

IV 結果

2. ドイツ

2. ドイツ

1) 保健医療の概要

(1) 基礎データ

人口は約 8000 万人である。60 歳以上の人口比率が 23.2% (65 歳以上の人口比率は 16.4%)、平均寿命は男性が 74.3 歳、女性 80.6 歳と人口の高齢化が進んでいる。また、近年は死亡率が出生率を上回り、人口が減少する傾向にある。医療費の GDP に占める割合は 10.3% であり、他のヨーロッパ諸国に比べやや高くなっている。

表IV-2-1 ドイツの基礎データ

項目	単位	(年)	データソース
人口	人	82,017,000 ('00)	WHO Health Data 2001
60 歳以上の人口比率	%	23.2 ('00)	WHO Health Data 2001
65 歳以上の人口比率	%	16.4 ('00)	United Nation Population Division
人口増加率	%	0.3 ('90-'00)	WHO Health Data 2001
出生率	人口 10 万対	936.96 ('99)	Federal Statistical Office Germany
死亡率	人口 10 万対	1028.85 ('99)	
5 歳未満の死亡率	人口 10 万対	5.9 ('97)	1997-1999 World Health Statistics Annual
乳児死亡率	出生 10 万対	484.95 ('97)	
平均寿命	年	—	
男性	年	74.3 ('00)	WHO Health Data 2001
女性	年	80.6 ('00)	WHO Health Data 2001
年間の総医療支出 (国民医療費)	million \$	221,210 ('98)	OECD Health Data 2001
医療費の対 GDP 比	%	10.3 ('98)	

(2) 保健医療関連職種

ドイツの主な保健医療関連職種については、表 IV-2-2 に示す通りである。対人口当りの医療職の数は、医師、看護師、薬剤師共に我が国よりも多い。教育制度については、医師や薬剤師が大学での教育であるのに対し、看護師は専門学校での教育である。医師は診断と治療に責任を持つとされているが、医師以外の医療専門職による行為に対する医師の指示の要否等、医師とその他の医療専門職との関係については法律上明確な記載は見あたらない。

表IV-2-2 ドイツの保健医療関連職

職種	数	対人口比	資格のタイプ(免許・認定等)	ライセンス取得方法(教育)	資格が規定されている法律	法律で規定されている役割	業務独占	名称独占	権限の範囲	
									(どの範囲まで独自の判断、行動が可能か)	医師との関係/指示の要否(実際)
医師	294,676人 (00)*	(対千人) 3.6人	国家免許	大学での合計6年間の教育。免許取得までに合計4回の国家試験に合格する必要がある	連邦医師法	(医師のための職業規則第1条) 1. 個人および国民全体の健康に奉仕すること 2. 生命を維持し、健康を守り回復させ、苦痛を和らげること	あり	あり	NA	NA
歯科医師	63,120人 (00)*	(対千人) 0.7人	国家免許	医師とほぼ同じ		(教育訓練目標として以下の内容が上げられている) 1. 専門的、包括的、計画的な患者の看護 2. 診断および治療処置に関する綿密な準備、補助、および事後作業 3. 健康を増進する生活態度の提案と指導 4. 患者の心身状態ならびに患者の健康に影響をおよぼす状況の観察ならびにこれらへの観察事項の診断、治療および看護に関わる者への伝達 5. 医師到着までの患者の生命維持に始 6. 看護処置と直接関わりがある場合、行政関連の任務遂行	不明	あり	どのような行為について医師の指示が必要であると明確に書かれた法律はない。ただし、現在提出されている改正看護法(案)には、「協力の枠内で遂行される業務」の一つとして、「医師に命じられての処置の自主的実施」の明記があり、法的に医師やその他の職種との関係性を明確にしよとの動きがある。	ほとんどの医師的処置については、医師の直接の指示または処方箋に基づいて看護師が実施している。看護ケアに関する決定については、看護師が独自に行なうことが可能。
看護師	517,000人 (93)**	(対千人) 9.0人	国家免許	看護学校で3年間の教育を受けた後、資格試験に合格した者に資格証明書が与えられる	連邦看護師法					
薬剤師	53,223人 (00)*	(対千人) 0.6人	国家免許	大学での合計5年間の教育<学部教育4年(前期2年+後期2年)+実地教育1年>	連邦薬剤師法 薬剤師免許法 薬局法 医薬品法 など	(連邦薬剤師法) 第1条: 医薬品の供給業務 第2条(3): 薬品の開発、製造、試験	あり	あり	処方権は全て医師に帰すが、社会法典の規定により医師は、法廷健康保険の枠組みでは、経済的な医薬品を処方する義務がある。廉価な代替薬品があるにも関わらず、効果な医薬品を処方されている場合には、限られた範囲で代替調剤が可能である	
基礎学校 教員	181,300人 (00)*		州毎の資格	養成・研修・資格の設定は各州で異なる。基本は大学教育	各州法					

*Federal Statistical Office Germany **OECD Health Data 1995

2) 保健医療システム

(1) 保健医療システムの概要

ドイツでは、外来診療と入院ケアは明確に区分されており、入院ケアを行なう病院では、救急医療以外の外来診療は行なわれない。外来診療は、一般開業医・専門開業医が外来診療施設を開業して行なっており、必要時に病院へ紹介する。近年、開業医の形態は、リスクの分散や経費削減のため、単独ではなく共同開業型が増えてきている。開業医が入院医療を行なうこともない。医師、病院の選択は自由であるが、担当医師を3ヶ月間は変更できないなど一部制限がある。

(2) 医療サービスの特徴

①施設内医療

大別すると設置主体によって3つ（公立病院、公益病院、私立病院）に区分され、公立病院や公益病院には総合病院が多く、私立病院は単科病院が多い。病院総数は減少傾向にあるが、私立病院だけは増加傾向にある。平均在院日数は約12日であり、他の先進諸国に比して長めであるため、短縮にむけた取り組みの必要性が叫ばれている。

