

第8章

准看護師：日本における看護労働力拡大の ひとつの選択肢

池上直己、ジェームス・ブチャン*

多くの高所得国と同様、日本では看護職に准看護師と看護師の2つのレベルがある。1950年代半ばから1970年代にかけて、准看護師養成機関入学者の数は看護師養成機関入学者の数を上回った。また、病院の数が急激に増えた10年間（1968-77年）に、実際に准看護師の養成数は看護師より多くなったが、それ以降は減少に転じた。しかし最近では、労働市場の低迷と高齢化により、准看護師養成機関の入学希望者数は再び増えてきている。したがって、准看護師の比重は低下してきたものの、看護、およびケアを提供する人材として依然として重要であり、看護師よりも資格を取りやすい准看護師は、職員構成を検討する際の選択肢のひとつとなる。看護等の保健医療人材の強化を図ろうとする国々は、労働力と財源という制約の中で最適な人材構成を実現するために、さまざまなタイプの人材を養成するのに必要な期間を見定め、人材配置の選択肢とコストを考慮する必要がある。

目的と背景

本章の目的は、日本の准看護師について、特に教育、規制、雇用の主な特徴に焦点を絞って、その役割を検証することにある。日本の准看護師労働力の規模、業績、特徴の変遷を評価し、准看護師の雇用と配置がより広い意味で保健医療人材の在り方に与える意味を見極める。主な狙いは、日本の状況や政治経済を背景とする日本の准看護師という職業の特徴を特定し、広義での保健医療人材政策の観点で、他国にも役に立ちうる教訓を引き出すことに

*本章執筆に当たっては、山口大学大学院東アジア研究科の角田由佳准教授にデータ収集をご協力いただいた。

ある。

広義の看護職が果たしうる役割は多岐にわたる。国による大きな違いは、免許を持つ看護師が1階層か2階層かである。英国やアイルランドなど一部の高所得国には「第2階層」の看護師（「登録看護職」「資格を持つ職業看護職」「免許を持つ実践看護職」などさまざまな呼び方がある）という職業はない。英国は1980年代に第2階層の看護師の教育を廃止し、多くの第2階層の看護師を対象に「第1階層」つまり看護師になるための移行教育を実施した（Seccombe et al. 1997）。

日本やオーストラリア、ベルギー、カナダ、フィンランド、オランダ、スウェーデン、米国などその他多くの国では、第2階層の看護師制度が採用されている（National Nursing Research Unit 2007）。一国だけ、ニュージーランドが1990年代に第2階層の看護師の教育を廃止したが、10年後に再開した（Gerritsen 2002）。加えて、適切な人材構成を考える際に考慮しなければならないことは、国や制度によって、看護以外の保健医療人材やその中間レベルの従事者のレベルや組み合わせが異なるということである。助産師を例に取り上げるならば、看護師と異なる職業区分を設けている国もあれば（日本では、助産師になるためには、看護師資格のある人がさらに専門教育と研修を受ける必要がある）、助産師という職業区分のない国もある。

以上のように、国によって第2階層の看護師が置かれている状況が異なるということは、看護職の配置状況や役割、そして時代によるその変化が極めて多様であり、また、一国の経験を他国の状況に当てはめる際、注意が必要であることを示している。日本の経験から得られる教訓を検討するに当たり、本節では、日本の准看護師の役割の変遷と現在置かれている状況について詳細に述べる。

日本でも他国同様、医療専門職の教育と資格要件は他から独立しており、要件の見直しは難しい。制度が硬直化している上、資金調達メカニズムが柔軟性に欠け、既得権益があり、また一方で質の確保、監督、費用対効果の高い資源と専門性の配分という観点で合理的だからである。

そのため日本の第2階層の看護師である准看護師は過去30年間に割合こそ減少してきたものの、看護やケアを提供する上で依然として重要な役割を果たしており、人件費とサービスの質のバランスの取れた職員構成を考えて

いる雇用主にとってひとつの選択肢となる。この全体プロセスでは、准看護師か看護師かの地位の違いにかかわらず、看護師教育（内容と実施状況）や免許・規制制度が「実践に見合った」ものであることが求められる。より広い意味では、他国同様、日本においても、柔軟なキャリアパスを用意し、入学の条件を適切なものとするにより、保健医療人材の採用とキャリア・アップを確実にする必要がある。既に述べた通り、これは、単に第1階層と第2階層の看護師だけの問題ではなく、他の保健医療専門職とその中間レベルの従事者にも当てはまる。他の国では、実際の教育の内容と第2階層の看護師の役割はさまざまだが、実務的な職業／専門教育であることと、直接のケア提供者としての役割を担うこと、また第1階層の看護師に監督されることが多いといえる。

日本では20世紀の半ばに教育環境が急速に充実し、准看護師の雇用が拡大したことが、看護職者の大幅増加に寄与した。准看護師の免許は、2年にすぎない専門教育を受け、各都道府県知事試験に合格すれば取得できる。対照的に、看護師¹になるには、少なくとも3年の専門教育と国家試験合格が求められる。このため、准看護師ならより短期間で免許を取ることができる上、准看護師を経て看護師にステップ・アップすることもできる（准看護師の免許を取った後、2年課程を修了し、看護師国家試験に受ければ看護師の免許が取れる）。

