

2006 年度 在宅医療助成勇美記念財団 研究助成

## 完了報告書

### 「在宅医療に従事する看護師のスキルアッププラン」

#### ( 導入編 )

研究員：伊藤 真美	花の谷クリニック
大澤 紀子	神楽坂訪問看護ステーション
木勢 育子	福島県立医科大学看護学部
喜多 悦子	日本赤十字九州国際看護大学
倉戸みどり	日本在宅看護システム有限会社
●中村 義美	在宅看護研究センターおおさか（座長）
野口寿美子	医療法人大植会 訪問看護ステーションクローバー
前田 修子	石川県立看護大学
町屋千鶴子	東京女子医科大学東医療センター
丸山美知子	厚生労働省看護研修研究センター
村松 静子	在宅看護研究センター
湯沢 八江	国際医療福祉大学大学院

2007年4月27日 提出

## I. はじめに

ついに、大変な時代がやってきた。少子化、高齢化が叫ばれるなか、国は、医療改革を矢継ぎ早に進めている。

在院日数の短縮化に拍車がかかり、近い将来、急性期や一部の回復期を除いて、ほとんどが在宅療養にシフトするともいわれている。2006年、その前兆ともいえる診療報酬、介護報酬の改定が実施された。看護は、一応の評価を受けた改定と受け止める論調が多い。在宅関連においては、高度医療やターミナルケアへの積極的支援を期待されている。現場の看護師（主に訪問看護師）は、この事実をどのように理解しているのだろうか。看護は、主として、訪問看護ステーションから訪問という形態でサービスを提供している。現在、勤務者の資格や人数、訪問件数などを監査する仕組みはあるが、肝心の看護の質の評価は明確でない。在宅では、看護師が独自に判断や対処をしなければならない状況がある。しかも即時的実践力を求められる。現行の看護基礎教育と訪問看護研修は、このような高度な専門性を必要とする在宅看護のエキスパートを育成できているのか。看護師は、不安や緊張、恐怖心や危機感を克服したいと願っている。しかし、独力で解決できることは少ない。一方、管理者は、訪問のノルマや経営的な問題を抱え、日々対処に追われるという現実がある。心ある看護師は悩み、葛藤し、ジレンマに陥ることも少なくない。本当にこのままでよいのか。療養者・家族の安全やQOLは保証されるのか。職場において、自己研鑽、自己啓発のシステムを工夫されているところもあるが、一般的に充分とは言えない。

看護師は療養者・家族から信頼され、看護をすることに喜びと達成感を持ちたい。そのためには在宅看護に必要なスキルを教育するプログラムが不可欠である。今後、あらゆる発達段階、あらゆる種類の疾病、あらゆる健康レベルが対象となり、そこに多様化した価値観やライフスタイルが絡んでくる。看護基礎教育で習得すべき内容と、卒後教育として積み上げるべき教育と、さらには継続しなければならない現任教育を整理し、一連の教育プログラムとして再構築されることが望まれる。高齢化、医療改革は待たなしに進んでいる。それ故に、在宅医療に従事する看護師の卒後教育は急務である。

「スキルアッププラン」は、社会のニーズ、在宅療養をする本人・家族のニーズに応えられる看護実践能力を培うための教育計画である。今回は、プラン作成に向けての「導入編」である。在宅医療の現場で問題になっていること、働く看護師が困難と感じていることを提示し合い、分析した。また、教育システム構築にむけての基礎的資料とするため、在宅医療に従事する看護師が身につけなければならない事柄を抽出した。

## II. 研究目的

これからの在宅医療に従事する看護師が身につけなければならない事柄を抽出し、そのスキルアップのための教育プログラム(案)を作成する。個々の看護師が自己の潜在能力に気づき向上できるよう実践的な教育システムの構築を目指す。

## III. 研究計画及び導入編の進め方

今後の方向性を大枠の1～3に分類した上で、1の導入編として、5回にわたって研究会を開催した。今、問題と感じている事柄を提示、特に在宅医療の現状に焦点を当て分析し、看護師に必要な能力、身につけなければならない事柄を抽出した。また、既存の教育・研修を検索し、不足していると思われる内容を検討し、教育方法を模索した。

