

高度実践看護師の裁量権拡大に対する訪問看護師の認識

大釜 信政

抄 録

本研究は、在宅医療現場における高度実践看護師の裁量権拡大に関し、訪問看護師の認識を明らかにした。調査同意を得た81名の訪問看護師に質問票を配布し、69名から有効回答を得た。更に、質問票に回答した訪問看護師の中から5名を抽出し、半構成的面接調査も実施した。

質問票調査では、医師との業務連携状況に加え、裁量権拡大に対する賛否とその理由、医師からの指示の必要性、責任所在、に関する全般的認識が明らかになった。面接調査からは、【高度実践看護師の裁量権拡大に対する賛意理由】や【医行為を実施する上での条件】、【在宅医療現場における高度実践看護師確保及び定着に対する懸念】、の категория が抽出できた。

訪問看護師は、高度実践看護師の存在によって、サービス利用者及び提供者の双方にメリットを生じさせる可能性があるとみており、医療サービスの質・量の拡充に繋がることを期待する。その反面、無条件での裁量権拡大を容認せず、教育・研修の徹底や医師との連携、等の条件を示唆した。

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

I. 緒言

65歳以上の人口割合は、2025年時点で全国民の3割、2055年には4割へと増加する見込みである¹⁾。厚生労働省は、介護保険給付費の増加を理由に挙げ、一定以上の所得のある被保険者に対し、自己負担の増額を決定した²⁾。更に、「社会保障と税の一体改革」に向けた取組みとして、医療・介護サービスを含めた社会保障制度のセーフティーネット機能の強化といった改革も推し進める。その例として、「在宅医療の推進」や「多職種協働による質の高い医療を提供するためのチーム医療推進」、「地域包括ケアシステムの構築」が挙げられる³⁾。

地域における医療と介護の連携拠点として、在宅療養支援診療所・病院と並び、訪問看護事業所になり得る可能性が高い。そして、国民の6割以上が「自宅で療養したい」の希望を抱いており、「要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する」といった者も4割以上を占める⁴⁾。故に、在宅医療サービスへの更なる需要が見込まれる。

そうした社会の動向に相反し、在宅療養支援診療所・病院、訪問看護事業所の数やスタッフの絶対数の不足、多職種間における連携の難しさ等の現実的な課題が挙げ

られる⁵⁾。訪問看護師に対する調査結果^{6) 7)}から、看護師・医師間での情報伝達が必ずしもスムーズとは言えない現状も報告されている。

国内の看護系大学院修士課程の一部では、Nurse Practitioner（以下、NPと略）に類似する、本邦には法的観点から既存しない高度実践看護師の養成が継続されている。

また、日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分会⁸⁾は、「医療行為の規制緩和によって各医療専門職の高い専門性を活かし、チーム医療の推進をはかるべきである。」の見解に基づいて、「我が国で独立した医学的判断・治療が可能な高度実践看護師の役割拡大を実現するには、医師法の一部解除、規制の緩和が必要である。」とした。

地域包括ケアシステムの一要素として高度実践看護師を機能させることにより、医療サービスを今まで以上に在宅へと招き入れる可能性がある。高齢化の波が押し寄せる現時点において、医師が常駐しない訪問看護事業所であったとしても、利用者のニーズに応じる為、ケアとキュアを融合させたタイムリーなケアサービスを提供できる体制構築は必要である。

藤内等が実施した調査⁹⁾によると、在宅での看取りにおいて、訪問看護師が死亡確認を行うことを想定した場合、そのニーズはある一方で、看護師自身が「不安や抵抗感」を感じるという内容の報告もある。つまり、看

看護師の裁量権拡大に対し、看護師自身が躊躇していることも事実である。

高度実践看護師の裁量権拡大を制度化し、地域包括ケアシステムの要素として生かすにしても、在宅医療の要の一つと言える訪問看護事業所のサービス提供に支障を来さないシステムの構築が求められる。また、高度実践看護師の裁量権拡大へのニーズ等に関する現場の声は、この政策の具現化や発展に向けた貴重な資料になり得る。つまり、在宅医療現場でどういった裁量を持つ高度実践看護師が求められ、その看護師をどのように活用すべきかに関する検討の必要性は高い。本稿は、その検討に必要な基礎的資料を得るために、訪問看護師に対する調査を実施し、在宅医療現場における高度実践看護師の裁量権拡大への賛否とその理由、実施条件、責任の所在等の認識を明らかにしたうえで、それらの結果に関して論考する。

