

# St. Luke's International University Repository

## A Study of Nursing Systems in Transition in Developed Countries.

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 小島, 操子, 堀内, 成子, 太田, 喜久子, 及川, 郁子, 香春, 知永, 野村, 美香, 豊増, 佳子, 鳩野, 洋子, 菅田, 勝也, 田中, 祐二 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10285/323">http://hdl.handle.net/10285/323</a>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



## A Study of Nursing Systems in Transition in Developed Countries

Misako Kojima, Sigeko Horiuchi, Kikuko Ota,  
Ikuko Oikawa, Chie Kaharu, Mika Nomura,  
Keiko Toyomasu, Youko Hatono, Katsuya Kanda,  
Yuji Tanaka.

The present study was designed to investigate nursing systems in other countries in comparison with the current system in Japan, and thereby assess how nursing personnel should be in order to improve the quality of nursing. The study focused on the actual situation of the nursing system and licensed practical nurses (LPNs) or second-level nurses similar to LPNs in other countries.

The survey was conducted in regard to six countries considered to be advanced in the development of nursing activities and likely to provide useful suggestions for the future direction of nursing in Japan: Australia, Canada, France, Sweden, the United Kingdom and the United States. Questionnaires were sent to the heads or staff of a total of 29 organizations, including WHO Collaborating Centers and professional organizations for nursing, in these countries. Nineteen organizations responded (response rate: 65.5%), and an effective response with completed questionnaire forms was obtained from 15 organizations. In addition, an interview survey was conducted on three nursing administration and education experts in the United States in order to acquire clear understanding of the actual state of nursing in health care practice. The results were as follows:

1. Six countries (Japan included) excluding France had LPNs. Educational preparation for LPNs has been discontinued in the United Kingdom.
2. The number of nurses per 1,000 population was lowest in Japan: the total number of registered nurses (RNs) and LPNs in Japan was less than the number of RNs in the United Kingdom. Only in Japan the proportions of LPNs and RNs were similar, while in other countries of number of LPNs was one-third to one-fourth of the number of RNs.
3. In the five other countries having LPNs, the nurse's competency or scope of practice was clearly defined for both LPNs and RNs. In contrast, no clear line was drawn between the two in Japan.
4. The length of education required for LPNs ranged from 11 to 14 years (including the period of compulsory education) and was shortest in Japan (11 years). The educational requirement for admission to LPN school in Japan was 9 years of compulsory education (graduation from junior high school), whereas in other countries it was at the level of senior high school graduation.
5. Four countries had conversion programs for LPNs to become RNs, and the conversion courses were positioned within the framework of higher education comparable to the university level.
6. In the United Kingdom, where the educational preparation for LPNs has been discontinued, nurses are included in a single higher level profession. At the same time there was found to be a need to train and educate auxiliary personnel in order to maintain multi-level care services.

Because of the increasing tendency toward advanced medical technology and highly specialized medical care associated with the rapidly increasing care needs in the community, the current educational preparation for LPNs in Japan is unsatisfactory as a training and educational system for nursing manpower to cope with the current situation. The above findings suggest that the education system for LPNs be reviewed with a view to discontinuing it and consolidating nursing education in Japan.

### Keywords :

Nursing System, Registered Nurses(RNs), Licensed Practical Nurses(LPNS), Nursing Education.

## 諸外国の変動する看護システムに関する研究

小島操子<sup>1)</sup>、堀内成子<sup>2)</sup>、太田喜久子<sup>3)</sup>、  
及川郁子<sup>4)</sup>、香春知永<sup>5)</sup>、野村美香<sup>6)</sup>、  
豊増佳子<sup>7)</sup>、鳩野洋子<sup>8)</sup>、菅田勝也<sup>9)</sup>、  
田中祐二<sup>10)</sup>

### 要 旨

本研究は、諸外国の看護システムについて調査し、わが国の現状との比較分析を行うことにより、看護の質の向上のための看護職員のあり方について検討することを目的に行った。特に諸外国の看護システムおよび准看護婦（士）に類似する看護職の実状を明らかにすることに焦点を当てて研究を進めた。

調査の対象は、わが国の今後に示唆を得られると思われる国として、アメリカ、カナダ、オーストラリア、フランス、スウェーデン、イギリスの6カ国を選んだ。看護推進における先駆的な活動および今後の方向性を得るため、WHOコラボレーションセンターおよび看護専門職能団体を中心に、各機関の長、29名に質問紙調査を依頼した。質問紙は19通回収され、回収率は65.5%、有効回答は15通であった。さらに、医療現場における実態を詳細に把握する目的で、アメリカの看護管理および教育の専門家3名に、面接調査を実施した。その結果、以下の知見を得た。

1. 准看護婦を有していた国は、7か国中6か国（フランス以外）であり、准看護婦の養成を停止していたのは1か国（イギリス）であった。
2. 人口1,000人当りの看護婦数は、7か国中、わが国が最低であった。わが国の准看護婦と看護婦とを合わせても、イギリスの看護婦数には届かなかった。准看護婦と看護婦の比率が近似していたのは、日本であり、他の国においては、准看護婦数が看護婦数の1/3~1/4であった。
3. 准看護婦のいる5か国においては、准看護婦と看護婦の能力規定あるいは業務範囲が明確に認められたが、わが国においては不明瞭であった。
4. 准看護婦の養成に必要な教育期間は11~14年であり、日本は最短の11年であった。入学資格が学校教育9年であったのは、日本のみであり、他は高等学校卒業レベルであった。
5. 准看護婦から看護婦への移行プログラムは、4か国で、大学相当レベルの高等教育に位置づけられていた。
6. 准看護婦の養成を停止したイギリスでは、看護婦を高いレベルに統一することができたが、同時に看護補助者養成の必要性が明らかになった。

現代のように、医療が高度化・専門化し、地域におけるケアニーズが急増している現状では、それに対応した看護を行える人材の養成として、わが国の現行の准看護婦養成では不十分である。今後、准看護婦の養成を停止し、看護教育の一元化に向けて早急な検討が必要である。

### キーワードズ

看護システム 看護婦 准看護婦 看護教育

- |                          |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1) 聖路加看護大学 教授（成人・老人看護学）  | 6) 聖路加看護大学 助手（成人・老人看護学）        |
| 2) 聖路加看護大学 教授（母性看護学・助産学） | 7) 聖路加看護大学 助手（看護管理学）           |
| 3) 聖路加看護大学 教授（基礎看護学）     | 8) 国立公衆衛生院 研究員（公衆衛生看護学部）       |
| 4) 聖路加看護大学 教授（小児看護学）     | 9) 東京大学医学部健康科学・看護学助教授（基礎看護学講座） |
| 5) 聖路加看護大学 助教授（基礎看護学）    | 10) 日本大学医学部 生理学第一講座（フランス留学中）   |

## I. はじめに

看護を取り巻く現代潮流の変化には、第1に、高齢化の進展に伴う動きとして、施設看護から在宅看護への転換があげられる。また第2に、医療の高度化・複雑化に伴うチーム医療の拡大がある。このことにより看護婦(士)は、今まで以上に、独自の判断と他職種との連携・調整を担う役割を求められるようになってきた。さらに第3として、高学歴化による国民全般の医療に対する意識の高まりがあげられる。

こうした状況下で、広く国民に求められているものが、質の高い看護であり、この求めに応えられる看護職員を確保、検討することは、我が国の看護対策における重要な課題と考える。看護職員のあり方を検討するということは、わが国の看護職員の半数近くを占めている准看護婦(士)のあり方を検討することでもある。

一方、看護婦(士)の養成に関しては、高学歴化が進み、看護婦養成所から大学へと看護教育は急速に変化しつつある。

現在わが国に起こってきた潮流は、欧米先進国において少なからず起こってきた変化であり、欧米諸国がその潮流を乗り越えるために、看護職員のあり方を含め、どのようなことを行ってきたのか、その現状を知ることは、今後のわが国の看護職のあり方を検討するうえで有用な資料になると考える。しかしながら、諸外国の看護システムおよび准看護婦(士)に類似する看護職の実状を明らかにした研究および資料はほとんど認められない。

そこで諸外国の看護システムについて調査し、わが国の現状との比較検討を行うことにより、わが国の看護の質の向上のための看護職員のあり方について検討することを目的に研究を行った。

なお、本研究は、看護職員の中でも特に看護婦(士)および准看護婦(士)に焦点をあてて行ったため、本研究における看護職員とは、保健婦助産婦看護婦法で規定されている看護婦(士)および准看護婦(士)を指す。

## II. 研究目的

1. 諸外国の看護システムおよび准看護婦(士)に類似する看護職の実状を明らかにする。
2. わが国の現状との比較検討を行うことにより、わが国の看護の質の向上のための看護職員のあり方について検討する。

## III. 研究方法

研究推進にあたり、聖路加看護大学では、1990年にWHOプライマリーヘルスケア看護開発協力センターとして任命を受けて以来、行ってきた活動を通じて、研究目

的達成の為の研究班を構成し調査を行った。

### 1. 方法

#### 1) 文献検索

わが国の准看護婦(士)の就労およびその養成に焦点をあて、現状と課題を明らかにするための文献検索を行った。諸外国の状況については、MEDLINE およびCINAALにより過去10年の看護系専門誌にあたり、文献を収集し検討した。