### 1. 導入編

現状の分析、看護師が身につけなければならない事柄の抽出

### 2. 教育計画編

教育プログラム(案)の作成

### 3. 教育実践編

教育モデルの実施、評価

## IV. 研究期間

平成18年6月5日～平成19年2月19日

## V. 現状の分析

### 1. 在宅の現場で問題と感じている事柄

#### ① 問題に気づき、感じるできない

- 疾患、バイタルサインにばかり眼がいく
- 訪問時、玄関に一步は入った時に感じるものがない
- 処置、医療行為を優先させる
- 相手の状況を確認せず一方的に行う
- 観察ポイントを理解していない
- 自分の仕事を淡々とこなし、交わした言葉で傷つけていても気づかない
- 生活に視点をおいた観察ができない
- 身体的な状況判断が遅れる
- 調整や支援の必要性がみつけれない

<問題の背景>

- ・ 病院の治療優先の看護をそのまま在宅に持ち込もうとする
- ・ 生活環境を見る力が養われていない
- ・ エビデンスに基づく知識・技術が無い
- ・ 瞬時に全体像を把握するための訓練が無い
- ・ その人の価値観を尊重したその人らしい生活を確保、保障する視点が無い

② 療養者・家族との対応ができない

- 初回訪問時、看護師の戸惑いが相手に伝わり、緊張させてしまう
- 言葉の使い方について、クレームがつく
- 予測される事を伝える時、不安を与えてしまう、例えば「このように予防していきましょう」のようなフォローの一言が出ない
- 家族に押し切られ、すべきことをしてこない
- ケア内容を変えるとき、説明のタイミングが遅れる
- 人としての関わりや関係性が築けない
- 人を見る眼が無い
- 自分の知識を押し付ける
- 自分の感情をコントロールしながら、人に添うということができない
- 看護と介護の違いの説明に苦慮、点滴や注射をすることが看護とされている

<問題の背景>

- ・ 療養者・家族の不安・緊張に向き合う力が無い
- ・ 療養者・家族の安心よりも自分の仕事を優先する
- ・ コミュニケーション能力の不足
- ・ 危機的状況の判断と対処能力の不足

③ 関連職種、特に医師との連携が円滑にとれない

- 自分の判断と医師の判断が異なった時、伝えきれずに引いてしまう
- 指示が納得できない時でも家族の前では異議を唱えることができない
- 病状変化に伴う自己の判断を他職種に説明できない
- 療養者・家族の思いを代弁していない

<問題の背景>

- ・ 自分の知識や判断に自信が無い
- ・ 解剖学、生理学、特に看護生理学が身につけていない

- ・ 科学的エビデンスに基づく主張をする力が無い
- ・ 日常的なコミュニケーションから信頼関係を築くことをしていない
- ・ 医師に比べて療養者の命や健康に対する責任感が希薄

#### ④ その他

- 医療技術ができないというクレームがある
- 新しいことや知らない事に対して臆してしまう
- 密室での看護のため報告以外のことはわかりにくい。失敗を報告しない
- 訪問看護師の力量の格差が大きい
- 病院の先端医療をそのまま家に持ち込んでも通用しない
- 病院の勤務経験が長く療養者・家族が主役というということに頭が切りかわらない

## 2. 教育現場において問題と思われること

### ① 基礎教育において

- 大学では、在宅看護を地域看護に位置づけているところがある。地域看護は、保健師資格を取るためのカリキュラムになっているので分けた方がよい
- 大学では、現場経験から遠ざかった人が教える場合がある。医師の場合、プロフェッショナルとしてのアクティビティの評価がある人が教えるが、看護師の場合そのような評価が無いので教員の実践家としての資質が不明である。国策で短期間に多くの大学を創設した弊害が出ている
- 従来は、病院の医療から看護の教育をしている。在宅を含む病院外の医療・看護を体系的に教育していない
- 用語の定義が不明確 例えば、在宅医療は制度上、訪問診療と訪問看護とされているが訪問は形態を指すに過ぎない。在宅ケア、在宅医療、在宅看護、家庭看護、地域看護の違いを明確にする必要がある

### ② 卒後教育において

- 在宅の場で看護師が学ぶ体系が無い。病院看護の体験だけでは在宅に向けての教育は不十分
- 見取りやペインコントロールへの支援を期待されているにもかかわらず専門的な教育はない
- 職場で全ての教育をするには限界がある。例えば在宅における救急の技術など

