

高度実践看護師の裁量権拡大に対する高齢者施設看護師の認識

大釜 信政

抄 録

本研究は、24時間医師が常駐しない高齢者施設の看護師に調査を実施し、この施設内で高度実践看護師による医行為実践を想定した場合の認識について明らかにした。

調査協力が同意が得られた148名の看護師に質問票を配布し、121名から有効回答を得た。質問票調査の結果から、医師との業務連携状況、高度実践看護師による医行為実践に対する賛否と理由、医師からの指示の必要性、責任所在、の全般的認識が明らかになった。更に、質問票で回答協力を得た看護師の中から5名を抽出し、半構成的面接調査も実施した。この面接調査の実施によって、質問票調査では収集できなかった、高度実践看護師による医行為判断・実施に関する具体的な認識も明らかになった。

本研究の結論として、高齢者施設の運営において、高度実践看護師が必要不可欠なマンパワーとなり得る一方で、医行為を実施するうえでの条件・課題も示唆された。

キーワード：高度実践看護師，裁量権拡大，高齢者施設看護師の認識，医療政策

I. 緒言

2012年高齢社会白書によると、総人口が減少する中、高齢化率の上昇は著しく、2035年には33.4%に到達するとの見解である。更に、2042年以降、高齢者人口が減少に転じた場合でも、2060年のその割合は39.9%に達するとも推計されている。そして、2012年の時点で、高齢者のいる世帯は全体の4割、このうち、「単独」・「夫婦のみ」の世帯が過半数を占める、の報告も行っている¹⁾。

深刻な高齢社会の到来に鑑み、居宅・居住系サービス強化の一環として、介護老人保健施設、特別養護・養護・軽費・有料の老人ホーム（以下、高齢者施設と略）でのサービス拡充が求められている²⁾。近い将来、高齢者施設には、入居者の病状悪化への緊急対応や看取りケアといった、現状を上回る柔軟なサービスの提供が必要になる。

また、医療や介護に関する政府の意向³⁾に基づき、グループホームや高齢者施設の増設、利用者ニーズを注視したケアシステムの構築が急務と言える。

「急性期にある患者への診療はこれに必要な機能・設備を備えた専門病院で行われ、その他の健康レベルに該当する国民への診療は住み慣れた居住地域特有の病床・施設・在宅を主とした地域医療とする」、の政府見解⁴⁾

からも、高齢者施設に対する社会的ニーズの高まりは否めない。

廣瀬⁵⁾は、高齢者施設の入居者に対する高血圧症や糖尿病等の慢性疾患の継続治療、感染対応、褥瘡、胃瘻等の、医療処置の増加傾向に鑑み、医師が24時間必ずしも常駐しない高齢者施設でも、治療・処置に対応できる看護師のニーズについて述べている。施設入居者に対するプライマリ・ケアの強化にあたっては、厚生労働省を中心に検討が継続されている“特定行為を担い得る看護師”の導入が効果的である点について、自らの高度看護実践に基づきながら指摘する。

介護老人保健施設の看護師の一部は、(医師との連絡がつきにくい)夜間における急変時の対応に困難さを感じており、医師からの具体的指示がタイムリーに受けられない現状を認識している⁶⁾。

そこで本研究は、医師が常駐しない高齢者施設でケアリングを実践する看護師（以下、施設看護師と略）に対し、高齢者施設で高度実践看護師による医行為実施を想定した場合の賛否とその理由、実施条件、実践に付随する責任の所在等に関する認識を明らかにしたうえで、それらの調査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ことにおいては、安全性が欠如すると考えられる臨床上での診察実施、検査実施判断、診

断、治療（薬物処方を含む）の診療行為とする。

2. 「高度実践看護師」

安全面において従来の看護師では担うことが相応しくないと考えられる診療行為について、高度な知識と技術に裏付けされたその行為を担い得るための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、新たに医行為の実践が行える権限を与えることとする。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

質問票によって認識の一般性を調査した後、質問票に回答した施設看護師の一部に半構成的面接調査を実施し、質問票調査では収集できなかった具体的な見解の把握に繋げた。

2. 調査対象及びデータ収集方法

1) 質問票調査

国内大手調査会社（株式会社インテージ）のモニター看護師2,297名の中から、「医師が24時間常駐していない介護老人保健施設もしくは（特別養護・養護・軽費・有料）老人ホームで勤務を行っている看護師」、の条件でスクリーニングを実施した。その後、条件に合致した看護師に対して研究の目的、方法、意義等について文書で説明し、調査協力に同意が得られた148名に質問票を配布した。

2) 半構成的面接調査

質問票を通じて、面接調査を可能とする施設看護師を募った。その結果、9名の看護師から協力の申し出があった。この9名に対し、都心部の調査会場でインタビューと対面可能であり、高齢者施設看護経験年数が1年以上ある等の条件を確認し、条件に該当する看護師に書面及び口頭で同意説明を行った。その後、同意が得られた看護師5名に対して半構成的面接調査を実施した。