#### 2) 専門家からの情報収集

看護に起こってきた変化に影響を及ぼした要因を検討する知見を得るため、諸外国における保健医療の現状について、国内の保健医療経済の専門家からアドバイスを受けた。また、准看護婦(士)養成停止の問題について、イギリスならびにスウェーデンに視察にいかれた看護の研究者からも情報を得た。

#### 3) 調査方法

調査は、自己記入式の質問紙調査と面接調査を行った。

#### (1) 対象

わが国の今後に示唆を得られると思われる調査対象国として、アメリカ、カナダ、オーストラリア、フランス、スウェーデン、イギリスの6カ国を選んだ。対象国においては、WHOプライマリーヘルスケア看護開発協力センターとして取り組んできた諸外国との情報交換、協同研究をはじめとする国際的活動によるネットワークを通じ、調査対象となる機関を選択した。その結果、看護推進における先駆的な活動および今後の方向性をえるため、WHOコラボレーションセンターおよび看護専門職能団体を中心に、各機関の長(各WHO協同センター長、各協会長)、29名に質問紙調査を依頼した。

また、医療現場における実態を詳細に把握する目的で、便宜的にアメリカミネソタ州にあるメイヨークリニック看護部教育担当部長、同州にある准看護婦(士)養成所長、および米国病院管理専門家の計3名に、面接調査を実施した。

#### (2) 調査手順

質問紙の配布は郵送で行い、記載に関しては、職位および専門領域(看護職の有無)の記入を依頼した。回収は、ファクシミリ及び郵送で行った。

面接については、研究班で依頼可能な対象に、1~2回にわたり、郵送法で使用した質問紙をもとに半構成的面接を行った。

#### (3) 質問項目の内容

質問項目は、看護婦(士)および准看護婦(士)に関して、就労状況の実態、看護教育の実態、更に准看護婦養成の現在および今後の課題の3つの側面から構成した。

具体的には、ヘルスマンパワーの種類と数、わが国の准看護婦(士)に類似する看護職の養成制度と業務の内

容、業務範囲とその実状、登録看護婦への道がどのように開かれているかなどについて、英語とスウェーデン語に翻訳した。

(4) 調査期間

1995年12月下旬～1996年1月中旬

(5) 分析方法

質問紙および面接により得られたデータを記述的に分析した。

IV. 研究結果

1. 対象の特性

対象国のうち、1995年現在、准看護婦（士）の養成を行っている国は、フランスとイギリスであったが、准看護婦（士）という職種を有している国は、フランスを除く6カ国であった。（諸外国に対しては、日本の准看護婦（士）に類似する職種として質問しているが、本研究論文ではそれら全てを准看護婦（士）と表示する）。

1) 回答者の特性

質問紙は19通回収され、回収率は65.5%、うち有効な

回答が得られたのは15通であった。表1に示したように、回答者の全員が各機関の長であり、全員が自らの専門領域を看護としていた。

回答機関の内訳は、WHOコラボレーションセンターは6か所中、大学が4か所、病院が2か所であった。専門職能団体は6か所で、看護婦（士）と准看護婦（士）の双方が入会可能なオーストラリアを除く5か所すべてが看護婦（士）の職能団体で、准看護婦だけが関与する職能団体からの回答は、得られなかった。

2) 対象国の保健医療における特性

将来の看護職員の養成を考えるうえで、医療構造の国による特徴をとらえる必要がある。対象とした6か国の保健医療に関する特性は、次の通りであった。

まず、年齢構成比で見ると（表2）、年齢3区分割合のうち、老年人口の割合は、アメリカが12.7%と最も低く、高い国は、スウェーデンの17.6%、イギリスの15.8%であり、日本は中間の14.1%であった。しかしながら、生産年齢人口を考慮した指数でみると、日本は、年少人口指数が23.5、老年人口指数が20.2、従属年齢指数が

表1 准看護婦養成制度に関する調査対象の一覧

国名	回答機関	回答者の職位（専門領域）
<質問紙調査> AUSTRALIA	* WHO-CC The University of Sydney Australian Nursing Association New South Wales Nursing Association	センター長／学部長（看護） 協会長（看護） 協会長（看護）
CANADA	Canadian Nursing Association * WHO-CC McMaster University WHO-CC Mount Sinai Hospital	協会長（看護） センター長（看護） センター長／副院長（看護）
FRANCE	WHO-CC Hopitaux de Lyon IFSI HCL	センター長（看護） 厚生省看護担当官（看護）
SWEDEN	Swedish Nursing Association Swedish Municipal Workers Union Stockholms Lans Landsting National Board of Health and Welfare	協会長（看護） 組合長（看護） 看護教育管理担当官（看護） Charge of Nursing（看護）
UNITED KINGDOM	Royal College of Nursing of the United Kingdom * WHO-CC University of Manchester UKCC for Nursing, Midwifery and Health Visiting	協会長（看護） センター長／教授（看護） 政策開発責任者（看護）
U.S.A	American Nurses Association WHO-CC University of Alabama at Birmingham WHO-CC University of California at San Francisco * WHO-CC University of Illinois at Chicago	協会長（看護） センター長／学部長（看護） センター長（看護） センター長／教授（看護）
<面接調査> U.S.A	メイヨークリニック（ミネソタ州） 准看護婦養成所（ミネソタ州） National Committee for Quality Assurance（ワシントン）	看護教育担当部長（看護） 養成所長（看護） Vice President（看護）

\*については、調査対象についての示唆が得られただけであった。

表2 年齢3区分人口割合および主要指標の国際比較

国名	推計時点	年齢3区分別割合 (%)				指数		
		総数	年少人口 (0~14歳)	生産年齢人口 (15~64歳)	老年人口 (65歳以上)	年少人口 指数	老年人口 指数	従属人口 指数
スウェーデン	1993. 12. 31	100.0	18.7	63.7	17.6	23.8	21.8	45.6
イギリス	1991. 7. 1	100.0	19.2	65.1	15.8	29.5	24.5	53.7
日本	1994. 10. 1	100.0	16.3	69.6	14.1	23.5	20.2	43.7
オーストラリア	1992.	100.0	21.7	66.9	11.4	32.4*	17.0*	49.2*
フランス	1993. 1. 1	100.0	19.9	65.5	14.5	30.4	22.2	52.6
カナダ	1992.	100.0	20.8	67.4	11.8	30.9*	17.5*	48.4*
アメリカ	1992. 7. 1	100.0	21.9	65.4	12.7	33.5	19.3	52.9

国民衛生の動向 (1995) およびWorld Health Statistics Annualより作成

\*得られた人口統計からの概算

43.7であり、スウェーデンと類似していた。

医療保障の点から考えると、国民保険であるのは、スウェーデン、イギリスの2か国であった。また、社会保険を用いているのは、日本とオーストラリアであり、この4か国は皆保険体制を敷いていた。一方、主として民間保険でしめていたのはアメリカ、カナダで、これらの国では皆保険体制は敷かれていなかった。

次に、医療給付体制について見てみる (表3)。

表3 人口10万人当たりの病床数及び病床当たりの職員数(1990)

国名	人口10万当たりの病床数	病床当たりの職員数
スウェーデン	1,244	1.85
イギリス	636	2.60
日本	1,578	0.79
フランス	974	1.09
アメリカ	467	3.35

城戸喜子：病床数と病院職員数の国際比較、週刊社会保障、No.1775, 1994, p.46より抜粋

病院の経営主体では、公立が90%以上を占めていたのは、スウェーデン、イギリス、カナダであった。ついで多いのは、オーストラリアの79%、フランスの65%であった。一方、公立病院の比率が私立病院の比率より少なかったのは、日本 (34%) とアメリカ (32%) の2か国であった。

また、病院数が多かったのはスウェーデンと日本であり、その他の国の病院数は少ない傾向があった。諸外国では、病院の設立規制が非常に厳しいのに比べ、日本においては設立規制がゆるやかという特徴を反映してか、わが国の病院の規模は小さい傾向にあった。また、平均在院日数は、1週間以内と短い国が多い中で、日本は、44.9日 (結核と精神障害を除いても33.9日) と最長であ

た。医療従事者の数を病床対比で見ると、日本は非常に少なく、逆に非常に多い国は、アメリカであった。

諸外国の医療は (表4)、1970年代半ばの医療費爆発に端を発し、各国共に医療費の抑制が重要な課題になっていた。対象国の医療費抑制政策をみるとイギリスとオーストラリアを除く国では、患者の自己負担増で対応していた。対象国全てに共通した政策傾向は、病床数の削減と、在宅ケアの推進であった。

以上の結果をまとめると、諸外国と比較した際の日本の特徴は、国民皆保険を敷いているが、私立の小規模病院が多く、病床当たりの職員数は非常に少なく、在院日数が非常に長いという点であった。また、医療費抑制策として、自己負担の増加と、病床数の削減、在宅ケアを強化することが将来に向けて打ち出されてきていることがわかった。

## 2. 就労状況の実態

### 1) 就労看護職員数の比較

図1に示すのは、対象国の就労看護職員の実数である。調査した7か国のうち、准看護婦数が最も多いのは、アメリカであり、第2位は日本、以下イギリス、スウェーデンと、ほぼ同数で続いていた。一方、看護婦数をみると第1位は准看護婦と同じくアメリカであったが、第2位はイギリス、第3位日本と続いていた。

