

— 同志社女子大学 看護学部 FD 講習会 (2019年3月19日) —

看護基礎教育のこれから

Future of Basic Nursing Education

池西静江 (Office Kyo-Shien 代表, 一般社団法人日本看護学校協議会会長)

Shizue Ikenishi

皆さん、こんにちは。池西でございます。看護教育には、ずっとかかわり続けております。所属 (Office Kyo-Sien) は自分で立ち上げた事務所ですが、鹿児島島の学校にも所属してまして、月に2、3回鹿児島島に行き、週に2、3回東京に行くという状態です。今日は、皆さんに、看護教育について、どのような卒業生を送り出すのかという出口を見据えて考えていかなければいけないということについてお話ししたいと思います。

国はこれからの看護師は何人いるのかという需給見通しを何年かごとに立てているのですが、なかなかこれが思うように動いていません。皆さんどのぐらいご実感があるかわかりませんが、最近、就職がとて難しくなっているのです。第一希望に入れないのです。先日聞いた話ですが、病棟数を一つ増やしたのだけど、看護師の数は増やさなくていいということです。また、結構応募があったときに選抜をして、いい方から取るということになるので、これまでのように看護師のライセンスを持っておけば、どこにいても通用する時代ではなくなってきています。これからは出口が厳しくなる、これは間違いないところで、そうすると、結局どこの学校の卒業生だとか、あそこの学校はこんな力をつけてくれているのでこの学校の学生を採ろうか、もちろん成績が一番だと思いますけど、そういう世の中になってきます。これからは大学だからよい、もちろん養成所だからよいということはまずなくなり、この学校はどのような能力をつけた方を卒業させているか、この学生はどのようなことができるのかというようなことで選ばれていくようになってくると思います。

看護系の大学がどんどん増えて、今、全国の大学の3分の1には看護学部があります。これ、ちょっと異様な状態です。それで、養成所も実は減っていないのです。定員はあまり減ってなくて、むしろ微増です。このままいくわけではないので、少なくともしっかりと卒業生を育てないと、看護師教育というものが厳しくなるだろうなというのは、国のいろいろな検討会に参加していて、ひしひしと感じています。私は養成所の先生方にお話しすることが多いので、養成所は特につぶれますよと言っています。大学の看護学部が増えてきて、高校の進路指導も大学を勧められることが多いですから。そういう意味では、大学はまだ大丈夫と思っておられるかもしれませんが、いつまでもそうは言われてられません。先行するのが養成所で、先生方も厳しくなるという自覚はしておられます。ただ養成所は病院附属が多くあり、それは強みです。自分のところの病院に人が要るから養成しているわけですから、3年のほうがいいのです、ありがたいのです。それで、養成所が全くなくなることもだいたい先だろうし、そのうち大学も要らなくなるような状況もくるかもしれないということを考えると、学校がどんな卒業生を出すのかというのを考えないといけないと思います。

今日はこれからの社会が看護基礎教育にどのようなものを求めているのかという話と、大学だから、養成所だから、どこの大学だからではなくて、どのような能力を身につけておかないといけないのかというお話をしようと思います。私はこれからの看護師に求められる能力として、生活を支援する能力、臨床判断能力、多職種と協働する能力、保健指導能力の四つの能力を挙げているのですが、その中でもこの臨床判断能力と、それから多職種連携教育、この二つは明確に今度の指定規則の改正に出てくると

思います。2022年の入学生からです。大学のカリキュラムは読み替えができるので、この指定規則が変わっても、実際これはこれと読み替えればいいという要素があって、あまり関心がないところがあるかもしれないですが、2022年の入学生からは新しい指定規則で運用することになっています。看護学校の場合は、さらにその下に指導ガイドラインという厚生労働省が出しているものがあるのですが、この指導ガイドラインに臨床判断能力と多職種連携教育が、出ると思います。ということは、そういう能力を大学でも必要とされているのだという理解をしておいたほうがいいと思います。

これからの社会と看護基礎教育

●人口減少社会の保健医療

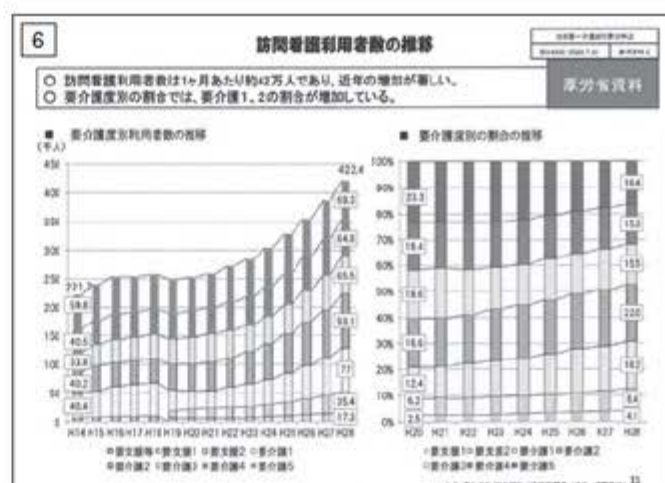
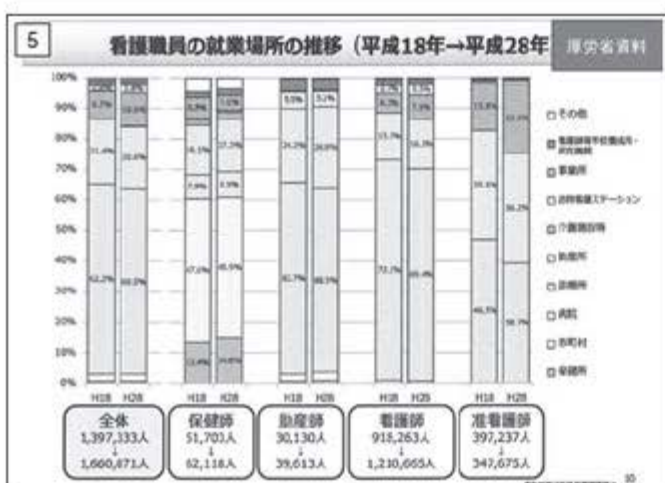
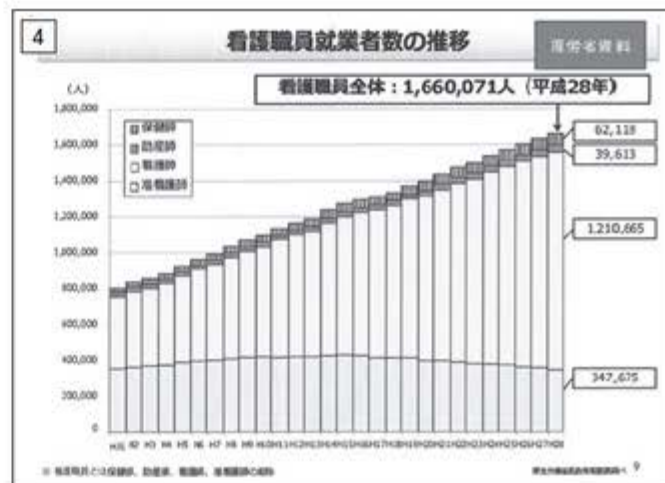
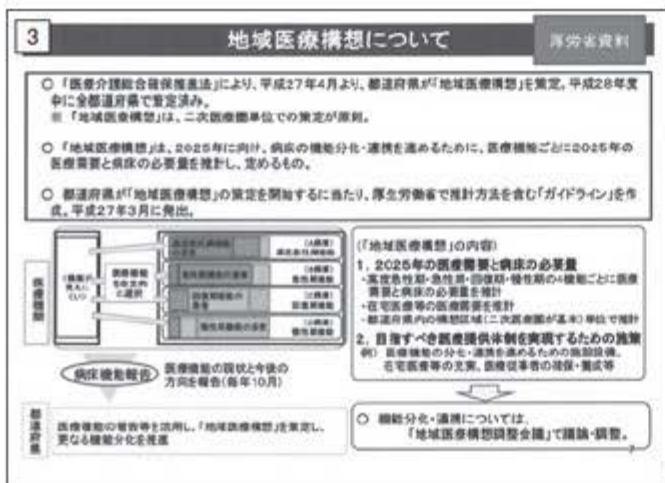
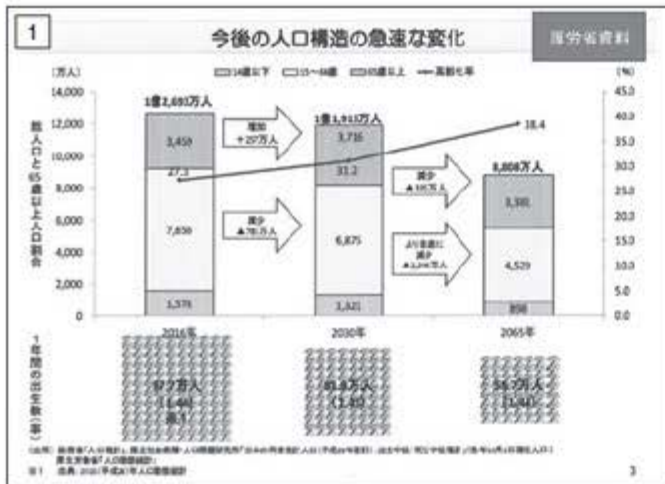
人口構造の急速な変化については皆さんご存知だと思います（スライド1）。明確に人口が減ることはご承知だと思うのですが、高齢者はあまり減らない、むしろ2030年までは増えるのです。2030年という数字を出したのは、高齢者が増える間は、看護師が要らないとは言いきれないからです。それで、ここが一つのポイントかなと思っていますが、2065年ごろには高齢者も減るのです。それから一番減っているのが生産年齢人口です。生産年齢人口の人たちが高齢者を支えないと国は回っていかないので、ここの減少は問題になっていて、外国人を入れるとかいろんな話になっているのはここの部分ですよね。私、この数字見たときによかったと思った、2065年生きてないから（笑）。

