

第2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3月3日（月）

15:00～17:00

厚生労働省5階 共用第7会議室

議 事

ヒヤリング

太田 秀樹 おやま城北クリニック院長

秋山 正子 白十字訪問看護ステーション所長

永江 尚美 島根県健康福祉部健康推進課調整監

資料

1. 追加資料
2. ヒヤリング資料

1. 追加資料

資料 1 女性の就労状況について

資料 2 看護職員の離職・転職のデータについて

資料 3 死亡場所の内訳・推移について

資料 4 新人看護職員の研修について

資料 5 看護師養成所の教員に関する事項について

資料 6 看護教員の異動状況について

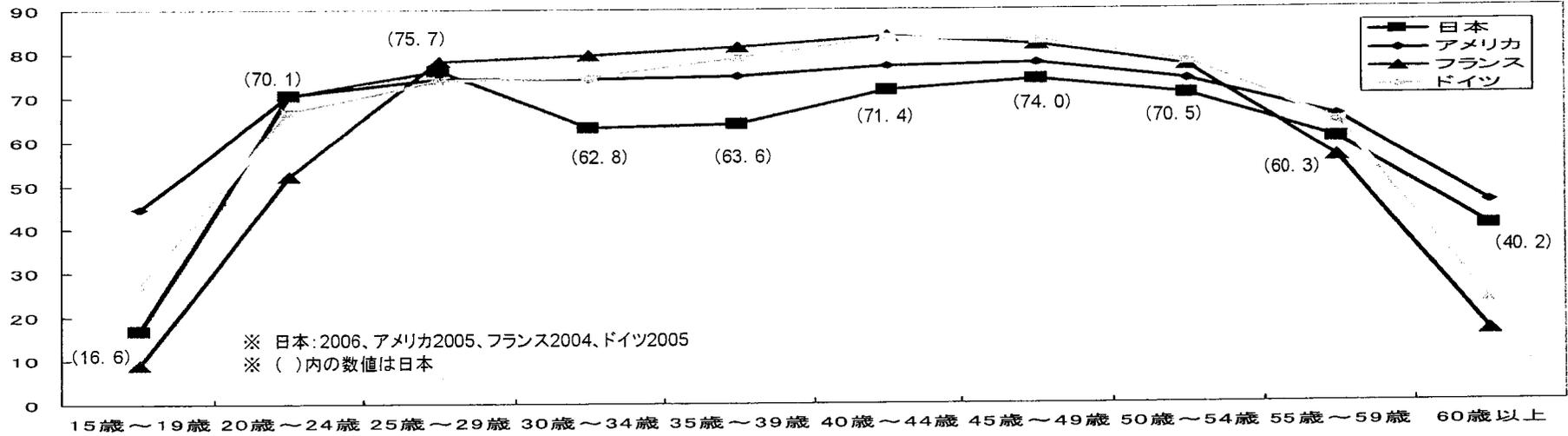
資料 7 看護師の業務範囲について

資料 8 大学、短大、養成所等の受験倍率及び定員充足率について

資料 9 一般病院の従事者数の割合について

女性の年齢階級別労働力率の国際比較

(単位: %)

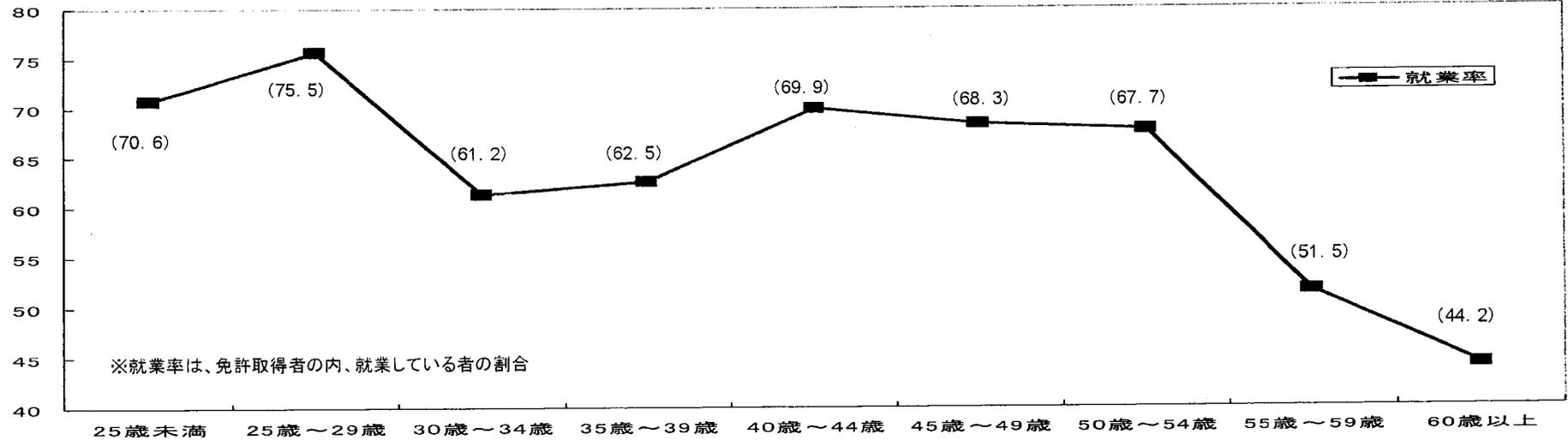


出典: ILO "LABORSTA Labour Statistics Database"

(注) アメリカの区分のうち、「15～19歳」の欄は、「16～19歳」として取り扱っている。

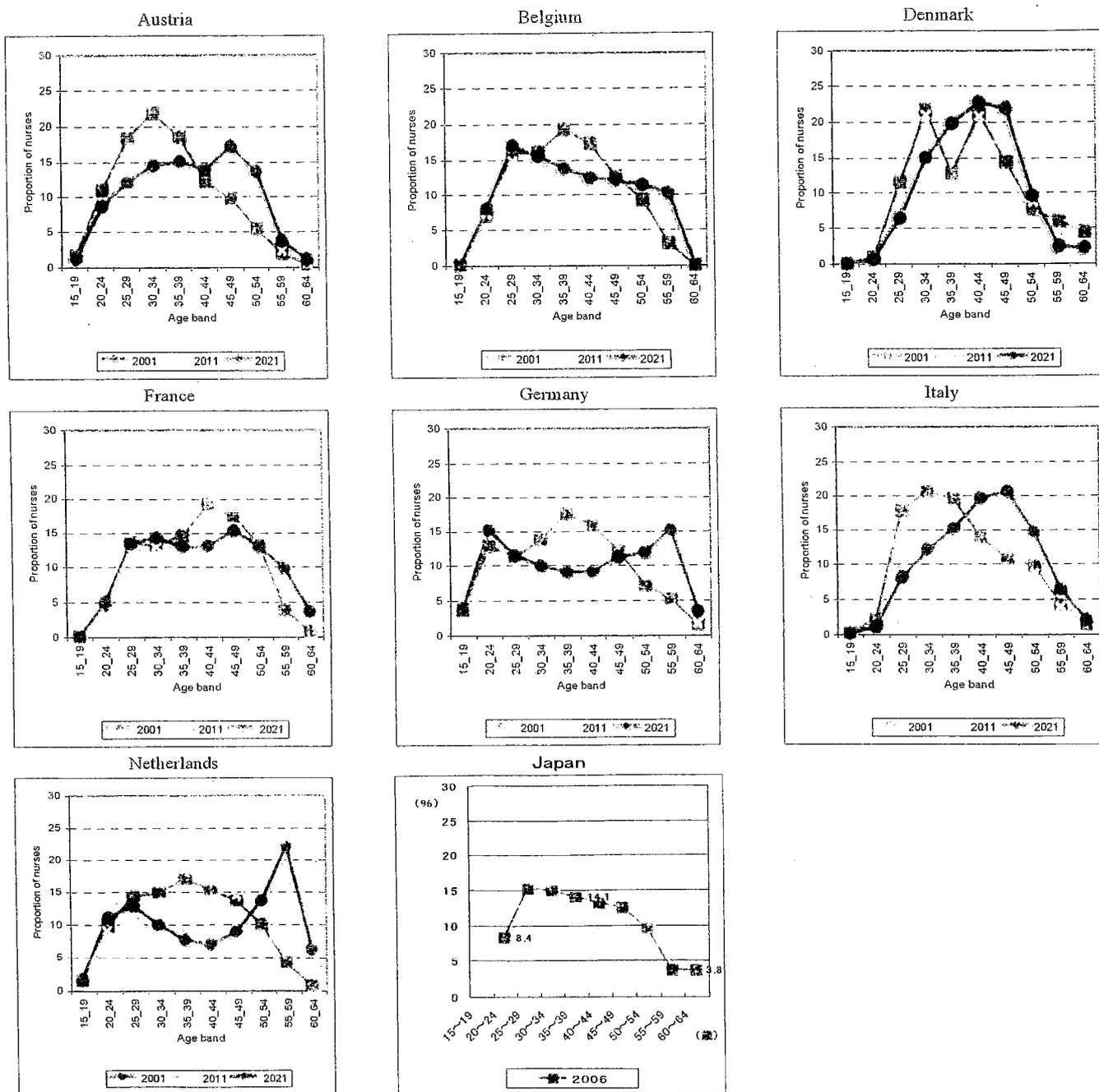
看護職員の就業率について

(単位: %)



※就業者数: 厚生労働省大臣官房統計情報部「衛生行政報告例(平成14年)」
 免許取得者: 厚生労働省医政局看護課しらべ

看護師の年齢構成別推移(欧州と日本の比較)

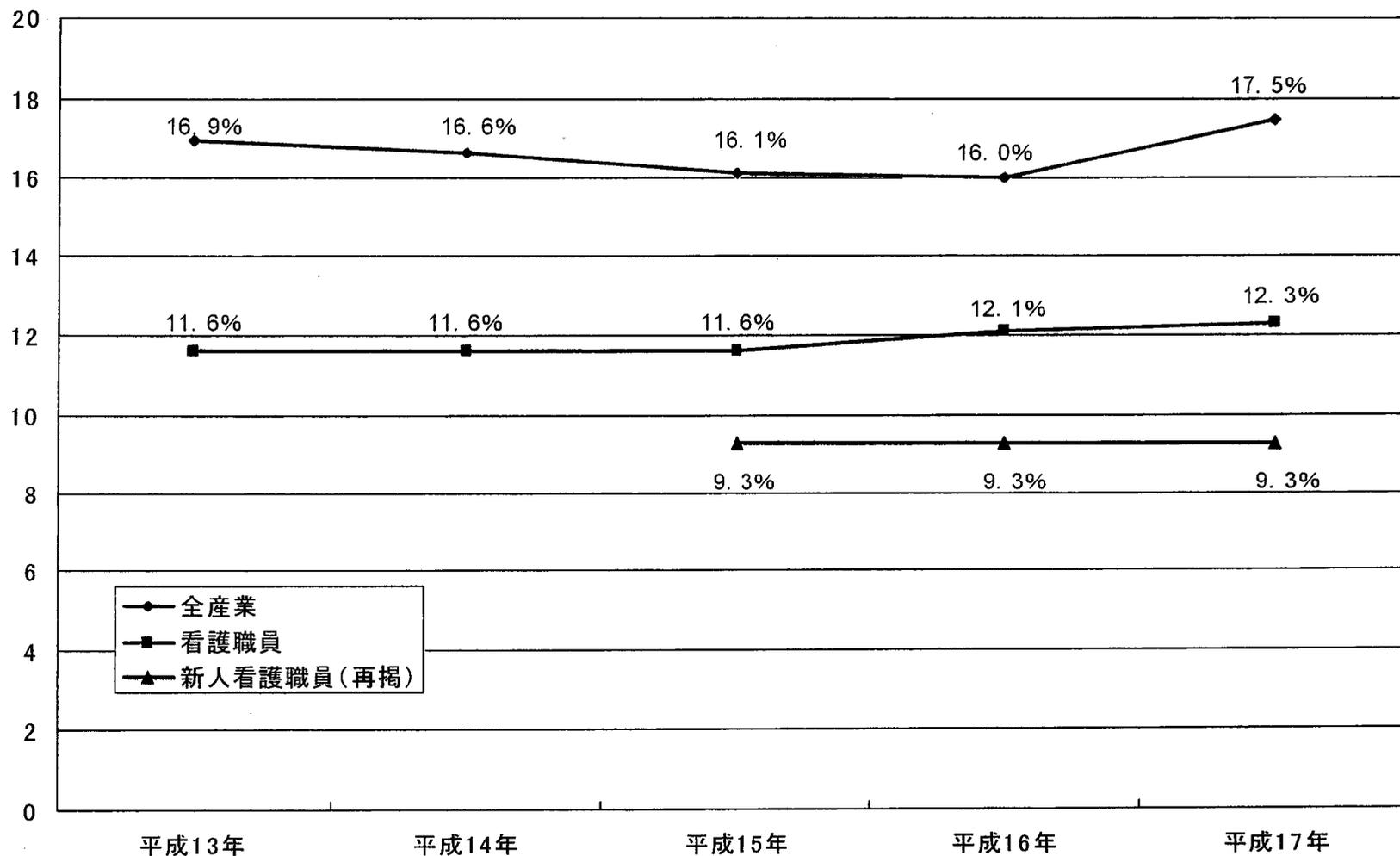


Notes:

- EUROSTAT data refer to ISCO-88 code 223 'nursing and midwife professionals' and code 323 'nursing and midwifery associate professionals'.
- Data for New Zealand refer to 2000, 2010 and 2020.
- For a description of the assumptions underlying these projections, see Box 3.

