

PROFILE

たかがい 恵美子 えみこ



社団法人日本看護協会 常任理事
<http://www.nurse.or.jp/ishin>
E-mail: ishin-takagai@nurse.or.jp

学 歴

- 埼玉県立衛生短期大学
- 埼玉県立衛生短期大学専攻科
- 国立公衆衛生院専攻課程
- 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科
- WHOエイズコントロールケア研修
- 東京医科歯科大学大学院博士課程 前期
- 東京医科歯科大学大学院博士課程 後期(中退) 等

主な職歴

- **急性期医療**：社会保険埼玉中央病院、虎の門病院で、外科、血液内科等病棟で急性期チーム医療に従事
- **地域保健**：宮城県の保健所、精神保健福祉センターで障害者と家族の保健指導等に従事
- **研究教育**：東京都老人総合研究所、結核研究所、東京医科歯科大学講師等
- **国際保健協力**：アフリカでHIV感染の予防教育と感染者ケア活動に参加
- **厚生労働省**：保健師等の増員5カ年計画の実現、がん対策アクションプラン2005とりまとめ、診療報酬改定で7対1の創設、褥瘡ハイリスク患者ケア加算など看護技術の評価の創設、訪問看護事業の再活性化方針の提案等を行う。

たかがい 恵美子 えみこ

看護研修資料集

CONTENTS

1. 上手な退院調整のすすめ方
2. 訪問看護の現状と展望
3. 安らかな看取りを実現するために
4. 診療報酬改定からみる看護の展望
5. 急性期医療
6. 変わる! 認知症ケア
7. 看護職の確保・定着をすすめるために
8. 看護基礎教育4年制大学化に向けて

看護職が成熟社会をつくる

私は、看護職であることに誇りを感じています。

看護のもつ互いを思いやる心、調和の心が、人々の生活を豊かにし、社会に活力を与えることができます。

例えば、

医療の現場で、看護職は安らぎと安心を与えることができます。

訪問看護師は、在宅療養を支えます。

助産師は、少子化問題に貢献できます。

保健師は、人と地域を元気にします。

看護職は社会で起きている様々な問題を解決するための「灯り」であると信じています。これからの日本にとって、看護職が活躍できる社会にすることが、明るく活力の湧く成熟社会をつくることだと思います。

1 上手な退院調整のすすめ方

■ 課題と対応

課題

急性期医療の現場では、平均在院日数が増え短縮し（平成18年は16.07日）、完治しないままに退院の日を迎える方がとて増えています。しかし、これまでの医療機関の中には、退院すると身の回りにどんなことが起きるのを見越した適切な相談や支援のしきみが整っていませんでした。

- ・一人暮らしの高齢者や入院前と比べてADLが低下した方
- ・時間ごとに複数の薬を使い分けなければならない方
→家へ帰ることに強い不安を感じる
- ・退院しても具体的な過ごし方や症状への対処の方法が分からない
→再入院してしまうという問題

対応

平成20年4月の診療報酬改定では、このような方々に対して、専任の看護スタッフを配置し、早い段階から在宅療養するために必要となることについて計画的に支援する「退院調整」のしきみがつくられました。

あらかじめ退院後を想定したうえでの調整や支援によって、入院が長引くことを防ぎ、在宅へ移行した直後の不安を軽減する効果が期待されています。

■ 診療報酬で新設された「退院調整」の種類

「退院調整」の種類	内容
退院調整加算	療養病棟等で退院に関する支援が必要な患者に実施
後期高齢者退院調整加算	退院困難な要因を持つ75歳以上の患者に実施
精神科地域移行実施加算	病院の精神病棟で、入院期間が5年以上の患者に実施

■ 退院調整のポイント

まずは医療機関内に、組織として地域移行や退院調整を進める十分な体制が整っていることが必要です。

■ 病院別の退院調整の体制

一般病院	退院調整の部門の設置、そこに専従の看護師又は社会福祉士を配置
精神科病院	地域移行を推進する部門の設置、そこに専従の精神保健福祉士を配置
診療所	退院調整を担当する専任者が配置

在宅へ移行した後の診療を担当する医師、訪問看護師、薬剤師等も、入院中から退院調整チームに参加し、ベッドサイドから療養生活への円滑な移行を支援します。

■ 看護職への期待

看護職は、健康の観点から安全・安心な療養生活を支援できる専門家です。

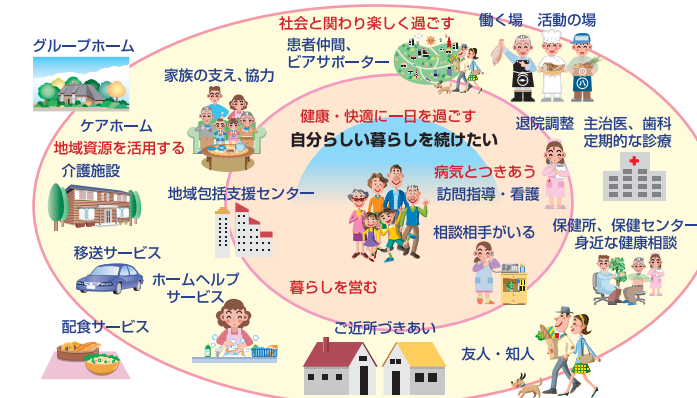
急性期医療の現場にいる看護職

患者の視点に立って、どのような状況で退院の日を迎えることになるのか、次の療養の場としてどこへ移るのが適当か、そしてそこで安全・安心に療養するためにはどんな備えをする必要があるのかをともに考え、現実的な対応について、調整を行うことが期待されます。

訪問看護事業所の看護職

生活者の視点に立って、居宅での24時間を安全・安心に過ごすために必要な療養環境を家族とともに整え、看護サービスを提供することができます。また利用者の身近なところで、医療と福祉のつなぎ手として、必要な調整・支援を行うことが期待されます。

在宅療養への移行を円滑にするカギは、ご本人はもちろん、家族や友人、関係者などの間で、お互いの顔が見える関係を築くことにあります。病気と付き合うことと同時に、暮らしを営むことも大切です。地域社会とのかかわりなどを通して趣味や経験を生かす工夫が求められます。



■ 在宅療養への円滑な移行の効果

本人・家族への効果

- 入院患者が安心して退院できるようになる。
- 従来は施設転院と考えられた利用者にも在宅療養の選択肢が広がる。

医療機関における効果

- 救急外来利用や再入院率が低下する。
- 平均在院日数の適正化につながる。
- 病棟職員の在宅医療移行スキルが向上し、在宅医療・介護事業等と連携して円滑に支援できるようになる。
- 医療機関の信頼が高まる。

