

我が国における“コミュニティ・ナース”養成の
必要性と可能性についての提言

金 井 一 薫

我が国における“コミュニティ・ナース”養成の 必要性と可能性についての提言

金井 一 薫

本論文は、文部科学省・科学研究費助成事業・挑戦的萌芽研究(課題番号23660025, 研究代表者: 金井一薫)2011年～2012年度の研究成果を基にまとめたものである。

I. 緒言

1. 研究の背景

日本における少子高齢化現象が叫ばれて久しい。2005年時点で75歳以上の人口は約1,100万人であったが、その後の25年間で2,200万人に増加する。さらにこの現象は、後期高齢期の死亡者数の増加につながる新たな問題を孕んでいる。そしてこのことは、将来の看取りの場として介護施設を現在の2倍に増やして整備したとしても、医療機関と自宅での看取りを含めた総数は、2030年の死亡者推定数165万人のうちの71パーセントにしか相当せず、47万人の人々はその死に場所を失う計算になる(国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料2006年度版」から推定)。

我が国の高齢者人口の将来推定像が変化しない限り、これから高齢者を支えるケアシステムのあり方は、早急にかつ具体的に思案する必要がある。同時に高齢者が健康で自分らしく生きる生活のスタイルが模索される中、保健医療福祉の連携のあり方は、パラダイムの変換を余儀なくされ、すべての人が在宅で自分らしく最期まで生きることを支える制度の実現と、実践力のある人材の活用が不可欠の課題となっている。最近では「特養を“解体”し入居者を地域に戻す¹⁾」という試みが長岡市で始まるなど、目指すゴールを「地域包括ケアの実現」において方向軸が定まった感がある。本論文では、この現象を「コミュニティケア」または「コミュニティ・ナーシング」と名付けて進んでいく。

一方、子育てをめぐる問題が社会現象となっている。合計特殊出生率は2005年には過去最低の1.26まで落ち込み、ここ数年わずかな上昇はみられるものの、生活・労働環境の変化や女性の価値観の変容などによって、出生率の大幅な増加は今後も望めない状況にある。その中で、子ども虐待、子どもの貧困が大きな社会問題と化している²⁾。子育ての課題は、まさにコミュニティの課題であ

る。保健・医療機関においては、虐待された子どもの発見が多くなっている。しかし子ども虐待への適切な対応を学習していない医療従事者(特に医師や看護師)は、虐待を察知しながら様子をみたり、子育て環境の調整が十分に改善できていない状態で、子どもを親の元に退院させたりしている³⁾。これはコミュニティケアが取り組むべき課題であると同時に、看護教育の課題でもある。さらに目を障がい者領域に転じれば、特に精神障害を持つ人々が長い入院生活から解放されて、早期退院や社会復帰を果たすことのできる社会体制づくりは、まだ始まったばかりである⁴⁾。コミュニティケアの重要な柱になるこの障がい者分野における課題は、コミュニティ・ナースにとっても必須の課題であり、今後は精神科看護領域のみならず、障がい者福祉論等を起こして取り組むべき喫緊の教育課題である。

2. 本研究が明らかにすべき方向性及び課題

1) 「地域包括ケア＝コミュニティケア」を実現させるためには、ケアを支える人材が不可欠である。現保健医療福祉制度では、保健医療職と福祉職がその連携を深めながら任務にあたっているが、ようやく各役割分担が定まってきた程度に過ぎず、まだまだ縦割り制度の構図から抜け出しておらず、医療連携や医介連携のあり方が模索されている⁵⁾。コミュニティケアにおけるキーパーソンは、制度上は2006年4月1日から施行された地域包括支援センターの職員である社会福祉士および保健師であるが、在宅において直接ケアができる訪問看護師にも大きな期待が寄せられている。川上⁶⁾は、自身の体験から地域の看護師に期待される特質として、生命に対する適切なアセスメント能力、医療現場との共通言語の保持、リスクマネジメント能力、地域包括ケアのための関係性調整能力を挙げている。

2) 看護師に期待されるコミュニティケア能力の育成は、現行の看護師養成カリキュラムでは「在宅看護論」にその任があるが、当該科目はコミュニティ全体の把握と具体的な看護実践力を育成するには企画されていない。コミュニティケア能力は、むしろ保健師に求められる傾向が強いが、近年、保健師養成課程のあり方が議

¹⁾ 東京有明医療大学看護学部看護学科 E-mail address : h-kanai@tau.ac.jp

論され、保健師の本来業務を公衆衛生看護に定めた経緯を踏まえると、保健師が患者への直接ケアを要するコミュニティケアの主軸を担うことは難しいと判断せざるを得ない。それゆえに、生活支援型看護モデルの構築が不可欠であり、コミュニティケアを担う人材の育成が迅速かつ有効に開始されなければならない現状にある。

