認識されている(前出文献6)。看護学の領域はこれに忠実に、確かな教育制度を確立し、国民の要望に応えなければならない。

専門看護師および APN の医療行為に関しては、その安全性を保証するために、

¹⁴ 片平好重他 (2004) ;精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究—最終回, 看護56(2) 84-87, 精神看護専門看護師が介入することによって患者の精神指標は改善する。BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale)による病状評価は介入後に有意に改善、GAF(Global Assessment of Function)による機能評価では介入後に有意に改善した。

¹⁵ American Association of Colleges of Nursing (2006) ; The Essentials of Doctoral Education for Advanced Nursing Practice, <http://www.aacn.nche.edu/DNP/pdf/Essentials.pdf>

医師との協力のもとに医療処置の基準（スタンダード）を作成したり、どちらが判断し決定しても良い行為（Shared Responsibility が可能な医療行為）を設けておけば、患者にとっての医療の利便性、標準化、質の保証につながる。また判断根拠を複数の専門職が共有することで、受益者である患者にも根拠が見えやすくなり、自らの意思決定に十分な情報を提供できる可能性がある。

4. 看護師等の役割拡大とそれを保証する教育

1) 看護学教育の進展

専門看護師や APN を含む看護師等の役割拡大を保証する看護学教育は、“高度化”と“質保証”の二つの方向で議論される必要がある。我が国の看護教育は、長期にわたり、医療機関に付置されるなどの専門学校において行われてきた。看護学の学士課程は、昭和 27 年に開始されていたものの、その後大学数の増加は遅々としていたので、本格的な大学・大学院等高等教育機関における人材育成は、平成 4 年の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づく施策の実効を見る段階になってからといっても過言ではない（資料図 1）。この法律では、看護が国民の保健医療に関し重要な役割を果たしていることにかんがみ、高度な専門知識と技能を有する看護師等を確保し、適切な処遇のもとで看護を提供することができるように、看護業務の専門性に配慮した適切な看護業務の在り方を考慮しつつ、高度化し、かつ、多様化する国民の保健医療サービスへの需要に対応した均衡ある看護師等の確保対策を適切に講ずることを基本理念に定めている。本法律の施行後、看護学の学士課程は増設され、1990 年には 7 校であったものが 2008 年現在では 168 校となり、入学定員は看護師養成の 2 割に及んでいる。さらに、大学院教育においては、修士課程を設置している大学が 110 校、博士課程を設置している大学が 46 校にのぼっている。

このように、我が国の保健医療を取り巻く環境の変化に対応して看護師等に求められる能力が高度化し、看護学教育の動向はそれを反映したものとなっている。ただ、現在の医師偏在の問題や看護師等が担う職務上の責任や多様な役割等を考慮すると、看護学教育の高度化は遅きに失したともいえよう。

以上より、近年にみられる看護系大学・大学院の増加は、看護学教育が職業教育から専門職業教育に変遷していることを表すものといえ、このような看護学教育の高度化は、看護師等の役割拡大の議論を可能にしている。

看護師等の役割拡大を保証する上で必要な観点は“質保証”である。現在、認定看護師や専門看護師制度を設けることで専門領域における実践能力の質を認定して保証する制度が看護界の諸機関の協力によって提供されている。専門看護師については前述したので、ここでは認定看護師と看護師等（保健師、助産師、看護師）の役割拡大について提言する。

認定看護師は臨床看護経験5年以上を持つ看護師で特定の領域において6か月以上の教育・訓練を受け、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践ができることを期待されている。感染管理、摂食嚥下障害看護など現在17領域が認められており、全国で58課程が教育機関として認められ、認定看護師を養成している。皮膚・排泄ケアなどの特定のケアに特化した認定看護師は、ケアに用いる医療材料などの選択、判断を訓練されており、看護師や医師からの相談にも応えている。また、糖尿病看護認定看護師は、医師との間で判断基準を事前に共有しておけば、患者の症状や検査データからインスリンの量を的確に判断できる能力が備わっており、その都度指示を受けなくてもインスリンの量を変更することができる。がん性疼痛看護や緩和ケアの認定看護師も、症状緩和のための薬剤の量をあらかじめ医師と共有した判断基準の範囲で患者の生活状況に合わせて調整する能力を持っている。一方、訪問看護認定看護師には、より広い範囲で柔軟な対応ができるように裁量をもたせなければ、在宅療養は普及しない可能性がある。

看護師等の役割拡大を可能にするには、基礎教育課程の後に一定の教育・訓練を追加し、実践能力の質を保証する仕組みが必要である。看護学が、看護実践体験を通して研鑽を重ねつつ専門性を深める学問であることをかんがみると、一定期間の実務経験を確認した上での各種の研修・講習への参加により、特定領域の裁量権拡大に対応できる質保証をしていくことが適切と考える。

また、今後も、高度化し、かつ、多様化する国民の保健医療サービスへの需要に看護師等が対応していくためには、現在の3～4年の看護学基礎教育で十分であるかは検討の余地がある。この課題への対応策としては、本分科会は看護学の基礎教育修了後に実地で経験を積む卒業後研修制度を確立することが適切であると考え。他の医療専門職では、6年一貫教育の方法を採用している分野もあるが、看護師等の必要数の多さを鑑み、国家免許取得後に実地で経験を積むことの方が安全と安心を確保する上で、また保健医療現場で即時的に求められる実践力を修得する上でも効果的であると考えられるからである。

2) 看護師等の役割拡大

〈現行制度下での看護の役割明確化〉

前述した医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等と間等での役割分担の推進について」(表1)では、薬剤投与量の調節について、在宅等で看護師等が、患者の病態を観察した上で、医師の事前指示に基づきその範囲内で薬剤の投与量を調整することは、医師の指示のもとで行う看護に含まれると明示されている。このように現在の法律や随時なされている公的な法解釈に則って看護師等が十分に役割を発揮できるよう、看護師自身はもちろんのこと、国民や