地域への効果

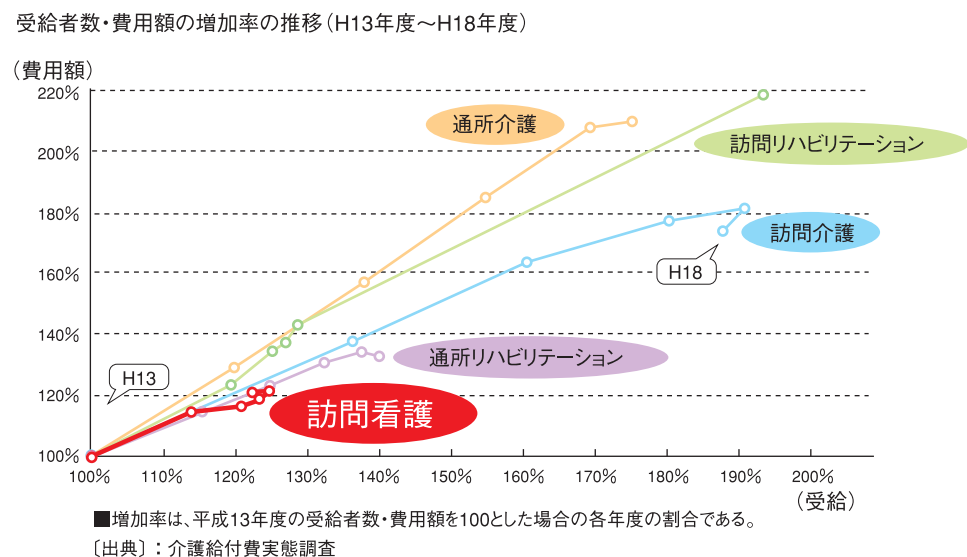
- 在宅医療・介護事業等と、入院早期から情報を共有し連携することで、スムーズな受け入れ体制が構築される。
- 訪問看護への患者紹介数が増える。



病院や自宅、介護保険施設等のどのような場所でも切れ目なく、安心して安全な医療を快適に受けることができるよう支援するのは看護師等の専門職です。

2 訪問看護の現状と展望

居宅サービスの事業別にみた増加率の年次推移



課題と対応

課題 訪問看護は在宅療養者の命綱となる制度です。入院医療と在宅医療、そして居宅介護サービスなど療養生活全体の調整役として、大きな期待を担っています。

ところが、全国の1/2の市町村にはいまだに訪問看護事業所がありません。その主な理由として

- ① 利用者把握の問題
- ② 事業経営の問題
- ③ 従事者確保の問題
- ④ 周辺業務への支援体制の問題

が指摘されています。

国民が最後まで安心できる療養生活を実現するには、このような状況を変え、訪問看護を飛躍的に伸ばすために、行動することが必要です。

対応 訪問看護に関連する3団体は、平成20年3月に訪問看護拡充10カ年戦略を共同で提案しました。また、その具体化と強力な推進をする場として、訪問看護推進連携会議を設置しました。訪問看護を取り巻く諸課題について、ただ改善・解決を待つのではなく、自分たちができること、行政へ要望すること、社会へ期待することの3側面から、具体的な活動を展開しています。

例えば、医療保険による訪問看護療養費は、平成20年4月の診療報酬改定で12年ぶりに引き上げられました。平成21年4月の介護報酬改定でも、訪問看護が診療報酬と矛盾なく評価されるよう見なおすことが必要です。こうした点も具体的な今年の検討事項です。

(平成21年度介護報酬に関する要望書 <http://www.nurse.or.jp/home/opinion/teigen/2008pdf/yobo20080707.pdf>)

3団体が提案した訪問看護活性化のためのアクションプランのポイント

	1 利用者把握の適正化	2 提供体制の改善	3 事業経営の安定化
訪問看護の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> 需要予測と需要把握の方法の確立 訪問看護イメージアップ戦略の実施 病院の退院調整機能の強化など。 	<ul style="list-style-type: none"> ナースセンター機能の強化 訪問看護機能の拡充 訪問看護管理者育成等研修の充実・強化など。 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護の周辺業務の効率化 事業規模拡大・複合化などによる運営基盤の強化など。
行政への要望	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護需要の医療計画への明確な位置づけ 訪問看護事業の整備支援 退院調整機能の強化など。 	<ul style="list-style-type: none"> 第7次看護師需給見直しにおける訪問看護師の明確な位置づけ 看護師確保策の推進 へき地・離島等対策の実施など。 	<ul style="list-style-type: none"> 衛生材料・医薬品等の供給体制の改善 コモン・システム設置・拡大のための支援事業の実施 記録・請求業務の簡素化など。
社会への期待	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・訪問看護の普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> 民間企業の訪問看護への参入 	<ul style="list-style-type: none"> IT業界・事務請負業者による参入

訪問看護拡充のための要望のポイント (平成20年4月25日)

- 看護師による療養生活の支援が必要な者に、円滑にサービス開始できるしくみを新たにつくること。
- 平成21年度介護報酬改定において訪問看護の適切な評価を行うこと。
- 訪問看護拡充に向けた基本方針を策定すること。

平成21年介護報酬改定に関する要望のポイント (平成20年7月18日)

- 適切な対象把握と療養継続のための相談・支援を確実に実施できる仕組みをつくること(※)。
- 特養入所者の重度化に対応する手厚い看護・介護体制を新たに評価すること。また、施設外からの訪問看護サービス提供を可能にすること。
- 訪問看護の実態に見合う評価体系に改めるとともに、訪問看護の基盤強化機能をもつ事業所の体制を評価すること。

期待される新しい仕組み

現在、約450万人の要介護認定者のうち、訪問看護を利用している方はわずか28万人にとどまっています。いまの制度では、どちらかというと要介護度の重い利用者に週3回程度、訪問看護を行うことが想定されています。しかし、比較的病状の安定した状態で在宅療養する場合には、頻繁な訪問よりもむしろ、その継続を支えるための少し緩やかな療養支援が必要です。このため、とくに要介護認定者については、あらかじめ看護職による療養生活上の支援が必要かどうかを判断し、利用ニーズを把握しておくことによって、いざという時にはすぐに駆けつけることができる安全確保のしくみ「療養継続看護(仮称)」を提案しています。訪問看護は在宅療養の命綱、それが地域内に浸透することによって、地域の健康は看護が守るという理解がますます進んでいくと期待されます。



新たなしくみを整えることで、在宅療養中の病態の変化に早期に対応し、重度化や著しい身体機能の低下を予防します。また、ご家族の動揺を受け止め、必要なアドバイスをすることで、落ち着いて対処方法を選択できるよう支援します。

