

**第3回**  
**看護の質の向上と確保に関する検討会**  
**議 事 次 第**

平成20年12月25日(木)  
9:30~12:00  
厚生労働省17階 専用第21会議室

**開 会**

**議 事**

1 チーム医療の推進について

話題提供

坂本 すが	委員
太田 秀樹	委員

2 看護教育のあり方について

話題提供

齊藤 茂子	東京都立板橋看護専門学校校長
小山 眞理子	神奈川県立保健福祉大学教授

3 その他

**閉 会**

**【資料】**

- 資料1 これまでの委員の主な意見
- 資料2 事務局提出資料
  - 2-1 チーム医療の推進について
  - 2-2 看護教育のあり方について
- 資料3 話題提供者提出資料
- 資料4 委員提出資料
- 参考資料

## これまでの委員の主な意見（未定稿）

※斜体文字は、第2回検討会における意見

## 看護職員の確保

- 18歳人口が激減する中で、看護職員確保対策は必須である。
- 看護師を志した者が最後まで仕事を続けられるようにすることが必要である。
- 新卒看護師の離職理由に、専門的な知識・技術の不足が多く、看護職員の定着には新人研修が大変関係している。

## (需給見直し等)

- 第6次看護職員需給見直しが出された直後に診療報酬において「7:1看護」が新設され、看護師の著しい偏在が起こり、病院によっては病棟閉鎖するなど混乱した。制度改正などの情勢も踏まえた上で需給見直しを作成すべきではないか。
- 国の制度に則ってカウントしていくものであろうが、現場にもっと高いニーズがあるにもかかわらず、需要は抑えられてしまい、現場の認識との乖離をいつも感じる。
- 需給見通しのほかに、望ましい姿といったものがあるのかもしれないが、看護職員需給見直しは諸施策の指針となるものであるため、一本化して需給の見直しという形で現行制度をある程度前提とした上で、たとえば5年間にどの程度変わるか、といった形で立てざるを得ないのではないか。
- 診療報酬改定などの制度改正が看護職員の需要に大きく影響を及ぼすため、制度改正に際してはこれを十分に考慮すべきである。
- 修業年限の延長といったような制度改正についても反映させるべきであるが、大きな制度改正があった場合には途中で見直すこととしても良いのではないか。
- 需給について、国家試験に合格した看護師と都道府県知事が実施する試験に合格した准看護師とを分けて考える必要があるのではないか。
- 看護職員の需給見直しには准看護師も含まれており、特に地方では欠かせない人材である。
- 看護職員確保は、看護教育と関連しており、一丸となって対応しないと、少子化に対処できない。国は、将来的なグランドデザインを示して実行して欲しい。
- 医療現場は医師不足だけでなく、看護師不足もあり疲弊している。医療は人材がいないと機能しない。人材確保のための原資の確保がなければ、患者に被害が及ぶ。国としてどう取り組むのか、どう予算化していくのか、姿勢を見せてもらいたい。
- 10年というような長期の計画を作ることも考えられるが、ブレが相当大きくなる危険がある。そういう意味では、仮に10年と設定したとしても、ある程度の期間、例えば5年というところで中間見直しが必要となる。特に昨今のように医療制度が大きく動いているときに、相当長い期間を対象期間とすることにはかなり無理があるのではないか。

(養成機関における学生の確保)

- 看護職員を確保するにもまず志願者がいることが必要。看護師になることの魅力をアピールするなど、今の若者の価値観に訴えるものがなければ人材は集まらない。
- 質の確保以前に、学生の数の確保が問題である。
- 看護学生の確保について、人口が逆ピラミッドになっている状況をもっと深刻にとらえ、どうすればよいか考えるべき時が来ている。定員割れしている養成所を分析することで、どのような大学、どのような看護師養成所だと若者をこの分野に引き込めるか、ヒントが得られるのではないか。
- 少子化の中で看護職員を確保するためには、看護系大学やNPといった「王道」というものがあるかもしれないが、定員割れする養成所を救うシステムや今働いている看護職員をサポートすることが重要である。
- 医学部は定員を増やしても定員を充足するが、看護系大学の場合、定員を充足するかが大きな問題であり、一定の規格の中で教育を行うようにすることが必要である。

(離職防止対策)

- 離職対策について、3交代制にこだわらず、多様な勤務形態ができるようにして欲しい。
- 生活パターンも多様化しており、夜勤だけを希望する人や昼間だけを希望する人もいる。米国ではこうした棲み分けができており、働きやすいと聞いているので、そのような方法も取り入れるべきではないか。
- 看護師は必ずしも交替勤務をしなければならないのではなく、夜勤に固定したシフトを個人が選べるようにすることも良い方法である。
- 多様な勤務体制の構築の際、病院長や事務長に対しては、対策を立てずに看護師の離職が進んだ場合に入院基本料(7:1)がとれなくなりどのくらい減収になるか示して説明するなどし、病院組織全体で取り組むことが不可欠である。
- 離職理由については、実際に現場で働いている看護師からの意見を聞くべきである。
  
- 離職は大きな損失であり、離職対策を打つべきである。女性が多い職場であるため、子供を産み、家庭と両立することなど、働きながら生活がきちんとできる仕組みを作ることが必要である。
- 産前の母性保護制度が看護師に周知されていない、あるいは何らかの理由で利用することができずに離職した者があり問題である。
- 院内保育所を開設したくても経営的に実施困難なところが多いが、病院の周辺の保育所と提携し、その費用の一部を病院が負担するなどの対応も考えてはどうか。
- 病児保育を準備しきれない病院が多いが、病児保育があることで、看護師は非常に安心して勤務することができる。
- 保育士を小児科病棟等に配置してストックしておき、院内保育で預かる児が多くなったら院内保育所に回す、という方法をとっている。

- 2年ごとの配置換えなどによって専門性を高めることができず、モチベーションが維持できないという看護師の意見も聞く。こうしたことには比較的早急に対応可能と思われるので、考慮してほしい。
- 看護師のキャリア継続の活用と支援として、認定看護師など専門性を深めたいと希望する看護師に対しては異動を控えている。また、経験3年以上の看護師に希望する部署で1ヶ月または2週間勤務する制度を設け、異動希望先が自分にあっているかどうかを確かめることができるようにしており、異動後に辞めたいということにならないよう工夫している。
- 定年後の看護師には希望があれば再雇用している。これが他の看護師のモデルとなる。

#### (潜在看護職員)

- 看護職員確保対策には長期的対策と短期的対策があるのではないかと。短期的対策としては、潜在看護職員の実態を調べて対応することが必要ではないか。
- 潜在看護職員を把握するための方法として、免許登録制だけで対応することは効率的でなく、研修などの施策と組み合わせることが良いのではないかと。
- 医師や歯科医師のような届出制度を、看護職員にも導入すべきではないか。
- 産科が閉鎖された医療機関では、助産師が助産業務を行えず看護業務を行っており、医療機関内で助産師が潜在化している。こうした医療機関から、助産師が不足している医療機関への出向など、自治体単位で取り組むことが必要である。

### 新人看護職員の質の向上

#### (新人看護職員を育てる組織文化)

- 新人看護師は、新人であるために患者から信頼されないのではないかと心配している場合もあるが、新人であることを患者にもわかるように名札などで示すことにより、かえって患者が教育にかかわってくれることがある。隠す文化を見直し、示していくことが必要である。
- 職場全体で新人看護職員を育てるという認識(組織文化)が重要である。
- 新人看護職員研修は離職防止が目的ではなく、それはあくまでも結果である。重要なことは、組織全体として、新人だけでなく、看護職員をどのように育て定着させていくのかということである。

#### (新人看護師の臨床実践能力)

- 2002年の日本看護協会の調査で、103項目中、卒業時に「一人で出来る」と学生の7割以上が回答した項目は4つだけで、その時にかなり危機感を持った。文科省は検討会を2年やり、厚労省は到達目標を作った。これらに沿った教育を行うような努力を、大学、養成所ともにしてきた。新人看護師の能力は、2002年に比べると改善されているという印象を持っている。

- 基礎教育と現場とのギャップが大きいということだが、大学ではこのギャップを埋める努力をしているのか。医師は診療しながら教えている。看護系大学の教授になると、臨床から遠く離れ、現場から遊離する知識を教えているのではないか。
- 新人でも即戦力となるのは、准看護師から進学コースを経て看護師になった者である。それは准看護師の免許を持って、就学中も現場を経験しているからである。他の新人看護師は実習で十分に実践ができないから即戦力にならない。実習では本当の医療はできないので、免許がなければ何もできない。

#### (新人看護職員研修制度)

- 新人看護職員の離職が問題となっているが、今は施設側の努力だけで頑張っている。現在、卒後研修のモデル事業が行われている。医師と違って絶対数が多い中で、卒後研修制度をどのようにすべきかを考えて、取り組むべきである。
- 厚生労働省が示した新人看護職員研修の指針と到達目標は、大変役立った。各病院が別々の方法で勝手にやるというのではなく、国がこのような指針を示すことが重要である。どの病院でも実施しているかフォローするような体制も作るべきである。
- 余力がある病院、大病院だけでなく、すべての病院に就職した新人看護職員がきちんと新人研修を受けるようにすべきである。
- 新人助産師への研修モデル事業が4年前から実施され、一定の成果があると聞いているが、対象となっているのは新人助産師の1割程度であるため、早急に全員が研修を受けられる制度にしてほしい。
- 離職率の高い病院における新人看護職員研修のあり方を指導することが必要ではないか。
- 研修を勤務時間外に行うと、さらに厳しい労働条件となるため、研修をすること自体が不安につながっている。
- 専任の教育担当者を配置し、新人看護職員に継続して対応することで、看護が好きでなかった新人が看護を好きになるという状況があり、効果的である。
- 研修指導医のように研修指導看護師の資格を検討することが必要ではないか。
- 在宅ケアが重要といわれている中、看護師にはどの時期に誰が訪問看護を教育するのか。訪問看護師になりたいと思った看護師にはどのような教育コースがあるのか。
- 医師研修制度のようなローテーション方式の研修であれば、在宅看護や訪問看護を組み込むことによって、訪問看護に従事を希望する看護師がもっと多くなるのではないか。
- 治らない病気を抱えながら生き続ける人を支えるのも、重要な役割。急性期では教えきれないものをどう教えていくかだが、穏やかな生活の流れの中での看護を知ることも必要であり、卒後研修に加えたい。

#### **チーム医療の推進**

- 在宅医療はまさにチーム医療である。医師と看護師が共に車の両輪でやってきた時代から四輪駆動の時代になった。在宅医療では生活も含めた視点で管理することが必要

であり、それができるのは看護師以外にはいない。在宅医療推進の最も重要な鍵を握るのは看護師である。

- 他職種と協働というが、看護師は医師の方をみて働くことはできるが、他の職種の方をみていない。実際、看護師が直接情報共有できるのは医師のみとなっており、他職種と情報共有できる制度的なバックアップが必要である。
- 役割分担の話があるが、現場では、今より業務を増やして欲しくないという声がある。

(看護職員間の役割分担)

- 看護職員のどのくらいをプロフェッションとし、どのくらいを普通の看護師とするのか、といった区分けの議論が必要ではないか。
- 看護師が同じ資格で似たような仕事を全員がするという事は非常に非効率的である。米国ではNP、RN、LPNがおり、明らかに仕事の分担が行われている。分担がなく、ごちゃごちゃになっている日本とは仕事の質が異なるように思う。
- アメリカは分業の国である一方で、日本は全ての看護師が一律にずっと一緒にやってきたという良さもある。これが日本の看護の水準を保ってきたということも事実だと思う。こうしたことを考えると、分化なのか一律なのか、ジレンマを感じる。
- 大学院でNPの教育が始まっている。チーム医療の中で、こういった人材を組み込むことも考えてほしい。

### 看護教育のあり方

- 「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」では、看護の基礎教育の大学にすべきだという意見をかなりの委員が出しており、そうしたものをきちんと施策に乗せて実行されるようなステップを踏んでほしい。
- 大学、一貫校は文科省の管轄であることから、厚労省と文科省と共同の議論が重要である。
- 看護教育を検討するに当たっては、実際の医療現場で働く看護職員の意見をもっと細かく聞くべきではないか。

(看護師教育)

- 大学においても看護師教育は3年間である。4年制化を主張するなら、保健師と助産師は卒後に養成することとし、大学で看護師教育だけで4年間の教育をやって見せてほしい。
- 3年制の養成所は看護師の養成の70%以上を占めている。これらを4年制に移行させるには相当の労力も金もかかる。すべて4年制にしても学生はついてくるのか、不安だ。文化系大学が医療系の学部を作り学生を集めるため、養成所の定員確保が厳しく、養成所は大変な経営困難に陥っている。
- 医療関係職の基礎教育はほとんど4年制の大学レベルになっているが、看護師の教育は戦後60年の様々な社会状況・医療の変化に対応するため、その時々に必要な制度が生まれて、今日に至っている。看護基礎教育の統一化にまで進まなくとも、整理する

ことは国の責任において行うべきではないか。

- 現場はどんどん繁雑になり、機能分化が進んで、様々な医療関係職種が入ってきている。後発の医療職種の養成は4年制である。看護師の様々な養成課程は歴史的に生まれてきたもの。基礎教育の統一とまでいかななくても、整理すべきである。
- 養成所を出た看護師は劣るのか、4年制なら良いのか。統合カリキュラムの保健師は駄目なのか。議論の意味が分からない。大学という言葉で4年に持っていこうとするのは少し乱暴な議論ではないか。
- 3年制と4年制との優劣を論点にしているのではない。少子化で定員割れが起こっている中、いかに人材を確保するかということである。
- 育てたいのは、即戦力の看護師か、臨機応変に対応できる看護師か。大学教育では後者(臨機応変に対応できる看護師)、プロフェッショナルとして伸びる看護師だと思う。

(保健師、助産師教育)

- 看護系大学で4年間で看護師だけの養成を行った場合、保健師と助産師の養成はどのような教育機関が担うことになるのか、需給のバランスを踏まえた議論が必要である。
- 国立大学では、専攻科や大学院での保健師、助産師の養成は、教育の効率性、採算性、教員確保の観点から非現実的であると考えており、看護職員確保の観点からこれを検討すべきである。
- 看護師の教育を4年制化した場合、保健師や助産師の教育を、大卒後、2年間積み上げるのかどうかは、全員が大卒になった段階で考えたい。大学4年間の中で保健師、助産師を養成することが、看護職員の確保には重要である。
- 統合カリキュラムは、看護師にとっては良い教育だが、保健師、助産師にとって良い教育なのか検討が必要である。保健師は大方が免許を活用していない「ペーパードライバー」であり、需給バランスを考慮した教育が求められる。専門性の強化の観点からも大変重要な課題である。
- 大学4年教育の中で保健師も助産師も立派に育つ、という考えもあるし、そうでない考えもある。先の「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」では保健師、助産師の養成を改めて検討するとされており、今回は過去の検討を踏まえてそれを超えていくべきである。
- 保健師助産師看護師法における規定をはずして、保健師、助産師、看護師はそれぞれどうあったらよいのか、という議論が必要である。

(教育内容)

- 基礎教育と臨床現場とのギャップを埋めなければならない。
- 高齢化に伴い、治す医療よりも支える医療のウェイトが大きくなっている。看護教育の中でこうした変革を教育し、看護職員が在宅看護にもっと従事するようにすることが必要である。
- 在宅医療推進の趨勢の中、在宅医療をやろうという看護師が少ない。卒後教育の中でどのように訪問看護師を養成するのか、大学病院等で是非考えてもらいたい。地域の

中で訪問看護師を養成する学校があってもよいのではないか。

- 地域看護は、看護師にとってやりがいのある領域であり、どこかで教えなければならぬ。

#### (教育環境)

- 看護系大学の教員は、臨床に出る時間の余裕がない。医学部と看護学部とでは、学生数と教員数の割合が大きく異なる。教育環境の改善を考えるために必要なデータであるので、この比較について資料を提示してほしい。
- 看護系大学が雨後の竹の子のように設置できるのは、看護系学部は専任教員が12名そろえばよいからである。医学部は120名であり、このギャップを改善するべきである。
- 教員の配置状況が違う。特に助産師の教員は配置されていない。実習を考えると人が足りない。

#### その他

- これまでの報告書で問題点は明らかになっているのに、「絵に描いた餅」になっている。アクションプランを示して少しずつでも実行してほしい。
- この検討は早急にすべき。何度やってもぐるぐる回るだけ。質を上げること、どう上げるかを検討すべき。
- 訪問看護ステーションは2.5人の常勤看護師で開設できるが、その人数では24時間365日対応することは難しい。といって大規模化するほど訪問看護師はいない。



# 事務局提出資料

- 2-1 チーム医療の推進について
- 2-2 看護教育のあり方について

# チーム医療の推進について

## 【主な検討課題】

医療の質の向上を図るため、医療関係職種が各々の専門性を高め、チーム医療を推進することの重要性を踏まえた、チーム医療の推進の一環としての、医師と看護職員との協働・連携の方策

## 【資料項目】

- 1 チーム医療を構成する医療関係職種の業務・・・・・・・・・・ 1
- 2 チーム医療の推進に関する行政の取り組み・・・・・・・・・・ 5
- 3 チーム医療の具体例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8

