

(3) ケースC

患者の自己決定のプロセスに共にあることによって早期退院を実現できたケース

ケース紹介

このケースで、OCNSが関わった事例は、55歳男性 胆管がん手術後 再発の疑い。

このケースの患者は、自分ががんであるということは知っていたものの、再発をしているということは、はっきり医師から伝えられていなかった。病棟の看護婦は、患者が会社役員であるという社会的背景も含めて、理路整然とした話し方をする患者に何か近寄りたがたい雰囲気を感じていた。そのため患者のホスピスや専門的な知識が欲しいという患者のニーズに対し、病棟の看護婦よりOCNSが依頼を受けて、患者へがん看護領域の専門的な情報の提供を行ったり、患者の自己決定を支援する介入を行った事例である。(ケース8)

この事例に関するOCNSの卓越した看護介入技術には、【がん看護領域の専門的情報を提供する介入技術】と【患者の自己決定を支援する介入技術】の2つが認められた。

【がん看護領域の専門的情報を提供する介入技術】には、《情報を求める患者の意図(死生観・人生観)を探る》《患者のつかんだ情報の受け止め方の把握》の3つの具体的な介入技術が、含まれていた。

【患者の自己決定を支援する介入技術】には、《患者の意向(生き方)への支援》《患者の自己の決定能力の査定》《患者に自己決定へ導く》《患者の個別的な適合性を判断した上での選択肢の提示》《患者への情報量のコントロール》《患者の自己決定への実現化》《患者の自己決定のプロセスに共にある》7つの具体的な介入技術が含まれていた。

以下、具体的に述べる。

1) 【がん看護領域の専門的情報を提供する介入技術】

【がん看護領域の専門的情報を提供する介入技術】とは、OCNSが学び得ているがんに関するより専門的な情報を、患者のニーズにあった適切なかたちで提供することである。「この時期は、今ほど緩和ケア病棟やホスピスの病院というのが、多い時期ではなくて、またそういったホスピスの施設の情報、それから、そこでどういったケアが行われているのかといったことに関しても、医療スタッフもまだ知らないという状況があった時期です」とOCNSが語ったように、病院全体から依頼の多い内容でもあった。

【がん看護領域の専門的情報を提供する介入技術】には、《情報を求める患者の意図(死生観・人生観)を探る》《患者のつかんだ情報の受け止め方の把握》といった2つが含まれていた。

《情報を求める患者の意図(死生観・人生観)を探る》は、患者がどういった内容の情報を得たいと考えているのか、それはなぜかという患者の意図を明らかにすることにより、患者に見合った情報を提供しようとする介入技術であった。この事例では、患者が1年前に愛する妻を亡くした時、急変して蘇生し、3か月延命したけれども苦痛の3か月であったために、自分の死の方についていろいろ考えているとOCNSに打ち明け、「今回の退院に対してホスピスを考えているというわけではなくて、患者さんは再発のことは詳しく聞いていませんでしたが、自分のほうが残り少ないだろうということは認識されていましたので、その生きている時間をどのように生きるかということを模索している時期だったように思います。今は意識がはっきりしているので、はっきりしている時期に今後、自分はどのような生き方をしようか、どういった療養環境を選ぼうかということを考えていらっしゃったので、そ

の考える材料として情報がほしいというふうに言われました。」という状況において、OCNSが患者の死生観を確認し、同じ県内にあるホスピス2ヶ所を紹介するというところで示されていた。

また、《患者のつかんだ情報の受け止め方の把握》とは、OCNSが情報を提供する際に、患者が現在持っている情報がどのようなものか明らかにすることによって、必要とされる情報を明らかにする介入技術であった。これは前述の場面において「患者さんは病院の機能といったことを理解されている方で、この病院は高度医療を駆使して治療をする病院であるので、今後自分が受ける医療もしくはケアとは、違うのではないだろうかということと言われてそのことについて話し合いました。」とあるように、OCNSは、患者が入院している病院とホスピスについて持っている情報を引き出し、明確にした上で具体的なホスピスの情報を提供することで、患者の疑問やニーズを満たすことを行っていることから示された。

その結果、患者は、自分が必要とする情報を得ることができ、納得した上で退院することができた。

2)【自己決定を支援する介入技術】

また、この事例では、【自己決定を支援する介入技術】という介入技術が認められた。これは患者が病気をもちながら生活をしていく上で、直面する様々な場面や問題において患者自身が考え選び取っていく、決定していくことができるよう、プロセスに沿って専門家として持ちうる技術を駆使して患者を支えていく介入であった。「一番最初の面接の時には、病棟の看護婦さんたちが言われるほど患者さんに壁を感じませんでしたので、治療を今後どうしようか、療養をどうしようかといったことを一緒に考えて行けるといいますか、そういった関係を今後築けて行けるかもしれないという感触を持ったんです」というような状況からOCNSは、《患者の意向(生き方)への支援》《患者の自己の決定能力の査定》《患者に自己決定へ導く》《患者の個別的な適合性を判断した上での選択肢の提示》《患者への情報量のコントロール》《患者の自己決定への実現化》《患者の自己決定のプロセスに共にある》というような介入技術を通して患者の自己決定を支援する介入を継続して行った。

まず、《患者の意向(生き方)への支援》では、患者がどのような生き方を望んでいるのかを理解した上で、意向を尊重することを行っていた。これはOCNSの記録の中で、「患者が意識が薄くなってからでは決定ができないので、今いろいろな情報を集めて、ある程度心を決めておきたいということ語ったことに対して、患者が自分の意見を大切にしたいと感じていることが理解できたことを患者に伝え、患者の気持ちや真意を表出を促していることから明らかになった。

そしてOCNSは、患者がどの程度自分自身で決定ができるのか、その能力を多面的に判断する《患者の自己の決定能力の査定》という介入技術を用いていた。これは面接の中で「会社役員である社会的背景も含め、理路整然とした話し方をする人だと思った」「言葉でいろいろなことを質問され、相手の知識や考え方などを参考にしていると思った」「感情(陽の感情)を表に出すことも多く、今後も話し合っていけるといった」などのようにOCNSが語ったことから明らかにされた。

さらに、OCNSは、患者が自分の死に方について考えを持っていること、情報を集めたいと考えていること、得た情報をもとに療養の場を選択したいと考えているというような患者の直面している状況と患者の持つ判断能力をふまえた上で、K県内のホスピスの情報を提供するなどして、《患者の個別

的な適合性を判断した上での選択肢の提示」という介入技術を用いていることが明らかになった。

そして、選択肢を提示する際には、《患者への情報量のコントロール》という介入を行っていた。これは、OCNSが患者の今求めている情報の質と量を判断し、それに見合った内容の情報を必要なだけ提供するものであった。

さらに、《患者の自己決定への実現化》では、患者が自己決定できるようその実現に向けての介入技術であり、この事例においては「今回の退院にホスピスを考えているわけではない」という患者に対して、パンフレットを用いてホスピスについての説明を行い、さらに退院後患者自身が訪問できるように、患者の自宅から近いホスピスを2ヶ所紹介するというような、必要とされた情報の提供と、現実的なアドバイスを行うOCNSの介入から明らかになった。

この事例の中でOCNSは、患者との関わりの中で《患者の自己決定のプロセスに共にある》ことが明らかになった。これは、患者が自己決定する過程において直接的に介入を行うだけでなく、共に考えたり側にいるという存在によって患者を支えていくというものであった。これはOCNSが、この状況において「患者さんが入院をしているその時期から、退院して自分が亡くなっていく全てのプロセスのなかで、K病院に入院していることをどう思うか、そういうことを一緒に考えられたかなど、患者さんの気持ちが固まっていくそのプロセスと一緒にいたと思います」ということから明らかになった。