②地域医療

1995年より開始された介護保険制度を活用し、高齢者看護専門職等によるサービスが提供されている。

(3) 医療保険および介護保険のしくみ

①医療保険

公的医療保険が存在し、全人口の約90%が加入している。残りの約10%は民間の医療保険に加入している。民間の医療保険加入者は、公的な医療保険の対象外となる一定以上の年収がある被用者や多くの自営業者である。また、いずれの保険にも加入していない人も10万人程度いる。しかし、この無保険者は主に、非常に裕福な人々である。

保険の種類は職域により分かれており、地区の疾病金庫が保険者となっている。医療保険は連帯性の原理（各人の負担能力に応じて保険料が徴収され、それを財源として均一の給付内容が保証される）と現物給付の原則のもと運営されている。公的保険は原則10割給付であるが、1年以上同一の慢性疾患で受診している場合には、年収の1%程度を自己負担とする新しい制度が導入されている。

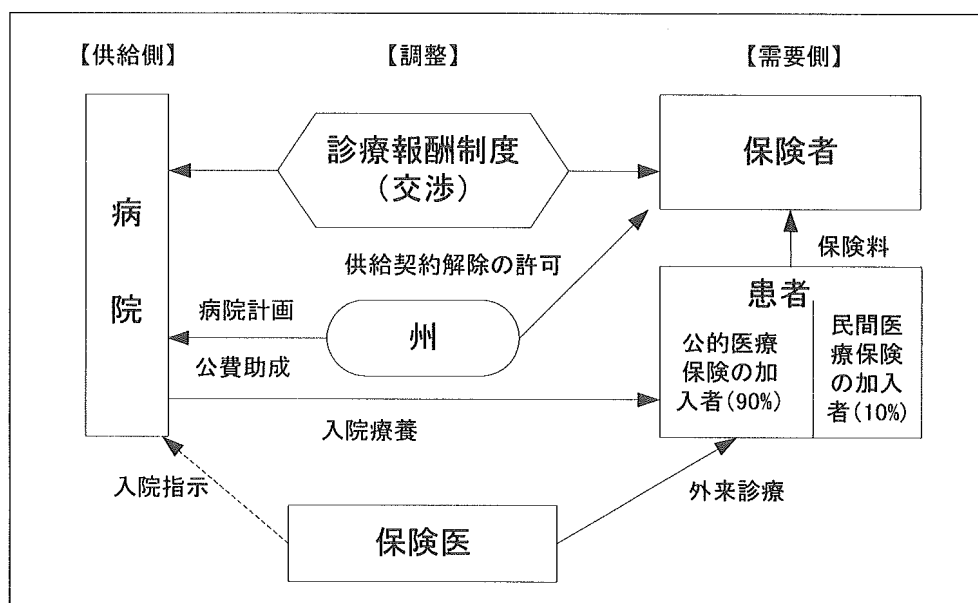
医療機関や医師への支払いは、出来高払いではない。開業医への診療報酬は総額請負制であり、病院へは総枠制で支払われる。図IV-2-1は、松本（2002）によって書かれた、ドイツにおける医療保険のしくみを示した図である。

②介護保険

1995年より介護保険制度が開始される。保険適用者は高齢者には限らず、長

期にケアが必要な者が受けられる。保険者は医療保険と同じく、地区の疾病金庫である。ただし、実際の運用は疾病金庫内に設立されている介護金庫が行なっている。保険の加入者は、年齢による制限はなく、公的医療保険の加入者は介護保険にも強制的に加入しなければならない。保険料は、所得の 1.7%である。

給付は現物給付と現金給付の両方があり、80%以上の人々が現金給付を希望していると言われている。給付対象者の認定は、疾病金庫のメディカル・サービスによって実施されている。これは、各州の疾病金庫連合会が疾病金庫の業務に関連する医学的審査や医療上の問題に関する助言のために設置しているものである。サービス提供は、公私福祉協会が実施している。



図IV-2-1 ドイツの入院療養の基本構造

松本勝明 (2002). ドイツにおける DRG の導入と供給コントロール (上) - 入院療養の質と経済性の確保, 社会保険旬報 2130, 6-14. の p.9 図1より転載

3) 保健医療政策の優先課題

人口の高齢化に伴う、高齢者の医療・介護が重要な課題となっている。また、病院医療費の削減も取り組まれており、ドイツ型のマネジドケアを導入しようとしている疾病金庫もある。その他でも、在院日数の短縮や DRG 導入など、医療費の効率的な活用に向けた取り組みが緊急課題となっている。

4) 看護教育制度 (表IV-2-3)

看護の基本資格には、一般看護師 (Krankenpflegerin/Krankenpfleger)、小

児看護師（Kinderkrankenpflegerin/Kinderkrankenpfleger）、老人介護師¹（Altenpflegerin/ Altenpfleger）の3種類がある。

一般看護師と小児看護師は、看護法（Krankenpflegegesetz）の中に国家資格として位置づけられている。診療の補助業務が主であった時代は小児の看護には成人のそれとは異なる知識や技術が必要であると考えられていたため、小児看護師を一般看護師とは区別して教育し、別の資格を与える制度が作られた。しかし、最近では看護ケアの基本は小児でも成人でも同じという考えが広まりつつあり、また小児人口の減少もあり、この2つの資格を一本化する働きかけが始まっている。

また、看護法には、看護補助職である看護補助者（Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer）の資格についても記載されている。看護補助者の役割は、看護法上には明確な規定は見あたらない。しかし、同法の看護補助者の教育訓練目的より、「患者の世話ならびにこれに関連する保健制度の施設・機能およびその他の領域における、家政およびその他補助業務」であると考えられる。基本的に、一般看護師および小児看護師の指示のもと、看護業務の補助を行なう職種であり、我が国の看護補助者と同様の役割を持っているものを考えられる。我が国の看護補助者との違いは、ドイツでは、法律にその資格および教育が規定されており、国家試験が課せられる点にある。

