

国際看護師協会

すばらしい看護実践環境：

質の高い職場環境は
質の高い看護ケアにつながる

情報・行動ツールキット



作成：アンドレア・ボーマン

国際看護師協会

All rights, including translation into other languages, reserved.

No part of this publication may be reproduced in print, by photo static means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or sold without the express written permission of the International Council of Nurses. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

他の言語への翻訳権も含めて、この出版物は著作権を有しています。国際看護師協会(ICN)から文書による許諾を得ることなく、本書の一部または全部を何らかの方法で複写することや検索システムに登録すること、または売ることなど、一切の伝播を禁じます。ただし、短い引用(300語未満)に関しては許可は不要ですが、その場合は出典を明記して下さい。

Copyright © 2007 by ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Geneva (Switzerland)

ISBN: 92-95040-80-5

*この文書は、国際看護師協会の許可のもとで日本看護協会が日本語訳としました。
許可のない商業目的での使用は禁止します。
付録に記載されている ICN 加盟団体数は原文に基づくものであり、最新の加盟国団体数 129 (2007 年 3 月現在 ICN ホームページより) とは異なります。*

はじめに	1
第1章：看護師とすばらしい看護実践環境	5
第2章：職務満足、人員配置および安全の問題	9
第3章：組織風土とワークパフォーマンス	21
第4章：世界的なワークライフバランス問題	25
第5章：各国看護師協会にできること	29
付録	
付録1：看護師の職場環境評価ツール	35
付録2：すばらしい看護実践環境の開発戦略	39
付録3：医療従事者の針刺し事故防止に関するファクトシート	41
付録4：医療従事者の予防接種に関するファクトシート	41
付録5：患者の安全に関する所信声明	49
付録6：看護職員に対する虐待および暴力に関する所信声明	51
付録7：看護師の労働安全衛生に関する所信声明	55
付録8：すばらしい看護実践環境に関するプレスリリース	59
参考文献	61

すばらしい看護実践環境の推進

はじめに

現状は切迫している。世界中の保健医療制度がますます厳しい状況に置かれ、健康ニーズの範囲が拡大している一方で、財政的制約によって、保健部門のインフラや労働力を十分に強化できていない。世界中の国々が、深刻な看護師不足を特徴とする看護マンパワー危機に見舞われている。看護師不足の理由は多様かつ複雑だが、主な理由は、不健全な労働環境が原因で十分に職務を遂行できず、看護師の職場離れが進み、多くの場合、退職をしたり、看護職そのものを辞めたりしていることである。

だが、それとは反対に優れた業績を支援し、看護師を引きつけて定着させることのできる環境もある。これらの環境は、すばらしい看護実践環境と呼ばれるようになり、看護師の満足から患者アウトカム、革新に至るまで、あらゆる面に有益な効果を与えることが、多くのエビデンスによって立証されている。それでも、すばらしい看護実践環境を標準とするには、まだ多くの努力が必要である。

このような目的で、ICN は「すばらしい看護実践環境：

質の高い職場環境は質の高い看護ケアにつながる（*Positive Practice Environments: Quality Workplaces = Quality Patient Care*）」を 2007 年国際看護師の日のテーマに掲げ、このツールキットの焦点とした。このツールキットは、看護師の意識向上と行動実践を支援するように作られており、管理者や第一線の看護師、最高経営責任者、専門職協会、規制機関が利用できる。このキットの目的は、質の高いサービス提供の改善に関心を持つすべての保健関係者（health stakeholders）に、すばらしい看護実践環境に関するデータを提供することである。

すばらしい看護実践環境の特徴

- 採用・定着に焦点を合わせた革新的な方針枠組み
- 継続的な教育・改善のための戦略
- 適切な従業員報酬
- 表彰プログラム
- 十分な設備・備品
- 安全な実践環境

以下では、看護師と職場環境との接点、看護師の実践環境を形成する重複要因、不健全な職場環境の代償、すばらしい看護実践環境の特徴・利点を探る。また、看護師が環境改善のために交渉するうえで役立つ、推奨される一連の行動やツールも提供する。

背景と要点

- ほとんどの国では、看護師が保健医療サービスの大部分（場合によっては最大 80%）を提供している。
- 世界中の国々が看護マンパワー危機の真ただ中にあり、看護師不足は数多くの国で深刻化している。
- こうした不足は、看護師の種類、地理的な位置、ケアのレベル、部門、サービス、組織によって異なり、看護サービスへの需要増大と対になっている。
- 発展途上国では、しばしば劇的な状況が見られ、よりよい労働条件や生活の質を求めて看護師が大量に流出する中で慢性的な看護師不足がさらに悪化し、それとともに財政的制約が原因で看護師の失業や不完全就業が発生している場合が多い。
- ガーナでは、2000 年に 500 人を超える看護師が、より賃金の高い仕事を求めて富裕国に流出した。この人数は 1999 年の 3 倍で、同年の看護学校卒業者数の倍以上である。
- ペンシルベニア州立大学が実施した調査で、33 カ国（主としてオセアニア、アフリカ、中米、カリブ海地域）の看護師組織が、裕福国への看護師流出は既存の看護師不足をさらに悪化させる深刻または極めて深刻な問題だ、と報告した。
- 現在の看護師不足は、全世界で保健制度の目的を損ない、私たち市民のニーズに応える能力に難題を突きつけている。
- 2006 年、世界保健機関は優先的行動課題として、危機的な看護師不足をはじめとする世界的な保健労働力危機を挙げた。
- 保健医療・看護危機が発生した理由は多様かつ複雑だが、その根底には不健全な労働環境が特に重要な要因であるというエビデンスがある。
- 不健全な環境は、大量の仕事、長時間労働、職業上の地位の低さ、難しい職場環境の人間関係、職業上の役割の遂行に関する問題、職場環境におけるさまざまな危険から来るストレスによって、看護師の身体的・心理的健康に影響を与える。
- エビデンスは「長期間の職務ストレスは人間関係に影響を与え、病欠、葛藤、仕事に対する不満足、離職、非能率を悪化させる」（Baumann et al. 2001）ことを示唆している。

- 大量の仕事、同僚との摩擦、不適當な任務、未熟な技能・知識、ずさんな管理、危険な労働条件が原因でストレスを感じている看護師は、最高水準のケアを提供するのが難しい。
- すばらしい看護実践環境は、看護師だけではなく他の医療従事者にも影響を与え、優れたサービス提供を支援し、最終的に患者アウトカムを改善する。
- イギリスでは新たに資格を取得した看護師の 3 分の 1 が登録しないというエビデンスがある。これらの新卒者は、職場環境や臨床現場で嫌な経験をしたために、看護職から離れてしまうようだ。
- アメリカ、カナダ、イングランド、スコットランドおよびドイツの看護師に関する研究によると、病院勤務看護師の 41% が仕事に不満を感じ、22% が 1 年以内に仕事を辞める計画をしていた。この調査結果により、職場環境でのストレスと看護師の士気、職務満足、組織への関与、退職の意思との関係が確認された。
- 労働環境問題は看護師の組織的・職業的関与に影響を与えており (Tovey & Adams 1999)、雇用者と労働者との心理的契約の破綻を助長している (Rousseau 1996) という懸念が高まっている。
- すばらしい看護実践環境が保健サービス (Health service) の提供、医療従事者の業績、患者アウトカムおよび革新に有益な効果を与えることは、十分に実証されている。
- 看護師の人員配置が多いほど、ストレスの問題が軽減される。
- 健全な労働環境は、看護師の健康と幸福、質の高い患者アウトカム、組織の業績を最大限に高める実践環境である (RNAO 2006d)。
- 雇用者は、労働環境の好ましい変化により、労働者の定着率が高まることに気づき始めている。
- 労働者の保持は、チームワークの向上、ケアの連続性の強化、患者アウトカムの改善につながるというエビデンスがある。
- 看護マンパワー危機に関する ICN の包括的な調査 (世界看護レビュー・イニシアティブ) で、すばらしい実践環境と組織的な能力が、5 つの世界的な優先的行動課題の 1 つに挙げられた。

第1章

看護師と すばらしい看護実践環境

すばらしい看護実践環境を調べるにあたり、2つの事項が懸念される。すなわち、(1)看護師の職業的同一性と(2)職場環境の特徴である。

専門職としてのアイデンティティー

看護実践の種類や労働環境、国にかかわらず、看護師は決定的な特性を共有している。看護師は全人的なケアの理念を信じる献身的な専門家なのである。おそらく他のどの特性よりも、この特性が、看護職の期待を表し、今日の困難な職場環境に適合しているだろう。

看護師は専門家として、国や法規によって定義される看護分野の社会的・医療的任務と看護実践の範囲とが認識された看護実践環境を必要としている(Rowell 2003)。組織方針の構造は、教育と継続的な学習の重要性を認識し、チームワークと同僚間関係を重視し、創造性と革新を促進するものでなければならない。

質の高い職業実践環境では、看護師はニーズを満たし目標を達成することができ、患者は個人的な健康上の目標達成のための援助を受けることができる。これはケアを提供する組織が規定する費用・品質枠組みの中で行われる。

専門家の定義

早くも1910年には、エイブラハム・フレクスナーが今日でも該当する特徴をいくつか特定した。

- 知識
- 専門性
- 知的・個人的責任
- 十分に発達した集団意識

それ以来、さまざまな分野の著者が職業性の基礎に関する視点を発展させてきた。ある最新の見解は、科学原理、説明責任、自主性、調査、同僚間の関係、協力および革新に基づく知識を挙げている(Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO] 2006d)。

困難な看護実践環境において組織がケアを支援する能力には、ばらつきがある。人材や資源、構造に不備があれば、看護師の職業的責任と適切な患者ケアの提供との間で対立が生じる。例えば、厳しい業務量のために、看護師が時間的に患者の身体的ニーズに関連する任務にしか対応できなければ、患者の心理社会的・精神的ニーズが完全には満たされず（Baumann et al. 2001）、ホリスティックなケアが達成されないかもしれない。

すばらしい看護実践環境の特徴

過去 10 年間にヨーロッパで実施された研究に基づき、看護師の労働環境に適用できるモデルが考案された。これらのモデルのメリットは、小さな農村社会環境から大都市の救急病院に至るまで、どんな勤務地にも当てはまることである。

Kristensen（1999）の社会的・心理的幸福モデルは、6 つのストレス要因を組み合わせ、個人と組織の両方に関連づけている。この研究は、重労働・低報酬条件に関する Seigrist（1996）のモデルによって裏づけられた。Kristensen によると、最適の社会的・心理的幸福には以下の要素が必要である。

- その人の資質に適した要求（仕事のプレッシャーがないこと）
- 高い予測可能性（雇用保障と職場環境の安全）
- 同僚や管理者からの十分な社会的支援と、教育・専門能力開発機会へのアクセス（チームワーク、研究休暇）
- 有意義な仕事（職業的同一性）
- 大きな影響力（自主性、スケジュール管理、リーダーシップ）
- 努力と報酬とのバランス（報酬、表彰、報奨）

マグネットホスピタル より看護に関係があるものは、マグネットホスピタルに関する文献である。マグネットホスピタルという言葉は、資質の高い看護師を引きつけて保持し、一貫して質の高いケアを提供できる施設を指して使われることが多い。マグネットホスピタルとその基本原則はアメリカで普及し始め、今では国際的な概念になりつつある。

1980年代前半に全米が看護師不足に襲われたとき、特定の病院は例外であることが確認された。それらの病院は欠員率と離職率が著しく低かったのである。看護師はこうした施設を、魅力的な労働環境を提供するよい勤め先とみなしていた。

この状況に興味を持った米国看護学会は、これらのいわゆるマグネットホスピタルに関する研究を後援し、定義づける数多くの特徴を特定した。米国保健社会福祉省によるフォローアップ研究により、それらの病院が実施し、看護師の離職率・欠員率の削減に成功した3つの戦略が明らかになった。すなわち、看護師・看護管理者の関与、強力な看護リーダーシップ、他の病院にひけをとらない給与・福利厚生である。

マグネットホスピタルという言葉は、資質の高い看護師を引きつけて保持し、一貫して質の高いケアを提供できる施設を指して使われることが多い。

マグネットホスピタルで働く看護師は、極度の疲労に陥る率が低く、職務満足が高く、患者アウトカムがよい (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber 2002)。すべての労働環境に適用されるマグネットホスピタルの基準は、一般的なもの (例えば、質の高いケアやよい職場としての評判) から特殊なもの (例えば、高い定着率および低い離職率、適切な人材、柔軟な勤務体制および適切な人材、強力なリーダーシップ、適切な給与) まで多岐にわたる (Havens & Aiken 1999; McClure, Poulin, Sovie & Wandelt 1983; Scott, Sochalski & Aiken 1999)。

