

平成28・29年度
医療関係者検討委員会
報告書

平成30年2月

日本医師会
医療関係者検討委員会

平成30年2月

日本医師会

会長 横倉義武 殿

医療関係者検討委員会

委員長 近藤 稔

本委員会は、平成28年11月24日開催の第1回委員会において、貴職より以下の点について検討するよう諮問を受けました。

1. 医師及び医療関係職種の業務とメディカルコントロールについて
2. 看護職養成課程の在り方について

これを受け、本委員会では2年間にわたり検討を重ね、審議結果を次のとおり取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

医療関係者検討委員会委員

- 委員長 近藤 稔 (大分県医師会会長)
- 副委員長 清水 正人 (鳥取県医師会副会長)
- 委員 天木 聡 (東京都医師会理事)
- 〃 池西 静江 (日本看護学校協議会会長)
- 〃 伊在井 みどり (岐阜県医師会常務理事)
- 〃 神田 益太郎 (京都府医師会理事)
- 〃 北野 明宣 (北海道医師会常任理事)
- 〃 志田 正典 (佐賀県医師会専務理事)
- 〃 永池 京子 (河北医療財団理事 兼 統括看護部長)
- 〃 福原 晶子 (山形県医師会監事)
- 〃 星 北斗 (福島県医師会副会長)
- 〃 丸木 雄一 (埼玉県医師会常任理事)

目 次

はじめに	P 1
------------	-----

諮問 1. 医師及び医療関係職種の業務とメディカルコントロールについて

1. 医師と医療関係職種のタスクシフティングについて	
(1) 特定行為研修修了者の活用、特定行為の見直しに関する考え方	P 2
(2) 厚生労働省「働き方ビジョン検討会」報告書に対する考え方	P 9
2. 在宅医療におけるメディカルコントロールについて	
(1) 在宅医療における看護職の役割	P 13
(2) ICTを利用した死亡診断について	P 17

諮問 2. 看護職養成課程のあり方について

3. 看護職員の需給見通しについて	P 21
4. 地域包括ケアシステムを推進する視点からの看護師・准看護師基礎教育カリキュラムの見直し	
(1) 准看護師養成所のカリキュラム等の見直しについて	P 25
(2) 看護師基礎教育の4年制化について	P 28
(3) 看護師2年課程通信制の業務経験の問題について	P 30
(4) 医療・福祉職の養成課程の一部共通化（地域共生社会）について	P 32
(5) 教員の質・量の確保のための養成講習会・継続教育のあり方について	P 35
(6) 准看護師の生涯教育体制の充実に向けて	P 37
5. 医師会立養成所を巡る課題と対策	
(1) 医師会立看護師等養成所調査の結果から	P 38
(2) 専任教員の確保について	P 40
(3) 実習施設の確保について	P 41
(4) カリキュラムの見直しと実習のあり方	P 42
(5) 地域医療介護総合確保基金の活用について	P 43

おわりに	P 44
------------	------

はじめに

日本は人口減少と高齢者の増加により、2025年には急性期医療の需要が減少し、慢性期医療、在宅医療の需要が増大する時代が来る。

国は、在宅医療等を支える看護師を養成することを目的に、特定行為研修制度を創設した。しかし、研修内容をみると在宅で必要な行為は少なく、必要以上に高度な医行為が含まれる。患者の安心・安全のためには医師のメディカルコントロールが必要不可欠であり、本委員会ではそのあり方について検討した。また特定行為研修を修了した看護師の活動状況からは、在宅医療における実績は少なく、研修内容の再考と今後の制度活用に向けた対応を検討した。

一方、超高齢社会、多死社会に向けた医療・介護等の人材確保のためには、地域に根差した看護師・准看護師の更なる養成が必要であるにもかかわらず、現在、医師会立養成所は受験者数の減少、運営資金の減額等による経営困難から、全国的に存続の危機にある。准看護師は地域医療に多大な貢献をしており、地域社会を維持していくためにも、医師会立看護師・准看護師養成所は絶対必要である。准看護師養成所減少の原因を究明し、存続のための対策や意義、さらには准看護師が希望や夢の持てる職種となるよう検討を重ねた。

1. 医師と医療関係職種のタスク・シフティングについて

(1) 特定行為研修修了者の活用、特定行為の見直しに対する考え方

要点

- ・ 特定行為の実施は、医師によるメディカルコントロールがなければ成り立たない「診療の補助」である。医師の働き方改革や効率性に視点を置きすぎたタスク・シフティングは、医療の安全を損ねかねない。
- ・ 特定行為研修は、2025 年に向けて主に在宅医療を支える看護師の養成を目的に創設されたものであり、急性期の病院での実施が想定される行為よりも、在宅医療を支えるのに必要な特定行為の研修受講を推進すべきである。
- ・ 在宅医療の推進のため、研修修了者を積極的に活用しながら制度を育てていく必要がある。研修の実施方法や費用負担などの実態把握と課題分析、看護師の所属する医療機関の理解促進など、看護師が受講しやすい環境作りや、指定研修機関数の増加対策を検討し、受講者数を増加させるべきである。その他、受講者の負担となっている合計 315 時間の共通科目時間数の大幅な削減も検討すべきである。
- ・ 気管挿管・抜管は、医師がいる病院での実施が想定されるものであり、手順書による包括的指示で行うことは想定しえない。看護師が診療の補助として真っ先に実施することはあり得ず、バッグバルブマスクで換気を行いながら医師が到着するのを待つべきである。

1) 医行為における特定行為の法的位置づけ

2025 年に向けてさらなる在宅医療等を支える看護師の計画的養成をねらいに、“特定行為に係る看護師の研修制度”（以下、本研修）が創設されたが（平成 27 年 10 月 1 日施行）¹、それは医師によるメディカルコントロールがなければ成り立たないということを、改めて強調する必要がある。

看護師の業務は療養上の世話または診療の補助であり、現行法上、診療の補助としての医行為の範疇を示す明確な規定はない。今般の特定行為は手順書² による包括的指

¹ 「地域における医療およ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」（以下、医療介護総合確保推進法）に基づき、改正保健師助産師看護師法（以下、保助看法）により、看護師が医師又は歯科医師の診療の補助として、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書に従って特定の医行為（特定行為）を行うための研修制度である。

² 手順書とは、厚生労働省令により、① 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲、② 診療の補助の内容、③ 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者、④ 特定行為を行うときに確認すべき事項、⑤ 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制、⑥ 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法、について記載することが定められている。現在、特定行為は 38 行為 21 区分となっている（厚生労働省令第 33 号、平成 27 年 3 月 13 日）。

示をもって実施するものであるが、特定行為が診療の補助である限り、指示の方法が従来の直接的指示であれ、手順書に基づく包括的指示であれ、医師の指示を受けることに変わりはない。さらに言うと、看護師に特定行為を実施させるかどうかは、それぞれの医療現場において医師が患者の状態と看護師の実践力を判断し行うことが前提になっている。すなわち、指示した医師は看護師が実施する医行為について責任を負うことから、特定行為は、従来どおり医師による指示が必要な診療の補助である。

特定行為はタスク・シフティングの側面があり、医師が医師でなければ実施できない業務に専念できる環境作りに向けた1つの方法として注目されている。しかしながら、医療は安全が優先されなければならないことは必須の要件である。医療人材の不足のなか、業務の効率性が期待されるものの、医師の指示の下に医療安全を確保することが最も重要な点である。加えて、本研修が平成27年10月から開始されたばかりであるにもかかわらず、新たな特定行為の追加議論がある。本議論は時期尚早であり、特定行為実施の安全性に関する事後検証をもって、充分かつ慎重に議論すべきである。医師の働き方改革や効率性に視点を置きすぎでは本末転倒となる。

2) 研修内容の質と在宅医療への貢献

特定行為研修は315時間の共通科目と区分別科目がある。共通科目には臨床病態生理学や臨床推論、臨床薬理学そして疾病・臨床病態概論などの7つの科目が含まれており、臨床現場の看護実践の質の基盤となる知識の強化に大いに影響を与えることが期待できる。現在、共通科目はeラーニングで受講可能な環境が整備され、研修内容の均てん化が図られていることで、一定の質担保に貢献している。

一方で区分別科目（区分ごとに15～72時間）は、指定機関ごとに構成され、ガイドラインはあるもののカリキュラムや実習の状況などの実態は定かでない。またすべての特定行為区分の修了を可能とする大学院がある。ガイドラインによると実習修了レベルは、一人でできるレベルとされているが、こうした指定機関での修了者は、未経験もしくは経験の浅い看護実践の領域において特定行為を実施することとなるのではないか。研修修了後の教育を臨床現場に求める修了者がいる実態は、本研修創設の意に反する。

さらに、「看護師の特定行為研修の修了者の活動状況に関する研究(平成29年3月)」

³によると、94名の研修修了者の所属施設は関東地域が最も多く、かつ病院所属の修

³ 厚生労働科学特別研究事業「看護師の特定行為研修の修了者の活動状況に関する研究」(研究代表者

了者が 84%であり、病院規模では 100～499 床が多い結果となった。また特定行為区分でみると、修了者の 6 割以上は、「呼吸器関連：人工呼吸療法に係るもの」、「呼吸器関連：気管カニューレ交換」、「創傷管理関連」、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」、「感染に係る薬剤投与関連」、「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」、「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」を修了していた。

また厚生労働省の発表⁴によると、平成 27 年度の修了者が 259 名、平成 28 年度には 324 名となり計 583 名のうち、就業先が病院である修了者が 523 名とほとんどを占めている旨が報告された。

前述の結果からすると、在宅医療よりも病院における特定行為の実施が進むことが推察される。特定行為の区分は受講者自身の選択によるが、より一般的な環境、特に在宅医療を支えるのに必要な特定行為の研修受講を増やすべきと考える。本研修は、医療介護総合確保推進法の大きな目的である 2025 年の在宅医療を支える体制の整備のために創設されたことを忘れてはならない。

3) 研修修了者の活動実態

前述の研修修了者の活動状況に関する研究によると、特定行為の実施率が高いとは言い難い⁵。回答時から遡った 1 か月間の特定行為の実施状況について、1 回以上の実施者があったのは 35 行為であるが、対象患者数の最頻値は 28 行為で 1 人であった。

また、実施がなかったものは、「循環器関連：経皮的心肺補助装置の操作及び管理」、「循環器関連：大動脈バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整」、「皮

永井 良三 自治医科大学教授 他) では、平成 28 年 2 月までに指定された 21 の指定研修機関の研修修了者および修了者が所属する施設の管理者並びに修了者が所属する部署の管理者に対して調査が実施された。21 の指定研修機関のうち、5 機関は修了者がおらず、残る 16 機関のうち、14 機関から協力が得られた。女性が 61 名、年齢は平均 40.3±6.9 歳で、看護師経験年数は平均 17.6±6.3 年、現在の職場での就業年数は 5 年未満が 37 名と最も多く、平均 8.9±6.3 年であった。認定看護師、専門看護師の資格を有した者が 16 名であった。修了者数が 4 割未満のものは、「胸腔ドレーン管理関連」、「腹腔ドレーン管理関連」、「心嚢ドレーン管理関連」、「透析管理関連」、「術後疼痛管理関連」、「循環器関連」、「創部ドレーン管理関連」、「皮膚損傷に係る薬剤投与関連」であった。