3) 社会福祉職としての社会福祉士及び介護福祉士の存在を無視することはできないが、彼らをコミュニティケアのキーパーソンとして据えるには、彼らの教育背景からみて、生命への適切なアセスメント力や医療現場との共通言語の保持が不足しているために、その任を背負わせるのは現状では困難である。しかしながら、大卒の介護福祉士のキャリアアップのための道筋を、コミュニティ・ナースと絡めて検討する価値は大いにある。

4) 海外に目を向けて考えてみる。少子高齢化や認知症患者の増大など、日本と同様の社会背景をもつドイツでは、従来からAltenpfleger(直訳すると「高齢者の世話をする人」)が高齢者のケアにあたっていたが、Altenpflegerが看護師と同様に「医療職」に相当するか否かについては定まっていなかった。2000年11月に連邦政府は、Altenpflegerを「医療職」と見なした「高齢者看護の職業に関する法律」を制定したが、この法律には一部から異議が唱えられ、連邦憲法裁判所の判断を仰ぐことになった。これに対し、2002年10月に連邦憲法裁判所は、Altenpflegerは看護師と同様、医療職に相当する旨の判断を示した。連邦憲法裁判所のこの判決を受け、2003年8月からこの法律は施行されることになり、「老年看護師」としてのAltenpflegerの地位が正式に定まった。この老年看護師の育成状況と活動形態は、Altenpflegerを日本の介護福祉士のモデルとした経緯を踏まえると、これからの日本のコミュニティ・ナース養成のヒントになる。

II. 研究目的

本研究の目的は、子ども・高齢者・障がい者が地域で暮らすことを支えるように訓練された“コミュニティ・ナース”⁷⁾を想定し、その養成の可能性を探り、“コミュニティ・ナース”に必要な資質と能力を具体的に抽出し、人材育成に必要な養成カリキュラムを設定して、今後の看護師教育の中で育ち得る生活支援型の新たな看護師の役割を提言することにある。

コミュニティ・ナースとは、「地域看護師」として位置付けられるが、コミュニティの中で、住民が抱える解決すべき個別の健康問題や生活問題に取り組む職種である。

その活動は公衆衛生看護とは区別する。利用者の自宅を訪問して適切な医療ケアや助言を提供し、関連職種や家族・地域住民との連携を図りながら利用者の自立と安寧を促す。

III. 研究方法(研究のデザイン)

1. 調査研究

1) 研究期間：平成23年4月～平成24年3月末日

2) 研究対象：東京都23区、及び全国の政令指定都市19都市にあるすべての地域包括支援センター946事業所、並びにそれらの自治体における訪問看護ステーション1,054事業所の計2,000事業所に所属する看護職を調査対象とし、質問紙法による調査を行った。

3) 調査内容：地域で仕事をする看護師に期待する能力課題と、地域で仕事をする看護師に欠けていると思われる能力課題について、選択式回答項目を提示し、回答を求める他、自由記述欄を設けて意見を求めた。

4) 倫理的配慮：東京有明医療大学内に設置されている倫理委員会に審査を依頼した。(承認番号・第26号)

2. ドイツの職業教育並びに看護教育についての研究及び視察

1) 研究期間：平成23年10月～平成24年10月

2) 研究内容：(1)ドイツの教育体制度全般の把握、(2)ドイツの教育体系における「職業教育」の位置づけについて、(3)ドイツ看護教育の動向と問題点の把握、(4)ドイツ看護教育におけるカリキュラムの入手及び分析。

3) 視察期間：平成24年3月の10日間

4) 視察場所と視察内容：

(1) 看護師の養成は、各州により行われているので、ドイツを代表する州であるノルトライン・ヴェストファーレン州とバイエルン州の所轄省庁を訪問し、担当官から近年の政策動向について説明を受けるとともに、日独の比較など意見交換を行った(ノルトライン・ヴェストファーレン州革新・科学・研究省、バイエルン州労働・社会・家庭省および同州教育・文化省)。

(2) ケルン及び周辺都市、ミュンヘン及び周辺都市に存在する看護系大学、老年看護師学校、訪問看護ステーションの見学と関係者との意見交換。あわせて、とくに老年看護師学校のカリキュラム等、関連資料の入手。ドイツ老年看護職連盟、ドイツ看護職連盟の担当者との意見交換及び最新事情の聴取。

