

高度実践看護師に求められる疾病管理能力に関する検討

大釜 信政¹⁾・大釜 徳政²⁾

抄 録

本研究は、筆者が糖尿病患者の疾病管理を実践した経験から、高度実践看護師に必要と推測される疾病管理能力に関して検討することを目的とした。筆者は、文献や大学院での授業内容、また実習を通して、3つの疾病管理能力の枠組みを学び得た。また、この3つの枠組みに基づき、疾病管理能力を獲得していくために実践した内容を検討した結果、7つの疾病管理能力の獲得が必要であることが示唆された。この結果、『診断に必要な能力』に関しては、「糖尿病患者の生活様式を踏まえた的確な問診技術」や「正確なフィジカルイグザミネーション技術および所見の解釈」、「検査実施の判断およびその結果の評価に関する知識」といった能力の獲得が必要と考えられた。『治療に必要な能力』では、「個別性を捉えた食事・運動療法の処方」や「豊富な経験から得た知識と薬剤特性等を熟知したエビデンスに基づく薬物処方の能力」、「医師へのコンサルテーション能力」の獲得が必要と考えられた。また、チーム医療内における相互理解及び円滑な協働のための『多職種間や患者との信頼関係の構築のための能力』の獲得も必要であることが示唆された。

キーワード：高度実践看護師、疾病管理、糖尿病患者

I. 緒言

2008年4月より、日本の看護系大学院修士課程において、新たに看護師の役割拡大を視野に入れたナース・プラクティショナー（以下、NPと略）の養成が開始された。NPとは、米国で1960年代にはじめて誕生した看護職であり、検査・診断・処置・処方といった医行為を自らの判断で行える¹⁾。しかし日本においてこの資格は、制度化されていない。また、こういった教育が開始されてまもなく厚生労働省は、医師と連携・協働して専門性の高い特定の医行為を実践できる看護師についての検討を行っている。加えて同省は、こういった看護師を特定看護師（仮称）と称し、「特定看護師（仮称）業務試行事業」および「特定看護師（仮称）養成調査試行事業」を開始した。この「特定看護師（仮称）業務試行事業」では、特定看護師（仮称）の業務範囲や要件などを検討する際に必要となる情報や実証的データの収集を目的としている²⁾。また「特定看護師（仮称）養成調査試行事業」においては、特定看護師（仮称）の業務範囲や当該行為を安全に実施するために必要なカリキュラムの内容等を実証的に検討することを目的に実施している³⁾。日本における医療は従来、医師を中心とし、その傘下にいる看護師をはじめとした多職種の協働で医療サービス

を提供してきた。しかし、近年の医学は目覚ましい発展を遂げ、医師以外の職種にも更なる専門性が必要とされている⁴⁾。このことを示唆する先行研究として、次のような報告がある。心不全患者の効果的な疾病管理においては、チーム医療とセルフケア教育が鍵を握るといった報告である⁵⁾。また、多職種による包括的な管理が必要であることも指摘されている⁶⁾。

加えて、今日の日本の医療現場では、深刻な医師不足を誘因とした現場の混乱や医療サービスの質の低下に対する懸念の声が高まっている。こういった日本の医療現場の現況から、役割拡大を視野に入れた日本における新たな看護職の活躍が見込まれることで、日本国民への医療サービスの質の向上に繋がると考えられている⁷⁾。

筆者は、新たな役割を担うNPの養成を目的とした本邦の大学院（修士課程）を修了した。この教育課程の目的は、疾病管理が行える高度な知識・技術をもったNPの養成である。また、この教育カリキュラムでは、医学モデルを中心とした疾病管理学、診察診断学、フィジカルイグザミネーションといった講義や演習の単位を修得した後に、これらの知識や技術を統合し実践能力を身に付けるための疾病管理実習（以下、実習と略）を行う。

以上の内容から本研究では、NPや特定看護師（仮称）の能力を持った高度実践看護師養成のための大学院カリキュラムを修了するために行った筆者自身の実習経験をもとに、これに求められる疾病管理能力に関して検討することを目的とした。

