

St. Luke's International University Repository

Nursing Systems in Relation to Licenced Practical Nurses in Overseas 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, 及川, 郁子, 太田, 喜久子, 香春, 知永, 成木, 弘子, 野村, 美香, 久代, 和加子, 鳩野, 洋子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/347

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



報告

准看護婦をめぐる諸外国の看護制度に関する研究

小島 操子¹⁾ 堀内 成子²⁾ 及川 郁子³⁾
 太田喜久子⁴⁾ 香春 知永⁵⁾ 成木 弘子⁶⁾
 野村 美香⁷⁾ 久代和加子⁸⁾ 鳩野 洋子⁹⁾

要旨

本研究は、少子高齢化社会を迎え、さらに地域への医療の移行等の医療システムにおける大きな変革の時期に際し、諸外国の看護要員、すなわち看護婦および准看護婦と看護補助者の看護業務と教育背景の実状を明らかにし、保健医療システムとの関係を分析することを目的に行った。

調査の対象は、WHO看護開発協力センターを通して、総合病院、クリニック、ナーシングホームを含む施設を抽出し、さらにセンターを持たない国については、看護国際交流協会主催のセミナー参加者の所属する医療施設とした。

調査は、①ヘルスマンパワーの種類と数、②准看護婦および看護補助者の養成と業務の内容、業務範囲とその実状、③今後の雇用方針をおもな柱として構成した自己記入方式の質問紙調査を郵送法で実施した。

40か国135施設に質問紙を配布し、33か国86施設より有効な回答を得た(回収率63.7%)。回答施設の種類の、一般病院47施設(54.7%)、クリニック3施設(3.6%)、ナーシングホーム4施設(4.6%)、その他9施設(10.4%)であった。経済的背景の相違が保健医療システムに及ぼす影響を考慮し、所得別に分類して分析した結果、以下の知見を得た。

1. 対象施設の看護要員の保有状況は、看護婦・准看護婦・看護補助者の3職種を有している施設が最も多く、次いで看護婦と看護補助者の2職種を有している施設であった。
2. 職種により業務内容が法的規定されていたのは、全体の81.9%であった。准看護婦や看護補助者への指示系統は、准看護婦は看護婦と医師により、看護補助者は看護婦のみによる指示が過半数であった。
3. 職種ごとの業務内容は、看護婦は、〈看護診断・看護計画立案〉などの判断を必要とする高度な役割をとり、准看護婦はどちらかという、ほとんどの業務をまんべんなく担っていて、独自性が明らかではなかった。また、看護補助者は、〈書類等の運搬〉〈掃除・片づけ・器械器具の洗浄〉などの雑役を担う傾向にあった。
4. 看護補助者の雇用には、一定の教育プログラムを修了していることを要件とする施設が79.6%であり、高所得国ほど補助者の資格認定を行っていた。
5. 准看護婦と看護補助者の雇用方針については、准看護婦より看護補助者の雇用を促進すると回答した施設が多く、高所得国にその傾向は強く認められた。
6. 将来のわが国の看護要員のあり方として、異なる職種間での役割を明白にし、同一業務の重複を避けること、さらに看護補助者の業務に関するマネジメントを看護婦自身が行っていける能力をもつことが重要である。

21世紀初頭を目指した准看護婦養成停止の方針が出た変革の時にこそ、国民の期待に応えうる次代の看護要員のあり方を見据えて、広く論議していく必要がある。今回調査した諸外国のあり方が一助になるものと考えている。

キーワード

看護システム、看護婦、准看護婦、看護補助者、業務分担

I. はじめに

高齢化、医療の高度化・複雑化、国民の意識の高まりなどの社会情勢の変化を背景にして、わが国の看護要員のあり方について、多方面から検討されるようになってきた。なかでも、1996年度に厚生省准看護婦問題検討会で、准看護婦教育に関する大規模な調査が実施され、さまざまな問題が内在していたことが明らかにされた。その検討会における審議の結果、21世紀初頭の早い段階をめどに看護婦養成制度の統合に努めることが、厚生省に答申されるという大きな変革の時期を迎えた。

また、昨年度の当研究班がWHO看護開発協力センターを中心に行った調査研究から、欧米諸国では、准看護婦養成継続国と准看護婦養成停止国があり、いずれの国も患者ケアにおいては、准看護婦および看護補助者を含めたケアを提供する側の多層構造により対応していることが明らかになった。さらに、この多層構造には、各職種の教育内容を背景にした明確な業務分担が重要であることが示唆された。

しかし、この研究結果を含めた既存の研究においては、実際の病床での患者ケアや、看護婦、准看護婦、看護補助者の指示系統および業務分担の詳細については明らかでなく、准看護婦を有しない施設の実状の把握までは至らなかった。また、資料の得難いアジア、アフリカ、中近東諸国等の国々を含め、さまざまな保健医療システムや政策、経済背景との関連で理解する必要もあると考えた。

そこで、本研究においては、わが国の看護要員のあり方について明らかにするために、保健医療システムとの関係から、諸外国における准看護婦に類似する看護職を有する施設と有しない施設での看護業務や他職種との連携のあり方を明らかにし、わが国の今後の方向性を検討する。

- 1) 聖路加看護大学教授 (成人・老人看護学部門)
- 2) 聖路加看護大学 教授 (母性看護学・助産学部門)
- 3) 聖路加看護大学 教授 (小児看護学部門)
- 4) 宮城大学 教授
- 5) 聖路加看護大学 助教授 (基礎看護学部門)
- 6) 聖路加看護大学 講師 (地域看護学部門)
- 7) 聖路加看護大学 助手 (成人・老人看護学部門)
- 8) 聖路加看護大学 助手 (地域看護学部門)
- 9) 国立公衆衛生院公衆衛生看護学部研究員

II. 研究目的

諸外国の看護婦および准看護婦と看護補助者の看護業務と教育背景の実状を明らかにし、特に保健医療システムとの関係を分析する。

なお、本研究における看護要員とは、看護婦(士)および准看護婦(士)と看護補助者を指す。以下、看護婦および准看護婦は、それぞれ看護師および准看護師を含んだ総称とする。

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、研究目的達成のための研究班を構成し調査を行った。

1. 対象

WHO看護開発協力センターを有している国の医療施設および看護国際交流協会主催のセミナー参加者の所属する医療施設。

2. 方法

1) 調査方法

調査は、自己記入式の質問紙調査を郵送法で実施した。

2) 調査手順

看護要員の業務に関する質問紙を全WHO看護開発協力センターに郵送で配布し、各センターが総合病院、クリニック、ナーシングホームを含む医療施設を便宜的に選択し、各医療施設に配布するよう依頼した。回収は、各施設から直接、ファクシミリおよび郵送で行った。

次に、回答の得られた施設のうち、保健医療等の実状について、今後のわが国の方向性に示唆を得られると思われる諸国に、保健医療・福祉の特徴についての質問紙を送付し、郵送およびファクシミリで回答を得た。

3) 質問項目の内容

質問項目は、①ヘルスマンパワーの種類と数、②准看護婦および看護補助者の養成と業務の内容、業務範囲とその実状、③今後の雇用方針をおもな柱として構成した。質問紙は、英語およびフランス語に翻訳した。

4) 調査期間

1996年8月下旬～1997年1月末

5) 分析方法

質問紙により得られたデータを記述的に分析した。

IV. 結果

1. 対象国および対象施設の特性

40か国, 135施設に質問紙を配布し, 33か国86施設より有効な回答を得た(回収率63.7%)。回答国の分布は, 図1に示すとおりであった。

1) 回答施設の特性

回答施設の設置主体は, 国公立が60施設(69.8%), 私立が19施設(22.1%), 無回答7施設(8.1%)であった。また施設の種類の, 一般病院47施設(54.7%), クリニック3施設(3.6%), ナーシングホーム4施設(4.6%), その他9施設(10.4%), 無回答23施設(26.7%)であった。

