

日本看護医療学会雑誌

Journal of Japan Society of Nursing and Health Care



目 次

資 料

- 空腹時血糖が正常高値を示す者の予防意識と保健行動
～一般事務に従事する男性に焦点をあてて～ 目黒 優子 1
- 日本の A 県における認定看護師が考える
タスク・シフト/シェアできる特定行為 安立なぎさ・篠崎恵美子 11
- 外来看護師の在宅療養支援におけるコンピテンシーの可視化：
専門家パネルによる検討 山幡 朗子・深谷 由美 21
- 編集後記 31

空腹時血糖が正常高値を示す者の予防意識と保健行動 ～一般事務に従事する男性に焦点をあてて～

目黒 優子^{*1,*2}

Preventive Awareness and Health Behavior of People with High-normal Fasting Blood Glucose Levels: Focusing on Men Engaged in General Office Work

Yuko MEGURO^{*1,*2}

^{*1}Doctor's Course, Graduate School of Health Sciences,
Niigata University, ^{*2}Nagaoka Sutoku University

Key Words : 糖尿病予備群, 保健行動, 生活習慣
prediabetes, helth behavior, lifestyle

I. 緒 言

2型糖尿病は、インスリンの分泌不足や作用低下によって発症する疾患であり、その背景に、遺伝的な要因に加え、高脂肪食の過剰摂取や運動不足といった生活習慣が関与していることが知られている（糖尿病診療ガイドライン2024）。2023年度の国民健康・栄養調査によれば、糖尿病が強く疑われる20歳以上の者の割合は、男性で16.8%、女性で8.9%であり、特に男性では40歳代以降に急激に増加する傾向がみられる（令和5年国民健康・栄養調査）。一方で、身体活動の増加や食生活の改善により、糖尿病の発症を予防できることが報告されており（Zhang *et al.*, 2017; Gong *et al.*, 2015）、発症前の段階での生活習慣への介入が重要であるとされている。

身体活動は、日常生活における動作を指す「生活活動」と、健康の維持・増進を目的として計画的に行う「運動」に分けられる（厚生労働省, 2023）。世界保健機関（WHO）は2020年に「身体活動・座位行動ガイドライン」を発表し、日本語版も刊行されている（日本運動疫学会 他, 2020）。このガイドラインでは、座っている時間を減らし、生活活動や運動の時間を増やすことが推奨されている。これは、長時間の座位が、

死亡率や2型糖尿病、心血管疾患のリスクを高めることが明らかになってきたためである。日本では、事務職に従事する人々の座位時間が長い傾向にあり、特に男性のデスクワーカーにおいてその傾向が顕著である（Kurita *et al.*, 2019a; Kurita *et al.*, 2019b）。

日本糖尿病学会は、空腹時血糖値が100～109 mg/dLの範囲を「正常高値」と位置づけ、個々の病態や経過に応じた生活習慣の見直しが必要であると提唱している（門脇 他, 2008）。この値は基準値内ではあるが上限に近く、糖尿病の前段階として注目される指標である。一方で、正常高値の段階にある人々に対する具体的な生活指導や治療方針については、明確な合意が得られていないとの指摘がある（Saito *et al.*, 2011）。2024年に改訂された糖尿病診療ガイドラインにおいても、生活習慣の改善が予防の基本とされているが、正常高値者への具体的な介入方針については依然として統一的な見解が示されていない（日本糖尿病学会, 2024）。さらに、正常高値者が自身の健康状態をどのように認識し、どのような保健行動をとっているのかについての実態に関する知見は十分に蓄積されておらず、今後の検討が求められる。

^{*1}新潟大学大学院保健学研究科博士後期課程

^{*2}長岡崇徳大学看護学部看護学科

これまで、糖尿病予備群や生活習慣病予備群を対象とした予防意識や保健行動に関する研究は多数報告されている（奥村 他, 2005；篠岡 他, 2011；小澤 他, 2013）。しかし、空腹時血糖が正常高値に該当する群に特化した研究は少なく、特にこの段階にある人々の予防意識や保健行動の実態を明らかにした研究は限られている（門脇 他, 2008；門脇 2009）。そこで本研究では、健康診査において空腹時血糖が正常高値と判定された一般事務職の男性を対象とし、2型糖尿病の発症を予防するために、どのような意識を持ち、どのような保健行動を選択し実践しているのかを質的に分析することで、早期の予防支援に向けた基礎資料を得ることを目的とする。

Ⅱ. 方 法

1. 用語の定義

1) 空腹時血糖が正常高値を示した者

2021年度の健診において、空腹時血糖が100～109 mg/dL、またはHbA1cが5.6～5.9%であった者とする。本稿における「正常高値」はこの基準を指す。

2) 一般事務に従事する者

日本標準職業分類（総務省, 2009年）の「一般事務従事者」に分類される庶務事務員、人事事務員、企画事務員、受付・案内事務員、秘書、電話応接事務員、総合事務員のいずれかに従事する者とする。

3) 予防意識

「健康を脅かすものとなる危険因子をみつけ、取り除く、軽減すること」（野口, 1998）および「自分が現在何をやっているのか、今はどんな状態なのかなどが自分でわかる、心の動き」（西尾 他, 1999）を参考に、「健康を脅かす危険性のある生活習慣をみつけ、現在の健康状態について自分で理解する心の動き」とする。

4) 保健行動

宗像の「健康のあらゆる段階にみられる、健康保持、回復、増進を目的として人々が行うあらゆる行動」（宗像, 1996）を参考に「健康保持、回復、増進を目的として行うあらゆる行動」とする。

2. 研究デザイン

質的記述的研究デザインを採用した。

3. データ収集期間

2022年9月から2023年2月まで

4. 研究参加者

A県B市の市役所3部署および市内4施設にて募集を行い、最終的に一般事務職男性8名（年齢42～62歳、平均55.4±6.1歳）が参加した。

1) 選定基準と除外基準

選定基準：

- ・A県B市に勤務する一般事務職の男性
- ・2019～2021年度の健診結果が確認できる者
- ・2021年度の健診で、空腹時血糖値が100～109 mg/dLまたはHbA1cが5.6～5.9%であった者

なお、糖尿病診療ガイドライン2024では、空腹時血糖値100～109 mg/dLおよびHbA1cが5.6～5.9%が75 g経口ブドウ糖負荷試験の検討対象とされている。本研究では、空腹時血糖値を主要な評価指標とし、HbA1cは補助的に用いた。HbA1cが6.0%であっても、空腹時血糖値が選定基準内であった2名は対象に含めた。

除外基準：

- ・糖尿病と診断されている者
- ・糖尿病に対する薬物療法を受けている者

2) 参加者募集の手順

施設内に研究ポスターを掲示し、研究説明書、面接申込書、返信用封筒を各部署に設置して周知した。応募は郵送2名、電子メール7名の計9名であった。いずれも選定基準を満たしていたが、面談日程の調整ができなかった1名を除外し、最終的に8名が参加した。面談時に書面で同意を取得し、匿名性の確保についても説明した。

5. 調査方法

本研究では、半構造化面接による個別面接を実施した。面接は対面形式で行い、1人あたりの所要時間は約50分であった。面接内容は録音し、発言を逐語録として文字に起こした。得られた語りは、質的統合法（KJ法）に基づいて整理・統合し、概念の構造化に用いた。なお、定量的な健診結果と質的な語りのデータは、収集段階から明確に区別して取り扱った。

1) 健診結果の収集

2019～2021年度の健診結果から、以下の項目を収集した：空腹時血糖値、HbA1c、血圧、

BMI、服薬状況（降圧薬、脂質異常症治療薬など）。これらの数値の推移を確認することで、参加者が自身の健康状態をどのように認識し、行動に結びつけているかを把握する手がかりとした。

2) 質的データの収集

面接では、事前に作成したインタビューガイドに基づき、予防意識や保健行動に関する語りを聴取した。主な質問項目は以下のとおりである：

- ・ 健診結果の数値に対する受け止め方と印象
- ・ 健診報告書に記載されたコメントの受け止め方
- ・ 過去の健診結果の推移と、それに伴う心情や行動の変化
- ・ 他の健診所見（血圧、脂質、BMIなど）や服薬状況との関連
- ・ 現在の生活習慣（食事、運動、睡眠など）とその背景
- ・ 健康に関する目標や意識していること

これらの質問をとおして、参加者が自身の健康状態をどのように捉え、どのような行動を選択・実践しているのかを明らかにすることを目的とした。

6. 分析方法

本研究では、山浦（2012）による質的統合法（KJ法）を用いて、参加者の語りから予防意識と保健行動に関する概念を構造化した。質的統合法（KJ法）は、現象の実態と本質を構造的に把握することにすぐれた質的分析手法であり、看護現象の豊富な語りを整理・統合する際に有効であるとされる（山浦，2012）。また、信用可能性、明確性、確認可能性が保証された手法である（正木，2008）。

1) 個別分析

面接の逐語録を精読し、発言を意味のまとまりごとに切り出して、要点を短文で要約したカード（以下、ラベル）を作成した。各ラベルには識別番号を付し（例：D-014は事例Dの元ラベル014番、C-A01は事例Cの1段階目の表札を示す）、意味の近いラベルを2～3枚でひとつのグループにまとめ、その内容を要約したカード（以下、表札）を作成した。

表札の下に該当するラベルを重ね、「まとめる→要約する」操作を複数段にわたってくり返すことで、上位の概念を整理した。最終段階で得

られた表札群を「最終ラベル」とし、その関係性は、質的統合法（KJ法）で用いる関係記号（矢印など）と添え言葉（「それゆえに」「一方」など）を使って関係性を構造化し、見取図として可視化した。各最終ラベルには、語りに基づく具体的な事柄とその本質を組み合わせた【事柄：エッセンス】の形式でシンボルマークを表記した（山浦，2012）。

2) 総合分析

個別分析の完了後、各事例で得られた最終ラベルをもとに総合分析を行った。抽象度が過度に高くないよう配慮し、個別分析で作成した表札のうち、最終ラベルから数えて二段階下に位置する表札を抽出し、分析単位とした。

抽出した表札は、個別分析と同様に意味の近さに基づいてグループ化・分類・統合し、得られたラベル群の関係性を関係記号および添え言葉を用いて構造化した。作成した見取図をもとに、語りの展開に沿った記述をまとめた。各最終ラベルには、語りの内容と本質を表すシンボルマークを付して整理した。総合分析で用いたラベルには、階層構造に応じて以下の命名規則を適用した。

- ・ 元ラベル：個別分析で作成した表札のうち、最終ラベルから数えて二段階下に位置する表札（例：H-A009は事例Hの1段階目の009番のラベル）
- ・ 1段階目の表札：A+3桁数字（例：A062）
- ・ 2段階目の表札：B+3桁数字（例：B025）
- ・ 3段階目の表札：C+3桁数字（例：C007）
- ・ 4段階目の表札（最終ラベル）：D+3桁数字（例：D002）

7. 信頼性の確保

研究者は質的統合法（KJ法）の研修会を受けたうえで調査・分析を行った。分析過程では、質的統合法（KJ法）の分析経験が豊富な研究者から助言を受け、妥当性と一貫性を確保した。

8. 倫理的配慮

本研究は所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：2022-0089）。参加者には研究目的、方法、匿名性保持、個人情報保護の保護、自由意思による参加と途中辞退の保障、研究成果の公表について書面と口頭で説明し、同意を得た。取得したデータは厳重に管理し、参加者の安全性と匿名性を確保した。

Ⅲ. 結 果

1. 研究参加者の概要

本研究には、A県B市に勤務する一般事務職の男性8名が参加した。年齢は42～62歳（平均 55.4 ± 6.1 歳）であり、所属は市役所の3部署に5名、C事業所に3名であった。面接時間は37～62分（平均 49.1 ± 8.6 分）であった（表1）。

2. 個別の語りにおける予防意識と保健行動

参加者の語りから抽出されたラベルは1名あたり46～115枚であり、質的統合法（KJ法）の手順に沿って、複数回のグループ分けを経て構造化した。以下に、個別分析で抽出された元ラベルの主な特徴を示す。

- ・数値の意味づけにゆらぎがある：健診の数値を「経過観察で問題ない」と受けとめる語りが複数みられ、数値を自分のこととしてとらえる意識が十分とは言えなかった（例：H-A009、B-A012）。
- ・自己流の対処と選択的な管理：糖質制限や運動などを自分なりに取り入れる語りがあり、実際に行動している様子も見られたが、

医療者の指導や科学的な根拠にそったものではない場合が複数確認された（例：E-A014、D-A004）。

- ・体質や家系に基づく受け止め：高血圧や数値の上昇を「家系の体質」として受け入れ、薬による対応を中心に考える語りが認められた（例：B-047、E-A009）。
- ・行動のばらつきがある：運動や食事の実践は、気分・天気・職場のようすなどに左右されることが多く、続ける力や計画性に課題があることを示す語りが複数確認された（例：D-A018、F-A021）。

これらの語りは、最終ラベルおよびシンボルマーク決定の手がかりとして用いた。

3. 総合分析による予防意識と保健行動

総合分析では、抽出された208枚の元ラベルを、意味の近いものを統合しながら4回のグループ分けを経て、208枚→94枚→32枚→14枚→6枚へと整理した。最終的に得られた6枚の最終ラベルはD001～D005およびC001で構成される（表2、図1参照）。表2および図1に

表1 参加者の特性と個別分析の概要

ID	年代	同 居 既往歴（内服）	①空腹時血糖(mg/dL) ②HbA1c (%) ③BMI (kg/m ²)	個別分析の要旨
A	50代前半	単身赴任 既往歴なし	①85/82/94 ②5.6/5.6/5.5 ③19.5	運動習慣があり、自己努力するが多忙で継続困難を懸念
B	40代前半	同 居：父、母 既往歴：高血圧（内服中）	①100/98/102 ②5.2/5.3/5.4 ③25.3	遺伝・体質感が強く、他者支援不足で自己管理に課題
C	60代前半	同 居：妻 既往歴なし	①103/105/102 ②6.0/6.1/6.0 ③24.0	健診値を確認する習慣はあるが、異常を大きく問題視しない傾向
D	60代前半	同 居：妻、子 既往歴：脳梗塞（内服中）	①101/102/98 ②5.9/5.9/5.7 ③24.8	健診値の理解が不十分だが、発症を契機に自己管理開始
E	50代前半	同 居：父、母、妻、子 既往歴：脂質異常症（内服中）	①89/85/95 ②5.7/5.6/5.6 ③24.1	自己流の糖質制限を継続するが、間食の管理が不十分
F	60代前半	同 居：妻、義母 既往歴：高血圧（内服中）	①97/97/98 ②5.8/6.3/6.3 ③24.9	生活環境の変化で改善の実感があり、歩数増加の工夫を実施
G	50代前半	同 居：妻 既往歴なし	①98/97/100 ②5.8/5.7/5.8 ③22.4	健診で大きな問題はないとされるが、行動は大きく変えないが運動習慣あり
H	50代後半	同 居：妻 既往歴なし	①103/98/97 ②6.0/5.8/5.7 ③24.8	家族を動機に行動を開始、間食習慣を抱えつつ運動を試行

