

21 世紀における看護の継続教育：諸外国の例

洪 麗信 Yeo-Shin Hong

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 国際看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2002 年 3 月 19 日投稿, 2002 年 5 月 10 日受理

キーワード

継続教育、高等実践看護、アメリカ、韓国、中国

Key words

continuing education, advanced practice nursing, The United State of America, The Republic of Korea, The People's Republic of China

はじめに

21 世紀の看護を巡る保健医療環境は、医療費の高騰、ハイテク技術の発展とそれに伴うさまざまな課題、人々の公平感などの社会的・経済的・文化的な変化に伴い厳しさを増してきている。激しい競争の中で看護の専門性が生き残っていくために、保健医療環境の変化が看護に及ぼす影響と 21 世紀の看護のあり方を海外諸国の看護界の対応と継続教育の実態を基にして考えていきたいと思う。

1. 財政・経済的な制約

(1) 医療資源の配分についての課題

近年関心が高まってきた医療資源の配分の問題は、管理や臨床の視点だけではなく、倫理的視点からも議論していかなければならない。資源の配分の仕方に関しては、通常は、市場原理や資格など主張できる権利や裁量によって行われることが多いが、保健医療に関しては、人の生命に関わるという点で、より複雑な問題を抱えている。そのため、市場原理と特権に任せておくだけでは、国民の要求する公平性等の社会倫理的要望に応え難い。仮に、医療的裁量に任せるとしてもさらに様々な難題が直面してくる。医療資源の配分や施術の優先順位等を決定する際に使える基準、手法としては、i) ニーズの有無、ii) 緊急性、iii) 個人へのメリット、iv) くじ等のチャンス、等が挙げられる。その内、社会的正義、倫理という側面から個々のニーズによって資源の配分が考えられるとしても、限界を見極めにくい人々の多様なニーズの中で、その相対的ニーズをどう判断するか、また、集合的ニーズ

(Diaspora of Needs) と個のニーズの比重をどう考えていくのか、医療的裁量権の範囲をどのように決めていくのかという様々な難題にぶつかってくる。

そこで、Ubel ら(2000)は、限られている医療資源を大勢の利益のために有効に使う方法として、i) 費用効果の分析、ii) 地域住民の相対的価値の評価、iii) 費用対効果と公平さ(価値)とのバランスを、客観的かつ理論的な配分決定方法として提案している。

看護職も、保健医療資源の配分に関して、患者等の保健医療への均等なアクセスの確保という点に目を向けて積極的に係わっていくべきである。Kos-Munson 氏は、患者等の保健医療への均等なアクセスの確保こそ看護職が自律的に自信を持って最も貢献できる重要な課題であると述べている(Kos-Munson, 1993)。

(2) 医療環境の変化

看護を巡る医療環境の主な変化は以下の通りである。

- i) 病院の外でケアを受ける患者が多い
 - ii) 現状の医療費の支払いシステムの下では、患者は疾病の経過が進んだ段階で入院し、早い時期に退院する(「入院患者の病気が重く、早く退院」の現状)
 - iii) 消費者としての患者の権利意識の変化(質問の増加、医療に対する信頼の希薄化、医療に関する知識の増加、要求の増加、コスト意識の自覚と頻繁な告訴等)が直感できるようになってきた
- また、医療保険という経済的な制約の下で、病院の経営者は、サービスを広げながらコストを削減することに焦点を当てた「再設計」を行っており、その結

果は、看護職に大きな負担を課すことになり、看護職の喪失感、危機感、挫折など高いストレスとして現れている。

具体的な変化としては、i) 管理層の減少、ii) 早期の定年プログラム、iii) スキルミックス、コストの高い正看護師 (RN) を制限し、技術や給料の低い准看護師などの補助的なスタッフが代わることによる労働コストの低下、iv) パラメディカルスタッフによるRNの代用、v) 他の看護専門領域と看護でない臨床の職務との相互トレーニングによるRNの責任の増加、vi) 常勤職の減少と非常勤職の増加等があげられる。

2. 社会的認識、権威、知識・技術に係わる看護の歩み

「全世界の人々に健康を」という目標がWHOによって掲げられ、一方では、健康に対する個人責任対社会責任と文化的背景の違いによる批判的議論、ヘルスサービスにおけるハイテクノロジー化と適切なテクノロジーの採択に対する論議、プロフェッショナリズムとアンチプロフェッショナリズムの問題に関する論争等が渦巻き、伝統的、権威的な医療風土の中に大きな揺れが生じている中で看護の今日までの歩みをたどってみる。

