

高度実践看護師による訪問診療サービスに対する 在宅療養支援診療所・病院の医師の認識

大釜 信政

抄 録

本研究の目的は、高度実践看護師による訪問診療サービスに関して、在宅療養支援診療所・病院の医師の認識を明らかにすることである。医師 100 名に対して、高度実践看護師との提携を想定した場合、その看護師がもつ裁量範囲や診療にまつわる責任所在等に関する無記名自記式質問票を配布した。有効回答数は 56 になった。選択肢回答の結果から、高度実践看護師の裁量範囲に関する認識において有意な偏りが認められた。自由回答からは、【高度実践看護師が行う訪問診療サービスへの賛否】【高度実践看護師に求める裁量範囲】【責任の所在】【高度実践看護師と提携するうえでの環境】【制度に対する要望】の概念を抽出した。両回答を考察した結果、高度実践看護師と医師が同じ医療機関内に所属したうえでスムーズかつタイムリーなコミュニケーションを図りながら、高度実践看護師が手順書に基づいて質の高い訪問診療サービスを担うことへの期待感が示唆された。

キーワード：プライマリケア医、訪問診療、看護師診療パターン、医療政策

I. 緒言

厚生労働省¹⁾は、居宅における介護の多くを療養者の親族が担っている点や、要介護度の高さに比例し介護に要する時間数も増している現状を示している。そして、「介護者自身が、介護そのものによって生じる悩み・ストレスを抱えつづけている」という課題も明らかにした。従って、24時間対応でタイムリーな地域包括ケアサービスの提供が求められている。そうした状況の中、平成28年度診療報酬改定にむけた基本方針²⁾で、チーム医療による質の高いサービスを診療報酬上で評価する点が示された。

また、専門的な知識および技能等が特に必要な38の特定行為を診療の補助業務に規定し、それらを手順書に従って実施するための看護師研修制度が2015年から始まった³⁾。この研修を受けた看護師は、裁量範囲の見地からみると、一定の範囲内で自律的に診断・治療が行える Nurse Practitioner とは異なる。

なお、地域包括ケアサービスの向上を目指すにあたっては、高度な知識・技術に裏付けされた診療行為も担える高度実践看護師の活用が効果的である点について示唆されている⁴⁾。長谷川ら⁵⁾も、在宅における終末期医療を推進するには、医師と共に、手順書に基づき特定行為

を行う看護師が終末期ケアに関わり、療養者に対する細やかな症状コントロールを行う必要性について指摘している。そして、特定行為を担う看護師が多職種と連携しながら地域医療の現場でサービスを提供した結果、対象患者から全人的な医療に対する満足感を得たという報告もある⁶⁾。日本医師会⁷⁾の見解として、国民にとって安心できる特定行為とするには医師の協力が不可欠である点や、手順書指示を出す医師が、研修を修了した看護師の資質について、的確に把握する必要性を指摘している。さらに、特定行為が行われた後の事後検証の仕組みを構築する重要性についても言及している。

上記内容から、医師との連携によって、高度実践看護師が効率的で安全性の高い訪問診療サービスを提供する重要性について理解できる。しかし、「診療の補助業務に該当する特定行為を手順書に基づいて実施する看護師に対して、地域診療の実際に従事する在宅療養支援診療所・病院の医師がどういった認識を抱いているか」については明らかにされていない。そして、当該医師が、手順書に基づきながら特定行為を担う看護師以上に、自らの判断で訪問診療サービスにつなげられる看護師との提携を希望している場合もあり得る。

そこで本研究は、在宅療養支援診療所・病院の医師を対象に、高度実践看護師と提携する場合、その看護師がもつ裁量範囲や診療にまつわる責任所在等の認識について明らかにすることを目的とする。さらに、それらの認識に基づきながら、医師と高度実践看護師が効率よく機

Nobumasa Ogama

創価大学看護学部看護学科

能するための諸条件についても提言する。

II. 用語の定義

1. 高度実践看護師

本研究では、「手順書による特定行為を含めた診療行為について、高度な知識と技術に基づいて実践できる看護師」とする。

2. 訪問診療サービス

本研究では、「療養者の住まいにおいて、高度実践看護師によって、手順書による特定行為を含めた診療が定期的かつ臨機応変に提供されること」とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

量的・質的データを用いた記述的研究デザイン

2. 調査対象及びデータ収集方法

調査会社アンテリオと著者が所属する大学との間において、調査委託契約を締結した。その後、調査会社に対して調査協力を合意している医師711名の中から、「勤務する医療機関が在宅療養支援診療所もしくは在宅療養支援病院の認定を受けている」と「実際に訪問診療を行っている」の条件でスクリーニングを行った結果、100名が該当した。当該医師100名に対して、質問票を配布した。調査実施時期は、2016年1月である。

