

これまでの委員の主な意見

※斜体文字は、第8回検討会における意見

1. 免許取得前に学ぶべき事項の整理と具体的な教育内容の見直し

(学ぶべき教育内容)

- 必要な知識が膨大になる中で、知識の教授だけでなく知識を統合するような思考の訓練が必要である。
- 人間性のベースとなる倫理性、あるいは判断力、対人関係能力の育成につながるような教育が必要である。
- 健康の保持・増進に関わる看護、保健の分野を含めた教育を基礎教育で行うべきではないか。
- 療養上の世話や臨機応変に判断する力を身につけることが重要で、そのために「人体の構造と機能」や「疾病の成り立ちと回復の促進」といった専門基礎分野の教育が必要である。
- 教育内容で考えると中身が多いので、コンピテンシー、アウトカムベースで考える方法もある。
- 看護師教育の中に、保健師教育と助産師教育のベースになるものが含まれると考えると、看護師の基礎教育で共通となる部分はどこまでかを検討することが必要である。
- 生と死に関してや、命を救うだけでなく「Heal」の部分も教育内容に盛り込む必要がある。
- ヘルスケア提供の組織や職種の種類、ヘルスケア組織との連携、ヘルスケアチームの一員としての役割、他職種協働を教えるべきである。
- 看護職として働くときに基本的に求められる力は、「技術項目と卒業時の到達度」になる。技術の中に、実践力、態度、行動、判断といった能力が含まれていると考えると、この内容が基礎教育で学ぶべき内容である。
- コンピテンシーに見合った教育の順番がある。教育内容のどの部分を標準化し評価するかという議論をしないとまとまらないのではないか。
- 看護師の国際化や裁量権の拡大など今後の動きを見越して基礎教育を考えていく必要があるのではないか。
- 教育の内容としては、フィジカルアセスメントとコミュニケーションと人間の尊重の3つくらいでよい。
- 地域でどのように健康が守られているのかなど看護師と保健師のオーバーラップする部分の知識を持つ看護師を養成していきたい。それは時代の要請であり、教育の内容もオーバーラップしたものに変わっていく必要があるのではないか。

○看護師の業務として、健康増進があげられているのであれば、ヘルスプロモーションやプリベンションについて教育をおこなわなければならないのではないか。

○今の看護師教育には、薬理学や病態生理学が不足している。現行の修業年限に1年程度を加える修業年限にとらわれない看護師教育では、看護学にとって必要な専門基礎科目を充実させる内容を加えるとよいのではないか。

(基礎教育で修得する能力)

○医療はチームで行うので、広く横の連携をうまく取り合うコミュニケーション能力が必要である。

○在宅医療現場で、医師もケアマネージャーも多忙な中、看護職の役割は非常に大きい。地域資源の活用や福祉関係者など多様な職種間でのコミュニケーション・連携能力を基礎教育の中で学んでほしい。

○最新の医療技術・手技の習得、緊急時の対処能力や高度なフィジカルアセスメント能力を基礎教育で行うのは無理がある。しかし、フィジカルアセスメントなどの基礎的な能力が基礎教育において必要である。

○どのような能力が求められ、どれくらいのレベルを求めているのかが大事である。そのためには、医師やコメディカルの方など様々な立場の方からヒアリングしていけばよいのではないか。

○地域の臨床現場では、病状がどう影響し生活が変化するかという部分を、心身両面アセスメントし、予測し対応していく能力が求められる。

○社会が求める看護師への期待像に対しどれだけ満たすような能力を持たせるかが前提ではないか。人間を対象とした仕事のため、多面的な能力の基本は必要である。

○人間関係の構築力、コミュニケーション能力は重要で、看護だけでなく福祉・教育職に共通である。それをどのように教育するかその方法の議論が必要である。

(基礎教育の到達目標)

