

第7回 看護基礎教育のあり方に関する懇談会

議 事 次 第

平成20年6月2日（月）

13:00～15:00

厚生労働省 専用第22会議室（18階）

議 事

- 1) 各委員からのプレゼンテーション
- 2) 論点整理の構成案について

資 料

委員提出資料

資料1	井部委員	資料
資料2	尾形委員	資料
資料3	梶本委員	資料
資料4	寺田委員	資料
資料5	矢崎委員	資料
資料6	田中座長	資料

看護基礎教育のあり方に関する懇談会 論点整理の構成案

「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」について

1. 趣旨

我が国においては、現在約130万人の看護師をはじめとした看護職員が、医療現場の安全・安心を支え、患者のニーズに見合った看護を提供するなど様々な役割を果たしているが、少子・高齢化の進展や医療技術の進歩等の中で、その役割は、ますます重要なものとなると見込まれる。特に今後の高齢化の進展とともにいわゆる多死社会の到来を控え、看護職員の資質の向上が一層求められるところであり、平成19年4月にとりまとめられた「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」においても、「今後、(中略)将来を見渡す観点からの望ましい教育のあり方に関する抜本的な検討を別途早急に行う必要がある」と指摘されているところである。

これを受け、今後具体化する新たな医療計画に即した医療連携体制の構築や、在宅での療養生活を支える地域ケア体制の整備等の医療制度の変革も視野に入れ、将来において看護師を中心とした看護職員に求められる資質について議論するとともに、少子・高齢化等我が国の社会構造の変化を踏まえ、そうした資質の高い看護職員を養成していく上での看護基礎教育の充実の方向性について幅広い観点から議論を行い論点を整理することを目的とする。

2. 懇談内容

少子・高齢化等を踏まえた看護と看護職員に求められる資質、及びそうした資質の看護職員を養成していく上での看護基礎教育の充実の方向性についての論点整理

3. 懇談会委員

別紙

4. 懇談会の位置付け

厚生労働省医政局長の私的懇談会とし、会議の庶務は、省内関係課や文部科学省高等教育局医学教育課の協力を得て医政局看護課が行う

委員提出資料

資料1

井部委員 資料

看護基礎教育のあり方について

井部 俊子（聖路加看護大学）

- * 看護基礎教育は、免許取得前に習得しておく必要のある知識・技術を教育するとともに、免許取得後も将来にわたり看護職員として成長していくための基礎的な素養を身に付けることを主眼にした教育。

（看護基礎教育の充実に関する検討会報告書 平成 19 年）

- * 日本国憲法 第 25 条：財としての看護サービス

1. 中長期未来（およそ 20 年後）の看護職をとり巻く環境

人口構造の変化

少子化→18 歳人口の減少（看護師の確保と定着）

高齢化→多死時代（長寿を全うする人々を支える保健医療福祉システム）

科学技術の進歩→医療の高度化・複雑化

経済状況（医療費、医療制度・介護制度）

ひとびとの暮らし・価値観（「人生 85 年時代」ビジョン懇談会報告）

→健康ニーズの多様化・個別化

2. 看護師にもとめられる資質

科学的な思考と表現力 ————— 知識・技術（技能）：基礎学力と看護の専門性
コミュニケーション能力，分析と統合

倫理的な判断力 ————— 知識・技術を使う能力
責任と正義，先見性

創造性 ————— 豊かな想像力
人間理解、臨機応変さ

生涯にわたる主体的な自己学習の継続

人としての成熟

3. 看護基礎教育の骨格

Knowing-that as Education （大学教育）

Knowing-how as Training （卒後臨床研修）

指定のカリキュラムの最小化と大学の個性化（魅力ある看護教育）

国家試験による保証

資料2

尾形委員 資料

看護基礎教育のあり方に関する 私見(メモ)

2008. 6. 2

0. 問題検討のフレームワーク

○基本的考え方

- (1) 需要・供給両面からのアプローチの必要性
- (2) 時間軸設定の必要性
- (3) PDCAサイクル設定の必要性

1. 需要・供給両面からのアプローチ

(1) 需要面

- (最終需要)患者、一般国民の立場から、看護に何を期待するか
 - (雇用需要)医療機関、保険者、行政等の立場から、看護に何を期待するか
- (質量両面で)現在の看護に欠けているものは何か
看護基礎教育のどこが問題か

(2) 供給面

- (看護サービスの提供)
 - ・医療の高度化、少子高齢化、人々の価値観の変化、医療制度改革等の中で、提供する看護の内容(変化)をどう考えるか
 - ・参考資料(第27回日本看護科学学会・学術集会特別講演)

○(看護職員の確保)

- ・少子化、高学歴化、男女共同参画社会等の中で、
質量両面での看護職員の確保をどう考えるか
- ・優秀な「看護学生」の確保と、充実した魅力ある
看護基礎教育の実施
- ・「大量生産・大量消費」の構造からの脱却
→大量の「潜在看護職員」問題