3 安らかな看取りを実現するために

課題と対応

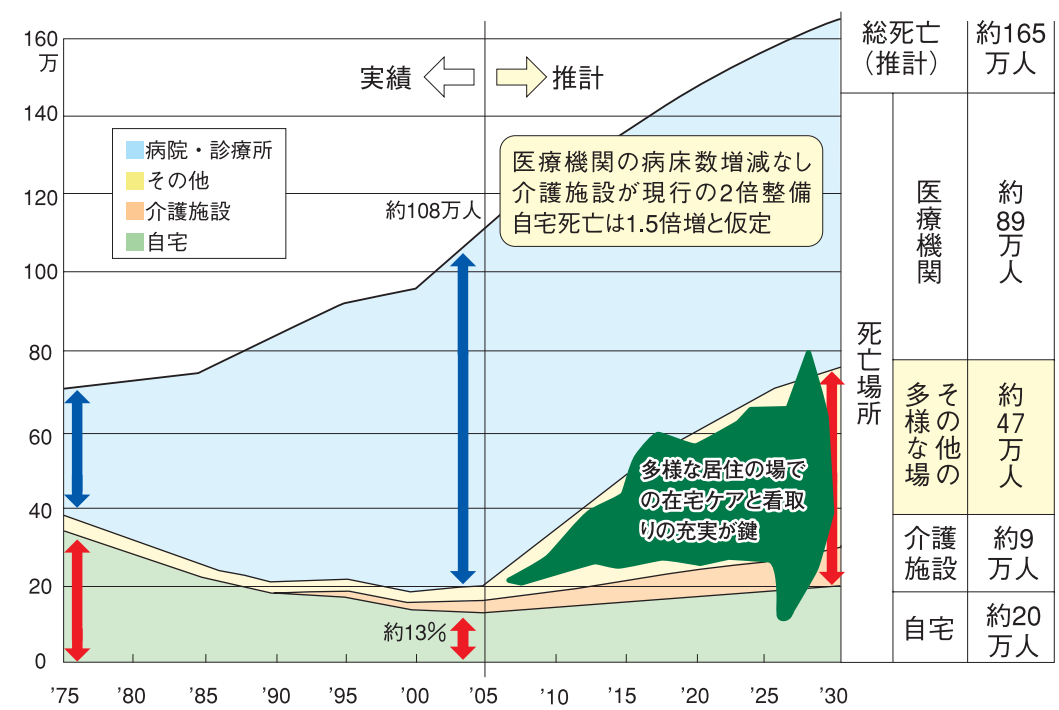
現状 日本の人口はいま減少し始めています。そして2030年には65歳以上人口が全体の1/3を超え、年間死亡者数は現在の約1.5倍に増えると言われています。

一方、医療機関については平均在院日数を短縮すると同時に、病床数を削減する方向が示されていますので、簡単に言うと、**入院病床を看取りの場として利用することはできにくくなります。**

また、これからの高齢化は、首都圏域で加速すること、男女ともに単身の高齢者世帯が増えることも大きな特徴です。

課題 介護が必要な状態となったり、死を迎える時は、できるだけそれまでの生き方や生活を変えることなく、安らかに過ごすことができるよう早急に仕組みを整えていく必要があります。また、少ない人材や資源をいかに効率よく活用するかがとても重要です。

■総死亡数の変化と主な死亡場所の将来推計



対応

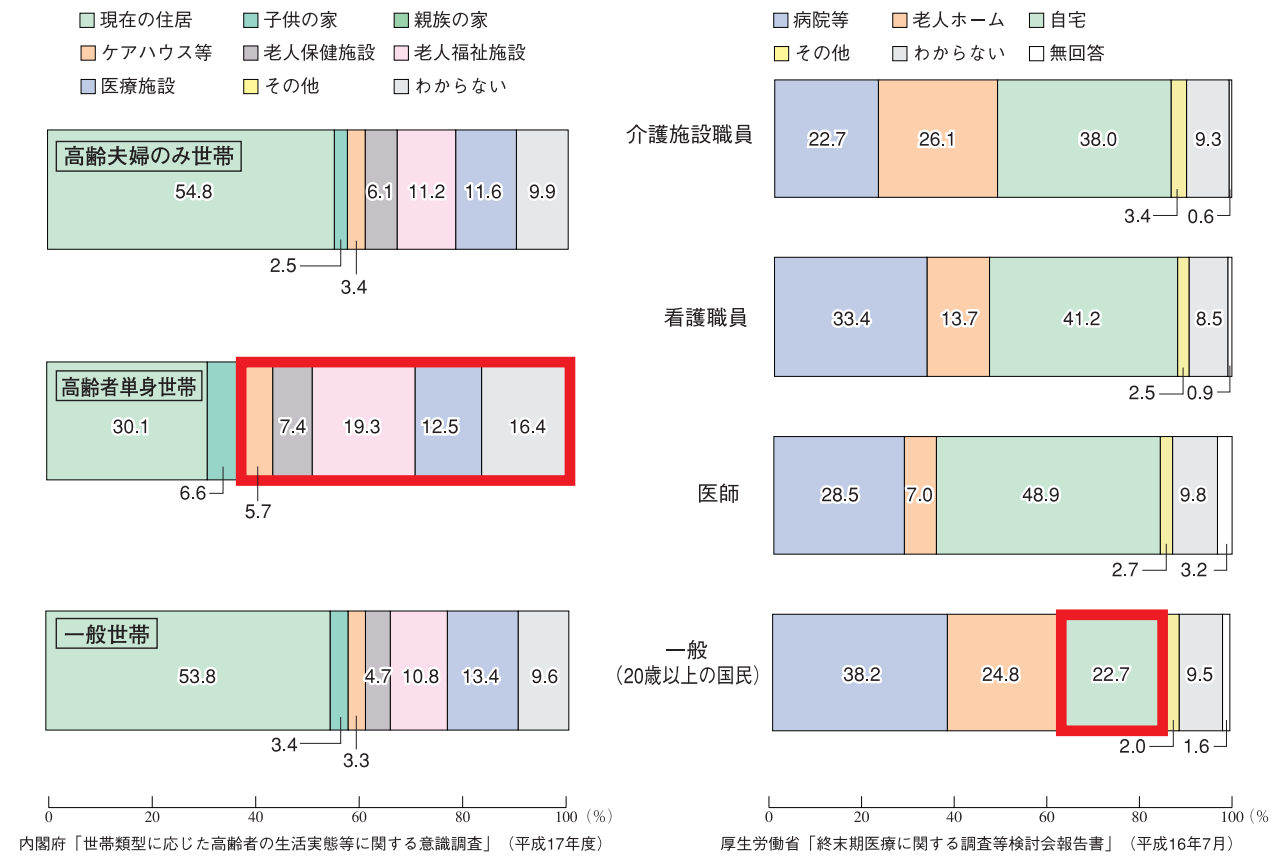
看護職ができることは、一人ひとりがあらかじめ尊厳ある死の迎え方を考え、準備することの支援と最後の旅立ちを見送ることです。

- 具体的には、
- 今後ますます必要となる介護保険施設での安全・安心の確保と看護・介護チームケア体制の強化
 - 訪問看護事業の拡充
 - 地域内での療養継続のための支援が求められます。

介護を希望する場所・最期まで過ごしたい場所

一人暮らし高齢者の2/3は、現在の居宅以外での介護を希望。

20歳以上国民の5人に一人は、最期まで自宅療養したいと希望。



- 在宅での看取りを可能にする要因は次の3つです。
- 1) 本人・家族が在宅での死を望むこと
 - 2) 痛みや症状がコントロールできていること
 - 3) 在宅を支援する体制が整っていること(病院と訪問看護ステーションとの連携、24時間緊急対応体制など)



これからは多様な居住の場での看取りが必要になります。看護職が活躍する場所は介護保険施設などへと大きな拡がりを見せていくと考えられます。とくに、看護職は、住宅政策と連動して高齢者の介護支援と尊厳ある死を見守る専門家としての力量が期待されています。