2) 国別分類による特性

国やシステムの違いによる特徴を明らかにするために, 回答のあった施設を国別に分類した。分類方法は, WHOによる“Strengthening nursing and midwifery 92-95, A progress report”により, 高所得国, 中所得国, 低所得国に分類し, さらに高所得国のうち, 国営主導型の保健医療システムを取り入れた福祉要素の強い国を高所得国(A)とし, その他の高所得国を(B)とした。表1に示すように, 高所

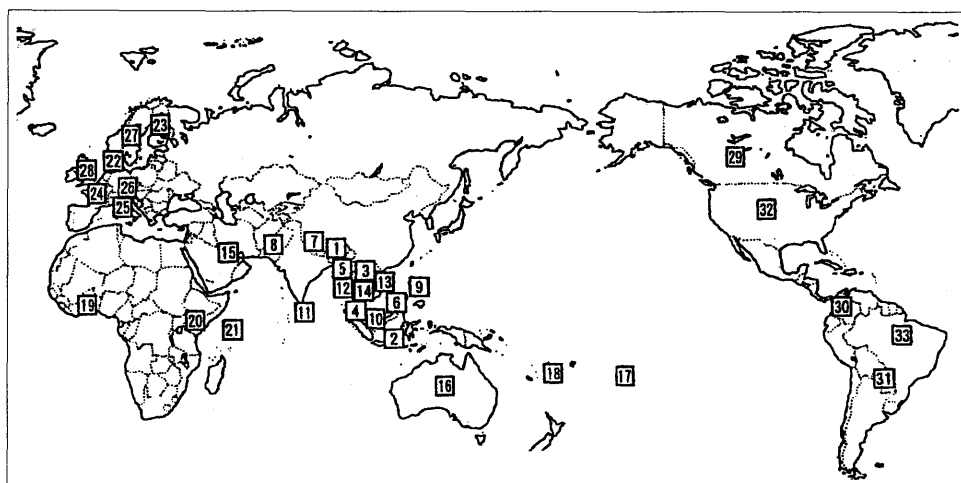
得国(A)が4か国, 高所得国(B)が7か国, 中所得国が11か国, 低所得国が11か国であった。これらの国別分類の特徴をみると, 高所得国群は, 少産少死型で平均寿命が75歳以上であり, 年少人口と高齢人口の年齢分布が同じ割合に近づいていた。一方, 中・低所得国群は, 多産多死型で年少人口の割合が高く, 高齢人口の割合は低い傾向にあった。

国別分類による, 看護婦, 准看護婦, 看護補助者を有する国(施設)は, 表2のようであった。最も多かったのは, 看護婦, 准看護婦, 看護補助者を雇用している19か国(48施設)であった。看護婦のみで構成されている国は7か国(8施設)で, 中・低所得国が多かった。看護婦と看護補助者のみは13か国(21施設)であり, 高所得国で准看護婦を有していない国はフランスのみであった。

2. 職種による業務内容の違い

1) 全体的特徴

職種による業務内容が法的に規定されているのは, 対象全体(n=86)の81.9%であり, 18%は特に法的な規定はないという回答であった。また夜勤の人員配置については, 看護婦と准看護婦または看護補



- | | | | | |
|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| ■アジア | 9. フィリピン | ■オセアニア | ■ヨーロッパ | ■南・北・中央アメリカ |
| 1. バングラディシュ | 10. シンガポール | 16. オーストラリア | 22. デンマーク | 29. カナダ |
| 2. インドネシア | 11. スリランカ | 17. クック諸島 | 23. フィンランド | 30. コロンビア |
| 3. ラオス | 12. タイ | 18. フィジー | 24. フランス | 31. パラグアイ |
| 4. マレーシア | 13. ベトナム | | 25. イタリア | 32. アメリカ |
| 5. ミャンマー | 14. カンボジア | ■アフリカ | 26. スロベニア | 33. ブラジル |
| 6. ブルネイ | | 19. ガーナ | 27. スウェーデン | |
| 7. ネパール | ■中東 | 20. ケニヤ | 28. イギリス | |
| 8. パキスタン | 15. バーレーン | 21. セイシェル | | |

図1 回答国の分布

表1 回答国の分類一覧

() 内は該当施設数

高所得国(A) 4 か国	高所得国(B) 7 か国	中所得国 11か国	低所得国 11か国
スウェーデン (4)	アメリカ (11)	バーレーン (10)	インドネシア (4)
イギリス (4)	オーストラリア (8)	マレーシア (5)	バングラデシュ (2)
デンマーク (1)	カナダ (3)	フィリピン (5)	ミャンマー (2)
フィンランド (1)	フランス (1)	タイ (4)	ベトナム (2)
	イタリア (1)	パラグアイ (2)	パキスタン (1)
	シンガポール (1)	ブラジル (2)	カンボジア (1)
	ブルネイ (1)	コロンビア (1)	ラオス (1)
		セイシェル (1)	スリランカ (1)
		スロベニア (1)	ケニア (1)
		クック諸島 (1)	ガーナ (1)
		フィジー (1)	ネパール (1)

* 高所得国, 中所得国, 低所得国の分類は, WHO作成のStrengthening nursing & midwifery, 92-95, Aprogress reportのEconomic groupによる分類に基づいて行った。また, 高所得国については, 医療システムの特徴から, A (国営医療システムを取り入れた福祉の要素の強い国) とB (その他の高所得国) に分類した。

表2 対象施設の看護要員の種類

() 内は該当施設数

種 類 \ 国	高所得国(A)	高所得国(B)	中所得国	低所得国
看護婦のみ		カナダ (1)	フィジー (1) クック諸島 (1)	ミャンマー (2) ガーナ (1) スリランカ (1) ラオス (1)
看護婦および准看護婦		オーストラリア (3) カナダ (2)	バーレーン (1) マレーシア (1)	ケニア (1)
看護婦および看護補助者	イギリス (1) スウェーデン (3)	アメリカ (2) フランス (1)	マレーシア (1) セイシェル (1) フィリピン (4) コロンビア (1) パラグアイ (2)	バングラディシュ (1) カンボジア (1) インドネシア (2) パキスタン (1)
看護婦および准看護婦・ 看護補助者	イギリス (3) デンマーク (1) スウェーデン (1) フィンランド (1)	オーストラリア (5) アメリカ (9) シンガポール (1) イタリア (1) ブルネイ (1)	バーレーン (9) マレーシア (3) ブラジル (2) タイ (4) スロベニア (1) フィリピン (1)	バングラディシュ (1) インドネシア (1) ネパール (2) ベトナム (1)
准看護婦および看護補助者				ベトナム (1)

助者という組み合わせが最も多く92.4%, 准看護婦のみあるいは准看護婦と看護補助者による夜勤はそれぞれ1.4%ずつであった。

准看護婦や看護補助者の仕事をだれが指示するのかその指示系統をみると、准看護婦の場合は、看護婦のみによる指示が47.5%, 看護婦あるいは医師が指示するのが52.5%であった。看護補助者では、看護婦のみによる指示のほうが高く(51.6%), 看護婦・准看護婦あるいは医師によって指示されているとの回答は48.4%であった。

2) 看護婦と准看護婦による業務の違い

厚生省による准看護婦問題検討会の1996年2月の調査による看護業務分類に沿って、看護婦と准看護婦の業務内容の違いをみると図2のようであった。おもに看護婦によって行なわれていた業務は、〈看