Source: EUROSTAT Labour Force Survey.

全産業と看護職員の離職率の推移



出典:全産業は「雇用動向調査」(厚生労働省大臣官房統計情報部)
看護職員は「病院における看護職員需給調査」(日本看護協会)

新人看護職員の離職理由

新卒看護職員の職場定着を困難にしている要因(複数回答)

(調査期間:平成16年11月～12月 対象:大学、短大は看護学部部長、養成所は教務主任)

(学校調査:学校養成所種類別)

	大学 (n=60)		短大 (n=29)		看護師養成所 (n=348)	
	順位	割合(%)	順位	割合(%)	順位	割合(%)
基礎教育終了時点の能力と現場で求める能力とのギャップが大きい	①	66.7	②	75.9	①	82.5
現代の若者の精神的な未熟さや弱さ	②	55.0	①	86.2	②	79.0
看護職員に従来より高い能力が求められるようになってきている		25.0		24.1	③	52.9
個々の看護職員を「認める」「ほめる」ことが少ない職場風土	③	40.0	⑤	31.0	④	47.1
現場の看護職員が新卒看護職員に教える時間がなくなってきている	⑤	31.7	⑤	31.0	⑤	39.4
交代制など不規則な勤務形態による労働負担が大きい	④	33.3	③	34.5		28.2
新卒看護職員を計画的に育成する体制が整っていない		20.0	③	34.5		31.3
新卒看護職員が看護の仕事の魅力を感じにくい状況にある		25.0		24.1		37.6
自分が医療事故を起こすのではないかと不安が強く萎縮している		28.3		27.6		27.9
看護業務が整理されていないため新人が混乱する		16.7		13.8		1.1
若者がおかれた社会的な状況が経済的自立の必要性を弱めている		11.7		13.8		1.1
その他		18.3		13.8		14.9
無回答		3.3		6.9		0.3

※nは調査票回収数(調査票送付671校 有効回収数436 回収率65%)

出典:「2004年 新卒看護職員の早期離職等実態調査」(日本看護協会)

新人看護職員の離職理由

新卒看護職員の職場定着を困難にしている要因(複数回答)

(調査期間:平成16年11月～12月 対象:200床以上の全病院の看護部長)

(病院看護部調査)

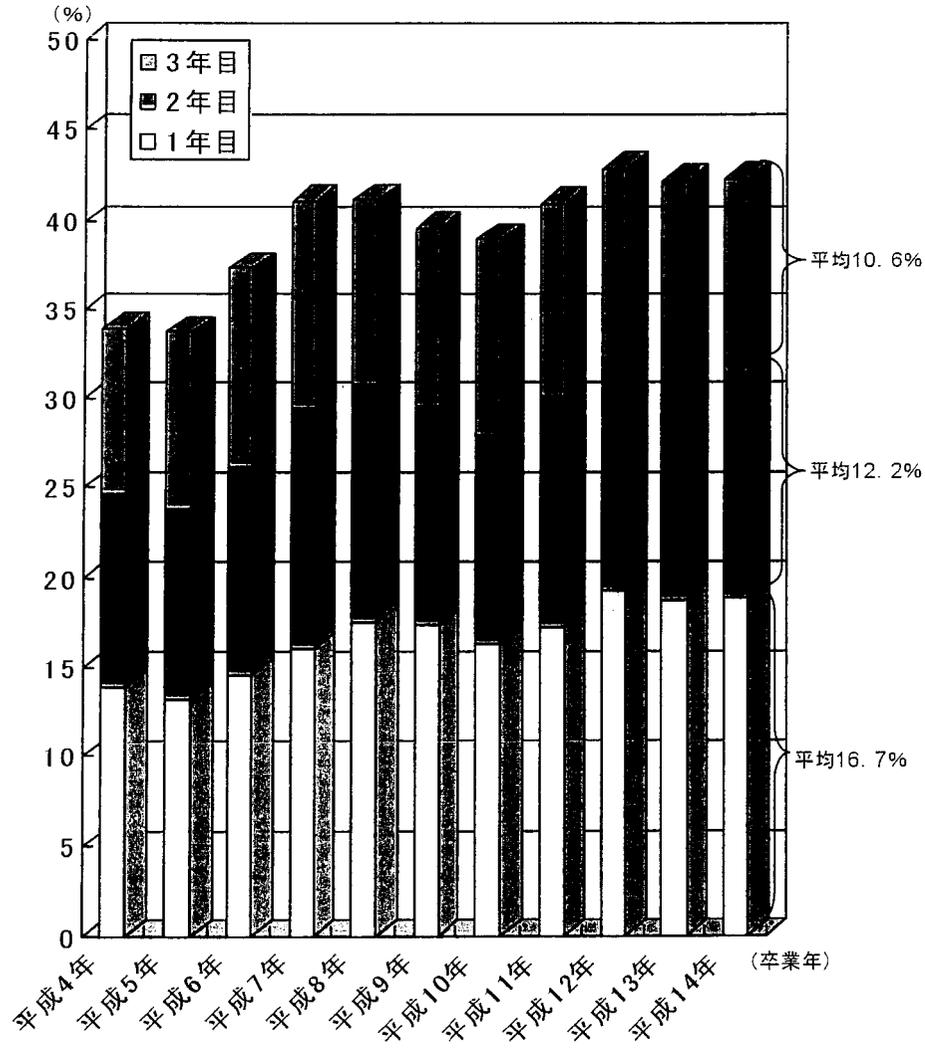
	病院調査 (n=1,219)		参 考 学校調査(n=436)		備 考
	順位	割合(%)	順位	割合(%)	
基礎教育終了時点の能力と現場で求める能力とのギャップ	①	76.2	①	80.3	
現代の若者の精神的な未熟さや弱さ	②	72.6	②	76.4	
看護職員に従来より高い能力が求められるようになってきている	③	53.3	③	47.0	
個々の看護職員を「認める」「ほめる」ことが少ない職場風土	⑨	20.9	④	45.0	
現場の看護職員が新卒看護職員に仕事のなかで教える時間がない	④	39.0	⑤	37.8	
交代制など不規則な勤務形態による労働負担が大きい	⑤	37.2	⑧	28.9	
新卒看護職員を計画的に育成する体制が整っていない	⑩	20.8	⑦	30.0	
新卒看護職員が看護の仕事の魅力を感じにくい状況がある	⑦	30.4	⑥	34.9	
自分が医療事故を起こすのではないかと、という不安で萎縮している	⑧	28.5	⑨	28.0	
看護業務が整理されていないため新人が混乱する	⑪	17.0	⑩	23.4	
現代の社会・経済的な状況が経済的自立の必要性を弱めている	⑥	33.4	⑪	20.0	
その他	⑫	10.3	⑫	15.1	
無回答	—	7.5	—	1.1	

※nは調査票回収数(調査票送付2,879病院 有効回収数1,219 回収率42%)

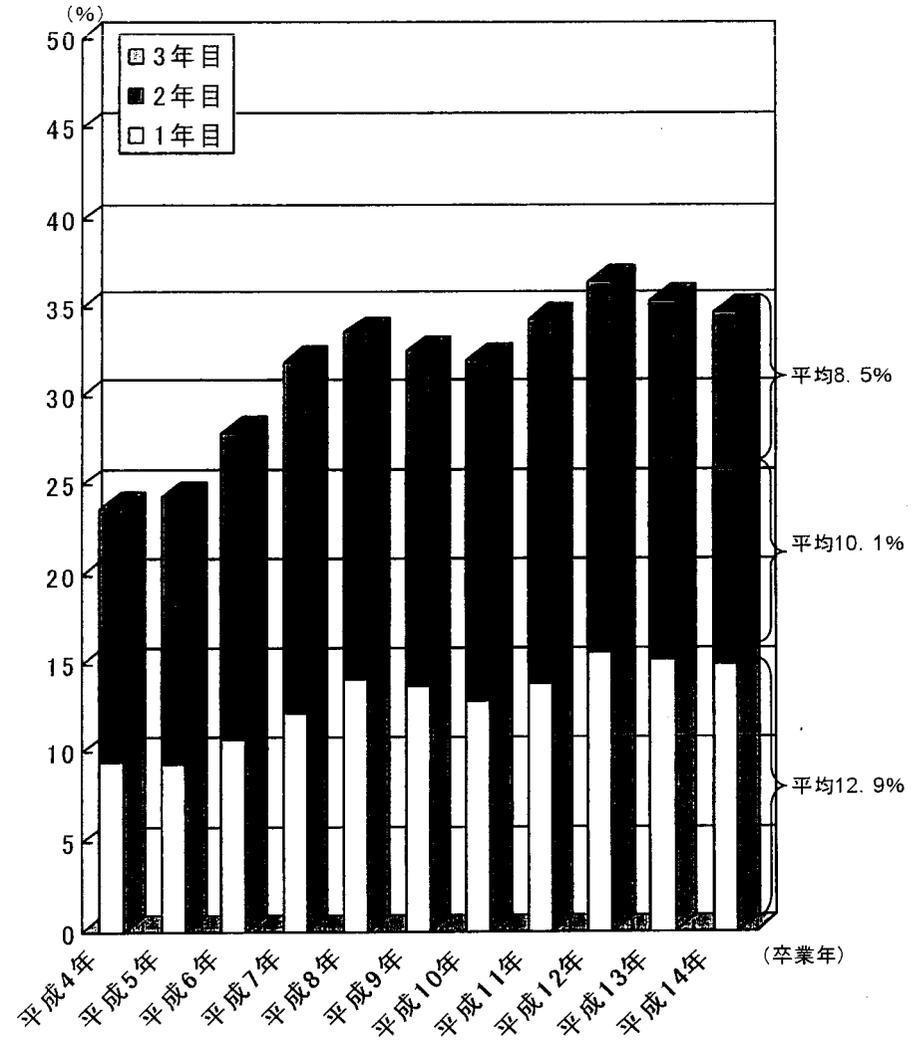
出典:「2004年 新卒看護職員の早期離職等実態調査」(日本看護協会)

全産業の新規学卒就職者の在職期間別離職率の推移

短大等卒



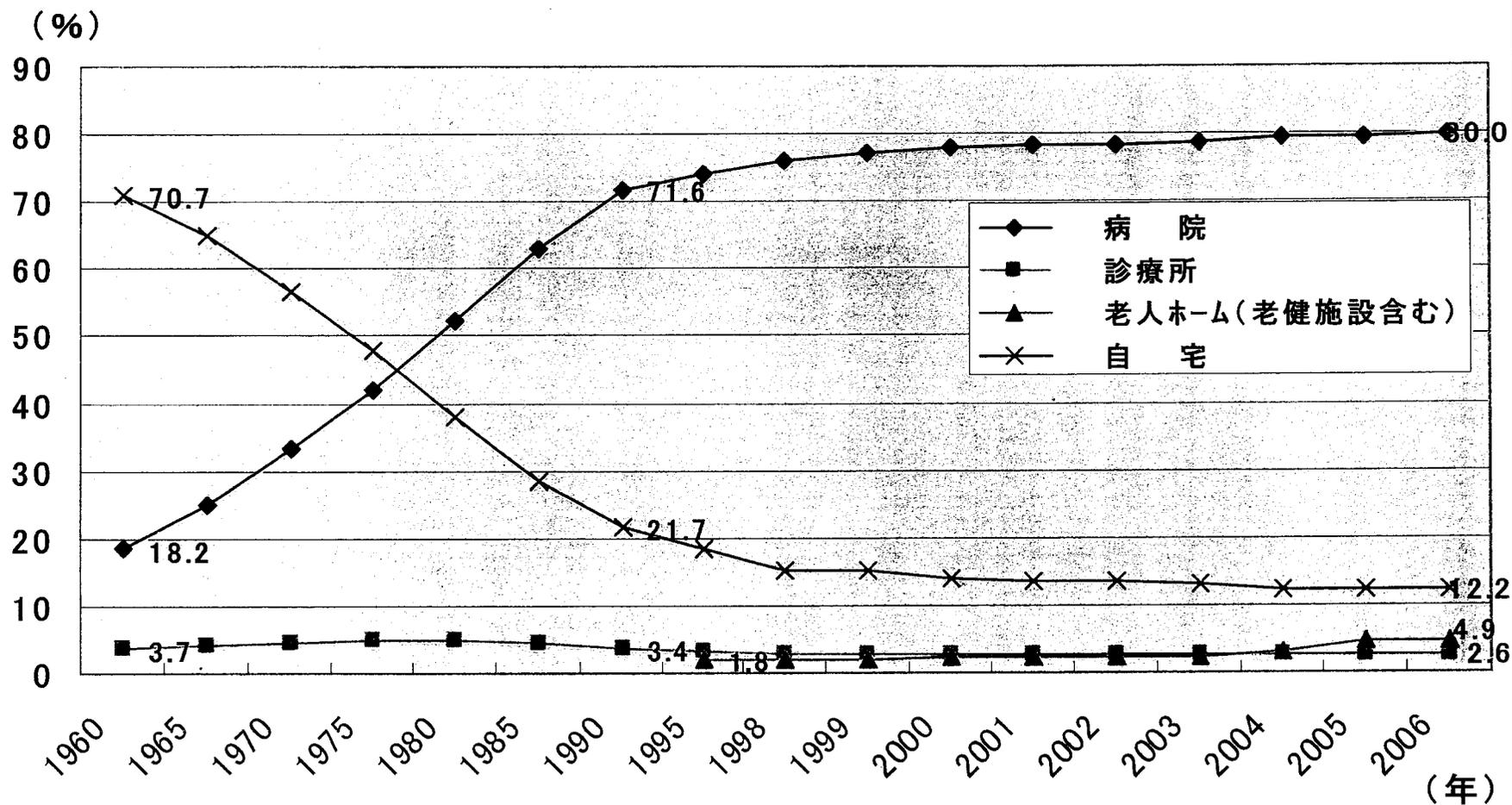
大学卒



(注)この離職率は厚生労働省が管理している雇用保険被保険者の記録を基に算出。新規に被雇用保険者資格を取得した年月日と生年月日により各学歴に区分。

厚生労働省職業安定局調べ

死亡場所の内訳・推移



出典:平成18年 人口動態調査

※1990年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれている。

新人看護職員の研修について

オーストラリア (ニューサウスウェールズ州)