1) Nobumasa OGAMA
学校法人 上智学院 聖母看護学校

2) Norimasa OGAMA
獨協医科大学看護学部

II. 用語の定義

1. 「医行為」

本研究で用いる医行為とは、従来の看護師が医師の具体的指示によって医療行為を行うのと異なり、医師と協働して行う診察、診断、治療と定義する。

2. 「高度実践看護師」

本研究で用いる高度実践看護師とは、医行為の実践能力を持つ看護師と定義する。

3. 「疾病管理」

本研究で用いる疾病管理とは、疾病を持った人に対して行われる診察、診断、治療といった医行為を含んだケアリングと定義する。

III. 研究方法

この実習は、筆者が国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻NP養成分野の在学中に行ったものである。

1. 実習目的、目標、期間

1) 実習目的：1型・2型糖尿病および合併症を持つ患者に対する診療計画立案、実施、評価について学ぶ。

2) 到達目標

(1)問診および的確なフィジカルイグザミネーションが行え、その解釈ができる。

(2)診断に必要な検査オーダーが考えられる。

(3)身体所見を統合し、正確な診断が行える。

(4)1型・2型糖尿病及び合併症を持つ患者の現病態から、診療計画の立案及び実施ができる。

(5)身体所見に基づき、実施した診療計画の評価ができる。

3) 実習期間：2010年7月～2010年10月（630時間）

2. 実習内容

指導医の指導のもとに、外来・入院診療の実際を体験する。また、10症例の糖尿病患者を受け持ち、その疾病管理を行う。

3. 受け持ち患者の選定

以下の5項目をすべて満たす者を、受け持ち患者とした。

1) 20歳以上の1型もしくは2型糖尿病の患者

2) 細小・大血管症を含めた合併症を生じている患者

3) 実習期間中、外来もしくは病棟において継続的に診療が行える患者

4) 指導医が受け持ち患者としての確と認めた患者

5) 患者もしくはその家族に口頭で実習内容の説明を行った後、同意が得られた患者

4. 分析方法

疾病管理に必要とされる能力に関して、文献⁸⁾⁻⁹⁾や大学院での授業内容、またこの実習から3つの枠組みを学び得た。この3つの枠組みは、「診断に必要な能力」「治療に必要な能力」「多職種間や患者との信頼関係の構築のための能力」であった。したがって本研究では、この枠組みに基づきながら、疾病管理能力を獲得するために実践した内容を踏まえて、高度実践看護師の疾病管理能力について検討する。

5. 倫理的配慮

実習施設と主治医の許可を得た後に、実習を開始した。また、患者もしくはその家族に対して、指導医及び筆者から実習の目的や内容を口頭で説明し、同意が得られた患者を受け持ちとした。この口頭での説明内容として、筆者が看護師であること、大学院において診察・診断・治療といった疾病管理を学んでいることを説明した。加えて、患者もしくはその家族が受け持ちに同意した後も、学生が行う診療に対して拒否ができ、拒否したことを理由に診療上の不利益を被らないこと等を説明した。

IV. 結果

文献や大学院の授業内容、また実習を通して、高度実践看護師に必要と考える3つの枠組みを学び得た。この3つの枠組みに基づき、疾病管理能力を獲得するために実践した内容を、以下に記す。

1. 受け持ち患者の概要

いずれの患者も1型もしくは2型の糖尿病に加え、合併症を持つ患者であった。男性3名、女性7名、平均年齢は71.9歳であった。

2. 疾病管理の実際

1) 診断に必要な能力を獲得するための実践

(1)問診

実習を開始した当初は、問診に要する時間が30分以上を要し、指導医からは「その時間に見合う情報が得られていない」との助言を受けることが多くあった。しかし問診の経験を積むことに加えて、指導医の問診を見学することで、徐々にそれに要する時間が短縮した。また、疾病管理に必要な情報も得られるようになった。糖尿病患者の多くは、糖尿病に加えて高血圧症や脂質異常症といった合併症を持つことが多かった。そのため外来の診療見学においては、糖尿病に加えて循環器疾患や糖尿病以外の内分泌疾患を持った患者の診