そして、OCNSは、「結果的には、この病院では治療を受けなくて他の病院にしますというような、意識を固めていかれたんですけれども」というように患者が自分自身で選択肢を選びとることができるよう《患者を自己決定へ導く》という介入を行っていた。

3) まとめ

経時的な流れとともに、OCNSの具体的な自己決定への支援の介入技術が抽出されたケースといえよう。それには、「Being」という《患者の自己決定のプロセスに共にある》ことも明らかになった。一見、ひとりひとりの患者の自己決定を丹念に添っていく事は、時間のかかりすぎることも思えるが、結果的には、患者がどうしたいか、を早期につかみ、スタッフも目標を早期に決定でき、ともに最善の方法を選択することができていくことにほかならない。

V. 考 察

がんは慢性疾患である。がんの治療が完全な治癒を保証できない現在、患者は常に再発、転移死亡の危険性を抱えており、病状の悪化、軽快、再燃に伴って繰り返しの入退院が必要となる。したがって、がん患者の早期退院の意味は、患者に質の高い治療およびケアを提供し、できるだけ必要最小限の入院期間にとどめ、社会復帰を促すことに他ならない。また、徐々に進む病状の悪化に伴って全身におこる、苦痛な症状をコントロールできることが、生活の質を左右する重要な要素となる。そのため、看護師が質の高い症状緩和ケアを提供することが重要であるが、それと同時に、患者が自分自身で症状をコントロールできるように支援することも必要である。症状をコントロールし、苦痛ができるだけ少ない状態になることが、たとえ末期がん患者であっても、在宅での療養を可能にする

のである。

がん患者の体験する苦痛や苦悩は、単に身体だけにとどまらず、精神的、社会的、霊的な、トータルペインであると言われる。したがって患者の苦痛や苦悩を理解し、適切な対処をするためには、病態や身体機能についての深い知識だけではなく、患者の価値観や生き方、考え方、他者とのつながり、自我の強さや弱さといったことに対する深い理解が必要である。がん看護専門看護師は、幅広く、かつ深い専門的な知識と経験に裏付けられ、患者の状態や抱えている問題を適切にアセスメントし、的確なケア技術を適用する力を持っていた。そのような高度な知識と技術によって質の高いケアを提供することが、患者の回復を早め、入院期間を短縮させる要因になると思われる。

また、がん患者の退院では、しばしば医療に関わる他職種や患者、家族間に意向のズレが生じ易い。がん看護専門看護師は、まず患者の意向に添うことを考え、専門的知識を持って治療の効果もしくは副作用と、患者の期待のバランスを判断し、患者の自己決定に基づく選択ができるように支援していた。それは時には、患者が納得して外来通院や在宅ケアへ移行することであり、その結果、患者自身にとって意味のない入院の延長を防ぐことである。病院の機能と患者の求めるケアの総意を考慮して適切な療養の場を患者が選択すること、そして患者が選択したことがうまく機能するように、がん専門看護師は優れたケースマネジメントの力を発揮していた。

終末期の延命処置に対しては、医療者は倫理的ジレンマに陥りやすい。がん看護専門看護師は、その現象を分析し、当事者がジレンマを明確化することに介入し、患者家族の意思を尊重して苦痛を緩和した臨終を迎えることに貢献していた。このようながん看護専門看護師による死亡退院時の家族ケアは、その後の悲しみからの回復を促進し、遺族の新たな健康問題の発生を予防することにつながると思われる。

今回の研究の結果、がん看護専門看護師の優れた看護実践能力の構造が明らかになった。がん看護専門看護師ががん患者の退院に関わる時、彼らは、専門的な知識と技術に裏付けられた非常に優れたケースマネジメント能力を発揮する。今回の研究結果は、質の高い医療を効率的に提供するという医療従事者に課せられた課題を実行するために、がん看護専門看護師の活用が非常に有効であることを実証するものであった。がん看護専門看護師の有する看護実践能力の要素が明らかになったことで、提供するケアサービスの質が高いことはある程度実証されたが、今後はこれらのケアサービスの費用対効果も含めて、ケアの成果をはっきりさせることが必要であろう。

引用・参考文献

- 1) 車谷満紀, 大井きよみ, 山崎節子: 喉頭全摘出手術を受けた患者の退院指導—オレムのセルフケア理論を用いて, 月刊ナーシング, 15 (13): 42-45, 1995.
- 2) 星野早苗, 高橋さつ子, 渡辺孝子: 化学療法—白血病の化学療法, 臨床看護, 21(14): 2201-2206, 1995.
- 3) 野木村千靖, 紀野しま子: 白血病—在宅ケアのための退院指導マニュアル, 看護技術, 36 (6): 624-625, 1990.
- 4) 生塩之敬: 脳腫瘍患者の退院指導・家族指導—脳神経疾患患者の退院指導・家族指導, ブレインナーシング, 4 (6): 528-531, 1988.
- 5) 日原憲子: 急性白血病患者の退院指導—退院指導の適切なすすめ方 慢性疾患患者を中心に・2, ナーシング・トゥデイ, 4 (2): 28-32, 1989.
- 6) 金子善恵: 白血病患者の退院指導—患者指導用パンフレットは活かされているか・慢性疾患患者

- に対するパンフレットの活用, 看護技術, 33 (6): 692-693, 1987.
- 7) 佐々木知子, 西條慶子, 新妻静子: 退院時カンファレンスの現状と見直し—脳腫瘍患者の事例を通して, 看護実践の科学, 12 (1): 33-37, 1987.
 - 8) 池本有子, 川上葉子, 大賀絹枝: 乳房切断術後の退院指導パンフレットの作成—退院患者の実態調査, 川崎市川崎病院内看護研究集録, 42: 68-74, 1987.
 - 9) 村山由美: 退院療養計画の策定を効果的に行う—医師をはじめとする医療職種間の連携から, 看護実践の科学, 22 (12): 18-22, 1997.
 - 10) 前田景子, 近藤まゆみ: 癌患者の場合—退院後に目くばりを・社会資源を使いこなす, 看護学雑誌, 61 (3): 231-234, 1997.
 - 11) 日原憲子, 川上道江: 慢性呼吸不全患者の退院指導—肺気腫に肺癌を併発した事例をとおして, 臨床看護, 14 (9): 1311-1319, 1988.
 - 12) 花立恵子, 古川端和香子: 不安が強度なため退院できない患者とのかかわり—看護課程の臨床的展開 看護問題解決を目指して・11 患者の退院をめぐる諸問題, 看護実践の科学, 13(12): 19-22, 1988.
 - 13) 木下由美子: 退院指導の適切なすすめ方—慢性疾患患者を中心に・1, ナーシング・トゥデイ, 4 (1): 27-29, 1989.
 - 14) 高田千鶴子: 頭頸部末期癌患者の退院指導—在宅でターミナルを迎える患者の退院指導はどうあればよいのか, 看護実践の科学, 12 (11): 36-40, 1987.
 - 15) 水野啓子, 小林京子: ハイリスク状態で不安が大きい患者の退院指導—患者・家族のQOLに焦点をあてて, 看護実践の科学, 22 (12): 33-38, 1997.
 - 16) 桐山靖代: 患者・家族への指/社会資源の活用—がん患者のペインマネジメントEvidence Based Nursingの探求, ナーシング・トゥデイ, 12 (13): 26-28, 1997.
 - 17) 高森睦子: 終末期がん患者のスムーズな在宅ケア移行のシステム—ディスチャージ・プランニングの有用性に関する研究, 日本看護学会集録 地域看護, 25: 79-81, 1994.
 - 18) 松田好美, 佐藤禮子: 喉頭全摘出術を受ける患者のQuality of Lifeを考えた看護, 13 (1): 12-28, 1993.
 - 19) 月田幸恵: 肺癌患者の退院後の生活に影響を与える要因に関する検討, 日本看護学会集録 地域看護, 24: 83-85, 1993.
 - 20) 泉佳子: 生きる喜び—未告知患者のニードを満たすには, 聖隷浜松病院看護部看護研究集録, FY1992: 390-402, 1993.
 - 21) 鈴木照代: 末期癌患者の思いと私の関わり方, 聖隷浜松病院看護部看護研究集録, FY1991: 266-270, 1992.
 - 22) 太田まさよ: 喉頭全摘患者の退院指導を試みて—事例を通して, 看護の研究, 24: 137-141, 1992.
 - 23) 安富千恵: 退院への不安が強い胃がん患者の看護—ナーシングプロセス・胃がん患者の看護, クリニカルスタディ, 12 (5): 404-409, 1991.
 - 24) 沢原清子, 郡司弘美, 鈴木貞子: 気道狭窄患者の退院指導—カニューレの管理を中心に, 日本農村医学会雑誌, 40 (3): 310-311, 1991.
 - 25) 丸山トシ子: 肺がん—在宅ケアのための退院指導マニュアル, 看護技術, 36 (6): 650-651, 1990.
 - 26) 内田智子, 秋山恵美: 胃がん患者および家族への退院指導プログラム—がん患者の生活とケア・胃

