

医療制度と看護業務： 1980年代以降の看護師の役割に関する一考察

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 大阪市立大学社会学研究会 公開日: 2024-09-09 キーワード (Ja): 看護業務, 看護師の役割, 医療制度 キーワード (En): Nursing Work, Role of the Nurse, Health Care System 作成者: 永山, 博美 メールアドレス: 所属: 大阪市立大学
URL	https://doi.org/10.24544/ocu.20180419-005

Title	医療制度と看護業務：1980年代以降の看護師の役割に関する一考察
Author	永山, 博美
Citation	市大社会学. 12 卷, p.31-44.
Issue Date	2011-09
ISSN	1345-8019
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	Publisher
Publisher	大阪市立大学社会学研究会
Description	

Placed on: Osaka City University Repository

医療制度と看護業務

——1980年代以降の看護師の役割に関する一考察——

永山 博美

はじめに

看護師¹⁾という職業は近代に創られ、日本においては、主に医師の補助的役割を担うことによって長く医療の場にたずさわってきた。同時に、病者を取り巻く環境の中で、様々な業務を引き受ける職種として位置づけられる傾向にあった(中島 1995: 117-21)。しかし、近年においては、これまで担ってきた業務の一部を他の医療従事者へ委譲したり、新たな業務を看護業務として取り込んでいこうとする傾向が活発になっている。また、様々な診療報酬加算、例えば看護師数によって加算される入院基本料や看護師がおこなうケアに対する管理料等が近年増加しており、医療の場における看護師の働きが注目されているととれる状況にある。

このような、看護師を取り巻く環境の変化は医療政策と密接に関連している。近年、日本の医療が抱える課題のいくつか、例えば年々増加する医療費の問題や地域における病院の機能の問題、少子高齢社会に伴う人材育成の課題等が取りざたされており、それらの問題を改善するために医療法改正が頻繁におこなわれている²⁾。その中で、看護師の役割や業務に関しても検討され、そのいくつかが制度化されている(厚生労働白書 2009: 11-12)。しかし、これまで医療政策との関連において看護師の役割や業務が検討されてきたものの、それらの対策が実際にどの程度看護業務に影響を与えているか、具体的な看護業務を取り扱った研究は見当たらない。そこで本稿では、近年の看護業務、特に1980年代以降の看護業務と医療制度について比較・検討する。1980年代以降の日本の医療は、少子高齢化の時代に入中、国民皆保険制度を維持するために、それまでの医療の拡張・充実から一転して調整へと医療法改正がおこなわれ始めている(伊藤 2009: 80)。既存の医療制度が見直されることによって、それまでの医療がこれまでとは異なった方向に変化し始めた時期であり、看護業務においても影響を受けている事が予測される。国の方針として医療の効率化や高度化、個別化等が進む中で、看護業務がどのような影響を受け、具体的にどう変化しているかを、具体的な看護業務の変化から検討する。

本稿の構成は以下の通りである。まず1節で、これまでの看護師または看護に関する研究を簡単に振り返る。そして2節では、看護に関する制度について概観する。3節では、実際

の看護業務の変遷をデータから明らかにしつつ、医療制度の変化と対応させて検討する。

1 先行研究および研究方法

看護師に関する社会学的研究は、専門職との関係性、あるいは女性性の視点から分析される傾向にあった。専門職との関係性については、例えばパーソンズは、専門家を「特定の領域に限定された専門的訓練と経験、および専門的能力、職業的地位を有し、客観的な職務の遂行」をする者と規定する。そして医療は社会体系の成員の病気をうまく処理するための社会体系の「メカニズム」であり、近年の急速な科学的医学に注意しつつも、専門職としての医師を中心とする近年の構造を、病者やその他の医療従事者との関係において分析している (Parsons 1951=1974: 424-75)。またフリードソンは、専門職の定義として「独自の知的体系と自律性」と説明し、専門職の概念が保健医療におよぼす影響について論じている。その内容とは、保健医療の専門家である医師が素人に対して持つ権威が前提となっており、他の医療従事者においても従属的な支配が構成されているという (Freidson 1970=1992: 20-2)。女性性の中での看護という視点においては、例えばエーレンライクとイングリッシュは、近代西洋医学という枠組みは性的アイデンティティと密接に関係していると指摘し、特に医学が政治的・経済的に管理されることによって看護という働きが補助労働として従属的地位に置かれるに至ったと述べている (Ehrenreich and English 1973=1996: 30-59)。

日本における看護に関する社会学的研究としては、例えば看護と女性という視点において、主にフランスの看護職を中心に分析をおこなったものがある。近代西洋医学の一つの学派の発祥地であるフランスにおいて、看護がなぜ女性に振り分けられているか、現代のフランスにおいても女性が多いのはなぜかについて考察している (佐藤 2007)。また、近代西洋医学における中心の特徴と相関し、支持構造とも位置づけられる機能の一つとしての看護職という分析 (藤崎 1995: 33-4) や、これまでの専門職論や女性性との視点を越え、看護職が病者にケアを提供する過程を明らかにし、それらを支える医療従事者の関係性を検討することによってケアの持続性を検討するといった、医療のみならず福祉や広く社会にまで視野を拡げた研究 (三井 2004) などがあり、それぞれが異なった視点に立って看護職について分析している。

一方、本稿で取り上げるような具体的な看護業務を医療政策との関連性において包括的に比較・検討したものはないが、看護業務の具体的な内容に特化した研究は多数存在する。看護業務を扱った従来の研究は、看護界においては古くから存在しているものの、その活用は看護界に限定されているように思われる。また、業務研究は、医療の場において業務の調整を図る目的でおこなわれる傾向があるが、その多くは看護職の中で検討されることによって既存の業務を微調整することに留まっていた。しかし近年においては、看護業務を医療業務の中に位置づけて調整していこうとする傾向や、業務の必要性を検討するデータとして活用

