

第5回日本赤十字広島看護大学特別講演会

今、看護師に期待される役割と保助看法

日 時：平成15年11月1日 13:30~15:00

場 所：日本赤十字広島看護大学 講堂（ソフィアホール）

講演者：厚生労働省医政局看護課 課長 田村やよひ

はじめに

今年の6月頃、本日の特別講演会のお話をいただきました。現場で働いていらっしゃる方、中でもリーダーとしてご活躍の方や、これからの時代を担う若い学生の方々に、これからの看護を担っていただく時に、どのような事を大切にしていればいいのか、看護行政を担っている立場から、そのヒントを差し上げられればと思います、「今、期待される看護師の役割と保助看法」というテーマで講演させていただきます事になりました。

1. 2001年の保助看法改正

2001年、ちょうど21世紀の初頭の年、保助看法の改正を2回行いました。法律の制定や改正には、2種類の方法がございます。1つは政府が提案する場合、もう1つは、国会議員自らが国会に提案する場合です。最初にお話しします障害者の欠格条項の適正化に関する保助看法改正は、政府が提案したものです。

1) 障害者欠格条項の適正化

改正前の法律では、目が見えない、耳が聞こえない、あるいは口がきけない障害者は、看護職になることが出来ないという絶対的な条件として定められておりました。この条項を障害があったとしても免許を得る事が出来るようにするため、障害を特定せず、また、業務を適正に行う事が出来ないという相対的な条件とするよう改正いたしました。これは、障害者のノーマライゼーションを推進しようとする社会全体の動きの中で、こうした資格・免許においても、障害者が取得できるようにする国全体の取り組みに基づく法改正であったわけです。

改正後の法律条文では、第9条の3項に、心身の障害により保健婦、助産婦、看護婦または准看護婦

の業務を適正に行う事が出来ない者として、厚生労働省令で定める者と書かれています（2001年当時の名称は、保健婦、助産婦、看護婦、准看護婦であった）。この省令で定めている中身は、保助看法施行令第1条に、「視覚・聴覚・音声機能もしくは言語機能、または精神の機能の障害により業務を適正に行うにあたって必要な認知・判断及び意思疎通を適切に行うことが出来ない者」と定められています。認知・判断・意思疎通は、看護業務を行う上で非常に重要な能力です。そこに障害があるが故に適正に仕事が出来ないという場合には、免許を与えないこともあるというわけです。この改正は新聞等の報道もあり、多くの方に周知されたことと思います。

2) 不適切な条項の削除

看護職員および保助看法第5条を解除して作られた作業療法士や理学療法士等の法律には、「素行が著しく不良である者」、「伝染性の疾病にかかっている者」という相対的欠格条項がございましたが、これはもう不適切な条項であるという判断で削除いたしました。

なぜこのような条項があったのだろうか、皆さん不思議に思われているかもしれません。しかし、看護の歴史を紐解きますと、その理由が見えてきます。大正4年に看護婦規則が作られましたが、その中にも、この「素行が不良な者」という条項が入っています。90年間、看護職の法律にはこの条項が定められていたわけです。一方、医師とか歯科医師には、同様の条文は一切ありません。何故このようなことになったのでしょうか。

これは、明治・大正の初期までの看護職のありようと深く関連しているのです。その当時は、まだ免許制度もなかった時代でした。看護師は、派出看護といって患者さんのお宅で看護に当たったり、病院

で看護をしたりしていましたが、その人達の中には、患者さんの金品を盗んでしまうなどの反社会的な行為を犯す人もいたと、文献にもあるような時代でした。今、専門職として、看護師がこれだけ社会で認められている中では想像できないかもしれませんが、100年前には「素行不良」が社会的に問題となっていたわけです。そういった歴史をずっと引きずった条項だったのです。

また、「伝染性の疾患にかかっている者」という条項も、今の社会では不適当です。感染症新法の中では感染性疾患を持っている人を差別してはいけなとされていますし、例え感染症があったとしても、適切な健康管理がなされれば良いはずです。