- がん患者の看護, 看護技術, 34 (3): 284-292, 1988.
- 27) 田村ヨテ: 癌患者のQOL向上を目指した疼痛緩和のためのナーシング・ケアを考える—除痛をはかり 外泊・一時退院が可能となった事例を通して, 月刊ナーシング, 8 (9): 1003-1007, 1988.
- 28) 日原憲子: 肺癌患者の退院指導—退院指導の適切なすすめ方・慢性疾患患者を中心に1, ナーシング・トゥデイ, 4 (1): 35-42, 1989.
- 29) 岡谷恵子ほか: 日本におけるCNS等の機能とその役割についての研究, 平成9年度厚生省看護対策総合研究事業報告書, 1997.
- 30) 小島操子: 「CNS育成のための教授内容と今後の課題」Quality Nursing 5 (4): 17-24, 1999. 4.
- 31) 岡谷恵子ほか: 専門看護師(CNS)の機能と待遇の現状Quality Nursing 5 (4): 38-243, 1999. 4.

III CNS及びNPに関する文献研究

—米国を中心にした専門看護師の現状とその評価—

I. 研究目的

米国におけるClinical Nurse Specialist (CNS), Nurse Practitioner (NP)に関する費用対効果, その他の効果指標などの側面から文献の分析を行い今後の日本における専門看護師の発展についての示唆を得る事を目的とする。

II. 研究方法

対象：1995年から1998年の3年間におけるCNS, NPをはじめとするスペシャリストに関する文献（管理, 経済, 教育, 評価, 歴史, 法律, マンパワー等の側面）を対象とした。

方法：CINALにおいて, キーワードを“Clinical nurse specialist”, “Nurse practitioner”, “Advanced practice nurses”として, 1995年から1998年の3年間においてそれぞれのキーワードで文献検索を行った。但し, 評価に関しては1995年から1998年の3年間において文献が抽出されなかったためそれ以前(1982年以降)の文献も考慮に入れて検討を行った。

その中から内容的に妥当で入手可能であった文献, CNS46件, NP164件, APN39件, 合計249件を選出した(表1)。これらの文献をすべて収集したうえで今回は, 主に米国におけるCNS及びNPの費用対効果, その他の効果指標に関しての文献を中心に内容的分析を行った。

表1 検索結果

キーワードおよび副表題	件数		
	CNS	NP	APN
1. Administration	1	1	*
2. Classification	*	1	*
3. Economics	1	3	0(3)
4. Education	12	115	8
5. Evaluation	0(26)	4	3
6. History	0(2)	16	*
7. Legislation and Jurisprudence	16	61	24
8. Manpower	1	1	2
9. Methods	*	0(1)	*
10. Organization	6	20	1
11. Psychosocial Factors	0(13)	3	*
12. Standards	1	7	4
13. Trends	6	13	1
14. Utilization	1	23	3
検索文献小計	84	269	52
検索文献合計	405		
入手予定文献数	48	192	41
入手文献数	44	139	32
入手文献合計	249		

*：該当する副表題がもともとなかった場合, ()：1982年～1998年で検索した

III. 結果

〔CNS・NPの動向〕現在米国において, 約58,000人のCNS¹⁾, 32,000人のNP²⁾が活躍している。初期のCNSの活躍の場は主に急性期治療の場であったがごく最近においては, 他の医療機関以外の場やNPが活躍している場へも活躍の範囲を広げつつある¹⁾。たとえば診療所や大学のキャンパス, 外来診療所, 在宅ケア, 独立した看護業務の中での活躍である。特に, 地域や在宅ケアにおけるCNSの役割拡大の必要性が出てきている^{3,4)}。役割拡大として最近新しく登場したのがレジデントとして働くCNSである⁵⁾。

カナダや米国においてCNSの数が増大し、更に医学実習生の数の減少などがあってCNSがレジデントの役割を代行するというものである。またCNSは治験薬に関する研究のコーディネーターとしての役割もこれからの分野としてあげられている⁶⁾。逆にプライマリーケアにおいて発展してきたNPは、医療機関などにおける急性期の場面へも役割拡大が見られるようになってきた⁷⁾。特に救急医療におけるNPの必要性が増加傾向にある。急性期とプライマリーケアにおけるNPの受容が急上昇している状況にあり⁸⁾、それに伴ってNPプログラムの増加が引き起こされ、テネシー大学のファミリーNPのプログラムには2年間待たないと入学できない状況まできている⁹⁾。米国の3分の2の看護学生がNPになる事を望んでいると言う報告もある¹⁰⁾。約3500人のNPが毎年新しく登録されている状況である¹⁰⁾。

〔法律の改正〕 米国看護協会の8年間にわたる連邦政府への働きかけが実ってCNS・NPの新しい法律が1998年1月から施行される事になった。この法律では、すべての地域においてCNS・NPがメディケアに関して医療費償還が受けられる事になった。さらにはじめて法律のなかでCNSの定義が明確に記載された。それによると、CNSは登録されている看護婦で、CNSによるサービスが実施されている州で臨床看護としての免許が与えられていること、また認可された教育機関から決められた医療の分野に関して修士号を取得した者となっている。新しい法律で改定されていないのは、NPやCNSの業務は医師と協力のもとに行わなければならないという事である。“協力(collaboration)”というの、医学的な指示、共同で作成したガイドラインによる適切な管理、また、州で定められた仕組みのもとに、NPやCNSがその専門的技術の範囲内で医師と共にヘルスケアサービスを行う事と定義づけられている^{11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)}。

〔CNSの役割〕 CNSの役割に臨床、教育、コンサルタント、研究、管理としての5つの役割が定義されている。それに加えてチェンジエージェント、患者やスタッフの擁護者、リーダー、ケースマネージャー(ケアマップ¹⁸⁾・クリティカルパス^{19, 20)}の作成等)としての役割が確認されている²¹⁾。特にチェンジエージェントとしての役割はCNSの機能の中心であるとしている²²⁾。それはCNSが臨床家、教育者、管理者、研究者としてコミュニケーション、コラボレーション、分析、ケア改善のために臨床の専門知識等の技術をチェンジエージェントとして活用していかなければならないからである²²⁾。