3. “コミュニティ・ナース”養成のためのカリキュラムの構築

1) 研究期間：平成24年8月～平成25年3月

2) 研究内容：看護師養成のための指定規則の遵守を前提にして、新たな“コミュニティ・ナース”養成システムの具体案を検討。

IV. 研究結果

1. 調査研究の結果から、以下の概略を得た。(本研究成果の詳細については、2012年版・東京有明医療大学雑誌に掲載)⁸⁾

1) 回収率と対象者の属性

調査票692通(回収率34.6%)が回収され、不備のあった41通を除外した651通を分析対象とした。

地域包括支援センターと訪問看護ステーションの回答はほぼ同数であり、保健師の回答者は15.3%、看護師の回答者は84.7%であった。

2) 質問紙において、地域ケアの担い手としての看護職について「現在の能力についての評価」と「今後期待する能力」について回答を求めた。本調査において質問項目として抽出した能力項目は、最近の職務要件書をベースに作成したものであり、今日の地域ケアにおいて不可欠な要素として「12の構成概念」から成っている。「12の構成概念」のうち、現在の能力に欠け、かつ今後に期待される能力として明らかになった項目が、以下のようになり浮き彫りになった。

- (1) 精神障害者へのケア
- (2) 虐待防止・人権擁護
- (3) 福祉用具・住宅改修
- (4) 他職種連携及び地域連携
- (5) 相談援助・問題解決
- (6) 指導教育
- (7) 一般的マナー・人間関係
- (8) 認知症へのケア
- (9) ケアプラン・連絡調整

一方で、現在の能力に問題はないと回答された項目は以下である。

- (1) 医療処置・観察・終末期ケア
 - (2) 基本的生活援助
 - (3) 急変時対応
- 3) 調査研究からの考察

この結果からコミュニティ・ナースにとって必要とされる具体的能力は、病院や施設において必要とされる能力とは異なるカテゴリーに属していることが明らかとなった。これらの内容は今後の看護教育の中で一定の時間を設けて、意識的に教授されることが望ましい。

その一方で、医療処置や急変時対応、それに伴う観察能力は十分に発揮されており、この点は看護師の強みとして認識可能である。

2. ドイツの看護教育現場の視察を通しての結果と考察⁹⁾

1) 視察の動機

筆者は前任校(日本社会事業大学)在職中に介護福祉士養成に携わっていた関係で、その在任中からドイツの看護・介護職の発展の推移に大きな関心を抱き続けてきた。

それは日本において介護福祉士が養成されはじめた初期の頃から、ドイツのAltenpfleger/in(アルテンプレガー/アルテンプレゲリン)の存在が先行事例として紹介されるようになり、両者の発展形態には類似点が多かったからである。さらに両国の職能団体の交流も重ねられ、ドイツにおけるAltenpfleger/inと日本の介護福祉士の絆もでき上がっていたように見受けられた。

しかし、Altenpfleger/inの位置づけとその教育制度の変遷について調べていくうちに、日本で「老人介護士」と訳され紹介されてきたAltenpfleger/inは、果たしてドイツでは「福祉職」なのかという疑問を抱くに至ったのである。それゆえ実態を知るべく、2007年に最初の視察を行ない、さらに今回2回目の視察を施行した。

2) ドイツのAltenpfleger/in

結果としてわかったことは、ドイツのAltenpfleger/inは、現時点では紛れもなく「医療職」であるという事実である。ドイツ語でpfleger/inは看護婦・士であり、Altenは高齢者である。またドイツではAltenpfleger/inを英語で“nurses for the care of the elderly”と表記していることから、彼らは正真正銘の看護師であることがわかるのである。日本ではなぜか、長い間Altenpfleger/inは「老人介護士」と訳されてきた。正確には「老年看護師」と訳すべきであったろう。そうすれば福祉界における混乱は避けられたはずである。

ドイツにおけるAltenpfleger/inは、日本と同様に高齢化率の上昇期(1960年代)に誕生した。それまでドイツには2種類の看護師資格が存在した。1つは「病院で病人看護に当たる看護師」であり、もう1つは「主に病院に入院している病児のための看護師」であった。前者を「病院看護師」と訳し、後者を「小児看護師」と呼ぶことにする。そして、この2種類の看護師に加えて、時期が遅れたが、主に高齢者の看護にあたるAltenpfleger/inが養成されたのであった。

病院看護師が看護職の主力を担ってきたのは想像どおりであるが、彼らは「看護師法」に基づき組織されてきた。一方のAltenpfleger/inは、別の法律によって規律されており、創設当初は就業年数も2年と短く、一般の看護師とは異なるものとしてみられていた。彼らは主に在宅や介護施設で働いていたようである。この事実が日本の介護福祉士に対応するものとみなされ、Altenpfleger/inが介護福祉士の先行事例になったものと思われる。

