

経済連携協定（EPA）に基づく看護師の 指導者ガイドブック

参考資料

平成 26 年 3 月

公益社団法人 国際厚生事業団

目次

1. EPA 看護師受入れの概要.....	2
2. EPA 看護師の各到達目標における調査結果	4
2.1 母国での看護実践状況.....	4
2.2 EPA 看護師への特有の配慮の有無.....	16
2.3 インタビュー調査結果のまとめ	22
3. 各国の看護事情	28
3.1 フィリピンの看護事情	28
3.2 インドネシアの看護事情	35
3.3 ベトナムの看護事情.....	41

1. EPA 看護師受入れの概要

経済連携協定（EPA）の発効により、インドネシアについては平成 20 年度から、フィリピンについては平成 21 年度から、看護師の国家資格取得を目指す看護師候補者等の受入れが開始しました。また、平成 26 年度からは新たに交換公文に基づくベトナムからの受入れも開始します。

この枠組みで来日する看護師候補者は、一定の要件（母国の看護師資格や看護実務経験年数など）を満たす者として、日本の国家資格の取得を目的とすることを条件として、研修等の一定の要件を満たす病院（受入れ施設）において就労・研修することを特例的に認められています（滞在期間は 3 年まで）。

看護師候補者の受入れが始まって以来、日本の看護師国家資格を取得したインドネシア人及びフィリピン人は、96 名になります（平成 25 年 3 月 31 日現在）。

看護師国家資格を取得した者は、EPA 看護師の在留資格で一定の要件を満たす受入れ施設での就労が認められています。在留期間の更新回数に制限は無くなります（1 回の在留期間の上限は 3 年）。

EPA 看護師を受入れる施設（病院、診療所、介護施設等）には、日本人看護師が従事する場合に受ける報酬と同等以上の報酬を支払うことや利用者の居宅においてサービスを提供する業務に従事させない等の一定の要件があります。これは、候補者としての滞在期間中に国家資格を取得できずに帰国した者が、「短期滞在」等の在留資格で再度入国し、日本の国家試験に合格して看護師の国家資格を取得した場合も同様です。

日本の看護師国家資格を取得した外国人が、経済連携協定又は交換公文に基づき来日し就労を希望する場合は、相手国政府の送り出し調整機関と日本側の受入れ調整機関（国際厚生事業団）による斡旋を受ける必要があります。

【参考 1】これまでの看護師候補者受入れ実績（平成 26 年 2 月時点）

入国年度	フィリピン	インドネシア
平成 20 年度	—	104 名（47 施設）
平成 21 年度	93 名（45 施設）	173 名（83 施設）
平成 22 年度	46 名（27 施設）	39 名（19 施設）
平成 23 年度	70 名（36 施設）	47 名（22 施設）
平成 24 年度	28 名（16 施設）	29 名（15 施設）
平成 25 年度	64 名（31 施設）	48 名（22 施設）
累計受入れ人数	301 名	440 名

【参考 2】入国年度別国家試験合格者数（平成 24 年度国家試験まで）

入国年度	フィリピン	インドネシア	合計
平成 20 年度	—	24	24
平成 21 年度	15	38	53
平成 22 年度	5	6	11
平成 23 年度	5	3	8
合計	25	71	96

2. EPA 看護師の各到達目標における調査結果

2.1 母国での看護実践状況

母国における看護技術についての実践状況等に関して EPA 看護師であるインドネシア 33 名、フィリピン 11 名と、EPA 看護師候補者であるベトナム 25 名に対してアンケート調査を実施した結果について、各国の特徴的なところを簡単に紹介する（表 1-表 3 参照）。

（1）母国での看護職員として必要な基本姿勢と態度

看護技術や管理的側面と比較すれば、母国での実践した経験がないとする割合は総じて低かった。あえて挙げるならば、ベトナムでは、「病院や看護部の理念の理解」で 20.0%、「主体的な学習の継続」で 28.0%の者が実践する機会がなかったと回答している（表 1-2）。

表 1-1. 看護職員として必要な基本姿勢と態度（1）

			インドネシア（尼）					フィリピン（比）					ベトナム（越）					
			（ニ）母国で実践していた	（三）母国では実践する機会がなかった	（四）母国では看護師の実践する技術・業務ではない	（五）（三）（四）母国で経験なし	未回答	（ニ）母国で実践していた	（三）母国では実践する機会がなかった	（四）母国では看護師の実践する技術・業務ではない	（五）（三）（四）母国で経験なし	未回答	（ニ）母国で実践していた	（三）母国では実践する機会がなかった	（四）母国では看護師の実践する技術・業務ではない	（五）（三）（四）母国で経験なし	未回答	
1 看護職員として必要な基本姿勢と態度	看護職員としての自覚と責任ある行動	①医療倫理・看護倫理に基づき、人間の生命・尊厳を尊重し患者の人權を擁護する	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	24	1	0	1	0
		割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%				96.0%	4.0%		4.0%			
		②看護行為によって患者の生命を脅かす危険性もあることを認識し行動する	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	25	0	0	0	0
		割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%				100%						
		③職業人としての自覚を持ち、倫理に基づいて行動する	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	25	0	0	0	0
		割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%				100%						
	患者の理解と患者・家族との良好な人間関係の確立	①患者のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	22	3	0	3	0
		割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%					88.0%	12.0%		12.0%		
		②患者を一個人として尊重し、受容的・共感的態度で接する	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	25	0	0	0	0
		割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%				100%						
		③患者・家族が納得できる説明を行い、同意を得る	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	25	0	0	0	0
		割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%				100%						
		④家族の意向を把握し、家族にしか担えない役割を判断し支援する	人数	30	3	0	3	0	11	0	0	0	0	23	2	0	2	0
		割合	90.9%	9.1%	0.0%	9.1%		100%				92.0%	8.0%		8.0%			
		⑤守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮する	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	25	0	0	0	0
		割合	97.0%	3.0%	0.0%	3.0%		100%				100%						
		⑥看護は患者中心のサービスであることを認識し、患者・家族に接する	人数	31	1	1	2	0	11	0	0	0	0	25	0	0	0	0
		割合	93.9%	3.0%	3.0%	6.1%		100%				100%						

表 1-2. 看護職員として必要な基本姿勢と態度（2）

				インドネシア（尼）					フィリピン（比）					ベトナム（越）				
				(一)母国で実践していた	(二)母国では実践する機会がなかった	(三)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(四)+(三)母国で経験なし	未回答	(一)母国で実践していた	(二)母国では実践する機会がなかった	(三)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(四)+(三)母国で経験なし	未回答	(一)母国で実践していた	(二)母国では実践する機会がなかった	(三)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(四)+(三)母国で経験なし	未回答
1 看護職員として必要な基本姿勢と態度	組織における役割・心構えの理解と適切な行動	①病院及び看護部の理念を理解し行動する	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	20	5	0	5	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%					80.0%	20.0%		20.0%	
		②病院及び看護部の組織と機能について理解する	人数	30	3	0	3	0	11	0	0	0	0	23	2	0	2	0
			割合	90.9%	9.1%		9.1%		100%					92.0%	8.0%		8.0%	
		③チーム医療の構成員としての役割を理解し協働する	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	25	0	0	0	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%					100%				
		④同僚や他の医療従事者と安定した適切なコミュニケーションをとる	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	25	0	0	0	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%					100%				
	生涯にわたる主体的な自己学習の継続	①自己評価及び他者評価を踏まえた自己の学習課題をみつける	人数	28	5	0	5	0	11	0	0	0	0	21	4	0	4	0
			割合	84.8%	15.2%		15.2%		100%					84.0%	16.0%		16.0%	
		②課題の解決に向けて必要な情報を収集し解決に向けて行動する	人数	30	3	0	3	0	11	0	0	0	0	18	7	0	7	0
			割合	90.9%	9.1%		9.1%		100%					72.0%	28.0%		28.0%	
		③学習の成果を自らの看護実践に活用する	人数	28	5	0	5	0	11	0	0	0	0	24	1	0	1	0
			割合	84.8%	15.2%		15.2%		100%					96.0%	4.0%		4.0%	

(2) 母国での看護技術についての実践状況

食事援助技術（表 2-1）、排泄援助技術（表 2-1）、清潔・衣生活援助技術（表 2-2）、与薬の技術（表 2-3）で、母国で経験なしと回答している者が半数を超える国がある項目があった。フィリピンで経験なしと回答している者が多い項目は、療養上の世話に該当するもので多くが見られ、ベトナムで経験なしと回答している者が多い項目は与薬の技術で顕著であった。インドネシアについては、その中間的な傾向が見られた。

個別の項目ごとに見ていくと、食事援助技術のうち、「食生活支援」については、フィリピンの 36.4%の者が母国で経験がないと回答している。また、「食事介助」については、インドネシアの 21.2%、フィリピンの 54.5%の者が実践する機会がなかったと回答している（これに対してベトナムでは、88.0%の者が「食事介助」を母国で実践していると回答している。）。

排泄援助技術については、ベトナムは、「浣腸」が 24.0%、「膀胱内留置カテーテルの挿入と管理」が 28.0%、「摘便」が 20.0%の者が母国で実践する機会がなかったと回答している。また、「摘便」については、フィリピンの 54.5%の者が母国での経験がなかったと回答している。

活動・休息援助技術のうち、「関節可動域訓練・廃用性症候群予防」については、フィリピンの 27.3%の者が母国では看護師の実践する技術/業務ではないと回答しているのに対して、ベトナムでは 28.0%の者が母国では実践する機会がなかったと回答している。ベトナムは、「入眠・睡眠への援助」と「体動、移動に注意が必要な患者への援助」についても 24.0%の者が実践する機会がなかったと回答している。

清潔・衣生活援助技術のうち、「洗髪」、「口腔ケア」については、フィリピンの 27.3%の者が母国で実践する機会がなかったと回答し、「入浴介助」については、インドネシアの 45.5%、フィリピンの 63.6%の者が母国で実践する機会がなかったと回答している。これに対して、ベトナムは、いずれの項目についても 88.0%以上の者が母国で実践していたと回答している。

呼吸・循環を整える技術のうち、「吸引」については 20.0%、「ネブライザー」については 24.0%の者がベトナムでは実践する機会がなかったと回答している。また、「人工呼吸器の管理」については、インドネシアの 45.5%、ベトナムの 32.0%の者が母国で実践する機会がなかったと回答している。

与薬の技術のうち、「中心静脈内注射」については、インドネシアの 42.4%、ベトナムの 40.0%の者が母国で実践する機会がなかったと回答している。これに対して、ベトナムは、「麻薬の作用の観察」で 48.0%、「劇薬の管理」で 44.0%の者が母国では実践する機会がなかったと回答しているが、インドネシア、フィリピンは、いずれの項目についても 81.8%以上の者が母国で実践していたと回答している。

救命救急/処置技術のうち、「気道確保」については、ベトナムは 24.0%の者が母国では実践する機会がなかったと回答している。また、「人工呼吸」で 36.4%、「閉鎖式心臓マッサージ」で 21.2%、「気管挿管の準備と介助」で 27.3%の者が、インドネシアでは実践する機会がなかったと回答している。

症状・生体機能管理技術のうち、「動脈血採血の準備と検体の取り扱い」については、フィリピンの 27.3%、ベトナムの 24.0%の者が母国では実践する機会がなかったと回答している。また、「心電図モニター・12 誘導心電図の装着、管理」については 32.0%、「パルスオキシメーターに

よる測定」については36.0%の者がベトナムでは実践する機会がなかったと回答しているが、インドネシア、フィリピンは、いずれの項目についても81.8%以上の者が母国で実践していたと回答している。

感染予防技術のうち、「スタンダードプリコーション（標準予防策）の実施」については、ベトナムの28.0%の者が母国で実践する機会がなかったと回答しているが、インドネシア、フィリピンは、90.9%以上の者が母国で実践していたと回答している。

安全確保の技術のうち、「薬剤・放射線暴露防止策の実施」については、ベトナムの24.0%の者が母国では実践する機会がなかったと回答している。

表 2-1. 看護技術についての母国での実践状況(1)