新人研修が開始された理由	これまでの看護教育が病院システムから大学での教育に変わり、新卒看護師の臨床経験不足が問題となり、このプログラムが開始された。
プログラムの目的	実際の臨床現場での知識と安全な看護技術の能力を確保し、現場の環境に慣れ、医療チームの一員として責任を持ち独立し自信を持った医療ケアができるように支援することである。
プログラムの内容	<p>プログラムは 12 ヶ月間で、4 ヶ月ごとに内科・外科・専門領域の 3 つの臨床部門をローテーションするシステムになっている。専門領域の決定は、コーディネーターと相談の上決定する。新卒看護師はプリセプターの支援を受けながら臨床の実践能力を向上させる。</p> <p>また、看護技術に関しては、チェックリストに基づいて評価されている。</p>

※ 公立病院だけではなく、州全体のシステムとして実施されている。研修期間中の新卒看護師の雇用は、各病棟の定数以外の枠での採用であるが、新採用者と同じ待遇として給与が支給される。

- 出典
- 平成 12 年看護政策基盤整備推進事業報告書 看護教育の在り方に関する検討
社団法人日本看護協会
 - ニューサウスウェールズ州(セントジョージ病院)の移行教育プログラム

イギリス

<p>新人研修が開始された理由</p>	<p>イギリスは歴史的に看護学生は労働力の一部としてみながら訓練されてきた。しかし、1986 年から看護学校は大学に移行し、教育の予算は医療の予算と切り離された。この看護教育改革に基づいて、看護教育が一本化され、今まで別々に教育されていた小児看護師、精神科看護師などを統合してカリキュラムが作られた。これをプロジェクト2000と呼ぶ。しかしながら、このプロジェクト2000で育成される新規看護師の技術と適正(competence)が問題になった。新規看護師は旧カリキュラムで育成された看護師と比べて知識基盤は大幅に拡大したが、資格を取得した段階で臨床技術と看護技術が不足していることが認められた。</p> <p>これを受け政府は新しい看護教育プロジェクト(Makings difference)を打ち出した。このレポートをもとに、各国民健康サービス(NHS National Health Service)の施設が独自のプログラムで新人看護教育を行うこととされた。</p>
<p>プログラムの内容</p>	<p><事例 マンチェスターの NHSトラスト></p> <p>新人教育には公的資金が使われ、新人教育プログラムは、1 年間である。通常は一對一のプリセプターシップ</p> <p>コースは4ヶ月ごとの3つに分かれる。それぞれのセッションで2日間のコースをもつ。</p> <p>最初の4ヶ月では輸液療法のコースを2日間行う。技術のことだけでなく、専門的、法律的問題、リスクマネジメント、輸液量の計算方法等を実習する。</p> <p>次の4ヶ月では、自己効力コースを行う。これは基礎管理コースである。2日間で、どのように自分の仕事を管理するかを学ぶ。</p> <p>最後の4ヶ月では2日間のアセスメントと教育のシンプルなセッションを行う。</p>

- 出典) ・ 「看護婦教育における臨床実習科目の展開」 インターナショナルナースレビュー Vol.23(5),2000
- ・ 「イギリスにおける看護師の教育制度の変遷と看護職の現状」 石川看護学雑誌 Vol.3(1),2005
- ・ 平成12年看護政策基盤整備推進事業報告書 看護教育の在り方に関する検討
- 社団法人日本看護協会

看護師等養成所の教員に関する事項

看護師等養成所の運営に関する指導要領について(平成13年1月5日 健政発5号)

○専任教員の要件について

養成所	専任教員の要件
保健師	保健師として5年以上業務に従事した者で、専任教員として必要な研修を修了した者、又は、これと同等以上の学識経験を有すると認められる者
助産師	助産師として5年以上業務に従事した者で、専任教員として必要な研修を修了した者、又は、これと同等以上の学識経験を有すると認められる者
看護師 ①か②のいずれか	① 保健師、助産師または看護師として5年以上業務に従事した者で、専任教員として必要な研修を修了した者、又は、これと同等以上の学識経験を有すると認められる者 ② 専門分野の教育内容のうちの一つの業務に3年以上従事した者で、大学において教育に関する科目を履修して卒業した者
准看護師 ①か②のいずれか	① 保健師、助産師または看護師として5年以上業務に従事した者で、専任教員として必要な研修を修了した者、又は、これと同等以上の学識経験を有すると認められる者 ② 専門分野の教育内容のうちの一つの業務に3年以上従事した者で、大学において教育に関する科目を履修して卒業した者

◇ 専任教員として必要な研修とは:

- 厚生労働省看護研修研究センターの看護教員養成課程
- 厚生労働省が認定した看護教員養成講習会(旧厚生労働省が委託実施した者を含む)
- 保健師については、国立保健医療科学院の専攻課程(平成14年、15年度 旧国立公衆衛生院の専攻課程看護コース含む)および専門課程地域保健福祉分野(平成16年度)

◇ 大学において教育に関する科目を4単位以上履修した者

○専任教員の配置について

養成所		配置人数	
保健師		3人以上	学生定員が 20 人を超える場合には専任教員を 適当数増員
助産師		3人以上	
看護師	3年課程	8人以上	(3年課程、3年課程(定時制)、2年課程(定時制)) 学生総数が 120 人を超える場合は学生 30 人を 目途に専任教員を 1 人増員
	2年課程	7人以上	
准看護師		5人以上	(2年課程(通信制)) 学生総定員が 500 人を超える場合には学生 100 人を目途に 1 人増員

◇ 専任教員のうち 1 人は教務に関する主任者であること

厚生労働大臣が指定を行う看護師等学校養成所の専任教員数について

○ 平成17年度専任教員数等 (平成17年4月現在)

	学 校 数	専 任 教 員 数
保 健 師	30校	212人
助 産 師	34校	119人
看 護 師 (3 年 課 程)	503校	4, 867人
看 護 師 (2 年 課 程)	274校	2, 109人

○ 平成18年度専任教員数等 (平成18年4月現在)

	学 校 数	専 任 教 員 数
保 健 師	25校	183人
助 産 師	33校	119人
看 護 師 (3 年 課 程)	510校	4, 924人
看 護 師 (2 年 課 程)	260校	1, 941人

保健師助産師看護師法施行令第14条に基づく報告より

文部科学大臣が指定を行う学校の専任教員数について

○ 平成 1 7 年度 専任教員数

(平成 1 7 年 5 月 1 日現在)

	学校数	専任教員数
大 学	129	4,862
短期大学	60	1,025
専修学校	17	220

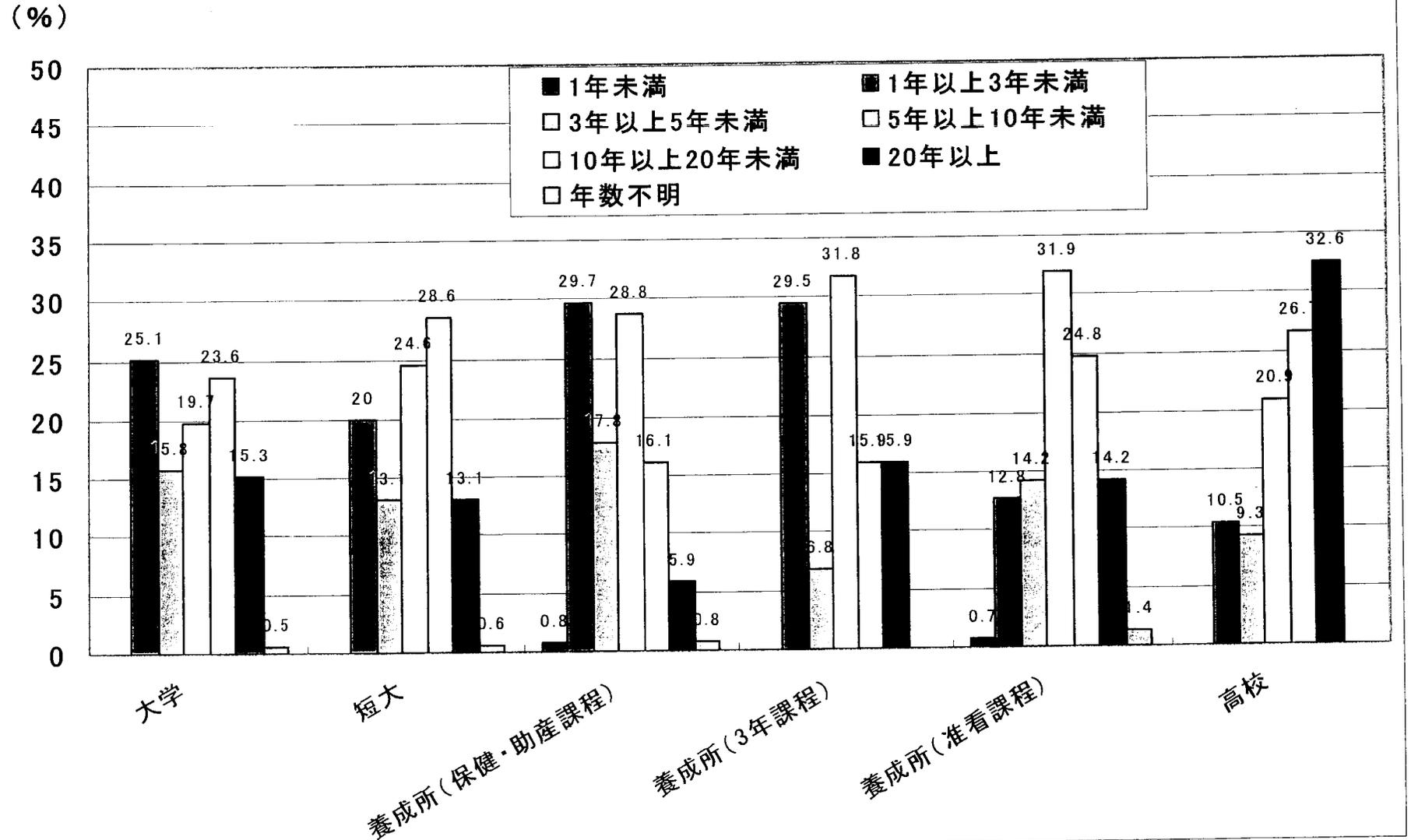
○ 平成 1 8 年度 専任教員数

(平成 1 8 年 5 月 1 日現在)

	学校数	専任教員数
大 学	145	5,175
短期大学	54	826
専修学校	16	223

- ※ 専任教員数はそれぞれ大学設置基準、短期大学設置基準、専修学校設置基準に基づく専任教員の数を計上した。
- ※ 本データについては、保健師助産師看護師法施行令第14条に基づく毎年度の報告により計上した。
- ※ 学校数については、専攻科及び別科を除き、1の課程を1学校として計上した。

看護教員の所属機関別教育経験年数



出典：日本看護学教育学会調査研究プロジェクト(2000.8)

注)調査対象：看護基礎教育機関として、全国の看護系の大学、短期大学、高等学校ならびに保健師助産師看護師学校養成所の教育課程ごとに一定率を定め、無作為層化抽出法で、全国看護系学校教員名簿から、看護教師1,991人を抽出し、これを調査対象とした。

米国における上級看護師について

○ 上級看護師の総称は Advanced practice registered nurse (APRN) で、American Nurses Credentialing Center (ANCC) が専門領域等を認定している。

