

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 10 No. 1

June 2012

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 2424-0052

看護科学研究 編集委員会

編集委員：	委員長	太田勝正	(名古屋大学)
	副編集長	三宅晋司	(産業医科大学)
	(五十音順)	江崎一子	(別府大学)
		草間朋子	(東京医療保健大学)
		村嶋幸代	(大分県立看護科学大学)
編集幹事：		平野 互	(大分県立看護科学大学)
英文校閲：		Gerald Thomas Shirley	(大分県立看護科学大学)
事務局：		定金香里	(大分県立看護科学大学)
		高波利恵	(大分県立看護科学大学)
		秦さと子	(大分県立看護科学大学)

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人の意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文：	2名
	総説：	1名
	研究報告：	2名
	資料：	1名
	トピックス：	1名
	ケースレポート：	1名

看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。他の雑誌等に投稿していないことを確認するために、所定の用紙に署名する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、トピックスおよびケースレポートは1ヶ月、その他の投稿原稿は2ヶ月以内に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。また著作権は、看護科学研究編集委員会に所属する。

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿は速やかに再投稿すること。返送の日より6ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。なお、返送から6ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWWページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 人間または動物におけるbiomedical研究実験的治療を含む)は、関係する法令並びにヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に準拠していること。
- 関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文中に記載すること。ただし、投稿区分「ケースレポート」については、倫理的配慮等に関するチェックリストの提出をもって、それに代えるものとする。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

E-mail: jjnhs@oita-nhs.ac.jp

表1 投稿区分

カテゴリー	内容	字数
原著 (original article)	独創的な研究論文および科学的な観察	5,000 ~ 10,000
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	5,000 ~ 10,000
研究報告 (study paper)	独創的な研究の報告または手法の改良提起に関する論文	5,000 ~ 10,000
資料 (technical and/or clinical data)	看護・保健に関する有用な資料	≤ 5,000
トピックス (topics)	海外事情、関連学術集会の報告など	≤ 5,000
ケースレポート (case report)	臨地実践・実習から得られた知見	≤ 5,000
読者の声 (letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	≤ 2,000

執筆要項

1. 原稿の提出方法

本誌は電子投稿を基本としています。以下の要領に従って電子ファイルを作成し、E-mailに添付してお送り下さい。その際、ファイルは圧縮しないで下さい。

ファイルサイズが大きい、あるいは電子化できない図表がある場合は、ファイルをCDにコピーし、鮮明な印字原稿を添えて郵送して下さい。原則として、お送りいただいた原稿、メディア、写真等は返却いたしません。

投稿区分「ケースレポート」を提出する場合は、「チェックリスト」を必ず郵送でお送り下さい。

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

角3封筒の表に「看護科学研究原稿在中」と朱書きし、下記まで書留でお送り下さい。

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内
看護科学研究編集事務局

2. 提出原稿の内容

1) ファイルの構成

表紙、本文、図表、図表タイトルを、それぞれ個別のファイルとして用意して下さい。図表は1ファイルにつき1枚とします。ファイル名には、著者の姓と名前の頭文字を付け、次のようにして下さい。投稿区分「ケースレポート」については、署名をした投稿要項別紙のチェックリストも用意してください。

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtab1

表2: OTtab2

図表タイトル: OTcap

2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

表紙: 投稿区分、論文タイトル(和文・英文)、氏名(和文・英文)、所属(和文・英文)、要旨(下記参照)、キーワード(下記参照)、ランニングタイトル(下記参照)

本文: 論文本文、引用文献、注記、著者連絡先(郵便番号、住所、所属、氏名、E-mailアドレス)

図表タイトル: すべての図表のタイトル

3) 要旨

原著、総説、短報、資料・報告については、英文250語以内、和文原稿の場合には、さらに和文400字以内の要旨もつけて下さい。

4) キーワード、ランニングタイトル

すべての原稿に英文キーワードを6語以内でつけて下さい。和文原稿には、日本語キーワードも6語以内でつけて下さい。また、論文の内容を簡潔に表すランニングタイトルを、英文原稿では英語8語以内、和文原稿では日本語15

文字以内でつけて下さい。

3. 原稿執筆上の注意点

1) ファイル形式

原稿はMicrosoft Wordで作成して下さい。これ以外のソフトウェアを使用した場合は、Text形式で保存して下さい。文章は、スペースを入れたり段落としをせず、全てべた打ちにして下さい。

図表に関しては以下のファイル形式も受け付けますが、図表内の文字には、Times New Roman、Arial、MS明朝、MSゴシックのいずれかのフォントを使用して下さい。

Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint,

Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, EPS, DCS,

TIFF, JPEG, PDF

2) 書体

ひらがな、カタカナ、漢字、句読点と本文(和文)中の括弧は全角で、それ以外(数字、アルファベット、記号)は半角にして下さい。数字にはアラビア数字(123...)を使用して下さい。

全角文字については、太字および斜体は使用しないで下さい。また、本文・図表とも、下記のような全角特殊文字の使用は避けて下さい。

(例) ① VII ix © ★ ※ 『 【 “ No. m² kg ㎎ (株) 職 ☞

3) 句読点

本文中では、「、」と「。」に統一して下さい。句読点以外の「,」「:」「;」などは、すべて半角にして下さい。

4) 章・節番号

章・節につける番号は、1. 2. …、1.1 1.2 …として下さい。ただし、4桁以上の番号の使用は控えてください。

(例) 2. 研究方法

2.1 看護職に対する意識調査

2.1.1 調査対象

5) 引用文献

本文及び図表で引用した文献は、本文の後に日本語・外国語のものを分けずに、筆頭著者名(姓)のアルファベット順に番号をふらないで記載して下さい。ただし、同一筆頭著者の複数の文献は、発行年順にして下さい。著者が3名よりも多い場合は最初の3名のみ記載し、それ以外を「他」「et al」として省略してください。雑誌名に公式な略名がある場合は略名を使用して下さい。なお、特殊な報告書、投稿中の原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を避けて下さい。原則として、引用する文献は既に刊行されているもの、あるいは掲載が確定し印刷中のものに限りです。

(例: 雑誌の場合)

神田貴絵(2004). カザフスタン共和国セミパラチンスク地域における保健医療の現状と国際協力の課題: JICAによるプロジェクトに短期参加して. 大分看護雑誌 5, 11-15.

Laukkanen JA, Kurl S and Salonen R (2004). Systolic blood pressure during recovery from exercise and the risk of acute myocardial

infarction in middle-aged men. Hypertension 44, 820-825.

Kageyama T, Kobayashi T, Nishikido N et al (2005). Association of sleep problems and recent life events with smoking behaviors among female staff nurses in Japanese hospitals. *Ind Health* 43, 133-141.

(例: 書籍の場合)

高木廣文(2003). 生活習慣尺度の因子構造と同等性の検討. 柳井晴夫(編), 多変量解析実例ハンドブック, pp95-110. 朝倉書店, 東京.

Emerson AG (1976). *Winners and losers: Battles, retreats, gains, and ruins from the Vietnam War*. Norton, New York.

O'Neil JM and Egan J (1992). Men's and Women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In Kusama T and Kai M (Eds), *Gender issues across the life cycle*, pp107-123. Springer, New York.

(例: 電子ジャーナル等の場合)

太田勝正 (1999). 看護情報学における看護ミニマムデータセットについて. *大分看護科学研究* 1, 6-10. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf)

日本造血細胞移植学会 (2002). 平成14年度全国調査報告書. http://www.jshct.com/report_2002/index.html

本文中では、引用文の最後に(草間 2004)または(Kusama 2004)のように記載します。ただし、一つの段落で同じ文献が続いて引用されている場合は不要です。著者が2名の場合は(草間・甲斐 2004)または(Kusama and Kai 2004)、3名以上の場合は(草間 他 2004)または(Kusama et al 2004)として下さい。同一著者の複数の文献が同一年にある場合は、(甲斐 2004a)、(甲斐 2004b)として区別します。2つ以上の論文を同一箇所引用する場合はカンマで区切ります。

(例)「乳がんや大腸がんの80%は食事の内容を変えることで予防できる」(Cummins and Bingham 1998a, Rosen et al 2000)とする最近の報告・・・

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(草間 2004)のように記載し、引用文献として明示して下さい。ただし、あらかじめ著作者に転載の許可を得て下さい。

電子ジャーナルの引用は、雑誌に準じます。それ以外のインターネット上のリソースに言及する必要がある場合は、引用文献とはせず、本文中にURLを明記して下さい。

(2011年4月15日改定)

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 10, No. 1 (2012年6月)

目次

巻頭言

- 「看護科学研究」の発展に向けて..... 1
太田 勝正

資料

- Prevalence of home visiting nurse service clients who received insufficient number of nurse visits in the Japanese long-term care insurance..... 2
Takashi Naruse, Atsuko Taguchi, Satoko Nagata, Yuki Kuwahara, Sachiyo Murashima

トピックス

- 修了生の現状からみた訪問看護認定看護師の活動の場と役割についての検討..... 9
佐藤 弥生、桜井 礼子

大分県立看護科学大学 第13回看護国際フォーラム

- 「米国の看護の将来: NPに着目して」(Anne Thomas先生の講演から)..... 14
小野 美喜

- 「韓国の看護の将来-NPに着目して」(Dr. Kyung-Rim Shinの講演から)..... 17
猪俣 理恵

企画

大分県立看護科学大学 特別記念講演(草間朋子学長退任記念)講演録

- チーム医療における特定看護師への期待..... 21
福井 次矢

- 看護の質向上のための大学教育・大学院教育..... 26
草間 朋子

「看護科学研究」の発展に向けて

「看護科学研究」編集委員長 太田 勝正

インターネットジャーナル「看護科学研究」が、「大分看護科学研究」として誕生してから12年、「看護科学研究」に改名してから6年が経過しました。

本ジャーナルは紀要とは異なり、また、学会を基盤としていないために誰でも論文の全文を読むことができ（会費を伴う入会が不要だけでなく、IDなどの登録手続きさえも不要）、さらに、誰でも投稿できるわが国では他に例を見ない形態のジャーナルです。なぜ、そのような形態を目指し、続けてきたかは、前編集委員長による2005年の巻頭言をご覧ください(草間 2005)。そして、ここまで本ジャーナルを継続、発行してこられたのは、関係者のご努力と大分県立看護科学大学(看護研究交流センター)の大きな支援によるものと感謝しております。

さて、H24年5月時点で4年制の看護系大学は203校に達し（教育課程数では、208課程）、平成3年度の11校と比べるまでもなく、その数は急速に増えています。さらに、看護系大学院も博士前期課程（修士課程）が140校、後期課程（博士課程）が69校に急増しており、大学に所属する教員以外にも多くの看護研究者が日夜、看護・健康科学に関する研究に励んでいる様子が窺えます。その中の一人として、最近困っているのが、特に大学院修士生の成果を公表する場、すなわち、投稿する雑誌に限られていることです。多くの大学は紀要もしくは紀要的な雑誌を自ら編纂しており、優秀な研究成果を公表する場をなんとか確保できているかも知れません。一方、日本看護系学会協議会に参加している看護系学会は現在38学会ありますが、そこに投稿するには学会に加入しなければなりません。共著者に非会員がいる場合、そのすべてに入会を求める学会がほとんどです。紀要であれ学会誌であれ、それぞれに目標をもち、質の高い研究成果を世に送るために大きな貢献をしているのは言うまでもありません。しかし、博士前期課程を修了したあとに臨床に戻る者や、もともと異なる専門分野で活躍している共著者にとっては、投稿のためだけに学会に新規加入することに抵抗があるかも知れません。理由はそれだけではないと思いますが、看護教育・研究界には眠ったままになってしまう優れた研究成果が多くあることを懸念しています。

すでに述べたように、本ジャーナルは、投稿に関する資格に制限を設けておりません。また、研究領域も特定の分野に限定しておりません。そして、読者は無限大です。このようなジャーナルを是非、看護・健康科学に関連する研究成果の公表の場の一つとしてご活用頂ければ幸いです。

なお、今までの地道な活動にもかかわらず、本ジャーナルの知名度は今ひとつ上がってきませんでした。その理由の一つとして、雑誌投稿区分のあり方があるのではと考え、この度の新しい編集委員会の発足とともに、投稿区分をより細かく再編いたしました。具体的には、一般的な研究論文の投稿区分として「原著」に加えて、新たに「研究報告」という区分を設けました。もともと「資料/報告」という区分でカバーしていましたが、原著には少し及ばない研究論文の位置づけがより明確になればと思っております。「資料」の位置づけも見直しました。さらに、このジャーナルのもつ大きなアクセス性を活用して、研究目的ではない日常の看護、保健医療の活動を広く伝えるために、新たに「ケースレポート」というカテゴリーを設けました。詳細は投稿規定をご覧ください。

この「看護科学研究」をここまで発展させてきた前編集委員長の意志を受け継ぎながらも、さらに発展させていくための一層の努力を新しい編集委員会と編集事務局が一丸となってしていきたいと思っております。皆様のご理解と積極的な投稿があってこそこのインターネットジャーナルです。是非、優れた業績の発表の場としてご活用頂きますようお願いいたします。

引用文献

草間朋子(2005).「看護科学研究」としての新たな出発. 看護科学研究6, 1. http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/6_1/6_1_1.pdf

Prevalence of home visiting nurse service clients who received insufficient number of nurse visits in the Japanese long-term care insurance

Takashi Naruse

Department of community health nursing, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Atsuko Taguchi

Department of community health nursing, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Satoko Nagata

Department of community health nursing, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Yuki Kuwahara

Department of community health nursing, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Sachiyo Murashima

Department of community health nursing, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Received 15 September 2011; Accepted 6 January 2012

Abstract

The Long-Term Care Insurance (LTCI) system was established in Japan to support independence among its elderly population. This system provides home visiting nurse services, which enable clients to maintain their independence and receive continuous home care; however, it is unclear whether the current number of nurse visits is sufficient. We re-analyzed a large sample of data on clients using home visiting nurse services under the LTCI system to derive the prevalence of home visiting nurse service clients who received an insufficient number of visits and its correlates. Among 2,666 clients from 64 home visiting nursing agencies located in eight districts in Japan, 372 clients (14%) did not receive a sufficient number of visits. Using multivariable logistic regression analysis, clients who were physically dependent, had a non-neurologic disorder, and who have used home visiting nurse services less than one year were likely to receive an insufficient number of visits. When opportunities for care are limited, nurses cannot provide sufficient care. Our results reveal that decision makers and agencies should evaluate whether the number of home nursing visits is sufficient, and care managers and home visiting nurses should pay more attention to short-term users.

Key words

home visiting nurse service, insufficient number of visit, long term care insurance system

1. Introduction

The increasing health care cost for the disabled elderly in developed countries is an important issue. Prolonging home care is an effective means of reducing health care costs (Akiyama et al 2011), as it allows elderly disabled persons to maintain their independence and, in many cases, their homes. In Japan, where the elderly population is rising faster than in any other country (Weinberger 2007), the public

Long-Term Care Insurance (LTCI) system was established to support independence among the older population, in part by introducing home care services (Murashima et al 2003). To ensure their independence and provide effective home care, LTCI clients can tailor the services to conform to their own care plan. Usually, the care plan is made by care managers, who are the professionals in the care management of elders.

The care management process is comprised of intake, assessment, analysis of needs, care planning (including the amount of services), and implementation of services, monitoring, and evaluation (Japan visiting nurse foundation 2001). Among the LTCI services, home visiting nurse service (HVNS) is one of the important services for clients' independence and continuous home care (Clark 2008). Since HVNS tends to be needed more among elderly who require medical treatment and assessment in home care (Naruse et al 2011), there has been a rising need for HVNS in Japan due to the aging population and the move toward deinstitutionalization. However, the consumption of HVNS in the LTCI in 2010 increased by 130% since 2001, whereas consumption of other services increased 170% during the same period (Japan Ministry of Health, Labor and Welfare 2001, Japan Ministry of Health, Labor and Welfare 2010). The fact that HVNS has not risen as quickly as other services could be due to one of two reasons: the demand for HVNS was already met and HVNS was not needed as much as others, or the demand for HVNS were unmet and more HVNS resources and visits were needed.

