

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 14 No. 1

March 2016

<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 八代利香 (鹿児島大学)
(五十音順) 江崎一子 (別府大学)
江藤宏美 (長崎大学)
高波利恵 (産業医科大学)
三重野英子 (大分大学)
三宅晋司 (産業医科大学)
村嶋幸代 (大分県立看護科学大学)
山下早苗 (防衛医科大学校)

編集幹事： 平野 亙 (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)
安部真紀 (大分県立看護科学大学)
森田慶子 (大分県立看護科学大学)
馬場奈穂 (大分県立看護科学大学)
白川裕子 (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。投稿論文チェックリストにより確認する。

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、投稿原稿は2ヶ月を目途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。査読では以下の点を評価する。

内容：掲載価値があるか、論文の内容は正しいか、論文の区分が正しいか

形式：書き方・表現が適切か、論文の長さが適切か、タイトル・英文要旨が適切か、引用文献が適切か

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できるだけ速やかに(委員会から特に指示がない場合、2ヶ月以内を目途に)再投稿すること。返送の日より2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2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。

- 1) 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。
- 2) 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. 著作権譲渡

著作権は看護科学研究編集委員会に帰属する。論文投稿時、投稿論文チェックリストを提出することにより、著作権を譲渡することを認めたものとする。

14. 投稿論文チェックリスト

著論文投稿時に、原稿とともに投稿論文チェックリストを提出する。

15. 英文(全文、または和文の英文タイトル、英文要旨)のネイティブ・チェック

英語を母国語としない方は、専門分野の用語を理解している英語ネイティブのチェックを受けた後、投稿する。

16. 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	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
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	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
資料 (technical and/or clinical data)	看護・保健に関する有用な資料	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
トピックス (topics)	国内外の事情に関するの報告など	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
ケースレポート (case report)	臨地実践・実習から得られた知見	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
読者の声 (letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	和文 2,000 文字以内 英文 1,000 語以内

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2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、研究報告、資料については、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。

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 ½ (株) 靴 ☞

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) 書式

本文の作成にはA4判用紙を使用し、余白は上下・左右各30.0 mm、1ページあたり37行40文字を目安にして下さい。適宜、改行を用いてもかまいません。

図表については大きさやページ数等の設定はいたしません。ただし、製版時に縮小されますので、全体が最大A4サイズ1ページにおさまるようフォントサイズにご留意下さい。1ページを超える図表になる場合は、編集事務局にご相談下さい。

6) 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、それ以外は「他」「et al」として省略して下さい。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)

江崎一子, 神宮政男, 古田栄一 他(1996). 早期リウマチ診断における抗ガラクトース欠損IgG抗体測定の臨床的意義. 基礎と臨床 30, 3599-3606.

Miyake S, Loslever P and Hancock PA (2001). Individual differences in tracking. Ergonomics. 44, 1056-1068.

Kusama T, Sugiura N, Kai M et al (1989).

Combined effects of radiation and caffeine on embryonic development in mice. Radiat Res. 117, 273-281.

(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)

本文中では、引用文の最後に(太田 2012)または(Ota 2012)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(太田・草間 2012)または(Ota and Kusama 2012)、3名以上の場合は(太田 他 2012)または(Ota 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、(太田 2012a)、(太田 2012b)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) 食事の中の塩分や脂肪は、大腸がんのリスクファクターのひとつであると考えられている(Adamson and Robe 1998a, O'Keefe et al 2007)。

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(太田 2012)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。

(2014年4月7日改定)

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 14, No. 1 (2016年3月)

目次

資料

- 在宅における終末期患者の死亡確認の現状と特定看護師の役割 -訪問看護師のインタビューから-..... 1
長谷川 健美、高野 政子、市瀬 孝道

企画記事

- 大分県立看護科学大学第16回看護国際フォーラム
日本におけるNP教育開発のプロセスと現在..... 11
藤内 美保
- 大学院修士課程におけるNP課程修了生の活動と成果..... 14
小野 美喜
- 大分県立看護科学大学大学院修士課程におけるNP教育の展望と課題 -「特定行為に係る看護師の研修制度」
創設を踏まえて-..... 17
村嶋 幸代

在宅における終末期患者の死亡確認の現状と特定看護師の役割 –訪問看護師のインタビューから–

Current status of the death confirmation at home care for terminal patients and the role of the Tokutei Kangoshi (TK) -From interviews with visiting nurses-

長谷川 健美 Takemi Hasegawa

松江市国民健康保険来待診療所 Matsue-National Health Insurance Kimachi Clinic

高野 政子 Masako Takano

大分県立看護科学大学 Oita University of Nursing and Health Sciences

市瀬 孝道 Takamichi Ichinose

大分県立看護科学大学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2015年3月5日投稿, 2015年11月30日受理

要旨

本研究の目的は、訪問看護師の語りから在宅における終末期患者の死亡確認までの現状を明らかにし、特定看護師の役割を検討することである。対象者は5ヶ所の訪問看護ステーションに勤務する、終末期の死亡確認の経験のある訪問看護師10名であった。研究は質的記述的研究デザインを用いて、在宅における死亡確認の現状について半構成的面接を行った。語りを類似の文節ごとにコード化して、カテゴリーを抽出した。訪問看護師が在宅での終末期患者の受け持ちの困難について、《訪問看護師の業務調整》《終末期の家族への対応》《在宅で看取れない》の3つのカテゴリーが抽出された。また、在宅における死亡確認時の困難については《タイムリーな死亡確認の困難》《医師・看護師間の統一した方針(困難なし)》といったカテゴリーが抽出された。終末期医療では、医師や看護師の連携を強化する必要がある。一方、訪問看護師は死亡確認時の対応に困難があることが明らかになった。現状より死亡確認時の特定看護師による新たな役割が期待できる。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the current status of terminal care by visiting nurses and to examine the role of the Tokutei Kangoshi (TK) in end-of-life care at home. We carried out semi-structured interviews of 10 nurses who had experienced end-of-life care, and extracted categories after encoding clauses of narratives which had similar contents. A total of three categories were extracted, <case management coordination of visiting nurses for end-of-life patients>, <responding to end-of-life patient families>, and <end-of-life patients living at home until death>. About the difficulty of the time of death confirmation, <timely death confirmation>, <between doctors and nurses were extracted as categories. We found that for ideal end-of-life care at home, it is necessary to enhance cooperation between doctors and nurses and to control symptoms through sensitive intervention by TKs cooperating with doctors. In addition, although nurses are required to help during the death watch because doctors are often busy and not available to be in attendance, it is very difficult for them.

キーワード

訪問看護師、終末期患者、死亡確認、特定看護師、在宅医療

Key words

visiting nurse, patient of terminal phase, death confirmation, Tokutei Kangoshi (Japanese Nurse Practitioner), home care

1. 緒言

厚生労働省は、第17回社会保障審議会医療保険部会において「患者の意思を尊重した適切な終末期医療の提供により、自宅死等での死亡割合を4割に引き上げること」を指標の1つとして打ち出した(厚生労働省 2005)。また、終末期医療に関する意識調査では、実現可能かどうかは別と

して「自宅で最期を迎えたい」と考える人は78.9%と高く、療養の条件が整えば住み慣れた自宅で最期を迎えたいと考える人が多いということが報告されている(ライフデザイン研究所 2002)。しかし、実際の死亡場所としては自宅が12.67%(泉田 2010)であり、様々な終末期に関する整備を行わなければ、厚生労働省の提案する在宅死を4割

に引き上げることは困難と考える。

2014年6月に地域における医療・介護の総合的な確保推進のための関連法が制定された。2015年10月1日からは、医師または歯科医師の指示の下、手順書に基づき特定行為を行う看護師に係る研修制度施行が決定しており、特定看護師の終末期医療における役割を探求する必要があるのではないかと考えた。

本研究の目的は、訪問看護ステーションで勤務する終末期患者担当経験のある看護師を対象に、在宅での終末期医療の現状とその課題を明らかにし、在宅終末期医療における特定看護師の新たな役割を探ることである。

2. 用語の定義

「死亡確認」とは、心停止、呼吸停止、瞳孔散大などの兆候の確認により人の死亡を確認することを意味する語。(Weblio 辞典 2015)。また、「特定看護師」とは、大学院NP養成課程を修了し、厚生労働省の指定研修機関で特定行為に係る研修を受けた看護師のことである。

3. 研究方法

3.1 対象者

A県訪問看護ステーションのうち、在宅療養支援診療所の数に対し人口の多い地域にあって終末期看護を行っており、24時間訪問対応体制をとっている訪問看護ステーション5事業所を選択した。その事業所の管理者に調査の主旨を口頭と文書で説明して同意をとり、5事業所から終末期患者担当経験のある看護師をそれぞれ2名ずつ紹介していただいた。看護師の都合のよい日に訪問し、口頭と文書で同意のとれた看護師10名を対象とした。

3.2 調査期間

調査は、平成24年7月～8月に実施した。

3.3 データ収集方法

調査は、インタビューガイドに沿って半構成的面接を実施した。面接場所は、研究対象者の所属施設の個室で実施した。面接回数は1人1回30分程度とした。協力者の許可が得られた場合はICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。質問は、