最近になって、米国看護師資格認定センター (ANCC) は、優れた看護サービスを認めるマグネットサービス表彰プログラムを開始した (Lowe 2005)。マグネット基準は、労働環境を定義するにあたり、自主性の概念と看護師の関与を重視している。また、質の高い看護ケアを行ううえでの基礎・継続教育の必要性も強調している。

看護実践の範囲に関して自主的かつ責任のある態度で行動する自由は、常に看護師の職務満足と結びついている (Baguley 1999)。最近の看護労働生活満足調査で、リーダーシップ、自主性およびチームワークの特性が、看護師の満足に貢献する重要な要因であることが分かった (Best & Thurston 2004 2006)。意思決定における自由裁量の範囲が広がれば離職率が低下するというエビデンスもある (Alexander, Bloom & Nuchels 1994)。看護師は患者ケアにおける発言権を制限されると、自分の専門知識が尊重されていないと感じ、それによって雇用者への忠誠心が弱まる。看護実践に対するこの管理権は、時間や支援的リーダーシップといった環境変数に左右される。

第 2 章 職務満足、 人員配置および安全の問題

近年、看護師の職場環境をめぐる議論の中で、職務満足、人員配置および安全の問題への注目度が高まっている。ここで、それらの問題を簡単に示す。

職務満足

職務満足は、看護師が自分の労働生活についてどのように感じているかに関係がある。**Weisman and Nathanson (1985)** による研究は、看護職の職務満足度はクライアントの全体的満足度の最も強力な決定要因であると報告した。しかし、この満足度は適切な労働環境の提供に伴う経済的・社会的問題と密接に関連しているため、測定が困難である。

最近の研究では、看護師は自分が教育を受けた地域にとどまることを好むが (**Baumann, Blythe, Cleverley, Grinspun & Tompkins 2006**)、雇用条件が個人的・職業的な必要条件を満たしていなければ退職することが分かった。不十分な報酬は、世界の多くの地域で移動の主な理由となっている。しかし、研究によると、先進国で金銭が主要な問題となるのは、それ以外に満足感を得られる要因がない場合だけである (**Weisman & Nathanson 1985**)。看護師の満足は、政府支援や物的インフラ支援、看護サービスに対する雇用者の参加意欲など、全般的な要因にも左右される。

Zurn, Dolea and Stilwell (2005) の報告によると、イギリスでロンドンの国民保健サービス職員を対象に実施された調査で、医療従事者に労働生活改善案を求めたところ、「賃上げ」は「希望事項リスト」で「人員増」、「労働条件改善」、「施設の改良」に続いて 4 番目にとど

まった。しかし確かに、退職の意思を表明した人々のリストでは、賃金はより上位に位置づけられたが、2番目か3番目に過ぎなかった (Pearson et al. 2004)。

Zurn, Dolea and Stillwellは、世界看護マンパワープロジェクト (2005年) の一環である「看護師の定着と採用：意欲のある労働力の開発」で、職務満足と意欲の欠如、辞職の意思との関連を裏づける実証がある、と報告している (Carlson et al. 1992)。職務満足の低さは資源の少ない国では問題になっている。Schwabe et al. (2004) は、レソトで、全体として看護師の37%が現在の職務に満足していないことを示した。この割合は看護師の職種によって異なり、例えば精神保健看護師(mental health nurse)では80%に達している。

この研究によると、仕事に対する不満足の原因は、不十分な報酬と劣悪な労働条件 (設備の不足など労働環境の不備を含む) である。不十分な訓練や資格認定も重大な問題に挙げられている。この研究結果は、アフリカ5カ国で実施された調査によって裏づけられ、これらの国々では意欲の低さが医療従事者の流出につながっていることが明らかになった (Awases et al. 2003)。

労働者の仕事ぶりは明らかに意欲の強さに比例しており、意欲があれば労働者は毎日職場に出勤し、真面目に働き、柔軟に対応し、必要な任務を進んで遂行する。しかし意欲は、仕事ぶりの側面のうち、労働者が個人的に管理できるものにしか影響を与えない。例えば、組織が不可欠な設備を労働者に提供しなければ、労働者は自分の力の及ばない理由で職務を達成できないかもしれない。

物的資源や人的資源、備品、適切な設備の維持管理に制度上の不備があれば、保健サービス (特に国が提供するサービス) が徐々に悪化し、仕事に対する不満が生じる。1990年にリベラン・プレトの病院で、そのような条件が原因で看護師が辞職した (Anselmo, Angerami and Gomez 1997)。この研究では、労働者が挙げた退職理由の中で、給与や給付、業務量、労働時間、勤務体制など、さまざまな要素からなる労働条件が大きな特徴となっていた。コロンビアで実施された別の研究でも同様の結果が得られた (Correa, Palacia and Serna 2001)。

したがって医療従事者の生産性は、職務に対してどの程度意欲を持っているかという問題だけでなく、どれだけ訓練を受け、職務に備えているかという問題でもあるようだ（これは訓練方針や適切な採用・雇用方針の結果である）。生産性は、労働者が仕事をするために必要な設備や薬剤、技術を提供されているかどうかにもかかっている。したがって、意欲は業績と同義ではなく、業績は意欲によって明確に決定されるわけではない（Kanfer 1999）。意欲は業績に影響を与えるが、業績は組織のインフラと環境に依存する。

人員配置上の考慮すべき事項

初期の重要な定義では、人員配置は患者ケアの提供に必要な人材の人数と種類に関連づけられている（Giovanetti 1978 as cited in McGillis Hall 2005）。その後の著者は、人員配置が単に人数の問題ではなく、患者への対応や安全なケアの提供に影響を与える他の変数をも含んでいることに気づいた。これらの変数は、業務量、作業環境、コスト効率・効果、患者の重症度、看護職の技術レベル、看護職のスタッフミックスなどである。

James Buchanは、「世界的な看護師不足：問題と行動の概観」

（*The Global Shortage of Registered Nurses:*

An Overview of Issues and Actions, 2005年）で次のように述べている。「WHO地域に注目して全世界を分析すると、国と国の間に存在する重大な差異が不明確となる。また国別の分析でも、看護師の供給率水準にみられる重大な地理的格差が隠れてしま

う場合がある。看護師対人口比の低い国でも利用可能な看護師の分布に不均衡が生じている場合は珍しくなく、このことが看護師不足の影響を拡大することになる。開発途上国の地方部は、特に看護師の少ない地域となりやすい。」

職員数は、職員や患者のニーズよりも、そのときどきの資金供給を反映していることが多い。その結果、看護師の必要性と職務要件が十分に適合していない。

効果的なインフラと労働力を財政面から支援できる能力を持った保険制度が必要である。国民保健サービスは多くの場合、看護師の必要性を認識していながらも、必要な人数を支援するために十分な資金が割り当てられていないという現実に直面している。例として、Malaren and Agudeloはやはり世界看護マンパワープロジェクト（the Global Nursing Workforce Project, 2005年）の一環である「ラテンアメリカの看護マンパワーの概観（*Overview of the Nursing*

Workforce in Latin America) 」で、ニカラグアをはじめとする国々では「育成される看護師が少ないにもかかわらず、制度の経済力が低くとその維持が困難なため、その少ない看護師さえ保健制度のなかで活用されていない」と報告している。これはケニアやザンビア、タンザニア、フィリピン、東欧諸国の一部をはじめとする国々にも当てはまる。

近年、世界中で保険医療制度が変化していることが大きな原因で、安全な人員配置の重要性が浮き彫りになっている。これらの変化は、エイズの世界流行、SARS、医療費の高騰、景気後退といった危機がきっかけとなり、看護師不足を招いている。安全な人員配置は、説明責任、職員の安全、患者の安全の問題と結びついている。

スタッフレベルとスタッフミックス 米国教員連盟（1995）の定義によれば、安全な人員配置とは「相応の技術レベルで構成される適切な人数の職員を……常に利用でき、患者ケアへのニーズが満たされ、危険のない労働条件が維持されるよう確保すること」である。安全な人員配置はケアを取り巻く状況によって決まる。例えば小さな村落の場合、安全な人員配置は、安全な環境を保証するための十分な職員を含む。地域社会・病院部門では、職員の構成と技能レベルが最適なケアの重要な構成要素である。

職員数は、職員や患者のニーズよりも、そのときどきの財政状況を反映していることが多い。その結果、看護師の必要性和看護師のニーズ、職務要件が十分に適合していない場合が多い。カナダ、アメリカ、イギリスおよびスウェーデンでは、「仕事のプレッシャーが強すぎて患者ケアに影響が出ている」と報告した看護師の割合が高く（Nolan, Lundh & Brown 1999; Shullanberger 2000; White 1997）、看護師対患者比率が低いほど合併症が発生し、患者アウトカムが低下するというエビデンスがある（Kovner & Gergen 1998; Lancaster 1997; Shullanberger 2000）。ICN ツールキット「安全な人員配置は命を救う」（ICN 2006）は、人員配置基準の高さとアウトカム改善との関連を強調している（Aiken et al.2002; Lancaster, 1997）。このツールキットでは、安全な人員配置を促進するために利用できる戦略を概説する。包括的な法規、職業的枠組み、効果的な政策のすべてが、十分な人員配置の強化・計画に役立つことが分かっている（ICN 2006）。

スタッフミックスに関するエビデンス

スタッフミックスが患者アウトカムに与える影響を裏づける多くの調査が実施されている。ほとんどの研究が、ケアを提供する看護師の教育上・職業上の地位が高いほど、患者アウトカムが向上することを示唆している。

- Blegen, Goode and Reed (1998) は、登録看護師 (RN) のスキルミックスが高いほど、投薬過誤の発生率が低く、褥創が少なく、患者満足度が高いことが分かった。
- 米国 11 州の 799 病院を対象とする研究によれば、RN によって提供される看護ケアの割合が大きいほど、また 1 日につき患者ひとりあたりの時間数が多いほど、患者アウトカムが向上した。
- Sovie and Jawad (2001) は、RN が患者に費やす時間が長いほど転倒が少なく、疼痛管理に対する満足度が高いことが分かった。
- Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart and Zelevinsky (2002) は、アメリカで多州にわたる病院の大標本から得られた管理データを利用して実施した研究で、看護人員配置水準と患者の症状悪化に転じたリスクとの関係を調べた。その結果、RN によって提供される看護ケア時間数の割合が大きく、RN による 1 日当たりケア時間数が多いほど、入院患者のケアのアウトカムが改善することが明らかになった。
- Person et al. (2004) は、RN 水準の高い病院ほど、急性心筋梗塞患者の死亡率が低いことが分かった。
- 急性心筋梗塞、脳卒中、肺炎および敗血症と診断された患者を対象にカナダで実施された大規模な遡及的研究 (Tourangeau, Giovanetti, Tu & Wood 2002) では、RN のスキル・ミックスが充実し、臨床ユニットでの経験年数が高いほど、30 日以内の死亡率が低いことが分かった。

RN の教育資格の高さと患者アウトカムの改善との間に相関関係があるというエビデンスもある (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane & Silber 2003)。

看護師対患者比率 ICN は「世界的な看護師不足：政策介入の優先領域 (*The Global Nursing Shortage: Priority Areas for Intervention*) 」 (2005年) で、「アメリカやオーストラリアをはじめとするいくつかの国々は、労働条件を改善して看護師の実践復帰を促すとともに、安全な人員配置と患者ケアを推進するための数多くの戦略の1つとして、規定の最低看護師対患者比

率に取り組みつつある。オーストラリアのビクトリア州では規定の比率の導入直後に、「失業中の看護師5,000人が職場復帰を申し込み、保健医療サービスの欠員を埋めた」（Kingma 2006, p.225）。さらに、オーストラリア看護連盟（ANF）が委託した研究の結果、「もし義務的な最低看護師対患者比率が廃止されれば、ビクトリア州の看護師の過半数が辞職または早期退職するか、労働時間を減らすであろう」ことが分かった（ANF 2004, p.1）。

チームワーク 最近、ケアに連続性を持たせるうえでチームワークの重要性が強調されるようになってきている。複数分野にまたがるチームもあれば、特定分野内のチームもあるだろう。

世界の多くの地域で、財政面その他の制約が原因で、大勢の専門の看護師を雇用・配置できない状況にある。職員構成と、安全な人員配置の構成要素は、現地の事情によって決まる。看護師は、さまざまな専門・非専門医療従事者、特に地域社会で活動する人々と連携している（ICN 2006）。病院環境における看護職の役割と地位は、北米や西ヨーロッパとは異なる場合がある。しかし、看護チームや複数分野にまたがるチームの種類にかかわらず、チーム関係の質は看護師と患者双方の満足（well-being）に影響を与えるだろう。