一方、老人介護師に関しては、2000年に制定された老人介護法（Altenpflegegesetz）にその資格や教育等についての規定が明記されている。しかし、現時点では、その資格と教育はドイツにある16州が各州法によって定めたものが用いられており、統一されていない。ドイツ看護協会でのインタビューでその理由を尋ねたところ、社会福祉政策は各州にゆだねられているため連邦法で規定されることに抵抗を示している州が少なからずあるためという回答であった。連邦法による規定が可能であるかどうかは現在、司法の判断を待っているところである。また、一般看護師と小児看護師がドイツ以外のEU加盟諸国で看護師として働くことができるのに対し、老人看護師はドイツ国内であれば資格を取得した州以外でも働くことは可能であるが、他のEU諸国では働くことができない。

これらの看護職は、明確な役割規定や定義が法律のなかに示されているわけではない。しかし、各法の中に明示されている教育訓練目的から、それぞれに期待される役割が理解できる（表IV-2-4）。一般看護師および小児看護師と老人介護師では、勤務する場所と期待される役割が若干異なっている。一般看護師および小児看護師は、主に病院での勤務である。一方、老人介護師は、ホームケアやナーシングホームが主な活動の場所となっているようである。しかし、近年医療ニーズの高い在宅療養者やナーシングホーム入居者が増えており病院以外

¹ Altenpflegerin/ Altenpfleger の日本語訳は多くの論文で「老人介護士」とされている。しかし、ドイツ看護協会の会員資格があり、その役割からも「老人看護師」の訳が適当ではないかという意見もある。

で活動する一般看護師や小児看護師の数も増えているようである。インタビューでは、老人介護師は注射や採血といった医療処置を行なうことができず、一般看護師・小児看護師との役割区分が明確になされているという回答であった。しかし、先にも述べたように、老人介護師の資格については、州毎に異なるという事情があり、老人介護師が医療処置を行なっている州もあるようである。

専門看護師については、国家資格としては存在していない。州毎に異なる規定がなされており、資格のタイプ、教育背景等も多様である。資格のタイプとしては、州が許可や認定を与えるもの、教育プログラムを修了するとその証明書が発行されるものなどが代表的である。スペシャリストの教育は、プログラムの認定を受けた病院ベースでの継続教育から大学レベルに相当する卒後教育などがある。プログラム修了によって資格証明が発行される州もあるため、スペシャリストの質を担保するため、大きくわけて次の2つの方法で教育プログラムの認定が行なわれている。一つは、ドイツ病院協会が基準を作成しプログラムを認定するもの。もう一つは、州法によって基準を設け州の所管官庁が認定するもの。

スペシャリストの存在する領域としては、集中ケア、精神看護、手術室看護、感染管理、麻酔看護、地域看護、リハビリテーション看護、臨床指導、栄養管理、老人介護など約15領域に渡っている。現時点では、スペシャリストの資格がないとできない行為、勤務できない領域が明確になっておらず、インタビューでは、一般看護師とスペシャリストの明確な役割区分がないことがスペシャリストの発展上大きな問題であるとの意見が聞かれた。

助産師に関しては、看護師資格や基礎に看護教育を必要としない、助産師教育へのダイレクト・エントリーにより養成されている。このため、看護専門職の一つであるとは認知されていないようである。