療を多く見学した。加えて、実際にそういった患者の問診も行った。また筆者は、指導医の問診を参考にし、情報の聴き忘れを防ぐためにチェックリストを作成した。こういった工夫に加えて問診の経験を重ねることで、実習を開始した直後と比較して、診断や治療に必要な情報が漏れることなく収集できるようになった。

(2) フィジカルイグザミネーションおよび所見の解釈

フィジカルイグザミネーションの実施は、外来および入院患者の協力のもとに、その多くを経験した。特に糖尿病患者の診療においては、神経学所見や眼底所見を正確に解釈できる能力が必要であった。よって受け持ち患者は勿論のこと、その他の患者の協力も得ながら経験を重ねた。また、解釈した内容を指導医に報告し、妥当性について指導を受けた。眼底所見に関しては、眼科専門医のカルテ記載内容をもとに、指導医から糖尿病性網膜症および緑内障の有無や程度の判断についての指導を受けた。

全身のフィジカルイグザミネーションに関しては、糖尿病患者を中心に行えた。しかし、解釈の妥当性については課題が残った。特に実習を開始した当初の筆者は、正常か異常なのかを正確に解釈することさえも満足に行えなかった。そこで、正常か否かを正確に解釈できることを第一の目標に掲げた。まず指導医の行う診察を手本として、苦手とする頭部や顔面、胸部や腹部といった部分のフィジカルイグザミネーションを実施した。また、指導医が筆者の傍で助言を行いながら実施した。この主な助言内容としては、フィジカルイグザミネーションを実施した際の具体的な異常所見について、また解釈の妥当性を評価するためにはどういった検査のオーダーを考えるべきなのか等についてであった。また、指導医の外来診療では糖尿病患者を主とするが、中には感冒症状や腹痛、胸痛や動悸を訴えて受診した患者も多かった。よって、指導医の診療場面を見学し、また継続的な指導医の指導のもとにアセスメントを繰り返し実施した。

(3) 検査実施の判断および検査結果の評価

筆者は、単純X線やCT、MRI、超音波検査といった検査の実施時期の決定や検査結果の評価は自立して行うことはできなかった。この原因としては、検査の適応となる疾患や症状、禁忌に関す

る知識や、画像診断における読影の知識が不足していたためである。しかし、臨床で多く用いられる検査及びその評価に関して、指導医から指導を受ける機会を多く得た。“なぜこの検査が必要なのか”や“なぜこの時期にこの検査を実施すべきなのか”といったエビデンスに関しても、詳細なレクチャーを受けた。加えて画像所見をもとに、自らが実施したフィジカルイグザミネーション所見の解釈と画像所見との一致があるのか、画像そのものから考えられる診断はどういった疾患なのか等についても指導を受けることができた。

2) 治療に必要な能力を獲得するための実践

(1) 食事・運動療法

筆者は、患者への問診から得られた食生活に関する情報やフィジカルイグザミネーション、検査結果等を踏まえながら、適正エネルギー量や食事の成分内容を指導医に報告した。その後指導医が、その報告内容の評価を行い、的確な内容については患者の食事療法に反映させた。

患者への運動療法の指導に関して筆者は、運動メニューの作成を行った後に、指導医の助言を受けながら指導を行った。方法の選択およびその理由や、どのくらいの時間を行わせることでインスリン抵抗性の改善に繋がるのかといった根拠を指導医に報告した。この内容に対して指導医は、妥当性を評価し、不足している内容に関してはアドバイスを与えた。その後、患者に指導するという手順をとった。また、運動療法における具体的方法の決定においては、課題が残った。患者個々のライフスタイルに合致した具体的な方法を導き出すことは、非常に困難を要したためである。したがって筆者は、糖尿病教室において運動療法を指導している理学療法士にアドバイスを求めた。このアドバイス内容をもとに、患者のライフスタイルを考慮した運動療法のメニュー作成を行った。