⁴ 第 2 回看護師の特定行為に係る指定研修機関意見交換会（平成 29 年 9 月 12 日 主催：厚生労働省）が開催され、その際の提出資料によると、平成 29 年 8 月現在 29 の都道府県において、54 機関で研修が行われ、区分数は施設当たり 7.7±6.9（最小 1 区分～最大 21 区分）、研修を修了した看護師数は、計 583 名で、就業先は病院が 523 名、その他、訪問看護ステーション 15 名、介護施設 8 名、診療所 5 名である。

⁵ 過去 1 ヶ月に最も実施率（1 回以上の実施者数/修了者数）が高かったのは、「直接動脈穿刺法による採血」で 49.0%、「気管カニューレの交換」が 40.9%、「末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入」が 35.9%であった。過去 1 ヶ月間の特定行為対象患者数の最大値は、「脱水症状に対する輸液による補正」が 200 人、次いで、「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与」が 100 人であった。

膚損傷に係る薬剤投与関連：抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射および投与量の調整」の3つの特定行為であった。未実施理由（過去1か月）は、「対象患者なし」が25～55%と最も多く、次いで「手順書未作成」が15～30%であった。約5～20%に「組織合意不可」があり、「医師合意不可」は5%以下であった。

前述の実態は今後の推移を見守る必要があるものの、特定行為の実施がなかった、あるいは、頻度が少なかった特定行為については、今後特定行為から外していくことも検討すべきではないだろうか。なぜなら、特定行為として身につけた技能を行使できなければ、技能は当然低下するため、医療現場で特定行為として実施することは難しくなってくる。再度トレーニングをして特定行為を実施させることは、特定行為が掲げる医療現場の効率性に反する。一方、特定行為として実施が多かった行為は、一般的な環境でのニーズが高いものである。在宅医療の推進に資するよう、研修修了者を積極的に活用しながら制度を育てていく必要がある。

4) 研修制度の普及、活用のためには何が必要か

厚生労働省は、各都道府県宛に事務連絡を発出し、医療計画において、多くの看護師が特定行為研修を地域で受講できる研修体制の整備を計画的に進めるよう求めている⁶。今後、都道府県の地域医療構想では、「在宅」における医療が爆発的に増加するとされており、特定行為研修修了看護師は在宅医療を支える大きな力となるであろう。しかし、研修制度の普及、活用が低調なのはなぜか。

厚生労働省は2025年に向け10万人の特定行為研修修了者を養成するために研修機関支援事業を実施しているが⁷、現在の指定研修機関数は54か所であり、事業予算額からすると少ない。本事業の推進のためには、看護師が受講しやすい環境作り、例えば、現行の研修の実施方法や費用負担などの実態の把握と課題分析、看護師の所属する医療機関の理解促進など、受講者を増加させる方策を検討すべきである。その他にも、共通科目の研修時間数が長く受講者の負担となっているとの指摘があることから、315時間の共通科目時間数の大幅な削減も検討すべきである。受講者の

⁶ 「医療計画における看護師の特定行為研修の体制の整備について」（平成29年8月18日）厚生労働省医政局看護課

⁷ 研修機関支援事業の予算は、平成26年度12百万円、27年度246百万円、28年度410百万円、29年度403百万円であった。平成30年度の概算要求額は、研修機関支援事業は352百万円、指導者育成事業は69百万円である。研修機関支援事業は研修機関指定前の補助として1施設当たり約4百万円、研修機関指定後の補助として1施設当たり約5百万円となっている。

多くは看護師の仕事を終えてから e ラーニングで受講すると考えられるが、1 日 2 時間の e ラーニングでも 150 日以上かかるのでは受講者は増えないであろう。

10 万人の養成達成には、受講できる指定機関を増やすことが大前提である。就業しながらの受講は、本来業務から離れることから医療機関も一定の犠牲（負担）を払うことになる。よって看護師の受講を推進する医療機関への支援体制は重要である。負担の一例として、受講者の労働時間減少に加え、指導者の労働時間も減少する。カリキュラム作成（または e ラーニングの導入）、備品購入、実習体制構築、シミュレーターなどの整備、指導者の育成等もある。こうした負担軽減対策には、補助金事業のほか地域医療介護総合確保基金の活用も考えられるだろう。

研修修了者の活動状況に関する研究³で強調されている“看護師の自律性向上とアサーティブネス”のためには制度の発展は望めない。患者の視点に立ち地域医療構築のために、国として研修制度を育てていくことが制度発展につながると考える。

5) 特定行為の追加（気管挿管、抜管）に対する考え方

気管挿管は、医師により行われる医行為であり、手順書による包括的指示による医行為とはならない。

気管挿管の必要性は医療現場により異なる。高度急性期医療を担う病院は医師数も多く、仮に救急外来での複数患者の搬入を想定するとして、看護師が診療の補助として気管挿管を真っ先に行うことはまずあり得ない。

重症系病床、例えば ICU 等では、医師の配置基準が定められている。仮に急変時対応として気管挿管が必要な際には、バッグバルブマスクによる換気をしながら医師が駆けつけるのを待つべきである。医師がそこにいる限り、手順書による包括的指示で実施する特定行為とはならない。

加えて、“抜管の時期が来ているにもかかわらず、医師が手術に入るなどして気管チューブの抜管が延びる状況を改善するために、看護師に実施させたい”との意見がある。しかし、抜管後の急変時に再挿管も想定しなければならない。抜管は気管挿管が前提にあり、特定行為に加えるべきではない。

特定行為における包括的指示は「予期できない患者の状態に対する指示」ではない。在宅医療の場においても、予期せぬ急変があり得るが、急変を最初に発見するのは家族であり、その場合は救急隊を呼ぶことになる。たまたま訪問した看護職員が急変に遭遇することはあるかもしれないが、看護職員が急変時の気管挿管セットを携行して

いるわけではないため、この場合も救急隊を呼ぶことになる。

ここで救急救命士が行う気管挿管についても触れる。救急救命士は、気管挿管の処置の対象となる患者が心肺機能停止の状態及び呼吸機能停止の状態である場合に、医師のメディカルコントロール下で、具体的な指示により気管挿管を行う。しかし、気管挿管に手間取って時間をかけてから搬送するよりも、直接搬送した方がはるかに短時間で病院へ患者を搬送できる場合がある⁸。すなわち、急変時には気管挿管よりも通常のバッグバルブマスクが優先されるべきである。

ところで、気管挿管直後には挿管チューブの状況を確認するために、病院においては胸部レントゲンを撮影して気管チューブの位置確認をするのが一般的である。しかしながら、レントゲンの撮影は医師の指示を受けて診療の補助として診療放射線技師が行う医行為であり、レントゲン撮影の指示を看護師が出すことはできない⁹。レントゲン撮影を必要とする限り、特定行為にはなり得ない。

繰り返しとなるが本研修制度は、2025年に向けて、在宅医療を支える看護師を育てる研修制度である¹⁰。したがって、急性期や周術期の高度な医行為のみを想定したものではない。特定研修制度がはじまって間もない状況であり、修了者数もわずか583名である（平成29年6月現在）。研修制度の十分な検証ができているとは言い難い状況で、長い時間をかけて決まった特定行為に、新たに高度な医行為の追加を求めるのはあまりにも強引な主張であろう。研修制度を育てるという観点からは、かえって有

⁸ 2007年6月8日の中日新聞によると、名古屋市消防局の救急救命士、心肺停止状態の患者に施した気管チューブを誤って食道に挿管した事故で、医師や弁護士、救急救命士らでつくる愛知県の「検証と再発防止のための検討会」は、愛知県の救急隊活動基準では、救命士が患者と接してから搬送するまでの基準時間を12分としている。しかしこのケースでは29分かかり、うち、気管挿管の処置では基準時間（2分）を9分上回る11分かかった。検討会は「基準時間内に挿管できなかった時点で中止して、早く病院搬送へ移行すべきだった」とした。また、Hasegawaらは、病院外心停止の患者では通常のバッグバルブマスク（Bag Valve Mask: BVM）による換気の方が気管挿管による換気に比べて神経学的後遺症の程度が軽かったと報告している（Kohei Hasegawa, MD, MPH, Atsushi Hiraide, MD, PhD, Yuchiao Chang, PhD, David F. M. Brown, MD, Association of Prehospital Advanced Airway Management With Neurologic Outcome and Survival in Patients With Out-of-Hospital Cardiac Arrest JAMA. 2013;309(3):257-266.）。

⁹ 診療放射線技師法第24条で、医師、歯科医師又は診療放射線技師でなければ、第2条第2項に規定する業、すなわち、放射線を人体に対して照射してはならないとされている。同法第28条では、「診療放射線技師は、放射線を人体に対して照射したときは、遅滞なく厚生労働省令で定める事項を記載した照射録を作成し、その照射について指示をした医師又は歯科医師の署名を受けなければならない。」とされている。

¹⁰ 厚生労働省は、「2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助（例えば脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など）を行う看護師を養成し、確保していく必要があります。このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的です。」と明示している。

害な意見と考えられる。気管挿管、抜管に限らず、高度な医行為を特定行為に積極的に追加すべきではない。

6) 制度導入議論の経緯と研修修了者の名称の問題

特定行為の導入は、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）¹¹において、いわゆるナースプラクティショナーなどの導入の検討が明記されたことに端を発する。その後、平成21年8月7日「構造改革特別区域推進本部評価・調査委員会取りまとめ」を受け¹²、厚生労働省医政局の「チーム医療の推進に関する検討会」や「チーム医療推進会議」で検討されたが、その過程では、看護師についての新たな“資格制度”としての議論もあった。

さまざまな議論を経て導入された本研修は「研修制度」であり、「特定看護師」という資格はない。一部の医療機関で、研修を修了した看護師に対して特定看護師や診療看護師、ナースプラクティショナーといった名称が使われていることは問題である。

以上の経緯があるためか、「医師に代わって看護師が診療を行う」制度のように、多くの医師は誤解している可能性は否定できず、「特定」の言葉自体にアレルギー反応を示す医師も多い。特定行為は看護師が行う診療の補助であることを医療界と看護界が正しく認識することに立ち返ることが、本制度の普及および活用につながると考える。

¹¹ 「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）において、「海外においては、我が国の看護師には認められていない医療行為（検査や薬剤の処方など）について、専門性を高めた看護師が実施している事例が見受けられる。『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会中間とりまとめの内容を踏まえると、早急にこのような海外の事例について研究を行い、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など）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」とされた。

¹² 「ナースプラクティショナー（専門性の高い職務が可能な看護師）の必要性」に関する調査審議の今後の進め方について

(2) 厚生労働省「働き方ビジョン検討会」報告書に対する考え方

要点

- ・ タスク・シフティング、タスク・シェアリングの名の下で、本来は医師が行うべき高度な医行為まで、「診療看護師（仮称）」や「フィジシャン・アシスタント」を新たに創設して看護師の業務拡大をすべきとの報告であるが、医療安全や医療の質の向上の視点に立ち十分かつ慎重に議論したとは言えない。
- ・ そのような新たな資格創設では、看護師・准看護師が実践する医行為が患者・家族・医療関係者から否定されかねず、医療現場の混乱を招くという視点が欠けている。
- ・ 看護師のタスク・シフティング、タスク・シェアリングは、労働時間そのものの問題や、看護師の業務負担軽減について、中でも准看護師への業務の委譲及び指示のあり方について検討すべきである。

