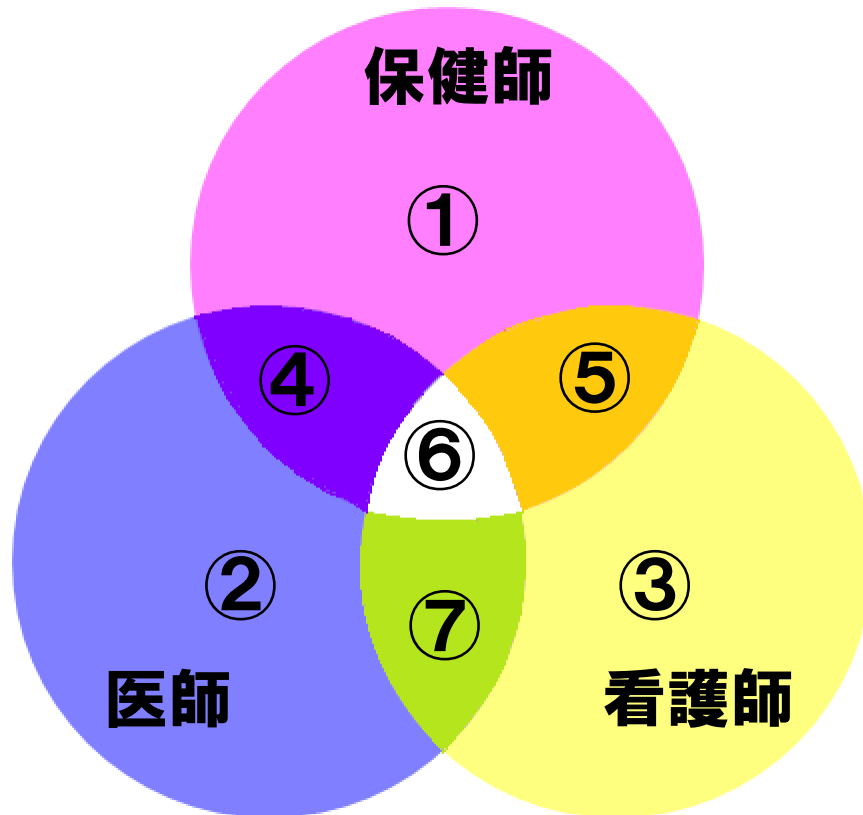


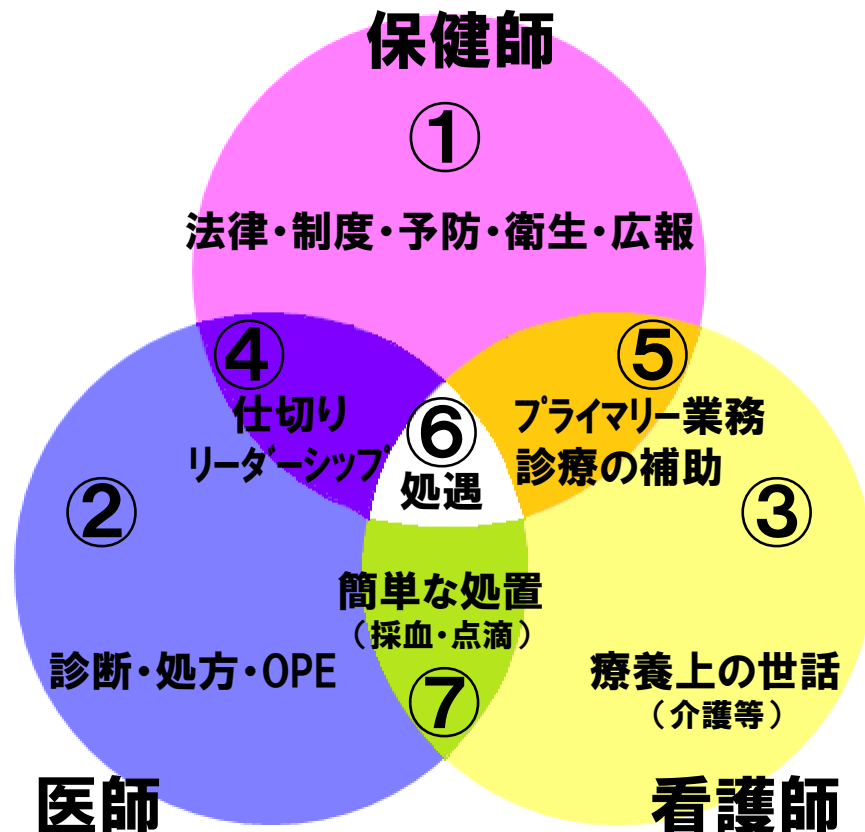
## 3職種の図



全部で7領域が存在

- ①保健師 独占業務  
→法律・制度・予防・衛生・広報
- ②医師 独占業務  
→処方・診断・侵襲的処置(OPE)
- ③看護師 独占業務  
→療養上の世話
- ④保健師&医師 共存業務  
→仕切り リーダーシップ
- ⑤保健師&看護師 共存業務  
→プライマリー業務(診療の補助)
- ⑥保健師&医師&看護師 共存業務  
→処遇業務(トリアージなど)
- ⑦医師&看護師 共存業務  
→侵襲的処置の補助