都道府県レベルで最初に看護師免許を交付したのは東京都（1899年：当時は東京府）だった（亀山 1983）。国による最初の看護師免許は1915年、都道府県の例を基に、内務省が交付した（平尾 2001）。この看護師免許の取得には、試験合格か、1年以上の教育を受けて養成機関を卒業するかのいずれかが条件だった。同じ年、知事に交付権限を付与する形で「准看護師」の免許も設けられた（亀山 1983）。このように准看護師の免許は道府県が交付し、看護師免許については国が交付していた。

この二重構造の制度は事実上、第二次世界大戦終結まで続き、その後は占領軍が病院医療の質、特に看護の質の向上に努めた。当時、実際に入院患者

1 看護婦と准看護婦は末尾の「婦」により女性にしか使えないため、2002年に看護師と准看護師にそれぞれ変更になった。本稿では、過去にさかのぼる場合においても、名称をそれぞれ「看護師」と「准看護師」に統一した。

を看護し、食事や寝具を提供するのは家族で、看護師の役割は主に医師の補佐だった。1948年の保健婦助産婦看護婦法により、看護師の役割は患者の看護と医師の補佐であることが正式に定義された。この法律では、准看護師は公式には重篤な病状の患者の看護を認められていなかったが、実際にはこの制限を守ることは難しかった（日本看護協会 2009b）。

しかし1952年の保健婦助産婦看護婦法の改正で准看護師免許はこの制限が見直され、都道府県の認可を受けた養成機関で2年間の専門教育を受けることが条件となった。准看護師免許は全国共通だったが、免許取得のための試験は都道府県レベルで行われた²。准看護師養成機関への入学は、中学卒業以上が条件だった。教育のレベルと内容は看護師と准看護師で異なったが、業務上の唯一の法的な違いは、准看護師は、医師と看護師の監督の下で看護業務を担うことだった³。

1952年の准看護師免許復活後、日本では高校に進学（看護師養成機関入学の必要条件）する女子の割合が、1951年の42%から1964年には68%へと急激に上昇した（文科省 2012）。これにより看護師養成機関入学者は大きく増え、看護職数の比較的急激な増加に貢献した。

この間、日本看護協会は准看護師の雇用に反対し続けた。准看護師は看護の質を落とし、看護職の地位、さらには女性全般の品位までもおとしめるというのがその根拠だった（日本看護協会 1995）。この圧力もひとつの要因となり、1959年には国民健康保険法の全面改正に伴い入院料の改定が行われ、その結果、看護職の半分以上を看護師が占める病院への診療報酬が高くなるに至った（この補助金の適用を受けるために必要な看護職に占める看護師の割合は、1995年に70%まで引き上げられ、看護師優勢が固まった）。

1964年、日本看護協会は、保健婦助産婦看護婦法の改正を通じた准看護

2 准看護師試験のための県委員会には、地元の医師会と病院の委員が含まれていた。免許を持つ看護師をより多く生み出すため合格ラインを低く設定することは、彼らの利益になった。国が設定した合格基準は正答率6割だけであった。都道府県別だった試験は、2003年から全国を8ブロックに分けて実施されるようになった。

3 准看護師は医師と看護師の指示に従わなければならないが、それ以外には、准看護師の職務が看護師の職務と法律により区別されているわけではない。それぞれの職務がどう違うかを示す研究も確認できなかったが、ある論文（山田 他 2007）は、10年以上の職務経験を持つ准看護師と看護師の間には内在する直観力にいくらかの違いがあるとしている。ただし、この研究は、3つの病院の看護師135人と准看護師52人をサンプルとし、自ら作った質問表を用いて行われた。

師制度の廃止を正式に提案した（日本看護協会 1995）。日本看護協会の方針には日本医師会が強く反対した。その大きな理由は、当時、病床数が急上昇しつつあった（1950年の27万5804床から1965年は87万3652床）（厚生省 1956；1966）中で、医師らが准看護師なしには入院部門に十分な人材を確保できないことを恐れたからだ（田村 2009）。ほぼ全ての准看護師養成機関は、地元の医師会と病院が設立したものだ。開業医と病院経営者は、准看護師学生の方が看護助手として採用しやすいと感じていたので、准看護師の養成と雇用に長年熱心だった。また、准看護師なら2年で免許取得が可能だったこともある。学費は通常、無料で、毎月雇用主から手当が支払われた。夜間の授業もあったので、昼間は看護助手として働くことができた。卒業生は免許取得後、所定の病院や診療所にて低賃金で働くことが義務付けられた⁴。関連することとして、1950年代は多くの女性の教育レベルが今よりも低かったことが看護師教育に直接進学することを阻む要因になっていた。

このように、看護師を看護労働力の主力として「専門職化」しようとした日本看護協会と、比較的低コストの看護人材である准看護師の供給を維持したいとする会員の利益を求めた日本医師会との間には、明確に相反する考え方があった。

次に、低中所得国への教訓について考察する前に、准看護師の教育と配置における3つの側面を取り上げる。

教育

教育・研修制度や教育を就職につなぐ「パイプライン」の在り方を検討するに当たり、日本においては、准看護師と看護師では進学要件が異なる一方、准看護師が看護師資格を取りやすくする制度上の柔軟性があったことを注記する必要がある。この点は、政策立案者が教育と就職の間の効果的な「橋渡し」を支援する際、重要なメッセージとなる。つまり、そうした「橋渡し」は、多様な参入のタイミングと柔軟なキャリアパスを備えた、効果的な採用、定着、再就職を考慮したものでなければならないということである（一度離職