“医療従事者の新しい働き方の検討を行い、今後求められる医療従事者像を明らかにしていく必要がある”との趣旨で「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」が、厚生労働省医政局が実施する検討会として開催され、平成 29 年 4 月 6 日に報告書が出された。主な論点は「タスク・シフティングなどを通じて医師の過剰な労働負担を軽減することが働き方改革につながる」という論旨であった。看護師の働き方やその他の職種については、その担い手として描写されているだけである。つまり、医師の仕事を特に看護職に担わせ、看護師の職務はその他の職種へシフトさせることについては、長らく議論がされており、後述する診療看護師（仮称）やフィジシャン・アシスタントについてはその流れで書き込まれただけでも解釈できる。

この報告書に対し、日本医師会は平成 29 年 5 月 5 日のプレスリリースで見解を公表した。その中では、「医療従事者の業務の生産性向上、従事者間の業務分担と協働の最適化の重要性は当然だが、その具体策として示される、『診療看護師（仮称）』や『フィジシャン・アシスタント』の活用を含むタスク・シフティング、タスク・シェアリングについては、医療安全や医療の質の向上の視点に立ち、十分かつ慎重に議論することが必要」と述べている¹³。

¹³ 日本医師会プレスリリース <https://www.med.or.jp/nichiionline/article/005040.html>

<高度な医学的判断や技術を要する医行為について>

同報告書には、「特定行為研修でカバーされている行為のほか、胸腔穿刺、中心静脈カテーテル留置等の医行為まで行っている看護師が活躍する病院も存在することから、その旨を改めて国として広く周知するとともに、こうした事例を積み重ね、定着させ、医師及び看護師の意識そのものを変えていくべきである。」との記載がある。胸腔穿刺、中心静脈カテーテル留置は、いずれも高度な医学的判断や技術を要する医行為である。保助看法に違反しているとは言えないとあって、一般的な医師が思い描く診療の補助についての常識の範疇を越え、看護師が胸腔穿刺や中心静脈カテーテル留置まで行っている病院が存在するのであれば、それらの医療機関を公表し、技術の習得・習熟状況、それらの医行為を実施する際の医療現場の状況、医師のメディカルコントロールの状況について実態を明らかにすべきである。

医行為は患者にとって利益があるから実施するのであるが、不利益になることもある。結果として患者の状態を大きく左右する医行為は医師が自ら実施すべきであり、また、そうでなければ医師に自らの生命を預けている患者自身も納得しないであろう。高度な医行為を診療の補助として看護師・准看護師に実施させて結果責任を負うより、自ら実施して結果責任を負うことの方が精神的な負担も少ないことは明らかである。医師の精神衛生を脅かすような改革は、医師の働き方改革として認められない。

<「診療看護師（仮称）」と特定行為研修制度について>

同報告書には、「特定行為研修の対象となる医行為について、安全性と効率性を踏まえながら拡大し、このような業務を行う能力を持つ人材（例えば「診療看護師」（仮称））を養成していく必要がある。」と記載されている。

現在、実施の多い特定行為は、「直接動脈穿刺法による採血」、「気管カニューレ交換」などの、日常診療で比較的需要が多く、特定行為の中の医行為としては技術的難度が比較的高くないものであり、実施がなかったものは、「循環器関連：経皮的心肺補助装置の操作及び管理」、「循環器関連：大動脈バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整」となっている。すなわち、高度な医学的判断や技術を要する医行為の需要は極めて低いためほとんど行われていない。特定行為研修の対象となる医行為の拡大についてはその方向でよい。しかし、研修修了者の活動状況の十分な検証もなく、単に“高度な医行為”という理由だけで拡大に走ることはできない。特定行為研修を受けても医療ニーズにマッチしなければ、現場で役に立てることはできない。

厚生労働省医政局長通知では、特定行為研修を修了している看護師であることが患者・家族・医療関係者にわかるような名称を配慮すべきとされている。しかし、「特定看護師」のような呼称が認められると、研修を受けていない看護師・准看護師が診療の補助として実施する医行為が患者・家族・医療関係者から否定されかねず、医療現場が混乱しかねない。ましてや、このような業務を行う能力を持つ人材として「診療看護師（仮称）」を新たに創設するという議論は、医療現場の混乱を招くという観点からは暴論と言わざるを得ない。

<「フィジシャン・アシスタント」について>

さらに、同報告書では、「日本においても、海外の事例を参考に、『フィジシャン・アシスタント』の資格を新たに設け、簡単な診断や処方、外科手術の助手、術後管理等ができるようにすることを重要な選択肢として検討すべきである。」と述べられている。

しかし、たとえ簡単な診断や処方等であっても、それらはまさに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す医行為である。そして、それらの医行為を反復継続する意思をもって行うことは「医業」にあたる。医業は医師にしか認められていないため、フィジシャン・アシスタントのような資格は、看護師の延長線上では考えられない。そもそも、そのような医療体制を患者・国民は求めておらず、また医療安全や医療の質の向上の視点に立って十分かつ慎重に議論したとは言い難い内容である。

<看護職のスキルミクスについて>

「タスク・シフティング、タスク・シェアリング」により医師の負担軽減が大きく取り上げられる一方で、看護師等については、急性期看護補助体制加算にみられるように看護補助者との看護チーム形成に視点が向けられている。看護師等は、2交替や3交替が定着している「交替勤務者」であり、むしろ検討すべきは高度な医行為への業務拡大ではなく、准看護師への業務の委譲及び指示のあり方についてではなかったであろうか。准看護師の有効活用が置き去りにされており、限られた医療人材の活用が叫ばれる現状において、准看護師の廃止の主張は考え直すべきである。看護の実践者には、准看護師・看護師、さらには看護師のうち認定看護師・専門看護師などがあり、それぞれの教育背景に応じた看護のスキルを有効に活用する「看護職のスキルミクス

体制」が、地域包括ケアシステムを支える看護の新たな姿と思われるからである。平成 26・27 年度の日本医師会医療関係者検討委員会報告書では、准看護師への業務の委譲及び指示のあり方について検討すべきことを提言しており、この報告書においても同様である。

2. 在宅医療におけるメディカルコントロールについて

(1) 在宅医療における看護職の役割

要点

- ・ 在宅医療における連携の要は訪問看護師であり、メディカルコントロールの主体は医師である。医師は訪問看護師からの報告・提案を真摯に受け止め、決して一方的な指示にならないよう留意すべきである。
- ・ 良質な訪問看護師を多く育てる必要があり、基礎教育における在宅看護論の導入（准看護師課程）・充実や、病棟看護師の訪問看護ステーションでの勤務を促す仕組みが必要である。
- ・ 地域の電子カルテ等医療ネットワークは、多職種連携の有効なツールである。介護系のケアマネジャーは医療知識に乏しく、多職種連携に支障が出るといった声が聞かれて久しいが、電子カルテの閲覧等は積極的に行われており、できるだけ患者の状態を把握し、現状に即した介護プランを立てたいという意識も見られる。医師側も積極的にネットワークに参加するなど、医師側の認識と努力が、連携において最も重要であることを忘れてはならない。

在宅医療において、医師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、家族、居宅介護支援事業者の連携の要となりコーディネーターの役割を果たすのは訪問看護師であり、メディカルコントロールの主体となるのは医師である。在宅医療で訪問看護師に求められるのは、的確で適切な判断と確実な報告であり、医師はこの報告に基づき関係職種および家族とともに在宅療養の方向性を定める。その際、医師は訪問看護師の報告・提案を真摯に受け止め、決して一方的な指示にならないよう留意すべきである。

訪問看護師には生活をみる視点、家族の側に立った視点が求められるのであり、決して特定行為を行うことのみを期待するものではない。医療関係者は介護保険の、介護関係者は医療の視点を持てるよう、カンファレンスには必ず参加し情報共有すること、多職種連携の研修会への参加が必須である。

これからの多死時代に向かって、良質な訪問看護師を多く育てることが必要であり、基礎教育においては、在宅看護論の導入（准看護師課程）・充実が重要である。また病棟勤務の看護師に対しても、生活の視点を持ち介護保険の知識を得るために、訪問看護ステーションでの勤務を促す仕組みの構築が求められる。

潜在看護職員や新人看護職員を訪問看護の場に登用することも考えられるが、訪問看護には、急性期の対応と慢性期の医療の提供の両側面があり、それぞれの経験が必要になるため、研修体制の整備が不可欠である。各ステーションでは体制を整えるこ

とが難しいことから、行政や団体による合同研修などを推進していくべきである。

また、訪問看護ステーションから独立した少人数のステーションが増えてきているが、24時間体制などを考えると、実際にどこまで必要な医療が提供できるか疑問である。今後は、いくつかのステーションをまとめて、大きな組織に変えていくことも、人材確保や経営の面でも必要になってくると思われる。

<疾患別に見た在宅医療のあり方と看護職の役割>

在宅医療において訪問看護師の役割は大きく、今後も在宅医療の中心となって対応していくことは間違いない。地域包括ケアシステムにおける在宅医療は、①がん患者、②リハビリテーションが必要な患者、③認知症の3つの疾患への対応が中心となる。それぞれの疾患における在宅のあり方を考えると看護職の役割が分かり易いと思われる。

- ① がん患者：治療方針の決定したがん患者においては化学療法、看取りまで在宅で行うことが可能である。そのために中心静脈栄養管理、IVportの管理、麻薬の投与など、訪問看護師は、医師はもちろんのこと薬剤師との連携も重要となる。緩和医療においては、患者・家族の精神的なサポートも訪問看護師の重要な役割であると考ええる。以上のように、がん患者の在宅医療においては訪問看護師が最も活躍する場面であると考えられる。
- ② リハビリテーションが必要な患者：脳卒中後遺症、骨折後遺症の患者が対象となる。これらの患者は、急性期病院から回復期リハビリテーション病棟もしくは介護老人保健施設を経て在宅に戻る場合がほとんどであり、今後の在宅医療の中心は、頻回でかつ有効なリハビリテーションの継続によるADL・QOLの維持である。そのためには、積極的に外出の機会を得るデイサービスを利用したリハビリテーションが最も有効で、外出ができない患者においては、理学療法士による訪問リハビリテーション、ヘルパーの付き添い下での散歩などが有効であり、単価の高い看護師の訪問はできるだけ減らし、単価の安いサービスを頻回に受けるケアプランでよいと考ええる。
- ③ 認知症：在宅での認知症患者の治療対象は、i) 服薬指導とコンプライアンスの維持、ii) 積極的な社会的参加を促し脳機能の活性化を図る、iii) 家事援助などの環境整備、iv) 問題行動(BPSD)における対応である。i) は訪問薬剤師の重要な任務であり、ii) は積極的に外出し、他人と接すること、すなわちデイサービスに

できるだけ頻回に行くことが最も有用である。iii) に関してはヘルパーの最も重要な仕事である。iv) は訪問看護の役割ではあるが、一般訪問看護ではなく、精神科訪問看護がより適した役割を演じると考える。以上のように、認知症に関しては特別なケースを除き、一般訪問看護の利用は積極的には必要ないと考えられる。

