



厚生科学研究費補助金

厚生科学特別研究事業 研究課題番号 H13-特別-058

諸外国における看護師の業務と役割に関する研究

平成13年度 総括研究報告書

主任研究者 山本 あい子

平成14年(2002年)3月

まえがき

日本政府は、少子高齢化社会における国民の健康維持・増進のための模索を続けている。例えば、「健康日本21」、「健やか親子21」、「次世代育成支援対策推進法」などの策定と、その設定目標達成のための具体的活動支援は一例である。看護界でも、看護ケアの質の向上や看護教育内容の再考などを通して、国民の健康ニーズに応える方略を試行し続けている。

人々が求める看護ケアの質や量は、医療界を取り巻く状況や環境の変化と密接に関係している。これらの状況や環境には、医療の高度化や複雑化、医療に対する人々のニーズの多様化、また医療ケア提供の場が医療機関から人々の生活の場へと拡大していることなどが含まれている。

医療費の増大を防ぎつつ、人々の健康ニーズに答えるために、看護師には何ができるのだろうか。諸外国における看護師の業務や看護教育の実態を知り、日本における看護師のあり方、特にその業務内容や範囲を再検討しようと考え、本研究に取り組んだ。本報告書の中で提示している研究結果が、人々の健康ニーズを満たすことやそのための看護ケアのあり方に貢献できることを祈っている。

主任研究者
兵庫県立看護大学
教授 山本あい子

研究組織

- 主任研究者 山本あい子（兵庫県立看護大学 教授）
担当国：アメリカ
- 研究分担者 南 裕子（兵庫県立看護大学 学長）
担当国：オーストラリア
- 研究分担者 片田 範子（兵庫県立看護大学 教授）
担当国：オーストラリア
- 研究分担者 輪湖 史子（（社）日本看護協会国際部 部長）
担当国：デンマーク
- 研究分担者 花出 正美（（社）日本看護協会認定部）
担当国：アメリカ
- 研究分担者 勝原裕美子（兵庫県立看護大学 講師）
担当国：ドイツ・フランス・イギリス
- 研究分担者 近藤 麻理（兵庫県立看護大学附置研推進センター 講師）
担当国：タイ・シンガポール
- 研究分担者 津田万寿美（兵庫県立看護大学附置研推進センター 講師）
担当国：大韓民国・中華人民共和国
- 研究分担者 増野 園恵（兵庫県立看護大学 助手）
担当国：ドイツ・フランス・イギリス

平成 14 年 3 月現在

目 次

I. はじめに	1
II. 研究目的	1
III. 研究の経過	1
1. 研究方法	1
2. 調査期間	2
3. 調査対象国	2
4. 調査項目	2
IV. 結果	4
1. オーストラリア	4
1) 保健医療の概要 04	2) 保健医療システム 06
3) 保健医療政策の優先課題 08	4) 看護教育制度 08
5) 看護業務および裁量権の現状と課題 12	
2. ドイツ	16
1) 保健医療の概要 16	2) 保健医療システム 18
3) 保健医療政策の優先課題 19	4) 看護教育制度 19
5) 看護業務の現状と課題 24	6) 裁量権の現状と課題 28
資料 30	
3. フランス	36
1) 保健医療の概要 36	2) 保健医療システム 38
3) 保健医療政策の優先課題 39	4) 看護教育制度 39
5) 看護業務の現状と課題 42	6) 裁量権の現状と課題 46
資料 48	
4. イギリス	52
1) 保健医療の概要 52	2) 保健医療システム 54
3) 保健医療政策の優先課題 56	4) 看護教育制度 57
5) 看護業務の現状と課題 62	6) 裁量権の現状と課題 65
5. デンマーク	68
1) 保健医療の概要 68	2) 保健医療システム 69
3) 看護職の教育・資格の背景 74	4) 看護実践 78
5) 考察およびわが国への示唆 82	
6. アメリカ	84
1) 保健医療の概要 84	2) 保健医療システム 86
3) 保健医療政策の優先課題 88	4) 看護の資格・教育制度 88
5) 看護業務の現状と課題 98	6) 看護の役割の現状と課題 119
7. 大韓民国	122
1) 保健医療の概要 122	2) 保健医療システム 125
3) 保健医療政策の優先課題 127	4) 看護教育制度 128
5) 看護業務の現状と課題 131	6) 裁量権の現状と課題 135

