

ドイツとオーストラリアの看護の現状と課題

～わが国の看護システムの方向性を探る～

櫛本和代¹⁾・横山利枝²⁾

1) 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科博士後期課程

2) 熊本県立大学総合管理学部教授

はじめに

わが国の保健医療を取り巻く環境は、世界一の少子高齢化の急速な到来、医療技術の進歩、疾病構造の変化、IT化、国民の権利意識の高揚等により、この数年劇的に変化した。特に国民医療費は、平成17年度には33兆円を超え、国民総生産の9%を占めるようになり、国家財政に支障をきたしている。また先進諸国においてもわが国と同様に高齢化が進み、財政的制約のために社会保障制度改革を推進している。同時に医療の質の低下や医療崩壊などが危惧されている。

看護職を取り巻く環境は、社会状況や制度改革の影響を強く受け、先進国では、基礎看護教育制度や免許更新制度、継続教育制度等の大きな変革を成し遂げ、看護職の裁量権を拡大した国や看護師不足の問題を抱えている国等がある。また世界的な問題である医療ケアの質の低下は、看護への不十分な投資に理由がある。

一方、看護師不足は、看護師育成の教育システムや勤務条件、労働環境等多くの要因が関与しており、看護師不足こそが医療ケアの質と安全に関する問題の核心である。また世界的な看護師不足は、①「やる気のある看護師」の不足、②必要だと考えられる看護のポジションを維持するための資金不足、③ケアを

行うために看護師が必要だということについての理解不足、④看護教育とエンパワーメントの不足が分析の基本的な視点ではないかといえる¹。

今後は、看護職への国民の期待が益々高まると推測され、応えるために診断や治療にも踏み込んだ専門性の高い看護サービスの提供や、その質を左右する看護管理者が求められている。現在は、専門性の高い看護師と看護管理者の育成とその質を維持するため教育システムの問題があり、その起点にたっていると言えよう。

本論文は、医療保障制度で先進的な施策を行っているドイツとオーストラリアの看護教育と看護の現状について取り上げた。ヨーロッパの医療制度は、日本のように社会保険制度を採用しているドイツ、フランスといった国と、イギリス、スウェーデンのように税方式を採用している国に大別することができる。

ドイツを取り上げた理由は、わが国が、明治維新以降、当時のドイツ帝国（1871～1918年）をモデルとしたビスマルク憲法を始め多くの文化やドイツ医学を導入し、近年も社会保障制度をモデルとしているためである。ドイツは1883年から世界に先駆けて社会保険を順次導入した国であり、医療保険が1883年に、労災保険が1884年に、年金保険が1889年に創設され、ドイツ帝国宰相ビスマルクの改革の成果とされている。

失業保険はイギリスに遅れ1927年に、公的介護保険が1995年に誕生した。ドイツのヘルスケア体制は公的医療保険制度を中心に構築され、国民の約9割が公的医療保険へ加入し、約1割の人々が民間医療保険に加入しており、社会保険においても日本と同様に先進国と言われ、またドイツには日本と共通する福祉制度がある。つまり、ほとんどの国民が何らかの社会保険に属する「国民皆保険」を実施するところも似ている。そしてその全ての制度が、ドイツが先にスタートしたのと考えれば、日本がドイツの医療・福祉制度を手本として進めて、わが国と共通することが多いことにある²。

¹ クレアフェイガン『看護の危機』（ライフサポート社 2008）60頁

² 岩村偉史（ドイツ連邦共和国大使館労働・社会課）「ドイツの医療・社会保障制度の動向」（インターナショナルナーシングレビュー、30巻3号、日本看護協会出版会、2007年）101～105頁

オーストラリアは、メディケア³という公的医療保障制度によって、全国民が安価に医療サービスを楽しむことができるようにすると共に、民間医療保険への加入を推進することにより、同保険加入者がより快適な医療サービスを受けられるような仕組みを整備している。オーストラリアの医療保障制度は、イギリスの影響を受けており、その特徴としては、同制度が社会保険方式ではなく、全国一律の保障が原則的に税金のみを財源として確立していること、また、連邦、州、民間団体等の多様な主体が制度を機能的に分担し国民にサービスを提供していることにある。社会保障制度の構造という面からは、オーストラリア・日本共に普遍的な医療システムが確立しているものの、保険・医療サービス供給の面で、民間にも依存せざるを得ない点で共通しており、国際的には「中福祉・中負担」の国と位置づけられている。また医療財政の面でも、両国共に増大する医療費が財政を圧迫しているという共通点がある。