- ④ その他のケース：慢性重症患者（難病などで気管切開、人工呼吸器装着、頻回な喀痰吸引が必要なケースなど）においては訪問看護が絶対的に必要である。例えば ALS のように重症で医療的介入が不可欠なケースにおいては、訪問看護により多くの情報が得られる。訪問看護なしには在宅療養の継続はできない。

以上のように訪問看護が絶対に必要な疾患①④と、②③のように訪問看護がほとんど不要な疾患がある。

しかしながら訪問看護ステーションの経営の面から、②③のような慢性軽症患者の訪問を積極的に行っているステーションも少なからずあり、訪問看護が不要であると考えられる患者が訪問看護指示書を持参して、記載を依頼されることが多い。家人に何のために訪問看護が必要なかと尋ねても、ケアマネジャーの勧めのためと答えるのみで、既に訪問が入っているので書いてもらえないと困ると訪問看護ステーションからの催促も受けている。このようなケースを是正するには、制度の原点に立ち返り、在宅におけるサービス開始・変更時はケアマネジャーがまず医師との連携を取り、必要に応じて指示書が作成されてから訪問が開始されるステップを確実に遂行することを徹底すべきである。また、経営重視の訪問看護ステーションに対する行政からの監査も必要と考える。

<地域の事例：介護職との連携に向けた医師の役割>

山形県の鶴岡地区医師会で 15 年間運用されている地域電子カルテ「Net4U」のここ 4 年間の利用状況から、在宅医療における看護師の役割を検証してみたい。

「Net4U」は、運用開始から 5 年後、厚生労働省の研究事業である緩和ケア普及のための地域プロジェクトを受託したことと、地域連携パス（大腿骨近位部骨折、脳卒中）を IT 化して運用することで、飛躍的に活用されることになった。すなわち、医師同士の連携ツールとして利用されていた状況から、看護師やリハビリスタッフ、薬剤師、ケアマネジャーなどの介護系職種など、まさに多職種が利用している。

現在、「Net4U」には 119 施設が参加し、その内訳も、病院 5・診療所 34・歯科診療所 11・調剤薬局 26・訪問看護ステーション 6・訪問入浴介護 2・在宅介護支援事業所

21・地域包括支援センター3・介護老人保健施設 1・特別養護老人ホーム 3・有料老人ホーム 3・その他 4 と、ほぼすべての医療・介護系施設が参加している。

平成 25 年から 28 年の 4 年間における職種ごとの利用状況を検討してみると、やはり医師の利用が多いが、その数は、経年的に減少している。日常的に利用しているヘビーユーザーがいる一方で、新たな利用者が伸び悩んでいる側面が窺える。医師以外で書き込みを含めた利用が圧倒的に多いのは看護師であり、その数は年々増加している。主に訪問看護師による利用で、医師の訪問看護指示書に従い訪問看護を行い、患者の状態の変化など記録に残し主治医に伝えるのみならず、その患者に係る訪問リハビリや調剤薬局、ケアマネジャーなどと情報を共有することにより、より現実的で適切な在宅医療を提供することができている。

また、書き込みの頻度は少ないながら、閲覧などでの利用が伸びているのはケアマネジャーであった。これは、介護系のケアマネジャーにおいては医療知識に乏しく、多職種連携に支障が出るといった声が聞かれて久しいが、できるだけ患者の状態を把握し、現状に即した介護プランを立てたいという意識の表れであると思われる。また、介護職から見ると、“医師への連絡は敷居が高い”という思いがあるため、自分のペースでカルテを閲覧でき、連絡事項もメールを利用することで医師への負担を増やさずにすむという利便性があるように思われる（これは、介護職だけでなく訪問看護師にも共通する）。実際、ケアマネジャーからは、なるべく多くの主治医に「Net4U」を利用してもらいたいという意見が多く聞かれる。

以上まとめると在宅医療の提供には、地域電子カルテ「Net4U」の存在が大きく、それぞれの職種での利用がなされ、特に訪問看護師にとって有用なツールになっている。

ICT を利用することにより、医師及び医療関係職種の連携がスムーズになることは明らかである。また、その連携はあくまでも医師の指示の下、看護職を中心に回っていく形が理想的であると思われる。医師以外の職種ではある程度その形が作られ、機能している。しかしながら、最終的に医師側の認識と努力が、この連携において最も重要であることを忘れてはならない。

(2) ICT を利用した死亡診断について

要点

- ・ 遺族にとって死後診察は、医師から死亡の事実のみならず、これまでの経緯に関する医学的説明を受ける機会であり、極めて重要な意義を持つとともに、グリーフケアの側面も持つ。ICT による死亡診断は、故人・遺族の尊厳への代償が大きい。
- ・ ICT を利用した死亡診断は、限定された状況下で、ガイドラインに基づき適正に実施されるべきである。虐待等の異状死を見逃すおそれもあり、離島以外の在宅・介護施設には拡大すべきではない。

平成 27 年 10 月の規制改革会議健康・医療ワーキンググループにおいて、日本看護協会より在宅等での看取りにおける死亡診断の要件緩和を求める提案がなされた。その後の検討を経て、平成 28 年の規制改革会議第四次答申において、「在宅での看取りにおける死亡診断に関わる手続きの整備」が盛り込まれ、一定の要件のもとに医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付できるよう、早急に具体的な運用を検討し、規制を見直すことが閣議決定された（平成 28 年 6 月規制改革実施計画）。

これを受けて、厚生労働科学研究班において「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」が策定され、平成 29 年 9 月に厚生労働省より各都道府県知事宛に通知が発出された。

1) ガイドラインの概要

このガイドラインの目的は、「死亡時に、これまで診療にあたっていた医師が遠方にいるなどして、死後改めて診察を行うことが困難な場合には、円滑に死亡診断書を交付し、埋火葬を行うことが出来ない。このため、住み慣れた場所を離れ医療施設に入院したり、死亡後に遺体を長時間保存・長距離搬送することがある」ことから、これを是正するためとしている。

しかしながら、この目的のためだけに「人が受ける最後の医療」「故人・遺族の尊厳」を引き換えにするにはあまりにも代償が大きすぎる。高齢化に伴う医療・介護需要の増大に対して、国民皆保険制度を始めとした現在の医療制度の存続のため地域包括ケアシステムの実現を目指して在宅看取りを増やすことが、このガイドラインの真の目的であると考えられる。今後必ずこの方向に進む制度と考えて対応しなければならないことを念頭に置く必要がある。

2) ICT を利用した死亡診断等を行うための要件について

ICT を利用した死亡診断を行うためには、次に示す (a) ~ (e) のすべての要件を満たす必要があるとされている。各要件について、考察を述べる。

要件 (a) : 医師による直接対面での診療の経過から早晚死亡することが予測されていること

対象となる患者に死亡前 14 日以内に直接対面での診療が行われていなければならない。「早晚死亡することが予測される」と判断するためには、①死亡の原因となりうる疾患（悪性腫瘍、肝硬変、重症肺炎、慢性閉塞性肺疾患など）に罹患している、②その疾患ないしその疾患に続発する合併症による死亡が予測される、③突然死（発症後 24 時間以内の病死）ではないこと、④生前の最終診察時に、医師が早晚死亡する可能性が高いと判断し、その事実を看護師、患者・家族に説明していること、のすべての要件を満たすこととされている。しかしながら、列挙された疾患以外でも、ほとんどの症例では肺炎の合併が認められること、早晚死亡する患者において突然死か合併症での死亡かの診断は外傷を除き、現場では不可能である点などにより、すべての患者にこの要件は合致するように思われる。

要件 (b) : 終末期の際の対応について事前の取り決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること

医師—看護職員—患者・家族で終末期の延命を行わないなどの同意があることなどの取り決めは、現在看取り加算を算定している施設では、入所時に一般書類とともに文書での同意を確認していることが多く、このガイドラインの同意書も入所時一般書類の署名として機械的に処理されることが容易に想像できるため、この要件もほとんどの施設入所者には適応されるように思われる。

要件 (c) : 医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること

事例で挙げている離島の例は、この制度の恩恵を受ける唯一のケースと考えられるが、日当直などで現場を離れられないケースを事例に入れたことにより、医師が 12 時間以内に現地に駆けつけられない理由はいかようにもつけられるようになったと考えられる。

要件（d）：法医学に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること

この要件に関しては、特定非営利活動法人日本法医学会（理事会）が以下のようにガイドラインの問題点を挙げている（2017年6月30日付け）。

- ・ 医師の養成課程での「法医学」の教育については、解剖学や生理学、病理学などの基礎医学に立脚して教育が行われているが、現行の看護師の養成課程では「法医学」に関する教育課程はなく、看護師国家試験の科目にも法医学は組み込まれていない。ガイドラインには「法医学などに関する講義」として、項目が列挙されているが、これらの到達目標の明示はない。相当する看護師に対する、死後診察の現場で求められる水準の「法医学」の教育は、数日程度の受講のみでは質的、量的にも不十分であると考えられる。

要件（e）：看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等の ICT を活用した通信手段を組み合わせることで患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること

この要件に関しても前述の日本法医学会は、「通常の死体検案の場合においても、外表の検査所見のみでは、判断に苦慮する事例も少なくないが、転送された画像から法医学的判断を行う場合には、通常の死体検案以上に十分な学識と経験が、担当する医師に求められることになる。ICT を利用した死亡診断を行う場合には、担当する医師にも別途研修などが不可欠であると思われる。」とその問題点を指摘している。さらに薬物中毒死の鑑別に関して、具体的な検査等の必要性に関する記載もなく、現状のままの運用だと死体の異状を見落とす危険性が危惧されると指摘している。

以上のように（a）～（e）までの要件は課題も多く認められ、不適切な運用が行われないよう、厳しく注視していく必要がある。

3) 委員会としての考え方

遺族にとって死後診察は、医師から、死亡の事実のみならず、これまでの経緯に関する医学的説明を受ける機会であり、極めて重要な意義を持つ。また直接対面での死後診察は、医師から亡くなった患者への声かけや家族への労いなどグリーフケアの側面も持

つ。ICT を利用した死亡診断は、離島などの遠隔地の場合においては実用性があると思われるが、離島以外の在宅や介護施設などの場に安易に広げることは、患者と医師の信頼関係を壊すことにつながりかねない。適用については、慎重に議論すべきと考える。

この制度は、病院勤務医の負担軽減には全く役立たないと考える。加えて、介護施設においては、入所時の契約時に ICT を利用した死亡診断許可の書類にサインをさせられ、ほとんどの施設看取りの患者はこのシステムが利用されてしまうことも想像できる。特に在宅医療をビジネス的に行っている在宅専門診療所は、遠方の施設を多数コントロールすることが可能になり、地域で真面目に在宅医療に取り組んでいるかかりつけ医から在宅医療が奪い去られることも想像され、地域に根付いた地域包括ケアシステムに逆行する事態が起きると考える。

また、介護施設において虐待などの事件も起きている中で、ICT を利用した死亡診断のみでは前述の日本法医学会も危惧しているように、事件性を見逃してしまう可能性もあると考える。