護診断・看護計画立案〉〈採血〉〈導尿〉〈注射〉〈患者指導〉であった。これらはいずれも看護業務の中でより高度な知識・判断力や的確な技術力を必要とするものである。

一方、准看護婦のみが多くを占めている業務は認められなかった。特に〈看護診断・看護計画立案〉〈採血〉における准看護婦の関与は少なかった。

看護婦と准看護婦の両者によって多く行われていた業務は、〈日常生活の介助〉〈バイタルサインの Assessment〉〈浣腸〉であった。

その他、〈掃除・片づけ・器械器具の洗浄〉は約半数において看護婦または准看護婦のどちらかが実施していた。特に器械器具の洗浄については、特別な技術を要するとの理由で看護職が行うという回答が含まれていた。〈受付・電話番などの事務〉〈院長の私用・家事〉〈物品・書類等の搬送〉という仕事は、看護婦、准看護婦のどちらも行っていないところが多かった。

3) 国別分類による職種別業務内容

職種ごとの業務内容を国別にみると表3のようであった。

高所得国(A)の看護婦は、看護婦の100%が〈看護診断・看護計画立案〉を行っているが、〈物品・書類等の搬送〉や〈事務的な仕事〉は、ほとんど行っていない。一方、低所得国の看護婦は、〈看護診断・看護計画立案〉の実施が減少し、〈事務的な仕事〉の割合が高くなっていった。准看護婦は、高所得国(B)における〈浣腸〉や〈日常生活の介助〉等の業務を除き、准看護婦が独自で高い割合で実施している業務は認められず、国別による違いや業務による働きの特徴は明らかではなかった。すなわち、ほとんどの業務をまんべんなく、ほどほどに行っているといえる。

看護補助者はどの国でも〈掃除・片づけ・器械器具の洗浄〉〈浣腸〉を多く行っていた。特に高所得国(A)ではその傾向が強かった。

その他、コメディカルスタッフに含まれる職種内容は多様であった(表4参照)。高所得国(A)と(B)における〈物品・書類などの搬送〉や〈事務の仕事〉は、秘書やサービス助手、ポーターといった職種が多くを占めていた。高所得国(A)・(B)では、患者指導や採血といった業務に適した訓練を受けたスタッフを配置していた。中・低所得国では、〈看護診断・看護計画〉を除き、あらゆる業務に看護職以外の人員がかかわっていた。低所得国では、看護学生や患者の親類も含まれていた。

このように職種ごとによる業務内容への関与のし

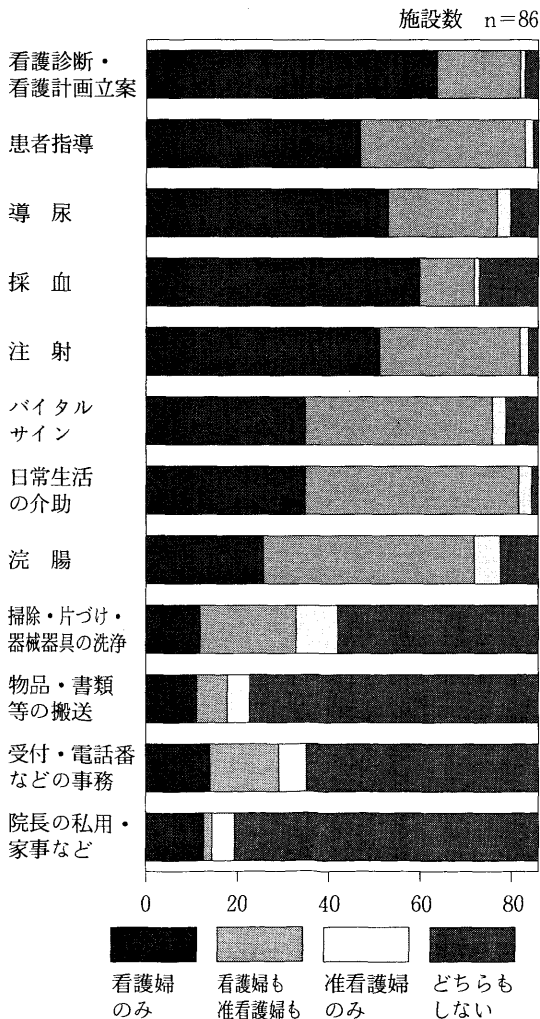


図2 看護婦と准看護婦の業務割合

表3 国別分類による職種別業務内容

(%)

職種別の業務内容		高所得国(A) n=10	高所得国(B) n=26	中所得国 n=33	低所得国 n=17
看護婦	1) 看護診断・看護計画立案	100	96	100	82
	2) 患者指導	100	96	100	88
	3) 導尿	100	92	89	82
	4) 採血	100	88	76	82
	5) 注射	100	96	97	88
	6) バイタルサイン	90	88	89	88
	7) 日常生活の介助	100	100	93	88
	8) 浣腸	90	85	82	82
	9) 掃除・片づけ・器械器具の洗浄	30	12	56	41
	10) 物品・書類等の搬送	10	8	30	29
	11) 受付・電話番などの事務	20	12	55	29
	12) 院長の私用・家事など	0	4	24	35
准看護婦	1) 看護診断・看護計画立案	40	31	9	24
	2) 患者指導	40	62	48	24
	3) 導尿	30	50	21	24
	4) 採血	20	19	6	18
	5) 注射	30	62	3	29
	6) バイタルサイン	50	73	30	24
	7) 日常生活の介助	50	73	64	29
	8) 浣腸	60	85	61	29
	9) 掃除・片づけ・器械器具の洗浄	60	15	55	18
	10) 物品・書類等の搬送	20	15	18	6
	11) 受付・電話番などの事務	20	19	36	12
	12) 院長の私用・家事など	0	4	9	24
看護補助者	1) 看護診断・看護計画立案	0	0	0	0
	2) 患者指導	30	8	30	12
	3) 導尿	30	8	18	12
	4) 採血	40	19	52	12
	5) 注射	10	0	52	18
	6) バイタルサイン	40	38	42	29
	7) 日常生活の介助	40	23	45	18
	8) 浣腸	100	65	73	41
	9) 掃除・片づけ・器械器具の洗浄	100	54	82	47
	10) 物品・書類等の搬送	30	23	39	35
	11) 受付・電話番などの事務	30	12	27	18
	12) 院長の私用・家事など	0	0	18	12
その他	1) 看護診断・看護計画立案	0	0	0	0
	2) 患者指導	10	4	9	6
	3) 導尿	0	0	12	6
	4) 採血	10	15	21	18
	5) 注射	10	0	9	6
	6) バイタルサイン	0	0	6	12
	7) 日常生活の介助	10	0	9	12
	8) 浣腸	40	12	18	29
	9) 掃除・片づけ・器械器具の洗浄	30	58	42	47
	10) 物品・書類等の搬送	70	62	51	29
	11) 受付・電話番などの事務	70	92	45	35
	12) 院長の私用・家事など	20	27	18	24

