

高度実践看護師の裁量権拡大に関する都市圏訪問看護師の認識

大釜 信政¹⁾，渡部 優子²⁾

キーワード：高度実践看護師、裁量権拡大、都市圏訪問看護師の認識、在宅医療、医療政策

I. 緒言

政府（2014年時点）は、要介護状態になった場合でも住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられる「地域包括ケアシステム」の具現化を提言した^{1) 2)}。更に、2014年6月に公布された医療介護総合確保推進法に基づき、地域における医療及び介護の総合的な支援サービスの確保に一層の力を注いでいる³⁾。この法律の中には、特定行為を手順書により行う看護師の研修制度に関する内容も盛り込まれている⁴⁾。

地域包括ケア研究会⁵⁾は、『医療・介護・予防の一体的な提供』をケアシステムにおける構成要素の一つとする。長期ケアが求められる要介護者については、疾病管理と日々の生活を支える介護の双方が必要になる旨に言及し、医療・介護の連携を特に必要とする場面として、「介護予防」、「重度化予防」、「急性疾患への対応」、「入院・退院支援」、「看取り」、の5つを挙げている。従って、在宅医療サービスを担う訪問看護師の位置づけは、地域包括ケアシステムを構築する上で重要になる^{6) 7)}。

その一方、緊急対応を含め24時間365日のサービス提供体制が不十分な点^{8) 9) 10)}や、看護師・医師間での診療に関する情報の流れが必ずしもスムーズではない点^{11) 12)}等の、訪問看護を含めた在宅医療サービスの提供体制に関する課題が指摘されている。こうした中、東京都や大阪府などの都市圏で急激な高齢化が進み続けている¹³⁾。

筒井は、地域包括ケアシステムを成功に導くための人材像を示している。その一部は、①医療と介護の2つの領域の知識・技術を具備した人材、②病態を正確に捉え

た上でサービス内容を導き出せる人材、③患者に対してスーパーバイズが行える人材、である¹⁴⁾。

地域包括ケアシステムで、裁量権を拡大した高度実践看護師を活用する意義は高いと考えられる。なぜなら、そのタイプの看護師は、筒井が示す3つの機能を全て具備した人材に該当する為である。地域包括ケア研究会の示唆する医療・介護の連携において、従来の看護は既に大きな役割を担っており、その機能を兼ね備えた高度実践看護師によるコーディネーションにも期待できる。

しかし、その裁量権拡大については、①安全性を懸念する声の存在、②安全性の高い医行為を担い得るための高度実践看護師養成カリキュラムの在り方、③医師による何らかの指示の必要性、④高度実践看護師の医行為責任の所在は如何様にすべきか、等の課題を残す^{15) 16)}。

本研究は、在宅医療現場で高度実践看護師を活用するための、基礎的資料を得ることを目的として実施した研究の一部である。本稿では、高齢化の著しい東京都や大阪府で在宅医療サービスに携わる訪問看護師を対象とし、医師との業務連携状況に関する認識に加え、高度実践看護師を在宅医療の現場で活用することを想定した場合の、①賛否、②医師からの指示の必要性和責任所在、③必要性の高い医行為内容、の認識調査を実施し、この結果について論考する。

II. 用語の定義

1. 医行為

「従来の看護師が担うにあたっては、安全性に欠如すると考えられる臨床上の診察、検査、診断、治療に関する診療行為」、とする。

2. 高度実践看護師

「高度な知識と技術に裏付けされた医行為を担い得る実践能力を持つ看護師」、とする。

3. 高度実践看護師の裁量権拡大

「高度実践看護師に対して医行為実践の権限を与える

1) Nobumasa Ogama

創価大学看護学部看護学科

2) Yuko Watanabe

創価大学看護学部看護学科

こと]、とする。

Ⅲ. 研究方法

1. データ収集方法

東京都や大阪府にある訪問看護事業所のうち、50ヶ所をランダムに抽出し、電話で調査協力の依頼を行った。しかし、同意が得られた事業所数は10施設にも満たなかった。そこで、著者が所属する大学の実習施設にも協力を求めた。更に、知人からの紹介で協力を得ることに至った。