質の高いケアを提供するには、チームワークの確立を促進する要因が決定的に重要な意味を持つ。看護チームの多国籍性・多文化性は、ますます一般的になっている。ICN と外国看護学校卒業生審議会が設立した国際看護師移動センター（*International Centre on Nurse Migration*）は、移民看護師や国際看護師の統合を支援するために一連のワークショップを開始した（www.intlnursemigration.orgを参照）。

他の保健専門家との協力も重要である。医師と看護師の間で頻繁に見られる有害な対立関係に関して、多くの研究が実施されている。敵対的な環境や厳格な階層環境では、看護師が萎縮し、間違っていたり誤って伝達されたりした書面または口頭による命令に異議を申し立てられないかもしれない（Institute of Medicine 2000）。

安全問題上、考慮すべき事項

安全な職場環境はすばらしい看護実践環境の必須条件である。看護師や患者に対する危険は、極端な業務量、予防できる傷害、職場暴力から生じる。

過重業務 看護師に要求される仕事と看護師が合理的に提供できる仕事とが一致しなければ、看護師の健康が脅かされ、患者は危険にさらされる。時間的制約、矛盾する要求、中断、技能・知識の不足、資源の不足または欠如は、業務量の多さによって悪化する。

O'Brien-Pallas, Thomson, Alksnis, and Bruce (2001) による研究では、大量の仕事が職務ストレス（大きな職務要求と小さな自由裁量権の組み合わせとして定義される）を高めることが指摘されており、生産性の短期的な上昇は長期的な医療コストの高騰につながると示唆されている。この研究は、超過労働時間と病欠との強い相関関係を指摘した。

O'Brien-Pallas, Duffield, Tomblin Murphy, Birch and Meyerは、「看護マンパワー計画：政策方針の分析（*Nursing workforce planning: mapping the policy trail*）」（2005年）で以下のとおり報告している。「極端な業務量は依然、多くの国々で重要な労働問題となっており（Baumann et al. 2001; Canadian Nursing Advisory Committee 2002; Aiken et al. 2001）、オーストラリアでは、看護師が看護職を辞める理由であると立証されている（Duffield, O'Brien-Pallas and Aitken 2004b）」

Malvarez and Agudelo (2005) もまた、アルゼンチンとウルグアイで実施された別の看護師研究（Carrasco and Espejo de Vinas 2000）が、「受け持ち患者数と事故発生件数との関係は、患者数の多い（30人超）グループに最も事故が多い」ことを示しているため、これは患者の安全にかかわる問題であると述べている。

業務量の測定 看護師や患者の福祉を低下させずに生産性を最適化する業務量の設定は、管理者の課題である。多くの看護労働が現在の業務量測定ツールの適用から除外されるため、看護の努力や専門技術は、適切に認識、測定され報酬を支払われていない（ICN 2004）。

看護業務量や職員対患者比率の基準に関する研究が進んでいるが、理論的枠組みと看護業務量に影響を及ぼす多くの要因を組み込んだ実践的な方法は、まだ開発段階にある。よりよいシステムを生み出す努力を強化し、人的資源計画者がよりよい人員配置を決定できるようにしなければならない。

多くの看護労働が現在の業務量測定ツールの適用から除外されているため、看護の努力や専門技術は、適切に認識・測定され報酬を支払われていない (ICN, 2004)。

理想をいえば、人員配置基準が不十分な組織は、看護師採用数と常勤ポスト数を増やして能力を高めるべきである。また、それに加えて、臨床看護師が管理業務よりも患者ケアに集中できるようにすべきである。患者に費やされる時間は減っているが、管理業務に対処する時間は増えていることを示すデータがある。臨床コーディネーターのような上級看護職ポストの設置が極めて重要である。いくつかの国々では、事務職員やパーソナルケアアテンダント（個人介護者）、看護助手の増員によって、ケアの提供を取り巻く必要な支援を提供している。

予防可能な傷害 医療従事者は、他の職業群に比べて筋骨格傷害を負うことが多い。特に看護師は筋違いや捻挫の率が高い (Choi, Levitsky, Lloyd & Stones 1996)。いくつかの研究で、看護の職場における職員密度と過労、ストレス、筋骨格傷害との関係が確認されている。カナダ・ブリティッシュコロンビア州の医療従事者4,000人を対象とする縦断的研究により、職務ストレスが筋骨格傷害のリスクを高め、病訴を増やすことが分かった (Koehoorn, Kennedy, Demers, Hertzman & Village 2000)。スウェーデンの看護師に関する横断的調査では、職務ストレスが腰部損傷の危険を高めることが分かった (Ahlberg-Hult, Theorell & Sigala 1995)。

看護師の労働条件や実践が予防可能な傷害の一因となることもあると示唆するエビデンスがある。病棟が人員不足で、自ら患者を持ち上げなければならないときに腰を痛める看護師が多い (Schindul-Rothschild, Berry & Long-Middleton 1996)。1年以上にわたって過度の努力によって腰を痛めたスウェーデンの看護師2万4,500人を対象とするプロスペクティブ研究によると、ほとんどが患者転送中、多くの場合看護師が1人で働いているときに起こったことが判明した (Engkvist, Hagberg, Wigaeus Hjelm, Menckel & Ekenvall 1998)。

教育と適正な手順によって傷害の危険は低下するが、組織要因も影響を及ぼす（Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2005）。ある研究によれば、高い針刺し事故の発生率は、臨時看護職員の配置と関連しており、マグネットホスピタル、すなわち人員配置が安定しており、素晴らしい看護職場として評判のある組織では発生率が低かった（Aiken, Sloan & Klocinski 1997）。

業務量を削減する戦略によって負傷率が減る可能性がある」と推論できる。職場安全プログラムは数多く存在する。しかし仕事のプレッシャーや不安定な人員配置が危険な労働実践を助長している場合には、そうしたプログラムがうまく機能しない可能性がある」と示している文献がある。現場で得たエビデンスによると、不十分な職場環境の維持、不十分な設備やサプライ不足が看護師の傷害リスクを高め、患者リフトなどの設備によって傷害を予防できる可能性がある（Baumann et al., 2001）。

多くの職場安全プログラムが存在する。しかし仕事のプレッシャーや不安定な人員配置が危険な労働実践を助長している場合には、そうしたプログラムがうまく機能しない可能性がある」と示している文献がある。

ICN 労働安全衛生ガイドライン（2007年）は次のように報告している。「HIV や B 型・C 型肝炎のような生物学的危害への曝露は、看護に深刻な影響を与えると推定される。HIV が世界で最も蔓延している国々では、看護師は年間平均 2～4 回の針刺し事故を経験し、その結果、HIV、B 型・C 型肝炎の感染するリスクが高くなっている。インドの 3 病院で働く医療従事者に関する研究は、回答者 100 人の 60%（うち 35 人が看護師）が、血液接触や個人保護具なしに血液に触れることが毎週『何回も』から『常に』あると報告した。35 人の看護師のうち 9 人が、個人保護具なしに鋭利な器具や壊れたガラス製品で負傷することが日常的にあると答えた（PRIA 2005）。（中略）看護師を保護しなければ患者ケアに影響が及ぶ。看護師の定着や採用に悪影響を与える危険は、エラーにつながり、患者の安全を脅かし、患者の治療アウトカムに悪影響を与える」

職場暴力 職場環境における暴力は多くの看護師が直面している現状だ。潜在的加害者は、同僚看護師や他の専門家、患者、あるいは患者の家族である。カナダのブリティッシュコロンビア州とアルバータ州のある病院に関する調査で、過去 5 回の勤務シフトにおける身体的暴力ま

たは言葉による暴力が高い率で報告された (Duncan et al. 2001)。しかし、職場暴力は一貫して明示されているわけではなく、少なめに報告される可能性があるため、その発生率を推定するのは困難である (Health Care and Health Safety Association of Ontario 2001)。

多くの保健医療機関が暴力のない環境を目指して努力しており、安全性を高めている。他の看護師 (例えば、資源のほとんどない小病院で働く看護師) は依然、被害を受けやすい状況に置かれている (Baumann, Hunsberger, Blythe & Crea 2006)。

保健医療部門における職場暴力に関する国際労働機関 (ILO)、国際看護師協会 (ICN)、世界保健機関 (WHO)、国際公務労連 (PSI) 共同プログラムは、世界中の代表的な国々での事例研究を委託し、ガイドラインや訓練マニュアルを立案している (www.icn.ch)。皮肉にも、保健医療部門は他のどの部門よりも職場暴力にさらされやすい。スウェーデンでは、報告された職場暴力の 4 分の 1 近くが保健医療施設で発生し、小売、警察、刑務所、金融部門の発生率はそれぞれ 5% にすぎなかった。

この合同プログラム研究により、保健医療部門における職場暴力は世界的な職業上の危険であり、公衆衛生に対する懸念を高め、人権や労働者の権利の侵害を増やしていることが確認されている。オーストラリア、ブラジル、ブルガリア、レバノン、ポルトガル、南アフリカ共和国およびタイの事例研究でも、同様に医療従事者、特に救急職員と看護師が攻撃されやすい立場にあることが強調されている。この問題は国際レベルで幅広く取り上げ、職場環境の安全を改善するために必要な措置に対する理解を深めなければならない。これまで、防止策は介護人の訓練に焦点を合わせていた。しかし、職場暴力の増加傾向を食い止めるには、組織・環境要因 (例：職務設計、患者の流れ、管理手法、病棟の構造、騒音・温度レベル) にも取り組まなければならない、という認識が広がりつつある。

この共同プログラムによって「保健医療部門における職場暴力に対処するための枠組みガイドライン」と付随の訓練マニュアルが作成され、無料で提供されている (www.icn.ch)。ICN はノルウェー看護師協会とともに、これらの資料を利用し、アフリカの 5 つの看護師協会と協力しながら、各国内の職場暴力の削減に努めている。すでにボツワナ、レソト、モーリシャス、スワジランド、タンザニアで活動が進められており、医療従事者や政策立案者、国民の意識を

高め、暴力事件の件数や性質を記録し、所信声明や方針声明を作成し、その地域の暴力削減戦略を導入している。

モーリシャス看護協会は 2006 年 3 月の職場暴力ワークショップに続いて、この問題に取り組むために一連の活動を実施した。

- ✓ 職場暴力ワークショップ参加者との定期会合を開き、それぞれの職場における活動を定期的に確認・評価する。
- ✓ ある島の 11 病院すべてに反暴力委員会を設置して毎月会合を開き、進捗状況を評価し、必要に応じて対策を実践する。
- ✓ 全病院のすべての病棟とユニットに暴力報告書を置き、看護師や助産師に対し、自分たちが受けたすべての言葉による暴力や身体的な暴力を記録するよう奨励する。
- ✓ 国家代表者がさまざまな病院を訪問し、進捗状況を確認する。
- ✓ 国内の保健医療機関のすべての病棟とユニットに、ポスターやパンフレットを掲示するキャンペーンを実施する。
- ✓ 保健省当局者と何回か会合を開き、職場暴力に対するゼロ・トレランスを奨励するノルウェー看護協会（NNO）、SANNAM、国際看護師協会（ICN）プロジェクトなど、暴力問題について議論する。
- ✓ 保健省との連携を深め、実務レベルのすべての地域保健医療管理者に対し、管轄下の保健医療機関で看護協会が実施する活動に協力し、支援を要請する。
- ✓ マスメディアと協力し、保健医療職に対する暴力の悪影響についての国民意識を高める。

第3章 組織風土と ワークパフォーマンス

組織風土とは、労働者が自分たちの環境に関して共有している認識を指す。組織風土という言葉は抽象的であるにもかかわらず、労働環境問題を説明・理解するうえで役立つ（**Al-Shammari 1992**）。個人は組織風土について報告するとき、自分の経験や他者の経験に関する自分の認識をまとめ、組織の認知マップを作る（**Al-Shammari 1992**）。組織風土の概念は、職務満足、企業文化、リーダーシップ・スタイルの概念と密接に関連している（が、別個の概念である）。

風土の特性とは？

風土は組織の全体的な雰囲気を表す多面的な言葉である。文化と風土は、ある組織の価値観や信念、理念、慣習を描写するために用いられる、ほぼ同じ意味の言葉である（**Al Shammari 1992**）。しかし、企業文化の研究には一般に質的方法が用いられるのに対し、風土の調査には量的方法が利用される。多くの職場環境の特性を組織風土に結びつけることができる。すばらしい看護実践環境に固有の3つの特性は、（1）看護師と患者に対して安全風土、（2）生涯学習への組織的支援がある風土、（3）リーダーシップの風土である。

看護師と患者にとって安全風土 安全風土は、しばしば安全文化とともに用いられる広く一般に通用する言葉で、この2つの言葉にはほとんど違いがなく、あるとしてもごく僅かである（**Cox & Flin 1998; Mearns & Flin 1999**）。どちらの言葉も、さまざまな方法で定義されている。をよそにしかし、そのような幅広い定義にもかかわらず、さまざまな報告を再検討してみると、安全文化には少なくとも5つの国際的な要素または指標があることが分かる