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、それに回答した訪問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

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、「訪問看護事業所に勤務する訪問看護師」の条件でスクリーニングを実施した。この後、条件に合致した看護師に対し、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81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、面接調査を可能とするモニター看護師を募った。「面接調査の協力が可能」との意思表示のあった、訪問看護経験を1年以上有する看護師5名に対して書面及び口頭で調査の同意説明を行った。同意を得た訪問看護師5名に対し、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～2月

3. 調査内容

1) 質問票

(1)属性:性別、年齢、訪問看護経験年数、訪問看護事業所設置主体、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)医行為を実施するにあたって、「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の所在に関する項目（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^{6), 10) ~13)}を参考にしながら作成した。

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。また、その質問票調査結果のみでは、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とした。

(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サービス利用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サービス利

用者に発生した際の具体的な対処方法

- (3)医師の具体的な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在宅医療サービスの課題に関する具体的な見解
- (4)医師の具体的な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、ど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

記述統計の処理には、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

語られた内容を逐語録にした。更に、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。バイアス最小化の為、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、訪問看護師の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できる抽象度の低い概念名を付けた（コード化）。

そして、類似するコード毎にグループ分けを行い、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

対象者には、研究の主旨、参加と中断の自由、個人情報等の守秘性等を説明した。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）。

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実施した。得られた調査結果は、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69名、有効回収率は85.1%であった。

1) 訪問看護師の属性

表1. 訪問看護師の属性（質問票）

n=69

| | | |
|-------------|-----------|-------------|
| 性別 | 男性 | 2人 (2.8%) |
| | 女性 | 67人 (97.1%) |
| 年齢 | 30～39歳 | 18人 (26.1%) |
| | 40～49歳 | 34人 (49.2%) |
| | 50～59歳 | 17人 (24.6%) |
| 訪問看護経験年数 | 1年未満 | 11人 (15.9%) |
| | 1年以上3年未満 | 11人 (15.9%) |
| | 3年以上5年未満 | 10人 (14.5%) |
| | 5年以上10年未満 | 16人 (23.2%) |
| | 10年以上 | 21人 (30.4%) |
| 訪問看護事業所設置主体 | 医療法人 | 22人 (31.9%) |
| | 社団法人 | 9人 (13.0%) |
| | 社会福祉法人 | 3人 (4.3%) |
| | 有限会社 | 11人 (15.9%) |
| | 株式会社 | 18人 (26.0%) |
| | その他 | 6人 (8.7%) |
| 居住地 | 北海道・東北地方 | 8人 (11.6%) |
| | 関東地方 | 26人 (37.7%) |
| | 甲信越・北陸地方 | 3人 (4.3%) |
| | 中部・東海地方 | 7人 (10.1%) |
| | 関西地方 | 14人 (20.3%) |
| | 中国地方 | 4人 (5.8%) |
| | 四国地方 | 2人 (2.9%) |
| | 九州・沖縄地方 | 5人 (7.2%) |

女性看護師による回答が97.1%を占め、年齢では40歳代が5割近くになった。訪問看護経験年数では、8割以上の看護師が1年以上の経験を有した（表1）。

2) 在宅医療現場における医師との業務連携状況

医師からの情報提供に関する訪問看護師の認識では、「十分に情報は提供される」と「一応は情報提供される」を合わせると5割以上になる。「あまり情報提供はされない」や「情報提供はされない」の回答を合計しても2割にも満たない。しかし、「十分に情報は提供される」の回答割合は約1割となる。

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として、「あまり問題がない」と「全く問題がない」を合わせると5割弱になる。「とても問題がある」と「まあ問題がある」を合わせた割合は、25%である。往診依頼に関する認識割合では、「あまり問題がない」と「全く問題がない」を合わせると48.5%になり、「とても問題がある」「まあ問題がある」の合計では29.4%である。医師への連絡、または、往診依頼に関し、「全く問題がない」と回答した割合は6%未満である。

3) 医行為実施に対する賛否

在宅医療の現場における高度実践看護師の医行為実施の賛否を質問した結果、訪問看護師の6割が賛意を示す。反対の意向を示す理由として、より高い割合を占めたのが、「看護の専門性から外れているため」や「医行

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=69)