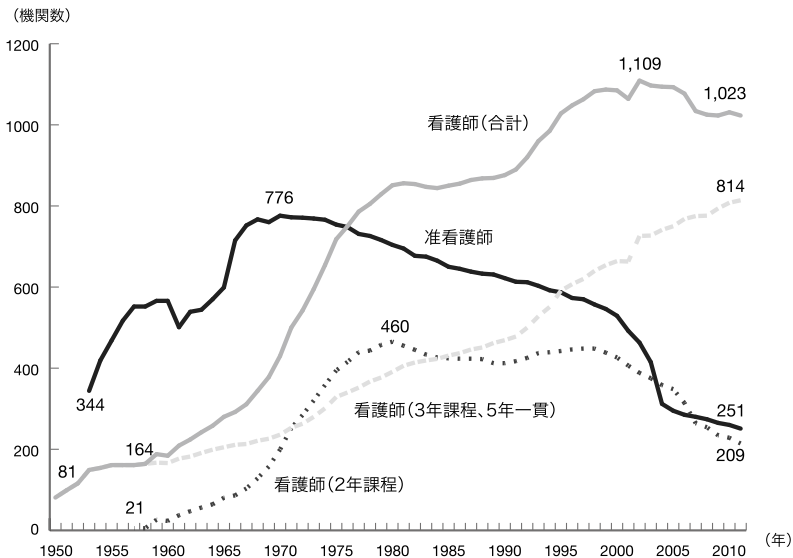
4 資格取得後に所定の施設で働くことを義務付ける代わりに報酬を支払うこの慣習は、年季奉公として1997年に禁止された。

した人が再度その専門職に戻れるだけの職業としての魅力と支援が必要)。

養成機関を出た准看護師の数は1950-70年に大きく伸びたが、その後ほぼ同じペースで大幅に減少した。准看護師養成機関の数は、准看護師免許が復活した1952年の344機関から、1970年には776機関へと2倍以上に増えた(図8.1)が、2011年には251機関へと再び減少した。さらに、1964年から高等学校に衛生看護学科が設置され、学生は卒業時に准看護師試験を受けるために十分な単位を高校3年間に取得することができるようになった。こうした衛生看護学科のある高等学校の数は1978年までに136校まで増えたが、2012年までにわずか17校まで減少した。衛生看護学科のある高等学校のうち、72校が看護師試験に向けた5年課程となり、その他の大半は准看護師が看護師になるための2年課程の養成機関となったためである。

准看護師養成機関の急減には、養成機関の専任教員を2人から5人に増やすことを求める2002年の政府の指定規則も影響している。この要件を満

図8.1 准看護師養成機関と看護師養成機関の数(1950-2011年)

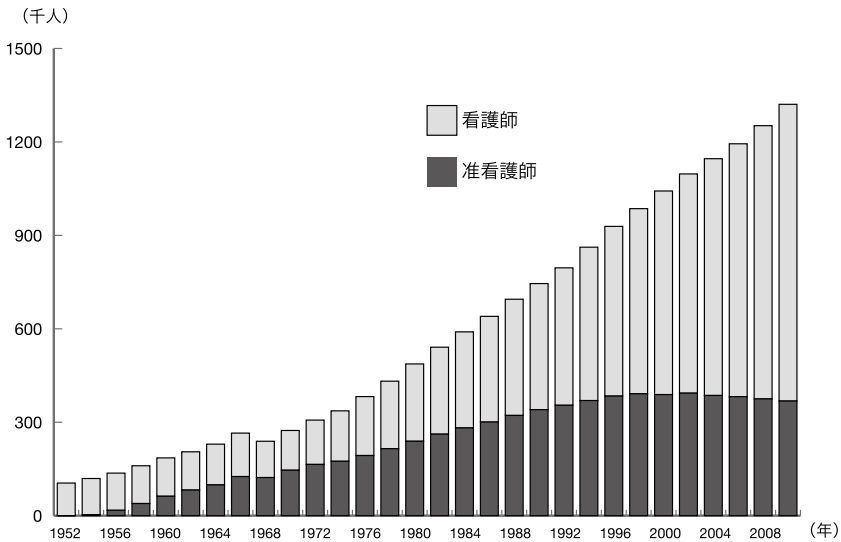


出典：日本看護協会 2009aの表3「看護師等学校養成所施設数の実数」；厚労省2012a

たすことは、大半の養成機関にとって財政的に持続不可能だった。そのため、政府は、この規則による負の影響を最小限に抑えるため、要件を満たすための移行期間を設け、専任教員の増員数を3人に引き下げた。

准看護師養成機関数の急増と急減とは対照的に、看護師養成機関の数は1950年代から着実に伸びた。これは、労働力に占める看護師と准看護師の割合についての全体的な傾向に表れている（図8.2）。准看護師の数は1967年から1978年には看護師の数を上回っていたが、それ以降は看護師に対する准看護師の割合は徐々に低下し、2004年には3分の1の33.7%まで落ち込み、2010年には4分の1の27.9%となった。