8. 中華人民共和国	138
1) 保健医療の概要	138
2) 保健医療システム	141
3) 保健医療政策の優先課題	143
4) 看護教育制度	143
5) 看護業務の現状と課題	147
6) 裁量権の現状と課題	150
9. タイ	152
1) 保健医療の概要	152
2) 保健医療システム	155
3) 保健医療政策の優先課題	158
4) 看護教育制度	159
5) 看護業務の現状と課題	165
6) 裁量権の現状と課題	169
10. シンガポール	172
1) 保健医療の概要	172
2) 保健医療システム	175
3) 保健医療政策の優先課題	176
4) 看護教育制度	177
5) 看護業務の現状と課題	182
6) 裁量権の現状と課題	184
V. 考察	186
1. 看護基礎教育の4年制への移行とスペシャリストの養成について (認定看護師/専門看護師)	186
2. スペシャリスト(認定看護師/専門看護師)と登録看護師のちがいに ついて	186
3. 免許や認定(認定看護師/専門看護師)の質の保証について	187
4. 看護ケア提供の場の多様性への対応について	187
5. 変革を起こすための方略について	188
6. 本研究結果の政策決定への生かし方の一例	189
1) 看護師の裁量権の拡大	189
2) 新たな看護ケアの導入方法について	189
3) 看護職の資格・認定制度に関連して	189
資料(調査フォーマット)	192

I はじめに

日本における看護師の業務は、昭和23年に制定された保健婦助産婦看護婦法第5条に、「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助」と定められている。しかし、この「療養上の世話又は診療の補助」という業務内容の記述は、時代の変化の中で現状とは合わないものとなっている。

医療ケアやそれを取り巻く環境の中で生じている変化には、医療の高度化や複雑化、あるいは国民の医療に対するニーズの多様化、さらには在宅療養など医療ケアが提供される場の拡大などが挙げられる。このような変化に対応するためには、「療養上の世話又は診療の補助」といった従来の看護業務のあり方では、対象者のニーズに合った質の良い看護ケアを提供することができなくなっている。また、医療ケアが提供される人々の生活の場において、看護職はこの記述の範囲を超えた業務内容を行っているのも事実である。

医療界を取り巻く環境と状況の変化、あるいは医学の進歩に伴って、看護教育も変化している。看護基礎教育の大学化やスペシャリスト教育課程（専門看護師や認定看護師）の出現はその一つである。これらの教育を通して、より専門的で質の高い看護ケアを実践できる人材の育成へとつながっている。そしてこれらの看護スペシャリスト達は、実際には「療養上の世話又は診療の補助」以上の看護ケアの提供を行っている。

折しも坂口厚生労働大臣が、医療・看護の提供体制を国民の視点で見直し、また看護職が独自の判断で行えることを明確にする必要性を表明された。これを受けて、本研究は諸外国における看護師の看護活動の実情を調査し、その結果から日本における新たな看護師のあり方を模索しようと試みたものである。

II 研究目的

諸外国における看護師の業務内容とその範囲および新たな看護師のあり方等について調査し、わが国の時代の流れにふさわしい新たな看護師の業務のあり方を検討することを目的とした。

III 研究の経過

1. 研究方法

- 1) 諸外国の看護師の業務及びその範囲、新たな看護師のあり方等について文献的研究を実施した。
- 2) 諸外国の看護リーダー等を対象に、看護師の業務及びその範囲、新たな看護師のあり方について聴き取り調査あるいはアンケート調査を実施した。

- ① ドイツ・フランス・オーストラリアの3ヶ国においては、研究者が訪問調査し、看護リーダー等にインタビューを実施した。
- ② その他の国については、対象国の看護リーダー等に対してアンケート調査を依頼あるいは在日中であった対象国の看護リーダー等に対しインタビュー等の方法で調査を実施した。

2. 研究期間

平成13年4月～平成14年3月

3. 調査対象国

調査対象国は、以下の10カ国とした。

- 1) オーストラリア
- 2) ドイツ
- 3) フランス
- 4) イギリス
- 5) デンマーク
- 6) アメリカ
- 7) 大韓民国
- 8) 中華人民共和国
- 9) タイ
- 10) シンガポール

