

表IV-7-11 韓国における看護実践

	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	I (助産師による助産院入院)
-2	訪問看護開始・終結の決定	Ⅲ *医師に提言はする	Ⅲ *医師に提言はする
2)	死亡の判断、宣告、死亡診断書の記入	Ⅲ	Ⅲ I (CHP がすることがある)
3)	検査の指示 (具体的に)	Ⅲ	Ⅲ～ I
4)	処方		プロトコールのもとで
-1	薬剤処方	Ⅲ	I (限られた薬剤の範囲内) CHP
-2	酸素処方	Ⅲ I (ただし緊急時)	Ⅲ～ I
-3	人工呼吸器の設定処方	Ⅲ	Ⅲ
-4	栄養 (食事) 処方	Ⅲ	Ⅲ～ I
-5	安静度処方・運動処方	Ⅲ	Ⅲ～ I
-6	リハビリテーション処方	Ⅲ	Ⅲ～ I
-7	その他の処方		
5)	外科的・侵襲的処置		
-1	創処置/デブリードメント	Ⅲ	I
-2	気管内挿管	Ⅲ	Ⅲ～ I
-3	静脈血採取	Ⅲ (公立 HP では検査技士が実施) II a (私立 HP)	II a～ I
-4	動脈血採取	Ⅲ	Ⅲ～ I
-5	その他		
6)	注射		
-1	中心静脈路 (血管) 確保 末梢または中心	Ⅲ II a (医師の依頼により、IV 調節は実施)	II a
-2	静脈注射 (ワンショット)	Ⅲ	II a
-3	その他の注射 (筋肉、皮下、 皮内アレルギーテスト)	II a	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	I
-2	排泄ケア: 浣腸や摘便の実 施に医師の指示が必要か	Ⅲ I (プロトコールにより)	I
-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	II a
-4	その他		
8)	インフォームドコンセント		
-1	入院に関して	Ⅲ	Ⅲ
-2	治療内容に関して	Ⅲ	Ⅲ～ I
-3	その他 (具体的に)		
9)	退院計画、退院指導	I	I

10)	心理療法（形態は問わない）	不明	I (精神保健専門看護師)
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	III（保健診療員 I）
-2	他診療科医師への患者紹介（診察依頼）	III	III（保健診療員 I）
-3	コメディカルへの相談	III	III
-4	コメディカルへの患者紹介	III	III
12)	保健医療施設の設置（経営）	III	III～I（助産師、保健診療員 I）
13)	予算管理	I（看護部として予算請求をすることはあり）	III～I（精神保健看護師、保健診療員、助産師等）
14)	保険償還の対象となっている看護サービス		保健診療員、助産師
15)	その他		
	今後、看護師の裁量権拡大が望まれる領域		専門看護師の拡大 ホスピスケア・透析・集中ケア（重症患者管理）
	備考		在宅看護や地域保健医療の臨床家は業務範囲が広い傾向がある

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

現状では、韓国の看護師の裁量権の範囲はわが国と同様、小さい。医療施設では、患者の症状の変化や薬剤の効果等の観察結果を、速やかに医師に伝え、医師の判断・決定を支えているのは看護師である。しかし、一般的には、医師からの指示が容易に受けることができる医療施設では、多くの業務が医師の裁量権の下で行われている。現在、看護師の業務や裁量権の範囲が一部分拡大されているのは、医療施設の方針、医師と看護師との関係性のなかで、プロトコールに基づいたものである。

専門看護師や地方の保健診療所の保健診療員の場合は、限られた範囲内において薬剤の処方認められているなど法・制度のなかで業務の拡大が明確になっている。

韓国では、近年、看護に関する制度や業務が大きく変化し、尚、進行中である。韓国の大規模医療施設においては、看護師の現任教育である院内研修プログラムが組織的・継続的に組み立てられており、それ以外の病院には看護協会や大学が現任教育プログラムを提供している。医療施設に勤務する看護師のうち修士を持った者が30%、博士をもった者が10%の割合であるとする調査結果もある。

以上のことから、韓国では、看護師全般のレベルが向上しており、専門看護師を中心に業務範囲や裁量権は、今後さらに拡充する傾向にある。それらを整備していく上で、海外で取得した専門看護師の資格や、関連団体等で独自に認定している資格を、どのように統合していくかが課題であろう。

