

私立大学戦略の基盤形成支援事業

「日本型地域ケア実践開発研究事業」

平成25年度
報告書



平成26年3月

自治医科大学大学院
看護学研究科

平成 25 年度私立大学戦略的基盤形成支援事業
「日本型地域ケア実践開発研究事業」報告書

目 次

I. 研究事業概要（目的と計画）	
1. 研究目的	1
2. 研究計画・研究方法	2
II. 平成 25 年度研究実施報告	
1. 平成 25 年度 研究計画	6
1) 研究テーマ1 地域ケアスキル・トレーニングプログラムの開発研究	6
2) 研究テーマ2 地域ケア実践看護師の教育・支援システムの開発研究	7
3) 平成 25 年度 研究組織	8
4) 会議の開催	9
2. 調査結果	11
1) へき地診療所調査	11
2) 高度医療と地域医療をつなぐ看護職の役割拡大に関するニーズ調査	31
3) 医療機関訪問調査	50
4) 離島、山村過疎地域を含む地域で実践している看護職への グループインタビュー調査	58
3. 平成 25 年度視察等結果	67
1) シミュレーション視察	67
2) NP 教育視察	69
3) SP 教育視察	75
4) e ポートフォリオ等教育方法に関する情報収集や勉強会の開催	77
4. 研究事業の広報活動	78
1) 記念講演会	78
2) ホームページの作成	111
5. 平成 25 年度事業評価委員会 報告	112
6. 平成 25 年度の課題と今後の検討課題（総括）	116
1) 研究テーマ1 地域ケアスキル・トレーニングプログラムの開発研究	116
2) 研究テーマ2 地域ケア実践看護師の教育・支援システムの開発研究	124
III. 本事業にかかわる研究報告	
・ へき地医療拠点病院と一般病院における教育研修体制のニーズと その障害となっているもの	130
・ へき地診療所における看護師の診療の補助行為の実施状況 — 12項目の特定行為（案）に着目して—	140
・ SP 育成教材の作成	150

I . 研究事業概要

I. 研究事業概要

看護学研究科研究科長 春山早苗

1. 研究目的

自治医科大学はへき地等地域医療に従事する医師及び看護職の養成を目的としている。

本学大学院看護学研究科では、高度な看護実践研究及びチーム医療を推進するがん看護研究、地域特性に応じた看護職の教育・支援システム研究、患者の療養場所移行支援研究等に取り組んできた。これらの研究からへき地において、特に医師と看護師との協働が必要となる地域医療活動として、「外来患者管理」、「緊急時の初期判断・対応」、「ターミナル及び看取りへの対応」が明らかになっている。また、課題として、複雑・困難な臨床判断能力と侵襲性の高い高度な医療技術をもち、キュアとケアを統合できる地域ケアに卓越した看護師の養成や、当該看護師の地域特性・医療施設特性に応じた教育体制づくり、医師と看護師との協働を促進するプロトコルや安全管理体制の整備が示唆された。

本事業の目的は、看護師がチーム医療の中で機能できるための卓越した地域ケアスキル・トレーニングプログラムの開発並びに地域特性に応じた当該看護師の教育・支援システムの検討により、日本型地域ケア実践を開発することである。

わが国は医師の負担増大と地域医療崩壊の危機に直面しており、チーム医療の推進と看護師の役割拡大への期待が高まっている。このような現状において、本事業により、地域ケアを担う人材育成から教育・支援システムの構築まで日本型地域ケア実践の研究基盤を形成することは、地域医療の向上・発展への寄与を理念としている本学の役割といえる。また、キュアとケアを統合し地域ケアのリーダーとなり得る看護師を養成し、地域特性や社会資源の相違があっても地域ケアスキルを獲得した看護師の定着・資質向上が持続されるようにするための日本型地域ケア実践の開発は、学術的・社会的に重要かつ必要性の高いものである。さらに、わが国の地域医療における医師と看護師の協働モデルへの示唆も得られ、医師の負担軽減と看護師の役割拡大による地域医療の質向上と活性化に寄与することができる。

1) 研究テーマ1 地域ケアスキル・トレーニングプログラムの開発研究

(研究代表者 教授 本田芳香)

本研究は、看護師が、チーム医療の中で機能していくために必要な、複雑・高度な臨床判断能力と侵襲性の高い医療技術を備え、キュアとケアを統合できる卓越した地域ケアスキルを獲得するためのトレーニングプログラムの内容及び教育方法を明らかにすることを目的とする。

本研究の企画立案と運営を行うため、プログラム開発・推進委員会とプログラム実施・評価委員会の2つの委員会を設置して、事業を推進する。

2) 研究テーマ2 地域ケア実践看護師の教育・支援システムの開発研究

(研究代表者 教授 春山早苗)

本研究は、看護師がキュアとケアを統合できる卓越した地域ケアスキルを獲得するための教育体制及び地域ケアスキル獲得後のフォローアップシステムの要素とその関連を明らかにし、地域特性かつ医療施設の機能別の検討を加えてシステム構築のための指針を作成することを目的とする。

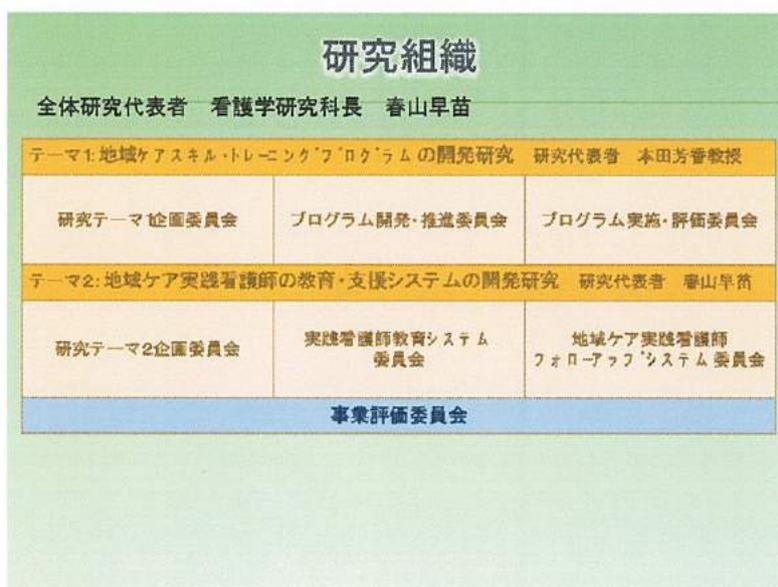
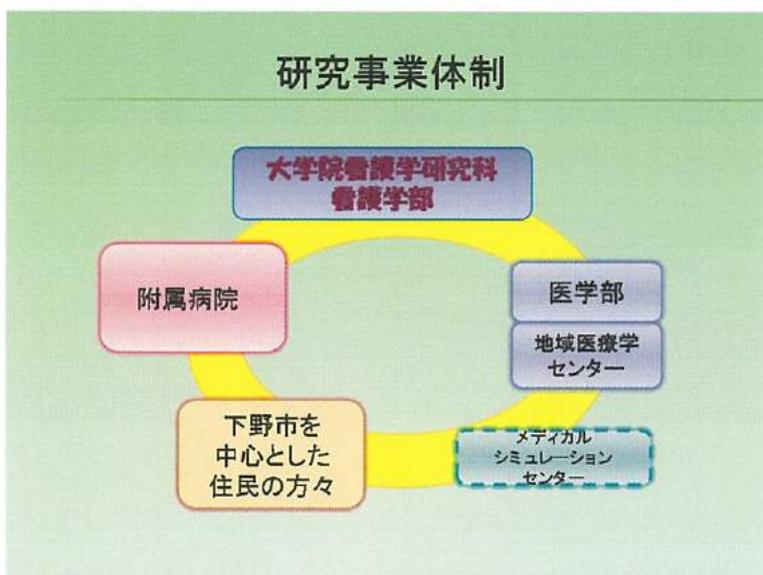
本研究の企画立案と運営を行うため、地域ケア実践看護師教育システム委員会と地域ケア実践看護師フォローアップシステム委員会の2つの委員会を設置して、研究を推進する。

2. 研究計画・研究方法

1) 研究体制

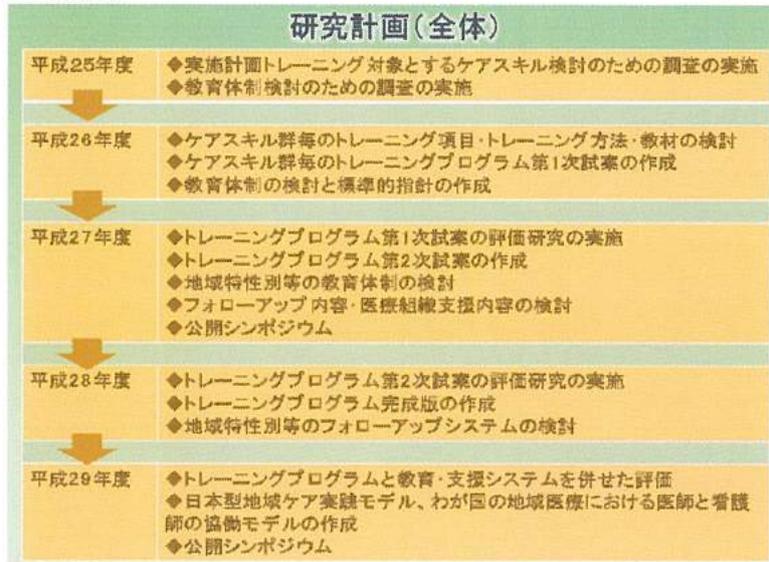
本事業は本学大学院看護学研究科が主体となり、本学医学部及び本学附属病院等の協力を得て実施する。

2つの研究テーマの研究代表者及び4委員会の委員長、並びに、学外の専門家等による事業評価委員会を設置し、年次計画の進捗状況と達成度を点検・評価し、その結果を各委員会にフィードバックしながら本事業を推進する。



2) 研究計画・研究方法

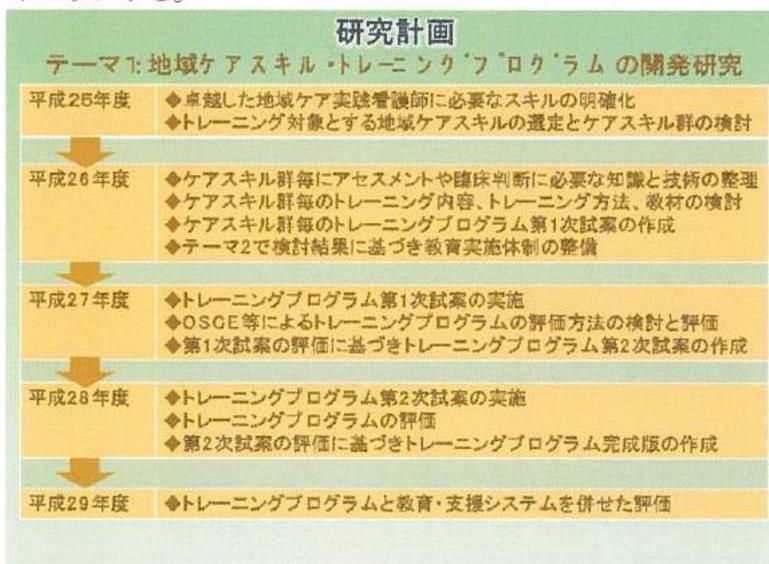
(1) 年次計画 (全体)



(2) 年次計画・研究方法 (テーマ1)

プログラム開発・推進委員会は、トレーニング対象とするケアスキル及びケアスキル群を決定し、ケアスキル群毎のトレーニング項目・トレーニング方法・教材を検討し、ケアスキル群毎に完結したトレーニングプログラムの試案を作成する。試案したトレーニングプログラムが研究テーマ2の地域ケア実践看護師教育システム委員会がリクルートした看護師に適用された後、プログラム実施・評価委員会による評価のフィードバックを受け、トレーニングプログラムを精練していき、完成版を作成する。

プログラム実施・評価委員会は、プログラム開発・推進委員会が試案したトレーニングプログラムについて、研究テーマ2の地域ケア実践看護師教育システム委員会が検討した教育体制下で、また同委員会がリクルートした看護師を対象に運営・実施する。トレーニングプログラムの評価方法を検討して評価を実施し、プログラム開発・推進委員会にフィードバックする。

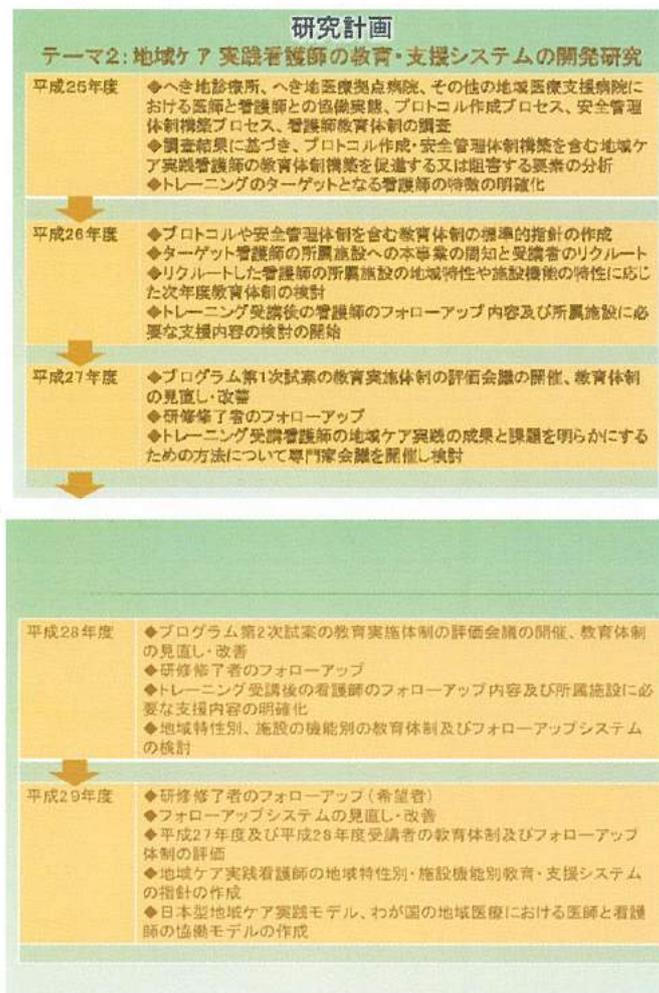


(3) 年次計画・研究方法（テーマ2）

地域ケア実践看護師教育システム委員会は、研究テーマ1のプログラム開発・推進委員会と連携して、プロトコルや安全管理体制等、地域ケアスキルトレーニングを実施する際に必要な教育体制を明らかにし、その標準的な指針を作成する。加えて、多様な地域特性かつ医療施設の医療提供体制や看護師教育体制の実態調査並びに研究テーマ1においてトレーニングを受けた看護師が所属する施設の医療技術を指導する医師および看護組織の管理者への調査から、地域特性かつ医療施設の機能別に類型化した教育体制とその構築方法を検討し、指針を作成する。

地域ケア実践看護師フォローアップシステム委員会は、研究テーマ1においてトレーニングを受けた看護師の所属する医療施設における地域ケア実践の成果と困難を調べ、成果を上げている看護師及び看護組織等のサポート状況、所属する医療施設の特徴を明らかにする。また、希望する受講修了者の地域ケア実践を支援するために、遠隔支援システムを活用したケースカンファレンス、コンサルテーションを実施し、受講終了者に必要なフォローアップ内容を明らかにする。併せて、医療技術を指導する医師および看護組織の管理者にも受講者が所属する組織において機能するための体制づくりにかかわる支援を実施し、医療施設・組織に必要な支援内容を明らかにする。

以上のことから、地域特性かつ医療施設の機能別に類型化した地域ケア実践看護師フォローアップシステム及び医師と看護師との協働等医療組織体制とそれらの構築方法を検討し、指針を作成する。



3) 事業計画額及び大学負担額

(単位:千円)

区分	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	合計
事業計画額	24,402	26,051	30,280	16,000	22,067	114,800
補助 申請額		8,666				
設備費		8,666				
研究費	10,201	6,525	15,140	8,000	11,033	59,565
大学負担額	10,201	10,860	15,140	8,000	11,034	55,235

4) 研究により期待される効果

- ・ 地域ケアスキル・トレーニングプログラムの開発により、現在、へき地を含む地域医療に従事している看護師の中から複雑・高度な臨床判断能力と侵襲性の高い高度な医療技術をもち、ケアとケアを統合できる地域ケアのリーダーとなり得る看護師を育成することができる。また、地域ケアスキルを獲得し、地域医療の中で機能できる卓越した看護師を育成することができる。
- ・ 地域ケア実践看護師の地域特性かつ医療施設の機能に応じた教育・支援システムを開発することにより、地域特性や保健医療福祉資源の相違があっても地域ケアスキルを獲得した看護師の定着と資質の維持向上が持続される。このことにより、地域医療に従事する多くのジェネラリスト看護師が提供するケアの質が向上して、住民の福祉に寄与するとともに、協働する医師の負担を軽減することができ、本学の使命である地域医療の向上と発展に寄与する。
- ・ 以上のことから、地域ケアを担う人材育成から教育・支援システムの構築まで日本型地域ケア実践が体系化されるとともに、わが国の地域医療における医師と看護師の協働モデルを提示することができ、医師の負担軽減並びに地域医療の質向上と活性化に寄与する。

5) 研究プロジェクトの大学における位置付け

本学大学院看護学研究科開設の目的は、博士前期課程が高度医療と地域医療をつなぐチーム形成と機能向上を図る専門看護師や認定看護管理者等の高度実践看護職の育成であり、博士後期課程がわが国のヘルスケアシステムを視野に入れつつ複数の看護専門領域から看護学の発展に寄与できる教育研究者の育成である。本事業は、このような本学大学院看護学研究科の目的と連動するものであり、さらに地域医療の向上・発展のための教育・研究・診療等を行っている本学医学部や地域医療学センター、本学附属病院、同看護職キャリア支援センター等の協力を得て行う。

Ⅱ. 平成25年度研究実施報告

II. 平成 25 年度研究実施報告

1. 平成 25 年度 研究計画

看護学研究科研究科長 春山早苗

1) 研究テーマ1 地域ケアスキル・トレーニングプログラムの開発研究

(研究代表者 教授 本田芳香)

(1) 研究目的

- ① 卓越した地域ケア実践看護師に必要なスキルを明確にする。
- ② トレーニング対象とする地域ケアスキルを選定する。また、ケアスキル群を検討する。
- ③ トレーニング内容、トレーニング方法、教材を検討する。

(2) 研究方法

目的①②について

- ・ 厚生労働省が検討している「特定行為に係る看護師の研修制度 (案)」も視野に入れて進める。
- ・ 平成 24 年度に実施した「高度医療と地域医療をつなぐ看護職の役割拡大に関するニーズ調査」について、
【診療の補助行為について、看護師が行えることによって患者に利益がもたらされると考える程度】
【看護実践にかかわるコンサルテーション及び倫理調整の課題等】
【地域連携に関する活動】のデータを分析する。
- ・ 「へき地診療所における看護活動の実態と課題に関する調査」として、
【へき地診療所における看護活動の特徴】
【診療の補助行為 (医師の指示下) の経験及び取り決め事項・プロトコールの有無の実態、看護師が実施できるようにする必要があると感じる行為】
【診療所看護師が強化すべき看護実践能力または役割拡大の必要性を感じる内容】
【診療所看護職の役割拡大にかかわる問題または課題】を調べる。
- ・ 地域特性別、医療施設機能別に 20 施設 (20 人) 程度を対象に、教育内容及び教育方法に関するグループインタビュー調査を行う。

目的③について

- ・ 地域中核病院及びへき地医療拠点病院を訪問し、
【特定行為 (案) の経験及び取り決め事項・プロトコールの有無の実態】
【実施にあたっての準備】
【実施のメリット・デメリット】
【実施にかかわる課題と対応】
【看護師が実施できると良いと思う特定行為】について、インタビュー調査を行う。
- ・ シミュレーション教育やNP教育をしている大学や機関を視察する。
- ・ 模擬患者を育成している大学や機関を視察する。
- ・ 模擬患者の説明用 DVD を作成し、下野市の住民を対象に模擬患者の説明会を開催する。
- ・ 教育に使用するシミュレーション機器を検討する。

2) 研究テーマ2 地域ケア実践看護師の教育・支援システムの開発研究

(研究代表者 教授 春山早苗)

(1) 研究目的

- ① へき地診療所、へき地医療拠点病院、その他の地域医療支援病院における医師と看護師の協働の実態、並びに、プロトコール作成プロセスや安全管理構築プロセス、看護師の教育体制の実態を明らかにする。
- ② ①の調査結果に基づき、プロトコール作成及び安全管理体制の構築を含む地域ケア実践看護師の教育体制の構築を促進する又は阻害する要素を明らかにする。
- ③ トレーニングのターゲット者を検討する。

(2) 研究方法

- ・ 平成 24 年度に実施した「高度医療と地域医療をつなぐ看護職の役割拡大に関するニーズ調査」について、【院内教育プログラムの課題】のデータを分析する。
- ・ 「へき地診療所における看護活動の実態と課題に関する調査」として、
【へき地診療所看護職の特徴】
【診療の補助行為（医師の指示下）に関する取り決め事項・プロトコールの有無の実態】
【診療所看護職の役割拡大にかかわる問題または課題】
【へき地診療所看護活動における問題や課題】を調べる。
- ・ 地域特性別、医療施設機能別に 20 施設（20 人）程度を対象に、教育体制に関するグループインタビュー調査を行う。
- ・ 地域中核病院及びへき地医療拠点病院を訪問し、インテグラル理論を参考にして看護師の内面、同外面、組織の内面、同外面という視点から、看護師の教育体制に関することをインタビュー調査により調べる。具体的には、
 - ◆ 看護師の内面として対象施設の看護師全体の【特定行為に係る研修制度への関心】、【現任教育への関心】、【医師との協働や役割分担について感じていること】
 - ◆ 看護師の外面として対象施設の【看護師の特徴（資格、卒業学校、年代、平均勤務年数等）】、【看護師全体の自己啓発や研修参加の傾向】
 - ◆ 組織の内面として対象病院や看護部の【理念・目標】、【地域における役割意識】、【看護師のキャリア支援の考え方】
 - ◆ 組織の外面として対象病院や看護部の【看護師の教育体制・キャリア支援体制】を調べる。併せて、
【特定行為（案）に関する取り決め事項・プロトコールの有無の実態】
【実施にあたっての準備】
【実施のメリット・デメリット】
【実施にかかわる課題と対応】
【研修対象として適当と考えられる看護師】
【指導医候補者の有無】
【本研究事業による研修への参加意欲】
【看護師の役割拡大と研修に関する課題として考えられること】
について、インタビュー調査を行う。
- ・ シミュレーション教育等のための、本学部内の教育環境整備を開始する。

3) 平成 25 年度 研究組織

全体研究代表者 看護学研究科 研究科長・附属病院看護職キャリア支援センター 副センター長 春山早苗

★委員長 ☆副委員長

研究テーマ1 地域ケアスキル・トレーニングプログラムの開発研究			研究代表者	教授	本田芳香
研究テーマ1企画委員会	プログラム開発・推進委員会	プログラム実施・評価委員会			
看護学部 教授 ★本田芳香 教授 大塚公一郎 教授 中村美鈴 教授 野々山未希子 教授 宮林幸江 附属病院看護部副部長・看護職キャリア支援センターメンバー・臨床准教授 小谷妙子	看護学部 准教授 ★小原泉 准教授 ☆里光やよい 准教授 大脇淳子 講師 平尾温司 助教 飯塚由美子 助教 岩永麻衣子 助教 樺山定美 助教 若澤弥生 附属病院主任看護師・CNS・看護職キャリア支援センターメンバー・臨床講師 茂呂悦子	看護学部 准教授 ★横山由美 准教授 ☆浜端賢次 准教授 北田志郎 講師 小林京子 講師 清水みどり 講師 田村敦子 助教 安藤恵 助教 熊谷歩 助教 柴山真里 助教 湯山美杉 助教 吉田紀子 附属病院看護師長・看護職キャリア支援センターメンバー・臨床講師 弘田智香			
研究テーマ2 地域ケア実践看護師の教育・支援システムの開発研究			研究代表者	春山早苗	
研究テーマ2企画委員会	実践看護師教育システム委員会	地域ケア実践看護師 フォローアップシステム委員会			
看護学部 教授 ★春山早苗 教授 永井優子 教授 成田伸 教授 半澤節子 教授 渡辺亮一 地域医療学センター 学内教授 石川鎮清 附属病院看護部副部長・看護職キャリア支援センターメンバー 小谷妙子	看護学部 准教授 ★村上礼子 准教授 ☆鈴木久美子 講師 川上勝 助教 江角伸吾 助教 関山友子 助教 段ノ上秀雄 助教 中野杏梨 メディカルコミュニケーションセンター 助教 浅田義和 附属病院看護職キャリア支援センター教育プログラム開発支援部門部門長・臨床講師・ 福田順子	看護学部 准教授 ★塚本友栄 准教授 ☆角川志穂 講師 千葉理恵 講師 飯塚秀樹 助教 青木さぎ里 助教 石井真一郎 助教 黒尾絢子 助教 小池純子 助教 島田裕子 附属病院医療情報部看護師長・看護職キャリア支援センターメンバー・臨床講師・ 大柴幸子			
業務補助 皆川麗沙 (平成 25 年 9 月～H26 年 3 月)		菊地陽 (平成 25 年 8 月～12 月)			

4) 会議の開催

(1) 企画委員会（テーマ1・2合同）・・・【参加者：委員会構成員】

回	開催日時	議事内容
①	平成 25 年 8 月 7 日（水）	・ 概要説明および進捗状況報告 ・ 今後の進め方について
②	平成 25 年 12 月 16 日（月）	・ テーマ 1、テーマ 2：進捗状況報告 ・ 調査報告

(2) 合同委員会・・・【参加者：各委員会委員長・副委員長】

回	開催日時	議事内容
①	平成 25 年 8 月 19 日（月）	・ 研究事業の概要および今年度の計画について ・ 研究機器備品の購入についての検討 ・ 来年度の計画及び予算について
②	平成 25 年 9 月 9 日（月）	・ 視察時の情報収集の内容の確認 ・ 視察報告 ・ テーマ 1：進捗状況報告 ・ e-ポートフォリオについて
③	平成 25 年 10 月 7 日（月）	・ 視察先についての進捗状況報告・説明 ・ SP 養成に関する検討事項について ・ インタビュー調査のスケジュールについて ・ 視察報告
④	平成 25 年 11 月 11 日（月）	・ 厚生労働省医政局看護課訪問報告 ・ 学長補佐会議報告について ・ テーマ 1、テーマ 2：進捗状況報告 ・ 調査報告、視察報告
⑤	平成 25 年 12 月 9 日（月）	・ テーマ 1、テーマ 2：進捗状況報告 ・ 視察報告、研修会報告
⑥	平成 26 年 3 月 12 日（水）	・ 今年度・次年度の活動について ・ ヒアリング調査及び事業評価委員会を経ての ブレインストーミング

(3) 研究テーマ1・・・【参加者：テーマ1構成員】

回	開催日時	議事内容
①	平成 25 年 9 月 17 日（火）	・ 研究事業の概要および今年度の計画について ・ 地域ケアスキル・トレーニングプログラム概要について

		<ul style="list-style-type: none"> ・視察先について ・SPに関する検討事項について
②	平成 25 年 12 月 25 日 (水)	<ul style="list-style-type: none"> ・各委員会の進捗状況について ・テーマ2進捗状況について
③	平成 26 年 1 月 16 日 (木)	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラム実施・評価委員会進捗状況報告 ・プログラム検討会議の内容報告 ・プログラム全般に関する意見交換

研究テーマ1 代表者会議・・・【参加者：各委員会の委員長・副委員長】

回	開催日時	議事内容
①	平成 25 年 12 月 12 日 (木)	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの教育目標について ・プログラムの方向性について ・上記を踏まえての検討 ・SP養成プログラムについて

(4) 研究テーマ2・・・【参加者：テーマ2構成員】

回	開催日時	議事内容
①	平成 25 年 9 月 18 日 (水)	<ul style="list-style-type: none"> ・研究事業の概要および進捗状況について ・グループインタビューについて ・シミュレーターについて ・e-ポートフォリオについて ・研修用演習室の整備について ・広報・予算について
②	平成 25 年 10 月 23 日 (水)	<ul style="list-style-type: none"> ・各委員会の進捗状況について ・事業評価委員会について ・調査結果報告について
③	平成 25 年 11 月 27 日 (水)	<ul style="list-style-type: none"> ・記念講演会に関する進捗報告 ・研修会報告 ・e-ポートフォリオについて
④	平成 26 年 1 月 22 日 (水)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関調査結果報告 ・事業評価委員会について ・グループインタビュー当日役割分担について ・プログラム事例について
⑤	平成 26 年 2 月 19 日 (水)	<ul style="list-style-type: none"> ・記念講演会について ・事業評価委員会について ・グループインタビューについて

2. 調査結果

1) へき地診療所調査

研究テーマ2 研究代表者 教授 春山早苗

(1) 調査組織

研究代表者 研究テーマ2 実践看護師教育システム委員会 江角伸吾

共同研究者 研究テーマ2 企画委員会 春山早苗

実践看護師教育システム委員会 鈴木久美子 関山友子

地域ケア実践看護師フォローアップシステム委員会

塚本友栄 青木さぎ里 島田裕子

(2) 調査の概要

調査目的：へき地診療所における看護体制や看護活動の現状と変化、診療所において医師の指示のもと実施した経験のある診療の補助行為等を明らかにし、へき地で働く看護職の人材育成と支援に役立つ基礎資料を得ることを目的とした。

調査方法：厚生労働省で検討されている「特定行為に係る看護師の研修制度（案）」における特定行為（案）の一覧から、へき地診療所の医療や看護の状況を考慮して12の特定行為を抽出し、その経験の有無、プロトコルの有無、必要性等を、へき地診療所の看護職を対象に、郵送による無記名自記式質問紙調査により調べた。また、2003年、2008年に実施したへき地診療所全国調査の結果と本調査結果を比較することにより、へき地診療所で働く看護職の変化の有無検討した。

調査対象：へき地保健医療対策実施要綱に規定されたへき地診療所、並びに、国民健康保険法に基づく国民健康保険診療所 第1種・第2種へき地診療所とした。巡回・出張診療所のみを実施している診療所及び歯科診療所は除外した。

調査期間：2013年8月1日～同年10月30日

回収数（回収率）：

2003年 対象924施設 回収数417票（回収率45.1%）

2008年 対象838施設 回収数316票（回収率37.7%）

2013年 対象833施設 回収数337票（回収率40.5%）

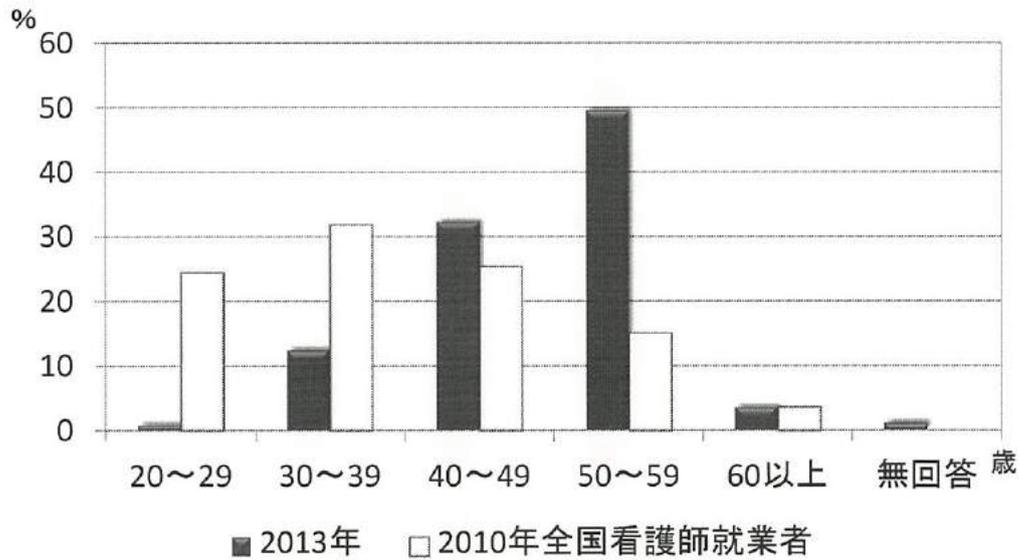
(3) 調査結果

A ヘき地診療所看護職の特徴

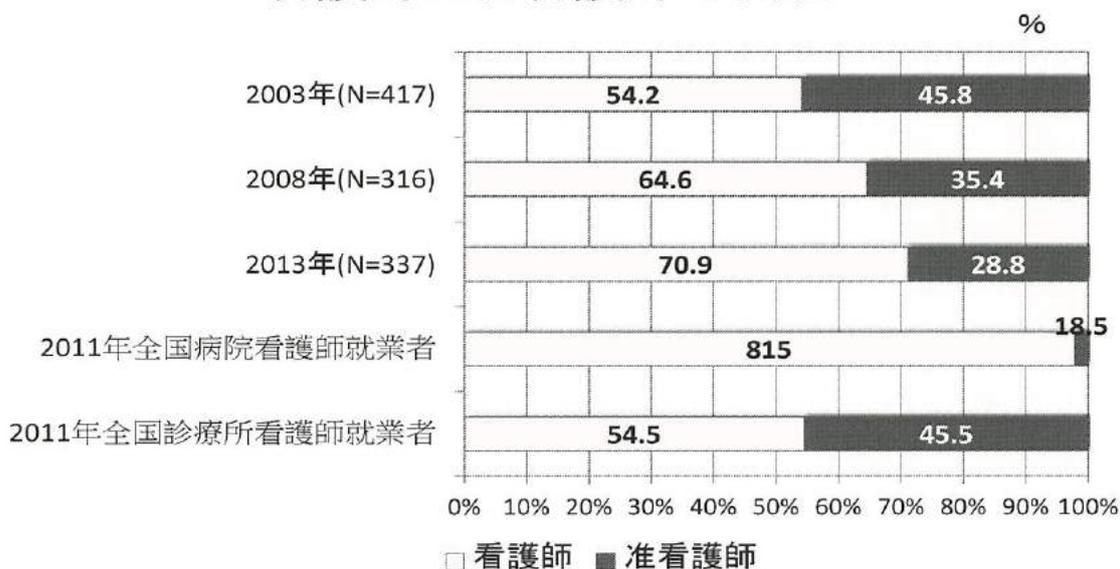
へき地診療所で働く看護職の年代

●40～50代が多い。

2003年(N=417) 平均年齢45.6±8.5歳 最低年齢23歳 最高年齢79歳
2008年(N=316) 平均年齢47.6±8.1歳 最低年齢24歳 最高年齢70歳
2013年(N=337) 平均年齢49.1±8.1歳 最低年齢24歳 最高年齢76歳



看護師と准看護師の割合



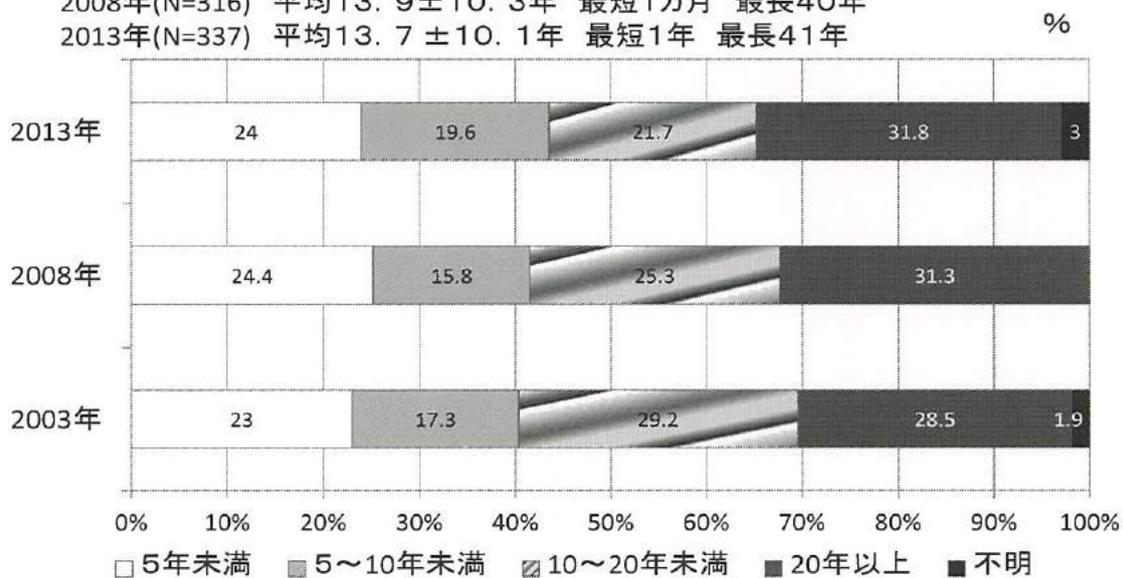
現在の診療所における勤務年数

●5年未満の者が約1/4、20年以上の者が約3割。

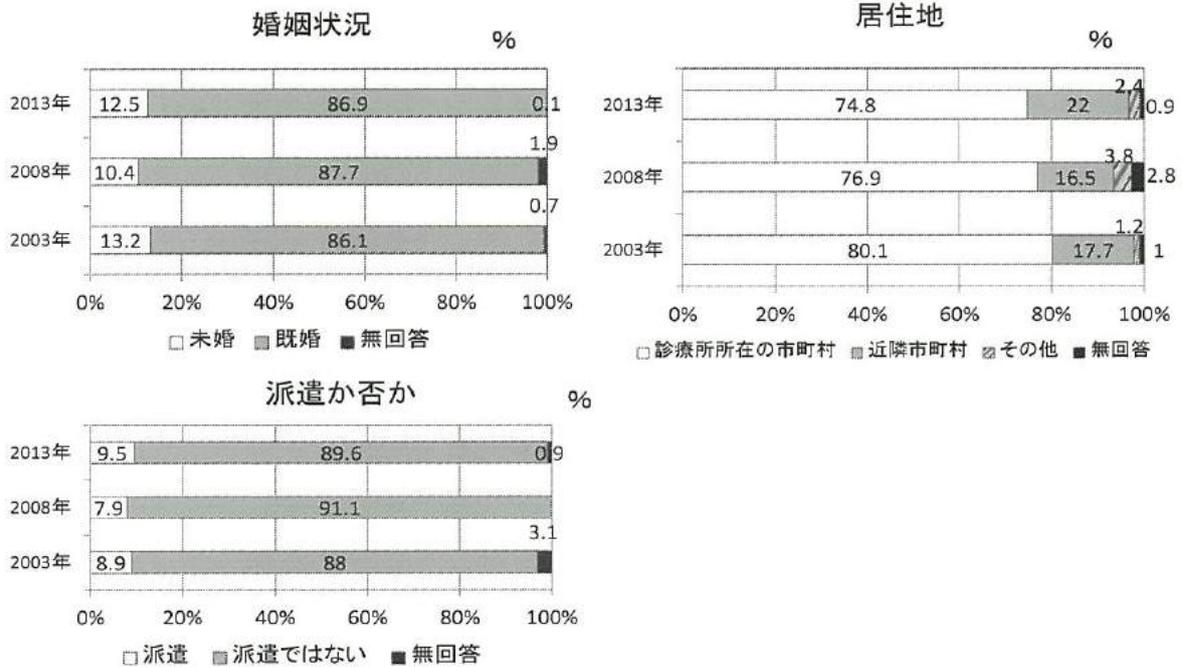
2003年(N=417) 平均14.2±9.8年 最短1カ月 最長43年

2008年(N=316) 平均13.9±10.3年 最短1カ月 最長40年

2013年(N=337) 平均13.7±10.1年 最短1年 最長41年

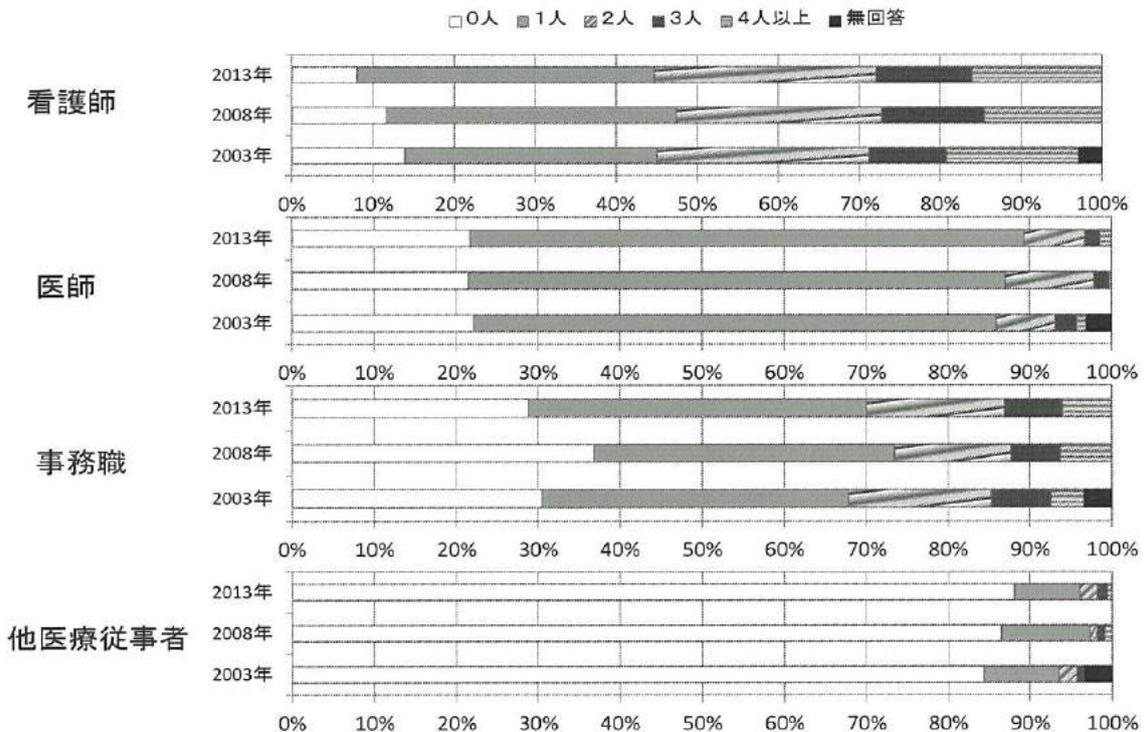


●約9割は既婚者であり、約7割は診療所所在の市町村に居住。
 2013年回答者の約8割は勤務診療所所在の市町村又は近隣市町村の出身者。

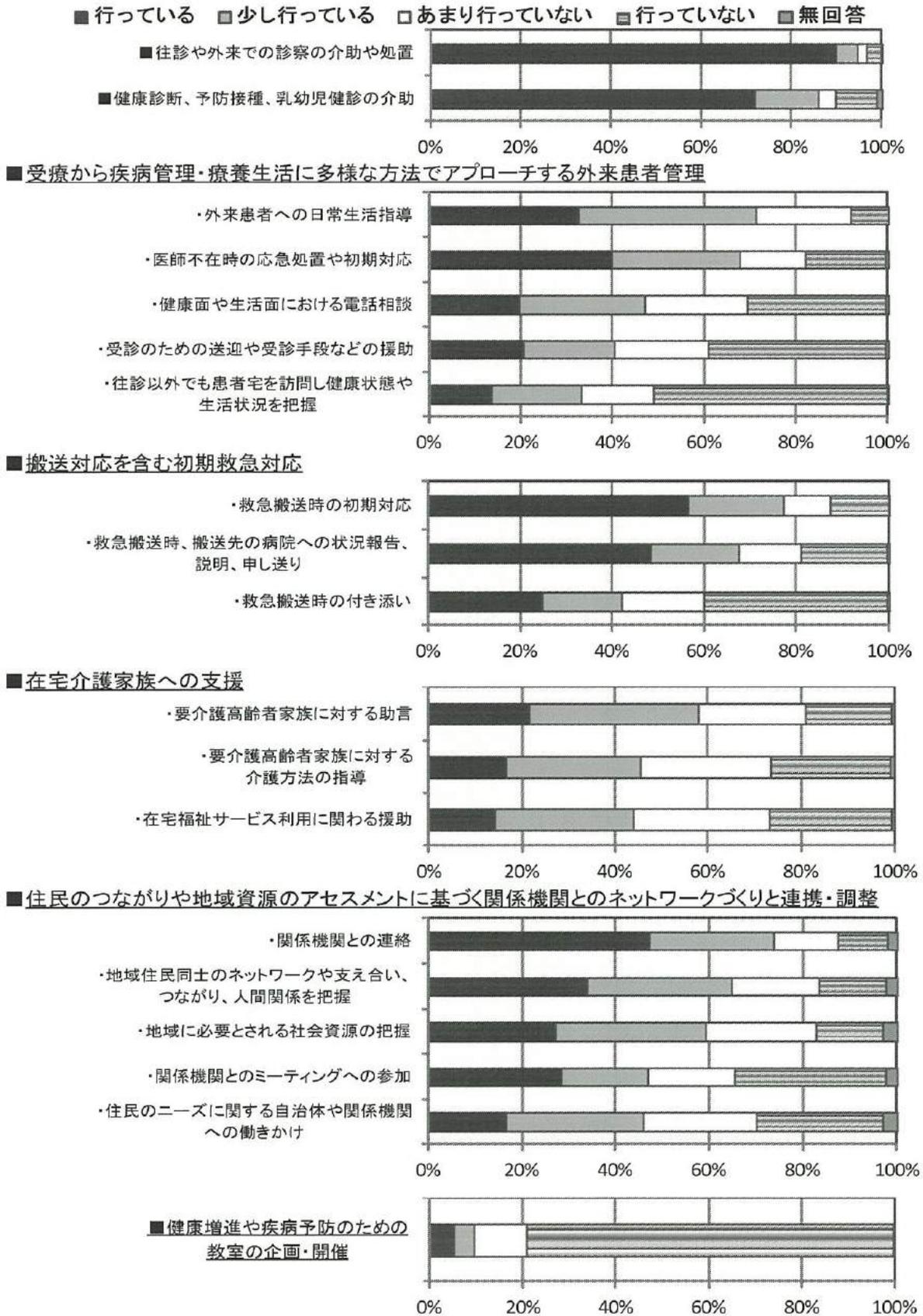


診療所の常勤職員数

* 常勤看護師0人が約1割、常勤医師0人が約2割、常勤事務職0人が約3割、他の常勤医療従事者は約9割が0人。



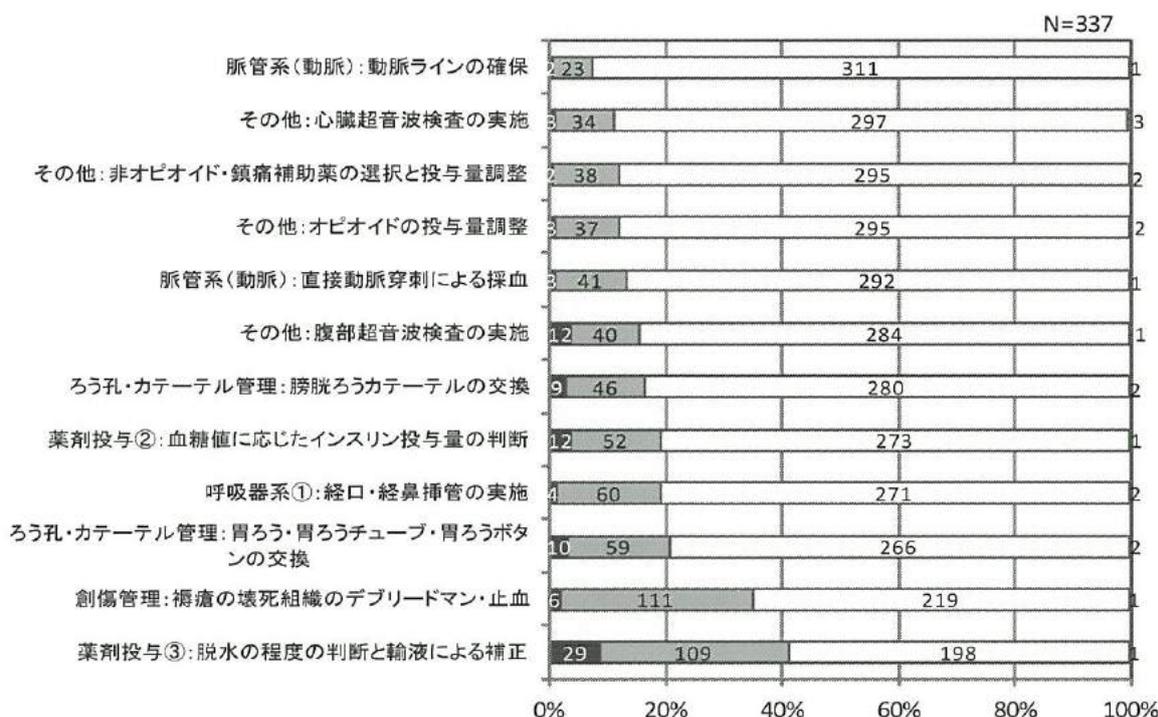
B-1 へき地診療所における看護活動の特徴（2013年）



B-2 へき地診療所における看護活動の特徴—診療の補助行為— (2013年)