注：空腹時血糖・HbA1cは2021/2020/2019年の順、BMIは2021年値を示す。表中の要旨は質的統合法（KJ法）による最終ラベルの総合分析をまとめたものである。

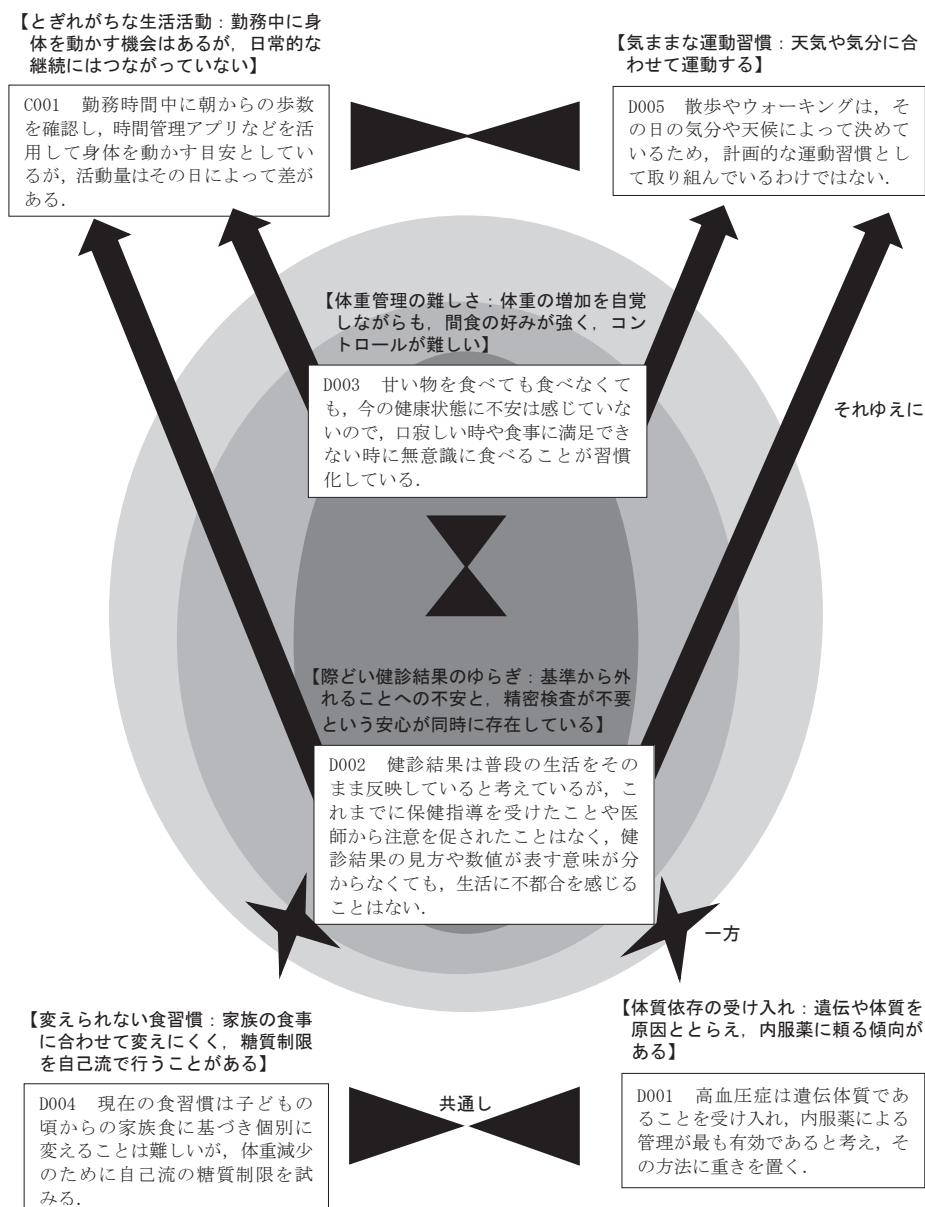
は各ラベルのシンボルマークを【事柄：エッセンス】として示すが、本文では重複を避けるため【事柄】のみを列挙すると、D001【体質依存の受け入れ】、D002【際どい健診結果のゆらぎ】、D003【体重管理の難しさ】、D004【変えられない食習慣】、D005【気ままな運動習慣】、C001【とぎれがちな生活活動】で構成されていた。これらは、健診数値の受けとめ方から自己管理への意向、および生活行動への展開までの流れを示しており、保健行動の形成過程を理解するうえで考察の出発点となる情報を含んで

いる。とくに、基準値から外れることへの不安と、精密検査が不要であるという安心が同一人物の中で同時に存在する様子は、「認識の揺らぎ」として全体の関係性の中心に位置づけられ、他のラベルとの関連を取り持つ役割を担っていた。

以上のラベルの内容を踏まえ、参加者の語りに含まれる考え方や行動の関係性を整理し、見取図として図1に示した。図1は語りの内容同士の関連を視覚的に表したものである。なお、図中で用いたシンボルマークおよび代表的な元ラベルは表2に示した。

表2 シンボルマークと代表的な元ラベル

シンボルマーク (最終ラベル番号)	代表的な元ラベル (抜粋)
【変えられない食習慣：家族の食事に合わせて変えにくく、糖質制限を自己流で行うことがある】(D004)	D-A004: 幼少期から注文商売の家庭で育ち、食事時間が不規則であり、現在も食事の時間が一定ではなく、家族全員が早食いの習慣がある。
	E-A014: 肥満傾向や脂肪肝を指摘されて以降、自己流で夕食の糖質を控えており、その制限を約10年続けている。
	B-A016: 家では毎日朝と夜に果物が出され、食べたいからではなく、食事の一部として出されるので自然に食べている。
【体質依存の受け入れ：遺伝や体質を原因ととらえ、内服薬に頼る傾向がある】(D001)	B-A047: 高血圧は家系の体質であり、家族全体が血圧が高いと認識しており、仕方ないと受け止めている。
	F-A018: 普段は血圧が安定しているが、健診時の高値を「エラーのようだ」と受け止め、一時的なものと考えている。
	E-A009: 40代からコレステロール薬を継続服用しており、薬が増えることに抵抗を感じているものの、現状は内服でコントロールされていると認識している。
【際どい健診結果のゆらぎ：基準から外れることへの不安と、精密検査が不要という安心が同時に存在している】(D002)	B-A012: 数値が多少高くても「観察で十分」とし、精密検査が必要になるまでは深く考えないようにしている。
	H-A009: 空腹時血糖が100を超えたことは確認しているが、特に意識せず行動変容には至っていない。
	D-A003: 健診結果の見方が分からず、HbA1cについて医師から説明がかかったため特に対応せず普段通りの生活を続けている。
【体重管理の難しさ：体重の増加を自覚しながらも、間食の好みが強く、コントロールが難しい】(D003)	B-A022: 高校時代から肥満傾向があり、血圧や血糖値への影響を自覚しており、5～6kgの減量希望がある。
	B-A021: 甘い物をやめたい気持ちはあるが、健康状態に不安がないため自発的にはやめられず、究極に追い込まれない行動に移せないと感じている。
	F-A025: 食事に満足できない時や口寂しい時に間食してしまい、ストレスを避けながら抑えているが体重が戻ることがある。
【気ままな運動習慣：天気や気分に合わせて運動する】(D005)	D-A018: 歩行はレクリエーションとして行っており、天気の良い日だけでも週1～2回できれば良いと考え、天気の悪い日はやる気が出ない。
	E-A004: 一人では運動を継続できないが、チームで取り組むと仲間への責任感が生まれて継続でき、賞品などの報酬も動機づけになっている。
	B-B008: 自分が無理なくできそうな回数と時間で、遊び感覚で身体を動かすように工夫して続けている。
【とぎれがちな生活活動：勤務中に身体を動かす機会はあるが、日常的な継続にはつながっていない】(C001)	E-A015: 勤務中の9割は自席にいるが、昼休みに歩く同僚はいるものの自分にはそこまでの意識はなく、やろうと思えばできると感じている。
	C-B005: 仕事は1日約6時間のデスクワークで、通勤は現在車で3～4分。以前は徒歩通勤していたが、急な呼び出しがあるため車通勤に戻し、妻から徒歩通勤を勧められているが実行していない。
	F-A021: 勤務中は以前は階段を使っていたが膝を痛めてから控えており、スマホの通知で2時間ごとに立ち上がるようにしている。



図注) 図1は、正常高値者の語りから抽出された予防意識と保健行動に関する概念群を、質的統合法 (KJ法) に基づいて構造化したものである。各ラベルにはシンボルマークを付与し、語りの流れと意味のまとまりを反映している。矢印の記号は物事が起こる流れ (それゆえに) を、横に倒したY字をつなげた記号は反対の関係 (一方) を、三角形を向き合わせた記号は両サイドが対称をなす関係 (共通し) を、波及の記号は波紋が周囲に広がるようなイメージで影響を与える関係 (影響し) を示す。

図1 空腹時血糖が正常高値を示す男性事務職者における予防意識と保健行動の構造

Ⅳ. 考 察

本研究では、健診数値を自分のこととして受け止めることが、リスク認識につながり、自己管理への意欲を形成する流れが確認された。この認識の流れは、行動化に影響する重要な要因であることが語りから明らかとなった。こうした認識が十分に形成されない場合、健診結果を「経過観察で問題ない」と受け流したり、日常の一部として捉えたりする傾向がみられ、行動変

容にはつながりにくいことも語りから示された。とくに、数値に対する不安と安心が同時に存在する状態は、認識の揺らぎとして表れ、行動への意欲や実行に影響していた。

1. 認識の揺らぎを中心とした構造の意味

図1は、健診結果が基準値をわずかに超えたことによる不安と、精密検査の案内がなかったことによる安心感が、同一人物の中に同時に存在する状態を中心にとらえた概念モデルである。

このような認識の揺らぎが、自己管理への意識や行動にどのように広がっていくかを構造的に示している。

たとえば、「体質だから仕方ない」と考えて薬に頼る姿勢は、個人の内面的な反応の一例であり、家庭の食事に合わせて自己流で糖質制限を行う行動は、外的な要因に応じた対応と位置づけられる。これらの志向は、体重管理の難しさを自覚することを通じて、気分や天候に左右される運動習慣や、継続しにくい生活活動といった行動パターンにつながる傾向がみられた。

この図は、参加者の語りに基づいて構造化したものであり、因果関係を断定するものではない。図中の矢印は、各概念の間に見られた関連性を示しており、健診数値の理解を支援すること、行動の実行を妨げない環境を整えること、医療者による明確な指示を提供することなどが、介入の有効な方向性として示されていた。

2. 予防意識の特徴

健診数値をどのように意味づけ、どのような感情を抱くかという受けとめ方の違いは、予防意識の形成に影響していた。表2の元ラベル (B-A012, H-A009, D-A003) では、数値の意味が十分に理解されておらず、危機感が生じにくい傾向がみられた。B-A012では、検査値が正常高値とされ、経過観察の対象となっていたが、医療者からの明確な指示がない限り、参加者は危機感を抱きにくかった。D-A003は、結果の意味を理解する力や医師の説明が不足していたことを示しており、H-A009では、数値の境界を認識していても、それが行動の変化には結びついていなかった。

これらの元ラベルは、図1で示した「認識の揺らぎ」と整合しており、特に基準値の上限付近に位置する数値では、医療者からの説明や診断名の提示といった外部からの手がかりが得られない場合、参加者自身がその数値の意味を判断しにくく、結果として数値に対するリスク認識が弱まり、危機感が生じにくくなることが示されていた。村上ら (2009) は、診断の確定が自己管理行動の取り組みに影響することを報告しており、本研究の結果はこの知見と一致していた。

本研究の参加者は、健診で基準値の上限付近の数値を示していたものの、糖尿病などの明確

な診断には至っていない状態であった。こうした診断未満の対象者の予防意識の特徴を理解するためには、糖尿病と診断された人や、生活習慣病の予備群とされる高血圧境界者との比較が有用である。佐藤ら (2022) は、糖尿病患者は疾患管理の必要性が明確であるため行動を維持しやすい一方で、診断に至っていない対象者では、予防的関心にもとづいて行動を開始しても継続が難しい傾向があることを報告している。また、稲垣ら (2022) は、糖尿病患者の食事・運動行動が自己効力感や自律的動機によって支えられていることを示しており、本研究の参加者においては、こうした内発的動機の形成が十分でない可能性がある。さらに、高血圧予備群を対象とした研究では、行動の継続には「納得感」や「生活への落とし込み」が重要であるとされており (人間ドック学会, 2009)、本研究で確認された数値の意味の理解が不十分であったことや生活環境による制約といった阻害要因とも共通する視点が示されていた。

これらの知見をふまえると、健診で基準値の上限に近い数値を示していたものの診断には至っていない対象者に対しては、数値の意味を理解し、それを自身の健康課題として捉えられるよう促す支援が重要である。あわせて、食事や運動をはじめとする予防的な生活行動が、日常生活の中で無理なく続けられるよう、個々の生活状況に応じた柔軟な支援の工夫が求められる。

3. 保健行動形成の阻害因子と促進因子

保健行動の形成に影響する要因について、阻害要因と促進要因の両面から検討を行い、以下のような特徴が抽出された。

まず、健診で示された数値について、その意味が十分に理解されていない場合、行動に移そうとする意思が形成されにくく、生活習慣の改善にはつながらない傾向がみられた (B-A012, D-A003)。次に、行動意欲はあるものの、職場環境や生活リズムの制約により、実行には結びついていない状況が確認された (E-A015)。さらに、気分や習慣といった個人的な要因が、行動の継続を妨げる要因として働いていた (B-A022, F-A025)。D-A018では、気分や天候によって行動の頻度が変わる傾向がみられ、継続的な実践を支えるには、外部からの支援と生

活基盤の安定が必要であることが明らかとなった。一方、行動を促進する要因としては、家族や職場からの働きかけに加え、景品や報酬が得られる仕組みの存在も確認された。これらの要素は、行動の意思を実際の取り組みへとつなげる外的な働きかけとして機能していた。

このような結果から、保健行動を支援するには、健診結果の理解を助ける認知的な支援と、生活習慣の改善に向けた行動を実行に移すまでの支援の流れや環境条件の整備を組み合わせることが有効であると考えられる。たとえば、Teach-Back法 (Yen *et al.*, 2019) による双方向の説明を導入することで、健診受診者が数値の意味を把握しやすくなり、行動への動機づけにつながる可能性がある。さらに、職場内で保健指導の導線を明確にし、簡易な予約制度を整えることで、生活習慣の改善に向けた行動を実際に始めやすくなる。また、家庭環境やこれまでの食習慣によって行動の選択が左右されることを考慮すると、画一的な支援では対応が難しい場面もある。そのため、個々の生活状況に応じた柔軟な支援の工夫が求められる (横山 他, 2020 ; 林 他, 2014)。

