

看護師：変革の力

健康に不可欠な資源



2014 年国際看護師の日

この文書の、他言語への翻訳を含む無断複製・無断転写を禁じる。国際看護師協会または看護国際人材センターの文書による許可なしに、本文書のいかなる部分も、複写印刷またはその他の方法で活字として複製してはならない。また、検索システムへの保管、あらゆる形式による転送または販売してはならない。短い引用（300語未満）は、出典を記載すれば許可なく複製してもよい。

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic 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 or the International Centre for Human Resources in Nursing. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

Copyright © 2014 by International Council of Nurses
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95099-19-7

本書は ICN の許可のもと、ICN 会員協会として公益社団法人日本看護協会が日本語訳を行いました。許可のない商業目的での使用を禁止します。

目次

第1章	はじめに	7
第2章	大局をとらえる	11
第3章	労働力計画.....	15
第4章	看護の労働負荷測定	19
第5章	労働環境の重要性.....	25
第6章	学習とアウトカムの向上.....	29
第7章	考慮すべき主要な論点	31
付属書 1	労働力計画ツール、ウェブサイト、リンクの例	33
付属書 2	労働力環境ツールの例	37
付属書 3:	ICN 所信声明: 保健医療職の人的資源開発.....	41
付属書 4:	ICN 所信声明: 看護師の価値とコスト効果の促進.....	45
付属書 5:	ICN ファクトシート:保健人材資源計画	49
付属書 6:	ICN ファクトシート: 働きやすい実践環境	53
参考資料	59



2014年5月

看護師の皆様

適切に訓練を受けた意欲ある保健医療従事者が十分な数確保されていることが、世界の人々の健康にとって不可欠であるという認識が高まりつつあります。十分な数の適切な教育を受けた看護師なくしては、質の高い必要な保健医療サービスへの公平なアクセスは実現できません。だからこそ、ICNは今年の「国際看護師の日」(International Nurse Day : IND)のテーマとして、その不可欠な資源、すなわち看護労働力を取り上げることに決めました。

保健医療専門職のなかでも最大のグループであり、人々に最も近く、かつ唯一利用できる保健医療従事者となることも多い看護師は、人々の健康の向上とミレニアム開発目標の達成に向けた貢献に大きな責任を担っています。

この「国際看護師の日」啓発文書は、保健医療従事者の需要と供給のギャップ、経済危機の影響、移動、看護師の職業生活の期間など、保健医療労働市場の大局をより広く理解するために不可欠なツールです。労働力計画の重要性と患者安全の関連性、看護師の労働負荷の計測と安全な人員配置計画についても取り上げます。また、看護実践範囲の変化や新しいテクノロジーが及ぼす影響も、看護師の働き方に変化をもたらしています。

多くの国で看護師が不足していることは明らかですが、ただ単に看護師の数を増やすことが解決策ではなく、労働環境の改善こそが患者安全とヘルスケアの質の向上を実現する鍵です。このIND啓発文書が、看護師が「状況を変える」きっかけとなり、看護師が健康に不可欠な資源であることを政府・雇用主・社会に立証していく助けになることを、私たちは祈っています。看護師と世界のリーダーたちが、すべての人々の健康増進を達成するための最優先事項として、世界の看護労働力に注目することが非常に重要です。

敬具

ジュディス・シャミアン
会長

デビッドC・ベントン
事務局長

第1章 はじめに

十分な教育を受けた看護労働力＋良好な労働環境＝ 質の高いケア

エビデンスに基づくこの単純な等式は、世界レベルまたは地方レベルのいずれで保健医療制度を考える場合にも、看護という不可欠な資源をどのように最大限活用するのかを理解するための基盤となる。

過去数十年にわたり、私たちは人口動態の変化とともに疾病負担の変化も目にしてきた。精神疾患や高齢化も含む非感染性疾患（non-communicable diseases : NCDs）の重く、増加する負担は、政府及び保健医療専門職が考え方を变えることを余儀なくした。その結果、疾病予防と健康増進が重視されるようになり、施設から地域を基盤とするプライマリケアへとケア提供の中心も移行している。人口動態の急速な変化の時代にあって、新しい感染症、環境及び生活習慣のリスクが、すべての人々の健康安全保障を脅かしている（Frenk et al 2010）。これはまた、全人的ケア、具体的には、人間中心のケア及びライフコースアプローチに再び目を向ける必要性を提起するものでもある。

同時に、健康における不平等も認識されるようになった（WHO 2008）（囲み 1）。ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）の目標期日である 2015 年が近づくにつれ、世界全体で見れば成果が上がっているにもかかわらず、進展に重大な差異があることが明らかになってきた。NCDs の負担は、メンタルヘルスを含む保健医療へのアクセスが限られている低～中所得国でより重い。この差異の解消にあらゆる保健医療従事者が果たすべき役割はかねて認識され、特にこの 10 年は保健医療労働力の開発において進展が見られた。それでも、まだまだやるべきことは多い（GHWA & WHO 2013）。2006 年の世界保健報告「健康のために共に働く（Working Together for Health）」では、保健医療従事者の不足が最貧国、特にサハラ以南アフリカで極めて深刻であり、その地域こそ保健医療従事者が最も必要とされていることを指摘した（WHO 2006）。さらに、第 3 回保健人材グローバルフォーラム（the 3rd Global Forum on Human Resources for Health : HRH）では、その宣言の中で「保健人材の問題は国境を超える。地理的な不均衡配分と国際的な移動は低中所得国・高所得国いずれにも影響を及ぼし、場合によっては必須の保健医療サービスの提供すら妨げられる事態になっている。市民と政府の関係における保健医療サービスが果たす中心的役割を考えれば、これらの問題に効果的に対応する

ことが社会の団結を強化し、社会経済的成長を加速すると期待される（GHWA 2013, para 8）。」

囲み1：健康における不平等

「子どもたちは、どこで生まれたかにより、生きられるチャンスが極端に違ってくる。日本やスウェーデンで生まれた子どもは80歳以上生きることが見込め、ブラジルでは72歳、インドでは63歳、アフリカの複数の国では50歳に達しない。そして同じ国のなかでも、生きられるチャンスの格差はきわめて大きく、それが世界中で認められる。確かに貧困国の最貧困層には病気と早世がきわめて多い。しかし、健康状態の悪さはこうした最貧困層だけのものではない。国の所得レベルにかかわらず、健康と病気はその社会階層に依拠している、すなわち社会経済的地位が低いほど、健康状態も悪いのである。

このようであってはならないし、このようなことは間違っている。体系的な健康の格差が合理的な行動で回避できるのであれば、その格差はまさに不公平である。これこそ、私たちが健康の不平等と呼ぶものである。この不平等——巨大で回避可能な国家間及び国内の格差——を正すことは、社会正義の問題である。

(WHO 2008, p1)

このような状況のもと、人権と健康の平等に対する注目が高まっている。世界のリーダー達は、国際的に合意された保健及び開発政策の目標として、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを支持している。十分に、適切な訓練を受けた意欲ある保健医療従事者は、人々の健康に不可欠である（WHO 2006）。十分な数の適切な教育を受けた看護師なくしては、質の高い必要な保健医療サービスへの公平なアクセスは達成できないのである。

看護への投資は、変化を生むことができる。多数の研究者が証明するのとおり、手頃な価格の看護介入は、ミレニアム開発目標の達成に向けて有効な貢献であるとともに、NCDsの負担を軽減することにも有効である（WHO 2013a）。プライマリヘルスケアの強化は、慢性疾患の負担への対応という点でも、最も影響を受けやすい社会から置き去りにされた人々に手を差し伸べるという点でも不可欠であり、看護師はこれに中心的役割を果たすことができる（Browne et al 2012）。保健医療制度において看護師を最も有効に活用するには、看護師はその能力を最高に発揮できるよう励まされ、支援されなければならない。

WHOの最高意思決定機関である世界保健総会（World Health Assembly : WHA）は、個人、家族及び地域の健康増進の達成において、看護と助産のサービス強化の極めて重要な必要性を繰り返し表明している。WHOの進捗報告（2013b）でも、看護と助産のサービスの強化を訴えWHAが採択した一連の決議に対応した成果を説明している。しかし、この報告書は同時に、保健医療サービスの提供に関して、看護師・助産師の人員不足が続いており、それによって訓練不足で未熟な看護師・助産師が生じる可能性がある」と結論している（WHO2013b）。

保健医療専門職の最大グループであり、人々に最も近く、唯一利用可能な保健医療従事者となることも多い看護師は、人々の健康の向上だけでなく、世界の開発目標の達成に向けて貢献する責任がある。看護師と世界のリーダーたちが、すべての人々の健康増進を達成するための最優先事項として、世界の看護労働力に注目することが非常に重要である。

現在の世界の経済状況は多大な影響をもたらしており、保健医療サービスは資源を大量に利用するがゆえに、厳しい監視の目にさらされている。この監視は、保健医療サービスの支出は「投資」ではなく「コスト」であるという見方に駆られていることが多い。この見方は、産業界に由来する言葉を、数々の保健医療制度に導入してきた。この言語は、たとえば投資に対する利益、効率性、費用対効果などといった用語を使い、無駄がない、プロセス・リエンジニアリングといった製造分野の改善の方法論を好む。実際、このような考え方も適切な形で実施されれば何か役立つ可能性はあるが、看護師が奉じる専門職としての価値と乖離するものと認識される可能性もある。この看護師の価値観は、公共サービスに対する献身と、アクセスの公平性と、ケアの精神によってもたらされるものである (North & Hughes 2012)。だが、厳しい財政緊縮に伴う経営上の圧力によって、政府や雇用主が医療コストを押し下げようとするなど、看護師が困難な状況に陥れられることがますます顕著になっている。数が多いゆえに総コストの点では最も高価な労働力として、看護師はスタッフィングミックスの見直し、看護職の削減、給与の継続的な削減や抑制を経験してきている。これが患者の信頼、看護職員の士気、質及び安全、究極的には将来の雇用と定着に与える影響は重大である。また、短期的な意思決定が長期的な影響をもたらす結果にもつながっている (Keogh 2013)。

財政の観点でも専門職の観点でも、看護が自ら妥当性を示さなければならないことは世界的に明らかである。看護と助産の社会経済的価値は、近年、ラピッドシステマティック・レビューの対象にとりあげられている (Caird et al 2010)。その結果は OECD 諸国で実施された 32 件のレビューから導き出され、精神保健看護、長期療養及び役割交替 (role substitution) という 3 つの戦略的に重要な分野が対象となった。方法的な難しさにも関わらず、このレビューは訪問による介入、専門的な看護及び予防と治療を含む看護に基づく一般実践を通じて、看護と助産が持つメリットの実例を明らかにした。実際、幅広いアウトカムに対して看護と助産が持つメリットに明確なエビデンスが認められた (Browne et al 2012; Maben et al 2012)。

看護師教育もまた、課題に対応しようと苦闘している。世界で保健医療専門職の教育への投資は、ニーズに応えるには不十分である (囲み 2)。保健医療専門職の教育には、制度全般にわたる問題がある。すなわち、患者と人々のニーズに対するコンピテンシーの不一致、ジェンダーによる専門職の地位の根強い階層化、保健医療専門職の量的・質的不均衡である (Frenk et al 2010)。ICN (2009) が特定したように、臨床的に安全な能力を身に付けた新卒看護師を教育するためのプログラムは、臨床学習への不十分な力の入れ方及び時間配分、臨床教育のアウトカ

囲み 2 : 保健医療教育に対する世界の支出

保健医療専門職の教育に対する世界の総支出は、年間約 1,000 億米ドルである。この額は世界の医療支出の 2%にも満たない。

(Frenk et al. 2010)

ムの明確な定義の欠如、臨床指導方法論の効果的でない使用、臨床学習の場が不適切、質の低さまたは過密性、優れた臨床的ロールモデルの不在により、その機能が危機にさらされることが多い。さらに、看護教員も、他の労働力と同様の人口動態的な課題を抱えている。

保健医療及び教育セクターの相互依存関係は重要であり、効率性、効果性及び公平性のために二つの制度のバランスは極めて重要である。両セクターの間にはふたつの共通の重要な問題がある。一つは労働市場の問題で、保健医療専門職の需要と供給が一致するか否かに影響を与える。もう一つは多くの人々、特に貧しい人々が、自分たちの健康と教育ニーズを有効なサービス需要につなげる力を十分に持たないことである（Frenk et al 2010）。

看護労働力の供給確保は、多くの国々で、いまだに現実の明白な問題なのである。

第2章 大局をとらえる

私たちの世界は常に変化しており、限局的なアプローチのみではこの変化に対応することは困難である。現地の背景情報はサービスの理解や設計に不可欠ではあるが、世界とのつながりもますます深まっている。このつながりは、人、技術、金融、知識及び情報の移動に見ることができる。すなわち、私たちが主要な資源に関してますます相互依存化しているという意味であり、保健医療もその例外ではない。国際的に認められる資格である保健医療専門職の労働市場は、国内だけでなく地球規模である。教育は遠隔地にも、フランチャイズを通じてでも提供でき、現地の保健医療実践者やサービス対象の市民の教育及び健康のニーズと一致しないこともありうる。また、あらゆる場所でルールが次々と変わり、過去の想定も多くは新しい世の中では通用しなくなっている（囲み3）。

囲み 3: 保健医療従事者に関するルールの変化

現在のアプローチ	21世紀の保健医療に向けた新しいルール
ケアは、主に患者の来院を基本とする。	ケアは、継続的な治療の関係を基本とする。
専門職の自律性がばらつきを生む。	ケアは、患者のニーズと価値観によってカスタマイズされる。
専門職がケアを管理する。	患者が管理の発信元である。
情報は記録である。	知識は共有され、情報は自由に動く。
意思決定は訓練と経験に基づく。	意思決定はエビデンスに基づく。
危害を与えないことは個人の責任である。	安全性は制度の特性である。
秘密保持が必要である。	透明性が必要である。
制度はニーズに応じる。	ニーズは予測される。
コスト削減が追求される。	無駄が継続的に削減される。
制度より専門職の役割が優先される。	臨床家間の連携が最優先である

出典：21世紀における保健医療従事者に関するルールの変化とその意味 Institute of Medicine (2001)