また、同意が得られた訪問看護事業所の責任者を通じ、訪問看護師に質問紙を配布した。この回収は、郵送により行われた。

2. 調査期間

2013年11月

3. 質問紙調査内容

- 1) 属性：性別、訪問看護経験年数、事業所の設置主体
 - 2) 過去6ヶ月を振り返り、医師との業務連携状況（連絡・往診依頼）や診療（利用者の状態判断・治療介入方法・役割分担）に関する医師の考えとの相違認識（「とても問題がある」～「全く問題がない」、「とても相違がある」～「全く相違がない」、5件法）
 - 3) 高度実践看護師が在宅医療現場で医行為を実施することへの賛否（賛成・反対の選択肢から1つを選択）と反対理由（5つの選択肢から1つを選択）
 - 4) 高度実践看護師の医行為実施における「医師による指示」の必要性に関する項目（5つの選択肢から1つを選択）
 - 5) 高度実践看護師の医行為実施における責任所在に関する項目（5つの選択肢から1つを選択）
 - 6) 高度実践看護師による検査実施判断・所見評価の必要性に関する項目（「必要性が高い」～「必要性が低い」3件法）
 - 7) 高度実践看護師による診断・応急対応の必要性に関する項目（「必要性が高い」～「必要性が低い」3件法）
 - 8) 高度実践看護師による薬物処方に関する項目（「必要性が高い」～「必要性が低い」3件法）
- 質問紙の作成では、「平成17年度社団法人日本看護協会看護政策事業：訪問看護ステーションにおける看護師の裁量権の拡大に関する研究」¹⁷⁾の一部を参考にした。

4. 分析方法

統計解析用ソフトIBM SPSS Statistics Ver.22を用い、度数分布や全体に占める割合を確認した。

5. 倫理的配慮

事業所責任者および対象者に対し、研究主旨、参加と中断の自由、個人情報の守秘性等について口頭と文書で説明した後、この承諾を得た。回答は無記名とし、質問紙返送をもって同意を得たものとした。本研究は、「創価大学人を対象とする研究倫理審査」の承認を受けて実施した（承認番号：25012）。

Ⅳ. 結果

1. 研究対象者属性

東京都および大阪府の、16事業所の訪問看護師85名に質問紙を配布した。この結果、51名から有効回答を得た（有効回収率60.0%）。2013年時点、両都市圏で稼働する訪問看護事業所総数は1,286ヶ所（東京都646ヶ所、大阪府640ヶ所）であり、約1.2%に該当する訪問看護事業所から協力を得た計算になる。

また、回答者の全てが女性であった。訪問看護経験年数をみると、10年以上を有した者が20人（39.2%）となった。訪問看護事業所設置主体別にみた場合、医療法人23人（45.1%）、株式会社12人（23.5%）、社団法人8人（15.7%）、有限会社6人（11.8%）、社会福祉法人2人（3.9%）になった（表1）。

表1. 研究対象者の属性

n=51

性別	女性	51人 (100%)
	男性	0人 (0%)
訪問看護経験年数	3年未満	11人 (21.6%)
	3年以上5年未満	6人 (11.8%)
	5年以上10年未満	14人 (27.5%)
	10年以上	20人 (39.2%)
訪問看護事業所設置主体	医療法人	23人 (45.1%)
	株式会社	12人 (23.5%)
	社団法人	8人 (15.7%)
	有限会社	6人 (11.8%)
	社会福祉法人	2人 (3.9%)

2. 医師との業務連携状況に関する認識

24時間365日、利用者の状態が変化した時（死亡時を含む）の医師への連絡について、「問題がある」の認識を示す看護師が20人（39.2%）、「問題がない」と認識している者は13人（25.5%）であった。「どちらともいえない」の回答を選択した者は18人（35.3%）になった（有

効回答n=51)。

医師への往診依頼では、「問題がある」とした看護師が25人(49.0%)、「問題がない」の認識を示した者は10人(19.6%)であった。「どちらともいえない」を選択した者は16人(31.4%)になった(有効回答n=51)。

3. 診療に関する医師の考えとの相違認識

利用者の状態判断について、医師の考えと比較した場合、「相違がある」とした看護師は10人(20.0%)、「相違がない」の認識をもつ看護師は14人(28.0%)になった(有効回答n=50)。

