

# 医療福祉政策研究

第6巻第1号 2023

## 目次

### <特集 多死社会とその課題を議論する意義とは>

#### 特集依頼原稿

##### 医療福祉活動における倫理的課題を考える

——津生協病院における倫理サポーター養成講座の実践から—— …………… 田中 武士 (1)

終末期医療の現状とアドバンス・ケアプランニング(ACP)の可能性 …………… 天野 敬子 (7)

##### 「多死社会」を支えることができるのか

——介護福祉士養成の現場から—— …………… 川口 啓子 (15)

#### 原著論文

アドバンスケアプランニングの前提として死生観教育は必要か …………… 大野 裕美 (31)

#### 研究論文

##### 都市圏プライマリケア分野高度実践看護師のコンピテンシー尺度原案の内容的妥当性

——訪問看護師の見解に基づいた検討—— …………… 大釜 信政 (45)

##### 児童養護施設で働くことになった経緯と仕事のやりがい

——職員へのアンケート調査から—— …………… 堀場 純矢 (69)

#### 書評

##### 富永泰行著『農村協同組合医療の源流

——愛媛県の産業組合医療』(筑波書房)によせて …………… 青木 郁夫 (81)

##### 杉谷和哉(2022)『政策にエビデンスは必要なのか

——EBPMと政治のあいだ』ミネルヴァ書房 …………… 村上 慎司 (85)



# 医療福祉活動における倫理的課題を考える ——津生協病院における倫理サポーター 養成講座の実践から——

Considering the Ethical Challenges in Health and Welfare Action:  
From the Practice of Ethics Supporter Training Course in TSU  
Consumers Cooperative Hospital

田 中 武 士(三重短期大学)  
Takeshi TANAKA

## はじめに

筆者が2021年12月4日に開催された日本医療福祉政策学会第5回研究大会で報告した時点で所属していた津生協病院(以下、当院)<sup>(1)</sup>は三重県津市にある149床の一般病院(二次救急)である。内科や外科、整形外科、小児科などの科目を標榜している。また、訪問診療にも積極的に取り組み、困ったときには気軽に利用できる地域のかかりつけ医療機関としての役割を担うべく日々の活動を行っている<sup>(2)</sup>。

複数の診療科目を掲げながらも患者の多くは高齢者であり、直接の外来や入院対応だけでなく、大学病院等での治療後のリハビリや退院前の在宅環境調整、慢性疾患管理、緩和ケア等の目的で転院してくることも多い。また、年々患者数が増加している訪問診療では、必要に応じた一時的な入院を経ながらも最期のときまで在宅での生活を継続するケースも少なくない。

いま当院ではこのような状況下において、患者の今後の生活、医療の対応がどうあるべきか、患者にとっての最大限の利益とは何か悩むケースが増えている。そしてその対応しだいでは、

まさに患者の生命、人生が左右されることになる。

## 1. 事例紹介

まず以下に当院におけるある事例を紹介したい。なお、本事例はプライバシー保護の観点から複数の事例を組み合わせた架空のものである。

果たして、この言語聴覚士の意見は本当に青臭いことなのだろうか。当院は、人生の最終段階にある患者の医療も担う医療機関である。そしてその患者の数は年々増加傾向にある。そのような日常の労働環境の中にあって、私たち医療者にはある種の慣れや気がかりなことがあっても見て見ぬふりが生じている可能性がある。しかし、そのような状況下では、あの言語聴覚士の言うような「青臭いこと」にこそ重要な気づきがあるのかもしれない。患者は高齢者だけでなく、認知症や障害、単身世帯、身寄りのない人もいる。今後の人生を左右する医療についての意思決定が本人単独では困難な現実がある。また、当院ではケースとして少ないが子どもに関する問題もある。そのような患者に向

(受理日：2022年12月8日)

【事例】

- 患者は76歳女性。脳梗塞による後遺症にてほぼ寝たきり状態であり、少しずつ栄養状態が悪化している。
- 経口摂取は不可能。鼻腔チューブで栄養管理中。
- はっきりした発語は困難でうめき声のみ。追視はあるが明確な意思疎通は困難な状態である。
- 今後の医療の対応方針について、家族の意向は「胃ろうはつくらないでほしい。もともと本人は『自分で食べることができないような寝たきりにはなりたくない』と言っていた。このまま自然に逝かしてあげたい」
- このような状況に対して、患者担当の言語聴覚士より担当医と看護師に対して次のような意見があった。「はっきりした発語はありませんが、うめき声に強弱があり、こちらの問いかけに返事をするような感じがします。胃ろうを造設した後に経口摂取の訓練をすれば少しは食べられるようになるかもしれません」。しかし、その翌日に「昨日は青臭いことを言ってすみませんでした」との言葉があった。

き合うには、医療行為のみならず、患者の人生や価値観、周囲との関係性などさまざまな角度からの総合的な検討が必要となると思われる。そしてそれらはまさに倫理的な課題を含んでいる<sup>(3)</sup>。

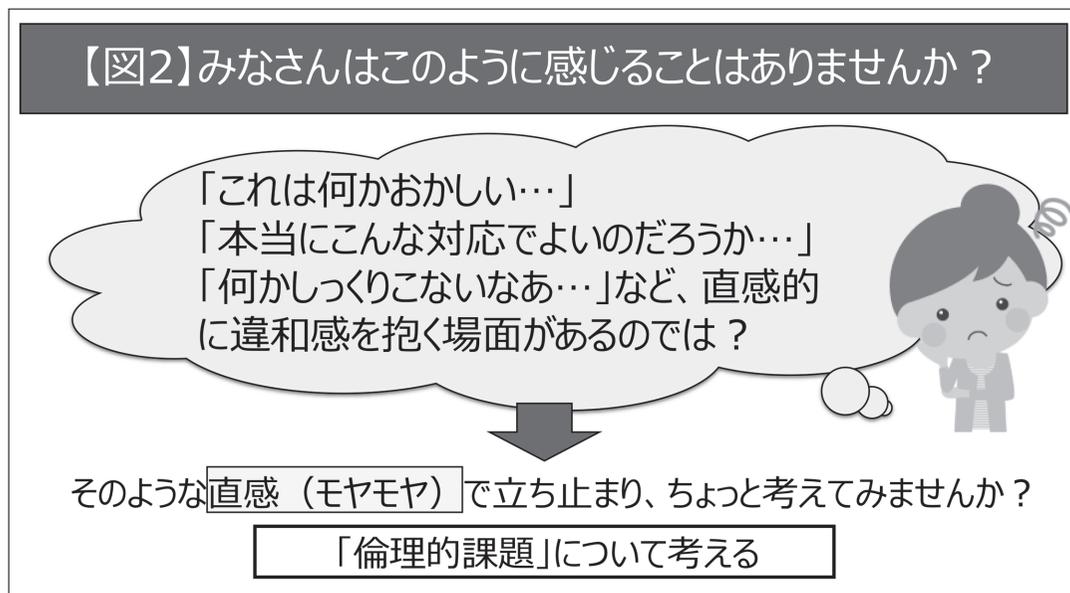
2. 津生協病院における倫理サポーター養成講座の実践

このような状況から、当院では医療福祉にお

ける倫理について考えるために「倫理クラブ」と名付けた自主勉強会を開始することになった。倫理クラブは、2015年から院内の有志(医師2名、看護師1名、ソーシャルワーカー1名)で結成された。翌2016年には、生活協同組合の組合員や僧侶、事務職員なども参加するようになった。そこでは具体的な事例の検討会、院内の患者や家族への啓発のためのパンフレットやニュースを作成する活動にまで広がっていった。

【図1】 2021年度 倫理サポーター養成講習 予定 (9か月間)

	内容	担当
第1回	倫理の基礎知識 (「人生の最終段階における～」)	医師
第2回	「認知症の意思決定支援ガイドライン」	ソーシャルワーカー
第3回	ファシリテーションスキルを身につけよう	ソーシャルワーカー
第4回	4分割表を使って倫理カンファレンスの実演	看護師
第5回	受講生のカンファレンス (事例をもとにした演習)	受講生
第6回	同上	受講生
第7回	同上	受講生
第8回	同上	受講生
第9回	卒業式	全員



そして、2019年には倫理的な課題について集団的に議論することのできる職員を増やすべく、「倫理サポーター養成講座」を開始した。事務局は倫理クラブ立ち上げからの医師と看護師、ソーシャルワーカーである。

倫理サポーター養成講座は、日常の医療活動にある倫理的課題について、適切に対応するために各職場の職員を倫理サポーターとして養成することを目的としている。各職場から選出された職員は月一回の講座に受講生として参加する。参加メンバーは、各病棟看護師、介護士、リハビリ、ソーシャルワーカー、事務局から3名である。養成講座のカリキュラムは、毎年更新するがおよそ図1のような内容となっている。

講座ではまず図2のように参加者に呼びかけから、2018年3月に厚生労働省から出された『人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン』を学ぶことから始まる。このガイドラインの存在すら職員にはほとんど知られていないため、全文の読み合わせを行い解説を加える。ただし、本ガイドラインについては、批判

的に検討する必要もあると思われる。この点については後に述べたい。そして、認知症の意思決定支援、ファシリテーション、四分割法<sup>(4)</sup>などの学習を経て、受講生がファシリテーターとなり、倫理カンファレンスを行うという演習を重ねていく。

倫理的課題は医学や看護、リハビリなどの知識や技術、経験だけでは対処することはできない。このことを考えることは、すなわち「どんなことが善いことで、どんなことが悪いことなのか」「どういう選択が適切で、どういう選択が不適切なのか」を検討することである。これらは医療倫理の4原則と呼ばれるものに含まれる。まず1つ目は「患者の自律・自己決定の尊重」原則、2つ目は「善行の原則」、3つ目は「無危害の原則」、4つ目は「正義の原則」である。

このように倫理的課題を検討することは患者の最善の利益の実現に向けたプロセスである。また、職員にとっては多職種協働の取り組みの前提となる多職種協働と場面であり、すべての職種が横一直線のスタートができる素材である。

さらに、医療福祉活動の質を高めることになり、それは職員自身の心のケアにもつながることになる。

### 3. ACPをどう考えるか

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)は、2018年3月に厚生労働省から出された『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編』の中で触れられている。ACPとは、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのことであるとされている。このこと自体は、医療従事者からの適切な情報の提供と説明に基づいた本人による意思決定を重視する意味であり、当然のことではあるが原則として非常に重要なことであるといえる。

ガイドラインにおける「人生の最終段階」という用語は、2012年の当時の野田民主党政権下で3党合意の末に成立した社会保障制度改革推進法に出てきたものである(同法6条3項)。この法律は、現在の日本の医療、福祉、介護に大きな影響を与えている。同法第1条(目的)には「安定した財源を確保しつつ受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、社会保障制度改革について、その基本的な考え方その他の基本となる事項を定める」と書かれている。また、同法第2条1項では基本的な考え方として、「自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと」とされている。

この法律を受けて社会保障制度の改革が進められてきた。そしてそれに合わせて、終末期医療、人生の最終段階の医療、人生の最終段階に

おける医療およびケアのガイドラインが2015年、2018年と改訂されてきており、この流れのなかでACPの用語が出てきた。また、いわゆる政権の骨太の方針と呼ばれる『経済財政運営と改革の基本方針』では2018年から人生の最終段階について触れられている。このことをどのように考えるべきなのか。あらためて社会保障制度改革の流れの中にACPをおいたとき、本当に本人の意思をしっかりと把握しようとしているのか、その姿勢に疑問や不安を抱く。一連の社会保障制度改革は新自由主義的な立場から推進されており、経済的理由の圧力が非常に強い。このような中で、ACPが推進されているという事実はしっかりと認識しておく必要があるのではないかと思われる。

### 4. 今後の課題

医療福祉介護活動における倫理的課題を所属していた津生協病院の取り組みから考えてきた。まだここ数年の取り組みであり、まさに試行錯誤のなかでの発展途上にあるといえる。しかし、医療現場などでモヤモヤする倫理的課題について見て見ぬふりをせず、集団的に検討する態度とその実践は必ず患者や生命と暮らしを守ることにつながるし、それは人権保障に他ならない。また職員にとっても日常業務の質の向上に資するものとなる。倫理的課題に積極的に取り組むことは、必ずより良い医療福祉介護活動になっていく。そのことに確信をもって、以下にいくつか今後の課題を上げておきたい。

まず、当然のことながら倫理的課題は当院だけの課題ではないということである。政策的には様々な問題をはらみながら医療機関から地域へ誘導される流れのなかで、個々に生じる倫理的課題についてどのように対応していくのか、非常に重要な点であると思われる。またこのこ

とともに関連するが、介護職との積極的な協働も求められる。患者や利用者の生活に最も近い職種ともいえる介護職の視点は倫理的課題を検討する上で欠かせない。そして、倫理的課題を検討する際に最も重視される「本人の意思」を判断することの難しさや危うさについて常に謙虚であることである。「もう何もしなくていい」「もう年だから」「自然に(逝きたい)」は本心なのか。先にみた政策や法律を背景にその圧力から本人の意思が歪められていることはないのか。そのことに注意深く意識を向ける必要がある。患者にとっての真なる利益とは何なのか、このことに謙虚に思慮深く検討する倫理活動を継続していく必要があるのではないだろうか。

#### 注

- (1) 筆者は津生協病院のほか20年以上にわたり医療機関や介護事業所などの現場でソーシャルワーカーとして相談支援業務に従事してきた。2022年4月からは三重短期大学生活科学科に教員として所属し、現場との接点をもちながら研究教育活動を行っている。
- (2) 津生協病院は2023年6月には新築移転し、倫理委員会の設置も予定している。
- (3) 様々な状況への対応を示した複数のガイドラインがある。たとえば、日本小児科学会『重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン』(2012年4月)、厚労省『障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン』(2017年3月)、厚労省『人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン』(2018年3月)、厚労省『認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン』(2018年6月)、厚労省研究班『身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン』(2019年5月)である。
- (4) 医療現場で遭遇する倫理的課題を「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の領

域に分けて分析するためのツールであり方法である。

#### 参考文献

- 香川知晶(2021)『命は誰のものか 増補改訂版』デイスカヴァー・トゥエンティワン。
- 厚生労働省(2018)『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編』(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>, 最終アクセス日2022年11月1日)
- 竹下啓, 神谷恵子, 長尾式子他(2019)『倫理コンサルテーションハンドブック』医歯薬出版。
- 内閣府(2018)『経済財政運営と改革の基本方針』[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2018/2018\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2018/2018_basicpolicies_ja.pdf), 最終アクセス日2022年11月1日)
- 箕岡真子, 日本臨床倫理学会監(2017)『臨床倫理入門』へるす出版。



## 終末期医療の現状とアドバンス・ ケアプランニング(ACP)の可能性

### Current Status of End-of-Life Care and the Potential of Advance Care Planning (ACP)

天 野 敬 子(かんたき堺下田<sup>(1)</sup>)  
Takako AMANO

#### 1. はじめに アドバンス・ケア・プラン ニング(advance care planning: ACP) とは?

いろいろな研究者がACPの定義を行っているが、筆者が調べた中では以下の定義がしっくりくるものであった。ACPの「本質」は、「繰り返し行われるコミュニケーション」であり、「患者の過去と現在を知ったうえで」さりげなく、(雑談しながら)先々のことを話す相互理解の過程である。「人間像」という土台を知ることである。土台なくして、ACPを進めていくことはできようはずもない<sup>(2)</sup>。

「医療技術の進歩とともに、人生をどのように生き、人生の最期をどのように迎えるかという問題」は誰にとっても身近で大切なテーマとなっている。大谷が定義するように ACP は、先々のことを話す相互理解の過程であるならば、医療や介護を受ける側と提供する側の 価値観について、一般の方と一緒に考えられるような取り組みが必要である。

実際、厚生労働省から、『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』(当初は『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』)が出されているが、

ACPの普及は思うようには進んでいない。木澤は、ACPは一言でいうと「患者の価値観をこれからの医療・ケアに反映させるための話し合い」<sup>(3)</sup>であるという。

#### 2. どうしてACPの啓発に取り組んだのか?—コロナ禍における医療の逼迫— 終末期医療のあり方が問われている—

高齢化社会が抱えている問題として、終末期医療のあり方が問われてきているのだが、医療職のなかでもACPの啓発には温度差を感じていた。そこで医局会でACPの認知度についての簡単なアンケートを取った。医療職といえども回答者の半数はよく知らないもしくは知らないとの回答であった。知っているとは回答された方は、ニュース、新聞、授業が同数だった。講習会などで学んだ人は40人の回答者のなかで2名であった。さらに知っているとは回答者に、説明できるかを尋ねたところ、説明できると答えた人は3名であった。医療者であっても説明できないとの回答もあることを考えると、院内の職員の認知度にはばらつきがあり、ACPの認知度は低いことがわかった。

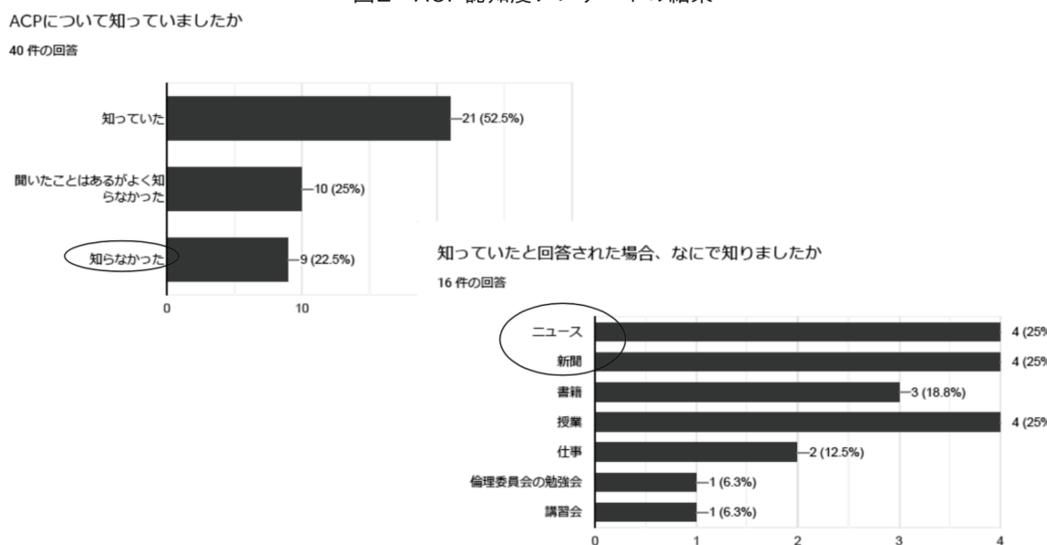
(受理日：2022年12月8日)

図1 ACP認知度アンケートの結果



筆者作成

図2 ACP認知度アンケートの結果

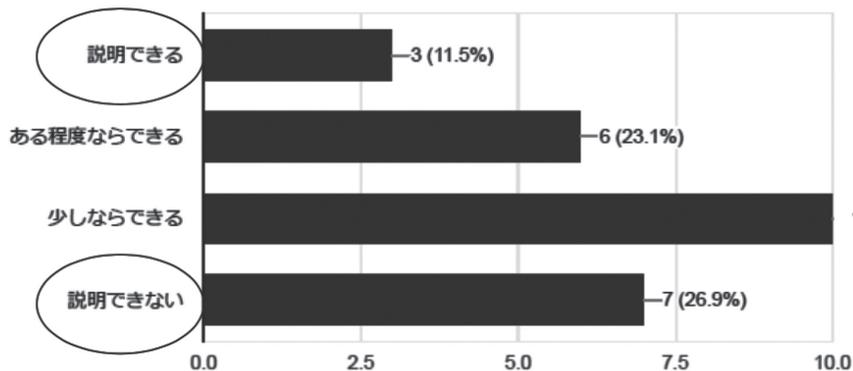


筆者作成

図3 ACP認知度に関するアンケートの結果

知っていたと回答された場合、ACPについて説明出来ますか

26件の回答



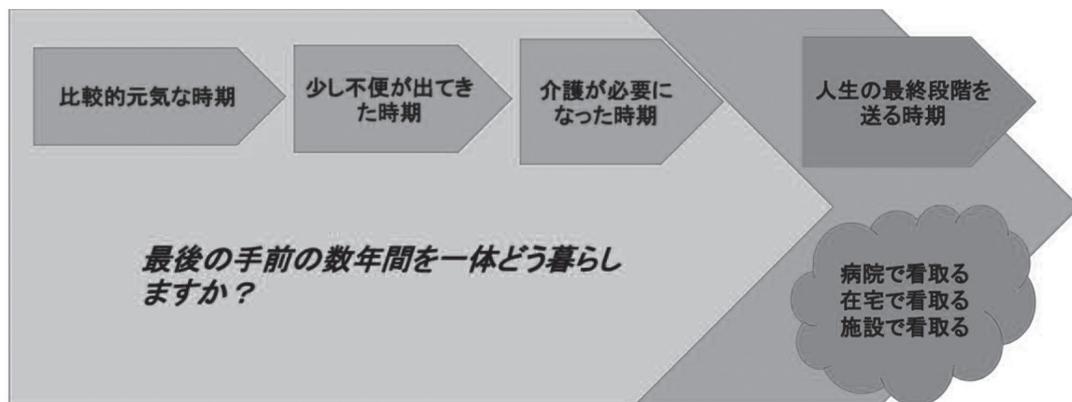
筆者作成

### 3. 人生の終末どのように迎えるかを考えさせられる事態

折しもコロナ禍で、医療の逼迫がおこり、これまで健康で医療とあまり関わりのない方々にも、人生の終末どのように迎えるかを考えさせられる事態が起こった。コロナ禍での医療の逼

迫は、いつ医療崩壊を起こしかねない危うさを感じさせた。感染拡大による医療の逼迫がマスコミでも取り上げられる事となったが、一般の方と医療者の間には、やはり距離があるように思えた。

図4 看取りのイメージ



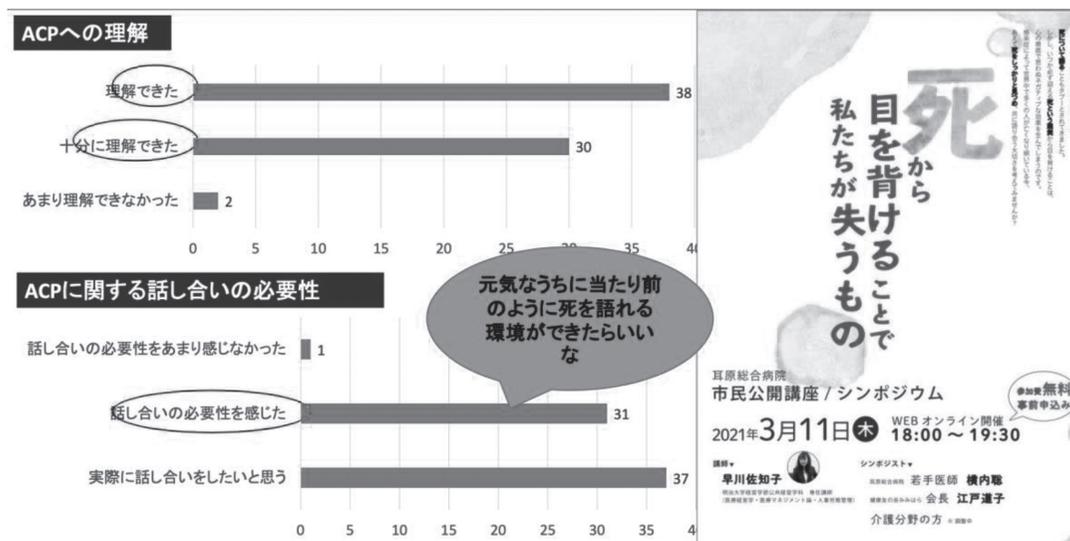
筆者作成

図4は、看取りのイメージである。

今話されているのは、人生の最終段階をどう終えるか、病院なのか、在宅なのか、施設なのか話されている。しかし、患者や家族が最後の手前をどう暮しているかを多くの医療者は知らないことが多い。そうしたなかでコロナに感染して入院すれば、家族にも会って話すことさえできないままで、本人の意思を確かめることもできずに最期を迎える事態が起こった。また、認知症一人暮らしの患者には、医療が届けられても生活を支える介護の問題も浮き彫りとなった。コロナ禍における医療の逼迫-終末期医療のあり方が問われた。

2021年3月11日に筆者が中心となって実施した「ACP市民公開講座：死から目を背けることで私たちが失うもの」において、講演を行った早川佐知子は、「現代社会では死は日常から遠ざけられ、死について語ることもタブーとされてきた」といって、戦争での死を取り上げた。感染症で多くの人が亡くなっている今、「あえて死をしっかりと見つめ、共に語り合う大切さを考えてみませんか?」と呼びかけた。参加者の多くから、「話し合いの必要性を感じる」「実際に話し合いたいと思う」という回答が得られ、ACPの理解を深める一歩につながった。

図5 2021年3月11日 ACP市民公開講座 アンケート結果



筆者作成

#### 4. 医療技術の進歩

医療供給体制の変化と在院日数の短縮については、40年前は、胆石の手術には2週間から3週間の入院を必要としたが、内視鏡下での術式では当日入院して2時間後にトイレ歩行ができ、痛みもほとんどなく、経過が順調であれば夕食から食べることができる。全身麻酔でもその日に帰れるというくらいになっている。医療の進歩やアクセスのよさは、胆石手術では確定診断から手術社会復帰を1週間以内にもすることも可能にした。費用についても国民健康保険が適用される。

しかし、コロナ禍の世界に目を向ければ、患者に一度装着した人工呼吸器などを取り外し、別の患者に着け直す「再配分」まで既に議論は及んだニュースも流れた。医療が進歩したからと言っても医療資源は限られ、ECMOや人工呼吸器だけではなく、専門的な知識と技術や経験を有する医者や看護師、臨床工学士等の人材不足も問題となった。コロナ禍では、病床の不足と働く人々の不足が取り上げられた。重

症患者を治療する医療提供が逼迫した。第7波では、ヘルパーの求人を出しても集まらないなかで、集団感染(クラスター)が発生した場合、事業所の閉鎖まで追い込まれていく状況が起こっている。

#### 5. この間の取り組み

##### (1) 研修や講演会の中で感じたこと

大谷(2019)は、ACPの「本質」は「繰り返し行われるコミュニケーション」だという。誰にも必ず訪れる「死」を私たちは、自らの生き方としての最期を迎えることを支援できればと思って、地域で開催されるACPの研究会にも積極的に出かけていった。すると、研修会場は違っていても、医療や介護従事者の同じ顔ばかりに出会う。終末期の医療についても話し合っておくことは大事なことだとは思っているが、医療職主導のものとなっていることや、なにかを決める事が目的になることへの懸念があった。

2021年10月14日に開催されたACPと倫理研修の企画講演会の中で講師の金城展典は、「感

染が一気に拡大してしまうと、『誰が生き、誰が死ぬか』との選択を医療者に強いることになってしまう。私たち一人一人の行動が問われている」という。金城は、倫理的な問いを投げかけ、参加した医療者に立ち止まって考える時間を与えた。

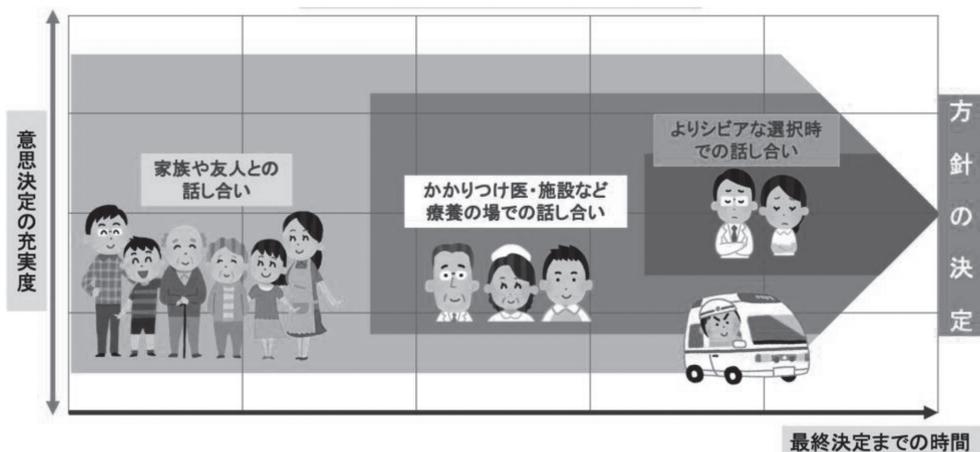
『誰が生き、誰が死ぬか』との選択を医療者に強いることにならないように—「医師が社会的に尊敬を得られている職業というならば、それは命の選択をしなかったからだ」「医師だけではない。自らの仕事に誇りを持って働く、褒められたいから、市場での価値が高いから、よい人生だったのではない。ケアする側も癒される仕事でありたい」と、自らの役割を考える機会となった。

ACPの啓発活動を進める中で感じたことがある。講演会を開催していくある日のことである。地域の方から「死に方までおかみに決められたくない!」という一般の方の言葉にハッと

した。他にも、「命が限られた状況になった時、どのような治療を望むのか、あるいは、望まないのか、さまざまな内容を家族や親しい友人などと話し合うということ自体は重要だと考える」といった感想があった。このことは、そうたやすいことではないことがわかった。

終末期医療の専門家は、「つらい会話、しにくい会話」を誰もが大切な人としておくよう求めている。「自分がもし重篤になったらどうい治療を受けたいのか、そして死後にはどうい扱いを希望するのか」というが、差し迫った現実にどれだけの人が立ち向かえるだろうか? という問いに、立ち向かうのが難しいのも事実である。しかし、救急搬入の現場では、ご本人に意思を確認できない場面がある。そうした時に、家族や知人と話し合っていないことで、ご本人の意思を推測もできない。こうした医療の現場の苦悩もあった。

図6 急性期病院の現状 ～断らない救急医療の現状～



筆者作成

耳原総合病院の救急外来では、地域に根差した急性期の病院として、断らない受け入れを行ってきた。しかし、一度も当院にかかったことがない人が運び込まれ、ご本人のお気持ち

を繰り返し確かめるとはいつても最終決定までの時間は限られる。「断らない救急医療の現状」は、救急搬入されたときが最期の時ということもある。当然意思決定の充実度は、よりシビア

な状況では選択肢は限られ、ご本人がご自身の意思を示すこと自体ができない場合もある。

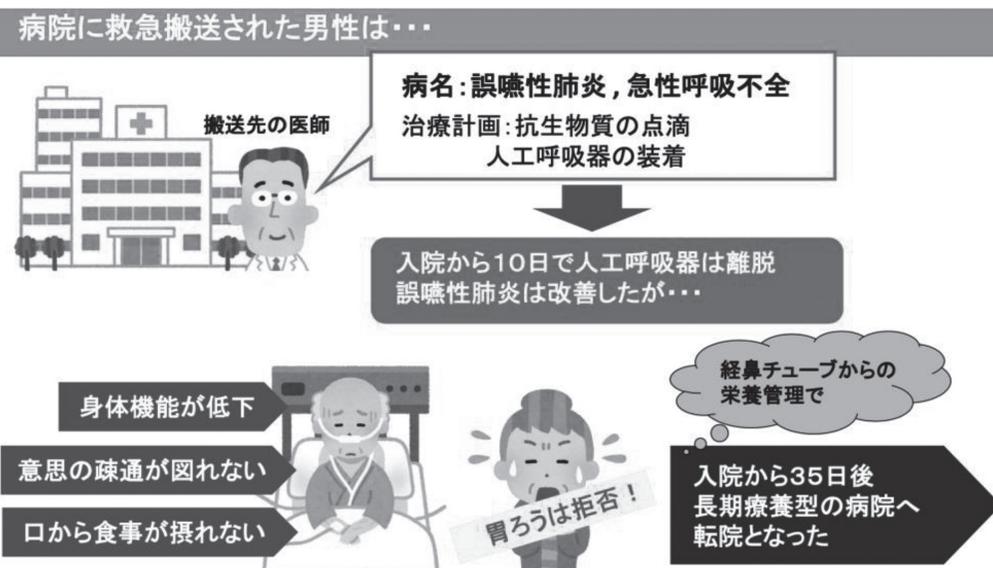
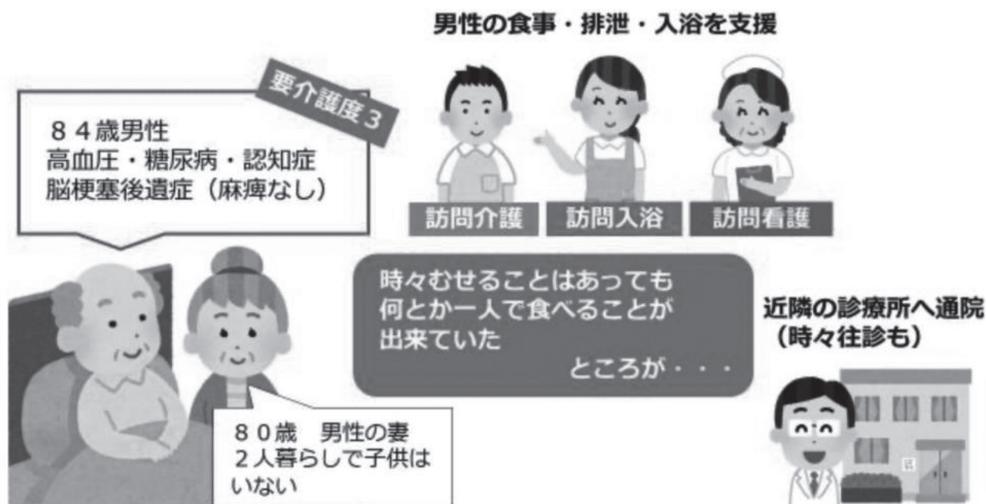
## (2) 退院支援から看取りまでの体制の構築はできていないアドバンス・ケアプランニング(ACP)の可能性

「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けること」を望む方

は多い。そのためには、在宅医療の供給量を確保するとともに、退院支援から看取りまでの体制の構築が必要であり、在宅患者の急変時の受入体制の確保や、円滑な在宅復帰を支える人材・機能の確保が必要となる。

症例は、救急搬入され、急性期を脱してよく遭遇する事例で、療養の場の意思決定が迫られる場面である。こうした場面では、患者のそれ

図7 ACPの症例



筆者作成

までの人生で培われてきた「その人らしさ」「人間像」という土台を知ることなしには、ACPを決められない。

## 6. おわりに

『今起こっている問題は、日本の医療のなかでもともとあった問題が浮上しただけに過ぎない』と金城は講演会で述べた。ACPは、なにかを決める事ではないとしたら、土台は医療者主導ではつぐれない。限られた人だけで政策を

決定するのではなく、連携することの必要性を感じる。私たち医療者が患者や家族に届くまでのこうした事例を積み重ね、研究者は、どういところで困っているのか、何を改善したらいいのかを分析して、現場に還元して頂くことを期待する。

アドバンス・ケアプランニング(ACP)の可能性は、誰にも必ず来る「死」について、医療者だけではなく一般の方と一緒にひとりひとりが考えることを可能にしてくれ、そのプロセス

図8 耳原総合病院における在宅推進に向けた取り組み



筆者作成

の中でわかりにくい医療や介護の問題と政策にも、関心を向けていけるのではないかと、この間のACP啓発の取り組みを企画実践するにあたって感じている。

(この原稿は、2021年12月4日に開催された日本医療福祉政策学会で使用したパワーポイントに加筆修正しております。)

#### 注

- (1) 本研究は、筆者が2022年まで勤務していた耳原総合病院における取り組みを紹介したものである。
- (2) 大谷弘行(2019)「PROs(患者報告アウトカム)をきっかけとした病院現場主体のACP実践：医療行動経済学アプローチ：ACPコミュニケーション促進のための患者だけでなく医療者へのさりげないナッジ」『緩和ケア』29(3), pp. 214-216.
- (3) 木澤義之(2020)「人生会議(ACP：アドバンス・ケア・プランニング)——本人の意向に沿った人生の最終段階の医療・ケアを実践するために」『ファルマシア』56(2), pp. 105-109.

