

統括診療部として診療看護師(JNP)を受け入れている立場から-受け入れ準備から現状まで-

奥田 聡[†]

第66回国立病院総合医学会
(平成24年11月17日 於神戸)

IRYO Vol. 68 No. 7 (332-336) 2014

要旨

約1年半前、診療部として初めてクリティカル領域の特定看護師(仮称)(Japanese nurse practitioner: JNP)のイメージを知った時は、その医行為への積極的な参加に対してかなりの驚きと戸惑いがあった。しかし、修士課程の研修生たちとの意見交換により互いのコンセンサスを形成するとともに、JNP準備プロジェクトでJNPローテーションプログラム、医行為研修の方法、患者への包括同意、職員への周知、電子カルテ上の権限について検討するなどして受け入れ準備を進めた。

平成24年4月、業務試行事業として2名のJNPを迎えた。JNPはそれぞれ総合内科と循環器内科から3カ月ごとの研修を開始したが、研修医指導に慣れた指導医とJNPの関係構築は思いのほか順調であった。当初は臨床推論への戸惑いや電子カルテでのオーダーなどでのトラブルもあったが、徐々に医師の考え方にも慣れ、他の職種や患者への認知度も高まり、次第に看護師としての経験を生かしながら診療を行えるようになっていった。

一方、本質的な問題として、医師、研修医、救急看護認定看護師がすでに存在する中で、クリティカル領域のJNPの役割は何か、という点がある。当名古屋医療センターのJNPもローテーションごとにそれぞれの領域での自分たちの役割を探すのにある程度の時間を費やすことになった。ある意味で、現代の医療のすき間を探し、それを埋める作業を続ける中で、JNPが果たす役割が少しずつみえつつある。その一つは、より患者・家族の目線での診療を行うという点で、これはわかりやすい言葉で病状の説明をし、治療方針などに患者・家族背景を十分考慮するなど看護の経験が大きな強みとなるものである。もう一つは患者の病状に対する素早い対応で、担当医師が外来や手術中、あるいは他の重症患者で手が離せない時などに、ある程度医師の代役を果たせることである。こうした点でJNPの存在がきめ細やかで良質な医療を提供することにつながると考えている。

キーワード 診療看護師, 特定看護師(仮称)

国立病院機構名古屋医療センター 統括診療部 [†]医師
(平成25年3月28日受付, 平成25年10月11日受理)

Report from Department of Medicine on the Recruitment of Japanese Nurse Practitioner(JNP)

Satoshi Okuda, NHO Nagoya Medical Center

(Received Mar. 28, 2013, Accepted Oct. 11, 2013)

Key Words: nurse practitioner, Japanese nurse practitioner

はじめに

看護師特定行為・業務試行事業が開始になってから約1年が経過しようとしている現在、国立病院機構名古屋医療センター（当院）では診療看護師（Japanese nurse practitioner：JNP）の存在は確かなものとなり、救急関連の会議などでは今後のJNPの配属や活躍に期待する発言が医師からも聞かれるようになってきている。

しかし、1年半ほど前まで診療部のほとんどの人間は「JNPがどのような職種なのか」さえ知らなかった。本稿ではわれわれ診療部がどのようにJNPを受け入れ、JNPと付き合い、関係を築いてきたかについてまとめて報告する。

JNPという名称は特定看護師（仮称）に対する機構独自の命名であるが、この制度を国レベルでみた場合、われわれが受け入れを行ったこの時期に特定看護師という名称は消失し、現在もなお法整備がされないまま運用されている（平成24年11月時点）。この過渡期におけるありのままの姿を報告することが、今後のJNPのあり方を考える一助となり、これからJNP導入を検討されている施設にとってわずかながらでも参考となれば幸いである。

「特定看護師のイメージ」の衝撃

平成23年8月2日、東京医療保健大学大学院看護学研究科（修士課程）に職員を進学させている病院および職員の進学を検討している病院に対する「特定看護師（仮称）（NP）の検討状況に関する説明会」が機構本部で行われた。