図8.2 看護師の数と准看護師の総人数（1952-2010年）



出典：厚労省 1953-2011

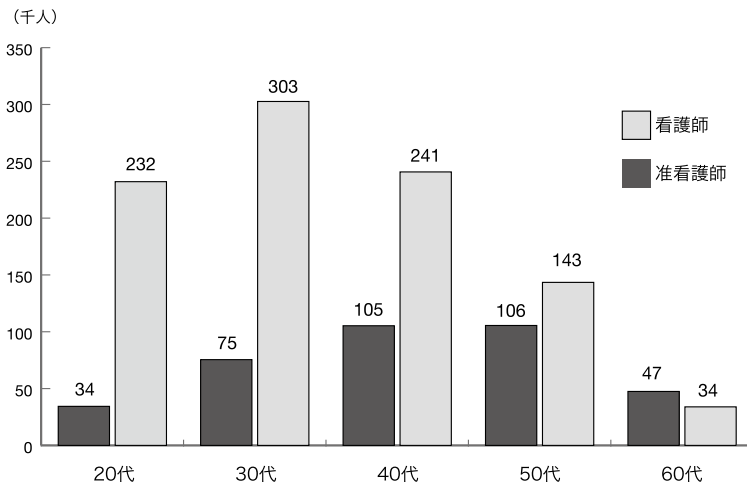
近年、准看護師養成機関入学者の約85%は所定の2年以内に卒業している。また、2004年には、10年以上の実務経験のある准看護師が看護師免許を取るための通信教育も導入された。

准看護師免許の試験は、複数のブロックで受験可能なため、比較的容易

に合格できる。試験日の異なる都道府県があるため、准看護師学生は同じ年に複数回受験することが可能である。准看護師養成機関の卒業生のうち、65.9%は卒業後すぐに働き始めるが、27.2%は看護師になるための2年課程に進む(2011年時点)。准看護師養成機関入学者は長期的に減る傾向にあったが、近年の受験者数は2009年の2万6000人から2012年は3万5000人と増えている(厚労省2012a)。景気低迷に加え、日本では20代後半から30代前半の女性の労働市場が低迷しているため、准看護師免許の魅力がこれまでより高まっているためである。准看護師養成機関入学者のうち、最終学歴が中学卒業の者はわずか10.3%、高校卒業は71.3%、大学・短大卒業は17.8%となっている(厚労省2011)。

准看護師と看護師の年齢構成は著しく異なる。准看護師人材は平均年齢がはるかに高い(図8.3)。これは、1970年代以降に養成機関の数が減少したことと、看護師養成機関の入学者と卒業者の雇用が比較的伸びているためである。今後10年間に特に多くの准看護師が引退するため、政策立案に影響を及ぼすだろう。

図8.3 准看護師と看護師の年齢構成(2010年)



出典：厚労省 2011

規制

どんな保健医療制度においても政策上の課題となっているのは、保健医療に携わる人材の教育と配置に関する規則、サービスの質の保証、基準設定をどのように規定し、その役割とタイプを明確にするかである。これは特に専門職について大きな課題となっており、費用対効果の高い資源の活用、そしてケアの質と患者の安全を確保する上で求められている。日本でも、他国同様、各専門職に関わるリスク評価とその役割の明確化が今でも求められている。特に、准看護師の役割と業務については依然不明瞭な点があるが、これは日本に限られたことではなく (Spetz 2014)、保健医療人材の各資格職について安全で効果的な配置を考える際、注意が必要となる。

各国は、医療サービスの質と患者の安全を確保するために、看護専門職の免許交付、適性認定、規制についてそれぞれ独自のアプローチを取ってきた。多くの国は、自律的に活動する看護協議会による職業上の自己規制に基づいた制度を構築しているが、ひとつもしくは複数の政府機関が責任を担っている国もある。日本では主に、法律と監督官庁による免許を通じた規制が中心である。自主的な専門職協議会や、基準に責任を担う「独立」機関は存在しない。

日本の看護職資格は、1899年公布の産婆規則により初めて規定され、その後1915年に看護婦規則、1941年に保健婦規則が続いた。1942年に国民医療法が制定され、保健師、助産師、看護師を医師および歯科医と並ぶ医療専門職と位置付けた (日本看護協会 1995)。看護師と准看護師に関するアプローチには大きな違いが今も残っている。

日本の「看護師」は、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくは褥婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう (保健師助産師看護師法第5条)。看護師になるには、認可を受けた養成機関にて所定のカリキュラムを修了し、年1回の受験機会がある国家試験に合格し、厚生労働省の交付する免許を取得しなければならない。基本的な学歴は12年間の学校教育 (高校卒業) で、少なくとも3年の基本的な看護教育が必要とされる。国家試験受験に必要な教育内容は、厚労省と文部科学省 (文科省) が共同で規定している。日本での就業を希望する外国人看護人材は、日

本の国家試験に合格せねばならず、外国の看護師免許は認められない（JNA 2011）。

看護師も准看護師もいったん取得した免許は終身有効であり、特定の期間後に免許を更新する義務はない。また、免許取得後に教育を継続することは努力義務となっている。看護師養成機関に関連する一部の規制や教育内容の責任は文科省と厚労省が負い、看護師の免許に関しては厚労省が責任を負っている。

上級資格と専門看護師の認定について法律では定められていないが、認定はさまざまな組織が行っている。例えば、専門看護師や認定看護管理者は日本看護協会が認定する。現在、高度な役割を担う看護師にさらなる注目が集まっているが、政府の下に設置された有識者によるチーム医療推進会議は病院においてより自発的な実践を行うナース・プラクティショナーの能力認証について検討したが、研修を修了し、医師から手順書による指示を受けて特定の医行為を実施する看護師に業務の拡大を認める改革となった（厚労省 2013）。