現在に至るまで、労働市場の特徴といえは複合的な不均衡であり、供給の確保の点でその最たるものは、保健医療専門職の過少供給、失業、過少雇用に関係するものである。同様に、先にも述べたとおり、政府は市場の合理性や疫学的な現実よりも、財政上の懸念によって動かされる政治的状況に反応して頻繁に保健医療専門職の供給に影響を及ぼす。援助活動についても、非政府組織がその優先事項に基づいて最もよい専門職を何の気なしに雇用し、現地の労働条件を変えてしまうため、市場をゆがめるといふ副作用がある。すなわち、現地の賃金が急騰し、援助活動に依存するシステムが出来上がってしまうのである。

個々の国が国内の保健医療制度を変えるための解決策を設計するときには、今後 20 年間で先進国の保健医療従事者の需要と供給との間に格差が予測されているという事実を、正確に認識する必要がある。この格差は世界的には 22% から 29%と 言われている (OECD 2012)。Buerhaus et al (2009)による米国での研究では、人口あたり常勤換算の正看護師 (registered nurse : RN) の総数は、2007 年ごろをピークに、最大集団の年齢層の正看護師が退職するにつれ徐々に減少していくと予想されている。2020 年まで、正看護師の労働力はおよそ現在と同じ規模であるが、推計必要数を 20%近く下回ると予想されているのである。この米国の看護師の状況は、すべての OECD 諸国で繰り返されるだろう。

第 3 回保健人材グローバルフォーラムはレシフェで開催 (2013) され、保健人材の世界的な進捗を検証し、以下を宣言した：「課題は依然残る。保健人材に対する投資は依然として低く、保健医療従事者の需要と供給には根本的な乖離があり、保健人材計画は、個々の組織や疾病を重視して予防を軽視し、単独の課題への一貫性のない介入により弱体化してしまうことが多く、有効な政策の採択と実施が不均衡なままである。その結果、保健医療従事者の深刻な不足、分布と業績の不備、ジェンダー不均衡、質の悪い労働環境が、いまだ大きな問題として残っている。(GHWA 2013, para 6)

供給の確保は人の移動によっても影響される。OECD が特定した供給における格差は、世界の保健医療制度の他の場所から来る移民の看護師によって穴埋めされることも考えられる。実際、オーストラリア、カナダ及び米国ではすでに、将来のスキルの格差は国境を越えてやって来る看護師が埋めるであろうことが示されている (RCN 2012)。この移動が地方/国内の制度に与える影響は、肯定的な影響 (例：個人にとっての機会であることと、生みだされた収入が自国に送金されるという点) も、負の影響 (例：すでに脆弱な保健医療制度において必須のスキルが失われるという点) もある。移動の負の側面を最小化するための努力は、WHO の行動や勧告の導入など一部がすでに実施中であるが、依然として見解が二極化することの多い議論の絶えない政策分野になっている (Buchan 2008, DeLeon & Malvarez 2008)。Kingma (2007)が世界の看護師の移動についての詳細な研究で結論づけているとおり、「今日の労働者探しは高度に組織化された世界的な才能の奪い合いであり、看護師もこれに含まれる。国際的な移動は、看護師に離職を促すより大きな組織上の問題の兆候である。看護師の流動性が大きな問題となるのは、移民に対する搾取または看護職の不足という状況においてのみである。機能不全に陥った保健医療制度、すなわち国内に職員を惹きつけ定着させる力のない制度に移民の看護師を注入しても、看護職の不足を解決することにはならないだろう (p.1281)。」

囲み 4：欧州の看護師の国際移動

「EU の看護師は自由に移動することができ、入国管理の対象になっていない。英国の政策・立案の観点から見ると『無管理の』流入である。方向性を示すことも、英国での滞在期間を特定することもできない。移動の容易さと比較的安価な旅費を考えると、国境を越えて通勤する EU 看護師の数も増えるだろうと予測される。こうした変化するダイナミクスが浮き彫りにするのは、国際的な人の流れが大半は EU からの流入であるため、英国の政策決定機関や規制機関による管理を受けにくく、英国における滞在期間も主に個人の選択とその看護師の状況によって決まってしまうということである。」

(RCN 2012, p15)

とはいえ、移民の問題は特に看護師に関係が深く、より理解を深める現実的な必要性があるのだが、この分野の情報入手は一筋縄ではいかない。たとえば、欧州連合 (EU) では、看護師は自由に移動ができ、よって入国管理の対象にもなっていないのである (囲み 4)。

最近の Squires et al (2013) によるエルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、メキシコ及び米国の看護師の移動パターンの変化を調べた研究は、これらの国境をまたいだ移動の管理を政府がより効果的に行う方法を探るために

検証を行った。報告書は、研究対象の国すべてで保健医療を満たす方法として、移動を促進するための 8 つの勧告を結論としている。この勧告には、教育制度への投資、国境を越えた看護師の資格認証を促進する方法、健康格差により弱い立場に置かれる患者と看護師の言語の一致の促進に基づいたビザの整備、海外で教育を受けた看護師のための資格認証プロセスの一部としての移行教育プログラムの統合、現在米国で暮らしているヒスパニックの潜在看護師を活用する方策などである。

へき地や遠隔地で保健医療従事者の確保の課題を抱える多くの保健医療制度にとっては、国内の移動も重要な要素である。看護師は、へき地から都市部へ移動することが最も多く (Squires et al 2013)、保健医療従事者が自分の家族のためにより良い教育及び保健医療サービスを求めるにつれて、国内の移動は健康の不平等の問題を深刻化させる。

看護師のキャリア期間の変化

大局のより広い理解においてもうひとつ重要な要素は、看護労働力の職業生活を送る期間の変化である。今日まで、労働力参加を計算するために使われる政府モデルの多くは、男性がどのように労働に従事するかに関する理解に基づいており、実際、「マン」パワー (人員) 計画という言葉が今も時折使われている。しかし、看護は大多数の国で女性が主流の職業であり、ゆえに看護師が労働に従事する特別なパターンを十分把握できる精度が高いモデルを開発するのは困難である。多くの国では、法令上の年金受給開始年齢は、男性に比べて、女性の方が早い。また、保健医療従事者は早期に退職する世界的な傾向がある (WHO 2006)。最近の世界的な経済危機もこれに影響している可能性があり、労働力の正確な把握と丁寧な計画の必要性が顕著になっている。法令上の年金受給年齢も、看護師が退職する実際の年齢とは異なることが多い。質の悪い労働環境が早期退職の要因になっているのである。さらに、看護労働力の実際の年齢分布と様々な勤務パターン (例：パートタイムの勤務時間) も、付加的要因である。この一連の複雑な要因がどのように関係するかをより正しく理解することが、優先事項として看護職の間で認識されるようになっており、より良い労働力計画と管理を通じた労働力のニーズの理解に、さらに注目される結

果になっている。詳しくは、ICN の看護国際人材センター（International Centre for Human Resources in Nursing : ICHRN）のウェブサイト www.icn.ch/pillarsprograms/ichrn-publications を参照されたい。

考えてみよう 各「考えてみよう」の欄では、個人と政策の 2 つの視点に焦点をあてている。保健医療制度のあらゆるレベルにおいて積極的な対話を促すため、両方の視点から主要な課題を考えることができるようになっている。

個人：これまでの自分のキャリアを考えてみる。状況はどのように変わってきただろうか？ 自分と同僚はこのような変化にもっとよく準備できたはずと思うだろうか？ 私たちは看護師が職業生活を通じて社会に行う貢献を、もっとよく理解する必要があるだろうか？

政策：マンパワー計画モデルの伝統が、看護師のように女性が主流の労働力について理解が貧しい原因になってきたのだろうか？ 私たちは本当に現代の看護師のキャリアを理解しているのだろうか？

第3章

労働力計画

将来の看護労働力を計画し維持するのは、保健医療と教育の制度全体の責任であることは疑いもない。先にもふれたとおり、この計画を政府から雇用主にも広げ、常に監視を続ける必要性は明らかである。看護師の労働負荷が少ないことと患者アウトカムが良好なことの間にある強い関連性は、今や研究のエビデンスの裏付けがあり、看護労働力が健全な投資であることは論証済みであると言って過言ではないが、依然として議論が盛んな分野である (Mitchell& Mount 2010)。

看護労働力の純然たる規模の大きさとその複雑さは、どんな増強案であってもコストの観点だけで強い抵抗にあうことを意味している。現実にある利用可能な労働力及び、この希少な資源から最善の効果を得られるように活用する機会を特定しなければならないことは明らかである。特に病院以外の現場で、看護業務量及び患者アウトカムへの悪影響を減らすために看護配置をどのように改善するのがよいかについて、まだ限られた数の研究しかない。この状況を改善するため、質の高いデータと分析から得られる優れたエビデンスが必要である。これを可能にするのは、利用可能な労働負荷と労働力計画のツールを系統的に使用することである。

労働力計画は、組織のニーズと優先事項を労働力のニーズと優先事項に沿わせ、法律、規制、サービス及び生産の要件と組織の目的を満たすために用いられる継続的プロセスである。労働力計画は、エビデンスに基づいた労働力開発戦略を可能にする。(Sloan 2010)

労働力へのアプローチを開発する際に、最も頻繁に引き合いに出される目標は「適切なスキルと行動を備えた適切な労働者に、適切な場所で適切なことを適切な時に行わせること」である。

労働力計画は、看護師の職業生活の期間との文脈でも考えなければならない。看護への参入、現職の労働力の業績、労働力からの離脱という点で考えると有用である。看護への参入は、人々をケアするために必要な新規雇用の数を計画することに関与する。明らかに主たる目標は十分な数のスキルを備えた看護師を育成することである。これを達成するには、積極的な計画、適切な資格を持った教員を備えた優れた教育機関、確固たる専門職規制及び採用の見込みが必要である。**現在採用される看護師は、2050年にも労働力として現役である可能性がある。**この初期教育には、教育と保健医療の両セクター間の強い協同関係が必要である。この2つの制度のバランスは、効率性、効果性及び公平性にとって極めて重要である。しかし、時に2つのセクターの間に理念と経営実務の断絶が見られる。保健医療は一般的に管理が進んだモデルであり、教育は市場主導型のモデルであるからである。このため、例えばインドにおける医師の供給過剰 (WHO 2008) のように、教育の需要が高い一部の保健医療専門職の供給過剰になったり、一方で教育の機会が十分に提供されずに供給不足になったりする。ただ、専門職教育は、労働力計画との結びつきを強めてきており、カリキュラムとコンピテンシーの共有がより迅速に行えるようになるだろう (囲み5)。

現職の労働力の業績も、重要な留意点である。生産的な労働力はより多くの看護師の必要性を軽減するからである。生産性の向上には、後ほど詳細を検討するように幅広い条件が必要であるが、特に継続的な成長と学習への支援、監督、十分な報酬及び良好な労働環境が重要である。

看護師がどういう時に労働力から離脱することを選ぶかは、労働力計画のもう一つの重要な側面である。移動、健康上の懸念、社会不安及び条件に対する一般的な不満などを原因とする労働力の消失は、高価なものである。それは、個々の人材に後任を当てなければならず、後任者の研修コストがかかるからである。労働力から経験が失われることも機会費用であり、必須の知識が制度から失われることになりかねない。この知識移転についてはより体系的に計画する絶対的な必要性がある。現在 50 歳代の看護師の大きな集団の退職を間近に控え、専門技能、経験及び知識の喪失は、看護労働力が直面する課題に対応する能力に重大な悪影響を与えかねないからである。

後継者育成に関する計画も考える必要がある。これは広くは、短期・長期いずれにせよ、将来のリーダーや上級管理職、あるいは他のビジネスに不可欠な職務を果たす個人を見つけて、育てるためのプロセスと定義することもできる。後継者育成プログラムには、研修や能力開発の活動だけでなく、将来の上級職や主要な役割にふさわしい実際的で目的に合わせた実務経験の提供も含まれることが多い。後継者育成が十分でないことが、へき地や遠隔地における看護に関する主要な課題として指摘されている（WHO 2006）。

看護師はしばしば、職場との関わりあい方に独特のパターンを示し、これには多くの要因が絡んでいるが、家族の世話をする責任が取り上げられることも多い。また、復職者のニーズ（および数）は低く見積もられがちで、キャリア中断後に復帰する看護師に対する支援は、多くの制度の中でもっと充実できるはずの分野である（ICN 2010a）。看護職の規制機関は登録者のうち現職者の登録を管理し、資格の妥当性の再確認（revalidation）を検討する方向に動いており、潜在しているが重要な資源のスキルを維持し、ニーズに対応する計画が重要になってくる。

囲み 5：専門職教育のグローバル化における 5 つの特徴

1. 保健医療専門職の才能が世界的な一つの人材プールとして集約されつつある。
2. プライマリヘルスケアは極めて多様な背景で発生するが、普遍的な期待や課題もある。
3. すべての保健医療の問題に相互依存性が増している。
4. 教育機関が別の場所に提携キャンパスを設置する動きがある。
5. 研究の一分野としてグローバル・ヘルスが拡大している。

労働力計画は、世界、国内、地域、地方など、様々なレベルで生じる。理想的には、地方で利用される制度を集約したものが地域や国の計画の基本となるべきである。したがって、地方レベルで人員配置の計画に健全な基盤があることが不可欠であり、異なる階層の計画は統合すべきである。地方レベルでの労働力計画には以下が望まれる：

- 不足や過剰を特定し、人員配置の危機を予防すること
- 職場の組織、職務及び役割を定義（または再定義）し、サービス提供者間のチームワークを促進すること
- 効果的なケアを提供するために適切な職員スキル（staff skills）を配置して、患者の安全確保に貢献すること
- 需要と供給それぞれを動かす力を明らかにすること
- 労働力の教育と研修のニーズを確認すること
- 労働力とその活動に関する知識と理解を提供し、労働力と職場の変化に影響している要因に体系的に対応するプロセスを確保すること
- 意思決定者に選択肢を提供すること
- 決定の質を向上させること
- 活動の秩序ある実施、資源の秩序ある提供を規定すること
- 規定された目標に向けた進捗を監視・評価する枠組みを提供すること

(NHS Education Scotland 2013)