医療現場が正しく認識する必要がある。

保健師看護師助産師法にある「療養上の世話」は、看護師の独自の機能であり、医師の指示は必要としないにもかかわらず、実際は療養上の世話に関わる判断を医師に求めて看護が行われているところがある。このような事態に対して、看護師は、行われている治療や治療方針・患者の身体・心理・生活状況を踏まえた上で、患者の安静度を決め、適切な食事の内容や摂取の仕方、入浴など身体の適切な清潔保持方法など療養生活に関わることを判断し、看護師自らの責任のもとに積極的に対応すべきである。

病院においても施設や在宅においても、医療処置の基準（スタンダード）が開発されている場合は、担当医の了解を得て、看護師等は基準に沿った判断や援助の実施を行うことができる。例えば「医療処置管理看護プロトコール」のように医療処置に関連した看護基準を作成しておくことによって、医師との責任の所在を明確にし、医師や専門看護師と連携しながら看護師が判断し医療処置を実施することができるようになる¹⁶。小児救急においてもすでに看護師の電話相談の効果が報告されているが、体系的教育を受けた小児救急看護師などによるトリアージの実施などは医師が看護職に期待しているところでもあり、適正な診療を安全に保障するためにも医師・看護師等が共同してすることによって有効な人材の活用がはかられる^{17 18}。

<入退院における看護師等の役割拡大>

看護管理者や療養生活支援を担う看護師等は患者の置かれた社会的状況や他の保健医療福祉施設との交渉などを行う立場にあり、看護師等は患者の最も身近にあってその療養生活を把握しているため、療養上の観点から患者の入退院についての適切な時期を判断することができる。看護師等が医師の意見を聞きながら入退院の指示(決定、実施)を行うことができるようにすべきである。

<在宅療養における看護の役割拡大>

現在医師しか書くことが認められていない訪問看護の指示書についてはいくつかの問題点、例えば、医師が十分患者の状態を把握しないまま訪問看護の指示書を書いていること等が問題となっている¹⁹。看護師はより頻繁に長い時間患者の状態を観察しており、在宅療養において、看護師が訪問看護の必要性を判

¹⁶ 川村佐和子(2002):在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール, 日本看護協会出版会。

¹⁷ 伊藤龍子(2007):小児救急医療における看護師のトリアージ,小児保健研究 66(4),509-515,2007.

¹⁸ 小迫幸恵,片田範子他(2005).特集合理的で質の高い小児救急医療,小児救急看護認定看護師の育成,日本医師会雑誌 135(5), 837-840

¹⁹ 主任研究者野末聖香(2006):訪問看護ステーションにおける看護師の裁量権の拡大に関する研究,平成17年度社団法人日本看護協会看護政策研究事業報告書。

断し、訪問看護の指示書を発行できるようにすることは、療養者にとって利益になると考える。訪問看護の必要性の判断は医師、看護師等どちらからも行うことができ、その必要性があればどちらからでも指示書を発行できるようにすべきである。

<高齢者施設における看護師等の役割拡大>

高齢者施設においては、身体的疾患の重度化や認知症をもつ高齢者が増大しているため、高齢者の24時間の生活を見守る看護の体制と質の確保が緊急課題である。包括的なアセスメント、薬剤の調整を含む適切な医療処置、認知症の行動障害を緩和する対応、介護職との連携、夜間や休日の訪問看護ステーション看護師の受け入れなど地域連携をはかる上での調整などは、実際に患者のそばにいて観察をしている看護師等がもっとも迅速に対応できるものと思われる。

<人の死に関わる看護師等の役割拡大>

死亡の確認については、在宅療養の場において、特定の条件を備えている場合に限って、主治医がかけつけられなくとも、連携をとって訪問看護師が状況を報告し死後の処置を行えることがすでに厚生労働省「新たな看護の在り方検討会」報告書に明記されているが、僻地にあっても遠隔医療などの技術が開発されている現在においては、看護師等が死の3大兆候（瞳孔の散大、呼吸の停止、心拍の停止）を確認して、観察した内容を医師に映像や心電図データ等と一緒に伝えることができる。また、高齢者施設等における高齢者の終末期においても、事前に医師の診察を受け、本人の意思を尊重して蘇生を必要としないこと等をあらかじめ決めておくことができれば、緊密な連絡を取りながら、看護師等が死亡の確認及び死亡診断書の発行を行うことで、むやみに医療施設に搬送して過剰な医療が行われることなく、自然な看取りを行うことが可能になるだろう。

<人の誕生に関わる助産師の役割拡大>

人の出生においては、助産師は、人間らしいお産、生命の尊厳、親としての自覚を育てる本来のお産を支援することができる。我が国でもすでに、助産師外来の開設等によって、安全性を担保した妊産婦の診療体制を実施し、医師の負担を軽減し、実績を上げている事例もある²⁰。このような活動には体制整備が必要であり、医師や妊産婦の理解と協力が必要である。また現行法では実施できないが、正常分娩において、助産師が会陰切開、縫合、分娩後の子宮収縮剤

²⁰長坂桂子, 久保幸代, 御手洗幸子, 瀧真弓, 葛西圭子, 角田肇(2007); 助産師外来の取り組み 3か月の試行期間に行った工夫と安全性・満足の検討(会議録), 母性衛生(0388-1512)48(3),105

の投与を実施できることが認められれば、産婦への即時的対応が可能となる。海外を例にとれば、イギリスとニュージーランドでは、通常助産業務として助産師はこれらを実施しているし、米国では医師の指示のもとに助産師が会陰切開可能である。子宮収縮剤の筋注はオーストラリア、デンマークは医師の指示のもと行うが、アメリカ、ヨーロッパのほとんどの国で助産師独自の判断で行っている。

また、米国における報告であるが、助産師によるケアの利点として、自然な経膾分娩の割合が増大するなどの利点を確認されており^{21 22}、助産師の介入による分娩は、乳児死亡、新生児死亡、低出生体重児出生のリスクが低いことがわかっている²³。助産師は元来、正常妊娠・分娩とそれに伴う医療処置を行うことが認められている。助産師はお産の本来自然な経過をサポートするという考えのもとに、人生の一場面として両親がお産をより良く体験できるように支援するという看護としての働きを担っており、医学の枠組みを超えてケアを提供している。