4. 調査項目

調査項目は以下のとおりである。

- 1) 保健医療の概要
 - ① 基礎データ：保健医療水準を示す指標
 - ② 保健医療関連職種
- 2) 保健医療システム
 - ① 保健医療システムの概要
 - ② 医療サービスの特徴
 - ③ 医療保険および介護保険の仕組み
- 3) 保健医療政策の優先課題
- 4) 看護教育制度
看護師の基礎教育および専門看護師等の教育について調査
- 5) 看護業務の現状と課題
看護師および専門看護師を対象に、具体的な看護業務項目について現状を調査
- 6) 看護師の裁量権の現状と課題

IV 結果

1. オーストラリア

1. オーストラリア

1) 保健医療の概要

(1) 基礎データ

オーストラリアと呼んでいる太平洋に位置する国は正式にはオーストラリア連邦(Commonwealth of Australia)であり、6つの州と北部準州、ならびに首都特別地域(キャンベラ)から成る世界最大の島大陸であり、資源に恵まれた国である。総面積は約769.2万km²、日本の約20倍である。しかし、国土には人が住むには適さない砂漠や沼地、荒地が多く、人口約1,972万人(2002年9月)の大半は東海岸を中心とした大都市(シドニー、メルボルン、ブリスベン、アデレード)そして西オーストラリアの州都パースに集中している。そこに住む人々は建国の歴史から移民が多く、現在もイギリス、アイルランド以外のヨーロッパ諸国やアジア地域からの移民が急増している。現在の人口比率は、先住民族であるアボリジニーが全人口の約2%、白人系が約92%、アジア生まれの国民が約6%であるといわれている。積極的に移民や難民を受け入れている影響から、65歳以上の人口比率は1991年が11.2%、1996年が12.0%と、先進諸国の中では高齢化は緩やかであったが、2020年には22.4%に達すると予測されており、高齢者ケア財政増加への対策が大きな課題となっている。2000年の平均寿命は男性が76.6歳、女性が82.1歳である。

表IV-1-1 オーストラリアの基礎データ

項目	単位	データ(1999年)	データソース
人口	人	19,138,000(00)	WHO
60歳以上の人口比率	%	16.3(00)	WHO
人口増加率(90-99')	%	1.3(00)	WHO
出生率	人口千対	13(00)	UNICEF
死亡率	人口千対	8(99)	UNICEF
*5歳以下の死亡率	人口千対	1(99)	UNICEF
*乳児死亡率	出生千対	5(99)	UNICEF
平均寿命	年	78(00)	WHO
男性	年	76.6(00)	WHO
女性	年	82.1(00)	WHO
年間の総医療支出 (国民医療費)	US\$		
医療費の対GDP比	%	8.6(98)	WHO

WHO:The World Health Report 2000

UNICEF:The State of The World Children 2001

(2) 保健医療関連職種

オーストラリアの主な保健医療関連職種として、医師、看護師、准看護師、理学療法士、薬剤師等がある。

医師は、5年間の大学教育後、医師国家試験に合格することで免許を取得できる。卒業後は1～2年のインターンを経験する。開業一般医(GP=General Practitioner 家庭医)と、病院に勤務する医師がおり、GPは全医師の約40%を占めている。

看護職には、看護師と准看護師があるが、教育制度のほか役割や業務内容に明確な違いがあり、それは就業先の違いにも現れている。看護師は病院に、准看護師はナーシングホームやホステルに多く就業している。

理学療法士は比較的新しい職種であるが、高齢化の進行により、医療チームの中でも重要な位置を占めてきている。大学教育(4年)であり、病院や高齢者介護施設、開業セラピストとして幅広い活躍をしている。この職種は女性が圧倒的に多かったが、最近では男性が増加してきている。

2000年のデータでは、オーストラリアにおける保健医療関連従事者は約64万3500人おり、労働者全体の7.1%を占めるという。

各医療関連職種の資格取得のための教育や免許登録は、6つの州(ニュー・サウス・ウェールズ州、ビクトリア州、クイーンズランド州、南オーストラリア、西オーストラリア州、タスマニア州)と1つの準州(北部準州)によって、特有の方法がとられている。