賛成 : 60.9% (42人) 反対 : 39.1% (27人)

反対n=27

| 反対理由 | % (n) | 29.6% (8人) | 25.9% (7人) | 14.8% (4人) | 18.5% (5人) | 11.1% (3人) |
|---|-------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 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利用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 | | | | | | |
| 利用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利用者の安全につながるため | | | | | | |

為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する緊急対応が難しいため」, 「利用者及び家族からの同意を得られない可能性が大きい」ため」であった(表2)。

4) 医師による指示の必要性と責任所在に関する認識

5 割弱の訪問看護師は、高度実践看護師による医行為に関し、事前に医師から出された包括指示に基づく実施を求めている。高度実践看護師であるとしても、医師による具体的指示を必要と考える者は2割強存在する。医師の指示や医師への報告を必要としない旨の認識者は、本調査では存在しない(表3)。

責任の所在に関する問では、高度実践看護師と訪問看護指示を行う医師の両者にあるとの回答者割合が36.2%で最も高い。高度実践看護師及び訪問看護指示を行う医師、並びに、訪問看護事業所の3者にあるとした回答者割合は26.1%、高度実践看護師のみとする割合は5.8%になる(表4)。

2. 半構成的面接調査の結果

1) 訪問看護師の属性

面接協力を得た訪問看護師の全てが女性であり、看護

表3. 医師による指示の必要性に関する認識 n=69

| 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(プロトコル等)が必要である | 34人 (49.3%) |
| 原則として、医師の具体的な指示が必要である | 16人 (23.2%) |
| 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 | 14人 (20.3%) |
| 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 | 5人 (7.2%) |
| 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 | 0人 (0.0%) |

表4. 責任所在に関する認識 n=69

| 責任の所在 | n (%) |
|-----------------------------|-------------|
| 高度実践看護師 | 4人 (5.8%) |
| 訪問看護指示を行う医師 | 16人 (23.2%) |
| 高度実践看護師・訪問看護指示を行う医師 | 25人 (36.2%) |
| 高度実践看護師・訪問看護事業所 | 6人 (8.7%) |
| 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 | 18人 (26.1%) |

師経験年数の平均は約17年、訪問看護経験年数の平均は約6年である(表5)。インタビューに要した平均時間は、58分であった。

2) 裁量権拡大に対する訪問看護師の認識

訪問看護師の語りから、3つのカテゴリーと9つのサブカテゴリーが抽出できた(表6)。以下、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは[]で表す。

訪問看護師は、医師との連携がスムーズに行えない場合や緊急対応時において、高度実践看護師による医行為判断・実施を必要とするケースがあるとの認識を示す。更に、利用者は様々な疾患や症状を抱えながら療養生活を送っている為、生活面の視点も持ち備えながら、従来の看護師以上に疾病管理を行える職種の必要性も述べている。

訪問看護師の中には、現在の訪問看護師の知識・技術では担うに相応しくない医行為を医師から依頼されることがあり、高度実践看護師が代替的役割を担える点に期待感を示す。

そして、利用者や家族、訪問看護師に対しても安心感や心強さをもたらすとも認識している。

その他、従来の看護師以上に医学知識を持つ高度実践看護師の存在が、医師の利便性を高める可能性について述べられている。

以上の語りから、[利用者の状況に応じたタイムリー

表5. 訪問看護師の属性（半構成的面接調査）

| No. | 性別 | 年齢 | 看護師経験年数 | 訪問看護経験年数 | 居住地 |
|-----|----|--------|---------|----------|------|
| 1 | 女性 | 30歳代後半 | 約10年 | 約1年 | 東京都 |
| 2 | 女性 | 40歳代後半 | 約22年 | 約7年 | 神奈川県 |
| 3 | 女性 | 40歳代後半 | 約24年 | 約12年 | 千葉県 |
| 4 | 女性 | 50歳代前半 | 約12年 | 約6年 | 埼玉県 |
| 5 | 女性 | 50歳代後半 | 約20年 | 約8年 | 東京都 |