されている。看護業務に関するこれまでの研究は、内容が重なる部分もあるが、大別すると以下のように分類できる。

- 1) 看護の専門性に関する調査研究
- 2) 看護教育に関する調査研究
- 3) 他の医療従事者と協働するための業務研究
- 4) これまでの看護の歴史的背景をふまえた業務研究

詳細については省くが、以上の4つの視点に立った研究は、前述したように、それらの発表は所属する法人等の学会や機関誌に限られる傾向にあり、その発表内容も部分的で全調査データの入手は困難であった。そこで本稿では、看護業務について比較的、時系列的にデータ化及び記述をしていると思われる日本看護協会が調査研究している入手可能な論文（一部は非公開または日本看護協会会員限定）を取り上げ、二次的分析をおこなった。また、日本看護協会が出版する『看護白書』および厚生労働省³⁾（以下厚労省と記す）が管轄する看護に関する審議会や研究会での議事録や報告書などを参照した。

時系列的に対比する医療政策に関する先行研究においては、こちらも多くの文献⁴⁾が存在するが、本稿では、厚労省が発行している『厚生労働白書』や『国民衛生の動向』、および医療政策や看護業務に関する議論を中心とするいくつかの審議会や研究会の報告書（ホームページを含む）を参照した。

2 看護業務と看護制度

この節では、看護業務についての規定や法的位置づけについてみていく。医療の場において看護師がおこなう業務は、現代では保健師助産師看護師法や医療法、医師法等によって厳しく規制されている。ここでは、看護師の業務に関する規定を、その制度化される過程と共にみていきたい。

看護師の業務に関する規定の歴史についてここでは詳細には触れないが、看護師の規定のはじまりは、1870（明治3）年の大学東校（現在の東京大学医学部付属病院）における看病人に関する規定であった。その後、長い歴史を経て、1915（大正4）年の内務省令第9号で看護婦規則が制定されるに至る。1938（昭和13）年に厚生省（当時）が設置された後、1946（昭和21）年には看護師もしくは看護業務に関する監督機関として厚生省（当時）に看護制度審議会が設置され、看護職員の教育や業務、資格等が協議される。そして1948（昭和23）年に「保健婦助産婦看護婦法」（現在は「保健師助産師看護師法」。以下保助看法と記す）が発令され、看護師の業務を「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助」と明記された（木下1969; 日本看護歴史学会2008）。

具体的な看護業務については、翌年の1949（昭和24）年、厚生省（当時）が制定した『病院勤務看護婦業務指針』が日本助産婦看護婦保健婦協会（現在の日本看護協会）から発行され、

その後『看護業務指針』及び『看護業務基準』へと受け継がれている。この『看護業務指針』は、1973（昭和48）年に日常の看護業務の指針として作成され、20年後の1995年に『看護婦業務指針』となって改訂された。一方、看護業務の実践に役立つ基本的なガイドラインとしての『看護業務基準』は、1995年に看護業務基準作成のための研究（片田1993；日本看護協会業務委員会1995）がなされた後、同年に『看護業務基準』が発行され、以後定期的に改訂・発行されて現在に至っている。これら『看護婦業務指針』や『看護業務基準』は、医療法改正および医療現場や社会の状況に則して改訂や修正がなされており、各病院や診療所での看護の実践において看護手順の基本として様々な治療や検査、療養上の看護のマニュアルが作られることによって実際の看護業務につながっている。

看護師の業務についての法的な規定としては、保助看法の第5条によって看護師の定義および業務について説明されている。看護師とは「厚生労働省大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなすことを業とする者をいう」と明記されている。ここで規定されている「療養上の世話」は看護師の独占業務となっているものの、保助看法第31条によって「看護師でなければ、第5条に規定する業を成してはならない。但し、医師法又は歯科医師法の規定に基づいてなす場合はこのかぎりではない」として医師、歯科医師には解除されている。また「診療の補助」については、保助看法第37条で「医療行為の禁止」として「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のあった場合の他、診療機器を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示をなしその他医師若しくは歯科医師がおこな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、この限りではない」とあり、医師法第17条の「医師でなければ、医業をなしてはならない」の規定に対応して、医療行為が禁止されている。ただし、診療の補助として医師の指示による場合は可能との解釈である（医療六法編集委員会2010:1106,1333,1337；高田1997:3-6）。

そして、医療費の中での看護師の位置づけとしては、1950（昭和25）年に社会保険診療における看護料加算（完全看護制度）が開始され⁵⁾、看護業務の適正化を目指した完全看護および完全給食制度が登場する。1958（昭和33）年には完全看護制度が廃止され、新たに基準看護が制定された。以後も、看護師数や重症度に合わせた看護料の加算基準が新設されるなどの動きがある。1994（平成6）年には新看護体系が発表され、基準看護の見直しとそれまで残っていた付き添いの廃止がおこなわれると共に、入院日数基準や在宅に向けた様々な加算が創られる等、現在においても診療報酬の改正に合わせて加算が変更されている（日本看護協会看護婦職能委員会1995:114-30）。このような規定の中、保助看法も社会情勢に伴って何度か改正されている。保助看法の改正は医療法改正に伴う看護師不足に対応する形で、まず准看護師教育が開始され、男性看護人の看護師（以前、男性は介護人と呼ばれたが、現代では男女の区別はない）への改称、そして近年においては看護師の資格に関する教育の充実と養成に関する改正が中心となっている。

3 看護業務の実際と医療政策

これまでは看護師に関する制度について概観してきたが、本節では看護師の実際の業務をいくつか取り上げる。病院の規模や事業主によって医療内容は多少異なるが、ここでは、比較的系統的または時系列的な形で報告されている日本看護協会が報告する看護業務を取り上げ、その内容について比較・検討することによって看護業務の変遷を明らかにしてみたい。