私は、これらの条項について、不適切と表現しておりますが、気持ちの中では屈辱条項だと思っておりました。こういうものを早く看護職の法律から削除したい、これは私が10年前から、ずっと思ってきたことでありました。専門職としての看護を確立するために、こういう法律上の不適当な部分をきちんと整えたいと強く願っていたのです。

3) 守秘義務規定の整備

この保助看法改正の際に、1つ重要な条文の追加をいたしました。それが守秘義務規定です。

看護職は学生時代から、「患者の秘密を守る、みだりにその秘密を口外してはいけない」とずっと言われ続けてきましたので、患者の秘密を守ることは当然のことと思ってきましたが、保助看法には守秘義務が定められていなかったのです。昭和23年の法律制定当時は、医師に守秘義務があるから看護師には規定をしなくてもよいと考えられたのではないかと思います。守秘義務は、社会的に見た時に専門職として重要な要件だと思いますが、看護師はそうようには考えられていなかったのです。これも負の遺産だと思います。

助産師については、刑法134条に医師と並んで秘密漏洩時の罪が定められています。したがって、助産師を除く、保健師・看護師・准看護師の義務として、「正当な理由無く業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない」と保助看法第42条の2に加えました。そして、保健師や看護師でなくなった後も同様であることも規定いたしました。守秘義務に違反した場合の罰則は、6月以下の懲役又は10万円以下の罰金と、医師や助産師の刑法の条文と同じ規定になっています。

守秘義務は保助看法に書かれていなかったことを知らなかった看護師も大勢いるそうですので、是非皆さんが周辺の方々にお伝え下さればと思います。

4) 量刑の適正化

それからもう1つ、この法律を改正した時に、量刑を適正化するというも行いました。保助看法上、義務として書かれておりますのは、33条の業務従事者届け出義務、40条助産師による証明書の交付制限、41条異常死産児の届け出義務、42条の助産録の記録と保存義務、この4つの条文です。

特に33条は、全ての看護業務に従事している人が都道府県知事に対して届け出をするというものです。2年に1度業務従事者届として行われています。昨年度はその提出する年でありまして、もし、皆様の中にお出しになっていらっしゃる方がいますと、届け出義務違反ということになります。これまで5千円だった罰金が、50万円に跳ね上がりました。これは、他の職種とのバランスをとった結果です。

でも、業務従事届を一度、出し忘れたということでは罰金を払えとはなりませんのでご心配は要りません。提出をするよう指導されてもこれを意図的に無視し続けていますと、50万円の罰金を払うことになりかねないというものです。

以上が2001年6月の法改正でした。

5) 男女の資格名称の統一

秋の臨時国会で、今度は議員立法で看護職の資格名称の改正法を提案して頂いて、看護師、助産師、保健師というふうに統一する事になりました。法律を変えることは、変えるべき理由があって行われるものです。したがって、この名称統一の改正にも、提案理由が当然ありました。その理由の1つは、男女共同参画社会の理念に沿う改正ということでした。専門職の中で性別によって名称が異なるというのは看護職しかありませんでした。もう1つは、専門職の資格としてふさわしい名称にするということでもございました。

なぜ、この「師」にしたかということですが、保助看法では女性を看護婦と呼び、男性をサムライの士を使って看護士と呼んでいました。法的には、サムライの士もこの教師の師も全く同じ意味合いで専門職者を表していましたので、どちらでも良かったのですけれども、看護の場合には「士」は男性を表すとしていたため、男女を一緒にするとすれば、「師」の方がより望ましいという理由でした。教師的な役割を取るからとか、あるいは医師と同じ権限や力を持ちたいからとかいう、うがった見方があるように聞いておりますが、それは一切関係ございません。

