

2013 年度明星大学博士請求論文

看護師労働力政策と看護師免許更新制度 ーワシントン DC とオーストラリアの免許更新制度分析ー

明星大学通信制大学院博士後期課程
10SK1002 網野寛子

もくじ

| | | |
|-----|--|---------|
| I | はじめに | P.1-14 |
| | 1. なぜ看護師免許更新制度に着目するのか | P.1 |
| | 2. 看護師労働力政策に関する先行研究 | P.8 |
| | 3. 本研究の課題 | P.11 |
| II | 研究方法 | P.15-17 |
| | 1. 研究デザイン | P.15 |
| | 2. 用語の定義 | P.15 |
| | 3. 研究対象および選定方法 | P.15 |
| | 4. データ収集 | P.15 |
| | 5. 倫理的配慮 | P.16 |
| | 6. 分析方法 | P.16 |
| III | 結果 | P.18-37 |
| | 1. ワシントン DC の看護師免許更新制度 | P.18-25 |
| | 【制度の変遷】【制度の意義】【制度の仕組】【運営組織の役割】【需給状況】【看護の質の確保】 | |
| | 表2 | P.26 |
| | 2. オーストラリアの看護師免許更新制度 | P.27-36 |
| | 【制度の変遷】【制度の意義】【制度の仕組】【運営組織の役割】【需給状況】【看護の質の確保】 | |
| | 【看護基礎教育】 | |
| | 表3 | P.37 |
| IV | 考察 | P.38-86 |
| | 1. ワシントン DC とオーストラリアおよび日本との対比 | P.38-62 |
| | 【制度の変遷】【制度の意義】【制度の仕組】【運営組織の役割】【需給状況】【看護の質の確保】 | |
| | 【看護基礎教育】 | |
| | 表4 | P.51 |
| | 2. 看護師免許更新制度の構造 | P.63-68 |
| | (1)ワシントン DC の制度管理運営の構造 | P.63-67 |
| | (2)オーストラリアの制度管理運営の構造 | P.67-68 |
| | (3)構造図 | P.69 |
| | 3. ワシントン DC とオーストラリアの看護師免許更新制度が看護師労働力政策に果たしている意義 | P.70-74 |
| | 4. 日本にとって看護師免許更新制度導入の意義 | P.75-86 |
| V | 本研究の限界と今後の課題 | P.87-88 |
| VI | 結論 | P.89-90 |
| | 謝辞 | |
| | 引用文献 | P.91 |

I 序章

1. なぜ看護師免許更新制度に着目するのか

グローバル化、高齢化の進展の下、先進国の医療は、混合診療をはじめとする国民皆医療保険や社会保障制度全体の根幹を揺るがす市場化傾向への転換が顕著となる一方、技術革新や医学の高度化、標準化等によって医療により高い専門性が求められるようになり、医師、看護師、コメディカルなど医療人材のあり方が問われ続けている。とりわけ、看護師労働力確保は、各国とも医療マンパワー政策の中で中軸をなしており、医療政策の重要な柱とされてきた。

それは医療職の中で、病院に収容した患者に対して 24 時間 365 日回復過程を援助する人材の数が最も多く必要とされるために主要な位置を占めるのであり、その上進歩する医療技術への安全な対応が必須となる、すなわち看護師労働力政策が単に量のみを確保すればよいと言うに留まらず、医療を取り巻く環境や条件の変化に即応できる質の確保も併せて求められてきたからである。

看護師労働力の量と質の問題は、量は看護師養成と潜在看護師を含む看護師需給見通し等の看護師労働力移動、質は看護基礎教育、新人臨床研修、現任研修、認定看護師、専門看護師など一連のキャリア開発の全てに関わるトータルな問題として把握される必要があることが理解される。

(1) 看護師労働力の量に関する問題

量についての先進国の動向として、米国の調査¹⁾では、合衆国に在住する有資格登録看護師数は 3,063,163 人（2008 年 3 月現在）と推定され、2004 年より 5.3%（153,806 人）増加し、人口 10 万対 854 人である。2020 年までに 34 万人の登録看護師が不足すると予測²⁾しており、新規免許取得登録看護師の職場定着が、病院の労働移動率を減少させる上で極めて重要な問題であるとしている。我が国でも最近の厚生労働省看護課の発表³⁾によれば、2010(平成 22)年の就業者数は 1,470,421 人、人口 10 万対 687 人である。「社会保障・税一体改革」において 2025(平成 31)年までに看護職員は 200 万人必要とされ、毎年新卒が 4.9 万人就職しても、離職者が 15.7 万人、そのうち 13.3 万人しか再就職をしないため、1 年間に 2.5 万人しか増えない計算になる。少子化の進展とともに 2025 年には 15 万人不足するから、潜在看護師の活用をせざるをえないとしている。

世界の多くの国々で、量の確保の第一歩である看護師養成方法は、日本看護協会国際部

4)の情報収集対象国 25 カ国（ヨーロッパ8、北米2、オセアニア2、アジア 12、アフリカ1）をみると、先進国に共通する入学資格としておおむね 12 年間の教育後に、大学もしくは専門学校のどちらかで3～4年間をかけて養成している。卒業時に国家試験の行われる国（15カ国）と無い国（10カ国）がある。いずれの国も根拠法を持っているが、不明の国はスウェーデン・ノルウェー・台湾の3カ国のみである。また、資格取得のための教育プログラムの認定機関は、官民さまざまであるが、全ての国で有している。国によっては基礎免許の上に上級免許（上級実践看護師 Advanced Practice Nurses, ナースプラクティショナー Nurse Practitioner）などの創設を行っており、また看護師免許更新制度を採用している国ではその機会を活用して質の向上に取り組んでいる。

我が国ほど養成方法が複雑な国はない。高等学校・高等学校一環教育校（5年）、専門学校、専修学校、短期大学、大学等であるが、国家資格で統一を図っているのが特徴といえる。根拠法令は「保健師助産師看護師法」、資格取得のための教育プログラムの認定機関は、文部科学省と厚生労働省である。2011（平成 23）年の看護職養成機関の1学年定員⁵⁾をみると、保健師 17,204 人、助産師 9,851 人、看護師 59,517 人、准看護師 11,690 人、合計 98,262 人となっている。同年の准看護師を除く国家試験合格者数と率⁵⁾は、保健師 12,792 人（86.3%）、助産師 2,342 人（97.2%）、看護師 49,688 人（91.8%）であった。

卒業後の進路は、大学・3年課程レギュラーコースをはじめ各課程とも、病院が最も多く、2年課程短大卒業者や准看護師養成所卒業者は、診療所に就職する割合が他の課程に比較して多いことが明らかになっている。

看護師の量的確保対策の基礎資料とするために国が打ち出したのが、昭和 49 年から開始した『看護職員需給計画』の策定である。3回目から計画が見通しに変更したが、既に7回の策定が行われた。第7次看護職員需給見通しの推計方法は、2011（平成 23）年度～2016(平成 28)年度をより実情に即した概数を把握するために、需要数は施設の看護管理者に記載させ、供給数（年当初就業者数＋新卒就業者数＋再就業者数－退職などによる減少数）は都道府県が推計し、この数を積み上げた全国ベースの集計結果を 2010（平成 22）年 12 月末に発表⁶⁾した。2015（平成 27）年度の需要数は、約 6.9%の増加の 150 万 1 千人、供給数は約 10.2%の伸び率で約 148 万 6 千人、差し引き 1 万 5 千人程度は不足すると織り込んでいる。

東京都の看護職員需給見通し結果⁷⁾によれば、需要は、2011（平成 23）年の 115,462

人が 2015（平成 27）年には 120,575 人増加すると見込み、供給は、施策効果をもって 120,575 人に均衡させるとしている。東京都第 7 次看護職員需給見通し策定検討会では、その需要と供給の算出方法について、平成 20 年度に東京都が委託して行った「慢性期およびがん医療提供体制に関する検討結果」報告書⁸⁾や、第 6 次（平成 18 年度）の調査結果を参考にしながら、国の基本調査項目に都独自の項目を追加して作成し、都内の看護管理者・従事者、また、離職者および看護大学や看護専門学校の教員や看護学生を対象に、全数もしくはサンプルによる「東京都看護職員就業等実態調査」を実施した。需要の推計根拠は、病院は本調査による看護管理者の意向であり、訪問看護ステーションや介護老人保健施設等は“高齢者保健福祉計画”の介護サービス量に置いた。一方、供給は、新卒の都内就業のこれまでの実績を踏まえ、再就業者数と退職による減数は本調査や検討会での傾向分析、新規・既存施策の連携効果を踏まえて推計した。

この需給見通しを具体的に実行する機関として、都道府県は「看護師等人材確保法」（1992（平成 4）年制定）による看護職に特化した無料職業紹介所（都道府県ナースセンター）を運営している。都道府県ナースセンターは、国が日本看護協会中央ナースセンターに委託して開発した NCCS システム（インターネット求人・求職サイト、通称「e-ナースセンター」）を用いて、潜在看護師や離職した看護師に再就業のあっせんをインターネット上で行う。この他に、集団での再就業相談会、個別相談会、来所者への対面相談等でマッチングを行い、希望する採用施設へ紹介状発行業務を行うことをメインの仕事としている事業所である。都道府県ナースセンターの活動は、法の第 16 条に、保健医療の資質の向上に資することを目的とする一般社団法人もしくは一般財団法人で運営することという規定があるため、47 都道府県の看護協会が実務を請け負う。地方自治体は、看護師確保の行政責任上、県看護協会の NCCS システムの維持管理費を予算化し、配布するという仕組みによって看護師不足を解消する努力をしている。日本看護協会中央ナースセンターが発表しているナースバンク事業の全国実績⁹⁾によれば、平成 22 年度は、有効求人数 155,058 人、有効求職数 68,199 人、紹介者数 19,818 人、就職者数 12,404 人であった。一方、同じ無料職業紹介を行っているハローワークは規模が大きく、有効求人数 1,125,504 人、有効求職数 442,879 人、紹介者数 132,138 人、就職者数 52,617 人であった。双方の紹介による就職率を比較すると、ナースセンターは 62.6%、ハローワークは 39.8%という結果が示すように、ナースセンターは丁寧な相談を実施していることが再就職の成功に結びつい

ているものと考えられる。

また、量の確保については、2006（平成 18）年の診療報酬改定による入院基本料 7 対 1 導入し、無料職業紹介所とともに一応政策的には完成したとも言われている。

7 対 1 政策は、先進国の急性期病院では 1 対 1 体制であること、民間病院の看護師給与が減少傾向にあること、他職種の夜勤体制が不十分なためからくる看護師の夜勤負担増、新卒看護師の夜勤開始時期の早まり、夜勤人数の少なさに伴う休憩時間の不足、休暇取得日数の少なさなど労働条件や雇用環境の見直し等の観点から導入された。看護職員の増加は、当然人件費の増大という病院経営に直結するが、増員してもなお経営面でプラスの効果をもつように制度設計がなされた。病院の適正数と適正な機能を峻別する機能を有しつつ、かつ看護職の定着に期待が寄せられたものの、これが実際に動き始めて明らかになったのは、競争的確保ができる病院とそうでないところが生じる病院間の格差であった。この体制を導入できた病院において、患者の 7 対 1 導入の前と後のアウトカム調査を行っている。有害事象 6 種（転倒・転落、褥瘡、感染、ルート類の予定外抜去、皮膚障害、身体的抑制）の発生状況を調べたところ、7 対 1 導入後は、日勤の看護師数は 1.53 人、準夜勤務看護師数は 0.28 人、深夜勤務看護師数は 0.29 人とそれぞれ増加し、有害事象の内、転倒・転落、褥瘡、感染の 3 つは発生率が上昇したが、ルート類の予定外抜去、皮膚障害、身体的抑制は低下していた。発生率が上昇した理由は、入院時にリスクアセスメントをしていなかった、褥瘡の発生の実態を正確に把握していない、感染発生率の高かった病棟は入院患者の平均年齢も上昇しているなど看護師の集中力の欠如や判断基準があいまいであったなど、看護師数の絶対的不足が落ち着いて仕事のできない環境であることがその原因である。やはり、実質的な看護師の増員によって、ルート類の予定外抜去、皮膚障害、身体的抑制などが低下しているのは、人員が増えれば注意深く観察もでき他ならぬ看護師のケアの質の向上に役立っているという結果がみられている¹⁰⁾。恩恵を受けない中小規模施設は、相変わらず不足が常態化しており、安定供給に対する根本的な解決策が見当たらないのが現状である。

現在の就業者数の把握は、2 年毎に就業地の都道府県知事に届け出なければならない「業務従事者届」（「保健師助産師看護師法」第 33 条）によってなされている。都道府県は、集計結果を国に報告し、国は「衛生行政報告例」として公開している。2010(平成 22)年の就業者総数は、1,470,421 人であり、就業場所は第 1 位病院 911,400 人、第 2 位診療所

309,296 人でほぼ全体の 83%を占めている。

(2)我が国の看護師労働力の質に関する問題

我が国の看護師免許は終身免許であるが、質の向上の一環として定着してきた基礎免許取得後の上級資格（認定看護師、専門看護師）は、日本看護協会が 1995（平成 7）年以降定めている。米国では、1960 年代から 200 以上の領域に細分化された CNS（Clinical Nurse Specialist）が活躍し、クライアントに大いに貢献し、その結果診療報酬制度の機能を持つ ANP（Advanced Nurse Practitioner）などが誕生した。これを我が国の職能団体が見習って創設したものである。

認定看護師（Certified Nurse）は、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められたものを指す。認定看護師になることができる要件は、5 年以上の臨床経験（そのうち、3 年以上は認定看護の分野）を有し、主に日本看護協会もしくは都道府県看護協会が主催する 6 か月 615 時間以上の教育を受講し、認定審査に合格しなければならない。5 年毎に更新が義務付けられており、実践と自己研鑽の書類をもって審査される。2010 年 2 月現在、認定は救急・皮膚排泄ケア・集中ケア・緩和ケア等々 21 分野に渡っている。認定看護師の役割は 3 つあり、①個人・家族および集団に対して熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する（実践）、②実践を通して看護職に対して指導を行う（指導）、③看護職に対してコンサルテーションを行う（相談）である。2012 年 5 月現在登録数は 8,993 人である。

専門看護師（Certified Nurse Specialist）は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人・家族及び集団に対して水準の高いケアを効率よく提供するために、特定の看護分野の知識・技術を深め、保健医療福祉の発展に貢献することを目的としている。その役割は、認定看護師の実践・相談・指導に加え、必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々との間のコーディネーションを行う（調整）、個人・集団の権利を守るために倫理的な問題や葛藤の解決を図る（倫理調整）、看護者に対しケアを向上させるための教育的・研究的役割を果たす（教育研究）の 6 つが明記されている。専門看護師制度は、日本看護協会が日本看護系大学協議会と連携して実施しており、実際には看護系大学の大学院修士課程において教育が行われている。日本看護協会は、専門看護分野の特定と認定審査ならびに認定更新審査を行い、看護系大学協議会は、教育課程の特定や個別の大学院での教育を促すという役割分担をしている。専門看護分野は、がん看護・精神看護など 11 分

野に及び、2012年5月現在登録数は795人である。

一般的に看護界では認定看護師は主に3年課程を中心とする専門学校卒業者、専門看護師は大卒看護師のキャリア開発の場として認識されている。

この他、認定看護管理者（Certified Nurse Administrator）も1993（平成5）年から日本看護協会は体系化している。認定看護管理者とは、日本看護協会の認定看護管理者認定審査に合格し、管理者として優れた資質を持ち、想像的に組織を発展させることができる能力を有すると認めたものをいうと定義し、役割として、多様なヘルスニーズを持つ個人・家族及び地域住民に対して質の高い組織的看護サービスを提供することにより、保健医療福祉に貢献するとしている。認定看護師、専門看護師同様に実務経験が5年以上あり、看護協会の認定看護管理者教育課程（ファーストレベル150時間、セカンドレベル180時間、サードレベル180時間）のサードレベルを修了している、あるいは看護系大学院において看護管理を専攻し、修了号を取得している者で、修士課程修了後3年以上の実務経験がある等々を要件としている。やはり認定審査に合格して登録され、5年毎の認定更新審査がある。2012（平成24）年12月現在、養成は64機関で行われており、1,736人の登録がなされている。

このように看護職の質の向上は1990年以降着実に前進してきたといえる。一昔前までは、好むと好まざるとに関わらず、優秀な看護師は看護管理者になるというキャリアパスしか用意されていなかった。認定看護師、専門看護師が誕生し、専門職（Professional）の中の専門職化（Specialization）が進み、新たな選択肢に自らのキャリアパスを問いなおす看護師たちも増えている。また、日本看護協会は、全ての継続教育が一定の水準以上の質を保てるように、2000（平成12）年に「継続教育の基準」（2012年に「継続教育の基準」ver2に改訂）、2003（平成15）年に「看護者の倫理綱領」、2005（平成17）年に「看護業務基準改定版」を作成して基盤とし、その上に2003（平成15）年「ICN（International Council of Nursing 国際看護協会）ジェネラリストナースのコンピテンシー」を用いて、専門職業人として看護者に必要な能力の全体像を示している。

全ての看護師の資の向上について、努力義務の必要性が明確に「保健師助産師看護師法」「看護師等人材確保法」に規定されたのは、2009（平成21）年の改正によってである。これが導入された意義は、医療レベルの向上によって看護職員により高い能力が求められるようになってきており、基礎教育では獲得できなかった知識や技術を補い、現場のリアリテ

イショックや医療事故への不安を防いで離職行動を抑制し、生涯に渡って専門職業人として継続教育に参加する倫理的責任を背負っていることを明らかにしたものである。これにより、2010（平成 22）年度から、既に改善・改革に努めている組織は多いものの新卒者を迎えた全ての職場において、新人臨床研修が開始し、看護職の生涯学習の支援が緒に付いた。

(3)看護労働の現状

このような看護労働力確保に努めているにもかかわらず看護師不足はなぜ解消しないのか。一般的に専門職は、組織への帰属意識が薄く、転職への抵抗が少ないため流動性が高い、他職種と比べると看護師の離職率は低く、約 65%が継続就業意思をもっており、本来は非常に継続就業意思の強い職業集団と言われている¹¹⁾。現に、近年の看護師の離職率は日本看護協会の「2008年・2009年・2010年病院における看護職員需給調査」において2007年度は新卒 8.9%・全体 12.6%、2008年度は新卒 9.2%・全体 11.9%、2009年度は新卒 8.6%・全体 11.2%である。「2011年病院看護実態調査」によれば2010年度は新卒 8.1%・全体 11.0%にみられるように若干減少傾向にあり、厚生労働省の「雇用動向調査」によれば、一般女性労働者の離職率は、2009年 15.7%、2010年 14.3%の結果になっており、病院看護職員の離職率は一般女性労働者の離職率より低いと発表している¹²⁾。

しかし、平井¹³⁾は、キャリアパスを歩める看護師は一握りであり、大多数の看護師は20代後半から30代にかけて結婚や出産、育児等のライフイベントが発生し、仕事を取るか、家庭を取るかの選択に悩み、仕事を中断する。辞める理由は“人間関係に疲れた”“燃え尽きた”などという理由もあるが、キャリアステージ論のスーパー(Super, D, E, 1957)のモデルによれば、キャリアの確立段階に該当し、組織的役割も大きく、指導的立場で中堅看護師として脂の乗り切った状況である。一旦仕事を離れると復帰するのは困難であるために、組織の推進力となる看護師を留めておくためによりやく病院側も応え始めた。短時間正職員制度や病児保育や24時間託児所の開設などをして、ワーク・ライフ・バランスを実現しようと努力していると述べている。しかし、離職の本音の理由を田中¹⁴⁾は、看護の仕事の仕方が専門職の責任の視点から、一人ひとりの判断を重視する看護提供方式が主流のため、孤軍奮闘せざるをえず、個人の意識と努力において自身を焚きつけ励ます構造が強い負担感に繋がっていることと、養成過程で過度に意識づけられ獲得した専門職意識と、高度化・複雑化した目前のケアや処置に追われる現実のギャップの大きさに改めて気

づかされ、職場の閉塞感を自分では如何ともしがたいが故に、結婚という自他ともに認める公然とした理由により離職することで精神的苦痛から回避しようとしているなど複雑な要因が離職を促すとしている。

ともあれ一向に看護師不足の改善する気配がみられない現実を直視すると、看護師の全数を把握するシステムをきめ細かく再構築し、離職者への再就業あっせんがピンポイントでできるように効率的になれば、看護師不足の解消に寄与するのではないかと同時に資質向上策を併せてシステム化すれば看護師全体の生産性の向上に繋がるのではないかと予測される。現在、一部の先進国で実施している看護師免許更新制度を詳細に調査・分析すればその解の一端が得られるのではないかと考えた。

2. 看護師労働力政策に関する先行研究

看護師の労働力政策は、基本的には国（厚生労働省）が「保健師助産師看護師法」および「看護師等人材確保法」によって質量の確保について基本方針を明示し、予算を獲得・配布し、地方自治体（都道府県）が執行するという構図で運用されている。

近年、政策研究も科学的根拠に基づく政策決定の重要性が強調されており、看護政策研究は、そのアプローチ¹⁵⁾によって、①個別・具体的な問題・課題の究明、②政策決定に関与する組織・団体の制度的解明、③政策決定過程の解明の3種類に区分されるといわれている。政策への貢献を明確に意図して行われている代表的研究は「厚生労働科学研究」である。看護職の研究採択も増えており、たとえば、2009(平成 21)年の新人看護職員研修のあり方に関する研究が、2010（平成 22）年の新人臨床研修の努力義務化の法改正に直結している。①はその成果が徐々に積み上げられてきているが、②、③に該当する研究、すなわち政策過程への関与者・団体や政策過程それ自体を対象とする研究が皆無に等しいといわれている。看護師労働力政策は①が中心になるが、②、③も範囲に属するものといえる。

量の確保について最も重要な政策である看護職員需給見通し策定の調査段階では、各都道府県とも地域のオリジナリティを考慮し、東京都の場合では、急性期病棟に勤務する看護師の勤続年数を1年長くする方策はないか、看護職が展望を持って働き続けることができる環境づくりの具体的方法はないか、看護補助者が上手く機能するようになれば看護師の定着も可能となるのではないかと、潜在看護師の母数の把握ができるだけ正確にできれば、不足施設への誘導を行えるのではないかと等々検討会委員より出された様々な意見を集約し

て質問項目を作成し、プレテストを行い、本実施と手続きを踏んでいる。その中で『従事者の看護職は、保健師助産師看護師法により、2年に1度、従事者の提出が義務づけられているが、医師と同様に、離職中の看護職の方にも届出を義務付けることをどう考えるか』という質問を入れた。答えをみると、看護管理者は全体として「とても必要である」と「必要である」で、43.9%となっており、特に病院の看護管理者は「とても必要である」と「必要である」が74.3%と高率であった。しかし、従事者で「必要である」とする考えは4割、「必要でない」は3割で、離職者では「必要である」とする者が3割、「あまり必要ではない」「必要ではない」も3割、「分からない」が3割といった回答がみられた。やはり、病院の看護管理者になって、自分の職場で頻繁に生じる退職看護師の補充をどうするか頭の痛い課題を抱える立場になると、離職者が確実に把握できる手段が必要であると実感している様子が伺える（図1）。

東京都の看護職員需給見通し結果は、前述のとおり、平成23年の112,839人を、施策効果をもって27年には120,575人で均衡を計るとしている（図2・表1）。需要と供給の乖離を埋める施策の方向性は、離職率を0.3%、再就業率を0.1%改善することである。そのために、院内保育園の整備運営補助金の交付、平成19年度より東京都看護協会に委託して始まった東京都看護職員地域確保支援事業の充実の上に、更に東京都ナースプラザの研修の拡大や、医療機関と連携をしつつメールマガジン登録を増やすなど潜在化を防ぐための具体的な対策を実行しようと予算を計上している。

看護職員需給見通しにみられるように、政策策定上すなわち行政目的上その根拠を求めた調査報告はあるが、客観性や妥当性が加味された実証研究は見当たらなかった。

看護職員需給見通しに関する方法論の研究として、推計方法について改善する必要性を伊豆上¹⁶⁾や前田¹⁷⁾らが唱えている2本がある。カナダ・オンタリオ州の需給見通しに対して現地調査を行った結果、必要なデータに関する考え方の①看護需要の算定に関する考え方と②供給の要素である看護師に関する考え方の2点で大幅に日本と相違がみられた。我が国では、第1回の策定から基本的に“病床数”を算定単位としているが、オンタリオ州では、全ての看護提供施設の看護時間の変動に基づく看護職員数の変動を基準としている。平均在院日数の短縮や入院診療の包括化等に見られる医療環境の変化は、入院患者1人当たりの看護ケア量にも影響を与えるため、病床数の増減だけでは測りえない患者の状況を加味した看護需要の把握が必要である。看護時間を用いた人員配置の考え方は、米国

でも病院経営を考えながら無駄のない配置を行う必要に迫られて様々な算定ツールが開発されている。また、供給の上で重要な看護師数の正確な把握に対して、“有効免許数に基づく有資格者数”に焦点を当てているが、日本は、免許が終身制であるため、供給可能な看護人的資源の量を把握できないと述べている。

就業者数は、2年毎「業務従事者届」によって把握されているが、この届を地方自治体が研究者たちに提供する状況もみられない中で、唯一、播本¹⁸⁾らが北海道上川北部の分析をしている。二次医療圏の中で、市町村によって看護職員の数に大きな差があり、市立病院のある市は看護師の数が准看護師より大幅に多い。人口減少の地域にあっても看護職の割合は高くなっている。北海道全体では30代後半をピークに年齢とともに人数が減少するところを上川北部地域は40～50代の看護職が多く従事している。新卒の看護師は大きな都市を選んで就職するために転職者や再就業者によって支えられており、再就業支援が課題であるとしている。

労働力移動すなわち離職者や潜在看護師の再就業あっせんに関するデータは、毎年日本看護協会中央ナースセンターが実績報告書を公表し、都道府県ナースセンターは独自に事業概要などで公表している。これらのデータを活用した研究は、医療関係者ではなく、経済分野の研究者の安川¹⁹⁾や川口²⁰⁾らによって、国の推計よりも潜在看護師は実際に10万人以上も多く、離職者の1割の5万5千人が医療現場に復帰すれば看護師不足は解消されると明らかにしている。福井²¹⁾は、就業率の改善だけでは必要看護職員数を実現するのは困難であるとし、政策提言をしているのが散見される程度である。

看護の質に関する政策研究として、本研究と関連があるのは厚生労働科学研究としての菱沼²⁰⁾らの諸外国の看護師免許更新制度がある。

看護師労働力政策は旧来から方針と予算措置は国の行政機関が担い、不足を解消するのは地方自治体の責任で行う、現場はケアを実践するものという固定観念から抜け出ることができていない。それも一因かと考えられるが、政策研究もまた国から選ばれて依頼された研究者がおこなうという慣習からか、また、病院等の現場の看護師たちと、国や都道府県の行政機関との心理的・物理的距離の遠さなどの理由などもあって、市井の看護実務者たちが表した制度や政策との関連を視野に入れた看護政策研究に関する先行研究は非常に少ない状況である。