3.1 見直される院内業務

日本看護協会調査研究報告書からみる看護業務の変化 --1980年代から2000年代にかけて

日本看護協会では様々な取り組みに関する調査研究をおこなっているが、その中で、1975年度から報告されるようになった日本看護協会調査研究報告は、その結果を看護関連誌への掲載や行政、関連団体、公的図書館等へ寄贈する他、日本看護協会出版会によって公刊されている。この調査研究では、看護業務に関する具体的なデータ収集をほぼ4年毎に実施し、報告している。ここではその内容の変化について、実際のデータを参照しながら検討する。

『病院看護基礎調査』⁶⁾は、病院看護に焦点を当てることによって今後の看護職の役割についての方向付けを確認し、病院看護管理をおこなう上での資料作りを目的としており、日本看護協会会員が一名以上在籍する全国の病院を調査対象として、4年毎にアンケート形式で実施されている。調査内容は労働環境や労働条件、教育や研修内容、看護業務の細かな質問など多岐にわたっているが、他の医療従事者との協働を目的として、様々な業務をどのように分配しているかについて調査がおこなわれている。この中で、従来は看護師がおこなっていた業務で他の医療従事者に委譲できると思われる10項目について、どの職種に委譲しているか、それはどの程度か等についてデータが報告されている(表1)⁷⁾。

