

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 8 No. 2

December 2009

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

ISSN 2424-0052

看護科学研究 編集委員会

編集顧問： 大塚柳太郎（国立環境研究所理事長）
（五十音順） 近藤潤子（天使大学長）
洪 麗信（ソウル大学名誉教授）
前原澄子（京都橘大学看護学部長）
Elizabeth Madigan（Case Western University）

編集委員： 委員長 草間朋子（大分県立看護科学大学）
（五十音順） 江崎一子（別府大学）
太田勝正（名古屋大学）
田村やよひ（看護大学校）
三宅晋司（産業医科大学）
村嶋幸代（東京大学）

編集幹事： 稲垣 敦（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）
小野さと子（大分県立看護科学大学）

技術協力： 伴 信彦（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、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
	資料・報告：	2名
	短報：	1名
	トピックス：	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、短報・トピックスは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。

- 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中に記載すること。

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
短報 (short note)	独創的な研究の短報または手法の改良提起に関する論文	≤ 3,000
資料/報告 (technical report)	看護・保健に関する有用な資料・調査報告	5,000 ~ 10,000
トピックス (topics)	海外事情、関連学術集会の報告など	≤ 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。

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。

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtabl

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 ½ (株) 職 ☞

3) 句読点

本文中では、「、」ど。」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「etal」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)

高木博文(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。

(2006年10月3日改定)

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 8, No. 2 (2009年12月)

目次

資料

- 外来看護の質向上のための環境システム整備に関する調査..... 21
大津 佐知江、佐伯 圭一郎、草間 朋子

資料

- 保健師の業務・裁量範囲の拡大に関する一考察..... 29
江藤 真紀、赤星 琴美、草間 朋子

トピックス

- 日本の看護への期待: Nurse PractitionerとCertified Nurse Specialistの共存..... 34
エクランド 源 稚子

トピックス

- 時代が求める自律した助産師への期待..... 40
宮崎 文子

外来看護の質向上のための環境システム整備に関する調査

Investigation about the nurse supporting system for outpatient nurses in order to display their professionalism

大津 佐知江 Sachie Otsu

大分県立看護科学大学 看護学研究科博士課程 Doctoral Program of Nursing Science, Oita University of Nursing and Health Sciences

佐伯 圭一郎 Keiichirou Saiki

大分県立看護科学大学 人間科学講座 健康情報科学 Oita University of Nursing and Health Sciences

草間 朋子 Tomoko Kusama

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

2008年10月24日投稿, 2009年4月13日受理

要旨

外来看護師が看護師としての専門性を発揮するためにはそれを発揮できる環境整備が不可欠と考える。本研究は、外来看護の質向上のための環境整備をすすめるうえの情報を入手することを目的とし、全国の一般病院の看護部長65名を対象に、「医療情報システム」「診療アシスタント」「診療の補助業務の中央化」など10項目の外来看護環境システムの導入状況を調査した。さらに、外来看護師592名を対象に、環境整備に関する項目の導入状況と「看護職者職業経験の質尺度」を用いた看護職者の質との関連を調査した。今回調査を行なった施設で80%以上導入されていた項目は、「医療情報システム」「診療アシスタント」「診療の補助業務の中央化」であった。また、導入が遅れている項目は、「キャリアラダーによる配置」「人事考課」「専門・認定看護師」「専門外来」「外来機能分離」であった。これらの外来看護環境に関連した項目を導入している施設は、していない施設の外来看護師より「看護経験の質」尺度得点は高く、外来看護の質を保つ上で導入の必要性が示唆された。

Abstract

The nurse supporting system such as medical and nursing records used IT technique and medical care assistant staff, is essential matter for outpatient nurses in order to display their professionalism. We investigated situation of introduction of 10 nurse supporting systems in 65 general hospitals nationwide by questionnaire. Also, we conducted a survey of the relationship between situation of introduction of nurse supporting systems and quality of 592 members. The quality of nurse was measured by indexes of nursing work experience developed by Suzuki. Medical information system, medical care assistants, and centralization of ancillary medical tasks were introduced in more than 80% hospitals. Career ladder and performance evaluations of each nurse did not be used practically to nursing staff arrangement. Activities of certified nurse's specialist and certified nurses did not be used effectively in such hospital. Higher introduction rate of nurse supporting system were higher quality of nurse.

キーワード

外来看護の質向上、外来看護環境システム、看護経験の質尺度

Key words

progress quality of outpatient nursing, supporting system to outpatient nursing, a quality measure of nursing experience

1. 緒言

外来は病院の質が評価される重要な場所の一つである。急性期医療施設の外来については、専門外来の設置、特殊外来への特化、他の病院・診療所との連携等による外来分離等の改革が進められている。看護師の専門性を発揮した看護師主体の外来も増えつつあるが、病棟看護と比べると外来

看護の質向上のための改善は遅れているのが現状である。

著者らは、患者にとって最善の外来看護のあり方について検討を進めており、その一つとして新しい時代の外来看護を目指して改革を行っている病院における取り組みとその取り組みがもたらした外来看護の変化等を調査した（大津・草間

2007)。特に、外来看護師が専門性を発揮するためには環境整備が必要と考え、電子カルテ等の医療情報システムの導入、診療アシスタントの導入等の外来看護を支える環境システム整備の必要性を提案した。

本研究は、外来看護の質向上のための環境整備のあり方を検討するための情報を入手することを目的とし、全国の一般病院の看護部長を対象に、著者らが提案した外来看護を支える環境システムの導入状況等を調査し、さらに外来看護師を対象に環境システムの導入状況と外来看護師の質との関連を調査した。

用語の定義: 著者らが提案した10の外来看護を支えるために整備することが望ましいと考えている環境システムを「外来看護環境システム」とよぶ。

2. 方法

2.1 看護部長を対象とした実態調査

外来看護環境システムの導入を調査するために全国病院名簿(厚生労働省医務局総務課 2004)に記載されている一般病院(精神病院、結核療養所を除く)から、地域別、病床数別、病院の設置主体別に層別化無作為抽出法にて200病院を抽出し、看護部長宛に調査票を郵送し、65病院から回答を得た。

調査期間は2007年1月～3月である。

調査内容は、1)看護部長の属性、2)表1に示す外来看護環境システムの導入状況と導入していない場合にはその理由、3)外来看護師の勤務配置を

表1. 外来看護システム

1	医療情報システムの導入
	(1) 電子カルテ
	(2) 電子カルテのクリティカル・パス
	(3) レセプト電算処理システム
	(4) オーダリングシステム
	(5) 院内外の他施設・介護・福祉等および国外の連携システム
2	診療アシスタント (医療秘書・クラーク・フロントアシスタントなど)の導入
3	診療の補助業務 (注射・採血・処置など)の中央化
4	外来一看護体制 (外来を一看護単位とし、看護師は一つの診療科に固定せず、各診療科をローテーションする)
5	病棟・外来一看護体制 (一つの診療科の外来と病棟を一看護単位とし、看護師は外来と病棟をローテーションする)
6	キャリアラダー評価表を用いた看護実践能力到達段階別人員配置
7	人事考課の人事決定、給与査定への反映
8	専門看護師・認定看護師の活用
9	看護師による専門外来
10	外来機能の分離 (入院棟から外来・健診機能を分離し外来センターとする)

決定する際に考慮している点である。

2.2 外来看護師を対象とした調査

調査協力の承諾が得られた65病院の看護部長を通して、外来で勤務している看護師、1病院あたり10名、合計650名に調査票を配布した。回収は看護師自身が返信用封筒を用いて個別に投函する方法により行った。

調査期間は2007年1月～5月である。

調査内容は、1)看護師の属性、2)鈴木他(2004)が開発し妥当性・信頼性の確保された「看護職者職業経験の質評価尺度」(以下、「看護経験の質」尺度という)を用いた調査とした。「看護経験の質」尺度は6下位尺度(I.仕事を続ける中で、自分にあつた日常生活を築く行動、II.看護実践能力を獲得し、多様な役割を果たす行動、III.他の職員と関係を維持する行動、IV.看護職としての価値基準の確立につながる行動、V.発達課題の達成と職業の継続を両立するための行動、VI.職業の継続を迷ったときの行動)30項目からなる。各項目の選択肢は「あまり当てはまらない」(1点)～「非常に当てはまる」(5点)までの5段階リッカート尺度で回答し、得点(30～150点)が高いほど「看護経験の質」が高いことを表す。

2.3 倫理的な配慮

質問票は無記名で記入後郵送にて回収し、得られた情報は統計的処理を行い個人や所属施設が特定できないようにすること、研究目的以外には使用しないこと、研究結果を公表することを依頼文書に明記した。看護師の調査への参加の承諾は、質問票を返送することで了承を得られたと判断した。なお、本研究は大分県立看護科学大学研究倫理・安全委員会の承認を得て実施した。

2.4 データの処理

質問票の各項目の記述統計量を算出した。外来看護環境システムの導入を妨げる要因・理由に関する自由記載情報から意見の多かった要因・理由を抽出した。

外来看護環境システム10項目のうち1つの項目を1点とカウントし、10項目すべてを導入して

いれば10点として、病院毎の外来看護環境システムの導入状況を点数化した。また、外来看護環境システム導入状況の点数(0~10点)に着目して、対象者を4グループ(0-2点、3-5点、6-8点、9-10点)に分け、各グループごとの「看護経験の質」尺度得点を求めた。外来看護環境システムの導入状況と「看護経験の質」との関連性の分析には、Mann-WhitneyのU検定、Tukeyの多変量分析を用い、検定は危険率5%以下をもって有意とした。統計解析にはSPSS ver. 14.0を使用した。

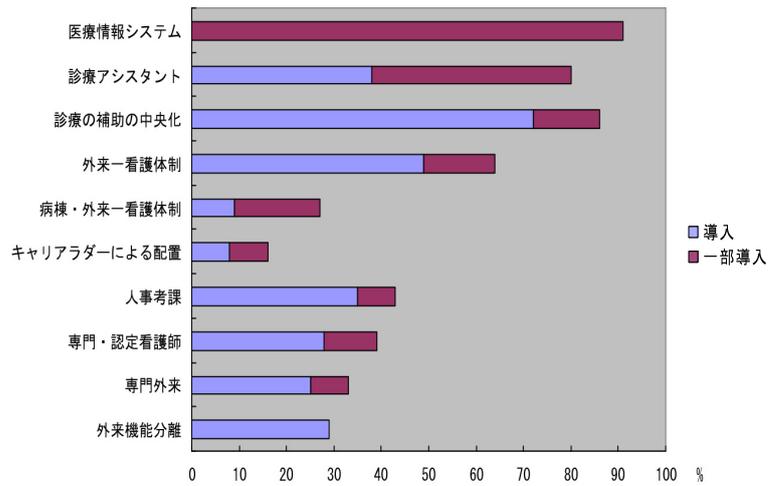


図1. 外来看護システムの導入状況 (N=65)

3. 結果

3.1 解析対象者

3.1.1 看護部長からの回答

200病院の看護部長に送付した質問票のうち返送されたものは55部であったため調査協力について再依頼し、返送された10部を加えた65部(回収率32.5%)を分析データとした。看護部長は全員女性で、年齢分布は 55.0 ± 5.7 (34~65)歳であった。なお、返送された病院の回収率は、所在地、設置主体(公的・法人・その他)および病床数(20~600床以上)で分布を検定した結果、各変数間で有意な偏りはなかった(TukeyのHSD検定)。