治療介入方法に関する相違認識では、「相違がある」とした看護師は12人(24.0%)であり、「相違がない」の合計と同数であった(有効回答n=50)。医療行為の実施に対する役割分担についての相違では、「相違がある」とした看護師が8人(16.0%)、「相違がない」と認識する者は15人(30.0%)であった(有効回答n=50)。

また、両質問項目において「どちらともいえない」と認識する者の割合が26人(52.0%)以上を占めた。

4. 在宅医療現場で医行為を実施することへの賛否

高度実践看護師が在宅医療現場で医行為を実施することへの賛否割合(有効回答n=48)をみると、「賛成」38人(79.1%)であった。反対の意向を示した看護師10名の内、5名が「高度実践看護師による医行為の実施によって引き起こされるかもしれない利用者の病状悪化に対して緊急対応が難しいため」の理由を選択した。「看護の専門性から外れている」や「いかなる場合も医師の具体的な指示の下に医行為を実践することが利用者の安全につながる」の理由に基づいて反対の意向を示した看護師数は、それぞれ2人であった。

5. 医師の指示の必要性および責任所在に関する認識

高度実践看護師によって医行為が実施される場合、医師の指示を必要とするかについて質問した結果、「医師の具体的な指示が必要」と考える看護師は4人(8.5%)であった。「事前に医師から出されている包括指示(プロトコール等)が必要」とする者は32人(68.0%)を占めた。「(基本的に医師の指示は必要だが)緊急時に医師との連絡がつかない場合のみ、医師の指示は不要である」と回答した者は11人(23.4%)であった。今回の調査では、医師の指示は必要ないと認識する訪問看護師は存在しなかった(有効回答n=47)。

責任所在に関する認識では、「高度実践看護師と訪問看護指示を行う医師の両者に存在する」や、「高度実践看護師・訪問看護指示を行う医師・訪問看護事業所の3者にある」と考えていた看護師が共に18人(38.2%)

を占めた。「訪問看護指示を行う医師」とする者は7人(14.8%)、「高度実践看護師のみに責任所在がある」を選択した者が4人(8.5%)になった。「高度実践看護師と訪問看護事業所の両者」と回答した者は存在しなかった(有効回答n=47)。

6. 高度実践看護師に求める医行為内容に関する認識

図1~3は、都市圏訪問看護師の認識に基づき、検査、診断・応急処置、薬物処方の内容別に、その必要性の度合いを示した。

半数以上の看護師によって必要性が支持された検査実施判断は、検体検査や12誘導心電図であった。単純X線撮影、コンピュータ断層撮影(以下、CTと略)・磁気共鳴画像法(以下、MRIと略)、超音波検査、の実施判断を支持する者の割合はいずれも5割未満になった。更に、それぞれの検査の所見評価よりも、実施決定に関する判断の必要性の方が高いと認識されていた。疾患別での診断・応急対応の必要性をみると、眼科や耳鼻科系を除き、5割以上の看護師がその必要性を示した。薬物処方では、排便コントロールのための薬剤、鎮痛薬、感冒薬、鎮咳・去痰薬、非ステロイドの抗炎症薬や外用剤がより高い割合で支持された。

V. 考察

1. 医師との業務連携状況から生じる訪問看護師の苦悩

本調査結果に鑑み、医師との業務連携に関する課題の存在が明らかになった。

野末ら¹⁸⁾は、利用者や家族に関する医師からの情報提供について、訪問看護師が必要と感じて自ら情報を医師に求めている実態を明らかにした。そして、利用者の状態が変化した際の医師への連絡では、「時として困難」と認識する訪問看護師が61.7%を占め、次いで「問題ない」が31.5%、「かなり困難」が5.0%、「非常に困難」が1.2%という結果を示している。往診依頼では、「時として困難」が55.4%と最も多く、次いで「問題ない」20.4%、「かなり困難」14.7%、「非常に困難」7.9%とする。医師との連携について、やはり、何かしらの課題を認識する訪問看護師は顕在する。

また、医師との考えに関する相違認識では、訪問看護師が評価したくとも評価できない現状にあると考えられる。なぜなら、訪問看護事業所は病院とは異なる人的環境下にあり、医師とのケースカンファレンスを通じて利用者の状態を共通理解した上で、今後の治療介入やケア方法に関するディスカッションの場を殆どもてない為である。従って、「どちらともいえない」を選択せざるを

