

平成26・27年度  
医療関係者検討委員会  
報告書

平成28年4月

日本医師会  
医療関係者検討委員会

平成28年4月

日本医師会

会長 横倉義武 殿

医療関係者検討委員会

委員長 月岡 関 夫

本委員会は、平成26年10月15日開催の第1回委員会において、貴職より「地域包括ケアシステムにおける多職種連携の推進について—多職種の役割をいかに引き出すか—」について、検討するよう諮問を受けました。

これを受け、本委員会では2年間にわたり検討を重ね、審議結果を次のとおり取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

## 医療関係者検討委員会委員

- 委員長 月岡 関 夫 (群馬県医師会会長)
- 副委員長 清水 正 人 (鳥取県医師会副会長)
- 委員 天 木 聡 (東京都医師会理事) 平成 27 年 8 月 4 日より
- ” 内 平 信 子 (防府医師会副議長)
- ” 神 田 益 太 郎 (京都府医師会理事)
- ” 北 野 明 宣 (北海道医師会常任理事)
- ” 志 田 正 典 (佐賀県医師会専務理事)
- ” 永 池 京 子 (洛和会音羽病院看護部長)
- ” 福 原 晶 子 (山形県医師会監事)
- ” 古 井 民 一 郎 (神奈川県医師会理事)
- ” 星 北 斗 (福島県医師会副会長)
- ” 堀 部 廉 (岐阜県医師会常務理事)
- ” 内 藤 誠 二 (前東京都医師会理事) 平成 27 年 8 月 3 日まで

# 目 次

1.	はじめに	1
2.	地域包括ケアシステムにおける多職種連携の推進について	2
	(1) 顔の見える関係構築と医師会の役割	2
	(2) 地域支援事業における医療・介護連携の推進について	8
	(3) 医師の在宅医療への取り組みと多職種連携について	10
	(4) 医療・介護の連携の中心的な役割	12
	(5) 多職種連携の課題（医療・介護の人材不足に直面して）	13
	(6) 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医のあるべき姿(地域との関わり)	14
	(7) 特定行為（特に在宅医療に関する行為）における医師の関わり	15
3.	2025年に向けた看護職員の確保について	16
	(1) 看護職員養成の現状	16
	(2) 医師会立看護師・准看護師養成所が果たしている役割	18
	(3) ナースセンターと医師会の協力による看護職員の確保	22
	(4) 在宅医療を担う看護職員の確保	25
	(5) 地域包括ケアにおける准看護師の活用について （看護師・准看護師の業務範囲及び指示のあり方について）	27
	(6) 医師会立看護師・准看護師養成所の課題と対策	31
	(7) 看護師2年課程通信制の入学要件の見直しについて	35
4.	おわりに	41

## 1. はじめに

今期委員会の諮問は、「地域包括ケアシステムにおける多職種連携の推進について―多職種の役割をいかに引き出すか―」である。

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、病気や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が求められている。

地域包括ケアシステムでは、地域包括支援センターや地域の病院・診療所、訪問看護ステーション、介護事業所など、様々な機関の連携が求められる。それはすなわち、そこで働く多職種の連携がいかにうまく行われるかにかかっていると一言で言っても過言ではない。

本委員会では、多職種連携のために、医師や医師会が果たす役割について検討するとともに、2025年の医療提供体制における看護職員の確保のために必要な施策等についても検討を行った。

## 2. 地域包括ケアシステムにおける多職種連携の推進について

地域包括ケアシステムの構築に向け、各地で取り組みが進められているが、地域によってその進捗状況は異なる。

地域包括ケアシステムは、人口や世帯構成、医療・介護資源等の状況、さらには住民のニーズや考え方等地域の状況に応じて進める必要があるため、市区町村行政と地域の医師会が両輪となって、様々な関係者、住民が地域ぐるみで取り組んでいく必要がある。

ここでは、特に医療と介護の連携、多職種連携のあり方について述べることにする。

### (1) 顔の見える関係構築と医師会の役割

地域における多職種連携の第一歩は、「顔の見える関係」を築くことであると言われる。関係者間でコミュニケーションが十分に取れないと、様々な問題が生じるおそれがあることから、まずは顔の見える関係を構築していくことが必要である。特に、医療関係者と介護関係者との間には職種間の壁も指摘されることから、それぞれの専門性と地域包括ケアシステムの中で果たしている役割について、相互理解を進めていくことが必要である。

そのため、各地域では医師会を中心とした在宅医療・介護連携推進事業や、地域包括支援センターによる地域ケア会議等の取り組みが進められている。

#### <事例1> 山形県 鶴岡地区医師会

山形県鶴岡地区医師会における多職種連携の取り組みについて述べてみる。まず第一に、地域的背景が問題となる。診療圏は人口約14万人で、面積は東北一広い面積（全国では7番目）であり、病院5、診療所30、その他介護施設・薬局等を含め計104の関係機関がカバーしている。基幹病院である鶴岡市立荘内病院（520床）は、救急搬送の約85%を受け入れている。すなわち、1) 高齢化率が高く（30.8%）、2) 医療資源が限られていて、在宅医療が必要とされ、3) 中核病院の負担が大きいことから、医療連携・多職種連携を推進していかなければ今後の医療提供が困難になる、という現状があることが前提となっている。

第二として、以前から顔の見える関係を築いている、という土台がある。先進的と言われる鶴岡地区の医療連携であるが、一朝一夕にでき上がったわけではない。元々、鶴岡地区医師会では 1997 年から会員相互のイントラネット運用をはじめとして、積極的に IT 化を進めてきた。2001 年には経済産業省モデル事業を受託し、地域電子カルテ「Net4U」を開発・運用開始し、地域連携パスを IT で運用するなど、様々な事業を IT 化してきた。その実施に際して、当初からうまく運用できたわけではなく、IT 化を主導してきたリーダー的な現医師会長とそれを成功させようとした仲間たちの存在、さらに、運用資金を含め IT 化を支援し続けた医師会執行部の協力なくしては実現できなかったと思われる。しかしながら、IT 化を推し進めるに当たっては、常々、「IT は一つの手段であり、一番重要なことは、直接顔と顔を合わせての関係作り」を大事にしてきた。そのような考え方が、その後の医療連携・多職種連携の基礎になっているものと思われる。

医療関係者間での連携はある程度できてはいたが、その後、2007 年厚生労働省の研究事業である緩和ケア普及のための地域プロジェクト「OPTIM」により、全国 4 か所のモデル地域の中、緩和ケアの提供体制が未整備な地域として採択され、「庄内プロジェクト」と命名されスタートする。多職種連携は、この「庄内プロジェクト」と地域連携パス（大腿骨近位部骨折連携パス、脳卒中地域連携パス、糖尿病地域連携パス、急性心筋梗塞地域連携パス）を IT 化して運用することで、驚異的に発展することになる。庄内プロジェクトの活動の一環として、地域連携 WG が設置され、職種ごとに多くの会が設立され、活発な活動が展開されることとなった。それまで、医師同士の病診・診診連携ツールとして活用されていた Net4U は、看護師や PT・OT 等のリハスタッフ、ケアマネなどの介護系職種までもが利用するようになり、多職種連携に大いに役立つことになる。

このように、多職種連携は主に医師以外の職種を中心に広がっていくが、各職種での小規模な連携がたかさんでき、それぞれの連携ごとの係わり合いや情報共有などはなかなかできづらい状況にあった。そのような中、鶴岡地区医師会では 2011 年に在宅医療連携拠点事業を受託、鶴岡地区医師会内に地域医療連携室「ほたる」を設置し、「ほたる」が数多くの雑多な連携を整理・支援していった。各種研修会の情報を整理し、ホームページ上に集約したり、ショートステイの空き情報を提供することなど、情報を一本化し、多職種が一つにまとまりやすい環境を整備していった。また「ほたる」では、総合相

談窓口業務として、医療・介護の専門職向けの相談から始まり、現在では地域住民の相談にも応じている。ここでは、どのような相談でも受け付け、「ほたる」で対応できないものは適切な機関等へつないでいる。そのような状況から、新たに歯科医師会・薬剤師会との連携も生まれ、在宅医療の充実に一役買っている。

また長年、行政と良好な関係を築いていることも大変重要な要因となっている。鶴岡地区医師会では、健診センター、リハビリテーション病院、介護老人保健施設、准看護学院などの事業を手掛けており、経済的な基盤がしっかりしていて、補助金収入が見込めなくなっても事業を継続していくことが可能であり、行政に経済的な負担をかけずに、お互いの役割を明確化しながら、車の両輪のごとく一緒に種々の事業に関与している。さらに、ここでも定期的なミーティングを行うなど、顔の見える関係が上手く構築されている。

以上まとめると、鶴岡地区での医療連携・多職種連携が成功している要因として、1) リーダーになり得る人材がいたことと、その人材を支え協力する周囲の人間がいたこと、2) 何があっても人材を活用していこうとする医師会執行部の姿勢、3) 事業を継続していくための安定した財政基盤、4) 行政との良好な関係が築けていたこと、が挙げられる。

また、今後の課題としては、1) 多職種連携が必要であるという、医師側の意識改革、2) 在宅医療に関与する医療機関が少なく、限られた医師に頼っている状態の改善、3) 特に介護系職種における医療知識の充実の必要性などが考えられる。

## <事例2> 東京都 板橋区医師会

急速な都市部の人口高齢化、受け入れ施設数不足は、急性期病院の平均在院日数の短縮とあいまって、今後20年間、在宅生活を余儀なくされる要介護有病高齢者の急増が予想される。さらに、認知症高齢者、独居・高齢者世帯対策も必要である。これからの20年を見据えた地域医療を構築するために、多職種による在宅医療・介護の連携推進は重要で、板橋区医師会は今日まで多くの在宅療養支援を行ってきた。

平成22年5月に区内医療機関の機能リストを作成したのを皮切りに、在宅で患者を支える上で多職種連携が必須であるとの認識から、医師会医療機関だけでなく、在宅薬局情報、板橋区歯科医師会在宅機能情報を得るために、



板橋区薬剤師会、板橋区歯科医師会の協力のもと、それぞれの機能リストを作成した。さらに、一般病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局、歯科診療所の位置を板橋区の地図上にプロットした板橋区内在宅連携マップも作成した。これらを在宅医療に関する板橋区内連携機関機能リストとして小冊子にまとめ、関係機関に配布している。しかし実際には、紙面上だけの情報では積極連携まで導くことは困難であった。そこで、板橋区医師会では定期開催していた医師、看護職、介護職など多職種参加型の地域医療研修会を発展的に解消し、平成 22 年 3 月からは、顔の見える多職種の連携を構築するために、多職種（板橋区医師会、板橋区歯科医師会、区内訪問看護ステーション、板橋区薬剤師会、板橋区、地域包括支援センター、ケアマネジャーの会、区内介護施設・介護職、病院連携室・相談室）の世話人で構成される在宅療養ネットワーク懇話会を医師会主導で立ち上げ、原則 4 か月毎に担当職種が輪番で企画開催している。