年齢・職種・経験年数・訪問看護経験年数、現施設での経験年数・訪問数・訪問患者終末期割合・在宅死亡患者数など対象者の背景を確認したのち、在宅終末期医療における課題を探るため「終末期患者のケアの受け持ちから死亡確認までの過程で困難と感ずること」と「死亡確認時に困った経験」、さらに、その死亡確認時に特定看護師が介入した際の訪問看護師の考えを探るため「終末期医療における特定看護師の役割についての意見」等について語って頂いた。

3.4 データ分析方法

まず録音したインタビューから逐語録を作成し、訪問看護師が在宅終末期患者を受け持ちしてから死亡確認するまでの看護の実態について、の語りの部分を抽出した。抽出した語りのうち、文脈に注意しながら、類似の文節として読み取れる単位でサブカテゴリーを抽出した。次に、サブカテゴリーの類似性・相違性を検討しながら、最終的にカテゴリー化を生成した。2名の看護学研究者のスーパーバイズを受けデータの信頼性を高めた。

3.5 倫理的配慮

対象者には、研究者から口頭と文書で、研究の趣旨と、研究への参加および途中辞退の自由とそれに伴う不利益は生じないこと、匿名性とプライバシーの保護、論文の公表等について説明を行い、同意が得られれば録音を行うことを説明した。また、同意が得られない場合はノートの記録とし、本研究以外に使用しないこと等を説明し同意書を得て実施した。データは鍵のかかる保管庫で厳重に管理した。本研究は、所属大学の研究倫理安全委員会の審査承認を得て実施した。

4. 結果

4.1 対象者の属性

対象者の属性は表1に示した。訪問看護師10名

表1. 対象者の属性

対象者	年齢(歳)	看護経験年数(年)	訪問看護経験年数(年)	現職場経験年数(年)	開設母体	年間看取り数(人)
A	50	27	12	12	医師会立	2
B	38	13	11	11	医師会立	2
C	51	18	13	13	医師会立	3
D	44	25	15	15	医師会立	3
E	49	28	2	2	公立病院	6
F	50	27	2	2	公立病院	6
G	52	17	7	3	個人診療所	2
H	44	20	9	9	個人診療所	2
I	40	20	6	3	法人	4
J	54	25	18	5	法人	4
平均	47.2	22.3	9.5	7.5		3.4

は全員女性であり、平均年齢47.2歳(38~54歳)、看護経験年数の平均値22.3年(Range 13~28年)、訪問看護経験年数の平均値9.5年(2~18年)、年間在宅死亡患者数は平均3.4人(1~6人)であった。面接時間は、平均30.3分(25~40分)であった。

4.2 終末期の患者を受け持ちしてから死亡確認までの過程で困難と感ずること

終末期の患者を受け持ちしてから死亡確認までの過程で困難と感ずることは表2に示した。本文では、カテゴリーは《》、サブカテゴリーは〈〉、語りの引用は「」で表した。終末期患者のケアの受け持ちから死亡確認までの過程で困難と感ずることについての語りでは、サブカテゴリー6つが抽出され、カテゴリーは、《訪問看護師の業務調整》、《終末期療養に不慣れな家族への対応》、《在宅で看とれない》の3つを抽出した。

4.2.1 訪問看護師の業務調整

「ターミナルの方を受け持つと訪問回数を増やしたり時間を長くしなくてはいけなかったり。予

定があり、その中で増やすとなった場合、難しいですね」「訪問の範囲が非常に遠いと、午前中1件とかになってしまう事です。往復一時間、ケア一時間とになってしまうので大変です」や、「いつ亡くなるか不明瞭ですし、家族から連絡があった時にすぐに行けない場合があります」「・・・看護師が到着した時間が、死亡時間より後になってしまうと、実働時間がとれないので、(死亡時刻を)調整することがあります」などと話した。

訪問看護師として、終末期患者の受け持ちを開始してから死亡確認までの過程での困難感としては、〈予測不可能な訪問体制〉や〈業務の分担調整〉など2つのサブカテゴリーが抽出され、《訪問看護師の業務調整》というカテゴリーとした。

訪問看護師は、訪問看護ステーションの少ない人員で運営する中で、担当の変更や訪問時間の変更が必要となることなど、業務調整の困難さを述べていた。

4.2.2 終末期療養に不慣れな家族への対応

「介護家族以外が出てきて『こんな状態なのに

表2. 終末期患者の受け持ちから死亡確認までの過程で困難と感ずること

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
訪問看護師の業務調整	予測不可能な訪問体制	ターミナルの方を受け持つと訪問回数を増やしたり時間を長くしなくてはいけなかったり。予定があり、その中で増やすとなった場合、難しいですね。 訪問の範囲が非常に遠いと、午前中1件とかになってしまう事でしょうか。往復一時間、ケア1時間とかなってしまうので大変。
	業務の分担調整	いつ亡くなるか不明瞭ですし、家族から連絡があった時にすぐに行けない場合があります。40分とか1時間かかる所だと難しいです。訪問したけれどもまだ状態変化しないような場合は1度帰ることも多いです。その後すぐ亡くなることもあります。 看護師が到着した時間が、死亡時間より後になってしまうと、死亡時刻を調整することがあります。
終末期療養に不慣れな家族への対応	家族間での終末期療養方針の相違	病院が在宅療養場所の希望について、本人と家族で気持ちが違うことですね。 介護家族以外が出てきて「こんな状態なのになんで入院しないの。」とか、言ってくるみたいで。県外の子供さんと私達も話すことはないじゃないですか。そうすると介護者の気持ちも揺れるんですよね。
	終末期のイメージの違いに揺れる家族への関わり	いつまで続くか分からないターミナルは状況が変わりますね。最初は在宅で頑張ろうと思っても、長くなるにつれてね。気持ちも揺らぐのがわかる。 家族がどこまで受容ができていますか、ですね。介護者が1人で一手に引き受けている人だと、状態が変化した時に、不安になることが多いですね。最初は看取るつもりでいたんだけど、徐々に状況が変わって、苦しそうな様子になってくると見ていられないという感じになってしまつて。状態が落ち着いている時にはその状況が想像できなくて、眠るように亡くなるのを想像している方が多くて。
在宅で看とれない	終末期の病院志向	大きい病院に定期受診されている方は、医師は明確なアドバイスというよりも、「もう悪かったら病院に来なさい」という説明しかない。往診医の中には、傾眠傾向になっていきますと言えば、往診回数を増やしたり、先の見通しまで一緒に話して下さる医師もいます。 (病院併設の場合)悪かったら入院。ていう医師がほとんどです。
	在宅での症状コントロール困難	最期の最期は慌てふためいて、という状況があるので。どこまで言っていいいか。「もう時間の問題です」と、言っていいいか。でも医師が「家族がどう言ってる？」って、「じゃあ、もう救急車できて。」とか言われるので救急搬送したり…。 症状コントロールが難しい。(病院)医師も、訪問診察を月1回位はしてくれるのですが、症状緩和は充分できているかというの。「なかなか呼吸困難がとれないからもう入院ね。」と感ずて入院になってしまう。在宅で症状コントロールが出来さえすれば、苦痛なく過ごせるのにな…という思いはありますね。 (最期の)苦しそうな場面を見た時「何とかならないか」と言われた時です。 在宅終末期を診てくれる医師が少ない。

なんで入院しないの』とか、言ってくるみたいで。県外の子供さんと私達も話すことはないじゃないですか。そうすると介護者の気持ちも揺れるんですよね、「…最初は看取るつもりでいたんだけど、徐々に状況が変わって、苦しそうな様子になってくると見ていられないという感じになってしまっ。状態が落ち着いている時にはその状況が想像できなくて、眠るように亡くなるのを想像している方が多くて…」

終末期の患者を訪問していて、〈家族間での終末期療養方針の相違〉が在宅終末期医療における家族内の混乱や、〈終末期のイメージの違いに揺れる家族への関わり〉などのサブカテゴリーが抽出された。在宅において家族の死亡を受け止める家族への対応の難しさを感じていた。この困難を《終末期療養に不慣れな家族への対応》というカテゴリーとした。

4.2.3 在宅で看とれない

「(最期の)苦しそうな場面を見た時「何とかならないか」と言われたことです」や、「大きい病院に定期受診されている方は、医師は明確なアドバイスというよりも、「もう悪かったら病院に来なさい」という説明しかない」「(病院)医師も、訪問診察を月1回位はしてくれるのですが、症状緩和は充分できているかということが、『なかなか呼吸困難がとれないからもう入院ね』という感じで入院になってしまう。在宅で症状コントロールが出来さえすれば、苦痛なく過ごせるのにな…という思いはありますね」

訪問看護師は、家族や医師には根底に〈終末期の病院志向〉があることや、現在の訪問看護師の業務規程においては、〈在宅での症状コントロールが困難〉のサブカテゴリーが抽出された。これらを《在宅で看とれない》というカテゴリーとした。