21世紀に入って、ドイツの高齢者を取り巻く医療・看護の世界も変化した。病院に入院する患者の多くは高齢者となり、ことに認知症患者が増えていった。さらに入院の短期化が図られ、自宅や介護施設で暮らす高齢者が激増した。医療的ケアが必要な病院看護とは異なり、生活者としての高齢者をケアするにあたっては、医師の指示のもとで働く看護の枠を広げた包括的な人間理解が必

要であり、それまでの治療中心の学習内容から、認知症ケアを含む生活者へのケアを提供するための学習が必要となった。

Altenpfleger/inはそうした社会の要請にしたがって育てられ、彼らは今やドイツの看護現場では病院看護師と互角に働いている。さらに最近では、Altenpfleger/in志望者の割合は、病院看護師志望者を上回っているという。

3) 看護教育の一本化と大学化

ここで興味深いのは、ドイツの看護教育機関は3種類の看護師育成のために、各々別々の看護学校を運営していることである。つまり病院看護師希望者は「病院看護師養成学校」に入学し、Altenpfleger/inを希望する者は「Altenpfleger/in養成学校」に入学するのである。小児看護師も同様である。そして現在では、Altenpfleger/in養成学校の格付けは、他の2種類の看護学校と同格であり、Altenpfleger/inの仕事内容も、病院&小児看護師と同様に医療職として医療処置ができるばかりか、働く場も狭められてはいない。

こうした現象をもたらしたのは、2003年8月に制定された「高齢者看護の職業に関する法律」(以下Altenpfleger/in法)によってである。この時期をもってAltenpfleger/inたちは、他の2種類の看護師と同等の地位を獲得した。それまでは州によってまちまちであった養成期間が3年間と規定され、理論2100時間と実習2500時間を合わせて4600時間のカリキュラムで構成される養成課程が確立した。同時にAltenpfleger/inは国家資格に昇格したのである。

その後2004年の秋以降に、病院看護師・小児看護師・Altenpfleger/inの3つの資格を一本化する教育のモデルプロジェクトが立ち上がった。相互に基礎となる部分を教育の共通項として設定し、残りの部分を専門領域に特化した内容にするというものである。さらに別々の資格課程であった看護師教育を1つにまとめ、ゆくゆくは日本と同様のジェネラリストとしての看護師を、大学教育まで高めて育成する方向も検討されはじめた。

この動きの背景にあるのは、「ひとつのヨーロッパ」をめざしてヨーロッパレベルで取り組まれているさまざまな改革の試みである。その一例として、ヨーロッパのいずれの国の大学で学んでも共通の学位や資格が得られることをめざした「ボローニャ・プロセス」と呼ばれる高等教育改革が進行している。看護師の場合も、ヨーロッパのどこの国においても通用する相互互換性のある資格制度の仕組みづくりが企てられている¹⁰⁾。

マイスター(徒弟)制度が根強く残っているドイツの職業教育システムも、このボローニャ・プロセスの影響を受けて変革の時期を迎えているようである。つまり看護教育の一本化と大学化の流れが出来上がりつつある。こうした背景のなかで、Altenpfleger/inは見事に病院&小児看護師の世界に入り込み、次世代の看護のあり方を示唆する主要な位置に置かれるようになった。

4) ドイツの看護教育最前線

今回の視察では、ドイツの看護教育変革の最前線を見聞することができた。事態は5年前の訪問時と比べて随分と前進していた。

2008年5月に公布された連邦法により、Altenpfleger/in法の一部が改正され、大学レベルでのAltenpfleger/in教育が推し進められており、ますますドイツの看護教育における統合教育が形となって現われていたのである。もちろんこうした過渡期にあっては、様々な矛盾や反対意見もある。ことに伝統的な教育システムとしての職業教育のあり方を巡って、アカデミズムとの融合は可能かという議論が活発になされていた。

何と言っても、ドイツの看護教育の原形は「マイスター制度方式」に置かれている。看護師希望者は看護学校に入学する前に、いずれかの病院や施設に職員として採用されることが前提条件となる。そこで給料をもらいながら学校に通うのである。したがって訓練のための自己負担金はゼロである。病院看護師・小児看護師としての学生には「医療保険」から、Altenpfleger/inとしての学生には「介護保険」から、一定の教育費が支給される仕組みなのである。