また、高齢化の進む区内高島平地域では地域住民との共学、協働を推進するため「キュア&ケアミーティング」を定期的に行っている。ここでは、地域住民と医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護福祉士、社会福祉士、ボランティア、民生委員など毎回 40 人～50 人が一同に集まり、様々な事例を基にした意見交換を行っている。

平成 24 年度には厚生労働省の在宅医療連携拠点事業に板橋区高島平モデルが採択され、地域住民の医療、介護、福祉の橋渡しの役割を担う「療養相談室」を板橋区医師会在宅医療センター内に設置した。事業当初は高島平地区に限定していたが、現在は板橋区全域からの相談を受け付けている。療養相談室の役割としては①医師会病院と協働による早期退院支援、②24 時間対応をサポートするため「主治医・副主治医体制」の支援、③医療依存度の高い利用者の退院支援やケアマネジメントの支援、④訪問可能な在宅医や専門医の情報把握と相談支援、⑤訪問看護ステーション等の機能や空き情報把握と相談支援、⑥薬剤師や歯科医師など専門職に対する情報把握と相談支援、⑦医療依存度の高い方の受け入れ可能な施設情報の把握と相談支援、がある。在宅医療センターには従来から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションが設置されていたが、療養相談室の設置により医療と介護をつなぐワンストップサービス機能を持つことができた。

### <事例3> 山口県 防府医師会

山口県防府市では、平成22年に行政が主体となって、高齢者を支援する仕組みづくりを考える会として「はあとふるねっと」を立ち上げ、医師会がサポートする形で毎月の定例会と年3回の全体会が開催されている。当初は、医師会・ケアマネジャー・地域包括支援センター・訪問看護ステーションが定期的に顔を合わせる会として発足したが、平成24年には、歯科医師会・薬剤師会・介護保険施設・訪問介護・通所介護・小規模多機能・居宅介護支援事業所・社会福祉協議会・行政が加わって再スタートした。定例会メンバー以外からも広く意見を聞くために、全事業所を対象とした全体会を年3回開催している。全体会には、平成26年から民生委員も参加し、講演会、研修会、事例検討会などを開催しており、多職種が顔の見える関係を作る場となっている。

現在防府市では、厚生労働省老健局老人保健課より示された「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」にしたがって、「8つの在宅医療・介護連携事業」について事業を展開しつつあり、防府医師会は主体的・積極的に関わっているという考えである。8ページの枠内に示された(ア)～(ク)の事業のうち、(ア)についてはすでにマップを作成し、平成28年4月には公表予定である。(イ)については、従来地域ケア会議で地域ごとの懸案事項を抽出して「はあとふるねっと」で検討することによりシステムの向上を図ってきたが、平成28年度は市内4つの地域包括支援センターによる計8回の地域ケア会議の開催が決まっている。(エ)については、防府市独自の情報共有ツールの作成を検討中である。

このように、地域の医師会では在宅医療を推進するため、多職種連携の研修会や講演会を数多く開催し、一定の成果は挙げているが、医師の参加は限られたメンバーに固定されている。多職種連携の重要性を医師に理解してもらうことと、医師側の敷居を低くすることで他職種からのアプローチがしやすい状況を作ること、何より顔の見える良好な関係を築くことが、最も大事なことであると思われる。

今後、地域包括ケアシステムを推し進めていくに当たり、医療と介護の連携をより一層強化することが必要となってくる。在宅医療連携拠点のような、地域の

中で「つなぐ」「頼れる」役割・機能を持った組織は必須であるが、多職種連携の核となるのは、はっきりとした意識を持った医師であり、的確な指示やアドバイスを医療者や介護職に出すことで、円滑で良好な連携が出来上がっていくことを自覚しなければならない。

## (2) 地域支援事業における医療・介護連携の推進について

前述の事例は先駆的に取り組んでいる地域の例であるが、こうした事業は決して特別なものではなく、今後全国で実施することが求められていることに注意しなければならない。

在宅医療・介護連携の推進の要となる従来の在宅医療連携拠点が実施してきた取り組みは、平成27年4月から介護保険の地域支援事業として制度化された。地域支援事業には、在宅医療・介護連携推進事業として8つの事業（下記）があり、実施可能な市区町村は平成27年4月から取り組みを開始し、平成30年4月には全市区町村で実施することとされており、郡市区医師会が事業を受託するなど積極的に関与していくことが求められる。

### <在宅医療・介護連携推進事業>

- (ア) 地域の医療・介護資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

今後、在宅医療・介護連携を推進するためには、「(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援」を中心に8つの事業を展開することが得策と考える。各郡市区医師会に、地域包括ケア推進室や相談窓口を設置し、専任の職員（できれば看護師資格を有するケアマネジャー）を配置することにより、多職種との連携も取りやすくなると思う。

以下に、地域支援事業の実施に向けての課題を整理する。

- ① 平成30年度までに全市区町村が実施することになるが、できるだけ早期に実現する必要があると考える。なぜなら、多職種連携を中心とした在宅医療はすでに動き出しているからである。
- ② 「相談支援」が従来の在宅医療連携拠点と同等の活動をするとした場合、充

分運営が可能な介護保険地域支援事業交付金が必要である。

なお、在宅医療・介護連携のための事業で（ア）～（ク）以外の事業については、地域医療介護総合確保基金（医療分）の基金を活用することが可能とされている（在宅医療・介護連携のための相談員（コーディネーター）の育成、ICTによる医療介護情報共有等）。

- ③ 8つの在宅医療・介護連携の推進事業は、市区町村によって格差を生じる可能性がある。

これらの課題を整理し、多職種連携の中心的役割を担ってきた各郡市区医師会に、この「相談支援」を中心とした在宅医療・介護連携推進事業の委託がなされ、円滑な事業実施が早期に実現されることを期待したい。

そしてそのためには、都道府県医師会においても事業を支援する体制を整え、事業推進のための取り組みを進めていく必要があると考える。

### (3) 医師の在宅医療への取り組みと多職種連携について

医師の在宅医療への取り組みには温度差があり、在宅医療に対する医師の無関心・消極性が多職種連携を妨げているとの指摘がある。医師と介護系の職員とが同じレベルで話し合い連携を取るといふことの難しさも、現実の問題であると考えられる。それらの解決のためには、医師の意識改革と多職種に対する教育が必要である。ケアマネジャーや介護職員に対する研修・教育の場が必要である。

医師に何でも話せる環境づくりは必要であるが、医師は常にリーダーでなければならないし、リーダーとして尊敬される存在であらねばならない。医師もまた、自己研鑽に努めるべきである。地域医師会は、医師を啓発するための研修会などを企画し、参加を促し、会員の意識向上を図るべきである。また、(6)で述べるように、地域との関わりと医師会の支援も必要である。

佐賀県医師会では、会員へ在宅医療への関心、多職種との連携強化を促すため、「地域包括ケアシステムに関わる医師の心得」を作成し、全会員に送付している。その内容は、以下の通りである。

- ・ 医師は、多職種のリーダーとしての知識と人徳を磨くよう努力する。
- ・ 医師は、協働者の専門性を尊重し、尊敬の念を持って接するとともに、互いの顔が見える関係づくりに努める。
- ・ 医師は、それぞれの職種が持つ人的資源・社会的資源が有効に活用され、患者の QOL 向上と尊厳が維持されるよう努める。
- ・ かかりつけ医は、当該患者の在宅医療に携わることが望ましいが、出来ない場合は、患者・家族の希望を尊重して、他医療機関へ紹介するなど適切に対応する。
- ・ 在宅医療を行う医療機関は、自ら提供する医療およびケアの範囲を随時公開するよう努める。

しかし、残念ながら、医師の在宅医療への関心の温度差は大きく、佐賀市医師会で年 2 回開催している「在宅医療推進研修会」への医師の参加割合は参加者の 1 割にも満たず、むしろ、歯科医師、薬剤師の参加者の方が多いのが現状である。

今後の地域包括ケアシステムの構築のためには、医師もできる範囲で在宅医療に取り組んでいくことが必要である。言わば、かかりつけ医の外来の延長としての在宅医療の推進である。内科に限らず、他の診療科においても、患者が外来に通うことができなくなった場合には訪問診療を行うことも進めていかなければならないだろう。

ただ、実際には、皮膚科などの診療所では、ほとんどの医師が手一杯の状態です。日常診療をこなしているため、在宅医療に取り組む余裕がないのが現状である。しかし、褥瘡をはじめとして皮膚疾患に対する往診を求められる事はしばしばある。医師が少ない診療科では、地域の医師がチームを組んで当番制の在宅医療体制の構築に取り組む工夫も必要かと思われる。

また診療報酬面では、現在「在宅時医学総合管理料」を算定できる医療機関は、当該患者に対して主として診療を行っている医師が属する一つの医療機関のみとなっており、内科系がその中心となっている。したがって、他科の訪問診療についても、インセンティブが働くような診療報酬上の算定を国に要望していく必要がある。

在宅医療は24時間365日縛られるという意識から敬遠している医師もいるが、訪問看護ステーションの活用や、ICTを活用した各職種との連携、また医師会が中心となってかかりつけ医を支援する体制を整備すること等により対応可能と思われる。その意味でも、医師自身が在宅医療の研究会等に参加し、医師同士、そして多職種との積極的な関係構築を進めていくことが重要である。

また、実際には全て在宅医療で対応することは困難である。日本は、中小病院や有床診療所も多いことから、これらを有効に活用し、「ときどき入院、ほぼ在宅」という形で、具合が悪くなった場合には入院できるようにすることが必要である。それが、患者・家族にとって、無理のない在宅医療につながる。

#### (4) 医療・介護の連携の中心的な役割

医療・介護の連携の中心的な役割は誰が果たすべきか。医師は、かかりつけ医として当然患者の状態を把握し、適切な医療サービス、介護サービスの提供がなされるよう、患者を中心とした多職種チームのリーダーとしての役割を果たしていかなければならない。

ただ、実際には医師が現場に立ち会えないこともあるので、具体的な連携の中心的役割は訪問看護師が担うのがよいと考える。訪問看護師は、患者と家族、ケアマネジャーとの接点が多い。また、医師と介護系の職種との間では、医療的知識をはじめとした「共通言語の理解」が難しいため、看護師が間に立って対応することで、よりスムーズに連携を図ることができる。