表6. 高度実践看護師の裁量権拡大に対する訪問看護師の認識

| 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 | 利用者の状況に応じたタイムリーなサービスを提供するため | <p>利用者のニーズになるべく早く対応したいにもかかわらず医師との連絡がつきにくい場合があるため、高度実践看護師による医行為は必須と考える。</p> <p>事前に出された予測指示での対応が行えない緊急時に医師の判断や指示を得たいが、これを得るまでに多くの時間を要する場合があります、利用者の状態が悪化することに懸念する。</p> <p>病院からの早期退院を迫られて在宅での加療となるケースが多く、利用者の急変や状態変化に応じた対応が困難な場合が現在もあり、今後はこういったことが増えたと考えられるため、医師だけではなく高度な医療を提供できる看護師がいる方が現実的だと思う。</p> <p>利用者は多種多様な疾患や症状を持ちながら療養生活を送っている。このため、生活面を注視しながらも、疾病にも対応できる職種が在宅医療の現場には必要と考える。</p> <p>医師からの利用者の状態に応じた訪問看護指示をもらうために費やす時間と労力が大きいため、高度実践看護師による指示で看護できれば、看護師にとっても利便性が高くなる。</p> <p>医師から依頼されて、既存する訪問看護師の知識・技術では担うには相応しくない医行為を実施せざるを得ない状況に追い込まれることがあり、こういった時に高度実践看護師の知識・技術に期待できる。</p> <p>訪問看護指示をタイムリーに得られない場合があるため、高度実践看護師による一時的な指示があると助かる。</p> |
| | | <p>高度実践看護師の存在自体が、利用者やこの家族の医療面での安心感に繋がることと予測される。</p> <p>原則として一人で現場に入る訪問看護師は、判断に迷う場合も多くあり、そういった場合に高度実践看護師が身近にいると心強い。</p> <p>既存する看護師以上に医学的な知識を持つ看護師の存在によって、医師にとっても利便性は高まることが予測される。</p> |
| サービス利用者及び提供者相互にメリットがあるため | 教育・研修の徹底 | <p>利用者やこの家族からの同意を得るためにも、看護師経験に加えてどういった医学的な教育を受けたのかを明確に伝えられることが必要と感じる。</p> <p>医行為を担うに相応しい教育や研修が十分でない場合は、利用者やこの家族の不安や不信感の拡大に繋がる恐れがある。</p> <p>利用者の安全性を考えた場合、医行為を実施するための教育や研修をどういった内容で行うかが最も大切な点だと考える。</p> <p>訪問看護師の責任や倫理観として、医行為を担うに相応しい教育や研修を受けていない者に利用者の診療を委ねることは出来ない。</p> |
| | | <p>高度実践看護師の必要性は理解できるが、まずは訪問看護師自体の知識・技術のレベルの均一化が必要と強く感じる。</p> <p>看護師基礎教育の一本化によって、教育内容の均一化が必要と考える。</p> <p>高度実践看護師のみに責任の所在を置くことは、現実的には難しい。</p> |
| 医行為を実施する上での条件 | 責任の分散 | <p>原則として医師の包括指示の範囲内で医行為を行うのであれば、高度実践看護師と事業所、そして指示書を出す医師の3者に責任があると考える。</p> <p>高度実践看護師の判断で医行為を行うとしても、この看護師と所属する事業所の両者に責任を分散した方が良い。</p> |
| | | <p>利用者に対するサービスの向上を目指すならば多職種の協働といった視点が必要であるため、医師による判断や考えを参考にすべきである。</p> <p>医師の包括指示があれば、利用者の状態変化の応じた医師からの指示をその都度もらわなくても良いといったメリットがある。</p> <p>医師による包括指示の範囲内で医行為を行うことから開始して、その後の評価が良い場合のみ、更なる看護師の権限を拡大していく方が国民も安心し、納得すると思う。</p> <p>安全性を考慮するならば、医師による包括指示等を通じて、互いに連携を図りながら医行為を行うことの方が良いように感じる。</p> <p>利用者が発生するであろう病状に対する医師からの予測指示の範囲内で医行為に対する判断や実施を行っている経緯もあるため、包括指示の下で高度実践看護師がより高度な医行為を行うことも可能と思う。</p> <p>この政策を成功させる一つの鍵としては、日本医師会を含めた医師によるバックアップが必要だと強く感じる。</p> |
| 在宅医療現場における高度実践看護師確保及び定着に対する懸念 | 新たな責任を負うことへの重圧感 | <p>看護師が新たな裁量権を持つ以上、この件に関する国民への詳細な説明が必要と思う。</p> <p>高度実践看護師が医行為を行う場合は、事前に利用者や家族からの同意を得ておく必要がある。</p> <p>高度実践看護師への移行教育に必要な経済的・時間的支援体制が整備されない状況下では、このなり手の増加は見込めない。</p> <p>看護師の多くは女性であるだけに家事や育児を抱える場合が多いといった現状があり、無理なく教育が受けられる制度が必要と考える。</p> <p>看護師の社会的地位や経済力は医師のこれらと比較して低いため、不測の事態に陥った場合の対応が困難である。</p> <p>ただでさえ医療訴訟が増える現状の中、仮に訴訟になった場合、この対処に足るだけの余裕が看護師にあるとは考えにくい。</p> <p>医療過誤に備えた民間保険があるとはいえ、利用者には何かあった場合、看護師として復帰することは難しく、今までにもそういった訪問看護師を目的にしている。</p> <p>判断に関する責任も大きいと同時に、身体的にハードな現場に高度実践看護師が定着するとは考えにくい。</p> <p>既存する看護師の責任よりも重い、リスクある医行為を担いたいとは思わない。</p> |