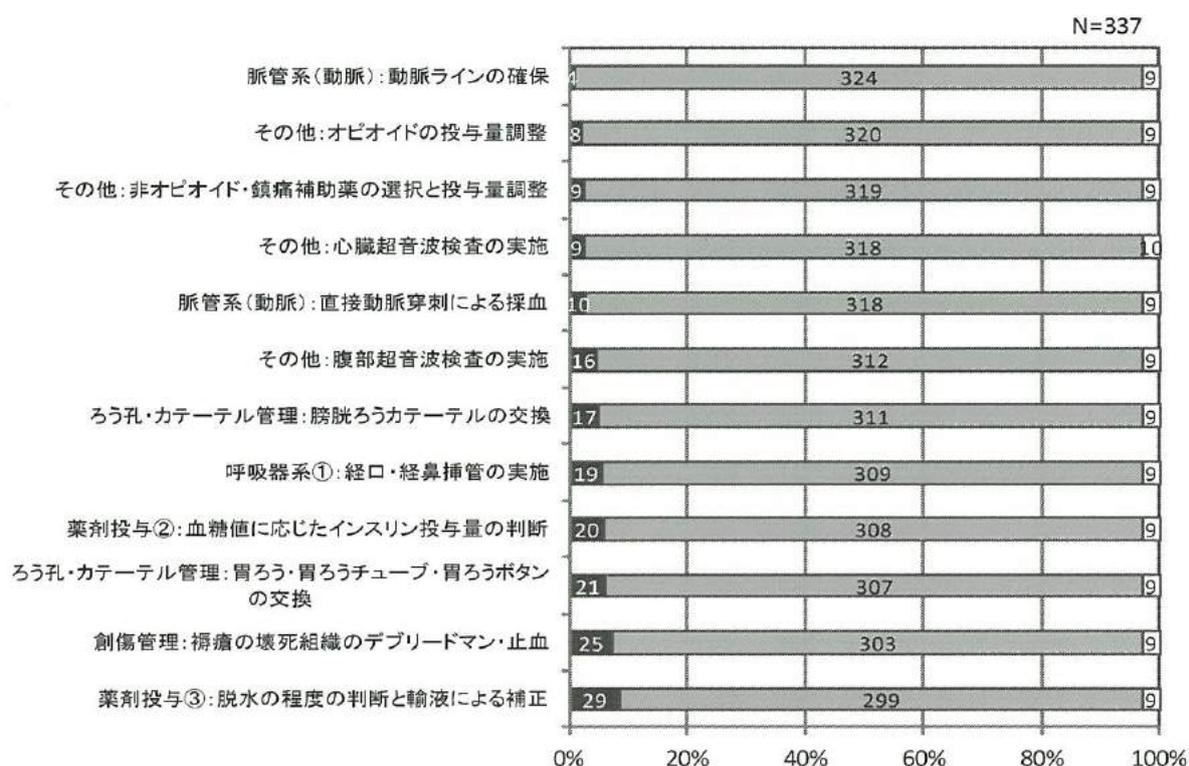
■ 医師の指示のもと、経験したことがある行為

■ 頻繁に経験している ■ 時折経験している □ 経験したことがない ■ 無回答



■ 取り決め事項またはプロトコールの有無

■ プロトコールあり ■ プロトコールなし □ 無回答



■ 看護師が実施できるようにする必要があると感じる行為



■ その他の診療所看護師が強化すべき看護実践能力または役割拡大の必要性を感じる内容

- ・在宅療養（ターミナルケアを含む）を医師と協働しながら支えられる看護実践能力
- ・初期救急対応（医師不在時に対応できる）
- ・患者の変化を捉えられるアセスメント力
- ・臨床推論にかかわる知識
- ・医師と協働しながら慢性期患者に対応できる看護実践能力
- ・関係職種と連携しながら継続した看護を実現できる実践能力
- ・保健活動のための実践力
- ・診療の補助行為にかかわる技術力
- ・その他

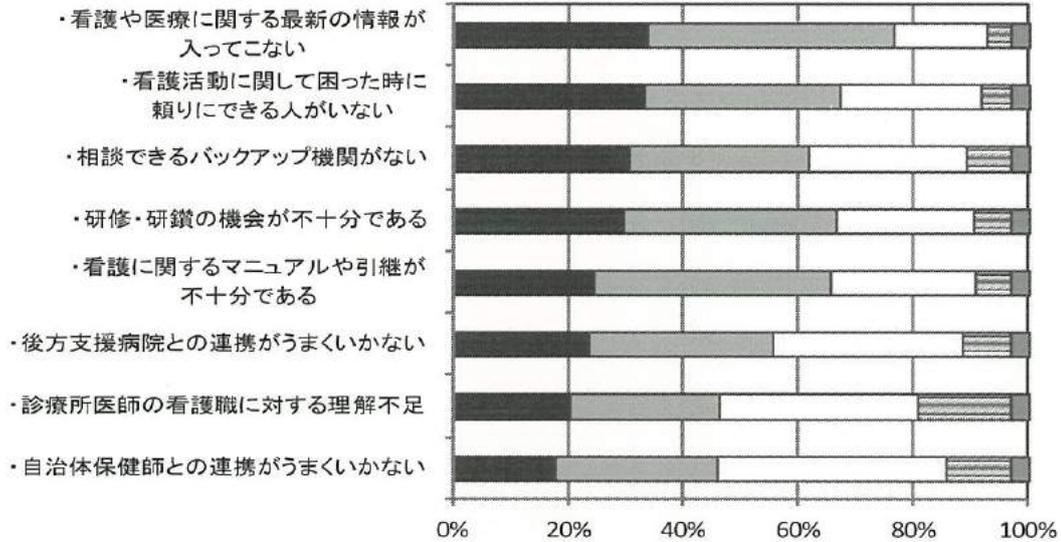
■ 診療所看護職の役割拡大にかかわる問題または課題

- ・質を担保する教育体制・教育プログラム、十分な知識・技術を修得できる教育の機会の確保(13)
- ・看護師不足で研修の機会があっても参加できない、自己啓発の時間を確保できない(8)
- ・職員数の整備や適正な人員配置(マンパワー不足下における看護師の負担の増大、看護師不足)(8)
- ・責任の所在、法整備(7)
- ・医師の考えや理解、協力(6)
- ・サポート体制(バックアップ病院がない、医師が非常勤で相談しにくい、アドバイザーの確保)(5)
- ・医師と看護師の信頼関係、連携がとれていること(3)
- ・基準やルール(2)
- ・看護師の経験年数などによる実践力の差及び意識の差(2)
- ・その他

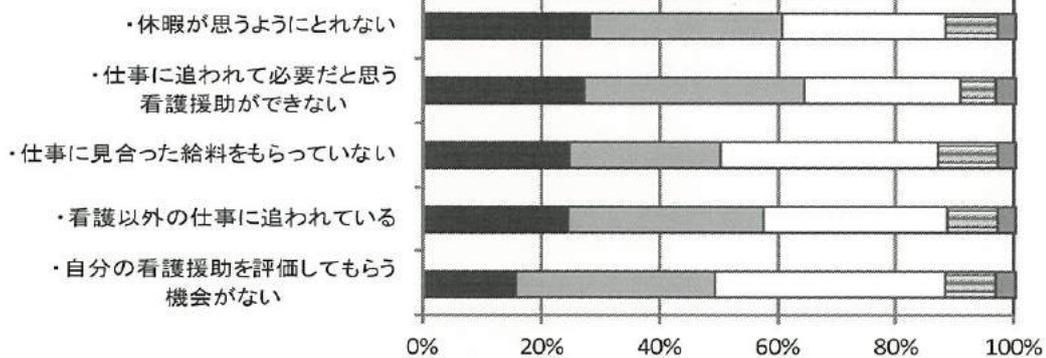
C ハき地診療所看護活動における問題や課題（2013年）

■ **研修・研鑽の機会やサポート・連携の少なさ**

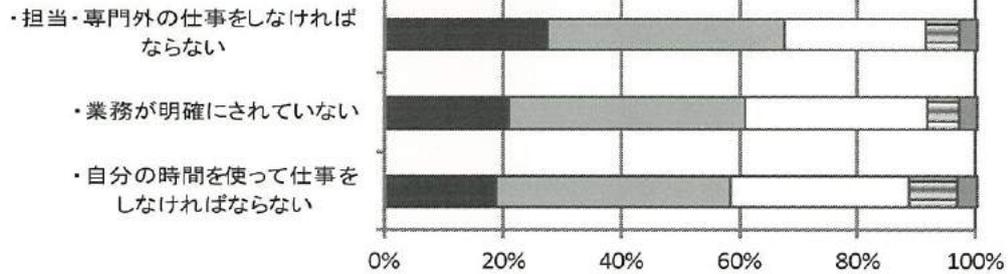
■ かなり感じる ■ 少し感じる □ あまり感じない ■ 全く感じない ■ 無回答



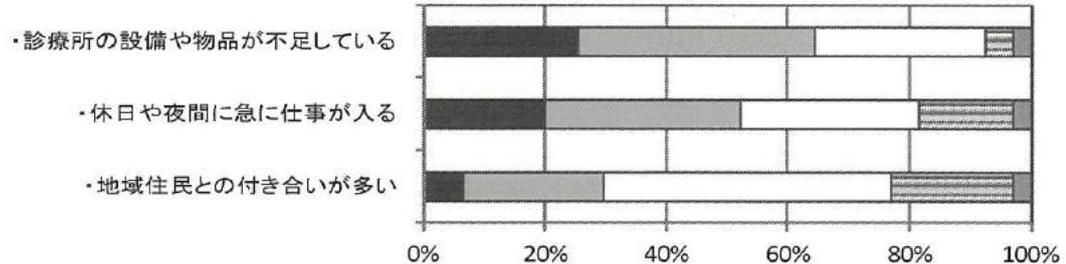
■ **仕事の対価や看護職としての役割発揮において思うような働き方ができていない**



■ **看護業務とそれ以外の業務、仕事と生活、の境界の曖昧さ**



■ **その他**



へき地診療所における看護活動の実態と課題に関する調査 (2013 年度実施版)

この調査紙では、へき地診療所における看護活動発展に向けた示唆を得るために、看護職の方々の日頃の看護活動の実態と、看護職としての今後の役割についてお尋ねします。

日付 _____ 番号 _____

へき地診療所における看護活動の実態と課題に関する調査

問1 あなたご自身についてお尋ねします。

(1) 性別 1. 女性 2. 男性

(2) 年齢 歳

(3) 婚姻状況 1. 既婚 2. 未婚

(4) あなたの出身地は、診療所のある市町村あるいはその近隣ですか。 1. はい 2. いいえ

(5) あなたが住んでいる現住所について、該当する番号に○をつけて下さい。

1. 診療所のある地区（町、村など）と同じ 2. 診療所の近隣市町村 3. その他

(6) あなたが取得している免許について、該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 看護師 2. 准看護師 3. 保健師 4. 助産師
 5. 介護支援専門員（ケアマネジャー） 6. 社会福祉士 7. その他（ ）

(7) あなたの現在の職種について、該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 看護師 2. 准看護師 3. 保健師 4. 助産師

(8) あなたが卒業した看護基礎教育課程について、該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 専門学校（2年課程） 2. 専門学校（3年課程） 3. 短期大学（2年課程）
 4. 短期大学（3年課程） 5. 大学 6. 各種学校
 7. その他（ ）

(9) 看護師（あるいは准看護師）としての実務経験年数は、通算何年何ヶ月ですか。

年 ヶ月

(10) 現在の診療所に就職してから、何年何ヶ月が経ちましたか。

年 ヶ月

(11) 現在の診療所への勤務は、他の病院（施設）からの派遣ですか。

1. 派遣である 2. 派遣ではない

→ (11) - 1 派遣期間は決まっていますか。

1. 決まっている（派遣期間： 年） 2. 決まっていない

→ (11) - 2 どこからの派遣ですか。

1. 都道府県 2. 市町村 3. 民間医療機関 4. その他（ ）

(12) 現在勤務している診療所を選んだ理由を教えてください（複数回答可）。

1. へき地医療に関わりたと思った 2. 出身地である 3. 待遇が良い
 4. 家族の都合 5. その他（ ）

問2 あなたが勤務する診療所の所在地について、該当する番号に○をつけて下さい。

1. 北海道・東北 2. 関東・甲信越 3. 北陸・中部 4. 関西・四国
 5. 中国 6. 九州・沖縄

問3 診療所のある地域について、該当する番号すべてに○をつけて下さい。

- | | | | | |
|------------|---------|-------|--------|---------|
| 1. 山村部 | 2. 島しょ部 | 3. 半島 | 4. 過疎地 | 5. 豪雪地帯 |
| 6. その他 () | | | | |

問4 診療所の設立主体について、該当する番号に○をつけて下さい。

- | | | | | |
|-------|--------|---------|-----------|------------|
| 1. 国保 | 2. 市町村 | 3. 公設民営 | 4. 一部事務組合 | 5. その他 () |
|-------|--------|---------|-----------|------------|

問5 診療所の病床数について、該当する番号に○、() 内に該当する数をお書き下さい。

- | | | |
|-------|------------|-----|
| 1. 無床 | 2. 有床 (病床数 | 床) |
|-------|------------|-----|

問6 あなたを含めて、診療所に勤務する職員について伺います。() 内に該当する人数および職種をお書き下さい。

- | | | |
|----------------------------------|------------|-----------|
| 看護職：常勤 () 人 | 非常勤 () 人 | |
| 医師：常勤 () 人 | 非常勤 () 人 | |
| 事務職：常勤 () 人 | 非常勤 () 人 | |
| 他の医療従事者 (放射線技師、理学療法士 等)：常勤 () 人 | 非常勤 () 人 | |
| 上記以外 (職種 |)：常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |

問7 診療所を利用している患者さんの主な年代について、該当する番号に○をつけて下さい。

- | | | |
|----------|----------------|---------------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20歳以上50歳未満 | 3. 50歳以上65歳未満 |
| 4. 65歳以上 | 5. 特に決まった年代はない | 6. その他 () |

問8 患者さんの受診理由について多いもの、上位2つに○をつけてください。

- | | | |
|--------------|------------|------------------|
| 1. 急な発熱・腹痛など | 2. 慢性疾患の管理 | 3. 不安・不眠など精神的な問題 |
| 4. 事故などによるけが | 5. その他 () | |

問9 診療所を利用している患者さんの主な職業上位3つをお書き下さい。

--

問10 過去1ヶ月の診療所の一日平均外来患者人数として、該当する番号に○をつけて下さい。

- | | | | |
|----------|------------|------------|----------|
| 1. 10人未満 | 2. 20人未満 | 3. 30人未満 | 4. 40人未満 |
| 5. 50人未満 | 6. 60人未満 | 7. 70人未満 | 8. 80人未満 |
| 9. 90人未満 | 10. 100人未満 | 11. 100人以上 | |

問11 診療所が管轄している地域の社会資源として、あるものすべてに○をつけて下さい。

- | | | |
|---------------|-----------------|-----------|
| 1. ホームヘルプサービス | 2. デイサービス又はデイケア | |
| 3. 居宅介護支援事業 | 4. 訪問看護ステーション | 5. 老健又は特養 |
| 6. その他 () | | |

問 12 診療所で訪問看護を実施していますか 1. はい 2. いいえ

問 12-1 「はい」と答えた方にお聞きします。訪問看護の基盤として、該当する番号に○をつけて下さい。

1. 医療保険 2. 介護保険 3. 医療保険と介護保険

問 13 診療所のある地域の特性に関連する健康問題について、該当する番号に○をつけて下さい

(1) 住民が利用可能な保健・医療・福祉・介護に関わる社会資源が不足していることに起因する問題がある。

1. ない 2. ある

(1)-1 「ある」と答えた方にお聞きします。それは具体的に、どのような資源の不足に起因する、どのような問題ですか。下記にお書き下さい。

(2) 住民の在宅療養や在宅介護について、地域特有と思われる問題がある。

1. ない 2. ある

(2)-1 「ある」と答えた方にお聞きします。それは具体的に、どのような問題ですか。下記にお書き下さい。

問 14 現在あなたは、下記に示す看護活動を行っていますか。行っている程度について、該当する番号に○をつけて下さい。

	行っている	少し行っている	あまり行っていない	行っていない
I. 外来看護機能				
1. 健康面や生活面における電話相談 -----	4	3	2	1
2. 外来患者への日常生活指導 -----	4	3	2	1
3. 医師不在時の応急処置や初期対応 -----	4	3	2	1
4. 往診や外来での診察の介助や処置 -----	4	3	2	1
II. コミュニティを基盤とした住民への働きかけ				
5. 要介護高齢者家族に対する介護方法の指導 -----	4	3	2	1
6. 在宅福祉サービス利用に関わる援助 -----	4	3	2	1
7. 往診以外でも患者宅を訪問し健康状態や生活状況を把握 -----	4	3	2	1
8. 要介護高齢者家族に対する助言 -----	4	3	2	1
9. 受診のための送迎や受診手段などの援助 -----	4	3	2	1
10. 健康増進や疾病予防のための教室の企画や開催 -----	4	3	2	1
III. 地域のヘルスケアチームメンバーとしての連携				
11. 関係機関との連絡 -----	4	3	2	1
12. 地域住民同士のネットワークや支え合い、つながり、人間関係を把握 -----	4	3	2	1
13. 地域に必要とされる社会資源を把握すること -----	4	3	2	1
14. 関係機関とのミーティングへの参加 -----	4	3	2	1
15. 住民のニーズに関する自治体や関係機関への働きかけ -----	4	3	2	1
16. 健康診断、予防接種、乳幼児健診時の介助 -----	4	3	2	1
IV. 救急対応				
17. 救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り -----	4	3	2	1
18. 救急搬送時の付き添い -----	4	3	2	1
19. 救急搬送時の初期対応 -----	4	3	2	1
V. その他				
20. その他（上記以外で、あなたが診療所で行っている看護活動がありましたら具体的にお書き下さい）				

問15 診療所において、これまでに医師の指示のもと、あなたが経験したことがある内容で該当する番号に○をつけて下さい。

	頻繁に経験している	時折経験している	あまり経験したことがない	経験したことがない
1. 胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換 -----	4	3	2	1
2. 直接動脈穿刺による採血 -----	4	3	2	1
3. 腹部超音波検査の実施 -----	4	3	2	1
4. 心臓超音波検査の実施 -----	4	3	2	1
5. 経口・経鼻挿管の実施 -----	4	3	2	1
6. 褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血 -----	4	3	2	1
7. 動脈ラインの確保 -----	4	3	2	1
8. 膀胱ろうカテーテルの交換 -----	4	3	2	1
9. 血糖値に応じたインスリン投与量の判断 -----	4	3	2	1
10. 脱水の程度の判断と輸液による補正 -----	4	3	2	1
11. がん疼痛治療等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じた オピオイドの投与量調整 -----	4	3	2	1
12. がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じた 非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整 -----	4	3	2	1
13. その他、医師の指示のもとあなたが経験のしたことのある医療行為がありましたらお書きください。				

問16 問15で質問した医師の指示のもと医療行為を実施する場合、取決め事項またはプロトコルがありますか。

	あ る	な い
1. 胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換 -----	2	1
2. 直接動脈穿刺による採血 -----	2	1
3. 腹部超音波検査の実施 -----	2	1
4. 心臓超音波検査の実施 -----	2	1
5. 経口・経鼻挿管の実施 -----	2	1
6. 褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血 -----	2	1
7. 動脈ラインの確保 -----	2	1
8. 膀胱ろうカテーテルの交換 -----	2	1
9. 血糖値に応じたインスリン投与量の判断 -----	2	1
10. 脱水の程度の判断と輸液による補正 -----	2	1
11. がん疼痛治療等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じた オピオイドの投与量調整 -----	2	1
12. がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じた 非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整 -----	2	1

問17 今後、診療所において看護職の役割拡大すべき内容(臨床推論能力、医療行為等)についてお尋ねします。該当する番号に○をつけて下さい。

	大変必要である	必要である	あまり必要でない	必要でない
1. 胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換 -----	4	3	2	1
2. 直接動脈穿刺による採血 -----	4	3	2	1
3. 腹部超音波検査の実施 -----	4	3	2	1
4. 心臓超音波検査の実施 -----	4	3	2	1
5. 経口・経鼻挿管の実施 -----	4	3	2	1
6. 褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血 -----	4	3	2	1
7. 動脈ラインの確保 -----	4	3	2	1
8. 膀胱ろうカテーテルの交換 -----	4	3	2	1
9. 血糖値に応じたインスリン投与量の判断 -----	4	3	2	1
10. 脱水の程度の判断と輸液による補正 -----	4	3	2	1
11. がん疼痛治療等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じた オピオイドの投与量調整 -----	4	3	2	1
12. がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じた 非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整 -----	4	3	2	1
13. その他(上記の内容以外で、あなたが役割拡大する必要とを感じる内容がありましたら具体的にお書きください。				

問18 今後、診療所において看護職の役割拡大(臨床推論能力、医療行為等)していく場合、問題または課題になることがありましたら具体的にお書きください。

問 19 下記のへき地における看護活動について、どの程度問題や課題であると感じていますか。
該当する番号に○をつけて下さい。

	全く感じない	あまり感じない	少し感じる	かなり感じる
1. 担当・専門以外の仕事をしなければならないことは、 問題や課題であると -----	4	3	2	1
2. 職場の中で業務が明確にされていないことは、 問題や課題であると -----	4	3	2	1
3. 自分の時間を使って仕事をいなければならないことは、 問題や課題であると -----	4	3	2	1
4. 休日や夜間に急に仕事が入ることは、問題や課題であると -----	4	3	2	1
5. 地域住民との付き合いが多いことは、問題や課題であると -----	4	3	2	1
6. 診療所の設備や物品が不足していることは、 問題や課題であると -----	4	3	2	1
7. 診療所医師の看護職に対する理解不足は、問題や課題であると-----	4	3	2	1
8. 自治体保健師との連携がうまくいかないことは、問題や課題であると-----	4	3	2	1
9. 相談できるバックアップ機関がないことは、問題や課題であると-----	4	3	2	1
10. 看護に関するマニュアルや引継ぎが不十分であることは、 問題や課題であると -----	4	3	2	1
11. 看護活動に関して困った時に頼りにできる人がいないことは、 問題や課題であると -----	4	3	2	1
12. 仕事に追われて必要だと思う看護援助ができないことは、 問題や課題であると -----	4	3	2	1
13. 仕事に見合った給料をもらっていないことは、問題や課題であると-----	4	3	2	1
14. 自分が行った看護援助を評価してくれる機会がないことは、 問題や課題であると -----	4	3	2	1
15. 研修・研鑽の機会が不十分であることは、問題や課題であると -----	4	3	2	1
16. 休暇が思うように取れないことは、問題や課題であると-----	4	3	2	1
17. 看護以外の仕事に追われていることは、問題や課題であると-----	4	3	2	1
18. 看護や医療に関する最新の情報が入ってこないことは、 問題や課題であると -----	4	3	2	1
19. 後方支援病院との連携がうまくいかないことは、 問題や課題であると -----	4	3	2	1

問20 地域における保健医療福祉従事者との連携についてお尋ねします。

(1) あなたは診療所のある地域の保健師が誰かを知っていますか。

1. 知っている	2. 知らない
----------	---------

(2) 地域ケア会議など、他の保健医療福祉従事者と連携するために、話し合いの場に参加することがありますか。

1. ある	2. <u>ない</u>
-------	--------------

→ (1) - 1 そのような場の必要性を感じますか。

1. 感じる	2. 感じない
--------	---------

(3) 地域住民がかかえる健康問題の検討・解決に向けて、保健師を含め、市町村役場と連携することがありますか。

1. <u>ある</u>	2. ない
--------------	-------

→ (3) - 1 役場の職員は、地域ケア会議のメンバーですか。

1. はい (常に)	2. はい (問題に応じて)	3. いいえ
------------	----------------	--------

(4) 地域住民がかかえる健康問題の検討・解決に向けて、学校と連携することがありますか。

1. <u>ある</u>	2. ない
--------------	-------

→ (4) - 1 学校の職員は、地域ケア会議のメンバーですか。

1. はい (常に)	2. はい (問題に応じて)	3. いいえ
------------	----------------	--------

問21 あなたが現在、診療所を中心とした看護活動の中で上手くしている事例または上手くいった事例についてお聞かせください。

(1) 診療所を中心とした看護活動の中で、地域の関係機関と連携しながら「在宅での看取り」で上手くいった事例がありますか。

1. <u>ある</u>	2. ない
--------------	-------

→ (1) - 1 それはどのようなことですか。具体的にお書きください。

(2) 診療所を中心とした看護活動の中で、地域の関係機関と連携しながら「介護予防活動」で上手くいった事例がありますか。

1. ある 2. ない

→ (2) - 1 それはどのようなことですか。具体的にお書きください。

(3) 診療所を中心とした看護活動の中で、地域の関係機関と連携しながら「成人期の健康づくり活動」で上手くいった事例がありますか。

1. ある 2. ない

→ (3) - 1 それはどのようなことですか。具体的にお書きください。

(4) 診療所を中心とした看護活動の中で、地域の関係機関と連携しながら「母子への支援、育児支援、思春期保健」で上手くいった事例はありますか。

1. ある 2. ない

→ (4) - 1 それはどのようなことですか。具体的にお書きください。

問 22 全体として、今の仕事に満足していますか。

1. 満足 2. 少し満足 3. あまり満足していない 4. 満足していない

問 23 今後も、看護職を続けたいと思いますか。

1. 思う 2. 少し思う 3. あまり思わない 4. 思わない

問 24 今後も、現在の職場で看護職を続けたいと思いますか。

1. 思う 2. 少し思う 3. あまり思わない 4. 思わない

この調査・研究に関してご意見・ご感想がありましたら、ご自由にお書き下さい。

--

ご協力、ありがとうございました。

2) 高度医療と地域医療をつなぐ看護職の役割拡大に関するニーズ調査

研究テーマ2 研究代表者 教授 春山早苗

(1) 調査組織

研究代表者 研究テーマ2 企画委員会 春山早苗
共同研究者 研究テーマ2 企画委員会 永井優子
地域ケア実践看護師フォローアップシステム委員会 千葉理恵
研究テーマ1 プログラム実施・評価委員会 横山由美
研究テーマ1・研究テーマ2企画委員会 小谷妙子
業務補助 菊地陽

(2) 調査の概要

調査目的：地域医療に求められる実践能力とリーダーシップ性を強化したケアとケアを統合する地域包括ケアのリーダーを担う高度実践看護師の育成のための教育内容について示唆を得ることを目的とした。

調査方法：調査項目は、倫理的問題、コンサルテーション等看護援助に関すること、判断を含めた医療技術に関すること、教育体制や医療・ケア連携体制等看護管理に関することとし、郵送による無記名自記式質問紙調査により調べた。

調査対象：①へき地医療拠点病院 261 施設、②①以外の単科ではなく、産科や小児科がある 100 床以上 400 床未満の医療機関 268 施設の看護職、各 3 名とした。また、本学附属病院よりへき地医療拠点病院等への派遣経験のある看護師 120 名も対象としたが、本報告書ではそれに関する結果は掲載していない。

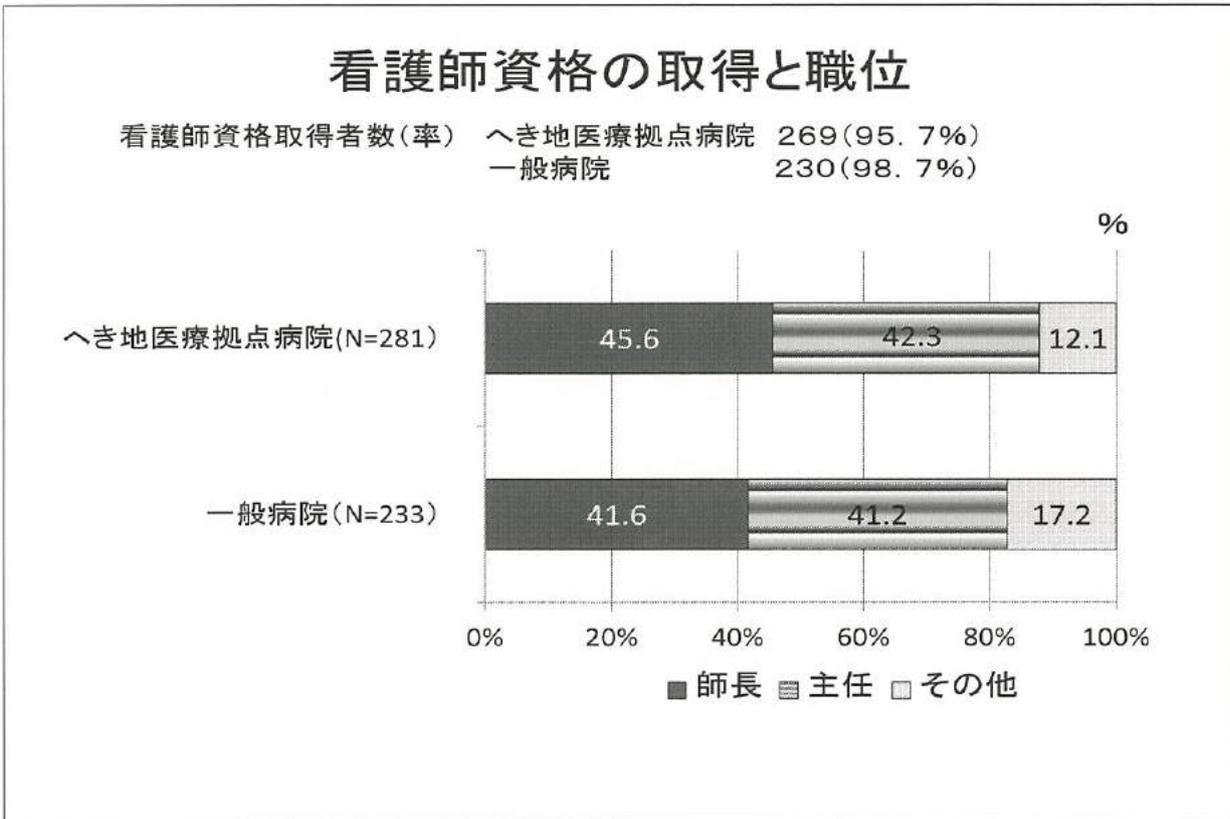
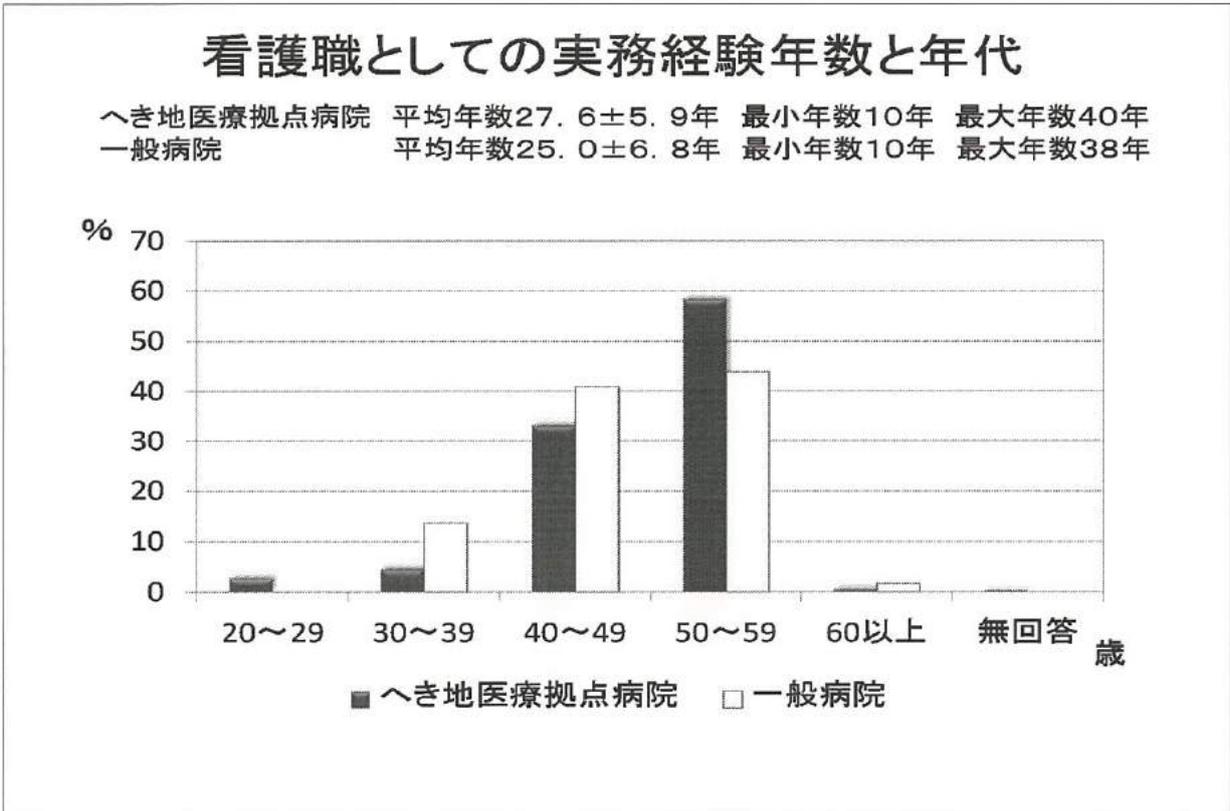
調査期間：2012 年 11 月 13 日～2013 年 1 月 10 日

回収数 (回収率)：

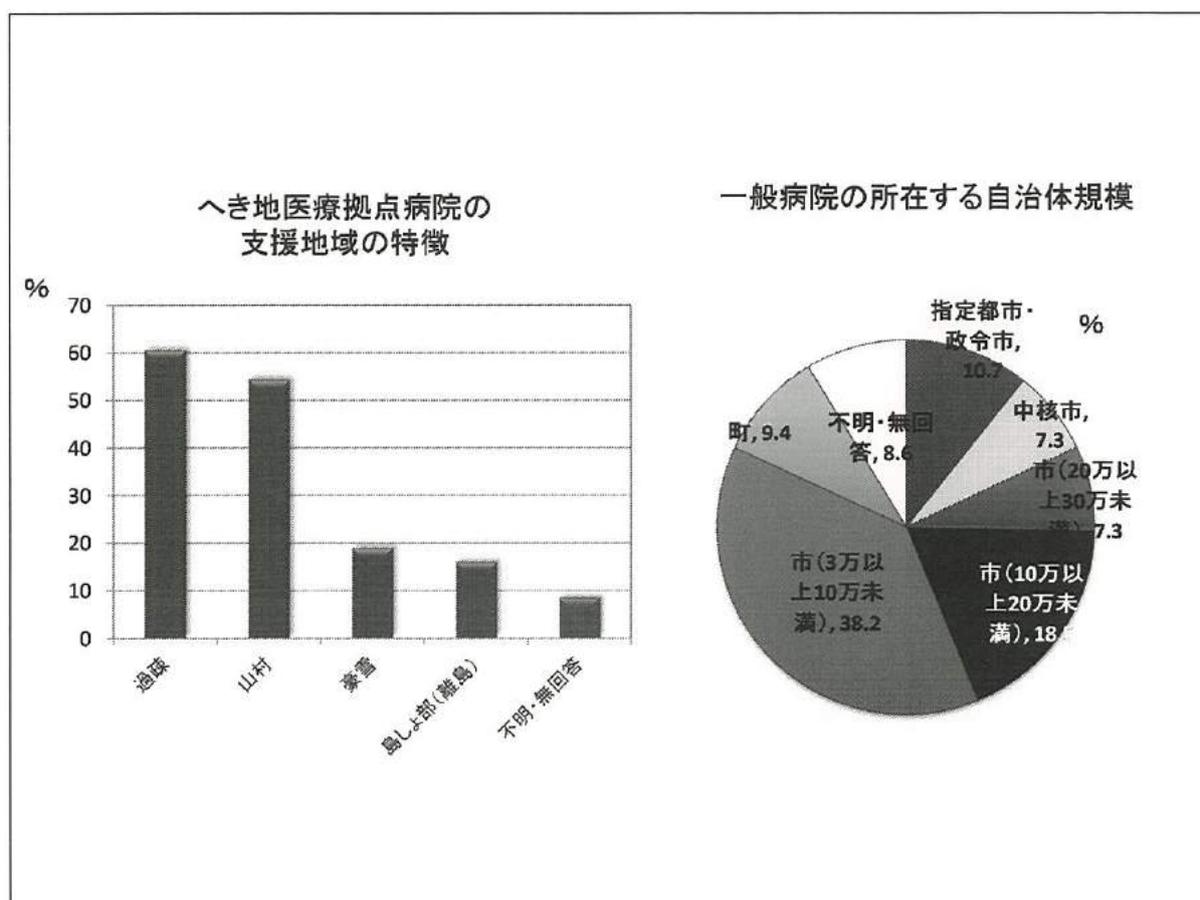
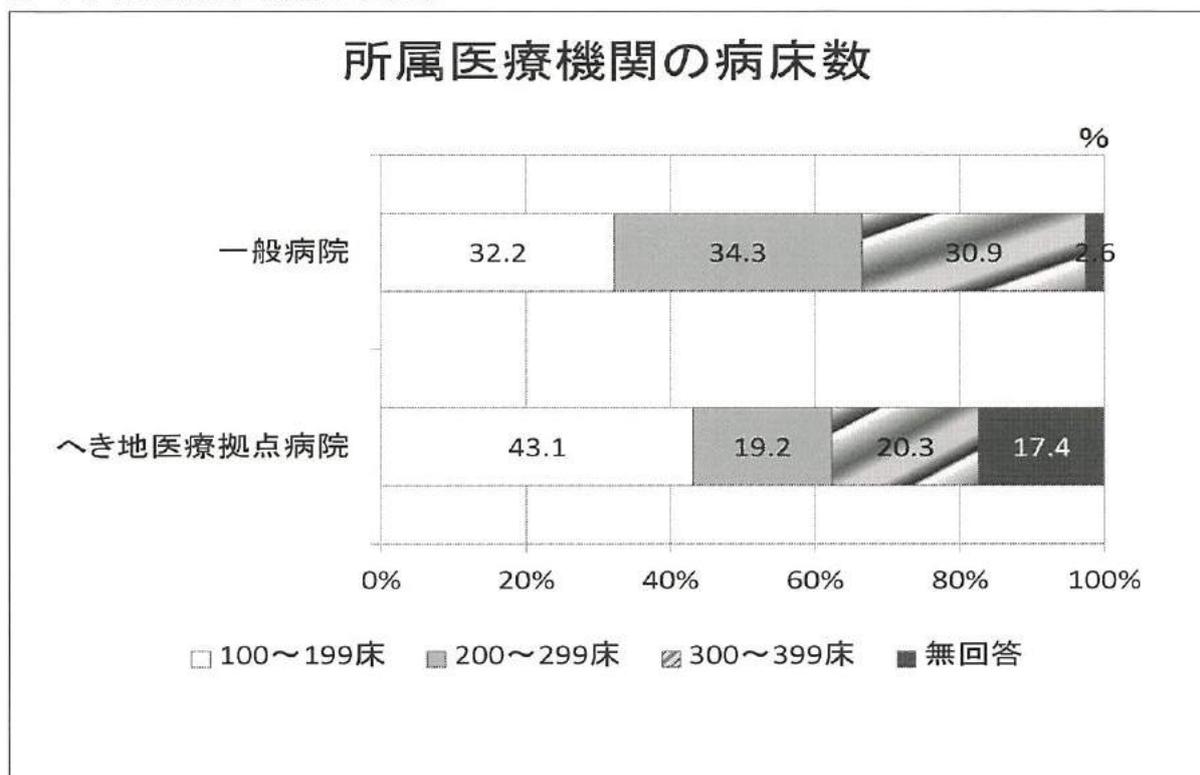
- ① へき地医療拠点病院 (各施設 3 人、配付数 783) 回収数 (率) 281 (35.9%)
- ② 100 床～400 床未満・単科ではない・産科や小児科がある施設 (各 3 人、配付数 804)
回収数 (率) 233 (29.0%)

(3) 調査結果

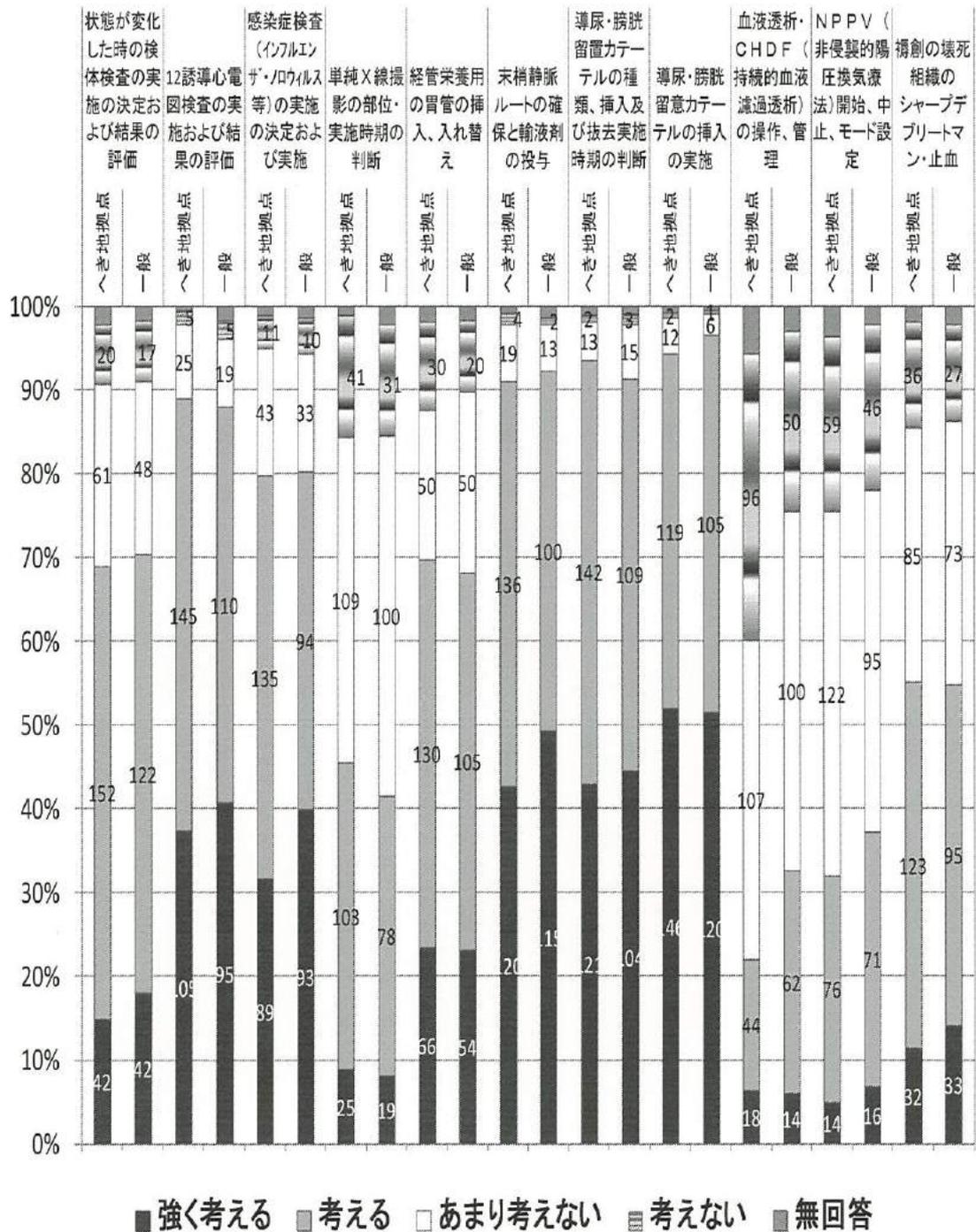
A 回答者の概要



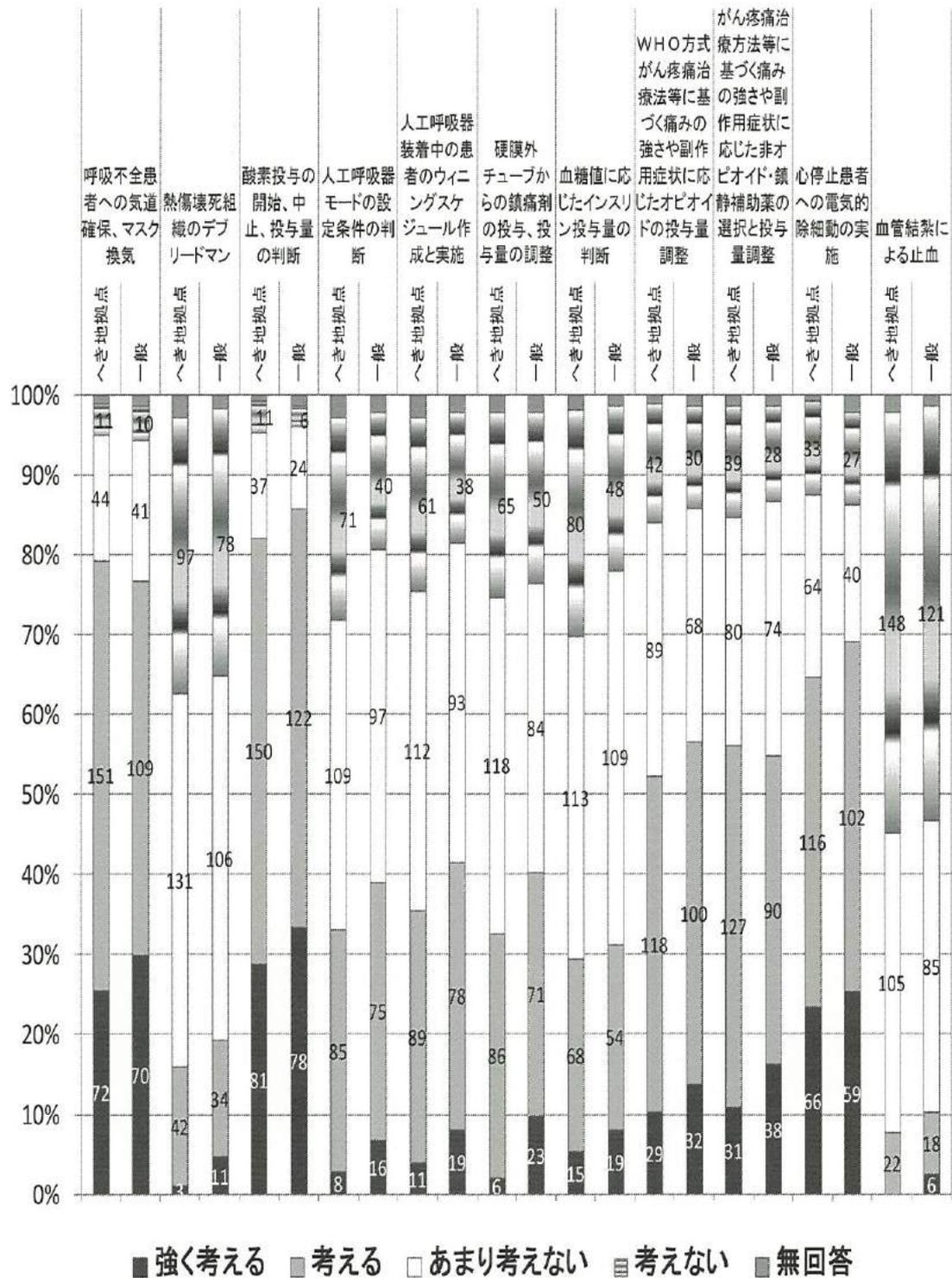
B 回答者の所属医療機関の概要



C 看護師が行えることによって患者に利益がもたらされると考える程度



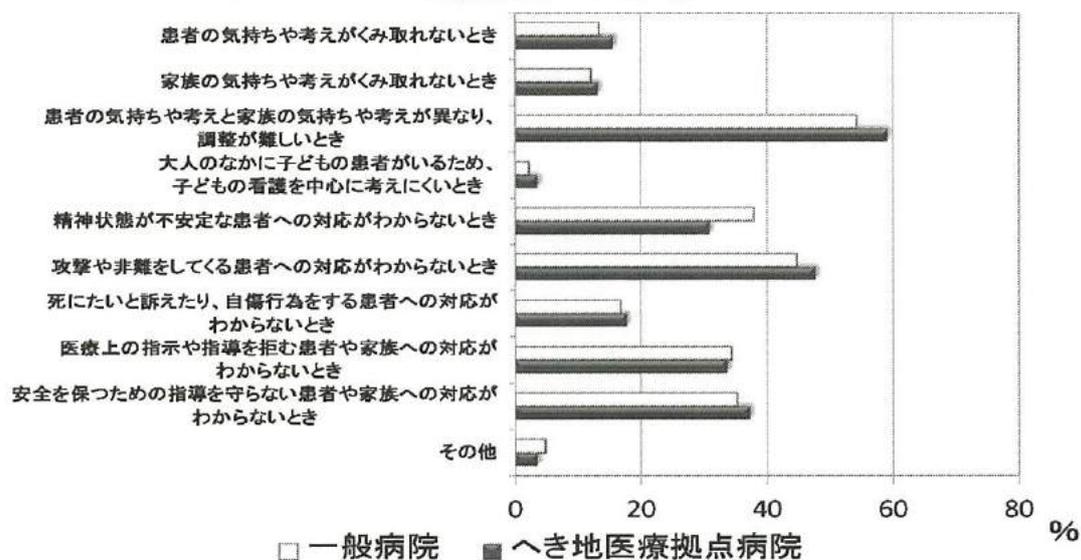
○ 看護師が行えることによって患者に利益がもたらされると考える程度（つづき）



D 看護実践にかかわるコンサルテーション及び倫理調整の課題等

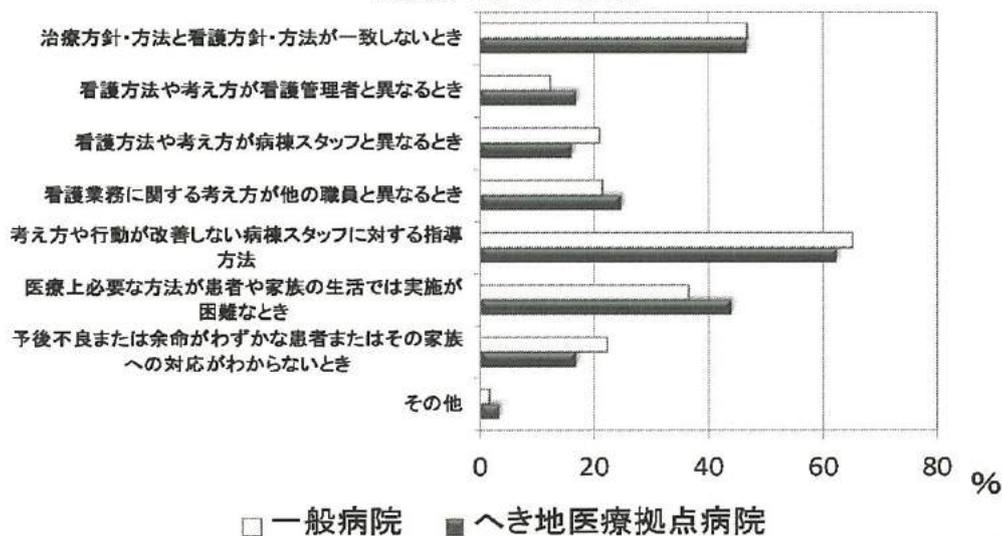
患者・家族の直接ケア上の困難・困惑で相談したいとき

(複数回答 3つまで)