得ない訪問看護師の認識が推察できる。

保健師助産師看護師法第5条や37条の規定に則り、従来の看護師は、的確な医学知識・技術を用いながら患者・褥婦に対する療養上の世話を主体的に行う医療専門職である。医業に関しては、原則、医師の具体的指示が必要になる。更に、医師による具体的指示があった場合でも実施してはならない絶対的医行為も存在する^{19) 20)}。

本来なら医師が担うべき医行為を、訪問看護師が担わざるを得ない状況が存在した場合、役割分担の相違認識

において「相違がある」とする点は自然である。訪問看護師は、利用者の状態変化に応じたタイムリーなサービス提供を求められる。また、訪問看護指示を行う医師は、距離や時間、保険制度等の制約によって、訪問看護師と同じ程度の頻度で訪問診療に充てることは難しい。故に、訪問看護師が絶対的医行為もしくはグレーゾーンに該当する医行為をも担わなければならない状況の中でケアリングを余儀なくされている点は想像するに難くない。医師が身近に存在しない訪問看護師の場合は、時に現状へ

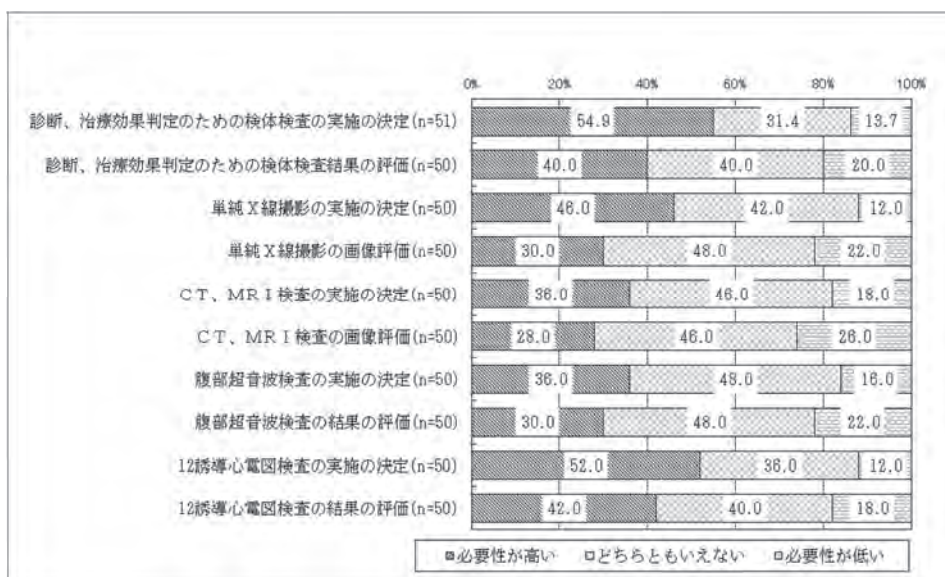


図 1. 高度実践看護師による検査実施判断・所見評価の必要性に関する認識

註) 欠損値が存在したため n=51 にはなっていない項目がある。

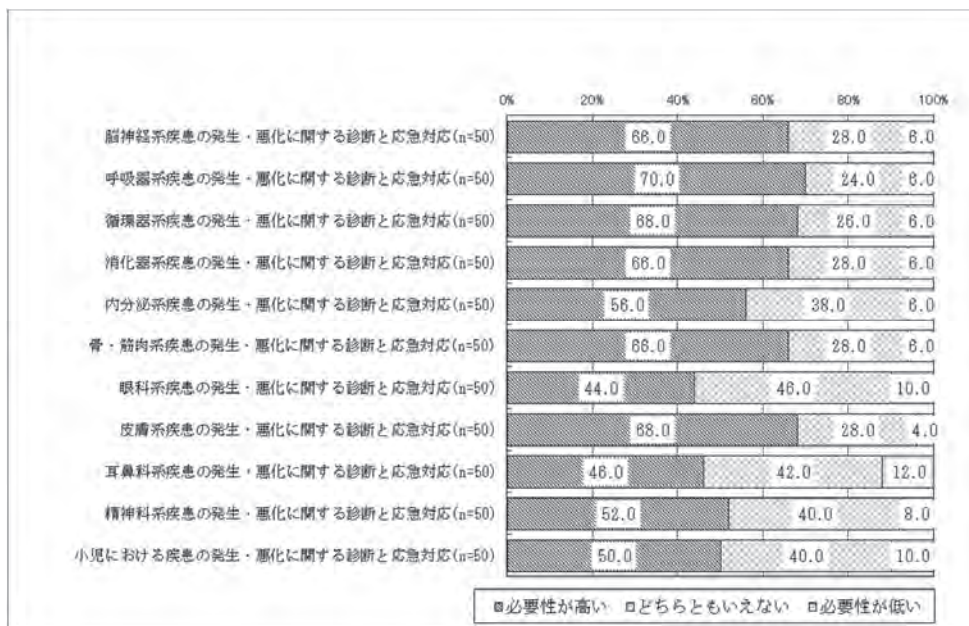


図 2. 高度実践看護師による診断・応急対応の必要性に関する認識

註) 欠損値が存在したため n=51 にはなっていない項目がある。

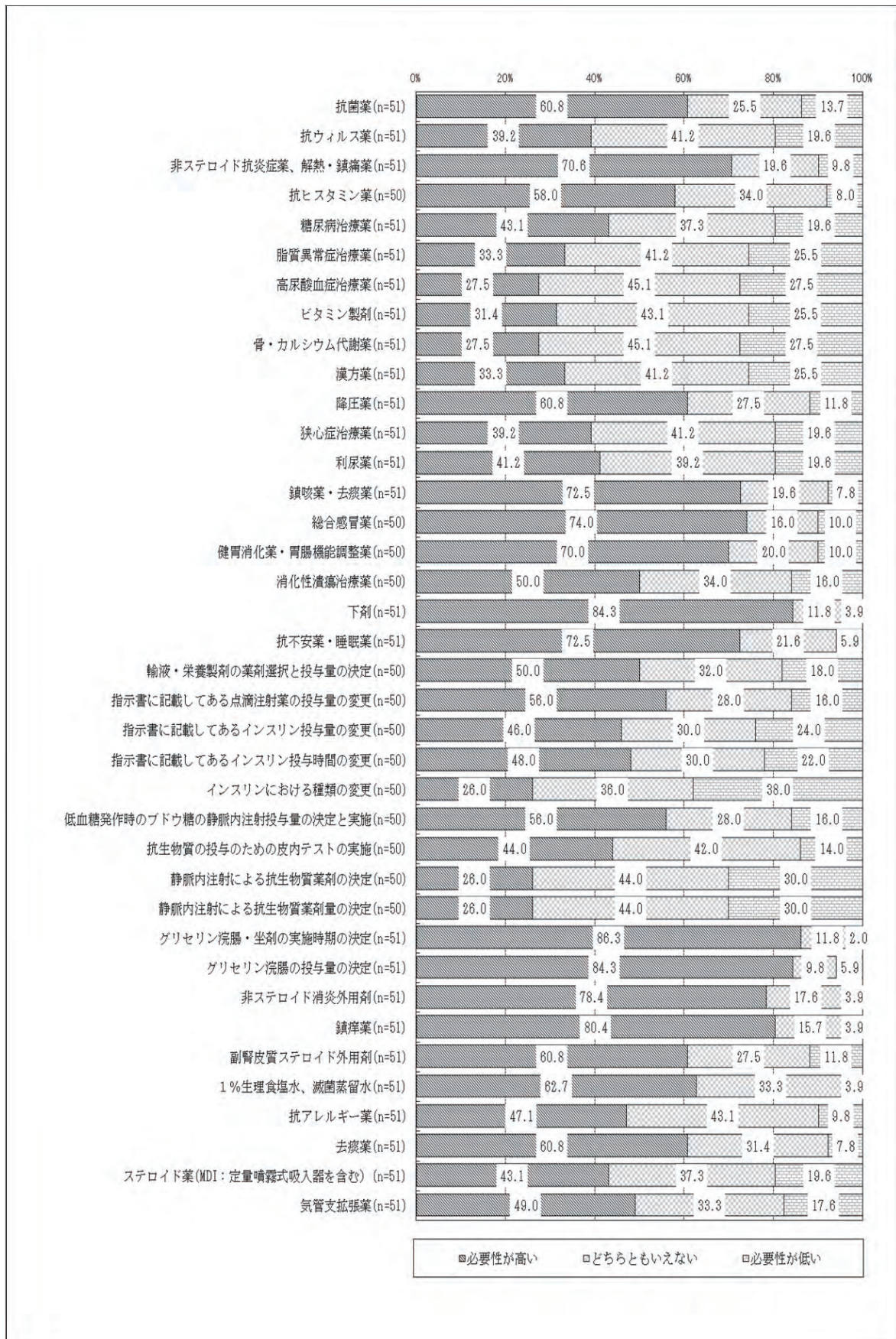


図 3. 高度実践看護師による薬物処方の必要性に関する認識