表IV-2-3 ドイツの看護資格および教育

看護の基本資格 (Basic/General)		Krankenpflegerin / Krankenpfleger 一般看護師	Kinderkrankenpflegerin/ Kinderkrankenpfleger 小児看護師	Altenpflegerin/ Altenpfleger 老人介護師	Krankenpflegehelferin (KPrfH.) 准看護師 (直訳では看護補助者)	Entbindungspfleger 助産師
看護教育	入学資格	17歳以上で、健康上の問題がなく、以下のいずれかに該当する者 ① 実科学校もしくは同等の学校教育、その他の10年間の学校教育終了 ② 2年以上の看護準備教育施設での教育もしくは2年以上の職業教育終了 ③ 看護補助者の免許がある者	(病院付属) 小児看護学校 3年課程 (最低 4600時間)	17歳以上、健康、品行方正 10年の学校教育又は中学校に相当する学校教育を終了していること	17歳以上 基礎学校もしくは同等の学校教育 もしくは職業訓練の終了	10年の学校教育又は中学校に相当する学校教育の後、6ヶ月間の家政実習を終了
教育期間/機関	資格取得のための教育プログラムの認定機関	(病院付属) 看護学校 3年課程 (最低 4600時間) 連邦政府 (各州の保健省)	(病院付属) 小児看護学校 3年課程 (最低 4600時間)	(病院付属) 老人介護専門の看護学校 Full time 2年課程 (1州) Part-time 3年課程 (15州) 各州で認定 →2000年制定の老人介護法によって連邦政府 (各州の社会省、文部省) に変わる	看護補助学校 1年課程 (最低 1600時間) 連邦政府 (健康保健省)	助産師学校 3年課程 連邦政府(州の保健省)
根拠法		Krankenpflegegesetz (KPrfG) < 1985年施行 > (看護法)		各州法 (2000年制定の Altenpflegegesetz)	Krankenpflegegesetz (KPrfG)	Hebammengesetz (HebG) 1985年制定
実習中の活動範囲		看護師が実施できる行為全て	小児看護師が実施できる行為全て	老人介護師が実施できる行為全て		
資格のタイプ(免許、認定等)		免許	免許	免許	免許	免許
資格試験の有無		教育課程終了後、資格試験に合格すると資格証明書が発行される	教育課程終了後、資格試験に合格すると資格証明書が発行される	教育課程終了後、資格試験に合格すると資格証明書が発行される	教育課程終了後、資格試験に合格すると資格証明書が発行される	
資格の発行機関・認定機関		連邦政府 (健康保健省)	連邦政府 (健康保健省)	州の保健省 → 連邦政府	連邦政府 (健康保健省)	
登録機関		なし	なし	なし	なし	
更新 新制度 更新 方法 基準		なし	なし	なし	なし	
根拠法、制度的裏付け		Krankenpflegegesetz	Krankenpflegegesetz	各州法	Krankenpflegegesetz	
資格の法的な定義		なし (看護法の第4条第1項: 教育訓練目的の「病気の予防・発見・治療における責任ある協力を行なう」との記載がある。)	なし	なし (Altenpflegegesetzesの第3条に達成すべき教育訓練目標としての業務課題がある。)	なし (看護法の第4条第2項: 教育訓練の目的に役割に関する記載がある。一備考参照一)	
法律上の業務制限		明記なし	明記なし	なし	明記なし	
特記事項		主に、病院勤務 学生は看護スタッフの一部として勤務し、給与も支払われる	診療の補助業務が主であった当初は、小児には成人とは異なる知識や技術を要すると考えられ、小児看護師が別途規定され、教育・資格とも一般とは別であった。最近では看護ケアの基本は小児でも成人でも同じと考えられつつあり、一本化の働きかけがされている。	主に、ホームケアやナーシングホームで老人の日常生活の援助にあたる。医学的な処置の介助などではできない(但し、新しい法律では、教育目標として「老人の病氣治療における協力、医師による指示の実施を含む」とある)。医療ニーズの高い高齢者がナーシングホームなどにも増えつつあり、一般看護師を採用するところが増えている。資格を取得した州以外でも活動が可能。	看護法第4条第2項 「...患者の世話ならびにこれに関連する保健制度の施設およびその他の領域における、家政およびその他補助業務...」	出産の介助 出産には必ず助産婦が立ち会う必要がある、合併症などがある異常分娩のみ医師が立ち会う。医師の立会いが必要かどうかは助産婦が判断。妊産婦が医師の診察を希望する場合はもある(本人の選択による)。

表IV-2-3 (つづき)

Advanced/Specialist 資格			
資格の種類		専門看護師	
看護教育	前提要件	看護師の資格試験が良い 2年間の臨床経験（専門領域は6ヶ月）教育課程の教員による面接（重視）	
	教育機関・期間	各病院の教育プログラム 2年間（パートタイム）	
	教育プログラムの認定機関	① ドイツ病院協会が基準を作成し認定する ② 州法によって基準を設け、州が認定する ①、②のいずれか	
	根拠法	各州の独自の法律（法的規定が特にない州もある）	
ライセンス	資格のタイプ	州による認定、許可、資格証明書等 様々	
	資格試験の有無	教育プログラム終了後に証明書発行 州が認定（多様）	
	申請要件	多様	
	免許発行／認定機関	州、病院など	
	登録機関	なし	
	更新制度	有無 実施機関 方法 基準	なし
	根拠法	各州の独自の法律（法的規定が特にない州もある）	
法的に基礎資格と業務範囲が異なるか		同じ	
備考		州ごとに多様であり、看護協会も十分に把握していない。専門看護師の種類も年々増加している（現在、約15領域） ICU, 精神、手術室、感染管理、地域看護、麻酔、リハビリ、臨床指導、老人看護、栄養など	

表Ⅳ-2-4 看護師および老人介護師の教育訓練目的

看護師	老人介護師
<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門的、包括的、計画的な患者の看護 2. 診断および治療処置に関する綿密な準備、補助および事後作業 3. 健康を増進する生活態度の提案と指導 4. 患者の心身状態ならびに患者の健康に影響を及ぼす状況の観察、ならびにこれら観察事項の診断、治療および看護に関わる者への伝達 5. 医師到着までの患者の生命維持にとって必要不可欠な応急処置の開始 6. 看護処置と直接関わりがある場合、行政関連の任務遂行 <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">1985年6月4日付・1997年9月21日付 Krankenpflegegesetz 第4条第1項</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門的、一般に認められている介護学、わけても医療・介護理論に対応する、包括的かつ計画的介護 2. 老人の病気治療における協力、医師による指示の実施を含む 3. 老人医学・老齡学の提唱するリハビリテーション概念の枠内での、個々の能力保持および回復 4. 介護、世話および治療の質確保に向けた協力 5. 健康管理、栄養に関する助言を含む 6. 死を前にした老人への全面的付添 7. 専門家ではない介護スタッフへの指導、助言および支援 8. 個人・社会的問題を抱える老人の世話と助言 9. 社会的接触を含む、自立した生活の保持・促進に向けた支援 10. 家族・隣人による支援の提案と付添および介護する家族への助言 <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">2000年11月17日付 Altenpflegegesetz 第3条</p>

5) 看護業務の現状と課題

ドイツにおける看護実践は、医療サービスの意思決定や指示・処方の要否に関して、日本の状況と類似している。入退院や訪問看護の決定など、患者に必要とされるサービスの意思決定は医師の役割となっている。看護職は医師が意思決定するために、患者の状況を報告したり参考意見を述べることは日常的に行なっている。また、薬剤や酸素、栄養、安静と運動、リハビリテーションなどの処方についても医師の業務であり、看護職の判断で実施することはできない。