なサービスを提供するため] や [サービス利用者及び提供者相互にメリットがあるため], が挙げられ, 【高度実践看護師の裁量権拡大に対する賛意理由】, の抽出に至った。

また, 高度実践看護師の裁量権拡大における条件として, 5つの内容を示す。この一つは, [教育・研修の徹底] である。高度な医行為を担うのであれば, それ相応の教育や研修を受け, この内容を利用者側に周知させる重要性を感じている。更に, これが不十分の場合, 利用者側の不安や不信感の拡大に繋がる可能性についても言及する。訪問看護師の一部は, 利用者の安全性を考慮した場合, 教育・研修の内容そのものが重要と考え, これが十分に整備できない場合は, 利用者の診療を高度実践看護師に委ねられないとする。

2つ目は, 従来の看護師基礎教育を一本化できてないことや, 訪問看護師間での知識・技術の差が大きいといった点から, 高度実践看護師の裁量権拡大に並行して [既存する看護師の能力の均一化] も必要とする旨である。

3つ目の条件は, [責任の分散] を挙げている。高度実践看護師のみに限定して責任所在を置くことは現実的に難しいといった考えは, 面接調査対象5名の全員が抱く認識であった。原則として, 医師の包括指示の範囲内で医行為を実施することを前提とし, 高度実践看護師と事業所, もしくは指示を出す医師を含めた3者で責任を分散する必要性を感じている。

4つ目として, [医師との連携] の必要性にも言及する。利用者に対するサービスの向上を目指すならば多職種協働といった視点が必要であるが故に, 医師による判断や考えを参考にすべきであり, 医師の包括指示等を媒介として互いの連携を図ったうえで医行為実施が良いという考えを示している。また, 制度の構築に向け, 医師による包括指示の範囲内で医行為を担うことから開始し, 高度実践看護師の医行為全般に関する高い評価が得られた場合のみ今後は, 更なる裁量を看護師に与えていくという段階性ある施策によって, 国民の安心感や同意獲得に繋がりやすいと考えている。訪問看護師の中には, 日本医師会を含めた医師によるバックアップ体制の必要性を語る者もいた。そして, 新たな裁量権を持つ看護師が本邦に誕生するならば, これに関する国民への詳細な説明責任が果たされるべきであり, 医行為実施に関する同意を利用者・家族から事前に得るといった [国民への周知と同意獲得] の必要性も示された。これらの内容から, 【医行為を実施する上での条件】, のカテゴリー

を導き出した。

訪問看護師は, 高度実践看護師になるための移行教育を想定した場合, 経済的・時間的負担に対する支援体制が無い状況下で, この志望者の増加が見込めない点を感じている。そして, 高度実践看護師の医行為によって, 利用者の状態に悪しき影響を与えた場合のリスクの大きさ等を理由とし, 在宅医療現場に高度実践看護師が定着するか否かについて疑問視する意見も持つ。これらの内容から, 【在宅医療現場における高度実践看護師確保及び定着に対する懸念】, のカテゴリーを抽出した。

V. 考察

1. 医行為実施に対する賛意理由

質問票調査の結果から, 医師との業務連携に関し, 強い懸念感を抱いていない訪問看護師の方が多く理解できる。しかし, 在宅医療現場における高度実践看護師の医行為実施に対する賛否結果からは, 6割の訪問看護師が賛意を示している。