2. 時間軸の設定

○どの程度の「中長期」を見通すか

- ・少子高齢化の進行、人口構造変化との関連
→「高齢化のピーク」論等
- ・医療制度改革等との整合性
→2006年医療制度構造改革では、2025年度
が想定目標年度
- ・教育の安定性、継続性という観点

3. PDCAサイクルの設定

○Plan

- ・改革の基本的構造
 - 政策目的と政策手段の整合性、エビデンス
看護基礎教育で対応すべき課題の限定
(卒後研修、看護業務範囲見直し等関連分野)

○Do

- ・具体的改革の実行プロセス
 - (段階的)実施手順、実施主体の権限と責務、
促進策、経過措置等

○Check

- ・政策評価の視点、測定指標の設定
 - You cannot improve what you cannot measure.
- ・評価主体
- ・評価時点

○Action

- ・「無謬性神話」、「責任追及第一主義」からの脱却
 - 過ちを改めるに憚る事なかれ

医療制度改革と看護への期待

九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座（専門職大学院）

尾形裕也（おがた・ひろや）

1. はじめに：2006年医療制度改革の位置付け

2006年にわが国の医療制度をめぐって大きな改革が実施された。この改革については、少なくとも次の2つの側面から考察することができる。

まず、第1に、2006年改革は、単独の改革というより、むしろ3年続いた社会保障制度改革の締め括りとして位置づけることができるという点である。2004年には、年金制度の大きな改革が実施された。公的年金については5年に1度「財政再計算」が行われることになっているが、2004年はちょうどその年に当たっていた。確定した将来の給付水準にあわせて保険料水準を決めるという従来 방식に変えて、逆に将来の保険料負担に上限を設け、給付水準を調整していくという少子・高齢化の急速な進展に即した考え方（いわゆるマクロ経済スライド）が取り入れられた。2004年には、制度改革とあわせて、基礎年金の未加入問題が大きな政治的・社会的問題として取り上げられたが、2004年は、全体として「年金の年」であったといっていよう。

次いで、2005年には介護保険制度の改革が実施された。2000年に創設された介護保険制度については、制度創設後5年目に当たる2005年にその見直しを行うことが決められていた。制度改革をめぐる議論の中では、被保険者及び受給者の範囲を拡大し、主として高齢者の介護問題に対応するためのシステムである現行介護保険制度を、障害者等の問題を含めた介護一般に対応する制度に拡大することも検討されたが、結局、今回はそうした基本的な見直しは見送られた。2005年の改革では、新たな予防給付の創設、地域密着型サービスの創設等を含む改革が実現を見ている。2005年は、全体として「介護の年」であったと位置づけることができる。

2004年の年金、2005年の介護、と続いて、2006年がいよいよ医療制度改革である。これで、年金、介護、医療というわが国の社会保障制度の根幹をなす3つの制度改革が一巡することになった。小泉首相の下でのいわゆる「聖域なき構造改革」路線の一環としての社会保障制度改革の総仕上げということになる。

第2に、医療政策に限って考えてみると、2006年改革は、ほぼ20年ぶりの大規模な医療制度改革であったと位置づけることができる（注1）。少し歴史をさかのぼって10年単位で問題をとらえてみると、1980年代は、医療制度に関しては、「改革の10年」であったといえる。1973年のいわゆる「福祉元年」における給付水準の大幅な引上げの後、第1次石油危機後の経済成長率の低下の中で、危機的状況に陥った医療保険財政を支えるため、大きな改革がほとんど2、3年おきに相次いで実施に移された。老人保健制

度の創設（1982年）及び大改正（1987年）、退職者医療制度の創設及び被用者保険本人一部負担の導入（1984年）、国保制度改革（1988年）等、およそ今日の医療保険制度を構成している基本的な枠組みがこの10年間で整備された。これに対して、続く1990年代は、実は医療本体についてはあまり大きな改革がなかった10年間だった。90年代における議論は、もっぱら高齢者に対する介護をどうするかというテーマに集中したと見てよい。その成果が2000年における介護保険制度の創設につながるわけであるが、医療本体の改革についてはあまり大きなものはなかったといえる。ようやく1997年に至って、被用者保険本人一部負担の引上げ（1割→2割）等を内容とする医療制度改革が実現を見た。この1997年を転機に、医療制度の「抜本改革」が議論されるようになり、その後、2000年、2002年と一定の改革が実施されたが、「抜本改革」とは程遠いものであった。2006年の医療制度改革は、この1997年以来約10年間にわたる議論に決着をつけるものであったと位置づけることができる。

2006年の医療制度改革については、様々な評価がありうる。これを「聖域なき構造改革」の一環として評価する意見もあれば、逆に、近年におけるいわゆる「医療崩壊」の一因とする否定的な意見もある。2006年改革についての評価は未だに定まっているとは言い難い。しかしながら、そうした評価や改革の内容については是非論はしばらく措くとしても、今回の改革の範囲及び規模がきわめて大きく、今後の日本の医療のあり方に大きな影響を及ぼす可能性があるという点については大方の賛同が得られるものと思われる。