労働力計画を支援する入手可能な資源は多数あり、その一部を**付属書 1**に掲載している。いずれも、地元の労働力の確固たる理解が鍵であり、看護労働力に関するあらゆるレベルの意思決定への看護師の関与が重要であるという認識に立っている。政府レベルで看護の労働力計画に重点的に取り組む役割を負う看護師がおり、制度中の主要な看護師たちと次々とつながっているというのが一般的である（ICN 2010b）。

しかしながら、利用可能な看護師の数を把握することは、答えの一部でしかないのも明らかである。看護師が求められる業務を量と複雑さの両面で理解することや、スキルの利用可能性とも関連づける必要がある。このことが看護師の労働負荷をより良く把握する幅広いツールの設計につながる。

考えてみよう

個人：自分の組織内でどのように労働力計画が行われているか理解しているだろうか？
使用されている制度の設計や継続的な改善に、積極的に関わっているだろうか？

政策：自分の属する保健医療制度において、一貫し、相互に連携したアプローチが看護師の労働力計画に使われているだろうか？

第4章

看護の労働負荷測定

看護の労働負荷という概念は、看護に関する文献で深く追求されてきたが、一つの決まった定義はない（Walker & Hendry 2009）。初期の定義は看護業務の量とレベルに重点を置くものであったが、この定義は狭すぎて看護師が患者、家族及び地域のために行う業務や、教育や管理など同僚のために行う業務を考慮していないという批判があった。そこで、ニュージーランドの幹部看護師のグループが、看護の労働負荷に影響を与える幅広い要因を特定した。それらは以下となる：

- 患者の要求：患者の状況、複雑性及び問題の混在
 - 環境的な複雑さ：物理的な環境と資源、支援サービス、再設計・再構築、財源及び問題の混在
 - 医学的な複雑さ：医学的な診断、意思決定及び治療の選択肢
 - 品質プロセスとアウトカム：オリエンテーション、教育研修
 - 看護師に影響されるアウトカム：看護業務に直接的に影響される患者アウトカム
 - 看護必要度：各患者に必要なケアの量
 - 看護のスキルミックス：必要かつ利用可能な看護労働力の数と属性
 - 勤務制度：交代要員の配置、臨床的支援、文書記録、サービス条件、採用及び定着
- （出典 Walker & Hendry 2009, p12）

これらの要因は、看護の労働負荷を全体として測定することの複雑さを浮き彫りにしている。組織が現在利用しているツールのほとんどは、これらの要因の一部しか測定していない。逆にいえば、労働負荷測定の理解と活用は、信頼できるエビデンスに基づくデータを提供し、看護労働力の管理への情報提供に役立つはずである。他のデータと合わせて使えば、人員配置基準と労働負荷の関係がケアの質とコストをどのように変えているか、労働環境がこれらのアウトカムをどのように促進あるいは制限しているかを実証することができる。労働負荷の測定は病院に基盤をおく制度においてより開発が進む傾向があり、プライマリケアに関する効果的なツールの開発にはやるべきことが多数ある。

労働負荷のデータは以下の情報を提供する：

- 人材と財源の水準の正当性を示す
 - 資源の活用を説明する
 - 資源の配置の正当性を示す
 - 傾向分析を裏付ける
 - 労働負荷、勤務表、予算の変更に関する管理上の決定を裏付ける
- （NHS Education Scotland 2013）

考えてみよう

個人：プライマリケアや地域ケアの環境では、労働負荷の測定法を開発することが困難なのはなぜだろう？ ケアの環境が多様化する中で、効果的に労働負荷を評価できないことが看護師に与える影響は何だろうか？

政策：病院部門で得た知見を地域に移転するためには、どのような手順を踏めばよいだろうか？ 地域ベースの労働力計画を実現するために解決しなければならない乖離は、何だろうか？

人員配置計画に最も一般的に用いられるアプローチでは、人口の規模、患者の構成、サービスの種類に基づき、一般的に提供される看護ケアの量を数量化する。これは、さらにチームの様々なメンバーが行う活動とも関係してくる。人員配置計画のシステムは考慮される詳細の量によって

実績をあげている要員とは、利用可能な資源と環境を前提として、可能な限り最善のアウトカムを達成するために、責任ある公平で効率的な方法で働く者である。

(WHO 2006, p67)

様々であり、ベッド数や総人口から人員配置を割り出す基本的な「トップダウン」型によるシステムから、ケアニーズの特質と量（患者の依存度）や、これに関係して様々なチームメンバーの看護活動がどう変化するかに関する詳細なデータを求めるシステムまで多様である。これを支援するために保健医療情報システムが開発されているが、多くが原価計算の目的で数量化の方法を設定しているため、看護職からの評価

は分かれる。しかし、それでも優れた情報システムとよりよいデータ収集は重要であることには違いない（Cipriano & Hamer 2013）。この問題に対する理解が進んでいないことは、Dowding et al (2013)による国際的な研究でも浮き彫りになった。この最近の国際調査は、患者ケアに関する看護情報科学研究において、何が優先事項であるかを特定することが目的であった。報告書では、保健医療情報テクノロジーの設計と評価に関するエビデンス基盤が発展してきたにもかかわらず、これらのテクノロジーは主に医療実践に重点を置いているということを認めた。研究では、看護師にとって最も重要性の高い2つの領域は、看護師への即時フィードバックを提供できるシステムの開発と、看護ケアと患者アウトカムに関する保健医療情報テクノロジーの影響の評価であることを明らかにした。保健医療情報科学についてより詳しくは、www.thetigerinitiative.orgを参照のこと。

労働負荷と労働負荷測定の理解に主眼を置くことは、労働力の問題を考えるときの有力な方法論になっている。しかし、特定の метод論を設定する前に、患者のニーズ（たとえそれが特定されている場合でも）は、契約目標の達成とか予算内に収める必要といった組織上の特性とバランスをとることが期待されるということを理解しておくことが大切である。おそらくこのことは、十分な理解や追求がされていない。利用できる労働力、システムの文化及び労働力のアウトプット／アウトカムとの間の関係は、患者ケアの質に重大な違いを生む主要因である。

看護人員配置計画におけるベスト・プラクティス

どのシステムを使うべきか証明された信頼性や勧告がなく、人員配置のニーズを決定する多くの異なる要因を考慮すると、トライアンギュレーション手法が不可欠である。システムは、最低でも、患者の依存度、看護活動を考慮し、熟練した看護師の判断により見直されなければならない。看護師の人員配置を計画するための簡単で使いやすいシステムは実在し、これを付属書 1 に概説した。

最も成功を収めるアプローチとは、人員計画と労働負荷の検証をうまく行えるように、一連の主要原則の適用を後押しするアプローチであろう。この主要原則とは、人員配置の検証に以下を求めるものである：

- 理事会レベルの関与（重要な要件として看護部長／看護師長の関与）
- 職員の積極的な参加と、そのプロセスの透明性
- 確立されたアプローチの利用と、その一貫した適用
- トライアンギュレーション手法（例：労働負荷、専門職の判断、ベンチマークを測るための患者依存度採点法）
- 定期的な評価（患者と人員配置のアウトカムデータに照らして）
- 教育セクターとの積極的な協働と社会福祉ケアとのいっそうの協働
- 結果に基づく行動

安全な人員配置基準の確保は、人員配置の適切な基準があることによる。計画された人員配置を「むしばむ」可能性がある要素は多数あり、たとえ日々の人員配置が「適切」なものであっても、患者のニーズを安全に満たすには基準レベルでは十分でないこともありうる。安全な人員配置は優れた管理によるものであり、そのためには予算を付けた職位がきちんと充足・配備され、雇用した職員が職務に就ける状態でなければならない。臨時職員やスキルの不適切な職員を恒常的に利用することは、アウトカムの質の低下につながる（RCN 2012）。

変化する役割への支援

看護労働力の特性への理解が深まり、「誰が何をするか」を吟味する能力が高まったことにより、新しい役割の出現の透明度を加え、役割交替（role substitution）が患者アウトカムに与える影響をより積極的に考慮する可能性が見え始めている。保健医療における仕事の分担は様々な方向に絶えず移り変わっており、保健医療制度にある多数の役割に適用されている。役割交替またはタスク・シフティングの利用及びそれが看護に対して持つ重要性については、盛んな議論がある。これは、看護師が現在他の保健医療専門職が行っている職務責任を担う際、またその逆の場合に生じる。保健医療の職務の移行が、保健医療要員の中でも最も低い関連の階層に対して、急速に増加していることを支持する意見もある（WHO 2006）。これは短期的に人材の格差を軽減する目的で採用できる方法ではある。しかし、このアプローチに対する多数の評価から明らかなのは、警戒の必要性であり、長期的に見れば、予期せぬ、コストのかかる影響をアウトカムに与えかねないからである（Cavendish Review 2013, WHO 2006）。

「介入の複雑化や併存疾患を持つ高齢者の割合増加が意味するのは、『基本的』と指定された職務であっても、それを行う者にはケアや思いやりだけでなく、関与する科学についての妥当な知識が求められるということである。」

（Hunt 2013）

実際、エビデンスが示唆しているのは、安価な短期的な解決策などでは全くなく、基本的な保健医療従事者の有効性と長期的な持続可能性は、他の保健医療専門職との適切な連携に依拠するということである。多数のコミュニティ・ヘルス・ワーカーのプログラムが失敗しているのは、専門職をワークフォースミックスにうまく組み込めなかったためである。保健医療専門職は、保健医療制度の中で、リーダー、計画策定者及び政策立案者である。保健医療専門職は一般に、補助者がスキルを維持し、他の訓練を受けた保健医療従事者に適切な照会ができるように、研修や監督を行う（WHO 2006）。保健医療制度は、あらゆるレベルの保健医療従事者が必要に応じて利用でき、一連のケアの継続の支援及び自己啓発においてどのように成長できるか明確に打ち出したスキル育成のシステムを備える必要がある。一例が、英国の国民保健サービス（National Health Service : NHS）の中で、自己啓発とキャリアアップを支援するコンピテンス枠組みであり「知識とスキルの枠組み（Knowledge and Skills Framework : KSF）」である（www.ksf.scot.nhs.ukを参照）。

このことから示唆されるのは、役割の変更をその影響の面で評価するためにより詳細なツールを使うことは、特に試練の時にあつては、看護労働力にとって明らかな価値があることであり、さらに看護師コンサルタントの役割の場合のように、より効果的な労働力計画、役割開発及び教育的準備の確保を可能にするということである（Kennedy et al 2011）。

囲み6：ケーススタディ：遠隔医療を使った労働力のスキルアップ

役割の変更と現職の保健医療従事者のスキルアップは、多様性に富む地域や遠隔地では困難である。エルサルバドルでは、基本的人権として国民の保健医療へのアクセスを強化するため、遠隔医療の手法を使って、制度的目標の達成を目指したスキルの向上が試みられている。エルサルバドルは人口 570 万人の小さな国で、国土全体に公的医療制度を実施することを目指しているが、プロセスは発展途上である。このような状況下で人材の育成は戦略的役割を持ち、遠隔学習活動を盛り込んだ複数のプログラムがある。遠隔医療活動は組織間グループを通じて 2010 年 10 月に開始された。これまでに、無料のソフトウェアプラットフォームを使って全国レベルで発展してきており、チームと専門家の間の容易な相互コミュニケーションを可能とし、異なる保健医療機関の間のコミュニケーションも改善されている。

(Marroquin and Martin 2013)

患者の自己管理

もう一つ、役割の変更（職務交替（task substitution）やタスク・シフティングとも呼ばれる）に関して考慮すべきもう一つの重要な分野は、患者と地域が自身の健康ニーズの積極的な管理に果たす役割である。実際、社会の急速な変化は、家族や地域の概要すら、そのニーズや要望とともに変化させている。その一例が、身体的、精神的及び社会的な福祉をはぐくむ機能が組み込まれた退職者向けコミュニティーの設立である。

個人をグループにまとめるためのテクノロジーの利用も、大きな広がりを見せている。これに関連しては、ソーシャルメディアの活用が非常に顕著である。健康ニーズだけでなく、制度を利用するよい方法についても知識と理解を共有することを可能とする。データや情報へのアクセス拡大が、患者、ケア提供者及び一般市民の保健医療サービスの利用方法をどのように変えているかについては、多くの事例がある（囲み7参照）。

その結果は期待を持たせるものである一方、混乱を生じる可能性も秘めており、看護師は、今後あらわれてくる様々な関係に対応するだけの自信をもつ必要があるだろう。様々な形のメディアの活用など、新しい方法でケアを提供する必要性を看護師が理解することはそのひとつである。また、看護師は専門職として、デジタル世界での存在感が強まることも意識しなければならないだろう。

囲み7：破壊的な変化

保健医療に見られる現在の混乱は、患者が情報を収集し、データを集計し、行動し、リアルタイムを反映した結果を見るツールにアクセスできるという事実を反映している。

- **医学**：患者は自分の疾病の管理により深く関わり、アウトカムを向上させ、場合によっては医学界からの抵抗も受ける。
- **研究**：患者は世界のどこで実施されている臨床試験でも知ることができ、オンラインで参加することも、自身で研究プログラムを行うことすら可能である。これは、ピア・レビューを受ける世界において、信憑性があるとますますみなされる。
- **ビジネス**：費用負担者は、アウトカムの向上に対してなら金を出すのが、商取引には出たくないと思っている。医薬品も、対照試験のプラセボに対してではなく、現実にある同様の医薬品に対して有効性が優れていることを示さなければならない。
- **安全性**：患者は、リアルタイムで自分の安全性にかかわる事象を提出でき、製品の改善についてメーカーと話し合いを始めることができる。

(Hodgkin 2012)

以下も参照のこと：

www.patientslikeme.com

www.bigwhitewall.com

www.renalpatientview.org

患者の自己管理の拡大は、健康アウトカムの向上を示してきているが、財政圧力が増す中で、これは持続可能性の点からも重要な問題にもなっている。患者の自己管理の支援は、保健医療提供者にとっての必要かつ進化を続ける役割として認識されてきている（CCL 2007）。患者のヘルス・リテラシーの問題に対処することは、患者の自己管理の支援の構成要素である。ヘルス・リテラシーが低いことは、広く普及した患者の自己管理の有効利用に対する重大な問題となる。これは、看護労働力が積極的に発展し、探求すべき分野である。看護には、患者を励まし、自