- それぞれ環境の異なるところへ訪問する。それ自体が緊張を強いられる
- 管理者や先輩看護婦が相談にのったりアドバイスをする時間の余裕が無い

### 3. 事例から抽出した問題

- ① 医師の診断に疑問を持ちながらも自己の判断に自信が持てないため主張できない
- ② 病状変化のみに集中し、それに伴う本人の苦痛と家族の不安に対応できていない
- ③ 看護師は本人が苦痛でしかも意味の無いバルーンカテーテルの留置をなぜ決めるのか
- ④ クリティカルなケースこそ看護師は力を発揮すべきである。すなわち病状変化のアセスメントと対処に並行して本人の苦痛、家族の不安を理解し、予測しながら早めに対応すべきであった
- ⑤ 看護師は在宅ではクリティカルな場面で当事者にならざるを得ない。家族をはじめ関連職種からの期待が大きい。(病院では傍観者、看護は24時間連続しているので次のシフトに判断をゆだね、そのことで判断のタイミングが遅れることもある)
- ⑥ 医師は判断するだけでよいが看護師は、コミュニケーションを通して経過中の不安を軽減し、危機状況を回避する役割を負う。そこで看護力が試されさらに鍛えられる

### 4. 在宅医療に従事する看護師が身につけなければならない事柄

#### 1) 科学的エビデンスに基づく判断と実践力

- ① 介護とは異なる看護への期待がある。在宅医療の現場では瞬時に感じ取り、状況をアセスメントできる能力が必要である。正しい情報を療養者・家族に適切な時期に適切な方法で説明する役割がある。医師が同行したからといって、その診断のみが正しいとは限らない。看護の目で確認が必要である。  
そのためには、看護基礎教育で習得する基礎医学、解剖学、特に生理学の内容で十分か疑問である。
- ② 説明をするということと、それで本人が納得したかどうかというのは別の問題である。  
近い将来、インフォームドコンセントも含めて役割遂行が誤ったり、できない事例については訴訟問題になる可能性がある。
- ③ 現場に即した基礎医学を学び直す必要がある。看護生理学も必須である。
- ④ 療養者・家族の援助内容(デマンドとニーズ)を明確化することとそのプロセスが重要である。
- ⑤ 1対1の関係でサービス提供をする看護師は、個々に責任が問われる。
- ⑥ 専門職としての力をつけて責任を持つ、その覚悟と強さが必要である。

## 2) ペインコントロール、在宅ターミナルケア、見取りの看護、死亡診断を支援する力

- ① 厚生労働省は、在宅死やペインコントロールを積極的に支える実践力を看護師に期しているが、その役割を担える人が育つかどうか課題である。このたびの制度改正において特に在宅に厚く報酬が流れるようになった背景には、多死化時代に備え4割の在宅死実現化を目指す政策誘導がある。
- ② 医師不在で行う死亡診断とペインコントロールについては医師・看護師間で一定の包括水準を設けて指示のもとに実施することが現実的と思われる。医師は歓迎している向きもあるが看護界は反対するような風潮がある。静脈注射と同じ経緯で法律やシステムよりも現状が先んじている。
- ③ 死を前提とした医療・看護が家庭・病院においてもっと語られるべきである。様々な死生観を学ぶ必要がある。
- ④ 若い人の在宅医療をもっと学ぶ必要がある。末期で少しでも子供と共にすごしたいと思ってもほとんど受け皿が無い。
- ⑤ 看護師は倫理的問題を含む療養者・家族への教育力を身につける必要がある。

## 3) ハイテクホームケア、医療技術の実施

- ① 在宅医療は、高齢者だけのものではない。また医療費削減だけを目指すものではない。療養者自身と家族の願いでもある。先天性疾患、難病等の疾患、発達段階、健康のレベル全てにおいて、将来、より多様化するであろう。
- ② 早期退院の受け皿として、高度医療、医療依存度の高い人が増える。療養者の安全・安楽が確保できるようエビデンスに基づいた知識・技術を身につける必要がある。  
医師の場合、医療技術は3ヶ月程度ICUで学ぶ。生命に直結する医師の技術と看護師のそれとはモチベーションに差があるが学び方はヒントになることが多い。看護師も必要不可欠な技術については、病院で学ぶほうが効率はよい。
- ③ 医療の進歩は早い。医療機器や衛生材料等は、短期間で進化する。そこで必要な情報を得る能力、知識・技術を積極的に身につけようとするバイタリティー、自己教育力を身につける必要がある。医療機器操作については入院先で訓練を受けたり、医療機器メーカーからトラブル時の対処方法やメンテナンスの指導を受ける必要がある。担当医師との連携プレーが円滑にとれるよう申し合わせ事項やガイドラインの整備も合わせて必要である。
- ④ ケアが効果的に継続されるよう地域クリティカルパスを活用する。
- ⑤ 求めている人、困っている人に看護が応えて、必要な医療を確実に提供する。看護が発言することで無駄な医療費を削減する。
- ⑥ 看護はテクニックができるだけでは役割を果たせない。それだけなら、医師、家族、