(2) 薬物療法

筆者は、薬物処方に関する知識や経験の不足から、薬剤特性・作用機序と臨床的特徴・有害反応に関する内容を踏まえて、最適な薬物を選択することができなかった。こういった筆者の現況に応じて指導医は、筆者の薬物処方に関する考えを聴き、その安全性や効果を確認した上で処方に反映した場面がいくつかあった。その場合には、その効果や有害反応について評価が行えた。その一例

としては、次のような事例がある。

内服コンプライアンスの悪い受け持ち患者が、複数の経口血糖降下薬を一日3回内服していた。複数の薬剤に加え、一日3回の内服のために、患者はこれを忘れてしまうことが多かった。そこで筆者は、経口血糖降下薬の薬理学的作用の性質を考えながら、内服薬を朝1回にすることで飲み忘れを最小限にできるよう工夫した。その後の患者の内服コンプライアンスは徐々に高まり、血糖コントロールに良い影響を与えた。“患者の生活”を考慮した処方を行うことで、こういった結果が得られた。

3) 多職種間や患者との信頼関係を構築するための実践

筆者がこの実習を行っている間に難しさを感じ続けたことは、患者や他の医療職者に対するこの実習の目的や高度実践看護師に関する説明であった。また、指導医も同じ思いであった。しかし指導医や筆者は、その機会ごとに説明を行い、患者や他の医療職種の理解を深める努力を行った。また、筆者を指導したのは指導医だけではなく、管理栄養士や理学療法士、薬剤師といった多職種の支援も得ながらの実習であった。こういった中で筆者が、受け持ち患者の治療効果を高めるために試行錯誤をしている様子を他の医療職者が目の当たりにしたことも、理解を深めた一要因であった。

V. 考察

高度実践看護師としての必要な能力に関して、先述した3つの枠組みの視点で以下に考察する。

1. 診断に必要な能力

1) 問診

問診において必要な能力は、限られた診療時間内において、診療に必要な病歴を聴取できることである。病歴には、①主訴②現病歴③既往歴④家族歴⑤社会歴が含まれる¹⁰⁾。

1型および2型糖尿病のいずれの患者も、網膜症・腎症・神経障害など、重篤な結果に至る慢性合併症のリスクを有している。1993年に発表されたDiabetes Control Complications Trial¹¹⁾によると、合併症を回避するための必要な条件は、高血糖状態の改善であることが判明している。また、糖尿病治療ガイドライン¹²⁾に明示されている通り、厳格な代謝コントロールが糖尿病の治療目標である。加え

て、厳格な血糖コントロールを行っていくためには、「食事療法」や「運動療法」、必要に応じて「薬物療法」の実施が求められる¹³⁾。まずは、食事、運動療法のコンプライアンスを高めていくことが重要であり、この治療効果が充分でない場合において薬物療法が適応となる¹⁴⁾。したがって、患者個々に合致した食事・運動療法を実施するには、患者の生活様式を踏まえた的確な問診技術が求められる。

2) フィジカルイグザミネーションおよび所見の解釈

視診、触診、聴診といった診察手技は診断における基本をなすものであり、その技術の正確性が求められる。例えば、不慣れな手技による腹部の触診は、腹壁筋に不必要な緊張をもたらし、腹部の所見をかえってわからなくしてしまう。また、直接患者の身体に接触するために、患者に新たな苦痛を与えてしまうといった危険性もある。

こういったことからフィジカルイグザミネーション技術は、疾病管理にとって基本となる極めて重要な手技である。誤った手技からでは、正確な所見の解釈は行えない。また、検査オーダーの判断においては迷いを生じる原因となる。したがって、高度実践看護師による疾病管理においても、この技術には正確性が求められる。そして、この技術を習得していくためには、十分な経験を持つ指導医からのアドバイスに加え、手技の獲得を目指した反復練習が求められるであろう。加えて、シミュレータを用いて正確な技術を獲得した後に、患者を対象として経験を積むといった倫理的配慮も必要である。

