

看護師による「特定行為」実施反対 医師・看護師の大幅増員で安全・安心の医療を

2015年3月 日本医労連

◆医療・介護総合法で「特定行為」が看護師の業務に◆

多くの国民の慎重論議を求める声に背を向け、19本もの法案をまとめた乱暴な「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が2014年通常国会で強行されました。その中には「特定行為に係る看護師の研修制度」創設のための保助看法改正も含まれ、「特定行為」は「診療の補助」とされました。技術的難易度も高く高度な判断が求められる、これまで医師・歯科医師のみに許されてきた医療行為である「特定行為」は、看護師の「診療補助」業務とされました。

◆財界の「安上がりの医療」要望がスタートの「特定行為」◆

チーム医療推進を目的にうたった検討会は、約3年の論議の中で名称を3回も変え、「特定行為に係る看護師の研修制度」となり、看護師に医師・歯科医師の業務を委譲する内容になりました。当初から財界が要望していた、看護師の業務拡大で医師不足を解消する「安上がり」医療体制ができたわけです。

2014年通常国会で保助看法改正が行われ、「特定行為」を看護師の業務としました。その後、「医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会」(以下「研修部会」)で6回の審議を経て、2014年12月24日、厚労省に「特定行為及び特定行為研修の基準等に関する意見」として提出されました。それを基本に厚労省が省令を発出し、国民的な議論がなされないまま、2015年10月から研修開始となります。

◆特定行為38項目からスタート◆

研修部会では、特定行為(21区分・38項目:表1参照)及び研修基準(共通科目の教育時間315時間+各区分別科目時間)、手順書の内容等を検討してきました。最後まで反対意見のあった「経口・経鼻挿管、抜管」は保留となりましたが、早急に検討して特定行為として追加すべきとの意見を添え、かなり危険な行為を列挙してのスタートとなります。

「特定行為」が議論されてきた主な経過	
2006年	「規制改革・民間開放の推進に関する第3次答申」看護職の活躍機会拡大の検討
2008年	看護系大学ナースプラクティショナー(NP)教育を開始
2009年	「経済財政改革の基本方針」で専門看護師の業務拡大等について取りまとめ指示
2010年	「チーム医療の推進に関する検討会」で203の医療処置の看護職の実施状況を調査。検討会が特定看護師(仮称)制度創設を提言
2011年	「看護師特定能力認証制度」に名称変更
2012年	「特定行為に係る看護師の研修制度」に再修正
2013年	3月末「チーム医療推進会議」報告提出
2014年	6月通常国会で医療・介護総合法可決。保助看法改正で「特定行為」が「診療の補助」として看護師の業務に。

*2015年10月スタートで進められています。

Q & A

Q どんな制度ですか



特定行為は38項目（表2参照）でスタートします。2015年4月から指定研修機関を募集し、同年10月に研修開始です。基礎科目315時間と、各区分に必要な研修時間数を終了した看護師が、「手順書」に基づき、医師不在の場面で特定行為を実施します。手順書に記載される内容は、①患者の病状範囲、②診療補助の内容、③対象患者、④実施にあたって確認すべき事項、⑤医師への連絡体制、⑥実施後の報告方法、です。

Q 医療行為の遅れは患者に不利益。やった方が良いのでは



医師不足は患者・国民にとって大きな問題であり、医師の不在が治療の遅れにつながることは避けなければなりません。だからと言って、医師や歯科医師にのみ許されてきた診療行為を看護師が行うことを、多くの患者・国民が望んでいるのでしょうか。誰でも安全で安心な医療を受けることを希望します。それぞれの職種がその専門性を発揮して、患者のためのアプローチをすることこそ必要ではないでしょうか。

看護師には、療養上の世話をとおして安楽を維持し、治癒力が最大限発揮されるための援助が求められていると思います。医師の疲弊緩和のための対策は緊急に講じられるべきですが、同様に深刻な人員不足である看護師への業務委譲は、さらに医療・看護崩壊を進める本末転倒の対応だと言わざるを得ません。

Q 研修を受ければ問題ないのでは。実施している国もあります



確かに国によって看護職の業務には差があります。日本においては「療養の世話」と「診療の補助」が保助看護法によって規定されています。そこに今回、特定行為が診療の補助として追加・改訂されました。特定行為の項目は研修部会で議論ののち、厚労省の省令で決定され、実際に現場で働く人の声が反映されません。

「特定行為」は法的には看護師の業務と規定されました。厚労省も、「医師の指示を受けければ、研修の有無に関わらず行える」「ただ、手順書を用いて、自分で患者の状態を判断して行うことためには、研修を受けて頂く必要がある」と説明しています。（看護展

今回の特定行為は、チーム医療推進会議等で調査してきた「看護業務実態調査」結果でも数%の看護職しか実施していない、つまり圧倒的多数の看護師が未実施の行為です（表1）。研修で済ませて実施させるというのはあまりに乱暴で、患者の安全を考慮しているとは思えません。アメリカにおいても「橈骨動脈ライン確保」は医師、「薬剤の調節」は医師と薬剤師（表2）の業務です。

Q 一般の看護師には関係ないので



望 2014.8 vo139) 法的に問題ないとして、一般的の看護師に特定行為を強要する事例が多発するのではと危惧しています。特に医師不足が深刻な在宅部門や、過疎地域では強い要請が発生するのではないかでしょうか。