<引用・参考文献>

- 1) (社)日本看護協会 (2001) III-1 看護職の需給推計の在り方に関する検討, 平成12年度看護政策立案のための基盤整備推進事業報告書, (社)日本看護協会, 34-45.
- 2) 中村優一編 (1998) 韓国の社会福祉, 世界の社会福祉3アジア, 旬報社, 420-461.
- 3) (財)日本公衆衛生協会(1998)大韓民国, 世界の公衆衛生体系, 136-165.
- 4) 桜井礼子, 八代利香, 平野瓦, 洪麗信, 草間朋子 (1992) 韓国の看護師の臨床現場における卒後教育の現状, 看護教育, 40/2 140-143.
- 5) 韓国医療事情 (2001) (財)海外邦人医療基金, 1-14, 75-89.
- 6) THE INTERNATIONAL NURSING FOUNDATION OF JAPAN (2000) 10 Korea NURSING IN THE WORLD 4th Ed. 57-62.
- 7) 21世紀へ向けた保健医療政策課題(1994) 韓国保健社会研究院, 12-13.

- 8) 金曾任 (1996) 看護員から看護師へ 韓国における看護の変遷と専門性
週間医学界新聞 第 2196 号
- 9) 阿南みと子, 佐藤鈴子 (2001) 韓国における ALS 患者の在宅ケアの実例,
大分看護科学研究 3(1), 25-28.
- 10) 洪麗信 (2002) 21 世紀における看護の継続教育: 諸外国の例, 大分看護科学研究 3(2), 41-47.

<インタビュー>

洪麗信 (大分看護科学大学国際看護学教授)

<参考ホームページ>

1) 韓国看護協会

http://www.koreanurse.or.kr/html/policy/policy_sub2.html

2) 韓国 Web 旅行

<http://korea.hanmir.com/ktj.cgi?url=http://www.ttest.co.kr/cgi-bin/tboard/read.cgi%...>

3) 韓国 WEB 六法

<http://www.geocities.co.jp/WallStreet/9133/target.html>

IV 結果

8. 中華人民共和國

8. 中華人民共和国

1) 保健医療の概要

(1) 基礎データ

中華人民共和国（以下、中国）は国土面積が約 960 万 km^2 （台湾省を含む）と世界の陸地面積の約 7% を占め、総人口は、世界人口の約 20% 強を占める大国である。人口の約 90% を占める漢民族のほか 55 の民族からなる多民族国家でもある。

1959 年の国家設立以後、大躍進運動の失敗（1950 年代末）、文化大革命（1966 年－1976 年）、華国鋒の洋躍進の失敗（1970 年代末）など多くの困難や混乱を経て、1978 年に改革開放政策を、1992 年には社会主義市場経済を導入して以来、高い経済成長を続けている。

2000 年 11 月、10 年ぶりに行われた第 5 回全国人口調査では、以下の点が明らかになった。①総人口は 12 億 9533 万人であり、過去 10 年間の平均人口増加率は年 1.07%、1980 年代末より 0.4 ポイント低下した。②14 歳以下の人口割合は 22.89%、65 歳以上の人口割合は 6.96% であり、10 年前に比べると、14 歳以下の人口比率が 4.80% 減少し、65 歳以上の比率が 1.39% 増加した。③1 世帯当たりの人数は 3.44 人とさらに減少した。④都市部の居住人口は 4 億 5594 万人（総人口の約 36%）、農村部の居住人口は 8 億人を越えている（総人口の約 64%）。1990 年と比べると、都市部居住人口の総人口に占める割合が 9.86% 上がった。⑤1990 年と比べ 10 万人当たりの最終学歴は、大学が 154% 増加、高等学校が 39% 増加、中学校が 45% 増加、小学校は 4% 減少し、非識字人口（15 歳以上でまったく、またはほとんど読み書きのできない人）の割合は 15.88% から 6.12% へと減少した。

これらの結果から、人口抑制政策の効果が明らかになったと同時に、少子化に伴い、高齢化が加速した年齢構成に変化し、核家族化が進行したこと、都市化の進行は、都市戸籍と農村戸籍といった従来の戸籍制度の矛盾、都市と農村部との経済格差が顕在化したと見ることができる。また、教育改革と発展のための措置が大きな成果を上げていることがわかる。

