

参考資料

<資料1関連>

- 国民医療総合政策会議「21世紀初頭における医療提供体制について」(抄)・・・1
- 「21世紀の医療保険制度(厚生省案)－医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向－」(抄)・・・4
- 「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」報告書・・・7
- 医療審議会「医療提供体制の改革について(中間報告)」(抄)・・・13
- 「医療提供体制の改革について(医療審議会会長メモ)」・・・18
- 社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」・・・20
- 社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用シュミレーション
(解説資料)サービス提供体制改革の考え方・・・24

<最近取りまとめられた報告書>

- 新人看護職員研修に関する検討会報告書(抄)・・・39
- 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書・・・56

21世紀初頭における医療提供体制について

国民医療総合政策会議中間報告

平成8年11月13日

I はじめに

- 医療制度及び医療保険制度を含む我が国の社会保障制度については、現在、大きな転機を迎えており、経済との調和を図りつつ活力ある安定した社会を維持するために、その役割・機能等を再点検する構造改革を進めることが求められている。
- 本政策会議は、こうした再点検の一環として、今後の医療提供体制のあるべき姿を医療制度及び医療保険制度の両面から総合的に検討するために厚生事務次官の私的懇談会として去る7月29日に設置されて以来、7回にわたる審議を重ねてきた。
- 審議の過程において委員からは幅広い角度から多方面にわたる様々な意見が出されたが、ここでは医療制度及び医療保険制度を通じた基本的な方向を示すことに努めた。
- また、医療提供体制にかかわる問題は、今後の高齢化の進展の状況、社会情勢の変化の状況等によってはさらに大きな影響を受けるものであり、ここでは国民的な議論のためのいわば素材を提供するという趣旨から、あくまで中間的なものとしてまとめたものである。

II 検討の基本的視点

- 我が国の医療制度及び医療保険制度は、昭和36年の国民皆保険の実現以来、国民経済の成長とともに質量両面からその充実向上が図られてきた。

- しかし、今後の経済状況の見通し、高齢化の急速な進展等を考慮すれば、21世紀に向けて制度を取り巻く社会経済環境は一層厳しいものになることが予想される。国民皆保険体制を維持しつつ、質の高い医療を提供する体制の確立と安定した財源の確保という課題に真剣に取り組むことが必要である。
- 今後の改革に際しては次の点に留意し、制度全般にわたる基本的な見直しが行なわれるべきである。

- ・ 自由開業制（医療機関側の自由）、医療機関へのフリーアクセス（患者側の自由）、診療報酬上の出来高払い、現物給付といったこれまで我が国の医療制度及び医療保険制度の基本原則とされてきた事項についてもそのあり方について検討すべきである。

- ・ 国民生活の基盤を支える医療については、医療技術水準の向上、医師等医療従事者の資質の向上を含めた医療全体の質の向上を図ることが重要である。

一方、医療の国民経済及び国民負担に与える影響の大きさを考えると、将来にわたって医療の質の向上や医療技術の進歩を国民生活の向上につなげていくためには、医療に関する情報公開等ともあいまって今まで以上に徹底した効率化を図っていく必要がある。

- ・ 医療及び医療保険制度において患者の立場を重視し、患者と医療機関との信頼関係を維持しつつ、医療に関する情報提供の推進を図るとともに、患者負担の問題も含めて医療の受け手としての主体的・自律的な受療のあり方、患者啓発の方法について検討すべきである。

- ・ 医療保険制度の下では医療費は、保険料、公費負担及び患者負担により賄われるが、そのバランスをどのように図っていくのか、保険給付の範囲をどのように考えるか、医療保険制度において高齢者をどのように位置付けるかなどの点についても検討すべきである。

- 政策会議としては、以上の考えにより我が国の高齢化のピークを見据えつつ、中長期的観点に立って、医療制度及び医療保険制度の両面から総合的に21世紀初頭の医療提供体制のあるべき姿を提言する。

Ⅲ 改革の基本的方向

1 医療機関の体系化

- 世論調査によれば我が国の医療において医療機関へのフリーアクセスは非常に高い評価を受けているが、その一方で患者の大病院への集中やはしご受診といった弊害も指摘されている。
- 医療は患者の身近な地域で提供されることが望ましいという観点から、かかりつけ医、かかりつけ歯科医を地域における第一線の医療機関として位置付け、他の医療機関との適切な役割分担と連携を図る必要がある。また、二次医療圏単位で地域医療の充実を支援する病院（地域医療支援病院）の整備を進め、高度な医療についてもできるだけ身近な地域での提供を可能にすべきである。
- 慢性患者に対応した長期療養型施設（療養型病床群）の整備を促進し、特定機能病院、専門病院等も含め全体としてそれぞれの病院の機能を明確化するとともに、かかりつけ医と他の医療機関との関係など医療機関相互の機能分担と連携を強化することにより重層的な医療提供体制の確立を図るべきである。

また、医療機関の機能を明確化するため、診療報酬においても医療機関の機能に応じた評価を検討すべきである。

- このような医療提供体制を確立していくためには、まず第一にかかりつけ医の機能が広く国民に受け入れられ、地域に定着していくことが重要である。かかりつけ医の機能は、基本的には診療所の医師によって担われるべきであるが、かかりつけ医機能の定着のためには、診療所医師の自己努力・研鑽はもとより、国民的な医療改革への取組みが必要である。
- 医療へのフリーアクセスの抑制については、今後のそれぞれの医療機関の機能の定着状況、患者の流れの実態等を踏まえ、病院の外来診療のあり方を含めて、医療制度及び医療保険制度上の対応を検討すべきである。

2 医療の充実

(1) かかりつけ医機能の向上

- 医療機関の機能の明確化とその体系化が国民に広く受け入れられ、実際の患者の流れが例えばかかりつけ医から地域医療支援病院等、さらに必要に応じて特定機能病院という形になるためには、医療機関の機能の明確化と合わせて、前述のとおり地域の第一線でその役割を担うかかりつけ医の機能の活性化、地域住民のかかりつけ医への信頼の確保が不可欠である。
- 医学・医療技術等の進歩に対応して、かかりつけ医が継続的に地域医療の発展に寄与できるよう、生涯研修を充実することが必要である。
- かかりつけ医が専門医としての観点からも地域住民の信頼を得ることができるよう、現在様々な学会で行われている認定医の制度について、認定基準の統一・明確化等により、国民に受け入れられる制度として確立されることが必要である。
- 今後の少子・高齢社会において、在宅の高齢者あるいは子育て家庭等に対する支援者としてかかりつけ医の果たす役割は、ますます重要になってくるものと考えられる。
- 高齢者については、慢性期医療の充実が重要であり、特に在宅医療については、地域医療支援病院等との連携を図りつつ、かかりつけ医が積極的な役割を果たしていくべきである。その際、かかりつけ医は、自ら中心となり患者の立場に立って福祉サービスや関連諸サービス提供者とも連携して、患者の生活面における支援も積極的に行っていくことが必要である。
- かかりつけ医は、健康診断、健康相談といった患者・家族の健康管理、疾病予防の面についても、第一義的な役割を果たすべきである。
- こうしたかかりつけ医の機能を支援するため、専門医療機関等からの最新の診療情報や患者サービスのための保健福祉関連情報等を幅広く即時・正確にかかりつけ医に伝達できるかかりつけ医機能支援システムの開発が必要である。

- かかりつけ医の診断機能の高度化を図るため、適正な配置に配慮しつつ、高額医療機器の共同利用を推進すべきである。
- かかりつけ医が患者の多様な医療需要に応えることを可能にするため、複数の診療所が連携してそれぞれ得意の分野・機能を活かした相談・治療等を行うグループ診療を推進すべきである。

(2) 急性期医療の充実

- 新しい医学、医療技術と快適な療養環境に支えられた適切な入院医療の提供、社会復帰をより完全なものにする急性期リハビリテーションの充実を図る等急性期医療の充実が高齢者のみならず全ての国民に望まれていることである。
- 急性期医療の質の向上を図るため、患者の満足度の向上、治療成績（治癒率、合併症・二次感染の予防等）の向上、診療計画に基づく効率的・効果的な検査・治療の実施、治療期間（入院日数）の短縮、退院時期の明確化等を目指して医療技術評価の手法を開発し、その普及を図ることが必要である。
- また、医療機関における療養環境についても、これまで慢性疾患患者が入院する長期療養病床について多くの措置が採られてきたが、急性期医療の充実を推進する際には、医療従事者の集中的な配置を図るとともに個室化の推進等医療機関の療養環境を改善することが必要である。
- さらに入院期間の短縮を図るためには、退院時期の明確化を含む診療計画の作成等により入院直後から家庭や社会への復帰に向けた準備に取り組む必要があり、また、医療従事者間で患者にとって最も望ましい効率的な検査や治療の実施について十分な連携が図られることが肝要である。
- なお、入院期間の短縮に対応する診療報酬上の評価が必要である。

(3) 末期医療のあり方

- 末期医療については、従来から緩和ケア病床の整備といった施策もとられているが、一方で患者・家族の望まない延命医療は行わないという考え方や

その高額な医療費について国民の関心が高まっている。これは生命倫理の問題でもあり、広範な議論を行い国民的合意の形成を図ることが必要である。

こうした議論を進めていくためにも患者・家族を含む国民や実際に末期医療に携わっている医師を含む医療従事者との末期医療に対する意識を把握する必要がある。

3 医療提供体制の効率化

(1) 病床数の適正化

- 我が国の一般病床は、医療法に基づく医療計画上の必要病床数である約120万床を5万床上回っており、特に過剰地区だけでみれば9万床の過剰となっている。
- 介護保険制度の実施に向けて、訪問診療・訪問看護の推進等による在宅医療の充実、施設及び在宅の介護サービス基盤の計画的整備、適切な介護サービスへの誘導等いわゆる社会的入院を解消するための総合的対策を実施する必要があり、また、諸外国と比較して長いと言われている入院期間を短縮することも必要である。これに併せて必要病床数を見直す必要がある。
- 急性期医療の充実、介護保険の導入を踏まえ、単に一般病床というくりではなく、全体の必要病床数の枠の中で急性期病床と慢性期病床に区分することを検討すべきである。
- 一方、過剰病床地域においては、病院の新規開設又は増床の場合に医療法上勧告が行われ、保険指定しないこととされているが、既存の過剰病床そのものについては、何ら対応がなされていない。
- 今後医療制度あるいは医療保険制度上既存の過剰病床を削減する方策として、過剰病床に対する医療法上の許可のあり方及び保険医療機関の指定の取扱いについて検討する必要がある。

< 後 略 >

21世紀の医療保険制度（厚生省案）

－医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向－

（平成9年8月7日）

我が国は、国民すべてが医療保険制度に加入し、誰もが安心して医療を受けることができる、世界でも有数の医療制度を確立してきた。

しかし、急速な人口の高齢化、医療の高度化等により医療費は増大を続ける一方、経済基調の変化に伴い、医療費の伸びと経済成長との間の不均衡が拡大し、このままでは国民皆保険制度そのものが崩壊の途を辿ることにもなりかねない。

21世紀の本格的な少子高齢社会においても、すべての国民が安心して良質な医療サービスを受けることができるような医療制度を、我々の子どもや孫たちに引き継いでいくために、国民皆保険制度を堅持し、新しい時代を見据えながら、医療保険及び医療提供体制について抜本的な改革を実現させる。

○ 先の国会では、引き続き制度の抜本的改革を行うことを前提として、健康保険法等の一部改正法案を提出し、その成立を見たところであるが、法案審議の過程においても、早急に抜本的改革に着手すべきであるとの強い要請がなされた。

とりわけ、国民の負担増との関連で、医療費の適正化、医療費の伸びと経済成長との不均衡の是正、適正かつ効率的な医療提供体制の確立が主要な課題として指摘された。

○ 厚生省としては、抜本的改革に向けて本年4月に与党3党がまとめた「医療制度改革の基本方針」及び6月に閣議決定された「財政構造改革の推進について」の基本的考え方に基づいて、医療保険及び医療提供体制の抜本的改革案（厚生省案）を取りまとめたところである。

この案を「与党医療保険制度改革協議会」に提示するとともに広く国民の議論に供するものである。

○ これらの結果を踏まえ、今後厚生省としては、次期通常国会に向けて、抜本改革法案の取りまとめに努めることとする。

Ⅲ. 医療提供体制

1. 基本的な考え方

- 今後、少子高齢化の進展、高い成長が望めない経済などの環境変化の下で、質の高い医療の確保と医療保険制度の安定的運営との調和を図っていくためには、自由開業制や医療機関へのフリーアクセス（患者による医療機関の自由な選択）の基本は維持しつつ、医療機関の機能分担の明確化、過剰病床の削減や医師数の抑制等を通じて、医療需要に見合った適正かつ効率的な医療提供体制の確立が求められる。
- また、質の高い医療を確保するために、患者の立場を重視し、患者と医療従事者との信頼関係を維持しながら、医療に関する情報提供の推進を図っていくことが重要である。

2. 医療機関の機能分担の明確化

- 患者による自由な医療機関の選択を確保しつつ、患者の医療機関への受診の流れを適切に構築するため、医療機関の機能分担の明確化を図る。
 - (1) 大病院における外来の集中の是正
 - 大病院の外来について、それ以外の医療機関の外来の給付率と差を設けるとともに、入院医療に重点を置いた措置を講ずる。

(2) かかりつけ医、かかりつけ歯科医の普及、定着

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医を支援するため、地域医療支援病院を制度化し、機能の拡充を行う。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医が専門医としても地域住民から信頼を得ることができ、地域住民も医療機関の適切な選択が可能となるよう、専門分野などについて情報公開を推進する。

長期入院の是正と過剰病床の削減

- 入院期間の短縮、社会的入院の是正等を図るため、医療計画上の必要病床数の在り方を見直すとともに、既存の過剰病床に対する適正化の措置を講ずる。

(1) 急性期病床と慢性期病床（療養型病床群）の区分の明確化

- 現行の必要病床数の算定方式を見直し、急性期病床と慢性期病床とに区分して、医療計画上の必要病床数を算定する。
- 急性期病床については、標準的な入院期間や地域の疾病の状況等を勘案し、慢性期病床については、高齢者の介護に必要な入院・入所施設の整備量等を考慮して算定する。

(2) 入院医療適正化対策

- 病院の医療従事者の人員配置基準及び構造設備基準を見直し急性期病床及び慢性期病床のそれぞれにふさわしいものとする

- 医療機関の開設の許可の在り方を見直し、許可の対象となる病床数を現に勤務している医療従事者数に見合った病床数とする仕組みに改め、病床数の適正化を図る。
- 入院患者が計画的に、かつ、速やかに家庭や社会へ復帰できるよう、退院時期を明確化させた診療計画の策定等の普及、定着を図り、看護を含めた効率的な入院医療システムを確立する。
- 都道府県は、国の策定する指針を参考とし、医療費適正化の観点も踏まえ、病床数の削減及び療養環境の向上、在宅医療の体制整備等を含む病床等の適正化に関する計画を作成する。

< 後 略 >

21世紀に向けての入院医療の 在り方に関する検討会

報告書

平成10年7月3日

目次

1. はじめに
 2. 病床の区分について
 - (1) 病床の区分の必要性について
 - (2) 具体的な病床の区分について
(病床区分の考え方)
(具体的な病床の設定)
(その他)
 3. 人員配置基準及び構造設備基準の見直しについて
 - (1) 人員配置基準について
 - (2) 構造設備基準について
 - (3) 精神病床、結核病床等について
 4. 入院医療の質の確保について
 5. 入院医療の質の向上に向けた取組の促進について
 - (1) 各医療機関における体制整備について
 - (2) 病院情報の提供の推進について
 6. 実施時期について
 7. おわりに
- 検討会名簿

21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会報告書

1. はじめに

- 医療法では、入院医療について衛生規制上必要な人員配置及び構造設備が規定されているが、昭和23年医療法制定時に、感染症等の急性期医療への対応を念頭において一般病床という区分を設けて以来、入院医療全般について基本的な見直しがないまま今日に至っている。
- 病院は、本来、入院医療に重点を置いた診療体制を構築していかなければならないが、現実には、急性期医療や慢性期医療を必要とする患者が、同一の病棟に混在し入院している場合があり、患者の状態にふさわしい入院医療を効率的に提供できる体制の整備が必要とされている。
- 一方、少子高齢化の進展など社会経済環境が大きく変化している中で、21世紀においては、より一層国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供していく体制の確立が求められている。
- このため、本検討会においては、このような病院における入院医療を取り巻く状況を踏まえ、21世紀に向けて、国民に対し良質かつ適切な入院医療が効率的に提供できる体制の確保ができるよう、病床の区分、病床区分に応じた人員配置基準及び構造設備基準、また、これらの入院医療の質の確保と向上策等の入院医療全般にわたる今後の入院医療の在り方について検討するため、平成9年9月以来、計10回にわたる審議を行ってきた。
この度、本検討会として、患者の生活の質（Quality of life、QOL）を重視し、かつ、患者の状態にふさわしい医療を提供するという目標の実現に向けて、以下のとおり意見をとりまとめ、提言を行うこととした。

2. 病床の区分について

(1) 病床の区分の必要性について

- 少子高齢化の進展など社会経済環境の変化の下で医療分野に活用できる社会資源は有限であるとの認識に立ちつつ、疾病構造の変化等医療需要の高度化・多様化に対応して、患者にふさわしい医療を提供するため、医療資源自体の適正配分と効率的な活用を促す具体的方策を検討する必要がある。
- 患者の状態は様々であり、必要とされる医療も異なっているが、個々の入院患者は、それぞれの状態にふさわしい医療が適切な療養環境の下で受けられることを望んでいる。病院としてはこのような患者の要望に的確に答えていくことが期待されている。
- また、病院は、今後入院医療に重点を置いた診療体制を構築する中で、患者の状態にふさわしい医療を効率的に提供していけるような管理・運営が必要とされている。
- 一方、医療資源の効率的活用、医療関係施設相互の機能連携の確保等を目的として医療計画が策定されているが、計画をより意味のあるものにしていくためには、一般病床については機能に着目して区分を行い、その地域における必要病床数の設定を行っていくことが求められている。
- 以上の点を踏まえ、一般病床については、その機能を明確化した上で、それにふさわしい人員配置基準と構造設備基準を設定するものとする。

(2) 具体的な病床の区分について

(病床区分の考え方)

- 患者の状態は、大きく、急性期医療を必要とする患者と慢性期医療を必要とする患者とに分けることができる。その場合、病状が不安定で回復期にある患者（いわゆる重急性期医療を必要とする患者）をどのよう

に考えるかということが問題となるが、発症から病状の安定化までを一連の医療として捉え、急性期医療を必要とする患者と併せて考えるのが適当であろう。

- 従って、患者の状態としては、「急性増悪を含む発症間もない患者（急性期医療を必要とする患者）又は病状が不安定で回復期にある患者（亜急性期医療を必要とする患者）」と「病状は安定し、疾病と障害を抱えている患者（慢性期医療を必要とする患者）」とに区分され、これらの患者に対してそれぞれの状態の特性に応じた医療サービスの提供形態としては、「一定期間の集中的な医療の提供」と「長期間にわたる医療の提供」との概ね2つに分けられ、それぞれの機能に対応した区分が必要となる。

この場合、亜急性期医療を必要とする患者を急性期医療を必要とする患者と併せて一つのグループとして捉えたことから、病床区分に当たっては亜急性期医療を考慮した弾力的な取り扱いが必要となる。

- 病床区分については、入院患者の特性（症状や疾患名）に着目した区分、提供する医療の内容に着目した区分、医療を提供している期間（在院期間）に着目した区分などが考えられる。

入院患者の特性に着目した区分については、患者の症状や疾患名による区分では断面的にとらえたものになり易く、また、症状では個体差やばらつきがみられ、疾患名だけでは重症度が判断できず必要となる医療サービスが不明であることなど、必ずしも適切な区分とはいえないと考えられる。

在院期間はいわば患者の症状や疾患の状態の経過が集約され反映されたものと考えられるので、病床を一定のグループの纏まりとして区分していく際には、それぞれのグループの特性を全体としては反映しているという意味でその指標を用いることは妥当なものとする。

また、その区分を行う際には、提供する医療の内容の違いに着目してそれぞれにふさわしい人員配置基準及び構造設備基準を設定していくことが適当であろう。

- 病院内において、病床区分を行う場合には、患者の立場、病院運営の立場の両方の観点から見れば、原則として病棟単位で病床を区分し、そ

の運営に当たることが望ましい。

- 急性期医療や亜急性期医療が提供される病棟においては、より多くの医療従事者が配置され、集中的な医療が実施されることになるが、病棟管理上、目安或いは目標として在院期間を設定し、急性期病床として効率的な運営を行うことが望ましい。

- 以上の考え方から、次のように一般病床を区分するものとする。
 - 急性期病床「主として、急性期医療を必要とする患者又は亜急性期医療を必要とする患者に対し一定期間の集中的な医療を提供して、患者の状態の改善を図る病床」
 - 慢性期病床「主として、慢性期医療を必要とする患者に対し長期間にわたり医療を提供する病床」

なお、急性期病床、慢性期病床の名称については、病床機能をより明確化する観点から、それぞれ「短期治療病床」、「長期療養病床」などの様々な呼称が考えられるが、ここでは、一応、「急性期病床」、「慢性期病床」という名称を使用することとした。

（具体的な病床の設定）

- 急性期病床の区分に当たっては、在院期間を考慮するものとし、その病床機能にふさわしい人員配置基準及び構造設備基準を設定する。
- 急性期病床の在院期間については、弾力的な病床運営が確保され、病棟管理に著しい支障が生じることがないように配慮しつつ、一定期間の集中的な医療が国民に提供されるよう、急性期病床としてふさわしい平均在院日数を全国的な標準として設定することが望ましい。
- また、慢性期病床の要件については、「主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するためのもの」と定義されている療養型病床群の要件を踏襲して、人員配置基準及び構造設備基準を設定する。
- 区分単位は原則として病棟単位とするが、一定規模以下の病院につい

ては、その病院の運営を配慮した弾力的な取り扱いについて検討する必要がある。

- 患者に対して適切な医療を継続して提供できるように、病院内又は地域において急性期病床と慢性期病床との緊密な連携体制を確保していくことが望ましい。
- 急性期病床の区分に当たって考慮する平均在院日数については、各種調査を踏まえて、その具体的な数値の設定について検討する必要がある。また、平均在院日数の値については、今後、必要に応じ見直しを行うものとする。

(その他)

- 医療計画の策定に当たって、病床区分を考慮した必要病床数の算定方法等について別途検討する必要がある。

3. 人員配置基準及び構造設備基準の見直しについて

(1) 人員配置基準について

- 急性期病床に配置すべき人員を設定するに当たっては、当該病床に治療及び回復機能が求められることから、その平均在院日数を考慮しつつ、機能にふさわしい人員配置基準を検討すべきであり、現行の一般病床の職種と員数の基準を参考としながら設定する必要がある。
- 慢性期病床に配置すべき人員を設定するに当たっては、これらの病床に長期間にわたる医療の提供が求められることから、その機能に着目し、療養型病床群の職種と員数の基準を踏襲し設定する必要がある。
- 病院においては入院医療に重点を置いた診療体制が確保されるよう、また、現行の人員配置基準が最低基準として機能している面もあることから、入院に係る人員配置基準については、最低基準としての取り扱い

について検討する必要がある。

また、外来に係る人員配置基準については、病院の外来の在り方を踏まえ、入院に係る人員配置基準の最低基準の検討に併せて別途検討するものとする。

- なお、最低基準の検討に当たっては、医療法上必要とされる医療従事者数の算定方式については、整数値へその端数処理を行ってきたが、最近の病院における医療従事者の勤務形態の多様化等を踏まえて、その算定方式の取り扱いを併せて検討する必要がある。

(2) 構造設備基準について

- 構造設備基準については、規制緩和の観点から、医療法上必ず設置しなければならない施設の基準などの規制があるが、最近の他の法律の規制の動向等も参考としつつ、基本的に見直す必要がある。
- その上で、急性期病床については一般病床の構造設備基準を、慢性期病床については療養型病床群の構造設備基準を踏襲し設定する。
- 我が国における構造設備基準上1床当たりの病床面積は、欧米諸国に比べ2分の1程度の広さとなっている。急性期病床及び慢性期病床の療養環境に関しては、病室内での医療行為を適切に実施できる必要な病床面積を確保するとともに、今後、患者にふさわしい療養環境が尊重されるなど患者の要請に応えられるよう、病室の個室化や個室型多床室などを推進し、将来の医療環境の変化に対応できる療養環境を確保していくことが望ましい。このため、これらの構造設備基準については、時代の変化に対応し必要に応じ見直すものとする。

(3) 精神病床、結核病床等について

- 精神病床及び結核病床における人員配置基準については、基本的には一般病床の人員配置基準が適用されるが、医療法第21条但し書き及び同法施行令第4条の7の規定等により、医師、看護職員の人員配置の特

例が認められている。

精神病床、結核病床については、精神医療、結核医療の在り方を踏まえ、これらの措置を併せて見直し、それぞれ病床機能にふさわしい人員配置基準及び構造設備基準を設けるために、別途検討する必要がある。

- また、重症心身障害児（者）、肢体不自由児（者）等を収容する病床については、他の法律との関係もあり、その取り扱いについて別途検討する必要がある。
- 急性期又は亜急性期において、発症間もない脳血管疾患等によって生じた身体的な後遺症に対して、集中的な医療に加えリハビリテーションを必要とする患者については、急性期医療又は亜急性期医療の一貫として捉え対応することになるが、そのような患者を収容する場合の取り扱いについては別途検討する必要がある。

4. 入院医療の質の確保について

- 現行の医療法では、開設時において、開設許可の申請のあった病床数に見込まれる入院患者数に見合った医療従事者が配置され、他の許可条件を満たしていれば、開設許可申請が許可されることとなっている。
従って、適正な入院医療の質を確保する観点から、開設許可後においても開設時の状況が引き続き維持できるよう、医療従事者数に見合った病床が稼働している状況を確保できる仕組みとする必要がある。
- このため、医療従事者数が、一定期間以上、医療法上定められる人員配置を下回っている場合には、業務運営の改善命令、使用制限命令、開設許可取消等の措置を講ずることとし、その具体的な取り扱いについて検討する必要がある。

5. 入院医療の質の向上に向けた取り組みの促進について

(1) 各医療機関における体制整備について

- 患者の要求の多様化・高度化に適切に対応し、良質かつ効率的な医療の提供のためには、チーム医療での対応が求められるとともに、患者に合った医療サービスの計画とその提供、提供した医療サービスの評価と評価に基づく医療サービスの改善という一連の流れによる対応が必要となる。このような取り組みを実効あるものとするためには、患者に係わる医療関係者全員の理解と協力が必要であることに留意すべきである。
- また、患者の立場に立って良質な医療を提供する観点から、医療従事者による患者・家族に対する説明と理解に基づく医療を推進し、疾病についてより一層患者の理解が深まるよう情報提供を進めるとともに、患者等の相談に適切に対応するための院内体制をとる必要がある。

(2) 病院情報の提供の推進について

- 欧米諸国の中には、第三者評価や自己評価の報告・開示等による情報提供によって、入院医療の質が確保される仕組みがある。
しかしながら、我が国においては、そのような仕組みが十分確立・定着している状況とは言えないので、今後、患者・国民への情報提供による入院医療の質の確保のために、病院機能評価の充実・強化を図るとともに、その情報公開について検討される必要がある。
- また、医療機関が広告し得る事項については、これまでも逐次拡大されてきたところであるが、今回の病院の入院医療の在り方の見直しに併せて、さらに、患者による適切な医療機関の選択と医療機関間の適切な連携が推進できるよう、地域住民への医療機関情報の提供や広告事項の拡大など医療情報の提供をより一層推進することが求められる。

6. 実施時期について

- 病床区分の見直しに伴う一連の制度の変更は、個々の病院に与える影響が大きいため、一定の経過期間をおいて実施することが望ましい。

7. おわりに

- 今回、入院医療全般にわたりその在り方を検討し、急性期病床と慢性期病床とに区分し、それにふさわしい人員配置基準及び構造設備基準等について検討したが、21世紀を見据えた場合、緩和ケア病棟、日帰り手術用病床、陣痛・分娩・回復室（LDRシステム：Labor, Delivery and Recoveryシステム）等新しい入院医療の提供形態が考えられ、患者の要請に応えられる医療提供体制となるよう、入院医療の在り方については、これからも必要に応じ見直していくことを要望しておく。

なお、病院において適切な入院医療が提供されるためには、医療機関連携や在宅医療の充実・強化が必要であり、地域における関係者の積極的な取り組みを期待したい。

(別紙)

1 我が国の医療の現状と課題

(1) 医療を取り巻く環境の変化

21世紀を目前にして、我が国の医療を取り巻く環境は大きく変化してきている。とりわけ、医療技術の進歩、高齢化の進展、国民の生活水準の向上と意識の変化、そして、経済構造の変化という四つの要因は、今後の我が国の医療提供の在り方に、様々な影響を及ぼしていくと考えられる。

(医療技術の進歩)