さらに、現在は介護系のケアマネジャーが多いが、医療依存度の高い利用者が増えている中で、ケアプランに充分医療サービスが取り入れられていないとの声もある。介護系のケアマネジャーの場合、例えば訪問看護を1回入れるよりも料金の安い訪問介護を2回入れた方がよいという発想になりがちで、支給限度額の調整の中で介護サービスを優先してしまうケースが多いという話が聞かれる。しかし、早い段階で看護師が関わることであれば、今後の状態の変化を予測して対応することにより状態の悪化を防ぐことができる。ケアマネジャーには、訪問看護師と十分に連携し、医療的視点を持ってもらい、早い段階で医療サービスを組み込むことの重要性を理解してもらうことが必要である。

前述の鶴岡地区医師会や板橋区医師会のように、医療・介護の相談窓口を設置し、ケアマネジャー等からの相談を受けられる体制を整えることも重要である。

また、看護職員の役割として、日頃の介護を担う介護職員に対し、例えば食事の摂取量の減少や、日中の活動量の減少等の体調の変化について、看護職員に伝えるような働きかけをすることも重要であろう。介護職員に観察のポイントを伝えておくことにより、大きな変化となる前に医療的介入を行い、悪化を防ぐことができる。



## (5) 多職種連携の課題（医療・介護の人材不足に直面して）

平成24年の介護保険法の改正で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）は、地域包括ケアシステム構築のための目玉となる制度として創設されたはずであった。ところが、両者は当初思い描いていたようには機能していない。

その要因は、介護報酬の問題だけではなく、医療・介護の人材不足が挙げられる。

医療・介護の人材不足の中、多職種連携を推進することは容易なことではない。確かにここ数年は、多職種連携を1つの箱として、すなわち集団としては、研修会・講演会なども多く開催され、顔の見える連携も確立されてきたように思う。しかし、現場では医療職・介護職ともに、日々の自分達の仕事に追われていて、多職種間の連携のために時間を優先させる余裕がなく、このため、地域包括ケアシステムに対する問題意識を共有することはなかなかできないのではないだろうか。

国は2025年までに、介護人材は約100万人の増加が必要と推計している。しかし、最近の景気回復の影響で介護職の就職希望は減り、2025年どころか、今まさに現場は介護人材の不足に直面している。介護職は、業務はハードであるにもかかわらず給与は低く、そのため離職が後を絶たず、人手不足のため残された職員がますます疲弊して辞めていくという悪循環に陥っている。介護職員たちが、専門職という自覚と誇りを持って働き続けるためには、専門職としてのトレーニングも必要だが、何よりも現場で頑張るに足るだけの待遇の改善が必要である。

このように、人材の確保が困難な状況下ではあるが、多職種連携、ひいては地域包括ケアシステムの構築は前進させなくてはならない。では我々医師ができることは何か、時間に追われる多職種の人達とどう関わっていくべきか。

まずは、医師自身が在宅医療・介護の「現場」を理解することから始まり、現場で働く多職種の人達に思いやりを持って協力することが大切である。場合によっては、はじめからリーダーシップを取る必要はなく、医師の在宅医療の知識・経験、そして専門性を活かした連携はそれからであると考えている。

多職種の人達は医師の言葉1つ1つに支えられているはずである。医師は多職種の人達に対して、共通言語をツールとして、相互理解を深めるための取り組みを進めることが必要であり、医師の一層の関わりが、多職種連携を推進するための近道である。

## (6) 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医のあるべき姿 (地域との関わり)

これまで述べてきた通り、かかりつけ医は地域包括ケアシステムの中で中心的な役割を担う。かかりつけ医は、行政・地域包括支援センター・社会福祉協議会・地域医療コーディネーター等と連携を密にし、ケアマネジャーはじめ地域住民への教育・啓発を含めた、地域づくりに関わっていくことが重要である。高齢化率が増加し、独居や夫婦だけの高齢者世帯が今後さらに増加することが見込まれる状況において、地域住民を巻き込んだ形で高齢者を見守る体制作りが欠かせないからである。

元来、地域のかかりつけ医が多くを占める医師会員は、妊婦健診、乳幼児健診、園医・学校医、特定健診、がん検診、産業医など、赤ちゃんからお年寄りまで住民に向けて、疾病予防・健康増進・公衆衛生・初期救急・保健・福祉・介護等様々な活動を、自律的な医師会活動として、あるいは行政や地域から求められて行っている。

今後は、民生委員、老人クラブや婦人会等のインフォーマルな集まりにも積極的に参加し、持てる医学的な知識・社会情報・人生訓・死生観等役に立つ情報を、専門的視点ではなくわかりやすい言葉で、絶えず啓発・発信していくことが大切である。地域住民の様々な相談を受けるとともに、この「機」を利用して家族も含めて健診・がん検診等の重要性を訴え、医療費ばかりでなく家族の健康づくりなども守っているとの自覚を持ちたい。それが、疾病の早期発見と早期治療にも結びつく。

また、認知症・引きこもり・サルコペニア・フレイル・ロコモティブシンドローム・生活習慣病などは、早期からの介入対策がなければ予防・軽症化が図れない。健康寿命を保ち、延伸する対策が必要であることを、行政にも訴えなければならない。

子育て支援から地域づくりに関わることもある。障がい児に対する地域での啓発理解なども大事である。

警察や消防（救急搬送）、交通部局や住宅部局など、保健・医療・福祉以外の行政機関との連携や、スーパー、新聞などの配達業や宅配業者といった地域住民と接点のある事業者を交えた見守り体制も考えられる。

そうした取り組みは、個々の医師の努力では難しく、地域医師会による役割が期待される。啓発・教育・解説資料を医師会が作ることで取り組みやすくなる。また、ICTによる発信、医療・介護・福祉のマップ作りやそのツールを利用してもらうための啓発も欠かせない。

以上、言い換えれば「ノーマライゼーションとヘルスプロモーション」を自ら実践し地域に根付かせることが、かかりつけ医としての最も大切な使命と考える。

## (7) 特定行為(特に在宅医療に関する行為)における医師の関わり

保健師助産師看護師法の改正により、看護師の特定行為に係る研修制度が創設され、平成 27 年 10 月より施行された。特定行為は、医師が患者と看護師を特定した上で、手順書による実施を指示し、看護師が患者の病態を確認して実施するものである。

これまでも、現場で実施されてきた行為もあると思われるが、系統だった教育を受けて実施することにより、より医療安全に配慮した形で実施することが可能となる。

ただし、特定行為は「実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる行為」であることから、医師が特定行為の実施を指示するに当たっては、看護師に全てを任せるのではなく、自らが行うのと同等の注意をもって、患者の状態を把握しておくことが必要である。

地域の中小病院や診療所にとっては、特に在宅医療関係の行為が関わってくるが、医師も在宅医療や終末期医療に関する最新の知識・技術を高めていくことが必要である。平成 28 年 4 月から「日医かかりつけ医機能研修制度」がスタートするが、そうした在宅医療の研修会に積極的に参加していくことが望まれる。

一方、特定行為研修は共通科目 315 時間に加え、各区分の科目もあるため、かなりの研修時間となる。これらの研修が大学院や大病院を中心として行われるようでは、研修を受ける看護師は増えないであろう。働きながら研修が受けられるような仕組みが提供される必要がある。

厚生労働省は 2025 年に向けて十数万人の研修修了者が必要と推計しているが、研修を普及させるためには、座学は e ラーニングを活用し、演習や実習はなるべく近くの医療機関で実施できるようにすることが必要である。特に、在宅医療に従事する看護師が身近なところで受けられるよう、地域の病院、診療所が実施主体となって研修に取り組む他、看護学校の活用など地域ぐるみで協力していくことが必要である。

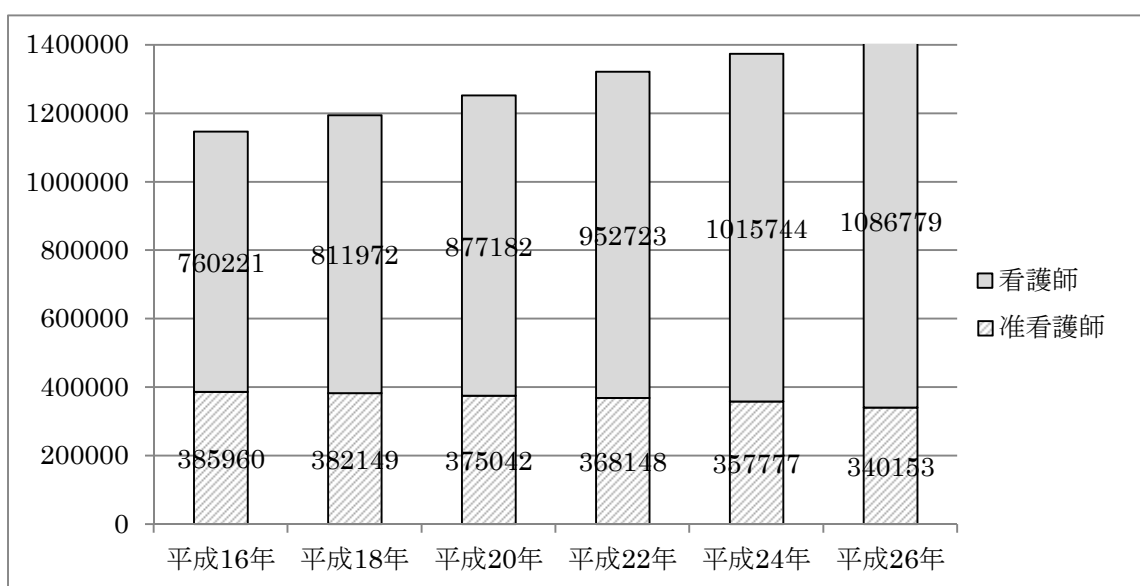
さらに普及を図るためには抜本的な見直しも必要であり、共通科目の時間数も早急に見直しを検討すべきである。その際、内容の一部の看護基礎教育への移行や、各医療機関で実施されている卒後教育との連動など柔軟な発想が求められる。

### 3. 2025 年に向けた看護職員の確保について

#### (1) 看護職員養成の現状

平成 26 年現在、看護師は約 108.7 万人、准看護師は約 34 万人が就業している（図 1）。看護師の就業者数は増えている一方で、准看護師の就業者数は減っている。これは、准看護師の新規養成が減っていることと、准看護師の年齢構成が高いため、退職等の影響によるものと考えられる。