4 診療報酬改定からみる看護の展望

平成19年度の医療費は全体で約33兆4千億円、このうち入院や外来などの医科医療費は約25兆7千億円です。

■ 診療報酬と看護

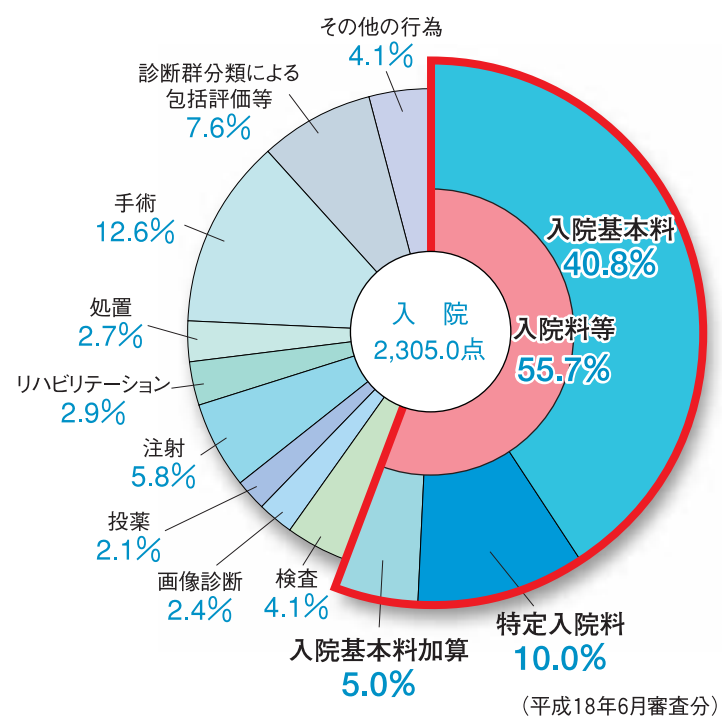
病院や診療所等で提供される医療サービスは、あらかじめ「診療報酬点数表」で、その品目、価格、精算基準などが決められています。そして、医療サービスの各技術は「診療行為」と呼ばれています。

医療機関の収益のほとんどは、この診療報酬によるものです。

● 診療報酬の構成 (入院)

診療行為別にみた入院の1日当たりの点数の構成割合を例に診療報酬の構成がどうなっているのかみてみましょう。(図1)

■ 図1 診療行為別にみた入院の1日当たり点数の構成割合



入院1日当たりでは、「入院料等」(*)が全体の55.7%を占めています。

入院基本料の施設基準を考えてみましょう。その柱は、看護実質配置、看護師比率、平均在院日数です。つまり、病院の収益のおよそ6割は、まさに病棟をアスカル看護が支えているということです。

※「入院料等」とは入院基本料(寝具類を含む療養環境の提供、看護師等の確保、医学的管理の確保等に要する費用を含むもの)とその加算です。

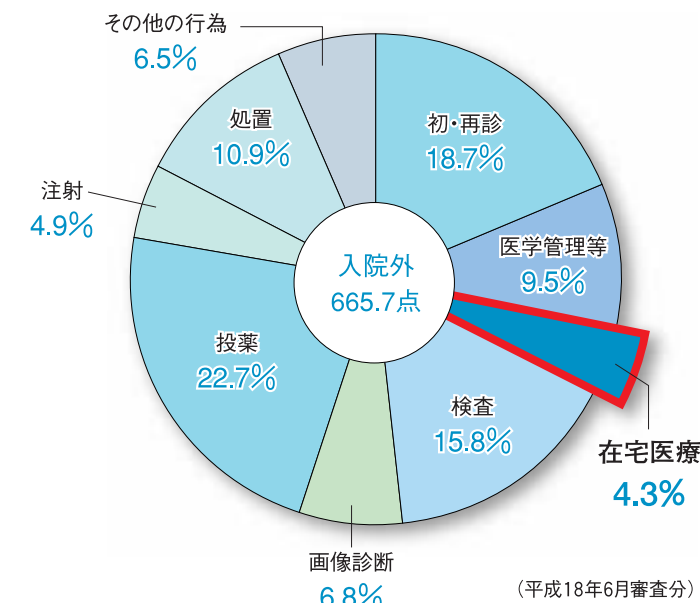
● 診療報酬の構成 (入院外)

外来については、診療全体の中で看護もあわせて評価されるしくみになっており、これまで一般的には看護配置を基準としていませんでした。

しかし最近では、高度専門的な知識・技術を要する看護についてはそのような知識・技術を持つ看護師を配置することを要件とした項目が誕生しています。

例えば、平成20年度診療報酬では「糖尿病合併症管理料」が創設されました。これは専任配置された常勤の看護師が、対象となる患者に1回30分以上の指導を行うことにより、月1回170点を算定できる新しい技術料です。看護職は、全国どここの保険医療機関でも、必要な方がこの技術を適切に利用できるように、対応していく必要があります。

■ 図2 診療行為別にみた入院外の1日当たり点数の構成割合



届け出のキーワードとなる「糖尿病足病変の指導に係る適切な研修」
※研修の実施主体に関する特段の規定はありません。

演習を含む2日間程度(通算16時間)の研修で求められる知識・技術。

- 基礎知識
- 病変の評価方法
- フットケア技術
- セルフケア支援
- 事例分析・評価の習得

■ 看護師等の配置が必要とされている評価

入院外	ウイルス疾患指導管理料、喘息治療管理料、ニコチン依存症管理料、外来化学療法加算、心大血管疾患リハビリテーション (糖尿病合併症管理料)
入院	褥瘡ハイリスク患者ケア加算、退院調整加算、緩和ケア診療加算、医療安全対策加算、がん診療連携拠点病院加算、後期高齢者退院調整加算、褥瘡患者管理加算、心大血管疾患リハビリテーション、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、重度認知症患者デイ・ケア



診療報酬は、国民のニーズに対応して時代とともに、息吹くように変化しています。看護職はその担い手として最も大きな集団。こう考えると、私たちは、これからの政策提言のあり方について、さまざまなアイデアを出していけそうです。

5 急性期医療 ～看護職の働き方と看護管理が変わる～

■ 課題と対応

課題 平成18年度から、入院医療に看護実質配置が導入されました。これまでは、実際に各勤務帯で働く職員の配置密度が不明確でした。

例えば患者対看護師を「2対1」で配置していると言われれば、通常は患者2人に一人の看護職員がいると考えます。ですから入院患者や家族は、「ナースコールへの応答が遅い」という不満、「夜はおろか昼間でも姿を見かけないが看護師はどこで働いているのか」という疑問を持つことが多かったのです。これを患者の視点からわかりやすい表記に改めることが第一の課題でした。

考え方 入院医療の場合は24時間365日眠りません。ですから、1年間に必要な看護はおよそ**8760**時間です。これに対し、1人の看護職員は、1年間に働くのは**1800**時間ですから、1人でカバーできるのは全体のおよそ**1/5**です。そこで従前は**2:1**と表記していたものを看護実質配置で正しく言いなおすと**10対1**と改められるのです。