〔NPの役割〕 NPの役割は約30年に外来診療におけるプライマリーケアに始まり、今日では第3次ケアの場面まで役割拡大がなされてきている^{7, 10)}。NPは主にプライマリーケアの提供者である^{23, 24)}。プライマリーケアは健康の促進と病気の予防、そして病気の早期発見と治療などの全てを含んだ包括的、継続的ケアである。基本的には、①健康診断の実施と病歴の調査、②急性の病気の共通した兆候の診断(風邪、伝染病、ぜんそく)、③急性の病気への薬の処方と管理、④慢性病の管理(糖尿病、高血圧、うつ病)、⑤予防(高血圧、栄養管理、予防接種、禁煙)、⑥出産前のケア、家族計画、出産、⑦特別なケアの必要性の判断等を役割としている^{25, 26)}。

〔CNSの評価〕 マネジドケアの急成長に伴ってアウトカムとコストのコントロールが重要な位置を占めてきた。特にケースマネジメントにおけるCNSの役割は費用対効果を明らかにしていく事が重要であり、それに関しての研究レビューもなされてきている^{3, 5, 27, 28, 29, 30, 31)}。

CNSが質の高い看護ケアと費用対効果が高いケアを行っているかの効果指標として表2に示すような変数が上げられている³²⁾。CNSの費用効果を査定する指標に、入院期間の短縮、病院の歳入増加のためのプログラムの作成、スタッフの転職率の最小化、イメージを高める事により看護師の募集を増やす、看護以外の事に時間を費やす事を削減する、患者と家族のケアに対する満足度を高めるなどが上げられている³³⁾。

CNSの役割を評価する方法として大きく分けて3つの側面からの評価方法がある。①組織的評価方法

(Structure Evaluation), ②プロセス的評価方法 (Process Evaluation), ③アウトカム評価方法 (Outcome Evaluation) である^{34, 35, 36}。

①組織的評価方法にはCNSが寄与している実践場面における職務内容の記述, 組織的配置・職業紹介, リーダーシップなどに焦点を当てたもの等がある。CNSがどの役割にどの時間をつかったかを文書化して整理する方法も見られる。このCNSの役割を時間で測定

表2 CNSの効果測定のための変数

	直接的な費用	間接的な費用
費用	<ul style="list-style-type: none"> ・入院期間 ・合併症の割合 ・患者のコンプライアンス 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護者の転職率 ・看護者の停職率 ・看護職スタッフの満足度と生産性 ・FTES ・製品の評価
	直接的な質	間接的な質
質	<ul style="list-style-type: none"> ・不安の軽減 ・合併症の軽減 ・退院計画 ・患者の満足度 ・看護スタッフの知識と技術の促進 ・意思決定 	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントの開始 ・退院計画におけるケアの開始 ・看護ケアアウトカムの効果 ・記録及びシフト勤務のコミュニケーションの改善

するためのツールがこれまで作成されてきた。Chambers (1987)らは、救急病院に働くCNSの職務記述書を作成させ、役割の比較を行った。組織的構成要素はCNSの行動に影響を与える事ができるが、CNSの直接的な効果の評価を測定しているわけではないのでこのアプローチの方法には限界がある。

②プロセス的評価方法は、CNSの役割である臨床実践、教育、コンサルテーション、リーダーシップの能力を調査する事である。このプロセス評価ツールに関しての文献はたくさん存在している^{34, 35, 36, 37}。このプロセス的評価方法の戦略はスタッフナースの看護実践を測定するのにも有効である。たとえばCNSが看護スタッフに対して血管アクセス装置をどのようにケアするかを教育したりコンサルテーションを継続したりする事によって患者への看護への提供が有意によくなった事がわかった。看護スタッフは提供する看護に対して十分な知識を身につける事ができ自立した看護ができるようになった。この事によってCNSの介入は看護職スタッフの看護にポジティブな変化を導く事ができると言える。

③アウトカム評価方法はCNSの役割実践と質の高い看護が提供できたかどうか焦点が当てられる。CNSの介入によって患者の状態や行動に変化が見られたかどうかである。CNSの実践のアウトカム測定には、患者の入院期間、再入院回数、患者のコンプライアンス(患者が、服薬、食事、運動などに関して、医療者の出す指示やアドバイスに従って行動する事)と満足度、患者の合併症の出現頻度等が含まれる。たとえばインシュリン依存と診断された子どもと家族に対する抱合された教育プランをCNSが開発した研究があげられる。CNSは家族と子どもに対して入院期間中、セルフケアが上達するように集中して働きかけを行った。退院前には家族、子ども両方ともセルフケアのすべを身につける事ができた。その後2年間、低血糖やアシドーシスで再入院した子供は全くいなかった。現在では退院における患者のセルフケアレディネス(用意)に焦点がいつている状況である。CNSの実践と患者のアウトカムとの関連性が証明されれば費用と効果に関する調査も可能である。上記以外にCNSの効果に焦点を当てた文献をいくつか紹介する。

1. Ayers(1979年)ら³⁸は臨床の手段としてCNSと連絡を取っていた看護婦は、CNSの役割を知らされていなかった看護婦より医療の理解を深める事ができたと実証した。
2. Linda(1979年)ら³⁹: CNSによって直接治療を受けた心臓病の患者は、看護スタッフから受け

た患者よりも、病気についての知識も増え、病気の回復も早かった。

3. Little(1979年)ら⁴⁰⁾: CNSは看護スタッフと比較して有意に患者中心のケアを行っていた。
4. Brooten(1986年)⁴¹⁾: 彼らは無作為に選んだ超低体重児の家族グループに対し、1人の産科専門のCNSが退院前と後に働きかける実験を行った。目標は入院期間を短縮して医療費を抑えることであった。退院前に看護婦はこれらの虚弱児のケアについて保温環境、調合乳、おむつ、通院時の交通の便、電話の便などあらゆる面のアセスメントを行い、またその児の特別なケアニーズについても指導を行った。早期退院グループは対照群に比べて11日早く退院し、CNSのその後の訪問費用を含めても1人あたり19,000ドルの節約になった。
5. Neidlinger(1987年)ら⁴²⁾: 退院計画の実施とコスト削減に関する研究。老人看護CNSの実施したグループは対照群より1人あたり平均\$60医療費が低かった。
6. O' keefe(1988年)ら⁴³⁾: 患者、家族、看護スタッフに対するCNSの有益な看護介入に関する研究。CNSによる長期間のサポートは、コーピング、適応、家族機能の統合を促進させた。ケアプランの中に家族とのかかわりを取り入れる事によって患者の早期回復を促進させた。
7. Mcgorkle(1989年)ら⁴⁴⁾: CNSは進行がんの患者の生活の質を促進させることができる。CNSは悪性の合併症の軽減や症状緩和などに寄与する能力を備えている。
8. Beyerman(1989年)⁴⁵⁾: 老人看護CNSは入院期間の短縮、再入院の防止、患者の安楽を高め、コーピングを促進させた。
9. Graveley(1992年)ら⁴⁶⁾: ケア提供者の違いによる、妊産婦の産前産後ケアと妊産婦の健康状態、満足感、コストの違いに関する研究。CNSが援助したグループは医師によるサービスを受けたグループや多職種の混合チームによるサービスを受けたグループより、患者の満足度が高く、医療費の平均が低かった。
10. Butcher(1992年)ら⁴⁷⁾: 母子家庭に関するプログラムの評価に関する研究。プログラムに参加したすべての母親がCNSの講義と小グループにおける意見交換に対してとても満足度が高かった。
11. Lombness(1994)⁴⁸⁾: ケアマネージャー機能と心臓動脈バイパス術後患者のケアについての研究。CNSがケアマネージャーである場合は、医師助手がケアマネージャーである場合に比べ、入院日数が最大16日少なかった。
12. Gurka(1991年)⁴⁹⁾: CNSのコンサルテーションサービスの効果に関する研究。合併症の予防、標準ケアの維持、看護スタッフの臨床における判断の術を促進させた。
13. Smith(1994年)ら⁵⁰⁾: 104名の癌看護CNSは、個々人のケアが患者、家族に与える影響が大であると認識していた(患者・家族の知識、安寧と心配レベル、副作用のコントロールなどを良好に保つ事等に関するケア)。