表1 医療業務担当者の推移

配膳	回答病院数	病棟看護師	看護助手	栄養士	その他の病院職員	業務委託先の職員	無回答		
1987年度	2,680(100.0)	2,388(89.8)	2,070(77.8)	288(10.8)	326(12.3)	118(4.4)	—		
1991年度	2,758(100.0)	2,402(87.1)	2,154(78.1)	327(11.9)	311(11.3)	200(7.3)	50(1.8)		
1995年度	3,026(100.0)	2,646(87.4)	2,494(82.4)	386(12.8)	267(8.8)	272(9.0)	41(1.4)		
1999年度	2,709(100.0)	2,395(88.4)	2,187(80.7)	313(11.6)	194(7.2)	304(11.2)	—		
2003年度	2,565(100.0)	2,177(84.9)	2,029(79.1)	269(10.5)	158(6.2)	381(14.9)	97(3.8)		
残食チェック	回答病院数	病棟看護師	看護助手	栄養士	その他の病院職員	業務委託先の職員	無回答		
1987年度	2,621(100.0)	2,026(77.3)	876(33.4)	1,262(48.1)	133(5.1)	50(1.9)	—		
1991年度	2,758(100.0)	2,020(73.2)	987(35.8)	1,399(50.7)	103(3.7)	110(4.0)	100(3.6)		
1995年度	3,026(100.0)	2,214(73.2)	1,254(41.4)	1,475(48.7)	84(2.8)	163(5.4)	81(2.7)		
1999年度	2,709(100.0)	1,822(67.3)	1,164(43.0)	1,540(56.8)	89(3.3)	243(9.0)	81(3.0)		
2003年度	2,565(100.0)	1,717(66.9)	1,171(45.7)	1,313(51.2)	71(2.8)	279(10.9)	141(5.5)		
薬剤の分包	回答病院数	病棟看護師	薬剤師(病棟)	薬剤師(薬剤部)	その他	無回答			
1987年度	2,640(100.0)	1,733(65.6)	—	1,349(51.1)	78(3.0)	—			
1991年度	2,758(100.0)	1,702(61.7)	95(3.4)	1,541(55.9)	52(1.9)	63(2.3)			
1995年度	3,026(100.0)	1,850(61.1)	262(8.7)	1,684(55.7)	37(1.2)	68(2.2)			
1999年度	2,709(100.0)	1,558(57.5)	294(10.9)	1,581(58.4)	32(1.2)	46(1.7)			
2003年度	2,565(100.0)	1,500(58.5)	390(15.2)	1,457(56.8)	26(1.0)	117(4.6)			
点滴ミルキング	回答病院数	病棟看護師	薬剤師(病棟)	薬剤師(薬剤部)	医師	その他	無回答		
1987年度	2,612(100.0)	2,542(97.3)	—	208(8.0)	64(2.5)	6(0.2)	—		
1991年度	2,758(100.0)	2,616(94.9)	33(1.2)	268(9.7)	47(1.7)	9(0.3)	76(2.8)		
1995年度	3,026(100.0)	2,841(93.9)	85(2.8)	410(13.5)	44(1.5)	9(0.3)	89(2.9)		
1999年度	2,709(100.0)	2,531(93.4)	88(3.2)	449(16.6)	85(3.1)	19(0.7)	60(2.2)		
2003年度	2,565(100.0)	2,371(92.4)	108(4.2)	502(19.6)	153(6.0)	27(1.1)	122(4.8)		
薬剤在庫管理	回答病院数	病棟看護師	薬剤師(病棟)	薬剤師(薬剤部)	定数配置注2	その他	無回答		
1987年度	2,645(100.0)	2,247(85.0)	—	1,108(41.9)	注1	78(2.9)	—		
1991年度	2,758(100.0)	2,230(80.9)	90(3.3)	1,081(39.2)	285(10.3)	50(1.8)	71(2.6)		
1995年度	3,026(100.0)	2,272(75.1)	293(9.7)	1,303(43.1)	345(11.4)	47(1.6)	78(2.6)		
1999年度	2,709(100.0)	2,013(74.3)	329(12.1)	1,229(45.4)	363(13.4)	55(2.0)	49(1.8)		
2003年度	2,565(100.0)	1,932(75.3)	511(19.9)	1,062(41.4)	389(15.2)	32(1.2)	137(5.3)		
薬品の搬送	回答病院数	病棟看護師	看護助手・看護補助者	メッセージャー	その他の病院職員	業務委託先の職員	院内の搬送設備	定数配置注2	無回答
1987年度	2,658(100.0)	1,728(65.0)	—	342(12.9)	308(11.6)	111(4.2)	225(8.5)	—	—
1991年度	2,758(100.0)	1,755(63.6)	1,554(56.3)	354(12.8)	309(11.2)	153(5.5)	238(8.6)	214(7.8)	51(1.8)
1995年度	3,026(100.0)	1,818(60.1)	1,724(57.0)	434(14.3)	409(13.5)	166(5.5)	248(8.2)	287(9.5)	67(2.2)
1999年度	2,709(100.0)	1,744(64.4)	1,389(51.3)	389(14.4)	429(15.8)	207(7.6)	264(9.7)	294(10.9)	48(1.8)
2003年度	2,565(100.0)	1,713(66.8)	1,267(49.4)	394(15.4)	395(15.4)	244(9.5)	284(11.1)	336(13.1)	138(5.4)
衛生材料の搬送	回答病院数	病棟看護師	看護助手・看護補助者	メッセージャー	その他の病院職員	業務委託先の職員	院内の搬送設備	定数配置注2	無回答
1987年度	2,658(100.0)	1,546(58.2)	1,781(67.0)	304(11.4)	288(10.8)	101(3.8)	138(5.2)	—	—
1991年度	2,758(100.0)	1,561(56.6)	1,882(68.2)	321(11.6)	299(10.8)	162(5.9)	142(5.1)	106(3.8)	50(1.8)
1995年度	3,026(100.0)	1,513(50.0)	2,112(69.8)	375(12.4)	388(12.8)	244(8.1)	139(4.6)	209(6.9)	51(1.7)
1999年度	2,709(100.0)	1,425(52.6)	1,740(64.2)	352(13.0)	369(13.6)	360(13.3)	128(4.7)	289(10.7)	44(1.6)
2003年度	2,565(100.0)	1,284(50.1)	1,593(62.1)	323(12.6)	353(13.8)	527(20.5)	128(5.0)	333(13.0)	116(4.5)
機体の搬送	回答病院数	病棟看護師	看護助手・看護補助者	メッセージャー	その他の病院職員	業務委託先の職員	院内の搬送設備	無回答	
1987年度	2,658(100.0)	1,938(73.5)	1,659(62.9)	297(11.3)	187(7.1)	154(5.8)	89(3.4)	—	
1991年度	2,758(100.0)	1,925(69.8)	1,790(64.9)	344(12.5)	221(8.0)	250(9.1)	99(3.6)	63(2.2)	
1995年度	3,026(100.0)	2,009(66.4)	2,060(68.1)	414(13.7)	326(10.8)	306(10.1)	137(4.5)	67(2.2)	
1999年度	2,709(100.0)	1,839(67.9)	1,737(64.1)	410(15.1)	316(11.7)	331(12.2)	176(6.5)	47(1.7)	
2003年度	2,565(100.0)	1,799(70.1)	1,651(64.4)	398(15.5)	394(15.4)	372(14.5)	235(9.2)	118(4.6)	
ベッドメイキング	回答病院数	病棟看護師	看護助手	その他の病院職員	派遣労働者	業務委託先の職員	その他	無回答	
1987年度	2,662(100.0)	2,477(93.1)	2,123(79.8)	141(5.3)	45(1.7)	101(3.8)	35(1.3)	—	
1991年度	2,758(100.0)	2,494(90.4)	2,266(82.2)	110(4.0)	35(1.3)	120(4.4)	29(1.1)	44(1.6)	
1995年度	3,026(100.0)	2,698(89.2)	2,655(87.7)	82(3.0)	24(0.8)	152(5.0)	25(0.8)	49(1.6)	
1999年度	2,709(100.0)	2,413(89.1)	2,389(88.2)	78(2.9)	19(0.7)	160(5.9)	27(1.0)	35(1.3)	
2003年度	2,565(100.0)	2,205(86.0)	2,214(86.3)	61(2.4)	37(1.4)	258(10.1)	19(0.7)	104(4.1)	
機器の保守・点検	回答病院数	病棟看護師	臨床工学技士注3	その他の病院職員	外部業者の職員	その他	無回答		
1987年度	2,573(100.0)	2,131(82.8)	430(16.7)	212(8.2)	551(21.4)	29(1.1)	—		
1991年度	2,758(100.0)	2,187(79.3)	338(12.3)	341(12.3)	606(22.0)	56(2.0)	93(3.4)		
1995年度	3,026(100.0)	2,233(73.8)	531(17.5)	355(11.7)	710(23.5)	71(2.3)	106(3.5)		
1999年度	2,709(100.0)	1,827(71.1)	588(21.7)	278(10.3)	653(24.1)	86(3.2)	79(2.8)		
2003年度	2,565(100.0)	1,740(67.8)	662(25.8)	269(10.5)	589(22.2)	88(3.4)	129(5.0)		

注1) 1987年度の調査時には薬剤師を病棟に配置する病院は少なく、調査項目になかったものと思われる。

注2) 薬剤や物品に関する「定数配置」とは、各部署に必要な数の品物を入れる専用のカート等を用いて、一定期間の後にカートごと入れ替えることによって病棟の業務を減らす方法のこと。薬剤や物品の確認や補充、カートの交換等は院内の狭間業務をおこなう職員や委託業者がおこなう傾向にある。臨時に必要な物 品等については、その都度対応する。

