

【基礎看護学】

A

解答例

遠隔医療は、支援・指導等を含む、情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為であり、情報通信技術の発展や地域の医療提供体制の改善、医療ニーズの変化に伴い、近年ますます需要が高まっている。遠隔医療のメリットとして、第1に、通院に伴う在宅患者の負担を軽減し、治療を継続することを可能にする。また、長期にわたり繰り返し通院が必要な慢性疾患の治療においては、一部オンライン診療を取り入れることで、医学管理の継続や服薬コンプライアンスを向上することにつながる。第2に、医療資源の柔軟な活用が可能となる。難治性疾患や特殊な診療やケアを必要とする在宅患者に対して、遠隔地の専門性の高い医師や看護師の助言を受けることが可能となる。そして第3に、患者と医療従事者が非接触下で診療にあたることで、感染リスクを軽減することができる。

一方で、課題もいくつか存在する。1つめに、遠隔医療で利用する情報通信機器やシステムの導入・運用の不整備である。各医療機関がオンライン診療を行うためのシステム導入費含めた運用に加え、それらを活用する職員のリテラシー教育が必要である。また山間部などのへき地ではインフラが整備されていないことから、通信環境を確保する必要もある。2つめには、オンライン診療をする場合の患者や介護者の理解促進のため、信頼関係の構築と十分な説明と理解を得る必要がある。そのためには対面診療を適切に組み合わせて行う必要がある。3つめに、在宅患者は高齢者が多く、デジタルデバイスの操作が難しいことから、IT面の技術的サポートが必要である。これには、医療従事者のみならず都道府県・市町村なども協働し、地域住民を支援する必要がある。

さいごに、遠隔医療において看護師の役割を訪問看護師の立場から考える。まず、オンライン診療では信頼関係が基盤となるため、在宅患者に最もかかわる機会のある訪問看護師は、患者と医師間の円滑なコミュニケーションのための橋渡しを行い、患者や介護者を支援することが重要である。また、在宅患者の普段の生活を把握している訪問看護師が、医師をはじめとする他職種へ適切な情報提供を行うとともに、遠隔診療後の患者の経過観察などのフォローアップが遠隔医療を推進する上で不可欠である。そのために、訪問看護師は日頃からフィジカルアセスメントを含んだ高度な包括的アセスメント能力を備える必要があると考える。

【文字数 992 文字】

【成人・老年看護学】

B

解答例

高齢者糖尿病の特徴として、食後の高血糖を起こしやすい、低血糖に対する脆弱性を有する、薬物の有害事象が顕在化しやすい、動脈硬化性疾患の合併が多く無症候性の場合が少なくないことがあげられる。さらに、老年症候群（認知機能障害、うつ状態、ADL低下、サルコペニア、フレイル、

転倒・骨折、低栄養、排尿障害など）をきたしやすことも特徴とされている。なかでも低血糖は、軽度であっても認知機能障害、転倒・骨折、QOL低下をきたし、寝たきり状態に至ることもあるほか、重症低血糖と認知症は双方向の関連を認めている。しかし、高齢者の低血糖は、自律神経症状である発汗、動悸、手の震えなどの症状が生じにくく、無自覚低血糖を生じやすく、低血糖が見逃されやすく重症の低血糖を起こしやすいため、高齢者糖尿病において低血糖予防は重要である。そこで、低血糖予防のための支援の課題についての考えを述べる。

高齢者糖尿病診療ガイドラインでは、薬物療法に関して血糖コントロール目標を緩和し高齢者個々の状態に応じた目標を設定することや、低血糖を起こしやすいスルホニル尿素薬や速効型インスリン分泌促進薬の使用に対し慎重な対応が必要であることが示されている。さらに、注射療法では、低血糖を起こしにくく、高齢糖尿病において心血管イベントを抑制するといわれている GLP-1（グルカゴン様ペプチド-1）受容体作動薬の使用や、インスリン療法では、低血糖と治療に伴う負担を軽減し、アドヒアランスを向上させる観点から、インスリン療法を単純化や注射回数を減らすことが、先述のガイドラインで推奨されている。高齢糖尿病の薬物療法の注意点や低血糖のリスクについて、本人・家族のみならず、高齢者が利用する介護施設や介護サービスの職員などが理解できるよう、糖尿病の診療を行う機関が情報提供する必要がある。さらに、自己注射が困難であったり不安のある高齢者に対しては、インスリン療法の単純化を検討して低血糖のリスクが低く負担の少ないインスリン療法となるようにしながら、多職種で連携して高齢者を見守ることができる体制づくりが重要と考える。(870字)

【母性看護学・遺伝看護学】

C

解答例

遺伝学的検査のインフォームドコンセントについて、出生前検査を例にあげて、その課題と対処について述べる。出生前検査に関する情報提供は、2022年より母子手帳を配布する公的機関において、一律に紹介されることとなり、これまでの積極的には情報提供を行わない（尋ねられた時にのみ説明をする）から大きく方針が変わった。出生率の低下する中で、出生前検査は、増加傾向にあるが、公的機関での情報提供は、地域格差がみられ、妊産婦は限られた情報の中での意思決定を行っている状況が推測される。出生前検査の説明は、単に検査の種類やその長所、短所のみではなく、そのカップルが、どのような出産や育児をしていきたいのかという価値観を問い直す機会となる。具体的には、羊水染色体検査の数的異常のこどもは、生涯その遺伝情報が変わることはない（不変性）ので、そのこどもを養育するのか、母体保護法の解釈の下で妊娠を中断する選択を行うことにことになる。このような生命倫理の側面をもつ意思決定は、①必要にして十分にわかりやすい説明が提供されること、②クライアントが理解できていることが前提の上で検査受検の選択となる。