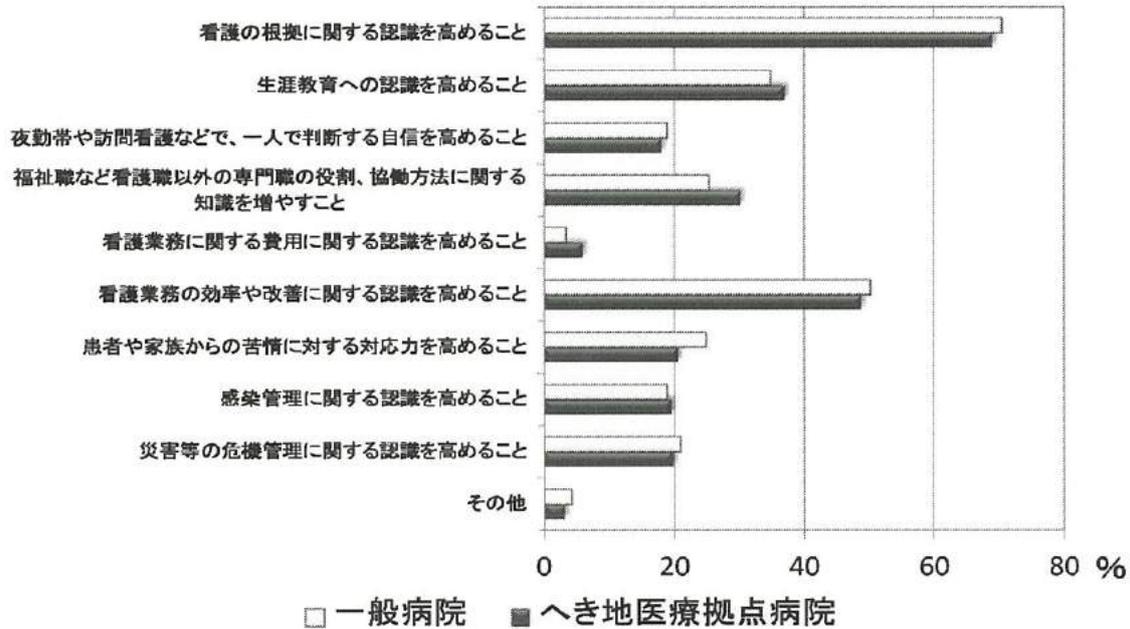


医療チームとしての困難・困惑で相談したいとき

(複数回答 3つまで)

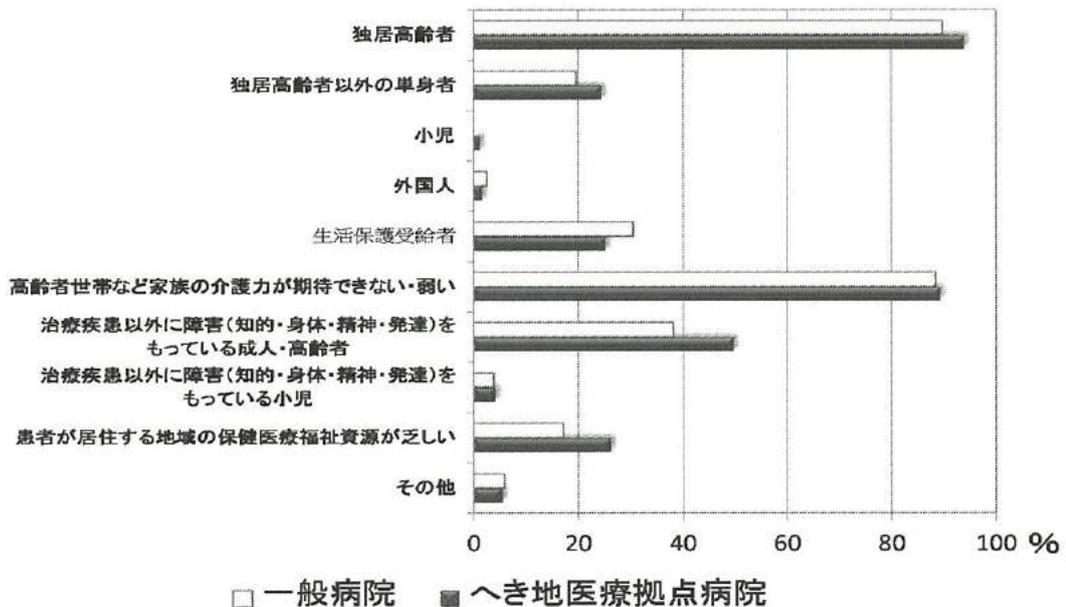


所属部署の看護実践能力の向上のために必要なこと (複数回答 3つまで)



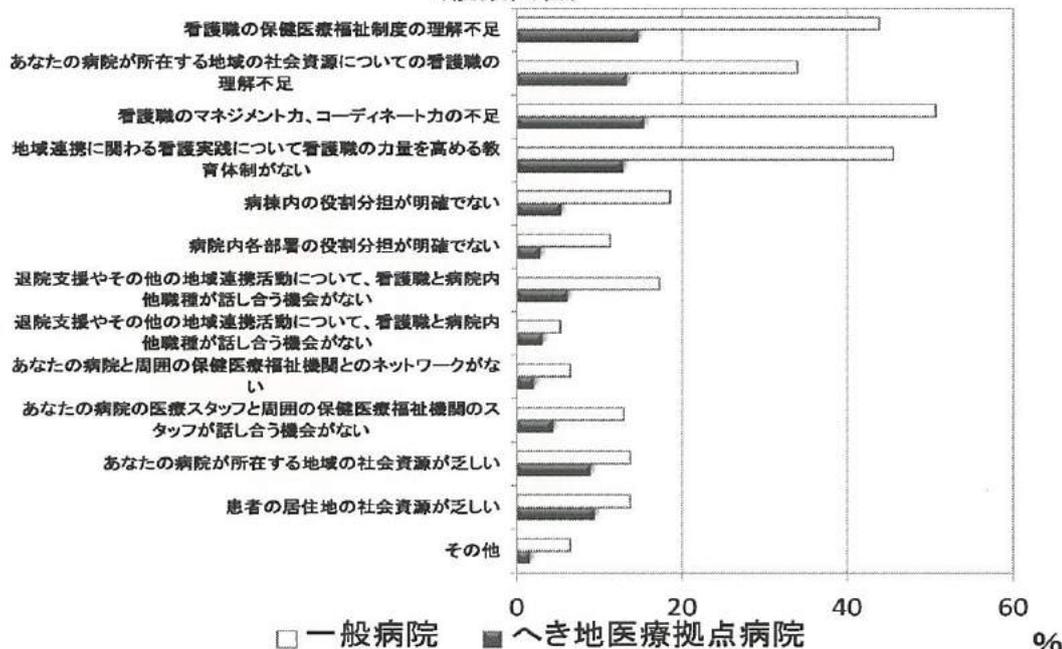
E 地域連携に関する活動活動

退院支援において困難が生じやすい場合 (複数回答)



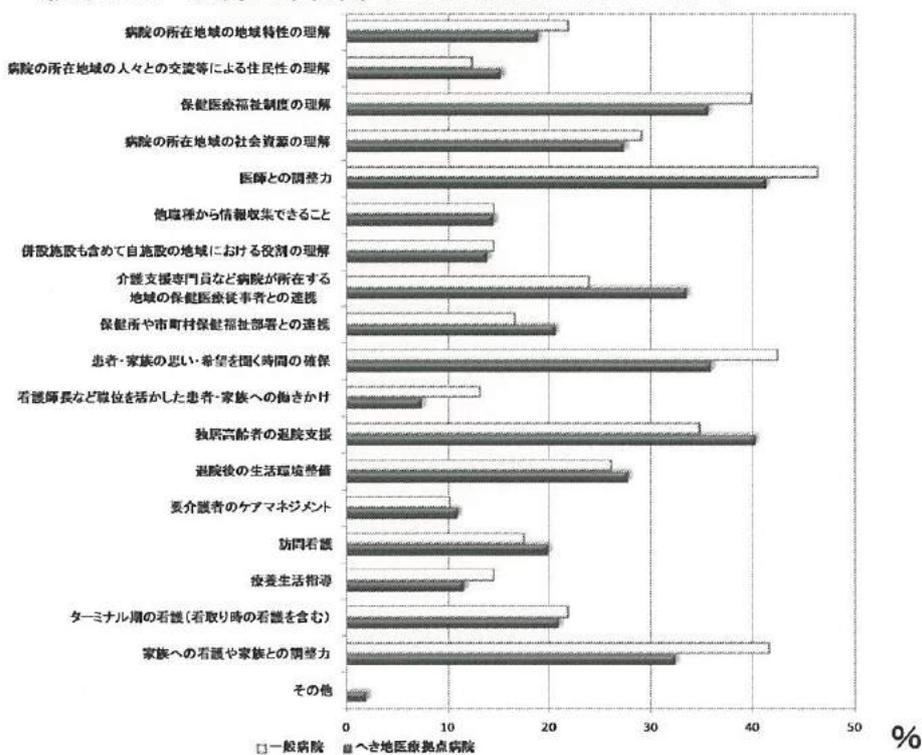
地域連携活動に困難が生じる原因

(複数回答)

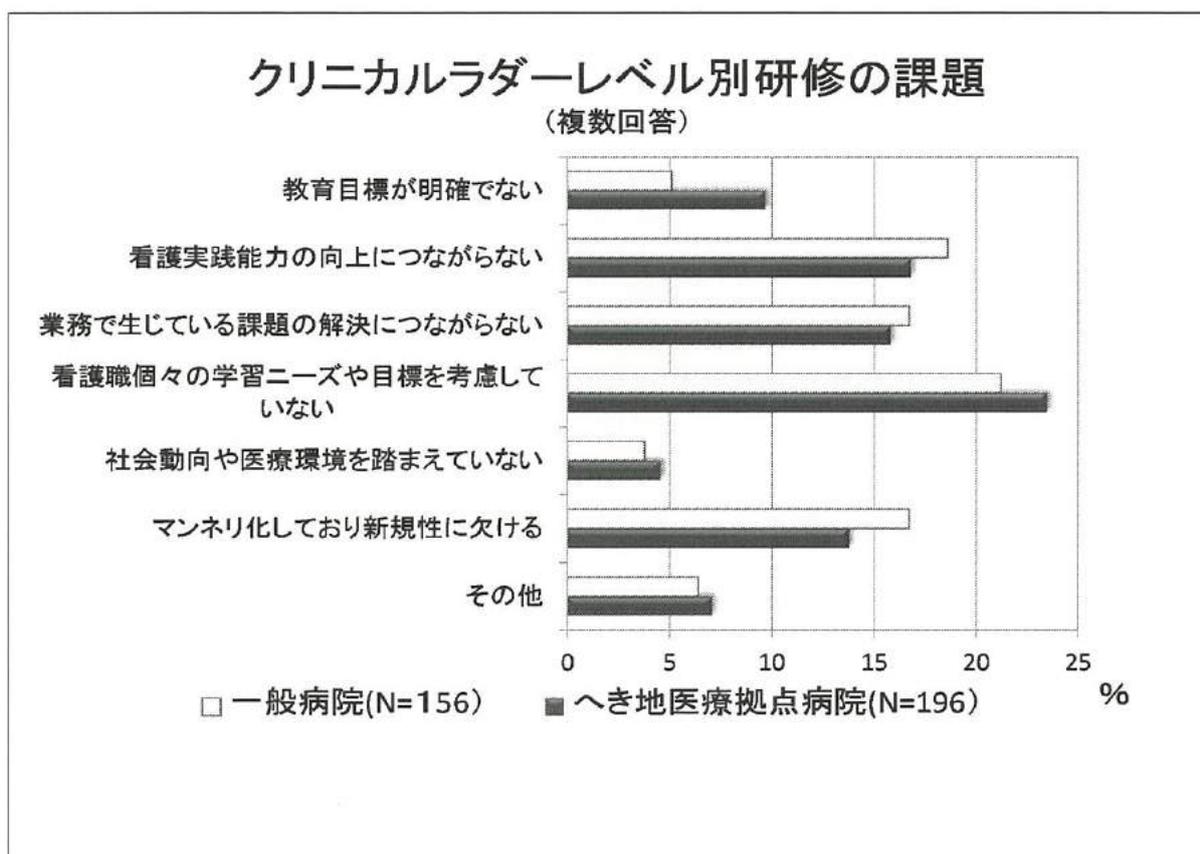
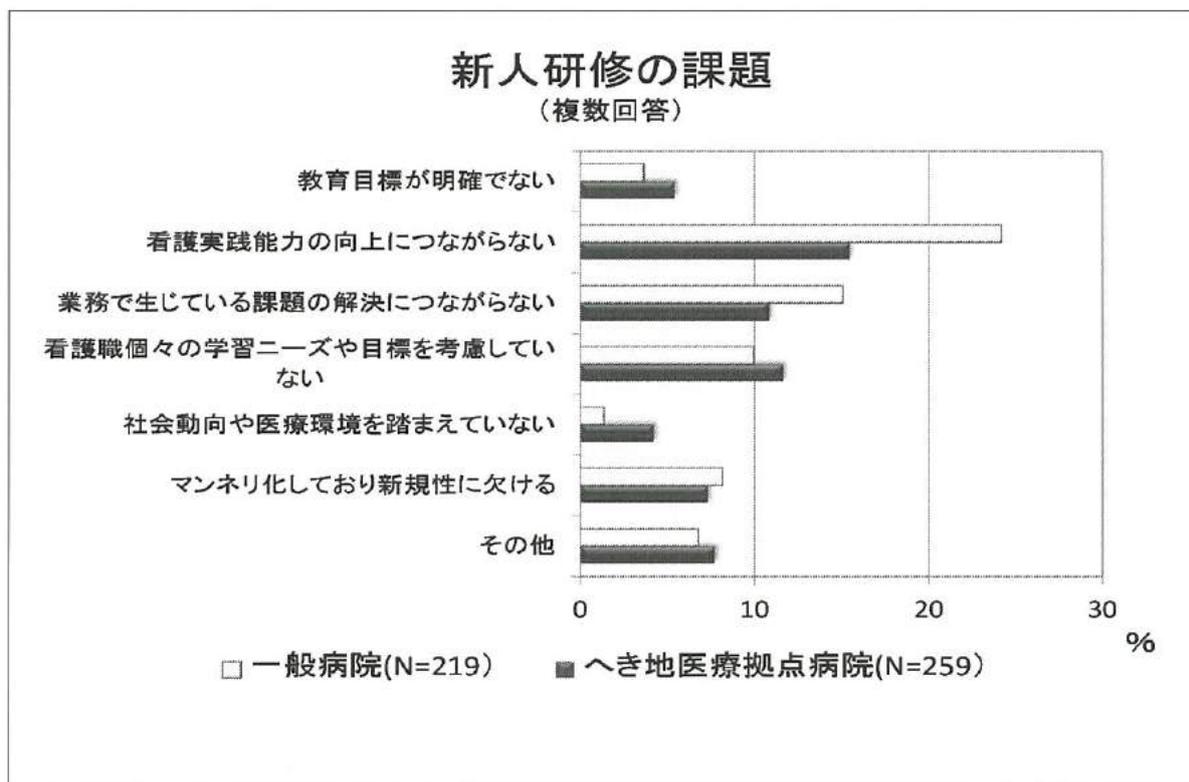


地域連携活動に関して看護職に求められること

(複数回答 所属医療機関で重要だと思うもの5つ以内)

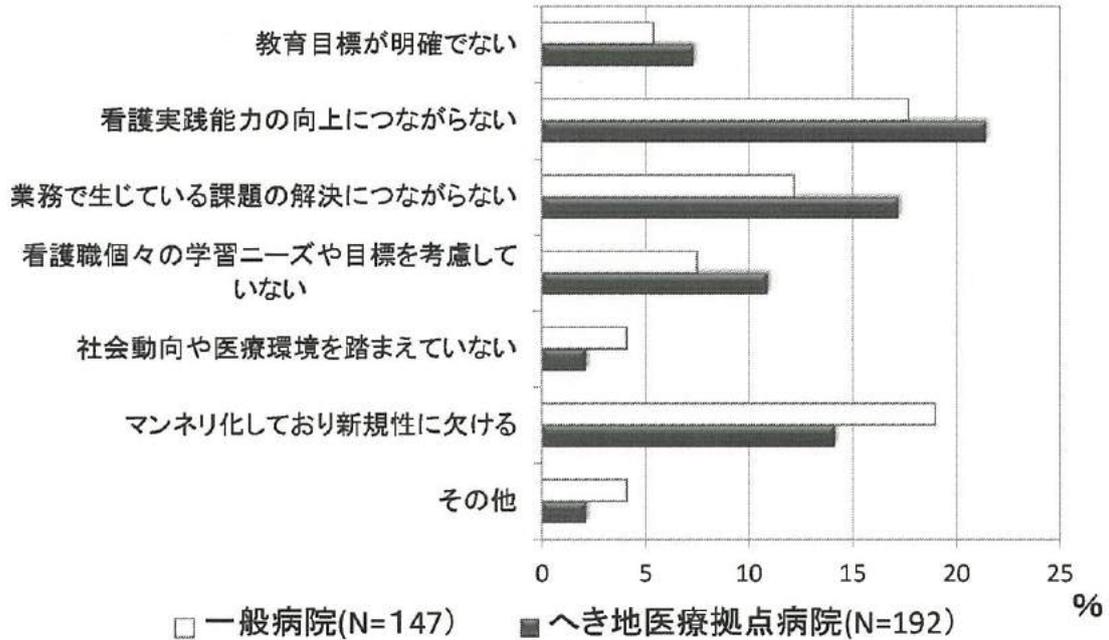


F 院内教育プログラムの課題



リーダー研修の課題

(複数回答)



G 調査結果から求められる教育内容

一事例や演習を含めた実践的知識とスキルトレーニング

- 家族看護アセスメントと家族関係の調整方法
- 患者と医療者の安全に関する精神症状や問題行動のアセスメントと対応方法
- 医療チーム、特に医師とのアサーティブなコミュニケーションのスキルトレーニング
- 地域包括ケアチームにおける他職種連携に関する理論と方法
- 家族の介護力が期待できない、または当該地域に社会資源が少ない場合の他院支援スキル
(独居高齢者、高齢者世帯、単身者、障がい者等)
- 保健医療福祉制度の理解と退院調整・退院支援にかかわるマネジメント力・コーディネート力

高度医療と地域医療をつなぐ
看護職の役割拡大に関するニーズ調査

【へき地医療拠点病院用】

高度医療と地域医療をつなぐ
看護職の役割拡大に関するニーズ調査

I あなたの勤務されている医療機関とあなたご自身のことについておうかがいします。

問1 病院が所在する市町村について、該当する番号に○をつけて下さい。

- | | | | |
|-----------------------|------------------------|------|----------|
| 1. 指定都市・政令市（人口50万人以上） | 2. 中核市（人口50万人未満30万人以上） | | |
| 3. 市（人口20万人以上30万人未満） | 4. 市（人口20万人未満10万人以上） | | |
| 5. 市（人口10万人未満3万人以上） | 6. 町 | 7. 村 | 8. わからない |

問2 病院の設立主体について、該当する番号に○をつけて下さい。

- | | | | |
|-------------------------|-----------|------------|-------------|
| 1. 都道府県 | 2. 市町村 | 3. 一部事務組合 | 4. 地方独立行政法人 |
| 5. 公的団体（日赤、済生会、厚生連、北社協） | 6. 国立病院機構 | 7. 医師会 | |
| 8. 社会医療法人 | 9. 医療法人 | 10. 社会福祉法人 | 11. その他 |

問3 病院の全病床数について、該当する番号に○をつけて下さい。

- | | | |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. 100～199床 | 2. 200～299床 | 3. 300～399床 |
|-------------|-------------|-------------|

問4 あなたの性別について伺います。

- | | |
|-------|-------|
| 1. 女性 | 2. 男性 |
|-------|-------|

問5 あなたの年齢について伺います。

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. 20代 | 2. 30代 | 3. 40代 | 4. 50代 | 5. 60代 |
|--------|--------|--------|--------|--------|

問6 あなたが取得している資格について、該当する番号すべてに○をつけて下さい。

- | | | | |
|---------|--------|--------|------------|
| 1. 看護師 | 2. 助産師 | 3. 保健師 | 4. 介護支援専門員 |
| 5. その他（ | | | ） |

問7 看護職としての実務経験年数は何年ですか。

（		）年
---	--	----

問8 あなたの現在の職位について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | | | |
|-------|-------|---------|--|---|
| 1. 師長 | 2. 主任 | 3. その他（ | | ） |
|-------|-------|---------|--|---|

問9 現在の職位についてから、何年になりますか。

（		）年
---	--	----

問10 あなたの現在の所属病棟・部署に該当する番号に◎を、これまでに経験したことのある病棟・部署に該当する番号すべてに○をつけて下さい。

- | | | | |
|-------------|----------|--------------|---------|
| 1. 内科病棟 | 2. 外科病棟 | 3. 内科・外科混合病棟 | 4. 小児病棟 |
| 5. 産科／婦人科病棟 | 6. 精神科病棟 | 7. 救急部署 | |
| 8. その他（ | | | ） |

Ⅱ 看護実践にかかわるコンサルテーション及び倫理調整の課題等についておうかがいします。

問1. あなたが患者やその家族に直接看護をしているときに、困ったり、迷ったりして、誰かに相談したいと思ったことはありますか。

次の項目のなかから該当するものを3つ以内で選び○をつけてください。

- a. 患者の気持ちや考えがくみ取れないとき
- b. 家族の気持ちや考えがくみ取れないとき
- c. 患者の気持ちや考えと家族の気持ちや考えが異なり、調整が難しいとき
- d. 大人のなかに子どもの患者がいるため、子どもの看護を中心に考えにくいとき
- e. 精神状態が不安定な患者への対応がわからないとき
- f. 攻撃や非難をしてくる患者への対応がわからないとき
- g. 死にたいと訴えたり、自傷行為をする患者への対応がわからないとき
- h. 医療上の指示や指導を拒む患者や家族への対応がわからないとき
- i. 安全を保つための指導を守らない患者や家族への対応がわからないとき
- j. その他(具体的にお書きください)

問2. あなたが看護実践をしているときに、医療チームとしてどのようにしたらよいか困ったり、迷ったりして誰かに相談したいと思ったことはありますか。

次の項目の中から該当するものを3つ以内で選び○をつけてください。

- a. 治療方針・方法と看護方針・方法が一致しないとき
- b. 看護方法や考え方が看護管理者と異なるとき
- c. 看護方法や考え方が病棟スタッフと異なるとき
- d. 看護業務に関する考え方が他の職員と異なるとき
- e. 考え方や行動が改善しない病棟スタッフに対する指導方法
- f. 医療上必要な方法が患者や家族の生活では実施が困難なとき
- g. 予後不良または余命がわずかな患者またはその家族への対応がわからないとき
- h. その他(具体的にお書きください)

問3. あなたの部署の看護実践能力を高めるために、あなたが必要だと思うことがありますか。

次の項目の中から該当するものを3つ以内で選び○をつけてください。

- a. 看護の根拠に関する認識を高めること
- b. 生涯教育への認識を高めること
- c. 夜勤帯や訪問看護などで、一人で判断する自信を高めること
- d. 福祉職など看護職以外の専門職の役割、協働方法に関する知識を増やすこと
- e. 看護業務に関する費用に関する認識を高めること
- f. 看護業務の効率や改善に関する認識を高めること
- g. 患者や家族からの苦情に対する対応力を高めること
- h. 感染管理に関する認識を高めること
- i. 災害等の危機管理に関する認識を高めること
- j. その他(具体的にお書きください)

Ⅲ 特定医行為および一般の医行為について、あなたのお考えをおうかがいします。

問 以下の医行為について、看護師が行えることによって患者に利益がもたらされると考える程度に○をつけて下さい。

1：強く考える 2：考える 3：あまり考えない 4：考えない

特定医行為および一般の医行為	1	2	3	4
A 状態が変化した時の検体検査の実施の決定および結果の評価				
B 12誘導心電図検査の実施および結果の評価				
C 感染症検査（インフルエンザ・ノロウイルス等）の実施の決定および実施				
D 単純X線撮影の部位・実施時期の判断				
E 経管栄養用の胃管の挿入、入れ替え				
F 末梢静脈ルートの確保と輸液剤の投与				
G 導尿・膀胱留置カテーテルの種類、挿入及び抜去実施時期の判断				
H 導尿・膀胱留置カテーテルの挿入の実施				
I 血液透析・CHDF（持続的血液濾過透析）の操作、管理				
J NPPV（非侵襲的陽圧換気療法）開始、中止、モード設定				
K 褥創の壊死組織のシャープデブリードマン・止血				
L 呼吸不全患者への気道確保、マスク換気				
M 心停止患者への電氣的除細動の実施				
N 酸素投与の開始、中止、投与量の判断				
O 人工呼吸器モードの設定条件の判断				
P 人工呼吸器装着中の患者のウィニングスケジュール作成と実施				
Q 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整				
R 血糖値に応じたインスリン投与量の判断				
S WHO方式がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じたオピオイドの投与量調整				
T WHO方式がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じた非オピオイド・鎮静補助薬の選択と投与量調整				
U 熱傷の壊死組織のデブリードマン				
V 血管結紮による止血				
W その他 ()				

IV あなたの病院の看護師教育体制・看護管理について、おうかがいします。

問1 院内教育プログラムについて伺います。回答はすべて下の表に記入して下さい。

1) あなたの病院で行われている教育プログラムについて、該当するものに○をつけて下さい。

2) 1) で○をつけた教育プログラムについて、企画者は誰ですか。下の枠内から該当する番号を選んで表に記入して下さい。

①看護部長	②教育担当副看護部長	③研修・教育委員会	④病院長
⑤病院事務職員	⑥医師	⑦その他（具体的に記入して下さい）	

3) 各プログラムについて課題と思われることはありますか。下の枠内から該当する番号をすべて選んで表に記入して下さい。

①教育目標が明確でない	②看護実践能力の向上につながらない
③業務で生じている課題の解決につながらない	④看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない
⑤社会の動向や医療環境を踏まえていない	⑥マンネリ化しており新規性に欠ける
⑦その他（具体的に記入して下さい）	

【回答記入表】

1) 教育プログラム *該当するものに○をつけて下さい	2) 企画者	3) 課題
A 新人研修		
B 経験年数別研修		
C クリニカルラダーレベル別研修		
D 看護師長研修		
E リーダー研修		
F 他職種とともに看護職も参加できる研修会 *例を記載してください（ ）		
G 他職種とともに看護職も参加できる講演会 *例を記載してください（ ）		
H その他 （ ）		

問2 あなたの病院の状況について、該当する番号すべてに○をつけてください。

- ① 看護部長は認定看護管理者教育課程サードレベルを受講している
- ② ほとんどの看護師長は認定看護管理者教育課程セカンドレベルを受講している
- ③ 主任クラスの看護職は認定看護管理者教育課程ファーストレベルを受講している
- ④ 看護部はスタッフを院外の研修に積極的に参加させている
- ⑤ 看護部はスタッフの認定看護師資格取得や認定看護師確保に積極的である
- ⑥ 看護部はスタッフの専門看護師資格取得や専門看護師確保に積極的である
- ⑦ 看護部はスタッフの大学・大学院進学を積極的に支援している

V あなたの病院の地域連携に関する活動について、おうかがいします。

問1 あなたの病院には地域連携部署がありますか。

①はい ②いいえ

問2 あなたの病院では各病棟に退院支援を役割とする看護職を置いていますか。

①はい ②いいえ

問3 あなたの病院で、退院支援を主に担っているのは誰ですか。該当する番号すべてに○をつけてください。

- ①病棟看護師 ②病棟看護師長 ③外来看護師 ④地域連携部署看護師
 ⑤地域連携部署ケースワーカー ⑥⑤以外のケースワーカー ⑦医師
 ⑧その他（具体的に記入して下さい）

問4 あなたの病院で退院支援に困難が生じやすいのは、どのような場合が多いですか。下の枠内から該当する番号をすべて選んで○をつけてください。

- ①独居高齢者 ②①以外の単身者 ③小児 ④外国人 ⑤生活保護受給者
 ⑥高齢者世帯など家族の介護力が期待できない・弱い
 ⑦治療疾患以外に障害（知的・身体・精神・発達）をもっている成人・高齢者
 ⑧治療疾患以外に障害（知的・身体・精神・発達）をもっている小児
 ⑨患者が居住する地域の保健医療福祉資源が乏しい
 ⑩その他（

問5 あなたの病院で看護職が関わる地域連携活動には退院支援以外にどのような活動がありますか。

問6 あなたの病院で地域連携活動に困難が生じる原因は何だと思えますか。下の枠内から該当する番号をすべて選んで○をつけてください。

- ①看護職の保健医療福祉制度の理解不足
 ②あなたの病院が所在する地域の社会資源についての看護職の理解不足
 ③看護職のマネジメント力、コーディネート力の不足
 ④地域連携に関わる看護実践について看護職の力量を高める教育体制がない
 ⑤病棟内の役割分担が明確でない ⑥病院内各部署の役割分担が明確でない
 ⑦退院支援やその他の地域連携活動について、看護職と病院内他職種が話し合う機会がない
 ⑧あなたの病院の役割を周囲の保健医療福祉機関が理解していない
 ⑨あなたの病院と周囲の保健医療福祉機関とのネットワークがない
 ⑩あなたの病院の医療スタッフと周囲の保健医療福祉機関のスタッフが話し合う機会がない
 ⑪あなたの病院が所在する地域の社会資源が乏しい
 ⑫患者の居住地の社会資源が乏しい ⑬その他（

問7 地域連携活動に関して看護職にはどのようなことが求められると思えますか。あなたの病院で特に重要だと思うものを下の枠内から5つ以内で選び○をつけてください。

- ①病院の所在地域の地域特性の理解 ②病院の所在地域の人々との交流等による住民性の理解
 ③保健医療福祉制度の理解 ④病院の所在地域の社会資源の理解 ⑤医師との調整力
 ⑥他職種から情報収集できること ⑦併設施設も含めて自施設の地域における役割の理解
 ⑧介護支援専門員など病院が所在する地域の保健医療従事者との連携
 ⑨保健所や市町村保健福祉部署との連携 ⑩患者・家族の思い・希望を聞く時間の確保
 ⑪看護師長など職位を活かした患者・家族への働きかけ ⑫独居高齢者の退院支援
 ⑬退院後の生活環境整備 ⑭要介護者のケアマネジメント ⑮訪問看護
 ⑯療養生活指導 ⑰ターミナル期の看護（看取り時の看護を含む） ⑱家族への看護や家族との調整力
 ⑲その他（

以上で終わりです。ご協力、ありがとうございました。

3) 医療機関訪問調査

研究テーマ2 研究代表者 教授 春山早苗

(1) 調査組織

調査責任者	研究テーマ2	企画委員会	春山早苗
調査実施者	研究テーマ1	企画委員会	本田芳香
		プログラム実施・評価委員会	浜端賢次 清水みどり 柴山真里
	研究テーマ2	実践看護師教育システム委員会	村上礼子
		地域ケア実践看護師フォローアップシステム委員会	塚本友栄 小池純子 島田裕子
業務補助			菊地陽

(2) 調査の概要

- ・ **調査目的**：トレーニング内容、トレーニング方法、教材を検討するための基礎資料を得る。また、プロトコール作成及び安全管理体制の構築を含む地域ケア実践看護師の教育体制の構築を促進する又は阻害する要素を検討するための基礎資料を得る。
- ・ **調査方法**：調査項目は、【特定行為（案）の経験及び取り決め事項・プロトコールの有無の実態】、【実施にあたっての準備】、【実施のメリット・デメリット】、【実施にかかわる課題と対応】、【看護師が実施できると良いと思う特定行為】、【研修対象として適当と考えられる看護師】、【指導医候補者の有無】、【本研究事業による研修への参加意欲】、【看護師の役割拡大と研修に関する課題として考えられること】とした。また、インテグラル理論を参考にして看護師の教育体制について、対象施設の看護師全体の【特定行為に係る研修制度への関心】、【現任教育への関心】、【医師との協働や役割分担について感じていること】（以上、看護師の内面）、対象施設の【看護師の特徴（資格、卒業学校、年代、平均勤務年数等）】、【看護師全体の自己啓発や研修参加の傾向】（以上、看護師の外側）、対象病院や看護部の【理念・目標】、【地域における役割意識】、【看護師のキャリア支援の考え方】（以上、組織の内側）、対象病院や看護部の【看護師の教育体制・キャリア支援体制】（組織の外側）を調べた。調査方法は、対象施設を訪問し、インタビューを行った。
- ・ **調査対象**：8施設の看護師22人。施設は5施設ががへき地医療拠点病院（44床～150床）、3施設が地域中核病院（173床～400床）であった。実施期間は平成25年9月～11月。
- ・ **調査期間**：2013年9月～同年11月

(3) 調査結果

基礎情報		
*性別：女性 22人、男性 0人		
*年代：50代 14人、40代 6人、その他 2人		
*看護師以外の有資格者（認定看護師、保健師など）：5人		
*所属機関年数：最長37年、最短9年		
*所属部署勤務年数：最長23年、最短0.5年		
*職位：師長 10人、その他 10人、主任 2人		
*現在職位年数：最長19年、最短が7か月		
*現在所属部署：内科病棟 5人、外科病棟 1人、内科・外科等混合病棟 4人、 訪問看護ステーション 1人、その他 11人		
*経験所属部署：内科が最多で13人、次いで内科・外科混合病棟11人、 2つ以上の部署経験者は14人。		
「よく実施する」「ときどき実施する」特定行為群		
*22人中16人は何らかの特定行為を実施、6人（看護部所属4人、内科・外科混合病棟勤務の2人）は全く実施していない		
*全く実施していない施設はなし		
・D薬剤投与①、K呼吸器系②：各7人		
・E薬剤投与②、G薬剤投与④：各6人		
・M創傷管理：4人		
・L術後管理：3人		
・A脈関係（動脈）、B脈関係（静脈）、F薬剤投与③、I薬剤投与⑥、J呼吸器系①、：各2人		
・C循環器系、H薬剤投与、Nろう孔カテーテル管理：各1人		
多い順	「よく実施する」「ときどき実施する」特定行為 N=16	人数
1	D薬剤投与①：147-1 持続点滴投与中薬剤（降圧剤）の病態に応じた調整	7
2	E薬剤投与②：131 病態に応じたインスリン投与量の調整 K呼吸器系②：63 人工呼吸管理下の鎮静管理	各6
3	D薬剤投与①：152-1 持続点滴投与中薬剤（カテコラミン）、153-1（利尿剤）、175-1（糖質輸液、 電解質輸液）の病態に応じた調整 G薬剤投与④：170-1 臨時薬剤（抗精神病薬）の投与	各5
4	D薬剤投与①：151-1 持続点滴投与中薬剤（K,Cl,Na）の病態に応じた調整 G薬剤投与④：171-1 臨時薬剤（抗不安薬）、165-1（抗けいれん剤）の投与 M創傷管理：69・70-2 褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン、74 創傷の陰圧閉鎖療法の実施	各4
5	A脈関係（動脈）：2 直接動脈穿刺による採血 B脈関係（静脈）：82 中心静脈カテーテルの抜去 F薬剤投与③：133 脱水の程度の判断と輸液による補正 I薬剤投与⑥：178-1 抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施 J呼吸器系①：59 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節 K呼吸器系②：57 気管カニューレの交換	各2
6	L術後管理：89 胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更 C循環器系：93 「一時的ペースメーカー」の操作・管理 F薬剤投与③：154-1（高カロリー輸液）の病態に応じた調整 K呼吸器系②：64 人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施 L術後管理：182 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整 Nろう孔カテーテル管理：113 膀胱ろうカテーテルの交換	各1

* 実施の経緯

- ・夜間や休日など医師不在時や多忙時にも患者のためにタイムリーに対応できるようにするため(4)。
- ・患者の状態の変化に迅速に対応できるようにするため(4)。
- ・緊急で医師が行けない場合や、往診と往診の間に必要性が生じ、次の往診を待ってられない場合（訪問看護）。
- ・医師が短期派遣で入れ替わりが多く、慣れていなかったり、指示が一定しなかったりしたため、プロトコールを作成し、看護師によって一定して実施できるようにした。
- ・外来中のコールにより外来診療を妨げることが多く、医師の負担を軽減するため。
- ・医師の求めに応じて(2)
- ・電子カルテ導入により事前指示を明確に得られるようになったことを契機に(2)。
- ・加算の関係で化学療法外来に認定看護師が配置されたことを契機に実施。

* プロトコール又は実施上の取り決めについて

- ・医師の事前・入院・緊急時の具体的な指示が電子カルテ上（又は指示書）にあり、看護師が患者の状態をアセスメントし、指示範囲内であれば実施：7人
- ・マニュアルの作成（J呼吸器系①：59 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節）やラムゼイ鎮静スケール又はラススケールの活用（K呼吸器系②：63 人工呼吸管理下の鎮静管理）：1人
- ・医師の口頭指示：1人
- ・なし：7人

* 実施にあたっての準備

- ・医師による指導（K呼吸器系②：57 気管カニューレの交換、63 人工呼吸管理下の鎮静管理）：2人
- ・医師、看護師等による勉強会（J呼吸器系①：59 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節、K呼吸器系②：63 人工呼吸管理下の鎮静管理、64 人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施、M創傷管理：74 創傷の陰圧閉鎖療法の実施、Nろう孔カテーテル管理：113 膀胱ろうカテーテルの交換）：4人
- ・医師・看護師・薬剤師による検討と月1回の会議による継続した見直し（I 薬剤投与⑥：178-1 抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施）：1人
- ・経験のある看護師から経験のない看護師への個別指導：2人
- ・資料の配付：1人
- ・特になし：9人

* 実施のメリット

- ・患者等への迅速かつタイムリーな対応、患者の満足度が高まること：10人
- ・患者への統一した対応：3人
- ・医師の負担軽減：1人
- ・医師を待つ時間を看護業務に反映できる：1人
- ・患者の長期的な経過を考慮したより良い医療の提供：1人
- ・患者と看護師の関係構築やアセスメント力等の看護の質向上につながる：1人
- ・無回答：5人

* 実施のデメリット

- ・医師が患者をみる時間が少なくなることへの懸念、看護師任せになるのではないかという懸念：3人
- ・指示内容を看護師がうまく実施できなかった場合や、トラブルが生じた場合の対応が不明確：3人
- ・本来の看護業務が実施できなくなることへの懸念：1人
- ・医師や他職種に診療の補助としか理解されないのではないかという懸念：1人
- ・看護師の力量差：1人
- ・認定看護師との役割分担が不明確：1人
- ・指示を出した医師に限定されている：1人
- ・無回答、なし：10人

<p>* 実施にかかわる課題と対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師によるばらつきをなくすこと（プロトコルの作成や勉強会実施の必要性）：3人 ・看護師に今以上に薬剤に関する知識が求められる：2人 ・看護師に今以上に異常を早期発見する力（アセスメント力）が求められる：1人 ・（医師、看護師と）患者・家族との関係性が良好であることが前提：1人 ・医師と看護師、他職種間の院内の連携が良好であることが必要：1人 ・医師による考えの違いにより科や病院全体で統一したプロトコルの作成が困難：1人 ・医師の指示が不明確な場合や看護師だけで判断することが困難な場合には、医師に連絡して確認できるようにしておくことが必要：1人 ・トラブルが起こった後に振り返りを必ず実施するようにすること：1人 ・最新の情報を入手できるようにしておくこと：1人 ・医師と看護師の判断が異なることが生じた場合：1人 ・特になし・無回答：12人
<p>* 看護師が実施できると良いと思う特定行為（現在の実施の有無にかかわらず）対象：12人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定行為を看護師が実施することを、大いに支持する：2人、支持する：10人 ・看護師が実施できると良いと思う特定行為は、 K呼吸器系②：10人 M創傷管理：4人 Nろう孔カテーテル管理：3人 E薬剤投与①、F薬剤投与②、I薬剤投与⑥、J呼吸器系①、L術後管理：各2人 A脈管系（動脈）、D薬剤投与①、G薬剤投与④、H薬剤投与⑤：各1人 <p>人工呼吸器装着の患者や褥瘡患者を対象とした特定行為が比較的多い。</p>
<p>* 研修対象として適当と考えられる看護師</p> <p>臨床経験が豊富で（概ね10年以上）、特定行為のみならず看護の視点を大切にしながら、患者の全身状態をアセスメントでき、医師・看護職間に信頼がある人という条件が挙がっていた。認定看護師を挙げる者も多かった。</p>
<p>* 自施設に指導医候補者はいるか（対象：3施設8人）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「いる」：3人、「難しいが可能性はある」：3人、「難しい」：2人
<p>* 本研究事業による研修への参加意欲（対象：6人）</p> <p>意欲あり：6人</p>
<p>* 看護師の役割拡大と研修に関する課題として考えられること</p> <p>特定行為を実施する看護師の責任の範囲と所在に関する課題を挙げた者が多かった。また、病院・組織のバックアップと受講生の相談役の確保が課題として挙がっていた。</p>
<p>* 教育体制構築に影響する可能性のあること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定看護師と本研究事業による研修の受講生それぞれの立場や役割の整理 ・研修受講生の所属する施設の看護職のキャリアアップや自己啓発に関する意識、看護職マンパワー ・研修受講生の所属する施設・看護部の理念・基本方針 <p>→研修受講生の所属する施設（病院、看護部）が、本研究事業による研修受講生にどのような役割を發揮してもらいたいと考えているか、その考えや目的が明確になるようにすること</p>

★回答者と所属医療機関について

問1 病院が、カバーしている地域の特徴（複数可）

- | | | | | |
|-------|-------|-------|-------------|----------|
| 1. 過疎 | 2. 山村 | 3. 豪雪 | 4. 島しょ部（離島） | 5. わからない |
|-------|-------|-------|-------------|----------|

問2 病院の設立主体

- | | | | |
|-------------------------|-----------|------------|-------------|
| 1. 都道府県 | 2. 市町村 | 3. 一部事務組合 | 4. 地方独立行政法人 |
| 5. 公的団体（日赤、済生会、厚生連、北社協） | 6. 国立病院機構 | 7. 医師会 | |
| 8. 社会医療法人 | 9. 医療法人 | 10. 社会福祉法人 | 11. その他 |

問3 病院の全病床数（ ）床

問4 回答者の性別

- | | |
|-------|-------|
| 1. 女性 | 2. 男性 |
|-------|-------|

問5 回答者の年齢

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. 20代 | 2. 30代 | 3. 40代 | 4. 50代 | 5. 60代 |
|--------|--------|--------|--------|--------|

問6 所属機関における専門職能

- | | | | |
|-----------|--------|--------|------------|
| 1. 看護師 | 2. 助産師 | 3. 保健師 | 4. 介護支援専門員 |
| 5. その他（ ） | | | |

問7 看護職としての実務経験年数（ ）年

現在の所属機関における勤務年数（ ）年

現在の所属部署（病棟等）における勤務年数（ ）年

問8 回答者の現在の職位

- | | | |
|-------|-------|-----------|
| 1. 師長 | 2. 主任 | 3. その他（ ） |
|-------|-------|-----------|

問9 現在の職位についてからの年数（ ）年

問10 回答者の現在の所属病棟・部署に該当する番号に◎を、これまでに経験したことのある病棟・部署に該当する番号すべてに○をつける。

- | | | | |
|-------------|----------|--------------|---------|
| 1. 内科病棟 | 2. 外科病棟 | 3. 内科・外科混合病棟 | 4. 小児病棟 |
| 5. 産科／婦人科病棟 | 6. 精神科病棟 | 7. 救急部署 | |
| 8. その他（ ） | | | |

【看護師】内面	【看護師】外面
<ul style="list-style-type: none"> ・看護師全体の特定行為及び当該研修制度への関心 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の特徴（正看護師の割合、卒業学校、年代、勤務経験年数、その他）
<ul style="list-style-type: none"> ・看護師全体の現任教育への関心 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師全体の自己啓発や研修参加の傾向
<ul style="list-style-type: none"> ・医師との協働や役割分担について感じていること 	
【組織】内面	【組織】外面
<ul style="list-style-type: none"> ・病院や看護部の理念・目標 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の教育体制・キャリア支援体制
<ul style="list-style-type: none"> ・地域における役割認識 	<p>その他</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・病院や看護部の看護師のキャリア支援の考え方 	

表1 特定行為についての看護師実施の実態

★該当する状況にチェックをお願いします。

行為群名	行為群に含まれる特定行為		看護実施の状況(医師の具体的指示・包括指示下)			
			よく実施する	ときどき実施する	ほとんど実施しない	全く実施しない
A脈管系 (動脈)	2	直接動脈穿刺による採血				
	79	橈骨動脈ラインの確保				
B脈管系 (静脈)	82	中心静脈カテーテルの抜去				
	80	PICC(抹消静脈挿入式静脈カテーテル)挿入				
C循環器系	93	「一時的ペースメーカー」の操作・管理				
	94	「一時的ペースメーカー」の抜去				
	95	PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の管理・操作				
	96	大動脈バルーンポンピング離脱のための補助頻度の調整				
	137	急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作、管理				
D薬剤投与①	147-1	持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整				
	152-1	持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整				
	153-1	持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整				
	151-1	持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整				
	175-1	持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整				
E薬剤投与②	131	病態に応じたインスリン投与量の調整				
F薬剤投与③	133	脱水の程度の判断と輸液による補正				
	154-1	持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整				
G薬剤投与④	165-1	臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与				
	170-1	臨時薬剤(抗精神病薬)の投与				
	171-1	臨時薬剤(抗不安薬)の投与				
H薬剤投与⑤	173-1	臨時薬剤(感染徴候時の薬物)の投与				
I薬剤投与⑥	178-1	抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施				
J呼吸器系①	59	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節				
	60	経口・経鼻気管挿管の実施				
	61	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管				
K呼吸器系②	62	人工呼吸器モードの設定条件の変更				
	63	人工呼吸管理下の鎮静管理				
	64	人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施				
	66	NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード設定条件の変更				
	57	気管カニューレの交換				
L術後管理	86	腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)				
	88	胸腔ドレーン抜去				
	89	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更				
	90	心嚢ドレーン抜去				
	91	創部ドレーン抜去				
	182	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整				
M創傷管理	69・70-2	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン				
	74	創傷の陰圧閉鎖療法の実施				
	1002	褥瘡・慢性創傷における腐骨除去				
Nろう孔・カテーテル管理	109・110・112-2	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換				
	113	膀胱ろうカテーテルの交換				