				インドネシア（尼）					フィリピン（比）					ベトナム（越）				
				(一)母国で実践していた	(二)母国では実践する機会がなかった	(三)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(四)+(三)母国で経験なし	未回答	(一)母国で実践していた	(二)母国では実践する機会がなかった	(三)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(四)+(三)母国で経験なし	未回答	(一)母国で実践していた	(二)母国では実践する機会がなかった	(三)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(四)+(三)母国で経験なし	未回答
2 看護技術についての母国での実践状況	環境調整技術	①温度、湿度、換気、採光、臭気、騒音、病室整備の療養生活環境調整	人数	27	3	3	6	0	10	0	0	0	1	21	2	2	4	0
			割合	81.8%	9.1%	9.1%	18.2%	0.0%	90.9%				9.1%	84.0%	8.0%	8.0%	16.0%	
		②ベッドメイキング	人数	31	1	1	2	0	9	1	0	1	1	24	1	0	1	0
			割合	93.9%	3.0%	3.0%	6.1%	0.0%	81.8%	9.1%		9.1%	9.1%	96.0%	4.0%		4.0%	
	食事援助技術	①食生活支援	人数	28	4	0	4	1	6	2	2	4	1	24	1	0	1	0
			割合	84.8%	12.1%		12.1%	3.0%	54.5%	18.2%	18.2%	36.4%	9.1%	96.0%	4.0%		4.0%	
		②食事介助	人数	24	7	2	9	0	3	6	1	7	1	22	3	0	3	0
			割合	72.7%	21.2%	6.1%	27.3%	0.0%	27.3%	54.5%	9.1%	63.6%	9.1%	88.0%	12.0%		12.0%	
		③経管栄養法	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	22	3	0	3	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%	0.0%	90.9%				9.1%	88.0%	12.0%		12.0%	
	排泄援助技術	①自然排尿・排便援助	人数	31	1	1	2	0	10	0	0	0	1	22	3	0	3	0
			割合	93.9%	3.0%	3.0%	6.1%	0.0%	90.9%				9.1%	88.0%	12.0%		12.0%	
		②浣腸	人数	31	2	0	2	0	9	1	0	1	1	19	6	0	6	0
			割合	93.9%	6.1%		6.1%	0.0%	81.8%	9.1%		9.1%	9.1%	76.0%	24.0%		24.0%	
		③膀胱内留置カテーテルの挿入と管理	人数	31	1	1	2	0	10	0	0	0	1	18	7	0	7	0
			割合	93.9%	3.0%	3.0%	6.1%	0.0%	90.9%				9.1%	72.0%	28.0%		28.0%	
		④摘便	人数	28	4	1	5	0	4	3	3	6	1	20	5	0	5	0
			割合	84.8%	12.1%	3.0%	15.2%	0.0%	36.4%	27.3%	27.3%	54.5%	9.1%	80.0%	20.0%		20.0%	
		⑤導尿	人数	29	4	0	4	0	10	0	0	0	1	24	1	0	1	0
			割合	87.9%	12.1%		12.1%		90.9%				9.1%	96.0%	4.0%		4.0%	
	活動・休息援助技術	①歩行介助・移動の介助・移送	人数	29	4	0	4	0	9	1	0	1	1	24	1	0	1	0
			割合	87.9%	12.1%		12.1%		81.8%	9.1%		9.1%	9.1%	96.0%	4.0%		4.0%	
		②体位変換	人数	31	2	0	2	0	9	1	0	1	1	24	1	0	1	0
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		81.8%	9.1%	0.0%	9.1%	9.1%	96.0%	4.0%		4.0%	
		③関節可動域訓練・廃用性症候群予防	人数	25	6	1	7	1	5	1	3	4	2	18	7	0	7	0
			割合	75.8%	18.2%	3.0%	21.2%	3.0%	45.5%	9.1%	27.3%	36.4%	18.2%	72.0%	28.0%		28.0%	
		④入眠・睡眠への援助	人数	31	2	0	2	0	9	1	0	1	1	19	5	1	6	0
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		81.8%	9.1%	0.0%	9.1%	9.1%	76.0%	20.0%	4.0%	24.0%	
		⑤体動、移動に注意が必要な患者への援助	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	19	5	1	6	0
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	76.0%	20.0%	4.0%	24.0%	0.0%

表 2-2. 看護技術についての母国での実践状況 (2)

			インドネシア (尼)						フィリピン (比)						ベトナム (越)					
				(一)母国で実践していた	(二)母国では実践した機会がなかった	(三)母国では実践する機会がなかった	(四)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(五)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(六)母国では実践する機会がなかった	(一)母国で実践していた	(二)母国では実践した機会がなかった	(三)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(四)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(五)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(六)母国では実践する機会がなかった	(一)母国で実践していた	(二)母国では実践した機会がなかった	(三)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(四)母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(五)母国では看護師の実践する技術・業務ではない
2 看護技術についての母国での実践状況	清潔・衣生活援助技術	①清拭	人数	32	1	0	1	0	7	1	2	3	1	25	0	0	0	0		
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		63.6%	9.1%	18.2%		9.1%	100%						
		②洗髪	人数	28	5	0	5	0	5	3	2	5	1	24	1	0	1	0		
			割合	84.8%	15.2%		15.2%		45.5%	27.3%	18.2%	45.5%	9.1%	96.0%	4.0%		4.0%			
		③口腔ケア	人数	31	2	0	2	0	5	3	2	5	1	24	1	0	1	0		
			割合	93.9%	6.1%	0.0%	6.1%		45.5%	27.3%	18.2%	45.5%	9.1%	96.0%	4.0%	0.0%	4.0%			
		④入浴介助	人数	13	15	5	20	0	1	7	2	9	1	22	3	0	3	0		
			割合	39.4%	45.5%	15.2%	60.6%		9.1%	63.6%	18.2%	81.8%	9.1%	88.0%	12.0%	0.0%	12.0%			
		⑤部分浴・陰部ケア・おむつ交換	人数	30	3	0	3	0	8	0	2	2	1	22	3	0	3	0		
			割合	90.9%	9.1%	0.0%	9.1%		72.7%		18.2%	18.2%	9.1%	88.0%	12.0%	0.0%	12.0%			
		⑥寝衣交換等の衣生活支援、整容	人数	31	2	0	2	0	8	1	1	2	1	24	1	0	1	0		
			割合	93.9%	6.1%	0.0%	6.1%		72.7%	9.1%	9.1%	18.2%	9.1%	96.0%	4.0%	0.0%	4.0%			
	呼吸・循環を整える技術	①酸素吸入療法	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	22	2	0	2	1		
			割合	97.0%	3.0%	0.0%	3.0%		90.9%				9.1%	88.0%	8.0%	0.0%	8.0%	4.0%		
		②吸引（気管内、口腔内、鼻腔内）	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	20	5	0	5	0		
			割合	97.0%	3.0%	0.0%	3.0%		90.9%				9.1%	80.0%	20.0%	0.0%	20.0%			
		③ネブライザーの実施	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	18	6	1	7	0		
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	72.0%	24.0%	4.0%	28.0%			
		④体温調整	人数	31	1	1	2	0	10	0	0	0	1	21	3	1	4	0		
			割合	93.9%	3.0%	3.0%	6.1%		90.9%				9.1%	84.0%	12.0%	4.0%	16.0%			
		⑤体位ドレナージ	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	22	3	0	3	0		
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	88.0%	12.0%	0.0%	12.0%			
		⑥人工呼吸器の管理	人数	18	15	0	15	0	8	2	0	2	1	17	8	0	8	0		
			割合	54.5%	45.5%		45.5%		72.7%	18.2%		18.2%	9.1%	68.0%	32.0%	0.0%	32.0%			
	創傷管理技術	①創傷処置	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	23	1	1	2	0		
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	92.0%	4.0%	4.0%	8.0%			
		②褥瘡の予防	人数	30	3	0	3	0	8	2	0	2	1	25	0	0	0	0		
			割合	90.9%	9.1%		9.1%		72.7%	18.2%		18.2%	9.1%	100%						
		③包帯法	人数	31	2	0	2	0	9	1	0	1	1	25	0	0	0	0		
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		81.8%	9.1%	0.0%	9.1%	9.1%	100%						

表 2-3. 看護技術についての母国での実践状況 (3)

			インドネシア（尼）					フィリピン（比）					ベトナム（越）						
			（一）母国で実践していた	（二）母国では実践する機会がなかった	（三）母国では看護師の実践する技術・業務ではない	（四）母国では看護師の実践する技術・業務ではない	（五）母国で経験なし	未回答	（一）母国で実践していた	（二）母国では実践する機会がなかった	（三）母国では看護師の実践する技術・業務ではない	（四）母国では看護師の実践する技術・業務ではない	（五）母国で経験なし	未回答	（一）母国で実践していた	（二）母国では実践する機会がなかった	（三）母国では看護師の実践する技術・業務ではない	（四）母国では看護師の実践する技術・業務ではない	（五）母国で経験なし
2 看護技術についての母国での実践状況	与薬の技術	①経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		90.9%				9.1%	100%					
		②皮下注射、筋肉内注射、皮内注射	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		90.9%				9.1%	100%					
		③静脈内注射、点滴静脈内注射	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		90.9%				9.1%	100%					
		④中心静脈内注射の準備・介助・管理	人数	19	14	0	14	0	7	2	0	2	2	15	10	0	10	0	0
			割合	57.6%	42.4%	0	42.4%		63.6%	18.2%		18.2%	18.2%	60.0%	40.0%		40.0%		
		⑤輸液ポンプの準備と管理	人数	31	2	0	2	0	9	1	0	1	1	25	0	0	0	0	0
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		81.8%	9.1%	0.0%	9.1%	9.1%	100%					
		⑥輸血の準備、輸血中と輸血後の観察	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	21	4	0	4	0	0
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	84.0%	16.0%		16.0%		
		⑦抗生物質の用法と副作用の観察	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	24	0	1	1	0	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		90.9%				9.1%	96.0%		4.0%	4.0%		
		⑧インシュリン製剤の種類・用法・副作用の観察	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	20	4	1	5	0	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		90.9%				9.1%	80.0%	16.0%	4.0%	20.0%		
		⑨麻薬の主作用・副作用の観察	人数	28	5	0	5	0	9	0	1	1	1	9	12	4	16	0	0
			割合	84.8%	15.2%		15.2%		81.8%		9.1%	9.1%	9.1%	36.0%	48.0%	16.0%	64.0%		%
		⑩薬剤等の管理（毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む）	人数	28	5	0	5	0	9	1	0	1	1	11	11	3	14	0	0
			割合	84.8%	15.2%		15.2%		81.8%	9.1%		9.1%	9.1%	44.0%	44.0%	12.0%	56.0%		

表 2-4. 看護技術についての母国での実践状況 (4)

			インドネシア（尼）						フィリピン（比）					ベトナム（越）					
			（一）母国で実践していた	（二）母国では実践する機会がなかった	（三）母国では看護師の実践する技術・業務ではない	（三）+（二）母国で経験なし	未回答	（一）母国で実践していた	（二）母国では実践する機会がなかった	（三）母国では看護師の実践する技術・業務ではない	（三）+（二）母国で経験なし	未回答	（一）母国で実践していた	（二）母国では実践する機会がなかった	（三）母国では看護師の実践する技術・業務ではない	（三）+（二）母国で経験なし	未回答		
2 看護技術についての母国での実践状況	救命救急・ 処置技術	①意識レベルの把握	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	23	1	1	2	0	
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	92.0%	4.0%	4.0%	8.0%		
		②気道確保	人数	27	6	0	6	0	9	1	0	1	1	19	6	0	6	0	
			割合	81.8%	18.2%		18.2%		81.8%	9.1%		9.1%	9.1%	76.0%	24.0%		24.0%		
		③人工呼吸	人数	20	12	1	13	0	9	1	0	1	1	23	2	0	2	0	
			割合	60.6%	36.4%	3.0%	39.4%		81.8%	9.1%		9.1%	9.1%	92.0%	8.0%		8.0%		
		④閉鎖式心臓マ ッサージ	人数	26	7	0	7	0	8	2	0	2	1	22	3	0	3	0	
			割合	78.8%	21.2%		21.2%		72.7%	18.2%		18.2%	9.1%	88.0%	12.0%		12.0%		
		⑤気管挿管の準 備と介助	人数	24	9	0	9	0	9	1	0	1	1	21	4	0	4	0	
			割合	72.7%	27.3%		27.3%		81.8%	9.1%		9.1%	9.1%	84.0%	16.0%		16.0%		
		⑥止血	人数	27	6	0	6	0	10	0	0	0	1	25	0	0	0	0	
			割合	81.8%	18.2%		18.2%		90.9%				9.1%	100%					
		⑦チームメンバ ーへの応援要請	人数	28	5	0	5	0	10	0	0	0	1	24	1	0	1	0	
			割合	84.8%	15.2%		15.2%		90.9%				9.1%	96.0%	4.0%		4.0%		
	症状・生体機能管理技術	①バイタルサイ ン（呼吸・脈拍・ 体温・血圧）の 観察と解釈	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	24	1	0	1	0	
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		90.9%				9.1%	96.0%	4.0%		4.0%		
		②身体計測	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	22	3	0	3	0	
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		90.9%				9.1%	88.0%	12.0%		12.0%		
		③静脈血採血と 検体の取扱い	人数	32	1	0	1	0	7	1	2	3	1	25	0	0	0	0	
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		63.6%	9.1%	18.2%	27.3%	9.1%	100%					
		④動脈血採血の 準備と検体の取 り扱い	人数	28	5	0	5	0	7	3	0	3	1	18	6	1	7	0	
			割合	84.8%	15.2%		15.2%	0	63.6%	27.3%		27.3%	9.1%	72.0%	24.0%	4.0%	28.0%		
		⑤採尿・尿検査 の方法と検体の 取り扱い	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	24	1	0	1	0	
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		90.9%				9.1%	96.0%	4.0%		4.0%		
		⑥血糖値測定と 検体の取扱い	人数	32	1	0	1	0	9	1	0	1	1	21	2	2	4	0	
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		81.8%	9.1%		9.1%	9.1%	84.0%	8.0%	8.0%	16.0%		

表 2-5. 看護技術についての母国での実践状況 (5)