本章を執筆している時点で、2つの法案が衆議院にて可決された。ひとつは「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」（略称「地域医療・介護総合確保推進法案」）、2つ目は「介護・障害福祉従事者の人材確保のための介護・障害福祉従事者の処遇改善に関する法律案」であった。これらの法案は看護師に特化したものではないが、医療と介護に携わる人材の役割分担および連携を推進するための包括的な施策に焦点が置かれている。

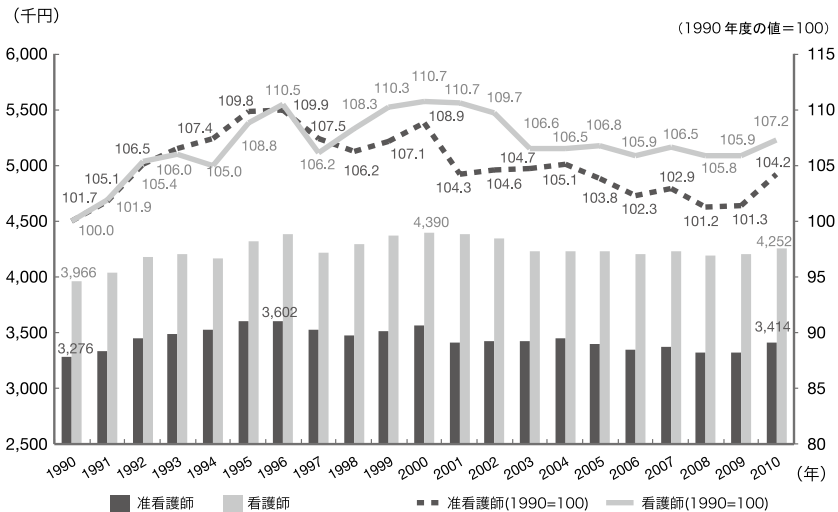
雇用

准看護師と看護師の数が過去数十年異なる形で推移した（図 8.2）ように、その雇用先もやはり異なっている。免許を取得したばかりの看護師は、公的医療機関の方がより地位があり、生涯所得が高くなる可能性があるため、公的部門で働く傾向が強い（角田 2012）。公立病院がこうした条件で看護師を雇用することができるのは、1959年の給与改正により、都道府県から公立病院に補助金が出されることになり、診療報酬で賄える以上の数の看護師を

雇用できるようになったからである。さらに、公立病院では、年功序列の賃金体系により看護師と准看護師の人件費の違いは狭まり、勤続10年でごくわずかになる⁵。その結果、2010年の公立病院の看護職のうち、95%が看護師で、准看護師はわずか5%だった。公立病院に比べ、その他の医療施設では、看護師の割合ははるかに低い。雇用可能な看護師が公共部門に集中してきたからである。看護職のうち看護師の割合は、民間の病院で72%、診療所で53%、介護施設では57%となっている（日本看護協会 2013）。

看護師ではなく准看護師になることのよい点と悪い点は何であろう。担う業務の看護師との違いが明確でないにもかかわらず、准看護師免許は明らかに看護師免許よりも地位が低く、これが賃金格差にも反映している。准看護師の賃金は看護師を明らかに下回り、1990年度の21.0%から2010年度は24.5%と格差は拡大している（図8.4）。こうした全体的な傾向は、全労働者との比較でも同様である（図8.5）。同期間に、准看護師の所得は労働者全般

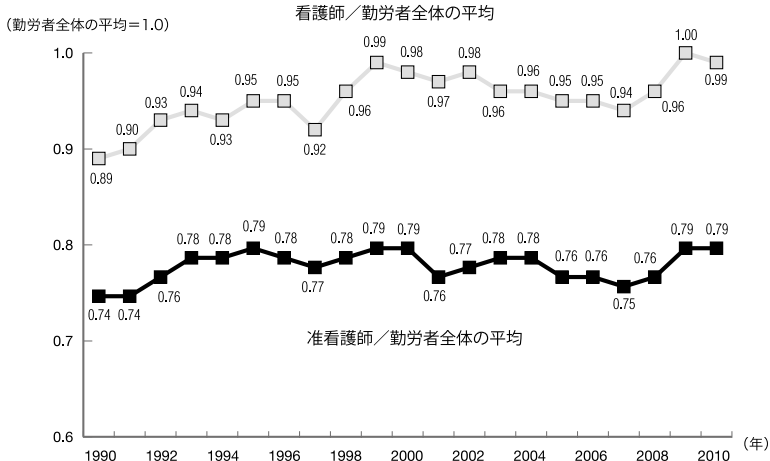
図8.4 国公立病院以外の病院の看護師の収入（消費者物価指数および1990年度の年齢構成で補正済み）1990–2010年度