筆者らは、オーストラリアの高齢者医療と看護システムの視察研修に参加しその実態から、わが国の今後の高齢者医療や看護や看護管理のあり方への示唆を得たので同国を選択した。両国の現状と課題を検討することにより、わが国の専門性の高い看護師と看護管理者の教育システムの今後の方向性を見出すことを本論文の目的とする。

1. 欧米の看護の歴史

ヨーロッパの中世期における病院は、キリスト教精神に基づく慈善事業の一環として、教会や修道院によって運営されていた。そこでは主に修道女は、患者のために祈り、包帯交換、リネン類の洗濯等を行い、看護というよりは患者の面倒をみるという程度の役割を担っていた。したがって看護のための訓練は受けていなかった。

³ メディケアは、日本の社会保険方式と違って税金方式で保険料を国民から徴収するシステムである。保険税は課税所得の1.5%で全国民一律であるが、近年、民間医療保険に加入の促進のため、年収約300万円（単身の場合、夫婦では約600万円）以上の所得者が民間保険に加入していない場合には、さらに1%の追加保険料を支払うことになった。

16世紀に起きた宗教改革は、修道院を解体、修道女を追放し、病院も閉鎖された。その後市民の請願により国やプロテスタント教会が中心となって再び病院が開かれた。しかし、プロテスタントは修道院をもたず、病人の看護に関心が薄かったため、民間の女性が看護にあたった。これが19世紀まで続く看護の暗黒時代（1550～1850）の始まりといわれている。

当時の社会では、女性が職業をもつことに否定的で、看護師は売春婦と並び称されるほどの卑しい職業であった。それゆえ医学教育が12～13世紀ごろからヨーロッパ各地の大学で盛んになり始めていたのと対照的に看護師に対する教育はなかった。

しかし、早くから女性の職業として確立していた助産師に関しては、医学と同様に教育訓練が行われていた⁴。

暗黒時代の中でも産業革命や市民革命、資本主義の台頭によって世の中が発展するにつれて、病院や医学も近代化していった。工場的发展により多くの労働者が都市に集中し、病気になった時に病院を必要とした。18世紀後半には人道主義を背景に病院改善運動が始まり、病人が快適な入院生活を送るためには看護師の質向上が必要であり、組織的な看護教育が開始された。

つまり、19世紀以前、病院は主に病者や弱者のための慈善施設であり、看護師はそこで優れた看護ケアを提供していた。

そして19世紀になり看護に変化が起こった。その第1は、医学の科学的变化に伴い、看護ケアは24時間を通して組織的に、なおかつ継続的に患者に提供されるべきものへと変わり、新病院の建設に伴う史上最初の看護師不足も生じてきた。

第2は産業革命に伴う中産階級の女性の増加によるものである。近代的な看護という新しい「職業」と、中産階級・上流階級の女性たちという新しい「労働者たち」という新しい要素を一緒にして看護の専門職化が起こり始めた。

また、社会ニーズに看護が対応したことにより看護の専門職化が成功する。

⁴ 岡喜美子『欧米における看護教育の歴史的変遷』（小山真理子編『看護教育の原理と歴史』（医学書院、2003年）25～26頁

世界の女性たちに、女性のための尊敬される職業を提供し、同時に、高度な医療とヘルスケアの発展を可能にした。

2. ドイツにおける看護教育と看護管理者教育の現状と課題

1) ドイツにおける看護教育・看護管理者教育の変遷

中でも近代看護に大きな影響を与えたのが、ドイツのフリードナー Theodor Fliedner 牧師によるデアコニス養成所 (Deaconess Institute at Kaiserswerth) である⁵。

彼は、教会の厳しい財政を諸外国への献金の旅で支え、諸外国での見聞をもとに女性のための福祉教育施設（刑務所で刑期を終えた女性たちの更正施設から始まった）としてカイザールベルト学園を創立し、1836年より始めての本格的な看護師教育を行った。