3. 調査内容

質問票の中に、「II. 用語の定義」として明記した高度実践看護師についての説明、38特定行為とそれらを担うための研修の概要、手順書に関する説明⁸⁾を記載した。調査内容として、まず、高度実践看護師と提携しつつ地域診療を実施するとした場合、①高度実践看護師がもつ裁量範囲について、4つの選択肢の中から1つの回答を求めた。なお、その設問で「医師または歯科医師による指示がある場合でも、高度実践看護師が特定行為を含む訪問診療サービスを提供すべきではない」の回答を選択しなかった場合は、②手順書活用による支障の有無③高度実践看護師に求める診療行為④責任所在⑤高度実践看護師を採用すると仮定した場合の条件⑥高度実践看護師による訪問診療サービスに対する診療報酬算定の在り方について尋ねた。回答方法として、①～⑤では択一式と自由記載形式（選択理由や設問内容に関する意見）の両方で、⑥は自由記載形式のみで回答してもらった。

4. 分析方法

記述統計に加えて、選択肢回答の頻度の偏りを検証するため、 χ^2 適合度検定を実施した。そして、医療機関種類・年齢・臨床経験年数・勤務診療科といった医師の属性を示す変数と高度実践看護師がもつ裁量範囲に関する認識を示す変数との関連を把握するための事前作業として、裁量範囲を示した4つの選択肢を「医師・歯科医師からの指示が必要である」・「医師・歯科医師からの指示は必要ない」・「高度実践看護師による訪問診療サービスを否定」の3つに分類した。その後、医師の属性と高度実践看護師がもつ裁量範囲に関する認識との関連については、独立性の χ^2 検定（両側）ならびにFisherの正確確率検定（両側）を行い、Cramer Vも合わせて算出した。有意水準は5%に設定した。記述・推定統計の解析には、IBM SPSS Statistics Ver.22 (option Exact test) を用いた。

また、自由回答欄に記載されたテキストデータについては、比較的小さな規模の質的データを自立して分析できる点が特徴であるSteps for Coding and Theorization^{9) 10) 11)}の手法で分析した。

5. 倫理的配慮

著者が所属する大学の研究倫理審査委員会から承認を受けた。研究対象者には、研究主旨、参加と中断の自由、個人情報の守秘性等を明記した質問票を配布し、その返信をもって研究参加の同意を確認した。

IV. 結果

1. 対象者の属性

有効回答数は56（有効回収率56.0%）、性別は、男性51名、女性5名であった。平均年齢は50.73歳、平均臨床経験年数では23.32年になった。属性の詳細については、表1に示す。

表 1. 対象者の属性

項目	(N=56)	
	n (%)	
性別	男性	51 (91.0)
	女性	5 (8.9)
平均年齢±SD (range)	50.73 ± 7.557 (33 ~ 67)	
年代別内訳	30 ~ 39 歳	6 (10.7)
	40 ~ 49 歳	14 (25.0)
	50 ~ 59 歳	30 (53.5)
	60 ~ 69 歳	6 (10.7)
平均臨床経験年数±SD (range)	23.32 ± 7.881 (1 ~ 42)	

項目	n (%)	
経験年数別内訳	10年未満	1 (1.8)
	10年以上20年未満	12 (21.4)
	20年以上30年未満	32 (57.1)
	30年以上	11 (19.6)
勤務先医療機関の設置主体	個人	21 (37.5)
	医療法人	17 (30.3)
	市区町村	3 (5.3)
	社会福祉法人	2 (3.6)
	都道府県	1 (1.8)
	医療生協	1 (1.8)
	宗教法人	1 (1.8)
	無回答	10 (17.9)
	勤務先医療機関の病床数	無床
1～19床		3 (5.3)
20～99床		8 (14.3)
100～199床		7 (12.5)
200～299床		2 (3.6)
300～399床		4 (7.1)
400～499床		0 (0.0)
500床以上		1 (1.8)
主に勤務する診療科	一般内科	33 (58.9)
	消化器内科	1 (1.8)
	循環器内科	2 (3.6)
	呼吸器内科	3 (5.3)
	代謝・内分泌科	1 (1.8)
	一般外科	2 (3.6)
	消化器外科	1 (1.8)
	整形外科	3 (5.3)
	脳神経外科	1 (1.8)
	皮膚科	2 (3.6)
	耳鼻咽喉科	1 (1.8)
	精神・神経科	1 (1.8)
	リハビリテーション科	1 (1.8)
	その他	4 (7.1)
勤務先医療機関の所在地	北海道・東北地方	8 (14.3)
	関東地方	16 (28.6)
	甲信越・北陸地方	3 (5.3)
	中部・東海地方	4 (7.1)
	関西地方	15 (26.8)
	中国地方	3 (5.3)
	四国地方	5 (8.9)
	九州・沖縄地方	2 (3.6)

2. 高度実践看護師による訪問診療サービスに対する 選択肢回答の結果

1) 高度実践看護師による訪問診療サービスに対する 選択肢回答別頻度

表2では、各質問における選択肢回答別の頻度に

加え、 χ^2 適合度検定の結果も合わせて表記した。

高度実践看護師がもつ裁量範囲に関する回答頻度では、有意な偏りがあった ($p < .01$)。 「医師または歯科医師の指示に従うことを基本とするが、ある程度は高度実践看護師の判断で特定行為を含む訪問診療サービスを提供できること」の回答数が最も多く ($n = 32$)、 「医師または歯科医師の指示を必要とせず、高度実践看護師自身の判断で特定行為を含む訪問診療サービスを提供できること」 ($n = 11$)、 「医師または歯科医師があらかじめ作成した手順書に従って、高度実践看護師が特定行為を含む訪問診療サービスを提供できること」 ($n = 7$)、 の順で支持された。最も少なかった選択肢回答は、 「医師または歯科医師による指示がある場合でも、高度実践看護師が特定行為を含む訪問診療サービスを提供すべきではない」 ($n = 6$) になった。