個々のケースについて、日本医師会や地域医師会でガイドラインが利用された全ケースの詳細な検討を行い、平成 31 年 3 月を目途に行われる再検証に向けた問題点の抽出が必要と考える。

諮問 2. 看護職養成課程のあり方について

3. 看護職員の需給見通しについて

要点

- ・ 高齢化と生産年齢人口の減少など、人口動態の変容は、医療人材の確保に大きな影響を及ぼす。
- ・ 今後さらに高まる医療・介護ニーズに対応するためには、准看護師をこれ以上減らすことなく養成していくことが不可欠であるが、医師会立准看護師養成所はさまざまな課題を抱え存続の危機にある。
- ・ 地域の医療提供体制を確保し、地域社会の消滅を阻止するためにも、准看護師養成所の存続は必須である。
- ・ 日本医師会は、准看護師の在り方をしっかりと示すとともに、准看護師養成所の存続に向けた支援を行政に求めていく必要がある。

<人口動態の変容と医療人材の確保>

日本の将来の人口動態の変化を考えることは、医療界の将来見通しを考える上において大変重要である。日本の近未来の特徴を一言で表現すれば、未曾有の「超少子高齢・人口減少社会」の出現である。

第1の問題点は、総人口の減少である。推計では、2015年から2065年にかけて、1億2,709万人から8,808万人となり、半世紀の間に3分の2まで縮小する¹⁴。

第2は、高齢者の増加および高齢化率の進行である。老年人口は2015年の3,387万人から2040年には3,921万人に増加する。この間、死亡者数が2015年の130万人¹⁵から2040年には168万人に増加する。すなわち超高齢社会は「多死社会」となる。

第3は、出生数の減少および年少人口の激減である。

第4は、生産年齢人口の減少である。2015年の7,728万人に比べ2065年は4,529万人と約4割減少する。

もう一つ重要なことは、日本全体の人口指標のみならず、地域による人口構造の変容を考える必要があるということである。東京、愛知、神奈川、大阪、福岡などの人口が増加している大都市圏では、今後高齢者の実数が激増するだけでなく増加率も高くなる。高度経済成長期に地方から大都市圏に若年層の大量の人口移動が生じ、その方々が高齢期を迎えるためである。

¹⁴ 国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口（平成 29 年推計）

¹⁵ 厚生労働省 平成 27 年（2015）人口動態統計の年間推計

世帯構造の変容についても、医療・介護の問題を考える上では考慮しておく必要がある。世帯主が65歳以上の世帯数は、2015年から2040年にかけて1,918万世帯から2,242万世帯に増加する¹⁶。その中でも一人暮らし高齢者が増えることが注目される。一般的に単独世帯は経済的リスクや孤立するリスクが高いと言われる。これは、たとえば認知症が発現した場合などに日常的な生活活動（買い物、ゴミ出し、郵便物の收受）の確保を含めた家族の代替機能を、地域の中で誰がどのように確保するのかという難題が存在することとなる。また、緊急時の延命の意思確認などの対応の問題も存在する。地域包括ケアシステムは、まさにこのような問題への対処を地域で考えていくために構築されてきたと考えられる。

このような人口構造の変容は、医療人材の供給面にも影響を及ぼす。高齢化の需要の増大に伴い、医療・福祉分野の就業者は2014年の747万人から2030年には910万人に増加すると予想されている¹⁷。この間、生産年齢人口の減少に伴い、労働力人口は2014年6,587万人から2030年5,800万人に減少する¹⁸。労働力人口に対する医療・福祉の就業者の比率は2014年11%から16%に跳ね上がるのである。現状でも医療人材不足が生じているが、今後はさらに人的資源の制約が強まると危惧される。このため医療界においても労働力不足を補うために、外国人看護職員の受け入れも検討されているが、東南アジアの国々の合計特殊出生率は日本より低い国もあり、日本への労働力の供給は期待できないと考えられる。

<医療制度の変化と看護職員の需給>

看護職員の需給は、前述の人口構造の変容のほか、診療報酬改定や医療制度の改正によっても大きく変動する。

平成18年の診療報酬改定において7対1看護基準が創設されて以降、大学病院をはじめとする大規模病院を中心に看護職員の獲得競争が起こり、中小病院は看護職員不足が深刻となった。地域によっては改善しているようであるが、まだまだ全体としては看護職員不足の状況は続いている。

一方、平成28年度に各都道府県の地域医療構想が策定された。2025年における医療

¹⁶ 国立社会保障・人口問題研究所 日本の世帯数の将来推計（平成30年推計）

¹⁷ 2014年度は総務省「労働力調査」、2030年は独立行政法人労働政策研究・研修機構推計（平成27年12月）の「ゼロ成長・労働参加現状（経済成長と労働参加が適切に進まないケース）」の値。「経済再生・労働参加進展シナリオ（経済成長と労働参加が適切に進むケース）」の場合、962万人。

¹⁸ 注18と同様。「経済再生・労働参加進展シナリオ」の場合、6,362万人。

機能別の病床の必要量は、病床の削減目標ではないとされてはいるが、今後「都道府県医療費適正化計画」との整合性を得るための力が強まる可能性はあると思われる。特に急性期病床（7対1病床）と療養病床を削減する方向に誘導される可能性がある。今後当面は高齢者人口が増えると予想される大都市圏と沖縄県では総病床数は増加するが、高度急性期・急性期は大きく減少し、回復期への転換が示されている。また厚生労働省の示すモデルでは、7対1病床は高度急性期に限定するような表現もみられる。もしこのようなことになれば、実際の急性期の医療現場は疲弊し、また7対1看護基準の導入以降、看護師の労働条件が改善され、職務満足度が向上するとともに離職率が低下した状況が、再び悪化して、医療崩壊の危機の再燃が危惧される。

<今後の准看護師の養成について>

これまで述べてきたように、今後さらに高まる医療・介護ニーズに対応する看護職員の確保は喫緊の課題であるが、准看護師の養成数は平成元年に比べ2万人以上も減少している。准看護師をこれ以上減らすことなく養成していくことが不可欠であるが、医師会立の准看護師養成所は、後述する財政面や教員、実習施設の問題、さらには受験者の減少等もあり、現状のままでは閉校を決断する医師会が増えることが予想される。

先に述べた生産年齢人口の減少も、看護師・准看護師養成所の在り方に大きな影響を与えると思われるが、地域の医療提供体制を確保し地域社会の消滅を阻止するためには、准看護師養成所の存続は必須である。

日本医師会は、このような状況下での准看護師の在り方をしっかりと示すとともに、准看護師養成所の存続に向けた支援を行政に求めていく必要がある。

<民間職業紹介事業者にかかる問題について>

経営上の方針として、民間職業紹介事業者はできるだけ使わない医療機関が多いと考えられるが、看護基準を満たすためにやむを得ず使用する例はあると思われる。新卒看護師が訳も分からず、最初の就職活動から紹介事業者を利用する例もあると聞く。このような事例が生じないようにするためには、在学中からの適切な指導が重要であると思われ、看護協会とも協力して就職ガイダンスを行うなど、何らかの形で医師会も関与すべきではないかと考える。特に、今後進められる地域包括ケアシステムの構築においては、地域医師会が中心となって多職種連携を構築していく必要性があり、

訪問看護師の育成などに関しても看護師養成所、看護協会とも卒前から連携していくことが必要ではないか。

法的な規制としては、職業安定法の改正（平成30年1月1日施行）により、ある程度悪質な民間紹介事業者には規制がかかると思われるが、今後も注意深く監視する必要がある。ナースセンターやハローワークなど、公的機関が手数料を取らずに紹介を行う従来のシステムを強化していくことが大切である。

4. 地域包括ケアシステムを推進する視点からの看護師・准看護師基礎教育カリキュラムの見直し

(1) 准看護師養成所のカリキュラム等の見直しについて

要点

- ・ 准看護師は、地域包括ケアシステムの中で、多職種連携のチームの一員として活躍することが期待されている。准看護師資格の価値を高めるために、准看護師養成所への入学資格を高卒以上とすることを提案する。
- ・ 今後の役割を考えれば、准看護師課程においても在宅看護論を学ぶ必要があるが、現行の 1890 時間に追加する時間的余裕がない。1890 時間の中で、内容の見直しにより、在宅看護論などの必要な科目を設定していくことが重要であろう。

地域包括ケアシステムの構築の中で、看護の担い手として、看護師とともに准看護師の活用が欠かせないが、准看護師の養成状況は、平成 14 年に施行された指定規則の改正（専任教員の増員、カリキュラム時間数の増加等）により准看護師養成所が著減したことから、養成数が大幅に減少している。その後も、運営費補助金の削減、実習施設や専任教員の確保などの問題から、准看護師課程を廃止する学校が相次ぎ、ここ数年は、景気回復などの社会情勢の変化により、受験者数が大幅に減少し、定員の確保に加えて、新たに学生の質の確保などの問題も招いている。

<准看護師資格の高卒化について>

そのような中、平成 26・27 年度医療関係者検討委員会では、これまで明確にされてこなかった看護師と准看護師の業務範囲および指示のあり方などを検討し、准看護師の位置付けを明確にすべきとの問題提起を行った。これは、准看護師の業務範囲を限定して縮小させるものではなく、在宅医療の推進などの新たな時代に向けて、その活躍の場を広げたいとの期待の意味からであった。そして、今期の本委員会では、そのように多様化するニーズの中で、准看護師の価値をより高めるために、現在、中卒以上とされている准看護師資格を高卒以上へと改変すべきとの新たな問題提起を行うこととした。

これにより、現在、養成数の 5%前後を占める中卒資格者（高校中退者を含む）への門戸を閉ざすこと、中卒受験者の減少による准看護師養成所の運営への影響、また、高校の衛生看護科の取り扱いなどの問題が生じるが、先に述べたように、国は在宅医療の推進を図っており、その中心的役割を担うのは診療所である。そこに勤務する多くの准看護師には、今後、医療機関における看護だけにとどまらず、地域包括システ

ムの中で、訪問看護への活用、医療と介護との橋渡しとしての役割などが期待される。そのような中では、当然、他の事業所や医療職との関わりが増え、多職種協働のチームの一員として、ある程度の意見や役割などが准看護師にも求められていくものと思われる。その際、一人の医療人として、高卒程度の一般教養、社会常識は身に付けておく必要がある。将来的には、看護師における医行為とは異なるものの、准看護師にもある条件の下で自身の判断で行う行為、業務などが検討され、定められる可能性もあり得ることから、その際に求められる判断力や責任に対しても、高卒程度の資格が求められて当然かと考える。

平成 27 年 10 月に日本准看護師連絡協議会が発足し、現在、各県で准看護師を対象にした研修会などが企画されて来ている。いずれは准看護師におけるキャリアパスの確立など、准看護師の価値がさらに高まっていくことを期待したい。

また、准看護師課程を単位制とする意見もあるが、メリットはあるものの、まだ問題点も多く、今後の課題にとどめたい。

<カリキュラムへの「在宅看護」の追加>

地域包括ケアシステムの中で役割を果たしていくためには、准看護師養成課程に在宅看護論を取り入れる必要があると考える。しかしながら、現実には、2年間の養成課程において現行の 1,890 時間にさらに追加するだけの時間的余裕はない。