3) 調査期間

(1)質問票調査：2013年12月

(2)半構成的面接調査：2014年1月～3月

3. 調査内容

1) 質問票

(1)属性：性別、年齢、高齢者施設看護経験年数、現在勤務する高齢者施設の種類の種類、高齢者施設の設置主体、居住地

(2)過去6ヶ月を振り返り、医師との業務連携状況（医師からの診療情報の提供、医師への連絡、往診依頼について、5件法でそれぞれの回答を求めた。）

(3)裁量権拡大に対する賛否（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)医行為の実施にあたって、「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)医行為の実施に付随した責任所在に関する項目（5つの選択肢から1つを選択）

質問票の作成にあたっては、「平成17年度社団法人日本看護協会看護政策事業」で実施された調査研究報告等の先行研究結果の一部^{7)・11)}を参考にした。

2) 半構成的面接調査

質問票調査では、医師との業務連携状況、高度実践看護師による医行為実践に対する賛否と理由、医師からの指示の必要性、責任所在、に関する全般的認識を明らかにすることを目的とする。また、その質問票調査の結果のみでは、高度実践看護師が高齢者施設内で医行為を実施することへの具体的な見解は得られない。従って、半構成的面接法により、以下の内容を尋ねることにした。

(1)医師の具体的指示が出ていない医療処置実施や、本来ならば医師が判断・実施すべき医行為の必要性が入居者に生じた具体的経験

(2)医師の具体的指示が出ていない医療処置実施の必要性、もしくは、医行為判断を要する状況が入居者に発生した際の具体的な対処方法

(3)医師の具体的指示をタイムリーに受けられない現況の有無、また、指示をタイムリーに受けられないことから考えられる施設内サービスの課題に関する具体的な見解

(4)医師の具体的指示が出されていない医行為判断・実施について、高度実践看護師がそれらを担う必要性の有無とその具体的理由

(5)高度実践看護師による医行為に対し、こういった条件や課題が想定されるのか、また、それらの内容を挙げた具体的理由

4. 分析方法

1) 質問票調査

記述統計の処理では、統計解析用ソフトIBM SPSS

Statistics Ver.22とMicrosoft Excelを用いた。

2) 半構成的面接調査

施設看護師による語りを逐語録とした。この作業と同時に、研究目的からみて重要と考えられる部分にはアンダーラインを引くことに加え、データの切片化を行った。そして、著者の偏見や先入観に満ちた読み方を行わない様に意識しながら、施設看護師が語った言い回しをできる限り使用し、切片化した部分の内容を適切に表現する抽象度の低い概念名を付けた（コード化）。

コード化の後、似たような特徴を持つ概念のグループに分け、この特徴を反映できるラベルを付けた（サブカテゴリー化）。最後に、サブカテゴリーとして挙げられた内容に対して、意味内容が類似するものを集めて抽象度の高いラベルを付けた（カテゴリー化）。

5. 倫理的配慮

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）。研究対象者には、本研究の主旨、参加と中断の自由、個人情報の守秘性等を説明した。また、株式会社インテージと調査委託契約を締結した後、著者が企画した調査計画及び指示・監督に基づきながらこれを実施した。得られた調査結果については、委託料金が完済されたと同時に、著者所有となった。

IV. 結果

1. 質問票調査の結果

有効回答者数は121名、有効回収率は81.7%であった。

1) 施設看護師の属性（表1）

性別は、女性看護師が8割以上を占めた。高齢者施

設看護経験年数をみると、5年以上の経験を有する者が5割であった。高齢者施設別にみた場合、介護老人保健施設に勤務する者が最も多く、次いで特別養護老人ホームであった。

2) 高齢者施設における医師との業務連携状況

医師による診療に関する情報提供については、「十分に情報は提供される」や「一応は情報提供される」を合わせると6割以上になった。「あまり情報提供はされない」と「情報提供はされない」の回答を合計しても1割にも満たなかった。しかし、「十分に情報は提供される」と認識する看護師割合は2割未満であった。

利用者の状態が変化した際の医師との連絡状況に関する認識割合では、「あまり問題がない」や「全く問題がない」を合わせると42.9%であり、往診依頼の場合は33.9%になった。利用者の状態が変化した際の医師への連絡に関し「全く問題がない」とした者は14.0%、往診依頼のそれでは9.9%であった。連絡状況として「とても問題がある」と「まあ問題がある」を合わせた割合は31.4%であり、往診依頼のそれでは38.0%を占めた。

3) 高度実践看護師による医行為への賛否

表2では、高度実践看護師が行う医行為に対する賛否割合と、反対の意向を回答した理由の内訳を示した。高齢者施設内で、高度実践看護師が医行為を担うことに賛成した看護師は121名中80名（66.1%）、反対の意向を示した者は41名（33.9%）であった。