表2 プロトコールについて

* 表1「特定行為についての看護師実施の実態」において、「よく実施する」又は「ときどき実施する」にチェックした特定行為の中で、プロトコール(文書による医師との適応範囲や手順等の取り決め)のある特定行為について、以下のことをお聞きしたいと思います。プロトコールのコピーを可能な場合にはいただきたいと存じます。

行為群 (表1のアルファベット記載)		特定行為 (表1の数字記載)	
病棟及び患者の特徴	内科系・外科系・その他()		
当該特定行為の実施の経緯			
プロトコールの作成経緯			
適応範囲 (患者の特徴や状況等)			
特定行為実施にあたっての準備(研修会、学習会、ミーティング等)			
特定行為の実施による変化<メリット・デメリット> (医師又は診療、患者・家族・地域、看護師又は看護など)			
特定行為実施に係わる課題とそれへの対応			
その他			
行為群 (表1のアルファベット記載)		特定行為 (表1の数字記載)	
病棟及び患者の特徴	内科系・外科系・その他()		
当該特定行為の実施の経緯			
プロトコールの作成経緯			
適応範囲 (患者の特徴や状況等)			
特定行為実施にあたっての準備(研修会、学習会、ミーティング等)			
特定行為の実施による変化<メリット・デメリット> (医師又は診療、患者・家族・地域、看護師又は看護など)			
特定行為実施に係わる課題とそれへの対応			
その他			

4) 離島、山村過疎地域を含む地域で実践している看護職への

グループインタビュー調査

地域ケア実践看護師フォローアップシステム委員会委員長 塚本友栄

(1) 調査目的

地域特性を考慮した、卓越した地域ケア実践看護師に必要なスキルを明確化し、地域ケア実践看護師を対象とした教育プログラムの教育内容・教育方法・教育体制への示唆を得る。

(2) 調査対象及び方法

	日時	場所	対象者	ファシリテーター	オブザーバー	記録
1G	2月28日(金) 9:30~11:30	自治医科大学	北関東圏内の地域病院・訪問看護ステーションに勤務する看護職5人	小原泉 塚本友栄	成田伸	島田裕子
2G	3月1日(土) 11:00~13:00	フクラシア東京ステーション	山村過疎地域にあるへき地医療拠点病院・診療所に勤務する看護職5人	永井優子 浜端賢次	春山早苗	石井慎一郎
3G	3月2日(日) 9:30~11:30	フクラシア東京ステーション	離島にあるへき地医療拠点病院・診療所に勤務する看護職6人	春山早苗 横山由美	本田芳香 中村美鈴	青木さざり

(3) 調査結果

① グループ別調査結果

1 G

1 G は、北関東圏内の地域病院および訪問看護ステーションに勤務する看護職 5 名を対象とした。性別は女性、平均年齢 52.5 歳（無回答 1 名）、臨床経験年数は平均 25.8 年、「スタッフ」である者が 2 名、看護管理者 3 名であった。

教育内容・教育方法・教育体制について聴取した結果を以下に示す。

A) 教育内容

看護師の役割拡大を図り、医師等と協働しながら看護職としての役割を発揮していくために、強化・修得したい実践内容として、以下の意見があった。内容の共通性に基づいて整理した要点を【 】内に示す。

【フィジカルアセスメント力】

- ・高齢者が多いため、高齢者のフィジカルアセスメント能力を高める必要がある。
- ・在宅看護ではフィジカルアセスメント能力がより求められる。

【調整力・看取りに向けた調整力】

- ・研修プログラム教育内容には、アセスメントや調整力を含めて欲しい。
- ・タイミングのよい調整ができないと、終末期に経口摂取ができなくなった時に

家族の希望で点滴などの処置が行われ、自然な死を迎えられない場合がある。

【総合的な対象理解】

- ・高齢者は複数の疾患を抱えていることが多いので、状態を総合的に判断できる力が必要である。
- ・利用者のこれまでの人生を鑑みながら、理論的に看護過程を展開できる力を高める必要がある。

【論理的に説明する力】

- ・アセスメントを看護記録に適切に記載する能力を高める必要がある。
- ・「何かおかしい。いつもと違う」と感じて、それを医師に説明したり、判断したりすることができないことがある。状態の判断や、患者にとって適切な対処方法を論理的に医師に伝えることができる力をつける必要がある。

【患者・家族に説明できる力】

- ・（ターミナルの場合）家族が看取りに向けて少しずつ受け入れができるよう、家族に説明する力や、本人と家族の希望を調整できる力が必要である。

【褥瘡、皮膚ケア】

- ・褥瘡や湿疹などの皮膚トラブルに対しタイムリー、かつ適切に対処できる力が必要。
- ・看護師は軟膏の処方について主治医に提案できる。看護師に皮膚疾患に関する処置や処方の権限が付与されるとよい。

B) 教育方法

効果的であると思われる教育方法としては、以下の意見があった。内容の共通性に基づいて整理した要点を【 】内に示す。

【事例学習】

- ・事例を用いて学習できるとよい。
- ・健康な高齢者と在宅療養中の高齢者でターミナルの事例を用いて学習できるとよい。

【集合研修】

- ・集合教育など受講生が集まる機会をつくってほしい。

C) 教育体制

教育体制に対しては、以下の意見があった。内容の共通性に基づいて整理した要点を【 】内に示す。

【現地研修時の支援】

- ・研修には教員にオブザーバーとして入ってもらいたい。

【医師の理解を得る】

- ・研修に出るには院長の理解が大切で、院長が良いといえれば可能。

- ・医師に理解と協力を得ていく必要があるので、県医師会に働きかけるとよい。

【e-learning ができる環境づくり】

- ・現在の職場では e-learning のために職場のパソコンを占有することができない。
- ・e-learning は、自宅で自分の時間を使って学習している。
- ・上の世代にはパソコンの扱いに慣れていない人も多くみられる。e-learning のための環境確保やサポート体制を整えることが必要。

2G

2G は、山村過疎地域にあるへき地医療拠点病院勤務看護職 3 名およびへき地診療所勤務する看護職 2 名の計 5 名であった。性別は女性、平均年齢 53.4 歳、臨床経験年数は平均 29 年、「主任・副師長・師長」である者が 4 名、看護管理者 1 名であった。

教育内容・教育方法・教育体制について聴取した結果を以下に示す。

A) 教育内容

看護師の役割拡大を図り、医師等と協働しながら看護職としての役割を發揮していくために、強化・修得したい実践内容として、以下の意見があった。内容の共通性に基づいて整理した要点を【 】内に示す。

【褥瘡ケア】

- ・病院では、医師による入院患者の診察は外来診察の後に行っている。病棟看護師が褥瘡の悪化に気づいても、医師の到着を待つため、処置が遅れてしまう。看護職によるデブリードマンや酸素流量の増減が可能になれば、患者の状態の悪化を防げる。
- ・毎月 1 回の褥瘡回診は、医師が不在でも、看護師だけで行う。医師がいない場合、“今ここ（褥瘡）を少し切れれば…”と思うときもある。
- ・訪問による褥瘡処置は、高いドレッシング剤ではなく、家庭にあるおむつやラップ、ガーゼを使ってほとんどが治癒できる。しかし、皮膚が赤いのにラップしてしまうと逆に悪化する。原理・原則をわかったうえでのヴァリエーションであることの理解が必要。
- ・在宅療養者に褥瘡があれば、看護師が毎日訪問・処置を行い、悪化を防いでいる。

【コミュニケーション技術】

- ・地域は高齢化率が高く、看護師のコミュニケーションだけで症状が改善する患者もいる。患者に最も身近な存在として、実践者には基本的なコミュニケーション技術を強化・修得してほしい。そういう看護師が増えることで、とくに終末期の患者は安心して在宅で過ごすことができる。

【医師との関係構築】

- ・医師の考え方や特性を見ながら、専門性を発揮するスキル、医師を動かすスキルも必要。

【看取り】

- ・診療所の医師は“患者が亡くなるまで見る”と言い、入院在院日数も少ない。患者は症状が悪くなれば入院し、良くなればすぐに在宅へ戻る。その結果、病院よりも在宅で看取る患者のほうが多い。
- ・患者や家族の思いを聞いて、不安な部分をサービスで補うことが地域で活動する看護師の役割だと思う。
- ・看護師は患者の内面にはたらきかけるマインドがとても重要だと思う。
- ・自宅で看取る場合、事前に患者や家族との信頼関係を築けていれば、夜間であれば翌朝、医師が死亡確認を行うことも可能
- ・紹介元サマリーには、ADL に比べ、患者や家族の気持ちや不安、暮らしについて十分な記載がない。
- ・在宅で看取れる医療体制が必要。

【退院調整・地域連携】

- ・ソーシャルワーカーだけでなく、看護師も退院調整にかかわっている。看護師には患者の退院調整や地域連携、行政との連携に関する知識・技術を修得してほしい。
- ・退院調整や行政との連携は実践でしか学べない。
- ・地域の特性や個別性は、テキストで知識を習得した後、実践のなかから学んでほしい。

【在宅移行（療養）支援】

- ・癌末期の高齢者でも、入院から自宅へ戻ると“やった！”、“万歳！”、“ただいま！”と言う。看取るはずだった患者が元気になることもある。
- ・介護職が患者には3食食べさせなくてはいけないと思い込み、頑張ってしまった結果、高齢者は誤嚥性肺炎を引き起こす場合がある。患者が在宅へ戻る際は、1食でも2食でもいいので覚醒してから食事介助をするように教えている。
- ・高齢者や訪問看護を受ける患者にとっては、環境をすべて整えてあげることが必ずしもいいことではない。本人が周囲の環境（起立時に体重を支えてくれる安定したものや歩行時の手すり等）を知ってさえいれば、現状は悪化しないし、残存機能の維持につながる。

【救急処置・検査】

- ・高齢化率が高く、救急車は（出産以外）99%来る。この状況を常勤医3名、非常勤医師が1名、研修医、看護師9人と介護士4人の中の勤務者で引き受ける。夜勤は看護師と介護職で行うため、看護師は病棟と外来を見なければならず、夜間の採血や検査、機器の準備も看護師の役割である。検査技師はいない。

- ・医師は多忙であり、患者の発熱時、医師へ報告・指示を受けて、なんらかの処置が出来ればよい。

【判断力】

- ・看護師は、“サチュレーション 90%以上になるように、酸素5ℓまでは可”といった指示に基づいて酸素量を調整しているが、数字だけにとらわれず、“おかしい”と思ったときは医師に報告し、ベッドサイドにきてもらっている。

B) 教育方法

効果的であると思われる教育方法としては、以下の意見があった。内容の共通性に基づいて整理した要点を【 】内に示す。

【ICT 技術を活用した教育方法】

- ・診療所スタッフ（訪問看護師、ヘルパー、ケアマネージャー）と県内の大学で TV 会議を用いて事例検討を行っている。TV 会議のシステムは、設備を備えている近くの病院を利用している。リアルで、慣れれば違和感なく参加できる。
- ・e-learning やインターネット配信などを活用して学習する方法は、地域の病院や診療所にとっては利点である。
- ・タブレット端末の貸与は有効。不慣れな看護師もいるので、端末使用に習熟する事前の体験が必要かもしれない。
- ・ICT を活用しながら、対面の学習・意見交換も必要。

【実践現場を活用した教育方法】

- ・地域の診療所や訪問看護を実習場、研修場として活用してほしい。
- ・患者の安心や安全を最優先に考えることができれば、実践から知識はついてくる。大げさな学習環境はいらないと思う。

C) 教育体制

教育体制に対しては、以下の意見があった。内容の共通性に基づいて整理した要点を【 】内に示す。

【マンパワーを補填する体制】

- ・地域の病院や診療所が実践者へ期待するニーズは高いものの、出せる数に限界がある。
- ・病院は、出向看護師を得て何とか保っている。地元のスタッフだけで候補者選出となると難しい。
- ・候補の対象は1～2人だと思う。
- ・慢性的な看護師不足から、そこを補填できる“出張看護師”などのシステムが必要。
- ・スタッフの中には家族の急病で休む者もあり、日ごろから急な勤務変更に協力してくれるスタッフを探しておくことも必要となる。

- ・研修会や勉強会への参加は可能である。しかし、看護師不足により調整がうまくいっていない。

【相談支援のフォローアップ体制】

- ・病院を定年前に退職する看護師たちが、バックアップ軍団としていてくれれば頼もしい。
- ・地域、在宅医療と病院の特性がわかる認定看護師や専門看護師が相談相手になってほしい。
- ・実践者の（現場のスタッフではない）相談窓口を作る。

3G

3G は、離島にあるへき地医療拠点病院およびへき地診療所に勤務する看護職6名とした。性別は女性、平均年齢 53.7 歳（無回答 3 名）、臨床経験年数は平均 24.7 年、「主任・副師長・師長」である者が 4 名、看護管理者 2 名であった。

教育内容・教育方法・教育体制について聴取した結果を以下に示す。

A) 教育内容

看護師の役割拡大を図り、医師等と協働しながら看護職としての役割を發揮していくために、強化・修得したい実践内容として、以下の意見があった。内容の共通性に基づいて整理した要点を【 】内に示す。

【コミュニケーション・調整力】

- ・内科、精神科、三次救急など何でもやらねばならないこと、人・物・金の限られた中でいかにやるか。在宅生活に合った低コストでの処置のために。看護師は頭を下げてでも、医師にわかってもらうように、頼み方も物腰柔らかくして、医師自身が調べるのを待ち指示を出してくれるように働きかける。
- ・在宅生活を見ることで病棟での取り組みが生きていることが分かる。訪問看護では調整やコミュニケーション能力が必要。医師の代わりに丁寧に説明できることが大事。在宅看護では家族が迷って当たりまえという姿勢を持つ。
- ・病院から、町保健師に退院する高齢患者のフォローを依頼したことがあるが、多忙を理由に断られた過去あり。地域保健を担う保健師と繋がり、保健との連携や顔が見える関係になれるよう、地域で話し合うなど工夫している。そういう時の調整力や資格があるといよい。
- ・在宅看護を充実させることで、忙しい医師の看取りにかかる時間の短縮を図れる。家族は医師からの話の後にも相談が山ほどあるので、思いを聞きくみ取る力、それを医師に伝える力が大事。

【(根拠を伴った) 判断力】

- ・医師の指示待ちではなく、自分で判断していき、医師に伝えられること。
- ・根拠を理解し看護計画が立てられること。高齢者の看取り、急性期、認知症を同時

に看るなど、流れを捉えられること。

- ・ベテランナースは経験はあるのに「なんでこれをしているのか」と聞かれたときに根拠を説明できない。「島だからこれでいいのよ」と島で経験長い人の意見が強くなりがちだが、ベテランが若手になぜいいのか根拠を説明できていないことで、両者が近づけない。

【総合的な対象理解】

- ・看護師は疾患しか見ておらず、全体像が描けず看護計画等に現れない。改善が必要。

【安全性を担保できる医療処置技術】

- ・医師一人の時は「やっといってくれ」と言われて、医療行為を実施することがある。ナースは覚悟しながら行っているが、自分たちの身を守れるのか不安を感じている。

【慢性疾患管理ができる技術（褥瘡管理、疼痛管理、血糖管理）】

- ・外科系、急性期は本島で対処することが殆どで、慢性期、ターミナル期は島で看ている。褥瘡管理、疼痛管理、DMのBSコントロールなどが主。訪問診療や訪問看護しているの、自宅での食事管理と血糖管理は島で行っている。自分たちがやれる行為の効果が目に見えればやりがいになり、島の看護にもうすこし長く関わりたいという思いに変わる。

【退院調整】

- ・ソーシャルワーカーがおらずナースが退院調整している。総合的に見る力、医師と看護師と在宅看護師、介護保険ワーカーをつなぐ役割が求められる。そういう役割を担えるよう育てる必要がある。医療の場に身を置いて、潤滑油のようになれる人材を育てる。

B) 教育方法

効果的であると思われる教育方法としては、以下の意見があった。内容の共通性に基づいて整理した要点を【 】内に示す。

【研修候補者の選定】

- ・医師や若手ナースから、実施しているケアの必要性を聞かれたときに根拠を説明できないベテラン看護師
- ・部署を横断して何でも看られて動いているベテランナース
- ・研修対象者は、10年以上でなく、2、3年目の早めの看護師でよい。
- ・複数人を研修に出させた方が効果的である。
- ・看護スタッフの6、7割は内地からの1年間程度の派遣ナースで入れ替わり多い。島出身ナースは2名のみ。島に嫁ぐナースも増えてきているが、これから出産、育児を迎え、仕事に集中できない状況で、研修の対象となる看護師が少ない。
- ・特養ナースにも話を聞いて貰いたい。
- ・病院を辞めずに続けていける人。

【e-learning】【集合研修】

- ・ e-learning や研修で苦勞なく学べる環境が必要。
- ・ 衛星放送などで時々学び、大切などこだけ集合研修という形だと研修しやすい。

【島同士が繋がるプログラム】

- ・ 島同士が繋がるのがよい。モデル島や周りの島が揃って利用すると導入しやすく、院内の理解が得られる。

【単発で終わらない研修】

- ・ 単発研修では効果ない。シリーズ研修でしっかり学び、自分がどういう役割を果たせるか課題を出す。

【積み重ねが出来るプログラム】

- ・ あちこちの島をわたり歩く看護師もいる。他の離島での経験がある者など、全国どここの離島でもやっていけるような、離島での経験を積み重ねられるようなプログラムがあるとよい。
- ・ 年数とかコア能力、共通のプログラムと独自プログラムとの組み合わせ。島ナースとしてのキャリアが見え、積み重ねができるとよい。病院でそれぞれに育てると差が生まれる。

【離島ならではの、看護の原点を再確認できるプログラム】

- ・ 島では実施した看護が患者の今後にどう作用したかが 1、2 年後あるいは 10 年後に見えるのを味わってもらいたい。患者さんの背景が全てわかるので、個別性のある看護ができる。島での看護を通して看護とは何か、素晴らしさや強みがわかる。

C) 教育体制

教育体制に対しては、以下の意見があった。それらを総括し、求める教育体制の要点として【 】内に示す。

【研修期間半年以上は困難】

- ・ 教育する機会が少なく、教育システム必要。6~8 か月くらいの長期研修には出せない。

【研修内容の院内共有】

- ・ 研修に行けたナースだけでなく、行かなかったナースも学べるようにしている。

【院内縦断的に活動できる体制】

- ・ 小さい病院であることもあり、なんでも見られる人がベテランに多く、そのようなナースをグループにし、部署を横断して動けるようにしている。

【在宅看護が経験できる勤務シフトの構築】

- ・ 外来ナースや病棟ナースの訪問看護への同行を勤務の一環として行っている。退院後 2 週間以内に病棟看護師が訪問する。訪問後は看護記録を作り、病棟での看護を評価し次に生かしている。外来にも伝え、外来や往診に繋げている。
- ・ 病棟担当ナースが入院中に患者宅を見に行く。

【院内の協力・理解】

- ・研修には費用もかかる。看護師は研修に行ってくれるが、抜けた穴をどう埋めるか上の理解がいる。長い目で先を見た時、投資になのか否か。
- ・研修の必要性を看護師が言っても上に伝わらず力不足を感じる。「へき地に関してはこれ当たり前」という状況や「へき地ならではの研修制度」などが無いので「なぜうちの病院だけ？」という疑問が上にある。個々のナースが上を動かす負担が大きい。
- ・病棟ナースが退院調整にいけるようにしたが、勤務中余裕なく行けず、自分の休日に行くならいいんじゃない、となってしまう。急性期対応に追われ現場に余裕がない。
- ・研修経過をそばでフォローする必要あり、研修結果を見守るシステムを作る必要がある。

(4) 3日間のまとめ

教育内容は、【(医師との関係構築も含めた) コミュニケーション技術】【調整力】【退院調整・地域連携】【フィジカルアセスメント力】【総合的な対象理解】【判断力】【論理的に説明する力】【患者・家族に説明できる力】【褥瘡、皮膚ケア】【看取り】【救急処置・検査】【安全性を担保できる医療処置技術】【慢性疾患管理ができる技術(褥瘡管理、疼痛管理、血糖管理)】が求められていた。

また、教育方法としては【事例学習】であること、現地で学べるように【ICT技術の活用・e-learning】【実践現場を活用した教育方法】が求められると同時に、【集合研修】の必要性が指摘された。学習効果を高めるためには、【単発で終わらない研修】【積み重ねが出来るプログラム】が必要であること、離島の特性を活かした【島同士が繋がるプログラム】【離島ならではの、看護の原点を再確認できるプログラム】への要望があった。

さらに教育体制では、現地での研修を支えるために【現地研修時の支援】【相談支援のフォローアップ体制】、マンパワー不足でも学習機会が確保できるように【マンパワーを補填する体制】が求められ、【研修期間半年以上は困難】であることが示された。現地ではPCを活用できる環境ではないこと、PC操作に不慣れな者もいることから【e-learningができる環境づくり】が必要であること、教育体制構築には医師を中心とした【院内の協力・理解を得る】ことが不可欠であることが示された。現在、すでに工夫されている教育体制として【研修内容の院内共有】【院内縦断的に活動できる体制】【在宅看護が経験できる勤務シフトの構築】が紹介された。

3. 平成 25 年度 視察等結果

1) シミュレーション視察

実践看護師教育システム委員会委員長 村上礼子

(1) 視察目的

本事業での演習室ならびにシミュレーター等の運営体制ならびに教育体制の充実化を図るため、すでにシミュレーションセンターを運営している他施設の教育体制や各種シミュレーターや教育機器の管理・運営方法の現状と課題を把握する。

(2) 視察場所（視察時期） 合計 7 施設

視察日時	視察場所	視察者名	先方の対応者名
H25年10月9日	メディカルデザインスタジオ	横山 由美 村上 礼子 菊池 陽	・ 営業本部、クリティカルケア チーム主管課長： 山口 茂 様
H25年10月11日	聖路加看護大学看護実践 開発研究センタークリテ ィカルケア・シミュレー ション教育センター	本田 芳香 横山 由美 村上 礼子	・ 准教授：宇都宮 明美 先生
H25年10月30日	亀田総合病院 CSS センタ ー	成田 伸 鈴木 久美子 段ノ上 秀雄	・ ME 室長：高倉 照彦 様 ・ 看護部：安田 友恵 様 ・ 新 A 棟プロジェクト事務局 長： 新倉 康弘 様 ・ CSS センター事務局員： 辰馬貴子 様
H25年9月19日	テルモメディカルプラネ ックス	川上 勝 平尾 温司	・ テルモメディカルプラネッ クス 企画推進チーム課長： 藤田 規嗣 様 ・ 宇都宮支店 支店長： 野垣 智昭 様 ・ 宇都宮支店 医療機器マルチ チーム：中島 一紀 様
H25年12月19日 ～20日	おきなわクリニカルシミ ュレーションセンター	小原 泉 江角 伸吾	・ 副センター長： 阿部 幸恵 先生
H25年9月10日	福島県立医科大学医療人 育成・支援センター	本田 芳香 福田 順子	・ 医学教育副部門長、チーフコ ーディネーター： 石川 和信 先生
H25年9月24日 ～25日	島根大学医学部クリニカ ルスキルアップセンター	川上 勝 関山 友子	・ センター長： 狩野 賢二 先生 ・ インストラクター： 田下 博 先生
H26年1月24日	東京医科大学病院卒後臨 床研修センター	本田 芳香 村上 礼子 茂呂 悦子	・ 東京医科大学病院 総合診療 科教授 卒後臨床研修センタ ー長：平山 陽示 先生 ・ 同大学 卒後臨床研修センタ ー係長：宮澤 勝美 様

(3) 教育体制・方法の現状と課題

各施設、目的・目標は異なり、それぞれの目的に合わせて、技術のみの演習か

ら臨床判断を要する研修まで行われている。シナリオは認定看護師、教員、医師などが各演習に併せて試行錯誤しながら作成しているところが多い。いずれのシナリオも現実から乖離しないよう工夫はしているが、受講者のレディネスに差があり、作成したシナリオをその都度変更したり、追加させたりしながら行っている現状があった。

技術習得のみの場合はシナリオやファシリテーターは存在しないが、状況設定の演習の場合、受講生のレディネスに合わせて、ファシリテーターは複数のもので担う必要があり、一人のファシリテーターが全コース（全シナリオ）を展開するには困難があり、コース別に担当者を配置していた。

また、デブリーターの育成まで至っている施設は少ないとの課題があった。状況設定などの演習を行う場合には、コースの狙いを絞ってシナリオ、演習内容を吟味していく必要とともに、教育支援をするデブリーターの育成が必須課題である。

さらに、受講生のレディネスの保障を図る狙いのために、e-ランニングとシミュレーション教育をうまく組み合わせる必要性を指摘する施設もあり、今後、知識確保の教育と演習などでの体験型の教育との教育体制の整備を図る必要性が課題として挙げられた。

(4) 運営体制の現状と課題

各施設の利用者条件は、所属施設に関係なく看護師を対象としている施設（聖路加看護大学看護実践開発研究センタークリティカルケア・シミュレーション教育センター）や所属施設の医学生のみ対象としている施設（福島県立医科大学医療人育成・支援センター）、所属施設的全学生・職員を対象としている施設（亀田総合病院CSSセンター、東京医科大学病院卒後臨床研修センター）、対象を絞っていない施設（テルモメディカルプラネックス、おきなわクリニカルシミュレーションセンター、島根大学医学部クリニカルスキルアップセンター）など様々であった。高額シミュレーターはあるが関係者は自由に入出入りし、訓練できるような管理システムを作っていた。予約制にしている施設と、自由に利用できる施設と大別された。基本、対象数が大きいセンターでは、毎日使用されていることが多い稼働状況であった。そのため、故障の際などの申告方法などを徹底できていないとの課題があった。

機器の管理においては、高額シミュレーターは業者、もしくは専属MEなどがメンテナンス管理を行っているところが多い。演習室の管理はMEや専属事務員などが行っている。

また、教育的活用においては、専任トレーナーが必要と認識していても、現在は教員、医師などが兼務で行っているところが多い。トレーナーは業者等の定期的な研修等に参加し、自己研鑽の上で、育成されていることが多く、各施設において共通してトレーナーの育成、確保に関する課題があると認識された。

2) NP 教育視察

プログラム開発・推進委員会委員長 小原 泉

(1) 視察目的

ナースプラクティショナー（Nurse Practitioner、以下 NP）の養成のための教育内容や教育方法について情報を入手するため、教育課程を有している大学院を視察した。

(2) 視察場所

視察日時および視察先等は、以下の 2 施設である。

視察日時	視察場所	視察者名	先方の対応者名
H25 年 9 月 19 日 (火)	大分県立看護科学 大学大学院	春山 早苗 小原 泉	・ 研究科長：甲斐倫明 先生 ・ 看護アセスメント学 教授： 藤内美保 先生 ・ 成人・老年看護学 教授： 小野美喜 先生 ・ 看護研究交流センター 准教授： 福田広美 先生
H25 年 11 月 21 日 (木)	北海道医療大学大 学院看護福祉学研 究科	本田 芳香 塚本 友栄	・ 学部長 教授：平 典子 先生 ・ 臨床看護学講座 教授：塚本容子 先生 ・ 成人看護学 教授：野川道子 先生 ・ 成人看護学 講師：長谷佳子 先生 ・ 学務課 教務課 看護福祉学担当課長： 古林琢子 様

(3) 結果

A. 大分県立看護科学大学大学院

a. NP コースの全体概要

プライマリケアを想定したコースであり、老年看護領域と小児看護領域で NP コースを設けている。老年看護領域の NP コースの 2 年間の教育計画（履修モデル）は、文献 1）（後掲のリスト参照）に掲載されている。

当初は 43 単位で開始したが、途中 51 単位に増、平成 25 年度から 55 単位のコースとした。

老年 NP コースの履修モデルとしては、1 年次前期は共通科目（NP 特論、フィジカルアセスメント学特論、病態機能学特論、生体機能学特論、看護倫理学特論）、1 年次後期に共通科目の一部（看護政策学、看護管理学特論）と専門科目の講義科目（老年 NP 特論、老年疾病特論、老年診察診断学特論、老年臨床薬理学特論）、2

年次前期に専門科目の演習科目（老年アセスメント学演習、老年薬理学演習）、2年次後期に実習という大まかな流れになっている。

入学生は、大卒者が増会傾向（50%以上）である。認定看護師の認定所有者もいる。年代は20代から50代に及ぶ。授業科目が医学領域が多くなるため、入学条件に「5年以上の看護職の経験」とし、医学的な考え方に偏らず、看護職としての学習が積み上がるように指導している。

b. 講義について

集合形式の講義以外に、e-learning は導入していない。シラバスに提示した教科書を読んで参加するなどの予習を課したり、DVDを用いた自己学習はすすめている。

いわゆる3P科目の中でも薬理学は、共通科目ではなく、老年看護領域と小児看護領域それぞれの専門科目においている。しかし実際には、1単位分くらいは老年臨床薬理学特論と小児臨床薬理学特論を合同で授業を行っている。

（老年）診断診察学特論では、臨床推論する力の獲得を目標にしている。

c. 演習について

演習する特定行為については、NPとして活動した時にどんな技術が必要か？という観点で選んでいる。デブリードメント、抜糸、縫合、切開などの小外科的な技術や、気管内挿管、レスピレーターの設定調節、動脈血採血、胃ろうのチューブ交換や膀胱ろう交換などである。

特定行為の演習は医師の指導が必要であり、医師の勤務先の医療機関まで演習物品（縫合練習用のトリも含めて）も運んで授業してもらっているものもある。

41の行為群すべては不要と考えているが、2年間のカリキュラムの中でできるだけ学習できた方がよいと考えている。

d. NP 実習について

「診療看護師に必要な7つの能力」にそれぞれ下位項目をおき、計30項目の学習目標をおいている。これは実習の評価項目でもある。

実習は、①病院実習8週間（この中で循環器領域、呼吸器領域などをローテーション。総合的なアセスメント力を養うために、必ず総合診療部門を含む）、②診療所4週間、③介護施設2週間で構成される。

① 病院実習

実習施設は5施設あり、1施設に院生1名が基本である。指導医と相談して診療領域のローテーションや実習方法を決定していく。

指導の下で医行為を行うことはあり、医師、患者、院生3者の合意によって実施するかどうかを決定している。最も多いのは、動脈採血で、他、抜糸やデブリなどである。

2週間に一度帰校日があり、院生間で担当症例をプレゼンしあい、学びを共有している。

② 診療所実習

実習施設は5箇所である。

同じ患者に継続して関わることはまれであり、翌日来院予定の患者について予習し、ピンポイントで関わることになる。まれに、2週間後にもう一度関われる場合もある。

病院実習に比べて、診療ガイドラインをそのまま適用できる症例は少なく、ガイドラインを応用しての診療を学習することになる。

訪問診療に同行し、多職種との連携も学習していく。

③ 介護施設実習

病院実習や診療所実習に比べて医師との関わる機会は少なく、特定行為の実施機会もない。

朝の申し送りなどで気になる患者を自分でピックアップし、自分ひとりでアセスメントし、その結果を医師に報告して助言を受けるような実習である。

多職種との協働について学習する機会も多い(病院実習では診療技術の学習を優先し、臨床所実習→介護施設実習と進むにつれて多職種協働についてのウエイトが増す)。

自分で主体的に動ける力が必要であり、動けない院生は全く動けない、という状況が生じる。特に、看護学生の時に介護施設での実習経験がないような場合、介護施設での状況を理解することに時間がかかる場合があるため、M1の初期体験実習で介護施設に行くようにしている。

その他、1年次の8月に、NPのモデルを理解してもらうための実習を設けている。昨年までは韓国で活躍するNPの臨床現場で実習していたが、韓国の医療事情の変化もあり、今年は韓国での実習は行っていない。修了生が活躍する施設での実習をしている。

実習の到達度の評価方法は、特定行為については指導医が、①自立してできる、②指導下でできる、③できない、に評価している。看護教員は「診療看護師に必要な7つの能力」にそれぞれ下位項目(計30項目)を実習の評価項目としている。A～D(Dは不可)である。実習終了までに、16症例以上のケースレポートを作成する。特に文字数制限はないが、症例のアセスメント、治療とその結果にいたるまでに内容である。

実習環境に関しては、1年2回、全実習施設関係者による合同会議を行っている。関係者の不安を解消したり、実習成果を還元する目的で開催している。最近の実習環境が整ったので年1回でよいと考えたが、施設側からは年2回という要望があったため、年2回で実施している。今後は修了生の継続教育についても、この合同会議で検討したいと考えている。

e. 質担保のための段階的試験について

1年次の2月に進級試験があり、3P科目の理解度を確認している。これに合格すると、2年次前期の演習を履修できる。

2年次の8月に実習前試験をする。筆記試験とOSCEである。

2年次の2月に修了試験を行う。

試験問題作成をはじめ、カリキュラム運営には、医師にも参画してもらっている（看護学研究科の医師）。

合格点は60点ではなく80点としている。再試験もある。

試験に合格できず、M2にあげられない院生もいる（しかし多数ではない）。

f. その他

修了時の到達目標として、2年次M2の2月か3月にNP資格認定試験を受けるので、それに対応できるレベルということになる。出題基準はNP協会のHPに公開されている。医師国家試験問題の中でも典型例（よくある症例）の問題を解けるレベルである。

大学院生の学習状況としては、県外からの入学者は仕事を休職／退職してくるので学習に専念できている。県内からの入学者は就業しながらという人が多いので、在学期間が長くなる人がいる。

B. 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科

a. NPコースの全体概要

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科は、本学（自治医科大学大学院看護学研究科）のように、修論コース、CNSコース、NPコースなどに分かれたコース編成ではない。シラバスは読みかえが可能な構成となっている。学位取得には最低32単位が必要である。NPコースの院生は科目履修生の期間も含めて3～4年で修了する計画をたてることが多い。現在は10名が在籍している。

NP教育のアウトカムとして、標準的はスキルを身につけること、最新のガイドラインに沿ったエビデンスが標準となっていること、診療録を正確に記載できること、上げることができる。

b. 講義について

座学で3P科目を実施している。病態治療論では、医師と事前に打ち合わせを行い、事例を通して学んでいる。

薬理学特論では、薬物動態、治療的薬物モニタリングが基本となる。①添付文書が読めること、②副作用に対する基本的考え方、③アプローチの方法、④容量、⑤一般名を覚える、⑥薬剤の作用機序等のリスクマネジメントを学ぶ必要がある。10種類にも及ぶ薬剤を内服している場合の薬物相互作用について、事例を通して学んでいる。

フィジカルアセスメントでは、症状に対するアセスメントと、OSCE をアウトカムにして診断学を入れている。一部は e-learning を活用している。1 年次後期にフィジカルアセスメントを実施し、10 月頃に OSCE (60%) を実施し、一連の流れを把握する。1 年次後期に病態治療論、薬理学特論が科目として入ってくるので、その後にクイニカルイグザミネーションを行う。基礎知識は客観試験 (40%) で行う。評価は、標準的ケアができることを目標に、各学会で提示されている最新ガイドライン (米国) をアウトカムの評価基準にしている。

c. 演習について

実際にピックカテーテルを用いた中心静脈カテーテル挿入演習を見学した。院生は全員で 7 名である。指導者は塚本教授、長谷講師、カテーテル販売業者 2 名である。

初めに塚本教授より、適応、禁忌、合併症 (肺炎、血栓、感染、静脈炎、神経障害) などの基本的な知識の講義が行われた。特に、感染症を起こす 3 割が静脈炎を併発していることのリスクが説明された。

その後、3~4 名のグループに分かれて、エコー下で尺骨皮静脈の確認、カテーテルの送り込み、固定方法などをそれぞれパーツで練習を行った。

最後に、チェックリストにそって実技チェックと口頭試問を実施し、その場で評価をフィードバックしていた。

d. 実習について

現在、実習病院は、救急病院 1 か所、それ以外が 6 か所の計 7 か所を確保している。各病院に実習目的を理解していただける医師がおり、実習指導者となっている。評価は実習指導者 (医師) が行う。

臨地実習 I と臨地実習 II は共通で実施する科目である。NP の実習としては、臨地実習 III (4 単位) と臨地実習 IV (6 単位) で、半年近く実習する。講義と演習の後に、随時実習が入る教育方法がとられている。

人間ドックと特定健診では、合計 200 事例をとる。最初は特定健診で 20 日間、週に 1 回で、異常か正常かの見極めをする実習である。次に救急 30 日、地域 40 日間の実習を行う。実習での症例数は見学を含めて 200~300 例である。その中で、ケースレポート 5 事例、プロトコル、診療録を最終評価に用いる。その際、鑑別診断ができることがアウトカムとして求められる。診療録に関しては講義科目等でも随時教育しており、診療録の記載方法を重視している。

実習で経験した事例は、見学事例も含めて全て一覧にし、経験内容を特定行為と照合している。特定行為以外に経験したことも、自由記載欄に記載している。

実習計画書は、実習開始前に地域にヘルスケアニーズをアセスメントした上

で作成して実習に臨んでいる。

e. 修了試験

60点を合格基準として、塚本教授が作成する。全てマークシート式で記述問題は含めない。臨床判断については、口頭試問としている。NP協議会で実施する試験問題よりも難易度は高い。修了試験に合格すると、NP協議会の認定試験を受ける。これに合格するとJNPと名乗ることができる。

(4) 視察を終えての所感

A. 大分県立看護科学大学大学院

NPコースの設置と運営にあたって、育成したい人材像が明確にされており、それを基盤に教育課程を構成されたことがよく理解できた。また、教育課程全体、中でも特に実習での指導体制を整備するためには医師の理解と協力が不可欠であることや、実習指導体制が整うにつれて、実習施設からの入学希望者が増えたり、修了生が実習施設に就職したりという人材のよいサイクルができ、医療・看護の質の向上につながっていることも理解できた。

本事業は大学院プログラムではないため、包括的な教育プログラムには限界もあるが、育成したい人材像を改めて明確化する必要性を再認識した。

B. 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科

実際の演習を見学させていただいた中心静脈カテーテル挿入については、安全で正確な手順を教示すれば、2～3時間である程度の技術（テクニック）のコツをつかむことができ、シュミレーションレベルでは「できる」ことが可能であった。業者2名がインストラクターとしてコツを教える役割を担っていた。この見学からは、提示された技術（テクニック）を学ぶにはあまり時間を要しないことがわかった。

厚労省が示す特定行為項41項目が基軸ではない、大学院教育としてのNP養成プログラムを見学できたことは、本事業で養成する人材やそのアウトカムを熟考する上で有用であった。

文献

- 1) 草間朋子・小野美喜・福田広美：特定看護師（仮称）の養成教育とその活動、病院、70(12)947-95、2011.

3) SP 教育視察

プログラム実施・評価委員会委員長 横山由美

(1) 視察目的

SP 養成に関する知見を得る

(2) 視察目標

1. SP の募集方法を知る
2. SP の運用方法と課題について知る
3. SP 養成プログラムについて知る

(3) 視察日時および視察場所等

視察日	視察場所	視察者	先方の対応者名
H25 年 9 月 5 日	日本赤十字広島看護大学	里光 やよい 横山 由美	学長・研究科長：小山 眞理子 先生 地域看護学 教授：眞崎 直子 先生 小児看護学 講師：山崎 歩 先生
H25 年 9 月 6 日	帝京大学薬学部教育研究センター	本田 芳香 横山 由美	教授 岸本 成史 先生
H25 年 9 月 10 日	札幌市立大学看護学部	里光 やよい 横山 由美	看護学部長：樋之津 淳子 先生 老年看護学 講師：原井 美佳 先生
H25 年 9 月 10 日	福島県立医科大学医療人育成支援センター	本田 芳香 福田 順子	医学教育副部門長、チーフ・コーディネーター： 石川 和信 先生
H25 年 10 月 21 日	自治医科大学地域医療学センター	浜端 賢次 横山 由美	教授 石川 鎮清 先生

(4) 視察結果

1. SP 募集方法（表 1 SP 募集と運用 参照）

大学により基本的な考え方が異なり、市民参加を考慮している大学では市報などで公募し、身元がしっかりしている人を重要と考えている大学では、社会福祉協議会を通じて募集や大学に入っていたボランティアグループ、身近な人へ声をかけるなどの方法で行っていた。

また、募集条件として医療職者ではない（現在・過去）こと、学生の保護者ではないこと、を挙げていた大学があり、医療職者ではフィードバック時に教育的に関わってしまうとの理由であった。しかしながら、SP の人数の確保のため、やむを得ないということで大学学部の卒業生が入っている大学もあった。

SP の年齢層は 30 歳代～80 歳代であり、公募をしていない大学では年齢層が高くなっている。男女比は、まちまちであった。

2. SP の運用方法と課題

1) 謝金およびボランティア保険について

謝金有のところが 2 校、無報酬が 1 校であった。謝金を払っている大学

では、ボランティア保険の加入がなされていなく、今後の課題となっていた。無報酬の大学では、社会福祉協議会のボランティア保険（300 円/人）に加入していた。保険料は大学が負担していた。

2) SP の組織について

SP が独自で組織を作っていたのは 3 校あり、2 校では会長を立て自主運営を行っていた。組織が自主運営できるようになるまでには 1 年要した大学もあり、組織の役員の決定は非常に重要であり、SP の関係性なども考慮してどの人に役員をやらせようとするのかを吟味してその人になるように誘導していくようにした。

課題としては、サークルの方向性が異なると大学に対しての要望が強くなったり、難しいことも起こる。

SP のコーディネートは 3 大学では委員会組織で行っていた。SP の組織では 2 大学で窓口を会長としていた。

3) SP 運用経費および環境整備について

運用のための経費はほとんどかけていなく、事務連絡費などであり、すべて大学内の予算に計上していた。

控室を整備していた 2 大学では、SP の練習ができるだけでなく、いつでも SP が集まりリラックスできることを配慮していた。

3. SP 養成プログラム（表 2 養成プログラム参照）

初級・中級・フォローアップコース、また入門コース、フォローアップコースなどと段階別に SP 養成を行っていた。

初級および入門コースでは、全 5～6 回の講習会を行っていた。内容としては、第 1 回で模擬患者の説明会および大学の教育理念、第 2 回でコミュニケーションについて、第 3 回で SP を演じるためのイメージづくりで先輩 SP あるいは外部講師によるデモンストレーションを見学していた。第 4 回で実際にロールプレイを行ったりシナリオに沿って演じたりなどの実際を行い、第 5 回で 4 回と同様のことを行なう大学と、フィードバックについての説明や講師のデモンストレーションの見学などを行う大学があった。また、1 校では第 6 回として OSCE のデモンストレーションの見学や修了証書の授与を行っていた。

中級コースでは、OSCE の SP として標準模擬患者についての講習を全 3 回で行っていた。

フォローアップでは、入門編の復習や演技とフィードバックの練習を行っている大学と、OSCE のオリエンテーションおよび演技の標準化を実施している大学があった。また、フォローアップで質向上に向けての研修を検討していた。

外部講師の導入をしている大学では、謝金は半日で 5～6 万円であった。ただし SP を何人か同行していた。また、教員が講演を聞きに行ったり、演習を複数回受けに行ったりして準備を行っていた。

4) eポートフォリオ等教育方法に関する情報収集や勉強会の開催

研究テーマ2代表者 春山早苗

(1) eポートフォリオ等教育方法に関する情報収集

① 第4回 Mahara オープンフォーラム「テーマ 今、eポートフォリオを総括する！ ～eポートフォリオの活用・普及のために～」(MOF2013 運営委員会主催)への参加

- ・ 日時：2013年9月14日(土)
- ・ 場所：東京学芸大学小金井キャンパス
- ・ 参加者：研究テーマ1 企画委員 本田芳香
プログラム開発・推進委員会 里光やよい
プログラム実施・評価委員会 横山由美
研究テーマ2 企画委員 春山早苗
実践看護師教育システム委員会 村上礼子

- ・ 情報収集内容：講演「eポートフォリオによるキャリア支援」、「eポートフォリオによる教育の質保証」、「eポートフォリオによる授業支援」や一般セッションを聞き、本研究事業におけるeポートフォリオの活用に関する情報を収集した。特に、学習プロセスにおける学習者の省察的学習へのeポートフォリオの活用について、示唆に富む情報が得られた。

② 第50回記念 医学教育セミナーとワークショップ

(岐阜大学医学教育開発研究センター主催)

- ・ 日時：2013年11月1日(金)～3日(日)
- ・ 場所：岐阜サテライトキャンパス/じゅうろくプラザ
- ・ 参加者：研究テーマ1 企画委員 本田芳香
研究テーマ2 企画委員 春山早苗
- ・ 情報収集内容：講演「終着駅のない旅：現場での指導者育成とコミュニティの形成」、「協会と壁を超える：職種間連携の実践と社会学的考察」を聞き、ワークショップ「情動をはぐくむ教育：理論から教育実践とその評価まで」、「Moodleを学ぼう」、「聴衆反応システムを用いて授業をもっと双方向性にする」に参加して、本研究事業におけるeポートフォリオ等の活用による教育方法に関する情報を収集した。

(2) eポートフォリオに関する勉強会の開催

- ・ 日時：2013年11月11日(月) 14:30～
- ・ 場所：自治医科大学看護学部情報処理室
- ・ 講師：本学メディカルシミュレーションセンター(テーマ2 実践看護師教育システム委員) 浅田 義和 助教
- ・ 対象者：研究テーマ2の委員および研究テーマ1で関心のある委員
- ・ 内容：■Moodleを知り、基本的な操作ができること、■教育への活用例を知り、看護学教育への活用方法について考えられること、を目的に行った。

4. 研究事業の広報活動

1) 記念講演会 実践看護師教育システム委員会委員長 村上礼子

(1) 開催日時：平成26年2月28日（金）13時～17時30分

(2) 開催場所：自治医科大学 地域医療情報研修センター中講堂

(3) 参加人数 101名

内訳；外部施設 23名
 附属病院看護部 9名
 附属さいたま医療センター 2名
 医学部 4名
 大学事務 5名
 下野グリーンクラブ（模擬患者対象）12名
 看護学部教員 40名
 看護学研究院院生 6名

(4) タイムスケジュール

司会 本田芳香（自治医科大学大学院看護学研究科 教授）

時間	プログラム
13:00	学長あいさつ 永井 良三 先生（自治医科大学 学長）
13:15	日本型地域ケア実践開発研究事業の概要 春山 早苗 先生（自治医科大学大学院看護学研究科長）
13:45	講演1 我が国の医療の現状を踏まえたプライマリ・ケアの必要性と看護師の役割 塚本 容子 先生（北海道医療大学大学院看護福祉学研究科 教授）
14:55	休憩
15:10	講演2 これからの医師と看護師の協働－看護師のスキルミックスへの期待－ 長松 宣哉 先生（社会医療法人 関愛会 佐賀関病院 理事長）
16:20	講演3 地域が育てる医療人－医療人育成に参与する模擬患者の役割－ 福井 みどり 先生 （財団法人ライフ・プランニング・センター健康教育サービスセンター副所長）
17:30	閉会

(5) チラシ 別添資料 1

(6) 抄録

- ① 春山早苗先生抄録 別添資料 2
- ② 塚本容子先生抄録 別添資料 3
- ③ 長松宜哉先生抄録 別添資料 4
- ④ 福井みどり先生抄録 別添資料 5

(7) 講演資料

- ① 塚本容子先生抄録 別添資料 6
- ② 長松宜哉先生抄録 別添資料 7
- ③ 福井みどり先生抄録 別添資料 8

(8) 講演質疑応答の内容

講演 1 塚本先生

(質問①) 大学院で NP を教育している。カリキュラムについてはどのようなものをベースにしているのか、またどのような考え方に基づいたカリキュラムなのか。また、実際に行っている上で課題と思われている点はどんなことがあるか。大学院生といっても実戦経験を積んでいて社会人がいる状況と思われるがその辺りとの関連も教えてほしい。

(応答) カリキュラムの詳細については説明しきれないところがあるので、課題についてお話しさせていただきます。本学についてはほとんどが社会人で皆さんは看護師として 20 年クラスの経験があります。本学は認定看護師研修センターがありますので、認定看護師の方が半分くらいで、いろいろな分野の方がいます。糖尿病、慢性感染管理、皮膚排泄ケア、最近では緩和ケアの方がいます。認定看護師の方が多。最初に正常範囲内と正常範囲外のアセスメントを、疾病や診断ではなく特定検診や人間ドックの場で実習してもら。特定検診はメタボリックシンドロームのスクリーニングが目的であるため、学生は診断する場面で、していのか戸惑うことがある。今までに医学的な診断は医師の領域と考えて、事前に診断基準などについて勉強してその場に望んでいるのに、役割の転換には抵抗を感じているようである。2 年間の大学院の勉強を通して必ずいうのは、医者が悪口を言ってきたが、医者は責任を取るためにどれだけ大変な思いをしているかを、自分たちがそれをしていく必要があるためその大変さがわかったと必ずみんな言う。臨床経験が豊富な看護師でも新しい役割を担うことに対して、いかに難しいかを実習をはじめて思い知らされている。できるかどうかは分からないが、そこをもう少し早くできるようにすることが課題である。勉強に関することはたくさんある。解剖とか病態生理とかフィジカルアセスメント、薬理学もある。この辺は学部教育にも課題があるとも感じている。