3. 本研究の課題

つまるところ、看護師労働力問題の解決のポイントは、潜在的労働力を含め看護師労働力数の正確な把握、看護知識技術を含む資質の向上、そして継続的就労へのインセンティブを働かせることの3点をいかにシステム化するかにかかっており、それを具体的に研究として確立させていくかその解明が重要である。

3点の看護師労働力問題のうち、先進国の看護師免許更新制度について、1999(平成11)年の菱沼²²⁾らは、我が国の看護の質を確保するための方略の一つとして着目し、その実情を調べている。WHOプライマリーヘルスケア看護開発協力センターを通して明らかになった免許更新制度を有する先進国4カ国(イギリス、オーストラリア、カナダ、アメリカ)に対して、免許更新制度の概要について質問紙を用いて郵送する一次調査、二次調査は病院に対して免許更新制への支援体制や有効性など質問紙を用いて郵送、もしくはイギリス、オーストラリア、アメリカについてそれぞれの国の実情に詳しい看護専門職より事情聴取および資料収集などを加えて調査を行っていた。その結果、米国では、2年毎に義務づけられているが、手続きや費用、要件は州ごとに異なっていて、継続教育を要件としている州は約半数であり、この制度は就業や登録看護師数の把握、看護師の最低限のモラルの維持、質の確保など幅広い意味をもって実施されていた。継続教育とは必ずしもリンクしていないことが明らかになり、免許の更新がそのまま質の維持には繋がっていない可能性がある。看護の質を確保していくためには、効果的な継続教育を検討していくことが現段階では重要であると述べている。

その後2004(平成16)年の規制改革民間開放推進会議で、医師の免許更新制度の導入を検討すべきという意見があり、日本看護協会の「平成17年度看護白書」²³⁾でも導入の検討について触れている。これらはいくまでインターネット等各種資料収集をした内容から得られた結果である。

そこで、本研究では、看護師労働力数の正確な把握と看護師免許更新制度との関連性を明らかにすべく、制度を運営している、あるいはそれに関与している看護職に直接インタビューをする現地調査を行い、制度の細部に渡る現状を分析することとした。

日本看護協会国際部の2007(平成19)年の諸外国(対象25カ国)の看護基礎教育と規制の情報収集結果によれば、免許更新制度をとっている国は、アイルランド、英国、ノルウェイ、米国、カナダ、オーストラリア、インドネシア、韓国、タイ、台湾、中国、フィリ

ピンの 12 カ国である。

今回、米国ワシントンDCとオーストラリアを選定することができた。その理由は、ワシントンDCは、世界の看護界をリードする米国の首都であり、ワシントンDCの看護師労働力問題の現況は、日本の首都である東京都にとっても参考になることが予測される。オーストラリアは、オセアニアで医療水準の高さはつとに名高く、看護についても宗主国イギリスに影響を受けている。その中で南オーストラリア州は他州に先駆けて看護師免許更新制度を導入してきた経緯があることから、看護師労働力問題の対策の現状を詳細に把握することができると思ったからである。

図1. 離職中看護師の免許届出義務化についての看護管理者の意識

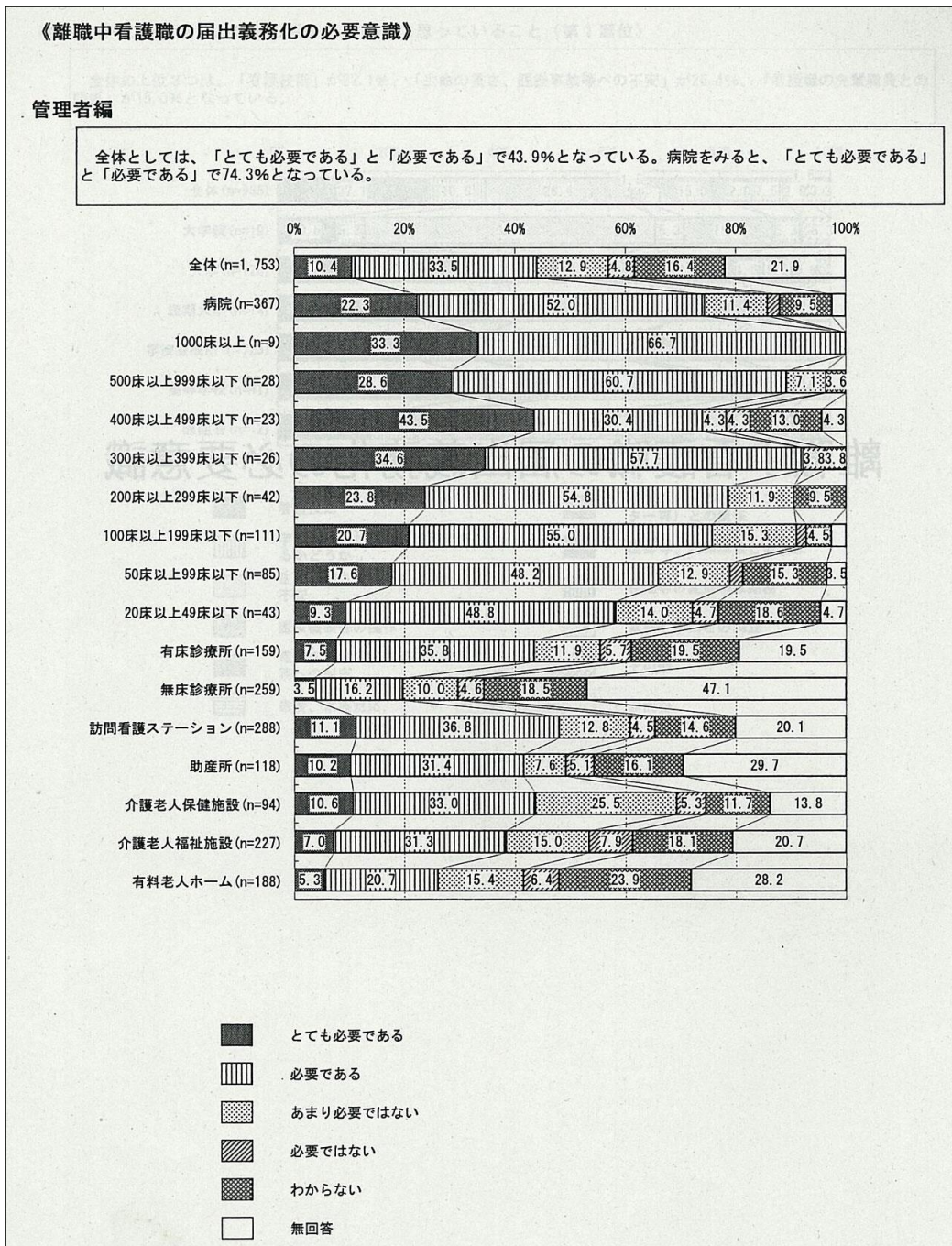
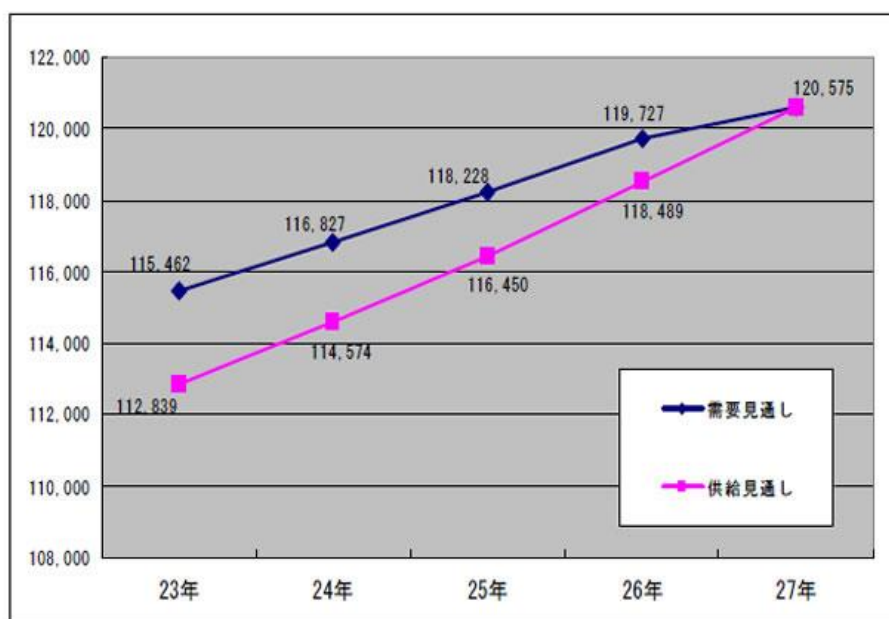


図2. 表1. 第7次東京都看護職員需給見通し結果

【 東京都看護職員需給見通し -平成23年から平成27年まで- 】



(単位：人)

| 区分 | 平成23年 | 平成24年 | 平成25年 | 平成26年 | 平成27年 |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 需要見通し a | 115,462 | 116,827 | 118,228 | 119,727 | 120,575 |
| 病院 | 83,070 | 83,794 | 84,490 | 85,277 | 85,387 |
| 診療所 | 12,308 | 12,318 | 12,384 | 12,462 | 12,554 |
| 有床診療所 | 2,491 | 2,385 | 2,300 | 2,204 | 2,122 |
| 無床診療所 | 9,817 | 9,933 | 10,084 | 10,258 | 10,432 |
| 助産所 | 316 | 316 | 318 | 318 | 318 |
| 介護保険関係 | 10,180 | 10,670 | 11,155 | 11,643 | 12,129 |
| 介護老人保健施設 | 1,848 | 1,946 | 2,044 | 2,142 | 2,240 |
| 介護老人福祉施設 | 2,321 | 2,411 | 2,505 | 2,599 | 2,693 |
| 訪問看護ステーション | 2,814 | 2,949 | 3,079 | 3,210 | 3,340 |
| 居宅サービス | 3,197 | 3,364 | 3,527 | 3,692 | 3,856 |
| 社会福祉施設 | 3,784 | 3,946 | 4,106 | 4,252 | 4,412 |
| 保健所・市町村 | 2,158 | 2,158 | 2,158 | 2,158 | 2,158 |
| 教育機関 | 1,344 | 1,323 | 1,315 | 1,315 | 1,315 |
| 事業所、学校、その他 | 2,302 | 2,302 | 2,302 | 2,302 | 2,302 |
| 供給見通し b | 112,839 | 114,574 | 116,450 | 118,489 | 120,575 |
| 年当初就業者数 | 111,217 | 112,839 | 114,574 | 116,450 | 118,489 |
| 新卒就業者数 | 5,203 | 5,278 | 5,382 | 5,509 | 5,513 |
| 再就業者数 | 14,036 | 14,263 | 14,505 | 14,766 | 15,048 |
| 退職による減少数 | △17,617 | △17,806 | △18,011 | △18,236 | △18,475 |
| 差引計 a-b | 2,623 | 2,253 | 1,778 | 1,238 | 0 |

II 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、先進国で行われている「看護師免許更新制度」の実質的な運営管理の責任者と運営管理に関与して制度を熟知している看護管理研究者に現地調査を行う。

インタビュー目的は、本制度の経緯、目的、管理運用方法等を知り、看護師労働力問題との関連性等を明らかにする。先行研究等に記載されていない詳細な事実を把握できることを期待するとともに、制度の意義を考察する。そのため質的記述的研究とした。

2. 用語の定義と解釈

本研究においては訳語の問題がある。ワシントンDCの「免許更新 (License renewal)」とは、国家試験に合格し、就労後定められた時期に更新手続きをする様を指すものである。オーストラリアでは国家試験がないために、学生のうちから登録 (registration) の手続きを行う。就労後定められた時期に登録更新の手続きをする様については、ワシントンDCの「免許更新 (License renewal)」と同一の意味を持つものと解釈した。

3. 研究対象および選定方法

機縁法により、調査協力を得られた米国は、ワシントンDCのコロンビア特別区保健省保健法・免許管理局看護委員会部門長カレン・シピオ - スキナー (Karen V Scipio-Skinner) 氏、免許更新制度を管理・運用する行政の責任者である。

オーストラリアは南オーストラリア州フリンダース大学看護学部准教授リンダ・スター (Linda Starr) 氏とポストドクダークコース研究主席リネット・キューザック (Dr Lynette Cusack) 氏である。リンダ・スター (Linda Starr) 氏は法律家でもあり、現在は南オーストラリア州看護・助産協会会長と届出委員会委員長を兼任している。リネット・キューザック (Dr Lynette Cusack) 氏は、南オーストラリア州看護・助産協会副会長を兼任している。

両国とも制度運用の実務責任者や実務協力者で、本制度を熟知していることを選定の条件とした。

4. データ収集

1) データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接 (semi structured interview) とした。イン

インタビューはカレン・シピオ・スキナー（Karen V Scipio-Skinner）氏の勤務する施設の会議室、リンダ・スター（Linda Starr）氏と研究科教授リネット・キューザック（Dr Lynette Cusack）氏は勤務する大学の研究室で行い、インタビュー時間は協力者1人当たり1回平均60分程度であった。データは、ICレコーダーに録音し、帰国後翻訳した逐語録を作成した。

2)調査内容

インタビューガイドに添って、制度の目的、歴史的経緯や概要、我が国へのアドバイスなどを語ってもらった。

3)調査期間

・ワシントンDCのコロンビア特別区保健省保健法・免許管理局看護委員会部門長カレン・シピオ・スキナー（Karen V Scipio-Skinner）氏：

平成22年10月7日(水) 午前10時～12時

・南オーストラリア州フリンダース大学看護学部准教授リンダ・スター（Linda Starr）氏：

平成24年2月21日(火) 午前9時～10時30分

・同研究科教授リネット・キューザック（Dr Lynette Cusack）氏：

平成24年2月22日(水) 午前10時30分～12時

5. 倫理的配慮

調査開始に先立ち、インタビュー内容については帝京平成大学倫理審査委員会の許可を得た。ワシントンDCは、事前に通訳者を通してインタビュー目的を説明し、面接日時の設定を受け、当日、カレン・シピオ・スキナー（Karen V Scipio-Skinner）氏から、面接内容の収録の許可、逐語録の作成と日本国内での発表について口頭で許可を得た。

南オーストラリア州フリンダース大学のリンダ・スター（Linda Starr）氏とリネット・キューザック（Dr Lynette Cusack）氏にも事前にインタビュー目的と倫理審査委員会の許可を得ている旨通訳者を通して伝えるとともに、インタビュー当日、両人から、面接内容の収録の許可、逐語録の作成と日本国内での発表について口頭で許可を得た。

6. 分析方法

逐語録を翻訳し、データは、まとまりのある意味にコード化した。コードを生データの見直しや他のデータとの比較をしながら統合や分類を繰り返しサブカテゴリーとして生成

した。その上でサブカテゴリーの意味内容の類似性、相違性に基づき分類し、抽象度を上げて、サブカテゴリーを包含するカテゴリーを生成した。分析結果の厳密性を確保するために分析は2人の研究者で行なった。

Ⅲ 結果

1. ワシントン DC の看護師免許更新制度

データ分析の結果、68 の発言内容を類似性に基づいて、6 カテゴリー、23 サブカテゴリーが抽出できた（表 2）。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉、サブカテゴリーの代表的な発言を「 」で示す。

1) 【制度の変遷】

(1) 〈制度開始時期は不明〉

制度の正確な開始年は分からないと答え、連綿と続いてきたのは事実である。現在職務に従事する者にとっては当然のことであるため、特に歴史認識はない。

「いつから始まったものか、私にはわかりません」「DC 看護協会 (Nurses Association) の仕事の一部として、2002 年から役職に就いたのです。DC での看護師免許更新制度は 100 年以上行われていることは確かですが、詳細はわかりません」

(2) 〈現在は全ての州で実施〉

以前は全米の一部の州だけで実施していたが、現在では 50 州全てで行われている。そのため米国の全ての看護師は、働く限り免許更新が義務づけられている。

「現在では全ての州で RN 免許更新制度が実施されていますが、以前は一部の州での実施でした」「私は 1970 年代から 1990 年代まで Board (District of Columbia Board of Nursing : ワシントン DC 特別行政区看護委員会) の会員として、役員の一員として 30 年以上になります。Board メンバーの一員として仕事をしてきたので、ライセンスの更新は行ってきていました」

(3) 〈複数の州の免許を持つ〉

州は国家と同じ意味をもっているため、免許の互換性がない。職場の居住地の州の免許更新だけでよいが、転居や転職などによって職場の居住地を替える場合もあるので、手続きの煩雑さを省くために、通常隣接 2～3 州の免許更新を行っている。

「DC で働いているナースの多くは（隣接する）メリーランド州とバージニア州の免許も持っている場合が多いです」

2) 【制度の意義】

(1) 〈就労条件としての免許更新〉

免許を更新し、継続教育を受けなければ働くことはできないが、定年退職者のような場合で RN の称号を維持したいと希望する者に限り、働かないことを条件に免許更新料を支払えば継続教育を免除している。

「称号としての RN の維持を希望する定年退職者の場合、継続教育を受け続けることが課題となっています。称号としての RN を維持したいが RN として働かない人たちについては、RN として働かないことを条件に免許の更新費用を支払えば継続教育の受講を要求しないで称号としての RN を維持できるようにしています」

(2) 〈安全な実践ができる証明〉

免許更新は、安全な実践ができる RN であるというお墨付きを与えるという意味をもっている。そのために、質問項目に答えさせ、安全に看護実践できる能力があるかどうかをチェックしている。

「RN が免許更新申請をする際に、その RN が看護実践をする上で影響する可能性のある問題をもっていないか確認するための質問項目を設けて回答を要求しています。この仕組みには、免許を更新する RN は安全な実践ができる RN であると保証する目的があります。もし、安全な実践ができない可能性のある RN であるとわかった場合には、雇用者にも通知します」

(3) 〈継続教育による能力維持〉

継続教育を受けて、現在の医療に対応できる能力を自身の力で付けていくことを求めている。2年間に 24 時間 credit hours : 単位時間を義務化している。

「RN には継続教育を受けて RN に求められる能力を維持し続けることを求めています。2年間に 24 時間 (credit hours : 単位時間) の教育プログラム受講を求めますので、受講しているかどうか把握できます」

(4) 〈離職者の復帰〉

5年以上実務から遠ざかった看護師が再就職するためには、教育訓練を受けて職場復帰することを義務づけている。裁判で有罪となった者は、まんべんなく再教育を受けるのではなく、学ぶ項目を定めている。

「犯罪者かどうかに関わらず、5年以上看護実務に携わっていないナースは、必ずリフレッシュコースを修了しなければなりません。裁判の結果有罪となった看護師の場合は、リフレッシュコースの科目のうち、記録、与薬、看護倫理等を学習して実務に戻れるようになっていきます」

(5) 〈看護師就労動向調査〉

前回までは更新していたが、今回は更新手続きをしなかったような個人の動向を詳細に把握するように努めている。退職して実践から降りたのか、結婚や転居などの理由で免許更新をしなかったのかまで把握している。

「DCで実践しなくなった看護師の追跡調査も行っています。以前DCで働いていた看護師が他の州へ引っ越したり、結婚して改姓したりしても追跡できます」

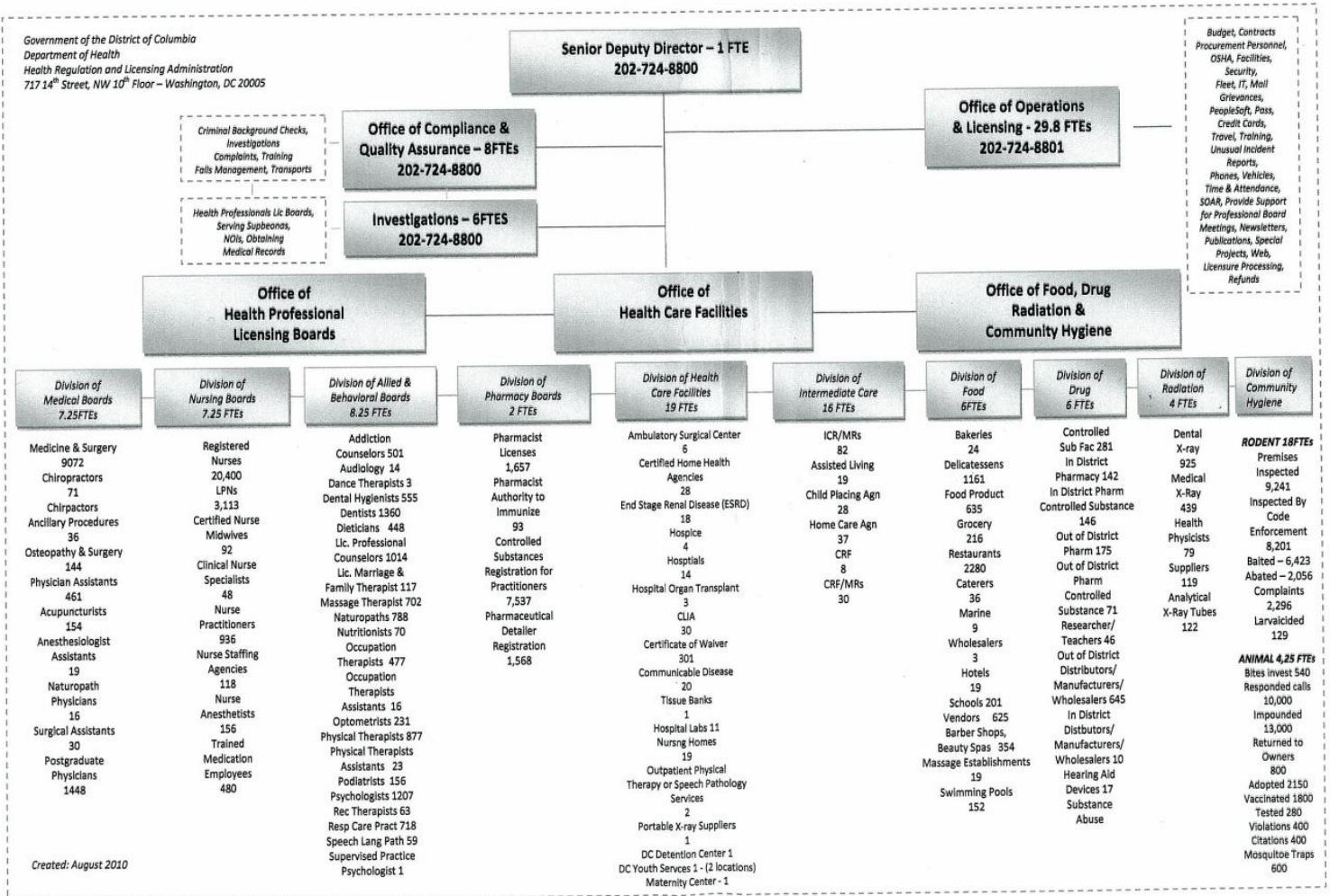
3) 【制度の仕組】

(1) 〈組織〉

免許職種を管理するためだけの行政組織である。組織構成図（図2）をみると、局長（1人）の下に、法令遵守義務・質保証事務部（8人）と専門職免許に関する調査事務部（6人）、総務を担当する事業運営・免許事務部（29.8人）の3つの部が局長直轄ラインのスタッフ部署としてフラットに置かれている。その下に保健医療専門免許、保健医療施設、食品・薬品・放射線・公衆衛生の3つの課が組織されている。そして医学、看護、医療関連・運動療法、薬事等々の各委員会が独立してある。看護委員会部門長カレン・シピオスキナー（Karen V Scipio-Skinner）氏は看護実務の責任者である。

「私はBoardの責任者（executive）ですが、RNだけの責任者です。医師や薬剤師にはそれぞれに責任者がいます。医療職の免許別にBoardがあり、最高責任者がいます」

図 2. コロンビア特別区保健省保健法・免許管理局組織図



(2) 〈更新実務〉

免許更新手続きは、事業運営・免許事務部が一括して申請書類を受付け、書類の不備などの基本的な事務を担当している。必要書類が揃い、照会が必要な書類に限り Board に審査依頼が届く仕組みになっている。オンラインで申請し、クレジットで手数料の支払いができるように実務が簡素化されている。

「照会が必要と判断したケースに限って Board に審査依頼がまわってきます。免許更新の場合は、更新申請者が麻薬や事故などの問題を起こしていないかを確認する作業が入ります。更新申請者の問題歴のチェックについては、専門職ごとに Board が対応します」

(3) 〈更新のルール〉

免許更新は、全ての医療および公衆衛生関係の職種に 2 年ごとに行うように義務づけら

れている。申請期間は4月1日から3か月、失効日は6月30日である。職種によって奇数年と偶数年に区分され、分かりやすくなっている。看護職は偶数年であり、更新ナンバーは最初から固定されているので追跡もしやすい。

「DCでは全ての医療従事者の免許が6月30日に失効しますが、医療従事者の免許の種類により、更新年度が異なります。例えば、RNやLPNは偶数年の6月30日、医師は奇数年の6月30日のように年度で更新時期を区別しています。更新日ではなく、失効する日を統一しています」

(4) 〈登録状況の把握〉

免許更新者数は、ワシントンDCには約61,000人の登録があり、その内85～90%が免許更新している。従って、Boardは10%～15%程度の免許更新をしなかった看護職の追跡が必要になる。直近の先月（2010年9月）には、DCに大勢の看護師たちが登録をした。それらは、新卒で少なく、経験者たちが多く。職場を求めて他州からの転入者たちである。

「85-90%のRNが自分の免許更新年に更新します。更新しないRNは、死亡した場合や、他の州から来て一時的にDCで働いていたRN、看護の仕事去っていく人が含まれています」

(5) 〈経費〉

保健省保健法・免許管理局では免許更新時の手数料を職種ごとに決めている。最も高額なのは医師である。看護師も高度な資格（NPやCNS）はRNより高く設定されている。

「医師の免許は免許更新のある医療職種の中で最も高額で更新料も高いと思います。RN免許の取得時登録は185USDだと思います。更新時は145USD、NPやCNSの更新料は263USDです」

4) 【運営組織の役割】

免許登録に関わる各州のBoard of Nursingは、登録事務のみではなく、それらに付随する〈研修機関の質の保証〉〈問題のあるRNの特定〉〈司法との調整〉も役割として担っている。以下にそれらの内容を列記する。

(1) 〈研修機関の質の保証〉

看護師の免許更新時には、24時間単位の継続教育を義務付けているが、学習を提供する

組織や個人に対して Board は研修機関に相応しいか否かの認可権限を持っている。研修機関は、認可を受けて初めて病院へ研修受講希望者を募ることができ、誰が講師を勤めたのか等研修の実際を報告する義務を負う。Board は報告を受け教育内容の質の精査も行うなど、質保証が厳密に行われている。

「Board の認可を受けた企業や大学などの教育機関があります。認可を受けた個人もいますので、Board の認可を受けている組織や個人について、病院からナースが情報を得られるようになっており、何を受けるかはナース自身が自分で選択するのです」

(2) 〈問題のある RN の特定〉

各種の問題を起こした看護師について、それだけを情報収集している調査会社や、全国組織の協議会がある。前歴の照会が必要と判断すれば Board はそれらを活用することができる。常用麻薬中毒者などで実践が安全にできないと考えられる、あるいは他州からの転入者で問題を抱えているような看護師については、採用する施設に対して情報提供を行い、質の悪さを排除する機能を併せ持っている。