反対の意向を示した看護師14名（34.1%）が、「看護の専門性から外れる」との理由を回答した。次いで、「高度実践看護師が実践した医行為によって引き起こされる可能性がある入居者の病状悪化に対する緊急対応が難しいため」、の理由を回答した者が13名（31.7%）、「新た

表1. 高齢者施設看護師の属性（質問票）

n=121

性別 n (%)	男性 17人 (14.0%)	女性 104人 (86.0%)					
年齢	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳		
n (%)	5人 (4.1%)	31人 (25.6%)	46人(38.0%)	33人(27.3%)	6人 (5.0%)		
高齢者施設看護経験年数	1年未満	1年以上3年未満	3年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上		
n (%)	17人 (14.0%)	24人 (9.8%)	19人 (15.7%)	36人 (29.8%)	25人 (20.7%)		
高齢者施設種類	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	養護老人ホーム	軽費老人ホーム	有料老人ホーム		
n (%)	43人 (35.5%)	42人 (34.7%)	7人 (5.8%)	2人 (1.7%)	27人 (22.3%)		
高齢者施設設置主体	社会福祉法人	医療法人	社団法人	株式会社	有限会社	その他	
n (%)	53人 (43.8)	37人 (30.6%)	8人 (6.6%)	16人 (13.2%)	3人 (2.5%)	4人 (3.3%)	
居住地	北海道・東北地方	関東地方	甲信越・北陸地方	中部・東海地方	関西地方	中国地方	四国地方 九州・沖縄地方
n (%)	25人 (20.7%)	38人 (31.4%)	8人 (6.6%)	8人 (6.6%)	15人 (12.4%)	11人 (9.1%)	6人 (4.9%) 10人 (8.3%)

表2. 医行為実施に対する賛否割合・反対理由の内訳（全体n=121）

賛成 : 66.1% (80人) 反対 : 33.9% (41人)

n = 41

反対理由	看護の専門性から外れているため	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入居者の病状の悪化に対して、緊急対応が難しいため	新たな資格や認証制度の創設によって、現場の混乱を招く恐れがあるため	入居者やこの家族の同意が得られない可能性が大いにあるため	いかなる場合も、医師の具体的指示の下に医行為を実践することが入居者の安全につながるため
	% (n)	34.1% (14人)	31.7% (13人)	14.6% (6人)	4.9% (2人)

表3. 医師による指示の必要性に関する認識

n=121

医師の指示の必要性	n (%)
原則として、事前に医師から出されている包括指示（プロトコール等）が必要である	57人 (47.1%)
原則として、医師の具体的な指示が必要である	25人 (20.7%)
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	31人 (25.6%)
事前の医師の指示は必要とせず、実施した内容の事後報告でよい	6人 (5.0%)
高度実践看護師の判断で行う以上、医師の指示や医師への報告は必要ない	2人 (1.7%)

表4. 責任所在に関する認識

n=121

責任の所在	n (%)
高度実践看護師	5人 (4.1%)
施設医師	38人 (31.4%)
高度実践看護師・施設医師	28人 (23.1%)
高度実践看護師・施設（設置主体）	8人 (6.6%)
高度実践看護師・施設医師・施設（設置主体）	42人 (34.7%)

表5. 高齢者施設看護師の属性（半構成的面接調査）

No.	性別	年齢	看護師経験年数	施設看護経験年数	勤務する施設種類	居住地
1	女性	20歳代後半	約6年	約1年	有料老人ホーム	東京都
2	女性	30歳代後半	約10年	約2年	有料老人ホーム	東京都
3	女性	40歳代後半	約15年	約8年	有料老人ホーム	神奈川県
4	女性	50歳代前半	約30年	約3年	特別養護老人ホーム	神奈川県
5	女性	60歳代後半	約42年	約8年	特別養護老人ホーム	東京都

な資格や認証制度による現場の混乱を引き起こす可能性があるため」とした者は6名（14.6%）であった。

4) 医行為実施における医師による指示の必要性と責任所在に関する認識

表3では、医行為を実施する上での医師による指示の必要性に関する認識結果を示す。

指示に関し、事前に医師から出された包括指示に基づく実施が最も多く支持された。次いで、緊急時のみ、医師の指示を必要とすることなく医行為を実施する点を支持した。25名（20.7%）の看護師は、高度実践看護師であろうとも、原則として医師の具体的な指示が必要と考えていた。

責任の所在（表4）については、高度実践看護師及び施設医師、並びに、施設（設置主体）の3者にあると回答した看護師が42名（34.7%）と最も多く、施設医師のみとした者が38名（31.4%）、高度実践看護師及び施設医師の両者にあると回答した者は28名（23.1%）であった。高度実践看護師のみに責任所在があるとした者は、5人（4.1%）になった。