飛躍的な発展を遂げつつある遺伝子レベルの研究及びその成果としての様々な治療法の開発、高度情報化技術の急激な進歩とそれに伴う画像処理技術や遠隔医療の進展などに代表される医療技術の進歩は、医療内容の一層の高度化、医療分野の多様化・専門分化を促進するとともに、治療期間の短縮化や患者のQOL (Quality of Life、生活の質) の改善にもつながっている。また、提供される医療サービスについての選択の幅を広げることで、個々の患者の病態やニーズに応じたきめ細かな対応をとることを可能にしてきている。一方で、こうした医学・医療の最新の成果を、臨床現場において効果的かつ効率的に利用していくための各種手法の開発が進んでいる。

(高齢化の進展)

我が国においては他に例を見ない急速なテンポで高齢化が進んでいる。高齢者の増加は、従来の急性期疾患主体の疾病構造を変化させ、慢性期疾患患者の増加をもたらした。また、こうした慢性期疾患の多くは、高血圧や糖尿病等に代表される生活習慣病であるため、その予防、治療に当たっては、自らの努力で生活習慣を改善していくなど、患者自身が積極的に関わっていくことが重要となっている。

(国民の生活水準の向上)

戦後の経済成長にともなって、所得の増大や居住環境の向上など、国民の生活水準は大幅に向上するとともに、生活意識も変化し国民の健康・医療に対する関心が高まってきている。その結果、療養環境の快適性の向上や医療情報に対する患者のニーズも強くなっている。

医療審第17号
平成11年 7月 1日

厚生大臣
宮下 創平 殿

医療審議会

会長 浅田 敏雄

医療提供体制の改革について (中間報告)

我が国の医療提供体制については、良質で効率的な医療提供体制を目指して、これまで数次にわたる制度改正が行われてきたが、医療技術の進歩、高齢化の進展、国民の生活水準の向上と意識の変化、経済構造の変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化してきており、これらの変化に適切に対応していくことが必要となっている。

新しい世紀を目前にして、こうした環境変化に対応した医療提供体制を早急に確立するという認識に立って、医療審議会としては、今後取り組むべき医療提供体制の改革の在り方について、昨年9月以来、18回にわたって審議を重ねてきた。

審議の過程において各委員から幅広い角度から様々な意見が出されたが、今般、当審議会としての意見を別紙のとおりとりまとめたので、政府においては、平成12年度よりできるだけ速やかに、この趣旨に沿って、医療提供体制の改革に取り組むことを期待する。

(経済構造の変化)

我が国の経済基調が低成長に変化する中において、国民の間に医療費やその負担の在り方についての関心が高まっている。我が国の医療制度を支えている国民皆保険制度を維持しつつ、提供される医療の質の向上を図っていくためには、医療保険制度、医療提供体制の両面において、より効率的で適正な運営を目指し、必要な改革を実施していくことが要請されている。

(2) 我が国の医療提供体制の現状

我が国の医療提供体制は、戦後、全ての国民に対し平等に医療を受ける機会を保障するという観点から、医療提供の量的な拡大に主眼を置いた整備が図られるとともに、昭和36年以來の国民皆保険制度の下で、国民が容易に医療機関を利用できる体制が整備されてきた。

その結果、戦後の医療技術の進歩の成果を多くの国民が享受することが可能となり、全般的な生活水準や公衆衛生の向上、医療関係者の努力等とも相まって、平均寿命や乳児死亡率等の各種の衛生指標において、世界最高の水準を達成することとなった。

しかし、一方で、我が国の医療の状況に関しては、諸外国に比して人口当たり病床数が多いこと、平均在院日数が長いこと、1床当たり医療従事者数が少ないこと、介護提供体制の整備の遅れから、主として介護サービスを必要とする患者の入院がみられることなどが指摘されている。また、昭和23年当時の水準を目安に定められた入院医療に関する療養環境等については、全体的にみれば一般的な国民生活の向上に比してなお低い水準に留まっている。

(3) 今後の課題

前述した医療を取り巻く環境の変化、我が国の医療提供体制の現状を考慮すれば、我が国の医療提供体制の見直しに当たっては、今後、以下のような課題に取り組んでいく必要がある。

来るべき21世紀において、国民が、医療技術の進歩の成果である、高度で多様な医療サービスを享受することを可能にしていくためには、急性期医療を中心とする医療提供体制の一層の充実と効率化を図るとともに、最新の医学や

医療技術を習得した質の高い医療従事者の養成に努める必要がある。

また、高齢化の進展により更に増加するであろう慢性期の患者に適切に対応するためには、長期の療養にふさわしい快適な療養環境を提供するとともに、効果的な治療の確保のために、患者自らが積極的に治療に参画することができるような環境を整備することが必要である。

さらに、国民の生活水準の向上に伴って、療養環境等の快適性に対する患者のニーズが高くなっていることから、特に入院時の療養環境等については、一般的な国民生活水準の向上を踏まえて見直すことが必要となっている。また、患者の医療情報に対する関心の高まりへの適切な対応も求められている。

なお、各地域においては、公的医療機関とともに民間医療機関もへき地医療や救急医療、医療関係者の養成等の医療分野に積極的に取り組んできており、それぞれの医療機関が担っている機能の特性を明確にしつつ、その充実を図っていくことが求められている。

一方で、経済基調が低成長に移行する中で、国民皆保険制度を維持しつつ、必要な医療水準を確保していくためには、個々の患者の病態に応じた医療を適切に提供する体制を整備し、限られた医療資源を有効に活用していくことが必要である。

2 改革の基本的方向

以上述べたような医療を取り巻く環境の変化に適切に対応して、今後とも良質な医療を効率的に提供していくためには、以下に示すような基本的方向に沿って、医療提供体制の全般にわたる見直しを進めていく必要がある。

(1) 入院医療を提供する体制の整備

医療技術の進歩に伴う医療の高度化、専門分化に対応するとともに、高齢化に伴う慢性期の患者の増加に適切に対応するために、急性期の患者のための病床と慢性期の患者のための病床を区分し、そのそれぞれにおいて、対象とする患者の病態にふさわしい医療を、適切な療養環境の下で、効率的に提供するための体制の整備を進める。

(2) 医療における情報提供の推進

医療に関する情報提供を求める国民ニーズの高まりに適切に対応し、また、患者が治療に積極的に関わっていくことを促すため、医療従事者と患者との信頼関係を確立し、患者・国民の適切な選択によって良質な医療が提供されるよう、患者に対する診療情報の開示や医療機関に関する情報の患者・国民への積極的な提供を図る。

(3) 医療の質の向上

医療の高度化、専門分化等に適切に対応し、将来にわたって良質かつ効率的な医療の提供が行われるよう、医師・歯科医師をはじめとする医療従事者の資質の向上を図る。また、医療技術評価の成果を臨床現場において有効に活用できる手法や安全な医療の提供に資する各種手法の普及を図る。

3 入院医療を提供する体制の整備

(1) 入院医療の現状

我が国の入院医療制度は、昭和23年の医療法制定時に、感染症等の急性期疾患を中心とした当時の疾病構造の下で、基本的な枠組みが定められた。

その後、この基本的な枠組みの上に立って、人口の少子高齢化に伴う疾病構造の変化や医療の高度化、専門分化に対応し、昭和58年の特例許可老人病棟制度、平成4年の療養型病床群制度、特定機能病院制度、平成9年の地域医療支援病院制度等の新たな制度の創設が行われてきた。

しかしながら入院医療の現状をみると、現行のその他の病床（精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床。以下「一般病床」という。）においては、発症後間もない患者から長期間の療養生活を送っている患者まで様々な病態の患者が入院している。

また、平成4年の療養型病床群制度の創設は、一般病床の中で長期療養を必要とする患者を対象とした病床について、長期療養にふさわしい人員配置基準、構造設備基準を定めたものであったが、慢性期の患者を対象とした病床としては、この他に老人慢性疾患患者を対象とする特例許可老人病棟が存在している。

(2) 一般病床の在り方の見直し

① 基本的考え方

現行の一般病床の対象となっている患者は、発症後間もない又は病状が不安定なために短期間の集中的な医療を必要とする患者グループと長期にわたる療養を必要とする患者グループに大別できる。

この二つの患者グループは、全体としてその特性、医療ニーズが異なり、提供される医療サービスの内容も異なっている。

今後、このような観点に着目して、それぞれにふさわしい質の高い医療サービスを効率的に提供していくためには、現行の一般病床の在り方を見直し、主として急性期の患者が入院する病床と主として慢性期の患者が入院する病床に区分し、その機能分化を図り、それぞれの病床において提供する医療サービスにふさわしい人員配置基準、構造設備基準を設定することが必要である。

② 新たな病床の在り方

急性期患者のための病床においては、医療技術の高度化、専門分化に対応した集中的な医療を効率的に提供することが求められる。そのためには専門スタッフを充実し、治療に必要な病床面積を確保するとともに、在院期間について一定の目安を設けることにより、急性期患者のための病床にふさわしい医療環境の整備を促していくことが必要である。

慢性期患者のための病床については、長期の入院にふさわしい良好な環境の下で療養を送りたいという国民のニーズに応えるための体制が求められる。そのためには既存の制度を整理すると共に、現行の療養型病床群を踏まえて、長期の療養にふさわしいゆったりとした療養環境の確保を図っていく必要がある。

また、急性期患者のための病床、慢性期患者のための病床のそれぞれの具体的な人員配置基準、構造設備基準については、これまでの審議会における議論も踏まえ、それぞれの病床の機能に適切に対応した基準が設定されるよう今後さらに検討していくことが必要である。

なお、新たに区分けされた病床が、機能に応じて効率的に運用されるためには、設定の目的について、国民の理解を求めていくことが重要である。

③ 精神病床、結核病床

精神病床及び結核病床については、現行の一般病床の在り方の見直しに併せて、精神医療、結核医療それぞれの在り方を踏まえた検討を別途行うべきである。

(3) 医療計画の見直し

① 基本的考え方

昭和 60 年に創設された医療計画制度は、医療資源の効率的な配置や地域における医療提供の体系化を目指したものであった。

しかし、全ての都道府県において地域医療計画が定められて約 10 年を経過した今日においても、都道府県間の人口当たり病床数になお大きな格差があるなど、依然として病床の地域的な偏在がみられる。

それぞれの地域において、在宅医療を提供する体制の整備状況や保健予防への取組み状況等により、医療需要が一定程度異なることを考慮しても、現状のような地域間の大きな格差は、医療資源の適正な配分を図る観点からは望ましくない。

このため、必要病床数算定式の在り方の見直し等を通じて、引き続き地域間格差の是正を図って行く必要がある。

② 必要病床数算定式の在り方

医療計画における必要病床数算定式については、地域間格差を是正し、他地域に比較して著しく入院率等が異なる地域についてはその適正化が図られるよう、算定式の見直しを行う必要がある。

なお、算定式の見直しに当たっては、地域の医療の実情を適切に反映する観点から、一定程度の都道府県知事の裁量を認めていくことが必要である。

③ 新たな病床の在り方を踏まえた見直し

一般病床の在り方の見直しに伴い、地域における急性期患者、慢性期患者それぞれの需要に応じて、効率的かつバランスがとれた病床整備を進めていく必

要がある。

このため、新たな病床区分への移行の段階においては、一般病床全体で必要病床数を算定するという現行の仕組みは基本的に維持しつつも、必要病床数の算定に当たり、急性期患者のための病床、慢性期患者のための病床のバランスのとれた整備が図られるよう配慮していくことが必要である。

その上で、新たな病床区分への移行が進んだ後は、それぞれの病床ごとに必要病床数を算定していくことが望ましい。

(4) その他

① 規制緩和を踏まえた病院の必置施設・設備の在り方

現行の医療法においては、病院の有する施設や設備に関して、多くの施設・設備を列挙して、これらを必ず設置すべきものと規定している。

しかし、これらの必置施設や設備のなかには、医療関連サービスの外部委託の進展等により、全ての病院が一律に有しなければならないと義務づける必要が薄れてきたものや、具体的な基準が実態と乖離しているものもある。

今後は、規制緩和の観点も踏まえ、医療法におけるこうした規制は必要最小限のものとするよう必要な見直しを行うべきである。なお、その際、特別養護老人ホーム等の医療施設以外の施設との併設時の、施設や設備の共同利用についても検討に含めるべきである。

② 適正な入院医療の確保

現行の医療法においては、各医療機関が最低限有しなければならない従業者数についての標準を定めているが、その遵守を求めるための仕組みが必ずしも十分とは言えない面があり、標準を大幅に下回っている医療機関が一部に存在している。このため、適正な入院医療を確保していくためには、老人保健施設の例も参考としながら、医療法が定める人員配置基準を満たしていない医療機関に対しては改善命令等の措置を講じていく必要がある。

また、医療需要に応じた適正な入院医療を提供する体制をそれぞれの地域において確保していくためには、医療計画制度の下で、医療資源の適正な配分を図るとともに、医療資源を有効に活用していくことが求められる。このため、

開設許可後、一定期間にわたって、実際の入院患者数が許可病床数を大きく下回り、非効率な病床利用となっている医療機関に対しては、その改善を促すための措置を講じていく必要がある。

③ その他充実が期待される医療分野

今回の検討に当たっては、主として入院医療を提供する体制の整備方策について議論を行ったが、国民の健康の確保、福祉の増進の観点からは、疾病の発症予防から、治療、社会復帰に至る一連の経過の中で、必要な医療が効果的に提供される体制を確保することが重要である。

特に、高齢化に伴って増加する生活習慣病等を可能な限り予防し、重症化を防止するための保健医療サービスの充実が必要である。また、患者の早期の社会復帰を可能とする、急性期からの効果的なりハビリテーション医療の実施や、介護保険により提供される各種介護サービスと連携し、患者の疾病、QOLの改善に寄与する在宅医療の推進も求められており、今後、引き続きその充実を図っていく必要がある

< 後 略 >

医療提供体制の改革について（医療審議会会長メモ）

1 入院医療を提供する体制の整備

(1) 病床区分について

○ 患者の混在を防ぎ、患者にふさわしい医療を提供できる体制を確保するという病床区分の趣旨から、現行「その他の病床」を新たに区分することには、大方の委員に異論はないと考える。しかし、急性期、慢性期という厳格な形での区分は、病態の変化に対応できないおそれなどが提起されている。

このような指摘を踏まえながら、病床区分の趣旨が生かされるよう、提供される医療サービスの形態に着目し区分するものとし、現行「その他の病床」を主として治療が必要な患者を収容するための一般病床と、主として長期にわたる療養を必要とする患者を収容するための療養病床とに区分してはどうか。

○ 一般病床の看護職員の人員配置基準については、事務局より2.5:1との提案が示されたが、より厚くすべきとの意見とより緩和すべきとの相反する意見が出された。上記のように病床区分を整理すると、患者の治療体制の向上という課題に 대응する必要がある一方、人員配置基準は最低標準として機能するものであることや、半世紀にわたる基準の変更に對する慎重な配慮が必要であることなどを踏まえると、3:1を基本としてはどうか。この場合、医療従事者の絶対数が不足している地域もあることや、小規模の医療機関においては、直ちにこうした基準に対応することが困難であることに配慮し、これらに該当する医療機関に対しては、十分な対応をする必要がある。

この病床の構造設備基準について、適切な療養環境を確保する観点から、今後新設（全面改築を含む）される病床における1人当たりの病床面積と廊下幅については、現行基準を充実させることについては、委員に異論はないと考える。また、既存の施設については、現行の「その他の病床」の基準と同じとするが、引き続き、療養環境の改善を促進することが必要と考える。

○ 療養病床の人員配置基準、構造設備基準については、現行の療養型病床群の基準と同じ基準とする事については、委員に異論はないと考える。しかし、既存の病床からの転換については、構造設備基準について本年4月以降の療養型病床群への転換に準じた経過措置を設けることとしてはどうか。

○ 新たに病床を区分するに当たっては、いわゆる患者の追い出しやたらい回しが行われぬよう、患者の入退院は医師による医療上の判断で行うこと

は当然であるが、その趣旨を徹底することが必要である。

(2) 医療計画について

新たな病床区分の整理を踏まえ、新たな医療計画への円滑な移行を図るために、次のような改正を行なってはどうか。

○ 必要病床数という名称を見直し、「基準病床数」とする。

○ 新しい病床区分が定着するまでの間においては、地域間格差の是正及び在院日数の短縮傾向等に対応しつつ、全体として基準病床数を算定する。

○ 新しい病床区分が定着した後においては、一般病床及び療養病床のそれぞれについて算定し、その合計数をもって基準病床数とする。

○ なお、具体的な算定に当たっては、都道府県知事の裁量により地域の医療の実情を反映することができるよう流入・流出加算の見直し等を行った上で、各圏域における基準病床数の算定を行う。

(3) 必置施設等に関する規制緩和

規制緩和の観点から踏まえて、必置施設の見直しを行うが、その際に、外部委託の可否及び医療の内容に関わるかどうか等を勘案して、

○ 全てが外部委託可能であるため、法律上の規定は削除し省令上の規制とするもの（消毒施設、洗濯施設）、

○ 既に必置施設として義務づける必要がないため、法律上、省令上の規制を廃止するもの（給水施設、暖房施設、汚物処理施設）に区分し、規制緩和を行ってはどうか。

なお、給食施設と臨床検査施設については、医療の内容に密接に関わるものであることから引き続き法律事項とするが、外部委託の際の扱いについては別に示すものとする。

(4) 適正な入院医療の確保

適正な入院医療の確保として、事務局から提案のあった一定期間大幅に人員配置基準を満たしていない場合の改善措置、非効率な病床利用が行われる場合の改善措置、報告徴収に関する法規定の整備については、基本的には委員に異論はなかったと考える。しかし、まずは指導を旨とするべきこと、明らかに休止とみられるものに限定するべきことなどの意見があったことを踏まえ、都道府県医療審議会における審議を経ること等、適用のための要件等を今後検討することとしてはどうか。

2 診療録等の診療情報提供の推進について

診療録等の診療情報の提供を医療現場において普及・定着させていくため

に、医療従事者の自主的な取組み及び環境整備を推進していく必要がある。

また、診療情報の提供に関する取組み状況を広告できる事項として追加してはどうか。

3 広告規制の緩和

広告規制の緩和についての具体論としては、様々な意見が出されたが、次の通り、広告規制の緩和を行うこととし、更に中間報告において示された基本的な考え方を踏まえて議論することとしてはどうか。

○ 広告規制の緩和を行う事項の例

中立的な医療機能評価機関が行う医療機能評価の結果、医師の略歴・年令・性別、共同利用できる医療機器、対応可能な言語、予防接種（種別）、健康診査の実施、保健指導・健康相談の実施、介護保険の実施に伴う事項（紹介をすることができる介護関連施設の名称等）

4 医師、歯科医師の臨床研修の必修化

医療関係者審議会が提言している医師、歯科医師の卒業後の臨床研修の必修化については、進めるべきものとする。

その際、医療法上、医療機関の管理者は臨床研修を修了した医師又は歯科医師とするとともに、臨床研修を修了していない医師又は歯科医師が診療所を開設しようとする場合には、医師・歯科医師以外の者と同様に許可を要することとする。

5 公私病院等の機能分担と連携

(1) 公私病院の機能分担と連携

公私医療機関の機能分担については、それぞれの地域に応じた対応を行うことが必要と考えるが、地域の公的病院においては、医療機関の機能分担と連携を円滑に推進するため、地域の実情に応じて、救急医療、共同利用、紹介患者に対する医療提供など地域医療支援病院が有する諸機能について、できるだけ積極的に取り組むほか、例えば、当該地域において果たすべき役割について幅広く意見を聞く場を設置するなどしてはどうか。

(2) 病院、診療所の機能分担と連携

病院、診療所間の役割分担としては、診療所においては外来機能、病院においては入院機能を重視することを基本的な理念とするべきであるとする。しかし、制度的にこれを進めることについては、更に議論を深める必要

がある。

従って、当面は診療報酬制度などにより病診連携を促進するという努力を引き続き進めるとともに、地域医療支援病院については、今後とも一層の普及を図る必要があることから、その推進方策について検討を行うべきではないか。

平成14年3月28日

厚生労働大臣
坂口 力 殿

社会保障審議会医療部会
部会長 高久 史彦

医療提供体制に関する意見

本部会は、医療提供体制の在り方に関して審議を重ね、今般、別添のとおり意見をとりまとめたので、これを報告する。

医療提供体制に関する意見

平成14年3月28日
社会保障審議会医療部会

社会保障審議会医療部会は、昨年9月より8回にわたり、医療提供体制の確保に関する重要事項について審議を重ねてきた。

当部会におけるこれまでの議論の概要は、以下のとおりである。

1. 基本的な考え方と審議経過

1. 我が国では、国民皆保険制度の下で、全ての国民がいつでも、どこでも平等に医療機関に受診することが可能である。この結果、世界最高水準の平均寿命・健康寿命や高い保健医療水準を実現し、2000年6月に公表されたWHO（世界保健機関）の評価においても、我が国の保健システムは世界第一位と評価されている。
2. しかしながら、急速な少子高齢化の進行、医療技術の飛躍的進歩、国民の医療に対する意識の変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化しており、我が国の医療提供体制について、(1)効率化・重点化の不足、(2)競争が働きにくい構造、(3)安心できる医療の確保が不十分、(4)情報基盤等の近代化の遅れ、などの問題点が指摘されている。
3. このことから、今後一層、患者の視点を尊重した質の高い効率的な医療提供体制の構築が求められており、このためには、患者に対する幅広い情報提供が推進され、患者の選択を尊重した医療提供を通じて、医療機関相互の競争が促進されることにより、医療の質の向上と効率化が図られることが重要である。

医療機関においては、患者との対話を重視しつつ、情報提供に努めるとともに、患者においても、医療を選択するための様々な情報や手段を得て、自らの健康の保持のための努力を行うとともに、自覚と責任を持って医療に参加することが求められる。

4. 厚生労働省の医療制度改革試案の別添「21世紀の医療提供の姿」（平成13年9月25日）においては、医療提供体制の改革において当面進めるべき施策として、「病院病床の機能の明確化・重点化」、「根拠に基づく医療の推進」、「医療のIT化の推進」、「医療を担う適切な人材の育成・確保」、「広告規制の緩和」、「医業経営の近代化・効率化」、「医療安全対策の総合的推進」、「小児救急医療対策の推進」などが取り上げられており、当部会では、これらを中心に概括的な審議を行った。また、経済財政諮問会議や総合規制改革会議で指摘されている「医業に係る株式会社への参入」と「医療分野における労働者派遣」についても、参考人からの意見聴取を行い、検討を加えた。
5. 特に、政府・与党社会保障改革協議会の「医療制度改革大綱」や総合規制改革会議の「規制改革の推進に関する第1次答申」などで、今年度中に措置することを求められていた「広告規制の緩和」については、集中的に議論を行い、具体的な結論を得た。

II. 個別の検討項目

1. 医療における情報提供の推進

(1) 情報提供の在り方

患者が自らの判断により適切な医療機関を選択するために必要な情報が、幅広く患者・国民に対し提供されることが望ましい。また、情報提供の手段としては、医療機関による広告に加え、広報、院内掲示、公的機関による情報提供などがあり、これらの手段が、それぞれの特性を踏まえ有効に活用されるよう、環境整備や内容の充実が図られるべきである。

医療機関の選択に資する情報提供の在り方として、客観的に比較可能なデータを提供するための用語の標準化等やIT化などの環境整備、情報の確実性や最新性が確保される形で散在している情報をデータベース化すること、これらの情報が地域住民に身近なところで得られることが重要である。

なお、上記に加え、患者の求めによる情報開示が重要であり、特に医療機関の有するカルテ、レセプト等の医療情報について開示の義務化を求める意見があったが、これに対しては、医療の公共性だけを理由に一律に情報開示を義務づけるべきではないという反対意見があった。

また、インフォームドコンセントの義務化についても議論すべきとの意見があった。一方、情報提供の推進に併せて、患者の自己決定を支援する体制の整備、さらに患者の教育、意識啓発の必要性が指摘された。

(2) 広告規制の緩和

医療機関による広告の規制緩和については、今回は患者保護の観点から現行のポジティブリスト方式を前提とし、客観的で検証可能な事項については、原則として規制緩和することとした。具体的な項目については、別添のとおりである。

なお、医療機関の広告については、基本的に、虚偽広告、誇大広告など患者にとって有害となるもの以外は規制を原則撤廃すべき（ネガティブリスト方式）という意見があった。

また、広告規制緩和の具体的な項目についての主な考え方は以下のとおりである。

- 「専門医」を認定する団体の取扱いに当たっては、客観性を担保するため、医学医術に関する団体の意見を聴くべきである。
さらに、幅広い団体の意見を聴くべきであるという意見があった。
- 「手術件数」、「分娩件数」、「患者数」、「平均在院日数」、「病床利用率」については、広告内容が容易に検証できるような仕組みが必要である。
- 「死亡率」については、現状では、重症患者の受入拒否や危険度の高い手術を避けるなど、医療の提供に悪影響を及ぼす可能性が強いため、患者の重症度等について客観的に比較するための環境整備の状況を見極めつつ、継続検討とする。
- 「病院・診療所を営む法人の理事長の略歴」、「外部監査を受けている旨」については、「これからの医療経営の在り方に関する検討会」（座長：田中滋慶 慶應義塾大学教授）における検討結果を踏まえて措置すべきである。
- 「スタッフの略歴」、「専門看護師・認定看護師」、「看護実習病院」を広告事項にすることについては、医療関係職種全体に関わる問題であるので今後の検討課題とすべきである。
- 「ISO9000」については、本来医療の質や機能を評価したものではないことに留意する必要がある。

2. 病院病床の機能の明確化・重点化

病院病床については先の医療法改正において、平成15年8月末までに療養病床と一般病床に区分されることとされているが、さらに広告規制の緩和を含めた医療情報の提供と患者の選択が進むことによって、病院病床の機能分化が促進されると考えられる。

なお、病院病床の機能分化については、急性期の患者にとっては望ましい方向である一方、亜急性期、慢性期の患者に係る病床の在り方は慎重に検討すべきという意見があった。

また、地域医療計画については、本来社会が求めている機能に対して新規参入規制になっている面があるとしたら、議論すべきという意見があった。

3. 根拠に基づく医療の推進

医療の質の向上を図るためには、地域の医療機関が容易に最新の医学情報を参照できるよう、EBM実践のための文献データベースや主要疾病の標準的診療ガイドラインが整備されることが極めて重要である。

これらの施策については、年次目標を定め、重点的な整備を進めることが肝要であり、患者が主体的に医療に参加する環境の整備のためにも重要である。

4. 医療におけるIT化の推進

患者・国民への医療情報の提供や地域の医療機関のネットワークを形成する上で、医療におけるIT化は重要な手段である。保健医療分野におけるIT化を推進するために、昨年12月に、「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」が策定され、電子カルテやレセプト電算処理のシステムの普及について数値目標が示されたが、その着実な実施が必要である。

なお、電子カルテは単なるツールに過ぎず、電子カルテを導入する前に、個々の医療機関における業務の標準化や見直しを行うことが重要であるとの意見があった。

また、医療のIT化に係る費用負担の在り方について、今後さらに検討が必要であるとの意見や、地域の医療機関ネットワークの中で患者の情報が共有され、健康管理や個別指導、各段階に応じて適切なケアが切れ目なく行われる仕組みが必要との指摘があった。

5. 医療を担う適切な人材の育成・確保

医療サービスの質の向上を図るためには、それを担う医療従事者の質の向上や適正な数の確保、配置が重要である。

地域医療の確保の観点から、医師が専門化・細分化され過ぎており、総合的な診療能力を有する医師を養成する必要性が指摘されるとともに、大学を中心とした医師の人事

についての問題点が指摘された。特に、現在「医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会」（部会長：矢崎義雄国立国際医療センター総長）で検討されている医師の卒後臨床研修制度については、大学に依存する体制を改めるべきとの意見があった。医師の生涯学習の義務化、医師の免許更新制などについても議論すべきとの意見があった。また、国民に安定した医療を提供するためには、医療従事者の地域偏在の改善が重要な課題である旨の指摘があった。

6. 医療安全対策の総合的推進

相次ぐ医療事故やその報道を通じて、医療に対する国民の信頼が揺らぎかねない状況にある中、患者の視点を十分に踏まえ、国民に真に安心できる医療を提供するという観点から、関係者をあげて医療安全の推進に取り組むことが重要である。医療安全に関する今後の方針及び当面取り組むべき課題については、現在「医療安全対策検討会議」（座長：森亘日本医学会長）で総合的な検討が進められているところである。医療に対する国民の信頼回復のために、緊急の取組が必要である。

7. 小児救急医療対策の推進

小児科医の負担の増大や大病院への救急患者の集中などが指摘される中、小児救急医療体制の確保は喫緊の課題であり、「小児救急医療拠点病院」の整備などの新たな施策については、その早急な実施が求められる。

なお、小児救急医療に関連して、小児科の不採算性についての指摘や、医学生が小児科医を目指すような学校教育の在り方についての意見があった。

8. 医療経営の近代化・効率化

非営利を原則としてきた我が国の医療機関経営について、昨今、経営の効率化や資金調達の多様化を図るために営利企業の参入を認めるべきとの主張がある。医療の効率化と質の向上を図るためには、まず、患者への情報提供を進めることによる患者選択を通じた医療機関相互の競争の促進や、理事長要件の緩和等の医療法人制度改革による医療経営の近代化などの取組を着実に進めることが必要である。

