

熱血「診療看護師（NP）」隠岐の島奮闘記～看護師のキャリアパスという視点から～ を拝聴して得た学び

2026年6月1日
おおた在宅クリニック
診療アシスタント
藤井翔太

はじめに、私が入職してから起きた出来事を振り返りながら、今回の勉強会を企画した医師や芹田氏の講演の意図について考えていきたい。

取り挙げる出来事については、改善点を分析するために、可能な限り詳細に記載していく。

(ケース①)

A訪問看護ステーションから、Oさんについての電話連絡。

看護師は「Oさんは嘔気が続いており、相談したくてお電話しました。」と簡潔に用件を伝えてくれた。私は、バイタルの異常や他に気になる症状がないか尋ねたが、「特に変わりありません。」との返答であった。

医師に確認すると、排便の状況を教えてほしいとのことで、看護師に伝えると、すぐに「4日ほど排便ありません。」との返答だった。

その後、医師から排便・浣腸指示あり、排便多量あったことから経過観察となった。

(改善点)

・私の主体性の不足、聞き取り不十分

→ テンプレートのようにバイタルを聞くだけで、自ら考えて、看護師から必要な情報を聞き出すことができなかった。

A訪問看護ステーションの医療連携ツールへの記載は詳細で、今回も、医師からの指示で看護師に排便状況を確認するとすぐに教えてくれた。看護師はしっかりとOさんの状態把握をできていたにもかかわらず、私が嘔気と聞いてすぐに排便状況の確認に結びつかず、看護師への聞き取りにつなげることができなかった。

・看護師の遠慮

→ 医師に治療方針を提案することに対して遠慮があるのではないかと推測される。看護師側から、患者の状態を把握したうえで必要な処置（この事例では排便・浣腸）を提案することは心理的なハードルが高いのではないか。

(背景にあるもの)

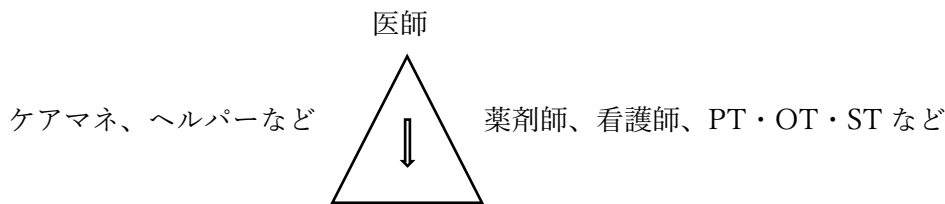
学校教育について述べていきたい。

外山滋比古著『新版 思考の整理学』（筑摩書房、2024年2月、p.8-）を紹介したい。そのなかに「グライダー」という項がある。自力で飛び上がることのできないグライダーだが、学校はグライダー人間の訓練所であり、自力で飛ぶことのできる飛行機人間はつくらない。学校では教師と教科書にひっ

ばれる従順さが尊重される。学校は教師の言うことをよくきくグライダーに好意をもつ。グライダー人間は、言われた通りのことをするのは得意だが、自分で考えてテーマを決めて取り組む卒業論文に手こずる。

情けない話ではあるが、私はグライダー人間である。先の事例でもテンプレートのようにバイタルを聞いて、聞いた情報を医師に伝えるだけで、医師が欲しい情報は何かを考えて、看護師がもっている情報を引き出すことができなかった。

看護師について述べると、医療界は医師を頂点とするヒエラルキーがあり、医師に意見を述べるのが困難なトップダウンの土壌が根強いのだろう（図1）。



（図1）

（今後について）

先日、経営学者ドラッカーの思想への理解を深める「ドラッカー学会第21回大会 in 徳島」に参加し、「もし高校野球の女子マネージャーがドラッカーの『マネジメント』を読んだら」の著者、岩崎夏海氏の講演を拝聴した。

岩崎氏は戦後の日本では時間通りに指示された仕事を黙々とこなす機械化人間が量産されたが、AIの進歩より、機械化人間が機械に居場所を奪われているというようなことを語られた（徳島新聞5月31日朝刊参照）。

先の事例のように機械的な私の電話対応、看護師（場合によっては患者本人やその家族、他の医療従事者など）からの情報をそのまま医師に伝えるだけではAIでも可能な業務である。

しかし、本来、人間は断片的な情報をつなげて考えることができる。例えば、先の事例であれば、「4日ほど排便がないことで、嘔気が出現している」と原因と結果について考えることができる。そして、解決策の1つとして「排便・浣腸すること」が考えられる。

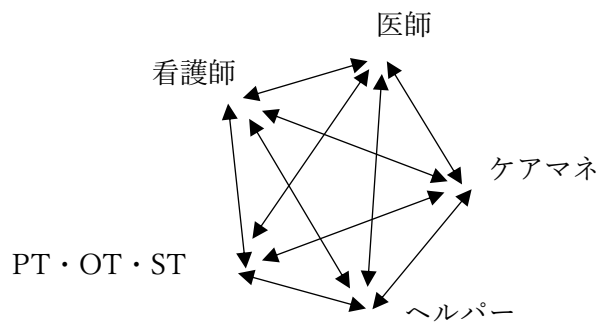
今後、医師偏在により、過疎地域での医師不足が益々進展すれば、現場に医師がおらず、訪問看護師が自律的に患家で判断を余儀なくされるケースが増えるのだろう。

診療看護師（NP）であれば、診療の補助として、厚生労働省が定める「特定行為」を含む医療的処置や検査をすることができる。また、状態のアセスメントとして、診察や検査結果の評価に基づき、それらを根拠とし、治療方針を提案や病状の変化への早期対応が可能である（慶応義塾大学病院のホームページ参照）。

また、人間はAIと異なり、非言語領域を知覚することができる。表情や発言などからその人の気持ちや考えていることを感じられるのは人間だけである。

今後、必要になる看護師の自律性について考えさせられたという点で、診療看護師である芹田氏の講演内容は刺激的であった。また、訪問診療の主役はあくまで患者であり、患者の質の高い在宅療養を実現するためには、従来の医療界のような姿ではなく、多職種が双方向で根拠に基づき提案しあうことができるような姿が理想だと改めて感じさせられた（図2）。そのためには、ヒエラルキーの頂点に君臨し

ていた医師の側にも、根拠ある提案であれば受け止める姿勢が求められる。



(図2)

(ケース②)

B 訪問看護ステーションから、P さんについての電話連絡。

看護師は「P さんから灰白色便が見られた。胆道閉塞が疑われるので医師に相談したい。」と簡潔に用件を伝えてくれた。

このケースは、この後、医師と看護師が会話し、経過観察することとなったが、双方が根拠に基づき、患者の今後の在宅療養について真剣に向き合っていた。

(今後について)

このケースでは、看護師が自律的に患者の症状について根拠に基づき判断したことから、医師と在宅療養の方針についての検討がなされた。

図2のような双方向のコミュニケーションを図ることで、患者の在宅療養についてより検討を深めることができ、患者の生活をより充実したものにつながり得るだろう。

【まとめ】

医療事務としてできることは、多職種から聞き取った情報を医師に正確に伝えることに加えて、多職種は把握しているものの、遠慮して伝えることをためらっている情報をいかに聞き取ることができるかだと感じている。また、いざという時にスムーズな相談を実現するために、普段から多職種の方々との良好な関係づくりも大切だと感じている。

また、理想的な多職種連携については、訪問診療の主役はあくまで患者であることを踏まえて、患者本人・家族の意見を尊重し、そのうえで、多職種がそれぞれの立場から主体的に意見を出し合い、質の高い在宅療養を目指すことではないだろうか。