

者に適用される最低賃金法があり、更に短時間勤務を請求する権利が与えられている。このため、高賃金の仕事の一部にもパートタイム就労が広がっており、パートタイム労働者が極端に低賃金の部門に集中するという状況にはなっていない。また、オランダの年金制度は、パートタイムで働いた期間や臨時契約によって雇用が中断された期間が、その受給に不利にならないように設計されている（正木&前田, 2003）。

（４）雇用管理から見た育児支援

（a）出産後の復職状況

「第２回 21 世紀出生児縦断調査」（渡邊博顕, 2004）によれば、出産 1 年前には 73.8%が有職であったのが、出産半年後も仕事をしている人は 24.5%となっており、出産を機に多くの女性が仕事を辞めている。第 1 子出産後も就業を継続したものは、現在も休職中である者が多数で、特に、正社員であったものに育児休業制度利用者の比率が高く、育児休業制度は正社員として働き続けることに対しては有効であるが、パートの場合など継続就業そのものに対する効果はそれほど大きくはない。

欧州諸国の状況を見てみると、フランスでは育児休業が 3 歳になるまで取得可能で、休職、パートタイム、職業訓練、又はその組み合わせによる。フィンランドでは、有給出産休暇は 105 日で、所得保障率が最初の 56 日は 90%で、残りの期間は 70%。有給育児休業は 158 日で、所得保障は最初の 30 日は 90%で、残りの期間は 70%となっている。デンマークでは、有給休暇期間は産前・産後合わせて約 1 年（52 週）であり、母親と父親が合わせて取得することが出来る。育児休業は子供が 8 歳になるまでの間に取得しなければいけない。パートタイムで仕事に復帰した場合には、育児休業はそれに比例して延長することが出来る。さらに 32 週間分の育児休業を 40 週間または 46 週間に延長することも可能で、この場合は所得保障は 32 週間分のみとなる。スウェーデンで、1974 年に出産休暇から親保険という制度に生まれ変わり、出産・育児のために必要な休暇を取る権利を両親に与え、所得保障を行なうものとなった。特徴としては、パパ・クォータ、ママ・クォータと呼ばれ

る各 60 日間の最低取得日数を除けば、両親の間で休暇をシェアすることが出来る仕組み。両親で計 390 日について給与の 80%が保障されており、加えて 90 日間の最低保証額での休暇取得も可能（経済同友会, 2006）。

（b）育児休業制度の取得促進のために必要とされること

ファミリー・フレンドリー施策の日本での導入を「平成 14 年度女性雇用管理基本調査」で見ると、育児休業制度は 61.4%の事業所で規定を持っており、女性の 64.0%、男性の 0.33%が取得しており、事業規模が大きいほど取得率は高い。さらに仕事復帰後の施策として、50.6%の事業所で勤務時間短縮等の措置を導入している。

育児休業が制度として存在していても利用されなければ意味がない。制度が利用されるにはどのようなことが必要だろうか。1992 年の法律施行後、1999 年には 77%の事業所で育児休業制度が導入されている。1999 年の育児休業制度利用率をみると、30 人以上の事業所では、57.9%でそれほど増えてはいない。制度を利用しなかった理由について調査対象者は、「職場の雰囲気」（43%）、収入減となり「経済的に苦しくなる」（40.2%）、「仕事に早く復帰したかった」（25.7%）と回答している。この結果を裏付けるように上場企業が育児休業制度を「問題ない」とするものは、20.7%に過ぎず、「代替要員の確保が困難」（50.6%）、「職場復帰後の代替要員の取り扱い」（41.0%）を問題として挙げている。育児休業制度の充実には、労使ともに「代替要員の確保の問題」がネックになっている。

ところが、規模が大きい企業ほど人材には余裕がみられ代替要員を採用せず、ローテーションでやりくりしている。企業では大きく分けると 2 つの方法、すなわち分担方式（同僚間で求職中の人の仕事を少しずつ仕事を増やす形で分担する）、順送り方式（休業中の A さんの仕事を A さんよりやさしい仕事をやっている B さんへ、B さんの仕事を B さんよりやさしい仕事をしている C さんへまわし、めいめいが順々により高度な仕事に映っていく）、これらを併せたもので対処していた（脇坂, 2002）。

(5)就労促進のための休暇制度(サバティカル制度)

(a)休暇制度の効用

一般の労働分野の研究において小倉は、年次有給休暇の意義・効用として、仕事と家庭の調和、蓄積された疲労回復、ストレス解消、職業能力の再訓練、定年から完全引退までのソフトランディングなどを挙げている。さらに、年休取得のためのファミリーフレンドリー施策の展開や短期の私傷病休暇制度の設置など大胆かつ具体的な方策を提言している(小倉 et al., 2002)。

これまでの「カネ」(報酬)、「地位」(ポスト)、「仕事」というインセンティブから「時間」(休暇)という新しいインセンティブを用意する必要がある(大木, 2005)。

(b)諸外国における長期休暇制度

i) スウェーデン

勤続2年以上の労働者が賃金の68%の手当てを支給されながら最長1年間の休暇を取得できる。移民や障害者などの長期失業者が代替要員となる。2002年2月から2004年10月までの試験期間中1万4,400人が申請約半数が50歳以上、72%が女性、産業別では、55%がヘルスセクターの労働者であった。

ii) フィンランド

ジョブローテーション制度が長期休暇制度の1つとして1996年に導入された。フルタイムの従業員は、90~359日の範囲で休暇を取得でき、この間使用者は代替要員として失業者を雇用する。休暇の用途は制限がなく、休暇期間は、雇用は「凍結」で4500FIN(フィンランド通貨)を限度として失業手当の60%が支給される。1年間に5,500名取得(取得率0.3%)、取得者平均年齢42.6歳、代替要員は若年者で多くの若年者が労働市場に参入できたと評価されている。職種別にみると、教員、医療、看護分野に多い。全体的に女性の取得率が高い。

iii) フランス

サバティカル休暇制度では、用途に制限はなく、期間は、6~11ヶ月、条件として申請時に勤務している企業に3年以上、かつ通算勤務年数が6年以上、当該企業に過去6年間に長期休暇を取得していないことが必要である。企業は、従業員が休暇取得