次に、推計患者数の年次推移の数字を見ていただくと（スライド2）、入院患者は明確に減って、外来患者が増えていくということです。高齢者が増えている間というのは当然増えていく可能性はあるのですが、これからは入院患者は減り、外来患者は増えます。そういう世の中になったときにどのようなかたちで医療を回していくかということ、地域医療構想です（スライド3）。今までは、一般病床みたいに病床機能が明確ではないものと、ほとんどの病院が7対1を取っていた。それを細分化しようということです。高度急性期の病棟は7対1より例えば3対1とかということになるのですが、今一番多い急性期の病棟、これが今、7対1取っているところが多いのですが、これを、10対1から13対1にするという方向性です。そうすると、看護師の数は要らなくなります。厚生労働省は2025年の需給見通しを出しているのですが、急性期病棟は59万床を40万床にして、回復期病棟を増やそうとしているのです。回復期病棟が今、12万床しかないのを37万床にする。つまり、これからこのあたりの実習がとて多くなる。それで、慢性期はあんまり増えないのですが、削った分いわゆる地域で生活するという、そんな方向に持っていこうとしているのですね。これはもう皆さんご了解だと思いますが、地域包括ケアシステムを構築し、できるだけ地域で生活していただき、病気になったときに病院に入るという、こういうシステムをきちんと取りたいという方向性です。

●看護師需給見通し

看護職員の就業者数ですが、右肩上がりに増えていますよね（スライド4）。18歳人口が減ってきて、これを右肩上がりに上げるのはもう無理ですし、その必要性はもうないのじゃないかなという思いがします。少なくとも看護職員は、現在160万人ぐらいいて、もう少し増やしたい意向はあるようですが、そんなには増えないだろうと思うのです。働く場所を見てみると、平成18年から28年の10年間、病院で働く看護師が72%だったのが69%とわずかですが減っています（スライド5）。実際に、現状は准看護師が地域を担っているという言い方をしてもいいような実情だということがあります。これから先は先ほど申し上げた地域医療構想を含めて、もっと診療所、老健施設を含めた介護施設、訪問看護ステーション、そういう地域で働くというかたちになっていくことになるのかなと思います。訪問看護の利用者の数を見ると、右肩上がりに増えてきています（スライド6）。その内訳を見ると、要介護1とか2は増えているのですが、要介護4とか5はどちらかという減ってきている。それはどういうことかという、これからは悪くしないという看護がとて重要だ、予防的な看護がとて重要で、そのニーズがとて大きくなっていると言えると思います。

看護師養成所、大学もちろん含んでいるのですが、その1学年定員は明確に増えています。大学



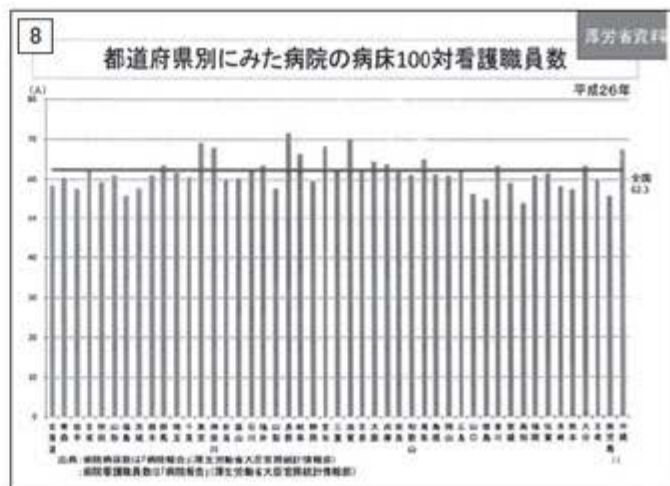
は右肩上がりに増えていて、3年課程は減ってはいないのです(スライド7)。この状況で、18歳人口はもう限界なので、これ以上増やすことはどうなのだろう、質を担保しようと思うと難しい現状なのかなと思います。皆さんよくご存じだと思うのですが、18歳人口と高等教育の入学者では、28年から29年の数字なのですが、60%ぐらいが大学、短大に進学するという状況になっている。それで、専門学校が20数%ありますので、それ以外は大体就職することになると思います。大学の先生方が今年の入学生状況、どんなふうを受け止められているかわかりませんが、養成所の受験生は明確に減りました。大学はまだ競争はあると思うのですが、受験者が減っているという話はよく聞きます。当の子どもが減っていくわけですからそうそう競争は作れませんよね、そんな状況になったらいろんな学生を引き受けるか、どうするかという話ですよ。いろんな学生を、まあお名前書いていたらもう引き受けなアカンという時代もそのうち来るのではないかなと思いますし、今は好況の影響もあるのだと思いますが、養成所のほうも実は社会人が少なくなっているのです。仕事がいっぱいあるときって看護師にならないので