出典：厚生省1991–2011

5 初任給は同水準でも、年功序列の賃金制度のため、生涯所得は高くなる。引退直前の看護師の収入は、公立病院では新人看護師の1.7倍、民間部門では1.1倍である。

図8.5 勤労者全体の平均と比較した国公立病院以外の病院の看護師・准看護師の収入（消費者物価指数および1990年度の年齢構成で補正済み）1990-2010年度



出典：厚労省 1991-2011

の平均賃金レベルの74-79%で、看護師は89-100%だった。

ここで、あと1年教育を受ければ看護師になれるというのに、なぜ准看護師養成機関に入学するのか、という疑問が生じる。准看護師養成機関に入学する理由のひとつは、免許を取得してより早く働き始めることができるためである。また、准看護師免許取得のため夜学に通うこともできるので、その場合、日中は仕事に就くことができる。学費も准看護師養成機関の方がはるかに安い。1年目の平均的な学費は、准看護師養成機関が55万1142円であるのに対し、看護師養成機関では84万418円、看護師になるための3年課程の短大では156万3346円、4年制大学では173万1315円となっている（高橋 2012）。社会的コストもまた准看護師を養成する方が低い。地元の医師会が運営する養成機関と比較すると、1機関が受け取る補助金額は、大半の准看護師養成機関で800万～1000万円であるのに対し、看護師養成機関は1億5000万～2億円である（どちらも年間入学者数は50人と同じ）（日本医師会 2011）。

このように、准看護師と看護師の雇用パターンにはいくつかの違いがある。2012年のデータによると、准看護師の42.5%が病院、35.5%が診療所で働いている一方で、20.3%が介護施設で働いている。それに対して、看護師は70.9%が病院、15.8%が診療所で働いている一方で、10%が介護施設で働いている（日本看護協会 2013）。

高齢者介護部門は、公的な介護保険制度を通じて報酬が支払われる介護人材を数多く雇用している。居宅介護人材には資格制度があり、130時間以上の研修が求められるが、免許を持たない介護人材と職業資格を持つ介護人材の両方とも慢性的に不足しているとの分析もある。キャリア・アップの可能性がほとんどないことも理由のひとつだ（石橋 他 2012）。

考察

他の多くの国と同様、日本においても、看護職の専門性と社会的認知を高めようとする傾向がある。看護師は病院、特に大病院における介護人材の大半を占めているが、その背景には、看護師の比率の高い病院の方が診療報酬が高くなるという事情もある。とはいえ、准看護師も依然、診療所や民間病院、介護施設といった看護ケアを提供する施設において高い雇用比率を占めている。また、准看護師養成機関への入学者数はしばらく減少傾向が続いたが、2008-09年には微増した。

病院の看護師雇用に対する政府補助金、規制方法（都道府県と中央政府が免許を交付）、資格を取る多様なルートやキャリア・アップの機会（准看護師が看護師教育に直接進学が可能であることを含む）、さらには准看護師と看護師に対する需要は重複するところがあるものの、それぞれの労働市場は分断されている、そして看護師と准看護師の役割が不明確であることなどが、日本における准看護師の状況を特異なものとしている。同様に、准看護師は年齢層がはるかに高い。これは日本で政策立案の際に考慮すべき点である。こうした日本に特異な状況に留意した上で、低中所得国に向けた日本の教訓を検討したい。

第1に、国によって規制する制度は異なり、実践や教育の状況、さらには教育と実践の基準はそれぞれ異なるものになる。したがって、日本の政府主

導のアプローチを、職業上の自主規制のある国でも直接再現することはできないかもしれないが、どんな制度においても、非効率な職務の混乱や不必要な職務重複を避け、安全な看護や介護を提供できるよう、異なる資格の看護職、さらにはその他の専門職とその中間レベルの従事者について職務範囲を明確にすべきである。

第2に、看護を含む保健医療分野の労働力の強化を図ろうとする国々は、労働力と財源の制約の中で最適な人員構成を実現する際、異なるタイプの人材を養成するために必要な時間を見定め、人材配置の選択肢、コストそして質を考慮する必要がある。最も効率的な人材構成について実証に基づいた判断をするため、政策立案者は、異なる職種人材の雇用の相対的成本、ならびに異なる職種人材がサービスの質と成果に与える影響についての情報が必要となるだろう。特に北米における第1階層の看護師、第2階層の看護師の職員構成を適切なものにするための規定、その構成の実態、そしてコストと結果に与える影響について検証したいくつかの限定的な研究結果が発表されている（例えば、McGillis Hall 2003; Needleman 2006; Chapman et al. 2006; Spetz 2014）。また、欧州諸国における看護師の人材配置状況と教育が看護ケアの結果に与える影響について研究したものもある（Aiken et al. 2014）。政策立案者はナース・プラクティショナーの職務および利点、そして「中間レベルの実務者」といったその代替となる職務体系について幅広い分析を踏まえる必要がある（例えば Lassi et al. 2013）。しかし、概して、低中所得国における人材構成やそのインパクトに関する研究や実証分析は限られている。したがって、高所得国の状況から得られた知見を、低・中所得国で応用したり、他のケア分野にも妥当性があるのではないかと考える際、注意が必要となる。

第3に、政策立案者は医療サービスのアクセスと供給の問題に留意しなければならない。いずれも、適切なスキルを持つ優秀な人材が、しかるべきタイミングでしかるべき場所にいるかどうかによっても左右される。農村部やへき地への十分な人員配置も含め、国民の医療面の需要を満たすため、地理的に効果的な人材配置を達成することは、看護労働力の効果的な強化にとって必要条件である。