# 「多死社会」を支えることができるのか —介護福祉士養成の現場から—

Can We Support “a Super Aged Death-Ridden Society”? : From  
the Practice of Training Certified Care Worker

川口 啓子(大阪健康福祉短期大学)  
Keiko KAWAGUCHI

## 1. はじめに

本論文のテーマは「多死社会を支えることができるのか」という問いかけである。これに対して、筆者が長く携わってきた分野、すなわちサブタイトル「介護人材養成の現状から」見るかぎりでは、「多死社会を支えられる現状ではない」と断言できる。

「多死社会」という認識はどこまで育っているだろうか。そもそも、介護を学ぶ学生が、「超高齢社会」「多死社会」を意識しているかと言えば、おそらく答えはNoであろう。

そこで、本論文では終末期のケアに関わる介護福祉士の養成という視点から出発し、現状と課題を提示したい。

## 2. 介護福祉士養成校の現状—終末期ケアを学ぶ機会の不足

介護福祉士養成校の現状を示すにあたって、想像してほしいことがある。ひとつは、専門職の養成機関が地盤沈下を起こしていること、さらに、その背景にある教育格差・社会格差の広がりや介護を忌避する世間ネガティブイメージである。

私たちは、将来どのように「老いて・死ぬ」

ことになるのか。現状を放置するならば、適切なケアに巡りあえない介護難民の「多死社会」が待っている。

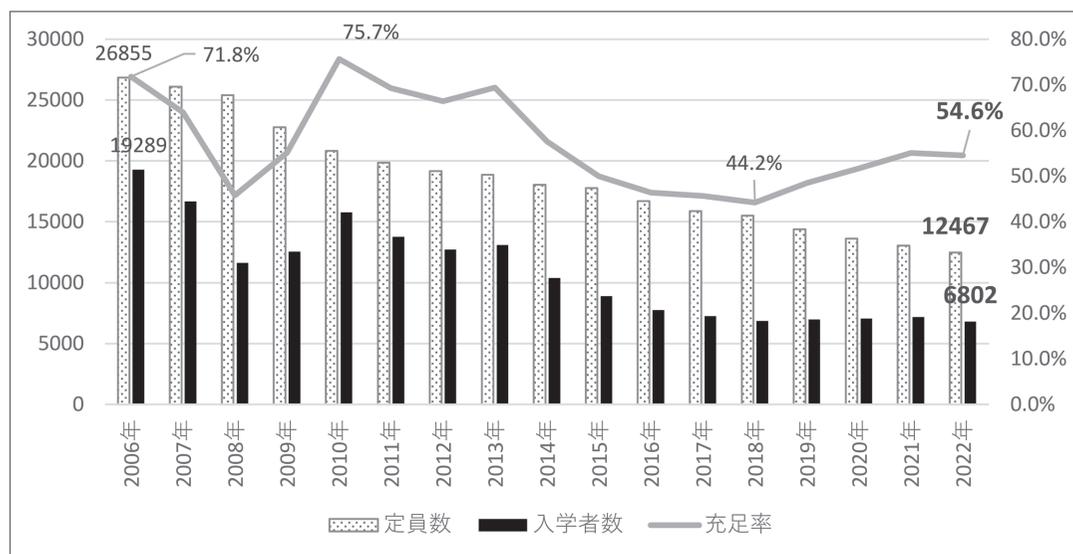
### (1) 減少が続く介護福祉士養成校の入学者

介護福祉士養成校の入学者は、減少の一途を辿っている。筆者が統計を追いはじめた2006年から、定員充足率には多少の上下があるものの定員数・入学者数ともに減少し、閉校・廃校に追い込まれた養成校も多い。2022年度は、定員12467人に対して入学者数は6802人と過去最低を記録した(図1)。この数は、大規模大学の1学年分程度の数しか全国で養成できていないことを意味する。しかも、うち1880人(27.6%)が外国人であった。

この衰退は、専門職養成正規カリキュラムの教育基盤衰退を意味し、介護における専門性の喪失、質の低下が危惧される。また、教育を担っていた教員も失業し、その力を社会に還元できずにいる。介護の質が向上しにくい現状は、専門的知識が欠けた介護を世間に定着させることになり、介護はますます「誰にでもできる」仕事だからと経験則頼みになるだろう。厚労省が推奨する科学的介護には程遠い。

(受理日：2022年12月8日)

図1 介護福祉士養成校定員・入学者数(人)と充足率(%)



2018年以降の定員充足率の増加は、母数が減ったことと外国人入学者が増えたことによる。

出典 介護福祉士養成施設協会HP「令和4年度介護福祉士養成施設の入学定員充足度状況等に関する調査の結果」

その背景には、介護福祉士(国家資格)取得のルートが一本化されないという事情もある。

介護福祉士は、必ずしも養成校の課程を経て国家試験に合格することだけが資格取得ルートではない。現場には、養成校1850時間を修了して国家試験に合格した介護福祉士(養成校ルート)より、450時間の研修(通信含む)と実務経験3年間という条件を満たして国家資格を取得した介護福祉士(実務経験ルート)の方が多い。正確な人数はわからないが、おおむね養成校ルート1:実務経験ルート9になる<sup>(1)</sup>。

3年間という実務経験は大切ではあるが、前提となる450時間の研修は養成校1850時間より1400時間も短く、その大半は通信課程である。しかも、その450時間は現場の介護福祉士が働きながら教えることが可能な制度で、実習指導者講習会というわずか25時間の受講で講師要件を満たすというものである。

また、介護は、そのサービス提供が生産過程であり、利用者にとってはサービスの消費過程

という同時進行性を有するため、確かな考え方、知識、理論に裏打ちされたケアスキルが質を担保することになるが、そのケアスキルを担当する教員が少ないこと、研究が少ないことも問題視されなければならない。

研究が少ないことについては、大学院の設置が難しいことも大きな要因だろう。介護福祉士養成課程を設置している教育機関は専門学校が圧倒的に多く、次いで短期大学である。いずれも大学院は設置できない。

一方、ケアスキルを担える教員(「生活支援技術」や「介護技術演習」など実技科目担当)は、介護福祉士養成課程のあるところにはしかない。したがって、社会福祉学部や学科などを有する4年生大学に「高齢者福祉論」や「介護保険制度論」があっても、ケアスキルを担える教員はいない、というのが実態である。

さらに言えば、介護福祉士はれっきとした国家資格でありながら、介護がこれほど大きく社会問題化している現状にありながら、国立大学

には介護福祉士養成課程が一つも設置されていない。国がどれほど介護福祉士の養成を軽んじているか、その姿勢(本音)が表されていると言えよう。

## (2) 介護福祉士・訪問介護員のテキストから見た終末期介護

では、終末期における介護については、どのように教育されているのであろうか。介護福祉士養成テキスト<sup>(2)</sup>、初任者研修(訪問介護員〈旧ヘルパー2級〉養成講座)テキスト<sup>(3)</sup>から分析したい。

介護福祉士養成テキストでは、「人生の最終段階のケアに関連したところとからだのしくみ」「人生の最終段階における介護」と題した章に登場する。一般的に、医療的ケアを伴う場合には「ターミナルケア」と呼ぶことが多いが、看取り加算が関係する現場では「看取り」と呼ぶことが多い。いずれにせよ、合わせて32ページほどの構成である。授業時間は、最低1.5時間。シラバスの組み立てや教員の裁量にもよるが、全課程1850時間<sup>(4)</sup>のうちで割ける時間は限られている。学習項目は「終末期の意義と介護の役割」「終末期における介護技術」「終末期の介護における他職種の役割と協働」である。

初任者研修テキストは、22ページの構成である。このうち、「死にゆく人のところとからだのしくみと終末期介護」と題された回は1.5時間で学ぶ想定である。これは、全課程130時間の1.15%に相当する。学習項目は「終末期に関する基礎知識とところとからだのしくみ」「死に向き合うところの理解」「苦痛の少ない死への支援」となっている。

いずれのページにおいても、「多死社会」という現象は明確には意識されていない。また、「看取り」「ターミナルケア」という言葉も殆ど

使われていない。利用者・患者の終末期に立ち会う際の専門職としての考え方・心構え・立ち居振る舞いなど、一通りの記述はあるものの、人生の最期に寄り添うにふさわしい死生観の基礎を養うには難しい。

これら養成課程の時間数はいずれも厚生労働省によって定められた時間数ではあるが、「多死社会」を目前に控え、その最前線に立つ介護福祉士やヘルパーらの終末期に関わる教育は極めて不十分である、という状況しかうかがえない。

## (3) 養成校の学生にみる貧困の諸相<sup>(5)</sup>

先述のように、介護福祉士養成校では志願者が減少し、養成課程の数自体も減ってきた。このことは、学生の質にも影響を与えている。端的に言えば、さまざまな貧困(単にお金がないのではなく、文化・教養など全般的貧困)を抱えた学生が、他に行くところがなく介護福祉士養成校に来るという現象を生み出している。

貧困がもたらす問題の例をごく簡単にあげれば、次のようなことがある。

- 2年間の学費はおろか、テキスト代すら準備できない(しない)家庭がある。
- 親が奨学金を生活費に変えるため、学生はアルバイト漬けの毎日になる。
- 勉強する習慣どころか、「早寝・早起き・3食」など生活のリズムが欠如している。
- 偏った食事が多く味覚が貧困であったり、栄養不足な状態の学生もいる。
- 一人親家庭、ステップファミリー、両親が家出し兄弟だけで暮らす学生もいる。
- 会話が少ない家庭では、ボキャブラリーに乏しく、コミュニケーション力が欠如する。
- バスが怖い、電車に乗れないというメンタルを抱えた学生もいる。

●読書、映画鑑賞、外出などといった生活経験に乏しい…など。

他に、発達障害や精神疾患、リストラカットなど自傷行為、妊娠・出産、被虐待児、タバコや向精神薬への依存症、自己破産家庭などのケースもあった。自己肯定感が低く、自殺願望の学生にも、自殺にも出会ってきた。このような学生たちは、そもそも「学び続ける」という姿勢になりにくい。自分の毎日をこなすことに精一杯で、介護福祉士に必要な最低限の知識や技能を習得することさえ難しい。そんな彼らに、終末期介護の死生観を培う余裕があるだろうか。「多死社会」の担い手を育てるはずの養成校も、学生たちの生活課題だけで手一杯である。

陥っているからである。さらに、人手不足が利用者増を妨げ、経営難をもたらす。賃金も上がらない。過重労働は、離職を早める。彼らは、自分の意図とはかかわりなく、働き甲斐も働き口も奪われていくのである。

本論文テーマ「多死社会」に関わることでは、「グリーフケア」「ACP」という用語の認知度も図4の通りであった。「グリーフケア」「ACP」のような新しい言葉はなじみがなく、自ら学ぼうとしていない、または学ぶ機会がなかったことがうかがえる。

こうした事態をもたらした人手不足の原因として、賃金など処遇が注目される傾向が強いが、はたしてそれだけだろうか。法人トップの姿勢

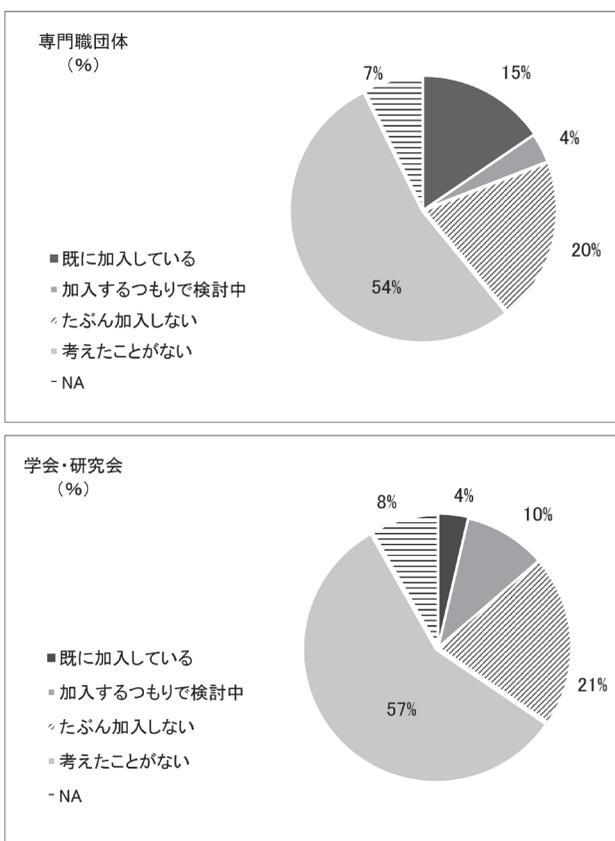
### 3. 就職先(現場)にて一専門職としての自覚が希薄

では、就職先(現場)はどうだろうか。現場は深刻な人手不足にあり、そのために研修を受ける機会も乏しく、専門職としての自覚が育ちにくい状況にうかがえる。

社会福祉法人「N会」を対象に筆者が2021年に行った調査では、専門職団体/学会・研究会への加入の状況は図2の通りであった。専門職としての自覚や学習機会に積極的とは言えない状況が見て取れる。また、正規職員ですら法定研修<sup>(6)</sup>についての認知度が低いことがわかった(図3)。

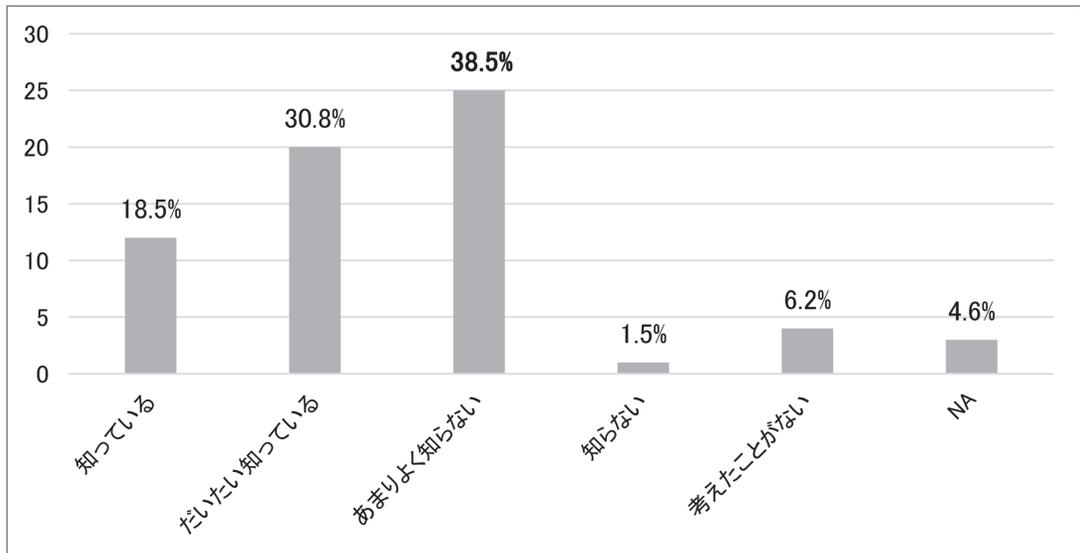
だが、専門職として学び続けるという意欲に乏しいのは、職員個々に問題があるとは言にくい。就職先(現場)は慢性的人手不足であり、「人手不足→過重労働→研修不足→成長機会剥奪→離職→人手不足」という悪循環に

図2 専門職団体/学会・研究会への加入状況



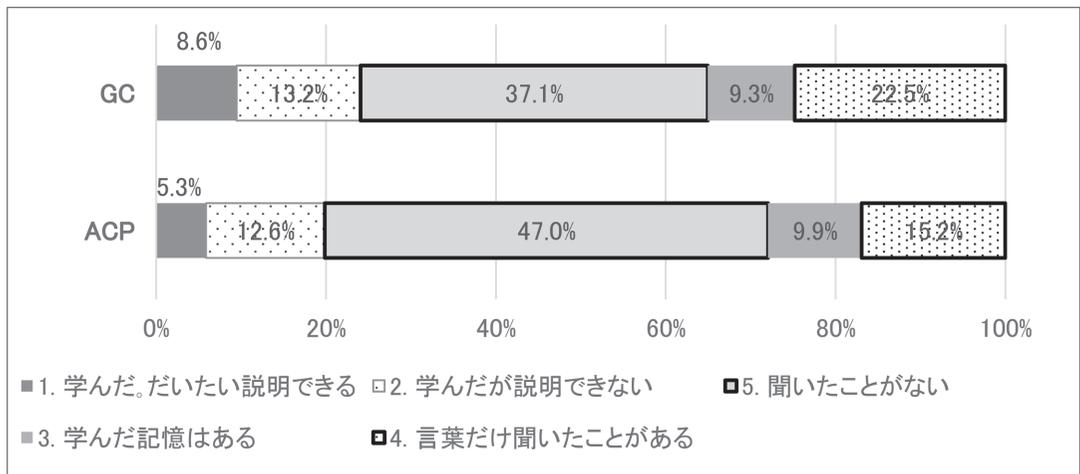
出典 社会福祉法人「N会」を対象に筆者が実施した調査(n=151)

図3 正規職員の法定研修についての認知度



出典 社会福祉法人「N会」を対象に筆者が実施した調査(n=151)

図4 GC(グリーンケア)、ACP(人生会議)の認知度



出典 社会福祉法人「N会」を対象に筆者が実施した調査(n=151)

やマネジメントの問題、組織運営・職場づくりの問題、後述する利用者側、国民一般のネガティブイメージから引き起こされる問題など、幅広く考える必要がある。

法人の姿勢の問題については、たとえば、法人内研修制度に何を取り入れるべきかなど、トップが介護を学んでいなければ適切な研修プ

ログラムを用意できない、という問題がある。外部研修任せに終始し、現場指導ができないなら、職員がいくら研修を積んでも理論や知識が生かされることなく、経験則と「古い人」がまかり通る—そういったことも専門職としての自覚が育ちにくい要因ではないだろうか。経営トップはもっと介護職員養成カリキュラムや研

修の種類・時間などを知るべきである(法人の問題については、機会があれば稿を改めたい)。

#### 4. 国民の意識と人手不足—理想と現実とのギャップ

ここまで述べてきたような介護の提供側(人手不足や介護職員養成の実態など)の問題は、国民に何をもちたらすのだろうか。ここからは、介護の受け手の側を考えてみたい。

##### (1) 国民の理想は非現実的

介護職は、団塊世代が後期高齢者になる2025年度までにあと32万人、2040年度までにあと69万人が不足していると言われている。また、図5のように、2025年から2040年にかけて要介護者数が急増すると予想されるのは、2035年に85歳以上が1000万人を超えるためである。

介護職員の不足と国民の希望とのギャップも非常に大きい。図6は、「どこでどのような介

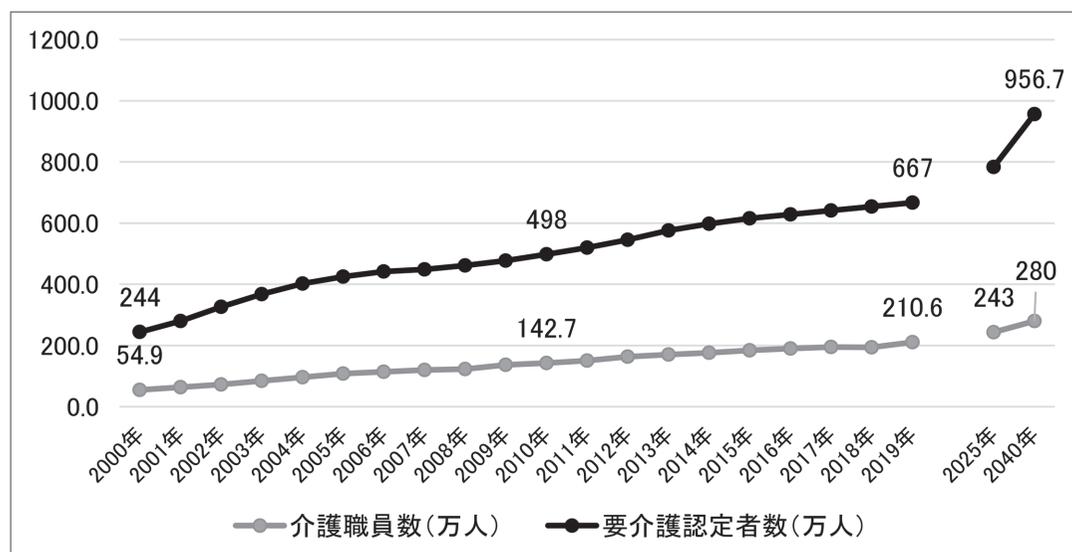
護を受けたいか」という問いに対する回答である。「どこで」に関する質問には、「自宅で」の回答が約7割をしめる。「どのような」に関する質問では、「外部の介護サービス」や施設入所という回答が約8割である。実現困難な希望と言わざるを得ない。

さらに、介護職員の不足は、そのまま家族介護への依存を余儀なくさせる。家族による介護は、知識・スキルの不足から疲弊し、虐待に至ることがある。

加えて、この質問で最も多かった回答は、「家族に依存せずに生活ができるような外部サービスがあれば自宅で介護を受けたい」という37.4%であった。残念ながら、訪問介護員の不足は極めて深刻で、これこそ最も困難な希望であると言えよう。

世間には、介護を「誰でもできる仕事」と考える人がいる。だが、「誰でもできる」なら誰もがすればいい。そうすれば、社会問題にはならない。「誰でもできる」と言いながら、「誰も

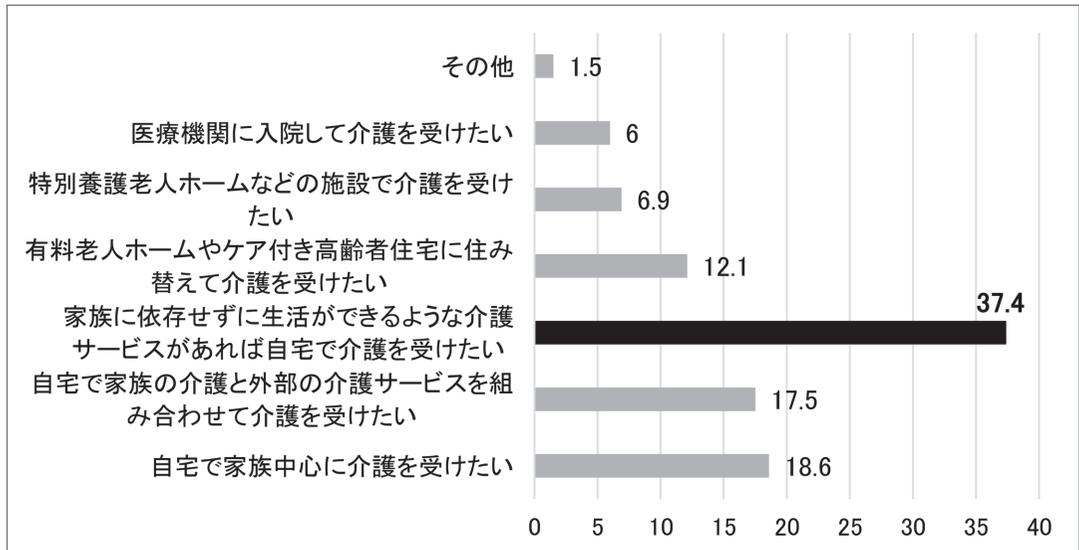
図5 介護職員数と要介護認定者数の推移(万人)



出典 令和元年厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(介護職員数)「介護保険事業状況報告」(要介護・支援者認定数)より筆者作成

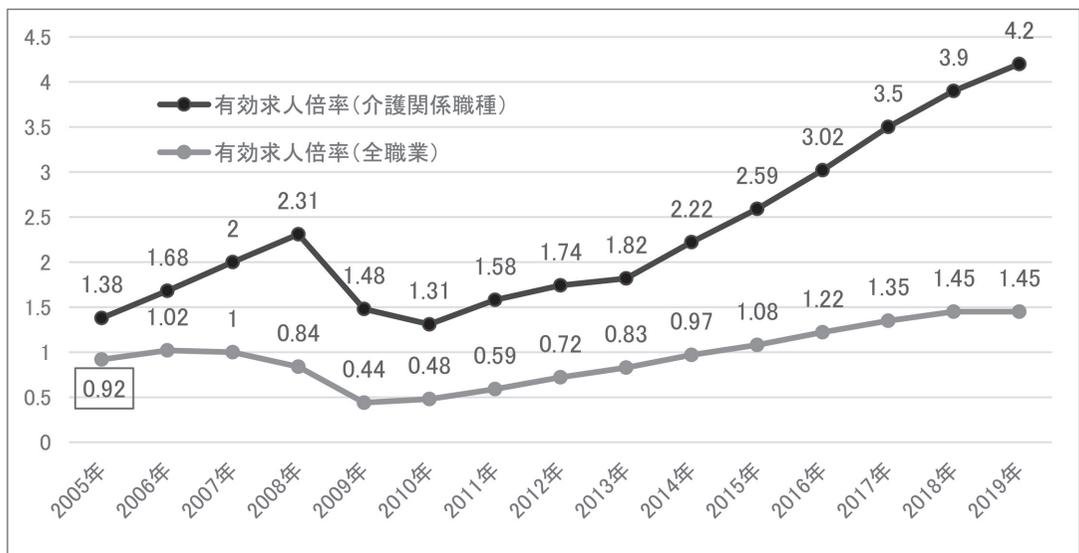
「多死社会」を支えることができるのか(川口啓子)

図6 どこでどのような介護を受けたいか(%)



出典 内閣府『平成30年版 高齢社会白書』より筆者作成

図7 有効求人倍率(介護関係職種)の推移



出典 内閣府『令和2年版 高齢社会白書』より筆者作成

が」しようと思わず、「誰かが」してくれるはずーそう考えて、外部の介護サービスを期待している。ここに大きな矛盾がある。あてのない「誰か」に介護を期待するより先に、国民自身が介護職員を社会で育てる一員とならなければ

ならない。

図7は、介護職を求める有効求人倍率の推移である。リーマンショックの頃に介護に就く人が少し増え、有効求人倍率が下がっている。今なら、コロナによる不景気で介護職を選ぶ人が

増えるかもしれないとも思うが、介護事業所の閉鎖・倒産も多く、不安定な業界という印象がつきまとう。訪問介護員に限ると、訪問介護員自身の高齢化による退職も進み、有効求人倍率は15倍前後になると言われている<sup>(7)</sup>。民間の求人サイトでは、さらに高い数値を示すところも多い。

介護事業所の閉鎖、倒産が過去最高になった原因としても、人手不足の影響は大きい<sup>(8)</sup>。職員が少ないと、介護サービスを提供する利用者数が限られ、利用者数が少ないと経営が成り立たないためである。少なくない介護事業所が、何とか人材を確保するため、人材紹介会社に1法人平均390万円もの予算をつぎ込んでいる<sup>(9)</sup>。年間予算500万～1000万円という話もよく聞く。そうした予算の半分でも介護職員の研修・育成費用に充てることはできないものだろうか<sup>(10)</sup>。人材紹介の名のもとに、国民が支払った保険料や税金が民間営利企業に流れていることに、業界挙げて抗わなければならないはずだ。

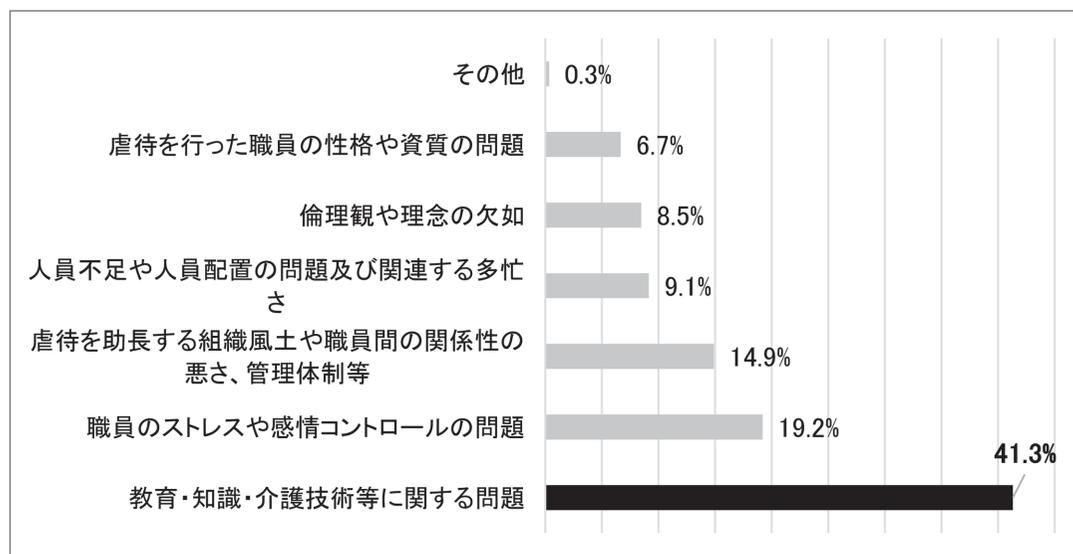
## (2) 人手不足と虐待

介護職員の不足がもたらす影響はこれだけではない。介護職員の不足は、利用者虐待にもつながりやすい。図8は、職員による虐待の原因を表したものである。「教育・知識・介護技術等に関する問題」が41.3%と、最も多い。「人手不足→過重労働→研修不足→成長機会剥奪→離職→人手不足」という悪循環である。結果、介護職員による高齢者虐待は年々増加し、相談件数2187件、判断件数621件に上る<sup>(11)</sup>。