看護業務実態調査結果（抜粋）と業務分類

表1

*203項目の処置を厚労省と日本医師会が調査。

医師と看護師に「看護師が実施している内容」を聞いた結果

医療処置項目	厚労省調査		日本医師会調査	
	医師	看護師	医師	看護師
直接動脈穿刺による採血	2.0%	1.7%	4.0%	4.9%
経口・経鼻挿管の実施	6.1%	4.1%	10.2%	7.6%
動脈ラインの確保	1.7%	0.7%	3.1%	2.0%
腹腔ドレーン抜去	2.7%	2.6%	3.1%	4.3%
胃ろうチューブ・ボタン交換	5.3%	2.7%	4.0%	2.8%

患者さんも、きちんと教育を受けた医師の診療を受けたいわよね。



Q 問題発生時の責任は



省令には記載されていませんが、研修部会では「医療行為に関する法的研究」(平成25年度厚生労働科学特別研究事業)報告書が参考資料として配布され、議論されました。

研修部会では、「実施は看護師の判断だが、包括指示を与えるということで全体責任は医師が負うのでは」「医師は包括指示を出した責任があり、看護師は当該行為を必要と判断した責任があり、具体的には司法の判断」などの意見が出されました。

厚労省は、「今まで診療補助行為を指示する際、医師は看護師の能力等を判断してきたはず。診療補助は医師が指示を出して看護師が実施するものなので、看護師に行うことができる行為か見極める責任がある」(看護展望2014.8 vol39)としています。厚労省は、看護師の能力を見極める責任まで多忙な医師に求めるのでしょうか。

医療事故のこれまでの判例では、最終実施者がより重い責任を負っており、看護師の実施責任が問われることは間違いないありません。

Q 日本医労連の考えは



私たちはこの制度に一貫して反対してきました。OECD(経済開発協力機構)比較で少なすぎる日本の医師数は増員で解決すべきであり、看護師への業務委譲で済ませられるものではありません。医師の道を選択して医療への貢献を希望する医療従事者は、少なくないと思います。医学部への編入制度など医師増員での疲弊緩和等は検討されるべきですが、看護師に特定行為を実施させるこの制度は危険であり、中止を求めます。まして、項目を増やす検討などあり得ません。患者・国民に提供される医療の安全と、看護師の本来業務である「療養上の世話」の充実こそ必要です。

しかし、制度はスタートしました。私たちは、今後もこの制度の廃止を求める同時に、患者と自分たちを守るために、「①施設として特定行為の実施をしないこと・させないこと、②特定行為を強要しないこと、③指定研修機関における研修を受けていない看護師に特定行為を実施させないこと、④本人希望がない場合、指定研修受講の強要をしないこと、特定行為や指定研修を拒否したことによる不利益扱いをしないこと」を経営者に要求しています。

特定行為区分・研修必要時間および米国における実施職種

(表2)

特定行為区分	必要時間	特定行為項目	米国における実施者		
			医師	看護師	専門職
呼吸器関連 (気道確保に係るもの)	22	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	○		○
呼吸器関連 (人工呼吸療法に 係るもの)	63	侵襲的陽圧換気の設定変更	○		○
		非侵襲的陽圧換気の設定変更	○		○
		人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量調整	○	ICU○	
		人工呼吸器からの離脱	○		○
呼吸器関連(長期呼吸 療法に係るもの)	21	気管カニューレの交換	○		
循環器関連	45	一時的ペースメーカーの操作・管理	○		
		一時的ペースメーカーリードの抜去	○		
		経皮的心肺補助装置の操作・管理	○		
		大動脈バルーンパンピングからの離脱を行う時の補助頻度の調整	○		
心嚢ドレーン管理関連	21	心嚢ドレーンの抜去	○	○	
胸腔ドレーン管理関連	30	胸腔ドレーンの抜去 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定および設定変更	○	○	
腹腔ドレーン管理関連	21	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針含む)	○	○	
ろう孔管理関連	48	胃瘻・腸瘻カテーテルまたは胃瘻ボタンの交換	○	○	
		膀胱瘻カテーテルの交換	○		
栄養に係るカテーテル管理関連 (中心静脈カテーテル管理)	18	中心静脈カテーテルの抜去	○	○	
栄養に係るカテーテル管理関連 (末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)	21	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	○	専門○	
創傷管理関連	72	褥瘡または慢性創傷の治癒における血流のない壊死組織の除去	○	専門○	○
		創傷に対する陰圧閉鎖療法		専門○	
創部ドレーン管理関連	15	創部ドレーンの抜去	○	○	
動脈血液ガス分析関連	30	直接動脈穿刺法による採血	○	○	○
		橈骨動脈ラインの確保	○		
透析管理関連	27	急性血液浄化療法における血液透析器または血液透析 濾過器の操作および管理		専門○	
栄養および水分管理に 係る薬剤投与関連	36	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量調整		○	○
		脱水症状に対する輸液による補正	○		
感染に係る薬剤投与関連	63	感染徵候がある者に対する薬剤の臨時投与	○		
血糖コントロールに係る 薬剤投与関連	36	インスリンの投与量の調整	○		
術後疼痛管理関連	21	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与および投与量の調整	○		
循環動態に係る 薬剤投与関連	60	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	○		○
		持続点滴中のNa、K、Clの投与量の調整	○		○
		持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	○		○
		持続点滴中の糖質輸液または電解質輸液の投与量の調整	○		○
		持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	○		○
精神および神経症状に 係る薬剤投与関連	57	抗けいれん剤の臨時投与	○		
		抗精神薬の臨時投与	○		
		抗不安薬の臨時投与	○		
皮膚損傷に係る 薬剤投与関連	39	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出した時のステロイド薬の 局所注射および投与量の調整	○		