ここで、スウェーデンの准看護婦数を読むときに、注意しなければならない点として、1991年より准看護婦とヘルパーが統計上区別されなくなったことがある。ヘルパーと准看護婦資格の統合化が図られているため、わが国の准看護婦数との比較には留意しなければならない。

次に、人口1000人に対する看護職員数で見たものが図2である。図1とは様相が異なり、准看護婦数において、第1位がスウェーデンであり、第2位に日本が上がり、第3位以降はほぼ同数であった。

一方、看護婦数の第1位はオーストラリア、第2位は

表 4. 諸外国の医療供給体制

	スウェーデン	イギリス	日本	オーストラリア	フランス	カナダ	アメリカ
開業医	(1) 地方医務官診療所 (公務員900人) (2) 民間開業医(約800人)は自由開業	(1) 家庭医委員会による審査及び契約 (2) 一般家庭医・歯科医・眼科医 (3) 民間	(1) 自由開業制 (2) 各自診療科目を表榜 (3) 民間は都道府県知事の指定	(1) 自由開業制 (2) 一般開業医	(1) 自由開業制 (2) 一般医・専門医 (3) 民間は全国的協約へ参加		(1) 自由開業制 (2) 民間
医療システム	(1) 地域の診療所に行く (ただし診療所はごく少数) (2) 外来のみ	(1) 一般家庭医については登録制、歯科・眼科は自由 (2) プライマリケア中心 (3) 外来のみ	(1) 患者は自由に医師を選択できる (2) 入院・外来	(1) 自由に医師を選択 (2) 一次医療中心 (3) 外来	(1) 患者は自由に医師を選択できる (2) 主に外来のみ		(1) 患者は自由に医師を選択できる (2) 主に外来のみ
経営主体 (病床割合)	(1987) 公(州) 90% 私・非営利 10% 私・営利	(1977) 公(国) 97% 私 3%	(1983) 公(国・地方) 34% 私 66%	(1981) 公 79% 私 21%	(1987) 公(国・地方) 90% 私・非営利 16% 私・営利 19%	(1981) 公(国) 98% 私 2%	(1986) 公(連邦・地方) 32% 私・非営利 51% 私・営利 7%
病院	家庭医からの紹介が必要	家庭医の指示が必要	紹介なし	開業医の紹介必要	利用制限なし	家庭医の紹介	家庭医の紹介
平均在院日数	短い	短い	非常に長い	非常に短い	短い	短い	短い
設立規制	厳しく規制	厳しい	ゆるい	厳しく規制	厳しい	厳しい	厳しい (ニード承認に基づく) 非常に多い
従事者数 (病床対比)	少ない	多い	非常に少ない	多い	多い		
保険体制	国民保険、皆保険、所得保障	国民保険、皆保険、所得保障	社会保険、皆保険	社会保険、皆保険	社会保険、皆保険	国民・民間保険	民間保険中心
医療費抑制制作	患者自己負担増加 病床削減 地域ケアの拡大	NHS およびコミュニティ法 病床削減 薬剤費節約	入院制限、自己負担増 病床削減 在宅福祉強化	老人入院制限 高齢者改革 老人ケアサービスの全国普及	検査行為、薬価の施策 自由料金医新規の制限 公立病院総枠予算導入 入院負担金の引き上げ		入院日数標準化 自己負担増

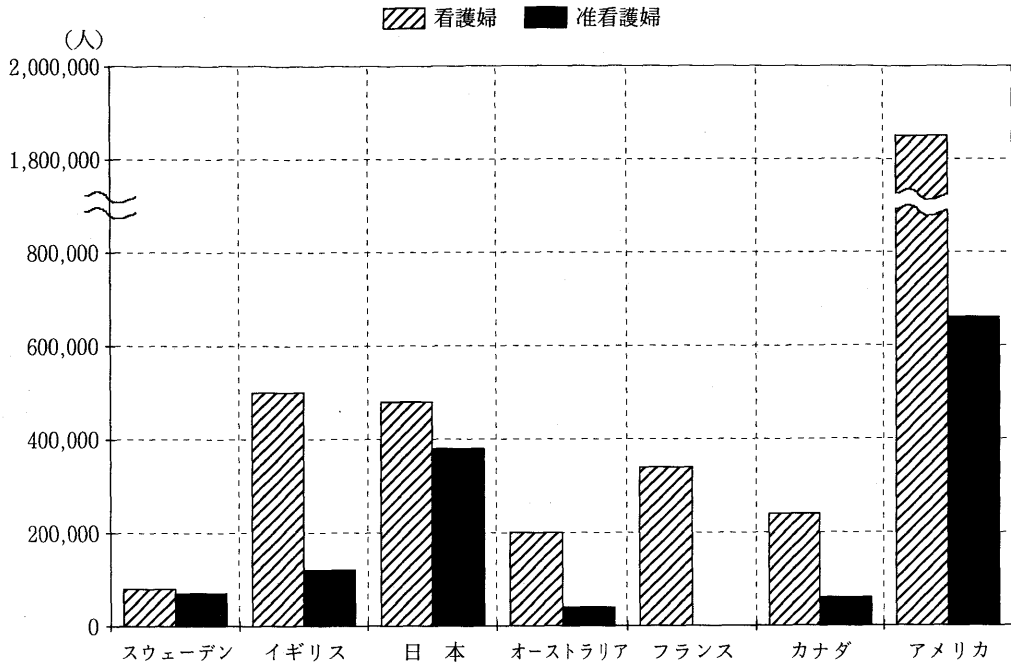


図1 就労している看護婦および准看護婦の数

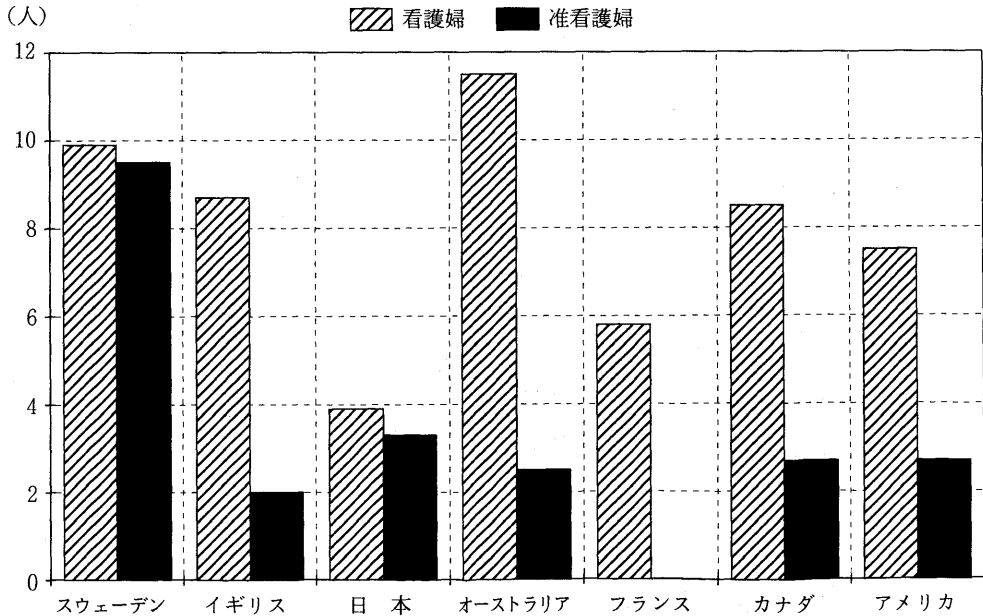


図2 就労している看護婦および准看護婦の数 (人口1,000人対)

スウェーデン、第3位以降はイギリス、カナダ、アメリカ、フランスと続き、日本は、最低ランクに位置づけられた。日本は、看護婦数が7か国のうちで最も少なく、看護婦数と准看護婦数とを加算したとしても、アメリカ・

イギリス・スウェーデンの看護婦数には届いていなかった。

次に、准看護婦と看護婦の就労者数の比率を見ると(図3)、日本とスウェーデンは、看護婦1に対して、准



▨ 看護婦    ■ 准看護婦

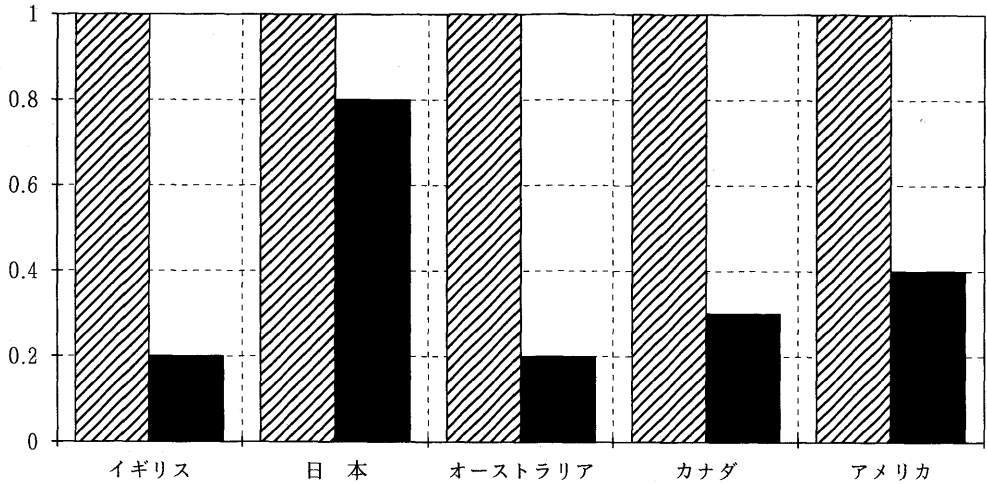


図3 就労している看護婦および准看護婦の割合 (看護婦を1とした場合)