当院の看護部は平成22年度から始まったNP養成調査試行事業に看護職員2名を送っていたが、診療部はそれがどのような養成事業なのかほとんど知らないのが実情であった。その説明会で伝えられた「クリティカル領域の特定看護師」のイメージはまさに衝撃的なものであった。たとえば、胸痛患者に遭遇した場合、NPはフィジカルアセスメントを行い、心エコーを含む各種検査によるトリアージを行い、必要に応じて重症者に対して動脈ラインを確保し、定期的に抗不整脈薬を投与し、一時的ペースメーカーの操作、管理、さらにIVR時の血管穿刺、カテ挿入などを行うという説明があった。あるいは外科手術予定患者に対しては術前にリスク評価を行い、中心静脈カテーテルや経鼻胃管挿入を含む術前

処置を施行、手術に際しては挿管、麻酔薬の投与・調節、動脈ラインの確保、電気凝固メスによる止血、皮膚表層の縫合、医療用ホッチキスの使用などを行う、とのことであった。その他、さまざまなクリティカルな場面におけるNPの医行為が11枚の図を用いて説明された。一応、「医師の包括的指示の下で行う」とはなっているが、「いったい医師とどこが違うのか？」というのが最初に受けた印象であった。修士課程の初年度研修生たちは2年目に入っており、すでに実習先では研修医と同等の教育を受けているとの報告も受けた。そして卒業生が翌年4月には当院に戻ってくる、これは何だか大変なことになった、というのが正直な感想であった。

受け入れ準備

NPとはいったいどのような職種なのか、当初はわれわれは米国のナース・プラクティショナー、すなわち自らのクリニックを持ち、処方権も有する上級看護師をイメージした。しかしながら、「医療現場の実態に配慮し、業務独占とはしない」「看護師と異なる職種の創設と誤解されないように配慮し、名称独占とはしない」「医師や患者が容易に区別できるよう見える化をはかる」というような説明がされており、わが国で検討されているNPは米国のナース・プラクティショナーとはかなり異なるらしいということが何となく感じられたが、結局のところ何者なのか正確にはわからないまま、その年の暮れを迎えた。その間に日本麻酔科学会からは「看護師の特定医行為の中に麻酔医療が含まれることに対する反対声明」とともに「学会員ならびに学会認定施設は特定看護師（仮称）制度の枠内での麻酔医療の研修指導に対して協力することはできない」との宣言が出され、卒業生が帰院した際の研修のあり方にも不安を感じた。

そのような中で平成23年の年末にふたたび「特定看護師（仮称）の検討状況に関する説明会」が機構本部で開催され、特定看護師という仮称はなくなり、「特定能力を認証された看護師」となったことを知った。

いずれにしても4カ月足らずで卒業生が帰ってくるのが現実となり、平成24年1月になり急遽、院内で「特定能力を認証された看護師（JNP）受け入れ準備プロジェクト」を立ち上げた。プロジェクトメンバーは副院長、統括診療部長、教育研修部長、

救命救急センター長，医療情報管理部長，外科医長，脳神経外科医長，看護部長，事務部長，医療安全管理係長，教育担当副看護部長といった顔ぶれである。とりえず研修生の現状を把握するため，東京医療保健大学の教官，実習先である東京医療センターの指導者にお越しいただき，大学でのカリキュラムの内容や実習内容についての講演をしていただくことにより，JNP のイメージの共有化に努めた。また，JNP 研修生もプロジェクトの会合に参加し，自分たちが何を学び，何ができるのか，また何をしたいのか，という点などについて意見を出してもらった。こうした話し合いの中で，JNP 研修生のモチベーションの高さと謙虚さにわれわれ医師は少しずつ安心し，何とかなるかもしれないと思うようになった。同時に JNP 研修生も「自分たちを受け入れてくれる場所がある」という安堵感を得たということを後に知った。