				インドネシア (尼)					フィリピン (比)					ベトナム (越)				
				(一) 母国で実践していた	(二) 母国では実践する機会がなかった	(三) 母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(三)+(三) 母国で経験なし	未回答	(一) 母国で実践していた	(二) 母国では実践する機会がなかった	(三) 母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(三)+(三) 母国で経験なし	未回答	(一) 母国で実践していた	(二) 母国では実践する機会がなかった	(三) 母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(三)+(三) 母国で経験なし	未回答
2 看護技術についての母国での実践状況		⑦心電図モニター・12 誘導心電図の装着、管理	人数	32	1	0	1	0	9	0	1	1	1	15	8	2	10	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		81.8%		9.1%	9.1%	9.1%	60.0%	32.0%	8.0%	40.0%	
		⑧パルスオキシメーターによる測定	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	13	9	3	12	0
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	52.0%	36.0%	12.0%	48.0%	
	苦痛の緩和・安楽確保の技術	①安楽な体位の保持	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	25	0	0	0	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		90.9%				9.1%	100%				
		②薬法等身体安楽促進ケア	人数	32	1	0	1	0	9	1	0	1	1	22	3	0	3	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		81.8%	9.1%		9.1%	9.1%	88.0%	12.0%		12.0%	
		③リラクゼーション	人数	29	4	0	4	0	10	0	0	0	1	22	3	0	3	0
			割合	87.9%	12.1%		12.1%		90.9%				9.1%	88.0%	12.0%		12.0%	
		④精神的安寧を保つための看護ケア	人数	28	5	0	5	0	10	0	0	0	1	20	4	1	5	0
			割合	84.8%	15.2%		15.2%		90.9%				9.1%	80.0%	16.0%	4.0%	20.0%	
	感染予防技術	①スタンダードプリコーション（標準予防策）の実施	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	15	7	3	10	0
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	60.0%	28.0%	12.0%	40.0%	
		②必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の選択	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	22	3	0	3	0
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	88.0%	12.0%		12.0%	
		③無菌操作の実施	人数	32	1	0	1	0	10	0	0	0	1	24	1	0	1	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		90.9%				9.1%	96.0%	4.0%		4.0%	
		④医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	25	0	0	0	0
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	100%				
		⑤針刺し事故防止対策の実施と針刺し事故後の対応	人数	29	4	0	4	0	10	0	0	0	1	25	0	0	0	0
			割合	87.9%	12.1%		12.1%		90.9%				9.1%	100%				
		⑥洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	22	1	0	1	2
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	88.0%	4.0%		4.0%	8.0%

表 2-6. 看護技術についての母国での実践状況 (6)

				インドネシア（尼）					フィリピン（比）					ベトナム（越）				
				(一) 母国で実践していた	(二) 母国では実践する機会がなかった	(三) 母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(三) + (三) 母国で経験なし	未回答	(一) 母国で実践していた	(二) 母国では実践する機会がなかった	(三) 母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(三) + (三) 母国で経験なし	未回答	(一) 母国で実践していた	(二) 母国では実践する機会がなかった	(三) 母国では看護師の実践する技術・業務ではない	(三) + (三) 母国で経験なし	未回答
2 看護技術についての母国での実践状況	安全確保の技術	①誤薬防止の手順に沿った与薬	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	24	0	0	0	1
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	96.0%				4.0%
		②患者誤認防止策の実施	人数	31	2	0	2	0	10	0	0	0	1	25	0	0	0	0
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		90.9%				9.1%	100%				
		③転倒転落防止策の実施	人数	28	5	0	5	0	10	0	0	0	1	24	1	0	1	0
			割合	84.8%	15.2%		15.2%		90.9%				9.1%	96.0%	4.0%		4.0%	
		④薬剤・放射線暴露防止策の実施	人数	28	5	0	5	0	9	0	0	0	2	16	6	3	9	0
			割合	84.8%	15.2%		15.2%		81.8%				18.2%	64.0%	24.0%	12.0%	36.0%	

(3) 母国での管理的側面について状況

災害・防災管理の項目については、インドネシアは、母国で経験なしと回答している者が半数を超えており、フィリピン、ベトナムでも母、国で経験なしと回答している者がかなりの割合に達していた（表 3-2）。

個別の項目ごとに見ていくと、安全管理のうち「インシデント（ヒヤリ・ハット）事例や事故事例の報告を速やかに行う」については、インドネシアの 24.2%の者が実践する機会がなかったと回答している。

薬剤等の管理のうち、ベトナムは、「薬剤を適切に請求・受領・保管する（含、毒薬・劇薬・麻薬）」が 32.0%、「血液製剤を適切に請求・受領・保管する」が 20.0%の者が母国では実践する機会がなかったと回答しているが、インドネシア、フィリピンは、いずれの項目についても 81.8%以上の者が母国で実践していたと回答している。

コスト管理のうち、ベトナムは、「費用対効果を考慮して衛生材料の物品を適切に選択する」について 24.0%の者が母国では実践する機会がなかったと回答している。

表 3-1. 管理的側面についての母国での状況（1）

				インドネシア（尼）					フィリピン（比）					ベトナム（越）				
				(一)母国で実践していた	(二)母国では実践する機会がなかった	(三)母国では看護師の実践する技術\業務ではない	(四)+(三)母国で経験なし	未回答	(一)母国で実践していた	(二)母国では実践する機会がなかった	(三)母国では看護師の実践する技術\業務ではない	(四)+(三)母国で経験なし	未回答	(一)母国で実践していた	(二)母国では実践する機会がなかった	(三)母国では看護師の実践する技術\業務ではない	(四)+(三)母国で経験なし	未回答
3 管 理 的 側 面 に つ い て の 母 国 で の 状 況	安全管理	①施設における医療安全管理体制について理解する	人数	30	2	0	2	1	11	0	0	0	0	21	2	1	3	0
			割合	90.9%	6.1%		6.1%	3.0%	100%				87.5%	8.3%	4.2%	12.5%		
		②インシデント（ヒヤリ・ハット）事例や事故事例の報告を速やかに行う	人数	25	8	0	8	0	11	0	0	0	0	23	2	0	2	0
			割合	75.8%	24.2%		24.2%		100%				92.0%	8.0%		8.0%		
	情報管理	①施設内の医療情報に関する規定を理解する	人数	30	3	0	3	0	11	0	0	0	0	22	2	1	3	0
			割合	90.9%	9.1%		9.1%		100%				88.0%	8.0%	4.0%	12.0%		
		②患者等に対し、適切な情報提供を行う	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	24	1	0	1	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%				96.0%	4.0%		4.0%		
		③プライバシーを保護して医療情報や記録物を取り扱う	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	25	0	0	0	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%				100%					
		④看護記録の目的を理解し、看護記録を正確に作成する	人数	31	2	0	2	0	11	0	0	0	0	24	1	0	1	0
			割合	93.9%	6.1%		6.1%		100%				96.0%	4.0%		4.0%		

表 3-2. 管理的側面についての母国での状況 (2)

				インドネシア（尼）					フィリピン（比）					ベトナム(越)				
				(一) 母国で実践していた	(二) 母国では実践する機会がなかった	(三) 母国では看護技術・業務ではない	(四) (一) (二) 母国で経験なし	未回答	(一) 母国で実践していた	(二) 母国では実践する機会がなかった	(三) 母国では看護技術・業務ではない	(四) (一) (二) 母国で経験なし	未回答	(一) 母国で実践していた	(二) 母国では実践する機会がなかった	(三) 母国では看護技術・業務ではない	(四) (一) (二) 母国で経験なし	未回答
3 管 理 的 側 面 に つ い て の 母 国 で の 状 況	業務管理	①業務の基準・手順に沿って実施する	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	24	1	0	1	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%					96.0%	4.0%		4.0%	
		②複数の患者の看護ケアの優先度を考えて行動する	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	24	1	0	0	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%					96.0%	4.0%		4.0%	
		③業務上の報告・連絡・相談を適切に行う	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	25	0	0	0	0
			割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%					100%				
	④決められた業務を時間内に実施できるように調整する	人数	32	1	0	1	0	11	0	0	0	0	24	1	0	1	0	
		割合	97.0%	3.0%		3.0%		100%					96.0%	4.0%		4.0%		
	薬剤等の管理	①薬剤を適切に請求・受領・保管する（含、毒薬・劇薬・麻薬）	人数	28	4	1	5	0	9	1	1	2	0	14	8	3	11	0
			割合	84.8%	12.1%	3.0%	12.4%		81.8%	9.1%	9.1%	18.2%		56.0%	32.0%	12.0%	44.0%	
		②血液製剤を適切に請求・受領・保管する	人数	31	1	1	2	0	9	1	1	2	0	18	5	2	7	0
			割合	93.9%	3.0%	3.0%	6.1%		81.8%	9.1%	9.1%	18.2%		72.0%	20.0%	8.0%	28.0%	
	防災管理 災害・	①定期的な防災訓練に参加し、災害発生時には決められた初期行動を円滑に実施する	人数	10	21	2	23	0	8	2	1	3	0	16	9	0	9	0
			割合	30.3%	63.6%	6.1%	69.7%		72.7%	18.2%	9.1%	21.3%		64.0%	36.0%		36.0%	
		②施設内の消火設備の定位置と避難ルートを把握し患者に説明する	人数	10	22	1	23	0	8	2	1	3	0	20	5	0	5	0
			割合	30.3%	66.7%	3.0%	69.7%	0.0%	72.7%	18.2%	9.1%	21.3%	0.0%	80.0%	20.0%		20.0%	
	物品管理	①規定に沿って適切に医療機器、器具を取り扱う	人数	31	1	1	2	0	10	1	0	1	0	24	1	0	1	0
			割合	93.9%	3.0%	3.0%	6.1%		90.9%	9.1%		9.1%		96.0%	4.0%		4.0%	
		②看護用品・衛生材料の整備・点検を行う	人数	29	1	3	4	0	10	0	1	1	0	22	3	0	3	0
			割合	87.9%	3.0%	9.1%	12.1%		90.9%		9.1%	9.1%		88.0%	12.0%		12.0%	
	コスト管理	①患者の負担を考慮し、物品を適切に使用する	人数	30	3	0	3	0	10	0	1	1	0	24	1	0	1	0
			割合	90.9%	9.1%		9.1%		90.9%		9.1%	9.1%		96.0%	4.0%		4.0%	
		②費用対効果を考慮して衛生材料の物品を適切に選択する	人数	28	5	0	5	0	8	1	2	3	0	18	6	1	7	0
			割合	84.8%	15.2%		15.1%		72.7%	3.1%	18.2%	21.3%		72.0%	24.0%	4.0%	28.0%	

2.2 E P A看護師への特有の配慮の有無

国家試験に合格した看護師 1 年目に対して、臨床で教育指導にあたった指導者（一部、管理者）20 名に実施したアンケート調査の結果を述べる（表 1-4 参照）。

（1）看護職員として必要な基本姿勢と態度についての到達目標

すべての項目において、「特有の配慮をした」指導者は半数を超えており、「配慮の必要が無かった」との回答において少数の項目は、家族との関わりの「患者・家族が納得できる説明を行ない同意を得る」（2 名）と「家族の意向を把握し、家族にしか担えない役割を判断し支援する」（4 名）であった（表 1）。家族への配慮や説明については、特有の配慮が必要であると多くの指導者が認識していることがわかる。

さらに、特有の配慮をした指導者は、その効果があったと捉えている。一部、「看護職としての自覚と責任」は 2 名、「組織における役割・心構え」と「主体的な自己学習の継続」については 3 名が、「ほとんど効果無し」との回答であった。

「配慮が必要であるができなかった」との回答もあることから、これらの詳細については、インタビュー内容等を検討したうえで明らかにしていく。

表 1. 看護職員として必要な基本姿勢と態度についての到達目標

			特有の配慮の有無 (N=20)					実施した配慮に対する評価 (n=「配慮した」回答数)				
			配慮した	配慮できない	配慮が必要ない	配慮の必要	未回答	り大変効果あり	効果あり	ほとんど効果無し	全く効果無し	未回答
1 看護職員として必要な基本姿勢と態度についての到達目標	看護職員としての自覚と責任ある行動	①医療倫理・看護倫理に基づき、人間の生命・尊厳を尊重し患者の人権を擁護する	10	3	7	0		1	8	2	0	0
		②看護行為によって患者の生命を脅かす危険性もあることを認識し行動する	11	1	8	0						
		③職業人としての自覚を持ち、倫理に基づいて行動する	11	2	7	0						
	患者の理解と患者・家族との良好な人間関係の確立	①患者のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する	12	2	6	0		3	14	0	0	0
		②患者を一個人として尊重し、受容的・共感的態度で接する	10	2	8	0						
		③患者・家族が納得できる説明を行い、同意を得る	16	2	2	0						
		④家族の意向を把握し、家族にしか担えない役割を判断し支援する	10	6	4	0						
		⑤守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮する	9	2	9	0						
		⑥看護は患者中心のサービスであることを認識し、患者・家族に接する	9	3	7	1						
	組織における役割・心構えの理解と適切な行動	①病院及び看護部の理念を理解し行動する	10	3	7	0		2	10	3	0	2
		②病院及び看護部の組織と機能について理解する	10	3	7	0						
		③チーム医療の構成員としての役割を理解し協働する	11	1	8	0						
		④同僚や他の医療従事者と安定した適切なコミュニケーションをとる	14	0	6	0						
	生涯にわたる主体的な自己学習の継続	①自己評価及び他者評価を踏まえた自己の学習課題をみつける	12	2	6	0		1	8	3	0	1
		②課題の解決に向けて必要な情報を収集し解決に向けて行動する	11	4	5	0						
		③学習の成果を自らの看護実践に活用する	12	3	5	0						

(2) 看護技術についての到達目標 1

表 2 の看護技術項目における「配慮の必要は無かった」との回答項目は、指導者の半数を超えるものが多く、特に「排泄援助技術」と「呼吸・循環を整える」への配慮の必要が無かった指導者が多かった。また、「配慮をした」項目は、半数近くの指導者がすべての項目に対して行っており、「配慮が必要だったができなかった」項目への回答は非常に少ない。また、特有の配慮による効果があった、と指導者は回答している。

表 2-1. 看護技術についての到達目標 1 (1)