准看護師教育は看護師 2 年課程の教育を積み上げることで、看護師の資格取得が可能であり、現状では、多くの者が看護師 2 年課程を経て看護師になっている。そこで、准看護師のカリキュラム（指定規則別表四）と看護師 2 年課程のカリキュラム（指定規則別表三の二）を加えて、看護師 3 年課程のカリキュラム（指定規則別表三）を比較してみた（次頁表参照）。准看護師のカリキュラムは時間制で、2 年課程のカリキュラムは単位制であり、単純な比較はできないが、ここではその量を確認するために、准看護師のカリキュラムを 35 時間＝1 単位として比較した。その結果、看護師 3 年課程のカリキュラムに比して、積み上げ教育（准看護師＋看護師 2 年課程）の方が、単位数が多かったのが、専門基礎分野の「人体の構造と機能」、「疾病の成り立ちと回復の促進」、専門分野 I の「基礎看護学」である。これらは積み上げ教育の場合、看護師 3 年課程のカリキュラムの 1.5 倍の時間を使っている。准看護師は完結教育の側面もあり、このような結果になっているものと思うが、入学資格を高卒にして、准看護師教育で何を大切に教えるかを、その教育内容を十分に吟味することで、在宅看護論など、これからの准看護師に求められる教育内容を導入していくことも可能であると考えられる。

表 看護師教育課程と准看護師教育課程の比較

(看護師3年課程と、准看護師課程+看護師2年課程の教育内容の比較のために)

看護師課程				准看護師課程		
分野	内容	3年課程	2年課程	単位換算	時間数	科目
基礎分野	科学的思考の基盤	13	7	1	35	国語
	人間と生活・社会の理解			1	35	外国語
専門基礎分野	人体の構造と機能	15	10	1	35	その他
	疾病の成り立ちと回復の促進			3	105	人体の仕組みと働き
				1	35	食生活と栄養
				1	35	薬物と看護
健康支援と社会保障制度	6	4	2	70	疾病の成り立ち	
専門分野 I	基礎看護学	10	6	1	35	感染と予防
	臨地実習(基礎)	3	2	1	35	看護と倫理
専門分野 II	成人看護学	6	3	1	35	患者の心理
	老年看護学	4	3	1	35	保健医療福祉の仕組み／看護と法律
	小児看護学	4	3	9	315	基礎看護
	母性看護学	4	3	6	210	臨地実習(基礎)
	精神看護学	4	3	6	210	成人・老年看護
	臨地実習(成人)	6	2	2	70	母子看護
	臨地実習(老年)	4	2	2	70	精神看護
	臨地実習(小児)	2	2	11	385	臨地実習(成人・老年)
	臨地実習(母性)	2	2	2	70	臨地実習(母子)
	臨地実習(精神)	2	2	2	70	臨地実習(精神)
統合分野	在宅看護論	4	3			
	看護の統合と実践	4	4			
	臨地実習(在宅)	2	2			
	臨地実習(看護の統合)	2	2			
計		97	65	54	1890	

※ 准看護師教育課程は時間数で、看護師教育課程は単位制であり、単純比較はできないが、ここでは便宜上、准看護師課程 35 時間を 1 単位と換算して比較した。

※ 看護師 3 年課程と、看護師 2 年課程 + 准看護師課程の教育内容を比較して、その時間数が多い方を網掛けとした。

(2) 看護師基礎教育の4年制化について

要点

- ・ 修業年限の延長を論じる前にすべきことがある。すなわち、現行の教育内容や方法の見直しである。また、看護実践能力の向上に向けては、修業年限の延長では解決しえない要素もある。免許取得前の学生が経験できることには限りがあり、卒後の臨床研修の充実とともに考えていく必要がある。

2025年に向けて、厚生労働省は看護職員の需給見通しを、仮に1年で3万人のペースで増えたとしても3~13万人不足すると試算している。実際、地域によって、施設によって、看護職員の確保は困難な状況が続いている。その中で、全体の4割を超えて、最も多くの卒業生を輩出しているのが看護師3年課程の養成所である。その修業年限を一律4年に延長することは、以下のような問題が生じ、看護職確保において大きな課題を抱えることが予測される。

- ① 18歳人口が減少するなか、看護職確保のために社会人経験者、大学卒業者などを積極的に受け入れる必要があるが、修業年限の延長は、それらの人々の受験を困難にし、かつ、経済的負担も大きくなる。
- ② 同時に大学と同じ修業年限にすることで、養成所の特徴が出しにくくなり、受験生確保に影響し、入学生の質の低下が懸念される。
- ③ 修業年限を4年にすると、教室数をはじめとした施設・設備の増加、さらに教職員数の増員が必要で、学校運営が困難になる養成所が出てくる。そのため、看護職員の需給にも大きな影響を与える。
- ④ 修業年限を1年延長することで、一時期といえども卒業生数が減少し、医療現場の混乱が予想される。

一方、地域包括ケアシステムの中で、多職種と協働しつつ、多様化・複雑化する対象のニーズに応えるケアの中心的役割を担う看護職への期待と、医師の補助的な医行為を行い人々の生命と健康を護る職種として、看護基礎教育の充実が求められることも事実である。現行の修業年限では、教育内容(97単位 3000時間以上)を大幅に増やすことは困難である。しかし、上記のさまざまな課題を踏まえ、教育年限の延長の前に、現行の教育内容や単位数を見直し、教育方法の検討を行うことが重要である。

修業年限の延長(量)が、必ずしも看護師基礎教育の充実、必要な看護実践能力の育成(質)につながるとは限らない。卒業時の看護実践能力評価の一つの側面ではあるが、客観的指標である国家試験合格率をみても、大学を中心とした修業年限4年の

学校と、看護師3年課程の養成所との間に差はない。技術教育の卒業時到達状況も決して劣るものではない。

以上のことから、まずすべきことは修業年限の延長ではなく、現行の教育内容や方法の見直しであると考えます。

さらに、看護実践能力の向上を期待するならば、修業年限の延長の前にすべきことは、臨床研修の義務化を含めた新人研修、現任教育のシステムづくりであろう。免許取得前の学生ができる経験には限りがある。平成22年4月から新たに業務に従事する看護職員の臨床研修が努力義務化されてはいるが、その研修の充実が同時に必要である。

それらの取り組みを行っても、なお看護職に求められる能力育成が不十分、という評価がなされた場合に、修業年限の延長の論議に入るべきである。

(3) 看護師2年課程通信制の就業経験の問題について

要点

- ・ 医師会立看護師2年課程養成所は、准看護師養成所卒業後すぐに入学する生徒が多いため、平成30年度から施行される通信制入学要件の就業経験年数の10年から7年への短縮による影響は少ないと考えられるが、養成所からは不安の声も聞かれている。
- ・ 一方、厚生労働省の働き方ビジョン検討会報告書においては、就業経験を5年に短縮すべきと提言がなされているが、7年への短縮も施行・検証されていない段階での提言は時期尚早である。
- ・ 入学時に実際に経験している実務内容や技術を把握し、不足分があれば卒業までに必要な技術を取得できる環境整備が望ましい。

看護師2年課程通信制は、国民が望む質の高い医療の提供に資するための看護職員の資質向上を図る方策の一つとして、平成16年4月より、免許取得後10年以上の就業経験を有する准看護師を対象に開始された。

平成28年8月に「保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部を改正する省令」が公布され、看護師学校養成所2年課程の入学基準について、准看護師としての就業経験年数を現行の10年から7年以上に変更、また通信制課程の必要教員数については、現行の7人以上から10人以上（ただし、学生または生徒の収容定員が300人以下の学校養成所にあっては8人以上）となり、平成30年4月1日から施行される。

<通信制の課題と提言>

①業務経験年数の短縮による看護師2年課程入学者数への影響

日本医師会が行った「看護師2年課程通信制の入学要件の見直しによる影響に関する調査」（平成27年8月）によると、医師会立看護師2年課程の入学生の業務経験年数を見ると83.8%が業務経験なし（准看資格取得後すぐの入学）で、1～4年が12.2%、5～6年が1.5%、7～9年が1.3%、10年以上が1.4%となっている。この結果を見る限りでは、平成30年度から施行される通信制入学要件の業務従事年数の10年から7年への短縮による、看護師2年課程入学者数への影響は少ないと考えられる。ただし、養成所からは応募者が減少することへの不安の声も多く聞かれている。

一方、厚生労働省の働き方ビジョン検討会報告書においては、就業経験を5年に短縮すべきと提言がなされているが、7年への短縮も施行されていない段階での提言は

時期尚早である。今後、7年に短縮した影響をしっかりと検証した上で、通学制の2年課程にも十分に配慮し慎重に検討すべきである。

②入学条件の就業経験年数に関する課題

現状では履歴書類と作文提出が入学の判定基準となっていることが多い。実際の就業経験内容や勤務形態の把握が十分でない可能性がある。入学時に実際に経験している実務内容や技術を把握し、不足分があれば卒業までに必要な技術を取得できる環境整備が望ましい。

③就業経験年数短縮と教育内容

入学要件が短縮されることにより、実技能力が低下する可能性がある。これに対しては、面接授業の日数の増加、教員の教育力の強化、さらには見学だけでなく、基礎看護学実習の1単位でも臨地実習を取り入れ、学生の思考過程を育てることが望まれる。

④学生支援

通信制の学生は就業や子育てなど、時間の制約を受けながら勉学を続けていることが多いと想定される。少ない時間を有効に利用するための通信教材、特に今後はICTを利用して、例えば実際に患者の様子や臨床の場での看護判断のシミュレーションなどを含んだ全国共通の教材の開発が望まれる。

⑤教員と実習施設

平成30年度から施行される改正では、教員数の増加が義務づけられている。先の日本医師会の行った調査では、通信制カリキュラムが変更になった場合、「困難になる」「やや困難になる」との回答が実習施設の確保に関しては64.8%、教員の確保に関しては60.2%を占めた。実習施設に関しては、学生の生活の場である地域にある医療機関と連携し、その地域内で実習が可能となるような仕組みの構築が望まれる。

(4) 医療・福祉職の養成課程の一部共通化（地域共生社会）について

要点

- ・ 生産年齢人口が減少する一方、医療・福祉のニーズは増大する中で、多様なキャリアパスを通じた人材の有効活用の視点が不可欠である。
- ・ 准看護師は、国の目指す医療・介護専門人材の機能強化と最大活用に大いに貢献でき、今後日常のケアを看護面で支える重要な役割を果たしていくと考えられる。フィンランドのラヒホイタヤのように、医療・介護分野での多様なキャリアパス構築に生かせる形に発展させるというパラダイムシフトが必要と考える。
- ・ 地域の中で、基礎教育の段階から多職種が共に学んでいくことには意義があると考えられる。特に、地域に密着した看護師・准看護師養成所が、多職種の養成課程の橋渡し役をする形になれば、地方の養成所の志願者不足の解消につながる可能性や、地域にとっては、若年人口の流出の防止なども期待できるかもしれない。

「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現本部（平成 28 年 7 月 15 日設置）の専門人材ワーキンググループの主な検討課題として、「医療、福祉分野の専門人材の共通課題の創設」がある。医療・福祉分野の就業者数の推計（全国厚生労働関係部局長会議資料平成 29 年 1 月 19 日）によれば、医療福祉の就業数は 2030 年には卸・小売業を抜き、製造業に比肩する。また、潜在有資格者は看護師・准看護師で約 3 割、介護福祉士で 4 割強、保育士で 6 割強と多数いる。