APRN には、Nurse Practitioner (NP) ・ Clinical Nurse Specialist (CNS) ・ Certified Nurse-Midwife (CNM) ・ Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA) がある。

○ Nurse Practitioner と Clinical Nurse Specialist には、それぞれ7つの専門領域がある。

資格の種類	nurse practitioner (NP)				clinical nurse specialist (CNS)			
専門領域	Acute Care	Adult	Family	Gerontological	Community Health Nursing	Gerontological Nursing	Home Health Nursing	Medical-Surgical Nursing
	Pediatric	Adult Psychiatric and Mental Health		Family Psychiatric and Mental Health	Pediatric Nursing	Adult Psychiatric and Mental Health Nursing		Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing

○ 上級看護師の認定及び登録は州において行われ、業務範囲等も各州法により定められている。

カリフォルニア州の場合	clinical nurse specialist (CNS)	nurse practitioner (NP)	nurse midwife (NM)	nurse anesthetists (NA)
ミネソタ州の場合	certified clinical nurse specialist (CNS)	certified nurse practitioner (CNP)	certified nurse midwife (CNM)	certified registered nurse anesthetist (CRNA)
ニューヨーク州の場合		nurse practitioner (NP)	midwife	

出典:「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究」(厚生労働科学研究 2001年)

カリフォルニア州における看護師の業務範囲

出典:「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究」(厚生労働科学研究 2001年)

	具体的行為	LVN	RN	APN			
				CNS	NP	NM	NA
1)-1	医療施設における入院・退院の決定	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-2	訪問看護開始・終結の決定	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
2)	死亡の判断、宣告、死亡診断書の記入	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	I	I	I
3)	検査の指示(具体的に)	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
4)	処方						
-1	薬剤処方	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-2	酸素処方	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-3	人工呼吸器の設定処方						
-4	栄養(食事)処方						
-5	安静度処方・運動処方						
-6	リハビリテーション処方	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-7	その他の処方						
5)	外科的・侵襲的処置						
-1	創処置/デブリードメント	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-2	気管内挿管	Ⅲ	Ⅱ-b	I	I	I	I
-3	静脈血採取	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-4	動脈血採取	Ⅲ	Ⅱ-b	I	I	I	I
-5	その他	Ⅲ	Ⅱ-b	I	I	I	I
6)	注射						
-1	中心静脈路(血管)確保 末梢または中心	Ⅲ	Ⅱ-a	I	I	I	I
-2	静脈注射(ワンショット)	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-3	その他の注射(筋肉、皮下、皮内アレルギーテスト)	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
7)	基本的看護ケア						
-1	保清:方法に関して(入浴・清拭など)	I	I	I	I	I	I
-2	排泄ケア:浣腸や排便の実施	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-3	排泄ケア:膀胱カテーテルの留置や抜去	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-4	その他	I	I	I	I	I	I

8)	インフォームドコンセント						
-1	入院に関して	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-2	治療内容に関して	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-3	その他（具体的に）	I	I	I	I	I	I
9)	退院計画、退院指導	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
10)	心理療法（形態は問わない）	Ⅲ	Ⅱ-b	I	—	—	—
11)	コンサルテーション						
-1	他診療科医師への相談（助言を求める）	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-2	他診療科医師への患者紹介（診察依頼）	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
-3	コメディカルへの相談	I	I	I	I	I	I
-4	コメディカルへの患者紹介	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
12)	保健医療施設の設置（経営）	Ⅱ-a	Ⅱ-a	I	I	I	I
13)	予算管理*	Ⅲ	I	I	Ⅱ-a	I	Ⅱ-a
14)	保険償還の対象となっている看護サービス	I	I	—	I	I	—
15)	その他	Ⅲ	I	I	I	I	I
今後、看護師の裁量権拡大が望まれる領域							
備考	<p>* 予算管理は、ユニット、ホームケアチーム、病院のための予算の開発を意味する。自分自身のホームケアビジネスを開業したRNは予算管理に責任をもち、一方NPは常にクリニックまたはプライベート業務を行い、そこでは医師またはクリニックの管理者が予算管理に責任をもつ。NPは、病院が合意したリストから薬物処方し、保険会社が同意するサービスを処方するので、従事する組織の予算再編成に対して意見を言う必要があるが、直接的な予算管理の責任はない。ナースマネージャーは、スタッフ配置、サプライの使用に責任を負う。</p> <p>看護業務の自立レベルは、看護法、その組織における医師、保険、及び個々のナースの知識と技術レベルによって決まる。</p>						

I：看護師が判断・決定し、実施

Ⅱ-a：医師の指示で、看護師が単独で実施

Ⅱ-b：医師の指示で、医師立ち会いの下で、看護師が実施

Ⅲ：看護師は実施しない／できない

カリフォルニア州における看護業務に関する規定

出典:「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究」(厚生労働科学研究 2001年)

資格	法 規 定
clinical nurse specialist (CNS)	<p>clinical nurse specialistとは、上級教育を受け、エキスパートな臨床実践、教育、研究、コンサルテーション、臨床的リーダーシップを主要役割とする registered nurse である。</p> <p style="text-align: center;"><Business and Professions Code of California 2838.2></p>
nurse practitioner (NP)	<p>以下の全てが当てはまる場合に、nurse practitioner が薬物・器材の供給 (furnishing) または指図 (ordering) することを禁止されることがあってはならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>nurse practitioner が、以下のいずれかの状況において当該 nurse practitioner と監督内科医及び外科医によって作成された標準化手順またはプロトコルに従って、薬物・器材の供給または指図する場合：(1) 家族計画サービスの提供に付随して供給または指図する場合、(2) ルーチンなヘルスケアや周産期ケアの提供に付随して供給または指図する場合、(3) 基本的に健康な人に対して行う場合。</u> ・ nurse practitioner が、2725 節で規定された標準化手順またはプロトコルに従って業務を行っている場合。標準化手順またはプロトコルは、監督内科医と外科医、nurse practitioner、及び施設管理者やその指定人によって作成され承認されるものとする。 ・ 薬物・器材の供給を対象範囲とする標準化手順やプロトコルには、どの nurse practitioner が薬物・器材の供給や指図を行えるのか、どのような薬物・器材の供給や指図をどのような状況において行えるのか、内科医と外科医の監督範囲、nurse practitioner の能力の定期的な検討方法 (ピアレビューを含む)、及び標準化手順の規定の検討方法が含まれる。 ・ <u>nurse practitioner による薬物・器材の供給または指図が、内科医と外科医の監督 (supervision) 下で行われる場合。内科医と外科医による監督については、医師本人がその場にいることを要するとされることはないものとするが、以下が含まれる：(1) 標準化手順作成に対する協働、(2) 標準化手順の承認、及び(3) nurse practitioner による患者診察時に電話で医師に連絡を取ることができること。</u> ・ <u>いかなる内科医と外科医も、一度に4人を超える nurse practitioner を監督することがあってはならない。</u> ・ nurse practitioner が供給または指図できる薬物・器材には、California Uniform Controlled Substances Act (Heath and Safety Code: 10-11000～) に基づくスケジュールⅢ～Ⅳの規制物質を含めることができるが、その範囲は、nurse practitioner と内科医と外科医が合意し、標準化手順において規定された薬物に限られるものとする。nurse practitioner がスケジュールⅢ規制物質 (Heath and Safety Code: 11056) を供給または指図する場合、当該規制物質は、患者を治療している医師または監督医師が承認した各患者特定のプロトコルに従って、供給または指図されるものとする。指図を出している nurse practitioner について不確かな点がある場合には、薬物・器材を用意するあらゆる免許薬剤師に対し、その要請に応じて nurse practitioner の標準化手順の規制物質に関する部分の写しが提供されるものとする。 ・ board によって、nurse practitioner が以下を申し分なく完了したと認定された場合：(1) 内科医と外科医の監督のもとでの薬物・器材の供給や指図についての6ヶ月以上の経験、及び(2) 本節に基づいて供給または指図される薬物や器材を対象範囲とする薬理学コース ・ 本節及び Heath and Safety Code: 1250-(b)(c)(d)(e)(i) 項に定義されている「供給 (furnishing)」という用語の使用は、(1) 標準化手順に従った薬物や器材の指示、及び(2) 監督内科医と外科医の指示の伝達が含まれる。 ・ 本節のいかなる内容や法律のいかなる規定も、いかなる状況下においても nurse practitioner が薬物・器材の供給を1人で行うことを認可するものであると解釈されることがあってはならない。

資格	法 規 定
nurse practitioner (NP)	<p style="text-align: right;">続き</p> <ul style="list-style-type: none"> 「薬物の指図 (drug order)」または「指図 (order)」は、本節の目的上、Code of Federal Regulations: 21-1306.02 の意味において、最終使用者向けの投薬の指図を nurse practitioner が個々に行うことを意味する。法律のその他のいかなる規定にもかかわらず、(1)本節に従って出される薬物の指図は監督医師の処方と同様に扱われる、(2)本法及び Health and Safety Code における「処方 (prescription)」への言及は全て nurse practitioner による薬物の指図を含む、(3)本節に基づく薬物の処方箋への nurse practitioner の署名は、本法及び Health and Safety Code の目的上、処方者の署名とみなされる。 <i><Business and Professions Code of California 2836.1></i> <p>nurse practitioner による薬物・器材の供給または指図とは、標準化手順に厳密に従い、患者が1つまたは複数の薬物を利用できるようにする行為を意味する。第 2831.1 節に基づき規制物質について薬物の指示を出すことを認可されている nurse practitioner は全て United States Drug Enforcement Administration に登録するものとする。 <i><Business and Professions Code of California 2836.2></i></p>

各州法におけるナースプラクティショナーの処方権限に関する規定

出典:「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究」(厚生労働科学研究 2001年)

州	資格	権限	条件
カリフォルニア州	registered nurse (RN)	薬物・器材の分配 (dispense)	<ul style="list-style-type: none"> ・認可クリニック内。 ・免許内科医または外科医の指図 (order) に基づく。 ・家族計画サービスの提供に付随、日常的ヘルスケアや周産期ケアの提供に付随、または基本的に健康な人を対象。
	nurse practitioner (NP)	薬物・器材の供給 (furnish) または指図 (order)	<ul style="list-style-type: none"> ・標準化手順またはプロトコールに従う。 ・内科医と外科医の監督 (supervision) 下で行う。 ・薬物・器材の範囲 ; California Uniform Controlled Substances Act (Health and Safety Code) に基づくスケジュール III ~ IV 規制物質を含むが、その範囲は、nurse practitioner と内科医と外科医が合意し、標準化手順で規定された薬物に限定。
	nurse-midwife (NM)	薬物・器材の供給 (furnish) または指図 (order)	<ul style="list-style-type: none"> ・board から nurse-midwife の認定を受け、United State Drug Enforcement Administration に登録。 ・家族計画サービスの提供に付随、日常的ヘルスケアや周産期ケアの提供に付随、または基本的に健康な人を対象。 ・標準化手順またはプロトコールに従う。 ・内科医と外科医の監督 (supervision) 下で行う。 ・薬物・器材の範囲 ; California Uniform Controlled Substances Act (Health and Safety Code) に基づくスケジュール III ~ IV 規制物質を含むが、スケジュール III 規制物質については、治療医または監督医師が承認した各患者特定プロトコールに従う。病院においては、治療医または監督医師が承認した各患者特定プロトコールに従う場合には、スケジュール II 規制物質を含む。
ミネソタ州	certified clinical nurse specialist (CNS)	精神障害、行為障害、薬物副作用の治療薬の処方 (prescribe) と管理 (administer)	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルスアセスメント、精神作用分類、精神薬理学、適用、薬用量、禁忌、副作用、及び適用の証拠についての教育を含む、向精神薬と副作用を治療する薬物の処方に関する 30 時間以上の公式的な学習を修了。 ・Minnesota Nurse Association と Minnesota Psychiatric Association により規定されたスタンダードに基づく。 ・精神科医または他の医師との契約書をもつ。 ・精神メンタルヘルス看護 CNS としての業務内で、契約書の範囲内。
		薬物と治療器具の処方 (prescribe) と管理 (administer)	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルスアセスメント、薬物分類、適用、薬用量、禁忌、副作用についての教育、業務のスーパーバイズ、及び CNS の業務における臨床患者タイプの処方と治療的マネジメントを適する知識の適用の証拠を含む技能評価を含むカレッジ、大学、大学ヘルスケア組織による 30 時間以上の公式的な学習を修了。 ・Minnesota Nurse Association と Minnesota Medical Association により規定されたスタンダードに基づく。 ・医師との契約書をもつ。 ・CNS としての業務内で、契約書の範囲内。
	certified nurse practitioner (CNP)	薬物と治療器具の処方 (prescribe) と管理 (administer)	<ul style="list-style-type: none"> ・Minnesota Nurse Association と Minnesota Medical Association により規定されたスタンダードに基づく。 ・医師との契約書をもつ。 ・CNP としての業務内で、契約書の範囲内。
	certified nurse-midwife (CNM)	薬物と治療器具の処方 (prescribe) と管理 (administer)	<ul style="list-style-type: none"> ・CNM としての業務内。
	certified registered nurse anesthetist (CRNA)	薬物と治療器具の処方 (prescribe) と管理 (administer)	<ul style="list-style-type: none"> ・Minnesota Nurse Association と Minnesota Medical Association により規定されたスタンダードに基づく。 ・医師との契約書をもつ。 ・CRNA としての業務内で、契約書の範囲内。
ニューヨーク州	nurse practitioner (NP)	<p>病気や身体状況の診断及び治療手段の実施</p> <p>薬物、器材、免疫剤の処方 (prescribe)</p> <p>非患者特定の免疫管理及びアナフィラキシーの緊急治療に関する RN 対する処方計画の処方 (prescribe) と指図 (order)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な薬理学コースを含むプログラム、または局長規則に規定された同等のプログラムを修了していること、及び処方権限を有することについて、教育局から認定を受けている。 ・業務契約書及び業務プロトコールに従う。
	midwife	<p>限定対象、薬物、免疫剤、診断的検査、器材の処方 (prescribe) と管理 (administer)</p> <p>laboratory テストの指図 (order)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬理学要綱を含むプログラムを修了している、またはそれと同等であることについて、教育局から認定を受けている。 ・midwifery としての業務内、業務契約書の範囲内。