			特有の配慮の有無 (N=20)				実施した配慮に対する評価 (n=「配慮した」回答数)				
			配慮した	配慮できなかった	配慮の必要無し	配慮の必要あり	大変効果あり	効果あり	効果無し	ほとんど効果無し	未回答
2 看護技術についての到達目標 1	環境調整技術	①温度、湿度、換気、採光、臭気、騒音、病室整備の療養生活環境調整	7	0	13	0	1	5	1	0	0
		②ベッドメイキング (例：臥床患者のベッドメイキング)	7	0	13	0					
	食事援助技術	①食生活支援	9	2	9	0	1	7	1	0	0
		②食事介助	9	2	9	0					
		③経管栄養法	9	1	9	1					
	排泄援助技術	①自然排尿・排便援助	7	1	12	0	1	6	1	0	0
		②浣腸	8	0	12	0					
		③膀胱内留置カテーテルの挿入と管理	7	1	12	0					
		④摘便	8	0	11	1					
		⑤導尿	7	0	13	0					
	活動・休息援助技術	①歩行介助・移動の介助・移送	9	1	9	1	1	7	1	0	0
		②体位変換	9	1	9	1					
		③関節可動域訓練・廃用性症候群予防	7	2	11	0					
		④入眠・睡眠への援助	7	1	11	1					
		⑤体動、移動に注意が必要な患者への援助	7	1	12	0					

表 2-2. 看護技術についての到達目標 1 (2)

			特有の配慮の有無 (N=20)					実施した配慮に対する評価 (n=「配慮した」回答数)				
			配慮した	配慮できない	配慮の必要無し	配慮の必要あり	未回答	大変効果あり	効果あり	効果無し	ほとんど効果無し	未回答
2 看護技術についての到達目標 1	術 清潔・衣生活援助技術	①清拭	9	0	11	0		2	6	1	0	0
		②洗髪	9	0	11	0						
		③口腔ケア	8	0	12	0						
		④入浴介助	8	1	11	0						
		⑤部分浴・陰部ケア・おむつ交換	9	0	11	0						
		⑥寝衣交換等の衣生活支援、整容	9	0	11	0						
	技術 呼吸・循環を整える	①酸素吸入療法	6	0	14	0		2	7	1	0	0
		②吸引（気管内、口腔内、鼻腔内）	6	0	14	0						
		③ネブライザーの実施	5	1	14	0						
		④体温調整	6	0	14	0						
		⑤体位ドレナージ	6	1	13	0						
		⑥人工呼吸器の管理	7	1	9	3						
	理創傷管技術	①創傷処置	9	1	10	0		2	6	1	0	1
		②褥瘡の予防	10	0	10	0						
		③包帯法	8	1	11	0						
	与薬の技術	①経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬	10	0	10	0		3	9	1	0	1
		②皮下注射、筋肉内注射、皮内注射	10	1	9	0						
		③静脈内注射、点滴静脈内注射	11	0	9	0						
		④中心静脈内注射の準備・介助・管理	11	0	8	1						
		⑤輸液ポンプの準備と管理	11	0	9	0						
		⑥輸血の準備、輸血中と輸血後の観察	6	1	11	2						
		⑦抗生物質の用法と副作用の観察	10	0	10	0						
		⑧インシュリン製剤の種類・用法・副作用の観察	9	0	11	0						
		⑨麻薬の主作用・副作用の観察	10	0	9	1						
		⑩薬剤等の管理（毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む）	11	1	7	1						
	救命救急処置技術	①意識レベルの把握	8	0	11	1		3	7	1	0	0
		②気道確保	7	1	11	1						
		③人工呼吸	8	1	10	1						
		④閉鎖式心臓マッサージ	8	1	10	1						
		⑤気管挿管の準備と介助	9	1	9	1						
		⑥止血	7	1	11	1						
		⑦チームメンバーへの応援要請	10	0	9	1						

(3) 看護技術についての到達目標 2

表 3 の看護技術項目における「配慮の必要は無かった」との回答項目は、指導者の半数を超えるものが多く、特に「症状・生体機能管理技術」への配慮の必要が無かった指導者が多かった。また、「配慮をした」項目は、多くの指導者がすべての項目に対して行っており、「配慮が必要だったができなかった」項目への回答は非常に少ない。また、特有の配慮による効果があった、と指導者は回答している。

「安全確保の技術」については、配慮をした指導者は多く「誤薬防止、患者誤認防止、転倒転落防止」等への配慮の必要性が明らかとなった。

表 3. 看護技術についての到達目標 2

			特有の配慮の有無 (N=20)					実施した配慮に対する評価 (n=「配慮した」回答数)				
			配慮をした	できなかった	配慮が必要だったができなかった	配慮は必要が無かった	未回答	大変効果があつた	効果があつた	効果がなかった	ほとんど効果がなかった	未回答
2 看護技術についての到達目標 2	症状・生体機能管理技術	①バイタルサイン（呼吸・脈拍・体温・血圧）の観察と解釈	8	0	12	0		1	7	1	0	0
		②身体計測	7	0	13	0						
		③静脈血採血と検体の取扱い	7	1	12	0						
		④動脈血採血の準備と検体の取り扱い	8	1	11	0						
		⑤採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い	7	1	12	0						
		⑥血糖値測定と検体の取扱い	7	0	13	0						
		⑦心電図モニター・12 誘導心電図の装着、管理	7	1	12	0						
		⑧パルスオキシメーターによる測定	8	0	12	0						
	安楽確保の技術・苦痛の緩和の技術	①安楽な体位の保持	8	0	11	1		1	7	1	0	0
		②電法等身体安楽促進ケア	8	0	11	1						
		③リラクゼーション	8	1	10	1						
		④精神的安寧を保つための看護ケア	8	1	10	1						
	感染予防技術	①スタンダードプリコーション（標準予防策）の実施	9	1	10	0		2	6	1	0	1
		②必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の選択	9	0	11	0						
		③無菌操作の実施	9	0	11	0						
		④医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い	9	0	11	0						
		⑤針刺し事故防止対策の実施と針刺し事故後の対応	10	0	10	0						
		⑥洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	9	0	11	0						
	安全確保の技術	①誤薬防止の手順に沿った与薬	13	0	7	0		3	8	2	0	0
		②患者誤認防止策の実施	13	0	7	0						
		③転倒転落防止策の実施	12	0	8	0						
		④薬剤・放射線暴露防止策の実施	11	1	8	0						

(4) 管理的側面についての到達目標

表 4 の管理的側面については、「配慮が必要だったができなかった」項目は、「施設における医療安全管理体制の理解」、「災害・防災管理」、「コスト管理」において 5 名の指導者が回答していた。「特有の配慮」の有無では、「インシデント（ヒヤリ・ハット）事例や事故事例の速やかな報告」、「看護記録の目的を理解し、看護記録を正確に作成」において多くの指導者が配慮していることがわかる。

表 4. 管理的側面についての到達目標

			特有の配慮の有無 (N=20)				実施した配慮に対する評価 (n=「配慮した」回答数)				
			配慮をした	たがで 配慮が 必要だ ったが できな かつ	配 慮は 必要 無 か	未 回 答	た 大 変 効 果 が あ つ	効 果 が あ つ た	無 か つ た ほ と ん ど 効 果 が	全 く 効 果 が 無 か つ た	未 回 答
3 管 理 的 側 面 に つ い て の 到 達 目 標	安全管理	①施設における医療安全管理体制について理解する	9	5	6	0	2	12	0	0	0
		②インシデント（ヒヤリ・ハット）事例や事故事例の報告を速やかに行う	14	1	5	0					
	情報管理	①施設内の医療情報に関する規定を理解する	12	2	6	0	3	13	0	0	2
		②患者等に対し、適切な情報提供を行う	13	1	6	0					
		③プライバシーを保護して医療情報や記録物を取り扱う	11	0	9	0					
		④看護記録の目的を理解し、看護記録を正確に作成する	17	1	2	0					
	業務管理	①業務の基準・手順に沿って実施する	12	1	7	0	2	11	0	0	1
		②複数の患者の看護ケアの優先度を考えて行動する	11	1	8	0					
		③業務上の報告・連絡・相談を適切に行う	11	0	9	0					
		④決められた業務を時間内に実施できるように調整する	12	1	7	0					
	薬剤等の管理	①薬剤を適切に請求・受領・保管する（含、毒薬・劇薬・麻薬）	9	3	8	0	1	8	0	0	0
		②血液製剤を適切に請求・受領・保管する	7	3	8	2					
	災害・防災管理	①定期的な防災訓練に参加し、災害発生時には決められた初期行動を円滑に実施する	9	5	6	0	0	7	0	0	3
		②施設内の消火設備の定位置と避難ルートを把握し患者に説明する	9	6	5	0					
	物品管理	①規定に沿って適切に医療機器、器具を取り扱う	8	2	10	0	0	7	1	0	1
		②看護用品・衛生材料の整備・点検を行う	8	1	11	0					
	コスト管理	①患者の負担を考慮し、物品を適切に使用する	5	5	10	0	0	4	1	0	0
		②費用対効果を考慮して衛生材料の物品を適切に選択する	5	5	10	0					

2-3 インタビュー調査結果のまとめ

書面調査の回答があった 11 施設のうち、EPA 看護師への特別な配慮の有無や合格年度・国先を考慮し選出した 7 施設に対して行った、半構成的インタビューの結果を紹介する。

1. 国家試験合格後 1 年経過した時点での EPA 看護師に対する印象	
① 看護技術	- 看護師の免許を取るまでは、自分たちは看護師ではないので、やって当然という感覚でおられたんですよ。<u>国家試験に受かった途端に、「なぜ、まだこんなことをしないといけないのか」、「何が違うのか」という感じ</u>です。 - リハビリの病棟なので、日常生活の援助が中心です。国家試験を受けた後に、「なぜ私がこういうことをしないといけないの」というのが彼女の中であって、その説明をするのに大変でした。 - 結構ミニドクター的なことを、海外ではやってるんですよね。<u>患者さんの清拭やおむつ介助をするくらいなら、処置についていたほうがいいという雰囲気</u>があらさまにあって。 - 清拭とかは苦手というか、嫌ですと。 <u>便器介助やトイレ介助は避けている</u>。フィリピンではそういう行為はご家族がやる。看護師のやる仕事じゃない、だからあまりやりたがらない感がある。
② 電話対応	- 日本語で電話がかかってくるのは当たり前なので、なかなか出してもらえなかった。近くにいてもなかなか出ないということがあったので、「出てね」と言ったこともある。 - 外来は不特定多数の方が来られます。その場で予測ができない。特に救急とか、夜間勤務をやっていると、どんな人が来るのか分からないということがあります。電話で上手く話ができなかったときに、<u>患者さんが「なんでそんな外国人を電話に出すんだ」と言われた事例</u>がありました。院長からも一人にさせないで、電話は出さないで、ということ言われました。 - 病院で顔が見えている状態に対応する分はいいんですけど、電話だとわからない。<u>電話がかかってきたら、必ず日本人の看護師が出て、彼女 1 人で対応させないように配慮</u>しています。 - できるだけ一人で患者さんの電話に対応させないということは心がけています。
③ 時間の感覚	- 外国人であっても学び方が違う。時間の流れがすごく緩やかな国の方の国民性と、一生懸命勉強して資格取らないと私たちはここに居られないという、ひしひしとした死活問題というような、<u>勤勉な国民性</u>もあるのかなと思います。 - 定時の時間内にはちゃんと来るんでいいんですけど、ほかのスタッフからは、<u>もう少し早く来れないのかな</u>という意見が聞かれたこともある。 - 何人かで特別チームを組んで指導しています。そこで共通の意見として出たのが、<u>時間にルーズなこと</u>。日本人でもそういう人がいますから、彼女自身が持っているものなのか、わからない。
④ 文化的なこと	- 一生懸命努力して、<u>日本に慣れよう</u>といろんなことを勉強されている。 - 国に家族を置いてくるぐらいだから、<u>やる気はすごい</u>ですよ。何かあっても辞めたいとは絶対言わない。<u>モチベーションを自分で高くコントロールできるんだ</u>なというのはすごく感じます。 - 彼ら異国の地（日本）で病気になった時の精神的なこととか、ご家族が来てくれるのかという大きなことになれば、ちょっと心配です。 <u>組織の一員という自覚がない</u>ですね。EPA だから特別扱いというわけではなくて、日本の国家試験に合格したら日本の看護師として一組織人だよということは言ってるんだけど、彼女たちの中ではまだまだ<u>私たちは特別</u>なんだと。 - 表現力、カルチャーの価値感の違い、そういったものがどうしても越えられない。 - 日本人は自分が発しなくなっても、表情だったり、ひとつの言葉でも大方分かって欲しいというのがあるけど、インドネシア人はそうではない。 - 細やかな配慮と言うか、それこそ「あ・うん」の呼吸じゃないけど、以心伝心じゃないけど、<u>そうやって通じ合うものがなかなか伝わりにくい</u>というのはあって。 <u>臨機応変に動くとか、ちょっと考えてから次の行動に</u>ということが難しい印象がある。 <u>「できない」「わかりません」という言葉があまりないので、処置が多い時はこちらが手伝うよう、なるべく声をかけている</u>。 「わかりました」が得意で、<u>「分からないからもう一度」ということはあまり言わない</u>。