An unmet need for HVNS indicates a serious problem that must be addressed, whether or not any HVNS service is currently being provided (Leese et al 1998). If the needs remain unmet, the elderly population may be at risk for a variety of adverse outcomes (Branch 2000). For clients to obtain a positive outcome, nurses need sufficient time to provide direct care (Duffield et al 2008, Finfgeld-Connett 2008). Nagata showed that among the Japanese frail elderly population, whose care need levels in LTCI system are classified as higher than level one, about 40% of those who needed HVNS did not use it (Nagata et al 2010). Nagata enhanced the importance of strategies for encouraging use of HVNS for non-users. Naruse et al (2011) conducted a structured interview examination of family caregivers of

Japanese frail elderly and found that unmet needs for HVNS were greater during early morning and nighttime hours than during daytime hours. In the aforementioned study, some clients using HVNS did not receive a sufficient number of visits; however, prevalence rates were not available.

Decision makers and health care agencies have a mandate to identify the unmet needs of the population and to conduct long-range planning based on needs assessments (Harlow and Turner 1993). In order to obtain a better understanding of and to foster the HVNS system, this study attempts to (a) determine the prevalence of HVNS clients who received an insufficient number of HVNS visits, and (b) identify its correlates.

2. Method

2.1 Data collection

The present study analyzed data on individuals who were enrolled in a previous study that estimated the future service demands for HVNS (Murashima 2009). For this study, eight districts in eight prefectures were selected: Miyagi, Chiba, Nagano, Shizuoka, Shiga, Shimane, Kagawa, and Fukuoka. These areas were selected based on the following methodology: (1) we ranked the total of all 47 Japanese prefectures according to their utilization rate of HVNS for persons over 65 years old; (2) we created eight groups, ranging from a very-high-rate prefecture group to a very-low-rate group; (3) we selected eight prefectures with the feasibility of conducting a large sampling survey in mind; and (4) we selected the eight districts whose demographic prevalence was similar to the prefecture in which they were located.

Clients of all HVNS agencies from the eight districts were included in this study as participants. Participants had to be over 40 years and had to have received at least one visit in November 2008. Of the 99 agencies found

in the eight prefectures, 64 (64.6%) agreed to participate, and data on 3,344 clients were collected. Between November 2008 and January 2009, study questionnaires were mailed to the 64 agencies. If they agreed to participate, the nursing managers gathered their clients' information, including demographic characteristics from charts and assessments of their service needs. Completed questionnaires were mailed back to the researcher.

Three thousand four hundred thirty four clients' data that were returned, and 667 (19.4%) used HVNS through their medical insurance. The medical insurance system users included children and young adults; thus, to avoid the confounding effect of their generational differences with long-term care insurance clients, only data from the 2,767 clients (80.6%) who used HVNS under the long-term care insurance system were included for analysis. Among them, 2,666 (77.6%) were suitable for analysis, and 101 (2.9%) were excluded due to incomplete data regarding their need for HVNS visits.

Since principle demographic data, except for names, were gathered from examination of clients' charts by the HVNS agencies, study participants were not informed that they were included in this study. The Ethics Committee of the Graduate School of Medicine, the University of Tokyo approved this study.

2. 2 Measures

2. 2. 1 Demographic variables

Clients' age, sex, care level in the LTCI system, severity of dementia, physical independence, and presence of conditions or impairment were examined as demographic variables.

Severity of dementia and physical independence were assessed using the degree of independent living for the elderly (Hirakawa et al 2005) and the independence index of dementia (Onishi et al 2005). These scales were established by the Japanese Ministry of Health and Welfare and are commonly used among the Japanese

community health agencies to assess daily conditions of the elderly.

2. 2. 2 Utilization and sufficiency of HVNS visit

Years of HVNS utilization and frequency of HVNS visit were examined. Years of HVNS utilization was categorized as either less than one year or greater than or equal to one year. Using December 2008 as the assessment period, the number of visits was categorized into three groups: one to three visits per month ("rarely": less than one visit per week); four to seven ("sometimes": one to two visits per week); and more than eight ("frequently": more than two visits per week).

According to Bradshaw (1972), normative needs are those defined by professionals or experts according to their own standards. In this study, the following question was included in the instrument: "According to your assessment, how many HVNS visits did the client need in December 2009?" When the number of needed visits was larger than the number of actual visits, the client was categorized as one who received an insufficient number of HVNS visits. In this study, no clients were judged as needing fewer visits than their actual number of visits. We then defined the sufficiency of participants' HVNS visits by grouping them into one of two categories: "insufficient" or "sufficient."

2. 3 Data Analysis

The association between demographic variables, years of utilization, frequency, and sufficiency of HVNS visits was examined using unpaired t-test and chi-squared test. Multivariate logistic regression analysis was used to identify the factors relative to an insufficient number of visits. In the regression model, all demographic variables and years of utilization were included as independent variables adjusted for frequency of visits. Data were analyzed using SPSS version 17.0 for Windows. The significance level was set at 0.05.

Table 1. Demographic characteristics of participants

Characteristic	Total (n=2,666)		Client with sufficient visits (n=2,294)		Client with insufficient visits (n=372)		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Age (years) (mean (SD)) (Range)	81.9 (9.5) (44 - 106)		81.8 (9.5) (44 - 106)		82.2 (9.5) (54 - 103)		.506 ^{b)}
Gender							
Male	1,064	(39.9)	921	(40.1)	143	(38.4)	.524 ^{c)}
Female	1,600	(60.0)	1,371	(59.8)	229	(61.6)	
Care-level needed^{d)}							
Need support, level 1	599	(22.5)	507	(22.1)	92	(24.7)	.657 ^{c)}
Level 2, 3	955	(35.8)	830	(36.2)	125	(33.6)	
Level 4, 5	1,111	(41.7)	957	(41.7)	154	(41.4)	
Severity of dementia							
Independent	1,709	(64.1)	1,464	(63.8)	245	(65.9)	.657 ^{c)}
Need help for daily living	826	(31.0)	713	(31.1)	113	(30.4)	
Physical independence							
Independent	1,128	(42.3)	982	(42.8)	146	(39.2)	.187 ^{c)}
Chair/bed bound	1,429	(53.6)	1,218	(53.1)	211	(56.7)	
Presence of conditions or impairments							
Cardiovascular	1,115	(41.8)	955	(41.6)	160	(43.0)	.617 ^{c)}
Neurologic	316	(11.9)	290	(12.6)	26	(7.0)	.002 ^{c)}
Musculoskeletal	287	(10.8)	250	(10.9)	37	(9.9)	.583 ^{c)}
Cancer	168	(6.3)	147	(6.4)	21	(5.6)	.574 ^{c)}
Respiratory	182	(6.8)	150	(6.5)	32	(8.6)	.143 ^{c)}
Psychiatric	123	(4.6)	106	(4.6)	17	(4.6)	.965 ^{c)}
Years of utilization of home visiting nurse service							
< 1 year	964	(36.2)	788	(34.4)	176	(47.3)	< .001 ^{c)}
>= 1 year	1,701	(63.8)	1,506	(65.6)	195	(52.4)	
Utilization of home visiting nurse service							
1 to 3 visits per month	833	(31.2)	632	(27.6)	201	(54.0)	< .001 ^{c)}
4 to 7 visits per month	1,271	(47.7)	1,127	(49.1)	144	(38.7)	
More than 8 visits per month	562	(21.1)	535	(23.3)	27	(7.3)	

Notes:

Numbers are Mean (SD) (Range) or n (%)

a) Care level needed = client's levels of care needs decided in Long term Care Insurance system; "need support" = need preventive care but not help in daily life "Level 1" = need help in daily life, "Level 2" = moderate care needed; "Level 3" = considerable care needed; "Level 4" = critical care needed; "Level 5" = maximum care needed

3. Results

3.1 Demographic characteristics of participants

Table 1 presents the demographic characteristics of participants. Among the 2,666 participants, 372 (14.0%) had an insufficient number of visits from the HVNS. The participants' average age was 81.9 years. Regarding gender, 60.0% were female. With regard to required care level, 22.5% of clients were at need support level or level 1, 35.8% were at levels 2 and 3, and 41.7% were at levels 4 and

5. Thirty-one percent of clients needed help with daily activities due to dementia symptoms, and 53.6% were chair- or bed-bound. The most common disorders were cardiovascular disorders (41.8%), followed by neurological disorders (11.9%), and musculoskeletal disorders (10.8%).

3.2 Multivariate logistic regression analysis for insufficient HVNS visits

Table 2 presents the multivariate logistic regression analysis. Physically dependent clients and clients who had used HVNS less than one

Table 2. Multi-variable logistic regression analysis for having unmet needs

		n=2,516			
		Insufficient visits ^{a)}			
		OR	95% CI		p
Age		.999	.986	1.012	.825
Gender	female	1.000			
	male	.975	.757	1.256	.844
Care level needed ^{b)}	need support, level 1	1.000			.134
	level 2, 3	.699	.475	1.030	.070
	level 4, 5	.740	.536	1.023	.068
Severity of dementia	independent	1.000			
	need help for daily living	.836	.628	1.112	.218
Physical independence	independent	1.000			
	chair/bed bound	1.696	1.251	2.298	.001
Conditions or impairments ^{c)}	Cardiovascular	1.028	.776	1.361	.848
	Neurologic	.602	.378	.961	.033
	Musculoskeletal	.808	.534	1.224	.314
	Cancer	.722	.424	1.229	.231
	Respiratory	1.242	.784	1.966	.356
	Psychiatric	1.057	.597	1.872	.849
Years of utilization	> = 1 year	1.000			
	< 1 year	1.699	1.348	2.142	< .001

Notes:

a) "Client with sufficient visits" = 0, "client with insufficient visits" = 1

b) Care level needed = client's levels of care needs decided in Long term Care Insurance system; "need support" = need preventive care but not help in daily life "Level 1" = need help in daily life, "Level 2" = moderate care needed; "Level 3" = considerable care needed; "Level 4" = critical care needed; "Level 5" = maximum care needed

c) For each disorders, "not impaired/disabled" = 0, "impaired/disabled" = 1

year were likely to receive an insufficient number of HVNS visits (OR = 1.696, p = .001, CI: 1.251, 2.298; OR = 1.699, p < .001, CI: 1.348, 2.142). Clients with neurological disorders (OR = .602, p = .033, CI: .378, .961) were likely to receive a sufficient number of visits.

4. Discussion

The main objective of this study was to investigate the prevalence of insufficient HVNS visits and reveal the relevant factors among HVNS clients. Decision makers and health care agencies have a mandate to conduct long-range planning based on a needs assessment of the population (Harlow and Turner 1993).

We found that approximately 14% of HVNS clients did not receive a sufficient number of

HVNS visits. According to our findings, the fact that elderly people receive HVNS does not necessarily mean that their HVNS needs are met adequately.

In the multivariate analyses, the elderly individuals who used HVNS for less than one year tended to receive an insufficient number of HVNS visits. During the first year, care management was considered to be under adjustment and unstable, and it was inadequate for providing HVNS. In the LTCI system, care managers—not nurses—are the ones who make care delivery plans, including those for HVNS. Under LTCI, the clients use services under budget limitations (Murashima et al 2003). The results might reflect competition between HVNS and other home visitation services, especially

home help services that physically dependent clients require more than the independent elderly (Naruse et al 2011). The fee for an HVNS visit is two-and-a-half times as expensive as that for home help services under the LTCI. Thus, it will be difficult to increase the frequency of HVNS. Under Japan's LTCI system, nurses need to negotiate with their clients and care managers in order to provide high-quality nursing care and to ensure adequate utilization of HVNS as soon as care begins. Before starting HVNS utilization, it is important that home visiting nurses succeed in contacting those clients who might require HVNS. At this point, we propose a referral system where health care professionals, such as ward nurses and nurses at discharge planning departments, talk with home visiting nurses and introduce them to clients HVNS as needed.

The current study has some limitations. Initially, estimates of the sufficient number of HVNS visits relied on nursing managers' judgments, which may differ from the clients' perceptions. However, estimates by home visiting nurse managers who regularly supervise their clients' needs are likely to be at least as valid as those made by others are. Secondly, information about caregivers and the utilization of other LTCI services should have been included in the regression analysis to describe the characteristics of clients who receive an insufficient number of HVNS visits. At last, we focused on the number of HVNS visit. However, it is only a part of quality of HVNS. To evaluate the quality of HVNS, other variables like appropriateness of provided care and client satisfaction should be included in analysis.

Despite these limitations, we were able to reveal the prevalence of HVNS clients who did not receive a sufficient number of visits, and we found that this insufficiency tends to be greater among short-term users. When care opportunities are limited, nurses cannot provide sufficient care (Duffield et al 2008, Finfgeld-

Connett 2008). Our results emphasize that decision makers and agencies should evaluate the sufficiency of HVNS visits among clients, and care managers and home visiting nurses should pay more attention to short-term users.

Acknowledgement

Financial support for the original study was provided by the 2008 Health Labor Sciences Research Program in Japan.

References

- Akiyama N, Fukuda T, Shiroya T et al (2011). Investigating factors that influence health care costs for disabled elderly in Japan. *Journal of Health Care and Society* 21(2), 175-188.
- Bradshaw J (1972). The concept of human need. *New Society* 30, 640-643.
- Duffield C, Gardner G and Cartling-Paull C (2008). Nursing work and the use of nursing time. *Journal of Clinical Nursing* 17, 3269-3274.
- Finfgeld-Connett D (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *JCN* 17, 196-204.
- Harlow K and Turner MJ (1993). State units and convergence models: Needs assessment revisited. *The Gerontologist* 33, 190-199.
- Hirakawa Y, Masuda Y, Kimata T et al (2005). Effects of home massage rehabilitation therapy for the bed-ridden elderly: A pilot trial with a three-month follow-up. *Clinical Rehabilitation* 19, 20-27.
- Japan Ministry of Health, Labor and Welfare (2001). Kaigokyuufu-hi jittai chousa geppou [Temporary monthly payment by LTCI] (Summary) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/0110-1.html>.
- Japan Ministry of Health, Labor and Welfare (2010). Kaigokyuufu-hi jittai chousa geppou

[Temporary monthly payment by LTCI] (Summary) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2010/10hyo02.html>.

Japan visiting nurse foundation (2001). Kaihatsu no Mokuteki to katei [The purpose and process of developing care management]. In Shimanouchi S and Uchida E (Eds), *Nihonban seijin, koureisha-yo asesumento to kea puran* (3rd ed.) pp11-30. Publishers association of Japanese nursing association, Tokyo, Japan.

Branch LG (2000). Assessment of chronic care need and use. *Gerontologist* 40(4), 390-396.

Leese M, Johnson S, Slade M et al (1998). User perspective on needs and satisfaction with mental health services. PRISM Psychosis Study 8. *British Journal of Psychiatry* 173, 409-415.

Weinberger MB (2007). Population aging: A global overview. In Robinson M, William N, Clarence P et al. (Eds.), *Global Health & Global Aging*, pp15-30. Jossey-Bass, San Francisco.

Clark MJ (2008). Care of clients in the home setting. In *Community health nursing*, pp575-602. Upper Saddle River, New Jersey.

Murashima S (2009). *Homon kango jukyu keikakusakutei ni kansuru chosakenkyu jigyo* [Health Labor Sciences Research Rep. A large sample surveillance for estimation of service supply and demand in home visiting nursing]. Department of Community Health Nursing, University of Tokyo, Tokyo.

Murashima S, Yokoyama A, Nagata S et al (2003). The implementation of long-term care insurance in Japan: focused on the trend of home care. *Home Health Care Management & Practice* 15(5), 407-415.

Nagata S, Taguchi A, Naruse T et al (2010). Actual situation and characteristics of the clients who are judged to need home-visiting nurse services by certified care managers and the comparison of users and non-users of home-

visiting nurse services among them. *Japanese Journal of Public Health* 57(12), 1084-1093.

Naruse T, Nagata S, Taguchi A et al (2011). Classification tree model identifies home-based service needs of Japanese long-term care insurance consumers. *Public Health Nursing* 28(3), 223-232.

Onishi J, Suzuki Y, Umegaki H et al (2005). Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and environment of care on caregivers' burden. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 41, 159-168.