表4 業務内容別にみた看護婦・准看護婦以外のコメディカルスタッフの職種

業務内容	高所得国(A)	高所得国(B)	中所得国	低所得国
看護計画・看護診断				
患者指導	PT, OT		助産補助者	ヘルスワーカー
導尿			助産補助者, <u>医学生</u> , <u>病棟医</u> , <u>医師</u> , <u>顧問医</u>	看護補助者, <u>医師</u> , 検査室職員
採血		<u>採血医</u>	助産補助者, 医療テクニシャン, 医療テクノロジスト, <u>病棟医</u> , <u>新人医師</u> , <u>医学生</u> , <u>採血医</u>	テクニシャン
注射			助産補助者, 医学生, <u>病棟医</u> , <u>顧問医師</u>	<u>医師</u>
浣腸			助産補助者, 病棟補助者	看護学生
バイタルサインのアセスメント			助産補助者, <u>医学生</u> , <u>レジデント</u> , <u>顧問医師</u>	ヘルスワーカー, 看護学生, 栄養士, 栄養課スタッフ
日常生活の介助		雑役係	助産補助者, 病棟補助者, 看護補助者, ヘルパー	栄養士, 栄養課スタッフ, ヘルスワーカー, 患者の親類, メイド
掃除・片づけ・器械器具の洗浄	サービス助手, 清掃会社	患者サポート助手, 患者ケア助手, 病院事務, 清掃職員, 病院サービス, 家事手伝い	助産補助者, メイド, ヘルパー, 病棟補助者, 付添人, 雑役係	清掃職員, 病棟雑役係, メイド, ハウスキーピング, ヘルスワーカー, 看護学生
物品・書類等の搬送	秘書, サービス助手, 輸送係, 家事手伝い	患者サポート助手, ポーター, 輸送係, 病院事務, 事務, 家事手伝い, 雑役係, 病院サービス	助産補助者, メイド, ヘルパー, 病棟補助者, 看護補助者, 病棟事務, ポーター	ポーター, ヘルスワーカー, メッセンジャー
受付・電話番などの事務	秘書, 事務員, 家事手伝い	病棟秘書, 病院事務, 医療事務, ワード事務, 事務, 家事手伝い	病棟補助者, ヘルパー, 病棟事務, 看護補助者	診察部門受付, 看護学生, 事務員
院長の私用・家事	家事手伝い	看護補助者, 病院サービス, 清掃職員, ハウスキーピング, 秘書, 家事手伝い	メイド, 看護補助者, ヘルパー	患者の親類

* 下線は医師および医学生

かたは、業務の種類により異なっていた。特に＜看護診断・看護計画立案＞＜注射＞＜日常生活の介助＞＜物品・書類等の搬送＞にその特徴がみられた。これを明らかにするために、これらの業務別職種ごとの関与を国別分類で比較した(図3～6)。

(1) 高所得国(A) (図3)

高所得国(A)では、＜看護診断・看護計画立案＞と＜注射＞は、看護婦のみの割合が高く、次に看護婦と准看護婦の両方で実施していた。＜日常生活の介助＞では看護婦と准看護婦の両方で実施する割合が高く、その他の職種も含まれていた。＜物品・書類等の搬送＞は、看護婦も准看護婦もほとんど実施せず、秘書、サービス助手といった職種が行っていた。

(2) 高所得国(B) (図4)

高所得国(B)では、＜看護診断・看護計画立案＞は、看護婦のみの占める割合が高く、＜注射＞では看護婦と准看護婦両方で実施する割合のほうが高くなっていた。しかし、これらの業務は、すべての対象施設で実施されていたわけではなかった。＜日常生活の介助＞は、看護婦と准看護婦両方で実施する割合がかなり高く、その他雑役係もかかわっていた。＜物品・書類等の搬送＞は、看護婦、准看護婦ともほとんど行わず、患者サポート助手、ポーター、輸送係等が行っていた。

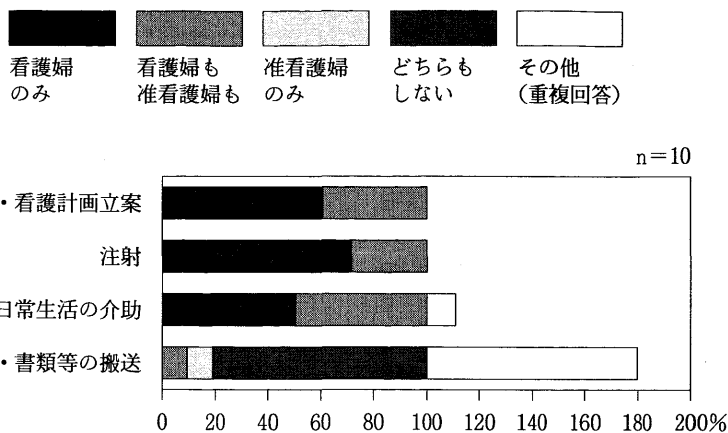


図3 高所得国(A)における業務割合

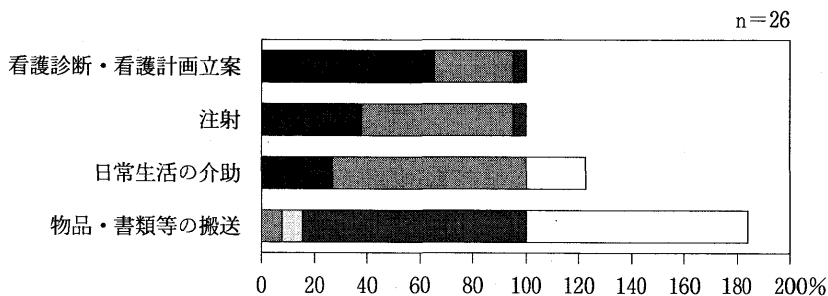


図4 高所得国(B)における業務割合

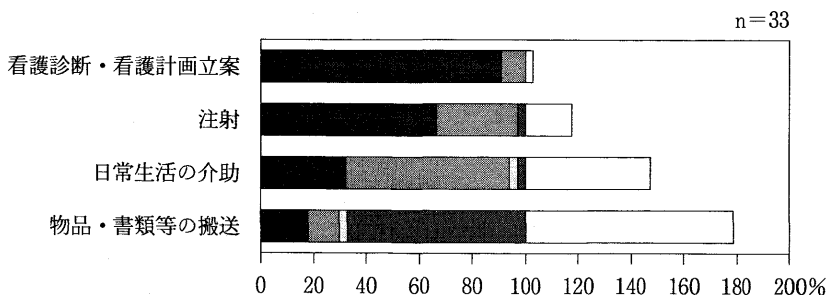


図5 中所得国における業務割合

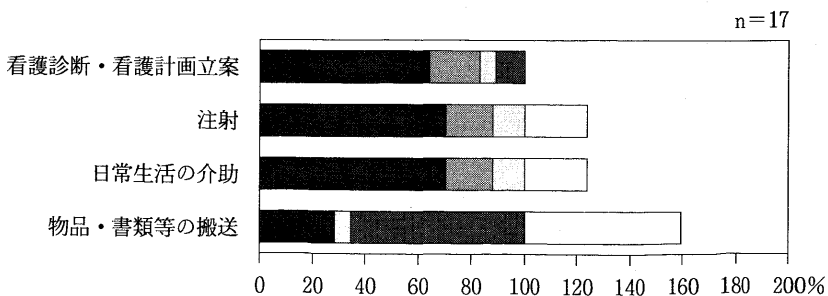


図6 低所得国における業務割合

(3) 中所得国 (図5)

中所得国においては、＜看護診断・看護計画立案＞は、おもに看護婦のみが実施していた。＜注射＞は、看護婦のみの実施の割合が高く、次に看護婦と准看護婦の両方により行われているが、助産補助者といったその他の職種も含まれていた。＜日常生活の介助＞は、看護婦と准看護婦両方で多く行われていたが、次いで助産補助者や病棟補助者、看護補助者といった職種が行っていた。＜物品・書類等の搬送＞は、看護婦のみで行っているところも割合は高くないがみられた。多くは、助産補助者やメイド、ヘルパー、病棟補助者、看護補助者等で行われていた。

(4) 低所得国 (図6)

低所得国では、＜看護診断・看護計画立案＞の多くは看護婦のみで行われていた。また、わずかだが准看護婦のみで行われていたり、そもそも＜看護診断・看護計画立案＞を業務として実施していないところも多かった。＜注射＞は、多くは看護婦のみで行われていたが、准看護婦のみ、あるいは医師によって行われていた。＜日常生活の介助＞は、看護婦のみが多いが、その他として栄養士、栄養課スタッフ、ヘルスワーカー、患者の家族や親類等が含まれていた。＜物品・書類等の搬送＞は、看護婦のみの占める割合が他国に比べ最も高く、その他ポーター、ヘルスワーカー、メッセージャーが行っていた。