2. EPA 看護師の指導に関して実際に行った特有の配慮	
① 患者の理解を促す	- 例えば欧米の人だったら日本人はまた違う反応なのでしょうけど、やはり東南アジアというのもあって、その辺の<u>差別的な偏見の部分もいくらかはある</u>と思うので、その辺のところもちっと配慮しています。 <u>正直、来るまでは偏見をみんなもっていたと思うんですよ</u>。外国人だから、みたいな感じで。でも、意外とその気持ちは薄れていると思います。この地域も外国人が増えてきたりしていますし。 - 思っていたよりも患者さんみなさん、<u>受け入れてくれて、意外と興味を持って声をかけてくれる人が多い</u>。そんなに心配することじゃないのかなと今は思っている感じです。 - EPA の方の紹介をなるべくするようにしています。地域の方たちに、<u>「こういう人が来ている」ということをアピール</u>することも必要であると考えています。 - 最初の頃は、はじめに担当の指導者が患者さんのところに行って、<u>「担当の指導者です、今日はフィリピンから来た看護師さんも一緒に見せてもらいます」</u>という話や紹介をしました。
② 看護師たちの具体的な配慮	- このことは誰々に聞いてね、このことは誰々さんが一回経験しているから一緒にやろうね、一人でやらないでね、ということ、始まる時に言うておく。 - 全部のケアに対してマニュアルがあります。それを見ながら、看護行為も最初の一つ一つ見てもらいながら、必要物品から指導しています。 - 初期の頃は、インドネシアの人たちはどういう人だから、どういうことに気をつけよう、イスラム教徒はこういうものかなど勉強会を何回か設けて理解を深めました。 - 信頼をおきながら任せられたベテランの看護師は、30年選手くらいの人たちです。何かあったらサポートして、フォローして、ことあるごとに声かけしてくれていました。 <u>相手の国を理解するのがなかなか難しかったんです</u>。研修に出て、周囲の人の色んな話を聞いて、ゆっくり教えて行くしかないと感じました。 - 彼女たちは嫌かもしれないけど、<u>なるべく同行して一緒に付き添って見る</u>ようにはしていました。 - あらかじめ「ここ、質問してね」というようなことをスタッフに伝えておいた。 - スタッフも日常の中でのケアになってしまっていて、原点を忘れている。スタッフを刺激する意味もあって、例えば「マーゲンチューブの55センチはどういう意味を持っているの」とかいう質問をする。
③ 効果的配慮	- どういった流れで処置を行うのかをすぐにマニュアルを見てもらう。まずは<u>自分の処置をしてもらって、レポートを書いてもらっています</u>。 - 日本語でのプレゼンテーションでの自信にもなるでしょうし、<u>日本語で発表させる</u>というのが彼女たちにはすごくいい訓練になっているかと思います。 - 院内全体の勉強会みたいなものがあるんですね。レントゲンについてなど指導して、<u>院内で発表させる訓練</u>というか、研修もやらせています。 <u>とにかく分からないことは聞くと。初めてのときには、自分ではできない、一人ではできないというのをアピールしてくれと言っています</u>。

3. EPA 看護師の指導に関して日本の新人看護師とは異なる特有の配慮	
① シフト等の配慮	- 日本人の新人の方が、家族とか患者さんの話を聞くというのは長けていると思います。話す方もやはりそういう部分があるんだと思います。 - 一緒に入職した新人さんたちが3ヶ月後に夜勤に入るところを、<u>半年遅らせて夜勤</u>に入ってもらったりしました。 - 日本の新人さんと比べると、時間をちょっと配慮しています。<u>看護師3人のときにつけたり、とてもシフトを組めない時は経験年数のある人と組むようになど工夫</u>しています。 <u>準夜勤だけを</u>やってもらっています。 <u>「もうちょっと早く来れない？あと5分でもいいから」と言ってみたこともあります。</u>情報収集が遅く、点滴もいっぱい詰めなければいけないので、他の新人さん達が早く来て詰め始めてしまうので。 - 指示受け以外にも退院などがあると、退院の説明や指導をしなければいけないんですが、急な退院だったり、予定の退院だったとしても、行ってなかったりするんです。「おうちの方が待っているから」と言っても、なかなか行ってもらえないときもありました。ほかの患者さんのことをやっていると、<u>退院のことに手をつけていなかった</u>というのがあって。<u>事務的な処理が苦手な</u>のかな。
② 看護技術	- 技術面に関しては、すごく理解が早くてすぐできた。 - 輸血や人工呼吸器の装着などは母国では経験していない。 - 外国人だからと言っても、同じように接さなければいけない。その人たちに特別に冊子を作るということはしなかった。<u>新人指導で配る冊子と同じ物を使いました。</u> - 新人ナースだったら、1年経てばある程度マスターして技術的にもある程度できる。でも、同じように考えちゃいけないんだけど、<u>EPA 看護師はやっぱり時間がかかるなあって</u>思います。技術的なこと、仕事の業務の流ればかりじゃなくて、<u>ちゃんと裏付けをもったナースとして、一人前になってくれるまでにはどれくらい時間がかかるのかなあ</u>というのは、やっぱりありますね。 - 一度は具体的にやって見せなければわからないと思います。マニュアルは漢字に細かくふりがなを打っているわけでもないんで、<u>一つ一つ漢字を説明しないと理解も難しい。</u>マニュアルを見ながら、内容の説明もしていく必要がありました。
4. EPA 看護師への勤務体制等の配慮	
① 部署配置と勤務体制	- いつまでも怖いから日勤しかさせなかったといえ、彼女たちの給料を抑えていることにもなるんだから、ちゃんと夜勤ができるようにシステムを構築すればいいことだろう。 10月から月に2回1人当直。それまではナースと一緒に2人当直して、5か月ほど2人当直した。 <u>準夜も2人なんですけど、今ちょっと準夜帯は日勤の流れで忙しかったりするので、組めるところは看護師3人と、助手さんをつけてやっています。</u> - 師長が英語しゃべれるから、NICUに行ったんです。 - 先生に彼女たちの勤務を入れて、できるだけ副院長とか、それから医局長というか、<u>病棟の主治医の当直の時に彼女たちの夜勤を入れるように</u>しています。 <u>夜勤については一応ベテラン</u>というか、役職を持った、うちは師長も当直していますので、師長とか、主任とか。 (EPA 看護師の<u>外来配属</u>に関しては) <u>良い印象を持っています。</u>彼女たち自身には、普通の病棟よりも言葉の刺激が多く入ってきますし。 - 前任の外来師長とも相談したり、あと、病院の方針を確認したりしながらやりました。特に本を読んだりとかはしていません。 - 私は逆に救命だから成功したんじゃないかと思うんですよね。婦人科にもいましたけど、これがもっと内科病棟とか、それこそ関わりとかってなったらもっと大変で、もっと時間がかかったんじゃないかと思うんです。
② 長期休暇	<u>長期休暇で母国に帰るときは2週間くらい休みを取ってもらってます。</u> <u>国に帰省するときにはちょっと長期の休みをあげたいな</u>と思うしね、本人も欲しいと言うので。 - 私たちはあまり長期的な有給を消化はできないですけど、彼女たちは2週間なり、3週間までいかないけど<u>2週間前後でお休みを取らせてもらって。</u> - 普通の有給を彼らにつけるということになるので、<u>他のスタッフに有給をあげられない状態</u>にあります。

5. EPA 看護師の受け入れにより病院が変化した点、病院が変わるべきと感じた点	
① 受 入 れ の 心 構 え	・ 病院の中でEPA 看護師を育てながらも、病院全体に配信していくことで認知してもらう。 ・ 病院全体としては、<u>外国の方を受け入れることに対して、だんだん抵抗が少なくなっているんじゃないか</u>と思います。 ・ <u>グローバルな視点をもち、一職員、一看護師であっても、看護部や病院、県を背負っているというぐらいの気持ちでいろんな視野をもたなければだめだ</u>と思います。 ・ <u>相手の国を理解しようとしてなかったことは反省点です。相手はわかろうと努力しているわけです。受け入れる側はもう少し勉強しておかなければいけない</u>と思いました。 ・ <u>フィリピンの看護の現状や、役割などを事前に勉強した上で受け入れるほうが、スムーズになるような気がします。</u> ・ <u>若い人の刺激</u>になっているので、「あの人たちがあれだけ頑張っているんだから、自分たちも頑張らないと」という励みにもなっています。病院としては、そこはすごくプラスであると思っています。 ・ 私たちがもっと<u>相手の国のことを理解する</u>必要がある。 ・ EPA 看護師本人のことだけではなく、<u>国のことを理解</u>することがお互いにスムーズにいく第一歩だと思いますので、その辺はもうちょっと変わらなければならぬと思っています。 ・ 受け入れ病院側の負担が大きい。彼らに対する給料以外にも、なんだかんだと病院の持ち出しが多い。だからある程度ボランティア的なところがあります。
② 準 備 ・ 説 明 で の 工 夫 点	・ EPA 看護師には、<u>誰に聞いて、誰が的確に教えてくれるのか</u>ということを先に言うておくことですね。 ・ EPA 看護師を真ん中において、こういったときには<u>誰が相談に乗るか、こういうときにはどうするか、</u>というような関連図のようなものが作れば良いと思います。 ・ 異国で文化も違う、生育歴も違う人を受け入れるときに、<u>チームで取り組まなければ組織ではやっていけない</u>と思います。 ・ スタッフの中には、「EPA 看護師のせいで自分たちが迷惑を被っても責任が取れない」って言ってきた人がいました。<u>患者さんでも、直接彼女には言わず、日本人に指導してほしいから他のスタッフに変えてくれ</u>と言ってきた人もいます。これはつらい現実だけど、しょうがないんだよ、逆に言えば私たちもフィリピンに行けば、「おまえはだめだ」、「おまえは信用できない」って言われる外国人になるわけですから。そういう扱いを受けても仕方ないんだよ、という話はしました。 ・ <u>スタッフには、自分たちも色んな人に支援してもらってここまでできたんだよ、</u>ということを伝えています。EPA 看護師がここで自立できたら、私たちの貢献度はすごいよね、言葉もよく分からない人をここまで面倒見れたんだから、何が来ても怖くないんじゃないの、って話しています。 ・ 注射箋がなかなか読めないということがありました。彼女たちは色で覚えていたところもあったので、分かりやすくするように病棟のみんなと話をしました。色だけで判断してもらっては困るんですけど、実際そういうふうに変えてやっています。 ・ 院長のほうから、EPA の看護師候補生を受けるのでみんなでフォローしてほしい、という説明がありました。<u>勝手にEPA看護師を受けましたということではなくて、最初に病院の方針がわかった</u>ので、ローテーションでまわったときにみんなが待っていたよという感じでした。自分たちを受け入れてくれたと感じますよね。
③ 支 援 体 制	・ <u>病院主催のボーリング大会、バーベキュー大会</u>みたいな行事には結構積極的に参加している。 ・ <u>彼らを排除すれば私のミスは減る、</u>私たちはスムーズに働ける、お荷物だみたいに思っている人の意見を採用しちゃって排除したら、確かにそれはそれなりのクオリティーは確保されるんですけど、寂しいことですよ。 ・ 病棟の歓迎会とか送別会とかになるべく出てもらって、<u>プライベートなところでフレンドリー</u>になっていくと、ドクターたちからも「〇〇って何者？」という目から、今度は「〇〇ちゃん」という目になる。 ・ 本当の地域活動と一緒にするという部分がないようなので、つまないだろうと思う。<u>病院と自宅の往復じゃなくて、地域にも出ていけたらいいのに。</u> ・ <u>EPA 看護師をかばうことによって、自分がミスをするようなことがあっては嫌だ</u>というようなことを何人かのスタッフから言われました。

④ ス タ ッ フ の 変 化	- 日本人が英単語を教えてもらったりとか、スタッフがそれを覚えようとかしたり、私たちもEPA看護師から学ばせてもらっている。 - 毎日仕事に出て来て、一日の業務が終わればいいということだけで終わってもらったら病院は成長しないので、<u>何のためにそれをするのか</u>というEBN的なところをきちんとスタッフにも再確認してもらいたい。 - ドクターの方が優しいですね。英語で話し始めて、看護師はそれについていけないみたいな。気難しい先生も、新人や私たちには怒りますけど、彼らには決して怒らなかった。 - ドクターに講義をお願いしたとき、「どのこと聞きたい？」とすごく協力してくれた。<u>何もわからない人に教えるということがどういう事なのか、ということ</u>を自分たちはものすごく刺激になりましたし、意識しました。
⑤ 暖 か く 迎 え る 体 制	- 病棟のスタッフにとっても認知が広がることによって、きっと一緒に動きやすくなる。 - 他のスタッフをいかに引き込んで、スタッフも刺激しながら彼らを見てもらう。 - 理事長がプライベートで、EPA看護師を泊りがけの旅行に連れて行ったりしているんですよ。 <u>病院全体で迎えようという気持ちが高かった</u>んですね。院長の方針なので、みんなで頑張って迎えていこうという気持ちがあったので、全体でフォローしていかないといけない。 <u>院長先生は外国人の看護師が勤めています、と言うのを外に配信</u>したりしていると思います。 - 今はソーシャルネットワークの力なんかもあるんですかね。口コミでだんだん広がるんですよ。 <u>ホームページ</u>に載せています。
⑥ 定 着	- 今財産を失う事、つまり、EPA看護師を失うことの方が私にはプレッシャーでしたから、<u>何としても辞めさせたくない</u>という思いがあった。 <u>定着してもらうのが一番ありがたいが、一番の課題</u>。 - そのうち国に帰ってしまうのか、というのがあると、教えている私たちも寂しい思いではないけれども、できれば長くいてもらいたい。せっかく資格取って働くのであればね。 - 課題としては育ててほしいというか、日本人の子たち。インドネシアのかたが来るので、<u>次の育てる人になってもらいたい</u>というのが、次の目標です。 - 定着は難しいが、ここで勉強して彼らが巣立って行って、<u>インドネシアにまた戻っても活躍してほしい</u>と思っている。そうすることで、この病院の誇りにもなりますし。制度自体が確立すると良い。
6. 文化的背景による特徴	
① 宗 教 や 死 に 関 する こ と	- 焼香はされないですね。お祈りだけはするようにと言っています。あえて仏教を押すわけではないので、<u>本人のお祈りの仕方でお見送りをするように指導</u>しています。 <u>亡くなった患者の家族に対する心のケア、最後のねぎらいの言葉</u>というか、日本人は言わなくてもわかる。 - 彼女はクリスチャンなので、<u>日曜日の礼拝が必ずあるので、お休みをあげる</u>ということへの配慮は必要だった。また、霊安室に（家族を）お連れするが、クリスチャンはお祈りの仕方が違う。 - ターミナル的なエンドステージのケアも体験していないと思う。 - エンドステージでのご家族の方への配慮は、お見舞いにたくさんみえたり、もしくはもう間近だということで、とても切羽詰まったおきもちでいらっしやるところに、<u>外国人である彼女たちの声かけ</u>というのは難しいと思います。
② 文 化 的 背 景	- インドネシアでは日常生活援助は家族がベースで行い、看護師たちはアメリカ式で教育を受けているので、ミニドクター的なオーダーが出来たり、自分たちに自信があるから<u>患者は自分のいう事を聞いて当たり前</u>と考えている。 <u>外国人患者が入院している時は、まわりの看護師がすごく頼りにしている</u>。 「すごくおなか痛い。ご飯も食べられない」と言っているけど、いろいろ検査しても理由がわからなかった。悩みを訪ねても「全然ない」といい結局理由がわからなかった。