<精神科領域における看護師等の役割拡大>

精神科看護の領域では、訪問看護を導入して入院日数を減少させることができることがわかっており、看護師等の関与が精神症状を安定させ、地域での日常生活を可能にしていることが立証されている²⁴。精神科の看護師等は、身体拘束中の患者のモニタリングを行っており、患者の微妙な行動の変化を観察して、病態や薬剤治療の効果等を予測することができる。現在は、患者の状態が安定しても指定医が診察するまで身体拘束を解除することができないが、特別な訓練を受けた専門看護師が身体拘束の解除の是非を判断してもよくなれば、専門看護師と連携し患者の長期的な身体拘束を予防することができる。

<医療過疎地域における看護師等の役割拡大>

²¹ Chambliss L., Daly C., Medearis A., Ames M. et al (1992);The role of selection bias in comparing cesarean section birth rates between physician and midwifery management, *Obstet Gynecol.* 80 161-165

²² Davis L., Redman G., Sapirio M., Minogue J., et al. (1994); Cesarean selection rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians. *J Nurse Midwifery.* 39,91-9 助産師のケアを受けることによって経膾分娩の割合を増やすことができる。

²³ Macdorman M., Singh G.(1998) ; Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA. *J Epidemiol Community Health,* 52, 213-218

助産師が介助した出産と医師が介助した出産の比較において、助産師介助の方が、乳児死亡率リスク 19%減、新生児死亡率 33%減、低出生体重児出生リスク 31%減であった。

²⁴ 萱間真美他(2005);精神科訪問看護の効果に関する実証的研究 精神科入院日数を指標とした分析 *精神医学,* 47(6), 647-653, 精神看護訪問を導入すると患者の入院日数を減らすことができる。

138名の患者について訪問看護を開始する前後において、総入院日数、1回あたりの入院日数の双方とも大幅に減少することができ、統計的に有意であった。平均入院日数は279.3日から74.0日へと減少した。

医療過疎地域では、身近に医療施設や医師がいないこともあり、自治体が責任を持って、ある程度の医療活動を行う体制を検討するべきである。看護師等には、包括指示に基づく一定の薬剤の処方調整、病状急変の際の検査の代行、インターネットによる遠隔地からの医師の診察後にその指示を遂行すること、一定の条件下で死亡診断書を発行するなどの裁量が法的に認められる必要がある。

上記の看護師等の役割拡大は、基礎教育課程後の実践経験と、一定の教育・訓練を追加して行われることが望まれ、そのための能力育成方法を考える必要がある。

5. 役割拡大に伴う社会的経済的評価

看護師等は、子ども達が将来なりたい職業としてしばしば口にするが、実際には3K（汚い、危険、きつい）職業として敬遠されるという現実がある。また、医師の指示を受けて活動する部分だけが表面に見え、専門的判断をして、患者の回復に積極的に貢献する独自の働きは見えにくいという現状がある。一般社会での看護師等のイメージは、専門職とみられてないことがあり、また女性の職業選択の幅が広がるにつれて、より意欲的な学生は、看護師等になることを希望しないことがある。国民の安心と安全を保障するには優秀な人材を看護の分野に招き入れ、やりがいのある仕事として社会的地位を確立する必要がある。そのためには看護師等の処遇も改善される必要がある。看護師等の役割を適切に活用することによって、臨床現場でよりスムーズに医療が行えるようになり、患者のQOLが向上するだけでなく、経済効率が向上する事も期待されており、看護師の処遇は適切に改善されるべきである。

また、看護学における大学院教育が進み、修士号や博士号を持つ看護師等の数は急速に増えつつある。学士教育、修士課程教育をあわせると6年の修業年限であり、これは医師の基礎教育期間に匹敵する。教育訓練の内容や質を考慮するべきであり、看護師等の処遇、特に専門看護師の給与面の評価は改善される必要がある。また、介護保険施設に勤務する看護師等の給与の低さも問題である。住み慣れた施設での看取りを可能にするなど質の高い老人看護を介護保険施設で提供するには、修士課程で教育訓練を受けた看護師等を適切に配置する必要がある。看護職の労働環境の改善を伴った役割拡大の実現は、医療社会ニーズへの貢献に不可欠なものである。

おわりに

この提言は、健康・生活科学委員会看護学分科会において、現代社会において看護師等がどのような役割を果たすべきか議論し、まとめたものである。生

命の大切さや他者をケアするという風土が失われつつあることは分科会委員のだれもが等しく感じ危惧していることであった。また国民の医療に対する不信、医師達の疲弊する姿も委員のこころを痛めるものであり、看護師の持っている能力をもっと発揮すれば、必ずこの困難な状況を改善することができるのではないかと前向きな気持ちで検討に臨んだ。事実、現在の医療危機は、複合的な問題が複雑に絡んでおり、医師の数を増やしただけでは解決しない。看護学の視点から具体的で現実的な効果を上げるためには、より具体的な課題、すなわち看護師等の役割拡大、専門看護師や高度実践看護師の裁量の範囲を検討することが最も効率的であると判断し、検討をすすめてきた。

医師に多くの負担と責任を課す現在の医療サービス提供の構造では、国民の多様な健康ニーズに対応することが難しくなっている。看護師等だけでなく他の多くの医療専門職の役割が十分発揮できるようにすることは、まちがいなく国民、患者の利益につながるものである。

この提言で示したことは、国の法整備などを通して実現するもの、また看護界（実践家、教育者、研究者による職能集団、学協会等）が自律的に審議すべきもの、さらには国民の理解と納得が得られる支持が得られるような運動が必要なものが含まれている。医療における看護師等の役割拡大は世界の趨勢であり、我が国においても政府、NGO、学会等の関連団体が横に連携しながら緊急に協議する場を設けることを提言する。本分科会は、看護師等の役割拡大を含む適切な活用によって現在の医療危機を克服することができ、国民の安心と安全が支えられることを確信するものである。