しかしながらこの師になったことも影響している

のではないかと思いますのですが、これまで医師会・歯科医師会・薬剤師会は三師会という名称で共同の活動をしておりましたが、最近では看護協会も入れて四師会として活動を始めています。やはり、名前が変わると社会現象も変わってくるようです。いずれにしても、議員立法による法律改正で、これもおよそ100年続いた名前が変わりました。

今までご説明してきた大きな変化が、21世紀最初の年にあったという事を是非皆さんの心に留めていただきたいと思います。専門職としての体裁を整えるという、保助看法の改正を通して、私たちは、今また新しい地平に立ったということではないかと思うのです。

では、専門職として名実ともに確立されつつある中で、今現在、看護師はどんな社会的な役割を期待されているのでしょうか。看護師は国民から何を求められているのか、本当に何を担っていくべきかという事をもう一度良く考えなければならない状況に立たされているときだと思います。次に、今問われている看護のあり方について、話を進めたいと思います。

2. 新たな看護のあり方に関する 検討会が提起したもの

- 1) 看護師しか行えないこと、看護師が行えること、看護師が行ってはならないこと

2002年5月から今年3月まで、新たな看護のあり方に関する検討会を開き、その報告書をまとめて頂きました。

まず保助看法の第5条と37条のもつ意味について考えてみたいと思います。この法律の中で看護師は、「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者もしくは褥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」と規定されています。この「業」というのは、報酬を手にするかどうかではなく、反復継続する意思をもって行為をすることを言います。言い換えれば、看護職は、傷病者もしくは褥婦に対して療養上の世話と診療の補助を反復継続する意思をもってそれを行う人ということになります。

しかも、看護業務は、看護師あるいは医師しかしてはならないと第31条に書いてあります。つまり、療養上の世話又は診療の補助は、看護師と医師以外の人が行ったらこれは違法行為になるということです。このことを業務独占と言います。なぜでしょうか。これは簡単に言いますと、国民の健康・生命に

関わる非常に危険な行為だからです。危険性がある行為だから、看護の免許を持った人、つまり看護学校をきちんと卒業して国家試験を通った人しか行ってはいけないと書いてあるわけです。教育と国家試験と2つのバリアで国民の生命・健康を守っているのです。

保助看法第37条では、「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った場合を除くほか、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でなければ衛生上危害を生ずる恐れのある行為をしてはならない」とあります。「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」ということは、衛生上危害を生ずる恐れのある行為の例示として書かれています。しかし、それ以外の事を看護師がやってはいけないとは書いていません。これも、看護師が出来ることと出来ないことをきちんと考える鍵になる条文です。

看護師が独占している業務のうち診療の補助は、先程の37条に該当するため、医師の指示によって看護師は業務を遂行しているのです。一方、療養上の世話については、基本的に看護師が自分達の判断で十分に行うことが出来るものであると、私どもは考えています。新たな看護のあり方に関する検討会報告書には、「療養上の世話を行う場合にも行政解釈では医師の指示を必要としないとされている」と書いてあります。

これまで、この解釈を明確に厚生労働省が言ったことはなかったようです。明文化されるまでは、療養上の世話も、医師の指示が必要だということを含んで解釈されていた気配があります。療養上の世話に関しては、看護師のもっている知識やアセスメント能力を全て動員すれば、医師の指示を受ける必要はないということをはっきりさせなければならないと考えて、この様な報告書がまとめられております。今臨床に働いていらっしゃる方々には、ご自身の日々の活動を思い浮かべて頂きたいと思います。入院患者の最初のオーダーに、安静度フリーとか、病棟内歩行可であるとか、あるいは入浴可であるとかの指示をどなたが書いていますか。医師が書いていますか、看護師が書いていますか。

これまでお話した法解釈に基づけば、そうした事を看護師が十分判断出来るということでもあります。臨床で働いていらっしゃる方々に、もう少しこのことを意識していただき、療養上の世話の判断は看護師が責任をもって行うようにしようとして提案しているわけです。それがこの報告書の中の非常に重要な点

