

書評

BOOK REVIEWS

下野恵子・大津廣子 著

『看護師の熟練形成』

——看護技術の向上を阻むものは何か

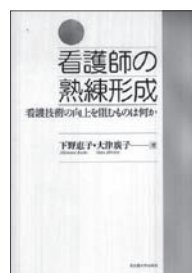
勝原 裕美子

看護師は、互いに自己紹介するとき、「〇年目です」、あるいは「手術室に3年いた後、内科と外科の混合病棟に5年いました」といった言葉を必ず添える。経験年数と多様性。前者は単純に量を表し、それを聞くとだいたいどの程度のことのできるのかが仲間内でわかる。後者は特定領域における専門性を追究しようとするスペシャリスト的志向の人なのか、様々な領域を幅広く経験するジェネラリスト的な志向の人なのかをざっくりと仕分けするための情報となる。また、「大学病院に7年いましたが、その後地元の公立病院に戻って2年目です」という紹介をすることもある。この情報からは、卒業すぐに就職した病院でどのような教育を受け、それがキャリアの中でどのように活かされているかの予測がつけられる。

看護師同士の間では、こういった情報により、目の前にいる人がどのくらいの技量を備えているのかを推測しているのだが、それを可能にしているのは同じ経験世界に生きているからである。育った教育機関や勤めている医療機関が異なっても、同じ「看護師」という国家資格を持つ者同士として、互いの経験世界をわかり合えるからに他ならない。

それでは、看護師という職業と縁がなく、イメージだけで看護の仕事内容をとらえる多くの人たちは、看護師の熟練形成についてどのように考えているだろうか。おそらくは、国家資格を持ち、献身的に身を粉にして仕事をしているのだから、当然経験年数を積み重ねれば技能も熟達するだろうと考えているのではないだろうか。

しかし、本書は、仲間内でも一般的にも、経験を積みばできていこうと思われている看護師の熟練形成の考え方に疑問を投げかける。たとえば、経験年数が増えれば本当に熟練していると言えるのだろうか、卒後の経験や教育は技術向上に結びついているのだら



●名古屋大学出版会
2010年9月刊
A5判・252頁・4410円
(税込)

●しもの・けいこ 大阪大学社会経済研究
所招へい教授。
●おおつ・ひろこ 愛知県立大学看護学部
教授。

うか、看護師が看護師を評価することと患者が看護師を評価することとに乖離はないだろうか、などといったことを問うていく。その際に、看護師資格をとるための多様なコース設定、看護師と准看護師という2種類の同一業務を行う資格の存在、看護の技術料設定の困難さ、看護基礎教育や卒後教育の仕組みの多様さなどの熟練形成に影響するような様々な要因について丁寧に目を向け、データを示しながら課題をあぶり出していく。そして、それらが解決されないことには、看護師が疲れ、希望が持たなくなり、現場からいなくなってしまうと警鐘を鳴らし、説得力をもつ下記のような12の提言を導いている。

ここでは、本書刊行の前後に出された諸データも添えながら、12の提言それぞれの現在の意味について述べてみたい。

提言1：病院の統廃合による病床数の削減（患者5人に対して看護師1人を目指す）

提言2：“看護師”資格の統一

提言3：三交替制から「二交替制」への転換を進める

提言4：病院事務職（間接部門）の増員

提言5：出産・育児期の看護師に対する優遇制度

提言6：看護基礎教育における“基礎看護技術”，“臨

地実習”時間の増加

提言7：看護基礎教育と新人看護師に対する職場研修の連携

提言8：長期的な看護技術向上のための職場内・職場外の看護技術研修

提言9：看護サービスの価格づけ＝看護サービスの出来高払い化

提言10：認定看護師資格制度の拡充

提言11：看護師免許更新制度の導入

提言12：日本看護協会による看護技術研修と看護技術評価

提言の1から5は、病院看護師が就業継続できるための忙しみの緩和と労働環境の改善についてである。身体が疲弊し、心にゆとりがない状況下では、技能の熟練に使うエネルギーも時間も捻出できない。この点は政府機関としても問題視され、平成22年11月に厚生労働大臣の指示により、「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェクトチーム」が設置されている。このプロジェクトでは、看護業務が「就業先として選ばれ、健康で生きがいを持って能力を発揮し続けられる職業」となるために、厚生部局と労働部局とが共通認識を持ちながら取り組むこととする報告書がとりまとめられた。