保健統計を見てみる。平均寿命は、2000 年の WHO 資料によると、男性が 68.1 歳、女性が 71.3 歳である。死亡原因は、都市と農村部では順序の違いはあるものの、がん、脳血管疾患、心疾患、呼吸器系疾、損傷・中毒が上位 5 位を占めている。

公衆衛生の水準を示すといわれる乳児死亡率（出生千対）の全国平均の推移をみると 1960 年 140、1992 年 35、2000 年 32.2 と改善の傾向にあるが、都市部と農村部では、その値には大きな格差がある。1995 年のデータでは、乳児死亡率の全国平均は 36、都市部の乳児死亡率が 14.2 であるのに対して農村部では 41.6 であった（中国衛生部「中国衛生年鑑」1997）。また、同年の妊産婦死亡率（人口 10 万人）の全国平均は 61.9、都市部が 39.2、農村部は

76.0（西南地域は 119）であった。農村部の乳児死亡率は都市の約 3 倍、農村部の妊産婦死亡率は都市の約 2 倍であった。これは地方においては医療施設の未整備や訓練された助産師の不足、母親に対し保健衛生に関する教育機会がないことが原因と推測される。

急速な経済発展の一方では、沿岸部と内陸部あるいは都市部（県および県以上の都市）と農村部（郷・鎮）との経済的格差および健康水準格差は従来に増して大きくなっているといわれている。保健医療システムの確立のためには「急速に進行する少子高齢化への対策」と、総人口の約 64%を占める「農村居住者に対する保健医療対策」が大きな課題となっている。

表 IV-8-1 中国の基礎データ

項目	単位	データ	データソース
人口	人	1,295,330,000	第 5 回全国人口調査
60 歳以上の人口比率	%	10.0	WHO
人口増加率 (90-99')	%	1.0	WHO
出生率	人口千対	16	UNICEF
死亡率	人口千対	7	UNICEF
5 歳以下の死亡率	人口千対	39.7	第 5 回全国人口調査
乳児死亡率	出生千対	32.2	第 5 回全国人口調査
平均寿命	年	70	UNICEF
男性	年	68.1	WHO
女性	年	71.3	WHO
年間の総医療支出 (国民医療費)	U S \$		
医療費の対 GDP 比	%	2.7	WHO

出典：WHO: The World Health Report 2000

UNICEF: The State of The World Children 2001

第 5 回全国人口調査（中華人民共和国）2001

(2) 保健医療関連職種 (表 IV-8-2)

中国の医師には、医師と医士の区分がある。学歴の差によるもので、医師は高校卒業後、医科大学（5～6 年）を卒業し、医師国家試験に合格した者であり、医士は中学卒業後、医士養成学校（3 年）を卒業し、医士国家試験に合格した者である。医士は経験と知識・技量を備えることで医師国家試験を試験を受けて医師になることができる。また医師・医士とも西洋医と漢方医あるいは漢方・西洋結合医の 3 種に分かれている。1996 年の人口千人あたりの医師（医士を含む）数は 1.15 人、2000 年は 1.68 人である。他に中学卒業後 1 年間の養成訓練を受けて、村全体の保健医療を担当する農村医の制度がある。同じ医師職であっても、知識・技術レベルには大きな格差がある。