の一つだと思っています。

医師でなければ医業を行ってはいけないというのが、医師法の第17条に書いてあります。医業とは医療行為、医行為を反復継続する意思を持って行うことを言います。医業の一部について、看護職は保助看法で診療の補助、あるいは助産として行うことが出来るようになっていきます。保助看法と同じ水準の法律として薬剤師法と診療放射線技師法があります。調剤や放射線を照射する行為は、薬剤師、診療放射線技師の独占業務ですから、保健師、助産師、看護師はたとえ医師の指示があったとしても行う事は出来ません。

その一方、作業療法士、理学療法士、臨床検査技師、言語聴覚士、視機能訓練士、義肢装具士、救命救急士は、それぞれ特色のある専門家として発展してきておりますが、看護師の業務の一部である診療の補助を解除して作られた法律です。したがって、これらの職種の業務を看護師は行うことが出来るわけです。

つまり法体系としては、医師法の権限が一番大きく、保助看法はその次に位置するものですので、医師の指示があれば、看護師は、調剤と放射線の照射に関わることを以外は何でも出来るという、広い権限を持つ法律なのです。看護職は、このことをよく分かっていなければなりません。保助看法のもつパワーの大きさについて、看護教育の中で、必ずしも十分に教えられて来なかったのかもしれないと思います。

2) 看護師が静脈注射を行うことについて

昨年9月に、新たな看護のあり方に関する検討会の中間報告をまとめて頂きました。この中で、静脈注射については、これまでは医師が行わなければならない医行為と解釈しておりましたが、その考え方を180度転換いたしました。

この転換の根拠となったものは、この大学の石本教授たちがなさった厚生労働科学研究です。研究の結果では、臨床医の94%が一部であれ静脈注射を看護師が行っていると回答し、看護管理者の約9割は、静脈注射が看護師の日常業務になっているということでした。これに加えて、看護の教育水準が昭和26年当時とは、比較にならないほどに高くなっていること、注射や点滴を初めとする医療器械・材料も進歩しているということなどを総合的に判断した結果です。その結果、今後は静脈注射を診療の補助行為の範疇として扱うものとする、厚生労働省の考え方を変えたわけです。医師でなければならぬとされていた業務が、看護師に解禁されて、私た

ちの役割が拡大されたということだと思います。

このことによって、今まで看護師が静脈注射をやっていなかった病院もやらねばならなくなったのかと、考えられた方々もいらしたようでした。しかし、静脈注射を看護師が行わなければならないと決めたわけではありません。それぞれの病院の状況、例えば看護職の静脈注射の知識・技術などの準備状態、看護や医師のマンパワー等を考えて、看護師が行うのか行うとすればどの範囲か、などを決めていただければいいのです。

静脈注射が看護師に解禁されて最も気に掛かるのは、薬剤のことであろうかと思います。劇薬、抗癌剤など作用の強い薬物が多々あります。静脈注射に関する看護基準やマニュアルをそれぞれの病院の中できちっと作っていただきたいということも、あわせて通知しています。静脈注射に関する通知がなされてから一年経ち、日本看護協会でも静脈注射のガイドラインが作られて、各病院の参考になっているようです。

今一度原点に戻りますと、私どもが静脈注射に対する法解釈を変えなければならないと考えた理由には、二つのことがありました。一つは、在宅医療の拡大です。これほど在宅医療が進んでいるにも関わらず、訪問看護師が点滴一本できないため、脱水のため在宅療養者が入院せざるを得ないといったような状況がありました。このようなことで入院を余儀なくされることは、在宅療養者のQOLを高めていくという観点から望ましいことではありません。むしろ、訪問看護がきちんと対応できる体制を整えることの方が重要だということがありました。

もう一つは、病院等において静脈注射に関わる事故がしばしば起きていることがあります。伺ってみますと、院内での静脈注射の実施ガイドラインがないままに日常業務化しているとか、看護師は静脈注射を行ってはいけないことになっているために、院内トレーニングがなされていないといった状況などがありました。そのため、医療安全の観点から、むしろ看護師に静脈注射を認めることによって、安全を確保する体制を整えていこうと考えたわけです。