2. 日本経済と医療経済の現状

次に、医療費（の伸び）と経済成長のバランスが近年崩れてきており、これが医療政策上の大きな問題であるとする、今回の改革の背景を構成している基本的な主張について検討してみよう。表1には、最近5年間の国民医療費と国民所得の動向を示した。これを見

<表1> 国民医療費と国民所得の動向（対前年度伸率）

年度	国民医療費	国民所得	割合
平成13年度	3.2%	△2.8%	8.61%
14	△0.5	△1.5	8.70
15	1.9	0.7	8.81
16	1.8	1.3	8.85
17	3.2	1.3	9.01

出典：厚生労働省「平成17年度国民医療費の概況」

ると、近年の医療費の伸びはそれほど大きなものではないことがわかる。「史上初の診療報酬マイナス改定」が実施された平成14年度は、国民医療費はマイナス成長であったし、その後の伸びも年率1～3%台に留まっており、ひと頃のように年率5%も6%も伸びているというわけではない。ただ、問題は、経済との関係であり、国民所得の動向を見ると、こちらは惨憺たる状況にある。最近ようやく日本経済は明るさを取り戻しつつあるといわれるが、表1に見る限りでは、国民所得の伸びはきわめて低水準に留まっている。その結果、国民医療費の国民所得に占める割合はじわじわと上昇し、平成17年度には初めて9%を超えるに至っている。医療費と経済とのバランスが変わりつつあることは事実であり、こうした状況を踏まえて、医療（保険）制度の中長期的な「持続可能性」が問われるようになってきているといえる。

一方、表2には、国民医療費の財源別構成を示した。平成17年度の国民医療費総額は33兆1,289億円であるが、その財源別内訳を見ると、保険料が50%を切っていることが注目される。わが国の医療制度は「皆保険」であるとか、「社会保険方式」であるとかよく言われるが、実は保険料が占める割合は2分の1を切っているのである。その主因は、公費負担割合が高いことに求められる。もちろんこれは、皆保険体制を維持するために、市町村国保や老人保健制度等に手厚い公費を投入してきた結果であり、大きな政策的意義のあることである。しかし、その一方で、こうした公費の投入割合の高さは、医療政策が国や地方自治体の財政状況の影響を受けやすい構造にあることを示している。特に、国の財政が危機的状況にあり、プライマリーバランスの黒字化が求められているような昨今の状況においては、医療費適正化への強いプレッシャーがかかりやすいといえる。2006年改革がこうした制約の下で実施されたことについては留意する必要がある。

<表2>国民医療費の財源別構成（平成17年度）

総額	33兆1,289億円
うち保険料	49.2%
公費	36.4%（国25.1%、地方11.4%）
患者負担	14.4%

出典：厚生労働省「平成17年度国民医療費の概況」

3. 日本の医療提供体制の現状と改革の基本的方向

日本の医療提供体制の現状については、さまざまな見方があるが、ここでは、①資本集約的（＝労働節約的）な医療サービスの提供、②医療施設体系の連続性、③民間主導

の医療サービスの提供という3点に絞って検討する。これらはいずれも、これまでの日本の医療提供体制における基本的な諸特徴であり、それなりに機能してきた面もあるが、今日ではそれが限界にきており、多くの問題を生み出している。2006年改革は、明らかにこうした諸問題の改善（変革）に取り組もうとしているものと考えられることができる。

まず、第1点目については、医療は一般的には労働集約的なサービスと考えられている。実際、マクロ的には、国民医療費の約2分の1は人件費であり、ミクロ的にも病院経営において人件費比率は50%が1つの目安とされてきた。他の産業と比べた場合、医療が労働力をたくさん使う、労働集約的なサービスであるということはあながち間違いではない。

しかしながら、日本の医療提供体制について国際比較をしてみると、また違った姿が見えてくる。国際的に見ると、実は、日本の医療提供体制については、相対的に病床施設や医療機器等の資本が潤沢なのに対し、労働投入が手薄であることが、大きな特徴である。つまり、国際比較においては、日本の医療提供は、「労働集約的」ではなく、むしろ「資本集約的」なのである。このことを、以下、改革前の時点におけるOECDの国際比較データ等を基に見てみよう。

表3には、主要な（人口当たり）医療資本投入の状況の国際比較データを示した。これを見ると、（急性期）病床の定義や、医療機器についてはその性能の相違等の調整を図る必要があり、厳密な比較は困難ではあるが、いずれも概数として見れば、日本における医療資本が諸外国に比べきわめて潤沢な状況にあることを示している。

<表3> 主要な医療資本投入状況の国際比較（2003年）

国名	人口千人当り 急性期病床数	人口百万人当り CT 台数	人口百万人当り MRI 台数
日本	7.2*	92.6**	35.3**
カナダ	3.2**	10.3	4.5
フランス	3.8	8.4	2.8
ドイツ	6.6	14.7	6.2
オランダ	3.2**	9.0 (95)	3.9 (95)
イギリス	3.7	5.8 (01)	5.2 (01)
アメリカ	2.8	13.1	8.6**

*日本は、病院の「一般病床数」。 **2002年データ

出典：OECD, OECD Health Data 2005、厚生労働省「平成15年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」