なお、営利企業の参入により、次のメリット等があるとの指摘がなされた。

- 医療行為と経営の分化が進むことにより、経営の効率化や医療の質の向上が期待できる。
- 従来、閉鎖的とされてきた医療の世界が社会的に広がりを持つこととなり、経営の透明化、健全化が期待できる。

- 競争が促進され、特定の医療分野に特化した経営の展開や、快適な療養環境の提供、保険者からの委託による予防医療など多様なサービスが提供されることにより、国民の医療についての選択肢が拡大する。なお、不採算部門の切り捨てにつながるという考え方に対しては、経営形態ではなく公的観点からの検討が必要である。

しかしながら、営利企業による医療経営については、

- 医療の強い公共性と株式会社の株主への利益配当という2つの要請を両立させることは困難である
- 収益性の高い医療分野に集中し、不採算部門の切り捨てや医療費の高騰を招きかねない
- 我が国は民間主導により十分な医療提供体制がすでに整備されている
- 営利企業と病床規制とは相容れないため、地域医療計画が必要という前提では営利企業参入は馴染まない
- 株式会社を参入させなくても、情報開示等を行えば競争原理が働く
- 株式会社の参入が認められているアメリカにおいても、医療経営は非営利が主体であり、研究と教育に投資せず質の向上に限界がある株式会社よりも、研究、教育、臨床の3つに取り組む非営利病院の方が、地域における信頼を得ており、ネットワーク化されている

等の理由から、慎重な対応が必要であるという反対意見が多かった。

9. 医療分野における労働者派遣

医療分野に従事する専門的な人材の最適な配置を可能にするため、医療関連業務の従事者の労働者派遣に関する規制の見直しが求められており、雇用形態に関わりなくチーム医療は可能であること、派遣という形態で働きたい医療従事者の希望を一律に禁止すべきではないとの意見があった。

これに対し、適正な医療を提供するためには、チームの構成員が互いの能力や治療方針等を把握し合い、十分な意思疎通の下に業務を遂行することが不可欠であること、恒常的にチームの力を高めていくことによって、良い医療、良い看護、安全な治療の場を提供することができることから、医療機関における医療関連業務の労働者派遣に関して規制を緩和することは、慎重に検討すべきという意見が多かった。

また、現行の派遣制度においては、事前に労働者を特定する行為が禁じられていること、派遣期間に制限が設けられているため継続的な雇用が困難であることなどの問題点が指摘された。

10. その他

- リビング・ウィルの普及など、終末期医療の在り方について議論すべきとの意見があった。
- 医療保険制度改革については、医療保険部会で議論されているところであるが、当部会においても、医療保険制度の今後の在り方について、給付と負担の公平性や安定した保険運営の観点から、各保険者の厳しい財政状況を踏まえ、早急に制度の一本化を求める意見と、制度の一本化に反対する意見があった。
- 領収明細書を発行すべきであるという意見があった。

III. おわりに

厚生労働省は、情報提供の推進などをはじめとする当面の諸課題について、その改革を着実に実施するとともに、さらに、良質かつ効率的な医療提供体制の確保に向けて、その検討の進め方を含め、関係者の意見を反映しつつ、早急な検討を行っていくことが求められる。

社会保障国民会議における検討に資するために行う 医療・介護費用のシミュレーション

(解説資料) サービス提供体制改革の考え方

目次

◆基本的考え方と改革の方向性等	2
●「シミュレーションの前提」における サービス提供体制改革の基本的考え方	3
●具体的改革の方向	4
●医療・介護サービスの需要と供給（一日当たり利用者数等）のシミュレーション	7
◆シミュレーションの手順と詳細	15
●シミュレーションの具体的な手順	16
●医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの詳細	18
●具体的なシミュレーション ～ 改革のストーリー ～	20
●（参考）認知症高齢者ケアの全体像イメージ（認知症自立度Ⅱ以上）	25
●医療・介護サービスの単価に関するシミュレーションの詳細	26

基本的考え方と改革の方向性等

「シミュレーションの前提」におけるサービス提供体制改革の基本的考え方

- 平成37(2025)年において、国民の医療・介護ニーズを保障するために必要な医療・介護サービスを確保する(サービス総量の確保)。
- 社会保障国民会議中間報告で指摘されている、現在の医療・介護サービス提供体制の問題点を克服し、国民の求める医療・介護サービスを、質・量両面で最も効率的かつ効果的に提供できる体制を実現する。(効率的・効果的サービス提供の実現)
- 病気や介護が必要になっても、適切なサービスを利用して、個人の自立とQOLの追求が可能になるよう、医療・介護を通じて、個々人の心身状態に最もふさわしいサービスが切れ目なく提供できるような医療・介護サービス提供体制の一体的改革を行う。(サービスの質の確保、利用者の個別性の尊重)
- 施設か在宅かの二者択一ではなく、介護施設の生活環境の改善(個室、ユニット化)や小規模化と在宅医療・介護サービスの多様化と拡充、ケア付き住宅など居住系サービスの拡充により、利用者の希望と選択により、重度であっても、地域のなかでの暮らしを継続するために必要なサービスを提供する。(個人の選択・生活の継続性の保障)
- 欧米先進諸国の実情も参考にし、国際的にみても遜色ないレベルの医療・介護を目指す。

《参考》社会保障国民会議中間報告で指摘されているサービス提供体制の構造改革

- ・ 病院機能の効率化と高度化
- ・ 地域における医療機関のネットワーク化
- ・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現
- ・ 医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

具体的改革の方向

(総論)

- 医療・介護を通じたサービス提供体制の一体的な改革を行うことを基本に、改革度合いが緩やかなシナリオ(B1シナリオ)から、最も改革が進んだシナリオ(B3シナリオ)まで、複数の改革シナリオを見込む。

(急性期医療)

- 急性期入院医療について、早期の社会生活復帰を可能とするよう、医療の質の向上と効率性の向上により平均在院日数の短縮を図る。
- このため、現在の一般病床を急性期病床と亜急性期・回復期病床等とに機能分化し、急性期病床について人的・物的資源の集中投入による重点化・機能強化を図る。
- 同時に、急性期後の継続的な入院医療が必要な者に対する回復期リハビリテーション、亜急性期医療の機能強化を図るとともに、連携パスの普及、在宅医療の充実強化等により、急性期医療全体での早期退院・社会復帰の実現・在宅での療養継続支援を目指す。
- また、医療の高度化、集中化、機能分化等の医療提供体制の充実により、救急医療体制についても、機能分化にあわせた救急機能の充実強化を図る。

(慢性期医療)

- 慢性期医療を中心とする長期療養について、重症化・重度化に対応した機能強化を図るとともに、在宅医療の充実強化、施設・在宅を通じた介護サービスの拡充により、できる限り住み慣れた地域での療養生活継続を実現する。

(介護)

- 介護サービスについては、高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に、できる限り住み慣れた地域での生活の継続を支援することを目指し、高齢化の進行等による要介護高齢者数の増大を踏まえたサービス全体の量的拡充を図るとともに、高齢単身／夫婦のみ世帯の増大、認知症高齢者の増大、重度要介護者の増大、医療・介護双方のサービスを必要とする高齢者の増大など、要介護高齢者の状態像の変化を踏まえたサービスの多様化と機能強化を実現する。
- できる限り住み慣れた地域での生活を継続したいという国民の意向を実現するため、既存の在宅サービスの充実に加えて、24時間対応訪問介護・看護サービスなどを拡充するとともに、グループホームやケア付き住宅などの居住系サービスを諸外国並みの水準まで拡充する。
- また、増大する認知症高齢者に適切な介護サービスを提供するため、小規模多機能サービスやグループホームを拡充し、重度化しても在宅生活の継続を可能にする在宅サービスの整備・機能強化を図る。
- 施設サービスについても、認知症高齢者への対応強化や個々人の暮らしの継続性を尊重する個別性の高いケアを実現する観点から、個室・ユニット化を推進するとともに地域に密着した小規模型施設を重点的に整備する。
- また、全体としての入所者の重度化の進行や終の棲家としての看取り機能、在宅支援(通過施設)機能など、介護施設利用者のニーズを踏まえた施設機能の強化を図る。

(在宅医療・地域ケア)

- 急性期・慢性期の入院医療からの早期退院・在宅療養や、在宅での緩和ケア・看取りのケアを希望する患者のニーズを満たすことができるよう、地域における病院・診療所の連携を強化するとともに、在宅療養支援診療所、訪問看護など在宅医療サービスの充実強化を図る。
- また、入院医療に関する機能強化・分化にあわせて、病院の外来を専門外来として位置づけるとともに診療所におけるプライマリケア機能や主治医機能の強化、訪問診療等の強化を目指す。
- さらに、多くの要介護者は、医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において医療・介護を一体的に提供する地域包括ケアマネジメント体制を整備する。

(専門職種間の機能・役割分担の見直しと医療・介護を通じた協働体制の構築)

- 急性期を中心に医療資源を集中投入し、医師の配置増に加え、専門職種能力の一層の活用と生産性向上の観点から、専門職種間の役割分担の見直しを行い、看護職員等のコメディカル、事務職員等について、医師業務(看護師業務)のうち医師(看護師)でなくても行える業務を移す前提でより大幅な増員を図る。
これにより、医師や看護職員などが、自らの専門分野に特化した患者本位の医療に注力できるようにする。
- 入院から退院(転院)・地域生活への移行を支援するとともに、地域での暮らしの継続を支援する観点から、地域包括ケアマネジメントなど、医療・介護を通じた協働体制を構築する。

医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシミュレーション

7

総括図

大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

現状投影シナリオ(Aシナリオ)



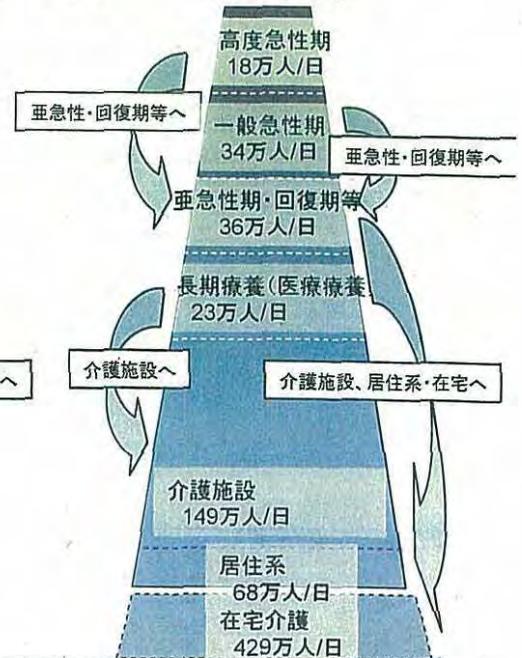
現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

B1、B2シナリオ ー改革シナリオー



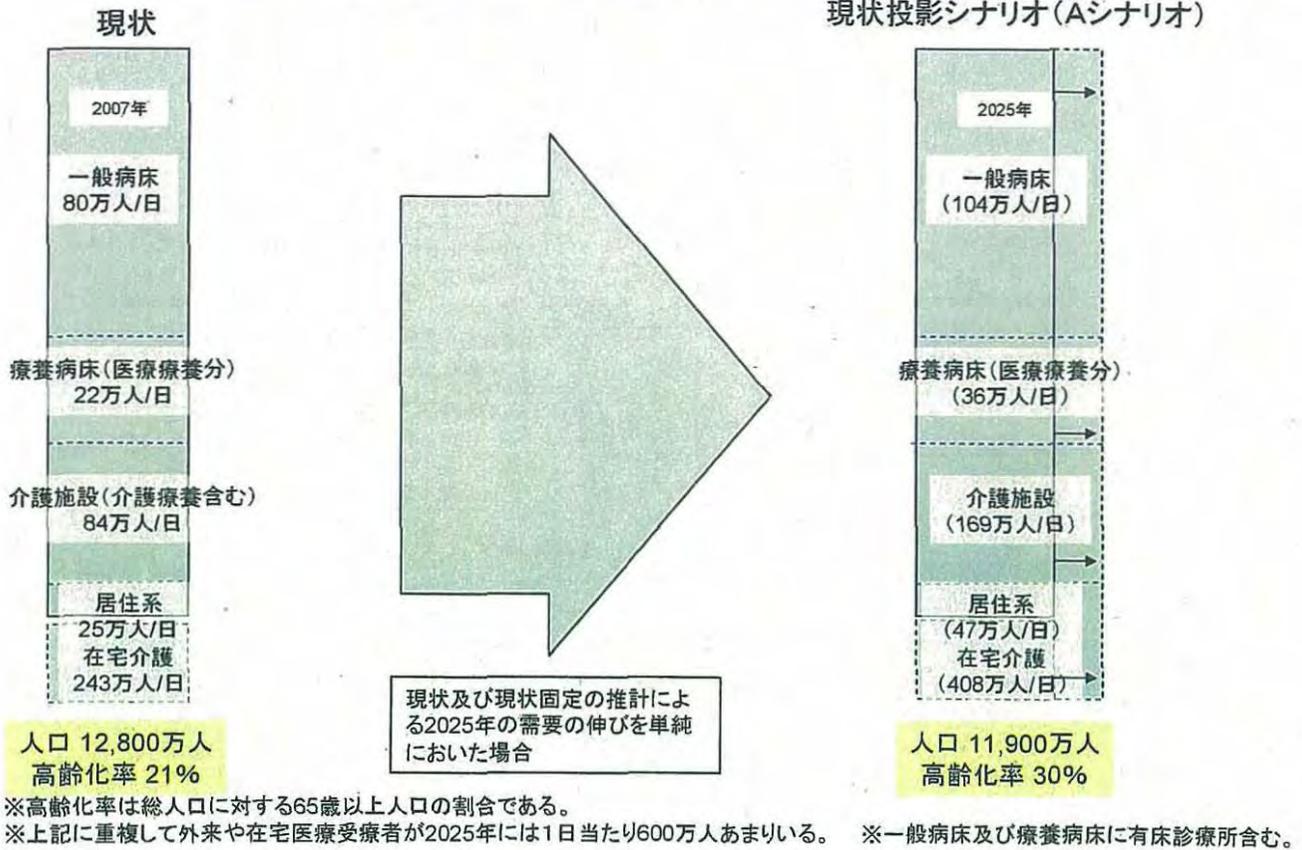
一般病床を機能分化(B1、B2シナリオは2分割、B3シナリオは3分割)。急性期の医療資源を集中投入し亜急性期・回復期との連携を強化。在院日数は減少。医療病床の医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。さらに在宅医療、居住系・在宅介護等の提供体制を強化することにより居住系・在宅サービスを強化。

B3シナリオ



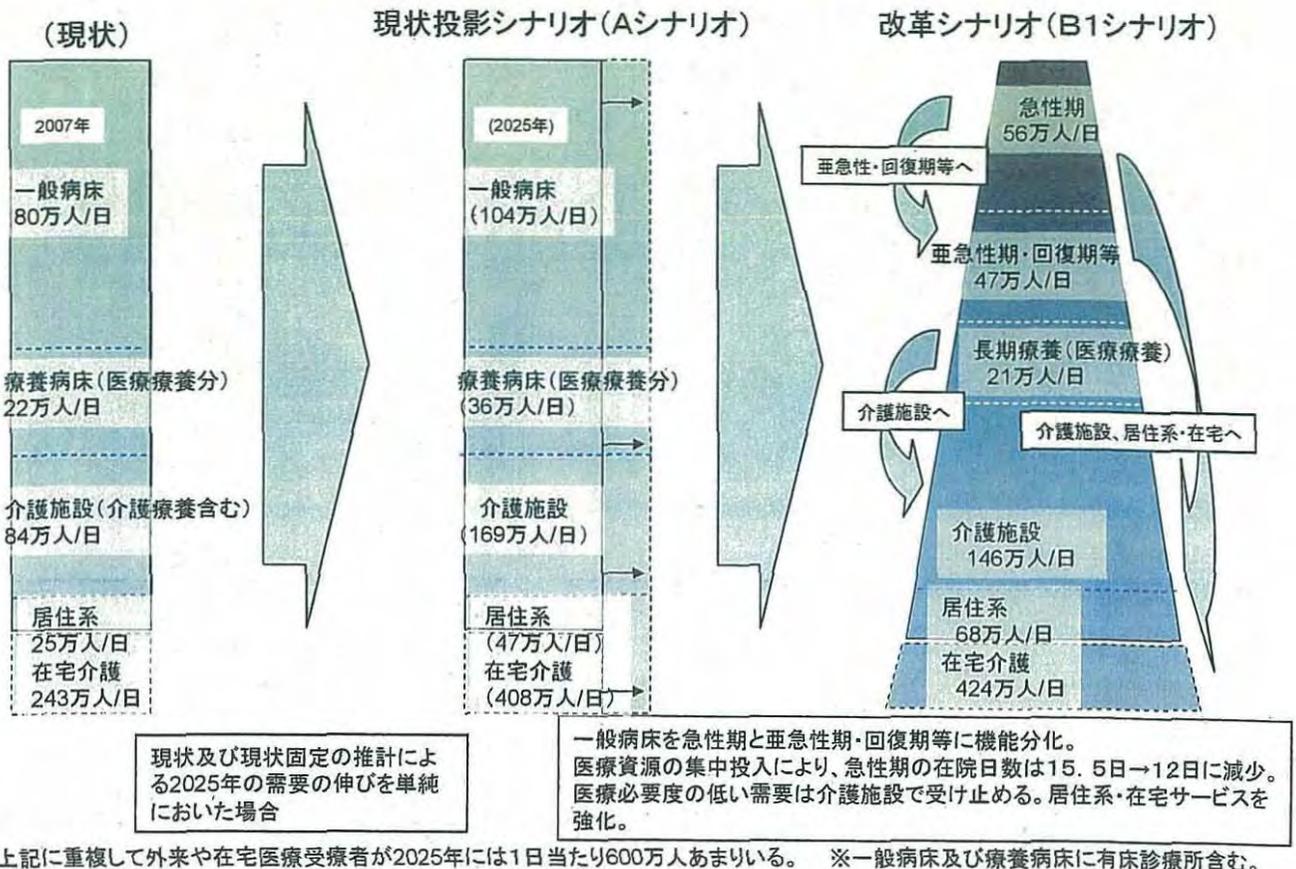
※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

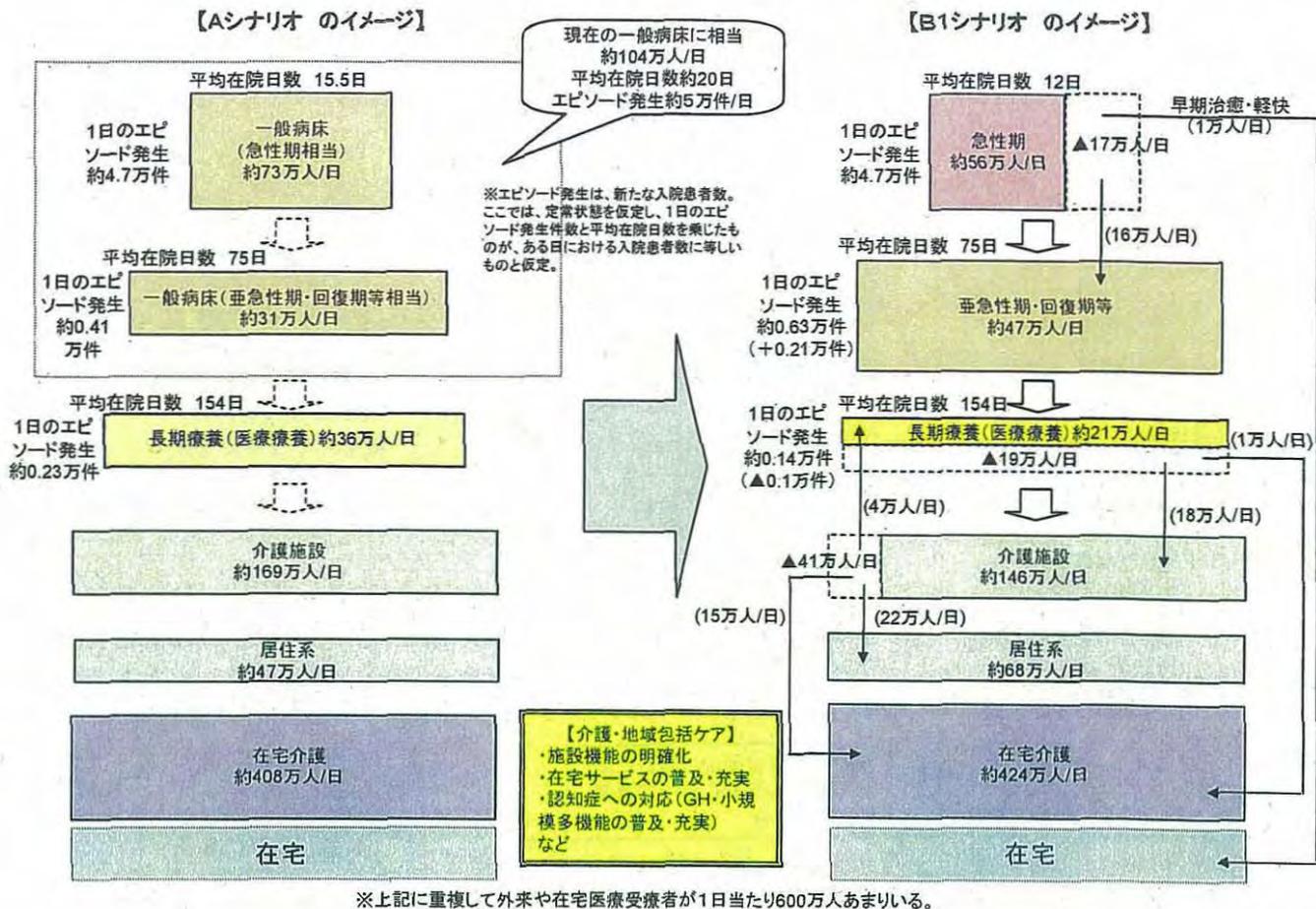
大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである



改革シナリオ(B1シナリオ)

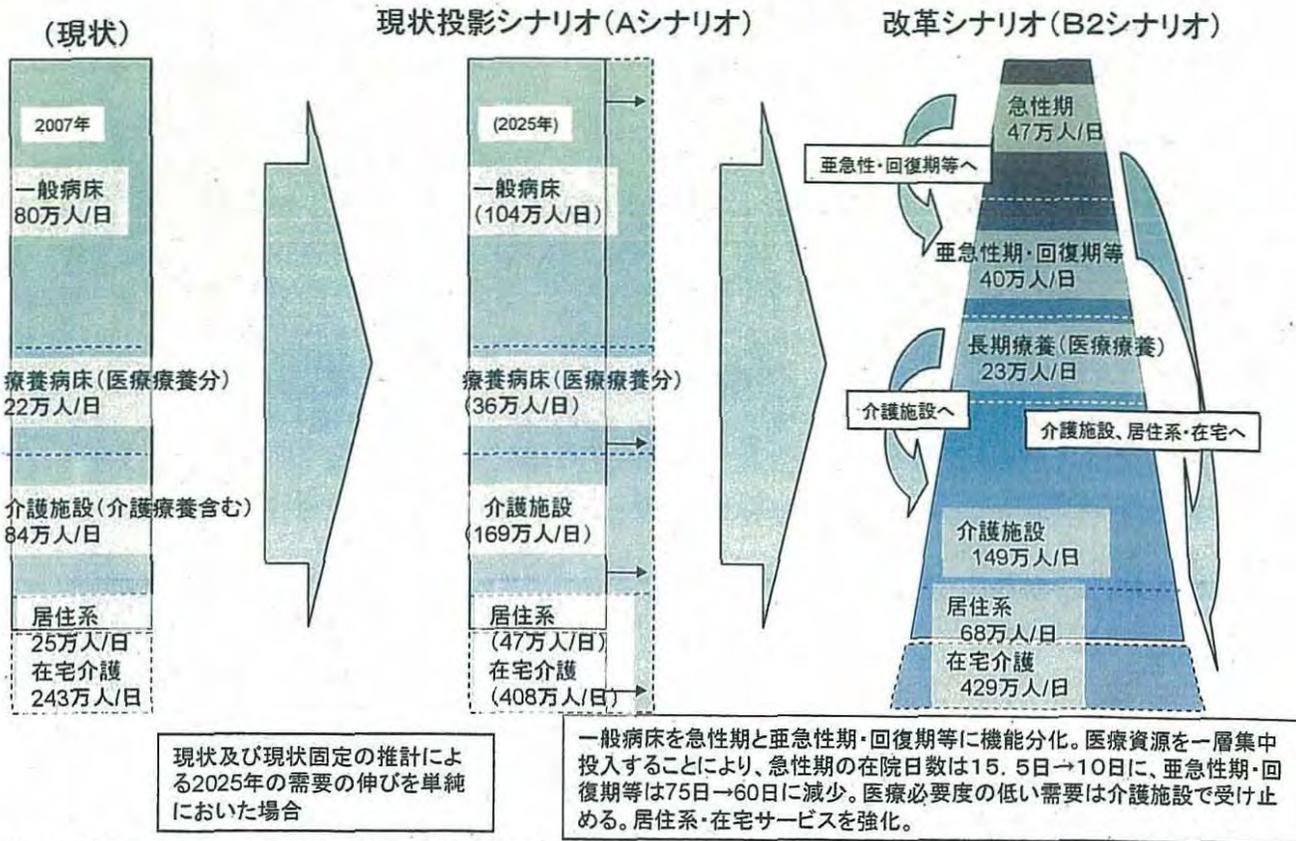
大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

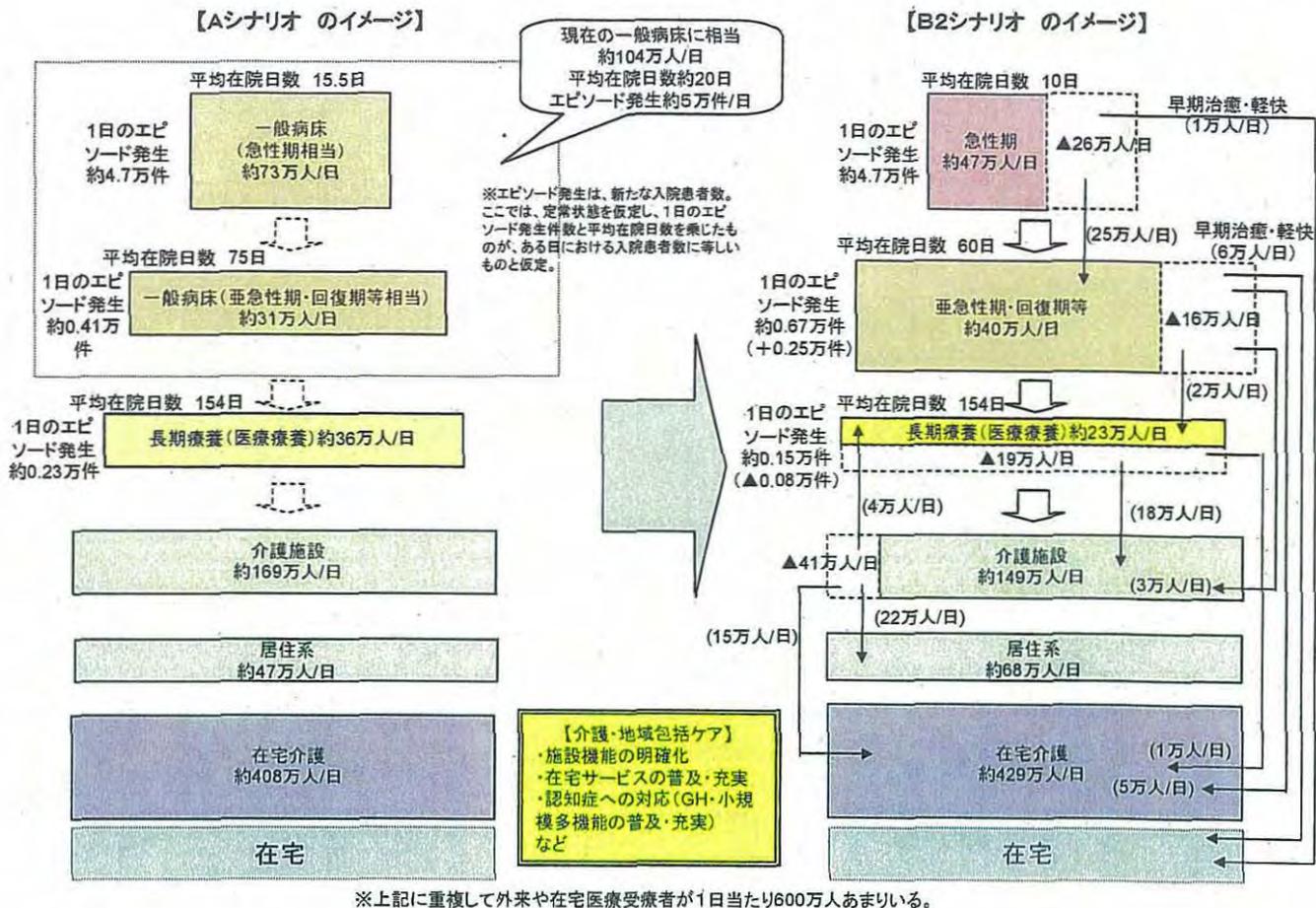




改革シナリオ (B2シナリオ)