【図 1】 看護師・准看護師就業者数

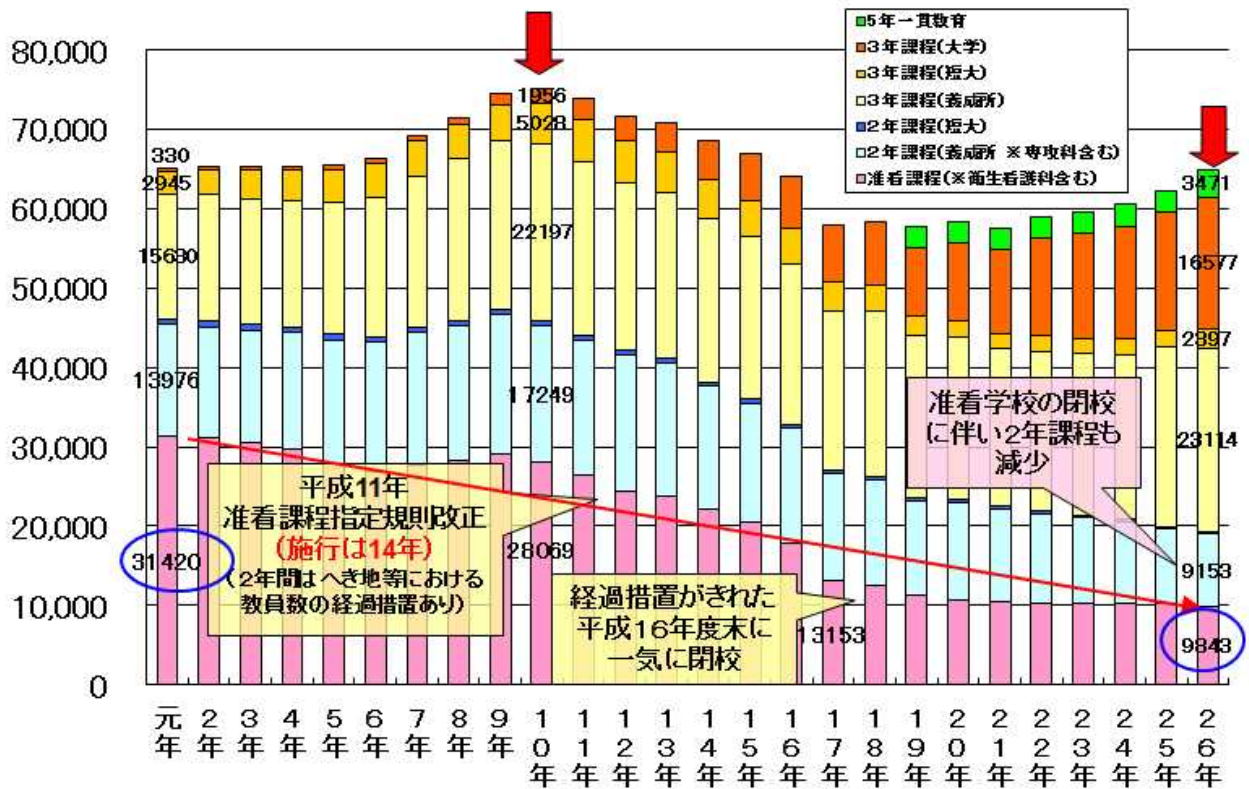


出典：衛生行政報告例

平成元年以降の看護職員の養成状況を図 2 に示す。平成元年から平成 10 年にかけては、卒業生の総数は増加していた。しかしながら、当時の准看護師養成停止運動を背景に、平成 11 年に准看護師課程の専任教員の増員やカリキュラム時間数の増加等の指定規則の改正が行われ（平成 14 年施行）、准看護師養成所は著しく減少した。その後も、補助金の減額や専任教員や実習施設の確保困難等により閉校が続き、平成 26 年度の卒業生は 9,843 人で、平成元年に比べ 2 万人以上も減少している。地域に根ざして准看護師を輩出してきた医師会立養成所の減少が、地域の中小病院、有床診療所を中心に大きな打撃を与えていることは言うまでもない。さらに、准看護師養成所の減少に伴い看護師 2 年課程も減少し、看護師の確保にも影響を与えている。

一方で、看護大学は急増しているものの、その卒業生の県内就業率は5～6割にとどまり（低い県では4割程度）、さらには県内での地域偏在や、中小病院や有床診療所といった医療機関への就業はほとんど期待できない状況が続いている。

【図2】 看護師・准看護師学校養成所 卒業生数の推移



このような状況の中で、2025年に向けては約200万人程度の看護職員（保健師、助産師を含む）が必要になると推計されており、現在の養成数や離職・退職者数の状況では、十数万人が不足する見込みである。

今後の在宅医療を支える人材の確保には、相当の対策が必要である。

## (2) 医師会立看護師・准看護師養成所が果たしている役割

### 1) 地域に密着した看護職員の養成

地域の看護職員不足は著しく、中小病院や有床診療所では病床の維持も困難な事態となっている。

地域の看護職員を確保するためには、いかにその地域の人材を看護職員に育てるかにかかっている。同じ県内でも、都市部から郡部に時間をかけて通うということはまずないため、その地域に住んでいる方に看護師、准看護師資格を取得してもらうことが必要である。地域の医師会が運営する看護師・准看護師養成所の卒業生の地元定着率は高く、准看護師は、特に中小病院、有床診療所、無床診療所などを中心に、地域の医療提供体制を支えている。

山口県健康福祉部の資料によると、平成 26 年 3 月大学卒業の看護師 232 人のうち県内就業率は 41.4%である。

山口県医師会の資料によると、平成 26 年 4 月現在で、医師会立看護師養成所の卒業生 169 人のうち 78.1%が県内に就業している。

准看護師に関しては、准看護師養成所卒業生 261 人中 106 人が准看護師として県内就業、県内に就業しながらの進学者が 85 人、県内医師会立以外への進学者は 42 人であった。医師会立以外の看護学校に進学した者であっても准看護師として就業可能なため、これら学生のマンパワーに対する地元・地域の期待は大きく、このほとんどは求められて、地元で准看護師として休日や夜間の診療に携わっている。医師会立以外への進学者を入れると、卒業生の 89.3%が県内で就業していることになる。

このように、医師会立養成所の卒業生は高い地元への定着率を示している。

### 2) 看護師等養成所運営費補助金について

医師会立の看護師・准看護師養成所は、他の養成機関と同等の資格試験合格率を達成しており、前述の通り、大学等他の養成校に比べて地元医療機関への就業率が高く、地域医療に貢献している。

にもかかわらず、補助金による支援は、課程によって格差がある。例えば、平成 26 年度の山口県からの「養成所 1 か所あたり」の補助基準額は、通信制看護師 2 年課程にもっとも手厚く、以下、全日制看護師 3 年課程、全日制看護師 2 年課程、定時制看護師 2 年課程、准看護師課程の順に下げられている。

看護職員養成にかかるコストの赤字部分を地域の医師会が補填しているのが現状であり、このことも医師会立看護師・准看護師養成所の存続が困難な要因の一つとなっている。課程による教員数等の違いは考慮する必要があるが、地域に根ざした看護職員を多く輩出している医師会立看護師・准看護師養成所への補助金が低く抑えられているのは不合理であり、是正すべきである。

看護師等養成所の運営費補助金は、国庫補助事業から地域医療介護総合確保基金に移行したため、都道府県計画により交付されることになっているが、実際には、従前の国の補助基準額に準じていることから、なかなか改善が進まない。各都道府県においては、養成所に対する補助金（基準額）の格差を是正するとともに、地元定着率の高い養成所に対する加算を設けるなど、地域の看護職員の確保に貢献している養成所に対する支援を強化すべきである。

### 3) 社会人等の受け入れと看護師・准看護師課程の多様性

少子化が進む中で、高校新卒者だけに頼ってでは超高齢社会を支える看護・介護人材の確保は望めない。したがって、社会人経験者や主婦を巻き込んだ形での養成を進めていかなければならない。例えば育児を終えた方々なども、卒業後10～20年超高齢社会を支える人材として活躍してもらうことが可能であり、看護職の魅力をアピールしていく必要がある。

社会人経験者等で、経済的な理由で働きながら資格取得を希望する者にとっては、准看護師課程の存在が資格取得への後押しとなっている。看護職を希望する者が全て、大学や3年課程に進めるわけではない。准看護師課程は、看護師への第一歩としての役割も果たしており、今後も看護職への門戸は広く開いておくべきである。

大卒あるいは他職種に就業したのちに、准看護師課程に入学してくる方は、目的意識が高い方も多く、現場での患者さんたちとのコミュニケーションも非常に良好である。今後も社会人経験者等の受け入れを積極的に行っていくべきである。

### 4) 日本准看護師連絡協議会について

日本精神科病院協会を中心に日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会（以上、四病院団体協議会）、及び日本医師会の支援の下、日本准看護師連絡協議会が設立された。

設立において、准看護師を取り巻く現状と問題点として、

- ①准看護師は平成 26 年現在、約 34 万人が就労し、看護職員の約 22%を占める。
- ②准看護師は診療所、中小病院、精神科病院においてなくてはならない存在であるとともに、今後の少子高齢化社会に向け介護施設等においてもより一層必要とされる。
- ③准看護師養成校はカリキュラムの見直し、補助金の減額などから減少の一途をたどっている。
- ④医療安全対策、院内感染対策等の充実がより一層求められるようになったが、看護教育研修等は、ほとんどが看護師を対象とするもので准看護師の教育研修の場が少ない。

が挙げられている。全国レベルで准看護師のさらなる能力向上を目指し、生涯教育研修体制を確立するために設立された「日本准看護師連絡協議会」の今後の展開に注目していきたい。

准看護師の生涯教育研修体制を確保していくためには、都道府県医師会や地域の医師会、看護学校の役割も欠かせない。既に准看護師を対象とした研修会を開催している都道府県医師会もあるが、全体としてはまだ少ないようである。定期的に准看護師を対象とした研修会を開き、准看護師の資質の向上を支援していくことが重要である。

東京都医師会では、年に 2 回、准看護師の生涯教育の場として准看護師卒後教育講習会を開催しており、昨年 12 月には第 74 回目の講習会を開催したところである。参考として、直近 5 回分の講演演題を示す。