一方、病床当りの主要な医療労働投入の状況等を表4に示した。これを見ると、病床当

りの医療スタッフの配置に関しては、日本は諸外国に比べ、かなり手薄な状況にあることがわかる。たとえば、看護職員は人口当たりで見るとそれほど少ないわけではないが、病床当たりで見ると、きわめて手薄な配置となっている。表3とあわせると、日本の医療サービスの提供は、諸外国に比べ、相対的に「資本集約的」ないしは「労働節約的」に行われているといえる。

こうした「労働節約的」な医療サービスの提供は、多すぎる病床に対する手薄な人員配置に伴う深刻な問題を惹起している。2006年改革においては、明らかにこうした状況を変えていこうとしている。病床数については、平均在院日数の縮減及び療養病床の再編・スリム化を通じて、現在より相当削減することが想定されているし、人員配置については、いわゆる7対1看護の導入に示されるように、より手厚い配置を志向している。全体として明らかに、より「労働集約的」な方向を目指しているといえるだろう。

<表4> 主要な医療労働投入状況の国際比較（2002年）

国名	病床百床当り 医師数	病床百床当り 看護職員数	人口千人当り 看護職員数
日本	13.7	54.0	7.8
フランス	42.5	91.1	7.3*
ドイツ	37.6	108.6	9.7*
イギリス	49.7	224.0	9.7*
アメリカ	66.8	233.0	7.9

*2003年データ

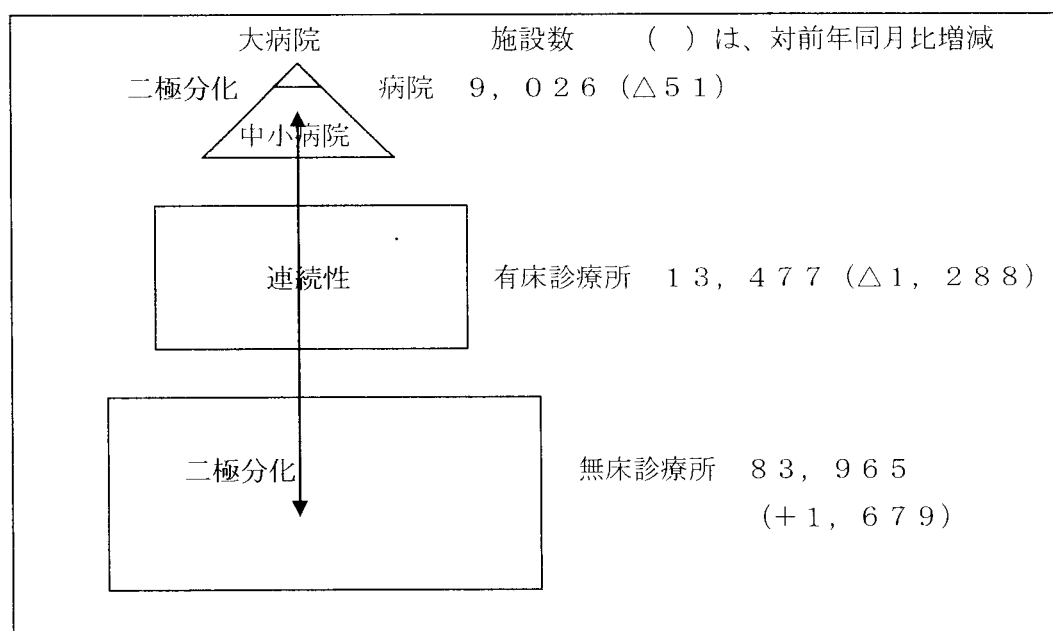
出典：厚生労働省平成18年医療制度改革資料

第2点目の医療施設の体系については、図1のような概念図で考えることができる。現行医療法上は、病床数20床を基準として、機械的に病院と診療所が区分されている。その結果、図1に示したように、医療施設の体系は、無床診療所（病床数ゼロ）、有床診療所（病床数1～19床）、病院（病床数20床以上）と、きわめて連続的な構造となっている。しかも、病院については、100床未満の病院の比率が39.5%、200床未満の病院の比率が69.6%と、中小病院の割合がきわめて高くなっている。こうした「連続性」は、単に医療法上の施設区分にとどまらない。たとえば、日本においては診療報酬の体系は、一部を除いて、基本的に病院、診療所共通のものとなっており、出来高払いを基本とする診療報酬体系がとられてきた。さらに、医療機関経営者の意識の問題としても、「診療所の大きくなったものが病院」であると考えてのが一般的であった。事実、外来患者をめぐって、病院と診療所は激しく競争しており、病院医療に占める外来診療のウエイトは、

諸外国に比べてかなり高いものとなっている。その結果、わが国においては、医療機関相互の機能分担と連携は遅れており、大病院でも診療所のように多数の外来患者で込み合うということになりがちである。これを患者の側から見ると、ほぼ完全な「フリー・アクセス」体制ということになる。「3時間待つて3分診療」ということがよく言われるが、これもこうしたフリー・アクセスの1つの帰結であるといえる。