看護婦もほぼ近似した比率であった。しかしそれ以外の4か国においては、看護婦1に対して、准看護婦は1/3-1/4の比率で、圧倒的に准看護婦数は少なかった。

2) 准看護婦と看護婦の就労先の相違

諸外国においては、准看護婦はどこに多く就労しているのだろうか。日本においては、図4に示すように、38万人の准看護婦のうち、最も多く就労しているのは、一般病院に54.6%であり、次いで診療所34.3%、精神病院7.9%であった。同様に、カナダでは、一般病院では49.7%、ナースィング・ホーム31.5%、地域19.6%であった。また、アメリカにおいては一般病院59%、ナースィン

グ・ホーム23%、診療所・外来9%、地域3%であった (1983年)。

3) 准看護婦と看護婦の法定定義と業務範囲 (表5)

定義の中に明確に能力規定がなされていた国は、イギリスとアメリカであった。一方、他の国では、資格規定であったり、不明瞭な役割規定となっていた。

准看護婦の指示命令系統を見ると、「看護婦の指示のもと」と指示系統が1本化されていた国は、イギリス、オーストラリア、であり、逆に指示系統が複数ある「看護婦・医師・歯科医師の指示のもと」とある国は、日本・アメリカであった。

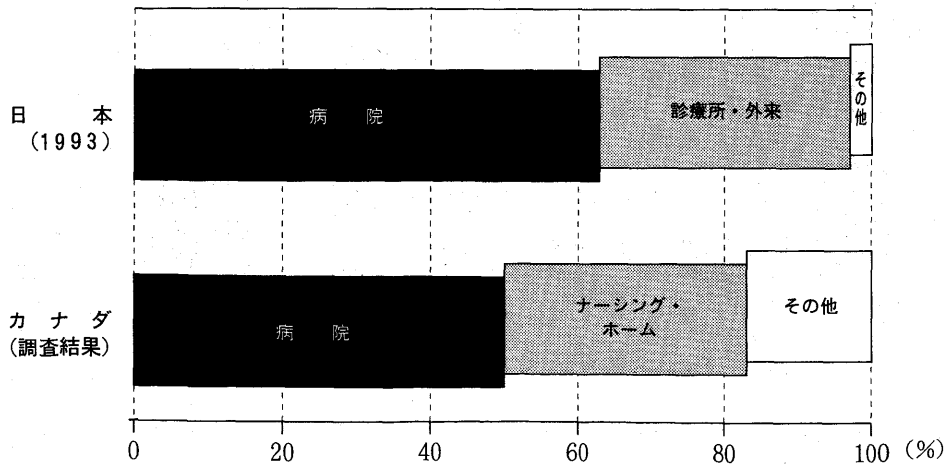


図4 准看護婦の就労先の比較

表5. 准看護婦と看護婦の法的定義と業務範囲

国名	法的義務に関する回答	業務範囲	登録国	患者ケアに参加する他職種	職能団体
スウェーデン	<p>〈責務の明確化〉 准看護婦：基本的看護に限定する 看護婦：Nursing care およびその計画、実施、評価、研究と自己の活動の発展に責任を負う</p>	<p>〈境界明瞭〉遵守 与薬、注射、(輸液・血)、経管栄養は行わない</p>	国	<p>看護助手 (将来はなくす方向)</p>	<p>Swedish Municipal Workers Swedish Union Association of Health Officer</p>
イギリス	<p>〈能力規定〉〈指示系統の一本化〉 准看護婦：看護婦の指示のもとで看護ケアの実施の補助 看護婦：健康増進、疾病予防へのアドバイス、個人の健康を阻害する状況を認識することなど9項目に関する能力を有する</p>	<p>〈境界明瞭〉遵守</p>	UKCC	<p>看護補助者 ヘルスケアアシスタント (看護婦の指示のもと)</p>	<p>Royal Council of Nursing 地域看護協会</p>
日本	<p>〈役割不明確〉〈指示系統複数〉 准看護婦：医師、歯科医師、看護婦の指示を受け、傷病者もしくは褥瘡の療養上の世話、診療上の補助をなす 看護婦：傷病者もしくは褥瘡の療養上の世話、診療上の補助をなす</p>	<p>〈境界不明瞭〉</p>	都道府県 国	<p>介護福祉士 看護補助者</p>	<p>日本看護協会</p>
オーストラリア	<p>〈教育規定〉〈指示系統の一本化〉 准看護婦：准看護婦として働くための1年間の学士課程を修了したものの 看護婦：看護婦として働くための3年間の学士課程を修了したものの</p>	<p>〈境界明瞭〉 静脈注射、導尿、チューブ挿入は行わない</p>	国・州 国・州	<p>テクニシャン つきそい</p>	<p>Australian Nursing Federation</p>
フランス	<p>看護婦：あらゆるヘルスケアシステムで、一般の人に提供する看護のすべての側面での実践にふさわしい</p>		地方	<p>看護補助者(一般、小児) (看護婦の指示、スーパービジョンを受ける)</p>	<p>ANFIIDE</p>
カナダ	<p>〈資格保有規定〉 准看護婦：不明 看護婦：看護婦としての能力の登録当局の証明を有すること</p>	<p>〈境界明瞭〉遵守 不安定な患者のケア 退院計画、静脈注射、 与薬の一部は行わない</p>	州 州	<p>不明</p>	<p>Canadian Association of Practical Nurse&amp;Nursry Assistants Canadian Nurses Association</p>
アメリカ	<p>〈能力規定〉〈指示系統複数〉 准看護婦：基準化された手順を活用したケア提供。看護婦、医師、歯科医師の指導のもと、自立した知識、判断でなく、基本的な知識を必要とされる 看護婦：健康問題に対する人間の反応についての系統的な情報収集 アセスメント、適切な判断、評価(看護過程)、医師の処方と一致した方向の看護処方</p>	<p>〈境界明瞭〉遵守 看護計画の立案 患者教育、退院計画、 一部の与薬(抗がん剤 免疫抑制剤など)は行 わない</p>	州 州	<p>看護助手 テクニシャン (病院育成)</p>	<p>American Federation of Licensed Practical Nurse American Nurses Association</p>

さらに、業務範囲として、准看護婦と看護婦との境界が明瞭に規定されていたのは、スウェーデン、イギリス、カナダ、オーストラリアであった（イギリス、オーストラリアでは現実的にはそれが守られていないことも記されていた）。しかし、日本の場合、法的には指示命令系統が記載されているものの、業務範囲の境界が不明瞭であり、禁止業務等の記載がない。そのため、臨床上において現実的には業務範囲の区別が困難である。

登録管理は、准看護婦・看護婦どちらも国レベルまたは、州レベルであり、准看護婦と看護婦の登録先が異なっていたのは日本だけであった。

さらに、重要な点として、看護ケアという場面で協同する他の職種として挙げられていたのは、看護補助者やテクニシャンであり、いずれの国も複数の職種を有していた。

#### 4) 看護職の給与

准看護婦と看護婦の給与を各国で比較した（表6）。初任給を見ると、准看護婦の初任給を1としたとき、看護婦の初任給は、ほとんど差のない1.05から最高は1.79倍にまで達していた。オーストラリアやアメリカ、カナダは看護婦にも等級が明確にあり、それによる違いで幅が認められた。日本においては、准看護婦と看護婦の比率は、医療職俸給表によると1.16であった。

20年後の給与における准看護婦と看護婦の差は、日本、カナダ、スウェーデンでは、初任給時に比べるとわずかであった。

### 3. 看護教育の実態

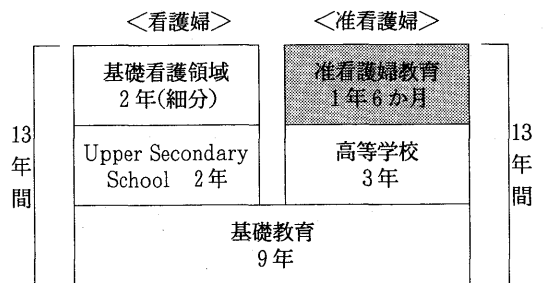
諸外国の看護教育制度の中でも特に准看護婦・看護婦養成の道について、既存の文献ならびに今回の質問紙への回答から把握したものを図5に記載した。