7. 日本語に関する特徴	
① 会 話 や 声 か け	・ 高齢者になればなるほど<u>会話に方言が入ると、会話が成りたたなくなる。</u> ・ 日本語だけではなく、<u>私たちも英語を覚えなくてはいけないのかな</u>と言う気持ちになった。 ・ 食事の援助や休息活動援助、薬剤管理、防災に関する<u>ことを患者さんに説明するのはまだ無理。</u> ・ ちょっとした日本人が冗談を言い合っているという<u>日常会話が苦手</u>な感じがする。
② 記 録	・ 上手ではないスタッフの字を読むという作業が大変な様子。 ・ ドクターからの指示はオーダーリングになっており、<u>読みにくい先生の文字を読むときはちょっと不安な部分がある。</u> ・ 最初のうちは書かれた記録を全部、毎日担当を決めて記録を読んであげて、<u>間違えた記録がないかどうかをチェック</u>してもらっていた。 ・ <u>日本語の勉強のために、カルテをプリントアウトして持ち出すとありました。</u>

3. 各国の看護事情

3-1. インドネシア看護事情

1. 概要

1) 国情報

- 地理および人口

インドネシアはアジアとオーストラリア大陸の間の赤道直下に位置し、17,508 もの島から構成される。2 億 4200 万人以上の人口を有し、世界で 4 番目に人口が多い国である。大多数（86.1%）はイスラム教徒である。多数の民族、文化、言語集団があり、インドネシア語が公用語である。

- 経済

イ国は 1998 年に経済危機を経験したが、2004 年より経済は復興し、経済成長を遂げている。2011 年の 1 人当たり国民総所得は 4,500 ドル（PPP）である。

- 政治

イ国の国家元首は大統領で、その下に副大統領が置かれ、5 年毎に国民の直接選挙で選出される。イ国は 33 州、497 県を有する。1999 年より地方分権化となり、公費支出とサービス供給の多くは中央政府から州および地方政府に移った。州知事、県知事も直接選挙で選出される。村が最小の行政区である。

- 健康状態

政府は 2015 年に妊産婦死亡率を 102（出生 10 万対）にするという目標を立て、2010 年時点で 220 である。また、乳児死亡率の減少とともに、出生時平均余命は、1990 年の 62 歳から 2011 年には 69 歳に延伸した。

感染性疾患については、結核が死因の %を占めている。HIV/AIDS 罹患率は 2009 年に 8.66%である。ただし、近年、非感染性疾患(NCDs)が増加しており、心血管疾患が死因の 30%を占める。現在、NCDs コントロールの国家戦略を発展させる取り組みがなされておりリスクファクターの調査、統合的ヘルスプロモーション、サービス供給の改革という 3 つの主要構成要素が取り入れられている。

- 保健システムガバナンス

保健省の戦略計画 2010-2014 の中で、保健人材開発が 8 つの優先課題の 1 つである。その中には、保健人材計画と管理、就業前教育と現職教育、登録や認証を含む質の担保、その他の保健人材開発プログラムの管理・技術的サポートといった戦略的活動が含まれる。他のセクターと同様、保健セクターにおいても、中央省から州・県保健局へ責任を分権化しているプロセスにある。

- 保健サービス供給

保健医療提供体制は、基礎医療保健を提供する地域保健センター（Puskesmas）（9,510 施設、内 3,152 施設は入院病棟を併設）と二次及び三次医療を提供する病院（2,083 施設、内公的施設 888、民間及び非営利団体による運営施設 1,195）に大別される。

地域保健センターは 1968 年に導入され、各サブ・ディストリクト（県の下の行政区）毎にあり、大抵 3 万人の人口に対して 1 施設の設置を目指している。センター長は、医師、看護師、もしくは

その他の保健ワーカーである。センターの主な役割は、基本的なケアサービス、予防接種、出生前後ケア、健康的な環境、歯科サービスである。入院施設があるセンターもある。

リファラル病院は、県・州・国レベルに存在する。病院の機能及び規模に応じて区分されている。総合病院が 1,608 施設、専門病院が 475 施設であり、病床数の総合計は 231,432 となっている（10 万人当たりの病床数：94.55）。

● 保健財政

保健ケアサービスはいくつかの財源があり、政府、民間セクター、自己負担、他国からの支援である。2010 年、約 59.07%の人口が健康保険にカバーされている。内訳は、54.8%が Jamkesmas（貧困層に対する地域健康保険制度）、22.6%が地方政府健康保険制度、12.4%が Askes（公務員健康保険制度）、3.5%が Jamsostek（民間雇用者社会健康保険制度）、6.6%が民間保険を含めた他の健康保険である。2014 年 1 月より上記 3 種類の保険が統合された国民健康保険制度（J KM）が開始し 2019 年には全国民をカバーすることを目指している。

主要指標

		年	国	SEARO 地域平均	世界平均
人口	総人口 (千)	2011	242 326	1 830 361	6 941 907
	15 歳未満人口 (%)	2011	27	29	27
	60 歳以上人口 (%)	2011	8	8	11
1 人当たり国民総所得 (PPP int. \$)		2011	4 500	3 743	11 536
1 日 1 ドル未満で暮らす人 (%)		2005-2008	18.7	38.4	22.7
国内総生産に占める保健支出		2000	2.0	3.6	8.2
		2010	2.8	3.6	9.2
出生時平均余命 (歳)		1990	62	59	64
		2011	69	67	70
妊産婦死亡率 (出生 10 万対)		1990	600	590	400
		2010	220	200	210
乳児死亡率 (出生千対)		1990	54	77	61
		2011	25	42	37
死因別年齢調整死亡率 (人口 10 万対)	感染症	2008	244	334	230
	非感染性疾患		647	676	573
	傷害		70	101	78
病院 (人口 10 万対)		2010	0.4	-	-
保健医療従事者 (人口 10 万対)	医師	2005-2012	2.0	5.5	13.9
	看護師 + 助産師		13.8	9.9	29.0

2) 看護職の種類

- (1) 職業看護師 (Vocational Nurse)
- (2) 専門看護師 (Professional Nurse)
- (3) 助産師

2. 看護教育

1) 看護師学校養成所への入学資格

- (1) 看護師養成所：基礎教育 12 年間
- (2) 看護学学士課程：基礎教育 12 年間

(3)助産師養成所：基礎教育 12 年間

2) 看護師学校養成所での修業年限

(1)看護師養成所：36 か月 *

(2)看護学学士課程：48 か月

(3)助産師養成所：36 か月

* 看護師養成所には 1 年過程、2 年過程、3 年過程があるが、2013 年から開始された能力試験受験資格を持つものは 3 年過程を終了したものとなる。

3) 看護師学校養成所校指定機関が求める修業単位数・時間割

(1)看護師養成所（3 年過程）

科目時間割・単位数：

No	発達とアイデンティティ	単位数	講義	実習	臨床
1	宗教	2	1	1	-
2	市民・国民性	2	2	-	-
3	インドネシア語	2	1	1	-
	小計	6	4	2	-

No	専門知識・技術	単位数	講義	実習	臨床
1	解剖学	2	1	1	-
2	物理・生物学	2	1	1	-
3	心理学	2	1	1	-
4	栄養学	2	2	-	-
5	微生物・寄生虫学	2	1	1	-
6	薬理学	2	1	1	-
7	生化学	2	1	1	-
8	病理学	2	1	1	-
	Total	16	9	7	-

No	専門分野	単位数	講義	実習	臨床
1	内科外科看護学Ⅰ	4	2	2	-
2	精神看護学Ⅰ	4	2	2	-
3	小児看護学Ⅰ	4	2	2	-
4	母性看護学Ⅰ	4	2	2	-
5	内科外科看護学Ⅱ	3	-	-	3
6	精神看護学Ⅱ	2	-	-	2
7	小児看護学Ⅱ	2	-	-	2
8	母性看護学Ⅱ	2	-	-	2
9	内科外科看護学Ⅲ	4	2	2	-
10	地域看護学Ⅰ	3	2	1	-
11	家族看護学	2	1	-	1
12	老年看護学	2	1	-	1
13	内科外科看護学Ⅳ	3	-	-	3
14	地域看護学Ⅱ	3	-	-	3
15	救急看護学	2	1	-	1
	小計	44	15	11	18

No	職業行動	単位数	講義	実習	臨床
1	看護の基本概念	2	1	1	-
2	人間の基本的ニーズⅠ	4	2	2	-
3	人間の基本的ニーズⅡ	4	2	2	-
4	看護倫理	2	1	1	-
5	プロフェッショナル看護	2	1	1	-
6	看護におけるコミュニケーション	2	1	1	-

7	看護研究	2	1	1	-
8	ヘルスプロモーション	2	1	1	-
9	看護記録	2	1	1	-
	小計	22	11	11	-

No	社会生活	単位数	講義	実習	臨床
1	看護のマネジメントとリーダーシップ	2	1	1	-
2	社会学	2	1	1	-
3	英語 I	2	1	1	-
4	英語 II	2	-	2	-
	小計	8	3	5	-

国によって定められている単位数	96
各施設によって追加する単位数	14-24
合計単位数	110-120

4) 国が定める継続教育、新人教育のシステム

保健省人材開発総局の指導の下、保健人材の現職研修と継続教育を行うセンターがある。研修は、技術的臨床トレーニング、マネジメント・リーダーシップトレーニング、専門的トレーニングを含み、単位数がつく。また、看護協会や助産協会も、メンバーに対し、継続教育を行うよう奨励されている。

3. 資格制度

2011 年 9 月 30 日付け保健大臣規則 No.1796/MENKES/PER/VIII/ 2011「保健人材の登録について」2 章 2～5 条によると、養成機関を卒業した者は、MTKI (Majelis Tinngi Kesehatan Indonesia : The Indonesian Health Profession Board: 保健 審議会) を通じ保健省に登録しなければならない。免許登録の要件は、ディプロマ取得に加え、MTKI が発行する国家能力試験合格である。2013 年 7 月 24 日付け教育文化大臣通達 No. 704/E.E3/DT/2013「助産看護高等教育卒業予定者の国家能力試験について」5～6 条によると、この国家試験は年 3 回行われる予定で、第 1 回は 2013 年 10 月に行われた。同 5 章によると、免許更新のためには、5 年間のうちに MTKI が認定する教育活動や研修、職務に関する研究に参加することによる SKP (Profession Credit Units) 25 単位取得が必要となっている。

(養成課程卒業後の登録過程)

卒業→→国家能力試験受験合格→能力証明書発行・→MTKI 登録→STR(看護師免許登録証：5 年間有効)→更新 (5 年ごとに更新)

4. 看護業務 業務範囲

看護師業務について、2010 年 3 月 11 日付け保健大臣規則 HK.02.02/MENKES/148/1/2010「看護実践の免許制度と実践について」3 章 8 条によると、看護師は家族、集団、コミュニティに対して、病院、クリニック、地域保健の範疇において看護ケア、看護実施、看護行為を行う者である。看護師は独立開業をすることも可能である。同 10 条によると、医師不在の場合や、緊急事態においては上記の範疇外の業務を行えるものとする。

5. 看護職員需給等

2012 年の総看護数は、235,496 人 (助産師 126, .276 人含まず) である。総人口は 237,641,326 人

であるため、人口 10 万人当たり 96.3 看護師が存在する(Ministry of health Republic of Indonesia, 2013)。遠隔地における看護師の確保は大きな課題である。そのためいくつかの州における人口当たりの看護師の割合は国家平均よりも低い割合となっている。

6. 雇用・労働

インドネシア全体の看護師離職率は、保健省、看護協会のホームページには記載がない。マカッサル州の Ibnu Sina YW-UMI Makassar 病院では、2010 年の離職率は 15%、2011 年には 12.87%と報告されている(Anik, 2013)。

1) 就職状況

新卒看護師の初任給は、職務地域ごとの最低賃金基準 (UMR: Upah Minimum Regional: Regional minimum wage) に準ずる。ジャカルタ特別区の場合、2013 年の最低賃金基準は、月額 220 万ルピア (2014 年 1 月 25 日現在約 18,548 円)、2013 年大学新卒 (看護学士) 看護師は月額 250-260 万ルピア (同約 21,077~21,920 円) である(三菱東京 UFJ 銀行国際業務部, 2013) (OANDA, 2014)。経験のある看護師については、交渉に基づいて決められる。地方においてはそれ以下の賃金である。最高水準である首都ジャカルタ特別区の 220 万ルピアに比べ、中央ジャワスマラン市では 120 万ルピア (同約 10,185 円) と地域ごとに違いがみられる。

2) 勤務体制

多くの病院で、勤務体制は 3 交替体制であり、時間帯は 7 時~14 時、14 時~21 時、21 時~7 時である。(病院勤務看護師からの聞き取り)