ここでの看護師たちはデアコニスと呼ばれ、修道女のように神に献身し、病院や地域、個人の家庭での看護に派遣された。この養成所の方針は「看護師は医師の指示に従うものであり、責任の所在はすべて医師にある」としていた。教育のカリキュラムは3年課程で、宗教、倫理学、薬理学、臨床看護学、訪問看護の講義と実習、さらに養成所付属病院での実習が行われていた。このカイザールベルト方式の看護教育と看護組織は英国や米国などカトリック教会の力の弱い国々へ広がっていった⁶。

ドイツでは、この時期から職業としての看護が開始された。カイザールベルト方式の看護教育では、デアコニスの務めと看護の職務はしっかりと結び合わされていた。

しかしながら急速に医学が進歩する中、長期的にみるとこのような方針の看護教育は看護の専門性を後退させていくことになった。キリスト教色の強いド

⁵ 榊原正義、河田一郎、川嶋正幸編著「〈対話読本〉ドイツ近代看護の黎明—フリードナー夫妻の生涯—」（時空出版、2003年）2～3頁

⁶ 岡注4、前掲書、26～76頁

ドイツ社会では「母の家（カイザールベルト学園）なき看護は不可能である」というスローガンは的を射ており、赤十字の看護会も存続するためには母の家の方針を受け継がなければならなかった⁷。

ドイツの教育制度は、アビテュア（高等学校卒業試験）に合格すると、大学入学資格が得られ大学へ進学するコースと、職業教育を受けるコースがある。

看護教育は、職業専門学校で受ける制度になっている。したがって、看護養成は職業訓練的な色彩の強い教育となり、現在もこの制度は変わらず続けられている。講義よりも多くの時間を実習に費やす教育方法がとられている。

看護師や医療検査技師、教師などの専門職を養成する教育制度は、一般的なコースのデュアルシステム（職業教育と企業における職業訓練を組み合わせた制度）とは別に、職業専門学校や上級専門学校に進むことになる。

看護師を目指す学生は17歳以上で専門学校への受験が可能となる。対象施設においても17歳であること、高校を卒業していること、健康であることが入学条件である。

入学後は病院と学校で職業教育（学内で理論、病院で実習）を受ける。病院での実習は、病院スタッフの一員として同様に労働力として評価されるため、賃金が支払われている。学生が上がるにつれ賃金が高くなる仕組みになっている。教育機関は3年であるが、各州により教育時間は異なっている。

教育が修了後、看護師になるには州独自の試験を受験しなければならない。合格ラインは1段階～6段階の評価によって決められ、5・6段階は不合格である。1回のみ再受験を受けられる。州の試験に合格すると看護師の資格を得ることができる。資格認定機関は、連邦政府で、免許更新制度はない。助産師にあるためには、助産師学校で3年間の教育を受けなければならない。

看護師には、Direct Entry Nurseとして、3種類（General、Pediatric、Geriatric）がある。基礎教育として表1に示す看護教育の目標や教育課程の期間を終了し、州の試験に合格すれば、すべての看護師がGeneral Nursingの資格を得ることができる。さらに専門的な看護を学ぶためには、看護師の資格を取