Author for correspondence

Takashi Naruse
Department of community health nursing,
Division of Health Sciences and Nursing,
Graduate School of Medicine
The University of Tokyo
7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033,
Japan
takanaruse-tky@umin.ac.jp

修了生の現状からみた訪問看護認定看護師の活動の場と役割についての検討

佐藤 弥生 Yayoi Sato

大分県立看護科学大学 看護研究交流センター Oita University of Nursing and Health Sciences

桜井 礼子 Reiko Sakurai

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 保健管理学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2011年8月10日投稿, 2011年12月20日受理

キーワード

訪問看護、訪問看護認定看護師、質の向上、教育課程

Key words

visiting nursing, certified visiting nurse, quality improvement, curriculum

1. はじめに

日本看護協会が認定する認定看護師が1997年に誕生して以来その数は伸び続け、2011年7月における登録者は総数9,047名となった。訪問看護分野の認定は2006年に開始され、2011年7月における訪問看護認定看護師の登録者数は270名である(日本看護協会2011)。

大分県立看護科学大学では、付属施設である看護研究交流センターに2008年より訪問看護認定看護師教育課程を開講した。本教育課程の教育目的は、認定看護師に求められる実践・指導・相談の3つの役割を通して「子どもから高齢者まで様々なライフステージにある在宅で生活している医療ニーズの高い療養者や障がい者に対して、適切なケースマネジメントを行い、質の高い看護ケアが提供できる高度な実践力と指導力を備えた訪問看護師を育成し、在宅ケアチーム内で、リーダーシップを発揮し、他の組織や専門職との協働、連携、調整ができる能力を持った認定看護師を育成する」こととしている。定員は15名で、研修生は九州各県からだけでなく中四

国等からも集まっている。開講期間は9月～翌年2月末日の6ヶ月間で、合計660時間の講義・演習・臨地実習を履修するカリキュラムとなっている。平成22年11月現在、1期修了生、2期修了生の計21名が本学の教育課程を終了し、訪問看護認定看護師として登録をしている。

そこで、開講して3年目を迎えた2010年11月に、就業状況調査を実施した。また、修了生相互の情報交換およびフォローアップを目的として、1期修了生・2期修了生を対象に第1回活動報告会を開催した。参加者の活動状況の報告から、訪問看護認定看護師の活動の場と役割について検討したので報告する。

2. 本教育課程修了生における教育課程受講前・受講後の就業施設の動向

平成20年度(1期修了生12名)、21年度(2期修了生9名)の本課程修了生21名のうち連絡を取ることができた20名を対象に、教育課程受講前・受講後(平成22年11月時点)の就業施設について、面接または

表1. 訪問看護認定教育課程受講前・後の就業施設別人数(平成22年11月)

n=20

		受講後					
		訪問看護ST	病院訪問看護部門	病院地域連携室	保健センター	県看護協会	教育機関
受講前	訪問看護ST	8	1	3		1	2
	病院訪問看護部門		1	1*	1		
	病院地域連携室			1			
	教育機関	1					
	計(人)	9	2	5	1	1	2

注: 訪問看護STは訪問看護ステーションを示す

*連携室と訪問看護部門の兼務

電話による聞き取り調査を行った。

就業施設の動向を表1に示す。受講前15名が訪問看護ステーションに所属していたが、受講後、その内の3名が病院の地域連携室へ、2名が教育機関へ、1名ずつが県看護協会・病院訪問看護部へ就業場所を変えており、病院地域連携室での就業者は受講前の1名から受講後5名になっている。教育機関の2名は訪問看護認定看護師教育課程、緩和ケア認定看護師教育課程に就業していた。また1名が教育課程受講後に訪問看護ステーションを新たに開設していた。

3. 報告会に参加した修了生の活動内容と課題

活動報告会の参加者数は、1期修了生6名、2期修了生4名の計10名で、参加者の就業施設内訳は、訪問看護ステーション3名、病院の地域連携室3名、教育機関2名、保健センター1名、県看護協会1名であった。グループインタビューにより(1)現在の活動状況、(2)訪問看護認定看護師として活動する中で抱えている問題、(3)訪問看護認定看護師として活動する中で考える自己の課題の3点について情報収集を行い、発言内容をまとめた。

今回の調査にあたり、報告会の参加者には、発表の目的及び方法について口頭にて説明をし、個人情報保護に関する安全性を確認したうえで同意を得た。

3.1 主な活動内容

就業施設での活動内容について、就業施設別に発言の内容を記述し、関連すると考えられる内容を集めカテゴリー化して内容をまとめた結果、「訪問看護利用者とその家族への看護実践」「連携・新たなネットワークの構築」「訪問看護の質向上のための人材育成」「訪問看護の普及活動」の4つのカテゴリーに分けられた。

4つのカテゴリーに分けて活動内容を整理したものを表2に示す。訪問看護の利用者とその家族への看護実践では、認知症、筋萎縮性側索硬化症(ALS)、小児等専門的な分野を対象とした看護の実践、レスパイト入院の調整等在宅と施設間のスムーズな移行のための調整を行っていた。また、地域の健康問題との関連を踏まえた対応など、訪問看護認定看護師教育課程で修得した知識・技術を活かした専門性の高い看護ケアが実践されていた。連携とネットワークづくりでは、看護職間の連携の強化とあらたなネット

ワークづくり、他職種との連携の強化や、そのための情報共有などの活動が行われていた。質向上の取り組みでは、職場における現任教育だけでなく、施設外での教育活動を行っており、その対象は看護職だけでなく他職種に対しても実施していた。また、認定看護師の教育に携わっている修了生もおり、より専門性の高い人材育成を行っていた。

3.2 訪問看護認定看護師として活動する中で抱えている問題と今後の課題

報告会に参加した修了生から語られた現状の問題と課題について、以下にまとめる。

訪問看護ステーションに就業する修了生は、日々の実践において訪問看護認定看護師が活動した効果は、変化として表面に現れにくいと感じているとのことであった。このため、ステーション運営における経済的効果やアウトカム評価の結果を具体的データの推移で示し、それを組織内外へ発信していきたいとの発言があった。また、自施設を含めて人員不足のため、研修等へ参加しにくい現状があり、人材確保と自己研鑽のための継続的教育を受けられる体制や仕組みを訪問看護認定看護師が構築していくことが必要との発言があった。

病院の地域連携室に勤務する修了生は、これまで看護職がいなかった部署であったため、従来から業務を行っている医療ソーシャルワーカー(MSW)との役割分担が明確ではなく、どのように協働するかに難しさを感じていた。また、病院に勤務する看護職の訪問看護に対する理解が不足していると感じており、地域医療や訪問看護の現状と役割等について、情報を急性期病院の看護職に提供し、理解を得るための活動を続けていきたい、病院から在宅へ移行した訪問看護利用者の情報が病棟や地域連携室にフィードバックされていないことから、訪問看護ステーションと病院間で利用者に関する情報を共有する仕組みを作っていきたいとの発言があった。さらに、看護職がいなかった部署に訪問看護認定看護師が配属されたことの効果を示すため、今後の課題として、退院時共同指導の件数、退院時カンファレンスの開催件数、レスパイト入院の利用数等の推移をデータ化して病院や地域に示していきたいとのことであった。

認定看護師教育課程に就業する修了生からは、訪問看護では、在宅療養者の多様化に伴い、各分野

表2. 活動報告会参加者の活動内容

カテゴリー	サブカテゴリー	就業施設別活動内容		
		訪問看護ステーション	病院地域連携室	保健センター・県看護協会・教育機関
訪問看護利用者とその家族への看護実践	・専門的な分野の訪問看護の実践	・認知症を専門とした訪問看護の実践	・ALS患者とその家族への退院支援	・小児、糖尿病患者への保健師と同行による訪問指導
	・在宅と施設間のスムーズな移行の為の支援		・難病患者等のレスパイト入院受け入れの調整	
	・地域の健康問題の査定と対応	・地域の社会問題の影響が、利用者やその家族に与えた健康問題に対する判断と支援	・地域の健康問題を明確にし、訪問看護活動へ反映させるための情報収集	
連携の強化・新たなネットワークの構築	・看護職間の連携、ネットワークづくり	・領域を超えた認定看護師との連携	・地域連携室と訪問看護ステーションとの連携	
	・他職種との連携強化	・地域の関連する他機関、他職種との連携	・地域連携室内のMSWや退院調整看護師との連携、協働 院内研修の場で、医師、看護職、他職種に対し訪問看護の役割や活動状況に関する報告、説明	・福祉職等の他職種が開催する研修会等での訪問看護に関する講演
訪問看護の質向上のための人材育成	・職場における現任教育	・自ステーション内における現任教育		・研修や在宅看護に関する委員会の企画、運営（行政との協働も）
	職場以外での教育活動	・看護協会が主催する研修での講師	・看護協会が主催する研修での講師	・看護協会が主催する研修での講師
	・認定看護師の教育			・認定看護師教育課程での教育
訪問看護の普及活動	・訪問看護に対する正しい認識と理解を深める為の活動		・院内の各専門職に対し訪問看護の役割や活動状況について説明	・一般市民を対象にした訪問看護の役割や活動についての講演 ・看護学校での講師

の認定看護師と連携・協働を図る必要性が高まっており、訪問看護認定看護師が、他分野の認定看護師に訪問看護の機能・役割についての情報を提供していくことが必要であること、認定看護師教育課程を含めて、訪問看護師が、研修等を受けやすい環境を整えていくことも課題であるとの発言があった。

さらに、県看護協会に勤務する修了生からは、訪問看護認定看護師としてのスキルを活用し、訪問看護

の質向上を考えた研修等を企画していくことが課題であることが示された。

4. 訪問看護認定看護師に求められる役割と新たな活動の場

認定看護師の発足後10年以上が経過した今、徐々にではあるが認定看護師に対する医療の現場の認識が高まりつつある。しかしながら、訪問看護認定看護

看護師に関してはまだ歴史も浅く、訪問看護領域でさえ、その必要性や役割について十分な理解が得られているとは言えないのが現状である。認知症高齢者の増加、がん患者の増加、在宅での看取り等、訪問看護に対するニーズはこれまで以上に多様化している。訪問看護認定看護師は、訪問看護の専門性を強化し、質の向上を図るため、それぞれ活動の場でリーダーシップやマネジメント能力を発揮することが求められる。

4.1 訪問看護の利用者とその家族への看護実践

訪問看護利用者及びその家族に対する、より質の高い看護実践の提供は訪問看護認定看護師の大きな役割である。また、訪問看護認定看護師には、質の高い看護実践が提供できていることを明らかにするためにその活動の成果を具体的に示していくことが求められる。その評価項目として(1)利用者・家族の満足度調査、(2)アウトカム評価〔日常生活動作(ADL)や生活の質(QOL)の改善・向上、症状の改善、再入院や緊急受診回数の変化等〕、(3)訪問看護ステーションの経営状態の評価を定期的に行い、それらの結果を踏まえて、訪問看護の更なる質の向上へ向けての取り組みを続けていくことが重要な役割である。

4.2 連携の強化・新たなネットワークの構築

地域と病院が切れ目のないサービスを提供する為には、地域連携室と訪問看護ステーションの連携が重要である。この連携を高めるためには、急性期病院から自宅へ戻った利用者・家族がどのような環境で療養生活を続けているのか、それを支える地域のケア体制の現状はどのようになっているのかなど退院後の生活状況を評価し、その結果を病棟看護師へフィードバックし、情報を共有する仕組みをつくる必要がある。そのためには、訪問看護認定看護師が地域連携室に所属し、福祉の専門職であるMSWとお互いの専門性を生かしながら協働できる環境にあることは有意義であると考えられる。さらに、利用者のニーズに応えるために、訪問看護認定看護師が他の領域の認定看護師とも適宜連携を図り、より専門性の高いコンサルテーションを受けることができる環境を整えることも重要といえる。

また、在宅療養者とその家族を支援するためには、生活支援を含めたチームアプローチが必要であり、在宅療養に関わる他職種との協働・連携の強化

とネットワークの構築がこれまで以上に求められている。訪問看護を理解してもらうためにも、これらのネットワークを活用することが効果的であると考えられる。

4.3 訪問看護の質向上のための人材育成

多様化する在宅療養者へ対応するためには、訪問看護の質向上と人員・人材の確保が必要である。しかし、全国の訪問看護ステーションでは、看護職員が5人未満の零細事業所が全体の55%である(全国訪問看護事業協会 2009)。このことは、人員不足の問題だけでなく、訪問看護の人材育成において、スタッフや管理者が研修や学習の場に参加しにくい要因となっている。訪問看護の質向上のためには、各地域において訪問看護認定看護師が、訪問看護師等が研修や学習をする場を企画・検討をする場に参画し、研修会の運営等においてリーダーシップを発揮し、指導的役割を果たすことも必要である。

また、修了生は看護職以外の専門職が主催する研修会での講師としての活動も行っていた。在宅医療におけるチームメンバーの構成員として、訪問看護認定看護師が専門的な立場で講師をすることで、在宅医療全体の質の向上へ果たす役割は大きい。訪問看護認定看護師の活動を様々な場所で具体的に示していくことは、訪問看護認定看護師の必要性の認識と共に、訪問看護師の研修等への積極的参加を促し、質向上のための人材育成に繋がると考える。

4.4 訪問看護の普及活動

教育機関や県看護協会に就業する修了生は、地域住民を対象とした講演会でも講師としての活動を行っていた。訪問看護の利用者をさらに増やしていくためには、病院で働く看護職や医師などの医療専門職に訪問看護に対する理解を深めてもらうだけではなく、在宅ケアに関わる専門職、さらには地域の住民に対し、訪問看護がどのようなケアを提供し役割を果たしているのかを知ってもらうことが必要である。例えば、終末期における療養の場所に関する調査で、「自宅で最期まで療養したい」と回答した人の割合が増加しており(厚生労働省 2010)、一人暮らしの方が、訪問看護を利用しながら在宅ケアチームに支えられ自宅で最期を迎えた事例も多数報告されている。また、全国の8割弱の訪問看護ステーションが24時間対応を行っており(全国訪問看護事業協会 2009)、在宅で療養をする利用者や家族が安全に安心して生活できるように支援している現状等を含め、

訪問看護の必要性や強みを専門職だけでなく地域の方々にも知ってもらうための普及活動は、今後ますます重要になると考える。

5. おわりに

2009年8月に日本訪問看護認定看護師協議会が発足し(日本訪問看護振興財団 2011)、全国の訪問看護認定看護師のネットワークづくりが進んでいる。本教育課程においても、初めて修了生の活動報告会を開催した。活動報告会に参加した修了生の報告から、「訪問看護利用者とその家族への看護実践」「連携・新たなネットワークの構築」「訪問看護の質向上のための人材育成」「訪問看護の普及活動」の4つの活動が挙げられた。

修了生は様々な場で、様々な形で訪問看護認定看護師として実践・指導・相談の役割を果たしており、各々が問題や課題を抱えながらも、その活動の場が広がってきていることがわかった。認定看護師教育課程に関わる教員は、課題を抱えながら活躍をする修了生の活動の方向性を見守り、サポートを続ける中で、カリキュラムとしての課題を見つけ、教育課程へも反映させることが今後の重要な役割の一つであると考える。

引用文献

厚生労働省(2010). 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23-att/2r9852000000yp3k.pdf>

日本訪問看護振興財団(2011). 日本訪問看護認定看護師協議会. <http://www.jvnf.or.jp/>

日本看護協会(2011). 分野別認定看護師認定者数年次推移. <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/pdf/cnsuii.pdf>

全国訪問看護事業協会(2009). 訪問看護10カ年戦略報告書. <http://www.zenhokan.or.jp/pdf/surveillance/H20-5.pdf>



著者連絡先

〒870-1201

大分市大字廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学 看護研究交流センター

佐藤 弥生

satoyayoi@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 第13回看護国際フォーラム

「米国の看護の将来: NPに着目して」(Anne Thomas先生の講演から)

小野 美喜 Miki Ono

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 成人・老年看護学研究室 Oita University of Nursing and Health Sciences

2012年1月31日投稿, 2012年2月20日受理

キーワード

米国、ナースプラクティショナー、制度化、上級実践看護師、コンセンサスマodel

Key Word

America, nurse practitioner, board, APRN, consensus model

1. はじめに

日本では医療の専門化、偏在化を背景にチーム医療が推進されており、看護師特定能力認証制度の骨子案が2012年に国会に提出される見込みである。特定的能力を認証される特定看護師(仮称)は、高度な知識・判断が必要な一定の医行為を医師の包括的指示の下に実施することができ、医療を必要とする人にいつでも安心・安全な医療提供することができる(厚生労働省 2011)。これまでの看護の業務を拡大したその役割に期待がもたれている。この制度の実質的な検討が行政のレベルで本格的に始まったのは平成21年「チーム医療の推進に関する検討会」が厚生労働省に設置されてからである。