○新人看護職員研修の3つの側面から考えると、基礎教育では、「基本姿勢と態度」を重点的に教育し、さらに技術的側面を加える。管理的側面は知識レベルが限界ではないか。

○コミュニケーション能力、人に寄り添う姿勢、主体的に学習する態度を養うことが、「基本姿勢と態度」の中身になる。

○「技術的側面」としては、得た知識を身につけ、それを利用して状況を設定した演習の場で行うことで、変化に応じた対応ができるのではないか。

- 「技術的側面」は現場で何度も回数を重ねればできるところがある。また卒業後の研修でできるのではないか。「基本的な姿勢と態度」は大事なので基礎教育の中で押さえておいたほうがよい。「管理的側面」は、一人の患者を通して安全管理などは理解できる。
- 到達度については、「知識としてわかる」「実施できる」の段階を増やすべきではないか。
- 「基本姿勢と態度」に関しては、医療従事者として持っているべき資質であり、看護にこだわる必要はないのではないか。
- 医療を取り巻く環境は、ここ4・5年でも急速に変化している。短期的に対応が必要な側面もあるのではないか。
- 「ヒューマンケアの基本的な能力」を教育しないと、実践の場に出たときにあらゆる場面に対応できない。到達目標に、看護師が患者を全人的に継続して看護することをうたい込み、更に到達目標を達成するためにはどのようなカリキュラムを組むか、という枠組みにすれば、どのような看護師像が求められているかがわかるのではないか。
- 健康上の患者のニーズや患者の状況をアセスメントするために必要な教育内容は何かを検討し、到達目標へ入れていきたい。
- 「多職種間のヘルスケアの理解と協働」に関して、保健・医療・福祉チームまたは保健・医療・福祉チームメンバーという言葉を用いているが、場面によってチームであったり連携であったりするため、言葉の定義づけがある程度必要なのではないか。
- 治療過程・回復過程にある人々への援助と終末期にある人への援助は、看護師教育の専門的な教育内容としてさらに厚みを付けたほうがよい。
- ICNの国際基準を尊重することはよいが、日本は保健師・助産師・看護師という3職種で昔から成り立ってきたため、看護師に求められる役割と機能において、我が国に特化した内容を出したほうがよいのではないか。
- 到達目標をすべて達成するのは、修業年限3年では困難である。学ぶ内容が増えているので、何を学ぶべきかを明確化したほうがよい。
- 国際的には、高度な実践技術を持つ看護師と関連させた看護師教育での到達目標が考えられている。今後は、臨床における看護師と看護師教育の到達目標を関係づけた議論が必要ではないか。

(教育の現状)

- 研究結果を臨床に活かす力、臨床現場での問題を研究的に捉え解決する力、エビデンスに基づいた個別的な看護実践能力を3年間で教育するには限界がある。

- カリキュラム改正にあたり統合する部分は必要だが、現在の基礎教育の中で応用力まで身につけるのは非常に難しい。
- 若い看護師には、臨機応変に対応することや自分で判断して行動することが欠けている。こういった能力は経験に伴うものであり、基礎教育での臨地実習の時間が少なくなっていることが原因ではないか。
- 自己表現や自己コントロールに課題があるなど、入学する時点での学生の対人関係能力レベルが下がっている。その点を考慮すべきである。
- 看護師教育で、地域や在宅、市町村の保健センターの実習が必要とされているが、実際はなかなか受け入れてもらえない。
- 養成所では、臨地での学習でなければ実習時間に含まれない。学校に戻ってカンファレンスを行うなど、実習を効果的に行うための時間も実習として認めるなど柔軟な考え方があってもよい。
- 実習施設に学生が活用できる図書を置くことも必要であるが、現在はインターネットで調べる学生も多い。ITの環境を整えることも必要ではないか。

(基礎教育と卒後教育との関係)

- 専門職は、10年、20年と長い期間で育つという視点で、最初のスタート時にどのような能力を持っているべきかという議論にしたほうがいいのではないか。
- 免許を取った人（新人看護職員）に何が必要かについては、免許取得後の教育内容と連動している。新人看護職員研修の内容とある程度共通像のようなイメージがあるとわかりやすいのではないか。
- 一般社会でも、入職後すぐに即戦力になるわけではない。看護職員だけ卒業直後のハードルが高い。つなぎを教育などで優しく見守る期間が必要なのではないか。
- 要請される知識を増やしたために、医療職として身に付けなければならない能力の教育が失われてきた。基礎教育を小さくし、必要な能力の問題を整理し、現場に出す前の中間につなぎの教育を考える必要がある。
- つなぎの教育の整備を行うか、卒業時の能力を検討するのか、またどういう評価方法をどの時期にどの段階で入れていった卒業させられるのかということも検討するべきである。
- 実践力は、現場に出て身に付けると考えた方がよいのではないか。新人研修が努力義務となり、新人を育てることが出来ない職場に問題があるのではないか。
- 新人看護職員研修の実施が努力義務となったが、看護職の質を保つためには、看護基礎教育でどれだけのことを教えるかということも大事ではないか。