⁷ 榊原注5、前掲書、18～20頁

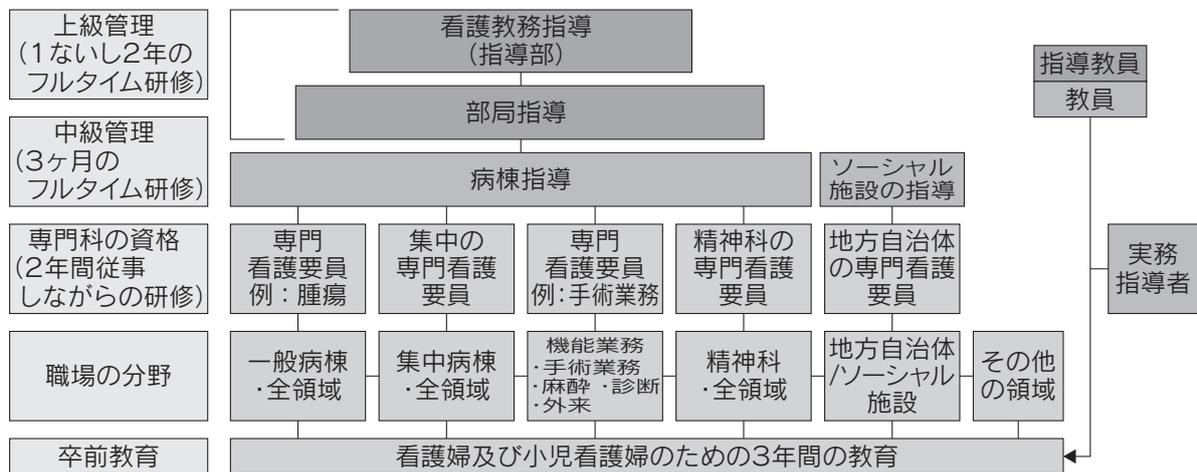
得した後に専門分野に移行することが望ましいと考えられている⁸。

表1 ドイツにおける看護教育の概要

ドイツにおける看護教育の目標
1. 患者に対して専門的で計画的な看護を提供する 2. 診断と治療・処置において確実な準備とアシストができる 3. 健康を増進するための指導ができる 4. 患者の身体的・心理的状态を観察し、健康に影響を与えている環境を見る 5. 医師が到着するまでの緊急の対応ができる 6. 処置に関する看護管理への解決ができる
看護教育課程期間（3年課程）
講義：1,600時間 実習：3,000時間
州の試験の実施内容
口頭試問、筆記試験、実技試験

出典：永嶋由理子他「ドイツの看護教育に対する学生の学習意識の実態」2003年
筆者加筆・修正

図1 ドイツ看護婦の教育、職務領域、職階



出典：菊医会「JMS (Japan Medical Society) Vol.74 P70-74, May/June 2002」引用
<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/t601/t610.files/frame.htm#slide0002.htm>

2007年12月1日

⁸ 永嶋由理子他「ドイツの看護教育に対する学生の学習意識の実態」(福岡県立大学看護学部紀要1、2003年) 41～46頁

ドイツにおける看護管理者教育は、図1に示すように、各専門分野の実務を積み重ねた上で、中間管理者は3ヶ月のフルタイム研修、上級管理者は1ないし2年のフルタイム研修が行われている⁹。

2) ドイツの看護の現状と課題

ドイツの人口は約8,250万人を占め、2004年現在の高齢化率は18.6%、高齢社会となっている。病院数は約2,200箇所存在する。看護師の就業者数は約70万人で、そのうち、約2万5,500人を外国人看護師が占めている。

ドイツでは60年代末頃から看護師不足が叫ばれ、韓国、フィリピン、インド、インドネシアなどから看護師を受け入れた。また、1990年代からは介護士としてユーゴスラビアなど近隣諸国から受け入れ、賃金が安くて済む東欧出身の女性に住み込みで介護してもらう方法を選ぶ人が増えてきている。

フリードナー牧師によるディアコニス養成所での看護教育は、近代的看護システムの基礎を創設したという意味では画期的であり、職業としての看護がこの地で築かれていった。しかし、宗教との結びつきが強すぎたこと、世界に広まりすぎたことから時代のニーズに対応できなくなっていたことが窺える。

ドイツでは3年間の職業教育の域を超えず、大学教育に至っていない。そのため専門分野の看護師は一般の看護師と同様の形態で勤務し、高度専門職業人としての専門看護師が育っていないというのが現状である。アメリカでは学問として看護が発展し、専門看護師には処方権があることと比較すると、看護の発展には、大学教育の重要性が示唆された。

3. オーストラリアの看護教育と看護管理者教育の現状と課題

1) オーストラリアの看護教育と看護管理者教育の変遷

オーストラリアはイギリスの植民地であったため、イギリス方式の看護師養

⁹ 菊医会「ドイツの看護師と医師補助者 ドイツの州医師会の大きな任務」(JMS、70巻、2002年)70~74頁

成が行われた。また各病院の責任のもと、各病院の予算でつまり自前の看護師が養成されていた。その実態は、働きながら学ぶ徒弟制度によっていた。

1960年代の初頭からWHOによる看護教育見直しに関する報告書などの発表や深刻な看護師不足を背景に看護制度の見直しの気運が高まった。しかし、徒弟制度によって学生看護職員を確保していたことに関する看護師不足の懸念が強く、また、看護専門職団体間の意見の対立や医師をはじめとする他職種の反対により、改革は進展しなかった。