注3) 臨床工学技士資格は1987年からである。

出典：日本看護協会『病院看護基礎調査』（1987年-2003年）統計表から一部抜粋し、筆者にて作成。（ ）は％。

表1のデータについて、担当者の変化の程度を具体的に見ていくと、食事に関しては、「配膳」は看護師やその他の病院職員は減少し、看護助手や業務委託先の職員が増加している。また、病者がどのくらい食事を摂ったかについて確認する「残食チェック」についても同様で、看護師が減少し、看護助手や栄養士が若干増加しているが、業務委託先の職員による実施の増加が著しい。薬剤関係に関しては、「薬剤の分包」では看護師が減少し、薬剤師（特に近年増加している病棟配属の薬剤師）業務として増加する一方、「点滴ミルキング」（指示された薬剤を使用直前に調製・混入すること）に関しては、薬剤師（薬剤部門）の増加と医師による実施が増加している。これは近年のがん治療に代表される化学療法等点滴療法の増加に伴って、一般の輸液製剤とは異なった薬剤を使用することによってより厳重な薬剤管理が必要になりつつあり、特に医師が点滴のミルキングをおこない、病者に投与することが一部の病院で増加していることが予測される。「薬剤在庫管理」に関しては、看護師が減少し、薬剤師による管理が増加。また定数配置による管理も増加している。「薬剤の搬送」に関しては、看護師はほぼ横ばい、看護助手は減少する中で、その対応がメッセンジャー⁸⁾やその他の病院職員、業務委託先の職員や院内の搬送設備の利用が増加するなど幅広くなってきている。衛生材料や検体（血液や尿、組織などの検査物のこと）の「搬送業務」に関しては、看護師が減少し、その他の病院職員や搬送設備の利用、定数配置が増加傾向にあり、業務委託先の職員の増加も著しい。「ベッドメイキング」（入院に伴って新しいベッドを作成することや、何らかの原因で汚れたシーツを交換することなど）では、看護師が減少し、看護助手と業務委託先の職員が増加している。医療機器についての「保守や点検」に関しては、1987年に新設された臨床工学技士によっておこなわれる傾向が高まり、看護業務としてはかなり減少している。

これら10項目は膨大な看護業務の一部であり、今回取り上げた結果が重複回答で、一部の看護師業務量に変化が見られない、または増加している場合もあるが、看護業務が本来その業務を専門とする医療従事者へ委譲、または、派遣や委託業者等の病院への進出に伴って、病院の職員ではない人たちへと業務が移行⁹⁾していることがわかる。同時に、業務改善の目的である効率化や高度化という点において、近年の医療制度の変化に伴って、在院日数の短縮や様々な医療関連機器が導入されシステム化されていることから、薬剤や物品の管理などは機械化され中央管理されていることによって人員が削減される傾向にあると思われる。

病院における業務担当者の変更は、各医療従事者の専門領域に合わせた業務委譲とも言える結果であった。ここでは扱わないが、この『病院看護基礎調査』の他のデータとして、例えば栄養士の業務として、個人及び集団への栄養指導や病者の残食をチェックする業務が増加している。これまで栄養指導が必要な病者には医師や看護師が指導をおこなうことが主であったが、この場合診療報酬として入院基本料に加算されることはない。一方、診療報酬として栄養管理実施加算という指導料が2006（平成18）年度より認められるようになり、現在では管理栄養士が直接病者に栄養指導をおこなうことが一般的となった。また、この調査

ではメッセージャーやクラークの増加も見られるが、2009（平成21）年に「チーム医療の推進に関する検討会」が立ち上がり、医療クラークの導入に関して研究がおこなわれている（厚生労働白書 2010: 198）ことから、政策として推進されつつあるものととらえることができる。

このような動きは、各医療従事者がその専門領域の業務をおこなうことが広く認められるようになったこと（制度的には診療報酬として加算されるようになったことを意味する）で、病院内の様々な業務の見直しをおこなうことが盛んになっているととらえられる。また、看護師不足という問題は常に存在していたものの具体的な対策はこれまで取られてこなかった（日本看護歴史学会 2008: 38）が、1970年代末から1990年代にかけての諸問題を背景に、これから必要になる人材づくりという課題に対して、医療・福祉分野において豊富な人材をもつ看護職¹⁰⁾の活用が検討されるようになった。具体的には、1974（昭和49）年から「看護職員需給見通しに関する検討会」が発足¹¹⁾したのを皮切りに、1992（平成4）年には「看護師等の人材確保の促進に関する法律」が成立した。これは1990（平成2）年の老人福祉法等改正や「高齢者保健福祉推進十か年戦略（いわゆるゴールドプラン）」を背景に、医療福祉領域のこれまで以上の充実・拡大のための人材等の確保が必要との試算によって、その対策として看護職の業務の変更とそれに伴う他の医療従事者の活用を、「各専門職として医療に従事する」ことという医療政策の方針として実行することを意味する。その後、看護職に関する様々な職場の改善がうたわれはじめ、その一環として看護業務に関して医療従事者間の調整を病院全体でおこなうよう示唆されるまでになった。その様な流れの中で、看護師資格保持者の職場復帰を念頭に、ひいては看護職のベッドサイドケアの充実がはかれるように、薬剤師や看護助手等、他の医療従事者の業務分担の見直し等が明記されるまでに至っている。そしてこれら様々な対策には補助金が与えられ、看護職の確保が強化されていったのである（厚生労働白書 2009: 117）。

看護師に関する政策が活発になりはじめた背景には、経済の影響やグローバル化、病者の主権運動の高まりなど、他の影響も関係したと思われる。また、近年の診療報酬の加算や患者満足度みる看護職の影響、看護師定着率（安定した看護加算としての収益や医療レベルの安定など）が病院経営（収益効果）に多大に影響しているという報告もある（池上 1992: 97-129）。ただし、医療法改正等に伴った抜本的改革は次々とおこなわれており、看護師だけが現在のように取りざたされるとは思われず、今後変更されうる。また、看護業務を含む医療における様々な業務が変化する可能性があり、その時に多くの医療従事者の中で、看護師がどのような業務を担えるかということが重要になってくると思われる。