(笑)。そういうようなことも含めると、これからは本当に入学生確保が難しくなる。それで、しっかりとこれからの教育を考えないといけないということです。

都道府県別に見た病院の病床の100に対する看護職員数で、京都は大体全国平均と同じ数字です(スライド8)。人口10万に対する看護師の、准看護師も含めていますが、これも大体京都は平均的なところなのです(スライド9)。都道府県格差というのがすごいのだということはこれを見ておわかりいただけると思います。今、国が問題にしているのは、この都道府県の差です。私が今いる鹿児島は、ほんとに病院多いです、ちょっと行ったら病院がある。こんな要るかと思うぐらい病院があるのです(笑)。ですが、離島があるのです。なので、人口何万人に対したら確かに看護師数は多いのですが、間違いなく離島、離れていたら例え10人でも医療施設が要ります。しょうがない部分もあるかと思いつつ、こういうふうにおしなべてみると問題が結構あって、鹿児島が多いのですが、その次多いのは、確か高知です。今申し上げたように、国が問題にしているのはこういう地域の差です。また、看護師の就業場所が病院に偏っている、このあたりのところを問題にされていて、地域医療構想を推進させるのはこれを何とかしないといけないと思っているからです。それから地域包括ケアシステムを推進しようと思うときには、看護師の数の確保にまだまだ努力が要るとされていますが、2030年まではということだと思います。実質は多分もう少し早い時期から出口がなくなるとかという実感は出てくるような気がするのですが、国は多分2030年ぐらいまでは言わないのではないかと考えています。18歳人口が間違いなく減少するので、ワークライフバランスとか、それから再就業支援、外国人の受け入れ、もししっかりと考えていかないといけないのですが、数もまだ足りないと言いつつも、私たちはそれに甘えていたのでは多分どこかではしごをはずされる結果になる。やはりしっかりとこれからは質を目指しながらどういう教育をしていくのかを考えていかないと、そのうち国がもう要りませんといったときにはほんまに要らなくなっている、そんな状況かと思っています。

●今後求められる看護師

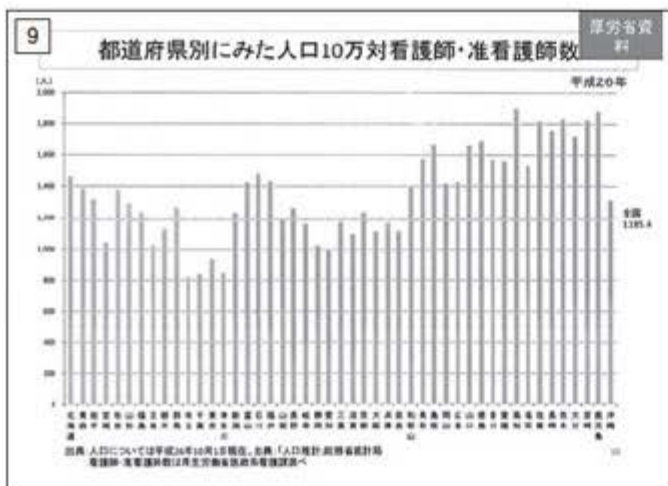
医師・看護師等の働き方ビジョン検討会は、厚生労働省で2年ぐらいかけた検討会なのですが、平成29年に看護師がまだ足りないから養成課程の多様性を確保しつつカリキュラムを見直さないといけない、拡充しないといけないという方針を出しました(スライド10)。これを受けて、厚生労働省は昨年の4月から看護基礎教育検討会というカリキュラムの検討会を立ち上げました。地域包括ケアシステムを進めていこうと思うと、特定行為研修の修了者をたくさん増やさないといけないという見込みなのです。平成29年だったと思いますが、全国で修了者は500人。ちなみに厚生労働省が地域医療構想を推進するために2025年までにこれだけ目指すという数字はご存じですか。特定行為研修修了者10万人です。10万人ということは、今、看護師だけで言うと100万人ちょっとです、そのうちの1割が特定行為研修を受けることになる、でないと地域包括ケアシステムが回らないと言っています。だけど今、500人、ちょっと増えていると思うのですが、特定行為研修の養成数を増やさないといけない



ということなのです。現場の認知度ですが、認定看護師は周知されていて、専門看護師も周知されている、特定行為研修というのはあまり周知されていない。今後認定看護師はもうやめて特定行為に切り替えます。専門看護師は残ります、看護協会がそれを認めるかたちでいるのと、大学院教育なので残ると思います。看護協会が認定看護師はもうやめて、その人たちがこっちに進みやすいようにはしごをかけるかと言っておられるのです。なので、認定看護師さんが今後移動することは考えられるので、私は増えると思うのですが、ただ認知度を高くすることと移行しやすいような研修の方法、体制の見直しがないと難しいと思います。

特定行為研修は、共通課程が315時間あるのです。臨地実習の、実習指導者の講習会は240時間なのですが、それよりも多くて、さらに人工呼吸器とかというと、さらにそのプラスアルファ要るので、臨床で働いている方々から見ると負担がとて大きい、それがまず難点です。厚生労働省は、看護基礎教育でやっていますよね、この内容は、と言う。臨床薬理、臨床病態生理、フィジカルアセスメント、やっていますでしょ、臨床推論はできないのか、と言われる。そういうのができたら315時間が半分ぐらいに減らせる。そうすると研修が受けやすくなるということなのです。それで、要はそのあたりのカリキュラムを看護基礎教育で増やそうという構想です。専門基礎の薬理、解剖生理、病理です。臨床推論は多分臨床判断能力という表現になると思うのですが、臨床推論はどっちかという医学的な診断プロセスのような感じなので、そうではなくてもうちょっとこの患者さんをどう受け止めて、どんな状態だと判断して、何が起きているのかということを理解して、対処方法が考えられるという部分だと、多分臨床判断能力のほうがいいのではないかということになるので、多分臨床推論という言葉は使わないと思うのですが、そういうのもっと基礎教育でちゃんとやってくれたら、これ、減らせるよっていうことで、看護基礎教育のほうにきているのです。私も学生たちを見ていて、この臨床推論というのはできるのかと思いつつながら（笑）、臨床薬理と言われたって、ほんとに覚えているだけの学問だからとかというふうに思っている学生が多いのですが、皆さんとこの学生はちょっと違いますか。あんまり変わらないと思いますけどね。このあたりのところからも、先ほど申し上げた基礎教育に大きな課題をふられているのです。

もう一つは地域共生社会をこれから作っていくという話の中で、対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程の創設ができないかという話があります。福祉の方も医療職も対人サービスですよ。そうすると例えば対人サービスでコミュニケーション能力とか、いろんな共通するものがあると。それらを全部一緒にして、例えば福祉の方が福祉の資格を持っていて、例えば看護のほうに入ってこられたときに、できれば1年間、もう既に勉強は済んでいるということで短く、効率よく資格が取得できないかというような話が出ています。いつどんなふうになるかわかりませんが、これから世の中が変わって行って、人数は少なくなる、みんなで助け合わないといけない段階の中で、こういうのも考えていかないといけないということが出されています。この検討課題はあんまり具体的に動いている様子はないのですが、そんな話も出ていますというところでは、養成所が中心になる部分はあるのですが、だいぶ変わっていか



10 看護関連の見直しに関する主な指摘事項の抜粋

■ 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書

看護師	准看護師
<ul style="list-style-type: none"> 我が国の医療構造や地域社会が変化する中、看護師は、多様な多岐にわたる患者のケア・ニーズに寄り添い、多職種と連携しながら患者のケアを中心として取り組むとともに、補助的な行為を行うなどして医療の持続的発展を図る。 患者・住民のニーズの多様化の現れに適切に、さらに多様な幅広い活躍ができるよう、看護職員の観点からも育成環境の整備性は確保しつつ、各職種のキャリア選択に応じた職種の養成システムを構築・発展させる必要がある。 卒前教育では、看護師として科として求められる知識と能力が培われるよう教育カリキュラムを拡充する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員の勤務環境に応じた、プライマリ・ケアや介護の現場でも活躍できるような教育カリキュラムの整備し、求める。質を確保した上で看護職が円滑に勤務現場に赴けるような質の確保についても検討すべきである。