対応 看護実質配置は、看護の手の厚さをダイレクトに評価する仕組みです。

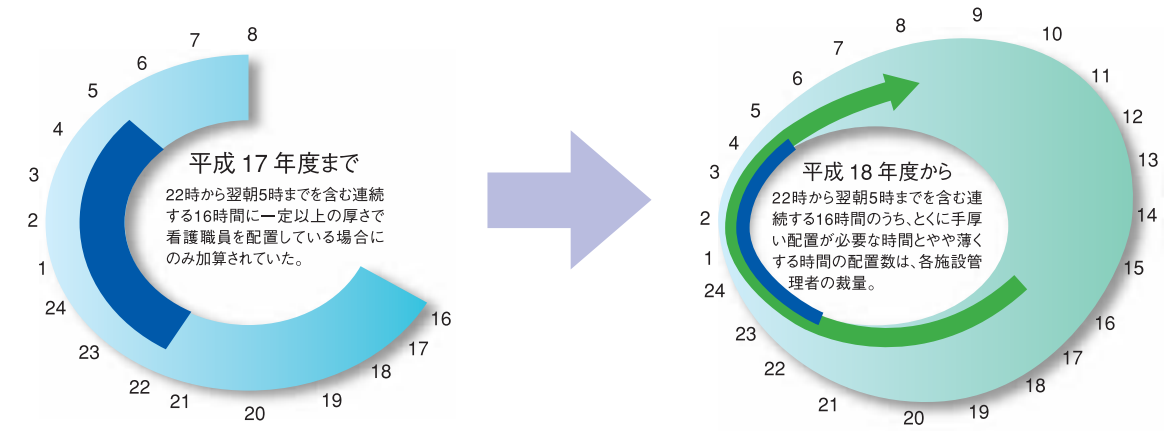
- 各勤務帯で一人の看護職員が何人の入院患者を受け持っているかを病棟内に掲示する。
- 夜間は、2人以上の看護職員による勤務を必須とし、かつ看護職員一人当たり月夜勤時間が72時間以内であることを前提に各施設において一定の範囲内で傾斜配置できる。
- 各々の病棟で各勤務帯に配置する看護職員の数、入院患者の状態（看護必要度等）に合わせた適正な数が確保されるよう管理する。

10対1入院基本料の具体的な人員配置イメージ(入院患者40人の病棟の例)

平成17年度まで		入院患者40人の病棟における看護職員配置の例			
表記	表記内容	配置数の計算に当たっての考え方		夜間の傾斜運用	
2:1	雇用されている看護職員数に基づく表記	40÷2で20人以上雇用	入院患者数に対する看護職員の数で表す。 <理論上の配置例> 8-16時 16-24時 0-8時 6人 3人 3人	<15:1夜勤加算の例> 16-24時 0-8時 3人 3人	
平成18年以降		各勤務帯当たりの看護職員数に基づく表記 ※1勤務8時間1日3勤務帯を標準とする。	4、4、4 (40÷10)×3で1日に12人以上が勤務	<均等に配置した場合> 8-16時 16-24時 0-8時 4人 4人 4人 看護職員一人当たりの受け持ち患者数は、どの勤務帯でも10人以内となる。 <夜間を薄くした場合> 8-16時 16-24時 0-8時 6人 3人 3人 1日当たりに勤務する看護職員を各勤務帯で傾斜配置できる。	

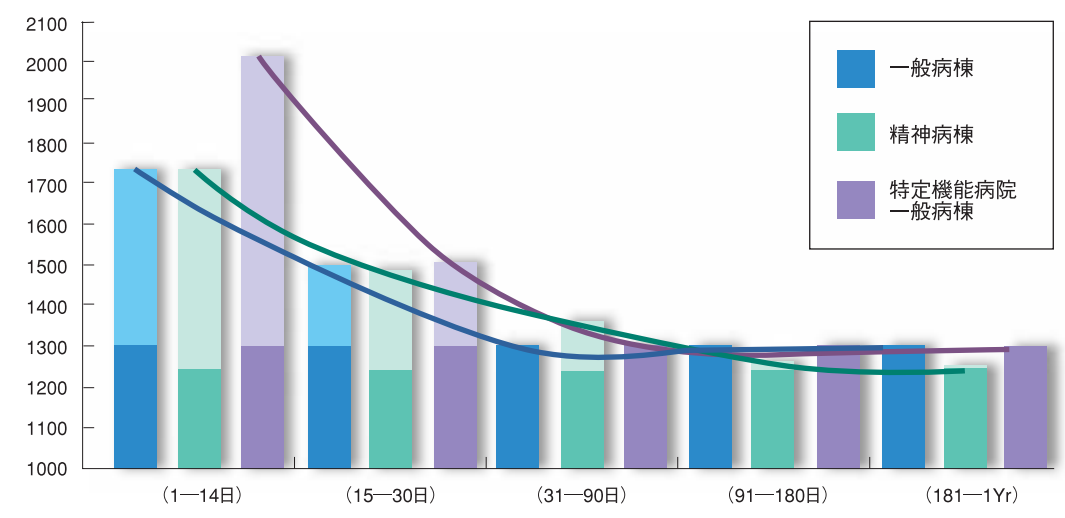
急性期入院医療における看護職員の配置数について

- 入院患者数に対する看護職員が基準であり、実際の配置数はわからなかった。
- その一方で、夜間勤務時間帯のみを取り出して、看護職員の配置の厚さを満たす病棟ごとそれぞれの加算としていた。
- 夜間も含めた24時間どの勤務帯でも看護職員一人当たり平均受け持ち数が一定以上となることを基準とした。
- 各勤務帯に配置する職員数は、病棟の実情に応じて、傾斜配置できる。