OECD(2001)は、こうした日本の医療提供体制の問題を **Lack of differentiation and standardization** (機能分化と標準化の欠落) と評しているが、2006年の改革は明らかにこうした「欠落」を埋めていこうとしているように見える。機能分化については、医療計画の見直しを通じて、いわゆる4疾病5事業を中心に、地域における医療機能分担と連携の体制を構築しようとしている。また、標準化については、DPCの普及拡大、患者の状態像に応じた療養病床の診療報酬評価等を通じて、これを促進していこうとしている。

<図1>日本の医療施設体系に関する概念図(2005年10月現在)



出典：厚生労働省「平成17年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」より作成

第3は、わが国の医療提供体制が基本的に「民主導」であるという点である。たとえば病院の施設数を見ると、公的医療機関は15%、国立病院・療養所は3%程度に過ぎず、8割以上は医療法人立、個人立を中心とした民間病院となっている。また、一般診療所及び歯科診療所についても、そのほとんどが個人立または医療法人立である。病床規模を勘案すると、国公立の方が大規模な病院が多いため、民間病院のシェアは若干落ちるが、それでも、わが国の医療サービスの太宗は、民間医療施設によって担われているとって過

言ではない。一方で、医療財政は、国民皆保険の下で公的な医療保険制度によって担われていることと併せて考えると、わが国の医療については、「財政は公的に」、しかし「医療サービスの提供は民間を主体に」実施されているといえる（publicly funded and privately delivered）。戦後の急速な医療提供体制の整備は、主として民間医療機関の積極的な展開によるものであり、こうしたポリシー・ミックスはそれなりに機能してきたと評価できる。

しかしながら、こうした「民主導」の医療提供体制に対して有効な政策を展開することには基本的な困難が付きまとう。これを「権限」で押し付けることはできず、ソフトな誘導策が求められるが、その辺は行政が最も苦手としてきたところである。この面でのこれまでの有効な政策としてはせいぜい医療計画程度であり、むしろ診療報酬による経済的誘導策が事実上大きな役割を果たしてきた。しかし、こうした政策も厳しい医療費抑制基調の下で限界に来ている。2006年の改革においては、積極的な情報開示による患者・住民の医療機関選択を推進することで、「民主導」の医療提供体制に影響を及ぼしていこうとしている。医療計画等を通じ、この面で都道府県が大きな役割を果たすことが期待されている。

以上のような医療提供体制改革の基本的な方向性は、いずれも看護職のあり方に深く関わる問題ばかりである。こうした問題について看護職として一定の見識を持つとともに、医療機関の経営等に深く関わっていくことが望まれる。

4. 2006年改革の概要

今回の医療制度改革における主要なポイントを列挙すれば、以下の通りである（内容の詳細は省略）。

- ・ 中長期的な医療費適正化（給付費ベースの医療費適正化目標、医療費適正化計画等）
- ・ 生活習慣病対策を中心とした予防重視（保険者による保健事業の本格実施）
- ・ 保険者の都道府県単位を軸とした再編（政管健保の公法人化、都道府県単位の運営）
- ・ 新たな高齢者医療制度の創設（前期及び後期高齢者医療制度の創設）
- ・ 療養病床の再編成及び医療保険財源を活用した居住系サービスへの病床転換
- ・ 特定療養費制度の再編・拡大（保険外併用療養費制度への衣替え）
- ・ 診療報酬改定（2度目の本体マイナス改定、介護報酬と同時改定、重点評価と深堀り）
- ・ 医療における情報提供の推進
- ・ 医療計画の見直し
- ・ 医療法人制度の見直し

5. 看護への期待

最後に、今後の医療のあり方について展望するとともに、その中で看護に期待される役割について考察しよう。まず、第1に、医療サービス提供のあり方が、相対的により労働集約的な方向へ大きく転換しようとしている中で、看護が果たすべき役割は特に重要である。上述したような看護職員配置の国際的な状況を見れば、2006年改革で実現した7対1看護も、あくまでも1つの「通過点」に過ぎない。医療技術や人々の医療に対するニーズの高度化等を踏まえれば、急性期医療については、今後、5対1、4対1看護といった次のステップに進んでいく必要があるだろう。そのための前提条件としては、まず何よりも手厚い看護配置という政策の基本的方向性がEvidence-basedなものである必要がある。今後、医療におけるStructure指標である看護職員配置の状況が医療のOutcomeに結びついていることを説得的に提示していく必要があるものと思われる。

第2に、情報開示ないしはインフォームド・コンセントの進展である。2006年改革においては、積極的な情報開示によって患者・住民による医療機関の選択を推進することが目指されている。医療における「情報の非対称性」を縮小し、サービスの受け手の選択の幅を拡大していくことは、今後とも大きな政策課題であろう。第5次医療法改正においても、医療機関には、入院時の診療計画の義務付け、退院時の療養計画書の努力義務が課せられた。これらを含め、医療現場におけるインフォームド・コンセントを担う主体として、看護職に期待される役割は大きい。看護職として、こうした医療の大きな流れを十分踏まえた積極的な対応が期待される。