本研究の対象者は、健診において基準値の上限に近い数値を示していたものの、糖尿病の診断には至っていない者であり、糖尿病と診断された人とは保健行動の形成過程が異なる。糖尿病患者は疾患管理の必要性が明確であるため、自己効力感や自律的動機によって行動が維持されやすいが (稲垣 他, 2023)、糖尿病と診断されていない段階にある者では、数値の意味を理解し、それを自身の健康課題として認識することが、生活習慣の改善に向けた行動の出発点となる (人間ドック学会, 2009)。そのため、こうした対象者への支援では、生活を基盤とした気づきの支援や、行動の実行に至るまでの支援の流れを整えることが有効である (厚生労働省, 2021)。三浦 (2019) は、健診で糖尿病の可能性を指摘された対象者に対する質的研究において、行動の実行を促す要因として職場からの勧奨や健診結果の自己評価を、抑制要因として数値の意味の理解不足や行動への抵抗感を挙げている。これらの知見は、本研究で確認された保健行動の阻害・促進要因と整合しており、診断未滿の対象者に対する支援では、数値の意味づ

けを助ける働きかけや、行動への心理的・環境的な負担を軽減する工夫が求められる。

4. 看護実践への示唆

本研究では、健診結果に対する理解の程度や職場環境、個人の気分や習慣といった要因が、生活習慣の改善に向けた取り組みに影響を与えていることが明らかとなった。これらの知見をふまえ、健診後の保健行動の支援においては、以下のような看護実践が求められる。

まず、健診結果の数値が行動に結びつくためには、参加者自身がその意味を理解し、納得できることが重要である。保健指導の場では、数値の内容を一方的に伝えるのではなく、参加者が自分の言葉で説明を再現する機会を設けることで、理解を深めることができる。Teach-Back法はそのような対話的な説明手法として有効であり、短時間の保健指導 (10 ~ 15分程度) にも導入可能である (Yen *et al.*, 2019)。

次に、行動への意思があっても、職場の忙しさや保健指導の申込・予約などの手続きが煩雑である場合、実行に至らないことがある。健診当日に保健指導を受けられるような流れを整えるか、または簡単に予約できる仕組みを導入することで、保健指導までの負担を軽減し、生活習慣の改善に向けた取り組みを始めやすくすることができる (八木ヶ谷 他, 2022)。また、生活の中で行動を続けていくには、参加者の生活リズムや心理的な負担に寄り添う柔軟な支援が重要である。一貫した行動を求めるのではなく、「できる時に、できることを」支える関わり方が、実際の行動につながり、継続されやすい支援となる。特に、一般事務職に多い長時間の座位や勤務中の活動制限に配慮し、隙間時間を活用した運動の提案や、職場内で実践可能な目標の提示など、具体的な介入が有効である。

さらに、行動の継続には、参加者自身の工夫や小さな成功体験を尊重し、それを支援の出発点とする関わりが重要である。自己効力感を高める支援を通じて、参加者が自分に合った方法で行動を選び、それを日常生活の中で無理なく続けていく力を育むことが可能となる (梶山 他, 2000 ; Glanz *et al.*, 2002)。支援の場についても、医療機関に限定せず、職場や地域のコミュニティセンターなど、日常生活に近い場での継続的な支援体制の構築が求められる。たとえば、

糖尿病の予防を目的としたワークショップやセミナーの開催、健康に関する情報を共有するサポートグループの設立など、日常的に健康相談が可能な仕組みづくりが今後の課題である。

これらの看護実践は、健診結果の理解から行動の実行、継続までを支える一連の支援として位置づけられ、生活の揺らぎを前提とした柔軟かつ個別性の高い支援のあり方を示している。今後の生活習慣病予防支援においては、こうした視点を取り入れた看護の展開が期待される。

5. 研究の限界

本研究は、空腹時血糖が正常高値と判定された40～64歳の一般事務に従事する男性を対象とした質的研究であり、サンプリングの属性が限定されていることから、結果の一般化には慎重な解釈が求められる。また、質的統合法（KJ法）を用いて語りの構造化を主目的としたため、健診指標の数値的变化と保健行動との関連を時系列で検証する設計には至っていない。実際、参加者の健診記録に基づき、一部の対象者で数値の改善が観察されたが、その背景や行動との関連については十分に分析できていない。今後は、代表的な語りの定量的な整理に加え、縦断的なデータの収集や個別の分析を通じて、行動変容の過程や因果関係をより明確にする研究の蓄積が望まれる。

V. 結 論

本研究では、空腹時血糖が正常高値と判定された一般事務に従事する男性を対象に、半構造化面接による語りをもとに、健診数値の「自分事化」と保健行動との関係について質的に検討した。分析の結果、「認識の揺らぎ」が数値の自分事化を阻害し、意図の形成から具体的な行動への展開を妨げる傾向が示された。これらの知見は、予防支援において自分事化の程度を評価し、それを促進することが、看護介入の出発点となり得る可能性を示している。

今後は、こうした知見をふまえ、より実践的な支援方法の構築とその有効性の検証を通じて、慢性疾患予防に資する看護支援の充実を図ることが重要である。

〈謝辞〉本研究にご協力いただきました参加者の皆様、ならびに協力施設の責任者の皆様に厚

く御礼申し上げます。また、研究の遂行にあたり貴重なご助言を賜りました諸先生方に深謝の意を表します。

〈付記〉本研究は、日本看護研究学会第50回学術集会において、一部を発表した。

〈利益相反〉本研究における利益相反は存在しない。

【文 献】

- Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. (2002): Health behavior and health education: Theory, research, and practice (3rd ed.), Jossey-Bass, San Francisco.
- Gong Q.-H., Kang J.-F., Ying Y.-Y., *et al.* (2015): Lifestyle interventions for adults with impaired glucose tolerance: A systematic review and meta-analysis of the effects on glycemic control, *Internal Medicine*, 54, 303-310.
- 林 美美, 武見ゆかり, 赤松利恵, 他 (2014): 特定保健指導の職域男性における減量の非成功要因についての検討: 個別インタビューによる質的検討, *日本健康教育学会誌*, 22(2), 111-122.
- 稲垣 聡, 松田友和, 阿部 梢 (2022): 日本語版糖尿病療養行動の動機づけ尺度 (TSRQ-DJ) の開発とその検証, *糖尿病*, 65(1), 26-33.
- 梶山祥子, 原 信子 編 (2000): 慢性疾患を持ちながら生きる人々へのサポート, 87-97, 南山堂, 東京.
- 門脇 孝, 羽田勝計, 富永真琴, 他 (2008): 糖尿病・糖代謝異常に関する診断基準検討委員会報告 一空腹時血糖値の正常域に関する新区分一, *糖尿病*, 51(3), 281-283.
- 門脇 孝 (2009): 空腹時・食後高血糖とその診断基準, *日本内科学会雑誌*, 98(4), 717-724.
- 厚生労働省 (2021): 地域共生社会の実現に向けた重層的支援体制整備事業の概要, https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_00506.html (最終アクセス: 2025年10月31日).
- 厚生労働省 (2023): 健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023, <https://www.mhlw.go.jp/content/001194020.pdf> (最終アクセス: 2025年10月31日).
- 厚生労働省 (2023): 令和5年国民健康・栄養調査報告, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/r5-houkoku.html (最終アクセス: 2025年10月31日).
- Kurita S., Shibata A., Ishii K., *et al.* (2019a): Patterns of objectively assessed sedentary time and physical activity among Japanese workers: A cross-sectional observational study, *BMJ Open*, 9(2), 1-9.
- Kurita S., Shibata A., Ishii K., *et al.* (2019b): Social-ecological correlates of accelerometer-measured occupational sitting among Japanese desk-based workers, *BMC Public Health*, 19(1), 1489, 1-8.

- 正木治恵 (2008) : 看護学研究における質的統合法 (KJ法) の位置づけと学問的価値, 看護研究, 41(1), 3-10.
- 三浦沙織 (2019) : 健康診断で糖尿病の可能性を指摘されてから受診行動に至る促進要因と抑制要因に関する研究, 日本健康医学会雑誌, 28(2), 107-115.
- 宗像恒次 (1996) : 最新行動科学からみた健康と病気, 84, メジカルフレンド社, 東京.
- 村上美華, 梅木彰子, 花田妙子 (2009) : 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因, 日本看護研究学会誌, 32(4), 29-38.
- 西尾 実, 岩淵悦太郎, 水谷静夫 編 (1999) : 岩波国語辞典 第5版, 50, 岩波書店, 東京.
- 人間ドック学会 (2009) : 高血圧予備群に対する保健指導の実態と課題, 人間ドック, 24(3), 211-218.
- 日本糖尿病学会 (2024) : 糖尿病診療ガイドライン2024, 南江堂, 東京.
- 日本運動疫学会, 国立健康・栄養研究所, 東京医科大学 公衆衛生学分野 他 (2020) : 身体活動・座位行動ガイドライン (日本語版), <http://jaee.umin.jp/doc/WHO2020JPN.pdf> (最終アクセス: 2024年5月1日).
- 野口京子 (1998) : 健康心理学, 36, 金子書房, 東京.
- 奥村政彦, 辻 香織, 各務茂夫, 他 (2005) : 人間ドック施設における境界型に対するフォローアップの現状, 人間ドック, 20(3), 529-534.
- 小澤涼子, 吉田礼維子, 白井英子 (2013) : 生活習慣病予備群にある壮年期男性が生活習慣に保健行動を組み込む過程, 日本保健医療行動科学会雑誌, 28(1), 60-70.
- Saito T., Watanabe M., Nishida J., *et al.* (2011): Lifestyle improvements and prevention of diabetes in overweight Japanese with impaired fasting glucose: A randomized controlled trial, *Archives of Internal Medicine*, 172(10), 849-857.
- 佐藤真理, 田中美穂, 横山和仁 (2022) : 糖尿病予備群における保健行動の継続要因に関する質的研究, 日本健康教育学会誌, 30(1), 12-21.
- 篠岡有雅, 大西美智恵 (2011) : 健康教室における糖尿病予備群の健康行動の変容プロセス, 日本地域看護学会誌, 13(2), 54-60.
- 総務省 (2009) : 日本標準職業分類 (平成21年12月統計基準設定), https://www.soumu.go.jp/main_content/000394337.pdf (最終アクセス: 2022年4月1日).
- 八木ヶ谷裕美子, 西村元伸, 佐藤真一, 他 (2022) : 高血糖未受診者を健診当日に専門外来の予約につなげる試み —仁戸名糖尿病コントロール研究より—, 人間ドック, 36(5), 663-671.
- 山浦晴男 (2012) : 質的統合法入門 考え方と手順, 28-66, 医学書院, 東京.
- Yen P.H., Leasure A.R. (2019): Use and effectiveness of the teach-back method in patient education and health outcomes, *Federal Practitioner*, 36(6), 284-289.
- 横山歩香, 田高悦子, 白谷佳恵, 他 (2020) : 特定保健指導非該当者である壮年期男性事務職の健診におけるヘルスリテラシーの様相, 日本地域看護学会誌, 23(1), 23-31.
- Zhang X., Imperatore G., Thomas W., *et al.* (2017): Effect of lifestyle interventions on glucose regulation among adults without impaired glucose tolerance or diabetes: A systematic review and meta-analysis, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 123, 149-164.

受付日: 2025年5月15日

採択日: 2025年12月22日

日本のA県における認定看護師が考える タスク・シフト/シェアできる特定行為

安立なぎさ^{*1,*2}, 篠崎恵美子^{*3}

Task Shifting/Shareable by Certified Nurses in Japan's A Prefecture Specific Actions

Nagisa ADACHI^{*1,*2} and Emiko SHINOZAKI^{*3}

^{*1}Nagoya University Hospital, ^{*2}University of the Human Environment, Graduate School
Graduate School of Nursing Pre-doctoral Program, ^{*3}University of Human Environment

Key Words : 特定行為, 認定看護師, タスク・シフト/シェア
specific action, certified nurse, task shifting and task sharing

要 旨

目的 : 本研究は、認定看護師が医師から看護師へタスク・シフト/シェアできると考える特定行為（以下行為とする）を明らかにする。

方法 : 日本看護協会に登録されているA県内の認定看護師を対象とし、38行為について、医師から看護師へのタスク・シフト/シェアできる行為に関する認識調査をWeb上で実施した。

結果 : 回収数は235名（回収率22.7%）であった。対象者の看護師経験年数は21～30年が55.8%、就業場所は病院が91.1%、施設規模は500～600床未満18.7%、800床以上が14.5%であった。医師から看護師へタスク・シフト/シェアができるとの回答が多かった行為は【脱水症状に対する輸液による補正】（ $n=187$, 81.0%）、【褥瘡又は慢性創傷の治癒における血流のない壊死組織の除去】（ $n=185$, 79.4%）、【持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整】（ $n=164$, 70.1%）、【創傷に対する陰圧閉鎖療法】（ $n=163$, 71.2%）であった。タスク・シフト/シェアできないとの回答が多かった行為は【心嚢ドレーン抜去】（ $n=181$, 79%）を含む循環器関連の5行為であった。

結論 : 認定看護師がタスク・シフト/シェアできると考える行為は、認定看護師教育のB課程に含まれる2行為と、皮膚・排泄ケア認定看護師が特定行為研修開始以前より医師の直接指示で実施してきた2行為であった。

I. 緒 言

特定行為（以下、行為とする）に係る看護師の研修制度は、団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて、在宅医療の推進を図るために、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師または歯科医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行う看護師を養成し確保していく必要がある（厚生労働省, 2014）として、2015年10月に厚生労働省の認可を受けた指定研修機関での教育を開始した。2025年までに10万人を目指していたが2024年9月の

時点で研修修了生は11,441名と、やっと1割に達した現状である（厚生労働省, 2025）。そこで厚生労働省は地域医療の推進のため、特定行為研修修了者の養成を増加するために特定行為研修の時間数の削減などの議論を開始した（厚生労働省, 2018）。しかし、2024年から開始される「医師の働き方改革のためのタスク・シフト/シェアの推進」についても現場は取り組みなくてはならない現状となった。