## 准看護師卒後教育講習会 演題一覧

第70回	平成25年2回  出席者 214名	<p>「フットケアの最前線」 慶應義塾大学医学部外科 専任講師 尾原 秀明</p> <p>「看護の連携『退院支援について』」 武蔵野赤十字病院 看護部 山内 真恵</p>
第71回	平成26年1回  出席者 245名	<p>「感染防止対策—看護管理者の立場から—」 帝京大学医学部附属病院 看護部長 土谷 明子</p> <p>「認知症高齢者の対応」 東京都健康長寿医療センター 精神科医長 古田 光</p>
第72回	平成26年2回  出席者 209名	<p>「かかりつけ医が実践する在宅医療・在宅看取り」 医療法人癒しの会 野村内科クリニック院長 野村 良彦</p> <p>「看護記録について」 独立行政法人地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター看護部長 本田 みき子</p>
第73回	平成27年1回  出席者 277名	<p>「優しさを伝えるケア技術：ユマニチュード」 国立病院機構東京医療センター 総合内科医長 本田 美和子</p> <p>「急性期病院における認知症ケアの実践」 国立病院機構東京医療センター 総合内科副看護師長 林 紗美</p>
第74回	平成27年2回  出席者 210名	<p>「感染対策の基本～もう一度基本から見直してみよう～」 順天堂大学医学部附属順天堂医院 医療安全推進部感染対策室主任看護師 石井 幸</p> <p>「緩和ケアとは？」 ～最期の時まであなたらしく～地域で支える緩和ケア」 医療法人財団慈生会 野村病院 看護部師長 緩和ケア認定看護師 椎橋 章子</p>

※「出席者」は、出席票をご提出いただいた方の人数です。

### (3) ナースセンターと医師会の協力による看護職員の確保

看護職員確保対策の強化のため、平成 26 年 6 月の医療介護総合確保推進法の成立により「看護師の人材確保の促進に関する法律」が改正され、看護職員が病院・診療所等を離職した場合や看護職員の業務に従事しなくなった場合に、都道府県ナースセンターに届け出る制度が創設された。これは、都道府県ナースセンターが、離職者や潜在看護職員の情報を把握し、届出者への情報提供や就業に向けた働きかけを行うことにより、円滑な復職を促進し、看護職員の確保につなげるものである。

この届出制度を現実に機能させ復職につなげるためには、看護学生時代から、折に触れて制度について周知を図ることが重要である。医師会立看護師・准看護師養成所においても、入学時のオリエンテーションや、各年次の始業時、そして卒業時等に繰り返し説明し、周知を図る役割を果たしていくことが重要である。

ナースセンターはこれまでも無料職業紹介事業を行ってきたが、実際の実績は十分とは言えない状況であった。ナースセンターの機能強化を図るため、その運営に関して、今後は医師会や病院団体等の地域の医療関係団体、都道府県労働局等の関係行政機関等を構成員とした協議会で十分に協議して進めることとされた。

現状ではハローワークやナースセンターからの紹介による看護職員の確保が期待できないため、民間企業の有料職業紹介事業者に頼らざるを得ない医療機関も多い。民間企業の職業紹介事業者は、必要な場合に迅速に人材を紹介してくれるメリットがある一方で、高額な紹介料の問題や紹介された人材の早期離職や能力不足などの問題も指摘されている。

民間企業の職業紹介事業者に頼らずとも看護職員が確保できるようにするためには、ハローワークやナースセンターが十分機能することが必要である。ナースセンターへの登録は、これまでは求職者が自らの意思によって登録する形であったが、今回努力義務とされたことで、登録数が伸びていくであろう。医療機関もその存在を改めて認識し、活用していくことで、民間企業の職業紹介事業者に頼っている現状を改善していきたい。

## ＜事例＞ 東京都

東京都ナースプラザ（ナースセンター）では、求人施設と求職者とが気楽に相談・面接や情報収集ができる自由な交流の場として、ふれあいナースバンク「再就職相談会」をナースバンク東京（飯田橋）とナースバンク立川の会場で開催してきた。平成 26 年度からは、それに加えて、より地域に密着した看護職の就職支援として、地域における「看護職の就職相談会」を行っている。地域医師会はこれに協力し、地域における病院・診療所・訪問看護ステーション、介護老人保健施設等に働きかけ、今までに渋谷区、板橋区、調布市、八王子市、江戸川区などで開催された。

地域に密着した就職相談会は、地元に住む看護職と地元の医療機関等の距離を縮めるという意味で重要と考える。

東京都では、平成 23 年度から「看護職員確保に向けた取組支援」として「中小病院巡回訪問」等を行ってきたが、平成 27 年度からそれを見直し、「看護職員定着促進のための巡回訪問事業」を公益社団法人東京都看護協会・東京都ナースプラザに委託、開始した。これは二次医療圏毎に東京都看護師等就業協力員を配置し、各施設が実施する看護職員確保に向けた取り組みを支援することにより、看護職が就業を継続できる仕組みを構築し、都内の看護職員の確保促進を図る目的である。実際には東京都看護師等就業協力員<sup>\*</sup>が中小病院を巡回訪問し、勤務環境改善や研修体制構築に向けた施設の取り組みに対して、助言・指導等を実施する。看護職員地域確保支援事業で実施する復職支援研修において、東京都看護師等就業協力員が、離職中の看護職の経験やスキルに応じたきめの細かな「復職研修」や勤務条件等のニーズに沿った「再就業相談」を支援している。東京都医師会は、この事業を後援している。

※ 看護師等就業協力員：看護職や看護管理に携わってきた経験豊かな看護職員を東京都が任命。

また、「東京都看護職員地域確保支援事業」は平成 28 年度から東京都看護協会・東京都ナースプラザに委託予定で、離職した看護職が身近な地域において、個々の有する知識及び経験等に応じた再就職支援研修並びに就業相談を受けられる仕組みを整備し、潜在看護職の就業意欲を喚起するとともに、

離職者の潜在化を防止するなど、看護職の再就職促進を図る目的で開始される。東京都看護職員地域就業支援病院は地域の看護職員確保対策の拠点となり、東京都看護師等就業協力員（支援病院協力員）を設置して、再就職を希望する看護職に対する復職支援研修及び再就職支援相談を行う。

復職支援研修としては、標準コース、訪問看護ステーションコース、介護老人保健施設・クリニック等における研修などがある。

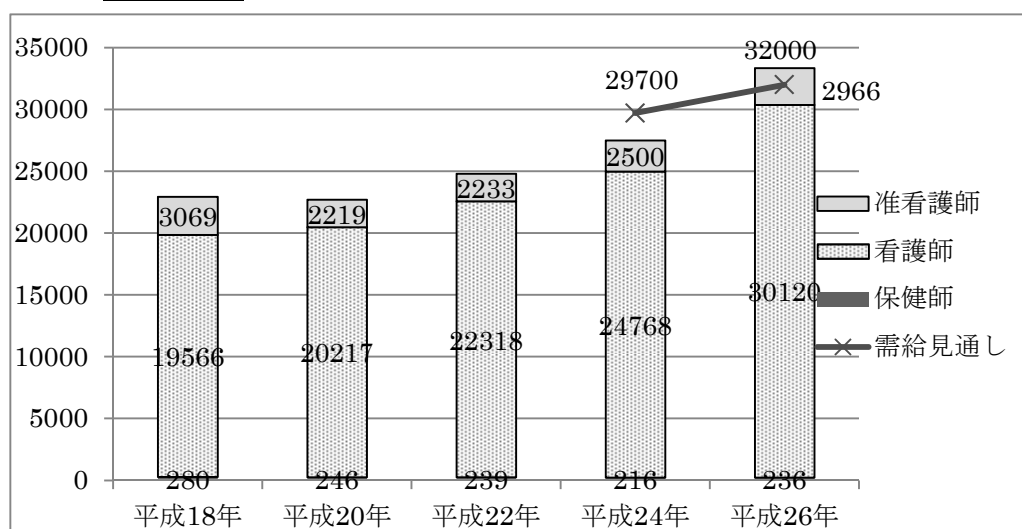
東京都医師会は、これら東京都ナースプラザの事業に、地区医師会が積極的に働きかけるように後援を行っている。

#### (4) 在宅医療を担う看護職員の確保

国として在宅医療の推進を図ることとしているが、そのためには、在宅医療を担う看護職員を確保していく必要がある。

訪問看護ステーションに従事する看護師・准看護師数（常勤換算）の推移を以下に示した。

【図3】訪問看護ステーションにおける看護師・准看護師就業者数の推移（常勤換算,小数第一位四捨五入）



出典：衛生行政報告例  
第7次看護職員需給見通し

就業者数は年々増加しており、平成26年は第7次需給見通しにおける需要数も満たしている。

しかし、わが国の高齢化率は、2014年の26%から2035年には33.4%に上昇すると推計されており、今後高齢者を中心に医療ケアを必要とする在宅療養者数は大幅な増加が見込まれる。24時間対応や緊急訪問、看取りなどのニーズを考えれば、訪問看護に従事する人材確保は喫緊の課題である。

訪問看護は、病棟での看護とは大きく異なり、病棟のようなチーム体制や設備・機材もなく、オンコール体制（当番）や緊急時の対応など、精神的・身体的負担は重い。その上、小規模な訪問看護ステーションが多く、個人にかかる負担も大きくなる懸念から、訪問看護業務を敬遠する人が多いと思われる。

しかし訪問看護には、病棟勤務では経験することのできない看護の魅力がある。在宅療養中の患者（利用者）宅を訪問し看護することは、まさしく利用者

の人生に寄り添う看護が体験できる。入院中の複数の患者の中の一人ではなく、その人だけに看護を提供する場面が確保できる。

医療施設とは異なり十分な機材がない反面、本人や家族の意向に添うよう「生活を基盤としたケアをデザインする」ことができる魅力が、訪問看護にはある。アセスメント能力に始まり、ケアの実践からマネジメント能力を活かす機会でもある。また経験を重ねるなかで、人間理解や愛着が深まり、看護専門職としての成長のみならず人間的成長を実感できる職業の1つが訪問看護師であるとも言える。

オンコール体制が今後ますます求められる状況にはあるものの、日勤で働けること、あるいはワークライフバランスを大切にしながら働けるといふ融通さがある。しかしながら、訪問看護ステーションが小規模施設であることから、院内保育所の設置や福利厚生は、大規模施設に劣るのが現実である。人材の確保につながるワークライフバランスの取り組みが必要となる。

今後の訪問看護を担う人材を確保するためには、例えば、病院勤務の看護職員が訪問看護ステーションに出向して訪問看護を経験することにより、徐々に訪問看護への理解、興味を喚起することが考えられるが、訪問看護を希望する看護師の中には、「経験年数がないと働けない」との印象を持つ者も少なからず存在する。