テクノロジーが生産性を大胆に変えるものなら、保健医療及び社会福祉ケア労働力は、その技術を取り入れ、新しい働き方を支える適切なスキルと能力が必要となるだろう。

己管理ができるように、可能であれば自分のケアについて自立できるように促してきた長い歴史がある。患者が極めて複雑な管理に成功する例も多いが、患者を支えているのは、可能性を変えらるようなテクノロジーの利用の拡大である。人々は単にサービスの受け手ではなく、自分の教育と健康の積極的な共同プロデューサーであるとして、患者主導の技術革新にも注目が集まるようになってきている。Berwick et al. (2009)が示すように、患者中心主義とは「その人の個性、状況、保健医療における人間関係に関連する、例外なくすべての問題における透明性、個別化、認知、尊敬、尊厳及び選択の経験を（情報を持った個々の患者がそれを望む範囲で）」反映したものである。

考えてみよう

個人：ヘルス・リテラシーの育成を支援するために、看護師が今、職場で持っているアクセスを挙げ、状況を改善するための要点をまとめてみよう。

政策：患者とケア提供者が自己の健康管理をすることを支援するには、従来の提供形態から資源を再分配する必要がある場合がある。これを市民と話し合うにはどうしたらよいか？

ヘルス・リテラシーは、慢性疾患の自己管理に非常に重要な役割を果たす。慢性あるいは長期的な症状を日々管理するためには、個人が健康の情報（複雑な投薬計画であることが多い）を理解及び評価し、生活習慣を計画・改善し、情報に基づく意思決定を行い、必要な時にどのようにケアにアクセスするかについて理解をしなければならない。しかし、「成人リテラシーとライフスキル調査（Adult Literacy and Life Skills Survey）」によると、労働年齢にあるカナダ人の半数以上（55%）が、十分なレベルのヘルス・リテラシーを持たず、65歳以上の成人では8人に1人（12%）しか十分なヘルス・リテラシースキルがない。

(Canadian Council on Learning CCL 2007)

第 5 章 労働環境の重要性

労働環境の重要性は、看護師資源の配置を理解する主要な側面として、過少評価が甚だしい (Aiken et al 2011a; Brown et al 2010)。良好な労働環境がなければ、看護師を追加投入しても効果はほとんど、あるいは全くないのに対し、良好な労働文化への看護師の補充ははるかに大きなメリットを持つ (Aiken et al 2011b)。Aiken et al (2011b) が指摘するように、「看護師の人員配置と労働環境の重要な相互作用は、看護人員配置の効果は労働環境を条件とし、逆に、労働環境の効果は看護人員配置を条件としていることを意味している (p.6)。」Aiken らは、病院において看護師の労働環境が良ければよいほど、あらゆる看護師人員配置において、院内の死亡や過失の割合が低くなることを立証した (囲み 8 を参照)。

この研究をさらに深めたのが、プライマリケアの看護師の仕事への満足度と労働環境の関係を検証したナイジェリアの研究である (Ayamolowo et al 2013)。この研究も、健全な労働環境は労働に対する満足度の向上、離職意図の減少及びケアアウトカムの改善に関する重要な要素であると結論づけた。参加した看護師らの評価によれば、この研究で取り上げた労働環境の 5 つの要素のうち、看護師の認識によると、管理実践と支援体制が最も高く評価された。

看護師の人数を増やすことは初期費用がかかるが、労働環境の改善は同じレベルの資源を必要とせず、むしろ、保健医療制度が自らの管理・主導の方法を変えることが要求される。これは患者とその家族にとってもより幅広いメリットを持ちうる。ある調査で保健医療従事者の 80% が十分に配慮・評価されていないと感じたときに離職していることが明らかになった (Beleta 2008) のを踏まえ、ICN とスワジランドのパートナーによる革新的な制度が開始された。2006 年、この種の施設としては世界最初のスワジランドウェルネスセンターが設立された。このセンターは、保健医療従事者が直面するウェルネスサービスの多くの障壁に対処し、強化された力を得た保健医療従事者が国民の健康ニーズをより満たすことができるように、保健医療従事者とその近親者に広範囲なサービスを提供している (ICN 2011)。

WHO の 2006 年の報告書はこの視点をさらに進め、保健医療従事者の実績を支援・増強する戦略が重要である 4 つの理由を示した：

1. 人数を増やす戦略よりもより早く結果が得られる場合が多い。
2. 保健医療従事者の供給を増加できる可能性は、常に制限されている。
3. 意欲ある生産的な労働力は、採用と定着を後押しする。
4. 政府は、限られた人材と財源を可能な限り公平かつ有効に利用する義務を社会に対して負っている。(p. 67)

囲み 8 : 労働環境の重要性

「看護師 1 人あたり患者を 1 人追加すると、患者の 30 日以内の再入院率が状況により 6～9% 増えることをペンシルバニア大学の研究チームは明らかにした。看護師の労働環境が良好であることにより、心不全、急性心筋梗塞、肺炎の発生率がそれぞれ 7%、6%、10% 低くなった。」

(Wood 2013)

労働環境の重要性に関するこうした理解を維持することは、サービスが再設計されようとしているこの重大な変化の時に、特に重要な意味を持つ。効果的に対応するためには、多くの看護師が自分たちの新しい役割を迅速に展開できるよう、さらなる教育と準備が必要になってくる。看護師が主導する診療所、アウトリーチサービス及び看護師の高度な役割がますます増加しており、そのそれぞれが異なるケア環境やそれに伴う文化を創り出しているのである。看護師が果たさなければならない不可欠な役割を無視するのはあまりにも安易すぎ、看護師はこのプロセスにおいて、純然たるパートナーと認識される必要がある。

働きやすい労働環境と職員の満足度の向上に取り組む雇用主とが結びつくことで、労働力の健康とウェルビーイングの改善に向けた幅広いプログラムが生まれている。Boorman (Department of Health 2009) が指摘するように、職員の健康とウェルビーイングを優先する組織は、患者の満足度が向上し、質の評価点が優れ、職員の定着が進み、病気欠勤の割合が下がるなど、よい実績を示している。その結果、看護師のためのワーク・ライフ・バランスや職員の関与の向上に向けた、雇用主主導の幅広い活動が生まれている (付属書 2 を参照)。これがさらに、患者や市民に積極的にフィードバックを求め、サービスの開発と変革への積極的な役割を促すという形で、患者や一般市民の関与と協力を向上することにつながってきている (Kutney- Lee et al 2009)。

先に述べたような制度全体の破たんを一部でも回避しようとするなら、あらゆるレベルの看護リーダーが、労働環境における問題及び課題を特定し、解決策を提供する責任を、自信を持って担わなければならない。

考えてみよう

個人：自分の労働環境において対応が期待される最も重要な問題はなんだろうか？ どのような方法でこれに対応することができるだろうか？

政策：雇用主が労働環境の質を定期的に評価し、その情報に基づいて行動すべきだという期待をどのように進展すればよいだろうか？

効果的な職場の文化

組織や企業の文化の重要性には多くの注目が寄せられているが、おそらくベスト・プラクティスを実現化できるような特定の場所の状況についてはあまり注目されることがない (Laschinger & Leiter 2006)。実践開発 (practice development) の理論に基づく詳細な概念分析の中で、ある看護師の国際的なグループは、効果的な職場の文化を判定するのに必要と考えられる 5 つの属性を指摘した。それらは以下のとおりである：

属性 1：職場で共有される明確な価値観；これらは、人間中心主義 (person centeredness)、生涯学習、高いレベルの支援と挑戦、リーダーシップ育成、主要な利害関係者の関与と参加、エビデンスの活用と構築、変化と継続的発展に対する肯定的な姿勢、開かれたコミュニケーション、チームワーク、安全性。

属性 2：個々の責任と全体としての責任とを伴う、ビジョンと使命の共有

属性 3：職場の効果性を維持する順応性、革新性及び創造性

属性 4：患者及び地域のニーズによって推進される適切な変化

属性 5：学習、実績及びガバナンスの共有が継続的にでき、評価できる公式制度の存在

著者らは、この属性をチームの発展に役立つ枠組みにまで進化させた。組織、企業及び職場の文化の間にある相互依存性は認めつつも、*ケアの提供と患者の体験を変容させる最大の可能性は職場にある*と論じている。

高業績チームの育成

高業績チームは、より患者中心で、調和のとれた、効果的な保健医療提供システムの構築において不可欠な要素として、今では広く認識されている。その結果、保健医療提供者の活動をコーディネートするべく、多数のモデルが開発され、実施されている。情報と個人間の繋がりの幅広さと複雑さを踏まえると、一人の医師が孤立してケアを提供することは難しいだけでなく、危害を及ぼす可能性すらある。複数の医師が同じ患者または家族にケアを提供することで、医師らはチームになる。これは少なくとも一つの目標を持って活動するグループと定義できる。それぞれの医師はチームの他のメンバーから得られる情報や行動に依存している。しかし、チームの明確な認知や目的を持った育成がなければ、改善すべき制度的な問題の多くが達成不可能なまま残ってしまう (Mitchell et al 2012)。

チーム医療の原則

- **目標の共有：**チーム (患者と場合によっては家族やその他の支援者を含む) が、患者と家族の優先事項を反映した、すべてのメンバーによって明示、理解、支援されうる共通の目標を確立するために協力する。

- **明白な役割**：チームの各メンバーの機能、実行責任及び説明責任について期待される内容が明白であり、それゆえにチームの効率が最適化され、分業のメリットをチームが活用でき、各部分の総計以上のことを達成できる。
- **相互の信頼**：チームメンバーが相互に信頼を得て、互恵的な強い規範と達成を共有する機会を作り出す。
- **効果的なコミュニケーション**：チームは、コミュニケーションスキルを優先し、継続的に洗練させる。率直で完全なコミュニケーションのための一貫したチャンネルを複数持ち、あらゆる場からチームメンバー全員がアクセスし利用できる。
- **測定可能なプロセスとアウトカム**：チームの機能性と目標達成の両面における成功・失敗に関し、信頼できる遅滞のないフィードバックについて合意し実施する。フィードバックは即時および長期的な実績の追跡と改善のために利用される。

考えてみよう

個人：自分が働くチームは、プロセスやアウトカムについて熟考する機会をどの程度頻繁に持っているだろうか？ やり方を変えたとしたらチームにどのようにしてほしいと思うだろうか？

政策：個人の実績だけでなくチームとしての実績も発展させ、報酬を与えるような保健医療制度を、どのように発展させられるだろうか？

スキルの高い労働力はより生産性の高い労働力であるが、すでに述べたとおり、スキルそれだけで生産性が高まることにはならない。システムの主要要素（需要と供給）の相関関係についての認識と、職場が職員の能力と才能を育成する可能性について利害関係者すべてによる意識向上がなければならない（IOM 2010）。ほとんどの組織の主要な目標は、学習ではなく、サービス提供の成功である。学習はこの目的に合致するために重要な役割を果たし、だからこそ、職場があらゆる種類の学習の場となり、システム内のリーダーや管理者が目的を持ってこの資源を発展させていく必要がある。最もすぐれた職場における学習は、雇用主にも看護師にも、重要な意味とメリットを持つ。

囲み9：学習する組織

- 被雇用者の自律性と意思決定への関与（例：自己管理による作業チーム、品質管理サークル）
- 被雇用者の業務に対する支援（例：考課や同僚による評価の制度、メンタリング、監督）
- 被雇用者の業務に対する報酬（例：賃金率、能力給、利益分配）
- 情報と知識の共有（例：被雇用者とのコミュニケーションのシステム、被雇用者からのフィードバックを組織の戦略策定に活用すること）

出典 Ashton & Sung (2002)

組織が継続的な向上と発展の必要性を理解すると、「高業績」組織が行っている実践を見分けることができるようになる（Ashton & Sung 2002）（囲み9を参照）。雇用主側に実施を求められた行動は、労働者側にも、提供された機会をうまく利用するために自身のスキルを向上させることを求めるのである。これは生涯学習に積極的に関与し、責任を持つために、個々の看護師が継続的に投資することも求めている。看護師が座って待っていれば、管理者が講座に参加させてくれたり、短期プロジェクトに参加できたり、外部の要求に反応したりできる状況ではなく、もっとはるかにダイナミックな関係が必要とされている。

すべての利害関係者が持続可能な変化と継続的な向上に従事するためには、政府、雇用主及び個々の看護師が支えなければならない継続的な発展があることが今や明らかになっている。これには、看護師が学ぶこと及び自身の実践を発展させる責任を受け入れることが求められる。一部の看護師制度では、これが看護職の規制機関によって規定されており、以下の要素が含まれる：認可されたプログラムを受講する看護学生のためのメンターシップ、新人看護師や復職者のためのプリセプターシップ、継続的な育成を支援する臨床監督。看護資源の最も有効な利用は、看護師がその教育、研修及び能力を最大限に実践できるとき、初めて実現されるものである。これに

は、学習と育成の機会拡大を支援するため、制度の様々な部分が柔軟かつますます迅速に機能する必要がある。その例は、www.nipec.hscni.net/preceptorship を参照のこと。

あらゆるレベルにあるリーダーたち

質の高い労働環境を構築し、新しい形態のケア提供を実現するために、保健医療制度のあらゆるレベルでリーダーの役割が極めて重要であることについては、多数の報告がある。これを達成するリーダーシップのタイプについての理解はあまり進んでいないだろう。Cumplings et al (2010) が実施したシステマティックレビューでは、看護労働力の良好なアウトカム達成において、より効果的なリーダーシップの具体的な手法が特定された。この報告書では、関係的スキル（職務に根差したスキルと対極にあるスキル）の重要性が指摘されている。役割が変わり、業務実践が再設計される中で、このプロセスにある労働力全体を同等のパートナーとして巻き込むよう心がけることが重要である。この活動はチームに対する感情的な影響力も大きい。組織内のあらゆるレベルのリーダーたちが、個人としての被雇用者に心を配り、患者と地域のために特定した目標の達成に向かって協力して取り組むことが必要である。