低所得国では、他国に比べ准看護婦のみで行われている業務が、割合は少ないが認められた。

3. 看護補助者の養成

看護補助者雇用に際して、雇用要件があると回答した施設は、有効回答数71施設中、63施設 (88.7%) であった。

1) 基礎教育レベル

看護補助者となるために必要とされる基礎教育レベルは、有効回答58施設のうち、9年が28施設 (48.3%)、12年が24施設 (41.4%)、基礎教育レベルを問わない施設が6施設 (10.3%) であった。基礎教育レベルを12年としている施設はアメリカ合衆国 (11施設) とスウェーデン (2施設) の順に多かった。

2) 看護補助者養成のための教育プログラム提供と資格認定

看護補助者の雇用要件として、一定の教育プログラムの修了を必要としていると回答した施設は、有効回答数56施設中44施設 (78.6%) であった。そし

て、この教育プログラムが個々の施設内で行われていると回答したのが44施設中26施設と過半数を占めており、残りの18施設は公的機関により提供された教育プログラムの修了を要件としていた。

看護補助者としての資格試験については、有効回答数54施設中20施設 (37.0%) が無試験でよいと回答していた。資格試験があると回答した34施設 (63.0%) のうち、各施設での試験と回答したのが22施設、公的機関による試験と回答したのは12施設であった。看護補助者の養成のための教育プログラムと資格試験の多くは、個々の施設中心に行われているという結果であった。

看護補助者の資格認定を行っている組織に関して、有効回答数30施設のうち、国家レベルであると回答したものが14施設、地域レベルおよび専門職組織レベルがそれぞれ8施設であった。高所得国(A)のほとんどは、公的機関による資格試験を受けて、国家レベルでの資格認定が行われていた。

また、教育プログラムの履修を必要としないという回答した施設は12施設 (21.4%) であった。教育プログラム履修の必要なしと回答した施設は、中所得国および低所得国に所属しており、これらの施設では看護補助者としての資格認定のための試験も行われていなかった。

3) 教育プログラム時間数と指導者

教育時間数は、スウェーデンおよび准看護婦制度のないフランスでは、それぞれ2,370時間、1,575時間と6か月～1年程度の長期にわたる教育を行っているが、それ以外の国では16時間から800時間までさまざまであった。

指導者は、高所得国(B)では臨床看護婦と看護教員であったが、中・低所得国では医師も参与していた。フランスでは実習指導者として臨床看護婦だけでなく看護補助者自身も教育に参与していた。

4. 准看護婦の養成

一方、准看護婦に関して、カナダ、アメリカ、オーストラリアの施設からの回答をみると、准看護婦養成のための教育プログラムに入学するための資格として、基礎教育レベルはすべての施設が12年間と回答していた。また、プログラムの提供および資格試験は公的組織で行われていた。

教育時間数は、カナダでは900時間、アメリカでは1,530時間、オーストラリアでは520時間であった。看護補助者の教育時間数は、カナダ118.5時間、アメリカ24～240時間、オーストラリア16～40時間であり、准看護婦の教育時間数の7分の1～13分の1の時間数にすぎな

表5 准看護婦および看護補助者の雇用方針

国名	回答数	回答数	准看護婦の雇用促進/削減と理由	回答数	看護補助者の雇用促進/削減と理由
高所得国(A)	スウェーデン	3		3	促進 看護婦を助け、両者一体となって患者のニーズを満たす。すべてが看護婦によって行われる必要はない。
	イギリス	2		2	促進 看護補助者の潜在能力に期待できる。看護婦が全人的なケアを行うための補助。
	デンマーク	1	1 促進 看護婦の協力者として。		
高所得国(B)	アメリカ	4	1 促進 コスト削減のため、准看護婦の業務を狭く限定。 3 削減 業務範囲が限定されていて活用しにくい。 看護婦の役割との境界が不鮮明になりやすい。 看護婦との役割葛藤が大きい。	3	促進 准看護婦は看護婦の代わりにはなりえず、臨床でのコスト効率からも看護婦の責任下で補助業務を行う看護補助者が必要とされている。免許のない看護補助者のほうが役割が明確になる。 Practice Partnershipの確立*
	オーストラリア	2	2 促進 低いコストでケアを提供するセカンドレベルナースとして雇用。人材が多い。	1 促進 1 削減	清掃、食事サービスなどに役立つ。看護職員を三層構造にする必要はない。
	カナダ	1	1 促進 地域におけるクライアントのニーズに適している。		
	イタリア	1	1 削減 准看護婦養成をやめたので、看護婦のみ雇用を進める。		
中所得国	バーレーン	5	3 削減 看護婦とほとんどコストが変わらないし、養成も停止している。	3 促進 1 削減	特別な訓練を要しないし、安価に非看護業務が行える。看護婦をサポートするHospital Attendantと改名して雇用。 准看護婦を看護婦にレベルアップし、看護補助者を削減して看護婦だけの体制。
	タイ	4	4 促進 いずれは看護婦と准看護婦のみにしてレベルアップしたい。増床に伴い雇用したい。		
	パラグアイ	2		2	促進 看護婦不足を補うため。
低所得国	ラオス	1	教育システムがなく、人手が欲しくても雇用できない。看護婦が医師の役割をしている。		
	パキスタン	1		1	促進 看護婦不足を補うため、基本的患者ケアに限定して。
	ガーナ	1	1 削減 准看護婦の多くはすでに看護婦に移行している。		

“Practice Partnership”：看護婦不足を解決し、プライマリーナーシングを維持するために考案された実践におけるパートナーシステムであり、助手として機能するパートナーは、上級のパートナーの責任下でその代理人として働く。助手も経験に応じ、より複雑な仕事を任せられるが、ケアプランの決定は経験を積んだ上級パートナーが責任を負う。

Manthey, M : The Newest Concept in Care Delivery, JONA. 19(2). 33-35. 1989より抜粋。

かった。

指導は、准看護婦教育では臨床看護婦および看護教育者が行い、医師は教育に参加していなかった。また、准看護婦の資格認定は州で行われていた。

5. 准看護婦および看護補助者の雇用方針 (表5)

対象となった全施設に、准看護婦および看護補助者について、今後の雇用方針について質問したところ、有効回答64施設のうち44施設(68.8%)が、雇用促進の方針を明示していた。残る20施設(31.3%)は、雇用を促進する意志がなかった。

准看護婦あるいは看護補助者に限定して、雇用方針について回答していた施設を国別にみると、国営医療システムを取り入れた福祉の要素の強い高所得国(A)では、スウェーデン、イギリス、デンマークの3か国から回答が得られた。デンマークを除く、スウェーデンおよびイギリスでは、看護補助者の雇用を促進するという回答がみられた。これらの国の雇用の理由には、看護補助者への期待として、看護婦が全人的ケアを患者に提供するときの補助としての役割があげられていた。また、福祉に力点が置かれるため、看護補助者は、介護者として補助する役割を担い、准看護婦は介護の場でごく限定された医療行為を行う役割をもっていた。したがって、介護の場で働く准看護婦は、おもに医療の場で専門性を発揮する看護婦とは、まったく異なる場で機能していることがわかった。

高所得国(B)においては、アメリカ、オーストラリア、カナダ、イタリアの4か国から回答が得られた。アメリカの回答については、おもに看護補助者雇用促進の方針が打ち出されていたが、その他の国の施設については、回答数が少なく、それぞれの施設の状況を反映した回答になっていた。

以上のことに、高所得国共通の事情である医療費削減という課題に民間主導の保険制度化で取り組んでいる状況を考慮すると、それぞれの施設の理念、医療・福祉の対象となる人びとの状況等、施設のニーズに合った看護要員のあり方を模索していると読むことができる。

次に、中所得国についてみると、看護のレベルアップを目指した人員配置についての回答がみられ、准看護婦および看護補助者を見直し、医療の質を向上させる方向で、看護要員の配置を検討している状況が読み取れる。