看護師においても、護士と護師がある。護士は一般的な看護師であり、大

表IV-8-2 中国の保健医療関連職種

職種	数	対人口比	資格のタイプ (免許・認定・登録)	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	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 (法律上)	医師との関係/指示の 要否 (実際)
医師 (士)	198.49 万人 (1997 年) 204.47 万人 (1999 年)	1.65 (‰) (1997 年) 1.67 (‰) (1999 年)	免許、登録	医科大学医業系：6 年	中華人民共和国 業医師法	診察、疾病調査、医療処置、医学 証明文書の提出。 医療や予防、保健計画の選択。 医学研究、学術交流、専門学術団 体の活動の参加権。 医療、予防、保健の提案。				
漢方医			免許、登録	中医学院： 5 年 (学士取得) 7 年 (修士取得)					医師の指示の遂行	医師の指示要
齒科医師	23,725 人 (1998 年)		免許、登録	医科大学口腔系：6 年						
護士(士)	124.7 万人 (1997 年) 128.9 万人 (1999 年)	0.99 (‰) (1997 年) 1.02 (‰) (1999 年)	免許、登録	大学：4 年 看護短期大学：3 年 看護専門学校：4 年 看護専門学校：3 年	中華人民共和国護 士管理法	医指示の遂行、患者の心身状態の 観察、看護ケア。 医師がいない場合は緊急処置の 遂行。 予防、保健。 患者教育、リハビリに関する教 育、健康相談。				
助産師	48,696 人 (1998 年)		免許	助産学院：3 年						
薬剤師	36.62 万人 (1997 年) 36.53 万人 (1999 年)		免許	薬学院：5 年	中華人民共和国薬 品管理法	処方調合、薬品の保管と管理。				
小学校教諭			免許	師範学校：3 年	国の政策					

学以外の看護教育機関を卒業した者である。護士は、規定の実務経験を経て上級看護師にあたる護師の国家試験に合格することで護師となることができる。看護系大学卒業者には、国家試験は無く、卒業によって護師の資格が得られる。護師数と護士数を合わせても、医師(士)数の60%程度で、人口比では日本の1/7とのデータがあり、中国では看護師は非常に不足している。看護師養成の促進や看護師配置基準の改善が必要とされている。

1996年の医療関係職(衛生技術職員)の割合は、医師(士)が45%、看護職員が30%、薬剤職員が10%、検査職員が5%、助産婦が1%であり、医師(士)に偏った構造となっている。保健医療サービスの向上のためには、他の職種の養成強化が緊急の課題となっている。

2) 保健医療システム

(1) 保健医療システムの概要

中国の保健衛生行政は、全国人民代表大会、国務院の下にある衛生部を中心となっている。地方は、省・自治区・直轄市レベルに衛生庁(局)があり、農村部では衛生院が置かれ、それぞれのレベルの保健医療行政が行われている。農村部では医療ネットワークシステムの構築を目指しているが、未だ不十分であり、都市と農村部との保健医療供給の格差はおおきい。予防医学面では、農村部においては感染症対策が重要であり、地方都市部では、脳血管疾患、悪性新生物、心疾患、呼吸器疾患といった生活習慣病への対策が必要となっている。

(2) 医療サービスの特徴

① 保健・医療施設の種類

中国の保健・医療施設は病院、療養院・所、診療所に大別される。病院は、県以上のレベルで、総合病院、漢方医学を行う中医病院、医学校附属病院、伝染病院やがん病院等の専科病院がある。

病院には漢方医学科と西洋医学科がともにあり、患者は自分の意志でどちらかを選ぶことができる。また、病院は、その機能から、一級病院(地域密着型病院)、2級病院(地域を越えたやや高いレベルを持ち、救命救急機能が充実した病院)、3級病院(最新技術と最新設備を備える総合病院)の3つに分類される。療養院・所とは養老院にある医療機関を指す。

農村地区には、農村衛生院、母子保健院を設置する他、日本の保健所にあたる衛生予防センターを置き、衛生員による予防業務を中心に運営されている。

原則として医療は市場経済に含まれていないため、医療機関は全て国営であったが、医療改革により民間診療所が徐々に増加してきている。1997年からは、統計の対象とされ、民間診療所数は125,264ヶ所であった(中国衛生部1998)。これらの民間診療所では、保険外診療であるため診療費は、患者の全額自己負担となる。また、行政の指導、監督が届きにくい傾向にある

という。

中国では、全国的に医療施設の増加・整備を推進しているが未だ不十分であり、特に農村部の県・郷・村では低い水準にとどまっている。1995年のデータ（中国衛生部「中国衛生年鑑」1997）によると、人口千人あたりの病床数は都市部 2.50、農村部 1.59 である。また、同じく人口千人あたりの医師数は、都市部が 2.39 であるのに対し農村部は 1.07、看護師数は都市部 1.59、農村部 0.49 と大きな格差がみられ、農村部の医療環境は深刻なものとなっている。中国政府は、2001年に「農村の衛生改革と発展に関する指導意見」を、2002年には「中共中央国務院の農村衛生工作をより一層強化することに関する決定」を、また「2010年までの10年間に妊産婦死亡率を1/4に、新生児死亡率を1/5に減らすことを目標にする」と発表し、農村地域の保健医療改革への本格的な取り組みをはじめた。