# 医師マキシマムモデル (基幹病院モデル)



→②④⑥⑦を医師が行うことを  
基幹病院モデルと呼ぶ  
研修医が学習するためにそうになっている。  
採血や点滴も医師がやる。

外科モデルでみると  
②が一番偉い教授ですね。  
難しいOPEをスパッとやっておしまいです。

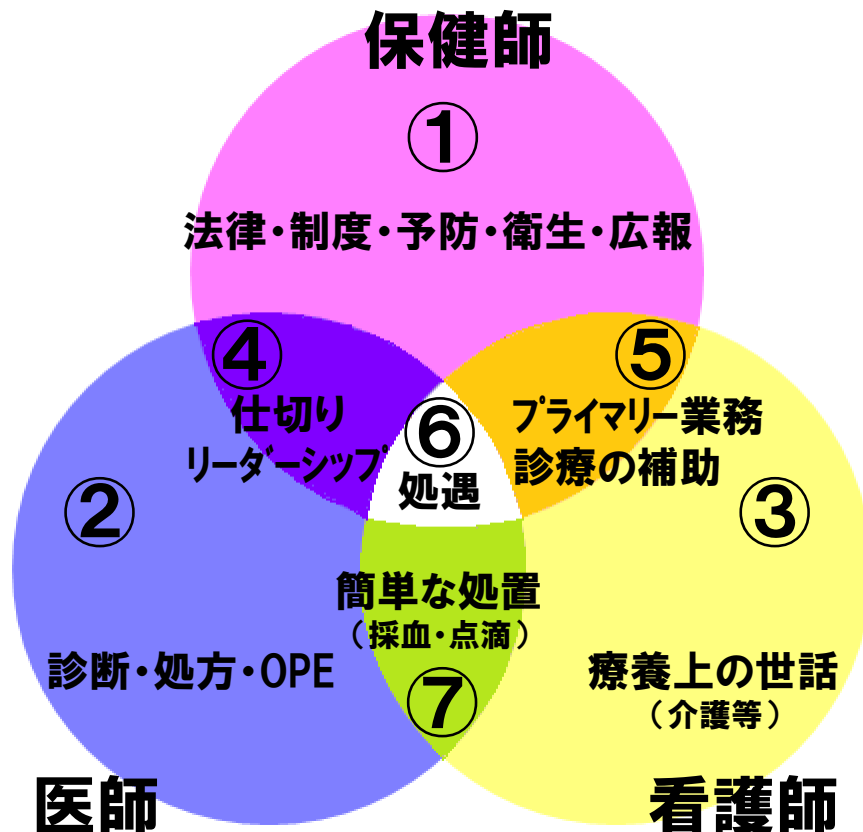
④は病棟医長が仕切ります。

⑥は主治医の先生がしますからチューベン  
クラスの先生ですね。

⑦採血・点滴なんかは研修医がするもん  
ですね。

なぜか精神科では⑥をやるのがオーベン・  
教授だったりする文化がありますね…

# 看護師マキシマムモデル (一般病院モデル)



→③⑤⑥⑦を看護が行うことを一般病院モデルと呼ぶ

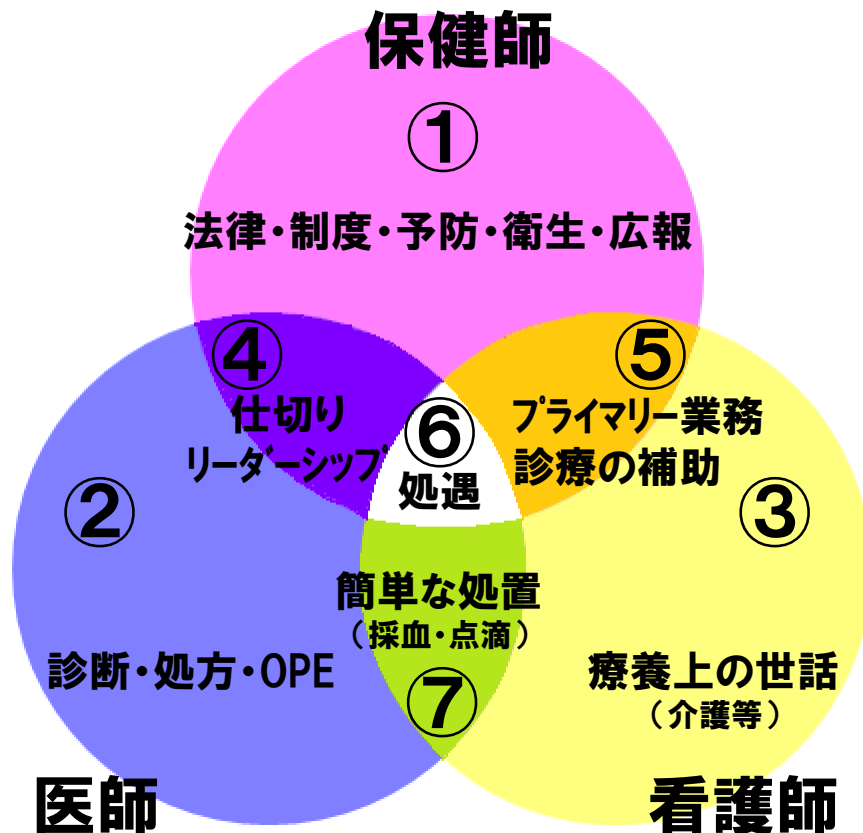
完全な縦割り社会で上下関係に厳しく看護部長・看護師長が看護職員に完璧主義を求め続けるモデル。別名、怖い婦長モデルという。