3.2 近年の医療政策と新たな業務の可能性

日本の医療は、一部の自由診療を除き、全国一律の保険点数による診療報酬制度によって医療費が決められている。そして、看護（業務やケア）は医療行為の中に位置づけられてお

り、以前は診療の基本点数に含まれていたが、近年は看護加算として、またいくつかの看護ケアは医療処置として加算されるようになってきている（表2参照）。これらの位置づけの変化は医療法改正に伴っており、特に近年の看護師に関する政策は注目に値すると思われる。

これらの法案が可決されるまでの審議会等の報告では、医師や官僚等と他の医療従事者の代表者ら、そして日本看護協会等看護界を代表する研究者たちとの話し合いや調整が何度もおこなわれている（看護問題研究会 2004）。そもそも医療法や保険制度に関する重要な話し合いをする場に看護職の代表が何らかの形で参加できるようになったのは近年であり¹²⁾、それまでは職能団体として意見書や要望書は提出しても、それらを説明したり意見を提示することが十分にできない状況であったと思われる。一方で、近年の医療政策は、これまで述べてきたとおり、様々な要因から看護師を含めた医療従事者に対する多様な対策を制度化してきている。表3は看護師に関する近年の政策の一部をまとめたものであるが、必ずしも看護職から出た要望でないものもあるが、ここでも、看護職が近年の少子高齢社会の中で医療や介護の場で活かすことができる人材として注目されていることが伺える（『国民衛生の動向』2010: 199-200）。

表2 近年の看護に関する診療報酬加算

年度	加算名称	年度	加算名称
1950	完全看護	1996	総合周産期特定集中治療室管理料
1958	基準看護	2000	小児入院医療管理料
1972	基準看護（看護科として独立）		一般感染症患者入院医療管理料
1978	特定集中治療室管理料		回復期リハビリテーション病棟入院料
1981	重症者看護特別加算	2002	夜間勤務等看護加算
	新生児特定集中治療室管理料		精神科救急入院料
1983	退院患者継続看護指導料	2006	褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中1回）
	訪問看護料		脳卒中ケアユニット入院医療管理料
	在宅療養指導料	2008	新生児入院医療管理加算（1日につき）
1988	基本看護料		看護配置加算（1日につき）
1989	広範囲熱傷特定集中治療室管理料		医療安全対策加算（入院初日）
1990	緩和ケア病棟入院料		褥瘡患者管理加算（入院中1回）
1992	夜間看護加算		褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中1回）
	結核・精神基本看護料		退院調整加算
	外来看護料		後期高齢者退院調整加算（退院時1回）
1993	療養型病床群看護基準		特定疾患治療管理料
1994	特別看護料		在宅療養指導料
	夜間勤務等看護加算		糖尿病合併症管理料
	精神療養病棟入院料		退院前訪問指導料

出典：『看護制度・政策論』2004: 119-17, 『看護白書』2009: 332-44¹³⁾

表3 看護職に関する医療政策

発令等の年度	政策名称
1974	看護職員需給見通しに関する検討会（第1次～現在も継続中）
1978	看護体制検討会
1992	看護師等の人材確保の促進に関する法律 看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針
1999	看護職員資質向上推進事業の実施について
2002	看護師等による静脈注射の実施について

出典：『看護六法』2010

看護師に関するいくつかの業務を医療の場から検討してみると、これまでの経過から見えてくるものとして大きく2つのポイントがあると思われる。まず1つ目としては、政策として医療の高度化と効率化を求めながら多様化するニーズに合わせつつ、医療費削減に向けてどのように国民皆保険を運営し続けるかが1970年代末からの課題であり、そのための調整として医療従事者の業務に関与し、適宜医療法改正等によって医療の場をコントロールしていかうとするように見受けられること。2つ目として、このような方針は医療従事者にとっては独自の専門とする領域（業務）を再考し、変化させていく可能性を秘めており、各医療従事者の活発な主張がなされるチャンスともなりうることである。

看護師に関しては、主にここで取り上げた日本看護協会の活動を代表として、国のコントロールや関係する職業団体、もしくは研究者や病者の視点もとらえつつ、どのように看護の活躍の場を保持・拡大し、その必要性を再定義できるかについて、量的な問題（看護師数）だけでなく、その働き方（24時間看護を提供できるということ）と政治的な活動をつなげていくことによって、近年の医療の必要性の増大に沿うように看護の必要性を主張してきた。そして近年においては、看護加算や医療政策として様々な看護師対策が取られるに至っている。このことは、多方面において活発な活動をおこなうようになった看護師が、あらゆる可能性において看護を提供できるような環境づくりをおこない、実践していかうとする力をも持つようになってきたととらえることも可能であろう。例えば、近年の活動の成果として、日本看護協会が育成および認定をはじめた専門看護師（1996年）および認定看護師（1997年）がある。この資格は、1987（昭和62）年に厚生省（当時）の「看護制度検討会報告書」において示唆され（日本看護歴史学会 2008: 130）、誕生したものであり、ある特定の医療および看護領域を専門に学び、対象となる病者またはその家族や集団に対して高度な専門的看護を提供するだけでなく、特定の看護技術の向上を目指して教育をおこなうなどを目的として作られた。主に大学で育成され、現在では、専門看護師 302名、認定看護師 5,793名¹⁴⁾が養成されており、医療の場において活動している。