プロジェクトでの検討内容は 1. ローテーションプログラムについて，2. 挿管などの医行為の研修について，3. 患者への包括同意について，4. 職員への周知について，5. 電子カルテにおける権限についてなどである。

当院は 2 名の卒業生を迎える予定であったが，最初の半年間は診療部の動きや考え方に慣れてもらう目的で，総合内科と循環器内科をそれぞれ 3 カ月ずつローテートとすることとした。特定医行為については ER を含めたローテーション先で，機会に応じて指導医のもとで研修することとした。JNP の活動に対する患者の同意取得は院内へのポスター掲示およびホームページへの掲載で包括同意をとることとし，また JNP に関するパンフレットを入院案内にも添付した。職員への周知についてはプロジェクトメンバーから幹部会議，管理診療会議，診療部運営委員会での説明を行い，4 月の新採用者オリエンテーションや総医局の新人歓迎会に JNP も参加する予定とした。電子カルテのオーダー権限は仕事の内容上，基本的には研修医と同等とし，実際の運用手順は別途規定を作ることとした。

JNP 活動開始 (2012年 4 月～)

平成 24 年 4 月に 2 名の卒業生が帰ってきた。

一人は総合内科から，1 名は循環器内科からローテーション研修を始めた (表 1)。研修医の指導に慣れている指導医たちと JNP の関係は比較的容易

表 1 JNP 2 名の 1 年間のローテーション表 (各科を 3 カ月ごとに回る)

A	総合内科	→	循環器内科	→	外科	→	ER
B	循環器内科	→	総合内科	→	ER	→	外科

に構築された。2 年間の研修を終えてきたとはいえ，臨床の場で実際に患者を受け持つという立場になると，当初は医師と看護師の違いに戸惑うこともあったようである。すなわち，医師はまず病態，診断を考え，看護師はまず看護，ケアを考えるという違いである。とくに総合内科では「発熱」や「呼吸困難」といった一般的な主訴に対し，ただちに解熱剤投与や酸素吸入をするのではなく，「まず，原因を考える」こと，すなわち臨床推論の重要性を繰り返し教えられた。問題となる「特定の医行為」を行うことよりも，むしろその適応の有無を判断することの重要性を学び，そのためにも臨床推論が重要であることをあらためて確認した。その意味では，クリティカル領域の JNP としての 1 年目を「総合内科」と「循環器内科」から開始したことは成功であったと感じている。

活動開始当初，電子カルテの運用上の問題が浮き彫りになった。JNP が研修医と同等の権限で，指導医の指示のもとに放射線のオーダーや処方オーダーをした場合，当然のことながら放射線照射録や処方箋に JNP 自身の名前が記載されてしまったのである。これについてはメディカル・アシスタントが使用している代行入力的方式で入力し (指導医名でのオーダーとなり，JNP が代行入力した記録が残る)，すみやかに指導医の承認を得るという形に改めた。

厚生労働省の指導では JNP は大学で経験し，独力で可能となったこと以外の医行為を行ってはならないことになっている。しかし，個々の JNP により実習場所が異なることにより，研修内容に若干の違いがある。それぞれの JNP によって業務の範囲が異なるということは現実的ではなく，ある程度は研修医と同様の on the job training を認めるか，研修内容を均てん化する必要があると思われた。

徐々にみえてきた問題点

JNP たちは非常に注意深く，謙虚に活動を開始し，徐々に認知度を高くしていった。意識の高い患

者の中には「あなたがポスターにあった診療看護師さんですね」と確認し、病態についての質問をされるような場面もみられるようになった。

しかし、活動が進むにつれて、次第に本質的な問題点が明らかになってきた。

当然のことながら病棟にしても ER にしても問題をかかえながらもすでに運用されており、クリティカルな領域では急性・重症患者看護専門看護師、救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師たちも活躍している。その中で、JNP の役割はいったい何か、という問題である。たとえば図 1 は当院の ER での一場面であるが、研修医、ER 専属看護師などがすでにいる中で、クリティカル領域の JNP の役割は何なのだろうか？