現在のところ、看護師に静脈注射の実施を公に認めたことによって大きな事故が起こっているという報告はありません。

3) 療養生活支援の専門家として求められる看護判断、看護技術

新たな看護のあり方に関する検討会の報告書には、「時代の要請に応じた看護のあり方、医師等の連携のあり方」として、「看護師等は患者の生活の

質の向上を目指し、療養生活支援の専門家として、その知識・技能を高め、的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが必要」と表現してあります。

看護師の役割について、「療養生活支援の専門家」と、初めて表現しています。そして、「その知識・技能を高め、的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが必要」、「療養上の世話と診療の補助を明確に区別するよりも、むしろ医師の意見を求めるべきかどうかについて、適切に判断のできる看護師の能力、専門性が重要である」と書いてあります。

医師の意見を求めるということに注目してください。療養上の世話についての判断は、病態に大きな影響をもたらす可能性があります。その危険性を踏まえて、時には医師の考えを尋ねるかどうかを判断することも必要であるということです。ここでは、医師の意見を求めるのであって、指示を求めるわけではないという意思を含めて表現しています。看護師としての専門性を認識し、自分達の行為をセルフコントロールするということを言いたいわけです。是非このような捉え方で、実践を進めて頂きたいと思っています。

それから、もう一つ、この報告書の中で皆さんにお伝えしたいことは、「患者の症状に応じた医薬品の量の増減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」、つまり「包括的な指示」という考え方です。

呼吸困難、痛み、嘔気のような様々な苦痛症状は、患者のQOLを脅かし、その人らしく生きることを困難にします。このコントロールこそを看護の手で行えるようにしたいと、私は考えています。症状のコントロールを行う人としては、看護師が一番ふさわしいはずです。それは、看護師が患者の状況を最もよく知っており、症状を緩和する技術や適切に薬を使う能力を持っているからです。必要な時には、医師に薬を処方して下さいと言える立場にもあります。

包括的指示について、具体的に考えてみます。例えば痛みです。この痛みをコントロールするために、看護師が薬物を用いようとするれば、医師からの指示が必要ですが、その指示は看護師が判断する余裕を残した指示であることが望ましいわけです。しかし、この包括的指示という考え方を実行可能にするには、看護師には患者の状態をアセスメントする力、つまり、フィジカルアセスメントの能力が必須です。

この力がなければ、包括的指示があったとしても、看護師は立ち往生してしまいますし、医師の方も安心して、包括的指示を出せるはずがありません。また、薬物等に関する幅広い知識が、基本的に非常に重要になってきます。今の看護教育の中で、一般的に薬理学・薬剤学のような臨床薬学に関する教育は非常に貧弱だと、私は思っています。また主作用、副作用だけでなく、薬物が人体の中に入った時に、どのように吸収され代謝されていくのかといったような薬物動態に関する知識ももっと必要です。このような基本的な能力は、療養生活支援の専門家として、もっともっと高めていく必要があります。

さらに、包括的指示との関連で、看護師には、「私は患者の状態をこのように判断しています」ということをきちんと医師に伝えられる力が求められています。患者の状態について医師とディスカッション出来るくらいの医学的な知識も含め、医師とのコミュニケーション能力を高めていかなければなりません。医師の指示についても、必要があれば看護師から、「この指示は、今の患者さんにとっては、このように考えた方がいいと思うがどうだろうか」と提案できる、そういう看護師であって欲しいと私は願っています。

検討会報告書の中では、在宅で死を迎える患者・家族へのケアに関して触れた部分があります。訪問看護の現場では、医師がいない状況で患者が死亡する場合があります。看護師には死亡診断は出来ませんが、死亡に関わる三兆候を観察する力がありますし、それを適切に医師に伝える力もあります。死亡前24時間以内に医師の診察がされている等の条件下で、死亡時の対応について医師との連携が取れていれば、死の三徴候を確認し、その事実を医師に伝えて、「死後のケアを開始してもいいですね」と患者さんの尊厳や家族の気持ちに配慮したケアを提供することに言及しています。