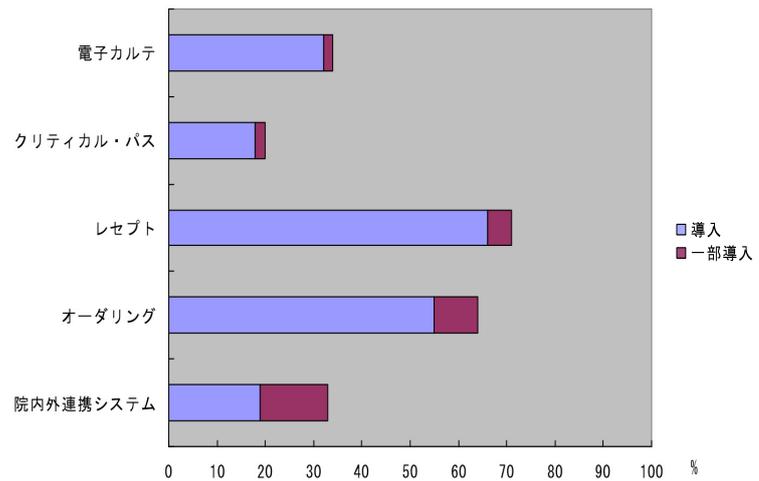


図2. 医療情報システムの導入状況 (N=65)

3.1.2 外来看護師からの回答

研究協力が得られた65病院の外来看護師に配布した調査票650部のうち596部が返送された。このうち有効回答592部(回答率91.1%)を分析対象とした。外来看護師は女性586名、男性4名で、年齢分布は 41.0 ± 8.8 (22~66)歳であった。雇用形態は、正規職員483名(82%)、臨時職員45名(8%)パート職員59名(9%)不明5名(1%)であった。

3.2 外来看護環境システム導入の実態

表1に示す外来看護環境システムの導入状況を図1に示す。「医療情報システム」「診療アシスタ

ント」「診療の補助業務の中央化」は一部導入も含めると80%以上の病院が導入していた。さらに「医療情報システム」について各項目毎の導入状況を図2に示す。「オーダーリング」「レセプト」の導入は65%を超えており、「電子カルテ」は35%、「院内外連携システム」は33%、「クリティカル・パス」は20%の病院が導入していた。医療情報システムの5つの項目をすべて導入している病院は、今回の調査ではなかった。看護体制では「外来一看護体制」が65%で、「病棟・外来一看護体制」の27%に比べて多かった。「キャリアラダーによる配置」は15%と最も少なかった。

外来看護師の勤務配置の際に考慮している点としては「新人看護師は配置しない」が最も多く70%を超えており、「個人ごとの適正を考慮」「臨時・パートタイム看護師優先」が60%、「産休明けの看護師を優先」30%、「特に決まりはない」5%であった。

3.3 外来看護環境システムの導入を妨げる要因・理由

今回提示した外来看護環境システムの導入を妨げている要因・理由として指摘された主なものは以下の通りである。() 内に各回答に対する該当施設数を示す。

1) 医療情報システム: 導入には莫大な費用がかかるため病院管理者の理解が得られない (25)。高齢の看護師の反対がある (9)。協働する医療職種間で変化に対応する改革意識に対する差がある (7)。

2) 診療アシスタント: 看護師が秘書的な業務を行わないと業務がはかどらないなどの理由で医師の反対がある (14)。外来患者は重症化しつつあり診療アシスタントでは適切な判断ができないなどの理由で看護師からの反対がある (8)。診療アシスタントを導入していても看護師との業務分担が不明確のためうまく協働できていない(5)。

3) 診療の補助業務の中央化: 業務分担に関して検査部、薬剤部の反対がある(9)。

4) 外来一看護体制: 診療報酬改定により外来看護師の増員を図った施設もあるが、多くの施設では病棟看護師の人材確保が優先されている (23)。各診療科における患者数や業務量等に差があり、外来の特殊性に対応する看護師の能力に差があるため応援体制が組めない (20)。各診療科をローテーションすることに対して医師の反対がある (8)。

5) 病棟・外来一看護体制: 外来看護師は夜勤免除を希望する者や、臨時・パートタイム勤務者が多いため、病棟・外来間のローテーションが困難であり、応援体制を指導することが困難である (28)。

6) キャリアラダーによる配置: 導入していると答えた病院でも、外来看護師の経験や能力にばらつきがあり、個人の勤務条件を考慮すると、実際にはラダーを活用した配置は実施できていない

(5)。

7) 人事考課: 給与査定のみ (5)、あるいは人事決定のみ (9) 導入している施設が多い。設置主体による縛りがなければ導入の方向で検討したい (23) という意見が多かった。

8) 専門・認定看護師の活動: 管理者の指導力不足のためスタッフを活性化する役割が十分活用されていない(12)。

9) 看護師による専門外来: 患者の指導・支援技術などに関する看護師のスキル不足を感じている (36)。人材が確保できれば導入したいが、看護師が養成されていない(15)。

10) 外来機能分離: 検診部門や救急外来など特殊診療科のみ分離している病院が多い(15)。

3.4 外来看護環境システムの導入状況と「看護経験の質」との関係

「看護職者職業経験の質評価」尺度(「看護経験の質」尺度)は、質の高い看護を展開するために、看護職者が職業を継続し、その過程において自らの職業経験の質を評価しその向上を図る目的で開発された尺度である(鈴木 他 2004)。野中(2006)は、外来看護師は、「過去の具体的な例を規範として用いることにより、状況を一側面のみではなく全体としてとらえ、その意味を長期的な目標としてみることができる」(Benner 1992) 力、すなわち中堅の力もしくはエキスパートであることが求められているとしている。そこで今回、看護師の質の尺度としてこの尺度を用いて外来看護師の質を評価することとした。

「看護経験の質」尺度の得点の分布を図3に示す。592人の「看護経験の質」尺度総得点は33～146点に分布しており、平均91.5±19.7点であった。

10項目の外来看護環境システム得点の分布を図4に示す。外来看護環境システム導入の得点は平均4.6±2.2点であった。

外来看護環境システムの導入状況と「看護経験の質」尺度得点との関係を表2に示す。なお、「一部導入している」は「導入している」として処理した。外来一看護体制および病棟・外来一看護体制に関しては、導入の有無による「看護経験の質」尺度得点にほとんど差がなかった。それ以外の8つの項目については、導入している施設はしていない施設の外来看護師より「看護経験の質」尺度得点

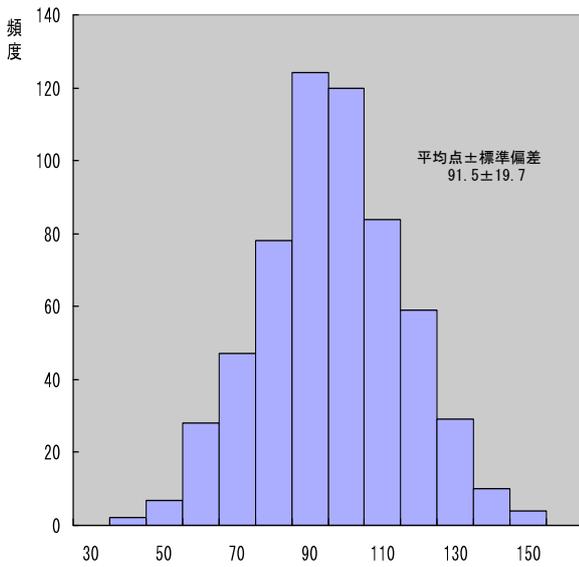


図3.「看護経験の質」尺度得点の分布 (N=592)

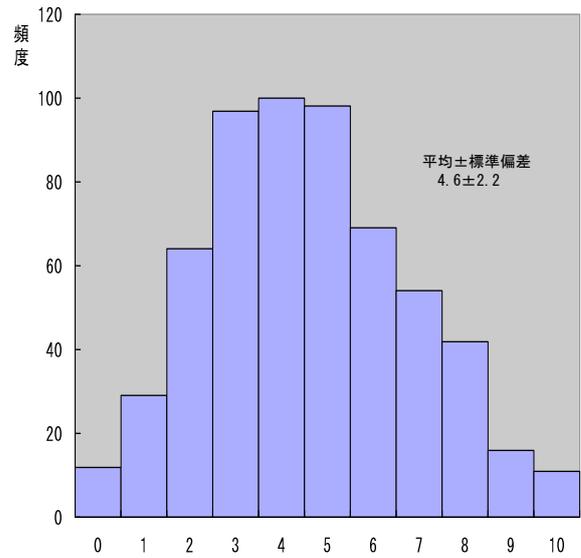


図4.「外来看護環境システム得点」の分布 (N=592)

表2. 外来看護システム導入状況と「看護経験の質」尺度得点との関係 I (N=592)

	導入の有無	回答した看護師数	「看護経験の質」得点 (平均値±標準偏差)	Mann-WhitneyのU検定
医療情報システム	あり	524	92.0±19.5]
	なし	68	87.8±20.6	
診療アシスタント	あり	439	92.5±19.1]
	なし	153	88.5±21.1	
診療の補助業務の中央化	あり	411	93.7±19.4]
	なし	181	88.8±20.2	
外来一看護体制	あり	310	91.2±19.6]
	なし	282	91.7±19.6	
病棟・外来一看護体制	あり	125	92.1±20.4]
	なし	467	91.3±19.5	
キャリアラダーによる配置	あり	168	96.3±19.3]
	なし	424	89.5±19.5	
人事考課	あり	167	94.4±20.0]
	なし	425	90.3±19.5	
専門・認定看護師の活動	あり	289	93.9±19.1]
	なし	303	89.2±20.0	
看護師による専門外来	あり	153	96.6±19.6]
	なし	439	89.6±19.4	
外来機能分離	あり	134	95.2±19.1]
	なし	458	90.3±19.7	

* p<0.05
** p<0.01

表3. 外来看護システム導入状況と「看護経験の質」得点との関係 II (N=592)

グループ	外来看護システム導入状況得点	回答した看護師数	「看護経験の質」尺度得点 (平均値±標準偏差)	検定結果 (TukeyのHSD検定)
1G	0 ~ 2点	105	85.2±20.4	F=4.8 * * *
2G	3 ~ 5点	294	91.9±18.8	
3G	6 ~ 8点	165	94.1±19.2	
4G	9 ~ 10点	28	94.1±23.3	

* p<0.05

は高く、特に、診療アシスタント、診療の補助業務の中央化、キャリアラダーによる配置、人事考課、専門・認定看護師の活動、看護師による専門外来、外来機能分離の7項目については、導入の有無と「看護経験の質」尺度得点との間に有意な関係が認められた。

外来看護環境システムの導入状況と各グループごとの「看護経験の質」尺度得点との関係を表3に示す。1グループの「看護経験の質」尺度得点と2、3、4グループの「看護経験の質」尺度得点には有

意差が認められた。外来看護環境システム導入得点が高いグループほど「看護経験の質」尺度得点も高い傾向にあった。

4. 考察

4.1 外来看護環境システムの導入状況

調査対象となった施設において80%以上が導入している外来看護環境システムは、医療情報システム、診療アシスタント、診療の補助業務の中央化であった。診療の補助業務の中央化、診療ア

シスタントの導入により看護業務の機能分化が進んでいることが分かった。看護師が秘書的な業務を行わないと業務がはかどらないという一部の医師の反対もあるが、診療アシスタントシステムが機能している施設では、診療アシスタント実践能力ラダーを作成し、プリセプター制を取り入れるなど医療アシスタント教育体系を確立し、診察室では医師が誰よりも信頼する存在にまでなっている(野中 2006)。

医療情報システムでは、オーダリング、レセプトシステムはほとんどの病院外来に普及していた。しかし、電子カルテ、クリティカル・パスでの情報共有による院内の連携や地域連携クリティカル・パスについては、導入している施設は依然として少ない。日本では在院日数の短縮化が急性期医療を中心に進められているが、患者にとっては医学的に早すぎる退院を招き、再入院を増加させたという米国での報告(American Hospital Association 1988)もある中で、今後、入院から在宅までの切れ目のない医療を提供していくためには、医療情報システムを活用した地域との連携を図っていく必要がある。

導入率が50%以下の環境システムは、キャリアラダーによる配置、人事考課、専門・認定看護師、専門外来、外来機能分離がある。外来看護師に対するキャリアラダーによる配置は、各種システムの中で最も導入率が低く、働き続けられる職場であるため看護師個人の要望を考慮した勤務配置を優先している現状では実質的に導入が困難な状況にあると考えられる。