#### <スウェーデン>

博士課程 4年
修士課程 4年
看護専門領域 1年

実務経験  
6か月～2年

看護婦への移行  
3年間のプログラム



\* 今回の調査結果および"Nursing in the World"より作図

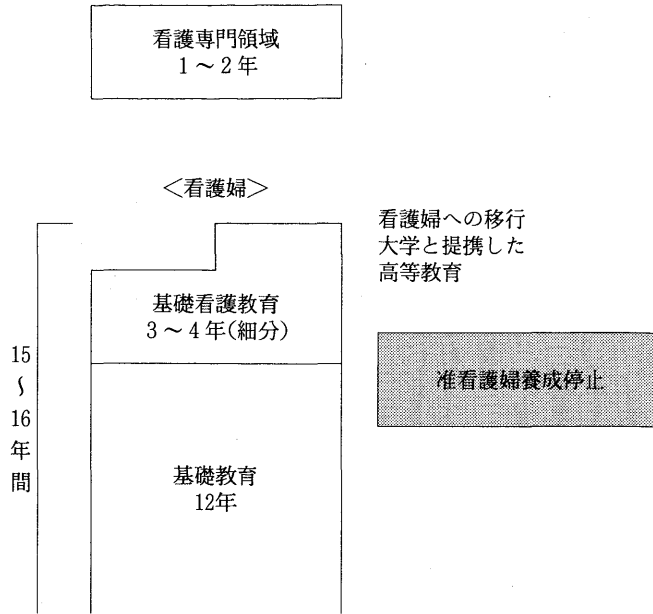
図5-1 諸外国の看護教育制度

表6 看護婦および准看護婦の給与比較

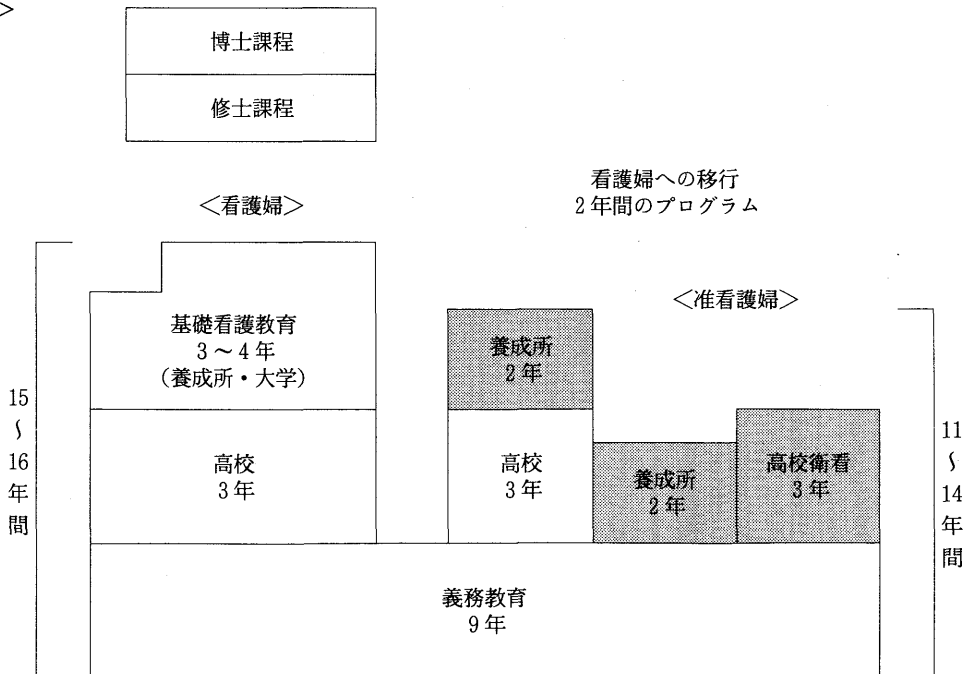
国名	初 任 給			20年後の給与		
	准看護婦	看護婦	比 率 (准看を1)	准看護婦	看護婦	比 率 (准看を1)
スウェーデン	138,000 クローネ	150,000 クローネ	1.09	153,600 クローネ	178,800 クローネ	1.16
イギリス	£9,625	£12,110	1.26		£16,290	
日本	201,549 円/月	233,569 円/月	1.16	271,019 円/月	318,773 円/月	1.18
オーストラリア	\$271.2~ 420.2/週	\$485.7/週	1.16~1.79		\$810.9/週	
フランス		FF115,000				
カナダ	\$23,121~ 34,335	\$36,085.32	1.05~1.56	\$42,000	\$45,000.00	1.07
アメリカ	\$21,476~ 31,669	\$35,212	1.11~1.64			

\* カナダの准看護婦は時給での回答だったため、実働7時間のフルタイムとして換算した。  
20年後の給与に関しては推定も含み、表中の空欄に関しては情報入手ができなかった。