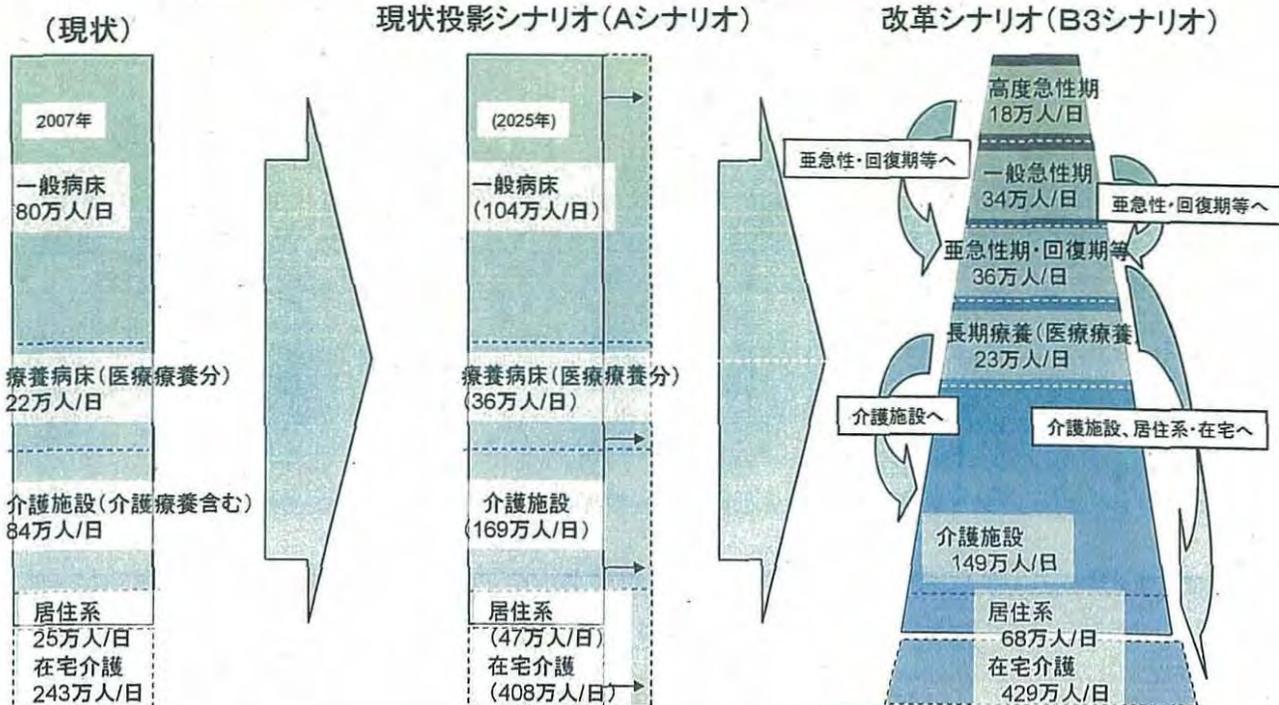
大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである





改革シナリオ (B3シナリオ)

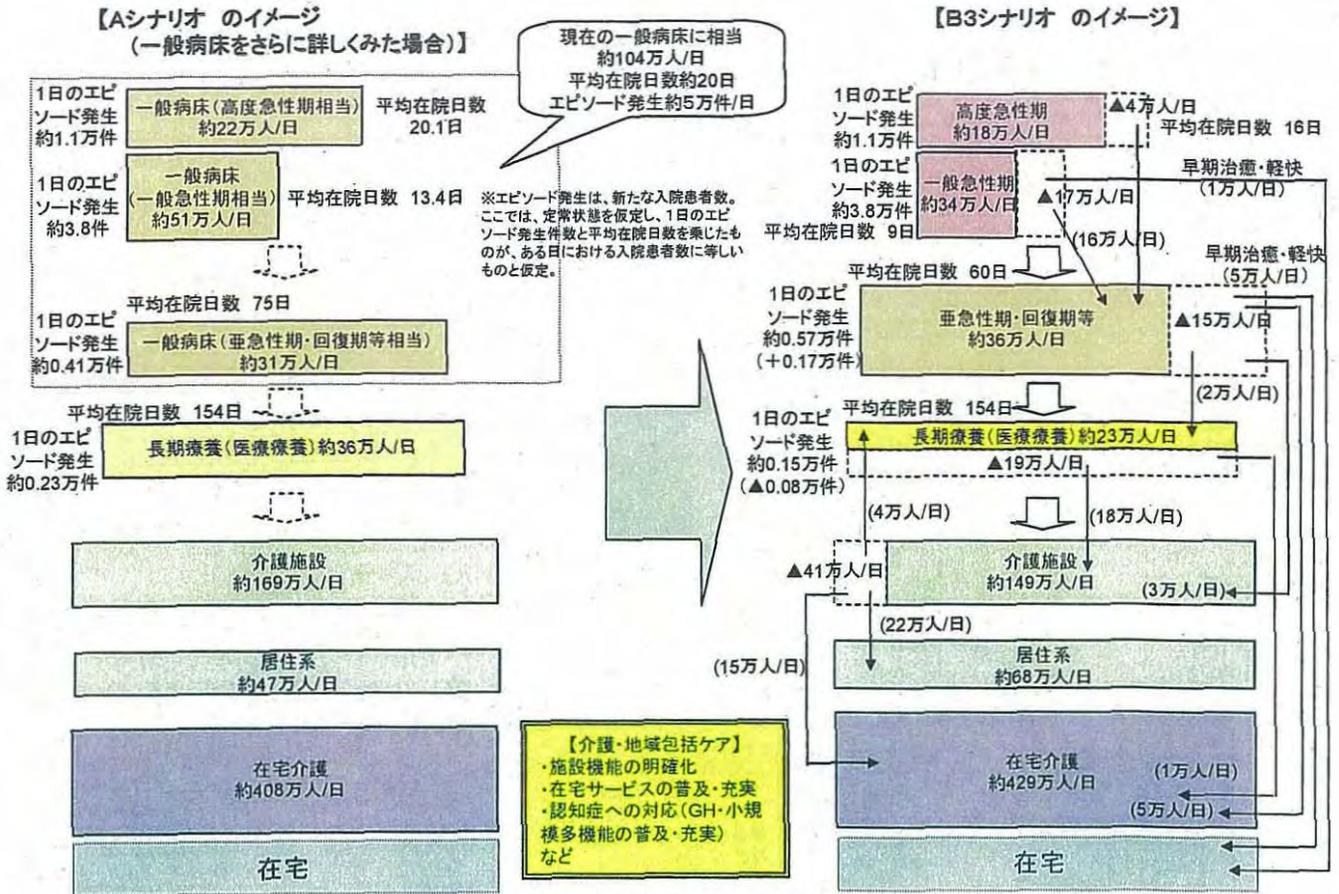
大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである



現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

一般病床を高度急性期、一般急性期と亜急性期・回復期等に機能分化。医療資源の投入により、在院日数は高度急性期で20.1日→16日、一般急性期で13.4日→9日、亜急性期・回復期等で75日→60日に減少。医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。居住系・在宅サービスを強化。

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。



シミュレーションの手順と詳細

【1】足元及び現状投影シナリオ(Aシナリオ)の需給状況を作成<Step1、2>**<Step1>**

- 足下は平成19(2007)年度とし、将来推計人口(平成18年12月推計)、患者調査(平成17年)、医療費の動向(平成19年度)、介護給付費実態調査(平成19年10月)等から、年齢階級別人口に対する各サービス利用者^(※1)の割合を作成するとともに、医療・介護の単価^(※2、※3)を作成。

(※1)入院や外来の1日の患者数、要介護認定者、介護施設・居住系サービスの利用者、在宅介護サービスの利用者。

(※2)入院の1人1月当たりの費用、外来の1人1日当たりの費用、介護施設・居住系サービスの1人1月当たり費用、在宅介護サービス利用者に係る1人1月当たり費用。

(※3)医療の費用は、国民医療費ベース(自己負担分を含む。自己負担を除く給付費が概ね社会保障給付費の医療分に相当)とし、薬局調剤医療費や訪問看護の費用は外来医療費にまとめる形で整理。介護の費用は、介護保険の各サービスの費用額(1割相当の自己負担分を含む)に、特定入所者介護(介護予防)サービス費を加えたものであり、基本的には、食費や居住費は対象外。

<Step2>

- 足下で作成した、年齢階級別人口に対する各サービス利用者の割合を、平成37(2025)年度の人口に乗じて、シミュレーションA(現状投影シナリオ)の各サービスの利用者数をシミュレートし、供給もこれにみあうものとする。
- 現状投影シナリオは、現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点(不明確な機能分化、手薄な人員配置、ニーズに対応したサービス供給の不足等)は解決されず、効率化もなされないまま今後も推移していくこととなるシナリオであることに留意。

【2】Aシナリオから改革シナリオ(B1、B2、B3シナリオ)の需給状況を作成<Step3>

- Aシナリオの各サービス利用者数をベースに、サービス提供体制について選択と集中等による改革を図ることを想定して、改革シナリオにおける各サービス利用者数をシミュレートする。

- ・ B1シナリオ:一般病床について、急性期と亜急性期・回復期等とに機能分化することとし、医療資源の集中投入でなるべく早く急性期を脱することができるようになり、早く治癒するようになる。また、亜急性期や回復期のリハビリテーションが必要なケースなど、状態像に応じた適切な設備・人員配置のもとで医療や介護が受けられるようになる。さらに、在宅医療、居住系サービスや在宅介護サービスが充実し、比較的重度者であっても、希望に応じてなるべく住み慣れた地域でケアを受けることができるようになる。

- ・ B2シナリオ: B1シナリオをさらに推し進め、急性期について、現在の欧米並みの水準まで高めていくこととする。

そして、それに対応して、地域ケア体制の機能が強化される。

- ・ B3シナリオ: B1、B2シナリオとは異なり、急性期について、さらに、高度急性期と一般急性期とに機能分化を徹底する。(B2シナリオにおける急性期と亜急性期・回復期等の一部が一般急性期に再編成されるイメージ。)

→ いずれのシナリオにおいても、平均在院日数の短縮や在宅医療・在宅介護の推進などの医療・介護サービスの質向上・効率化の観点等を踏まえてサービス提供体制の改革を進め、生活習慣病予防などの予防重視の観点等も織り込んで需要を設定するものとする。

→ また、医療・介護のシステムが全体として機能するためには、急性期と亜急性期・回復期等、さらには、これらと長期療養や介護施設、居住系サービスや在宅介護サービス、在宅・外来医療との間での、徹底した機能分化と連携強化とが不可欠。

【3】各シナリオのサービス基盤、単価をシミュレート<Step4>

- Step3の各シナリオごとに、各サービスの役割を果たすために必要な単価をシミュレート。このとき、必要な医療・介護資源の投入量(各施設に配置されるべきマンパワー等)を勘案。

【4】名目値への換算<Step5>

- Step3でシミュレートされた利用者と、Step4でシミュレートされた単価とを掛け合わせて、平成37(2025)年度の静態価格を計算し、これに、伸び率(名目値ベース)を乗じて医療・介護費用をシミュレート。

結果は費用額としては名目値となるが、基本的には、経済規模(名目GDPなど)との対比でみていくのが適当。

→ 経済成長や技術進歩等の要因がここで織り込まれることとなる。

→ 一方、B1、B2、B3シナリオでは、Step3で織り込んだもののほか、医薬品や医療機器に関する効率化要素を織り込んで伸び率を設定。

医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの詳細

【基本的な考え方】

- 足元（2007年度）の年齢階級別サービス利用状況が続いたとした場合の「現状投影シナリオ（Aシナリオ）」から考える。

【一般病床入院患者（1日当たり）】	2007年	約 80万人	→	2025年	約104万人
【医療療養病床入院患者（1日当たり）】	2007年	約 22万人	→	2025年	約 36万人
【介護施設入所者（1日当たり）】	2007年	約 84万人	→	2025年	約169万人
【居住系サービス利用者（1日当たり）】	2007年	約 25万人	→	2025年	約 47万人
【在宅介護サービス利用者（1日当たり）】	2007年	約243万人	→	2025年	約408万人
【外来・在宅医療（1日当たり）】	2007年	約582万人	→	2025年	約634万人

（上記と重複あり）

- B1シナリオ及びB2シナリオの前提

現状において、一般病床に入院している患者のうち、「急性期医療ニーズ」と「亜急性期等医療ニーズ」とにそれぞれどれだけ該当するか推計^(※)すると、急性期で7割、それ以外（亜急性期等）で3割と見込まれる。したがって、

急性期医療ニーズ	73万人/日	
亜急性期等医療ニーズ	31万人/日	となる。

※ DPC及びDPC準備病院を急性期病院全体の代表として、在院日数等のデータをもとに急性期病床数必要数を試算すると、一般病床の基準病床に占める割合は70.3%となることから、104万人/日×70.3%=約73万人/日

- したがって、現状をベースに推計した、急性期73万人/日、亜急性期等31万人/日、長期療養（医療療養）36万人/日、介護施設169万人/日、居住系47万人/日、在宅介護408万人/日、外来・在宅医療634万人/日、が改革によってどのように変化していくかをシミュレートする。

（一統一）

- B3シナリオの前提

現状において一般病床に入院している患者について、「高度急性期医療ニーズ」、「一般急性期医療ニーズ」、「亜急性期等医療ニーズ」とにそれぞれどれだけ該当するか推計^(※)すると、高度急性期医療ニーズが全体（140万人）の15.6%（22万人）と見込まれる。したがって、

2025年	高度急性期医療ニーズ	22万人/日
	一般急性期医療ニーズ	51万人/日
	亜急性期等医療ニーズ	31万人/日

※ 急性期と亜急性期等の振り分けはB1及びB2シナリオと同様。高度急性期医療ニーズについては、特定機能病院の平均入院医療費収入程度以上の医療を行っているケースは高度急性期医療ニーズと仮定し、それを上回る費用がかかっているケースが入院全体の15.6%（件/日ベース）であるので、140万人/日 ×15.6%=約22万人/日

- したがって、現状をベースに推計した、高度急性期22万人/日、一般急性期51万人/日、亜急性期等31万人/日、長期療養（医療療養）36万人/日、介護施設169万人/日、居住系47万人/日、在宅介護408万人/日、外来・在宅医療634万人/日、が改革によってどのように変化していくかをシミュレートする。

(1) 急性期

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>急性期に医療を集中投入することにより、平均在院日数について、現状15.5日(DPC及びDPC準備病院46万床の平均)から、12日程度に短縮(23%短縮)を図る。これを実現するために、人員配置を現在の一般病床より手厚く※医療従事者等を配置する。</p> <p>※ターゲットとなる在院日数を実現している病院の平均的な人員配置を比較すると、医師、看護師、その他職員の配置が約1.2倍(平成18年度病院経営管理指標)</p> <p>これにより、一日あたりの患者も23%減少し、急性期医療ニーズは56万人/日となる。</p> <p>73万人/日から減少した17万人/日のニーズのうちほとんど(16万人/日)は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで安静・回復期ニーズの術後の在院期間の短縮が図られることによる減少分であり、亜急性期等の病床で対応するニーズに移るほか、1万人/日は、若年の患者を中心に、早期に軽快し、外来対応となることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>急性期に医療をより一層集中投入することにより、平均在院日数について、現状15.5日(DPC及びDPC準備病院46万床の平均)から、10日程度に短縮(35%短縮)を図る。これを実現するために、人員配置を現在の一般病床と比較しておおむね倍増※する。</p> <p>※参考資料にあるように諸外国との比較において、平均在院日数10日を実現している国の配置は日本の一般病床平均の職員配置の約2倍。</p> <p>これにより、一日あたりの患者も35%減少し、急性期医療ニーズは47万人/日となる。</p> <p>73万人/日から減少した26万人/日のニーズのうちほとんど(25万人/日)は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで安静・回復期ニーズの術後の在院期間の短縮が図られることによる減少分であり、亜急性期等の病床で対応するニーズに移るほか、1万人/日は、若年の患者を中心に、早期に軽快し、外来対応となることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>《高度急性期》 高度急性期に医療をより集中投入することにより、平均在院日数について、現状20.1日(医育機関+NC病院の平均)から、16日程度に短縮(20%短縮)を図る。これを実現するために、人員配置を現在の一般病床と比較しておおむね2.2倍とする。</p> <p>これにより、一日あたりの患者も20%減少し、高度急性期医療ニーズは、18万人/日となる。</p> <p>22万人/日から減少した4万人/日のニーズは、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで術後の在院期間の短縮が図れることによる減少分であり、亜急性期等の病床で対応するニーズに移ることによる入院需要減と仮定する。</p> <p>《一般急性期》 一般急性期に医療を集中投入することにより、平均在院日数について、現状13.4日(急性期全体が現状15.5日であることから、高度急性期を20.1日とおくと13.4日となる)から、9日程度に短縮(33%短縮)を図る。これを実現するために、人員配置を現在の一般病床と比較しておおむね1.8倍とする。</p> <p>これにより一日あたりの患者も、33%減少し、一般急性期医療ニーズは34万人/日となる。</p> <p>51万人/日から減少した17万人/日のニーズのうちほとんど(16万人/日)は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで術後の在院期間の短縮が図れることによる減少分であり、亜急性期等の病床で対応するニーズに移るほか、1万人/日は、若年の患者を中心に、早期に軽快し、外来対応となることによる入院需要減と仮定する。</p>

(2) 亜急性期・回復期リハビリテーション等

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>急性期の改革により、現状より早期に急性期の病床を退院することになるが、医療必要度がそれなりに高い状態で退院することとなるので、その受け皿として亜急性期等の病床の機能強化が重要になる。</p> <p>亜急性期等には、31万人/日に急性期から移行する16万人/日に加え、47万人/日になるものと思われる。</p> <p>この推計においては、亜急性期は医療・看護・リハビリの必要度が高まるために、コメディカルを中心に一定の増員が必要となる。</p>	<p>急性期の改革により、現状より早期に急性期の病床を退院することになるが、医療必要度がそれなりに高い状態で退院することとなるので、その受け皿として亜急性期等の病床の機能強化が重要になる。また、政策目標として、リハビリの早期開始・強化や、クリティカルパスの推進と職員体制の強化により、概ね20%程度の在院日数の短縮を見込む。</p> <p>亜急性期等のニーズは、31万人/日の現状投影ニーズに加え、急性期から移行する25万人/日に加え、56万人/日となるが、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 20%の期間短縮効果(15日*)により11万人/日が軽快する、あるいは医療療養や介護施設等につつまると見込む ・ 24時間対応可能な在宅医療の体制を整備することにより、本人の希望により在宅での看取りができる体制を強化することにより5万人/日が在宅等へ移行するものと見込む <p>ことから、40万人/日になるものと思われる。</p> <p>この推計においては、亜急性期は医療・看護・リハビリの必要度が高まること、また、おおむね20%程度の在院日数の短縮を見込み、コメディカルを中心にB1推計以上の増員を図る。</p> <p>56万人/日から減少した16万人/日は、重篤な在宅医療に5万人/日、外来対応となる者が6万人/日、3万人/日が介護施設等へ、残り2万人/日が医療療養へ移行するものと仮定する。(重篤な在宅医療ニーズ以外は、若者と高齢者が概ね5割ずつと仮定する)</p>	<p>急性期の改革により、現状より早期に急性期の病床を退院することになるが、医療必要度がそれなりに高い状態で退院することとなるので、その受け皿として亜急性期等の病床の機能強化が重要になる。また、政策目標として、リハビリの早期開始・強化や、クリティカルパスの推進と職員体制の強化により、概ね20%程度の在院日数の短縮を見込む。</p> <p>亜急性期等のニーズは、31万人/日の現状投影ニーズに加え、高度急性期及び一般急性期から移行する20万人/日に加え、51万人/日となるが、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 20%の期間短縮効果(15日*)により10万人/日が軽快する、あるいは医療療養や介護施設等につつまると見込む ・ 24時間対応可能な在宅医療の体制を整備することにより、本人の希望により在宅での看取りができる体制を強化することにより5万人/日が在宅等へ移行するものと見込む <p>ことから、36万人/日になるものと思われる。</p> <p>この推計においては、亜急性期は医療・看護・リハビリの必要度が高まること、また、おおむね20%程度の在院日数の短縮を見込み、コメディカルを中心にB1推計以上の増員を図る。</p> <p>51万人/日から減少した15万人/日は、重篤な在宅医療に5万人/日、外来対応となる者が5万人/日、3万人/日が介護施設等へ、残り2万人/日が医療療養へ移行するものと仮定する。(重篤な在宅医療ニーズ以外は、若者と高齢者が概ね5割ずつと仮定する)</p>

(3)長期療養(医療療養)

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>改革後の長期療養(医療療養)は、医療必要度の低いニーズが介護施設に移行することや、旧介護療養から医療必要度の高いニーズが移行してくることから、総体として平均的な医療必要度が高まり、医療に重点を置いた長期ケアが提供される。</p> <p>長期療養(医療療養)には、36万人/日から、医療必要度の低いニーズ19万人/日が介護に移行し、旧介護療養から医療必要度の高いニーズ4万人/日が医療療養に移行してくるため、21万人/日になるものと思われる。</p> <p>* 医療療養のうち、医療区分1に該当する37.7%と、医療区分2の3割に当たる14.2%の併せて51.9%のニーズ(2025年で約19万人/日)が介護へ移行し、旧介護療養のうち、医療区分3に該当する4.0%と、医療区分2の7割に当たる14.6%の併せて20.6%のニーズ(2025年で約4万人/日)が医療療養に移行すると仮定</p>	<p>改革後の長期療養(医療療養)は、医療必要度の低いニーズが介護施設に移行することや、旧介護療養から医療必要度の高いニーズが移行してくることから、総体として平均的な医療必要度が高まり、医療に重点を置いた長期ケアが提供される。</p> <p>長期療養(医療療養)には、36万人/日から、亜急性期等からの2万人/日を加え、医療必要度の低いニーズ19万人/日が介護に移行し、旧介護療養から医療必要度の高いニーズ4万人/日が医療療養に移行してくるため、23万人/日になるものと思われる。</p> <p>* 医療療養のうち、医療区分1に該当する37.7%と、医療区分2の3割に当たる14.2%の併せて51.9%のニーズ(2025年で約19万人/日)が介護へ移行し、旧介護療養のうち、医療区分3に該当する4.0%と、医療区分2の7割に当たる14.6%の併せて20.6%のニーズ(2025年で約4万人/日)が医療療養に移行すると仮定</p>	(同左)

(4)医療機関から介護や外来・在宅医療への移行

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
上記の結果、医療機関から介護や外来・在宅医療に移行する者は、140万人のうち、16万人/日と考えられる。	上記の結果、医療機関から介護や外来・在宅医療に移行する者は、140万人のうち、30万人/日と考えられる。	上記の結果、医療機関から介護や外来・在宅医療に移行する者は、140万人のうち、29万人/日と考えられる。

(5)介護(医療から介護への移行を踏まえた改革)

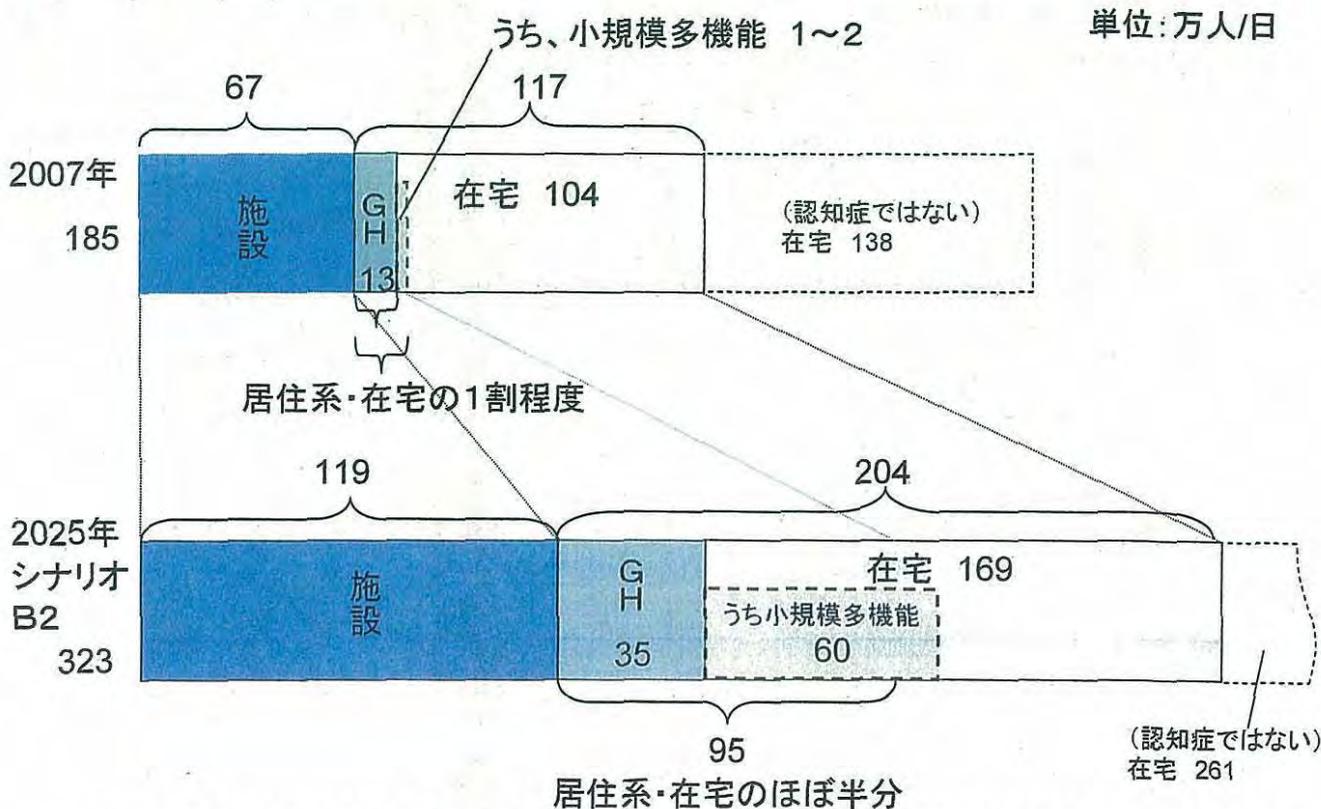
B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>(前提)</p> <p>①介護施設(特養・老健) まず、現状投影型における要介護度別世帯類型別施設入所者数を推計し、要介護度3以上の施設利用割合(要介護認定者等に対する施設利用者数の割合)が5%程度低下するものと仮定(要介護2は10%、要介護1は施設利用せずと仮定)。</p> <p>その上で、特養は重度者中心、老健は在宅復帰施設であることを念頭に中重度者中心の利用と仮定。なお、介護療養型老健は医療ニーズが一定程度ある高齢者が利用するものと仮定し、前記により全体的に重度シフトした施設利用者を現状の要介護度別施設利用者割合で按分して設定。</p> <p>このことに伴って、特養については、入所時の要介護度の上昇により平均在留期間が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、老健等他の施設の機能強化に伴って家庭からの入所が増加することを仮定。</p> <p>②居住系(グループホーム・特定施設) 施設・居住系サービス全体で、スウェーデンなみ(高齢者人口対比で6%程度)の整備を仮定。</p> <p>* 2025年の高齢者人口3,635万人×6%=218万人/日。これから、施設ニーズ(①で設定したものに(1)~(4)により医療から移行する分を加えたもの)を控除して、居住系の利用は68万人/日と設定。</p> <p>* このうち、グループホームの整備量については、施設を利用しない認知症高齢者のうちグループホームを利用する者の割合を2025年に5割程度増加(11%→17%)させるものと仮定して、204万人/日×17%=35万人/日と設定。結果として、特定施設は68万人/日から35万人/日を控除して33万人/日と設定。</p> <p>③在宅 現状投影型における介護サービス利用者数から、上記①②を控除して設定。</p>	(同左)	(同左)

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>(医療から移行する者について) (1)～(4)により、医療から介護に移行する15万人/日については、医療ニーズが一定程度ある者であることから、大半(95%相当)が施設を利用するものと仮定する。</p> <p>「療養病床アンケート調査」(平成19年3月)によると、医療区分1もしくは2の患者について望ましいと考える施設として病院以外では特養、老健とするものが大半であり、各々同数程度であったことから、特養と療養型老健で半々程度で利用するものと仮定。残る1万人/日は在宅と仮定。結果として、特養7万人/日、療養型老健7万人/日、在宅1万人/日となる。</p>	<p>(医療から移行する者について) (1)～(4)により、医療から介護に移行する23万人/日のうち、医療が必要な亜急性期からの5万人/日については介護ニーズが比較的低いものとして、十分な在宅医療を受けながら在宅介護サービスで対応するものと仮定する。</p> <p>療養病床からの15万人/日及び亜急性期からの3万人/日の合計18万人/日については、医療ニーズが一定程度ある者であることから、大半(95%相当)が施設を利用するものと仮定する。</p> <p>「療養病床アンケート調査」(平成19年3月)によると、医療区分1もしくは2の患者について望ましいと考える施設として病院以外では特養、老健とするものが大半であり、各々同数程度であったことから、特養と療養型老健で半々程度で利用するものと仮定。残る1万人/日は在宅と仮定。結果として、特養9万人/日、療養型老健9万人/日、在宅6万人/日となる。(端数により合計が内訳の和に一致しない)</p>	<p>(同左)</p>