外来における看護師不足は2006年4月の診療報酬改定の影響を受けて従来以上に深刻になっている(数間 2007)。継続看護を充実させるためにも病棟・外来一看護体制は一つの解決策と思われるが、病棟と外来のローテーション勤務配置の難しさから導入率は低かった。一方、外来一看護体制は看護師の突発的な欠勤などに対する応援体制が可能ため65%の病院で実施されていたが、診療科の特殊性に対応できないという指摘もある。外来看護体制を構築することができた病院では、どのような看護体制を選択するにせよ病棟と外来の連携を強化することが重要であり、外来と病棟の連携で大切なことは外来看護師も病棟看護師も患者の視座に立ち、質の高い看護を提供す

るという思いを共有することであると述べられている(谷田貝 2006)。

外来看護において専門性の高い指導などが求められているにもかかわらず、専門・認定看護師、専門外来の導入率は低く、実際には看護師、看護管理者のスキル不足などもあり時代の要求に外来看護の質が追いついていない実態がある。多くの医療機関が外来看護の重要性を認識し改善に向けて前向きに取り組みつづけるが、病院管理者の理解や看護師の意識改革が遅れている現状があることも明らかである。

4.2 外来看護環境システムの導入状況と「看護経験の質」との関係

外来看護師の「看護経験の質」尺度の得点の分布は、舟島 他(2005)の病棟および外来看護師を対象にした調査結果と同様であった。今回の調査では、外来一看護体制および病棟・外来一看護体制の看護体制については「看護経験の質」尺度得点との関連は認められなかったが、産休明けの看護師、臨時・パートタイム看護師で構成される外来看護師の勤務ローテーションを組む際に、導入していけば効果的ではないかと考える。8つの項目に関しては導入している施設の外来看護師の「看護経験の質」尺度得点が高いこと、また、外来看護環境システムのうち3項目以上導入している施設の外来看護師の「看護経験の質」尺度得点は2項目以下の施設の看護師より高いことから、これらのシステムの有用性が今回の調査からも示唆された。

4.3 外来看護師のモチベーションを高める環境づくり

在院日数が短縮され従来であれば入院して行われていた看護ケアが外来へ移行し、外来看護は多様化してきた。外来看護師には患者の再入院を予防し、在宅医療が続けられる支援を行うなど個々の患者のニーズに対応した質の高い看護ケアを提供することが要求されている。外来看護師が質の高いケアを提供できるようにするためには外来看護師が本来の看護業務に専念できるように外来看護を支える環境を整備していく必要がある。

医療情報システムは、患者の満足度を高める上で欠くことのできないシステムである。オーダリング、レセプトシステムの導入により診療の迅速化が図られ、電子カルテ、電子カルテに組み込ま

れたクリティカルパスシステム導入により伝票整理などの雑務が省力化し(小西・石原 2004)、院内のあらゆる部門間、さらに地域との短時間での患者情報の共有を可能にし、継続看護を充実させることができるからである。さらに、診療の補助業務の中央化、診療アシスタント導入により、看護師でなくても遂行できる業務の一部を他職種に移行し、事務処理等をその道のプロが行うことで業務の効率が高められ、看護師は患者の指導・相談などに関わる時間を得ることができる。また、外来機能分離により外来看護師は、患者が在宅で療養できるための生活支援を行うなどの外来看護ケアの焦点が絞れるようになる。診療報酬改定により多くの病院で看護配置の見直しが行われたが、病棟への人員配置が優先され外来看護師が削減されるなどの実態もある(濱口 他 2008)。応援が可能な外来一看護体制や病棟と外来の継続看護を考慮した病棟・外来一看護体制など、個々の施設の事情に合った看護体制を導入し外来看護師数の不足を補うことも必要になる。

育休明けの看護師、臨時・パートタイム看護師で構成される外来看護師は、業務量・質・モチベーションの個人差が大きい(大津・草間 2007)。しかし、外来は新人看護師では勤まらない経験を積んだ専門職としての意識や能力が問われる職場でもある。それぞれの施設においては、業務改善や柔軟な勤務体制の導入、短時間勤務者の雇用、子育て支援、新人看護師や潜在看護師の育成を行いながら看護職の確保・定着に向けての活動が行われている。2007年当初の看護職員確保に関する緊急アンケートによると、看護職を確保できている病院では、夜勤や人員配置などの勤務体制や教育研修体制が充実していることが明らかにされている(日本看護協会 2007)。パートタイムや夜勤専従勤務の導入だけでなく、フレックスタイム、時差出勤など多様な勤務形態を導入し人員を確保し、対象別の教育研修を充実させ人材育成を行っていくことも重要である。

今回の調査で外来看護師のスキル不足が多く、看護部長から指摘されている。キャリアラダーによる配置、人事考課、専門・認定看護師、専門外来は、個々の看護師のスキルアップにつながり、外来看護の専門性を強化するために必要なシステムである。クリニカルラダー評価表を用いた看護

実践能力の到達段階別の人員配置は、看護師個々が自分の目標を持ちその目標に向かって努力することで専門職業人としての自覚を芽生えさせる。また、人事考課制度は、スタッフが自分の働き振りを評価される喜びを感じ、さらに面接を通して、上司が自分に期待してくれることや自分を理解してくれている上司の存在を身近に感じることができる(大津・草間 2007)。専門看護師・認定看護師のスペシャリストとしての働きはスタッフへのエンパワーメントであり、彼らの活動がスタッフを活性化し、モチベーションの向上を図ることにつながることを期待される。

外来看護師の業務をサポートする環境づくりは外来看護の質の向上にとって必要不可欠である。病院は個々の施設の事情に合った外来看護環境システムを選択し積極的に導入して欲しい。また、導入されたシステムによる外来看護の質向上を客観的に評価する体制を整えていくことがシステム導入を加速することになると考えている。

謝辞

本研究にご協力くださいました各施設の看護部長並びに外来看護師の皆様に深く感謝いたします。

引用文献

American Hospital Association (1988). Intimation to Discharge Planning for Hospitals. In Volland PJ (Ed), Discharge Planning, pp15-18. National Health Publishing, New York.

Benner P (1992). ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー. 井部俊子, 井村真澄 他(訳), p33. 医学書院, 東京.

舟島なおみ, 亀岡智美, 鈴木美和(2005). 病院に就業する看護職員の職業経験の質に関する研究 現状および個人特性との経験に焦点を当てて. 日本看護科学会誌 25(4), 3-12.

濱口恵子, 青木富士子, 吉田佳津子 他(2008). 外来の現状と課題 現場の声. 看護 60(5), 44-48.

数間恵子(2007). 慢性期看護 外来看護を中心とし

て. インターナショナルナーシングレビュー 30(3), 50-54.

小西敏郎, 石原照夫(2004). 総合病院における電子カルテ導入による診療の変化. 新しい眼科21(7), 857-865.

厚生労働省医務局総務課(2004). 病院要覧 2003-2004年版, 医学書院, 東京.

日本看護協会(2007). WE NEED YOU 職場づくりサポートブック. 社団法人 日本看護協会, 東京.

野中みぎわ(2006). 外来看護師に求められる能力と専門性の育成. 看護展望31(12), 1333-1341.

大津佐知江, 草間朋子(2007). 変化する外来看護システム2 施設の取り組みから, 看護教育48(7), 602-607.

鈴木美和, 定廣和香子, 亀岡智美 他(2004). 看護職者の職業経験の質に関する研究 測定用具「看護職者職業経験の質評価尺度」の開発. 看護教育学研究13(1), 37-49.

谷田貝貞子(2006). 看護専門外来設置による外来機能強化. 看護展望31(12), 1320-1326.



著者連絡先

〒870-8511
大分市豊饒476番地
大分県立病院 ICU
大津 佐知江
ohtsu@oita-nhs.ac.jp

保健師の業務・裁量範囲の拡大に関する一考察

A study of expansion of the range of public health nurses' services and decision-making capacity

江藤 真紀 Maki Eto

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

赤星 琴美 Kotomo Akahoshi

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

草間 朋子 Tomoko Kusama

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

2009年10月31日投稿, 2009年11月17日受理

要旨

医療制度改革や特定健診・保健指導の実施、さらには時代の流れもあり、保健師には今まで以上に高度な専門性や力量が求められている。また、「保助看法」の改正により、保健師の教育年限が従来の倍となった。地域に密着した保健師活動が展開できる保健師の養成と、保健師にしかできない「保健指導」の実施について考え直す必要がある。そこで、3つの保健師の裁量・業務範囲の拡大((1) 特定健康診査・特定保健指導を効果的に進めるための裁量範囲の拡大、(2) 特定高齢者に対する訪問型介護予防事業を効果的に進めるための裁量範囲の拡大、(3) 簡易キットを用いたインフルエンザの検査および予防接種における裁量範囲の拡大)と保健師の養成は2年間の大学院修士課程で実施すべきであることを提案した。保健師の裁量範囲の拡大と保健師の養成を大学院修士課程で実施することで、保健師の専門性がより明確になり、専門職としての社会的責務が果たせると考える。

Abstract

With the reform of the health care system, the implementation of specific medical checkups and health guidance, and societal changes, public health nurses are now required to have more expertise and skills than ever before. In addition, the duration of education for public health nurses has doubled following revision of "The Act on Public Health Nurses, Midwives, and Nurses." The training of public health nurses in community-based activities and the implementation of "health guidance" unique to public health nurses must therefore be reconsidered. We have therefore proposed expansion of the range of public health nurse services and decision-making capacities: (1) expansion of the range of decision-making capacity with regard to performing specific physical checkups and specific health guidance; (2) expansion of the range of decision-making capacity with regard to performing home-visit preventive care services for specified elderly persons; and (3) expansion of the range of decision-making capacity with regard to performing influenza testing using a simple kit and vaccination. We have also suggested that training of public health nurses should be conducted in a 2-year master's course. Expansion of the range of public health nurses decision-making and training of public health nurses in a master's course will further increase their expertise and ability to discharge their social responsibilities as professionals.

キーワード

保健師、保健指導、裁量範囲

Key words

public health nurse, health guidance, decision-making capacity

1. 緒言

保健師助産師看護師法（以下「保助看法」）には、保健師は「保健指導に従事することを業とする」と定められており、住民等の健康保持・増進を図るために、単に、個人のみならず、家族、地域社会を包括的に視野に入れ、「みる・つなぐ・うごかす」の機能を持った地域の健康づくりの組織者として、保健指導活動

に積極的に取り組んできた。

一方、2006年の医療制度改革の本格的実施に伴い、昨今の地域保健活動はめまぐるしく変革しており、保健所保健師は、「専門的かつ技術的業務」、市町村保健センターで働く保健師は、「身近で利用頻度の高い保健サービス」というように、保健師の業務分担と専門分化が進みつつある。また、2008年

に医療保険者に対して生活習慣病予防の健診・保健指導の実施を義務化したことに伴い、健診・保健指導の外部委託化が加速し、保健師の就業先も拡大しつつある。

保健師活動の基本となる憲法に定められた「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」を具現化し、一人ひとりの国民が具体的にこの権利を享受できるようにするためには、保健師は、教育や実践活動を通して「地域の健康づくりの組織者」としての専門性をより強固なものとし、その能力を発揮していかなければならない。

本年7月の「保助看法」の改正により、保健師の教育年限が従来の「6ヶ月以上」からの「1年以上」となった。このことは、教育の段階から、社会のニーズに応えることができる専門性の高い保健師を養成することの必要性を反映したものと受け止めている。今回の法改正を一つの契機として、保健師の業務範囲・裁量範囲の拡大も念頭に入れ、保健師教育を大学院修士課程でのアドバンス教育に位置づけていく必要があるのではないかと考えている。