さらに、ここには殆どカウントされない虐待もある。たとえば、ミトン手袋をかぶせる(手の自由を拘束)、ふかふかのソファに座らせる(高齢者の筋力では立ちあがれない=拘束)、投薬(行動抑制)、4点柵ベッド(移動の自由を拘束)、自動ドアの開閉(手が届かないところに自動スイッチ)、エレベーター移動(暗証ボタンが必要)など、職員たちは本来したくないことをせざるを得ない状況に追い込まれている。

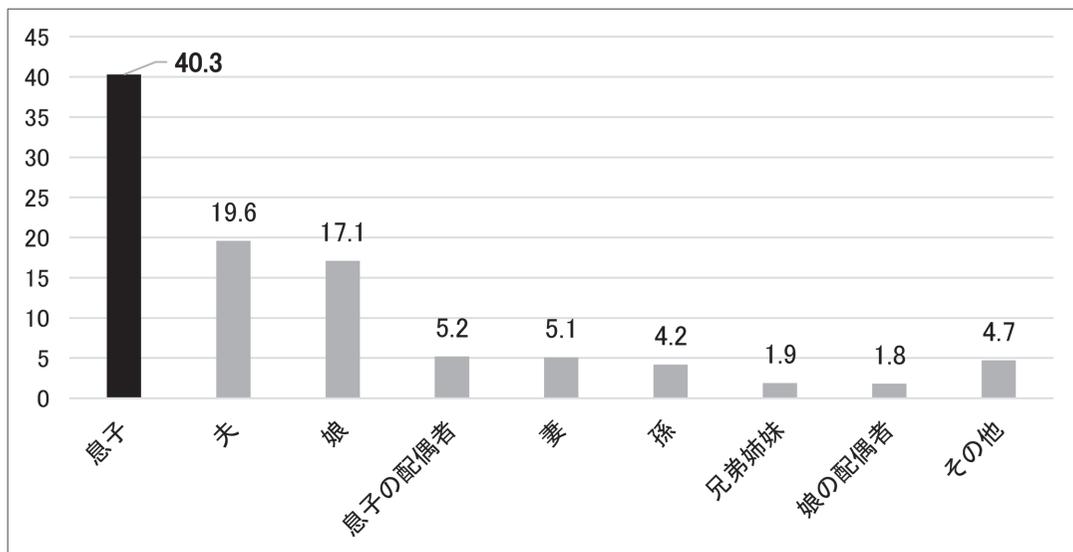
介護職員による虐待がニュースになると、多

図8 施設における虐待の原因



出典 厚生労働省「令和元年度『高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律』に基づく対応状況等に関する調査結果」より筆者作成

図9 被虐待者からみた虐待者の続柄(%)



出典 厚生労働省「令和元年度『高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律』に基づく対応状況等に関する調査結果」より筆者作成

くの報道が施設の管理体制や職員の資質に注目するが、その奥深くに人手不足をもたらす構造的な問題があることを看過すべきではない。

また、家族による虐待件数も増加している。家族は、突然、介護する側になって狼狽える。予備知識もなく、介護職員のように考え方やケアスキルを習得する機会もない。したがって、虐待相談件数34057件、判断件数16928件と、介護職員のそれを大きく上回る<sup>(12)</sup>。これも通報された数だけであり、氷山の一角と言っていだろう。

家族による虐待の内訳を見ると(図9)、息子からの虐待が40.3%、夫19.6%、娘17.1%となっている。「家族だから大丈夫」ではない。愛情や絆の程度にかかわらず、家族だからこそ要介護状態をうまく受け入れられない。無理を続け、精神的・肉体的・経済的にも破綻する事態につながる。「家族こそ危ない」と言えるのかもしれない。

筆者も家族の介護を経験している。そこから

得たのは、「介護に不可欠なのは、愛情より根性より知識」ということだった。人手不足が続く今、まだまだ家族介護が続く。だが、家族は基本的なことを学ばずに介護をする一筋底に「誰にでもできる」「何とかなる」という誤った認識を持ったまま。そのことが、結果として要介護者も家族も、「家族責任」「自己責任」という権利剥奪の罠にはめられていく。

その最たる悲劇が介護殺人(心中含む)である。介護殺人の72%は、男性が加害者だ<sup>(13)</sup>。この背景には、会社人間からいきなり介護をしなければならない状況に追い込まれ、追いつめられたという事態が推測される。介護保険制度も知らない、老いもケアも認知症も学んでいない、家事もよくわからない、地域のつながりもない、SOSも出せない—そんな状況ではないだろうか。

こうした事態を避けるためにも、介護はできるだけ早期に活用したい。「いよいよとなってから」という姿勢は、重度化(より介護が困難になる事態)を待っているに等しい。介護保険

を使う、さまざまな支援を受ける、ヘルパーが出入りする、社会資源を活用する、そんな暮らしが普通にある社会が望まれる。

### (3) ネガティブイメージ

次に、介護職員不足の根底にあるネガティブイメージについて考えてみたい。人手不足の原因として、賃金など労働条件ばかりに焦点があてられがちだが、このネガティブイメージこそ介護を忌避させ、不足に拍車をかけている。そこには、無意識ながらも介護に対する見下しが存在する。

あるヘルパーは、排泄介助の最中に「娘や孫には、こんな汚い仕事させられへんわ」という言葉を浴びせられた。「介護＝排泄物の処理」としか見ず、「汚い仕事」という思い込みに支配されている。

超高齢社会が続くこれから、排泄の自立が困難な高齢者を多数抱える社会が到来するかもしれない。これをどう受け止めるのか。さらには、オムツを当たり前とせず排せつの自立へ導く介

護をどう実現するのか、人間が長生きするようになった今、これは人類史的な課題としてとらえられなければならない。

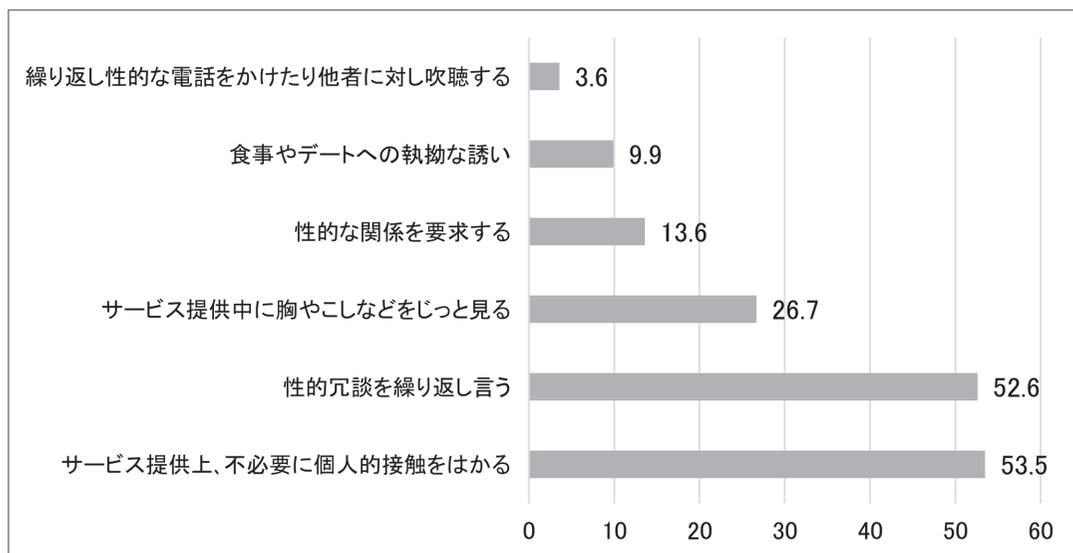
また、「ヘルパーさんは、勝手口からね」という言葉をかけられた人もいた。医師と看護師は正面玄関から入ってもよいのに、である。加えて、職業差別と同時に要介護者の存在を隠すという要介護者差別、高齢者差別という潜在的差別意識がある。往々にして無自覚なこうした言動は、意図的な差別発言の根絶より長い道のりを要するかもしれない。

他にも、利用者の買い物際には「ちょっと、タバコ買ってきて」であるとか、「庭の雑草、抜いといて」、「ねえちゃん(ヘルパー)、一緒にゲームしようや」、「2階の納戸の荷物、降ろしてくれる?」と、あたりまえのように契約外・制度外のサービスを要求する利用者や家族もいる。

不祥事を起こした芸能人が「介護で禊」を行うかのような報道も多い。介護は、罰ゲームか。

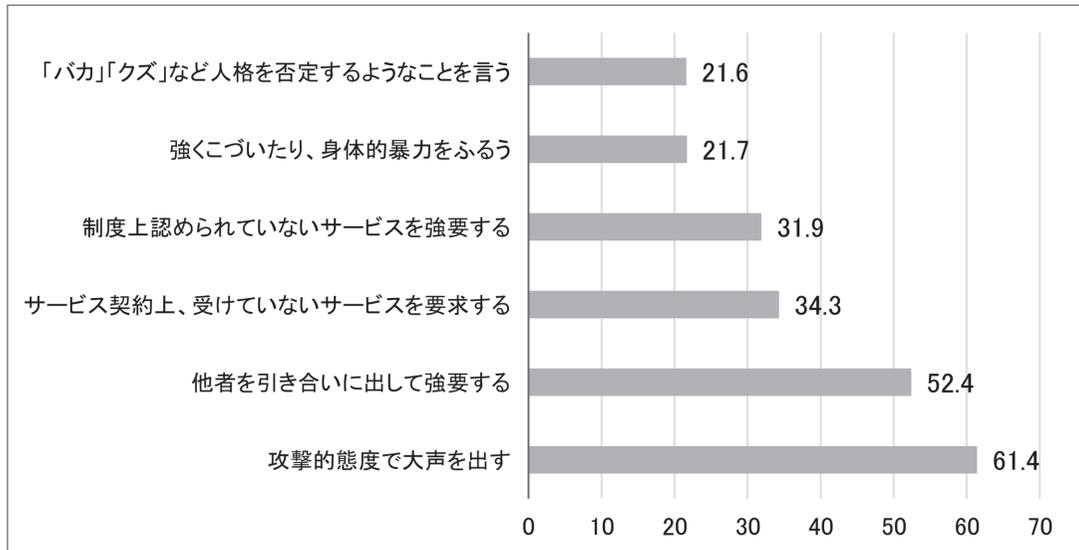
訪問介護では、セクハラやパワハラも後を絶

図10 介護労働者のセクハラ被害の状況(%、複数回答)



出典 UAゼンセン日本介護クラフトユニオン政策部門による調査(2018年4～5月)より筆者作成

図11 介護労働者のパワハラ被害の状況(%、複数回答)



出典 UA ゼンセン日本介護クラフトユニオン政策部門による調査(2018年4～5月)より筆者作成

たない。セクハラは、女性3割、男性1割が被害に遭ったと回答している(図10)。パワハラは、女性7割、男性6割が、経験している(図11)。「お金を払って雇ってやっている＝使用人」のような勘違いも横行しているのである。

多くの国民が、介護の考え方も知識もスキルもおろか、自ら保険料を拠出する介護保険制度すら何も学ぶ機会がない。それでも人は100%老い、「いよいよとなって」介護保険、介護サービスを利用する。質の高い介護サービスを受けたいと思うなら、「利用者の尊厳を護る」ことと「介護職員の尊厳を護る」ことが同時に成立する環境がなければならない。互いに尊重し合う関係がなければ、利用者・家族による介護職へのハラスメントも生じるだろうし、介護職員から利用者への虐待も生じるだろう。

ハラスメントに対しては、厚労省も対策マニュアル等を作成しているが、利用者・家族に対して「介護保険制度や介護を学ぶ・理解する、人権意識を高める」というアプローチは乏しい

のではないだろうか。介護のネガティブイメージ、利用者側の間違った認識をそのまま放置するなら、せっかく介護の仕事に就いた人たちに失望感を与え、大きな社会的損失を生む。そして、人手不足を半永久的に助長する。

## 5. 「要介護＝迷惑」という意識—遠慮や謙遜を美德とする文化

かつて、老人医療費一部負担の無料化を「枯れ木に水をやるようなもの」と言った大臣がいた。それがそのままだとしたら、介護は「枯れ木に水をやる」仕事にされてしまう。そこでは、要介護者の尊厳も護られなければ、介護職員の尊厳も護られない。自分自身が老いたとき、要介護になったとき、国民はそれで良しとするのだろうか。

要介護という憂き目にあわないために、健康寿命を延ばしてPPK(ピンピンコロリ)を目指し、健康に気をつけている人は多いことだろう。だが、健康寿命が延びれば、当然のことながら

平均寿命も延びる<sup>(14)</sup>。統計で見る限り、多くの人のPPKは叶わない。にもかかわらず、老いも要介護も先延ばしにしながら体力づくりに勤しむ—それこそ自身を「自己責任」に追いやる。その「自己責任」が「要介護＝迷惑」という差別的価値観を助長する。

要介護は迷惑ではない。要介護高齢者は中途障害者である。「要介護＝迷惑」という考え方は、「障害者＝迷惑」と言うのと同じ、明らかな差別である。「家族に迷惑をかけないように…」など「謙遜」を美德とするような「物わがりのいい高齢者」であってはならない。ただの差別発言と権利放棄である。

さらに言えば、「家族に迷惑だから」と安易に施設入所を希望する「遠慮」の言動は、施設を「迷惑の受け入れ場所」とし、介護を「迷惑処理業務」にしてしまう。介護施設と職員に対して、極めて失礼な言動である。

昨今、介護に備えて介護脱毛が推奨されているという。介護脱毛とは、排泄介助をしやすいよう、予め陰毛を脱毛しておくことである。近年、生活情報誌、芸能人、若年世代、高所得者層に広がりを見せている。このことが「マナー」や「美德」になると、日本社会の同調圧力は、「マナーを守れ」と強く働くのではないか。

介護脱毛を推奨する人たちは、利用者にも介護職員にもメリットがあると主張する。ただ、介護事業者側が脱毛を勧め、「脱毛していない人はお断り」ということになったら、脱毛費用が払える人しか介護を受けることができなくなる。この時点で公的介護保険の「公的」が消滅する。

加えて、介護脱毛を是とする利用者側は、「介護＝オムツ」「介護＝排泄の世話」を前提としたままではないだろうか。排せつの自立を促すことも、排せつの自立を維持することも考え

ていない。オムツを前提に人間の自然な姿を変えようとしている。人間がオムツに合わせる、排泄物の処理に合わせて姿を変える—超高齢社会はこのような感覚を次世代に引き継ぐのだろうか。

2025年には団塊世代が後期高齢者となり、2042年には65歳以上の人口がピークとなる。現在、働き盛りの40代が高齢者になる頃、彼らは90歳台後半の老親介護をしているかもしれない。2065年には65歳以上の高齢化率がピークになる。現在の20代が高齢者になる頃、多くの親が100歳を迎える時代になる。

介護の社会化、「社会で介護を担う」は、「要介護＝迷惑」という社会的認識を次世代に残してはならないこと、高齢者という社会的存在を受け入れてあたり前の社会を構築すること—このこととともにある。高齢者人口の増加は、その客観的基盤である。

## 6. 「自宅で最期まで」と孤立死—ひとり暮らしの「多死社会」

次に、ひとり暮らしの高齢者が増えている現状を踏まえ、在宅死、孤立死<sup>(15)</sup>について言及しておきたい。

2020年の65歳以上人口の単身世帯率は、男性15.5%、女性22.4%である。2040年には、男性20.8%、女性24.5%と予想されている<sup>(16)</sup>。夫婦二世帯はこれに続く単身予備軍であり、ソロ社会の到来も近い。全世代を合わせた単身世帯率は、2020年ですでに38.0%になる<sup>(17)</sup>。孤立しないひとり暮らしか、無縁社会のひとり暮らしか、ひとりひとりの人生と地域社会の在り方が同時に問われることになる。

友人がいない、家族もいない。近所づきあいがいい、コミュニティがない。貧困、不安定雇用、8050問題、家族崩壊などの問題を抱えた

人も多く、孤立死の約半数が65歳未満とも言われる。以下、若干の事例を紹介する<sup>(18)</sup>。

#### 《事例1》

60代男性、一軒家の自宅で、死後3週間たって発見された。彼は、外部とのコミュニケーションを拒んでいたと聞かすが、はたして孤立を望んでいたのだろうか。冷蔵庫には、「明日もまた、生きてやるぞと米を研ぐ」という自筆の紙が貼られていた。

#### 《事例2》

68歳男性、ワンルームマンションで死後半年たって発見された。室内には物が少なく、質素な生活をしていたようである。その壁には、やはり「ほけ防止の10カ条」や「これからの私の人生 ①過去の良い事も悪い事も忘れる事、②今日、1日を大事に生きていこう、③毎朝、公園での運動は実行する事、④ホビー(映画、競馬、ウォーキング、旅行)などは時間とお金と相談して実行する事」と書かれた紙が貼られていた。

#### 《事例3》

死後1ヵ月たってから発見された男性。現場は修羅場と化していた。男性は、「誰の世話にもならん！」が口癖であった。犬を20数匹飼い、近隣の方も敬遠しがちになっていたという。1匹だけ生き残っていた犬は、死肉を食していたようだった。この犬は、後日殺処分された。

#### 《事例4》

50代の女性。マンションにて死後2週間で発見された。異臭に気付いた近隣住民が警察に通報し、発見につながった。現場は「ゴミ屋敷化」していた。ゴミが山積みの食卓テーブルには、社会復帰をめざす履歴書が残されていたものの、「私は何もできなくなりました。毎日がつらいです。死んでもいいと思っています。デモなかなかふん切りがつかせません。体はアカだらけ、

1ヵ月は風呂にも入っていません。」と書かれたメモも残されていた。

こうした無縁社会とは対照的な取り組みもある。千葉県船橋市では、ひとり暮らしの時代に希望に沿った最期を実現するため<sup>(19)</sup>、在宅医療に関わる医師やヘルパーが本人の希望を共有しつつ、地域でつながる取り組みを実践している。旧態依然としたしがらみとは異なり、ひとり暮らしでも孤立しない日常生活圏域のゆるいつながりが「多死社会」の安全・安心を支える基盤になる。

## 7. まとめにかえて

介護福祉士養成課程を有する大学で定員・入学者の激減を目の当たりにし、世間が介護を忌避する空気を嫌というほど感じてきた。とりわけ、高校訪問などでは、偏差値の高い高校ほど「介護は関係ありません」という。彼らは、一生、介護とは無縁なのだろうか。また、学生の実習や就職に際しては、介護事業所を有する医療法人でありながら介護職員を見下す医療従事者にも出会った。不愉快に尽きる。

介護保険法の改悪反対、介護職員の処遇改善を訴える運動体であっても、人手不足については「介護職員を増やせ」というスローガンどまりだ。スローガンの根拠はどこにあるのか、なぜ人手不足が生じるのか、深く分析した結果のスローガンとは思えない。制度改悪反対と処遇改善だけでは、人手不足は解決しない—そこが掘り下げられていない。

一方、医療福祉生活協同組合の組合員を対象とした「あなたの介護は誰がする？ PPKはむずかしい」という学習会では、手ごたえを感じた。高齢者個々の権利意識が耕されようとしている。「遠慮」や「謙遜」から「いよいよとなったら施設に入れればいい」と漠然と考えていたこ

とが、「違う、自宅で最期まで暮らすのは私の権利だ」「ターミナルケアの主役は家族じゃない、私だ」ということに気づく。65歳を過ぎた組合員は多い。親の介護は終わった、次は自分の番。だから、当事者として受け止める。学生運動世代でもある団塊の世代は、これまでの高齢者とは違う。権利意識のアップデートがはじまる。

かつて、死に場所の多くは自宅であった。高度経済成長期を経た今、あらためて「自宅で最期まで」の時代を迎えようとしている<sup>(20)</sup>。

多くの人が、尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営み、自宅で安心して最期を迎えることができるよう、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度<sup>(21)</sup>が設けられた。

介護のある日常をあたりまえにしよう。国民の共同連帯が介護職員を育てる。介護は、明るい「多死社会」のインフラである。

## 注

- (1) 第34回国家試験合格者の受験資格別内訳では、介護福祉士養成施設(養成校ルート)7.8%、福祉施設等の介護職員(実務経験ルート)88.3%、その他3.9%となっている。社会福祉振興・試験センターHP、2022年3月25日公開。
- (2) 中央法規『介護福祉士養成講座』(全15巻)第7巻『生活支援技術Ⅱ』、第11巻『こころとからだのしくみ』第2版2022年2月を参照。
- (3) 日本医療企画『介護職員初任者研修課程テキスト』(全3巻)『こころとからだのしくみと生活支援技術』第4版2018年9月を参照。
- (4) 1850時間の内訳は、座学・演習等1300時間、医療的ケア50時間、実習450時間である。
- (5) 拙稿「介護をめぐる諸問題—養成校の学生に見る貧困の諸相」非営利・協同総合研究所『いのちとくらし』No.54を参照。
- (6) 介護事業所に義務付けられている研修(認知

症ケア、プライバシーの保護、接遇、倫理及び法令順守など)。事業種別によって研修内容が異なり、指導・監査の対象になる。

- (7) 厚生労働省社会保障審議会介護保険部会(第92回)資料1「介護保険制度をめぐる最近の動向について」。
- (8) 東京商工リサーチ [https://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20221007\\_01.html](https://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20221007_01.html)より(2022年11月24日閲覧)。
- (9) 独立行政法人福祉医療機構「2021年度特別養護老人ホームの人材確保に関する調査結果」による。人材紹介会社に支払う手数料についての不満も多い。
- (10) 生活協同組合や民主医療機関連合会など、都道府県単位で連合体を有する組織は、人材紹介会社に支払う経費の何割かを出し合い、共通の介護職員研修制度を設けるなどの取り組みが必要ではないか。
- (11) 厚生労働省「令和元年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果」。
- (12) 前掲に同じ。
- (13) 『毎日新聞』2016年2月14日付。湯原悦子(日本福祉大学准教授、司法福祉論)の調査に基づく記事より。
- (14) 内閣府『令和4年版 高齢社会白書』によると、2019年時点の男性の健康寿命72.68歳、平均寿命81.41歳、女性の健康寿命75.38歳、平均寿命87.45歳で、平行して延びている。
- (15) 孤独死と孤立死は明確に区別されているわけではないが、内閣府『平成22年度版 高齢社会白書』では、「誰にも看取られることなく息を引き取り、その後、相当期間放置されるような悲惨な『孤立死(孤独死)』の事例が…」と表現されている。
- (16) 内閣府『令和3年版 高齢社会白書』。
- (17) 総務省統計局「令和2年国勢調査人口等基本集計結果」。
- (18) 事例は、KKメモリーズ代表 横尾将臣氏の提供による。
- (19) 「希望に沿った最期を実現するネットワー

ク」NHK地域づくりアーカイブス(ネット配信動画)より(2022月11日24日閲覧)。

- (20) 厚生労働省「令和3年 厚生統計要覧」死亡数・構成割合, 死亡場所×年次別によると、2005年以降自宅死が徐々に増え、2020年は自宅死15.7%になった。

[https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk\\_1\\_2.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html) (2022月11日25日閲覧)。

- (21) 下線部は、介護保険法第一章 総則(目的)第1条より。



原著論文

## アドバンスケアプランニングの前提として 死生観教育は必要か

Is Education Regarding Views on Mortality Necessary as a  
Prerequisite for Advance Care Planning?

大野 裕 美(名古屋市立大学大学院医学研究科)

Hiromi OHNO

<抄録>

【目的】 ACPに必要な死生観を育むための教育要素を抽出する。【方法】 がん体験者11人と非がん体験者8人を対象としたフォーカス・グループインタビューを実施し、インタビュー項目は「ACPのイメージ」、「死生観についての考え」、「死生観教育に必要なもの」とした。【結果】 教育要素として「コミュニケーションゲーム」と「死と生を切り離さない教育」が抽出された。【結論】 ACPと死生観は親和性があり関連していた。

<キーワード>

アドバンスケアプランニング advanced care planning、 死生観教育 life and death education  
人生の最終段階 end of life、 対話 dialogue

[Objective] The objective of this study was to identify the educational elements that are necessary to foster views on mortality that are associated with advance care planning (ACP), based on the results of a survey on participants' perceptions of ACP, life, death, and mortality.

[Methods] This research was qualitative and descriptive, using focus group interviews with 11 people who had experienced cancer and eight who had not. The interview topics were "participants' image of ACP," "thoughts on views on mortality," and "prerequisites for education regarding views on mortality."

[Results] There was no notable difference between the two groups—those who had experienced cancer and those who had not; both groups expressed the opinion that "ACP is related to mortality." Mortality is not an everyday subject that we usually consider in our daily lives; thus, the necessity of "a framework that allows awareness of one's mortality in daily life" was shown. Methods to foster views on mortality highlighted by the study included: "communication games that can be played at home," and "education to encourage individuals to think of life and death as a continuum." While it was found that education regarding views on mortality is important, the

(受理日：2023年1月12日)

findings also indicated that those who do not want to think about their mortality must be taken into consideration.

[Conclusions] ACP and views on mortality were found to be related and to have an affinity with each other. Facing death forces one to consider one's life, leading to people living their lives in their own way. In the future, a system is required to create a concrete educational program for views on mortality that encourages individuals to implement ACP.

## 1. はじめに

厚生労働省は、アドバンスケアプランニング(以下ACP)の普及・啓発を目指して、公募により「人生会議」という名称を2018年から併用するようになった<sup>(1)</sup>。現在、ACPと人生会議は同義語として、その時々状況に応じて使用されているため、本稿でも同様に2つの用語を併用しながら記述していく<sup>(2)</sup>。ACPは「今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合い共有する取り組み」と定義されており、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(厚生労働省, 2018)に、そのプロセスが記されている。もしもの場合に備えて、あらかじめ自らの考えを家族や医療職とともに話し合い、治療やケアの方向性を共有しておくのである。総務省の推計でも、2030年頃には年間の死亡数が160万人を超えることを想定しており、超高齢多死社会の到来は目前であることから、ACPの取り組みが期待されている(総務省, 2016)。

しかしながら、「人生の最終段階における意識調査報告書(2018)」によれば、人生の最終段階における医療や療養について、これまでに考えたことがあると回答した一般国民は59.3%であるものの、実際に家族や医療関係者と話し合ったことがある人は39.5%であった。5年前の2013年の調査結果と比較すると、話し合っ

たことがある人は2.7%減少しており、ACPは進んでいないことがわかる。

なぜ、ACP、すなわち人生会議は進んでいないのだろうか。人生の最終段階を話し合うことは、人生会議と称されるように、死までを射程に入れた生のありようを問うことである。どう生き、どう逝くのか、他人任せにするのではなく、自ら考え判断し表明していくことである。しかしながら、いまや死生は医療やケアの問題に置き換えられて日常から切り離されている。戦後、急速に「死の病院化」がすすみ、日常的な生活空間からは死が消えていき、他人の死に顔を見たことがないという経験は決して突飛なものではなく、きわめてありふれた現象となった(庄司, 2020)。治療による延命が優先される臨床現場においては、延命至上主義の傾向が強く、患者の生命を可能な限り引き延ばすことに傾斜する傾向がある(岡部ら, 2010)。また、死をタブー視する文化があることも否めない(坂本, 2013・木村ら, 2015)。死生観の希薄化を解消するためには、死生観をあえて教育というかたちで意識的に育成していくことが不可欠な時代なのである(大野, 2019)。

現在、ACPは主に、もしもの場合の治療やケアに対する医療行為や、入院や施設、自宅などの療養環境などを含めた延命処置に関する意思表示に焦点が当てられているが、医療職と患者の関係には情報の非対称性が存在しており、

患者は医療職と同等の情報を持ち得ない(谷口ら, 2005)。情報の非対称性があるにもかかわらず、その差が解消されないまま延命治療について問われても、患者や家族は判断に苦慮する。国のACPの方針では、繰り返し話し合うことを求めているが、これも多忙な臨床現場では、物理的に難しいというのが実情であろう。つまり、ACPの普及・啓発を国は推進しているものの、死生観が希薄であるという現代社会事情にくわえて、医療職と患者間の情報の非対称性による患者側の不利的環境、医療現場の多忙な実情などに鑑みれば、ACPを行う前提条件にこそ問題があるといえる。

特に、死生観は前述したようにACPに関連する要素であり、人生会議における思考判断の基盤となるため、意思決定に大きな影響を与えることが想定される。はたして、死生観の希薄化がACPの障壁となっているのか、また死生観がどのようにACPと関係するのか、それらの関連を調査し、死生観を育むための教育要素を検討することは、超高齢多死社会を迎えるにあたって優先すべき課題だといえる。

## 2. 目的

本研究の目的は、ACPと死生に関する意識調査から、ACPに必要な死生観を育むための教育要素を抽出することである。

## 3. 方法

### 1) 用語の定義

本稿で用いる「死生観」とは、「死生物学とは、死にまつわる現象にまずもって照準し、その探究や考察をとおして生をとらえなおす学問であり、実践的、学際的、実存的な特徴をもつ(山崎, 2014)」ことを軸とした、「死から生をみつめた生き方のありようとその考え方」とする。また、

「死生観教育」の対象は、本稿で扱うACPとの関連から一般市民と医療職とする。

### 2) 研究デザイン

フォーカス・グループインタビュー(以下 FGI)を用いた質的記述研究である。

### 3) 対象

がん罹患の有無によって死生観の相違があることが先行研究で明らかになっていることから、20歳以上のがん体験者と非がん体験者の人数が同数になるように募った(大野, 2017)。リクルート方法は、公設がんサロンとして、がん患者だけでなく一般市民にも活用されている名古屋市がん相談情報サロンピアネットに参加者募集の案内掲示を依頼した。集団の特徴にフォーカスすることで相乗効果性が期待されるので、募集案内には、「ACPと死生観について自らの考えを発言できること」を参加条件として明記し、研究の趣旨および参加条件を事前に示した。

FGIは、質的調査法の一手法であり、仮説形成や現象理解の深層を解明するために適切なグループ・ダイナミクスを基盤にした研究方法であるため、本研究課題の解明に有効であると判断した(田垣, 2008)。

### 3) FGIの実施方法

がん体験者と非がん体験者別に群編成を行い、各群のインタビュー時間は90分程度とした。インタビュー内容は、ICレコーダーと記録係の筆記によって記録した。インタビューの進行係であるモデレーターは、これまでにファシリテーションの経験がある筆者が務めた。インタビューのテーマは「ACP」と「死生観」の2つであり、その下位項目として、ACPについては「ACPのイメージ」、死生観については「死

生観についての考え」,「死生に関する教育に必要なもの」とした。2021年12月にインタビューをそれぞれ実施した。

#### 4) 分析方法

分析方法は、SCAT (Steps for Coding and Theorization) を用いて解析した。SCAT は、4段階のコーディングを行い、そのテーマや構成概念を紡いでストーリーラインを記述し、そこから理論を記述する分析方法である(大谷, 2007)。本研究においても、以下の順で4段階のコーディングを行った。①参加者の発言逐語録データをセグメント化したテキストからデータ内の着目すべき語句を抜き出し着目点を明確化した(第1段階)②それを言い換えるためのデータ外の語句を表記するために、テキストにはないデータ外の語句を用いて言い換えた。これによって個別の事象を一般化することを試みた(第2段階)③さらに、第1段階から第2段階データの意味解釈をするために、データに影響を与えたと推論される文化背景や条件に照らして、テキスト外の説明するための概念を記述した(第3段階)。④そして、その概念を表すテーマや構成概念を創出するために、以上全体を表すテーマ・構成概念を表記し、コードとした(第4段階)。最終的に、④のコードをつないで意味内容に気を付けながらストーリーラインを作成し、理論を記述した。

以上の分析は、各インタビュー項目の場面ごとに行い、4段階のコーディングは一部の参加者にも協力を得て、解釈に逸脱がないか、適宜、確認作業を行い、ピアチェックによって精緻化した。問題のないことを確認したうえで、これらの理論化されたデータから、死生観教育に必要な要素を抽出した。

#### 5) 倫理的配慮

本研究は人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づき実施した。事前に筆者所属機関の研究倫理委員会での承認を得て(承認番号 H2021010)、研究対象者にはプライバシーの保護、研究参加は自由であること、参加の有無により不利益はないこと、得られたデータの公表等、口頭および文書で研究の趣旨を説明し、文書にて同意を得た。

### 4. 結果

がん体験者と非がん体験者を同数になるように協力を募ったが、結果として、20歳以上のがん体験者11人と非がん体験者8人の合計19人から協力が得られた(表1)。それぞれのインタビュー時間は、がん体験者群が71分53秒で、非がん体験者群が75分18秒であった。