初期の段階からの看護の大きな社会への貢献は、家庭訪問と地域を基盤とした疾病予防と健康増進のための独自の働きかけであった。その例として、i) ニューヨーク市におけるヘンリーストリートセツルメ

ント(隣保事業)、ii) ケンタッキーのフロンティアナースングサービス、iii) 1930年代の不況時代におけるスープキッチンとスクールヘルスステーションの開設、iv) 戦場の医療スタッフとして医師の不在における家庭病院経営等があげられる。

戦後の1950年代から1960年代以後の、生物医学的知見・科学技術の躍進と、保険産業の好景気は、病院中心の医療の繁栄を可能とした。忙しい医師の家庭訪問サービスがなくなり、看護職が、クリニックへ行くことができない患者の家庭を訪問するようになった。家庭訪問に対する報酬は、慈善団体や保険会社により支払われていたが、保険会社は、医師の家庭訪問に対しては報酬を支払うが、看護職による家庭訪問には報酬を支払わなかった。その結果、看護職は、家庭訪問からは看護の価値を直接実感することができず、活動の場を病院へ集中するようになってきた。看護職は直接報酬が支払われることにより、価値が何かを認識し、行動を開始した。

3. 高等看護実践と直接償還の兆し

1950年代末から、看護大学は、大学院レベルの教育として助産と精神科看護の高等実践プログラムを開始した。その他の領域の専門看護は、60年代から70年代にかけて激増し、さらに将来性の高いとされるナースプラクティショナーが誕生した。法令改正により、ナースプラクティショナーに対し、メディケアお

表1 Nursing career opportunities

PRIMARY CARE	CLINICAL SPECIALTIES	OTHER PROFESSIONAL AREAS	MANAGEMENT
Adult Nurse Practitioner	The Oncology Nurse	The Nurse in Research	Informatics
Family Nurse Practitioner	The Cardiology Nurse	The Nurse in Industry	The Nurse and Informatics
The Geriatrics Nurse Practitioner	The Emergency Room Nurse	Opportunity in a Professional Association	The Case Manager
The Nurse Midwife	The Flight Trauma Nurse	Nursing in Military Force	Managing a Health Center
The Pediatrics Nurse Practitioner	The Infection Control Nurse	The Parish Nurse	Management and Administration
The occupational Health Nurse	The Psychiatric Nurse	The Home Care Nurse	Nurse in Insurance Companies as Evaluator
	The Child Psychiatric Nurse	The Rehabilitation Nurse Educator	
	The Perinatal Nurse Specialist		
	The Pediatrics Inpatient Nurse		
	The School Nurse		
	The Nurse in Long-term Care		
	The Hospice Nurse		
	The Operating Room Nurse		
	The nurse Anesthetist		
	The Critical Care Nurse		
	Rehabilitation Nursing: The Inpatient Setting		
	Rehabilitation Nursing: The Outpatient Setting		
	Rehabilitation Nursing: Managing Chemical Dependence		

よびメディケイドプログラムの下にある人々へのサービスに対し、連邦政府から直接報酬が支払われることを規定した。ワシントン州では、ナースプラクティショナーに対して私的保険会社等から直接に報酬の支払われる法令を始めて適用した。医療コストの抑制が社会問題になると共に、看護も危機を迎え、このことが挑戦的で満たされたキャリアを満足させる職種の開拓する新たな機会となった。

1994年に提示されたPfizer Guide (Mundinger, 1994)では、第一次ケア領域、臨床領域、管理領域、その他の4領域で37の看護専門分野を看護実践の例としてリストアップした(表1)。

4. アメリカにおける専門性の高い実践看護(高等実践看護)の発展

アメリカにおける高等実践看護の発展について、Sills (1998)は、タイのパタヤで開催された第2回国際学会で次のように紹介している。アメリカにおける高等実践看護は、短期間の間に数と種類を増加させた。アメリカにおける高等実践看護の主なものはクリニカルナーススペシャリスト(CNS)、ナースプラクティショナー(NPs)、認定麻酔専門看護師(CRNA)、認定ナースミッドワイフ(CNM)である。1996年には、RNの約6%が高等看護実践ができるまでになった。1992年から1996年にかけて、高等実践看護師の種類に、数と比率の変化が現れ、1996年には、ナースプラクティショナーの数が最も高い比率となった。

米国看護協会の社会政策声明(Social Policy Statement)は、高等実践看護の範囲を次ぎのように定めている。「高等実践看護は、拡大しつつある看護の範囲の中で自律的实践ができるということにより通常の看護から区分される。高等実践看護は、従属した機能に対立したもので自律的な計画と自分自身で実行できる処置体制をもつことである。」