これら、医師とのコミュニケーション・連携を促進するため、プロトコルを使うことも有効だと思います。特に訪問看護の現場ではその場に医師がいませんから、患者の状態に応じて、報告を要する内容、医師の判断を求めるかどうかについてのプロトコルがあれば大変便利です。看護の質も保証できます。これは、平成10年から開発してきましたけれども、この包括的指示の考え方を踏まえて、そのプロトコルを修正するべく、今年から研究事業をスタートさせたところです。

4) 患者・家族とのコミュニケーション

もう一つの提起は、看護師が医療の内容に関して、

患者にもっと説明していきましょうということですが、看護師は、積極的に医療の内容を患者の理解できる言葉に変える役割を担っていかなければなりません。「検査等の説明」と報告書に表現したなかには、治療も含めて理解して欲しいと思っています。看護師はこれまで、治療内容に関して十分に患者の質問に答えてこなかったのではないかと思います。患者や家族が治療に関することを尋ねると、「それは先生に聞いて下さい」と答えてしまうことも多かったのではないのでしょうか。

私の部下の祖母が入院した時のエピソードをお話しします。おばあさんには1日700mlの水分制限があったそうです。脱水だと言われて入院しているので、何故水分制限があるのかと彼女はナースに尋ねたそうです。彼女は、心血管系に何らかの問題があるのではないかと思います、その説明があると期待して質問したわけです。ところが、看護師からの返事は「医師の指示ですから」だったそうです。これでは説明責任を果たしていません。看護師が持っている知識で、家族に分かりやすく説明できるはずですが、

今、厚生労働省では、医療制度の改革を進めています。医療提供体制の改革もその一環で、これから本当に患者本位の医療を提供していかなければならないと考えています。つまり、患者自身が選択できる環境をきちんと整え、患者が選択したことを尊重するということです。患者をエンパワメントする、患者が医療をよく理解し、自ら参画して、意思決定していく力を付けるために看護師が役割を担っていくことが大変重要になってきています。その際、十分に自分の考えを表明できない患者には自己表現を促したり、さらに必要があれば代弁者の役割をとることも求められています。

3. 人工呼吸器を装着した在宅ALS患者の吸引を巡る課題

1) 医行為を家族が行うことと家族でない者が行うことの違い

次にお話したいことは、人工呼吸器を装着したALS患者の痰の吸引のことです。「新しい看護のあり方に関する検討会」の分科会として、この問題を今年の春先から6月まで検討を致しました。

在宅でALS患者が人工呼吸器を使っておられると、吸引等は主にご家族がなさっています。日本ALS協会(筋萎縮性側索硬化症と共に闘い、歩む会)の皆さんから、厚生労働省に「家族が全く休めない、ヘルパーに吸引を頼めるようにしてほしい」という要望があったわけです。それでこの検討会がスター

トしました。

このことを検討するには、なぜ法律は医師と看護師にしか吸引を認めていないかということをもう一度考える必要があります。先ほどもお話ししたように、それは、国民の健康に害を及ぼす危険性のある行為だからです。一方、家族は吸引を行っても罰せられません。それは、家族にとってはかけがえのない存在である患者に対して、家族がその患者のためにだけ行う行為だからということで、事実上、違法性を問われないだけのことです。しかし、ヘルパーが吸引を行うことは業とみなされます。

このような法律解釈の下ではありますが、ALS患者に医師や看護師以外の人が吸引を行うことについて、ある一定の条件を整えたならば3年間に限り、吸引を行うこともやむを得ない措置との結論をだしました。そして、7月半ばに各都道府県知事宛に通知を出しました。