疾病管理においては、フィジカルイグザミネーションを用いて得られた情報を、正確に解釈できる能力も重要である。五感を利用して得られた所見を解釈して診断に至るまでには、迷いを抱くことも多い。この迷いに対して筆者は、医師への積極的な相談が必要であると考え。ここから得られた医師からの助言が、アセスメント能力の向上に繋がるためである。また、この迷いの際に活用できるのが臨床検査である。この臨床検査に関する能力に関しては、次に述べる。

3) 検査実施の判断および検査結果の評価能力

問診やフィジカルイグザミネーションの内容をもとに、患者の生体内でどのような現象が起きているのかを考えることは医学診断においては必須である。症状といった現象を引き起こしている病態メカニズムを推測し、仮説を立てることで、必要な検査

内容の実施に繋がるのである。また、実施された検査結果によって、病態仮説の評価が行える¹⁵⁾。

的確な検査の実施項目や時期を決定し、その結果を正確に評価し診断することが治療計画の第一段階である。この能力を持たない以上、これを立案することはできない。高度実践看護師による疾病管理においても、診断に関する知識不足が、安全で効果的な治療への妨げに繋がることは言うまでもない。

以上の点から筆者は、医師からの診断に関するレクチャーは必須であると考え。日本において、医学診断の能力を持った医療職者は、法的観点からみても医師以外には存在しない。よって、診断能力を看護師が身に付けていくためには、医師の教授が必要なのである。また筆者は、この機会を増やすことが疾病管理能力に繋がると考える。既存する看護師の立場においても、看護診断や具体的な援助方法の抽出には、正確な病態把握が求められる。まして高度な知見を持つ高度実践看護師であればこそ、診断のための高い能力を発揮し、治療内容を検討できる能力は必要である。したがって、検査の実施およびその評価に基づく診断能力に関しては、継続的に学び続けていくことが求められるであろう。

2. 治療に必要な能力

1) 食事・運動療法

糖尿病患者における治療の主は、「食事療法」と「運動療法」である。食事療法は、すべての糖尿病患者において治療の基本であり、出発点である。食事療法の実践により、高血糖状態が改善され、合併症の発症リスクは低下する。患者個々の生活習慣を尊重した個別対応の食事療法が、スムーズな治療開始とその持続のために必要である。したがって、食事の嗜好や時間といったライフスタイルや身体活動量などをアセスメントする必要がある¹⁶⁾。

こういった考えに基づき筆者は、適正エネルギー量を踏まえながら、医師や管理栄養士と協働して食事内容を検討することの必要性を感じる。食事は、人間にとって楽しみの一つでもある。その食事が患者にとって“美味しく楽しい”と感じられるよう、看護師の立場で多職種と協働しながら食事内容の処方を考えることは重要である。

また運動療法を開始する際には、糖尿病慢性合併症の程度や冠動脈疾患の有無など、あらかじめ医学的評価が重要である。加えて、食後1時間頃が望ましい等、運動療法を行う際の留意点は多くある¹⁷⁾。

これらのことも踏まえて筆者は、患者のライフスタイルを崩さない運動療法こそが、長期にわたって継続するための重要な視点であると考えている。例えば、会社勤務をしている患者に対して医療者側が、食後の1時間後に有酸素運動を取り入れようとしても、患者は仕事の多忙さを理由に現実的には行えない。また帰宅後に、疲れた体に鞭打って運動を行うことは、患者自身の大きな負担となるであろう。ともすれば、患者一人ひとりのライフスタイルに合致した無理のない運動療法のメニューを作成する必要性が高い。したがって運動療法の処方においては、具体的なメニューサンプルやその効果に関する知識が必要となる。この知識を統合し、患者のライフスタイルをなるべく崩さない方法を用いたメニュー作成を行えることが、糖尿病患者への疾病管理能力として必要である。