看護師の特定行為研修制度は、厚生労働省が看護師全体のレベルアップ、特に「在宅医療の

^{*1}名古屋大学医学部附属病院

^{*2}人間環境大学大学院看護学研究科博士前期課程

^{*3}人間環境大学

推進」を目指す目的で開始された。日本看護協会も看護師がさらにその役割を発揮できるよう、本制度を活用していくことが重要だと考え、制度の周知及び活用を推進していた。しかしながら、2017年から議論が開始された「医師の働き方改革に関する検討会」(厚生労働省, 2019)では、特定行為研修を推進してタスク・シフトを推進しようという考えもあり、日本看護協会が考えた看護師の役割発揮の拡大という目的と、医師の働き方改革するための看護師へのタスク・シフト/シェアする目的が混在することとなった。つまり、特定行為研修により高度実践能力の向上につながるという面と、医師の代行業務が増えるという一面もあり、業務が煩雑となった。以上のように、特定行為研修は「在宅医療の推進」のために開始されているが、現場では医師の働き方改革に合わせたタスク・シフト/シェアの推進が推し進められる傾向にあり、看護師側と病院側での特定行為研修のとらえ方が違うのではないかと考えた。

今までに、厚生労働省による特定行為研修修了者への調査は行われており、修了者の47.1%が認定看護師資格を取得していると報告している(厚生労働省, 2022a)。さらにこの報告では、31.6%の修了者が、過去1年間における就業先での特定行為の実施ができていないと回答し、その理由として52.8%が就業先に活動できるような体制がないと回答している。そこで、様々な看護領域で行為を活用することで看護の専門性を高め実践する看護師の役割モデルとなる認定看護師は、特定行為をどのように考えているのか、認定看護師が考える医師から看護師にシフトできる行為を明らかにすることが必要ではないかと考えた。これらの調査結果から、どのように業務整理をすることがタスク・シフト/シェアにつながるのかが明らかになり、医師から看護師へとタスク・シフト/シェアされた行為を含めた業務整理が推進され、現場の混乱も解消されるのではないかと考えた。現場の業務整理の推進、混乱解消などが促進されることで、時間的・人的余裕ができ、さらには認定看護師ができると考える特定行為研修への受講を勧めることが可能となるのではないかと考えた。

約130万人の看護師が就業している中で、最前線で約2万人のスペシャリストの認定看護師

が活躍している(日本看護協会, 2022)。日本看護協会は、専門性を高め実践する看護師の役割モデルに近い存在として認定看護師への特定行為研修を勧めていた。しかしながら認定看護師の受講は増えていない。本調査により、どの分野の認定看護師が特定行為研修を受講することが必要なのか、また、特定行為研修の対象であるジェネラリスト看護師がどの行為を受講すべきかが明確になり、特定行為研修に参加し、学習し現場で活躍することで行為のスペシャリストが増える。各施設の機能を考えた看護師を確保することで、現場のタスク・シフト/シェアの推進が確実なものになるのではないかと考える。

Ⅱ. 目 的

認定看護師が考える現場でタスク・シフト/シェアできる行為を明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

量的記述的研究

2. 対 象

日本看護協会に登録されているA県在住の全分野の認定看護師1056名(2022年7月確認)のうち調査協力の同意を得られた認定看護師1033名(204施設)である。

3. 調査期間

2023年7月24日～8月25日

4. 調査方法

日本看護協会に登録されているA県の各施設長・看護部長宛てに依頼文、説明文を送付した。調査協力の同意を得られた施設長・看護部長から認定看護師へ、調査票のQRコードの印刷された説明文の配布を依頼した。同意の得られた認定看護師にQRコードから調査に回答を求めた。

5. 調査内容

- 1) 対象者の属性として、「看護師経験年数」「勤務形態」「就業場所」「施設規模」「認定看護師分野」「認定看護師経験年数」「特定行為研修受講の有無」「特定行為研修受講希望の有無」とした。
- 2) 医師から看護師へタスク・シフト/シェアできると考える行為については、厚生労働

省、特定行為に係る看護師の研修制度、特定行為区分とは（厚生労働省HP）より、「特定行為」38項目について、「非常に思う」「思う」「あまり思わない」「全く思わない」の4段階で評価を求めた。

6. 分析方法

- 1) 対象者の属性については、各項目で記述統計を行った。
- 2) 認定看護師がタスク・シフト/シェアできると考える行為については記述統計を行った。
- 3) 施設規模により病床機能も異なるため、認定看護師が考える医師からタスク・シフト/シェアできる行為が異なるのではないかと考え、施設規模については500床未満（100施設）を中小規模、500床以上（129施設）を大規模とし、2群間の比較を、 χ^2 検定で行った（ $p < 0.05$ ）。

7. 倫理的配慮

本研究の実施に先立ち研究内容について人間環境大学研究倫理審査委員会の承認を得た。（承認番号：2023N-001）。

本研究の参加者には調査の趣旨について説明し、調査結果が研究報告されることを事前に通知し同意を得てWeb回答を行ってもらった。

IV. 結 果

1. 対象者の属性

回収数は235名で回収率は22.7%であった。

回答者の看護師経験年数は21～30年が $n=131$ （55.8%）と多く、次いで11～20年の $n=70$ （29.8%）であった。勤務形態は常勤が $n=229$ （97.4%）と一番多かった。就業場所は病院が $n=214$ （91.1%）と多かった。施設規模は600床未満が $n=44$ （18.7%）と一番多く、次いで800床以上が $n=34$ （14.5%）であった。回答の得られた認定分野の内訳については皮膚・排泄ケア認定看護師が一番多く $n=30$ （12.8%）で、次いで摂食・嚥下障害看護認定看護師の $n=28$ （11.9%）であった。認定看護師経験年数は平均 8.53 ± 5.13 年であった。特定行為研修受講の有無についてはB課程修了が $n=56$ （23.8%）と一番多かった。特定行為研修受講希望の有無については受講したくないが $n=125$ （53.2%）と多かった。（表1）

2. 認定看護師がタスク・シフト/シェアできると考える行為についての全体結果を以下にまとめる。（表2）

「非常に思う」「思う」を合わせて70%を超えていたのは4行為で、【脱水症状に対する輸液による補正】 $n=187$ （81.0%）、【褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去】 $n=185$ （79.4%）、【持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整】 $n=164$ （70.1%）、【創傷に対する陰圧閉鎖療法】 $n=163$ （71.2%）であった。

30%以下であった行為は5行為で、【一時的ペースメーカーの操作及び管理】 $n=61$ （26.5%）、【一時的ペースメーカーリードの抜去】 $n=67$ （29.1%）、【経皮的人工心肺補助装置の操作及び管理】 $n=41$ （18.0%）、【大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整】 $n=51$ （22.3%）、【心嚢ドレーン抜去】 $n=48$ （21.0%）であった。

3. 施設規模による認定看護師が考えるタスク・シフト/シェアできる行為の比較は2行為であった。【心嚢ドレーン抜去】は、大規模病院において「思う」と答えたのが $n=34$ （27%）と小規模病院に比べ有意に多かった（ $p=0.013$ ）。【腹腔ドレーン抜去】も大規模病院が「思う」が $n=63$ （49.6%）と有意に多かった（ $p=0.01$ ）。（表3）

IV. 考 察

日本看護協会に登録しているA県の認定看護師、204施設の認定看護師1033名を対象に、Web調査を行った。回収数は235名で、回収率は22.7%であった。回収率が低かった理由としては、調査時期に、コロナ感染症が5類に引き下げられ、コロナ病床の確保もなくなり、閉鎖していた病棟の再開などで人員に余裕がない背景があると考ええる。また、制度開始前に日本看護協会が認定看護師を対象に行った調査（日本看護協会、2015）においても回収率が15.8%と低かったことから、特定行為そのものに関心が低いことも考えられ、回収率の低さは限界であると考ええる。

1. 対象者の属性

看護師経験年数は21～30年が半数以上を占めており、かつ、認定看護師経験年数は平均 8.53 ± 5.13 年である。これは、認定看護師と

表1 対象者の属性

		<i>n</i>	%
看護師経験年数 (<i>n</i> = 235)	5年以内	1	0.4
	5 ~ 10年	1	0.4
	11 ~ 20年	70	29.8
	21 ~ 30年	131	55.8
	31年以上	32	13.6
勤務形態 (<i>n</i> = 235)	常勤	229	97.4
	非非常勤	4	1.7
	パート	2	0.9
就業場所 (<i>n</i> = 235)	病院	214	91.1
	診療所	4	1.7
	訪問看護ステーション	10	4.3
	介護福祉施設	2	0.9
	教育関係	5	2.1
施設規模 (<i>n</i> = 235)	100床未満	9	3.8
	200床未満	27	11.5
	300床未満	25	10.6
	400床未満	20	8.5
	500床未満	19	8.1
	600床未満	44	18.7
	700床未満	41	17.4
	800床未満	10	4.3
	800床以上	34	14.5
	その他 (教育関係・介護福祉施設)	6	2.6
認定看護師分野 (<i>n</i> = 235)	皮膚・排泄ケア	30	12.8
	摂食・嚥下障害看護	28	11.9
	感染管理	21	8.9
	がん性疼痛看護	19	8.1
	認知症看護	18	7.7
	緩和ケア	16	6.8
	訪問看護	15	6.4
	がん化学療法看護	14	6
	救急看護	10	4.3
	脳卒中リハビリテーション看護	9	3.8
	集中ケア	8	3.4
	手術看護	8	3.4
	慢性心不全看護	6	2.6
	糖尿病看護	6	2.6
	慢性呼吸器疾患看護	6	2.6
	がん放射線療法看護	5	2.1
	クリティカルケア	5	2.1
	透析看護	4	1.7
	乳がん看護	4	1.7
	新生児集中ケア	2	0.9
	小児プライマリケア	1	0.4
認定看護師経験年数平均		8.53 ± 5.13 (年)	
特定行為研修受講の有無 (<i>n</i> = 235)	受講修了	30	12.7
	受講中	8	3.4
	受講予定	29	12.3
	B課程修了	56	23.8
	無回答	112	47.7
特定行為研修受講希望の有無 (<i>n</i> = 235)	受講したい	82	34.9
	受講したくない	125	53.2
	無回答	28	11.9

表2 認定看護師がタスク・シフト/シェアできると考える特定行為

特定行為	n	非常に思う n (%)	思う n (%)	思わない n (%)	全く思わない n (%)
[経口用または経鼻用気管チューブの位置調整]	234	44 (19)	111 (47)	57 (24)	22 (9)
[侵襲的陽圧換気の設定変更]	230	25 (11)	71 (31)	104 (45)	30 (13)
[非侵襲的陽圧換気の設定変更]	228	29 (13)	111 (49)	61 (27)	27 (12)
[人工呼吸器管理下の鎮静薬の投与量調整]	231	24 (10)	75 (32)	92 (40)	40 (17)
[人工呼吸器からの離脱]	230	23 (10)	70 (30)	99 (43)	38 (17)
[気管カニューレの交換]	229	33 (14)	97 (42)	65 (28)	34 (15)
[一時的ペースメーカの操作及び管理]	230	11 (5)	50 (22)	118 (51)	51 (22)
[一時的ペースメーカリードの抜去]	230	13 (6)	54 (23)	105 (46)	58 (25)
[経皮的人工心肺補助装置の操作及び管理]	228	7 (3)	34 (15)	118 (52)	69 (30)
[大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整]	229	6 (3)	45 (20)	115 (50)	63 (28)
[心嚢ドレーン抜去]	229	6 (3)	42 (18)	118 (52)	63 (28)
[低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び変更]	228	21 (9)	80 (35)	86 (38)	41 (18)
[胸腔ドレーン抜去]	230	16 (7)	56 (24)	108 (47)	50 (22)
[腹腔ドレーン抜去 (腹腔内留置針の抜針含む)]	231	23 (10)	74 (32)	89 (39)	45 (19)
[胃ろうカテーテル、腸ろうカテーテル、胃ろうボタンの交換]	231	33 (14)	89 (39)	76 (33)	33 (14)
[膀胱瘻カテーテル交換]	230	35 (15)	80 (35)	82 (36)	33 (14)
[中心静脈カテーテル抜去]	231	44 (19)	101 (44)	63 (27)	23 (10)
[末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入]	230	30 (13)	83 (36)	88 (38)	29 (13)
[褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去]	233	72 (31)	113 (48)	36 (15)	12 (5)
[創傷に対する陰圧閉鎖療法]	229	67 (29)	96 (42)	51 (22)	15 (7)
[創部ドレーン抜去]	229	46 (20)	97 (42)	64 (28)	22 (10)
[直接動脈穿刺による採血]	230	51 (22)	77 (33)	73 (32)	29 (13)
[橈骨動脈ライン確保]	231	38 (16)	72 (31)	82 (35)	39 (17)
[急性血液浄化療法における血液透析器、血液透析濾過器の操作・管理]	228	13 (6)	76 (33)	97 (43)	42 (18)
[持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調節]	234	56 (24)	108 (46)	42 (18)	28 (12)
[脱水症状に対する輸液による補正]	231	61 (26)	126 (55)	25 (11)	19 (8)
[感染兆候にある者に対する薬剤の臨時投与]	231	24 (10)	85 (37)	92 (40)	30 (13)
[インスリンの投与量調整]	228	28 (12)	87 (38)	85 (37)	28 (12)
[硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量調整]	228	20 (9)	87 (38)	87 (38)	34 (15)
[持続点滴中のカテコラミン投与量調整]	230	18 (8)	69 (30)	108 (47)	35 (15)
[持続点滴中のナトリウム、カリウム、クロールの投与量の調整]	230	21 (9)	83 (36)	96 (42)	30 (13)
[持続点滴中の降圧剤の投与量の調整]	227	26 (11)	85 (37)	86 (38)	30 (13)
[持続点滴中の糖質輸液、電解質輸液の投与量の調整]	228	27 (12)	105 (46)	70 (31)	26 (11)
[持続点滴中の利尿剤の投与量の調整]	228	24 (11)	80 (35)	95 (42)	29 (13)
[抗けいれん薬の臨時投与]	231	24 (10)	82 (35)	92 (40)	33 (14)
[抗精神薬の臨時投与]	231	28 (12)	84 (36)	87 (38)	32 (14)
[抗不安薬の臨時投与]	230	30 (13)	93 (40)	76 (33)	31 (13)
[抗がん剤その他の薬剤が血液外漏出した時のステロイド薬の局所注射及び投与量の調整]	232	26 (11)	89 (38)	85 (37)	32 (14)