制度全体での協力

実践範囲を最大化し、変化する保健医療提供制度に対処するためには、看護職内部での連携及び保健医療専門職間での連携を強化することが必要である。これには、保健医療制度に不可欠な規制枠組みを現代化することも含まれる。この連携は、今後ますます労働力データの共有に依存する度合いが増えると予想され、質の高い情報システムへのコミットメントは、このシステムの開発において、看護師をパートナーとして開発する必要がある。また、ロビー活動は政治的視野としても（5年間）、差し迫る世界的な看護師不足への対応としても（5～7年間）、ますます重要になるだろう。これが、どれも不可欠な世界的な保健人材計画の必要性、保健医療従事者の数の増強、教育対応の質の向上を訴える声を強めるよい機会になる。

資源の制約に対処する

すべての保健医療制度において資源に制約があることは明らかであり、主要なリーダーシップや管理職にある（あるいは今後就く）看護師は、財源や人材が限られ、グローバル化し、テクノロジーに主導された世界における急速な変化を管理する能力を備えなければならない。さらに、看護労働力を効果的、効率的に育成及び管理する看護師のコンピテンシーの発展も必要となる。これは、効果的な連携、戦略的同盟及びパートナーシップの開発、交渉スキル、高いレベルの口頭及び文書によるコミュニケーション能力、チームの構築と鼓舞、意思決定などである。看護師やNNAs が発達の様々な段階にあることを認識し、影響を最大化する様々なツールの開発または採用が求められる；特に地域サービスやプライマリケアにおいては、これは最優先の課題である。

教育と学習へのコミットメント

世界の知見を利用しながら、専門職のコア・コンピテンシーを具体的な状況に適用することによって保健医療制度の実績の向上を目的とする教育・学習システムを開発する必要がある。多くの保健医療制度にとっては、労働力の計画と育成に関して、保健医療セクターと教育セクターの間の積極的な対話が必要になる。制度に現在ある不均衡は無駄が多く、両制度ともこの断絶ゆえに対応が遅すぎる。看護師を含むすべての保健医療専門職は、知識の結集及び批判的論証（critical reasoning）と倫理的行動を行うための教育を受けることで、地元で対応し、世界的に結合したチームのメンバーとして、患者と住民中心の保健医療制度に参加する能力を持つべきである(Frenk et al 2010)。

個人の責任

最後に、看護師という存在、そして変化の力としてどう行動すべきかを考えるとき、我々自身の個人の責任を批判的に評価する必要がある。職場で看護師が受ける評価や待遇に満足できない場合には、これについて行動を起こす義務を負っているのである(Darbyshire 2010)。看護師のイメージや市民が我々をどのように見るかについて、個人的な責任を負っていることを認識しなければならない。我々はすべての多くのコミュニティーの活力ある積極的なメンバーであり、広範囲に及ぶネットワークにつながっている。それでも、頻繁にメディアは別の物語を語ろうとし、否定的な物語のイメージでのみ描かれてしまうと、我々も問題の一部となってしまう。

我々は、「状況を変える」ため、すなわちスキルを備えた看護師の対応がどのように生活、家族、地域、さらには国も変えられるかの認識を強化するために、国際看護師の日を活用する必要がある。このメッセージをこの1日だけでなく、この日以降ずっと具現化していかなければならない。

この行動の日に、次のことを伝える準備をしよう：

- 自分が、どのように違いを生み出してきたか？
- 自分のチームが、どのように違いを生み出してきたか？
- 自分の看護協会が、どのように違いを生み出してきたか？
- 自国の政府は、どのように違いを生み出すことができるか？

労働力計画ツール、ウェブサイト、リンクの例

<p>Health Workforce New Zealand: www.healthworkforce.govt.nz/</p>
<p>ツールと資源 - 「Health Workforce New Zealand は、保健医療労働力の計画と育成に全般的な責任を担い、人員配置の課題はサービス提供に関する計画に合致し、我々の保健医療労働力はその目的にかなっているようにしなければならない。」 http://healthworkforce.govt.nz/tools-and-resources</p>
<p>NHS Employers:www.nhsemployers.org</p>
<p>看護キャリアの枠組み - 保健省が作成した対話型ツールは、看護師が自分のキャリアパスを計画する助けとなる。この枠組みは、雇用主の労働力の計画と育成の支援にも活用できる。 www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Nursing/toolsandresources/Pages/TheNursingCareerFramework.aspx</p> <p>人員計画 www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Modernising-Scientific-Careers/MSC-latest-news/Pages/Healthcarescienceresources-newworkforceplanningtoolspage.aspx</p>
<p>NHS Education for Scotland [NES]: www.nes.scot.nhs</p>
<p>看護と助産の労働負荷及び労働力計画学習ツールキット (Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning Learning Toolkit) , NES, 2013, www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-discipline/nursing-and-midwifery/resources/publications/nursing-and-midwifery-workload-and-workforce-planning-learning-toolkit.aspx</p>
<p>National Quality Board (NQB), NHS England: www.england.nhs.uk</p>
<p>「適切なスキルを持った適切な人々を、適切な時に適切な場所に確保する方法：看護、助産及び介護職員の人員配置の潜在能力・実務能力 (How to ensure the right people, with the right skills, are in the right place at the right time: a guide to nursing, midwifery and care staffing capacity and capability) 」 この指針は、人員配置に関係する提供者や監督者に求められる期待内容をまとめており、その期待にどう応えるかについて助言する。読者に今あるエビデンスに基づくツールや資源を示し、優良事例を挙げている。外部資源へのリンクもある。</p> <p>www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/11/nqb-how-to-guid.pdf</p>

英国看護協会（Royal College of Nursing : RCN） : www.rcn.org.uk

RCN の資源 - 労働力計画 [外部資源へのリンクを含む]

http://www.rcn.org.uk/development/practice/clinical_governance/staff_focus/other_support/guidance_and_tools

「安全な人員配置基準 - 安全な看護師配置基準を設定する：課題の探求（Safe Staffing levels - Setting safe nurse staffing levels. An exploration of the issues）」 London: Royal College of Nursing 2003

出版元：RCN 出版部

この文書は、安全で質の高い看護ケアの提供を保証する人員配置に関する客観的かつ合理的な「普遍公式」がないことについて、RCN 会員から示された懸念に対応して書かれたものである。主眼は病院の看護労働力に置かれているが、議論されている問題の多くは地域サービスやプライマリケアに従事する看護師にも等しく関連するものである。

www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78551/001934.pdf

「英国における安全な看護人員配置基準に関する指針（Guidance on safe nurse staffing levels in the UK）」 London: Royal College of Nursing. 2010,

www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/353237/003860.pdf

「RCN 政策所信：エビデンスに基づく看護人員配置基準（RCN Policy Position: evidence-based nurse staffing levels）」 London: Royal College of Nursing.2010

www.rcn.org.uk/development/publications

Skills for Health: <http://skillsforhealth.org.uk>

「Skills for Health はすべての保健医療雇用主のための産業スキル委員会であり、NHS の独立した第3セクターである。そのすべての活動は、みなさんのスキルと労働力のニーズを原動力としている。」

看護労働力計画ツール - 「このツールは看護労働力計画を支援し、費用効果の高い看護師の数とミックスに関する決定を補助することを目的とする。」

https://tools.skillsforhealth.org.uk/nursing_planning/

世界保健機関（World Health Organization : WHO） : www.who.int

「保健医療労働力計画と予測のためのモデルとツール（Models and tools for health workforce planning and projections）」

Human Resources for Health Observer, Issue No. 3.

「この文書の目的は、労働力計画と予測のために利用できる方法とツールを調査し、その実行に必要なプロセスと資源を明らかにすることである。この検証は網羅的ではなく、各国で入手可能で一般に使用されているツールと資源を解説する意図がある。」

www.who.int/hrh/resources/observer3/en/

**国際復興開発銀行（The International Bank for Reconstruction and Development）
世界銀行（The World Bank）**

「発展途上国のへき地・遠隔地における保健医療従事者の採用と確保の方法（How to Recruit and Retain Health Workers in Rural and Remote Areas in Developing Countries）」世界銀行手引書（Guidance note）保健・栄養・人口に関する討議論文（Health, Nutrition and Population Discussion Paper）

Edson Araújo and Akiko Maeda June(2011)は、これらの不均衡を生んでいる要因についてデータのエビデンスを集めた；発展途上国のへき地・遠隔地における保健医療従事者の採用と定着の問題に対応するため、世界各地で実施されている政策介入を体系的にまとめており、保健医療従事者の選好を明らかにし、へき地・遠隔地での職に就く可能性を高めると思われる要因を特定する目的で、離散選択実験（Discrete Choice Experiment：DCE）が応用できることを紹介している。

www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wb_retentionguidancenote/en/index.html

労働力環境ツールの例

NHS Employers: www.nhsemployers.org

職員エンゲージメント（Staff Engagement）の向上

www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Pages/ImprovingStaffEngagement.aspx

健康、労働とウェルビーイング - 5つのセクション

1. 健康とウェルビーイングへの道 - 戦略構築、エビデンスの収集、ベスト・プラクティスによる取り組み

2. 職員の良好な状態の維持 - 予防的手段、積極的支援、他者から学ぶこと

3. 勢いの持続 - 労働力の関与を高めるためデータや職員調査を利用する方法

4. 欠勤への対策 - 病気欠勤を減らすためにやるべきこと

5. 道を開く - 問題の先に行くのは誰か、その人たちからどう学ぶか？

www.nhsemployers.org/HealthyWorkplaces/Pages/Home-Healthy.aspx

米国クリティカルケア看護師協会（American Association of Critical Care Nurses : AACN): www.aacn.org/

健全な労働環境イニシアチブ（Healthy Work Environment Initiative） - 「AACN は、3つの主要なアドボカシーイニシアチブを最優先としてきた：健全な労働環境、緩和ケア・終末期ケア、人員配置と労働力育成。」

AACN 基準文書 - 健全な労働環境と患者安全、看護師の定着及び採用をつなぐ

「健全な労働環境と患者安全、看護師の定着及び採用のつながりは、反論の余地がない。

AACN は、看護師と雇用主が物理的な環境だけでなく、職員と患者の安全に対する目に見えにくい障壁についても対応したいと強く願う限り、すべての職場は健全になることができると信じる。しかしながら、不健康な労働環境の要因を把握し解決策を受け入れる覚悟がなければ、これが実現しないことも分かっている。

成功のための要素として、熟練したコミュニケーション、真の連携、効果的な意思決定、適切な人員配置、意味のある認識及び信頼のおけるリーダーシップが、AACN の『健全な労働環境の確立と持続の基準（Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments）』の中で取り上げられている。」

完全版：www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWEStandards.pdf

エグゼクティブサマリー：www.aacn.org/WD/HWE/Docs/ExecSum.pdf

健全な労働環境の評価ツール：www.aacn.org/hwehome.aspx?pageid=331&menu=hwe

Predictive Index [PI Worldwide]: www.piworldwide.com/

Predictive Index 保健医療の状況報告 (Healthcare Briefings) : Wood D, 2013, 「ボトムラインの向上に向け優れた看護師労働環境を創る (Creating a Great Nurse Work Environment to Improve the Bottom Line)」 Jan 18, 2013:

「予測指標 (Predictive Index) は、インディアナ大学ヘルス (ブルーミントン病院) などの保健医療機関が働きやすい職場文化を創造することを支援」 [By Debra Wood, RN, Contributor.]
<http://www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-to-improve-the-bottom-line/>

オンタリオ州正看護師協会 (Registered Nurses' Association of Ontario : RNAO) :
<http://rnao.ca>

健全な労働環境に関するベストプラクティスガイドライン (Healthy Work Environments (HWE) Best Practice Guidelines (BPG)) 「は、保健医療施設が働きやすい労働環境を構築・維持するのに支援するように考案されている。この作成は、オンタリオ州保健・長期ケア省の資金援助とカナダ保健省看護政策局の支援を得た、オンタリオ州正看護師協会である。このプログラムの当初の目標は6つのガイドラインの策定と、健全な労働環境に関する文献のシステムティックレビューであった。6つの分野は、リーダーシップ、協働実践、労働負荷と人員配置、専門職としての意識、多様性の尊重及び職場の健康、安全及びウェルビーイングである。このプロジェクトでは、健全な労働環境とは、「看護師の健康とウェルビーイング、質の高い患者アウトカム及び組織・体系的な実績を最大化する実践環境」と定義された。」
<http://rnao.ca/bpg/guidelines/hwe>

ダーラム地区保健局 (Durham Region Health Department) : www.durham.ca/

健全な職場を実現する簡単なステップ (Easy Steps to a Healthy Workplace)

健全な職場を創造するために、職場ができる立証された成功へのステップがある。

1. 関与を得る。
2. 健全な職場のためのチームを作る。
3. 状況評価: 自分の健全な職場の優先事項は何か、被雇用者は何を求めているかを知る。
4. 健全化計画を立てる。
5. 計画を実行する。
6. 評価する。

努力をたたえ、翌年のための計画を練る

健全な職場ツールキットは、これらステップを進める上で役立つ多くの例や情報がある。ツールキットにはステップをやり遂げ、健全な職場計画を立てるためのツールやテンプレートもある。

健全な職場ツールキット: www.durham.ca/departments/health/haw/hwToolkit.pdf

Health & Safety Ontario: www.healthandsafetyontario.ca

「健全な職場: 卓越性への旅 (Healthy Workplaces: Journey to Excellence) 」

「定義、始め方、費用対利益など、健全な職場の構築を助ける6つの章からなる。」

www.healthandsafetyontario.ca/Resources/TopicList/Healthy-Workplaces.aspx

Centre for Workforce Intelligence: www.cfwf.org.uk

CFWI, 2011, 「労働力のリスクと機会：看護と助産（Workforce risks and opportunities: Nursing and Midwifery）」

www.cfwf.org.uk/publications/workforce-risks-and-opportunities-nursing-and-midwifery

ロバートウッドジョンソン財団（Robert Wood Johnson Foundation） : www.rwjf.org

「新しい研究は、看護師の労働環境と人員配置割合はメディケア患者の再入院率を低減させることを示した。」

「研究結果は、看護師の労働環境の改善及び労働負荷の軽減は、一般的な状態のメディケア患者の再入院率を低減できることを示した」と Mc Hugh は語る。「これら 2 要素を再検討し、患者アウトカムの向上と再入院率の低減を最適化できないか検討することは、病院経営者に価値がある。」

www.rwjf.org/en/about-rwjf/newsroom/newsroom-content/2013/01/new-study-shows-improving-nurses-work-environments-and-staffing.html

「病院看護と心不全、急性心筋梗塞及び肺炎のメディケア患者の 30 日以内再入院（Hospital nursing and 30-day readmissions among Medicare patients with heart failure, acute myocardial infarction, and pneumonia）」 *Medical Care*, Vol. 51 No. 1: pp 52-59, McHugh MD & Chenjuan MA (2013).