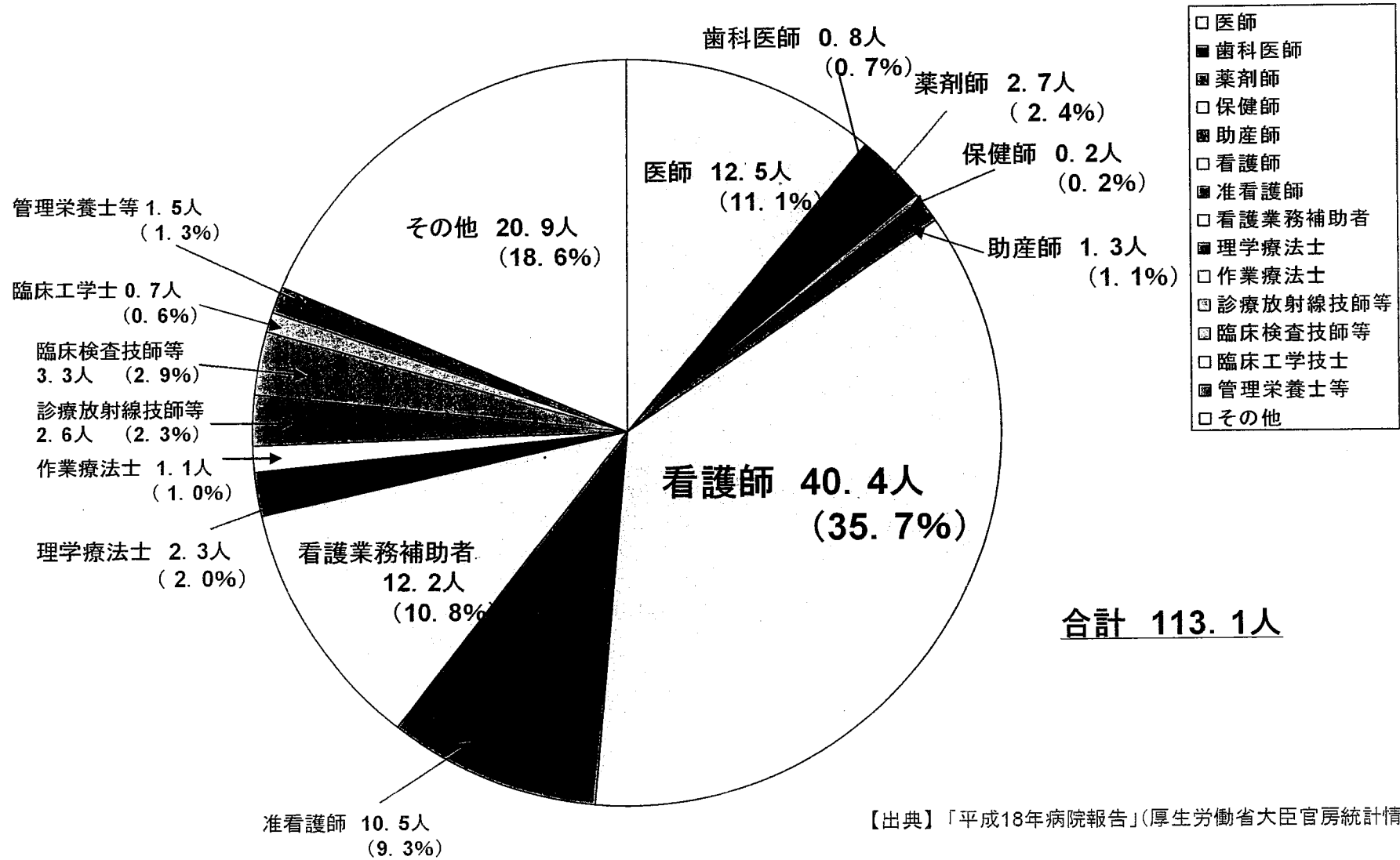
# 医療関係職種の業務 (1 / 2)

職種	根拠法	業務
医師	医師法 (昭和23年法律第201号)	(第1条)医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。 (第17条)医師でなければ、医業をなしてはならない。
歯科医師	歯科医師法 (昭和23年法律第202号)	(第1条)歯科医師は、歯科医療及び保健指導を掌ることによつて、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。 (第17条)歯科医師でなければ、歯科医業をなしてはならない。
薬剤師	薬剤師法 (昭和35年法律第146号)	(第1条)薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによつて、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。 (第19条)薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。ただし、医師若しくは歯科医師が次に掲げる場合において自己の処方せんにより自ら調剤するとき、又は獣医師が自己の処方せんにより自ら調剤するときは、この限りでない。 1 患者又は現にその看護に当たっている者が特にその医師又は歯科医師から薬剤の交付を受けることを希望する旨を申し出た場合 2 医師法(昭和23年法律第201号)第22条各号の場合又は歯科医師法(昭和23年法律第202号)第21条各号の場合
保健師	保健師助産師看護師法 (昭和23年法律第203号)	(第2条)この法律において「保健師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者をいう。 (第29条)保健師でない者は、保健師又はこれに類似する名称を用いて、第2条に規定する業をしてはならない。
助産師		(第3条)この法律において「助産師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じよく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう。 (第30条)助産師でない者は、第3条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法(昭和23年法律第201号)の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。
看護師		(第5条)この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。 (第31条)看護師でない者は、第5条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法(昭和23年法律第202号)の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。
准看護師		(第6条)都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定することを行うことを業とする者をいう。 (第32条)准看護師でない者は、第6条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。

# 医療関係職種の業務 (2/2)

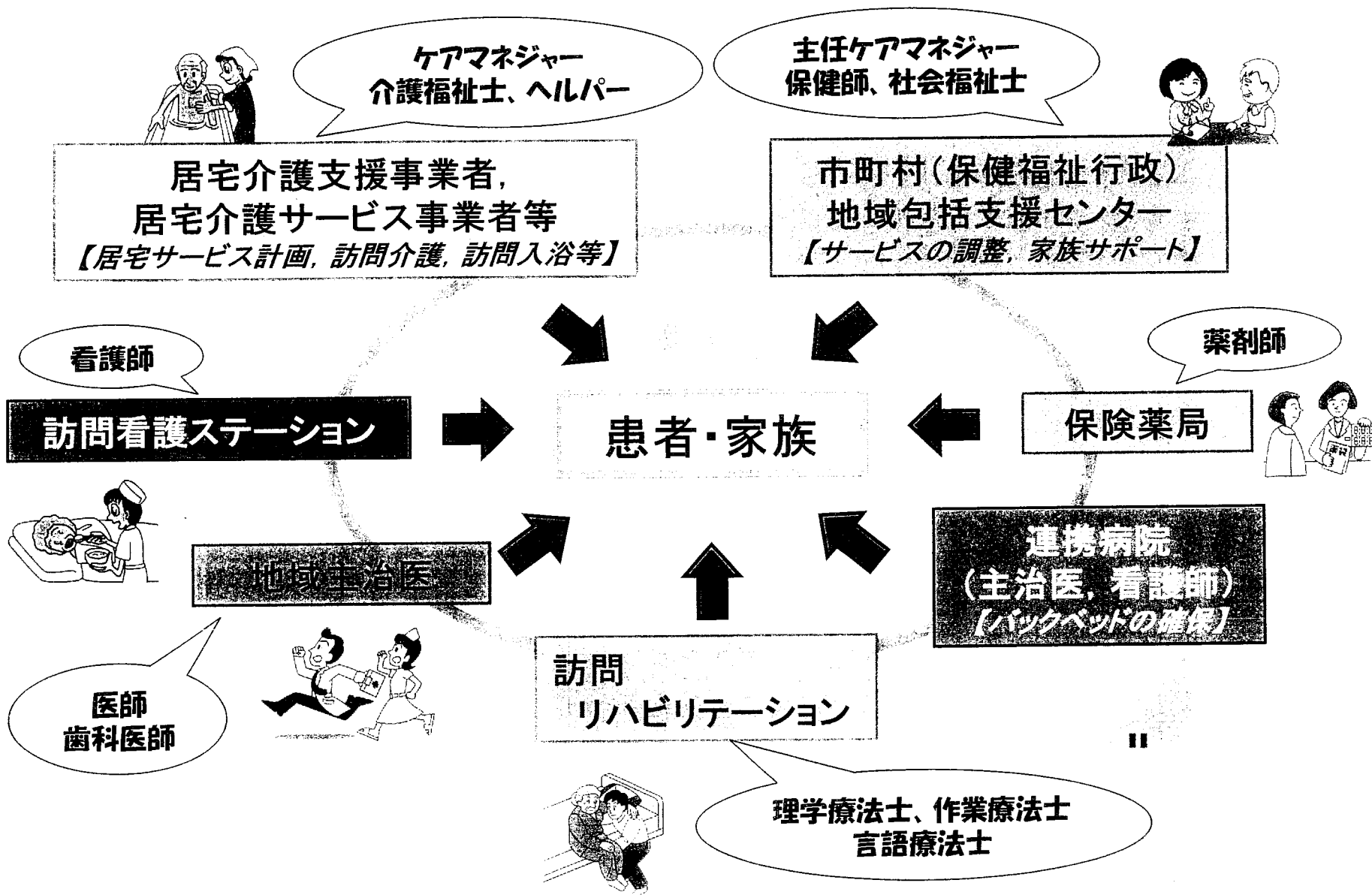
職種	根拠法	業務
理学療法士	理学療法士・作業療法士法 (昭和40年法律第137号)	<p>(第2条)この法律で「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。</p> <p>2 この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。</p> <p>3 この法律で「理学療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行なうことを業とする者をいう。</p> <p>4 この法律で「作業療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行なうことを業とする者をいう。</p>
作業療法士		
診療放射線技師	診療放射線技師法 (昭和26年法律第226号)	<p>(第26条)診療放射線技師は、医師又は歯科医師の具体的な指示を受けなければ、放射線を人体に対して照射してはならない。</p> <p>2 診療放射線技師は、病院又は診療所以外の場所においてその業務を行つてはならない。ただし、次に掲げる場合はこの限りでない。</p> <p>1 医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、出張して百万電子ボルト未満のエネルギーを有するエックス線を照射する場合</p> <p>2 多数の者の健康診断を一時に行う場合において、医師又は歯科医師の立会いの下に百万電子ボルト未満のエネルギーを有するエックス線を照射するとき。</p>
臨床検査技師	臨床検査技師等に関する法律 (昭和33年法律第76号)	<p>(第2条)この法律で「臨床検査技師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、臨床検査技師の名称を用いて、医師又は歯科医師の指示の下に、微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査及び厚生労働省令で定める生理学的検査を行うことを業とする者をいう。</p> <p>(附則 第2条)この法律の施行の際現に改正前の衛生検査技師法(以下「旧法」という。)第三条の規定による衛生検査技師の免許を受けている者は、改正後の臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律(以下「新法」という。)第三条第二項の規定による衛生検査技師の免許を受けた者とみなす。</p>
衛生検査技師		
臨床工学技士	臨床工学技士法 (昭和62年法律第60号)	<p>(第2条)この法律で「生命維持管理装置」とは、人の呼吸、循環又は代謝の機能の一部を代替し、又は補助することが目的とされている装置をいう。</p> <p>2 この法律で「臨床工学技士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、臨床工学技士の名称を用いて、医師の指示の下に、生命維持管理装置の操作(生命維持管理装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去であつて政令で定めるものを含む。以下同じ。)及び保守点検を行うことを業とする者をいう。</p>
管理栄養士	栄養士法 (昭和22年12月29日)	<p>(第1条第2項)この法律で管理栄養士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、管理栄養士の名称を用いて、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導並びに特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況、栄養状態、利用の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者をいう。</p>

# 病院における医療関係職種従事者 (一般病院100床当たり)



【出典】「平成18年病院報告」(厚生労働省大臣官房統計情報部)


# 在宅チーム医療における関係者(イメージ)



# 「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」

平成19年12月28日付け医政局長通知

- 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の一因。
- このため、医師等でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。

事務職員・看護補助者	助産師	看護師等
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 書類等の記載の代行                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・診断書</li> <li>・診療録</li> <li>・処方せん</li> <li>・主治医意見書等</li> </ul> </li> <li>② オーダリングシステムへの入力代行（診察や検査の予約）</li> <li>③ 院内の物品の補充・患者の検査室等への移送等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 正常分娩における助産師の活用</li> <li>② 妊産婦健診や相談における助産師の活用</li> <li>③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入（院内助産所・助産師外来等）</li> </ul> <div style="text-align: center;">  </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 訪問看護等における医師の事前指示に基づく薬剤の投与量の調節【看護師】</li> <li>② 静脈注射の実施【看護師】</li> <li>③ 救急医療における診療の優先順位の決定【看護師】</li> <li>④ 採血の実施・検査の説明【臨床検査技師】</li> <li>⑤ 病棟等における薬剤管理【薬剤師】</li> <li>⑥ 医療機器の管理【臨床工学技士】</li> </ul>

# 「安心と希望の医療確保ビジョン」

(平成20年6月)

## Ⅱ. 具体的な政策

### 1 医療従事者等の数と役割

#### (4) 職種間の協働・チーム医療の充実

##### エ. 医師と看護職との協働の充実

医師・看護師がそれぞれの専門性を情報共有や会議等を通じて十分に発揮するとともに、効率的な医療の提供に資するため、チーム医療による協働を進める。その際、これからの看護師には、医師や他のコメディカル、他の職員等や患者・家族とのコミュニケーションを円滑にする役割等が求められるほか、在宅や医療機関におけるチーム医療の中で、自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要であることなどから、看護基礎教育の内容及び就労後の研修を充実するとともに、教育の方法や内容、期間について、将来を見渡す観点からの望ましい教育の在り方に関する抜本的な検討を進める。

また助産師については、医師との連携の下で正常産を自ら扱うよう、院内助産所・助産師外来の普及等を図るとともに、専門性の発揮と効率的な医療の提供の観点から、チーム医療による協働を進める。またその際、助産師業務に従事する助産師の数を増やすとともに、資質向上策の充実も図る。



# 社会保障の機能強化のための緊急対策

## ～5つの安心プラン～

(平成20年7月29日 内閣府)

### 2 健康に心配があれば、誰もが医療を受けられる社会

③勤務医、看護師等の役割分担の見直し等勤務医の過重労働を緩和する方策

○勤務医の勤務状況改善－短時間正規雇用等の導入支援、メディカルクラーク普及、医師と看護師等の業務分担と連携の推進

# 病院におけるチーム医療の具体例 (クリティカルパス)

心臓リハビリテーション(心臓血管外科手術後) 患者氏名( ) 主治医( ) 看護師( )

	入院～手術前日 ( / ~ / )	手術当日 ( / )	手術直後～集中治療室 ( / ~ / )	一般病棟～退院まで リハビリ開始後15～17日 ( / ~ / )
達成目標	<input type="checkbox"/> 全身状態が安定している <input type="checkbox"/> 必要な検査がすべて終わる <input type="checkbox"/> 手術の内容が理解できる <input type="checkbox"/> 手術を受け入れることができる	<input type="checkbox"/> 万全の状態です手術が行える <input type="checkbox"/> 手術後をイメージすることができる	<input type="checkbox"/> 全身状態が安定する <input type="checkbox"/> 創部痛のコントロールができる <input type="checkbox"/> 心臓リハビリの必要性を理解できる <input type="checkbox"/> 心臓リハビリの進み方について理解できる	退院基準 <input type="checkbox"/> 自分の動ける範囲が分かる <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分で行える <input type="checkbox"/> 退院後の生活について不安がない <input type="checkbox"/> リハビリの目標を達成した
検査	<input type="checkbox"/> 輸血交差( / 済み: )			<input type="checkbox"/> MD-CTにて評価
治療	<input type="checkbox"/> 内服・点滴			
薬剤	<input type="checkbox"/> 中止する薬剤の確認と説明(抗凝固剤など)			<input type="checkbox"/> 薬剤指導(薬剤師) ( / ) <input type="checkbox"/> 自己検脈指導(PT) ( / ) <input type="checkbox"/> 退院後の運動指導(PT) ( / )
心臓リハビリ	<input type="checkbox"/> 呼吸訓練 (理学療法士または看護師)	<input type="checkbox"/> 心臓リハビリ開始 ① 受動坐位・能動坐位 ② 端坐位・起立・足ふみ ⇒ 車椅子へ離床		<input type="checkbox"/> トイレ歩行テスト <input type="checkbox"/> 100メートル歩行テスト <input type="checkbox"/> 200メートル歩行テスト <input type="checkbox"/> 300メートル歩行テスト + 1階分階段昇降 ⇒ 卒業
食事		<input type="checkbox"/> 午前0時以降は絶食とその説明	<input type="checkbox"/> 飲水可 <input type="checkbox"/> (昼・夕)よりウォーミングアップ食より開始	<input type="checkbox"/> 栄養指導(栄養士) ( / )
排泄	<input type="checkbox"/> フリー(症状のある場合は医師の指示で)			<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> トイレ歩行テストに合格したら、歩いてトイレ可
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴(症状のある場合は医師の指示で) <input type="checkbox"/> 手術前日は、除毛後にシャワー浴			<input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> 200メートル歩行テストに合格し、医師の許可が出れば、シャワー可 <input type="checkbox"/> 歩行リハビリが終了したら、入浴可
処置ケア計画	<input type="checkbox"/> 手術前オリエンテーション(パンフレット配布) <input type="checkbox"/> 手術前日に除毛(首から下の毛すべて) <input type="checkbox"/> 不眠時:睡眠導入剤の投与 <input type="checkbox"/> 下剤の投与 【手術の用意】 <input type="checkbox"/> T字帯 【ベッドの用意】 <input type="checkbox"/> エアマット請求・ICUへFAX	【6時】 <input type="checkbox"/> 起床・洗面・排尿 <input type="checkbox"/> 点滴ライン確保 <input type="checkbox"/> バイタルサインの測定 【7時45分】 <input type="checkbox"/> 手術室移送	<input type="checkbox"/> 集中管理 <input type="checkbox"/> 褥創予防 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 感染予防 <input type="checkbox"/> 不安軽減 <input type="checkbox"/> 生活の援助	<input type="checkbox"/> 各コメディカルからの指導 <input type="checkbox"/> 退院に向けた準備
患者さん及び家族への説明	【入院オリエンテーション】 <input type="checkbox"/> 病状・手術について <input type="checkbox"/> 担当医(希望日時) <input type="checkbox"/> 麻酔科医(希望日時) <input type="checkbox"/> 入院生活について(看護師) <input type="checkbox"/> 持参薬の確認(薬剤師) <input type="checkbox"/> 手術前日の家族来院時間の確認 <input type="checkbox"/> 手術当日の家族来院時間の確認 <input type="checkbox"/> 抗菌剤テスト <input type="checkbox"/> 転床サマリー <input type="checkbox"/> 転床チェックリスト	【同意書の確認】 <input type="checkbox"/> 手術同意書 <input type="checkbox"/> 麻酔科同意書 <input type="checkbox"/> 輸血同意書 <input type="checkbox"/> 身体抑制同意書	<input type="checkbox"/> 病棟転床の説明	<input type="checkbox"/> 退院チェックリスト <input type="checkbox"/> 退院時オリエンテーション
バランス	有・無	有・無	有・無	有・無
サイン	/	/	/	/