在宅医療現場において, 医師との業務連携について大きな支障があると認識していない訪問看護師の方が多い中, 従来の看護師以上に裁量を持つ高度実践看護師の存在理由はどのような点にあるのか。

改めて本質問票調査結果を振り返ってみると, 必ずしも全ての訪問看護師が, 医師との業務連携について課題が無いとは認識していない。利用者の状態変化に応じた医師の連絡・往診に関して「全く問題がない」と回答した看護師割合は6%未満と低い。身体的変化を生じた利用者に対する, 何かしらの医学判断が必要となった場合にも, すぐに医師が駆けつけられる時ばかりではない療養環境の存在が伺える。

半構成的面接調査の結果(表6)からも, 緊急時, 医師との連携がスムーズに行えない場合, 高度実践看護師による医行為判断・実施によって, 利用者の状況に応じたタイムリーなサービスの提供に繋がる点が示唆される。

森田が実施した「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」に関する調査¹⁴⁾では, 24時間対応で訪問看護を実施している事業所の場合, 訪問看護師が夜間・深夜, 早朝の時間帯において, サービス利用者の身体症状や医療処置に纏わる電話相談・緊急訪問を行うケースが現実的に多くある点を報告する。つまり, 訪問看護師は, 医学知識を多く必要とする利用者への緊急対応に迫られた場合, 医師が傍にいない為, 自らの判断に基づいた何かしらの対応に迫られる。そう

いうケースに遭遇した場合、自らの判断に確信を持ってない時もある点が想定できる。その場合、訪問看護師は、不安を抱きつつ日常業務を遂行せざるを得ない。

訪問看護師の一部は、利用者が様々な疾患や症状を抱えながら生活を送っている為、生活面の視点も持ち備えながら、従来の看護師以上に疾病に対応できる職種が必要である旨を述べる。そして、医師からの訪問看護指示を得るための時間的・身体的労力が大きいという理由から、緊急対応時も含め、高度実践看護師からの一時的な判断・指示があれば、円滑なサービス提供と業務の効率化に繋がると考えている。

つまり、サービス利用者のみならず、提供者側にもメリットが生じる可能性を予測している為、高度実践看護師への賛意が高まったと言える。

2. 反対の意向とその理由

賛意がある一方、反対の意向を示す訪問看護師も顕在する。この主だった反対理由は、「看護の専門性から外れる」や「この医行為によって利用者自身に生じさせるかもしれない病状悪化に対する緊急対応への懸念」、「利用者やこの家族からの同意が得られない可能性が大きい」である(表2)。

外科系看護師に対して実施された調査結果^{15) 16)}からも、「看護師の業務範囲を逸脱する」「看護=医療ではない」「責任が重い」といった理由により、看護師の裁量権拡大に反対の意向を示す看護師の存在は明らかである。

看護の専門性をどのように捉えるかによって、高度実践看護師の医行為に対する賛否に少なくとも影響を及ぼすのではないかと、「看護とは療養者の生活支援が主体であり、相対的医行為の実施では、あくまで医師の具体的指示の下での診療補助業務に該当する」という観念が強い看護師の場合は、「高度実践看護師による医行為は看護師の行う相対的医行為の範疇ではない」の認識に繋がるとも考えられる。そして、その医行為によって何かしらの良くない影響を利用者に与えた場合、医師が身近に存在しない為、この緊急対応に懸念を抱く点は自然である。

また、従来の看護基礎教育は、療養上の世話や診療の補助業務を遂行するためのカリキュラムである。その為、看護師の医行為によって起こり得るかもしれない利用者への病状悪化に対する懸念は付きまとう。

従って、高度実践看護師の医行為実施について、抵抗や不安を払拭しきれない訪問看護師の存在は理解できる。

3. 医行為を実施する上での条件

訪問看護師は、高度実践看護師の裁量権を拡大する条件として、安全性の高い診療サービスとするに相応しい教育や研修の徹底を求める。更に、医師との連携が必要である点も指摘する(表6)。約5割の訪問看護師は、高度実践看護師による医行為が事前に医師から出された包括指示に基づいて実施する必要性を認識している。そして、高度実践看護師であるとしても医師による具体的指示が必要との回答者は2割強存在する。医師による指示や、医師への報告を必要としないとの回答者は、今回の調査では存在しない(表3)。つまり、アメリカ合衆国等で活躍するNPと類似するような、必ずしも医師と協働することなく、検査の実施判断や診断、薬物処方が行える看護師を想定していない旨が伺える。