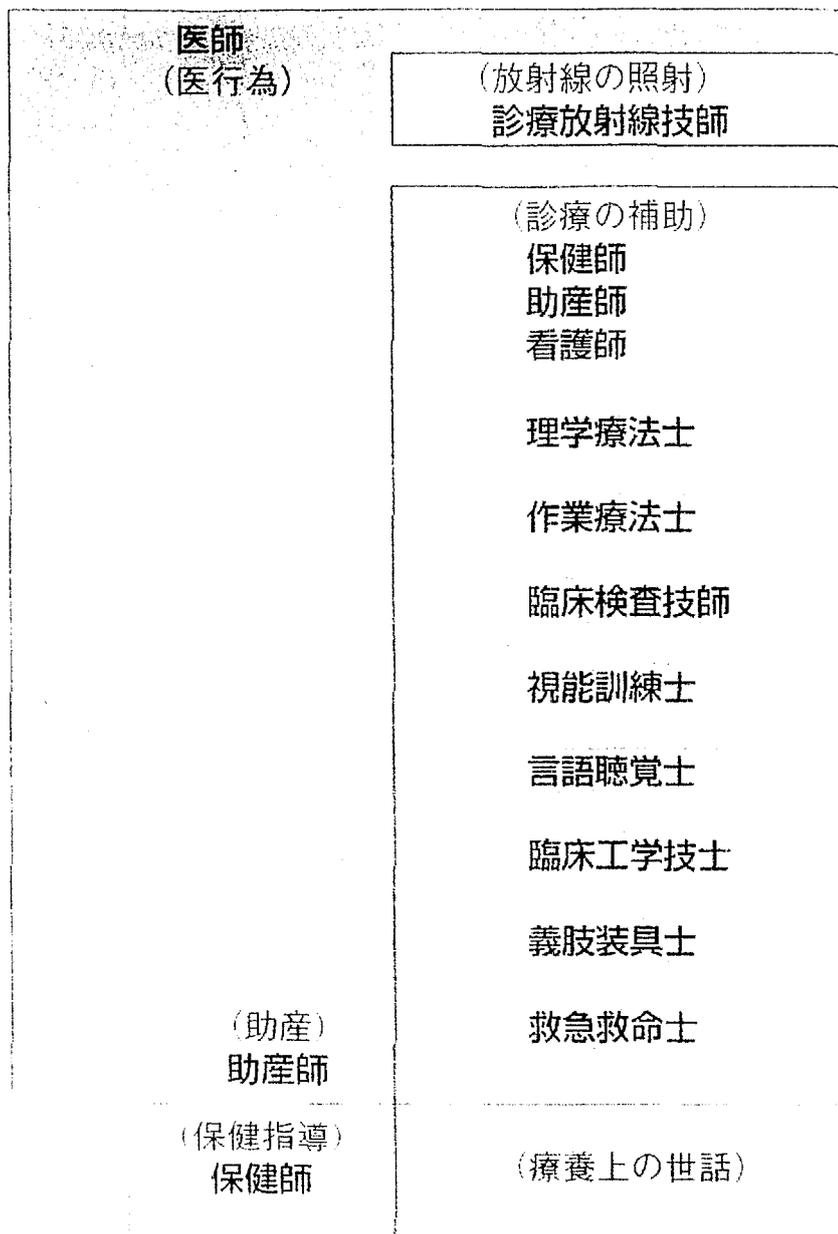
看護師の業務に関するフランスと日本との比較

	フランス		日本
	一般看護師	Advanced / Specialist	
○外科的・侵襲的処置			
創処置/デブリーメント	B	スペシャリストとしての看護師には小児看護師、麻酔看護師、手術室看護師がある。 麻酔専門看護師は、 ①麻酔専門医師が至近距離におり ②麻酔医が診察を行い ③プロトコールを作成し ④指示した後 に患者に以下の行為ができる。 1) 全身麻酔 2) 部分麻酔および麻酔医により装置（硬膜外カテーテルなど）が設置されたあとの麻酔薬剤の再注入 3) 手術直後の覚醒 4) 麻酔医の主導によるプロトコールの実践 5) 手術直後における覚醒室での経過観察	B
静脈血採取	B		B
動脈血採取	B		C
○注射			
中心静脈路(血管)確保	B		C
静脈注射(ワンショット)	B		B
その他の注射(筋肉、皮下、皮内アレルギーテスト)	B		B
○基本的看護ケア			
保清(入浴、清拭など)	A		A
排泄ケア(浣腸や摘便の実施)	B		B
排泄ケア(膀胱カテーテルの留置や抜去)	B	B	

注1) A: 看護師が判断・決定し、実施 B: 医師の指示で看護師が単独で実施 C: 看護師は実施しない

出典: 「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究」(厚生労働科学研究 2001年度)

業務の概念図

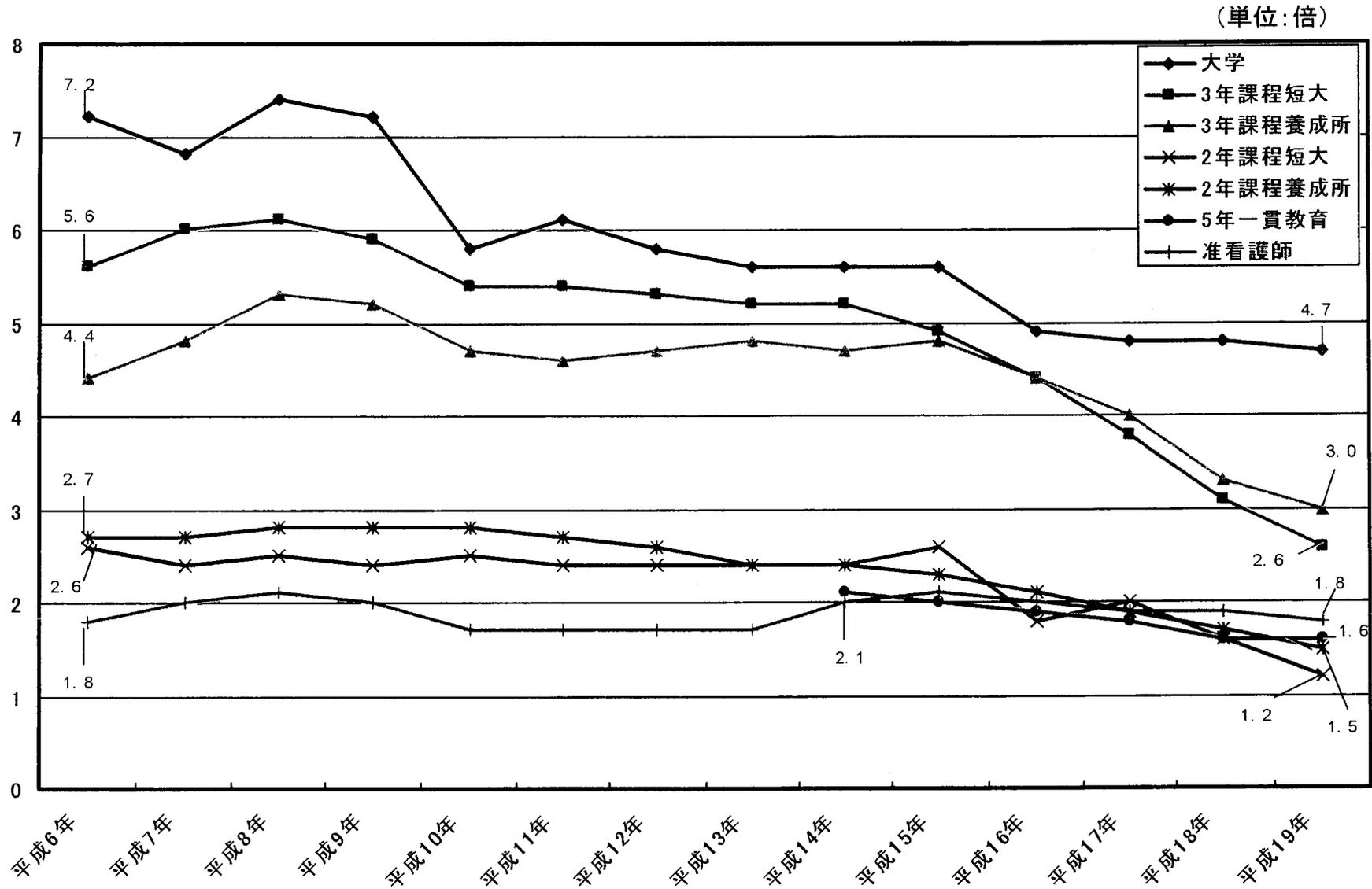


衛生検査技師

業務独占

名称独占

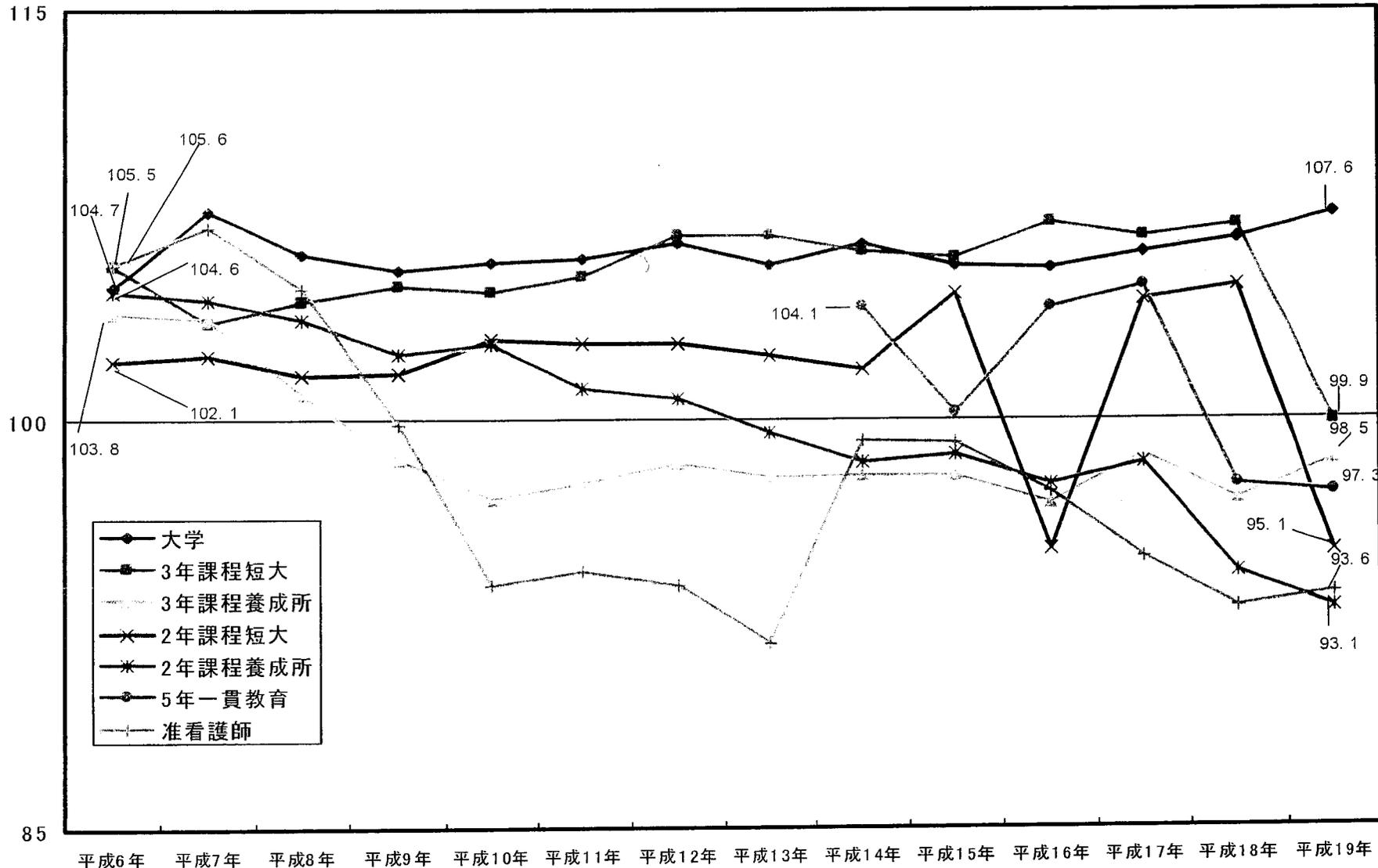
看護師学校養成所受験倍率



厚生労働省医政局看護課調べ

看護師学校養成所定員充足率

(単位: %)