部分的には介護職も実施する。医療処置を受ける療養者・家族の不安や緊張に配慮した対応をすることが看護には求められる。個々の状況によって変化する精神面に着目し、予測的に対処することが必要である。

身体的ケアと精神的ケアが並行して行われることが重要で、ハイテクケアを実施しながら療養者家族の気持ちに添うことが求められる。危機的状況においてだれもがパニックに陥ることがないように看護師は支援する。看護師の教育においても両方を同時進行で実践できる能力を養う必要がある。

#### 4) その人らしい生活を保障する。QOLの向上に貢献する

- ① 療養者・家族の価値観や生活を知り守る。その人の全体像を描く。日、週、月単位で生活を知ることが大切である。コミチャートなど在宅療養の特徴を掴みやすくするツールを活用するのも有効である。

見る、知るということはその情報を看護実践に活用するということである。

- ② 心身の自立への支援、療養者・家族がセルフケアを目指すことができるように環境を整える。
- ③ 他職種との連携、マネジメント機能が必要となる。マネジメントは看護の一つの重要な機能である。現在、介護保険制度上は様々な職種がケアマネージャーになる。しかし、重症度が高い人、予防的視点が必要な人のマネジメントは看護の機能が適している。カナダやデンマークにおいては、福祉職の担当から看護職に戻った経緯があるとされている。ターミナルケアの場合は、日本でもその傾向をたどると予測できる。

#### 5) 療養者・家族への対応、コミュニケーション能力を高める

- ① コミュニケーションを通して、生活を知る眼と問題の本質を見抜く眼が必要である。
- ② 療養者・家族との自然な関わりから願いや考えを類推する。看護師の判断を伝えると状況やタイミングが大切である。療養者・家族へ伝えた後の反応や効果、場合によってはフォローが必要である。
- ③ 危機状況に陥る要因を理論的に学び、いつでも実践に生かせるよう身につける。
- ④ 療養者・家族の訴えにきちんと向き合う、逃げない。
- ⑤ クリティカルな状況における看護師としての自分の傾向や限界を認識する。
- ⑥ 看護師のコミュニケーション能力によって療養者・家族の意思決定・自己決定が左右される場合がある。看護師の提案の仕方、表現力は療養者・家族の決断、折り合いのつけ方に影響を与える。看護師の問題解決能力が試され、大きな責任が伴う。



## 6) 問題解決能力を高める

- ① 問題があるのに見えない、気づかない現実がある。在宅における看護実践は1対1の密室で行われ、第3者の評価の目がないところでサービスを提供する。このことを自覚し他者の助言や評価を受ける姿勢を持ち続ける。
- ② 訪問から次回訪問まで、間隔があるので療養者・家族と容態変化を共有する工夫がある
- ③ 指導・教育が難しい。具体的な事例や報告を通して相互にサポートする。
- ④ テーマを決めて話し合うことで、言語化能力が上達する。担当者を決めて、死亡事例のサマリーを書いていると表現力、文章力が上達してきた。言語化することと文章化することを同時にしていくことが重要で相乗効果がある。
- ⑤ ケアのできる人がうまく話せるとは限らない。またアセスメント・問題点をよく理解していてもケアの手技がうまいとは限らない。両方みることで得手・不得手が明らかになる。言語化していると教育ができる。教育の過程でまた言語化し、自分の得手・不得手を自覚する。自分自身の能力を自覚することが大切である。その際、ポイントを強化したり指摘する助言者が必要である。経験を言語化することで自分を振り返り、何が問題で何が足りないか気づく。
- ⑥ 職種を交えてディスカッションすることで、看護に対する評価や期待を肌で感じる。