処置やケアなど具体的な行為の実施についても類似点が多い。創処置や気管内挿管、動脈血採血、静脈注射など侵襲や身体への影響が大きい処置については、医師のみが実施可能である。静脈血採血や筋肉注射、皮下注射などや薬剤を用いた排泄ケアについては医師の指示のもと看護師が実施している。ただし、創処置、動血採取、末梢血管確保、静脈注射については、専門の教育を受けた病院認定のスペシャリストやこれらの処置に遭遇する機会の多い部署（救急、ICUなど）では医師の指示で看護師が実施しているところもある。この点については、日本の状況とは大きく異なる点である。

看護師が独立して実施できるのは保清や排泄ケアなど、患者の日常生活に関する基本的な看護ケアである。ただし、日本でも同様であるが、日常生活に関する基本的なケアであっても、患者の状態が安定していない場合などには、看護師単独で決定せず医師の意見を求めることが一般的である。

看護師へのインタビューから、ドイツでは、看護師が実施できる範囲を詳細に規定した法律は存在しないということであった。そのため、州や施設によって看護実践の範囲が異なる場合もでてくる。また、特にスペシャリストの業務範囲などについては、州や各施設が独自に規定を設けて、特定のスペシャリストにのみ拡大されている業務も存在していた。その業務を無限に拡大できるわけではないが、各州、各施設の実状に併せて、制度を整え実践していると言える。

今後拡大が期待される役割や業務、裁量権に関しては、患者教育のイニシアティブを取ること、多職種間のコーディネーター役割、鎮痛剤など一部の薬品の処方権などが上げられた。この点においても、日本の状況と類似している。

表IV-2-5 ドイツにおける看護実践

	具体的行為	一般看護師	Advanced/Specialist
1)-1	医療施設における入院・退院の決定	Ⅲ	
-2	訪問看護開始・終了の決定	Ⅲ 看護師の経験によるレベルによっては、患者の重症度の分類一どの程度のケアが必要とされるかを判断し、医師に意見を述べることもある。	
2)	死亡の判断、宣告、死亡診断書の記入	Ⅲ 在宅での死亡の場合も医師を呼ばなければならない。医師の到着を待って死亡が宣告される。	
3)	検査の指示（具体的に）	Ⅲ	
4)	処方		
-1	薬剤処方	Ⅲ	
-2	酸素処方	Ⅲ	
-3	人工呼吸器の設定処方	Ⅲ 看護師が判断して実施し、医師の指示（承認）を後から得ることはしばしば行なわれる。	
-4	栄養（食事）処方	Ⅲ 看護師が判断して実施し、医師の指示（承認）を後から得ることはしばしば行なわれる	
-5	安静度処方・運動処方	Ⅲ	
-6	リハビリテーション処方	Ⅲ	
-7	その他の処方	Ⅰ 肺炎予防のケア（排痰マッサージなど）や褥創予防のケア（体位交換、マッサージなど）	
5)	外科的・侵襲的処置		
-1	創処置／デブリードメント	Ⅲ	Ⅱ-a 創傷ケアのスペシャリスト（病院認定）。病院認定のため、他の病院で同じように活動できるとは限らない。
-2	気管内挿管	Ⅲ	Ⅱ-a 集中ケアのスペシャリスト（病院認定）は緊急の場合、気管内挿管や輸血などを実施できる。しかし、非常に稀である。
-3	静脈血採取	Ⅲ	Ⅱ-a ICU、研究の現場で
-4	動脈血採取	Ⅲ	集中ケアのスペシャリスト（病院認定）は緊急の場合、実施することがある。
-5	その他	瀕死の状況（仕事場に限らず一般の場合でも）に出くわした時、その人の持つ知識、能力を最大限活用して、目の前の人を救命することはドイツ国民の義務であり、その義務を怠ったものは処罰の対象となる。仮に、その救命の努力が報われなかったとしても処罰されることはない。よって、医師が到着しない状況下で、看護師が気管内挿管の必要性等がある患者にその処置を実施したとしても罰せられることはない。	

6)	注射		
-1	中心静脈路（血管）確保 末梢または中心	Ⅲ （一般病棟では末梢、中心静脈共に）	Ⅱ-a ICU、救急部門では、末梢の血管確保は看護師が実施
-2	静脈注射（ワンショット）	Ⅲ （一般病棟では）	Ⅱ-a ICU、救急部門では、看護師が実施
-3	その他の注射（筋肉、皮下、皮内アレルギーテスト）	Ⅱ-a	
7)	基本的看護ケア		
-1	保清：方法に関して医師の指示が必要か（入浴・清拭など）	Ⅰ （患者の状態によっては、保清を行なうことが安全かどうかの判断をし、意見を医師に求めることはある）	
-2	排泄ケア：浣腸や排便の実施に医師の指示が必要か	Ⅰ 薬剤を用いる浣腸の場合には、 Ⅱ-a	
-3	排泄ケア：膀胱カテーテルの留置や抜去に医師の指示が必要か	Ⅱ-a	
-4	その他	特になし	
8)	インフォームドコンセント		
-1	入院に関して	通常、患者が入院のために来院した際には、まず看護師が入院および入院生活に関する説明を行なう。	
-2	治療内容に関して	診断や治療計画、手術に関するインフォームドコンセントは医師が行なう。それに伴う看護ケアについては、看護師が行なう。緩和ケアなどでは、治療と看護の両方が重要となり、また、治療中に様々な疑問・質問が患者から看護師になされるため、医師と看護師が一緒になってインフォームドコンセントを行なうことが一般的になっている。	
-3	その他（具体的に）	特になし	
9)	退院計画、退院指導	Ⅲ ↓ Ⅱ-a	Ⅱ-a 糖尿病、栄養指導のスペシャリストは医師の指示で単独で実施する。
10)	心理療法（形態は問わない）	Ⅲ	主に臨床心理士の役割
11)	コンサルテーション		
-1	他診療科医師への相談（助言を求める）	Ⅲ	
-2	他診療科医師への患者紹介（診察依頼）	Ⅲ	
-3	コメディカルへの相談	Ⅲ	
-4	コメディカルへの患者紹介	Ⅲ	