(単位、時間数の考え方)

- 大学設置基準では、1単位は45時間の学習をすることである。この1単位45時間という考え方は、45時間の学習は1週間のうち平日8時間、土曜日に5時間学習するという計算に基づいている。しかし、必ず45時間の授業を行わなければならないということではなく、30時間の授業と15時間の自己学習で1単位と考えてもよい。年間の単位数については、大学では前期が15週15単位、後期が15週15単位として教育を行うことが多く、1年間の単位は30単位と考えることが標準的である。教育の充実には、単位を増やすだけでなく、1単位が実質的に45時間の学習に匹敵する内容となるには、どのような教育方法がよいかという視点で解決すべきではないか。
- 1授業科目を保健師課程と看護師課程の共通の科目とする場合は、課程ごとの教育内容がきちんと含まれているのかを吟味することが必要なのではないか。
- 「単位の読み替え」で問題になっているのは、例えば2単位のうち1単位は看護師教育、1単位は保健師教育で成り立っている、という「単位の読み替え」ではなく、1科目1単位の科目を保健師と看護師両方の課程に1単位ずつカウントする「単位の読み替え」である。「単位の読み替え」という表現を共通に理解したうえで、議論する必要がある。
- 講義、演習の1単位は15時間～30時間の幅で設定できるので、看護師等養成所の運営に関する指導要領(平成13年1月5日付け健政発第5号厚生省健康政策局長通知。以下「指導要領」という。)に示す時間数は1単位=15時間(1単位当たりの最低時間数)で計算をして示すほうがよいのではないか。
- 単位数と時間数の併記はダブル・スタンダードであり、カリキュラムを大綱化してきたことと矛盾するのではないか。
- 指導要領の時間数に匹敵する過重なカリキュラムが多くの養成所で既に実施されているため、指導要領に時間数を明記する意義は何かを検討する必要がある。
- 養成所が、どのような学習やオリエンテーション等を実習時間として位置づけるか分からない今の段階では、指導要領に時間数を付記しておいたほうがよいのではないか。

(その他)

- 臨地実習において、看護過程の展開だけでなく、現場の楽しさがわかるような体験ができれば、看護師として働き続けられるのではないか。
- 「技術項目と卒業時の到達度」をどう活かすかという方法を考えるだけでも

教育効果があがるのではないか。

○大学が独自のカリキュラムを展開できるよう、保健師助産師看護師学校養成所指定規則（昭和 26 年文部省・厚生省令第 1 号。以下「指定規則」という。）には柔軟性を持たせたほうがよい。すべての大学が同じようなカリキュラムを展開しては、大学の独自性が失われるのではないか。

○看護の対象については、患者のみであれば「対象者」、家族も含むのであれば「対象」など、区別して整理したほうがよいのではないか。

○看護の対象を示す用語は、人あるいは物を示すのか、患者のほか家族や社会資源といったものまで含んで示しているのかを区別し、表現に留意する必要があるのではないか。

2. 看護師養成機関内における教育方法の開発・活用

○知識を学び、学内演習で判断する能力を身につける。そして実習で看護のダイナミックさを体験し、また知識に戻る。この繰り返しが大事である。

○学内演習、臨地実習などで体験を増やすこと、そこで効果的なアセスメント、技術、知識につなげていく教育方法の検討が必要ではないか。

○現在どの医療職種も侵襲的行為を実習で体験するのは難しい。侵襲のない実習を行うか、侵襲的な技術をモデル人形等を使ってどこまで行うかである。

○米国のように、授業科目毎に講義して演習ということを繰り返すことが知識と実践を統合するのに効果的ではないか。

○演習においてシミュレーターの活用は有効であるが、機会の操作はもちろん、どのように状況やタスクを設定するかなど、教員が適切に活用できることが必要である。

○学生は、実習で体験したことについてどのように思考したかを表現できるようになってほしい。そのためには、例えば、技術の練習（タスクトレーニング）だけでなく、練習の振り返りを共有し、徐々に系統的に体験を積み重ねていくことが必要ではないか。

○学生が体験したエピソードを教材化し、チュートリアル教育を行うと、体験した場面や事例に基づいて体系的な学習をすることができ、実践能力を高める教育という面で手応えを感じている。

○シミュレーションは効果的な教育方法だが、コミュニケーション能力を高める教育を行うには限界がある。

○シミュレーターは高額であることから、全ての教育機関が使用できるわけではない。しかし、複数の教育機関間や病院間など、地域で共有するなど工夫して活用できるのではないか。