タスク・シフティング/タスク・シェアリングの推進

- 今後のニーズの多まりと関係の密接に合わせて、まずは特定行為研修制度の整備を促すべく、研修制度の浸透の認知度の向上や、より実践しやすいような研修方法・体制の見直しを進めていくべきである。
- 併せて、研修制度の対象となる行為について、安全性と効果性を確保しながら拡大し、このような業務を行う能力を持つ人材（例えば「認定看護師」「医師」）を養成していく必要がある。
- また、一定の経験・研修を積れば看護職以外の医療従事者が遂行可能な業務を認めて研修の拡充を可能とするということについても、引き続き検討を進めるべきである。

いといけないし、看護教育は一緒だと考えると、大学教育も変わらないといけないところは間違いなくあると思います。

これからの看護師に求められる能力

第1回の看護基礎教育検討会、厚生労働省の検討会で、これからの看護師に求められる能力としてメンバーから出された意見ですがアセスメント能力、臨床判断能力、それから専門職連携教育、保健指導の能力、これは、介護予防のような、重症化させないケアが必要だということなのですが、こういう能力ですね。あとは対象を家族単位で捉える能力、それからICTリテラシーがあります（スライド11）。これは高校の先生から言われたのですが、高校までの教育は今iPadとか何かですごくICTが進んでいるのです。ところが専門学校に入ったら一切それがない、せっかく勉強してきたのだから使わせてやると（笑）。確かにこれから遠隔医療とかが始まったらもっと使いこなさないといけないかなというふうに思うのですが、これはでも間違いなく学生のほうが優れています。

これからの地域医療を担う人材には、地域を見る目が重要です。これをしっかりと育てないと病院だけ見ていたのではだめだということで、これが一つ。それから具体的な能力を私は四つ挙げているのですが、多職種連携、それから保健指導、臨床判断、あえて生活を支援する能力、これは従来から頑張ってきているのですが、実習を見ているともう少し考えないといけないのではないかなと思うので、この四つについて皆さんと一緒に考えてみようというふうに思います。

地域に根ざす看護基礎教育

これからの看護基礎教育のキーワードは地域です。自分で考え判断して地域に暮らす人々の健康を守る活動ができる看護師で、地域を愛し、地域で働き続けられる看護師なのですが、これを特に求められているのが養成所だと思います。養成所は規模が小さくて、もともと病院附属的なところからスタートしているので、その地域で働くということで、大学病院とこの辺が違うかもしれません。この間、大学の先生から、この地域がどういう地域かということ勉強して、この地域のことを考えても、よその地域に行ったらどうにもならないのでは、と言われたのですが、そうじゃないのです。この地域をどう捉えて、この地域に何が必要かを捉える能力を身につけてけば、よそに行ってもいけるはずですよ。教務主任養成講習会というのがあって、今年は名古屋でやっていました。教務主任ですから大体専任教員になってから10年以上たっている教員なのですが、その方々が学校運営とかカリキュラム管理とかを目的として、さらに教務主任の研修を踏むという、そんなプログラムがあります。そこで、ベテランの教員に地域を把握するといったらどんなデータを取りに行きますかと聞いたのですが、そしたら国民衛生の動向って。国民衛生の動向は国ですから、都道府県レベルは書いてあるのですが、市は書いていません。少なくともこの市はどうなのだという、そのレベルのことは全く書いてないのですが、看護学校の先生方の中でデータを集めてきて地域のことを考えるのに国民衛生の動向って言われたら、国家試験を思うのですが（笑）。そのあたりの感覚がちょっと違うのだなというふうに思いました。その学校のある市町村、例えばここだと京田辺市ですか、この地域にいったいどんな看護師が、というか医療従事者がいるのかというあたりを考えていくことと、それからこの地域で育てて地域で活躍できる、そして、多職種と協働して地域包括ケアシステムの中でその役割を果たす、こういうふうな看護師がこれから求められると思います。

地域で暮らすというときに、四つの助が必要だといわれます。自助力を高める、自助という部分と、共助という部分があり、共助というのは自分たちがお金をかけておいて必要なときにいろんなサービスを受けるということなので、もともと助け合いなのですが、基本社会保険システムみたいなものだと思います。互助はそういうものではなくて、地域の中で自分たちがお互いを助け合うという趣旨です。公助というのは自分が生活できない時に日本国民であれば受けられるというものです（スライド12）。この四つの助をしっかりと育てていくことによって、これからの地域、これからの生活が成り立っていくだろうといわれています。

この自助というところを切り口にすると、保健指導の部分、自分でちゃんと健康を守れるような能力をつけていくことが必要ですし、共助という部分では多職種連携です。いろいろな保険によってサービスが受けられるので、お互いに連携を取る、それから人に説明できるような社会資源の活用能力です。公助は社会資源になると思うのですが、あともう一つは、互助で地区組織の支援という表現になっています。保健師教育はこれを頑張ってやっているのですが、看護師教育にはここまで求められるかどうか分からないです。看護基礎教育検討会で看護師ワーキングの座長をしているのが山田雅子先生という聖路加の先生です。先日、彼女と『看護教育』の2月号で対談したのですが、読んでくださいましたか。読んでください(笑)。彼女が言うのは、これ(互助)が最も大事だと言うのです。それで、私は彼女にこれ、お金にならないと言ったのです。彼女は、これからはいわゆる仕事という公的なフォーマルとインフォーマルのシームレスな状態を作らないといけないのだと言うのです。わかりますよ、理念としては。私なんかはそれでもいいです、もう年金ももらっているんで、それで生活はできるのでそれはいいのです、ボランティアでやるのは。だけど皆さんぐらゐの年齢で、ボランティアと言われたら困りませんか。仕事として何とかしていこうと思って、今は保健師の地区支援みたいな形でされているのですが、もう少し看護職でお金にならないのかなと思っているところです。今、看護職の独立した事業所は結構あって、この辺にも取り組もうとしている会社を作っている方がいるので、多分これからはもっとやらないといけない部分かなというふう思うところです。

これからは、看護師に求められる能力はこういう能力だということを確認して、学校のある地域を例にしながら、地域を見る気持ちとか能力を学生時代から育てていかないといけないかなと思います。私は退職する前は京都中央看護保健大学校にいました。京都市が地域見守り隊というのを作っているのをご存じですか。学生は全員1年生になったらそれに入るのです。地域見守り隊とは何するのかというと、学生が駅から大学校に歩いてくるときに、できるだけ、周りをきょろきょろ見る。それで、あそこのうち、何か洗濯物がずっと干しっぱなしだなとか、郵便物がたまっているのを警察に通報するのです。それだけなのです。それで、10年ぐらゐの間に3件発見して、2件は旅行に行っておられたのですが、1件はほんとうに病気だったのです。それで、警察からとても喜ばれました。単にきょろきょろしているだけ、まあ毎日行っているとそんなきょろきょろしなくてもちょっと変っていたらわかりますよね、そういうのをそれこそ見守っていくという、そういうシステムです。京都中央看護保健大学校は保健師教育もしているんで、できるだけこの地域はどんな地域かということに関心を持ってもらおうということでこれをやっています。例えばそういうかたちでこの地域どんなのか、この地域で何をしないといけないのかということを考えさせるような教育をしないといけないのではないかなと思います。

今、鹿児島で教育しているのですが、島の医療と看護ということで、1年生を1週間島にやります(スライド13)。それで、島の生活を体験するのです。ここにはスキューバダイビングも入っているし、学生はとても喜んでいるのですが(笑)。2年生になると島の人々とのふれ合いということで、島の中でも辺鄙なところで、中心街からちょっと離れているところに行って、町役場の保健師さんたちにお手伝