第3に、第1の点とも関連するが、医療機関の経営における看護職の役割である。表5に示したように、看護職は病院における最大の専門職集団であり、病院経営の死命を制する存在であるといっても過言ではない。看護職副院長制をとっている病院も近年ようやく増加しつつあるが、看護職のマネジメントへの積極的な参画が期待される。医療機関のような有資格の専門職集団組織においては、CS (Customer Satisfaction 顧客満足) とともにES (Employee Satisfaction 従業員満足) もきわめて重要である。看護については、従来から、いわゆる「マグネット・ホスピタル」という概念が提唱されてきた。ANCC (American Nurses Credentialing Center) によれば、マグネット・ホスピタルの備えるべき14の「磁気」として、看護のリーダーシップの質、組織構造、経営スタイル、人事政策及びプログラム、ケアの質、看護ケアの自律性、教育研修システムの構築等の各項目が挙げられている(注2)。これらは単に看護職員の確保・定着対策というよりは、優れた医療機関が有すべき一般的な要件であるといえる。看護職は、こうした「マグネット・ホスピタル」の実現を通じて、医療機関のマネジメントに深く関わっていくことが期待される(注3)。

第4に、在宅医療の担い手としての看護職の役割である。少子・高齢化の急速な進展、人々の価値観の変化の中で、在宅医療に対する国民の期待にはきわめて大きなものがあるが、現実とのギャップもまた大きい。在宅医療費は、国民医療費の2%程度を占めているに過ぎず、今後、医療における資源配分を変えていく必要があることは明らかである。2006年改革において導入された「在宅療養支援診療所」は、その一翼を担うべきもので

ある。今後、在宅療養支援診療所が普及・拡大し、地域において十分機能していくことが期待されるが、その際、きちんとした24時間の応需体制を組むためには、訪問看護の果たす役割はきわめて重要である。介護保険制度導入後、在宅介護サービスとの競合の中でかえって伸びにかけりが見られるとされる訪問看護ステーションについて、こうした地域の24時間体制の一翼を担っていく中での「復権」が強く望まれる。

<表5> 病院病床100床当たり常勤換算従事者数（2005年10月）

病院総数	102.6人
看護職	45.9 (44.7%)
医師	11.0
歯科医師	0.6
薬剤師	2.5
診療放射線技師等	2.2
臨床検査技師等	2.8
管理栄養士等	1.4
その他	36.1

出典：厚生労働省「平成17年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」より作成

第5に、保健事業、予防活動の担い手としての看護職の役割である。2006年改革においては、中長期的な医療費適正化の決め手として、生活習慣病対策の重視が掲げられ、保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施が義務化された。これらの事業においては、保健師（看護師）、（管理）栄養士が中心的な役割を果たすことが期待されている。こうした活動が中長期的な医療費適正化にどのように結びついていくかについては、現時点において確定的なevidenceがあるわけではない。むしろ、今後の事業展開を通じてその辺りを明らかにしていくことが課題であると思われるが、医療と予防との建設的な関係構築に向けたevidenceの蓄積に当って、看護職が中心的な役割を果たしていくことが期待される。また、いわゆる「保険者機能」の発揮という観点からも、加入者の健康管理は重要な課題である。こうした活動を展開していく中で（中長期的にはいずれにせよ必至であると考えられる）保険料アップに対する国民的な合意、納得の形成に資することが期待される。

<注>

(注1) 二木 (2007) は、四半世紀ぶりの大きな改革と評している。

(注2) ANCC のホームページを参照。

<http://www.nursecredentialing.org/magnet/forces.html>

(注3) 看護職員の確保・定着に関しては、尾形 (2007) を参照。

<参考文献>

尾形裕也 (2007) 「看護職員の需給問題に関する考察」『Hands-On』2007年 Vol.2

No.5 (12月臨時増刊号) 所収、pp4-9 じほう、東京

二木立 (2007) 『医療改革：危機から希望へ』勁草書房、東京

OECD (2001) *OECD Economic Surveys : Japan 2001*, OECD, Paris

資料3

梶本委員 資料

「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」の報告書について

2008/6/2 朝日新聞 梶本章

●懇談会のテーマ

「看護基礎教育の方法や内容、期間については、我が国社会と保健医療福祉制度の長期的な変革の方向等、将来を見渡す観点から望ましい教育のあり方に関する抜本的な検討を早急にする」（看護基礎教育の充実に関する検討会報告書）

「少子・高齢化等を踏まえた看護と看護職員に求められる資質、およびそうした資質の看護職員を養成していく上での看護基礎教育の充実の方向性についての論点整理」（当懇談会趣意書の懇談内容より）

- 基本的な受け止め＝中長期的な我が国の社会・医療状況と、看護に求められる資質や技能。そのために目指すべきこれからの看護基礎教育のあり方を論点整理する

【20年後の医療・社会】

- ① 医療の高度化・専門化
- ② 医療提供体制の組織化、チーム化
- ③ 高齢者医療・生活習慣病の増加
- ④ 在宅医療の増加
- ⑤ 人口のさらなる少子・高齢化
- ⑥ 経済の低成長