高度実践看護師が手順書に従って訪問診療サービスを提供することに関する回答頻度でも、有意な偏りが認められ ($p < .01$)、 「手順書では支障がある」 ($n = 15$) よりも 「手順書で支障はない」 ($n = 35$) を支持する医師の方が多かった。そして、高度実践看護師に求める診療行為についても、 「厚生労働省による38特定行為のほかにも高度実践看護師が提供できるようにした方が良い診療行為がある」 ($n = 4$) よりも 「厚生労働省による38特定行為の内容で十分だと思う」 ($n = 46$) の回答数の方が有意に多かった ($p < .01$)。

高度実践看護師によって提供される訪問診療サービスの責任所在に関し、最も高い頻度で 「責任がある」とされたのは、高度実践看護師に包括指示を出した医師・歯科医師であった ($n = 24$)。責任所在に関する選択肢別回答頻度をみた場合、全ての項目で 「…に責任がある」 よりも 「…に責任はない」 の回答数の方が多かった。

勤務する医療施設で高度実践看護師を採用すると仮定した場合の具体的な条件の有無に関しては、 「具体的な条件がある」と 「具体的な条件はない」 の回答頻度に偏りは認められなかった。

表3では、高度実践看護師がもつ裁量範囲に関する4つの選択肢を、 「医師・歯科医師からの指示が必要である」「医師・歯科医師からの指示は必要ない」「高度実践看護師による訪問診療サービスを否定」の3つに分類し、その回答数と全体に占める割合を示した。高度実践看護師が行う訪問診療サービ

表 2. 高度実践看護師による訪問診療サービスに対する選択肢回答別頻度

選択肢	n	期待度数	残差	p
高度実践看護師がもつ裁量範囲 (n=56)				
医師または歯科医師があらかじめ作成した手順書に従って、高度実践看護師が特定行為を含む訪問診療サービスを提供できること	7		-7	
医師または歯科医師による指示を基本とするが、ある程度は高度実践看護師の判断で特定行為を含む訪問診療サービスを提供できること	32	14	18	.000**
医師または歯科医師の指示を必要とせず、高度実践看護師自身の判断で特定行為を含む訪問診療サービスを提供できること	11		-3	
医師または歯科医師による指示がある場合でも、高度実践看護師が特定行為を含む訪問診療サービスを提供すべきではない	6		-8	
高度実践看護師が手順書に従って訪問診療サービスを提供することについて (n=50)				
手順書で支障はない	35	25	10	.005**
手順書では支障がある	15		-10	
高度実践看護師に求める診療行為 (n=50)				
厚生労働省による 38 特定行為の内容で十分だと思う	46		21	
厚生労働省による 38 特定行為のほかにも高度実践看護師が提供できるようにした方がよい診療行為がある	4	25	-21	.000**
責任所在 (n=50)				
医療機関の施設長に責任がある	16	25	-9	.011*
医療機関の施設長に責任はない	34		9	
高度実践看護師に包括指示を出した医師・歯科医師に責任がある	24	25	-1	.777
高度実践看護師に包括指示を出した医師・歯科医師に責任はない	26		1	
訪問診療サービスを高度実践看護師に任せた医師・歯科医師 (包括指示は出していない) に責任がある	9	25	-16	.000**
訪問診療サービスを高度実践看護師に任せた医師・歯科医師 (包括指示は出していない) に責任はない	41		16	
包括指示に従って診療行為を行った高度実践看護師に責任がある	13	25	-12	.001**
包括指示に従って診療行為を行った高度実践看護師に責任はない	37		12	
自分の判断で診療行為を行った高度実践看護師に責任がある	15	25	-10	.005**
自分の判断で診療行為を行った高度実践看護師に責任はない	35		10	
施設長・医師・歯科医師・高度実践看護師以外の者に責任がある	1	25	-24	.000**
施設長・医師・歯科医師・高度実践看護師以外の者に責任はない	49		24	
勤務する医療施設で高度実践看護師を採用すると仮定した場合の具体的条件の有無 (n=50)				
具体的な条件がある	20	25	-5	.157
具体的な条件はない	30		5	

註 1) p : χ^2 適合度検定による有意確率 註 2) *: $p < .05$, **: $p < .01$

表 3. 高度実践看護師がもつ裁量範囲に関する認識

選択肢別	n (%)	指示必要 / 指示不要 / 高度実践看護師の診療を否定	n (%)
医師または歯科医師があらかじめ作成した手順書に従って、高度実践看護師が特定行為を含む訪問診療サービスを提供できること	7 (12.5)	医師・歯科医師からの指示が必要である	39 (69.6)
医師または歯科医師による指示を基本とするが、ある程度は高度実践看護師の判断で特定行為を含む訪問診療サービスを提供できること	32 (57.1)		
医師または歯科医師の指示を必要とせず、高度実践看護師自身の判断で特定行為を含む訪問診療サービスを提供できること	11 (19.6)	医師・歯科医師からの指示は必要ない	11 (19.6)
医師または歯科医師による指示がある場合でも、高度実践看護師が特定行為を含む訪問診療サービスを提供すべきではない	6 (10.7)	高度実践看護師による訪問診療サービスを否定	6 (10.7)