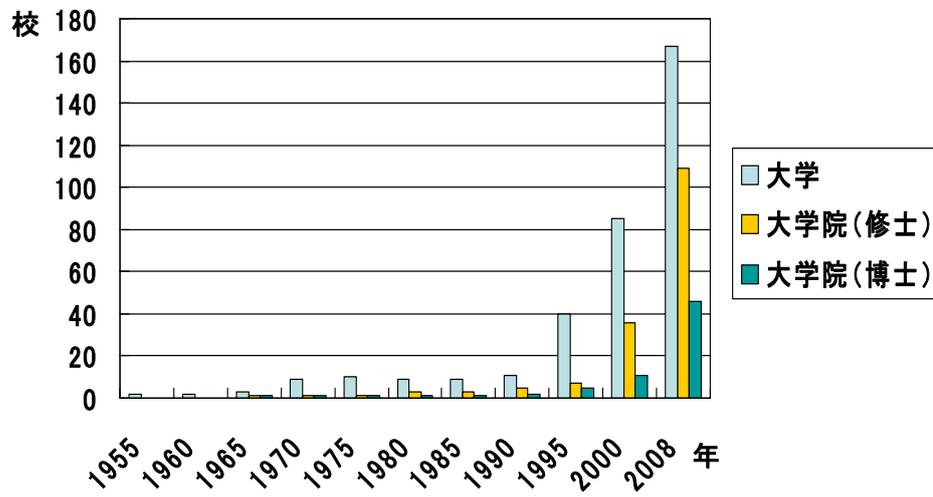
表 1. 医政発第 1228001 号「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」
看護職についての記述抜粋

<p>医政発第 1228001 号平成 19 年 12 月 28 日</p> <p>「医師及び医療関係職と事務職員等と間等での役割分担の推進について」</p> <p>2. (2) 医師と助産師との役割分担</p> <p>・医師と緊密な連携・協力関係の下で、正常の経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理について助産師を積極的に活用することで、産科医療機関における医師の業務負担を軽減することが可能となる。(中略)・・・特に医療機関においては、病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入も含め、個々の医療機関の事情に応じ、助産師がその専門性を発揮しやすい環境を整えることは、こうした業務分担の導入に際し有効なものである。</p> <p>2. (3) 医師と看護師等の医療関係職との役割分担</p> <p>・医療安全の確保の観点から、個々の医療機関等の状況に応じ、個別の看護師等の医療関係職の「能力を踏まえた適切な業務分担を行うことはもとより、適宜医療機関内外での研究等の機会を通じ、看護師等の能力の研鑽に励むことが望ましい。</p> <p>1) 薬剤投与量の調節：・・・(中略)例えば、在宅等で看護にあたる看護職員が行う、処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理について、患者の病態を観察した上で、事前の指示に基づきその範囲内で投与量を調整することは、医師の指示の下で行う看護に含まれるものである。</p> <p>2) 静脈注射：医師又は歯科医師の指示の下で行う看護職員が行う静脈注射及び、留置針によるルート確保については、診療の補助の範疇に属するものとして取り扱う事が可能であることを踏まえ、看護職員の積極的な活用を図り、医師を専門性の高い業務に集中させ、患者中心の効率的な運用に努められたい。・・・(後略)</p> <p>3) 救急医療等における診療の優先順位の決定：夜間・休日救急において、・・・(中略)事前に院内において具体的な対応方針を整備していれば、専門的な知識および技術をもつ看護職員が、診療の優先順位の判断を行うことで、より適切な医療の提供や、医師の負担を軽減した効率的な診療を行うことが可能となる。</p> <p>4) 入院中の療養生活に関する対応：入院中の患者について、・・・(中略)安静度、食事の変更、入浴や清拭といった清潔保持方法等の療養生活全般について、現在行われている治療との関係に配慮し、看護職員が医師の治療方針や患者の状態を踏まえて積極的に対応することで、効率的な病棟運営や患者サービスの質の向上、医師の負担軽減に資することが可能となる。</p> <p>5) 患者・家族への説明：医師の治療方針の決定や病状の説明等の前後に、看護師等の医療関係職が、患者との診察前に事前の面談による情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者、家族等の要望を傾聴し、医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるように調整を行うことで・・・(中略)医師の負担の軽減が可能となる。また、高血圧性疾患、糖尿病、脳血管疾患、うつ病(気分障害)のような慢性疾患患者においては・・・(中略)医師の治療方針に基づき看護職員が療養生活の説明を行うことは可能であり、これにより医師の負担を軽減し、効率的な外来運営が行えるとともに、患者のニーズに合わせた療養生活の援助に寄与できるものとする。</p>
--

表2 日本看護協会専門看護師、認定看護師の役割と教育課程

	定義	役割	課程数
専門看護師	複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識及び技術を深め、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかる。	<p>実践：個人、家族及び集団に対して卓越した看護を実践する。</p> <p>相談：看護職を含むケア提供者に対しコンサルテーションを行う。</p> <p>調整：必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々とのコーディネーションを行う。</p> <p>倫理調整：個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる。</p> <p>教育：看護職に対しケアを向上させるため教育的役割を果たす。</p> <p>研究：専門知識及び技術の向上並びに開発をはかるために実践の場における研究活動を行う。</p>	102 認定者数 240名、 2008 現在
認定看護師	特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践ができ、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかる。	<p>実践：個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する。</p> <p>指導：看護実践を通して看護職に対し指導を行う。</p> <p>相談：看護職に対しコンサルテーションを行う。</p>	58 認定者数 3383名 2008 現在
認定看護管理者	多様なヘルスケアニーズを持つ個人、家族及び地域住民に対して、質の高い組織的看護サービスを提供することを目指し、看護管理者の資質と看護の水準の維持及び向上に寄与することにより、保健医療福祉に貢献する。	管理者として優れた資質を持ち、創造的に組織を発展させることができる能力を有する。	都道府県看護協会等を中心に開設