最近の医療界の動きとしては、「医師不足で多忙な医師の業務を助ける可能性がある」と

して「特定看護師（仮称）」の導入が検討されている。この「特定看護師（仮称）」とは、もとはアメリカに代表されるナースプラクティショナーのような、医師とは独立してある特定の医療技術の提供をおこなう看護師のことで、医師に替わって医療技術を提供しようとするものである。日本においても、実際の医療の場で看護師が医行為をおこなっていることが多いが、これまではあまり取り上げられることはなかった。しかし今回「特定看護師（仮称）」の導入を検討する上でこの点（看護師が医師の指示のもと医行為をおこなうこと）が解決策として持ち上がり、厚労省を中心に様々な関係団体や看護界の代表が研究班を作って調査・検討をおこない、その実態が明らかになった¹⁵⁾。そして、2010（平成22）年7月から9月にかけておこなわれた実態調査の結果が公表され、その結果を基に特定看護師（仮称）の養成試行事業が始まっている¹⁶⁾。ただし日本における「特定看護師（仮称）」は、現時点においては医師の指示のもと業務をおこなうことになっていることから、アメリカ等のナースプラクティショナーとは位置づけが異なり、これまでの専門看護師や認定看護師とほぼ同様の、あくまで診療の補助を脱しない可能性がある。

これまで見てきたように、看護を取り巻く様々な動きは、看護師の役割や業務に影響を与え、病者の身の回りの援助を中心とするジェネラリストとしての看護師か、より専門性の高い、ある分野に特化した医師の補助的看護の提供かという現在の2つの動きは今後も続くと思われる。ただし、看護師がおこなう業務は、現在のところ医療や介護など医療制度の中で医師の指示が必要となるものが多く、多種多様な業務でありながら限界も存在する。

おわりに

本稿は看護師または看護業務に着目し、医療制度との関連において比較・検討をおこなった。具体的には、医療の場でおこなわれている実際の看護業務のデータを用いて、これらがどの程度、誰によって提供されているか、同時に、看護業務を取り巻く様々な医療従事者との関係や医療の場を作り上げている医療制度について、また関連する団体をも含めた視点で検討をおこなった。その結果、看護業務はわずかではあるが変化が認められると同時に、他の医療従事者への委譲が近年盛んになっていることや、医療を取り巻くマクロ的な影響（経済面や人的な側面）が考えられること、そしてある意味においては当然であるが、医療を規定している医療政策の影響が大きいと思われるという結果であった。

看護に関するこれまでの社会的な知見では、医療の場において、医師を筆頭に多くの医療従事者との関係性は、どちらかといえば様々な業務を与えられる側であった。しかし近年においては、それらの看護業務が医療政策として医療全体の中で検討され、調整されるだけでなく、看護師がこれまでとは異なった新たな領域への進出を目指し、例えば新しい資格の創出を試みるなど、近年押し進められているチーム医療の中において活動的な状況にある。

従来担ってきた業務を他の医療従事者へ委譲することや新しく業務を拡大していくこと

は、一見、看護師が医療の場でその働きや役割を選択していく過程としてとらえることも可能と思われる。しかし、近年の看護師の役割や看護業務に関する様々な制度化は、看護師の医療の場での位置づけや役割に強く影響するものの、実際の患者への看護のニーズに反映されているわけではなく、このような看護師への介入は現在の医療が持つ課題を解消するものではない（中西 2004: 144-5）。近年、看護師が注目され、増員のために、例えば労働環境が改善され、看護が診療報酬の対象となりはじめたが、医療の中でどのように調整されるか、または制度化されるかによって看護師の業務や位置づけは変化する可能性がある。このことは、看護師を含む多くの医療従事者がどのように自らの業務を医療の中に位置づけていくか、また、医療の外に、その可能性をいかに見出せるかということが、今後の業務やその位置づけに影響するといえるだろう。

[注]

- 1) 保健婦・助産婦・看護婦という名称は、2002年にそれぞれ、保健師・助産師・看護師に変更された。本稿においては過去の文献を取り上げるが、文献上、法令や規則名等に関しては当時使用されていた名称を使用し、それ以外では現在の名称を使用した。
- 2) 改正年度によって多少内容が異なるが、対策として、病床区分と病院設置基準の見直しや医療情報の開示、チーム医療の推進等、多岐にわたる。
- 3) 厚生労働省は、2001（平成13）年1月の中央省庁再編により厚生省と労働省を統合して誕生した。医療・健康・福祉・年金や、労働・雇用といった分野を職掌とする。
- 4) 主なものとして、菅谷章の『日本医療制度史』（1976年）や『日本医療政策史』（1977年）、近著では笠原英彦『日本の医療行政』（1999年）や嶋田忠彦『日本の医療改革』（2004年）など、その他多数存在する。
- 5) 完全看護料の新設により、従来認められていた付添婦は廃止となった。
- 6) この調査は、2001年度の報告以降『病院における看護実態調査』に名称変更し、調査内容が引き継がれたが、2003年度の報告（未公開）以降、医療従事者間の業務に関するデータ収集は中止となった。
- 7) この調査の概略は次のとおりであった。調査年度：1987年（報告1988年）、1991年（同1993年）、1995年（同1997年）、1999年（同2001年）、2003年（未発表）調査項目：1）配膳 2）残食のチェック 3）薬剤の分包 4）点滴注射薬のミルキング 5）病棟配置薬剤の在庫管理 6）薬品の搬送 7）衛生材料の搬送 8）検体の搬送 9）ベッドメイキング 10）心電図モニター装置の保守・点検についての10項目 調査対象病院数：1987年度4,440施設、1991年度5,077施設、1995年度5,736施設、1999年度6,305施設、2003年度2,565施設であった。その他に、調査対象病院の特徴として国や公的病院の比率が高く、100床以下の病院は少ない傾向が指摘されている。アンケート用紙は看護部長（または総婦長）宛に郵送され、約一ヶ月後、同じく看護部長（総婦長）によって回答・返送するよう依頼されていた。アンケートの回収率は年度によって異なるが、43-60%程度であった。なお回答は重複回答となっている。
- 8) 個々の病院においてその位置づけは若干異なるが、メッセージャーや後に出てくるクラークとは、様々