スに対し、医師・歯科医師による何らかの指示を求める医師割合は69.6%を占めた。医師・歯科医師の指示は必要ないとする医師割合が19.6%、高度実践看護師による訪問診療サービスを否定した医師割合は10.7%になった。

2) 医師の属性と高度実践看護師がもつ裁量範囲に関する認識との関連

表4では、表3に準じながら、医師の属性と高度実践看護師がもつ裁量範囲に関する認識との関連をクロス表にまとめ、独立性の χ^2 検定(両側)ならびにFisherの正確確率検定(両側)を実施し、有意確率とCramerVについて明記した。

医療機関種類・年齢・臨床経験年数・勤務診療科と高度実践看護師がもつ裁量範囲に関する認識との関連を示す有意確率は、それぞれ5%よりも大き

い値を示した。また、医療機関種類との間におけるCramerVは.251であり、年齢とのその値は.205、臨床経験年数の場合は.174、勤務診療科との間では.132になった。

3. 自由回答の結果

自由回答欄に記載されていたテキストデータのほとんどが、1~2行程度の短文であった。また、高度実践看護師による訪問診療サービスに対する166のテキストデータを分析対象とした。なお、それらのテキストデータから、17のグループと5つの概念を抽出した(表5)。< >はテキストデータ、[]はグループ化した言い換え、【 】は概念を示す。以下に概念化の全体像を文章化する。

医師は、<経験値の高い看護師は、経験値の浅い医師よりも選択肢も広く、適切な判断・処置を可能とする場

表4. 医師の属性と高度実践看護師がもつ裁量範囲に関する認識との関連

(N=56)

	裁量範囲			p	CramerV	
	医師・歯科医師からの指示が必要である	医師・歯科医師からの指示は必要ない	高度実践看護師による訪問診療サービスを否定			
	n (%)	n (%)	n (%)			
医療機関種類別	無床診療所	18 (32.1)	9 (16.1)	4 (7.1)	.115	.251
	有床診療所	2 (3.6)	0 (0.0)	1 (1.8)		
	病院	19 (33.9)	2 (3.6)	1 (1.8)		
年齢別	30歳代	5 (8.9)	1 (1.8)	0 (0.0)	.754	.205
	40歳代	8 (14.3)	4 (7.1)	2 (3.6)		
	50歳代	20 (35.7)	6 (10.7)	4 (7.1)		
	60歳代	6 (10.7)	0 (0.0)	0 (0.0)		
臨床経験年数別	10年未満	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	.750	.174
	10年以上 20年未満	9 (16.1)	3 (5.4)	0 (0.0)		
	20年以上 30年未満	21 (37.5)	7 (12.5)	4 (7.1)		
	30年以上	8 (14.3)	1 (1.8)	2 (3.6)		
勤務診療科別	内科	26 (46.4)	9 (16.1)	5 (8.9)	.932	.132
	外科	6 (10.7)	1 (1.8)	0 (0.0)		
	その他	7 (12.5)	1 (1.8)	1 (1.8)		

註) p: 独立性の χ^2 検定(両側)を実施した結果、期待度数5未満のセルが20%以上あったため、Fisherの正確確率検定(両側)による有意確率を採用した。

合が多い>や<看護師にもある程度の権限を与えて診療をさせるようにしないと、いつまでも人手不足は解消しない>、<医療が行き渡るため、推進して欲しい>等の認識を示した。そのグループ全体の文脈を踏まえて、[高度実践看護師による訪問診療サービスを肯定]へと言い換えた。さらに、<高度実践看護師の判断がどの程度信頼できるのか判断できない><看護師の診療では不安が強く、自分で診療したい>のように、[高度実践看護師による訪問診療サービスを否定]する医師も存在している。そして、その2つのグループの関係から浮上した概念を【高度実践看護師が行う訪問診療サービスへの賛否】とした。

高度実践看護師が手順書に従って訪問診療サービスを提供することに関し、<事前に病態を想定して手順を作成する手間を考えると、不十分な手順しか文書化できない><マニュアル化しすぎて臨機応変な対応ができない場合もでてくる恐れもある>等の認識が存在した。それらのテキストデータについて、[手順書対応を不支持]と言い換えた。しかし、<最終的に医師が責任を取らなければいけないので、指示通りでなければならない>や<手順書による特定行為は、知識と経験で正しい判断が可能な医療行為である>等のテキストデータに代表されるように、[手順書対応を支持]する記載数の方が多かった。なお、その2つのグループを、【高度実践看護師に求める裁量範囲】と概念化した。