(医療者用)

出典:クリティカルパス・ライブラリー ホームページ (<http://epath.medis.jp/>)

# 在宅におけるチーム医療の具体例 (ケアプラン)

〔 想定している事例 : 97歳男性 認知症 廃用症候群 前立腺肥大症  
(要介護度5) 尿道カテーテル留置 脱水、誤嚥性肺炎の既往あり 〕

	月	火	水	木	金	土	日
第1週	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護
	・訪問看護		・訪問リハビリ	・訪問看護		・訪問看護	
第2週	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護
	・訪問看護	・訪問診療	・訪問リハビリ	・訪問看護		・訪問看護	
第3週	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護
	・訪問看護		・訪問リハビリ	・訪問看護		・訪問看護	
第4週	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護
	・訪問看護	・訪問診療	・訪問リハビリ	・訪問看護		・訪問看護	
第5週	・訪問介護	・訪問介護	・訪問介護				
	・訪問看護		・訪問リハビリ				

サービス担当者会議(1回程度/月)

# 看護教育のあり方について

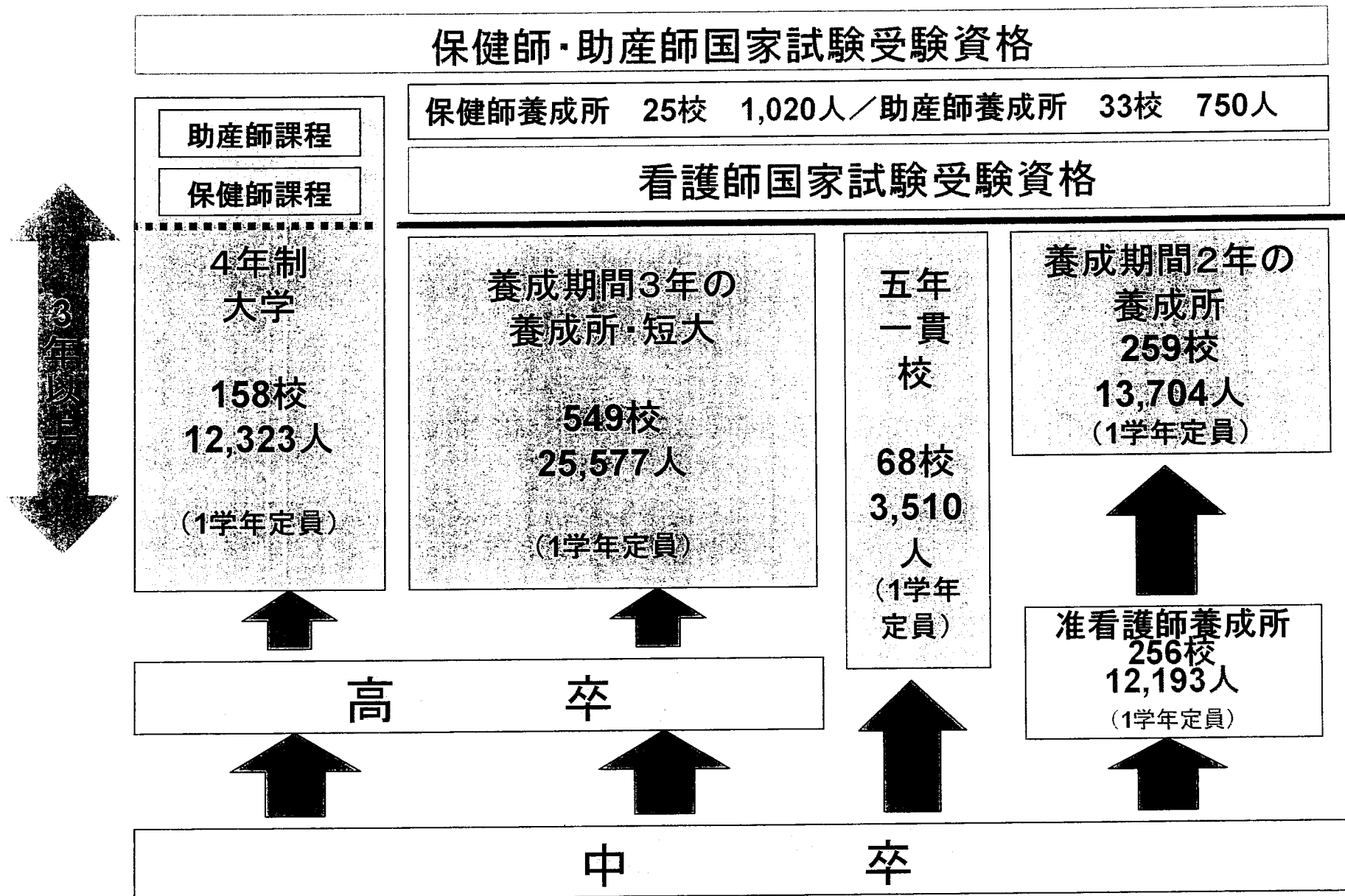
## 【主な検討課題】

- 高齢化、医療の高度化、在宅医療の推進等の変化に伴う医療の質の向上の必要性、また、それに伴い、医療を支える一員である看護職員を養成するための看護基礎教育の充実は重要であるとの指摘を踏まえた、看護基礎教育の体制、教育内容及び教育期間等についての見直し
- 看護職員の離職防止や定着を目指した魅力ある職場環境を整備していくことの重要性を踏まえた、看護職員が専門性を持ってキャリアアップできるようなインセンティブの付与等の支援策

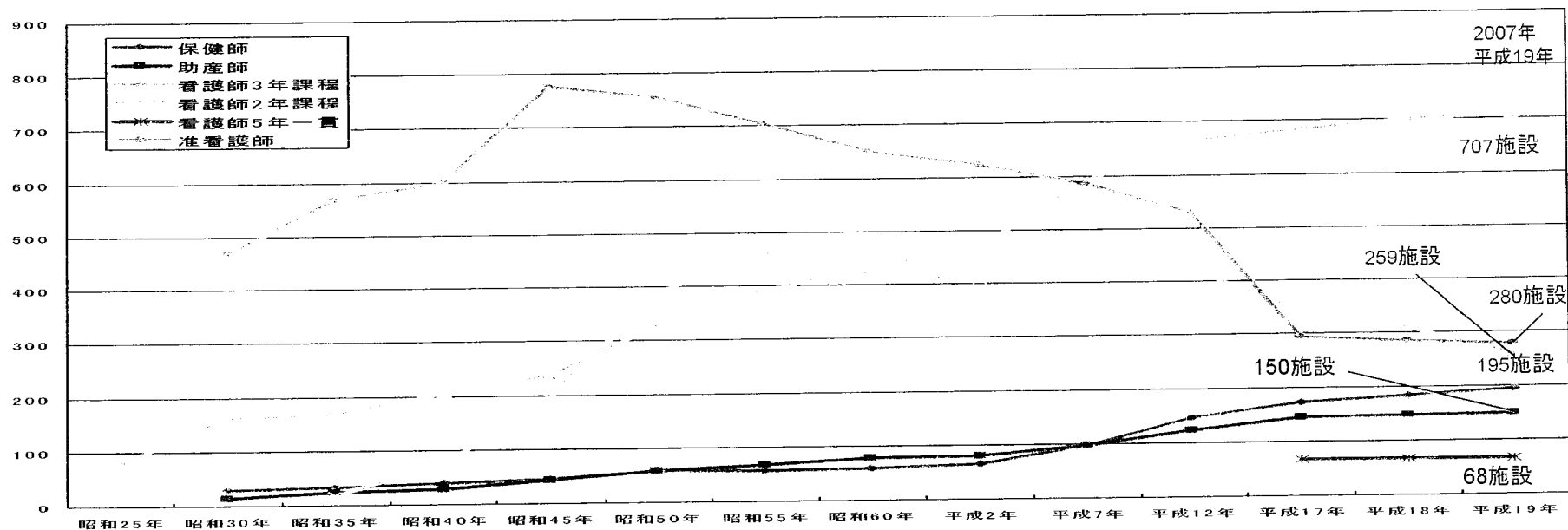
## 【資料項目】

1	教育機関の状況	1
2	教育環境(教員・設備等)の状況	8
3	基礎教育の状況	10
4	卒後教育の状況等	13

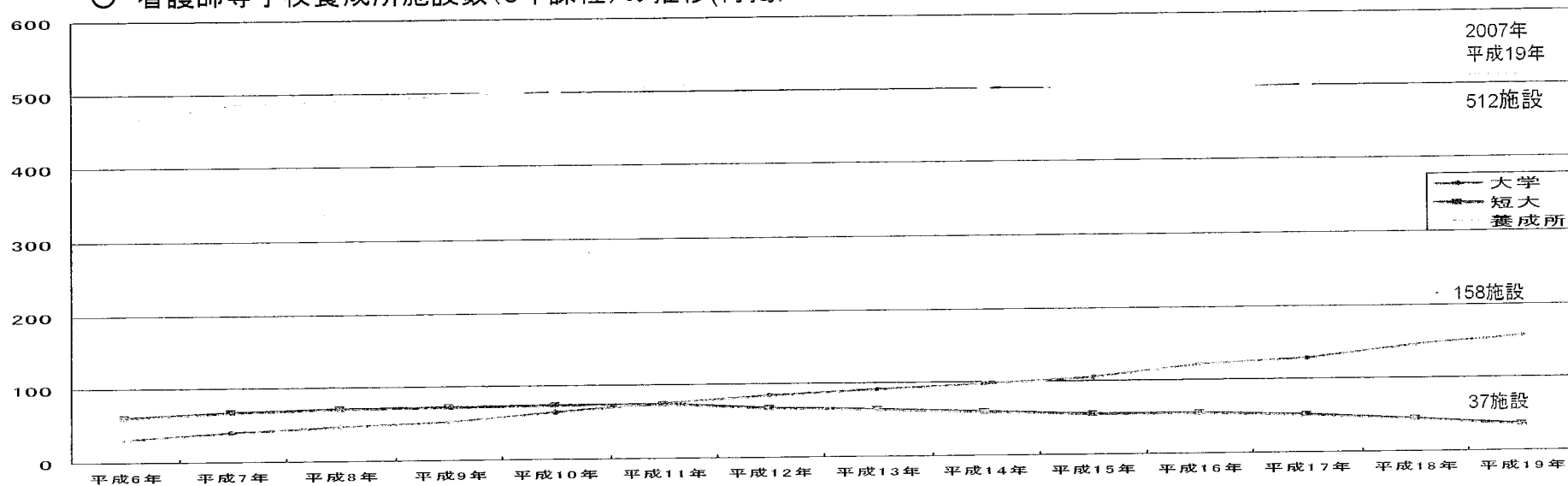
# 看護教育制度図 (概念図)



# 看護師等学校養成所施設数の推移-①

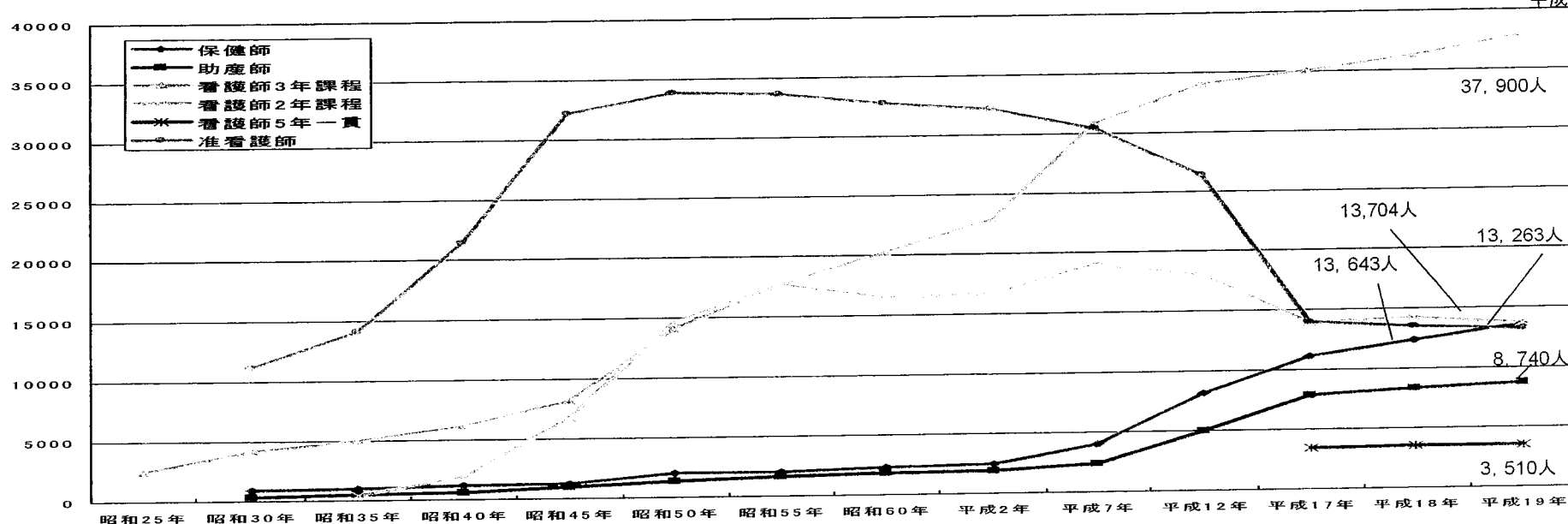


○ 看護師等学校養成所施設数(3年課程)の推移(再掲)



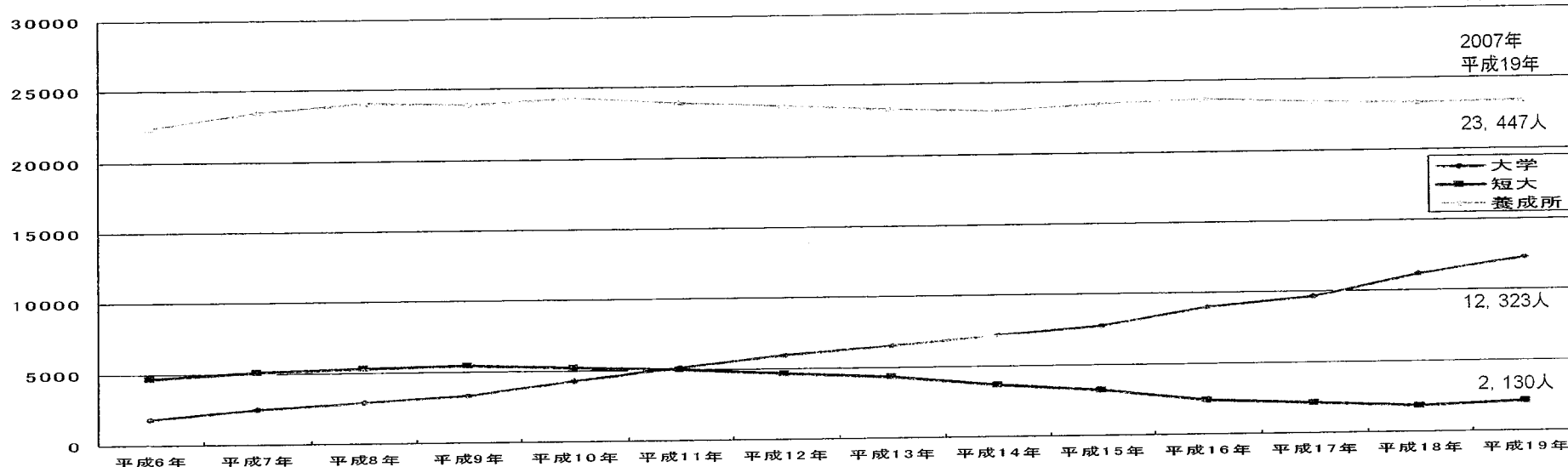
# 看護師等学校養成所1学年定員の推移-②

2007年  
平成19年



○ 看護師等学校養成所1学年定員(3年課程)の推移(再掲)