12)	保健医療施設の設置（経営）	ナーシングホームの設置や運営は看護師が行なうが、一般の病院などは経営の専門家が行なう。看護職であったものが病院の経営に関わることができないわけではない。
13)	予算管理	病院において看護職が予算を管理していることは稀。事務部門が管理している。看護部門の予算を独自で管理し始めた看護部長も出てきている。
14)	保険償還の対象となっている看護サービス	病院への疾病金庫からの支払いは総枠予算制なので、個々の看護サービスに対する支払いは特定されない。
15)	その他	特になし
	今後、看護師の裁量権拡大が望まれる領域	<ul style="list-style-type: none"> * 患者教育 * 多職種間のコーディネーション * 一部の薬品（鎮痛剤等）などの処方権
	備考	

I：看護師が判断・決定し、実施

II-a：医師の指示で、看護師が単独で実施

II-b：医師の指示で、医師立ち会いの下で、看護師が実施

III：看護師は実施しない／できない

6) 裁量権の現状と課題

ドイツの状況は日本と類似した点が多く、看護職の役割や権限拡大に関しても類似した課題を持っている。ドイツでは、一部のスペシャリストについては、法的な規定は明確ではないものの、相応の教育を受け、能力のある者に対しては、現場の判断で一般の看護職にできる範囲を超えた行為の実践が可能とされているところがある。現在は処置や技術提供にとどまっている業務範囲の拡大であるが、処方やケアの意思決定などに関する裁量権の拡大が求められている。

<参考文献>

- 1)石井トク (1995). ドイツ連邦共和国・東西統一後の看護教育制度について-, Quality Nursing 1(3), 50-57.
- 2)華表宏有 (1998). ドイツ看護教育の現状と展望, 看護教育 39(6), 460-465.
- 3)松本勝明 (2002). ドイツにおける DRG の導入と供給コントロール (上) - 入院療養の質と経済性の確保, 社会保険旬報 2130, 6-14.
- 4)中村健 他(2000). 第 3 章 ドイツの薬局と調剤報酬, 薬剤使用状況などに関する調査研究 - 我が国と諸外国の薬局及び調剤報酬などに関する比較研究報告書, 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構, 17-36.
- 5)岡嶋道夫 (2002). ドイツの医療制度について 透明性の高い理想的な保険医療制度, <http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/m401.htm>, 1-18.

- 6) Rosemarie Weinrich (1996). ドイツの看護事情, *Quality Nursing* 2(9), 67-73.
- 7) 週刊社会保障編集部 (2000). 第2章 ドイツ 第2節 医療提供体制, 欧米諸国の医療保障, 法研, 51-58.
- 8) THE INTERNATIONAL NURSING FOUNDATION OF JAPAN (2000). 75 Germany, *NURSING IN THE WORLD* 4th Ed., 396-400.
- 9) 栃本 一三郎、矢野聡編 (2000). 世界の社会福祉 8 ドイツ・オランダ, 旬報社.
- 10) 吉田みつ子 (2000). ドイツ, フランスにおける看護婦資格試験制度, *Quality Nursing* 6(11), 75-83.

<インタビュー>

ドイツ看護師協会 (German Nurses Association- DBfK)

Mr. Franz A Wagner, Executive Director 他 2 名

アリスザロモン大学 (Alicie-Salomon- Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin)

Prof. Johannes Korporal 他 1 名

ベルリン自由大学附属ベンジャミン・フランクリン病院

Ms. H. François-Kettner, Director of Nursing

Ms. Kerstin Patt, Unit Manager

Marianne Robe, Lecturer at Nursing School

看護哲学者

Dr. phil. Angelika Pillen

<資料>

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege 看護職に関する法律
(Krankenpflegegesetz – KrPflG) (看護法 – KrPflG)
vom 4. Juni 1985 1985年6月4日付

★一部省略箇所あり

第1章：許可

第1条（許可義務）

(1)

1. 「看護婦」もしくは「看護師」、
2. 「小児看護婦」もしくは「小児看護師」、もしくは
3. 「看護婦助手」もしくは「看護師助手」
の職業名の内いずれかを名乗ろうとする者は、許可を必要とする。

(2) 一般的看護に責任を負い、欧州経済共同体加盟国の国籍を有する看護婦および看護師は、欧州経済共同体条約第 60 条の意味において 本法律の適用範囲内で一時的サービスとしての業務を行う限りにおいて、本法律の適用範囲内で、許可なくしてこの職業名を名乗ってもよい。しかしながら、同人は本法律に基づく届け出義務を負うものとする。

第2条（許可要件）

(1) 第1条第1項に基づく許可は、申請者が

1. 本法律の規定するところの教育訓練期間を終了、かつ国家試験に合格した、
 2. この職業を営むにおいて信頼を失う様な行動をとっていない、かつ
 3. 身体的欠陥、心身虚弱もしくは依存症のためにこの職業を営むのが不可能もしくは不適當でない、
- 場合に、申請に基づいて付与される。

(2) 職業名「看護婦助手」もしくは「看護師助手」を名乗るための許可は、申請者が第1項第2号および第3号の要件を満たしており、連邦軍、連邦国境警備隊もしくは州警察の医務を最低3年間果たし、かつ

1. 連邦軍医務における看護試験および下士官試験の専門的部分、
2. 連邦国境警備隊の看護職員登用専門試験、もしくは
3. これに匹敵する、州警察看護職員登用専門試験に合格している場合に付与される。