その条件とは、医学的に適切な管理下にあるということ、次に十分な教育がされた人が行うということです。吸引行為・吸引の手法・知識、それから吸引に伴う危険性、そうした事について、よく理解し、実践できる人であることが求められています。それから、患者の同意文書が必要ということです。吸引は医行為ですので、法律で認められていない人が行うためには、患者の同意が大前提になるということです。さらに、医師・訪問看護師等との連携をきちんとし、特に訪問看護師の場合には、この家族以外の者(ヘルパー、ボランティアなど)に同行訪問したり、吸引を行う人から指導や報告を受けたりするという事を条件にしています。

2) 病院看護師と訪問看護師がとるべき役割

ここで、特に私は臨床でALS患者さんのケアに当たっていらっしゃる看護師の方々に、是非お願いしたい事があります。

一つは患者さん自身の在宅療養の意思確認です。これは医師も当然行うと思いますが、政策的、経済的理由から在院日数が短くなっていく流れの中で、本当に大切にしなければならないことは、患者自身の意思だと思うのです。

二つ目は、これからは家族だけでなく、ヘルパーやボランティアをも含めた方々への吸引の知識・技術の指導が重要になります。これに関して、全国いくつものALS患者の入院施設で、看護職が使う指導マニュアルを拝見しましたが、まだ標準化されたものがない状況でした。これは今後、学会等で研究的に取り組むべき課題だと思っています。

三つ目には、患者が在宅に移行する場合にはやは

り病院側からも、きちんと在宅療養環境の確認、調整、そして地域との連携の活動を強化して頂きたいと思います。難病患者であれば保健所がきちんと確認をして基本的な体制を整えるということは、地域保健法上にも定められています。そのことを踏まえて、病院看護師も地域との連携についての取り組みを強化していく必要があります。

3) 在宅ALS患者の吸引が提起した問題の重大性
ヘルパーやボランティア等が条件付き、期限付きで吸引を行ってもいいという今回の結論については、賛否様々な意見があると思います。このような結論を出さざるを得なかった背景には、私どもも含めて看護界全体が、人工呼吸器を使うALS患者の在宅療養環境に、注意を払わなさ過ぎたということ、そして家族に依存しすぎたという結果ではなかったかと思います。患者が退院し、私たちの面前から姿が見えなくなってしまうと、その後の患者・家族の生活に思いを馳せることができなかった結果だと、私は非常に重く受け止めています。

最初に申し上げたように、保助看法には、療養上の世話又は診療の補助は、看護師でなければ行ってはならないと書いてあります。その一部である吸引を3年間に限りではありますが、他の人がやってもいいと、公に記してしまったのです。私はこのことの広がりをお慮念しております。看護の仕事は、ホームヘルパーにも、ボランティアにでも出来るということになりはしないかと。そうなれば、看護師の存在意義が問われかねません。

今私達が一番考えなければならないことは何でしょうか。象徴的に吸引の問題があがってきましたが、在宅に必要な医行為は、経管栄養、自己導尿、人工肛門のケア、点眼、湿布、軟膏塗付、褥創の手当て等、数多くあります。在宅で療養する方々が増え、医療ニーズが高い療養者が増えてくるでしょう。こういう状況の中で、ALS患者の吸引問題は、ある意味では蟻の一穴、パンドラの箱が開いたという状況だと思った方がいいのではないのでしょうか。業務独占として明記された第5条の意義そのものが問われ始めているということです。療養上の世話や診療の補助を看護師に独占させる必要はないのではないかと、社会がそう言い始めた時に、我々の職業生命はどうなるのでしょうか。臨床現場の看護師にとって、業務の負担を少しでも楽にしたい、その気持ちも分からないわけではありません。でも、他職種に業務を渡すこと、手放すことを公に認めざるをえなかった今回の出来事は、看護職の社会的役割、存在自体を問われていることも意味しています。