4.3 終末期患者の死亡確認時の困難感の有無とその違いについて

終末期患者の死亡確認時の困難感の有無とその違いについては表3に示した。訪問看護師の語りから、終末期患者の死亡確認時の困難感については、サブカテゴリー4つが抽出され、《タイムリーな死亡確認の困難》と《医師と看護師間の統一した方針により困難感はない》という2つのカテゴリーが抽出された。

4.3.1 タイムリーな死亡確認の困難

「医師に連絡がとれなくて困った。(連絡が取れない時間は)2~3時間くらい。状態が悪くなって、家族が医師に連絡したがつながらなく看護の方に連絡がありました。訪問時にはまだ呼吸はあったのですが(医師到着時には死亡していた)」や「病院医師は夜、入院患者を診ていて出られず、昼も状態が悪くても、病院の対応が一区切りついでからでないといられないケースもあって。一時間位家族と一緒に死亡確認を待つことができました」

訪問看護師は、〈医師との不確実な連絡体制〉という経験や、〈緊急往診体制の困難〉という状況を困難と感じており、この2つのサブカテゴリーから、死亡確認時の困難感として、《タイムリーな死亡確認の困難》をカテゴリーとした。

4.3.2 医師と看護師間の統一した方針

「ターミナル時は医師と連絡が密になるので、特にありません。看取り(死期)が近くなるとそれだけ医師にすぐ報告しているので」「医師同士の連携が整っている印象で(医師間で)カバーし合っている状態で、特に困ったことはありません」

一方で、死亡確認時に困難感はないと話した訪問看護師もいた。その場合は〈医師との綿密な情報共有〉、〈医師の明確な死亡時の方針〉など、医師と訪問看護師の関係や、医師と医師との連携が上手く機能して、死亡確認も実施できていることが明らかになった。2つのサブカテゴリーから《医師と看護師間の統一した方針》が取り決められていることより、訪問看護師は困難感を感じることなく対応ができていた。

4.4 法制度化後に特定看護師が死亡確認をすることについて

法制度化後に特定看護師が死亡確認をすることについては表4に示した。語りでは、サブカテゴリー6つが抽出され、《死亡確認に対する認識》《環境による受容の違い》、《効率的》の3つのカテゴリーが抽出された。

4.4.1 死亡確認に対する認識

「今だったら、やはり医師のみだとは思いますが。今まで医師に診てもらっていたから最期も…と日本人だったら思うのではないのでしょうか」「(死亡確認は)医師がするものという形の中で働いてきたからね…。今までの流れから、家族の認

表3. 終末期患者が死亡確認時の困難感の有無とその違いについて

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
タイムリーな死亡確認の困難	医師と不確実な連絡体制	医師に連絡がとれなくて困った。(連絡が取れない時間は) 2~3時間くらい。状態が悪くなって、家族が医師に連絡したがつながらなく看護の方に連絡があって。訪問時には、まだ呼吸はあったのですけど。(医師到着時には死亡していた。)
	緊急往診体制の困難	医師と朝方で連絡が取れなかった。しばらく家の方で何もできず少しく待って、医師の方から連絡があり、「処置の方は始めとっていい。」といわれたことがありました。 連絡がつかなく、(医師が)こないと始められないのでしばらく待って、という形になりました。何もできない状態で。 病院医師が担当の場合は、昼の往診には対応できるが、夜間は病院の当直対応で医師も一人になり往診には出られない場合が多い。 往診のできる先生が高齢で少しく減ってきていることですね…。
医師看護師間の統一した方針(困難なし)	医師との綿密な情報共有	「亡くなったら、家族に車に乗せて病院まで搬送して、病院で確認するから」という医師もいました。 ターミナル時は医師と連絡が密になるので特にありません。看取りが近くなるとそれだけ医師にすぐ報告している。 もうターミナルでいつでも看取りを家ですという話し合いが事前にできていければもう何もあわてることはない。 終末期に入ってくれば先生との話も頻繁になってくるし、大まかに大体(死期について)感じを医師と看護師で共有する 双方でわかりますのでその時(死亡時)どうしようか、といった形で先生と話をします
	医師の明確な死亡時の方針	医師同士の連携が整っている印象で、カバーし合っている状態に特につなげたことはありません。 呼吸停止になっても医師がすぐ来てくれるか、救急車で連れていくとか(になるので)。困ってないです。

表4. 法制化後に特定看護師が死亡確認をすることについて

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
	死亡確認への看護師の認識	<p>医師から確認してほしい。今までが死亡確認は医師が行うというその形があるから…。看護師は看護師。</p> <p>医師がするものという形の中で働いてきたからね…。</p> <p>今だったら、やはり医師のみだとは思いますが。それは今までの関わりがあるから…。今まで医師に診てもらったから最期も…と日本人だったら思うのではないのでしょうか。</p> <p>関わりが信頼関係が結べる状況にあればいいのかと思いますけれど。厳しいかなとも思います。</p> <p>やっぱり医師でなくては…と考える家族もいると思いますが、それはそれで。</p> <p>NPの方達が在宅の場で動きながらやるのであれば患者家族と信頼関係だと思えます。お気持ち的にはずとつかかかっていた医師に…と思うのではないかな、と。</p> <p>ご家族がどこまで看取りができる看護師をうけいられるか、という所にかかってくるんだらうと思います。</p> <p>今までの流れから、家族の認識も変えるようにしていけないといけないですね。</p> <p>在宅の家族がどう思うか…。看護師は看護師と家族は思っているし…。医師とは違うから確認は医師でしょう。一般的な認識を変えていかなければ難しい。(最期は)建前上普段良かかわっている家族の方以外の方も集まります。そういう場合、あちこちから意見が飛び交うんじゃないかな…と。</p>
死亡確認に対する認識	死亡確認への家族の認識	<p>そこは、看護師だけの問題ではなくて、ご家族の問題にもなってくるかな…という気がするんですけど。ご家族がどこまで看取りができるという段階の看護師をうけいられるか、という所にかかってくると思います。そこには、地域性が絡んでくるのではないかなと思いますね。</p>
環境による受容の違い	地域による思考特性	<p>全然、地域でもまったく違いますからね。(2名)</p> <p>地域性もあるし、高齢者に関わることも多いと、医者は神に近いものなので、替わりができる話をしても、納得するか。(医師の死亡確認という認識を変えていくのを) 浸透させるのにながかり時間がかかるのかな、と感じます。</p> <p>地域性は大きいと思います。病院選びたい放題の所(都会)だったら、また話は別でしょうけど。</p>
効率的	保守的な高齢者が多い田舎	<p>看護師が死亡確認できれば良いかな…と思う。医師と連絡がとれなくて何も処置ができない状況は家族も困ると思う。少しの時間は死の受け入れが必要かとも思うが、朝まで待つ場合は段取りを早くしたいと思う家族にとってはね…。家族が看護師でもいいと言ったらできるようなしておく環境は作ってもいい。</p> <p>確かに誰かに確認してもらわなくてははいけませんし…看護師も確認はできて、制度的にといいのはないの。待つ間とか、その辺が夏場とか、早くないとか。病院の主治医は外に出れないので、そういう時が。在宅に先生は、それこそ時間作って戻ってきてくれるでしょうけど。病院の医師が主治医の場合には基本的には外に出ない。往診という形は取れないので、そういう時が大変。連れて行かないといけない。</p>
	時間の滞りが少ない	<p>いいかなとは思いますが。それこそ動きやすい。</p>
	有効な時間の活用	<p>死亡確認しないことには死後の処置もできないっていうのもあるので。</p> <p>都会とか島とかでは十分必要だと思いますよ。</p> <p>メリットもあるのではないかなと思う。</p>

識も変えるようにしていかないとはいけませんし・・・」「特定看護師が在宅の場で動きながらやるのであれば、患者家族と信頼関係だと思えます。お気持ち的にはずっとかかわっていた医師に・・・と思うのではないかな」「(最期は) 建前上普段良くなかかわっている家族の方以外の方も集まります。そういった場合、あちこちから意見が飛び交うのではないかな」

訪問看護師は、医療職である〈死亡確認への訪問看護師の認識〉があり、さらに社会においても一般的な捉え方として、死亡確認は医師がするものという〈死亡確認への家族の認識〉があることなどが2つのサブカテゴリーが抽出された。これらにより、《死亡確認に対する認識》というカテゴリーとした。

4. 4. 2 環境による受容の違い

「・・・地域性もあるし、やっぱり高齢者に関わることが多いので、高齢者にとって医者は神に近いものなので、代わりができると話をしても、納得するかという点では、厳しいかなと思います」

同じ市内でも考え方が地域によって違いがあるという〈地域による思考特性〉と、〈保守的な高齢者が多い田舎〉という環境が、今後、診療看護師による死亡確認の受容には違いが出てくると述べたことから2つのサブカテゴリーが抽出された。これを《環境による受容の違い》というカテゴリーとした。

4. 4. 3 効率的

「看護師が死亡確認できれば良いかなと思う。医師と連絡がとれなくて何も処置ができない状況は家族も困ると思う。少しの時間は死の受け入れが必要かとも思うけど、朝まで待つ場合は段取りを早くしたいと思う家族にとってはね…。家族が看護師でもいいと言ったらできるようにしておく環境は必要です」「いいかなとは思いますが、それこそ動きやすいし」