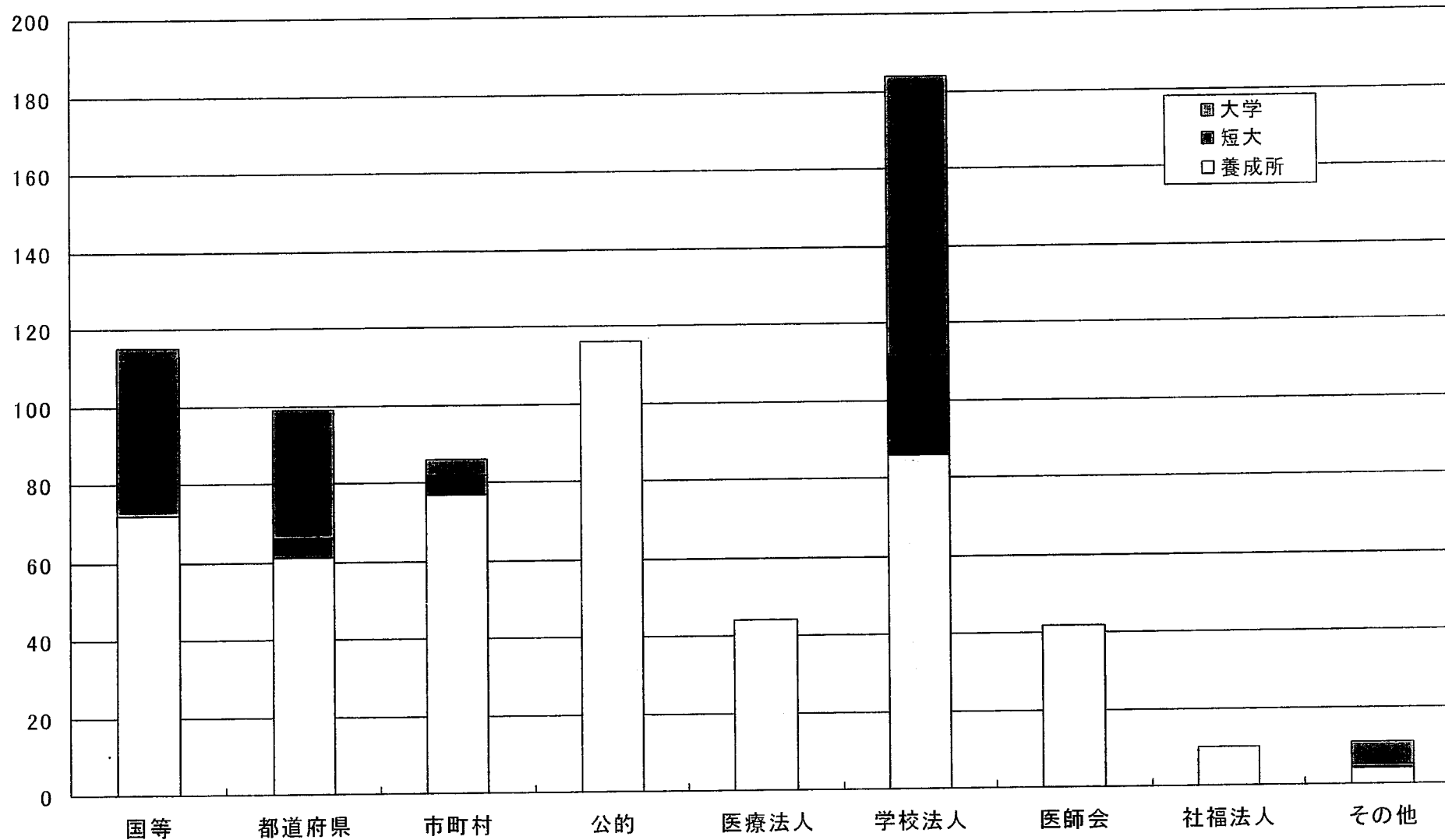
(単位:人)



厚生労働省医政局看護課調べ

# 看護師3年課程学校養成所数(設置主体別)

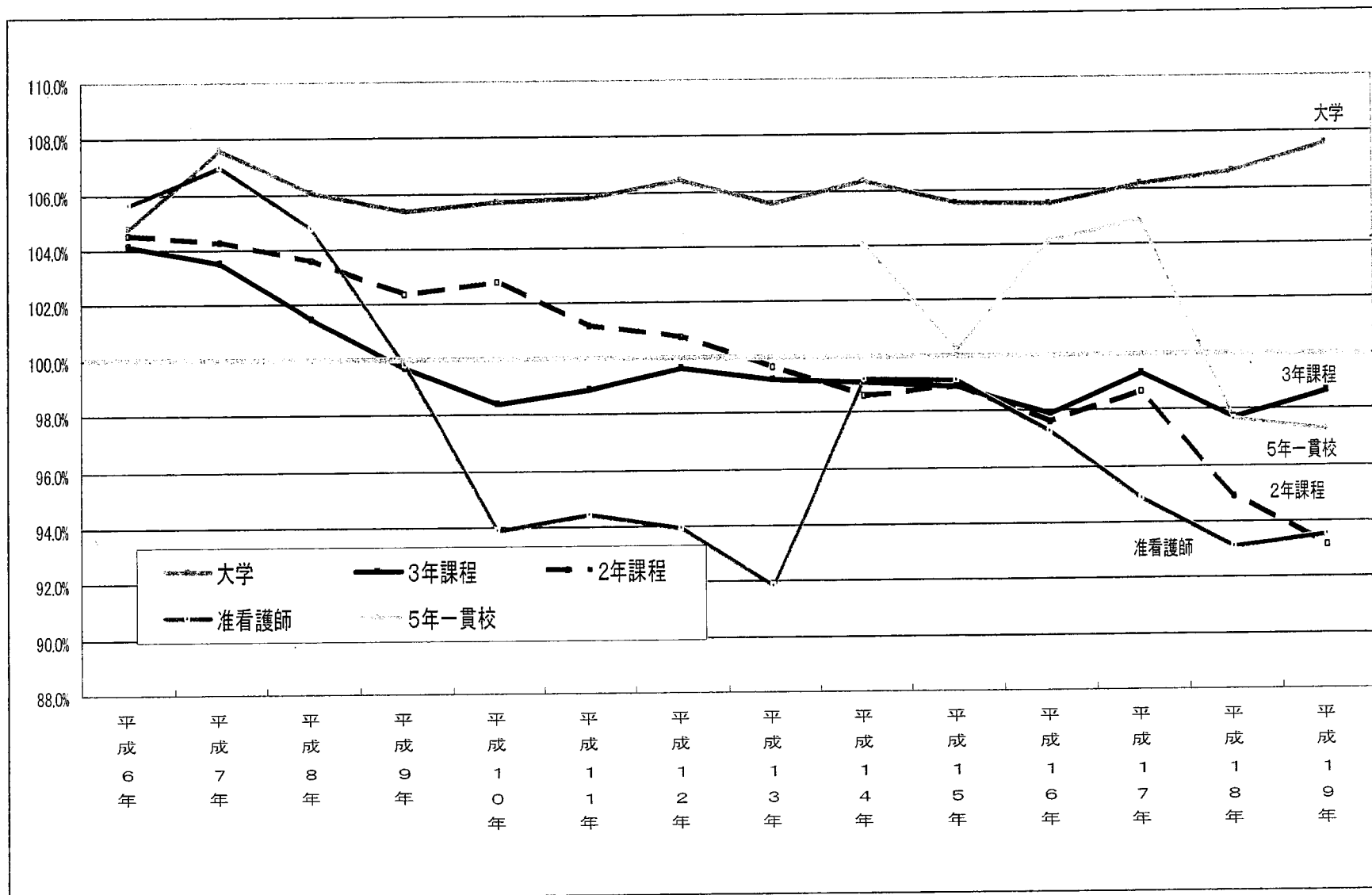
(平成19年4月現在)



厚生労働省医政局看護課調べ

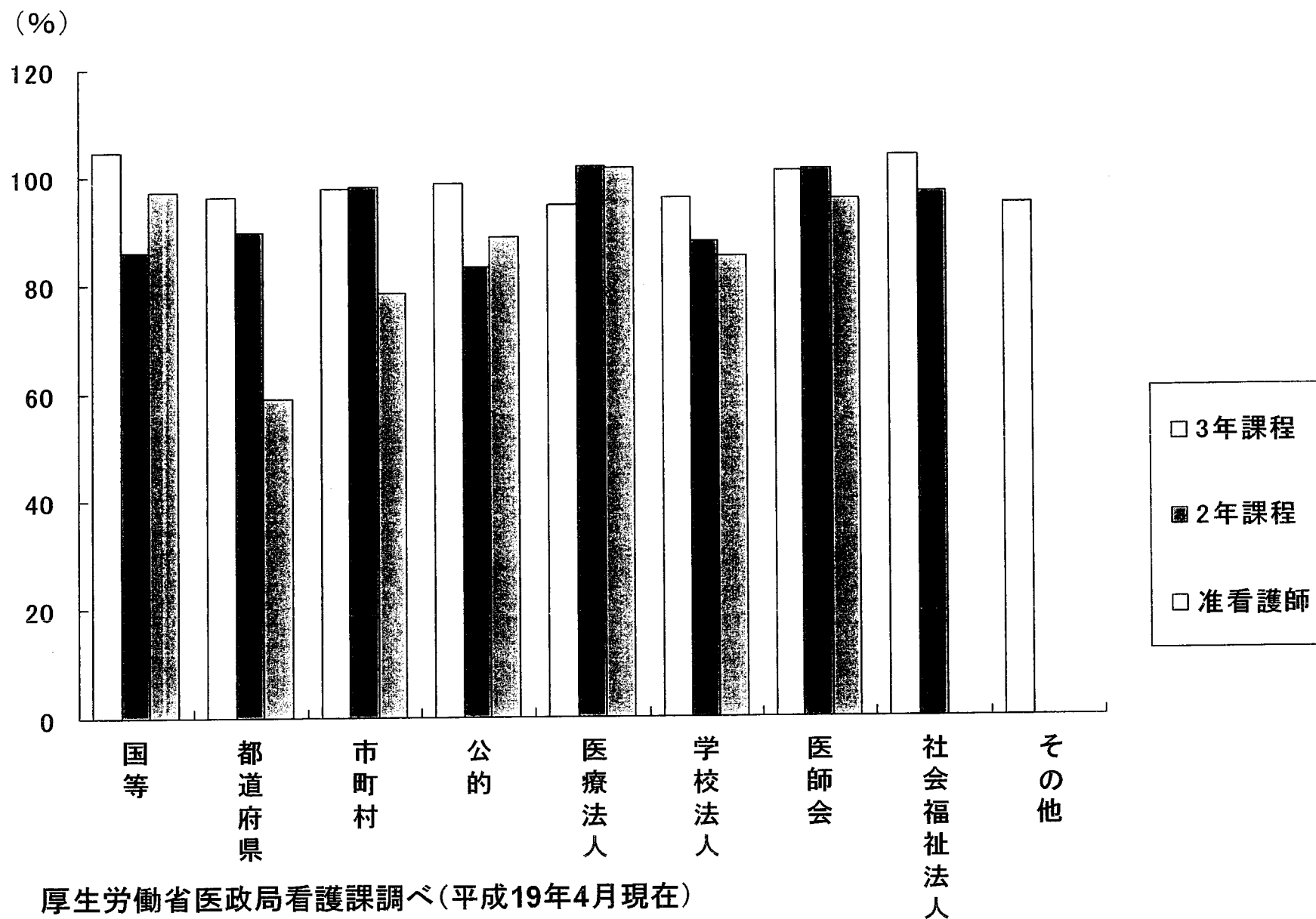


# 看護師等学校養成所の定員充足率の推移(平成6年～19年)



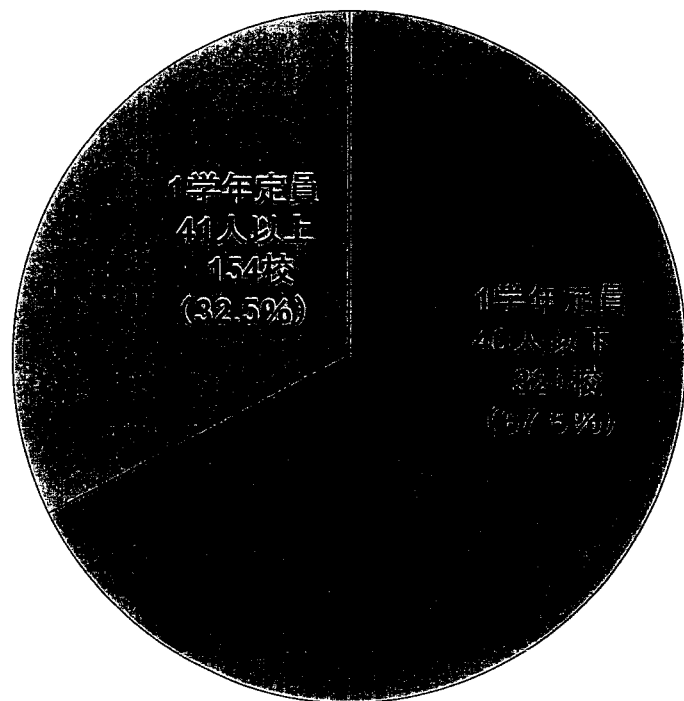
厚生労働省医政局看護課調べ

# 看護師等学校養成所の定員充足率(設置主体別)



# 看護師3年課程養成所規模別分類(平成19年4月現在)

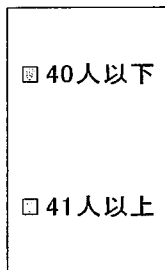
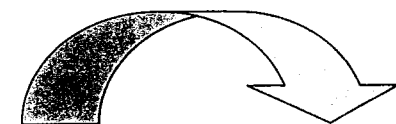
【全体】



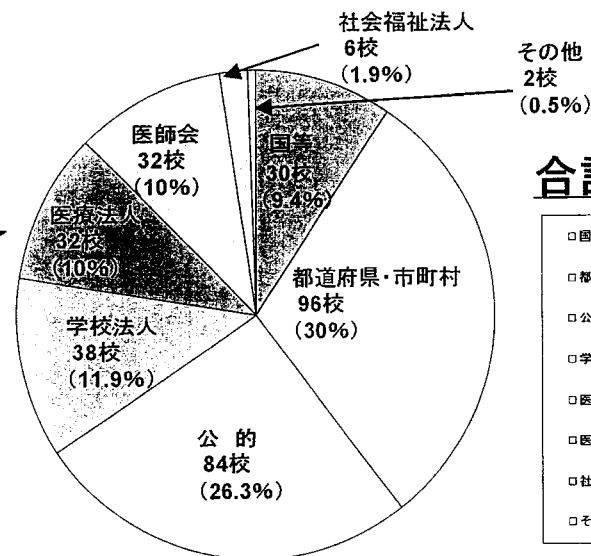
合計 474校

厚生労働省医政局看護課調べ

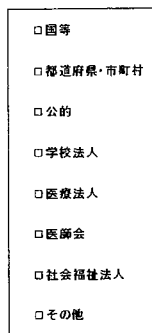
【内訳】



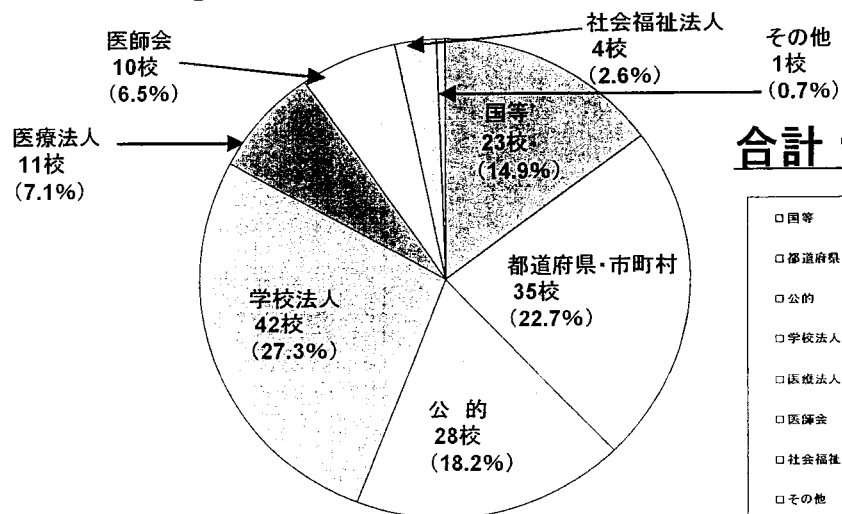
① 1学年定員が40人以下の場合



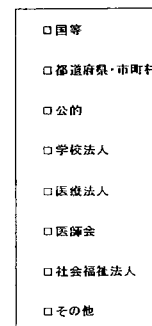
合計 320校



② 1学年定員が41人以上の場合



合計 154校



# 看護基礎教育環境に関する規定

## 大学/養成所

### 大学

### 養成所

12人以上  
(1学年当たり学生50~100人の  
場合)

4年間  
(含. 保健師課程・助産師課程)

教授、准教授、専任講師、  
助教、助手

教授・博士の学位  
准教授・修士の学位  
研究業績 等

教室・実習室・図書館・  
体育館・運動場・研究室 等

教員数

教育年限

教員の職位

教員の資格要件

施設

8人以上  
(1学年当たり学生40人以下の  
場合)

3年間  
(看護師課程のみ)

教務主任、専任教員

5年以上業務に従事  
専任教員として必要な研修  
を修了

教室・実習室・図書室 等

# 看護基礎教育における課程別 学校数・専任教員数・1学年定員数

(平成19年4月現在)