(6)その他

- 精神・感染症等の病床、歯科診療所、医療や施設からの移行を除く在宅介護利用者はB1、B2、B3シナリオにおいてもAシナリオと同じと仮定。具体的には精神感染症等の病床の入院患者数は2007年～2025年にかけて約30～40万人/日程度で推移、歯科診療所の1日あたり患者数は2007年～2025年にかけて約120～130万人/日程度で推移、移行を除く在宅介護利用者数は2007年の約240万人/日から2025年の約410万人/日へと増加する計算。
- 外来・在宅医療の患者数については、
 - ・近年の受診動向をみると、延べ患者数は減少傾向にあるが、今回のシミュレーションではこの傾向は織り込んでおらず、Aシナリオでは若干増加する計算となっている。
 - ・B1、B2、B3シナリオにおいては、生活習慣病予防への取り組みにより、2025年の外来・在宅医療の患者数がAシナリオに比べて5%程度減少するものと仮定。(外来医療費に占める糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の割合が概ね2～3割程度であること、また、2015年度におけるメタボリック症候群の該当者及び予備軍を2008年度と比べて25%減少させるとの目標があることを勘案して、2割程度×25%=5%程度と仮定。)
 - ・また、在宅医療の普及等に鑑みて、B1、B2、B3シナリオにおいては、病院の外来・在宅医療の患者数及び医療費の半分程度が診療所に移行するものと仮定。
- 上で述べたような諸改革の実現に伴い平均在院日数の短縮が見込まれ、また、在宅サービスの充実、生活習慣病予防の効果が一定程度織り込まれており、全体として医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム(平成19年5月 厚生労働省)を一定程度踏まえたものとなっている。

(参考) 認知症高齢者ケアの全体像イメージ(認知症自立度Ⅱ以上)



(注) 増加する認知症に対応するため、中学校区(全国に約1万校区)に3箇所程度(定員20名)の小規模多機能を整備するものと仮定し、グループホーム(GH)と小規模多機能サービスにより施設以外にいる認知症高齢者のほぼ半分をカバーできることとなる。

医療・介護サービスの単価に関するシミュレーションの詳細

(1)急性期

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>平均在院日数を23%短縮するためには、1病床当たり職員など医療資源投入量を、DPC病院と比較して1.2倍とする。</p> <p>コメディカルや事務職も増えるので、勤務改善のほか、役割分担(スキルミックス)を進めることができる。</p> <p>現在の一般病床の一人当たり平均単価110万円×1.32(DPC単価比)×(1+0.812×0.2)=約170万円</p> <p>※国公立を除くDPC対象病院の給与費、医薬品費、診療材料費等、医療機器減価償却費の比率は、81.2%なので、これをオンコストする。</p>	<p>平均在院日数を35%短縮し10日とするためには、1病床当たり職員数など医療資源投入量を倍増とする。(職員数について言えばOECD諸国並)。この中で勤務改善も図られる。</p> <p>コメディカルや事務職も増えるので、勤務改善のほか、役割分担(スキルミックス)を進めることができる。</p> <p>現在の一般病床の一人当たり平均単価110万円×1.812=約200万円</p> <p>※国公立を除くDPC対象病院の給与費、医薬品費、診療材料費等、医療機器減価償却費の比率は、81.2%なので、これをオンコストする。</p>	<p>【高度急性期】 平均在院日数を20%短縮するためには、1病床当たり職員数など医療資源投入量を、ハイケアユニット(下記一般急性期と同等)と比較して1.2倍とする。(現在の一般病床平均と比較すると約2.2倍となる)</p> <p>コメディカルや事務職も増えるので、勤務改善のほか、役割分担(スキルミックス)を進めることができる。</p> <p>現在の一般病床の一人あたり平均単価110万円×1.80(ハイケアユニット単価比)×(1+0.812×0.2)=約230万円</p> <p>【一般急性期】 平均在院日数を33%短縮し、9日とするためには、1病床当たり職員数など医療資源投入量を1.8倍とする。</p> <p>現在の一般病床の一人あたり平均単価110万円×(1+0.812×0.8)=約180万円</p>

(2)亜急性期・回復期等

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>現在の亜急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟を基本としつつ、勤務改善と医療必要度のアップに対応させるため、コメディカル等を中心に20%程度(単価への影響は10%)増加させる。</p> <p>現在の一般病床の一人当たり平均単価110万円×0.87(亜急性期単価比)×(1+0.1(職員数2割増に相当する給与費))=約105万円</p>	<p>現在の亜急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟を基本としつつ、勤務改善、医療必要度の一層のアップへの対応、在院日数の20%短縮のため、コメディカル等を中心に30%程度増加させる。</p> <p>現在の一般病床の一人当たり平均単価110万円×0.87(亜急性期単価比)×(1+0.15(職員数3割増に相当する給与費))=約111万円</p>	(同左)

(3)長期療養(医療療養)

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>医療区分1と医療区分2の3割を介護施設等へ移行させた結果、医療療養の中で医療区分2(平均単価52万円)が69%、医療区分3(平均単価65万円)が31%となるので、これを加重平均すると、約56万円(現状は全体平均単価50万円)</p>	(同左)	(同左)

(4)介護施設・居住系

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>要介護度に応じた単価</p> <p>○施設 <u>療養</u>:平均単価31万円(平均要介護度4.0) *ユニットケアが7割程度普及するものと仮定し、特定入所者介護サービス費の差額分(約1.2万円)を単価に上乗せ <u>看護</u>:平均単価31万円(平均要介護度3.9) <u>うち介護療養型看護</u>:平均単価33万円(平均要介護度4.4) *ユニットケアが5割程度普及するものと仮定し、特定入所者介護サービス費の差額分(約0.6万円)を単価に上乗せ</p> <p>○居住系 <u>特定施設</u>:平均単価18万円(平均要介護度2.4) <u>グループホーム</u>:平均単価27万円(" 2.6)</p>	<p><u>療養</u>:平均単価31万円(平均要介護度4.1) (その他は同左)</p>	(同左)

(5) 在宅介護

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>要介護度に応じた単価 平均単価:16万円(平均要介護度1.9)</p> <p>要介護4~5の単身高齢者や施設から在宅へシフトした者の単価は限度額相当と仮定。また、要介護4~5の夫婦のみ世帯・その他世帯の者の単価は限度額の75%相当と仮定。</p> <p>要介護3以下については、平成15年から19年まで(制度改正の影響があった平成18年を除く)の平均利用額の上昇傾向を踏まえて、2025年において限度額に対する利用割合が18%(毎年1%)ポイント程度上昇するものと仮定。</p> <p>認知症サービスの充実を踏まえ、施設・居住系を利用しない在宅の認知症高齢者(約169万人)については、約60万人が小規模多機能サービスを利用するなど需要が増加すると仮定し、在宅と小規模多機能サービスの平均単価の差の半分程度(約5万円)を上乗せ。</p>	<p>平均単価:16万円(平均要介護度2.0) (その他は同左)</p>	<p>(同左)</p>

(6) 外来・在宅医療

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>外来(病院)は現状どおり 約1.5万円/日 外来(診療所)もほぼ現状どおり 約0.9万円/日 ※薬局調剤医療費等を含む費用額 外来(診療所)は外来(病院)の一部移行で微増</p> <p>訪問診療対象者 約20万円/月 (実態として、末期がん患者や人工呼吸着を付けたALS等の患者は月20~50万円程度、脳梗塞後の在宅療養患者等は月5~30万円程度であることから、これらを勘案して単価を月約20万円とした)</p>	<p>(同左)</p>	<p>(同左)</p>

(参考)平成19年6月実施 医療経済実態調査報告に基づく
一床当たり平均入院収入の比較

○ 療養病床を除く一般病床(除く国公立)	1.0
○ ハイケアユニット入院医療管理料の病床	1.8
○ 特定機能病院の病床	1.44
○ DPC病院の病床	1.32
○ 亜急性期入院医療管理料の病床	0.87
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の病床	0.84

新人看護職員研修に関する検討会 報告書

(抄)

平成23年2月14日

厚生労働省

<目次>

はじめに	1
1. 新人看護職員研修ガイドライン	2
2. 今後の課題	3
(1) 新人看護職員研修の普及について	3
(2) 中長期的展望に立った課題について	4
委員名簿	
検討の経緯	
(別添) 新人看護職員研修ガイドライン	

はじめに

(検討の背景)

- 医療の高度化や在院日数の短縮化、医療安全に対する意識の高まりなどの国民のニーズの変化を背景に、臨床現場で必要とされる臨床実践能力と看護基礎教育で修得する看護実践能力との間には乖離が生じている。看護基礎教育においては、臨地実習で看護技術を経験する機会が限られる傾向にあり、新人看護職員(注)の中には、就職後、リアリティショックによって早期に離職する者もいる。こうした状況を踏まえ、良質な医療の提供体制の確立に向けて、看護職員の資質及び能力の一層の向上を図ることが急務となっている。(注)本報告書中、「新人看護職員」とは、免許取得後に初めて就労する保健師、助産師、看護師、准看護師をいう。

(これまでの取り組み)

- 厚生労働省では、新人看護職員の臨床実践能力の効果的かつ効率的な向上を図るため、平成16年3月に「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」をまとめ、新人看護職員の到達目標と研修指針を示し、その普及を目的として、平成16年度から平成19年度まで研修責任者を対象とした研修を実施する等、新人看護職員研修に関する推進事業を実施したところである。
- 新人看護職員研修の制度化については、「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会まとめ」(平成17年11月)において、研修を制度化する必要性が極めて高いことが指摘されており、その後の看護基礎教育に関する検討においても新人看護職員研修に関する議論がなされてきたところである。さらに、「看護の質の向上と確保に関する検討会中間とりまとめ」(平成21年3月)において、看護基礎教育と臨床現場との乖離を埋めるためには、看護基礎教育の充実を図るとともに、新人看護職員研修の制度化・義務化を視野に入れた新人看護職員研修の実施内容や方法、普及方策について早急に検討し、実施に移すべきであるとされた。
- また、平成21年7月15日の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により、新たに業務に従事する看護職員の臨床研修等が平成22年4月1日から努力義務化された。これは、看護職員本人の責務として、免許を受けた後も臨床研修その他の研修を受け、資質の向上を図るように努めることが規定され、また病院等の開設者にも研修の実施と、看護職員の研修を受ける機会を確保できるようにするために必要な配慮に努めなければならないとされたものである。

(新人看護職員研修ガイドライン)

- こうしたことを背景として、厚生労働省においては、新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するため、医療機関等の機能や規模に関わらず、新人看護職員を迎えるすべての医療機関等で新人看護職員研修が実施される体制の整備を目指し、平成21年4月30日に本検討会を設置し、同年12月25日に中間まとめ(以下「中間まとめ」という。)及び「新人看護職員研修ガイドライン」を提示した。

(新人保健師及び新人助産師の研修についてのガイドライン)

- 加えて、上記中間まとめにおいては、保健師及び助産師としての基本的な実践能力の獲得を目的とした研修についてガイドラインを作成する必要性が指摘されている。これを受けて本検討会の下に、平成22年2月に「新人看護職員研修に関する検討会助産師ワーキンググループ」、平成22年6月に「新人看護職員研修に関する検討会保健師ワーキンググループ」を設置し、「新人看護職員研修ガイドライン」に追加すべき内容等の検討を行ってきたところであり、今般、その検討結果がまとめられ、「新人看護職員研修ガイドライン」に助産技術の到達目標等を加えたとともに、新人保健師に対応した「新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～」の作成にいたったものである。(以下、「新人看護職員研修ガイドライン」及び「新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～」を「新人看護職員研修ガイドライン」という。)

1. 新人看護職員研修ガイドライン(別添)

- 新人看護職員研修ガイドラインでは、新人看護職員が就労後1年以内に経験し修得を目指す項目とその到達の目安(到達目標)を示すとともに、研修体制や研修方法については、医療機関等の特性、研修に対する考え方、職員の構成等に合わせて柔軟に実施できることを目的として、参考例を示した。なお、到達目標の作成に当たっては、基礎教育との連動が重要であることから、基礎教育卒業時の到達目標と到達度との整合性を図りながら作成した。また、研修プログラムと技術指導の具体例を参考として示した。
- 新人看護職員研修ガイドラインは、医療機関等で研修を実施する際に必要となる以下の事項により構成している。
 - I 新人看護職員研修ガイドラインの基本的な考え方
 - II 新人看護職員研修
 - III 実地指導者の育成
 - IV 教育担当者の育成
 - V 研修計画、研修体制の評価

- 新人助産師研修については、多くの場合、新人看護職員研修と同様の施設において行われていること等から、研修の理念、基本方針、研修体制、指導者の育成等については、新人看護職員研修と同様であると考え、助産師が就労後1年間で到達すべき助産技術の到達目標、助産技術を支える要素及び技術指導の例について作成し、中間まとめで示した「新人看護職員研修ガイドライン」に追加した。
- 新人保健師研修については、基礎教育修了後の保健師の就労先が、行政機関、医療機関、産業分野等の多様な分野に渡っていること等により、その研修体制が多様であること、さらに、研修内容についても、個人・集団への保健指導、地域活動の促進及び保健医療福祉行政への参画等、保健師特有のものがあること等から、新人看護職員研修ガイドラインの内容を踏まえつつ、新人保健師に求められる内容を中心に「新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～」を作成した。

2. 今後の課題

(1) 新人看護職員研修の普及について

- 中間まとめにおいて、新人看護職員研修の普及に向けて、①これまで新人看護職員研修を実施していなかった医療機関等に対するアドバイザーの派遣、②施設の研修責任者に対する研修、③総合的な研修を実施している施設の院内研修の公開等の方策が提示された。
- こうした指摘を踏まえ、厚生労働省において平成22年度から新人看護職員研修事業が創設され、①病院等が実施する新人看護職員ガイドラインに沿った新人看護職員研修、②都道府県が実施する医療機関等の研修責任者に対する研修、③新人看護職員研修の実施が困難な施設に対して都道府県が実施するアドバイザーの派遣等に対する支援が行われている。
- さらに、平成23年度予算案において、新たに、新人保健師や新人助産師の研修や教育担当者、実地指導者を対象とした研修に対する支援を行い、新人看護職員研修の充実を図ることとしている。
- 今後、都道府県及び医療機関等が、新人看護職員研修事業等を活用して新人看護職員研修に取り組み、さらにその研修の質の向上が図られるよう、

国には新人看護職員研修に関する都道府県、医療機関等の取り組みに関する情報提供や研修の質向上に関する研究の推進等、積極的な取り組みが求められる。

- また、新人看護職員研修の実施状況を外部評価団体等の評価基準の一つに盛り込むことも新人看護職員研修を普及する上で効果的と考えられる。

(2) 中長期的展望に立った課題について

- 新人看護職員研修ガイドラインは、新人看護職員を受け入れる医療現場等の状況や看護基礎教育の教育内容の見直し等の諸事情や研修成果を勘案して、適宜見直すことが必要である。
- 新人看護職員研修の目的の一つは看護の質の保証であり、これを明確にするため、新人看護職員研修ガイドラインに基づいた新人看護職員研修を修了した者に対して修了証を交付することが一つの方法として考えられる。修了証を交付する場合には、交付基準をどのように設定するのか、到達目標の達成状況を勘案するのといった点を検討することが必要である。
- また、新人看護職員研修実施医療機関・施設及び指導者の育成に係る研修の認証等についても今後検討すべき課題である。
- 新人看護職員研修は、新人看護職員の実践能力向上を図るものであり、看護の質の保証に資するものであることから、今後更なる財政支援や診療報酬上の取り扱い等について議論が求められる。

委員名簿

新人看護職員研修に関する検討会

(○座長)

- 石垣 靖子 北海道医療大学看護福祉学部教授
- 猪又 克子 北里大学病院 教育看護科長
- 海辺 陽子 がんと共に生きる会副理事長
- 上泉 和子 青森県立保健大学副学長
- 北村 聖 東京大学医学教育国際協力研究センター教授
- 熊谷 雅美 恩賜財団済生会横浜市東部病院副院長・看護部長
- 坂本 すが 東京医療保健大学医療保健学部看護学科長
- 庄野 泰乃 徳島赤十字病院看護部長
- 西澤 寛俊 社団法人全日本病院協会会長
- 福井 次矢 聖路加国際病院院長
- 藤川 謙二 日本医師会常任理事
- (羽生田 俊 前 日本医師会常任理事 ※第7回まで)
- 村上 睦子 国際看護交流協会技術参与

(五十音順/敬称略)

新人看護職員研修に関する検討会看護師ワーキンググループ

(○座長)

- 石垣 靖子 北海道医療大学看護福祉学部教授
- 猪又 克子 北里大学病院教育看護科長
- 熊谷 雅美 恩賜財団済生会横浜市東部病院副院長・看護部長
- 庄野 泰乃 徳島赤十字病院看護部長

新人看護職員研修に関する検討会助産師ワーキンググループ

- 坂本 すが 東京医療保健大学医療保健学部看護学科長
- 島田 啓子 金沢大学大学院医学研究科教授
- 福井 トシ子 前 杏林大学医学部付属病院看護部長
- 村上 睦子 国際看護交流協会技術参与
- 山本 智美 社会福祉法人聖母会聖母 病院副看護部長

新人看護職員研修に関する検討会保健師ワーキンググループ

- 奥津 秀子 横浜市都筑区こども家庭支援課
- 小野田 富貴子 富士通株式会社健康推進本部産業保健指導センター長
- 上泉 和子 青森県立保健大学副学長
- 河津 佐和子 日本赤十字社熊本健康管理センター保健看護部長
- 佐伯 和子 北海道大学大学院保健科学研究所教授
- 佐々木 隆一郎 長野県飯田保健所長
- 猿山 悦子 栃木県小山市保健福祉部長
- 野口 久美子 福岡県遠賀郡水巻町役場健康課長
- 野村 美千江 愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科教授
- 牧野 由美子 島根県健康福祉部医療統括監
- 横関 身江 埼玉県狭山保健所副所長

(五十音順/敬称略)

検討の経緯

○新人看護職員研修に関する検討会

回数	開催日時	議事内容
第1回	平成21年 4月30日	1. 新人看護職員研修の現状と課題 2. 新人看護職員研修ガイドラインの素案について
第2回	平成21年 5月28日	1. 新人看護職員研修の現状について 2. 新人看護職員研修の到達目標と評価方法について 話題提供 ・新人看護職員の臨床研修についての考え方 (済生会横浜市東部病院看護部長 熊谷雅美) ・新人看護師がどういった研修を望んでいるか (徳島赤十字病院看護部長 庄野泰乃) ・新人看護師技術チェックリストの使い方について (北里大学病院教育看護科長 猪又克子) ・新人看護師研修到達目標の現状 (東京医療保健大学医療保健学部看護学科学科長 坂本すが)
第3回	平成21年 7月9日	1. 新人看護職員研修の到達目標と評価について 2. 新人看護職員研修の研修方法について 話題提供 ・臨床における新人教育・訓練の方法 (青森県立保健大学副学長 上泉和子)
第4回	平成21年 8月19日	1. 規模に応じた多様な研修実施のあり方について 2. 教育担当者研修について 話題提供 ・新人看護職員研修に関する調査 集計結果 (社団法人全日本病院協会会長 西澤寛俊) ・当院における新人看護師研修の現状と課題 (株)日立製作所小平記念東京日立病院看護科長 田中百合子) ・教育担当者研修の実際 (東京医療保健大学医療保健学部看護学科学科長 坂本すが)

第5回	平成21年 9月18日	1. 教育担当者研修について 2. 技術指導の具体例について 話題提供 ・当院における新人看護師教育担当者・実地指導者の位置 付け・役割・教育について (済生会横浜市東部病院看護部長 熊谷雅美) ・教育担当者研修の実際 (東京医療保健大学医療保健学部看護学科学科長 坂本すが) ・研修担当者育成について (北里大学病院教育看護科長 猪又克子)
第6回	平成21年 10月26日	1. 新人看護師研修ガイドライン(案)について
第7回	平成21年 12月7日	1. 新人看護師研修に関する検討会中間まとめ(案)について
第8回	平成23年 1月24日	1. 新人看護職員研修に関する検討会報告書(案)について

○新人看護職員研修に関する検討会看護師ワーキンググループ

回数	開催日時	議事内容
第1回	平成21年 6月8日	1. ワーキンググループの進め方等について 2. 本日の検討事項について
第2回	平成21年 7月9日	1. 「技術指導の具体例：与業」案の各項目について検討 2. 「技術指導の具体例：療養上の世話」項目の検討

○新人看護職員研修に関する検討会助産師ワーキンググループ

回数	開催日時	議事内容
第1回	平成22年 2月18日	1. ワーキンググループの進め方等について 2. 新人助産師研修について
第2回	平成22年 8月18日	1. 新人助産師の到達目標と到達度(案)について 2. 新人助産師の技術指導例(新生児心肺蘇生法(案))について

○新人看護職員研修に関する検討会保健師ワーキンググループ

回数	開催日時	議事内容
第1回	平成22年 6月22日	1. ワーキンググループ設置と進め方等について 2. 新人保健師研修に関する現状と課題について 3. 新人保健師研修ガイドラインの内容について 話題提供 ・ 産業分野における新人保健師研修に関する現状と課題 (富士通株式会社健康推進本部産業保健指導センター長 小野田富貴子) ・ 当施設における新人保健師教育の現状と課題 (日本赤十字社熊本健康管理センター保健看護部長 河津佐和子)
第2回	平成22年 7月27日	1. 新人保健師研修ガイドライン素案について
第3回	平成23年 1月18日	1. 新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～(案)について

新人看護職員研修 ガイドライン

(別冊及び保健師編は省略)

平成23年2月

厚生労働省

<目次>

はじめに

I. 新人看護職員研修ガイドラインの基本的な考え方

1. 新人看護職員研修の理念	4
2. 基本方針	4
3. 研修体制	4
1) 新人看護職員を支える体制の構築	
2) 研修における組織の体制	
3) 研修体制の工夫	
4) 新人看護職員が少ない施設や小規模病院等における外部組織の活用	

II. 新人看護職員研修

1. 研修内容と到達目標	8
1) 臨床実践能力の構造	
2) 到達目標	
3) 到達目標の設定手順	
4) 看護技術を支える要素	
2. 研修方法	14
1) 方法の適切な組合せ	
2) 研修の展開	
3. 研修評価	16
1) 評価の考え方	
2) 評価時期	
3) 評価方法	
4. 研修手帳（研修ファイル）の活用	16
5. 新人看護職員研修プログラムの例	17
6. 技術指導の例（別冊）	17

III. 実地指導者の育成

1. 到達目標	18
2. 実地指導者に求められる能力	18
3. 実地指導者研修プログラムの例	19

IV. 教育担当者の育成

1. 到達目標	19
2. 教育担当者に求められる能力	19
3. 教育担当者研修プログラムの例	20

V. 研修計画、研修体制の評価

1. 研修終了時の評価	21
2. 研修終了後、実践の場での事後評価	21
3. 評価の活用	22

はじめに

看護は、人の生涯にわたるヘルスプロモーションとして重要な社会的機能の一つである。その職業人としての第一歩を踏み出した新人看護職員が、臨床実践能力を確実なものとするとともに、看護職員としての社会的責任や基本的態度を習得することは極めて重要である。本ガイドラインは、新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するための研修として、医療機関の機能や規模にかかわらず新人看護職員を迎えるすべての医療機関で研修を実施することができる体制の整備を目指して作成された。

(ガイドライン検討の経緯)

医療の高度化や入院日数の短縮化、医療安全に対する意識の高まりなど国民のニーズの変化を背景に、臨床現場で必要とされる臨床実践能力と看護基礎教育で修得する看護実践能力との間には乖離が生じ、その乖離が新人看護職員の離職の一因であると指摘されている。看護基礎教育と臨床現場との乖離を埋めるためには、看護基礎教育の充実を図るとともに、臨床実践能力を高めるための新人看護職員研修の実施内容や方法、普及方策について検討し、実施に移すことが求められている。そこで、新人看護職員研修ガイドラインの策定及び普及のための具体的方策について検討するため、厚生労働省に「新人看護職員研修に関する検討会」を設置し、議論を重ねて新人看護職員研修ガイドラインを作成した。

なお、保健師業務については、業務形態等が異なることから、新人保健師に必要とされる能力の確保のために特記すべき事項について検討し、別途、「新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～」を作成した。

一方、平成21年7月の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により、平成22年4月1日から新たに業務に従事する看護職員の臨床研修等が努力義務となっている。

(ガイドラインの構成と使い方)

本ガイドラインは、各医療機関で研修を実施する際に必要となる事項を記載している。新人看護職員研修ガイドラインの基本的な考え方及び新人看護職員研修と、新人看護職員研修の効果を上げるために必要な指導者の育成についても示している。

本ガイドラインでは、新人看護職員の到達目標として1年以内に経験し修得を目指す項目とその到達の目安を示した。研修体制や研修方法は、各医療機関の特性、研修に対する考え方、職員の構成等に合わせて行うことを前提としていることから例示としている。また、研修プログラムの例と技術指導の例をあくまでも参考として示している。各医療機関においては、新人看護職員研修を施設内だけでなく、周りのリソースを十分に活用し、新人看護職員の到達目標に合わせて研修を自由に組み合わせて実施していただきたい。

本ガイドラインが新人看護職員を受け入れるあらゆる医療機関で研修の企画・立案に際して活用されることを期待している。

I. 新人看護職員研修ガイドラインの基本的な考え方

1. 新人看護職員研修の理念

- ① 看護は人間の生命に深く関わる職業であり、患者の生命、人格及び人権を尊重することを基本とし、生涯にわたって研鑽されるべきものである。新人看護職員研修は、看護実践の基礎を形成するものとして、重要な意義を有する。
- ② 新人看護職員を支えるためには、周囲のスタッフだけではなく、全職員が新人看護職員に関心を持ち、皆で育てるという組織文化の醸成が重要である。この新人看護職員研修ガイドラインでは、新人看護職員を支援し、周りの全職員が共に支え合い、成長することを目指す。

2. 基本方針

- ① 新人看護職員研修は、新人看護職員が基礎教育で学んだことを土台に、臨床実践能力を高めるものである。新人看護職員は、新人看護職員研修で修得したことを基盤に、生涯にわたって自己研鑽することを目指す。
- ② 新人看護職員研修は、看護基礎教育では学習することが困難な、医療チームの中で複数の患者を受け持ち、多重課題を抱えながら、看護を安全に提供するための臨床実践能力を強化することに主眼を置くことが重要である。
- ③ 医療における安全の確保及び質の高い看護の提供は重要な課題である。安全で安心な療養環境を保障するため、医療機関は患者の理解を得ながら組織的に職員の研修に取り組むものであり、新人看護職員研修はその一環として位置付けられる。
- ④ 専門職業人として成長するためには、新人看護職員自らがたゆまぬ努力を重ねるべきであることは言うまでもないが、新人の時期から生涯にわたり、継続的に自己研鑽を積むことができる実効性のある運営体制や研修支援体制が整備されていることが重要である。
- ⑤ 医療状況の変化や看護に対する患者・家族のニーズに柔軟に対応するためにも、新人看護職員研修は、常に見直され発展していくものである。

3. 研修体制

1) 新人看護職員を支える体制の構築

- ① 病院管理者、看護管理者は、自施設の理念や基本方針に基づいた新人看護研修が実施できる体制の構築に責任を持つことが必要である。また、理念や基本方針を研修に携わる職員全員と共有することが望まれる。
- ② 新人看護職員研修は、所属部署の直接の指導者だけではなく、部署スタッフ全員が新人を見守り、幾重ものサポート体制を組織として構築することが望ましい。そして、新人看護職員が看護の素晴らしさを実感したり、看護に対する誇りが持てるように、指導者がロールモデルとして、新人看護職員に示していくことが望まれる。

- ③ 新人看護職員が臨床現場に順応し、臨床実践能力を獲得するためには、根気強く暖かい支援が必要である。また、新人看護職員の不安を緩和するために、職場適応のサポートやメンタルサポート等の体制づくりが必要である。そのためには、新人を周りで支えるための様々な役割を持つ人員の体制づくりが必要である。
- ④ 新人看護職員の研修は医療機関全体で取り組むものであり、共通する研修内容等は、医師や薬剤師等の新人職員と合同で研修を行い、また、専門的な知識・技術を有する職員を新人看護職員研修に参画させることも必要である。そして、医療機関内の多職種との連携を密にとるとともに、新人看護職員が多職種の業務を理解するための機会を設けることが必要である。

2) 研修における組織の体制

研修体制における組織例を図1に示す。施設の規模によっては研修責任者が教育担当者の役割も担うこともあり、また、研修責任者と教育担当者と実地指導者が同一であるなど、体制は施設により異なるが、どの施設でも、組織内においてそれぞれの役割を担う者が誰なのかを互いに認識できるような体制とし、それを明確に示すことが必要である。