労働環境の改善は、看護師の職能団体である公益社団法人日本看護協会においても最重点課題として位置づけられてきた。平成24年度の7つの重点政策・重点事業でも、労働条件・労働環境の改善は筆頭に挙がっている。特に、提言3にある二交替制の促進には現在まさに力が注がれているところで、日本看護協会の機関誌『看護』（2011年12月号）では「新しい交代制勤務の時代に向けて」が特集テーマとなっている。また、出産・育児というライフイベントがあっても働き続けられる職場環境づくり（提言5）に関しては、改正育児・介護休業法によって、大幅な進展をみている。

提言4にあるような間接部門の増員については、厚生労働省からの通知「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」（平成19年12月28日医政発第1228001号）が牽引となって促進されてきた。平成20年度の診療報酬改訂においては、

勤務医の事務作業を補助する職員の配置の評価として医師事務作業補助体制加算が新設され、平成22年の改訂では、急性期医療における看護補助者の配置を評価する「急性期看護補助体制加算」が新設されている。医療の公定価格である診療報酬の点数配分如何で病院の経営は一喜一憂、右往左往する。その報酬制度において医療専門職以外の配置が評価されたのは、看護師を看護業務に専念させようとする政策誘導であり、国家が財政難の事態にある中では特に意義深いことである。

このように考えると、本書が出版された2010年時点には、すでに提言のいくつかは現実のものとして進行していることになる。本書のように、調査結果や公のデータをひきながら論を組み立てる性質を持つ書籍の場合、刊行される時点ですでにデータが更新されていたり、その時々の時流とずれてしまったりするのは致し方ない。むしろ、刊行前の問題意識に先見性があり、世の中の動きと合致していたことの方に目をむけるべきであろう。

その一方で、提言1や2は古くから議論されながらも、本書でも触れられているとおおり、いまだに医療界の利害関係に調整がつかず、進められていない。特に提言1に関しては、医療制度の根幹を揺るがす議論である。

看護師不足という言葉をよく耳にするとと思うが、人口あたりの看護師数は欧米各国との比較においても遜色はない。著者らが注視しているのは、病院の病床数あたりの看護師数の少なさである。ここで注意しなければならないのは、国によって病床数の考え方が異なる点である。第3章で述べられているように、アメリカ、オーストラリア、イギリスでは医療と介護の別が明確で、医療に用いるベッドのみを病床と呼んでいる。当然ながら、それらの国では、病院はすべて急性期病院であり、短い在院日数の中で密度の濃い医療が展開され、その後は介護施設や訪問サービスなどを受ける自宅等へ移行していく。他方、日本では急性期の医療を脱した患者や慢性期の患者も病院で看っており、病院数も病床数も多い。そのため、病床数あたりの看護師比率を他国と比較すると、二分の一から四分の一になってしまう。急性期の現場に手厚い看護配置をしようとしても、入院患者あたりの看護師数が多いほど

診療報酬の点数が厚くなる仕組みがある以上、急性期以外の病院も看護師確保にあたるため、結局はどの病院でも看護師が不足する事態が生じている。

政府も手をこまねいてばかりではない。病院は急性期医療の現場とし、急性期を脱した患者はなるべく自宅や介護施設でケアを受けることを前提に、全国にある療養病床約 38 万床のベッドを 6 年がかりで 22 万床に減らす（当初は 15 万床）という医療制度改革関連法案が 2006 年に可決された。当初は、その 22 万床に看護師等の職員を厚く配置する医療体制にしようとしたのだが、退院後の受け皿不足が取りざたされ、介護難民・医療難民続出を懸念する声が強まった。その後、民主党政権となり、公約に掲げていた療養病床削減計画の凍結が断行され現在に至っている。

たしかに、急性期病院から退院する患者は、必ずしも元気に回復された方ばかりではなく、医療機器を装

着したままだったり、寛解と増悪を繰り返すことが予測されたりする。介護施設や自宅で看るにしても、慢性期のケアに熟練したヘルパーや地域ネットワークの充実は不可欠であり、その整備が遅れているのは、構想も現実のものにはならない。

提言の 6 から 8 は、継続的な看護技術教育の必要性に関することである。

専門職の如何にかかわらず、仕事を通して技を磨くのは当然大切なことであるが、看護師の場合、技が患者の生死や生活の質に影響を及ぼすのであるから、なおのことその時代における最新のエビデンスのもとで確かな技を提供する責務がある。