		学校数 (①)	専任教員数 (②)	1学年定員数 (③)	1校あたりの 1学年定員(平均) (③÷①)	1校当たりの教員数 (②÷①)
厚生労働大臣指定	看護師養成所 (3年課程)	497	4,909	22,447	45.2	9.9
	看護師養成所 (2年課程)	240	1,863	12,724	53.0	7.8
	保健師養成所	25	209	1,020	40.8	8.3
	(再掲) 保健師看護師統合 カリキュラム	12	156	600	50.0	13.0
	助産師養成所	33	119	750	22.7	3.6

厚生労働省医政局看護課調べ  
\* 学校数には募集中止校を含む

(平成20年5月現在)

		学校数 (①)	専任教員数 (②)	1学年定員数 (③)	1校あたりの 1学年定員(平均) (③÷①)	1校当たりの教員数 (②÷①)
文部科学大臣指定	大学	167	5,043	13,108	78.5	30.2
	短期大学	27	457	2,200	81.5	17.0
	専門学校	12	185	1,030	85.8	15.4

文部科学省高等教育局医学教育課調べ  
\* 募集停止中の大学、短大および、専攻科、別科、通信教育課程のデータは含まない  
\* 専任教員数は大学設置基準に基づく専任教員であり、常勤の助手はデータに含まれない  
\* 専任教員数は、学部全体の専任教員数を提出している大学もあり、看護師養成に関わらない教員数が含まれている場合がある

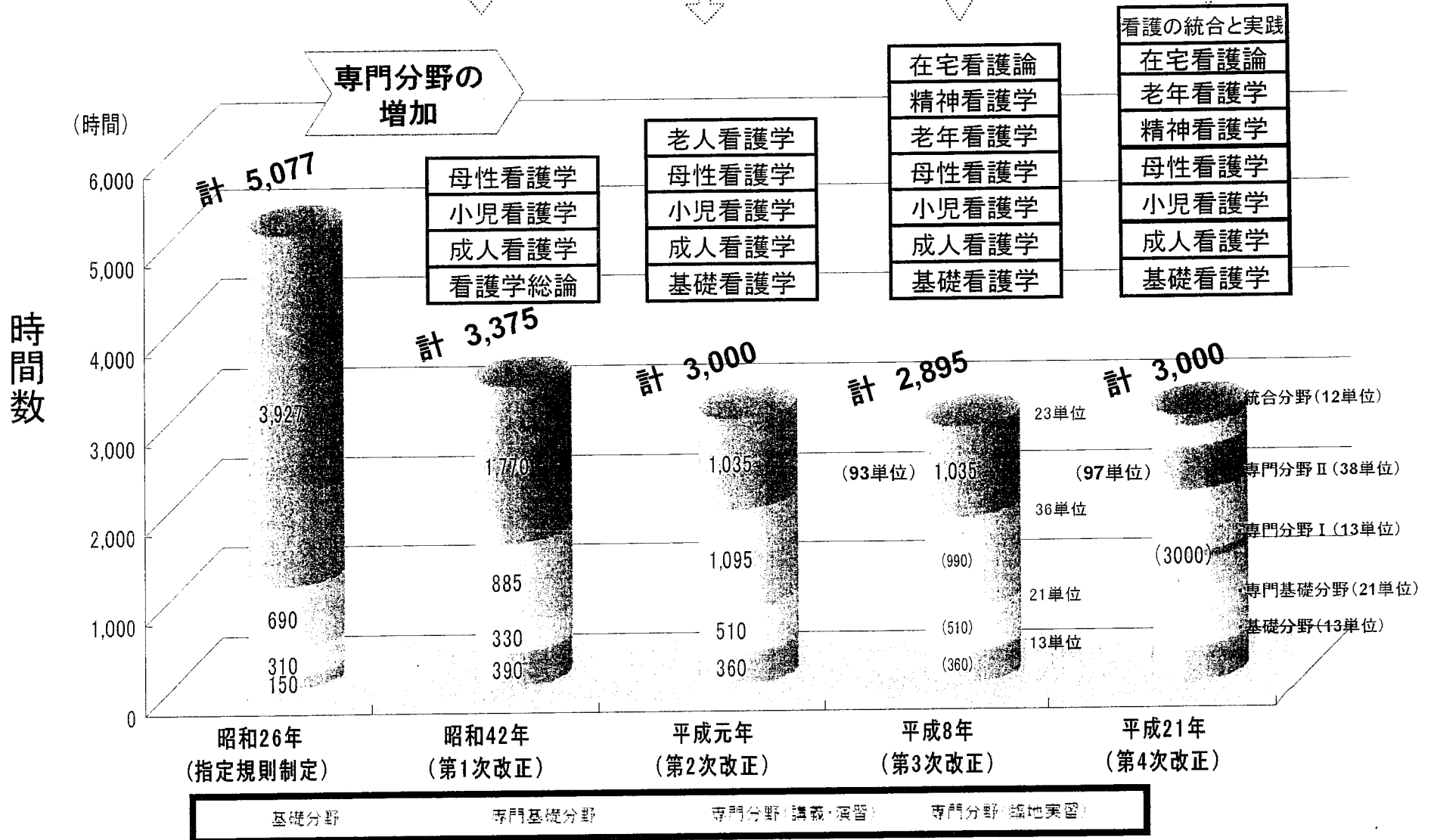
# 看護師3年課程 教育内容の変遷

専門科目として看護学が独立・臨床実習が各学科目の授業に組み込まれた。

専門科目は看護学のみ・精神保健・老人看護学を科目立て・授業時間を減少・カリキュラム上のゆとりが強調

教育科目から教育内容による規定に変更・教育内容の充実・単位制の導入・統合カリキュラムの提示・専任教員の専門領域担当への変更・実習施設の充実と拡大

統合分野の創設・各分野での教育内容の充実・看護基礎教育の技術項目の卒業時の到達度を明確化



◆ 平成8年より単位制が採用された。臨地実習は1単位=45時間として算出(看護師等養成所の運営に関する指導要領について)

# 看護教育実務関係者意見交換会

**趣旨** 看護基礎教育を担う関係者の方から、看護基礎教育の現状と課題、そして充実の方向性について幅広くご意見をいただき、問題を共有するとともに、提起された課題について意見交換を行う。

**期間** 平成20年10月2日～11月5日

**参加者** 全国を6ブロック、127名参加。

看護師養成所関係機関の学校長、教頭、教務主任、および学校長組織、協議会などの代表的な立場の者。

## 発言要旨

### 1. 教育内容・方法について

- ・学生の生活能力の低下、学力低下が目立ち、能力の低い学生の教育には時間がかかる。
- ・教員全員で演習を行い、実際に臨床で使用している用具を使っている。
- ・学生の能力に応じた時間外学習機会の設定をしている。

### 2. 教員の資質向上と確保について

- ・専任教員の絶対数が不足している。
- ・業務多忙で、専門性を高める時間が確保できない。
- ・カリキュラム改正により増えたカテゴリー（国際看護、災害看護など）を担当できる教員がいない。
- ・大学や大学院でキャリアアップした教員は、大学に引き抜かれる。
- ・7：1看護の影響で、病院の実習指導者の確保が困難。
- ・地方は特に、解剖などの基礎科目の教員確保が困難。
- ・非常勤講師が多く、演習を強化することが出来ない。
- ・報酬面などの教員を確保する魅力がないと、教員のなり手がいない。
- ・教員養成講習会の効果は非常に高い。

### 3. 効果的・実践的な実習方法の確立について

- ・特に母性、小児、精神、在宅の実習場所の確保が困難。
- ・実習場所の確保に労力が割かれる。
- ・大学が増えると実習場所の確保が困難になり、実習生の受け入れを断られることが増えた。
- ・男子学生の母性実習機会の確保が困難。
- ・医療安全・クレーム回避の観点から、実習では侵襲性の高い技術は経験させていない。
- ・複数の実習場に分かれてしまうため、教員は実習場を回る対応が中心となり、実習場での教育が十分出来ない。
- ・入院日数の短縮化により、看護過程の展開をすべての領域で行うことが困難。

### 4. その他

- ・学校で使用していた技術チェックリストを就職先の病院でも継続活用している。
- ・大学と併願の学生も多く、実際の入学者数に変動がある。
- ・入学定員の緩和をして欲しい。
- ・学生のレベルから考えると、3年間の修業年限では無理がある。
- ・受験者は沢山いるが、成績優秀な学生はほとんど看護大学へ行ってしまい、相対的に養成所の学力の低下を感じる。
- ・授業料を上げると、学力の低い学生が集まる傾向がある。

# 諸外国における看護教育制度の概要

	日 本	韓 国	タイ	オーストラリア	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ合衆国
看護学校入学までの期間（年）	12	12	12	12	10	11	12 (義務教育5才~)	12
看護師教育	専門学校（年）	3	3	—	—	3	3	3
	短大（年）	3	—	—	—	—	—	2
	大学（年）	4	4	4	3	3-4	—	3-4
国家試験	あり	あり	あり	なし	あり (ただし regional authorityの承認が必要)	なし	なし (ただし国の承認が必要)	あり
資格更新	なし	なし	5年毎 (最低50時間の継続教育が必要)	1年毎	なし	なし	3年毎	1-3年毎

【出典】 NURSING IN THE WORLD, 5<sup>th</sup> edition (2008)



# 看護職員の資質向上に関する取り組み

## 基本的技能・知識の習得

## 専門性の向上(臨床技能の向上)

〔臨床現場における基本的な看護技術や知識の修得〕

〔専門領域の実務的な知識・技術の向上〕

(指導的専門的立場の看護職員)

(就業直後～)



(実務経験5年以上の中堅看護職員)



### 新人看護職員研修

### 中堅看護職員研修

### 看護職員専門分野研修

#### 「新人看護師・新人助産師臨床実践能力向上推進事業」

新人看護職員への効果的かつ効率的な研修方法等の普及と教育担当者の能力開発、育成を図る  
(60日程度)

#### 「中堅看護職員実務研修」

実務経験おおむね5年以上の看護職員を対象として研修を実施し、看護職員の資質の向上を図る  
短期研修(5日程度)  
中期研修(15日程度)

#### 「専門分野(がん・糖尿病)における質の高い看護師育成事業」

がん及び糖尿病について、臨床実務研修を実施し、臨床実践能力の高い専門的な看護師の育成を図る  
(40日程度)

#### 「訪問看護ステーション・医療機関に勤務する看護師の相互研修」

訪問看護ステーションと医療機関の看護師の相互交流による研修を行うことにより、お互いの看護の動向や専門性等を理解し、訪問看護の推進に寄与する。

#### 「在宅ホスピスケア研修」

訪問看護ステーション等の看護師に対するホスピスケアやがん性疼痛看護の知識と技術を有する看護師等による研修を実施し、在宅ホスピスケアの専門的な技術を習得させることにより、在宅ホスピスケアの推進に寄与する

#### 「看護職員専門分野研修」

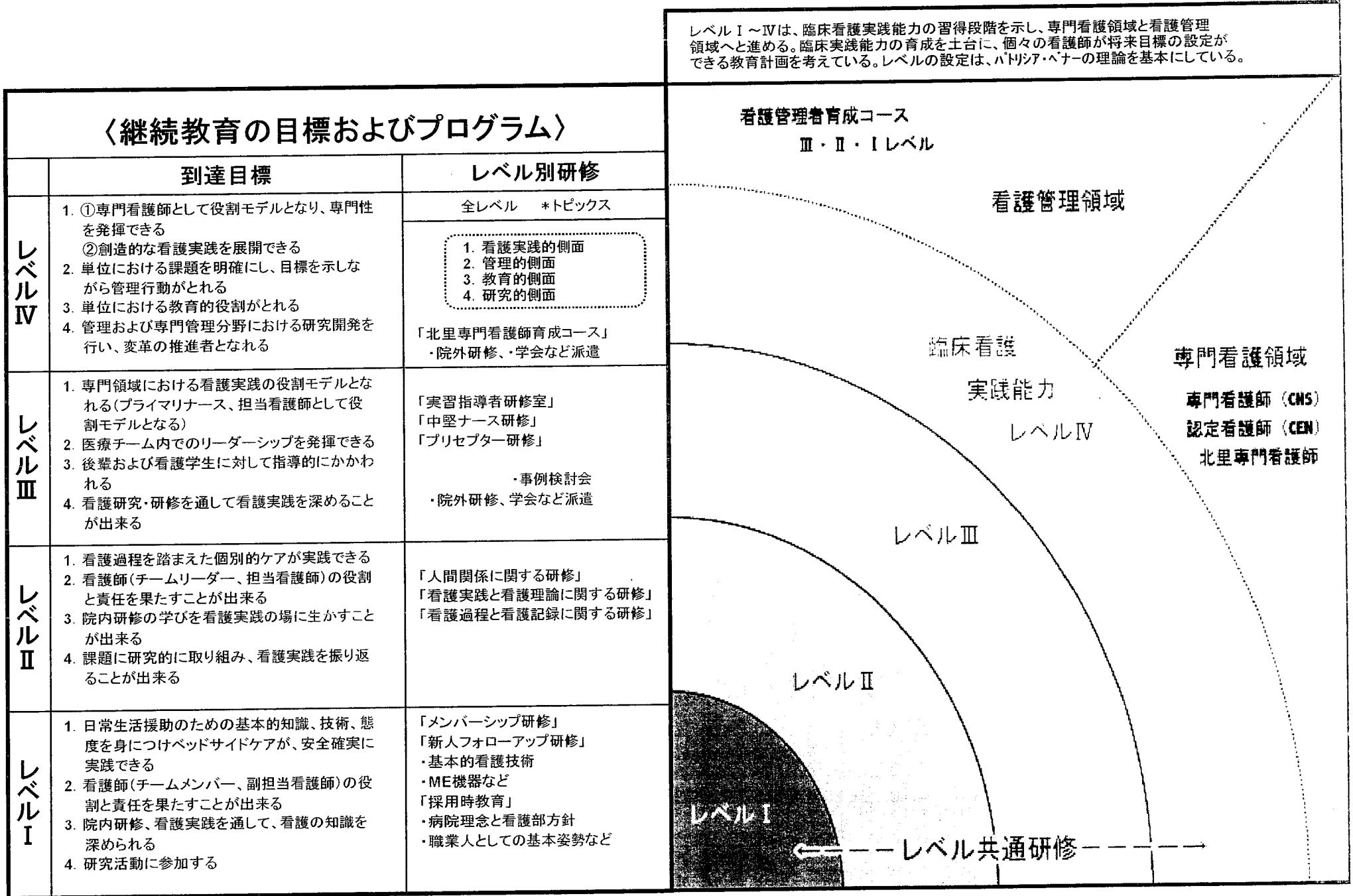
特定の分野において、熟練した看護技術と知識を用いた、水準の高い看護を実践できる専門性の高い看護師の育成を促進  
(6ヶ月程度)

(研修内容)

救急看護、皮膚排泄ケア、集中ケア、ホスピスケア、感染管理、糖尿病看護、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、地域看護、訪問看護、新生児集中ケア、不妊看護等

# クリニカルラダー

(例: 北里大学病院)

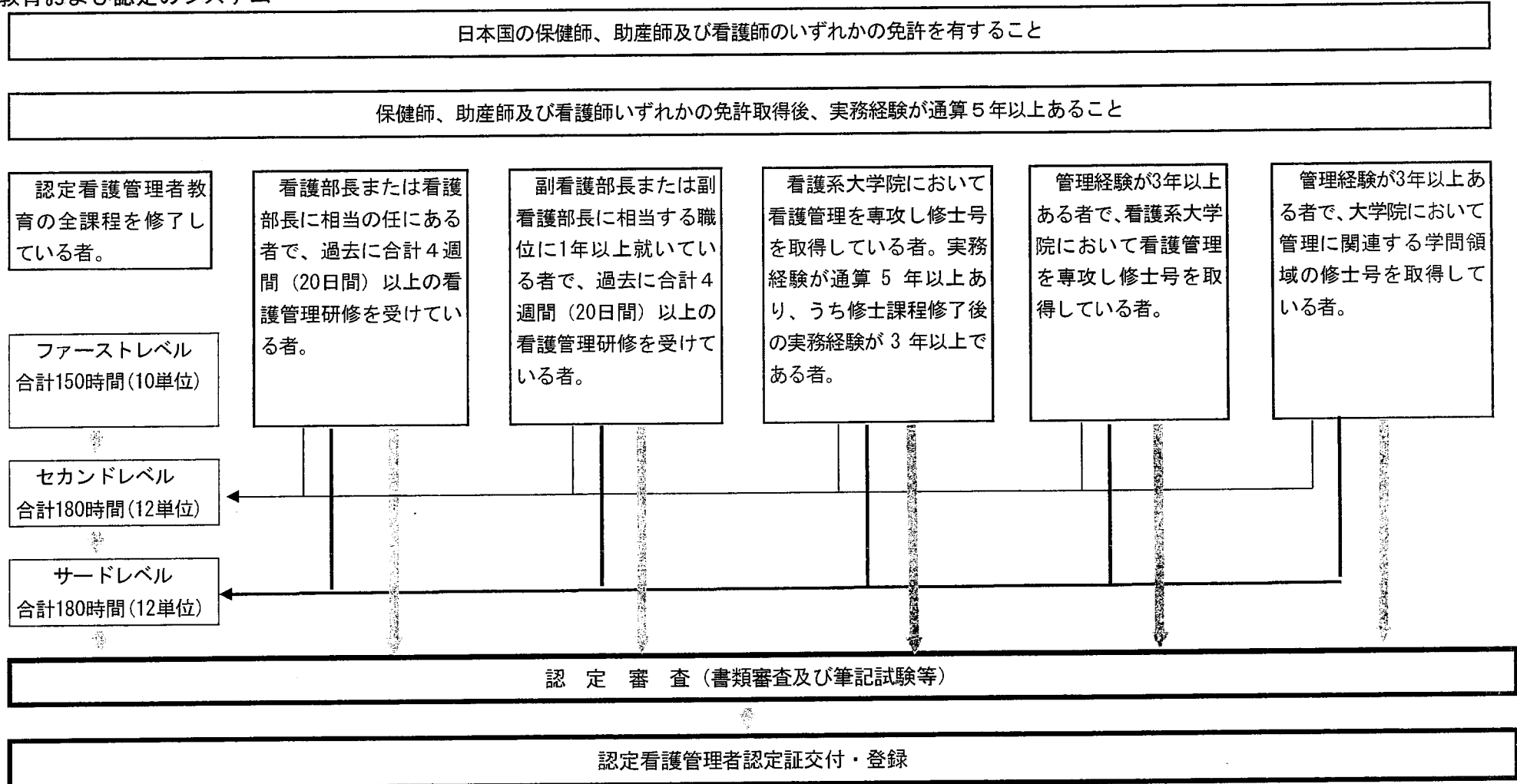


# 認定看護管理者 (Certified Nurse Administrator) への道

## 認定看護管理者とは

本会認定看護管理者認定審査に合格し、管理者として優れた資質を持ち、創造的に組織を発展させることができる能力を有すると認められた者をいう。認定看護管理者は、多様なヘルスケアニーズを持つ個人、家族及び地域住民に対して、質の高い組織的看護サービスを提供することにより、保健医療福祉に貢献する。