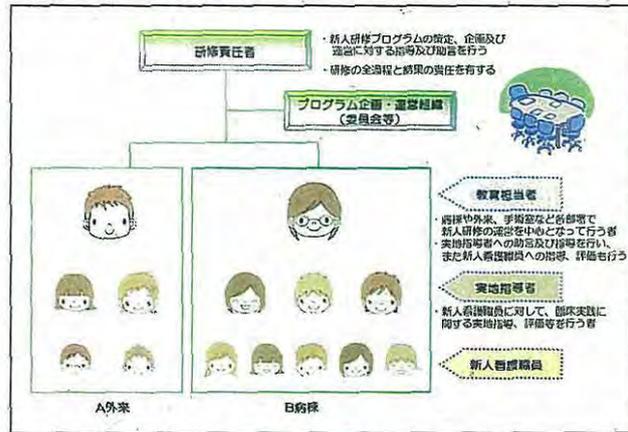


図1 研修体制における組織例

研修体制におけるそれぞれの役割を以下に示す。

- ① 新人看護職員
免許取得後に初めて就労する看護職員のことである。自立して個人の今後の目標を定め、主体的に研修に参加することが期待される。
- ② 実地指導者
実地指導者は新人看護職員に対して、臨床実践に関する実地指導、評価等を行う者である。看護職員として必要な基本的知識、技術、態度を有し、教育的指導ができる者であることが望ましい。実地指導者の配置は、新人看護職員に対し継続的に指導を行う一人の指導者を配置する方法や各新人看護職員に対し複数の指導者が担当する方法、チームの中で日々の指導者を配置する方法などがあり、部署の特性や時期によって組み合わせるなどの工夫を行う。

- ③ 教育担当者
教育担当者は、看護部門の新人看護職員の教育方針に基づき、各部署で実施される研修の企画、運営を中心となって行う者であり、実地指導者への助言及び指導、また、新人看護職員へ指導、評価を行う者である。看護職員の模範となる臨床実践能力を持ち、チームリーダーとしての調整能力を有し、教育的役割を發揮できる者が望まれる。教育担当者の配置は各部署に1名以上とすることが望ましい。

- ④ 研修責任者
研修責任者は、施設及び看護部門の教育方針に基づき、教育担当者、実地指導者及び新人看護職員の研修プログラムの策定、企画及び運営に対する指導及び助言を行う者である。そして、研修責任者は、研修の企画・運営・実施・評価の全ての過程における責任者である。また、各部署の管理者や教育担当者と連携を図りつつ、教育担当者の支援を行い、部署間の調整も含め新人看護職員研修全体を把握する。他施設と連携し研修を実施する場合は、施設間連携の調整役となる。

研修責任者は、研修計画、研修プログラムの策定において、様々な意見や課題を集約し、研修の結果を評価する能力や、研修の運営における問題解決及び自施設の状況に合わせた新たな研修計画を策定していく能力が求められる。研修責任者の配置は、できる限り、各施設に1名配置することが望ましい。

- ⑤ プログラム企画・運営組織（委員会等）
研修プログラムの策定、企画及び運営を行うための委員会などの組織であり、研修責任者の下に設置する。ここでは、施設間や職種間の連携・調整を行い、最適な研修方法や研修内容について具体的に検討を行う。

3) 研修体制の工夫

新人看護職員研修等の実施に当たっては、各施設の特性に適した方法を選択したり、組み合わせたりして実現可能な研修を計画することが望まれる。

- ① 施設間で連携する工夫
新人看護職員研修等の充実を図るため、地域、同規模の施設間、医療連携している施設間で連携する方法や研修の実績のある施設と連携するなどの方法がある。
また、施設間での連携を推進するためにも各施設は院内研修を公開することや、都道府県では協議会などを設置し地域で施設間連携が活性化するための検討や調整を行うことが求められる。
- ② 研修の工夫
・ローテーション研修に代表される複数領域の研修：一つの部署では得ることのできない幅広い臨床実践能力を獲得するために有効
・多職種と合同研修会の実施：チーム医療におけるパートナーシップの育成に有効
・研修の講師として看護基礎教育を行っている看護教員の活用：看護基礎教育において学習した知識・技術とのつながりを強化するために有効
・教育機関、学会、専門職団体等で行われているプログラムの活用：最新の専門的な知識・技術を得るのに有効
・新人看護職員研修の経験が豊富なアドバイザーの活用：施設に適した研修体制や計画策定が可能

- ③ 新人看護職員を支える組織体制の工夫
新人看護職員を支える組織体制としては、プリセプターシップ、チューターシップ、メンターシップなどの方法がある（表1）。新人看護職員の離職を防止するためには意図的な精神的支援の仕組みが必要であるとされているため、その工夫をする必要がある。

表1 新人看護職員を支える組織体制の例

名称	定義	適用
プリセプターシップ	新人看護職員1人に対して決められた経験のある先輩看護職員(プリセプター)がマンツーマン(同じ勤務を一緒に行う)で、ある一定期間新人研修を担当する方法。この方法の理念は、新人のペースに合わせて(self-paced)、新人自らが主体に学習する(self-directed)よう、プリセプターが関わることである。	新人看護職員が臨床現場に出るすぐなど、ごく初期の段階で用いるのが効果的である。プリセプターは自分の担当する患者の看護ケアを、担当の新人看護職員(プリセプティ)とともに提供しながら、仕事を通してアシスト、看護技術、対人関係、医療や看護サービスを提供する仕組み、看護職としての自己管理、就業規則など、広範囲にわたって手本を示す。
チューターシップ(エルダー制)	各新人看護職員に決まった相談相手(チューター)を配置し、仕事の仕方、学習方法、悩みごとなどの精神面、生活など広範囲にわたり相談や支援を行う。	決められた相談相手がいることは新人看護職員にとって心強いとの評価であり、新人看護職員研修期間を通じてチューターを配置することが望ましい。この方法では、日々の業務における実践的指導ができないため、新人と先輩がペアで患者を受け持つ方法を組み合わせたことが多い。
メンターシップ	メンターは、新人看護職員を援助し、味方となり、指導し、助言し、相談にのる役割である。通常、直接的な実地指導者として関わることはなく、支援者の役割を果たす。	メンターは中長期的なキャリア支援、動機付け、よき理解者として関わりながら、人間的な成長を支援する役割であるので、新人看護職員研修後期以降の支援者としてふさわしい。
チーム支援型	特定の指導者を置くのではなく、チームで新人看護職員を教育・支援する方法	新人看護職員1人に1人の指導者をつけず、チームに参画しながら新人を教育・支援する。チーム内でそれぞれのメンバーが得意分野を指導するように役割の分担がなされている。

4) 新人看護職員が少ない施設や小規模病院等における外部組織の活用

施設の規模や特性、新人看護職員数によって、新人看護職員研修、実地指導者研修、教育担当者研修は、各医療施設単独で完結した研修ができないことがあるため、他医療機関や研修・教育機関などの外部組織を活用したり、複数医療機関が共同で研修を行うことが実情に即していると考えられる。

① 他医療機関の活用

小規模ないし単科病院においては、新人看護職員としての到達目標に記載されている項目のすべてを体験することが難しい場合がある。そのような場合は、近隣の施設で行っている研修に参加するなどの工夫をする。このような施設間において、研修ができるようにするためには、総合的な研修を実施している施設の院内研修を公開することが求められる。また、地域単位でこのような連携が図れるよう都道府県が調整を行うことも求められる。

また、実地指導者、教育担当者研修は、1施設では受講者が少数であることが想定されることから、一定規模の病院が共同で開催するなど施設間の連携がより必要となる。

② 研修・教育機関の活用

新人看護職員が少ない施設においては、新人看護職員研修のうち、集合研修が可能な研修内容について専門職能団体等が行う研修を自施設の新人看護職員研修に組み込んで行うことも考えられる。例えば、医療安全、感染管理、救急蘇生などの研修について、他の機関の研修を活用することが有効である。

II. 新人看護職員研修

1. 研修内容と到達目標

1) 臨床実践能力の構造

看護は必要な知識、技術、態度を統合した実践的能力を、複数の患者を受け持ちながら、優先度を考慮し発揮することが求められる。そのため、臨床実践能力の構造として、I 基本姿勢と態度 II 技術的側面 III 管理的側面が考えられる(図2)。これらの要素はそれぞれ独立したものではなく、患者への看護を通して臨床実践の場で統合されるべきものである。また、看護基礎教育で学んだことを土台にし、新人看護職員研修で臨床実践能力を積み上げていくものである。



2) 到達目標

- 到達目標の項目によっては、施設又は所属部署で経験する機会が少ないものもあるため、優先度の高いものから修得する。状況によっては到達期間を2年目以降に設定しなければならないこともあり得る。その場合には、到達目標の技術を経験できる他部署(他施設)での研修を取り入れる等の対応を検討する。
- 到達目標は、「看護職員として必要な基本姿勢と態度」16項目(表2)、「技術的側面」69項目(表3)、新人助産師についての到達目標28項目(表4)、「管理的側面」18項目(表4)からなり、新人看護職員が1年以内に経験し修得を目指す項目を示している。ここでは、1年以内に経験すべき項目を☆で、それぞれの到達の目安を4段階で示した。ただし、1年の間のいつの時点でどこまで到達すべきなのか、あるいは1年以内に経験すべき項目として示していない項目をいつまでに経験することを目標とするのかは個人又は施設が決めていくものとしている。また、ここで到達の目安として示している「できる」とは、指導がなくても新人看護職員が自立して看護を実施できることを意味している。

【看護職員として必要な基本姿勢と態度についての到達目標 (表2)】

看護職員として必要な基本姿勢と態度については、新人の時期のみならず、成長していく過程でも常に臨床実践能力の中核となる部分である。

★：一年以内に経験し修得を目指す項目

到達の目安 II：指導の下でできる I：できる

	★	到達の目安
看護職員としての自覚と責任ある行動	①医療倫理・看護倫理に基づき、人間の生命・尊厳を尊重し患者の権利を擁護する	I
	②看護行為によって患者の生命を脅かす危険性もあることを認識し行動する	I
	③職業人としての自覚を持ち、倫理に基づいて行動する	I
患者の理解と患者・家族との良好な人間関係の確立	①患者のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する	I
	②患者を一人として尊重し、受動的・共感的態度で接する	I
	③患者・家族が納得できる説明を行い、同意を得る	I
	④家族の意向を把握し、家族にしか抱えない役割を判断し支援する	II
	⑤守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮する	I
組織における役割・心構えの理解と適切な行動	①病院及び看護部の理念を理解し行動する	II
	②病院及び看護部の組織と機能について理解する	II
	③チーム医療の構成員としての役割を理解し協働する	II
	④同僚や他の医療従事者と安定した適切なコミュニケーションをとる	I
生涯にわたる主体的な自己学習の継続	①自己評価及び他者評価を踏まえた自己の学習課題をみつける	I
	②課題の解決に向けて必要な情報を収集し解決に向けて行動する	II
	③学習の成果を自らの看護実践に活用する	II

【技術的側面：看護技術についての到達目標 (表3)】

★：一年以内に経験し修得を目指す項目

到達の目安 IV：知識としてわかる III：演習のできる II：指導の下でできる I：できる

※患者への看護技術の実施においては、高度な又は特別な前提を必要とする場合は除き、比較的状態の安定した患者の看護を想定している。なお、重症患者等への特定の看護技術の実施を到達目標とすることが必要な施設、部署においては、認定される患者の状況を適宜調整することとする。

	★	到達の目安
環境調整技術	①湿度、室温、換気、採光、臭気、騒音、病室設備の看護生活環境調整 (例：臥床患者、手術後の患者等の療養生活環境調整)	I
	②ベッドメーカーキング (例：臥床患者のベッドメーカーキング)	I
食事援助技術	①食事支援 (例：臥床患者、嚥下障害のある患者の食事援助)	II
	②経管栄養法	II
排泄援助技術	①自然排尿・排便援助 (尿嚢・便器介助、可能な限りおむつを用いない援助を含む。)	I
	②洗滌	I
	③膀胱内留置力テールの挿入と管理	II
	④肛門	II
活動・休息援助技術	①歩行介助・移動の介助・移送	I
	②体位寝寝 (例：①及び②について、手術後、疼痛等で活動に制限のある患者等への実施)	II
	③関節可動域訓練・虚用性症候群予防	II
	④入浴・入浴の援助	II
清潔・衣生活援助技術	①入浴・移動に注意が必要な患者への援助 (例：不眠、不眠、情緒不安定、意識レベル低下、聴覚中、乳幼児、高齢者への援助)	II
	②洗髪	I
	③口腔ケア	I
	④入浴介助	I
呼吸・循環を揺る技術	⑤体部分浴・顔面ケア・おむつ交換	I
	⑥衣交換等の衣生活支援、整容	I
	①酸素吸入療法	I
	②吸引 (気管内、口腔内、鼻腔内)	I
創傷管理技術	③ネブライザーの整備	I
	④体温調整	I
	⑤体位ドレナージ	II
	⑥人工呼吸器の管理	IV
与薬の技術	①創傷処置	II
	②創傷の予防	II
	③創傷法	II
	④経口薬の与薬・外用薬の与薬・経管内与薬	I
	⑤皮下注射、筋肉内注射、皮内注射	I
	⑥静脈内注射・点滴静脈内注射	II
	⑦中心静脈内注射の準備・介助・管理	II
	⑧輸液ポンプの整備と管理	II
	⑨輸血の準備・輸血中と輸血後の観察	II
	⑩抗生物質の用法と副作用の観察	II
救命救急処置技術	⑪インシュリン製剤の種類・用法・副作用の観察	II
	⑫麻酔薬の副作用・副作用の観察	II
	⑬経腸栄養の管理 (経鼻・経口・経腸・血液製剤を含む)	II
	①意識レベルの把握	I
症状・生体機能管理技術	②気道確保	II
	③人工呼吸	II
	④筋電図心電図マッサージ	III
	⑤気管挿管の準備と介助	III
教師の認知・安全確保の技術	⑥止血	II
	⑦チームメンバーへの処置要請	I
	⑧バイタルサイン (呼吸・脈拍・体温・血圧) の観察と解釈	I
	⑨身体計測	I
感染予防技術	⑩経筋血理前と検体の取扱い	I
	⑪動脈血理前と検体の取扱い	I
	⑫採尿・尿検査の方法と検体の取扱い	I
	⑬血糖測定と検体の取扱い	I
安全確保の技術	⑭心電図モニター・12誘導心電図の接続・管理	I
	⑮パルスオキシメーターによる測定	I
	①安楽な体位の保持	II
	②電法等身体安楽促進ケア	II
感染予防技術	③リラクゼーション	II
	④精神的安楽確保のための看護ケア	II
	①スタンダードプリコーション (標準予防策) の実施	I
	②必要な防護用具 (手袋、ゴーグル、ガウン等) の選択	I
安全確保の技術	③無菌操作の実施	I
	④薬物廃棄物規定に沿った適切な取扱い	I
	⑤針刺し事故防止対策の実施と針刺し事故後の対応	I
	⑥洗浄・消毒・薬品の適切な取扱い	I
安全確保の技術	⑦感染防止の手順に沿った与薬	I
	⑧患者保護防止策の実施	I
	⑨転倒転落防止策の実施	I
	⑩薬物・放射線量測定防止策の実施	II

【技術的側面：助産技術についての到達目標（表4）】

★：一年以内に経験し修得を目指す項目

到達の目安 IV：知識としてわかる III：演習でできる II：指導の下でできる I：できる

	★	到達の目安		
妊産婦	①正常妊婦の健康診査と経過診断、助言	★		I
	②外診技術（レオポルド触診法、子宮底・臍間測定、サイツ法、胎児心音聴取、（ドップラー法、トラウベ）	★		I
	③内診技術	★		I
	④分娩監視装置装着と判読	★		I
	⑤分娩開始の診断、入院時期の判断	★		I
	⑥分娩第1～4期の経過診断	★		I
	⑦破水の診断	★		I
	⑧産痛緩和ケア（マッサージ、温湿布法、風呂、体位等）	★		I
	⑨分娩進行促進への援助（体位、リラクゼーション等）	★		I
	⑩心理的援助（ドゥーラ効果、妊産婦の主体的姿勢への援助等）	★		I
	⑪正常分娩の産後ケア、産後ケア	★		I
	⑫妊娠期、分娩期の異常への対処と援助	★	II	
新生児	①新生児の正常と異常との判断（出生時、入院中、退院時）	★		I
	②正常新生児の健康診査と経過診断	★		I
	③新生児胎外適応の促進ケア（呼吸・循環・排泄・栄養等）	★		I
	④新生児の処置（口鼻腔・胃内吸引・臍処置等）	★		I
	⑤沐浴	★		I
	⑥新生児への予防薬の与薬（ビタミンK2、点眼薬）	★		I
	⑦新生児の緊急・異常時への対処と援助	★	II	
褥婦	①正常褥婦の健康診査と経過診断（入院中、退院時）	★		I
	②母親役割への援助（兄との早期接触、出産体験の想起等）	★		I
	③育児指導（母乳育児指導、沐浴、育児法等）	★		I
	④褥婦の退院指導（生活相談・指導、産後家族計画等）	★		I
	⑤母子の1か月健康診査と助言		II	
	⑥産褥期の異常への対処と援助	★	II	
証明書等	①出生証明書の記載と説明	★		I
	②母子健康手帳の記載と説明	★		I
	③助産録の記載	★		I

【管理的側面についての到達目標（表5）】

看護実践における管理的側面については、それぞれの科学的・法的根拠を理解し、チーム医療における自らの役割を認識した上で実施する必要がある。

★：一年以内に経験し修得を目指す項目

到達の目安 II：指導の下でできる I：できる

	★	到達の目安		
安全管理	①施設における医療安全管理体制について理解する	★		I
	②インシデント（ヒヤリ・ハット）事例や事故事例の報告を速やかに行う	★		I
情報管理	①施設内の医療情報に関する規定を理解する	★		I
	②患者等に対し、適切な情報提供を行う	★	II	
	③プライバシーを保護して医療情報や記録物を取り扱う	★		I
	④看護記録の目的を理解し、看護記録を正確に作成する	★	II	
業務管理	①業務の基礎・手順に沿って実施する	★		I
	②複数の患者の看護ケアの優先度を考えて行動する	★	II	
	③業務上の報告・連絡・相談を適切に行う	★		I
	④決められた業務を時間内に実施できるように調整する		II	
薬剤等の管理	①薬剤を適切に請求・受領・保管する（含、毒薬・劇薬・麻薬）		II	
	②血液製剤を適切に請求・受領・保管する		II	
災害・防災管理	①定期的な防災訓練に参加し、災害発生時（地震・火災・水害・停電等）には決められた初期行動を円滑に実施する	★	II	
物品管理	①施設内の消火設備の定位置と避難ルートを把握し患者に説明する	★		I
	②規定に沿って適切に医療機器、器具を取り扱う	★	II	
コスト管理	①看護用品・衛生材料の整備・点検を行う	★	II	
	②患者の負担を考慮し、物品を適切に使用する	★	II	
	③費用対効果を考慮して衛生材料の物品を適切に選択する	★	II	

3) 到達目標の設定手順

到達目標を設定する上では、施設の規模・機能、看護部門の理念、看護職員への理念、看護職員の構成、新人看護職員を支援する体制、新人研修にかけられる時間・予算、目指す看護職員像（どのような新人看護職員に育てたいのか）を考慮する。また、到達目標は、①項目→②詳細さ→③難易度→④到達時期の順に検討する。

① 項目の設定例

A病院	B病院	C病院
活動休息援助技術 ①歩行介助・移動の介助・押送 ②体位交換 ③体位・移動に注意が必要な患者への援助	活動休息援助技術 ①歩行介助・移動の介助・押送 ②体位交換 ③活動可能な物・使用器具の準備 ④入浴・更衣への援助 ⑤体位・移動に注意が必要な患者への援助	活動休息援助技術 ①歩行介助 ②患者による移送 ③ストレッチャーの移送 ④体位交換 ⑤活動可能な物・使用器具の準備 ⑥入浴・更衣への援助 ⑦体位・移動に注意が必要な患者への援助 ⑧プレイルームでの遊びの援助

活動休息援助技術の到達目標における項目の設定を行う場合を例として手順を示す。到達目標の一覧を参考に自施設の特性を踏まえて設定する。一年以内に経験し修得を目指す項目に限って設定する場合（A病院）、到達目標のすべての項目を設定する場合（B病院）、さらに独自の項目を追加して設定する場合（C病院）などが考えられる。

② 詳細さの設定例:「車椅子による移送」

パターンⅠ	パターンⅡ	パターンⅢ
車椅子による移送	車椅子による移送	車椅子による移送
1. 車椅子の準備ができる 2. 歩行介助の介助・押送を述べることができる 3. 患者の状況や状態に応じた移動ができる 4. 患者心に配慮した対応ができる 5. 危険の回避が図れ、安全に移送する観察事項がわかる	1. 車椅子の準備ができる 2. 歩行介助の介助・押送を述べることができる 3. 患者の状況や状態に応じた移動ができる 4. 患者心に配慮した対応ができる 5. 危険の回避が図れ、安全に移送する観察事項がわかる	1. 車椅子の準備ができる 2. 歩行介助の介助・押送を述べることができる 3. 患者の状況や状態に応じた移動ができる 4. 患者心に配慮した対応ができる 5. 危険の回避が図れ、安全に移送する観察事項がわかる

①で設定した項目ごとに詳細さを設定する。各項目をそのまま設定する場合（パターンⅠ）、やや詳細に設定する場合（パターンⅡ）、手順に沿って詳細に設定する場合（パターンⅢ）などが考えられる。

③ 難易度の設定例:「車椅子による移送」

タイプⅠ	タイプⅡ	タイプⅢ
状態が安定している患者 難し度 女性 貞坐 安定度:高レベル	状態に不安のある患者 難し度 中等度の患者 難し度 難し度 難し度 難し度 難し度 難し度 難し度 難し度	患者・患者の恐れのある患者 難し度 難し度 難し度 難し度 難し度 難し度 難し度 難し度

設定した項目の到達状況を判定するときの基準となる難易度を設定する。項目によって難易度に影響する事項は異なるが、ここでは患者の状態による難易度の例を示す。

④ 到達時期の設定例:「車椅子による移送」

いつまでにその項目を到達するかの到達時期を設定する。

4) 看護技術を支える要素

看護技術の到達目標に沿って研修内容を組み立てる時には、単に手順に従って実施するのではなく、以下の「看護技術を支える要素」をすべて確認した上で実施する必要がある。なお、新人助産師については、技術を実施する対象等がその他の看護職員とは異なるため、「助産技術を支える要素」を確認するものとする。

表6 看護技術を支える要素

- 1 医療安全の確保
 - ①安全確保対策の適用の判断と実施
 - ②事故防止に向けた、チーム医療に必要なコミュニケーション
 - ③適切な感染管理に基づいた感染防止
- 2 患者及び家族への説明と助言
 - ①看護ケアに関する患者への十分な説明と患者の意思決定を支援する働きかけ
 - ②家族への説明や助言
- 3 的確な看護判断と適切な看護技術の提供
 - ①科学的根拠（知識）と観察に基づいた看護技術の必要性の判断
 - ②看護技術の正確な方法の熟知と実施によるリスクの予測
 - ③患者の特性や状況に応じた看護技術の選択と応用
 - ④患者にとって安楽な方法での看護技術の実施
 - ⑤看護計画の立案と実施した看護ケアの正確な記録と評価

表7: 助産技術を支える要素

- 1 母子の医療安全の確保
 - ①安全確保対策の適用の判断と実施
 - ②事故防止に向けた、チーム医療に必要なコミュニケーション
 - ③適切な感染管理に基づいた感染防止
- 2 妊産褥婦及び家族への説明と助言
 - ①ケアに関する妊産褥婦への十分な説明と妊産褥婦の選択を支援するための働きかけ
 - ②家族への配慮や助言
- 3 的確な判断と適切な助産技術の提供
 - ①科学的根拠（知識）と観察に基づいた助産技術の必要性の判断
 - ②助産技術の正確な方法の熟知と実施によるリスクの予測
 - ③妊産褥婦及び新生児の特性や状況に応じた助産技術の選択と応用
 - ④妊産褥婦及び新生児にとって安楽な方法での助産技術の実施
 - ⑤助産計画の立案と実施したケアの正確な記録と評価

2. 研修方法

1) 方法の適切な組合せ

新人看護職員研修に活用可能な教育方法には表8に示すようなものがある。現場での教育、集合研修、自己学習を適切な形で組み合わせる。講義形式のものに関しては、通信教育やeラーニング研修などのITを活用した方法もある。また、Off-JT→OJT OJT→Off-JTのスパイラル学習は効果があると言われていることから、Off-JTとOJTは研修目標に合わせて組み合わせることが適当である。

例えば、医療安全の研修では、eラーニングで自己学習をした後に、シミュレーションに参加し訓練した後に、実際に臨床の場において実地指導者とともに手順に沿って

て実施してみる。そして、実施後にチェックリストを用いて、行為を振り返るなどの順番で研修を組み合わせてながら進める方法が考えられる。

表 8 教育方法の例

名称	手法・適用など
講義	ルールを先に教える方法。抽象的な概念(例えば医療・看護倫理、患者の権利等)や知識を教授する時に、初めて学習するような場合は、まず原理原則を説明する。
映像を活用した指導法	時間や場所などの制約下において、臨床現場にできるだけ近い状態をイメージすることができる。技術学習(例えば注射技術やフィジカルアセスメント技術等)に適している。
演習	患者のアセスメント、状況に基づく判断、患者の個性性を重視した対応等を学ぶ際に必要とされる技能の学習などに適している。
ロールプレイ	参加型・体験型学習形態のひとつ。学習者がある人物になりきり、その役割・演技を通して、患者や家族に起こった出来事など、状況を設定して自らが演じることで、相手の理解を深めることができる。また、対応やコミュニケーション技術の修得に活用できる。
シミュレーション	模擬体験であり、現実想定される条件をとり入れて実際に近い状況を作り出し、その状況について学習する。例えば、緊急時の対応などの状況設定をしたトレーニングや侵襲的技術の学習に適している。
習熟度別指導	学習者の習熟度に合わせて行う指導法。情報リテラシー、心電図の読み方など、知識や経験の差が生じやすい内容に適している。

2) 研修の展開

- ① 基本姿勢と態度に関する研修は早期に取り組む。そして、患者の自己決定やプライバシーの保護等の医療の倫理的課題に関する事例検討等を通して、看護職員としての基本的な考え方を確認することが望ましい。
- ② バイタルサインの観察等、看護の基本となる能力については、医療機器の数値のみ頼って患者の状態を判断するのではなく、実際に患者に触れるなど、五感を用いて患者の状態を判断することの重要性を認識させ、その能力を養う必要がある。
- ③ 指導に当たっては、OJT においても Off-JT においても、単に新しい知識・技術を提供するにとどまらず、新人看護職員が自ら、受け持った患者に必要な看護を考え判断する能力を養えるよう指導する。
- ④ 技術修得は、講義→演習・シミュレーション→臨床現場で実践の順に行うことが有効である。まず、シミュレーションを実施し、次に、手技を実際に見せて、実際にやってもらって危なければ手を添える、一人でやってもらい、といった段階的なOJTが大切である。シミュレーションの後には、振り返りを行い、何ができたようになったのか、何が課題なのか見出すことが重要である。特に、侵襲性の高い行為については、事前に集合研修等により、新人看護職員の修得状況を十分に確認した上で段階的に実践させる必要がある。そして、段階(ステップ)ごとに評価し、できなかった場合は1つ前の段階に戻るなど一つずつ確認しながら研修を進める。
- ⑤ 看護職員は複数の患者を受け持ちながらも、決められた時間内で優先度を判断し、安全に看護を提供する必要がある。そのため、新人看護職員研修では個々の知識や技術の修得だけでなく、優先順位を考えながら看護を実践するための能力を段階

的に身につけられるように指導する。

- ⑥ 研修責任者は、新人看護職員の職場適応の状況を十分に把握すると同時に、精神的な支援のできる専門家によって、新人看護職員や関連するスタッフの支援体制を整備することが望ましい。適宜、集合研修の後などに、新人看護職員同士が定期的に交流できる場を設けるなど、日々の研修の中に看護実践の振り返りや日常生活リズムの把握などの精神的支援の方策を含んでいることが望ましい。

3. 研修評価

1) 評価の考え方

新人看護職員の評価は、修得してきたことの確認をするとともに、フィードバックを行い、新人看護職員が自信を持って一歩ずつ能力を獲得していくために行うものである。評価者は、新人看護職員と一緒に考え、励ます姿勢で評価を行う。

2) 評価時期

- ① 到達目標は1年間で到達するものとするが、各部署の特性、優先度に応じて評価内容と到達時期を具体的に設定する。評価時期は、概ね就職後1か月、3か月、6か月、1年を目安とする。
- ② 就職後早期の評価は、新人看護職員の職場への適応の把握等の点から重要であり精神的な支援も含め綿密に行う必要がある。

3) 評価方法

- ① 評価は、自己評価に加え実地指導者や教育担当者による他者評価を取り入れる。
- ② 評価には、到達目標に関するチェックリストなどの評価表(自己評価及び他者評価)を用いることとし、総合的な評価を行うに当たっては面談等も適宜取り入れる。
- ③ 評価は、その時にできない事を次にできるようにするためのものであり、基本的には臨床実践能力の向上を目指したフィードバックを行う。例えば、技術ができたか、できなかったかのみを評価するのではなく、次の行為につながるようできたことを褒め、強みを確認し励ますような評価を行う。
- ④ 総括的評価は、看護部門の教育担当者又は各部署の所属長が行う。また、新人看護職員研修修了時には、所属部署や施設単位で修了証を発行するなどの方法もある。