表3 施設規模による認定看護師がタスク・シフト/シェアできると考える特定行為の比較

特定行為	n	大規模		中小規模		p 値	φ 係数
		思う	思わない	思う	思わない		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
[経口用または経鼻用気管チューブの位置調整]	234	86 (66.7)	43 (33.3)	69 (65.7)	36 (34.3)	0.878	-0.01
[侵襲的陽圧換気の設定変更]	230	57 (45.2)	69 (54.8)	39 (37.5)	66 (62.5)	0.236	-0.078
[非侵襲的陽圧換気の設定変更]	228	80 (63.5)	46 (36.5)	60 (58.8)	42 (41.2)	0.472	-0.048
[人工呼吸器管理下の鎮静薬の投与量調整]	231	55 (43.3)	72 (56.7)	44 (42.3)	60 (57.7)	0.879	-0.01
[人工呼吸器からの離脱]	230	51 (40.2)	78 (59.8)	42 (40.8)	61 (59.2)	0.924	0.006
[気管カニューレの交換]	229	71 (56.8)	54 (43.2)	59 (56.7)	45 (43.3)	0.992	-0.001
[一時的ペースメーカの操作及び管理]	230	37 (29.4)	89 (70.6)	24 (23.1)	80 (76.9)	0.282	-0.071
[一時的ペースメーカリードの抜去]	230	40 (31.7)	86 (68.3)	27 (26.0)	77 (74.0)	0.337	-0.063
[経皮的人工心肺補助装置の操作及び管理]	228	27 (21.6)	98 (78.4)	14 (13.6)	88 (86.4)	0.177	-0.104
[大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整]	229	30 (24.0)	95 (76.0)	21 (20.2)	83 (79.8)	0.49	-0.046
[心嚢ドレーン抜去]	229	34 (27.0)	92 (73.0)	14 (13.6)	89 (86.4)	0.013*	-0.164
[低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び変更]	228	57 (46.0)	67 (54.0)	44 (42.3)	60 (57.7)	0.579	-0.037
[胸腔ドレーン抜去]	231	44 (34.9)	82 (65.1)	28 (26.9)	76 (73.1)	0.1	-0.086
[腹腔ドレーン抜去 (腹腔内留置針の抜針含む)]	231	63 (49.5)	64 (50.4)	34 (32.7)	70 (67.3)	0.01*	-0.171
[胃ろうカテーテル、腸ろうカテーテル、胃ろうボタンの交換]	231	65 (51.2)	62 (48.8)	57 (54.8)	47 (45.2)	0.583	0.036
[膀胱瘻カテーテル交換]	230	63 (50.0)	63 (50.0)	52 (50.0)	52 (50.0)	1	0
[中心静脈カテーテル抜去]	231	83 (65.4)	44 (34.6)	62 (59.6)	42 (40.4)	0.369	-0.059
[末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入]	230	66 (52.4)	60 (47.6)	47 (41.6)	57 (54.8)	0.278	-0.072
[褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去]	233	102 (79.7)	26 (20.3)	83 (79.0)	22 (21.0)	0.904	-0.008
[創傷に対する陰圧閉鎖療法]	229	90 (71.4)	36 (28.6)	73 (70.9)	30 (29.1)	0.927	-0.006
[創部ドレーン抜去]	229	84 (67.2)	41 (32.8)	59 (56.7)	45 (49.3)	0.103	-0.108
[直接動脈穿刺による採血]	230	68 (53.5)	59 (46.5)	60 (58.3)	43 (41.7)	0.475	0.047
[橈骨動脈ライン確保]	231	67 (52.8)	60 (47.2)	43 (41.3)	61 (58.7)	0.084	-0.114
[急性血液浄化療法における血液透析器、血液透析濾過器の操作・管理]	228	56 (44.4)	70 (56.6)	33 (37.1)	69 (67.6)	0.063	-0.123
[持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調節]	234	92 (71.9)	36 (28.1)	72 (67.9)	34 (32.1)	0.511	-0.043
[脱水症状に対する輸液による補正]	231	102 (80.3)	25 (19.7)	85 (81.7)	19 (18.3)	0.785	0.018
[感染兆候にある者に対する薬剤の臨時投与]	231	59 (46.5)	68 (53.5)	50 (48.1)	54 (51.9)	0.806	0.016
[インスリンの投与量調整]	228	69 (55.2)	56 (44.8)	46 (44.7)	57 (55.3)	0.113	-0.105
[硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量調整]	228	62 (49.6)	63 (50.4)	45 (43.7)	58 (56.3)	0.373	-0.059
[持続点滴中のカテコラミン投与量調整]	230	54 (42.9)	72 (57.1)	33 (31.7)	71 (68.3)	0.083	-0.114
[持続点滴中のナトリウム、カリウム、クロールの投与量の調整]	230	62 (49.2)	64 (50.3)	42 (40.4)	62 (59.6)	0.181	-0.088
[持続点滴中の降圧剤の投与量の調整]	227	64 (52.0)	59 (48.0)	47 (45.2)	57 (54.8)	0.304	-0.068
[持続点滴中の糖質輸液、電解質輸液の投与量の調整]	228	78 (61.9)	48 (38.1)	54 (52.9)	48 (47.1)	0.173	-0.09
[持続点滴中の利尿剤の投与量の調整]	228	61 (48.8)	64 (51.2)	43 (41.7)	60 (58.3)	0.287	-0.07
[抗けいれん薬の臨時投与]	231	59 (46.8)	67 (53.2)	47 (44.8)	58 (55.2)	0.754	-0.021
[抗精神薬の臨時投与]	231	58 (46.0)	68 (54.0)	54 (51.4)	51 (48.6)	0.414	0.054
[抗不安薬の臨時投与]	230	66 (52.4)	60 (47.6)	57 (54.8)	47 (45.2)	0.713	0.024
[抗がん剤その他の薬剤が血液外漏出した時のステロイド薬の局所注射及び投与量の調整]	232	62 (46.8)	65 (51.2)	53 (50.5)	52 (49.5)	0.802	0.016

* χ^2 検定 ($p < 0.05$)

大規模病院 = 500 床以上 (129 施設)、中小規模 = 500 床未満 (100 施設)

いうスペシャリストとして十分な経験年数であり、今回の調査に適切に回答できる対象であったと考える。認定看護師とは、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有したものと日本看護協会が認定した看護師のことを言う。特定行為研修修了者に対して行った調査では、15～25年未満が7割を占めており、中堅からエキスパートの段階の看護師であった（永井ら，2017）が、本調査は、エキスパートである認定看護師を対象としたため、看護師経験年数10年未満は1%以下であり、21年～30年が131名で約56%を占めていた。認定看護師受験資格は看護師免許取得後通算5年の実務経験が必要で、そのうち通算3年以上の特定の認定看護分野における実務経験が必要であることが関係している。

特定行為研修は、2015年10月の制度を開始すると同時に、日本看護協会は、厚生労働省認可の指定研修機関として全分野の認定看護師を対象とした研修を開始した。指定研修機関は、2015年創設当時14機関であったが2023年2月現在で360機関と増えている（厚生労働省，2023）。就業場所についても、特定行為研修修了者の74.8%が病院勤務であった結果（厚生労働省，2022a）と同様に、本調査の対象者の就業場所は90%以上が病院であった。また特定行為研修の受講の希望の有無については半数以上（53.2%）が「受講したくない」と回答していた結果は、中原ら（2021）の調査で、診療看護師（以下NP）を増やす必要があるとわかっているにもかかわらず65%がNPになることに興味がないと回答していた結果と同様であった。

施設規模については、今回対象としたA県内の病院は79.5%が300床未満の病院であり、全国の施設規模の割合と同じである（厚生労働省，2022b）。本調査の対象者が所属する施設は、300床未満は61施設（26.0%）、500床以上は129施設（54.9%）であった。本調査の対象者はA県内の大規模病院勤務者が多い結果となった。

また、今回の調査での回答者の認定看護師分野については、全国約23,000人の認定看護師の認定別の割合と大きな相違はなかった（日本看護協会，2022）。

2010年特定行為研修開始前に行われた医行為の範囲に関する調査（前原ら，2011）では、

認定看護師の回答者は12%弱程度であった。しかし、2020年度特定行為研修修了者に対しての調査（厚生労働省，2022a）では、研修修了生うち47.1%が認定看護師資格を有していた。本調査でも、特定行為研修受講の有無に対しての回答で、50%強が特定行為研修を受講したか受講予定者であった。これは2020年から開始された新たな認定看護師（B課程）修了者が増えてきたことも関係していると考ええる。また、特定行為研修も集中治療パッケージ等パッケージ化され受講しやすい時間数になってきていることも、特定行為研修を受講する認定看護師が増加してきたことと、関係があると考ええる。

2. 認定看護師がタスク・シフト/シェアできると考える行為について

タスク・シフト/シェアできると回答したものが30%以下である行為、すなわち、できないと考えられている行為は【一時的ペースメーカーの操作及び管理】【一時的ペースメーカーリードの抜去】【経皮的人工心肺補助装置の操作及び管理】【大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整】【心嚢ドレーン抜去】の5行為であった。これら5行為は「循環器関連」区分であり、「循環器関連」区分についてはタスク・シフト/シェアできないと認定看護師は考えていることが示唆された。厚生労働省に認証された特定行為研修を行う指定研修機関は、医政局看護局調べでは2023年8月現在で373機関あるが、開講している指定研修機関のうち、「循環器関連」区分は62機関、「心嚢ドレーン管理関連」区分は26機関であり、開講している指定研修機関も都市部であることから、地方の病院では循環器関連については症例数も少ないため、必要性を感じていない、もしくはその症例の看護を経験する機会が少ないため、タスク・シフト/シェアできるという回答が少なかったと考える。また、回答者の53.2%は特定行為研修を受講したくない、11.9%は無回答であった背景からも、タスク・シフト/シェアについては否定的であることも想定され、そのことも影響していると推察される。

その一方で、行為に対して医師の学会は肯定的で、日本心臓血管外科の学会の提言（日本心臓外科学会，2021）では、タスク・シフト/シェアを推進していくために、まず看護師の特

定行為研修を支援することが重要と考えており、学会が推奨する看護師特定行為を定めている。その内容は、集中治療領域パッケージ、「循環動態に係る薬剤投与関連」区分、「心嚢ドレーン管理関連」区分、「胸腔ドレーン管理関連」区分の4つである。集中治療領域パッケージには「循環器関連」区分が含まれている。日本循環器学会からの提言（日本循環器学会，2021）でも、推奨特定行為区分を定めており、推奨特定区分すべてを修了した看護師には学会から修了証明書の発行を行っている。急性期での推奨特定行為区分は、「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」区分、「循環器関連」区分、「動脈血液ガス分析関連」区分、「心嚢ドレーン関連」区分、「感染に係る薬剤投与関連」区分、「循環動態に係る薬剤投与関連」区分の6区分である。また、日本麻酔科学会（2023）は「麻酔関連業務における特定行為研修修了看護師の安全管理指針」を作成しており、術中麻酔管理領域パッケージ、もしくは、「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」区分、「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」区分、「動脈血ガス分析関連」区分、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」区分、「術後疼痛管理関連」区分、「循環動態に係る薬剤投与関連」区分の6区分すべての研修を修了している看護師を特定行為研修修了看護師としている。このように医師は関連学会を通して循環器関連に関して協力体制をとっているが、安原ら（2015）の結果にあるように、地方の医師と関心度の差があることは否めない。

70%以上がタスク・シフト/シェアできると回答していたのは【脱水症状に対する輸液による補正】【褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去】【持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整】【創傷に対する陰圧閉鎖療法】の4行為であった。【脱水症状に対する輸液による補正】【持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整】については、日本看護協会が先行して行った特定行為研修や、2020年から開始した新たな認定看護師過程（B課程）においても、すべての認定看護師が実践で活用できると考え、必須科目として組み込んだ1区分であったことで、認定看護師が水分管理できる状況となっているため、タスク・シフト/シェアできると回答したのではないかと考えられる。

創傷管理関連区分の【褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去】【創傷に対する陰圧閉鎖療法】の2行為については、日本創傷・オストミー・失禁管理学会会員活動調査報告（2013～2016年報告）によると（間宮ら，2019）、特定行為研修開始前から、会員の約40%が「外科的デブリードマン」を実施しており、また「陰圧閉鎖療法の実施」は会員の50%以上が専門的活動として実施している。しかし、2018年の同活動調査報告（間宮ら，2020）では特定行為研修修了者は18%弱程度であったことが示すように、同じ行為であっても、特定行為として実施することには肯定的ではなかった。特定行為研修制度開始前から皮膚・排泄ケア認定看護師は直接指示のもと、専門的活動として実施していたため、改めて特定行為研修を受講しなくても活動ができることから、特定行為研修を修了した皮膚・排泄ケア認定看護師は少ないのではないかと考える。

タスク・シフト/シェアできるとの回答が30%以上70%未満の行為のなかで、【透析管理関連】については、開講研修機関も少なく、そのため特定行為研修修了生も少ないが、本調査の対象者の39%がタスク・シフト/シェアできると考えている。また同じように開講機関と修了者の少ない【皮膚損傷にかかる薬剤投与関連】については、49%の認定看護師がタスク・シフト/シェアできると考えている。特定行為研修修了者数の少ない【腹腔ドレーン管理関連】は本調査の対象者の約42%がタスク・シフト/シェアできると考えていることから、本研究対象の認定看護師は大規模病院が半数であったことが関与している。山本ら（2022）の報告にもあるように、病床規模が大きくなるにつれ、特定行為研修の指定研修機関に指定されている病院において、研修修了者が存在する確率が高くなっていることも関連があると考えられる。

回答者の54.9%が500床以上の施設に所属していたため、施設規模500床以上と未満の2群で比較した結果で、タスク・シフト/シェアができないと考えられた【心嚢ドレーン抜去】【腹腔ドレーン抜去】の2行為については、中小規模病院の管理者対象の調査（安原ら，2015）の、100床未満の病院の管理者が、タスク・シフト/シェアの行為に該当しないと回答してい

た結果と一致していた。これらの2行為は侵襲度の高い行為であり、医師が少ない中小規模病院では、症例も少なく、指導できる医師も少ないためと考える。中小規模の病院の割合が多い都道府県では指定研修機関も少なく、地域医療の推進の視点から考えると、ますます地域格差につながるのではないかと考える。実際に指定研修機関が2機関以下の県は、病院数も少なく、修了者数も少ない（厚生労働省，2023）。地域医療の推進をするためには、指定研修機関の偏在なども検討する必要があるのではないかと考える。厚生労働省が行った実態調査結果では、特定行為研修修了看護師の各施設の配置状況は、1人が43%、2～3人が30%と、約7割以上の施設が少人数配置であり、一方で400床以上の病院では10人以上の修了者の配置をしているところもあると報告しているように、複数配置できる施設は大規模病院になる（厚生労働省，2022b）。山本ら（2022）の報告でも特定行為研修修了者の導入・配置に関する要因には、病院規模が大きいこと、指定研修機関であることに関連があるとしている。多くの県は300床以下の病院の占める割合が80%以上であり、地方都市の中小規模病院では指定研修機関も少なく特定行為研修の受講が困難、各施設においての特定行為実習・実施も困難、さらには複数配置も困難な状況にある。

特定行為研修の受講者を増やすためには色々と課題がある。過去一年間における就業先において行為を実施していない者の割合は31.6%で、その理由として半数以上の特定行為研修修了者が活動できるような体制がないと回答しており、行為を実施するにあたり特定行為研修制度を職場で周知することに困難を感じている修了生が半数以上いる（厚生労働省，2022a）。今回の調査においては回答者がすでに特定行為研修を受講修了もしくは受講中が16.1%であり、半数以上は受講を希望したくないと思っている。そのため、タスク・シフト/シェアできる行為を明らかにすることで、特定行為研修の受講者を増やすことにはならない。しかしながら、特定行為が看護師全体のレベルアップを目指す目的で開始された経緯からも、今後、今ある課題を整理して、特定行為研修受講者を増やすことは求められる。本研究で明らかになったタスク・