米国では50年前にすでにこのような活動が自律して行える看護師「Nurse Practitioner (以下、NPと記述する)」が誕生し、今後も更なる発展をしようとしている。筆者の所属する大分県立看護科学大学では、2008年に全国に先駆けて大学院修士課程でのNP教育を開始した。2011年4月に大学院修士課程NPコースを修了した4名は、厚生労働省「特定看護師(仮称)業務調査試行事業」の下で特定看護師として病院や老人保健施設で働いており、看護師の新しい役割を開く制度上の枠組みが「看護師特定能力認証制度」として始まろうとしている。

このような日本の看護の改革を目指した動きの中、米国インディアナ州インディアナポリス大学看護学部看護学部長のAnne Thomas先生のご講演を聴講する機会を得た。「米国の看護の将来: NPに着目して」というテーマの講演であり、NP先進国である米国が、NP制度をどのように整えてきたのか、そして今後どのような将来を目標としているのかを聞くことができた。

このような米国の歩みを知ることは、日本の新しい看護の制度を前進させることにつながる。そこで、以下に講演の内容を報告する。

2. 米国のNPのはじまり

米国でNPが誕生したのは1965年でありLoretta Ford氏、Henry Silver氏の功績が大きい。当時の米国では医師不足、医師の偏在があり、NPが特定の分野で働くことで医師不足に寄与しようとしたのが始まりである。NPの主な活動領域は「ヘルスプロモーション」、「疾病予防」、「子どもと家族の健康」の3つであった。NP創設当初は次のような困難を抱えていた。看護師の教育のバックグラウンドは統一されておらず正規のカリキュラムがなかったこと、資格認証制度は確立されておらず役割も明文化されていなかったこと、州毎に看護師の位置づけや認証が異なること、である。州毎に位置づけが異なる点はいまだに課題を残している。このような問題が発生したのは、市場調査を十分に行っていなかったことに起因しているが、医療の現場でプライマリケアを担う人材は必要な存在であり、米国では試行錯誤しながら長い時間をかけてこれらの困難を解決していった経緯がある。

3. NPの挑戦: 州法の規定

米国では州毎にNPの規定(労働条件、役割、給与など)があり、統一されていなかった。しかし、1997年に連邦政府はNPのサービス報酬が支払われる規定を設け、これまで医師を通してのサービスに対して報酬が支払われていたものが、NPが実施したサービスそのものに直接報酬が得られるようになったのである。このような改革には、全米看護師

学会、NONPF (National Organization of Nurse Practitioner Faculties)、米国NP学会(ACNP)の3つの看護組織の力が大きく働いている。

また、NPの活動によって、提供する医療ケアの影響力が実際に目にみえる形で示されたことも改革の背景にある。NPの活動成果によりNPが自律的で独立した看護師であることが社会に認められ、そのことがさらに役割の拡大に結びついていった。新たな挑戦を成功に結びつけるには社会の合意が必要である。専門職としてのNPの役割をさらに社会にアピールし、NPとは何か、Physician Assistant (PA)との違いは何か、正しく理解してもらうために、説明し続けることが重要である。米国では今もそれをしつづけている。時間がかかっても小さな前進をしながら、あきらめず継続していくことで、人々のNPに対する認知の拡大を目指すことが大切である。

4. 米国のNPの将来

米国の看護の将来を示す重要な報告として、"The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health" (Institute of Medicine of the National Academies 2010)がある。報告の中はNPに関連した事項として、看護実践者に対して博士号を出すこと、上級実践看護師(APRN)のコンセンサスマodelの作成(APRNのコンセンサスマodelは全米看護業務協議会が作成した上級実践看護師の業務に関するモデルであり、2008年作成されている)、NPのコアコンピテンスについて述べられている。米国におけるヘルスケアシステムを変革しNPの役割を将来さらに発展させていくために、(1)看護師は教育と訓練を現場で活かす必要があること、(2)看護師はシームレスなサービスを提供できるための教育をすすめる、改善された教育システムを通じた教育や訓練を受け、より高いレベルを達成させること、(3)看護師も米国の医療を再設計し、医師やその他の医療専門家との完全なパートナーであること、(4)一般市民のための効果的な人員計画と政策決定のためにデータ収集とインフラの整備を全米に広げる必要があること、の4つが看護に関するメッセージとして述べられている。

5. NPの将来への勧告

5.1 NPの活動の障害を取り去ること

NPにとって解決すべき障害が幾つかある。まず報酬の件である、メディケア制度下では、NPは医師

の80%しか報酬を得られてなく、医師と同じサービスでありながら報酬が異なっている。メディケア制度下でのNPの報酬拡大に向けて戦っていく必要がある。次に、州毎で決められているNPの規定を全米で統一する必要がある。さらに統一したAPRNコンセンサスマodelを実施するよう連邦政府に働きかける必要がある。また、NPの報酬は仲介者を省いて得られるようにすることも課題である。都市部ではNPの活動を医師が阻止する事実もあり、医療上の特権を医師が独占しないような法の検討が必要である。

5.2 看護の機会の拡大

医療職の中では医師が一番偉いリーダーとして位置づけられている。しかし、多くの患者を医師一人が診ることは不可能である。看護師は看護師として体重管理や栄養管理など健康的な生活を牽引する患者中心のケアを行うことができる。米国では博士課程で起業家精神が教えられ医師と協働してヘルスケアを行う起業家も存在している。ヘルスケアを積極的に提供できる専門家の養成が必要である。

5.3 博士号をもつ看護師の養成

米国では2020年までに博士号をもつ看護師を2倍にすることを目指している。NP養成のプロセスでは継続した学習が望ましい。臨床で研修をしながら大学で学習を続けた場合と、一度臨床に出て実践を積んだ後に大学に戻ってきた場合とではあまり能力は変わらないという結果がある。学士から修士課程の修了までを継続して学ぶことを勧める。学部学生の10%が卒業後5年以内に博士課程に入学すること、2015年までに高度看護師(APN)の博士号を得られるようにすることが目標である。しかし、これを実現するには博士課程レベルで教える教員の不足という難しい問題がある。

5.4 教育プログラム展開による高いレベルの健康の提供

研修モデルを使用した教育プログラムを展開し、すべてのNPの実践において画一化とさらなる改善をめざす必要がある。特に農村部では、人々のより高いレベルの健康を支援していくために、NPの研修プログラムが必要である。農村部は医療アクセスが難しく医師よりもNPの活動が優先しているエリアである。医師はそのようなエリアに行きながら機器や設備もない。50マイル四方に中に診療所がないよう

な場合はNPが必要である。そのような場で活動するNPの研修プログラムが必要である。

さらに、NPにはリーダーシップのスキルが求められる。NPはリーダーシップ向上のための学習の機会を求め自分の専門性を高める責任がある。そのために看護の組織は個人のリーダーシップを開発し、メンタリングプログラムを展開し、すべての成員の専門性を高めるべく牽引していく必要がある。

5.5 上級実践看護師 (APRN) のコンセンサスモデル

APRN (NP、麻酔看護師、助産師、CNS) コンセンサスモデルでは、NPの専門分野として、小児、成人老年、家族、精神、女性の健康、新生児などの6領域を設定している。各領域において安心安全の観点で社会に認めてもらうように質の担保が求められている。

APRNのコンセンサスモデルを全米で実行するためには、ライセンス (License)、大学の認定 (Accreditation)、認定 (Certification)、教育 (Education)、つまりLACEを整備する必要がある。LACEの4つの視点を整備し、2012年までにAPRN教育プログラムに移行し、2012～2013年までに公認プロセスに置き換え、2013年までに認可基準、認証試験の変更を実施する。そして2015年にAPRNのコンセンサスモデルへの移行を目標にしている。

6. おわりに: 米国の改革から学ぶこと

Anne Thomas先生によればNP創設後50年、米国では今もなお改革が進められている。日本はこれから新しい制度をこれから立ち上げる段階であり、今後も新たな課題が生じるであろう。Anne Thomas先生は「アメリカの教訓を日本でいかしてほしい」と述べ、米国に生じた困難とその打開策を示唆してくれた。制度化推進にあたり日本で取り組むべきことを整理してみたい。

米国ではAPRNコンセンサスモデルの提示を受け、各州がモデルに従った法の変更を目指している。全米でコンセンサスモデルを展開していくためには「LACE」すなわち免許、教育、大学の認定、資格認定の視点が重要とされた。日本において看護師能力認証制度を進めるにあたり、米国の経験を参考に質の担保される制度にしなければならない。

また、この制度が社会に評価されるためには、特

定看護師の活動の成果を公表していく必要がある。特定看護師は患者の身近にいて、看護の視点に医学的視点を統合させ患者のQOLをめざした医療的ケアを提供できる存在である。その役割が患者にどのような効果をもたらしたのか、その成果を蓄積し、アピールし、人々に認知される努力が必要である。

さらに米国の制度改革には、看護専門職団体の活動が影響していた。日本では医療職の認知と合意もまだ十分とは言い難いが、看護専門職が一丸となって患者のために改革していく精神をもち、何が重要かを考え新たな役割の創造に挑戦していくことが求められる。医療者の目指す方向は、患者の安心と安全な医療の提供であり、それに必要な改革のためには前進しかないことを学んだ。

引用文献

Institute of Medicine of the National Academies (2010). The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health, p30-33. National Academies press, Washington D. C.

厚生労働省(2011). 第9回チーム医療推進会議資料. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001w5xo.html>



著者連絡先

〒870-1201

大分市大字廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学 成人・老年看護学研究室

小野 美喜

ono@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 第13回看護国際フォーラム

「韓国の看護の将来-NPに着目して-」(Dr. Kyung-Rim Shinの講演から)

猪俣 理恵 Rie Inomata

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 母性看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2012年2月8日投稿, 2012年2月27日受理

キーワード

韓国、上級実践看護師、法制化、業務範囲、認定評価

Key words

Korea, advanced practice nurse: APN, legislation, scope of practice, accreditation

1. はじめに

韓国におけるAdvanced Practice Nurse(上級実践看護師、以下、APN)制度導入のきっかけは、人口構造や疾病パターンの変化、医療技術の発達に伴う医療を取り巻く環境の変化などにより、特定医療分野に資格を持つ看護師への需要が高まってきた40年ほど前に遡る。1973年に分野別専門看護師が導入されたが、2003年にAPNに変更され、現在は13分野で活動が展開されている。

大韓看護協会会長のKyung-Rim Shin氏は、韓国におけるAPNの歩み、現状、今後の課題について講演された。本稿では、その概要について報告する。

2. APN制度導入の背景と歩み

韓国において、APNが推進されてきた背景には、まず人口の高齢化とそれに伴う慢性的な老年性の疾病の増加がある。このような中、患者の健康増進と疾病予防のニーズが高まってきた。さらに、医療技術が急速に発達し、それと相まって医療施設における分野別の専門看護師の登用が行われるようになった。このような背景の下で、高いレベルの知識・技術を備えた看護職者の必要性が強まり、APNの先駆けとなる分野別専門看護師が、1973年に法的に定められた。1973年の段階では、保健・麻酔・精神衛生の3領域のみであったが、その後、1990年に家庭が加わり、2000年には分野別専門看護師制度からAPN制度へと移行した。その後、2003年に感染・産業・救急・老人・救命救急・ホスピスの6領域、

2006年には小児・成人・癌の3領域が加わり、現在までに全体で13領域のAPNが導入されている。

分野別専門看護師とAPNでは、専門領域の資格要件を満たした者が認定を受けるという点は共通である。しかし、異なる点としてはAPNの資格要件がより詳細となったこと、大学院修士コースを認証された教育機関の教育プログラムを終了した後、資格試験を受けて合格し有資格者なるという点である。このことから、APN制度に移行することにより、ただ単に専門の知識や技術を兼ね備えた看護者というだけでなく、幅広い教養を柔軟に活用できる自律した実践者としての活躍を期待されていることが分かる。

法的には、医療法第56条を根拠法とする国家資格としてAPNは制度化されており、日本の厚生労働省令にあたる保健省令に、APNの業務分野別資格基準、教育課程、認証評価などが明記されている。しかしながら、後述するように現時点ではAPNの業務範囲や役割が法律に明文化されていないため、現在、その実現に向けての取り組みがなされている。

3. APN制度の現状と課題

3.1 APNの定義

APNに対する定義が、大韓看護協会から2004年に発表された。それによると、「APNとは、看護師の免許を保有していることが前提であり、同時に保健医療機関や地域社会において、より広く深い看護スキルや高度な専門知識を対象(個人、家族、地域

単位)に活用する能力があると保健省が認め資格認定された者」と明記されている。しかしながら、この定義だけではAPNとCNS(専門看護師)の違いが明確ではなく、混同される可能性もあるためさらに綿密な定義付けをしていくことが今後の課題として挙げられている。

3.2 資格認定と教育課程

APNには認証規則に基づいた資格要件がある。これは、保健省令に明記されており、直近の10年間で、13分野のうちの各専門分野で3年の看護師としての実践経験を有すること、および大学院教育によるAPN修士コースを終え、APN資格認定試験に合格したものとされる。資格認定試験は年に1回実施され、1次試験(選択式筆記試験)で6割以上点数できた者のみ、2次試験(小論文と実技試験)を受験できる。APN大学院修士コースのカリキュラムでは、10単位(300時間)の実習を含んで33単位程度を標準化することが望ましいと考えられている。このような資格認定は2004年から整備化され、1年間の教育課程であったものが、2年間のAPN修士コースへと統一化され、質的向上がはかられた。しかし、将来的に薬剤の処方などの裁量権拡大を見据えるならば、薬理学などのプログラムをさらに強化していく必要がある。また、教育機関に関してはいくつかの評価基準を満たしたところをAPNの教育機関として認める形をとっているが、APNのさらなる質向上を目指すためにも将来的には認証制度を設けて、さらに質の高い教育を提供できるようすることも課題である。

3.3 需要と供給の実態

APNとして資格認定を受けている者は、13領域の総計で2011年までに11,998人にのぼる。当然ながら、古くから導入された分野に比較的多くの資格取得者がおり、逆に新しく導入した分野の有資格者は少ないという傾向にある。このようなバラツキを是正するため、また、APNとしての資格要件が統一化される以前にCNSとして認定された人の中で大学院修士号を習得していない者にも門戸を広げるためにも、2006年から2008年までは、3年以上の専門分野での臨床経験を有する者に対し、特別に試験を受ける機会を設けた。この試験は、1度のみしか受験できないものであったが、多くの分野別専門看護師がAPNとして認定された。近年では年間約400人程度

が資格認定を受けている。しかし、小児や成人、公衆衛生のように、資格認定者数が増加していない分野もみられる。これは、教育者が充分でないという問題や、反対に学生が受講できる時間帯にプログラムが開講していないなどの問題があげられる。

APNの資格を習得した後、実際の臨床現場でそれがどれだけ生かされているかについて、2009年に韓国看護認証機関が行った調査をもとに見てみると、教育・訓練を受けた内容の業務をしていると答えた者が41.7%と半数以下であった。これにより、人材の適材適所の配置がなされておらず、公的資金を投入して育成したAPNが社会に充分還元されていないということが浮き彫りになった。この要因としては、APNとして雇用するとそれだけ給与が高くなるため、経営者側は高額な給与を払いたくないのではないかと予測される。しかし、医療機関で働く様々な職種のうち約6割を占める看護職に対し、貢献度に見合った報酬が払われないとなると、看護の質を向上させていくことは難しいだろう。APNを含め、看護職者に対して、正当な報酬が支払われるためには、医療費の中に看護料の独立した項目を設けるなどして看護報酬体系を実現化していくことが大きな課題である。

3.4 APNの役割とコア・コンピテンシー

大韓看護協会では、2006年にAPNのコア・コンピテンシーとして、(1)専門的な看護実践、(2)教育カウンセリング、(3)研究、(4)リーダーシップ、(5)コンサルテーションと協力の5つを特定した。このコア・コンピテンシーに基づいて、韓国看護評価委員がAPNの役割としてあげたものは、(1)データ収集、(2)臨床での意思決定、(3)診断・計画・評価、(4)治療的介入、(5)緊急管理、(6)教育カウンセリング、(7)環境資源管理、(8)専門能力開発への参加、(9)調整・協力の9つである。