4. 研修手帳(研修ファイル)の活用

新人看護職員が自らの目標を持ち、獲得した能力や成果を蓄積するために、ポートフォリオやパーソナルファイルと呼ばれる研修手帳(研修ファイル)の利用が効果的である。研修手帳(研修ファイル)は、

- ・看護職員の成長記録として利用できる
- ・経験の蓄積を可視化することができる
- ・研修手帳(研修ファイル)を介して他者へ経験を伝える手段になる

などの特徴がある。そして、研修手帳(研修ファイル)は新人研修のみではなく継続教育の記録としても利用でき、また所属部署や医療機関が変わっても利用できるものである。

研修手帳(研修ファイル)に記載する内容としては、例えば、初めのページに「将来目指すもの」「今年度目指すもの」「そのためのプラン」を記載しておく、機会あるご

とに目標を確認することができる。研修での資料や記録をはきみ込めるようにしておく
と記載の負担なく経験を蓄積できる。また「到達目標のチェックリスト」を入れておく
と、経験するごとにチェックして利用することができる。一定期間後、「実施したこと・
分かったこと・考えたこと・成長したこと」や「他者からのコメント」を記載してもら
うことで、成長の振り返りを行うことができる。

<新人看護職員>

① 与薬の技術

② 活動・休息援助技術

<新人助産師>

新生児に対する援助技術

5. 新人看護職員研修プログラムの例 (表9)

ここでは、新人看護職員研修プログラムの例を参考までに紹介する。ここで示す研修
内容はすべて行わなければならないものではなく、各施設の特性に合わせて内容や方法、
時間数を自由にアレンジする。また、自施設で行うほか、他施設との共同開催や活用、
都道府県・関係団体等が実施する研修を活用することも有効である。

表9 新人看護職員研修プログラムの例

研修項目	方法	時間	4月(入職時)～5月	4月～6月	7～9月	10～3月
1.新人看護職員研修の概要	講義	1時間	・目標と時期 ・研修手帳の活用方法			
2.看護職員として必要な基本姿勢と態度	講義・演習	3時間	・患者の権利と看護者の責務 ・看護者の倫理綱領 ・接遇			・実践の振り返り
3.技術的 側面	清潔・衣生活援助 技術 観察管理技術	講義・演習	6時間		・スキンケア	・褥瘡の予防:リスクア セスメント、体位分散等
	与薬の技術	講義・演習	6時間	・皮下注射、筋肉内注射 ・点滴管理:薬剤準備、ボトル 交換、挿入部の固定、換液量 の計量等 ・輸液ポンプ、シリンジポンプ の使い方	・点滴静脈内注射 ・薬剤等の管理(過量・制 薬・廃棄、血液凝固をさむ)	・輸血の準備、輸血中と 輸血後の観察
	救命救急処置技術	講義・演習	4時間	・急病時の対応:チームメン バーへの応援要請等 ・BLS、AED		
	症状・生体徴候観 察技術	講義・演習	6時間	・静脈血栓症		・フィジカルアセスメント ・心電図モニター
	感染防止の技術	講義・演習	2時間	・スタンダードプリコーションの 実践		
	その他施設部署で 必要な看護技術	OJT		配属部署で必要な看護技術		
4.管理的 側面	安全管理 災害・防災管理	講義・演習	3時間	・医療安全対策:組織の体制、 職員を守る体制、事故防止策、 発生時の対応等 ・防災設備		
	情報管理	講義・演習	3時間	・個人情報保護	・診療情報の取り扱い ・記録	
研修の振り返り フォローアップ		1時間		・振り返り	・振り返り	・振り返り

6. 技術指導の例 (別冊)

技術指導の例として、新人看護職員については「与薬の技術」と「活動・休息援助技
術」、新人助産師については「新生児に対する技術」を示している。「到達目標」「到達ま
での期間」「看護技術を支える要素」「研修方法」「手順に沿った指導時の留意点」「チェ
ックリスト」で構成されている。ここでは、看護基礎教育とのつながりを考慮しており、
新人看護職員がどこまで修得できているのかの確認をすることだけでなく、新人看護
職員が気をつけるポイント、指導者にとって指導時のポイントが分かるように示してい
る。

III. 実地指導者の育成

新人看護職員研修を効果的に実施するためには指導者の育成が重要であることから、こ
こでは実地指導者の研修を企画する上で必要な到達目標、能力について示す。

1. 到達目標

- ① 新人看護職員の職場への適応状況を把握し、新人看護職員へ基本的な看護技術の
指導及び精神的支援ができる
- ② 施設の新人看護職員研修計画に沿って、教育担当者、部署管理者とともに部署に
おける新人看護職員研修の個別プログラム立案、実施及び評価ができる

2. 実地指導者に求められる能力

- ・新人看護職員に教育的に関わる能力
- ・新人看護職員と適切な関係性を築くコミュニケーション能力
- ・新人看護職員の置かれている状況を把握し、一緒に問題を解決する能力
- ・新人看護職員研修の個々のプログラムを立案できる能力
- ・新人看護職員の臨床実践能力を評価する能力

以下の内容を学習し、役割を遂行できる能力を身につけていることが必要である。

① 知識

- ・新人看護職員研修体制と研修計画
- ・新人看護職員研修における実地指導者の役割
- ・看護基礎教育における到達目標と到達度
- ・「新人看護職員研修ガイドライン」の理解
- ・新人看護職員が陥りやすい研修上の問題や困難とその解決方法
- ・指導方法や教育的な関わり方

② 技術

- ・新人看護職員の臨床実践能力に合った指導をする技術
- ・支援につながる評価技術
- ・円滑な人間関係の構築のためのコミュニケーション技術
- ・個別の研修計画を立案する技術

③ 姿勢・態度

- ・相手を尊重した態度で指導する
- ・一緒にどうしたらよいか考える
- ・認めていることを伝え、励まし、新人看護職員の自立を支援する
- ・新人看護職員との関わりや指導上で、困難や問題と感じた場合は、教育担当者や部
署管理者へ相談、助言を求められることができる

3. 実地指導者研修プログラムの例 (表 10)

実地指導者研修プログラムの例を紹介する。ここで示す研修内容はすべて行わなければならないものではなく、各施設の特性に合わせて内容や方法、時間数を自由にアレンジする。また、自施設で行うほか、他施設との共同開催や活用、都道府県・関係団体等が実施する研修を活用することも有効である。

実地指導者に対する研修においては、指導者としての不安・負担感を軽減することを目的として、各部署の所属長又は教育担当者による面接や支援のための研修を定期的実施する必要があるといわれている。

表 10 実地指導者研修プログラムの例

研修項目	方法	前年度※10~12月	前年度※1~3月	5月・10月・3月
		12時間	6時間	3時間×3回
1.組織の教育システム	講義	・組織の理念と人材育成の考え方 ・院内の教育体制 ・実地指導者の役割 ・新人看護職員研修の概要		
2.新人看護職員の現状	講義	・看護基礎教育の現状 ・新人看護職員の技術習得状況 ・新人看護職員研修ガイドライン		
3.学習に関する基礎知識	講義	・学習理論:概念、動機付け、成人学習等	・教育方法:チームの力を活用した学習支援 ・教育評価	
4.メンタルサポート支援	講義 演習	・コーチング ・カウンセリングスキル ・コミュニケーション		
5.看護技術の指導方法	演習		・看護技術の評価方法 ・研修者同士での技術指導の実演	
新人看護職員研修の実際と振り返り	演習			・実施状況の報告 ・課題の共有と解決策の検討

※前年度:実地指導者としての役割を担う年度が始まる前の年度

IV. 教育担当者の育成

ここでは、教育担当者の研修を企画する上で必要な到達目標、能力について示す。

1. 到達目標

- ① 新人看護職員の職場への適応状況を把握し、新人看護職員研修が効果的に行われるよう、実地指導者と新人看護職員への指導及び精神的支援ができる。
- ② 施設の新人看護職員研修計画に沿って、部署管理者とともに部署における新人看護職員研修計画の立案と実施・評価ができる。
- ③ 新人看護職員同士、実地指導者同士の意見交換や情報共有の場を設定し、新人看護職員の実地指導者との関係調整と支援ができる。

2. 教育担当者に求められる能力

- ・部署での新人看護職員研修を集合研修と部署での研修の連動の促進できるように企画・計画する能力

- ・最適な研修方法を選択して、新人看護職員及び実地指導者に教育的に関わる能力
- ・新人看護職員の実地指導者との関係調整する能力
- ・新人看護職員の臨床実践能力、研修計画などの評価を行う能力
- ・研修責任者より示された新人看護職員研修の目標や研修体制を理解し、部署のスタッフに分かりやすく伝達する能力
- ・研修計画を円滑に運用できるように部署管理者や実施指導者を始め、部署内のスタッフに説明する能力
- ・新人看護職員研修に関係するすべてのスタッフと適切な関係性を築くコミュニケーション能力
- ・新人看護職員の臨床実践能力の修得状況、新人看護職員の置かれている状況を把握した上で、実地指導者の指導上の問題を一緒に解決する能力

以下の内容を学習し、役割を遂行できる能力を身につけていることが必要である。

① 知識

- ・新人看護職員をめぐる現状と課題
- ・新人看護職員研修体制と研修計画
- ・新人看護職員研修における教育担当者の役割
- ・新人看護職員が受けた看護基礎教育の内容と到達目標及びその到達度
- ・「新人看護職員研修ガイドライン」
- ・新人看護職員研修を通しての臨床実践能力の構造
(新人看護職員の指導に当たって、到達目標で示した「基本姿勢と態度」、「技術的側面」、「管理的側面」は、3つの目標が互いに関連しあい、統合されて初めて臨床実践能力が向上するということを理解する。)
- ・成人学習者の特徴と教育方法
- ・指導方法や教育的関わり方
- ・実地指導者が経験しやすい新人看護職員研修における指導上の問題や困難とその不安・負担感を軽減する解決方法
- ・評価の考え方とその方法、及びフィードバック方法

② 技術

- ・具体的な指導方法や評価する技術
- ・年間研修計画、個別の研修計画を立案する技術
- ・一人ひとりの臨床実践能力にあった指導をする技術
- ・新人看護職員を育てる組織風土づくりができる技術
- ・問題解決技法
- ・円滑な人間関係の構築のため調整やコミュニケーション技術

③ 姿勢・態度

- ・相手を尊重した態度で指導する
- ・一緒にどうしたらよいか考える
- ・新人看護職員の自立を支援するように、認めていることを伝え励ます
- ・新人看護職員、実地指導者および部署の所属長と良好な関係を築くことができる

3. 教育担当者研修プログラムの例 (表 11)

教育担当者研修プログラムの例を紹介する。ここで示す研修内容はすべて行わなければならないものではなく、各施設の特性に合わせて内容や方法、時間数を自由にアレンジする。また、自施設で行うほか、他施設との共同開催や活用、都道府県・関係団体等が実施する研修を活用することも有効である。

なお、この例においては、対象者は実地指導者研修を既に受け、実地指導者としての経験がある者としているため、必要があれば実地指導者研修の内容を追加することを前提と

し作成している。

表 11 教育担当者研修プログラムの例

研修項目	方法	前年度 ※ 1～3月		4月・5月・6月・7月 9月・11月
		研修前期 6時間	研修後期 6時間	1時間×6回
1.新人看護職員研修における教育担当者の役割	講義 演習	・教育担当者に対する期待 ・新人看護職員研修ガイドライン		
2.到達目標の理解と設定	講義 演習	・組織の理念と人材育成の考え方 ・施設における新人看護職員研修の到達目標の設定		
3.教育に関する知識	講義	・カリキュラム、教育方法、教育評価など年間教育の立案に必要な知識		
4.課題と解決策の検討	演習	・自身の経験に基づく新人看護師・実地指導者・教育システムに関する課題の明確化と解決策の検討 ・現教育担当者との意見交換		・実施状況の報告 ・課題の共有と解決策の検討
5.年間教育計画の立案	演習		・自部署の年間教育計画の立案	・計画の見直し

※前年度：教育担当者としての役割を担う年度が始まる前の年度

3. 評価の活用

新人看護職員研修は、各医療機関の理念に基づき設計されている。上記 1, 2 の新人看護職員研修の評価を通じて、研修の理念、基本方針が適切であったか、各医療機関の目標達成に貢献しているかなどを評価し、組織運営にフィードバックすることにより活用する。

V. 研修計画、研修体制等の評価

研修責任者等は、新人看護職員研修、実地指導者及び教育担当者の研修終了時の評価だけでなく、研修終了後、実践の場での事後評価を行い、その結果を踏まえて研修の内容や方法について見直し、研修計画の修正や翌年の研修計画の策定に役立てる。

1. 研修終了時の評価

研修終了時の評価は、研修の評価として研修プログラムの妥当性や適切性を確認し、研修プログラムの目標の達成度を判断するものである。基本的に評価は、研修に関わるすべての人が評価対象になる。

- ① 研修における目標、内容、方法、研修体制、講師、教材の適切さ、研修の開催時期、時間、場所、評価時期、経費の適切さなどの研修の企画・運営の評価
- ② 新人看護職員の到達目標の達成度
- ③ 研修参加者の研修達成感や満足度の評価などを行う。

2. 研修終了後、実践の場での事後評価

研修の成果として実務における新人看護職員の役割遂行の状況の評価する。

- ① 新人看護職員の実務を通して、研修内容について、その重要性及び実用性、さらに深めたかった内容、研修内容にはなかったが新たにに取り上げて欲しい内容など研修の企画・運営の評価
- ② 新人看護職員自己評価・他者評価による成果の評価
- ③ 新人看護職員事後評価と関連付けて、実地指導者及び教育担当者の育成や施設の研修体制の評価などを行う。

<目次>

はじめに	1
I. 看護師教育の内容と方法について	2
1. 看護師教育の現状と課題	2
2. 看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標	3
1) 看護師に求められる実践能力	3
2) 卒業時の到達目標	4
3. 看護師教育における教育内容と方法	5
1) 看護師の免許取得前に学ぶべき教育内容	5
2) 看護師に求められる実践能力を育成するための教育方法	6
(1) 講義・演習・実習の効果的な組み合わせ	6
(2) 講義・演習における効果的な指導の方法	7
(3) 効果的な臨地実習の方法	7
3) 学生の实践能力向上のための教育体制	8
(1) 教員及び実習指導者の指導能力の向上	8
(2) 教員と実習指導者の役割分担と連携	9
4. 修業年限にとらわれない看護師教育で学ぶべき内容	9
1) 修業年限に関連した看護師教育の現状	9
2) 修業年限にとらわれない場合の教育内容	9
II. 今後の保健師・助産師・看護師教育の内容と方法について	10
1. 看護職員としての「能力」を育成する教育への転換	10
2. 免許取得前に学ぶべき教育内容の考え方	11
3. 看護基礎教育における効果的な教育方法	12
1) 講義・演習・実習の組み立て方	12
2) 教育効果を上げる臨地実習の指導体制	13
3) 教育方法等の評価	13
4. 今後の課題	13

別添 看護教育の内容と方法に関する検討会第一次報告

看護教育の内容と方法に関する検討会報告書

平成 23 年 2 月 28 日

厚生労働省

はじめに

近年、国民の医療への意識が高まり、看護職員に対する期待も大きくなってきている。また、保健医療福祉サービスの内容、方法、場の多様化が進んでおり、看護職員には他職種との連携や役割の拡大などが期待されている。こうした保健医療福祉の変化や国民の期待に応えることのできる看護専門職としての基礎的能力を有する看護職員を育成することが看護教育の喫緊の課題となっている。

看護教育については、厚生労働省においてこれまでも多くの検討会が行われ、提言が重ねられてきた。その中で、今後の我が国の看護基礎教育の抜本的な検討の方向性として、我が国の社会と保健医療福祉制度の長期的変革の方向性を視野に入れた教育の方法や内容、期間について検討が必要であるとされたところである¹⁾。

看護職員には、知的・倫理的側面や、専門職として望まれる高度医療への対応、生活を重視する視点、予防を重視する視点及び看護の発展に必要な資質・能力が求められる。そのため、看護基礎教育については、チーム医療の推進や他職種との役割分担・連携の進展が想定される中、看護に必要な知識や技術を習得することに加えて、いかなる状況に対しても、知識、思考、行動というステップを踏み最善の看護を提供できる人として成長していく基盤となるような教育の提供が不可欠であるとの見解が示されている²⁾。

さらに、免許取得前の基礎教育段階で学ぶべきことは何かという点を整理しながら、現在の修業年限を必ずしも前提とせず、すべての看護師養成機関において教育内容、教育方法などの見直し・充実を図るべきであるとの意見も取りまとめられている³⁾。

本検討会は、このような看護基礎教育の充実・改善の方向性を示唆する提言等を踏まえ、看護基礎教育で学ぶべき教育内容と方法に焦点をあてた具体的な検討を行うために平成21年4月28日に設置され、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、②看護師養成機関内における教育方法の開発・活用、③効果的な臨地実習のあり方、④保健師及び助産師教育のあり方について、平成23年2月7日まで9回にわたる検討を行った。

1)「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」(平成19年4月20日)。
2)「看護基礎教育のあり方に関する懇談会論点整理」(平成20年7月31日)。
3)「看護の質の向上と確保に関する検討会中間取りまとめ」(平成21年3月17日)。

なお、本検討会において教育内容、教育方法の詳細な検討を行うために、保健師・助産師・看護師教育それぞれのワーキンググループを設置した。

一方、平成21年7月15日に「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律」が公布され、平成22年4月1日より保健師及び助産師の修業年限が6月以上から1年以上となったことから、保健師・助産師教育ワーキンググループにおいては、法改正の趣旨を踏まえ、保健師及び助産師教育のさらなる充実に向けた検討を行った。その検討結果を踏まえ、本検討会において平成22年11月10日に「看護教育の内容と方法に関する検討会第一次報告」を取りまとめた。また、看護師教育については、看護師教育ワーキンググループの検討結果を踏まえ、本検討会において取りまとめを行ったところである。

本報告においては、最初に看護師教育の教育内容と方法について検討結果を報告し、続いて保健師・助産師・看護師教育に共通する今後の課題等についての提言をまとめ、本検討会の最終的な報告とするものである。

I. 看護師教育の内容と方法について

1. 看護師教育の現状と課題

具体的な検討に先立ち、看護師教育の現状と課題を整理した。

- 若い世代においては生活体験が乏しくなっている。そのため、看護師養成機関で学ぶ学生も全体的に生活体験が乏しく、教育を行う上では教員の丁寧な関わりが必要となっている。一方で、丁寧な関わりが学生の主体性や自立性を育ちにくくしている側面もあり、教員は葛藤を感じている。
- また看護師養成所(以下、「養成所」という。)では、社会人経験のある学生も増えてきており、学習状況や生活体験など様々な面で学生間の差が広がっている。そのため、個々の学生のレディネスに合わせた教育を行うことが難しくなっている。
- 看護師教育においては、限られた時間の中で学ぶべき知識が多くなり、カリキュラムが過密になっている。そのため学生は主体的に思考して学ぶ余裕がなく、知識の習得はできたとしても、知識を活用する方法を習得できないことがある。
- 臨地実習では、在院日数の短縮化により学生が実習期間を通して一人

の患者を受け持つことが難しくなっている。また、患者層の変化や患者の権利擁護のためなどにより、従来の対象別・場所別の枠組で実習を効果的に行うことが困難になってきており、目的に合った学習体験の機会が確保できにくくなっている。

○学生は新しい実習場に適應するのに、一定の時間がかかる。そのため、短期間で実習場が変わる現在の実習方法では、学生が各々の実習場で十分に学習することが困難になっている。

○臨地実習では、実際に対象者の看護を行うことよりも看護過程の展開における思考のプロセスに重きを置いて指導することが多く、技術等を実践する機会が減少している場合も見受けられる。

○養成所における教育では、実践の場で学習を行う場合のみ臨地実習とみなすことになっている。そのため、その日の臨地実習が終了した後に、必要な文献を図書館で調べたり、実習記録をまとめたりしている状況であり、課題をこなすことに手一杯で、自分で考えて行動するという学習ができなくなっている場合もある。また、臨地実習のオリエンテーション、体験の振り返り等を臨地実習以外の時間で実施しているため、ますますカリキュラムが過密になり、学生、教員共に余裕がなくなっている。このように、看護師教育については多くの課題がある。

2. 看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標

本検討会の課題の一つである看護師の免許取得前に学ぶべき内容を導き出すために、始めに看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標を検討した(表1)。検討に当たっては、前述の看護師教育の現状と課題、本検討会において表明された意見、国際看護師協会の看護師の能力の枠組⁴⁾、⁵⁾や、「看護学教育の在り方に関する検討会報告書」(文部科学省)で示された「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」の枠組⁶⁾を参考にした。

1) 看護師に求められる実践能力

看護師に求められる実践能力として次の5つの能力を設定した。

- I ヒューマンケアの基本的な能力
- II 根拠に基づき、看護を計画的に実践する能力
- III 健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復にかかわる実践能力
- IV ケア環境とチーム体制を理解し活用する能力
- V 専門職者として研鑽し続ける基本能力

2) 卒業時の到達目標

到達目標は、看護師に求められる実践能力に合わせて5つの群に分けて作成した。なお、平成20年2月に示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」⁷⁾は、II群Gの22「看護援助技術を対象者の状態に合わせて適切に実施する」の具体的な内容を示したものと位置づける。

(1) I群 ヒューマンケアの基本的な能力

構成要素を「対象の理解」、「実施する看護についての説明責任」、「倫理的な看護実践」、「援助の関係の形成」とし、看護師が人間を対象としてケアを実施するために必要な能力について到達目標を作成した。

(2) II群 根拠に基づき、看護を計画的に実践する能力

構成要素を「アセスメント」、「計画」、「実施」、「評価」とし、看護を計画的に実施する能力としての到達目標を作成した。

(3) III群 健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復にかかわる実践能力

構成要素を「健康の保持・増進、疾病の予防」、「急激な健康状態の変化にある対象の看護」、「慢性的な変化にある対象の看護」、「終末期にある対象への看護」とし、健康状態に合わせた到達目標を作成した。

(4) IV群 ケア環境とチーム体制を理解し活用する能力

構成要素を「看護専門職の役割」、「看護チームにおける委譲と責務」、「安全なケア環境の確保」、「保健・医療・福祉チームにおける多職種との協働」、「保健・医療・福祉システムにおける看護の役割」とし、ケアを提供する環境と協働について到達目標を作成した。

(5) V群 専門職者として研鑽し続ける基本能力

構成要素を「継続的な学習」、「看護の質の改善に向けた活動」とし、卒業後も専門職として働き続けるに当たっての基本的能力について到達目標を作成した。

4)国際看護師協会(2003)/日本看護協会(訳)(2006);ジェネラリスト・ナースの国際能力規準フレームワーク。インターナショナルナーシングレビュー29(3), pp.109-119.

5)International Council of Nurses(2008); Nursing Care Continuum framework and Competencies.

6)「看護学教育の在り方に関する検討会報告」(文部科学省,平成16年6月26日)で示された「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」の枠組。

7)「助産師、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度について」における別添「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」厚生労働省医政局課長通知(平成20年2月8日付け医政審発第0208001号)。

3. 看護師教育における教育内容と方法

作成した「看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標」に示されるような実践能力を身につけるため、免許取得前に学ぶべき教育内容と方法について検討した。

1) 看護師の免許取得前に学ぶべき教育内容

○免許取得前に学ぶべき教育内容を検討し、「看護師等養成所の運営に関する指導要領について」⁸⁾（以下、「指導要領」という。）における別表3の「教育の基本的考え方」と「留意点」の改正案を作成した（表2）。検討に当たっては、「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」⁹⁾（以下、「指定規則」という。）の別表3に示されている教育内容及び単位数による教育を前提とした。

○表2における「教育の基本的考え方」の1)～6)を、「看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標」に示された内容に対応させた。1)及び2)はⅠ群に、3)はⅡ群に、4)はⅢ群に、5)はⅣ群に、6)はⅤ群に対応させた。

○専門分野Ⅱの「留意点」については、「看護の対象及び目的の理解」は看護師教育の大前提として十分に普及していると考え削除した。次に、指定規則における別表3の備考3に基づいて教育内容を横断的に組み合わせた科目を設定した場合にも対応できるように、「講義、演習、実習を効果的に組み合わせ、看護実践能力の向上を図る内容とする」、「健康の保持増進、疾病の予防に関する看護の方法を学ぶ内容とする」を加えた。

また、卒業時の到達目標において看護の対象者を健康状態で表した一方で、対象者の成長発達段階の理解についてはこれまでと同様に教育内容に含まれることを示すために、「成長発達段階を深く理解し、様々な健康状態にある人々及び様々な場で看護を必要とする人々に対する看護の方法を学ぶ内容とする」を加えた。成人看護学、老年看護学、精神看護学に記載されていた留意点については、普及が図られたものとして削除した。

○近年、地域における医療提供については、在宅だけでなく老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホームなど様々な場に広がり、こ

8) 「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日付け健政発第5号。最終改正平成22年4月5日)。

9) 「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」(昭和26年8月10日付け文部省・厚生省令一号。最終改正平成23年1月6日)。

れらの場所で最期を迎えたりするなど、医療サービスや医療提供の場が変化している。こうした変化に対応できるようにするため、統合分野の在宅看護論については、多様な場での療養生活に対応した教育内容を展開できるように、留意点で「在宅」と示していた箇所を「地域」に変更した。

2) 看護師に求められる実践能力を育成するための教育方法

(1) 講義・演習・実習の効果的な組み合わせ

○専門基礎分野と専門分野の教育内容を関連づけるような教育方法を用いることで、専門基礎分野の学習効果が高まることが考えられる。例えば、専門分野の教員が専門基礎分野の「人体の構造と機能」や「疾病の成り立ちと回復の促進」等について看護へのつながりを示すことで、学生がこれらの教育内容は看護を行うために必要な知識であると理解することができたとの意見があった。このような教育を行うために、専門基礎分野と専門分野の教員が一つの科目を分担して教授するなど、分野を超えた教育体制をとることも必要である。

○外国の看護教育では、知識と実践を統合するために一つの授業科目において講義と実習を交互に行い、知識と実践を効率的に統合させていくような教育方法を取り入れているとの意見もあった。このような教育方法を手がかりにし、我が国でも看護教育における新しい教育方法を開発していくことも必要である。

○学内でシミュレーション等を行うなど臨地実習に向けて準備をしておくことにより、効果的に技術を習得することが可能となる。特に侵襲性の高い技術は、対象者の安全確保のためにも臨地実習の前にモデル人形等を用いてシミュレーションを行う演習が効果的である。

○臨地実習で経験できない内容(技術など)は、シミュレーション等により学内での演習で補完する等の工夫が求められる。

○指定規則の別表3で規定されている教育内容における看護の領域ごとの講義・実習だけでなく、領域を横断して授業科目を設定したり、指定規則の教育内容毎の単位数にとらわれず単位を設定することにより、教育効果をあげることも可能である。特に臨地実習においては、実習施設や対象者の特性に合わせて領域を横断して教育内容を組み合わせることで実習を行うことにより、教育内容が変わる度に実習施設が変わることや実習施設の確保等の課題が解消され、実習期間を有効に活用することが可能となる。

○指定規則における別表3の専門基礎分野や専門分野及び看護領域間で重複するような教育内容は、卒業時の到達目標が達成されるように、学校養成所が定期的に見直すことで、効果的・効率的に教育を行うことができる。

(2) 講義・演習における効果的な指導の方法

○看護師教育の早い時期に行われることが多い専門基礎分野の教育においては、学生の興味関心が高まるように看護と関連づけた事例を用いるなど教育方法を工夫し、専門基礎分野の教育内容が看護の役に立つ内容であることを意識できるよう教授することが望ましい。

○学生が自己の看護実践についての分析力、統合力を身につけるためには、技術の習得に焦点をあてた演習や臨地実習において学生が実際に体験する機会を多くし、体験の後には必ず振り返りを行うことが効果的である。

○認定看護師や専門看護師など、学生の目標に繋がるような看護師と学生が関われるよう、講義や演習を設定することにより、学習の動機づけとなることが考えられる。

○演習において実習施設から招いた専門家の指導を受けることにより、臨床で用いている新しい技術を学ぶことができる。また、臨地実習の際に既知の指導者がいることで学生が実習に取り組みやすくなる効果が考えられる。

○シミュレーターを活用する学習は、技術の獲得においては効果的であるが、コミュニケーション能力を伸ばすには限界がある。模擬患者を利用するなど、コミュニケーション能力を補完する教育方法を組み合わせる必要がある。

○学生の実践能力の向上を図る教育を行うためには、高額なシミュレーター等の機器は複数の養成機関や病院間で共有し、機器を保有できない養成機関においてもシミュレーターを用いた演習ができるように、地域で効果的に活用する仕組みを作ることも必要である。

(3) 効果的な臨地実習の方法

○臨地実習では、卒業時の到達目標を達成できるようにするため、実習場でしか体験できないことは確実に体験できるよう積極的に調整し、その後の振り返りを充実させることが重要である。

○学生の自律的な学習を促進するためには、日々の学生の体験及び実践能力の習得状況を確認し、その学生の状況に合わせた関わり方を必要とする必要がある。

○実践能力を育成するためには、実践と思考を連動させながら学ぶことができるようにする必要がある。そのためには、実習の事前準備や実習中あるいは実習後に振り返りを行うことが必要である。また、提供する看護のエビデンスを確認するための文献検索や、患者に合わせた技術を提供するための演習なども実習の効果を上げるためには必要である。