そこで、将来的には、看護職員のキャリアパスの一環として、病院等と訪問看護ステーションとを行き来できるような仕組みを考えることも必要ではないか。新任の訪問看護師を対象とした教育計画を普及させながら、また指導体制を強化する。加えて質の保障の観点からすると、実践だけでなく教育にも必要となる看護基準・手順等のケアマニュアルの整備は欠かせない。この点が進むことで、新卒看護師も訪問看護からキャリアをスタートさせることが可能になろう。

一方で、現職の訪問看護に従事する看護職の人材育成には課題がある。小規模なステーションでは、看護師の研修参加を支援するだけの人的・金銭的ゆとりがない。自ステーションが教育システムを構築する余裕もないところが多い。同行訪問など診療報酬上の評価に対する配慮・工夫の点において対策が急務と思われる。

## (5) 地域包括ケアにおける准看護師の活用について (看護師・准看護師の業務範囲及び指示のあり方について)

看護師のみならず約 34 万人を占める准看護師も、今日の地域医療、特に診療所や中小病院、精神科病院を支える重要な担い手である。しかしながら適正な評価がなされないまま、診療報酬体系の見直しや准看護師養成所に対する補助金の減額等が行われ、准看護師を巡る情勢は厳しくなっている。准看護師がもっと活用されなければ、2025 年に向けて地域包括ケアシステムを構築していくことは困難と考える。

そこで、本委員会では、これまで触れられて来なかった看護師と准看護師の業務範囲及び指示のあり方について検討し、以下の通り問題提起することとした。なお本稿の目的は、現在准看護師が現場で行っている業務範囲を限定・縮小しようとするものではなく、新たな時代に向け、准看護師の位置づけを高め、活躍の場を広げようというものである。

保健師助産師看護師法第 5 条によると、看護師とは、「傷病者若しくはじょ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」とされ、同法第 6 条で准看護師とは、「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」とあり、いずれも「療養上の世話」と「診療の補助」を行うものと定められている。このように、看護師と准看護師の名称の違いと指示のあり方は法律上明らかであるものの、両者間の業務範囲の考え方を示す規定はない。また実際の医療現場では、看護師も准看護師も同じ仕事をしていると感じている場合が少なくなく、社会的にもそれらの違いがはっきりと認知されているとは言い難い。

診療の補助としての医行為を含む看護行為には、高度の知識・判断・技能を要するものがある。看護過程の展開には、看護のアセスメントや、看護診断、看護計画、看護介入、看護評価・修正などがあり、看護の専門性が必要となる。准看護師の教育内容に鑑み、准看護師が看護師と同じ業務を同じ程度実施できるとは限らず、実態から推察するに、前述した高度な看護行為の実践や一連の看護過程の展開は、看護師が担当する業務と考えられる。

一方、准看護師は、医師、歯科医師または看護師の指示を受けて、療養上の世話又は診療の補助を行うとされているが、このことが医療現場における准看護師

の果たす役割を狭めるのではなく、役割の拡大につなげなければならない。例えば、看護の基礎的知識や技能で行える行為については、医師や看護師の監督（コントロール）又は包括的指示の下に准看護師自身の判断で行うことができる仕組みを活用することは、人材活用の有益な方法であるとともに、看護師が看護師でなければできない業務に専念できる方法と考えられる。

ところで、「2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助[例えば脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など]を行う看護師を養成し、確保していく必要がある」との趣旨で、看護師の行う高度な医行為として、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に「特定行為」が定められ、38の特定行為について研修が始まっている。同様の考え方が、研鑽を重ね優れた技能や知識を習得した准看護師についても考慮されるべきで、“さらなる在宅医療等の推進”のため、ある条件下では准看護師が自分の判断で実施できる行為が定められることが必須ではないだろうか。ただし、特定行為は高度な行為であって“手順書に沿って”行われるが、准看護師が行う行為はそのような厳密な環境下で行われるとは限らないことは十分に考慮すべきである。

准看護師が、ある程度自分で判断して行うためには、看護行為の範囲において准看護師が担う業務を明確に示し、看護師の業務との整合性をとることが1つの具体策と思われる。

ここで、日本の看護師と准看護師に相当するものとして、それぞれ Registered Nurse (RN) と Licensed Vocational Nurse (LVN) (あるいは、Licensed Practical Nurse (LPN)) が存在する米国の状況が参考になる。アメリカ合衆国労働省統計局 (Bureau of Labor Statistics, United States Department of Labor) による職業案内ハンドブック (Occupational Outlook Handbook) に、看護師 (RN) の業務と准看護師 (LVN または LPN) の業務が述べられている。

米国の看護師は看護学士 (Bachelor of Science degree in nursing (BSN)) を有する NCLEX-RN (看護師国家試験に相当) 合格者である。その業務は、患者ケアを提供・調整し、色々な状態の患者教育や公衆教育を行い、患者やその家族に助言と精神的支援を提供することである。具体的には、

- ・ 病歴や症状の記録



- ・ 患者への投薬と治療
- ・ 患者看護のための計画の作成、作成済みの看護計画の運用
- ・ 患者の観察と観察結果の記録
- ・ 医師や他の医療専門職への相談と協力
- ・ 医療機器の操作およびモニター
- ・ 診断テストの実施と結果分析の介助
- ・ 病気や外傷の管理方法についての患者およびその家族への教育
- ・ 治療後の自宅での過ごし方についての説明

などが主なものとして記載されている。

米国の准看護師は、中等教育後の教育機関から授与される卒業証書及び約 1 年間（あるいはそれ以上）の州認可の教育プログラム修了が必要で、NCLEX-PN（准看護師国家試験に相当）の合格者である。老人ホームなどの介護施設に就労している割合が 38%で最も多い。米国の准看護師は初歩的な看護ケアを提供するが、看護師または医師の監督の下で働かなければならない。

具体的な業務としては、

- ・ 患者の健康状態のモニター — 血圧測定など
- ・ 包帯交換やカテーテル挿入などの初歩的看護ケアの実践
- ・ 入浴介助や着衣介助のような患者の基本的療養体制の提供
- ・ 提供しているケアについての患者との話し合いと患者の思いについての傾聴
- ・ 患者の状態について看護師や医師への報告
- ・ 患者の状態について記録

などが主なものとして記載されている。看護師または医師の直接監督下でなければならない業務範囲については州条約で定められており、業務範囲は州によって異なる。例えば、投薬や点滴ができる州とできない州がある。経験豊富な准看護師は、他の准看護師や資格を持たないメディカルスタッフに直接指示を出すことができるとする州もある。

2014 年の統計では、米国の看護師の就労者数は 2,751,000 人、准看護師は 719,900 人であった。米国には日本のおよそ 3 倍の看護師と 2 倍の准看護師が就業しており、医療文化は異なるが、米国の看護師・准看護師は、日本の看護師・准看護師の関係にかなり近いように思われる。業務の明確化、そして州条例によって准看護師が行う業務範囲を定めていることは参考になるであろう。

米国では、准看護師の雇用は2014年から2024年にかけて16%増加すると予測されている。その要因の1つは、ベビーブーム世代の高齢化に伴う医療サービスの増加が見込まれることである。准看護師は、介護施設や在宅医療における高齢者ケアの担い手として必要とされるとしている。

日本においても、2025年に向けて地域包括ケアシステムを構築するためには、今まで以上の看護人材が量的にも質的にも求められている。病床機能の分化が進むなか、高度急性期・急性期の看護、中小病院や診療所の看護、介護施設の看護など、各機関・施設の機能に応じた看護の役割が明確となる。そこで、次の段階として、准看護師への業務の委譲及び指示のあり方について早急に検討し、看護師・准看護師の相互の関係性と看護行為の範囲を示し、看護師・准看護師の業務を明確化する必要がある。つまり、准看護師が医師や看護師の監督下において自分の判断で実施できる、すなわち単独でできる行為を明らかにし、看護チームに加わり、看護全体としてのシナジー効果の発揮を期待するものである。

看護の実践者には、准看護師・看護師・認定看護師・専門看護師などがあり、それぞれの教育背景に応じた看護のスキルがある。そのスキルを有効に活用する看護職のスキルミクス体制が、地域包括ケアシステムを支える看護の新たな姿と言えるのではないだろうか。ジェネラリストとしての看護師のスキルに加え特定行為を行う看護師のスキル、看護スペシャリストとしての認定看護師・専門看護師のスキル、さらには准看護師のスキルをもって、地域包括ケアシステムの多様な場面や状況下において看護人材が有効に活用されることが望ましい。看護師と准看護師の新たな関係性を構築する時期が到来しているのではないだろうか。

参考：

- 1) <http://www.bls.gov/ooh/healthcare/home.htm>
- 2) <http://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm#tab-1>
- 3) <http://www.bls.gov/ooh/healthcare/licensed-practical-and-licensed-vocational-nurses.htm#tab-1>

## (6) 医師会立看護師・准看護師養成所の課題と対策

### 1) 専任教員の確保

養成所にとって、専任教員の確保は学校の運営を左右する大きな問題の1つである。専任教員養成講習会は、開催箇所が非常に少ないため（平成27年度は12都道府県で開催）、地元での開催がない場合、他都道府県での受講を強いられる。しかし、8か月以上にもわたる講習を他都道府県で受講することは、教員本人にも負担になるとともに、養成所にとっても派遣費用や代替教員の確保等大きな負担となっている。

#### ①専任教員養成講習会の改善

まずは、専任教員養成講習会の開催箇所を増やす必要がある。都道府県行政に対し開催を要望しても、受講人数が集まらないことなどを理由に、開催しない都道府県も見受けられる。例えば、群馬県では定員20名と小規模でも開催しており、近隣県への働きかけや隔年での開催、あるいは近隣県との持ち回り開催なども検討すべきである。そのためには、隣接する都道府県医師会が共同して都道府県行政に働きかけることが重要である。

また、講習会の期間は都道府県によって8か月～1年とまちまちであるが、密度の濃い授業内容とし、受講期間の短縮を図ることを検討すべきである。eラーニングも一部科目で活用できていることになっているが、その導入は都道府県に任されているため、あまり導入が進んでいない（平成27年度は12都道府県中5府県で活用）。eラーニングの活用を進めるとともに、単位制にするなどして、講習を分けて受講できるような体制も検討すべきである。