厚生労働省医政局看護課調べ

看護師学校養成所卒業者の就業状況(3年課程)

<平成19年3月>

(単位:人)

	卒業 者数	看護師として就業							看護師業務以外に就業					進学	その 他
		総数	病院	診療所	介護老 人保健 施設	学校	看護師 学校養 成所	その他	総数	養護 教諭	看護学 校養成 所	保健師 学校養 成所	その他		
大学	8,615	6,790	6,755	9	4	1	1	20	162	72	12	1	77	401	232
短大	2,426	1,854	1,854	—	—	—	—	—	32	—	—	—	32	385	155
養成所	20,488	18,478	18,422	29	7	2	—	18	175	—	—	—	175	1,105	730

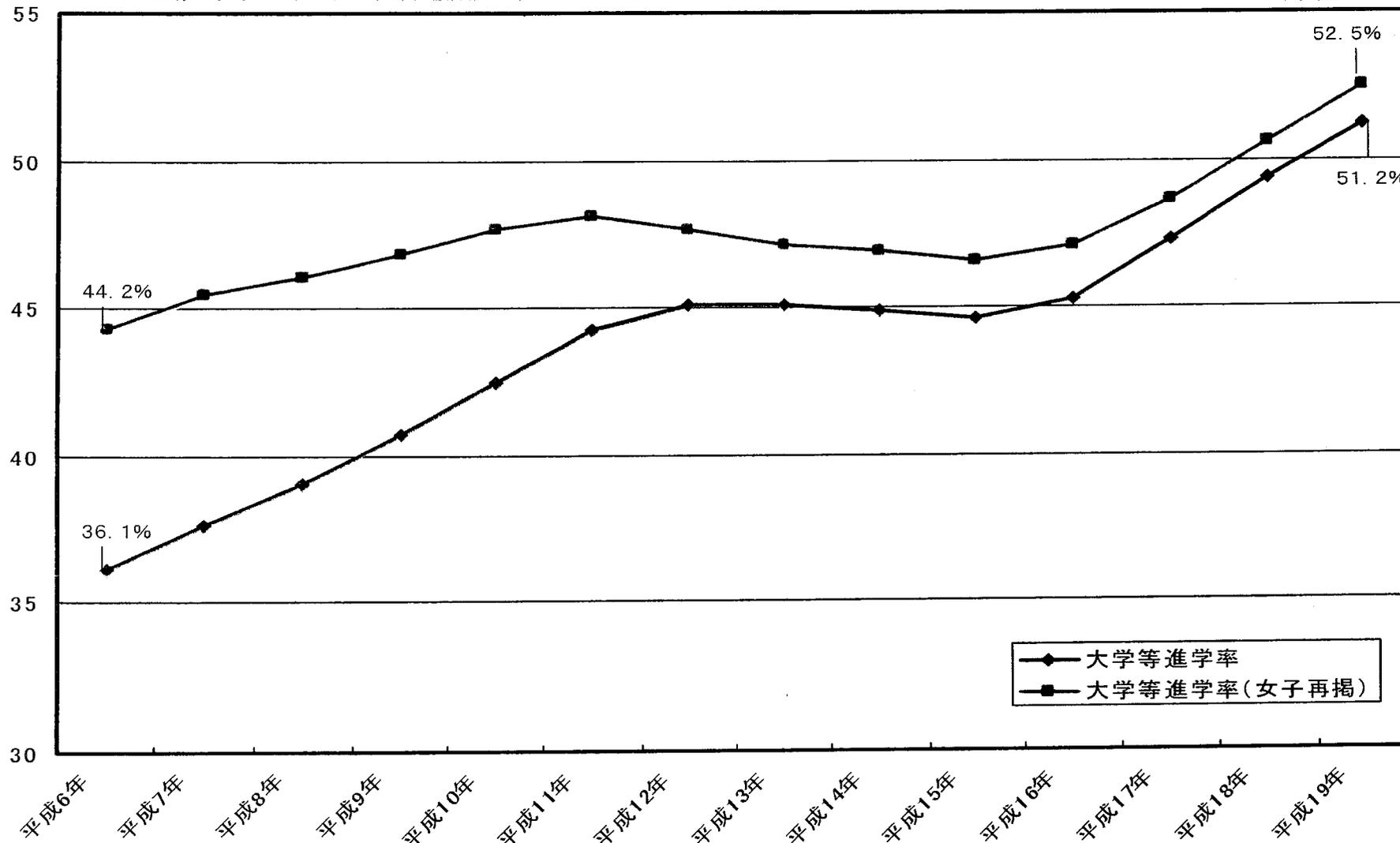
※大学の卒業生数には保健師601人、助産師429人を含む。

厚生労働省医政局看護課調べ

大学・短期大学等への現役進学率の推移

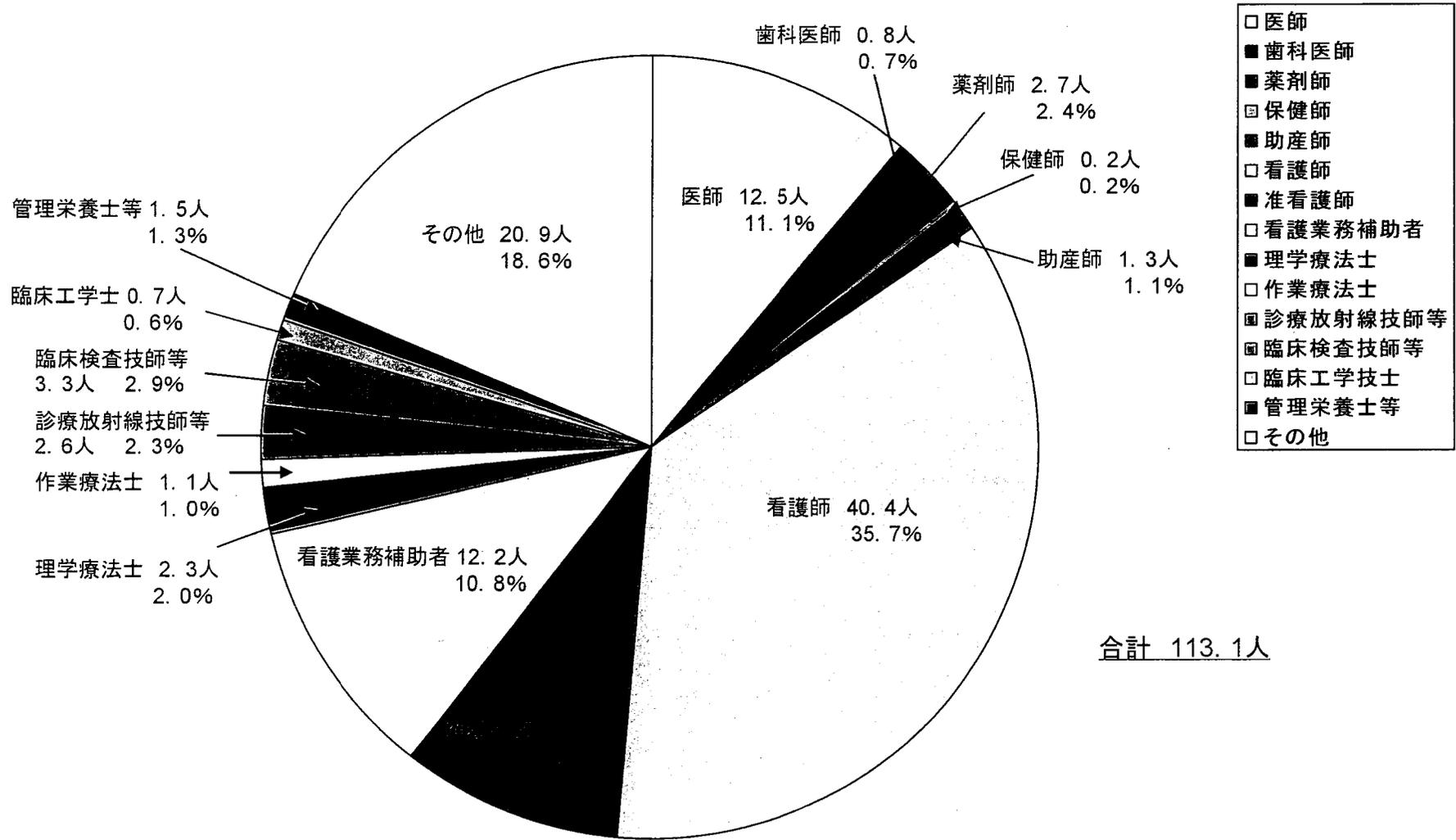
※大学・短期大学等とは、大学の学部、通信教育部・別科、短期大学の学部、通信教育部・別科及び高等学校等の専攻科

(単位: %)



出典:「平成19年学校基本調査速報」(文部科学省)

100床当たり従事者数(一般病院)



出典:「平成18年病院報告」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

2. ヒヤリング資料

資料1

おやま城北クリニック院長

太田秀樹先生

出前医療17年の実践から

地域看護の現状 課題 そして、未来へ

医療法人アスミス 太田秀樹

■ 地域での現状と課題 問題意識

①ケアはナーシングの格下なのか

②看護の本質(健康な暮らしの支援)

急性期看護→生活期看護→障害に対するケア(治療困難)→(在宅ケア)→終末期ケア

③ライフケア

命の看護、生活の看護 人生を看護

④地域看護 コミュニティーとは何か (概念は曖昧 単なるエリアではない)

地域で看護→提供する場所

地域が看護→多職種協働の一員

地域を看護→地域再生させる社会活動

⑤看護師の役割

患者家族からみて 裁判官としての医師に対して、病気や健康管理の代理人(弁護士役)

医師からみて 生活情報の提供 医師の諜報部員

多職種協働において 介護職員・歯科医師・薬剤師・リハ職との関係づくり 手続き不明確

※ 医師の指示に基づく 介護職には指導する立場(正しいか?) 協働の訓練 未熟

■ 実行可能な教育 夢と対策 (言葉でなく、一瞬の感動が、意識を変える 見せること)

①地域看護(訪問看護)に特化した看護師教育機関

②看護教員に訪問看護現場体験・ケアマネジャー資格取得(介護保険制度の理解への講習)

③マインドをスポイルしない 職業モデルを示す (ex. 72歳の訪問看護師)

医師はライバルではない! 役割が異なる

④地域看護(訪問看護)は、急性期病棟看護の上級編(看護評価 看護診断が求められる)

師長クラスが明言する なぜできないか?