そこで本稿では、日本における保健師の活動の足跡を概観し、これからの保健師の業務範囲・裁量範囲の拡大の一案を提示する。

2. 日本における保健師活動の変遷

わが国で保健師教育が始まったのは、昭和初期といわれているが、この頃はまだ教育カリキュラムの制定や保健婦規則の制定には至っていない。

明治後期から大正、昭和初期は、国全体が貧困に苦しみ、貧困と不衛生のため、伝染性疾患が蔓延し、死産や乳児死亡率が高い時代であった。この頃から保健婦の活動は、農山村など地域に暮らす人びとを対象にして進められており、社会事業の分野にも活動範囲を広げ、多面的な生活・保健支援活動が行われていた(大国 1973)。

昭和12年の保健所法制定により、保健婦は保健衛生事業を実施する者として保健所の職員に位置づけられた。昭和16年の保健婦規則によってそれまで異なった名称を用いて保健・看護活動を行っていた人びとを「保健婦」の名称に統一し、業務を明確化するとともに、保健婦免許を取得するために必要な教育期間とカリキュラムが定められた。その6年後の昭和23年には、現在の「保助看法」が公布された。保健婦の業務などが制度化された当時の保健婦活動は、

時代の要請に応じて「健兵健民」、「産めよ、増やせよ」という国策を担い、結核死亡率や乳児死亡率を低下させることを目標としたものであった。

戦後の急激な社会変化に伴う公衆衛生上の問題に対処するために保健婦に対する期待が高まり、予防活動を中心とした地域の健康管理を担う専門職となった。保健婦の活動は、地域住民が持っている潜在的なパワーを引き出し、住民が自立して疾病を予防し、健康な生活を送ることができるように働きかける支援へと変化していった。それは個人の経済力の有無や社会的地位の高低、障がいの有無、年齢、性別などによる差別をなくし、「ひととして健やかに生きること」や社会保障システムの構築や創造を目指した活動であった。当時の保健婦業務は、地区分担制(学校区などその地区内で生活する人びとを担当する活動体制)がとられ、担当する地区の抱えるすべての健康問題を抽出、把握して住民とじっくり話し合い、貧困や不衛生と健康問題との関連性を追究し、解決策を見出し、さらには予防策を構築する活動を行ってきた。保健婦は、常に地区を巡回し、風土や気候、習慣など生活の利便性の情報を収集した。また、繰り返し家庭訪問をおこなうことで、家族関係や生活環境・習慣、近隣との関係性などを把握していった。このような活動を通して、人びとを取り巻く環境と健康を関連付け、顕在的・潜在的な健康問題を抽出した。また、住民へ健康情報を普及させ、人びとの自立した健康行動の習得できる地区組織の育成も手掛けることで、保健師の存在感を確固たるものとしていった。

近年になり、少子高齢化、格差社会の到来、地方自治体の平成の大合併、地域看護活動に関連する法改正など社会構造・機能に大きな変化がもたらされた。このような社会の変化に伴い、育児不安や児童虐待、うつ病やストレス、自殺や認知症など、家族や社会が抱える健康問題も変化してきた。また、核家族化が進行し地域のつながりも希薄となり、家族内でも個人が孤立しており、家族だけでは問題解決が困難な状況が発生し、健康を保持・増進する家族の力、地区組織の活動力も低下してきた。さらに、保健師の精神保健領域や介護領域などへの介入の機会が多くなり、守備範囲が大きく広がってきている。特に2008年の医療制度改革に伴い、特定健康診査や特定保健指導が保険者に義務付けられたり、地域包括支援センターが設置されたりしたこと

により、保健師の専門的能力へのニーズがより拡大化してきている(藤内 2007)。このような社会状況を反映し、保健師が従来のような地区分担制だけでは業務遂行が困難となり、平成10年ごろから、業務分担制が波及し、保健師が地域に密着した専門的な能力を発揮できる地区分担制が減弱化し始めた。

さらに、保健師は、予防活動の重要性を再認識しつつも、さまざまな法改正による社会の混乱に巻き込まれている現状もある。新規事業計画やその実施に追われ、新規事業の評価や従来からの保健師業務である家庭訪問における保健指導や地区診断ができず、葛藤の中で日々の業務をこなしている保健師が多いのが実態である(福田 2008)。

3. 保健師による保健指導

保健師の専門性を強化し、ステークホルダーである国民に保健師活動を可視化していくためには、保助看法で定められている保健師業務の中核である、「保健指導」を明確にし、国民に保健師の業務がはっきり分かるようにしていく必要がある。

しかし、保健指導は、法的には、保健師のみが行うことができる業務(業務独占)ではない。例えば、保健師以外に保健指導が実施できる職種として母子保健法では医師、助産師および歯科医師、労働安全衛生法では医師とされており、健康増進法では、医師、歯科医師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士にまで広がっている。このような中で、保健師の専門性を強化していくためには、保健師にしかできないような「保健指導」とは何であるかを、明確にしていくことが求められる。

日本看護協会保健師職能委員会では、2007年に保健師が業となす保健指導についての検討委員会を設置し、保助看法での保健師の保健指導とは、「保健事業における生活改善支援」、「保健師活動の中核となる支援技術」、「保健師活動の対人支援技術の総称」という3つの柱を示した。今後は、これらをさらに具体化し、国民に説明していく必要がある。

人びとが憲法にも保障されている健康で文化的な生活を維持するには、安全な酸素、水、および食品、居住空間、職業・所得などの確保、医療・保健・福祉などに関する社会的な保障体制の整備が不可欠であり、「生活」の場を抜きにして健康の保持・増進には考えることはできない。さまざまな要因が保障され

て初めて「生活」が成り立ち、「健康」に結びつく。保健師の保健指導では、「生活」の場を保障するために、対象者がおかれている「生活」の場のさまざまな要因を分析し抽出し、個人・家族の生活習慣をアセスメントした上で、対象者に合った支援技術を適切に提供していくことにより保健師の専門能力の存在が浮き彫りになる。保健師の支援活動の構造を図に示す。「個人・家族」「グループ」「コミュニティ」等に働きかけ、自助、共助、公助の機能を活用しつつ、地域の健康づくりの組織者として、「生活の場」づくりを行っていくのが保健師である。時代の変化とともに国民の生活習慣も変化しており、人びとの健康問題も多様化し、複雑で困難なものになっている。このような状況を的確にアセスメントし、保健師の専門性を発揮した実践を行い、人びとの健康の保持・増進を支援していかなければならない。

保健師にしか行うことができない専門性の高い「保健指導」に関しては、今後、さらに検討を重ね、具体化していかなければならない。

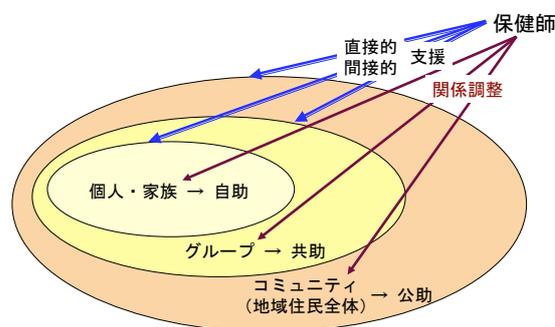


図1. 保健師の支援の構造

4. 保健師の裁量範囲・業務範囲の拡大

保助看法では、保健師が「診療の補助」行為を実施しようとする場合には、医師の指示が必要とされている。保健師が業とされている「保健指導」を行う中で、「診療の補助」行為を、保健師の判断で自律的に実施することができるようにすることにより、国民に対してより効果的な「保健指導」が提供できると考えている。そこで、本稿では、次の3つの保健師の裁量・業務範囲の拡大を提案したい。

- (1) 特定健康診査・特定保健指導を効果的に進めるための裁量範囲の拡大

(2) 特定高齢者に対する訪問型介護予防事業を効果的に進めるための裁量範囲の拡大

(3) 簡易キッドを用いたインフルエンザの検査および予防接種における裁量範囲の拡大

4.1 特定健康診査・特定保健指導を効果的に進めるための裁量範囲の拡大

2008年4月から開始された「高齢者医療確保法」に基づき特定健康診査・特定保健指導が実施されるようになった。特定健康診査・特定保健指導は、40歳～74歳までの公的医療保険加入者全員を対象としている。特定健康診査では、腹囲の測定とBMIの算出を行い、基準値(腹囲: 男性85 cm、女性90 cm / BMI: 25)を超える対象者に対しては、血糖、脂質(中性脂肪およびHDLコレステロール)、血圧、喫煙習慣の有無により危険度ごとにクラス分けし、保健指導(積極的支援/動機付け支援)が実施される。「特定保健指導」を実施できるのは、保健師、医師および管理栄養士の3職種とされている。

特定保健指導では、対象者の生活環境・習慣全般を包括的に見据えた保健指導が不可欠である。保健師は、通常業務の中で、常に、対象者の生活環境・習慣全般のアセスメントをおこなっており、3職種の中で包括的な健康アセスメントを最も得意としている職種であり、最も効果的な保健指導、すなわち、対象者自身が生活改善、行動変容をすることを支援する職種である(加藤 2007, 奥山 2007)。

特に積極的支援に属する対象者には、定期的あるいは臨時的に保健指導が繰り返される。2回目以降の保健指導では、対象者が保健指導内容の重要性を理解し、実際の行動変容に向けての対象者自身の努力の結果を、臨床検査結果などの定量的データで示すことは、生活改善へのモチベーションに繋がる。現行法では、繰り返される保健指導時に必要とされる再検査や追加検査のオーダーを保健師の判断で行うことはできない。保健師が特定健康診査の必須項目となっている血液検査の脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)、血糖検査(空腹時血糖、HbA1c)、肝機能検査(GOT、GPT、 γ -GTP)、尿検査(糖、蛋白)のオーダーができれば、特定保健指導の対象者はもちろんのこと、保健師自身の保健指導の定量的評価にもつながる。また、保健指導のその場に居ない医師のもとをわざわざ対象者が訪ねていく手間も省くことができる。

保健師が、血液検査、尿検査のオーダーができ、その結果を保健指導に活用することの効果は、対象者、保健師双方にとって大きい。

4.2 特定高齢者に対する訪問型介護予防事業を効果的に進めるための裁量範囲の拡大

地域包括支援センターでの事業のひとつに「介護予防」がある。これは従来の老人保健法における健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等が再編されたものである。地域包括支援センターでは、特定高齢者を対象にした介護予防施策として、「特定高齢者把握事業」と「訪問型介護予防事業」がある(立花 2009)。前者は、生活機能低下を起こしている高齢者、すなわち「特定高齢者」を早期発見することを目的とした事業で、後者は、特定高齢者と判断された者に対して保健師が家庭訪問等を行い、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、必要な相談・保健指導を実施する事業である。「特定高齢者」は、問診、身体計測、理学的検査、血圧測定、循環器検査、貧血検査および血液生化学検査結果を総合的に評価して決められる。このうち、理学的検査である反復唾液嚥下テスト、心電図検査、貧血検査および血清アルブミン検査は医師の指示の下で実施される(財団法人長寿科学振興財団 2006)。「特定高齢者」と確定された後には、保健師が継続的に家庭訪問等を実施し、保健指導を行う。保健指導実施期間中の、「特定高齢者」の健康状態を評価するにはこれらの検査を保健師の判断で実施できるようになれば、保健師が行った保健指導の効果を定量的に評価することができ、対象者にも効果的な支援を提供できる。また、対象者本人が生活改善の必要性や目標、生活改善内容等を理解するうえでも、検査結果は効果的に機能する。

4.3 簡易キッドを用いたインフルエンザの検査および予防接種における裁量範囲の拡大

現在、新型インフルエンザが世界的に猛威を奮っている。新型インフルエンザにおける感染症対策を実施している都道府県保健所に属している保健師は、地域住民に対して予防方法の周知や相談・保健指導、感染者の確認、状況把握および接触者の予防措置、医療機関との連携などの活躍をしている。新型インフルエンザの蔓延やパンデミックを阻止するためには、住民を対象としたワクチン接種や感染が疑われる者への早期の簡易検査キッドを用いたインフルエ

ンザ検査が重要となる。新型インフルエンザだけでなく、季節性のインフルエンザでも同様である。保健師の判断によって簡易キットを用いたインフルエンザ検査やワクチン接種を実施できれば、地域社会の感染症予防活動の充実を図ることが可能であり、住民の健康を護る一助となり、延いてはパンデミックの阻止につながる。

5. 保健師の裁量範囲の拡大と教育のあり方

「保助看法」の改正に伴い保健師教育期間が従来
の6ヶ月以上から1年以上に変更になったことを機会
に、社会のニーズに対応した保健師の専門性を確立
していく必要がある。

地域に密着した保健師活動が展開できる保健師を
養成するためには、保健師教育を2年間の大学院修
士課程での実施が望まれる。家庭訪問や地域看護
診断などを行うことで、個人、家族、地域社会をみ
ることができる保健師、そして社会保障システムの
構築や創造ができる保健師を育てるには2年間とい
う教育の時間の確保が必須であり、大学院教育で行
うことが望ましい。看護領域に限らず、高度な実践
者を育てることが大学院教育の目標にあげられてい
る。

今回の法改正を契機に、従来、考えられてこなかつ
た保健師の裁量範囲の拡大と教育を結びつけること
で、保健師の専門性がより明確になり、専門職とし
ての社会的責務を果たすことができる。

引用文献

福田由紀子(2008). 保健師の業務内容と雇用形態か
らみた地域保健活動内容. 医学と生物152(2), 73-82.