一方、1970年代には教育水準の違いから、オーストラリアの看護師がイギリスやアメリカにおいて看護師認定資格を取得することが困難になるという事態が生じた。このために各看護師職能団体は、意見の統一を図ることを目的に1973年に合同委員会を設立した。

1976年には看護教育の最低基準が大学教育である必要性を打ち出した声明を発表した。これを受けて看護師養成教育の管轄が厚生省から文部省へ移行し、1984年オーストラリア政府は、看護師養成を高等教育に移行させる決定を行った¹⁰。

それを実現するために各看護師職能団体は戦いを行い、1993年から看護師の教育はすべて大学で行われるようになった。その背景には、政府の抜本的な高齢者介護策等の施策転換の影響を受けている。

オーストラリアの学士課程の修了年数は、特別な資格を除き3年であり、修士課程1～2年、博士課程2～5年である。

看護師免許は国家資格でなく、オーストラリア看護協会により認可された大学において、看護学教育課程を履修し、全科目の審査を合格することが必要である。さらにオーストラリア看護協会が定めている「登録看護師のための全国共通適性基準」に従って、実習病棟ですべての項目で基準をみたせば各州のNursing Boardに免許を申請できる。

¹⁰ 船島なをみ他「諸外国における看護婦養成教育大学化への促進要因及び阻害要因の検討—大学化が進展しているオーストラリア・カナダ・アメリカに焦点を当てて—」（千葉大学看護学部紀要、18巻、1996年）39頁

看護師免許は、毎年を更新を必要とし、臨床の経験のブランクが5年以上ある場合は新規登録になり、リフレッシャーコースの履修が要求される。そのため、看護職者は教員も含めて臨床で働くように努力をしている。

看護職の継続教育は、生涯学習として位置づけられており、通信教育システムやパートタイムコース、週末コースなど多種多様に準備されている。

看護師の給与は各州ごとに統一され、経験年数1～8年はどの病院で勤務しても同じで、それ以降の昇給はない。昇給のためには継続教育を受け、専門性を高め、資格の取得が条件となる。そのために継続教育のための時間を確保しやすいような労働条件が整えられている。すべての看護師は4～6週間の有給休暇を有し、研修受講などのための特別な休暇制度Study Leaveも設けられている。

病院は、休暇や研修などによる看護師の欠員を非常勤職員、臨時職員、看護師斡旋会社の派遣看護師等を利用して補充するので、看護師は研修や休暇を自由にとれる体制が整えられている。言い換えると、看護師は、常勤、非常勤、臨時職員など様々な形態で仕事をする事が可能であり、自己研鑽を受けやすい体制である¹¹。

認定看護師(Clinical Nurse Specialist)は内科専門、外科専門で病院ごとに認定し、Clinical Nurse Consultantは糖尿病専門、ストーマ専門、感染症専門等であり、各地域で認定している。Clinical Nurse Practitionerは大学院の修士が基本で試験があり、検査の指示や薬の処方ができる¹²。看護管理者教育は、修士課程のコースがある。

2) オーストラリアの看護の現状と課題

オーストラリアの人口は、2007年末で2,100万人を超えている。高齢化率は17%を超え、平均寿命が80歳に達したわが国とはほとんど同じ数値であり、日

¹¹ 大川真智子他「南オーストラリア州の看護事情を視察して」(岐阜県立看護大学紀要、第4巻1号、2004年) 174～175頁

¹² 服部メディカル研究所「オーストラリアにおける高齢者ケア・医療サービス研修報告書」2007年、36頁

本と同様「高齢社会」という大きな課題を抱えている。

オーストラリアの医療技術は世界的に最先端を行く分野も多く、高い医療技術を求めて海外から難病や臓器移植、心臓外科やガン手術などの治療に渡豪する者も少なくない。

病床数は1,000人に対して3.6床で日本に比べて相当に低い。入院日数は平均4.2日であり、日本における半分以下である。その後患者はナーシングホームに移り、医療が不要になるとホステルか在宅に移る¹³。

しかしながら医師をはじめとするマンパワーの不足は深刻である。広大な領土をもつオーストラリアにとって医師不足を補うためには、看護師の専門的能力が求められ、役割や機能が拡大し教育が充実した。1993年から大学教育にかわり、学士、修士、博士課程で教育が行われることで、専門教育が可能となり、充実した継続教育と毎年の免許更新制度が高質な看護提供システムを支えている。