「必ずしも他の州に照会するわけではありません。ただ、これまでに問題をおこした看護師かどうかは、NURSYS という全国システムと、National Council of Nursing とを使って前歴照会が可能です」

(3) 〈司法との調整〉

裁判所と Nursing Board の間には、看護師の免許に関する取り扱いは Board に決定権があるという取り決めがある。裁判所は裁く役割を持ち、Board はその後の免許の扱いを考えると相互の役割分担と調整によって看護師の質を保っている。

「ナースでない人に看護のことはわかりません。だから、ナースの起こした犯罪は、ナースが専門家として意見を述べ、その人の罪を判断する必要があると思います。DC では私たち Board メンバーが意見を述べています」

5) 【需給状況】

(1) 〈充足状況の把握〉

看護師の充足状況の確認は、各施設の看護管理者が考えることであり、Board の役割ではない。時に連邦政府が民間会社に委託して調査する場合もあるが、原則として、行政が

看護師確保対策を採ることはない。看護師の需給に対する考え方が日本とは異なり、免許更新制度が直接需給対策を担うことはない。

「政府が看護師の充足状況を把握することはありません。病院の管理者が、どの病棟に何人の看護師が必要かを把握するのです。いくつかの州では州政府が同様の調査を行政活動として実施している場合もありますが、調査自体を州政府が実施しなければならない規則はありません」

(2) 〈現在の充足状況〉

現在、ワシントン DC では看護師不足という声は聞こえてこない。病院以外も含む職場の数が多いこともあり、免許の登録や更新をする看護師が増加傾向にある。但し、給与は病院が一番高い。

「DC では充足しています。今 DC には 20,000 人の RN がいます。DC では一時的にナースが不足した時もあったのですが、最近では『確実に仕事を得られるから』と DC に職を得て免許申請者が増加していることも影響していると思います。DC にナースの仕事が十分あるというのは、病院以外のナースの仕事も含んでいます」

(3) 〈退職理由〉

看護師の退職理由について Board は直接把握していないので詳細は分からない。カレン・シピオ-スキナー (Karen V Scipio-Skinner) 氏の個人的見解としてイメージと現実とのギャップに苦しむ、人員配置が適正に行われなため疲弊して退職してしまうのではないかなどが退職理由と考えられる。

「そうですね・・・新しく看護職になる人たちには、実際とは異なる看護師イメージを持って就職してくるのかもしれませんが。想像していたのとは役割が違うとか、メディアで伝えられる看護師イメージと現実との違いとか・・・なぜ早くに辞めていくのかを知るのは容易でないですよ」

(4) 〈就労形態〉

近年我が国では、看護師不足を解消する手段の一つとしてワークライフバランスの概念が普及し、正職員短時間勤務などが導入されるようになった。米国では、以前からワークライフは当たり前のことと捉えられている。

「アメリカのナースのほとんどはそのようなワークライフですが、日本では違うのです

か？結婚したってそのまま仕事をしないで生活していけるとは限らないでしょう」

6) 【看護の質の確保】

(1) 〈研修の義務付け〉

現在、継続教育の概念は職務教育と区分して考えられている。そこには、継続的な能力開発を意味しており、看護が時代の医療水準に相応しい力を持つために、自身の自助努力で身につけるという要素を含んでいる。

「今は職務教育（In-service Education）とは切り離されています。どこの病院でも継続教育（Continuous Education）という言葉に切り替えていて、内容のチェックを行っています」

(2) 〈継続教育の主体性の尊重〉

看護には多くの専門領域があるため、実践の場で求められる能力が異なる。それを尊重しているので個々人の内発的な学習意欲を重んじている。通常は、受講内容については、病院の看護教育部門の指導に沿うように行うのが望ましい。

「Board の認可を受けている組織や個人について、病院からナースが情報を得られるようになっており、何を受けるかはナース自身が自分で選択するのです」

(3) 〈多様な教育内容〉

ワシントンDCでは、継続教育に臨床実習を求めているが、州によっては必須としているところもある。教育は、出向いて行って研修を受けるだけに限らず、インターネットを使って受講してもよいなど個々の事情や利便性を考慮し、かつ自己啓発も積極的に認めながら、総体として看護師のレベルアップを目指している。

「Board から認可された研修以外に 24 時間の教育として認定を受けられるものには、看護系大学や大学院での学位取得を目指して在学している場合や、執筆原稿の内容で認められたものの場合、学会発表などが単位認定のための教育時間として換算可能です」

表2. ワシントンDCの看護師免許更新制度に関する発言内容

| カテゴリー | サブカテゴリー | | コード数 | コード(発言内容)の抜粋 |
|------------------------------|---------|----------------|------|--|
| I 制度の変遷 | 1 | 制度開始時期は不明 | 1 | ・100年以上前 |
| | 2 | 現在は全ての州で実施 | 2 | ・以前は一部の州での実施 |
| | 3 | 複数の州の免許を持つ | 1 | ・DCで働いているナースの多くは(隣接する)メリーランド州とバージニア州の免許も持っている場合が多い |
| II 制度の意義 | 4 | 就労条件としての免許更新 | 2 | ・RNであるからには免許を更新しなければRNの仕事に就けない ・定年退職者などで称号としてのRNを維持したい場合、働かないことを条件に免許の更新費用を支払えば継続教育の受講を要求しないでRNを維持できるように配慮している |
| | 5 | 安全な実践ができるという証明 | 3 | ・安全な実践を確認するための質問項目を設けて回答を要求する |
| | 6 | 継続教育による能力維持 | 2 | ・免許更新要件は24時間の教育を受けていること |
| | 7 | 離職者の復帰(再教育) | 2 | ・5年以上看護実務に携わっていないナースは、必ずリフレッシュコースを修了しなければならない ・裁判で有罪となった看護師の場合は、リフレッシュコースの科目のうち、記録、与薬、看護倫理等を学習して実務に戻れるようになっている |
| | 8 | 看護師就労動向調査の把握 | 3 | ・RNの頻繁な移動に伴って、住所不明、宛先不明となるRNの追跡がとても難しい |
| III 制度の仕組 | 9 | 組織 | 3 | ・医療職の免許別にBoardがあり、最高責任者がいる ・職種ごとに責任者(executive)がいる |
| | 10 | 更新の実務 | 6 | ・照会が必要と判断したケースに限ってBoardに審査依頼がまわってくる ・オンラインで全て申請し確認することが可能 ・手数料はクレジットカードで決済 |
| | 11 | 更新のルール | 3 | ・DCでは全ての医療従事者の免許が6月30日に失効 ・医師は奇数年の6月30日・RNやLPNは偶数年の6月30日 |
| | 12 | 登録状況の把握 | 4 | ・85-90%のRNが自分の免許更新年に更新している ・新卒RNはきわめて少なく、他州から転入してくるRNが多い |
| | 13 | 経費 | 4 | ・DCは特別行政区で連邦政府の管轄で運営されているため、他州の状況とは異なるが、免許更新時に支払われる更新料100ドル余りの中でBoardの運営費用は賄われている ・RN免許の取得時登録は185USD、更新時は145USD、NPやCNSの更新料は263USD |
| IV 運営組織(Board of Nursing)の役割 | 14 | 研修機関の質の保証 | 5 | ・企業や大学などの教育機関と個人を審査し研修機関として認可する ・内容と受講者の学習効果、だれが講師を務めたかなど教育内容の質を査定する機関がある ・継続教育の受講証には内容と単位数が表示されている |
| | 15 | 問題のあるRNの特定 | 3 | ・これまでに問題をおこしたかどうかをNURSYSという全国システムとNational Council of Nursingとを使って前歴照会を行う ・虚偽申告者は嘘をついた罰として250USD支払って、不足分の研修を受けさせる ・ナースの起こした犯罪は、ナース(Boardメンバー)が専門家として意見を述べ、その人の罪を判断する必要がある |
| | 16 | 司法との調整 | 2 | ・裁判所では、ナースの免許のはく奪やナース本人を収監するとこととの決定は可能であるが、免許に関する取り扱いは必ずBoardに照会する取り決めになっている |
| V 需給状況 | 17 | 充足状況の確認 | 4 | ・病院の管理者が、どの病棟に何人の看護師が必要かを把握する ・州政府が同様の調査を行政活動として実施している場合もあるが州政府が実施しなければならない規則はない |
| | 18 | 現在の充足状況 | 3 | ・一時的にナースが不足した時もあったが、最近では『確実に仕事が得られるから』とDCに職を得て免許申請者が増加している |
| | 19 | 退職理由 | 4 | ・Boardでは追跡調査をしていないので理由はわからない ・新しく看護職になる人たちは、実際とは異なる看護師イメージを持って就職してくるからなのかもしれない ・裁判で有罪となった看護師の場合は、リフレッシュコースの科目のうち、記録、与薬、看護倫理等を学習して実務に戻れるようになっている |
| | 20 | 就労形態 | 2 | ・アメリカのRNのほとんどはワークライフである ・勤務時間や勤務日を自分で調整できて都合がいいから、派遣会社(agency)に所属して派遣看護師agent nurseの立場で働くことを好むナースも多い |
| VI 看護の質の確保 | 21 | 教育の考え方 | 4 | ・現在は職務教育(In-service Education)とは切り離し、継続教育(continuous education)という言葉に切り替えている ・何を受けるかはナース自身が自分で選択する ・NPなどのAPN(Advanced Practice Nurses:高度実践看護師)の場合は、薬理学や薬剤処方に関する学習が必須となっている |
| | 22 | 継続教育の主体性の尊重 | 2 | ・24時間の教育を受けている事が必要だが、何を必要とするか詳しい指示は出していない |
| | 23 | 多様な教育内容 | 4 | ・Boardから認可された研修以外に認定を受けられるもの以外に換算可能なもの(看護系大学や大学院での学位取得を目指して在学している場合、執筆原稿の内容で認められたもの、学会発表など) ・一定の臨床実務時間をいくつかの州では要求しているが、DCでは要求していない ・DCでは学術集会(conference)が頻繁に開催されている ・100時間以上のオンライン教育プログラムが提供されている |

Ⅲ 結果

2. オーストラリアの看護師免許更新制度

データ分析の結果、140の発言内容を類似性に基づいて、7カテゴリ、25サブカテゴリが抽出できた(表3)。以下、カテゴリを【 】、サブカテゴリを〈 〉、サブカテゴリの代表的な発言を「 」で示す。

1) 【制度の変遷】

(1) 〈1920年以降に各州で開始〉

1920年以前はイギリスの制度だったが、1920年の第一次世界大戦を機に州としての免許更新制度ができた。目的は戦地に派遣することの可能な看護師の数を知ることであった。これに伴い、1920～1930年ごろに南オーストラリアをはじめとし、各州のBoardができた。

「南オーストラリアはオーストラリアで最初にボードができた州です。1920年代に第一次世界大戦があったときに、どれぐらいのナースが戦地に送るワークフォース(work force)、労働力として必要なのかということがあったので、たぶんそのあたりから州としてのレジストレーションが始まったんじゃないかなと思います……」

(2) 〈2011年に全国統一〉

2011年には州でそれぞれだった登録制度が統一され、同年の7月には国家の免許更新制度となった。看護を含む10の職種に制度があったが、その後に新たな職種が追加されている。1年前からは学生についても登録が開始された。

「国レベルの登録は、2011年7月1日から始まりました」「去年から国レベルの1つのレジストレーションになったということで、10職だったんですけども、今年になってから4つの職業、アボリジナル・ヘルス・ワーカー(Aboriginal health worker)とあって、アボリジナルの人にかかわるヘルスワーカーも加わりました」「ヴィクトリアは国のレベルになってから、学生に関してのレジストレーションを始めました。看護・助産以外の職種に関しては、それ以前から始まっていました」

(3) 〈制度移行に伴う変化〉

5～6年前から登録制度を国レベルに統一しようという意見が出ていたが、背景にはコストの削減をせざるを得なくなった理由がある。国レベルの更新制度になることで、免許の互換が可能となり、違う州での就労が容易になって、需要と供給のバランスがとりやすくなる。さらに、災害等で派遣される時も、州が異なれば登録手続きの必要があったが、今はそのような手続きが必要ないので迅速な派遣が可能となった。

しかし、登録制度が一本化されたことで膨大な数を扱うこととなり、様々な手続きはスムーズにいかず、制度の不都合な部分を補いつつ制度の運用を行っているのが実情である。また国レベルの Board を構築するのにも時間を要した。

「たとえば、タスマニアで災害があったときに南オーストラリアのナースが行きたいと言ったときには、まずレジストレーションをしないといけないということで、時間もかかる作業だったのですが、いまでは国レベルになったので、早く駆けつけることができます」

2) 【制度の意義】

(1) 〈就労条件としての免許更新制度〉

免許の更新は就労する上での条件となっている。登録名簿から名前が外れること（ホールディング・アウト：holding out）は無免許状態であり、この状態で就労すると罰金を科せられることとなる。

「名前が、登録のリストから外れてしまうと、働けなくなります。ホールディング・アウト（holding out）というのですが、無免許実践でしょうか。それで働いてしまうと、もう看護師や助産師として認められていないので、罰金を科せられてしまいます」

(2) 〈公衆の擁護〉

免許更新の一番の目的は、公衆の擁護（protection of public）であるとしていた。これは、医療の実践やケアの提供で質が保たれており、公衆が守られているということである。

「たとえば海外からきたナースで英語できずコミュニケーションが取れない場合、公衆の擁護ができません」

(3) 〈離職者の復帰（再教育）〉

離職期間が長く、再登録する場合は研修が義務付けられている。再登録者のためのコースはいくつか大学で、再教育コースとして提供している。また実践中に何らかの事故（医

療ミス)や犯罪等で離職した者についても、それぞれ再教育や復職にあたっての教育条件が決められている。

「過去5年間プラクティス(実践)をしなかった場合は re-entry、再登録の短いコースがあり、コースを終えたら登録が可能です」

「たとえば麻薬中毒だったりした場合『こういうときにはこういう条件で働ける』ということが書かれていて、この情報も一般に公開されています」「法律の下で決められているスーパーバイズ(監視)の下で実践を行い、病院の教育担当と協議し条件をつけて働くことができます」

(4) 〈学生の登録〉

学生の場合は、今までは学生個人が自己宣誓をし、健康面とプロフェッショナル・コンダクト(倫理面)について自分は適切である申告をしていた。国レベルになってからは健康面だけの登録となっている。実習中での実践については、学生の場合は教育機関が責任を負うことになっている。学生のうちから登録するという事は、実習として看護に関わることから、免許更新制度の目的である **protection of public** は同様と解釈するからである。学生は登録料を免除されている。

「以前のシステム一州レベルでは、学生の個人個人が自己宣誓をして、自分は適切であると言わなければいけなかったのですが、国レベルになってからは教育側、大学の責任になったので、大学が看護学生の大丈夫ですというリストをアップデートして、国のボードのほうに提出しなければいけないということになりました」「実践をするときに、やはり学生は未熟ですので、もし何かあったときにミスコンダクト(**miss conduct**)のことは言われずに、それを教育している側が責任を問われ、まだ学習者であるということで、そのぶん守られています」「資格をもった人は登録料を払わなければいけないのですが学生はレジストレーション・フィー(**registration fee**)はなしです」

3) 【制度の仕組】

(1) 〈組織〉

National Board にかかわる政府の団体や協議会がいくつかある。州ごとに健康省(Ministry body)があり、その人たちが集まった協議会オーストラリア保健医療従事者規則機関 AHPRA (Australian Health Practitioner Registration Agency) が結成されてい

る。AHPRA は、たくさんあるボードの経営のサポートをし、AHPRA で働く人たちは健康省で雇われている。またその中で委員会役員として 3 人が選ばれて運営にあっている。トップは Ministry of Council で、それぞれの州にも健康省の省長がいて、その下に agency management がある。ワシントン DC のシステムは、オーストラリアが今まで実施していた古いシステムに近い。オーストラリアの場合、現在は AHPRA が登録業務を行い、その下にボードがある。免許更新制度の事務処理は国レベルだが、実践に関することの問題（医療過誤、倫理的なこと）に関しては州レベルで対応している。州のボードの下には 2 つの大きな委員会（登録委員会と届出委員会）がある。届出委員会は医療事故など登録以外のことを担当するが、1 つは健康に関して取り扱う部門、もう 1 つは実践での事故や過誤等に対応する部門がある。

「国レベルに移行したことによって、AHPRA（Australian Health Practitioner Registration Agency）という団体があるんですけども……。それは、たくさんあるボードのアドミニストレーション（administration）的なサポートをしていて、その AHPRA で働く人たちは、健康省で雇われているので、組織的にはそういうふうになります」「登録の制度に関してだけは国レベルで、本当に事務処理だけなので、その部分が国レベルに移って、あと、実践のことだとか、専門職が実践していることに関するコンダクト、倫理的なことに関しては州レベルでされています」

(2) 〈更新の実務〉

1 年に 1 回の更新は 5 月 31 日が締め切りとなっているが、1 か月間の猶予期間がある。

毎年の更新は看護師以外の他の職種についても同様である。看護師の登録料は 115 ドルで、オンラインで更新可能となっている。また、高齢、事故に遭い実践ができない等、働かないが登録簿に名前だけは残したいというものに対しては、ノン・プラクティス・レジストレーション（実践はできなが名前だけは登録できる）という制度もある。

「1 年間単位が委員会の運営や予算的にもわかりやすい」「1 年ごとに更新して看護の質を保つことができます」「レジストレーションには、ノン・プラクティス・レジストレーションというのがありまして、プラクティスはできないんですけども、名前だけは登録できるという制度です」

(3) 〈更新のルール〉

AHPR で過去 5 年間に実践をしていなかったら免許を失う、5 年以上実務から離れていて再就職を希望する看護師は、再就職研修の内容 (re-entry practice registration standard) 等細かい基準も決められている。

AHPRA の web サイトの Nurse & Midwife のボードのなかには、犯罪履歴のある人のための登録基準もある。犯罪について審査が必要な場合は、看護師、助産師、法律家のすべてのコンサルテーションのもとに決められ、審査の結果は web サイトに全て公表される。

「re-entry のコースに関しては、州によって問題があるのですが、クィーンズランド州には re-entry のコースがないです。AHPRA の re-entry practice registration standard というスタンダードが決められているんですけども、過去 5 年間に実践をしていなかったら免許を失うとか、細かい基準が……」

(4) 〈経費〉

州によっては州政府から補助が出ることもあるが、南オーストラリアの Board の場合は免許更新に出したお金で職員を雇用し運営している。更新料は、医師はいちばん高く、看護と助産は安い、補助の関係で南オーストラリア州に比べて安かったところもあるなど州によって異なっている。

「self-funded ということで、自分たちの収入で成り立っています」「南オーストラリアは国レベルに変わる前から自己運営でした」

(5) 〈関連法規〉

Health Practitioner Regulation National Law Act 2009、健康に関する実践者の法律とあわせて、医療職の免許の登録については、Registration act (登録に関する法律) によって規定されている。この法律では、看護も含めた現在登録の必要な 16 職種の全部を包含している。

「国レベルのものは 2009 年版の法律ということで、南オーストラリアに関しても同じものがあるんですけど、それにプラス South Australia とついて、州議会も通さなければいけないということで、州レベルでは 2010 年に法律が通ったということで、その年が入っています」

4) 【運営組織(委員会)の役割】

オーストラリアにも National Board は存在するが、免許登録の事務は AHPRA の役割として、国レベルで一本化された。ワシントン DC では Board が免許登録以外の看護職の実践に関することも担っているが、オーストラリアでは州レベルの Board が“登録委員会”“届出委員会”を作り、そこが担っている。この項では、主に各州の看護・助産委員会の役割である〈海外で教育を受けた看護師のアセスメント〉〈健康問題への対応〉〈インシデントへの対応〉の3つについて述べる。

(1) 〈海外で教育を受けた看護師のアセスメント〉

登録委員会では、主に海外で教育を受けたナースの審査を行う。英語が母国語でない国から来たナースは英語を学校で勉強したという証明が必要であり、それ以外のナースは英語のアイエルトツ (IELTS) というテストを受けて足りなかったら現地の学校に入ってクオリフィケーション (qualification) を取り直すことが義務付けられている。

「英語が母国語でない国から来たナースは英語を学校で勉強したという証明が必要になります」

(2) 〈健康問題への対応〉

届出委員会では、様々な障害メンタルヘルスを含めた疾患のある看護師については、個別性に合わせて免許の登録時にアセスメントが可能か、すなわち看護の実践が可能であるかを評価している。

「健康に関しては、たとえば心身障害とか、視覚障害があるとかの場合は、1人ずつアセスメントをされる方が来られて……この方はどうであるかということを通知します」

(3) 〈インシデントへの対応〉

インシデントについては、最終的には AHPRA が審査し、登録に可否が決定される。法的な範疇に入る場合は法定の判定を待つこととなる。州の届出委員会が対応する。

医療事故に関しては、州によって異なるが、南オーストラリアの場合は国レベルの対応で、医療過誤 (poor conduct) の場合は州で対応する。実践の中で何かミスがあれば、看護師が被告となるため、法律家を雇うことを推奨している。出廷という形で、ボードからのメンバーも交えた傍聴会が開かれ、上告するのかどうかに関して検討される。出廷する場合、精神的に疾患のあるナースの場合は3人、他の実践のなかのインシデントも必ず誰

か付き添う。これらの結果については AHPRA の web サイトで見ることが可能であり、一般の人にも大きなインシデントがあった場合にどういう判決が下されたかということが公開される仕組みとなっている。

「2つの大きな委員会に分かれていて、1つは登録に関する委員会で、もう1つは届出ノーティフィケーション（notification）の委員会で、たぶんそちらはミスコンダクトとか、レジストレーション以外のことを取り扱います」

5) 【需給状況】

(1) 〈充足状況の把握〉

看護師の動向はすべて全国レベルで統一された。看護師本人以外に雇用者も、今現在どこで就労しているのか AHPRA の web サイトで確認することができる。

「登録ナンバーで管理されているため看護師の登録ナンバーは何番で、いまどこで実践をしているか、雇用者を含めどこでもアクセスできるようになっています」

(2) 〈現在の充足状況〉

3年前まではあらゆる分野で看護師が不足していたが、今現在は、精神科領域の看護師と助産師が不足しているが、それ以外の看護師については需要より供給が大きくなり、充足されている状況である。

「3年ぐらい前までは、あらゆるところでナース不足だったんですけども、最近になって、たとえばナースが実習をしたいとか、働きたいといったときに（場所が不足しています）。看護学生も、実習する先がないというぐらいに、需要と供給のバランスでいえば、共有が大きくなってしまっている状況です」「いまのところ、政府からのサポートが出ないとか、給料が出せない状況にあるということで、いままで過去数年間に海外からのナースを受け入れたということと、一時期、work force を外れていたナースを、また職場に戻したということで、いまのところ飽和状態ですね」

(3) 〈充足の理由〉

現在、看護師が充足している理由として、過去数年間に海外からのナースを受け入れたこと、一時期離職していたナースを再雇用したことがあげられていた。しかし、最も大きな要因は、予算により医療機関で雇用できる看護師の数が決定さて、実情に見合った看護

師の配置ではなく予算の範囲で看護師が充足しているに過ぎないことを主張している。

「政府からのサポートが出ない（給料が出せない状況）にあります」「看護の要員配置をどういうふうにするかの指標によるものではなく、予算による人員削減で、病院は限られた予算のなかでしか看護師さんは雇えません」「病院側もフルタイム(37.5時間)ではなくてパートタイムでまかない単価を安くしようとします」

不足している二つの領域で、精神科看護師の雇用については、雇用側が「メンタルヘルスの教育を受けてメンタルヘルスに関する実践ができるかを判断します」とされている。

たとえばイギリスの看護教育では直接精神科のナースになることができ、その領域でしか働けない免許となっており、雇用の時点で適切な資格かどうかを判断することとなっている。また助産師の場合は資格取得に2つのコースがあり、日本と同様に看護教育のあとに助産師のコースで学ぶ方法、もう1つは直接助産科コースに入学し18か月の教育で助産師になる方法がある。一方で、看護師は過剰であるにもかかわらず、看護師を養成している大学では定員削減はしていない。

「学生を取ることによって政府からサポートのお金が出るので大学は多くの学生を受け入れたいのです」

6) 【看護の質の確保】

看護の質が担保されている理由として、大きくは2つあり、一つはCPD (Continuing Professional Development : 継続教育のシステム) を導入、もう一つはマンドトリー・レポート (mandatory report) の届出が課せられたことであるとしている。

(1) 〈研修の義務付け〉

CPD (Continuing Professional Development : 継続教育のシステム) の導入により、毎年の免許登録の更新にあたり20時間分の継続教育が義務付けられた。

「免許更新料は年間で115ドルです。オンラインで更新はできます」「オーストラリアも、新しく導入されたということで、20時間分の継続教育を受けなければいけなくなりました」

(2) 〈看護師の主体性〉

継続教育については、自分がどの領域の看護師として働くのかの選択、さらにどのよう学んでいくのかについては看護師の主体性が重要視されている。

主体的に学ぶということでは、過去にメンタルヘルスの問題をもっているため自分は何

でもできると認識し、できることとできないことの判断がつかないナースがおり、問題になったことがあったことも影響している。

基礎教育終了後、学生自身が継続教育に取り組む必要性を理解することは難しいが、CPDのシステムを取り込んだことで学生も継続教育に興味をもつことができ、さらに学生の登録で、法律について理解、独り立ちしていくときの専門職としての自覚ができるのではないかとしていた。

免許更新登録時に、インフォメーション・パック（Profession Development：継続教育に関するチェック項目）が渡され、その中の項目で自分は何をしたかを整理していくようなイ紹介（instruction）がある。インストラクションについては Web サイトで公開されている。

「教育団体、雇用主、レギュレーターの人たちとのパートナーシップにはナース自身も入る」「ナース自身が実践者として、ここの領域が適切か、適切ではないかの判断ができる必要がある」「ポートフォリオのなかで自省してみて何がプロフェッショナルとして必要かを問い計画する」「たとえば文献を読むのに 2 時間費やす、学会で発表する、研究調査をする、自己学習ニードに応じた分野をポートフォリオに積み立てることで 20 時間というように……」

(3) 〈多様な教育内容〉

看護実践の領域は、教育、研究、臨床、管理の 4 つから成り立っており、それぞれの領域で看護実践が満たされること努力することを、プロフェッショナル・デベロップメントとしていた。たとえば研究者の場合のプロフェッショナル・デベロップメントは「研究の発表、学会参加、業績発表などで評価する」としていた。

どこで継続教育を受けるかについては、ロイヤルカレッジオブナーシング・オーストラリア（Royal Collage of Nursing Australia：日本の看護協会にあたる）が開講している、CPD で認可されたコース（受講すると 15 点に相当）を受講するという方法もある。また、教育は e-ラーニングでも可能である。

(4) 〈マンドトリー・レポートの義務化〉

マンドトリー・レポート（mandatory report）の提出は、国レベルの免許更新制度になってできた新しい法律によって規定された。レポートの提出は看護職に限定されたもので

はなく、登録されているすべての職種に課せられている。相互に牽制しながら医療の質の確保に努めるとされる。

「ナースとして病院で働いていて、医師がもしインシデントを犯したとき、そのナースは医師のインシデントリポートが義務づけられています」「ナース間でも、ナースとドクター間、その他の職種でも、リポートすることでお互いを見合っています」