私達看護職は、今真剣に、自分達の職業的存在をにかけて、この問題を考えなければならないのです。私は非常に危機感をもって、この問題を捉えております。ぜひ皆さんにもこの事を真剣に考えて、ご自身の日々の活動がどうあったらいいか考えていただきたいのです。もし、そこで必要なケアを提供するためには看護師が足りないという問題があったなら、看護師が行うべきことを他職種に手放す方向に安易に進むのではなく、きちんとデータ化していく努力を重ねようではありませんか。

4. 看護師に求められる倫理

最後に、行政処分の事を申し上げておきたいと思っています。極めて健全な看護師として、あるいは看護学生として働き学んでいる皆さんには、あまり関係のないことだと思いますが、保助看法の第9条には免許を与えない場合が書いてあります。この条項に該当すると、第14条に定める、免許取消しあるいは業務停止、つまり行政処分の対象になります。それに加えて14条では、保健師、助産師、看護師、准看護師としての品位を損することがあった場合も、行政処分の対象になることが定められています。行政処分の事例で圧倒的に多いのは、罰金以上の刑に処せられた者です。

平成14年11月、医道審議会保助看分科会看護倫理部会で、この行政処分の考え方をまとめて頂きました。その中で強調されておりますのは、生命の尊重あるいは心身の不可侵性の保障、それから情報提供とか知識・技術を適正に用いる事、専門職としての道徳と品性という、3つの観点を重視して処分するという考え方をまとめております。

具体的な事案別の考え方として、最初に身分法違反が上がっております。実際にどのような事案が対象になったかと申しますと、看護師・准看護師による助産行為です。これは保助看法上、助産師でなければ行ってはならないのですが、診療所等で医師の指示を受けて看護師が助産行為をしてしまったという事で、業務停止がかけられました。それから、医師法違反では、健診等での診断行為を行った事例、診療所で放射線の照射を行った事例もありました。いずれも看護師が行ってはならない、他職種の独占業務です。

医療事故の処分では、最近一つの事故で二人の看護師が処分を受ける例が増えていきます。それはA看護師が誤って準備した薬をB看護師が確認をしないままに注射してしまったというような例です。チーム内のコミュニケーションの不足、確認不足に起因

した事故です。それから、経口薬を静脈注射してしまふとか、塩化カリウムをワンショットで静脈注射してしまい、患者さんが死亡した事例などもありました。これらの事故は、やはり用意された薬剤を確認していないことや投与方法について知識があやふやというようなことが原因でした。カリウム製剤の問題は深刻で、ここ数年で4例程あります。このような事例では、医師の指示が適切に行われていれば、行為した看護師の過失責任が問われる時代です。医師の監督責任は問われなくなってきています。ある意味で、社会が看護師を認めてきた結果ともいえます。

それから、詐欺偽証も大問題です。虚偽の診療報酬請求書の作成や、看護職員の水増しによる診療報酬の詐取を病院長や事務長と共犯ではありますが、看護管理者が行っていたという事例があります。それから驚くべきことに、医療事故裁判で、その事故に関わってもいない看護師が、自ら看護したかのように裁判所で偽証した事例がありました。雇用者である院長からの指示で偽証を行ったようでしたが、このような社会的・道徳的な不正行為、犯罪行為に関して、看護師はノーと言える勇気をもたなければなりません。ここは本当に看護職の基本中の基本です。これからの看護師に期待したいのは、患者中心の医療、患者本位の医療へと変革されつつある今こそ、不正にはノーと言える勇気をもっていただきたいのです。現在裁判中ですが、カルテの改ざんというような事件も大学病院でありました。私達が専門職としてこの社会で責任を果たしていくためには、本当に何が正しく何が不正なのか、自分の中の専門職業人としての良心に照らして、物事を考え判断して行動していく、そういうことが、今行政処分を通して、看護師に投げかけられていることではないかと思います。

本日は保助看法を巡って、多くのことを申し上げましたが、どのようなことも小さな積み重ねがなくでは変化することはありません。看護職が社会・国民の期待に添えるように、皆それぞれの持ち場で努力をしていきましょう。ご清聴ありがとうございました。