図1. 看護系大学・大学院数の推移



別表1. 法律、公的な通達などによって、我が国ですでに認められている看護の裁量とその解釈

医療行為項目	保健師、助産師、看護師法	新たな看護のあり方検討会2002厚労省	医師及び医療関係職と事務職員等との間での役割分担の推進について(医政発第1228001号2007年12月28日通達)
薬剤の処方、投与	37条:主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、 <u>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。</u> 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。	医師により処方された医薬品等の使用方法について、患者の症状に応じた医薬品等の量の増減を可能とする医師の指示の範囲内において、患者の症状を観察した看護師等が症状に応じて適切な服薬を支援することが望ましい。医師による麻薬製剤の種類や量、レスキュードーズなどについて具体的な指示の下、その範囲内で看護師等が患者の疼痛の状況に応じて適切な服薬等の支援を行うとともに、看護師等から医師への報告を適切に行う必要がある。麻薬による治療開始の決定や種類の選択は、医師の責任において行われるものであり、 <u>患者の疼痛の状況等の判断は、看護師等が責任を持って行う必要がある。</u>	【事前の指示範囲の調節は看護師の裁量】医師の事前の指示に基づき、患者の病態の変化に応じた適切な看護を行うことが可能である。事前に指示に基づきその範囲内で投与量を調節することは医師の指示の下で行う看護に含まれる
静脈注射	昭和26年の鯖江事件に関連して厚生省医務局長から福井地方検察庁検事宛に照会された文書によると「静脈注射は薬剤の血管注入による身体に及ぼす影響の甚大なること及び技術的に困難であること等の理由により医師又は歯科医師が自ら行うべきもので法第5条に規定する看護婦の業務の範囲を超えるものであると解する。従って静脈注射は法第37条の適用の範囲外である」とし、さらに同文書で「医師数の不足により、大部分の病院等においては医師又は歯科医師の指示により看護婦が静脈注射を行っていたのが実情であり。…漸次改善するように指導する方針…」とある	中間とりまとめのなかで、医師の指示に基づく看護師等による静脈注射の実施について、 <u>診療の補助行為の範疇として取り扱うこととすべきであることが確認された。</u>	【静脈確保と薬剤の注入は看護師の裁量】静脈注射及び留置針によるルート確保については、診療の補助の範疇に属するものとして取り扱うことが可能であることを踏まえ。看護職員の積極的な活用をはかり、医師を専門性の高い業務に集中させ、患者中心の効率的な運用に努める
救急医療における優先順位の決定	37条のただし以降: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。		【救急での優先順位判断は看護師の裁量】専門的な知識及び技術をもつ看護職員が、診療の優先順位の判断を行うことで、より適切な医療の提供や、医師の負担を軽減した効率的な診療をおこなうことが可能となる

療養生活への対応	第5条 この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。	療養上の世話については、行政解釈では医師の指示は必要としないとされるが、状況に応じて医学的な知識に基づく判断が必要になる場合もある。…看護業務において…療養上の世話を行う際に医師の意見を求めるべきかどうかについて適切に判断できる看護師等の能力、専門性を養っていくことが重要である。 食事の形態、安静度、清潔の保持の方法などについては治療方針を踏まえ、患者の状態に応じて、看護師等が判断し行うべきものである。	【入院中の安静度、食事の変更は看護師の裁量】病棟内歩行可能などの活動に関する安静度、食事の変更、入浴や清拭といった清潔保持方法等の療養生活全般について、現在行われている治療との関係に配慮し、看護職員が医師の治療方針や患者の状態を踏まえて積極的に対応することで、効率的な病棟運営や患者サービスの質の向上、医師の負担の軽減に資することができる
症状への対応、安楽の提供		疼痛、呼吸困難、発熱、不眠、便秘等の諸症状の緩和のため、療養生活の実態を最も把握している看護師等が観察や看護判断を行うとともに、まず様々な看護技術を駆使して、患者の安全や安楽を確保することが重要である	
療養上の説明		看護ケアの内容、検査等についてわかりやすく丁寧に説明するとともに、患者・家族が自らの意向を伝えることができるように支援したり、自己回復力を最大限に引き出し、活かせるような看護師等の関わり方が必要である。	
医療機器・衛生材料の供給(在宅)	ふれていない	医療機器や衛生材料に不足があれば、その旨を医師に伝えることにより、十分な提供されるようにすべきである。訪問看護ステーションが供給することが適当かどうかについても検討がなされることが望ましい	
死亡の確認	ふれていない	(在宅患者で)やむを得ず医師が直ちに現場に駆けつけることができないが、患者の死亡前24時間以内に医師が診察し、患者の死が近づいているとの判断がなされていたときは、…患者の死に立ち会った看護師等が、医師に連絡をとって状況を報告し、医師の判断、指示に沿って…点滴の抜去、身体の清拭等の適切な対応を行うことも考慮する必要がある。	
法による禁止事項の解釈参考			
医師法による禁止事項	医師法17:条医師でなければ医業をなしてはならない。「医業」とは、当該行為を行うに当たり、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、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を、反復継続する意思をもって行うことである		
保助看法による禁止事項	保健師助産師看護師法第37条 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つた場合を除くほか、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。 第38条 助産師は、妊婦、産婦、じよく婦、胎児又は新生児に異常があると認めるときは、医師の診療を求めさせることを要し、自らこれらの者に対して処置をしてはならない。ただし、臨時応急の手当については、この限りでない。		

別表2. 基礎教育および専門領域の教育訓練を受けた看護師の裁量の可能性(日本看護系学会協議会との議論を反映)