多くの職場環境の特性を組織風土に結びつけることができる。すばらしい看護実践環境に固有の3つの特性は、看護師と患者に対して安全風土、生涯学習への組織的支援がある風土、リーダーシップの風土である。

(Wiegmann, Zhang, von Thaden, Sharnam & Mitchell 2002)。すなわち、組織的関与、管理者の関与、労働者の地位向上、報酬制度、報告制度である。

安全風土は、組織内の安全と、方針・手続き・報酬に関連する安全からなる (Brown & Leigh, 1996)。組織内の安全は、身体的安全と心理的安全の両方を指す。身体的側面には、十分な設備、安全な物理構造および適切な看護実践環境が含まれる。安全の心理的要素には労働者への報酬が含まれ、労働者が報復を恐れずに気楽に質問できるようにしなければならない。最近、安全を最も重要な保健医療労働環境の課題としてあげたいいくつかの注目を集めた報告書の中で、安全風土について取り上げられている。独創性に富んだカナダ有害事象研究 (Baker et al, 2004) は、すべての保健医療環境における安全に注目し始めた。Griffin and Neal (2000) は、安全風土を安全な実践の先行要因と表現した。

患者の安全に関するいくつかの研究では、競争的または虐待的な組織風土と、誤りやニアミス、有害事象の報告に伴う不安との間に関連があることを立証している。虐待行為は、何らかの予防処置が講じられるという信頼がうすいため、報告されないことが多い。したがって、好ましくない態度や行動、ケアがいつまでも続き、患者アウトカムだけではなく、医療従事者の雇用・定着にも影響を及ぼす。

学習の風土 学習の風土は、素晴らしい安全な労働環境のきっかけとなる。専門能力開発や知識の共有によって生涯学習を奨励する組織は、学習する組織である。学習の風土では、雇用者が、労働者の看護実践を高めて知識・技術・判断力を向上させるために、時間と努力、資源を注ぎ込むことが重要であると理解している。

専門能力開発や知識の共有によって生涯学習を奨励する組織は、学習する組織になる。

近年、職能団体は、看護師が1年間に発生した実務上の問題を要約するポートフォリオ文書を作成する反省的看護実践の概念を奨励している。看護師は日誌を利用して、安全環境における自分の看護実践を振り返ることができる。この方法により、個人とチームは同僚や患者からフィードバックを得ることができる。

リーダーシップの風土 リーダーシップは組織を方向づけるうえで重要である (Al Shamhari 1992)。リーダーは組織の目標に関するビジョンと、それを達成するための青写真を示す。設定された目標の達成に必要な意欲、手段、知識および技術を職場環境で確保するのは、リーダーの責任である。

Lowe (2004) は、最高管理者による関与は、すばらしい看護実践環境にとって極めて重要であり、明確なリーダーシップの形を取らなければならない、と指摘している。労働者は、最高経営責任者や経営陣の行動によって組織を判断する。一般に、好ましい風土の組織に雇用される看護師は、組織により深く関与し、離職の可能性も低い。自分の価値観が組織の価値観と一致している個人は、価値観の異なる個人よりも高い業績を上げ、大きな職務満足を示す場合がある (Downey, Hellriegel & Slocum 1975)。

リーダーシップは組織に浸透し、ライン管理者も含んでいなければならない。研究によれば、優れた看護リーダーはグループの団結を強めて職務ストレスを和らげることができ (Leveck & Jones 1996)、リーダーが看護師を支援し権限を与えることで離職率が下がるというエビデンスがある (Laschinger, Wong, McMahon & Kaufmann 1999; Kramer & Schmullenberg 1988; Morrison, Jones & Fuller 1997)。Wilson and Laschinger (1994) は、仕事における権限へのアクセスや機会に関する看護師の考えは、管理者の権限に対する認識によると示した。組織全体に優れたリーダーシップを行き渡らせるには、教育、時間、動機、その他発展維持できる為に必要な支援を管理者や監督者に提供できるような資源配分が必要である (Lowe 2004)。

組織風土が個々の労働者の権限強化を促進すれば、看護師はより大きな職務満足を表明し、患者はよりよいアウトカムを達成する。

すばらしい看護実践環境におけるリーダーシップ特性は、正式なリーダーに限られたことではない。マグネットホスピタルに関する研究は、すばらしい看護実践環境のもとで看護師が自主的に行動し、存分に実践でき、イニシアティブをとれると示している。全労働者の能力を十分に活用することは、組織の最大の利益になる。組織風土が労働者個々人の権限強化を促進できれば、看護師のより大きな職務満足となり、患者のよりよいアウトカムにつながる (Aiken et al. 2002; McClure 2005)。

ICNの「変化のためのリーダーシップ™ (*Leadership For Change*™)」(LFC)プログラムは、絶えず変化する保健医療環境において、看護師を有能な指導者・管理者として育成するために役立つ。看護師が強力なリーダーシップ能力を身につければ、保健医療制度や患者が利益を得る。LFCの目的は、先を見越した適切なリーダーシップ戦略を通じて、保健医療サービスへ看護師がより貢献でき、患者の安全と質の高いケアを向上させることである。

健全なすばらしい組織風土は、共通の認識に基づいた一貫した行動を促す(Dickson, Resick & Hagnes 2006)ため重要である。特に、そのような風土は新職員が適用できるような状況を提供する。看護の職場環境では、好ましくない風土は患者を危険にさらし、看護師を極度の疲労や欠勤に追い込む。看護師は組織風土を調べ、それが自分の専門的、個人的な労働観と共鳴し、自分の役割や業績を高め、安全を促すものかどうか判断する必要がある。ICNの「交渉におけるリーダーシップ (*Leadership in Negotiation*)」プロジェクトは数十年間にわたり、職場環境における看護師リーダーの育成にあたって、各国看護協会が、職務上・業務上の危険を特定し、それらの廃止について交渉できるよう支援している。

第4章

世界的な ワークライフバランス問題

看護師は多様な環境で就労しており、南アフリカ共和国の農村部にある看護師経営の小さな診療所、カナダ北部の看護出先機関から、アメリカ都市部の集中治療室に至るまでさまざまである。設備や備品は、原始的な場合（例：体温計といくつかの基本的な薬品）もあれば、非常に高度な場合（例：最新のデジタル画像設備）もある。看護師は、大きな教育研究病院で総合医療チームのメンバーとして働いていることもあれば、パキスタン北部のような僻地で1人で活動していることもある。

どのような職場であれ、素晴らしい看護実践環境は、看護師が患者のケアという職業上の役割を果たせるよう支援する。看護師は看護実践に必要な支援を受けなければ、患者のために最良のアウトカムを確保することができない。看護師は意欲を失い、勤務先、場合によっては看護師の仕事そのものを辞めるかもしれない。

各国は、国内総生産のかなりの部分を保健医療に費やしていることが多い。しかし国の豊かさが異なるため、実際にヘルスケアに使われる資金は大いに異なる。設備やサービス、賃金に利用できる資源の格差は、看護師をはじめとする医療従事者の世界的な移動に影響を及ぼす。一般に、移住者は国内の農村部から都市部へ、また地域レベル・国際

世界の看護師対人口比率

世界中で、看護師対人口比率には大きなばらつきがあり、人口10万人当たりの看護師数は、10人未満から1,000人以上まで幅がある。最も比率の高い地域であるヨーロッパの平均は、最も低い地域（アフリカと東南アジア）の10倍である。それでも、これらの比率は、労働力に占める他の保健専門家の割合を踏まえて考えなければならない。例えば南米では、看護師に対する医師の数が北米やヨーロッパよりもずっと多い（ICN、日付不明）。

レベルでは先進国へ移動する (Kingma 2006)。このプロセスは、医療従事者が去った地域の業務量に影響を与える。労働力の少なさや偏った分布の影響で、残った人々の業務量が増えている (Buchan & Calman 2004)。

保健医療支出額と移動率との間に相関関係はあるものの、看護師が移動するか否かは、その他の要因にも影響される。

- 多くの国々や文化で相変わらず性別による差別が見られ、看護は「女の仕事」として過小評価されたり見下されたりしている。
- 職場環境における暴力が多発し、疾病への曝露に対する保護が不十分である状況が、いくつかの国々で定着率に影響を与えることもある (Buchan & Calman 2004)。例えば一部のアフリカ諸国では、看護師のエイズ感染のリスクが高い (Kingma 2006)。
- 看護師その他の労働者は職場環境で過労や危険にさらされれば、自分が尊重されず評価されていないと感じるかもしれない。

国家保険医療制度は提供できる資源が限られている。したがって、持てる資源を賢く活用し、効率の向上、医療従事者間の更なる協力、保健医療職により多く資金を投入することによって改善できるヘルスケアの側面に集中することが不可欠である。

看護マンパワーの保持で比較的 success を収めている国々には、いくつかの共通点がある (Baumann, Yan, Degelder & Malikov 2006)。カナダ、イギリス、ウガンダおよびタイの定着率を比較した結果、各国が医療分野にかなりの投資をしており、看護師採用の増加、看護助手の役割拡大、継続教育への取り組みといった問題に焦点を当てた包括的な保健政策枠組みを策定していることが判明した。ウガンダとタイでは、看護師の給与が引き上げられ、希望勤務地がある程度認められていた。カナダとイギリスには、住宅補助や延長保育施設、柔軟な労働時間、継続教育など、健全な職場環境施策を盛り込んだ戦略があった。

革新的な実践

ICN とスティーブン・ルイス財団はサハラ以南のアフリカで、各国看護協会およびベクトン・ディッキンソン・アンド・カンパニーと協力し、医療従事者とその家族向けにウェルネス・センターを提供している。その目標は、「健康で意欲のある生産的なヘルスケア労働力を維持し、ヘルスケア提供システムの強化につなげる」ために必要な資金・物資を提供することである（ICN 2006）。ウェルネス・センターは多様なサービスを提供する。例えば、HIV や結核に関する検査・カウンセリング・治療、母子感染予防（PMTCT）などの妊娠中のサービス、ストレス対策、曝露後の予防、慢性症状のスクリーニング、継続的な専門能力開発のための研修や資源・知識の提供である。その目的は医療従事者にケアを提供し、それによって医療従事者が、患者や地域社会に対してよりよいケアを実践できるようにすることである。

第5章

各国看護師協会に できること

全国的な取り組みにより、看護師の職場環境改善の効果を上げることができる。職能団体や規制機関は、看護師に対しても患者に対しても同様に、国レベルで擁護者として機能する。看護師協会は、擁護者として次の措置を講じる。

- 看護職に必要な保護を保障する法規を求めて働きかける（Rowell 2003）。
- 「適切な資源によって専門能力を育成する環境と、患者中心の意思決定プロセスにすべての医療従事者の専門知識を組み込む保険医療制度の保証」を目指す（Rowell 2003）。

看護師協会の目的は、重要な健康安全問題（例：適切な人員配置基準、有害事象の報告、「内部告発者」の保護）とすばらしい看護実践環境への支援に取り組む関連政策の立案によって補足される。

前章で触れた 4 カ国の比較によって、定着率の高い国々（ウガンダ、イギリス、カナダ、タイ）では保健政策構造が確立されていることが分かった。すべての国々が教育手当を支給し、看護の役割を強化するとともに、暴力を排除して労働条件の改善に関するコミュニケーションを維持する状況を整えていた（Baumann, Yan et al. 2006）。

看護師とすべての労働者の労働条件に取り組む強固な全国的政策枠組みを定めることが不可欠である。これらの政策を利用し

看護師とすべての労働者の労働条件に取り組む強固な全国的政策枠組みを定めることが不可欠である。これらの政策を利用して、協会・組織レベルでガイドラインを立案することができる。

て、協会・組織レベルでガイドラインを立案することができる。例えばイギリスでは、保健省が労働生活改善基準（*Working Lives Standard* , *IWL*）を策定した。この基準には、すべての国民保健サービス（*NHS*）雇用者が従うべきベンチマークが定められ（*Baumann, Yan et al, 2006*）、健全な職場環境の実践が組み込まれている。*IWL* は、職員に対するいかなる暴力も許さないといった *NHS* 政策を補完している（*National Task Force on Violence Against Social Care Staff 2001*）。

各国看護団体は、包括的な労働・保健規則の重要性に関して政府へのロビー活動を行ううえで重要な役割を果たす。これらの組織は、健全な労働環境を支援し、職場環境関連政策を定期的に確認するための仕組みを確立する全国的な基準や戦略を立案している。また、特殊利権団体を奨励したり、好事例に関するエビデンスを広めたりすることができる。