仕事はするが、⑥の部分医師の責任にして押し付けたりする習慣がある。

④に関しては「医師の指示のもと職種」なのでやることはありませんね

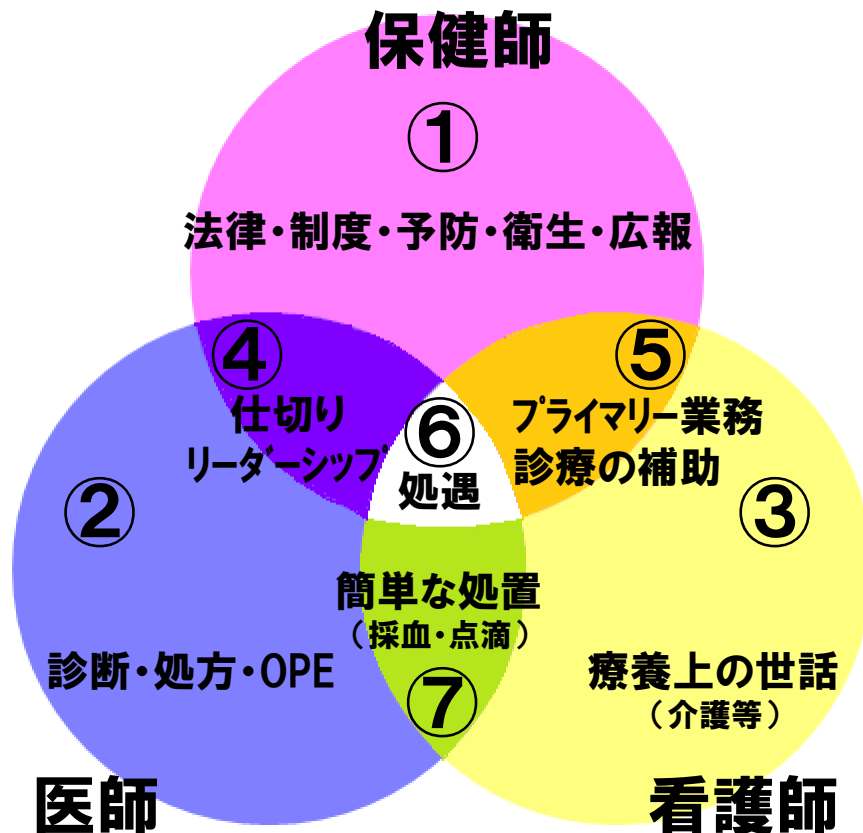
# 成仁モデル

## (B/P/S 役割機能別モデル)



→①～⑦を分割して  
業務限定を行い狭く深くやるのが  
成仁モデルですね。

# 保健師マキシмумモデル (これを臨床保健師と定義)

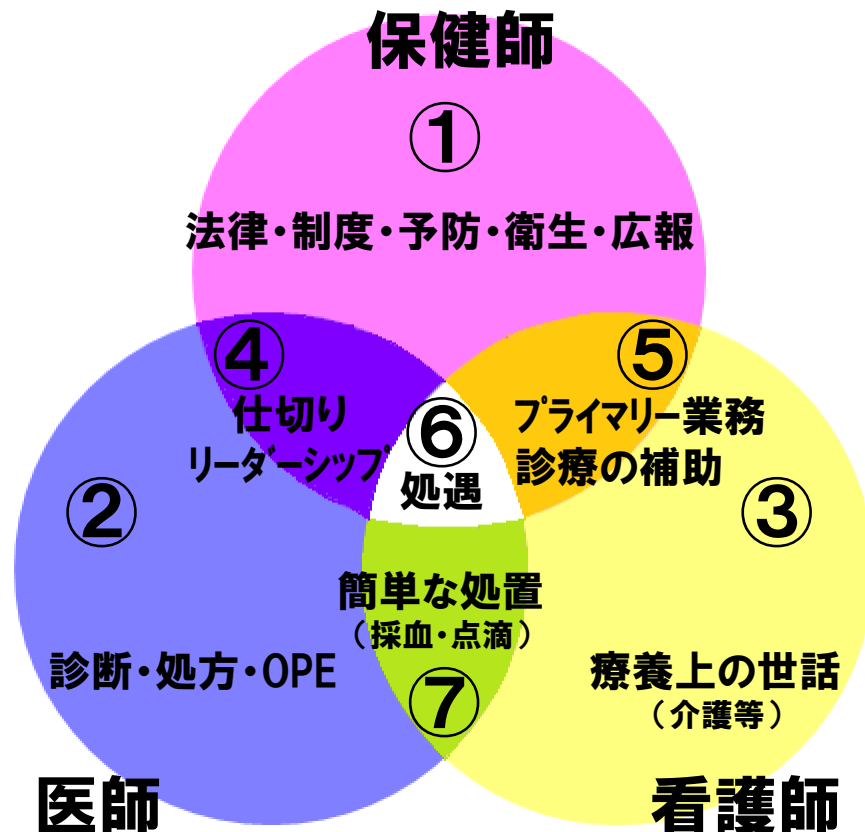


→①④⑤⑥を保健師が行うことを  
臨床保健師業務と呼ぶ

この形になると医師は処方・診断・  
処置だけになるので、主治医制を  
敷く必要性もなくなる。

主治医→主治 保健師 となり、  
医師は当番制でいい。  
処方医や処置医が存在する。

# 臨床保健師の意義



臨床の場における「保健師の独立」を目指します。

ある一定の割合で保健師が充足されれば昨今、騒がれている医師の業務負担軽減に十分な効果をもたらすことであろう。  
(すべて臨床保健師モデルではなく、主治医制と併用がいいでしょう)

それを証明する研究を実践していきたい。

特定看護師と騒がれているが⑦を拡大するだけであり、あまり効果がないように見える

保健師の職域とイデオロギーの問題である。