(質問②) 卒業した看護師が現場で受け入れる看護部の意識を変えないといけないのでは。教育を受けた人は役割を変えていくという考えがあるが、それを受け入れる看護部は受け入れの準備ができていない看護協会などの PR 不足も関係していると思うが、全然準備ができていない、素直に受け入れられない問題があると思う。その辺はアメリカとか、先生はどう変えていったらいいと思うか。

(応答) アメリカは長い歴史があるので、現在はNPが認知されている。NP以前に認定看護師の教育をはじめたときも同じで、いろいろな専門分野があつて卒業していきませんが、2005年に北海道医療大学に着任した時は感染管理の認定看護師には5人しかいなくて、本学では20人ずつ教育していたのですが、その20人が最初出て行ったときはまったく看護部は理解していなくて、何ができているのか、ちょっと研修してきたから管理業務ならできるでしょうみたいな認識で、看護師が専門性をもって活動していくことをイメージできていなかった。何が一番変えていったかは、その人たちの現場での活動だったと思う。その中で大切なことは、感染管理を担う看護師ならば、サーベイランスといって病院の中でも感染率をきちんとデータとして出すようにと指導してきたので、そういうデータを出す活動をしてきたことで、何ができるかを示してきた。医師が提供した医療とNPの提供した医療の違いを明らかにするために、診療録をランダムに調査した結果、ドメスティックバイオレンスのスクリーニングを医師はできていなかったことが明らかとなった。このようなデータをきちんと自分たちのしていることを示していくことが必要になっていると思われる。

講演2 長松先生

(質問①) 教育者として医師と関わっている。お話の中であった通り、医行為はプロセスの中で行われるものであるが、実習先や就職先の病院で何ができるのか、何ができないかははっきり書いてこいなど質問される。あまりにも聞かれるので困っている。医行為は明確にしないと不安なのでしょうか。責任問題を気にされているのか、到達目標なのか。医師の立場からご助言いただきたい。

(応答) 看護実績があるので、通常の看護業務ができるので十分だと思う。それ以上、何ができるかは、できなくて当たり前。特定医行為を認めてもらったので、それをやるためには研修をしなければいけない。できなくて当たり前で、できるようにするにはそこで研修をする必要がある。2年間で行為の研修はできないため、現場の医師が理解するしかない。

(質問②) 診療看護師の強み弱みというところで、診療能力が危ういと言われていたところで、研修医と比較してということか、どの辺が危ういのかを教育の参考にしたいので教えてほしい。

(応答) 研修医と比較しているのではなく、胸痛の場面でもありましたが、教科書的な判断しか出せない。仕方ない部分であるが、実際の医療の現場では通用しないので、経験が必要となる。例えば、循環器の医師ならば循環器でないといえればいいが、胸痛は何か、鑑別診断が必要となる。みんな読んでいる本が一緒なので。どれだけ経験して、その経験を整理できているかで、看護師の優劣が生まれるのではないかと。

講演3 福井先生

(質問①) 募集方法について、どのように継続的に人を確保しているか教えてほしい。

(応答) 会員向けの冊子に養成講座のおしらせを掲載したり、ボランティアセンター、社会福祉業議会などにチラシをおかせてもらったりしている。養成講座に40～50名来てもらい、実際に活動できる方は20名程度。

自治医科大学大学院看護学研究科
日本型地域ケア実践開発研究事業



記念講演会

自治医科大学大学院看護学研究科では、研究プロジェクト名「日本型地域ケア実践開発研究事業」が文部科学省の私立大学戦略的研究基盤形成支援事業に採択され、平成25年度から5年間の研究プロジェクトとしてスタートしています。このプロジェクトでは、チーム医療の推進のために看護師の役割拡大が求められている状況を踏まえ、看護師がチーム医療の中でよりいっそう機能していくための地域ケアスキル・トレーニングプログラムを開発することと、地域特性に応じた看護師の教育・支援システムの検討をあわせて行うことにより、患者の目線も踏まえた医師と看護師の協働のあり方など日本における地域ケアの実践モデルを構築することを目指しています。

本研究プロジェクトの開始を記念して講演会を開催します。地域医療やチーム医療に関心のある人など、広く皆様のご参加をお待ちしております。

日時：平成26年2月28日（金）13時～17時30分

受付開始 12時30分

場所：自治医科大学 地域医療情報研修センター中講堂

入場：無料

*資料の準備の都合上、事前に参加申込みをお願い致します。
ただし、当日参加も可能です。

日本型地域ケア実践開発研究事業の概要

春山早苗氏（自治医科大学看護学部 学部長）

プライマリ領域における看護師の高度実践

塚本容子氏（北海道医療大学大学院 教授）

これからの医師と看護師の協働

-看護師のスキルミックスへの期待-

長松宣哉氏（社会医療法人 関愛会 佐賀関病院 理事長）

地域が育てる医療人

-医療人育成に参与する模擬患者の役割-

福井みどり氏

（財ライフ・プランニング・センター健康教育サービスセンター 副所長）

裏面用紙の内容を
FAXかメールにて申し込み下さい。

連絡先：日本型地域ケア実践開発研究事業 事務局
〒329-0498 下野市薬師寺3311-159
自治医科大学看護学部内 看護総務課
TEL 0285-58-7408 FAX 0285-44-7257
Eメール ksoumu@jichi.ac.jp

日本型地域ケア実践開発研究事業の概要

自治医科大学看護学部 学部長 春山早苗

自治医科大学はへき地等地域医療に従事する医師及び看護職の養成を目的としています。大学院看護学研究科では、高度な看護実践に関する研究やチーム医療を推進するがん看護に関する研究、地域特性に応じた看護職の教育・支援システムに関する研究、患者の療養場所移行支援に関する研究等に取り組んできました。わが国では、医師の負担増大と地域医療崩壊の危機が問題となっており、チーム医療の推進と看護師の役割拡大への期待が高まっています。

このような状況において、大学院看護学研究科では、研究事業名「日本型地域ケア実践開発研究事業」が文部科学省の私立大学戦略的研究基盤形成支援事業に採択され、平成 25 年度から 5 年間の研究事業としてスタートしました。この研究事業では、以下の 2 つの研究テーマに取り組むことにより、看護師がチーム医療の中でよりいっそう機能していくための地域ケアスキル・トレーニングプログラムを開発し、また地域特性に応じた看護師の教育・支援システムの検討をあわせて行うことにより、患者の目線も踏まえた医師と看護師の協働のあり方など、日本における地域ケアの実践モデルを構築することを目指しています。本事業は、本学医学部や地域医療学センター、附属病院、看護職キャリア支援センター、メディカルシミュレーションセンターの協力を得て、また、看護職のトレーニングにおける模擬患者等として地域住民の方々にも協力を得て実施していきます。

研究テーマ 1：地域ケアスキル・トレーニングプログラムの開発研究

看護師が、チーム医療の中で機能していくために必要な、複雑・高度な臨床判断能力と侵襲性の高い医療技術を備え、キュアとケアを統合できる卓越した地域ケアスキルを獲得するためのトレーニングプログラムの内容及び教育方法を検討します。このことにより、卓越した看護実践に基づいて地域ケアのリーダーとなり得る看護師を育成することを目指します。

研究テーマ 2：地域ケア実践看護師の教育・支援システムの開発研究

看護師が地域ケアスキルを獲得するための教育体制と、地域ケアスキル獲得後のフォローアップシステムを構築するために必要となる条件や関連因子を、地域特性かつ医療施設の機能別に明らかにし、地域ケア実践看護師の教育・支援システム構築のための指針を検討します。このことにより、地域特性や保健医療福祉資源の相違があっても地域ケアスキルを獲得した看護師が、当該地域又は医療施設に定着し、またケアの質が維持向上されることを目指します。

講演 1

我が国の医療の現状を踏まえたプライマリ・ケアの必要性と看護師の役割

北海道医療大学 大学院 看護福祉学研究科
塚本 容子

わが国だけでなく、世界各国のヘルスケアは多少の課題の差はあれ、医療の高度化に伴う複雑化、高齢化社会などの多くの課題に直面している。各国の政府は、すべての人への医療アクセス、そして国民が負担可能な保険について模索。そのような状況下、看護師はどのような役割を果たしたらよいのか。International Council of Nursing (ICN) は、看護師はどの国においても十分活用されていない資源 (underutilized resource) であり、そして高度実践看護師が果たす役割が大きいと言及している

米国では高度実践看護師として、専門看護師、助産師、看護麻酔師、ナースプラクティショナーの 4 職種を定めている。わが国では、既に専門看護師が存在し、それに加え、厚労省により看護師特定能力認証制度が検討されている。厚労省の提案する制度では、ICN や米国の看護協会が定義する高度実践看護師の定義に、現段階では合致していないが、看護実践の拡大という点では、今後の高度実践看護師に繋がる制度であると考えられる。また、筆者の勤務する北海道医療大学では、専門看護師の育成に加え、2010 年よりナースプラクティショナー (NP) 育成を開始している。本講演では、我が国における医療の現状を経済協力開発機構 (OECD) のデータ等を紹介しながら、プライマリ・ケアの必要性、そしてその中で高度実践看護師の役割について検討する。プライマリ・ケアという概念は、我が国では十分に周知されていない、ここでは、米国医学研究所 (IOM) が定めている定義を前提にお話する。プライマリ・ケアとは、患者の抱える健康問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床家 (clinician) によって提供される、総合性とアクセスの良さ特徴とするヘルスケアサービスとする。

以下が、本講演のアウトラインである。

- ① OECD や我が国の経済指標からみるプライマリ・ケアの必要性
- ② 米国における地域医療と高度実践看護師の活動：ナースプラクティショナーの活動とそのアウトカム
- ③ 我が国の高度実践看護師活動の現状と課題

看護師が専門職として発展していくためには、看護師自身があり方を検討していくことも重要であるが、地域住民の健康を維持するためのニーズに応えることができなければ何の意味もなさない。超高齢化社会が現実になりつつ中で、看護師として何ができるのか真摯に向き合う必要がある。

本日の内容

- OECDや我が国の経済指標からみるプライマリ・ケアの必要性
- 米国における地域医療と高度実践看護師の活動: ナースプラクティショナーの活動とそのアウトカム
- 我が国の高度実践看護師活動の現状と課題

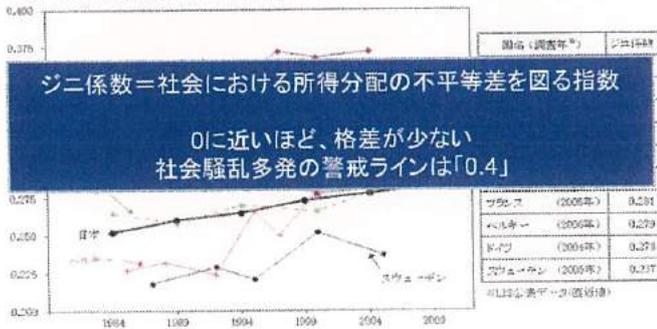
格差社会

- 格差の意味: 個人・企業・地域
 - 上: より豊かに、便利に、安心に
 - 下: 貧しく、不便に、不安に
- 格差社会における医療とは?

ジニ係数

世界におけるジニ係数

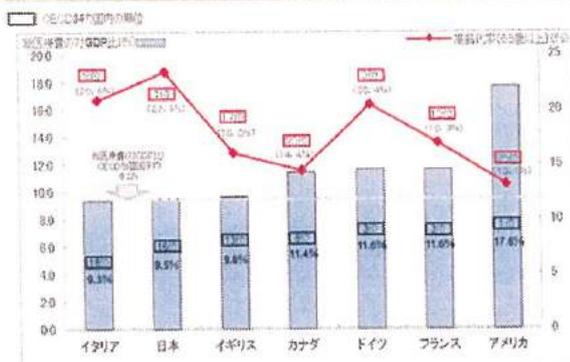
図1 所得可処分所得のジニ係数の国際比較



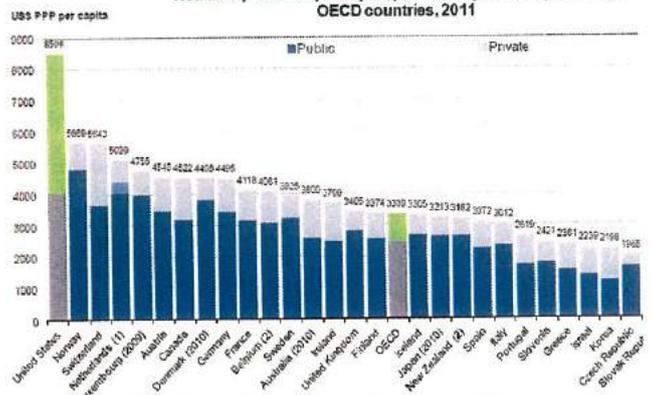
医療費の比較

医療費の比較

G7 諸国における総医療費(対GDP比)と高齢化率の状況(2010年)



Health expenditure per capita, public and private expenditure, OECD countries, 2011



医療従事者の数(対1000人)2008年

国名	医師数	看護職員数	病床数
日本	2.15	9.54	13.8
アメリカ	2.43	10.75	3.1
フランス	3.34	7.93	6.9
ドイツ	3.56	10.68	8.2
カナダ	2.27	9.2	3.5
イタリア	4.19	7	3.8
イギリス	2.61	9.52	3.4

病床100床あたりの職員数(2008年)

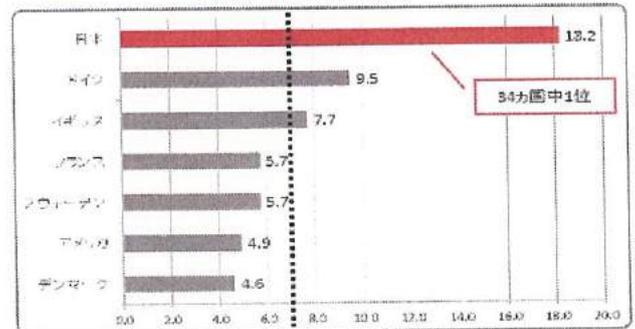
国名	医師数	看護職員数
日本	15.6	69.1
アメリカ	78.4	346.8
フランス	48.4	114.9
ドイツ	43.4	130.2
カナダ	64.9	262.9
イタリア	110.3	184.2
イギリス	76.8	280.0

医療分野についての国際比較(2010年)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 医師数	3.1	3.0	5.3	6.4	2.70	13.6
人口千人当たり 急性期病床数	2.6(第1)	2.4	5.7	3.5	2.0	8.1
人口千人当たり 病床数	2.4	2.7	3.7	3.5*	3.8(第1)	2.2
病床百床あたり 医師数	79.4	91.8	45.2	50.0*	37.8(第1)	16.4
人口千人当たり 病床看護職員数	11.0*	9.5	11.0	9.5*	-	10.1
病床看護あたり 医師看護職員数	350.8*	324.7	136.7	101.5*	-	74.9
平均在院日数	6.2	7.7	6.6	12.7	5.7	32.5
平均自賠日数 (急性期)	5.4	6.6	7.3	5.2	4.6	18.2
人口一人当たり 外来診療回数	3.9(第2)	5.0(第1)	9.9	6.7	2.9	33.1(第1)
女性医師割合(%)	31.8	44.1	42.3	40.8	45.0(第1)	19.8
一人当たり 年間医療費(米ドル)	8,293	3,493	4,328	3,974	3,758	3,035(第1)
前年度との対比(%)	17.6	8.6	11.6	11.6	9.6	0.5(第1)
OECD加盟国平均での増減	1	15	3	3	10	16
平均寿命(男)(歳)	76.2	78.6	75.0	75.0	79.5	79.6
平均寿命(女)(歳)	81.1	82.6	83.0	84.7	85.5	86.4

在院日数の違い

平均在院日数 全病床 2010年
OECD平均7.1日



出典: OECD Health Data 2012より作成

病院での医療提供から
地域での医療提供へ

プライマリ・ケアとは？

プライマリ・ケアとは、

- 患者の抱える健康問題の大部分に対処でき、
- かつ継続的なパートナーシップを築き、
- 家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床家(clinician)によって提供される、
- 総合性とアクセスの良さ特徴とするヘルスケアサービスである

プライマリ・ケアの特徴

アクセス性(Accessibility)

- ・利用可能性：常に診察してくれる人がいる、突発的に対処
- ・達成可能性：診察を受けるための、身体的・経済的・精神的・社会的問題に対処

包括性(Comprehensiveness)

- ・多くの症状や疾患に対処するだけでなく予防も行う
- ・小児から高齢者まで幅広い年代に対処
- ・さまざまな場で提供：例として在宅、緩和ケア病棟など

調整性(Coordination)

- ・必要時、専門医への橋渡し
- ・さまざまな資源・サービスの調整
- ・患者への医療の調整だけでなく、家族との調整

継続性(Continuity)

- ・上記3つ(アクセス・包括・調整性)を継続的に提供

責任性(Accountability)

- ・提供したサービスのプロセス・アウトカムの測定
- ・適切な情報提供 (インフォームドコンセントなど)

プライマリ・ケアは本当に必要か？

www.PresentationPro.com

Public Health (2005) 119, 699-710



PUBLIC HEALTH
JOURNAL OF THE ROYAL SOCIETY OF PUBLIC HEALTH
www.elsevierhealth.com/journals/puhb

プライマリ・ケア、社会的格差と疾患による死亡率との関係

Primary care, social inequalities and all-cause, heart disease and cancer mortality in US counties: a comparison between urban and non-urban areas

L. Shi^{a,*}, J. Macinko^b, B. Starfield^a, R. Politzer^c, J. Wulu^c, J. Xu^d

^aDepartment of Health Policy and Management, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 624 N. Broadway, Room 406, Baltimore, MD 21205, USA

^bSteinhardt School of Education, New York University, New York, NY, USA

^cHealth Resources and Services Administration, Bureau for Primary Care, US Department of Health and Human Services, Rockville, MD, USA

www.PresentationPro.com

Table 2 Analysis of variance results by outcome measure, urban (MSA) and non-MSA counties, 1990 (n=3075).

Predictor	All-cause mortality per 100,000 population	Heart disease mortality per 100,000 population	Cancer mortality per 100,000 population
Gender			
>75			25.91
50-74			12.42
25-49			17.76
Male			18.21
Female			15.88
Income			
<75%			11.26
75-99%			13.02
Percent			
≥90%			17.92
<90%			11.72
Urbanity			
Urban	130.41***	190.95	1081.2
Non-urban	128.93	340.21***	95.92
Interaction			
<75%	164.58	498.72	164.58
75-99%	144.96	308.17	100.45***
>90%	144.96	308.17	100.45***
Education			
<75%			17.63
75-99%			19.31
≥90%			15.62
<90%			18.05

収入格差があると、
・すべての疾患における死亡率が高い
・心疾患における死亡率が高い
・悪性腫瘍における死亡率が高い

低所得者層は、
・すべての疾患における死亡率が高い
・心疾患における死亡率が高い

プライマリ・ケアの提供を受けると、
・すべての疾患における死亡率が低い
・心疾患における死亡率が低い

* One-way analysis of variance (ANOVA) was used to compare mortality rates between urban and non-urban counties. The results from Scheffe comparison procedure indicate that each mortality outcome for the four groups after rejecting the overall hypothesis that at least one group is different from the others. The results from Scheffe comparison procedure indicate that each mortality outcome for the four groups was significantly lower than in the other Gender groups (p<0.05). F-tests were used to compare variables with only two groups.

プライマリ・ケアと地域住民の健康

- ・脳卒中による死亡率の低下
- ・低体重児出産の低下
- ・患者の自己申告による健康度の向上
- ・専門医に通院していても、死亡率は低下しない。

なぜわが国に家庭医が少ないのか？

- ・臓器別専門医の開業が多い
- ・地域のクリニックと病院との連携が不十分、役割の明確化が不十分
- ・プライマリ・ケアが専門分野とみなされていない
- ・卒後の研修プログラム不足
- ・ソロプラクティスの開業医が多い
- ・地域住民の専門医志向・大病院志向

プライマリ・ケアの特徴

プライマリ・ケアは、

- 個人と家族の総合管理の専門医学
- 生物科学、臨床科学、行動科学を統合する幅広い専門科学が必要
- 年齢・性・臓器・疾病を問わず、全ての患者を診るため、家庭医は個人と家族の総合健康管理に携わる

看護の定義 (ICN)

- 看護とは、あらゆる場であらゆる年代の個人および家族、集団、コミュニティを対象に、対象がどのような健康状態であっても、独自にまたは他と協働して行われるケアの総体である

高度実践看護師 (APRN) in USA Advance Practice Registered Nurses

- Nurse Practitioner (診療看護師)
- Nurse Anesthetist (看護麻酔師)
- Nurse Midwife (助産師)
- Clinical Nurse Specialist (専門看護師)

高度実践看護師 ICN定義

「ナースプラクティショナー/高度実践看護師は、拡大した実践のための卓越した知識基盤を持ち、複雑な状況に対して意思決定能力や臨床能力を持つ看護師である。ここでの拡大した実践とは、各国の法律などで定められたものを指す。最低限、修士課程が推奨される」

NPとは何か？何をする人なのか？

- 大学院修士課程で教育を受けた者
- 与えられた権限の中で、臨床的決定を行う。
- 医学的診断を行うことが可能。そのためのヘルスアセスメントを行う。必要な検査をオーダーできる。
- 医学的治療を行うことができる。
- 患者教育、カウンセリングを行う。
- ウェルネスのプロモーション、疾病・怪我予防実施
- 他のヘルスケアチームメンバーと協働しながら活動
- 研究、教育、患者のためのアドボカシー活動を行う

American College of Nurse Practitioners



NP制度までの道のり

- CNSより後に出来たできた役割である。
- 1960, 70年代の家庭医不足を背景に、1965年にコロラド州立大学で初めての小児ナースプラクティショナープログラムを開講
- ⇒評価: 地域の健康児・病児クリニック(健康診断や軽症の病気でやってくる小児を見るようなクリニック)において、75%のケースにおいて、NPはアセスメント・管理可能

NP制度までの道のり

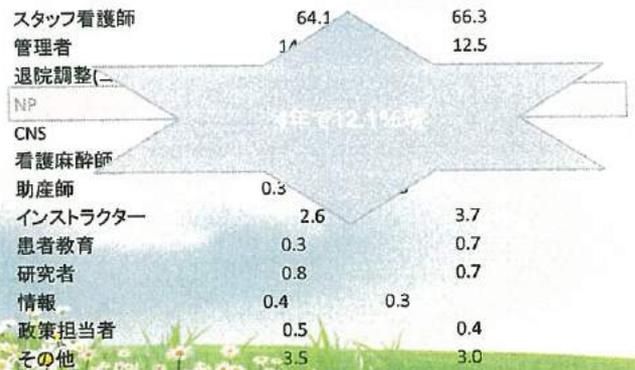
- 看護界からの反応
 - Martha Rogers: NPに対して反対していた。看護師が看護から医学に目を向けてしまうのでは？看護の専門性が失われるのではと危惧していた。
 - ⇒教育を看護修士レベルとすることで、看護教育者、看護界のリーダーからのサポートが受けられるようになった。

NP制度までの道のり

看護界全体におけるNPの占める割合

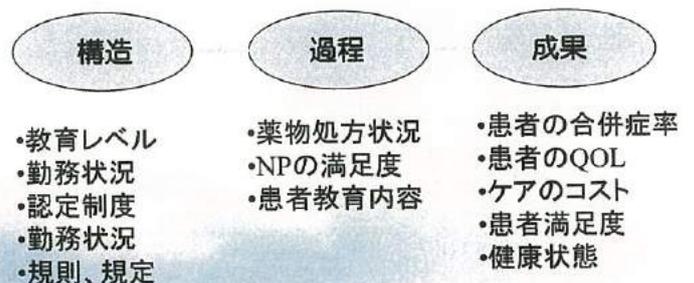
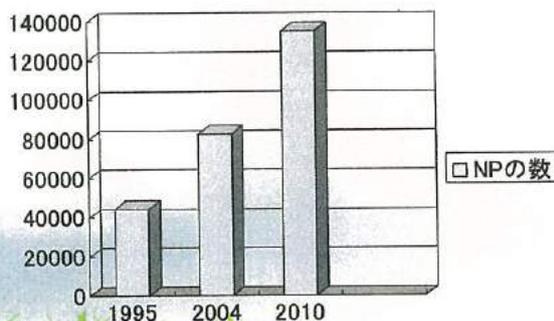
□医学界からの反応

- ランドマークケース: 1980年ルイジアナ州において2人のNPが医師免許なしに、医学的治療を行ったと訴えられた。
- ⇒結局このケースは、NPの活動が認められる形で決着がついた。



経時的NPの数

質向上評価モデルによるNPの評価



ランドマークとなったスタディ

ORIGINAL CONTRIBUTION

ナースプラクティショナーまたは医師によって治療を受けた患者のプライマリケアアウトカム
JAMA. 2000; Vol. 283(1)

Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians A Randomized Trial

Mary O. Montagna, MD, MPH
Robert L. Kane, MD
Elizabeth B. Lewis, PhD
Alexander M. Tawes, NP
Wang-Yuan Tsai, PhD
Paul D. Chang, PhD
William T. Franks, MD, MPH
Walter J. Sir, MD, MPH
Michael L. Stuckert, MD, PhD

Context: Studies have suggested that the quality of primary care delivered by nurse practitioners is equal to that of physicians. However, these studies did not measure patient physician practices that had the same degree of independence as the comparison for patients with nurse practitioner or physician providers.

Objective: To compare outcomes for patients randomly assigned to nurse practitioners or physicians for primary care follow-up and ongoing care after an emergency department or urgent care visit.

Design: Randomized trial conducted between August 1995 and October 1997, with postintervention or 6 months after initial appointments and health services utilization data recorded at 6 months and 1 year after initial appointment.

Setting: Four community-based primary care clinics (1 physician and 1 primary care clinic, 2 nurse practitioners) at an urban academic medical center.

Patients: Of 3997 adults originally screened, 1316 patients (mean age, 45.9 years; 76.6% women; 80.1% Hispanic) who had a medical record of care met the trial

Table 3. Health Status Based on AOS SF-36 Results*

	Comparison of Baseline and 6-Month Scores for Entire Sample (n = 1342)			6-Month Scores for Nurse Practitioner Group (n = 642) and Physician Group (n = 701)					
	Baseline	6 mo	Change (95% CI)	Unadjusted Mean Scores		Adjusted Mean Scores†		Comparison	P
				Nurse Practitioner Group	Physician Group	Nurse Practitioner Group	Physician Group		
Physical functioning	85.90	84.28	t = -4.831 P = .028	85.94	82.90	85.71	83.76	t = -1.978 P = .048	t = -1.978 P = .048
Role-physical	65.05	53.51	t = -10.519 P < .001	65.71	52.82	65.29	52.97	t = -12.743 P < .001	t = -12.743 P < .001
Bodily pain	42.74	50.04	t = 7.300 P < .001	42.96	52.57	43.21	52.73	t = -9.562 P < .001	t = -9.562 P < .001
General health	42.91	46.76	t = 3.855 P = .049	46.70	48.67	46.57	49.04	t = -2.473 P = .013	t = -2.473 P = .013
Vitality	47.02	50.48	t = 3.457 P = .001	47.08	52.79	47.08	52.99	t = -5.911 P < .001	t = -5.911 P < .001
Social functioning	58.51	60.47	t = 1.957 P = .049	60.19	70.88	60.25	70.70	t = -10.451 P < .001	t = -10.451 P < .001
Role-emotional	44.70	55.28	t = 10.577 P < .001	44.71	55.24	44.46	55.81	t = -11.055 P < .001	t = -11.055 P < .001
Mental health	53.61	60.17	t = 6.557 P < .001	53.66	59.45	53.67	59.63	t = -5.787 P < .001	t = -5.787 P < .001
Physical component summary	57.85	60.50	t = 2.655 P = .008	57.83	60.19	57.83	60.80	t = -2.567 P = .011	t = -2.567 P = .011
Mental component summary	49.68	54.58	t = 4.900 P < .001	49.68	54.10	49.68	54.45	t = -4.763 P < .001	t = -4.763 P < .001

NP活動のアウトカム評価

Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324, 819-823

- NPが提供したケアの方が、患者の満足度が高かった。
- NPが提供するケアと医師の提供するケアでは、患者の健康状態やQOLに違いはなかった。
- NPの方が患者に対してより長い時間を費やしていた。
- 患者の異常や変化にNPの方がよく気がついていた。
- NPの方が患者とのコミュニケーションがより効果的であった。

NP活動のアウトカム評価

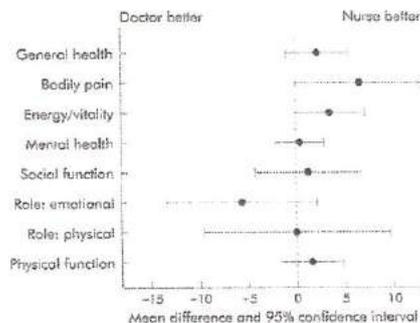
- NPの方がカルテに観察事項などを細かく記入していた。
- レントゲンのオーダーや解釈は、NP、医師も同程度のレベルであった。
- 検査結果の活用は、NP・医師も同等であった。
- 患者は自身の疾患に関してより多くの情報をNPより得たと感じている。

NP活動のアウトカム評価

- Sharples, L. 他 (2002). A randomized controlled crossover trial of nurse practitioner versus doctor led outpatient care in a bronchiectasis clinic. *Thorax*, 57, 661-666
- 気管支拡張症の人に対して、外来におけるNPと医師のケアの違い

NP活動のアウトカム評価

結果



SF36を用いて、医師が担当した患者とNPが担当した患者の差を比較

我が国の高度実践看護実践の流れ

- 2003年 大分県立看護科学大学 文科省の特色GPで「自律的看護職を目指した教育」NPプロジェクトチームを設立
- 2007年 認定看護師・専門看護師の専門広告が可能に
- 2008年 大分県立看護科学大学でNP養成が開始
- 2009年 国際医療福祉・聖路加国際看護大学でNP養成が開始
- 2009年 8月, 厚生労働省「チーム医療の推進に関する検討会」
10月, NP協議会設立
- 2010年 3月, 報告書「チーム医療の推進について」→ 医師の「包括的指示」の下、一定の医行為を行う「特定看護師」(仮称)を創設決定

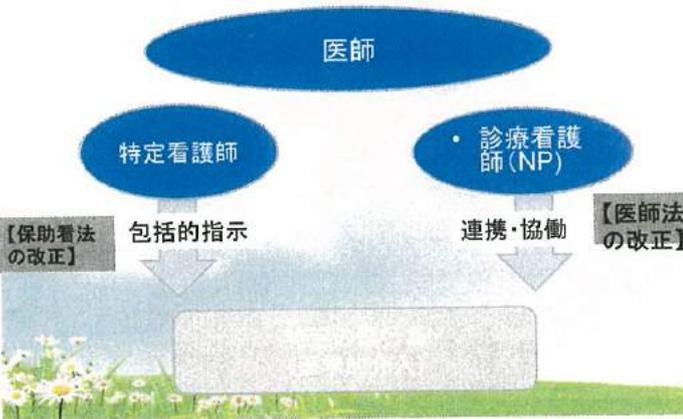
2025年問題 医療

◆2025年(平成37年)モデルと病床機能再編に関するスケジュール

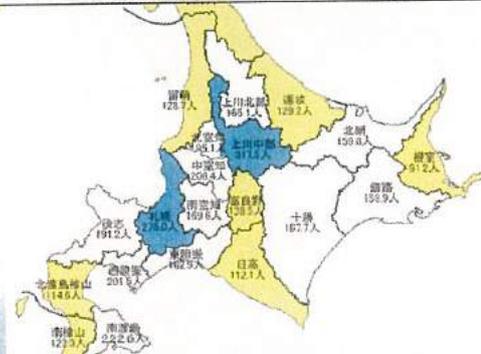


(出典: April 2013 NIKKEI Healthcare)

特定看護師と診療看護師(NP)



北海道の地域医療 医師の偏在(平成20年) 第2次医療圏(21カ所)における医師数



- 10万人対医師数が全道平均を上回っている圏域
- 10万人対医師数が全道平均の70%以下の圏域

診療の補助における特定行為(案)と指定研修における種別・行為群(案)に関する意見募集に係る説明資料

(参考) 指定研修における行為群(案)一覧

行為群名	行為群に含まれる特定行為名	行為群名	行為群に含まれる特定行為名
救命指示(急救)	2 直達緊急処置による採血	呼吸指示①	28 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節
	30 挿管装置ラインの確保		30 経口・経鼻気管挿管の確保
	32 中心静脈カテーテルの抜去		21 経口・経鼻気管挿管チューブの抜去
救命指示(静脈)	30 FIC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)の挿入	呼吸指示②	32 人工呼吸器モードの設定条件の変更
	33 「一時的ベースメーカー」の操作・管理		35 人工呼吸器下での経管管理
	34 「一時的ベースメーカー」の抜去		64 人工呼吸器使用中の患者のフィロニングの実
	35 POPQ(経皮的中心静脈圧)等補助循環の管理・操作		66 NPPV(非侵襲的陽圧換気)モード設定承
看護指示	36 大動脈バルーンポンピング観察のための補助循環の調整	循環管理	37 気管カニューレの交換
	37 急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理		56 経腸・経腸除去(経腸栄養後の排汁含む)
	47-1 持続点滴投与中薬剤(安定剤)の調整に応じた調整		38 鼻経腸除去
	47-2 持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の調整に応じた調整		39 鼻経腸・経腸除去持続投与中の吸引圧の調整
薬剤投与①	153-1 持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の調整に応じた調整	創傷管理	30 心臓経腸除去
	153-2 持続点滴投与中薬剤(K, CL, Na)の調整に応じた調整		21 鼻経腸除去
	153-3 持続点滴投与中薬剤(糖質)の調整に応じた調整		32 経腸外チューブからの挿管経路の検出・投与量
	153-4 持続点滴投与中薬剤(糖質)の調整に応じた調整		29-70-2 病室の血液の引取り経路のシャープ
薬剤投与②	70-1 持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の調整に応じた調整	ろうきい・カテーテル管理	74 創傷の閉鎖・閉鎖後の管理
	70-2 持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の調整に応じた調整		1002 創傷・慢性創傷における除菌除去
薬剤投与③	71-1 持続点滴投与中薬剤(抗不安薬)の投与	ろうきい・カテーテル管理	109-110-110-2 置ろう・閉ろうチューブ、置ろう3本!
	71-2 持続点滴投与中薬剤(抗不安薬)の投与		112 経腸カテーテルの交換
薬剤投与④	73-1 持続点滴投与中薬剤(局所麻酔薬)の投与		
薬剤投与⑤	73-2 持続点滴投与中薬剤(局所麻酔薬)の投与		

※行為群間で行為の重複はしないものとして整理

看護師の業務拡大(裁量権) メリット

- 患者へのサービスがタイムリー
- 患者満足度向上
- 包括的ケアの提供
- 縦割りの医療のデメリット軽減
- 看護師キャリアディベロップメント
- 医師の業務軽減



これからの医療の在り方

- 予防、予防、予防
- 少子化・高齢化社会において、子供・お年寄りに優しい医療の提供
- 医師・看護師を始めとした、すべての医療従事者の役割分担の見直し
- 消費者の権利意識向上を



まとめ

講演 2

これからの医師と看護師の協働 - 看護師のスキルミックスへの期待 -

社会医療法人関愛会理事長

長松 宜哉

社会医療法人関愛会は九州の大分市佐賀関地区で90床（一般病床50、回復期リハビリテーション病棟40）のいわゆるケアミックス型の「地域一般病院」である佐賀関病院を拠点に大分市内で複数の強化型在宅支援診療所、いろいろな介護施設を経営し、それぞれを連携させ、「地域包括医療の推進」を理念として活動しています。

今後、新しい医師の専門医制度にあわせ、総合診療科に特化していく方針です。法人の地域医療ネットワークを利用し、総合診療科専門医の教育、育成に関わっていきたいと思っています。

3年前から大分県立看護大学の老年NP（診療看護師）コースの診療所実習を佐賀関診療所とこうぎクリニックの2か所で行っています。4週間のコースでこれまで5名の学生の実習指導を経験しました。初めて実習を経験した時は、診療技術を学びたいという学生の熱意に驚きました。みんな看護師としてのキャリアも積んでいながらまじめに実習しており、敬意すら感じたほどでした。大分県立看護大学のNPコースの「プライマリケアを提供し、地域で活躍できる診療看護師をめざす」という目的に共感した学生が必死に学んでいる事に感心し、こちらも真摯に対応しました。実習に協力していただいた患者さんには、この人たちはこれまで日本にいない「スーパーナース」になるために勉強していると説明していました。

私が大分県立看護大学のNP実習に協力したのは、その目的に共鳴するからであり、これからの地域医療のかけがえのない戦力になると感じたからであります。総合診療を実践している我々もどんどん地域に出て行って地域医療を支えているという自覚があります。NPコース卒業生も総合診療医と一緒に地域で成長してほしいと願っています。実際、NPコースの卒業生を当法人に採用して、総合診療医のパートナーと一緒に地域医療を担ってもらうための行動に出ています。

なかなか卒業生を採用できないので、関愛会の看護師に奨学金を出して大分県立看護大NPコースで学ばせています。「プライマリケアを提供し、地域で活躍できる診療看護師を作っていく」という目的に関しても言えば、地域で活躍する総合診療医とペアで活動することが最も診療の実力もつくし、地域包括ケアへの貢献も大きいものになると確信しています。

地域包括ケアの中で医療がどんな役割を果たしていくか、その中で看護師のスキルミックスにどのような活躍の場があるか、具体的に例をあげながらお話したいと思います。



これからの医師と看護師の協働
看護師のスキルミックスへの期待

社会医療法人関愛会
長松 宜哉

はじめに 

注) スキルミックスという言葉は初めてなのでこの講演では使い慣れている「診療看護師」と言い換えてお話しします。ご了承ください。

内容

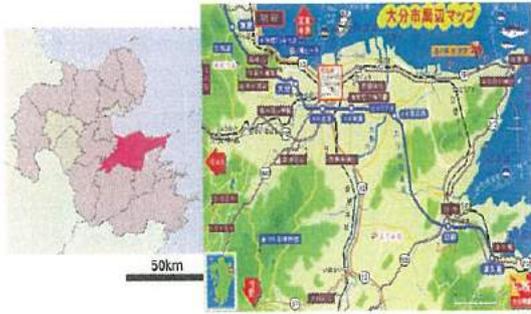
- ・ 自己紹介 自院紹介
- ・ 総合診療医
- ・ 総合診療医とともに地域へ
- ・ 診療看護師の職場

九州の大分県から参りました 



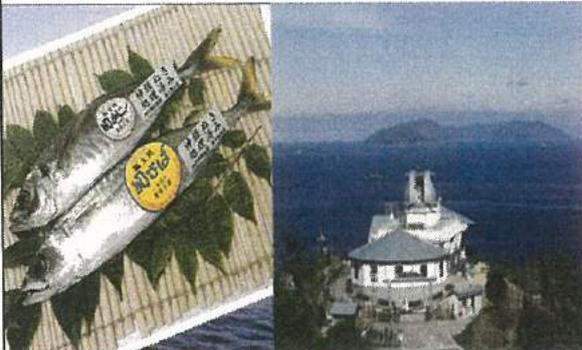
(C) Mapion

大分市佐賀関に病院はあります



50km

佐賀関が好きだから「関愛会」



社会医療法人関愛会 



1. 沿革

平成16年7月1日 大分市・旧佐賀関町の合併

佐賀関国保病院（130床）
一尺屋診療所
介護施設「ひまわり」

↓ 民営化

平成16年4月 医療法人関愛会 設立
地域医療システム構築のスタート台

2. 法人理念

「地域包括医療の推進」

「地域貢献」

「自己研鑽」



4. 関愛会の地域包括ケアシステム



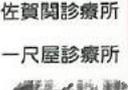
4-2. 佐賀関地区



佐賀関診療所



ひまわり



一尺屋診療所



みかんの家



海風

4-3. 西部地区



坂ノ市クリニック



こうざきクリニック・もみの木



王子クリニック

4-4. 豊後大野地区



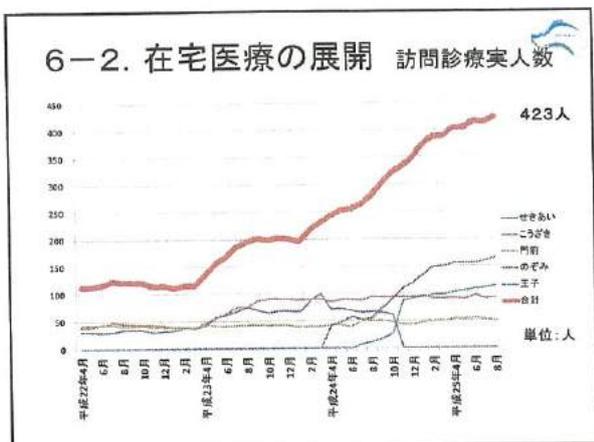
三重東クリニック



清川もみの木



清川診療所



9. 今後の展望

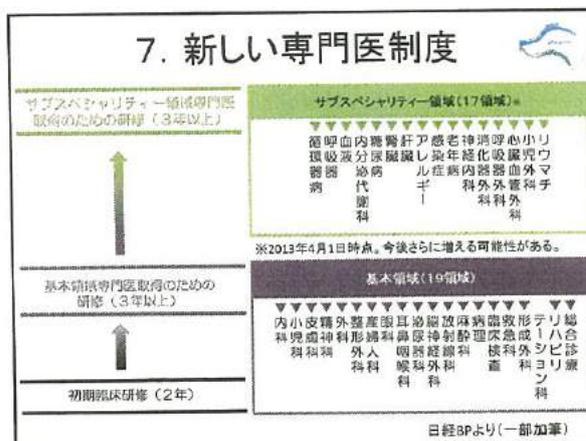
総合診療医の養成機関

- 総合診療科へ特科する
- 大分大学と協力
- 若い同志の養成

関愛会の理念を継承していく

総合診療科専門医 ってなに?

新しい専門医制度2017年からスタートします



総合診療の「最終目標」は...