7) 【看護基礎教育】

(1) 〈看護教員の資格〉

学内の講義をすることに関しては、免許の登録、更新は義務付けられていない。教室内で看護学生に教えることはできるけれども、実際の患者さんへのケアはできないとしている。教員になる要件として学位、修士以上でなくてはならないという規定はなく、雇用主である大学側の要求による。

「応募する職種によっても違います」「急性期でクリニカルなサポートをしてくれるレクチャー（lecturer）がほしいというときは臨床経験のある学位をもったナースを雇っています」

(2) 〈国家試験は不要〉

オーストラリアには、日本のような国家試験受験による免許取得制度は存在しない。このことについて、教育を提供する大学、卒業生を雇用する病院や医療関係の業者、レギュレーター（法律をつくる団体）、3者それぞれが責任を果たし、その信頼の上に成り立っている。更に、基礎教育卒業後の教育（プロフェッショナル・デベロップメント）は雇用者の責任であるとしている。

「卒業生（大学を卒業して学位をもっている人）は看護実践に適した人材であると考えます」「雇用側は、卒業生は一定のレベルのコンピテンシー・スタンダードに達している、それなりの実践ができると考えています」

(3) 〈教育機関の課題〉

教育に関するカリキュラムの認定は、これまでは州のボードが行っていたが、法改正でオーストラリア看護・助産審議会 ANMCI（Australian Nursing and Midwifery Council Inc.）という団体が行うことになった。ANMCが認定し、ボードに報告するという形になっている。州のボードが行っていた時は、学校のカリキュラム認定は無料であったが、今

はカリキュラム 1 件につき 36000 ドル（約 400 万円）、カリキュラムに修正がある場合はさらに 100 万円と、学校側の負担は大きい。また、看護師が飽和状態にあるということで政府から教育期間を 2 年にしてはどうかというふうプレッシャーがあるが、質の担保を考えるとそれはできないとしている。

IV 考察

1. ワシントン DC とオーストラリアおよび日本との対比

調査結果から得られたワシントン DC とオーストラリアのカテゴリー、サブカテゴリーを表3により対比した。共通点および相違点を比較しながら、我が国の状況も踏まえて考察する。

1) 【制度の変遷】

ワシントン DC の〈制度開始時期は不明〉について「100年以上行われていることは確かですが、詳細はわかりません」発言のように、現役の看護師たちは、職に就いた時点で既に免許更新を行うのが習慣となっている。カレン・シピオ-スキナー (Karen V Scipio-Skinner) 氏ですら歴史的認識を持ち合わせていない。オーストラリアでは、リンダ・スター (Linda Starr) 氏、リネット・キューザック (Dr Lynette Cusack) 氏とも〈1920年代以降に開始した〉という事実は承知していた。第一次世界大戦で従軍看護婦を派遣する基礎データをとるために登録制度が生み出された。州は国家と同じ意味をもっているため、本来は職場の居住地の州の免許更新だけで済む筈である。が、ワシントン DC の多くの看護師たちは、転職した際の手続きの煩わしさを回避するために、バージニア州やメリーランド州など、近隣の州の免許更新を併せて行うという合理的な行動をとる。複数の州の免許を持つことは、働く場の確保を容易にするとともに、学ぶ機会を多く持つこととも繋がっている。

オーストラリアでは僅か6つの州でありながらそれぞれが Board of Nursing を持ち独自に免許更新制度を運用してきた。が、進展する医療に対応ができない、無駄なコストがかかる等弊害も目立ち、2005年の生産性委員会の労働力調査によって州から国家登録への一本化が最も合理的という結論が出された。その結果、〈2011年に新たな全国統一システム〉が実現した。これにより、〈移行に伴う変化〉もみられる。メリットとしては、以前は災害等で派遣される時も、州が異なれば登録手続きの必要があったが、煩雑さが解消されて迅速な対応が可能になった。デメリットとしては、登録制度が国家へ一本化されたことに伴う事務作業に手間取り、同時に運営する組織変更などで混乱が生じていることである。しかし、これらはいずれ修正をしながら落ち着いて新しいステージへ登ると考えられる。

三浦²⁴⁾らは、日本の継続教育の特徴を文化的観点から解明するために、政策的・学術的に先進性を示す米国の関連文献からその変遷を比較調査している。その中で免許更新制度

が重要な役割をもっている」と強調している。日本は、看護師養成が 1884 年以降 100 年もの間、医師による教育が定着し、看護職者たちは他律的環境下で行われてきた。これが継続教育にも大きな影響を及ぼしており、我が国には免許更新制度も継続教育制度もないため、看護の質保証のためには看護師たち個々人の自律的な学習に委ねられているのが特徴である。

米国の継続教育を 4 つのステージに区分している。1890 年代～1920 年代頃には、1899 年にコロンビア大学教育学部が看護師を対象に講習会を開始、1912 年には保健師の学習ニードに応じて複数の大学が講習会を開始するなど散発的に継続教育が開始された時期であった。1930 年～1950 年代頃は、1930 年頃から看護師確保に向けて州看護協会が未就業看護師に教育を提供する、1935 年には社会保障制度に基づく初の連邦政府の公的資金投入による保健師への教育提供や 1959 年には、保健法改正による財政的支援拡大により、大学の継続教育プログラムが増加するに至った等、看護師確保に向けた財政的支援に伴う継続教育が活性化した時期であった。1960 年代は、1960 年の医療の進歩に伴う専門領域別講習会の開催や上級実践を目指す看護師の増加がみられ、1964 年には看護師養成法に基づく継続教育プログラムの開発促進、1968 年には、大学後援による継続教育に関する初の全国会議が開催されるなど、医療の進歩に伴う継続教育プログラムが多様化した時期であった。1970 年代以降は、1970 年のカーネギー委員会報告書等を契機とした能力保証に向けた継続教育義務化の検討がなされ、1972 年からは ANA（全米看護協会）が継続教育評議会を設置するとともに、継続教育に関する基準を発表し、1976 年からは継続教育プログラム認定システムを構築している。そして、1977 年からはカリフォルニア州が免許更新制度に伴う継続教育を義務化している。このように、継続教育の変化を、免許更新制度に伴う継続教育義務化の始まりと継続教育のシステム化の時代へと発展してきたと述べている。米国の継続教育の 10 の要因（①看護師不足、②大学の継続教育活動、③看護の質保証に対する看護職者の責任の自覚、④看護職能団体の活動、⑤社会保障制度の変化、⑥連邦・州政府による財政的支援、⑦看護・保健に関する法律の制定、⑧医療の進歩、⑨看護継続教育の必要性を示す調査結果・報告書、⑩免許更新制度）の一つに免許更新制度が入っている。

免許更新制度が継続教育の役割を担うという公式な記録が 1977 年のカリフォルニア州の免許更新制度に伴う継続教育の義務化であるとしたら、1977 年は昭和 52 年であり、カ

レン・シピオ・スキナー（Karen V Scipio-Skinner）氏が 100 年以上遙か昔からあったという発言とは異なる。実際には、免許更新制度が開始された年次が公式な記録に残されていない州があるのかもしれないと推察される。1999（平成 11）年に著された菱沼²²⁾の論文にも、米国でも免許更新時に継続教育を課している Board は 56 か所中 28 か所であると記載されている。カレン・シピオ・スキナー（Karen V Scipio-Skinner）氏は、今は全ての州で免許更新制度と継続教育とがセットで実施されるようになってきていると発言されているが、義務化の足並みがそろったのも近年になってのことかもしれない。免許更新制度が州毎にいつから正式に開始したのか今後詳細に調べる必要がある。

1960 年代以降、世界の看護界をリードする理論家たちを多数輩出している米国にあっても、持続的実践能力の維持について定期的な免許更新試験の代替方法としての免許更新時の継続教育の義務づけは議論の余地があるという批判がある²⁵⁾。2000 年にマサチューセッツ州の法案において、コンピテンス＝持続的実践能力に関する試験を定期的に行う権限が看護委員会に認められた。この試験に合格できない場合、その看護師免許は、コンピテンスが実証できるまで自動的に一時停止状態に置かれる。ハワイ州においては、病院勤務の看護師は、病棟への配属に先立って、ケアを提供する能力を実技試験で示すことが求められる。ミネソタ州は、サンセット法(=行政改革促進法)に基づく見直し検討の一環として、免許更新の際に試験をおこなってコンピテンスを評定するパイロットプロジェクトを開発した。1996 年、テキサス州では看護コンピテンスを評価するパイロットプロジェクトを認可する法律が制定された。また 2000 年、テネシー州では、継続教育要項を定める権限を州看護委員会に認める法律が制定されるなど、法律面からのアプローチをしている州もある。今後は免許更新に関わらずコンピテンスを確認する機会が増える可能性もあるとしている。しかしながら、現状では、米国も豪州も、看護職の質を保つために免許更新制度というシステムを活用し、国が働く全ての看護職に継続教育を義務として課すことが最小の費用で最大の効果を得られる方法であると認識しているから(現在は全ての州で実施)され、連綿と続いていると解釈することができる。

2) 【制度の意義】

ワシントン DC は 2 年毎、オーストラリアは毎年、免許の更新は(就労する上で必須条件)としている。ワシントン DC もオーストラリアも(免許更新時に継続教育を受けなけ

れば就労不可だが例外もある) ことについては、希望者だけであるが定年退職者のような場合、働かないことを条件に免許更新料を支払えば継続教育を免除して RN の称号を維持してもよいとしている。我が国のような終身免許であればこのような意識にはならず、むしろ配慮が不思議に感じられる。これは、永年勤続した先輩たちを敬うという意味が込められているのではないかと推測する。

「この仕組みには、免許を更新する RN は安全な実践ができる RN であると保証する目的があります。もし、安全な実践ができない可能性のある RN であるとわかった場合には、雇用者にも通知します」という発言にみられるように、〈安全な実践ができるという証明〉の機能を持っている。オーストラリアの目的は、〈公衆の擁護〉(protection of public) であるが、これは米国の安全な実践ができる証明と同様に、オーストラリアでもケアの質を一定に保つことによって、人々を守ることができるという人間の安全保障を指したものと解釈できる。

患者安全 (Patient Safety) は、“To err is human: building a safer health system”『人は誰でも間違える』(1992) 報告書が、世界中の医療安全を考える上で起爆剤になり、我が国でも医療の標準化や医療過誤・ニアミスの報告制度を作る契機となった。米国においても“医療の質の改善”は最重要課題であるにもかかわらず、個々の医療環境と密接に関連しているために一般化しにくく、関連する要素が複雑すぎて研究が組みにくいなどとも言われている²⁶⁾。しかし、常に人材の質を高める必要性は唱えられており、〈継続教育による能力維持の義務化〉は、免許更新という機会に、全ての看護職員を対象として一定の学習を課して、否応なく学習せざるをえない状況に置いている。更新時に継続教育を受けたか否かのチェック後、未受講者には受講の勧告を行い、再確認できた場合のみ免許更新ができる。免許更新は正看護師 RN (Registered Nurse) のみならず、上級免許を持つ CNS (Clinical Nurse Specialist)、ANP (Advanced Nurse Practitioner) なども当然行わなければならない。

スーザン・ホイタッカー²⁵⁾らによれば、州は上級臨床看護(advanced practice nursing)を統制し、もはやこの資格認定が基礎レベルのコンピテンス=持続的実践能力の指標となっている。しかし、コンピテンスとその本質的価値を保証するものとして資格認定を用いることができるという基礎にある仮説は、1970 年代以降、しだいに疑問視されるようになって

ってきた。そこで、アメリカ看護師資格認定センター(ANCC)の研究・教育・コンサルテーション部門(IREC)は、資格認定がもたらすなんらかの望ましい結果を、患者への成果をもとにして同定するために、3段階からなる研究に着手した。4万人を超える有資格看護師に調査票が送付され、1万9000人から回答が得られたが、看護師たちは資格認定を受ける前の実践と受けた後の実践を比較し、認定を受けた後の実践について、51%が仕事における自信が増大した。35%が自分の意思決定能力に自信が持てるように感じた。28%が合併症を見つける自分の能力に自信が増大した。23%が他の医療従事者とより効果的にコミュニケーションと協調がはかれるようになった。6%が資格認定を受ける以前に比べ患者ケアにおける不慮の出来事や過誤が減少したと、資格認定の有効性を報告している。やはり、資格認定によって促進されるケアの質的成果と患者の安全に必要な要因の特性を理解する手がかりとしてきわめて有用であると述べている。このように、基礎免許を得た後に上級資格を取得する看護師ほど実力を発揮しやすく、自信を持って仕事に従事していることが分かる。

基礎教育卒業時点に、米国は国家試験があるが、オーストラリアはないため(学生からの登録)がなされる。今回の新しい制度変更に伴う登録要件として、倫理項目は削除され、健康の項目を申告することのみが義務づけられた。

看護師の健康について我が国ではノーマライゼーションの考え方の普及とともに、「保健師助産師看護師法」から絶対的欠格事由(視覚・聴覚・音声・言語もしくは精神の機能の障害により、業務を適正に行うにあたって認知、判断、意思疎通などが適切に行うことができない者)が削除され、現在では相対的欠格事由(罰金以上の刑・犯罪や不正行為・心身の障害・麻薬大麻アヘン中毒者)の場合免許を与えないこともあるとしている。

オーストラリアの学生の健康の自己申告の内容は、我が国の相対的欠格事由に相当するのかもしれないが、はっきりと確かめることができない。基礎教育の時から登録させることで、自身の健康管理を適切に行い、健康を保ちつつ看護の質を高める努力の重要性を自覚させるという意味を持つものと思料される。

過去5年間離職期間があり、実践をしなかった看護師が社会復帰する場合はワシントンDCではrefreshコース、オーストラリアではre-entryコースの受講が義務化されており、その後再登録するというルールは同じである。5年を一区切りの考え方をするのは医療や

テクノロジーの進展が知識や技術を陳腐化させるからである。

継続教育（ワシントン DC は、Continuous Education, オーストラリアの場合は、Continuing Professional Development という言葉を使う）それ自体は、両国とも看護師個人が日頃の仕事の中で足りない知識・技術・態度を自省し、最新の知見を獲得し、安全な実践ができるためにブラッシュアップを図ってキャリア開発を促す。基本的には個人の自主・自律（立）を主眼としている。

安全な実践について下野²⁷⁾は、我が国では看護師養成から技術の習得が、専門学校は厚生労働省が規定する基礎看護学 300 時間のうち基礎看護技術の指定時間である 195 時間をクリアしているが、大学は 164 時間と短い。看護系大学は文部科学省の管轄にあり、専門学校に比べてカリキュラムの自由度が高いのと、大学一般での知識・講義重視の傾向から基礎看護技術を若干軽視する風潮があるのかもしれない。看護技術には、日常生活援助技術と診療の補助技術の 2 種類の技術があるが、診療の補助技術の中の腰椎穿刺・骨髄穿刺・胸腔穿刺の介助、持続吸引の管理、輸血の管理、皮内注射等の学内実習が困難な技術がある。これらの技術の訓練を学内で行うのは簡単ではないが、国家資格を取得した看護師であれば新卒といえどもこれらの技術を必要とされる臨床現場で“できない”“知らない”では済まされない。身体への侵襲が大きいだけに安全性をより求められる。養成所で十分身につけられなかった技術を、就職後に職場内研修でできているかを問うたところ、“否”であった。職場研修においても看護技術研修の実施率が平均 20%未滿と低い。養成所でも学んでいない看護師は職場でも学ぶことができず、基本的な知識や技術を知らないまま働くことになる。看護技術の熟練形成は新人看護師には OJT としてあるが、2 年目以降は事例研究や看護診断等の学習研究が多くなり、8 年目以降は指導者研修や管理者研修を中心にしており、看護技術の熟練を意図した研修内容は殆どみられない。経験年数が技術の向上に必ずしも結びついていないために、看護技術の向上のためのインセンティブとなりうる制度を設ける必要がある。その提案として、1. 認定看護師資格制度を看護技術の評価制度へ変更することである。その理由は、看護技術水準の認定制度に特化すれば看護技術の維持・向上のインセンティブになりうる。2. 看護師免許更新制度を導入すべきであるとしている。人命に関わるということで、運転免許の更新制が導入されているとすれば、同じく人命にかかわる看護師の免許更新制がないのは奇妙である。免許更新制は看護技術の

維持・向上のインセンティブにもなりうると述べている。しかし、臨床の現場では、必ずしも診療の補助技術が他のケアの要素より安全な実践のために習得すべき優先順位が高いと断言できないのではないかと認識している。たとえば、治療の専門性が高く、同一事例でほぼ同様な検査や処置が恒常的に行われる病棟であれば必要に迫られて技術の獲得も早くできるが、散発的にしかみられない職場で技術を習得するのは容易ではない。医療水準や対象が大人か子どもか、性別や患者を扱う頻度等によって体験の幅が異なることを考慮すると、一律にスキルアップという狭い理由だけで免許更新制度の導入に賛成することは、はなはだ疑問である。ただ、米国の免許更新時の継続教育においても、臨地実習すなわち技術の習得や向上をメリーランド州では課しているが、ワシントン DC は要求していないというように、州によって考え方の相違があるのを知ると、看護技術の熟練についても重要な看護の側面をもっていることは否定できない。それ故に我が国での免許更新制度そのものの新設には賛成であるが、継続教育の中味、特に診療の補助技術の研修義務化は慎重に検討すべきであると考えます。

ワシントン DC の免許更新には相乗効果もある。免許更新時に住所不明や宛先不明など居住地を換えても届け出ない看護師たちをきめ細かく追跡しているので（看護師就労動向調査を兼ねる）と解釈できる。当初の追跡の目的は、不正な就労を見つけるために出発したものであるが、システムの精度を高めるためには可能な限り正確な数を掴んでおかなければならないミッションがあるように感じる。カレン・シピオ - スキナー（Karen V Scipio-Skinner）氏の言葉や表情から、非常に労力を要する雰囲気がみられたが、手間暇をかけても行うのは真実の把握に迫り、そこで得られた情報は看護師の現状の理解と、様々な課題に対し速やかに解決策を考える基礎資料となっているからではないかと考えられる。

我が国の看護師の就労動向は、「保健師助産師看護師法」第 33 条に基づき、業務に従事する看護職は 2 年毎に「業務従事者届」を就業地の都道府県知事に届け出ることが義務付けられている。届け出事項は、氏名、住所、生年月日、免許の種別ごとの籍（番号・登録年月日）、主たる業務、就業先の所在地、名称、雇用形態、常勤換算、従事期間等である。都道府県は、集計結果を国に報告し、国は「衛生行政報告例」として公開している。問題点として、現在、届け出が業務従事者のみとされていることから潜在看護職員を含む免許取得者全体の把握ができず、全国に約 55 万人程度存在すると推計される潜在看護師を特

定することが困難となっている。届け出から公表まで1年を要し、公表の仕方も、就業者の年齢を集計過程で操作的に5年歳年齢階級としているために5年以下の範囲で発生する離職や再就職等の変化が反映されない等々が指摘されている。これを工夫して使うことによって看護供給推計モデルが可能であると前田¹⁷⁾は述べているが、その要旨は、看護有資格者となった時点を0歳看護有資格者と定義し、年齢に関わらず何年有資格者であったかを推計するコーホート要因法を用いる場合、業務従事者届の回収や集計の仕組みは今のまま準用し、届け出の対象を看護有資格者に拡大し、看護免許を取得してからの年数と、現在看護職として就業しているか否かを尋ねる質問項目を追加するだけで実現可能であるとしている。しかし、前回調査した看護免許者が今回の調査でどう変化したのかを知るためには、個人データを関連づけるキーがないので、前回調査からの変化を記載する質問項目を加えることが必要となる。そして、県外への転出は個票そのものが転出先の都道府県に提出されないため、把握できないという欠点を補うためにエリア内外の移動を変化としてとらえる新たな仕組みを創出する必要があるともしている。いずれにせよ、有資格者の出生率を算出するために是が非でも看護有資格者の数を把握するための仕組みが必要である。そのためには、看護有資格者を対象とした届け出制度の創出、もしくは免許更新制度のような新たな制度設計が必要となると述べている。

この従事者届を地方自治体が研究者たちに資料提供する様子もみられないので、分析結果を著した論文も少ない。唯一、播本¹⁸⁾らが著した北海道上川北部の従事者届の分析では、この地域においては新卒看護師の就職が少なく、看護師確保は再就業や転職者たちの定着に頼らざるをえないものの、看護職員の多くは上川北部地域の住民として定着している。単に医療従事者としてみるだけではなく、住民としての暮らしや背景を捉えながら健康や暮らしをまもることができるような地域づくりの資源としての教育が課題であるとしている。行政の持つ情報を研究者に提供すれば、地域における看護職員の問題点やその解決策を提示することができ、データを宝に変えることができる。従事者届を取り扱う行政の事務担当者は結果を正しく国へ報告することが仕事であり、届け出が看護師労働力政策とどのような深い関連性があるかというような意味を抱くことはないであろう。しかし、これからは、都道府県は届を国へ報告するだけでなく、広く研究者にデータを開放して活用できるように取り計らうことが大事であると思料する。また、インターネット上で再就職あ

っせんを支援する都道府県ナースセンターの NCCS システムは、あくまでアクセスした看護職の情報が得られるだけで、潜在看護師が幾人登録したかの見当がつくような設計となっていない。おおよそ登録者の半分は、今、何処かの職場に雇用されているが、今よりもよい条件で働くことができる職場があったら転職したく、求人情報を欲しいために登録しているらしいが推測の余地を出ない。潜在看護師の把握を正確に行うのは極めて重要であり、ワシントン DC の追跡調査は非常に参考となる。

3) 【制度の仕組み】

ワシントン DC の〈組織〉で、制度を執行するコロンビア特別区保健省保健法・免許管理局の機能と役割は、最高責任者（局長）の下に、法令遵守義務・質保証事務、専門職免許に関する調査事務、更新実務を担当する事業運営・免許事務部門が系列化されている。分掌事務に無駄がなく、職責の明快さは、我が国の行政機関と同様な感がみられた。3 事務部門では、〈更新のルール〉を決定や〈更新の実務〉を担当する。具体的に事務部門では、届け出を受理する際には継続教育を受けたか否かを確認し、更新料を収受し、問題がない者には更新免許を発行する。この他に医師や看護師等の専門的職能毎に委員会組織があり、独任の責任者がいる。看護委員会（Board of Nursing）では、〈登録状況の把握〉とともに専門職としての水準を維持するための高度で特別な事務、すなわち問題のある RN の特定、免許はく奪などの司法との調整、免許未更新者の追跡等々を行っている。〈経費関係〉の「免許更新時に支払われる更新料 100 ドル余りの中で Board の運営費用は賄っている」と述べられた意味は、看護委員会（Board of Nursing）が行政の一機関であっても、民主的・公正かつ能率的に行うために設けられ、局長からなれば独立した地位にある別の一部門組織といえる。これは、都の人事行政の専門的執行機関である東京都人事委員会のスタイルと酷似している。

そもそも委員会という制度²⁸⁾は戦後アメリカから導入されたものであると記述されているように源流は米国である。アメリカの公務員制度の歴史の中で公務員の任用が、政党の党利党略に支配されていた獵官制（Spoils System）から、職業的公務員が、能力の実証に基づいて任用される成績制（Merit System）へと変革する過程で確立した。政党政治のもとにありながら、公務員の任用を政党の支配から切り離し、能力の実証に基づいて専門的公務員を確保し、公正な人事行政を行うために、議会や首長からなれば独立した中立的

人事行政機関が必然的に形成された。そして、権限は準立法的（規則を制定できる）、準司法的（不服申し立て等の審査、判定的権限を有する）、準行政的（運営に関し任命権者に勧告する、調査・研究を行う、職員の試験・選考を実施する）な3つに分類できると言われている。

コロンビア特別区保健省保健法・免許管理局は医療関係の人材に特化した行政機関であるから、看護委員会（Board of Nursing）という独立した専門職組織を作り、行政の権力が及ばないように中立的組織として位置づいたものと思われる。行政機関が中立的性質を持つ半民間組織を包含しつつ、相互に職責と職務を適切に分担し、情報を共有しあいながら効率的な管理運営を行っている。

オーストラリアの医療人材（Health Care Professionals）を所管する組織は保健高齢省で（Department of Health and Aging）あり、我が国の厚生労働省に該当する。行政の目的を示し、法を制定し、成果を把握するのが主たる職務である。免許登録更新に関する実務は様々な組織に分担されている。政府委託機関であるオーストラリア看護・助産審議会 ANMC（Australia Nursing & Midwifery Council）は、主に養成機関の査定と認可および“外国で資格を取得した看護師・助産師の登録のためのアセスメントの枠組み”を決める権限を持ち、看護の実践範囲などの体系化などに関わっている。移民・市民権局 DIAC（Department of Immigration & Citizenship）は外国人看護師の入国許可基準の設定を行う。オーストラリア保健医療従事者規則機関 AHPRA（Australian Health Practitioner Registration Agency）は、国家登録に伴い新設された16職種全ての免許登録更新制度を所管する組織であり、全ての職種の情報を集約している。オーストラリア看護・助産委員会 NMBA（Nursing and Midwifery Board of Australia）は、従来もっていた免許登録更新の権限を AHPRA に譲り渡しているが、全国の職能組織として公衆の保護と専門職の実践の監視等を行う。このように複数の組織が役割分担をしながら相互に連携調整を図って、民主的な運営を行っていかうとしている。松山²⁹⁾によれば、国の経済状態は好調なオーストラリアも、医療財源の3分の2を政府、3分の1を民間でまかなっており、政府はこの割合が高いため、医療改革を政府主導で行っているのである。その主軸は、医療のアウトカムに影響を与える重大なアクセスと平等の問題に果敢に取り組む、新たに登場する問題により適切に対処できるようにするために医療システムを設計し直す、長期間持続できる

ように医療システム自らが機敏に変革するような仕組みを作ることである。それに対応するために、人口 100 万人前後の地域医療圏ごとに、病院での急性期ケアのみでなく、予防、リハビリ、介護、在宅など地域住民が必要とするケアを継ぎ目なく垂直統合して提供する医療公営企業を設置してきた。医療公営企業経営者の責務は、不採算部門を抱えながらも全体として黒字経営を目指すところにある。これにより、医療政策変更と医療技術の進歩に合理的に適応できるとされている。専門職の登録・免許更新制度そのものは、医療制度改革と直接繋がっているわけではないが、全ての医療人材のコントロールを新しい形で行うことによって、非効率で無駄の多い状況を改善しようとしている様子ははっきり見てとれる。リンダ・スター (Linda Starr)³⁰⁾は、これらの大胆な組織変革は、労働力流動性を促進し、オーストラリアの保健医療労働力の柔軟で即応的で、持続的な発展を可能にし、同時に保健医療労働者の教育とサービス提供に革新をもたらすためであると述べている。当面、混乱はみられても、合理的な変革は我が国も見習うべき示唆に富んでいると考える。