〈時間の滞りが少ない〉や、〈有効な時間の活用〉が出来る等のサブカテゴリーでは、その方が《効率的》であるとして、特定看護師の死亡確認を肯定する意見も聞かれた。

5. 考察

5. 1 終末期患者のケアの受け持ちから死亡確認までの過程と困難について

死亡前30日間の訪問看護の提供状況(厚生労働省 2011a)をみると、22～30日前は1回/3～4日、15～21日前は、1回/2日、8日～14日前は1回/1～2日、1～7日前は1回/日、死亡日は1.2回/日となっており、最期(死亡)が近くなるにつれ、状況に合わせた頻繁な訪問を必要としている。今回の調査で、訪問看護師は業務調整が困難であることを述べていた。今後在宅死をサポートできるようにシステムを構築するためには、複数訪問看護ステーション間の終末期患者の訪問対応をするなど、地域資源の連携の強化が必要と考える。

また、訪問看護師の語りより、医療者が常時いる病院環境とは異なる在宅において、一人で家族の苦痛様表情を見ている家族の戸惑いに対応することに苦渋する看護師の不安が読み取れた。現在、約78%を占める病院での終末期環境は、在宅死と病院死の割合が逆転した1970年代から40年の年月が経過している。現在は在宅死に慣れていない世代が介護を担う時代であり、「病院が一番安心」といった風潮が根強いことによるものと推察される。医師と特定看護師の連携による速やかな症状コントロールをすることが必要で、介護者や取り巻く家族が、在宅で死を迎えることに対し不安を感じることなく介護が続けられるように、患者本人の痛みや呼吸困難等といった苦痛を取り除くだけでなく、外見上も苦しそうな状態に見せない対応が必要と考える。例えば、病院においては終末期が近くなると呼吸困難感出現時、酸素吸入を行うことが多い。在宅においても、在宅酸素機器の導入により、病院と変わらず治療が受けられるといったことで、呼吸困難の苦痛を軽減できるのではないかと考える。

また、病院死が8割を占めるという死が身近でない現代、家族は終末期の患者の状態がイメージできにくいという状況が語られた。終末期の病状悪化、看取りが近くなった際に入院を促す医師と、それに従う家族が多い(在宅で看とれない)状況が明らかになった。これは、在宅での看取りに積極的な医師が少ないことも影響し、特に医療法人等病院が併設された訪問看護ステーションでは、併

設病院の主治医から入院を指示されることもあり、在宅を断念せざるを得ず、在宅ターミナルケアが困難になる(佐藤 2006)という指摘がある。特に地方の病院では医師不足もあり医師が柔軟に終末期患者の頻回な往診に対応できるような環境ではなく、忙しい医師の動きに合わせた病院志向の終末期医療が現状であると言える。在宅における終末期患者が最終的に病院に駆け込む形を少なくするための、医療者側の課題についての検討が必要と考える。

5.2 終末期患者の死亡確認の過程での困難について

訪問看護師は終末期患者の死亡確認時における、医師がすぐに来られない現状を困難なことだと話した。連絡が取れるはずの医師と連絡が取れない状態は、家族も看護師も不安感を増すことが推察できる。一方、医師も24時間365日の診療体制で、緊張感を維持していくことは難しい。医師1人に負担がかからない、地域医療体制の構築が望まれる。新城らは、「家族は主治医の死亡確認や臨終の立ち会いを望んではいないが、もし、死亡確認や立ち会いができなかったとしても心理的なつらさが強まることはなく臨終までに頻りに部屋に行くことで十分な対応であると考えている」(新城 他 2010)、と指摘している。超高齢社会の多死社会では、必ずしも死亡確認が主治医でなくても、医師と協働して、頻りに訪問し信頼関係を築いた看護師が死亡確認を代行できるような検討も必要である。病院勤務の医師が終末期患者の往診を担当している事例の場合、昼夜共に緊急往診には出にくい状況があり、終末期の状態変化した場合、入院を促すことが多いということである。病院勤務医は「宿直1回あたりの平均睡眠時間は半数弱が4時間未満、宿直翌日は通常通りの勤務体制が86%」(労働政策研究研修機構 2012)と、大変厳しい労働環境に置かれている。業務の間をぬって緊急の往診対応は非常に苛酷であり、この状況を改善するために、医師と訪問看護師、医師と医師の連携や協力関係が構築されて実践できれば、スムーズな在宅医療が展開できると考える。

5.3 終末期患者の死亡確認と特定看護師の役割について

我が国は、65歳以上の高齢者数が増加し、4人

に1人が高齢者となる2025年問題が医療、看護における課題として議論されている。在宅終末期医療における訪問看護に期待が増大する一方で、訪問看護師の死亡確認時における不安・負担は大きい。

今回の調査において終末期患者の夜間死亡の場合、訪問看護師は医師が来る翌朝まで待機することが多いと語られた。しかし、現在は、医師の死亡確認前に看護師が死後の処置を行う要件として、死亡前24時間以内に医師が診察をしていること、在宅で継続治療中であること、死期が近づいていることとその対応を家族・医師・看護師で確認していること、死亡に異常がない、患者の尊厳や遺族の配慮のためにそのケアが求められること、以上を満たしている場合は法的に問題がない、と指摘されている(角田 2010)。「医師による死亡前24時間以内の診察」という時間条件のしぼりが看護ケアを滞らせていると考える。

2011年の厚労省のデータによると、スウェーデンは高齢化率17.3% (2005)、80歳以上人口割合5.3% (2004)で高齢者単独世帯率41%、在宅死亡率51.0%に対し、日本は高齢化率20.0% (2005)、80歳以上人口割合4.4% (2003)、高齢者単独世帯率15%、在宅死亡率13.4%と高齢者単独世帯率・在宅死亡率も比して低いと記されている(厚生労働省 2011b)。

厚労省はスウェーデンの例をあげ、病院から施設、施設から在宅へという方針を推し進めているが、人口千対就業看護師数はスウェーデン10.6人、日本9.0人と近い数値であるのに対し、訪問看護師(地域看護師)は4.2人に対し0.4人と10倍以上の差がある(厚生労働省 2011b)。また、スウェーデンの地域の看護師は、医師からの権限移譲が行われている患者においては医師が診察しなくても看護師が「死亡確認書」を書き、医師がそれに基づき「死亡診断書」を書くといったことや医師の負担軽減のために限定的に処方権を認めているという(水木 他 2010)。在宅に関わる看護師人数が多く配置され、さらに看護師に対する権限を持たせていることが、在宅死亡率50%へと導いた要因となっていると考える。

「死亡診断は医師がするもの」ということにとらわれ、死亡前24時間以内に医師が診察していなければ、その後医師がもう一度診察しなければ死

亡診断書が書けないといったしぼりのある日本の現状はこのままでよいのだろうか。スウェーデンに例があるように、死亡確認は特定看護師等の一定の条件を満たした看護師が行い、それを医師に報告していくことで医師が死亡診断書を書くといったような法整備を推進すべきと考える。何も処置等もできないままで医師の到着を待つ訪問看護師に困難感を抱かせている現状や、超高齢社会における多死の時代となり、今まで以上に在宅で死亡確認する数も増加することも推察され、権限移譲が可能な特定看護師などの役割を明らかにすることが必要である。

一方で、介護する家族以外への説明が難しいという意見があった。在宅療養現場でも終末期になり、遠くの親戚が様子を見に来た段階で、状況が変わることは多々ある。最期の時期になって、親戚から入院しないことや補液しないことを責められるなど、親戚に振り回される状況があるという指摘がある(柴田 他 2011)。往診医と密接に関わる、介護を担う家族だけでなく、普段関わることはないが発言に力を持つような遠くの親戚も含めた終末期療養の方針を相談しておく必要がある。看護師が終末に発生する状況を考え、事前に親戚も含めての対応を介護者である家族にアドバイスしていくことで、家族間の意見の不一致等は回避できるであろう。そして、介護する家族が精神的に安定し患者本人が慣れ親しんだ場所で最期を迎えたいと望んだ療養環境の流れを突如変換させることもないようできると考える。

今回調査したA県は、65歳以上の人口割合が26.6%と高齢化が進んだ地域である。死亡確認のできる看護師の受け入れは地域特性がある(高齢者の多い田舎は難しい)ことを訪問看護師は話した。調査したA県は、伝統的価値観や濃密な人間関係が残っている保守的地域であり、医師に会うのだからと、正装して来院する患者や中元歳暮を医師に贈る患者等、農村部は特に医師を特別視する風潮が強く残っていると言える。制度化されても、従来の「死亡確認は医師がするもの」という認識を変えるまでには時間がかかると思われる。今回の訪問看護師の意見では、特定看護師による死亡確認について、慎重な意見が多い中、死亡確認が終わらなければ何も動けないから良いといった考えを持つ訪問看護師の意見も聞かれた。医師が

死亡確認に来られないような環境や状況がある場合は、今後増加すると予測される在宅終末期の死亡確認をスムーズに穏やかに実施できるために、特定看護師の役割の一つとすることが必要と考える。