(3) (4) 一省略一

第3条（許可の取消し）

- (1) 許可の付与の際、国家試験に合格していないもしくは第2条第3項もしくは第4項もしくは第30条に基づいて証明される教育訓練を修了していない場合には、許可が取り消される。
- (2) 第2条第1項第2号に基づく要件が事後的になくなった場合には、許可は取り消される。
- (3) 第2条第1項第3号に基づく要件の内いずれかが事後的になくなった場合には、許可が取り消されることがある。

第2章：教育訓練

第4条（教育訓練目的）

- (1) 看護婦および看護師および小児看護婦および小児看護師教育訓練の目的は、病気の予防・発見・

治癒における責任ある協力を行うのに必要な知識、能力および技能を教えることにある（教育訓練目的）。教育訓練は特に以下の点に向けられる。

1. 専門的、包括的、計画的な患者の看護。
2. 診断および治療処置に関する綿密な準備、補助および事後作業。
3. 健康を増進する生活態度の提案と指導。
4. 患者の心身状態ならびに患者の健康に影響を及ぼす状況の観察、ならびにこれら観察事項の診断、治療および看護に関わる者への伝達。
5. 医師到着までの患者の生命維持にとって必要不可欠な応急処置の開始。
6. 看護処置と直接関わりがある場合、行政関連の任務遂行。

(2) 看護婦助手および看護師助手教育訓練の目的は、患者の世話ならびにこれに関連する保健制度の施設・機能およびその他領域における、家政およびその他補助業務における知識、能力および技能を教えることにある（教育訓練目的）。

第5条（教育訓練期間・内容）

(1) 看護婦および看護師、小児看護婦および小児看護師の教育訓練は、国家試験をもって終了する。教育訓練期間は 国家試験の日時に関わりなく、3年とする。この教育訓練は 理論・実践的授業と実習から構成される。授業と実習は、国家認定をうけた病院の看護・小児看護学校で行われる。

(2) 看護・小児看護学校が第1項に基づく教育訓練に適していると国家認定をうけるのは、それら学校が

1. 男性もしくは女性看護教官、男性もしくは女性医師および男性もしくは女性看護教官により共同で、または男性もしくは女性看護教官および看護婦長もしくは看護師長により共同で指導されている、
2. 授業を行う資格を有する教師の数が教育訓練の場数に比して適切であること、
3. 授業に必要な空間、施設の確保、かつ
4. a)看護教育訓練の為に、看護職の教育訓練・試験実施規定に基づく、看護婦もしくは看護師による病院での実習実施を確保する、適切な病院に結びついている、また精神科もしくは 150床以上のその他専門病院以外の場合、少なくとも内科、外科ならびに婦人科、精神科もしくはその他の専門領域を有している、
b)小児看護教育訓練の為に、小児看護婦もしくは小児看護師による実習実施を確保する、適切な小児病院もしくは小児科医師を本業とする男性もしくは女性小児医師によって管理されている、総合病院の小児科に結びついている、場合である。

実習の一部は、教育訓練目的が許すもしくは必要とする限りにおいては、所轄官庁によって教育訓練を行う権限を与えられている施設においても行われる。

第6条（教育訓練をうけるための要件）

第5条第1項に基づく教育訓練をうけるための要件は、満17才以上かつ職業を営むに際して健康上の適性があり、かつ

1. 実科学校卒業もしくは同等の学校教育もしくはその他の10年間の学校教育の終了、もしくは
2. 応募者が
a)最低2年間看護準備教育施設で学び、もしくは

- b)最低2年間と予定されている教育訓練期間を含む、職業教育を修了した場合には、
基幹学校卒業もしくは同等の学校教育を修了している場合である。もしくは
3. 看護婦助手もしくは看護師助手としての許可。

第7条（教育訓練期間の短縮）

申請に基づき短縮される。

1. 看護婦、看護師および小児看護婦、小児看護師は それぞれ第5条第1項に挙げられている教育訓練期間を18ヵ月、
2. 助産婦および出産看護人は 第5条第1項に基づく教育訓練期間を12ヵ月、
3. 看護婦助手および看護師助手は 最低12ヵ月間看護婦助手もしくは看護師助手としての業務を行った後、第5条第1項に基づく教育訓練期間を6ヵ月、最低18ヵ月看護婦助手もしくは看護師助手としての業務を行った後、教育訓練期間は更に6ヵ月短縮される。

第8条（その他の教育訓練期間の算入）

所轄官庁は、教育訓練の実施と教育目的の達成が損なわれない場合には、同等の範囲内でその他の教育訓練期間を 申請に基づき第5条第1項に基づく教育訓練期間に算入することができる。しかしながら 連邦軍、連邦国境警備隊もしくは州警察の医務教育訓練は 連邦軍医務における看護試験および下士官試験の専門的部分、連邦国境警備隊における看護職員登用専門試験、もしくはこれに匹敵する州警察医務における職員登用専門試験に合格した人物には、一年間を限度に 第5条第1項に基づく看護教育訓練期間に算入することができるものとする。

第9条（教育訓練の中断）

第5条第1項に基づく教育訓練期間に算入されるのは、

1. 休暇による年間最長6週までの中断、または
2. 妊娠、病気によるもしくは看護・小児看護訓練生の責任に帰することのない理由による、年間最長12週までの中断、第7条、第8条および第28条に基づく短縮された教育訓練の場合には 年間最長4週までの中断、

特別に過酷な状況が存在し、算入により教育訓練目標が損なわれない限りにおいて これを超える不足時間も申請に基づき考慮の対象とされることもある。

第10条（教育訓練の修了）

(1) 看護婦助手および看護師助手の教育訓練は、国家試験をもって終了す

る。教育訓練期間は 国家試験の日時に関わりなく1年とする。教育訓練は国家認定をうけた病院の看護助手学校で行われる。

(2) 看護助手学校が教育訓練に適していると国家認定をうけるのは、それら学校が、

1. 男性もしくは女性看護教官により、または男性もしくは女性医師および男性もしくは女性看護教官により共同で、または男性もしくは女性看護教官および看護婦長もしくは看護師長により共同で指導されている、
2. 授業を行う資格を有する教師の数が教育訓練の場数に比して適切であること、
3. 授業に必要な空間、施設の確保、かつ
4. 適切な病院に結びついている、
場合である。