【運営組織の役割】

制度を運営するワシントン DC の看護委員会 (Board of Nursing) の持つ〈研修機関の質の保証〉〈問題のある RN の特定〉〈司法との調整〉のサブカテゴリーは、前述した委員会の 3 つの権限 (準立法的・準司法的・準行政的) を指しているといえる。〈研修機関の質の保証〉の方法として、継続教育を提供する研修機関に対し認可制をとっているのは、準行政的権限と準立法的権限といえる。具体的には研修機関に内容・担当講師・場所・単位数等々必要項目を申請させ、それを審査し、水準をクリアした場合には許可証を発行する。そして、研修終了後には、受講者の学習効果や講師氏名、出席簿等の具体的な報告を求める。これは研修機関に対する監査機能を持っている証である。研修は多くの民間組織 (大学・病院・個人・その他) に開放されており、これらが免許更新制度を支えている。

我が国では職場外研修 (Off-JT) は職能団体の日本看護協会・都道府県看護協会が主催する研修が代表的なものである。2000 年には「継続教育の基準」を作成し、その目的は“専門職業人として看護に必要な知識・技術・態度の維持向上と看護実践現場の指導者・教育担当者の育成を支援すること”を目指しており、2003 年からは「キャリア開発の仕組み作りに向けた取り組みの推進」を展開している。開催される研修内容は質が高く、テーマの適切性や講師の人選が独占的にできる環境にあるためと思われるが、最も看護職から信頼

されている。しかし、今日では大学、医療関係出版社、製薬会社等々も研修に進出しており、これらに対して、ワシントン DC の看護委員会のような質のチェックを行う組織は存在しない。従ってそれらの評価等に関する論文も見当たらない。

〈問題のある RN の特定〉と〈司法との調整〉は準司法的権限に含まれる。前者については、主にドラッグ（常用麻薬中毒者）などで安全に実践ができないと判断したケースには、全国規模の調査会社のリストを利用して照会をかけ、徹底した解明を行う。雇用主にも連絡をして雇用の適否を勧告する、あるいは、継続教育について虚偽申告者に対しては罰金を科した上に再研修を命じるなどなど排除の論理がみられる。

我が国では前述したとおり、2年ごとに「業務従事者届」を就業地の都道府県知事に届け出ることが義務付けられている。法的には違反した者は 50 万円以下の罰金が科せられているが、これで罰せられた人がいたという話は聞こえてこない。看護師の免許に関する取り扱いは裁判所ではなく、看護委員会（Board of Nursing）に決定権があるということは、専門職は、その専門職の自律と責務において他の職種が口をはさむことを慎むという米国の価値観から来ているものと解釈できる。

オーストラリア看護・助産委員会 NMBA（Nursing and Midwifery Board of Australia）は、かつて持っていた免許登録更新の実務が、オーストラリア保健医療従事者規則機関 AHPR（Australian Health Practitioner Registration Agency）に移り、残された看護・助産専門職の評価基準・綱領・指導要領等の作成、認可基準を承認するなどの権限はあるものの、具体的な登録以外の仕事は州看護・助産委員会の 2 つの下部委員会で行っている。ワシントン DC では看護委員会（Board of Nursing）が準立法的、準司法的、準行政的権限を掌握しているが、オーストラリアの場合は、民間を活用し、そのリスク分散をするために下部組織を作り対応していると考えられる。教育内容や英語が一定水準を満たすかどうか〈海外で教育を受けた看護師のアセスメント〉の行政的権限は、登録委員会が監督している。語学力こそ“公衆の擁護”に直結する能力であり、外国籍の看護師受入れの第一条件として重視しているのである。

〈インシデントへの対応〉は、届出委員会で事故や殺人などを犯した看護師への事情聴取をするための審査員団（パネル）を設定し、また司法での紛糾する問題に対しては意見を述べるなどワシントン DC と同様である。〈健康問題への対応〉は、メンタルヘルスを中心

として看護師の労働衛生のあり方などを勧告するのも届出委員会が行う。ここの機能や役割もワシントン DC 同様現場の実態に即した専門職のことはその専門職の中で決定するという一貫性と全体的な整合性も保たれている。陳腐化した「制度の壁」を打ち破り、新しいシステムへの適応を計ろうとしている姿勢と実行力は我が国でも見習わなければならないと考える。

表4. ワシントンDCとオーストラリアの対比

| カテゴリー | サブカテゴリー | |
|---------|---|---|
| | ワシントンDC | オーストラリア |
| 制度の変遷 | 制度開始時期不明 すべての州で実施 複数の州の免許を持つ | 1920年以降に各州で開始 2011年に全国統一制度に移行 制度移行に伴う変化 |
| 制度の意義 | 就労条件としての免許更新 安全な実践ができる証明 継続教育による能力維持 離職者の復帰(再教育) 看護師の動向調査 | 就労条件としての免許更新 公衆の擁護 離職者の復帰(再教育) 学生の登録 |
| 制度の仕組 | 組織 更新実務 更新ルール 登録状況の把握 経費 | 組織 更新実務 更新ルール 経費 関連法規 |
| 運営組織の役割 | (Board of Nursing) 研修機関の質の保証 問題あるNsの特定 司法との調整 | (委員会) 海外で教育を受けたNsのアセスメント 健康問題への対応 インシデントへの対応 |
| 需給状況 | 充足状況の把握 現在の充足状況 退職の理由 就労形態 | 充足状況の把握 現在の充足状況 充足の理由 |
| 看護の質の確保 | 研修の義務付け Nsの主体性 多様な教育内容 | 研修の義務付け Nsの主体性 多様な教育内容 マンドトリー・レポートの義務化 |
| 看護基礎教育 | | 教員の資格 国家試験は不要 教育機関の課題 |

5) 【需給状況】

〈充足状況の把握〉や〈現在の充足状況〉について、カレン・シピオ-スキナー (Karen V Scipio-Skinner) 氏は「病院の看護管理者が考えることであって、行政が考えることではない、専門職として継続するか去っていくかは本人の問題であるが、臨床現場は多忙で、スタッフ不足など労働環境を改善する余地が沢山ある。病院はこれに積極的に取り組まなければならない」と発言している。看護師不足は国を超えて共通している課題である。需給に関して連邦政府が民間調査会社に委託して労働力調査を行うこともあるということは、その結果を行政は対策を立てるための参考にするのは当然である。看護委員会 (Board of Nursing) は、需給対策の役割を担っている組織ではないため、こちらの問いに答えられないのは無理もない。従って、〈退職理由〉などの客観的データを持ちあわせていないから「新しく看護職になる人たちは、実際とは異なる看護師イメージを持って就職してくるからなのかもしれない」というような感覚的な捉え方であったと思われる。

オーストラリアでは、〈充足状況の把握〉はオーストラリア保健医療従事者規則機関 AHPRA (Australian Health Practitioner Registration Agency) にデータが集められている。個人の登録番号でどこに勤務しているかを特定でき、アクセスすれば誰でも閲覧できるという開放性に驚く。免許職種は公人という意味から情報公開されているのであろう。また、〈現在の充足状況〉は、3年前ほどまでは看護師不足だったが、精神や助産部門を除いて現在では充足しているとリンダ・スター (Linda Starr) 氏もリネット・キューザック (Dr Lynette Cusack) 氏も発言している。〈充足理由〉は、数年に渡って外国から看護師を積極的に受け入れ、潜在看護師の職場復帰を強化し、パート労働者として雇用するなどによって、予算をかけず看護師が満たされるようにしたからである。オーストラリアの医療は我が国同様に国民皆保険のため、予算を削減すれば病院は雇用したくてもできない。その一方、看護師を養成する側は、経営上学生を多数確保しなければならないために供給が需要を上回る現象が生じている。日本のように供給が常に追い付かない状況に慣れていると果たして真実なのか疑問に感じるが、人口も登録看護師総数も 271,949 人 (2009 年) と我が国の 4 分の 1 しかない規模にあっては、供給過剰も現実のものとなることができる。

行政の主導で需給推計を行っている我が国では、看護職員需給見通しの策定は 1974 (昭和 49) 年から開始された。その方法は病床数をベースとした需要予測、コーホート変化率

法をベースとした供給予測を行ってきた。コーホート変化率は、近未来の特殊な人口変動が予想されない場合に用いることができる簡便法である。しかし、看護師は教育機関の大学化、准看護師から看護師への移行教育の多様化など特殊な人口移動が予想される集団であり、一步進めて看護サービスを患者が生み出すヘルスニーズすなわち患者の症状の重症・軽症度合いによって看護師の関わる時間の多少を考慮した「看護時間」に基づく需給を推計しなければ正確な値は得られにくく、一例としてカナダオンタリオ州の推計方法と比較し、我が国でも同様な方法を使うことを提案している¹⁶⁾¹⁷⁾。その上でより正確な供給推計をする方策として看護師免許更新制度の導入の必要性を唱えている。

日本の看護需要を算定する基礎は診療報酬による「看護配置基準」として事前に公的に設定されている。病院は労働負荷を軽減する必要性は承知しているものの、医療費の支払方式すなわち診療報酬の性質がケアの質の考慮をしていないため、基準ぎりぎりの人員水準で最低限病院が果たすべき経営上の職員配置に留まらざるを得ない。カナダ、米国、英国など先進国のような看護ニーズに基づく看護ケアの必要量（数×質）と看護配置基準とが基本的に連動している国とは異なっている。専門性の高い看護職の採用も必要性がそう高くないために、看護配置における効率的なスキルミックスが実現せず、非効率的な配置を排除することができないなどから、病床ベースによる日本の看護配置基準にもとづいて看護需要を予測することは、現実の看護需要との乖離を生じさせる可能性が高いと安川³¹⁾も述べている。需給推計そのものが常に逃水状態であることの原因はまさにこの点にあるといえる。そのような状況下にあっても、1980年代から先駆的な看護配置基準を採用したのは虎ノ門病院（Toranomom Nursing System）である。柔軟な看護配置をするために、全病棟のデータをオンライン化し、看護師の働き方も柔軟な形態のフロートナースを確保することによって成り立っている。この成果を参考に診療報酬上の看護評価体系も改善されつつあり、2008(平成 20)年度から、7対1入院基本料を算定する全ての病棟において、患者の看護を必要とする度合いとそれに対して費やされた時間をベースにした患者評価である「看護必要度」が導入された。看護者の行為は分類できても、成果をどう評価するかなど課題も多い。しかし、医療が国民皆医療保険制度によって公的管理されている我が国にあって、現場の看護師不足を解消するための歩みはのろいものの、実情に沿うように改善されてきていることは喜ぶべきである。

医療機関の収入の基礎となっている診療報酬の決定は、中央社会保険医療協議会、通称「中医協」で行われる。医師会など診療側専門家委員8人、保険者など支払側委員8人、公益代表学識経験者委員5人で構成されており、看護職にとって代表を送ることが1958(昭和33)年以來の課題であったが、2003(平成15)年、ようやく専門委員を送ることが叶った。しかし、診療側専門家委員に入っていない。看護技術の経済的評価や看護師不足を解消する根源である収益に対して口を挟むことが難しい状況にあるため、看護の課題解決が速やかに行われない一因といえよう。これは、歴史的な看護の基礎教育の偏りや内容不足、女性が中心となっている集団の力量不足も影響しているのは言わずもがなである。

〈就労形態〉について、「アメリカのナースのほとんどはワークライフであり、それに、結婚したってそのまま仕事をしないで生活していけるとは限らないでしょう？」という発言のニュアンスに、競争の激しい米国の厳しい現実が垣間見られた。働き方は、本人の選択であるが、エージェンシー（有料職業紹介事業者）に行き、派遣労働者になって働きたい病院で、働きたい時間だけを働くという選択肢もある。勤務時間や勤務日を自分で調整できてよいという人もいるなど、時間給が基本となっている米国の柔軟な労働環境の一端が分かる。我が国の急性期病院における労働環境の魅力を Nurse Work Index を用いて他国と比較調査した結果³¹⁾、58%がバーンアウトしており、7割以上が看護師であることには満足しているが、半数以上が現在の仕事に不満足であり、自らの職場環境が快適で、魅力的で、居心地がよいは僅か 25.5%である。これは、患者ケアの質や安全性など患者アウトカムにとって切実な問題であり、病院が魅力的な職場環境づくりに失敗しているために潜在看護師が非常に多いことと関連している。経験豊富な看護師がいて、勤務を柔軟に変更する、意思決定のプロセスに看護師が参加する、有能な管理者の育成などが必要であるとリンダ・エイケン (Linda H. Aiken) ら³²⁾³³⁾ は指摘している。働き方の柔軟性は、我が国でも 2009(平成 21)年から、短時間正職員制度も導入され、日本看護協会夜勤・交替制勤務ガイドラインが公表されるなどその動きも緒に就いたばかりである。

離職者の復帰は、ワシントン DC でもオーストラリアでも5年以上実務に携わっていない者はリフレッシュコース、リエントリーコースの受講が義務づけられ、証明がない限り就労できないようになっている。我が国でも都道府県ナースセンターが“看護力再開発講習会”でその任務を果たすようになっている。これを受講した者のうち2年程度離職して

いる者は再就業に結び付いているが、それ以外は就職決定が遅く、講習そのものが求職者の技術劣化を補うほどの効果を発揮していない、あるいは自分の知識や技能に自信を持っていない者が受講する傾向があるためではないか、要するに効果的ではないという分析結果²⁰⁾が発表されている。米国やオーストラリアの社会復帰研修の具体的な内容を確認し、我が国の潜在看護師の社会復帰を促すためにある看護力再開発講習会をブラッシュアップするためにも、参考にしなければならないと考える。

6) 【看護の質の確保】

看護師免許更新制度の第一義的目的からして、ワシントン DC は2年毎に24時間単位を、オーストラリアは毎年20時間分の〈研修の義務化〉を命じている。働く限り、全ての看護師が学習を意識し能力開発に努めなければならない。ワシントン DC には、研修機関として認可している500床以上の病院は5つあり、そこで開催される各種講座の他、民間企業やオンラインでも研修のメニューが潤沢に用意されている。オーストラリアでもワシントン DC ほど大規模ではないが、日本の看護協会に匹敵する Royal Collage of Nursing Australia での研修やeラーニングでも可能となっている。

看護師の持続的実践能力 (continuing competence) については、アメリカ看護師協会学術誌「オンライン・ジャーナル・オブ・イシューズ・イン・ナーシング」(OJIN) June30,2000」をはじめ、多くの学者の文献が散見されている。

持続的実践能力 (continuing competence)³⁴⁾は、アメリカ看護師協会専門審議団 (American Nurses Association, 2000)は、持続的コンピテンスに関する政策上の勧告をするに際し、仮説を立てている。1. 持続的コンピテンスの保証の目的は、国民を保護することと、看護師の専門職者としての成長を通じて看護専門職の向上をはかることである。2. 国民は、看護師に対しキャリアの全期間を通じてコンピテンスを期待する権利がある。3. 持続的コンピテンスの保証は、専門職、規則制定機関、組織・施設、および個々の看護師の共同の責任である。4. 個々の看護師は持続的コンピテンスを維持する責任がある。5. 雇用者の責任は、コンピテンスを発揮して業務がおこなえるような環境を作り出すことである。6 持続的コンピテンスは、定義し、測定し、評価することが可能である。7. コンピテンスは、専門性 (expertise)、責任、業務領域のレベルと関連したものとして考えられると

している。そして、政策勧告の作成に当たって、考慮すべきこととして、1. 持続的コンピテンスの定義はなにか、2. 持続的コンピテンスを保証するのはだれの役割か、a それは個々の看護師の役割か、b それは看護専門職団体の役割か、c それは雇用者の役割か、d それは看護法規制定監視委員会の役割か、e それは資格認定機関全体の役割か、3. 持続的コンピテンスはどうすれば測定可能か、4. だれを評価の対象とすべきか、5. その財源はだれが担うのか、6. 職場環境は持続的コンピテンスにどう影響するか、7. 基礎的コンピテンスと専門的コンピテンスのいずれを測定すべきか、8. 持続的コンピテンスをめぐってどのような法的問題が存在するか、9. コンピテンス測定は免許交付と規則にどのように活用されるか、10. コンピテンス測定は職場でどのように活用されるか、などを挙げている。そして、コンピテンスの定義を、①持続的コンピテンス (continuing competence)とは、専門性、責任、業務領域のレベルに応じた継続的な専門看護コンピテンス (実践能力) である。②専門看護コンピテンス (professional nursing competence)とは、看護業務範囲、政策、「看護師の規律 (= 倫理綱領)」、基準、指導要領、専門的活動の安全な遂行を保証する基準尺度 (ベンチマーク) などによって確定される一連の期待される成果に適っており、それらの成果につながる信念、態度、知識に基づく行動である。③持続的専門看護コンピテンス (continuing professional nursing competence)とは、看護業務範囲、政策、「看護師の規律 (= 倫理綱領)」、基準、指導要領、専門的活動の安全な遂行を保証する基準尺度 (ベンチマーク) などによって確定される一連の期待される成果に適っており、それらの成果につながる信念、態度、知識に基づく行動によって実証されるような、専門性、責任、業務領域のレベルに応じた継続的な専門看護コンピテンス (実践能力) であるとの見解を明らかにした。米国の看護の職能団体が示したコンピテンシーの定義、仮説、考慮すべき事項などを詳細に分析し、その結果が免許更新制度における継続学習の意義として生きている。

アメリカ看護師資格センター (American Nurses Credentialing Center, ANCC) では、ANCC 持続的コンピテンシー特別調査団 (American Nurses Continued Competency Task Force, ANCC) を組み、ナースプラクティショナーの資格更新とコンピテンスについて研究の枠組みとして役立つ 4 次元モデル (基準、業務領域、有能性 (コンピテンシー)、測定可能な成果) を用いて家族、成人、高齢者、小児、学校、救急ケアについて経験的職務分析 (empirical job analysis) を行った。職務分析/役割叙述研究 (job analysis/role delineation

study, RDS)は、ナースプラクティショナーの業務上の課題を同定し、それを頻度と緊急度によって分類した。この RDS は、参加者が課題と望ましい測定可能な成果とを関連づけることができるようにするために活用できるものであり、またさまざまな方法論のために特定の内容領域を開発するのに役立つと言われている。

この他、ルイジアナ州の大学と病院が連携し、コンピテンスをアセスメントする方法として、シミュレーション（模擬体験）による臨床シナリオの作成により効果がみられたという報告³⁵⁾がある。また、ポートフォリオ、技能チェックリスト、同僚評価、患者評価、自己評価などを使うことが有効であるとする意見もある³⁶⁾。コンピテンシーは一つの過程（プロセス）であって、固定的評価ではないとして、検証は困難を伴うと考えられてもいる³⁷⁾。このように、誰にとっても邪魔にならない能力とその向上についての見解は、継続教育を構成する要素（パラメーター）に非常に広い幅があることや、継続教育導入と臨床業務の成果の改善につながる持続的コンピテンスとのあいだの相関関係を支持する公式の研究がみられないのが現状である。しかし、それでもなお免許更新時に 24 時間あるいは 20 時間の学習を課す理由はどこにあるのだろうか。現在の医療水準に対応できる力を自身の努力で獲得することを習慣とすれば、能力は積み重なって維持・向上することができ、結果として安定的に仕事に就ける換言すれば「雇われ続ける能力（employability）」を保つ効果ももたらすからではないかと考えられる。

ワシントン DC が課す 24 時間単位の継続教育（continuous education）は、職務教育（In-service Education）と区別した概念である。すなわち、実務現場での個別性の高い技術習得のような OJT は職務教育の範疇に入るものとみなしている感があり、まさに日本看護協会の目的を達するような内容が継続教育といえる。カレン・シピオ - スキナー（Karen V Scipio-Skinner）氏は、「Board から認可された研修機関への参加以外に換算可能なものとしては、看護系大学や大学院での学位取得を目指して在学している場合、執筆原稿で内容の認められたものの他、学会発表を行う等々が認められている」とく多様な教育内容を承認している。3 年制の専門学校卒業者へは大学での自己啓発を、大学卒の看護師には大学院修士課程での教育を推奨し、学会やフォーラム等各種のセミナーなどでプレゼンテーションを行った場合も単位として認めるなど、個人の能力に応じた学習を促し、単位互換するなど学習の便宜も図っている。

オーストラリアでは、登録時に継続教育に関するインフォメーションパックが渡され、自身でポートフォリオを用いて計画を立てるなど、どれを学ぶかは個々人の実情を考慮し、まさに〈主体性〉を尊重している。リネット・キューザック（Dr Lynette Cusack）氏は、「看護実践の領域の定義というのは4つから成り立っていると思います。教育、研究、臨床、管理ということですが、私の場合は、リサーチャーとして、リサーチの領域に関する看護実践が満たされるように努力することが、自分のプロフェッショナル・デベロップメントだと思っています」という発言からも主体性が確立されているのは言うまでもない。渡邊³⁸⁾は、離職と学習環境の関連について、個人の研修活用度や周囲の学習意欲が離職傾向に関与しており、就業1年目の看護師では周囲の学習意欲が高いと感じている者の離職意向は低く、5年目の看護師ではその反対となっている。そのために経験年数も含め個人的要因に配慮した学習環境の整備の必要性を訴えている。また、田中¹⁴⁾は、高度医療の実践、医療費削減に伴う入院日数短縮化から派生する多忙等、質を維持しつつ量をこなすという相矛盾する課題を迫られつつある医療現場では、キャリア発達に必要な規範や意識、行動様式などを獲得するためのしくみづくりがなされていないと指摘している。全ての看護師がキャリア発達を目指すことができる柔軟な仕組みづくりと学習の文化を持つ専門職集団に変えていかなければならないのは同感である。

我が国では、2009(平成 21)年「保健師助産師看護師法」「看護師等人材確保法」改正により、看護職員本人の責務として、免許を受けた後も臨床研修その他の研修を受け、資質の向上に努めることが規定され、また病院等の雇用主は研修の実施と、研修を受ける機会を確保できるように必要な配慮に努めなければならないとされた。これは、米国看護師協会専門審議団が勧告の際に考慮した内容とほぼ同じであり、やはり我が国の看護は米国の10年～20年の後追いをしていると言われていることがあてはまる。2010(平成 22)年度から新卒看護職を受け入れたあらゆる施設では新人臨床研修が開始となり、法に謳われたことは一定の進歩であると評価できる。が、医師の臨床研修の義務化に対して看護師の研修は努力義務化であり、その差は歴然としている。しかも、医師の臨床研修は、医師が病院の収入をもたらす保険診療ができる人材を目指すという明確な目標があるが、看護技術が経済的収益に保証されておらず、医師の稼ぎによってコメディカルの労働も成り立っている現在の医療保険システムでは、新人看護師の臨床研修が個々の施設に任せられている

のでレベルにバラツキが出やすい。自施設で実施できない場合は、研修のできる他施設に委託しても構わないという柔軟性をもたせているのは評価できるとともに、日本看護協会の「新人看護職員臨床研修ガイドライン」に沿って実施できるように各施設が努力していることは進歩であるといえる。

オーストラリアでは、今回の制度改革で〈届け出レポートの義務化〉が追加された。根拠は、保健医療システムにおける不正行為(スキャンダル)、業務における過誤の隠蔽、内部規律の保護、報告を阻む脅迫、問題のある医師を特定する必要性等によりすべての登録保健医療従事者とその雇用者および教育関係者は、特定の従業者が「届け出るべき行為」をおこなっていると正当な根拠をもとに確信したときは、それを報告することが求められる。具体的な届け出るべき行為として、アルコールや薬物の影響が残っている状態で業務を行った、業務との関わりのなかで性的違反行為をおこなった、自らの障害がもって人々を潜在的な害の危険に晒した、業務基準から著しく逸脱した行為で人々を潜在的な害の危険に晒したなどである。報告にあたっては、正当な根拠をもとにした確信が不可欠であり、行動についての直接の知識や観察が含まれる、推測や噂話やゴシップや当てこすりであってはならないとされている。従来の法律は、忠告に逆らって業務を続ける医師についての報告だけを求めるものであったが、新しい法律ではすべての医療従事者に責務を課している。報告義務は、職場における不十分な業務を管理する風景を変えた。同僚の不十分な業務遂行や非専門的行為について報告するということは、やはり心の臆する課題である。誠実に報告をおこなう勇気を支え、そのことによって業務を安全なものに改善し、望ましくない出来事を減らすという国家の目標に貢献するであろうとリンダ・スター(Linda Starr)³⁰⁾は述べている。医療従事者自身の健康管理や倫理を厳しく問い、医療の質の確保のためには相互監視をここまでしなければいけないのか、それは、全ての職種が免許更新を行うというような平等な組織風土の中では違和感はなさそうであるが、我が国の医療界の風土も一層のグローバル化の進展とともに、いずれオーストラリアのように見直さざるをえない機会が来ることを期待したい。

ワシントン DC やオーストラリアの免許更新制度にみられるように、職種間に差をつけるのではなく、全ての医療保健関係職種が義務化されてこそ医療の質の全体の向上に繋がるものといえる。

7) 【看護基礎教育】

オーストラリアでは、リンダ・スター (Linda Starr) 氏、リネット・キューザック (Dr Lynette Cusack) 氏とも大学の教員や研究者であることから、看護基礎教育が話題になった。〈看護教員の資格〉は、学位は必要であるが、あくまで大学側の要求すなわち応募する職種によって変わり、修士以上というような縛りはない。専攻分野における教育上・研究上・実務上の知識・能力・実績が必要であるというのは我が国とも同様である。〈国家試験は不要〉であるが、これについては、教育を提供する大学、卒業者を雇用する病院、法律を作る団体の3者の信頼関係があつてこそ成り立っているとリネット・キューザック (Dr Lynette Cusack) 氏が語っていたが、看護師の養成に対して関係者の関心ははるかに高いように感じる。基礎教育は大学が担い、病院は職業人としてのキャリア開発は我々の責任で行うという役割分担の意識がはっきりしているといえる。我が国では、卒業時点の標準能力は、国家試験に合格することにより満たされたものと認識されているが、統一試験をしなくても大学を信頼していればこそ成り立っているオーストラリアの方法論が今後も続くかどうか注視していきたい。それ故に、〈教育機関の課題〉もあり、政府が予算削減したことによって看護師雇用を減らしてしまうと、大学にとっては実習先が少なくなるという影響がでている。大学は経営上学生定員を減らすことはできないため、供給過剰となつてしまつていゝことである。また、卒業生が看護の質を左右し、質の低下によつて公衆の擁護ができないと教員側の責任感に繋がる。当然教員たちのキャリア開発を活発化させるといふようにリンクしている。リネット・キューザック (Dr Lynette Cusack) 氏は研究の領域の実践が満たされるように努力する、リンダ・スター (Linda Starr) 氏は、看護の法律は実践の境界を明らかにするので、看護管理者が看護の質をコントロールしやすいその分野をもっと深めるといふ表明こそ、オーストラリアの看護基礎教育においても教員の自己啓発なくしては教育のレベルアップにつながらないことを彼女らは十分承知していた。

スーザン・スポーツマン³⁴⁾によれば、看護師基礎教育において、学生の卒業できるだけのコンピテンシーを身につけたかどうかを教師が検証しなければならないが、スコット・ティリー (Scott Tilley) (2008) の初等看護教育に対するコンピテンシーに基づくアプローチは、合衆国の大半の初等看護学校では規範とされていないと述べている。初めて業務に就く際には、どの種のコンピテンシーがもっとも重要か、それらはどれくらいのレベルに到