加藤典子(2007). 保健師に期待される「これからの保
健指導」とは. 保健師ジャーナル 63(6), 476-480.

大国美智子(1973). 保健婦の歴史, pp97-127. 医学書
院, 東京.

奥山則子(2007). 保健師の保健指導は変化してきて
いるのか?. 保健師ジャーナル 63(6), 481-485.

立花鈴子(2009). 地域包括支援センターでかわった
医療の事例とケアネットワークの必要性. 保健
の科学51(4), 233-236.

藤内修二(2007). 医療制度改革の背景とその本質.

保健師ジャーナル 63(4), 298-303.

財団法人長寿科学振興財団(2006). 訪問型介護予防
事業. <http://www.tyojyu.or.jp/hp/page000000800/hpg000000791.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 地域看護学研究室

江藤 真紀

meto@oita-nhs.ac.jp

日本の看護への期待: Nurse PractitionerとCertified Nurse Specialistの共存

エクランド 源 稚子 Wakako Eklund, MSN, APRN, NNP-BC

バンダビルト大学 看護学部 大学院新生児NP課程 ピーディアトリクスメディカルグループ Vanderbilt University School of Nursing Neonatal Nurse Practitioner Specialty, Pediatric Medical Group

2009年10月15日投稿, 2009年11月6日受理

キーワード

ナースプラクティショナー、専門看護師、アドバンスプラクティス

Key words

nurse practitioner (NP), clinical nurse specialist (CNS), advanced practice registered nurse (APRN)

1. はじめに

1991年に米国で看護師(Registered Nurse, RN)免許を取得して以来、看護界に関わるようになり、さらに、新生児専門ナースプラクティショナー(Neonatal Nurse Practitioner, NNP)の資格を取得してから既に7年が経つ。

本年(2009年)7月、チーム医療推進を目指す日本の医療者への情報提供を依頼されて講演のために来日し、米国のNNPの歴史や、経験を通じたナースプラクティショナー(Nurse Practitioner, NP)の姿について紹介させていただいた。帰国した折には、日本の多くの多職種の方々との情報交換の機会を持つことができ、日本の医療・看護の実態の一部を垣間みることができた。日本国内の看護を含めた医療界では、新たな試行錯誤の波紋の渦が見られるが、日本の社会環境が必ずしも看護の前進を歓迎していないかのようにも感じられた。

米国の高度看護は既に半世紀以上の歴史をもち、助産師は1925年から、NP教育は小児分野から1965年に始まった。筆者の専門である新生児集中治療分野で活躍するNPは、70年代初期に開始された。

日本での看護教育の強化、活躍領域・業務の拡大、医療を理解した看護系医療者の活躍の必要性を以前から強く感じてきた筆者は、米国のNPに関する話題を、日本の新生児ジャーナル(ネオネイタルケア、メディカ出版)に2004年春から、2006年の末まで33回にわたり連載してきた。「日本ではNPの実現

は無理だ」という声のみが海を越えて聞こえてきている中で、大分県立看護科学大学で2008年4月、日本初のNPの大学院教育が開始され、未だ法的に確かな将来が見えない中で、勇気ある看護師らが未知の世界へ飛び込んできたことを知り、NPの実態を発信してきたことが無駄ではなかったと感じている。2008年4月に大分で始まった朗報に対する筆者の反応は、"That's one small step for a man, one giant leap for a mankind"であった。これは、1969年7月20日に初めてアポロ11号の着陸船イーグルから月へと降り立った、ニール・アームストロングの言葉である。コロラド大学でロレッタフォード氏と、シルバー氏の協力の下で小児NP教育が開始したのは、丁度その4年前であった。

2. 日本におけるNPとCertified Nurse Specialist (CNS)の相互関係に対する不安と懸念

NP導入を達成するためには、(1)行政の理解、(2)看護界内部での教育と制度への理解、(3)医療界の他職種パートナー達との協調が必要である。さらに、人材の有無も考えなければならない。この4側面がなければ医療ニーズという屋根を安全に支えることは難しいと思う。今回の帰国で、教育を通して知識を習得し、裁量権と責任拡大を実現しようとするエネルギーと力が日本国内のあちらこちらに見え隠れしていると感じた。看護界での大きな変化に対して摩擦が生じる一つの理由は、看護師に個人感情があり、

自分の仕事に誇りがあり、自ら行ってきたことへの愛着を感じているからだと思う。医師と看護師、またNPとCNSに関する将来の相互の価値を、現段階で見極めるのは困難かもしれないが、看護界の将来の成長はどのようなビジョンを持つべきなのかを考えてみたい。日本医師会の「NP反対」に対するNPの診療の安全性アウトカムを社会に表明できる日が来ること、NPの特区提案が認められること等を心から願っているが、本稿では、NPとCNSの兼ね合いについて筆者が日本滞在中に感じた不安と懸念に注目して私見を述べることにする。

3. NPのグローバル化の実態

筆者は、2009年1月から5月にかけて、諸外国の新生児看護業務実態、NP制度導入実態と導入後の感想を簡単なアンケート調査によって把握しようと試みた。筆者が活動に参加している国際新生児看護協会の役員の許可を得て、この協会に所属している国々の新生児看護学会メンバー並びに、学会の存在しない国々では看護協会関連メンバーを通して新生児現場から回答を得た。18カ国、68人に協力していただいたこの調査によると、NNP、すなわちNICU内の急性期現場で活躍するNPを活用している国々としては、アメリカの他にカナダ、英国諸国、オーストラリア、ニュージーランド、オランダ、デンマーク、韓国であった。「新生児現場においてNP導入への動きがあるか」との質問に対して、南アフリカ、パキスタン、インドから、検討しつつあるという非公式回答を得ることができた。NNPの役割範囲は国によって差があった。現在、日本にこの質問を投げかけたら、たずねる相手によっておそらく多様な返答が戻ってくるであろう。現在、国際新生児看護協会では、この世界的な「医療参加型看護」の発展に答えて、NNP教育へのサポートとして、教育ガイドラインを考案中である。既に確立されている教育標準をグローバルに共有することで、世界中でのNNPを支援したいという試みである。世界の果てに思えるアフリカのスワジランドでも一時期NP教育が行なわれていたが、消滅してしまっただけで、再建の試みがされている事実や、世界各国で看護の役割拡大の進展が主に、NP、CNSを中心に様々な速度で進んでいることは必見に値する (Sheer and Wong 2008)。

4. 米国でのNNP

各専門NPに関しては、対象とする患者のフォーカスが小児、婦人科などとそれぞれ異なるために、別々に定義されている。医師団体である米小児科学会 (American Academy of Pediatrics, AAP) は、NNPの貢献を "Advance Practice in Neonatal Nursing" という文書で発表している (AAP 2009)。最新版では、NPの独立性をさらに前進した表現で定義している。新生児医療現場で活躍する二つの高度専門職、すなわちCNSとNNP両者の定義がされている。NNPは、専門医師との協力体制の下で、NICUで患者の診療診察、急変時の対応、急な分娩時の蘇生、搬送に対して責任を持つ急性期NPである。病理学、生理学、薬理学の知識に基づいて独立した診療、診断の判断を行い、また胸腔穿刺、腰椎穿刺、気管内挿管、中心静脈、動脈ライン挿入などの処置を医師不在の環境でも行うことができる。現行のNNPの教育内容、資格、免許取得制度に関する新生児看護学会のスタンダードを、AAPは充分であると認めている (National Association of Neonatal Nurses 2002, 2004, AAP 2009)。しかし、ここまで来るまでの約40年の間、CNS、医師グループ、看護教育者らが、NNPを常に支援してきたわけではない。1972年にNNP教育が大学院で開始された後、大学院レベルの教育が全米で一般的に拡大するのに10年もかかった。医学的要素を持つNNPに、「看護学修士を授ける価値はない」と当時のCNSや大学関係者は考えており、看護団体も反対した。このため90年代の米国のNNPの中で修士レベルの教育を受けた者は全体の3分の1に留まっていた (Johnson 2002)。現在活躍中のNNPは、約80%が、最低、大学院修士レベルの教育を受けている (Cusson et al 2008)。現在のNNPの業務内容は、初期とは比較にならぬほど高度化しており重症患者の診療診察も幅広く行う。

5. CNS (Clinical Nurse Specialist) の役割

CNSの活躍幅も進化しており、求められる役割が更に高度になっているのはNPのみではない。まず医師側がCNSをどのように認めているのかをみてみたい。AAPの新生児CNSの定義の一部を訳すと、「CNSは、持続的な医療の質向上 (quality improvement) を推進する責任があり、スタッフ養成と成長のための教育の充実を図る。CNSはエビデン

スを活用した看護実践を推進し、自らも専門性の高い実践によって活動する」とある(AAP 2009)。医療者にはquality improvementという義務があり、改善点を継続的に調査し、問題点を解決し、様々なアウトカムを分析して、医療の質向上への継続的努力をする義務は、医療社会の専門分野としての地位を確立するほどになった。質向上はトヨタ自動車等の製造生産業界では何十年も前から導入されたコンセプトである。

看護側の文書からCNSの描写を見てみる。2008年7月8日に発表された"Consensus Model of APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification and Education"は、APRN Consensus Work GroupとNational Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committeeとの共同で、まとめられた文書(APRN joint dialogue group report 2008)である。各専門分野におけるadvance practice RN (APRN)の教育、資格取得、さらに免許取得に至るまでの制度の全米標準に関する合同意見である。州の差異を最小限にしつつ、高い標準を守るための努力をし5年近くを経て完成したものである。46以上の看護関係団体が賛同の意を表したこの文書にあるCNSの定義の一部を要約すると、「CNSが影響を与え得る対象は、患者、看護師、そして、制度やシステムであり、主たる目的は患者アウトカムと看護実践において継続的に質向上を求めること」とある。全ての医療者が医療を提供する上で、質向上と維持を目的とすべきである事は近年強調されてきたコンセプトである。医療に関わる人材の多くを看護職が占めていることは、日本も米国も変わらず、高い水準の看護が医療全体へ及ぼす影響力が想像以上に大きいことを認識する必要がある。CNSが、医療の質を考えるにあたっては、エビデンスに基づいた指導、ガイドラインの作成と持続的な再検討という看護現場の直接の業務がまずある。さらにクオリティーの数値の物差しとなる死亡数、入院期間、合併症、院内感染、搬送対応状況、インシデント、ニアミス、看護師配置数の妥当性、患者や家族の満足度や安心感など医療機関にとって貴重なデータ収集、分析し、更に改善策への提案へ繋げる責任がある。そして、病院レベルでの制度に関わるのみではなく地域、社会、さらには国レベルでの医療政策、制度に関わり、医療安全や質向上へと繋げるビジョンがある。質の高い医療を保つためには高度な人材が必要とされる。