2) 保健医療システム

(1) 保健医療システムの概要

オーストラリアは国民皆保険制度を有する国である。国民が医療を受ける場合、まず開業一般医（GP：General Practitioner 家庭医）の診療を受け、その判断により病院や専門医を紹介される。開業一般医からの紹介状が無ければ、専門医に直接受診することはできない。メディケア（国民医療保険制度）によって公立病院では原則的に無料で医療が受けられる。全病院の約7割が公立病院であること、公立病院と民間病院に設備や医療水準の大差がないことから国民のメディケアへの信頼や満足感には高いものがある。

しかし、公的病院だけでは、医療需要を完全には満たすことができず、緊急以外の手術の順番待ちが日常化している。公立病院の順番待ちに対応できない場合や希望する医師や病院を選択する場合等に、国民は民間医療保険を利用し民間病院受診を選択している。

(2) 医療サービスの特徴

地域の大きさやそこに住む人々の違いにより必要なケア体制が異なり重点課題によっては民間のボランティアやサービス提供者達によるケアシステムの提案などを勘案し、公的補助制度を活用しながら、多様なサービスシステムの活性化を図っているようである。

① 一般開業医院・病院

一般的に、一次医療は開業一般医（GP：General Practitioner）に、二次医療は総合病院や専門病院へ、という仕組みが国民に浸透している。

全病院数に占める公立病院の割合は高く、1995～1996年のデータでは急性期病院1,027施設のうち、公立病院が704施設と約70%が公立病院である。在院日数の短縮化が進んでおり、平均3.7日である。入院期間短縮化の工夫として、家庭への術前訪問や日帰り手術、退院後の訪問リハビリテーション等を行っている施設もある。

② 高齢者ケアアセスメントチーム（ACAT）

高齢者ケア施設として、ナーシングホームとホステルが該当施設である。ナーシングホームやホステルへの入所には、高齢者ケアアセスメントチーム（ACAT：Aged Care Assessment Teams）の判定が必要である。このチームは、医師、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士などの専門家からなり、全国的な基準に基づいた入所評価判定により、在宅ケアあるいは施設入所ケアが適切であるかを判定している。不必要な施設入所を防ぐとともに、介護の基準の公平をはかる目的から1983年にビクトリア州でモデル事業として始められ、1984年からは全国的な規模で取り入れられたシステムである。

ACATは、判定だけに留まらず、高齢者の希望を聞き、そのニーズに適したサービスが受けられるようケアプランを作成している。このケアプランを

参考に、ホームヘルプサービスや訪問看護、配食サービス、デイサービスが施行される。

③ ナーシングホーム

ナーシングホームは 1950 年代から高齢者ケアのための施設として作られた。施設介護手当（1963 年）やナーシングホーム奨励策（1966 年）などにより大規模で充実した設備の整備・拡大が進められた。しかし、その後、公的運営資金の増加、施設ケアから在宅ケアへの社会の変化により抑制策が取られ、ナーシングホームは重度ケア対応施設へと変換された。現在、ナーシングホームは、高齢者アセスメントチームにより、日常的に高度な看護ケアを必要と判断された者の入所施設となっている。公立の施設のほか非営利団体等が運営する民間施設もある。しかし、民間であっても公的資金で運営されている施設がほとんどである。費用は入所者の経済状況に応じた自己負担となっている。

④ ホステル

ホステルは、日常的に家事援助が必要とされる 60 歳以上の高齢者に対し居住と軽度ケアを提供する施設である。入所は、高齢者アセスメントチームの評価により入所が適当と認められる必要がある。費用についてはナーシングホームと同様、経済状況による応分自己負担である。

⑤ 訪問看護センター

アセスメントチームの評価により、施設への入居が不必要であった場合は、地域・在宅ケアサービスの提供が受けられる。

1980 年代半ばから施設ケアから在宅ケアへの発展・充実が図られた。在宅療養者は、各州では地区ごとに設置されている訪問看護センターから派遣される訪問看護師によって、24 時間の訪問看護を受けることができる。費用は個人の所得に応じた自費負担であるが、公的な補助制度もある。

⑥ フライング・ドクター・サービス

広大な国土のオーストラリアにおいては、僻地地域の保健・医療提供は課題のひとつである。フライング・ドクター・サービスは 1972 年に、どの地域にも 2 時間以内に医師が飛行機で往診する制度として設立された。全土 12 ヶ所の無線基地と 6 つの医療サービスを高周波無線ネットワークで結び、緊急対応や定期的な予防医療も含めた医療サービスを全土に提供している。