表IV-8-3 中国の病床数および医師数・看護師数と地域格差(1995年)

	都市部(人口千人)	農村部(人口千人)
医師数	2.39	1.07
看護師数	1.59	0.49
病床数	2.50	1.59
病床利用率	61.7%	34.5%

出典：中国衛生部「中国衛生年鑑」1997

②地域在宅医療サービスの重視

プライマリヘルスケアや在宅医療サービスの拡充のため、病院の訪問医療(看護)部門の設置と活動が進められている。

農村部の保健医療サービスは疾病予防を中心とした活動と病床数の増設を進めている

(3) 医療保険および介護保険のしくみ

①医療保険

中国における医療保険制度には、公費医療、労働者医療保険、農村合作医療の3形態がある。公費医療は、各レベルでの政府、政党、団体、及び所属事業所体の国家公務員が対象である。労働者医療保険は、1950年代から始まった国有企業労働者の公的医療保障制度であったが、1980年代から国家や企業にとって重い財政負担になり、その後、様々な改革が試行されてきた。1997年に全国統一的な養老保険制度がスタートし、2000年からは全国都市労働者基本医療保険制度が実施された。これは、国有企業、非国有企業(集団所有、外資、私営企業、ただし、郷鎮企業を除く)、および役所、事業部門、社会団体、非営利の民間部門、ならびにその労働者に適用するものである。2002年では、約8000万人の都市職員がこの医療保険制度に加入するまでに普及した。しかし、この制度は、総人口の約6割を占める農民は対象外

である。

多くの農村部では、1960年代に農村合作医療制度が実施された。70年代初期には85%を超える普及率であったが、改革開放政策により人民公社が解体すると、この制度は、ほぼ崩壊に至り、90年代普及率は10%と保険非加入者が大幅に増加した。中国政府は、最近、「①個人納付、②地域（公的組織）扶持、③政府補助による新たな農村合作医療」を創設することを明らかにし、本格的な農村医療の改革にのりだした。

②介護保険

介護保険制度は無い。

3) 保健医療政策の優先課題

保健・医療環境を背景に、以下の改革が行われている。

- ①地域保健と農村地域のPHCと農村医療の重視
- ②医薬分業
- ③医療施設分類管理（営利医療施設、非営利医療施設）
- ④医療関連職種の増員

4) 看護教育制度

改革開放までの政治的混乱は、他の分野と同様、看護分野においてもその発展の中断、後退を招いた。現在、看護職の増員と看護教育レベルの向上は、中国政府の最優先事項のひとつとなっており、大学や大学院の整備や、諸外国との積極的な交流を通して看護教育の改革と発展を図っている。

中国の近代看護教育の始まりは、1888年、福建省福州に最初の病院附属看護学校の開設による。初期の看護の発達にはアメリカの看護教育者、看護婦、伝導団等が貢献したといわれる。高等レベルの看護教育は、他の国よりも早く、ロックフェラー財団によって設立された北京ユニオン医科大学（PUMC）に、1920年、5年制の看護教育課程が開設されている。しかし、この看護課程は、1952年からは職業訓練学校に縮小された。1930年、国民政府による最初の中等専門レベルの看護学校が開校した。その後、政治的な影響から高等学歴レベルの看護教育は排除され、文化大革命（1966-1976）後までの30年間、高等レベルの看護教育は中断された。1983年、天津医科大学に看護学部（5年）が創設され、高等看護教育が再開された。2000年には看護学部を持つ大学は18校になっている。1986年には大学専科（3年）が開設している。

現在、中国では、護師になるには次の4つのコースがある。

- ①高校卒業後、国家高等学校入学試験を受けて大学の看護学部に入學し、5年間の履修後、護師の認定を受ける。
- ②高校を卒業後、国家高等学校入学試験あるいは中等専門学校試験を受け、