また、高度実践看護師による診療行為に関し、<自分の判断と責任の下で診療が行えてこそ高度実践看護師だと思える><高度実践看護師の判断と責任の下で診療が行えないのであれば、わざわざ新しい制度を設ける意味がない>等のテキストデータから、[権利権限と責任はセット]と考える医師の存在が明らかになった。その一方で、[診療行為の最終責任は医師に帰着]するとの見解を示す医師も存在した。さらに、<基本的には医師の責任であるが、医療行為を行った高度実践看護師にも責任はある><高度実践看護師が全面的に責任をもつつもりで現場に臨むべきであり、医師は任命責任と考えると良いだろう><責任は診療に関与した全員にあるはず>のテキストデータからも見て取れるように、高度実践看護師や医師を中心として診療に関与した職種間で[責任の分散]が行われることについて支持する記載もあった。そして、最終的には[施設管理者が負うべき責任]とする記載内容や、その責任は医師からの指示の有無によって異なるとの見解に基づいて、具体的な事例に応じて責任が判断されるため[不確定]とする医師も存在した。これ

ら5つのグループから、【責任の所在】の概念を導き出した。

医師は、<高度実践看護師が必要と判断した場合、医師の指示を直ぐにあおげる体制が必要である>等の認識から、高度実践看護師による[医師への確認]の必要性の高さを提示した。そして、<きちんと連携していれば、お互いスペシャリストとして役割分担できるし、そのほうが効率的である>のように、医師との[連携が大切]という認識も示した。さらに、<研修期間で診療能力を含めた実践力を確認する>や<特定行為に慣れていること>の記載の通り、高度実践看護師として[求める人材像]も明らかにした。そのほか、<少人数から試験的に導入する><実際のニーズがどのくらいあるか、経過を見ないとわからない>の意向に基づき、高度実践看護師の[採用予定人数は未定]とする旨も示した。それらの内容から、【高度実践看護師と提携するうえでの環境】の概念を抽出した。

また、[診療に見合った報酬]が支払われることや[高度実践看護師による訪問診療サービスを軌道にのせるための要件]を満たすことに加え、地域医療現場における[人手不足の改善]も希望していた。これらのグループ関係から浮上した概念を、【制度に対する要望】とした。

V. 考察

1. 高度実践看護師がもつ裁量範囲と責任所在に関する認識

選択肢回答によって最も多く支持された高度実践看護師の裁量範囲は、「医師または歯科医師の指示に従うことを基本とするが、ある程度は高度実践看護師の判断で特定行為を含む訪問診療サービスを提供できること」であった。次いで、「医師または歯科医師の指示を必要とせず、高度実践看護師自身の判断で特定行為を含む訪問診療サービスを提供できること」になった。本調査では、手順書に基づきながら訪問診療サービスを担う高度実践看護師を支持する医師、または、高度実践看護師の訪問診療サービスを否定する医師の割合は、それぞれ回答者全体の1割ほどになる。さらに、医師の属性と高度実践看護師がもつ裁量範囲に関する認識との間において、必ずしも関連があるとは言い切れない結果になった。また、高度実践看護師による訪問診療サービスの肯定理由について探るために自由回答を振り返ってみると、看護師がもつ既存能力に鑑みてその診療を容認する認識や、地域医療サービスの拡充に向けたマンパワー確保の一施策として有用であるとの旨が示されている。