London Health Sciences Centre（LHSC）Nursing Resource Team : www.lhsc.on.ca

看護資源ユニット: www.lhsc.on.ca/Careers/Nursing/Clinical_Programs/NRU.htm

LHSC は、看護の継続的な質の向上を主導する:

www.lhsc.on.ca/About_Us/LHSC/Media_Room/Media_Releases/2013/May7.htm

「...リーダーシップや職員が患者ケアの質の向上を目指した健全な労働環境の戦略立案に活用できるよう、データを収集した。」

「健全な労働環境を構築する：看護資源チームの視点（Building a Healthy Work Environment: A Nursing Resource Team Perspective）」 *Nursing Leadership*, Vol. 26[Special Issue] (May): pp 70-77, Vaughan L & Slinger T (2013).

www.longwoods.com/content/23322

医療研究品質庁（Agency for Healthcare Research and Quality） & ロバートウッドジョンソン財団（Robert Wood Johnson Foundation） : www.ahrq.gov/index.html

患者の安全と質：看護師のためのエビデンスに基づくハンドブック（An Evidence-based Handbook for Nurses）

「看護師は、患者アウトカムの向上のためにどの立証済み技術や介入が活用できるかを知る必要がある。このニーズに応えるため、医療研究品質庁（AHRQ）は、ロバートウッドジョンソン財団の追加資金を受け、この患者安全と質に関する包括的な 1,400 頁に及ぶ看護師向けハンドブックを作製した。」

—*Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*". (AHRQ Publication No. 08-0043). www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/index.html

シェフィールド・ハラム大学医療社会ケア研究センター（Centre for Health & Social Care Research, Sheffield Hallam University）：
<http://research.shu.ac.uk/hwb/ncimpact/index.html>

Gerrish K, McDonnell A, & Kennedy F (2011) 「効果を把握する：看護師コンサルタントのための実践ツールキット（Capturing impact: A practical toolkit for nurse consultants）」 Sheffield: Sheffield Hallam University (July). 「このツールキットは、看護師コンサルタントが自ら患者に及ぼす影響や、共に働く職員、組織及び組織外で行う貢献の評価を支援する目的で作られている。看護師コンサルタントの影響を測定するための各種アプローチを評価した Burdett Trust 委託の研究プロジェクトの一環として開発されたものである。」
<http://research.shu.ac.uk/hwb/ncimpact/NC Toolkit final.pdf>

国際看護師協会（International Council of Nurses : ICN）：www.icn.ch

国際看護師の日 2007 「働きやすい看護実践環境：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）」 [Andrea Bauman 著]: 「この啓発文書の目的は、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医療関係者に、働きやすい看護実践環境に関するデータを提供することである。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...を探る。」

ロバートウッドジョンソン財団（Robert Wood Johnson Foundation）／米国医学研究所（Institute of Medicine）：www.thefutureofnursing.org

看護の将来に関する報告書- 「米国医学研究所の報告書『看護の将来像：看護師主導の変革が明日の健康を育てる』は、看護労働力に関する徹底的な調査である。この報告書で示された勧告は、患者の生涯にわたり多様に変化する健康ニーズと、看護労働力の行動との間の重大な相互作用に焦点を当てている。」
www.thefutureofnursing.org/IOM-Report

サクセス・ストーリー

全米各地の地域社会で、看護師は患者の健康向上の画期的なプログラムを主導している。掲載されたケーススタディや個人の談話は、看護師の業務やリーダーシップを担う看護師・未来の看護師が開発した革新的なモデルの良い例を紹介している。www.thefutureofnursing.org/success-stories



保健医療職の人的資源開発

Health Human Resources Development (HHRD)

ICNの所信：

ICNは、保健医療職の人的資源開発（HHRD）—計画、管理及び開発—には学際的分野、セクター間、及び多くのサービスからのアプローチが必要であると考えます。このアプローチは、保健医療提供者の相補的な役割を認識し、様々な分野による貢献を重視する。主たる関係者である、利用者、保健医療提供者、教育者、研究者、雇用者、管理者、政府、出資者および保健職能組織からの情報提供が求められる。同様にICNは、効果的な人的資源の管理実務だけでなく、広く統合された保健医療職の人的資源情報システムと立案モデルが、この協議プロセスを通じて望まれる成果であると認識している。

患者のニーズによって、ケアの提供に必要な保健医療職の職種や技術の集約が決められるべきである。保健医療職に新しい分野が増え、役割の変化が認められる時、国内および地域の保健医療職の人的資源、キャリア構造、患者及び地域社会のアウトカムに及ぼす影響を、最初の時点から明らかにして計画することが必要である。ここには、資金調達および組織的影響も含まれるであろう。このための計画には、以下の事項が考慮されるべきである：

- 保健医療の必要性および優先事項。
- 保健医療提供者グループ全体から得られる能力についての情報集約。そこには、複数の提供者グループが重複して有する能力も含む。
- 初期技術の開発。
- 看護師の新しく高度な役割といった、スキルの変化。
- 役割および業務範囲に変化を与える教育との関係。生涯学習プログラムも含む。
- 適切で利用しやすい監督・指導教育プログラム
- 看護師および他職種の業務範囲を決定する時の、質と効果に関する要因。
- 医療制度の基本的価値としての公平性。
- サービス組織、管理、サービス供給および財政への影響。
- 看護師その他の保健医療職の労働環境や条件。
- 規制関係。
- 保健医療制度に既存する労働者の責任への影響。
- 既存の保健医療従事者のためのキャリア・パスウェイと、新しい分野の保健医療従事者が利用可能なキャリア構造に及ぼす影響。

HHRDへの看護の効果的参画のためには、看護の核となる範囲が認識され、完全に表現される必要がある。これにより、看護師と他の保健医療提供者の業務間における重複が最小限になるであろう。ICNは、看護専門職が変化をおこすリーダーとなり、計画された変化であるかどうかにかかわらず、保健サービスの変化が看護や、看護師、患者アウトカムに及ぼす影響を継続的に再検討する必要があると考える。保健医療への看護の継続的評価と貢献についての研究は、HHRDの過程において重要な位置付けとなるべきである。ここには、今後の意思決定に役立つよう証拠に基づく実践によるデータが含まれるべきである。

各国看護師協会および他の看護組織は、以下の事項を行う必要がある：

- 雇用、雇用維持、就業への動機付けに影響を与える要因を含む、看護職の需要供給に関連した重要な問題を明らかにする。
- HHRDに関するあらゆるレベルにおける、政策、意思決定、企画、管理、および監視に看護師の参加を保証する。看護師は、他職種の保健医療従事者の役割に関する学際的検討や調査および評価研究、そして、既存および新規の保健医療提供者の役割に関する意思決定に参加するべきである。
- 看護師が、調査技術を習得、活用し、調査を実施し、HHRDにおける意思決定の基盤として調査結果を利用することができるように支援する。
- 保健サービスの需要に的確に応えるための公の場での討議に取り組む。
- 雇用および雇用維持のプログラムのポジティブな特色として、専門的発展と開発の機会、および報酬システムを含めた、質の高い実践環境の発展を促進する。
- 保健医療職の人的資源開発における社会の文化的相違を認識し、反映する。
- 上級・管理レベルで働く看護師を含む保健部門の人的資源管理分野においてキャパシティー・ビルディングを促進する。
- HHRDへの人間的なアプローチの発展を援助する。
- 健康ニーズに取り組むために学際的分析を行うとともに、効果的な介入について開発する。

看護師は、職場の人材サービスを認識し、活用する必要がある。HHRD政策は、教育、規制及び実践に関する要因を盛り込む必要がある。

HHRDの政策は、自立と、十分な人数の中から適切な技術を持ち、対象者の健康ニーズを満たす能力を備えた中核となる保健医療職の確保に焦点を合わせる必要がある。

背景

一国において健康を最高レベルにすることは、実際のところ、予め十分に準備、配置されている保健医療職の有用性に依るものであり、そしてそれは質が高く費用対効果の高いサービスを可能にする。HHRDの目標は、保健医療職の適格な質、数、ミックスおよび配置が、有効で安全な実践を支援する環境における

保健医療の必要に見合うようにすることを保証することである。保健医療提供者の数、タイプおよび配置についての決定に影響を与える要因のいくつかには、以下の事項が含まれる：

- 保健科学および科学技術における進歩。病院や地域社会において提供される保健医療の種類の変化。人口学的変化および疾病の発生パターン。
- 保健サービスの有用性について一般の人々の認識が広がり、それによってサービスへの要求がさらに大きくなること。
- 増加する保健医療費用。資源が限られているため、優先事項の見直しを時々行う必要があること。そして、保健医療提供者の新しい領域の創設。
- 労働法。職業上の規制要件。行政規則と規定。人的資源と国民保健。開発政策。
- ジェンダーや文化に関する要因。
- 健康上のリスクの変化。
- 教育の受けやすさと教育水準。
- 文化や健康に対する信条。
- 代替医療の受けやすさ。
- 世代間の要因。
- 組織的要因。
- 社会経済的・財政的な制約。
- 地方・国家・世界労働市場のグローバル化。

看護師は、専門職能団体や労働組合の活動やロビー活動に参加する必要がある。

1999年採択

2007年改訂

(旧ICN所信声明「看護師の支援/1989年採択」「新しい分野の保健医療職者の急増/1981年採択、1993年改訂」に代る。)

関連ICN所信声明：

- 看護業務の範囲
- 看護の規制
- 「看護師」という名称の保護
- 看護補助者
- 看護師の社会経済福祉
- Career mobility in nursing
- 看護師の雇用維持、移動および移住

関連ICN出版物：

“Guidelines on Planning Human Resources for Nursing”、1993年

“It’s Your Career: Take Charge Career Planning and Development”、2001年

2007年（社）日本看護協会訳

- * 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」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。
- * ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、（社）日本看護協会が日本語訳を作成しました。許可の無い商業目的での使用を禁止します。



看護の価値とコスト効果の促進

Promoting the Value and Cost-Effectiveness of Nursing

ICNの所信:

看護は、コスト効果が高いが、保健医療資源として未だに過小評価されており、十分に活用されていないということを示す根拠が多々ある。

看護師は、消費者・他の保健医療提供者・政策立案者に対して、あらゆるレベルにおいて、看護の価値とコスト効果、そして看護のアウトカムを明確に表明・立証しなくてはならない。また看護師は、安全なケアを提供するうえで必要な資源について交渉・主張する能力がなくてはならない。

看護師は、研究を行い革新的なケア提供モデルを開発することにより、企画・管理・政策開発における看護の効果に関するエビデンスを蓄積する責任を負っている。

看護教育、とくに管理能力とリーダーシップの開発プログラムは、保健医療サービスにおける看護の価値とコスト効果を実証するための技能と発言力を育てるものでなくてはならない。看護教育機関や看護規制機関は、定期的カリキュラムの見直しを行い、看護の価値とコスト効果に関連した内容が含まれていることを保証すべきである。

各国看護師協会は、ケアの質およびコスト効果の向上につながる健康・社会政策の形成と決定を助ける上で、重要な役割を担っている。

各国看護師協会は、看護が、保健医療サービスに関する意思決定および看護・保健研究、健康・社会政策の開発に積極的に参画できるようにするための方略を展開しなくてはならない。そのためには、保健医療サービスにおける看護の価値やコスト効果を実証し促進する技能と発言力を身に付けた看護リーダーを育成するための方略を開発・支援する必要がある。

看護師は専門職として、あらゆるレベルにおいて積極的に政策策定に関与すべきである。

健康ニーズの高まりおよび、看護サービス関連の費用を含む保健医療コストの増大にともない、看護師は、自己の活動がもたらす健康上のアウトカムおよびコストの定義・検証・評価に主体的に取り組む必要がある。

看護師、その中でもとくにリーダーの立場にある者は、保健医療改革の目的と内容および、あらゆる保健

医療の場におけるサービスの計画・管理・指針開発に対して看護が果たすことのできる貢献について、十分に理解していなくてはならない。保健医療改革が計画段階にあるところでは、看護リーダーは、政策策定においてリーダーシップを発揮して、保健医療改革の妥当性・内容・目的に関与すべきである。

ICNとその会員協会は、看護が保健医療におけるコスト効果に取り組む能力を高める上で、次のような支援を行うことができる：

- a) コスト効果の高いケアを行うための中核的資源としての、また、保健医療支出に関する意思決定における重要な関与者としての、看護の役割を促進する；
- b) 看護師が、政治的手腕および経済原則、保健分野における予算編成や資源活用、コスト効果などに関する知識を獲得できるように、教育の機会を提供する；
- c) 資源管理や意思決定、政策開発における看護師の役割などを盛り込んだリーダーシップ・管理能力開発プログラムを支援する；
- d) コスト算定方法を保健・看護アウトカムと関連付けて、その妥当性を検証するための研究・評価を支援し促進する；
- e) 最善のケア方法と最も効果的な看護システムの確立に向けて、さまざまな場におけるアウトカムの比較を可能とするデータベース・システムの開発を奨励する；
- f) コスト効果に関する研究および費用削減策、最善の実践基準に関する情報の普及を図り、双方向ネットワークを開発する；
- g) 関係者と専門職ネットワークを確立し、対等な協力関係を深め、質およびコスト効果の向上を目的としてアイデアや情報の交換を行う；
- h) 看護師に代わってサービス契約条件の公平性を促進し、多職種が関与する場においてコスト効果とケアの質の向上を図るという看護師の役割を認識し支援する。