表 IV-8-4 中国の看護資格および教育

看護の基本資格 (Basic/General)		
資格の種類	護士	
看護教育	入学資格	専門学校：中学校卒業（15歳） 高校卒業（18歳） 短大：高校卒業（18歳）
	教育期間／機関	専門学校：3年制と4年制がある 短大：3年
	資格取得のための教育プログラムの認定機関	教育部／衛生部
	根拠法	中華人民共和国護士管理弁法
	実習中の活動範囲	臨床指導護師の責任において、護師に準じた看護行為ができる
ライセンス	資格のタイプ（免許、認定等）	国家免許、登録
	資格試験の有無	有り
	資格の発行機関・認定機関	衛生部
	登録機関	省、自治区、直轄市の衛生行政部門
	更新制度	2年ごとに更新。実践と看護継続教育を証明する書類の提出が要。下記の者は更新不可。 ① 刑事期間の者 ② 健康問題があり看護婦の責務を遂行できない者 ③ 中華人民共和国護士管理弁法を違反した者
	更新の有無 更新機関 方法 基準	
	根拠法、制度的裏付け	中華人民共和国護士管理弁法
	資格の法的な定義	医指示の遂行。患者の心身状況の観察とケアの提供及び保健、健康指導と患者教育
	法律上の業務制限	看護制度と看護技術基準を違反してはいけない
特記事項	新卒1年間は、試用期間(有給)	

大学専科に入学、3年の課程を履修後、護士国家試験を受けて、護士となり、3年の経験後に護師国家試験に合格する。

③ 高校卒業あるいは中学卒業後、中等専門学校試験を受け中等専門学校に進み、3年の課程を履修し、護士国家試験を受けて、護士となり、5年の経験後に護師国家試験に合格する。

④ 中学卒業後、中等専門学校試験を受けて衛生職業学校に入学し、3年間の課程を履修後、看護助手として5年間勤務し護士国家試験を受けて護士となり、さらに5年の経験後に、護師国家試験に合格する。

大学卒業者は自動的に護師に認定されるが、その他の看護教育機関を卒業した者は、護士から護師になるためには、護師国家試験を受けなければならない。しかし、中国の120万人の99%は専門学校出身であり、大学卒業者はわずか1%に過ぎない。

中国には、現在、専門看護師制度はないが、国家的な看護師の昇給制度は整備されている。看護師として規定の経験年数を満たし、衛生部が行う各講習を受講し、主管看護師、副主任看護師、主任看護師の各認定試験を受けて段階的に昇進することができる（表Ⅳ-8-5）。専門学校卒業の学歴では、主管看護師まで、副主任看護師には短大卒以上の学歴が、主任看護師には大学卒以上の学歴が条件となっている。また、看護職として現役で勤務していることが前提条件である。