達していなければならないか、それらをどう教授し評価するかは、まだ明確化されていない。大半の学校が基準としているのは、講義内容の修得と臨地実習の合否成績評価である。しかし、臨地実習の合否成績評価で、知識、対人関係技能、意思決定技能、精神運動技能を初級レベルの業務に適用していく学生の能力を測定するのは困難である。が、卒業時の学生のコンピテンスを検証する試みもいくつかおこなわれている。1999年、レンバーグ(Lenburg)、クライン(Klein)、アブドゥル-ラーマン(Abdur-Rahman)、スペンサー(Spencer)、およびボイヤー(Boyer)は、『コンピテンシー成果と遂行能力アセスメント(COPA)モデル』(2009)を開発した。COPAモデルのカリキュラム枠組みはさまざまな看護学校で用いられているが、その有効性に関する研究はあまり見あたらない。合衆国の看護学校に関するその種の研究の一つに、横断的比較調査法を用いて13の看護学校の学生の次の6つの看護業務領域における成績を比較したものがある—(1)リーダーシップ、(2)救急救命治療(クリティカルケア)、(3)教授/共同作業、(4)計画立案/評価、(5)対人関係/コミュニケーション、(6)専門的発達。13の学校のうち5校のカリキュラムでCOPAモデルが用いられていた。この研究では、6つの看護業務領域での学生のコンピテンス測定の平均得点は、COPAモデルの学校の学生のほうがその他の学校の学生より高く、加えて、NCLEX試験の5年間の平均合格率も、COPAモデルの学校のほうがその他の学校よりも若干高かったという結果が得られている。歴史的に、看護教師は、入学してくる学生の理解力、規則上の要件、業務の必要性などを鑑みて具体的な知識、技能、行動を学生が習得できるよう努める。この教育指導によって達成される技術的レベルが臨床業務のなかで看護師に満足のできるものとなるかどうかは、その看護師の教育努力、経験、価値観にかかっている。看護教育者、臨床看護師および/または施設管理者のあいだで看護師のコンピテンスの適正レベルについて意見が合わず、この問題でお互いを非難し合うような場合には、非生産的な状況が生じて、看護業務の改善などとても望めなくなる。どのような施設においても看護師のコンピテンスの促進には複雑な問題が含まれることを認識し、看護師がその臨床キャリアを通じてコンピテンシーの教育と検証を受けられる一貫したシステムをお互いに協力して築いていくほうがはるかに生産的なアプローチとなる。

ベナー(Benner)(1984)の「初心者から熟練者へ」モデルは、就職時のコンピテンスやその後の持続的コンピテンスを実証するためにおこなわれる作業の多くと、看護師が一定の

レベルのコンピテンスに到達するために要する時間の長さに対する理論的枠組みとなる。

初心者としての看護師は職場の基本的関心事項に主として注意を集中して業務を開始し、経験を積むことによって看護師は、しだいに自信と技能を身につけ、自らの特定の役割のなかで、上級初心者の段階から有能な看護師の段階へと前進する。ベナーによれば、コンピテンスのレベルに到達するには通常 2-3 年が必要である。一つの領域で経験を重ねた看護師は、達人もしくは熟練者のレベルへ前進することが可能である。新卒看護師はふつう初心者(novice)または上級初心者(advanced beginner)のレベルで職場へ入る。あいにく今日の保健医療環境においては、看護師は、コンピテント (=法的権限のある、あるいは十分実践能力のある) のレベルで自立して機能することが求められる。そのため上級臨床看護師や管理者は、新卒看護師の仕事もしくは遂行能力に懸念を抱きやすい。しかし、そうした懸念にもかかわらず、新卒看護師の業務範囲はどのようなものであるべきか、その範囲はすべての新卒看護師に一律に適応されるべきか、それとも院内研修、院内専門実習、長期オリエンテーション、助言者(メンター)などの教育や援助の方略によってその範囲の拡大が可能になっているのかを判断するデータは、明確になっていない。新卒看護師の育成にかかる 1.5 万ドルから 7.5 万ドルとされる経費を考えれば、こうした懸念はいっそう増大する (Roberts et al. 2009) と言っている。ともあれ、看護師養成の時から、直接携わる教員は教育内容の工夫を怠らず、臨床側は、養成機関と連絡を密接に取りながら実習で体験・経験させる。卒業後臨床看護師となっても、順調な職業生活の軌道に乗ることができるように、先輩看護師たちは関わり一人前に育てることが専門職従事者には求められているのである。

2. 看護師免許更新制度の構造

免許更新制度の第一義的な目的について、ワシントン DC は国民に対して安全な実践ができる証明、オーストラリアは公衆の保護としている。

免許更新は、2 か国とも保健医療に関するライセンスを持つ全ての職種に課せられている。法的にワシントン DC では Nursing Practice Act によって、オーストラリアは Health Practitioner Regulation National Law Act 2009 で定められ、制度運営の構造は図 3. 図 4. の通りであった。

(1)ワシントン DC の制度管理運営の構造

ワシントン DC では、目的を実現するための制度管理運営の構造(図 3)は、コロンビア州免許管理局が更新ルールを定め、更新料を査収し、更新免許を交付する。免許管理局から独立した立ち位置にあるコロンビア州看護委員会 (District of Columbia Board of Nursing) は、民間企業や病院など研修機関を希望するとして名乗りを挙げた施設から、研修内容、時期、方法、講師に至るまで申告させ、一定の基準を満たした機関は認可する。認可した機関からは、必ず研修結果と受講者名簿の提出を義務づけている。看護師個人で問題のあるケース、たとえば、前歴に問題があると思われる看護師の調査を専門に行う組織 (NUTSYS) に対して必要時照会をかける。全免許更新者の 24 時間単位継続教育受講情報を掌握する機関もあり、虚偽申告者した者はその調査 (ORDET) と照合する。医療事故や交通事故、犯罪等により裁判を受け、免許のはく奪に対する意見を裁判所から求められた場合は専門家の立場から意見表明をする。これは、裁判所との取り決めになっている。また、前回は免許を更新したが、今回は無届のような看護師に対して、詳しく追跡し、ほぼ全数に近い看護師の動静を把握している。

このように、ワシントン DC では看護師に免許更新時に継続教育を受講しなければ就業できないという規則を守らせるためには、医療マンパワーの免許全体を掌握する州の行政機関と看護委員会 (Board of Nursing) が相互に役割分担をしながら、管理運営を所管している。看護委員会 (Board of Nursing) は、継続教育の質を確保するために、研修を行う組織に対しては教育内容の確認をしたうえで認可し、実施報告を提出させる監査権限を持っている。看護師個人に対しては、少数ながらルールを守らない者に対して、その罪を証明するために設けられている独立した調査機関とも連絡を取りながら看護師個人に事実

を突き付ける作業も併せて行う。また、事故や犯罪によって罰を受ける看護師の免許取扱いについては、裁判所に対しても慎重に生活権を考慮した意見表明をするように配慮している。すなわち、準行政的・準立法的・準司法的権限を有している。先行研究では、実施機関について看護委員会（Board of Nursing）を挙げているだけであるが、実際にはインタビューでも明らかにされていない沢山の看護に関連する機関や組織から影響を受け、それぞれの機能と相互作用をしながら規律を守るようにシステム化がなされている。

米国看護師協会学術雑誌（OJIN）³³⁾の中で、免許更新時に課している継続教育が狙っている持続的コンピテンスに対する私的セクターとしての外郭民間団体が様々なアプローチをしている。

1. 医療施設認可合同委員会

医療施設認可合同委員会（Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO）は、病院に対して、従業者のコンピテンスについて、雇用時はもとより、その後の雇用期間を通じて定期的に評定するよう求めている。コンピテンス評定（competence assessment）は、「定められた業務を遂行する個人の能力を判定するために、その個人に固有のデータを組織的に収集すること」と定義している（Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations, 1998）。

2. ピュー委員会

保健医療専門職者の免許問題に関する「ピュー委員会報告（Pew Commission Report）」は、持続的コンピテンスの問題に国民の注意を喚起するきっかけとなった。同委員会の勧告のひとつである 1995 年報告「保健医療従事者規則の改革、21 世紀へ向けての政策的要件」で、「州は、それぞれの専門職団体（委員会）に対し、正規の保健医療専門職者の持続的コンピテンスを保証するために、持続的コンピテンスの必要条件を開発し、実施し、評価するよう求めなければならない。」と勧告した。これには一連の政策上の選択肢が示されており、持続的コンピテンスをなんらかのかたちで確認することの重要性には合意するものの、コンピテンスをどういう方法で試験するか、コンピテンスを保証する責任をどこが担うかという問題については暗中模索の状態である。が、保証する政策として提案されたものに、出口試験を伴う継続教育、同僚検証プログラム、コンピテンスの実技試験（デモンストラーション）、順向促進プログラム（proactive fellowship programs）、雇用者に対する

従業員のコンピテンスを確認する責任の義務づけ、などがあった(Gragnola, Stone, 1997)。

登録看護師の資格認定、継続教育、およびコンピテンスの相関関係を明らかにするためには、さらに研究が必要であるとしている(American Nurses Association, 1996)。

3. 保健医療専門職規則に関する専門職合同協議会

看護を含め 17 の保健医療専門職を包括する保健医療専門職規則に関する専門職合同協議会(Interprofessional Workgroup on Health Professions Regulation) —1997年7月25 - 26日にイリノイ州シカゴで開催された「保健医療専門職の諸問題、方法、現実」と題した持続的コンピテンスに関する代表者会議を開催した。持続的コンピテンスにかかわる諸問題の分析に焦点が当てられ、コンピテンスを評価する多様な方法について論議が交わされ、コンピテンスを保証することの重要性を参加者に認識させることとなった。協議会では、持続的コンピテンスの評価方法の開発に着手し、全ての保健医療専門職に妥当する共通の定義や基準を開発する作業について論議し、また協同作業を行っている。

4. その他

コンピテンス促進のためのその他の方策として、間接的であるが教育施設の認可や免許保持者の背景チェックによる潜在的問題の防止、および免許保持者の過誤が委員会に報告された場合の懲戒措置の設定をめざすものがある。

(1) アメリカ看護師協会 (ANA)

1999年5月、ANAの理事会は、持続的コンピテンスに関する研究計画案提出に伴う政策勧告および行動計画の開発を任とする専門審議員団(Expert Panel)を任命した。アメリカ看護師協会、州看護委員会全国協議会、アメリカ看護師財団、看護師資格認定センター、アメリカ看護学士院の代表者によって組織された。

(2) アメリカ看護学士院

アメリカ看護学士院(American Academy of Nursing)と看護の未来連合(Coalition of Nursing Futures)は、規則上の問題を論議するために1997年、「看護の未来と規則」と題してピュー財団の助成金を受けて集会を開催した。連合のメンバーには、ANA、アメリカ看護師経営者機構(American Organization of Nurse Executives)、外国看護学校卒業生委員会(Commission of Graduates of Foreign Nursing Schools)、全国看護連盟(National League for Nursing)、アメリカ看護大学協会(American Association of Colleges of

Nursing)、全国准看護師連合(National Federation of Licensed Practical Nurses)、全国准学士看護師協会(National Association for Associated Degree Nurses)、州看護師協会(State Nurses Associations, SNAs)、州看護委員会(State Boards of Nursing)、および各看護専門領域を代表する看護組織が含まれる。目標は、いくつかの重要な規則上の問題に関して看護の指導者たちが多様な見方を論じ、合意のある領域と合意のない領域を特定できるようにすることであり、持続的コンピテンスは取り上げられた重要な規則上の問題のひとつであった (Brooks, 1997)。しかしながら、それぞれの組織—法規制定監視者、専門領域看護組織、SNAs、専門職団体—は、コンピテンスについてそれぞれ異なる定義をし、異なる見方をしていることが明らかになった。この問題を調査するため ANA は、専門職の代表者による主導的役割を担うことに同意した。

(3)アメリカ看護師資格認定センター

アメリカ看護師資格認定センター(American Nurses Credentialing Center, ANCC)は、任意資格認定プログラムとそれに関連するサービスを通じて看護業務を改善し、高い質の医療サービスの促進をはかる目的で、1973年にANAによって設立された。現在、30以上の専門領域の15万人を超える看護師がANCCによる資格認定を受けている。

上級臨床看護師が基礎レベルの知識、技能、能力の基準を充足しており、基礎レベルの業務を安全に遂行できることを州看護委員会に対して保証しなければならない。5年ごとの資格更新の時点では、そのつどANCCは上級臨床看護師がコンピテンスを維持し続けていることを資格更新過程を通じて保証しなければならない。このような責任があることを踏まえてANCCは、上級臨床看護師への継続教育以外に、持続的コンピテンスを確証するさらに優れた方法が存在する可能性を探る研究プロジェクト ANCC 持続的コンピテンス—特別調査団 (ANCC Continued Competency Task Force) を開始し、1998年に、ナースプラクティショナーの資格更新とコンピテンスについて調査を開始した (ANCC, 1998)

(4)州看護委員会全国協議会

これまでの法規監視モデルと組織の使命に基づいて州看護委員会全国協議会(NCSBN)は、持続的コンピテンスを判定するためのさまざまなアプローチを探究してきた。看護コンピテンスの評定にコンピューターシミュレーションテスト(CST)を用いる方法を研究し、また継続教育の義務化を検討し実施してきた。そして現在は、個人的コンピテンスに対す

る免許保持者の責任に焦点を当てている。NCSBN はまた、「持続的コンピテンス責務プロフィール」(Continuing Competence Accountability Profile, CCAP)という自己アセスメントツールも開発した。これは「看護師がその就業期間を通じて専門的成長のための活動の全体を追跡し記録するための枠組みをもたらす」ものである。NCSBN の認識では、持続的コンピテンスは、継続看護教育と技能レベルをもっとも適切に保証するための包括的な選択肢の開発に専門職者も消費者その他の人々もかかわらなければならない多角的な問題である(National Council of State Boards of Nursing, 1998)としていた。

菱沼²²⁾は、免許更新制度には、州(国)ごとの基準に則っていることで等しく質の保証が可能であるかという議論もあると述べているが、ワシントン DC の管理運営の構造を見て分かるように、全米 50 州では、若干基準の高低はあるかもしれないが、州免許管理局や看護委員会(Board of Nursing)の他、表には出ていない組織との連携によって、質を完全に保証するしくみが創られていた。

(2)オーストラリアの制度管理運営の構造

オーストラリアは、看護師国家試験はなく、卒業して就労したら毎年免許の登録を更新することになっている。移民を受け入れていることにより、教育の異なる国から来た医療マンパワーの質水準を一定にする努力を行っているのが特色である。

免許の登録更新の構造(図 4)は、2011(平成 23)年に、今まで州ごとに行われていた制度を国に統一した。その前段として、保健医療専門職統一の法 Health Practitioner Regulation National Law Act 2009 を全州議会が批准する。と同時に、保健医療従事者規則機関 AHPRA (Australian Health Practitioner Registration Agency) を創設し、全オーストラリアの免許管理局の総元締め的位置づけとなり、職員は公務員であるが、実際の運営は民営で行うなど効率化を図っている。従来から制度管理運営の中心的役割をとっていたオーストラリア看護助産審議会 ANMC (Australia Nursing & Midwifery Council) は、国の機関である移民・市民権局 DIAC (Department of Immigration & Citizenship) の権限を委ねられた代理機関として機能していたが、それを解消し、看護と助産に関する資格認定の権限を担うようになった。オーストラリア看護・助産委員会 NMBA (Nursing and Midwifery Board of Australia) は、免許登録更新事務が AHPRA に移行したことにより、

看護職の評価基準、綱領、指導要綱や外国で資格を取得した看護師の知識と技能のアセスメントを監督するなど質的問題を扱う機関に変わった。但し、州の看護・助産委員会は、学生や専門職の免許登録や更新を監視する登録委員会、実践の監視をする届出委員会等の下部組織を造り、機能と役割の変化に応じて、既存のあるいは新設の多様な関係機関との相互連携と協働によって、免許更新制度の円滑な管理運営を図っている。

看護師個人は、看護・助産学生の時から登録が義務化され、実践者として実践に影響するメンタルヘルスや犯罪、身体の障害などを正しく届け出なければならなくなった。また、質保証に関する2つのルールが課せられた。1つは1年間で20時間分の継続教育 CPD (Continuing Professional Development) であり、もう1つは、新しい届出義務 (Mandatory Report) である。継続教育は、従来から州ごとに強弱があったのを修正し、全ての看護職個人に対して質の確保を義務化した。新しい届出義務とは、同僚の倫理違反などを告発し、全医療従事者全体の質を向上させ、住民から医療に対する信頼を保つためである。

国家登録になることにより得られるメリットは、いったん登録されれば国内のどこでも就労できる流動性、登録と専門業務に一貫した国家基準が適用される統一性、この登録更新制度そのものがいわゆるお役所仕事が減り、必然的に能率的・効率的になる効率性、専門職間で革新と正しい規則的業務について共通認識、学習、理解が深まる協調性、国家オンライン登録簿には、登録保健医療従事者が、現在の業務状況をも含めて表示されるために透明性が確保されることにある。

このようにオーストラリアは、国と州の役割分担やコスト削減や効率化を目指すために、機関の再編を行い、情報開示を積極的に行って、タイムリーに行政構造を変化させる機動性が見られる。これらは、看護師労働力政策としての数の正確な把握と看護知識技術を含む資質の向上を着実に実現させ、次の看護制度の変革に影響を及ぼすと考えられる。

図3. ワシントン DC 免許更新制度構造図

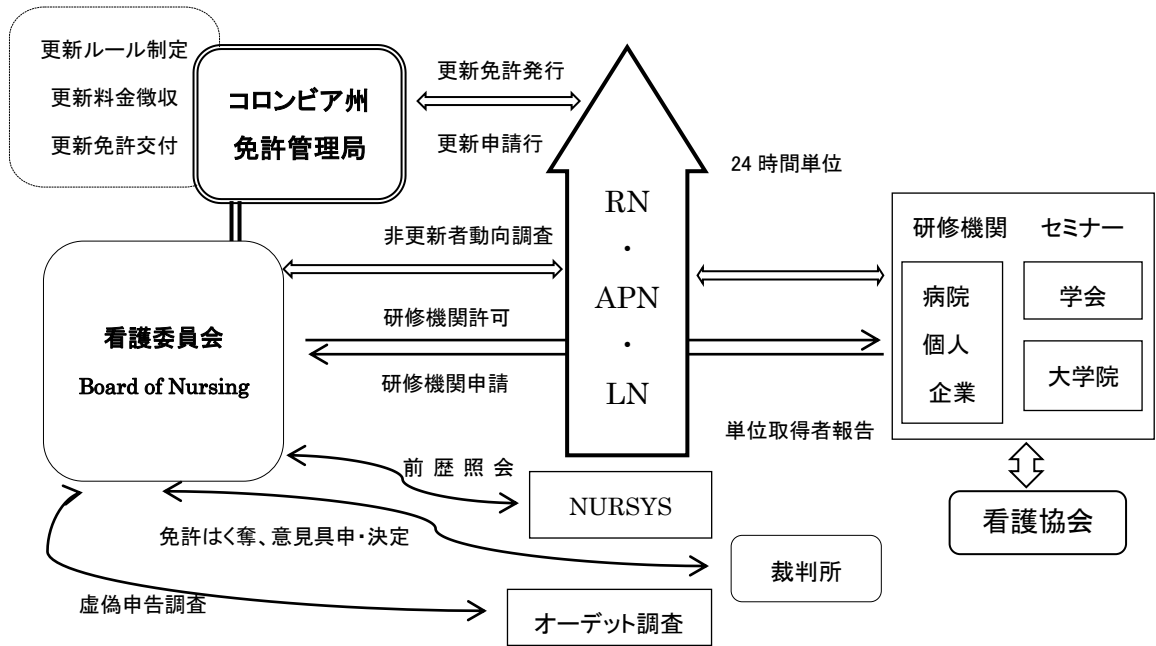
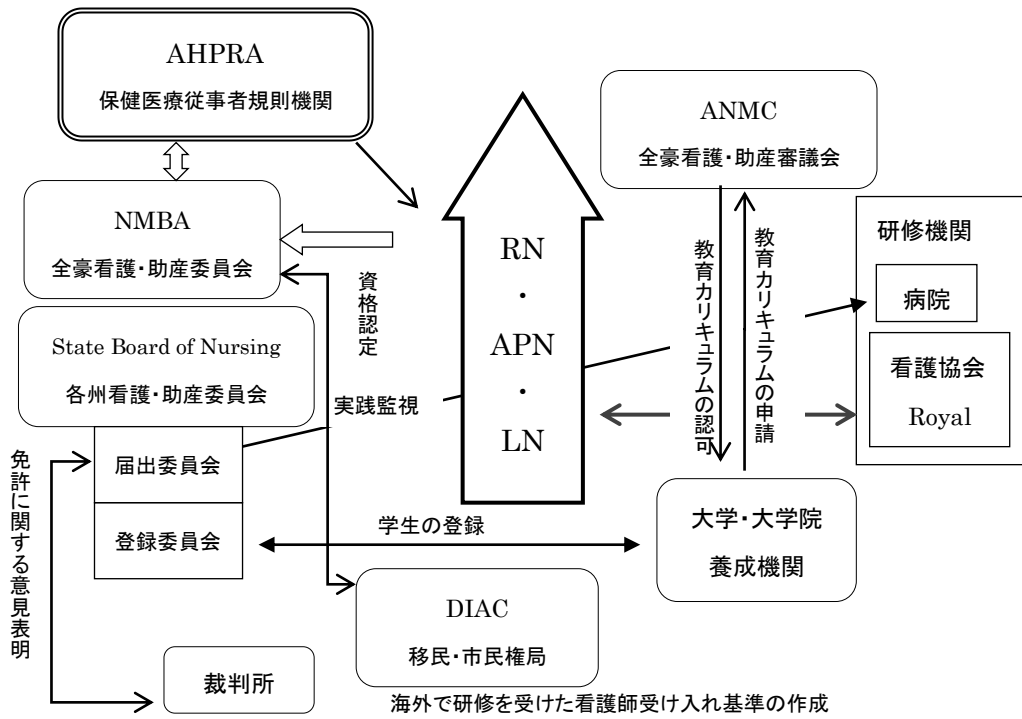


図4. オーストラリア免許更新制度構造図



3. ワシントン DC とオーストラリアの看護師免許更新制度が看護師労働力政策に果たしている意義

免許更新制度そのものは、基本的にアメリカやオーストラリアの文化や社会を背景にして生まれてきたものである。免許の考え方について、米国ではすでに 1930 年代当初から教員の免許の終身免許状廃止の論理があった。長期間有効な免許状は、教員の職能成長（professional growth）を損じるという危機感から生まれてきたと言われている³⁹⁾。看護師の場合も同様で、看護労働に専門性を加算していかざるをえない状況の下で免許更新制度が運用されてきた。今のやり方になったのは双方の国にとって必然的な理由があったからである。すなわち従軍看護師を幾人派遣したらよいか、そのためには看護師の全数の把握が必要であり、医療事故を未然に防ぎ、安全対策の一つとして免許を更新する時に教育を課す、これらの縛りが結果として量の確保と質の向上に寄与してきた。

今井⁴⁰⁾によれば、アメリカでは急性期病棟に勤務すると、当日から病院のシステムのオリエンテーションだけではなく、日毎に進化していく医療機器の取扱いから看護に関する州の法律、幼児虐待、老人虐待、職場のハラスメントなどの報告義務に至るまでびっしりと講義が続き、終了時にはテストがあり一定の点数を満たしていなければ受講したことにならない。そして、就職時には、看護師のライセンス以外にも様々なライセンスを必要としている。たとえば外科系・内科系病棟では少なくとも全米心臓病協会（American Heart Association）が発行する心肺蘇生受講修了証が必要となる。この研修は多様な場面で救急時にどう対応するかを教育するのが目的で、心肺蘇生術から除細動器の取扱いに至るまで、実践を伴った訓練を 6 時間受講して発行される。この他ライセンス取得のための科目以外に各専門分野の研修を民間団体で受けることができ、また、自分の働く職場でも専門看護師の講義を受けることができるなど、アメリカでは机に座って講義を受けたり、試験を受けたりするのも仕事の一部であると述べている。

阿部⁴¹⁾によれば一般的に労働生産性を高めるためには、能力開発が必要であり、生産性を引き上げるのは、職場内訓練（OJT）ではなく、職場外研修などの（OFF-JT）が効果的であるとしている。OJT は、自らの組織における雇用関係の下での現場実習では、新卒者などのように現場経験のない職員の早期戦力化をするためには効果がみとめられるが、一旦手技や方法を獲得した者にとっては意味がなく、むしろ OFF-JT のほうが、多少費用

がかかっても、日常の職務から解放され自分の職場にはないノウハウを学ぶことができ、新しい刺激を受けることができるから効果的であるといえる。

看護師の場合、患者の看護問題をアセスメントする能力、その解決策としての看護技術を適切に提供できる判断力と実践力とが最低限ジェネラルに求められている。しかも、開発した能力が将来も有効かという不確実性が高いために、ワシントン DC では2年毎に、オーストラリアは毎年、個人が教育の費用負担をして努力をすることを当たり前として職業能力開発を積み上げる形態にしている。

前田¹⁷⁾は生産性の上がる職場にするための看護需要推計モデルを、工場のラインの人員配置の考え方をういてやればどうかと提案している。

工場のラインで材料から製品ができるまでの総時間に対し、1個の製品を製造するのに要する標準時間を計る。しかし、実際にはラインに流す製品の切り替えやラインの夜勤などによる陣容の違いにより、標準時間どおりにラインを維持することは難しく、ロットの変化や習熟度によって製造時間は変化するため、生産効率を示す指標として生産性 (**productivity**)を設定する。ラインにおける製品1個当たりの製造時間は、個々の工程の標準時間の総和である総標準時間を生産性で除したものである。生産性が高ければ製造時間が少なくて済み、生産性が低ければあらかじめ設定された標準時間より時間を長く要する。この考え方を病棟における看護の必要人員の算出に適用すると、製造の各工程は「病棟の入院患者に必要なケア」、標準時間は「それぞれのケアに要する標準的な時間」、生産性は「病棟のメンバー構成や病棟の特性によって決定されるケアの効率」にそれぞれ相当する。患者のヘルスニーズを適切にアセスメントし、必要なケアを引き出し、ケアに必要な標準時間を算出し、看護師の習熟度や病棟の特性に応じた生産性を加味して患者個人に必要なケア時間を算出する。これを、病棟全体で合算すれば病棟単位に必要な総時間が出る、それを医療機関全体で集計すればその医療機関で必要な総ケア時間が算出できる。総ケア時間を看護師1人当たりの正味作業時間で除せば、医療機関全体に必要な看護労働人員需要数が出る。この算定方法を全ての医療機関、訪問看護ステーション、長期療養施設、老人保健施設等々看護職のいる全ての場で活用すれば、2次医療圏や都道府県あるいは国全体で看護労働人口需要数が算出できるとしている。この方法論を実行するためには、まず現場において、必要なケアを看護診断に基づき判別する。どこまでが看護師でなければ