表1. FGI参加者の属性(n=19)

項目	非がん体験者	がん体験者
年齢		
20代	3	0
30代	0	1
40代	2	2
50代	1	4
60代	2	4
性別		
男性	3	3
女性	5	8

前述のSCAT分析の手順に沿ってFGIデータを分析した結果、96のコードが抽出された。その内訳は、がん体験者群が43コード、非がん体験者群が53コードであった。以下の各データの下線は、データ分析によって示されたストーリーラインと理論をもとに、死生観教育と関連がみられた要素である(表2.～表4.)。

### 1) ACPのイメージ(表2.)

がん体験者は、ACPについて、「名称理解に留まっており具体的な実践レベルには至っていない。ACPの普及には国民にどのような実行性を期待するのか具体化することが有効である。ACPと死生は切り離せないことから死生への意識づけが求められる。」と考えていた。非がん体験者は、「日常から切り離された死の現象を、どのように一般的にも身近な現象として認識させるか課題である。ACPの認知度は、そのことが求められる医療職と一般市民では乖離がある。言葉の持つイメージがあるので、伝えたいメッセージを用語に表す工夫が必要である。家族間でも死の捉え方が違い、死を話し合うことが難しい状況もあることから、死生を語るためのトレーニングが必要である。」と考えていた。

両群に共通する事項は、「ACPが何をやるものか具体的に分からない」、「ACPと死生観は切り離せない」の2点であった。それ以外の関連要素は、「医療職と一般市民ではACPの認知度が違う」ことであった。

### 2) 死生観についての考え(表3.)

がん体験者は、「日常において死生観を高めるためにはきっかけが必要である。家族が代理意思決定しなくてはならない重圧感を減らすためにも、看取りをタブー視する風潮を変える必要がある。死生観教育に活用できる教材としては、日常の中で考えていく態度形成と、死は自己完結するものではなく周囲の支援によって成り立つものであることも大切な構成要素である。」と考えていた。非がん体験者は「死は非日常のものであるゆえに、普段、考えることをしない。それゆえ、死という現象は手ごたえがないので恐怖心を伴う。しかし、一方で身近な

人の看取り等の体験からいのちの有限性が体感できる。死を自分事として捉えられるような死生観の醸成教育が必要である。死を体験することはできないので、死にゆく姿から死生を捉え直すような仕組みが重要である。」と考えていた。

両群の共通事項は、「日常のなかで死生観を養うためのきっかけづくり」、「周囲も巻き込んだ日常のなかで死生観を育むプログラム」、「看取りをタブー視するのではなく、死にゆく姿から死生を捉え直すような仕組みづくり」の3点であった。

### 3) 死生に関する教育に必要なもの(表4.)

がん体験者は、「死生観教育は堅苦しいものではなく、お茶の間でもできるようなコミュニケーションゲームがあれば普及しやすい。しかし、一方で押し付けにならないように考えたくない人への配慮も重要である。」と考えていた。非がん体験者は、「死生観教育は、現行の学校教育のなかで行うには限界がある。生に傾斜した、いのちの教育で留まっていたは、死生について考える教育だといえない。また、学習指導要領に制御される学校教育では、評価の観点からも、死生観の醸成をどう数値化するかは困難であることから、どこに位置づけるか工夫が必要である。発達年齢を考慮しながら、死も生とひとつらなりのものであることを考えさせる教育が鍵である。」と考えていた。

両群の共通事項としては、「堅苦しいものではなく、お茶の間でもできるようなコミュニケーションを主体とした教育」であった。それ以外の関連要素は、「考えたくない人への配慮」、「評価が難しいので学校教育ではどこに位置づけるか」、「死も生とひとつらなりのもの」であった。

#### 4) データ統合

がん体験者と非がん体験者との間で、両群に大きな違いは見出されず、「ACPは死生と関係する」ことが共通意見であった。そして、死生は非日常のものであり、普段、考えることをしないため、「日常のなかで死生が意識できるような仕組み」が必要であった。死生観を育む方法としては、「お茶の間でもできるコミュニ

ケーションゲーム」や、「死と生をひとつらなりのものとして考えさせる教育」が抽出された。また、職業による捉え方の違いが指摘されており、非がん体験者から「医療職にとってACPは身近であるが一般的には遠い存在」であることが示された。また、死生観教育が必要であるが、「考えたくない人への配慮が必要」という指摘もあった。

表2. ACPのイメージ(筆者作成)

群	コード(テーマ・構成概念)	ストーリーライン	理論
が ん 体 験 者	意味が分からないので考えたことがない		
	終末期医療のイメージが色濃く横文字が並べられて具体的に何をすればよいのか分からない		
	遺言として文書に残し、その内容を周囲と共有することは大切		
	知らない人にとっては視聴覚教材が有効/互いの考えを知るためには雑談からその人の価値観を共有していく	ACPに対する認知度は、名前は知っているが具体的には何か分からない表在的な理解に留まるレベルであった。	ACPの認識は名称理解に留まっており具体的な実践レベルには至っていない。ACPの普及には国民にどのような実行性を期待するのか具体化することが有効である。ACPと死生は切り離せないことから死生への意識づけが求められる。
	広告も当事者でなければ素通りする	メディアによる普及啓発効果もあり、看取りのイメージだけでなく人生の最終段階をどう生きていくのか長いスパンで周囲とともに考えていくことをイメージしている人もいた。だが、死をタブー視する文化を背景に、死ぬときのことを家族と一緒に考えることは難しいと感じていた。	
	宣伝媒体から知識は得られてもイメージで留まり、実行には移らない		
	世間の注目により気にはなるが、難しいイメージが先行し実行には繋がらない		
自分が最期を感じたときに、家族や医療者とともにどうしたいのかを相談しながら決める			
メディアを通じて言葉は知ったが、表面的な理解で終わっている/世間一般の認知度は低く、これからの新しい概念である			
死をタブー視する文化のもとでは家族と死について語ることは難しい/日常の中で死を語る必要がある			
非 が ん 体 験 者	患者中心の医療/死の質を重視した終末期医療		
	人生の最期に関する意思表示/多職種協働カンファレンス		
	ACPに関する用語の浸透度/家族コミュニケーション		
	家族の看取りの体験の教材化	終末期医療の分野で人生の最期に関する意思表示のことである。ACPに関する用語は医療職等、一部の人に浸透しているが一般的でなく、家族で話し合うことが大切だと考えられている。横文字多用による分かりにくいことも浸透を阻む要因であると思われ、言葉の持つイメージと死の捉え方が関係する。家族だからこそ死のことを話せないことも必要である。	日常から切り離された死の現象を、どのように一般的にも身近な現象として認識させるか課題である。ACPの認知度は、そのことが求められる医療職と一般市民では乖離がある。言葉の持つイメージがあるので、伝えたいメッセージを用語に表す工夫が必要である。家族間でも死の捉え方が違い、死を話し合うことが難しい状況もあることから、死生を語るためのトレーニングが必要である。
	死について効果的に話すためのパッケージ/立場で違う死の捉え方		
	国民感情を意識したイメージ戦略の工夫/看取りの体験の利		
	家族だからこそ話せない死のこと/死生を語るためのトレーニング		
核家族化に伴う独居者のエンドオブライフ/意思決定のための事前トレーニング			
ユニバーサルな環境/気軽に話せる自分の最期/気軽に話せない死/一部の人のみに浸透するACP			
横文字多用による分かりにくいメッセージ性/日常から切り離された死の現象			
言葉の持つイメージと死の捉え方/伝えたいメッセージを用語に表す工夫			

表3. 死生観についての考え(筆者作成)

群	コード(テーマ・構成概念)	ストーリーライン	理論
がん 体験 者	もしもの時に役立つエンディングノート/元気なうちから死についての話し合い		
	死生への考察はきっかけが必要/自らの健康状態に左右される死への気持ち	現在、アドバンスケアプランニングは一般的でなく、エンディングノートによる遺言がもしもの時の対応として先行している。つまり、一般的には死後の故人が遺したものに対してどう対応するかが主題となっており、死をタブー視する看取りの文化の影響により、死までの過程についての家族間の話し合いは回避されているのである。しかし一方で、看取りの体験は自分の死の疑似体験につながり死生観を熟成させる。死は周囲の協力が必要であり自己完結できないにもかかわらず、話し合いをする機会が乏しいため遺される家族の意思決定の負担は大きい。	日常において死生観を高めるためにはきっかけが必要である。家族が代理意思決定しなくてはならない重圧感を減らすためにも、看取りをタブー視する風潮を変える必要がある。死生観教育に活用できる教材としては、日常の中で考えていく態度形成と、死は自己完結するものではなく周囲の支援によって成り立つものであることも大切な構成要素である。
	死を考えることは生き方を考えること/身近な人の死は死生観を熟成させる		
	死生に対する意思表示は遺される者への思いやり		
	死をタブー視する看取りの文化/死のタブー視化は遺される家族の負担を増大させる		
	死生観の共有が遺される家族の負担を小さくする		
	死に対する考えは一定でなくその時々状況によって経時的に変化する		
	看取りの体験を活かした死生観教育		
	一般的でないアドバンスケアプランニング		
	看取りの体験は自分の死の疑似体験		
哲学的対話で死の感受性を高める/死は自己完結でなく周囲の協力が必要			
死に至るまでの過程を家族でつくる人生の設計図			
非 がん 体験 者	死の存在は非日常/不確かな命		
	望ましい死の在り方への追求/看取りの体験による自己形成	死は非日常的で不確かなものである。そのため、身近な人の死にゆく姿から生を学ぶことが大切である。死は恐怖であるが、一方で身近な人の死は生きた教材である。看取りの体験によって自分事に変化していくと思われる。限りあるいのちを意識することで、感じるから考えるへと変化できる。	死は非日常のものであるゆえに、普段、考えることをしない。それゆえ、死という現象は手ごたえがないので恐怖心を伴う。しかし、一方で身近な人の看取り等の体験からいのちの有限性が体感できる。死を自分事として捉えられるような死生観の醸成教育が必要である。死を体験することはできないので、死にゆく姿から死生を捉え直すような仕組みが重要である。
	親の看取りから学んだ死に対するイメージ変化/加齢に伴い増していく死への関心		
	死にゆく人から生を学ぶ/未知なるものへの恐怖/死は恐怖である一方で生きた教材		
	死を教えることと学ぶことの意義/死生観を醸成するための教育方法		
	身近なひとの死から学ぶ限りあるいのちの再認		
終末期医療における生き方の自己決定			
死について感じることから考えることへのシフト/自分事に変化する看取りの体験			

表4. 死生に関する教育に必要なもの(筆者作成)

群	コード(テーマ・構成概念)	ストーリーライン	理論
が ん 体 験 者	対話できる環境/簡易なツール	気軽に取り組める教材として、死について考えるためのお茶の間コミュニケーショングッズがあればよい。日常の中で気軽に話せる対話のツールを考慮していく。例えば、フローチャート式記述プログラムや対話式コミュニケーションゲームの活用である。でも一方で、社会の風潮に飲み込まれないように多様性を重視する視点、死生を考えたくない人への配慮も必要である。	死生観教育は堅苦しいものではなく、お茶の間でもできるようなコミュニケーションゲームがあれば普及しやすい。しかし、一方で押し付けにならないように考えたくない人への配慮も重要である。
	対話ゲーム		
	自己実現のための欲求/体験者としての認識/死から生を考える		
	死生を語る土壌/非日常的要素/気軽に話せるきっかけ		
	がんと就労の問題		
	社会の風潮/意思決定支援のありかた/多数の理論		
非 が ん 体 験 者	発達年齢に応じた死生観教育/当事者意識を醸成する教育内容	学校等で死を学ぶ教科はない。道徳科目で、いのちについて扱うが、いじめ防止教育の傾向が強く、いのちを大切にしようで終わっている感じがある。学校教育では枠組みがあるので限界があると思われる。宗教のなかで取り扱うことが想定されるが、公教育において宗教性は排除されている。また、発達年齢を考慮した教育方法が大切である。数値化できないものをどう教えるか考えなければならぬ。	死生観教育は、現行の学校教育のなかで行うには限界がある。生に傾斜した、いのちの教育で留まっているのは、死生について考える教育だといえない。また、学習指導要領に制御される学校教育では、評価の観点からも、死生観の醸成をどう数値化するかは困難であることから、どこに位置づけるか工夫が必要である。発達年齢を考慮しながら、死も生とひとつらなりのものであることを考えさせる教育が鍵である。
	日常から遠ざけられた死生/死より生に重きを置いた学校教育		
	自分らしく生きていくための死の教育/思いやりを育む死生観教育		
	道徳科目で死生を学ぶこと		
	生に傾斜した道徳教育		
	かつての勤勉教育		
	死生の仮想教育		
	宗教教育の役割再考/未知なるものへの不安の払拭		
公教育から排除された宗教			
	数値化できないものをどう教えるか/学校教育現場の枠組みでの限界		

## 5. 考察

以上の結果を踏まえてACPと死生観の関係をあらためて検討し、死生を育むための教育要素を明らかにしていく。

### 1) ACPと死生観

データから、ACPにおける意思決定は死生観と切り離せないことが確認できた。しかしながら、現状は死をタブー視する看取りの文化の影響があるように(表3.ストーリーライン)、日常のなかで死は表舞台から遠ざけられている。ACPの実施が求められる専門職においても、臨床では「生」が絶対的な価値を持ち、患者の「死」は医療者側の完全な敗北を意味し、治る見込みのない者に対しては戸惑う医師が多いという現状がある(野村ら, 2005)。また、国民皆保険制度以降、誰もが医療を享受できるようになり、在宅死から病院死の比率が逆転したことで、医療は「生」を延長させるという一方の価値のみに依拠するようになった(岡部ら, 2008)。「生」に傾斜する延命治療の伏線が医療において少なからず存在している。一般国民のみならず医療職も死をネガティブに捉える傾向があることを踏まえると、もしもの時のことを両者が話し合うことは文脈的にも難しい。国は繰り返しの話し合いをACPのプロセスとして強調しているが、現実的には、かなりハードルが高いことがあらためて本研究からも確認できた。

このように、現状ではハードルの高いACPだが、自分自身の価値観や希望を伝え、事前に提示しておくことは、もしもの時の医療やケアの方向性につながることから期待されている(日笠, 2009)。特に、医療職が治療的なことだけでなく、患者の価値や考え方に焦点をあてることで患者は信頼を寄せるようになり、患者や家族はそのコミュニケーションに対して意義を

見出すという効果がみられていることは特筆すべきことである(Detering, Hancock, Reade and Silvester, 2010)。患者は最期の日々をどう過ごすことが望ましいのか、人生の価値に関する考えの共有を求めているわけであるが(Hawkins, 2005)、これまで死生観を明確にしてこなかった患者にとって、自らの考えを表明することは容易でない。一方、専門職も患者の価値や人生に対する考え方など死生観を共有することよりも、延命治療などの処置やケアを優先する傾向がある。延命治療の是非については、冒頭で触れた人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインによって、本人の意思決定に基づくことが強調されている。しかしながら、延命治療というものをどこで線引きするのか、明確な定義があるわけではなく、それは個々の状況によって治療内容が違ふことに加えて、尊厳死や安楽死の法整備の課題も残されている。そして何より、多忙な医療現場において、患者や家族とのコミュニケーションの時間を捻出することは難しいという声も多い(樋口, 2015)。だからこそ、繰り返しの話し合いを実現していくために、ACPの前提として患者の死に対する価値観や考え方の基盤である死生観を互いに共有することが不可欠なのである。

### 2) 死生観を育むために必要な教育要素

死は誰も体験したことがないので体験者から学ぶことはできないが、死にゆく過程は、看取りの一連の行為を通して学ぶことができる。他者との関係による2人称の死によって、私という1人称の死の捉え方に影響が与えられるため、看取りなどの体験から死や死にゆく過程が学べる(V・Jankelevitc, 1978)。具体的には、データから示された「死は自己完結するものではな

く、周囲の支援によって成り立つものである」という点と、「死にゆく姿から生を学ぶ」という点から示唆が得られる。

これまで述べてきたように、死はタブーとされる風潮がある。くわえて、実際に看取りを体験したことがない人は、死にゆく過程がイメージできない。「周囲の支援によって成り立つ」という結果からも、個人ではなく家族などの近しい集団を単位として進めていくほうが受け入れられやすい。臨床現場では、もしもの時の治療やケアを相談する際に、家族に聞いてほしい、家族はこう思っているなど、患者本人の意思というよりも家族の意思を尊重するようなやり取りがみられている(大濱ら, 2019)。家族など近しい人とも普段から価値観を共有しておくことによって、もしもの場合の話し合いにおいて、家族に対して過度に遠慮をすることなく自らの意思を伝えることができる。

具体的な教育については、日常の中でも死生を考えるきっかけとなるようなコミュニケーションゲームの活用が考えられる。例えば、「もしバナゲーム」などのツール<sup>(3)</sup>を用いることで、茶の間で気軽に近しい人たちと話し合える。このような日常のなかで死生を考える試みは、医療職らのトレーニングにおいても、死生に関するレディネスの向上が報告されており有用である(大澤2021, 辻川2022)。その他、「タナトロジーカフェ」などのサロン形式の対話<sup>(4)</sup>による試みも、参加者同士の語り合いから、これからの生き方を自ら探求していこうとするきっかけが生まれており、死生観を育むための教育を考えるうえで参考になる(大野2018, 萩原ら2019)。

次に、「死にゆく姿から生を学ぶ」という点から、「看取りの体験」について検討する。死を自分自身で体験できないからこそ、他者から学ぶ死の体験が重要である。最期を迎える場所

については、末期がんの場合で痛みはなく意識や判断力が健康なときは、47.4%が自宅を希望し、重度の心臓病で意識や判断力が健康なときは、29.3%が自宅、認知症においては14.8%が自宅と答えている(前掲, 意識調査報告書2018)。病態や病状の違いはあるが、自宅外の病院や施設での死を望む傾向がみられる。最期の時と場所を医療に委ねているという結果から、今日、看取りの機会はますます減少してきている。

だが、看取りの体験は、いまや家族同然として認識されているペットなどから学ぶことも可能である。看取りの文意は、死にゆく人の傍でその状況を看(観察)、望むことを取る(支援)ことであるから、その死にゆく様から、自らの死生を問い直す機会が与えられることで、死生に対するトレーニングとなり得る。新型コロナウイルス以降、感染対策の名のもと、入院患者に対する面会中止になり、たとえ死期の近い家族であっても看取りの場にいることが許されない状況が続いている。これまで以上に、日常の中で死生の体験が難しくなっていることから、ペットなどの生きものから学ぶ意義は大きい。その他、誕生や看取り等の死生の体験を他者から聞くことや、体験記等のドキュメンタリー記録からの学びは、3人称の死として考えるきっかけが与えられる(前掲, V・Jankelevitc, 1978)。

看取りの体験において死にゆく過程の代替体験が可能になることの一方で、「考えたくない人への配慮が必要」であることについても留意しておかなければならない。死生を考えること、意識することは、精神的に辛さを抱えることもある。死生について考えたくない、遠ざけたいと思う気持ちも大切にしなければならない。杓子定規で一斉教育をするのではなく、個別の事情に応じた教育方法が望ましい。日々の生活の

なかで、構えず非構造的に死生観を育んでいくことが望ましいのか、それとも構造化したほうがよいのか、その具体的なプログラムについては今後の課題としたい。

## 6. 本研究の限界

限界として、研究協力者の選択バイアスがある。研究目的の趣旨から、あえて関心の高い層に絞り焦点化したことで、具体的な教育要素を抽出するに至ったが、その一方で、関心の薄い層や無関心層の声を拾うことができなかった。したがって、本研究のデータ結果を一般化することはできない。今後は、より様々な層の声を拾うためにも協力者の条件を広げることが重要である。そして、具体的な死生観教育プログラムの構築が残されている。

## 7. まとめ

本研究から、ACPと死生観に親和性があり、関連することが明らかになった。その死生観を育むために必要な教育要素として、「コミュニケーションゲーム」と「看取りの体験」が抽出されたが、「考えたくない人への配慮が必要」であることも同時に示された。今後は、具体的な死生観教育プログラムを構築し、ACPの推進に活かせるような体制が求められる。超高齢多死社会を目前にして、病の有無に限らず、死生を個々人が考えていくことは重要である。医療資源も有限であり、本人が望まない不要な延命処置は避けたほうがよい。自分らしく生きていくことは自分らしく死にゆくこと、すなわち死と生は切り離せるものでなく、表裏一体なのである。

### 【利益相反】

利益相反事項に該当するものはない。研究責任者として大野が研究の構想から研究データの

収集、分析、解釈のすべてを行い、原稿の重要な知的内容に関わる批判的な推敲に貢献した。そして投稿論文ならびに出版原稿の最終承認と説明責任に同意した。

## 8. 謝辞

研究に参加いただいた協力者の皆様、ならびに関係機関の皆様に、深く感謝いたします。本研究は、2021年度公益財団法人ひと・健康・未来研究財団法人から研究助成を受けて実施しました(研究課題：人生の最終段階に向けた意思表示のための死生観教育モデルの開発：ACPの普及を目指して)。

### 【付記】

本稿の一部を、2021年度公益財団法人ひと・健康・未来研究財団法人の研究助成報告書に記載した。

### 注

- (1) 2018年、ACPの普及・啓発を目指した認知度の向上の取り組みとして、厚労省はACPの愛称を一般公募し、応募総数1,073件の中から、「人生会議」という名称を選定した。以降、「ACP」と「人生会議」はその時々で併用されている。
- (2) 注釈(1)で示したように、「ACP」と「人生会議」の併記・併用の背景は、ACPでは分かりにくという指摘から、人生会議という愛称がつけ加えられたことによる。本稿における併用については、国が示した当初の「ACP」を主に用いつつ、前後の文脈の表現で「人生会議」と示したほうが分かりやすい場合にはそのように表記した。
- (3) もしバナゲームは、余命わずかの想定で自分の価値観を考え皆で話し合うために在宅緩和ケア医によって作られたカードで、1セットに36枚のカードが入っている。米国発の「GOWISH GAME」を日本語に翻訳している。35枚は、重

病の時や死の間際に大事なことが書いており、残りの1枚はワイルド・カードとして、自分独自の希望があるときに使う。もしもの時を考えるきっかけづくりとして、価値観や信念を考えることに役立つゲームである。

<http://www.kameda.com/patient/topic/acp/10/index.html>(2022年7月29日アクセス)

- (4) テーマを設けてグループ対話で死生を考える試みとして、タナトロジーカフェやデスカフェなどがある。開かれた対話であることが特徴であり、グループワークのように回答の結果を求めず、参加したメンバーとの対話によって自らの気づきを得ることで、考え方を養う。筆者は、タナトロジーカフェを主宰しており、参考資料として、「ACP(人生会議)に必要な死生観を育むガイドブック(2022)」がある。

## 文献

- 大澤銀子, 仲谷寛, 大津光寛, 岩田洋. (2021). 日本歯科医学教育学会雑誌, 37(3), 84-92.
- 大谷尚. (2007). 4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCATの提案, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要, 54(2), 27-43.
- 大野裕美. (2017). がん患者のセルフマネジメントプログラムに関する研究, 豊橋創造大学紀要, (21), 61-69.
- 大野裕美. (2018). 自分らしく生きていくことと死生観, 豊橋創造大学紀要, 22, 35-43.
- 大野裕美. (2019). 死生観を醸成するための対話, 日本エンドオブライフケア学会誌, 4(1), 15-16.
- 大濱悦子, 福井小紀子. (2019). 国内外のアドバンスケアプランニングに関する文献検討とそれに対する一考察, 緩和ケア, 14(4), 269-279.
- 岡部健. (2001). 勤務医としての在宅医療から実地医家の在宅医療へ—在宅緩和医療の専門医院がめざすもの, 緩和医療学, 3(4), 49-58.
- 岡部健, 竹之内裕文, 桐原健真. (2008). 日本社会における「死の文化」変容—在宅ホスピスの現場から見えてくるもの, 公衆衛生, 72(6), 483-489.
- 木村由香, 安藤孝敏. (2015). エンディングノート作成にみる高齢者の「死の準備行動」, 応用老年学, 9(1), 43-54.
- 総務省. (2016). 平成28年版 情報通信白書国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」
- 坂本佳鶴恵. (2013). 現代日本の死生観, 人文科学研究(9), 59-70.
- 庄司俊之. (2020). 死生観の歴史の変遷と現在を考える, 専修人間科学論集社会学編, 10(2), 97-104.
- 田垣正晋. (2008). グループ・インタビュー, 質的心理学 創造的に活用するコツ, 武藤隆, やまだようこ, 南博文, 麻生武, サトウタツヤ編, 155-162. 新曜社.
- 谷口泰弘, 塚本敬義. (2005). 生命倫理, 15(1), 151-158.
- 辻川真弓, 犬丸杏里, 坂口美和, 船尾浩貴, 武田佳子, 玉木朋子, 竹内佐智恵. (2021). Palliative Care Research 16(2), 215-224.
- 萩原真由美, 柴田博, 芳賀博, 藤井圭, 長田久雄. (2019). 自発的な「死」の語り合いがもつ意味—デスカフェ参加者の人生観と死生観を通して—, 応用老年学, 13(1), 54-65
- 野村恭子, 矢野栄二, 三丸剛人, 川越厚. (2005). 医学教育における在宅終末期医療実習, 医学教育, 36(4), 243-247.
- 日笠晴香. (2009). 最期の選択「現場から考える死生学 どう生きどう死ぬか」, 清水哲郎監修, 安部健, 竹ノ内裕文編, 49-69. 弓箭書院.
- 樋口範雄. (2015). The meaning of advance directives and living wills from a legal perspective, 日劳医誌(52), 211-216.
- 厚生労働省. (2018). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン改訂平成30年3月, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf> (2022年7月7日アクセス)
- 厚生労働省. (2018). 人生の最終段階における意識調査報告書, [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisuyiryu\\_a\\_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisuyiryu_a_h29.pdf) (2022年7月7日アクセス)
- 山崎浩司. (2014). 臨床死生学の基盤, テキスト臨床死生学, 5-6.

Vladimir Jankelevitc. (1978). 中澤紀雄訳, 死, みす  
ず書房.

Detering, Hancock, Reade and Silvester. (2010).The  
impact of advance care planning on end of life  
care in elderly patients,randomized controlled  
trial,BMJ, 340:c1345

Nikki Ayers Hawkins, et al. (2005).Micromanaging  
Deah:Process Preferences, Values, and Goals  
in End-of-Life Medical decision making,  
Gerontnlogist, 45.1,107-117.

研究論文

# 都市圏プライマリケア分野高度実践看護師の コンピテンシー尺度原案の内容的妥当性 —— 訪問看護師の見解に基づいた検討 ——

Content Validity of the Draft Competency Scale for Advanced Practice Nurse in a Field of Primary Care in Urban Area: Examination Based on the Viewpoints of Visiting Nurses

大 釜 信 政 (帝京科学大学)  
Nobumasa OGAMA

抄録

都市圏の居宅でプライマリケアを提供するために必要な高度実践看護師のコンピテンシーの尺度原案(6領域46項目)の内容的妥当性を検討する目的で、東京圏の訪問看護師に対してコンピテンシーの必要性や重要性に関する半構造的面接調査を実施した。5名の訪問看護師の見解に基づいて検討した結果、一部のコンピテンシー項目は高度実践看護師に適した内容に修正した。さらに、類似するコンピテンシー項目は統合し、新たに6つのコンピテンシーも追加した。最終的に、6領域48項目のコンピテンシー尺度を設定した。今回の調査によって、その人らしい療養生活を可能な限り居宅で支え続ける高度実践看護師に相応しいコンピテンシー尺度へと改善できた。

Abstract

To examine the content validity of the draft competency scale (46 items in 6 fields) used for assessment of competencies required for advanced practice nurses to provide primary care at home in urban area, we conducted semi-structured interview with visiting nurses working in Tokyo area regarding the necessity and importance of the competencies. As a result of examination based on the viewpoints of 5 visiting nurses, the contents of some items were modified to become appropriate for the competencies of advanced practice nurse. Furthermore, similar competency items were integrated and new 6 competency items were added. Finally, the competency scale consisting of 48 items in 6 fields was established. As a result of this survey, the competency scale was improved to be more appropriate for advanced practice nurse who continues to support patients by providing care at home as far as possible to help the patients be themselves in their lives under medical care.