2012年「第16回チーム医療推進会議」において、「在宅で終末期ケアを実施してきた患者の死亡(死の三徴候)確認を、一般の医療行為とする事」が提案された。これにより、一般看護師による死亡確認を認める案を打ち出した厚生労働省であるが、現場の訪問看護師からは特定看護師が死亡確認することについて、不安を感じている意見もある。今後、超高齢化社会において在宅で最期を迎える形を増やすためには、医師と連携し、特定看護師が終末期患者の早い在宅移行期から死亡までの一連の身体的・精神的変化を的確に理解し、患者と家族の気持ちにも配慮し調整役も果たすことが期待される。死亡確認時の対応については、家族や医師と事前確認事項を手順化しておくなど、訪問看護師などが不安の中、死亡確認するような状況は改善するようなシステム作りに、特定看護師の役割があると考えられる。

6. 結語

訪問看護師を対象に聞き取り調査を実施した。その結果、終末期患者の受け持ちしてから死亡までの過程で困難として、《訪問看護師の業務調整》《終末期療養に不慣れな家族への対応》《在宅で看とれない》等が明らかになった。また、在宅での死亡確認時の困難では、《タイムリーな死亡確認の困難》《医師・看護師間の統一した方針で困難はない》と違いあることが明らかになった。死亡確認での特定看護師の役割は《効率的》として肯定的な意見と、《死亡確認に対する認識》や《環境による受容の違い》があるなど、一般社会に浸透させていくには多くの障壁がある。在宅での終末期医療を推進するためには、医師と訪問看護師の連携と、医師と共に特定看護師が終末期ケアに関わり細やかな症状コントロールが必要である。今後特定看護師の役割を明確にし、より良い在宅の終末期医療の体制整備が喫緊の課題と考える。

7. 研究の限界

本研究は、研究対象者の勤務する地域は、65

歳以上高齢者人口割合が全国平均に比べ多い地域であり、地域性が結果に反映している可能性があることが限界と考える。

謝辞

ご多忙の中、本研究に協力頂いた訪問看護師の他、関係各位に御礼を申し上げます。本研究は、大学院NP養成課程の課題研究に加筆したものである。

引用文献

泉田信行(2010). 死亡場所の差異と医療・介護サービス供給の関係の分析. 社会保研究 46(3), 204-216. <http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19409603.pdf>

角田直枝(2010). 在宅での看取りとエンゼルケア. Nursing Today 25(4), 151-154.

厚生労働省(2005). 「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」. 社会保障審議会医療保険部会資料. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9c.html>

厚生労働省(2011a). 第82回社会保障審議会介護給付費分科会資料 訪問看護の基準・報酬について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ryva-att/2r9852000001ryxp.pdf>

厚生労働省(2011b). 中央社会保険医療協議会総会 医療と介護の連携資料. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000105vx-att/2r9852000001012r.pdf>

ライフデザイン研究所(2002). 終末期医療に関する意識調査. <http://group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/news/news0203.pdf>

水木麻衣子, 高橋都, 甲斐一郎(2010). 看護師の処方権導入に関する文献研究. 社会技術研究論文集 7, 222-231.

労働政策研究研修機構(2012). 勤務医の就労実態と意識に関する調査. <http://www.jil.go.jp/press/documents/20120904.pdf>

佐藤美穂子(2006). 在宅ターミナルケアと看護. 日本老年医学会雑誌 3(3), 303-305.

柴田純子, 佐藤まゆみ, 増島麻里子 他(2011). 日本における終末期がん患者を抱える家族員の体験. 千葉県看護学会誌 16(2), 19-26.

新城拓也, 森田達也, 平井啓 他(2010). 主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが家族の心理に及ぼす影響についての調査研究. Palliative Care Research 5(1), 162-170.

Weblio辞典(2015). 実用日本語表現辞典. <http://www.weblio.jp/content/死亡確認>



著者連絡先

〒699-0405

島根県松江市宍道町上来待 213-1

松江市国民健康保険来待診療所

長谷川 健美

hasegawa11@gm.oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学第16回看護国際フォーラム

日本におけるNP教育開発のプロセスと現在

The development process and current situation of a Nurse Practitioner graduate programme in Japan

藤内 美保 Miho Tonai

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2015年9月15日投稿

要旨

大分県立看護科学大学では、2008年4月に大学院修士課程においてNurse Practitioner（以下、NP）の教育を日本で初めて開始して8年目となる。本学のNP教育が1つの契機となり、2014年6月に保健師助産師看護師法が改正され、「特定行為に係る看護師の研修制度」が制度化し、2015年10月1日から施行となった。この制度化を節目とし、第16回看護国際フォーラムでNPをテーマに話題提供する機会をいただいた。本報では、NP教育を開始した理由、NP教育を開始するまでに議論を積み重ねた「NPの活動と役割」「NPに必要な能力」「NPカリキュラムの開発」などの考え方や取り組みについて紹介する。また現在までのカリキュラムの経緯や大学院教育として強化していること、「特定行為に係る看護師の研修制度」に至るまでに厚生労働省が実施した養成調査試行事業に参加した本学の取り組みについて報告する。

キーワード

ナースプラクティショナー、ナースプラクティショナー教育、プロセス、特定行為に係る看護師の研修制度

Key words

nurse practitioner, nurse practitioner program, process, board of the training program for advanced nursing practice

1. はじめに

大分県立看護科学大学（以下、本学）では、2008年4月に大学院修士課程においてNurse Practitioner（以下、NP）の教育を開始して8年目を迎える。今年2015年の6月に「特定行為に係る看護師の研修制度」が制度化し、10月1日から施行となるまでには、一進一退の繰り返しであったが、保健師助産師看護師法第37条2が改正されたことは、大きな一歩である。この制度化を節目として、看護国際フォーラムでNPをテーマに話題提供する機会をいただいた。本報では、その内容であるNP教育開始までのプロセス、現在のNP教育、特定行為に係る看護師の研修制度と本学の取り組みについて報告する。

2. 大学院修士課程NP教育開始までのプロセス

2.1 NP教育立ち上げの準備

2008年に本学は、日本で初めて大学院修士課程においてNP教育を開始した。大分県の看護単科大学が全く新しいNP教育を発信することは、勇気のいる決断であったが、当時の草間朋子学長

の強いリーダーシップのもと、大学一丸となって取り組む姿勢でスタートした。

2005年にNPプロジェクトを立ち上げ、約3年間かけて準備を行った。文部科学省からの補助金も受け、本学教員12名が、海外の姉妹校であるペース大学、ケースウエスタンリザーブ大学、ソウル大学の協力を得て、NPの活動や教育の実際を視察した。また本学で年に2回の国際会議を行い、NPの役割、医師との連携のあり方、カリキュラムや専門領域、CNSとの役割の違いなどについて、アドバイスをもらい検討を重ねた。また、実習施設予定の医師や看護責任者等とも会議をもち、NPの必要性を確信した。

NP教育をスタートさせた当時、救急車のたらい回しなど、連日のように医師不足や医療崩壊といったことが報道され、大きな社会問題となっていた。このような医療体制の課題が取りざたされた時期と重なり、本学のNP教育が話題に浮上し、賛否両論の意見があったが、NP教育の必要性について迷うことはなかった。

2.2 NPの活動と役割の検討

NP教育を開始した理由は、まず、無医地区や過疎地域の医療サービスの提供に貢献したいという理由が大きい。大分県は当時、大分市と隣接する別府市の2市に医療機関の約60%が集中し、無医地区が全国で4番目に多い県であった。へき地医療拠点病院や在宅療養支援病院、へき地診療所が整備されてはいるものの、無医地区、過疎地域の住民にとっては、満足できる医療サービスが提供されているとは言い難い。筆者らは、実際に無医地区の住民にインタビュー調査(藤内他2008)を行ったが、その中で、定期受診でさえ、時間的、経済的、身体的、精神的負担が想像以上に大きいことが判明した。バス停まで40分かかってでこぼこの道を歩く高齢者や、15時の最終便のバスに間に合わなければ市内のホテルに泊まる高齢者など、年金生活者にとって受診行動が生活を圧迫していた。無医地区の住民にアンケートを行った結果でも、往診や訪問看護など自宅療養できる体制があるか、自宅で看取りができる体制があるかについての質問で、約7割が「思わない」と回答した(吉村他2010)。今後さらに高齢社会が加速することを踏まえ、NPの存在や役割は重要であると考えた。

一定範囲の検査を判断し実施したり、薬剤の調整を行ったり、必要な医療的行為をタイムリーに行うことで、症状マネジメントに繋がると考え、プライマリケア領域で活動するNPを養成することを決めた。つまり、地域で暮らす慢性疾患をもつ高齢者(高血圧や糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、認知症など)の継続的な管理・処置や、軽微な初期症状の診察や検査、必要な治療処置を行い、医師と連携し対応できる高度な判断力と実践力をもつ看護師の養成を目指した。

活動の場所は、無医地区や過疎地域での在宅医療のみならず、診療所や老人保健施設、特別養護老人ホームなどの医師が少ない施設などで、医師とNPが連携協働することで効率的、効果的な医療サービスの展開が可能であると考えた。