（3）医療保険および介護保険のしくみ

① 医療保険制度

政府の医療保険制度の中心はメディケア（公的皆保険制度 Medicare）といわれるシステムで、その財源は所得税を主とする一般税収で賄われている。医療保険には、このメディケア（国民医療保険）と民間医療保険の 2 種類がある。

メディケアは、1984 年に設立され、公立病院において原則的には無料で医療が受けられる制度である。保険料は有所得者の収入の 1.5% を医療保険

料として所得から直接徴収される。

民間医療保険は、患者自身が希望する医師や病院を自由に受診できるなど選択肢を広げるために設けられた仕組みといえる。しかし、民間の医療保険加入者数が少ないことは、国民の公的医療への満足感が大きいいためか受益者負担の大きさのためか評価が分かれるところである。

②介護保険制度

日本のような介護保険制度はない。オーストラリアでは介護は医療との沿線上で考えられており、メディケアや民間医療保険が適応となる範疇は日本より広く、介護や家事援助等がその対象となる。高齢や障害により介護が必要になった場合の施設入所サービスや24時間体制の訪問看護サービスが整備されており、自己負担は個人の経済状況による応分負担である。

3) 保健医療政策の優先課題

高齢化の進行に伴い生活習慣病の増加、移民や難民の多数受け入れなどにより、医療費支出は年々増加傾向にあり、その抑制が課題となっている。政府は、健康問題の優先事項として、疾病の70%以上に関連している6分野一循環器系疾患、がん、傷害、精神衛生、糖尿病、喘息一に注目し、予防・管理等の対策を進めている。65歳以上の高齢者のアルツハイマー型痴呆やその他の痴呆患者数は、5年毎に倍増しているとのデータもあり、痴呆患者のケアへの国民の関心は高く、痴呆患者に対する対策も急務となっている。

また、広大な国土を有するオーストラリアでは、僻地や奥地に居住する国民に対する保健・医療ニーズの把握とサービスの提供も課題のひとつである。ORH(Office of Rural Health)を置き、医療施設の整備や医療従事者の配置の努力や、その地域の実状ににあった保健医療支援対策に継続的な予算補助を行っている。

4) 看護教育制度

(1) 基礎看護教育

オーストラリアの看護職には、看護師、准看護師がある。看護教育プログラムの認定や看護教育制度については各州が独立した権限を持っており、州ごとに独自の看護法・規則を有している。各州にある看護登録局(Nursing Registration Board)が大学の看護教育プログラムの認定、看護免許の発行・登録を行っている。各看護登録局においては理事会構成がそれぞれの州の教育機関の責任者、病院組織等の看護代表者、看護職能団体の責任者、多職種からの代表、一般人代表などのメンバーで成り立っており、上述した機能の実施に関与している。オーストラリア看護審議会(Australian Nursing Council)は各州の看護登録局選出の役員等で構成され国内全体の看護教育プログラムや看護の水準について審議している機関である。

①看護師の基礎教育

オーストラリアの看護師の看護教育は、1976年に大学に看護学科が設置されてから、急速に大学教育、大学院教育が広がった。1993年からは病院附属で行われていた看護師養成を中止し、3年制の大学教育に一本化された。現在オーストラリア国内には約30校の看護系大学がある。病院附属の養成所で看護師免許を取得した者は、臨床経験と大学への編入学(1年間)によって学位を取得できる制度がある。免許取得のための国家試験はないが、卒業するためには、オーストラリア看護協会が看護師の能力基準として定めた規定を達成しなければならない。卒業によって看護の学位(Bachelor of Nursing)が得られ、各州の看護登録局(The Nurse Registration Board)に登録することによって看護師(Registered Nurse)の免許が交付される。卒業後1年間は、いろいろな病院が提供している新人研修コース(Graduate Nurse Program)に応募し、臨床実践教育を受ける仕組みになっている。

3年間の大学教育は大学への連邦政府からの資金援助の範疇によるものが多く、大学それぞれの独自のカリキュラムの工夫が行われている。3年制カリキュラムは看護専門科目がほとんどであり、一般教育科目の配置が少ないことが特徴である。概して他国の大学教育システムが4年制をとっているところが多いこともあり、3年の学士課程に特加して、1年助産や精神、公衆衛生などの課程をでることによってそれぞれの免許登録が可能となるコースを持つ大学もある。助産教育については極少ない数ではあるが、直接助産学を学び免許を取得することの出来る課程も存在している。