---

(受理日：2022年12月16日)

キーワード：高度実践看護師、プライマリケア、コンピテンシー、内容的妥当性、訪問看護師

Key Words: advanced practice nurse, primary care, competency, content validity, visiting nurse

## 1. 本研究の背景と目的

日本の高齢者人口の割合は、世界201の国・地域と比較した場合、最も高い(総務省統計局, 2021)。今後は、生産年齢人口の減少も見込まれている(国立社会保障・人口問題研究所, 2017)。近年では、在院日数の短縮や療養場所に対する価値観の多様化も影響し、居宅で療養生活を支えるための医療・介護サービスの拡充が求められている。この先、より一層、居宅医療に携わるマンパワーの確保は困難を極めると思われ、安全に効率よく医療を提供するための対策を講じる必要がある。

2021年5月に、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律(令和3年法律第49号)」が成立した。この法律のねらいは、良質かつ適切な医療を効率的に提供するために、医師の労働時間の短縮及び健康確保のための制度の創設、各医療関係職種の業務範囲の見直し、外来医療の機能の明確化などである。医療関係職種の業務範囲に着目した場合、診療放射線技師や臨床検査技師、臨床工学技士の3職種は医行為の幅が拡大され、救急救命士は研修を受けて救急外来での救命処置の実施が可能になった。

2021年9月に出された厚生労働省医政局長からの通知(現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスクシフト/シェアの推進について)では、医師から他の医療関係職種への業務の移管と共同化を推進するために、現行制度下で実施可能な業務の具体例が示された。特定行為研修を修了した看護師である場合、高度かつ専門的

な知識及び技能が特に必要とされる診療の補助に該当する医行為を、医師が予め作成した手順書に基づき実施できる。特定行為研修を修了していない看護師の場合でも、高度かつ専門的な知識・技術を要しない薬剤投与や採血、検査の実施はこれまで通り医師の包括指示の下で可能である。看護師は、医師による包括指示の範囲内で、患者の状態に応じて柔軟な対応を行うことが可能とされている。なお、限られた人的資源で効率性の高い医療を提供するには、医療関係職種それぞれの専門性を高めながら、より踏み込んだ業務範囲に関する検討が今後も必要と言える。

一部の諸外国では、法的根拠の下で看護師による診療が許可されている。米国を例に挙げると、プライマリケアを担う医師不足が深刻化したことや、利用しやすく丁寧な医療サービスを提供できるよう、ナースプラクティショナーと称する高度実践看護師が一定の範囲内で薬物処方や処置などの診療の一部を担っている(佐藤, 1999, pp.49-50)。ナースプラクティショナーは患者にとって利便性の高い診療サービスを提供しており(Wallace・Daruszewski, 2015)、そのサービスは利用者から一定の評価を得ている(Hunter・Weber・Morreale et al., 2009)。

2008年から日本の看護系大学院でも自律的に診療行為を担い得る高度実践看護師の養成が継続されている。看護師の場合、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第5条および第37条の規定に基づいて、診療の補助業務を

実施するには医師の指示が必要になる。日本では、米国のナースプラクティショナーのように、看護師が自らの判断と責任で診療することはできない。一方で、米国で居宅医療に携わるナースプラクティショナーの実績(Bookbinder・Glajchen・McHugh et al., 2011)にも鑑みて、住み慣れた場で可能な限り療養生活を送れるよう、日本でも診療を自律して提供できるプライマリケア分野高度実践看護師の制度導入が視野に入ってくる。伊富貴(2021)は、日本の地域医療にナースプラクティショナー制度を導入することで、診察料の削減に期待できる、医療を必要とする患者・利用者にとって待ち時間の短縮になる、病状悪化の予防にもつながる点を示唆している。福添(2021)も、ナースプラクティショナーが在宅医療の現場に存在することで、救急外来受診率・予定外入院率の低下につながる可能性を述べている。そうした効果を高度実践看護師に期待できる一方で、医療の仕組みや価値観の異なる諸外国の制度を日本にそのまま適応させることは難しいと思われる。例えば、医師の指示を得ることなく看護師が診療を担うことに対して利用者や医療専門職から同意を得ることができるのか、看護師による診療を日本に定着させることができるのか、医療事故や過誤に遭遇する危険性がこれまでの看護業務以上に内包することにもつながる。在宅における特定行為の実践によって療養者にメリットがあると認識しつつも、役割拡大に対する懸念や抵抗感を持つ訪問看護師は現に存在している(佐藤ら, 2020)。

日本で高度実践看護師による診療を制度化する場合、前提として、居宅医療現場のニーズにも着眼し、高度実践看護師が療養者の生活を支えるためにどういったコンピテンシー(知識、技術、思考パターンなど)を具備すべきかに関

する検討が必要である。よって、大釜は、高齢者人口の増加が見込まれる都市圏の診療所・病院で訪問診療や往診に携わる医師または看護師、訪問看護師、高齢者施設に勤務する看護師に対して定量調査を実施し、居宅でプライマリケアを提供するために必要な高度実践看護師のコンピテンシーの尺度原案を開発した(大釜, 2022)。この尺度は、6領域46項目で構成されている(表1)。

尺度には、信頼性・妥当性を有することが求められる。尺度の信頼性とは「尺度が測定していると考えられる属性をどの程度一貫して測定しているかということ(河口, 2000, pp.347-353)」であり、妥当性については「尺度が測ろうとしている概念をどのくらい適切に測っているかということ(河口, 2000, pp.347-353)」と定義されている。本研究で扱う内容的妥当性については、「専門家の判断に基づき内容の適切さや代表性をみるもの(清水, 2005)」と捉える。

標準的とみなされている尺度は、度重なる修正やテストを経て確立されている(ストライナー・ノーマン・ケアニー/木原・加治・木原訳, 2016, pp.1-5)。現在も広く使われる尺度が存在する理由は、妥当性の優れた項目を集めて尺度化したためである(村上, 2006, pp.63-64)。妥当性が高い尺度は、信頼性も高くなる(村上, 2006, pp.46-48)。測定道具を開発する場合、内容的妥当性を最重要視する必要がある(清水, 2005)。

大釜によるコンピテンシー尺度原案の内容的妥当性を検討する方法については、居宅医療現場の第一線で活躍する訪問看護師の具体的な見解を参考にすることが有益だと考えた。訪問看護師は、病と共に自宅で生活する療養者にとって身近で不可欠な存在であり、健康管理支援やADL維持支援にも寄与し(蒔田・川村, 2011)、

表1 プライマリケア分野高度実践看護師のコンピテンシーの尺度原案(6領域46項目)

項目番号	【居宅で日常的に施される的確なプライマリケア】(15項目)
1	日常的に居宅で実施されている臨床検査の結果について、その所見は的確である
2	療養者に対する問診やフィジカルイグザミネーション(視診、触診、聴診、打診)が的確である
3	慢性疾患患者(とりわけ糖尿病や高血圧症、脂質異常症、認知症、脳血管疾患後遺症)のための疾病管理ガイドラインに基づいて診療を提供している
4	問診やフィジカルイグザミネーション(視診、触診、聴診、打診)、臨床検査の結果から、療養者の身体状況についての的確に判断している
5	療養者が日常的に使用している薬剤の副作用について熟知している
6	療養者の身体状況を踏まえて、近い時期に起こり得る病状悪化や急変に関する予測内容を家族に伝えている
7	療養者の個性を重んじた居宅療養計画を立案している
8	先行研究結果などの情報を活用しながら、プライマリケアを提供している
9	療養者や家族からの療養生活上に関するクレーム・要望について、真摯に対応している
10	療養者や家族に対して、病院とは異なる環境で療養することのメリット・デメリットについての的確に説明している
11	高度実践看護師による診療の実施について、療養者本人もしくは家族から、適宜、同意を得ている
12	ドラッグストアで処方箋なしで購入できる一般用医薬品の知識が豊富である
13	療養者にとって必要な予防接種内容やその実施について、高度実践看護師が判断している
14	療養者が日常的に使用している薬剤であっても、高度実践看護師は医師の指示に基づいて薬剤を投与している
15	居宅で実施頻度が高いであろう処置の手技については的確である
項目番号	【地域に根ざした協働志向】(9項目)
16	地域医療・福祉専門職者に対して、必要に応じて、療養者を紹介している
17	療養者の生活の質を向上させるために、高度実践看護師自ら、地域医療・福祉専門職と連携している
18	高度実践看護師と地域医療・福祉専門職との間において、信頼関係を維持できている
19	療養者の病状判断や治療内容について、医師からのサポート体制を築いている
20	救急対応時等に備えて、常日頃から入院設備のある医療機関と連携している
21	地域で利用可能な療養生活をサポートできるサービス内容について理解している
22	地域医療・福祉専門職に対して、適宜、療養者に関する的確なアセスメント内容を報告している
23	個人限定のみならず、地域全体の健康問題の解決にも力を注いでいる
24	療養生活を送るうえで生じている課題への対応方法について、地域の多職種と共に検討している
項目番号	【居宅で自律的な判断のもと行われる終末期診療】(6項目)
25	終末期にある療養者が発する特有の症状について、高度実践看護師の判断のもと薬剤投与を行い、可能な限り苦痛の緩和につながっている
26	終末期にある療養者に対して投与されている鎮痛薬(NSAIDs、アセトアミノフェン、オピオイド)がもたらす副作用症状について、高度実践看護師の判断による薬剤投与から可能な限り緩和している
27	療養者本人またはその家族、もしくはその両方からの同意がある場合、高度実践看護師によって看取りが行われている
28	療養者の情報を多くもち医学知識も備えた高度実践看護師によって、死亡診断が行われている
29	終末期にある療養者に対する安全で安楽な胸水・腹水穿刺の手技について熟練している
30	終末期にある療養者に投与されている鎮痛薬(NSAIDs、アセトアミノフェン、オピオイド)の種類・量の調整が的確である
項目番号	【居宅での応急対応】(8項目)
31	居宅で起こり得る緊急性の高い症状への対応について熟練している
32	救急搬送をすべきかについても含めて、初期対応が的確である
33	救急対応時に居宅内で実施された臨床検査の所見については的確である
34	身体状態の悪化があった場合は高度実践看護師に相談できる”という安心感を療養者本人や家族に与えている
35	救急対応時に、症状や検査所見を踏まえながら、療養者の病状を的確な内容で医師に報告している
36	療養者の病状が急激に変化した際、その身体状況の判断に必要な居宅内で行える臨床検査の実施については、高度実践看護師が判断している
37	救急対応といえども、療養者本人の苦痛や家族の不安を緩和することが先決である点について理解している
38	居宅内における救急対応時の薬物治療では、予め出された医師による指示の範囲内、もしくは医師から指示をもらったのちに投与している

項目番号	【看護専門職としての立ち位置】(5項目)
39	療養者の苦痛や家族の不安を理解したうえで、精神的な支援にも力を注いでいる
40	療養者や家族にとって「相談しやすい」「お願いしやすい」関係性を生み出している
41	診療行為のみにとどまらず、質の高いケアも提供している
42	看護学と医学の両視点からの実践によって、居宅における療養生活の質の向上に貢献している
43	高度実践看護師が、プライマリケアに関する自身の能力の限界を自覚している
項目番号	【居宅で自律的な判断のもと行われる検査と薬物処方】(3項目)
44	療養者の身体状況を把握するために日常的に居宅内で行われる臨床検査では、高度実践看護師がその実施について判断している
45	居宅内における救急対応時の薬物治療では、一定の範囲内で、高度実践看護師の判断のもと処方・投与している
46	一定範囲内の薬剤については、高度実践看護師の判断で薬剤種類・量を処方・投与している

出典) 大釜信政(2022). 大都市圏においてプライマリ・ケアを居宅で提供するために必要となる高度実践看護師のコンピテンシーの尺度開発 ―予備的定量調査の結果より―, 医療福祉政策研究; 5(1): 53-74.

地域で療養生活を支えることにおいて重要な役割を担っている。訪問看護師は、居宅医療の現状や課題を熟知した医療専門職と言える。実際に、自律的に診療をも提供できるナースプラクティショナー制度の導入に関する訪問看護師への調査(伊富貴, 2021; 大釜, 2015; 大釜, 2016; 野末・金子・上野, 2007)はいくつかある。その調査結果によると、訪問看護師は、療養者の病状変化への早期対応や在宅医療におけるコーディネーターとしての役割を高度実践看護師に期待している。在宅医療の現場を熟知した訪問看護師の具体的な見解に基づいてプライマリケア分野高度実践看護師のコンピテンシー尺度の内容的妥当性を検証することで、より精度の高い尺度に改善できると考える。

本研究では、大釜が開発した「都市圏の居宅でプライマリケアを提供するために必要な高度実践看護師のコンピテンシーの尺度原案(6領域46項目)」の内容的妥当性を検討する目的で、居宅医療の現状や課題を熟知し療養生活支援で重要な役割を担う東京圏(東京都・神奈川県・埼玉県・千葉県)の訪問看護師に対して面接調査を実施した。

## 2. 研究方法

### 1) 研究デザイン

本研究では、訪問看護師の具体的な見解に基づいて高度実践看護師のコンピテンシー尺度原案の内容的妥当性を検討するために、半構造的面接調査を用いた質的記述的研究を採用した。

### 2) 本研究における用語の定義

#### (1) 高度実践看護師

医師が常駐しない居宅で療養生活を支えるためには、生活と医学の両方の観点からの確にヘルスアセスメントしたうえで、個別性を重んじたプライマリケアを提供する必要がある。本研究では、高度実践看護師を「看護学と医学を基盤とした専門知識・技術に基づいて、居宅で生活する療養者にとって必要なプライマリケアを提供できる看護師」と定義する。

#### (2) プライマリケア

日本では、住み慣れた自宅や高齢者施設で療養生活を継続できるよう、24時間対応で医療サービスを提供する体制の構築が求められている。こうした状況を踏まえ、本研究では、プライマリケアについて「地域生活者に対する疾病予防、身体的異常の早期発見、救急対応、終末期対応など、居宅での療養生活に必要な保

健・医療支援」と定義する。

(3) 居宅

「療養者が生活を送る自宅」と定義する。

(4) コンピテンシー

「その行動を引出す動因・動機、自己概念・自己イメージ、知識、スキル、思考パターンなど、人の特性やパーソナリティーを包括した概念」(武村, 2014, pp.1-6)と定義する。

(5) 内容的妥当性

「専門家の判断に基づき内容の適切さや代表性をみるもの(清水, 2005)」と定義する。コンピテンシー尺度の適切さと代表性を図る視点として、本研究では、必要性和重要性に加えて、それらの理由にも着目する。

3) 調査参加者の選定

社会調査を専門とする事業者のモニターの中から、①東京圏(東京都・神奈川県・千葉県・埼玉県)の訪問看護事業所に所属する訪問看護師であること、②看護師としての臨床経験年数が5年以上であること、③訪問看護師としての経験年数が3年以上であること、④現在勤めている訪問看護事業所の形態が機能強化型であること、の4つの条件でスクリーニングした。①～④の条件に合致した10名の訪問看護師にメールと電話で調査目的や調査日時等を具体的

に説明し、最終的に5名の訪問看護師に調査協力を依頼した。

4) 面接調査の実施期間

2021年11月

5) データ収集

[面接方法]

COVID-19感染症の拡大予防の観点から、Zoom(Webビデオ会議システム)を用いて半構造的面接調査を実施した。研究参加者の許可を得て、面接調査の様子を録画した。インタビューは、事前に準備した質問内容で調査を進めたが、研究参加者ができるだけ自然に語れるように配慮した。

[インタビュー内容](表2)

訪問看護の現状・課題を思い浮かべてもらいながら、コンピテンシー尺度原案(6領域46項目)のそれぞれについて、居宅医療現場での必要性や重要性、その理由を尋ねた。また、インタビューする前に、研究参加者に高度実践看護師のコンピテンシー尺度原案を通覧してもらった。インタビューの途中でも、参加者がコンピテンシー尺度原案を確認できるようにした。質問内容の詳細は、表2を参照されたい。

表2 インタビュー内容

①年齢
②看護師経験年数
③訪問看護師経験年数
④訪問看護事業所における管理職経験の有無
⑤実践している訪問看護の概要
⑥訪問看護のやりがいや苦勞
⑦都市圏で6領域46項目のコンピテンシーを持った高度実践看護師と連携するとした場合の印象
⑧6領域46項目のそれぞれについて、居宅医療現場での必要性や重要性に関する見解と理由
⑨6領域46項目に追加したほうが良いと考えたコンピテンシー内容と理由
⑩6領域46項目の中で必要性が低いと考えたコンピテンシー内容と理由

## 6) 内容的妥当性の検討方法

訪問看護師の見解を注視しながら、以下の方法で高度実践看護師のコンピテンシー尺度原案(表1)の内容的妥当性を検討した。

- (1) 訪問看護師ごとの発言を逐語録に起こした。
- (2) 逐語録を精読し、6領域46項目の必要性や重要性について、訪問看護師それぞれの見解の傾向を把握した。
- (3) 文脈を意識しながら、6領域46項目の必要性や重要性に関する訪問看護師それぞれの特徴的な見解とその理由を記述した。
- (4) (3)の記述内容は、語りの全体像や文脈にも留意して、6つの領域ごとに分類した。
- (5) 「6領域46項目に追加したほうが良い」もしくは「6領域46項目の中で必要性が低い」との意見があったコンピテンシーについては、その内容や要否の理由を6つの領域とは区別して記述した。
- (6) (1)～(5)のナラティブデータに基づいて、コンピテンシー尺度原案の内容的妥当性を検討し、コンピテンシー項目の統合、修正、追加を試みた。
- (7) 調査結果の真実性と妥当性を確保するために、参加者に対して、回答の解釈に誤りがないか、尺度原案(表1)のどの項目に対する発言なのかについて確認した。加えて、Zoom録画を繰り返し視聴しながら慎重に検討した。

- (8) 訪問看護師の発言内容は、研究参加者の経験に基づく語りそのものから個別の主観的世界に着目するナラティブ分析(フリック/小田 監訳, 2022, pp.420-434; 灘光・浅井・小柳, 2014; 野口, 2005; ホロウエイ・ウィーラー/野口 監訳, 2007, pp.198-213)を参考にして解釈した。

## 7) 倫理的配慮

本調査は、帝京科学大学の「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」から承認を得て実施した(承認番号:第21A004号, 承認年月日:2021年9月10日)。研究参加者に対して、研究の目的と意義、参加者のプライバシー保護、研究参加や拒否の自由、データを厳重に管理すること、研究成果の公表、インタビューで自由な発言を制限しないことを口頭と紙面で説明した。また、COVID-19感染症の拡大状況にあったため、Zoomを用いて面接調査を実施した。

## 3. 結果

### 1) 調査参加者の概要(表3)

本調査に参加した5名の訪問看護師全員が女性であり、看護師としての臨床経験年数の平均は18年、訪問看護師としての経験年数の平均は7年になった。5名全員が、訪問看護事業所における管理職経験は無かった。面接調査に要した時間の平均は64分になった。

表3 調査参加者の概要

参加者	性別	看護師経験年数	訪問看護師経験年数	訪問看護事業所 管理職経験	勤務する訪問看護 事業所の形態	面接調査時間
A訪問看護師	女性	15年	6年	無し	機能強化型	61分
B訪問看護師	女性	11年	5年	無し	機能強化型	64分
C訪問看護師	女性	15年	8年	無し	機能強化型	67分
D訪問看護師	女性	17年	5年	無し	機能強化型	64分
E訪問看護師	女性	31年	11年	無し	機能強化型	62分

## 2) 各コンピテンシーの必要性や重要性に関する訪問看護師の見解

「都市圏の居宅でプライマリケアを提供するために必要な高度実践看護師のコンピテンシーの尺度原案(6領域46項目)」に対する訪問看護師の見解を表4～10に示した。6領域46項目に対する発言内容、尺度原案(表1)のどの項目に対する発言なのか、発言者については、表4～9を参照されたい。さらに望まれたコンピテンシーと発言者については、表10を確認されたい。

以下には、訪問看護師による発言内容の要点を整理し記載した。[ ]内は、表4～10のそれぞれにおける発言番号である。

### (1) 【居宅で日常的に施される的確なプライマリケア】(表4)

5名の訪問看護師らは、【居宅で日常的に施される的確なプライマリケア】のコンピテンシー15項目の全てにおいて必要性や重要性を認識していた。その反面で、フィジカルイグザミネーションや臨床検査結果のアセスメント、薬剤の副作用の確認といった内容は訪問看護師にとっても必要な能力に該当するため、高度実践看護師のみに限ったコンピテンシーではない点を指摘した。療養者の身体状況の変化に関する予測を家族に伝えること、個別性を重んじた居宅療養計画の立案、クレーム・要望への真摯な対応についても、日頃から訪問看護師は実践

している点を述べた [ア-1、ア-3、ア-4、ア-12]。また、薬剤に関するアセスメントに迷いを生じることがあるため、薬剤の用法・用量や副作用について熟知している高度実践看護師が身近に存在することで安心感につながる点を語った [ア-6、ア-7]。療養者がドラッグストアで購入して薬剤を利用する場合があることから、正確で豊富な一般用医薬品の知識を持ち備えて正しい使用方法について助言できることを高度実践看護師に求めていた。[ア-15、ア-16、ア-17]。医療機関に出向くことができない療養者にとって、高度実践看護師が医師と連携して居宅での予防接種の実施について判断できることは利点に成り得るとした [ア-18]。療養者の常用薬を高度実践看護師が処方する必要があるかについては、常用する処方薬はすでに医師による処方箋が発行されていること、訪問看護利用者にとって不都合は感じられないこと、安全性の観点からも、これまで通り医師の処方を原則とすることで良いとする意見があった [ア-19、ア-21]。医師と高度実践看護師との間で事前に薬物処方に関する取り決めをしておけば良いとする意見もあった [ア-20]。居宅で実施頻度が高い高度な知識・技術を要する処置を高度実践看護師が的確に実施できることで、療養者のみならず訪問看護師にとっても利点が生じるとした [ア-22、ア-23、ア-24]。

表4 【居宅で日常的に施される的確なプライマリケア】のコンピテンシーに対する見解

発言番号	必要性や重要性に関する発言	尺度原案(表1)のどの項目に対する発言なのか	発言者
ア-1	臨床検査結果の判断や的確なフィジカルイグザミネーション技術を持っていることとか、薬剤の副作用について理解できていること、家族への状況説明、個別性のある看護計画なんかは、高度実践看護師だけに求められる能力ではない気がしますよね。高度実践看護師にとって必要だと思うけど、訪問看護師にも求められる能力だと思うし、そういったことは私も常日頃から実施しているんですよね。高度実践看護師だけに求められる能力かについて考えてみると、それは違う気がします。診療の実施ということであれば理解できますが。	1、2、4、5、6、7	A 訪問看護師
ア-2	膠原病の検査など、日ごろ見慣れない検査結果を見せられるとその所見で悩むことはあるので、そういった場面で高度実践看護師にアセスメントしてもらえるといいのかぁと思います。	1	C 訪問看護師
ア-3	訪問看護師はバイタルサインをとったときにフィジカル的なものは検査結果も踏まえて確認していることがほとんどだと思うんです。高度実践看護師について言えば、診療でも関わりが多くなるという点ではより正確で専門的な判断が求められることになるんだろうと思うんですけど。	1、2、4	D 訪問看護師
ア-4	臨床検査やフィジカルイグザミネーションのアセスメント、薬の副作用の確認などは私も常にやっています。在宅で日常的に施される的確なプライマリケアとして記載されている内容のいくつかは訪問看護師も実施している内容だと思います。高度実践看護師の能力としてここに記載してあるのが少し不思議。きちんとトレーニングされていてこれらの内容の実施レベルが“高度”ということなのであればそのことが読み取れるようにしたほうが良いと思います。	1、2、4、5、6、7、9、10、14	E 訪問看護師
ア-5	自宅で検査をしてすぐにその結果から判断できて治療もスムーズに開始できる人が訪問看護ステーションにいたら、状態が悪くなってから救急搬送するケースを未然に防げるし、現場の状況は良い意味で変わっていくと思います。何より利用者さんにとってプラスになると思います。	1、2、3、4、14、15	B 訪問看護師
ア-6	薬剤の副作用を熟知している高度実践看護師に相談できることは、すごくメリット。自分一人だと不安になることもあるので。薬剤に長けている人がいて、可能性のある副作用症状について確認したら、やっぱりその判断で良かったんだと思えるところとしても安心感につながります。	5	B 訪問看護師
ア-7	外科や内科などにかかっている利用者さんのお薬手帳を見せてもらった時に、薬の組み合わせはどうなのとかか、ベースとして飲んでる薬を飲む時間がずれたとき、こちらの薬はどうしたらいいのとかか気軽に質問できる高度実践看護師が近くにいることは我々にとってはありがたいです。	5	C 訪問看護師
ア-8	新しい薬を使うというよりは今まで使っていた薬をずっと使い続けている利用者さんが多いので、診療にまで関わる高度実践看護師なら日常的に使用している薬剤の副作用を理解しておくことは必要だと思います。副作用かなと思う症状が出ている場合があります。	5	D 訪問看護師
ア-9	病状悪化や急変に関する予測を家族に伝える能力はとても大事だと思います。そういう状態が予測されるから「こういう所にも連絡しておいた方がいいのでは」ということなどを高度実践看護師からアドバイスしてもらえると非常にありがたいです。	6	C 訪問看護師
ア-10	「療養者の身体状況を踏まえて、近い時期に起こり得る病状悪化や急変に関する予測内容を家族に伝えている」というのは、大事なところかな。この点を家族が十分に理解できていないとトラブルになりやすいんです。私は一人で判断するというよりは同僚や医師と相談しながら伝えているけど、疾患のこととか詳しい高度実践看護師は病状説明にも積極的に関わるんじゃないかと思っています。家族とかもそのあたりは知りたいと思うんです。	6	D 訪問看護師
ア-11	先行研究結果などの情報を利用するって、つまり正しい根拠に基づいて診療するということですよね。基本的な能力ですし、大切だと思います。医療は進歩してますから。	8	C 訪問看護師
ア-12	「クレームや要望に真摯に対応する」という姿勢は必要です。でも、訪問看護師にとっても必要だと思うし、高度実践看護師だけに限ったものではないとも感じますが。	9	A 訪問看護師
ア-13	「療養者や家族に対して、病院とは異なる環境で療養することのメリット・デメリットについての確かに説明している」ことは自宅に戻る前にはしておかなければいけないことです。病院で全然話がされてなくて、「家に帰りましょう、あとは在宅で診てもらいましょう」ではトラブルになることが本当に多いんです。在宅になる前の段階でなんとかしなければいけないのではないかと思います。でも、現実的には在宅医療に変わってからの説明が多くて。なので、この能力は高度実践看護師にとっては必要になると思います。	10	D 訪問看護師

ア-14	診療するなら、しっかり説明して、利用者さんや家族から同意をもらうことは当たり前のごことです。あとで問題にならないように、このあたりのことは丁寧にしておかないと。	11	E 訪問看護師
ア-15	ドラッグストアで売っている薬の知識は高度実践看護師だけに求められる能力ではないような気がします。訪問診療を受けていなかったり病院に定期的に通院していない利用者さんはすぐに処方を受けられないことがあって、訪問看護師から"薬局にあります"と伝えることがあるので。ただ、その知識が豊富かどうかという点で一般の看護師とは違いがあるのかなあ。	12	A 訪問看護師
ア-16	ドラッグストアで処方箋なしで購入できる一般用医薬品の知識が豊富な人がいたらということだけれど、痛み止めでも副作用はあるので、そこはやはり先生(医師)の処方であれくらいまでは飲んでいいかにしたいです。みんな安易に買って、すぐ飲むことにつながってしまう気がして。ただ、これからは薬局で販売できる薬の範囲が広がる可能性があるとして、利用者さんに自費で買ってきてもらって、高度実践看護師がその使用方法とか注意点を助言する機会が増えてくるなら、知識としてやはり必要かなあ。	12	B 訪問看護師
ア-17	ドラッグストアで処方箋なしで購入できる一般用医薬品の知識というのは、地域で暮らしている人にはすごく重要だと思うんです。利用者さんがこれはいらいしいとどこかで聞いてきて、買って飲むときに尋ねられることもあります。あと、外になかなか出られない利用者さんが、ドラッグストアなら近くだから行けるというとき、"今求めていることに一番近くて役に立ちそうなものはこれかしら"とアドバイスできるんで。	12	C 訪問看護師
ア-18	利用者さんの自宅で予防接種をもっと実施できるようになってほしいとすごく思います。医療機関に行けない人もたくさんいるので。コロナのワクチンもそうだったんですが、本人や家族は予防接種を希望しているが外に出られないからできないという人がいて。医師が判断して予防接種を行う場合もあれば、医師に予防接種の実施について予め指示をもらっておけば問題ないと思います。緊急を要するものではありません。利用者さんが自宅でワクチン接種を希望した時は、高度実践看護師の判断で対応できることも利用者さんにとってはメリットが大きいと思います。	13	C 訪問看護師
ア-19	日常的に使用している薬剤は医師の指示に基づいて投与するという内容があるけど、意味がよく分からないです。同じ薬を飲んでいる場合は必ず医師の処方なのではないかと思うんです。"看護師さん、出せないのか"と言われたこともないので。とくに利用者さんにとって困ることは無いと思います。基本的には先生(医師)の処方を原則とすることで良いと思います。	14	A 訪問看護師
ア-20	利用者さんが日常的に飲んでいる処方薬の場合でも医師の指示が必要かどうかについては、そのあたりの取り決めを高度実践看護師と主治医との間で前もって決めておけば良いことなのではないかなあと思うんです。そこをうまく調整できることが必要なのではないかと感じます。	14	C 訪問看護師
ア-21	患者としては早めに指示をもらえた方がいいので高度実践看護師が対応できたらいいと思うけど、薬によるかなあ。下剤など、量を調整していい前提で出されている薬なら、私は訪問のたびに量を調整しています。先生(医師)には、今はこの量で服用していると報告するんです。それが利尿剤や降圧剤など、体にかなり影響力のある薬の場合はどうなのだろう、医師の判断に基づいた方がいい気がする。そうでないと、高度実践看護師の責任がすごく大きくなってしまいます。	14	E 訪問看護師
ア-22	私が働いている所に高度実践看護師はいないのでイメージがつきにくいけど、在宅で必要性が高い処置を医師が担当する場合もあるけど、より高度な知識とか技術を学んだ高度実践看護師が訪問看護の現場にいて利用者さんにとっては必要な時にスピーディに処置してもらえたいと思います。こういった能力は在宅の現場では必要です。	15	A 訪問看護師
ア-23	訪問看護ステーションに在宅で実施頻度が高い処置のできる高度実践看護師がいたらいたで頼りにするが。医師に依頼するか高度実践看護師に頼むのかはその時の状況によるかなあ。利用者さんにとっても訪問看護師にとっても選択肢が増えることは歓迎できます。	15	B 訪問看護師
ア-24	褥瘡の処置は、往診の皮膚科医がとても少なく、内科の先生ではできない現状がありますよね。褥瘡処置の実施頻度も高いので、もし高度実践看護師ができるなら助かります。気管カニューレの交換なんかも、訪問時間内ではほかのケアと一緒に高度実践看護師ができるのであれば効率が良いと思いますね。	15	D 訪問看護師

(2) 【地域に根ざした協働志向】(表5)

5名の訪問看護師らは、【地域に根ざした協働志向】の9項目の必要性や重要性を認識していた。しかし、一部の訪問看護師は、他職種との連携については常日頃から訪問看護師も実践しているため、高度実践看護師特有のコンピテンシーとすることに疑問を呈した [イ-1、イ-4、イ-5]。また、高度実践看護師の負担軽減に向けて、他の職種や部署に依頼できる業務があるとした [イ-6]。医師による診療上のサポート体制を構築できることや [イ-7、イ-8、イ-12]、

救急対応時に備えて入院設備を持つ医療機関と連携できていることの重要性を指摘した [イ-9、イ-10、イ-11、イ-12]。療養生活で生じる課題に対して高度実践看護師と訪問看護師とが共に協力し合えるよう、積極的に連携しようとする姿勢を支持した [イ-15]。地域の医療専門職者や福祉専門職者との連携に関する3つの項目については、コンピテンシーとしての必要性はあるものの、それらの内容の違いについて理解しづらい点を指摘した [イ-16]。

表5 【地域に根ざした協働志向】のコンピテンシーに対する見解

発言番号	必要性や重要性に関する発言	尺度原案(表1)のどの項目に対する発言なのか	発言者
イ-1	訪問診療に切り替えたいとか、具合が悪くなって病院に行けない人にこの先生(医師)がいいのではないかという紹介や依頼は(訪問看護事業所の)所長から日常的に行われている。高度実践看護師にも必要な能力であると思うけど、高度実践看護師に限った能力とは言えない気がします。	16	A 訪問看護師
イ-2	今の勤務先では、フットワークが軽くて何でも診てくれる先生(医師)はここだねと大体決まっているので、こちらからお願いできる選択肢は少ないと感じます。訪問看護をしていて病状や対応の判断に迷うことは比較的多くあるため、高度実践看護師に相談できたり対応してもらえると心強いです。	16、17	A 訪問看護師
イ-3	判断に困った時、高度実践看護師に相談することも選択肢に入ってくると思うんです。そういう看護師がいればだけけど。今うちの事業所に高度実践看護師はいないので、管理者に相談したり、スタッフ間で情報共有し合ったりして、どういふふうに対応すべきかお互いにアドバイスし合いながらやっている状況です。	16、17	E 訪問看護師
イ-4	【地域に根ざした協働志向】のところに書かれている能力の多くが、いわゆる調整能力だと思うんですね。入院になったらどこがいいか、どこなら受けてくれるとか。入院したくなくて絶対に家にいたいと言っている認知症の人で、近所からもクレームが来ている人をどうやって施設にスムーズに入所させるか。成年後見人ではないが、その人は家族がいないのでケアマネージャーとコミュニケーションして、というのをやった経験があって。訪問看護ステーションの所長クラスの人はやってることだけ。	16、17、18、19、20、22、24	B 訪問看護師
イ-5	ここに載っていることは、うちのスタッフはやっていると思いますよ。高度実践看護師にも必要かもしれない、ただ別のスタッフでもできる内容もあるのでは。	16、17、18、19、20、22、24	C 訪問看護師
イ-6	こういった能力の重要性はよくわかるし、高度実践看護師にとって必要だと思うんです。でも、高度実践看護師でなければやれないのかと考えてみるとそうではない気がするんですよ。何でもかんでも高度実践看護師にお願いするということになりませんか。地域包括支援センターにお願いできることはやってもらったほうが良いような気がします。	16、21、24	D 訪問看護師
イ-7	フットワークが軽くて何でも診てくれる先生(医師)は限られてます。療養者の病状判断や治療内容について医師からのサポート体制をしっかりと築けていることはとても重要だと思います。	19	A 訪問看護師
イ-8	今まで仕事をしていても、これは医師の判断だろうと思って先生(医師)に確認したんですけど…。こちらで判断して対応することが結構あるので、療養者の病状や治療なんかについて先生からサポートしてもらえる関係づくりはとても大切。診療面までかかわる高度実践看護師ならなおさら必要ですね。	19	E 訪問看護師
イ-9	救急対応時に備えて、常日頃から入院設備のある医療機関と連携できていることは重要だと思うんです。在宅で対応できないとなれば入院ということになることもありますから。	20	A 訪問看護師
イ-10	入院設備のある医療機関との連携についてですけど、在宅医療の現場では死活問題です。	20	B 訪問看護師

イ-11	実際に訪問して、必ず入院になるであろう病状だった場合、その場で救急車を呼んで、すぐに入院できる病院と高度実践看護師とがやりとりできるならスムーズに緊急入院できるケースが増えてくるのではないかと思います。	20	E 訪問看護師
イ-12	「療養者の病状判断や治療内容について、医師からのサポート体制を築いている」「救急対応時等に備えて、常日頃から入院設備のある医療機関と連携している」についてですが、現場ではすごく困ってます。大きな病院で多いケースを言うと、救急対応の時、入院しなければいけないときも受け入れてくれなくてたらい回しになってしまう。結局、救急隊の人が探してくれて、ちょっと遠い所だけでもやっと入院できたケースも多くて、そういうことがコロナ感染症に関係なく起こってます。医師や入院設備のある医療機関と連携できていることは本当に重要なことです。	19、20	D 訪問看護師
イ-13	まめに情報共有しておかないと急に担当が変わったときに話が引き継がれていなくて最初から説明しなければいけないとか、そういうことはあります。地域医療・福祉専門職に対して、適宜、療養者に関する的確なアセスメント内容を報告することは地域との信頼関係につながるため、重要な能力だと思います。	22	C 訪問看護師
イ-14	「地域全体の健康問題の解決にも力を注いでいる」という能力は、保健師のことだなと思った。まあいいと思う。できるならした方が良いです。	23	E 訪問看護師
イ-15	高度実践看護師が身近にいたら頼りにします。私一人での判断に迷ったり、“もっとこうした方がいいよね”とか相談したりできるのは、すごく心強いと思うし。チームメンバーとして協力し合うということを大切にもらえると一緒に働きたいですね。	24	B 訪問看護師
イ-16	「高度実践看護師自ら、地域医療・福祉専門職と連携している」と「地域医療・福祉専門職に対して療養者に関する的確なアセスメント内容を報告している」と「療養生活を送るうえで生じている課題への対応方法について地域の多職種と共に検討している」の3つなんですが、こういった能力が必要だとは思いますが、この3つの違いがよくわからないんです。	17、22、24	A 訪問看護師