推奨対策

すばらしい実践環境を促進するために、看護職能団体は以下の措置を講じるべきである。

- 労働条件に焦点を当てた既存の地方・国家政策を明確にする。
- 患者の安全とすばらしい看護実践環境に関する政策立案者のためのリンクを確立する。
- 国際レベルの関連ファクトシートや所信声明をすべて収集する。
- 看護師の動員を促すとともに、優先的な行動課題を決定するために看護師を調査する。
- 特定の労働問題に取り組むガイドラインを策定する。
- 好事例に関するエビデンスを周知する。
- 看護実践環境における問題に重点を置いたコミュニケーション計画を立案する。
- 組織レベルで、労働環境問題に焦点をあてた委員会を設置する。
- ツールキットを利用して背景データを提供し、主張、/あるいは所信声明を支援する。
- 保健医療環境における安全器具や廃棄手段（例：針の処理）の確保・維持管理のため、効果的な議論を展開する。
- 労働問題を調べ、課題に取り組む効果的戦略を検討する組織委員会に関与する。
- 雇用者や組織に対し、すばらしい看護実践環境を提供し定着率を改善するようロビー活動を行う。

- 誰からも非難を受けないような報告制度を提言し、問題のある看護実践や行動を明らかにして職場環境から取り除くよう奨励する。
- 既存の人員配置計画を踏まえた健全な職場環境改善対策と組織のビジョンを統合させる。

ツールキット

すばらしい看護実践環境：

質の高い職場環境は
質の高い看護ケアにつながる

看護師の職場環境評価ツール

以下の質問は、すばらしい看護実践環境につながる戦略を立案することを目的としている。組織や保健医療施設は、ケアの状況によってそれぞれ異なる。したがって、これらの質問への回答もまた、それぞれの職場で異なるだろう。

組織

- 職場や組織は、看護師を専門家として認めているか。
- 看護師は、仕事の対価として十分な報酬を受け取っているか。
- 看護職には昇進の機会があるか。
- 労働条件は、看護師の採用や定着を最適に維持できる内容か。
- 組織は職場環境ガイドする方針に取り組んでいるか。
- 労働衛生上の危険に取り組み、安全な職場環境を促進する職場環境・組織方針があるか。
 - 方針の実施状況は定期的に確認されているか。
 - 方針は定期的に見直され、必要に応じて改訂されているか。
- 安全装置が提供され、十分に維持管理されているか。
- 効果的な苦情処理手順があるか。
- 「内部告発」手順があるか。「内部告発者」を保護する方針が示されているか。
- 看護師に自身の看護実践やスケジュールリングに対する管理権を与える施策が実施されているか。
- 予測可能性と詳細な職務を定める方針が実施されているか。
- 定着・雇用に関する方針は示されているか。
- 離職率や欠員率が過度に高かったり、患者アウトカムに悪影響を与えたりしていないか。
- 表彰・報奨制度があるか。
- 職場暴力に関する方針があるか。
- 職員は組織の意思決定に参加しているか。

看護師

- 看護職は、包括的な倫理規範のもとで就労しているか。
- 看護師と他の保健医療職とのコミュニケーションは良好か。
- 同僚や他職種間での効果的なコミュニケーション技術を身につけた、看護師に対する報奨・インセンティブがあるか。
- 個人の健康を促進するプログラムがあるか。
- 安全な看護実践を奨励する、適切な物理面・設備面での支援があるか。
- 看護師が業務量の問題に取り組める施策が実施されているか。
- メンターおよびコーチングプログラムはいつでも利用できるか。
- 看護師は継続教育プログラムを受けられるか。

政府

- 政府内に保健医療を担当する専門部署があるか。
- 政府は、労働環境に関する研究の実施・継続に予算を充てているか。
- 地方・地域戦略があるか。
- 政府の政策は、看護職が専門職としての地位を維持、活用できるよう支援しているか。
- 政府は、安全な職場環境を確保するための規制枠組みを提供しているか。
- 政府は保健医療・労働環境に予算を充てているか。
- 保健医療制度に対する政府の予算配分や支援は十分か。

各国看護師協会 (NNA)

- **NNA** は看護師にとって健全な労働環境を提唱・促進しているか。
- **NNA** は看護師の専門職としての基準を提唱・促進しているか。
- **NNA** は看護や専門分野の発展に関する一般市民の教育にかかわっているか。
- **NNA** は継続教育の機会を奨励・提供しているか。
- 安全な労働環境を確保するために、患者組織や他の職能団体との提携に努めているか。
- 看護師が **NNA** にコメントやフィードバックを行う手段はあるか。

規制機関

- 規制機関は、看護実践の範囲や看護能力について定期的に見直しているか。
- 看護業務基準は明確に伝えられ、支持されているか。
- 違反に対する適切な制裁があるか。
- 不服申立手続きがあるか、それは周知されているか。
- 規制機関は傾向を分析し、新たな労働力問題について雇用者や政府に情報を提供しているか。

すばらしい看護実践環境の開発戦略

すばらしい看護実践環境の開発プロセスは多面的であり、組織内の多様な階層で発生し、また、多様な構成員が関与する。各組織はまず初めに、欠勤率、欠員率、離職率といった測定基準と、年齢や経験といった人口統計情報を含む労働力の概要を把握する必要がある。この種のデータは意思決定の礎石となる。以下の方法により、看護師は、すばらしい看護実践環境の開発を押し進めることができる。

- 看護の役割を促進し続ける。
- 看護実践の範囲を定義し、看護師、他職種の人々および一般市民に、専門職としての看護の発展について啓発する。
- 専門職としての認知と報酬を求めてロビー活動を行う。
- 安全な労働環境の重要性に関する所信声明を作成し、周知する。
- 安全な労働環境に関する施策の立案に、必ず他職種の人々が関与できるようにする。
- 研究を支援し、好事例についてデータを収集し、入手したデータを周知する。
- 協働やチームワーク理論を強調する機会を提供することによって、チームワークの強化を教育機関に推奨する。
- 採用・定着施策、離職率の低下、世論、看護ケアの改善、患者満足度の向上によってすばらしい看護実践環境の効果を示した保健医療施設を表彰する。
- ツールキットを利用し、すばらしい看護実践環境の重要性に関する背景情報を提供する。

看護問題

「看護問題」ファクトシートは、最新の保健・社会問題について、クイックリフファレンスおよび看護職の視点から見た国際情勢を提供する。

針刺し事故防止に取り組むICN

Fact Sheet

事実と問題

医療従事者の少なくとも8人に1人が、重大または致命的な感染症に曝露するおそれのある針刺し事故に遭っている

不慮の針刺し事故は、先進国で最も重要な鋭利物関連の問題である。アメリカの医療従事者は、大量の未報告事故を除いても、年間80万～100万の針刺し事故に遭っている。イギリスの病院では年間10万件を超える針刺し事故が発生している。発展途上国では、針刺し事故はほとんど報告されていないが、おそらく先進国と同等以上に発生しているだろう。血液に曝露すると、20種類を超える血液媒介感染症に罹患するおそれがある。不適切な医療廃棄物処理によって、この問題は医療従事者にとどまらず、清掃業者や洗濯業者、運送業者、廃品回収業者、一般社会にまで広がっている（注2）。

国によっては、適切な治療を行っていることを患者に理解してもらうために、注射をしなければならぬが行われていることを患者に理解してもらうために、注射を行う義務があると考えられる医療従事者がいる。

サハラ以南のアフリカとアジアで実施された3つの研究によると、実施された注射全体の60～80%は不要であり、そのうちのいくつかは危険を伴っていた。最も頻繁に使用された注射薬液危険を伴うケースもあった。最も頻繁に使用された薬剤は抗生物質であった（注2）。

これは実際に起こった出来事だ
どうすれば予防できるか？

あるエイズ患者が精神的安定を失い、静脈カテーテルを取り外そうとした。病院の職員は必死で患者を制止しようとした。奮闘しているうちに静脈注入管が抜け、コネクター針が露出した。1人の看護師が、注入管の末端にあるコネクター針を元の位置に、再び挿入しようとした。患者の足がその看護師の腕に当たり、別の看護師の腕に針が刺さった。3カ月後、針刺し損傷を負った看護師はHIV検査で陽性反応が出た（注1）。

看護師に対する影響

看護師は、医療従事者の中で針刺し事故に遭う確率が最も高い。医療従事者の針刺し事故による感染のリスクは、関連する病原体、被事故者の免疫状態、事故の重症度による。当事者1回の針刺し事故で罹患する確率は、HIVが1,000分の3～5、B型肝炎が1,000分の300、C型肝炎が1,000分の20～50である。

針刺し事故が職業に関連する感染症罹患の全体に占める割合は86%である。たとえ重篤な感染症に罹患しなかったとしても、HIVに曝露した場合は特に、心理的に大きな影響を与えることがある。HIVに曝露した医療従事者20人を対象したある研究では、11人は事故直後に重度のストレスを受け、7人は中程度のストレスが持続し、また、6人は曝露が原因で辞職した（注3）。

針刺し事故の経済的側面

米国病院協会によると、血液媒介病原体による重篤な感染症1件につき、検査、追跡検査、損失時間、障害者給付に伴う雇用者コストが100万ドルに上ることがある。感染しなかった場合でさえ、高リスク曝露の追跡検査費用は針刺し事故1件当たりおよそ3,000ドルになる。安全な針を使った器具の値段は、標準的な器具より28セント高いだけである。安全な針を使った器具の使用を義務づける法律が施行されると、カリフォルニアの病院では年間1億ドル以上の経費節減になると予想される（注4）。

看護師の権利

国際労働機関（ILO）によると、保健医療職の健康を脅かすリスクを防止、低減または排除するために、あらゆる対策が取られるべきである。これには次のような対策が含まれる（注5）。

- 労働安全衛生に関する包括的な国策
- 労働安全衛生サービスの確立
- 健康診断の利用（勤務時間中でおかつ、労働者本人の費用負担を伴わないことが望ましい）
- 健康診断に関する医療上の守秘義務
- 特に危険な業務に従事する労働者への経済補償
- あらゆる保護に関する支給の実施

自分自身と他者を守るためにできること：

- ⇒ 安全かつ効果的な代替物が利用できる場合は針の使用を避ける。
- ⇒ 針のリキャップをしない。
- ⇒ 血液媒介病原体に関する研修に参加し、B型肝炎ワクチン接種など、推奨される感染予防策に従う。
- ⇒ すべての針刺し事故その他の鋭利物による事故を報告し、適切な追跡治療を受けられるようにする。

- ⇒ データ収集を含めて、定期的に状況を確認し、安全な看護業務実践について提唱する。
- ⇒ より安全な技術を開発するためのロビー活動と教育を行う。
- ⇒ スクリーニング、曝露後のカウンセリング、予防、法律扶助、サポート・グループについて提唱する。
- ⇒ 資金力を利用して安全器具を購入する。
- ⇒ 安全で包括的な医療廃棄物処理体制を構築するための政治活動と教育を行う。
- ⇒ 安全意識を高める。
- ⇒ 予防するための努力を評価し、実践に対してフィードバックを行う。

国際看護師協会（ICN）は、125団体を超える各国看護師協会からなる連合団体で、世界数百万人の看護師を代表しています。看護師のために看護師によって運営されるICNは、国際レベルで看護職の意見を代弁しており、すべての人々への質の高いケアと健全な保健政策とを確保するため、グローバルに取り組んでいます。

詳しくは下記までお問い合わせください。
Mireille Kingma、Eメール：Kingma@icn.ch

2000年7月

注1) 国立労働安全衛生研究所（NIOSH）、Preventing Needlestick Injuries in Health Care Settings、1999年11月、Publication NR. 2000-108.