では、医師との協働がこの実施になぜ必要と言えるのか。訪問看護師の語りから、その主な理由として、利用者に対する安全性の高いサービスを提供する為であることが理解できる。更に、[既存する看護師の能力の均一化]を求める声もある。この認識を裏手に取って考えた場合、従来の看護師が持つ医学知識・技術のレベルの低さを理由とし、安全性の観点から問題があると認識している旨が推察できる。

つまり現場看護師自身が、高度な医行為を担うに相応しい均一されたレベルでの基礎教育や臨床経験を持ち備えているとは言い難い、従来の看護師像を認識している。故に、安全性ある医行為を担い得る能力の習得を目的とした教育・研修、そして医師との協働による実践を求めている。

非常に興味深い本調査結果が、責任の所在についてである(表4)。高度実践看護師と訪問看護指示を行う医師の両者にあると考える訪問看護師割合が36.2%、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者であるとの回答割合は26.1%、高度実践看護師のみにあるとした割合は5.8%に止まる。そして、この結果を裏付けできる面接調査の語りが存在する。訪問看護師の一部は、医行為実施に課せられる責任に関し、高度実践看護師のみに責任所在を置くことは現実的には難しいという認識に加え、責任を分散する必要性について指摘する。看護師の社会的地位や経済力等では、不測の事態によって窮地に立たされた場合、高度実践看護師のみでは対応し兼ねるという見解が伺える。更に、責任を分散する一手段として、[医師との連携]を支持するとも考えられる。

「北海道大学医学部付属病院電気メス事件」や「横浜

市立大学医学部付属病院患者取違え事件」の判例によって、チーム医療における「信頼の原則」の適用の可否が示されている。「信頼の原則」とは、複数の者がそれぞれの仕事を分担する共同作業において、分担者は他の関係者が適切な行動をとるであろうことを信頼してよく、他の者が不適切な行動に出ることを想定した結果回避措置をとることまでは要求されないとする刑法上の注意義務に関する法理論である。この原則は、効率的で精度の高い共同作業を可能にする為、関与者間での役割分担に関する社会的行動基準を尊重しようとするものではあるが、過失の免責を認める例外原理ではない。そして、「信頼の原則」の適応・不適応は、行為者の認識事情や組織的な安全対策の確立度合に応じて個人責任の範囲も変わり得る^{17) 18)}。

著者は、「信頼の原則」に従って高度実践看護師の医行為責任を考えた場合、2つケースが思い浮かぶ。その1つは、高度実践看護師が医師との連携・協働によって医行為を実施した結果として不測の事態を招いた場合である。いま一つは、高度実践看護師の自らの判断に基づく医行為によってそれを生じさせたケースである。前者では、高度実践看護師が被告(人)として責任追及される可能性は高い。それでは、医行為指示を出したのみで、サービス受け手側に医行為を施していない医師の責任については「信頼の原則」が適応されるのか。上記判例に鑑みるならば、不測の事態を発生させた原因・誘因をどれだけ医師が認識していたかに左右されるであろう。医師がその原因・誘因を認識していたにもかかわらず注意義務を怠った場合は、医師自身も責任追及は免れないと予想できる。また、事前に的確な安全対策が確立されていた医行為を指示したにも関わらず、高度実践看護師の過失によって不測の事態を招いた場合は、医師の責任は問われない場合があり得る。後者のケースでは現場状況にもよるが、恐らく、高度実践看護師の責任追及は免れない。医師は当該行為に関与しない以上、過失を問われる可能性は低い。どちらにせよ、高度実践看護師に責任を問う可能性は否定しきれない。この点は、高度実践看護師のみに限られた内容とは言えず、従来の看護師についても同様である。しかし、身体に危害を及ぼす可能性が高い医行為を担う高度実践看護師であるが故に、そのリスクは高まる。高度実践看護師として診療をも担うとするならば、それに相応しい覚悟や使命感を持ち、責任拡大へも誠実に立ち向かおうとする姿勢が要求されるのではないか。