11 第1回看護基礎教育検討会で、これからの看護師に求められる能力として、基礎教育で強化あるいは追加したい能力として出された意見

- ・ コミュニケーション能力
- ・ 倫理的に考える能力
- ・ クリティカルシンキング力
- ・ アセスメント能力、臨床判断能力
- ・ 専門職連携実践能力
- ・ 保健指導能力
- ・ 生活者として理解し、生活を支援する能力
- ・ 発達段階別のみならず対象を捉える能力
- ・ 対象を家族単位で捉える能力
- ・ ICTリテラシー 情報(Information)通信(Communication)に関する技術(Technology)を活用する能力

12 地域で健康と生活を守るために
— 看護師の役割 —



いただいたながら、その町の健康問題を勉強させてもらうような1週間を過ごします。4年生になるといわゆる島の実習をしています。その町の病院の方と一緒に訪問診療とかをしながら離島における看護の役割を学びます。1年生の島を見るということから始まって、島の健康管理みたいなどころにつなげていく看護師教育をしているのです。地域に住んでいるのは自分だけというような生活環境の中で暮らす住民の方を訪問して、顔見せたらお茶出してくれてお菓子出してくれて、すごいもてなしを受けるようなそういうところで、島の方々とふれ合いをしています。学生は明るい顔して、ほかの実習では見られないような顔して頑張っています。こういうようなかたちで地域に求められる人材養成という役割を果たしていかないといけないのが看護学校かなと思っています。

看護師学校・養成所の果たすべき役割

看護師学校は全国どこにでもあります。ですが、コメディカルの学校はあまりないです。私、昨日、旭川にいたのですよ、北海道。北海道は隣の街が遠いですよね、それと同時に札幌集中なので札幌まで行かないとコメディカルの養成所がないのです。ですので、これからこの地域のことを考えてみんなでどうしようとする場を作ろうと思ったときに、看護師は集まれるのだけどコメディカルが集まれないという話をしていました。それで、そういう意味ではやっぱり看護師学校はどこでもあるので、その地域にある看護師学校が考えないと地域が守れないという、大きく言えばそんなことにもつながるのかなという気がしています。同時に先ほど申し上げたように、多職種連携がとても大事になってくるので、地域に求められる職種の教育にも看護教育は関心を持ってやらないといけないと思っています。これからは地域をキーワードにしながら、地域を見れる学生たちをどう育てていくのかというのが一つ大事なところかなというお話でした。そういうわけで地域に根差す看護教育というのを、まあ養成所は特に目指さないといけないと思います。

これからの看護師に求められる能力を育成する教育内容と方法

1. 生活を支援する能力

これ、私が必ず看護の授業で使っているスライドですが、この看護の字というのは、手と目で人々の生活を護ります。医師の指示がなくてもできる仕事は唯一看護職だけです(スライド14)。ほかのコメディカルはみな、すべて医師の指示のもと、というのがついているのですが、看護の場合はそれがないということがまず一つです。特に療養上の世話は自分たちで判断して生活を護らないといけないし、診療の補助のほうは医師の指示が要りますが、命を護る、生活と命、両方を護るのが看護の仕事です。

ある事例ですが、82歳の女性でもう長く生きなくてもいいので好きなものを食べたい、誤嚥性肺炎を繰り返しておられるので、食べ物の制限、とろみ食とか何かいろいろ言われるのだけどそんな嫌だと言っているおばあちゃんがいらっしゃいました。もともとお元気だったのですが、あるとき肺炎が何かで長期の入院になったあとに、股関節が拘縮してしまったのです。その結果、股関節が拘縮しているの

学年	科目名	種別	単位	時間	ねらい
1	しまの医療と看護Ⅰ	学科目	1	30	体験を通して“しま”の生活を理解する
2	しまの医療と看護Ⅱ	学科目	1	30	“しま”の人々とのふれ合いを通して、しまの健康管理体制と健康課題を理解する
4	しまの看護実習	臨地実習	1	45	“しま”で暮らす人々の健康管理と看護活動の実際を体験し、看護活動の特徴を理解するとともに、離島における看護師の果たす役割について考察する

学生に最初に行なう導入講義

看

人々の
生命と生活

護

- 看護師は他の職種と違い、保助看法の下、独自の判断で療養上の世話をを行う、つまり、生活を護る仕事です。
- 同時に医師の指示のもとに、診療の補助を的確に行うことで、人々の生命を護ります。
- 生命と生活の2つを同時に護ることをめざすところにこそ、看護の専門性がある、と思います。

で後ろに倒れるので、後ろに倒れないでおこうと思ったら首を前に持ってくるみたいなポジショニングになって、その結果、誤嚥性肺炎を繰り返してしまっていました。それで、なるべくとろみのあるものとか、こんなもの食べてはいけないとかいろいろ言われるのですね。学生にこういう患者さんにどうしてあげたいと聞いたら、今まで何年かこの事例を使っていたのですが、みんな何とか食べさせてあげたいと言ってくれたのですよ。今年聞いたら2人、あきらめてもらいますと言ったのです。そんなふうに言ってもらったのでかえって授業は面白くなったのですが、あきらめてもらうとはどういうこと？と聞いたら、食べさせてあげたいけど、死んでもらっても困るからと言いました。食べさせてあげて死なせない方法が看護でしょという話をして、そこから授業展開しました。その子たちに最初聞いたときは、食事介助は、1人はね、ヘルパーさんの仕事だと言ったのです。もう1人は言語聴覚士でしょと言った。それで、言語聴覚士を知っているのと聞いたら、高校で聞きましたと言っていました(笑)。なるほど、高校もいろんなこと教えるのだと思ったのですが、まあそういうふうには看護の仕事ではないという子がいたので、そうではないよと、こういうふうには命と生活、両方を護るのが看護だという話をしました。でも、今の実習では生活を護る実習がなかなかできにくくなっていませんか。

京都看護大学に紙屋克子先生がおられます。その方にこのケースについて、股関節の用手微振動でちゃんと座れるようになると教えていただきました。それで、90度座位保持ができて、ちゃんと足底がついたら誤嚥性肺炎を起こさなくなるのです。感動です。

臨地実習の話に戻ります。今日例えば患者さんの情報収集をしました、明日計画立てました、あさって実施したら、急性期で酸素吸入でヒーヒー言っていた人はもうお元気になっておられる、ということがあります。そのときに、看護過程という考え方を今まで大事にしてきたのだけど、ちょっと違うよねという状況があります。むしろこんなとき、今日このときの患者さんをどう見て、そして何をすべきかという臨床判断ですよ、その能力をもうちょっとしっかりつけないといけないのではないかということが言われています。ただ、私は基礎教育とは1人の患者さんを受け持つ教育だと思うので、その場合にはやっぱり経過が緩やかな方をもって学ぶことも大切だと思います。例えば、回復期の病棟の場合は、今日情報収集して明日計画立てて実施する、1人の患者さんを個別的な看護でよりよくしていくというのは、さっきの紙屋先生のケースじゃないですけど、やっぱり大事だと思います。ですから、そういう問題解決思考に基づく看護過程もしつつ、そればかりではなくて、素早く判断する能力ということも考えていかないといけないのではないかなと思っているのです。

そこで、急性期の病棟であれば看護過程ではなくてフローシートとリフレクションシートでいいかなと思っていたり、回復期の場合で急性期から見ている場合はPONRも使えると思います。あと慢性期の病棟、あるいは在宅では、問題解決というかたちで看護過程を展開するという風に実習のやり方も考えていかないといけないのではないかと思います(スライド15)。特に臨地実習の見直しが要するというふうには私は思っています。学校の設立の趣旨とか教育理念はとても大事なのですが、急性期医療中心の病院の実習から脱却したいと思っています。ただ急性期の医療がわからなくて看護師にはなれないので、急性期病棟にも行かなければいけないとは思っています。