一方、低所得国においては、少ない回答であったが、医療を担う人材不足を補うことが第一の課題になっており、施設によっては、看護婦が医師の役割を担うことさえある実状が現れていた。

V. 考 察

1. 看護要員間の業務区分のあり方

各国の医療施設について、職種ごとに分担されている業務の内容をみると、〈看護診断・看護計画立案〉は、おもに看護婦のみで実施しているという回答が多かった。このことは、わが国における准看護婦問題検討会の結果¹⁾でも、看護診断・看護計画立案は、看護婦がおもに行っていたことと一致する。わが国のみならず、社会状況のまったく異なる諸外国においても看護婦が行うこととして位置づけられていたことから、この業務については、看護の専門性が発揮され、看護婦が行うにふさわしい業務と位置づけられてきているといえる。

また、看護補助者に関しては、〈看護診断・看護計画立案〉を行うという回答はまったくなく、むしろ〈書類の運搬〉等の雑役に役割がある傾向がみられた。

しかし、准看護婦は、高所得国(B)における〈浣腸〉、〈日常生活の介助〉等の業務を除き、准看護婦が独自で高い割合で実施していた業務はなく、ほとんどの業務をまんべんなくこなしていた。

今回の結果からみると、准看護婦は多くの施設において、あまりにも多岐にわたる業務を遂行し、自らの存在意義を業務の中で見いだすことのできないあいまいな職種であるといえる。池上²⁾は、技能的側面のみが規定されている職種を「資格職」、技能的側面と同時に非専門職から独立した自律的な存在として、倫理的側面も規定される職種を「専門職」として識別している。今回の結果からも、准看護婦独自といえる役割業務が認められないため、この職種は専門職とはいえない状況である。しかし、実際の現場では、専門職である看護婦に類似する業務を行うことが求められており、准看護婦は、1つの職種としての矛盾を内包しているといえる。

この葛藤を回避すべく求められたのが、看護補助者であると考えられる。看護補助者の業務は、准看護婦に比べると、患者の日常生活のごく単純な作業に限定されており、准看護婦のようにそれ以上の役割を求められないことがわかる。さらに、医療費削減の観点からも、看護補助者の雇用は、高所得国において望まれていた。

今回の調査結果では、各国の所得および医療・福祉の状況下で、ほとんどの施設において、看護要員は多層構造を示していた。すなわち、多職種が協同で働くことが必然であり、いかに職種間の業務区分を明確にしていくかが、今後の鍵になると思われる。したがって、わが国においても、あいまいな職種を新たに作ることなく、看護要員を検討していく必要があると考える。

また、わが国における准看護婦問題の一部として、似田貝³⁾の指摘にあるように、医療現場においては「お

おむね医師、看護婦の指示」のもとで行われるという回答より、「状況に応じて各自で対応する」という回答が多かった。つまり、過半数以上の医療現場では、専門職としての「指示」のないほぼ慣例化され日常化された医師、看護婦の「未指示」の看護行為があたりまえとされているという実態がある。したがって、業務区分を明確にしないままに、看護補助者の雇用を推進している諸外国の後追いをすることは、准看護婦がたどったように、看護補助者の業務において状況に応じた対応が日常化する可能性があり、准看護婦が抱えてきた矛盾を今度は看護補助者が抱えるようになることが危惧されるわけである。

今後、准看護婦が看護婦に移行したのち、看護婦と看護補助者とが同一の現場で働くときには、業務区分を明確にしていくだけでなく、看護婦は、看護補助者に行ってもらった業務を看護計画の中で明白に判断し、その遂行のマネジメントをする能力が求められる。専門的な判断に基づいた看護計画に沿って、看護婦をサポートしていく看護補助者の役割を明確に築いていく専門性の発揮が、今後、われわれ看護婦に求められる課題であるといえよう。

2. 高所得国における看護要員の雇用方針と保健医療システムとの関連

1) スウェーデン

スウェーデンでは、高い税率を背景にして、医療費・社会保障費の抑制が国家的な懸案事項となっている。その方策として進められているのが、在宅ケアの推進である。スウェーデンはこれまでも世界で最も在宅ケアが広く普及している国であったが、今以上にそれを推進しようとしている。

その1つの現れが、1992年に行われた大規模な保健医療の制度改革である。その改革の中で看護職の雇用と関連が深かったのは、医療の責任主体の変更であった。医療はそれまですべて県の責任であったが、1992年から入院外の高齢者のケアは日本の市町村にあたるコミュニティが責任主体となった。それと同時に、病院の医師が治療終了宣言を行った場合、コミュニティは5日以内に、その高齢者をコミュニティに引き取ることが義務づけられた（6日以降は社会的入院とみなされ、コミュニティが県に預かり料を払う）。入院の場合、地域でケアするよりも約3倍の金額の支払いが必要になるため、高齢者を地域に迎える体制を整えることは、コミュニティの課題となり、ここに、在宅ケア推進と地域における看護婦雇用のインセンティブが強力に働いたわけである。すなわち、退院後の患者はアクティブに医療が必要な状況

でなくなったとはいえ、医療の視点が必要であることに違いはなく、コミュニティは医学的な知識をもった看護職が必要になった。

しかし、ここで疑問が生じるのは、医療費・社会保障費抑制の方向性のなか、なぜ看護職の雇用拡大が可能であるか、という点である。その対策として実施されているのは、ケアサービス受給者の絞り込みである。具体的には、単なる掃除等の家事サービスの部分を縮小し、ニーズの高い要介護者に対するサービスにマンパワーその他を投入することを行っている。これはスウェーデンにおけるホームヘルプサービス受給者の割合が、高齢化率が上がっているにもかかわらず、10年前より低率になっていることから明らかである。この動きに伴い、コミュニティの在宅ケアの提供機構を、今までホームヘルパー主任がとっていたケアマネージャーの役割の部分に看護婦（特に地域看護婦）を据え、そのチームの中に准看護婦や看護補助者、ホームヘルパーを配置する形態に変えつつある地域もみられている。

ただし、ホームケアにおける看護職の役割の観点から、もう1つのホームケア大国アメリカとの対比でみると、その差異は大きい。スウェーデンの地域での看護活動は、皆保険および高度に整備されたプライマリー医療のバックアップのなか、高度医療を導入したホームケアは一般的ではないという状況で行われている。一方、アメリカでは7人に1人は無保険者という状況で、非常に短い入院期間を可能にしているのは、高度な医療面までをホームケアで看護職が提供しているという違いがある。

2) イギリス

イギリスの保健医療制度は、1946年に制定された国民保健サービス法（NHS : National Health Service Act）に基づいた、疾病予防やリハビリテーションを含む包括的な医療サービスである。最近では、「ナショナル・ヘルスサービス及び地域ケア法（1993年施行）」を制定し、地域を基盤に置いたサービスを推進する方針を強化したいと考えている。

21世紀に向けてのイギリスの看護の青写真である、「プロジェクト2000」による教育コースを修了した学生は、「看護婦の資格」と共に「高等教育の卒業資格」を取得する。導入以前にあった、2年間の訓練期間での准看護婦の養成は停止された。これまでの准看護婦は看護婦に移行しつつあり、現在は移行コースの需要が供給を上回っている状況である。しかし、この措置による利益を受ける意思のない准看護婦も保護されて、彼らが働けるポストは今後も提供される。

そして、准看護婦養成廃止によるマンパワーの不足は看護補助者により補うものとしている。本研究の結果からも、回答のあった2つの施設においては、今後の雇用方針として、「看護補助者の雇用を促進」と回答していた。その理由として、看護補助者の潜在的な能力に期待することと、看護婦が全人的なケアを遂行するうえでの補助的役割を主張していた。