看護師就業者数は約18万人であり、その内訳は、登録看護師が15万5千人、残りが准看護師や看護助手である。就業場所は、主に病院、ナーシングホーム、訪問看護である。

オーストラリアの看護は、1985年の「在宅・地域プログラム」(Home and Community Care Program, HACC) 施策により医療が在宅中心ケアへ大きく方向変換したことで、国民の看護に対するニーズが高まった。

高齢者医療・介護評価判定サービス (Aged Care Assessment Service, ACAS) は税金で賄われ、高齢者医療・介護評価チーム (Aged Care Assessment Team, ACAT) は、地域の公立病院を拠点に、財源である連邦政府より任命され、地域行政やサービス業者から完全に独立している。そして高齢者人口2万人に1組が置かれており、全国に125チームといわれている¹⁴。

¹³ ナーシングホームとは、24時間看護師がケアを行う重度介護施設であり、ホステルとは、個室で必要な援助だけと食事サービスを受ける軽度介護施設である。服部12注、前掲書、40～43頁

¹⁴ 角谷裕子「オーストラリア・ニュージーランド高齢者福祉比較」(静岡福祉大学紀要 第3号, 2007) 63～64頁

チームでは、看護職がリーダーシップをとっており、ケース毎に必要なチームメンバーを招集している。また、看護師による初期診療や薬の処方権があり、看護職の裁量権が発揮できる仕組みづくりがなされ、国民にとって満足のいくケアが提供できるようになった。

また、オーストラリアは、Nurse on callという公的な24時間の健康に関する電話相談サービスを看護職が実施している。これは西オーストラリア州から始まっているが、ビクトリア州では2006年から開始された。

行政に位置づけた第一の理由は、トリアージであり、相談の70%が救急かどうかの判断を行っている。ビクトリア州の2006年の電話相談数は41万8千件で、救急病院へつないだ件数は4万5千件であった。主な内容は、子供を持つ母親へのアドバイス、主治医（General Practitioner ,GP）の閉診後の相談、自己管理相談、救急医療へのアクセス等である¹⁵。相談者の98%が満足しているという報告がされている。

以上のように、オーストラリアの看護職は医療の中で、重大な役割を果たしており、ACATの活動も含めて、公的な制度により実施されていることが明らかになった。

わが国の法的整備も視野に入れた看護の方向性に大きな示唆を得ることができるだろう。

一方、1992年に公立病院にアメリカのDRG/PPS¹⁶を参考に開発された医療費の診療別定額償還方式（Australian National Diagnosis Related Groups）が導入された。このことによって病院の合理化が進みより効率性を重要視した経営が行われた。

その結果、在院日数は短縮され、コスト削減により病院での看護師の環境は悪化し、肺炎等の合併症がおきケアのアウトカムも低下しているという報告が

¹⁵ 服部12注、前掲書、12頁

¹⁶ DRG/PPS（Diagnosis Related Groups Prospective Payment System）とは、診断包括支払い方式をいう

なされている。つまり、医療費抑制のために、経営に重点を置いた合理化や効率性を求めた結果は、様々な問題があり、わが国も同じ方向に進みつつある。そして施設から在宅にケアが移行したことにより、看護師不足が生じ、在宅看護に対する国民のニーズに応えられなくなってきている。

看護師不足を補うためにEnroled Nurse,EN（日本の准看護師にあたる）を育成し、さらにENの中でも注射や投薬ができるEENを育成して対応していることは看護の質の低下を招くことに他ならない。

このことは、日本においてもDRG/PPSによるDPC¹⁷導入に伴い、効率性の重視の経営が看護師の職場環境の悪化と看護師不足を起こしはじめており、看護管理の問題として早急な対応が必要であろう。

4. わが国の看護師・看護管理者の教育の方向性への示唆

わが国の看護は、歴史的にみて、医師の補助業務として始まり、戦争や国の施策の影響を受けて発達してきた。諸外国の看護は、宗教的慈善事業から始まり日本の状況とは異なるが、戦争や国の施策の影響を受けて発達してきたことは共通している。国により医療制度や施策は異なるが、諸外国の現状から多くの示唆を受けることができるため、今後のわが国の看護師・看護管理者の教育システムの方向性について論述する。