実習において筆者は、受け持ち患者のライフスタイルに合致した具体的な運動メニューは導き出せなかった。しかし、理学療法士といった専門職の知識を活用することによって、この点を補足できた。したがって筆者は、高度実践看護師の疾病管理能力を高めていくと同時に、他職種の能力を生かした個別性ある疾病管理を提供できることが重要と考える。

以上の内容を踏まえ筆者は、チーム医療といった概念を根本に、様々な職種の能力を統合したサービスが患者の満足度を高めることに繋がると推測する。糖尿病患者の生活に主眼を置いた食事・運動療法の具体的な処方に関して、高度実践看護師を含めたチーム医療の中での検討が望まれる。

2) 薬物療法

安全かつ効果的な薬物処方を行う能力は、高度実践看護師にとって必要である。薬剤に関する根本的な知識（薬剤特性・作用機序と臨床的特徴・有害反応に関する事象）が不足したその能力は、患者の生命を脅かす。筆者は、医師であってもすぐに処方ができるわけではないと考えている。なぜならば、薬剤に関する知識を持ち備えていたとしてもそれは机上のものであり、薬物処方の実践を繰り返し行い、その効果等を自らが経験することの重要性を、この実習を通して実感したためである。

また、指導医の診療場面の実際を通して、薬物処方に対する責任の重さを再認識した。薬物を治療に用いれば、目的とした治療効果以外にも有害反応を生ずる可能性がある。一つの例としては、経口血糖

降下薬やインスリン療法による低血糖が挙げられる。また治療薬が引き起こす有害反応は多種多様であり、この機序についても不明な点が多い。加えて、患者はその外見が異なるように、それぞれの患者によって生理的機能にも差がある。まして疾患を持つ者であれば、個体差は大きい。薬物の吸収・代謝・排泄能力の違いが、投与した薬物作用に影響し、有害反応の発現に関係する。仮に有害反応が発現しなかったとしても、患者にとって効果的な薬物処方求められる。処方する側の知識と処方経験の多さが、それを大きく左右すると考える。したがって、高度実践看護師においても、この内容を念頭に置きつつ、処方経験を通じての薬物療法の効果や有害反応におけるエビデンスを明確にしていく必要がある。

3) コンサルテーション

高度実践看護師としての治療に必要となる能力として、専門医へのコンサルテーション能力が求められるであろう。患者は、様々な合併症を持っていることが多い。糖尿病患者を例にあげるならば、循環器疾患や眼科疾患等が挙げられる。患者の治療に関して筆者は、高度実践看護師の疾病管理能力のみでは不測の事態を生じることが非常に多いと推測する。このため、効果的な治療を実践する過程において高度実践看護師は、専門医への連絡や相談を積極的に行う必要がある。どういった所見や情報を患者から得て、コンサルテーションするべきか等を的確にアセスメントした上で、医師に報告できる能力が求められるであろう。

3. 多職種間や患者との信頼関係の構築のための能力

医療の質を向上・保持するためには、チーム医療という協働意識を持ち、各職種の専門性を発揮することが求められる。この協働志向には、互いに協力していくという意味が含まれている¹⁸⁾。こういった協力体制を構築していくためには、互いを尊重するコミュニケーション能力が必要であろう。コミュニケーション方法の一つに、「アサーティブな自己表現」といった方法がある。自分の考えなどを率直に、正直に、その場の状況にあった適切な方法で述べることである。このアサーティブなコミュニケーション方法は、お互いに大切にしようという相互尊重の精神と、相互理解を深めようとする目的がある¹⁹⁾。こういったコミュニケーションにより医師を含めた多職種との信頼関係を築ける能力は、高度実践看護師にとって必要な能力である。なぜならば筆者は、複数の職種による支えに