免許は、毎年各州の看護登録局において登録の更新をしなければならない。州を移った場合には、移動先の州で規定の期間内に登録が必要である。また、看護師として5年間以上勤務しなかった場合は、再登録にあたり、各州の看護登録局に認められた再教育課程を修了する必要がある。

②准看護師の教育

准看護師の教育はCollegeで行われ、教育期間は1年間である。入学資格となる基礎義務教育年限は12年である。卒業後、州政府の試験に合格することで認定され、看護登録局に登録後、准看護師として勤務することができる。また、大学への編入(3年間)によって看護師に移行することが可能である。

オーストラリアの准看護師数の割合は、正看護師数の1/5程度と日本に比べ圧倒的に少ない。また、准看護師は、「看護師の指示のもと」で働くことが規定されており、指示系統が一本化されており、看護師と准看護師の業務範囲についても明瞭に規定されている(静脈注射、投薬、導尿、チューブ挿入はできないなど)ことから、病院に勤務する准看護師は少数であり、多くはナーシングホームやホステルに勤務している。

オーストラリアでは、看護職のマンパワーの需要が満たされてきており、准看護師の新たな就業が狭くなってきている状況にあるが、看護師とは異なる役割があるとして、准看護師養成は継続されている。

表 IV-1-2 オーストラリアの看護資格および教育

看護の基本資格 (Basic/General)				
資格の種類		Registered Nurse 看護師	Enrolled Nurse 准看護師	
看護教育	入学資格	高校卒業	12年間の基礎義務教育	
	教育期間／機関	3年間／大学	1年／College	
	資格取得のための教育プログラムの認定機関	各州の Nurses Board		
	根拠法	各州の看護法 (Nurses Act)		
	実習中の活動範囲			
ライセンス	資格のタイプ (免許、認定等)	免許・州の Nurses Board への登録制	州政府の認定	
	資格試験の有無	無し 大学卒業と同時に免許取得	(州政府の資格試験) 有り	
	資格の発行機関・認定機関	各州の Nurses Board	各州	
	登録機関	各州の Nurses Board	各州の Nurses Board	
	更新制度	有無	有り 毎年要更新	
		更新機関	各州の Nurses Board 州外への移動の場合は移動先の州で再登録が必要	
		方法基準	毎年更新が必要 5年間以上更新していない場合は NB に認められた再教育課程を修了後、再登録。	
	根拠法、制度的裏付け	各州の看護法 (Nurses Act)		
資格の法的な定義	有り	有り		
法律上の業務制限	特に無し	有り		
特記事項		正看護師の指示の下に働く。多くはナーシングホームかホステルで勤務。		

(2) 卒後教育

オーストラリアでは、看護師の昇給制度が確立されており、新卒1年目の「グレード1」～看護部長クラスの「グレード7」までの7段階の区分がある。グレードは、看護師経験、職場や病院の規模、役職、卒後教育による専門領域の認定資格の有無等によって決められている。これは、各州の労働関

連法の中の看護師報酬規定に定められており、州内において病院が変わった場合も、同ポジションであれば報酬は変わらない。看護師個人の関心と意欲、努力によってキャリアが開拓でき、その専門性が臨床で活用でき、かつ身分保証がされるシステムが整っているといえよう。卒後教育は、以前は病院だけで行われていたが、1987年以後の看護改革によって大学においても多様な卒後コースが組まれるようになった（州、大学、病院によって設置のコースに違いがある）。

ニューサウスウェールズ州の例で見ると、病院における卒後コースは、助産看護学(Midwifery Nursing)、手術看護学(Operating Theatre Nursing)、麻酔・リカバリー室看護学(Anesthetic /Recovery Nursing)、集中治療室看護学(Critical Care Nursing)、未熟児新生児集中治療看護学(Neonatal Care Nursing)、ターミナルケア看護学 Terminal/Palliative Care nursing)、小児看護学(Pediatric Nursing)、脊髄損傷者看護学(Spinal Injury Nursing)等があり、コースによって6ヵ月から1年の教育期間である。