APNの役割について医師や看護師(RN)、またAPN自身がどのように認識しているのかを明らかにするための調査によると、APNはケアの継続性、医療サービスマネジメント、患者にとっての近づきやすさ、患者満足度の向上、患者および家族ケアの5つにおいて貢献度が非常に高いと、すべてのグループから認識されていることが立証された。特に医師は、患者にとっての近づきやすさ、患者満足度の向上、患者および家族ケアにおいて看護師よりも非

常に高いポイントを付けていた。また、2008年に行われたがん専門APNの成果についての研究では、APNの方が看護師よりも、がん患者の非常に激しい疼痛や疲労感を大幅に緩和することができ、健康管理、QOLの向上への貢献度も4倍高かったことが明らかとなった。これらの研究結果が示していることは、APNは効果的、効率的な看護を提供しており、臨床の現場では他職種もそれを認めているということである。

しかし、韓国においてはAPNの役割を明文化した法律はなく、はっきりとした定義付けがなされていない。早急に明文化の必要があるが、医師側にそれをあまり望まないという現状もある。おそらく、APNが自分たちの職域を侵害するのではと心配し、抵抗を示しているのではないだろうか。APNの活動が有効であり、互いの職域を脅かすものではないことを理解してもらうためにも、さらなる研究による裏付けとともに、APNの業務領域を明確化し、法律上明文化していくことが当面の課題といえる。

4. APNの将来の発展へ向けての挑戦

韓国で、APNが将来的に浸透し発展を遂げるためには、特に法の整備、健康保険制度、そして教育に焦点を当てた取り組みが必要となる。APNの業務範囲や配置基準が明文化されていないため、APNが実質的には有効活用されていないという現状がある。この問題を解決するために、APNの有効性に焦点を当てた研究が継続されており、また政策的に働きかけるといった戦略が展開されている。さらに、大韓看護協会は議会の協力を得るために、看護職の議員2名を議会に送っている。彼らの働きかけにより、APNに対する理解を深め、将来的には政策の立案に持っていく考えである。

現行ではAPNの業務に関して健康保険制度上の報酬制度は設けられていないが、将来的には医師の診療と区別してAPNのサービス項目に応じて、報酬を得られるようにすべきだろう。同時に、APNの配置基準を設けることにより、医療機関が導入に向けて動くものと考えられる。すでに、大韓看護協会は様々な業務を分類定義し、それに基づいた料金体制を作成するプロジェクトを始めている。現在の報酬制度は、医療行為の頻度、密度、時間、価値という基準で計算されているが、同様の手法でAPNの業務の費用を換算するという試みである。これにより、

APNの業務分析に基づきコストコードを設けていくような提案が可能となるだろう。

最後に、教育面であるが、将来的にはより一層、質の改善に努めていくべきことは言うまでもない。そのためには、常に現行の教育プログラムが適正であるか、認証評価していくことが不可欠である。実質的な問題として、APNが先進的医療に対応していく力を身につけるためには、臨地実習をさらに拡充していく必要がある。2012年9月に、大韓看護協会は保健省に対してAPNの教育機関を5年ごとに定期的に認証評価してほしいという申請を出している。そうすることにより、プログラムをタイムリーに変えていくことができるだろう。しかし、看護教育関係者の中には、そうした認証評価のプロセスの必要性に理解を示さない人も少なくなく、APNプログラムの発展にとっては大きな障壁となっている。個人の利益のためでなく、看護界のため、さらにはAPN制度の充実化によって恩恵を受ける対象者のために行うべきこととして理解をもとめ、大韓看護協会としても働きかけていかなければならない。また、教育の質とともに問題となるのが教育者の人材不足である。経験豊富な教職員やメンターの数が非常に少ない現状の中で、APNの中から教育ができる人を育てていくためには、将来的には博士課程を設けていくことも必要となってくる。更には、自律してAPN制度をリードしていく人材育成のために、カリキュラム編成において政治学、経済学、また知名度の向上法を含めた経営学などを盛り込んでいくことも必要と思われる。

5. おわりに

APNが導入されて10年近く経過した韓国においても、日本と同様に裁量権拡大に対する抵抗や内部からの反発など共通の課題を抱えていることは驚きであった。大韓看護協会会長の立場から、Kyung-Rim Shin氏が「まずは皆からじっくり話を聞き、状況を判断したうえで、何が看護界、看護職にとって良いことなのかを基準にして決定を下す」と話されたことは、医師との軋轢や看護職者間の意見の相違の中でせめぎ合う日本の看護界に方向性を見出してくれたようであった。いずれにしても新たな挑戦にあたっては、専門性を追求するだけでなく、将来を見据えた上で、政治的、経済的な視点からもダイナミックに働きかける姿勢が必要と言えるだろう。



著者連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学 母性看護学研究室
猪俣 理恵
inomata@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 特別記念講演（草間朋子学長退任記念）講演録

チーム医療における特定看護師への期待

福井 次矢 Tsuguya Fukui

聖路加国際病院院長 St.Luke's International Hospital

日時：2012年3月22日

場所：大分東洋ホテル

ご紹介ありがとうございました。聖路加国際病院の福井です。草間先生のこのような記念すべき盛大な講演会にお招きいただき、ありがとうございます。実は、どういふ方々がお集まりになるのかよく伺わないまま準備したものですから、ひょっとして分かりきったことをしゃべっていると思われるかもしれませんが、どうぞ40分足らずの時間、お付き合いいただければと思います。

つい先日、草間先生から、日本NP協議会の今年の資格認定試験の合格者は37名、受験者全員が合格したという手紙をいただきました。特定看護師という名前になるのかもしれませんが、いわゆるナースプラクティショナーの制度を日本に立ち上げるために、大変な努力をされているということは重々承知しているところです。実は先ほど草間先生にお話ししたのですが、日野原先生がずっとおっしゃることには、新しい制度を立ち上げるには20年かかるということです。日野原先生のように100歳まで生きると、新しいことがこうなったという結果を、たくさん見届けられますから。特定看護師の制度もこれから法制化される予定で、いつでも法案を提出できる状態になっているとのことですが、どんな困難が待ち受けているかも分かりません。草間先生には少なくとも20年はお元気でいていただき、日本の医療制度の中で、しっかり根付くところまでガイドしていただく必要があると思っています。

私のイメージでは、特定看護師やナースプラクティショナーは、いわゆる総合医と非常に似た状況にあると思っています。私自身、総合診療とかプライマリケア内科という分野に関わってきました。片方は医師の側から、片方はナースの側から担当分野を広げるという試みです。特定看護師は、ナースの側から医師寄りの仕事を行おうとするものですが、両者

のオーバーラップは決して競合するということではなくて、両者が上手く協力しないと上手くいかないだろうと思っています。医師不足に加え、今後ますます大きな問題になると思われる看護師不足については、双方が新しい専門職を立ち上げないと、日本の医療は立ち行かなくなるのではないかと危惧しております。

特定看護師の制度に向けたこれまでの活動については草間先生がお話されると思いますし、私は少々門外漢ですので、そのような制度が重要だという話をさせていただきたいと思います。

まず、わが国の医療の全体像について考えてみたいと思います。ご存じのように、日本人の寿命は1947年に50歳代だったのが、2010年の最新のデータでは、女性が86歳、男性79歳です。男女合わせるとわが国は世界で一番の長寿国です。これは大変素晴らしいことです。少々古くなりましたが、WHOが世界の医療のランキングを発表したことがあります。WHOが週刊雑誌みたいなことをしていると思われるかもしれませんが、これは大変な労力をかけてまとめたものです。それによると、日本人の健康レベルは、質で調整した寿命でみても世界で一番です。しかし、医療の公平性については三番目と評価されています。一人あたりの医療費は、随分低いところにあります。一番お金がかかっているのは米国で、しかも米国の健康レベルはあまり高くない状況です。全体のパフォーマンスとしては、最近発表されているデータでもそうですが、フランスが一番良いとされています。フランスとカナダの医療状況は、非常にバランスがとれていて、世界の中では一番良いとみなされているように思います。日本もいいところには位置していますが、国民の満足度はあまり高くなく、トップとは考えられていません。

患者さんの立場から言うと、いつでもどこでも世

界一の医療を、しかも安く公平に受けたいというのが理想です。一方医療者は、ほかの人はいざ知らず、自分が今診ている目の前の患者さんにベストの医療を提供したい、1億円かかろうが、2億円かかろうが、ベストな医療を行いたいと考えます。

研究者は、全く違った視点からデータが欲しい。特に日本では、医療者はもう少し余裕のある生活をしたと心の底では常に思っていると思います。行政は全く違った視点から、より少ない費用での医療の提供が最も重要だと考えているでしょう。例えば1年余命を伸ばすのに、いくら費用がかかるのかを知りたいわけですが、こういうデータがなかなか日本にはないのが実状です。

医療の枠組みを考える場合、医療に関わるプレイヤーごとに目標とゴールが微妙に異なるために、なかなか一つの方向に動きにくいというのが現状です。そのために、いろんな問題を抱えています。医療技術が高度になればなるだけ、少し間違えば大変な害をもたらす、高齢者の余命を1年伸ばそうとすると莫大なお金がかかります。50年前の若い人でしたら、わずかなお金で1年の余命を延ばすことができましたが、今は医療を取り巻く状況が全く異なってきました。日本人の平均寿命が90歳まで長くなると、そこから先、1年余命を伸ばすのに今より莫大なお金がかかります。つまり、有効性・効率性という点で、わが国ではすでに天井効果のところに来ているために、改善することが難しい。それから、いつも私たちが悩むのは、移植医療の問題や身体と心の治療で、パラダイムと言いますか、基本的な考え方が変わってきた。それから、先ほどのプレイヤーの視点が違うということも関係しますが、集団や社会の視点と個人の視点がかなり異なってくる。また、最近では看護分野でも同様かと存じますが、医療者のプロフェッショナルイズムの衰退が、世界的に指摘されています。ワークライフバランスを重視する風潮が強くなってきているために、献身的に患者さんに接する態度を強く促しづらい雰囲気になってきています。

また、ご存じのように、いわゆる医療崩壊、医療者の数の不足、専門性の偏り、それからチーム医療の再考ということも叫ばれるようになりました。チーム医療は、英語ではマルチディスプリナリイといって、多職種という枕詞が付くのが一般的のようです。チーム医療では、診療の現場でより高い質の医療を提供するために、複数の専門職がタイミング良くそれ

ぞれの役割を果たすことが重要です。そのことによって、例えば一人だと1週間かけないとできないことが、多職種が関わると30分、1時間でできることもありますし、一人ではできないことができるようになることもあります。チーム医療を考える場合に非常に重要な点が、医療の結果、患者さんのアウトカムが本当に改善するかどうかです。「複数の専門職」というキーワードがありますが、今後、チーム医療を構成する職種はさらに増えていくのではないかと思います。

聖路加国際病院でも、いろいろな専門職の人が多く働いています。グループで対応した結果として、医療有効性や効率性の評価も当然必要です。有効性というのは、ご存じのように、死亡率が低くなるのか、病気の罹患率が低くなる、機能障害が少なくなる、自覚症状がなくなる、患者の満足度はどうかということなどです。効率性の評価においては、費用との関連性評価が行われます。

先ほど「タイミング良く」と申し上げましたが、これには、「あらかじめ考えておく手順に無駄がない」ということと、「現場で患者さんを目の前にして、息のあった行動がとれるかどうかということ」の二つの要素があると思います。あらかじめ無駄のないプロセスを目に見える形にすることは、クリニカルパスの作成により可能となります。息のあった行動には、チームについての理解が必要です。私たちもチーム医療、チーム医療と言うわりには、チームのダイナミクスやメンバーの心理的な側面などについてはあまり教えられていないので、何となくチームでやれと言われてばなしのようなところがあります。例えば、解剖学や生理学を勉強しないで診療をやらされているようなもので、もう少しチームについて、最低限こういった知識が必要とか、こういうエチケットが必要だとかを学んでおく必要があると思います。看護の分野について存じませんが、少なくとも医学の分野ではこういうことはほとんど教えられていないために、個人差がとても大きいように思います。チームダイナミクスについては、最初のハネムーンの時期、すなわちグループメンバーがお互いに気遣いをする時期から、混乱期を経て、メンバーにストレスが少なくて生産性の高いチームが最終的に出来上がる。このような自然歴、そのときそのときのメンバーの心理状態をあらかじめ知っておくことが、チームを成熟させるためには重要だと思います。

こういったことについて、少なくとも我々医師

は、あまり体系だったトレーニングを受けてこなかったというのは大きな問題だと思っています。最近では、チームベースドラーニングやチーム基盤型のカリキュラムも開発され、とくに欧米、シンガポールなどのメディカルスクールでは、学生の頃からチームダイナミクスを経験し学ぶカリキュラムで教育が行われるようになってきます。日本においては、医療者養成のカリキュラムにはまだ改善する余地があると思います。チーム医療の有効性についての論文は、残念ながらほとんどが欧米の研究グループによるものです。心不全の患者の入院率と死亡率について、循環器のドクターだけが診ていた患者群と、循環器のドクターに看護師と栄養士が加わったチームで診た場合とでは、死亡率や再入院の割合が優位に低くなるという論文が、10年近く前に出ています。他にも幾つか例があります。II型糖尿病患者の血糖コントロールも、チームでケアするとよくなる。乳がん患者の治療成績も、看護師、栄養士、カウンセラー、がん関連専門職が関わると、治療成績がよくなるのが科学的な手法で実証され、論文になっています。

以上のような研究も、今後日本でのチーム医療を進めていく上で、重要ではないかと思っています。チームの一員として身に付けておくべき共通知識があるはずですが、グループダイナミクスのところでも触れましたが、職種を超えてチームを組む者全員に必要な知識や技術が体系立てられていないことは、大きな問題だと思います。私たちの病院では、少なくとも毎月1回、全ての職種を対象にした講演会を行っています。最低限、このような活動は必要です。

これから医学・医療を取り巻く状況がどんどん変わってゆく中で、専門職の種類や役割の見直しを柔軟に行っていく必要があると思います。病気や医療現場、様々な医療機器も含めて、現場がどんどん変化しています。患者さんのニーズも変わります。医療技術の発展ばかりでなく、社会環境も変わってきていて、今大きな話題になってきているのが特定看護師です。医師の側からは「総合医」、外国では入院患者さんに特化した総合医を「ホスピタリスト」と呼んでいます。こういった専門職が新たに重要性を増すのではないかと思います。

私は特定看護師については門外漢ですが、わかる範囲内でお話ししたいと思います。最近になって、専門看護師や認定看護師が養成されるようになってきました。専門看護師は、必要な単位を取得して修

士課程を修了した方で、1年前までに10分野について612名が認定されているそうです。認定看護師は、19分野で7000人以上の方が認定されていると伺っています。聖路加国際病院には、看護師766名中、専門看護師は5名、認定看護師は11名います。大学院の修士課程では専門看護師の教育課程はありますが、現在厚生労働省の試行事業の関係で行われているのが周麻酔期看護学です。1名の男性看護師がこの3月に卒業し、いよいよ4月から聖路加病院で、アメリカで言うナースアナエスチスト、麻酔師に相当する仕事をしてもらうことになっています。この修士課程のカリキュラムには講義と実習があり、それぞれ270時間と600時間が組まれています。これを修了した看護師が、第1号の周麻酔期看護師として誕生します。彼が、「非常に優秀で、日本の医療にとって素晴らしい、新しい専門職だ」と、誰からも評価されるような働きをすることを願っています。

最初のところで述べたように、厚生労働省では、看護師特定能力認証制度の法案を出す段階まで進んでいると聞いています。「特定行為」とは、医師の指示の下、臨床にかかる実践的かつ高度な理解力・思考力・判断力、その他の能力を持って行わなければならない、保健衛生上危害が生ずる恐れのある行為で、褥瘡の壊死組織を取り除く処置や、脱水の患者さんの判断をして実際に脱水を補正すること、点滴を自分でオーダーして点滴を行うところまでできることなどが想定されています。医師の指示の下とは、具体的な一つ一つの指示をもらわなくてはならないというのではなく、いわゆる包括的な指示で、ある範囲内で自分の判断で行っていいというもので、実務経験が5年以上の方を対象に、2年間の修士課程のコースと8カ月程度の研修期間の二つのルートを考えていると聞いています。その上で、試験に合格することが必要です。