シフト/シェアできる行為については、今後各施設でタスク・シフト/シェアを推進していくための一助となるのではないかと考える。スペシャリストである認定看護師のうち、どの分野の認定看護師を特定行為研修受講させるのか、病院機能として必要な行為についてはどのジェネラリスト看護師を受講させるのか、そのためには他の職種に業務をタスク・シフト/シェアできる体制を構築するなど、病院として進むべき方向を検討するときに役に立つと考える。

また、認定看護師が考えるタスク・シフト/シェアできる行為について、各施設のニーズにあてはめて再考することで業務の効率化が図れるものとする。専門分野で看護の質の向上に寄与している認定看護師と、特定行為研修修了生の活用は、組織でのタスク・シフト/シェア推進には必要である。

V. 結 論

日本看護協会登録でA県在住の認定看護師を対象に、タスク・シフト/シェアできると考える行為について調査を行った。その結果、認定看護師がタスク・シフト/シェアできると考えた行為は【脱水症状に対する輸液による補正】【褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去】【持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整】【創傷に対する陰圧閉鎖療法】の4行為であった。タスク・シフト/シェアできないと考える行為は【一時的ペースメーカーの操作及び管理】【一時的ペースメーカーリードの抜去】【経皮的人工心肺補助装置の操作及び管理】【大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整】【心嚢ドレーン抜去】の5行為であった。

施設規模2群での比較では、【心嚢ドレーン抜去】【腹腔ドレーン抜去】の2行為に関連が認められた。

<引用・参考文献>

厚生労働省（2014）：第1回医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会議，資料2：特定行為に係る看護師の研修制度の概要。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000057527.pdf>（閲覧日：2024年1月8日）。

- 厚生労働省 (2018) : 第19回医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会, 資料1 : 特定行為研修における特定行為の領域別のパッケージ化などについて. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000481608.pdf> (閲覧日: 2024年1月9日).
- 厚生労働省 (2019) : 医師の働き方改革に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf> (閲覧日: 2024年1月8日).
- 厚生労働省 (2022a) : 第29回医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会, 資料4 : 特定行為研修制度の推進について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000977761.pdf> (閲覧日: 2024年1月8日).
- 厚生労働省 (2022b) : 令和2年医療施設(静態・動態)調査(確定数)・病院報告の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/20/dl/09gaikyo02.pdf> (閲覧日: 2024年1月8日).
- 厚生労働省 (2023) : 第33回医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会, 資料6 : 特定行為研修制度の現状及び推進策の進捗状況等について(報告). <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001137304.pdf> (閲覧日: 2023年1月8日).
- 厚生労働省 (2025) : 第36回医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会, 資料1 : 特定行為の推進について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001421276.pdf> (閲覧日: 2025年7月25日).
- 前原正明 (2011) : 看護師が行う医行為の範囲に関する研究. 平成22年度厚生労働省科学特別研究事業pp11. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2010/101031/201005011A/201005011A0008.pdf> (閲覧日: 2024年1月9日).
- 間宮直子, 溝上祐子, 稲田浩美, 他 (2019) : 「日本創傷・オストミー・失禁管理学会会員活動調査報告(2013～2016年度)」, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 23(3), 350-365.
- 間宮直子, 溝上祐子, 小林直美, 他 (2020) : 「日本創傷・オストミー・失禁管理学会会員活動調査報告(2017～2018年度)」, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 24(3), 349-365.
- 中原未智, 日高未希恵, 酒井一夫 (2021) : 「診療看護師(NP)の認知度と期待に関する調査～看護師を対象として～」, 日本看護科学会誌, 41, 211-219.
- 永井良三 (2017) : 「看護師の特定行為研修の修了者の活動状況に関する研究」厚生労働行政推進調査事業費(厚生労働科学特別研究事業)平成28年度総括研究報告書.
- 日本看護協会 (2015) : 「特定行為に係る看護師の研修制度に関する調査」結果(認定看護師). https://www.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2015/07/CN-tokuteikoui_chousakekka2015.pdf (閲覧日: 2024年1月10日).
- 日本看護協会 (2022) : 日本看護協会ホームページ, 認定看護師, データでみる認定看護師. <https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/cn/index.html> (閲覧日: 2024年1月10日).
- 日本循環器学会 (2021) : 循環器診療に関する特定行為研修と修了看護師の活用についての提言2021. <https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/07/teigen2021.pdf> (閲覧日: 2024年1月9日).
- 日本麻酔科学会 (2023) : 麻酔関連業務における特定行為研修修了看護師の安全管理指針. https://anesth.or.jp/files/pdf/guideline_safetymanagement.pdf (閲覧日: 2024年1月9日).
- 日本心臓血管外科学会 (2021) : 心臓血管外科診療におけるタスク・シフト/シェア推進についての提言2021. https://jsevs.or.jp/wp-content/uploads/2022/02/2021task_shift-share.pdf (閲覧日: 2024年1月9日).
- 山本武志, 酒井郁子, 山本則子, 他 (2022) : 看護師特定行為研修を推進する要因: 全国300床以上の病院の看護部長を対象とした調査から 厚生労働省行政推進調査事業補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)分担研究報告書 研究1-1.
- 安原由子, 飯藤大和, 桑村由美, 他 (2015) : 「徳島県内の看護職員高度人材育成研修推進事業における特定行為に係る実態調査」, 四国医学雑誌, 71(3,4), 59-70.

受付日: 2025年5月16日

採択日: 2025年12月30日

外来看護師の在宅療養支援におけるコンピテンシーの可視化： 専門家パネルによる検討

山幡 朗子^{*1}, 深谷 由美^{*2}

Visualization of Competencies in Outpatient Nurses' Home Care Support: Expert Panel

Akiko YAMAHATA^{*1} and Yumi FUKAYA^{*2}

^{*1}Aichi Medical University College of Nursing

^{*2}Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

Key Words : 外来看護師, コンピテンシー, 在宅療養支援, 専門家パネル

outpatient nurse, competency, home care support, expert panel

目的：外来看護師の在宅療養支援コンピテンシーの構成要素を、専門家集団の意見をもとに整理し、コンピテンシーの可視化を図ることを目的とした。

方法：3組6名の専門家（外来看護師、看護管理者、看護教育者）を対象とし、コンピテンシーリスト案を事前に提示し、検討会議を行った。検討会議での内容をもとに修正案とし、個々の専門家に送付して、整理した内容を再度検討した。

結果：専門家による検討の結果、外来看護師の在宅療養支援コンピテンシーリストは4つの大項目、11の中項目、57の小項目から構成された。

考察：疾患管理を基盤としながらも、患者の生活に即した視点を取り入れた療養上の目標を支援する姿勢は、外来看護師に求められる在宅療養支援コンピテンシーの特徴として捉えられた。可視化されたコンピテンシーリストを活用することにより、看護師個々の強みや課題を明確に把握することが可能となったと考えられる。

I. 緒 言

我が国においては、地域包括ケアシステムの構築が推進され、医療は病院完結型から地域完結型に移行しつつある。現在までに外来医療においては、外来機能の明確化と連携、さらにかかりつけ医機能の強化が進められてきた（厚生労働省, 2020）。加えて、2040年に高齢者数のピークを迎えることを見据えて、外来医療や在宅医療、介護との連携や、人材確保を含む地域全体の医療提供体制について検討されている（厚生労働省, 2024）。

そのような中、外来看護師には診療の補助や看護処置に加え、地域での療養生活を支える役割が期待されている（日本看護協会, 2015）。住み慣れた地域での生活を円滑に継続すること

を目指す看護実践は在宅療養支援と呼ばれ（永田 他, 2021）、推進に向けた取り組みは進められているが、十分な実施がなされているとはいえない（牛久保 他, 2020）。外来看護師が在宅療養支援を効果的に遂行するためには、求められるコンピテンシーを目標志向的に明示することが有効であると考えられる。このようなコンピテンシーの可視化は、在宅療養支援の充実を促進し、ひいては人材育成および看護の質の向上にも寄与すると考えられる。

コンピテンシーの概念は、1973年にMcClellandが提唱し、多くの職種の特性に合ったコンピテンシーの開発とその活用の基盤となった（Spencer & Spencer, 1993/2011）。看護分野でもコンピテンシーは広く用いられて

^{*1}愛知医科大学看護学部

^{*2}日本赤十字豊田看護大学

おり、松谷ら（2010）は、「知識や技術を特定の状況や背景の中に統合し倫理的で効果的な看護を行うために必要な能力」をコンピテンスと定義した上で、看護のコンピテンシーを「潜在的なコンピテンスが前提となり、有能な看護師によって実際の行為として示される行動特性」と定義した。このコンピテンシーは潜在的なコンピテンスが前提になっているため、直接把握することは難しいが、高業績者の行動や反応の様式（経験）を構造化し、実際の行為の特徴（行動特性）として示される（坂下 他, 2021）。この定義に基づき先行研究では、特定機能病院の外来看護師の経験をもとに、在宅療養支援のコンピテンシーとして57のサブカテゴリ、11のカテゴリ、4つのコアカテゴリが抽出された（山幡 他, 2025）。これらのコアカテゴリは、【役割意識による系統だった実践】、【患者理解に基づいた療養生活上の目標の志向】、【多職種協働による支援の促進】、【資源の有効活用による療養生活上の助力】である。しかし、先行研究では外来看護師の認識に基づく結果であり、一般化や標準化には限界があった。そこで、特定機能病院の外来の状況を踏まえ、内容の妥当性や適切性を再確認し、さらなる洗練が必要である。

コンピテンシーの開発には専門家パネルが有効であり、職務遂行に必要な個人特性をブレインストーミングすることで、価値の高いデータを迅速かつ効率的に収集できる。ただし、伝統的な組織の先入観が影響する可能性もあるため、慎重な検討が必要である（Spencer & Spencer, 1993/2011, p127-128）。先行研究では、看護小規模多機能型居宅介護で働く看護師に求められるコンピテンシーの内容妥当性の検討（撫養 他, 2023）に専門家パネルが用いられている。また、高齢者訪問看護における家族支援の質指標作成にも専門家の意見が活用されている（山本 他, 2007）。専門家による検討は、項目の発展的な修正に有効であるといえる。本研究では、外来看護が俯瞰できる専門家からの意見を取り入れ、多面的な知見を得ることで、在宅療養支援のコンピテンシーの特徴をより明確にすることができると思う。

本研究は、外来看護師の在宅療養支援コンピテンシーの構成要素を専門家集団の意見をもとに検討し、外来看護師の在宅療養支援における

コンピテンシーの構成要素を整理し、その内容を分析することにより、コンピテンシーの可視化を図ることを目的とした。

Ⅱ. 方 法

1. 対象者の選定と研究協力

対象者は、専門家として研究対象の職務の上司、その職務の卓越したパフォーマー、外部専門家が選ばれる（Spencer & Spencer, 1993/2011, p127）とされ、これに基づいて設定した。

1) 外来看護師および看護管理者

特定機能病院は、高度な医療を提供できる能力を備え、地域包括ケア時代に必要とされる機能を持つ（厚生労働省, 2022）。そのため外来医療体制の未整備による影響が少ないと考えられ、勤務者を対象とした。また、外来看護部門の管理経験者や、在宅療養支援に長けた看護師を選定した。特定機能病院の看護管理責任者から研究協力の承諾を得た後に、研究協力者への依頼は機縁法を用いて行った。

2) 看護教育者

看護師のキャリア開発の研究、あるいは看護管理に関する科目担当の看護教育者とした。研究協力者への依頼は機縁法を用いて行った。

2. データ収集と分析（図1）

1) 調査期間は2023年9～12月であった。

2) 先行研究（山幡 他, 2025）をもとに、外来看護師による在宅療養支援に関するコンピテンシーを整理し、4つの大項目、11の中項目、57の小項目から構成されるコンピテンシーリスト案①を作成した（表1）。

3) 検討会議

(1) 事前に、対象者にコンピテンシーリスト案①を提示し、問題点およびその解決策（アイディア）を考えた上で会議に参加するよう依頼した。

(2) 対象者2名および研究者1名の計3名によるブレインストーミングにてコンピテンシーリスト案①の修正点・改善点を検討した。各対象者が事前に考えた問題点およびその解決法を発表し、その後は意見や批判を加えることなく、アイディアを出し尽くすまで行った。研究者はファシリテーターとしての役割に徹した。

(3) 事前に録音の許可を得て実施した。

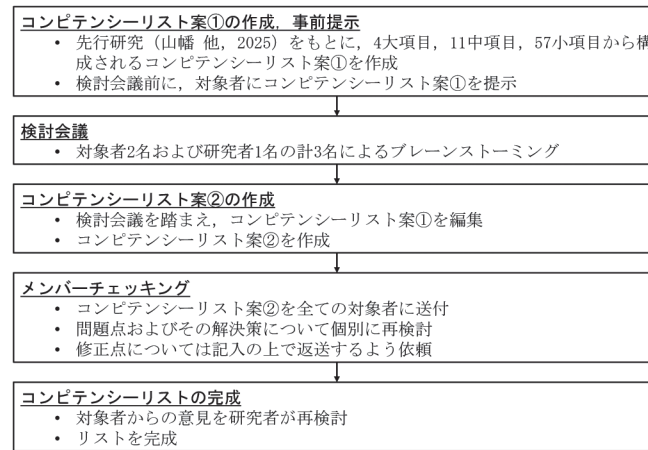


図1 データ収集と分析

4) コンピテンシーリスト修正案②の作成

録音した内容をもとに、対象者が述べていたアイディアの内容を抽出し、コンピテンシーリスト案①と比較した。新たな内容は追加し、項目名を変更した方がよいと考えられるものは修正した。そこで、コンピテンシーリスト案②を作成した。

5) メンバーチェック

コンピテンシーリスト案②を全ての対象者に送付し、問題点およびその解決策について再度検討し、修正点について記入の上で返送するよう依頼した。

6) コンピテンシーリスト完成

対象者からの意見を研究者が再検討し、修正をし、コンピテンシーリストを完成させた。

3. 結果の厳密性の検討

対象者によるメンバーチェックを実施し、信憑性の確保に努めた。また、検討の過程では研究者2名が意見の一致に至るまで協議を重ねた。さらに、対象者の意見や発言に立ち戻りながら慎重に検討を行った。