1997年までに、50の州が、資格を与えられた看護師が高等看護を実践できる機能を拡大するために看護実践法令を修正した。処方権は、高等実践看護の機能の中で、最もさかんに論議されている事項の一つである。1998年には、19の州で高等実践看護師が単独で処方でき、30の州では高等実践看護師の処方に医師の介入を必要としている。

現在実践に携わっているナースプラクティショナーとナースミッドワイフと認定麻酔専門看護師の中の約3分の2は免状課程を終了して資格を獲得した者で、3分の1は大学院課程を終了して資格を獲得した

者である。最近は、この比率が逆転しつつあり、1996年には、NPの55%は修士課程を終了した者であり、45%が免状課程を終了した者である。1998年には、麻酔専門看護分野はすべて修士課程を終了することが要求された。

アメリカ看護大学協会は、高等実践看護師の修士教育の必要性について次のような声明を出している。

- i) 大学院の一般的なコアカリキュラムには、研究、健康方針、健康と看護の理論、組織/リーダーシップ理論、倫理/法律問題、多文化ケア、経済および地域ベースのケアが含まれる
- ii) 高等実践コアとしては、高等健康アセスメント、薬理学、高等生理学および病態生理学、臨床計画作成、高等看護介入/治療学、対人および家族理論が含まれる

そして、将来のミレニウムにおける看護実践の特徴として次のように示している。

- i) 費用効果的に働く
- ii) 患者の状態の向上に焦点を当てる
- iii) 組織の医療体制変換を助ける
- iv) 臨床実践が正当だと理由づけるために、証拠に基づいた方法を用いる
- v) 学際的に働く
- vi) 患者と同僚に権限を与えるために、パートナーシップスキルを用いる
- vii) 慢性疾患を効果的に管理する
- viii) 健康行動の変容を効果的に助長する

さらに、このような実践を助長する必須能力を次のように定めている。

- i) リーダーシップ能力
- ii) 批判的な考えと問題解決能力
- iii) あらゆる場面における臨床能力
- iv) 協力、コミュニケーション能力
- v) 文化的な能力
- vi) 証拠に基づいた実践のための、研究と評価能力

5. 看護教育体制の現状

(1) アメリカ

看護の役割の変化とともに、キャリアアップを図る教育プログラムに変化しつつある。アメリカにおける看護教育は、教育体制とプログラムの柔軟性を増していった。伝統的なプログラムを時代的要請に適應できるように変化させる一方で、バンダービルト大学の例等で人気となっている高等看護実践のために特別に

企画された非伝統的な学士・修士を結合したプログラムが出現した。

i) 伝統的なプログラム

アメリカの基礎看護教育には3つの異なるレベルがある。その内訳は、最も古い教育制度としての病院をベースとした3年間のディプロマプログラム、コミュニティカレッジをベースとする準学士プログラム、大学教育としての学士プログラムである。その他に、看護師を補助する看護要因として1年間の准看護師教育がある。さらに高等実践看護には大学院教育とその他複数の卒業教育制度がある。

ii) 看護教育のキャリアアップパターン

看護のキャリアアップを図るいくつかの基本的なパターンやアプローチがあり、それぞれのパターンにバリエーションが存在する。試験を通して単位を認定する Advanced Placement、大学で教員の指導の下に自分のペースで単位を取得する Independent Study、開放式カリキュラムで先修した学習を繰り返さない特別に構造された教育体制である The Career Ladder と学位認定機関によって学習の結果を査定認定することにより学位がもらえる制度である External Degree、などが主なアプローチである。

iii) 高等看護実践のための準備

高等看護実践のための資格が与えられるには、本来2つの異なる道がある。一つは、高等実践を育てる大学院プログラムである。もう一つは、医療機関や看護専門団体によるさまざまなタイプの認定プログラムである。現在は、大学院プログラムが主流である。

(2) 大韓民国

i) 伝統的な看護教育プログラム

表2に示すように、韓国での看護教育プログラムは2つのタイプから成っている。短期大学における3年間の免状取得プログラムと、4年間の学士のプログラムである。大学院レベルのプログラムは、看護大学や看護学部ばかりでなく、公衆衛生学部や行政学部、教育学部など、異なる専門分野の大学院にもおかれている。社会ニーズの変化に対応して、修士プログラムの多様性は明らかに増加している。看護の博士プログラムは1978年、修士プログラムは1960年、学士プログラムは1955年に始まった。

ii) 韓国におけるキャリアアップ教育のパターン

韓国では、看護職の資格を向上させるために、学士号を取得する3つの基本的なパターンがある。それらは、遠隔教育による放送大学(Distance Learning Program)、一般大学の RN- BSN Program、独学学位(Self-Taught Assessment Program)である。