3) 受け持ち患者数

多くの病院施設では、看護師対患者の比率は、1:4~8 である。その比率は、業務の場による (一般病棟か特別病棟かなど)。特別な、ジャカルタやその他大都市などでは、比率は 1:1~2 である。しかしながら、農村部や遠隔地においては、状況は異なると考えられ、1:10 もしくはそれより多い受け持ち比率となると予想される。

引用文献/ References

- Anik, S. (2013). Factors associated with nurses turnover intensions in IBNU SINA YW-UMI Makassar hospital. Retrieved from <http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/5adfeadc2101abb107d88f64adcfb672.pdf>
- Ministry of education and culture Republic of Indonesia. (2013). Regulation of the education and culture minister of Republic of Indonesia Number 704/E.E3/DT/2013 (Regarding national competency test for expected graduates of high education of midwifery and nursing). Retrieved from <http://aipni-ainec.com/blog/2013/08/16/se-dirjen-dikti-704-uji-kompetensi-bidan-dan-perawat/>

- Ministry of health Republic of Indonesia. (2010). Regulation of the health minister of the Republic of Indonesia Number HK.02.02/MENKES/148/1/2010 (Regarding licensing and implementation of nursing practice). Retrieved from http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=893&tmpl=component&format=raw&Itemid=58
- Ministry of health Republic of Indonesia. (2011). Regulation of the health minister of the Republic of Indonesia Number 1796/MENKES/PER/VIII/2011 (Regarding registration of health workers). Retrieved from http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=894&tmpl=component&format=raw&Itemid=58
- Ministry of health Republic of Indonesia. (2013). Indonesia Health Profile 2012. Retrieved from [http://www.depkes.go.id/downloads/Profil%20Kesehatan_2012%20\(4%20Sept%202013\).pdf](http://www.depkes.go.id/downloads/Profil%20Kesehatan_2012%20(4%20Sept%202013).pdf)
- Ministry of health Republic of Indonesia. (2002). Regulation of the health minister of the Republic of Indonesia Number 733/MENKES/SKB/VI/2002 (Regarding registration of Petunjuk Pelaksanaan Jabatan Fungsional Perawat dan Angka Kreditnya). Retrieved from http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=742&tmpl=component&format=raw&Itemid=142
- Ministry of health Republic of Indonesia. (2002). Regulation of the health minister of the Republic of Indonesia Number 1280/MENKES/SK/X/2002 (Regarding registration of Petunjuk teknis Jabatan Fungsional Perawat dan Angka Kreditnya). Retrieved from http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=741&tmpl=component&format=raw&Itemid=142
- OANDA. (2014). Currency converter. Available at: <http://www.oanda.com/lang/ja/currency/converter/>
- 三菱東京 UFJ 銀行国際業務部. (2013, January).アジアの最低賃金動向(BTMU Asia Weekly Area report 319). Tokyo. Kitamura, H. Retrieved from <http://www.bk.mufg.jp/report/aseantopics/ARS1301211.pdf>

略語：

- AIPNI：インドネシア看護教育協会：Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia：Institutional Association of Nursing Education
- MTKI：インドネシア保健人材協会：Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia：Health Workers Council of Indonesia
- MTKP：州保健人材協会：Majelis Tenaga Kesehatan Propinsi：Provincial Health Workers Council
- PPNI：インドネシア国立看護協会：persatuan Perawat Nasional Indonesia：National Nurses Association of Indonesia

- SKP : 職業單位 : Sasaran Kerja Pegawai : Profession Credit Units
- STR : 登録証明書 : Surat Tanda Registrasi : Certificate of Registration
- SIPP : 看護師免許証 : Surat Izin Praktek Perawat : License of Nursing Practice

3-2. フィリピン看護事情

1. 概要

1) 国情報¹⁾

フィリピン共和国は大小さまざまな 7017 の島からなり、299,764km²の国土を有する。気候は、熱帯雨林気候で、乾季と雨季とがある。2010 年度人口は 92,337,852 人で、2000 年から 2010 年の人口増加率は 1.9%で、0 歳から 14 歳の人口は、33.4%、60 歳以上の人口は 6.8%である。人口の大多数がキリスト教徒で（カトリック 82.0%、プロテスタント 5.4%）、国教をカトリック教とする数少ない国の 1 つである。

2) 経済³⁾

主要産業は農産業が主産業であったが、近年はサービス業従事者が農産業従事者を上まわるようになった。2012 年の農産業及びサービス業に従事する者の割合は、それぞれ 33%と 52%である。適正な雇用機会不足が深刻で、失業率は 8%、不完全雇用率は 20%に上る。そのため、国民の 12%（2012 年）が海外で就労し、その送金額が GNI の 1 割を占めるという特徴的な経済構造を有している。1 日 1.25 ドルで生活している人の割合は、1991 年の 30.7%（1991 年）から 18.4%（2009 年）と減少したものの、富裕層と貧困層との格差が依然大きい。

3) 健康指標

2011 年の 0 歳児平均余命は 69 歳、5 歳以下乳児死亡率と乳児死亡率はそれぞれ 25 と 20 である³⁾。Skilled birth attendant の介助による出産率（2004～2012）は 62%で、2010 年の妊産婦死亡率は 99 である³⁾。2008 年の主な死因は、は、多い順に心疾患、脳血管疾患、悪性新生物と、非感染症である¹⁾。

4) 医療サービス

（1）医療機関数：保健省（Department of Health）関係の病院が 68、公立病院 730、私立病院が 1082 である¹⁾。そのほかに、最小行政地区（バランガイ）毎に助産師が在中して基本的な医療サービスを提供するバランガイヘルスステーションがある。

（2）医療保険⁴⁾：全国民の医療をカバーする目的で設置された Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) が設置された。保険料は雇用者と労働者が支払い、貧困者については政府と地方自治体がかわって支払う。加入率は明確でないが、国民の数十パーセントが未加入である。

5) 看護職の種類

（1）助産師

2 年の教育を受けた助産師（Midwife）と、4 年間の大学教育を受けた学士助産師（Bachelor Science Midwife : BSM）がある。政府は助産師の学士号取得を奨励している。どちらも助産師法である Republic Act No.9173 に基づき、Board of Midwifery による国家資格試験 National Licensure Examination (NLE) に合格しなければならない。

（2）看護師

4 年の大学教育を受けた学士看護師（Bachelor Science Nurse : BSN）が主流である。助産師の上位の職種であるが、助産業務は助産師が行う。看護師が助産師業務を行うには、トレーニングを受けた後に試験に合格する必要がある。

2. 看護教育

1) 看護師学校養成所への入学資格：

2012 年までは 10 年、2013 年より 12 年となった。

2) 看護師学校養成所での修業年限：4 年

3) 看護大学の修業単位数：

高等教育委員会（COMMISSION ON HIGHER EDUCATION）による学士看護師の就業カリキュラムに関する要件（CMO No.14）によると、202 単位、5514 時間を要する。

4) 看護師学校養成校の学費¹⁾

公立： 約 8,000 フィリピンペソ／学期

私立：8,900 -50,000 フィリピンペソ／学期

5) 大学院教育：修士課程及び博士課程を有する大学がある。

6) 国が定める継続教育、新人教育のシステム

Professional Regulation Commission（PRC）が奨励している¹⁾。

基礎分野

科目	単位
語学と人文科学	21
英語 1, 2（コミュニケーションスキル）	6
英語 3（会話とコミュニケーション）	3
フィリピン語 1, 2	6
哲学	3
論理とクリティカルシンキング	3
数学、自然科学と情報技術	22
数学（代数学）	3
生物統計学	3
化学	5
生化学	5
物理学	3
情報学	3
健康科学	9
心理学	3
社会学、文化人類学	3
人文科学（世界文明、文学）	3
税と農地改革の経済	3
生命倫理学	3
必須科目	20
ホセ・リサールの生涯、書物、仕事	3
フィリピンの歴史、政治、憲法	3

体育 1～4	8
国家サービストレーニング 1, 2	6

専門分野

看護基礎理論	3
ヘルスアセスメント	3
地域看護	5
栄養と食餌療法	4
健康教育	3
薬学	3
看護研究Ⅰ	3
看護研究Ⅱ	3
能力評価Ⅰ	3
能力評価Ⅱ	3
選択科目Ⅰ	2
選択科目Ⅱ	2
NCM100 看護実践の基礎	5
NCM101 母子・家族看護	8
NCM102 リスクのある母子、家族、集団の看護	1 1
NCM103 呼吸、循環、電解質バランス、代謝、分泌に異常がある患者の看護	1 4
NCM104 炎症、免疫、認知に異常がある患者の看護	9
NCM105 行動適応障害のある患者の看護	6
NCM106 細胞異常の患者の看護、災害・救急等の生物学的危機	1 1
NCM107 看護のリーダーシップとマネジメント	7
集中看護演習	8

3. 資格制度

フィリピン共和国の看護師法である Republic Act No. 9173 に基づく。

1) 看護師資格（免許）を得るための試験・認定制度

国家試験（Nurse Licensure Examination: NLE）が年に2回（各2日）実施される。試験問題は、①基礎看護学 100 問、②地域看護及び母子保健 100 問、③④⑤心理社会的問題を抱える患者ケア 300 問の合計 500 問で、それぞれ基礎看護、母子保健、公衆衛生と感染症、思春期・成人・老年看護、精神科看護について選択肢から回答する。免許を取得するには、全問題の 75% 以上でありかつ、①から⑤の科目の 60% に正解しなくてはならない。

看護師免許試験の成績証明書を就職希望者に提出させる病院もある。

2) 看護師資格の付与機関：Board of Nursing

3) 受験資格：

フィリピン国民であること。18 歳以上であること。健康でモラルをわきまえていること。

国が認める看護大学の看護学士号をもっていること。

4) 欠格理由： 犯罪

専門職としてあるまじき行為あるいは非倫理的な行為

能力欠如、無知

臨床現場における医療過誤や怠慢

看護師免許の不正使用

看護師法等への違反

4) 資格試験合格率 (2012) ¹⁾

看護師：46.9%、助産師：49.8%、

6) 免許の有効期限：3年

5年間継続して休業したものは、1か月の訓練と3か月の実習を受けなくてはならない。

7) 就業登録制度：なし

4. 看護実践、業務範囲

Republic Act No. 9173 によって定められた看護業務

1) 看護過程を用いたケアの提供

伝統的な治療の介助や基本的なプライマリーヘルスケア、安楽の提供、保健教育、処方管理、出産時の局所麻酔、内診、出血がない場合の内診、分娩。プロトコルにのっとり訓練を受ければ会陰裂傷の縫合ができる。

2) 地域連携と医療従事者のコーディネート

3) 個人・家族・地域への保健教育

4) 様々な医療現場における看護教育の提供。

5) 看護および医療従事者向けのトレーニングや研究への参加

フィリピン共和国では、入院患者には家族が付き添い、清潔や食事の介助などは家族が行うことが一般的である。看護師の業務は、医療介助、観察、記録、投薬、静脈注射、記録などが主である ⁵⁾。

5. 看護職員の需給状況

1) 総看護師数、人口当たり看護数 (2011)

看護師および助産師の正確な数は明らかでない。免許を発行する PRC によれば 2008 年の看護師数は 492,666 人である ¹⁾。

2) 就業看護師数

(1) 国内：保健省の Human Health Resource Development Bureau が示す 2011 年の大規模病院の医療従事者数は、看護師 30,172 人、助産師 14,563 人である。一方、Field Health Information System が示す 2010 年の地方自治体の医療従事者数は、看護師 4495 人、助産師 16875 人、である。両者の報告には重複があるか、看護師、助産師それぞれの総数の一部のみを含む可能性がある ¹⁾。

(2) 国外：海外に新たに就労した看護師は、2008 年 11495 人、2009 年 13014 人、2014 年 12082 人、2011 年 17236 人、2012 年 15655 人である ⁶⁾。就労国は、米国、英国、豪国などの英語圏が減少し、中東へと変わった。

6. 雇用

(1) 看護師の需要と供給

フィリピン国における看護師のポストは、看護師の数に比べて極端に少ない。特に農村部では看護師が不足しているが、フィリピン政府が看護師を雇用する資金がないため、看護師が多数いるにもかかわらず看護師不足が解消しない¹⁾。

失業中の看護師は、経験を積むためにボランティアで経験を積んだり、やむを得ず他の職業につくなどして、就労の機会を待つ。看護師資格取得者が多い理由の1つは、看護師は家政婦 (Domestic helper) と並んで、フィリピン女性が海外で就労が可能な職業であるためである。海外就労の手段として看護師になる者の中には、国内での就労は海外就労に必要なステップと考え、海外での就職に有利な有名私立病院に低賃金で就労する者もいる。フィリピン国が、海外就労者からの送金を目当てに積極的に看護師の海外就労を奨励したこともあり、看護大学数は急増し、看護教育の質の低下と看護師数の過剰を生んだ。米国をはじめとする先進国が、外国人看護師の就労受け入れを制限したこともあり、近年は看護師の就職はさらに困難化した。

(2) 賃金：公立病院では、レベルに応じて公務員の賃金の規定が適用され、例えば経験の少ない看護師レベル II では24887 ペソ (約5万円) である¹⁾。私立病院の月給は8944 ペソ (約18000円) という報告¹⁾があるが、看護師としての経験を積みたい看護師が多いことから、最低賃金を適用し、ボランティアとして実質看護業務を行わせる病院もある。

(3) 看護師レベル：公立病院ではN1からN7

(4) 勤務体制：3交替制が多いが病院によって異なる

(5) 受け持ち患者数：公立病院では15-25人を受け持つ。私立病院の場合、病院によって異なるが公立病院より少ない。ボランティア看護師が多い病院では、患者数より看護師数の多いところもある。

引用文献

1. Human Resources for Health Country Profiles PHILIPPINES.
http://www.wpro.who.int/hrh/documents/publications/wpr_hrh_country_profiles_philippines_uploadv1.pdf accessed 04 February 2014.
2. World Bank (2013) : Phillipine Development Report Creating More and Better Jobs.
<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/EAP/Philippines/PDRFullReport.pdf> accessed 04 February 2014.
3. World Health Organization(2013): World Health Statistics 2013.
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/index.html accessed 04 February 2014.
4. 厚生労働省 (2013) : 2011~2012年 海外情勢報告 第4節フィリピン共和国 社会保障施策.
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/13/dl/29.pdf> accessed 04 February 2014.
5. 田中博子 志賀由美 西垣克 (2009): 日本とフィリピンにおける病院看護業務の比較ータイムスタディー法を用いた主要業務の検討ー, 日本看護管理学会誌, 12(2), 94-105.