【看護職に求められること】

- ① 技能・専門性のアップ
- ② 基礎的な人間力（コミュニケーション能力、判断力）
- ③ 幅広い医学的知識
- ④ 在宅医療での総合判断能力
- ⑤ 医療・診察技術（いわゆる「医療行為」）
- ⑥ さまざまな組織の運営能力

【そのための看護教育のあり方】

- ① 基礎医学、基礎看護学などの充実
- ② 病院、在宅医療に必要な専門教育
- ③ 人間力の涵養（コミュニケーション能力）

- ④ 社会的な常識の涵養
- ⑤ 現場での看護実習の増加
- ⑥ 卒後研修の実施
- ⑦ より高度の専門性（医療行為を含む）は卒後教育で

- こうした基礎教育を実現するためには、実習を含め3年で習得するのは難しい。4年生大学を目指すのが妥当である。しかし、その場合、以下の問題について具体的な方向を明示するべきである

【4年生大学化を目指す上で検討が必要な問題点】

① 准看護師の問題をどうするか

看護師の基礎教育をレベルアップする中、実際に存在する准看護師の問題をどうするのか。それを放置したままの大学化は看護職の二層構造を固定することになり、一般の理解を得られない。今の准看護師は特例的に業務ができるようにするが、今後、養成していく必要はないのではないか。

② 移行過程をどう考えるのか

すでに4年生大学が校数、学生数とも伸びており、全体の傾向は4大化の方向に進んでいる。これを早めるのか、今の流れにまかせるのか、あるいは社会人のための3年生コースを一部残すのか。

③ コスト問題をどう考えるのか

従来の養成所がすべて教職員を増やして大学へ移行するのか。できるだけ短期間（3年）で看護師の資格をとって病院に勤務したいという要望にどう応えるのか。医療全体に及ぼすコスト（カネ、時間、資源）をどう考えるのか

④ 保健師、助産師の養成課程をどうするのか

現在の4年生大学は3年の看護師と1年の保健師・助産師の免許取得が認可要件となっている。4大化でこの方向をそのまま踏襲するのか。それとも、例えば4大化により看護基礎教育のさらなる充実を目指すのか。その場合、保健師・助産師の養成課程はどう位置づけるのか（4大の中で別コースとして考えるのか、4大とは別の大学院で扱うのか。その場合、これまで通りの養成が可能か）

⑤ 医療関係者の合意

病院、開業医、その他、医療現場の利害関係者の合意は得られるのか。

資料4

寺田委員 資料

看護基礎教育の在り方について (メモ)

寺田盛紀 (名古屋大学教育発達科学研究科)

1. 職業教育としての看護師養成の在り方

① 養成の量 (計画) と質変化への対応

・前者: 高齢化・在宅看護のニーズ増に伴う、看護師不足および、20年・30年先に予測される逼迫。

→→計画的で、確実な養成 (諸養成機関の活用、とくに3年制の養成所・看護学校等の役割、外国人看護師の部分的活用)

・後者: IT化 (電子カルテの導入等)、新機器・新薬剤・新治療技術等の知識・スキルの増大。エビデンスベースの治療、コンプライアンス・患者苦情等のマネジメント (法規、倫理、心理学)。

→→教育課程に反映させるべき

② 職域指定・就業制限職種としての看護師の養成責務

・中等教育や高等教育における一般的な専門教育 (アカデミックないし準アカデミックな教育) とは区別される、職業資格付与訓練 (きちんとした職務能力の育成)

→→基礎的知識・スキル形成に支障がないか? とくに実習時間の低下には抜本策が必要では? (後述)

・傷病者等に対して「療養上の世話及び診療の補助の仕事に従事するもの」(日本標準職業分類) という定義に変更があるのか?

→→医師不足を補う意味なら本末転倒であるが、医師業務の補佐の仕事、高齢者看護、在宅看護、予防的指導 (医師、保健師、介護福祉師との境界は?)

2. 養成制度の在り方

2-1. 養成4年制 (大学) 化について

・一般的に生徒・国民の高学歴志向、医療技術や看護技術の高度化が進んでおり、身につける知識・スキル等も増大していることは否定しようがない。その限りで、また医療現場のニーズのより実証的な把握を踏まえて、*計画的に*大学化 (昇格を含む) を進めるべきであろう。

・ただし、一律4年制化には疑問がある。年限延長自体に意味があるのか? 学士化自体に意味があるのか? 教育の時間増が必要なのか?