実習時間数が2,500時間と定められているが、所属の施設の実習も可能である。もちろん実習指導者がつくので、実習=労働というわけではない。

今回の視察で明らかになったのは、看護が学べる大学数の増加である。この動きは職業法(看護師法)の改正に先行して実現しているもので、いずれは法改正が必要となるようであるが、科学的根拠に基づく職業教育要請の高まりと見てとることができる。2012年3月現在で、看護教育を行っている大学数は44校となっている¹¹⁾。

ただし大学教育といっても全ドイツ一律のカリキュラムが組まれているわけではない。

現在は数種類の教育課程が存在し、将来に向けた試みがなされているが、いずれの教育課程においても、従前に行われていた「科目別構成」を脱して、各科目を横断的に取り込む「モジュール式」という考え方が用いられ、4領域・14分野の学習課程が設定されている。各分野では教育目標を明確にしたうえで、目標達成のための項目立てを行ない、教育効果を測定する評価システムを備えているのである。この方向で教育がなされていけば、教える側も学ぶ側も非常にわかりやすいだろう。素晴らしい発想である。

日本の看護教育は相変わらず科目別構成で行われているが、このシステムでは重複して教えるテーマが多くなるばかりか、一人の教師の力量が教育の質を決定してしまうという難点がある。

ドイツではマイスター制度の良さを失わずに現場訓練システムを再構築し、そこに大学教育(アカデミズム)を融合させていこうという方針のようである。大学教育で

は科学的根拠にもとづく実践をめざしており、理論学習の強化や研究能力に優れた学生の育成に力を入れている。つまり、専門学校卒の看護師との相違をこの点に置いているものと推察する。大学卒業生の割合は10%位を目途に考えているという。

看護は実践の科学であるゆえに、実践を重視した「技術者教育」が看護教育の根幹である。その意味において、ドイツの実務者教育としての看護教育とアカデミズムの融合の姿に、本来の職業教育のあり方の原形を見た思いがした。

5) 視察を通しての考察(これからの看護と介護のあり方への提言)

日本の超高齢社会を担う人材としての看護師と介護福祉士のあり方をめぐる議論は、今後さらに深めていかなければならないであろう。現時点では国家資格をもつ日本の介護福祉士は、世界から見ればグローバル・スタンダードなものになっているとは言いがたい。

今のままでは世界のなかで自らの職業を発展させる道を作るのは困難である。世界の常識からみれば、一部の医療行為しかできない「福祉職」である介護福祉士は、大卒であっても、実践現場ではヘルパーとしかみなしてもらえないだろう。

看護の側からも、介護福祉士を看護界へと迎え入れる方途はないのか、前向きな議論が巻き上がることを期待したい。看護師も介護福祉士も、めざしている到達点は同じはずである。それは「高齢社会を少しでも豊かに実りあるものとする」ということである。そのためにわれわれは何をなすべきか、協働者としての彼らを看護職として受け入れるための、保健師助産師看護師法の改正も視野に入れた積極的な議論が始まってよいのではなからうか。

ドイツのAltenpfleger/in法は、「自力で、自己の責任で、看護を行なうことができる知識・能力・スキルを伝達する」ことをその教育の目的に掲げている。そうした、看護と介護の分け隔てのない、何よりもまず高齢者の立場に立ったその支援づくりの仕組みが、我が国においても構築されることを願ってやまない。

一方で、看護界においても、コミュニティで活動する看護師の教育訓練のあり方を再考すべき時に来ている。病院看護とは明らかに異なるケアが必要なコミュニティケアを発展させえるためには、現行のカリキュラムの内容を再構築し、コミュニティの中で活動できるような看護師の養成が望まれる。

3. “コミュニティ・ナース”養成のためのカリキュラムの構築とその実現の可能性

ここでは、先に行なった「調査研究」と「ドイツ視察」の結果を踏まえて、新たな看護教育の枠組みを構築し、もって、時代に適合した“コミュニティ・ナース”養成

に関する提言の内容としたい。

1) 概括

生活支援型の新たな看護師養成を行うために不可欠な教育要素は、調査研究の結果からみて、現行の「看護師養成所指定規則」に定められた97単位の教育課程内容¹²⁾では、必要にして十分な能力を保持するコミュニティ・ナースを育成することは困難である。つまりこの段階で、3年課程の看護師養成所卒業直後の看護師たちが、コミュニティ・ナースとして活動することには期待が持てない。