教育のレベル 医療行為	看護師(助産師、保健師は基礎教育での養成と捉えここにふくむ)	認定看護師(看護師にくわえて下記のような役割を担うことは可能)	専門看護師(看護師、認定看護師に加えて下記の役割を担うことが可能。特定の訓練を付加して裁量を拡大することが可能)	備考(諸外国の状況)
緊急治療に関する 処方と指示	検査:心電図、血液検査 医療処置:気道の確保、人工呼吸、心臓マッサージ、血管確保 気管内挿管、輸液(基剤)の開始(要検討)	同左欄	同左欄	(ニューヨーク)適切な薬理学コースを含むプログラム、局長が規定する同等のプログラムを修了しており、処方権限を局長から認定されている場合処方が可能(山本, 2001)
検査、治療	看護師:新生児血清ビリルビン、黄疸検査(ガスリー法)、光線療法の判断と実施、血糖検査 助産師:膈スミア、膈分泌物検査、超音波検査、一般血液検査、貧血検査、ピル、鉄剤の処方 保健師:成長発達検診での正常、異常のスクリーニングと照会	各認定の領域で裁量を検討する 化学療法や放射線療法など一定期間に同じ処方が繰り返される治療法の場合、身体状態のアセスメント、血液検査の結果に基づき、あらかじめ医師との間で取り決めたスタンダード(判断基準)があれば、2回目以降の治療について処方箋を転記し治療を実施することができる。	専門領域が該当していれば、認定看護師の範囲は行うことができる。	
周産期医療処置 会陰切開、縫合 産後収縮剤使用	助産師は、児切迫仮死時に会陰切開をして分娩を促進することができるのではないか。切開部の縫合も訓練を追加すれば実施できる。産後の子宮収縮剤の投与はスタンダードに基づき行うことができる。	/	/	イギリスとニュージーランドでは、通常助産業務として助産師はこれらを実施。米国では医師の指示のもとに助産師が会陰切開可能。西ドイツは原則助産師はできない。子宮収縮剤の筋注はアメリカ、ヨーロッパのほとんどの国で助産師独自の判断で行う。オーストラリア、デンマークは医師の指示のもと行う。
医療用材料の処方と管理	医療用の衛生材料は処方することは可能ではないか。現在でも訪問看護ステーションに在庫をおくことは一部認められている 助産師:IUD装着	【皮膚ケア】皮膚創傷ケア認定看護師においては褥創、人工肛門、人工尿道に伴う皮膚の変化を判断し必要な皮膚保護剤や衛生材料を処方することができる。 【リンパ浮腫】所定の講習会を受講してリンパ浮腫患者の弾性包帯を決め、ドレナージと予防指導ができる(緩和ケア、疼痛コントロール、乳がん、化学療法) 【口腔ケア】口腔粘膜炎予防の口腔衛生資材を処方することができる	専門領域が該当していれば、認定看護師の範囲は行うことができる。	家族計画サービス、日常的ヘルスケア、周産期ケアに付随するものの処方(カリフォルニア州)が可能。

症状緩和に関連した薬物の処方と管理	処方された薬剤を正しい方法で投与することは現在行っている。増量や減量に関しては事前の指示の範囲で行うことができるのではない。 症状緩和剤に関して、スタンダードの範囲を超えるばあい、減量はできるが増量については医師の指示を得る	【症状緩和に関連する薬剤】医師の事前の指示またはスタンダードに基づき、患者に対する的確なアセスメントを実施し、オピオイドを含む鎮痛剤、下剤、止痢剤、制吐剤、眠剤など医師の事前の指示の範囲で薬剤を投与することができる。(緩和、疼痛コントロール) 一定の手順に基づきインスリンの調整を行う 【治療薬】継続して繰り返し行われる症状緩和の薬物投与は身体の状態を基準に照らして、続行の決定、実施を行う	専門領域が該当していれば、認定看護師の範囲は行うことができる。精神科領域の一定範囲の薬剤(精神安定や入眠目的)の処方の裁量(医師の事前の指示の範囲とするか検討)	医師のもとでCUCSA*1に基づく規制物質を含むがその範囲はNP、内科医、外科医が合意した標準化手順に規定された薬物に限定して可能(カリフォルニア、山本, 2001)
栄養と食事	栄養状態、摂食能力のアセスメントを行い、医師にコメントすることができる。身体能力を踏まえて食事介助を行う。経口哺乳、直接授乳、自律授乳の開始を判断することができる 胃ろうの管理、自律経口摂取量を考慮して胃ろうチューブ抜去の判断を行う	同左欄	同左欄	看護職が決定する(ベルギー、佐藤, 2000)
嚥下障害の判定と摂食方法の決定	自力で食事ができない患者の食事介助を行う。嚥下障害がある場合も介助することを制限されてはいない。	摂食、嚥下障害のある患者の場合、嚥下障害の程度を判断して、食事の形状を決定し、食事摂取の方法を指導し、実際に介助して安全に患者に食事させる	専門領域が該当していれば、認定看護師の範囲は行うことができる。	とくに規定はない
気道の清浄化	口腔、鼻腔、咽頭までの気道内吸引、挿管チューブ装着中の患者の気管支までの吸引は行うことができる。			
安静度	特別な場合を除いて看護師が患者の身体状態をアセスメントし、安静度を判断し患者に説明する。 新生児のコット移床判断	同左欄	同左欄	看護職が決定する(ベルギー、佐藤, 2000)
排泄	膀胱留置カテーテルの必要性判断、実施することができる。 自律排尿の機能を判断して段階的に留置カテーテルを抜去することができる。 急性期、もしくは当該機能の治療過程にあるとき以外の浣腸、排便、膀胱洗浄は行うことができる	同左欄	同左欄	
保清、および皮膚ケア	清拭、部分浴、入浴など看護師が必要性と方法を判断して行う 沐浴が可能か助産師か産科看護師が判断できる。 疾患のない皮膚の保清、保湿の方法を決め、実施する。	同左欄	同左欄	記載なし