6. NPの存在がもたらす影響

日本の看護界で見落とされていると筆者が感じる点に注目して述べてみたい。

筆者は、「NPの存在は、CNSのエキスパートとしての介入の場を拡大し、活躍機能を高め、活動効果を向上する可能性が強い」と考えている。

CNSにとっては、CNSが定着してきた矢先に、別の高度看護を医療市場に出すことが、CNSにどのような影響を与えるかは当然の懸念であろう。看護の役割は、医療的分野に介入する必要はないとの意見も聞かれる。しかし、30年前には医師しか行なわなかった業務が、看護業務に変わってきたのは、グローバルな現象であり、前述した1月から5月に行なった国際調査でも、NICUで新生児のルート確保を看護業務としない国は、先進国ではほとんど存在しなくなっていることが判明した。NPが誕生した後、看護と医療という輪の重なり合う部分は確実に増加し、チーム医療としての医療提供モデルが推進されてきた。医療提供モデルは更なる進化をし続けることが予想され、医師法、保助看法制定当初のGHQ時代と変わらぬ定義を当てはめ続けることが質と技術ともに高度な医療を目指す日本社会が求めていることだろうか。「安全を念頭に入れた監督下での訓練と、試験合格と免許取得にて知識習得を承認された者は定められた対象患者のために自律的判断を行なうことができる」といった改正文を目にする日が待ち遠しいものである。

具体的にNPがCNSにどのように影響を与えるのかについて米国の例を参考に説明したい。看護側の現場の意見が、NPのバックアップで医師側の支援に結びつきCNSのプロジェクトとなって実現することは大変多い。また、逆にNPの持っている医療の目で、看護スタッフの技術や知識に向上の余地や、システム改革の必要性を見いだすことも多い。本来なら医学の領域の問題も、看護が貢献できることにNPが気づき医師側に持ちかけることもあり、それによりCNSの出番が増える。CNSがプロジェクトとして取り組むべき改善チャンスが現場では発掘されずに、誰にも気付かれず化石になろうとしている課題がないだろうか。日本でも、看護側と医療側の視点を連携させ、協力体制を構築していくことによりCNSが現在よりも更に現場において貴重な取り組みをする機会が増えるのが目に見えるようだ。医療の質向上への意識と努力をチーム医療体制で高めることこそ、

患者へのquality improvementの還元が大きくなると思う。高度な教育を受けたからには、看護界以外との繋がりも眼中に入れたビジョンをもって貢献してゆきたい。Institute of Medicine (アメリカ医学研究所)は、連邦政府とは独立してサイエンス、ヘルス等に関する国へのアドバイザリー的地位を持っている。この機関から医療界へ提言されたコンピテンシーは次の5か条である。(1) family centered care、(2) interdisciplinary approach、(3) evidence-based practice、(4) quality improvement、(5) informatics (Institute of Medicine 2004)。この5か条はグローバルに強調されている。Joint Commission (病院評価機構に当たる) という世界的に権威のある病院評価の基準を定める機関もこれらを厳しく評価の物差しとしている。この機関も政府とは独立した機関であるが、国全体のquality improvementの標準を高く保つ努力をしている。

CNSが実際に関与する具体例のいくつかを表1にまとめた。筆者の身近かな環境で見られる一例ではあるが参考にさせていただきたい。

7. NPおよびCNSの需要および供給と教育

現在、CNSのみのプログラムは米国では減少傾向にあり、多くの大学院では、NP/CNSの両資格を取得できるコースが増加してきた。CNSの中には、NPの資格も取得した人も多い。両資格を持つCNSの中には週の二日をNPとして働き他の数日をCNSとして勤務する人もいる。NPとしての知識が役立ちCNSの活動範囲を広げることが多いという。求人状況を見ると、NPの求人のほうが多いが、これは、CNSの価値や需要自体が減っているのではなく、役割の違いのために起こる需要の差である。CNSの役割は、すでに述べたように安全なケアがスムーズに行なわれることをゴールとしており、様々なケア上の改善策と取り組み、問題があれば原因追及に努める。NPの主な責任は、患者の診療に当たり医療ニーズに答えることである。1日にNPが診る患者数は多くて数十人であるがCNSがクオリティ向上のために貢献できる患者数は数十人から数百人以上にも及ぶ可能性がある。役割別に必要数を計算すると、同じ数の患者のために必要なNPの数はCNSより多くなり、CNSの数倍のNPが養成されなければ、社会の医療ニーズを満たし続けることが困難になってしまうのである。多くのNP/CNSの講座は、社会のニーズに対応

する将来を見据えたフレキシブルな試みであるといえる。州によって、ある規模以上の医療機関は医療安全のためにCNSの配置を義務づけているところもある。CNSが築いてきたquality improvement努力が認められている結果だといえるだろう。日本でCNSのみが大学院レベルの到達点であるとするNP思考に強い看護師が得意な分野で活躍する場所はない。日本でのNP導入により、持てる能力を出し切れずにいる看護師が他の職種や外国へ流れることを防ぐに違いない。さらに、幅広い有能な人材が、看護職に惹かれる現象が起きることも米国の例から想像できる。最初から麻酔看護師やNPを目標にして看護を選択してきた人材のモチベーションには特有のものがみられる。

8. フィジシャンズアシスタント (PA) との比較

PAもNPとよく似たミッドレベルの診療や治療を行なう専門性の高い職業ではあるが、CNSとの協力、看護への貢献は本質的に望めるものではない。NPは、芯に看護社会への使命感的なものを持っているといえる。また、PAは、専門別の養成をされていないのが一般的である。NPは専門別に養成されるため、卒業時の専門知識と臨床体験に大きな影響を与えることはいうまでもない。新生児集中治療の現場では、地域によっては、NNPが不足しており、PAの活躍が見られるが、新生児専門医師は、新生児専門病理、生理学、薬理学を習得しているNNPを求める。外来分野や外科分野でのPAの活躍は大変広い。資格、免許での許容範囲に差はあるが、医療の多様化によりミッドレベル医療者として無くてはならない存在であることは変わらない。

9. おわりに

日本の看護団体がNPの導入を懸念し続けることも考えられ、医師側がPAを先に実現することも可能である。NP導入という医療への大きな貢献機会を他職種に譲ってしまうのは惜しいと思うのはわがままな発想であろうか。

すでに認定看護師やCNSが活躍する日本において、NP思考の人材が腕を磨き始め、活躍と教育の機会を首を長くして待っているように思う。その人材の海外流出をどうにかして逆流させたいとも感じる。薬学の世界でsynergistic effectという表現がある。別々に処方されるよりも両者が同時に投与され

表1. CNS活動例

CNS活動	CNS 介入経緯	対象例
保存する母乳の容器に対して薬品と同じバーコードを導入	院内で母乳が間違った患者に与えられてしまい、NP担当の児で改善案をCNSがマネージメントとも協力して考案、施行	システム 患者
新生児の出生直後の観察を帝王切開後でも全身麻酔でなければ母親のいるオベ室で行なう制度を施行	家族ケアのコンセプトに基づいて児を親から離さないでケアをしたいと看護側が提案、NPに持ちかけた事がきっかけ。	患者 システム
Whole Body Cooling治療のガイドライン	NICUで今迄にしていなかった治療を開始するにあたりNPがガイドライン作成を促す。両親へのパンフレット作成。医学的内容はNPが協力して医師が承認。当初はガイドラインに沿って、担当の看護師について児のケアをサポート。看護側が問題点がないか、医療側のNPからの観点から問題がないか調整を続けた。	患者 患者家族 看護師 システム
新しい呼吸器の教育	NPの担当の児のケアに関して看護師の知識と理解度に曖昧なのを指摘、CNSに教育強化の養成、呼吸療法士で経験の長いスタッフの協力を得て院内講習会企画とセルフラーニング資料作成	看護師 患者
新しいデベロップメンタルケアグッズの購入	従来の物が古くなっていて購入の必要があり、マネージャーがCNSに安全で使い易い物を選ぶプロセスを任せた。CNSはサンプルをナース達に利用してもらい意見をまとめて報告書にした。	患者
輸液チューブの交換時の感染を防ぐ対策	ライン感染を6ヶ月で当初の半分に減らすイニシアティブ開始。 手順を厳しく考察し直して、ポリシーを作成し直す。使う物品再検討、マスク、ガウンの着用有無、市内の複数の病院で同じイニシアティブ参加へ勧誘 合同レポート発表等を行なった。	患者への 安全シス テム
新生児痛みのケア施行 (様々な痛みを伴う処置で未熟児新生児に必要な痛み軽減の必要性和生理学的意味をNPが主張)	NPがしよ糖を使つての痛み緩和治療提案。CNSが論文検索後レポートをまとめて看護師教育内容を作成。NPが実際のしよ糖の妥当な利用法を院内に普及させる媒体となる。処方する物であるが、スタンディングオーダー作成。NPの勧めでCNSは全員の医師にもセミナー。 痛み緩和への意識を高める教育は研修医にも活用されるようになる。新生児の痛み緩和への意識が高まる。	患者 看護師
オベ後、または、重傷な患者のための痛み緩和の標準	オベ後の麻酔が切れる前に痛み緩和を薬剤にて施行する必要性を医師側と討議、他施設とも意見交換。	システム 患者
中心静脈ラインの維持に関するポリシー再検討	NPまたは、医師がライン挿入をしているが、ライン挿入チームに経験のあるナース達を導引する事になる。それについて、CNS自身は挿入チームに入っていないが、ナースのためのポリシー制作と、訓練要綱を病院の安全管理部とNP（医学側代表）と共同で制作。患者への説明、必要な理由、どうい場合は途中でやめて、NPに任せるべきであるか等、詳しく書き出す事で安全を維持する努力。訓練プログラムをプラン。	看護師 患者 システム
新しい薬剤を治療に取り入れるにあたって、静脈注射の資料	NPからの情報提供で新生児疾患の一つであるPDA治療薬として、新薬利用が始まることを看護スタッフ全体に伝達。ともに家族への説明を充分に看護スタッフが出来るよう、現行の薬品との違いをまとめた資料作成。副作用などナースの薬学的知識推進	患者家族 看護師
搬送教育、検討会	一ヶ月おきに搬送システムに参加しているナース達とNPとの搬送に関する問題点、解決策などの討論。教育内容改正、補足、訓練要綱修正、また搬送ナース訓練講習会でNPと共同で教える	看護師 システム
蘇生カート中味の管理と蘇生技術認定の更新等の管理 定期的に蘇生シミュレーション訓練を行なう等	毎シフト誰が、チェックするか等、ポリシー作成。蘇生カート内の薬剤ボックスの中身の確認。(抗生剤の一つがかけていた自体発生、エビなどの救急ドラッグではなかったがインシデントとして取り扱いCNSはpharmacyとトラブルシューティング)	システム
安全管理ニュース 発信	医療安全に関わる新生児領域に必要な情報を絶えず意識して看護スタッフにメール。重要な物は資料として配布、読んだ看護スタッフは署名で読んだ事をCNSに知らせる事でデータベースに重要な教育がなされた事が残る。	看護
州の周産期委員会参加	州の周産期委員会ミーティング参加。また数年ごとにガイドラインをアップデートする作成委員参加。米国小児科学会、米国産婦人科学会が数年ごとに出すガイドラインを州のレベルで確実に取り入れるための努力。また、此の州では周産期ガイドラインは看護師教育内容ガイドラインも含んでおり、改正修正に参加。病院内ガイドラインに反映する。州のガイドラインは州の正式文書。	システム 看護
新人ナース、研修医オリエンテーション企画委員	研修医も新卒ナースも同様に受ける講習がいくつかある。新生児蘇生法講義はその一つ。新生児蘇生は一般看護師も認定を受けなければNICUでは勤務出来ないため、このクラスの需要と頻度は高い。	看護 医師
新生児看護学会医療政策委員参加	新生児に関する医療政治政策の動向を学会をベースに見守り、必要に応じて声明文を出したりする事に参加。学会に置いて新生児看護ケアスタンダード作成参加(例、痛みのケアスタンダード)	システム
病院quality improvement委員参加	病院の安全管理チームに当たる医師から、産科、新生児科のクォリティーレポートの様々をまかされている。	システム
Heparin Flushから、NSに換える	ヘパリンの必要性を再検討してflush heparinを使わない事へ、移行	看護 システム
治療に関する医師、看護共同の研究参加	看護側の研究についての責任範囲のコーディネートに参加	看護