できない直接ケアか、診療の補助技術とみなすかを選別し、正味ケア時間を算出する。その際、雑用と言われている書類書きや電話への対応など生産性に邪魔をしている仕事をどう解決するかも併せて考えることが重要である。他職種に任せたい周辺業務として、日本看護協会では4年毎の「病院看護基礎調査」の結果から10種類を挙げている。1 配膳、2 残食チェック、3 薬剤の分包、4 点滴注射液ミキシング、5 病棟配置薬剤の在庫管理、6 薬剤の搬送、7 衛生材料の配送、8 検体の搬送、9 ベッドメイキング、10 心電図モニターの日常的な保守・点検、である。これらを薬剤師や給与の低い病棟事務やクランクなどに任せることによって、本来の仕事に使える時間が増える筈である。そうなれば患者の満足度も向上し、看護師の中途退職も減ることが予想される。これが、看護の生産性の高さと言えるものであろう。その背景には医療の質の良いことも必須となる。

オーストラリアの宗主国であるイギリス保健省⁴²⁾でも、医療従事者の当面の課題はリーダーシップ能力を強化し、報酬の改革とより生産的な勤務方法による利点の活用を NHS (National Health Service) に促している。2007年現在、NHSの従事者数は130万人を超え、そのうち有資格看護師約40万人、医師12万8千人が働いている。助産師を含む有資格看護師の欠員率は2001年3月の3.4%から2007年3月には0.5%に減少した。スタッフレベルの全体的な向上によって、待機時間が減少し、サービスのアクセスが向上して質の高い治療と継続的なケアの提供が確保されたからとしている。それにもかかわらず、人員確保を年度毎に急増させる方法から需要と供給を考慮した安定的な状態へと移行させている。国際的な人材募集の依存率を軽減させて、自国での自給率を高める方向に向かっており、その中で、人事体制の改善を行う。特に医療人材の生産性の向上を、2008年までに効率目標27億ポンドを目指すとした。生産時間とは、患者へのサービス向上を目的とした業務に臨床・管理・運営スタッフが費やす時間を最大限にすること、すなわち、がむしゃらに働くことではなく、より効率的に働くことを意味すると定義している。新しい勤務方法、新しい治療や処置、公衆衛生と予防の重視、患者の選択を考慮してより多くのサービスをコミュニティに移行させるためには、新しいヘルスケア環境に対する適切なスキルを持った保健従事者を必要としている。変化するニーズにより迅速に対応できる保健専門職の育成を目的とした大きな改革プログラムに着手した。

「看護職のキャリア方向づけ (Modernising Nursing Careers ;Setting the Direction)

(2006/9)」では、より柔軟なキャリアパスウェイ、看護師の指導力の確保、看護師のイメージの向上を計画し、登録後キャリアに新しいキャリアをどのように加えればよいかの意見募集を行い、看護師免許登録を扱う看護・助産評議会 (Nursing and Midwifery Council) が導入に関する詳細な提案を行うように求めたと述べている。

ワシントン DC もオーストラリアも看護師免許更新時に継続教育を課しているのは、労働生産性を高めることを狙っているものであることは言うまでもない。

看護師労働力政策の中の看護師の量の確保は、いみじくもカレン・シピオ・スキナー (Karen V Scipio-Skinner) 氏が「現場が考えること」と発言しているように、Board (District of Columbia Board of Nursing: コロンビア特別区保健省保健法・免許管理局看護委員会) の役割ではないという役割分担が異なるという意味を指している。

看護師の労働力調査は、連邦の保健社会福祉省保健資源・サービス局が、1977 年以降、4 年毎に合衆国の登録看護師 (= 正看護師 Registered Nurses, RN) に関する大規模調査 (「看護師労働力調査」) を行っている。この調査は、学歴、職歴、看護業務への心積もり、および人口統計が問われ、その結果得られたデータは、国内外の政策立案者や多くの事業投資者によって合衆国の看護総労働力の現状と動向を評定するのに用いられているほか、基本的な保健医療サービスを提供することのできる看護労働人口の確保を目指す連邦ならびに州のプログラムに対する登録看護師労働人口の対応度を評価するのにも用いられている。また、これらのデータは、看護労働人口の学歴と技術的能力を具体的に示し、登録看護師の多様性と外国で教育を受けた登録看護師がもたらす影響を明らかにしており、看護専門職として働く登録看護師の意思決定に影響する要因を示すものでもある。さらには将来の登録看護師の供給を予測するうえで役立つものとされている。1977 年の初回調査以後、NSSRN は、1980 年から 4 年間隔で実施され、具体的な標本抽出は、各州の有資格登録看護師名簿から個々の登録看護師を無作為抽出する方法でおこなわれ、2008 年に実施された結果は、2 年後の 2010 年に公表された。2008 年 3 月現在、合衆国に在住する有資格登録看護師数の推定総数は 3,063,163 人であった。連邦で行う需給見通しも、各州の免許更新者の名簿を活用していることなどを知ると、免許更新制度もまた量の確保のために連邦 (国) と州 (地方) とが相互関係にあると理解できる。

オーストラリアの登録看護職従事者数は、『AHPRA2011 年年次報告書』に掲載されてい

る。オーストラリア看護・助産全国委員会が発表したものがある。2010年は総計299,733人（内訳：就労中298,066人、非就労1,667人）、助産師は総計2,157人（内訳：就労中2,118人、非就労39人）である。2011年は、総数322,185人で、看護師290,072人、助産師1,789人、看護助産師40,324人と増加している。人口は、2012年5月現在、約2,290万人、人口増加率は移民政策の効果から1.71%と高く、医療費のGDPに占める割合も、平均寿命も日本と大差ない。オーストラリア特有の問題として、原住民と非原住民との間の健康格差があると言われている。

看護師労働力の政策は、量と質の確保に国(連邦)と地方(州)とが役割分担をしながら臨んでいると考えられる。米国では、ワシントンDCは免許更新制度を運用し、その時に課している継続教育が労働生産性を引き上げることに有効であるすなわち看護師の質を主に担当し、連邦が看護師労働力調査を行って需給政策を担当する。この連携や循環が上手くいけば、結果として質量とも現場に満たされるようになる。すなわち生産性の高い看護師を集めれば、医療依存度が高く、手のかかる患者が多くても看護師数を必ずしも多く必要としないかもしれないと考えられる。

我が国のように病床数を基準に考えては柔軟性に欠け、量の確保すらままならない。医師・歯科医師・薬剤師の数は、国が全数掌握しているために、働いていない数も明確になっている。しかし、この3種以外の看護職を始めとするコメディカル職種については、現在働いている職員数を把握するのみであり、その上、これらの職種の確保については都道府県が責任を持って行うようになっている。地方自治体に人材確保の責任を持たせても、それに対する専門性の高い職員を育成してこなかったこともあり、確保すらできないのが現状である。我が国こそ、国と都道府県が本腰を入れて対策をとらなければ看護師不足が永久に解決しないと予測される。

ワシントンDCとオーストラリアの看護師免許更新制度は、質の確保が主眼であっても、量の確保とも表裏一体となって、看護師労働力政策を生かすための基礎的資料としても大いに有効活用されている非常に重要なシステムであると理解できる。

4. 日本にとっての看護師免許更新制度の意義—導入するとしたら—

1) 2つの国から学びうる視点

ワシントン DC とオーストラリアの現地調査から、前者は“国民に対して看護の質を保証する”、後者は“公衆の保護”を目的として、免許更新時に継続教育を課して、看護師の職務実践能力の維持向上を目指すことを主眼とし、この制度に従わなければ働くことができないという罰則規定をもって本制度は運用されていた。

ワシントン DC では免許更新時に住所不明や宛先不明など居住地を換えても届け出ない看護師たちをきめ細かく追跡しており、「この免許更新制度で看護師の動向を把握することができる」と明言し、「移動によるアドレス不明のために追跡が困難である、特に退職した看護師の行動を追うことはできないところが問題点」等の発言があったものの、85～90%の看護師が更新しているというデータを掌握していた。まさに看護師就労動向調査も兼ねていた。基礎的データを持っていることは、どこに問題があり、どこに焦点を絞るか極めて論点が明確になって問題解決が容易となる。

そして、両国ともデータ収集の段階からインターネットや電子媒体によるデジタルデータによる報告を義務づけている。「私が RN になった当初は免許更新手続きが用紙を使った申請で申請が終了するまでにとても時間がかかっていましたが、オンラインで更新できるようになり、以前とは比較にならないほどに手続きが楽になりました」とカレン・シピオ-スキナー (Karen V Scipio-Skinner) 氏の発言にみられるように、全ての手続きをオンラインで行い、処理可能なファイル形式で提出されている。データの変動状況を可能な限り速やかに把握して、課題を解決するスピードが格段に違う。我が国でも、あらゆる分野で電子媒体の活用が行われており、これがなくては日常生活が成り立たないほど普及している現実がある。「業務従事者届」を始め、看護職員需給見通しに活用するデータの収集においても、可能な限り速やかに把握してその結果を活用するために、紙面の報告から電子媒体に変更することが必要ではないかと考える。

免許更新制度を我が国で導入するための参考にできるとしたら、目的を看護職員の量の把握と質の確保ならびにこの制度に従わなければ働くことが不可であるという3点を同時に実行するシステムづくりが必要であろう。「保健師助産師看護師法」および「看護師等人

材確保法」の条文をまず替えなければならないと考える。看護師の定義には、診療の補助と療養の世話の2項目がある。これを見習う制度設計をすれば、潜在看護師の把握と発掘に繋がり、再就業斡旋に道筋を付けることができ、看護師確保に悩む中小規模施設にまで一定の数が行き渡って、看護師不足をある程度解消できるのではないか。と同時に働き続ける限り看護師の継続教育も義務であるという思想を普及することが可能になる。また、データ収集はその後の活用を円滑に進めるためにも、電子媒体を使用することが効率的である。また、5年以上の潜在看護師が医療現場復帰するための研修などの対策は、「看護師等人材確保法」に規定されている各都道府県ナースセンターの機能を強化したり、一定規模以上の医療機関や大学に委託したりすることで解決できると考えられる。

2) 看護労働力政策のなお一層の推進

我が国への看護師免許更新制度の必要性を表した論文は3つに止まっている。福井²¹⁾は、政策フォーラム“潜在看護師をいかに職場復帰させるか”で、まず、看護師不足に陥る要因として離職率の高さを挙げている。その理由は、看護師側は子育てや結婚という自身の理由とともに、労働環境を挙げているが、医療機関側は、妊娠・出産など看護師自身の問題を主な離職の理由であると答えているように、双方に現場の問題に対する認識の違いがあり、医療機関側は現場における看護師の苦労を理解しきれていない。また、より高度化・複雑化した医療現場で医師の負担を軽減するために看護師に役割拡大を求めたりするために、更に負担が増加することが考えられる。診療報酬改定により7対1看護の新基準が導入されたが、実際には大病院における中小病院から看護師の引き抜きにより、中小病院の看護師不足となり労働日数や労働時間増になって、結果的に過酷な労働が余儀なくされるようになった。更に、子どもを持つ看護師の環境も大きな問題であり、院内保育も存在するが、減少傾向にあり、子ども一人一人にあった教育をすることが困難など、院内保育が復帰の足がかりとなっていない。看護職員の需給について、現在の医療体制のままとしたら(現状投影シナリオ=Aシナリオ)ならば、2025年時点で169.6万人～176.7万人が、医療・介護の充実が求められるとしたら(改革シナリオ=Bシナリオ)ならば179.6万人～206.4万人が必要となると推計し、2008年の現状132.2万人から最低でも1.28倍、最大で1.56倍の看護職員が必要とされ、増加率は年率2.3%となる。2025年に209万人を満たすとすれば、Aシナリオのままですとすると、新規の看護師免許取得者が現在の

2倍、就業率を15%向上させなければならない。Aシナリオのままでも非常勤化が進むと就業率を20%向上させる必要がある。Bシナリオで、就業状況が現在のままのケースと、非常勤化が進むケースのどちらにおいても十分に満たすことはできないという結論を得たとしている。しかし、潜在看護師が55万人も存在するのでこの1割でも現場復帰をすることができれば解消され、潜在看護師を復帰させるためには、実際の数进行らかにし、復帰対策を都道府県に義務化すること、潜在看護師の復帰前の研修を強化すること、そして、地域一体に病院に勤務する看護師が利用できる託児所を設置することを提言したいとしている。政策提言の中で、潜在看護師の実際の数进行らかにし、復帰の対策を各都道府県に義務づけることは、今の働いている人だけが届出る「業務従事者届」を応用するのではなく、潜在看護師55万人を活かしきれていない地域が浮き彫りとなり復帰対策への取り組み意識を高めるためにも、新たに罰則規定を盛り込んだ厳格な把握のシステムすなわち免許を持つ全ての看護職の届出である免許更新制度の創設が欠かせないと考える。

伊豆上¹⁶⁾や前田¹⁷⁾らは、需給推計方法についてカナダオンタリオ州と我が国を比較し、日本においても患者の症状の重症・軽症度合いによって看護師の関わる時間の多少を考慮した「看護時間」に基づく需給を推計することを提案し、その上でより正確な供給推計をする方策として看護師免許更新制度の導入の必要性を唱えている。現場の実際の行動をできる限り正確に把握する手法を取り入れ、我が国の看護職員需給見通しにその結果が反映されるようにパイロットスタディを開始すべきであると考ええる。

下野²⁷⁾らの、我が国では看護技術の熟練形成について新人看護師にはOJTとしてあるが、2年目以降は学習研究が多くなり、8年目以降は指導者研修や管理者研修を中心に行っているため、経験年数に比例して看護技術の熟練が及ばない。看護技術の向上のためにも我が国において看護師免許更新制度を導入すべきであると述べたものである。看護師の独占業務である診療の補助技術の獲得と洗練は、免許更新時に改めて見直す重要な項目の一つに加えることで可能であると思料する。ただ、2005（平成16）年、厚生労働省の“医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等の在り方に関する検討会”において、平成14年末に65歳以下の生存する免許保持者で看護関連業務に従事していない者が約55万人と推計され、免許保持者への届出制導入に対する意見が出されている。積極論としては、潜在看護師の状況を含め、看護職員の地域の分布状況を正確に把握することで、適正な受

給見通しの策定と達成状況の把握が可能となり、より効果的な看護師確保対策が可能となる。あるいは、届出を厚生労働大臣とすることで、必要な集計・資料作成を行うことが可能となる、である。慎重論としては従来求めていなかった者に対して、罰則をかけてまで届出の義務を課すことは、国民に過大な負担をかける。あるいは、就業していない看護師に届出の義務を課したとしても、永年にわたり未就業となっている者については届出が期待できないのではないかである。その他、個人情報保護が求められる中で、届出られた情報は、行政資料としてどこまで活用できるのか。人材確保の観点から、業務に従事していない看護職員に届出を義務づけ、確保対策に活用してもよいのか。免許の更新制度についても併せて検討すべきではないか等々があり、政策的対応の必要性があることについては意見の一致をみたものの、法改正をすることには至らず、将来の課題となった。これには、「看護師等人材確保法」（平成 4 年法律第 86 号）や「看護師等人材確保法の基本的指針」（平成 4 年 12 月文部省・厚生省・労働省告示第 1 号）が関連していると井部⁴³⁾は言っている。

貴重な公的資金が投入され、養成されている多くの看護職が有効に活用されていない実態を知ると、我が国ではまずもって離職した看護職員を含め全員の動向を正確に把握するシステムを構築することを最優先するべきである。本来は国が全ての職種を平等に扱うべきであるが、届け出先を都道府県知事にしたままであっても、都道府県ナースセンターがその役割を担うことにより、効率的な運用が可能であると確信する。寧ろ、看護師免許更新センターとなれば、ワシントン DC と同様に研修機関の認可許可の実務を行うこともでき、現在のあいまいな立場から権限のある安定した組織に変わる可能性もある。現在の離職率の抑制や就業の促進といった就業率改善だけでは、超高齢化への備えができず、2025 年には看護師が現在の 2 倍、就業率を 15% 向上させなければならないという喫緊の課題がありながら、解決を先送りすればするほど人口減少などと相俟って、国全体の危機管理が一層困難になることが予想される。無駄のない専門職の活用を探るこの方策として、看護職の全数を把握するデータ管理の仕組みすなわち免許更新制度を構築し、需給推計を看護師の労働の実態に即した適切な方法に変更し、臨床における看護技術の熟練を促進するための継続教育の義務化の 3 本の足並みが揃って初めて看護労働力政策の向上に繋がると考える。

3) 経済学の視点

運転免許でさえ3～5年で更新する、教員も更新制度が軌道に乗りつつあるにもかかわらず、人の生命や健康に関わる職業に従事する看護師がブラッシュアップする正式な機会を持たないのは質の保証に程遠いと言わざるをえない。福井⁴⁴⁾は、弁護士などの資格制度について経済学の分野での「情報の非対称性」を指摘している。サービス提供者の品質について、提供者自身が持つ情報と受益者側が得られる情報の間に落差があるために、サービス品質をある程度保証することによって情報の非対称を防ぐ一助になる。医師、看護師、教員などの免許も患者や生徒が得られる情報を豊かにする意義は国民の健康・生命、人材の基盤を守るためにある。資格制度は過去の一時点の知識を確認するだけで、それ以降の知識や技能の陳腐化を放置しておいては意味がない。情報の非対称対策としては、提供者に仕事を依頼された時点での現在の能力情報が提供されることこそ必要であって、今は、最先端の外国人医師ですら日本で医療行為ができない。混合診療の禁止も、新しい知見を学んで治癒の可能性を追求する医師の技術を磨く機会を失わせ、免許はあるが、保険診療以外に対処できない医師の既得権を守っている。これらのことは、日本の医療の進歩と患者の利益を損なっていると述べている。この現在の能力情報を提供することを実現するためには免許更新制が一番適しているのではないかと提案している。

また、角田⁴⁵⁾も医療サービスには生産者側（医療施設側）と消費者側（患者側）との間に「情報の非対称性」という特殊性が存在すると述べている。患者は看護師の労働力が十分に投入されずにサービスの質が低下していたとしても、これを購入する消費者が質の低さやそれによる症状などへの影響を知ることは難しい。質の低さやその影響に気づかない消費者がいる限り医療施設側はサービスの質を落とすことが可能であり、これが利益を生み出す仕組みとなっていて、診療報酬制度がそれを作っている。看護の技術力は診療報酬の入院基本料の中に含まれ、入院基本料は入院患者に対する看護師配置人数が増えれば診療報酬点数が増えるように組み立てられている。そのため、看護師が看護とは別の業務を担当しても獲得することができたり、働き続けて技能を蓄え、質の高い看護を提供したとしても、そうでない新卒の看護師が質の劣る看護をしても、原則として同じ診療報酬の点数でしかない。従って、高い人件費を必要とする看護師を雇うよりも、人件費が安く済む技能の低い看護師を雇用したほうが利益が上がるのである。また、看護師は大半が女性労

働者であり、その上、既婚女性の労働供給は家族の影響を受けやすい、雇用主が病院に限定されやすい、医療保険そのものが公定価格である等々の理由から、一般の労働市場と比べて価格の変動に従って自律的に需要と供給が調整されるという価格メカニズムが機能しにくくなっている。以上のことから、看護師不足への対応として、過剰な需要を生み出さないために、看護師でなくても担当できる業務については専門の職員を雇ってやってもらうことが就業意欲を高め離職の防止につながる、そして、労働需要が減少する人件費の高くなる高技能の看護師たちがその対価を得られる仕組みを作ることが、看護師の労働供給が適切に調整されるためにも不可欠であるとしている。

専門職業人は、一般の人々との間に知識の差すなわち情報の非対称性が存在し、これを埋め合わせる努力を欠かすことはできない。ただ、看護師の場合は、職業の場の特殊性や医療収入の原資となっている診療報酬に技術力が反映されていないなどから、働き続けて技術力も高く給与も高い人が敬遠されがちな構図となっている。しかも、看護師の給与モデルとなっている国家公務員医療職俸給表（三）は、初任給は他職種と見劣りがしないものの、その後の給与上昇カーブがフラットになっているという特徴がある。

もし、我が国でも看護師免許更新制度が導入されるならば、情報の非対称性に寄与できる。継続教育が義務化され、研修機関が拡大すると、人件費の高くなる高技能の看護師たちが研修を担当する役割に廻れることも可能となり、制度の運用そのものが円滑に進むのではないかと考える。

4) 参考になる我が国の教員免許更新制度

2006(平成 18)年の中央教育審議会の答申「今後の教員養成・免許制度の在り方について」により、2007（平成 19)年に「教育職員免許法」が改正された。目的は、最新の知識技術を身につけることで資質能力が保持され社会の尊敬と信頼を得ることにあり、不適格教員の排除を目的としたものではないとしている。更新講習は、“教育に関する最新事情” 12 時間、“教員の資質能力に関する事項” 18 時間、計 30 時間を 10 年毎に受講することが義務化され、2009（平成 21）年度から教員免許更新制度が正式にスタートした。免許更新制度についてはマイナスイメージが大変強い。改めて制度を作らなくても、すでに多種多様の教員研修が整備されている、目的と手段が不一致である、他の免許制度と整合性がない、教職の専門性は教師の行動や思考様式、教える内容や水準についての教職専門性

(professionalism) と、教職の社会的地位や尊敬の度合いや社会的評価や報酬などを示す教職専門職性 (professionalization) とがあり、この制度は教職専門性を向上させて将来の教職専門職性を高めようと意図したものと解釈されるが、かえって教員の資質は信頼に足らないものだというメッセージを社会に与えた、それゆえに優秀な人材を確保しにくくなる、行政の統制が強くなり自律性が低下する恐れがある、管理職の意向ひとつで受講を免除されたりその反対もあつたり恣意的に運用されやすい、導入の際に教員たちのあきらめが強く、主権者教育が掲げられているにもかかわらずそれを教える教員たちが主権を放棄せざるをえない状況では民主主義の行く末が懸念される、教師が自分の行動を変化させるためには、現場において日常的に自身のありさまを振り返る時間と場所が必要だと佐久間⁴⁶⁾ は見解を述べている。

八尾坂⁴⁷⁾によれば、米国では18世紀末～19世紀に教会から学区・タウン支配を経て教員免許制度が定着したと述べている。1860年以降は州が免許状の発行主体となり、取得方法も、1839年に州立師範学校が発足し、教育水準にもバラツキがあつたが、1974年以降、全州で初等教員免許状に学士号を要求されるようになり、教育水準と教職の地位向上とがもたらされた。免許状の種類は、職位を基本的で主要な免許資格構造要因としながら、その中に校種・等級・教育水準といった他の構造要因を組み入れて総合化を図ってきた。教員免許状の有効期間は、歴史的には一貫して終身免許廃止の方策が講じられており、批判の対象となつたのは追加的な教職経験あるいは学問的履修要件なしに所持者が生涯効力を有する免許状についてであつた。免許主義をとりつつも、今日では最も多くの州で終身免許状を発行することなく、数種類の等級別・有効期限付免許状を教職経験とともに一定の単位あるいは修士号取得などにより、免許資格の更新・上進制がとられている。

例えば、ミネソタ州では、最初に学士取得、一定の教職単位の取得によって2年間有効(更新不可)な entrance license という教員免許状が発行される。その後1年間の満足のいく教職経験により continuing license という5年間有効な免許状が発行されているが、その更新には5年毎に(発行の年の7月1日から、失効の年の6月30日まで)、125更新時間(clock hours)の現任教育が要求されている。ミネソタ州の教育局が考案した研修内容は7の領域(ABCDEFG)、10項目に分けられている。

A: 認定された大学における免許教科関連の履修内容の修了

B：担当免許教科におけるワークショップ、会議、講習会、ゼミあるいは講義への出席

C：職能成長活動、現職教育の会合および現職教育コース

D：学区、地域、州、全国あるいは国際レベルのカリキュラム開発

E：次の各領域における職能成長のための実務

①教職課程受講生の実習経験の監督

②免許資格、教師教育、あるいは職能基準に関わる全国・州・地方委員会の構成メンバー

③全国、地域あるいは州レベルにおける認定実務への参加

F：次の各領域のリーダーシップ経験

①学校・地域あるいは専門活動における新た幅広い技能および感受性の開発

②適切な分野の専門誌における専門記事の執筆

③免許教科に関連した専門組織のボランティア活動

G：次の各領域において、さまざまな教育場面の知識および理解を高めるための機会

①多様な年齢・能力・文化あるいは社会経済的水準の学生との経験

②学校及び関連した産業への訪問による体系的・意図的な観察

③免許資格の分野に関連した指導能力を改善することを目的のための旅行

④免許資格の分野における適切な商・工業の職務体験

これらの内容から分かるように、免許更新において、多種多様な現職教育が提供されている。受講者側からすればニーズに見合う研修内容の選択の許容度が大きいと言える。免許資格制度上の規制のなかにおいても、更新要件としての内容そのものは自主的・自己研修的要素を考慮したものと言える。また、いかなる研修内容であれ、担当教科に直接連結したプログラムの受講が望まれ、広く実践指導力の向上を意図していることが分かる。このことはミネソタ州に限らず、地方学区教育当局が更新要件としての研修プログラムを作成する際、州教育当局の認定において、学習者へのニーズや学習成果へ結びつく明確な計画が要求されていることから裏づけられるのである。他州にあっても、自己の指導教科領域あるいはそれに関連した教職コースに関わりのない単なる学問的コースは単位として認定されないことが明記されており、学習者の職務経験を考慮したプログラムの作成、学習者が自己の成長を系時的に確認できる配慮、学習者の参加役割を促進すること、研修効

果を測定できるような工夫等が更新認定の基準として規定されている。

米国の教員免許制度も 1980 年代以降改革が行われている。1 つは、教員能力試験政策もう 1 つは教職特別プログラム、そして新任教員インターンシップなどが導入されている。これらは、全米教職専門職基準委員会（NBPTS= National Board for Professional Teaching Standards）の活動に大きく影響を受けており、ここは教職の理念を 5 つ示している。①教員は生徒と彼らの学習活動に献身する。②教員は自らが教授する科目、それらの教授法について精通している。③教員は生徒の学習活動に配慮し、支援する責任を有する。④教員は自らの実践について体系的に思索しかつ教授経験を通して学習する。⑤教員は学習共同体（learning communities）の構成員である。

各州免許制度は、新任教員に対する最小限の基準を設定し、免許状を発行するが、NBPTS は熟練教員に、州免許状の基礎資格を超えた一定の基準を満たした者に対して、資格証を発行しているなど、より専門性の高い教員を輩出する仕組みを作っている。この他、多様な機関が関連しあい、米国の教員の資質向上策が図られている。

我が国でも発足した教員免許更新制度について、幼稚園・小学校・中学校・高校・特別支援学級の教員たちの実際に更新講座に参加した評価について開催した大学側からの論文が多数見うけられる。長谷川⁴⁸⁾は、事前の準備から医学部や看護学部など他職種の協力を得て、プログラムを必修 12 時間に選択 6 時間を加えて 18 時間連続 3 日で開催し、教育内容は、教職大学院のノウハウを生かして省察型の講習で、少人数グループの話し合いを基本とし、グループ編成は校種・年齢・教科の壁を解いたりして工夫したところ、よい・だいたいよいが全体の 97%にも達している。また、伊藤⁴⁹⁾は事前のアンケートと事後のアンケートを比較して、受講者は、「学問的な刺激をうけること」と「講習の意義」とは密接に関連しているので、講座を開催する大学側は、“講習への動機づけをいかに高めるか”、“プログラムをいかに充実させるか”“新しい学問からの触発の機会をいかに設けるか”が受講者を惹きつける鍵であると結論づけている。川野⁵⁰⁾は講座を受講した理由と要望を尋ねたところ、第 1 位は“必修科目だから”と“今後の授業に活かせるもの”と非常に実利的であった。が、クロス集計をすると幼稚園が最も要望が高く、幼稚園教諭の多変量解析では職能成長や自己成長、授業の積極性と広い知見を望んでおり、校種によって差が大きいことが明らかになったと述べている。また、吉田⁵¹⁾は新聞記事の見出し「教員免許更新