大学で行われる卒後コースとして、地域保健看護学(Community Health Nursing)、老人看護学(Gerontic Nurse)、母性看護学(Maternal Health Nursing)、精神看護学(Advanced Psychiatric Nursing)、看護教育学(Nursing Education)、看護管理学(Management)等のコースがある。教育期間はコースにより1年あるいは2年である。大学院では修士課程が2年間、博士課程が3年間である。

表IV-1-3は、ニューサウスウェールズ州で認定されているナース・プラクティショナーの種類である。ナースプラクティショナーと認定されるためには2つの方法がある。ひとつは大学院で専門の領域で1年の課程を修了する方法、もうひとつは得ようとする専門領域での臨床経験を証明する書類等の必要書類を提出し、面接審査(Peer review interviw)を受ける方法である。ナースプラクティショナーおよび助産師は開業することが可能である。

表IV-1-3 オーストラリアの Nurse Practitioner(NEW South Wales 州)

Advance/Specialist 資格				
資格の種類		Maternal and child Health Nursing (母子専門看護師) High Dependency Nursing (集中ケア看護師) Mental Health Nursing (精神専門看護師) Rehabilitation and Habilitation Nursing (リハビリ専門看護師) Medical/Surgical Nursing (外科創傷専門看護師) Community Health Nursing (地域専門看護師)		
看護教育	前提要件	看護師免許取得者	看護師免許取得者	
	教育機関 期間	大学院修士課程 1年(パートタイムは2年)	高次のレベルの臨床経験がある看護師は、各証明書提出と面接審査で認定	
	教育プログラムの 認定機関	各州 NB		
	根拠法	無し	無し	
ライセンス	資格のタイプ	認定	認定	
	資格試験の有無	無し	有り (Peer review interview)	
	申請要件	正看護師免許保持 修士課程修了	正看護師免許保持 / 履歴書・事例研究・6年以内に該当領域に5000時間以上勤務の証明	
	免許発行 / 認定	認定	認定	
	登録機関	各州 NB	各州 NB	
	更新 制度	有無 実施機関 方法 基準	有り 各州 NB	有り 各州 NB 資格証明書の提出
	根拠法	無し	無し	
法的に基礎資格と業務範囲が異なるか		無し	無し	

5) 看護業務および裁量権の現状

オーストラリアでは、看護職の社会的地位が確立されているといわれるが、それを獲得するためには、長期にわたる看護職の努力によってもたらされた。1987年、ビクトリア州で行われた大規模なストライキに端を発し「看護職の給与のアップ」「看護職昇給システムの確立」「看護職と患者の比率の明確化」「看護ではない業務の定義づけ」「州内における看護大学教育統一化の促進」等の改革が進み、オーストラリア国内における看護職の社会的地位の確立へとつながった。

その後、1991年から施行の看護法(Nursing Act)によって、各州の看護登録局が、各州の看護関連の法律に基づき、看護教育や看護水準の向上にむけた施策、医療機関に携わる看護師免許登録制度の監視を行うこととなった(州によ

って看護師資格の規定は多少異なる)。「看護ではない業務」としてあげられた一般事務、検査室等への患者の移送等は、その後、病棟事務専任者や患者搬送者という専任者が行うようになった。

看護法には、看護師の業務内容について具体的な記載をしていない。そのことについて、オーストラリアの看護師は、看護業務を規定の文言で拘束されることなく、新たな看護業務を検討していくことが可能である、と肯定的に評価している。新たな看護ケアやケア提供体制の導入にあたって、人々の健康ニーズに基づいたパイロット事業を実施し、その結果により全国的な普及、体制や制度の整備をはかっていることは、その表れといえよう。ニューサウスウェールズ州では、遠隔地で働く医師の負担を軽減させるために40人までの看護師にトレーニングを与えて認定し、医師の仕事を一部代行させる法を設定した。看護師が診断し、医薬を処方し、診断に必要な諸検査決定を認めるものである。これも、新たな試みのひとつである。これらの諸規定の設定にはすでに既に実践している人の存在を確認し、関係する多職種で構成される審査会が組織され、どの範疇まで医薬の処方が可能であり、どのように許可するか等具体的な事例を検討しながら進めるものである。

オーストラリアの医療機関の中には、現在でも、「患者は医師のもの」との考え方が未だにあり、医師が主導で決定する事項が多い施設もある。入退院の決定や薬剤処方についても医師の裁量である。しかし、最近では、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士等の専門職としての質の向上と社会的な地位の高まり、国民の医師個人の裁量で決まることへの不公平感等から、医師を始めとした医療関係専門職種がチームを組み、ミーティングを重ねて治療方針等を決定する傾向が見られる。