病院の予算に対するCNSの影響について、CNSと病院経営者とのコミュニケーションを高める必要性が認識されている。Ferraro-McDuffieら⁵¹⁾は、CNSの財務的な価値を明白にするために、費用の削減と歳入を生み出すデータを引用した4半期ごとの報告を行っている。多くのヘルスケアの専門家は、CNSは病院にとって法外な費用の象徴だと勘違いしている。しかし、修士予定のCNSの平均年収は、修士でない看護婦の年収よりたった5,600ドル高いだけだと報告している⁵²⁾。

〔NPの評価〕ほとんどのNPは、その専門分野において国で認められている。30年以上にわたり、多くのレポートがNPの活動とその効果について書いている。その効果とは、費用対効果、ケアの質の高さ、患者の満足度、処方権限、第三者による医療費償還についてである¹⁰⁾。これらの報告のほとんどはプライマリーケアの場と関係している。CNSとの評価と異なるのはNP評価が医師との比較の評価が多い

事である。プライマリーケアにおけるNPの有効性は医師との関係において何百もの研究が発表されてきている²⁴⁾。

①費用効果：ヘルスケアの改革は、病院と病気の予防に専念することにより費用効果を出すことができるヘルスケアを行う人にゆだねられている。NPは初期治療と費用効果に大変貢献している。なぜならば、彼らは小児の初期治療の60から80%を行うことができるからである⁵³⁾。Recordら⁵⁴⁾による調査でも小児の初期ケアの90%、大人の初期ケアの75%から80%はNPが行う事ができるとしている。NPによる費用効果は20年以上にわたり実証されている^{55, 56, 57)}。NPはどのような状況でも、費用効果のある質の高いケアを行っている⁵⁸⁾。その役割の費用効果というものは、たいてい質の高さと生産性で評価される。患者教育と資格審査に費やす時間と資源は、健康の改善と費用の削減をもたらした。腹部の痛みに対する治療法に関して、医者とNPを比較した米国内の研究では調査したうちの約半数の医者が病歴以外のどんな情報よりも処方が効果的な治療であると言っている。しかしNPは、より病歴について尋ね、食事やカウンセリングなどの処方以外の方法で治療するよう勧めていた。調査したNPのわずか20%が処方による治療を勧めていた⁵⁹⁾。NPは健康な人や慢性病をわずらっている人を安全で効果的に管理する能力をそなえている。48の州において、NPは完全かあるいは限られた処方の権限を持っている。その権限は患者のケアを促し、NPの役割を最大限に活かすものである⁵⁸⁾。患者の回復は医者でもNPでも同じであるが、ヘルスケアサービスを行うにあたってNPはより費用効果がある。その教育にかかる低コストと雇用における低費用のためである⁶⁰⁾。Salkever⁶¹⁾はNPとMDの2つの状況—中耳炎と喉の痛み—に対する治療費と効果について比較した。その研究によると医師に比べてNPはケアにおいて20%も治療費が安くかかったとしている。中耳炎ではNPの治療費は14.98ドルに対し 医師は18.22ドルであった。喉の痛みについては、NPの治療費は11.80ドルで医師は15.64ドルだった。NPの治療は少なくとも医師と同様の効果がある。

NPの費用効果を測定するにあたり、結果を出すための効果的な方法として多くの研究者が以下の事を示している。①給料の相違、②NPが関与した病院日数、検査の費用、救急室でのサービスを減らす事、③病気の早期発見と予防である。経済的な面から調査している他の研究者は、NPが医師の代理を務める割合とコストの割合の関係から費用効果を分析している⁶²⁾。Recordらは、NPが医師の代理をする割合は0.63で、コストの割合は0.38であり、一人のNPが医師の働きの63%を行うことができ、コストは38%になるとしている。この事は医師の代わりにNPを雇用することで24%のコストを削減できるということが分かった。これらの発見は給与の相違、スーパービジョン、医師の業務権限の委任の割合、教育にかかる費用、患者に費やす時間に基づいている。

②ケアの質の高さ：ある研究によると、医者とNPグループを比較すると患者の死亡率は同様に満足度も高かったとしている。患者の満足度は医者のみより、医者とNPのチームの方がより高いことがわかっている⁶³⁾。Brownら⁶⁴⁾は、患者の満足度とコンプライアンスは医者よりNPのほうが高く評価されているとしている。医者と協力することによって、NPのケアの質を向上させることができる。また、Office of Technology Assessment (OTA)による報告⁶⁵⁾でもNPのケアは医師が行うケアより質が高く患者の満足度も高いという結果が出ている。それは患者とのコミュニケーション、健康の促進、疾病の予防、アドバイス、傾聴、サポート、病歴の完全な管理、検査の管理、患者の自己管理計画の提示などについて、NPの方が医師より優れているとしている。最近の研究⁶⁶⁾では、小児科のNPは小児の発育、血圧、貧血等のスクリーニングに関しては、Healthy People 2000で定められた目標をすでに上回ったケアを行っており、予防接種の目標値にほぼ近いところまで来ていることがわかっている。また、NPと助産婦における研究において、患者の満足度と健康問題の解決

について、医者にみてもらった患者よりNPにみてもらった患者の方が満足度が高かった事が分かっている。患者が必要とする初期治療において、NPの評価が医師より高い理由は、医療ケアよりむしろ看護に重きを置いているからである。癌看護NPの役割は、がんで危険な状態にある患者のケアの質を高めたり、費用対効果の面で影響を与える偉大な可能性を持っている¹⁰⁾。NPが医師よりよく受け入れられている証拠にNPに対する医療過誤の訴訟が極めてまれであるのに象徴されている⁶⁷⁾。質を評価するためのマーカーとして何人かの研究者は、患者の理解度、満足度、コンプライアンスなどを指標として使用している⁶⁷⁾。

- ③生産性：Brownら⁶⁴⁾は、NPは医者よりも50%以上多くの時間を患者に費やしているとしている。個人的な開業においてNPは40から50%以上、患者を増やすことが出来る。NPは一人の患者あたり24.9分費やし、一方医者は16.5分となっている。NPの患者との時間の使い方は異なり、効果的にそして患者の基本的な要求に応える。それによって、医者はより複雑な問題を抱えた患者に時間をかけることが出来るのである。NPの生産性についての多くの報告書は次の3つの方法のうちの一つを使用して生産性の測定を行っている⁶⁷⁾。①患者に費やす時間を比較する、②ユニットタイム毎の患者の訪問回数の平均を比較する、③医師の業務に加わったNPによるわずかな効果や追加の仕事量を測定するなどである。
- ④業務の特質：NPは様々な環境で働いている。Dunn (1993)によるとPNPの60%が処方権限を持ち23%が病院で権限を持っている。もっとも多い職場は病院と(33%)、個人医院(23%)である。
- ⑤生産性/支払い：調査によると78%のNPが1日あたり6から15人の患者を診ていることが報告されている。そしてほとんどのNPが(84%)体重や身長を計るのにアシスタントを使っていた。一般的にNPはケアに対して請求したりしないが(92%)、22%は低所得者医療補助として報告している⁶³⁾。NP業務の費用対効果の研究では、NPは初期治療のコストを49%削減する見込みがあると示している。また、入院患者のケアにあたっているNPは病院のコストを削減する方向へと進んできている。NPの費用効果を明確にする時、医師に匹敵する業務でより安いということから生じる直接的な節約に加えて、間接的な節約も考慮に入れるべきである。McGrath⁶⁸⁾は、NPが入院期間の短縮、研究費の削減、救急治療室への往診を少なくすることなどによって生じる追加形式の歳入増加と同様に、ヘルスサービス利用の増加、予防と健康に重点を置くことなどによって生じる間接的な費用の節約についても詳細に記載している。これらの直接的、間接的な費用の節約は、NPが接している低所得者や貧しく失業している弱者に対して効果があるとしている。