各認定試験のための講習に要する時間や受講費用は個人支出である。各試験は高水準で難関といわれる。

該当の資格取得によって給与等の身分が保証される。看護業務の拡大はないが、臨床教育指導者や管理者、看護教育者等の役割を担うことが多い。

表IV-8-5 中国における看護師の昇進制度

Advanced 資格		主任護師	副主任護師	主管護師	護師	資格の種類
看護教育	前読要件	1) 短大卒：主管護師の資格を取得して実務経験7年 2) 大学卒：主看護士の資格を取得して実務経験5年 3) 修士号を取得して実務経験5年 大学の卒業したもの、あるいは修士号を取得したもので、または博士号を取得した者で、副主任護師の資格を取得して実務経験5年	1) 短大卒：主管護師の資格を取得して実務経験7年 2) 大学卒：主看護士の資格を取得して実務経験5年 3) 修士号を取得したもので、主管護師の資格を取得してから実務経験4年 4) 博士号を取得したもので、主管護師の資格を取得してから実務経験2年	1) 専門学校卒：護師の資格を取得して実務経験7年 2) 短大卒：護師の資格を取得して実務経験6年 3) 大学卒：護師の資格を取得して実務経験4年 4) 修士号を取得したもので、主管護師の資格を取得してから実務経験2年 5) 博士号を取得したもの	1) 専門学校卒：看護婦の資格を取得して実務経験7年 2) 短大卒：看護婦の資格を取得して実務経験3年 3) 大学卒：看護婦の資格を取得して実務経験1年	資格の種類
	教育機関・期間	省が行う主任護師養成の講習を受講 短期間	省が行う副主任護師養成の講習を受講 短期間	省が行う主管護師養成の講習を受講 短期間	省が行う護師養成の講習を受講 短期間	
	教育プログラムの認定機関	省衛生庁昇進委員会	省衛生庁昇進委員会	省衛生庁昇進委員会	省衛生庁昇進委員会	
	根拠法	臨床医学専門中、高級技術資格評審条件 臨床医学専門中、高級技術資格評審条件総則	臨床医学専門中、高級技術資格評審条件 臨床医学専門中、高級技術資格評審条件総則	臨床医学専門中、高級技術資格評審条件 臨床医学専門中、高級技術資格評審条件総則	臨床医学専門中、高級技術資格評審条件 臨床医学専門中、高級技術資格評審条件総則	
ライセンス	資格のタイプ	認定	認定	認定	認定	
	資格試験の有無	有り	有り	有り	有り	
	申請要件	前提条件を満たし、規定の講習を終了後、副主任護師認定試験に合格した者	前提条件を満たし、規定の講習を終了後、副主任護師認定試験に合格した者	前提条件を満たし、規定の講習を終了後、主管護師認定試験に合格した者	前提条件を満たし、規定の講習を終了後、護師認定試験に合格した者	
	免許発行/認定機関	人事部と衛生部 (厚生省)	人事部と衛生部	人事部と衛生部	省衛生庁昇進委員会 看護担当部門	
	登録機関	省	省	省	省	
	更新制度	無し	無し	無し	無し	
	根拠法	臨床医学専門中、高級技術資格評審条件 臨床医学専門中、高級技術資格評審条件総則	臨床医学専門中、高級技術資格評審条件 臨床医学専門中、高級技術資格評審条件総則	臨床医学専門中、高級技術資格評審条件 臨床医学専門中、高級技術資格評審条件総則	臨床医学専門中、高級技術資格評審条件 臨床医学専門中、高級技術資格評審条件総則	
	法的に基礎資格と業務範囲が異なるか	規定上、基礎資格(護士)と業務範囲は異なる	規定上、基礎資格(護士)と業務範囲は異なる	規定上、基礎資格(護士)と業務範囲は異なる	規定上、基礎資格(護士)と業務範囲は異なる	
備考		臨床指導者(看護教育担当)や病院管理職に昇進できる	臨床指導者(看護教育担当)や病院管理職に昇進できる	臨床指導者(看護教育担当)や病院管理職に昇進できる	臨床指導者(看護教育担当)や病院管理職に昇進できる	

5) 看護業務の現状と課題

中国の看護師（護師と護士）の業務を規定している法律は「中国人民共和国護士管理弁法」である。同法では、その業務を①医師の指示の遂行。②患者の心身状況の観察とケアの提供、③保健・健康指導と患者教育、と規定している。

今回、臨床における看護師の業務について知るために、文献および中国の看護師へのインタビューを行った。その結果を一覧としたものを表IV-8-5に示す。（中国では専門看護師の制度はないため Advanced 欄は空欄とした）

『看護師が判断、決定し実施できる』業務は「保清」「排泄ケア（浣腸、敵便）」「入院や治療についてのインフォームドコンセントのうち看護面に関するもの」「退院計画、退院指導」「創処置/デブリードメント」「緊急時の酸素処方・人工呼吸器の設定処方」であった。『医師の指示で実施する』業務としては、「安静度処方・運動療法」「静脈採血・動脈採血」「血管確保、静脈注射」「筋肉注射、皮下注射、皮内アレルギーテスト」「排泄ケア（膀胱カテーテルの留置・抜去）」という結果であった。一方、医師の業務範囲であり『看護師が実施しない/できない業務』としてあげられたのは「入退院の決定」「死亡の宣告・死亡診断書の記入」「検査や薬剤処方」「栄養処方」「リハビリテーションの処方」「他科へのコンサルテーション、コメディカルへのコンサルテーション」であった。

この結果から、看護師の業務範囲は、患者の観察・基本的ニーズに対する看護ケアと療養中のあるいは退院に向けての患者指導・患者教育が中心であることがわかる。治療方針に直接係わる業務、すなわち退院時期の決定への関わりや検査オーダー、薬剤処方に関しては、医師の業務であった。