な業務をおこなう補助的役割の名称である。メッセンジャーは、主に医療関連の物品や書類を目的の部署まで運んだり、場合によっては病者の搬送もおこなうなど、看護助手的な役割を担うことが多い。一方クラークは病棟内で事務的な役割を担い、様々な書類の作成や伝票処理をおこなっている。

- 9) この表の中で多かった業務委託に関しては、1992（平成4年）度の医療法改正（施行は翌年）で「業務委託に関する事項」として制定されている。ここでは病院内の様々な業務に関する業務委託について細かく規定している（『医療六法』2010：315-324）。
- 10) 1990年ごろの看護職（保健師・助産師・看護師・准看護師）の総数は約90万人であった（『国民衛生の動向』2010/2011：466）。
- 11) この検討会は現在も継続されているが、厚労省が公表する第7次看護職員需要見通しとして、平成27年度には約150万人の看護職が必要と推計されている（厚労省ホームページより）。
- 12) 例えば、医療関連や診療報酬について審議する中央社会保険医療協議会において、診療報酬基本問題小委員会の専門委員として看護職が参加できるようになったのは2003（平成15）年からである。
- 13) 2000（平成12）年に入院基本料が創設され、それまでの看護料は基本料に包括されることになった。そのため2000年度以降は看護加算としてではなく、基本料や管理加算の中において看護職の配置人数が基準となる形として残り、基準を満たす看護師数を確保することによって加算できる形式になった。
- 14) 2009年度の日本看護協会調査による認定数。専門看護師および認定看護師についての詳細は、日本看護協会ホームページを参照のこと。
- 15) 調査の結果については厚生労働省のホームページで公開されている。ここでの実態調査は、医学系大学教授を研究代表として多くの看護界を含む関係団体が関与しているが、日本医師会は独自にほぼ同規模の調査（調査対象病院の違いがある）をおこなった結果を発表し「特定看護師（仮称）」の創設を疑問視している。
- 16) 看護界ではすでに数年前からいくつかの看護系大学によって「ナースプラクティショナー」の修士課程での養成がおこなわれており、卒業生が存在する。

[文献]

- 土曜会歴史部会, 1973, 『日本近代看護の夜明け』医学書院。
- Ehrenreich, Barbra, and English, Deirdre, 1973, *Witches, Midwives, and Nurses: Complaints and Disorders*. New York: The Feminist Press. (= 1996, 長瀬久子訳『魔女・産婆・看護婦』法政大学出版局.)
- Freidson, Eliot, 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press. (= 1992, 進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣.)
- 藤崎和彦, 1995, 「医師」黒田浩一郎編, 『現代医療の社会学——日本の現状と課題』世界思想社, 33-58.
- 保健師助産師看護師法60年史編集委員会, 2009, 『保健師助産師看護師法60年史』日本看護協会出版会。
- 池上直己, 1992, 『医療の政策選択』勁草書房。
- 池上直己/J.C. キャンベル, 1996, 『日本の医療——統制とバランス感覚』中公新書。
- 医療六法編集委員会, 2010, 『医療六法』中央法規。
- 伊藤雅治, 2009, 「我が国の医療政策の歴史的変遷と今後の方向」東京大学医療政策人材養成講座『「医療政策」

- 入門——医療を動かすための13講』医学書院, 78-85.
- 看護行政研究会, 2010, 『看護六法』新日本法規.
- 看護問題研究会, 2004, 『厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書』日本看護協会出版会.
- 片田範子, 1993, 『平成5年度厚生省看護対策総合研究報告書』平成5年度厚生省看護対策総合研究事業.
- 木下安子, 1969, 『近代日本看護史』メヂカルフレンド社.
- 厚生労働省, 2006, 2008-2010, 『厚生労働白書』株式会社ぎょうせい.
- , 1980, 1990, 2000, 2010/2011, 『国民衛生の動向』財団法人厚生統計協会.
- 厚生労働省ホームページ, (2010年12月20日取得, <http://www.mhlw.go.jp/>).
- 三井さよ, 2004, 『ケアの社会学——臨床現場との対話』勁草書房.
- 中島憲子, 1995, 『看護婦』黒田浩一郎編, 『現代医療の社会学——日本の現状と課題』世界思想社, 102-22.
- 中西睦子, 2004, 『看護制度と看護管理者』中西睦子編『看護制度・政策論』日本看護出版会, 144-66.
- 日本看護協会, 1981-1995, 『看護婦(士)職能委員会 活動報告書』.
- , 2002, 2003, 2005, 2008 『看護業務基準集』日本看護協会出版会.
- , 1988, 1993-2009, 『看護白書』日本看護協会出版会.
- , 1982-1983, 1994, 『職能集会検討資料 看護婦職能委員会報告』.
- 日本看護協会調査研究室, 1975-2008, 『日本看護協会調査研究報告』日本看護協会出版会.
- 日本看護協会業務委員会, 1995, 『看護業務の基準に関する検討報告書』.
- 日本看護協会ホームページ, (2010年12月20日取得, <http://www.nurse.or.jp/>).
- 日本看護協会看護婦部会, 1973, 『看護婦業務指針』日本看護協会出版会.
- 日本看護協会看護婦職能委員会, 1995, 『看護業務指針』日本看護協会出版会.
- 日本看護歴史学会, 2008, 『日本の看護120年——歴史をつくるあなたへ』日本看護協会出版会.
- Parsons, Talcott, 1951, *The Social System*: The Free Press. (= 1974, 佐藤勉訳『社会体系論』『現代社会学大系 第14巻』青木書店.)
- 佐藤典子, 2007, 『看護職の社会学』専修大学出版局.
- 高田利廣, 1997, 『看護婦と医療行為——その法的解釈』日本看護協会出版会.

大阪市立大学大学院後期博士課程

ながやま ひろみ