iii) ナーススペシャリストのための準備

韓国でのナーススペシャリストは主に2つのカテゴリーに分けられる。一つは、法的に認められており、もう一つは、職能団体によって決められるものである。法的に認定されるスペシャリストは2001年現在で、助産師、麻酔看護師、家庭看護師、精神保健専門看護師、保健看護師、保健診療員、老人専門看護師、救急専門看護師、感染コントロール看護師、産業看護師である。職能団体によって決められる分野は、クリティカルケア、がん看護、心臓血管看護、神経科看護、腎臓看護、糖尿病看護、創傷ケア、ストーマケア、移植カウンセリング、保険コーディネーター/検閲者などである。

看護専門分野の発展のための方向性と枠組みを規

表2 Nursing education programs in Korea

Program	Institute	No.	Enrollment/year	Years	Graduates(%)
Diploma	Junior Colleges	62	24,911 / 8,370	3	114,239 (73.6)
BS	Universities	51	8,158 / 2,645	4	27,961 (18.0)
BRN	Univ. RN-BSN	22			13,009 (8.38)
Total					155,209 (100.0)
Masters	Graduate School				2,026 (1.29)
	Nursing Major	19	449 / 249	2	
	School of Education	8	115 / 52	2	
	School of Pub.Health	6	73 / 29	2	
	School of Pub. Admin.	2	68 / 13	2	
	Special CNS Program	2	50	3	
Doctorate	Graduate School, Univ.	11	246 / 90	3	421 (0.27)
	School of Pub.Health	5	40	3	

Sources: KNA, 2001; Korea- Japan Seminar, Nursing Education, Sept. 1999

表3 Proposed framework for nursing specialties

Service setting	Concept for classification	Specialty area
Clinical	Disease/ pathology	Oncology Diabetes
	Anatomical System	Circulatory Neurological Psychiatry
	Chronological Age	Pediatric Geriatric
	Immediacy/ intensity of Service rendered	Emergency Intensive Care Rehabilitation Hospice Nurse Midwife
	Skill/ Technique	Nurse Anesthetist IV Therapist Ostomy Care Dialysis Care Operating Room
	Function/ Role	Nursing Administrator Nurse Educator Transplantation Counselor Infection Control Quality Management Insurance Co- ordinator

表4 Distribution of nurses by employment, 2000

Institute	Number	(male)	%	Master(%)	Doctor(%)
Hospitals and Clinics	54,746	(90)	82.7	30	10
Public Health Center	2,684	(3)	4.1	1	0
Community Health P.	1,625	(11)	2.4	1	0
Industrial Nursing	725	(2)	1.1	10	0
School Health	2,932	(1)	4.4	20	0
Educational Inst.	978	(3)	1.5	20	85
Government Adm.	867	(6)	1.3	0	0
Military	943	(7)	1.5	0	0
Social Service	43		0.1	0	0
Home Nursing				10	0
Other	623	(1)	0.9	8	0
Total	66,166	(124)	100(0.19)	100	100

Source: KNA Statistic, 2000

表5 Distribution by license and specialist certificate

Year	RN	N. Midwife	N. Anesth.	Pub. Health	Home Care	Psych. N.
1981	43,605	5,115	111	282		
1986	64,270	6,513	240	420		
1991	95,335	7,862	358	944	37	
1993	107,883	8,150	403	1,130	324	58
1996	127,145	8,447	479	1,343	1,060	169
2000	160,317	8,718	517	1,714	2,590	188

Source: ROK Ministry of Health and Welfare, 2000

定するため、大韓看護協会は、1993年に広範な調査を実行した。その調査結果を基に、国際学会で看護の専門化のコンセンサスを得た。表3は、看護専門化の枠組みを示している。

韓国での高等看護実践の道は、大学院と、大韓看護協会やさまざまな医療機関により提供される特別なトレーニングコースに参加することにより得られる認可とがあり、アメリカのケースと似ている。表4と5は、働いている場所と資格による看護の分布を表している。

(3) 中華人民共和国

i) 歴史

中国における看護教育のスタートは、日本や韓国など他のアジアの国とその特徴を共有している。看護専門教育の導入は、1880年代の終わりに欧米諸国による東洋諸国に対するキリスト教使節団を通して作られた西洋の科学がベースとなっている。中国は、看護の学士レベルの教育を、1920年の北京協和医科大学看護学部の設立と同じ早い時期にスタートさせた。北京協和医科大学は、5年間の看護学士プログラムを提供しており、アジアで始めてこのような教育レベルを提供した。