<イギリス>



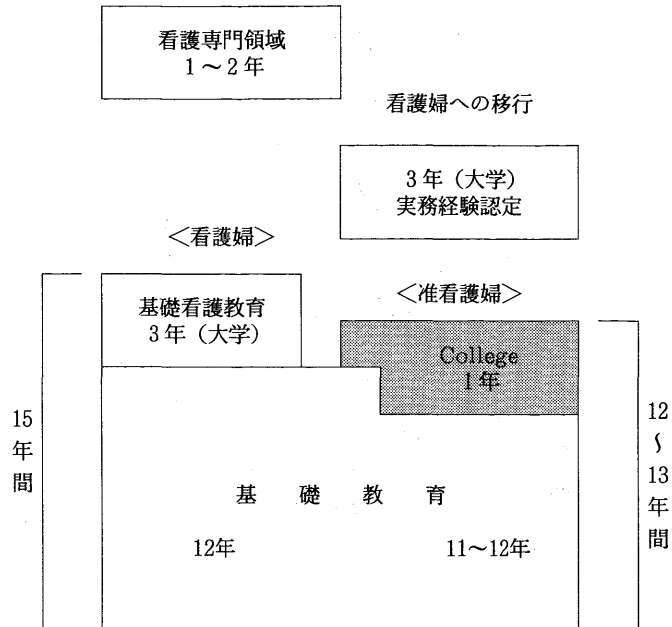
<日本>



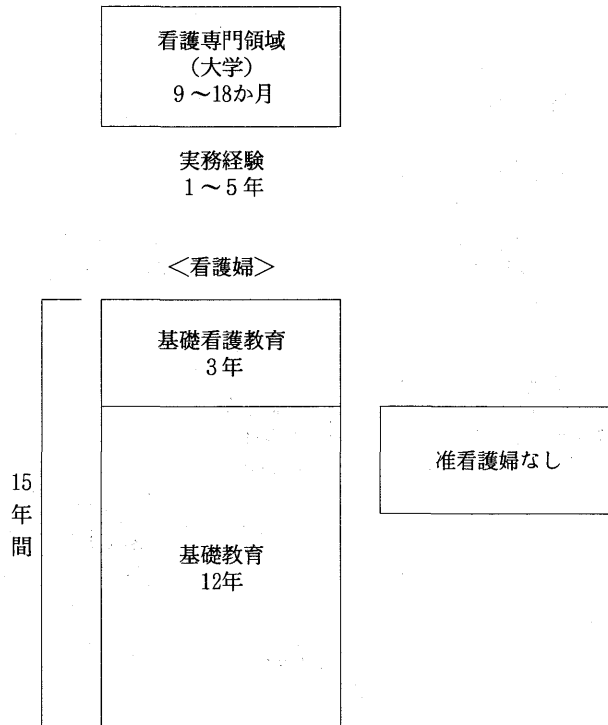
\* 今回の調査結果および "Nursing in the World" 作図

図5-2 諸外国の看護教育制度

<オーストラリア>



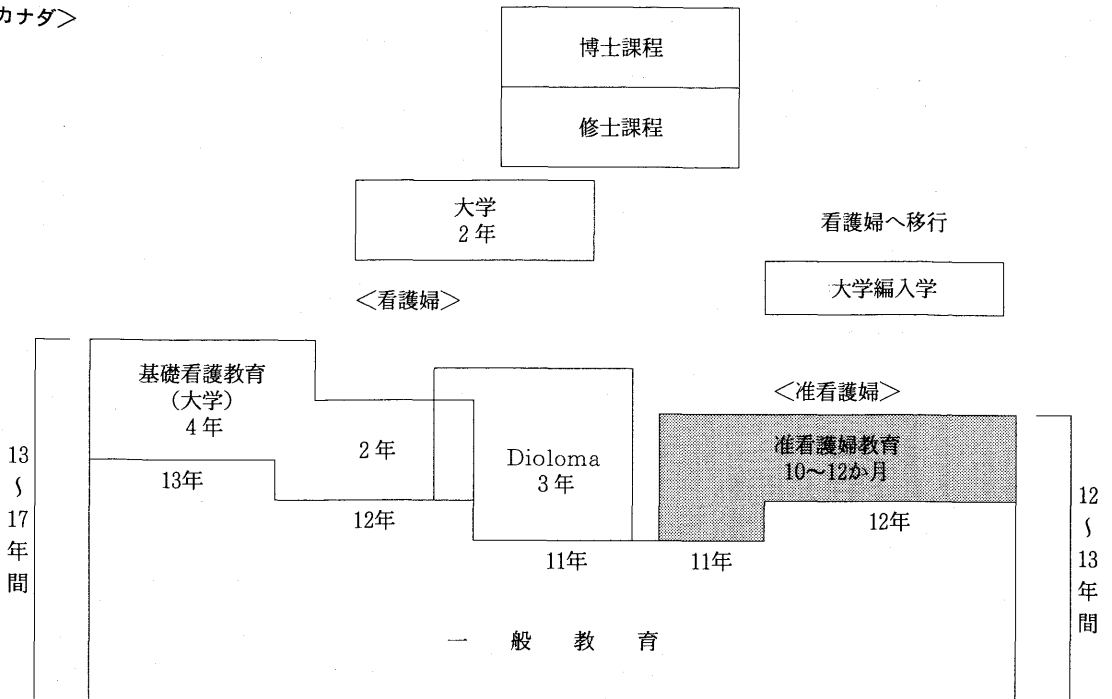
<フランス>



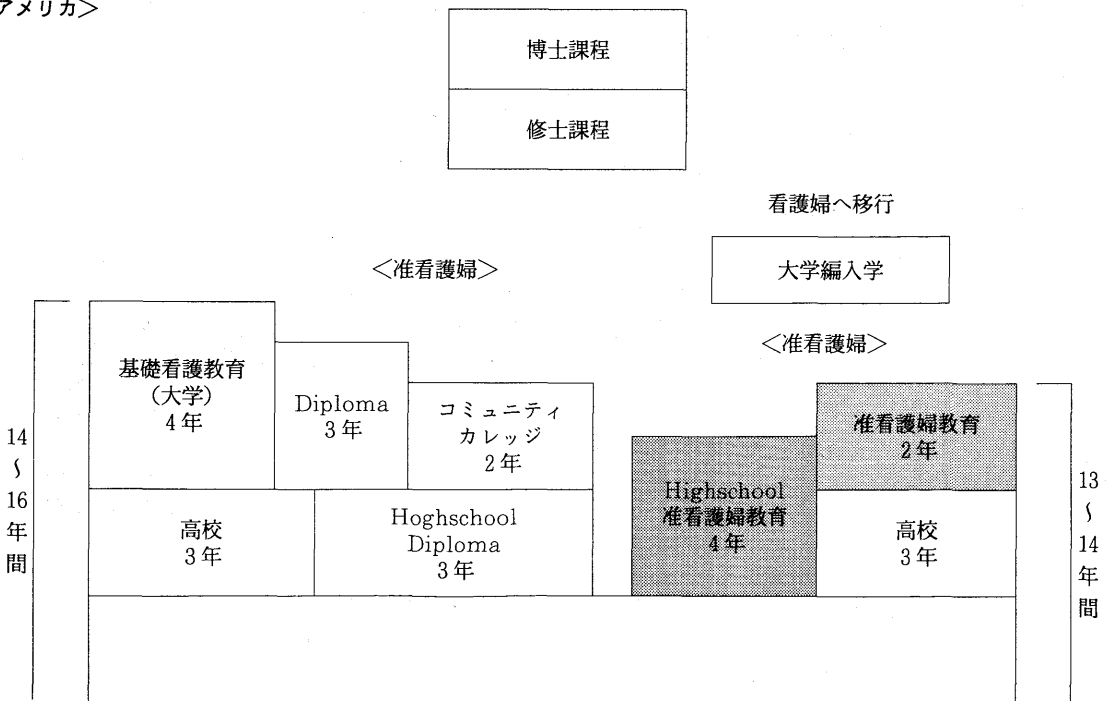
\* 今回の調査結果および "Nursing in the World" 作図

図5-3 諸外国の看護教育制度

<カナダ>



<アメリカ>



\* 今回の調査結果および "Nursing in the World" 作図

図 5 - 4 諸外国の看護教育制度

1) 看護教育に入学するまでに必要な教育年数

准看護婦の養成において、入学するまでに必要な基礎義務教育期間は、カナダ、イギリス、オーストラリア、アメリカの4か国では、11～12年であった。しかし、日本とスウェーデンだけは、9年であった。

2) 准看護婦教育に必要な教育期間

准看護婦養成を現在も行っている5か国の中で、法律上、資格取得に必要な教育期間を比較すると、11-14年と幅がみられた。この中で日本は最低期間の11年であった。准看護婦教育に必要な教育機関がわが国の9年と同じであったスウェーデンは、准看護婦資格取得までに、最低14年半を要していた。

また、オーストラリアは、准看護婦教育に必要な教育機関が、カレッジに位置づけられており、期間は1年であった。短期大学レベルをもっていたのは、アメリカであった。一方、養成所レベルに位置づけられていた国の教育期間は、日本の2年、カナダの1年、アメリカの2年であった。

また、高等学校レベルに位置づけられたコースをもっていたのは、日本、アメリカ、スウェーデンであった。スウェーデンでは、ヘルパーと准看護婦資格の統合化が図られているため、高等学校の介護コース3年間と、その後の成人学校での1年半のコースを終えることで、ヘルパー・准看護婦の資格を得られることがわかった。

アメリカは、短期大学、養成所、高等学校と多様なプログラムを開講し、期間も1～2年の幅をもっていた。

3) 教育カリキュラムの比較

准看護婦養成のカリキュラムを時間数で比較したものが表7である。准看護婦教育に必要な教育期間が類似している国を比較すると、日本は2年間で1500時間であり、ナダは約1年間で1000-1560時間であった。日本の准看護婦養成は、就労しながら学ぶ場合もあるため、カナダに比べると1年間の時間数を2年間で行っているとも読むことが出来るのではないだろうか。

一方、看護婦養成のカリキュラムは、カナダの2400時間を最低として、日本の3000時間は少ないほうに位置し、最高はフランスの4760時間であった。

4) 准看護婦から看護婦への移行

准看護婦を要している5か国すべてに、看護婦ならびに大学教育への道が開かれていた。各国ともに多様な移行のプログラムが開かれていたが、大学レベルの教育機関と連携している国が多く、イギリス、オーストラリア、カナダ、アメリカであった。しかし、日本においては、高等学校を終了していない准看護婦が、看護系の大学へ進む道は開かれていないし、看護系の大学教育において准看護婦が編入学できる制度も認められていないことから、諸外国に比べ、プログラムの多様性に乏しいことがわかった。

表7 教育カリキュラムの比較

	准看護婦教育カリキュラム	看護婦教育カリキュラム	移行プログラム
スウェーデン	全課程時間数： 2,370～2,700時間 年間授業数： 790～1,670時間	全課程時間数： 40単位	システムあり
イギリス		全課程時間数： 4,600時間 年間授業数： 1,534時間	大学などの高等教育機関との提携 全日、定時、通信 52週間（最長2年）
日本	全課程時間数： 1,500時間	全課程時間数： 3,000時間	短大 高等学校専攻科 専修・各種学校 2年
オーストラリア	全課程時間数： 42週 年間授業数： 42×35時間/週	全課程時間数： 124週 年間授業数： 42×36時間/週	大学 3年
フランス		全課程時間数： 4,760時間	
カナダ	全課程時間数： 1,000～1,560時間	全課程時間数： 2,400～3,660時間	大学 多様
アメリカ			大学・短大 多様

\* 表中の空欄は、情報入手できず。

4. 准看護婦養成における現在および将来の課題

准看護婦養成における現在および将来の課題として、准看護婦養成を継続している国と、養成を停止した国とに分けて述べる。

1) 養成を継続し現状維持を考えている国：スウェーデン・アメリカ

養成を継続している国のうち、今後の方向性として、現状維持と回答していたのは、スウェーデンとアメリカであった。

スウェーデンでは、1991年より准看護婦とヘルパーが統計上区別されなくなったため、養成でもヘルパーと准看護婦資格の統合化が図られていた。従って、看護婦と准看護婦との業務上の境界は益々明瞭になり、准看護婦の業務は、日常生活に関する基本的な看護あるいは介護の部分に焦点化され、ヘルパーの業務と非常に類似してきていることが読みとれた。また、ヘルパー・准看護婦は、在宅の人びとを支援するだけでなく、グループホーム、ナーシングホーム等にも就労しており、看護婦の就労先とは区分されていた。

アメリカでは、准看護婦と看護婦とは、法的定義の中で能力規定が明確になされていた。そのため、業務範囲が不明瞭になることはないことがわかった。しかし、現実的には、郊外や地方の医療施設においては、准看護婦が、看護婦業務に類似した業務に従事しているという回答もあった。これは、都市部に看護婦が集中し、地方では准看護婦が看護婦業務を行わざるをえない状況であるためと考えられる。一方、医療費削減が最優先課題であることから、給与が看護婦に匹敵する准看護婦の雇用をやめ、無資格ではあるがその病院で必要とされるコストの安いテクニシヤンの雇用が促進されていた。テクニシヤンは、看護婦の指示、監督のもとで、ベットメイキングや清潔のための援助、バイタルサインの測定を行っているという回答があった。

他の意見としては、准看護婦が増えることで看護の質が低下するという考えのもとに、雇用を控えようとしている施設もあった。アメリカでは、患者の入院期間が非常に短いため、より質の高い看護を必要としていることや、准看護婦と無資格の看護補助者との業務上の混乱を

表8 准看護婦養成における今後の展望と問題点

<養成継続国>

国名	准看護養成上の問題点	今後の方向性
スウェーデン	回答なし	・現状維持
オーストラリア	・臨床の配属部署が不足している ・養成のための予算不足	・養成強化
カナダ	・教育課程の内容と基準の地域差 ・看護婦との入学資格年限の相違が准看護婦の看護婦移行を妨げる ・臨床の場での教育不足	・准看護婦職能団体は養成強化を希望 ・第一に国内基準の統一が必要
アメリカ	回答不能	・現状維持