2. 半構成的面接調査の結果

1) 高齢者施設看護師の属性（表5）

協力を得た施設看護師の全てが女性であった。看護師経験年数の平均は約20年、施設看護経験年数の平均は約4年であった。勤務する施設ごとにみた場合、有料老人ホームの勤務者が3名、特別養護老人ホームが2名であった。インタビューに要した平均時間は、約60分であった。

2) 高度実践看護師の裁量権拡大に対する高齢者施設看護師の認識

施設看護師の語りから、3つのカテゴリーと12のサブカテゴリーが抽出された（表6）。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリー [] で表す。

施設看護師は、入居者を病院に救急搬送する際の経験から、[病院は入居者の受け入れを拒む傾向にあるため]、病院機能の一部も担える高齢者施設として、高度実践看護師に期待できると感じていた。更に、発熱や肺炎、痙攣、転倒による打撲・切創等に対して、何らかの判断・処置の必要性は高いと考えるが、すぐに医師に往

表6. 高度実践看護師の裁量権拡大に対する高齢者施設看護師の認識

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
高度実践看護師の裁量権拡大に対する賛意理由	病院は入居者の受け入れを拒む傾向にあるため	病院側の受け入れが悪い、高齢者施設でもある程度の治療・処置を担える職種は必ず必要だと常日頃から感じている。
		医師との相談の上で病院に緊急搬送依頼を行ったが、病院側から「もう看取りの状態ではないですか?」と言われてしまい、救急搬送を拒まれてしまう。
	緊急対応のため	救急搬送を受け入れてもらったとしても、「入院はできません、応急処置をして、また明日に受診をしてください。」と言われてしまうため、ある程度の治療・処置が施設内でできる看護師がいたならば、少しは状況が変わっているように思う。
		入居者の発熱や肺炎、痙攣、転倒による打撲・切創等、すぐに何らかの判断・処置が必要と考えられるが、すぐに医師に往診してもらえれば施設ばかりではないため、高度実践看護師による速やかな対応に期待できる。
看取りケア拡充のため	緊急対応のため	往診する医師は入居者の状態を十分に把握できないため、非常に多くの情報を施設看護師から提供しなければならず、高度実践看護師が施設内に常駐し入居者の日頃の状態を把握できている場合は、速やかな緊急対応が可能になると思う。
		緊急時は救急車で病院に搬送するしか手立てがないが、高齢者施設でもある程度の緊急処置が行えるようになることは必要だと考え、高度実践看護師の医行為に期待できると思う。
	看取りケア拡充のため	施設内でももう少し対処ができたならば入居者や家族の安心感にも繋がるであろうし、この点が施設にとっても良い宣伝になるのではないかとと思うため、施設内でも医療サービスの提供は必要であろうし、このための高度実践看護師の誕生は必要だと思う。
		看取りを行う施設である以上、入居者の苦痛等の症状を取り除く必要性は高く、これに対応できる診療能力を持った看護師は必要だと思う。
教育・研修	看取りケア拡充のため	家族は終末期にある入居者の急変時の病院搬送を好まない傾向にあるため、看取りを施設内で行うのであればある程度の医療を施設に取り入れる必要性は高く、入居者の苦痛緩和を目的とした診療行為の権限を看護師に担わせることは時代の流れに沿うことだと思う。
		どういった医行為を高度実践看護師が担うのかについて具体的な内容はわからないけれども、本来なら医師が担ったであろう行為を行うのであれば、このための教育は受ける方が良いと感じる。
	教育・研修	新たに教育を受けただけでは高度な医行為実践は難しく、教育を受けた後に何年かは実際の現場での研修を行った方が高度実践看護師の自信にも繋がると思う。
		高度実践看護師の医行為によって入居者の状態が良い方向に進むよう安全面の配慮が重要であり、これを担うために必要となる教育や研修制度は必要である。
医行為を実施する上での条件	責任の分散	高度実践看護師を採用したのは施設側であるため、この看護師による医行為によって不測の事態を招いてしまった場合の責任は施設側にも大きいと考える。
		高度実践看護師だけに責任を持たせた場合、この医行為に対する家族の同意が得られない気がする。
	責任の分散	医師や施設側にも責任所在はあると考えるし、また、そうあってほしいし、このためにも高度実践看護師だけの判断で医行為を行うことは無謀だと思う。
		教育や研修を受けたからといって医行為に関する学習が終わるのではなく、常日頃から医師との連携を密にしながら、医師からの継続的な指導を求めるようにした方が良い。
医師との連携	更なる教育や研修を受けた看護師であっても医行為の判断全てをこの看護師が担うのではなく、あくまで医師による何らかの指示の範囲内であれば、それほど安全性には問題がないような気がする。	
	医師の協力のもと、あらかじめ、だいたい予測できる範囲内の医行為の取り決めを行って、この範囲内で行うことの方が安全だと思う。	
施設内で医療サービスを拡充する上での課題	家族による同意	高度実践看護師による医行為を受けるか否かに関しては、事前に家族の同意を得たうえで書面上に承認サインをもらっておく方が良い。
		あくまで高度実践看護師による医行為を受けるか否かは、家族に選択してもらった方が良いように感じる。
	人間性	介護スタッフや看護師と上手く人間関係をつくっていけるような人でないかだめだと思うし、高度な医行為ができる看護師としてのプライドばかりが高い人だと、結局は入居者のケアに悪影響が出てしまうと思う。
		看護師である以上、入居者の身体面ばかりに関わろうとするのではなく、生活者が抱える精神面・社会面までの課題を支えていける人間味ある高度実践看護師として存在してほしい。
介護職の意識改革	(特別養護老人ホームでは)介護職であっても一定の研修を受けた後に看護師の指示の下で行うのであれば口腔内の痰の吸引や胃ろうからの白湯の注入は行えることになったにもかかわらず、怖いのか、それとも面倒なのか、単にできないのか、様々な理由があると思うが、介護職はそれらを行おうとしないため、看護師の裁量拡大も必要と思うが、介護職の意識改革も必要だと感じる。	
	施設では看護師の数よりも介護職の人数の方が圧倒的に多く、看護師は限られた人数で入居者に必要な処置を行う必要があるため、介護職ができる範囲を拡大していくことの検討と、この教育を義務付けてほしい。	
介護職養成のための教育体制	介護職の意識改革	介護職の基礎教育のカリキュラム内に、口腔内吸引や胃ろう管理に関する内容を含めるべきである。
		高齢者施設では医療サービスを提供できる設備や資材が整えられていないため、病院とまでは言わないにしても、施設内で医療サービスを拡大させるのであれば薬剤等のある程度の資材の整備は必要ではないか。
資材・設備	介護職養成のための教育体制	酸素吸入や点滴一つできない施設に医療サービスを持ち込むことは不可能と言え、設備面での整備も必要だと考える。
		施設内で医療を提供しようとした場合、介護保険だけでなく医療保険も併用しながらこの費用を賄える仕組みが必要と考える。
保険制度	資材・設備	入居者は介護保険の適応となっているため、医療サービスが必要な場合、速やかに医療保険でカバーできる仕組みが必要ではないかと考える。
		入居者は介護保険の適応となっているため、医療サービスが必要な場合、速やかに医療保険でカバーできる仕組みが必要ではないかと考える。