- 「場」を診る
- まるごと診る
- ずっと診る

医者になること

「総合診療能力」は、目的ではなく手段である

7-3. 「総合診療専門医」イメージ

- 複数の臓器・疾患を診る
- 複数の疾患を持つ患者を全人的に診る
- 適切な初期対応
- 必要に応じた継続医療
- 地域ニーズに的確に対応する

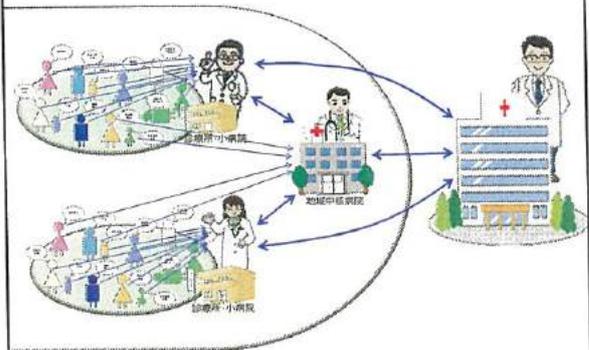
= 「地域を診る医師」

8. 社会保障制度改革国民会議

- 「病院完結型」医療から「**地域完結型**」医療へ
- 「いつでも、好きな時に」から「**必要な時に必要な医療にアクセスできる**」に
- フリーアクセスを守るため、ゆるやかなゲートキーパー機能を備えた「**かかりつけ医**」の普及を目指す
- 患者に見合った医療提供のため、**地域ごとに病床を機能分化**する

日本医事新報
(13.8.10)より

総合診療医と臓器専門医の理想的な連携



8-2. 改革の具体案 国民会議報告書

- 病床機能報告制度を早期に導入
- 地域に応じた提供体制の再構築のため、全国一律の現行報酬制度に加え、基金方式等の財政支援の手法を検討、組み合わせる
- **地域医療の核となる「総合診療医」の養成と、その専門性を評価する取り組みを支援**
- 医療職種の見直しと、チーム医療の確立
- 国保の運営主体を都道府県へ広域化

日本医事新報
(13.8.10)より抜粋

診療看護師

役割のイメージ図



大分県立看護科学大学NPコース

- 目的
プライマリケアを提供し、地域で活躍できる診療看護師を目指す

私はこれに共鳴し、スタッフの熱心さと卒業生の頑張り
にエールを送ります

大分県立看護科学大学



小高い丘に立つキャンパス。その敷地を有効活用して建物が建てられています。どの場所からも、すばらしい景色を眺めることができます。

実習・研究棟、講義棟、管理棟はそれぞれ3階建ての建物ですが、下図に示すように管理棟の2階が講義棟の1階、講義棟の2階が実習・研究棟の1階というようにスライドして建物がつながっています。管理棟の1階をレベル1とすると、実習棟の1階（正副玄関）から数えて、実習・研究棟の3階はレベル5となります。



NP教育

診療看護師に必要な能力

- 1) 包括的健康アセスメント能力 (一部の検査のオーダー含む)
- 2) 医療処置管理の実践能力 (一部の処方を含む)
- 3) 熟練した看護の実践能力
- 4) 看護管理能力
- 5) チームワーク・協働能力
- 6) 医療保健福祉の活用・開発能力
- 7) 倫理的意思決定能力

3つのP 特に強化が必要な能力

Physical Assessment
Pharmacology
Pathology

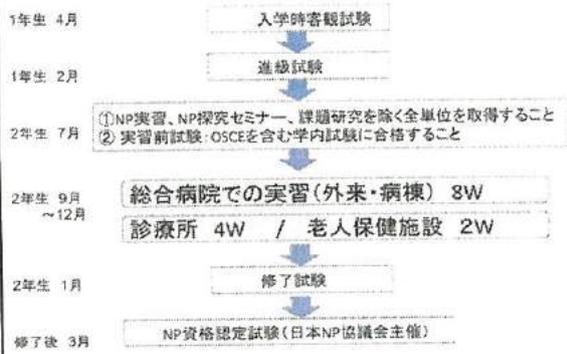
自分の能力の限界を認識し、連携する力をもつ

NP教育

老年と小児から選択: カリキュラム (25年度~)

教育課程	科目	単位	備考
共通(必修)科目	中級	2	
	フィジカルアセスメント学特論	2	必修
	薬理看護学特論	2	8単位
共通(選択)科目	健康増進科学特論	2	
	看護管理学特論	2	選択
	看護コンサルテーション論	2	8単位以上
	看護倫理特論	2	
	看護後援学特論	2	
老年専門科目	老年の小児NP特論	2	
	老年の小児看護特論	2	
	老年の小児看護学特論	2	必修
	老年の小児看護学実習	2	13単位
	老年アセスメント学実習	2	
	老年小児看護学実習	2	
	NP Early Exposure 実習	1	
	老年小児NP実習	1	
課題研究	看護実践実習	2	必修
	研究のすすめ方	1	6単位
	課題研究	1	6単位以上
合計			

質担保のための段階的試験



NP老年コース実習を担当しての感想

- 従来の看護師にはない、「医師の目線」をもっている(診療を行う気持ち)
- 看護の実績に加え、医学部、研修医の勉強をしている
- 医療行為へのやる気もすごい
- 一生懸命勉強する
- NPに対するパッションがすごい(学生、教員)

医師の基本的診療能力

戒め
総合的
判断力こそが
実力である

知識

情報収集能力

総合的判断力

技能

態度

診療看護師の強みと弱み

- 診療能力は医師から見れば任せられない(経験値と責任)
- 医師の責任の範囲内なら代わりに任せられる「素地」がある
- 多忙な医師にとってはありがたい存在
- プライマリケアにたいする診療能力があるということで地域包括ケアでの多職種協働の中では中心となりうる職種(医療と介護の橋渡し役、医師の代役)
- 看護職の新しい業務展開の可能性を秘めた存在(ポテンシャルを感じる)

**診療看護師は総合診療医とともに
地域に出よう**

- 医療が希薄な現場ほど看護だけでなく医療の面でも頼りにされる
- 介護保健制度の中では独立した業務も可能(医師と対等)
- 診療研修は地域医療を念頭に置いた「総合診療医」育成機関で行うのがよい(総合診療医はプライマリケアを重要視し、活動に理解がある)

診療看護師って
総合診療医にとってベストパートナー
と思いませんか？

適切な初期対応
必要に応じた継続医療

同じDNA？



©フジテレビ

地域包括ケアシステム

◎ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、急速な高齢化が進む中、誰もが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ることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

◎ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるために、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

◎ 人口が減少している地域は高齢化が進む一方で、75歳以上の人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村等も、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保健所である市町村や介護保険が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが重要です。

地域包括ケアシステムの姿



高齢者が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ることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

地域包括ケアシステムは、保健所である市町村や介護保険が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが重要です。

高齢者が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ることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

地域包括ケアシステムは、保健所である市町村や介護保険が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが重要です。

診療看護師の職場 1

急性期病棟

研修に適している

入院



医師との距離 密
地域との距離 疎

診療看護師の職場2

救急外来

研修に適している

医師との距離 密
地域との距離 疎



診療看護師の職場3

在宅医療支援診療所

医師との距離 密
地域との距離 密

在宅医療支援診療所

あなたに向き合う医療を目指して



診療看護師の職場4

介護老人保健施設

医師との距離 疎
地域との距離 密
介護との距離 密



診療看護師の職場5

訪問看護ステーション

医師との距離 疎
地域との距離 密
介護との距離 密
看護の自律



診療看護師の職場6

高齢者施設

医師との距離 疎
地域との距離 密
介護との距離 密



新しい職場の創設

看護専門性への特科
看護の自律 自立

ナースケアホーム松岡

●脳梗塞後遺症	●心疾患	●膀胱留置カテーテル
●パーキンソン病	●ペースメーカー	●人工肛門
●多発性硬化症	●人工透析	●胃瘻
●気管切開	●糖尿病	●中心静脈栄養
●痰吸引	●インスリン	●人工呼吸器
●在宅酸素	●褥瘡	※認知症および、アルツハイマーは 受け取りません。

(注1)あくまでも目安となります。
また医療対応に必要な医療機器や器具は持ち込んでいただくようになります。
(注2)ご入居前のご状態によって入居できない場合がございます。
面談の上、判断させていただきます。

診療看護師の待遇

- ・ 当院では看護大学院卒の新しい給与体系を作る予定
- ・ 国家資格とならなかったのは残念だが、ある程度の経験年数がたてば、昇格できるよう規定する
- ・ これまで採用のあった他法人での実績を考慮する

まとめ

- ・ 地域での医療と介護の橋渡し役を主体性をもってやってくれることに期待する
- ・ 地域で医師と協力して地域医療を確立してくれることに期待する
- ・ 新しい領域の看護師であることを自覚し、生涯研修を怠らないこと
- ・ 新しい資格は卒業生たちの実際の地域での活躍によって認められるものである。診療看護師とは何かを現実にもせてほしい。楽しみにしています



講演 3

地域が育てる医療人 - 医療人育成に参与する模擬患者の役割 -

(財) ライフ・プランニング・センター
健康教育サービスセンター副所長
福井 みどり

I ライフ・プランニング・センターと模擬患者を活用した医学・看護教育について

ライフ・プランニング・センター（以下LPC）は1973年に日野原重明理事長によって設立されました。1970年代の日本の医療は依然として医師主導の疾病中心の医療が実施されており、米国などにみられる患者中心の医療からほど遠い状況でした。LPC設立趣旨の一つには日本の医療の革新とそれに伴う医学及び看護教育の改革ということがありました。

当時カナダのマックマスター大学では大胆で斬新な医学・看護教育が試みられており、その改革プログラムの一つが教育現場に「模擬患者」を導入して行われている臨床重視の医学・看護教育でした。当財団では早速1976年にカナダのマックマスター大学からHward S. Barrow教授とRoblyn M. Tanblyn看護師を招聘し「模擬患者の養成と問題志向型学習による医療担当者教育の革新」というテーマで5日間にわたるワークショップを実施いたしました。

日本で初めて「模擬患者」という概念とそれを活用した医学・看護教育をLPCが紹介したのです。しかし日本では模擬患者を活用した教育は定着が難しく、なんと29年後の2005年、ようやく我が国の医科大学に客観的能力試験（OSCE）が導入され模擬患者の活用が活発に行われるようになりました。

II LPCの模擬患者ボランティア活動について

1995年度からはLPCで模擬患者ボランティアの養成を開始いたしました。LPCの模擬患者ボランティアは、「医科大学・看護大学はじめ医療者教育の場に必要教育素材として提供する」ことを目的として養成されています。LPCの模擬患者はこの養成講座の修了を必須とし、さらにLPC会員であること、また、LPCヘルスボランティア講座を修了または受講することを条件にしています。模擬患者ボランティアの登録者は2013年度44名でした。メンバーは女性34名、男性10名で平均年齢は67才、最高齢85才と高齢の方が多いですが皆様とてもやりがいと生きがいを持って模擬患者活動に取り組んでいます。

派遣先は看護大学、医科大学、歯科大学、作業療法学科、薬科大学、病院、セミナー等様々ですが、看護教育関係は2012年度には27件137名もの活動がありました。（図参照）

Ⅲ 看護教育における模擬患者の活動

看護教育における模擬患者の要請は年々依頼数が増え、中には同じ大学で各学年の授業、実習、試験というように数回依頼がある学校もありました。

今回の講演では看護教育での模擬患者の役割と実習での様子も御紹介いたします。

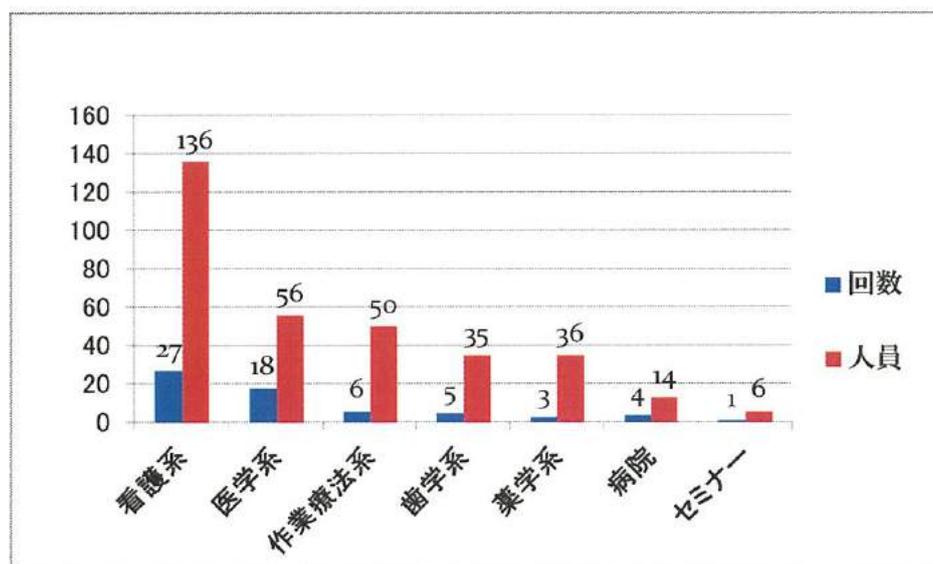


図. 様々な派遣先 (2012年)

「地域が育てる医療人」
—医療人育成に参与する模擬患者の役割—

LPC模擬患者ボランティアコーディネーター
福井 みどり

医療の移り変わり

20世紀 → 21世紀

- 延命
- お任せ医療
- 思いやりや善意
- パターナリズム
- プロフェッショナルケア

LPC MF

ライフ・プランニングセンター 設立1973年4月3日

40周年
1970年代の医療
予防医療
人間ドック
ターミナル医療
ホスピス



自分たちの体は自分たちが守る

- 医療を専門家だけに任せない
- 健康は自分が育て、つくりあげ、そして守っていくものです。今日を生きるいのちを健康感で満たし湧き出るいのちのエネルギーを心と体に注ぎましょう。

(日野原 重明)

LPCの理念

- 医療は教育である
- 自分の健康は自分で守る
- 『習慣病への取り組み』
- ホスピスケア・緩和ケアの啓発と取り組み
- ボランティアの啓発
ヘルスポランティアの育成
- 「新老人運動」の推進
いのちを支える

ボランティアの導入

「いのち」
とは自分の持っている時間のこと。

自分の持っている時間を自分以外のことのために捧げること。

自分のこころを満たす深い思い、こころを豊かに満たすものである。

LPCヘルスポランテニア

- *健康教育ボランティア
- *血圧自己測定ボランティア
- ***模擬患者ボランティア**
- *医療ボランティア
- *クリニック・ボランティア



血圧自己測定ボランティア

- *長野県中野市における活動
- *2年ごとに聴診器を使った血圧の測り方について学習を市全体での取り組み
- 血圧の測り方
- 血圧の理解
- 塩分制限についての理解

長野県の健康教育一長寿に繋がっている

模擬患者 (SP)とは？

患者のもつあらゆる特徴、病歴や身体所見にとどまらず、患者特有の態度や心理・感情的側面にいたるまで、可能な限りをつくして完全に模倣するよう訓練を受けた健康人であること

*健康人ということは体が病んでいてもこころが健康な人

模擬患者の始まり

1964年
カリフォルニア大学のBarrows教授が神経所見のデモンストレーションに起用

1970年 患者の権利運動とともに模擬患者が多く使われてくる

近代医療の反省

医科学技術は発展したが
良医を育ててこなかった



良き臨床家とは
患者のわずらう病気の診断と治療だけでなく、患者の病気から受ける衝撃を効果的に取り除き、病む人間をマネージする専門職である。

わが国で今なぜ模擬患者？

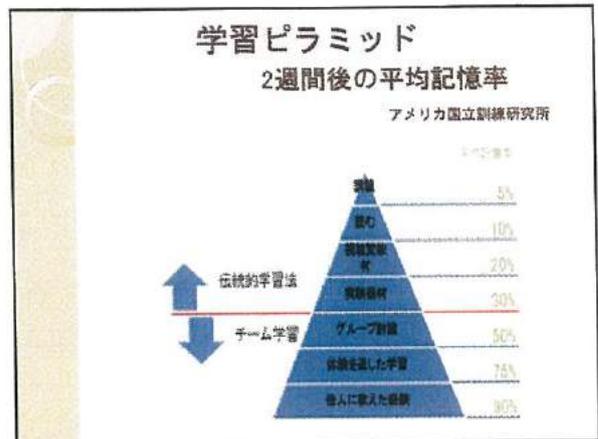
知識 技術



態度
をどのように育てていくか

看護教育での 模擬患者 (SP) の関わり

問診や医療面接だけでなく、
看護学生が行う看護援助を
模擬患者が実際に受けること
もある。技術教育への協力
例) 車椅子の移乗
洗髪
足浴 など



- 今までも学生同士での
ロールプレイ

シーツ交換
寝衣の交換
血圧測定
採血

➡ 現実味に欠ける

2005年度 医学部・歯学部での共用試験

- 知識はCBT
(Computer Based Testing)
- 技能と態度はOSCE
(Objective Structured
Clinical Examination)

ようやく日本でも模擬患者を活用した
教育がおこなわれる様になってきた。

二種類のSP

Simulated patients(模擬患者)
医療関係者の演習などに携わる
授業・演習・コミュニケーション演習・看護教育

Standardized patients(標準模擬患者)
試験や評価に携わる

共用試験 (OSCE)医学部・技術試験
医学部

SPに必要なもの (Stillman教授によるもの)

少しの芝居心
適度の常識
医療への関心

- * 患者の特徴を模倣する以上ある程度の演技力は必要だが、プロの俳優を雇う必要はなく医学の専門的知識がなくてよい。
- * 学生・看護学生・研修医の教育に積極的に協力をする熱意があれば良い。

SPは教育のツールである



1. 学習のための教材

2. 評価のための公的な手段
(標準患者) 患者の役を演ずるだけでなく、特定の患者の反応をより恒常的に再現する能力が求められる

SPの役割

教育がSPに期待していること

学生が患者と意思疎通が十分にできて、患者と良好な関係を築けるように補助をするのが模擬患者です。一般市民の感覚を学生に伝える役割。



SPに向かない、
遠慮してほしい方



SPに求められること

学生の持っている良いところを伸ばす
欠点を直すのは2番目です。
いずれにしても

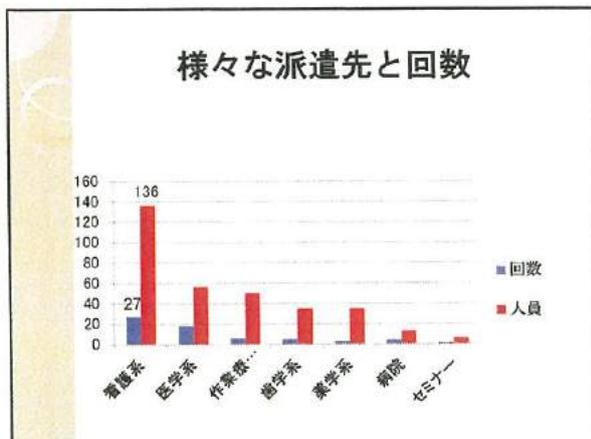
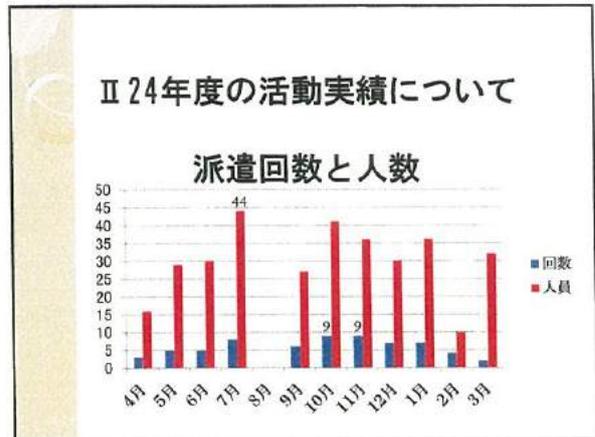
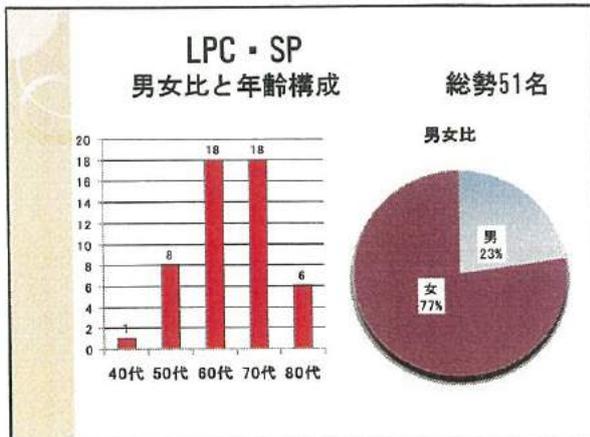
あたたかい目で学生・職員を支える
ことが期待されています。



どのようなところで 模擬患者を養成しているか

- 全国の国立大学（医学部・薬学部）
臨床研究実習研修センター
4年生の共用試験のために
- 医療生協
- NPO団体
- 看護大学

実際の模擬患者の活動



- ### 学科別による活動内容
- 看護系： 基礎看護技術、コミュニケーション
 - 医学系： 臨床実習（医療面接）
 - 作業療法： 筋力測定、コミュニケーション
 - 歯学系： 医療面接
 - 薬学系： コミュニケーション（服薬指導）
 - 病院： 医師看護師とのコミュニケーション
 - セミナー： 医療系セミナー、学会

LPC SPボランティアの養成について

- ① SPボランティア養成講座
- ② on the job training
の新人育成
- ③ 定例会について
- ④ ロールプレイ研修

SPボランティア養成講座

- * 2005年度までは年1回
その後2年に1回の開催
- * あくまでも入門講座
- * SPボランティア自身も企画運営

OJTの新人育成

- ① 経験者のロールプレイを見る
- ② 実際にロールプレイをする
- ③ 活動の見学をする → エントリー
- ④ 大学担当の経験者や研修部、仲間と練習をする
- ⑤ 実際の活動に参加
- ⑥ 定例会で感想を一分間で報告

定例会について

- * 月1回・全員参加
- * ロールプレイ研修
- * 活動報告
- * 活動予定と参加者募集
- * 昼食時を利用しての
ディスカッション
- * その他要請先の先生の
レクチャーなど

ロールプレイ研修

SP、医師、ファシリテーターの
三者を交代で

臨床実習に参加するための練習
初心者中心の研修

役に忠実に演技
情報をどう出すか
フィードバック



SPとして気をつけていること

- * 教育的ツール（教材）としての自覚
- * 要請先に何を求められているかの意識
- * フィードバックのありかたについて
- * 守秘義務

SP活動をとおしてのやりがい

- * 演技をする、記憶をする、短く的確に表現をすることで自己発見、自己開発
- * 医学・医療の知識を深める
- * 援助者として相手に触れることの大切さを学生に伝えることでのやりがいを感じている
- * 学生の成長を目の当たりにすることができる

看護学校での実習の一場面

ビデオ

現在のLPCのSPの養成は

ON THE JOB TRAINING

- 1 まず参加してみる
- 2 先輩とともに相互学習を行う
- 3 自主的に学習も必要
- 4 実践から学ぶ
- 5 実践を振り返る

模擬患者を導入して

医学教育・看護教育は変わったか？

医学看護教育への10年の関わり

学生の質・教員の関わりの変化

学生の声（看護学部）

・知らない方とお話しをすることはとても難しいと思いました。広い知識を持つことが、話題を広げることにとっても大切なことだと学びました

・親戚とは違う、何も知らない方と話すのは難しく、互いにそう思っているのしょうから自分から話しかける、興味・関心を持っていることを伝えなければならぬことを再確認しました

・実際の病院での模擬患者を使った研修では

医師やナースが悩んでいること患者と一緒に考える機会となっている

- 救急外来72歳男性
- 呼吸が苦しい
- 熱が38度4分
- 肺気腫
- 人工呼吸器をつけるかどうか

医師・妻・娘・夫の弟

ビデオ

医師の説明を聞きながら
家族が逡巡している様子

医師もナースも最善の方法は
何かとても迷う

一緒に考える機会

あなたのお父さんだったら
どうしますか？

やらない (若手の医師)
答えられない (研修医)
最善を尽くす (ベテランの医師)

さあ、あなたも一緒に
模擬患者を始めてみませんか？

定例会での集合写真



2) ホームページの作成

研究テーマ2 代表者 春山早苗

(1) ホームページ作成担当者

研究テーマ2 企画委員 永井優子

地域ケア実践看護師フォローアップシステム委員会 飯塚秀樹

(2) ホームページ作成状況

本学ホームページ内に本研究事業に関するホームページを作成した。英語版ホームページについても、作成中である。

http://www.jichi.ac.jp/graduate_n/care/index.html

日本型地域ケア実践開発研究事業 | 大学院看護学研究科 | 大学院 | 自治医科大学

The screenshot shows the website for the Japan-type Community Care Practice Development Research Project at Jichi Medical University. The page is in Japanese and features a blue header with navigation links and a search bar. The main content area is titled '日本型地域ケア実践開発研究事業' (Japan-type Community Care Practice Development Research Project). It includes a sidebar with a table of contents and a main text area with a detailed description of the project's goals and objectives. The sidebar lists various sections such as '大学院看護学研究科の紹介' (Introduction of the Graduate School of Nursing), '大学院看護学研究科入試案内' (Graduate School of Nursing Admission Information), '在校生の方へ' (For Current Students), 'お知らせ' (Notice), 'FD (ファカルティ・デベロップメント) 活動' (Faculty Development Activities), and '日本型地域ケア実践開発研究事業' (Japan-type Community Care Practice Development Research Project). The main text area describes the project's purpose, which is to develop a research-based practice model for community care. It mentions that the project was selected as a research-based practice support project by the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology in 2015. The project aims to develop a research-based practice model for community care by conducting research on the role of nurses in community care, the development of a research-based practice model, and the development of a research-based practice model. The project is led by Professor Naoko Haruyama and Professor Shuichi Iizuka.

HOME > 大学院看護学研究科 > 日本型地域ケア実践開発研究事業

日本型地域ケア実践開発研究事業

自治医科大学大学院看護学研究科では、研究プロジェクト「日本型地域ケア実践開発研究事業」が文部科学省の私立大学戦略的研究基盤形成支援事業に採択されました。平成25年度から5年間の研究を実施しています。

▶ 文部科学省 私立大学戦略的研究基盤形成支援事業

チーム医療の推進のために看護師の役割拡大が求められている状況を踏まえ、看護師がチーム医療のなかで一層機能していくための地域ケアスキル・トレーニングプログラムを開発すること及び、地域特性に応じた看護師の教育・支援システムの検討をあわせて行うことにより、患者の目標も満たした医師と看護師の協働のあり方など、日本における地域ケアの実践モデルを構築することを目指しています。

▶ 事業の目的

- ▶ 「日本型地域ケア実践開発研究事業」記念講演会
- ▶ 研究事業体制
- ▶ 研究計画 (全体)
- ▶ テーマ1: 地域ケアスキル・トレーニングプログラムの開発研究
- ▶ テーマ2: 地域ケア実践看護師の教育・支援システムの開発研究

▶ サイトマップ ▶ このサイトについて ▶ プライバシーポリシー ▶ 看護員専用ページ ▶ Webメールサービス ▶ Page Top

自治医科大学
Copyright © 2014 Jichi Medical University. All rights reserved.

5. 平成 25 年度事業評価委員会 報告

平成 26 年 3 月 1 日(土) 午後 1 時～3 時
フクラシア東京ステーション 会議室 G

- 1) 日本型地域ケア実践開発研究事業の概要
資料 1 (日本型地域ケア実践開発研究事業) に基づいて説明がなされた。
- 2) 平成 25 年度に実施した調査結果
資料 2-① (へき地診療所調査結果)、2-② (高度医療と地域医療をつなぐ看護職の役割拡大に関するニーズ調査結果)、2-③-1 (医療機関訪問調査結果)、2-③-2 (医療機関訪問調査票)、2-③-3 (表 特定行為についての看護師実施の実態)、2-③-4 (表 2 プロトコールについて) に基づいて説明がなされた。
- 3) 卓越した地域ケア実践看護師に必要なスキルの明確化
資料 3 (卓越した地域ケア実践看護師に必要なスキルの明確化) に基づいて説明がなされた。
- 4) トレーニング対象とする地域ケアスキルの選定とケアスキル群の検討
資料 4 (トレーニング対象とする地域ケアスキルの選定とケアスキル群の検討)、資料 5 (指定研修における特定行為の区分(案)) に基づいて説明がなされた。
- 5) トレーニング方法、トレーニング内容、教材の検討
資料 6 (トレーニング方法、トレーニング内容、教材の検討)、資料 7 (地域ケアスキルトレーニングプログラム概念図) に基づいて説明がなされた。
- 6) 模擬患者の育成
資料 8 (模擬患者養成プログラム初級(案)) に基づいて説明がなされた。
- 7) 委員からの質問・意見
＜教育内容、プログラムについて＞
 - ・ 個々のスキルを身につけるといえるのはイメージが付きやすいが、資料 7 では学問的な体系として講義や実習も含まれたプログラムとなっており、この全体を実践できる看護師の養成というと大学の一学部や大学院でないと難しいのではないかと感じる。
 - ・ 受講者が働きながら学ぶといったことに関して、実習はどのように組み立てていくのか。また、研修修了者のフォローアップを段階的にどのように実施していくことを考えているのか。

- ・ チームメンバーを巻き込みながら患者が最も良い姿になるためにどうしたらよいかを考えていける力をつけていけるとよいと考える。
- ・ 全体的に施設での看護活動に関連したプログラムであると読み取れるが、へき地診療所と特定機能病院の総合診療科で求められる能力は異なる部分があり、受講者の個別性に合わせたプログラムを作る上では、それぞれの施設で求められる能力の共通性と特殊性を整理する必要がある。現状と対象、目標のつながりをどのように考えるか。
- ・ 既にある認定制度や研修との違いや特徴をイメージしにくいいため、現場で困っていることがどう改善できるかということを確認にすることが大切である。
- ・ コアとなるプログラムと個別プログラムを組み合わせ、受講者側が希望に合わせて柔軟に選択できるようにするとよいと考える。
- ・ 自分が足りない力を補うためのプログラムだけでなく、強化したいところの「質を上げる」というものもあっていいのではないか。
- ・ ケアスキルと地域ケアスキルをどのように区別しているのか。

<対象者について>

- ・ 経験10年程度の看護師を対象として考えているということだが、研修受講のためには職場の支持を受けてやっていくこととなり、その環境づくりが大切になると考えられる。
- ・ 対象者個人の経験や能力、基礎教育などの背景、研修後の進路が様々であるため、教育が難しいのではないか。
- ・ 経験10年目くらいになると部下への説明の際にエビデンスが必要となるため、学習意欲が高まる場合があることから、看護の視点をしっかりと持ちながら医学的な知識を身に着けると強みになると考えられる。
- ・ これから地域で活動する人材を育成する内容と既に地域で働いている人の知識や技術を確認するための内容は異なり、両方を実施するのはかなり難しいと思うので、どちらかに絞ってやる方がよいのではないかと思う。初めは今現場で実践している人たちのニーズを拾いあげるのがよいのではないか。
- ・ 今実践現場において課題を感じており、そこで頑張りたい人を想定しているということであるが、指導医の理解があり、指導実績がある状況であれば実施可能であると思われる。それを発展させる段階ではまた次の課題があるかと思う。当面は、看護技術の認定とニーズの拡大が主体と思われる。

8) 委員からの質問・意見に対する回答及び今後の検討課題

<教育内容、プログラムについて（研究科長）>

- ・ この事業は、実践者を対象としているため、教育内容を細分化して、比較的短いスパンのプログラムで構成し、それらのプログラムを受講生が自分のペースで選択し、仕事を続けながら積み重ねていけるような方法を模索していく。
- ・ 現場では必要に迫られ、いわゆる特定行為を医師の責任や指導の元で実践している看護師がおり、根拠に基づいてスキルを身につける必要があると考えている。そのた

めのプログラムを想定している。

- ・ 実習の詳細は検討中であるが、所属施設で指導医を確保し、看護の部分は教員などが出向くようなことを考えている。研修修了者のフォローアップやチームアプローチについてはきちんと考えていきたい。
- ・ プログラムについては、社会情勢や現場の様子を見ながら考えているが、昨日からの看護職からのグループインタビュー結果を考慮すると、へき地診療所・訪問看護ステーションに勤務する看護師と、地域病院・特定機能病院に勤務する看護師とでは、別のプログラムになると考えている。内容の統合はご指摘の通りであり、課題として進めていく。
- ・ この研修プログラムを受講してどういうスキルアップを図れるのかというイメージ化は大事である。また、「こういう人を育てる」というところに向かうものなのか、不足している力を強化するためにプログラムを選択する形にするのかを検討していく。
- ・ 医師不在の現場に勤務する看護師を育成するのではなく、ある程度自立しながら医師と協働し、様々な対象に対して看護活動を行う看護師を育成することを目指す。
- ・ 地域ケアスキルとして、特定行為（診療の補助行為）に至る判断や実施後に的確に記録できたり、医師に報告できる力などが大切であると考えている。地域ケアスキルについて明確にする必要がある。
- ・ 人材育成の最終目標（地域への貢献）については、既存の他組織の成果等も参考に今後検討していく。

<対象者について（研究科長）>

- ・ 対象者は、おおむね看護経験10年で医師や看護師に信頼されており、実践力を高めたい人、課題を感じていてもう少し頑張りたい人を想定している。
- ・ 所属施設の理解と協力が得られ、指導医の確保ができ、所属施設が修了後の受講者の活動について具体的なビジョンをもっている、または、もてる、そのような人を対象としたいと考えている。参加者を同一施設から複数にしたほうが良いという意見も考慮したい。
- ・ 参加者の背景は様々であるため、最初に能力を把握する必要があると思われる。

（文責：実践看護師教育システム委員会副委員長 鈴木久美子）

事業評価委員 名簿

<外部委員>

	氏名	所属
1	伊藤 雄二	公益社団法人地域医療振興協会 西吾妻福祉病院 病院長
2	上野 まり	公益財団法人日本訪問看護財団 事業部長
3	大湾 明美	沖縄県立看護大学 教授
4	角田 直枝	茨城県立中央病院 看護局長
5	藤内 美保	大分県立看護科学大学 教授
6	真砂 涼子	群馬パース大学保健科学部看護学科 教授

<学内委員>

	氏名	所属等
1	春山 早苗	自治医科大学大学院看護学研究科研究科長 全体研究代表者 テーマ2 研究代表者及び企画委員長
2	本田 芳香	自治医科大学大学院看護学研究科 教授 テーマ1 研究代表者及び企画委員長
3	小原 泉	自治医科大学大学院看護学研究科 准教授 テーマ1 プログラム開発・推進委員長
4	横山 由美	自治医科大学大学院看護学研究科 准教授 テーマ1 プログラム実施・評価委員長
5	村上 礼子	自治医科大学大学院看護学研究科 准教授 テーマ2 実践看護師教育システム委員長
6	塚本 友栄	自治医科大学大学院看護学研究科 准教授 テーマ2 地域ケア実践看護師フォローアップシステム委員長
7	安田 是和	自治医科大学附属病院 病院長
8	朝野 春美	自治医科大学附属病院 副病院長 看護部長
9	百村 伸一	自治医科大学附属さいたま医療センター センター長
10	越智 芳江	自治医科大学附属さいたま医療センター 看護部長
11	石川 鎮清	自治医科大学医学部地域医療学センター 学内教授 テーマ2 企画委員

6. 平成 25 年度のテーマ 1 課題と今後の検討課題（総括）

1) 研究テーマ 1 地域ケアスキル・トレーニングプログラムの開発研究

研究代表者 教授 本田芳香

平成 25 年度テーマ 1 では、下記の目標に対して実施した事項を踏まえ、今年度の課題を総括し、次年度の課題を検討する。

(1) 卓越した地域ケア実践看護師に必要なスキルの明確化

本事業では、卓越した地域ケア実践看護師とは、どのような対象であるのか、また地域ケアを受ける対象の選定条件について検討した結果、以下の通りである。

① 地域ケア実践看護師とは

本学の理念に基づき地域医療の担い手として、へき地や在宅などで活躍する看護実践者として、訪問看護師、へき地診療所、へき地医療拠点病院、特定機能病院の総合診療科などで従事する看護師に焦点を当てる。本研究事業における地域ケア実践看護師とは、医療資源が不十分な地域や状況などにおいて、対象者のニーズに対して、キュアとケアを統合できる卓越した地域ケアスキルを発揮し、地域包括ケアを実践する担い手となるスーパージェネラリストを指す。

② 地域ケアを受ける対象者とは

地域ケアを受ける対象者は、

- 1) 医療施設と地域で切れ目なく継続的な医療を必要とする者であり、療養場所を移行することが想定される。
- 2) 適切な時期にプライマリケアを受けることにより、安心して地域で療養生活を継続し、より質の高い生活を送ることが可能となる。

③ 本事業対象者に必要なスキルの必要性

地域ケアを受ける暮らす対象の生活の質向上を目指す地域ケア実践看護師は、医療資源が不十分な地域においてその知識、技能を高め、的確な看護判断をおこない、安全で適切なケアスキルを提供することが求められる。昨今の在院日数短縮化にともない、地域で暮らす慢性疾患や高齢者の増加を踏まえると、地域で医療ケアを切れ目なく継続するため、その担い手である地域ケア実践看護師の力量と、その仕組みづくりが不可欠である。そのため看護実践の延長線上のキュアとケアを統合する地域ケアスキルを明確にした上で、対象者のニーズに対応した包括的ケアを強化する必要がある。「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書(厚生労働省、2003 年)では、患者の生活の質を向上させるための療養生活支援の専門家として望ましい看護のあり方と医師等の連携のあり方、それを推進するための看護教育の課題と対応、看護師などの専門性を活用した在宅医療の推進のあり方やそのための環境整備患者の生活の質向上のための専門性について議論を重ねてきた結果、医師と看護師などの連携のあり方、医療技術の進歩にともなう看護

業務の見直し、これらを推進するための方策などの検討が必要であることが提言されている。さらにチーム医療推進会議（厚生労働省、2013年）では、チーム医療の担い手として役割拡大の観点から看護師が実施する特定行為 14 群 41 項目と、それに伴う「特定行為に係る看護師の研修制度」の必要性が提言された。この「指定研修における特定行為の区分」^{*}に関する医療技術は、現行法の中で診療の補助に含まれるか否かが明確ではなく、かつ高度な知識・判断が必要とされる。医師の地域偏在・地域格差の現状では、地域に暮らす対象の医療ニーズから、これらの高度な知識や技術が必要な医療技術を実施せざるを得ない状況にあるにも関わらず、医療安全面や倫理的側面から標準的かつ継続的な教育システムが構築されていない。そこで本事業では、地域ケアを受ける対象の生活の質の向上に向けた取り組みの一環として、上記の特定行為を視野にいれつつ地域特性に応じた対象の医療ニーズを包括的に捉え、より専門性の高い臨床判断と医療技術のケアスキルミックスを提供するためのプログラム及び地域包括ケアシステム構築を目指している。

※特定行為とは、医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為と定義する。この行為には「技術的な難易度又は判断の難易度」があることに加えて、予め対象となる患者の病態の変化に応じた行為の内容が明確に示された特定行為に係るプロトコルに基づき、看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為であることを判断基準とした（厚生労働省 2013 年 10 月 17 日 第 36 回チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ会議資料より抜粋）

(2) トレーニング対象となる地域ケアスキルの選定とケアスキル群の検討

① トレーニング対象となる地域ケアスキルの選定についての考え方

トレーニング対象となる地域ケアスキルの選定についての考え方として、テーマ2で実施した調査結果と、テーマ1では文献検討と併せて地域ケアスキルの選定とケアスキル群の検討を行った。その際、上記のチーム医療推進会議で提言された特定行為 14 群 41 項目を参考にしながら地域医療の実態に併せた検討を行った。テーマ2で実施した調査結果は、主にへき地の診療所、離島看護師等に焦点を当てた調査結果から抽出されており、前述どおりである。テーマ1では、主に訪問看護師のケアスキルに関する文献検討を行った。その結果、訪問看護師が用いている在宅看護技術に関する実施頻度と難易度を検討した先行研究では、実施頻度が高位であり、難易度が低位である項目は、「皮膚と清潔の問題」「バイタルサインズ・問題兆候」「身体機能・日常生活動作」など基本的な看護技術であった。これらの項目は、実施頻度を増すほど、難易度は低く評価されやすいが、一方では緊急時の判断する際、この能力が最も重要であると考えられる。難易度が高位の項目は、「ターミナル状態」「認知の問題」「医療処置」であり、この中で「医療処置」は、大分類では3番目に位置づけられている。一方小分類（小項目）では、

実施頻度の多少があり実施頻度と難易度とは負の相関が得られていることから、実施頻度が増すほど医療処置の難易度は低く評価された。これらから「医療処置」技術は、実施頻度は少なくとも難易度が高い技術項目が含まれており、在宅療養者の安全を確保するために適切な対応が必要であることが確認された。大野らは²⁾、教育研修会の学びで活用度の低かった項目に「医療処置」「在宅ターミナルケア」「救急・応急処置」があげている。これはいずれも実施頻度が低く、難易度の高いことが活用度に影響している一因としているが、今後プログラムの構成には欠かせない内容であることから、実技や演習などの教育形態の工夫の必要性を指摘している。これら先行研究の結果から、地域ケア実践看護師に必要なケアスキルの選定の考え方として、i) 外来における慢性疾患管理、ii) 看取り、iii) 初期救急に対する対応などプライマリケアに関連するケアスキル群を検討することが明らかとなった。

② ケアスキル群の検討（別添2）

上記の調査結果および文献検討の結果より、資料厚生労働省「指定研修における特定行為の区分」14群41項目のうち、C・D・E群を除く以下11群28項目を選定する。

- A：呼吸器関連(気道確保)に係る行為)
- B：呼吸器関連（人口呼吸療法に係る行為)
- F：創傷管理関連
- G：循環動態に係る薬剤投与関連
- H：血糖コントロールに係る薬剤投与関連
- I：栄養・水分管理に係る薬剤投与関連
- J：栄養に係るカテーテル管理関連
- K：精神・神経症状に係る薬剤投与関連
- L：感染に係る薬剤投与関連
- M：皮膚損傷に係る薬剤投与関連
- N：ろう孔管理関連

(3) 模擬患者の育成について

今年度、模擬患者育成に関して先駆的に実践している大学を視察した結果を踏まえ、本事業で取り組むべき模擬患者の育成について、以下3点について検討する課題が明らかとなった。1つめの課題は、模擬患者の対象となる方が、ボランティアであることから、そのリクルート方法等の検討が必要である。ボランティアを募る際、顔の見える関係が必要であるが、地域に暮らす対象の多くは高齢者が多く占めることから、プログラムを運営する際の配慮が必要となってくると考える。2つめの課題は、ボランティアの運営体制の在り方及びその維持に関する検討が必要である。3つめの課題は、今までの模擬患者の育成は、主に学部教育などの教材として活用されている。本事業では、看護実践者向けの育成を主眼としていることから、

今後看護実践者向けの教育プログラムの検討が必要である。

これらの課題を踏まえ、本事業は、本学の近隣の地域に住んでいる方々を中心に募り、看護実践者向けの模擬患者育成プログラムの作成・運用方法を検討する必要がある。平成26年度は、初期教育プログラムとして半年間に5～6回実施する予定である。本学の理念を踏まえ、地域住民の方々が主体的に参加できる仕組みを構築するため、大学教員や大学職員との交流を通しての信頼関係を築くと共に、模擬患者として主体的な組織づくりが行えるような支援態勢を検討することが必要である。そのことにより地域に根差したボランティア活動の活性化、地域住民参加型の医療人養成の在り方への提言を通して、地域住民と共に創り上げる大学教育の質の保証に貢献することが可能となりうる。

(4) 総括

① 地域ケア実践看護師が従事する地域環境の特性を活かした地域ケアスキル・トレーニングプログラムの検討

看護実践者に提供されている実践教育の多くは、対象の特性に応じた教育プログラムを限定された組織環境の中での現場教育としておこなわれている。本事業は、地域の第一線で既に活躍している中堅でかつリーダーの素質を兼ね備えている看護実践者が対象であるが、マンパワーの確保がその阻害要因になっており、加えて外部研修への参加も限界がある。いわゆる医療資源の不足から高度な医療技術を実施せざるを得ない状況にあるにも関わらず、実施した技術の教育の質の保証がなされていない。そのことが、職場内・外においても、看護実践者自身の成長過程が明確にされていないのではないかと考える。

本事業では、地域へき地医療、在宅医療などの医療現場に対応すべく熟練した医療技術を実施するため、継続的に学習し続けるための方策を検討する必要がある。これらの課題を踏まえ、地域ケアスキル・トレーニングプログラム概念図を示す(別添1)。この概念図をもとに、今後地域ケアスキル・トレーニングプログラムを柔軟に機能させていくためには、3つの観点から検討する必要がある。1点目は、遠隔教育によるプログラム構築である。既存の講義・演習・実習の組み合わせによる対面教育は、教室という学習の場で時間を共有することで教育が成立するが、本事業は、看護実践者が学習の場を自ら選択し、いつでもどこでも学ぶ環境を創り上げる知のネットワークシステムの開発が不可欠である。具体的には、遠隔教育として時間的・空間的制約のある方々へ学習機会を提供するための方法としてe-ラーニングを実施することにより、臨床の知に連動させるための方策が検討する必要がある。2点目は、個別のプログラム作成に関する事項である。標準的なプログラムを基本としながらも、効率的・効果的に学習するには、研修対象者の地域の特性と学習環境や条件にあわせ、受講者が自ら科目を選択することができるようなモジュール型にする教育上の工夫が必要である。加えて教育プログラムを自己の学習状況に合わせて自分で主体的に選択し、自己の達成・成長をポートフォリオ等による自己評価できるもの

が必要である。3点目は、教育内容の充実を図ることにある。厚生労働省指定研修における特定行為の区分に基づいた医療技術は、技術的な難易度又は判断の難易度が高いことから、高度な専門知識及び技能を用いる必要性から、実践的な理解力、思考力、判断力を養っていく必要があるが、上記の特定行為の区分に基づいた11群28項目を包含した医療技術を体系的に学習する方法として、事例展開などの帰納的教育方法を入れながら繰り返し学び続ける教育環境を整える必要がある。

② 地域ケアスキルトレーニング方法・内容、教材に関する検討

地域ケアスキル・トレーニングプログラムを作成する上で、教育方法と教育内容及び教材開発の検討が非常に重要である。実践教育の中で、看護実践者の学習ニーズに応えるための遠隔教育の目的は、いつでもどこでもの学習者への学習する機会として、時間的・空間的障壁をとりのぞく、教育の普遍化と、学習者が自らの意思で参加する機会が与えられる双方向性を有し、学習者が主体性をもってその人のペースにあわせた教育方法の機会を挙げることができる。

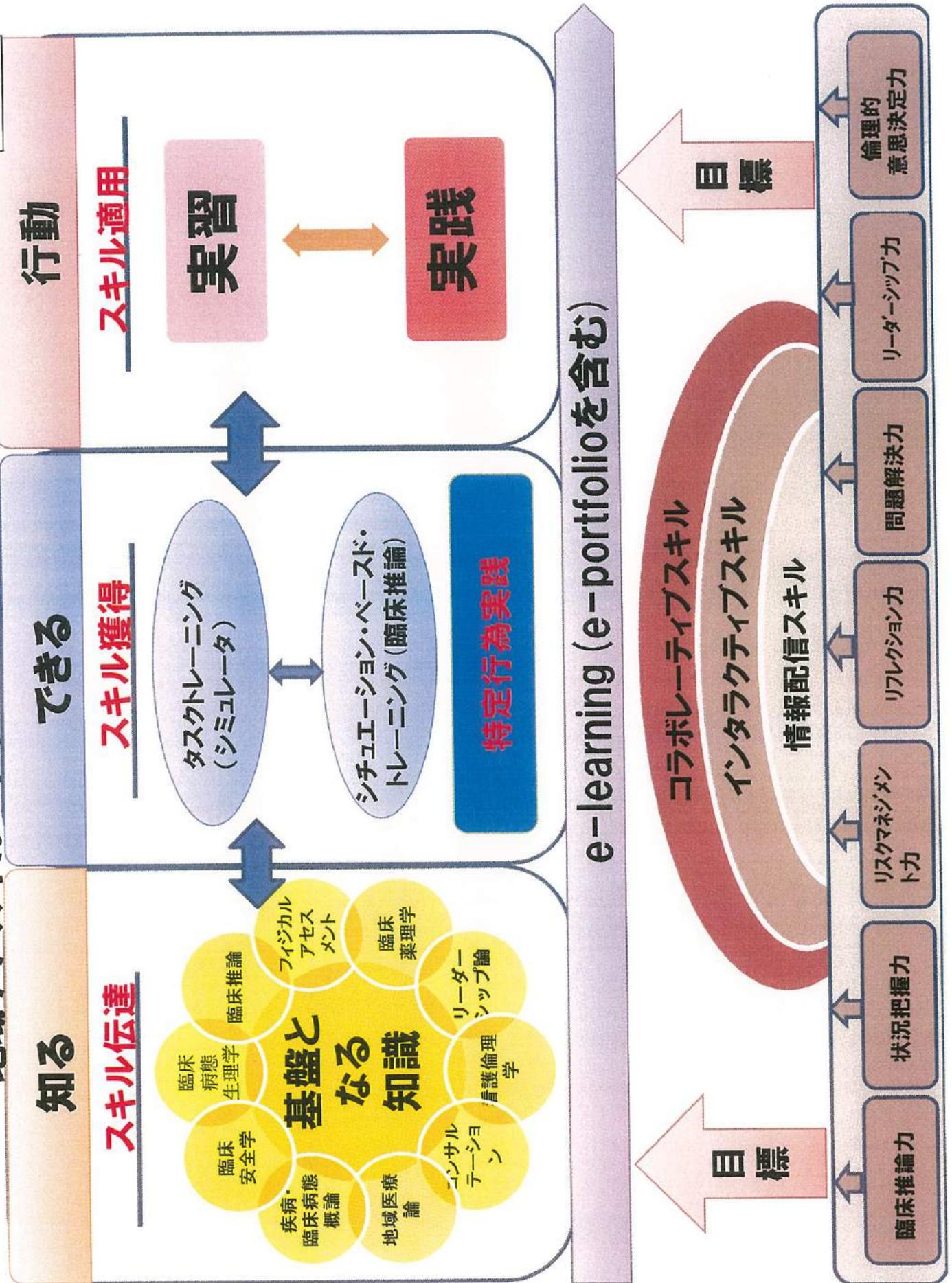
本事業では、看護実践者は自己の実践課題を見つけ、解決する能力が求められることから、いわゆるPBLチュートリアル教育方法のWEBライン版であると考ええる。そこで、別添1に示すe-learning教育プロセスモデルと³⁾、ブレンデッド・ラーニング⁴⁾の2つの方法を組み合わせた新たな教育方法の枠組みを構築する必要がある。この教育プロセスは、3層で構成されており、1層の情報提供は、一方的に学ぶため講義、ビデオ等からの資料を受ける。2層目は、CAI,WBTを用い、テストやシミュレーションで実際に身につけたスキルをフィードバックしながら進めるインタラクティブラーニングである。3層目のコラボレーティブラーニングは、スキル獲得後のスキル適用で、学習チームが中心となる学習形態である。本事業における教育プログラムを構築する際、1から3層目への方向性という流れの中で学習目標を達成することになる。その場合、学習目標を達成するための課題の提示の方法を考案し、繰り返し実施する必要がある。また最終学習の効果測定には、単に理解度だけではなく、行動変容とアウトカム評価も求められる。上記のトレーニング方法として、1回の研修で終わるのではなく、繰り返し学習できる仕組みと、同じテーマを継続的な視点で展開しながら、事例や演習を繰り返し実施し、学習し続ける場を提供する必要がある。また各々の経験と関連させて理解できる基盤となる看護の考え方を享受する必要性について、事例検討会は頻繁に行われているが、事例検討は学習した理論や技術を実際の事例に適用し、理論や技術の学習を促進するとともに、優れた実践を通して新たな理論や技術を学ぶことが可能となる。

<引用文献>

- 1) 中下富子、伊藤まゆみ他：訪問看護職が提供している在宅看護技術の実施頻度と難易度に関する研究、上武大学看護学部紀要、No1,2006.
- 2) 大野絢子他：在宅看護・介護技術研修会の成果についてのフォローアップ調査、上武大学看護学研究所紀要、2（2）105－115、2005
- 3) 中山 和弘：E－ラーニングは看護を変えるか、看護展望、29（12）、2004
- 4) 吉川千鶴子、中嶋恵美子他：看護技術教育のブレンディッドラーニングにおける e ラーニングシステム活用に関する研究、日本看護研究学会雑誌 35（5）、105－115、2012

地域ケアスキル・トレーニングプログラム概念図

別添1



指定研修における特定行為の区分(案)

特定行為の区分間で特定行為の重複はしないものとして整理している。

厚生労働省より引用

特定行為の区分名	特定行為の区分に含まれる特定行為名
A	呼吸器関連(気道確保に係る行為) 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節 経口・経鼻気管挿管の実施 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管 人工呼吸器モードの設定条件の変更 人工呼吸器下の鎮静管理 人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施 NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード設定条件の変更 気管カニューレの交換
B	呼吸器関連(人工呼吸療法に係る行為) 直接動脈穿刺による採血 橈骨動脈ラインの確保 「一時的ペースメーカー」の操作・管理 「一時的ペースメーカー」の抜去 PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の操作・管理 大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整 急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理 腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む) 胸腔ドレーン抜去
動脈血液ガス分析関連	
循環器関連	
ドレーン管理関連	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更 心臓ドレーン抜去 創部ドレーン抜去 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整

特定行為の区分名	特定行為の区分に含まれる特定行為名
F	創傷管理関連 褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン 創傷の陰圧閉鎖療法の実施 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去
G	循環動態に係る薬剤投与関連 持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整 持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整 持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整 持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整 持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整
H	血糖コントロールに係る薬剤投与関連 病態に応じたインスリン投与量の調整
I	栄養・水分管理に係る薬剤投与関連 脱水の程度の判断と輸液による補正 持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整
J	栄養に係るカテーテル管理関連 中心静脈カテーテルの抜去 PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入
K	精神・神経症状に係る薬剤投与関連 臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与 臨時薬剤(抗精神病薬)の投与 臨時薬剤(抗不安薬)の投与
L	感染に係る薬剤投与関連 臨時薬剤(感染徴候時の薬剤)の投与
M	皮膚損傷に係る薬剤投与関連 抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施
N	ろう孔管理関連 胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換 膀胱ろうカテーテルの交換

※特定行為の追加・改廃については、医師、歯科医師、看護師等の専門家が参画する常設の審議の場を設置し、そこで検討した上で決定する。

2) 研究テーマ2 地域ケア実践看護師の教育・支援システムの開発研究

研究代表者 教授 春山早苗

(1) 教育体制

A. 地域ケア実践看護師への教育の必要性など

へき地診療所の調査から、へき地における看護実践の質を担保する教育体制・教育プログラム、並びに、十分な知識・技術を修得できる教育の機会の確保が、へき地診療所看護職の役割拡大にかかわる課題としてあげられた。看護職の役割拡大に関するニーズ調査の結果からは、看護師の特定行為（案）の実施にかかわる課題として、看護師によるばらつき（力量差）をなくすこと（プロトコルの作成や勉強会実施の必要性）、看護師が最新の情報を入手できるようにしておくこと、があげられた。