注2) WHO Safe Injection Global Network

注3) Henry et al.、1990年、NIOSH Preventing Needle Stick Injuries in Health Care Settings

注4) アメリカ看護師協会、Nursing Facts: Needlestick Injury、1998年

注5) ILO勧告第157号：看護職員の雇用、労働条件および生活状態

看護問題

「看護問題」ファクトシートは、最新の保健・社会問題について、クイックリフファレンスおよび看護職の視点から見た国際情勢を提供する。

医療従事者の予防接種： インフルエンザと B 型肝炎

背景

ワクチンは、免疫をつけて病気を予防するために世界中で幅広く利用されている。予防接種の効果は広く認められている。WHO の推定によると、2002 年にはワクチン接種のおかげで約 200 万人が命拾いし、1988 年以来 500 万人がポリオによる麻痺を免れ、はしかによる死亡者数は 1999 年から 2003 年までに 40% 近く減少した（注 1）。予防接種は、病気や苦痛、死亡を減少させるだけでなく、保健医療制度の負担も軽減して、多くの場合、節約した資金を他の保健サービスに振り分けることを可能にする（注 1）。このため、WHO はワクチン接種を最も費用効果の高い保健投資の 1 つであると認識している（注 1）。

患者を相手に仕事をする医療従事者は、ワクチンで予防可能な疾患に曝露し、それらの感染症を他の患者にうつす危険性が高い。その結果、世界中の保健医療制度は、特定の感染症に対する予防接種を受けるよう医療従事者に勧告している。その根拠は 3 つある。主要な疾病に対するワクチン接種は、医療従事者を守り、その家族を守り、患者を守るのである。しかし、これらの予防接種方針が採用され、医療従事者が社会全般のワクチン接種プログラムの実施に貢献しているにもかかわらず、研究結果には、医療従事者の予防接種率を改善しなければならないと示されている（注 2）。

このファクトシートでは、ワクチンで予防可能な 2 つの重要な疾患、すなわちインフルエンザと B 型肝炎に対する医療従事者の予防接種に関連する問題を探る。

医療従事者のインフルエンザ予防接種

インフルエンザは、ワクチンで予防できる最も一般的な疾患であり、罹患率と死亡率が高い（注3）。アメリカでは、インフルエンザと肺炎で年間約4万人が死亡し、20万人以上が入院、合計して第7位の死因となっており、エイズによる死亡者数を大幅に上回っている（注3）（注4）。

インフルエンザは感染力が強いウイルスで、保健医療施設では、しばしばインフルエンザの院内感染が確認される。医療従事者は独特の労働環境が原因で、インフルエンザに感染するリスクが大きく、仕事に深く専心する結果、感染してもなお患者のケアを続ける人が少なくない（注2）（注3）。インフルエンザにかかった人の約50%は典型的な症状を示さず、したがって感染に気づかない可能性があり、5～10日間にわたってウイルスを飛散させることがあるため、結果的にこの疾患が保健医療施設全体に広がる可能性はさらに高まる（注3）。

インフルエンザが大流行している間、保健医療施設は人手不足で機能が低下することが多い。ワクチン接種で医療従事者を保護することは、患者への感染を減らすだけでなく、このような事態も改善でき、それによって院内集団感染に伴う病院経費の大幅増を抑えるうえで役立つ。その結果、多くの機関が医療従事者の定期的なインフルエンザ・ワクチン接種を勧告している。例えば、米国疾病対策予防センター（CDC）は1980年代前半にこの勧告を採択し、2000年までにはヨーロッパ12カ国もそれに倣った（注2）。

医療従事者のインフルエンザ・ワクチン接種率

研究の結果、インフルエンザ・ワクチン接種が医療従事者、その家族および患者にとって有益であるにもかかわらず、接種率には幅があり、低い場合が多い。ワクチン接種率に関する研究について行われたあるレビューによると、接種率は2～82%であった（注2）。接種率はヨーロッパよりアメリカのほうが高いが、2002年の医療従事者の接種率はアメリカがわずか38%、ヨーロッパでは12～25%にすぎなかった（注2）。

インフルエンザ・ワクチン接種率の改善

最終的には、ワクチン接種の決定は個々の医療従事者にかかっているが、研究によれば、総合的な予防接種キャンペーンによって接種率が高まる場合がある。成功を収めたキャンペーンの注目すべき特徴には「通知、教育、ワクチン接種」が含まれる（注2）。通知としては、Eメールや給料明細表、メモといった個別のコミュニケーションが挙げられる。教育は、組織内の会合・会議など多くの形態があげられる。最後に、予防接種は、例えばウォークイン診療所やワクチン接種カート（vaccination cart）から無料で簡単に受けられるようにすべきである。

教育の要素は重要であり、自分や家族、患者を保護するという根拠を伝えるだけでなく、医療従事者がワクチン接種を受けない主な理由にも目を向けるべきである。研究によれば、医療従事者がワクチン接種を受けない背景には多くの誤解がある。とりわけ医療従事者は、副作用の心配、ワクチンがインフルエンザを引き起こす場合があるという考え、感染のリスクが低く、ワクチンには効果がないという認識を理由に挙げた（注2）。だが実際には、あらゆるワクチンの例に漏れず有害事象が発生する可能性はあるものの、それは一般に短期間の軽い注射部位反応であり、他の副作用が現れ

ることはそれほど多くない。加えて、ワクチン株が流行しているインフルエンザに適合すれば、健康な成人に対するワクチンの効果は 70～90%である（注 2）。全体的に見て、キャンペーンを成功させるには、ワクチン接種のメリットが医療従事者の不安を上回ることを証明しなければならない。

B 型肝炎予防接種

B 型肝炎はキャリアが世界中に 3 億 5,000 万人以上おり（注 5）（注 6）、医療従事者にとって大きな感染の危険となっている（注 7）。科学者の推定によると、2000 年現在、世界中で 6 万 6,000 人もの医療従事者が、工作中的の鋭利物による損傷が原因で B 型肝炎に罹患している可能性がある（注 8）。アメリカでは 1993 年、およそ 1,450 人の保健医療職が、感染した血液・血清由来の体液に曝露し B 型肝炎に感染した（ただし、こうした原因による感染は 1985 年から 90%減少）（注 5）。米国 CDC は、医療従事者の予防接種に関する 1997 年の勧告で、保健医療職の 5～10%が慢性 B 型肝炎に罹患しており、肝硬変や肝臓癌、死亡のリスクにさらされていると示唆した（注 5）。この疾病に罹患すると、生涯にわたって他者に感染させる可能性がある。推定によれば、アメリカでは以前、B 型肝炎感染症が原因で毎年 100～200 人の医療従事者が死亡していた（注 5）。

したがって、B 型肝炎による深刻な影響を防止するには、血液や他の汚染体液に暴露する医療従事者にワクチン接種を受けさせる必要がある保健医療制度によって方針が異なるかもしれないが、ごくまれにしか血液に触れない医療従事者に対しては、曝露前のワクチン接種ではなく曝露後の予防策が適切であろう。

危険にさらされた医療従事者の検査

血液や患者に接触する可能性があるか、絶えず鋭利物や針による傷害の危険にさらされている医療従事者には、ワクチン接種だけでなく接種後の血清検査も受けさせ、十分に感染を予防できる抗体になっているかどうか確認するのが適切であろう。

要約

医療従事者は、職業の性質上、感染の危険が高い。患者との接触は、インフルエンザや B 型肝炎をはじめとする多くの疾病に罹患する可能性を高める。どちらの感染症も罹患率・死亡率が高く、そのため、医療従事者は自分自身と家族、患者を守るためにワクチン接種を受けるべきである（注9）。

国際看護師協会（ICN）は、125団体を超える各国看護師協会からなる連合団体で、世界数百万人の看護師を代表しています。看護師のために看護師によって運営されるICNは、国際レベルで看護職の意見を代弁しており、すべての人々への質の高いケアと健全な保健政策とを確保するため、グローバルに取り組んでいます。

詳しくは右記までお問い合わせください： icn@icn.ch

ICN/01/2007

注1) WHO Fact Sheet 288 ‘ Immunization against diseases of public health importance. ’

注2) Hoffman F et al. Infection 2006; 34 :142-147.

注3) Backer H. Clinical Infectious Diseases 2006; 42 (15 April).

注4) 詳しくは www.ifpma.org/influenza を参照

注5) Maynard J. Vaccine 1990 Mar. 8 Suppl: S18-20; discussion S21 -3.

注6) WHO Fact Sheet 204 ‘ Hepatitis B ’

注7) MMWR 1997; 46 (RR-18):1-42.

注8) Pruss-Ustun A et al. Am J Ind Med 2005 Dec; 48 (6):482-90.

注9) 国際製薬団体連合会（IFPMA, 2007）

患者の安全

ICNの所信：

患者の安全は、質の高い保健医療と看護の基本である。ICNは、患者安全の増進には、保健医療専門職の雇用・研修・雇用継続をはじめ、パフォーマンスの向上、環境安全、危機管理などの領域における広範な活動が含まれるものと考えている。また、危機管理の中には、感染対策や薬剤の安全使用、医療機器の安全使用、安全な臨床実践、安全なケア環境、患者安全に関する科学的知見の集積および、そのためのインフラストラクチャー整備などが含まれる。

看護師は、ケアのすべての局面において患者の安全に取り組み、患者をはじめとする人々へのリスクとリスク軽減に関する情報提供、患者安全の推進、有害事象の報告などを実施する。

リスクの早期発見は患者の傷害を防ぐカギであるが、その実現は、信頼・公正・誠実の文化の維持と、ヘルスケアシステムにおける患者とケア提供者間の開かれたコミュニケーションにかかっている。ICNは、透明性と報告（個々のケア提供者への非難・中傷ではなく）、そして、有害事象にまつわる人的要因とシステム要因への対応という考え方に基づくシステムぐるみのアプローチを積極的に支持する。

ICNは、適切な訓練を受けた人材の不足によって、患者の安全および保健医療の質が大きく脅かされていることを強く懸念している。今日の世界的な看護師不足は、こうした脅威の代表である。

ICNは、看護師と各国看護師協会が以下の点について責任を負うものと考えている：

- 患者と家族に潜在的リスクを知らせる。
- 有害事象を、関係当局に迅速に報告する。
- ケアの安全性と質のアセスメントにおいて、積極的な役割を果たす。
- 患者および他の保健医療専門職とのコミュニケーションを改善する。
- 十分な職員配置水準を求めてロビー活動を行う。
- 患者安全の改善方策を支援する。
- 厳格な感染対策プログラムを促進する
- 過誤を最小限に抑えるため、治療指針やプロトコルの標準化を求めてロビー活動を行う。
- 薬剤師や医師等の専門職団体と連携して、医薬品のパッケージとラベルの改善を図る。
- 全国的な報告制度と連携を図り、有害事象を記録・分析し、そこから教訓を得る。
- 優れた患者安全を提供する保健医療提供者を認証するための仕組み（認定制度など）を開発する。

背景：

保健医療行為は人々に益することを目的として行われるが、保健医療に関連する諸過程および技術的・人的要因が複雑に絡み合った結果として、過誤や有害事象の発生というリスク要因が随伴する。有害事象とは、患者の疾患や病状自体によってではなく、保健医療専門家が行う疾

病や病状の管理によって引き起こされる損害や傷害と定義される¹。患者の安全に対する脅威として多いものは、誤薬や院内感染、放射線の過量照射、偽造薬の使用などである。

重大な有害事象にはヒューマンエラーが何らかに関与しているが、通常、システム側に内在する要因があり、それを適切に処理していれば過誤の発生は防げるはずである。

施設内職員配置水準の不備が、患者の転倒あるいは褥創、誤薬、院内感染、再入院等の有害事象の増加と相関していること、そして、これらが入院日数の増加および院内死亡率の上昇につながっていることを示すデータが蓄積されつつある²。職員不足および、意欲欠如や技術・技能の不足によるパフォーマンス不良も、患者の安全を左右する重要な要因である。

保健医療の質が劣悪であると、多くの有害事象が発生し、ヘルスケア財政に深刻な影響を与える。

2002年採択

関連ICN所信声明：

- 「看護師」という名称の保護
- 看護の規制
- 看護業務の範囲
- 看護補助者

関連ICN出版物：

- *Patient Safety, WHPA, Fact Sheet (2001).*

国際看護師協会（ICN）は、120団体を超える各国看護師協会からなる連合団体で、世界数百万人の看護師を代表しています。看護師のために看護師によって運営されるICNは、国際レベルで看護職の意見を代弁しており、すべての人々への質の高いケアと健全な保健政策とを確保するため、グローバルに取り組んでいます。

* 本文中の「看護師」とは、原文では *nurse(s)* であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てていますが、免許を有する看護者すべてを指す。

¹ Thomas, E.J; & Brennan, BMJ, Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. 18 March 2000. p.9.

² Aiken, I.H. et al. Hospital Nurse Staffing and patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA (2002); 288: 1987-1993.