診してもらえ施設ばかりではないため、高度実践看護師による緊急対応にも期待を寄せていた。そして、高齢者施設における終末期ケアの必要性の高さを理由に、高度実践看護師が入居者の日々の変化に対応しながら苦痛の緩和を主とした診療行為を担うことは時代の流れに沿う、の認識も存在した。これらの内容に基づいて、【高度実践看護師の裁量権拡大に対する賛意理由】、の 카테고리を抽出した。

また、高度実践看護師が医行為を実施する場合の条件を5つ示した。その一つは、入居者の安全面を考慮するが故に、この医行為を実施するに見合った[教育・研修]の必要性についてである。更に、高度実践看護師のみに責任所在が置かれた場合、その医行為に対する家族の同意が得られないことを一理由とし、医師や施設側の[責任の分散]も求めた。続いての条件は、[医師との連携]であった。予め、医師から出された指示の範囲内とすることで、安全性の確保に繋がる旨を示した。そして、常日頃から医師との連携を密にしながら、医師からの継続的な指導を求めようとした方が良いという意見も聴かれた。その他の条件として、[家族による同意]を必要とする点や、高度実践看護師の[人間性]も重視するとの旨が挙げられた。これらの条件を示す内容から、【医行為を実施する上での条件】、の 카테고리を導き出した。

施設看護師は、次の内容にも言及した。特別養護老人ホーム内では介護職による医療行為(痰の口腔内吸引、経管栄養に関する一部処置)の実施許可が下りているにも関わらず、介護職自身がこの役割を担おうとしていない現状についてである。そのため、[介護職の意識改革]も必要といった点や、看護師の多忙さを理由として介護職の裁量拡大にも焦点を合わせた教育体制の整備を要望した。更に、高度実践看護師が高齢者施設内で医行為を実施できるほどの薬剤や機器が備えられていない点を理由に、[資材・設備]に関する課題も挙げられた。そして、入居者が利用する保険は原則として介護保険であり、この保険内で医療面までをカバーすることは難しいため、場合によっては施設や家族の金銭的負担に繋がりがかねないといった、[保険制度]に関する課題も示した。従って、【施設内で医療サービスを拡充する上での課題】、という 카테고리を抽出した。