私自身は、ぜひこの法案が通ってほしいと願っています。このことに関連して、私が主任研究者として依頼された研究班が4月1日から立ち上がり、特定看護師の制度に必要なカリキュラムの原案を作っています。法制化された暁には、2年間の修士課程のカリキュラムあるいは8カ月間程度の学習後、どういう目標で方法・評価の研修を行うべきか、いろいろな意見を聞きながら原案を作る予定です。皆さんに納得していただけるような案を作りたいと思っています。

アメリカでは、1965年にナースプラクティショナー

の制度が発足しています。現在でも、様々な論文が出ています。やはり、コストの問題、どの範囲までの診療を行うべきか、医師からどの程度独立してよいのか、あるいは責任の範囲などについて、州や地域によって微妙に違いがあるようです。常にそれなりの課題を抱えているようですが、ナースプラクティショナーが効果的で、患者さんにとって満足度がより高い医療を提供できることについては、ほぼ確証が得られて、誰もが認める状況です。私も1980年代にアメリカの病院で働いていた頃に、ナースプラクティショナーと一緒に働いたことがあります。そのときは、処方箋にドクターのカウンターサインが必要でした。プライマリーケアが必要な患者、風邪をひいたとか、眩暈を訴える患者などは、ほとんど彼女が診てくれていました。また、これから警察官になるとか、市役所の役人になるときの採用時の健康診断も、ほとんど彼女が担当していました。大変優秀で、全く問題を感じなかったという記憶があります。ドクターからのカウンターサインも必要なくなり、診療の範囲もかなり広がってきているという状況のようです。ナースプラクティショナーの制度が立ち上がり、現場での評価を踏まえて、徐々に活動の範囲が広がってきているということです。日本でも、特定看護師がスタートするときには、それなりの制限があるかもしれませんが、しかし、こういう分野に入ってくる方というのは優秀な人ばかりです。特に、新しい制度に対して自分もやってみようという方は、高く動機づけされていて勉強熱心で、必ず高く評価される仕事をしてくれる人々だと思います。日本でも、診療範囲が徐々に広がっていく自然歴を辿るのではないかと期待しています。制度として立ち上げれば、少々の制限があっても、実際に特定看護師になる方々が自分たちで新しい専門性を開拓していくことと思います。

比較的最近の論文でも、今でもナースプラクティショナーが関わると、こんなによかったという成果が米国では発表されています。カナダでも1960年代に発足したと聞いていますが、教育プログラムが必ずしも標準化されていない、地域によって随分違いがあるといった報告もされているようです。

もう一方の、医師の側からの話も簡単にさせていただきます。このスライドは私が佐賀医大にいたころに診た患者さんについてのものです。上腹部の痛みを訴えてきた患者さんで、身体所見ではやや太り気味で血圧が高い。検査所見では肝機能

が悪くて、コレステロールが高く、尿酸が高い。全ての診断名をリストアップすると、すぐに11個ぐらいの病気になります。この患者さんを、それぞれの病気の専門家が見ようとすると、全部で7人の専門家にかかる必要があります。こういうやり方をしてきたのが、比較的最近までの日本の医療だったわけですが、いろんな意味でこれを続けることは難しい。患者さんにとってデメリットをもたらす可能性もありますし、医療の効率的な提供という視点からも、このままではやっていけない。できることなら総合医とか、アメリカでいうナースプラクティショナーに加えて、本当に必要なときにのみ専門医が部門的に診る体制にする必要がある。そういう意味で、通常は特別なことがなければ、1人の医師あるいはナースプラクティショナーが診て、必要な時のみ専門医にコンサルテーションするようなシステムに、今後は変更せざるを得ないと思っています。そのほうが医療の結果もより好ましいことが、ようやく論文発表されています。残念ながらこれもアメリカのデータですが、例えば循環器の専門医や呼吸器の専門医が1人増えるよりも、プライマリーケア医が1人増えた方が、人口1万当たりの死亡率の下がり方が大きい。こういう論文がまとめられるようになってきて、ますます総合医の存在の重要性が明らかになってきていると思います。私自身は、総合医を定義するとともに、厚生労働省に専門医に関する検討会が立ち上がり、総合医いかに組み込むかという話を今進めているところです。

「時に癒やし、しばしば和らげ、常に慰める」という格言があります。フランスで15世紀ごろに誰かが言ったとのことで、外科医のアンブロワーズ・パレではないとか、いろいろ言われています。私の感触では、最近、医師はあまりにも身体を治すことに注意が向きすぎて、行き過ぎのところがあると思います。そういう医師がいてもいいのですが、あまりにもみんながそうになってしまっていると思います。そういう意味で価値観を少し右側に寄せる必要があります。一方、看護師は、慰める、和らげる方向には向いているのですが、身体の異常を治す方向には慎重すぎるようなところがあって、それらの中間を両方から取り持つ職種が必要だと思います。そういう意味で、医師の側からは総合医という専門医のグループを作ることが必要ですが、大学の先生方はほとんどが反対します。そんなの医者ではないというような言い方をする人もいるくらい反対が強い。私はアメリカ留学か

ら帰ってきて20数年間、総合医を専門医として正式に認めてもらうような制度づくりに関わってきました。しかし、これまではうまく行きませんでした。今回は厚生労働省が本気でやろうとしてくれています。それと呼応するように、特定看護師も、従来の看護師の仕事から一歩踏み出して、病気を癒す方、身体を治す方へ動いています。身体所見をとる、薬の処方をする、という方向に将来的には踏み出してもらうことを希望します。

医療の提供体制のグランドビジョンがないということも、20年前から厚生労働省の会議で訴え続けてきました。10年後、20年後には医療提供体制をこうしたい、専門医はこれくらいの数をこう配置したい、そういった理想を実現するための誘導策も含めたグランドビジョンをつくる必要があります。社会の変化を踏まえますと、もっとスピードを上げて柔軟に医療提供体制を変えることが必要だと思います。その中には、新たな専門職も当然入れるべきです。

医療者の教育については、少なくとも大学レベルでは、他の分野と比べものにならない程早い速度で、カリキュラムが改革されてきています。これは、いろんな意味で進歩が早く知識や技術が開発されるため、限られた年限で専門職を養成するためにはカリキュラムを工夫せざるをえないためです。20年前に4年間で教えていた方法を踏襲すると、教える内容が膨大になっているため、8年、10年かかるようになってしまう。そこで、どうしてもカリキュラムを工夫する必要があります。世界中で、いろいろな新しいカリキュラムが開発されています。新しいカリキュラム開発の背後にある重要な概念のひとつに、「医師は医師だけ、ナースはナースだけ」という教育ではなく、いろいろな医療職と一緒に共通の部分を勉強する、というインタープロフェッショナル・ラーニングがあります。大学によっては、特に欧米の大学では、そのような考え方に基づいたカリキュラムを始めているところもあります。

医療者の教育も、医療の内容も、EBMも、医療のシステムとか社会の特有性を踏まえて、国際的な標準化もますます重要になってきています。メディカルツーリズムも話題になっていますが、医療者の教育、医療の提供体制の国際標準化は避けて通れない道だと思っています。

以上、雑駁な話で恐縮ですが、私としては、特定看護師の導入・法制化が実現され、多くの方がこ

ういう分野で仕事をされて、医療がさらに良くなっていくことを、心から願っています。

(大分県立看護科学大学主催の特別記念講演をまとめたものです)



著者連絡先

〒104-8560
東京都中央区明石町9-1
聖路加国際病院
福井次矢
fkts@luke.or.jp

大分県立看護科学大学 特別記念講演（草間朋子学長退任記念）講演録

看護の質向上のための大学教育・大学院教育

草間 朋子 Tomoko Kusama

前大分県立看護科学大学学長、東京医療保健大学 Tokyo Healthcare University

日時：2012年3月22日

場所：大分東洋ホテル

本日は、私の退官に伴い記念講演会を催していただき、こんなに大勢の皆様にお集まりいただきまして、本当にどうもありがとうございます。また、福井先生には年度末のお忙しいところ、わざわざ東京から記念講演会のために大分までおいでいただきまして、本当にありがとうございました。

ただいま、ご紹介いただきましたように平成10年から大分県立看護科学大学の学長として14年間務めさせていただきました。私立大学の学長さんだと14年間くらいの長さは当たり前かと思えますけども、国公立の学長で14年というのは、長すぎたかなと思います。大分は、温泉はもちろんですけども、食べ物もおいしいし、自然もいいしということで、つつい居心地がよかったために14年間も本当にお世話になりました。

14年間の間に、私ども大学の教職員には本当に一丸となって様々な取り組みに挑戦していただきました。現在、200校近くある看護系大学の中で、トップランナーとして看護界を改革していきたいとの思いを抱きながら、大学運営にあたって参りました。

先ほどご紹介いただきましたように、私は、平成10年、本学にお世話になるまで、放射線、原子力の研究者・教育者として働いて参りましたので、看護教育にはほとんど関わって参りませんでした。しかし、せっかく看護教育に取り組む機会を与えられたので、将来を見据えたモデルとなるような大学を作りたいと思いつつ大学運営に当たってまいりました。開学に当たっての、大学に対する思いをお話させていただきます。今、福井先生からも特定看護師のお話を伺いました。私どもの大学、ナースプラクティショナー、診療看護師の養成教育を全国に先駆けて始めましたので、特定看護師、あるいは診療看護師について、ご紹介させていただき、ぜひ県民の皆様、あるいは今日ご参加の皆様にご理解いただければと思います。

最後に、退職にあたり、やり残した仕事をお話しさせていただきます、みなさんに解決していただければと思っております。

1. 看護職とは

今日、ご参加の皆様が、必ずしも医療界、看護職の方々だけではありませんので、看護についての一般的なお話を最初にさせていただきます。看護職といったときに、看護師については皆さんよくご存知だと思います。助産師も分かっていただけたと思います。保健師の存在をご存じない方がおられるのではないかと思います。国の委員会等に関わっておりますと、私と同年齢の方で、人生70年経っても保健師に1回もお世話になったことがありませんと発言をするかなり著名な方たちもおられ、保健師の存在というのは意外と知られていないのではないかと思います。看護職と言ったときに、3つの職種があるということをご理解いただきたいと思います。現在、看護師として活躍している方たちは、准看を含めまして約140万人おります。日本では働く女性の約20人に1人が看護職という状況であることをぜひご理解いただきたいと思います。また、医療職の中で、先ほど福井先生が、医師、あるいはたくさんの方の医療職がありますということで、多くの医療職をお示しいただきましたが、たくさんある医療職の半数以上は看護職が占めております。看護師、保健師、助産師の看護職は、患者さん、国民の皆様、あるいはコミュニティーの皆様の最も身近で四六時中見守っている職種であるということをご理解いただきたいと思います。看護師は患者さんたちの最も身近で、患者さんたちのQOL、要するに生活の質、あるいは命の質の向上を目指して、見守っている、ケアをさせていただいているわけです。医師と看護師とがどこが違うかと言ったときに、先ほど福井先生も大変わかり

やすい説明をしてくださいましたが、私は、看護師は、まさに患者さんたちの今ある症状をコントロールして、患者さんたちの症状をできるだけ和らげて差し上げることが役割であると思っています。したがって、看護師は症状マネジメントを役割としているというふうに位置付けております。それに対して、医師は患者さんたちの病気をコントロールする、要するに疾病マネジメントが医師の役割ではないかと思っています。患者さん達の症状マネジメントをしっかりと行っていく看護師が、今の役割のままでいいかどうかということで、その役割拡大を考えたのが診療看護師であり、特定看護師です。

また、高校生が就きたいと思っている職業は何かについての調査によりますと、女子学生の第3位は看護師だと言われています。看護師は女性の職業としては大変魅力的な職業として受け止められているわけです。医療職の半数以上を占め、働く女性の20人に1人は看護師であり、また、高校生が就きたいと思っている看護師を、魅力的な職業としての社会的なポジションを高め、社会の期待に応えられる人材を教育することが、大学の役割であると考え、看護大学教育に携わりました。

2. 基礎教育が、職業に対するプライドを育てる

私は、自分の職業に対するプライドは、教育環境によって作られるという思いを、大学卒業以来強くもっておりました。先ほどご紹介いただきましたように、私は昭和40年に東京大学の医学部の衛生看護学科、今は健康総合科学科という名称を変わっておりますが、卒業しました。その当時は看護系の大学は全国に2つしかなかったのです。大学を受験するときは、あまり深く考えないままに大学を選択してしまったのですが、私たちの同級生で看護師になった人たちはほとんどおりませんでした。というのは、当時、看護職に対してプライドが持てなかったのです。なぜかと言いますと、大学教育に関わる教員は、博士を持っていないといけないとか、大学を卒業していなければいけないというような条件がありましたので、看護教育に携わることができる教員が極めて少なかったのです。私どもは看護教育を受けるはずだったので、実は教育をしてくださった教員というのは、ほとんどが医師だったので。したがって、看護に関する教育、看護に関する魅力等を教えられるということはほとんどありませんでした。

また、医学部というと医学科がメインであって、衛生看護科はつけ足しの学科であるという印象を入学以来、ずっと持ち続け、学生時代を送りました。教室なども空いている部屋を使わせてもらっているというような環境で教育を受けました。このような教育環境で教育を受けたのでは、本当に自分たちの職業に対するプライドを持っていないなと思いつつ卒業しました。卒業するときは、本来は看護職に関係した職業に就くことを期待されていたと思いますが、放射線、原子力の領域の研究者となってしまいました。

平成10年に看護大学の学長を引き受けるにあたりましては、学生達が卒業する時点で本当に看護、看護学を選択してよかったなと思うということと、さらに、たくさんある看護大学の中で、大分県立看護科学大学を選択してよかったなと思うような大学を作りたいということを強く思いながら、大学教育にあたりました。看護職として、自分の職業に対するプライドを持つということは、患者さんあるいは国民の皆様がいい医療を提供していく上に絶対必要なことだと思っております。そのプライドは、教育環境によって作られるという信念の下、とにかく看護大学のモデルとなるような大学を作りたいと思いながら学長を引き受けることにしました。

それでは、看護学のモデルとなる大学とは一体どのような大学かということですが、大学あるいは大学院に費やされたさまざまなコストを社会にしっかり還元し、社会あるいは時代のニーズに対応できるような人材を育てていく。これが大事なことじゃないかなと思います。そのためには、自分の職業に対するはっきりとしたプライドと責任を持てるような学生を育てなければいけない。患者さんに、あるいは国民の皆様のもっとも身近にいる看護職が提供する看護は、クライアントオリエンティッドナーシング、患者さんと向き合う看護じゃなくてはいけないと思います。私が昭和40年に大学教育を受けたときには、どちらかというと看護はドクターオリエンティッドナーシングだったと思います。要するに、医師の補助者としての看護職を育てていくという教育ではなかったかと思えます。医師による教育を受けておりましたので、そういう印象をなおさら強く持ちました。

それともう一つ、大学教育を始めるにあたって看護職は本当に自律しているかどうか疑問に思いました。大学教育を受けた職業でこんなにも自律していない職業であっていいのかなという印象を持ちました。

そこで、大学教育を通して、自律した実践ができる看護職、要するに専門職としての実践力があり、医療職間のバリアフリーのサービスが提供でき、責任を持って看護が提供できる看護職を育てることを目標にしました。

大学教育は、専門学校教育と違い、職業教育を行うところではないといわれる方々もおられますが、看護系大学は、目的的な大学ですので、しっかりした看護職を育てることが、大学の一つの使命ではないかと思っております。とにかく看護職の専門性を大学教育の中でしっかり強化していこうということを考えました。

看護師は、これからのチーム医療のキーパーソンであることが平成22年にチーム医療の推進に関する検討会の報告書の中でしっかり書かれており、患者さんたちの一番身近にいる看護師をチーム医療のキーパーソンであると位置づけていただいております。看護職には3職あるわけですけども、看護師がチーム医療のキーパーソンであるとすれば、私は保健師はまさに組織、地域の健康づくりのキーパーソンでなければいけないと思っておりますし、助産師は性と生殖のキーパーソンでなければいけないと思っております。それぞれの役割と専門性を持ったキーパーソンを育てるためには、教育を通して、看護職の専門性を強化していこうということを目指しながら、大学あるいは大学院教育にあたって参りました。医療職の半数以上を占める看護師の質がいいかどうかは、医療保健の質を左右すると思っております。この看護職の質の良否は継続教育も大事ですけども、最初に受ける基礎教育が大変重要だと思っております。私自身が受けた大学教育の中では、十分な看護の基礎教育を受けてこなかったという思いが大きいので、若い時期の基礎教育というのは大変重要だと思っております。