よってチーム医療の真髄を構築していると考えられるためである。近い将来、新たな役割を担う高度実践看護師が日本に誕生した場合、多職種から「専門性」をどのように理解してもらえるかは、高度実践看護師自身のコミュニケーション能力にも左右されるであろう。また、国民にも高度実践看護師の存在を理解してもらいながら、安心して医療サービスを受けられるという認識を抱いてもらうことは重要である。このために高度実践看護師は、患者との精通されたコミュニケーション能力を基盤とした疾病管理能力が必要と考えられる。

VI. 結語

本研究は、筆者が糖尿病患者の疾病管理を実践した経験から、高度実践看護師に必要と推測される疾病管理能力に関して検討することを目的とした。筆者は、文献や大学院での授業内容、また実習を通して、3つの疾病管理能力の枠組みを学び得た。また、この3つの枠組みに基づき、疾病管理能力を獲得していくために実践した内容を検討した結果、7つの疾病管理能力の獲得が必要であることが示唆された。

また本研究の方法では、研究フィールドが一実習内容に限られていたため、日本における高度実践看護師の疾病管理能力の一般化については難しい。今後は、患者や医師、看護職自身のニーズにも注目しながら研究のフィールドを拡大し、これに求められる疾病管理能力について検討していく必要がある。

筆者は、日本には既存しない新たな役割を担える看護師が誕生し、慢性疾患を持つ患者に対して、看護モデルと医学モデルを統合したサービスを提供できたならば、患者におけるサービスの選択の幅が広がられると考える。また、高度実践看護師の存在によって、看護職一人ひとりのモチベーションが高められていくことを切に願っている。

文献

- 1) 佐藤直子：専門看護師制度 理論と実践（第1版），39-53，医学書院，東京，1999.
- 2) 日本看護協会：日本看護協会 協会ニュース，2011. 9. 15. Vol.530
- 3) 前掲書2)
- 4) 大島敏子：特集 再考 チーム医療，臨床看護，Vol.37No.8, 996-998, 2011.
- 5) 加藤尚子，絹川弘一郎：心不全治療の新展開-外科医との協働による新たな治療戦略<<心不全診断と治

- 療における新しい概念>>心不全による疾病管理, 内科108(1), 47-52, 南江堂, 東京, 2011.
- 6) 長山雅俊: 心不全治療法の適応と評価 早期リハビリテーション, ICUとCCU 35(9),757-763, 医学図書出版, 東京, 2011.
 - 7) 大釜信政, 大釜徳政: 日本におけるナース・プラクティショナーがもたらす医療変革への期待, ヒューマンケア研究学会誌, 第1巻第1号, 29-33, 2010.
 - 8) 高久史麿監修: 診察診断学 (第1版), 医学書院, 東京, 2008.
 - 9) 古谷伸之編: 診察と手技がみえる (第2版), メディックメディア, 東京, 2008.
 - 10) 前掲書8)25-30
 - 11) 辻井悟: 厳格な血糖コントロールの重要性が言われて17年: その波紋、糖尿病診療マスター Vol.8 No.4, 423-428, 医学書院, 東京, 2010.
 - 12) 日本糖尿病学会編: 日本糖尿病学会編糖尿病治療ガイド2010 (第1版), 24-35, 文光堂, 東京, 2010.
 - 13) 山口徹, 北原光夫, 福井次矢総編集: 今日の治療指針 私はこう治療している2010年版, 572-581, 医学書院, 東京, 2010.
 - 14) 社団法人日本糖尿病学会編集: 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン (改訂第2版), 17-24, 南江堂, 東京, 2008.
 - 15) 前掲書8) 30-31.
 - 16) 南文子, 西山和子, 大久保雅通: 臨床医のための実践的食事療法, 糖尿病診療マスター Vol.8 No.3, 268-283, 医学書院, 東京, 2010.
 - 17) 日本糖尿病学会編: 日本糖尿病学会編糖尿病治療ガイド2010 (第1版), 42-44, 文光堂, 東京, 2010.
 - 18) 前掲書4)999-1004
 - 19) 平木典子, 沢崎達夫, 野末聖香編: ナースのためのアサーション (初版), 1-10, 金子書房, 東京, 2007.