註) 欠損値が存在したため n=51 にはなっていない項目がある。

の対処法を自らが思慮し、医行為をも実施することによって利用者の生命と生活の質を保持・向上させなければならない²¹⁾。その反面、訪問看護師が実施できる医療行為には制限がある。療養者に対するタイムリーなヘルスケアサービスを提供したくとも、それが行えないために生じる苦悩の存在は否めない。

2. 在宅医療サービス拡充に向けた高度実践看護師への期待

都市圏訪問看護師に対する本調査の結果から、高度実践看護師の医行為実施について、賛意割合の方が反対割合よりも高かった。そして、医師との業務連携に関する課題が存在することも事実である。

著者は、安全性の観点から訪問看護師の知識・技術の範疇で実施すべきではないと考えられる医行為について、医師からその実施を依頼される場合や、利用者の状態によっては判断・実施をせざるを得ない状況があり得ると推測する。更に、医師との業務連携状況の認識において「問題がない」と回答した訪問看護師割合の低さを理由とし、利用者へのタイムリーなサービス提供に関する訪問看護師自身の困惑が感じ取れる。

つまり、都市圏訪問看護師が医師の代替的な役割期待を高度実践看護師に寄せている為、高度実践看護師が行う医行為への賛意が高まったと考えられる。

また、地域包括ケアシステムの構築が急がれる中、訪問看護サービスの提供体制については「問題がない」という現場看護師の認識を得られるまでの手立てを講じるべきである。高齢化が急激に進む都市圏では、その対策がより一層求められる。