2.3 大学院教育の方向性とNP教育

2005年9月に中央教育審議会(文部科学省2005)は、新時代の大学院教育について、理論的知識や能力を基礎とし、実務に応用できる能力

が身に付く体系的な教育による高度専門職業人の養成の必要性を打ち出した。看護系大学の数は、1992年に14大学であったが2014年は226校に、大学院も1992年に5大学であったが2014年には149大学と急増している。大学院修士課程修了者は、高度な実践者として活躍することが時代の要請であるという認識が強まった。

本学も、このような時代背景から大学院修士課程のNP教育で、エビデンスに基づく判断能力や臨床推論能力を高め、質を担保する教育が必要であると考えた。そのためには、大学院教育が妥当であり、それが看護職の自律、魅力に繋がると考えた。

3. 大分県立看護科学大学のNPカリキュラム

3.1 NPに必要な7つの能力

日本におけるNPの役割や活動の考え方に基づき、NPに必要な能力を検討した。最終的には7つの能力にまとめたが、それぞれ小項目、中項目と積み上げ構築したものである。

7つの能力とは、1) 包括的健康アセスメント能力、2) 医療処置管理の実践能力、3) 熟練した看護実践能力、4) 看護管理能力、5) チームワーク・協働能力、6) 医療保健福祉の活用・開発能力、7) 倫理的意思決定能力である。

看護的視点に医学的視点を加えて、臨床推論する力、症状マネジメントする力、良好なチーム医療ができる力、高度な実践力とマネジメント力に加え、患者を基本に据えた倫理観を醸成するNP教育を行っている。

3.2 NPカリキュラム

本学のNP教育は、実践者コースに位置づけ、7つの能力の獲得を目指す高度な看護実践者としてプライマリケア領域で活動できる看護師を育成するためのカリキュラムを構築した。教育のなかでも、エビデンスに基づく判断能力、臨床推論能力は重点的に強化するとともに、医療的行為を幅広く実践できる基盤となる知識・技術を学ぶため、医師による教育を主体に行っている。医師による教育が中心ではあるが、看護職としてのアイデンティティを失うことがないように看護教員が実習を含め、科目のコーディネーターを担っている。

NPコースの修了要件は、教育開始当時は45単

位であったが、修了生や指導医から寄せられた臨床推論や判断能力の強化がさらに必要という意見を反映し、50単位、さらに55単位へと単位数を増加した。そのうち、実習は15単位で、1年次の1単位は修了生の活動現場で実習し、2年次後半は、総まとめの科目として14週間の実習を行っている。その他、課題研究や原書講読などの研究能力についても2年間かけて身に付けている。

4. 特定行為に係る看護師の研修制度と本学のNP教育

本学のNP教育は、「特定行為に係る看護師の研修制度」の制度化を推進したと考えている。NP教育で行う実習は、医師による指導のもとで、医療的行為も実践することとなり、看護系の実習で行うことは認められない。そこで挑戦したことは、特区提案であった。実習施設である社会医療法人大分岡病院と本学で2008年度、2009年度に特区提案を3度行った。申請内容は、高血圧症や糖尿病患者に対して、一部の薬剤の調整、検査の判断と実施、褥瘡の壊死組織のデブリードマン、NP実習の実施など18項目を申請したが、全て不可であった。しかし、この特区提案により、規制改革諮問会議と構造改革特区推進本部評価・調査会議の合同会議でヒヤリングを受ける機会をいただき、NPの必要性や本学の教育について説明することができた。このような経緯もあり、厚生労働省は2010年3月に「特定看護師（仮称）」を提案した。さらに、本学学生が2年次のNP実習をする年度に「特定看護師（仮称）養成調査試行事業」で、NP実習を行うことができた。また、初めて4名の修了生が就職した2011年度は「特定看護師（仮称）業務試行事業」のもと、指導医の監督下で医療的判断や医療的行為を実施することが可能となった。2012年度の「看護師特定行為・業務試行事業」でも、実践を継続し、実施状況を厚労省に提出した。試行事業で実施した報告書には、本学大学院修了生をはじめ、他大学大学院の修了生、8ヶ月コースの研修生の活動の成果が詳細に記載されている。制度化への推進力は、修了生たちの安全で質の高い活動の成果だと確信している。

5. おわりに

2015年6月に「特定行為に係る看護師の研修制

度」が制度化したが、これは、修了生たちの活動の成果であり、教育に携わっていただいた方々、実習施設の方々、修了生を支えている現場の方々の力の結集の結果であると考えている。この制度は、当初われわれが思い描いていた制度としては完全なものではないが、この制度化を活用し、実践を積み重ね、その成果を示していくことが、私たちの使命であり、次の新たな制度に繋がっていくものと考えている。

NP教育に関わることで、教育や医療にかける熱い思いをもつ沢山の方々に会うことができ、人材育成の素晴らしさを感じることができたことに感謝している。

引用文献

藤内美保, 大下敏子, 寺山庸子 他(2008). 新たな看護の創造-ナースプラクティショナーの養成を開始して. *Nurse eye* 21(4), 49-60.

吉村伊代, 藤内美保, 大隈咲季(2010). 求められる診療看護師とは, 過疎地無医地区編. *看護* 62(10), 90-95.

文部科学省(2005). 新時代の大学院教育-国際的に魅力ある大学院教育の構築にむけて-中央教育審議会 平成17年9月5日. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/05090501.htm

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 看護アセスメント学研究室
藤内 美保
tonai@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学第16回看護国際フォーラム

大学院修士課程におけるNP課程修了生の活動と成果

The outcomes and practice that of NP master's program education graduates

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 Oita University of Nursing and Health Sciences

2015年10月20日投稿

要旨

2008年に日本で初めて大分県立看護科学大学の看護系大学院修士課程でNPコースが開講された。NPとは米国等で活動する Nurse Practitioner の略であり高度な実践力をもつ診療看護師である。日本では2014年に「特定行為に係る看護師の研修制度」が制度化され、特定行為研修を含むNP教育を受けた修了生が増えることが予想される。日本でのNP教育の歴史は浅く、その成果は明らかでないが、あらたな役割を担う活動に期待がもたれている。今回の報告は、介護老人保健施設に勤務するNP教育修了生に着目した調査結果をはじめ、病院や訪問看護ステーションでの修了生の活動によって見えてきた成果について述べる。修了生の活動は、患者のQOLの向上、満足度の向上等に効果がみられるほか、医療現場も効率的効果的となり、医療の質の向上につながることを期待される。

キーワード

NP、成果、プライマリケア領域、活動

Key words

nurse practitioner, outcome, primary care, activity

1. はじめに

2008年に大分県立看護科学大学の看護系大学院修士課程において、日本で初めてのNPコースが開講された。NPとは米国等で活動する Nurse practitioner の略であり高度な実践力をもつ診療看護師である。現在、NP教育を行っている大学院は7大学8課程であり、修了生は全国で約200名となった。大学院では日本NP教育大学院協議会による統一カリキュラムが展開され、大学院修了時にNP資格認定試験が課されるなど、修了生の質の担保が図られている。2014年6月に「特定行為に係る看護師の研修制度」が制度化され、2015年10月1日から施行となった。そのため、特定行為をカリキュラムに含んだNP教育を受けた修了生が今後増えてくることが予想される。

このようなNP修了生はどのような成果をあげ看護に貢献しうるのだろうか。米国では50年以上前からNP教育が実施され、NPの看護活動の成果が多方面で報告されている (Owens et al 2012, Stanik-Hutt et al 2013)。日本でのNP教育は始まったばかりである。しかし、「予め医師との間で作成された手順書をもとに、判断力や難易度の高い特定行為を行う」という、これまでの看

護の役割を拡大した活動に期待がもたれている。先に筆者は介護老人保健施設に勤務する修了生に着目して、高齢者やチームに現れた成果を報告した (Ono et al 2015, 十時 他 2015)。この調査結果をはじめ、所属する大分県立看護科学大学大学院NP養成コースで育成された修了生の活動の実際と活動によって見えてきた成果について述べる。

2. 大分県立看護科学大学NP教育修了生の活動

大分県立看護科学大学を修了した27名の活動場所を図1に示す。病院が最も多く、次に訪問看護ステーション、診療所の順である。修了生らは

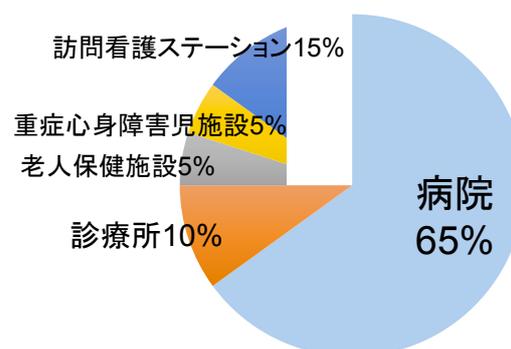


図1. 修了生の活動領域(大分県立看護科学大学の場合)