そのため、著者らが指摘するように、看護基礎教育での技術教育や臨地実習の強化（提言 6）や長期的・継続的に看護技術向上のための研修機会を設けること（提言 8）は不可欠である。薬剤師育成のための教育

は、すでに2006年度より4年制から6年制へと移行された。その理由は、医療現場で必要な知識や技能を身につけた薬剤師を育てるためには、4年の学部教育では不十分というものである。薬剤師を看護師に置き換えればまったく同じことが言える。そのため、4年生課程への移行よりは3年間の看護師養成所での技術教育の充実を図るべきだという著者らの意見に賛同するのは、次の2つの理由から難しい。

まず、著者らは他の先進国でも看護教育は3年課程の専門教育だと述べているが、アジア圏に目を向けると、フィリピンやタイはすでに4年課程の教育だし、韓国においても看護基礎教育4年制への統一が決まっている(2012年に法律施行)。米国では日本と同様に両課程が混在しているが、大卒看護師の方が患者によりアウトカムをもたらすという調査報告が複数みられている(たとえば、Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality, *Journal of the American Medical Association*, 290, 1617-1623)。さらに、著者らは、経済的事情による准看護師教育希望者がいるので、4年制に統一されると看護師志望者が減ると論じているが、准看護師教育存続ありきの発言は、提言2の看護師と准看護師という2つの資格を統一すべきだという主張と反するものとなる。

いずれにせよ、生命をあずかる看護の現場において、「診断・治療を伴う援助技術」(たとえば、腰椎穿刺の介助などの技術、導尿や浣腸などの排泄に関する技術)が基礎教育で学ぶ機会がなく、現場においても相応の患者に出会わなければ、その知識や技術がないままに働き続けることになる(p.172)という事実は回避せねばならない。教育年限や教育内容については、患者目線に立って真摯に考えるべきである。

提言9から12は、看護技術向上のためにはインセンティブを制度化すべきだという視点を持つ。

医師のように医療技術が診療報酬で評価されていれば、その評価の獲得のための努力にインセンティブが働く。それでは、看護師にもそのような評価を可能にする技術があるのかという問いに対し、著者らは調査結果をもとに肯定的な結論を出している。現在の診療報酬制度の中では、看護師の評価は患者数に対して何

人いるかという数でのみ行われており、認定看護師が活躍するような特定の領域を除き、一人ひとりの技術や能力が評価されない。看護師は何を考え、何を実践しているのかを可視化し、国民の期待値を上げ、公的な評価に結びつくような制度は望みたい。その意味で、認定看護師の資格制度の拡充(提言10)は、現実的である。

看護師免許更新制度の導入(提言11)については、詳細は省くが看護界においても何度も浮上しては消えてきた経緯がある。免許更新制度が導入されれば漫然と資格を保持するのではなく、資格更新に向けた能動的・自発的な取り組みが期待される。仮に免許更新に必要な要件が明確になれば、職能団体である日本看護協会はその要件を満たすのに必要な技術研修を保証していくことになろう。そのため、提言11と提言12は結びついている。

厚生労働省によると、平成21年における看護師等の就業者数は、約143万4千人(厚生労働省医政局看護課調べ)で、就業している看護師等の約94.8%が女性(平成20年保健・衛生行政業務報告)。また、女性就業者全体の数が2638万人であることから(平成21年総務省『労働力調査』)、働く女性の20人に1人が看護師等であるという。

この人たちが、生き生きと誇りをもって働けることが、日本の活力になり、日本未来を支えることになる。著者らの提言に若干の異なる意見を添えたが、全体的には現実を直視した実現可能なものである。あとがきにあるように、「看護師や医師の健康、技術水準、意欲は、患者の運命を左右する」(p.237)。このまま看護師の技術を熟練させえない制度を放っておくと、看護の手を必要とする国民に不利益が続く。そういった著者らの思いの強さがこめられた一冊である。看護界に身を置く者としては、「国内外の多くの医療関係の本や論文を読むにつれ、看護師の抱える問題は、看護師だけでは解決できないと思うようになった」(p.236)という著者らの言葉に、どこか甘えてはいけなと言いつつも聞かせながらも、このようなシンパシーを持つ応援団が、力強い書を世に出してくださったことに心より感謝している。

かつら・ゆみこ 聖隷浜松病院副院長兼総看護部長。看護師。経営学博士。