## 7) 医師との真の協働を目指す

- ① 日常のコミュニケーションを通して、信頼関係を築く。
- ② 「良い医療を目指す医師は看護師の意見を聴く」  
データだけを伝えるのではなく、アセスメントとレコメンドまでエビデンスに基づいて報告する、これを習慣づける必要がある。このプロセスで自信がもてない時は、即「判断不能」の連絡を入れ 看護師側から医師にアドバイスを求めることも必要である。クリティカルなケースでは特に重要で機を逸することは許されない。看護師の存在価値はここにあることを自覚する。
- ③ 「横暴な医師に屈しない看護師を育てるには、今の基礎医学の知識では不十分」という意見がある。  
学んだことを十分に生かしていない現実がある。判断したことを適切な場で、適切な時期に、適切な表現で伝えることを求められている。
- ④ 医師の判断と看護師の判断が異なる時、看護師は納得していないのに自説を曲げることがある。  
療養者・家族の前では特に医師に向かって異論を唱えにくい。療養者・家族を混乱させない配慮は必要であるが、この場合、自分が納得していない病状について療養者・家族に

説明することになる。自分の判断に自信がないからか、医師に従うほうが楽だからか。

「療養者・家族にとって本当に問題であると認識しているか、これを伝えなければ問題は解決しないということが自分の中でイメージできてそこに責任が伴うかということが重要」クリティカルなケースでは生命の危機を招くことになりかねない。

- ⑤ 「医師は共に闘ってくれる看護師を希望している」対等な立場で意見交換ができる関係を作り、医師と看護師は困った時に相談し、支えあうことで療養者・家族の生活に安全・安心をもたらす。

## 8) 身体感覚を磨く

- ① 「看護実践は優しさとか精神論だけで片付けてよいのか。ナイチンゲールの現場感覚の真髓をもっと学んでほしい」「三好春樹氏の『介護覚書』を読んでほしい。医者の手助的役割をしている院内看護師に介護の場を任せられないと明言している」
- ② 既習の知識を集約して、瞬時に観察から判断し、その人に最も適した方法で提供される熟練した看護技術、エビデンスと矛盾しない、理にかなった職人技的な看護技術が、教育の場でも実践の場でも訓練されたり、継承されたりしていない事実がある。
- ③ 看護教育の臨床実習には、「技」を磨くという発想はないに等しい。例えば、観察の必要性・項目・方法を学び、計測に関しては正確な測定技術を学ぶが、触診、聴診等はほとんど卒後に任される。そして卒後もある一定水準をクリアしたらその後は、本人任せの状態で個々の看護師の技術の格差は大きい。
- ④ 在宅の現場で、全て異なる個別の環境下で、自他共に納得できる技術をサービスとして提供するには、再教育が必要である。
- ⑤ 自身の五感はもとより身体全体を使って感覚で納得できるような技術を身につけるために、在宅において使う技術を磨く。
- ⑥ 対人間の仕事にはロールモデルが必要である。在宅の現場に範となる人材は欠かせない。

## VI. 用語の定義について

### 1. 在宅医療の解釈

今回、用語の定義はしない。しかし、医療技術、医療行為という「医師の指示のもとに実施する」行為というような狭義には捉えていない。むしろ在宅ケア、在宅療養、在宅看護と言い換えても差し支えない。在宅の場において、看護に関わることを全体を視野に入れて考えた。

### 2. スキルの解釈

スキルとは何を指すのか、2つの考え方をめぐり議論した。

「何もかも学ぶのは難しい。順序としてまず最低限の知識・技術を学ぶ。確実に安全が担保で

きるラインまで学ぶ。心理面や対応に関することは、次の段階で学ぶ。介護職にはできないが看護職にできるのが医療技術である。診療報酬改定で期待内容が明確になったところは最低限のラインとして確実にできるようにする。医師の手足としての役割が期待されるのは社会的ニーズなので仕方がない。正常異常の判断ができる、改善に向かうのか悪化するのかを判断するという最低限の役割を果たすことを目指す」という意見。

「本当にそれだけで、看護のスキルといえるのか」訪問看護・在宅看護では、一人で訪問して当然、医療行為を全部実施してくる。「昔からしていたことだが、最近では、高度医療を在宅に持ち込むケースが増えて、看護にはそこを引き受ける役割がある。しかし、単純に手技的なものをマスターしても問題の解決にはならない。それしかできないのなら、他職種でもできる」

チューブが1本増えるごとに、療養者・家族の不安は倍化するといわれている。ハイテクを必要とする状況では、不安・緊張が特につよいので心理面のサポートが伴わないと援助にはならない。