今後の高齢社会における看護職員の確保を考えれば、少なくとも新規養成の継続は必須であることを都道府県行政は認識し、対応すべきである。

また、厚生労働省においては、現場で働く看護師に対して看護教員への道を紹介し、専任教員養成講習会の受講者を増やす努力をすべきである。現場の看護師に受講してもらえれば、講習会の受講者を増やすことにつながり、講習会が開催されやすくなる。また、教員資格を有する看護師を増やせば、看護師・准看護師養成所にとって採用時に講習済みの教員を確保することができ、上記の問題も緩和されることになる。

## 2) 実習施設の確保

実習施設の確保も非常に大きな問題であり、各養成所は苦慮している。自県内に看護系大学や私立全日制看護学校が新設され、そのあおりを受けて、医師会立養成所の実習施設の確保が困難となっている。

### ①実習指導者講習会の改善

実習には実習指導者の配置が必要であるため、実習施設を増やすには、病院側で実習指導者講習会を受講した看護師を確保してもらう必要がある。実習指導者講習会は240時間（8週間）のカリキュラムとなっているが、病院側も看護体制に余裕がないため、8週間の講習に派遣することは容易ではない。

看護教育における実習の重要性は理解しており、指導者も相応の講習が必要であることはわかるが、カリキュラムの内容を精査し、病院側が受講しやすい形にすべきである。

実習指導者達は、講習を受けなくてもすでにスキルは身につけているので、eラーニングを導入し、1～2日のスクーリングを受けることとすれば、講習会は大幅に改善されると思われる。

### ②実習施設の謝金の問題

近年の問題として、実習施設から実習謝金の値上げを要請されるケースが増えている。これは、看護系大学や私立全日制看護学校が支払う実習謝金が高額であるため、その影響を受けて、医師会立養成所への謝金の値上げ要求につながっている部分がある。ある県では、1人1日当たりの謝金について、現在の3倍の額を要求された例もあるという。

実習謝金の高騰は養成所の運営に直接的に影響を及ぼすものであり、非常に大きな問題である。

高額の実習謝金を要求する実習施設は、国公立その他の総合病院であって、実習施設側の言い分は、多数の看護学校からの実習を受けている中で医師会立の看護学校の実習謝金のみを低くする理由はないので、どの学校にも一律の実習費を支払ってほしいというものである。実習を受け入れてもらっている学校は弱い立場であり、実習施設の要求を受け入れなければ大切な総合病院での実習を失うのではないかという不安を常に抱えている。

一方、医師会立の養成所では、ほとんどの実習施設は医師会内の施設であり安い実習謝金で受け入れてもらっているため、それらの総合病院にのみ高額の謝金を支払うことになると、他施設に対する説明ができなくなる。

医師会立養成所は、地域の看護職員を確保するため、医師会本体からの繰り入れを行い、講師もほとんどボランティアのような形で協力している状況である。看護大学や私立全日制看護学校のように高額な学費を取っているわけでもない。医師会立養成所が果たしている公益性は考慮されるべきである。そのことを理由に、医師会立養成所は実習施設側と謝金について交渉すべきであると思う。また、国・都道府県は医師会が看護職員を養成していることに対して感謝をし、もっと支援をすべきではないか。

1つの解決策として、山口県医師会の主催する「看護学校担当理事・教務主任合同協議会」において、山口県行政に対して、実習施設の要求額と医師会立養成所の希望額との調整を図るため行政から補助金を出してはどうかと提案しているところである。

### 3) 入学定員の超過

各養成所は、入試の合格者発表では、入学辞退者や途中での退学者を見越して、定員より若干多めに合格者を出すのが通例である。

しかし、結果として実際の入学者が定員を超過した場合には都道府県から厳しい指導がなされる。厚生労働省は、入学辞退者の見込みが実際とは異なった場合や留年者や復学者があった場合はやむを得ないが、複数年にわたり大幅に定員を超えている場合には、定員の増員で対応してほしいとの考えである。

定員を増やすことができれば良いが、定員の増加は実習室の面積要件等にも関わるため、簡単に増やせない場合もある。

定員を若干超えて入学させた場合においても、養成所として、入学者の学習環境に影響を与えないよう配慮することは当然である。都道府県行政は、単純に数字だけを見て判断するのではなく、実際の教育環境に影響を与えているかどうか等を見た上で判断すべきである。

大学では入学定員を超えての入学は当たり前のように行われており、1.5～2倍近く入学させているところもある。専門学校のみがこのような指導を受けるのは不合理である。

#### 4) 医師会立養成所を魅力あるものとするために

高校新卒者の大学志向が強まる中で、専門学校の魅力アピールしていかなければならない。従来から、大学に比べて1年短い養成期間で国家資格が得られることや、学費の面でのメリット、そして実践力が身に付き即戦力として活躍できる等の特徴がある。

地域に根ざした専門学校の良さに、さらに付加価値を付ける新たな取り組みも行われている。蕨戸田市医師会看護専門学校（看護師3年課程）は、平成27年から4年間の修業期間とし、ゆとりをもって学習できるようにするとともに、①高度専門士（4年修業3,400時間以上のカリキュラムを修了した者に与えられるもの）の取得や、②ダブルスクール制で大学に入学し、学士が取得できる体制を整えている。4年間の修業期間にはなるものの、こうした取り組みは、実践力を身に付けられる専門学校の良さと、学生の高学歴志向に適うものとして、注目したい。

また、福島県では、県中地区にある医療・福祉系の大学や専門学校の関係者が集まって、看護教育機関だけでなく、薬剤師や理学療法士等リハビリ関係職、臨床工学技士、管理栄養士、介護福祉士等様々な養成機関が連携する取り組みが検討されている。既に医療系の総合大学では、学部を横断してチーム医療教育が行われているところがあるが、専門学校等においても地域の養成機関が連携することで、学生時代からチーム医療を経験できれば、学生にとって大きな財産となる。これらの取り組みは、入学生の増加、ひいては地域の医療人材の確保につながるものと考えられる。

## (7) 看護師 2 年課程通信制の入学要件の見直しについて

平成 27 年 3 月に国家戦略特別区域諮問会議から、看護師 2 年課程通信制の入学要件である業務経験年数の短縮について検討することとされ、さらに 6 月には政府の「日本再興戦略 改定 2015」において、大幅に短縮することについて検討する方針が打ち出された（下記）。

「国家戦略特区における追加の規制改革事項等について」（27 年 3 月 19 日）  
通信制看護師学校養成所の入学基準の緩和

- ・ 地域医療体制の充実に向けた看護師養成のため、通信制看護師学校養成所の入学基準について、准看護師としての業務経験年数を短縮することについて検討し、今年中に結論を得て、速やかに措置する。

「日本再興戦略 改定 2015」（27 年 6 月 30 日）  
通信制看護師学校養成所の入学基準の緩和

- ・ 地域医療体制の充実に向けた看護師養成のため、通信制看護師学校養成所の入学基準について、准看護師としての業務経験年数を現行の 10 年から大幅に短縮することについて全国的な措置として検討し、本年中に結論を得て、速やかに措置する。

通信制の入学要件を現行の「業務経験年数 10 年以上」から大幅に短縮することは、既存の 2 年課程全日制や定時制に大きな影響を与えることが懸念されるため、日本医師会では医師会立看護師養成所 2 年課程（全日制・定時制）に対して、調査を行った。

### < 調査結果（抜粋） >

各養成所からは、現行の通信制のカリキュラムについて、改善を求める声が多く寄せられた。特に臨地実習の内容が紙上事例演習（24 事例）、病院見学実習（16 日）、面接授業（24 日）と大幅に緩和されており、この内容では、看護過程の展開など十分な教育ができていないのではないかとの指摘が多かった。実際、看護師国家試験の合格率にも差が出ている。

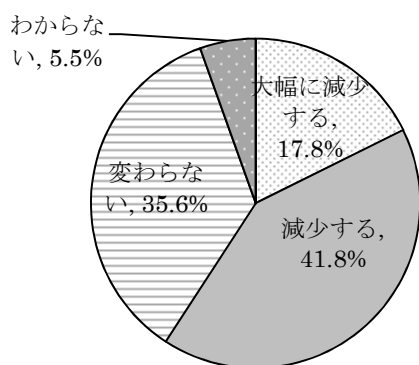
従って、現行のカリキュラムのまま業務経験年数が短縮された場合には、看護の質の低下を招くことが懸念されるため、業務経験年数を短縮する場合にはカリキュラムの見直しが必要であるとまとめている。

また、全日制・定時制養成所への影響については、仮に業務経験が 7～8 年になった場合には、学生の応募が「大幅に減少する」と答えた学校が 17.8%、

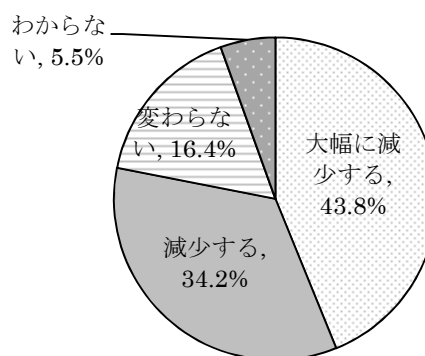
「減少する」と答えた学校が 41.8%で、約 6 割の学校が影響があるとの回答であった。さらに、5～6 年に短縮された場合については、「大幅に減少する」と答えた学校は 43.8%、「減少する」と答えた学校は 34.2%で、約 8 割の学校が影響があると考えていることがわかった。

実際に、入学要件の見直しが新聞報道されたことにより、学生からは通信制を考えるとという発言も聞こえてくるという。

<7～8 年に短縮された場合>



<5～6 年に短縮された場合>



既存の 2 年課程全日制・定時制は入学者の 8 割が准看護師養成所卒業後すぐの入学であるため、現行の通信制の入学要件「業務経験年数 10 年」の場合には対象者は重ならない。しかし、業務経験年数が大幅に短縮された場合には、臨地実習が簡易で、時間的制約や経済的な面でも有利な通信制に学生が流れることが予想され、全日制・定時制養成所の存続も左右するおそれがあるとしている。

### <医道審議会保健師助産師看護師分科会の取りまとめ>

本件は、平成 27 年 12 月の医道審議会保健師助産師看護師分科会において検討が行われ、以下のような取りまとめがなされた。

#### <入学要件における就業経験年数の短縮について>

- ・ 2 年課程（通信制）の入学要件について、激変緩和措置として、まずは就業経験年数を 7 年以上に短縮する。

#### <入学要件の見直しに伴う教育の充実について>

- ・ 就業経験年数の要件短縮に当たっては、入学生の実技能力、必要な知識や思考過程を確認した上で、身に付けるべき技術を学生が習得できるよう、学校養成所におけ



る教育の充実を図ることとする。

・ 具体的には、

①対面による授業日数を 10 日間追加し、フィジカルアセスメント、根拠に基づいた看護を実践するための問題解決プロセスを学ぶ内容や、健康教育において効果的なコミュニケーションについて学ぶ内容を含むものとして実施する。