(3) 教育訓練をうけるための要件は、

1. 満 17 才以上かつ職業を営むに際して健康上の適性が有り、かつ
2. 基幹学校もしくは同等の学校教育もしくは職業訓練の修了。

所轄官庁は第 2 号の例外を認めることがある。

(4) 所轄官庁は、教育訓練の実施と教育目的の達成が損なわれない場合に

は、同等の範囲内でその他の教育訓練期間を申請に基づき第 1 項に基づく教育訓練期間に算入することができる。連邦軍、連邦国境警備隊もしくは州警察の医務教育訓練は、連邦軍医務における看護試験および下士官試験の専門的部分、連邦国境警備隊における看護職員登用専門試験、もしくはこれに匹敵する州警察医務における職員登用専門試験に合格した人物には、一年間を限度に第 1 項に基づく教育訓練期間に算入することができるものとする。

(5) 教育訓練期間に算入されるのは、

1. 休暇による最長 6 週までの中断、または
2. 妊娠、病気による、もしくは看護助手訓練生の責任に帰することのない理由による、最長 4 週までの中断である。

特別に過酷な状況が存在し、算入により教育訓練目標が損なわれない限りにおいて、これを超える不足時間も申請に基づき考慮の対象とされることもある。

第 11 条 (教育訓練・試験実施規定)

(1) 連邦保健省は、連邦教育研究省との話し合いにおいて、連邦参議院の同意する法規命令により、第 5 条第 1 項に基づく 3 年間の教育訓練に求める最低限の要求ならびに国家試験の詳細および第 1 条第 1 項第 1 号および第 2 号に基づく許可に関する証書について看護職の教育訓練・試験実施規定に規定する権限を与えられている。法規命令には、訓練生が理論・実践的授業と実習に参加しなければならないことが銘記されている。3 年間の看護教育訓練に求める最低限の要求を設定する際に、1977 年 6 月 27 日付け欧州経済共同体指令第 77/453 (EG 官報 第 L 176 号 8 頁) および 1967 年 10 月 25 日付け看護婦・看護師向けの理論・実践的教育訓練に関する欧州協定(連邦官報 1972 II 629 頁)を考慮しなければならない。特に最低時間数として 4.600 時間が予定されなければならない、その内少なくとも半分が実習に、少なくとも三分の一が理論・実践的授業にあてられるものとする。同様のことが、小児看護職教育訓練にも規定されている。

(2) 第 1 項に基づく法規命令が、一般的看護に責任を負う看護婦および看護師に関する限りにおいて、欧州経済共同体のその他加盟国の国籍を有する申請者には規定がある。

1. 第 2 条第 1 項第 2 号および第 3 号の要件が存在するかどうかを点検する際の手続き、特に申請者により提出される証明の提示および欧州経済共同体指令 77/452 第 6 条から第 9 条に即して所轄官庁により行われる調査、
2. 欧州経済共同体指令第 77/452 第 10 条に即した許可の付与期限。

(3) 連邦保健省は、連邦教育研究省との話し合いにおいて、連邦参議院の同意する法規命令により、第 10 条第 1 項に基づく 1 年間の教育訓練に求める最低限の要求ならびに国家試験の詳細および第 1 条第 1 項第 3 号に基づく許可に関する証書について 看護助手職の教育訓練・試験実施規定に規定

する権限を与えられている。法規命令には、訓練生は教育訓練期間中に理論・実践的授業と実習に参加しなければならないことが銘記されている。教育訓練は、外来看護（在宅看護）における看護助手にも及ぶものとされている。教育訓練には最低 1.600 時間が予定されている。

第 3 章：教育訓練関係

- 第 12 条（教育訓練契約）
- 第 13 条（無効条項）
- 第 14 条（教育訓練者の義務）
- 第 15 条（訓練生の義務）
- 第 16 条（教育訓練報酬の支払い）
- 第 17 条（仮採用期間）
- 第 18 条（教育訓練の終了）
- 第 19 条（解雇告知）
- 第 20 条（教育訓練終了後の雇用関係）
- 第 21 条（逸脱協定の無効）
- 第 22 条（例外）

第 4 章：サービスの提供

- 第 23 条（その他の欧州連合加盟国国籍所持者）

第 5 章：管轄

- 第 24 条（管轄）

第 6 章：罰金規定

- 第 25 条（罰金規定）

第 1 条第 1 項に基づく許可なくして以下の職業名の内いずれかを名乗る者は、秩序違反とみなされる。

1. 「看護婦」もしくは「看護師」
2. 「小児看護婦」もしくは「小児看護師」
3. 「看護婦助手」もしくは「看護師助手」

秩序違反の場合、最高 5.000 マルクの罰金が課されることがある。

第 7 章：職業教育法の適用

- 第 26 条（職業教育法の適用）

第 8 章：一時的規定

- 第 27 条（同等とみなされる教育訓練）

- 第 27 条 a（統一条約）

- 第 28 条（再教育を受ける者）

- (1) 医師助手、歯科医師助手、マッサージ師、マッサージおよび温泉療法師、実験室臨床検査師、放射線臨床検査師としての教育訓練を修了し再教育を受ける男性・女性は、申請に基づき第 5 条第 1 項に基づく教育訓練を六ヶ月短縮できる。学んだ職業業務を最低 3 年間行った場合、教育訓練は更に六ヶ月短縮できる。第 6 条に規定されている教育訓練を受けるための要件を満たす必要はない。但し、職業を営むに際しての健康上の適性証明は必要である。