4. 倫理的配慮

本研究は、人間環境大学の研究倫理審査委員会の承認（研究実施許可番号2022N-018）を受けて実施した。看護管理責任者に研究参加の任意性と拒否・同意撤回の自由、研究参加による利益、不利益の軽減、個人情報とプライバシーの保護、研究目的に限ったデータの使用、データの保管と破棄、研究結果の公表等について文書で説明し、署名により研究協力の承諾を得た。対象者には同様の内容を文書と口頭で説明し、署名により研究参加の同意を得た。

Ⅲ. 結 果

リスト案を検討した結果、小項目の追加が1件、小項目の表現の修正が4件、小項目の削除が1件、中項目の修正が1件であった。以上の手続きを行うことで、外来看護師の在宅療養支援コンピテンシーリストが完成した（表1）。

1. 対象者の概要（表2）

研究に同意した対象者は6名であり、特定機能病院2施設の外来看護師と看護管理者および大学の看護教員であった。性別は女性5名、男性1名であった。ディスカッション時間は40～100分であった。臨床経験年数は、10年以上が1名、15年以上が1名、20年以上が1名、25年以上が1名、30年以上が2名であった。対象とした看護職の役職は、看護副部長、主任、認定看護師、専門看護師、および大学の看護教員であり、管理・専門・教育の各視点から構成された。また、F氏は専門看護師の資格取得にむけ進学することを予定しており、地域連携部門の経験者であった。

2. 検討会議によるコンピテンシーリスト案②の作成（表1）

外来看護師の在宅療養支援コンピテンシーリスト案①の大項目ごとに、修正内容についての結果を記載する。また、大項目は【 】、中項目は《 》、小項目は〈 〉で表記する。

1) 【役割意識による系統だった実践】

《質の高い支援を目指したフィードバックを受けた前向きな取り組み》では、介護保険制度を理解することや、在宅療養支援に関連した知識を持っていることの必要性が意見として出され

表1 外来看護師の在宅療養支援コンピテンシーリスト案の修正(1)

コンピテンシーリスト案①		コンピテンシーリスト案② 修正した項目		メンバーチェック後 修正した項目
【大項目】				
中項目	小項目	中項目	小項目	小項目
【役割意識による系統だった実践】				
質の高い支援を目指したフィードバックを受けた前向きな取り組み	自己研鑽を積み、質の高い支援提供を目指す			
	在宅療養支援に対し、やりがいを感じ、前向きに取り組む			
	フィードバックを受け、自己の支援を振り返る			
			〔追加〕在宅療養に関与する法や社会資源を理解する	
支援を行う患者を見極めることによる継続性、統一性をもった計画的な関わり	多くの外来患者から、支援を行う患者を見極める			〔修正〕多くの外来患者の中から、支援を行う患者を見極める
	患者の受診予定をつかみ、計画的に関わる			
	患者の療養状況を査定し、継続性、統一性をもって関わる			
	外来受診時の限られた機会を活用し、患者や家族との関わりを意図的に深める			
	療養生活の場の移行を見越し、計画的に関わる			
【患者理解に基づいた療養生活上の目標の志向】				
通院の様子を基にした患者状況の把握による患者理解	患者の病状変化をつかむ			
	患者の理解度をつかむ			〔修正〕患者の認知能力・理解度をつかむ
	患者の療養状況をつかむ			
	患者の暮らしぶりをつかむ			
	患者の通院の様子を観察し、ADLの変化をつかむ			
	外来患者の同行者から患者の状況の情報を得る			
	社会資源の利用状況をつかむ			
	患者の抱える療養生活上の問題をつかむ			
将来を見据えた医療およびケアに対する意思決定の扶助	患者や家族の意思決定支援を意識する			
	将来の医療及びケアについての希望を表出する機会を設ける			
	将来の医療及びケアについて患者や家族の選択を後押しする		〔修正〕将来の医療及びケアについて患者や家族の選択に助言する	
安全で安心な療養生活を目指した臨機応で慎重な対応	療養生活上の起こり得る変化を見越す			
	療養生活上の安全性を慎重に勘案する			
	予定外の受診を要する場合の支援体制を確認する			
	安全で安心して療養生活が送れるよう、必要な資源を手配する		〔修正〕急を要する予定外の受診を手配する	
	療養上の目標に合わせた在宅療養を目指す			
セルフマネジメント促進に向けた指導力発揮	セルフマネジメントが患者や家族にとって実現可能かを査定する			
	患者の個性に合わせたセルフマネジメントの方法を模索する			
	患者にあわせ指導内容をアレンジする			
	セルフマネジメントの状況を継続的につかむ			
	セルフマネジメントの状況を評価する			
	症状管理を習慣的に行うよう、セルフモニタリングを促す			
	セルフマネジメント上の問題点を明らかにし対応する			
	在宅でのケア実施者とケア方法の共有をはかる			
	セルフマネジメント上の目標を後押しする			

表1 外来看護師の在宅療養支援コンピテンシーリスト案の修正（2）

コンピテンシーリスト案①		コンピテンシーリスト案②		メンバーチェック後
		修正した項目		修正した項目
【大項目】				
中項目	小項目	中項目	小項目	小項目
【多職種協働による支援の促進】				
支援方法の統一、 分担による外来 看護師同士での 協働	外来看護師同士で支援の方向性について話し 合う			
	外来看護師同士で支援の方法を統一する			
	外来看護師同士で調整し、分担して支援にあ たる			
	外来看護師同士で看護体制を整えて支援にあ たる			
情報共有、つな がりによる院内 外多職種との協 働	携わる専門職や地域で活動する人々とつなが りを持つ			
	携わる多職種の役割や特徴をつかむ			
	携わる多職種の意向や考え、支援の方向性を つかむ			
	院内外多職種間で支援の方向性についての話し 合う			
	院内外多職種でともに支援を行う			
	院内外多職種での情報を共有し活用する			
		【修正】 院内体制活用によ る、より専門 性の高い部署へ の引き継ぎ	患者に紹介する院内専門部署 の専門性をつかみ選択する	
			自施設の体制をつかみ、活用 する	
			社会資源の利用について、院 内専門部署の介入を依頼する	
			より専門的な対応の必要性に より、院内専門部署の介入を 依頼する	
【資源の有効活用による療養生活上の助力】				
社会資源の活用 の提案	療養状況を査定し、社会資源の利用を提案する			
	療養上の目標にあわせ社会資源の導入を提案 する			
	今後必要となる社会資源の導入を提案する			
	利用している社会資源の内容の追加や変更を 提案する			
院内体制活用によ る、より専門 性の高い部署へ の引き継ぎ	多職種や他部門に支援の方向性について相談 や提案をする		〔削除〕	
	患者に紹介する院内専門部署の専門性をつか み選択する			
	自施設の体制をつかみ、活用する			
	社会資源の利用について、院内専門部署の介 入を依頼する			
	より専門的な対応の必要性により、院内専門 部署の介入を依頼する			
患者を含む家族 の考えや負担に 基づいた患者サ ポートの促進	患者の家族のサポート状況をつかむ			
	患者を支える家族の関わりを設け、理解を促す			
	患者を支える家族のサポートを得る			
	患者を支える家族の考えをつかむ			
	患者を支える家族の負担をつかむ			

表2 対象者の概要

対象者	性別・年代	ディスカッション 時間	臨床経験年数	所属、役職、資格等
A	女・40歳代	45分	25年以上	主任, 認定看護師
B	男・30歳代		10年以上	外来, 認定看護師
C	女・40歳代	100分	20年以上	入退院支援センター, 認定看護師
D	女・50歳代		30年以上	看護副部長, 大学教員, 認定看護師
E	女・50歳代	40分	30年以上	看護副部長, 外来部門管理者, 専門看護師
F	女・40歳代		15年以上	外来, 地域連携部門経験者

たので、〈在宅療養に関与する法や社会資源を理解する〉を追加した。

2) 【患者理解に基づいた療養生活上の目標の志向】

《将来を見据えた医療およびケアに対する意思決定の扶助》の〈将来の医療及びケアについて患者や家族の選択を後押しする〉については、患者の意向を重視することが基本的な姿勢であり、積極的な後押しはしていかないと意見を得た。そのため〈将来の医療及びケアについて患者や家族の選択に助言する〉に修正した。

また、《安全で安心な療養生活を目指した臨機動的で慎重な対応》の〈安全で安心して療養生活を送れるよう、必要な資源を手配する〉については、外来患者は病を抱えながら地域での生活を継続しており、急な対応が必要な場合もあるとの意見を得た。そこで〈急を要する予定外の受診を手配する〉に修正した。

3) 【多職種協働による支援の促進】

この大項目では追加や修正はなかった。

4) 【資源の有効活用による療養生活上の助力】

《院内体制活用による、より専門性の高い部署への引き継ぎ》は、院内の資源の活用というよりは、情報を専門部署に伝え、専門部署による相談支援を依頼するといった、多職種による協働といった意味が強く表れているとの意見を得た。そこで、《院内体制活用による、より専門性の高い部署への引き継ぎ》は、大項目【資源の有効活用による療養生活上の助力】から【多職種協働による支援の促進】に含まれる中項目に修正した。また〈多職種や他部門に支援の方向性について相談や提案をする〉は、《情報共有、つながりによる院内外多職種との協働》内の小項目と類似しているという意見から削除した。

検討会議の分析後、研究者がコンピテンシーリスト案①を編集し、4大項目、11中項目、57小項目からなるコンピテンシーリスト案②を作成した。

3. メンバーチェックと再検討（表1）

外来看護師の在宅療養支援コンピテンシーリスト案②を作成後、メンバーチェックを行い再検討した。

コンピテンシーリスト案②を専門家に郵送しメンバーチェックを実施した結果、対象者6名全員により承認を得たのは、57小項目中55項目であった。しかし、以下の2項目に関しては、小項目について意見があり修正した。そのうち1項目は、対象者1名より意見があり、〈多くの外来患者から、支援を行う患者を見極める〉を〈多くの外来患者の中から、支援を行う患者を見極める〉に修正した。また対象者1名より意見があり、〈患者の理解度をつかむ〉を〈患者の認知能力・理解度をつかむ〉に修正した。

4. 外来看護師の在宅療養支援のコンピテンシーリストの完成

最終的に表1を整理し、外来看護師の在宅療養支援のコンピテンシーリストを完成させた（表3）。4つの大項目に対して、構成するコンピテンシーを中項目、さらに具体的なコンピテンシーの構成要素を小項目に示しリストとした。

外来看護師の在宅療養支援のコンピテンシーリストは、4つの大項目、11の中項目、57の小項目で構成された（表3）。

Ⅳ. 考 察

1. 専門家パネルによる検討について

特定機能病院に勤務する看護管理者、卓越的な外来看護師および、看護教育者が研究に同意し、6名を対象者とした。検討会議は、対象者2

表3 外来看護師の在宅療養支援コンピテンシーリスト

大項目	
中項目	・ 小項目
役割意識による系統だった実践	
質の高い支援を目指したフィードバックを受けた前向きな取り組み	・ 自己研鑽を積み、質の高い支援提供を目指す ・ 在宅療養支援に対し、やりがいを感じ、前向きに取り組む ・ フィードバックを受け、自己の支援を振り返る ・ 在宅療養に関与する法や社会資源を理解する
支援を行う患者を見極めることによる継続性、統一性を持った計画的な関わり	・ 多くの外来患者の中から、支援を行う患者を見極める ・ 患者の受診予定をつかみ、計画的に関わる ・ 患者の療養状況を査定し、継続性、統一性をもって関わる ・ 外来受診時の限られた機会を活用し、患者や家族との関わりを意図的に深める ・ 療養生活の場の移行を見越し、計画的に関わる
患者理解に基づいた療養生活上の目標の志向	
通院の様子を基にした患者状況の把握による患者理解	・ 患者の病状変化をつかむ ・ 患者の認知能力・理解度をつかむ ・ 患者の療養状況をつかむ ・ 患者の暮らしぶりをつかむ ・ 患者の通院の様子を観察し、ADLの変化をつかむ ・ 外来患者の同行者から患者の状況の情報を得る ・ 社会資源の利用状況をつかむ ・ 患者の抱える療養生活上の問題をつかむ
将来を見据えた医療およびケアに対する意思決定の扶助	・ 患者や家族の意思決定支援を意識する ・ 将来の医療及びケアについての希望を表出する機会を設ける ・ 将来の医療及びケアについて患者や家族の選択に助言する
安全で安心な療養生活を目指した臨機応変な対応	・ 療養生活上の起こり得る変化を見越し ・ 療養生活上の安全性を慎重に勘案する ・ 予定外の受診を要する場合の支援体制を確認する ・ 急を要する予定外の受診を手配する ・ 療養上の目標に合わせた在宅療養を目指す
セルフマネジメント促進に向けた指導力発揮	・ セルフマネジメントが患者や家族にとって実現可能かを査定する ・ 患者の個性に合わせたセルフマネジメントの方法を模索する ・ 患者にあわせ指導内容をアレンジする ・ セルフマネジメントの状況を継続的に確かむ ・ セルフマネジメントの状況を評価する ・ 症状管理を習慣的に行うよう、セルフモニタリングを促す ・ セルフマネジメント上の問題点を明らかにし対応する ・ 在宅でのケア実施者とケア方法の共有をはかる ・ セルフマネジメント上の目標を後押しする
多職種協働による支援の促進	
支援方法の統一、分担による外来看護師同士での協働	・ 外来看護師同士で支援の方向性について話し合う ・ 外来看護師同士で支援の方法を統一する ・ 外来看護師同士で調整し、分担して支援にあたる ・ 外来看護師同士で看護体制を整えて支援にあたる
情報共有、つながりによる院内外多職種との協働	・ 携わる専門職や地域で活動する人々とながかりを持つ ・ 携わる多職種の役割や特徴をつかむ ・ 携わる多職種の意向や考え、支援の方向性をつかむ ・ 院内外多職種間で支援の方向性についての話し合う ・ 院内外多職種でともに支援を行う ・ 院内外多職種での情報を共有し活用する
院内体制活用による、より専門性の高い部署への引き継ぎ	・ 患者に紹介する院内専門部署の専門性をつかみ選択する ・ 自施設の体制をつかみ、活用する ・ 社会資源の利用について、院内専門部署の介入を依頼する ・ より専門的な対応の必要性により、院内専門部署の介入を依頼する
資源の有効活用による療養生活上の助力	
社会資源の活用の提案	・ 療養状況を査定し、社会資源の利用を提案する ・ 療養上の目標にあわせ社会資源の導入を提案する ・ 今後必要となる社会資源の導入を提案する ・ 利用している社会資源の内容の追加や変更を提案する
患者を含む家族の考えや負担に基づいた患者サポートの促進	・ 患者の家族のサポート状況をつかむ ・ 患者を支える家族の関わりを設け、理解を促す ・ 患者を支える家族のサポートを得る ・ 患者を支える家族の考えをつかむ ・ 患者を支える家族の負担をつかむ