しかしながら、1950年代始め、方針の変化の風潮と共に、すべての高等レベルの教育が、9年間の公共教育後3年間の看護教育プログラムとしての中等教育レベルに取って代わった。この、看護における中等教育レベルは、プログラムに1年間プラスするという修正を加えて未だに看護教育の主流として残っている。そのシステムは、医療人員の供給を拡大するために、第二次世界大戦後、ロシアのモデルから作られたと伝えられている。

1970年代に、国家の方針がオープンマーケットシステムに変わると、1977年から大学の入学国家試験が始まると共に大学が再開された。1983年までに、学士と短期大学プログラムを含む看護の高等教育プログラムの再開が始まった。

ii) 看護教育の現在の地位

現在、看護の高等教育へ対する動きは加速している。1998年には31の準学士プログラムと18の学士プログラムがあったのに対し、2000年には準学士が99、学士課程が42まで増加したが、中等レベルの看護プログラムの数はこの間、530と同じであった。この内

の7つの機関が看護修士のための大学院プログラムを提供している。

中等看護教育の廃止に対する強い後押しがあったが、我々が北京協和医科大学の看護学部を訪問した際聞いた話によると、少なくとも北京では、すべての中等看護教育は最後のクラスを残して閉鎖されるということであった。将来的に、中国における看護教育は、継続的なキャリアの開発プログラムに重きを置き、準学士と学士で構成される見通しである。

中国では現在、省の首都にあるすべての国立医学学校で、学士の看護プログラムと準学士看護プログラムを提供している。それらの一般的なプログラムに加えて、Adult Continuing Education Programsが準学士と学士に対して実施されている。承諾された標準とプロセスによってこれらの継続教育プログラムへの入学を許可している。経験年数、評価作業、外国語試験、入学試験が高等教育へ出願するための必要なプロセスである。

それ故、看護教育の高等化の人気は始まったばかりであるが、中国における早い看護の発展の可能性は、高等教育システムのキャリア手段の覇気に満ちた系統的な統合の見解により卓越しているように見える。

iii) 高等教育システムと看護のカリキュラムの問題

中国の高等教育システムは学問ごとに組み立てられている。すべての医療人員は、すべてのプログラムが同じ医学校の下にあったとしても、それぞれの役割の異なるカテゴリーに分かれて教育されている。すべての国立医科大学は漢方薬学、公衆衛生、医学、看護のプログラムを持っている。一校を除くすべての大学プログラムは5年の期間で、臨床医、漢方医、公衆衛生医と看護婦をそれぞれ養成している。

3年間の短期大学レベルのプログラムである公衆衛生部では、公衆衛生従事者、検査技師、レントゲン技師を養成している。公衆衛生従事者の役割は、日本での保健師の役割と似ているが、医療機関や母子保健機関等の臨床での仕事の範囲が限られている。

おわりに

看護を巡る医療環境の変化に伴う厳しい競争の中で、看護職が社会から専門職として認められ発展を続けるためには、看護職一人ひとりが継続的にリフレッシュしていく継続教育が必要である。また、看護職が一つの団体としてキャリアアップしていくためには、看護協会等の看護職能団体等がメンバーに対し継続教

育の機会を与えるとともに、専門職としての社会的貢献を制度的に高めていけるような社会政策作りが必要であると考えられる。

看護職の発展と国民の健康増進に対するよりよい社会貢献のために、看護継続教育は不可欠であり、その意義と重要性が今後さらに増しているといえる。

参考文献

- Butler, J. (1999). *The ethics of health care rationing*. New York: Cassell.
- Coast, J., Donovan, J., Frankel, S. (1996). *Priority setting: The health care debate*. New York: John Wiley & Sons.
- Daniels, N., Light, D., Caplan, R. (1996). *Benchmarks of fairness for health care reform*. Oxford: Oxford University Press.
- MacBeth, H. M. (1996). *Health outcomes: Biological, social, and economic perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Martin, K., Scheet, N. (1992). *The Omaha system: Applications for community health nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- McCloskey, J., Bilechek, G. (1996). *Nursing interventions classification (NIC) 2nd ed.* St. Louis: Mosby- Year Book.
- Mundinger, M. O. (1994). *The Pfizer Guide: Nursing career opportunities*. Old Saybrook: Merritt Communications Inc.
- Sills, G. M. (1998). *Development of advanced practice nursing. The 2nd International conference on expanding boundaries of nursing education globally*. Pattaya
- Ubel, P. A. (2000). *Pricing life: Why it's time for health care rationing*. Cambridge: The MIT Press.