②対面による授業の充実のため、専任教員の定数を現行の 7 人から 10 人に増員する。ただし、学生総定員が 300 人以下の場合は、8 人とする。

③准看護師としてのこれまでの就業形態、就業場所、就業日数・時間について、学校養成所で入学時に把握し、個々の学生の教育内容に生かしていくこととする。

< 施行時期等について >

・ 入学要件における就業経験年数の短縮を行うためには、前述の通り教育内容の見直しが必要であり、学校養成所における体制整備等に一定の時間を要すると考えられることから、その施行時期は平成 30 年 4 月 1 日とする。

・ 施行後、2 年課程への入学者の動向、今後の教育の内容の見直しの状況等を勘案し、入学要件における就業経験年数を 5 年以上とすることも含めて検討し、その結果に基づいて、施行後 3 年を目途に必要な見直しを行うものとする。

## < 本委員会としての意見 >

### 1) 通信制の検証について

通信制は、もともとは平成 11 年に取りまとめられた「准看護婦の移行教育に関する検討会報告書」において、就業経験の長い准看護師に対する移行教育（31 単位 930 時間、5 年の時限措置）が提言されたものの、既に 2 年課程がある中で制度化が困難であることから、制度としては存在していた通信制を改正し、臨地実習を大幅に緩和することによって、移行教育的役割を果たそうとしたものであると言えるだろう。

当時の流れからすれば、通信制は様々な事情により進学できなかった准看護師の救済的な意味合いが強かったと思われる。そのためか、就業経験年数を「10 年以上」とした明確な根拠はなく、カリキュラムも十分検討されたとは言い難い。

そのような形でスタートした通信制が、現在は 2 年課程全体の入学者の 3 分の 1 程度を占めるまでになっており、当初の意味合いは薄れ、2 年課程の 1 つの類型として認識されている。しかし、前述の通り、通信制と全日制・定時制のカリキュラムは大きく異なり、同等程度の教育が担保されているのかは大変疑問である。今回、就業経験年数の見直しを行う前に、まずは通信制の検証を十分に行い、カリキュラムについてももしっかり検討すべきであったと考える。

国として、十分な検討もなく短期間で就業経験年数の短縮を決めたことは、非常に遺憾である。

## 2) 今回の見直しに対する評価と全日制・定時制への影響

「日本再興戦略 改定 2015」において「現行の 10 年から大幅に短縮することについて全国的な措置として検討」とされたが、大幅な短縮による影響について十分な理解もないままに方針が打ち出されたように思われる。そして、厚生労働省あるいは審議会においても、「大幅な短縮＝5 年以上」という認識で検討がなされたことは非常に遺憾である。

そもそも、准看護師が看護師になる道は広く開かれている。准看護師資格取得後すぐに進学できる 2 年課程全日制・定時制があり、10 年待たなければ進学できないわけではない。地域の医師会が運営する全日制・定時制の 2 年課程では、主に准看護師資格取得後すぐの入学生を受け入れ、一方で通信制は就業経験年数 10 年以上の准看護師を入学要件とすることで、棲み分けがなされてきた。

そのような状況で、通信制のみを考え、業務経験年数の大幅な短縮を図れば、全日制・定時制の学生の動向に大きな影響を与え、養成所が運営できなくなるおそれがある。もし全日制・定時制の養成所が閉校になれば、准看護師資格取得後すぐに進学しようと考えている准看護師まで、数年待って通信制を受けなければならず、逆に選択肢を狭めることになる。これでは本末転倒であり、そのような事態は絶対に避けなければならない。

こうした影響を十分認識することなく、5 年以上でよいとする主張は、非常に無責任であると言わざるを得ない。

今回就業経験年数を短縮するのであれば、カリキュラム、特に臨地実習の見直しは必須と考えられたが、実際には臨地実習の見直しはなく、教員 3 名の増員と面接授業 10 日の増加のみにとどまったことは、非常に不十分な対応であると考ええる。その他に、「准看護師としてのこれまでの就業形態、就業場所、就業日数・時間について、学校養成所で入学時に把握し、個々の学生の教育内容に生かしていく」とされているが、1 学年定員が 150～280 名規模の通信制において、どの程度対応できるのか疑問である。

今回の見直しは十分な検討時間もなく結論が出されたものである。今後の基礎教育カリキュラムの見直しの中で、通信制についても抜本的な見直しを行い、教

育の質の担保を図るべきである。

今回の見直しによる全日制・定時制への影響については、先の医師会立看護師養成所2年課程を対象とした調査結果では、就業経験が7～8年とされた場合に、影響が出ると答えた学校は6割近くにのぼった。

最終的には5年ではなく7年とされたことで、当初予想していたよりも影響は少なく済む可能性もあるものの、一方で今後就業経験年数を5年以上とすることも含めて検討を加え、その結果に基づいて施行後3年を目途に必要な見直しを行うとされていることから、その影響は不透明であり予断を許さない。

### 3) 次期の見直しにあたって留意すべき点

次の見直しの際には、通信課程の教育の質の変化、通信制で学んだ学生の現場での評価、2年課程全体への影響について、検証する必要がある。

厚生労働省は、①改正が施行されるまでの2回（平成28、29年度）と施行後の3回（平成30～32年度）の入学生の動向と、②平成28年度からの看護基礎教育の見直しと新たな通信制における教育内容を踏まえて検討すると表明している。

もし就業経験年数を5年以上とするならば、抜本的な見直し、すなわち見学ではない実習を相当程度行うことが求められる。

しかし、実際に通信制の養成所からは、臨地実習を増やすことは困難であるとの意見が出ている。そうであれば、これ以上の短縮は無理であると言わざるを得ない。就業経験年数を短縮することだけを考え、通信制を厳しくした場合、今度は通信制の運営が困難になることを十分認識して検討すべきである。

また、繰り返しになるが、既存の全日制・定時制に大きな影響を与え、准看護師がすぐに進学できる道が断たれることのないようにしなければならない。平成28年度～32年度までの全日制・定時制の学生の動向によっては、これ以上の緩和は認められないことを強く主張したい。

さらに、今回は医道審議会保健師助産師看護師分科会において検討がなされたが、分科会委員は、大学関係者や病院関係者が多く、看護師養成所2年課程について十分な見識を持ち合わせているとは言い難い。次回の見直しの際には、十分な検討期間を確保した上で別途検討会を設置し、看護師養成所関係者等の意見を聞くことを求めたい。

#### 4) 通信制の位置づけについて

東京都医師会で開催している准看護師卒後教育講習会終了後に、通信制についてアンケート調査を行った。平成 27 年 12 月に行ったアンケート結果のなかで、准看護師に対して看護師への移行を志望しているかの質問に対して、86.2%の回答者が看護師への移行を「志望していない」または「無回答」、13.6%が「志望している」であった。志望している者の 65.2%が看護師 2 年課程（通信制）を「利用したい」と回答している。生活の糧として准看護師の仕事をしながら、看護師になるには通信制は選択肢の一つといえる。通学できる範囲に 2 年課程全日制・定時制がない場合でも、看護師になるための道としても必要な課程であろう。

通信教育には、勤務しながら自らのペースで学習ができること、全日制・定時制に比べ費用が抑えられるというメリットがある。

しかし、通信制という手段には限界があることも、デメリットとして認識しなければならない。全日制・定時制と比べ、技術面の確認・演習がないことや臨地実習が数日の見学にとどまるため、看護過程の展開の学びが十分にできないと考えられる。学生が演習や臨地実習から得るものは大きいですが、全日制・定時制において 720 時間行われる臨地実習と、通信制の紙上事例演習・病院見学実習・面接授業では比較にならないほどの差があると考えられる。

国民の生命・健康を預かる医療職で、通信課程で国家試験受験資格を取得できるのは看護師のみである。やはり、全日制・定時制においてしっかり臨地実習も含めて学ぶのが本来のあるべき姿であると考えられる。

今後就業年数が 10 年から 7 年に短縮された場合、さらに通信制を利用しようとする准看護師は増えると考えられるが、通信制においても、全日制・定時制と同等の教育の質が担保されることが必要である。現行の通信制のカリキュラムでは不十分であり、通信制を卒業した者が、自信を持って業務にあたるようなカリキュラムにする必要がある。

## 4. おわりに

今期委員会では、主に地域包括ケアシステムにおける多職種連携と、2025年に向けた看護職員の確保対策について検討した。

今後在宅医療にかかる多職種連携をさらに進めていくためには、地域の医師会による医療・介護連携推進事業の推進はもとより、医師の意識改革・行動変容が強く求められていることを指摘したい。現状では、地域の多職種が集まる研修会等への医師の参加は少なく、医師の在宅医療への消極性が多職種連携を妨げているとの指摘もある。今後は、多くの医師が、できる範囲で在宅医療に取り組んでいく必要があり、地域の医師会が開催する在宅医療や多職種連携の研修会に積極的に参加していくことが求められる。こうした研修会に参加し、医師同士、そして多職種との積極的な関係構築を進めていくことで、在宅医療にも取り組みやすくなり、地域住民に信頼されるかかりつけ医としてさらに役割を果たすことができるだろう。

一方、看護職員の確保は地域の医療提供体制を左右する大きな問題であり、地域医療構想の中でも検討されている。看護系大学の増加により全体の養成数は増えているが、特に地域の中小病院、診療所の深刻な看護職員不足は変わらない。結局、地域の看護職員（特に郡部など）を確保するには、その地域の人材を看護職員に育てるかにかかっている。その点で、地域に根ざした医師会立看護師・准看護師養成所が果たす役割は大きく、改めて医師会立看護師・准看護師養成所の地域医療への貢献度を評価し、財政その他を含めた支援が行われるべきである。

また、今期委員会では、地域包括ケアシステムにおける准看護師の活用として、准看護師の業務について一步踏み込んだ提言をした。病床機能の分化が進む中で、各医療機関・施設の機能に応じた看護の役割も明確となる。次の段階として、看護師と准看護師の業務分担を明確化し、准看護師が医師や看護師の監督下（コントロール）又は包括的指示の下に自分の判断で実施できる行為を明らかにすることで、地域包括ケアシステムにおいて、より准看護師が活躍できる環境を整えることができると考える。これは、現在の准看護師の業務範囲を限定・縮小しようとするものではなく、新たな時代に向け、准看護師の位置づけを高め、活躍の場を広げる趣旨である。今後の議論が期待される。