名および研究者1名の計3名によって実施され、ブレインストーミング法を用いて行った。各対象者は、自身の問題分析に基づいてアイディアを提示し、他者の意見に対して批判や評価を加えることなく、アイディアの提示を継続した。アイディアが出尽くすまでこのプロセスを維持することで、自由かつ創造的な発想が促進された。また、対象者間の相互作用を活用することで、効率的な情報収集が可能となった。また、検討会議での内容を踏まえて修正案を作成し、対象者に送付した上で、問題点および改善案について個別に検討を行った。この手続きを通じて、各項目が表面的な評価にとどまらず、より詳細かつ多面的に検討されたのではないかと思われる。

専門家の意見をもと明らかになった〈在宅療養に関与する法や社会資源を理解する〉、〈将来の医療及びケアについて患者や家族の選択に助言する〉、〈急を要する予定外の受診を手配する〉について考察する。また可視化によって明らかとなった在宅療養支援コンピテンシーの特徴と今後の実行性について考察する。

2. 在宅療養に関与する法や社会資源を理解する

検討会議においては、介護保険制度の理解および在宅療養支援に関連する知識の習得が重要であるとの意見が示された。特に、在宅療養に関与する法制度や社会資源に関する深い知識は、外来看護師が在宅療養支援を実施する際の看護の質に影響を及ぼす要因と考えられた。これを踏まえ、〈在宅療養に関与する法や社会資源を理解する〉を《質の高い支援を目指したフィードバックを受けた前向きな取り組み》の項目に新たに追加した。

外来患者は地域社会において生活しており、その支援は多様な社会保障制度によって支えられている。地域包括ケアシステムの構築や医療提供体制の変化に伴い、看護師には社会資源に関する知識の習得が求められている。特に、外来患者が地域で安全かつ安定した生活を送るためには、社会資源を有効に活用できるよう支援することが看護師の重要な役割である（日本看護協会, 2015）。このような地域包括ケア時代に対応するための学修は、看護基礎教育においてようやく導入された段階であり（文部科学省,

2017）、これは、経験年数の長い看護師ほど、現代のニーズに即した学修を終えていない可能性があることを示唆している。牛久保ら（2020）は、外来看護師が在宅療養支援を行うにあたり、知識不足があると認識していると報告している。このことから、外来部門には、一定水準の実践能力を有する人材が配置されているものの、在宅療養支援に関していえば、看護師自身が知識的課題を抱えていると考えられる。そのため、看護師には時代の要請に応じた現任教育によるスキルアップを求められており、在宅療養支援において〈在宅療養に関与する法や社会資源を理解する〉は、外来看護師としての役割を果たす上で《質の高い支援を目指したフィードバックを受けた前向きな取り組み》に位置づけられるべきコンピテンシーの一つと考えられた。

3. 将来の医療及びケアについて患者や家族の選択に助言する

専門家からの意見として、患者からの療養上の選択の相談を受けることはあるが、あくまで患者の意向を重視することが基本的な姿勢であり、積極的な後押しはしていないとの意見を得た。そのため〈将来の医療及びケアについて患者や家族の選択を後押しする〉を〈将来の医療及びケアについて患者や家族の選択に助言する〉に修正した。

近年、患者や家族が治療方針についての説明を受け、治療やケアの方向性を決定する場合は、病棟から外来に移行しており、外来看護師が患者の意思決定を支援する役割も増大している。また、在宅医療が進められる中、在宅療養に関する選択肢も増えており、将来の医療やケアについての選択を患者や家族に求める機会も増えている。谷垣ら（2020）は、熟練看護師が行った在宅療養支援における看護実践において、病いや障害をもちながら、今後どのように過ごしたいのか、どのような願いや希望があるのか、まずは、そのような意思決定を中心に据えるプロセスが重要であると述べている。そのため、外来看護師には、必要な情報を的確かつ丁寧に提供するとともに、患者および家族の願いや希望の表出を促し、適切な助言を行う役割が求められると考えられる。十分な情報を丁寧に提供し、患者や家族が納得の上で選択できるよう支援す

るといった〈将来の医療及びケアについて患者や家族の選択に助言する〉ことは、《将来を見据えた医療およびケアに対する意思決定の扶助》であり、外来看護師としての役割を果たす上で求められるコンピテンシーの一つと考えられた。

4. 急を要する予定外の受診を手配する

小項目の〈安全で安心して療養生活が送れるよう、必要な資源を手配する〉に関しては、外来患者が疾病を抱えながら地域での生活を継続していることから、急な対応が必要となる場合もあるとの意見が得られた。また、特定機能病院の外来看護師が、社会資源の手配を直接担うことは稀であるとの見解も示された。これを踏まえ、小項目は〈急を要する予定外の受診を手配する〉へと修正した。

特定機能病院においては、高度かつ専門的な医療が提供されており、診療科は細分化されている。このような医療体制の下では、外来看護師には各診療科の特性に応じた高度な専門知識および看護技術に基づくケアの提供が求められる。外来患者およびその家族に対しては、医療処置の管理や病状に応じたセルフマネジメントが必要となる場面が多く、看護師による継続的な支援が重要である。さらに、患者の状態や生活環境に応じて、【資源の有効活用による療養生活上の助力】を通じて訪問看護の対応を求めることや、緊急受診への対応が求められる場合も少なくない（山本 他, 2022）。これらの状況において、外来看護師が〈急を要する予定外の受診を手配する〉ことは、患者が安全かつ安心して療養生活を継続するために不可欠であり、その役割の重要性は高いと考えられる。

5. 可視化によって明らかとなった在宅療養支援コンピテンシーの特徴と今後の実行性

本研究においては、外来看護師の在宅療養支援コンピテンシーの特徴として、以下の4つの大項目が確認された。【役割意識による系統だった実践】、【患者理解に基づいた療養生活上の目標の志向】、【多職種協働による支援の促進】、および【資源の有効活用による療養生活上の助力】である。これらは、外来看護師が在宅療養支援を行う上での基本的な姿勢を示すものであり、療養生活の支援、多職種との協働、ならびに社会資源の活用といった側面において、他の看護領域における看護師とも共通するコンピテン

シーであると考えられる（坂下 他, 2021；星 他, 2022；撫養 他, 2023）。とりわけ、【患者理解に基づいた療養生活上の目標の志向】に関しては、患者の病状変化を的確に把握し、将来的な医療およびケアを見据えた疾患管理を基盤としつつ、患者の療養上の目標達成に向けた支援を志向する姿勢が含まれることが明らかとなった。特定機能病院の外来に勤務する看護師を対象とした本研究においては、当該施設において高度かつ専門的な医療が提供されていることから、疾患管理に関する高い専門性が求められる傾向にある。そのような背景のもと、疾患管理を基盤としながらも、患者の生活に即した視点を取り入れた療養上の目標を支援する姿勢は、外来看護師に求められる在宅療養支援コンピテンシーの重要な特徴として捉えられた。

本研究において可視化された在宅療養支援コンピテンシーリストを活用することにより、外来看護師個々の強みや課題を明確に把握することが可能となった。加えて、外来チーム全体のバランスを俯瞰的に捉える視点を得ることができ、人材育成や専門性に応じた看護師の配置に関する方策の立案にも寄与することが期待される。

6. 研究の限界と今後の課題

本研究では、外来看護師の在宅療養支援コンピテンシーリスト案をもとに、外来看護を俯瞰的に捉えることが可能な専門家を対象として、外来看護師の在宅療養支援に対する考えをたずねたが、結果はあくまで専門家の主観的認識に基づくものであり、一般化、標準化することには限界がある。また、外来医療体制の未整備による影響を最小限に抑える目的で、特定機能病院の勤務者を対象としたが、施設特性が結果に影響を及ぼしている可能性も否定できない。さらに、本研究におけるコンピテンシーは行動特性に着目しているため、個々人が歩んできた人生経験や実存的な人間性に対するアプローチが十分ではない可能性がある。

今後、他の医療機能を有する病院において検証を重ねることで、地域包括ケア時代に求められる外来看護師の在宅療養支援に関するコンピテンシーの実態がより明確になると考えられる。さらに、明らかとなったコンピテンシーリスト

を基盤として量的に測定することにより、多角的かつ多数の知見が得られ、さらに精度の高い在宅療養支援のコンピテンシーの特徴が明らかになることが期待される。

V. 結 論

外来看護師の在宅療養支援コンピテンシーの構成要素を専門家集団の意見をもとに検討したところ、在宅療養支援コンピテンシーリストは、4つの大項目、11の中項目、57の小項目から構成された。疾患管理を基盤としながらも、患者の生活に即した視点を取り入れた療養上の目標を支援する姿勢は、外来看護師に求められる在宅療養支援コンピテンシーの特徴として捉えられた。

本研究にご協力いただいた研究協力者の皆様、巽あさみ先生に厚くお礼申し上げます。

本研究は外来看護師の在宅療養支援のコンピテンシーを検討するために行った研究の一部であり、人間環境大学大学院に提出した博士論文に加筆・修正を加えたものである。また、JSPS 科研費JP21K10646の助成を受けたものである。開示すべきCOI状態はない。

VI. 文 献

- 星 美鈴, 佐々木晶世, 杉本健太郎, 他 (2022) : 地域包括ケアシステムに貢献できる看護職に必要なコンピテンシー, 日本看護管理学会誌, 26(1), 150-158.
- 厚生労働省 (2024) : 新たな地域医療構想等に関する検討会 令和6年12月18日 新たな地域医療構想に関するとりまとめ, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf> (参照2025-06-09).
- 厚生労働省 (2022) : 特定機能病院制度の概要, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001018535.pdf> (参照2024-06-22).
- 厚生労働省 (2020) : 医療計画の見直し等に関する検討会 令和2年12月11日 外来機能の明確化・連携, かかりつけ医機能の強化等に関する報告書, <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000704605.pdf> (参照2025-06-09).

- 松谷美和子, 三浦友理子, 平林優子, 他 (2010) : 看護実践能力 概念, 構造, および評価, 聖路加看護学会誌, 14(2), 18-28.
- 文部科学省 (2017) : 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会, 看護学教育モデル・コア・カリキュラム ～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～.
- 撫養真紀子, 渡邊里香, 小野博史, 他 (2023) : 看護小規模多機能型居宅介護で働く看護師に求められるコンピテンシーの内容妥当性の検討, 社会医学研究, 40(2), 150-165.
- 永田智子, 田口敦子 編 (2021) : 外来で始める在宅療養支援 ニーズ把握と実践のポイント, 東京, 日本看護協会出版会.
- 日本看護協会 (2015) : 2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン—いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護.
- 坂下玲子, 撫養真紀子, 小野博史, 他 (2021) : 看護小規模多機能型居宅介護で活躍する看護師の行動特性, 日本看護科学会誌, 41, 665-673.
- Spencer L.M., Spencer S.M. (1993)/梅津祐良, 成田 攻, 横山哲夫 (2011) : コンピテンシーマネジメントの展開, 東京, 生産性出版.
- 谷垣静子, 仁科祐子, 長江弘子, 他 (2020) : 熟練看護師が行った在宅療養支援における看護実践 ～連携に注目して～, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 43(4), 116-122.
- 牛久保美津子, 冨田千恵子, 大谷忠広 (2020) : 高度急性期医療を担うA大学病院の外来看護に携わる看護師の在宅療養支援に関する意識と困難状況, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 43(3), 97-104.
- 山幡朗子, 巽あさみ, 深谷由美 (2025) : 外来看護師の在宅療養支援におけるコンピテンシーの検討, 医学と生物学, 165(1), i1_Oj02.
- 山本則子, 岡本有子, 鈴木育子, 他 (2007) : 高齢者訪問看護における家族支援に関する質指標の開発, 家族看護学研究, 13(1), 19-28.
- 山本澄子, 中村悦子, 坪井義夫 (2022) : Parkinson病ナースに期待される役割, 神経治療学, 39(3), 232-236.

受付日：2025年8月22日
採択日：2026年1月14日

編集後記

本学会誌も第28巻1号を発刊することとなりました。今号では、資料3編の論文を掲載することができ、編集委員一同喜んでおります。掲載論文は、いずれも臨床で役立つ内容です。ご投稿された会員の皆様、ご協力いただいた査読者の方々に心より感謝申し上げます。

さて、2026年4月より、編集委員会は新しいメンバーを迎え活動を始めました。委員一同、多くの論をご投稿いただき、質の高い論文を掲載できるよう活発な委員会活動としたいと考えております。また、27巻1号からホームページ上でオープンアクセスが可能になり、さらには28巻1号からJ-Stageに掲載されるようになります。これまで以上に掲載論文が多くの研究者や臨床家にタイムリーに読んでいただけると期待しております。

引き続き看護学や医療に関わる幅広い分野の論文、臨床で働く看護師の方々と大学院生の方々の論文のご投稿を心よりお待ちしております。
(藤井 徹也)

査読委員

青石 恵子	浅野みどり	荒川 尚子	池松 裕子	石井 真	石黒千映子
伊藤 千晴	上野 栄一	上原 佳子	宇城 令	江藤 真紀	大野 晶子
大橋 幸美	大堀 昇	影山 葉子	片山 直美	北野華奈恵	黒澤 昌洋
国府 浩子	近藤 暁子	榊原 久孝	佐原 弘子	篠崎恵美子	清水 隆裕
社本 生衣	白尾久美子	大屋 富彦	高橋 真理	田中 千代	寺岡三左子
永井 邦芳	中垣 明美	中神 克之	永谷 幸子	中山奈津紀	夏目美貴子
西田 友子	野田 幸裕	濱田 昌実	東野 督子	深谷 久子	福田 和美
福田 峰子	布施 淳子	渕田英津子	古澤亜矢子	古田加代子	法橋 尚宏
星野 純子	三笥 里香	村中 陽子	山口 貴子	山口知香枝	山下 敬
山根 友絵	山幡 朗子	山本 真実	吉江由加里	(五十音順 敬称略)	

編集委員

委員長：藤井 徹也

委員：大村 知子・門間 晶子・神谷 美香・茅喜田恵子・新家 一輝・原 好恵
春田 佳代
(五十音順 敬称略)

日本看護医療学会雑誌 第28巻第1号

2026年6月30日 発行

発行所 〒474-0035
愛知県大府市江端町3丁目220番地
人間環境大学 大府キャンパス内
日本看護医療学会
E-mail : info@jsnhc.jp

代表者 篠崎 恵美子

印刷所 株式会社山誠社

Journal of Japan Society of Nursing and Health Care

CONTENTS

Materials

Preventive Awareness and Health Behavior of People with High-normal Fasting Blood Glucose Levels: Focusing on Men Engaged in General Office Work	Yuko MEGURO	1
Task Shifting/Shareable by Certified Nurses in Japan's A Prefecture Specific Actions	Nagisa ADACHI and Emiko SHINOZAKI	11
Visualization of Competencies in Outpatient Nurses' Home Care Support: Expert Panel	Akiko YAMAHATA and Yumi FUKAYA	21

Editorial Note		31
----------------	--	----