① 学術的なプロフェッションならともかく、技術的、実践的専門職の場合、熟練水準に応じたいくつかのキャリア段階がありうる (一級…、二級…、上級…、普通…)。

② 諸外国の場合、大学化を進める国 (例: 合衆国・英国; 但し3年制) と3年制の後期中等教育段階における実技中心の養成を行う国 (例: ドイツ; 但し、2004年以降 Krankenschwester かつ Gesundheits- und Krankenpfleger/in 「保健・疾病ケア師」) など、多様である。いずれの場合も、上級看護師-看護師-補佐の看護師等のキャリアパスが存在している。

③ 一部しか、またすべてをバッチェラーレベルとしない理由は、看護職に求められるより技術的・実践的資質 (訓練内容) の形成適時 (適齢) 性が存在するからである。

- ④ 患者や国民は、しっかりとした医療知識の基礎を身につけつつ、看護実践力の優れた、人間の生命や心にしっかり寄り添える「医療ケアの専門家」である。

*高等教育化が進む内外の職業教育全体の動向も考えると、一般大学とは基準・性格が異なる2-3 (4) 年制の職業 (専門) 大学の制度化と、そこでの看護師養成の位置づけを提案したい。

2-2. 准看護師および高校看護科について

- ① 出口ニーズがあれば新設もありうるが、ニーズ増がないとすれば、新設は停止せざるを得ない。但し、入り口ニーズは小なりとも存在するようである。
- ② 中卒3年間での養成はいかに「無理」があり、最低高校・専攻科等5年一貫のシステムへの漸次的シフト、プラス1年の実務経験等を加えるなどして、正看護師に至るパスを残しておくべきであろう。

2-3. 看護教員養成

- ① 教員の専門性は科目の専門性により担保されるので、看護師経験者に限定すべきではない。教員配置基準や養成規則を見直すべきであろう。
- ② とくに、教育学の研修が大学等での履修4単位ですむ、というのは教職課程・教員養成とは言い難い。一般学校教師の場合、19単位以上の履修が必要になっている。
- ③ 看護大学は看護師リーダーや看護教員養成機関(大学院大学)として特化してもよいのではないか？

3. カリキュラムについて

- ① 専門的職業の場合、知識やいうまでもないことであるが、実技により重きを置かねばならない。(ドイツの場合、座学2100時間に対して実習2500時間)
- ② 統合カリキュラムはほどほどに。統合・総合カリキュラムは、個々の専門のまとめや問題解決力育成等をはかるのに効果的であるが、まず看護師職域の知識・スキル・コンピテンシー・倫理を確保して上で。
- ③ (患者との) コミュニケーションスキルや看護職倫理は一定のプログラムとともに、患者の内面や苦悩に触れる対話実践から。
- ④ 数年間の基礎教育だけに看護師として求められる資質形成のすべてを課す時代ではない。すでに論じられているが、継続教育システムの検討、それと基礎教育との接続の視点も必要であろう。キャリアの自覚は「キャリア中期の危機」の時期に起こる、との説もある。

*医師、職員、看護補助者等との職務分担も気になるところであり、患者ニーズ、医療・教育財政を踏まえたより実証的な検討、さらに教育学・心理学研究との協同による基礎教育の在り方の提案を期待したい。

資料5

矢崎委員 資料

看護基礎教育のあり方に関する懇談会

ヒヤリング

平成20年6月2日
独立行政法人国立病院機構
矢崎 義雄

論点メモ

- 看護教育の多様性をどうとらえるか
 - ・3年教育の問題点は何か
 - ・2年教育の現状認識は

- 看護教育は4年必要である
 - ・養成校を大学化して時のコスト負担、インフラ整備のための人的、財政的資源は？
 - ・スケールの問題
 - 400校、2万人卒業生の養成校の全てを大学化することは可能か
 - ・3年教育+1年実習（授業料免減）は意味あるか
 - ・「療養の世話」を中心とした看護業務と担当する人材は確保できるか

- 保健師教育を大学教育に取り入れることの問題点は

- 看護師の業務分担の明確化と層別化

資料6

田中委員 資料

2008年6月2日

看護基礎教育のあり方に関する懇談会メモ

慶應義塾大学 田中 滋

1. 問題点の整理

1.1 看護教育に対する需要と供給

- ・看護教育需要と教育課程高度化に対する需要
- ・高度化された教育課程の供給力
- ・4年という年限 vs. 狭義の看護教育の必要年数

1.2 看護師の供給と需要 vs. 新卒看護師の供給と需要 →視野：いつの？

2. プロフェッショナル教育の経験から

2.1 ここでのプロフェッショナルとは

- ・プロフェッショナル：専門家？ 高度職業人？ cf. スペシャリスト
- ・プロフェッショナル・スクール cf. アカデミック・スクール

2.2 プロフェッショナル教育の方法論と教員

- ・意思決定課題を抽出し、それに対する正解群の中から1つを選択し、実行する力
- ・「叡知は教えられぬがゆえに」
cf. 知識と思考の統合
- ・教員資質と教員の訓練
- ・プロフェッショナルに対する専門教育：T型・II型 cf. I型

3. 臨地実習と臨床研修

臨地実習の難しさ

- ・医学の進歩
- ・急性期病床入院患者の重症化

プロフェッショナルと「臨床」研修

- ・教員資質と教員の訓練

看護基礎教育のあり方に関する懇談会 論点整理の構成案

- 看護をとりまく状況の変化について
- 看護職員に求められる資質について
- 看護基礎教育の充実の方向性について
- 課題等