とすれば、現行の教育課程に上乘せる方式で、必要な科目を配置する方法を採ることによって、近未来のコミュニティ・ナースを育成する教育システムを構築するしかない。そのためのルートは(1)現行の看護系大学に「コミュニティ・ナース養成コース」を設立するルート、(2)現行の社会福祉系大学で社会福祉士及び介護福祉士資格を取得した者が入学できる専門職大学院を創設し、看護師の資格を取得してコミュニティ・ナースとなるルート、この2ルートである。

2) 看護系大学において「コミュニティ・ナース養成コース」を設置するルートの概要

4年間で看護師資格取得のために学ぶべき必修単位は97単位である。卒業要件としての取得単位数は124以上と定められているので、ここに27単位の余地が生じる。一方、4年間で保健師または助産師を取得できるが、この場合は上乘せ単位として各25単位が必要である。「コミュニティ・ナース養成コース」を希望する学生は、保健師・助産師課程の履修と同様に、上乘せした単位を履修することで十分な能力を身につけることが可能である。

「コミュニティ・ナース養成コース」の教育課程は以下のとおりとする。

表1 コミュニティ・ナース養成コース教育課程

教育内容	単位数
コミュニティケア特論	2
国際コミュニティケア展開論	2
コミュニティケア管理論	1
疫学	2
相談援助の理論と方法	2
高齢者支援と介護保健制度	2
障害者支援と自立支援制度	2
児童・家庭支援と福祉制度	2
精神保健福祉論	1
認知症ケアの理論と実際	1
各種福祉サービスに関する知識	1
コミュニティケア実習	4
合計	22

3) 福祉系大学を卒業した社会福祉士及び介護福祉士の資格保有者が、専門職大学院において看護師資格を取得する制度の創設

福祉系大学において社会福祉士及び介護福祉士の資格を取得できる大学数は、現時点において60校余に上っているが、卒業後主に地域で働く大卒の介護福祉士のためのキャリアアップの道筋は、必ずしも明確に敷かれていない。両資格を取得した福祉士の場合には、その教育課程の特徴からみて¹³⁾、表1で挙げたコミュニティ・ナース養成のための科目の大半はすでに学習済みである。したがって両資格保有者が、看護師の資格を保持すれば、理想的なコミュニティ・ナースとして活動できる道を切り開くことができる。またそれは同時に両資格保有者のキャリアアップへの道筋を創ることにつながる。

具体的には看護師養成所指定規則の「基礎分野」及び「専門基礎分野」の“社会保障制度と生活者の健康”科目は履修済みと判断できるし、「基礎看護学」「老年看護学」「成人看護学」「小児看護学」分野、さらには「統合分野」や「実習」分野においても、相当な単位数の読み替えが可能となっている。(資料1を参照)

要は、両資格者に不足しているのは、病院看護実践のための学習である。

結論として、上記の条件を満たす両資格保有者が入学できる専門職大学院を創設するという案を提起する。

「専門職大学院」は2年課程とし、卒業要件は68単位とする。専門職修士号(看護学修士)を取得できる。また「特別研究」を課すことによって、研究能力をも有する指導者の育成を行い、質の高いコミュニティ・ナース養成をもって、専門職大学院の使命とする。

V. 考 察

研究全体を通して、あらためて以下の提言をしたい。

利用者にとって必要な「医療処置や服薬指導などの看護業務」は、本来、すべて看護師が行なうべきものであって、福祉職である介護職が行なうべきものではない。この一線は両者が超えてはならないものとして守らなければ、2つの国家資格が存在する意義が薄れてしまう。医療処置を行なう看護師が不足しているのであれば、看護師を増やす努力をすべきであろう。現行のように介護福祉士に一部の医療処置を行なうことを認めるのであれば、思い切って彼らに看護師の資格取得を容易にする道を用意し、看護師として十分な働きができるように期待すべきである。

ことに4年制の福祉系大学で育てられた介護福祉士は、生活を重視し、人間を包括的に捉える教育を受けている。彼らにコミュニティにおいて看護師として活躍する道を拓けば、今後の地域包括ケアシステムは量的にも質的にも無理なく稼働し、コミュニティケア全体の質は向上するに違いない。