イギリスでは、「プロジェクト2000」と同時平行で、看護およびその他の保健・社会福祉専門職へのサービス・サポート・ワーカーの訓練の発展が認められた。「サポート・ワーカー」とは、臨床補助職員とクリニカル・ナース・エクステンダーと同義語に使われてきた一般用語である。その概念は「専門職がその特定のサービスを行うのを補助するワーカー」である。重要な前提は、行われるケアに関しては専門職が全体責任をもつということである。現在、サポートワーカーの能力に基づいた職業訓練制度が作られつつあり、国が認めた資格と技術が与えられる。

また、NHSのマネージャーたちに、看護婦の数を減らして、ヘルスケア・アシスタントの雇用の比率を増やそうという動きもある。「看護では、専門職と非専門職の割合が近年60:40であるが、将来は45:55ぐらいになる」という予想を述べているマネージャーもいる。イギリス看護協会は、NHSが高騰する医療費を削減するために、必然的により安いスタッフでもケアの水準を確保できると思えば彼らの雇用を考えたくなる点に危機感を抱いている。これに対して、次の3つの強化点を掲げている。①有資格および無資格の看護スタッフの間のバランスがとれるようにすること、②看護チームの全員が効果的に配置されるようになること、③国全体のヘルスケア・サービスの計画立案には看護婦が必ず関与し、それによって看護の価値が認識されるようにすること、さらに、看護の価値を主張し、有資格看護婦の費用効果がいかに高いかを実証してみせることの必要性を述べている⁴⁾。

准看護婦を廃止し看護の質を保とうとしたイギリスであるが、准看護婦問題に代わってサポートワーカーの問題が浮上してきている。

3) アメリカ

アメリカにおけるマンパワーの推移を検討するにあたっては、以下に述べるような背景を考慮する必要がある。

第一には、多様な職種の治療への参画である。アメリカでは、1894年から看護の大学教育が開始され、1960年代に多大な政府資金の援助を得て、看護婦の教育は、修士、博士とさらに高度になると同時に、

コミュニティカレッジのような教育機会の拡大も行われていった。その結果、看護におけるマンパワーは、他国に類をみないほどの質・量的充実が図られた。また、クリニカル・ナース・スペシャリストやナース・プラクティショナーに代表される高度な専門性をもつ職種を誕生させ、多様な看護職がおのの能力を発揮して、医療に参画しているという特徴がある。

第二に、医療経済的にみると、医療費全体の膨張が財政を圧迫し、医療費削減が国家的な課題になってきたことがあげられる。医療費削減を目指して、1980年代にDRGが導入されて以来、医療機関には、収入をあげるため、在院期間の短縮が求められるようになった。このことを達成するために、医療の質を維持しつつ、人的・物的資源を効率的に活用することが課題になった。また、医療の質とコストは、国民の多くが民間の保険に加入していること、自己決定に重きを置く文化的な背景も相まって、消費者である患者、あるいは患者が加入する保険会社の医療機関選択の基準にもなっている。

このような背景を考えると、テクニシャンと呼ばれる病院養成の看護補助者の雇用を促進しようとしている医療施設3例については、従来の看護婦に匹敵する賃金で、看護婦と看護補助者の間に位置した准看護婦が行ってきた業務を再検討し、看護婦が行うことと専門知識をもたずに行えることに再分類して、准看護婦から、よりコストの安い看護補助者への移行を図ろうとしていると読み取ることができる。こうした医療施設の中には、看護婦、准看護婦、看護補助者の三層からなる役割の混乱を理由にあげ、看護補助者だけの雇用を促進しようとしている施設もあった。

例えば、Kirby⁵⁾は、Mantheyの示したマズローの欲求階層モデルを基盤にした業務分担のモデルを、大学病院でプライマリーケアを実践するための業務分担に適用した。このモデルでは、患者の基本的ニーズの充足にかかわるごく限定した業務を病棟セクレタリーなどに、生理的あるいは安全の基本的ニーズの充足の部分を患者ケアテクニシャンに、それ以上の欲求充足を専門職である看護婦に分担している。そして、これらが看護婦の立案する計画に基づいて行われることで、業務の重複を避け、効率化を図っている。

このような分担を可能にしているのは、アメリカにおいては、高い専門教育を受け、患者ケア全体をマネジメントできる管理能力をもった看護婦、また実践能力の優れた看護婦の存在が充実しているこ

とにあらう。こうした高い専門性をもつ職種の指示のもと、明確な業務分担において看護が提供される。つまり、このマンパワーの質的な充実が、無資格である看護補助者を活用しながら、患者ケアの質を高く維持するのを可能にしていることも重要な点といえる。

したがって、アメリカにおける看護補助者の雇用促進は、単に安価な労働力を求めているのではなく、十分なケアの質的保証を可能にする看護ケアのマネージメントを基盤にしたマンパワーの効率化と読むべきであろう。

一方、准看護婦雇用の促進と回答した施設においては、他の施設が看護婦と准看護婦の業務が重なり合っているのを整理しようとしているのに比べ、すでに准看護婦の業務がバイタルサインのアセスメントと日常生活の介助に限定されていた。つまり、明確な業務分担のもとに、准看護婦の雇用を促進しようと考えているのであり、看護婦の代用として准看護婦を雇用してはいることをおさえたいうえでの雇用促進と読むのが適当であろう。

まとめると、アメリカは、豊富なマンパワーを効率よく活用しながら、質の高い医療を低コストで供給するため、適材適所の人員配置で医療全体をスリムにしようとしている時代といえよう。また、それぞれの専門性や能力による明確な業務分担と、ケアをマネージメントする専門性をもった看護婦の存在が、無資格の看護補助者の雇用を進めながら、単なる人権費の削減にとどまらず、医療の質の維持を可能にしていることも忘れてはならない。

4) フランス

フランスは、医療のGDPに占める割合が1960年4.2%、1970年5.8%、1980年7.6%、1985年8.5%、1990年8.8%と上昇している。特に1960年から1980年にかけては飛躍的な増加率であった。このような医療費上昇を抑制する試みとして、保険料計算の検討、薬剤費の検討、医療技術査定のための全国機関創立、特定地域における予防医療奨励策、医療業務の出費の上限設定などが行われた。人件費に関しては、フランスは人口1,000対医師数の水準が比較的高く(1989年では2.6)、おもに医学生数を減少させる医学教育の改革を行い、医者の数の減少を図った。

フランスでは、看護は、看護婦およびASD (Aides-Soignants Diplomes : 資格をもった看護補助者)とASH (Agents des Services Hospitaliers : 医療サービス補助者)によって提供されている。

フランスには、1922年以来、国家資格看護婦が存

在する。さらに、1938年2月18日に成立された法律によって、病院看護婦と社会サービスアシスタントの2つの資格が設けられ、看護婦の就業および訓練、専門組織が整え始められた。さらに1948年4月8日に看護の専門職業務について規定する法律が成立し、当該領域で就業する能力の規定がなされた。この職業能力規定は、1993年5月15日に成立した法律によって現在下記のように定められている。①おもな活動：患者の衛生および快適に関する介護、食事、排泄の世話、外傷のある者への患部の手当、薬品の投与、治療の補助、予防のための教育、②医師の指示のもとに行われる行為：注射、点滴の刺針注入、検査のための採血、包帯・ガーゼの交換、薬の作用・副作用の観察、化学療法・血液透析の補助など。このように看護職者に関しては、看護婦という資格を認定するに至った時点から、一貫して1つの資格としてその業務内容および教育が考えられてきている。

また、本調査結果からもわかるように、看護婦とASDは明確にその業務範囲が法的に区分されており、看護の業務内容の①の一部をASDがカバーしていくことで看護が提供されている。ASDは明らかに看護婦の業務内容を補助する役割をとっており、それはASDが看護婦からのみ指示を受けるという点からも読み取れる。調査結果によると、700床の病院において、看護婦321名に対してほぼ同数の308名のASDが就業しており、夜勤も看護婦とASDが組んで行われており、看護業務が分担されていることが推察される。