死の判定	終末期、在宅で24時間以内に主治医の診察があり、医師が往診できない場合、看護師が死亡の確認を行う→在宅以外にも適用するか要検討	左欄同様 介護施設での死亡確認	左欄同様 介護施設での死亡確認 特定の訓練を受けて死亡診断書の発行の裁量	医師又はRN, NPが判定し、医師のサインが必要(ベルギー、佐藤, 2000)
精神メンタルヘルス看護	精神科疾患の病態を知って、安全な対応ができる	精神科疾患の病態を知って、安全な対応をすることができる。身体拘束、行動制限の判断ができる。リエゾン専門看護師、精神看護専門看護師は心理アセスメントを行い、カウンセリング技法による介入ができる 地域での精神看護専門家の開業権		CNS, NP: 州の看護協会と精神科協会が規定しているスタンダードに基づいて、精神障害、後遺障害、薬物副作用の治療薬処方と管理ができる。その場合、精神科医、他の医師との契約書が必要で、CNS業務の範囲、スタンダードの範囲を超えない。(山本, 2001)
身体拘束	精神疾患、小児の患者などで自傷他害の危険を判断して身体拘束を行うことができる。	同左欄	同左欄	
入退院、訪問看護指示 外来トリアージ	看護管理者: 終末期療養の場選択において相談役となり、地域で療養するためのリソースを手配し、適切な時期に退院指示をだす能力がある。 訪問看護の必要性を判断し、訪問指示書をだすことができる。	外来でのトリアージができる	外来でのトリアージができる	入退院は医師又は看護管理者が決定、医師のサインが必要(ベルギー、佐藤, 2000)
説明責任	原則として、自分の裁量で行える範囲の行為であれば、その判断の根拠を示して、患者に説明することができる 一部患者のニーズに沿って医師の説明補足をを行うことができる。	同左欄	同左欄	

語句の説明

NP	Nurse Practitioner: 急性及び慢性的病気と疾患の直接的マネジメントにおいて包括的ヘルスアセスメント、診断の区分、及び薬理的、非薬理的治療の処方(prescribing)に関するクリティカルな判断をする熟練したヘルスケア提供者である。多様な場で自立的に働き、コンサルタント、研究、教育の役割をもち、公的政策に影響力を持つことが来されている。家族、老人、小児、プライマリ、急性期ケアなど特定の実践領域に焦点を当てる。 【要件】RNであり、修士号以上の学位、学位取得後特定領域で専門性を高め、ANCCに認定申請し与えられる。教育は学問的要素と臨床的要素の両者を含む。500時間以上の臨床実践含む。コアは上級ヘルスアセスメント、薬理学、病態生理学、ヘルスポモーションと疾病予防、特定の診断と疾病マネジメント(山本, 2001)
CNS	Clinical Nurse Specialist: 看護実践の特定領域において、アセスメント、診断、計画立案、健康問題への薬理的、非薬理的治療の処方、健康促進、および予防的ケアを含む直接的なクライアントケアを提供する。直接ケアに加えて、教育、研究、コンサルテーションを含む。CNSはチェンジエージェントとして、ケア及びサービスの質の向上を目的とした間接的な実践活動を行う。
CUCSA	California Uniform Controlled Substances Act(Health and Safety Code)

別表3. 看護師等の役割・裁量拡大に関する考え方(現行の医師、看護師の裁量と今後の役割・責任の共有分野)

医療行為およびその関連行為	医師が現在行っている医療処置	医師と看護師等が責任を共有する(Shared Responsibility)ことが可能な行為	看護師が行っている医療行為と今後一定の教育を受けて看護師等の裁量をしうる医療行為
医療行為全般について	医療: 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、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為) 保助看法では、「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」という表現になっている	・医師と共同で開発したクリティカルパスを用いて医療を実施する ・遠隔医療装置を用いて、医師の判断サポートを受けて、医学的判断を代行し、注射など医療行為を実施する。	医師の指示に基づき、医療行為を行い、その反応を観察することは看護の業務として位置づけられており特に以下の3点については看護独自の判断が必要であるとしている 1) 医療行為の理論的根拠と倫理性 2) 患者にとっての適切な手順 3) 医療行為のによる患者の反応観察と対応 (日本看護協会看護実践の基準1955) 但し、医師の指示が患者に適切でない判断した場合は疑義を申し立てる
入院と退院	医学的な入院、退院の必要性を決定する	入院と退院は医師と担当看護師の両方で合議して決定する	RN) 看護の視点で入院、退院の必要性を決定する
検査の指示、実施	診断治療に必要な生体データを得るために必要な検査を行う	緊急時や医師不在の状況で、行える検査の範囲や方法について医師と看護師の協力であらかじめ決めておき、どの範囲の検査の必要性の判断と実施することについては共同で責任を持つ	CNS) 緊急時必要最低限の静脈血採血を含む非侵襲的検査を行う 超音波診断機の使用は一定の訓練を受けた看護師が使用できる。小児看護においては、検査後の対応として一定のプロトコルを医師との間で取り決め、緊急時の体液、電解質補正のための静脈確保・点滴開始を行うことができる
症状緩和のための薬の処方	疼痛、吐き気、下痢、便秘、倦怠感、呼吸困難、排尿調整、不眠、うつなどの症状改善のため薬物の投与を行う	医師と看護師の協力で各症状のマネジメントに必要な薬剤処方に関するスタンダードを個別プログラムにもとづき作成し、その範囲で判断実施することについては共同で責任を持つ	CNS) 看護師が患者の身体状況、生活状況を把握し、便秘や下痢のメカニズムを考慮して、約束処方の範囲で決定する CNS) 患者の身体の状態を判断して、スタンダードにもとづき、薬剤(麻薬を含む)の処方を行い、それを投与し、事後の観察を行う。必要に応じて医師への報告を行う。特に小児の喘息発作による呼吸困難時の薬剤投与、酸素投与等を行うことができる
排泄	症状、そのメカニズムに応じて、薬剤の処方を行う	便秘、下痢などの排泄の変調に対して、看護師は医師と取り決めたスタンダードに基づき、下剤、整腸剤などの処方を行うことができる	RN) 便秘、下痢などの排泄の変調に対して、看護師は食事や水分量を調整する。また患者がすでに常用している下剤や整腸剤があれば、変調の原因を分析して薬剤の使用頻度や量についてサジェッションを行う
皮膚ケア	皮膚の状態をアセスメントして必要な薬剤、材料を処方し、なおかつそれらを使って治療する	治療に関わる薬剤は医師の指示のもとに行う 褥創、人工肛門、人工膀胱、などの創傷の管理に必要な薬剤、材料については、あらかじめ医師と看護師が協力して約束処方を決め、その範囲で判断実施することについて共同で責任を持つ	RN) 病変のない通常の皮膚の保護、保湿などは独自に行う CN, CNS) 判断基準に則って皮膚創傷のアセスメントを行うことができる。その際生活情報を活用しより有効な皮膚ケアを実施することができる。特定の研修を経て、デブリードメントなど特定の外科的処置を行うことができる
適正な食事内容と摂食方法の決定	治療の必要上、食事の制限を行い、治療食を処方する	摂食嚥下障害患者、糖尿病患者など特殊な状態にある患者について、医師と協力して、食事内容、摂取方法(経管または経口など)についてスタンダードを作成し、それにそって判断実施することについて共同で責任を持つ	RN) 食事介助の方法は看護師独自で判断実施できる CN, CNS) 摂食嚥下障害の患者、適切な食事内容を判断し摂食を介助できる。糖尿病患者について身体の状態と生活状況を判断して適切な食事内容を指示することができる。また、制限するだけでなく、患者のQOL向上のために、嚥下機能を評価し、経口摂取を促す(制限解除)を行うこともできる