養成所は厚生労働省の指導ガイドラインに縛られるところがあります。例えば主たる実習病院というのを決めて、成人と基礎の実習については病院でしなければいけないのです。看護組織があって、指導者もいてという、そういう病院でないと基礎実習や成人の実習はだめですよとなっているのです。それで、そのところを緩やかにしたらどうかということで、その文言を、実習病院を1カ所以上確保しなければいけないという文言にしようとしていました。こちらの学校でもそうだと思うのですが、実習病院1カ所以上ありますよね。それで、1カ所以上となると、学生のAさんは病院に行けるけどBさんは病院に行けなくていいのですかということになります。ですが、そういう文言に変えようという動きがあるぐらい、すべての実習で、いわゆる病院に行かないといけないという発想は切り替えないといけないという方向性にはなっています。その中でも、特に大きな、急性期の病棟がある病院のほうが指導体制が整っていることが多いので、そこに多くの実習をお願いしていると思うのです。でも急性期医療の病院に生活の援助はほとんどないです。大きくなればなるほど看護師さん、生活援助していない。で

も基礎実習は普通、生活の援助を期待するところですよ。病院によってこれから急性期病棟と回復期病棟というふうに明確に分化してきたら、どこで何をさせるのかというのをもうちょっと考えないといけない。指導体制がきちんと整っているというのはそういう大きな病院で、忙しい急性期の病棟になってしまうと思うのですが、そこで生活の援助は難しい部分がある。それで、生活の援助とそれから命を護る、両方しないといけない、いや、私ははずしてはいけないとは思っているのですよ、でもそこで生活の援助をしっかり学ばせようと思うと、難しくなってくるのがこれからの現状なので、急性期医療中心の実習からは少なくとも脱却し、これをはずすということではなくて、ちょっと発想を変えてもいいかなというのがこの問題提起です（スライド16）。今、一般的には成人の実習が6単位で老年が4単位ですが、実際には成人の実習という対象が老年ですよ。なので、看護師学校はこれをものすごく明確に分けているのですよ。対象は65歳以上です、ほとんど。95歳とか、今までなら手術をしなかったような方が皆さん手術されるので、成人の実習が本当にできないので、成人、老年というくくりのほうは難しいのではないかと思います。それで、急性期とか回復期とかという切り口で、むしろこっちをもっと大事にしながらの実習配置を組まないといけないのではないかと、養成所の先生に申し上げます。先生方の場合はもしかしたらもうちょっと柔軟にやられるところがあるのか、もうちょっと厳しいのか、そこはわかりませんが（笑）。それもお考えいただければいいということで。特に看護過程を中心とした生活の援助というあたりを考えようと思うと、病院をはずれることも一つの要素としてあるかなというのが、実習の見直しです。

2. 臨床判断能力

臨床判断能力ですけど、皆さんの学校では学生ついてきていますか。先ほどから申し上げたように、看護過程に力を入れてやっているがゆえに、計画立つまで、問題が見えるまで何も手出しができないということが起こります。計画に基づいて実践するというのを大事にすると、今、この患者さんおなか痛というのをどうするの、という対応ができにくくなっていて、でもそれ大事だよという話です。看護過程というのは、今日は情報収集して、明日計画を立てて、また評価したものがさらによくなっていく、個別性があるものですが、その場そのときに状況を考えるような教育が必要になるということです。それで、臨床判断の教育をしようと思うときに、一つ皆さんに問題提起したいのは、気づくトレーニングというのが必要ではないかということです。それから、健康問題についての解釈や統合をしようと思うと、臨床推論に近いような発想ですね、解剖生理、病理、薬理の知識があったうえでこの状態をどう考えるかというような知識が要るので、思考発話という手法を取り入れて、リフレクションのような教育方法を大事にしていけないのではないかと思います。

まず気づくトレーニングですが、先ほどこちらのいろんな施設を見せていただいてすごいというふうに思いました。さすがに本当に立派な施設設備が整ってうらやましい限りなのですが、この気づくトレーニングをもっと意識しないといけないかなというふうに思っているのです。というのは、問題

健康状態	看護の方法	主な記録
急激な変化状態にある患者の場合	パスや標準計画を活用して、今の状態に応じた看護を考え実践できることを大切にします。バリエーションがあれば、収集した情報をもとに今、必要な看護を推定し、セミナーオーダーでよいので計画に基づく実践を行う。	・フローシート ・リフレクションシート
回復期にある患者の場合	急激な変化状態にある時期から収集していた情報を活かして、個別性を考慮した計画を立て、個別的な看護の実践をめざす。	・リフレクションシート ・PONR
慢性的な状態にある患者 あるいは、在宅療養をする対象の場合	時間をかけて関係づくりが可能、実践的思考を育てる看護過程の活用で実践・評価を大切に個別的な看護をめざす。	・PONR ・必要時リフレクションシート

16	臨地実習の見直し
	(学校の設立趣旨・教育理念は大切にしつつ…)
	<一般的には>
	<ul style="list-style-type: none"> 急性期医療中心の実習からの脱却 回復期病棟、慢性期病棟、地域包括ケア病棟、老人保健施設、などの開拓・充実 成人・老年看護学10単位の実習を見直そう。
	<提案例>
	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病棟 4単位 回復期・慢性期・地域包括ケア病棟・老人保健施設等 6単位

解決思考なんかでも科学的にデータを集めてきて考えるという趣旨なのですが、その前に気づかないといけないということです。気づかない学生が最近多くないですか。

気づくトレーニングをしないといけないと思っているときに、それこそ聖路加のある先生がこんなビデオを作ったからと送ってくださったのです。それで、見せてもらったのですが、私が見ても気がつかないところがいっぱいあって(笑)、学生に見せたらいいなと思ったのです。ビデオは、腰椎圧迫骨折の患者さんで、コルセット巻かないと動いてはいけないという設定の方です。それで、この方がベッドからトイレに行こうとしてちょっと起き上がっているところに学生が来て、「ちょっと待ってくださいね、どうされましたか」と聞くと、「トイレに行きたい、トイレそこだし、ちょっとだけだしいいわ」と言われたのです。そのときにちゃんとナースコールを鳴らして、看護師さんと呼んだのです。それで、看護師さんに来てもらって、コルセットを巻いてトイレまでお連れしたのがこの場面です。この患者さん、心不全か何かがあって下肢の浮腫があるのです。なので、ベッドから足を下ろすときに、少しもたたしておられるのです。スリッパを履くのも時間かかり、歩くのもスリッパが上がってないのです。浮腫があるとか、ちょっと筋力が落ちているとか、そういうようなことに気づくかどうかなのです。トイレにお連れしたときにこの2人(看護師と学生)はトイレのドアの外にいますよね。しばらく時間たっても声がないので、お声をかけて「いかがですか」と聞いて、「はい、もういいです」と言われたときはもうこの姿になっていた(身づくろいを終えていた)。ということは、やはり人にあまり見られたくないし、人のお世話になりたくないということで、きちんと身繕い整えるまでお声をかけない人ですね、そんなのも、わかるか。しかもちょっとおなかに手を当てているので、トイレに時間もかかったということは、多分便が出なかったのではないかなというところまで気がつくかどうかということで、気がつくポイントが十何個あったのです。私が気がついたのは8個ぐらいで、あとで解説してくれて、そこも見ないといけないかと思ったのですけど(笑)。このように場面を見せてどれだけ気がつくのか考えさせるような、そういうビデオはとてもいいと思いました。ただ、ビデオでなくてもシミュレーション教育でもこういうのはできると思うので、いろいろやってみたらいいかなと思います。申し上げたいのは、看護過程のようにデータを集めてきて、というトレーニングは私たち、今までたくさん教育してきたのですが、こういう気づくことのトレーニングはあんまりやってこなくて、臨床判断のためにはむしろこういう教育を入れていかないといけないのかなということです。健康問題についての解釈や統合を行って、気づきを解釈して次の行動に移すためには、この解釈が常に大事になってくるのです。健康問題についての統合や解釈のためには、解剖生理とか、病理学や、薬理も含めてですが、症候とかいう知識がとても大事になってくると思うのです。患者に表れた反応とか症候を見逃さずに、今、何が起きているのか、何でこうなっているのかと考えて手を打つということがとても大事でこの能力をつけないといけないと思うのです。