実は JNP だからみえてくる役割がある。たとえば、重症患者が救急搬送され、ER スタッフのほとんどがその対応に追われているとき、ER 内の待機ベッドにはすでに一通りの処置が終わり、入院を待っている患者とその家族がいる。ある程度状態が落ち着いているとこうした患者は取り残されがちである。その患者に JNP が寄り添い、バイタルサインをチェックし、再度、家族に病状と入院の説明を行う。場合によっては酸素濃度の調節や点滴の調節なども独自の判断で行う。患者や家族にとってどれほど心強いことであろうか。これがこれまでのわれわれの医療でどうしても疎かになっていた部分である。もちろん、救急患者が重なり、医師の手が足りないときは JNP が患者の問診をとり、トリアージを行い、緊急の対処も行う。

あるいは外科においては外科医が手術に入っている時間帯、病棟に医師がほとんどいなくなる。この時間にも病棟では患者にいろいろな問題が発生する。従来は手術室や外来に連絡をし、医師の指示を仰ぐ。しかし、実際には診察・評価をしなければ対処ができず、医師の手が空くまで待たなければならないこともある。この時に JNP がいれば、自ら診察・評価を行い、それを医師に連絡することもできるし、医師も JNP に包括的な指示を与えることができる。これも従来の医療では難しかった点であろう。

また、JNP が診療に関わることで、逆に医師の説明がいかにか患者・家族に伝わっていないか、患者がわからないままに「同意」をしているかを知ることでもできた。JNP は医師の説明の後、患者・家族にわかる言葉に翻訳し、さらに患者や家族背景に配慮をした治療方針を提案することができる。看護の



図 1 ER での一場面 右から 2 人目が JNP。その他、研修医 3 名、救命救急士、看護師が患者を取り囲み、治療にあたっている。

経験があるからこそその臨床能力といえよう。

それぞれの部署に、JNP が埋められる「現在の医療に生じているすき間」があり、まさにそれぞれが JNP により医療の質が向上する点ではないかと思われる。しかし、その「すき間」は医師や看護師にはなかなかみえない部分で、JNP がそれぞれの部門でみつけ出す必要がある。最初の 1 年間はローテーションするたびに、それをみつけるために時間

あなたのご意見をお聞かせください

主人が CCU で生死をさまよっている時
 診療看護師様に出会いました。
 家族は恐怖と不安で精神状態がナーバス
 になっていました。お様の時いつも細かい心遣
 をしていただき、どんなに励まされた事でしょうか!!
 病状と戦う勇気と希望も沢山いただきました。
 これからも患者と家族の為に精神面でも
 力になってあげて下さい。
 本当にありがとうございました!!

差し支えなければ、住所・氏名・連絡先をご記入下さい。

24 年 8 月 日 住 所 [REDACTED]
 氏 名 [REDACTED]
 電 話 [REDACTED]

図 2 病院の投書箱に寄せられた患者さんからの手紙（原文のままですが、個人情報保護のため、一部、加工してあります。）

を有した。次年度からは2年次のJNPが1年次に伝えることで、効率化が図れるかもしれない。

おわりに

図2は退院した患者家族からJNPに寄せられた感謝の言葉である。

いろいろな問題を抱えながらもJNPたちは忍耐強く頑張っている。法整備がされなくても病院での活躍の場は十分あり、医療の質の向上、安心の医療に貢献することは間違いないが、今後、モチベーションを継続し、後輩たちが後に続くようにするため

には何らかのインセンティブが必要かと思われる。そのための確かな制度作りが望まれる。

〈本論文は第66回国立病院総合医学会シンポジウム「診療看護師（JNP）の現状と課題-JNP活動により、国立病院機構の医療はどのように変わるか-」において「統括診療部として診療看護師（JNP）を受け入れている立場からの報告 -受け入れ準備から現状まで-」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。