以上のことから、地域ケア実践看護師の役割拡大を含めた看護実践の質を担保する教育プログラム及び教育システムの必要性が確認された。

B. 地域ケア実践看護師の教育システムの構築に影響すること

へき地診療所調査、高度医療と地域医療をつなぐ看護職の役割拡大に関するニーズ調査、医療機関訪問調査、地域特性や施設機能別グループインタビュー調査の結果から、地域ケア実践看護師の教育システムの構築に影響すること（表）を整理した。教育システムの構築に影響することとして、【所属施設の看護師の充足状況】、【学習のために看護師が確保できる現実的な時間・期間】、【施設が所在する場所・地域特性】、【受講した看護師の自施設における役割の明確化および施設の認識】、【所属する施設及び協働する医師の理解】、【医師との信頼関係や連携の状況】、【職種間の院内の連携状況】、【指導医を含む受講中および受講後に受講者を指導・サポートできる人材の有無】、【取り決め事項やプロトコルの必要性に対する受講者の所属施設の認識】、【プロトコルに基づく特定行為の実施について想定外のことが起こった場合の対応体制（発生時、発生事象に基づくフィードバック）】、【看護師の看護実践経験年数】、【看護師の看護実践能力】、【所属施設内における看護師の信頼度】、【看護師の学習ニーズや目標】、【教育プログラムの魅力】、【看護師の学習意欲】、【看護師の学習環境（特にIT環境）】、【看護師のICTに関する経験や基本的な知識】が示唆された。

表 地域ケア実践看護師の教育体制の構築に影響すること

看護師の役割拡大や教育体制にかかわる課題				教育体制の構築に影響すること
へき地診療所調査結果から	看護職の役割拡大に関するニーズ調査結果から	医療機関訪問調査結果から	地域特性や施設機能別グループインタビュー調査結果から	
<ul style="list-style-type: none"> ・看護師不足で研修の機会があっても参加できない、自己啓発の時間を確保できない ・職員数の整備や適正な人員配置（マンパワー不足下における看護師の負担の増大、看護師不足） 		<ul style="list-style-type: none"> ・日勤帯の仕事が終わった後に受講できるよう、研修プログラムは夕方～夜間に開講されるとよい（県内医療機関）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修に送り出すスタッフ数には限界がある。マンパワーを補填する体制が必要である（山村）。 ・単発（1日）ではなく、継続（数日間、集中）した研修プログラムがよい（離島）。 ・移動時間の節約のためにも、数日まとめて研修するほうがよい（離島）。 ・衛星放送などで時々学び、大切な部分は集合研修という形態は学びやすい（離島）。 ・研修期間半島以上は困難である（離島）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・所属施設の看護師の充足状況 ・学習のために看護師が確保できる現実的な時間・期間 ・施設が所在する場所・地域特性

看護師の役割拡大や教育体制にかかわる課題				教育体制の構築に影響すること
へき地診療所調査結果から	看護職の役割拡大に関するニーズ調査結果から	医療機関訪問調査結果から	地域特性や施設機能別グループインタビュー調査結果から	
・責任の所在、法整備		<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の特定行為実施のメリットとして、「患者等への迅速かつタイムリーな対応、患者の満足度の高まり」、「患者への統一した対応」、「医師の負担軽減」、「医師を待つ時間を看護業務に反映」、「患者の長期的な経過を考慮したより良い医療の提供」、「患者と看護師の関係構築やアセスメント力等の看護の質向上」があげられた。 ・看護師の特定行為実施のデメリットとして、「本来の看護業務が実施できなくなることへの懸念」、「医師や他職種に診療の補助としか理解されないのではないかという懸念」、「認定看護師との役割分担が不明確」、「支持を出した医師に限定されている」があげられた。 ・看護師の役割拡大と本研究事業による研修の課題として、特定行為を実施する看護師の責任の範囲と所在に関する課題をあげた者が多かった。また、所属する施設・組織のバックアップがあげられた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受講した看護師だけではなく、他の看護師もその学びを共有できるようにする（離島）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受講した看護師の自施設における役割の明確化および施設の認識
<ul style="list-style-type: none"> ・医師の考えや理解 ・医師と看護師の信頼関係、連携がとれていること 		<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の特定行為実施のデメリットとして、「医師が患者をみる時間が少なくなることへの懸念、看護師任せになるのではないかと」という懸念」があげられた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修に出るには院長の理解が必要である（地域病院・訪看）。 ・費用負担等の点で、へき地で働く看護師の教育の必要性について施設の理解や協力が必要である（離島）。 ・治疗的島や周囲の島が揃って利用することになると施設内の理解が得られる（離島）。 ・医師に理解と協力を得ていく必要があるので、県医師会に働きかけるとよいのではないかと（地域病院・訪看）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・所属する施設や協働する医師の理解 ・医師との信頼関係や連携の状況 ・職種間の院内の連携状況
<ul style="list-style-type: none"> ・サポート体制（バックアップ病院がない、医師が非常勤で相談しにくい、アドバイザーの確保） 		<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の特定行為（案）の実施にかかわる課題として、「医師と看護師、他職種間の施設内の連携が良好であること」があげられた。 ・自施設の指導医候補者の有無について（対象8人）、有りは3人、難しいが可能性はあるは3人、難しいは2人であった。 ・看護師の役割拡大と本研究事業による研修の課題として、相談役の確保があげられた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・へき地診療所の医師は1～2年で交替することが多く、本研究事業による研修への協力を得るのは難しい。 ・現地で指導者（教員）の指導を受けられるようにしてほしい（地域病院・訪看）。 ・定年前に退職した熟練看護師がサポートしてくれれば頼もしい（山村）。 ・現場のスタッフ以外の相談窓口があるとよい（山村）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・指導医を含む受講中及び受講後に受講者を指導・サポートできる人材の有無

看護師の役割拡大や教育体制にかかわる課題				教育体制の構築に影響すること
へき地診療所調査結果から	看護職の役割拡大に関するニーズ調査結果から	医療機関訪問調査結果から	地域特性や施設機能別グループインタビュー調査結果から	
			<ul style="list-style-type: none"> ・地域、在宅医療と病院の特性を知る認定看護師、専門看護師が相談相手として望ましい(山村)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・指導医を含む受講中及び受講後に受講者を指導・サポートできる人材の有無(つづき)
<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示のもと、経験したことがある診療の補助行為について、取り決め事項やプロトコルが有る施設は非常に少ない ・基準やルールづくり 		<ul style="list-style-type: none"> ・特定行為(案)の実施経験のある看護師 16人のうち、取り決め事項やプロトコルが有るの回答者は7人、無いが7人であった。ある場合、それは「医師の事前・入院・緊急時の具体的な指示が電子カルテや指示書にあり、看護師が患者の状態をアセスメントし、支持範囲内で実施」、「マニュアルの作成」、「医師の口答指示」であった。 ・看護師の特定行為実施のデメリットとして、「指示内容を看護師がうまく実施できなかった場合や、トラブルが生じた場合の対応が不明確」があげられた。 ・看護師の特定行為(案)の実施にかかわる課題として、「医師による考えの違いにより科や病院全体で統一したプロトコルの作成が困難」、「医師の指示が不明確な場合や看護師だけで判断することが困難な場合に、医師に連絡して確認できるようにしておくことが必要」、「トラブルが起こった後に振り返りを必ず実施する必要性」があげられた。 		<ul style="list-style-type: none"> ・取り決め事項やプロトコルの必要性に対する受講者の所属施設の認識 ・プロトコルに基づく特定行為の実施について想定外のことが起こった場合の対応体制(発生時、発生事象に基づくフィードバック)
<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の経験年数などによる実践力の差及び意識の差 		<ul style="list-style-type: none"> ・本研究事業の研修対象として適当と考えられる看護師の条件として、臨床経験が豊富で(概ね10年以上)、特定行為のみならず看護の視点を大切にしながら、患者の全身状態をアセスメントでき、医師・看護師間に信頼がある人、があげられた。認定看護師をあげる者も多かった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本研究事業の研修対象として適当と考えられる看護師(離島) <ul style="list-style-type: none"> 実施しているケアの必要性を説明できない看護師 <ul style="list-style-type: none"> 部署を横断して何でもみられて動いているベテランナース 2~3年目の看護師 派遣ナースが多いことや、出産・育児をひかえている等の理由から対象となる看護師が少ない 特別養護老人ホームの看護師 <ul style="list-style-type: none"> 病院を辞めずに続けている看護師 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護実践経験年数 ・看護実践能力 ・所属施設内における看護師の信頼度

看護師の役割拡大や教育体制にかかわる課題				教育体制の構築に影響すること
へき地診療所調査結果から	看護職の役割拡大に関するニーズ調査結果から	医療機関訪問調査結果から	地域特性や施設機能別グループインタビュー調査結果から	
	<p>・クリニカルラダー別研修の課題として、「看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない」、「看護実践能力の向上につながらない」、「業務で生じている課題の解決につながらない」、「マンネリ化しており新規性に欠ける」を一般病院及びへき地医療拠点病院の各々15～20%があげていた。</p> <p>・リーダー研修の課題として、「看護実践能力の向上につながらない」、「業務で生じている課題の解決につながらない」、「マンネリ化しており新規性に欠ける」を一般病院及びへき地医療拠点病院の各々15～20%があげていた。</p>	<p>・本研究事業による研修への参加意欲を6人に質問した結果、全員が参加意欲有りであった。</p>	<p>・ICTを活用しながら、対面の学習や意見交換も必要である(山村)。</p> <p>・島を渡り歩く看護師もいるので、離島での経験が積み重ねられるようなプログラムがあるとよい(離島)。</p> <p>・施設による現任教育の差を少なくする、島ナースとしてのキャリアが見え、積み重ねができるプログラムがよい(離島)。</p> <p>・離島ならではの、看護の原点を再確認できるプログラムがよい(離島)。</p>	<p>・看護師の学習ニーズや目標</p> <p>・教育プログラムの魅力</p> <p>・看護師の学習意欲</p>
			<p>・ネット環境はあるが、職場等でPCを看護師が占有できない状況がある(地域病院・訪看)。</p> <p>・自宅でe-learningによる学習をしている(地域病院・訪看)。</p> <p>・年代によってはパソコンの扱いに慣れていない人もいる(地域病院・訪看)。</p> <p>・e-learningのための環境確保やサポート体制を整えることが必要である(地域病院・訪看)。</p> <p>・TV会議を用いた事例検討を既に行っており、慣れれば違和感なく参加できる(山村)。</p> <p>・e-learningやインターネット配信等を利用した学習方法は、地域の病院や診療所にとっては利点である(山村)。</p> <p>・e-learningや研修で負担少なく学べる環境が必要である(離島)。</p> <p>・タブレット端末の貸与は有効である。不慣れな看護師もいるので、端末使用に関する事前体験が必要な可能性がある(山村)。</p>	<p>・看護師の学習環境(特にIT環境)</p> <p>・看護師のICTに関する経験や基本的な知識</p>

(2) 地域ケアスキル・トレーニングのターゲットとなる看護師と受講者の確保

(1) B. で述べた教育体制の構築に影響することとして、【受講した看護師の自施設における役割の明確化および施設の認識】、【所属する施設及び協働する医師の理解】、【医師との信頼関係や連携の状況】、【職種間の院内の連携状況】、【取り決め事項やプロトコールの必要性に対する受講者の所属施設の認識】、【看護師の学習環境（特に IT 環境）】等が示唆された。このことから、受講生の所属する施設（管理者や看護部）が、本研究事業による教育プログラムの受講生にどのような役割を期待するか、その見通しをもっている、または見通しをもてること、そして受講生を組織的にバックアップする体制があることが重要であると考えられた。

また、影響することとして、【所属施設内における看護師の信頼度】、【看護師の看護実践能力】等が示唆された。このことから、医師や看護師、他職種から信頼される看護実践能力及び所属部署内外の調整力を持つことが重要であると考えられた。

さらに、影響することとして、【看護師の看護実践経験年数】、【看護師の学習ニーズや目標】、【教育プログラムの魅力】、【看護師の学習意欲】等が示唆された。このことから、臨床経験年数を考慮すること、本研究事業による教育プログラムが看護師自身の学習ニーズや目標に関連し、関心をもてる状況にあり、また、受講後、実践に即、活かしていける状況にあることが重要であると考えられた。

以上のことから、本研究事業の目的も考慮して、地域ケアスキル・トレーニングのターゲットとなる看護師を、以下の条件全てに該当する看護師とした。

- ① 臨床経験年数概ね 10 年以上
- ② 医師の具体的な指示のもとに特定行為を実施している、あるいはそういう状況に遭遇している
- ③ 組織の調整ができ、リーダーシップを発揮できる
- ④ 教育プログラム受講にあたっての、所属組織のバックアップ体制がある

これに対し、事業評価委員会等では以下のような意見を得た。

- ・ ターゲットは、現在、地域医療に従事している看護師のスキルの確認及びスキルアップ向上であるのか、それとも、これから地域医療に従事しようと考えている看護師のスキル獲得か、あるいは両方であるのか、明確にする必要があるのではないか。
- ・ 受講中のモチベーションの維持や、受講後、獲得したスキルに基づき、自施設で役割を発揮していくためには、一施設から複数名の受講者を受け入れた方がよい。

(3) 今後の検討課題

① 地域ケアスキル・トレーニングのターゲットとなる看護師の明確化と受講者のリクルート
事業評価委員会を得た意見も参考にして、地域ケアスキル・トレーニングのターゲットとなる看護師をより明確にしていく必要がある。

② 受講者のリクルートと教育システムの検討

受講者のリクルートにあたっては、施設管理者及び看護管理者に本研究事業による教育プログラムの目的、教育プログラムの内容、ターゲットとなる看護師等について十分説明し、受講生にどのような役割を期待するか、その見通しの把握を、見通しをもてるような働きかけも併せて行いながら、する必要がある。また、取り決め事項やプロトコールの必要性に対する認識を把握し、教育プログラムの内容には組織的なバックアップに基づいて、プロトコールを作成することも含まれることを十分、説明する必要がある。

教育体制の構築に影響することとして、【学習のために看護師が確保できる現実的な時間・

期間】、【施設が所在する場所・地域特性】、【看護師の学習ニーズや目標】、【教育プログラムの魅力】、【看護師の学習意欲】、【看護師の ICT に関する経験や基本的な知識】等が示唆されたことから、プログラム開発・推進委員会との連携により、受講生の所属する施設の機能や所在する場所・地域特性も考慮して、看護師が受講しやすい教育プログラムの形態を検討する必要がある。また、本研究事業による教育プログラムを受講することが、受講者の学習ニーズや目標に、どのように結び付くのか、受講前あるいは受講開始時に確認・指導する必要性とその方法についても検討する必要がある。

プロトコルの作成については、事業評価委員より、プロトコル作成の基本については講義等で行い、実習として受講生が自施設で医師とプロトコルを作成するとよいのではないか、という意見を得た。また、教育体制の構築に影響することとして、【プロトコルに基づく特定行為の実施について想定外のことが起こった場合の対応体制（発生時、発生事象に基づくフィードバック）】が示唆された。以上を踏まえて、プログラム開発・推進委員会との連携によりプロトコルの作成に関する教育方法の検討を、想定外のことが起こった場合を含む安全管理体制と併せて、検討していく必要がある。また、受講者個々が自施設においてプロトコルの作成及び安全管理体制をつくっていくことを支援する方法を検討する必要がある。

シミュレーション教育等、本学で実施する教育プログラムについて、引き続き教育環境・教育体制を整備・検討していく必要がある。

③ 受講者のフォローアップシステムの検討

教育体制の構築に影響することとして、【指導医を含む受講中および受講後に受講者を指導・サポートできる人材の有無】、【看護師の学習環境（特に IT 環境）】、【看護師の ICT に関する経験や基本的な知識】、【学習のために看護師が確保できる現実的な時間・期間】、【施設が所在する場所・地域特性】等が示唆された。また、事業評価委員等より、指導医の確保が重要であるが容易ではない、しかし、看護師の実践能力の向上に関心をもち、協力が得られる医師が地域には必ずいる、といった意見を得た。今後は、第一に、受講者のリクルートの際に、当該施設の看護師の学習環境、指導医を含む指導・サポートできる人材の有無を把握し、その結果に基づいて、施設の機能や所在する場所・地域特性も考慮したフォローアップシステムを検討する必要がある。特に次年度は、受講中の e ポートフォリオによる受講者のフォロー方法と、指導医の確保について検討する必要がある。

Ⅲ. 本事業にかかわる研究報告

へき地医療拠点病院と一般病院における教育研修体制のニーズとその障害となっているもの

Difficulties and needs of continuing education in Middle-scale support hospitals for rural medicine and general hospitals.

菊地 陽*, 塚本友栄*, 横山由美*, 永井優子*, 春山早苗*
塚原節子**

Yo Kikuchi, Tomoe Tsukamoto, Yumi Yokoyama, Yuko Nagai, Sanae Haruyama, Setsuko Tsukahara

キーワード：へき地 教育 研修

要旨

本研究は、へき地医療拠点病院と一般病院における院内教育、院外教育の状況、教育・研修体制のニーズとその障害となっているものを明らかにし、教育・研修体制の充実に向けてどのような支援が示唆されるかを検討することを目的に、看護師長をはじめとする3名の看護師に自記式質問紙調査を行った。調査内容は、院内の教育状況、院外研修の状況、教育・研修体制のニーズ及び障害等である。本結果より、へき地医療拠点病院及び一般病院に勤務する看護職はともに《自己を高める働き》、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》の必要性を感じており、その障害となるものとして【不十分な労働環境】と【現場の状況に合わせ変化を遂げない教育・研修体制の順守】が存在していることが明らかになった。教育研修体制を充実させるために示唆された支援は、現場の課題と研修内容が直結し、得た技術を継続できるシステムの構築、看護職員の負担が最小限で済む支援、潜在看護職員と地域枠学生の確保であった。

1. はじめに

第9次へき地保健医療計画において、それまでに二次医療圏内単位で実施されてきたへき地診療所への支援の限界を補填するために、へき地中核病院とへき地医療支援病院を再編成し、へき地医療拠点病院群を構築、へき地医療支援機構を創設して、都道府県単位の広域的なへき地医療支援対策が組織的に可能となるような体制へと移行した。第11次へき地保健医療対策検討会はこのへき地医療支援機構に対して、医師だけでなく看護師等医療従事者に対しても支援を拡大していく必要があると指摘した¹⁾。

へき地医療拠点病院は、へき地医療支援機構の指導・

調整の下にへき地診療所等への医師・看護師等医療従事者の派遣、研修、遠隔診療支援等の各種事業を行い、へき地を含む地域における住民の医療を確保する重要な役割を担っているが、へき地診療所看護職は研修・研鑽できる機会が少なく、看護活動に関して相談できる人が少ない等の問題を抱え、支援体制が不十分な中での実践を余儀なくされている²⁾。

塚本ら³⁾の先行研究において、全国のへき地医療拠点病院263施設のうち117施設に勤務する看護部長の回答から、教育体制は病床数により違いがあり、200床未満の病院はそれ以上の病院と比べ教育・研修責任者や新卒看護職員研修の企画・評価組織が設

受付日：2013年10月31日 採択日：2014年3月25日

* 自治医科大学看護学部 Jichi Medical University, School of Nursing

** 常葉大学健康科学部看護学科 Tokoha University, Faculty of health and Medical sciences, School of Nursing

けられていない割合が有意に高いことや、教育・研修について検討できる組織・責任者が設置されていないこと、院内で受講できる教育・研修の機会が少ないことに問題を感じている割合が高く、病床規模の小さいへき地医療拠点病院では教育・研修上の課題が大きい可能性があることが示唆されている。

また、へき地医療拠点病院を対象とした教育・研修に関する関山ら¹⁾の研究では、院内研修への課題、研修運営上の課題、院外研修の参加のしにくさといった課題があり、看護職員が日々の業務をこなすだけで精一杯の状態では、限られた時間の中で教育・研修のシステムを整え、研修回数を増やしたとしても教育の効果は出にくく、かえって看護職員の負担感を増大させてしまう可能性があること、近年看護職員に従来よりも高い能力が求められるようになってきており、看護職員の能力を維持・向上するための質の高い教育・研修が必要不可欠であることが述べられている。

これらのことから、病床規模の200床未満のへき地医療拠点病院及び病床規模が100床以上399床以下のへき地医療拠点病院は、教育・研修体制における課題を抱えていることが推測される。しかし、この共通の課題が、へき地医療拠点病院に特化した課題かどうかについては、明らかになっていない。

そのため、本研究では教育・研修体制に焦点を当て、へき地医療拠点病院及び一般病院の教育・研修体制のニーズとその障害となっているものについて比較し、双方に必要な支援を検討することとした。

II. 研究目的

へき地医療拠点病院と一般病院における院内教育、院外教育の状況、教育・研修体制のニーズとその障害となっているものを明らかにし、教育・研修体制の充実に向けてどのような支援が示唆されるかを検討することを目的とする。

III. 研究方法

1. 用語の定義

本研究では、以下の条件に該当する機関を一般病院とする

- ①病床規模が100床以上399床以下
- ②へき地医療拠点病院以外
- ③単科の医療機関ではない

なお、病床規模を100床以上399床以下としたのは、塚本ら²⁾の研究で、へき地医療拠点病院の病床規模100床以上399床以下のへき地医療拠点病院は看護

職確保が難しい事を明らかにしており、関山ら³⁾の研究で、看護職員の総数が少なく、かつ、看護職員不足の中で実施されている教育・研修の課題である可能性が高いとしている。そのため、一般病院の病床数を100床以上399床以下に揃え、一般病院においても看護職員不足が教育・研修体制に影響を与えるか検討する為である。

2. 対象

病床規模100床以上399床以下のへき地医療拠点病院261施設と一般病院268施設に勤務する看護師長、主任または主任相当のスタッフとした。へき地医療拠点病院は、平成21年度へき地医療現況調査から把握した。

一般病院においては、厚生労働省平成22年医療施設（動態）調査から把握し、そのうち病床規模100以上399床の3171施設から268施設を対象とした。また、産科・小児科のある医療機関を優先した。

3. 調査方法

郵送法による自記式質問用紙調査とした。対象者が所属する看護部長宛てに無記名の調査票と返信用封筒を郵送した。郵送数は、1病院に対し救急外来担当の主任相当の看護師用、複数の病棟勤務経験のある看護師長用、複数の病棟勤務経験のある主任相当の看護師用を各1部とした。対象者が複数いる場合は、病棟看護歴の長いものや妊産婦、小児、成人、高齢者と幅広い発達段階の対象への看護実践経験のあるものを優先するように依頼した。

4. 調査項目

1) 基本属性

回答者の基本属性として性別、年齢、看護職としての実務経験年数、保有する資格、現在勤務する病院における、職位とその職位についての勤務年数、所属病棟および経験したことのある病棟を尋ねた。また、勤務する病院の基本属性として、所在地、設置主体、全病床数を尋ねた。

2) 院内教育の状況

行われている院内教育プログラム「新人研修」、「経験年齢別研修」、「クリニカルラダーレベル別研修」、「看護師長研修」、「リーダー研修」、「他職種ともに看護職も参加できる研修会」、「他職種共に看護職も参加できる講演会」、「その他」から全て選択してもらい、それと併用し、企画

者を尋ねた。企画者においては、「看護部長」、「教育担当副看護部長」、「研修・教育委員会」、「病院長」、「病院事務職員」、「医師」、「その他」からの選択とした。また、行われている院内教育プログラムごとの課題を「教育目的が明確でない」、「看護実践能力の向上につながらない」、「業務で生じている課題の解決につながらない」、「看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない」、「社会の動向や医療環境を踏まえていない」、「マンネリ化しており新規性に欠ける」、「その他」から当てはまるものすべてを選択するよう求めた。

3) 院外研修の状況

「看護部はスタッフを院外の研修に積極的に参加させている」、「看護部はスタッフの認定看護師資格取得や認定看護師確保に積極的である」、「看護部はスタッフの専門看護師資格取得や専門看護師確保に積極的である」、「看護部はスタッフの大学・大学院進学を積極的に支援している」、「主任クラスの看護職は認定看護管理者教育課程ファーストレベルを受講している」、「ほとんどの看護師長は認定看護管理者教育課程セカンドレベルを受講している」、「看護部長は認定看護管理者課程サードレベルを受講している」から当てはまるもの全てを選択するよう求めた。

4) 教育・研修体制のニーズ

「現在勤務している病院で、教育・研修体制を推進するうえで特に必要だと思うこと」について自由回答で尋ねた。

5) 教育・研修体制の障害

「教育・研修体制の障害となっていると思われるもの」について3つ記述するよう求めた。

5. 調査票の妥当性の確保

わが国の近年の看護を含む保健医療福祉の動向、病院の教育・研修体制に関する先行研究を参考とした。また、へき地医療拠点病院と一般病院で看護活動の経験と知識をもつ教員または病院看護管理者及び医師に、調査票案の質問内容の妥当性や表現上の問題等について確認を得た後、修正し最終的な調査票を作成した。

6. 分析方法

自由回答で得られた「現在勤務している病院で、教育・研修体制を推進するうえで特に必要だと思う

こと」及び「教育・研修体制の障害となっていると思われるもの」から、「教育・研修体制のニーズ」に関する内容及び「教育・研修体制の障害」に関する内容を、意味の判別できる単位で抽出した。抽出した内容は、類似した内容同士で集めてカテゴリーを形成した。質的データの信頼性の確保については、看護研究を指導している教員にスーパーバイズを受けながら実施した。

量的データは単純集計とした。

7. 倫理的配慮

調査への協力依頼文に、調査の趣旨、調査への協力は自由意思であること、協力する場合でも答えたくない質問には答えなくてよい事、調査票は無記名であり個人や病院名は特定されないこと、調査票への回答・返送をもって調査協力への同意とみなすこと、調査に関する問い合わせ先を明記し、調査票と共に送付した。

IV. 研究結果

回収できた調査票は、へき地医療拠点病院は281通/783通（回収率35.9%）、一般病院は233通/804通（回収率33.3%）であり、すべての調査票を分析対象とした。

1. 基本属性

へき地医療拠点病院における回答者の性別は女性が265人（95.3%）、年代は50歳代が164人（58.4%）と最も多く、次いで40歳代93人（33.1%）であった。看護職としての実務経験年数は、 27.6 ± 5.9 年であった（表1）。職位は、師長128人（45.6%）が最も多く、次いで主任119人（42.3%）であった。取得資格は、看護師が269人（95.7%）と最も多く、次いで介護支援専門員38人（13.5%）、助産師22人（7.8%）、保健師4人（1.4%）であった。経験のある病棟は、内科病棟160（56.9%）が最も多く、次いで外科病棟134（47.7%）であり、精神科病棟は28人（10.0%）と最も低かった。

所属しているへき地医療拠点病院が支援している地域の特性（複数回答）は、「過疎地」170人（60.5%）が最も多く、次いで「山村」153人（54.4%）、「豪雪」53人（18.9%）、「島しょ」45人（16.0%）であった。病院の設置主体は、市町村114人（40.6%）が最も多く、次いで公立団体（日赤、済生会、厚生連、北社協）44人（15.7%）、都道府県41人（14.6%）であった。全病床数は、「100～199床」121人（43.1%）

表1 基本属性

		へき地医療拠点病院 N=281		一般病院 N=233	
		人数	%	人数	%
性別	女性	265	95.3	223	95.7
	男性	16	4.7	10	4.3
年代	20-29歳	8	2.8	0	0.0
	30-39歳	13	4.6	32	13.7
	40-49歳	93	33.1	95	40.8
	50-59歳	164	58.4	102	43.8
	60-69歳	2	0.7	4	1.7
	70歳以上	1	0.4	0	0.0
実務経験年数		27.6±5.9年		25.0±6.9年	

が最も多く、次いで「300～399床」57人（20.3%）、「200～299床」54人（19.2%）であった。

一般病院における回答者の性別は女性が223人（95.7%）、年代は50歳代が102人（43.8%）と最も多く、次いで40歳代95人（40.8%）であった。看護職としての実務経験年数は、平均25.0±6.8年であった。職位は、師長が97人（41.6%）と最も多く、次いで主任96人（41.2%）であった。取得資格は、看護師が230人（98.7%）と最も多く、次いで介護支援専門員21人（9.0%）と助産師21人（9.0%）であり、保健師免許所得者は10人（4.3%）であった。経験のある病棟は、へき地医療拠点病院と同様、内科病棟が148人（63.5%）と最も多く、次いで外科病棟117人（50.2%）であり、最も経験の少ない病棟は、精神科病棟17人（7.3%）であった。

一般病院が所在する自治体規模では人口10万人未満3万人以上の市が89人（38.2%）と最も多く、次いで人口20万人未満10万人以上の市が43人

（18.5%）、人口50万人以上の指定都市・政令市町25人（10.7%）、町22人（9.4%）、人口50万人未満30万人以上の中核市17人（7.3%）、人口20万人以上30万人未満の市では17人（7.3%）であった。全病床数は、「200～299床」80人（34.3%）が最も多く、次に「100～199床」75人（32.2%）で、「300～399床」72人（30.9%）の順であった。

2. 院内教育の状況

実施している院内教育プログラムは、表2に示す。新人研修と他職種とともに看護職も参加できる研修がへき地医療拠点病院、一般病院ともに8割以上の割合で実施されていた。へき地医療拠点病院、一般病院ともに最も実施率が低い研修は看護師長研修であった。その他のクリニカルラダーレベル別研修や、リーダー研修、他職種とともに看護職も参加できる講演会、経験年齢別研修の実施において、へき地医療拠点病院、一般病院ともに6割程度であった。

表2 実施されている院内教育プログラム

	へき地医療拠点病院 N=281		一般病院 N=233	
	人数	%	人数	%
新人研修	259	92.2	219	94.0
他職種とともに看護職も参加できる研修	230	81.9	194	83.3
クリニカルラダーレベル別研修	196	69.8	156	67.0
リーダー研修	192	68.3	147	63.1
他職種とともに看護職も参加できる講演会	185	65.8	156	67.0
経験年齢別研修	172	61.2	152	65.2
看護師長研修	163	58.0	122	52.4
その他	19	6.8	19	8.2

院内教育プログラムの企画者は表3に示す。へき地医療拠点病院、一般病院ともに新人研修、経験年齢別研修、クリニカルラダーレベル別研修、リーダー

研修において研修・教育委員会が企画をしている割合が最も高かった。

表3 実施されている院内教育プログラムの企画者（上位2位まで）

	へき地医療拠点病院			一般病院		
	企画者	n/N	%	企画者	n/N	%
新人研修	研修・教育委員会	192/259	74.1	研修・教育委員会	155/219	70.8
	教育担当副看護部長	81/259	31.3	教育担当副看護部長	64/219	29.2
経験年齢別研修	研修・教育委員会	121/185	65.4	研修・教育委員会	116/152	76.3
	教育担当副看護部長	50/185	27.0	教育担当副看護部長	53/152	34.9
クリニカルラダーレベル別研修	研修・教育委員会	129/196	65.8	研修・教育委員会	104/156	66.7
	教育担当副看護部長	57/196	29.1	教育担当副看護部長	56/156	35.9
リーダー研修	研修・教育委員会	121/192	63.0	研修・教育委員会	111/147	75.5
	教育担当副看護部長	52/192	27.1	教育担当副看護部長	45/147	30.6
看護師長研修	看護部長	91/163	55.8	看護部長	58/122	47.5
	教育担当副看護部長	44/163	27.0	教育担当副看護部長	44/122	36.1
他職種とともに看護職も参加 できる研修	その他	111/230	48.3	その他	91/194	46.9
	研修・教育委員会	64/230	27.8	研修・教育委員会	67/194	34.5
他職種とともに看護職も参加 できる講演会	その他	74/185	40.0	その他	53/156	34.0
	病院事務職員	43/185	23.2	研修・教育委員会	52/156	33.3

院内教育プログラムにおける課題を表4に示す。へき地医療拠点病院、一般病院ともに最も多かった選択は、新人研修だと「看護実践能力の向上につながらない」であり、他職種とともに看護職も参加できる研修や講演会では「マンネリ化しており新規性に欠ける」、クリニカルラダーレベル別研修では「看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない」、看護師長研修では「業務で生じている課題の解決につながらない」が最も多かった。経験年齢別研修で最も多かった選択は、へき地医療拠点病院では「看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない」40人（23.3%）に対し、一般病院は「業務で生じてい

る課題の解決につながらない」35人（23.0%）であった。リーダー研修において最も多かった選択は、へき地医療拠点病院では「看護実践能力の向上につながらない」41人（21.4%）に対し、一般病院では「マンネリ化しており新規性に欠ける」28人（19.0%）であった。

3. 院外教育の状況

「看護部は、スタッフを院外の研修に積極的に参加させている」を選択したへき地医療拠点病院は244人（86.8%）であり、一般病院は195人（83.7%）であった。「看護部はスタッフの認定看護師資格取

表4 実施されている院内教育プログラムの課題（最も多かった回答）

	へき地医療拠点病院			一般病院		
	課題	n/N	%	課題	n/N	%
新人研修	看護実践能力の向上につながらない	40/259	15.4	看護実践能力の向上につながらない	53/219	24.2
経験年齢別研修	看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない	40/172	23.3	業務で生じている課題の解決につながらない	35/152	23.0
クリニカルラダーレベル別研修	看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない	46/196	23.5	看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない	33/156	21.2
リーダー研修	看護実践能力の向上につながらない	41/192	21.4	マンネリ化しており新規性に欠ける	28/147	19.0
看護師長研修	業務で生じている課題の解決につながらない	21/163	12.9	業務で生じている課題の解決につながらない	15/122	12.3
他職種とともに看護職も参加できる研修	マンネリ化しており新規性に欠ける	44/230	19.1	マンネリ化しており新規性に欠ける	42/194	21.6
他職種とともに看護職も参加できる講演会	マンネリ化しており新規性に欠ける	35/185	18.9	マンネリ化しており新規性に欠ける	26/156	16.7

得や認定看護師確保に積極的である」を選択したへき地医療拠点病院は、166人(59.1%)、一般病院は149人(63.9%)であった。「看護部はスタッフの専門看護師資格取得や専門看護師確保に積極的である」を選択したへき地医療拠点病院は80人(28.5%)、一般病院64人(27.5%)であった。「看護部はスタッフの大学・大学院進学を積極的に支援している」を選択したへき地医療拠点病院は40人(14.2%)、一般病院は41人(17.6%)となった。

認定看護管理者教育課程レベルにおいて、「主任クラスの看護職は認定看護管理者教育課程ファーストレベルを受講している」を選択したへき地医療拠点病院は133人(47.3%)、一般病院は104人(44.6%)であり、「ほとんどの看護師長は認定看護管理者教育課程セカンドレベルを受講している」を選択したへき地医療拠点病院は66人(23.5%)、一般病院は70人(30.0%)であった。「看護部長は認定看護管理者教育課程サードレベルを受講している」を選択したへき地医療拠点病院は71人(25.3%)、一般病院は84人(36.1%)であった。

4. 教育・研修体制のニーズ

以下、文章中の記号【 】はカテゴリ、《 》はサブカテゴリ、| }は内容を示す。

「現在勤務している病院で、教育・研修体制を推進するうえで特に必要だと思うこと」から、「教育・研修体制のニーズ」に関する内容を抽出した結果、30の内容から2つのカテゴリと4つのサブカテゴリが抽出された。結果を表5に示す。

【教育・研修体制を推進するための基盤づくり】には、《自己を高める働き》、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》の4つのサブカテゴリが含まれる。

《自己を高める働き》には、|研修会・勉強会への参加|や|意欲向上と維持|、|面接を通し、やりがいや将来展望を明確にする|といった|面接による目標管理|、個人で活動目標などを決定し実行する|個人レベルでの目標管理|、|クリニカルラダーによる目標管理|、多くのスタッフの技術や意欲、目標を共有し実行する|目標による管理|などの10の内容が含まれる。

《ニーズに合った教育・研修内容の整備》として、|経験年齢別研修|、|リーダーを育成する内容|、|スペシャリストを育てる内容|、|人材育成ができる内容|、|ジェネラリストを育てる内容|、|介護・福祉

に関する内容|、|経営・管理に関する内容|、|シミュレーション研修|、|チーム力を高める内容|、|キャリアアップ研修|、e-learningを導入した教育といった|カリキュラムや教育手法の工夫|などの11の内容が含まれる。

《研修運営上の改善》には、定期的な研修会を開催する必要性などを記述した|研修会・勉強会の開催|、|研修会の周知・促しによる参加者の確保|、|研修参加や学習を容易にするための風土づくり|、|優秀な指導者の確保|、|費用の確保|、|時間の確保|の6つの内容が含まれる。

《研修効果を活かせる環境づくり》には、|技術や知識を還元する機会、支援者の確保|、|コミュニケーションによる情報の共有|、|適切な人事配置|の3つの内容が含まれる。

表5 教育・研修体制を推進するために必要と思うこと

カテゴリ	サブカテゴリ	内容
自己を高める働き (へき地133/一般104)		研修会・勉強会への参加(へき地62/一般43)
		意欲向上と維持(へき地19/一般19)
		自己学習(へき地13/一般11)
		面接による目標管理(へき地10/一般7)
		個人レベルでの目標管理(へき地8/一般4)
		自己研鑽(へき地6/一般6)
		自己啓発(へき地5/一般4)
		目的による管理(へき地4/一般7)
		専門職としての自覚(へき地4/一般3)
		クリニカルラダーによる目標管理(へき地2/一般0)
ニーズに合った教育・研修内容の整備 (へき地290/一般232)		経験年齢別研修(へき地19/一般8)
		リーダーを育成する内容(へき地17/一般9)
		スペシャリストを育てる内容(へき地15/一般5)
		カリキュラムや教育手法の工夫(へき地14/一般15)
		人材育成ができる内容(へき地8/一般4)
		ジェネラリストを育てる内容(へき地6/一般1)
		介護・福祉に関する内容(へき地3/一般0)
		経営・管理に関する内容(へき地3/一般2)
		シミュレーション研修(へき地3/一般2)
		チーム力を高める内容(へき地2/一般4)
キャリアアップ研修(へき地2/一般2)		
研修運営上の改善 (へき地46/一般63)		研修会・勉強会の開催(へき地13/一般14)
		研修会の周知・促しによる参加者の確保(へき地9/一般9)
		研修参加や学習を容易にするための風土作り(へき地11/一般9)
		優秀な指導者の確保(へき地3/一般6)
		費用の確保(へき地3/一般7)
研修効果を活かせる環境づくり (へき地19/一般11)		技術や知識を還元する機会、支援者の確保(へき地9/一般4)
		コミュニケーションによる情報の共有(へき地5/一般2)
		適切な人事配置(へき地5/一般6)

5. 教育・研修体制の障害となっているもの

「教育・研修体制の障害となっていると思われるもの」から、「教育・研修体制の障害」に関する内容を抽出した結果、25の内容から【不十分な労働環境】と【現場の現状に合わせ変化を遂げない教育・研修体制の順守】の2カテゴリと8つのサブカテゴリが抽出された。結果を表6に示す。

【不十分な労働環境】

【不十分な労働環境】には、《人材不足とそれに起因する二次被害》、《業務多忙とそれに起因する二次被害》、《勤務者層の不均等さ》、《休暇取得困難とそれに起因する二次被害》、《家庭と仕事を両立する困難さ》の5つのサブカテゴリが含まれる。

《人材不足とそれに起因する二次被害》には、《人員不足》、《人員不足による研修会・教育の負担》、《マンネリ化した職場風土になりやすい》、《人員不足によるモチベーションの低下》の4つの内容が含まれる。

《業務多忙とそれに起因する二次被害》には、《業務多忙による時間の無さ》、《業務多忙》、《業務多忙による研修参加の困難さ》、《業務多忙による疲労》、《業務多忙によるモチベーション・学習意欲の低下》

の5つの内容が含まれる。

《勤務者層の不均等さ》には、《新人看護師が少なく、進行する看護師の高齢化》や《中堅看護師の少なさ》、《パート職員の多さ》の3つの内容が含まれる。

《休暇取得困難とそれに起因する二次被害》には、《休暇取得困難さによる研修参加の負担感》と《休暇取得困難》の2つの内容が含まれる。

《家庭と仕事を両立する困難》には、《家庭と仕事プラスアルファで行う負担感》などの3つの内容が含まれる。

【現場の現状に合わせ変化を遂げない教育・研修体制の順守】

【現場の現状に合わせ変化を遂げない教育・研修体制の順守】には、《研修の課題》、《研修参加のしにくさ》、《教育システムの課題》の3つのサブカテゴリが含まれる。

《研修の課題》には、《参加者の専門職としての意識・モチベーションの維持・向上の困難さ》、《経験・知識・指導力のある指導者、手本となる存在の不足》、《研修効果への疑問視》などといった7つの内容が含まれる。

《研修参加のしにくさ》には、《ニーズに沿わない場所での開催》、《金銭の消耗》の2つの内容が含まれる。

《教育システムの課題》には、《ニーズに沿わない教育システムの順守》の内容が含まれる。

表6 教育・研修体制の障害となっているもの

カテゴリ	サブカテゴリ	内容
不十分な労働環境 (へき地133/一般113)	人材不足とそれに起因する二次被害 (へき地43/一般41)	人材不足(へき地25/一般21)
		人員不足による研修会・教育の負担(へき地8/一般12)
		マンネリ化した職場風土になりやすい(へき地8/一般6)
		人員不足によるモチベーションの低下(へき地2/一般2)
	業務多忙とそれに起因する二次被害 (へき地42/一般54)	業務多忙による時間のなさ(へき地16/一般18)
		業務多忙(へき地13/一般20)
		業務多忙による研修参加の困難さ(へき地7/一般9)
		業務多忙による疲労(へき地3/一般5)
		業務多忙によるモチベーション・学習意欲の低下(へき地3/一般2)
	勤務者層の不均等さ(へき地13/一般4)	新人看護師が少なく、進行する看護師の高齢化(へき地10/一般3)
		中堅看護師の少なさ(へき地5/一般0)
		パート職員の多さ(へき地3/一般1)
	休暇取得困難とそれに起因する二次被害 (へき地17/一般15)	休暇取得困難さによる研修参加の負担感(へき地11/一般5)
		休暇取得困難(へき地8/一般9)
	家庭と仕事を両立する困難さ(へき地13/一般4)	家庭と仕事プラスアルファで行う負担感(へき地13/一般4)
現場の現状に合わせ変化を遂げない教育・研修体制の順守 (へき地117/一般100)	研修の課題 (へき地89/一般74)	参加者の専門職としての意識・モチベーションの維持・向上の困難さ(へき地27/一般21)
		経験・知識・指導力のある指導者、手本となる存在の不足(へき地11/一般17)
		病院や上司、仲間からのバックアップがない(へき地11/一般17)
		研修効果への疑問視(へき地11/一般9)
	強制的と感じる研修(へき地6/一般9)	
	ニーズに合った研修内容が少ない(へき地5/一般3)	
	参加者の人数制限(へき地4/一般4)	
研修参加のしにくさ (へき地20/一般18)	ニーズに沿わない場所での開催(へき地10/一般3)	
	金銭の消耗(へき地10/一般15)	
教育システムの課題 (へき地8/一般5)	ニーズに沿わない教育システムの順守(へき地8/一般5)	

V. 考察

本研究により、へき地医療拠点病院と一般病院における教育・研修体制のニーズとして、2つのカテゴリと4つのサブカテゴリ、30の内容が抽出された。また、教育・研修体制の障害となるものとして2つのカテゴリと8つのサブカテゴリ、25の内容が抽出された。へき地医療拠点病院と一般病院における院内教育、院外教育の状況、教育・研修体制のニーズとその障害となっている内容を比較し、教育・研修体制の充実に向けてどのような支援が示唆されるか明らかにするため、以下の3点で考察する。

1. 教育・研修体制を整備する必要性は、へき地医療拠点病院に特化したものではなく、一般病院にも存在するものと考えられるか、また、教育・研修体制を整備するために抽出された内容に違いがあるか。
2. 一般病院においても看護職不足が教育・研修体制整備の課題といえるか、また、看護職不足以外でも教育体制整備の障害となっているものにへき地医療拠点病院と一般病院で違いがあるか。
3. 支援として示唆されるものはなにか。

1. 教育・研修体制の整備におけるへき地医療拠点病院と一般病院の違い

へき地医療拠点病院と一般病院共に、【教育・研修体制を推進するための基盤づくり】と【チーム医療を推進するための基盤づくり】の2つのカテゴリーが抽出された。さらに、一般病院、へき地医療拠点病院ともに4つのサブカテゴリーに分類でき、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》があれば、研修意欲などが上昇し《自己を高める働き》が活発になる。逆に《自己を高める働き》があれば、研修参加者や自己研鑽する者が増え、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》へ与える影響が大きくなると考えられた。よって、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》と《自己を高める働き》は一般病院とへき地医療拠点病院に共通していると考えられる。

「地域医療の現状と課題の地域間格差に関する調査（第2回）」の地域医療の課題より、都市で働く医師、へき地で働く医師に共通していたのは「事前教育の充実」であったこと6)を支持するように本結果からも、教育・研修の必要性は、へき地医療拠点病院に特化したものではなく、一般病院にも存在するものとして考えられた。

また、【教育・研修体制を推進するための基盤づくり】を整備するためにへき地医療拠点病院、一般病院共に《自己を高める働き》、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》の必要性が挙げられ、教育・研修体制を整備するために抽出された内容に大きな違いはなかった。

ただし、表5に示した《ニーズに合った教育・研修内容の整備》の「ジェネラリストを育てる内容」では、一般病院でも混合病棟が増える事で、多くの疾患に関する知識が必要であるが、へき地医療拠点病院では、常時混合病棟と同様の状況があることや病棟外の多様な看護活動も要求される機会もあるため、よりジェネラリストであることを要求される可能性がある。さらには、「スペシャリストを育てる内容」では、一般病院では専門・認定看護師などの専門的知識、技術があがっているが、へき地医療拠点病院では専門的知識に加え、主任や中堅看護師といった経験に基づく幅広い知識を獲得できるものが期待される。このことは、表6の《勤務者層の不

等さ》の「中堅看護師層の少なさ」や《研修の課題》の「経験・知識・指導力のある指導者、手本となる存在の不足」に結びつき、へき地医療拠点病院の特徴である。

また、一般病院では「介護・福祉に関する内容」について必要性の記載がなかったが、アンケートに回答した介護支援専門員の資格を所有する者がへき地医療拠点病院では13.5%であるのに対し、一般病院は9.0%と低い事から、へき地医療拠点病院の介護、福祉に関心が高く、「介護・福祉に関する内容」の研修ニーズが挙げられた可能性がある。また、へき地において、地域特徴をとらえ人々の生活の営みに合わせた保健医療福祉資源の提供活動を展開していく必要がある⁷⁾役割が大きい事から一般病院で「介護・福祉に関する内容」があがらなかった可能性が考えられる。

2. 教育・研修体制整備を障害するものにおけるへき地医療拠点病院と一般病院の違い

教育・研修体制整備を障害するものとして、【不十分な労働環境】が抽出され、そのうち《人材不足とそれに起因する二次被害》がサブカテゴリーに含まれた。また、へき地医療拠点病院、一般病院ともにサブカテゴリーに分類された《業務多忙とそれに関する二次被害》《休暇取得困難とそれに起因する二次被害》《勤務者層の不平等さ》、《家庭と仕事を両立する困難さ》は、看護職不足に関連するものであった。一般病院において、「中堅看護師層の少なさ」は意見としてあがらなかったが、「新人看護師が少なく、進行する看護師の高齢化」の記載があった。中規模拠点病院の募集に対して実際に採用できた看護職員数の割合が8割以下⁹⁾という結果から、一般病院でも看護職員不足の問題が存在していることが分かる。このことから、一般病院においても看護職不足が教育・研修体制整備の課題である可能性が示唆された。

看護職不足以外でも教育体制に影響を与える障害として、へき地医療拠点病院、一般病院ともに【現場の状況に合わせ変化しない教育・研修体制の順守】が抽出された。同様に、サブカテゴリーにおいても《研修の課題》、《研修参加のしにくさ》、《教育システムの課題》が両病院のデータから抽出されたことから、両病院に共通して教育体制整備の障害となるものが存在していると考えられる。

3. 支援として示唆されるもの

表6に示したように、へき地医療拠点病院と一般病院ともに、教育・研修体制のニーズとその障害となるものに違いはなかった事から、へき地医療拠点病院と一般病院を分けず、教育・研修体制を充実させるために示唆された支援を以下に3つ述べる。