V. 考察

1. 医行為実施への賛意理由

芦刈等^{6) 12)}による、介護保険施設における特定医行

為に関する研究結果から、施設管理者が感じる「病院連携困難」や、施設看護師が抱く「夜間帯における急変時の困難」という認識に基づいて、介護保険施設で高度実践看護師を活用する意義が示された。本調査の結果でも、高齢者施設における医師との連携状況について、利用者の状態が変化した際の医師への往診依頼で「全く問題がない」とした者は9.9%に止まっている。

上記する結果に鑑み、24時間・365日、医師が常駐しない高齢者施設にとって、高度実践看護師への期待はどういった点にあるのか。この具体的な理由について、半構成的面接調査の結果(表6)を振り返りながら以下に論考する。

施設看護師は、【高度実践看護師の裁量権拡大に対する賛意理由】として、[病院は入居者の受け入れを拒む傾向にあるため]や[緊急対応のため]、の見解を示した。なぜ、病院の受け入れがスムーズではないのか。また、高齢者施設内での緊急対応が必要と言えるのか。これらの点については、いくつかの要因が示唆できる。

この一つは、空病床が確保できていない点が想定できる。病院側の経営戦略として、病床稼働率の上昇が挙げられる。より高い収益に繋げるための病床活用を考慮するならば、経営にプラスとなる患者の入退院を継続的に絶え間なく行う必要がある¹³⁾。入院予約が入っている病床以外は、フル回転していることが望ましい。医師や看護師は、救急隊や高齢者施設職員から入居者の身体情報を得た時点で、入院の必要性に関するおおよその見当はつく。病院側が入院による治療を必要と判断しても、そこに空病床が存在しなければ病院への救急搬送を拒まざるを得ない。2つ目は、入居者の診療に対応できる専門医が存在しないことによる受け入れ困難である¹⁴⁾。休日・夜間診療において、その可能性はより高くなる。次に、診療報酬支払方式に関する要因が挙げられる。本邦の診療報酬支払方式は、DPC(Diagnosis Procedure Combination)を用いた包括支払方式と、出来高払い方式の混合形態になっている。DPCは2003年から導入され、2010年7月時点では45.9万病床(一般病床の約5割)が包括算定対象である^{15) 16)}。この方式を採用した場合、「診断群分類ごとの1日当たり点数×在院日数×医療機関別係数」で診療報酬が算定される。診断群分類による包括評価の特徴は、平均在院日数が相対的に短いことが高く評価され、それに応じた診療報酬が病院側に支払われる仕組みという点にある。従って、長期間の入院治療を必要とする場合、病院に支払われる診療報酬よりも、患者にかかった実質経費の方が高額になる可能性が

ある。そのため、病院側にとって長期入院患者の存在自体が病院経営の圧迫に繋がる。高齢施設入居者の多くは、自分自身の能力で生活を保持することが難しいことに加え、認知症や慢性疾患を患っている場合も多い。故に、診療自体に手間と時間がかかる上、老年期の身体的特徴から早期回復は望めない。必然的に入院期間の長期化が見込まれ、病床稼働率を下げってしまう。つまり、病院経営の観点から、高齢者の入院は必ずしもプラスには機能しない。

医師が常駐しない上、救急搬送についても課題を抱える施設看護師にとって、緊急対応可能な環境を整備する必要性を指摘し、この点に寄与できる人的資源として高度実践看護師を挙げているものと考えられる。

施設看護師は、高度実践看護師の存在によって、看取りの場である高齢者施設の機能向上に寄与できる点も示唆する。終末期にある療養者への医療サービスでは、身体的苦痛の除去・緩和が最優先されるべきであり、苦痛症状に応じられるまでのタイムリーな医療処置等が必要になる。施設看護師は、現在の高齢者施設の環境でその対応が十分に行われているとは考えにくいという認識から、高度実践看護師の存在がこの帰結に向けた糸口になる可能性がある点を予測している。

上記の理由に基づき、高齢者施設の運営において、高度実践看護師が必要不可欠な存在となる可能性は大いにあり得る。

2. 医行為実施への反対理由

質問票回答者121名の中で、高度実践看護師による医行為実施に対して反対の意思を表明する者は41名(33.9%)である。主たる反対理由は、「看護の専門性から外れているため」であり、次いで「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入居者の病状悪化に対して緊急対応が難しいため」を支持した(表2)。

看護の専門性外とする理由の一つに、法規定や看護基礎教育に関する要因が考えられる。看護師は、保健師助産師看護師法で規定されている通り、医学や看護学等に裏付けされた療養上の世話、並びに、診療の補助を行う医療専門職である。また、この規定に基づいて看護基礎教育も行われるため、医行為実践そのものは看護の専門外と認識されることは自然とも言える。