IV. 考 察

マネジドケアにおいてはアウトカムの効果を評価していく事が要求されている。最近の米国のヘルスケアにおける財政と市場の競争はコストと質の評価が必要不可欠である。患者によりよいケアを提供するためには、アウトカムの評価データを利用する事である。また、変化していく医療現場においてCNS・NPの役割が種々の医療現場で活躍できるように役割拡大が求められている。米国における医療費削減政策によって多くの病院がその影響を受け、CNSも病院からでて地域へと役割拡大が見られるようになってきた。特に入院期間の短縮によって外来や在宅へ移行するまでまたは在宅におけるCNSの新たな活動が注目されてきている。プライマリーケアにおいてはNPの活躍が主であったが、最近では急性期におけるNPの需要が高まってきている。特に救急医療におけるNPの役割が注目されてきた。米国のヘルスケアの変革に応じて看護職自身がそれに適応して役割拡大を行っていくことは非常に重要であるといえる。そして、その役割拡大の中で専門職としてなができるのか、評価をし

ていくことがもっとも求められている。看護の質を維持しながら費用効果を評価していくことがマネジドケアにとって必要不可欠であるがそれは容易なことではない。CNSやNPの誕生以来、これまで評価の研究が数多くなされて、CNSやNPによるヘルスケアサービスによる提供がコスト節約に多いに貢献していることは明らかである。特にプライマリケアにおけるNPによる直接的なコスト節約については、医師と同等のサービスを、より低いコストで提供できることが多くの研究で証明されてきている。また、ケアの質の高さや患者の満足度も高い。CNSはNPと同じような医療サービスの提供(診察、検査、処方など)は、できないので直接的な費用効果を出すのは困難であるが、患者の入院期間、再入院回数、患者のコンプライアンスや満足度、患者の合併症の出現頻度等といった間接的な費用効果を出すことは可能である。ある研究者は、CNSの登場以来20年の歳月が経っているにもかかわらずまだまだCNSの役割が明確になっておらず、その役割の曖昧さゆえにCNSの評価が困難になっていると指摘している。CNSの役割を明確にしていくのは、教育や臨床現場における研究者、教育者、管理者等に責任があるが、一番の責任はCNS自身が臨床現場の中で役割を確立しそれを公にしていくことがなによりも重要だとしている。

1998年の新しい法律改正においてはじめてその中でCNSの定義がなされたことは今後のCNSの活動を促進していく意味でも非常に有功であるといえる。特に、メディケアによる医療費償還がどの地域でも可能になったことは大きな前進であり、今後のCNSやNPによるヘルスケアサービスの拡大を意味しているといえる。米国の深刻な医療事情の中で、ヘルスケアに対する看護の質的効果と費用効果を出していくことでヘルスケアの改革にいかに関与できるかがCNSとNPの課題であり、今後更なるアウトカムの評価が望まれる。米国におけるこれまでのCNSやNPの評価の指標を参考にわが国でも専門看護師の評価を行っていくことは重要であり、今後の専門看護師の発展に大いに寄与するものだと考える。

引用文献

- 1) Bright Cobb MA. CNS Role in Women's Health Promotion and Maintenance in a Collaborative Practice. *Clinical Nurse Specialist*. 12 (3) : 112-116, 1998.
- 2) Vessey JA. Morrison C. A missed opportunity : master's education for certified nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*. 13 (5) : 288-93, 1997.
- 3) Miller SE. The role of the clinical nurse specialist in home health care. *Journal of Home Health Care Practice*. 7 (2) : 62-72, 1995.
- 4) Kupina PS. Community Health CNSs and Health Care in the Year 2000. *Clinical Nurse Specialist*. 9 (4) : 188-190, 1995.
- 5) Herbage Busch AM. CNS and Expanded Role in Hospitals. *Clinical Nurse Specialist* 9 (6) : 318-321, 1995.
- 6) Raybuck JA. The Clinical Nurse Specialist as Research Coordinator in Clinical Drug Trials. *Clinical Nurse Specialist*. 11 (1) : 15-18, 1997.
- 7) Knaus VL. Felten S. Burton S. Fobes P. Davis K. The use of nurse practitioners in the acute care setting. *Journal of Nursing Administration*. 27 (2) : 20-7, 1997.
- 8) Beecroft PC. CNSs' future role in healthcare. *Clinical Nurse Specialist*. 11 (4) : 143, 1997.
- 9) Pilon BA. The new demand area : nurse practitioners receive numerous job offers. *Recruitment, Retention & Restructuring Report*. 8 (10) : 1-5, 1995.

- 10) Kinney AY. Hawkins R. Hudmon KS. A descriptive study of the role of the oncology nurse practitioner. *Oncology Nursing Forum*. 24 (5) : 811-20, 1997.
- 11) Minarik PA. Legislative and regulatory update. Medicare and Medicaid reimbursement : new law and new legislation. *Clinical Nurse Specialist*. 12 (2) : 83-4, 1998.
- 12) Brandon P. Medicare reimbursement victory for NPs and CNSs. *Oregon Nurse*. 63 (1) : 20, 1998.
- 13) Anonymous. 8 years of lobbying by ANA and State Nurses Association. *South Carolina Nurse*. 4 (4) : 32-3, 1997.
- 14) Minarik P. Legislative and regulatory update. Medicare reimbursement for nurse practitioners and clinical nurse specialists passes ; states' legislative and regulatory forum II. *Clinical Nurse Specialist*. 11 (6) : 274-5, 1997.
- 15) McDonald K. Medicare and advanced practice nurses : we did it ! *New Jersey Nurse*. 27(8) : 5, 1997.
- 16) Anonymous. Fact sheet. Medicare reimbursement for NPs and CNSs. *New Jersey Nurse*. 27 (8) : 2, 1997.
- 17) Anonymous. NP and CNS Medicare reimbursement. *Kansas Nurse*. 72(9) : 10, 1997.
- 18) Alvarez CA. What Can We Do with the CNS-Case Manager Dilemma? *Clinical Nurse Specialist*. 12 (4) : 152, 1998.
- 19) Flaherty MJ. Collaboration : Clinical Nurse Specialists Can Lead the Way. *Clinical Nurse Specialist*. 12 (4) : 160, 1998.
- 20) Beecroft PC. Pessimism or optimism for role recognition? *Clinical Nurse Specialist*. 6 (2) : 57, 1992.
- 21) Miller SE. The role of the clinical nurse specialist in home health care. *Journal of Home Health Care Practice*. 7 (2) : 62-72, 1995.
- 22) Strunk BL. The Clinical Nurse Specialist as Change Agent. 9 (3) : 128-132, 1995.
- 23) Marchione J. Garland TN. An emerging profession ? The case of the nurse practitioner... original 1980 article condensed for republication... including commentary by Campbell-Heider N, Kleinpell RM, and Holzemer WL. *Image -the Journal of Nursing Scholarship*. 29 (4) : 335-9, 1997.
- 24) Martin PD. Hutchinson SA. Negotiating symbolic space : strategies to increase NP status and value. *The Nurse Practitioner*. 22 (1) : 89-91, 94, 96 passim, 1997.
- 25) Anonymous. We need your help on HB 358... prescriptive authority for advanced registered nurse practitioners (ARNPs). *Kentucky Nurse*. 44 (1) : 19, 1996.
- 26) Sellards S. Mills ME. Administrative issues for use of nurse practitioners. *Journal of Nursing Administration*. 25 (5) : 64-70, 1995.
- 27) Gift AG. Cost Effectiveness : Designing Research for Product Evaluation. *Clinical Nurse Specialist* 9(4) : 204-206, 1995.
- 28) Beecroft PC. Cost or Quality or Both ?. *Clinical Nurse Specialist* 11 (1) : 1, 1997.
- 29) Wilson-Barnett J. Beech S. Evaluating the clinical nurse specialist. A review. *International Journal of Nursing Studies*. 31 (6) : 561-71, 1994.