<養成停止国>

イギリス	養成停止理由	・看護婦のレベルを統一しようとする政治的決定 ・高等教育化による一本化
	移行措置	・大学等の高等教育と提携した移行コース 全日制、定時制、通信教育制 個人の臨床経験を認めた個別のプログラム(プロファイリング)
	廃止による改善点	・看護婦のレベルを高いレベルに統一することができた ・准看護婦がキャリアを積む機会ができた ・教育構造および雇用構造が単純になった
	廃止により起こったこと	・移行コース就学のためのコスト不足 ・看護婦への移行後も増えない雇用先 ・アイデンティティを問われる(自尊感情の揺らぎ) ・補助者養成の必要性



避けるために、准看護婦を看護婦に移行するよう働きかけている施設もあった。

2) 養成を継続し改善・強化を考えている国：オーストラリア・カナダ

養成の強化・改善と回答してきたのは、オーストラリアとカナダであった。

カナダは、准看護婦の看護婦への移行について、その入学資格の違いから困難が生じていることや、臨床の場での教育が不足していることをあげながらも、准看護婦職能団体は養成の強化を考えていると回答していた。また、州レベルで教育課程が異なっていることについて、内容と基準の地域格差が生じていることをから、国内基準の統一化が必要であると記載していた。カナダ看護協会では、2000年までには、すべての看護教育を学士レベルに位置づけたいとの報告もあった。

一方、オーストラリアでは、准看護婦養成上の問題点として、准看護婦の臨床における配属部署が不足し、就労困難になっていること、また養成のための予算が不足していることを記載していた。オーストラリアでは、マンパワーの需給が整い、新卒看護婦の就業が困難な状況さえ生まれていた。その結果、准看護婦の就業見通しが今後の課題になっているが、看護協会としては、その養成を質的に改善・強化する方向で検討しているとの回答を得た。

いずれの国も養成を継続していくためには、教育の改善、質を高めることの必要性を記述していた。

3) 養成停止を実施した国：イギリス

養成停止の理由は、「英国における准看護婦廃止の経過と理由」の中で述べられているように、1960年代初めに、准看護婦の業務が拡大し、准看護婦と看護婦の業務区分がより曖昧になったこと、1980年頃から医療・看護の高度化に従い「高いレベルの看護を行うのに十分な教育を受けていない准看護婦が、看護婦と同じ業務を行うことに問題がある」という声が高まってきたことであった。これを受けて、1990年代以降の医療ニーズに対応した看護婦・助産婦・訪問看護婦の教育と養成を決定するために「プロジェクト2000」が構成された。報告書は1986年に出され、看護の高等教育化の中で、准看護婦教育は廃止する方向が明らかにされた。つまり、高等教育化を図り、看護婦のレベルを統一しようとする政治的決定が行われた。

現在、移行プログラムが生まれ、大学等の高等教育機関と連携した移行コースがあり、全日制、定時制、通信教育制度が始められた。その内容には、個人の臨床経験を考慮したプログラム（プロファイリング）、個人指導を基本としたチューター制度が導入されていた。准看護婦の能力については、看護婦と比べて学問的な基盤が弱

いことから、リーダーシップをはじめとした管理能力、研究と実践を結合させる能力が必要とされ、個々の能力を事前に把握したうえで行うプログラムが考案された。

しかし、移行プログラムに入るかどうかは、あくまでも、准看護婦本人の意志によるものであり、准看護婦資格のままにいることの身分保証は認められていた。

本調査票への回答は、養成を停止して5年を経過した時期ではあるが、まだまだ移行の過渡期にあり、廃止に伴う現段階の問題点として、准看護婦から看護婦へ移行した後も、雇用先が増えないことや、移行コース就学のためのコストが、現在直面している問題点として挙げられていた。また准看護婦のアイデンティティが揺らいでいることや、今までの准看護婦に代わる看護補助者の養成の必要性も指摘されていた。

しかしながら、養成停止によってもたらされた改善点としては、看護婦のレベルを高いレベルに統一することができたこと、准看護婦がキャリアを積む機会を得たこと、さらに、教育構造ならびに雇用構造が一化されたことが挙げられていた。

## V. 考察

諸外国においても、看護職員の教育や配置について、今は、まさに変革の時であることが、質問紙への回答の中に記されていた。

本研究結果から、わが国の看護の質の向上のための看護職員のありかたについて考えると、現行制度のまま准看護婦の養成を続けていくことは、諸外国の動向からみて不適切であるということが明らかになった。これからの方向性を以下に考察する。

### 1. ケア提供者間の役割の明確化

本結果から、患者ケアに関わる看護職や補助者、テクニシャンが多く存在していた事実は、看護を取りまく仕事が多岐にわたり、多層構造を成していることを示している。つまり、看護の専門性が求められるものと、そうでないものという、分業が必要とされているという実態が明らかになった。そのためにも、ケア提供者間の役割を明確にしていくことが、必須な状況にあるといえる。しかし、わが国の現実は、多層構造を抱えながらも、その役割が非常に不明瞭であることがわかった。

#### 1) 看護婦と准看護婦の役割業務の明確化

わが国以外の5か国では、看護婦と准看護婦の能力規定あるいは業務範囲は明確であった。わが国においては、このいずれもがなく、准看護婦が看護婦と同じ業務を遂行せざるを得ない状況にある。その背景には、人口1000人当りの看護職員数が、諸外国に比べて著しく少なく、准看護婦と看護婦を合わせた人員でさえ、諸外国の看護婦数に届かないことがあると考えられる。しかも、その

うちの4か国では、看護婦数に対する准看護婦数の割合は、1/3-1/4であったにもかかわらず、わが国ではほぼ同数であった。看護婦の不足分を准看護婦で補っていると考えられてもしかたがない状況であろう。

諸外国では重症患者の看護計画、与薬、退院計画などに関して、准看護婦の業務内容に制限が加えられていた。しかし、わが国においては、准看護婦の業務内容の制限は不明瞭であるうえ、准看護婦の就業先が一般病院に54.6%いた。このことから、異なる資格でありながら、一般病院において、類似の業務を行ってしまっている現状が推測され、現代の高度医療を支えるうえでは、大きな問題であることが示唆された。

## 2) 多層構造のありかた

患者ケアに関しては、複数の職種が多層に関わる必要があることは、ほとんどの国に共通していた。しかし、看護婦・准看護婦と補助者・介護職者・ヘルパーが、現場でいかにその業務を分業して担っていくかには、国による違いが認められた。

スウェーデンにおいては、准看護婦とヘルパーの資格の統合が図られていた。この背景には、介護職の給与・地位が低いことによる人材不足があったため、労働条件の改善が図られ、現場での分権化の拡張、勤務時間の検討がなされ、人材不足を解消していった。資格の統合により、准看護婦が、医療からより介護を中心とした現場に就労することになり、看護婦との住み分けが可能になっていったと考えられる。

一方イギリスでは、准看護婦の養成を停止し、看護婦に資格を一本化することで、看護婦を高いレベルで統一することができたことがわかった。その一方で、准看護婦養成を停止した結果、従来准看護婦が担ってきたセカンドレベルの職種の業務を担う人材が必要となり、看護婦の指示のもとで限られた範囲の業務を遂行する補助者の育成が必須のものになったことが述べられていた。

補助者の養成は、准看護婦の養成とは明らかに異なるもので、異なる職種による明白な業務の分担であり、資格は異なるが非常に類似した業務を遂行する状況とはまったく区別して考えられる。

わが国について、この住み分けをもとに考えてみる。准看護婦が一般病院に多く就業し、医療の分野に携わっているわが国の現状から考えると、スウェーデンのように、医療の現場には補助者をおき、福祉に貢献する介護職者として資格を統合するよりも、イギリスのように、看護補助者において、看護婦の資格を一本化していくことが、現場の混乱を解消していく方法として合致しているものと思われる。

## 3) ケアマネジメント能力の必要性

患者ケアに関わる職種については、看護補助者やテク

ニシャンが多く存在していた。アメリカの各病院内で育成しているテクニシャンの試みは、医療費の抑制のため、きわめて限られた技術を提供する国家資格をもたない人物の活用をすすめるものである。この試みでは、一人の患者に対するケア計画は看護婦が立案するが、看護婦自身が行う方が望ましいものと、看護補助者が行っても良いものとを識別し、指示、管理、評価し、分業している。このことは看護婦がケアのマネージメントを行い、分業する力をもつ必要性を示している。

一方、わが国では、病床当りの医療職員数が、アメリカに比べ非常に少ないということは、看護婦あるいは准看護婦が非常に多くの患者ケアを一人で担っていることを示している。看護職が質の高いケアを提供するためには、看護婦の指示のもとに業務を分担する補助者の育成も検討するべきと考える。

今回の調査結果からみて、今後、わが国においても患者ケアにあたっては、他職種との分担を考えざるを得ないのではないだろうか。そのためには、患者のケアマネージメントを行える看護の人材育成が望まれ、看護婦資格を有する人が、適当であると考えられる。

## 2. 看護教育の一元化

今回調査した7か国の中で、わずか11年間の学校教育で看護に関する受験資格を与えているのは、わが国だけであった。この背景にある9年の基礎教育という制度は、看護教育全体が大学教育へと移行しようとしている現在、この人達が直接、大学へ進学する機会を得られないことにもつながっている。

しかも、教育カリキュラムの時間数からみると、1500時間は、准看護婦の教育に1年間を要しているカナダと同じであり、諸外国レベルで考えるとこれは実質的には9年間の基礎教育に、1年間の准看護婦の教育を課していると読むこともできるのではないだろうか。