### (3) 【居宅で自律的な判断のもと行われる終末期診療】(表6)

5名の訪問看護師らは、【居宅で自律的な判断のもと行われる終末期診療】に該当する6項目全てのコンピテンシーの必要性や重要性を強調した。療養者の苦痛症状をなるべく早期に緩和できるよう、高度実践看護師が自律的な判断によって薬剤種類の決定や量を調整することに賛意を示した[ウ-1、ウ-2、ウ-3、ウ-4、ウ-5]。終末期特有の症状を緩和するために、的確な胸水・腹水穿刺の手技を身に付ける必要性も述べた[ウ-5、ウ-9]。看取りの際に医師との連携がスムーズでないこと等の理由から、高度実践看護師が看取りや死亡診断を担うに相応しいスキルを獲得することも重要とした[ウ-3、ウ-6、ウ-7、ウ-8]。

### (4) 【居宅での応急対応】(表7)

5名の訪問看護師らは、【居宅での応急対応】に該当するコンピテンシー8項目の全てに対して肯定意見を述べた。療養者の身体状況が悪化

した際に、医師との連携がスムーズでないケースがありタイムラグの発生を懸念するため、高度実践看護師が居宅で起こり得る緊急性の高い症状への迅速な対処や、救急搬送に関して的確に判断できることも求めていた[エ-1、エ-3、エ-4、エ-7、エ-8、エ-12]。救急対応時であったとしても、療養者の苦痛や家族の不安を緩和することの重要性についても指摘した[エ-2、エ-5]。療養者自身が病院への入院を希望しないケースが多いため、できる限り自宅での療養を継続できるよう、居宅完結型の診療実践力にも期待感を示した[エ-6]。療養者が急変した際、救急対応や処置能力に長けた高度実践看護師に支援してもらうことで療養者と訪問看護師の双方にメリットが生じるとの意見も出された[エ-9]。また、訪問看護師らは【居宅での応急対応】のコンピテンシーに対する意見を語る際に、“救急対応”を要望することが多かった[エ-3、エ-4、エ-7、エ-8、エ-9、エ-12]。

表6 【居宅で自律的な判断のもと行われる終末期診療】のコンピテンシーに対する見解

発言番号	必要性や重要性に関する発言	尺度原案(表1)のどの項目に対する発言なのか	発言者
ウ-1	痛みや苦痛にはすぐに対応してあげた方が良いです。もちろん先生(医師)に電話で相談するという話になっているが、痛みに対応してあげられるために高度実践看護師が判断できるものは判断していいと思います。	25、26	A 訪問看護師
ウ-2	今月は2件連続でバタバタと亡くなって。家族は薬とか治療できることは何でもやりたいと言っていたけど、途中から苦痛のないように安らかに穏やかにしてほしい。その時、薬はどうするとか、すぐに高度実践看護師に相談できるのはありがたいです。	25、26、29、30	B 訪問看護師
ウ-3	高度実践看護師にはこの6つの終末期診療の技術はしっかりと持ってほしいと思います。家族に囲まれて息を引き取ったり、住み慣れた自宅で息を引き取れたりした方がいいので、そういう技術はあった方がいいと思うんです。地域の医師が不足している現状もあるので。特に看取りの場面は、顔見知りの看護師が来て最期を看ってくれるのは、本人の人生の質としてはいいだろうと思うんです。なので、こういったことにかかわることのできる高度実践看護師が増えることはいいことだと思います。	25、26、27、28、29、30	C 訪問看護師
ウ-4	終末期の利用者さんに高度実践看護師の判断で苦痛を和らげる薬を投与したりできるのなら、いちいちワンステップ挟まずに済んで早くに対応できますよ。患者さんにとって苦痛を少しでも抑えられるかなと思います。	25、26、29、30	E 訪問看護師
ウ-5	終末期診療の内容は、高度実践看護師に期待したい能力です。例えば、終末期にある利用者さんは、胸水・腹水が苦痛になっている人が多いですね。往診医に処置してもらえる場合もあるけど、往診医より看護師のほうが利用者さんの自宅に行く回数も多いので、苦痛の訴えがあったときに速やかに処置できれば利用者にとっていいかなと。薬で痛みとかを取り除いていくための判断も必要ですね。これからますます自宅での看取りが増えると思うので、安らかな最期を迎えられるよう苦痛を少しでも緩和できることは在宅医療の今後の課題だと感じます。	25、26、29、30	D 訪問看護師
ウ-6	医師がすぐに来られなくて何時間も後になってしまっ。利用者さん本人や家族もやっていいという同意がある場合は、高度実践看護師が死亡診断することもありかなと思います。	27、28	A 訪問看護師
ウ-7	家族の同意があるなら、死亡診断もできるならやっていいと思います。亡くなってから電話してと言う医師が多い。何時間が空いてから行くことになる。看護師が看取ったほうがスムーズで、家族もそういった対応のほうが良いと考えている場合もあると思うんで。	27、28	D 訪問看護師
ウ-8	以前、訪問中に急に亡くなってしまい、先生(医師)から死亡時間を見ておいてと言われたことがあるんです。家族もそばにいたけど、問い詰めてくるような家族でもなくて。亡くなるのが前提だったので。先生がその場で死亡診断や時間を見て確認しなくても何も言っておかなかったです。でも、私はその時とても戸惑いましたよ。高度実践看護師が見取りや死亡診断まで行うことは、これからは必要かもしれない。	27、28	E 訪問看護師
ウ-9	胸水・腹水穿刺の実施する基準があって、エコーなんかで胸水や腹水がたまっていると明らかに分かっていて、手技も問題なく行える高度実践看護師なら、利用者さんの苦しさを早めに和らげてあげられるし利用者さんの負担も少ないのではないかなあ。	29	A 訪問看護師

表7 【居宅での応急対応】のコンピテンシーに対する見解

発言番号	必要性や重要性に関する発言	尺度原案(表1)のどの項目に対する発言なのか	発言者
エ-1	緊急性の高い症状への対応や救急搬送すべきかの判断、アセスメント内容を先生(医師)にしっかり伝えられる能力は私たち訪問看護師にとっても必要な能力だし、高度実践看護師にも必要じゃないかと。高度実践看護師であれば、より高度な判断や対応が求められるのであろうけど。	31、32、35	A 訪問看護師
エ-2	緊急時だからこそ、高度実践看護師の存在によって利用者さんや家族に対して安心感を与えられるという能力はとても重要だと思います。	34	A 訪問看護師
エ-3	救急対応ができる高度実践看護師がいることで、タイムラグが少なくなってすぐに治療につながれるのであれば、救急搬送件数は減ります。	31、32、33、36、37、38	B 訪問看護師
エ-4	大変だと感じることは、やはり救急対応ですね。かかりつけ医が近くにいれば相談するけれど、時間外だと無理なので救急車を呼んで来るまで一緒にいるとか。先生(医師)になかなかつながらないこともあるから。しっかり救急対応できる高度実践看護師の存在は重要だと思います。	31、32、33、36、38	C 訪問看護師
エ-5	いろんな先生(医師)とコミットさせてもらっていて、先生によって特徴があるんです。こういう言い方をしないと分かってもらえないとかもあるから、的確に上手に報告・相談できるというのも必要なことです。緊急で対応しなければいけなくなった人がどういう背景でどういう状況なのかという点をしっかりとわかってもらえているという状況で相談できることが利用者さんも私たちも安心です。なので、高度実践看護師が身近に存在することは我々にとっても有難いし、結局、利用者さんにとってメリットになるんだと思いますよ。	34、35	C 訪問看護師
エ-6	病院に入院したくないと要望する利用者さんは多いです。なるべく、自宅で、と思うんですけどね。症状やバイタルサイン、検査結果とかから判断して必要な初期治療ができることは求めたい能力ですね。応急対応能力をもった高度実践看護師が身近にいたら我々は頼りにできます。	31、32、33、36、37、38	D 訪問看護師
エ-7	こちらが緊急性があると判断し先生(医師)に連絡してもすぐに対応してもらえる場合とそうでない場合があります。フットワークの良い先生ばかりとは限らないので、しっかりと救急対応ができる高度実践看護師は在宅医療の現場に必要だと思いますね。	31、32、33、36、37、38	A 訪問看護師
エ-8	訪問看護の利用者さんには、大方、往診医が付くんですね。その往診医の先生のやり方というか、人柄がすごく影響してきます。しっかりと対応してくれる先生もいれば、“どこか病院を探して”と言う医師もいます。そういった場面で高度実践看護師の救急対応能力に期待できると思うけど、結局は医師がOKするかどうかですね。医師がどういう立ち位置で高度実践看護師を受け入れるか、もしくは駄目なのかで全然変わってきてしまう、そんなことを想像すると本当に胸が痛みます。	31、32、33、34、35、36、37、38	D 訪問看護師
エ-9	利用者さんの病気や使ってる薬、急変の状況によって救急対応が違ってくるので、その見極めが難しいですね。このあたりの判断や救急対応を高度実践看護師がカバーしてくれるなら利用者さんだけでなく私たちにとってメリットです。	31、32、33、35、36、37、38	E 訪問看護師
エ-10	在宅で行える臨床検査の能力を身に付けることは必要なのかについて、緊急でアセスメントするためにもあったほうがいいです。	33、36	A 訪問看護師
エ-11	「居宅内における救急対応時の薬物治療では予め出された医師による指示の範囲内、もしくは医師から指示をもらったのちに投与する」で対応することについてだけど、そういう指示が予めあったら普段から私たち訪問看護師もやっていますね。利用者さんの状態をしっかりとアセスメントして必要であれば医師に確認して指示をもらうということをやっていますが、救急だからこそ、自分の判断が正しいのか、その時の不安は大きいです。高度実践看護師が利用者さんや私たちの身近にいれば状況は変わってくるような気がします。	38	A 訪問看護師
エ-12	高度実践看護師が救急の対応として示されている8つのことがしっかりと行えるのであれば、いろんな人が利用者さんのところに出入りしなくてもいいし、遅やかに必要な処置をしてもらえることは利用者さんにとってはいいことだと思う。	31、32、33、34、35、36、37、38	D 訪問看護師

(5) 【看護専門職としての立ち位置】(表8)

5名の訪問看護師らは、【看護専門職としての立ち位置】の5項目のコンピテンシーについて肯定的な見解を示した。高度実践看護師が療養者や家族に対する精神的な支援にも力を注ぐこと [オ-2、オ-4] や、看護学と医学の両方の視点で療養生活の質を高められることにも期待感を示した [オ-5]。高度実践看護師がプライマリケアに関する自身の能力の限界を自覚する

ことによって、他職種や家族とのコミュニケーションが活性化されより良いケアの創出につながる可能性を述べた [オ-6、オ-7]。また、療養者や家族にとって「相談しやすい」関係性は重要であるが、訪問看護業務に該当しない仕事まで依頼される場合があるため「お願いしやすい」という関係性は必要性を感じないとの意見が出された [オ-3]。

表8 【看護専門職としての立ち位置】のコンピテンシーに対する見解

発言番号	必要性や重要性に関する発言	尺度原案(表1)のどの項目に対する発言なのか	発言者
オ-1	どの能力も高度実践看護師には必要かなと思います。看護師として仕事をする以上とても重要な内容ではないかと思っています。	39、40、41、42、43	A 訪問看護師
オ-2	私は看護師なので、医師とは違う見方をする場合もあります。病態とかでは共通な判断や考えをしていることが多いけど、精神的なものや家族との関わりとの部分では医師と見方が違うこともあるんで。そう意味では、看護師という立場を大切にしたい利用者さんや家族に看護することは価値があることだし、必要なことだと思います。	39、41	E 訪問看護師
オ-3	「お願いしやすい」というのがすごく引っかかったんです。看護師として仕事で訪問しているけど、たまに違うお願いをされることがあって。「相談しやすい」関係性は重要だと思うんですけど、「お願いしやすい」という関係性は必ずしも必要とは思いません。	40	B 訪問看護師
オ-4	在宅では、利用者さんにも家族に対しても精神的支援がないと絶対に成り立たないと思っているので、信頼関係を築くことはみんな頑張ってると思う。高度実践看護師も在宅に入るとしたら必要な能力になりますね。	39、40	D 訪問看護師
オ-5	「看護学と医学の両視点からの実践」ということから療養生活の質の向上に貢献できるのであれば、これまでの訪問看護にはないサービスで利用者側のニーズに対応できる可能性があると思います。	42	D 訪問看護師
オ-6	上から目線でなく、自身の能力の限界を自覚していることが大切だと思います。“私が決めたのだからこうやれ”とか言われるのは絶対に嫌ですね。チームワークを大切にすることは必要かと。能力の限界を常に意識しておくことで、自然とチームワークが発揮されると思うんですね。	43	B 訪問看護師
オ-7	「限界を自覚している」というのは、在宅ではすごく大事だと思うんです。利用者さんや家族の中には訪問看護が入ったら全部がいい方向にいくと思ってる人がいます。利用者さんや家族の要望をできる限り取り入れられることが訪問看護の最大のメリットだと思うんですけど、限界はあるし。高度実践看護師でも訪問看護師でも限界を自覚して利用者さんに看護することは現実的には必要なことだと思うんです。診療でも看護でも限界を自覚できているから、先生(医師)や介護スタッフや家族ともしっかりと話し合っってよいケアにしようとするのではないかと思うんです。	43	C 訪問看護師

## (6) 【居宅で自律的な判断のもと行われる検査と薬物処方】(表9)

一部の訪問看護師は、高度実践看護師が自律的な判断で診療を担う必要性および重要性を指摘した。迅速な治療を開始するには、居宅で行える臨床検査の実施に関する判断は高度実践看護師がすることや、症状への対応として一定範

囲内の常用薬については高度実践看護師の自律的な判断で種類・量を投与できる必要性を語った [カ-1、カ-2、カ-3、カ-4、カ-6、カ-7]。救急対応時だからこそ、高度実践看護師の判断で速やかに薬剤を投与できることが重要になる点も述べていた [カ-5]。

表9 【居宅で自律的な判断のもと行われる検査と薬物処方】のコンピテンシーに対する見解

発言番号	必要性や重要性に関する発言	尺度原案(表1)のどの項目に対する発言なのか	発言者
カ-1	高度実践看護師が身近にいて、必要な時に在宅でできる検査を実施したり薬も処方できたら利用者さんにとってはメリットだと思いますね。実際に、先生(医師)に連絡がつくまでに時間がかかることがあるので。状態が悪くなってからだと、その後の経過に影響がでてしまいますから。ケースによるとは思いますが、高度実践看護師の判断でこれらのことができるという点ですね。	44、45、46	A 訪問看護師
カ-2	タイムラグがなくなるということ考えると、この3つの権限を高度実践看護師に与えるということは必要だと思います。	44、45、46	B 訪問看護師
カ-3	私は3つの内容のどれも高度実践看護師にとって必要な能力ではないかと思えます。先生(医師)も対応できるし高度実践看護師にも対応してもらえとなると、利用者さんにとっても私たちにとっても選択肢が広がるし、早く対応してあげたほうが良い時は必要な能力になると思います。	44、45、46	C 訪問看護師
カ-4	肺炎かもしれないというときに、高度実践看護師の判断で在宅で採血やレントゲン検査が行えることは必要だと思います。	44	D 訪問看護師
カ-5	救急対応時の薬物治療で、「予め出された医師による指示の範囲内もしくは医師から指示をもらったのちに薬を投与する」ということについてですが、高度実践看護師は救急対応時に自分で判断して薬を投与できることが必要なケースもあると思います。だって、救急対応ですから。	38、45	A 訪問看護師
カ-6	在宅では苦痛を取り除く必要のある人が多くて、急性期の急変への早い対応とはちょっと違うんだけど、いち早く苦痛を取り除いてあげられるという目的での薬の処方や投与、調整なんかは高度実践看護師の判断でできるというかなあと思います。	46	D 訪問看護師
カ-7	利用者さんから「痛み止めをもっと増やして」と言われて、どれくらい増やせばいいのか、悩むこともあるんで。そのあたりの仕事を医師だけではなく高度実践看護師にも依頼できるのであれば利用者さんも私たちもありがたいかなあと。より早い対応が可能になるかもしれないし。今は看護師が薬を処方できる制度になってないから、断言はできないけど。	46	B 訪問看護師

## (7) さらに望まれたコンピテンシー(表10)

5名の訪問看護師らは、コンピテンシーの追加を希望した。的確なプライマリケアの実践やその行為に対して責任を果たせること、高度実践看護師が医師とより近い立場で連携するためには大学院での養成課程を修了し資格試験に合格する必要性を指摘した [キ-1、キ-2、キ-3、キ-4]。安全で効果のあるプライマリケアの提供に向けて、専門機関から知識・技術の定期的

な確認を受ける重要性も述べた [キ-5]。高度実践看護師の判断で薬剤を投与しようとする際に、医師の指示を求めるべきかについての的確な判断力を持つことも重要とした [キ-6]。療養者が自宅療養の継続を望むケースが多いことを理由として、高度実践看護師がそれに応じられるまでの知識・技術を持つことに期待感を示した [キ-7]。人生の最終段階にある療養者が心身の変化に応じてどういった治療やケアをどこ

で受けたいのかついで、機会ごとに確認し調整  
できる能力も必要とした[キ-8、キ-9、キ-10]。  
療養者が病状を悪化させないよう、予防医療の  
実践にも期待感を示した[キ-11]。一部の訪問  
看護師らは、提供したプライマリケアやその責  
任に見合った診療報酬が高度実践看護師に支払

われることを望んでいた[キ-12、キ-13、キ  
-14]。

また、今回の調査に参加した5名の訪問看護  
師からは、6領域46項目のコンピテンシーの中  
で必要性が低いとする意見は聴かれなかった。

表10 さらに望まれたコンピテンシー

発言番号	必要性や重要性に関する発言	発言者
キ-1	利用者さんにとって安全な医療を提供するということを考えると、大学院で勉強することも必要だろうし高度実践看護師になるための資格試験もあったほうが良いと思います。	A 訪問看護師
キ-2	責任が伴うので、何らかの知識や技術を持っているという資格の証明は必要ですね。	B 訪問看護師
キ-3	体に大きな影響のある薬について大学院でしっかりとトレーニングされている状態の高度実践看護師であれば良いと思います。実施した行為に責任を負うということになりますから。	E 訪問看護師
キ-4	看護師はミニドクター的な役割を担うこともあると思うので、医師と対等にはならないだろうが、少しでも立場を近づけるためには大学院で学んだ方が良いと思います。きちんと勉強して資格を取ったという保証書みたいなものがないと、なかなか医師と一緒にやってるのは難しいと思うんで。	D 訪問看護師
キ-5	海外だと、看護師の資格にもいくつか種類があったり、看護師の地位が高かったり、日本とは違うことが多いですね。しかも、海外だと更新試験がありますよね。日本で高度実践看護師の新たな制度を導入するなら、看護師が負わなきゃいけない責任が重くなるので、自分が高度実践看護師になることを想像してみるとぞっとします。自分の判断で診療するとなると、それなりの勉強は必要で、その定期的チェックが専門的な所で受けられると良いかなあ。治療法も進んで、薬の種類も増えているので。常に学び続けることが高度実践看護師にはより求められるんだと思います。	C 訪問看護師
キ-6	一定範囲内の薬剤を高度実践看護師の判断で処方したり投与したりということについてはケースバイケースかなあ。高度実践看護師の判断で投与していいのか、医師の判断をもらったほうが良いのか、そのあたりを高度実践看護師がしっかりと判断できるといことが大前提だと思う。安全性やその効果を考えると、投与する前の判断が重要だと思いますが。	E 訪問看護師
キ-7	利用者さんはなるべく家にいたいと希望する人はとても多いので、できる限り自宅での治療をメインにできるように高度実践看護師が関われば良いですね。	D 訪問看護師
キ-8	看取りの方針についてなんですけど、「先生の言うことに従います」みたいな家族もいて。でも私たちが話を聞いてみると、「実は…」と本音を出してくることも意外に多くて。あれ、どっち?と思うんです。もちろんその時々で利用者さんや家族の希望に変化が出ることはわかってるんですけど、病状や治療も踏まえて、今後の方向性というか希望する生活方法とかを引き出さるような能力って重要だと思っていて…。こういった能力って、高度実践看護師にとって必要なあとと思います。	B 訪問看護師
キ-9	自宅での看取りの日々を積み重ねていったら考えが変わることもあるんですけど、在宅での看取りが近づくとも心は揺らぎますからから。その都度、「こういう状況なのでこういう方向で進みましょう。」と言える人がいたら利用者さんにとってありがたいこと。もちろん、訪問看護師も関わりますが、そういった力を高度実践看護師にも発揮してもらいたいです。	C 訪問看護師
キ-10	終末期の利用者さんの場合、苦痛があった場合に病院に戻るのか、最期まで家で看取るのかを確認しておくことはとても大切です。もう看取りレベルでしょ、と思う利用者さんでも状態が悪くなると家族の要望もあって病院を受診したり入院するケースがあるけど、利用者さん本人が入院を希望しているかというところとそこは疑問で…。高度実践看護師が在宅での看取りに関する方針決定に主治医とともに関わっていくことは必要なことだと思います。	D 訪問看護師
キ-11	在宅では、予防医療というか、これ以上病状を悪化させないための看護も重要なんです。悪くなり始めるとすぐに悪化して、救急搬送されて入院というケースがあるので。この点を意識して、高度実践看護師にも利用者さんや家族に関わってもらえたらありがたいです。	C 訪問看護師
キ-12	高度実践看護師のケアに対する診療報酬を十分に獲得できることは大切です。診療報酬を医師より割安すべきか、同等がいいのか、割高がいいのか、うーん、同等であってほしいとは思いますが。高い知識や技術、責任も伴うわけですから。	A 訪問看護師
キ-13	実施したことに見合った診療報酬を支払ってほしいと思うんですが、それが利用者の負担になるのは嫌です。高度実践看護師に診療報酬を支払うのであれば、それを保障するものも同時に見直さないといけないと思います。財源はどうするのかということなんです。	C 訪問看護師
キ-14	高度実践看護師は、診療の実施やその責任を負うということになる以上、しっかりと診療報酬を得るべきです。	D 訪問看護師

#### 4. 考察

本研究では、大釜が開発した「都市圏の居宅でプライマリケアを提供するために必要な高度実践看護師のコンピテンシーの尺度原案(6領域46項目)」の内容的妥当性を検討する目的で、居宅医療の現状や課題を熟知し療養生活支援で重要な役割を担う東京圏(東京都・神奈川県・埼玉県・千葉県)の訪問看護師に対して面接調査を実施した。以下では、訪問看護師の見解に基づき、コンピテンシー項目の統合、修正、追加に関して検討する。

##### 1) 内容的妥当性に関する検討

訪問看護師らは、【居宅で日常的に施される的確なプライマリケア】のコンピテンシー項目について、フィジカルイグザミネーションや臨床検査結果のアセスメント、薬剤の副作用の確認、療養者の身体状況の変化に関する予測を家族に伝えること、個別性を重んじた居宅療養計画の立案、クレーム・要望への対応については、通常の訪問看護業務でも必要な能力であるため、高度実践看護師特有のコンピテンシーではない点を指摘した。こうした意見を踏まえて検討した結果、医学的知見をより多く獲得した高度実践看護師のコンピテンシーとして相応しい文言に修正すべきと考えた。例えば、フィジカルイグザミネーションや臨床検査結果の解釈が的確に行えるだけでなく、医学的知見に基づき診察、鑑別診断、治療法の選択、予後予測といった臨床推論(前田, 2020, pp.94-98)に関する能力を盛り込むべきである。そして、療養者の身体状況の変化に関する予測を家族に伝える際に、変化が生じた際の対処方法についても説明する必要がある。医学的知見をより深めた高度実践看護師であるからこそ、診療内容を加味した居宅療養計画の立案が可能と言える。療養者や家族からの療養生活上のクレーム・要望に対しては、

診療と看護の両方の知識・技術を用いて可能な限り対応できることも必要になる。また、訪問看護師は、薬剤に関するアセスメントに迷いを生じることがあるため用法・用量や副作用について熟知している高度実践看護師が身近に存在することで安心感につながると語っていた。居宅に医師が常駐していないからこそ、療養者が常用する薬剤の薬効、用法・用量、使用上の注意点、副作用を理解したうえで医師と連携しながら主体的に薬剤を調整できる能力が求められている。また、従来は医師が担ってきたであろう高度な知識・技術を要する処置を高度実践看護師が担当できたならば、これまで以上に療養者への迅速な対応が可能になる。以上の検討内容については、該当するコンピテンシー項目に反映する必要があると考えた。

【地域に根ざした協働志向】のコンピテンシー項目に関しては、訪問看護師の見解に基づいて、高度実践看護師の職能としてよりふさわしい内容に修正することや、コンピテンシーのそれぞれの違いが理解できるよう工夫する、類似する項目は統合する必要があると判断した。居宅での療養生活の継続性を高めるには、高度実践看護師が、医療・福祉専門職者に対して診療および看護に関する情報を織り交ぜて提供することや、診療と看護の両方の知識を生かして療養生活の質を向上させるための支援方法を他職種に提案できることも重要と考えた。

5名の訪問看護師ら全員が、【居宅で自律的な判断のもと行われる終末期診療】のコンピテンシー項目の必要性や重要性を指摘した。身体的苦痛緩和のための薬剤投与や処置、看取りのための知識・技術の獲得を求めていた。なお、自宅や高齢者施設での看取り割合が日本以上に高い米国(辻彼・渡辺・中島, 2012)では、2000年から2015年にかけて急性期病院の死亡率率

は減少の一途をたどる(Teno・Gozalo・Trivedi et al., 2018)。しかし、居宅ホスピスケアが普及する米国にも、終末期の療養者に強い身体的苦痛が出現した場合、急性期病院への入院に至ってしまうといった課題が顕在する(Phongtankuel・Scherban・Reid et al., 2016; Phongtankuel・Paustian・Reid, 2017)。訪問看護師の見解や米国の状況も踏まると、居宅で苦痛を最小限にとどめられることや今後も増え続ける居宅での看取りに対応するには、終末期診療に該当するコンピテンシー項目すべての必要性や重要性が理解できる。

訪問看護師らは、【居宅での応急対応】のコンピテンシー項目の全てにおいて肯定的な見解を示した。療養者の容態が悪くなった際に医師との連携がスムーズでないケースがあることや、容態が悪くなった場合でも可能な限り自宅での生活を療養者が希望するため、高度実践看護師には的確で居宅完結型の救急対応能力を要求していた。急場しのぎの応急対応というよりは、急性期病院への救急搬送を回避するための診療能力を重視しているように思う。よって、この領域の名称を【居宅での救急対応】に修正した。また、訪問看護師の見解に基づいて検討した結果、当該領域の8項目については統合や修正、新たに追加する必要はないと判断した。

【看護専門職としての立ち位置】のコンピテンシーには、療養者や家族にとって「相談しやすい」「お願いしやすい」関係性づくりに関する項目が含まれている。一部の訪問看護師は、訪問看護業務に該当しない依頼があることを理由として、「お願いしやすい」という関係性については異議を唱えた。そのため、「相談しやすい」「お願いしやすい」関係性については、療養者や家族にとって親密性を感じられる関係性という文言に修正する必要があると考えた。

【居宅で自律的な判断のもと行われる検査と薬物処方】の3項目について、訪問看護師らは賛意を示した。症状の早期改善に向けて迅速に治療を開始する必要がある場合、高度実践看護師に対して、居宅内で行える臨床検査の実施について判断できることや、一定範囲内の常用薬を自律的な判断のもとで投与できることに期待感を示した。救急対応時は、より一層、こうしたコンピテンシーが重要であるとした。ただし、常用薬の処方・投与については、安全性などの理由からこれまで通り医師の指示に基づくことが望ましいとする訪問看護師も存在した。訪問看護師が医師による包括指示だけでは対応しきれない場合もあるため、3つのコンピテンシーを具備した高度実践看護師が居宅医療の現場に存在することで、療養者のニーズに速やかに対応できることだけでなく、訪問看護師が日ごろから抱えている課題を解決する糸口にもなると考えた。訪問看護師らの発言内容を参考にして、この領域のコンピテンシー項目の文言の一部を修正する必要があると考えた。

訪問看護師らは、高度実践看護師に対してさらに望むコンピテンシーとして、居宅での療養生活の継続に応じられるまでの知識・技術を持っていること、効果的な予防医療を提供できること、安全で効果のあるプライマリケアを提供するために資格試験に合格した後も専門機関から定期的に知識・技術の確認を受けていること、提供したプライマリケアに見合った診療報酬を得ていることを挙げた。これらのコンピテンシーは、【居宅で日常的に施される的確なプライマリケア】に該当すると判断し、当該領域に追加した。高度実践看護師が人生の最終段階における療養生活上の意思決定に積極的にかかわる必要性も指摘していた。このコンピテンシーは、終末期にある療養者の価値観や希望を

反映した生活環境を準備するための重要な舵取りに該当すると思われる、【居宅で自律的な判断のもと行われる終末期診療】の領域に追加した。そして、高度実践看護師の判断で薬剤を投与しようとする際に、医師の指示を求めるべきかについての的確な判断力をもつことの重要性も指摘されていた。看護師が他領域とも言える診療を自らの判断と責任で行う場合、相互依存的な意思決定を意味する臨床的自律性(古地, 2015)を重んじる必要があると考えた。そのため、【居宅で自律的な判断のもと行われる検査と薬物処方】のコンピテンシー項目として、「高度実践

看護師の判断で診療する際は医師の指示を求めるべきかについての的確な判断力をもつ」を追加した。

上記の検討によって、46項目のコンピテンシーのうち、いくつかのコンピテンシーを統合した。必要に応じて、高度実践看護師特有のコンピテンシーとして相応しい文言に修正した。さらに望まれた6つのコンピテンシーは、相応しい領域に追加した。最終的に、6領域48項目のコンピテンシー尺度に設定した。改訂したプライマリケア分野高度実践看護師のコンピテンシー尺度(6領域48項目)については、表11を参

表11 改訂版 プライマリケア分野高度実践看護師のコンピテンシー尺度(6領域48項目)

改訂後の項目番号	【居宅で日常的に施される的確なプライマリケア】(17項目)
改訂-1	医学的知見を根拠とした臨床推論に基づき療養者の身体状況を的確に判断している(修正)
改訂-2	慢性疾患患者(とりわけ糖尿病や高血圧症、脂質異常症、認知症、脳血管疾患後遺症)のための疾病管理ガイドラインに基づいて診療を提供している
改訂-3	療養者が日常的に使用している薬剤は、療養者の状況に応じて高度実践看護師は医師と連携しながら種類や量の変更について判断している(修正)
改訂-4	療養者が日常的に使用する薬剤の薬効、容量・用法、使用上の注意点、副作用を理解したうえで、主体的に薬剤を調整している(修正)
改訂-5	療養者の身体状況を踏まえて、近い時期に起こり得る病状の悪化や急変、その対処方法について説明している(修正)
改訂-6	診療内容を加味した居宅療養計画を立案している(修正)
改訂-7	居宅での療養生活の継続に応じられるまでの知識・技術を持っている(追加)
改訂-8	先行研究結果などの情報を活用しながら、プライマリケアを提供している
改訂-9	療養者や家族からの療養生活上に関するクレーム・要望について、診療と看護の両方の知識・技術を用いて可能な限り対応している(修正)
改訂-10	療養者や家族に対して、病院とは異なる環境で療養することのメリット・デメリットを的確に説明している
改訂-11	高度実践看護師による診療の実施について、療養者本人もしくは家族から、適宜、同意を得ている
改訂-12	ラッグストアで処方箋なしで購入できる一般用医薬品に関する豊富な知識に基づいて、用法・用量、使用する際に意識すべきこと、副作用について療養者本人や家族に対して説明している(修正)
改訂-13	効果のある予防医療を提供している(追加)
改訂-14	療養者にとって必要な予防接種内容やその実施について、高度実践看護師が判断している
改訂-15	居宅で実施頻度が高い高度な知識・技術を要する処置の手技については的確である(修正)
改訂-16	高度実践看護師の資格試験に合格した後も、専門機関から定期的に知識・技術に関する確認を受けている(追加)
改訂-17	提供したプライマリケアに見合った診療報酬を得ている(追加)
改訂後の項目番号	【地域に根ざした協働志向】(7項目)
改訂-18	地域医療・福祉専門職者に対して、必要に応じて、療養者の診療および看護に関する情報を提供している(修正)
改訂-19	診療や看護の知識を生かして療養者の生活の質を向上させるための方法を他職種に提案している(修正)
改訂-20	高度実践看護師と地域医療・福祉専門職との間において、信頼関係を維持できている