入院期間による病棟種別の入院料の変化イメージ

※棒は、病棟種別の入院基本料10対1に入院期間に応じた加算を加えたもの



今後の急性期医療は、看護サービスで提供する医療の質が問われるようになります。

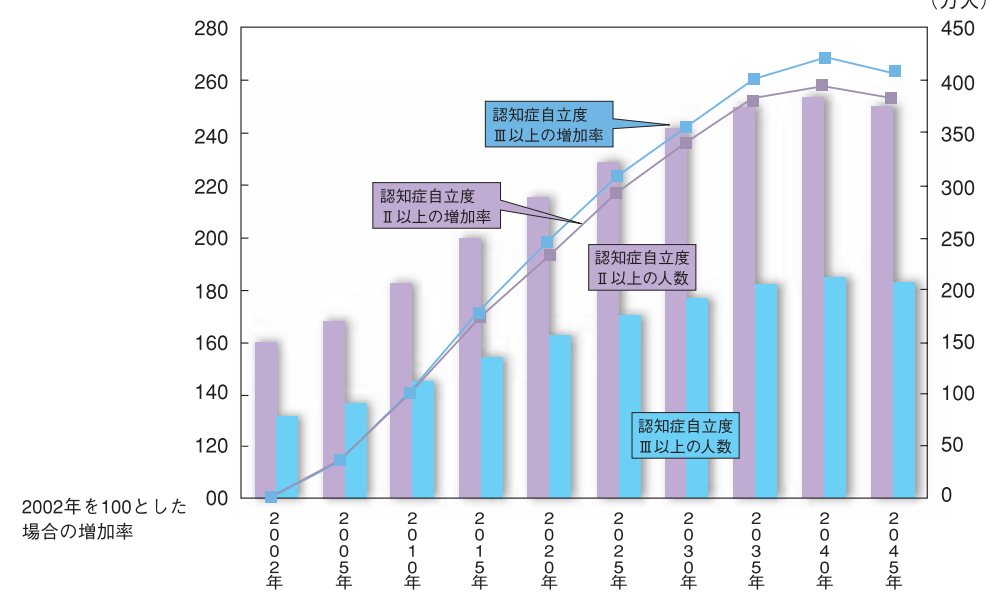
6 変わる！ 認知症ケア

課題と対応

- 課題**
- 現在、ほとんどの認知症の方々が、総合病院の精神科又は神経内科で診断を受けています。かかりつけ医や主治医によって適切な診断を受けている方は、全体の1/5以下です。
 - 何か様子がおかしいなど気づいてから専門医療を受診するまで1年以上の時間を要しています。そして診断を受けた後でも、家族は適切な対応が出来ずに困っている例が多いのです。
 - 高齢者の多くは何らかの身体合併症を持っていますが、徘徊や拒否などの周辺症状があると、適切な治療ができにくくなります。このため、一般病棟では中途退院となる方も増えており、認知症高齢者の半数程度が十分な医療を受けていないと感じている看護職もいます。
 - 要介護認定された方の4人に1人は自立度Ⅲ以上の重度の認知症と言われていますが、認知症治療を受けている患者はわずか32万人で、認知症患者の治療及び療養の実態はよくわかっておりません。

対応 要介護認定者だけでみても、10年後には、自立度Ⅱ以上の認知症の方は、現在の2倍になると予測されています。

要介護高齢者の認知症自立度の将来推計

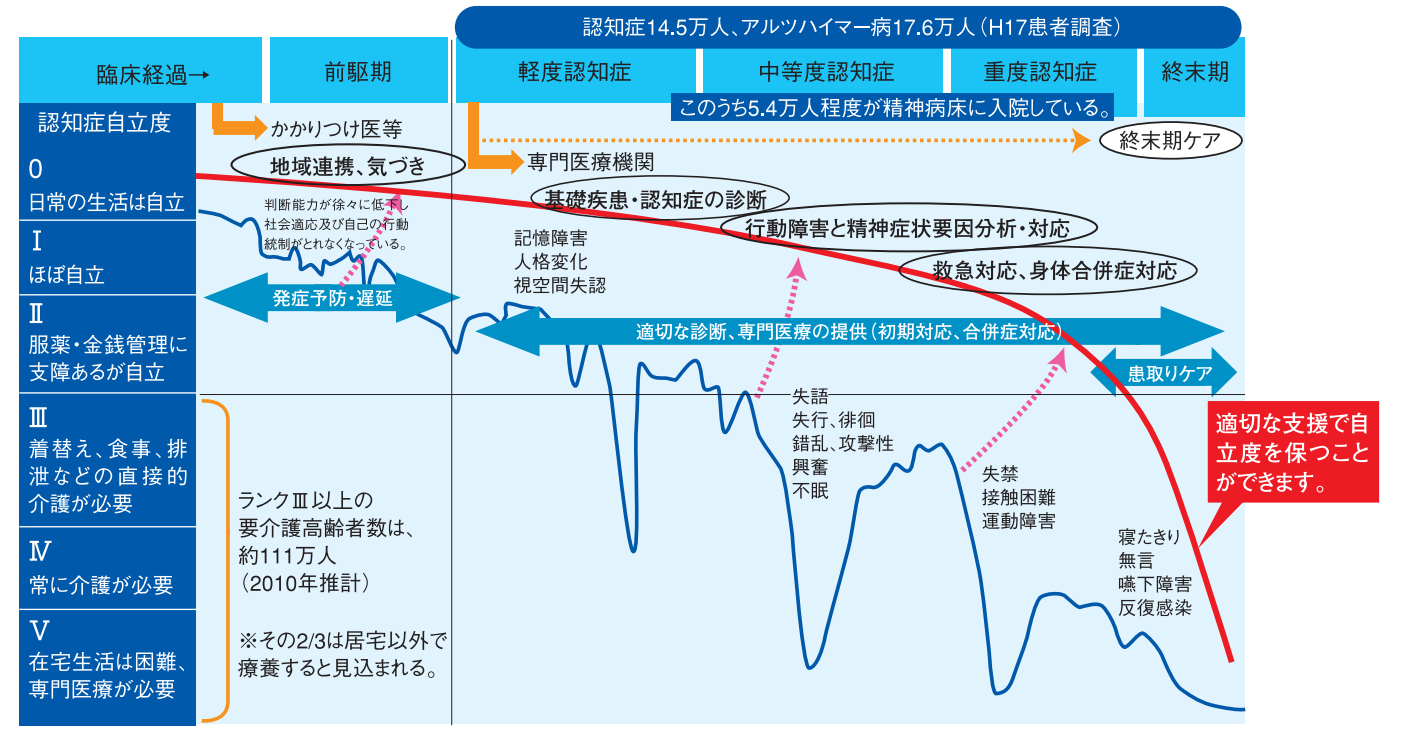


今後は急速に75歳以上の高齢者割合が増えていくことがわかっているのですから、いまずぐにでも社会全体で対応策を講じていく必要があります。

看護職ができること

- ① 認知症高齢者が初期の段階で適切な治療を受けられるよう支援すること
- ② 家族や介護関係者が問題となる周辺症状への対処方法を早く身につけられるよう支援すること
- ③ たとえ病状が進んだとしても尊厳ある死を迎えられるよう支援すること

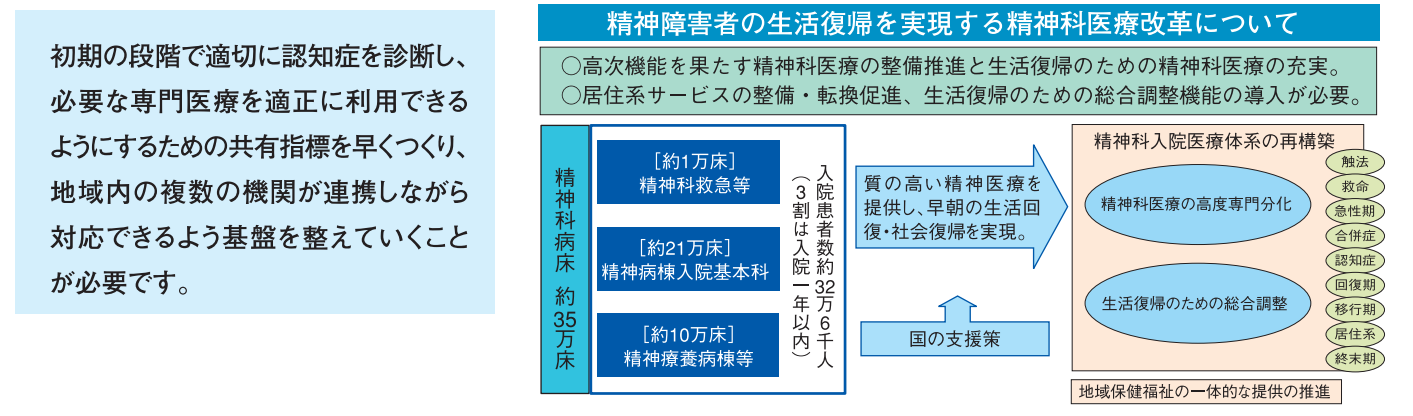
認知症の臨床経過と認知症自立度に応じた対応について



認知症専門医療の基盤整備について

認知症の入院患者全体の7割 (5.4万人) は精神病棟を利用しています。また、精神病棟の入院患者のうち16%が認知症患者です。精神科病棟は今、実質的に、認知症の総合診療を担っています。