- 30) 100. Strong AG. Case management and the CNS. *Clinical Nurse Specialist*. 6 (2) : 64, 1992.
- 31) Beecroft PC. Pessimism or optimism for role recognition? *Clinical Nurse Specialist*. 6 (2) : 57, 1992 .
- 32) Papenhausen JL. Beecroft PC. Communicating clinical nurse specialist effectiveness. *Clinical Nurse Specialist*. 4 (1) : 1-2, 1990.
- 33) Boyle DM. Documentation and outcomes of advanced nursing practice. *Oncology Nursing Forum*. 22 (8 Suppl) : 11-7, 1995.
- 34) Ellsworth-Wolk J. DeBlase R. the multiple contributions of the CNS role : a criterion-based evaluation tool. *Clinical Nurse Specialist*. 7 (5) : 267-73, 1993.
- 35) Peglow DM. Klatt-Ellis T. Stelton S. Cutillo-Schmitter T. Howard J. Wolff P. Evaluation of clinical nurse specialist practice. *Clinical Nurse Specialist*. 6 (1) : 28-35, 1992.
- 36) Gurka AM. Process and outcome components of clinical nurse specialist consultation. *DCCN -Dimensions of Critical Care Nursing*. 10 (3) : 169-75, 1991.
- 37) Ricciardi E. Kuck AW. Improving patient outcomes : the role of the clinical nurse specialist in quality assurance. *Journal of Nursing Care Quality*. 6 (2) : 46-50, 1992.
- 38) Ayers R, Padilla GW, Baker VE, Crary WG. Effects on role development of the clinical nurse specialist. *Nurse Digest*. 1979 ; Winter : 14-22.
- 39) Linda BJ, Janz NM. Effect of a teaching program on knowledge and compliance of cardiac patients. *Nurse Research*. 1979 ; 28(5) : 282-286.
- 40) Little DE, Carnevali D. Nurse specialist effect on tuberculosis. Report on a field experiment. *Nur Res* 1979 ; 16 : 321-326.
- 41) Brooten D, Brown LP, Munro BH, York R, Cohen SM, Roncoli M, & Hollingsworth A. Early discharge and specialist transitional care. *Image*. 1988 ; 20 : 64-68.
- 42) Neidlinger SH, Scroggins K, & Kennedy LM. Cost evaluation of discharge planning for hospitalized elderly : the efficacy of a clinical nurse specialist. *Nursing Economics*. 1987 ; 5 : 225-230.
- 43) O' keefe B, Gillis CL. Family care in the coronary care unit : an analysis of clinical nurse specialist intervention. *Heart Lung*. 1988 ; 17 : 191-198.
- 44) McCorkle R, Benoliel J, Donaldson G, Gergiadoud F, Moinpour C, Goodell R. A randomized clinical trial of home nursing care for lung cancer patients. *Cancer* 1989 ; 64 : 1375-1382.
- 45) Beyerman K. Making a difference : The gerontological CNS. *Journal of Gerontological Nursing*. 1989 ; 15 : 36-41.
- 46) Gravely EA, Littlefield JH. Cost effective analysis of three staffing models for the delivery of low risk prenatal care. *Am J Public Health* 1992 ; 82 : 180-184.
- 47) Butcher LA, Gaffney M. Building healthy families : a program for single mothers. *Clin Nurse Spec* 1992 ; 9 : 221-225.
- 48) Lombness P. Difference in length of stay with care managed by clinical nurse specialists or physician assistants. *Clinical Nurse Specialist*. 1994 ; 8 : 253-260.
- 49) Gurka AM. Process and outcome components of CNS consultation. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 1991 ; 10 : 169-175.

- 50) Smith J, & Waltman N. Oncology clinical nurse specialists' perceptions of their influence on patients outcomes. *Oncology Nursing Forum*. 1994 ; 21 : 887-893.
- 51) Ferraro-McDuffie A, Chan J, & Jerome A. Communicating the financial worth of the CNS through the use of fiscal reports. *Clinical Nurse Specialist*. 1993 ; 7 : 91-97.
- 52) American Nurse Association. Today's registered nurse- Numbers and demographics. *Nursing Facts*. Kansas City, MO1994 : Author.
- 53) Safriet B. Health care dollars and regulatory sense : The role of advance practice nursing. *Yale Journal on Regulation* 1992 ; 9 : 417-487.
- 54) Record J, Jalowiec A, & Reichert PA. Nurse practitioner and physician care compared for non-urgent emergency room patients. *Nurse Practitioner*, 1984 ; 41-52.
- 55) Mahoney DF. Nurse practitioners as prescribers : Past research trends and future study needs. *Nurse Practitioner*, 1992 ; 17 : 44-51.
- 56) Mahoney DF. Appropriateness of geriatric prescribing decisions made by nurse practitioners and physicians. *Image*, 1994 ; 26 : 41-46.
- 57) Pencak M. Work place health promotion programs : An overview. *Nursing Clinics of North America*, 1991 ; 26 : 233-240.
- 58) Pearson L. Annual update of how each state stands on legislative issues affecting advanced nursing practice. *Nurse Practitioner*, 1996 ; 21 : 10-70.
- 59) Avorn J, Everitt DE, & Baker NW. The neglected medical history and therapeutic study of 799 physicians and nurses. *Archives of Internal Medicine*, 1991 ; 151 : 694-698.
- 60) Ramsay JA, Mckenzie JK, & Fish DG. Physicians and nurse practitioners : Do they provide equivalent health care? *American Journal of Public Health*, 1982 ; 72 : 55-57.
- 61) Salkever DS. Episode-based efficiency comparisons for physicians and nurse practitioners. *Med Care* 1992 ; 20 : 143-53.
- 62) Saywell RM Jr., Lassiter WL III, Flynn BC. A cost analysis of a nurse-managed, voluntary community health clinic. *Journal of Nursing Administration*. 25 (10) : 17-27, 1995.
- 63) Pitts J, Seimer B. The use of nurse practitioners in pediatric institutions. *Journal of Pediatric Health Care*. 12 (2) : 67-72, 1998.
- 64) Brown S & Grimes D. Nursing practitioners and nurse midwives : A meta-analysis of studies on nurses in primary care roles. Washington, DC : American Nurses Publishing 1993.
- 65) Office of Technology Assessment. Nurse practitioners, physician assistants, and certified nurse-midwives : A policy analysis. Health technology case study, 37. Washington, DC : US Government Printing Office. 1986.
- 66) Lemly KB, O'Grady ET, Rauckhorst L, Russell DD, & Small N. Baseline data on the delivery of clinical preventive services provided by nurse practitioners. *Nurse Practitioner*, 1994 ; 19 : 57-63.
- 67) Carrino GE, Garfield R. The substitutability of nurse practitioners for physicians : a literature review. *Nursing Leadership Forum*. 1 (3) : 76-83, 1995.
- 68) McCrath S. The cost-effectiveness of nurse practitioners. *Nurse Practitioner*, 1980 ; 15 (7) : 40.