猪飼²²⁾は、既に日本の医師が地域に展開する看護師の活動の隅々まで監督することは出来なくなりつつある点を理由に挙げ、20世紀の医療に一般化していた医師を頂点とする専門職階層構造は特に地域社会を舞台として後退していくことを指摘する。この点に関連し、療養者への生活支援を実践できると同時に、従来の看護師以上に医学知識・技術を具備した高度実践看護師の活用によって、在宅におけるタイムリーなヘルスケアサービスへと繋がる可能性がある。高齢化の著しい都心圏では、高度実践看護師のニーズはより高いものになると思われる。

3. 都市圏訪問看護師が支持する医行為内容

訪問看護師は、検体検査や12誘導心電図の実施判断の必要性を支持した。そして、検査全般について、所見評価よりも実施判断を求めた。

上記結果に対し著者は、訪問看護師が居宅で実施でき

る現実的な検査を想定しながら回答したと考える。更に、訪問看護師は初期対応に必要な検体検査・12誘導心電図の実施判断と所見評価に基づく臨床推論の必要性はあると認識する一方で、単純X線撮影やCT、MRIまでの検査が必要になる場合には医療機関を受診した方がスピーディーで適切な診療が受けられるとの認識も持つと推察する。高度実践看護師に対し、所見評価を行う以上に検査実施判断を求める理由は、「所見評価は医師の業務の範疇である」や「高度実践看護師の所見評価能力がどこまでのものかわからない」、という認識が影響しているものと考えられる。

在宅での医療サービス拡充を視野に入れた場合、広い保有面積や医療機関での管理を要するCT・MRIなどの機器を用いた検査以外、居宅でその実施と所見評価の両方をスピーディーに行える為の環境調整が必要ではないか。在宅医療サービスの対象者は骨格筋系や神経系、呼吸・循環器系、消化器系の形態的・機能的な後退により突発的な症状出現やその悪化が予想できる。その為、タイムリーな診断・治療の必要性は高い。