訪問看護師は、高度実践看護師が医行為を担うに当

たって、「国民への周知と同意獲得」の必要性にも言及する。本来ならば医師が判断・実施するであろう医行為を看護職が担う以上、国民に対する事前説明と、これに対する同意獲得が必要であり、利用者側の権利を尊重する目的の他、在宅におけるスムーズなサービス提供を実施するための必要条件として捉えているのではない。更に、前もって家族から同意をえることで、不測の事態が生じた場合の問題をなるべく大きくしたくないという願いも推察できる。

4. 高度実践看護師の確保・定着に対する懸念

訪問看護師の一部は、【在宅医療現場における高度実践看護師確保及び定着に対する懸念】を認識している。高度実践看護師になる為の移行教育や研修を必要とする場合、経済的・時間的支援体制が無い状況下では、高度実践看護師を志望する者の増加が見込めない点を感じている。更に、この点を示唆できる先行調査結果も存在する。

某大学病院外科系看護師400名に対し、日本版NPに関するアンケート調査が実施された(334名から回収、回収率83.5%)。「高度実践看護師を養成するための教育課程に入学を希望するか」を尋ねたところ、その希望者は19%弱であった。入学を希望しながら、「経済的あるいは家庭の事情で入学できない」と認識する看護師が25%弱存在した¹⁵⁾。

また、本面接調査から、高度実践看護師の医行為によって不測の事態を招いてしまった場合のリスクの大きさも理由とし、在宅医療現場に高度実践看護師が定着するか否かについて疑問視する意見も聴かれる。

我が国における医療サービスの現状を維持しつつ、今後の高齢社会に対応していくための看護師数の確保は、医師の偏在・不足と同様に深刻な課題である。こうした現状の中、必要数の高度実践看護師を成すとともに、在宅医療現場に定着できる為の制度構築の必要性も高い。更に、従来の看護師を高度実践看護師へと移行させるのであれば、この基盤となる看護師数を増やすことも必要条件に該当する。

政府は、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の制定によって、離職防止、処遇改善、就業の促進、養成数の強化などを継続的に行っている^{19) 20)}。こうした看護・医療政策を踏まえ、高度実践看護師の養成促進を目的とする法整備の具現化が望まれる。

VI. 本研究の限界

本調査では、調査会社に登録する訪問看護師の中から便宜的サンプリングによって協力を得た。更に、分析に用いたサンプル数も非常に少ない。故に、選択バイアスを含めた誤差が生じている可能性は否めない。高度実践看護師の裁量権拡大に関し、本邦における訪問看護師意識の真の代表性を得たとは言い難い。

謝辞

調査実施にあたり、快く協力に応じて下さいました訪問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月に発表され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。調査実施では、「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) 国立社会保障・人口問題研究所 (2012). 日本の将来推計人口 - 平成24年1月推計の解説および参考推計 (条件付推計), 2013年10月1日,
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/kaisetsu.pdf>
- 2) 日本経済新聞 (2013). 介護自己負担、年収3百数十万円で2割に厚労省検討, 2013年9月24日,
http://www.nikkei.com/article/DGXNASFS28034_Y3A820C1EE8000/
- 3) 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 -, 292-305, 日経印刷株式会社, 東京, 2012.
- 4) 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
- 5) 厚生労働省 (2015). 在宅医療の体制構築に係る指針, 2015年5月21日,
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000080912.pdf>
- 6) 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>

- 7) 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.
- 8) 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>
- 9) 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.
- 10) 大釜信政, 大釜徳政: 高度実践看護師による疾病管理に対するの糖尿病患者7名の認識, ヒューマンケア研究学会誌, 3 (1), 1-8, 2012.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 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, 日本看護管理学会学会誌, 12 (2), 86-93, 2009.
- 14) 森田祐子: 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, 日本看護研究学会誌, 36 (2), 105-116, 2013.
- 15) 山田静子, 近藤八恵美, 渡邊孝: 日本版ナースプラクティショナー (NP) に関する当院外科系看護師の意識調査, 日本外科学会雑誌, 111 (6), 387-391, 2010.
- 16) 河野恵美子, 山崎芳郎, 赤丸祐介, 他: 看護師とすすめる外科診療, 日本外科学会雑誌, 112 (3), 211-216, 2011.
- 17) 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.
- 18) 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.
- 19) 森山幹夫: 系統看護学講座専門基礎⑩看護関係法令,

44-46, 医学書院, 東京, 2008.
20) 厚生労働省 (2015). 看護職員確保対策, 2016年1
月21日,

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/
bunya/0000095525.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000095525.html)