資料1

平成10年12月28日

□□□□ 病院

WOC 認定看護師 ○○ ○○○ 様

日本看護協会 看護教育・研究センター
センター長 岡谷 恵子

寒冷の候、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

WOC 認定看護師として充実した活躍をなさっていらっしゃることを存じます。

さて、日本看護協会認定部では、平成10年度厚生省医療技術評価総合研究事業から研究助成金を得て、認定看護師の看護ケア技術とその成果に関する研究を実施することになりました。この研究にあたって貴院の院長と看護部長には依頼公文書を送付し、同意の快諾を頂いております。

つきましては、WOC 看護認定看護師である○○ ○○○様に本研究のアンケート調査を実施していただきたく、お願いすることになりました。認定看護師の活動の成果を明らかにすることは、効率的に質の高い医療を提供するために看護がどのように貢献できるかということを示す、重要なことだと考えます。本研究の主旨はストーマ造設患者の看護ケアの実態を明らかにすることですが、詳しくは別紙の研究計画概要にお目通しの上、ご協力を賜りたく存じます。

なお、調査用紙の記入にあたって注意して頂きたい点がございます。

まず調査用紙にあげた項目について診療記録および看護記録に記載してあるかどうかを調査して下さい。さらに記録に記載がない場合でも質問項目に関するケアの実施がなされている事実や情報があれば調査用紙に記入して下さい。質問に対し、「その他」に該当する場合や記述欄が設けてあるところにはできるだけ書いて下さるよう、お願いしたいと思います。

調査は1月の早い時期に開始して頂き、2月5日までに当方まで送付して頂けるようお願いしたいと考えております。

年末・年始のお忙しい時期にお願いして恐縮ではございますが、皆様の活動を支援するための研究とご理解頂き、ご協力を重ねてお願い申し上げます。

連絡先：〒204-0024 清瀬市梅園1-2-3
日本看護協会 看護教育・研究センター
認定部：永野みどり 田中秀子 宮嶋正子

TEL：0424-92-7211、FAX：0424-92-7213

資料1-①

該当の（ ）内に適当な名称や数値を記入して下さい。または、答えの番号に一つだけ○をつけて（複数回答避けて下さい）必要時該当の（ ）内に適当な名称や数値を記入して下さい。
特に回答の6. その他に○をつけた場合には、（ ）内にその内容をご記入下さい。

A. 患者の基礎的な情報についてお答え下さい。

(1)入院期間のストーマケアへのWOCナースの関わり……

0. 直接ケアも相談などの間接的なケアもどちらも関わらなかった
1. 担当看護婦として、密接に関わった。
2. 2回以上直接ケアを行っていた。
3. 1回だけ直接ケアを行っていた。
4. 直接ケアはしないが、相談を受けてアドバイスしていた（間接的なケア）
6. その他（ ）

(2) WOCナースの診療記録や看護記録への直接記録

0. 記録には、全く関わらない
1. WOCナースが指示し、スタッフナースが記録した。
2. 関わった際に記録するときとしないときがあった。
3. 関わった際は必ず記録した。
6. その他（ ）

(3)診療科（ ）科

(4)性別…… 1. 男 2. 女

(5)入院時の年齢（ ）歳

(6)入院回数…… 0. 不明 1. （ ）回

(7)セルフケア能力に大きく影響する身体障害

0. なし 1. 視力障害 2. 麻痺 3. 震顫 4. 聴力障害
6. その他（ ）

(8)理解力…… 0. 問題なし 1. 軽度の痴呆傾向

2. 痴呆傾向強く、理解力・記名力が明らかに劣る 3. 意識障害
6. その他（ ）

(9)職業…… 0. 無職 1. 主婦 2. 非常勤（パート）で（ ）

3. 常勤で（ ） 6. その他（ ）

(10)支援する人…… 0. なし 1. 同居していないがいる 2. 同居している

6. その他（ ）

B. 病院について以下の質問についてお答え下さい。答えの番号に○をつけるか、()内に適当な数値を記入して下さい。その他に○をつけた場合ならびに必要時には、()内にその内容をご記入下さい。

〔施設の概要〕

(11) 設置母体は、… 0. 国 1. 地方自治体 2. 日赤 3. 医療法人
4. 学校法人 5. 公益法人およびその他の法人 6. その他()

(12) 病床数 …… () 床

*看護部の職員数

(13) 看護婦 () 人 (14) 准看護婦 () 人
(15) 看護補助者 () 人 (16) その他 () 人
(17) 合計 () 人

(18) 該当患者の入院していた年度のAPRの年間手術数…… 0. 不明
1. () 件 (調査期間: 年 月 ~ 年 月までの1年間)

(19) 該当患者の退院時の施設全体の入院患者の平均在院日数…… 0. 不明
1. () 日 (調査期間: 年 月 ~ 年 月までの1ヶ月間平均)

(20) 該当患者の入院していた病棟の退院時の入院患者の平均在院日数…… 0. 不明
1. () 日 (調査期間: 年 月 ~ 年 月までの1ヶ月間平均)

(21) 該当患者の退院時のAPRの患者の平均在院日数…… 0. 不明
1. () 日 (調査期間: 年 月 ~ 年 月までの1ヶ月間平均)

(22) [APRの患者の平均在院日数調査場所: ①施設全体 ②病棟 ③その他()]

(23) 認定看護師の数…… 分野 () () 人 分野 () () 人

(24) 専門看護師の数…… 分野 () () 人 分野 () () 人

〔看護婦の現任教育体制〕

(25) 施設全体でのWOC看護領域の教育について…… 0. 施設全体では集団教育していない
1. 年に1~2回集団教育 2. 年に3回以上の単発的な集団教育
3. 系統だった計画による(定期的な)集団教育 6. その他()

(26) 消化器外科を含む病棟でのWOC看護領域の教育について
0. 集団教育していない 1. 年に1~2回集団教育
2. 年に3回以上の単発的な集団教育
3. 系統だった計画による(定期的な)集団教育 6. その他()

(27) WOC看護領域についての集団教育を行っているのは、主に誰(講師)ですか
0. 経験のあるスタッフ 1. 主任 2. 婦長 3. 医師
4. WOCナース 5. 外部講師(看護婦)
5. 外部講師(ETナースまたはWOCナース) 6. その他()

〔ストーマケア〕

(28) ストーマケアのスタンダード (看護基準) ……

0. ない 1. 病院全体で定められている
2. 病棟など看護単位で定められている 6. その他 ()

(29) ストーマケア専用のアセスメントシート (看護記録用紙) ……

0. ない 1. 病院全体で書式決まっている
2. 病棟など看護単位によっては内部で定められている 6. その他 ()

(30) ストーマケアの専門の外来 …… 0. ない

1. 1ヶ月に () 回ある

(31) 看護の退院時サマリー

0. ない 1. あるが、あまり活用されていない
2. 看護の退院時サマリーが外来で活用されている
6. その他 ()