1995年採択

2001年改訂

関連ICN所信声明：

- 看護業務の範囲
- ヘルスサービスの意思決定と政策立案における看護師の参加
- アクセス可能な公的保健医療サービス

関連ICN出版物：

- Cost Nursing Service, Report of the ICN Task Force on Costing of Nursing Services、ジュネーブ、ICN、1992年
- Cost Effectiveness in Health Care Services - Guidelines for National Nurses' Associations and Others、ジュネーブ、ICN、1993年
- Quality, Cost and Nursing、国際看護師の日キット、ジュネーブ、ICN、1993年
- Guidelines on Planning Human Resources for Nurses、ジュネーブ、ICN、1993年
- Planning Human Resources for Nursing: Reference Document、ジュネーブ、ICN、1994年
- The Preparation of Nurse Managers and Nurses in General Health Management、ジュネーブ、ICN、1990年

2005年（社）日本看護協会訳

- * 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」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。
- * ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、（社）日本看護協会が日本語訳を作成しました。許可の無い商業目的での使用を禁止します。

保健医療人材計画

保健医療の人材の需要と供給を計画することは、多くの国で重大な課題となっている。労働力の不足、不完全雇用や失業、スキルミックスの不均衡及び地理的に不均等な分布などは、全国レベルおよび組織内で見られる重大な問題である。人々のニーズに対応することのできる労働力の存在を確保するためには、国や制度の保健医療人材に関する計画立案（Health Human Resource Planning: HHRP）が不可欠である。しかしながら、多くの国で効果の不十分な HHRP が弱点として見受けられる。将来の保健医療の需要を十分に予測し、効果的・効率的な労働力を備える計画メカニズムを実施している国はほとんどない^{1,2}。

HHRP の定義

HHRP の目的は、適切な知識、スキル、態度及び資格を備え、事前に設定された適切な健康目標を達成するために、適切な時に適切な場所で適切な業務を行う保健医療従事者を適切な人数提供することである。

優れた HHRP のメリット

効果的な HHRP により、以下が実現できる。

- 健康アウトカムの向上
- 保健医療サービスの向上と医療制度の機能の向上
- 資源のより良い活用による効率性の向上（財政面及び運営・サービス面いずれでも）
- 定着と採用の向上

共通の HHRP の課題

文献は、各国が遭遇した主要な HHRP の課題や障害を多数指摘している。具体的には、以下のようなものがある：

- 不明確・不十分な計画方針、戦略的計画に対する支援の不足；
- 全国的な HHRP の欠如、あるいは計画があっても実施が不十分、またはまったく実施されていない；
- HHRP の全国的な調整機関の欠如；

¹ ICNM (2007). *Nursing Self Sufficiency/Sustainability in the Global Context* developed by Jim Buchan and Lisa Little for ICNM and ICHRN. Geneva, Switzerland and Philadelphia PA
http://www.intlnursemigration.org/download/SelfSufficiency_EURO.pdf

² ICN (2005). *Nursing workforce planning: mapping the policy trail* developed by O'Brien-Pallas et al. for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses
<http://www.icn.ch/global/Issue2workforce.pdf>

- HHRPが独自で実施されたり、保健医療セクターの他の側面の計画との分断；
- 計画を実施する不十分な資源及び/または能力；
- 一つの専門職に焦点化（他部門と連携がない） - 固有の計画対総合的アプローチ；
- 中長期的計画ではなく短期間に注目；
- 社会、政治、地理、技術及び経済要因がHHRPに与える影響への乏しい考慮；
- 十分かつ正確な労働力データや情報の不足；
- 計画立案プロセスを実行するのに必要な適切な方法とツールの不足；
- 多数のケア提供人材カテゴリーにおいて、機能と実践範囲の明確な定義の欠如；
- 提供者、計画立案者、政策立案者、雇用主、教育及び財政の間の不十分なコミュニケーションと調整^{3,4}。

不十分な HHRP がもたらす結果

不十分な HHRP は、保健医療制度に重大な結果をもたらすかもしれない。これらには以下がある；

- 人材の不足；ケアの需要が満たされない；
- ケアへの不平等なアクセス；
- 労働力の地理的、職種的、専門的及び施設による不均衡；
- 労働力の資格過剰や資格不足；
- 不適當な活用（活用不足や活用過剰など）；
- 労働力の高い離職；
- 失業または不完全雇用；
- 保健医療の最新動向（新しい技術、処置など）への遅い対応⁵。

優れた HHRP の特徴

- 適切な訓練を受けた職員が仕事に取り組む；
- 適切な計画立案のツールや方法を利用する；
- ニーズに基づき、アウトカム志向で、サービス計画から得られる情報を踏まえた、総合的な人材計画手法を反映する；
- 計画立案と配置の決定に影響を与える社会的、政治的、地理的、技術的及び経済的要因の影響を考慮する；
- 需要と供給のアンバランスに対応する複数の政策オプションを考慮する；
- 人々の健康ニーズに基づく；
- 妥当な労働力データと情報に基づく；

³ ICN (2006). *The global nursing shortage: priority areas for intervention*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses <http://www.icn.ch/global/report2006.pdf>

⁴ Ibid. ICN (2005).

⁵ ICN (1994). *Planning human resources for nursing: reference document*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

- 計画立案過程に保健医療専門職が関与する；
- 計画立案過程の評価が継続的に監視される；
- 政策立案者、計画者、政府、研究及び行政の各関係者の間で、有効かつ継続的な調整が行われる；
- 短期、中期及び長期のニーズに焦点を当てる^{6,7}。

効果的な労働力計画の原則

Buchan⁸は、効果的な労働力計画について、以下のような8つの原則を示している；

1. 主たる職務・利害関係者（例：財務、サービス計画担当、教育機関、官民セクターの雇用主）が計画立案過程に責任・関与を持ち、明確な実行責任と説明責任の線引きが定められていること。
2. 病棟、組織、地域または国のいずれの計画であっても、現在の人員配置、人事予算、関連の活動に基づいた体系的な情報をもとに策定されていること。
3. 労働力のダイナミクス及び計画を立てようとしているシステム内の部門や組織間の「流れ」を評価し、供給及び離職の原因を評価していること。
4. 変化の必要性及び範囲を特定するために、全体的な分析を進めること。
5. 労働力と活動データを結びつける計画のパラメータを策定し合意していること。
6. サービス需要や関連の人員配置プロフィールの様々なシナリオを具現化するために、仮定の（what-if）分析を活用していること。
7. 地方・地域の計画を統合する労働力の国家計画が策定され、合意されていること。
8. 計画と照らした人員配置の変化を監視する枠組みが構築されており、見直しと更新のサイクルができていていること。

ICN/ICHRN の活動

国際看護師協会と看護国際人材センター（International Centre for Human Resources in Nursing : ICHRN）は以下を実施する：

- 総合的な人材計画の手法を反映した全国的な労働力計画の策定及び/または見直しを提唱し、すべての主要利害関係者を巻き込んだ国レベルの部門間の人材計画機関を創設し、国レベルで政策・計画立案の実務に情報を提供するための人材データ収集と情報のシステムを創設・維持への投資を提言する。

⁶ Ibid. ICN (2005).

⁷ Ibid. ICN (2006).

⁸ Buchan J (2007). *Nursing workforce planning in the UK: A report for the Royal College of Nursing*. http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0016/107260/003203.pdf

- 人材に関する国のミニマム・データ・セット（minimum data set）に向けロビー活動をし、開発を支援する。
- 国際レベルで課題に関する所信声明を作成する（例：保健医療職の人的資源開発（www.icn.ch/psghrd.htm）、看護師の職場定着と移住（www.icn.ch/psretention.htm）など）。www.icn.chおよびwww.ichrn.orgも参照。
- 保健医療人材に関する計画立案のため、個人の戦略的・技術的能力、組織及び制度の強化をめざして他者と協働する。
- 看護人材の計画立案及び管理について、国際的なコンピテンシーを育成する。
- 看護人材の計画立案に関するガイドラインを策定及び更新する。
- 会議や会合での発表や、ICN-ICHRNのウェブサイト、ケーススタディの発表を通じて、優れた人材計画の実践例を評価し、普及する。www.ichrn.orgも参照。
- 国際的な学術集会、ICN4年毎大会、地域フォーラム（例：ICNワークフォースフォーラム、ICNアジアワークフォースフォーラム）で人材計画の課題の研究や分析を提示し話し合う。
- ワークフォースフォーラムにおいて、主要なHHRPの動向や問題を話し合う。
- 学術集会、4年毎大会、地域フォーラムで、人材計画や政策の整備にかかわった看護師の経験を探査する。

より詳しくは、ichrn@secretariat.org にお問い合わせください。

国際看護師協会（ICN）は、131の各国看護師協会が加盟し、世界の数百万人もの看護師を代表する連盟です。看護師によって運営され、国際的に看護を主導するため、ICNは世界中で健全な保健医療政策が実行され、全ての人に質の高い看護ケアを提供することの確保に向け努力しています。

看護国際人材センター（ICHRN）は、国際看護師協会とその最初の基金であるフローレンス・ナイチンゲール国際基金によって2006年に設立されました。このセンターは、看護人材の政策・管理・研究・実践に関する総合的な情報やツールの開発・継続的モニタリング・普及を通じて、世界的に看護労働力を強化することに力を注いでいます。

この文書の、他言語への翻訳を含む無断複製・無断転写を禁じる。国際看護師協会の文書による許可なしに、本文書のいかなる部分も、複写印刷またはその他の方法で活字として複製してはならない。また、検索システムへの保管、あらゆる形式による転送または販売もしてはならない。短い引用（300語未満）は、出典を記載すれば許可なく複製してもよい。

Copyright © 2008 by ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva (Switzerland)

働きやすい実践環境

我々は世界的な保健医療人材危機の真ただ中にある - 危機的な不均衡がこの問題の特徴である。多くの国は、劇的な看護師不足と隣り合わせで、看護師の不完全雇用や失業の問題にも直面している。この危機の原因は多様で複雑であるが、鍵となるのは不健全な労働環境と多くの職場に特徴的に見られる貧弱な組織風土である。継続する保健医療セクターへの投資不足に、不適切な雇用条件及び政策（職業上の危険、差別及び身体的・精神的暴力への暴露、不十分な報酬、好ましくないワーク・ライフ・バランス、理不尽な労働負荷、限定されたキャリア開発の機会など）が相まって、多くの国で労働条件が悪化している。そして、これが保健医療専門職の採用や定着、保健医療施設の生産性や治療実績、及び、究極的には患者アウトカムにも重大な負の影響を与えていることには、全世界に明白なエビデンスがある。

働きやすい実践環境の定義

働きやすい看護実践環境は、卓越性と適正な労働を支持する場である。特に、職員の健康、安全及び個人のウェルビーイングの確保に努め、質の高い患者ケアを支援し、個人と組織の意欲、生産性及び実績を向上させる環境である¹。

働きやすい実践環境の要素

働きやすい看護実践環境は以下の特徴を持つ：

- 職場の危険要因、差別、身体的・精神的暴力、個人の安全を脅かす課題に対応する産業衛生、安全及びウェルネスの方針
- 公平で管理が可能な労働負荷及び職務の要請/ストレス
- 効果的な管理とリーダーシップの実践、良好な同僚の支援、意思決定への労働者の参加、価値観の共有を考慮する組織風土
- 健全なワーク・ライフ・バランス
- 平等な機会と待遇
- 専門的能力開発と昇進の機会
- 専門職としてのアイデンティティ、自律及び実践の管理
- 職業の安定
- 適正な給与と福利厚生
- 安全な人員配置基準
- 支援と監督
- 開かれたコミュニケーションと透明性
- 評価プログラム
- 適切な機器、必需品及び支援職員の利用可能性²

働きやすい実践環境のメリット

働きやすい実践環境が保健医療サービス提供、保健医療従事者の実績、患者アウトカム及びイノベーションに与える良い影響については、多くの文献がある。

- 労働環境が働きやすく変わることによって被雇用者の定着率が高まり、それがチームワークの向上、患者ケアの継続性の向上、究極的には患者アウトカムの改善につながる。
- 働きやすい実践環境は、職場の安全性に対する関与であり、全般的な職業に対する満足につながる。
- 看護師が自身の仕事に満足すると、常習的欠勤や離職¹⁴が減少し、職員の意欲や生産性が増加し、全体として職務実績が向上する³。
- 労働環境内のコミュニケーションとリーダーシップの意識を奨励することは、看護師が職場に対して持つ自信を生み出し、被雇用者の全般的な満足にも役立つ⁴。
- 業務に関する一定レベルの自律性を維持することで、看護師は職場の尊重され、評価されたメンバーと感じることができる。
- 研究によると、専門的に進歩があり、自律性を獲得し、意思決定に参加できるチャンスがあり、かつ正当な報酬を得られるとき、看護師は雇用の場に魅力を感じて定着することが明らかである⁵。
- 有効な看護のチームワークは、保健医療組織の業務には必須である⁶。看護職の業務の質だけでなく患者ケアの質も向上させる⁷。
- 資格を持った看護師の数が多く、スキルミックスも適切であることが、患者の死亡率、呼吸器・創傷・尿路感染の割合、患者の転倒の件数、褥瘡の発生、投薬ミスの減少に関連していると相当数の研究結果が指摘している^{8, 15}。

不健全・危険な職場から生じるコスト

不健全な環境は、過剰な労働負荷、長時間勤務、職業の地位の低さ、職場での難しい関係性、専門職役割を果たす上での問題及び様々な職場の危険要因などのストレスにより、看護師の身体的・精神的健康に影響する。このような看護師にとって不健全で、危険な職場のコストについては、十分な研究がなされている：

- 長期間にわたる職務ストレスは人間関係に影響し、病気、対立、仕事への不満、離職及び効率低下を招くことは、エビデンスから明らかである。
- 看護師に求められる業務と看護師が合理的に提供できるものが不一致であると、看護師の健康が脅かされ、患者をリスクに陥れる。
- 職場や臨床研修における負の経験が、新卒看護師を看護職から遠ざけ⁹、就職後2年間の高い離職率の原因になると考えられる¹³。