わが国の医療は、従来の治療・施設中心の医療から予防・在宅医療へと移行している。それに伴い、諸外国のように、高齢者や精神疾患、慢性疾患患者などが次々と病院から地域に帰され、術後患者等も早期退院を奨励されるため、地域で働く看護職の需要は急増することが予測される。

さらに在宅医療では、医師が往診などのニーズに対応できなくなり、さらに

¹⁷ DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断群分類に基づいた1日あたりの包括評価である。手術料や千点以上の処置などは出来高払いとなるが、入院基本料、投薬、注射などは包括され、在院日数によって1日あたりの点数が低減する仕組みになっている。石田昌宏『第2章 保健医療福祉制度とヘルスケアシステム』（井部俊子、中西睦子監修『看護管理学習テキスト7 看護制度・政策論』看護協会出版会、2004年）、118頁

医師不足を招き、訪問看護師に薬物の処方や医療行為を求める国民の声が大きくなっていくだろう。

日本における在宅医療への移行は、オーストラリアの状況と類似しており、看護師の裁量権の拡大や継続教育、免許更新システムは、今後日本の目指すところになるだろう。

特にオーストラリアは、高齢者医療・福祉において在宅医療・介護に変換し、「在宅・地域プログラム」制度の導入により、経済削減とケアサービスの質の向上を両立させ成功している。また、科学的、分析的で個人重視・個別対応のケアを看護師が行い社会的評価も受けている点から、今後の日本の目標になるのではないかと考える。

オーストラリアは「在宅で1人で生活できること」が基本方針であり、これに基づいた高齢者医療・介護評価判定サービスやNurse on call等のシステムづくりが公的に行われている。日本の医療費削減という方向性とは大きく異なっているが、世界が経験したことのない超高齢化を迎える日本にとって基本方針をオーストラリアに学ぶ必要性があろう。

また、病院においても質と効率化のバランスが求められ、手厚い看護のためには看護師の質と量の確保と看護管理者のリーダーシップ、労働環境・条件の整備が重要となるだろう。

このように保健医療福祉サービスにおける看護の役割と責任は重要になってきているが、今後、国民のヘルスケア・ニーズには応えていくためには、看護のマンパワーの継続的な確保と質の高い看護を提供するための基礎教育と、質を担保するための継続教育や免許の更新制の再検討が必要であると言える。

また今まで医師が行っていた救急医療での初期診療や患者振り分け、特殊領域における薬の処方や注射などの医療行為を看護師が行えるような臨床判断能力や他職種と協働できる管理能力等を強化した教育システムを構築することが重要である。

看護基礎教育は看護が専門職として発展するためには、大学教育は最低の条件であろう。オーストラリアは看護師不足を補うため、短い時間で要請できる実務看護師（日本でいう准看護師にあたる）を養成し、看護師になるコースが

開講されている。しかしながら世界的な傾向にあるが、現在、コスト削減や人員不足により、看護の役割が直接の患者ケアから、コーディネートや指導・管理であるようにとらえられているところがある。また、正看護師の監督の下で働いていることが望ましい第2、第3のレベルの看護師たちに門戸を開き、上級看護の役割ばかりを強調し、臨床実践での技術の価値に重点をおかない看護師募集の傾向がある。看護教育や看護研究のリーダーたちは臨床の看護師たちの実践をもっと重んじるべきであり、そのためには、日々の看護の仕事に焦点を置き、それらを重視しながら、それに基づいて上級看護の仕事を積み重ねていくべきである¹⁸。

また看護教育を行う看護教員の不足を解決していくためには、①看護全体の強力なパートナーシップ ②これまで蓄積してきた実践の根拠を知的に活用し、新たな看護実践モデルの必要性を支援する ③政治家の看護への理解を得るために、政治の分野に看護師を送り込む ④公衆やその他の医療専門職に看護師が患者の回復に大きな影響を与えていることを認識してもらうような働きかけを行い、看護という仕事を発展させていくことが重要である¹⁹。

看護の継続教育においては、アメリカ、イギリス、オーストラリアとも大学院教育課程をもち、看護の専門性を高めるための教育研究が行われたため、Nurse PractitionerやNurse Consultantなどの裁量権をもつ専門職が登場できたと推測される。