今後の超高齢社会では、生産年齢人口が減少する一方、医療・福祉のニーズが増大する。潜在有資格者の掘り起こしとともに、多様なキャリアパス構築などを通じた人材の有効活用の視点が必要不可欠である。

その対応として、複数の医療・福祉資格を取りやすくし、医療・福祉人材のキャリアパスを複線化する方向性が示された。具体的な取り組みとして、国は医療・福祉の複数資格に共通の基礎課程を創設し、資格ごとの専門課程との 2 階建ての養成課程へ再編することを検討している。各資格の専門性を確保しつつ、共通基礎課程を設定することで、複数の専門職を目指しやすくなるという利点がある。厚生労働省では対象資格として、介護福祉士、社会福祉士、看護師、准看護師、理学療養士、作業療法士、保育士などの 12 資格を例示している。

これと類似したシステムがすでに 1993 年からフィンランドで行われている。医療分野と福祉分野の 10 の資格を統合して成立した職種（ラヒホイタヤ）である。

<ラヒホイタヤ>

フィンランドでは中学卒業年齢は通常 16 歳であるが、義務教育を終えた生徒の 9 割以上は高等学校または職業訓練校へ進学する。高等学校では大学進学を目指す生徒に普通科教育が行われている。一方生徒の約 50%程度は職業訓練校に進学しており、ラヒホイタヤ教育は職業訓練校で行われる。基本的な教育内容は一般教養（200 単位）、自由課題（10 単位）、ラヒホイタヤ資格に共通職業教育（50 単位）、9 のコース別職業教育の中から選択される 1 の専修課程（30 単位）、ラヒホイタヤ固有の専門性を深める特別選択教育（10 単位）を履修する（合計 120 単位）。（1 単位＝40 時間）合計 4800 時間となる（日本の准看護師は合計 1890 時間 平成 11 年改定）。ラヒホイタヤは、日本における准看護師相当あるいは英語圏では Practical nurse と翻訳されているが、フィンランドでは「日常のケア」に相当する広い意味を持っており、看護師というより看護・介護・養育などの幅広い社会保健医療分野横断的な専門職として名称独占している。ラヒホイタヤの資格保有者はこの資格のみでケア労働市場の異なった専門領域の職場を移動し、また、EU 国内も移動できる。（フィンランドの高齢者ケア 笹谷春美著 159p）

准看護師は療養上の世話と診療の補助を担い、疾病を持った人々と家族の様々な考え方や人格を尊重し、倫理に基づいた看護を実践できる基礎能力を有していることから、国の目指す医療・介護専門人材の機能強化と最大活用に大いに貢献でき、今後日常のケアを看護面で支える重要な役割を果たしていくと考えられる。フィンランドのラヒホイタヤに比較すると准看護師の教育時間は少ないが、准看護師の資格を将来的には、現在厚生労働省が考えている多彩な医療・介護分野でのキャリアパス構築の中で生かせる形に発展させるというパラダイムシフトが必要と考える。

<地域で多職種を養成することの意義>

その後の政府の検討会では、それぞれの基礎教育の担当者から「共通科目の設定は不可能」との反応も報じられているが、少し視点を変えてみれば、いくつかの可能性が浮かび上がる。共通科目が解剖学や生理学といった科目を起想させ、その意味ではそれぞれの職種ごとの深度に大きな差異があることが「不可能」という答えを弾き出させるのは当然であろう。

しかし、むしろ「共通言語」の習得という意味で「その職種の常識だがその他の職種にとっての非常識」を理解し共有するような努力は、チーム医療の根幹をなすのではないだろうか。その努力の延長線上に、将来的には職種独自の用語の撲滅につながることを望むのは無謀なことだろうか。

また、介護職などをそれぞれの地域の需要やニーズに合わせて地域内で育成するというヨーロッパでの動きが紹介されている。我が国においては、それぞれの職種がそれぞれの法律に示されていることから、これについても荒唐無稽な発想と断じてしまいかもしれないが、実際にはそれぞれの地域で不足する保健医療福祉の資源や、地域包括ケアで提唱されている地域ごとの行政や住民による取組みの独自性の進展は、地域での異なった養成の姿の可能性を高めはしないだろうか。そこまでいなくても、それぞれの地域での問題点を基礎教育の時点から多くの職種が学んでいることは、無駄ではないはずだ。

特に、地域に密着し現場に近い看護師・准看護師養成所が、地域内での多くの職種の養成課程の橋渡し役をするという姿を想像してみれば、地方の養成所の志願者不足の解消につながる可能性や、地域にとっては、若年人口の流出の防止なども期待できるかもしれない。

(5) 教員の質・量の確保のための養成講習会・継続教育のあり方について

要点

- ・ 教員のキャリアアップの道を明確に示せていないことが、教員の魅力を高められない要因の一つと考えられることから、現在教務主任養成講習会で開講している科目を、希望すれば受講できる機会を確保することを提案する。教育内容を精選し、積極的にeラーニングを導入するなど、養成所を空ける期間をできるだけ短くして、より多くの者が身近な場所で、受講できるシステムを作ることが不可欠である。教員の質向上が、教育の質向上につながり、養成所の魅力アップにつながる。

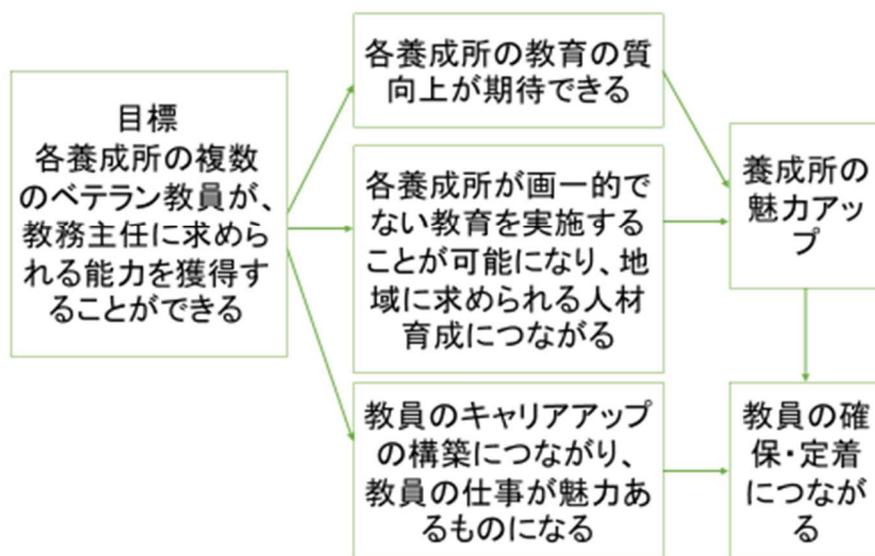
看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインにおいて、教員養成に関する2つの講習会が挙げられている。①専任教員養成講習会と②教務主任養成講習会である。

①専任教員養成講習会は看護基礎教育に関する知識・技術を習得し、専任教員としての能力の育成を目指すものである。専任教員の資格要件にかかる講習会ということもあり、ほとんどの教員が受講している。一方、②教務主任養成講習会は、学校運営やカリキュラム開発といった看護教育の中核的役割を担う能力の育成をめざすものである。しかし、その受講率は教務主任の2割に満たない。これは教務主任の資格要件の一つに、“専任教員として3年以上の経験”が挙げられており、教務主任養成講習会が必須の条件になっていないこと、また、教務主任は養成所の教育の要になる者で、その者が長期（6か月程度）にわたり、教育の現場から離れられない現状がある、ということであろう。

しかし、この教務主任に必要な研修こそ、教員を長く続け、看護教育の要となる役割を遂行するにあたり重要な意味を持つものである。臨床で働く看護師には、認定看護師、特定行為研修、専門看護師のようにキャリアアップの道が拓かれ、進むべき方向性が示されたことでその魅力が向上したと言われているが、教員にはそのようなキャリアアップの道を明確に示せていないことも、教員の魅力を高められない要因の一つと考える。

そこで、各養成所の10年近いベテラン教員が、学校運営やカリキュラム開発といった、現在教務主任養成講習会で開講している科目を、希望すれば受講できる機会を保証することで、教員の仕事を魅力あるものにすることができると考える。明確な目標が持てる、新たな知見を得られる、ということの意義は大きい。その意義について、以下のようにまとめてみた。教員の質向上が、教育の質向上につながり、養成所の魅力アップにつながるものになると確信する。

多くの人が受講できる講習会へ



現行の教務主任養成講習会は、その講習会期間の長さ、遠隔地での開催などもあって、受講率が上がらない。そのため、教育内容を精選し、必要な科目を選択的に受講できる新たなシステム作りが必要である。積極的にeラーニングを導入し、養成所を空ける期間をできるだけ短くして、より多くの者が身近な場所で、受講できるシステムを作ることが不可欠であろう。看護教育の中心的役割を担う教務主任、それに準じる教員が明確な目標のもと、新たなチャレンジにより、生き生きと働き続けられるように、受講しやすい講習会の開催が必要である。

専任教員養成講習会については、全員が受講を目指すものであるがゆえに、受講しやすさとかかる経費の点から、都道府県単位の講習会開催の実現を要望したい。加えて、複数の教員を同時に出さなければならない場合は、大学の通信教育で開講する教員養成講習コースについても積極的に承認し、できるだけ就職後早期に受講して看護基礎教育の知識を得て、経験を積めるようにしていく必要がある。

専任教員の資格要件取得後の継続教育の受講率は、教務主任養成講習会同様、決して高くない。教育の質は教員の質である。煩雑な業務のなかで、やりがいを見だし、頑張り続けられるために、受講しやすいシステム作りが急務である。

(6) 准看護師の生涯教育体制の充実に向けて

多くの都道府県医師会では、准看護師の生涯教育の一環として「准看護師卒後教育講習会」を開催し、多くの准看護師が受講している。日本准看護師連絡協議会でも准看護師研修会を行っていることから、お互いに情報を交換しながら効率よく生涯教育体制を築いていくことが重要と考える。

講習会終了後のアンケート調査では、希望する講習内容として最近多いのは認知症、看取り、精神疾患、褥瘡、災害時、終末期などであり、高齢社会に必要な看護知識を深めたいという意欲が窺える。特に、認知症、看取り、褥瘡、終末期などは在宅での看護に深く関わる場所である。

在宅看護は現在の准看護師育成のカリキュラムの中には含まれておらず、現時点では卒後教育で対応せざるを得ない。今後、教育内容を日本医師会が吟味して、卒後教育受講者に対して、日本医師会が認定証を発行し、将来国の考えている医療・福祉職養成の一部共通化が実現したときにその認定証を活用できるように検討してはどうか。

5. 医師会立養成所をめぐる課題と対策

医師会立養成所、特に准看護師養成所は、近年閉校が相次いでいる。その原因としては、運営費の問題、受験者の減少、専任教員や実習施設の確保困難などが挙げられる。以下に、各課題に対する対策を述べる。