○シミュレーション教育という枠組みの中に、SP（standardized patient あ

るいは simulated patient) という教育方法もあり、取り入れることができれば、コミュニケーション能力を高める教育ができる。しかし、SPの養成や費用の面で課題がある。

○思考や発想力を伸ばす教育を組み立てるには、教育機関が主体的に教育内容を考えることができるように、看護基礎教育の現行の総計97単位の枠組み（保健師助産師看護師学校養成所指定規則別表3）を考え直す必要がある。

○実習を行う目的を教育者が明確に把握していれば、より柔軟に実習の場を開拓し、教育することができるのではないか。

○能力を育成する教育のためには、双方向性のディベートなどが大切である。物事をどのように考え、対処していくのかなどを議論する時間を確保することが重要ではないか。

○学生が身につけるべき実践能力が増えると、能力の育成については個々の教員が科目の中で対応するよりは、養成所における教育全体で組織的に対応することを考えるべきではないか。

○看護の領域を横断した内容で講義や実習等を行う場合は、教員に教育内容を全体的に把握して科目を構成する力が求められるのではないか。

3. 効果的な臨地実習のあり方

○実習場所との距離の都合上、講義を受けた後に実習という形の演繹的な学習方法にどうしてもなる。現場を経験し、そこから問題を見つけ、問題解決的な学習していく帰納的方法も、考える力がついてくるのではないか。

○臨地実習では倫理面など制約が多く限界があるため、より時間をかけるべきである。

○在院日数や入院患者の年齢層から、現在の領域別の実習は限界がきているのではないか。実習を行った後に、その実習内容は学ぶべき内容のどこかをカバーしたかみていく方法もある。

○患者の権利もあり、実習上で学生がケアすることが出来ない現状がある。実習前に、学内で必要なシミュレーションなどを行い、実習に向けてできるだけ準備しておく必要がある。

○実習のゴールは実践能力の向上ではなく、実践を継続出来る力を育成することではないか。

○実習において、全ての領域で看護過程の学習をルーチン化している。看護過程のみならず、体験したことを共有したり振り返りを行うなど、実習でしか学べないことを学ぶことが望ましいのではないか。

○実習の場で看護過程を展開していく中で、現場のスタッフから臨床におけるエビデンスに基づいたケアの実施などを指導してもらうことが必要ではない

か。

- 発達段階別の実習は必要ではないか。核家族化のなか、学生は老人や子どもに触れる機会がないためよく知らない。発達段階についてどこで学ぶかが課題となるのではないか。
- 実習を有効にするためには、振り返りが重要である。学生が感じたことを教材化して実践力の育成につなげるには、教員の質を高めることも必要である。
- 教育は、教員だけで行うものでも臨床の指導者だけが行うものでもない。双方で相乗的に効果をもたらすような役割がとれるとよい。
- 実習施設と教育機関が離れていたり、実習のスケジュールが過密であったりと、学生が学んだことを振り返る時間がない。離れている分、図書などを置くなど、実習環境の整備が必要である。
- 専任教員は講義やクラス運営などがあるため、臨地へは半日程しか赴けないこともある。実習には専任教員に加え、実習指導教員がいる場合もあるが、日々の実習終了後の学生へのフォローを誰がどのように行うかが課題である。
- 臨地実習には事前オリエンテーションや事前学習のように、時間割へ入れているような時間が沢山あるにも関わらず、正規の実習時間数には入れられない状況がある。臨地実習における学習効果を高めるための学習活動や教育内容は、臨地実習の時間の中に含めるか、何かしらの科目に位置づけたほうがよい。
- 実習前と実習後の学内における学習を実習時間数へ含めるとなれば、臨地での実習時間の使い方に差が開いてくるのではないか。
- 実習に必要な臨地以外での学習については、実習前のオリエンテーションや技術練習の内容の捉え方に違いがあるため、何割であれば実習時間に含むことができるということを決めることは難しい。
- 各領域の実習期間はそれぞれ異なるため、臨地以外での学習を一律に何割まで実習に含めると決めてしまうと、領域によっては必要以上に臨地以外の学習の時間を実習へ含める養成所が出てくるのではないか。
- 個々の学生の状況によって臨地以外での学習に要する時間数は異なるを考える。そのため、実習に含める臨地以外での学習を時間数で規制するよりは、どのような内容を実習とするのか共通の認識をしたほうがよいのではないか。
- 臨地以外での学習を実習に含めることにより、看護師以外の専門職養成における実習に影響することも考えたほうがよい。
- 実習について議論を行う上では、臨地で行う実習とオリエンテーションや実習に必要な学習を含めた大きな概念としての実習が混在しないよう、「実習」という言葉の意味を整理して議論するとよいのではないか。
- 実習に含める臨地以外での学習は、学生の能力に併せて養成所や教員がフレキシビリティを持たせて必要に応じて行うものではないか。