ASDは、基礎教育レベルが9年以上で、ASDの資格を得るために公的機関による教育プログラム(1,575時間)を修了後、公的機関の試験を経て地方レベルでの資格を得る。その教育は看護教員が行い、臨床実習に関しては、臨床看護婦あるいは臨床のASDがあたっており、あくまで看護婦の指示に従う看護業務の補助者であることが明確となっている。

フランスでは、ASDがアメリカにおけるpractical partners⁶⁾(看護婦不足を解決し、プライマリーナーシングを維持するために考案された実践におけるパートナーシステムであり、助手として機能するパートナーは、上級のパートナーの責任下で上級パートナーの代理として働く。助手も経験に応じより複雑な仕事を任せられ、ケアプランの決定は、経験を積んだ上級パートナーが責務をおう)に類似した存在として、看護業務の一部を担っていると思われる。看護婦という資格ではなくASDという別の資格を有していることは、業務範囲を規定することができ、また指示系統も明確であるがゆえに

業務内容の混乱が少なくなっている可能性があると思われる。

3. わが国の看護要員のあり方

21世紀初頭に、准看護婦養成が停止されることを見通して、これからの看護要員のあり方を展望する。

スウェーデン、イギリス、アメリカ、フランスの現状から、共通してわが国にとって示唆となる点を述べると、1つは、職種による業務区分の境界を明確にし、異なる職種間での同一業務の遂行が重複しないように働くことが重要である。したがって、わが国の准看護婦のようなあいまいな職種の存在は、看護職全体の専門性、自立性を阻む要因になる。

次に、看護補助者が行う業務は、看護婦が判断し、識別し、マネージメントしていく能力をもつことが重要である。したがって、看護補助者に対する指示は、看護婦が行い、その教育においても看護婦が責任をもつべきである。

以上のことが、マンパワーの効率化に貢献し、さらにケアの質の保証につながると考えられる。

VI. 結論

1. 対象施設の看護要員の保有状況は、看護婦・准看護婦・看護補助者の3つの職種を有している施設が最も多く、次いで看護婦と看護補助者の2つを有している施設であった。
2. 職種により業務内容が法的に規定されているのは、全体の81.9%であった。准看護婦や看護補助者への指示系統は、准看護婦は看護婦と医師により、看護補助者は看護婦のみによる指示が過半数であった。
3. 職種ごとの業務内容は、看護婦は、〈看護診断・看護計画立案〉などの判断を必要とする高度な役割をとり、准看護婦はどちらかというと、ほとんどの業務をまんべんなく担っていて、独自性が明らかではなかつ

た。また、看護補助者は、〈書類等の運搬〉〈掃除・片づけ・器械器具の洗浄〉などの雑役を担う傾向にあった。

4. 看護補助者の雇用には、一定の教育プログラムを修了していることを要件とする施設が79.6%であり、高所得国ほど補助者の資格認定を行っていた。
5. 准看護婦と看護補助者の雇用方針については、准看護婦より看護補助者の雇用を促進すると回答した施設が多く、高所得国にその傾向は強く認められた。
6. 将来のわが国の看護要員のあり方として、異なる職種間での役割を明白にし、同一業務の重複を避けること、さらに看護補助者の業務に関するマネージメントを看護婦自身が行っていきける能力をもつことが重要である。

最後に、WHO看護開発協力センター、国際交流センターはじめ調査にご協力くださいました皆様に深く感謝いたします。

なお、この研究は、平成8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。

引用文献

- 1) 准看護婦問題検討会：准看護婦検討会の報告，日本看護協会協会ニュース，号外1996年12月24日付。
- 2) 池上直巳：医療の政策選択，剋草書房，1993。
- 3) 似田貝香門：「准看護婦検討会調査」結果の解説（下），週間保健衛生ニュース，No886，22-27，1997。
- 4) 看護のなかのサポートワーカー，INR日本版，15(3)，49-57，1992。
- 5) Karen K. Kirby, Cbristine M. Garfink：The University Hospital Nurse Extender Model，JONA，21(1)，25-30，1991。
- 6) Manthey, M：The newest Concept in Care Delivery，JONA，19(2)，33-35，1989。

Nursing Systems in Relation to Licenced Practical Nurses in Overseas Countries

Misako Kojima, Shigeko Horiuchi, Ikuko Oikawa,
Kikuko Ota, Chie Kaharu, Hiroko Naruki,
Mika Nomura, Wakako Kushiro, Yoko Hatono

Abstract

With the coming of an aging society associated with a low birth rate, the people of Japan are facing major changes in their health care system. Including a shift to community-based health care. The present study was designed to investigate the actual situation of nursing practice and the educational background of nursing personnel, including registered nurses (RNs), licensed practical nurses and similar second-level nurses (LPNs) and auxiliary nursing personnel (ANP), in other countries and to analyze the situation in relation to the health care system.

A questionnaire survey was conducted on medical and health care facilities, including general hospitals, clinics and nursing homes selected with the cooperation of WHO collaborating centres for nursing/midwifery development located in various countries. Information about facilities in countries having no WHO collaborating centres was obtained from participants in a seminar hosted by the International Nursing Foundation of Japan. Self-report questionnaire used in the survey mainly consisted of questions concerning (1) the type and number of health personnel working in the facilities, (2) educational preparation, qualification and the scope of work in the practice of LPNs and ANP, (3) future plans for employment of LPNs and ANP.

Questionnaires were sent by mail to about 135 facilities in 40 countries. An effective response was received from 86 facilities, including 47 general hospitals (54.7%), 3 clinics (3.6%), 4 nursing homes (4.6%) and 9 other facilities (10.4%), in 33 countries (response rate:63.7%). In consideration of the influence of economic background on the health care system of each country, data were analyzed according to per capita national income level. The results were as follows:

1. Facilities staffed by all three occupational groups, RNs, LPNs and ANP, accounted for the largest proportion, followed by those staffed by RNs and ANP alone.
2. The scope of the duties assigned to individual occupational groups was defined by laws or regulations in 81.9% of the facilities. In more than half of the facilities, LPNs follows the directions of RNs and physicians, while ANP worked under the supervision of RNs alone.
3. The responses regarding the duties assigned individual occupational groups showed that RNs were engaged in work requiring higher levels of decision-making, such as "Nursing diagnosis and nursing care planning", while LPNs tended to be involved in almost all types of work listed in the questionnaire, with no duties specifically assigned to them. ANP tended to be engaged in miscellaneous services such as "Delivery of documents and goods" and "Cleaning, maintaining rooms and washing medical instruments".
4. In 79.6% of facilities, completion of an educational program was minimum requirement for being hired as ANP. In higher per capita income countries a greater proportion of facilities required some sort of qualifications for ANP.
5. Many facilities were planning to promote employment of ANP rather than LPNs in the future. The tendency to favor employment of ANP was more marked in countries of higher per capita income levels.

6. In determining the future direction for nursing personnel in Japan, it is essential to define the role of each occupational category of nursing personnel in order to avoid overlapping of duties in different groups and to enables RNs to acquire higher competence in managing the work of ANP.

Since an advisory panel to the Minister of Health and Welfare has recommended that the education for LPNs be discontinued by the beginning of the 21st century, a wide-ranging debate concerning nursing personnel should be held to meet the future needs of the nation. The results of the present study will be of help in efforts in this regard.

(Supported by Grant-in-Aid for the General Nursing Research Project by the Ministry of Health and Welfare. 1996)

Key words

nursing system, Registered Nurses (RNs), Laisenced Practical Nurse (LPNs), Auxiliary nursing personnel (ANP), work assingment