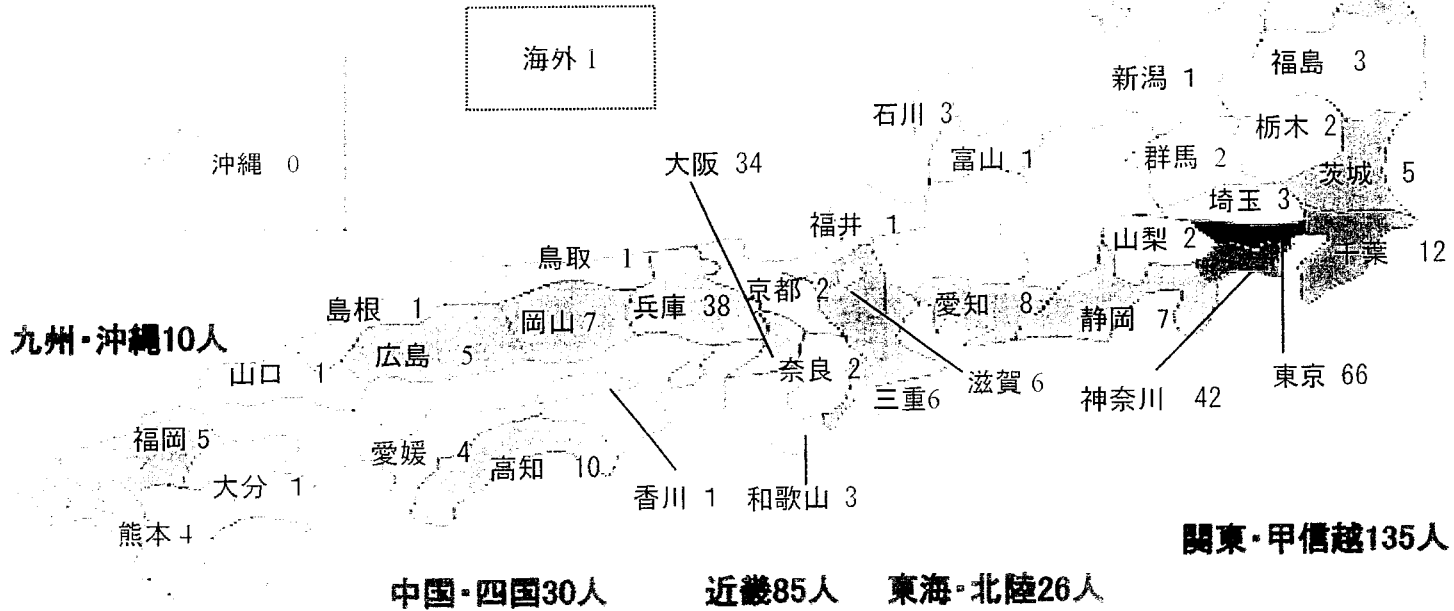
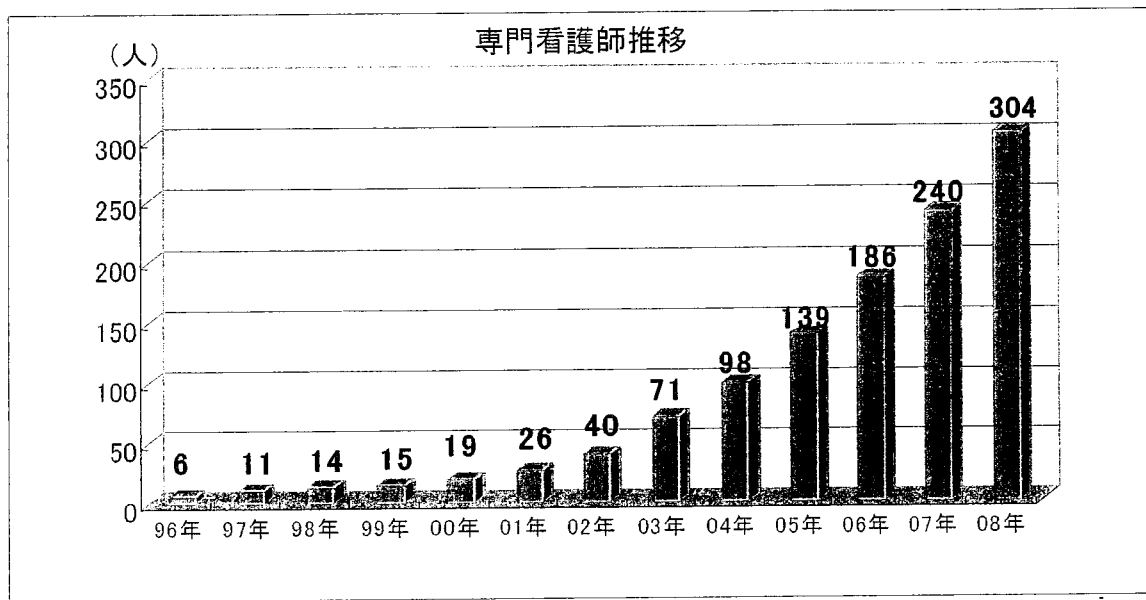
## 教育および認定のシステム



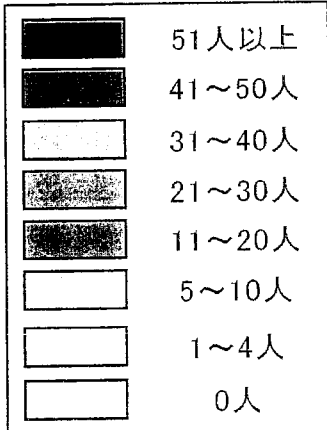
更新制度 認定看護管理者のレベル保持のため、認定後5年ごとに更新審査を実施 (看護管理実践の実績と自己研鑽の実績等)

(2006/2/28)

# 都道府県別専門看護師登録者数 304名 (2008.12.1現在)



北海道・東北 17人



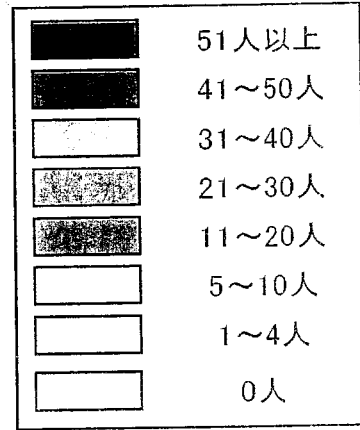
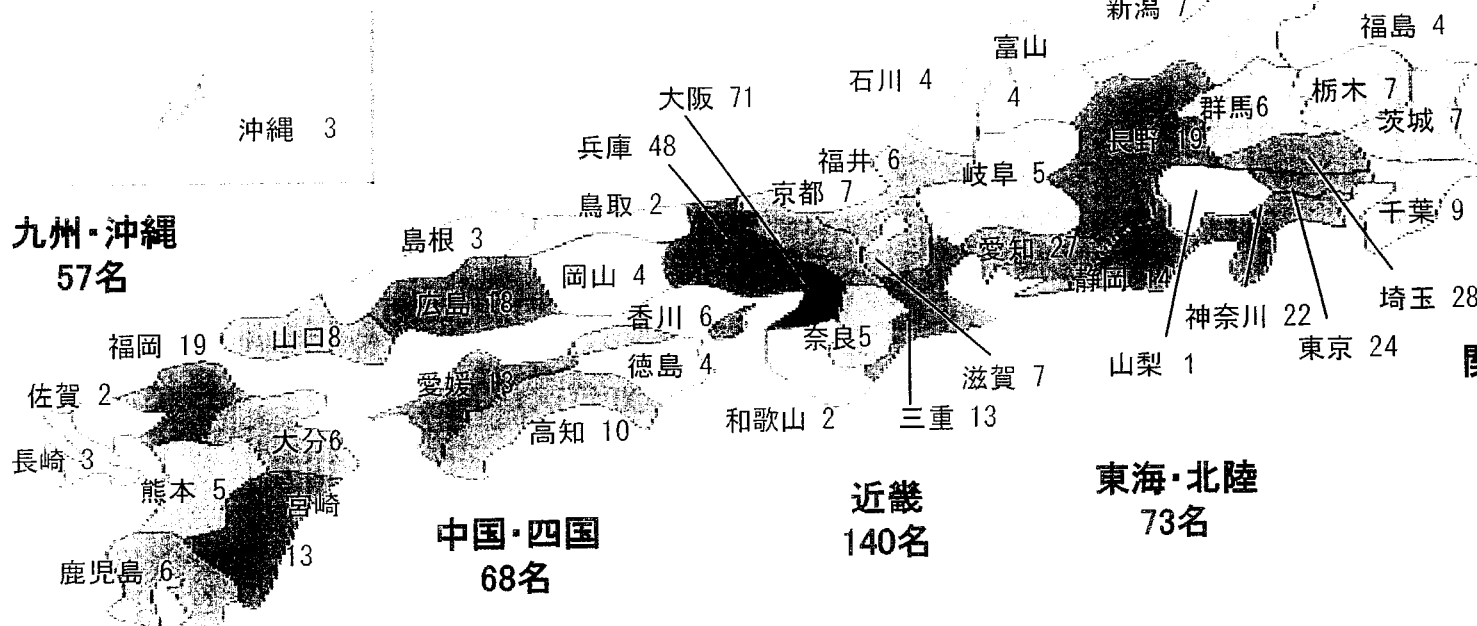
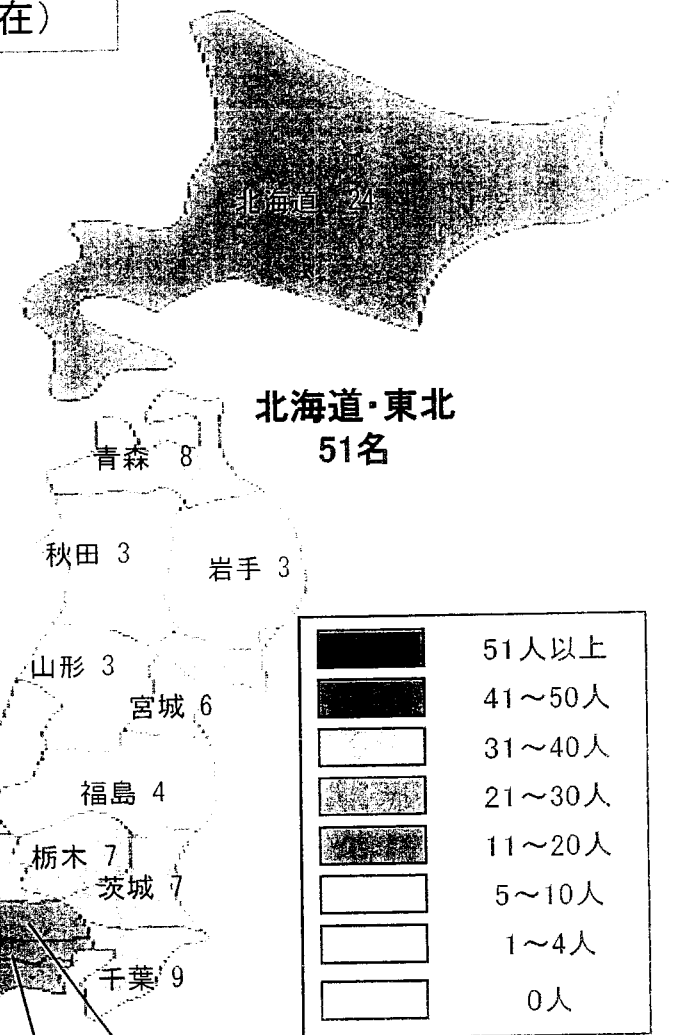
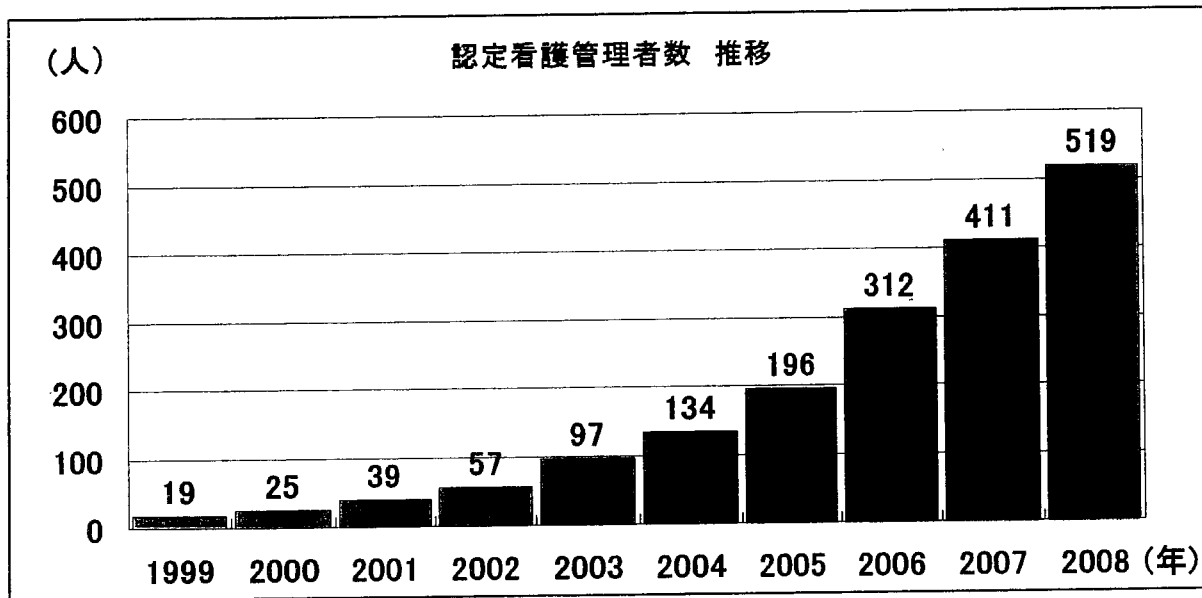
分野	人数
がん看護	129
精神看護	53
地域看護	9
老人看護	14
小児看護	27
母性看護	17
慢性疾患看護	25
急性・重症患者看護	26
感染症看護	1
家族支援看護	3
総合計	304

【資料作成 日本看護協会 認定部】

【出典】日本看護協会ホームページ(<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/senmon/pdf/cnsmapp.pdf>)



# 都道府県別認定看護管理者登録者数 519名 (2008.12.1現在)



【出典】日本看護協会ホームページ (<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/kanrisha/pdf/cnamap.pdf>)

【資料作成 日本看護協会 認定部】

# 広告が可能な医師等の専門性に関する 資格名等について

平成19年6月18日 医政局総務課長通知

## 専門看護師

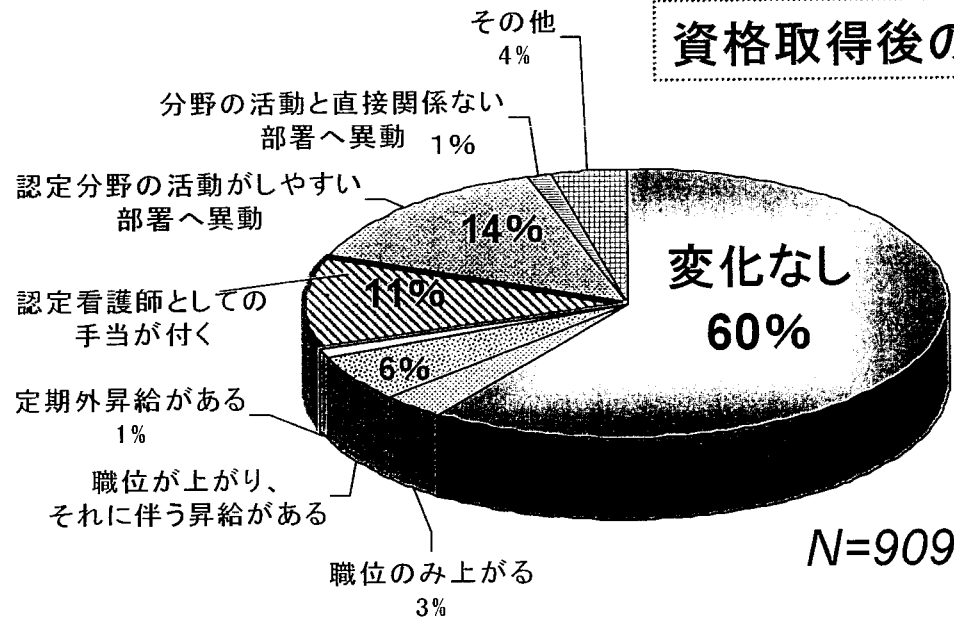
がん看護  
小児看護  
精神看護  
地域看護  
母性看護  
老人看護  
感染症看護  
急性・重症患者看護  
慢性疾患看護