表 5. 自由回答から抽出した高度実践看護師による訪問診療サービスに対する認識

概念	グループ	代表的なテキストデータ
高度実践看護師が行う訪問診療サービスへの賛否	高度実践看護師による訪問診療サービスを肯定	経験値の高い看護師は、経験値の浅い医師よりも選択肢も広く、適切な判断・処置を可能とする場合が多い 現場で実践を積んだ看護師であれば、ある程度の判断は出来る 看護師のレベルは高くなっている ある程度経験のあるコメディカルが専門的な仕事をするのは時代の流れである 看護師にもある程度の権限を与えて診療をさせるようにしないと、いつまでも人手不足は解消しない 患者とその家族が納得していれば、高度実践看護師の診療は許容できる 医療が行き渡るため、推進して欲しい
	高度実践看護師による訪問診療サービスを否定	高度実践看護師の判断がどの程度信頼できるのか判断できない 看護師の診療では不安が強く、自分で診療したい 日本で診療を医師以外が行うということは、「地雷原を目を閉じて歩く」ようなもの 医療行為全般の刑事免責が保証されない限り、看護師が診療を行ってはいけない
高度実践看護師に求める裁量範囲	手順書対応を支持	最終的に医師が責任を取らなければいけないので、指示通りでなければならない 医師の責任の範疇において、看護師が安全な手順書のもとで処置を行ってもよい 手順書があれば、知識と操作方法によって緊急性を回避し得る 手順書による特定行為は、知識と経験で正しい判断が可能な医療行為である 手順書を前提として、何かあれば電話等で直接指示する
	手順書対応を不支持	事前に病態を想定して手順を作成する手間を考えると、不十分な手順しか文書化できない すべてに対応した事前指示は出来ない マニュアル化しすぎて臨機応変な対応ができない場合もでてくる恐れもある おおとの方針を定めておき、他は現場の判断に任せるべきである
責任の所在	権利権限と責任はセット	自分の判断と責任の下で診療が行えてこそ高度実践看護師だと思ふ 高度実践可能なのであれば何ら問題ないが、ただし行為結果に伴う責任も当然負わされる 高度実践看護師の判断と責任の下で診療が行えないのであれば、わざわざ新しい制度を設ける意味がない 高度実践看護師の自己責任で突発的な医療行為に対応出来ないといけない 診療実施者に責任を問わない場合、いい加減に行う可能性がある 高度実践看護師の診療によって診療報酬を得るのであれば、当然その看護師が責任を負うべきである
	診療行為の最終責任は医師に帰着	看護師のみで訪問診療を行うのは効率面で必要なことだと思うが、最終的な判断・責任は医師が負うべきである 責任は私が取るので、心の良心に従って知識と経験をフル活用して下さい 基本的に医療行為の責任は医師にある 医師が責任を負うのがすじであり、看護師に責任は取れない 指示を出す権限は医師がもつたから、責任も医師にある
責任の分散	責任の分散	医師と高度実践看護師の双方に責任の所在を置くことで、緊張感をもって診療に取り組める 基本的には医師の責任であるが、医療行為を行った高度実践看護師にも責任はある 高度実践看護師が全般的に責任をもつつもりで現場に臨むべきであり、医師は任命責任と考えると良いだろう 高度実践看護師一人に責任を持たせられない 責任は診療に関与した全員にあるはず
	施設管理者が負うべき責任	最終責任は施設長にある 経営責任者が最終的に責任を取る 病院が最終責任者に該当する
	不確定	特定行為に関する責任は医療機関、突発的な医療行為の責任は高度実践看護師にある 医師の指示を原則にするなら医師の責任であり、高度実践看護師の判断の下に行うのであれば看護師に責任がある ケースバイケースだと思う 具体的な案件に遭遇してみないとわからない
	医師への確認	高度実践看護師が必要と判断した場合、医師の指示を直ぐにおおげる体制が必要である 患者について、しっかりと状態の把握ができ、医師の判断をおおげる場合ならよいと思う 医師の指示は原則として存在し、必要に応じて医師に確認するという方法がよい
高度実践看護師と提携するうえでの環境	連携が大切	連絡ノートを作り、患者情報を共有する きちんと連携していれば、お互いスペシャリストとして役割分担できるし、そのほうが効率的である お互いに連携しようとする姿勢が必要である
	求める人材像	研修期間で診療能力を含めた実践力を確認する 患者教育能力とインフォームドコンセント能力が身につけていること 救急対処が行えること 能力が最低限あり優しい人 特定行為に慣れていること 信頼できる人 診療能力の向上を目指す看護師にきてほしい
制度に対する要望	採用予定人数は未定	少人数から試験的に導入する どのくらい需要があるか分からないのでまずは様子見て1人が妥当ではないかと思う 実際のニーズがどのくらいあるか、経過を見ないとわからない
	診療に見合った報酬	看護師が診療行為の責任を負うのであれば、十分な診療報酬を算定するべきである 医師の診療と比較し質が下がるのであれば診療報酬も下げるべきである 医師が実践する医療の質と大差なければ、点数に大きな差をもうけるべきでない 報酬が安ければ割には合わないと考えて在宅診療をやめる者もいる 看護師に支払う給料に見合った算定額が当然必要になる
	医師に対する診療報酬よりも低価	医師の価格よりも低いことを希望する 高度実践看護師による訪問診療に加算は必用ない
	高度実践看護師による訪問診療サービスを軌道にのせるための要件	施設ごとに手順書の格差がないような取り組みが必要である この制度が軌道にのれるような支援体制を求める 看護師が診療を担うための敷居を低くしてほしい とにかく忙しいので、看護師にも協力してほしい 休みを取りたい

しかし、＜高度実践看護師の判断がどの程度信頼できるのか判断できない＞＜看護師の診療では不安が強く、自分で診療したい＞のように、診療能力が未知数であるが故に安全性への懸念を払拭できず、高度実践看護師に訪問診療サービスを委ねられないとする医師の存在も明らかである。Hain & Fleck¹²⁾も、次の点について報告している。「一部の医師プロ組織の認識として、医師が高度実践看護師よりも長く厳密な訓練を受けているため、その看護師による診療は医師と同じレベルではないと考えられている一方で、他の医師は、教育と訓練が自分のものと同様でないと認識しつつも、高度実践看護師の診療を評価し続けている。」の旨である。さらにClarín¹³⁾によると、「地域医療を担う医師と高度実践看護師の協働によって生み出されたケアそのものはヘルスケアシステムにおいて効果的であるものの、その協働に対する障害は存在し続けている。」の現状を示唆している。

すなわち、高度実践看護師による訪問診療サービスの意義を認める医師が存在する一方、医学診断・治療について専門としない看護師が診療そのものを提供することに対して、違和感や不安を払拭できない医師も存在している。後者の認識の拡大によって、両者の提携を困難にする可能性は高い。そのため、高度実践看護師が、地域において訪問診療サービスを的確に実践できる能力について証明し、地域診療に携わる医師から信頼を得る必要がある。