適正な安静度	疾病傷害の内容や程度に応じて、全身の安静、局所の安静を指示する	骨筋肉神経系の疾患患者、循環器系、呼吸器系の患者などで身体の活動範囲、量を制限しないと安全を守れない場合は、医師と共同でスタンダードを作成し、その範囲で判断実施することについて共同で責任を持つ	RN)スタンダードにもとづく判断、実施を行う。患者個別の生活状況と身体機能を総合的に判断して、看護師が独自に安静度を判断する。 CN、CNS)同上
入浴など清潔維持の方法	火傷、皮膚疾患、消耗性疾患で急変お恐れがある場合は清潔の維持方法をリコメンドする	看護師は皮膚病変がある場合、入浴など皮膚清潔のケアが病状に影響する可能性がある場合は、医師に相談して、清潔維持方法を決定する	RN)看護師が患者の身体状態、生活状況を判断して決定し、実施する CN、CNS)同上
訪問看護の指示	退院後も医療処置を必要とする場合、医師は訪問看護を指示書を作成する	訪問看護の必要性の判断は医師と看護師のどちらからでも行うことができる。その必要性があればどちらかが指示書を発行し、その際の看護計画については指示した看護師が責任を持つ	RN)看護管理者は訪問看護の必要性を判断し、訪問看護が開始されるよう指示書を発行することができる CN、CNS)訪問看護の必要性を判断し、指示書を発行できる
療養に必要な説明	病気診断治療の説明を行う	RN、CN、CNS)看護師は、医師の説明が患者、家族に十分理解されたかを確認し、不明な点については質問を促し、医師の説明を追加できるよう手配する、もしくは看護師が補足説明を行う	RN、CN、CNS)必要な看護について、必要性、目標、計画等を説明し、患者の理解を得て、患者と共に取り組む
死亡の判定、死亡診断書	死亡の判定、診断書の交付を行う	看護師は一定条件下で死亡の確認を行い、家族の心情を配慮して死後の処置を行い、医師は看護師の確認を受けて暫時死亡診断書を発行する。死亡診断書の発行についても医師との緊密な連携のもと実施できるようにする。 特に僻地医療においては、遠隔技術を用いて、看護師が行えるようにする必要がある	RN)24時間以内に主治医が診察した終末期の患者で医師が往診できない場合、看護師が死亡を確認し医師に報告し、家族の心情を配慮して死後の処置を行う。さらに死亡診断書を発行できる。高齢者施設で、高齢者の終末期において日常から医師との連絡を緊密にとり、過剰な医療が行われることなく看護師が自然な看取りをすることができる。 CNS)特定の教育訓練を受け、死亡診断書を発行することができる

※注 RN:看護師 CN:認定看護師 CNS:専門看護師

語句の説明

語句	定義、実際の使い方など
<p>shared responsibility</p> <p>日本語)</p> <p>共有される責任範囲</p>	<p>sharedは共有、分担の両方の意味がある。医療行為は、患者に関する情報収集、分析、判断、臨床上的意思決定、医療行為の実施という複雑な過程から成り立っており、実際にはこのすべてに過程で責任の共有、分担が様々な形で行われている。上の表、中央列のshared responsibilityは「医師と看護師のいずれも責任を負うことのできる医療行為」という意味でもちいている。</p> <p>患者の基本的な状態に変化がなく、症状緩和などの病気治療の本筋ではない身体状態においては、医師と看護師が共同で取り決めたスタンダード、プロトコルにもとづいて看護師が医療行為を行うことは利便性などの点で患者の利益になるとおもわれる。共同で開発されたスタンダード、プロトコルに対しては責任を「共有」し、実際の医療行為はどちらが行っても良いというみで「分担」することができる。</p> <p>(責任の共有)</p> <p>原因が明確な痛みや呼吸困難などの症状緩和において、薬剤投与のスタンダード、プロトコル開発が可能な医療処置については、医師と看護師が共同でこれを開発するので、判断基準そのものの責任を共有する。多くの場合、スタンダードやプロトコルは何らかの組織でオーソライズされたものを個々の病院用から患者用までおろして運用することになるが、その決定過程に関わった人や組織は当然何らかの責任を負う。</p> <p>(責任の分担)</p> <p>いったんスタンダード、プロトコルが取り決められると、医師と看護師のどちらが実施してもよいことになる。この場合医療処置を分担するという意味合いでsharedが用いられる。</p> <p>看護師はスタンダード、プロトコルの範囲を超えて医療処置を行うことはできないが、判断を誤って範囲を超えた場合は、その責任は看護師が負わなければならない。</p> <p>《shared responsibilityの例》</p> <p>遠隔医療装置を用いて、医師の判断サポートを受けて、医学的判断を代行し、注射など医療行為を実施する場合は、医師の判断とはいえ、それを受けて実施する。医師が判断するために情報を提供することや指示を受けて限定された範囲で医療行為を実施する過程は看護師の責任であるが、判断の部分は医師の責任となる。ただし間違った指示に対してチェック機能を果たさなかった責任は看護師にあることになる。</p> <p>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であること</p> <p>②病気治療そのものの医療行為でないこと</p> <p>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</p> <p>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</p>