校長 61%効果なし」について、実際に更新講習に参加した受講者に真偽を尋ねたところ、62.8%が“未受講の教師に講習の評価はできない”と認識していた。ということは、校長のように講習を免除されている職には講習の良さが分からないのは仕方がないという否定的な反応を示したことになる。

制度が導入され4年目を迎えた平成24年12月時点の文部科学省の事後評価⁵²⁾によれば、必修領域開設者は287大学等で講習数は688、受講者延数80,803人、選択領域開設者は436大学等で講習数6,488、受講者延数229,227人であり、必修領域93%が、選択領域では95%が肯定的評価であった。これらを総合的にみても、従来教育委員会に委ねられていた現任教育を大学等他機関に委ねることにより、最小限の必要な資質能力の刷新（リニューアル）が確実に行われることは明らかである。教員は看護師のように免許を武器に容易に転職ができる環境下にあるわけではない。だからこそ更新講習（Off-JT）は、職場を離れて大学等別の場所へ出向き、見ず知らずの他の職場の教員と交流を通して情報交換もでき、学習意欲の触発ともなるため好評なのである。

米国の教員および看護師の免許更新制度は、双方の理念や方法が非常に類似していることが明白となった。世の中の進歩に併せて常に学び続ける態度を醸成することが、生涯教育の視点からも非常に意義がある。教員のシステムを看護師も見習い、必修科目としては看護師として誰もが知るべき看護倫理や医療安全、診療報酬、最近の医学の知見、看護研究などがプログラムとなり、選択領域としては、外科（急性期）・内科（慢性期）・産科（助産師）・地域保健（保健師）・死の臨床（終末期）などそれぞれの専門性に応じたプログラムが用意されるのが相応しい。更新講習こそ恒常的に質の維持に寄与するものと確信する。

5) 看護師免許更新制度のメリット・デメリット

情報の非対称性を解消し、医学や隣接科学の進展、医療制度改革のスピードに沿った人材の質と量を確保するためにも、看護師免許更新制度には、次のようなメリットがあると平成17年度看護白書²³⁾にも著わされているが、次のように整理できる。

① 就労動向と再就職支援

- ・現在就労している看護師と潜在看護師の実数を正確に把握することができる。
- ・潜在看護師の適切な再就職支援を行うことができる。
- ・制度自体が離職抑制につながる。

- ・ 現行の需給見通し策定の論拠が明確になる。

② 継続教育の義務化

- ・ 一定の期間に一定の継続教育を義務化することは、必然的に質の向上を促す。
- ・ 免許の意義、職業意識の向上と自律性が高まる。
- ・ 看護師を雇用する病院などの認識が高まり、組織全体が活性化する。
- ・ 研修機関と関連組織が一大産業として認知され、経済の発展に貢献できる。
- ・ 看護師の職域が拡大する。

③ 波及効果

- ・ 研修機関の間で競争原理が働き、特に大学の質の向上が予想される。
- ・ 学び続ける学習文化を醸成することにより、専門職性（professionalization）を高めることに繋がる。
- ・ 優秀な子女が集まるようになる。
デメリットとしては次のことが想定される。

① 制度設計

- ・ 初期投資額が大きく、運用に多額の経費と人員がかかる。

② 運用

- ・ 目的を中途半端にしては効果が得にくい。継続教育と再就業支援とをリンクさせなければならぬ。

6) 全ての免許職種を平等に扱う必要性

現在でも我が国では、医師、歯科医師、薬剤師は各資格法に基づいて、業務に従事している、いないに関わらず、免許保持者は厚生労働大臣に届け出ることが義務づけられている。その一方、看護師は、業務に従事する者は、「業務従事者届」をもって偶数年の年末に都道府県知事に届け出ることが義務づけられており、その主旨は、就業者の実態を把握し、就業者に対する指導監督や需給バランスなど看護行政の推進に資するためとされている。これは、医師、歯科医師、薬剤師は国が責任を持ち、看護師は都道府県の責任で面倒をみていくという構図と解釈しても可笑しくない。ワシントン DC もオーストラリアも免許更新は、全ての職種が全て同じスタイルで行い職種によって差を付けていない。

医師の臨床研修の義務化が軌道に乗った後でなければ、看護師の臨床研修が俎上に上ら

ない上に、義務ではなく、努力義務化にしかならない現状をみると、チーム医療を唱えても、所詮医師を頂点とした強固なヒエラルキーを保った制度設計しか我が国ではできないと言っても過言ではない。医療界の意識を変えるには相当な外部からの規制緩和がない限り期待できないが、まずは看護師が先駆的に免許更新制度を実施することにより、他のコメディカル職種や医師、歯科医師、薬剤師へ大きな影響を及ぼすことは想像に難くない。

V 本研究の限界と今後の課題

本研究は、慢性的に看護師不足に陥っている我が国で、潜在看護師の把握を含む全看護職の動態を把握する必要性を痛感し、その方法として看護師免許更新制度について、参考になる個所はどのあたりかを模索すべくインタビューに臨んだ。ワシントン DC では免許更新制度の実務責任者であるコロンビア特別区保健省保健法・免許管理局看護委員会部門長カレン・シピオ・スキナー (Karen V Scipio-Skinner) 氏に、オーストラリアでは、免許更新制度に関係している南オーストラリア州フリンダース大学看護学部准教授リンダ・スター (Linda Starr) 氏とポストドクダークース研究主席リネット・キューザック (Dr Lynette Cusack) 氏にインタビューをした。その結果、看護師免許更新制度の目的は、安全な実践の証明と公衆の擁護のため、すなわち看護師の生産性を向上させる資質向上こそが重要であるとの認識の下に、2年毎、あるいは毎年継続教育の義務化が併せてあり、それを怠ると就労できない厳しい制度管理が行われていた。更新を届け出ない者には出来る限り全数を把握しようと相当きめ細かい追跡調査も行われていた。

インタビューの相手が、ワシントン DC では制度を管理運用する実務責任者であり、オーストラリアは制度を管理運用するために協力している大学の学者と研究者であったため、制度に関する理解の範囲や程度、視点の相違などが多くみられた。本来は、両国ともほぼ同じ立場の相手が望ましいのは言うまでもないが、外国における調査は、対象の選定から何事も他者に委ねざるをえない場合、自身の要望どおりにはいかないもどかしさが残るが仕方のないことである。また、何よりも、通訳を介しての理解、逐語録も翻訳をしながらの解釈に苦労を伴った。文献検索なども思うようにできない辛さがあった。言葉の違いはさることながら相手国の医療保険をはじめとする各種の制度や文化、医療従事者たちの意識等まで知らなければ本意を正しく理解することが難しい。これが外国の調査の限界である。

この研究で得られた結論は、看護師免許更新制度は、その目的が看護の質の保証のためにあり、看護師の動向を把握するために行っているわけではないが、ワシントン DC では免許を更新しなかった看護師の追跡調査は確実に行っており、再就職支援とリンクさせてはいないものの、方法を応用すれば我が国の潜在看護師の特定と再就職支援に結び付き、看護師不足の解消に活用できるものと考えられる。看護師労働力政策の一部として役立つと思

われる。また、ワシントン DC もオーストラリアも日本のような看護師不足はみられなかった。我が国において、潜在看護師の数をはっきりさせたからといって慢性的な看護師不足が容易に解決できるほど単純な問題とは思えないが、医療保険制度、労働環境、経済的・社会的評価等々多様な要因の解決の足並みが揃って行われて初めて実現に近づく程度であろうと考える。今後は看護師不足の解消の切り口を医療保険制度に焦点を当てて調査を試みるのが課題といえる。

VI 結論

我が国で働いている看護職は、2年毎に「業務従事者届」を都道府県に提出しなければならない。この届では、免許を持っていても働いていない潜在看護師の人数を掴むことができない。潜在看護師をできる限り正確に把握することができれば社会復帰をピンポイントで促すことができ、看護師不足の解消につながるのではないか。そのためには、免許所有者の母数管理を厳密に行う必要がある。母数を把握する一方法として、諸外国には免許更新制度があり、ワシントンDCとオーストラリアの現状について関係者にインタビュー調査を行い、我が国の参考になるか否か考察した。

看護師免許更新制度は、その手続きをワシントンDCでは2年毎に、オーストラリアでは毎年行わなければならない。その際、前者は24時間分の、後者では20時間分の継続教育を受講したことを申告することが義務づけられている。5年以上離職している看護師が働こうとすれば再就職のための研修プログラムを受けなければならない等厳密な更新ルールが守られていた。その第一義的な意義は、ワシントンDCは“安全な実践ができる証明”であり、オーストラリアでは“公衆の擁護”というように、国民に対する看護の質の保証であった。

制度を管理運用する組織は、ワシントンDCはコロンビア特別区保健省保健法・免許管理局の看護委員会（District of Columbia Board of Nursing）という行政の一組織で、オーストラリア保健医療従事者規則機関 AHPRA (Australian Health Practitioner Registration Agency) という公設民営機関であった。しかし、両国とも多くの他機関と連携・協働しながら管理運営を行っていた。

免許更新制度自体は、看護師の動向を正確に把握し母数の管理に等しいが、離職者に再就職を促すために活用されているものではなかった。しかし、日本にも新たに罰則規定を盛り込んだ厳格な把握のシステム、すなわち免許を持つ全ての看護職の届出である免許更新制度の創設が欠かせない。看護職員数の全数の把握をデジタル化すれば手続きの簡素化のみならず、タイムリーに潜在看護師に対して再就職支援を効率的に行うことが可能となる。需給推計も看護師の労働の実態に即した適切な方法に変更し、得られた行政のデータを広く研究者に開放することも問題解決をしやすくする近道である。臨床における看護技術の熟練を促進するためにも継続教育の義務化の3つの看護労働力政策が相俟って看護師

の生産性の向上すなわち看護の質の向上に繋がると考える。継続教育の義務化では、人件費の高くなる高技能の看護師たちが研修を担当する役割に廻ることも可能となり、制度の運用そのものが円滑に進むのではないかと考える。そして、免許更新制度は、医療人材全ての職種が平等におこなってこそ、初めて真のチーム医療の実現に結びつくものと考えます。

謝辞

ワシントン DC でのインタビューができるまでのご尽力と当日の通訳など、東京慈恵会総合医学研究センター医療教育研究部客員教授住吉蝶子先生には多大なご協力をいただきました。渡米に際しては前帝京大学医療技術学部看護学科教授竹谷美穂先生、米国の資料探索などではメモリアル・スローン・ケタリングがんセンター（ニューヨーク）に NP として勤務され、現在東京大学医学部看護学科で教鞭をとられている鈴木美穂先生に大変ご協力をいただきました。

オーストラリアでのインタビューはフリンダース大学のリンダ・スター、リネット・キューザック両先生の研究室で、それぞれ 2 時間余り同大学研究助手の加古まゆみ氏の通訳によって行われました。その前段階の交渉は日本ノーリフト協会保田淳子氏の労によるものです。お世話になり、ご支援いただいた方々に心から感謝いたします。

【註】

- 1) 米国保健社会福祉省保健資源・サービス局：2008 年度全国登録看護師標本調査結果，March 2010
- 2) Robert Wood Johnson Foundation：Newly Licensed RN Characteristics and Turnover, 37, 1-3, May 2009
- 3) 第 29 回社会保障審議会医療部会：医療法等の一部を改正する法律案（仮称）の概要，資料 1-2, 平成 25 年 6 月 20 日
- 4) 日本看護協会国際部：諸外国の看護基礎教育と規制について 2008 年 2 月 1 日現在，2012
- 5) 日本看護協会出版会：平成 23 年看護関係統計資料集
- 6) 第 7 次看護職員需給見通し検討会報告書：厚生労働省，2011
- 7) 東京都看護職員需給見通し検討会報告書：東京都，2011
- 8) 伏見清秀：統計データに基づく東京都の慢性期およびがん医療提供体制に関する検討，東京都，2008
- 9) 平成 22 年度中央ナースセンター事業報告書：日本看護協会中央ナースセンター，2011
- 10) 古橋知子・加藤郁子・中嶋由美子・佐藤幸子・渡部ますい・牧野恵子・大川貴子・中山洋子・北原和子：看護職員の増員（7 対 1 入院基本料導入）が看護の質にもたらす変化—有害事象の発生率を指標としたアウトカム調査—，福島県立大学看護学部紀要，13，31-41，2011
- 11) 藤本昌代：『専門職の転職構造』組織準拠性と移動，文眞堂，2005
- 12) 日本看護協会調査による看護職員の離職率：平成 24 年度看護白書，229，日本看護協会編，2012
- 13) 平井さよ子：『看護職のキャリア開発』，日本看護協会出版会，2002
- 14) 田中マキ子：看護職の今日的課題に対する専門職論からの再考，山口県立大学大学院論文集，8，119-128，2007
- 15) 看護管理学研究：看護管理学習テキスト第 2 版，日本看護協会出版会，20-27，2013
- 16) 伊豆上智子・前田樹海・杉若裕子・金井 Pac 雅子・鶴田恵子・上泉和子：日本における看護職需給推計モデルの開発—第 1 報—，日本看護管理学会誌，10(1)，5-11，2006
- 17) 前田樹海・伊豆上智子・杉若裕子・金井 Pac 雅子・鶴田恵子・上泉和子：日本における看護職需給推計モデルの開発—第 2 報—，日本看護管理学会誌，10(1)，12-20，2006
- 18) 播本雅津子・舟根妃都美・村上正和・鉢呂美幸・水野芳子・岩城美幸・太田泰子・石谷絵里・川村武昭・西本敬子・松本房子・尾針真智子・堀岡恒子・宮方佳織：上川北部地域の看護職員確保対策に関する研究—第 3 報—，名寄市立大学道北地域研究所年報，30，37-45，2012
- 19) 安川文朗：日本の看護需給と働き甲斐—現状と課題の社会経済分析—，社会保険旬報，26～37，2008・2・21
- 20) 川口章・安川文朗・松田洋一郎：日本の看護需給と働き甲斐—現状と課題の社会経済分析 2—中央ナースセンター求職登録データによる潜在看護職の求職行動に関する分析—，社会保険旬報，38～47，2008・3・1
- 21) 福井唯嗣：潜在看護師をいかに職場復帰させるか，JSFJ2008 政策フォーラム発表論文，20th—21st Dec, 2008
- 22) 菱沼典子・及川郁子・小澤道子・野村美香・久我和加子・片桐麻州美・草刈淳子・丸山美知子：看護の質に関する研究—先進国における免許更新制度—，聖路加看護大学紀要，25，52-67，1999
- 23) 看護者の免許更新制度：平成 17 年度看護白書，229-236，日本看護協会編，2006

- 24) 三浦弘恵・鈴木美和・野本百合子・舟島なおみ：日本型キャリア・ディベロップメント支援システム開発のための理論的枠組みの構築，千葉看護会誌，10(2)，1-7，2004
- 25) Suzan Whittaker, S., Smolenski, M. and Carson, W. (June 30, 2000).
“Assuring Continued Competence - Policy Questions and Approaches: How Should the Profession Respond?” Online Journal of Issues in Nursing Vol.5, No.3, 2000 6/30
- 26) 齊尾武郎：IOM レポート『人は誰でも間違える』の真実，臨床評価，36(3)，717-724，2009
- 27) 下野恵子・大津廣子：『看護師の熟練形成』看護技術向上のためのインセンティブの制度化，名古屋大学出版会，2010
- 28) 東京都職員研修所：職員ハンドブック，244-245，東京都，2009
- 29) 松山幸弘：医療改革と経済成長，日本医療企画，2010
- 30) Linda Star：Mandatory Notifications - New Horizons in Public Protection, New Horizons in Law, Medicine & Science The 8th Greek Legal and Medical Conference, Rhodes, 17-23 September 2011
- 31) 安川文朗：看護配置基準の問題点とその背景—国際比較を踏まえて，同志社大学 ITEC リサーチペーパーシリーズ，05-07，1-18，2005
- 32) 金井 Pak 雅子・勝原裕美子・増野園恵：焦点日本の看護師の労働環境の実態—リンダ・エイケンとの共同研究，看護研究，40(7)，3-70，2007
- 33) 特集：リンダ・エイケンが診た日本の労働環境，危機のシグナル，週刊医学界新聞，2749，2007
- 34) Suzan Whittaker, S., Smolenski, M. and Carson, W. (June 30, 2000).
“Assuring Continued Competence - Policy Questions and Approaches: How Should the Profession Respond?” Online Journal of Issues in Nursing Vol.5, No.3, 2000 6/30
- 35) Susan Sportsman：Competency Education and Validation in the United States
—What Should Nurses Know?—
Nursing Forum, 45, 3, 140-148, 2010 7-9
- 36) Michelle Byrne, Kathryn Schroeter, Shannon Carter, Julie Mower：
The Professional Portfolio, An Evidence-Based Assessment Method
The Journal of Continuing Education in Nursing, 40, 12, 545-551, 2009 12
- 37) Michael Landry, Melinda G Oberleitner, Heidi Landry, June G. Borazjani：
Education and Practice Collaboration
— Using Simulation and Virtual Reality Technology to Assess Continuing Nurse Competency in the Long-Term Acute Care Setting —
Journal for Nurses in Staff Development, 22, 4, 163-169, 2006
- 38) 渡邊里香・荒木田美香子・鈴木純恵：若手看護師の離職意向に関連する個人要因と組織要因の比較—1年目と5年目の比較，日本看護科学会誌 30(1)，52-61，2010
- 39) 八尾坂修：教員免許更新講習のポジティブな波及力への期待，教育と医学，57(8)，2-3，2009
- 40) 今井あゆみ：継続教育と看護という仕事の安全性，月刊ナーシング，23(6)，142-145，2003
- 41) 阿部正浩：女性労働力活用の課題①能力評価の仕組み整備を，日本経済新聞，26面，4月25日，
- 42) イギリスにおける保健政策—2008年保健省レポート—：日本公衆衛生協会，127-128，2010
- 43) 井部俊子・太田加世：看護の将来に影響する重要報告書を読む，看護実践の科学，30(11)，54-58，2005

- 44) 福井秀夫：弁護士等の資格制度から～能力示す情報・徹底開示を，日本経済新聞，29 面，10 月 22 日，2010
- 45) 角田由香：看護師の労働需給と雇用政策，病院，67(6)，494-498，2008
- 46) 佐久間亜紀：教員免許更新制の意図せざる結果「教職専門性の低下」，教育と医学，57(8)，22-28，2009
- 47) 八尾坂修：『アメリカ合衆国教員免許制度の研究』，風間書店，2005
- 48) 長谷川義治：更新講習がもたらす新たな教師教育の可能性 —福井大学教員免許更新講習(必修領域)の取組事例—，教師教育研究，4，97-103，2011
- 49) 伊藤直樹：参加者の声(1) —事前アンケート・事後アンケートの結果から—，明治大学教職課程年報，32，29-34，2010
- 50) 川野司：教員免許状更新講座の受講理由と要望，九州共立大学総合研究所紀要，6，27-34，2013
- 51) 吉田道雄：教員免許状更新講習の評価—公表データと実態調査との差—，熊大教育実践研究，30，103-107，2013
- 52) 文部科学省「平成 24 年度免許状更新講習事後評価結果について(平成 24 年 12 月末時点報告分)」
<http://www.mext.go.jp/>(アクセス日：平成 25 年 5 月 28 日)

研究要旨

研究目的：

①看護師免許を持っていても働いていない離職者をできる限り正確に把握することができれば社会復帰をピンポイントで促すことができ、看護師不足の解消につながるのではないか。看護師労働力政策の一つとして、看護師免許所持者の母数管理をする必要がある。

②諸外国には免許更新制度があり、詳細な看護師数の把握をしている。ワシントン DC とオーストラリアの現状について調査し、免許更新制度の分析と我が国への示唆を得られるかの考察を行う。

方法：

協力者はワシントン DC 1 人とオーストラリア 2 人である。2010 年、2011 年に半構造化面接を行った。内容は、免許更新制の歴史、担当部署と実務内容、免許更新をしない人や転出入者に対する管理、潜在化している看護師の職場復帰、研修などについて尋ねた。逐語録をデータとして、質的記述的研究を参考に分析した。

結果：

ワシントン DC とオーストラリアの免許更新制度は、制度の変遷、制度の意義、制度の仕組み、運営組織の役割、需給状況、看護の質の確保の 6 カテゴリーが共通に抽出された。オーストラリアのみ看護基礎教育が追加となり、7つのカテゴリーが抽出された。

結論：

看護師免許更新制度は、毎年もしくは2年毎の厳格な更新ルールがある。これを守らない者は就業ができない、離職者が働こうとすれば再就職のための研修プログラムを受けなければならない。主目的は継続教育による看護師の質の確保のために行われている。制度を運用する組織は、ワシントン DC はコロンビア特別区保健省保健法・免許管理局看護委員会 (Board of Nursing) という行政組織で、オーストラリアは、制度変更に伴い、オーストラリア保健医療従事者規則機関 AHPRA (Australian Health Practitioner Registration Agency) という公設民営機関で行われていた。ワシントン DC は免許更新をしなかった看護師の追跡調査を厳密におこなっており、これを応用すれば離職者に再就職を促すために活用できると考える。

キーワード：

看護師免許登録・更新制度、看護師の動向、継続教育、看護師の質、管理運営組織

Nursing License Renewal System in Nurse Manpower Policy

- Study of Nursing License Renewal Systems in Washington DC and Australia -

AMINO Hiroko

1. Aim of The Study

Expanding globalization and aging population are notably destabilizing social security systems, and the progression of the specialization of medical services is challenging the future of manpower in medical professions in developed countries. Especially it is one of the most important and crucial themes in each country's manpower policies to ensure the adequate number of nurses. The nurse manpower policy in Japan brings about the improvement in the quality of nurses since 1990's. Though a decade ago the only way to estimate skills of a nurse was to promote her or he to a nursing supervisor, a nurse with expertise today should be a certified nurse specialist or a certified nurse. The specialization in professional nursing gains ground. "Act on Public Health Nurses, Midwives and Nurses" and "Act on Assurance of Work Forces of Nurses and Other Medical Experts " provide that a nursing school must make efforts to conduct clinical training in 2009. At the same time, the quantitative problem of nurses remains unresolved. The number of students in first year of nursing schools in 2011 was 86,572, and the actual number of successful candidates in the national nursing examination was 49,688. So nursing schools produce about 50,000 new nurses a year. According to the occupational resignation of nurse, the number of nurses engaged was 1,470,421 in 2010, and about 83% of the nurses work at health-care providers. At the same time, the turnover rate of new nurse graduates in 2010 was 8.1% and the overall rate was 11.0%. About 120,000 nurses leave a job despite a little decrease. The Japanese government drew up the plan on supply and demand of nursing personnel in 1974 to set forward the quantitative policy of nurses. The 7th prospect on supply and demand of nursing personnel (2011-2015) suggest that the demand in 2015, which will be about 1,501,000, will exceed the supply, which will be about 1,486,000. The Act on Assurance of Work Forces of Nurses and Other Medical Experts requires the local prefectural governments to conduct the free job placement agencies for nurses. The data from job placement services via Internet cannot reflect current job status of the users, and that from the occupational resignation cannot reflect potential nurses. Comprehending the number and affairs of potential nurses and supporting the rehabilitation are important to resolve the nurse shortage. Comprehending the potential nurses and supporting their rehabilitation, it becomes essential to hold the exact and whole number of person with nursing qualification. So it is necessary to research and examine nursing license renewal systems in foreign countries for reference.

2. Research Approach

The research approach is to interview facility managers and parties of nursing license renewal systems in developed countries. The aim of the interviews is to reveal unknown facts about the systems in preceding studies, especially facts related with the nurse manpower matter. The interviewees are one Washington DC resident and two Australians, and semi-structured interviews were conducted in 2010 and 2011. The content of the interviews were recorded on a voice recorder, translated to Japanese, and analyzed using approach of qualitative research.

3. Results and Discussion

The results of analysis are as follows.

<History of the system>

The system in Washington DC started more than 100 years ago, but the inaugural year of the system is unclear. Today, the systems are running in all over the United States of America, but a system of a state is incompatible with that of contiguous state. So a nurse in Washington DC should renew his or her nursing licenses of contiguous states at the same time. The system in Australia started in 1920, to comprehend the actual number of nurses for war. As in the U.S., a system of a state had been incompatible with that of contiguous state in Australia. But this unconvinced systems were unified to one in 2011.

<Purpose of the system>

The purpose of the system in Washington DC is a warranty for safe practice. To renew the nursing license, a nurse must take more than 24 hours of training. The purpose of the system in Washington DC is a warranty for safe practice. As the same, that in Australia is a warranty for "protection of public". To renew the nursing license, a nurse must take more than 20 hours of training. A nurse who has stayed away from professional practice for more than 5 years, should take refresh (re-entry) training.

<Fabric of the system>

In Washington DC, Board of Nursing and the office of license administration under the public health law of the District Ministry of Public Health, controls the system. In Washington DC, Board of Nursing, in the office of license administration under the public health law of the District Ministry of Public Health, controls the system. In Australia, AHPRA (Australian Health Practitioner Registration Agency), manages the system.

<Function of the organizations>

In Washington DC, the office of license administration under the public health law of the District Ministry of Public Health, manages day-to-day affairs, and Board of Nursing verify training courses and renewal or privation of the license. In Australia, AHPRA (Australian Health Practitioner Registration Agency) manages day-to-day

renewal affairs, and a Board of Nursing of a state manages affairs about practices. To ensure a quality of the system, those organizations cooperate with outside organizations.

<Supply and demand conditions of nurses>

Though Board of Nursing do not take care of the supply and demand conditions of nurses, the conditions in Washington DC have no problem. In Australia, the shortage of manpower of nurses in whole field was serious until 3 years ago according to cuts in the budget, but today only in maieutic and psychiatric circles.

<Quality Control in nursing>

In Washington DC, Continuous Education and In-service Education are quite distinct concepts each other, and self-active motivation for learning is esteemed. In Australia, self-learning through Continuing Professional Development is esteemed. At the same time, all the registered specialists are imposed mandatory reports and mutual surveillance to ensure quality in medical practice.

4. Consideration

Since 1884, nursing courses have been controlled by medical doctors and there have been no nursing license renewal system and continuous education system in Japan. So nursing quality from recruitment through retirement mostly depends on self-learning. From the research, nursing license renewal systems with continuous educations both in the U.S. and Australia work well to ensure quality in medical practice. It has been told that Off the Job Training is more effective than On-the-Job Training, so nursing license renewal systems with continuous educations should be put in place in Japan. The quantitative problem should be solved under the combination of state and local authorities as both in the U.S. and Australia

5. Conclusion

The one of the highest-priority issue in Japanese nurse manpower policies is to ensure nursing quality. To achieve such purposes, notification systems and nursing license renewal systems with continuous educations should be necessary to nursing in Japan and adequate combination of state and local authorities will solve the quantitative problem.