また本調査では、手順書の活用で支障なしと考えている医師数の方が、支障ありとする医師数よりも多かった。さらに、38特定行為の内容で十分とする医師数も有意に多い。なお、これらの回答結果と、先述した高度実践看護師の裁量範囲に関する結果との間に矛盾が生じる。その矛盾内容とは、医師の多くが「医師・歯科医師による指示を基本としながらも自らの判断で訪問診療サービスを提供できる高度実践看護師」を支持していたにもかかわらず、「手順書活用による38特定行為を担う高度実践看護師」に対して強い抵抗感を示していない点にある。その矛盾が生じた一要因として、以下の内容が考えられる。

2015年10月に施行された特定行為に係る看護師の研修制度に関する規定（保健師助産師看護師法第37条の2）では、「医師の指示の下で診療の補助業務として特定行為を手順書により行う看護師は、厚生労働大臣が指定する研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない」の旨が謳われている。よって、高度実践看護師が診療の補助業務に該

当する特定行為を手順書に従って実施した際に、療養者の身に不測の事態が発生してしまった場合、原因・誘因をどれだけ医師が認識していたかにも左右されるが、過去の判例¹⁴⁾ ¹⁵⁾に基づいて医師にも責任が及ぶ可能性はある。高度実践看護師の判断による訪問診療サービスでは当該看護師のみに責任追及される可能性が高いものの、診療の補助業務に位置づけられた特定行為を担う看護師の場合は医師にも責任を問われる可能性があり、医師の監督・責任の下で安全性ある診療行為を実施させる責務について医師自身が認識しているとも考えられる。その根拠として、高度実践看護師による訪問診療サービスに関し、回答協力を得た7割弱の医師が、医師・歯科医師の指示は必要と回答している。責任所在に関する選択肢回答の結果をみると、最も高い頻度で「責任がある」とされるのは、高度実践看護師に包括指示を出した医師・歯科医師であった。自由回答でも、その責任所在については、[診療行為の最終責任は医師に帰着][責任の分散][施設管理者が負うべき責任][不確定]の結果が存在する。＜研修期間で診療能力を含めた実践力を確認する＞のテキストデータのように、高度実践看護師の診療能力がどの程度のものなのかについて、医師が判断し兼ねる状況に置かれている点も否めない。

高度実践看護師がもつ裁量範囲と責任所在に関する医師の認識から考察した内容をまとめると、次の点が示唆できる。医師は、地域診療に携わる医師からの指示を基本としながらも自らの判断で安全性の高い訪問診療サービスが担える高度実践看護師によって、サービスの提供がなされることを理想としている。しかし、特定行為に係る看護師の研修制度に関する規定に基づく、診療の補助業務に位置づけられた特定行為によって療養者の身に不測の事態が発生してしまった場合には、医師にも責任が及ぶ可能性がある。さらに、高度実践看護師の診療能力について十分に把握し兼ねる状況にもあるため、「手順書に従って特定行為を行う高度実践看護師の診療能力を評価できるまでは、医師の指示を基本としながらも自らの判断に基づいて訪問診療サービスを施せる高度実践看護師との提携は見送りたい」の認識も伺える。

2. 医師と高度実践看護師が効率よく機能するための条件に関する一提言

本調査では、高度実践看護師による訪問診療サービスに対し、医師・歯科医師による何らかの指示を求める医師割合は7割弱であった。自由回答でも、医師と高度実践看護師がお互いに連携しようとする姿勢の重要性について示されていた。

在宅医である太田¹⁶⁾は、ケアを機軸に置く在宅医療において医師をリーダーとする点に関しては将来の課題としながらも、看護業務が医師の指示に基づくことは当然との考えを示す。訪問診療に携わる新田¹⁷⁾からは、「常勤医師1人体制で在宅・外来診療の両方を24時間体制で担っているが、それらの診療に対してそれほど負担に感じていない理由は、診療所内の事務職も含め看護師の24時間体制を導入している点に加えて、昼間に予測される緊急対応を予知することによって乗りきった。」と述べられている。

本調査結果や両者の指摘にも鑑みて、著者は、安全性の高い高度実践看護師による訪問診療サービスを保証するには、何らかの媒体の活用によって積極的に医師との連携を図るべきと考える。さらに、お互いが補完し合いながら診療サービスを提供することによって、両者の疲弊を低減できるとも推測する。

また、高度実践看護師が[医師への確認]を円滑に行えるよう、さらには療養者に対する安全性の高い訪問診療サービスを提供できる体制の構築に向けて、手順書活用は有効な手段と思われる。しかし、[手順書対応を不支持]とする医師が示した理由のように、療養者が手順書に記されていない状態に陥った場合の対処方法に関する課題も浮上する。医師法や保健師助産師看護師法に基づいて言及するならば、その都度、医師からの具体的指示を受けながらの対応になる。そのため、医師と高度実践看護師の物理的距離の短縮は必要条件に該当すると思われる。従って著者は、医師と高度実践看護師の両者が同じ医療機関内に所属することを提案する。両者の物理的距離の短縮は、療養者の情報共有の観点に鑑み、指示を出す側と受ける側において効率性と利便性を高める。そして、医師はキュアの側面から、高度実践看護師はケアとキュアの両側面から、訪問診療サービスに関する両者の意見交換も容易になる。くきちんと連携していれば、お互いスペシャリストとして役割分担できるし、そのほうが効率的であるとのテキストデータからも推測できるが、高度実践看護師による質の高い訪問診療サービスを具現化するには、医師と高度実践看護師におけるスムーズかつタイムリーなコミュニケーションを可能にできる環境こそが重要な鍵を握る。