表8.1は、一般的に考えうる看護従事者のカテゴリーをまとめたもので、

例として日本の状況を示し、看護労働力強化を検討する政策立案者にとって鍵となるポイントを示している。鍵となるのは、国によって現在のレベルや職業カテゴリー構成は異なっているという点である。また、さまざまな職業カテゴリーの持つリスクと機会を十分検討する必要がある。

表8.1 多様な看護従事者のカテゴリー：国際的な概観

看護従事者のカテゴリー	日本での有無	強化に当たり考慮すべき点
免許のない看護助手	ある。病院と介護施設で雇用。	養成と雇用が比較的短期間かつ安価。監督の必要があり、貢献度は限定的。成長の余地はほとんどない。
免許のない、認定／職業検定を受けた看護助手	ある。介護施設と居宅介護でヘルパーとして雇用されているが、不足。	比較的短期間かつ安価に養成できるが、何らかの形の標準的教育内容と認定／資格が必要。保健・社会医療分野全般に通用する資格を持っていることもある。監督が必要だが、一定の自主性は期待できる。体系的な教育とキャリア開発により成長する余地がある。
免許のある第2階層の看護師（准看護師）	ある。約80%が病院と診療所で、約20%が介護施設で雇用されている。公立病院に限られた人数が雇用されているが減少中。	2年の教育が必要だが、夜学などさまざまな選択肢がある。養成は看護師より短期間かつ安価。役割の焦点は実務的／専門的。キャリア・アップの機会は限定的だが、追加の教育を受ければ看護師に昇格できる。
免許のある第1階層の看護職（看護師）	ある。増加中の労働力。公立病院就業者の大半。	少なくとも3年の教育。養成と雇用はより高くつく（准看護師と看護師の違いは国によって異なる）が、どの就業場所でも配置可能で、他のスタッフを管理でき、さらなる教育により専門性を身に付けた上で高度な役割に昇格可能。
ナース・プラクティショナー	ない。	さらなる教育と、恐らくさらなる免許が必要となるが、高いレベルで実践できる。慣行により認められた権限の下、独立した実務者として行動する場合もある。

出典：著者

国によって選択肢が異なるもうひとつの要因は、独自の教育、スキル、基準、キャリアパス、雇用パターンにおいて、助産師がどの程度まで看護とは別の

独自の職業であるか、または看護も兼ねているかである。本章の冒頭で述べた通り、日本や他のいくつかの国のように「最初から直接」助産師を目指して養成し、助産師を別の職業と扱う国もあれば、看護師の基礎的資格の次の段階とする国や、看護師と助産師を合体させた基礎教育の一環とする国もある（UNFPA 2011）。

労働力強化には、現在の労働力の実情、養成機能、潜在的な労働力、既に労働力である人を「訓練」する機能を考慮することが求められる。強化は、スタッフを増員したり新たな職務を導入するという観点だけでなく、既存のスタッフを教育し、彼らの技術力や貢献度を引き上げる観点でも検討すべきである。また、コストと質の問題も考慮に入れる必要がある。高等教育制度を整備しても、教育の質を担保できなければ、看護・介護の質向上を保証することにはならず、また政策の焦点が規制に置かれがちになる。

制度全般、教育機関の認定基準、教職員の力量、試験、再認定（必要に応じて）はいずれも質の高い看護に貢献する要因となる。政府や独立機関が適切なプロセスにより看護師養成機関を認定するのでなければ、教育の質が低下するリスクがあり、そうなる则ち養成機関は「免許の乱造機関」になってしまいかねない。教育の質を効果的で適切なものにするためには、教育機関の利益と医療機関の利益が同じ方向性を持つメカニズムを確立することも重要である。これは多くの場合、教育機関と医療機関の担当省庁間で効果的な対話を図ることが必要となる。

高所得国では、高齢者介護への需要が増大し、高校卒業者が減少し、女性（通常、看護労働力の多くを占める）が他のキャリアを目指す機会が増えている。潜在的な雇用者層を広げ、柔軟な、または「これまでとは異なる」経路で看護や中間レベルを担う人材になって看護労働力としてキャリア・アップを図る余地を検証するためのメカニズムを設ける必要があるだろう。例としては、職業資格を持つ介護助手の育成につながった英国の全国職業資格のアプローチ、ドイツのアルテンフレーガー（高木 2012）、フィンランドのラヒホイタヤなどがある。日本では、介護人材の看護部門への柔軟な参入と昇進の仕組みの変更に関する提案が、首相官邸に設置された委員会に提出されたが、厚労省に取り上げられるには至っていない（筒井 2012）。

日本の准看護師に関する事例研究から政策立案者が得られる重要な教訓は、

第2階層の看護師の労働力、そして教育と就職をつなぐパイプラインを最大限生かそうとする国は、その役割の明確化、効果的な規制、資格の取得やキャリア・アップの多様で柔軟な経路を整える必要があるということである。そこには、准看護師が担っている役割を活用する頻度を徐々に増やす、あるいは新しい役割を増やす、さらに上級な役割を設ける、あるいは看護に携わる職業ひとつひとつを個別に検証するのではなく看護業務全体の観点からその役割を検討することで、第2階層の看護師を拡充していく選択肢を見ていくことも含まれる。現実には、役割が不明確であったり、役割を拡充する決定するのに十分な政策根拠がないことがしばしばある。こうした状況において、政策立案者は、他国の経験から教訓を学び、そして時にそれを自国に取り入れる際、リスクと利点のバランスを十分考慮し、慎重に検討する必要がある。