- 米国、カナダ、イングランド、スコットランド及びドイツの看護師を対象としたある研究では、病院勤務の看護師の41%が仕事に満足しておらず、1年以内の離職を考えている看護師が22%に上り、この結果は、職場のストレスと看護師の意欲、職業に対する満足度、組織への献身、退職の意向の関係性を裏付けるものであった。
- 一つのユニットで、看護師一人に対する最適な労働負荷は患者4人であることが研究で明らかになった。患者6人まで労働負荷が増えると、入院後30日以内の死亡の可能性が14%増加する。労働負荷患者4人と患者8人を比較すると、死亡率が31%増加する¹⁰。
- 過労の看護師は、反応時間が遅くなり、患者の状態の変化に対する注意力が低く、投薬ミスが多く、すなわち患者へのリスクが大きくなる¹¹。
- 高い離職率は、不適切な労働環境の兆候のひとつであり、医療提供者側に対しても、新しい職員の雇用と研修、時間外労働の増加、不足を補うための派遣職員の利用などという形でコストがかかる。離職コストには、新人職員の当初の効率の悪さや、職員の意欲やグループの生産性の低下も含まれる¹²。

働きやすい実践環境を実現する

働きやすい実践環境を開発、推進及び維持することは、多角的な問題であり、組織の多くのレベルで発生し、幅広い当事者（例：政府、雇用主、看護組織、規制機関、労働組合、看護学校など）を巻き込む問題である。看護師と看護師を代表する組織は、それぞれの立場で、以下のように働きやすい看護実践環境の展開を進めることができる：

- 看護師の採用と定着を向上させること。
 - 看護の役割の推進を継続的に行うこと。
 - 看護実践範囲を定義し、看護師が患者ケアのために能力を最大限発揮できるようにすること。この法的枠組みは、看護職のコンピテンシーや進化に対する他の専門職や一般市民の認識を高める。
 - 専門職としての認知と報酬を求めてロビー活動をする。
- 安全な労働環境に関する所信声明を策定し、普及すること。
- 保健医療セクターの管理や政策立案の職位に係る看護師などの能力を育成すること。
- 看護師の声が届くようにすること。
 - 看護組織を強化すること。
 - 意思決定機関へのアクセスを確保すること
- 研究の支援、ベストプラクティスのデータの収集、入手できたデータの普及をすること。

- 連携の機会を提供し、チームワーク理論を強調することにより、教育機関がチームワークを強化できるように支援すること。
- 雇用・定着の戦略、中途離職者の減少、世論、ケアの向上及び患者満足度などを通じて、働きやすい看護実践環境の有効性を立証した保健医療施設を表彰すること。
- 他の保健医療専門職や保健医療セクターの利害関係者（患者/消費者団体）との連携を構築すること。
- 安全な労働環境の政策の策定に、他の分野も関与するようにすること。
- 働きやすい看護実践環境の中核要素を列挙した行動要請を策定し、組織や個人が署名して支援できるようにすること。
- 健全で支えになる労働環境が職員の採用・定着、患者アウトカム、保健医療セクター全体に対して与える好ましい影響について、すべての関連する利害関係者の認識と理解と支援を高めること。

より詳しくは、ichrn@secretariat.org にお問い合わせください。

国際看護師協会（ICN）は、135の各国看護師協会が加盟し、世界の数百万人もの看護師を代表する連盟です。看護師によって運営され、国際的に看護を主導するため、ICNは世界中で健全な保健医療政策が実行され、全ての人に質の高い看護ケアを提供することの確保に向け努力しています。

看護国際人材センター（ICHRN）は、国際看護師協会とその最初の基金であるフローレンス・ナイチンゲール国際基金によって 2006 年に設立されました。このセンターは、看護人材の政策・管理・研究・実践に関する総合的な情報やツールの開発・継続的モニタリング・普及を通じて、世界的に看護労働力を強化することに力を注いでいます。

References

- ¹Registered Nurses Association of Ontario (2006). *Healthy work environments best practice guidelines (BPGs) overall project background*. Toronto, Canada: RNAO. www.rnao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=1195&SiteNodeID=241
- ² International Council of Nurse (2007). *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Information and Action Tool Kit* developed by Andrea Baumann for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses www.icn.ch/indkit2007.pdf
- ³ Ibid. International Council of Nurses (2007).
- ⁴ Registered Nurses Association of Ontario (2006). *Healthy Work Environment Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nursing Teams*. Toronto, Canada: RNAO www.rnao.org/Storage/23/1776_BPG_Collaborative_Practice.pdf

⁵Irvine and Evans 1995 and Shields and Ward 2001, cited in International Council of Nurses (2004). *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions* p.34 developed by James Buchan and Lynn Calman for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

⁶ Ibid. Registered Nurses' Association of Ontario (2006).

⁷ Joanna Briggs Institute 2005, cited in Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Health Work Environments Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nurses Teams*. Toronto, Canada: RNAO.

⁸ West E, Rafferty AM and Lankshear A (2004). *The future nurse: evidence of the impact of registered nurses*. London, UK: Royal College of Nursing.

⁹Tovey and Adams 1999, cited in International Council of Nurse (2007). *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Information and Action Tool Kit*

¹⁰Aiken Linda, et al. 2002, cited in International Council of Nurses. *Nursing Matters: Nurse: Patient Ratios*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

¹¹International Council of Nurses. *Nursing Matters: Nurses and Overtime*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

¹²International Council of Nurses (2005). *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce*. Developed by Pascal Zurn, Carmen Dolea, and Barbara Stilwell for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses and World Health Organization.

¹³ D'ambra AM & Andrews DR (2013) *Incivility, retention and new graduate nurses: An integrated review of the literature* Journal of Nursing Management

¹⁴Brunetto Y et al, (2013) *The impact of work relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA*. Journal of Advanced Nursing

¹⁵ Irish Nurses and Midwives Organisation (2012) *Safe Staffing: The Evidence: Key tasks from a review of published research findings*. Irish Nurses and Midwives Organisation, Dublin.

ICN/BW/LB/October 2013

この文書の、他言語への翻訳を含む無断複製・無断転写を禁じる。国際看護師協会の文書による許可なしに、本文書のいかなる部分も、複写印刷またはその他の方法で活字として複製してはならない。また、検索システムへの保管、あらゆる形式による転送または販売もしてはならない。短い引用（300 語未満）は、出典を記載すれば許可なく複製してもよい。

Copyright © 2013 by ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva (S)

- Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M & Aunguroch Y (2011a). 'Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries,' *International Journal for Quality in Health Care* Vol. 23, no. 4: pp 357-364.
- Aiken L, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L & Neff DF (2011b). 'The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments', *Medical Care*, Vol. 49 No. 12 (December): pp 1047-1053.
- Ashton D & Sung J (2002). Supporting workplace learning for high performance working, Geneva, International Labour Office.
- Ayamolowo SJ, Omolola I & Mayowa AO (2013). 'Job Satisfaction and Work Environment of Primary Health Care Nurses in Ekiti State, Nigeria: an Exploratory Study', *International Journal of Caring Sciences*, Vol 6. No. 3: pp 531.
- Beleta A (2008). ICN Wellness Centre Swaziland: Swaziland nurses the wellbeing of its health workers, *The Lancet*, Vol 371 June 7, 2008p1901-1902
- Berwick DM (2009). What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions of An Extremist, *Health Affairs*, July/August 2009, vol. 28, no. 4. Available at: <http://content.healthaffairs.org/content/28/4/w555.long>
- Brown DS, Donaldson N, Burnes Bolton L, Aydin CE (2010). Nursing-sensitive benchmarks for hospitals to gauge high-reliability performance. *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality*. 32 (6) (pp 9-17).
- Browne G, Birch S & Thabane L (2012). 'Better care: An analysis of nursing and healthcare system outcomes', *Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation & Canadian Nurses Association*.
- Buchan J (2008). How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply WHO
- Buerhaus P, Auerbach DI, Staiger DO & Muench U (2013). Projections of the Long-Term Growth of the Registered Nurse Workforce: A Regional Analysis *Nursing Economics* /January-February 2013/Vol. 31/No. 1
- Canadian Council on Learning (2007). Patient self-management: Health-literacy skills required. Available at: www.ccl-cca.ca/pdfs/LessonsInLearning/Jun-19-07-Patient-Self-man.pdf
- Caird J, Rees R, Kavanagh J, Sutcliffe K, Oliver K, Dickson K, Woodman J, Barnett-Page E & Thomas J (2010). The socioeconomic value of nursing and midwifery: a rapid systematic review of reviews *Social Science research Unit, Institute of Education, University of London*.
- Cavendish Review (2013). An Independent Review into Healthcare Assistants and Support Workers in the NHS and social care settings July. Available at:

www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/236212/Cavendish_Review.pdf

Ciprano PF & Hamer S (2013). Enabling the ordinary: More time to care American Nurse Today Volume 8, Number 11

Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, Muise M, Stafford E (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing studies* 47 p363-385

Darbyshire P (2010). 'Wonderful Workplace or Woeful Workhouse?: Start Creating a More Positive Workplace Culture Today', *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* Vol. 36. No. 1/2 : p 6.

De Leon Siantz ML, Malvarez S (2008). 'Migration of Nurses: A Latin American Perspective', *Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 13 Issue 2(May): p7

Department of Health UK (2009). NHS Health and Wellbeing – final report (The Boorman report) London DD 299039 Department of Health. Available at: www.nhshealthandwellbeing.org/FinalReport.html

Dowding DW, Currie LM, Borycki E, Clamp S, Favela J, Fitzpatrick G, Gardner P, Hamer S, Hardiker N, Johnson O, Lawton R, O'Brien A, Randell R, Westbrook J, Whitewood-Moores Z & Dykes PC (2013). International priorities for research in nursing informatics for patient care. *Stud Health Technol Inform.* 2013;192:372-6.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D & Zurayk H (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, The Lancet Commission, www.thelancet.com
Global Health Workforce Alliance and World Health Organization (2013). A Universal Truth: No Health Without a Workforce, Third Global Forum on Human Resources for Health Report.

Global Health Workforce Alliance (2013). The Recife Political Declaration on Human Resources for Health, World Health Organization.

Hodgkin P (2012). Power to the People. *Ehealth insider*, 2 October 2012. Available at: www.ehi.co.uk/insight/analysis/962/power-to-the-people7

Hunt J (2013). Registered nurse patient ratios; so important so contentious Discussion paper. Available at: www.nhsmanagers.net/wp-content/uploads/2013/08/Registered-Nurse-Patient-Ratios-So-Important-So-Contentious.pdf

International Council of Nurses (2009). 'Reducing the Gap and Improving the Interface between Education and Service', Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2010a). "Decent Pensions for Nurses" Developed by HedvaSarfati for the International Centre for Human Resources in Nursing, Geneva, Switzerland.. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Policy_and_Research_Papers/Decent_Pensions_for_Nurses.pdf

International Council of Nurses (2010b). 'Nursing Human Resources Planning and Management Competencies' Developed by Una V. Reid and Bridget Weller for the International Centre for Human Resources in Nursing, Geneva, Switzerland.

International Council of Nurses (2011). "Focusing on the wellbeing of health care workers in sub-Saharan Africa", International Nursing Review. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/news/whats_new/INR_933.pdf

Institute of Medicine (2001). Changing rules for the healthcare workforce in the 21st Century and the implications. Committee on Quality of Health Care in America, Washington National Academy Press

Institute of Medicine(2010). The Future of Nursing: leading change, advancing Health October

Kennedy F, McDonnell A, Gerrish K, Howarth A, Pollard C & Redman J (2011). Evaluation of the impact of nurse consultant roles in the United Kingdom: a mixed method systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05811.x

Keogh B (2013). Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: an overview NHS England

Kingma M (2007). Nurses on the Move: A Global Overview *Health Services Research* Volume 42, Issue 3p2, pages 1281–1298, June 2007

Kutney-Lee A, McHugh MD, Sloane DM, Cimiotti JP, Flynn L, Felber Neff D & Aiken LH,(2009). 'Nursing: a key to patient satisfaction,' *Health Affairs*, Vol. 28, no. 4: w669-w677.

Laschinger HK & Leiter MP (2006). The impact of nursing work environment on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36, 259-267.

Maben J, Morrow E, Ball J, Robert G & Griffiths P (2012). High Quality Care Metrics for Nursing. National Nursing Research Unit, King's College London.

Manley K, Sanders K, Cardiff S & Webster J (2011). 'Effective workplace culture: the attributes, enabling factors and consequences of a new concept,' *International Practice Development Journal* Vol. 1, no. 2.

Marroquin MA & Martin EC (2013). National Telehealth project in El Salvador: features, application process and preliminary results, *Latin Am J Telehealth*, Belo Horizonte, 2010; 2 (3): 279-285

Mitchell PH and Mount JK (2010). Nurse staffing a summary of current research, opinion and policy The William D, Ruckelshaus Center, University of Washington, Washington, USA

Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb CE, Rohrbach V & Von Kohorn I (2012). Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care, October 2012 Institute of Medicine, Washington, DC. www.iom.edu/tbc.

NHS Education Scotland (2013). 'Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning Learning Toolkit', NHS Education for Scotland.

North N & Hughes F (2012). A systems perspective on nursing productivity. *J Health Organ Manag.* 2012;26(2):192-214.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2012) *Health at a glance 2011* OECD Paris

Royal College of Nursing (2012). *Overstretched and under resourced. The UK nursing labour market review.*

Sloan J (2010). *The Workforce Planning Imperative* JSM ISBN 978192103375

Squires A & Beltran-Sanchez H (2013). 'Strengthening Health Systems in North and Central America: What Role for Migration?', Washington, DC. Migration Policy Institute: Washington DC.

Walker J & Hendry C (2009). 'A review of literature on the measurement of patient dependency, workload and workload planning and allocation within the context of nursing in the community', Wellington: NZNO (District Nurses Section)/Christchurch: New Zealand Institute of Community Health Care, November.

Wood D (2013). "Health care Briefings: Creating a Great Nurse Work Environment to Improve the Bottom Line", Press release, PI Worldwide, posted 18 January 2013. Available at: www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-to-improve-the-bottom-line/

World Health Organization (2006). *The World Health report Working together for Health*, Geneva-

World Health Organization (2008). *Closing the gap in a generation*, Geneva

World Health Organization (2013a). *Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of non-communicable diseases*, Geneva-

World Health Organization (2013b). *The progress report on nursing and midwifery*, Geneva-