⑤看取り(エンジェルケア)は看護職としてのたしなみ→長期間継続的に要介護者とかわる

⑥消去法による訪問看護師→訪問介護との差別化 リスクマネジメント 入浴介助の意義

⑦エンパワメントできるフィールドを制度的に誘導 (ex.通所療養介護など、看護外来創設)

⑧最先端医療の対極でなく、その先にある地域ケア (在宅医療 在宅看護) 偏見を払拭

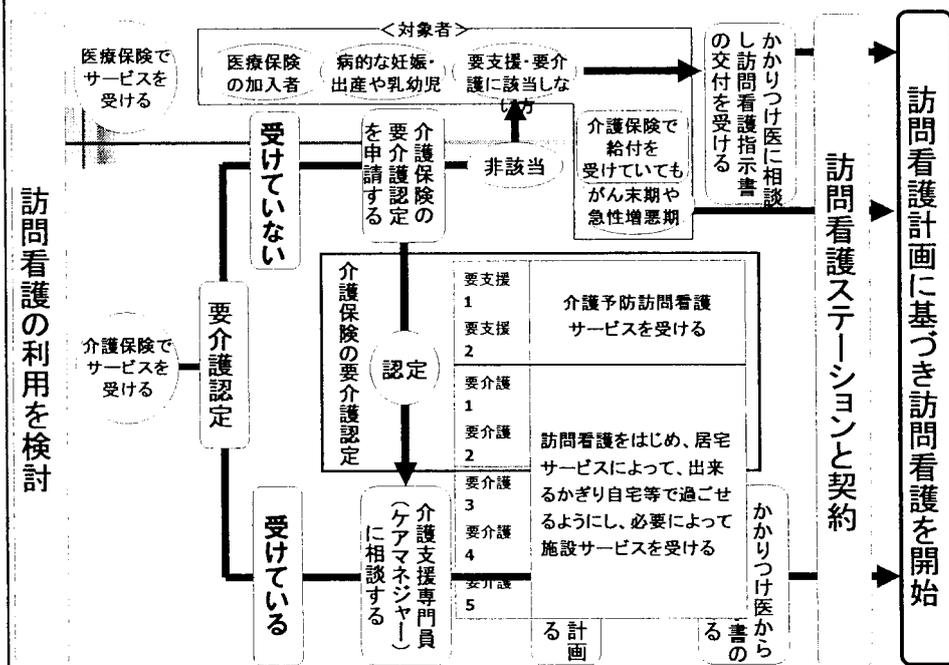
ケアーズ白十字訪問看護ステーション所長

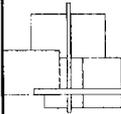
秋山正子先生

看護基礎教育のあり方に関する懇談会 在宅看護の現場から

ケアーズ白十字訪問看護ステーション
秋山 正子

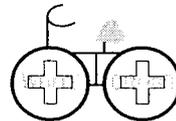
訪問看護サービスを受けるまでの流れ





訪問看護ステーションの活動紹介

東京都 新宿区 市ヶ谷
東京都 東久留米市
ケアーズ白十字訪問看護ステーション



訪問看護のご案内

- 1980年に市ヶ谷の地で始められた「在宅ケア」の精神を受け継ぎ、訪問看護ステーション制度発足の、1992年12月に、医療法人春峰会立白十字訪問看護ステーションとして活動を開始しました。
- 2001年医療法人解散に伴い、有限会社設立。同じ市ヶ谷の地で、地域の皆様の信頼に応えるべく、活動を継続してきています。(2006年新会社法にて株式会社に商号変更)
- 利用者様とご家族と医療者が、共有する場で作り上げるのが「在宅ケア」であり、訪問看護師は患者(利用者)サイドに立った調整役でもあるというのが当初からの考え方です。

目指していること

- 当ステーションは長年の訪問看護実践を通して、地域の在宅医療・福祉の経験を積んできましたので、その経験を生かし、さらに研鑽を積みつつ、質の高い看護を提供したいと努力しています。
- 利用者様が自らの尊厳を守られながら、住み慣れたご自宅での生活が続けられるように、生活リハビリテーションも含めて、お手伝いさせていただきたいと願っています。

NPO法人白十字ボランティアの会

- 障害があっても、病気があっても、それがたとえ治らないとわかっていても、住み慣れた地域で暮らし続けたい多くの方々の願いを、叶えるのに、公的なサービスだけでは十分とはいえません。
- 訪問看護ステーションとも連携しながら、上記のようなニーズに、応えるボランティアを養成し、地域に貢献すべく2006年10月に認証をうけ、2007年より活動を開始しています。
- 白十字訪問看護ステーション内に事務所をおき、連携を密にとっています。

訪問看護事業の概要

新宿区 市ヶ谷

- 1ヶ月平均の利用者数 130～140名
- 1ヶ月平均の延べ訪問件数 760～780件
- スタッフ数
 - 常勤 6名 非常勤9名(常勤換算7名)
 - このうち 保健師資格保有者 9名
 - ケアマネージャー資格保有 7名
 - 非常勤 PT 1名 常勤事務 2名

活動の状況：地域特性

- 新宿区 人口 30万 15万世帯
- 高齢化率 18.2%(H19.10)外国人除20%
- 大学病院3・国立病院1・公立病院1・準公立病院2・民間病院2……総ベット数 約6000
- 中間施設としての老健が少ない
- 新宿医師会が在宅推進を早くから取り組んできた。在宅支援診療所33箇所
- 区立を含め、訪問看護ステーション22カ所
⇒H19.12現在19ヶ所に

在宅療養支援診療所・ 訪問看護ステーション数

在宅療養支援診療所数 10万対 訪問看護ステーション数 10万人対

- 東京都 1122 8.8 536 4.2
- 二次医療圏 141 12.2 60 5.2

(杉並・中野・新宿)

- 新宿区 33 10.6 18 5.8

- 東京都二次医療圏の人口10万人対施設数の算定基準となる人口は総務局「東京都の人口(推計)2007年6月1日」を使用
- 東京都、二次医療圏の在宅療養支援診療所数は2007年7月1日現在
- 新宿区の在宅療養支援診療所数・訪問看護ステーション数は2007年10月現在

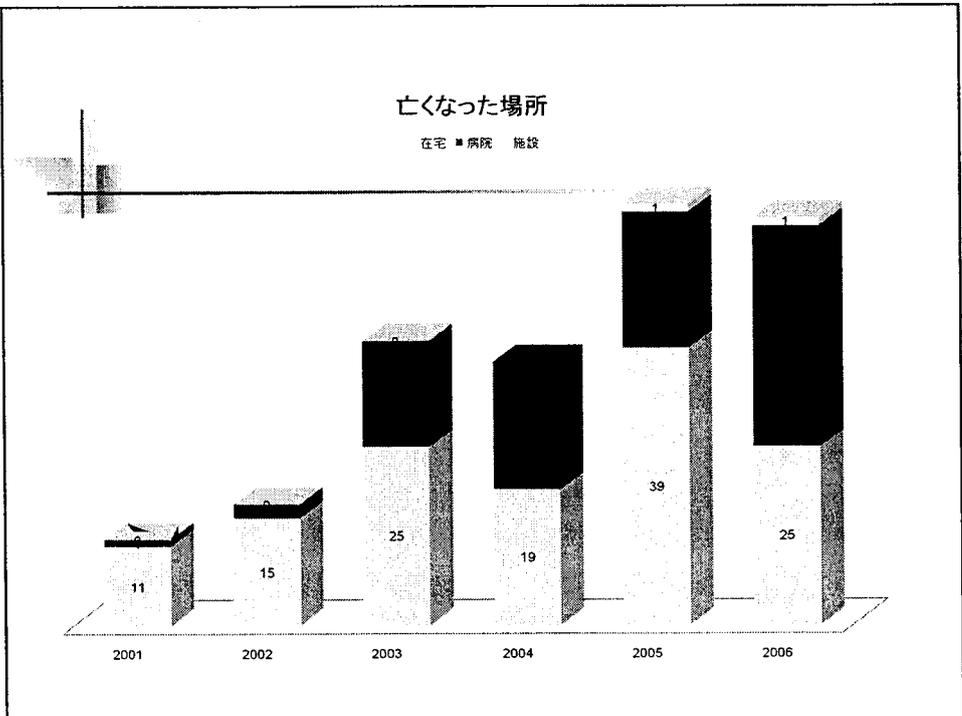
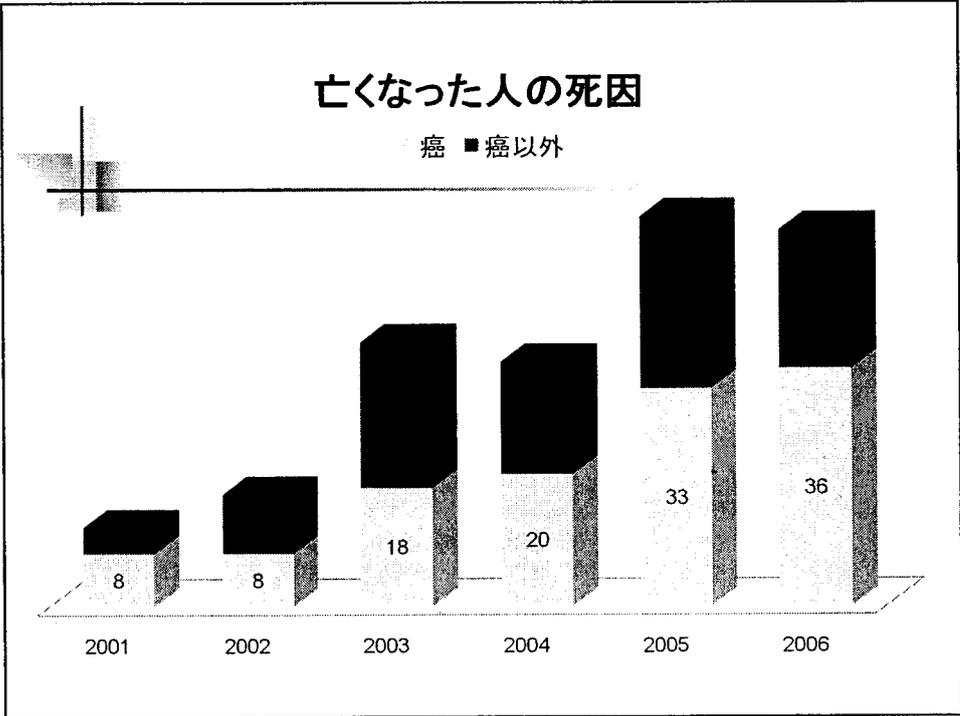
当訪問看護ステーションの最近の動向

- 5年間の亡くなった患者数の推移

(2001~2005年)

2001年 12名(在宅11名 病院1名)
 2002年 17名(在宅15名 病院1名 PCU1名)
 2003年 40名(在宅25名 病院15名)
 2004年 37名(在宅19名 病院15名PCU3名)
 2005年 59名(在宅39名 病院13名PCU6名
 施設=有料ホーム1名)

165名中がん患者87名(52.7%)



後期高齢者の在宅医療の現状

訪問看護ステーションの現場から

2000.6 → 2006.6

30人の後期高齢者の転帰

平均年齢85.5歳(76～97歳)

中央値も 85.4歳

男性9人 : 女性21人

6年後の変化

生存者 8人(男性1人・女性 7人)

死亡者 22人(男性8人・女性14人)

後期高齢者の在宅医療の現状

訪問看護ステーションの現場から

6年後の変化

生存者 8人(男性1人・女性7人)

現在の居場所

- 自宅4人(全員女性:うち独居2人)
- 施設4人
 - 有料ホーム2人
 - グループホーム1人
 - 介護老人福祉施設1人

後期高齢者の在宅医療の現状

訪問看護ステーションの現場から

6年後の変化

死亡者 22人(男性8人・女性14人)

* 死亡場所内訳

- 自宅12人・54.5%(男5人・女7人)
- 病院 6人《1人PCU》(男3人・女3人)
- 特養 3人《最終は病院2》(男0・女3)
- 老健 1人《最終は病院1》(男0・女1)

後期高齢者の在宅医療の現状

訪問看護ステーションの現場から

6年後の変化

死亡者 22人(男8人・女14人)

■ 死因:在宅12人

- 癌によるもの(最終は呼吸不全) 3人
- 肺炎から呼吸不全・心不全 7人
- 突然死(入浴中1人睡眠中1人) 2人

■ 医療:

- 酸素療法 3人 胃瘻・経鼻栄養 2人
- 吸引 5人(数日のみ3人) 点滴 1人

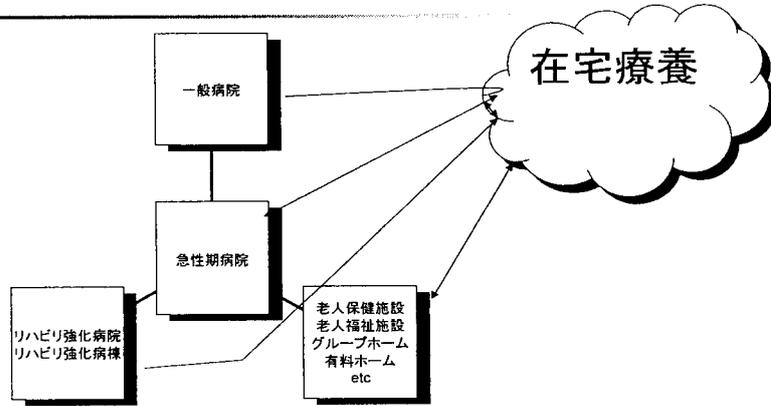
地域での関連機関など

- 指示書交付の医師・医療機関 47ヶ所
- 新宿区内訪問看護ステーション連絡会
- 新宿区地域看護業務連絡会
- 新宿区介護サービス事業者連絡協議会
- ケアマネット新宿(介護支援専門員連絡会)
- 緩和ケアネットワークミーティング
- 難病対策推進(専門医往診)事業参加

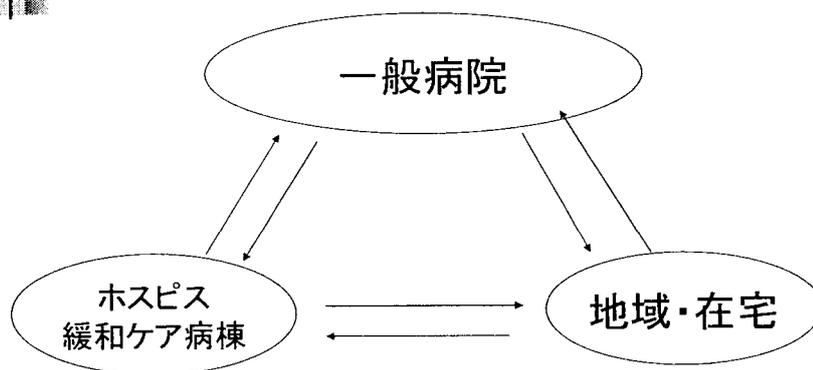
実習生の受け入れ状況

- 看護学校 2+1(予定)
- 看護大学 4+1(予定)
- 看護研修学校 1
- 認定コース 4
- 大学院 2
- 社会人研修 多数(見学・同行)
- 介護福祉・ヘルパー実習 2
- 看護協会等からの依頼の施設見学(海外から)など