更なる反対要因として、高齢者施設は医師が24時間常駐しない場合が多いため、高度実践看護師の医行為によって生じる弊害、特に安全性に対する懸念も否めな

い。高度実践看護師が、入居者の回復を目指しながら良かれと判断して実施した医行為が、逆に状態を悪化させてしまった場合の緊急対応の難しさや、責任所在に関するリスクを想定した上での結果と考えられる。

3. 医行為の実施条件

施設看護師は、高度実践看護師が医行為を実施する上での条件に関し、5つの内容を挙げた。その一つが、[教育・研修]の実施である。

上記内容からも示唆される通り、高度実践看護師が行う医行為の安全性確保に向けた施策として、移行教育と研修を徹底すべきである。入居者や提供者側の利便性を高められる可能性があるにせよ、その医行為に潜む悪しきリスクを最大限に回避する必要性は高い。更に、安全性の確保に向けては、相当時間の教育・研修が必要になるとも考えられる。そして、医学知識・技術を豊富に持ち備えた医師による支援体制が、その教育上で重要になることは述べるまでもない。

本質問票調査結果(表3)から、高度実践看護師の医行為実施に関し、47.1%の施設看護師が医師の包括指示に基づくそれを指示する。面接調査(表6)でも、安全性確保のためには[医師との連携]を必要とする旨が示されている。

つまり、医療サービスについては、その安全性こそが重要であり、この上にサービス利用者の満足感という付加価値が存在する。普遍的とも言うべきこの価値観は、医療職種間にも根付いている。

従って、医師との業務連携がスムーズとは言い切れない現況にあろうとも、看護師や医師にとって利便性が今以上に高まらなくとも、最優先されるべき点は、利用者への安全性あるサービスそのものなのである。これを遵守するが故に、高度実践看護師の医行為については[医師との連携]が支持されたと考えられる。

本研究の質問票及び面接調査の結果から、施設看護師は、高度実践看護師が医行為を実施する上での更なる条件として、責任所在が高度実践看護師のみに限局されない点を支持した(表4・表6)。つまり、本邦の医療サービスにとって高度実践看護師が必要とされる場合にも、この医行為に関する責任所在は一看護師では担いきれない、または、一看護師の責任としてほしくないといった願いが推察できる。そして、医師との連携により、医行為に関する責任所在を分散する一手立てにも繋がるとの意図も伺える。高度実践看護師の医行為が原因・誘因となって、入居者に不測の事態を生じさせた場合、利用者

側との信頼関係の崩壊や訴訟という形で表面化することで、看護職全体の社会的地位に多少なりとも悪しき影響を及ぼす可能性がある。更に、看護師一人個人として、その立場を追われる場合も否めない。そのため、看護師としての社会的地位を揺るがしかねない高度実践看護師の医行為責任については、医師や施設側との分散を求めているのではないか。

その他の条件として施設看護師は、「家族による同意」が必要である点を指摘する（表6）。「高度実践看護師による医行為を受けるか否かに関しては、事前に家族の同意を得たうえで書面上に承認サインをもらっておく方が良い。」や「あくまで高度実践看護師による受けるか否かは、家族に選択してもらった方が良いように感じる。」という施設看護師の語りから、利用者側の意思の尊重や、リスクを最小限にするための説明責任と同意の取得が必要になる点も示唆される。

更に、高度実践看護師の「人間性」も重視すべきとの内容も語られている。施設看護師は、あくまでチームの一員として協調性を発揮でき、入居者を全人的に捉えた上で医療サービスを提供できる能力を持った高度実践看護師に期待感を示す。従って、多職種間や入居者との信頼関係の構築のための能力として、チーム医療という協働意識を持ちながら、その専門性を発揮できる点が求められよう。

4. 医行為実践に付随する課題

施設看護師は、必ずしも医療サービスを十分に提供するに相応しい「資材・設備」が高齢者施設内には整備されていない点を指摘する。そして、医療サービスの提供が必要になった場合、入居者の状態に応じた介護保険と医療保険の巧みな使い分けが行えない制度の現状によって、この実施に支障をきたす可能性がある点にも言及する（表6）。

高齢者施設の機能としては、入居者の状況に対応するための様々な形態が存在する。例えば、介護老人保健施設では、病状が安定している要介護者に対して、医学的管理のもとで看護や介護及び機能訓練、その他の必要な医療や日常生活上の世話をを行う施設であり、在宅復帰を目指したサービス提供といった点が特徴である。その他の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム）では、介護が必要としながらも在宅では療養生活が困難とされた者を入所させ、生活支援を行うことを主な目的とする¹⁷⁾。

つまり、介護老人保健施設のように、医療サービス面

を補完する施設はまだしも、生活面に重点を置く介護老人福祉施設においては、高度実践看護師の医行為実践を可能とするための物資等の環境整備がなされていないことを意味する。