○実習指導者と教員が同時に実習場に存在し、指導することはむずかしいのではないか。連携・協働できる体制であればよいのではないか。

○実習指導者と実習指導教員は、どのような役割をそれぞれ果たすのか明確にする必要があるのではないか。

4. 保健師教育、助産師教育のあり方

(保健師教育)

○保健師の場合は、理解・知ることにとどまらず、実践力の確保のため教育内容が必要である。

○保健師の教育として、継続看護実習や継続訪問実習が有効であった。一方、個の健康問題から地域の健康問題を把握して、計画実施評価したりする能力についての教育内容はあまり充実していない。

○保健師の場合は、地域や集団の見えないニーズに対応する。見えないニーズを見いだす能力が身につかないといけない。

○保健師の教育内容について、看護師教育からの順序性のあるもの（個人、家族集団、組織、地域と広がりをもって理解するという看護の基礎）とないものがある。

○統合化されたカリキュラムの中で身につけにくいのは、集団、地域を対象とする技術、特に健康危機の予防、施策化の必要性を作成したり説明したりする能力が調査から明らかとなっている。

○保健師の場合、集団、地域を対象としたり、年度単位で物事を見たり、予測や評価というような力が必須であり、さらに非常に高い研究能力、分析能力も必要である。

○保健師に対するニーズが変化している。「基本的考え方」に介護が含まれていない。地域包括支援センターや介護認定審査会でも活躍の場がある。

○集団を対象にした教育や行政は基礎看護教育では難しいかもしれないが、他の部分では、看護師でも行っているのではないか。

○保健師に求められている専門性はとて高くなってきている。行政保健師がほとんどだが、十分に実習が行われているかどうか見直し、講義と演習、実習を上手く組み合わせる必要がある。

○保健師に求められている業務は高度になってきているが、それを即基礎教育に反映するかは別だと考える。保健師も、中間のつなぎ教育が必要なのではないか。

○保健師になるために求められることが多く、大学4年間の中に収まりきらないのではないか。

○疾病予防や健康増進というのは保健師の仕事だけではなく、看護師教育でも

- 必要なことであると「看護師教育の基本的考え方」の中に書かれている。
- 保健師の役割を拡大して解釈していかないと保健師が力を出せるフィールドは広がらない。今後地域における看護のニーズは増す。保健師免許を持ちながら看護師として働く場合が多い現状を鑑み、保健師像を幅広く考えていかなければいけないのではないかと。
 - 医療と介護に関する個別的な相談や事例は、家族援助や個人に対する援助ができないと援助できないことがある。保健師には組織的にアプローチするだけでなく、個人的にアプローチする役割も求められているのではないかと。
 - 保健師の役割は、「集団に対して健康増進や介護予防、健康管理を行い、健康問題へアプローチしていく」など、保健師にとっての対象と役割の方向性ははっきりさせたほうがよい。
 - 保健師の機能・役割は、地域に必要なケアチームや組織をつくり上げたり、行政に働きかけたりしていくことが必要なのではないかと。
 - 保健師は、看護師免許があることが非常に大きな強みである。看護師の実践がなくてもいいのか、という議論をしておくべきではないかと。
 - 保健師基礎教育と看護師基礎教育の違いは、集団の健康をアセスメントし、アプローチするというところである。看護師教育への上さらに重ねて教育するのであれば、その部分が保健師教育として示されてもいい。
 - 疾病予防や健康増進がわかり、かつ行政も理解した人物が病院にいてほしいということで、4年制の教育を受けた人物を、保健師免許がなくても採用したいという病院側のニーズは多いのではないかと。
 - 医療と介護、福祉を含む地域包括ケアシステムの中で、保健師が果たす役割はますます重大になっている。保健師教育のカリキュラムに、地域包括支援ケアシステムにおける保健師の役割を反映したほうがよいのではないかと。
 - 社会保障、厚生労働行政の地域看護における保健師の役割がより重要になっているなかで、公衆衛生という言葉を用いることで専門性に特化するということでのよいのか。今後、保健師が果たす役割を考えると、地域看護学という名称がよいのではないかと。
 - 保健師は地域包括支援センターにおける役割も期待されているので、介護保険制度を理解するための教育が必要ではないかと。
 - 保健師の基礎教育では、地域包括支援センターや保健所、産業保健など、どの場においても働くことができる基本的な能力を身につけることが必要である。その基本的な能力が保健師の専門性であり、それを培う教育内容が公衆衛生看護学ではないかと。
 - 高齢化や入院期間の短縮により、認知症や精神疾患の患者を地域で看護していくことが多くなっている。認知症や精神疾患の患者に対する地域看護に関する