## 認定看護師

がん化学療法看護  
がん性疼痛看護  
感染管理  
救急看護  
手術看護  
小児救急看護  
新生児集中ケア  
摂食・嚥下障害看護  
透析看護  
糖尿病看護  
乳がん看護  
訪問看護  
緩和ケア  
集中ケア  
認知症看護  
皮膚・排泄ケア  
不妊症看護

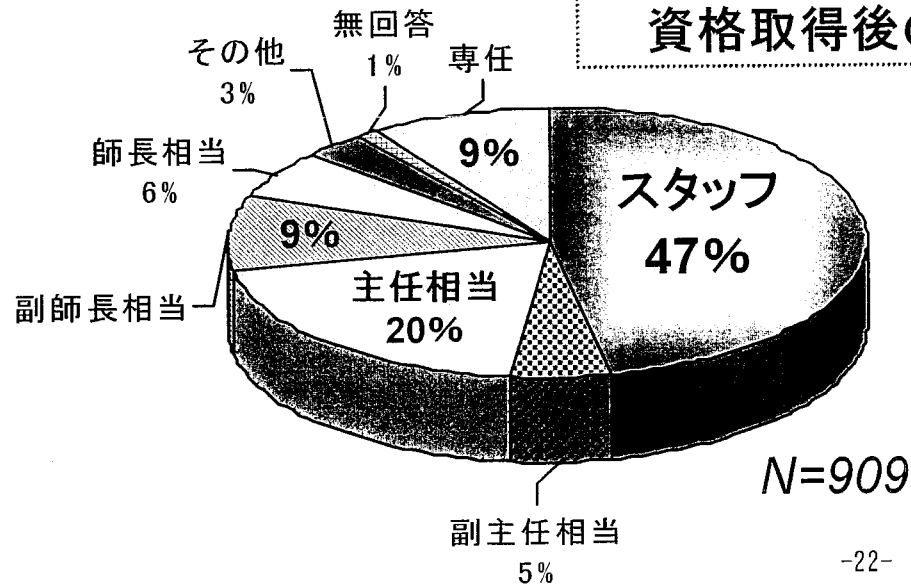
# 認定看護師資格取得後の勤務条件(給与待遇等)と職位の変化 ～2007年度 新規登録者～

## 資格取得後の勤務条件



- 変化なし
- 職位のみ上がる
- 職位が上がり、それに伴う昇給がある
- 定期外昇給がある
- 認定看護師としての手当が付く
- 認定分野の活動がしやすい部署へ異動
- 分野の活動と直接関係ない部署へ異動
- その他

## 資格取得後の職位



- スタッフ
- 主任相当
- 師長相当
- 無回答
- 副主任相当
- 副師長相当
- その他
- 専任



新卒保健師の就業場所(平成15年～平成19年)

【養成所】

	卒業生数	保健師として就業								保健師以外に就業					進学	その他	
		保健所	市町村	工場・事業所	学校	病院	介護老人 保健施設	その他	計	看護師	助産師	看護学 校教員	養護教 諭	その他			計
平成15年	1,702	55	362	31	3	163	2	36	652	835	36	1	63	5	940	9	101
平成16年	1,548	44	251	20	5	161	1	22	504	847	34	5	35	3	924	15	105
平成17年	1,443	23	156	28	1	136	4	37	385	873	39	2	31	2	947	13	98
平成18年	1,278	34	199	16	0	102	6	27	384	738	36	3	22	5	804	7	83
平成19年	1,068	41	174	18	0	73	2	21	329	632	32	17	3	3	687	8	44

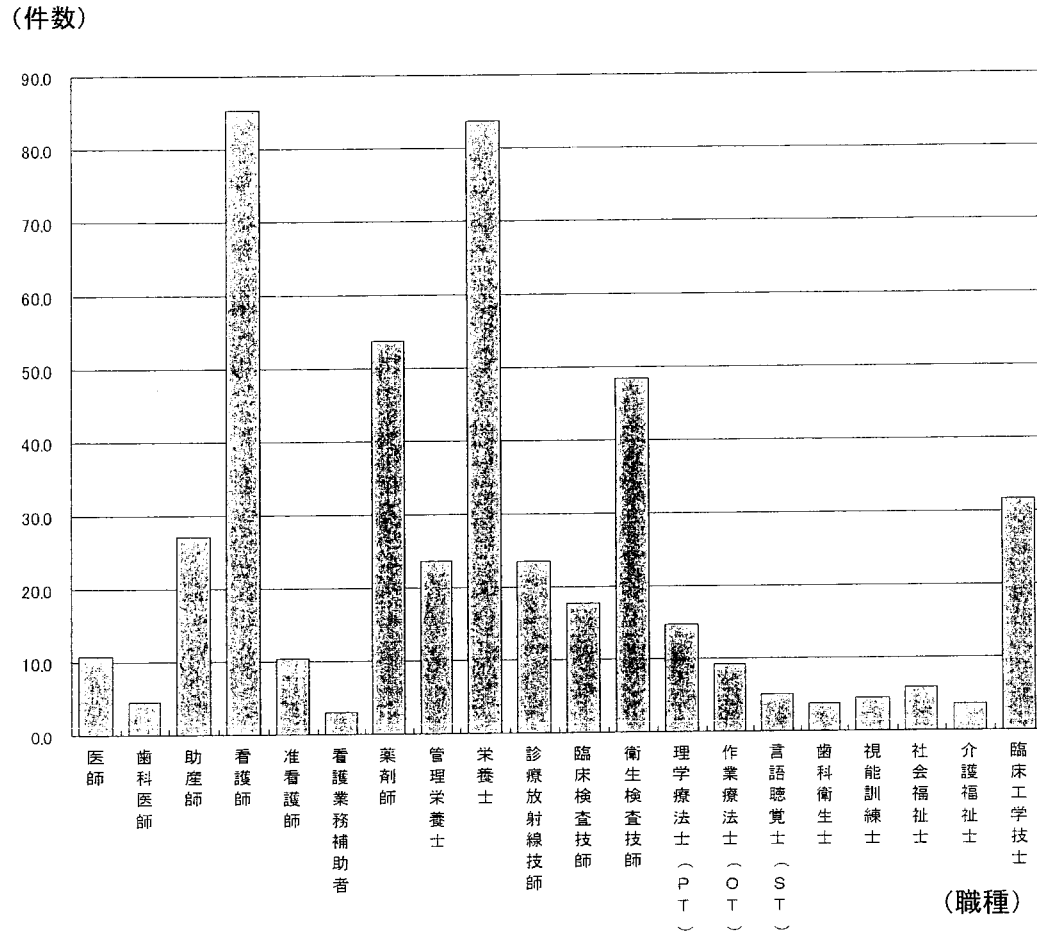
【大学】

	卒業生数	保健師として就業								保健師以外に就業					進学	その他	
		保健所	市町村	工場・事業所	学校	病院	介護老人 保健施設	その他	計	看護師	助産師	看護学 校教員	養護教 諭	その他			計
平成15年	5,727	71	309	15	1	55	2	16	469	4,363	187	11	33	48	4,642	409	207
平成16年	6,712	94	260	23	3	58	3	32	473	5,134	280	16	49	70	5,549	453	237
平成17年	7,270	51	220	14	6	74	0	44	409	5,635	429	8	60	55	6,187	446	228
平成18年	8,091	45	321	36	3	94	4	14	517	6,253	378	13	66	78	6,788	455	331
平成19年	8,615	53	397	32	4	73	2	40	601	6,790	429	13	72	77	7,381	401	232

※厚生労働省医政局看護課調べ

(参考)

ヒヤリ・ハット事例として報告された事例に関する職種別従事者100人当たりの件数



職種	件数 *1 (3ヶ月)	報告施設における従事者数 *2 (粗い推計)	従事者100人 当たりの件数 *3
医師	1834	17,056	10.8
歯科医師	35	794	4.4
助産師	468	1,722	27.2
看護師	40781	47,812	85.3
准看護師	659	6,366	10.4
看護業務補助者	258	8,396	3.1
薬剤師	1472	2,745	53.6
管理栄養士	191	806	23.7
栄養士	232	277	83.8
診療放射線技師	612	2,599	23.5
臨床検査技師	682	3,844	17.7
衛生検査技師	9	19	48.3
理学療法士 (PT)	199	1,352	14.7
作業療法士 (OT)	84	916	9.2
言語聴覚士 (ST)	14	277	5.1
歯科衛生士	10	265	3.8
視能訓練士	11	246	4.5
社会福祉士	8	136	5.9
介護福祉士	29	790	3.7
臨床工学技士	227	716	31.7

【注】

- \*1 財団法人 日本医療機能評価機構医療事故防止事業部 医療事故情報収集等事業 第14回報告書(平成20年9月30日) 第27回収集(平成20年1月~3月)
- \*2 常勤換算従事者数(平成18年病院報告)より病床規模別の医療機関あたりの従事者数を算出し、それらに病床規模別のヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関数を乗じたものを合算したものである。
- \*3 ヒヤリ・ハット事例報告施設における従事者数(粗い集計)100人当たりのヒヤリ・ハット事例報告件数

# 話題提供資料

- 3-1 坂本委員
- 3-2 太田委員
- 3-3 齊藤校長
- 3-4 小山教授

資料 3-1

# 坂本委員 資料

第3回 看護の質の向上と確保に関する検討会  
平成20年12月25日（木）

# チーム医療の推進

—急性期病院の視点—

東京医療保健大学  
坂本 すが

## 構成

### (医師と看護師・助産師の分担)

1. 救急外来における役割分担
2. がん化学療法外来における役割分担
3. 緩和ケア病棟における役割分担
4. ICUにおける役割分担
5. 外来における役割分担(糖尿病外来)
6. 助産外来における役割分担

# 1.救急外来(急性期ケア)

関西:公立病院(約300床)

来院患者

(背景)

- ・医師不足
- ・救急搬送者中の軽症患者の増加
- ・救急搬送者数の増加に対応可能な教育を受けた看護師の配置

トリアージ 看護師(院内教育を受けた看護師)

看護師(急性・重症患者看護専門看護師)

対象:侵襲性の高い処置が不要な患者  
(研修を受けた看護師は、ショック状態、肺血症、多臓器不全などで透析や循環補助を必要とする場合等も担当する)

- 薬剤投与と予測
  - ・ガイドラインに基づく薬剤投与  
(ボスミン、メイロン、電解質の補整など)
  - ・症状緩和のための薬剤投与の予測
- 検査の必要性の予測
  - ・検査結果のアセスメント
- その他
  - ・気管内挿管後の人工呼吸器の設定

医師(当番医師)

対象:全ての患者

- 薬剤処方
  - ・看護師の予測の確認
- 検査オーダー
  - ・検査結果による診断
  - ・看護師の予測の確認
- その他
  - ・気管内挿管
  - ・人工呼吸器の設定の確認

- 「ACLSガイドライン※」、施設で作成したガイドライン等を遵守
- 緊急時、看護師(研修を受けた看護師)は  
**薬剤投与や検査の必要性を予測**

※ACLS (Advanced Cardiac Life Support: 二次救命処置):

BLS(Basic Life Support: 一次救命処置)よりも高次の技術や医療知識、医療機器を用いて行う救命処置。

2

# 2.がん化学療法外来

関西:国立大学法人(約1000床)  
特定機能病院

来院患者

(背景)・抗がん剤の進歩

- ・がん化学療法は病棟から外来へ移行
- ・患者の安全性を優先かつQOLを考慮
- ・専門医が少ない

主治医の診察

外来化学療法室

看護師(教育を受けた看護師)

医師

- 抗がん剤投与のための血管穿刺
- 化学療法実施中の全身管理と予測  
(対応と報告)例:タキソール投与時のステロイド剤やH2ブロッカーが同時投与されていない場合に追加投与
- 薬剤投与と予測
  - ・化学療法実施中の薬剤の投与速度の変更
  - ・急変時の化学療法中断と緊急薬剤<sup>※1</sup>投与
  - ・副作用緩和のための薬剤投与の予測<sup>※2</sup>
- 抗がん剤の血管外漏出時の応急処置

○薬剤処方

- ・実施中の看護師の予測を確認
- ・必要時追加処方
- 抗がん剤血管外漏出時の局所処置

施設への聞き取りによると、患者の7割は治療を看護師から受けたいと希望。

- 「抗がん剤レジメン(治療計画)登録された処方と薬剤添付文書の記載内容」を遵守
- 院内におけるプロトコールもとに役割分担し、実施している

※1:抗ヒスタミン、ステロイド剤

※2:副作用(吐き気、下痢など)への包括指示の範囲内でのH2ブロッカー、下痢止めなどの投与

3

### 3.緩和ケア

関東:学校法人立病院(約500床)

(背景)・WHO方式の普及  
・研修等により看護師の知識が向上

看護師(教育を受けた看護師)

医師

#### ○薬剤投与と予測

- ・モルヒネ投与時の服薬指導
- ・指示に基づく薬剤投与(基本処方量)
- ・痛みが増強したときの臨時追加薬投与
- ・痛みのアセスメントと投与量の評価  
(臨時追加薬使用量等から基本処方増量の相談)
- ・副作用緩和のための薬剤投与の予測  
(包括指示の範囲内での緩下剤、制吐剤等の投与)

#### ○薬剤処方

- ・鎮痛薬(モルヒネ)の処方  
基本処方+臨時追加薬
- ・鎮痛補助薬、鎮静剤の処方

#### ○神経ブロック

○WHO方式がん疼痛治療ガイドライン※1によるがん性疼痛緩和

○緩和ケアに関するチーム医療が推進されている施設の看護師は、

#### がん性疼痛緩和や症状緩和のための薬剤投与の必要性を予測

○取りきれない苦痛がある場合、緩和ケアチーム(がん看護専門看護師、がん性疼痛認定看護師、医師、薬剤師等)に相談(鎮痛補助薬、神経ブロック、鎮静剤の適応判断)

※1:WHO方式:鎮痛薬を鎮痛作用と特性を考慮して三つの種類に分類し、その使用について5つのガイドラインが提示されている。

### 4.ICU

関東:企業立(約600床)

看護師(院内教育を受けた看護師)

医師

#### ○薬剤投与と予測

- ・必要な薬剤の予測  
夜間に必要な薬の予測と事前処方依頼  
(血圧コントロール、塩化カリウム、インスリン)
- ・症状緩和のための薬剤投与の予測  
(不穏状態、疼痛緩和のための薬剤)

#### ○その他

- ・人工呼吸器の設定
- ・徐細動の実施  
(ただし緊急時、事前に医師がパッド装着した者)

#### ○薬剤処方

- ・看護師の予測の確認
- ・医師が包括的に対症指示

#### ○その他

- ・人工呼吸器の予測の確認
- ・徐細動実施  
(不整脈の患者への徐細動パッド装着  
徐細動実施後の確認)

- ・院内のプロトコールに基づく役割分担と実施
- ・看護師は指示の範囲内で薬剤投与の必要性を予測

## 5. 外来(糖尿病)

関東: 社会保険関連団体(約450床)

(背景)  
・患者数の増加  
・糖尿病合併症患者増加  
・診療科に専門医が配置されていない  
・教育を受けた看護師が配置された

### 看護師(教育を受けた看護師)

#### ○薬剤投与と予測

- ・インスリンの単位調節
- ・インスリンの種類、調整  
(投与方法、作用動態による持続時間、デバイス選択等)
- ・個別具体的な糖尿病患者への指導  
(海外旅行時など)

### 医師

#### ○薬剤処方

- ・包括指示
- ・看護師の予測の確認

外来に糖尿病の専門医がいつもいるとは限らない  
→心疾患や脳卒中患者で糖尿病を合併している患者が来た場合に、糖尿病専門医が不在の場合、医師が看護師(研修を受けた看護師)と話し合い、診療を速やかに行うことができる。

院内プロトコールのもとに役割分担と実施  
看護師は医師の指示の範囲内で**薬剤投与の必要性を予測**

6

## 6. 助産外来

関東: 企業立(約600床)

(背景)  
・医師不足  
・待ち時間が長い



○予約は、月～金フルタイムで可能(13枠/日)

【妊婦からの意見】

- 待ち時間がない
- 一人につき30分のケア  
その人のために使う時間の確保
- 家族にも同時に関わってもらえる

【医師からの意見】

- 1日に2時間のゆとりが生まれた

→医師からも妊婦からも好評  
費用対効果が高い  
助産師の人材確保に貢献

7



## うまくいっていないケース

- 造影剤の注射
  - 医師は期待
  - 看護師は不安
    - ・薬剤や病態の知識不足
    - ・技術不足
    - ・副作用、急変時に対処できない
- 検査予約(CT・内視鏡など)
  - 医師は不安
    - ・知識・技術のない看護師には任せられない
    - ・病態の理解・緊急度の判断が必要