上記のCNS活動例は具体例から挙げた物ではあるが1人が全てに参加しているとは言えず、施設の規模、体系によって参加幅には格差があることを考慮しつつ参考として頂きたい。

ることで、お互いの効果を強化するという意味で、アンピシリンとゲンタマイシンは新生児に対してよく使われるシナジーデュオである。CNS/NNPのシナジスティックな効果に期待したい。看護界の一致と団結の波で、看護を前進させquality improvementを想像以上のレベルへ押しあげたい。By uniting we stand, by dividing we fall*. 日本の行政や、医師団体にも看護の隠れたポテンシャルを信じて医療崩壊、医療危機打破のために協力を願いたい。

*1768年、独立を臨むアメリカ国民へ団結を呼びかける"Liberty Song"の歌詞がボストンガゼット誌に掲載された。その中でBy uniting we stand, by dividing we fall.というラインがある。その後パトリックヘンリーの最後のパブリックスピーチで引用されたり、南北戦争時にリンカーン大統領も引用したことで有名な言葉である。

引用文献

AAP Committee on Fetus and Newborn (2009). Advanced Practice in Neonatal Nursing. American Journal of Pediatrics 123(6), 1606-1607.

APRN joint dialogue group report (2008). Consensus Model for APRN Regulation. Licensure, Accreditation, Certification and Education. July 7. <http://www.nonpf.com/associations/10789/files/APRNConsensusModelFinal09.pdf>

Cusson RM et al (2008). A survey of the current neonatal nurse practitioner workforce. Journal of Perinatology 28, 830-836.

Institute of Medicine (IOM) (2004). Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. National Academies Press, Washington DC.

Johnson P (2002). The history of the neonatal nurse practitioner: Reflections from "Under the Looking Glass". Neonatal Network 21(5), 51-60.

National Association of Neonatal Nurses (2002). Education Standards for Neonatal Nurse Practitioner Programs. http://www.nann.org/pdf/nnp_standards.pdf.

National Association of Neonatal Nurses (2004).

Position Statement #3011: RN Practice Experience and Neonatal Advanced Nursing Practice. <http://www.nann.org/pdf/3011-04.doc>.

Sheer B and Wong F (2008). The development of advanced nursing practice globally. Journal of Nursing Scholarship 40 (3), 204-211.



著者連絡先

Eklund Wakako
Pediatrix Medical Group of Tennessee
2300 Patterson Avenue Nashville, TN 37203,
USA
eklundthree@gmail.com

時代が求める自律した助産師への期待

宮崎 文子 Fumiko Miyazaki

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

2009年10月25日投稿, 2009年11月10日受理

キーワード

助産師、歴史、教育、自律、大学院、自己研鑽

Key words

midwife, history, education, autonomy, graduate school, self-discipline

1. はじめに —助産師を目指したきっかけ—

昭和30年代後半に看護師・助産師の基礎教育を終了した著者は、昭和26年に制定された指定規則(表1)による教育を受けた。当時の看護師の基礎教育は3年間で、理論1,150時間以上、実習時間は3,727時間以上とされており、卒業時には看護師としての即戦力(本当に使える人材であること)が求められた。助産師教育は、看護師教育の積み上げ教育とされており、法的には6か月以上(昭和26年指定規則:理論:370時間以上、実習時間21-22週:840-880時間以上)とされていたが、実際には1年間の教育であった。したがって、助産師資格を取得するまでに、現場での教育訓練を重視した約5,000時間におよぶ実習を積み重ねた。

著者が助産師を目指したきっかけは、大分県立病院で実施された、看護師の基礎教育としての母性看護実習であった。産科外来での母性看護の実習は、8週間の長期にわたった。産科外来には、助産師の診察・保健指導室が確保されており、そこで実施されていた助産師の妊産婦への優しい対応、自信を持った指導技術など病院助産師の自律した活動に影響を受け、自分もあのように活動してみたいという大きな夢をもった。

2. 日本における助産師の活動の歴史

2.1 戦前の助産師(産婆)の活動

職業としての助産師(産婆)の萌芽は江戸時代にある。江戸末期、産科が近代医学を取り入れる中で、「産は病にあらず、自然に任せたほうが安産になる」ことを医師も認め、産婆は、助産を通して、町や村、各家庭に衛生・保健の普及活動を行い、住民にも受け入れられていた。お産は家庭分

娩が中心であり、異常産、正常産にかかわらず産婆が助産に係った。明治7年には、日本政府は近代医療制度(ドイツ医学の導入)の基本方針「医制」を公布し、産婆は正常産のみを取り扱うことと規制された。それに伴い、産婆教育の中で、正常産と異常産とを判断する力が厳しく求められた。明治維新以後の富国強兵策等の時代背景の中で産婆の業務は、明治32年(1889年)に制定された産婆規則でさらに明確にされ、産婆教育の内容も規定され、資格としても確立した。産婆規則の第1条には、「産婆試験に合格し年齢20歳以上の女子にして産婆名簿に登録を受けたる者に非ざれば、産婆の業を営むことを得ず。」と規定された。ここでの業とは独立開業をさす。さらに、第3条には、「1箇年以上産婆の學術を施行したる者に非ざれば産婆の試験を受くることを得ず」とある。産婆規則により、正常産は医業から分業した専門性を獲得し、開業産婆の活躍は目覚ましく、専門職種として助産診断や助産技術は社会的にも高く評価され継承されていった。

2.2 終戦後の助産師の活動

第二次世界大戦敗戦後のGHQの指導下(アメリカ医学の導入)での医療改革により、これまでの助産の歴史は一変した。お産は、アメリカで行われている医師主導による施設分娩が推進されるようになり、厚生省もこの方針に協力し、分娩は医師と看護師でよいという助産師不要論が浮上した。しかし、世の中は、依然として自宅分娩が中心であり、これを支えてきた産婆会幹部の必死の説明と抵抗により、GHQは日本の状況に理解を示し、昭和23年に制定された保助看法では、明

治32年に制定された産婆規則の内容が、ほぼそのまま引き継がれ、現在に至っている。

2.3 助産師業務(開業)が消えゆく危機

施設分娩への移行に伴い、産科診療所は助産師不在となり、分娩介助者は助産師から医師に移行し、分娩への人工介入が多くなっていった。分娩の大部分が施設分娩に移行した1970年代以降、保助看法第3条に示される助産師の自律した業務(開業)は病院・診療所ではできにくい環境になり、助産師の正常産取り扱いも医師主導の体制の中に組み込まれていった。このような体制が定着した病院組織の中では、本来の助産師業務の復権の壁は厚く、病院助産師の実践力も弱体化していった。

一方、医師主導の分娩が普及しつつあった1960年代、女性の身体を「物扱い」にしているというお産に対する批判が生じ始め、1970年代より世界的に台頭したフェミニズム運動(女性の人間性復権)が日本にも波及したと連動し、助産ケアの質(母性の喪失)が問題とされ、朝日新聞に取り上げられた「お産革命」の連載記事が、女性意識の向上に影響を及ぼし、1990年代には、消費者運動の中からもお産に対する人工分娩(陣痛促進剤)・人工栄養(粉ミルク)の普及批判も高まり、自然分娩の復権を求める運動となった。

3. 日本における助産師教育の変遷

3.1 著者が受けた助産師教育

第二次世界大戦前までは、産婆(助産師)の養成学校は、全国に61校あった。しかし、終戦後8校となった。その後、徐々に開設されたが、昭和30年代半ばの時点で、国立大学医学部系の一部、日本赤十字社系、聖路加看護大学、天使大学、聖バルナバ等20校に満たなかった。著者が、助産師教育を目指した、昭和37年当時は、大分県(昭和28年3月に2年課程の助産師学校廃止、昭和43年4月に保助合同課程開始)には助産師学校がなかったために、筆者は九州大学助産師学校に進学した。そこはアカデミックな教育環境で色々な職種の人との出会いがあり、興味を示せば何でも学習できる環境にあった。福岡県助産師会経営の桜町診療所で熟練した手技を持つ数多くのベテラン助産師から指導を受けながら実施された助産実習は、とくに印象的であった。定年もない自律

した助産師たちが、医師の指示がない中で正常産を介助し、母子の幸せを願い昼夜を問わない活動を行っている状況に接し、著者のその後の助産師魂は、この時に植え付けられた(昭和40年の助産所の出生率12.9%)。実習指導にあたる助産師たちは、昭和初期のダイレクトエントリー2年間の助産師教育を受けており、卒業時までの分娩介助数は50例以上であったとのことであった。

3.2 保健師助産師合同教育(助産師の誇りと自信に変化をもたらす教育)

1971年(昭和46年4月)に著者が教員として赴任した福岡県立看護専門学校での助産師教育は保健師助産師合同教育(以下、保助合同教育)であった。保助合同教育は、助産師に対し、今後期待される公衆衛生活動及び病院の勤務に対応する(助産師の不足を補う)ためのもので、1964年(昭和39年)に香川県看護専門学校から始まったもので、指定規則上は、保健師、助産師の教育年限は6ヶ月とされているので可能であった。その後、自治体立の専門学校に保助合同コースが次々と導入され、1979年までに全国で20校に増加した。従来1年間かけて行われてきた助産師教育に比べて教育期間、とくに実習時間が短いこと(880時間から360時間に半減)により卒業時点での助産技術が未熟であること等の批判が、当時の専門雑誌等に数多く発表された。さらに、1967年(昭和42年)の大幅な看護教育カリキュラム改正(表1)により、看護師教育の実習時間も半減(3,727時間から1,770時間の半減)したことにより、看護師として当然身に付けていなければならないことまで助産師教育の中で行わなければならない状況となった。

この頃から助産師の分娩に対する自信のなさは全国的な課題となっていった。福岡県の保助合同課程における助産師教育の問題は、課程修了後に保健師を志望する学生が多く助産師を志望する学生が徐々に減少していったことである。その対策として著者は、保助合同コースを分離し助産師教育1年コースに改組することを要望し続け、1980年(昭和55年4月)に福岡県立看護専門学校の保助合同課程は保健師と助産師課程が分離した。しかし、実習病院において本来の助産師業務(助産師の責任において正常産を取り扱う)の実習ができないという大きな課題を抱えていた。これは、

表1. 看護師(3年課程)・助産師教育の時間数の推移(指定規則)

		昭和 24 年 (1949 年)	昭和 26 年 (1951 年)	昭和 42 年 (1971 年)	平成元年 (1989 年)	平成 8 年 (1996 年)	平成 19 年 (2007 年)
看護師 3 年課程	実習 時間		3,727 ^{注2}	1,770	1,035	1,035	23 単位 ^{注5} 1,035
	講義 時間		1,150	1,605	1,965 ^{注4}	1,965 ^{注4}	74 単位
	計		4,877	3,375	3,000	3,000	97 単位 ^{注6}
助産師 教育 6 ヶ月 (1 年)	実習 時間	(1,890) ^{注1}	840~880 ^{注3}	720 (1,155)	720 (1,140)	8 単位 360	9 単位 405
	講義 時間	(680) ^{注1}	370	360 (435)	360 (555)	14 単位	14 単位
	計	(2,570) ^{注1}	1,210~1,250	1,080 (1,590)	1,080 (1,695)	22 単位	23 単位 ^{注7}