表IV-8-6 中国における看護実践

	具体的行為	一般看護師（護士・護師）	Advanced
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・終結の決定	Ⅲ	
2)	死亡の判断、宣告、死亡診断書の記入	Ⅲ	
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	I	
-3	人工呼吸器の設定処方	Ⅲ I（救急時、事後 Dr 報告）	
-4	栄養（食事）処方	Ⅲ	
-5	安静度処方・運動処方	Ⅱ a	
-6	リハビリテーション処方	Ⅲ	
-7	その他の処方		
5)	外科的・侵襲的処置		
-1	創処置／デブリードメント	I	
-2	気管内挿管	Ⅲ（一般病棟）Ⅱ a（ICU）	
-3	静脈血採取	Ⅱ a	
-4	動脈血採取	Ⅱ a	
-5	その他		
6)	注射		
-1	中心静脈路（血管）確保 末梢または中心	Ⅱ a	
-2	静脈注射（ワンショット）	Ⅱ a	
-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	
-2	排泄ケア：浣腸や摘便の実施に医師の指示が必要か	I	
-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		

8)	インフォームドコンセント		
-1	入院に関して	I (看護面について)	
-2	治療内容に関して	I (看護面について)	
-3	その他 (具体的に)		
9)	退院計画、退院指導	I	
10)	心理療法 (形態は問わない)	I	
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)	III	
13)	予算管理	I	
14)	保険償還の対象となっている看護サービス		
15)	その他		
	今後、看護師の裁量権拡大が望まれる領域		
	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

中国の看護師の裁量権は、日本の看護師の裁量権の現状に類似した傾向にあるといえるだろう。

現在、中国には、専門看護師制度はないが、前述したように看護師の国家的な昇進制度が整備されており、看護教育、看護管理に関する人材の認定を行っている。このような国家的な看護教育者・管理者の認定制度があることは、今後、専門看護師の需要が生じた際、その養成と認定を制度化しやすいと考える。また、看護職の離職率が極めて少ないこと、配属された病棟からの移動が少ないシステムであること、現役の看護職には継続教育が義務付けられていること、は所属の領域においてエキスパートが育ちやすい環境といえるだろう。

中国政府は、国内における看護師養成の拡大を進めると同時に、積極的に先進諸国の看護教育カリキュラムや制度を吸収し、国内における看護の質を国際的なレベルへ高めるために様々な試みを行っている。

中国の看護教育の改革と発展への状況は、近い将来、看護師の業務拡大や裁量権の見直し、さらに専門看護師制度の検討を予感させるものである。

<引用・参考文献>

- 1) 三瀆正道, 中国時事問題解説, <http://www.chinavi.jp/>
- 2) 胡飛躍、丸井英二(2000), 中国における保健医療の現状と課題, 民族衛生 66(5), 216-233.
- 3) Y. シュー, Z. シュー, J. ジャン著, 武山満智子訳, (2001), 中華人民共和国における看護教育制度: その発展の歴史, 構造および改革, インターナショナルナーシングレビュー 24(4), 13-21.
- 4) 中村優一編 (1998) 中国の社会福祉, 世界の社会福祉 3 アジア, 旬報社, 299-346.
- 5) The State of The World Children (2001), UNICEF
- 6) The World Health Report(2000) ,WHO
- 7) (財)日本公衆衛生協会 (1998) 中華人民共和国, 世界の公衆衛生体系, 167-180.
- 8) THE INTERNATIONAL NURSING FOUNDATION OF JAPAN (2000) 5 China NURSING IN THE WORLD 4 th Ed. 22-27.
- 9) 陳東, (1996) 中国の大学看護教育-天津医科大学看護学部の概要-, 滋賀看護学術研究会誌 1 (1), 42-43.
- 10) 人民日報社, 人民網日本語版, 第5回全国人口調査、データ分析 <http://j.people.ne.jp/2001/03/29>

< 調查協力者 >

看護師

陳 錦秀 (中華人民共和國 福建中醫學院理學系)

吳 小玉 (兵庫縣立看護大學大学院看護學研究科博士課程)

張 曉春 (兵庫縣立看護大學大学院看護學研究科修士課程)

龐 書勤 (兵庫縣立看護大學看護學部研修員)

IV 結果

9. タイ