しかし認知症専門の医師及びコメディカルが、何人いて、どこで養成され、どこに勤務しているのかはわかっていません。



まとめ

急速に増加した認知症の方々が安心してその人らしく、なじみのある環境で生活するために必要なことは次の4つです。

- 1) 周囲の人たちが認知症に早く気がつくこと
- 2) 専門医療を提供できること
- 3) 認知症のさまざまな問題に対応できること
- 4) 看取りのケアを提供できること

7 看護職の確保・定着をすすめるために

課題と対応

課題 国内で就業している看護職員の総数は、およそ133万3千人です。これは過去10年間で1.3倍に増えています。そして5年後には140万人を超える看護職員が必要になると予測されています。

<看護職員就業数(年次別、総数)>

	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
看護職員就業数	1,233,496	1,268,450	1,292,593	1,308,409	1,333,045
(再掲)病院	792,124	803,393	811,538	818,580	831,921
(再掲)介護保険関係	105,302	116,710	124,466	132,546	138,339

<第六次看護職員需給見通し>

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
看護職員需要見通し (再掲、介護保険関係)	1,314,100 (172,600)	1,338,800 (178,500)	1,362,200 (183,800)	1,383,800 (188,800)	1,406,400 (194,200)
看護職員供給見通し (再掲、新卒就業数)	1,272,400 (51,400)	1,297,100 (51,100)	1,325,100 (51,500)	1,355,900 (51,600)	1,390,500 (52,500)

しかし、毎年新たに就業する看護職員の数は増えません。このため、これから必要とされる数の看護職員を安定的に確保していくためには、**いま働いている看護職員が辞めないこと、そして、休業している有資格者が再び看護職として働き始めることがとても重要**となっています。

対応 方策として最も効果的なのは、**様々なやり方で職場の環境を改善し、一人ひとりの生活設計やライフイベントと調和する多様な働き方を実現すること**です。

現在、看護職員の離職率は12.4%ですが、それは大都市圏でとくに高い割合です。また新卒者の場合では、手厚い看護配置の病院ほど離職率は低いことなどが分かっています。

このため日本看護協会では、看護職を目指す方々に職場探しのポイントをお伝えするとともに、受け入れ施設の管理者には、看護職員に選ばれる職場づくりの進め方をアドバイスしています。また、働き続けられる職場づくりの具体策として、多様な勤務形態の検討や短時間正規職員制の導入を促進しています。

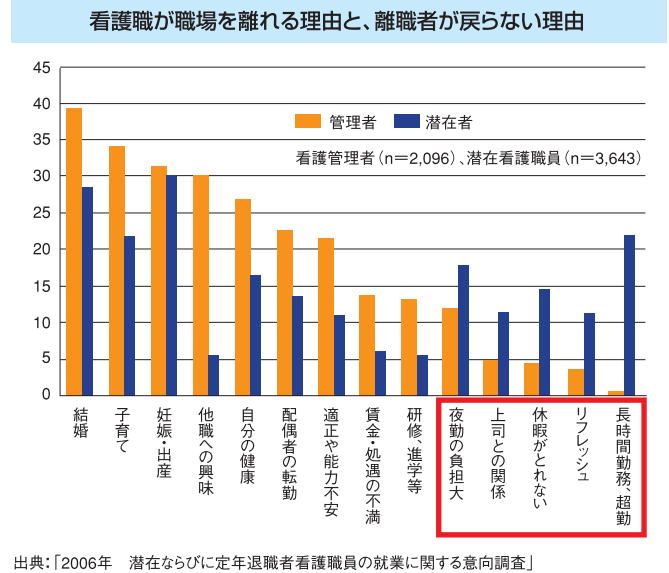
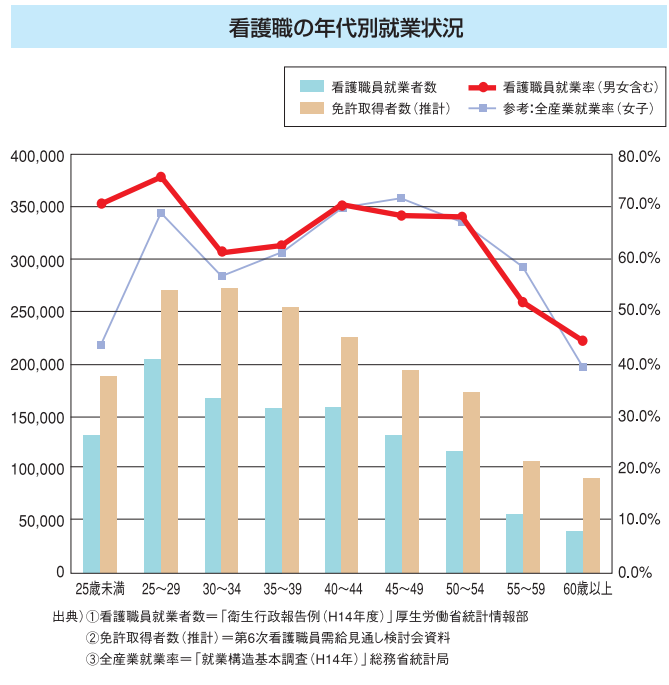
日本看護協会の看護職確保定着推進事業

- 2009年度までの目標**
- 新卒看護職の離職率を9.3%→8%に減少させます。
 - 病院勤務の全常勤看護職の離職率を12.3%→11%に減少させます。
 - ナースセンターを通じた再就業者数20,000人をめざします。

先行事例 (日本看護協会ホームページより抜粋)

例1：短時間正職員制度による離職率の減少
【離職率年々減少13%→11%→10%復職多い】
病院が嫌で辞める人はほとんどいない。また、退職時には気持ちよく送り出すことを心がけており、それが再就業につながる場合も多い。復職者(転勤やUターン)が30名ほどいる。増加の背景に、夜勤免除や短時間勤務等の多様な勤務形態が可能となった点があると考えている。また、大卒者の採用が近年増えているので看護の質や意識も変わりつつある。

例2：短時間正社員制度の取り入れとリリーフ体制の充実
【子育て目的の退職希望に短時間正社員を勧める】
子育てのために退職を考えている看護師には、師長や部長が話を聞き、短時間正社員を勧めている。小学校6年生まで適用可能なので、大変な時期だけ制度を使うなど臨機応変に対応。
【産休者を見越して余剰配置リリーフ体制が充実】
産休を見越した雇用を行い、忙しい病棟には他病棟から手伝いにいくリリーフ体制をとっている。病棟はリリーフの人に何をしてもらうのか、平時より決めておく。多様な勤務形態を導入しても、新たな増員は必要となっていない。



まとめ これからの社会の期待に確実にこたえる看護を提供するために、看護職と職能団体とが一致協力して、仲間の働く場を醸成し、看護職の確保・定着を進めていくことが必要です。