一方で、看護界においても、コミュニティで活動する看護師の教育訓練のあり方を再考すべき時に来ている。

表2 専門職大学院における看護教育課程

教育内容	単位数	選択
【基盤科目】		○：選択
看護理論特論	2	
看護研究特論	2	
コミュニティケア特論	2	
国際コミュニティケア展開論	2	
教育学特論	2	○
地域施設運営特論	2	○
実用英語演習	2	○
【専門基礎科目】		
人体の構造学特論Ⅰ	2	
人体の構造学特論Ⅱ	1	
人体の機能学特論Ⅰ	2	
人体の機能学特論Ⅱ	1	
病理学特論	2	
薬理学特論	2	
生化学特論	1	
臨床疾患学特論Ⅰ	2	
臨床疾患学特論Ⅱ	2	
臨床疾患学特論Ⅲ	2	
栄養学と食育	1	
感染症と疫学	2	
【専門科目】		
生活援助論Ⅰ	1	
生活援助論Ⅱ	1	
看護過程論	1	
フィジカルアセスメント	2	
治療へのケア	2	
生命医療倫理学	1	
看護管理とリスクマネジメント	2	
成人・老年看護学	3	
成人・老年看護援助論	3	
母子看護学	2	
母子看護援助論	2	
精神看護学	1	
精神看護援助論	1	
【看護学実習】		
基礎看護学実習	1	
成人・老年看護学実習	4	
母子看護学実習	2	
精神看護学実習	1	
コミュニティケア実習	6	
【特別研究】	4	
合 計	68	

病院看護とは明らかに異なるケアが必要なコミュニティケアを発展させるためには、現行のカリキュラムの内容を再検討し、コミュニティの中で活動できるような看護師の養成が望まれる。

さらにこの延長線上に、新卒看護師がコミュニティ・ナースとして活動できるように、卒後の教育体制を強化すべきであろう。現在は、全就業看護師のうち地域で働いている訪問看護師の数は、わずか2.3%にすぎない¹⁴⁾。こういう状況の改善を図りつつ、コミュニティで働くことに魅力を感じる若い看護職を育成すべきである。

日本は今、歴史上体験したことのない少子高齢社会の渦の中にある。社会全体を支えるシステムを思考するにあたっては、パラダイムの変換が必要である。地域包括ケアの実現とその質の確保のためには、これまでの教育の枠組みを根本的に見直し、実現可能で、かつ実態のある改善がなされなければならない。

本研究で得た結論は、これからの日本のコミュニティケアを支える重要な提言となるであろう。

謝 辞

調査研究においては、研究分担者として本学准教授・川上嘉明氏に、またドイツ研究と視察においては、研究協力者として前国立国会図書館調査及び立法考査局専門調査員・木戸裕氏に多大な助力をいただいた。心からの謝意を表したい。

引用文献

- 1) NIKKEI Healthcare. 2010: 10: 66-69.
- 2) 山野良一. 子どもの最貧困・日本. 東京: 光文社新書: 2008.
- 3) 千葉喜久也編著. 子どもの虐待から親子再統合. 仙台: 福祉工房: 2006.
- 4) 金井一薫, 星加和美, 横山恵子. “KOMIチャート”で見る精神障害者の生活実態. 総合看護. 2008: 43(4): 49-60.
- 5) NIKKEI Healthcare. 2010: 9: 25.
- 6) 川上嘉明. 地域看護師からみた老年看護の役割. 総合看護. 2010: 45(4): 83-86.
- 7) 鳩野洋子, 岡本玲子. アメリカ・イギリス・オーストラリアにみるコミュニティ・ナース教育. 保健の科学. 2006: 48(3): 195-199.
- 8) 川上嘉明, 金井一薫. 地域ケアを担う看護師が期待する看護の能力-地域で活動する看護師への調査. 東京有明医療大学雑誌 査読有. 2012: 4: 17-27.
- 9) 金井一薫. 日本の看護と介護のこれからを問う-ドイツの看護教育制度を通しての提言. 訪問看護と介護 2012: 17(7): 601-607.
- 10) 木戸 裕. ドイツの看護教育をめぐる近年の動向-ポーランド・プロセス, コペンハーゲン・プロセスと今後の看護教育のゆくえ. 看護教育 2013: 54(4): 306-312.
- 11) <http://www.pflegestudium.de/>
- 12) 特集・カリキュラム改正案詳細. 看護教育 2007: 48(7): 550-584.
- 13) 社会福祉士及び介護福祉士法の改正及び社会福祉士養成教育の内容の見直しについて. -2年課程 新しい介護福祉士養成カリキュラムの基準と想定される教育内容の例(案)-社団法人日本社会福祉士養成校協会. 2007.
- 14) 金井一薫. 【講演録】日本の看護と介護のこれからを問う. 総合看護. 2013: 48(1): 92.