【参考文献】

- 石橋智昭、池上直己（2012）「介護人材をどう確保するか；日本版キャリアパスの検証」雑誌『病院』9月号（医学書院）
- 亀山美知子（1983）『近代日本看護史1—日本赤十字社と看護婦』（ドメス出版）
- 厚生労働省（1953-2011）「保健・衛生行政業務報告」（昭和27年度～平成22年度）
- 厚生労働省（1956）『昭和31年度版厚生白書』（東洋経済新報社）113ページ
- 厚生労働省（1966）『昭和40年度版厚生白書』（大蔵省印刷局）418-419ページ
- 厚生労働省（1991-2011）「賃金構造基本統計調査」（平成13～23年度）<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chingin_zenkoku.html>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2011）「平成23年度衛生行政報告例」<https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001083541&requestSender=dsearch>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2012a）「平成23年度看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」<<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001022606>>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2012b）「平成22年度病院報告」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/>>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2013）「チーム医療推進会議報告書」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002yq50.html>>
- 高木剛（2012）「ドイツにおける Altenpflegehelfer の養成協力ラインラント・プアルツ州の例を中心に」『社会事業研究』51号 101-107ページ

- 高橋眞理 (2012) 『看護学校受験全ガイド'13年版』(成美堂出版)
- 田村やよひ(2009)「准看護師制度を巡る取り組み」『保健師助産師看護師法60年史』(日本看護協会出版会) 270-276 ページ
- 筒井孝子 (2012) 「介護人材における実践キャリアアップ制度構築のための基本的な考え方」 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kinkyukoyou/suisinteam/TF/kaigo_dai2/siryou2.pdf> (2013年2月アクセス)
- 角田由佳 (2012) 「看護職の賃金の現状—『官民格差』の視点からの分析」『病院』第71巻 第5号: 356-361 ページ
- 日本医師会 (2011) 「平成23年医師会立 助産師・看護師・准看護師学校養成所調査」 J <http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20120328_8.pdf> (2013年10月アクセス)
- 日本看護協会 (1995) 『第4版 近代日本看護総合年表』
- 日本看護協会 (2009a) 「第3部 厚生労働省等の看護行政の足跡」『保健師助産師看護師法60年史』保健師助産師看護師法60年史編纂委員会、78-151 ページ
- 日本看護協会 (2009b) 「第4部 保助看法の変遷と看護行政のトピックス」『保健師助産師看護師法60年史』保健師助産師看護師法60年史編纂委員会、270-27 ページ
- 日本看護協会 (2013) 「平成25年看護関係統計資料集」
- 平尾真智子 (2001) 「大正四(一九一五)年制定の『看護婦規則』の制定過程と意義に関する研究」『日本医史学雑誌』第47巻第4号、757-796 ページ
- 文部科学省 (2012) 「平成24年度学校基本調査」 <<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001011528>> (2013年10月アクセス)
- 山田理絵、泉キヨ子、平松知子、加藤真由美、正源寺美穂 (2007) 「臨床看護師の直観と病院、経験年数、職種との関連性の検討」『日本看護管理学会誌』10巻2号 40-47 ページ
- Aiken, L., D. Sloane, L. Bruyneel, K. Heede, P. Griffiths, R. Busse. et al . 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, Early Online Publication, 26 February 2014, doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Chapman, S., W. Dyer, J. Seago, and J. Spetz. 2006. "Can the Use of LPN' s Alleviate the Nursing Shortage?" *American Journal of Nursing*, 106 (7): 40-49.
- Gerritsen, J. 2002. "Enrolled nurses' training scheduled to start in July." *New Zealand Nursing Review*. 2 (10): 1-2.
- Japan Nursing Association (JNA). 2011. *Nursing in Japan*. Tokyo: JNA. <http://www.nurse.or.jp/jna/english/pdf/nursing-in-japan2011.pdf> (2013年10月アクセス) .
- Lassi, Z., G. Cometto, L. Huicho, and Z. Bhutta. 2013. "Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis." *Bulletin of the World Health Organization* 2013;91:824-833I.
- McGillis Hall, L. 2003. "Nursing staff mix models and outcomes." *Journal of*

Advanced Nursing. Volume 44, Issue 2: 217-226.

National Nursing Research Unit, Kings College London. 2007. Points of entry and specialization in nurse education: International Perspectives. *Policy Plus*, Issue no 5. London: Kings College London. <http://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nuru/policy/Policy-Plus-Issues-by-Theme/nurseeducationtraining/PolicyIssue5.pdf> (2013年10月アクセス)

Needleman, J. 2006. "Nurse staffing in hospital: is there a business case for quality?" *Health Affairs* 25 (1): 204-211.

Seccombe I., G. Smith, and J. Buchan. 1997. *Enrolled Nurses: a study for the UKCC*. Report 344, Institute for Employment Studies, December 1997. Brighton: IES. <http://www.employment-studies.co.uk/summary/summary.php?id=344>

Spetz, J. 2014. "How Do Scope of Practice Regulations Affect Demand for LPN's?" University of California, San Francisco.

UNFPA (United Nations Population Fund). 2011. *The State of World's Midwifery 2011: Delivering Health, Saving Lives*. UNFPA, New York. http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/en_SOWMR_Full.pdf (2013年10月アクセス) .