1) 現場の課題と研修内容が直結し、得た技術を継続できるシステムの構築

本研究において、院外研修や院内研修は実施されていたが、それぞれの研修における課題として「マンネリ化しており新規性にかける」、「看護職個々の学習ニーズや目標を考慮していない」、「業務で生じている課題の解決や看護実践能力の向上につながらない」の選択が上位にあり、現場と研修内容が一致しない等の意見がある事から、現場と大学病院が連携し、現場で遭遇する困難な事例や、頻回に起こるインシデントを調査し、研修内容に反映させる支援が考えられる。また、阿部⁹⁾は従来のような集合型の授業・研修や、指導者が手技をデモンストレーションで示し、学習者が記憶に基づいて再現できるまで訓練を繰り返すような技術指導では、主体的な意志や思考に基づいた学習、知識・技術の統合、定着に至らないとしており、その打開策としてシミュレーション教育の有効性を唱えている。シミュレーション教育の教育効果を知っておくことで、教育の効果と効率、魅力を高めるための体系的アプローチに寄与できる学習手段¹⁰⁾であり、シミュレーション教育の手法を研修に取り組みことは、業務で生じている課題の解決や看護実践能力の向上への貢献や、「参加者の専門職としての意識・モチベーションの維持・向上の困難さ」及び「研修効果の疑問視」の軽減につながると考える。

また、本研究で「技術や知識を還元する機会、支援者の確保」等の《研修効果を活かせる環境づくり》の必要性が存在している。赤十字病院のキャリア開発に関連する看護職の意識調査から、キャリアアップには、継続学習できる環境支援が必要である¹¹⁾ことから、いつでも相談できる者の確保、技術・知識を生かせる場所作りといったような環境を整備し、技術を継続できるシステム構築が必要な支援と考える。

2) 看護職員の負担が最小限で済む支援

「業務多忙」、「業務多忙によるモチベーション・学習意欲の低下」といった《業務多忙とそれに起因する二次被害》や「休暇取得困難」、「休暇取得困難さによる研修参加の負担感」といった《休暇取得困

難とそれに起因する二次被害》、《家庭と仕事を両立する困難さ》という障害が存在している事から、e-learningや衛星通信を使った事前学習の強制や、研修回数を増やしたとしても限られた時間の中で教育の効果は出にくく、かえって看護職員の負担感を増大させてしまう可能性がある。よって、事前学習を短時間で理解できるような講義に置き換え、研修時間内に収める工夫が必要と考える。

研修会場が遠方、または交通手段が不便な所であるといった「ニーズに沿わない場所での開催」や、勤務体制に余裕がなく研修に参加できないこと、研修不在時の人手不足が障害として存在している事から、研修希望者の勤務場所へ指導者が出張する形をとる支援も手段の一つと考える。

また、研修費の自己負担は「金銭の消耗」、「病院や上司、仲間からのバックアップがない」といった《研修の課題》と《研修参加のしにくさ》が存在し、研修会の企画者が研修・教育委員会または教育担当副部長が多い事から、彼らへ研修会参加の協力と理解を求め、休みや研修費の負担の軽減を働きかける支援が必要だと考える。研修会募集の窓口を団体受け付けとし、団体申し込みの際は、研修費用割引や申し込んだ病院に何らかの特典がつくよう配慮するといった工夫により、研修参加者増加にも寄与できると考える。

3) 潜在看護職員と地域枠学生の推薦の確保

看護職員確保対策として、吉田ら⁸⁾は「看護師確保及び定着のための施策として「地域枠看護学生の推薦」「奨学金制度」「中・高生地域医療体験学習の受け入れ」は、医師・看護師確保及び定着のための事実に基づく方略」としている。本研究でも「新人看護師が少なく、進行する看護師の高齢化」が教育体制設備の弊害として存在したため、地域枠看護学生の推薦の支援促進が示唆される。

また、バーンアウトが看護師の離職に深く関わっている¹²⁾との報告もあるように、【自己を高める働き】の必要性や《家庭と仕事を両立する困難さ》が挙がってきたのではないかと考えられる。離職者向けの研修を実施した病院に再就職した例がある事からも⁴⁾潜在看護師に絞った研修や働きかけも看護職確保の有効な支援の一つであると考える。

V. 本研究の限界

本研究の限界について考察する。本研究の調査票回収率は、へき地医療拠点病院35.9%、一般病院33.3%にとどまっており、へき地医療拠点病院およ

び一般病院の全体を表した内容にはなっていない。また、回答者の経験病棟に偏りがあること、調査対象を看護師長、主任または主任相当のスタッフとしていることから、教育・研修体制のニーズやその障害となるものにおける実態の見え方に限界があり、一般化することはできない。

今後は、中間管理者である師長及び主任以下のスタッフの意見を分析することで、より実態の理解と必要な支援が明確になると考える。

VI. 結論

教育・研修体制を整備する必要性は、へき地医療拠点病院に特化したものではなく、一般病院にも存在するニーズであり、へき地医療拠点病院、一般病院双方に看護職員不足が教育・研修体制の整備の課題である可能性が高い。

へき地医療拠点病院、一般病院に勤務する看護職は共に【教育・研修体制を推進するための基盤づくり】には、《自己を高める働き》、《ニーズに合った教育・研修内容の整備》、《研修運営上の改善》、《研修効果を活かせる環境づくり》の必要性を感じており、それを障害するものとして【不十分な労働環境】と【現場の状況に合わせ変化を遂げない教育・研修体制の順守】が存在していることが明らかになった。

教育・研修体制を充実させるために示唆された支援は、現場の課題と研修内容が直結し、得た技術を継続できるシステムの構築、看護職員の負担が最小限で済む支援、潜在看護職員と地域枠学生の確保であった。

引用文献

- 1) 厚生労働省：へき地保健医療対策検討会報告書（第11次）<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/s0401-4.html>>（2013年10月15日）
- 2) 今道英秋、鈴木正之：へき地・離島医療に対する支援の実態—へき地医療支援構造の機能と効果—第9回へき地離島救急医療研究会誌、7：

16-21、2006。

- 3) 塚本友栄、関山友子、島田裕子他：へき地医療拠点病院看護職の現状とへき地診療所看護職支援との関連、日本ルーラルナース学会誌6：17-33、2011
- 4) 関山友子、塚本友栄、鈴木久美子他：中規模へき地医療拠点病院の看護職員の労働実態と教育・研修体制の現状と課題、日本ルーラルナース学会誌7:31-41、2012
- 5) 塚本友栄、春山早苗、成田伸他：へき地における看護の充実に向けたへき地医療拠点病院の看護の現状と課題に関する調査、自治医科大学看護学部地域看護学、自治医科大学付属病院看護部、9、2011
- 6) 飯田さと子、坂本敦司：医師の勤務地によるへき地医療対策認識の差異—診療所医師調査自由記載欄の内容分析—、自治医科大学紀要33、2010
- 7) 宮崎美砂子、北山三津子、春山早苗他：最新公衆衛生看護学第2版 各論2、株式会社 日本看護協会出版会、151、2012
- 8) 吉田カネ子、熊倉俊一：島根県自治体における医療問題と医療施策の実態、島根大学医学部紀要、第34巻49-58頁、2011
- 9) 阿部幸恵：臨床実践を育てる！看護のためのシミュレーション教育第1版、医学書院、2013
- 10) 増山純二：看護教育「狙いに」合わせたシミュレーション教育の方法 IDに基づいたシミュレーション教育の取り組み、医学書院、vol.54 No.5、2013、5
- 11) 水谷聖子、沼田葉子ら：赤十字病院のキャリア開発ラダーに関連する看護職の意識調査、日本赤十字豊田看護大学紀要(1349-9556)7巻1号 page145-151、2012
- 12) 木村良美、八代利香：看護師のバーンアウトに関連する要因、日本職業・災害医学会会誌(1345-2592)58巻3号 Page120-127、2010.05

へき地診療所における看護師の診療の補助行為の実施状況 —12項目の特定行為（案）に着目して—

Implementation status of medical-examination auxiliary acts by nurses in the
rural and remote medical facilities
— Focus on 12 kinds of medical specific act —

江角伸吾*, 山田明美**, 中島とし子**, 鈴木久美子*, 塚本友栄*, 島田裕子*, 関山友子*,
青木さぎ里*, 菊地陽*, 春山早苗*
Shingo ESUMI*, Akemi YAMADA**, Toshiko NAKAJIMA**, Kumiko SUZUKI*,
Tomoe TUKAMOTO*, Hiroko SHIMADA*, Tomoko SEKIYAMA*, Sagiri AOKI*,
Yoh KIKUCHI*, Sanae HARUYAMA*

キーワード：へき地診療所 (rural and remote medical facility), 診療の補助行為 (medical-examination auxiliary act), 特定行為 (medical specific act), 地域看護 (community nursing)

要旨

へき地診療所において、看護師が医師の指示のもと実施した経験のある診療の補助行為に着目し、どのような行為が実際に行われているのかを明らかにすることを目的に、診療の補助における特定行為（案）一覧から12の診療の補助行為を抽出し、その経験の有無、プロトコールの有無、必要性等を833のへき地診療所の看護職を対象に質問紙調査票にて調査した。本調査より、抽出した12の診療の補助行為すべてが実施されている実態が明らかとなった。プロトコールについては整備されていない状況が明らかとなった。今後は、プロトコールの整備とへき地診療所で求められている緊急時および在宅療養を支えるうえでの必要な診療の補助行為および判断力をつけられる教育システムの構築が求められる。

I. はじめに

「へき地」とは、交通条件および自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち、医療の確保が困難であって、「無医地区」および「無医地区に準ずる地区」の要件に該当するもの¹⁾をさしている。へき地診療所は住民に身近なプライマリレベルの医療機関として重要な役割を果たしており、慢性疾患などの疾病管理や予防を含めた健康管理、救急対応、要介護者とその家族に対する在宅療養・在宅介護支援などの診療所活動が期待される²⁾。

しかし、春山ら³⁾の調査によると、これらのへき地診療所の医療従事者の配置状況は、常勤看護師1

人または2人配置が約6割、駐在医師1人配置が約7割であり、医師が常駐していない診療所は約2割であったとの報告がされている。へき地診療所では医師のいないなか地域住民へ対応しなければならない状況があると考えられ、医師と看護師との連携の在り方が重要になる²⁾と指摘されている。

また、近年我が国では医師と看護師との役割分担のあり方⁴⁾やチーム医療の推進⁵⁾が検討されている。特に看護師については、あらゆる医療現場において、診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、「チーム医療のキーパーソン」として期待が大きい⁶⁾。

受付日：2013年11月7日 採択日：2014年3月25日

* 自治医科大学看護学部 Jichi Medical University, School of Nursing

** 六台温泉医療センター Spa & Medical of KUNI

チーム医療の推進については、看護師が自律的に判断できる機会を拡大すること、看護師が実施し得る行為の範囲を拡大することの方針が出されており、第20回チーム医療推進会議にて特定行為として41の行為案が示された⁶⁾。以上のことより、へき地医療においても看護職を取り巻く環境が変化していくことが予想される。

戸田ら⁷⁾の調査では、へき地診療所における看護実践は、人や資源が乏しく、多様な役割と責任の中で実践していることから、「診療所での看護技術・看護業務への戸惑い」「緊急対応への戸惑い」などの戸惑いがあることを報告している。坂本ら⁸⁾は、へき地の無床診療所において医師不在時に看護者が実践している緊急対応の看護技術を明らかにすることを目的として調査し、緊急事態への看護を実践する技術として、心肺蘇生や創傷管理、静脈路の確保などが緊急時にはへき地診療所の看護活動として実施されていることを報告している。

しかし、平時、緊急時を含め、へき地診療所において医師の指示による診療の補助としての行為に関して報告・研究している先行研究はほほない。そこで、本研究では、へき地診療所において医師の指示のもと経験した診療の補助行為に着目し、どのような行為が実際に行われているのかを明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 用語の定義

へき地診療所:本研究においてへき地診療所とは、先行研究の基準を参考とし、へき地保健医療対策実施要綱⁹⁾で定められた設置基準に基づいて設置された診療所と、国民健康保険直営診療所¹⁰⁾のへき地診療所設置基準に基づいて設置された第1種へき地診療所および第2種へき地診療所とした。

2. 調査対象

調査対象は、第10次または第11次へき地保健医療計画に基づき、各都道府県の保健医療計画において「へき地診療所」と規定された施設に勤務する看護師とした。施設名から巡回・出張診療のみを実施していると推察できた施設および歯科診療所および休止、廃止となった199施設を除外した833施設に調査票を郵送した。

なお、へき地診療所に看護師が複数配置されている場合でも、調査票は1診療所に対し1通のみを送付した。

3. 調査項目と調査項目作成プロセス

1) 調査項目

(1) 基本属性:回答者の基本属性として、性別、年齢、看護師経験年数、診療所のある地域、診療所における駐在医師の有無を尋ねた。

(2) 医師の指示のもと経験のある診療の補助行為:医師の指示のもと経験のある診療の補助行為については、診療の補助における特定行為(案)一覧¹²⁾を参考とし、「脱水の程度の判断と輸液による補正」、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」、「胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換」、「経口・経鼻挿管の実施」、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「膀胱ろうカテーテルの交換」、「腹部超音波検査の実施」、「直接動脈穿刺による採血」、「オピオイドの投与量調整」、「非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整」、「心臓超音波検査の実施」、「動脈ラインの確保」の12の診療の補助行為を抽出した。診療の補助行為の抽出においては、先行研究^{2) 3) 7) 8) 11)}を参考にすると共に、共同研究者であるへき地診療所勤務の看護師2名にアドバイスを受けた。慢性疾患などの疾病管理や予防を含めた健康管理、救急対応、要介護者とその家族に対する在宅療養・在宅介護支援のへき地診療所に求められる役割とへき地診療所の設備等を考慮し、へき地診療所で実施可能と考えられる診療の補助行為を抽出した。

抽出した12の診療の補助行為をそれぞれ「頻繁に経験している」「時折経験している」「経験したことがない」の3件法にて尋ねた。抽出した診療の補助行為以外の経験のある行為については自由記載にて尋ねた。

(3) へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性の有無:診療の補助における特定行為(案)一覧¹²⁾を参考に抽出した12の診療の補助行為について、「必要あり」、「必要なし」の2件法にて尋ねた。

(4) へき地診療所における診療の補助行為のプロトコルの有無:診療の補助における特定行為(案)一覧¹²⁾を参考に抽出した12の診療の補助行為について、「プロトコルなし」「プロトコルあり」の2件法にて尋ねた。

2) 調査票作成のプロセス

診療の補助における特定行為(案)一覧¹²⁾と先行研究^{3) 8) 11)}を参考に自作した調査票案を用いて、へき地医療に詳しい専門家およびへき地診療所で働いている看護師に2名に予備調査を実施し、質問内容の妥当性や表現上の問題について確認し、修正し

た。その後、最終調査票を作成した。本調査は、予備調査を実施した看護師2名も含めて実施した。

4. 調査方法

郵送法により調査を実施した。対象者には無記名の調査票と料金後納の返信用封筒を郵送した。調査期間は2013年8月から同年9月末日までとした。当初設定した期日までに回収された調査票が少なかつたため、14日間期日を延長し、調査協力を依頼する文書を郵送した。

5. 分析方法

基本属性は単純集計とした。へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性の有無については単純集計およびクロス集計を実施した。診療の補助行為が同士の相関関係についてはSpearmanの順位相関係数を求めた。統計解析はSPSS for Windows (Ver. 21) を使用し、有意水準は5%とした。

6. 倫理的配慮

著者が所属する大学の倫理審査規程に則り、匿名化するために調査票および返信用封筒は無記名とし、個人や診療所は特定されないようにした。調査対象者の調査への協力の自由を担保するため、調査への協力依頼文書に、調査の趣旨、調査への協力は自由意思であること、協力する場合でも答えたくない質問には答えなくて良いことを明記した。同時に、調査票は無記名であり、個人や診療所は特定されないこと、回答は本研究の目的以外に使用しないこと、研究終了後に本調査で得たデータは破棄すること、調査票への回答・返送をもって調査協力への同意を得たとみなすことも明記し、調査票と共に送付した。

Ⅲ. 研究結果

郵送した833通に対し337通の回答が得られ(回収率40.5%)。得られた回答すべてを集計の対象とした。回答者が所属する診療所の所在地別では、北陸・中部地域が郵送数80通に対し、回答数45通(56.3%)と最も高い回収率であった。北海道・東北地域は郵送数162通に対し56通(34.6%)、関東・甲信越地域は郵送数116通に対し46通(39.7%)、関西・四国地域は郵送数213通に対し80通(37.6%)、中国地域は郵送数115通に対し36通(31.3%)九州・沖縄地域は郵送数147通に対し72通(49.0%)、不明が2通であった(表1)。

表1 地区別回収率

地方区分	郵送数	人数	回収率(%)
北海道・東北	162	56	34.6
関東・甲信越	116	46	39.7
北陸・中部	80	45	56.3
関西・四国	213	80	37.6
中国	115	36	31.3
九州・沖縄	147	72	49.0
不明	0	2	
合計	833	337	40.5

1. 基本属性

回答のあった337人のうち、性別は女性が329人(97.6%)、男性が7人(1.9%)であった。回答者の年齢の幅は24歳から76歳までで、20歳以上29歳未満が3人、30歳以上39歳未満は42人、40歳以上49歳未満は109人、50歳以上59歳未満は167人、60歳以上は12人であった。平均年齢は49.1±8.1歳であった(表2)。看護師経験年数は5年未満が1人(0.3%)、5年以上10年未満が14人(4.2%)、10年以上20年未満が72人(21.4%)、20年以上が245人(72.7%)であった。看護師経験年数は25.9±8.9年であった(表3)。駐在医師の有無については、駐在医師なしが73ヶ所(21.7%)、駐在医師ありが264ヶ所(78.3%)であった。

表2 回答者年齢層

年代	人数	割合(%)
20歳以上29歳未満	3	0.9
30歳以上39歳未満	42	12.5
40歳以上49歳未満	109	32.3
50歳以上59歳未満	167	49.6
60歳以上	12	3.6
不明	4	1.2
合計	337	100.0

表3 回答者看護師経験年数

年数	人数	割合(%)
5年未満	1	0.3
5年以上10年未満	14	4.2
10年以上20年未満	72	21.4
20年以上	245	72.7
不明	5	1.5
合計	337	100.0

2. 医師の指示のもと経験のある診療の補助行為

医師の指示のもと経験のある診療の補助行為では、すべての項目について「経験をしている」と答える人がいた(図1)。最も多くの人々が経験をしたことがあると答えた診療の補助行為は、「脱水の程

度の判断と輸液による補正」で、「頻繁に経験している」と「時折経験している」を合わせて138名(40.9%)であった。2番目に多かったのは、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」で「頻繁に経験している」と「時折経験している」を合わせて117名(34.7%)であった。次いで「胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換」69名(20.5%)であった。その他の「経口・経鼻挿管の実施」、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「膀胱ろうカテーテルの交換」、「腹部超音波検査の実施」、「直接動脈穿刺による採血」、「オピオイドの投与量調整」、「非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整」、「心臓超音波検査の実施」の順であった。最も経験した人数が少なかったのは、「動脈ラインの確保」25名(7.4%)であった。自由記載には医師不在時の縫合、レントゲン撮影、気切カニューレ交換等があった。

それぞれの診療の補助行為同士の相関関係についてSpearmanの順位相関係数を求めた。すべての診療の補助行為で正の相関関係を認めた(表4)。また、看護師経験年数とそれぞれの診療の補助行為との相関関係を検討したが、有意な相関は認められなかった。

駐在医師のいない診療所の看護師に着目し、医師の指示のもと経験のある診療の補助行為を調べた(図2)。最も多くの人々が経験をしたことがあると答

えたのは、「脱水の程度の判断と輸液による補正」で、「頻繁に経験している」と「時折経験している」を合わせて32名(43.8%)であった。次いで多かったのは「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」で、「頻繁に経験している」と「時折経験している」を合わせて21名(28.7%)であった。3番目に多かったのは「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」で合わせて13名(17.8%)であった。

3. へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性の有無

へき地診療所において看護師の診療の補助行為として拡大すべき内容については、「脱水の程度の判断と輸液による補正」と答えた者が最も多く(38.4%)であった。次いで多かったのは、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」で(28.7%)であった(図3)。すべての診療の補助行為において、「必要なし」の人数が「必要あり」の人数より多かった。

駐在医師のいない診療所の看護師について、へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性を見てみたところ、最も多かったのは「脱水の程度の判断と輸液による補正」31名(42.5%)であった(図4)。駐在医師のいない診療所においてもすべての診療の補助行為において、「必要なし」の人数が「必要あり」の人数より多かった。

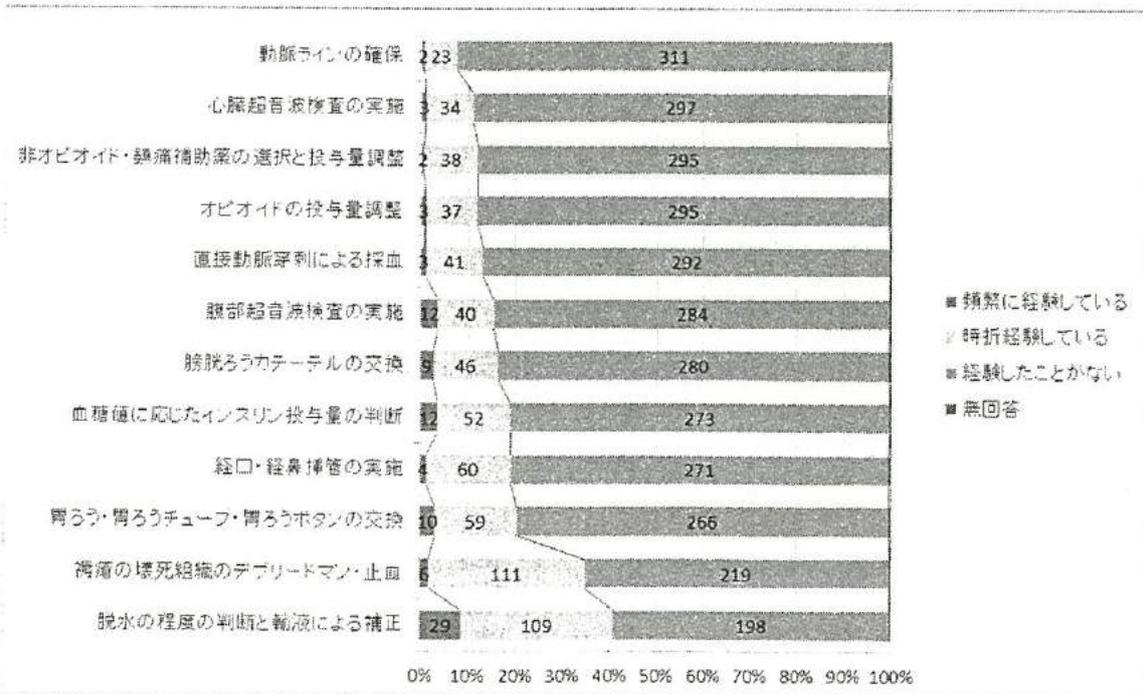


図1 へき地診療所看護師の医師の指示のもと経験のある診療の補助行為 (n=337)

表4 各診療の補助行為の相関関係 (n=337)

	胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換	直接動脈穿刺による採血	腹部超音波検査の実施	心臓超音波検査の実施	経口・経鼻挿管の実施	褥瘡の壊死組織のブリードマン・止血	動脈ラインの確保	膀胱ろうカテーテルの交換	血糖値に応じたインスリン投与量の判断	脱水の程度の判断と輸液による補正	オピオイドの投与量の調整	非オピオイドの投与量の調整
胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換	1.000	.679**	.269*	.349**	.750**	.458**	.371**	.555**	.370**	.140	.418**	.335**
直接動脈穿刺による採血		1.000	.526**	.481**	.595**	.462**	.478**	.538**	.401**	.218	.373**	.425**
腹部超音波検査の実施			1.000	.872**	.295*	.290*	.440**	.330*	.368**	.249*	.186	.222
心臓超音波検査の実施				1.000	.375**	.291*	.515**	.404**	.328**	.186	.240*	.279*
経口・経鼻挿管の実施					1.000	.580**	.392**	.449**	.499**	.170	.306**	.506**
褥瘡の壊死組織のブリードマン・止血						1.000	.253*	.274*	.429**	.354**	.287*	.326**
動脈ラインの確保							1.000	.552**	.354**	.163	.561**	.619**
膀胱ろうカテーテルの交換								1.000	.378**	.247*	.462**	.519**
血糖値に応じたインスリン投与量の判断									1.000	.484**	.373**	.571**
脱水の程度の判断と輸液による補正										1.000	.248*	.316**
オピオイドの投与量の調整											1.000	.708**
非オピオイドの投与量の調整												1.000

Spearmanの順位相関係数 **) $\alpha < 0.01$, *) $\alpha < 0.05$

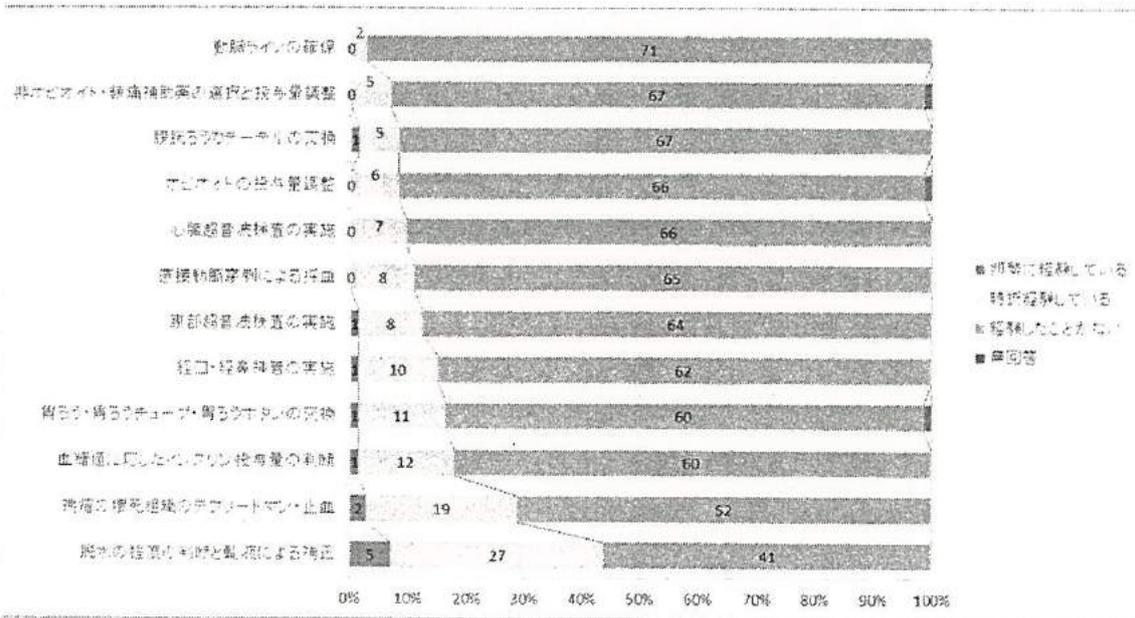


図2 駐在医師のいない診療所における医師の指示のもと経験のある診療の補助行為 (n=73)

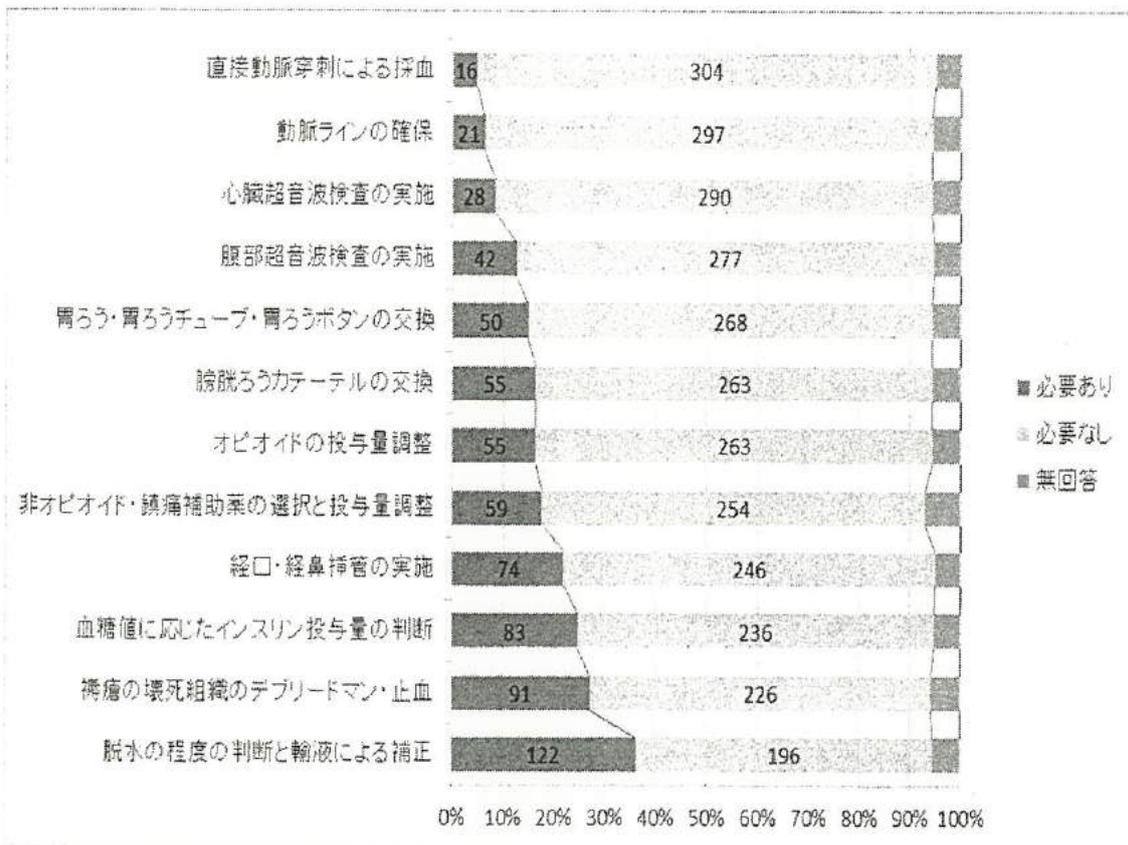


図3 へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性の有無 (n=337)

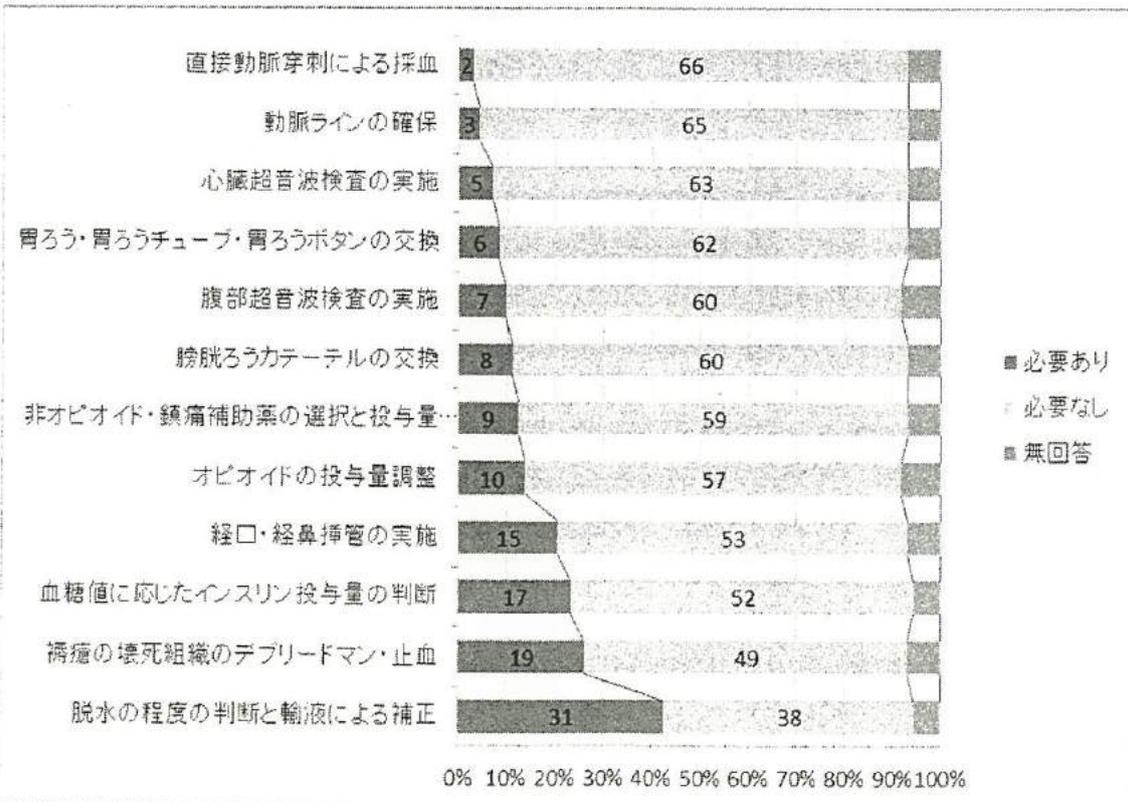


図4 駐在医師のいないへき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性の有無 (n=73)

4. へき地診療所における診療の補助行為のプロトコルの有無

へき地診療所において抽出した12の診療の補助行為についてプロトコルを設けている割合は、10%を超えるものはなかった。最も割合の高いもので、「脱水の程度の判断と輸液による補正」29名(8.6%)であった。次いで、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」、「胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換」、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「経口・経鼻挿管の実施」、「膀胱ろうカテーテルの交換」、「腹部超音波検査の実施」、「直接動脈穿刺による採血」、「心臓超音波検査の実施」、「非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整」、「オピオイドの投与量調整」、「動脈ラインの確保」の順であった(図5)。

IV 考察

1. へき地診療所において求められる診療の補助行為

本調査では、12の診療の補助行為を抽出し医師の指示のもと経験したことがあるかを質問したところ、12の診療の補助行為すべてにおいて実施したことのある看護師がいることが明らかとなった。坂本ら⁸⁾の研究では、へき地診療所において緊急事態

への看護を実践する技術として、心肺蘇生や創傷管理、静脈路の確保などが緊急時にはへき地診療所の看護活動として実施されていると報告されており、本研究の結果とも一致する部分がある。「脱水の程度の判断と輸液による補正」、「経口・経鼻挿管の実施」、「動脈ラインの確保」などは救急時に必要な診療の補助行為であると考えられる。「経口・経鼻挿管の実施」および「動脈ラインの確保」と「脱水の程度の判断と輸液による補正」を比較すると、「経口・経鼻挿管の実施」、「動脈ラインの確保」を経験している看護師が少ない。しかし、経験をしている看護師が少ないからといって、必要性が低いということではない。その理由として、「脱水の程度の判断と輸液による補正」は他の2つよりも患者の状況が安定している場合も用いられる行為である。そのため、経験する可能性は高くなることが想定される。しかし、「経口・経鼻挿管の実施」、「動脈ラインの確保」に関しては、「脱水の程度の判断と輸液による補正」よりも稀にしか遭遇しないと考えられる。そのため、経験した人数のみで考えると、必要性が低く考えられてしまう可能性があるが、へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性の有無によると、「経口・経鼻挿管の実施」、「動脈ラインの確保」は経験したことのある人数と同等程度かそれ以上の看

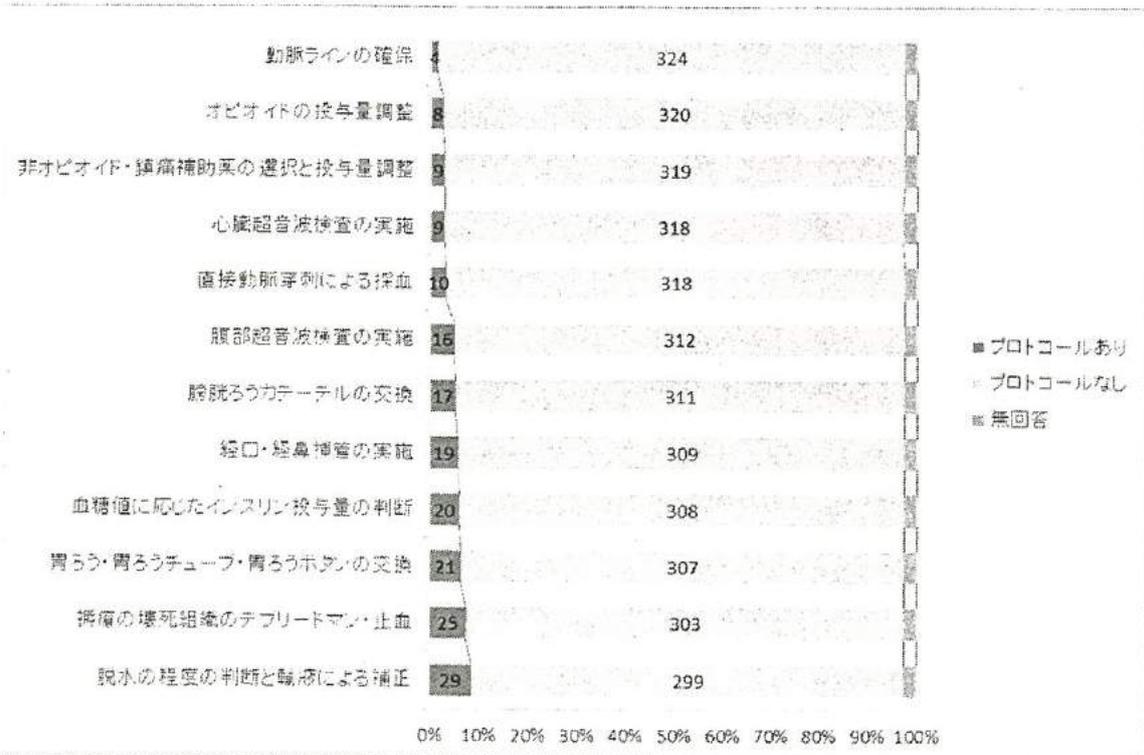


図5 へき地診療所における診療の補助行為のプロトコルの有無 (n=337)

護師が「必要あり」と答えていることから、必ずしも必要性が低いとの判断はできない。

「駐在医師1人配置が約7割であり、医師が常駐していない診療所は約2割という春山ら³¹の報告と同様に、本結果でも医師が常駐していない診療所は約2割であった。また、へき地診療所では看護師の人数も十分でないことから少ない人数での緊急時対応となっており、看護師が個人で判断をして動くことが少なからずあるということが推察される。「腹部超音波検査の実施」、「心臓超音波検査の実施」は、急を要する状態であるかの判断に用いられる可能性が高く、直接患者に侵襲のある行為ではないが、検査を実施しつつ医師や救急隊員等へ報告をするという臨牀的な推論能力を求められる状況にあることも明らかとなった。戸田ら⁷⁾の研究では、症状や情報が不足し健康状態が把握できないことや、健康状態や搬送の必要性について判断を強いられ戸惑っているということが述べられている。「腹部超音波検査の実施」、「心臓超音波検査の実施」のような検査についても必要時実施しているということがうかがえる。一方、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」、「胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換」、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「膀胱ろうカテーテルの交換」などは必ずしも緊急時というわけではない。患者が自分らしく生活する在宅療養において必要な診療の補助行為であると考えられる。この結果は、へき地診療所の看護師が緊急時対応の診療の補助行為だけでなく、在宅療養を支えるための行為を実施していることを示している。特に、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」は34.7%の看護師が実施したことがあると述べており、高い割合で医師の包括的指示において実施していることが明らかとなった。

へき地診療所看護師による診療の補助行為拡大の必要性について考察すると、「脱水の程度の判断と輸液による補正」および「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」のように明らかに実施している看護師の割合の高い行為においては、その必要性も高くなっている。しかし、特筆すべきこととして、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「経口・経鼻挿管の実施」、「非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整」、「オピオイドの投与量調整」については実施している割合よりも必要性があると答えた割合が高いということである。これは今まで実施したことがない看護師も必要性を感じていると考察することができる。さらに、必要性を感じていること

は、緊急時のことだけでなく、在宅療養時に必要な診療の補助行為が含まれている。高齢化の進むへき地においては在宅療養に必要な診療の補助行為が看護師に求められていると考えることができる。しかし、最も必要と感じている診療の補助行為である「脱水の程度の判断と輸液による補正」でも全体の38.4%となっており、必ずしも全体が必要としているとは判断できない。必要性という点では、実際には診療の補助行為を実施したことがあったとしても必要性はないと回答している人もいるため、今後より詳細な検討がされるべきであると考えられる。

駐在医師の有無から考察すると、駐在医師のいない診療所においても診療の補助行為の実施状況は、「脱水の程度の判断と輸液による補正」、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「経口・経鼻挿管の実施」、「オピオイドの投与量調整」、「非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整」の順となっていた。さらにすべての項目について実施した人がいたということから、全体との違いはなく同様の傾向をみとることができる。つまり、へき地診療所においては、常駐の医師の有無にかかわらず、同様の診療の補助行為が求められていると考えられる。

2. へき地診療所における診療の補助行為のためのプロトコールのあり方

本調査において抽出した12の診療の補助行為同士の相関関係についてSpearmanの順位相関係数を求めた結果、すべての看護技術で正の相関関係を認めた。この結果は、1つの診療の補助行為を実施している場合、すべての診療の補助行為を実施している可能性が高いということを示している。すなわち、積極的に診療の補助行為を実施している者としていない者がいると考えられる。この違いについては、本調査を実施した時点では、抽出した12の診療の補助行為は厚生労働省のワーキンググループにおいて診療の補助に含まれるか否かが検討されていたため、どのような状況であったとしても実施すべきでないとする看護師がいたことが考えられる。環境の側面から、約8割は駐在する医師がおり、医師が医療行為として実施しているため、今回の調査における診療の補助行為は必要なかったということも考えられる。

別の環境要因としてプロトコールの未整備も考えられる。本調査結果よりへき地診療所において診療の補助行為のプロトコールがあると答えたのは最も

割合の高い「脱水の程度の判断と輸液による補正」でも8.6%にとどまっている。医師の指示のもと経験したことのある看護技術で「脱水の程度の判断と輸液による補正」は40.9%が経験していることから、へき地診療所においてプロトコルが整備されていない現状が明らかとなった。プロトコルが存在しないということは、責任の所在が明確でないという問題が生じる可能性がある。そのため、看護師は本調査における診療の補助行為を実施していないことも推察される。しかし、プロトコルが整備されていないことが診療の補助行為を実施しなかった理由となっているだけでなく、実施した理由となっている可能性もある。プロトコルの存在しない診療所はスタッフが少ないため、医師と看護師とのコミュニケーションがとりやすく、また信頼関係も確立してくると、暗黙の了解や「あうん」の呼吸で実施できる場合が多いと指摘されており²⁾、本研究結果のプロトコルが整備されていない理由も考えられる。看護師経験年数は25.9±8.9年であり、看護師は患者の普段の状況なども理解していることが予測され、医師との信頼関係が確立しているとも考えられる。しかし、へき地診療所の医師は派遣でくるとも多いため、医師が変わると「あうん」の呼吸はなくなる可能性が高い。また、安全な医療体制という点でもプロトコルの整備が必要であると考えられる。

3. へき地診療所で求められる診療の補助行為習得のための研修

教育体制の確立も本結果より求められていると考えられる。第20回チーム医療推進会議においては、特定行為習得のための研修制度案が出されている⁶⁾。春山ら³⁾の調査によると、へき地診療所看護活動における課題として、研修や研鑽を積む機会が少ないことが明らかとなっており、へき地診療所の教育体制が整っているとは言えない。さらに、へき地診療所の常勤の看護師は1人が最も多いという報告もあり²⁾、診療所から離れた場所へ研修等に参加するには代替の職員が必要であることから、できる限り診療所の中で研鑽を積むことができるようなシステムが求められている。本調査で抽出した12の診療の補助行為を含む41の特定行為について、行為を実施するためには、必要な知識と技能が要求される。必要な知識については研修制度案⁶⁾で出されているように、日常業務をしながら個人で繰り返し学ぶことが可能であるe-learningシステムを活用すること

がへき地診療所の看護師には望ましいと考える。

しかし、必要な技能はへき地診療所にある設備だけで習得することは困難である。倫理的配慮からもシミュレーション等の演習により習得することによって、へき地診療所の患者へ提供することが可能であると考えられる。そのため、へき地診療所の看護師が必要な行為を選び取れることが求められる。そうすることで、短期間でへき地診療所に戻れるだけでなく、少ない回数で済むと考えられる。緊急時および在宅療養を支えるうえでの必要な診療の補助行為および判断力をつけられる教育システムの構築が求められる。

4. 本研究の限界

本研究の限界について考察する。本研究では12の診療の補助行為を抽出したが、その他の診療の補助行為については自由記載となっており、数値として明確にすることはできていない。また、診療の補助行為を実施しているかどうかについては、本調査の回答者が法律の範囲内という認識を持っていたかは不明である。診療の補助行為を実施していない理由については、本研究では明確にすることができていない。

V. おわりに

へき地診療所において医師の指示のもと実施した経験のある行為に着目し、どのような行為が実際に行われているのかを明らかにすることを目的として調査を行った。その結果、抽出した12の診療の補助行為すべてにおいてが実施されている実態が明らかとなった。その反面、プロトコルについては整備されていない状況が明らかとなり、今後整備する必要があると考えられた。それと同時にへき地診療所で求められている緊急時および在宅療養を支えるうえでの必要な診療の補助行為および判断力をつけられる教育システムが必要であることも明らかとなった。

VI. 謝辞

本研究にご協力くださいましたへき地診療所の看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 1 厚生労働省医政局指導課：第1回へき地保健医療対策検討会（2009年7月10日）資料<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/07/s0710-10>.

- html(参照2013年10月16日).
- 2) 春山早苗, 田村須賀子, 鈴木久美子, 須永恭子, 関山友子, 波多野浩道, 兒玉慎平:へき地診療所における医師と看護師との連携に関する研究. 日本ルーラルナーシング学会誌, 6 (2011), 35-49.
 - 3) 春山早苗, 鈴木久美子, 塚本友栄:へき地診療所における看護活動の実態と課題に関する調査—へき地診療所全国調査報告—, 2009.
 - 4) 厚生労働省医政局長:医師及び医療関係職種と事務職員等との間等での役割分担の推進について, 医政発第1228001号, 2007年12月28日.
 - 5) 厚生労働省:チーム医療の推進について, チーム医療の推進に関する検討会報告書, 2010年3月19日.
 - 6) 厚生労働省医政局医事課:チーム医療推進会議(2013年3月29日)資料, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002yovx.html> (参照2013年10月20日).
 - 7) 戸田由美子, 坂本雅代, 齋藤美和, 岡田久子, 平瀬節子, 阿波谷敏英:へき地診療所における看護実践上の戸惑い, 高知大学看護学会誌, 6(1) (2012), 13-20.
 - 8) 坂本雅代, 戸田由美子, 平瀬節子, 齋藤美和, 岡田久子, 阿波谷敏英:へき地の無床診療所における医師不在時の緊急対応の看護技術', 高知大学看護学会誌, 4 (2010), 13-20.
 - 9) へき地保健医療対策実施要綱, 医政発第529号(2001年5月16日), 一部改正医政発第0830003号(2004年8月30日), 一部改正医政発第0328016号(2005年3月28日), 一部改正医政発第0601005号(2006年6月1日), 一部改正医政発第0509007号(2007年5月9日), 一部改正医政発第0609005号(2008年6月9日), 一部改正医政発第0330010号(2009年3月31日), 一部改正医政発第0324第15号(2010年3月24日).
 - 10) 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗, 田村須賀子:最新公衆衛生看護学 第2版 2013年版各論2, 日本看護協会出版会, 2013, 145-146.
 - 11) 篠沢侷子, 春山早苗, 岸恵美子, 鈴木久美子, 佐藤幸子:へき地診療所における看護活動の特性と課題—へき地診療所全国調査報告—, 2004
 - 12) 厚生労働省医政局看護課:第32回チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ(2013年5月13日)資料, 2013, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000031m8d.html> (参照2013年7月1日).
 - 13) 門脇豊子, 清水嘉与子, 森山弘子:'看護法令要覧 平成25年版', 日本看護協会出版会, 2013, 23.

・ SP 育成教材の作成

1. タイトル

自治医科大学大学院看護学研究科 模擬患者 PR 版
「医療コミュニケーション力を育てるために」

2. 目的

- 1) SP 候補者に SP の役割を説明し、理解を促す。
- 2) SP として参加協力を依頼する。

3. 制作者

企画・制作：私立大学戦略的研究基盤形成支援事業

「日本型地域ケア実践開発研究事業」

地域ケアスキル・トレーニングプログラム開発・推進委員会

監修責任者：本田芳香、春山早苗

制作担当者：里光やよい、若澤弥生、飯塚由美子、岩永麻衣子、

湯山美杉、皆川麗沙

制作協力者：大熊あけみ

撮影・編集：自治医科大学図書館 メディアスタジオ

4. 時間：7分39秒