都市圏プライマリケア分野高度実践看護師のコンピテンシー尺度原案の内容的妥当性(大釜信政)

- 改訂-21 療養者の病状判断や治療内容について、医師からのサポート体制を築いている  
 改訂-22 救急対応時等に備えて、常日頃から入院設備のある医療機関と連携している  
 改訂-23 地域で利用可能な療養生活をサポートできるサービス内容について理解している  
 改訂-24 個人限定のみならず、地域全体の健康問題の解決にも力を注いでいる

改訂後の 項目番号	【居宅で自律的な判断のもと行われる終末期診療】(7項目)
改訂-25	人生の最終段階における療養生活上の意思決定に積極的にかかわっている(追加)
改訂-26	終末期にある療養者が発する特有の症状について、高度実践看護師の <u>自律的な判断</u> のもと薬剤投与を行い、可能な限り苦痛の緩和につながっている(修正)
改訂-27	終末期にある療養者に投与されている鎮痛薬(NSAIDs、アセトアミノフェン、オピオイド)の種類・量の調整が的確である
改訂-28	終末期にある療養者に対して投与されている鎮痛薬(NSAIDs、アセトアミノフェン、オピオイド)がもたらす副作用症状について、高度実践看護師の <u>自律的な判断</u> による薬剤投与から可能な限り緩和している(修正)
改訂-29	療養者本人またはその家族、もしくはその両方からの同意がある場合、高度実践看護師によって看取りが行われている
改訂-30	療養者の情報を多くもち医学知識も備えた高度実践看護師によって、死亡診断が行われている
改訂-31	終末期にある療養者に対する安全で安楽な胸水・腹水穿刺の手技について熟練している
改訂後の 項目番号	【居宅での救急対応】(8項目)
改訂-32	居宅で起こり得る緊急性の高い症状への対応について熟練している
改訂-33	救急搬送をすべきかについても含めて、初期対応が的確である
改訂-34	居宅内における救急対応時の薬物治療では、予め出された医師による指示の範囲内、もしくは医師から指示をもらったのちに投与している
改訂-35	療養者の病状が急激に変化した際、その身体状況の判断に必要な居宅内で行える臨床検査の実施については、高度実践看護師が判断している
改訂-36	救急対応時に居宅内で実施された臨床検査の所見については的確である
改訂-37	救急対応時に、症状や検査所見を踏まえながら、療養者の病状を的確な内容で医師に報告している
改訂-38	救急対応といえども、療養者本人の苦痛や家族の不安を緩和することが先決である点について理解している
改訂-39	身体状態の悪化があった場合は高度実践看護師に相談できる”という安心感を療養者本人や家族に与えている
改訂後の 項目番号	【看護専門職としての立ち位置】(5項目)
改訂-40	療養者の苦痛や家族の不安を理解したうえで、精神的な支援にも力を注いでいる
改訂-41	療養者や家族にとって親密性を感じられる関係性を生み出している(修正)
改訂-42	診療行為のみにとどまらず、質の高いケアも提供している
改訂-43	看護学と医学の両視点からの実践によって、居宅における療養生活の質の向上に貢献している
改訂-44	高度実践看護師が、プライマリケアに関する自身の能力の限界を自覚している
改訂後の 項目番号	【居宅で自律的な判断のもと行われる検査と薬物処方】(4項目)
改訂-45	高度実践看護師の判断で診療する際は医師の指示を求めべきかについての <u>確かな判断力</u> をもつ(追加)
改訂-46	身体状態の把握に必要な居宅内で行える臨床検査の実施について判断している(修正)
改訂-47	居宅内における救急対応時の薬物治療では、一定の範囲内で、高度実践看護師の <u>自律的な判断</u> のもと処方・投与している(修正)
改訂-48	一定範囲内の常用薬については、必要に応じて高度実践看護師の <u>自律的な判断</u> で処方・投与している(修正)

下線部：修正したコンピテンシー、箇所 太字：追加したコンピテンシー

照されたい。

## 2) 本研究の限界と今後の課題

今回の調査から、大釜によるコンピテンシー尺度原案を改訂できた。しかしながら、訪問看護師5名のみのお見解に基づいてコンピテンシー尺度原案の内容的妥当性を検討したため、多職種を対象にして調査を重ねた場合、加筆・修正すべきコンピテンシー項目が新たに出現する可能性がある。今後は、高齢者施設に勤務する看護師や地域医療を担う医師、プライマリケアに携わる高度実践看護師にも調査を拡大し、コンピテンシー項目の更なる精査と再構成が必要になる。引き続き、居宅医療現場のニーズや課題に対応できる高度実践看護師の具体的な形象を模索していきたい。

## 5. 結論

5名の訪問看護師のお見解に基づいて、高度実践看護師のコンピテンシー尺度原案(6領域46項目)の内容的妥当性を検討した。その結果、いくつかのコンピテンシーを統合した。加えて、高度実践看護師のコンピテンシーとして相応しい文言に修正した。そして、高度実践看護師のコンピテンシーとして新たに6項目を追加した。最終的に、6領域48項目のコンピテンシー尺度を設定した。その人らしい療養生活を可能な限り居宅で支え続けるために、高度実践看護師が具備すべきコンピテンシーの尺度の洗練化につながったと考える。

## 謝辞

本研究にご協力いただいた訪問看護師の皆様にお心より御礼申し上げます。本研究は、JSPS科研究費課題番号19K19399の助成の一部を利用いたしました。

## 付記

本研究の成果の一部については、第63回日本社会医学学会総会で発表した。開示すべき利益相反はない。

## 文献

- 伊富貴初美(2021). ナースプラクティショナーによる医療費削減と患者ケア改善に向けて期待される効果—訪問看護利用者の診察料をもとにしたシミュレーションと訪問看護師へのインタビューから—,日本赤十字看護学会誌;21(1):pp.64-73.
- 大釜信政(2015). 高度実践看護師の裁量権拡大に関する都市圏訪問看護師の認識,ヒューマンケア研究学会誌;7(1):pp.37-44.
- 大釜信政(2016). 高度実践看護師の裁量権拡大に対する訪問看護師の認識,ヒューマンケア研究学会誌;7(2):pp.45-54.
- 大釜信政(2022). 大都市圏においてプライマリ・ケアを居宅で提供するために必要となる高度実践看護師のコンピテンシーの尺度開発—予備的定量調査の結果より—,医療福祉政策研究;5(1):pp.53-74.
- 河口てるこ(2000). 測定尺度の開発,これからの看護研究-基礎と応用-,松木光子,小笠原知枝(編集),東京,ヌーヴェルヒロカワ:pp.347-353.
- 国立社会保障・人口問題研究所(2017). 日本の将来推計人口(平成29年推計).国立社会保障・人口問題研究所ホームページ.([https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29\\_gaiyou.pdf](https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_gaiyou.pdf),最終アクセス日2022年8月6日)
- 古地順子(2015). 看護職の自律性概念の探求:第一報:英語の文献から,日本看護倫理学会誌;7(1):pp.26-35.
- 佐藤直子(1999). 専門看護制度 理論と実践.東京,医学書院:pp.49-50.
- 佐藤千津代,鈴木浩子,富田真佐子,村田加奈子(2020). 在宅における特定行為およびその導入に対する訪問看護師の認識—訪問看護師へのインタビュー調査—,日本地域看護学会誌;23

- (3):pp.23-31.
- 清水裕子(2005). 測定における妥当性の理解のために一言語テストの基本概念として一,立命館言語文化研究;16(4):pp.241-254.
- ストライナーデイヴィッド,ノーマンジェフリー,ケアニージョン/木原雅子,加治正行,木原正博訳(2016).医学的測定尺度の理論と応用 妥当性,信頼性からG理論,項目反応理論まで.東京,メディカル・サイエンス・インターナショナル:pp.1-5.
- 総務省統計局(2021). 統計からみた我が国の高齢者-「敬老の日」にちなんで.総務省ホームページ.(<https://www.stat.go.jp/data/topics/top1290.html>,最終アクセス日2021年9月20日)
- 武村雪絵編・武村雪絵(2014). 看護管理に生かすコンピテンシー成果につながる「看護管理力」の開発 第1章コンピテンシーモデルと看護管理,東京,メヂカルフレンド社:pp.1-6.
- 辻彼南雄,渡辺大輔,中島民恵子(2012). 日本の看取り,世界の看取り 調査編 4.終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査.国際長寿センター.([http://www.ilc-japan.org/study/doc/summary\\_1101.pdf](http://www.ilc-japan.org/study/doc/summary_1101.pdf),最終アクセス日2022年9月7日)
- 灘光洋子,浅井亜紀子,小柳志津(2014). 質的研究方法について考える — グラウンデッド・セオリー・アプローチ,ナラティブ分析,アクションリサーチを中心として一,異文化コミュニケーション論集 ;12:pp.67-84.
- 野口裕二(2005). 研究方法としてのナラティブ・アプローチ,日本保健医療行動科学会年報;20:pp.1-6.
- 野末聖香,金子仁子,上野まり,他(2007). 訪問看護ステーションにおける看護師の裁量権の拡大に関する研究.平成17年度日本看護協会看護政策研究事業報告書.([https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/kangoseisaku/2005/homonkango\\_research.pdf](https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/kangoseisaku/2005/homonkango_research.pdf),最終アクセス日2022年4月3日)
- 福添恵寿(2021). 在宅医療における「ナース・プラクティショナー(診療看護師)」の可能性と課題,総合診療 ;31(7):pp.864-867.
- フリックウヴェ /小田博志監訳(2022). 新版 質的研究入門<人間の科学>のための方法論.東京,春秋社:pp.420-434.
- ホロウェイイミー,ウィーラーステファニー /野口美和子監訳(2007). ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで(第2版).東京,医学書院:pp.198-213.
- 前田眞治(2020). 臨床推論の実践,保健医療福祉のための臨床推論,北島正樹(総編集),東京,朝倉書店:pp.94-98.
- 蒔田寛子,川村佐和子(2011). 訪問看護を利用している高齢独居療養者の生活継続に必要な機能の分析,バイオフィリアリハビリテーション研究;7(1):pp.6-16.
- 村上宣寛(2006). 心理尺度のつくり方,京都,北大路書房:pp.46-48,63-64.
- Bookbinder Marilyn,Glajchen Myra,McHugh Marlene,et. al.(2011).Nurse Practitioner-Based Models of Specialist Palliative Care at Home: Sustainability and Evaluation of Feasibility,Journal of Pain and Symptom Management;41(1):pp.25-34.
- Hunter P. Lauren, Weber E. Charles, Morreale P.Anthony,et al.(2009). Patient Satisfaction With Retail Health Clinic Care, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners ; 21(10):pp.565-570.
- Phongtankuel Veerawat, Scherban Benjamin A., Reid Manney C., et. al.(2016) .Why Do Home Hospice Patients Return to the Hospital? A Study of Hospice Provider Perspectives,Journal of Palliative Medicine;19(1):pp.51-56.
- Phongtankuel Veerawat, Paustian Shawn, Reid Manney Carrington,et. al.(2017). Events Leading to Hospital-Related Disenrollment of Home Hospice Patients: A Study of Primary Caregivers' Perspectives,Journal of Palliative Medicine;20(3):pp.260-265.
- Teno Joan M., Gozalo Pedro, Trived Amal N., et

- al. (2018). Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions Among US Medicare Beneficiaries 2000-2015, *Journal of American Medical Association*, 320(3):pp.264-271.
- Wallace R. Debra, Daroszewski Ellen (2015). Convenient Care Clinic Nurse Practitioner Impact Analysis, *Journal of Nursing Education and Practice*; 5(9):pp.1-10.

# 児童養護施設で働くことになった経緯と 仕事のやりがい

## ——職員へのアンケート調査から——

The Course of Actions That Led to Work at a Children's Home  
and How Rewarding the Work Is : Based on a Questionnaire  
Survey of Staff

堀 場 純 矢(日本福祉大学)  
Junya HORIBA

和文抄録：本稿では、児童養護施設20か所の職員へのアンケート調査を通して、職員として働くことになった経緯と仕事のやりがいについて明らかにした。まず、前者は「子どもが好きだったから」と答えた者の割合が51.7%と最も高く、次いで「児童養護問題、施設に関心があったから」(38.2%)であった。また、後者は「やりがいを感じる」と答えた者の割合が94.7%と顕著に高く、その内容は「子どもの成長が感じられたとき」が80.9%と最も高かった。

キーワード：児童養護施設(children's home), 働くことになった経緯(course of actions that led to work), 仕事のやりがい(how rewarding the work is), 労働組合(labor union)

### 1. 研究の背景と目的

児童養護施設(以下、施設)では、小規模化・地域分散化(以下、小規模化)が進められている。そこでは、職員による子どもへの個別的なかわりが増えた、個室の確保、自然と食に親しむことができる、少人数のため行動がしやすいなどのメリットがある。その一方で、一人勤務や宿直、長時間労働が増えたことによる職員の孤立・疲弊とそれに伴う職員の確保・育成の困難さ、職員による養育の差が生じやすくなったなどのデメリットも指摘されている(武

藤2010; 黒田2013; みずほ情報総研2017; 堀場2018)。

このうち、職員の確保・育成については、労働条件・労働環境の改善が最も重要になるが、筆者はそれに加えて職員として働くことになった経緯や、仕事で何にやりがいを感じているかを明らかにしたうえで、対策を検討する必要があると考える。

翻って、社会福祉施設における仕事のやりがいに関する先行研究には、介護職(小野内・壬生2014; 八巻2016; 介護労働安定セン

(受理日：2022年12月16日)

ター 2021) で一定の蓄積があり、保育職(横井 2007; 蓑輪 2018) や看護職(日本医労連 2007) においても、調査の一部で取り上げられている。一方、施設における先行研究は少ないが、伊藤(2007)、藤田(2016)、安部・有村ら(2013, 2014) によるものなどがある。

まず、伊藤(2007) は、全国 554 施設(1 施設につき職員 4 人ずつ) を対象にした職場環境とストレスに関する質問紙調査のなかで、職員のやりがいについて取り上げている。ここでは、職員のストレス要因(過度の不満や負担感を感じる)が「いつもある」「時々ある」の合計が「子どもとのかかわりの中」(78.5%)、「職場の労働条件」(67.9%)、「職場の人間関係」(53.8%) の順に多い一方で、職員が働くなかでよこびや充実感を強く感じている(「いつもある」「時々ある」が計 91.5%) 割合が高いことが明らかにされている。このうち、後者の内容(上位 3 つの合計) では、「子どもの成長を強く感じた時」(97.5%)、「子どもが学校で褒められた時」(30.7%)、「施設行事が終わった時」(29.7%) の順に多いことが浮き彫りとなっている。

伊藤の研究は、仕事のやりがいやストレスとの関係性などに着目して、調査を通して職員の意識や労働実態を明らかにした点で意義がある。しかし、主に若手の児童指導員・保育士(20代が 80.5%) が対象であるため、職員全体の傾向が明らかにされていないことに加えて、労働条件・労働環境の改善や職員の意識に大きな影響を与える労働組合(以下、労組)の有無別の分析もされていない。

一方、藤田(2016) は、岐阜県児童福祉協議会の初任者研修に参加した職員 46 人を対象としたアンケート調査のなかで、職員が働くことになったきっかけや、仕事のやりがいなどについて自由記述のカテゴリー分析を行っている。

具体的には、「児童福祉施設で働くきっかけは何ですか」という設問において、「大学での講義、実習や経験を通して」が最も多く、次いで「仕事の内容が魅力的だった」「自らの強い意志や思い」「自分自身の家族・家庭環境」の順に多いことをふまえて、施設実習が就職に大きく影響していることや、施設保育士ならではの魅力を実習で学生に伝えていくことが重要と述べている。

また、「この 1 年働いてうれしかったこと、楽しかったこと、この仕事を選んでよかったと思うエピソードについて」は、「子どもの関係性の変化」「日常生活での会話、遊び、楽しい体験の共有」「子どもの成長が感じられたこと」が最も多く、次いで「子どもから頼られる・甘えられること」「子どもの笑顔」「子どもからの手紙や温かい言葉」などがあり、子どもたちとのかかわりや成長が職員の就労意欲につながっていると指摘している。

藤田の研究は、調査を通して職員が施設で働くことになったきっかけや、仕事のやりがいなどを明らかにした点で意義がある。しかし、岐阜県の施設における初任者を対象としていることや、自由記述の分析であるため、職員全体の傾向を明らかにするには至っておらず、職員の意識に大きく影響する労組の有無別・雇用形態別・性別の分析もされていない。

また、安部・有村ら(2013, 2014) は、神奈川県内の施設を対象にした職場環境とワーク・ライフ・バランスの視点にもとづく量的・質的調査のなかで、職員が子どもとのかかわりや、アフターケアのために働き続けることにやりがいを感じていることなどを明らかにしている。安部・有村らの研究も、調査を通して仕事のやりがいを含む職員の意識や労働実態を明らかにした点で意義があるが、労組の有無別の分析がさ

れていない。

こうした状況を踏まえて、堀場(2013)は2009年から2010年にかけて職員の労働問題を明らかにするためのアンケート調査を実施した。しかし、調査対象が5施設と少なかったため、課題が残った。そこで、本研究では2016年に全国各地の20施設で職員の労働問題に関するアンケート調査を行った。

本稿ではこのうち、施設職員として働くことになった経緯と仕事のやりがいに関する項目を取り上げ、職員全体の状況に加えて、労組の有無別・雇用形態別・性別の傾向を明らかにしたうえで、職員の確保・育成に向けた課題を提示したい。

## Ⅱ. 研究対象と方法

### 1. 調査対象

調査対象は、全国各地の施設20か所(労組無13施設、労組有7施設)で、全職員である。調査先は機縁法により、筆者が役員を務める児童養護に関する全国規模の研究会や労組などのネットワークを活かし、地域バランスも踏まえて、東北1施設、関東7施設、中部6施設、関西2施設、中国2施設、四国1施設、九州1施設で実施した<sup>(1)</sup>。

調査方法はアンケート調査(無記名自記式)で、施設の担当者(施設長、主任、家庭支援専門相談員など)に調査への協力を依頼し、同意を得たうえで1部ずつ封筒に入れた職員数分のアンケート調査票(以下、調査票)を各施設に郵送した。そして、担当者を調査票の配布・回収の窓口にし、職員が個別に記入した調査票を集約・返送してもらった<sup>(2)</sup>。

調査票は、2016年7月初旬に発送し、担当者には8月20日頃までの返送を依頼したが、全施設の調査票の回収が終了したのは11月初旬で

ある。調査票の配布数と回収数は、施設の担当者が記入した「施設情報に関するアンケート票」や、返送された調査票の状態などから確認した。

調査対象者には、調査票を2016年7月時点の情報で回答してもらうよう文書で依頼した。しかし、配布数が不明の施設が1か所、職員室に調査票を置き、そこから職員が持っていく方法をとった施設が1か所あったため、回収率を厳密に算出することはできないが、回収数を計565票と確認した<sup>(3)</sup>。

倫理的配慮は、日本社会福祉学会研究倫理指針を踏まえて、施設の担当者に同意を得るとともに、調査対象者に対して個人や施設を特定できない形で統計的処理をすること及び調査で得られた情報は研究目的以外で利用しないことを記載した文書を個別の調査票に同封した。そのうえで、施設や個人が特定されない形で集計・分析を行った。

### 2. 調査項目

調査項目は、働く人々が抱えている労働問題と生活問題を不可分のものとして捉える先行研究(三塚1997;高木2007)に依拠して設定した。三塚(1997:85)は、働く人々とその家族のくらしの内容・水準を規定している社会的条件のなかで最も基本的なものは、雇用・労働条件とそれを決定する拠りどころとしての労組による運動のあり方や組織的な力量であると述べている。

この点について三富(2005)は、欧米諸国のケアワーカーの研究を踏まえて、労組が賃金・労働条件の形成に寄与しており、それは労組が存在する職場で良く、移動率も低いと指摘している。Goodman(=2006)も、労組がある施設では労働条件が良く、職員の勤続年数も長いと述

べている。そのため、すべてがそうとはいえないが、施設における労組の存在や組織率は、安定的な雇用や職場における民主化の程度を示す指標の一つとして捉えることができるといえる。

調査項目の詳細は、高木(2007)の先行研究に依拠し、性別、年齢、最終学歴、職種、年収、週当たりの実労働時間、宿直の回数に加えて、健康状態、施設職員として働くことになった経緯、仕事のやりがい、勤続年数、研修の内容・回数、労組の有無と必要性、施設の小規模化など幅広く設定したが、本稿では施設で働くことになった経緯と仕事のやりがいに関する項目を取り上げて分析する。

分析方法は単純集計に加えて、労組の有無別・雇用形態別・性別のクロス集計を行い、それぞれの傾向を把握できるようにした。労組の有無別に分析したのは、それが労働条件・労働環境の改善や職員の意識に大きな影響を与えるからで、雇用形態別・性別に分析したのはそれによって職員が置かれている立場や意識が異なるからである。

クロス集計を行った表1と表2の項目のうち、労組の有無別の項目は筆者が施設ごとに分類し、雇用形態別・性別の項目は調査対象者の回答に基づいて分類した。表1と表2の色付けした部分は、単純集計は割合が高い上位の項目で、クロス集計は5%以上の差がある項目(割合が高い方)である(「無回答」などの一部項目を除く)。本文においても、主にそれらの項目について取り上げた。なお、本稿では調査項目を【】で表記した。また、自由記述は原文を尊重しているため、本文と文言の表記が統一されていない部分がある。

### Ⅲ. 結果と考察

#### 1. 主な調査項目

本稿では、すべての調査項目でクロス集計を行ったが、ここでは性別・年齢・職種・年収・労働時間など、主な調査項目の単純集計を取り上げる。まず、【性別】は「女」(65.7%)の割合が高く、【年齢】は「22～25歳」(18.9%)、「26～29歳」(15.9%)、「30～34歳」(15.2%)の順に多い。【最終学歴】は、「大学卒」(47.4%)の割合が最も高く、次いで「短期大学卒」(25.7%)、「専門学校卒」(12.2%)となっている。

【就業の条件】<sup>(4)</sup>は、「常勤職員(正規)」が86.9%で、「非正規」(「常勤契約職員(常勤の非常勤)」〈5.5%〉、「パート・アルバイト・嘱託」〈5.7%〉)は11.2%であった(「無回答」1.9%)<sup>(5)</sup>。「職種」は、「児童指導員」(36.6%)と「保育士」(26.9%)が多数を占めていた<sup>(6)</sup>。

【年収(税込み)】は、「300～350万円未満」(19.8%)、「250～300万円未満」(13.1%)、「350～400万円未満」(11.7%)の順に多い。【週当たりの実労働時間】は、「40～45時間未満」(25.8%)、「50～60時間未満」(20.5%)、「45～50時間未満」(18.9%)の順である。【宿直の回数(月)】は、「4～5回」(33.6%)が最も多く、次いで「その他」(23.5%)を除くと、「6～7回」(12.2%)、「8～9回」(11.0%)となっている。

#### 2. 施設職員として働くことになった経緯

【施設職員として働くことになった経緯】(複数回答)は、「子どもが好きだったから」(51.7%)の割合が最も高く、次いで「児童養護問題、施設に関心があったから」(38.2%)、「福祉の仕事に興味があったから」(35.4%)、「施設実習や施設のボランティアを経験して働きたいと思ったから」(30.4%)の順となっている(表1)。

「その他」(7.6%)の自由記述では、「調理の仕

事がしたかったから」「子育ての為に就労する必要があったから」「仕事をさがしている時に友人の知人から、ぜひということでも勧められた」「自分の得意なことを活かせるため」「栄養士の職に就きたかった為」などの記述があった。

労組の有無別では、「施設実習や施設のボランティアを経験して働きたいと思ったから」で「労組有(以下、有)」(36.9%)の割合が高く(労組無(以下、無) 26.7%)、「子どもが好きだったから」(無53.8%, 有48.1%)、「就職活動をしていてたまたま求人があったから」(無18.9%, 有11.2%)、「家族・教員・友人などに勧められたから」(無13.6%, 有7.3%)で、「無」の割合が高い。

雇用形態別では、「子どもが好きだったから」(正規54.0%, 非正規38.1%)、「施設実習や施設のボランティアを経験して働きたいと思ったから」(正規33.0%, 非正規14.3%)、「生い立ちにきっかけがあったから」(正規11.4%, 非正規4.8%)、「福祉の仕事に興味があったから」(正規36.7%, 非正規30.2%)、「児童養護問題、施設に関心があったから」(正規40.9%, 非正規20.6%)で、「正規」の割合が高い。一方、「就職活動をしていてたまたま求人があったから」(正規15.7%, 非正規22.2%)と「家族・教員・友人などに勧められたから」(正規10.2%, 非正規22.2%)は、「非正規」の割合が高い。

性別では、「子どもが好きだったから」(男55.7%, 女50.7%)で「男」の割合が高く、「施設実習や施設のボランティアを経験して働きたいと思ったから」(男26.8%, 女33.2%)と「児童養護問題、施設に関心があったから」(男32.2%, 女42.0%)で、「女」の割合が高い。

ここでは当然だが、「子どもが好きだったから」と答えた者の割合が最も高い。また、労組の有無別にみると、「施設実習や施設のボランティアを経験して働きたいと思ったから」で「有」の割合が高いのは、実習やボランティアをした学生が働きたいと思える職場環境があることや、職員採用においても現場の意向を反映するしくみがあることが影響していると考えられる。

雇用形態別で「正規」が多く項目で高い割合だった背景には、採用の段階から目的意識が高いことや、その立場が影響しているといえる。一方、性別の傾向の違いの背景は一概にはいえないが、「女」の方が施設に就職するうえで、実際の学びや体験をふまえて選んでいる可能性がある。

先行研究(藤田2016)との比較では、調査方法や項目が異なるものの、本調査の「施設実習や施設のボランティアを経験して働きたいと思ったから」の項目との共通点がみられた。このことから、施設実習は学生が職業選択をするうえで、いかに重要であるかがわかる。しかし、現状では特に保育士資格取得のための施設実習では、体系的なプログラムを組んでいる施設は多くないと推測されるため、その点が課題といえる。

また、介護職(介護労働安定センター 2021)との比較では、項目や選択肢が異なるため、単純には比較できないが、現在の仕事を選んだ理由(複数回答)の5番目に多い「お年寄りが好きだから」(23.6%)という点が本研究の「子どもが好きだったから」と共通していた。ただし、その順位が低い点が施設と異なっていた。

表1 施設職員として働くことになった経緯(複数回答)

項目	合計 %(度数) 100.0(565)	子どもが好きだったから	施設実習や施設のボランティアを経験して働きたいと思ったから	生い立ちにきっかけがあったから	福祉の仕事に興味があったから
		51.7(292)	30.4(172)	10.6(60)	35.4(200)
労組無	100.0(359)	53.8(193)	26.7(96)	10.3(37)	35.9(129)
労組有	100.0(206)	48.1(99)	36.9(76)	11.2(23)	34.5(71)
正規	100.0(491)	54.0(265)	33.0(162)	11.4(56)	36.7(180)
非正規	100.0(63)	38.1(24)	14.3(9)	4.8(3)	30.2(19)
無回答	100.0(11)	27.3(3)	9.1(1)	9.1(1)	9.1(1)
男	100.0(183)	55.7(102)	26.8(49)	12.0(22)	36.1(66)
女	100.0(371)	50.7(188)	33.2(123)	10.2(38)	35.8(133)
無回答	100.0(11)	18.2(2)	0.0(0)	0.0(0)	9.1(1)
項目	合計 %(度数) 100.0(565)	就職活動をしていてたまたま求人があったから	家族・教員・友人などに勧められたから	児童養護問題、施設に関心があったから	自らの信仰心にもとづいて
		16.1(9)	11.3(64)	38.2(216)	1.1(6)
労組無	100.0(359)	18.9(68)	13.6(49)	36.8(132)	0.6(2)
労組有	100.0(206)	11.2(23)	7.3(15)	40.8(84)	1.9(4)
正規	100.0(491)	15.7(77)	10.2(50)	40.9(201)	1.0(5)
非正規	100.0(63)	22.2(14)	22.2(14)	20.6(13)	1.6(1)
無回答	100.0(11)	0.0(0)	0.0(0)	18.2(2)	0.0(0)
男	100.0(183)	14.2(26)	12.0(22)	32.2(59)	1.6(3)
女	100.0(371)	17.5(65)	11.1(41)	42.0(156)	0.5(2)
無回答	100.0(11)	0.0(0)	9.1(1)	9.1(1)	9.1(1)
項目	合計 %(度数) 100.0(565)	その他	無回答		
		7.6(43)	1.8(10)		
労組無	100.0(359)	7.0(25)	2.2(8)		
労組有	100.0(206)	8.7(18)	1.0(2)		
正規	100.0(491)	7.5(37)	0.2(1)		
非正規	100.0(63)	9.5(6)	3.2(2)		
無回答	100.0(11)	0.0(0)	63.6(7)		
男	100.0(183)	8.2(15)	0.0(0)		
女	100.0(371)	7.5(28)	0.8(3)		
無回答	100.0(11)	0.0(0)	63.6(7)		

### 3. 仕事のやりがい

【仕事のやりがい】は、「やりがいを感ずる」(94.7%)と答えた者の割合が顕著に高い。その内容(複数回答)をみると、「子どもの成長が感じられたとき」(80.9%)の割合が最も高く、次いで「子どもと心がかよい合い、信頼関係が築けたとき」(71.4%)、「職場の仲間とわかりあえたとき」(46.7%)、「卒園生が近況を報告してくれたとき」(42.6%)の順となっている(表2)。

「その他」(10.1%)の自由記述では、「子どもが無事に家庭復帰できた時」「職員が育ってくれ

たと感じた時」「子供達の喜ぶ顔を見た時」「仕事が完遂できたとき」「同僚と同じ方針で、子どもの支援にあたり、子どもに変化があらわれた時。チーム支援がうまくいった時」「子どもや職員に必要とされたとき」「作ったものをおいしいと言ってもらえた時」「他施設職員と連携できる時」などの記述があった。

労組の有無別では、「その他」(無6.2%, 有16.8%)を除くと、「子どもの進学、就職が決まったとき」(無30.7%, 有35.7%)で「有」の割合が高く、「子どもの成長が感じられたとき」(無

83.8%, 有76.0%)で「無」の割合が高いこと以外は、それほど差異はみられなかった。

雇用形態別では、「子どもと心がかよいい合い、信頼関係が築けたとき」(正規72.6%, 非正規61.4%)、「地域の専門職、関係機関との連携がうまくいったとき」(正規21.1%, 非正規12.3%)、「親の信頼を得られたとき」(正規18.7%, 非正規7.0%)、「卒園生が近況を報告してくれたとき」(正規44.8%, 非正規22.8%)、「子どもの進学、就職が決まったとき」(正規34.5%, 非正規15.8%)、「子どもの成長が感じられたとき」(正規81.9%, 非正規73.7%)で、「正規」の割合が高い。

性別では、「子どもの緊急事態に対処できたとき」(男24.4%, 女18.9%)、「地域の専門職、関係機関との連携がうまくいったとき」(男26.7%, 女16.9%)、「卒園生が近況を報告してくれたとき」(男48.3%, 女39.7%)、「子どもの進学、就職が決まったとき」(男40.9%, 女28.7%)で「男」の割合が高く、「子どもと心がかよいい合い、信頼関係が築けたとき」(男67.0%, 女73.5%)と「子どもの成長が感じられたとき」(男75.6%, 女83.9%)で、「女」の割合が高い。

一方、「やりがいを感じない」(2.7%)と答えた者の「理由」の自由記述では、「結果が目に見える形で出ない」「全体的にモチベーションが上がらない」「行き詰まりを感じることが増えている」「まだ働きはじめなのですぐにはやりがいを感じない。まだ、やりがいを感じたことがない」などの記述があった。

ここでみてきたように、施設では職員の多くが子どもとの関係や成長、退所者との関係に加えて、職場の仲間との関係にもやりがいを感じていた。また、「やりがいを感じない」と答えた者の自由記述からは、施設の仕事の困難さに加えて、働き始めて間もない職員がやりがい