看護職員に対する虐待および暴力

ICN の所信：

ICN は、受動的攻撃から殺害に至るまで、またセクシャル・ハラスメントも含めて、看護職員に対するあらゆる形態の虐待および暴力を強く非難する。そのような行為は、個人の尊厳と高潔、そして危害からの自由に対する看護師の権利を侵害する。

ICN は、他のヘルスケア専門職、患者、子ども、高齢者その他の一般市民を含め、あらゆる人に対して加えられる虐待・暴力行為を非難する。しかし看護師は、この雇用分野で特に危険にさらされる職種であるため、看護職員に対するあらゆる形態の虐待および暴力の撤廃に注意を払い続けなければならない。

ICN は、医療現場における暴力は効果的な患者サービスの提供を脅かし、したがって患者の安全を脅かすと固く信じている。質の高いケアを提供するには、看護職員に安全な労働環境と敬意ある扱いを保証しなければならない。過剰労働、危険な労働条件、不十分な支援は暴力の一種であり、良い実践には結びつかないとみなすことができる。

ICN は、いかなる暴力も“許さない”という考え方を反映する方針、例えば法律、職員規則、司法制裁、職場環境基準、文化規範の立案を促進・支援する。その事件の重大性に見合った制裁を科すべきだ。共通の目標を掲げて暴力反対運動を推し進める他の組織との協力が重要である。

ICN は、すべての看護師には、職場で暴力事件が発生した場合に報告し、効果的に介入する個人責任があると考えます。職場暴力の危険に特にさらされる看護学生を保護するために、適切な安全対策を適用しなければならない。

ICN は各国看護師協会に対し、以下の行動に積極的に取り組むよう強く勧める。

- 看護職員に対するさまざまな暴力の実例に、一般の人々や看護界の注意を向ける。
- 報告手続きや補償・損害賠償手続きにおける看護師への支援も含め、看護職員（暴力の被害者および加害者）がカウンセリング・サービスを利用できるようにする。
- 労働・学習環境に適切な安全対策と内密の苦情処理手続きを導入し維持するよう交渉する。
- 必要に応じて法律扶助の利用促進も含め、看護師を支援する。

- 関連雇用団体や全国医療組織などの幹部と話し合い、安全で敬意ある労働・学習環境の整備にあたって援助を得る。
- 使用者に適切な人員配置の立案、質の高いケアを支援する作業方法、安全な行動パターンの促進などの労働安全衛生義務を果たさせるよう努力する。この努力には、これらの義務を果たさない使用者の監視・糾弾が含まれることがある。
- 看護師が職場での虐待や暴力に対処するために利用できる既存の資源を認識させ、アクセスを確保する。
- 職場での虐待や暴力の認識・管理に関する改善された教育や継続訓練を提供し、提言する。
- 看護師が暴力事件のことで自分を責める傾向が長く続かないような看護文化の創出を支援する。
- 役割モデルを通じて、看護のポジティブなイメージを高め、尊厳と個人の安全に対する看護師の権利を尊重させる。看護カリキュラムに暴力の撤廃および / または管理に関するコースを盛り込む。
- 保健部門の暴力に関する信頼できるデータの収集を援助する。
- 質の高いケアを提供し、適切な人員配置を維持するとともに、安全な行動パターンを促進する作業方法の立案を援助する。
- 個人中心の介入だけでなく組織面・環境面からの介入も組み込んだ職場暴力削減戦略を取り決める。
- 利用しやすく内密で効果的な報告手段を創出・促進する。
- 教育機関において、職場での虐待や暴力に関する正式な訓練を導入するのを支援する。

背景：

病気や生命に危険を及ぼす可能性のある要因は、患者とその家族、医療現場の職員にストレスを与える。このようなストレスは、暴力につながる要因をさらに悪化させる可能性があり、そうした要因は社会全体で、特に医療現場で増大していると報告されている。

職場暴力は至るところで広く見られる。心理的暴力の影響は、身体的暴力の影響より大きいとは言わないまでも、それと同じくらい大きい。心理的暴力もまた広まっている。

保健部門の労働条件は、以下の点で看護職員その他の医療従事者をより大きな暴力の危険にさらしている。

- 不十分な人員配置と管理、臨時職員や経験不足のスタッフの雇用、多すぎる仕事量、医療単位に対する単独責任といった人員配置パターン
- 夜間の通勤を含む交替制勤務

- 医療施設における安全対策の不備
- 親密な身体的接触を要求する介入
- 感情の高ぶりがみられる状況でしばしば生じる、過重な仕事量
- プライバシー皆無かそれに近い状態の、簡単に入出りできる職場
- 孤立した状況下での家庭訪問

調査によれば、看護職員は医療従事者の中でも特に職場暴力の危険にさらされている。他の職業と比べて、男女を問わず看護職員に対する暴力は頻繁に発生し、大きな影響を及ぼしている。第三者に対する暴力として知られるように、暴力の影響は職場にとどまらず、被害者の家族や観察者にも及ぶ。言葉による虐待を軽視してはならない——その影響は、ケア提供への余波も含めて身体的攻撃と変わらない。

伝統的に、女性に対する身体的暴力やセクシャル・ハラスメント、言葉による虐待は人権侵害であるにもかかわらず、多くの文化において暗黙のうちに許容されている。また、看護師は虐待や暴力を「仕事の一部」として従順に受け入れる場合が多い——このような態度は、一般の人々や司法関係者にも見られることがある。男女を問わず被害者に沈黙を求める圧力が大きく、過少報告は、効果的な職場暴力削減戦略の立案・実施を妨げている。

潜在的に危険な状況を認識し、攻撃に対処する効果的な手段を練り上げるために看護職員を訓練するプログラムはほとんどないにも関わらず、看護師は暴力に対処することを期待されている。

身体的虐待や言葉による虐待、セクシャル・ハラスメントの影響として、次のようなものが挙げられる。

- ショック、不信感、恥辱感、罪悪感、怒り、鬱状態、恐れ、自責の念、無力感、搾取感
- 身体的な傷害や不調（例：偏頭痛、嘔吐）、性的障害
- ストレスと不安の増大
- 自分の専門能力に対する自尊心や自信の喪失
- 常習的欠勤など、職務の遂行に悪影響を与えかねない回避行動
- 対人関係への悪影響
- 職務に対する満足感の喪失、職員の就業意欲の低下、離職率の上昇

暴力は破壊的なものであり、観察者や被害者、その家族に甚大な悪影響を与え、最終的に患者のケアや安全に影響を及ぼす。暴力は労働環境を「毒する」と言える。

参考文献

「職場における暴力対策ガイドライン」、ジュネーブ、ICN、2004 年

ILO/ICN/WHO/PSI Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector and the Training Manual (<http://www.icn.ch/sewworkplace.htm#Framework>;
http://www.icn.ch/SEW_training_manual.pdf)

2000 年採択

2006 年改訂

関連 ICN 所信声明：

- 看護師の社会経済福祉
- 看護師の雇用維持、移動および移住
- 看護師の労働安全衛生
- 看護師と交替制勤務
- 保健職の人的資源開発 (HHRD)
- 看護師と人権

関連 ICN 出版物：

- *Guidelines on Coping with Violence*
- *Framework Guidelines Addressing Workplace Violence in the Health Sector*

国際看護師協会 (ICN) は、120 団体を超える各国看護師協会からなる連合団体で、世界数百万人の看護師を代表しています。看護師のために看護師によって運営される ICN は、国際レベルで看護職の意見を代弁しており、すべての人々への質の高いケアと健全な保健政策とを確保するため、グローバルに取り組んでいます。

* 文書中の「看護師」とは、原文では *nurse(s)* であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てていますが、免許を有する看護者すべてを指す。

看護師の労働安全衛生

ICNの所信：

ICNは、保健部門の安全な労働環境が患者の安全に大いに貢献し、良好な患者予後を支援することを明確にしている。そのためにICNは、継続教育、予防接種および保護服・保護具など、安全な労働環境で働く看護師の権利を守る国際・国内・地方各レベルにおける政策や手段の立案・適用を促進する。ICNは、この分野における研究を奨励し、適切な利害関係者に定期的に関連情報を広めるといった自らの任務を再確認する。

ICNは、職場の看護師を対象とする適切な国内労働安全衛生法には不備があり、職業上の危険の監視・撤廃に労働者が参加するための仕組みが往々にして不十分で、最適な労働安全衛生サービスや労働監督を確保するための資源が十分に割り当てられていないことを遺憾に思う。

ICNは、労働安全衛生に関するさまざまなILO条約を強力に支持し、各国看護師協会が以下の活動を実施すべきであると考えている。

- 自国の政府に対し、すべての保健機関が労働安全衛生法の規定の範囲に含まれるよう強く要請する。これはロビー活動や個人的・集団的政治行動を通じて実施できる。
- 自国において、リスクのある行為、態度、手順および活動だけでなく、看護師の労働環境の安全性・妥当性に関する研究を開始・支援する。
- 暴力や虐待など、保健部門における職業上の危険に看護職員、雇用者および一般大衆の注意を向ける。
- 安全な環境に対する（労働者としての）権利と、自身の安全を確保し、他の人々の安全を促進する義務に対する看護師の認識を高める。
- 政府と雇用者を説得し、業務の過程で危険にさらされる看護師の健康と福祉を保護するために、あらゆる必要な対策（適切な場合はワクチン接種を含む）を採用・実施させる。
- 政府・雇用者に対し、看護職員が追加費用を負担せずに保護対策（例：保護服）や保護具を利用できるようにすることを強く要請する。
- 看護師に対し、職場における自己の安全衛生に関係のあるワクチン接種を受けるよう勧める。
- 関係当局と協力して正確な職業病リストを作成し、看護職員にとっての妥当性を定期的に評価する。
- 職業上の疾病や傷害に関する看護師の損害賠償請求を支援する。
- 看護師の労働関連災害・傷害・疾病の発生に関する情報を入手し、普及させる。
- 安全な労働環境で働く労働者の権利を支援する他の組織と協力する。
- 文化的に適切な労働安全衛生方針や治療計画の立案にあたって、労働者と家族との関係が重要であることを認識する
- 威嚇されずに患者の擁護者の役割を果たす看護師の自由を支援する。
- 方針の適切な実施を確保するために、あらゆるレベルで十分な監視システムを要求する。
- 職場にもたらされる新たな危険に関する情報を広める。
- 雇用者による労働安全衛生法の不遵守に関する情報（そのような違反の報告手段を含む）を広める。

ICN は、労働者のプライマリ・ヘルスケア・ニーズに応えるうえで職業看護師の役割拡大を支持し、公平な報酬と、専門能力の開発を支援する適切なキャリア構造を要求する。ICN は、労働安全衛生を職業看護師の役割として認め、専門技術レベルに見合った適切な報酬を支払い、この活動分野に看護師を引きつけ、引きとめておくための奨励策を提供するよう要求する。

背景：

ICN は、健康増進における労働安全衛生の重要な役割を認識している。さらに ICN は、看護師が労働安全衛生分野の専門知識を深めており、労働者に費用効果の高いサービスが提供されるようになっていることも認識している。

患者へのケアは、医療従事者の安全な労働環境の恩恵を受ける。しかし以下の理由で、看護師の労働環境は危険であることが多い。

- 人的活動や産業活動からの廃棄物による環境汚染
- リスク（例：化学的、生物的、物理的、騒音、放射線、反復労働）
- 医療技術——整備不足、技術利用訓練の不足
- 保護服や安全な備品へのアクセスの不備
- 交替制勤務に伴う日常生活パターンの乱れ
- 複雑な政治・社会・文化・経済・臨床状況のもとで働く看護師の情緒的・社会的・心理的・精神的資源に対する要求の高まり
- セクシャル・ハラスメントを含む暴力の発生
- 不十分な人間工学（医療関連設備・素材・施設の工学技術やデザイン）
- 不十分な資源配分（例：人的資源、財源）
- 孤立

ICN は、ほとんどの政府が、確固たる政策策定の基礎として、看護職員の事故・傷害・疾病の発生に関する正確な最新情報を収集していないことに注目している。関連データの不足は大いに懸念される問題である。

国によっては、労働安全衛生法そのものがない。また、法律の実施を監視する手段や、違反した雇用者を処罰する仕組みが効果を上げていないか、まったく存在しない国もあれば、病院その他の保健機関を適用対象外とする法律を採択している国もある。

看護職員の雇用、労働条件および生活状態に関する国際労働機関（ILO）条約第 149 号^[1]3は、加盟国に対し、「労働安全衛生に関する現行法規を、看護労働および看護労働が遂行される環境の特殊性に適合させることによって改善する」ことを求めている。付属の勧告（第 157 号）

[1] 国際労働機関、看護職員の雇用、労働条件および生活状態に関する条約第 149 号および勧告第 157 号、ジュネーブ、ILO、1977 年

[1]の 条は、職場における看護師の安全衛生を保証するために必要と考えられる方法を、さらに詳しく説明している。

1987年採択
2006年改訂 / 更新

関連 ICN 所信声明:

- 看護職員に対する虐待および暴力
- 看護師と交替制勤務

関連 ICN 出版物:

- *Guidelines on Coping with Violence*
- *Framework Guidelines Addressing Workplace Violence in the Health Sector*

国際看護師協会 (ICN) は、120団体を超える各国看護師協会からなる連合団体で、世界数百万人の看護師を代表しています。看護師のために看護師によって運営されるICNは、国際レベルで看護職の意見を代弁しており、すべての人々への質の高いケアと健全な保健政策とを確保するため、グローバルに取り組んでいます。

* 文書中の「看護師」とは、原文では *nurse(s)*であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てていますが、免許を有する看護者すべてを指す。

ICN、質の高い看護ケアを確保するすばらしい看護実践環境を要求

ジュネーブ、2007年5月12日 ICNは、質の高い保健医療施設は質の高い看護ケアを提供するという、エビデンスによって裏づけられた信念に基づき、現在すべての地域の保健医療労働環境に見られる深刻な不備に対する取り組みと改善を求めるグローバルな活動を開始しました。安全で質の高い効率的な保健サービスの提供は、医療従事者の能力と、優れた実践を支援する職場環境にかかっています。多くの国々の保健医療部門では依然として投資額が少なく、その結果、労働条件の悪化を招いています。これは保健関係者の採用・定着、保健医療施設の生産性と実践、そして最終的には患者アウトカムに重大な悪影響を及ぼしています。国内・国際レベルの保健目標を達成するには、保健医療部門全体ですばらしい実践環境（PPE）を整えなければなりません。

「すばらしい看護実践環境を求めるICN活動の目標は、優れた看護実践を支援する保健医療施設の環境を通して、保健サービスの質を高めることです」と、南裕子ICN会長は宣言しました。「私たちは、患者と一般の人たちには看護師その他の医療専門家に最高の能力を求める権利がある、と考えています。これを達成できるのは、意欲的で十分な備えのある労働力を実現・維持できる職場環境だけです」

ICNは「国際看護師の日」に、「質の高い職場環境は質の高い看護ケアにつながる」という情報・行動ツールキットを発行し、この課題を明らかにしました。このツールキットは、看護師の意識を高めて行動を促すように作られており、管理者や第一線の看護師、最高経営責任者、職能団体、規制機関が利用できます。質の高いサービス提供の改善に関心を持つすべての保健関係者に、すばらしい実践環境に関するデータを提供します。このツールキットは、すべてのICN会員協会と世界中の看護代表者に配布されています。また、オンライン（www.icn.indkit.htm）でも閲覧可能です。

./.