私、解剖生理を20年ぐらい学校で教えています。解剖生理をちゃんと使えるものにしないとできないということで、反転授業に何年か前から取り組んでいます。解剖生理の知識というのは覚える知識ではないというのが基本の考え方なのです。解剖生理の知識は使わないといけない、使わせるためにはどういう教育をしないといけないのか、それを臨床判断につなげていくような手法を勉強しないとできないかなと思ったので反転授業をとりいれました。大学の先生方は講座制なので、解剖生理の時間取るわけには多分いかないと思うのですよね。今回指定規則の改正がありますが、そのときにこの専門基礎の分野の時間数が増える予定です。今、15単位なのですが、そこが17単位にはなりそうです。厚生労働省の意図は薬理とか、解剖生理とか、病理を増やしたいということです。それくらいで、その増やした部分について看護が引き受けるという発想もできるかなと思います。解剖生理ですが、学生にもう少し人体の構造と機能を理解してもらわないといけないと思っています。呼吸器は6単位で解剖生理やっているのですけども、まず看護の教師が反転型授業をして、ポストテストをし、最後TBLをしているのです。これが結構効果的だと思うので、ちょっと説明をします。反転授業はもう皆さん、文部科学省がすすめているアクティブラーニングにも出てきていて、小学校、中学校もたくさん取り入れられているのでご存じかなというふうに思います。要するに今まで授業していたことは全部うちで勉強さ

せてきて、対面するときには、対面して教えないといけないような発展課題であったり、わかってない子に教えるというやり方です。それで、本当はこの事前学習は、先生がやっている授業をそのままオンラインで流して視聴してくるというのが本来の反転授業なのですが、私は授業を全部ワークシートでやるのです。ワークシートを作って、そのワークシートを仕上げる授業をずっと長くしてきているので、ワークシートが既にあります。そのワークシートを1週間前に配って何ページのテキストを読んでここを考えてごらんとかたちで、課題を出し、ワークシートを仕上げてから学校に来る、そういう反転型授業をやっています。具体的には、呼吸中枢の呼吸運動の調節について、1週間前にワークシートを配布して、テキストを読んでワークシートに記入してこようという事前学習課題を出します。90分の間で隣の方と語り合い、点検しなさいということで、やってきたことを確認します。そのあと協同学習という手法なのですが、例えばワーク1、ワーク2、ワーク3はAさんがBさんに説明しなさいとかというかたちで、お互いに教え合うという場面を作ります。それで一応の内容の理解を図ります。それから学生たちがわからないだろうということについては、講義をしています。そのあと知識を基に考えるような内容のワークシートの2を配布してグループで考えさせて、発表させてます。最後フィードバックを教員がして、ポストテストをするという流れです。発展課題は高い山に上がると呼吸数はどうなる？何で？とか、発熱すると呼吸数はどうなる？それは何で？とか、ある患者さんの動脈血を採血して、採取して、pHを測定したら7.32だったときに呼吸はどうなっているかみたいな、そういうようなことを学生に出して、グループの中で話し合い、全体で確認するというようなかたちにしています。いわゆる解剖生理ですが、呼吸器のどれはどうなっているよという説明はほとんどしない授業展開をしているのです。それで、最後ポストテストがあります。こんなふうに解剖生理の知識を活用して看護につなげるというようなかたちにしていくのに、私たちが授業したほうがよいと思うのと、それを反転型のようなかたちにしていくのが一つなのかなと思っています。解釈統合にはやっぱり専門基礎の知識、特に解剖生理、薬理などの知識の活用が大事なので、それを活用できるような授業展開をしていく必要があるかなと思います。

もう一つは思考発話という考え方です。これも皆さんご存じだと思うのですが、池田葉子先生という方が、思考発話が臨床判断能力の開発に有効だという論文を書いておられました。要するに実習に連れていったときに学生に考えさせる、発問という手法がありますよね。どうなのとか、患者さんどうなっていたのか、どんなことを願っておられたのか、どんなふうな様子だったのと聞き出しながら学生に考えさせる手法が発問なのですが、発問をしても学生にわからないことがいっぱいあります。それで、経験に基づくものとか、深い知識に基づくものが必要なときには、指導者が語ってあげる、というのが思考発話です。あのときの患者さん、心不全の患者さんでこんな症状があったでしょうこれはこんなふうに考えてこんなふうにしたのだよということを語るのです。考えさせても学生にわからないと思う中身について語るということです。これは臨床判断能力には有効だと言われているので、こういうのを臨床の現場で使っていくことももっと取り入れたらいいかなと思います。もう一つはリフレクションなのですが、これはさすがに皆さん、もう十分ご存じだと思うので、ぜひリフレクションもしっかりと入れていただければいいかなと思います。そういうかたちで問題解決過程、看護過程というところにあまりこだわらずに、それはそれでやらないといけないと思いつつも、臨床判断をつけるための臨地実習の在り方であったり講義の仕方だったりとか、もうちょっと言えば気づきを促すような、そういう方法を用いていかなければいけないのかなというのがこのテーマです。

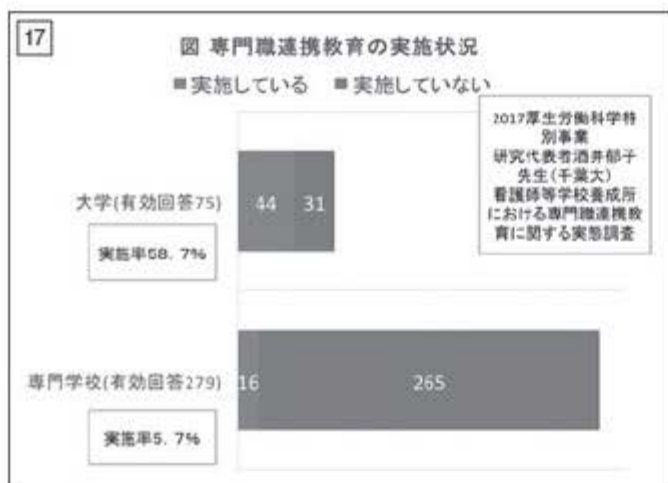
3. 多職種と協働する能力

多職種と協働するということですが、専門職連携教育ともいうのですが Interprofessional Education です。他領域の学生と一緒に受講するということがとても大事なです。先駆的にやっているのは千葉大です。千葉大の酒井先生がなさっているのですが、あそこは医学部と薬学部があって看護学部があるので、三つの多職種連携ですが、そんなところなかなかないですよ、限られています。看護学校の場合は単科が多いです。理学療法士と作業療法士のカリキュラムが来年改正されます。その

学科には、多職種連携と文言が入りました。なので、連携は取りやすい、向こうもやらなければいけないと思っておられるからということですね。ここは薬学があるので、ぜひ一緒にやっていただければいいかなと思います。薬剤師に来てもらって話をしてもらおうのではなくて、薬学を学んでいる、薬剤師になるために学習している方々と一緒に勉強するというイメージです。それで、実習に行ったときには必ず実習病院に他学科の学生が来ています。作業療法士、理学療法士の学生は必ずぐらいいる。実習施設の中でカンファレンスを通してお互いが学び合う、同じケース、一つのケースをみんなで話をするイメージです。こちらの大学は薬学部と管理栄養士があるとおっしゃったので、そういうところとの連携はできるかもしれません。授業、科目の中に設定することが可能ですし、もう一つは地域で、多職種を養成している養成所や大学があれば、そこと一緒に教育するというのも可能かなというふうに思います。