私どもの大学が創立10周年記念を行いましたときに、東大の小児科の教授、学部長でもおられました鴨下先生をお招きしまして、特別講演をしていただいたときに、鴨下先生が、21世紀は看護の時代であるということを、講演の中で強調していただき、私は本当に心強く思いました。医療界のトップにおられる先生がそう思ってくださいとすれば、本当に看護教育を充実していかなければいけないという強い責任感を持ちながら、お話をうかがった記憶があります。

4. 大分県立看護科学大学の特徴

ここで、私ども大分県立看護科学大学の特徴の概要をお話させていただきます。大学である以上、単に職業人を育てるというだけではなく、看護あるいは看護学の発展、進化に寄与していかなければいけないということで、科学としての看護学を追求していくことも大学の使命です。そこで、開学にあたり私どもの大学は、看護大学でなくて看護科学大学という名称を付けさせていただきました。科学としての看護の基盤をしっかり築こうということで、7科目からなります人間科学講座という講座を設置し、ここに全教員の約3分の1を当てております。看護の基盤となる教育にこれだけ重点を置いている大学は、数多い看護系の大学の中で多分、本学が唯一ではないかと思っております。もう一つの特徴は、看護観、あるいは看護の心が何であるかということをきっちり学生に植え付けるためには、看護の専門教育は、看護師の手で行っていききたいということです。私が大学教育を受けたときには、内科看護学とか外科看護学という、要するに診療科ごとの看護だったために、ほとんどが内科や外科などの医師の先生方から教育を受けたわけです。したがって、内科看護学と言いながら、内科の教授から教育を受けるということになりますと、看護観とか看護の心とか、こういったものを自分の中で醸成することができなかった。そこで、とにかく私どもの大学は、看護の専門教育は看護師の手でということで、看護の基礎講座から、各領域の看護の先生方、全てを看護師にしました。現在200近くある看護系大学の中で、本当に数えるほどしかないのではないかと思います。その他の特徴としては、学生に、総合的な判断力と実践力、自律性を持たせる教育をということで、カリキュラム編成もかなり工夫したつもりです。また、これからのグローバル化時代、国際的な視点をしっかり持たせなければいけないということで、学部の中で、看護系の大学の中では初めてだと思いますが国際看護学講座を設置しまして、教授に韓国から先生をお招きすることにしました。当事、看護学に関連した外国の先生方を招聘する場合には、皆さん欧米、特にアメリカを向いていたわけですけども、これからの看護は、韓国といかに連携していくかというのは大変重要だと思ひまして、韓国の大学から先生をお招きし、常勤の先生として勤務していただきました。現在、私どもの大学は大変国際交流を活発に行っておりますが、国際

交流を長年にわたって継続して行うことができているのも、外国の先生を常勤でお招きしていることが大きいのではないかと考えております。

こういった様々な改革を実行していくためには、必ず資金が要ります。県からいただくお金だけではできませんので、文科省の特色ある大学教育支援プログラムや大学院教育の国際化推進プログラムなどの競争的な資金に応募させていただき、それぞれお金をいただきました。その結果、特定看護師の教育や、自律した看護師の教育の推進に資金的なバックアップがある形で進めることができました。

5. 看護師教育の4年制化の必要性

看護職、すなわち看護師、保健師、助産師の専門性を強化するという点で、本学では、全国に先駆けまして、看護師の教育を学部で4年で行うようにしました。これは、現在の看護師に期待される役割は、大変幅広くなってきておりまして、今までのような4年のカリキュラムの中で保健師と看護師、助産師の教育を行ったのでは、3つの職種の専門性を強化することはできないと考えまして、昨年、平成23年から看護師の教育だけを学部教育で行っております。それに伴い、昨年からは、保健師の教育を広域看護学コースとして大学院で始めております。助産師に関しては、もうすでに平成16年からダブルスクールという形で、大学院で行わせていただいております。一人の学生が学部と大学院の両方に籍を置きながら教育を受けるということでダブルスクールと呼んでおりましたが、今年からは、ダブルスクール教育をやめまして、全て大学院教育に一本化しました。これからお話いたしますナースプラクティショナー、診療看護師、特定看護師につきましては平成20年から大学院修士課程で教育を始めております。看護職としてのそれぞれの専門性を強化することが、国民の皆様あるいは患者さんたちにいい看護、ケアを提供していくことになると考えたためです。

6. 診療看護師、特定看護師の教育の開始

診療看護師、あるいは特定看護師の養成教育に本学がどう取り組んできたかを簡単にお話させていただきます。

先ほど福井先生からもお話がありましたように、日本の医療・保健・福祉・介護を取り巻く環境は大きく変化しているわけです。しかし、医師とか保健師、

助産師の身分や業務を規定した法律は昭和23年、第二次世界大戦直後にできたわけですので、その当時から比べますと、かなり状況が変わってきている。そういう中で、チーム医療、要するにそれぞれの職種が専門性を出し合って医療を行っていくためには、法律ができた当時の業務にこだわっているのではなくて、社会の変化に対応できるように業務、役割を拡大していくということが、大変重要です。タスクシフティングとかあるいはスキルミックスが大事だということで、特定看護師、ナースプラクティショナーの教育もその一環として始めました。先ほどの福井先生の最後のお話にもありましたけれども、患者さんの視点からみると医師と看護師のちょうど中間的な役割を果たす看護師です。法律では看護師は療養上の世話と医師の指示の下で診療の補助行為を行うと決められておりまして、医業は医師でなければ実施することができない形になっております。患者さん達は、医療施設に診療を受けにくる訳ですが、医療を提供する側の提供するサービスが縦割りになっており、患者さんの受ける医療に隙間ができてしまうわけです。そこで、患者さんたちにとってシームレスな医療を提供していくためには、業務の間隙を埋めるための職種が必要じゃないかと思いました。患者さんたちの症状をマネジメントするために、安全性の高い侵襲性の低い医療行為ができる看護師を養成する必要性を感じました。アメリカ等の医療の先進国では、ナースプラクティショナーは既に導入されているものです。ナースプラクティショナーという英語の名称のままでは国民の皆様には理解していただけないからということで、日本NP協議会では日本語訳を考えまして、安全性の高い診療行為の一部も実施できる看護師ということで、診療看護師と呼ぶことにしました。今、特定看護師という形で制度化が進められているわけですが、こういったちょうど中間的な役割を果たす看護師を育てることによって、患者さんたちにシームレスな医療を提供できるのではないかと考えております。特定看護師の活動を通して、患者さんたちのQOLを高めることができるのではないかとこのように考えております。

現状では、法律的には看護師は二つの業務しかできない。そこで、患者さんの症状をコントロールあるいはマネジメントするために、より効果的に効率的に、特にタイムリーにできるようにしたいということです。発熱した患者さん、あるいは下痢の症状を持った患

者さんがいるときに、看護師は、療養上の世話、要するに療養環境を整えることとか、あるいは医師の指示にしたがった処置しかできない。患者さんの最も身近で症状を一番よく把握している看護師が、症状をマネジメントするために、安全性が高い薬剤をタイムリー投与することにより、患者さんたちの症状を緩和することができるのではないかと考えております。昭和23年にできた医療法あるいは保助看法では、医師でなければ医業をしてはいけない、もし看護師が診療の保助行為をする場合は、必ず医師の指示が必要であるという、こういう形だったわけですけども、新しく診療看護師あるいは特定看護師を導入することによって、安全性が高く、侵襲性の比較的低い医療行為については、特定看護師あるいは診療看護師が行うことによって、患者さんたちにシームレスな医療をタイムリーに提供できるのではないかと考えているところです。

今まで看護師にはできなかった業務を拡大していくためには、安全であることと安心できることを担保することが大変重要なことです。このためには、まず患者さんたちとの信頼関係を構築する、これが前提ですけども、系統的な教育をすることと、制度的な仕組みをつくるのが絶対必要だと思っております。現状の医療の中では、実はかなりの医行為が、病院ではすでに看護師が行っていると、いわれる先生方がいます。しかし、やっているということと、できるようにするということは全然違うわけですので、とにかく制度的にできるようにすることによって、患者さんたちも安心するわけですし、医療を提供する特定看護師、診療看護師の側も安心・安全を担保しながらできるわけです。いずれにしましてもやっているからいいというのではなくて、制度的にしっかり教育をし、制度的な仕組みを作ることができるようにすることが大変重要だというふうに考えています。

もう一方で、診療看護師、特定看護師をどう育てていくかということで、大学院教育に注目しました。大学というところは、学部だけではなく、修士課程を作り、博士課程を作ることにより一応大学としての体裁を整えていることとなります。看護系大学の多くの大学でも大学院を作ろうとするわけです。現在、たくさんの看護系の修士課程があるのですが、すべての大学が修士課程の定員を充足しているわけではありません。私どもの大学も平成14年に大学院修士課程を立ち上げたのですが、開設当初は定員を充

足することはそんなに難しい話ではありませんでした。しかし、毎年定員を確保することは結構難しい状況でした。これは、大学院修士課程の目的は、研究者、教育者を育てることだったからです。そんなにたくさんの研究者、教育者が必要なわけではありません。平成14年に、文科省の中教審から、大学の修士課程の目標は、研究者、教育者を育てるだけではなく、より高度な専門知識、あるいは技術を備えた実践者の人材育成の場に使っていくべきじゃないかという答申が出されました。この結果できたのが、法科大学院ですけども、この構想を見まして、大学院でナースプラクティショナーを育てることが時代、社会のニーズに合っており、大学院の教育資源を社会に還元することにも通じるのではないかと思います。増加しつつある大学院修士課程の教育資源をしっかりと社会に還元するためには、大学院の修士課程で実践者を育てるという構想を持たないといけないなと思ったのが、特定看護師、診療看護師を始める一つのきっかけでもありました。そのときに、なぜナースプラクティショナーに思いがいったかといいますと、アメリカでは1965年にコロラド大学においてナースプラクティショナーを養成し、医師と連携・協働しながら、診断治療もでき、要するに検査のオーダーができたりとか、あるいは州によって違いますけども、治療すなわち医薬品の処方ができたりとか、こういった看護師が活躍しているということが分かりまして、日本でもぜひこのような看護師を大学院修士課程で育てることによって、患者さん、あるいは国民の皆様に教育資源をきっちり還元できるのではないかと考えました。ナースプラクティショナーにつきましては、アメリカだけではなく、すでにイギリス、オーストラリア、タイ、韓国等でも、もう一般化されております。医療の先進国であると自負している日本において実現していないということは、遅れているのではないかと思います。そこで私どもは、取り組みを決定すると同時に、平成16年に、学内に12名の教職員からなるNPプロジェクトチームを立ち上げまして、養成教育のシステムをきっちり確立することと、制度化に向けた活動に取り組むことにしました。具体的には、国際会議を開催したり、NPプロジェクトの12名の教員を全てアメリカに1カ月ずつ研修に出してもらいました。この研修が実施できたのは、先ほど言いましたように、文科省から競争的資金がいただけたことが大きかったです。また、国内の病院にお願い

しまして、外来等で教員の研修もさせていただきました。学内にプロジェクトチームを立ち上げると同時に、日本NP協議会をたちあげまして、日本でもNPを普及させる取り組みや教育の標準化を図る取り組みをしていこうと考えました。先ほど福井先生のお話でもありましたように、アメリカでは現在16万人のNPが活躍しております。大変歴史が長いので、NPもたくさんの領域にわかれておりますが、日本でNPを立ち上げるときに、カバーする領域をどう設定するかというのが大変重要な課題だと考えました。領域の設定にあたっては、患者さん達にタイムリーにサービスが提供できるということ、要するに目の前に居る患者さんに、例えば糖尿病しか対応できません、あるいはがんしか対応できませんということではいけないと考えまして、タイムリーにサービスを提供するためには、できるだけカバーする領域を広くしておいたほうがいいのではないかと考えました。それともう一つは、時代、あるいは社会のニーズに答えていくということから、今の日本の医療が抱えている課題に対応していくということも大事ではないかと思いました。今の日本が抱えている課題としましては、救急医療をどうするかという問題と、もう一つは、超高齢社会を迎えた中で、在宅療養あるいは在宅医療をどうしていくかということですので、この二つの領域をカバーできるような形の領域設定をしようというふうに考えまして、一つはプライマリーケア、要するに慢性期疾患を持つ患者さんに対応する領域と、クリティカル領域すなわち、急性期の患者さんに対応する領域と、この二つの領域を設定し、これに対応した特定看護師あるいは診療看護師をまず育てていくことを考えました。これが、例えば時代が経って20年、30年後には領域がもう少し専門化されてくるかもしれませんが、当初はこういう形で立ち上げようという形で話し合っただけで立ち上げてきたわけです。

現在、NP、診療看護師教育という形で養成教育をしている大学は6校あります。私どもの大学が最初に立ち上げたわけですが、クリティカル領域のNPは、東京医療保健大学東ヶ丘看護学部で立ち上げました。東京医療保健大学は、この3月にはじめて20名のNPを社会に送り出したところです。

7. 特定看護師、診療看護師の養成教育の実際

私どもの大学の養成の概要をお話させていただきます。NPあるいは特定看護師の養成教育を行う際

の、カリキュラムを作るときにまず、必要とされる能力を設定することは大変重要なことですので、最初にこの7つの能力を持った特定看護師、診療看護師を育てることとしました。しかし、2年間という限られた大学院修士課程の教育の中で、7つの能力を均等に教育しようとするとかかなり無理があることがわかります。というのは、今まで看護師にはできなかった医療行為までできるようにするためには、2年間という限られた期間を有効に過ごさなければいけないということで、実際の教育は7つの能力の中の、最初にあげた2つの能力を身につけることをメインにして、カリキュラムを組むことにしました。二つの能力とは、まず、今患者さんたちの状況がどうかということをしつかりアセスメント、評価できる能力で、包括的な健康アセスメントができる能力です。これは、フィジカルアセスメントに加え、どのような臨床検査をすることにより今の患者さんの状態を正確にアセスメントできるかということです。次に、アセスメントした症状に対応したマネジメント、すなわち、簡単な処方も含めた医療行為ができる能力です。この2つの能力を中心に、2年間のカリキュラムを強化していきましょうという形で、カリキュラムを作っております。したがって、2年間の限られた教育の中では、今までの看護教育では不足あるいはまったく行われなかったフィジカルアセスメント、要するに患者さんの身体的な状態をしつかり把握できる能力と、それと臨床薬理に関する教育と、疾病、病気の成り立ち等をしつかり理解できる教育、この三つのPを中心にし、基本的な知識だけではなく、きっちり臨床的な応用能力までできるような教育を講義・演習・実習を上手に組み合わせで行っております。このように大学院教育では医学教育を中心にやっておりますので、教育の大部分を医師に依存しております。今、私どもの大学はNPの定員は1学年たった5人ですが、実習まで含めて46人の非常勤の医師を教員にお願いしています。今までの看護教育では私ども看護の教員は、当然ですが医学教育をまったく受けてきていないので、医学教育は医師に頼らざるを得ないのです。現在は、教育の大部分を医師に依存していますが、これが数年後には特定看護師あるいは診療看護師がそれぞれ教育を担当することができるようになることを期待しております。最初に私が看護教育は看護師の手でと思ったのと同じように、特定看護師、診療看護師の教育は、将来は診療看護師、特定看護

師がというふうに考えております。当初、私は、多分5年、6年かかるかなと思っていたのですが、実は昨年卒業した学生が、すでに次の学年の実習等は少し指導できるようになってきておりますので、意外と早くいくのかなと思っています。先ほど、福井先生が、初期の学生は大変優秀ですとお話くださったように、とにかく初期の学生、大変優秀なので、終了後1年しか経っていませんが、少しずつ後輩の教育ができるようになってきているので、これは大変素晴らしいなと思っています。先ほど、福井先生、20年以上かかると言いました。確かに、アメリカではしっかりシステムとして出来上がるまでに30年、40年かかったと思いますが、日本でも同じ時間をかける必要はないと思うのです。だから、私は5、6年でやって欲しいなと思っています。