(1) 医師会立看護師等養成所調査の結果から（応募者の減少）

<現状>

准看護師養成所の応募者数はこの数年間減少傾向にあり、地域によっては定員割れをする学校も存在する。不景気な時代には就職先がなく、早く資格が取れる准看護師養成所を大卒者も多く受験していたが、昨今の景気回復に伴いデータの的にも応募者数の減少が見られる¹⁹。

景気の動向以外のマイナス要因としては、①准看護師は廃止される方向であるという高校の進路指導、②介護施設における国家資格を持つ介護福祉士より弱い立場にあること（准看護師の方が、吸痰や褥瘡処置、急変時対応、看取り等業務量は多く責任もある）、③准看護師は常に医師や看護師の指示の下でないと動けない裁量権のない立場であること、④訪問看護ステーションにおいては診療報酬上も准看護師と看護師に差があること、⑤母性実習施設が不足しているため男子学生を制限せざるを得ないことが多いこと等が考えられる。

<対策>

毎年准看護師課程や看護師2年課程の廃校、あるいは看護師3年課程への変更が見られる。

¹⁹ 日本医師会「医師会立助産師・看護師・准看護師学校養成所調査」。平成29年は5年前に比べて准看学校数は196校から182校、定員数は9,516人から8,306人、看護2年課程が82校から72校へ減少、看護3年課程が63校から70校へ増加、助産師課程が6校から6校と変わっていない。准看は定員9,514人から8,306人に減少し、応募者数が27,392人から14,095人まで減少し、入学者数は9,393人から7,692人へ減少し、8,000人を割った。同じように看護2年課程では定員が3,752人から3,196人に、応募者数も5,166人から4,077人、入学者は3,571人から2,933人に減少。一方、看護3年課程は定員3,097人から3,698人、応募者も13,969人から10,821人へ、受験者数が13,181人から10,231人へ、受験者数が3,172人から3,700人へと増加しているが総数は減少している。一方定員充足率では、准看が100.5%から92.3%へ、2年課程が95.8%から92.5%へ3年課程が102.6%から100.3%へ、助産師課程が94.4%から91.7%と減少している。また、医療機関への就業生徒率も56.4%から49.9%と減少している。受験倍率も准看3.0倍から1.7倍、看護2年課程1.4倍から1.3倍、看護3年課程4.4倍から2.9倍に減っている。

人口が減少している地域において若い人材を確保することは容易なことではない。都市部からの流入が期待できない現在、医師会立看護師・准看護師養成所の存続は若い人口の確保、地域定着は地域の活性化につながるものである。地域医療を崩壊させないためにも看護職員は確保しなければならない。

看護職を目指す動機づけのため、地域の小中学生や高校生を対象に、ふれあい看護体験、進学・就職相談会等を積極的に開催し、看護の魅力ややりがいを知ってもらうことが重要である。

また、定員の厳守を都道府県から厳しく指導されるが、中途退学者もおり生徒数の減少は養成所の運営に大きな影響を及ぼすことから、定員に対して0.5～1割程度の超過は容認していただきたい。

養成数や教育環境の確保のためには、現在の養成機能を最大限に活用できるようにすることである。そのためには養成所の安定的な運営や施設整備を支援するため更なる財政的支援をするべきである。

また、社会人学生に対する補助（雇用保険の専門実践教育訓練給付金）は、認定基準（当該資格試験の受験者全体の平均合格率以上であること等）が厳しく、指定を受けられる学校が少なく、せっかくの制度を十分活用できていない。認定基準の緩和を要望する。

(2) 専任教員の確保について

<現状>

教員を募集しても専任教員の有資格者が少ない。このため入職してから専任教員養成講習会に派遣せざるを得ないが、給与を支払いながら講習会に8～9か月派遣することは学校にとって大きな負担となっている。しかも、専任教員養成講習会の開催箇所は少なく、他都道府県まで行かねばならないが、他県から応募してもなかなか受け入れてもらえないのが実情である。受講資格を得たとしても、その受講費用の負担は、学校・本人にとってかなり大きく、代替教員の確保などの負担も要している。

<対策>

専任教員養成講習会は、各都道府県内での開催が望まれるが、受講者数の確保ができないことを理由に開催されないこともある。少人数でも(20人未満)開催できるようにすべきである。また、近隣県で持ち回りで開催することが現実的であるが、実際には各県行政の横のつながりが不十分で他県の実情を把握できていない。厚生労働省が各県の情報を集め、ブロック毎の定期的な開催を指導するなど、地方での開催に向けた積極的な介入が望まれる。

代替教員の雇用に対する補助や、教員資格が取れる大学卒業者にはできるだけ教員となってもらえるような働きかけも必要である。受講負担を軽減する意味では、eラーニングをもっと活用すべきであろう。

さらに、根本的な問題として、専任教員を給与面でもきちんと評価していかなければ、優秀な人材を教育現場に集めることは困難である。専任教員は5年間の実務経験が必要であるが、看護学校の勤務となると医療機関勤務時の看護師5年目の給与より減収となることがほとんどであり、希望を持って就職しても医療機関勤務時との給与の差が大きいため、辞めていく者が多い。ある程度の給与保証ができるよう補助金の充実を求める。

(3) 実習施設の確保について

<現状>

実習先を持たない新設の看護師養成所や看護系大学が増えるにつれ、実習病院である大病院（公立病院を含む）から准看護師養成所の実習を断られる事態が増えている。遠隔地への実習を余儀なくされており、実習を受け入れる代わりに就職を義務付けるような事態も発生している。このため、会員の中小病院や診療所の協力を得て何とか確保している状態である。

実習施設の基準が厳しく（更衣室・休憩室・討議室等）、無理を言って実習施設になってもらった病院に対して、県行政から改善命令が出されたりするため、実習施設を辞退される病院もある。また私立の病院には実習指導者が少ないが、指導者講習会への派遣に対する補助もない。

<対策>

都道府県行政においては、公立病院に対し准看護師養成所の実習を受け入れるように指導するとともに、看護系大学、看護師養成所、准看護師養成所の実習施設の調整をしていただきたい。

また、地域医療支援病院の要件として、地元定着率の高い医師会立看護師等養成所の実習受け入れを加えることも検討すべきである。

新しい実習施設の開拓には実習指導者が必要であるが、8週間の指導者講習会に看護師を派遣することで、病院はの間欠員となり、何の補助もない。優秀な看護師を育てるためには指導者を育てることが必要である。指導者の地位の向上と、希望を制限しないよう受講しやすくする工夫や受講に対する補助が必要である。

看護系大学の実習が優先される背景には、実習謝金の問題があり、謝金額の高い看護大学が優先されている現実がある。謝金の高騰は養成所の運営に大きな影響を与えており、こうした点からも、都道府県行政による実習施設の調整機能が強く望まれる。

(4) カリキュラムの見直しと実習のあり方

周産期医療、小児医療は集約化が行われているため、母性看護や小児看護の実習施設不足に拍車がかかっている。

特に母性看護実習については、男子学生は妊産婦の理解を得ることが難しい。シミュレーター等の活用や、ビデオでの教育も臨地実習の一部として認める事務連絡も出されており、各都道府県行政にはこの事務連絡に沿った柔軟な運用を求めたい。

また、母性看護や小児看護に従事することが少ない准看護師については、母子看護の比重を少なくし、老年看護や在宅看護を重点的に組み込むようカリキュラムを見直すことが望ましい。

さらに、「4 (1) 准看護師養成所のカリキュラム等の見直しについて」の項で詳述した通り、准看護師課程を基礎教育、看護師2年課程を臨床応用教育と位置付ければ、トータル4年で看護師教育は終了することとなる。カリキュラムの重複部分を削り、有効に教育するべきである。

(5) 地域医療介護総合確保基金の活用について

看護職員の確保は行政の責務と思われるが、行政にはその感覚は少なく、医師会に任せている感がある。補助金も少なく、看護職員の確保についての認識が建前と実際では隔たりがあるように思われる。地域医療介護総合確保基金から補助金が出されているが、十分ではない。また財政状況が厳しい市町村では、学校運営に対する補助金はごくわずかである。そのため学校運営上、経済的に破綻をきたす学校が多く、やむなく閉校せざるを得ないのが現実である。

地域医療介護総合確保基金については医療職の養成に対する分配が少なく、人件費の補助に対しては活用できない。地域の実情に応じた使いやすい柔軟性のある対応が望まれる。

○基金から補助される看護師等養成に関わる主な事業として、

看護師等養成所運営等事業

看護師等養成所施設整備事業

地域看護人材育成事業

実習指導者講習会

看護教員養成講習会

看護職員等研修事業

専門分野看護師育成事業

助産師外来実践能力向上研修支援事業

などがあるが、十分に周知されておらず、周知徹底と啓発が必要である。

また、国庫補助時代から准看護師養成所と看護師養成所の補助率に格差があり（運営費の基準額や、施設整備における基準面積等）、基金においてもそれが準用されている実態がある。格差をなくすべきである。

医師会立の養成所は卒業生の県内就業率が高く、地域の看護職員の確保に多大な貢献をしている。補助金額を決めるにあたっては、卒業生の県内就職率を考慮して決めるべきである。

また、介護分野に就労している看護職員は地域によってばらつきはあるが、7%～20%程度の看護職員が介護施設等で業務に従事している。有資格看護職員の養成に対して、地域医療介護確保基金の介護分も適切に負担をするべきである。

おわりに

今期の委員会では、特定行為研修制度や在宅医療におけるメディカルコントロールのあり方や、地域包括ケアシステムにおける看護職員の役割を見据えた看護職養成課程のあり方等について検討した。

2025年に向けて在宅医療の推進を図るために創設された特定行為研修制度であるが、手順書により在宅で実施可能な行為は少なく、一方で高度な医学的判断と技術を要する行為が含まれる。タスク・シフティング、タスク・シェアリングの名の下では、医療の安全や医療の質の向上は保証できず、在宅医療の推進に寄与するとは限らない。高度な医行為は医療機関内で医師のメディカルコントロール下に行うべきものとする。

在宅医療を推進する要は訪問看護師であり、基礎教育においても在宅看護論の充実を図り、認知症、看取り、終末期医療等に対応できる良質な訪問看護師を育成していく必要がある。また主治医は、各種医療ネットワークや電子媒体を活用して積極的に多職種と連携し、適切なメディカルコントロールの下に在宅医療の充実を図る必要がある。

看護師の需給見通しは明るいものではない。高齢化と生産年齢人口の減少から医療・介護人材の確保は難しい状況が見込まれる。2025年には看護職員が約13万人不足すると推計されている中で、種々の要因で准看護師の養成は減少している。地域の医療提供体制を確保し、地域社会の消滅を阻止するためにも地元就職率が高い准看護師養成所の存続は必須である。准看護師は、地域包括ケアシステムの中で多職種連携のチームの一員として活躍することが期待されている。在宅看護論を取り入れるなど基礎教育カリキュラムの見直しと、准看護師資格の価値を高めるため、受験資格は高卒以上とすることを提案した。

日本医師会は、准看護師の重要性を改めて広報するとともに、行政に対しては、准看護師養成所の存続に向けた支援を強力に求めていくべきである。

最後に、在宅医療・介護の充実と健康寿命の延伸のため、医師・看護職をはじめ医療関係職種が利己主義に走ることなく連携し、それぞれが専門職として尽力し責務を果たされることを期待する。