これは専門職連携教育を先ほど申し上げた酒井先生が厚生科研でやった研究なのですが、大学の44校のうち58%は専門職連携教育をしているということでした(スライド17)。専門学校の方は何と5%しかやってないという結果だったのですが、これ、大学の数がいくら何でも少なすぎるので、やっているところが答えてくれたのだらうとおっしゃっていました。それで、専門学校は割とまじめに答えたのではないか(笑)。実際専門学校のほうが少ないのは間違いないと思うのですが、これだけの差はないかもしれません。専門職連携教育は二つ、あるいはそれ以上の専門職が協働とケアの質を改善するために、ともに学び、お互いから学び合い、お互いのことを学ぶ方法だと酒井先生は書いておられます。どっちかが学ぶのではなくて、両方公平に学ぶ、グループで学ぶ、経験的に学ぶ、リフレクショナルに学ぶ、応用課題に取り組むみたいなことが大事だというふうに使われているのです。

日本看護学校協議会が、養成所向けにこういう目的のいかでしようかと書いています(スライド18)。参考にしていただければいいかなと思うのですが、実は多職種間のコミュニケーションがほんとに取れない。私が所属している鹿児島県の学校は理学療法、作業療法などの科がある学校なのです。そこで去年多職種連携教育をやってみたのですが、作業療法、理学療法の方は専門的にしっかりとものが言える、見通しを持って、こういう事例だったらあと何カ月でこんなふうになってという見通しを持って語るの、学生たちはすごいなと思って聞くのです。そういう感心する部分と、それからもう一つはそういう方々の話す用語ですね。それが専門的過ぎてわからないのです。お互いに学び合うときに共通言語がないとわからない、そういう意味では多職種間のコミュニケーション能力をつけるということと、それから大事なのが、多職種で目標の設定を共有するということなのです。鹿児島の人たちもそれぞれ事例を最初に作って、それを2、3回の授業を取って、その患者さんの看護計画を立てさせたわけです。それをもってよその学科の方と一緒に多職種連携教育ということでやろうとしておられたのですが、そこをやってしまうと多職種連携にならない。つまり看護はこれをしますと決めてしまったら、連携にならない。それで、理学はこれをしますと言ってしまったらだめなので、まずこういう患者さんがいたらどんなふうになってほしいかと患者さんの目標を設定して、そのために看護は何ができる?理学は何が



18

多職種連携教育の目的・目標

<教育目的>
地域包括ケア・地域共生社会の実現のために、多様な場で暮らす、さまざまなライフステージ・健康レベルにある人々の健康や生活を守る保健・医療・福祉の提供にむけて、多職種協働に必要な基礎的な知識・態度・技術の修得をめざす。

<教育目標>

1. 多職種の役割と責務について、多職種と共有する
2. 多職種間のコミュニケーション能力をつける
3. 対象者志向の倫理観をもつ
4. 多職種で対象の目標を共有する
5. 対象者の目標達成、ケアの質向上にむけてともに深く考える
6. 多職種協働・連携・調整にむけての展望をともに語る

できる?という、そういう発想転換していかないといけないのですが、そのあたりが多職種連携といいながら、まず看護はこれをと決めていきましょうみたいな、そんな傾向がありました。まず目標の設定を共有するというのはすごく大事なとやってみて思いました。これからの地域包括ケアとか、地域共生社会に向けて、多職種が問題を共有する、お互いを理解する、それから展開する、応用するために一つの事例をみんなで考えてみる。協働する、連携する、調整するというのがその次の段階で、これは私、卒後でもいいかなと思っているのです、この辺は。展開する、応用するというところが一定わかればいいのかというふうに、今、ゴールは定めていて、だから多職種連携を共助としての位置づけでしっかりやっていく必要があるかなというふうに思っています。

鹿児島の例なのですが、事例をとおして理学療法士と言語聴覚士と看護学科といろんな人が集まって、赤じゅうたんの中にいくつかの島を作ってみんなで話をします。看護学生、言語聴覚士の学生とか理学療法の学生がおられて、同じケース、片麻痺のある患者さんの検討をしました。最終的にお嬢さんの結婚式が1カ月後にあって、そこまでどうしたいというゴールを設定しました。それに向けて看護師は何ができるという話をしたときに、先ほど申し上げたように、理学療法士はプロとして見通しを持ちながら今これをすべきっていうのを明確に言える。それで、看護職はその辺とても弱くて、願いとしてどうなってほしいかは言えるのですが、なかなか具体的なプログラムは立たないというところで、問題点を学生たちは感じながら、けれども、こういう患者さんだったらこんな保険が使えるよねという話をしたら、理学療法士の人が看護師さんでそんな勉強までしてるの?と言われたのです。そういう意味では本当に看護の特徴とか、理学療法のいいところとかというのが見えたなというふうに思う事例でした。それで、学生の反応を取ってみたら、概ねできたというのがほとんどなので、結構よかったです。そのときに自分のちゃんと看護の専門性が言えたかというところに3人ほど自信がなかった学生がいたということですが、ともに学び合うということの意味はやっぱりあるなというふうに思った事例です。

4. 保健指導能力

最後が保健指導能力です。平成元年のカリキュラムまでは例えば母性看護学だったら、母性看護学概論、それから母性保健、母性臨床看護という科目名は決まっていた時代なのですが、平成8年になって母性看護学という内容になって、各学校の科目を好きに設定してよいようになってから、一番はずれたのが保健なのです。丸々保健がなくなってしまったのですよ。これ、やっぱりだめですという話です。これから医療費抑制しようと思ったら絶対保健なので。保健師教育があって、保健師が保健指導するという流れの中から、看護師はあまり保健指導にかかわらなかった部分っていうのもあったと思うのです。平成8年に看護教育の中に在宅看護論が入ったのですが、そのときに保健師教育が公衆衛生看護学から地域看護学になった。これからはもっと地域だよという話の中で、保健師教育が地域看護学になった。それで、在宅看護論は地域看護学の一分野である在宅療養をされている方とその家族を対象とするというふうに限定したのです、じゃないと保健師教育と区別がつかないから。なので、在宅看護論はお元気な方を対象にしてないの、おわかりですか。在宅看護論は地域で療養生活を送る人とその家族が対象なので、元気で、もしかしたらほっておいたら介護が必要になるかもしれない人は対象外なので、基本は訪問看護のようなイメージの在宅看護論なのです。なので、介護予防という視点が今までは保健師との関係で入ってなかったのですが、それではちょっと間に合わない、これからの日本のお金のことも含めたときに、数の多い看護師がそこを何とかやってほしいということになったのです。今度のカリキュラムでは、在宅看護論が一番変わると思います。恐らく地域が入る、地域・在宅看護論になるから、そこが一番大きく変わると思います。平成22年のカリキュラム改正のときに、保健師は地域看護学をやめて公衆衛生看護に特化するようなかたちにまた戻っているので、ということは先ほど地域看護は誰が見るの?といたら、保健師さんは看護師さんでしょと言うのですよね。でも確かにこれからのことを考えたら、看護師も保健指導ができないといけない。保健指導は誰がやってもいいわけなので、看護師がやらないといけないなと思ったときに、これがなかなか定着してないカリキュラムに

なっているところが問題です。私は今、保健指導論を担当しているのですが、これは保健指導の基礎理論を教えておいて、具体的に母性とか小児の保健指導とか、それから施策などを教えるのですが、これ、すごい国家試験に直結するのです。皆さんの意識の中にもう少し保健というのを入れていかないとけないのではないのでしょうか。

ご静聴ありがとうございました。