また訪問看護師にとって、緊急を要する場面での判断・対応に高い確率で迫られ、それに対応し兼ねる状況もあろう。そして、訪問看護指示を出す医師への往診依頼を含めた連携が必ずしもスムーズに行えるとは限らない為、救急搬送するのみにしか手立てがないという判断に繋がる。難儀とも言うべき場面を訪問看護師自身が日頃から体験しており、利用者の状態に応じたタイムリーな検査実施や所見評価、診断・応急対応、薬物処方を実践できる高度実践看護師が身近に存在した場合、ケアサービスの充実のみならず、訪問看護師の利便性の向上にも繋がると認識しているのではないかと。従って、高度実践看護師による医行為実施への賛意が高まったと考えられる。

在宅医療サービスの提供体制が更に拡充できた場合、救急搬送によって医療機関の診療のみに依存せざるを得ない状況は今まで以上に回避できる。まさしく、政府が目指す地域包括ケアシステムの趣旨に該当するものと思われる。

4. 高度実践看護師を機能させる上での課題

都市圏訪問看護師の認識に鑑み、高度実践看護師の裁量権拡大の必要性は高いと言えよう。しかし、本調査結果によると、医師の指示は必要ないと認識する訪問看護師は存在しなかった。更に、医師の包括指示を必要とする認識割合の高さが見て取れた。責任所在についても、訪問看護指示を出す医師や事業所との分散を支持する点

が理解できた。訪問看護利用者の家族に対する認識調査²³⁾の結果からも、高度実践看護師が実施する医行為に関し、医師が許可した範囲内とすべき旨が伺われる。

つまり、アメリカ合衆国等で活躍するNurse Practitionerと類似した、必ずしも医師と協働することなく検査実施や診断が行え、必要に応じて薬物処方も可能とする看護師を想定しない傾向が示唆できる。訪問看護師が重視する条件は、医師との連携・協働の下で医行為が安全に実施できる仕組みや、責任所在の分散ではないか。

高度実践看護師が医行為を実施することへの反対理由として、高い割合を占めた内容は安全性への懸念であった。倫理上の観点から、医師不足等の様々な要因により医療サービスを担う職種の裁量権拡大について議論される場合にも、安全性あるサービス提供に向けたシステム構築は必要不可欠である。

また、法規定や看護基礎教育の内容に鑑み、高度実践看護師による医行為は看護の専門性から外れる、との認識を看護職の一部が抱く点は理解できる。従来の看護師基礎教育は、医行為を安全に行うためのカリキュラムではない。訪問看護の現場では医師が短い距離に存在しない為、緊急対応に支障をきたす状況が有り得る。

従って、高度実践看護師による安全性の高い医行為を含めた生活支援サービスを具現化する過程においては、そのタイプの看護師を養成するためのカリキュラムと研修内容が重要になる。

日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会²⁴⁾は、医行為までも担い得る高度実践看護師の養成について大学院修士課程での教育を支持する。そして、修士課程での教育を必要とする理由を2つ挙げている。その1つは、既に高度実践看護師制度が現実のものとなる諸外国の教育環境の現状に鑑みた場合、概ね大学院修士課程での教育がなされている為とする。2つ目は、高度実践看護師の教育課程の国際的標準として、臨床実習時間500時間以上であることに加え、高度な健康問題の診査方法や上級病態生理学、上級薬理学の具体的課程を踏まえた上での科学的バックグラウンドに基づく実践を要するが故の見解とする。

医療介護総合確保推進法に基づく保健師助産師看護師法の改正によって、特定行為を担う看護師の教育・研修制度についてどのような一定の基準が設けられるのか、についても注目すべき点である。更に、医行為を明確化するに当たっては、高度実践看護師が地域毎の医療を支えるに相応しい内容が示されることを望む。現場認識を十分に踏まえた上で、養成カリキュラム及び研修の内