日本においても、平成7年より専門看護師の育成が大学院で行われ、資格をもった看護師が其々のフィールドで活躍を始めている。しかしながら、今のカリキュラムでは、初期の臨床診断や治療に対応できるプログラムではなく、裁量権を拡大するためには、オーストラリアのようなプログラムの開発が必要である。

さらにその看護の質を維持するためには、資格を取った後の継続教育が重要である。

¹⁸ シオパン・ネルソン注1 前掲書 51頁

¹⁹ ハリエット・フェルドマン 注1 前掲書 109頁

わが国では専門看護師は5年毎の更新を行っている。一方、オーストラリアでは、登録看護師全員が1～3年毎の登録更新を行い、継続教育を受けることが義務付けられており、看護の質が担保され、そのための継続教育プログラムを容易に受けられるようなシステムが整備されている。これらを日本で実現するためには、今後、法律の改正や診療報酬の見直しが必要になると考える。

現在日本は、看護大学は増え続けており、女性のなりたい職業では上位にランクされている。しかし、ここ数年の医療現場の激変が看護の労働環境を悪化させており、この環境についていけず、離職する新人看護師も増加している。

また、医師が一般的に評価される中で、医療専門職としての評価は決して高くない現状では、魅力ある職場とは言い難い状況があり、このままでは、看護師志望者は減少するだろう。この労働環境の整備はICNでも提言しているように²⁰、日本でも取り組むべき看護管理の重要な課題である。

日本では、先進諸外国と比べてバーンアウトが高いが、その理由を増野は、「看護師という仕事そのものには満足度が高い一方で、現在の仕事に対する満足度が低いという調査結果から、看護師が勤務する病院が、看護師の労働環境づくりに失敗しているということがあると思われる」と述べている²¹。ということは、病院が看護師をひきとめる魅力的な職場づくりができれば、看護師は働き続けられるということである。良質な看護師を現場にとどめるためには、病院組織の人的資源管理²²の方針を見直すことが不可欠であり、他の産業に比べて人的資源管理のポリシーが時代遅れであると述べている²³。

看護師の採用条件や労働環境・条件、キャリア開発に関する意思決定は、看

²⁰ アンドレア・ボーマン作成「すばらしい看護実践環境：質の高い職場環境は質の高い看護ケアにつながる 情報・行動ツールキット」(国際看護師協会、2007)、1～64頁

²¹ 増野園恵「日本の病院における看護師の労働環境の現状と課題」(看護研究、40巻、7号、2007)、45頁

²² 人的資源管理とは、「組織にとって人間は最大の資産である」という捉えかた、あるいは「環境に適応すべく組織の変革を担うのは、人間である」という考え方である。新村出編『広辞苑第5版』(岩波書店、2008)、1390頁

²³ 金井Pak 雅子他「Nursing Work Indexを用いたヘルスケアアウトカムの日米比較研究」(2007) 9・24医学界新聞 第2749号 1～4頁

護部で自由にできる状況にないだけでなく、フレキシブルな労働時間、パートタイムとして働く選択肢、週40時間未満の就労、理にかなった患者対看護師比率等の見直しが必要であろう。患者対看護師比率については、2007年より診療報酬に7対1看護²⁴が新設され、従来の10対1看護に比べれば充足されたが、先進諸国の5対1に比べれば不足しており、今後も改善が必要である。

さらに魅力的な職場作りに重要な要素は、看護管理者のリーダーシップであり、人的資源管理のポリシーが優れていても、それを具現化するリーダーシップがなければ絵に書いたもちに過ぎない。そのためには、キャリア開発支援、勤務スケジュールの柔軟性、意思決定の分散化、業務整理、子育て支援等が必要であり、これらを実現できる看護管理者の育成は大学・大学院教育で行われるべき必要がある。

わが国では、先進諸外国に追随し、診療や治療に一步踏み込んだNurse Practitionerの育成カリキュラムが大分県立看護科学大学大学院において開始されたばかりである。今後は諸外国における現状をより検討し、法律の再検討や診療報酬の改正等も重要な課題である。

²⁴ 7対1看護とは、常時、患者7人に看護師1人の手厚い看護師配置基準である。
[<http://www.tatebayashikoseibyoin.jp/relate/relate%20vol.19.pdf>] 2007年12月1日。