○このように臨地実習を充実させるためには、看護実践の場以外で行う学習も臨地実習に含めることが望ましい。ただし、実践の場以外で行う学習は、実践の場における学習時間を十分に確保した上で、その目的を明確にし、計画的に行う必要がある。

○看護の領域別に実習場が変わることによる弊害を解決するためには、一つの実習場で時間をかけて卒業時の到達目標に達するように実習を編成することも効果的である。

○従来の看護の領域別に行う臨地実習ではなく、対象者の健康状態や特性、病棟又は施設などの看護実践の場を弾力的に組み合わせる実習を行う場合は、学生がどのような対象者に関わり、どのような学びをしたかを、教師と学生双方が共通に認識できるようにする必要がある。そのためには、体験した内容や獲得した能力を記載したもの（ポートフォリオなど）を活用することが効果的である。このような学習の記録により、教育内容が網羅された効果的な臨地実習を行うことが可能となる。

○看護師養成機関及び実習施設が協力し、実習施設において学生が活用できる図書やIT環境を整えるなど、学習環境を充実させる必要がある。

3) 学生の実践能力向上のための教育体制

(1) 教員及び実習指導者の指導能力の向上

○教育の質を高めるためには、教員が自己の教育方法を常に見直すとともに、看護師養成機関としても、教育方法の見直しについて組織的かつ定期的に取り組みめるような仕組みを設けることが必要である。

○学生が看護の考え方を深め、実践能力を向上させていくことができるように振り返りの指導を行うためには、教員や実習指導者は看護実践の場の出来事や学生の体験等を教材化する能力を向上させることが必要である。

○実習指導教員¹⁰⁾については、配置が望ましいとされているものの、特に要件が規定されていない。実習指導教員は臨地実習において専任の教員と同程度の指導ができることが期待されることから、実習指導に関する何らかの研修等を受け、質を高める必要がある。

(2) 教員と実習指導者の役割分担と連携

○臨地実習の学習効果を高めるためには、教員と実習指導者の合同会議を開催するなど、両者が学生の学習状況等について情報共有等を行うことが必要である。

○教員と実習指導者がそれぞれの役割を果たすためには、両者が協働して実習指導を行うことが望ましい。その際は、学生の進捗状況を共有し、指導を適切に分担していくことが必要である。特に、臨地実習で体験したことの振り返りに関しては、教員又は実習指導者のいずれかが直接指導できるよう指導体制を整えることが必要である。そのため、教員と実習指導者ともに現行の規定以上の人数を確保することが望まれる。

4. 修業年限にとらわれない看護師教育で学ぶべき内容

現行の看護師教育の修業年限は3年以上であるが、これにとらわれずに教育することとした場合に、学ぶべき内容は何かについて検討した。

1) 修業年限に関連した看護師教育の現状

○平成20年の指定規則の改正において修業年限が変わらないまま単位数が増加したことから、3年間で教育を行うには過密なカリキュラムとなっており、教育目標を達成するのが困難な状況になっている。

○近年、養成所では社会人経験のある学生が増えており、学生層が二極化してきている。基礎学力が十分とは言えない学生に合わせて教育を行うと、社会人経験のある学生にとっては物足りない内容となる。両者のギャップが大きい中、現行の教育体制・方法では、両者に対し同じ教育期間・教育内容で卒業時の到達目標を達成できるように教育を行うことは困難な状況である。

2) 修業年限にとらわれない場合の教育内容

○現在の学生の状況から考えると、看護師教育の初期に基礎的な学力を高め、看護師教育の内容を十分に理解できるようにすることが必要で

10) 前掲8)の指導要領の第4-4で「実習施設で学生の指導に当たる看護職員を実習指導教員として確保することが望ましいこと」と規定している。

ある。

○そのため、現行の指定規則における看護師教育の教育内容と単位数を国家試験受験資格の要件としつつも、教育内容を拡充して看護師教育を行うことも考えられる。

○修業年限にとらわれない場合の教育内容の充実の方向性はいくつか考えられる。

①いわゆる初年次教育としての読解能力や数的処理能力、論理的能力をより高めるための教育内容や、人間のとらえ方やものの見方を涵養するための教養教育の充実

②免許取得前に学ぶべき教育内容に加え、今後の看護師の役割拡大を視野に入れた専門基礎分野の教育内容の充実

③養成所が設置されている地域の特性を踏まえた教育内容の充実

○個々の養成所が自らの教育理念や学生の状況に応じて①から③を複数選択し、組み合わせて教育を充実させることも考えられる。

II. 今後の保健師・助産師・看護師教育の内容と方法について

1. 看護職員としての「能力」を育成する教育への転換

○本検討会の成果の一つは、保健師・助産師・看護師に求められる実践能力を明らかにし、卒業時の到達目標を作成したことである。

○能力を育成する教育については、平成20年7月の「看護基礎教育のあり方に関する懇談会論点整理」¹¹⁾において、看護職員に求められる資質・能力が示され、「能力」を身につける教育が看護基礎教育の充実の方向性であると提言されている。

○本検討会では、検討課題の一つである免許取得前に学ぶべき事項について、最初に保健師・助産師・看護師に求められる実践能力について検討し、これを踏まえて、「卒業時の到達目標」を設定した。

○保健師・助産師教育においては、「助産師教育の技術項目と卒業時の到達度」¹²⁾及び「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」¹³⁾に基づいて検討した。これらの技術項目は対象者等の状況を見極め、具体的な介入方法を選択し実際に支援等を行うという思考・判断・行為のプロセスを含む保健師、助産師の実践能力を表していると考えられた

11) 「看護基礎教育のあり方に関する懇談会論点整理」(平成20年7月31日)。

12) 「助産師、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」について(平成20年2月8日付け医政審発第0208801号)の別添「助産師教育の技術項目と卒業時の到達度」。

13) 「保健師教育の技術項目の卒業時の到達度」について(平成20年9月19日付け医政審発第0910001号)の別添「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」。

からである。

- 看護師教育については看護師に求められる実践能力全体について検討を行い、卒業時の到達目標を設定した。
- 保健師・助産師・看護師教育における卒業時の到達目標を達成するための教育内容が、各々の免許取得前に学ぶべき内容となる。今後、保健師・助産師・看護師教育を行う養成所においては、広い視野でこれからの看護の方向性を考え、学生が深く看護を考えることができるように、卒業時の到達目標を達成するための教育内容と教育方法について入念に検討し、具体的な教育内容を設定することが求められる。
- また、学生が状況に応じて多くの知識を組み合わせて活用し、役割を果たす能力を獲得できるような教育方法の開発も求められる。
- 保健師・助産師・看護師に求められる実践能力は、卒業した後も実務経験を通して発達していくものである。看護基礎教育においては、自己の実践能力を評価し継続的に学習していく能力を教育が必要である。

2. 免許取得前に学ぶべき教育内容の考え方

- 保健師・助産師・看護師教育のいずれにおいても、今後強化すべき教育内容は、次の①から⑥に示すとおりである。これらは、専門家として自覚的に役割を果たしていくためのヒューマンケアの基本的な能力の基礎となる内容である。
 - ①人間性のベースになる倫理性、人に寄り添う姿勢についての教育
 - ②状況を見極め、的確に判断する能力を育成する教育
 - ③コミュニケーション能力、対人関係能力の育成につながるような教育
 - ④健康の保持増進に関する教育
 - ⑤多職種間の連携、協働と社会資源の活用及び保健医療福祉に関する法律や制度に関する教育
 - ⑥主体的に学習する態度を養う教育
- 助産師や看護師には、対象者の生命の維持や、身体の苦痛を早期に和らげるための技術が必要であることから、上記の教育内容に加え、緊急時の対処能力の基礎となるフィジカルアセスメントについて強化する必要がある。また、疾病がどのように生活に影響するかを心身両面からアセスメントし、予測して対応する能力を培う教育も必要である。

- 保健師には健康危機の予防や対処のために、行政保健、産業保健、学校保健の各領域において、健康危機のアセスメントを行うことができる教育が求められる。

3. 看護基礎教育における効果的な教育方法

1) 講義・演習・実習の組み立て方

- 学生は、臨地実習において講義や演習で学んだ知識を統合して個別の対象者に合わせて看護を提供できるようになることが期待される。そのため、演習で判断する能力を身につけ、臨地実習において実際の看護実践のダイナミズムの中で体験して学んだ看護を基に、更に必要な知識を学ぶというような繰り返しの学習方法が必要である。
- このような学習方法を通して、保健師・助産師・看護師として活動する様々な場において、対象者の健康の状態や生活の状況に応じた看護が実践できる能力が育成される。
- 卒業時の到達目標は、ある状況に対処する、あるいは問題を解決することができる状態を表している。その達成には、領域横断的に知識を組み合わせて活用することが必要であるため、領域横断的な講義・演習・実習を行うことも必要である。特に演習は知識の教授だけではなく、思考を通して知識を統合し、それを表現する能力を培う教育方法であるため、講義や実習との関連を考え、効果的に演習を位置づけることが必要である。
- 現在、助産師・看護師教育の臨地実習においては、侵襲を伴う行為を体験することが難しくなっている。その一方で、現場では医療の高度化により、助産師や看護師に侵襲を伴う行為の実施が求められるようになってきている。こうした侵襲を伴う行為を習得するためには、シミュレーターの活用や状況を設定した演習を充実させることが求められる。
- 卒業時の到達目標を達成するための臨地実習のあり方として、看護の領域毎に看護過程を中心に行う臨地実習が効果的であるかどうか検討が必要である。卒業時の到達目標と臨地実習の目的の関連性や、学ぶべき内容を明確にし、その目的が達成できるように柔軟に実習の場を開発し、実践的な教育を行うことが望まれる。
- また、領域横断的な臨地実習を行う場合は、実習の目標と内容、評価の方法を明確にする必要がある。

2) 教育効果を上げる臨地実習の指導体制

- 臨地実習における指導体制については、学生が豊かに学ぶために改善すべき多くの課題がある。看護を必要とする人々の心身の状態とそれに対する看護の必要性の判断など、臨地で目の当たりにする事象に基づいて深い思考を伴いながら学べるようにするには、教員と実習指導者の連携が重要である。そのためには、講義と実習指導を両方担っている養成所の教員については増員に向けて検討すべきであり、臨地実習を担っている実習指導教員については必要な人数の確保と資質の向上が求められる。
- 現在は、講義を受けた後に実習を行うという演繹的な学習方法が多いが、実習における看護実践の経験から学習課題を明確にし、問題解決的に学習していく帰納的な方法も思考力や判断力を養うために必要な学習方法である。このような帰納的な方法で実習を指導する場合は、専任の教員、実習指導教員及び実習指導者には、個々の学生の体験を教材化する能力が一層求められることになる。

3) 教育方法等の評価

- 教育の質の向上のためには、教員一人一人が自己の教育実践を評価することが重要であるが、さらに組織的かつ定期的に全体的な教育の内容及び方法について評価を行うことが必要である。
- 学校評価については、平成19年に自己評価及び結果の公表が義務化されており¹⁴⁾、大学においては平成11年の義務化以降、自己点検・自己評価結果を公表している¹⁵⁾。養成所においてもこのような評価を一層推進することが必要である。

4. 今後の課題

- 近年、知識習得から能力獲得へと「学習」の概念が変化してきている。本検討会においても、保健師・助産師・看護師教育において培う能力を明らかにし、卒業時の到達目標として示した。これらの能力は、学生の実践において、知識・思考・行動の統合を通して発揮されるため、単に学生の知識の保有量で評価できるものではない。保健師・助産師・看護師教育を担う教員、実習指導者等を始めとする関係者には、

14)「学校教育法施行規則等の一部を改正する省令」(平成19年10月30日付け文部科学省令第34号)。

15)平成11年の大学設置基準の改正により義務化され、平成14年以降は学校教育法第109条において規定されている。

学生の能力を評価する方法を開発し研鑽することが求められる。

- 今後は保健師・助産師・看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標を踏まえて、教育内容を構成することが望まれる。看護師等養成機関におけるカリキュラム作成に当たっては教員には柔軟な思考が求められる。
- 平成8年の指定規則の改正において単位制が導入された。保健師・助産師・看護師養成所における単位の計算方法については、大学設置基準¹⁶⁾に準ずることとし、1単位の授業科目を45時間の学修を必要とする内容をもって構成することを標準とした。1単位の授業時間数については、授業の方法に応じて、当該授業による教育効果、授業時間外に必要な学修等を考慮して、講義及び演習については15～30時間、実験、実習及び実技については30時間から45時間の範囲で定めることとしている。なお、臨地実習は1単位45時間の実習をもって構成することとしている。

現行の指導要領の別表1、2及び3には単位数と総時間数が併記されている。教員は、卒業時の到達目標の達成に向けて学生が取り組むべき課題などを考慮しつつ、責任を持って単位数と各単位当たりの時間数を設定することが望ましいことから、総時間数を併記することの是非については検討を続ける必要がある。

- 臨地実習の充実のためには、現行の規定にある教員数では十分な指導を行うことが困難であるため、教員が責任を持って臨地で指導を行えるように、教員と実習指導者の役割を見直すとともに、その役割に見合った教員数、実習指導者数の確保・配置を検討する必要がある。
- 学生の実践能力を高めるためにも臨地実習の指導体制の充実は重要である。現在、実習指導教員を置くことが望ましいとされているが、実習指導教員の資質の向上を図る機会を設けることも検討する必要がある。
- 教育の質の向上のためには、自己点検・自己評価にとどまらず第三者評価の導入も進め、客観的に自校の教育を見直していくことが必要である。

本報告書及び「看護教育の内容と方法に関する検討会第一次報告」において、今後の看護教育を充実する方向性が示されたところであり、こ

16)大学設置基準(昭和31年10月22日文部科学省令第28号。最終改正平成21年文部科学省令第34号)。

の報告により、看護教育の質の向上が図られることを期待したい。

表1

看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標 (案)

看護師の実践能力	構成要素	卒業時の到達目標	
		1	2
I群 ヒューマンケアの 基本的な能力	A 対象の理解	1	人体の構造と機能について理解する
		2	人の誕生から死までの生涯各期の成長、発達、加齢の特徴を理解する
		3	対象者を身体的、心理的、社会的、文化的側面から理解する
	B 実施する看護についての説明責任	4	実施する看護の根拠・目的・方法について相手に分かるように説明する
		5	自らの役割の範囲を認識し説明する
		6	自らの現在の能力を超えると判断する場合は、適切な人に助言を求める
	C 倫理的な看護実践	7	対象者のプライバシーや個人情報を保護する
		8	対象者の価値観、生活習慣、慣習、信条などを尊重する
		9	対象者の尊厳や人権を守り、擁護的立場で行動することの重要性を理解する
		10	対象者の選択権、自己決定を尊重する
		11	組織の倫理規定、行動規範に従って行動する
	D 援助的関係の形成	12	対象者と自分の境界を尊重しながら援助的関係を維持する
		13	対人技法を用いて、対象者と援助的なコミュニケーションをとる
		14	対象者に必要な情報を対象者に合わせた方法で提供する
		15	対象者からの質問・要請に誠実に対応する
II群 根拠に基づき、看護を 計画的に実践する 能力	E アセスメント	16	健康状態のアセスメントに必要な客観的・主観的情報を収集する
		17	情報を整理し、分析・解釈・統合し、課題を抽出する
	F 計画	18	対象者及びチームメンバーと協力しながら実施可能な看護計画を立案する
		19	根拠に基づいた個別的な看護を計画する
	G 実施	20	計画した看護を対象者の反応を捉えながら実施する
		21	計画した看護を安全・安楽・自立に留意し実施する
		22	看護援助技術を対象者の状態に合わせて適切に実施する
		23	予測しない状況の変化について指導者又はスタッフに報告する
		24	実施した看護と対象者の反応を記録する
	H 評価	25	予測した成果と照らし合わせて実施した看護の結果を評価する
26		評価に基づいて計画の修正をする	
I 健康の保持・増進、疾病の 予防	27	生涯各期における健康の保持増進や疾病予防における看護の役割を理解する	
	28	環境の変化が健康に及ぼす影響と予防策について理解する	
	29	健康増進と健康教育のために必要な資源を理解する	
	30	対象者及び家族に合わせて必要な保健指導を実施する	
	31	妊娠、出産、育児に関わる援助の方法を理解する	

III群 健康の保持増進、 疾病の予防、健康の 回復にかかわる実践 能力	J 急激な健康状態の 変化にある対象への 看護	32	急激な変化状態（周手術期や急激な病状の変化、救命処置を必要としている等）にある人の病態と治療について理解する
		33	急激な変化状態にある人に治療が及ぼす影響について理解する
		34	対象者の健康状態や治療を踏まえ、看護の優先順位を理解する
		35	状態の急激な変化に備え、基本的な救命処置の方法を理解する
		36	状態の変化に対処すること理解し、症状の変化について迅速に報告する
		37	合併症予防の療養生活を支援をする
		38	日常生活の自立に向けたリハビリテーションを支援する
		39	対象者の心理を理解し、状況を受けとめられるように支援する
		K 慢性的な変化にある 対象への看護	40
	41		慢性的経過をたどる人に治療が及ぼす影響について理解する
	42		対象者及び家族が健康障害を受容していく過程を支援する
	43		必要な治療計画を生活の中に取り入れられるよう支援する（患者教育）
	44		必要な治療を継続できるようにソーシャルサポートについて理解する
	45		急性増悪の予防に向けて継続的に観察する
	L 終末期にある対象への 看護	46	慢性的な健康障害を有しながらの生活の質（QOL）向上に向けて支援する
47		死の受容過程を理解し、その人らしく過ごせる支援方法を理解する	
48		終末期にある人の治療と苦痛を理解し、緩和方法を理解する	
49		看取りをする家族をチームで支援することの重要性を理解する	
M 看護専門職の役割	50	看護職の役割と機能を理解する	
	51	看護師としての自らの役割と機能を理解する	
	52	看護師は法的範囲に従って仕事を他者（看護補助者等）に委任することを理解する	
	53	看護師が委任した仕事について様々な側面から他者を支援することを理解する	
N 看護チームにおける 役割と責務	54	仕事を部分的に他者に委任する場合においても、自らの説明義務や責任があることを理解する	
	55	医療安全の基本的な考え方や看護師の役割について理解する	
O 安全なケア環境の 確保	56	リスク・マネジメントの方法について理解する	
	57	治療薬の安全な管理について理解する	
	58	感染防止の手順を遵守する	
	59	関係法規及び各種ガイドラインに従って行動する	
IV群 ケア環境とチーム体 制を理解し活用する 能力	P 保健・医療・福祉 チームにおける多 職種との協働	60	保健・医療・福祉チームにおける看護及び他職種の機能・役割を理解する
		61	対象者をとりまく保健・医療・福祉従事者間の協働の必要性について理解する
		62	対象者をとりまくチームメンバー間で報告・連絡・相談等を行う
		63	対象者に関するケアについての意思決定は、チームメンバーとともに行う
	64	チームメンバーとともに、ケアを評価し、再検討する	
Q 保健・医療・福祉シ ステムにおける看護 の役割	65	看護を実践する場における組織の機能と役割について理解する	
	66	保健・医療・福祉システムと看護の役割を理解する	
	67	国際的観点から医療・看護の役割を理解する	
	68	保健・医療・福祉の動向と課題を理解する	
	69	様々な場における保健・医療・福祉の連携について理解する	

V群 専門職者として研鑽し続ける基本能力	R 継続的な学習	70	看護実践における自らの課題に取り組むことの重要性を理解する
		71	継続的に自分の能力の維持・向上に努める
	S. 看護の質の改善に向けた活動	72	看護の質の向上に向けて看護師として専門性を発展させていく重要性を理解する
		73	看護実践に研究成果を活用することの重要性を理解する

表 2

看護師等養成所の運営に関する指導要領 別表3
 看護師教育の基本的考え方、留意点等 改正案

教育の基本的考え方
1) 人間を身体的・精神的・社会的に統合された存在として幅広く理解し、看護師としての人間関係を形成する能力を養う。
2) 看護師としての責務を自覚し、倫理に基づいた看護を実践する基礎的能力を養う。
3) 科学的根拠に基づき、看護を計画的に実践する基礎的能力を養う。
4) 健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復に関わる看護を、健康の状態やその変化に応じて実践する基礎的能力を養う。
5) 保健・医療・福祉システムにおける自らの役割及び他職種との役割を理解し、他職種と連携・協働する基礎的能力を養う。
6) 専門職業人として、最新知識・技術を自ら学び続ける基礎的能力を養う。

教育内容	単位数	留意点
基礎分野 科学的思考の基盤 人間と生活・社会の理解	13	「専門基礎分野」及び「専門分野」の基礎となる科目を設定し、併せて、科学的思考力及びコミュニケーション能力を高め、感性を磨き、自由で主体的な判断と行動を促す内容とする。 人間と社会を幅広く理解出来る内容とし、家族論、人間関係論、カウンセリング理論と技法等を含むものとする。 国際化及び情報化へ対応しうる能力を養えるような内容を含むものとする。 職務の特性に鑑み、人権の重要性について十分理解させ、人権意識の普及・高揚が図られるような内容を含むことが望ましい。
小 計		
専門基礎分野 人体の構造と機能 疾病の成り立ちと回復の促進	15	人体を系統だてて理解し、健康・疾病・障害に関する観察力、判断力を強化するため、解剖生理学、生化学、栄養学、薬理学、病理学、病態生理学、微生物学等を臨床で活用可能なものとして学ぶ内容とする。 演習を強化した内容とする。
健康支援と社会保障制度	6	人々が生涯を通じて、健康や障害の状態に応じて社会資源を活用できるように必要な知識と基礎的な能力を養う内容とし、保健医療福祉に関する基本概念、関係制度、関係する職種の役割の理解等を含むものとする。
小 計	21	

専門分野 I	基礎看護学	10	専門分野 I では、各看護学及び在宅看護論の基盤となる基礎的理論や基礎的技術を学ぶため、看護学概論、看護技術、臨床看護総論を含む内容とし、演習を強化した内容とする。 コミュニケーション、フィジカルアセスメントを強化する内容とする。 事例等に対して、看護技術を適用する方法の基礎を学ぶ内容とする。 看護師として倫理的な判断をするための基礎的能力を養う内容とする。
	臨地実習 基礎看護学	3 3	
	小 計	13	
専門分野 II	成人看護学 老年看護学 小児看護学 母性看護学 精神看護学 臨地実習	6 4 4 4 4 16	講義、演習、実習を効果的に組み合わせ、看護実践能力の向上を図る内容とする。 健康の保持増進、疾病の予防に関する看護の方法を学ぶ内容とする。 成長発達段階を深く理解し、様々な健康状態にある人々及び様々な場で看護を必要とする人々に対する看護の方法を学ぶ内容とする。 知識・技術を看護実践の場面に適用し、看護の理論と実践を結びつけて理解できる能力を養う実習とする。 チームの一員としての役割を学ぶ実習とする。 保健医療福祉分野との連携、協働を通して、看護を実践する実習とする。
	成人看護学 老年看護学 小児看護学 母性看護学 精神看護学	6 4 2 2 2	
	小 計	38	

統合分野	在宅看護論	4	在宅看護論では地域で生活しながら療養する人々とその家族を理解し地域での看護の基礎を学ぶ内容とする。 地域で提供する看護を理解し、基礎的な技術を身につけ、他職種と協働する中での看護の役割を理解する内容とする。 地域での終末期看護に関する内容も含むものとする。
	看護の統合と実践	4	チーム医療及び他職種との協働の中で、看護師としてのメンバーシップ及びリーダーシップを理解する内容とする。 看護をマネジメントできる基礎的能力を養う内容とする。 医療安全の基礎的知識を含む内容とする。 災害直後から支援できる看護の基礎的知識について理解する内容とする。 国際社会において、広い視野に基づき、看護師として諸外国との協力を考える内容とする。 看護技術の総合的な評価を行う内容とする。
	臨地実習	4	
	在宅看護論	2	訪問看護に加え、地域における多様な場で実習を行うことが望ましい。
	看護の統合と実践	2	専門分野での実習を踏まえ、実務に即した実習を行う。 複数の患者を受け持つ実習を行う。 一勤務帯を通した実習を行う。 夜間の実習を行うことが望ましい。
	小計	12	
	総計	97	3,000 時間以上の講義・実習等を行うものとする。

「看護教育の内容と方法に関する検討会」メンバー

※〇は座長 敬称略（五十音順）

阿真 京子	「知ろう！小児医療 守ろう！子ども達」の会代表
池西 静江	京都中央看護保健専門学校副校長
太田 秀樹	おやま城北クリニック院長
岡本 玲子	全国保健師教育機関協議会副会長
岸本 茂子	倉敷看護専門学校副校長
草間 朋子	大分県立看護科学大学学長
○小山 真理子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科教授
島田 啓子	全国助産師教育協議会理事
末永 裕之	日本病院会副会長
(宮崎 忠昭	長野赤十字病院名誉院長 ※第4回まで)
舘 昭	桜美林大学大学院大学アトミンスレーション研究科研究科長
千葉 はるみ	社団法人全国社会保険協会連合会看護部長
中山 洋子	福島県立医科大学看護学部教授
菱沼 典子	聖路加看護大学看護学部学部長
藤川 謙二	日本医師会常任理事
(羽生田 俊	日本医師会常任理事 ※第4回まで)
三浦 昭子	日本看護学校協議会副会長
山内 豊明	名古屋大学医学部基礎看護学講座教授
山路 憲夫	白梅学園大学子ども学部家族・地域支援学科教授
山田 京子	浅草医師会立訪問看護ステーション所長
和田 ちひろ	いいなステーション代表

看護教育の内容と方法に関する検討会

「看護師教育ワーキンググループ」メンバー

※〇は座長 敬称略（五十音順）

池西 静江	京都中央看護保健専門学校副校長
小塚 ますみ	愛知県立桃陵高等学校教頭
(藤井 悦子	広島県立広島皆実高等学校教頭 ※第5回まで)
○小山 真理子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科教授
千葉 はるみ	社団法人全国社会保険協会連合会看護部長
鶴田 恵子	日本赤十字看護大学看護学部教授
野嶋 佐由美	高知女子大学看護学部学部長
三浦 昭子	日本看護学校協議会副会長
三妙 律子	東京都立広尾看護専門学校校長
山内 豊明	名古屋大学医学部基礎看護学講座教授
山田 京子	浅草医師会立訪問看護ステーション所長

「病院のあり方に関する報告書 2007年版」の提言

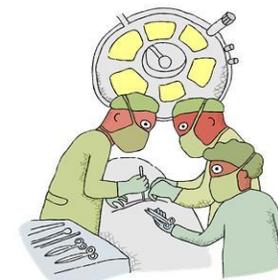
- 医療従事者不足が指摘される現状あるいは中小病院が多い日本の医療提供体制の現状を踏まえると、医療安全と効率性確保の観点から、主に医療度にあわせた人的資源の集中化を図るべきであり、病期別の機能分化が適当である
- 全日病は、一般病床と療養病床それぞれの医療提供内容を再検討し、地域特性も考慮した柔軟な病床運営を可能とする制度の再設計をすべきとの考えに立ち、各病期別機能分化を重視した以下の提言を行う

病床区分	病棟区分とその機能	
一般病床	高度医療病棟	先端医療など医療密度の極めて高い医療の提供
	急性期病棟	一般的な急性疾患、外科的処置を要する疾患患者の受入
	地域一般病棟	地域における軽度～中等度の急性疾患患者の受入 急性期病棟からの亜急性期患者の受入 地域の在宅医療・介護保険施設等のネットワーク支援
	回復期リハ病棟	リハビリに特化した専門病棟
療養病床	療養病棟	医療密度の高い長期療養患者の受入

四病院団体協議会で提唱する「地域一般病棟」の医療連携



地域（二次医療圏）基幹病院
救命救急センター



高度な急性期医療・救急医療を要する患者を紹介

- ・亜急性期患者（リハビリテーション、引き続き入院）の受け入れ
- ・高度でないが、入院を要する救急患者の受け入れ



地域一般病棟



地域（一次医療圏・生活圏）における軽度～中等度の急性期医療

地域住民

在宅患者

医療療養病床

介護保険施設

日本病院団体協議会の提言

「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について」(平成20年12月)より

- 入院医療については、下記のように病棟単位で機能分化されることが望ましい。
 - ・ 高度機能病棟 — 稀な疾患の診療や先進医療(遺伝子治療、特殊な癌治療など)を診療する病棟で、対象疾患を十分調査した上で認定
 - ・ 急性期病棟 — 技術が確立された手術、重症度の高い患者などに対応できる病棟
 - ・ 地域一般病棟 — 軽～中等度の急性期疾患に対応するとともに、急性期病棟から引き続き入院医療やリハビリテーションを要する患者を受け入れる病棟
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟 — リハビリテーションに特化した病棟
 - ・ 慢性期病棟 — 主として急性期病棟や地域一般病棟等からの、医療必要度の高い長期入院患者に対応する病棟

- 複数の病棟を持つ病院は、それぞれの地域における医療提供体制の整備状況等を踏まえ、様々な組み合わせを可能とする。
 - (例) 高度機能病棟＋急性期病棟
 - 急性期病棟＋地域一般病棟
 - 地域一般病棟＋回復期リハビリテーション病棟＋慢性期病棟