現状における出生前検査に関する情報提供の格差を是正し、継続的に出産と育児を支援していけるような体制作りが出生前検査のインフォームドコンセントには、必要と考える。そのためには、すべての助産師が、出生前検査についての基本的な知識をもち、必要に応じて専門機関への照会の

役割担うことが期待される。遺伝看護専門看護師は、遺伝に関しての高度実践家であり、助産師はヒューマンリソースとして、遺伝看護専門看護師を活用できるシステム構築を行うことが、私の研究のテーマである。すでに、助産師への基礎的な遺伝教育の提供（ウェブ上）、インフォームドコンセントの具体的な展開方法のロールプレイ演習は、開発されているためその普及方法を研究のテーマとして探求したいと考える。（807 字）

【小児看護学】

D-1

解答例

子どもの疾患あるいは障がいについて、養育者はどのように認識し、そして受容していくのだろうか。受容の過程については、混乱から回復までの段階的な過程として説明されることが多い。日本では、先天性疾患の出生に対する親の反応と愛着形成の過程を明らかにした、ドローターの段階説が頻繁に使用される。具体的には、I.ショック期:何が起きたか理解できない時期、II.否認:ショックの原因から目を背けて認めようとしない時期、III.悲しみと怒り:事実を理解し始めることで、悲哀や怒りの感情が湧き起こり抑うつ状態となる時期、IV.適応:悲しみや怒り、抑うつ等の感情が頂点に達した後、穏やかに事実を認知する時期、V.再起:積極的に受け入れ、養育者としての責任を果たそうとする時期、の5段階である。この5段階は、スムーズに進むのではなく、行きつ戻りつしながら、養育者が困難を乗り越え、人間的に成長していく過程となっている。

今回、I.ショック期の対象の心理的状況と、看護支援並びに看護師の役割について述べる。この段階は、子どもの発病、あるいは疾患や障がいについて初めて医師から告知されることで、何が起きたか理解できず混乱に陥る時期のことである。養育者の状況としては、理解が追いつかず何も考えることができない、知らないうちに涙が出る、眠れない、食べることに意欲が持てないなどの生命維持に関連する危機的状況が出現することがある。いくつかの論文では、この時期は時間的に長くないことが示されているが、長引くことで養育者自身が自責の念が強くなり、生命への危険も危惧される時期である。

このような時期の看護援助としては、3点挙げられる。一つは、養育者の安全の確保である。前述したように、自責の念が押し寄せ、自殺念慮も高まり、衝動的な行動をとってしまう危険がある。誰かが見守り、一人にしないことが必要である。二点目は評価を一切しない、寄り添い続け傾聴する必要性である。そして三点目は、全身状態のチェックや状態に合わせた食事への誘導、環境調整、医療的介入の必要性判断である。

看護師の役割は、対象の置かれている状況を判断しながら、一人にしないこと、適切な機関や支援に繋げること、そして希望を失わせないように関わることではないかと考えている。（941 字）

D-2

解答例

日本の母子保健対策は 1965 年に制定された母子保健法に基づき、母子の健康の保持増進を目的に、妊婦健康診査や乳幼児健康診査など各種の事業が行われてきた。さらに、平成 13 年より「健やか親子 21」が、関係者、関係機関・団体が一体となった国民運動として展開された。令和 5 年度以降は、成育医療等基本方針に基づく国民運動として位置付けられ幅広い取組を推進している。このような事業や医療レベルの向上により、日本は世界有数の乳児死亡率・妊産婦死亡率の低率国となっている。一方で、少子化・核家族化の進行・女性の社会進出などによる子どもを生み育てる環境が変化してきており、子育ての孤立化・子育て困難感など新たな問題が出現している。今回、「妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援」について述べる。

私は子どもと家族への支援経験から、支援者間の連携や情報共有の不足から、有効な支援に繋がっていないことが課題と考える。子どもは成長発達するため、関係する機関が多岐にわたるが、それぞれの担当部署や機関ごとに情報が分断され、切れ目のない支援が困難になる現状がある。さらに、支援体制や情報ツールが自治体毎にばらつきがあり、地域格差が大きくなっている。関係機関の有機的な連携体制の強化が重要である。

今後、地域で子どもと家族が安心して生活できるよう、妊娠・出産・産後・育児における地域での切れ目のない支援を実現するため、医療・保健・福祉・教育等の支援にかかわる職種がお互いの立場や役割を理解し、尊重したうえで相互に連携することが求められる。さらに多様な機関で支援を担っている看護職自身が、切れ目のない支援の一端を担っている認識をもち相互に連携を行うことが重要と考える。先述の成育医療基本法では、地域の実情に応じて、PDCA サイクルに基づく取組を進めるため、評価指標等のデータを活用することを推進している。看護職のチーム実践能力を高めるためのプログラム作りや、テクノロジーを活用した客観的アウトカム指標の開発も望まれる。さらに、データヘルス時代の情報の利活用を促進し、長期的な効果を評価する役割も期待されていると考える。(891 字)