看護師には薬剤処方の裁量はないが、医師の処方箋の記載は薬量について幅を持たせた記載であることが多いという。それは、看護師は、患者の状況に応じて処方の範囲内で薬量を調節することや時には中止することが可能であり、また、看護師の責任、業務であるにとらえているためである。

裁量権の拡大については、人々のニーズに対応するために不可欠なことがあることが理解され始め、職種を超えてそのニーズに対応するための方策を考えることから始まるようである。実績主義であり、その実績を本人の申請だけではなく、ともに働いている人やケアをうけた人たちからの推薦書類を含めて検討して専門家の出来る範囲を決めるシステムを取っているところがあり、変革をもたらす課程の多様性をかいま見たようである。

日本に比べ、専門領域の資格取得によって看護業務の拡大が認められ、新たな看護ケアの改革を積極的にはかっているといえるのではないだろうか。

この稿は、日本内で入手出来る文献や資料に加えて、西オーストラリア州のバースビクトリア州の看護登録局局長との面談、Edith Cowan University, La Trobe University, University of Sydney の各大学関係者へのインタビューならびに病院施設見学等を含めてまとめた。この広い国は連邦政府の方針と州による自治から規定や方策が定められており、本稿については一言で、全容を語ることは決して出来ないことで有り、意図したことでもないことをご了承ください。

< 参考文献 >

- 1) 片田範子, 金井 Pak 雅子, 佐藤紀子, 内布敦子, 丸光恵, 鈴木志津枝, 勝原裕美子ほか:平成 12 年度看護政策立案のための基盤整備最新事業報告書. 日本看護協会, 95-99, 2000.
- 2) The International Nursing Foundation of Japan:31 Australia. Nursing in the World, 182-187, 2000.
- 3) 染谷淑子:豊かな国の豊かな老後・オーストラリアの高齢者福祉. 中央法規, 1999.
- 4) 田村正枝, 佐藤清江, 藤田麗子, 西田豊美, 大月さとみ, 三村則子, 増田志津恵, 沼倉智子:先駆的保健活動交流推進事業海外保健調査 高齢者への質の高いケアをめざしてーオーストラリアの高齢者ケア改革ー. 日本看護協会, 1996.
- 5) 小島操子ほか:平成 7 年度厚生省看護対策総合研究事業研究報告書 諸外国の変動する看護システムに関する研究. 1996.
- 6) 洋子・マフィー:オーストラリアの医療・看護事情. ふれあい企画, 1994.

< インターネット資料 >

- 1) オーストラリア看護審議会 (AUSTRALIA NURSING COUNCIL INC):
<http://www.anci.org.au>
- 2) ニューサウスウェールズ州看護登録局 (NURSES REGISTRATION BOARD New South Wales): <http://www.nursesreg.nsw.gov.au>
- 3) 連邦政府保健・高齢者介護省 (Commonwealth Department of Health and Aged Care):
<http://www.health.gov.au>
- 4) 在日オーストラリア政府ウェブサイト: <http://www.australia.or.jp>
- 5) 世界保健機構 (World Health Organization): <http://www.who.int/en/>
- 6) 瀬間あずさ:オーストラリアでの高齢者対策. 週刊医学界新聞, 第 2289 号, 第 2299 号.
1998: <http://www.igaku-syoin.co.jp/nwsprr/>
- 7) オーストラリアヘルスケアホットニュース 1999 :
<http://www.ajhealth.com.au/hotnews99.htm>

< 訪問先 : インタビュー >

- 1) Edith Cowan University(Perth)
Prof Prof Harman
A/Prof Bronwyn Jones
Ms Helen Newnham
Dean-Prof Patrick Garnet
Associate Dean A/Prof Jim Cross
School of nursing Program Directors
- 2) Nurses Board of Western Australia(Perth)
Ms Margaret Watson
- 3) La Trobe University(Melbourne)
Prof Rhond Nay
Prof Alan Pearson
- 4) Nurses Board of Victoria(Melbourne)
Ms Barbara Carter
- 5) University of Sydney(Sydney)
Prof M.Colleen Stainton