8 看護基礎教育4年制大学化に向けて

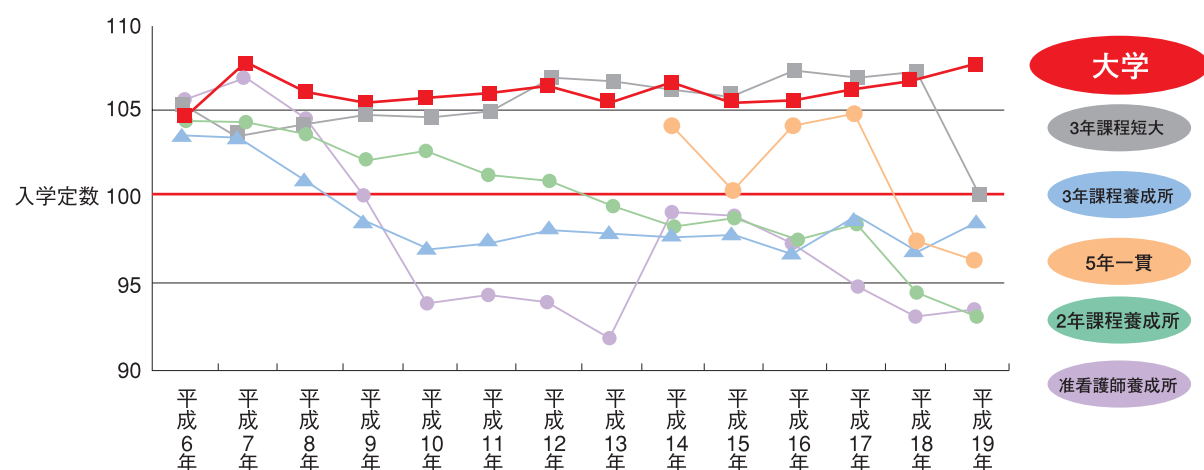
課題と対応

課題

●高卒女子の10人に8人は進学する時代です。またそのうち7割は短大や大学に進んでおり、学生の進学志向が高まっています。

しかし看護師の養成課程はまだ、全体の2割程度がようやく大学になった段階です。年少人口の減少の影響もあり、3年課程養成所や短期大学では、学生の確保が難しくなっており定員割れが続いています。

学校種別の入学定数充足状況の推移



●また、3年課程養成所では入学者の9割しか卒業に至っておりません。国家試験合格率が93%、そして病院に就業した新卒看護師の離職率が9.2%ですから、就業1年の時点で働いている看護師は、学年定員の7割程度に減ってしまうのが現状です。

新任職員の早期離職

看護師の養成と就職状況

入学定員 47,800人
 卒業 43,600人 (定員の91%)
 国家試験合格 40,500人 (卒業者の93%)
 病院に就職 37,200人 (国家試験合格者の89%)

↓

病院就職1年以内の離職率9.2%

↓

1年後の病院就職業者数 33,700人 (定員の71%)

※看護師は3年課程・2年課程(大学・短大含む)の2007年3月卒業状況による概算
 『看護関係統計資料集』(日本看護協会出版会)および厚生労働省看護課発表資料による高等学校5年一貫校(定員約3400人)については卒業業者数等が統計資料集に掲載されていないため除外
 ©(社)日本看護協会

対応

その一方で社会的には、世界一の速さで高齢化が進んでいる我が国での医療の高度化に対応できる専門職として、看護職員の一層の資質向上が求められています。

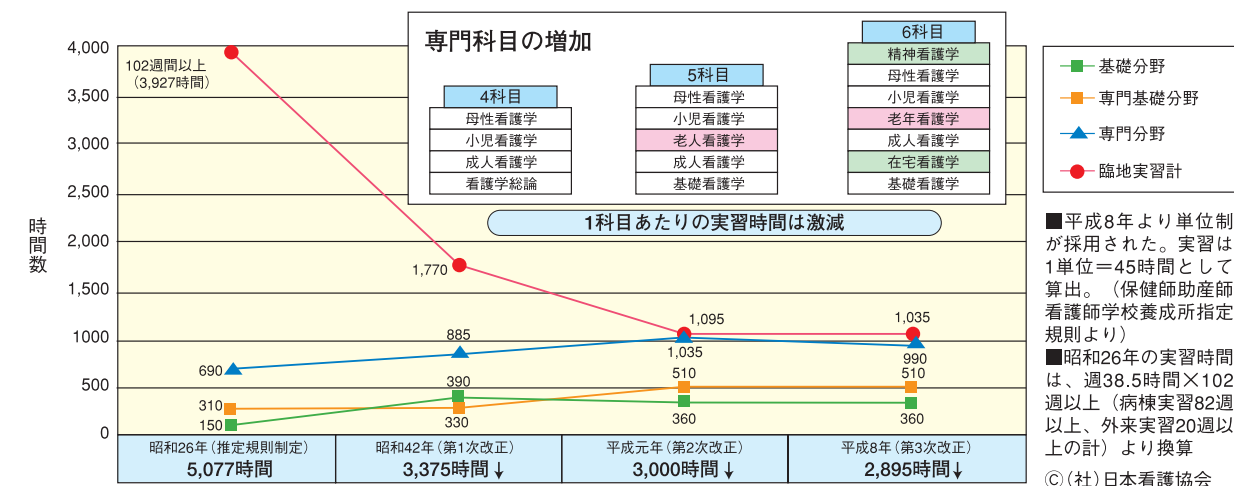
このような状況から、厚生労働省の「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」は、先ごろ、看護基礎教育の延長を図り、将来的には4年制大学に移行する方向性を打ち出しました。

学習課題の広がりとお習時間の短縮の問題

これまでの看護基礎教育カリキュラム改正では、専門科目が拡充される一方、実習時間が大幅に削減されてきました。

教育時間の不足

看護師3年課程教育時間の激減



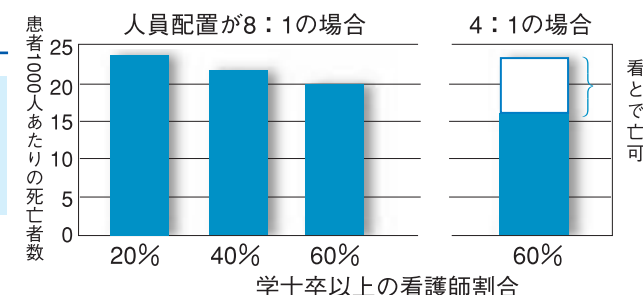
このため、新卒看護師は、「配置された部署の専門的な知識・技術が不足している」、「医療事故を起こさないか不安」といった、もっぱら看護の実践力に係ることで悩んでいます。

これらの問題を解決するには、看護基礎教育のあり方を根幹から見直し、医療チームの一員としても期待され、また高度な専門性が発揮できる看護職を育てていくための、組織的な取り組みを段階的に進める必要があります。

「安心・信頼の医療の確保」には教育改革は必至

院内の看護師全体の教育水準は、看護師の人員配置と同様に、患者の死亡率のアウトカムに影響を及ぼす。(米国研究結果)

直接ケアを行う看護師の教育水準ごとの患者死亡



日本看護協会は、看護師の基礎教育の4年制大学化を実現するために、看護師国家試験受験資格を修業年限4年の大学の看護学履修者に改めること、安定的な看護職員の需給を確保したうえで移行を行うことを提案しています。