看護の場の広がりの中で



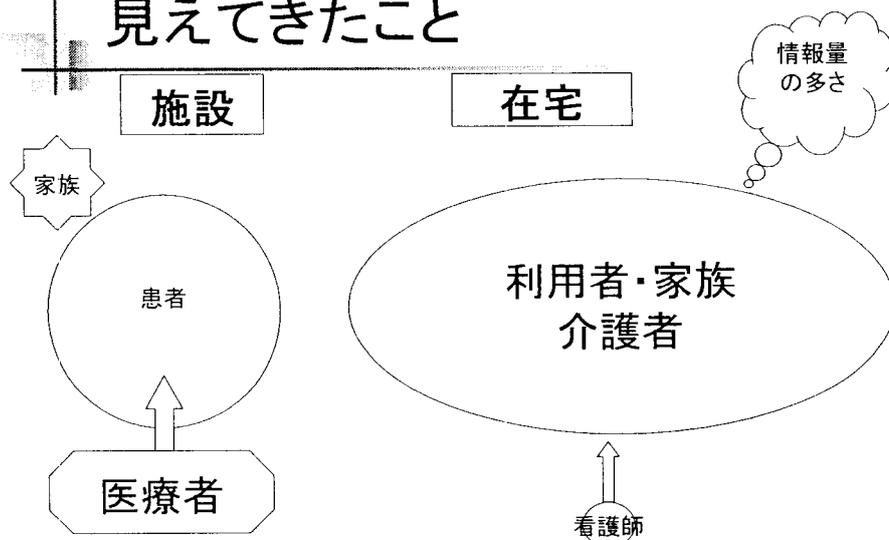
ホスピスケアの三角形



誰がその人の全体像を 見るのか？

- がん患者が脳梗塞を発症→急性期病院へ
- 回復期リハビリ病院へ転院→眼を見張る回復(ADLの改善)
 - がんによる症状の出現→急性期病院の検査部門へ転院→がんの進行と緩和ケアの必要性
 - 一般病院への転院の勧め→病状の急激な悪化→転院の日に永眠(19日目)

在宅での看護体験から 見えてきたこと



在宅での経験知が役立つ

- 全体像を把握できる能力
- モニターのついていない患者を観察し、その情報を統合して判断する機会が多い。
- 自分で判断が難しいときには、問題の内容を分析し、誰に・どこに発信していけば良いか振り分ける(トリアージ・優先順位がわかる)能力がいる
- 多様化する価値観の中での家族調整

自立・自律して物を考える

- 病院という枠の中で教育されると「生活者」としての患者が見えにくい。
- 今後増えてくる在宅療養中の患者(利用者)に対して、どのような看護が必要か？
 - ①自立した判断を要求される(フィジカルアセスメントも含めて)
 - ②情報量の多さに対応できる
 - ③調整能力が要求される

他・多職種との関係の中で

- 介護保険の中では
地域の中での他・多職種と連携する機会が多くなった。
- ・急性期病院との連携・地域の診療所医師・薬剤師との連携は必然である。
- ・施設等との連携も必要
- ・予防的な視点も含めての提言
- ・慢性・長期化・重度化する難病患者の看護の受け皿（保健師・自立支援とのかかわり）

在宅からの提言例・発想の転換

- 誤嚥性肺炎で入院した高齢者の退院調整場面にて
- 嚥下訓練をしているが、末梢からの点滴が入っている→中身は？
K低下が起きるのでK製剤を入れている。
- 在宅の提案
経口薬に変えられないか？→錠剤が大きいから危険だ→薬剤師と相談（水薬があり、経鼻チューブから安全に投与できる）

在宅看護論導入10年

- 看護展望VOL33no4(2008.3)掲載
- 峰村らの研究レポートより
- 新カリキュラムによる訪問看護実習体験は“認識”の「予測と予防」「ケアマネジメント」「行動」の「ケアマネジメント」で有意差があり、現在の在宅看護の現場において他職種との連携が以前より機能している事を体験していることが推察されている

看護の「場」の違いを 初期の段階で

- アジア地域の中では、始めに、地域を見せ、その中の家族を担当し、それから病人としての個人の健康問題に取り組むというやり方をしているところがある。(プライマリーヘルスケアの考え方)
- 基礎教育の中では、「人間」を全体としてとらえることはなされているが、実習の場面では病人としての個人の問題から取り組むパターンとなっている。
- 生活者としての看護の対象の理解には、急性期病院の現場の前に、地域を見る視点もいるのではないだろうか？

役割の見直しに向けて

- 柔軟に対応できる姿勢と実践能力の
必要性

基礎教育の中でどこまでが必要か？

- 在宅での「経験知」は、慢性維持期の看護のみならず、急性期でも、応用ができるのではないか？

柔軟な考え方ができる人を 育てる

- 入学者の基礎的な資質の条件
- 少子化の中で、看護を目指す人を世の中にどう啓蒙していくか？
 - ex) 看護専門学校の受験生の様変わり
 - 男性の比率が高くなっている
 - 訪問介護の経験者が社会人入学してきている
 - 4大生は偏差値で進路が決まる⇨動機付け？
- ・職業として魅力ある内容であろうか？

中高生への「いのち」の授業

- 中高一貫校の総合カリキュラムで、「いのち」の授業を引き受けたことがある。
- 12歳～18歳まで月1回程度2学期間行った
- 高3生には選択科目としての、医療・福祉の講義・演習を担当
- 人間の「いのち」に関わる仕事として現場で起きている「いのち」のドラマを看護の立場で話すと、とても興味をもってくれた。

卒業後に伸びてゆける人を

- 20年後は、ますます看護の「場」の拡大が進み、他・多職種との連携が必要で、地域でのケアマネジメントの中での、調整能力は基礎的な資質として、備えられる必要がある。
- 変化に耐えうる柔軟な思考や、分析能力には、入学時点での基礎的な資質に加えて、基礎教育での、総合的なトレーニングが必要
- 実践の魅力は、20年経ったとて変わらずに教育すべき内容と考える

自分史の中で

- 40年前、家族の看取りをきっかけに看護の道を目指し、当初脳血管疾患や、リハビリに興味があったのに、卒後すぐは助産(周産期)の道へ。動機付けは重要と感じている。
- 看護教育の経験の中で、人を育てることの困難さと面白さと体験。このときに、看護以外の分野の教員と交流し、視野が広がった。
- 在宅ホスピスへの傾倒から現在へ。
- 地域保健計画への参画の要請もあり、マネージメント(経営者としての自立も含め)の能力を問われている。

- 根底にある看護実践そのものへの変わらぬ興味は、動機付けによるものに加え、看護基礎教育の賜物と理解している。

20年後の看護基礎教育は？

- 多様な価値観をもつ人々への、あらゆる健康レベルへの看護提供ができることをめざす。
- 実践の科学である事は変わらないが、医学モデルからの脱皮が進み、生活者としての対象者を見る視点、ケアの組み立てが変化に応じて考えられ、実践の為のイメージが湧く必要がある。実習場所の再検討を要する。
- 看護提供の「場」の拡大に応じられる人材の育成は、ますます必要とされるだろう。



訪問看護はいのちに寄り添うケアを生活の場にお届けします。

島根県健康福祉部健康増進課調整監

永江直美先生

「看護の基礎教育のあり方に関する懇談会ヒアリングにおける意見について」
～地域における看護職に求められる役割等について～

島根県健康福祉部健康推進課 永江尚美

1. 10年後、20年後想定される社会環境について

1) 社会構造の変化

- ・総人口の減少、平均寿命の伸長、高齢化の上昇、出生率の低下による少子時代
- ・母子・父子家庭の増加、シングルライフを楽しむ世代の増加
- ・女性の社会進出、高齢者の雇用拡大による労働力の向上
- ・個人の生活スタイルにあわせた生活設計ができる就労形態、自宅勤務者の増加
- ・男女問わずに育児休業、看護休暇、介護休暇等の利用促進
- ・都道府県の広域化（道州制？）、市町村の更なる広域合併

2) 生活スタイルの変化

- ・男女の役割分担意識が薄れ、男女共同（協働）による家事・育児の実施
- ・仕事優先の考え方が薄れ、家族とのふれあい、自己を高める活動時間の増加
- ・少子に伴う子ども優先の家庭生活環境への移行
- ・個としての生活が増加する時代

3) 子どもを取り巻く環境の変化

- ・多様な働き方が普及し、夜間保育・障害児保育・病児保育など、多様な保育サービスが充実
- ・育児に関する24時間相談体制、ITを活用した子育て情報機能の充実

4) 高齢者を取り巻く環境の変化

- ・夫婦のみで暮らす高齢者世帯、女性のひとり暮らし高齢者の増加
- ・高齢に伴う認知症のある高齢者の増加
- ・高齢者の社会参加の活発化による自立高齢者の増加
- ・高齢者自らボランティアを推進し高齢者が地域社会を支援
- ・在宅維持の困難な後期高齢者は、老人ホーム・介護施設等への入居が増加

5) 保健・医療・福祉を取りまく環境の変化

- ・医療の機能分化、総合病院が統合・拠点化（？）、在宅医療が充実
- ・地域におけるホームドクター・ホームナースが一般化
- ・医療機器を装着した医療依存度の高い人達の自宅療養が促進
- ・高齢者介護において、身体ケアに加え認知症ケアの必要性増大
- ・医療専門職種が協同した在宅チーム医療サービス産業が進出（？）
- ・訪問看護・訪問介護の充実、開業保健師・開業看護師・開業栄養士も進出（？）
- ・民間のサービス産業が拡大し、行政サービスは監視・調整・専門的機能業務（？）
- ・生涯現役高齢社会における生活習慣病予防・介護予防・QOL向上対策の強化
- ・新たな感染症、健康被害等の健康危機管理体制の充実
- ・保健、医療、福祉のサービスを買う時代

2. 様々な社会環境の変化において期待される看護の機能・役割について

1) 保健分野における看護職の機能・役割

- ・健康長寿な高齢社会に対応した疾病予防・疾病管理・介護予防を重視した保健活動
- ・新たな社会資源・地域資源の発掘および民間と連携した地域資源づくり
- ・様々な民間団体等の参入による健康支援活動の調整、情報整理、資質向上の支援
- ・安心して生活できる地域、健康なまちづくりのための環境づくり
- ・超高齢社会を担う若年高齢者等が、自己実現を可能にする生きがい支援
- ・地域の子ども達との共同社会の仕組みづくり
- ・人生の終末をどう送るか生き方の共有できる人づくり
- ・セーフティプロモーションの活動
- ・様々な健康被害等に対応できる健康危機管理体制の構築

2) 医療分野における看護職の機能・役割

- ・地域で展開する保育現場における病児・障害児等への医療的看護ケアの実施
- ・病児・障害児保育等を実施する保育所等施設関係者への助言・指導
- ・医療依存度の高い在宅療養者への医療的看護ケアの実施
- ・専門医療を必要とする在宅療養者の支援として専門医療機関との調整・連携づくり
- ・在宅緩和ケアを支える医療・福祉サービス機関等の情報整備
- ・死別後の遺族を支えるグリーフケア、支援するボランティアの育成、遺族相互ケア

3) 福祉分野における看護職の機能・役割

- ・ひとり暮らし高齢者・障害者を支える介護福祉ボランティアの育成
- ・地域ケアを担う人材の育成
- ・他職種間の連携チームにおけるコーディネーター

3. 看護の機能・役割を果たすために看護職員に求められる資質・能力について

- ・地域で生活する人々とのコミュニケーション能力、地域のアセスメント能力
- ・個人、家族、地域を総合的に捉え、複眼的なアプローチができる能力
- ・ニーズを施策化するための企画力、ネゴシエーション能力、リーダーシップ力
- ・様々な地域資源と看護職の持つ能力をつなぎマネジメントする能力
- ・地域の看護職である保健師のもつ公共性、専門性を活かした包括的な管理能力
- ・地域における多様な保健・医療・福祉サービスの再構築に必要な戦略的能力
- ・多様なニーズに合わせたサービスの提供ができる保健・福祉・医療のスキル
- ・医療と介護・福祉の連携、医療と福祉と住民をつなぐコーディネート能力
- ・地域包括センター・市町村保健行政・訪問看護ステーション・医療機関・介護施設等、生活を支える保健医療福祉の看護職としての高齢者生活像を把握する能力
- ・在宅緩和ケアのネットワークを活かした地域連携推進の調整能力
- ・地域における保健・医療・福祉提供サービスの実施評価、能力
- ・看護職として必要な法律等の理解力、行政施策の説明能力
- ・医療現場と地域現場をつなぐ家族調整、地域調整能力
- ・看護職自身のためのセルフケア、相互ケア能力