容、並びに、実践できる医行為内容の決定がなされるべきである。

VI. 本研究の限界と今後の課題

研究対象とした事業所や訪問看護師の数は非常に少ない。従って、東京都や大阪府の訪問看護師を調査対象集団と想定した場合、高度実践看護師の裁量権拡大に対する認識について真の代表性を得たとは言いがたい。更に、本調査の対象になった訪問看護事業所の形態、及び訪問看護師の属性について、都市圏全体における特徴との比較・検討が加えられていない。

今後は、回答者の偏りにも配慮し、十分な標本数を得るための調査方法の検討が求められる。

謝辞

調査協力に快く応じて下さいました訪問看護事業所の看護師の皆様は厚く御礼申し上げます。

本研究の実施においては、「創価大学平成25年度次世代共同研究プロジェクト研究助成」の一部を利用した。

文献

- 1) 厚生労働省 (2012), 在宅医療の体制構築に係る指針, 2014年1月7日,
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/shiryuu_a-5.pdf
- 2) 厚生労働省編:平成25年版厚生労働白書—若者の意識を探る—,298-314,日経印刷株式会社,東京, 2013.
- 3) 厚生労働省 (2014), 「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, 2014年9月18日,
www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T140625G0030.pdf
- 4) 前掲書3)
- 5) 地域包括ケア研究会 (2014), 老人保健健康増進等事業地域包括ケア研究会地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書, 2014年12月16日,
www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf
- 6) 安東いつ子:別府市医師会訪問看護ステーションの取り組み-在宅医療連携拠点事業に基づく、顔の見えるネットワークづくり, 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“大再編”と地域医療“大変革”，68-75，日本医療企画，東京，2012.
- 7) 飯島勝矢：在宅医療の基本的な考え方，東京大学高齢社会総合研究機構編地域包括ケアのすすめ在宅医療推進のための多職種連携の試み，17-26，東京大学出版会，東京，2014.
 - 8) 藤内美保，桜井礼子，草間朋子：在宅終末期医療に関わる訪問看護師の「死亡確認」に関する実態・提案，看護管理，22（4），324-331，2012.
 - 9) 森田祐代：訪問看護サービスにおける24時間の電話対応と緊急時対応の実態，日本看護研究学会雑誌，36（2），105-116，2013.
 - 10) 大釜信政，中筋直哉：看護師の裁量権拡大に対する訪問看護利用者の家族が抱く認識，ヒューマンケア研究学会誌，6（1），1-10，2014.
 - 11) 野末聖香，金子仁子，上野まり，他（2005），訪問看護ステーションにおける看護師の裁量権の拡大に関する研究，2014年7月20日，
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/.../17kanngokenkyu-2.pdf>
 - 12) 川原礼子，齋藤美華：医療行為を伴う訪問看護の場面で「困ったこと」－訪問看護師へのアンケート調査から－，東北大医保健学科紀要，15（2），107-112，2006.
 - 13) 西村周三，中村秀一，平井愛山，他：白熱討論！超高齢社会に向けてのパラダイムシフト「地域包括ケア」をめざして，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“大再編”と地域医療“大変革”，25-50，日本医療企画，東京，2012.
 - 14) 筒井孝子：ヘルスケアシステムの統合としての地域包括ケアシステム－成功のための要素と実現に向けた戦略について，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“大再編”と地域医療“大変革”，12-30，日本医療企画，東京，2012.
 - 15) 大釜信政，中筋直哉：本邦における高度実践看護師の裁量権拡大に関する文献検討，ヒューマンケア研究学会誌，4（2），37-45，2013.
 - 16) 前掲書10)
 - 17) 前掲書11)
 - 18) 前掲書11)
 - 19) 森山幹夫：系統看護学講座専門基礎⑩看護関係法令社会保障制度と生活者の健康[4]，26-32，医学書院，東京，2008.
 - 20) 高山佳奈子：「医業の意義」，甲斐克則・手嶋豊編別冊Jurist医事法判例百選第2版，4-5，有斐閣，東京，2014.
 - 21) 前掲書15)
 - 22) 猪飼周平：病院の世紀の理論，205-232，有斐閣，東京，2013.
 - 23) 前掲書10)
 - 24) 日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会（2011），提言－高度実践看護師制度の確立に向けて－グローバルスタンダードからの提言，2012年4月28日，
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t135-2.pdf>