- る教育を受けなければ保健師は対応できないのではないか。
- 教育内容の考え方が変わる場合、対応する教科書がないという状況が起こる。そのため、保健師の教育内容における「地域看護学」が「公衆衛生看護学」に変わった場合、教員が何を基に教えるかということについても検討しておかなくてはならないのではないか。
 - 保健師教育において、健康危機管理は実際に健康危機が起こらないと学べないわけではなく、演習で学ぶことはできる。健康危機管理の到達度はレベルⅢとしてはどうか。
 - 1つの科目を保健師課程と看護師課程の単位として認定する方法（いわゆる「単位の読み替え」）が増えることによって、保健師・看護師の質の低下が起きているのではないか。
 - 保健師に超高齢社会や虐待、メンタルヘルスの問題などへの対応が求められるようになってきているため、基本的なことは、継続教育や新人看護職員研修の前に保健師基礎教育で教育するべきではないか。
 - 保健師の臨地実習においては、行政、保健所、あるいは保健センターだけではなく、今後はコミュニティを見ることを強化していくのであれば、地域包括支援センターや産業の場でも行っていくべきではないか。
 - 保健師の修業年限が6か月から1年以上となったが、指定規則における単位数は最小限として、その学習を続ける力を修業年限1年の中で身に付けるべきではないか。その時代における課題を見つけていく力は、時間をかけて一つの課題に取り組むような教育方法でないと身につかない。
 - 他の医療・福祉職職種が保健師と協働する場合、システム化や危機管理といった専門性を保健師には期待している。
 - 保健師基礎教育は単位数が多いほうがよいというのであれば、将来的に実習の場を確保、多様化して、実習場所の選択肢を増やす必要があるのではないか。
 - 保健師教育における「地域看護学」を「公衆衛生看護学」とすることで、より保健師の特徴が出た。そのため、保健師教育の専門性が高くなったという意味では保健師教育と看護師教育において「単位の読み換え」をすることは出来ないのではないか。
 - 実習指導を担当する保健師の負担を軽減するためには、学生の指導を教員がより担った方がよいのではないか。
 - 高度なフィジカルアセスメントや侵襲性のある技術については、助産師や看護師だけでなく、健康危機や虐待、自殺、うつや災害時への対応において保健師にも必要である。

(助産師教育)

- 助産師教育はマンツーマンの指導が必要になる。教育内容だけでなく、教員といった教育環境のことも含めて検討したほうがよい。
- 助産師教育は、看護者としての基本的な能力を教育した後に位置づけられる。
- 助産師教育では、医師とパートナーシップを持って連携できる能力や国際的な感覚を持てるような教育内容が必要である。
- 高齢出産や出生前診断で障害を持つ児が増えてきているため、心理的なケアが助産師の機能・役割にあるといい。
- 看護師・保健師の教育内容と同じように、助産師教育も、生涯教育という点に関して、継続的に学ぶということを挙げるとよいのではないか。
- 【助産師に求められる実践能力及び基礎教育修了時の到達目標】の「(開業に伴う責任)」は、助産師は出産だけではなく地域の母子、父親も含めた育児に関わり、地域の助産所として責任の一端を担う自覚を持つことが大切ではないか。
- 助産師の到達目標における大項目「3. 分べん期の診断とケア」の「異常状態」は、例えば「正常範囲を超える出血への処置」は、どのように止血するかという処置の方法なのか、言葉の広がりにとどこまで技術を入れ込むのか養成所によって捉え方が異なるのではないか。
- 助産師教育の実習時間をどのようにカウントするかは、現状では分べん 10 例をとるまでかかる時間である。分べん 10 例をとるために必要な時間数が全て実習時間とすると、臨地実習 11 単位程度の時間以上の実習時間を現状でもかけているのではないか。