本格的な活動までに約1～2年の研修期間を設ける者や、ICU等で研修を行いながら将来的に離島でのプライマリケアを視野にしている者もいる。活動形態は雇用される施設によって異なるが、指導医の下で安全安楽な医療を行うために手順書に従って診療活動を行っている。今回は、活動領域としてはわずか1名であるが介護老人保健施設での活動成果を述べる。また主な活動領域として、病院、訪問看護ステーションをあげて、修了生の活動の実際を紹介する。

2.1 介護老人保健施設での活動背景

国で定められた介護老人保健施設の人員基準は、入所者が100名の場合、医師1名、看護師9名、介護士25名と規定されている。その他理学療法士、相談員、栄養士などの専門職がチームとして働いている。介護老人保健施設は医療と介護を提供する施設であり、高齢者の自宅復帰を目指す施設である。しかし、日本は超高齢社会であり、平均年齢は80歳代で、100歳を超える高齢者も多数入所している。認知症や慢性疾患を抱える高齢者や介護度が高い高齢者が多く、医療ケアニーズの高い高齢者の入所が増えているのが現状である。医師は一人常駐であるが、夜間は不在である。介護老人保健施設は、超高齢社会には重要な役割をもつ施設であるが、入所者に医療提供をするマンパワーは不足しているといえる。そこに、医学的知識をもって臨床推論を行い、特定行為が実施できる修了生の活動に期待がもたれる背景がある。

2.2 介護老人保健施設での活動と成果

介護老人保健施設で実際に活動するA修了生の活動は、日常的な入所者の健康管理によって悪化を予防することが主な役割となっている。定期的

な検査の他に、必要と判断した場合に臨時で検査を行い、その評価をする。また、入所者が急に状態が悪くなった時には緊急度と重症度の判断と対応をする。その際に対象者やご家族に何が起きているのかをわかりやすく説明しているのも修了生である。介護老人保健施設でよくみられる症例は、肺炎、転倒、意識障害などであり、高齢者に特徴的な病状の臨床推論が修了生の活動の中で多くみられる。また特定行為としては、皮膚トラブルの判断や軟膏の選択、処置、内服薬の調整、胃瘻膀胱瘻のカテーテル交換などである。

このような活動を通してA修了生が勤務する介護老人保健施設で得られた成果の一部を紹介する。入所中の高齢者の入院率をA修了生が活動する前後で比較した結果を図2に示す。A修了生が入所者に介入する前（平成20～22年）とNPとして介入した後（平成23～24年）を比較すると、介入後の入所者の入院割合が減少している。さらに入所者の救急車による搬送の件数を介入前後で比較した結果を図3に示す。A修了生の介入後は救急搬送数が介入前より半数以上減少している。このような結果が示された理由として、状態が悪化した高齢者に対して救急搬送の必要性が判断され、救急搬送が本当に必要なケースの見極めが強化されたのではないかと考えられる。また、入院割合も減少していることから入所者の日常的な健康管理が強化されたためと考えられる。これらは高齢者の健康への直接的な成果である。さらに一緒に働く看護師からは、「医師に聞きにくいことが気軽に聞ける」、「根拠を説明してくれるので自信が持てる」などと評価されており、高齢者や家族からは「よく診てもらえて嬉しい、心強い」などの安心の声があがっている。

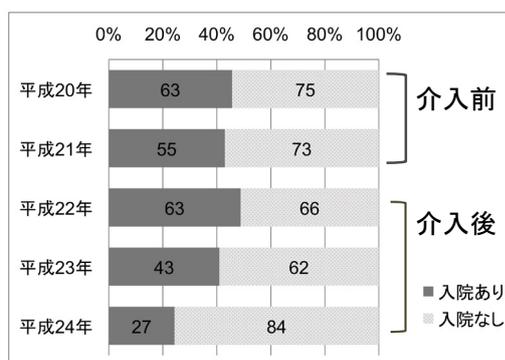


図2. 修了生介入前後の入所者の年間入院割合

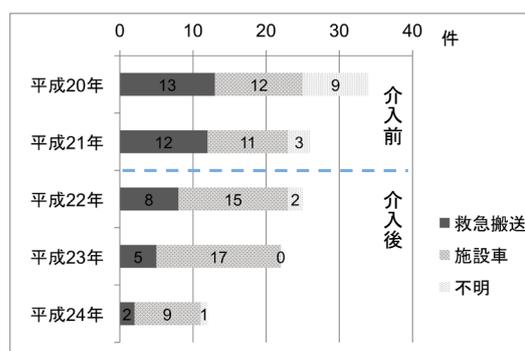


図3. 修了生介入前後の病院受診方法

これらは一事例が示す成果である。介護老人保健施設で働く修了生はまだ希少であり、その数を増やしていくことが課題である。これを受けて、今後、介護老人保健施設で多くのNP課程修了生が活動することで、高齢者の健康管理の強化、急変時の迅速な対応、チームでの多職種協働が円滑となることが期待される。

2.3 病院でのNPの活動

病院での活動例として地域の中核病院に勤務するB修了生の活動を述べる。B修了生は指導医が担当する患者の副担当として活動している。指導医が外来診療のために病棟を不在にする時には、病棟の入院患者を診察し、必要な患者に対して手順書を基に検査や薬剤の調整などを行っている。このような活動によって医師が不在の時でも入院患者の緊急時の対応や必要な検査処置を迅速に行うことができ、医師を待つために患者の処置が遅れることが減少している。病院で修了生がよく対応しているのが、食欲不振、頭痛、嘔吐、発熱、めまいなどの症状に対するものであり、修了生の臨床推論は患者の症状の原因を早期に発見し、対応するのに大変役立っている。また特定行為として動脈血採血、デブリドマン、胃瘻カテーテル交換、薬剤調整等を行っている。

2.4 訪問看護ステーションでの活動

訪問看護ステーションで活動するC修了生は、訪問患者のうち主に状態が悪化した在宅患者の診察、検査、処置にあたっている。このまま在宅で療養できるか、入院治療したほうがよいのか、という重要な判断を行っている。修了生の報告では、腸閉塞、肺炎、心不全、看取りなどのケースで判断を行う経験をしている。これまで自宅療養が難しく入院となっていたケースも、修了生が訪問看護ステーションで活動するようになってからは、自宅でも継続して治療を行うこともできているという。在宅で実施する特定行為としては、気管カニューレの交換、末梢動脈血採血、膀胱瘻、胃瘻カテーテル交換、褥創処置などが多数みられる。

また、修了生は患者さんのケアだけではなく、看護スタッフへのフィジカルアセスメントの研修なども開催し、全体的な看護のスキルアップに貢献している。

3. おわりに

今回、大分県立看護科学大学の修了生を中心とした活動と成果の一部を報告した。病院や訪問看護ステーションでの成果は、今後継続して明らかにする必要があり、今回報告した介護老人保健施設についても継続調査が必要である。プライマリケア領域だけでなくクリティカル領域も含め、NPの修了生が全国的に活動することで、患者のQOLの向上、満足度の向上等に効果がみられるほか、医療現場も効率的効果的な医療体制がとられ、医療の質の向上につながることを期待される。

引用文献

Ono M, Miyauchi S, Edzuki Y et al (2015). Japanese nurse practitioner practice and outcomes in a nursing home. *INR* 62(2), 275-279.

Owens D, Eby K, Burson S et al (2012). Primary palliative care clinic pilot project demonstrates benefits of a nurse practitioner-directed clinic providing primary and palliative care, *J Am Acad Nurse Pract*, 24, 52-58.

Stanik-Hutt J, Newhouse RP, White KM et al (2013). The Quality and effectiveness of care provided by nurse practitioners. *J Nurse Pract* 9(8), 492-500.

十時友紀, 小野美喜, 福田広美 他 (2015). 介護老人保健施設の事業対象看護師の導入により期待されるチームへの効果: 導入施設と非導入施設の困った体験の比較より. *コミュニティケア* 17(4), 67-71.