すばらしい看護実践環境の確立は、ICNのみならず、先ごろICNが設立した国際看護人材資源センター（International Centre for Human Resources in Nursing, ICHRN）にとっても、今後何年にもわたって優先事業となるでしょう。ICHRNの目標は、看護サービスと保健医療サービスの発展によって看護ケアの質を改善することであり、ウェブサイト（www.ichrn.org）に掲載されるデータやツール、基準では、すばらしい看護実践環境について広報しています。

編集部注

国際看護師協会（ICN）は、129 団体を超える各国看護師協会からなる連合団体で、世界数百万人の看護師を代表しています。看護師のために看護師によって運営される ICN は、国際レベルで看護職の意見を代弁しており、すべての人々への質の高いケアと健全な保健政策とを確保するため、グローバルに取り組んでいます。

詳しくは Linda Carrier-Walker までお問い合わせください。

電話：+41 22 908 0100 ファックス：+41 22 908 0101

E メール：carrwalk@icn.ch ICN ウェブサイト：www.icn.ch

References

- Ahlberg-Hulten GK, Theorell T & Sigala F (1995). Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 21(6), 435-439.
- Aiken L, Clarke SP, Sloane DM, Socha Iski J & Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Aiken L, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM & Silber JH (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1619.
- Aiken LH, Sloane, DM & Klocinski JL (1997). Hospital nurses occupational exposure to blood: Prospective, retrospective, and institutional reports. *American Journal of Public Health*, 87(1), 103-107.
- Alexander JA, Bloom JR & Nuchols BA (1994). Nursing turnover and hospital efficiency: An organization-level analysis. *Industrial Relations*, 33(4), 505-520.
- Al-Shammari MM (1992). Organizational climate. *Leadership & Organization Development*, 13(6), 30-32.
- American Federation of Teachers (1995). *Definition of "safe staffing."* Available from the American Federation of Teachers Web site, <http://www.aft.org/topics/healthcarestaffing/definition.htm>
- Baguley K (1999). *Workplace empowerment, job strain, and affective organizational commitment in critical care nurses: Testing Kanter's structural theory of organizational behavior*. Unpublished master's thesis, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.
- Baker R, Norton P, Flitoff V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686.
- Baumann A, Blythe J, Cleverley K, Grinspun D & Tompkins A (2006). *Health Human Resource Series Number 3. Educated and underemployed: The paradox for nursing graduates*. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.
- Baumann A, Yan J, Degelder J & Malikov K (2006). *Health Human Resource Series Number 4. Retention strategies for nurses: A four country comparison*. Geneva: International Council of Nurses.
- Baumann A, Hunsberger M, Blythe J & Crea M (2006). *Health Human Resource Series Number 6. The new healthcare worker: Implications of changing employment patterns in rural and community hospitals*. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.

- Baumann A, O'Brien -Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron, et al. (2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation.
- Becton, Dickinson and Company (2006). *BD and International Council of Nurses collaborate to address the health human resource crisis in Africa* . Available from the BD Worldwide Web site, <http://www.bd.com/>
- Best M & Thurston E (2004). Measuring nurse job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 283-290.
- Best M & Thurston E (2006). Canadian public health nurses' job satisfaction. *Public Health Nursing*, 23(3), 250-255.
- Blegen MA (2006). Patient safety in hospital acute care units. *Annual Review of Nursing Research*, 24.
- Blegen MA, Goode CJ & Reed L (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 43-50.
- Bryce EA, Ford J, Chase L, Taylor C & Scharf S (1999). Sharps injuries: Defining prevention priorities. *American Journal of Infection Control*, 27 (5), 447-452.
- Brown SP & Leigh TW (1996). A new look at psychological climate and its relationship to job involvement, effort, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 81 (4), 358-368.
- Buchan J & Calman L (2004). *The global shortage of registered nurses: A n overview of issues and actions*. Geneva: International Nursing Council.
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety (2005, January). *Needlestick injuries*. Available from the Canadian Centre for Occupational Health and Safety Web site, http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick_injuries.html
- Canadian Nurses Association (2006). *Vision and mission*. Retrieved December 1, 2006, from http://www.cna-nurses.ca/CNA/about/mission/default_e.aspx
- Choi BCK, Levitsky M, Lloyd RD & Stones IM (1996). Patterns and risk factors for sprains and strains in Ontario, Canada 1990: An analysis of the workplace health and safety agency database. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38(4), 379-389.
- Cox S & Flin R (1998). Safety culture: Philosoph er's stone or man of straw? *Work & Stress*, 12(3), 189-201.
- Dickson M W, Resick C J & Hanges PJ (2006). When organizational climate is unambiguous, it is also strong. *Journal of Applied Psychology*, 91(2), 351-364.
- Downey HK, Hellriegel D & Slocum JW (1975). Congruence between individual needs, organizational climate, job satisfaction and performance. *The Academy of Management Journal*, 18(1), 149-155.
- Engkvist IL, Hagberg M, Wigaeus Hjelm E, Menckel E & Ekenvall L (1998). PROSA study group. The accident process preceding overexertion back injuries in nursing personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24, 367-375.

- Flexner A (1910). *Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching*. Retrieved October 18, 2006, from http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf
- Gaudine AP (2000). What do nurses mean by workload and work overload? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(2), 22-27.
- Griffin MA & Neal A (2000). Perceptions of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 347-358.
- International Council of Nurses (n.d.). *Nurse: Patient ratios*. Available from the ICN Web site, http://www.icn.ch/matters_rnpratio.htm
- International Council of Nurses (2004). *Workload measurement in determining staffing levels*. Geneva, Switzerland
- International Council of Nurses (2006). *Safe staffing saves lives information and action tool kit*. Available from the ICN Web site, <http://www.icn.ch/indkit2006.htm>
- Institute of Medicine (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine 2000). Available from <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
- Kingma M (2006). *Nurses on the move*. New York: Cornell University Press.
- Koehoorn M, Kennedy S, Demers P, Clyde Hertzman C & and Village J (2000). *Musculoskeletal injuries among health care workers: Individual, biomechanical and work organization factors*. Available from the Work Safe BC Web site, http://www.worksafebc.com/about_us/library_services/reports_and_guides/wcb_research/Default.asp
- Kovner C & Gergen PJ (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kramer M & Schmallerberg C (1988). Magnet hospitals: Part 1 institutions of excellence. *Journal of nursing Administration* 18(1), 13-24.
- Kristensen TS (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 25 (6), 550-557.
- Lancaster AD (1997). Consult stat: Understaffing can increase infection rates. *RN*, 60(10), 79.
- Laschenger HKS, Wong C, McMahon L & Kaufmann C (1999). Leader behaviour effect on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 29 (5), 28-39.
- Leveck ML & Jones CB (1996). The nursing practice environment, staff retention and quality of care. *Research in Nursing and Health* 19(4), 331-343.

- Lowe GS (2004). *Healthy workplace strategies: Creating change and achieving results*. Available from the Canadian Policy Research Network Web site, <http://www.cprn.com/en/doc.cfm?doc=536>
- Lowe GS (2005). Raising the bar for people practices: Helping all health organizations become "preferred employers." *Healthcare Quarterly*, 8, 60-63.
- McClure ML (2005). Magnet hospitals: Insights and issues. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 198-201.
- McClure M, Poulin M, Sovie M & Wandelt M (1983). *Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses*. Kansas City, MO: American Academy of Nurses.
- McGillis Hall L (2005). Nurse staffing. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 9-37). Jones and Bartlett: Sudbury, MA.
- Mearns KJ & Flin R (1999). Assessing the state of organizational safety —Culture or climate? *Current Psychology: Development, Learning, Personality, Social* 18 (1), 5-17.
- Morrison R S, Jones C B & Fuller B (1997). The relationship between leadership style and empowerment on job satisfaction on nurses. *Journal of Nursing Administration* 29 (5), 28-29.
- National Task Force on Violence Against Social Care Staff (2001). *Report and national action plan*. Retrieved December 1, 2006, from <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/28/20/04062820.pdf>
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M & Zelevinsky K (2002). *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*. *New England Journal of Medicine*, 346 (22), 1715-1722.
- Nolan M, Lundh U & Brown J (1999). Changing aspects of nurses' work environment: A comparison of perceptions in two hospitals in Sweden and the UK and implications for recruitment and retention of staff. *NT Research*, 4(3), 221-233.
- O'Brien-Pallas L, Thomson D, Alksnis C & Bruce S (2001). The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road? *Hospital Quarterly*, 4(3), 42-50.
- Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weave, MT, Williams OD et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006a). *Healthy work environments best practice guidelines: Collaborative practice among nursing teams*. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Forthcoming: Winter 2006).
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006b). *Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining effective staffing and workload practices*. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Forthcoming: Winter 2006).
- Registered Nurses Association of Ontario (2006c). *Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining nursing leadership*. Toronto, Ontario, Canada: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006d). *Healthy work environments best practice guidelines: Professionalism in nursing*. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Forthcoming: Winter 2006).

- Rousseau DM (1996). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rowell P (2003, September 30). The professional nursing association's role in patient safety. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(3), Manuscript 3. Retrieved December 1, 2006, from www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_3.htm
- Schindul-Rothschild J, Berry D & Long-Middleton E (1996). Where have all the nurses gone? *American Journal of Nursing*, 96(11), 25-39.
- Scott J, Sochalski J & Aiken L (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
- Seigrist J (1996). Adverse health effects of high effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Shullanberger G (2000). Nurse staffing decisions: An integrative review of the literature. *Nursing Economics*, 18(3), 124-132, 146-148.
- Sinclair CM (2000). *Report of the Manitoba pediatric cardiac surgery inquest*. Available from the Province of Manitoba Pediatric Cardiac Inquest Web site, <http://www.pediatriccardiacinquest.mb.ca/>
- Sovie MD & Jawad AF (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.
- Tourangeau AE, Giovanetti P, Tu JV & Wood M (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- Tovey EJ & Adams AE (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction: An exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 150-158.
- Weisman CS & Nathanson CA (1985). Professional satisfaction and client outcomes: A comparative organizational analysis. *Medical Care*, 23(10), 1179-1192.
- White JP (1997). Health care, hospitals, and reengineering: The nightingales sing the blues. In A. Duffy, D. Glenday, & N. Pupo (Eds.), *Good jobs, bad jobs, no jobs: The transformation of work in the 21st century*. Toronto, Ontario, Canada: Harcourt & Brace.
- Wiegmann DA, Zhang H, von Thaden T, Sharnam G & Mitchell A (2002). *A synthesis of safety culture and safety climate research*. Technical Report ARL-02-3/FA-02-2. Prepared for Federal Aviation Administration Atlantic City International Airport, NJ. Contract DTFA 01-G-015.
- Wilson B & Laschinger HKS (1994). Staff nurse perception of job empowerment: A test of Kantow's theory of structural power in organizations. *Journal of Nurse Administration*, 24(Suppl. 4), 39-47.
-