「基礎教育においても技術と心理面への対応を同時に並行して学ばせる必要がある」  
今回は、在宅医療に従事する看護師を対象にした教育プログラムである。ハイテクを学ぶとともに療養者・家族の全体像をとらえた個々の価値観・気持ちに添う看護実践を目指す。

## VII. 既存の現任教育の問題点

看護協会が実施しているスキルアッププランは、全国12000人以上の人が受講している。1クラスの人数が多く講義形式である。知識偏重で現場の学習ニーズに即したものではないという声がある。認定看護師カリキュラムは、ハイテクホームケアの演習を組んでいる。

CNS（専門看護師）のコースでは総論にかなりの時間を当てているが院生の能力を考えると、総論は自己学習に委ね、演習・臨地実習を厚くすることで実践力を鍛えるほうがよいのではないかと。また、少人数だからこそ可能となる教育方法を駆使できる。看護系大学協議会が推奨したプログラムでないとも認められないにもかかわらず、第三者評価がないという矛盾を含む。

その他文献検索を行った結果、訪問看護ステーション連絡会と大学とが協働した現任教育プロジェクトがあった。教育の現状は知識偏重で学習の機会が不足しているが、現場は多様化したニーズがあるために何かを教えるというよりは、自ら学ぶ力をつけるところに主眼を置いている。自分の課題をもって、グループディスカッションを中心にスーパーバイスされながら気づくというプロセスを経て、そこからの成長を目指している。実施後の効果は有意差が認められている。しかし、担当者には、時間・エネルギーともかなりの負担を強いられることから、全国的に拡大してゆくには問題があるともいえる。

## VIII. まとめと今後の課題

今回、在宅医療に従事する看護師が抱える問題がより深刻であることが明らかになった。

看護師に求められる看護実践能力については、具体的で厳しい多くの意見が出された。

施設から在宅へ「場」の変化によって生じる諸問題に対処するためには、「施設内看護」の経験だけでは不十分であることが確認できた。そして、従来の教育や研修では解決できないことがある。どのような教育・研修が有効なのか。

対人サービスに共通する必要なこととして「自分を知ることの重要性」がある。自分の姿を鏡に映して客観視する能力はどのようにして鍛えると効果的か。その1つとして「言語化」というキーワードが示された。書くこと、話すことを通して「気づき」を促す。その際、助言する人・強化するメンバーの存在が成果を左右する。さらに読む・読み込むことでこの効果を助長する。そこで、「自己教育力」という2つめのキーワードが示された。自己の弱点や欠点と向き合うには、勇気がいる。同時に自己肯定を促す機能が教育には必要である。しかし、自己教育力には限界があるともいえる。たとえば、身体感覚を磨くには「場」の設定が重要である。効果的な学習ができるよう施設内でできること、施設外に依頼することを調整して段階的に体験する。

危機的状況では、即座に判断し、直ぐ手が出せることを目指さず訓練をする。そこでは、緊張を強いられる場面でデータ収集、アセスメント、実施が一瞬のうちにできなければならない。シミュレーションを用いる等、実践的な教育方法で思考過程そのものから訓練しなければならない。医師と同様の救急医療現場を体験するのもひとつの方法である。繰り返しになるが、その場合、手技のみに走らないような意図的教育的配慮が不可欠である。

以上のことから教育プランの作成には、教育の場の選定や確保が重要かつ困難な問題になることが予測される。さらに戦略的でユニークな教育方法の創造・開発がプロジェクトの成否の鍵になる。また「スキルアッププラン」は一過性のものであってはならない。「態度」「習慣」として身につくことをねらいとしていることはいうまでもない。

## IX. おわりに

2000年4月、介護保険が施行されて以来、訪問看護の社会的認知度がより高まり他の職種とは異なる専門性を求められるようになった。この傾向は今後ますます強くなるであろう。その一方で、訪問看護師の離職問題が新聞紙上に取り上げられた。バーンアウト現象が起こっている。真剣に看護に取り組み、自己の能力と向き合い、悩んだ結果だとしたら残念ではない。行政の対策を待つだけの受身の姿勢では、この困難な時代は生き抜けない。

今回は、看護師に対して手厳しい意見が出されたが、全国には療養者・家族の信頼を得て、活躍している仲間が大勢いる。厳しさの中で支え、支えられながら相互に成長し続けられる教育・研修の仕組みづくりが急務である。