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16回看護国際フォーラム

大分県立看護科学大学大学院修士課程におけるNP教育の展望と課題

- 「特定行為に係る看護師の研修制度」創設を踏まえて -

Prospects and challenges of NP education in the master's program of the Graduate School of Oita University of Nursing and Health Sciences: At the establishment of 'The training system for nurses on the specific medical activities'

村嶋 幸代 Sachiyo Murashima

大分県立看護科学大学 理事長・学長 Oita University of Nursing and Health Sciences, President

2016年2月16日投稿

要旨

2015年10月1日から、「特定行為に係る看護師の指定研修制度」が創設された。大分県立看護科学大学大学院修士課程NPコースは、本研修制度を全面的に取り入れ、学生定員も増やす。一般社団法人日本NP教育大学院協議会の加入校は、大部分がこの制度を取り入れている。一方で、本制度は、当初、我々が望んだ「修士課程におけるNP教育」とは大きく異なっている。今後、真の意味でNPを日本に根付かせるためには、「育成する像」「教育カリキュラム」「試験による質保証」が一致して推進されることが重要である。本学としても、専任教員の確保と院生の増加、実習施設の確保等々が課題であるが、「質の高い修了生を確実に世に出し続ける」ことが最重要と考えて、全学を挙げて前に進みたい。そして、NPが、チーム医療推進のキーパーソンとして、より自律的に幅広い分野で活動できるようになることを目指したい。

キーワード

NP、修士課程教育、特定行為に係る看護師の研修制度、展望

Key words

nurse practitioner, NP Master's program, 'The training system for nurses on specific medical activities', prospects and challenges

1. はじめに

2015年10月1日から、「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設された。大分県立看護科学大学大学院修士課程NPコースは、本研修制度で提示された特定行為を全面的に取り入れ、学生定員も増やす。NP (Nurse Practitioner: 診療看護師)は、一般社団法人NP教育大学院協議会 (以下、NP協議会)により、「医師と連携を図りながら患者等のQOL向上に必要とされる医療的行為も自律的に行える看護師」と定義されており、NP協議会の加入校は、大部分がこの制度を取り入れている。

一方で、今回創設された研修制度は、当初、我々が望んだ「修士課程におけるNP教育」とは大きく異なっている。そのような中であって、今後、大分県立看護科学大学がNP協議会と連携しながらどのように進めていくかの展望と課題について述べたい。

2. 「特定行為に係る看護師の研修制度」と大分県立看護科学大学大学院修士課程NP教育

2.1 大学院修士課程NPコースで「特定行為に係る看護師の研修制度」を実施

「特定行為に係る看護師の研修制度」の推進には、一般社団法人NP教育大学院協議会 (会長、草間朋子・東京医療保健大学副学長、大分県立看護科学大学名誉学長) のNP教育の実績が大きかった。NP協議会は、「大学院修士課程におけるNP教育」を目指し、55単位の修了要件を満たした大学院をNP教育課程としてコース認定している。また、その修了生にNP協議会が実施する試験を行い、合格者にはNPバッジを交付している。目下、全国の7つの大学院修士課程NP教育課程がコース認定され、試験の合格者は全国で200人に上る。修了生は、病院や訪問看護ステーション、老人保健施設などで実績を上げてきた。

- **特定行為に必要な幅広い学識・技術**
 - 医学的知識を幅広く系統的に学修
 - 臨床推論に必要な分析と統合力(=研究力)
 - 的確な技術・改善力
 - 医学・科学の共通用語で説明する力量
 - 看護に軸足をおく、ゆるぎないポリシーの確立

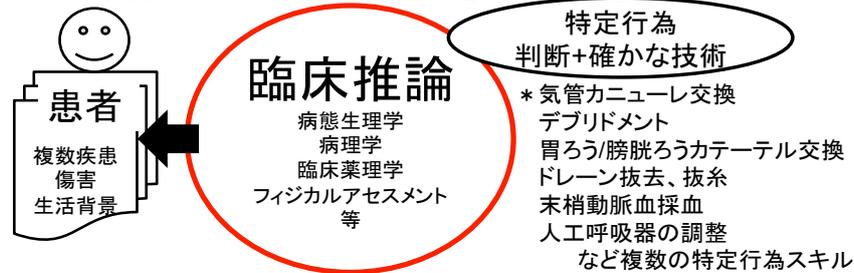


図1. 大学院修士課程で養成する必要性

今回、平成27年10月に創設された研修制度は、従来、NP協議会が目指してきたNP教育に比して、様々な弱点があることは否めない。しかし、修士課程のNP教育を推進してきた立場としては、本制度は看護師が一定の医行為を行うことが法的に保障されることにつながるため、積極的に本制度を修士課程教育の中に取り込むことにした。取り込み方は、従来、修士課程教育として大事にしてきた教育・演習内容や、その枠組みを崩すことなく、38の特定行為全てを修士課程教育で行うものである。実際に、NP協議会でNPコースとして認定されている大学院では、本学を含めて7校中6校が本研修制度の指定を受けた（厚生労働省2015）。その内5校は、指定研修制度の全38行為を2年間の修士課程NPコースに取り入れて実施している。

2.2 修士課程のNP教育の中に新制度を取り込むことを重視する理由

看護師が、医療行為を自律的に行うためには、(1) 特定行為に必要な幅広い学識・技術、(2) 医学的知識の幅広く系統的な学修、(3) 臨床推論に必要な分析と統合力(=研究力)、(4) 的確な技術・改善力、(5) 医学・科学の共通用語で説明する力量、(6) 看護に軸足をおく、ゆるぎないポリシーの確立、が求められる(図1)。即ち、「患者の心身の情報を、検査を含めて自分で取り、現象間の関連性を推理して判断する」能力が求められる。

現象間の関連性を見ることは、因果推論を行うことでもあり、これには研究的思考力、即ち、修士課程の教育が不可欠である。これらの理由により、大分県立看護科学大学では、従来から実施してきた修士課程NP教育課程で「特定行為に係る看護師の研修制度」を実施することを決定した。決定に際しては、本学の理事会・経営審議会でも相談し、修士課程で開設することにご了解をいただいた。

3. 今後に向けて: 特定行為に係る看護師の研修制度とNP教育の展望

3.1 特定行為に係る看護師の研修制度の運用に関して

図2は、「特定行為に係る看護師の研修制度」を大分県立看護科学大学大学院の修士課程NP教育課程で実施することとその効果を示している。この制度のもとになった「医療介護確保法」では、同時に、医療介護確保のための基金が準備された。今後は、その基金を活用して、スキルラボを作り、教員を増やし、学生数を増やすことが必要になる。平成27年度までは、本学のNP教育課程の定員は5名であったが、平成28年度からは、地元枠5名を増やし、定員を10名にすることになった。

厚生労働省では、特定行為ができるための指定研修を受けた人材を、2025年までに2桁万人にしたいということである。今後、育成数を如何に増やすかが課題であるが、修士課程で一度に教育で

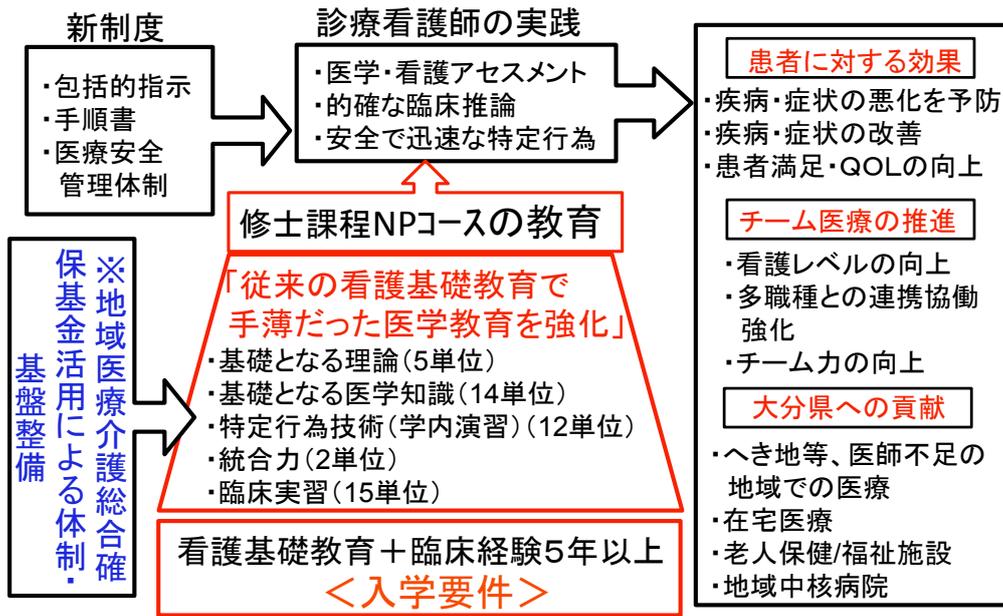


図2. 特定行為を取り入れた修士課程のNPコース(大分県立看護科学大学)

きる数は自ずと限られてくる。このため、何らかの対策が必要である。一方で、特定行為だけができれば良いというものではない。看護のマインド、行動力を持ちながら、確実な医学的知識と臨床推論能力を持つ人材を如何に育成するかについて、十分に検討する必要がある。制度創設時の現在は、先ずは、一人一人を、修士課程で確実に育てたい。その後、その人材が核となり、将来的に次のNPを教育する側にも回り、豊かに再生産できるようにすることを願っている。

本学が位置する大分県は、人口10万対の医師数が、全国平均よりも多い地域と、遥かに少ない地域とが混在している。NPの実力を持った人材が県下隅々にまで行き渡り、その地域の医療福祉水準を向上させることが必要である。今回の制度創設は、その貴重な一歩である。

3.2 将来のNPの育成に向けて

今回の「特定行為に係る看護師の研修制度」は、当初、我々が望んだ「修士課程におけるNP教育」とは大きく異なっている。今後、真の意味でNPを日本に根付かせるためには、「育成する像」「教育カリキュラム」「試験による質保証」が一致して推進されることが重要である。NPが、チーム医療推進のキーパーソンとして、より自律的に幅広い分野で活躍できるようになることを目指したい。

引用文献

厚生労働省(2015). 特定行為を行う指定研修機関. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000087753.html> (平成28年2月13日アクセス)

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
村嶋 幸代
murashima@oita-nhs.ac.jp