高度実践看護師による訪問診療サービスに対する診療報酬算定の在り方については、診療の質に応じた報酬算定や、給与支払いに見合った報酬設定の必要性が示された。診療報酬の算定においてそれらの配慮が無い場合、在宅療養支援診療所・病院に高度実践看護師を定着させ

ることは難しい。従って、その報酬の在り方について慎重に議論を重ねるべきである。そして、「療養者が疾病や障害を抱えながらもできる限り住み慣れた地域で暮らすために、高度実践看護師の存在は不可欠である」との社会的評価に至った場合は、その看護師数の確保に向けた施策も講じる必要がある。地域医療・介護に携わるマンパワー開発が存在してこそ、21世紀型コミュニティの明るい展望につながるものと思われる。

3. 本調査結果の限界

回答者は、調査会社に登録のある医師に限定された。標本数も少ないうえ、高度実践看護師による訪問診療サービスに対して前向きな認識をもつ医師に偏っていたという可能性もある。

謝辞

ご協力をいただいた医師の皆様は心より御礼を申し上げます。本研究は、創価大学平成27年度研究開発推進助成金を受けて実施した。

文献

- 1) 厚生労働省 (2014年). 平成25年国民生活基礎調査の概況 結果の概要 IV介護の状況, 30-37, 2016年1月3日,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/16.pdf>
- 2) 社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会 (2015年). 平成28年度診療報酬改定の基本方針 厚生労働省ホームページ 政策について, 1-6, 2016年1月14日,
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000106247.pdf>
- 3) 厚生労働省 (2014年). 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行等について, 厚生労働省ホームページ・所管の法令等, 1-14, 2016年1月7日,
<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T140625G0030.pdf>
- 4) 大釜信政 (2015). 地域包括ケアシステムにおける高度実践看護師の活用に関する政策提言, 法政大学, 地域包括ケアシステムにおける高度実践看護師の活用に関する研究, 141-151, 2016年1月3日,
<http://hdl.handle.net/10114/11669>

- 5) 長谷川健美, 高野政子, 市瀬孝道: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-, 看護科学研究, 14, 1-10, 2016.
- 6) 新川結子, 甲斐かつ子, 河野優子, 他:地域医療を担う病院に勤務する特定看護師の新たな実践に関する質的研究, 看護科学研究, 12, 44-52, 2014.
- 7) 日本医師会 (2015年). 日医NEWS第1283号「釜菴常任理事に聞く, 医療現場の厳しい現状と変化する時代の要請を踏まえ国民が安心できる特定行為研修制度を目指す」, 日医NEWS ONLINE, 2017年3月30日,
<https://www.med.or.jp/nichinews/n270220a.html>
- 8) 厚生労働省 (2016年). 特定行為に係る手順書例集, 厚生労働省ホームページ・施策について, 1-70, 2016年2月29日,
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000112464.pdf>
- 9) 大谷尚:4ステップコーディングによる質的データ分析手法SCATの提案-着手しやすく小規模データに適用可能な理論化の手続き, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (教育科学), 54 (2), 27-44, 2008.
- 10) 福土元春, 名郷直樹:指導医は医師臨床研修制度と帰属意識のない研修医を受け入れられていない-指導医講習会における指導医のニーズ調査から-, 医学教育, 42 (2), 65-73, 2011.
- 11) 大谷尚:SCAT: Steps for Coding and Theorization -明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法-, 感性工学, 10 (3), 155-160, 2011.
- 12) Hain,D, & Fleck,Laureen M, (2014) ,Barriers to Nurse Practitioner Practice that Impact Healthcare Redesign, OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing,19 (2) ,8, 2016 February 26,doi:10.3912/OJIN,Vol19 No02 Man02
- 13) Clarin Olivia A, (2007) ,Strategies to Overcome Barriers to Effective Nurse Practitioner and Physician Collaboration, JNP : The Journal for Nurse Practitioners,3 (8) ,538-548, 2016 February 26, doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2007.05.019
- 14) 井田良:チーム医療と信頼の原則-北大電気メス事件. 甲斐克則・手嶋豊 (編), 別冊Jurist医事法判例百選, 152-153, 有斐閣, 東京, 2014.
- 15) 北川佳世子:横浜市大患者取違え事件. 甲斐克則・手嶋豊 (編), 別冊Jurist 医事法判例百選, 156-157, 有斐閣, 東京, 2014.
- 16) 太田秀樹:これからのチーム医療と看護⑤地域の在宅医の立場から, 看護, 64 (4), 36-39, 2012.
- 17) 新田國夫:どこで看取るか-看取りの場を考える-在宅での看取り, 施設での看取り, 医療機関での看取り. ヘルスケア総合政策研究所 (編), 医療白書2012年度版 地域包括ケア時代に迫られる, 病院“大編成”と地域医療“大変革”, 158-166, 日本医療企画, 東京, 2012.