出典：杉森みどり 他(2009). 看護教育学第 4 版増補版, 医学書院より作成

- 注 1 青木康子 他編(2003). 助産学大系助産学概論, 日本看護協会出版会, 東京.
実習時間については 42 週と指定されており、1 週 5 日、1 日 8 時間で計上
- 2 松木光子編(2007).看護学概論(第 4 版), p200. ノーヴェルヒロカワ, 東京.
- 3 21~22 週は、1 週 5 日、1 日 8 時間で計上
- 4 選択必須科目を含む
- 5 平成 8 年、平成 19 年の実習の単位は 1 単位 45 時間で計上
- 6 3,000 時間以上の講義、実習を行うものとする
- 7 765 時間以上の講義、実習を行うものとする

病院・診療所のケアシステムが医師中心であり責任はすべて医師にあり、助産師は、医師や看護師から産科看護師といわれており学生に対する自律した助産師モデルも消えていたからである。

3.3 保健師助産師看護師の統合教育

平成元年のカリキュラム改正の際の検討会では、看護系の 4 年制大学の中で保健師・助産師・看護師の統合教育の推進が検討され、平成 8 年のカリキュラム改正では、大学等における統合カリキュラムが指定規則で示された。

一方、1980 年代より少子化が進み、実習期間内で分娩 10 例を取ることは難しい状況となり、1996 年(平成 8 年)には指定規則の一部改正で分娩取扱件数は 10 件程度と改悪された。

このような助産師教育の現状を憂い助産師教育を実施している機関で組織する全国助産師教育協

議会では、助産師の専門性を追究すべく助産師教育の教育年限の延長、大学院の必要性について国に要望し続けてきたが制度改革は見られないまま現在に至っている。

3.4 ダブルスクール方式による助産師教育

大分県立看護科学大学では、開学当初(平成 10 年)は、助産学教育は看護学基礎教育の中の選択教育として位置づけられたが、時間内では助産学に特化した教育を充実していくことは難しく、助産学を選択する学生は毎年夏休み返上の実習を強いられた。そこで、助産師教育の大学院化を目指すための手段として、2004 年度からダブルスクール方式、つまり、学生は、大学院(夜間)に在籍し、かつ、学部の助産学選択コース(昼間)にも在籍するという方式を採用し、自律した助産師の教育に努めた。

4. 社会のニーズに応えるための助産師教育のあり方 —大学院教育に向けて—

日本看護協会助産師職能委員会では、助産所における妊産婦の満足度の高い助産（図1）を病院・診療所に取り戻すためにはどうすべきかの検討を重ねた。助産外来・院内助産開設準備等の助産システムに関する先駆的活動を行っている施設の聞き取り調査を通して、助産師が自律して働くシステム作りの普及に向けた活動に精力的に取り組んだ。

厚生労働省も、「社会変化と医療制度改革」の検討が進められており、その一環として、産科医不足に伴う産科診療の閉鎖や看護師の内診問題、妊産婦のタライ回しによる死亡の現実を直視し、2007年より助産師の有効活用・院内助産所普及への設備等の予算化に踏み切った。

しかし、長年の医師主導の産科医療から、助産師の自律性・意識改革は遅々として進まず、実力不足で現状に対応できない課題を抱えるとともに、医師及び看護部長、施設管理者の理解と合意の難しさの壁など、変革に向けての助産師を取り巻く職場環境はけっして甘いものではない。助産師の自律性・専門性を強化するためには、まず、基礎教育を充実することである。

日本では制度上、看護師の免許なくして助産師にはなれない。看護師の基礎教育は総合教育であり、その上に助産に特化（専門化）した助産専門職教育がある。これは、より広く、より深く考えることができ理想的な制度であると考えている。

現在の日本の看護、助産教育でもっとも弱い部分は実習期間の短さとカリキュラムの過密である。

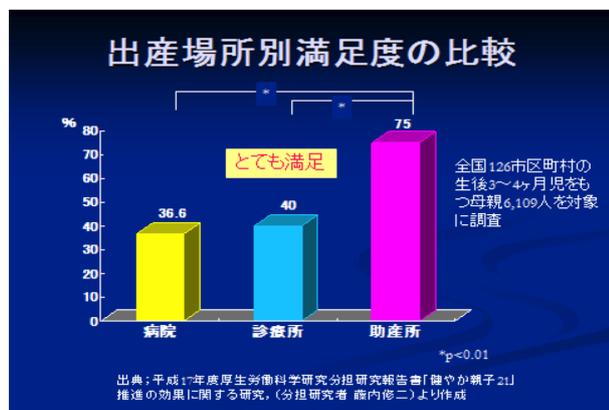


図1. 出産場所別満足度の比較

これを改革するには教育期間の延長以外にない。それには教育期間を上を伸ばす大学院教育が理想である。2004年4月天使大学に史上初の助産師の専門職大学院が発足して以来、2009年4月までに助産師の大学院は9校で行われるようになった。

教育内容等の具体的な改革については、2008年文部科学省大学評価委託事業「助産分野における就職3年未満の実践力評価 -大学院修士課程と大学課程の比較-」報告書（日本助産評価機構2009）が参考になる。

報告書では、学部卒業生に比べ、大学院修了生に特徴的なことは「旺盛な探究心」「助産という仕事への専心」「整理焦点化する力」「職業人としての人間関係スキル」があげられている。両者に差がない項目としては「個人差の大きい助産技術の修得：修得した助産技術は変わらない、修得までには時間がかかる」があげられている。学部生の場合には時間的に圧縮されたカリキュラムになるのに対し、大学院生の場合には2年間という時間の長さが「助産師になる覚悟をする時期」と考えられる。なお、分娩介助数としては、20例は経験したほうがよいという案が出されている。

本学の助産学選択の大学院卒業生（卒業後3年）にインタビューした結果、大学院教育の中で行われた、妊娠期の超音波画像診断法の訓練と保健指導例数100例、分娩介助15例の経験が卒業時点の自信につながっていた。卒業後も妊婦診断能力に関しては、自信があるが、分娩介助数15例ではまだ自信がもてないということであった。

「自信」をつけるには、まず、教育は助産師業務の本質に重点を置くべきであると考えている。今の学部教育は時間的に分娩介助実習が中心となり、本質業務の訓練に偏りがあり、実習の空洞化がある。妊娠期（40週）、分娩介助10例程度及び産褥期（乳房管理含む）・新生児期の訓練が非常に弱いことを反省し、大学院教育では、妊産褥婦・新生児期の診断能力（事例体験）も強化すべきである。それには1年間は事例（課題）から診断力を学ぶために臨床にほとんど浸りきることである。

5. ドイツの助産師教育の視察

今年（2009）の8月、ドイツで230年の歴史を持つバイエルン州立助産専門学校を視察する機会があったので紹介する。ドイツの助産師教育は、高

校卒業後3年課程のダイレクトエントリーが主流であり全国に58校ある中で大学教育は1校のみである。入学試験の競争率は20人の定員に対し1,200人の応募がある。

卒業時点で課せられる助産技術(卒業資格要件)は分娩取扱数50例以上の他、妊婦の初診100例以上、妊婦の健康診査640例以上、出産直後の新生児の健康診査100例以上、産褥期の母子ケア(家庭訪問)各100例以上、産後4週までの健康診査40例、会陰切開並びに裂傷時縫合各5例以上の取り扱いが義務付けられている(EU諸国統一)。教育時間では、理論1,660時間、実習3,000時間であり、実習重視の教育であることが分かる。

分娩誘発、会陰切開と縫合及び13種類の検査項目が助産師の業務として許されている。実践力を重視した教育は、日本の終戦前の助産師教育に似ており、即戦力を重視した専門職を養成する教育に重点がおかれている。ヨーロッパの伝統ある技術教育は日本のようにコロコロ変わることなく戦前から現在に至るまで継続している。助産師不足はないという。卒業後、5~6年助産師として病院で働いたのち、自由業(独立開業)になる人が多いという。実際、2008年のバイエルン州の助産師の働く場所の統計からは(i)自由業(助産師複数での開業)1,580人、(ii)病院等に雇われる人435人、(iii)上記(iとii)のミックス570人、(iv)母子健康センター76人、(v)自宅分娩158人(2人の助産師で働く)であり、1位は自由業である。医療(分娩含む)はすべて無料で保険から支払われる。日本との大きな違いは(1)助産学の教育年限が長いこと。(2)自由業(独立開業)への「自信」で

ある。今、日本において一番問題になっているのは助産師教育期間の短さと助産師の自律欠如である。ドイツの助産師のこの自由業(自律)への自信はどこから生まれるのだろうか。教育にその原点があることは間違いない。

6. 期待される助産師を目指して

期待される助産師として活動するためには、助産システムの改革と助産師自身の自己研鑽に尽きると考えている。図2に、著者が夢見る助産師像を描いてみた。縦軸に自律性を取り、上に行くほど自律性が高くなる。横軸に楽観主義をおいた。右に行くほど楽観主義は高くなる。ここでの楽観とは、意志によるもので、将来の成り行きに明るい見通しをつけること。このときの意志とは、理性による思慮・選択を決心して実行する能力である。

現在おかれている勤務助産師からスタートし、夢はどの方向にも進める。それにはまず(1)今必要とされている助産外来・院内助産システムの研修会の積極的参加、(2)助産スキルアップ(超音波画像診断技術、お産に関する実力を身につける)、(3)自律環境の中でお産の経験を積み重ねる(1例として同じものはない)、(4)チーム医療(医師との信頼関係と連携の確立:役割分担)の実現である。座標IIの施設勤務の中の活動は定年がある。矢印は定年後の独立開業の方向を意味する。座標Iに助産師教員を置いた理由は、質の高い学生を排出することに目標があるので開業助産師と同程度の努力が要求されることである。

7. おわりに

近い将来にはすべてのお産を取り扱う施設には自律した助産師による助産システム(助産外来・院内助産)が整備されることを期待している。助産師外来は、医師と役割分担して助産師の専門性を十分発揮し、妊娠から母乳育児期まで妊産婦に満足のいくケアを提供する場所、また、妊産婦の全生活を見守る窓口であって欲しい。助産師の仕事が素晴らしい職業であることを確信しながら、助産師の道に磨きをかけていくことを期待する。

引用文献

青木康子, 加藤尚美, 平澤恵美子編(2003). 助産学

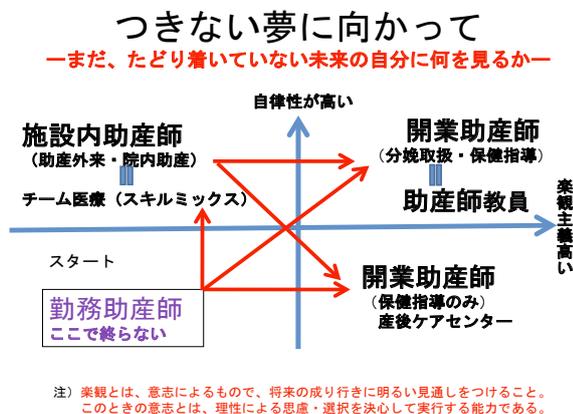


図2. 勤務助産師の努力の方向性(継続教育)

体系助産学概論. 日本看護協会出版会, 東京.

松木光子編(2007).看護学概論(第4版), p200. ヌーヴェルヒロカワ, 東京.

日本助産評価機構(2004).平成20年度大学評価研究委託事業「助産分野における就職3年未満の実践家能力評価 -大学院修士課程と大学課程の比較-」報告書. <http://www.josan-hyoka.org/090420monkasyouhoukokusyo.pdf>

杉森みどり 他(2009).看護教育学第4版増補版.医学書院, 東京.

藤内修二(2006).平成17年度厚生労働科学研究分担報告書:「健やか親子21」推進の効果に関する研究;地域における母子保健活動の評価の手引き-地域における「健やか21」の推進のために-.厚生労働省, 東京.



著者連絡先

〒870-1201
大分県大分市廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学
宮崎 文子
miyazaki@oita-nhs.ac.jp