6. PHILIPPINE OVERSEAS EMPLOYMENT ADMINISTRATION(2013):OFW Deployment by Occupation, Country and Sex - New hires. <http://www.poea.gov.ph/stats/2011Stats.pdf> accessed 04 February 2014.

参考文献

園田美和(2013): 業務完了報告書 フィリピン看護分野人材育成分野基礎情報収集・確認調査, 国立国際医療研究センター国際医療協力局.

石川陽子(2011), フィリピンの保健医療・看護教育制度 どんな国から候補者たちは来ているのか2, 看護教育, 52(9), 792-796.

3-3. ベトナム社会主義共和国の看護事情

1. 概要

ベトナムは東南アジアの太平洋沿岸に位置する国家で中国・ラオス・カンボジアと国境を接する。2009年の人口は約 8800 万人、2012 年の 1 人当たり国民総所得は 3200 ドル（PPP）である。主要な言語はベトナム語で、主な宗教は仏教である。

① ベトナムの保健医療課題と政策

近年、政治的な安定や経済発展に伴い、基本的保健医療サービスが国民全体に普及し、保健指標は改善傾向にある。“国家保健開発計画 2011－2015”においては 1)全レベルにおけるヘルスケアネットワークの確立、2) 予防医療とプライマリーヘルスケアの強化、3) 診断治療技術の向上と質の高い医療ケアの提供、4) 家族計画と母子保健の普及、5) 保健医療従事者の質的量的拡充、6) 保健医療財政改革、7) 十分な医薬品や医療器材の確保、8) 保健医療行政の改善が特定目標として掲げられている。保健医療従事者の量的・質的拡充への具体的な対策としては、人材の養成や継続教育を強化すると共に、医療従事者への免許の発行があげられている。

表 1 ベトナムと日本の保健医療課題の比較

項 目	ベトナム (2009 年)	日本
乳児死亡率 (出生 1000 対)	20.9	2.8 (2006 年)
妊産婦死亡率 (出生 10 万対)	69	5.8 (2007 年)
平均寿命	72.8 歳	82.9 歳
社会医療保険普及率	58%	全国民の加盟義務
病床数 (人口 1 万人当たり)	27	143 (2003 年)
医療従事者 (人口 1 万人当たり)	医師 6.5 人、看護師 7.8 人 薬剤師 1.2 人	医師 21 人、看護師 95 人 薬剤師 19 人

② ベトナムの病院システム

ベトナムの医療機関は、中央から村レベルまで系統的に編成されている。ベトナムの医療体系は、公立病院としては高度医療を担う国立病院、各省にある省総合病院・専門病院等、省内の各郡にある郡病院、郡内の各村にある村診療所がある。郡病院では手術室が無い場合も多く、手術の必要なケースは省病院に初めから入院、あるいは救急搬送される。近年、経済と医療の発展に伴い、病院設備は発展しつつある。

私立病院（自費診療）の数は 2008 年の時点では、全国で 83 施設である（ベトナム病床数全体の 2.7%）。より良い医療サービスを求める富裕層の増加に伴い、私立病院数は増加傾向である。

③ ベトナム看護の発展

看護師の質的量的拡充は、質の高い保健医療サービスを国民に提供する上で重要な課題である。ベトナム看護協会は 1990 年に設立され、現在全国に約 6 万人の会員を有す。1993 年には保健省内に看護

課が設立され、看護教育や看護サービス改善に取り組んできた。1995 年から開始された大学教育課程と名称の変更（変更前 y tá : 医師補助者、変更後 di ã u duõng : 看護師）等により、専門職としての地位向上を目指している。2010 年に発令された“診断治療の法”により医療従事者の免許制度が新しく導入され、省令 2011-7 号“病院における患者看護の規定”では看護師の役割や看護組織について明文化され、“看護・助産国家行動計画 2011－2020”も作成され、需給や看護教育の将来の方向性についてまとめられた。2012 年には“看護師倫理規定”、“看護師基礎コンピテンシー”が看護協会より発行された。

2. 資格制度

看護師資格と看護教育修業年限別の職務に関する規定

2010 年に発令された“診断治療の法”により、医療従事者の免許制度が新規導入された。新法に於いては、看護師学校卒業後の 9 か月間の臨床研修が免許取得の条件になっており、2016 年までに段階的に免許制度の導入を目指している。看護師国家試験制度は存在しない。

ベトナム保健省の Nurse Official Grade Professional Standard (41/2005/QĐ-BNV) では、看護師を 5 段階に分けている。看護教育修業年限別にそれぞれの職務範囲は以下のように分類されている。

表2 Nurse Official Grade Professional Standard (41/2005/QĐ-BNV)

	レベル	適 応	主責任
1	初級看護師	1年制の初級看護師養成課程卒業	患者ケアを直接実施、もしくは間接的に介助する保健系技術専門職
2	中級看護師	2年制の中級看護師養成課程卒業	患者ケアを直接実施する保健系技術専門職
3	短大看護師	3年制の短期大学看護師課程卒業	医療施設において、基本看護技術といくつかの特殊技術を実施する、保健系技術専門職
4	看護師	4年制の看護学士課程卒業	医療施設において、基本看護技術と特殊技術を実施する、保健系技術専門職（下級看護師に指示を出し監督する役割を有す）
5	上級看護師	修士課程もしくは1級専門看護師課程卒業。最低9年間の臨床経験を有す。	医療施設において、基本看護技術と特殊技術の実施を組織化し監督する、保健系技術専門職

3. 看護教育の現状

近年看護の高等教育化により 3・4 年制課程が増加傾向であり、2011 年現在、看護大学は全国に 22 校まで増加した。看護修士課程はベトナム国内で 2006 年に開始され、海外の修士・博士課程を卒業した看護師も増加している。

助産師養成課程は入学時から看護師養成課程とは異なる。また、保健師養成課程は存在せず、1 年制看

看護師養成課程卒業者がヘルスセンターに勤務している場合が多い。看護師養成課程における教員の割合は医師が多く、看護師教員数増加は課題である。

ベトナムの看護教育については、2010 年に改訂された。以下は、改訂された教育省の短期大学レベル(3 年間)の看護師養成カリキュラムである。

短期大学レベルの養成カリキュラムの枠組み

1 養成に最低限必要な知識と時間数

－知識：160 単位、ただし体育教育（3 単位）と「防衛教育－安全（135 時間）」は含まない。

－養成期間：3 年間

2 養成計画の知識構成

	最低限必要な知識	単位		
		合計	講義	実習
2.1	一般教育知識（体育教育と防衛教育－安全は含まない。）	40	33	7
2.2	専門教育	85	45	40
	－基礎的な専門知識	38	25	13
	－特別な専門知識	47	20	27
2.3	特定の知識	30		
2.4	審査と卒業	5		
	合計	160		

III 必修知識

1 必修単位一覧

1.1 一般教育知識 36 単位

	科 目	単位		
		合計	講義	実習
1	マルクス・レーニンの基本的な哲学	8	8	
2	ベトナム共産党の革命の道のり	4	4	
3	ホー・チ・ミン思想	3	3	
4	外国語（英語 I、II）	10	10	
5	コンピューター	3	1	2
6	医療統計と確率	2	1	1
7	生物学と遺伝学	2	1	1
8	化学	2	2	
9	一般医療と生物物理学	2	1	1
10	体育教育	3		

11	防衛教育－安全	135 時間		
	Total*	36	31	5

注 1：(*) 体育教育、防衛教育－安全 は含まない。

注 2：II 2 養成計画の知識構成で一般教育知識が合計 40 単位となっているが、上記の表では 36 単位となっている。この差の 4 単位は、各学校がある地域状況などに見合った判断で、学校独自の内容を入れる柔軟な単位として設定されている。

1.2 専門知識

1.2.1 基礎的な専門知識 38 単位

	科 目	単位		
		合計	講義	実習
1	解剖学－生物物理学	5	3	2
2	生化学	3	2	1
3	微生物学－寄生学	3	2	1
4	病理学	3	2	1
5	薬理学	3	2	1
6	基礎看護 I－II	6	3	3
7	健康－環境と言動の改善	2	1	1
8	健康－環境と衛生	2	1	1
9	栄養－規定	3	2	1
10	伝染病と感染症	2	2	
11	医療民俗学	2	2	
12	法律と医療組織	2	2	
13	伝統医学	2	1	1
	合計	38	25	13

1.2.2 特別な専門知識 47 単位

	科 目	単位		
		合計	講義	実習
1	コミュニケーションと看護実践	3	2	1
2	健康教育と看護実践	2	1	1
3	看護と細菌汚染の管理	2	1	1
4	成人内科健康ケア <u>(成人内科看護に相当)</u>	5	2	3
5	救急ケア並びに積極的なケア <u>(救急看護に相当)</u>	2	1	1

6	高齢患者健康ケア（老年看護に相当）	2	1	1
7	成人外科健康ケア（成人外科看護に相当）	5	2	3
8	小児健康ケア（小児看護に相当）	4	2	2
9	女性・母親・家族の健康ケア（母性看護に相当）	4	2	2
10	精神的健康ケア（精神看護に相当）	2	1	1
11	リハビリテーション	2	1	1
12	地域での健康ケア（地域看護に相当）	4	1	3
13	看護管理	3	2	1
14	科学的研究と実践	2	1	1
15	専門実践	5		5
	合計	47	20	27

4. 看護実践、業務範囲

保健省省令の「2011 - 7 号、病院で働く看護師の規定」においては、患者教育、精神的ケア、衛生的ケア、栄養ケア、リハビリテーションケア、手術や侵襲的処置を受ける患者のケア、薬剤投与と患者モニタリング、ターミナルステージにある患者のケア、看護技術の実施、患者状態の観察とアセスメント、医療安全と院内感染対策、看護記録の記載、が主な看護業務として規定されている。また、看護管理者（看護部長、看護師長）の役割や他医療職種との連携についても、別途規定されている。

患者の入院の際には家族の付き添いが必要であり、家族が泊まり込みで患者をの身の回りの世話（主に排泄・更衣・食事介助）をすることが多い。

一般病棟で働くベトナム看護師一人当たりの受け持ち患者数は約 10-15 名と多く、記録や診療介助(投薬含む)が主な看護師の業務である。

人口 1 万人当たりの病床数は 27 床である。患者は中央病院に集中する傾向があり、都市部の国立拠点病院では、満床率(計画病床数に対する入院患者数)が 100%を超えている。

5. 看護職員の需給状況 総看護師数、人口当たり看護師数、需給見通し等

医療機関で就労する看護師は 96337 人で有り（2011 年）その内訳は、2 年制看護専門課程卒業者が看護師全体数の 84.8%を占め、3 年制短大看護師 6.0%、4 年制大学看護師は 6.1%、修士以上が 0.04%である。人口 1 万人当たりの看護職員数は 9.3 人、医師・看護師比率は 1.3 である。

2009 年の時点で、一年間で卒業が見込まれる看護師・助産師数は、大卒（1,400）、短大卒（250）、中級看護師（12,000）、中級助産師（3,000）、初級看護師・助産師（9,000）であり、総計 14,850 人である。

	2005	2006	2007	2008	2009
医師	50106	52413	54910	56208	56661
准医師	49674	48519	48738	49213	51062

看護師	52115	57003	61158	67081	75891
助産師	18313	19242	20920	22943	24998

出典：Health Statistics year book 2005-2009

6. 就労等

看護師の雇用は地方では不足傾向にあるが、都市部の国立病院や私立病院では人気が高く雇用ポストも少ない為、新卒看護師は見習いとして働き経験を積む場合が多い。就職後は一つの病棟に終身雇用の場合が多く、一般的に女性も一生働き続ける事が多く、看護師の離職率も少ない。

看護師の勤務は2交代制、または3交代制がある。一般的な入院病棟では、2交代制をとっているところが多い。救急またはICU等のクリティカルケア領域の部門では、3交代制勤務が一般的である。

参考資料

- 国際厚生事業団 ベトナム人看護師・介護福祉士 人材マネジメント手引き（2013年）
- 園田美和「看護職がみた開発途上国の保健医療事情 第2回 ベトナムの保健医療事情と支援活動」看護展望 2012年2月号、メジカルフレンド社（2012年）
- Viet Nam Health Profile
<http://www.who.int/gho/countries/vnm.pdf?ua=1>
- FIVE-YEAR HEALTH SECTOR DEVELOPMENT PLAN 2011-2015
http://www.wpro.who.int/health_services/viet_nam_nationalhealthplan.pdf
- Health Service Delivery Profile Viet Nam 2012
http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_vietnam.pdf
- MINISTRY OF EDUCATION AND TRAINING FRAME CURRICULUM OF UNIVERISTY EDUCATION BRANCH: HEALTH AND SCIENCE NURSE TRAINING FIELD COLLEGE LEVEL (No. 11/2010/TT-BGDĐT)