## うまくいっているケース

- 患者のニーズをキャッチして迅速に対応
- 患者への貢献
- 関係者がwin-win

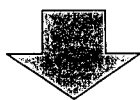
### 条件

- 任せられる看護師がいた/つくった
- 看護師もやりがい
- 医師も信頼した
- 役割分担が明確
- プロトコールがある

8

## チーム医療の推進のために

『しっかりした看護師』が必要



- ・看護基礎教育  
(ベースの教育・自ら考え行動する教育・教員の数・期間)
- ・新人研修
- ・キャリアに応じた研修(多様な専門性の強化)の充実

9

資料 3-2

# 太田委員 資料

第3回 看護の質の向上と確保に関する検討会  
平成20年12月25日（木）

## ■ 報告者の立場

‘79年(S.54) 医学部卒 (各県一医大構想 専門医志向に拍車)

大学院(脊髄電気生理学)修了後、講師、医局長→大学病院で専門性高い先進医療に携わる

麻酔科標榜医

日本整形外科学会認定専門医 [学会認定専門医制度発足(S.63)]

‘92年(H.4) 開業(訪問看護開始)

‘76年(S.51) 病院死50%:在宅死50%

国民の大病院、専門医志向強まる

‘81年(S.56)老人保健法

高齢者施設 老人病院整備

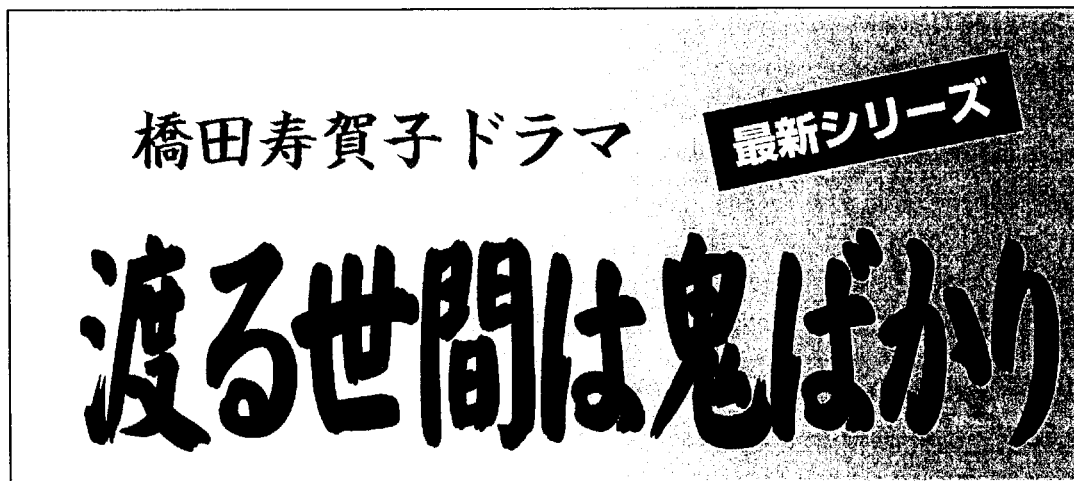
‘07年(H.19) 病院死85%:在宅死15%

病院死に歯止め 在宅終末期医療への期待高まる

在宅医療・訪問看護を取り上げたTVドラマ

「渡る世間は鬼ばかり」「風のガーデン」など

1



神林(愛川欽也)も温かく見守る中、いよいよ栄作(植草克秀)は、  
訪問診療を始め→ これ、平成20年12月3日午後9時

岡倉の五女、本間長子(藤田朋子)の夫、栄作は週刊誌に紹介  
されるほど腕のたつ脳神経外科だったが……

TBS

2

# 原のカー

## 人は最期にどこに還るのだろうか？

自島貞三(緒方拳)は、往診して、最期を支えている  
息子の貞美(中井貴一)は、麻酔科医。そして、今  
チャンピオンカーで.....

シップのようなデュロテツブパッチを貼っている

麻酔科医は、旭川医大の岩崎寛教授、在宅医はサンビレッジ  
クリニック(旭川市)の林敏先生が指導

3

死を意識した人々の  
残された日々への想いを通じて  
あらためて生きることの意味を  
訪問看護師が問う

**山田太一 脚本**

**市原悦子 主演**

金曜エンタテイメント

2005年5月 フジテレビ



市原悦子

## 『やがて来る日のために』

花山美代(市原悦子)は、訪問看護師として、死を間近に意識した患者たちの自宅療養を支えている。一度倒れて以来、妻が口を聞いてくれなくなったと愚痴る野口重昭(神山繁)。

商売が軌道にのったからと手術を拒否して自宅療養を続ける今泉典子(吉田日出子)。18歳の秋月恵美(上野樹里)は、どうしても、かつて住んで居た街に行ってみたいと言う。

誰もがいつ訪れるかも知れない、間近に迫った死をみつめながら、それでも懸命に生きている。

「訪問看護師は見た」と、守秘義務を守らず事件を解決してしまったらどうしよう!!

## ■ 在宅医療を目指した動機

術後歩行能力獲得し退院後、寝たきりとなり褥瘡合併

→臓器別医療に疑問 看護の重要性再認識

寝たきり高齢者への過剰な医療 四肢抑制 向精神薬投与など

→高齢者医療のあり方に疑問 生活ケアの重要性再認識

(「寝たきり老人のいる国、いない国」大熊由紀子著 '90年初版)

'91年(H.3)

車椅子の身体障害者と海外旅行→医療を必要な人に医療がない

→機動力ある医療の意義再認識

'92年(H.4)

訪問看護を基軸とし、往診医療も行う診療所開設 24時間・365日対応

訪問看護師 2名(非常勤 2名) PT(非常勤 1名) パートナー医(1名)

'08年(H.20)現在

在宅療養支援診療所 4箇所(行政と連携のため基礎自治体)

介護老人保健施設

訪問看護ステーション3箇所

(→平成17年 2箇所に統合 医療法人立および有限会社立)

その他介護保険事業所、グループホーム(NPO)、宅老所(NPO)など運営

5

おやま城北クリニック

おやま城北クリニック

午前 外来  
午後 訪問診療

在宅医療  
訪問看護  
24時間・365日  
対応

1992年4月開院

12年前には



1996年6月7日  
フジテレビ 金曜エンタテイメント  
「白衣の天使・密着24時」

VARIETY & DOCUMENTARY

# バラエティ&ドキュメンタリー

5・25 ▶ 6・7

●この日の見方 真実を伝えるドキュメンタリー番組「密着24時」は、長年続いた中居正広の伝説を今更にあっけなく解明しています  
●この日の見方 密着24時「密着24時」は、長年続いた中居正広の伝説を今更にあっけなく解明しています

「密着24時」は、長年続いた中居正広の伝説を今更にあっけなく解明しています。この番組は、中居正広の伝説を今更にあっけなく解明しています。この番組は、中居正広の伝説を今更にあっけなく解明しています。

## FOCUS

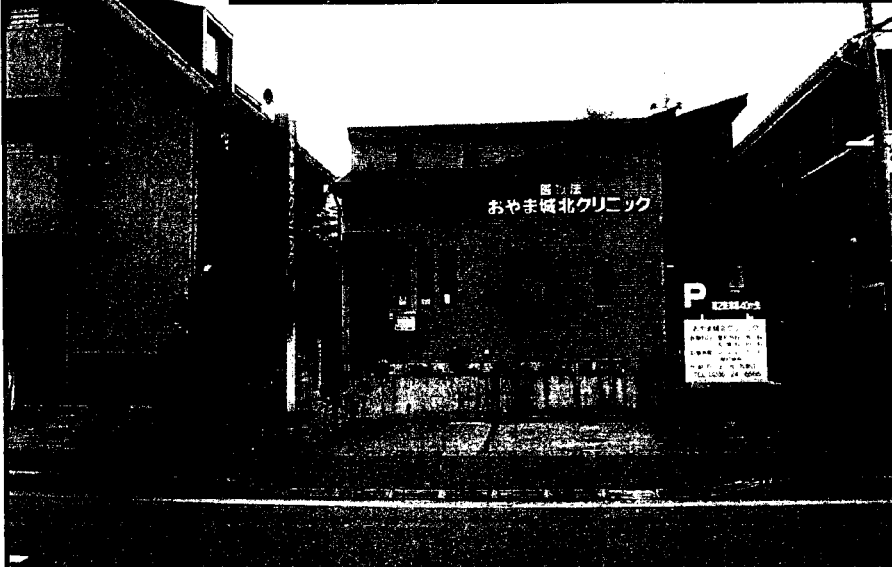
最高の医療サーブिसを旨とする看護婦のひたむきな姿に迫る



密着エンタテイメント  
看護婦のひたむきな姿に迫る  
6・7  
9:00 10:52

今夜決定 / 2002年ワールドカップ  
6.1  
6:30 8:00

## おやま城北クリニック(小山市)



訪問看護ステーション  
クリニック隣  
アパートの一室

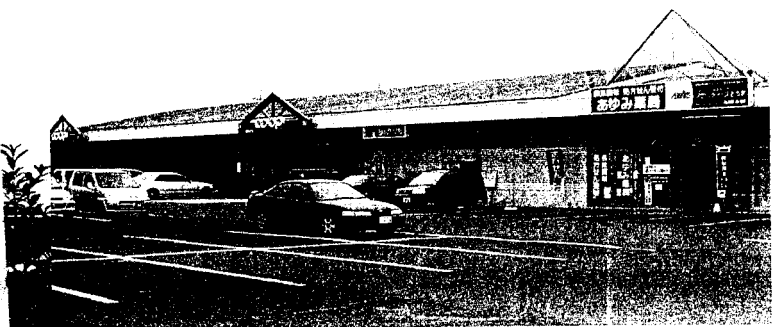




## 蔵の街診療所（栃木市） 地域の産業との複合体

とちぎコープ生活協同組合  
**コープ福祉介護センター栃木**  
 デイサービスセンター  
 ヘルパーステーション  
 コープ福祉介護相談センター

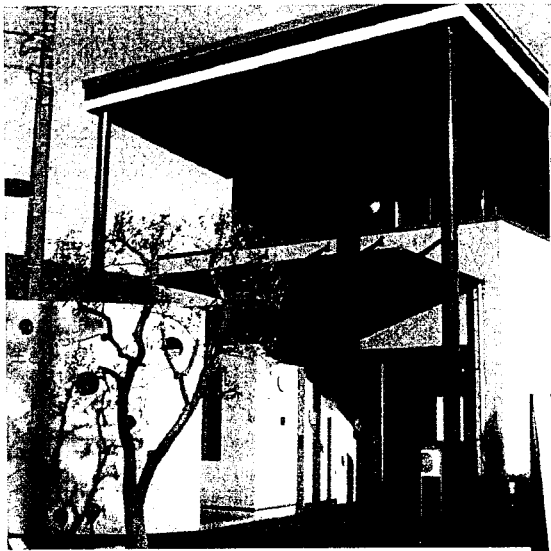
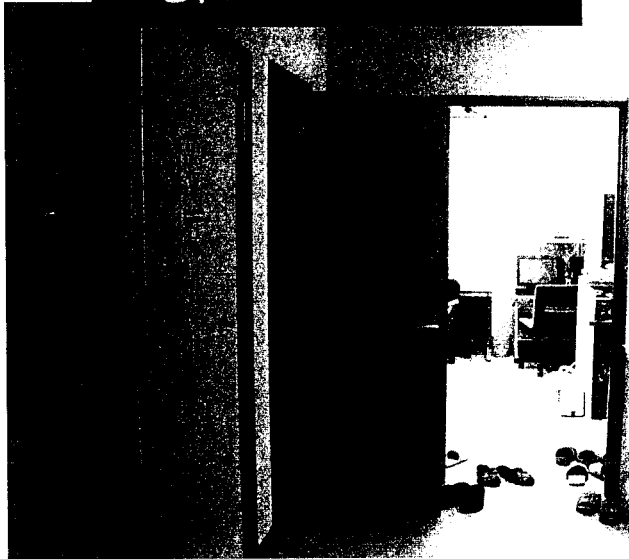
医療法人アスミス  
**蔵の街診療所**  
 訪問看護ステーション  
**オリーブ**



蔵の街診療所

ドアを隔てた訪問看護ステーション

訪問看護ステーション  
蔵の街  
● ご利用の方はノックしてください





## ■ 平成20年11月 在宅医療実績

蔵の街診療所(栃木市) おやま城北クリニック(小山市) 生きいき診療所(結城市)

午前中外来診療 午後往診 常勤医 4名 (非常勤医・夜間対応 3名)

在宅医療対象者 年齢 5歳～100歳(2名)

対象者 170名 (内施設 GH 高専賃 37名) 介護保険 146名 医療保険 24名

訪問診療(定期的往診) 381件 往診(夜間を含む) 71件(夜間 13件)

在宅看取り数 6件

13

## ■ 訪問看護実績(平成20年11月)

○ わくわく訪問看護ステーション(医療法人立) 常勤5名 非常勤3名

対象者 121名 延べ訪問件数 288件 (内リハ 123件)

時間外 19件(内 医師の往診同行 7件) 看取り 6件(5例 当法人)

○ オリーブ訪問看護ステーション(有限会社立) 常勤1名 非常勤5名

対象者 69名 延べ訪問件数 260件

時間外 4件(内 医師の往診同行 1件) 看取り 1件

14

## ■ 訪問看護ステーション 経営収支 (わくわく訪問看護ステーション)

平成19年	保険請求額等	4500万円
	人件費 (85%)	3700万円
	利益 (4%)	180万円

他の固定費 300万円  
 (家賃 65000円/月 駐車場 請求ソフト  
 パソコンメンテナンス等)

給与

常勤	450万円～520万円(税込み)/年
非常勤	200万円～300万円(税込み)/年

15

## ■ 訪問看護の実際

患者・家族にとっての弁護士役 医師にとっての諜報部員役  
 医師の負担感 相当減少

i) ファースト・コールを受ける 緊急往診時同行する

(小さな健康不安、些細な疑問 その場で解消 在宅医療への信頼厚くする・継続のコツ)

ii) バルン・胃瘻等トラブル、点滴、ポート、ストマなど 訪看が対応可能

iii) 意外に多い薬関連の疑問(薬剤師にかわり看護師が対応)

iv) 医師に聞けないことを気楽に、世間話や愚痴など

v) 急変→救急搬送回避

(救急搬送の10%は高齢者施設 一ヶ月後生存4% 読売12月10日)

高齢者急変の原因 脱水が引き金(大部分)

生活情報重要:なんとなく元気ない→濃い尿 尿量の減少→微熱→急変

早めの補液 急変回避 (看護師が対応可能)

日勤帯で対応 →夜間呼びあげの回避

vi) 死後の処置

vii) グリーフケア(悲嘆ケア)

虚弱高齢者への対応 補液、浣腸、導尿(訪看)

サチュレーション低下 呼吸数で肺炎診断可能(酸素 業者 抗生剤 訪看)

16

## ■ チーム医療の手法

- 顔の見えるコミュニケーション 世間話できる関係性

訪問看護部(ステーションと診療所が隣接 法人内チーム 一心同体  
外部訪問看護ステーション 難しい)

- 情報共有ツール PCの操作不得手な訪問看護師(40歳代後半)

電話連絡 携帯電話活用 (H4年当時 PB)

ICの活用

法人内メーリングリスト  
写真メールの活用(日常的なtelemedicine)

ファクシミリ

患者宅 ベッドサイドの情報交換連絡帳

意外に便利 (多職種協働との連携 薬剤師や介護職)

情報提供書の郵送

- ケアカンファレンス参加

17

## ■ 介護保険制度のなかでの訪問看護師の役割

- i) 訪問看護ステーションから行う訪問リハビリテーションの調整

- ii) 要介護3~5レベル在宅療養者

在宅酸素療法施行症例やがん末期症例など医療依存度が高い、  
或いは、重度認知症の在宅療養者には、

重症化予防の見地から訪問看護導入を必須条件とすべき  
(当面は努力義務としても..)。

- iii) 療養通所介護 デイサービスにおける看護の視点

- iv) 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)への訪問看護の拡大 (癌以外)

- v) ケアマネジャー資格取得 (介護保険制度の理解)

- vi) 多職種協働連携の要 (ケアマネジメント能力)

18

## ■ 医師と訪問看護師の連携に関するその他の課題

ケアマネジャーが調整

(ケアマネの力量により、医療依存度高い症例の施設誘導で中止)

勉強会、フォーラム、研究会、講演会(講師)などで名刺交換

HPからの情報

メディア(雑誌、TV、新聞)で紹介 過剰な期待(負の側面)

病診連携室からの紹介 (訪問看護ステーションから病院への情報提供貴重)

稀に行政からの紹介(機能する地域包括支援センターもある)

家族が直接、訪問看護ステーションへ相談

## 21世紀の医療 さまざまなパラダイムシフト

- 疾病から障害へ 治すから支えるへ キュア(cure)からケア(care)へ
- 医療から生活へ (薬から食事へ)
- 長寿から天寿へ (いのちの量から質へ)
- 急性期医療から終末期医療へ(死は医学の敗北でない)
- 病院から地域へ (病院医療から在宅医療へ)
- 自宅から共生型住まいへ (厚生労働省から国土交通省へ)
- 専門医から総合医へ (臓器から人間へ)
- 専門職から多職種協働へ(医師から看護師へ)
- EBMからNBMへ

**施設看護から在宅看護へ 訪問看護へ光を！**