を感じるゆとりがないことも浮かび上がった。このうち、先行研究(伊藤2007; 藤田2016)との比較では、子どもたちとの関係や成長が職員のやりがいにつながっていることや、介護職が利用者や家族・同僚とのかかわりにやりがいを感じていることと共通していた(小野内・壬生2014; 八巻2016)。

労組の有無別では、それほど差異はみられなかったが、雇用形態別にみると「正規」で多くの項目の割合が高い背景には、「正規」が子どもの担当をしていることや、長く職務に就いていることが影響しているといえる。また、性別の傾向の違いについては、施設における性別の業務分担や意識の違いに加えて、「男」が就いている役職の関係で外部とのかかわりが多いことも影響していると考えられる。

関連職種との比較では、調査項目や選択肢が異なるが、保育職(保育の仕事に働きがいを「感じる」「少し感じる」が計86.8%〈横井2007)、「子どもと過ごす楽しさ」を「感じる」「まあ感じる」が計95.4%及び「関わった子どもの成長」を「感じる」「まあ感じる」が計95.3%〈蓑輪2018)）、看護職(看護の仕事にやりがいを「少し感じる」「強く感じる」が計67.9%〈日本医労連2017)）、介護職(現在の仕事の満足度の「仕事の内容・やりがい」で「満足」「やや満足」が計53.7%〈介護労働安定センター2021)と)と比較して、保育職を除くと施設の割合が高い。

しかし、ここで取り上げた仕事のやりがいについては、留意すべき点もある。それは、対人援助職の若者が自分の生きる意味を「人の役に立つこと」に求める意識が高く、「やりがいの搾取」を背景とした「働きすぎ」に転化しやすいことである(本田2008)。この点については、介護職の調査(介護労働安定センター

2021)においても、現在の仕事を選んだ理由(複数回答)で、「働きがいのある仕事だと思ったから」(50.4%)の割合が最も高く、3番目に「人や社会の役に立ちたいから」(31.4%)の割合が高かったことから、特に留意する必要がある。それを防ぐには、労組の役割が重要になるが、施設では組織率が顕著に低く、影響力が強いとはいえない。そのため、労組への組織化以

表2 仕事のやりがい

項目	合計 %(度数) 100.0(565)	やりがいを感ずる 94.7(535)	やりがいを感ずらない 2.7(15)	無回答 2.7(15)
労組無	100.0(359)	94.4(339)	2.2(8)	3.3(12)
労組有	100.0(206)	95.1(196)	3.4(7)	1.5(3)
正規	100.0(491)	96.7(475)	2.6(13)	0.6(3)
非正規	100.0(63)	90.5(57)	3.2(2)	6.3(4)
無回答	100.0(11)	27.3(3)	0.0(0)	72.7(8)
男	100.0(183)	96.2(176)	2.7(5)	1.1(2)
女	100.0(371)	95.7(355)	2.7(10)	1.6(6)
無回答	100.0(11)	36.4(4)	0.0(0)	63.6(7)

↓(複数回答)

項目	合計 %(度数) 100.0(535)	子どもと心がかよい合い、信頼関係が築けたとき 71.4(382)	子どもの緊急事態に対処できたとき 20.7(111)	地域の専門職、関係機関との連携がうまくいったとき 20.2(108)	親の信頼を得られたとき 17.6(94)
労組無	100.0(339)	69.9(237)	21.2(72)	19.5(66)	18.6(63)
労組有	100.0(196)	74.0(145)	19.9(39)	21.4(42)	15.8(31)
正規	100.0(475)	72.6(345)	21.1(100)	21.1(100)	18.7(89)
非正規	100.0(57)	61.4(35)	17.5(10)	12.3(7)	7.0(4)
無回答	100.0(3)	66.7(2)	33.3(1)	33.3(1)	33.3(1)
男	100.0(176)	67.0(118)	24.4(43)	26.7(47)	19.3(34)
女	100.0(355)	73.5(261)	18.9(67)	16.9(60)	16.9(60)
無回答	100.0(4)	75.0(3)	25.0(1)	25.0(1)	0.0(0)

項目	合計 %(度数) 100.0(535)	卒園生が近況を報告してくれたとき 42.6(228)	子どもの進学、就職が決まったとき 32.5(174)	職場の仲間とわかりあえたとき 46.7(250)	子どもの成長が感じられたとき 80.9(433)
労組無	100.0(339)	42.2(143)	30.7(104)	47.2(160)	83.8(284)
労組有	100.0(196)	43.4(85)	35.7(70)	45.9(90)	76.0(149)
正規	100.0(475)	44.8(213)	34.5(164)	46.9(223)	81.9(389)
非正規	100.0(57)	22.8(13)	15.8(9)	42.1(24)	73.7(42)
無回答	100.0(3)	66.7(2)	33.3(1)	100.0(3)	66.7(2)
男	100.0(176)	48.3(85)	40.9(72)	45.5(80)	75.6(133)
女	100.0(355)	39.7(141)	28.7(102)	47.3(168)	83.9(298)
無回答	100.0(4)	50.0(2)	0.0(0)	50.0(2)	50.0(2)

項目	合計 %(度数) 100.0(535)	その他 10.1(54)	無回答 0.2(1)
労組無	100.0(339)	6.2(21)	0.0(0)
労組有	100.0(196)	16.8(33)	0.5(1)
正規	100.0(475)	10.1(48)	0.2(1)
非正規	100.0(57)	8.8(5)	0.0(0)
無回答	100.0(3)	33.3(1)	0.0(0)
男	100.0(176)	9.7(17)	0.6(1)
女	100.0(355)	10.1(36)	0.0(0)
無回答	100.0(4)	25.0(1)	0.0(0)

前に、学校教育や社会運動などを通して「やりがいの搾取」に対抗する意識づけをするなかで、職場単位でそれに歯止めをかけていく必要がある(本田2008)。

#### IV. 結論

本稿では20施設のアンケート調査から、【施設職員として働くことになった経緯】と【仕事のやりがい】について、職員全体の状況に加えて、労組の有無別・雇用形態別・性別に明らかにした。まず、【施設職員として働くことになった経緯】では、「子どもが好きだったから」と答えた者の割合が最も高い。

また、労組の有無別にみると、「施設実習や施設のボランティアを経験して働きたいと思ったから」で「有」の割合が高いのは、学生が働きたいと思える職場環境があることや、職員採用においても現場の意向を反映するしくみがあることが影響していると考えられる。雇用形態別で「正規」が多くの項目の割合が高い背景には、採用の段階から目的意識が高いことや、その立場が影響しているといえる。

次に、【仕事のやりがい】では、職員の多くが子どもとの関係や成長、退所者との関係に加えて、職場の仲間との関係にもやりがいを感じていた。このうち、子どもとの関係や成長が職員のやりがいになっている点は先行研究(伊藤2007; 藤田2016)とも共通していた。

さらに、施設では関連職種と比較して、仕事にやりがいを感じている職員の割合が高い。しかし、前述したように、これは「やりがいの搾取」に転化する危険性もあるため、労組に加えて学校教育や社会運動などを通して、職員がそれに対抗する力を身につける必要がある(本田2008)。

この点については、本稿で取り上げた労組の

役割が重要になる。実際に、先行研究(Goodman = 2006)においても、労組がある施設は労働条件が良く、職員の勤続年数も長いことが指摘されている。筆者が行った小規模化の影響に関するインタビュー調査(堀場2018)においても、「有」では「無」と比較して労働環境や職員を支えるしくみがきめ細かく整備されていたことに加えて、制度の改善に向けた社会運動の重要性を強く認識していた。ただし、施設は組織率が顕著に低いため、労組が果たしている役割をどのように喚起していくかが課題である。

一方、労組の有無別では、それほど差異はみられなかったが、雇用形態別では「正規」で多くの項目の割合が高い。この背景には、「正規」が子どもの担当をしていることや、長く職務に就いていることが影響しているといえる。また、性別による傾向の違いの背景には、性別の業務分担や意識の違いに加えて、「男」が就いている役職も影響していると考えられる。

翻って、本稿は【施設職員として働くことになった経緯】と【仕事のやりがい】についてアンケート調査をもとに、職員全体の状況に加えて、労組の有無別・雇用形態別・性別に明らかにした点で意義がある。ここでみてきたように、職員は施設の状況や立場などによって意識が異なるため、施設ではそれを踏まえて職員の育成や支援に取り組む必要がある。加えて、先行研究(藤田2016)と本研究では、明確な目的意識を持って施設に就職した職員が多くいたため、それを持続できる環境をいかに整えられるが施設の課題といえる。

この点については、近年、施設では小規模化が進むなかで職員の確保・育成が困難になっているため、実習生や学生ボランティア・アルバイト(以下、学生)を積極的に受け入れるなかで、就職を希望する学生に仕事のやりがいや魅

力を伝えていくこと(藤田2016)に加えて、学生が有意義な学びを得られる体系的な実習プログラムを用意することが求められる。

さらに、施設では職員が家庭を持った後も安心して働き続けられる労働条件・労働環境を保障するとともに、そうした環境があるかどうかについても、学生に対して積極的に情報を発信していく必要がある。

本稿の課題は、機縁法で調査をしたため、それが結果に影響した可能性を否定できないことである。ただし、本稿では、全国各地の施設から集約した565票の調査票を分析したため、傾向は概ね明らかになったと考える。

## 謝辞

本研究は「非営利・協同総合研究所のちとくらし」の研究助成を得て実施した。同研究所とご協力いただいた施設職員の皆様に御礼を申し上げます。

## 注

- (1) 標本調査では、地域ごとに無作為に抽出した施設に調査票を送付し、それを個別に返送してもらう形で回収することが望ましい。しかし、施設では労働問題や労組に関する調査が忌避されるため、その方法で実施した場合、職員の手元に調査票を届けることが難しい。また、その方法では回収率が低くなるだけでなく、施設は労組の組織率が顕著に低いため、労組がある施設の実態を明らかにすることが困難である。そこで、機縁法によって調査対象を選定したうえで、施設の担当者から調査票を職員に配布し、施設ごとに回収・返送してもらう形をとった。本調査ではこのような方法をとったことや、注(2)(3)(5)(6)で後述する課題はあるが、信頼性については概ね担保されていると考える。
- (2) 各施設の担当者には、個別の調査票を封筒に厳封した形での集約・返送を依頼したが、1か

所では調査票を封筒から出した状態で職員会議の際に配布された。各職員は記入した調査票を個別に担当者に提出し、担当者はこれらを一つの封筒にまとめて返送した。また、本調査では担当者への周知が十分ではなかったため、直接処遇職員(児童指導員・保育士など)のみに調査票を配布した施設や、施設長及びパート・アルバイトなどに調査票を配布していない施設もあった。

- (3) 6か所では、回収した調査票のうち、配布したうえで回収したかどうか不明瞭な調査票(全項目が無回答)の調査票が含まれていたため、当該施設の担当者に配布数・回収数を確認した。そのうち、配布・回収したうえでの無回答の調査票と確認できた施設が1か所(3票)、配布していない残りの調査票を一緒に返送してきた施設が2か所、職員室に調査票を置き、そこから持っていく形で実施し、残りの調査票を返送してきた施設が1か所あった。残りの2か所(計3票)は、配布・回収したうえでの無回答かどうか不明瞭な調査票があったが、「施設情報に関するアンケート票」に記入された配布数・回収数や調査票の状態を踏まえて施設の担当者に確認し、配布・回収したうえでの無回答の調査票としてカウントした。
- (4) ここでいう「就業の条件」とは、職員の雇用形態のことである。
- (5) ただし、(2)で述べたことが影響して、パート・アルバイトに調査票を配布・回収したと確認できたのは8施設に留まった(パート・アルバイトがいないと回答した2施設を除く)。
- (6) ただし、(2)で述べたことが影響して、すべての施設で全職種(特に「施設長」)の調査票を回収できているわけではない。

## 文献

- 安部慎吾・有村大士・永野咲・山内陽子(2013)「児童養護施設における子どもと家族の最善の利益に資する職場環境づくり——職員のワーク・ライフ・バランスの視点から」『子どもと福祉』Vol.6, 明石書店, pp.127-133.

- 安部慎吾・有村大士・永野咲・山内陽子(2014)「児童養護施設における子どもと家族の最善の利益に資する職場環境づくり——職員のワーク・ライフ・バランスの視点から 量的調査の結果報告」『子どもと福祉』Vol.7, 明石書店, pp.117-123.
- 藤田哲也(2016)「児童養護施設で働く新任職員の仕事に関する実態調査——人材確保と育成に関する一考察」『子どもと福祉』Vol.9, 明石書店, pp.100-106.
- Goodman, R. (2000) Children of the Japanese State : The Changing Role of Child Protection Institutions in Contemporary Japan, Oxford University Press. (= 2006, 津崎哲雄訳『日本の児童養護——児童養護学への招待』明石書店, pp.153-155.)
- 堀場純矢(2013)『階層性からみた現代日本の児童養護問題』明石書店, pp.222-266.
- 堀場純矢(2018)「児童養護施設における小規模化の影響——職員の労働環境に焦点を当てて」『生協総研賞・第14回助成事業研究論文集』生協総合研究所, pp.56-70.
- 本田由紀(2008)『軋む社会——教育・仕事・若者の現在』双風舎, pp.82-103.
- 伊藤嘉余子(2007)『児童養護施設におけるレジデンシャルワーク——施設職員の職場環境とストレス』明石書店, pp.61-120.
- 介護労働安定センター(2021)「令和2年度 介護労働実態調査——介護労働者の就業実態と就業意識調査結果報告書」[http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2021r01\\_chousa\\_cw\\_kekka.pdf](http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2021r01_chousa_cw_kekka.pdf) (2021年8月24日閲覧)
- 黒田邦夫(2013)「児童養護施設における『小規模化』の現状と課題——『小規模化』は施設間格差を拡大している」『子どもと福祉』Vol.6, 明石書店, pp.64-68.
- 三塚武男(1997)『生活問題と地域福祉——ライフの視点から』ミネルヴァ書房, pp.52-59, 80-89, 92-96.
- 三富紀敬(2005)『欧米のケアワーカー——福祉国家の忘れられた人々』ミネルヴァ書房, p.21, 310.
- みずほ情報総研株式会社(2017)「平成28年度先駆的ケア策定・検証調査事業 児童養護施設等の小規模化における現状・取組の調査・検討報告書」, pp.1-59, 140-147. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000174956.pdf> (2020年4月13日閲覧)
- 養輪明子(2018)「連載3 愛知保育労働実態調査から見る保育労働の現在——正規保育労働者の生活実態と職業意識」『月刊保育情報』No.504, pp.4-9.
- 武藤素明(2010)「地域小規模児童養護施設における実践と課題」『子どもと福祉』Vol.3, 明石書店, pp.22-28.
- 日本医療労働組合連合会(2017)『医療労働』臨時増刊, pp.8-82. <http://irouren.or.jp/research/>「2017年看護職員の労働実態調査」結果 %EF%BC%88PDF%29.pdf (2020年5月17日閲覧)
- 小野内智子・壬生尚美(2014)「特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事のやりがいに関する研究」『人間関係学研究——大妻女子大学人間関係学部紀要』16号, pp.129-136.
- 高木和美(2007)『社会福祉労働者政策——ホームヘルパーの労働・生活・健康の質を規定する社会的条件』桐書房, pp.33-88, 111-125.
- 八巻貴穂(2016)「介護福祉専門職の仕事のやりがい感に影響を及ぼす要因——施設介護員と訪問介護員の比較による検討」『北翔大学スポーツ学部研究紀要』第7号, pp.223-233.
- 横井美保子(2007)「第1章 保育社の労働環境と専門性の現実——東社協保育士会『保育者の労働環境と専門性に関する調査』から」垣内国光・東社協保育士会編『保育者の現在——専門性と労働環境』ミネルヴァ書房, pp.25-68.



## 富永泰行著『農村協同組合医療の源流 ——愛媛県の産業組合医療』（筑波書房）によせて

青木郁夫(日本医療福祉政策学会名誉会員)

Ikuo AOKI

待望の著書が刊行された。著者の研究活動を以前から知っていたので、その研究が早くまとめられることを期待していた。刊行を著者そして読者とともに喜びたい。

わが国における医療福祉生協及び厚生農業協同組合による事業展開は国際的にも注目されてきている。手許にある国際連合が1997年に刊行した“*Cooperative Enterprise in the Health and Social Care Sectors; A Global Survey*”においても、その表3で“User-owned health cooperatives”に分類され、特筆すべきほどの規模をもっていることが示されている(p.73)。この「利用者所有協同組合」という組織形態は、戦前わが国の産業組合による医療利用事業＝医療利用組合にも共通する性格・特徴であり、官僚主義的監督・支配のもとにあっても、その組合民主主義及び利用者・専門職者間協同が重要な課題であった。国連はこの報告書で、協同組合、もう少し緩やかにアソシエーション(association)による医療福祉分野の事業には、直接的な医療サービスの提供という事業を越えて、組合員や利用者の健康及び医療に係わる様々な領域(例えば、社会薬局や保険共済事業)があること、そして医療福祉セクターにおける協同組合やアソシエーションの組織形成主体、組織形態も多様であることを提起していることには注目しておくべき

であろう。

さて、わたしの著者・著書に対する期待は、「本書のねらい」とも重なる。一つは、愛媛医療生協の専務理事・副理事長を務め、協同組合医療事業に習熟した著者が、いかなる視座・方法をもって調査・研究に臨むかということである。実践からする何らかの新たな鋭敏な問題提起があるのかということでもある。例えば、医療利用組合運動の連合会時代を切り開いた愛知県の碧海郡医療利用組合連合会(更生病院、安城市)を継承してきた愛知県厚生連理事管理室は『協同組合と農村医療』を、厚生連に勤務していた細江詢次は『農村医療活動と農協』(日本経済評論社)を著わし、「医療民主化運動」「保険と医療の一体化」「自主・自立・互助の健康づくり」などのテーマを追究している。

二つめは、本書においても存分に活かされていることである現地調査を綿密に行い、対象が存する地理空間、そこでの人文文化をも実感して研究を進めることである。それを叙述に直接的に著わす必要性は必ずしもないが。本書第2章「医療利用組合の源流を訪ねて」は、初期医療利用組合である柳沢産業組合と家串産業組合の現地調査の模様とその結果を中心に叙述している。初期医療利用組合については、医療利用事業が行われた期間が短かったこともあり、ま

(受理日：2023年1月31日)

た事業記録などが失われたり、すでにそのことを知る人々も存命していないこともあり、詳細を知り得ないのが現実である。本書は貴重な調査記録である。

初期医療利用組合について個々の組合の事業の記録を残したいと考え、島根県八束郡秋鹿組合(『産業組合調査資料第53集 医療利用組合経営事例』にある)や岡山県成羽組合(現、高梁市)の現地調査を行ったことがあるが、(島根県)厚生連、(秋鹿・成羽)農協、教育委員会、図書館などでも何らの情報・史料を得ることができなかったこともある。成羽組合については、たまたま入った薬店の方が成羽組合医療事業の医師の家族だったことで、やっとその存在を確認できただけであった。

農協の再編により、風水害により、あるいは行政文書の戦後焼却隠滅などにより戦前昭和期の研究は困難を極める。こうした点からしても、本書の中心部分を占める第3章「青野岩平と周桑病院の歴史」は、おそらく周桑病院の事業報告書などにもとづいて作成されたのであろう「周桑病院の設立と歩み」と中心人物であった「青野岩平日記」という(準)一次資料と地元の有力新聞をもとに丁寧に事業展開を追ったものであり、医療利用組合連合会の事業の成果とそれが内包していた課題・問題を浮き彫りにすることができている。大いに高く評価すべきであろう。

少しだけ、周桑病院の実態に係わる数値を産業組合中央会『第9回 全国産業組合医療利用事業調査 昭和17年度』によって追加しておこう。1942年3月時点で、事業区域である周桑郡総戸数(10,388戸、65,461人)に対する組合連合会組織率は92.8%であった(組合員9,643人)。出資総額が90,500円なので、郡下全産業組合20組合が出資し、連合会を構成していたようであ

る(p.132の表のごとく)。41年度の利用人数は、外来で実人数8,317人(対区域内人口比12.7%)、延人数32,381人、外来利用料は57,998円。入院で実人数406人(対区域内人口比0.6%)、延人数7,877人、入院利用料は19,434円。総利用料は77,432円で、延人員一人当利用料は1円88銭(連合会の全国平均で1円84銭)であった。この年度も順調な医療利用事業が営まれていたようにみえる(この年度の調査資料からは、収支は分からない)。

わたしが本書に期待した三つめのことは、一つめのことと重なるが、医療利用組合をわが国の医療史・医療制度史・医療政策史にどのように位置付けるのかということである。著者は「本書のねらい」で『医療社会化』において果たした役割は大きいと思われる」としている。「医療社会化」とはいかなる意味合いの概念なのであろうか。健康権保障・生存権保障との関わりで、少なくとも形態的に、どのような要件が満たされれば「医療社会化」が実現した、あるいは実現しつつあるといえるのであろうか。

歴史的にさかのぼれば、ロシア革命、第一次大戦後のヨーロッパでの革命情勢、ワイマール共和国での「社会国家」形成への歩みだしのなかで、さまざまな「社会化」が問題とされた。「医療の社会化」についても国際的に各国で議論された事柄であり、例えばアメリカにおいては、M. Phelps編集で「医療社会化」を巡る様々な議論をまとめた“*The socialization of medicine*”(H. W. Wilson)が1930年に刊行されているし、*The New England Journal of Medicine*も1935年11月21日号に“The Socialization of Medicine”を掲載している。そこでの「医療社会化」の概念・考え方は多様で、多岐にわたるため、前書では関連しそうな事項ごとの「比較対照表」を掲げている。わが国においてもまたしかりで

あった。戦前期に「医療社会化」を掲げる運動団体も多様なものがあり、その主張点、実現すべきことがらにも自ずから違いがあった。

したがって、著者が主張し、イメージする「医療社会化」とはどのようなものであるか、その概念規定を明確にする必要がある。「医療の地理的空間的配置の均等」、「医療受療の容易化と社会的公平化」といったとして、それはどのような法制度のもとで、どのように実現するのか、その主体は何なのか。まず、佐口卓の『医療の社会化——医療保障の基本問題』（勁草書房）を、その基本概念規定から具体的歴史分析までを、批判的に乗り越えてみなければ、「医療社会化」論を問い直すことは容易なことではない（この概念を活かせるか否かにかかわらず）。

最後に、基本概念についてもう一度精査、点検することを求めておこう。例えば一つだけあげておけば、第1章冒頭で真野俊樹『比較医療政策』より表を引いて、アメリカの医療提供（病院経営）において営利病院が75%をしめると書いているが、アメリカ病院協会の統計・連邦政府統計局の病院統計（2022年）でみるかぎり非政府経営のコミュニティ病院のうち「非営利（not-for-profit）」病院が57.5%、「営利（investor-owned for-profit）」病院23.8%、州・地方政府病院18.5%である。「非営利」の性格について様々な議論があったとしても、「営利」とは区別される意味があるのだから、この点注意。

本書が愛媛県における協同組合医療の「埋もれた歴史、息づく伝統」を描き出した意義は大きい。『愛媛新聞』の「出版文化賞」を受賞した所以がここにあるのだろう。



杉谷和哉(2022)『政策にエビデンスは必要なのか  
——EBPMと政治のあいだ』 ミネルヴァ書房

村上 慎 司(金沢大学)  
Shinji MURAKAMI

「エビデンスに基づく政策形成(Evidence-Based Policy Making: EBPM)」は、学術的にも実践的にも大きなプレゼンスを確立している。だが、EBPMについて、そもそもエビデンスとは何かということ自体が論争的であり、そして、多様な取り組みがEBPMの名のもとに実践・研究されている。こうした社会的・学術的背景があるものの、日本における従来の研究はEBPMを体系的に整理・分析したものが乏しい。本書は、こうした先行研究の学術的空隙を埋めようと試みている意欲的な研究成果であり、公共政策を専門とする気鋭の若手研究者である著者の博士論文を加筆・修正されたものである。

本書の目的は、第一に主に政策評価論の見解を踏まえて日本における①KPI(Key Performance Indicator、重要業績評価指標)整備・②政策評価・③行政事業レビューという「EBPM三本の矢」を検討し、第二にEBPMに関する発展的論点を理論的に考察することである。本書の構成は以下の通りである。

序章 「エビデンスに基づく政策形成」とは何か

第I部 各国のEBPMの概況

第1章 米国と英国におけるEBPMの展開

第2章 日本におけるEBPM

第II部 日本におけるEBPMの展開

第3章 日本におけるEBPMの起源——統計改革とEBPM

第4章 EBPM「第一の矢」と「第二の矢」

第5章 行政事業レビューとEBPMの関係

第6章 EBPM「第三の矢」の検討

第III部 EBPMの更なる展開へ向けて

第7章 EBPMの課題と新たな展開——ポール・ケアーニーとジャスティン・パークハーストの議論

第8章 「政治」とEBPM——日本の政策研究を踏まえた考察

第9章 行政責任論とEBPM——医療と教育の責任論の検討

終章 EBPM研究の今後に向けて

続けて序章と終章を除いた各章の概要を述べると、第I部「各国のEBPMの概況」は、EBPM展開のポイントを押さえて跡付けるべく、米国と英国(第1章)、そして、日本(第2章)の取り組みを概説・検討する。その際に、評価論の先行研究に着想を得て、「科学志向型EBPM」と「実用志向型EBPM」の2つのタイプを導入する。「科学志向型EBPM」とは、行動経済学の観点からランダム化比較試験(Randomized Controlled Trial: RCT)等を用

(受理日: 2023年2月16日)

いて政策の因果関係を同定して厳密に政策のアウトカムやインパクトを評価する。これに対して、「実用志向型EBPM」とは、業績測定型に代表されるように行政サービス提供体制のマネジメント改善を目指す。この区分の背景には、狭義エビデンスと広義エビデンスの類型がある。「狭義エビデンス」とはRCT等の高度な統計分析によってのみ産出される。これに対して、「広義エビデンス」とは多様な手法によって導出された含意や指標を含んだものである。豊富な「狭義エビデンス」を利用した「科学志向型EBPM」が理想的であるが、実際には「狭義エビデンス」は限定的であり、次善として「広義エビデンス」を参照した「実用志向型EBPM」を留保条件付きで推進せざるをえない。このことは、米国よりも英国に該当するという。第2章では、この「科学志向型EBPM」／「実用志向型EBPM」の区分の観点から、日本におけるEBPMの議論が検討され、取り組みの種類や文脈ごとに精査する必要性が明らかにされる。

そこで、第II部は日本におけるEBPMの展開を詳述する。具体的に第3章では日本におけるEBPMの起源としての統計改革を概観したうえで、第4章ではEBPMの「第一の矢」(①KPI整備)と「第一の矢」(②政策評価)を検討する。これらは、「科学志向型EBPM」に近いものの、リーディングケースを選定するなど過渡的であることが指摘される。続く第5・6章はEBPMの「第三の矢」である③行政事業レビューを論じる。「第一の矢」と「第二の矢」と異なり、「第三の矢」である③行政事業レビューは日本独特の評価手法であり、無条件にEBPMと分類することができない。そのため、③行政事業レビューとEBPMの関係を考察したうえで、第5章は③行政事業レビューを「実用志向型EBPM」に分類する。そして、第6章は、③

行政事業レビューで利用されているロジックモデルの導入経緯や特徴を論じ、③行政事業レビューは業績測定を中心とした効率性への偏重があると指摘する。

第III部はEBPMに関する発展的論点を理論的に考察する。まず第7章は、EBPMに関する英語圏で展開されている政治過程論とガバナンス論といった理論研究を概説し、(1)エビデンス活用の政治に関するバイアスや(2)情報公開等の透明性を検討する。続く第8章は日本の公共政策研究の成果を参照して(1)エビデンス活用の政治を専門性や合理性といった概念と関連づけて考察し、最後に第9章は(2)情報公開等の透明性を含んだ行政責任論についてエビデンスと責任の豊富な研究蓄積がある医療と教育に関する先行研究を手掛かりにして論じる。ここでは、政治と政策の複雑性を捨象して高度なエビデンスから良き政策が自動的に産出されるという誤謬を批判しつつ、他方で説明責任や応答責任の議論を踏まえて多元的なエビデンス産出における多様なアクター間の民主主義的協働の可能性を指摘する。

本書の意義について、第一に、日本におけるEBPMの展開が「科学志向型EBPM」／「実用志向型EBPM」の区分の観点から明晰に整理・検討されたことにある。評者がそうであったように、読者は本書の第I部と第II部の読解を通じて日本におけるEBPM論に関する高性能なガイダンス機能を持つ「見取り図」を獲得できるだろう。第二に、本書の第III部の議論を通じて、良質なエビデンスからシームレスにEBPMが実現されるというある種のEBPM論者が想定する楽観論に対して、極めて的確に掣肘を加えた点である。人の域に留まる限り、私たちは理性の限界を直視してEBPMに関する政治を引き受けざるをえないとする本書のスタ

ンスに評者も全面的に賛同する。

優れた学術的な意義を有する本書であるが、評者は以下の二点のコメントをしたい。第一に本書の構成についてである。評者はまず第1章の内容が詰め込み過ぎになっているのではないかと懸念する。米国におけるEBPMの展開、英国におけるEBPMの展開、そして、「科学志向型EBPM」／「実用志向型EBPM」の区分は、それぞれで1章分を割いてもっと丁寧に論じるべきであろう。これによって、「科学志向型EBPM」／「実用志向型EBPM」の区分という本書の重要な知見をより説得的に提示できるのではないかと評者は考える。また、第2章の位置づけに少し疑問がある。つまり、日本におけるEBPMを論じている第2章は第Ⅱ部に組み込んだほうが望ましいのではないかと評者は考える。最後に、説明されてはいるものの、第Ⅱ部と第Ⅲ部の接続がやや弱いと思われる。このことは、第Ⅱ部では政策史研究を基調としているのに対して、第Ⅲ部では理論研究の側面が強いという研究アプローチの違いにも由来しているかもしれない。

理論研究に関連して、第二に、ないものねだりを承知で言えば、「科学志向型EBPM」／「実用志向型EBPM」の区分と第Ⅲ部の理論的考察を総合したEBPMに関する独自の理論的枠組みが構築されていないことが惜まれる。本書は「政策にエビデンスが必要である」という命題が成立するための前提や条件を数多く列挙しているが、それらを「科学志向型EBPM」／「実用志向型EBPM」の区分を含めた形で体系的なEBPMの基礎理論に結実しておらず、本書の主張の全体像を不明瞭にしているのではないかと評者は考える。この難題や本書の残された課題が著者の今後の研究において展開されることを大いに期待したい。



日本医療福祉政策学会学術誌編集委員 (2023年3月31日現在)

編集長 村上慎司(金沢大学)

編集委員 井口克郎(神戸大学)

佐藤英仁(東北福祉大学)

村田隆史(京都府立大学)

Editor-in-Chief Shinji MURAKAMI (Kanazawa University)

Editorial Committee Members

Katsuro INOKUCHI (Kobe University)

Hidenori SATO (Tohoku Fukushi University)

Takafumi MURATA (Kyoto Prefectural University)

医療福祉政策研究 第6巻・第1号

ISSN 2433-6858

2023年3月31日発行

編集：日本医療福祉政策学会学術誌編集委員会(編集長 村上慎司)

発行：日本医療福祉政策学会(会長 高山一夫)

(連絡先) 〒606-8446

京都市左京区南禅寺北ノ坊町21番地 永井ハウス内

# Journal of Health and Welfare Policy

Volume 6 Issue 1 2023

---

## Contents

### Special Issue:

#### **What is the Significance of a Super Aged Death-Ridden Society and the Discussion about its Challenge**

Considering the Ethical Challenges in Health and Welfare Action: From the Practice of Ethics  
Supporter Training Course in TSU Consumers Cooperative Hospital Takeshi TANAKA (1)

Current Status of End-of-Life Care and the Potential of Advance Care Planning (ACP)  
Takako AMANO (7)

Can We Support “a Super Aged Death-Ridden Society” ? : From the Practice of Training Certified Care  
Worker Keiko KAWAGUCHI (15)

### Original Articles

Is Education Regarding Views on Mortality Necessary as a Prerequisite for Advance Care Planning?  
Hiromi OHNO (31)

### Reserch Notes

Content Validity of the Draft Competency Scale for Advanced Practice Nurse in a Field of Primary  
Care in Urban Area: Examination Based on the Viewpoints of Visiting Nurses  
Nobumasa OGAMA (45)

The Course of Actions That Led to Work at a Children’s Home and How Rewarding the Work Is:  
Based on a Questionnaire Survey of Staff Junya HORIBAI (69)

### Book Review