参考文献

- 辻 哲夫. 日本の医療制度改革がめざすもの. 東京: 時事通信出版局: 2008.
- 金井一薫. KOMIケア理論の実践-訪問看護ステーションで新卒看護師を育てる体制づくりを目指して. 師長主任 実践業務 2012: 17(369): 40-49.
- 木戸 裕. 現代ドイツ教育の課題-教育格差の現状を中心に. レファレス. 2009: (8): 1-29.
- 長江弘子, 吉本照子, 権平くみ子他. 「協会」「大学」「ステーション」で協働する千葉県の地域連携型人材育成の試み. 訪問看護と介護 2012: 17(9): 803-808.
- 介護福祉士養成における「医学的ケア」の教育内容について. 厚生労働省社会援護局福祉基盤課発第1号・文部科学省高等教育局医学教育課長第57号. 2013.

資料1 看護師教育課程と社会福祉士教育課程との対比

指定規則の教育内容					看護師教育課程													計											
					基礎分野	専門分野	基礎分野	専門分野		統合分野	臨地実習		専門分野		統合分野														
領域	授業内容	単位数		時間数	履修方法及び卒業要件	科学的思考の基盤	人間と人間生活の理解	人体の構造と機能	疾病の成り立ちと回復の促進	社会保障制度と生活者の健康	基礎看護学	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	在宅看護論	看護の統合と実践	I 基礎看護学	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	在宅看護論	看護の統合と実践			
		必修	選択			13	21	40						23						97									
人・社会・生活と福祉の理解に関する知識と方法	人体の構造と機能及び疾病		2	30	選択科目から2単位以上選択			●	○																				
	心理学理論と心理的支援		2	30			●																						
	社会理論と社会システム		2	30																									
	社会保障	4		60						●																			
	社会調査の基礎	2		30			●																						
総合的かつ包括的な相談援助の理念と方法に関する知識と技術	相談援助の基盤と専門職	4		60			●		○																				
	相談援助の理論と方法	4		120		●	○						○	○	○	○	○	○											
地域福祉の基盤整備と開発に関する知識と技術	地域福祉の理論と方法	4		60			●																						
	福祉行政と福祉計画	4		60					●																				
	福祉サービスの組織と経営	1		15					●			○																	
サービスに関する知識	現代社会と福祉	4		60			●																						
	高齢者に対する支援と介護保険制度	4		60					●			○																	
	障害者に対する支援と障害者自立支援制度	2		30					●			○																	
	児童や家庭に対する支援と児童・家庭福祉制度	2		30					●				○	○															
	低所得者に対する支援と生活保護制度	2		30					●			○																	
	保健医療サービス	2		30					●																				
	就労支援サービス		1	15					●																				
	成年後見制度		1	15					●				○																
	更生保護制度		1	15					●																				
実習・演習	相談援助演習	5		150									○	○	○	○	○	○											
	相談援助実習指導	3		90																									
	相談援助実習	6		180																									
合計		53	9	1200																									
		必修56単位		必修1110		20(2)	28(7)	0						14						62									

●：該当する分野において優先してカウントできる授業内容
 ○：他分野においても関連する授業内容
 ()：選択科目の単位数

資料2 看護師教育課程と介護福祉士教育課程との対比

指定規則の教育内容						看 護 師 課 程													計												
						基礎分野	専門分野	基礎分野	専門分野	基礎分野	専門分野	統合分野	臨地専門	実習	習	統合	分野	分野		分野											
領域	授業内容	単位数		時間数	履修方法及び卒業要件	科学的思考の基礎	人間と人間生活の理解	人体の構造と機能	疾病の成り立ちと回復の促進	社会保障制度と生活者の健康	基礎看護学	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	在宅看護論	看護の統合と実践	I 基礎看護学	II 成人看護学	III 老年看護学	IV 小児看護学	V 母性看護学	VI 精神看護学	在宅看護論	看護の統合と実践					
		必修	選択			13	21	40						23						97											
人間と社会	人間の理解	人間の尊厳と自立	2	8	240	全体で240時間16単位	●		○																			16			
		人間関係とコミュニケーション	2							○																					
		社会の理解	4				○		●									○													
介 護	介護の基本	12		180						○								○	●									48			
	コミュニケーション技術	2		60						●	○							○	○												
	生活支援技術	10		300						●																					
	介護過程	5		150						●	○	○						○	○												
	介護総合演習	4		120														○	○							○	●				
	介護実習	15		450														○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●			
こころとからだのしくみ	発達と老化の理解	2		60								●	○															10			
	認知症の理解	2		60								●						○	○												
	障害の理解	2		60							●	○					○	○													
	こころとからだのしくみ	4		120						●																					
医療的ケア	医療的ケア	2		50						●																		2			
合 計		68	8	1850																											
			76			16	41						19						76												

網掛け部分は、社会福祉士科目履修者は免除される。

我が国における“コミュニケーション・ナース”養成の必要性と可能性についての提言