複雑な人間を対象としている看護においては、教養豊かで視野の広い、成熟した人材を育成する必要があり、高等教育が必要であると考えられる。従って、現行の准看護婦教育では不十分であると思われる。

また、高度で複雑な医療技術や、さまざまな人々のQOLを考えることのできる質の高い看護が求められている今日、論理的思考にもとづく計画的な実践が必要である。この能力は医療費を抑制する為の入院期間の短縮や在宅ケアにおいても求められる重要な点と考える。このように、論理的思考をもって、現状に変化を起こしていく人材の育成が重要であり、こういった観点からも、現状の准看護婦教育では不十分であると考えられる。

また、超高齢化社会を迎えるわが国では、在宅医療が従来よりもいっそう重要視されてくる。諸外国の例を見ても、病院での在院期間が短い国においては、在宅ケア

が非常に重視されている。アメリカではホスピスをはじめ多くが在宅で行われている、高齢人口の割合の多いスウェーデン、イギリスでは24時間体制での訪問看護事業が盛んに行われている。

従来わが国においては、診療所等に准看護婦の34%が就労してきたが、看護職全般が地域医療に貢献することがますます必要になってくるこれからの時期に、現在の准看護婦教育で十分といえるであろうか。

在宅医療においては、訪問したその場で、看護婦単独での判断が求められることが起こりうる。たとえば、受診させるべきか否か、誰に連携をとることが必要かなど自立した判断能力を有する看護職が必要である。従って、高い判断能力を有し、他職種との調整役をもこなせる人材の育成が必要となってくることが予測される。

このような多様な社会のニーズに対応していくには、准看護婦教育では不十分であり、看護婦教育に一元化することが必要であると考えられる。

わが国において、准看護婦の養成を停止した後は、現在、准看護婦としての資格を有するものに、看護婦への移行の道を準備することが必要である。諸外国においては、准看護婦から看護婦への移行のプログラムの多くが大学等の高等教育との連携のもとに実施されていた。わが国においても看護の質をより高めるために、また、高等教育につながるような、妥当な基準に基づいた移行プログラムによる看護婦への道が開かれるべきである。

## VI. 研究の限界

本研究は、各国の看護において先駆的な役割を果たす機関を対象に行ったため、非常に限られた対象であり、回答者の個人的な見解や解釈がデータに反映されている可能性も考えられる。今後、WHOコラボレーションセンターとしての活動を通じて、さらに入手困難であった情報の収集に努めたいと考える。今回の調査結果が、今後の我が国の看護職員の方向性を検討する一助になることを願う。

## VII. 結論

1. 准看護婦を有していた国は、7か国中6か国（フ

ランス以外）であり、准看護婦の養成停止は1か国（イギリス）であった。

2. 人口1000人当りの看護婦数は、7か国中わが国が最低であった。わが国の准看護婦と看護婦とを合わせても、イギリスの看護婦数には届かなかった。准看護婦と看護婦の比率が近似していた国は、日本であり、他の国においては、准看護婦数が看護婦数の1/3~1/4であった。
3. 准看護婦のいる5か国においては、准看護婦と看護婦の能力規定あるいは業務範囲が明確に認められたが、わが国においては不明瞭であった。
4. 准看護婦の養成に必要な教育期間は11~14年であり、日本は最短の11年であった。入学資格が学校教育9年であったのは、日本のみであり、他は高等学校卒業レベルであった。
5. 准看護婦から看護婦への移行プログラムは、4か国で、大学相当レベルの高等教育に位置づけられていた。
6. 准看護婦の養成を停止したイギリスでは、看護婦を高いレベルに統一することができ、専門職として一本化ができた。同時に、ケア業務の多層性から、補助者の養成の必要性が明らかになった。

現代の医療の高度化・専門化、または地域におけるケアニーズ急増の現状においては、それに対応した看護を行える人材の育成として、現行の准看護婦養成では不十分である。今後、准看護婦の養成を停止し、看護教育の一元化に向けて早急な検討が必要である。

## VIII. 謝辞

最後に、ご協力下さいましたWHOコラボレーションセンターの皆様へ深く感謝いたします。

なお、この研究は、平成7年度厚生省看護対策総合事業による助成を受けて行った。

## 〈参考文献〉

- Adams J. : First-line management. Disciplined approaches, Nurs-Times, 89(12), 63-4, 1993.
- Appleby J. : Brewins-L : Profile of a profession, Nurs-Times, 88(4), 24-7, 1992.
- Baker B. : Autonomous practice. Model methods, Nurs-Times, 89(47), 33-5, 1993.
- Baker E.R. and Foster R.W. : Organizational determinants of nurse staffing patterns,

- Nursing Economics, 6(2), 71-75, 1988.
- Barter M. and Furnidge: Unlicensed assistive personnel. Issues relating to delegation and supervision, *Journal of Nursing Administration*, 24(4), 36-40, 1994.
  - Batrton J. et. al. : A classification of nursing and midwifery shift system, *Int-J-Nurs-Stud*, 30(1), 65-80, 1993.
  - Brider P. : AJN salary gains slow as more SNs seek full-time benefits, *American Journal of Nursing*, 92(3), 34-40, 42, 1992.
  - Buerhaus P.I. : Dynamic shortage of registered nurse, *Nursing Economics*, 9(5), 317-328, 1991.
  - Chapman R. ; Hall B. : Post-registration education in three fields of clinical practice, *Nurs-Times*, 88(43), 53-6, 1992.
  - Cockerill R.W. and OBrien Pallas. LL : Satisfaction with nursing workload system report survey of Canadian hospital a part A, *Canadian Journal of Nursing Administration*, 3(2), 17-22, 1990.
  - Cole A. : Fund-raising. The giving game, *Nurs-Times*, 90(32), 30-32, 1994.
  - Davies S.M. : Consequences of the division of nursing labour for elderly patients in a continuing care setting, *Journal of Advanced Nursing*, 17(5), 582-589, 1992.
  - Dewar B, Clark J.M. : The role of the paid non-professional nursing helper : a review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), 113-20, 1992.
  - Eriksen L.R. et. al. : A registered nurse-licensed vocational nurse partnership model for critical care Nursing, *Journal of Nursing Administration*, 22(12), 28-38, 1992.
  - Frels L.M. et. al. : RCTs-not the answer to nursing shortage, *Nursing Economics*, 7(39), 136-141. 1989.
  - Gibberd B. : Skilled resource or profession? : *Nursing-Lond*, 4(18), 42-3, 1990.
  - Havergal M. : Edmonstone J : Professional development. Growing pains, *Nurs-Times*, 89(6), 30-1, 1993.
  - Jacobson B. : From LPN to RN, *Journal of Nursing Administration*, 19(4), 9-10, 1989.
  - 城戸喜子 : 病床数と病院職員数の国際比較, *週間社会保障*, No1775, 46, 1994.
  - 厚生省の指標, *国民衛生の動向*
  - Loquist R.S. : South Carolina studies inactive nurses : *ISSUES*, 12(2)4-9, 1991.
  - Mara J. : Organizational downsizing : a health care trend of the 90s : *Nurs-BC*, 25(5), 28-30, 1993.
  - McClean S. et. al. : Using a manpower database to model nurse turn around and return to service : *J-Adv-Nurs*, 16(11) 1382-6, 1991.
  - Molzahn A.E. : Towards a clarification of the scope of practical of registered nurses and licensed practical nurses, *AARN Newsletter*. 48(3), 16-17, 1992.
  - OBrien P.LL and Cockerill R.W. : Satisfaction with nursing workload system report survey of Canadian hospital a part B, *Canadian Journal of Nursing Administration*, 3(2), 23-26, 1990.
  - 奥村芳孝 : スウェーデンの高齢福祉最前線, *筒井書房*, 1995.
  - Orr J.G. : Nursing education in the private sector : *J-Adv-Nurs*, 18(3)471-8, 1993.
  - Quinn S. : Nursing in the European Community, *CROOM HELM LONDON*, 1980.
  - Ryan J. : Poster E. : NT survey results. Workplace violence, *Nurs-Times*, 89(48), 38-41, 1993.
  - Sullivan N.J. and Quaintance M.M. : A unique LPN to ADN bridge program, *Nursing Management*, 21(3), 14-15, 1990.
  - Thomas L.H. : A comparison of verbal interactions of qualified nurses and nursing auxiliaries in primary, team and functional nursing, *International Journal of Nursing Studies*, 31(3), 231-244, 1994.
  - Thomas L.H. : Qualified nurses and nursing auxiliary perception of their work environment in primary, team and functional nursing word, *Journal of Advanced Nursing*, 17(3), 378-382, 1992.
  - World Health Statistics Annual, *World Health Organization*, 1993.
  - New South Wales Nurses' Association policy statement, *LAMP*, 48(1)22. 1991.
  - Nursing in Australia national statement, *LAMP*. 46(11), 28-32, 1989.
  - UKCC (United Kingdom Central Council) ; Profect 2000. a new preparation for Practice,

1986.

- UKCC: statistical Analysis of the council's Professional Register. 1 April 1994 to 31 March 1995.
- Department of Employment, Education and Traing; National Nurse Labour Market Study, vol. 1, summary Report.

- 特集, 英国への准看制度はこうして廃止された, Nursing Today, 10(13), 1995.
- 看護教育欧州視察団報告特集, 医療労働, No. 382, 1995.