加齢に伴って生じる心身の変化に起因した疾病等から要介護状態となった場合に、介護及び機能訓練、並びに看護等、療養上の管理に必要な医療・介護に関するサービスを保障した制度が介護保険である¹⁷⁾。入居者の多くは、介護保険によるサービスを利用することでその生活を保持する。しかし、現行の介護保険制度で、どれだけの医療サービスを賄いきれるのかに関する課題が存在する。医療保険でカバーすべき医行為が高齢者施設内で必要となった場合、速やかに医療保険で対応できる体制を整えていくことも必要と考えられる。住み慣れた地域で生活を保証することを念頭に置くならば、病院ではない在宅や高齢者施設といった場においても医療サービスを支障なく提供できるための柔軟な対応が求められ、この観点から保険制度改革も必要と言えらる。

施設看護師は、高度実践看護師のみならず、介護職の裁量権拡大に対するニーズも存在する点を語っている。高齢者施設の職員配置基準¹⁸⁾にも示されている通り、高齢者施設では看護職の数よりも介護職員数の方が多い。施設看護師は、限られた人数で入居者の診療の補助に該当する医療処置の殆どを担っている点を理由に挙げ、介護職員がこの処置の一部分をスムーズに実施するための整備を求めている。看護職の裁量権拡大を目指す以上、施設内でサービスを提供する職種の全体的な底上げを必要とし、介護職もこの例外とはならないという見解を示す。更なる高齢者施設への入居者増加が見込まれる中、介護職員の裁量権拡大については、喫緊な課題の一つとして今後の政策に反映させるべきではないか。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、調査会社に登録する高齢者施設勤務の看護師の中から便宜的サンプリングによって調査協力を得た。更に、質問票調査の分析に用いたサンプル数も十分ではない。従って、高度実践看護師の裁量権拡大に関する認識として、本邦における高齢者施設看護師の真の代表性を得たとは言い難い。

今後は、回答者の偏りを最小限にすることに加え、更なる標本数の確保を目指した調査方法が求められよう。

謝辞

調査実施にあたり、快く協力に応じて頂いた高齢者施

設看護師の皆様に厚く御礼を申し上げます。

付記

本研究は、2015年9月に発表した著者自身の博士論文（法政大学審査学位論文）の一部に加筆・修正を加えたものである。調査実施においては、「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) 内閣府（2012）：平成24年版高齢社会白書（全体版），2013年10月24日，
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/index.html>
- 2) 厚生労働省編：平成24年度版厚生労働白書 - 社会保障を考える - ，298-307，日経印刷株式会社，東京，2012.
- 3) 厚生労働省編：平成25年度厚生労働白書-若者の意識を探る - ，313 - 324，日経印刷株式会社，東京，2013.
- 4) 厚生労働省（2013），中央社会保険医療協議会等における議論の状況，2013年11月6日，
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r98520000036yiu.pdf>
- 5) 廣瀬福美：介護老人施設における特定看護師の介入と効果 - 血糖コントロール不良の虚弱高齢者事例を通して - ，看護科学研究，11，12-16，2013.
- 6) 芦刈弘枝，藤内美保，中尾勇祐，他：介護保険施設での医行為必要時の連携実態と特定看護師（仮称）に求められる特定医行為Part II，63（6），100-102，2011.
- 7) 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，2012年4月28日，
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/.../17kanngokenkyu-2.pdf>
- 8) 大釜信政，大釜徳政：高度実践看護師による疾病管理に対しての糖尿病患者7名の認識，ヒューマンケア研究学会誌，3（1），1-8，2012.
- 9) 大釜信政，大釜徳政：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，ヒューマンケア研究学会誌，3（1），31-37，2012.
- 10) 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.
- 11) 関弘子，湯沢八江：外来での疾病管理における看護師の役割拡大に関する研究 権限の委譲に焦点をあわせて，日本看護管理学会誌，12（2），86-93，2009.
- 12) 芦刈弘枝，藤内美保，中尾勇祐，他：介護保険施設での医行為必要時の連携状態と特定看護師（仮称）に求める特定医行為Part I，看護，63（5），98-103，2011.
- 13) 渡辺明良：急性期病院における医療連携の戦略的意義に関する一考察，情報科学研究，第17号，41-53，2008.
- 14) 川嶋隆久：急病になったら 救急医療の歴史と日本の現状，千代豪昭，黒田研二編，学生のための医療概論第3版増補版，59-72，医学書院，東京，2012.
- 15) 迫井正深：DPC制度の展開—調整係数から新たな機能評価係数へ，病院，69（9），670-675，2010.
- 16) 島崎謙治：日本の医療 制度と政策，362-373，東京大学出版会，東京，2013.
- 17) 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]，187-196，医学書院，東京，2008.
- 18) 増田雅暢：高齢者介護施設の課題-法制的観点からの検討，季刊・社会保障研究，43（4），354-364，2008.