大分ではプライマリーケア領域のNP、特定看護師ですので、高血圧とか糖尿病とかCOPDの患者さん、その他の慢性疾患を持つ患者さんとか、あるいは認知症を持つ患者さん、あるいは発熱とかせき、下痢などの症状を持った患者さんたちに対して、一般的な検査も含めまして初期診察がきっちりできる、要するに臨床推論が的確にでき、今の置かれている患者さんの状況をしっかり理解し、必要な処置ができるような講義・演習・実習を行っております。また、プライマリー領域のNP、特定看護師に関しては、在宅医療をカバーできるようにしていこうと思っています。そこで、大変重要なことは、高齢化が進んでいる日本の医療をできるだけ在宅に移していく方向で検討されておりますので、これからは在宅での看取りが増えてきます。NPが、在宅で終末期のケアしてきた患者さんの死亡の確認ができるようにしていただきたいと思っています。とくに遠隔地では、医師が十分おられるわけではありませんので、在宅で看取りをしようと言ったときに、医師に死亡診断書を書いていただくために、わざわざ救急車で病院に搬送するというような状況があるわけですので、在宅で看取りができるようにするためには、ぜひNP、特定看護師の役割の1つに、死亡の確認ができるようにということも入れていただきたいと考えています。

実際に修士課程の教育では、とにかく医学教育を中心にやっておりますので、必須科目の大部分が医学に関する教育で、看護に関する教育は選択科目にしております。看護に関する科目を選択科目にしてい

るために、5年以上の看護師の経験があることを大学院の入学要件にしております。5年以上というふうにしていますが、実際に入ってくる学生さんたちは、平均すると9年くらいの経験がある方たちが入ってきておりますので、もうしっかり看護は身につけております。特定看護師は特定の医行為しかしないのではないかという批判がありますが、5年以上看護師をやってきた方たちというのは、しっかり看護が身につけておられて、看護の軸足に立って診療をしていることは卒業生をみていただければ明らかです。2年間の教育の中で医学教育を中心にやっても、臨床に出て活動するときには看護師としての視点も発揮してやっていただいております。実習施設としては、総合病院、老健施設、診療所をお願いしています。将来は、訪問看護ステーション等でも働いていただきたいので、訪問看護ステーション等も実習施設にしたいのですが、訪問看護ステーションには医師が常駐しておりませんので、現時点では、実習はできません。しかし、将来は、訪問看護ステーションも実習施設の中に入ってくるかと思います。私どもの大学を卒業した診療看護師あるいは特定看護師は、現在、一般病院ですと病棟や外来で活動させていただいております。病院の中で病棟は無医地区状態です。午前中は先生方、外来に出てしまうし、外科の病棟だったりすれば午後は手術があつてということで、病院の病棟というのは無医地区に近いので、特定看護師が活躍できる場の一つであることを、去年、卒業した学生の経験から分かりました。一般病院の病棟あるいは総合診療科等は将来的にはNPに任せていただくような形にしていければと思いつつ、教育をしています。また、老健施設や、医者が常駐していない特養なども、NPの活動の場と思っています。昨年卒業した学生がすでに就職しております。今年は7名の学生が卒業し、3名が小児領域のNPです。小児のNP、特定看護師の活躍の場の一つとして重心施設もあります。

診療看護師あるいは特定看護師の導入によって、実際に医療の現場がどのように変わるかということですが、プライマリーケア領域を考えますと、在宅療養が継続できるようになる、あるいは老健施設とか特養等で医療処置の一部が受けられるようになる、あるいは慢性疾患を持つ病棟、あるいは外来の患者さんたちに対してしっかり時間をかけて関わることができるというような形で、医療現場が変わっていくと

考えております。

また、効果的・効率的なチーム医療の推進ができるようになると考えております。医師は医師でなければできないことに専念していただくということがこれからの医学の進歩にとっても大変重要なことです。医学研究もしっかりしていただかなければいけません。看護師にとっては、キャリアアップの機会、道筋を沢山作っておくことによって、看護そのものを魅力的な職業とすることができます。18歳人口が減りつつある中で看護を目指す学生さんたちにとっても、看護が魅力的な職業とうつり、優秀な学生さんたちがたくさん集まってくれること、中途退職を考えている看護職の離職防止にもなるのではないかと考えております。実際に、大学院修士課程に入学してきた学生さんたちの動機を伺いますと、多くの学生が、患者さんを目の前にして、もう少し看護師ができる幅が広がれば、患者さんたちの症状等をもっと楽にさせてあげられるのにと、思いを持ったことであると言います。入学する時の思いを大事にして、それが達成できるように教育をしていきたいと思っております。

8. 特定看護師の制度化に向けて

それでは私どもが制度化に向けて、どのような取り組みをしてきたかということについてお話させていただきます。制度が全くない状態で、どうして教育を始めたのかとの質問を多くの方々から受けますが、新たな挑戦に向かって、社会を動かすためには何かしなければいけないということでも、教育を始めました。国際会議等に招聘したアメリカの先生方からも、アメリカも最初は制度がないところから教育を始めましたということをお聞きし、それでは日本もそうしようってということで、制度がないままに、教育を始めることにしました。目の前にいる学生に対して、教育をすることだけでは責任を果たしたことになりますので、制度化に向けての取り組みを教育開始と同時に始めました。私ども、国会議員でもない、行政マンでもない素人が、何ができるかというのをいろいろ検討した結果、構造改革特区の提案がありました。これは個人でも誰でもできるということだったので、特区の提案をすることにしました。社会医療法人の大分岡病院にも協力していただき、臨床現場と教育機関のペアで特区を提案することで、制度化が加速するのではかいなという思いで取り組みま

した。特区の提案は平成20年11月から行いました。内閣府の担当者に相談したところ、できるだけ具体的な提案をしたほうが良いということだったので、最初8項目、死亡の確認をさせてほしいとか、あるいは高血圧の患者さんに限られた薬剤の処方をしてほしいとか、実習の中で医行為をやらせてほしいなど、かなり細かい項目として提案しました。しかし、いずれも、体系的な医学教育を受けていない看護師が提案事項を行うことは認められないという結果で、1項目も通してもらえませんでした。特区の提案は、年に2回ずつできますので、だめでも継続して特区提案をしていこうと覚悟を決めました。そこで、提案を出す度に、5項目ずつ追加して出そうということになりまして、最初8項目、次が13項目、次が18項目まで提案し、とにかく100項目まで頑張ることにしました。しかし、18項目まで提出した段階で、チーム医療の推進に関する検討会が厚労省の中にできました。これには、内閣府の規制改革会議が大きな力になったと思います。国は、チーム医療が大事であることを言っておきながら、なかなか具体的に動かなかったのです。しかし、規制改革会議は、平成20年と21年の2回にわたり、答申の中で、日本においてもナースプラクティショナーの必要性について検討すべきであることをのべております。そこで、内閣府の規制改革会議は、厚生労働省に対して、日本においても、ナースプラクティショナーの必要性を具体的に検討し、平成22年3月までに結論を出すようにと、期限をつけて勧告を出しました。その結果、チーム医療推進検討会が、平成20年に設置され、11回の検討の結果、看護師の業務拡大が必要であり、特定看護師(仮称)としての基本的な枠組みが提示され、制度化に向けた動きが、俎上に載ってまいりました。養成教育をはじめたこと、特区の提案をしたことを契機に、マスコミ等でも様々な取り上げをしていただいたことになりました。報告書では、ナースプラクティショナーは日本では時期尚早であり、医師の包括的指示のもとで、特定の医療行為も実施できる看護師のことを特定看護師という形で、制度化しようということ動き出しました。平成22年の3月の報告書の中で初めて特定看護師という言葉が出てきたために、世間の皆様は特定看護師が、突然出てきたように思われるのですが、決して突然ではなく、こういった経緯の中で出てきたというのをぜひご理解いただきたいと思っております。ただ、私たちも特定看護師という名

称を初めて耳にした時には、意外でした。

診療看護師、ナースプラクティショナーと特定看護師とどこが違うかということですが、特定の医行為を行うことができるという点では、全く同じですけれども、特定看護師の場合は医師の包括的指示のもとで行います。それに対して、診療看護師は、医師と連携協働して、特定の医行為ができますということです。包括的指示も、事前につくられているプロトコル等に沿って医行為を行います。連携・協働も医師と連携・協働しながらプロトコルを開発しておりますので、実質的には同じです。かたや包括的指示、かたや連携・協働ということです。特定看護師でいいのではないかという意見もありますが、私どもがこだわるのは、包括的指示であっても、指示は指示です。こうなりますと、看護師はいつまで経っても自律できないということになります。看護職の自律を考えますと、将来的には診療看護師という形になって欲しいなと強く思います。ただ、業務を拡大する今の段階では、医師の包括的指示でやりながら実績を積んでいくというステップは大変重要だというふうに考えているところです。これからの日本NP協議会の対応としては、養成教育は診療看護師としてやります。しかし、現場で働くときは特定看護師として医師の包括的指示のもとで働くという形でやりましょうということにしており、卒業生等にもこのように話しているところです。

特定看護師という形で法制化されると思っておりましたが、特定看護師という形で業務独占、あるいは名称独占してしまえば、今すでにやっている看護師が実施できなくなってしまうので、これは、医療の現場を混乱させることになり困るという意見等があり、現在は、特定看護師としての業務独占、名称独占をしないで、看護師特定能力認証制度という形で制度化が行われることになっております。制度化の形が、当初思っていたことに比べ、変化してしまっておりますが、制度として確立するステップとしては、これも一つのあり方かなと思っています。

先ほど福井先生から、専門看護師、認定看護師のお話がありましたけれども、専門看護師、認定看護師というのは日本看護協会が認証する制度であって、国が認証する制度ではありません。それに対して特定看護師は、能力等を国が認証しようというところが大きく異なり、重要な点です。厚生労働省が特定能力を認証する看護師の条件として、看護師

の免許を有するという点、実践経験が5年以上あること、国が認めた養成教育を受け、国が行う試験に合格することがあげられております。

本日の講演で、特定の医行為が実施できる看護師の用語として、様々な言葉が出てまいりました。ナースプラクティショナーというのは、日本で最初に公的な文書で使われたのは、先ほども言いましたように規制改革会議の中で取り上げていただいております。特定看護師は、チーム医療推進検討会の報告書の中で出てき、特定能力を認証された看護師というのは、今、制度化に向けて国が動いているものです。

いずれにしても、国の認証制度という形で制度化される目筋までまいりましたので、ここでしっかり実績を積んで、国民の皆様の理解を得、看護界の合意を得て他職種、特に医師会等の理解も得ながら、きっちり進めていくということが大変重要ではないかなと思っています。

この一連の作業をやりながら、強く思ったことは、自分たちに係る改革等は自分たちで取り組まないと、誰もやってくれないということです。

9. やり残した課題

最後に退職にあたって残された課題として、幾つか取り上げておきます。

まず看護職の基礎教育の多様化はこれでいいかどうかということです。先ほども申しましたように、保助看法は平成21年7月に改正され、看護師の教育が、初めて大学教育に位置付けられました。しかし、4年間の学部教育の中で看護師の教育をするという取り組みは、大分県立看護科学大学と、数校の私立大学に限られております。特に看護師の養成教育は多様化しており、複雑です。大学教育を受けた看護師はようやく30%程度に達するところです。養成教育が多様化しているということは、看護師としての質の確保や、社会的なポジションなどにも大いに関係します。現在、一番問題なのは、中卒でも看護師になれるわけです。例えば、中卒で高校衛看に入って5年間の教育を受ければ看護師になれるわけです。お隣の韓国では2016年までに看護師の教育を全て大学にすることを決議し、もう既にこれに向かって進んでおります。韓国は看護師の自律志向が強く、看護協会等のパワーが強いなとつくづく思います。

もう一つは、看護職の基礎教育の環境がこれでもいいかどうかということです。例えば、医師の教育と比

較しますと、医学部を作るときは必ず附属病院が必要。附属病院がないという医学はできないわけですし、教員は学生の定員によって違いますけれども、120人から130人の専任教員すなわち常勤の教員が必要とされます。それに対して看護師は、大学の場合には21名の専任教員がいれば看護大学は設置できることになっております。実際には21名の教員で大学を運営しているところはありませんが、制度はこうなっています。今、医療職の半分を占める看護師の教育が、これでいいかどうかということこそ是非皆様にお考えいただきたいと思います。公立大学協会からは文科省のほうに、看護教員の数を見直すようにという要望書を出しております。実際には21名で運営している大学はありませんが、制度的に医学教育と看護教育とこれだけ違うわけです。医療をよくするためには、看護の基礎教育を充実することは大変重要なことです。

もう一つは、看護職の公務員のキャリアへの道の開拓というのも大変重要ではないかと思っております。たまたま私は原子力にも関係しておりました。日本の大学に原子力工学科ができると同時に、国家公務員の試験の項目に原子力という項目ができたのです。現在、200校近い看護系大学があるにも拘わらず、看護系の大学を卒業して国家公務員のキャリアになろうとしたら、看護とか保健とかいった項目がないので、教育学、心理学、法学など自分の受けた教育とは関係ない科目で受け、合格しないとキャリアになれない。現在、国家公務員で看護職の指定職の一番上のポストは看護課長です。世の中、官僚主導の時代ではなくなってはきているのですが、政策立案の場、行政の場に看護に関係した人たちを送り込んでおくということは大変重要です。指定職ではなくて、キャリアとして就職できるような形のシステムを作っていかなければいけないと思っています。この件については、平成10年に看護教育に携わったときに、この働きかけを当時、国会議員の清水嘉与子先生や、日本看護協会長の見藤隆子先生に働きかけてやり始めたのですが、この必要性を理解して協力していただける方がおられなくて頓挫してしまいました。しかし、これだけ看護大学が増加した現在、キャリアへの道を作っていく必要があるのではないかと思います。

もう一つは、看護師不足に対してどう対応していくかということですが、もちろん新人を育てていく

や、看護師が辞めないようにしていくことも大変重要ですが、私は、潜在看護師を掘り起こすシステムを構築することが、看護師の人材不足のかなりを解決するのではないかと思います。現在、潜在看護師、免許を持っているが働いていない看護師は、50万人くらいいると言われております。この潜在看護師の復職プログラムを、国を挙げてぜひ開発して欲しいと考えております。リカレント教育の場として大学を活用することも大事ですので、大学の社会貢献の一つとして考えていってほしいなと思っております。

14年間の大分での大学教育を通してたくさんのごことを経験させていただきました。ウズベキスタンでのJICA看護教育改善プロジェクトもその一つです。プロジェクトでウズベキスタンにギャッジベッドを100台送るための輸送費で大分県の皆様には寄付金等でお世話になりました。ウズベキスタンのJICAプロジェクトでは、ウズベキスタンの看護教育をクライアントオリエンティッドナーシング、患者中心の看護に関するカリキュラムに変えさせていただきました。ウズベキスタンでは教育を変えたことによって、看護の現場が大きく変わりつつあります。このプロジェクトに係らせていただき、教育は現場を変えるという印象を強く持ちました。私ども教育に関わる者は、教育が現場を変える力になるということを信じながら教育に当たっていきたいと思っております。

甘えない、諦めない、焦らないということをもっとにしまして、チームワークの下で、勇気をもって挑戦し努力してまいりました。特定看護師、NPに関しても随分社会の反対を受けながら、これはやらなければいけないと思ってあきらめずみんなでがんばってきました。まだまだ、先は長いですが、ぜひ焦らず、諦めないでやって欲しいなと思います。先ほどから福井先生は、新たな制度ができるまでには20年がかかるといわれましたが、20年はちょっと長すぎると思います。20年もしたら日本の医療どう変わってしまうかわからないので、焦らないといっても、20年待てというのはちょっと無理だと思います。特定看護師、NPに関しては制度化の速度をもう少し速めてほしいと思います。

医療、保健、福祉を取り巻く環境は激動の時代にあつて、看護も大きく変わる時期ではないかと思っております。

4月からは、私の後輩ですけれども、新しい学長

が就任しまして、また新たな挑戦に取り組んでくれることを期待しております。これからも私ども大分県立看護科学大学に様々なご支援、ご協力いただくように、この場をお借りして、よろしくお願いします。

本日はどうもありがとうございました。



著者連絡先

〒152-8558

東京都目黒区東が丘 2-5-1

東京医療保健大学東が丘看護学部

草間朋子

t-kusama@thcu.ac.jp