によって業務に支障をきたす場合には拒否できる。休暇中は無給で、実際はあまり利用されていない。

iv) イギリス

2000年3月から「ワークファミリーバランス」(当初はファミリーフレンドリー)としてキャンペーンが実施されている。父親休暇制度(2週間の有給休暇付与)、出産育児休業(有給)を8週間延長、フレックス勤務請求権の制度化がある。これまでのところ、柔軟な雇用体制に関する評価は高く、①従業員のエンパワーメントを高める、②生産性の向上、③労使コミュニケーションの活発化などが期待できるとしている。

v) ベルギー

キャリアブレイク制度(職業キャリアの中断制度)があり、利用者は企業全従業員の3%と上限が決められており、これまでの利用者数は2,019名(1985)、37,610名(1989)、56,000名(1997)で、公共セクター、女性に多い。代替要員として失業者を雇用する。現在では、民間セクターのためにタイムクレジット制度があり、全従業員の5%を上限としている(前田, 2005)。

(6)労働環境の整備

(a)労働衛生の改善促進

労働衛生を改善していくためには、看護師をとりまく労働環境を正確に把握することが必要である。そのためにはデータを常に収集し把握することが重要となる。「臨床現場での忙しさは看護師に重複した仕事をもたらし、それが医療ミスにつながり、看護師に疲労をもたらし、それがますます医療ミスをもたらす」(坂本, 2005)と言われており、看護業務の改善や業務整理を行うことが重要だと報告されている。

(b)患者からの看護職員への暴力に対するサポート体制の構築

医療における暴力の実態は、非常に把握しづらいものであるが、看護師の危険性が高いことがいえる。研究報告から「暴力の実態はつかみにくいものであるが、ヘルスケアの場における暴力として患者から看護師への暴力があげられ、National Institute for Occupational Safety and Health は病院で働く人は誰でも、暴力の被

害者になるかもしれないが、看護師が一番患者の身近にいるのもっとも暴力を受ける危険性が高い」(安永, 2006)と書かれており、その具体的な構築として安永らは、被害直後の適切な支援の必要性を訴えており、看護師への安全確保と暴力を加えた患者との関係修復も必要であると述べている。

【示唆される課題】

(1)ライフスタイルを考慮した勤務体制

「看護職員は全員が交代性勤務、夜勤をするべきである」という考えから脱却し、ライフスタイルに応じた多様な勤務形態を認めるべきである。そのためには、さまざまな勤務体制を雇用者側から提供し、労働者が選択できるようにすることが必要である。

(2)企業なみのメンタルヘルス対策

医療の高度化、在院日数の短縮にともなう入院患者の重症化により、それに対応しなければならない看護職員のストレスは増加してきている。一方で、「(3)-⑥ 福利厚生充実の充実」の項で後述するように、一般企業に比べ健康管理等の福利厚生に割かれている費用はあまりに少ない。病院職員の健康管理のための専従の保健師を置くなど、一般企業並みのメンタルヘルス対策は必須である。

【新たな提案】

(1)多様な働き方の導入

従来の雇用体制だけでは、今の患者ニーズにあわせることはできない。フレックスタイムの導入は検討すべき課題である。夜勤専従、二交代制と考慮されているが、二人とか三人の看護職員だけに病棟を守らせることをせずに、いろいろな職種を入れるべきである。米国には、夜間のモニターを専門に管理する職種がある。日本の現状は看護職員が排泄介助をしながら、モニターを見ている状況であり、それでは、看護師の過重労働は解消されない。

(2)多様な働き方を認める

看護職員という職業には女性が多く、女性のライフイベントも考慮しなくてはならない。いつでも夜勤できるという人は限ら

れる。女性の生活を認め、それにあった雇用体制を検討することが望ましい。そこで非常勤職員の登用も検討されるべきであるが、正職員と非常勤の待遇・業務量の格差をなくすように調整することが望まれる。

(3)人的資産としての職員の認識

スタッフ(看護職員)が管理者にとって一番の顧客であると認識を持って、職員へのマーケティング(インナーマーケティング)を実施する。人件費・教育費の重要性を認識する。金銭的報酬以外の効果的な内的報酬の選定を行う。

(4)管理者のリーダーシップ

管理者がリーダーシップを発揮して、職員が楽しく働ける職場づくりを実践する。部門間調整を行い、セクショナリズムを改善する。行動や態度によるフィードバックを行い、職務の明確化と感情的支援を行う。

【引用文献】

- 星野桂子(2003). 勤務交代制の現状と変革の可能性. *看護展望*, 28(7), 17-23.
- 経済同友会(2006). 「日本の未来は本当に大丈夫かー改めて問う少子化対策ー」別紙2少子化関連資料集.
<http://www.doyukai.or.jp/policy-proposal/articles/2006/pdf/070411c.pdf>
- 経済産業省(2005). 通商白書 2005.
<http://www.meti.go.jp/report/tsuhaku2005>
- 釘先広光(2000). *トータル人事システムハンドブック*. 人事測定研究所.
- 前田正子(2002). ファミリーフレンドリーな職場と労働組合の役割. *日本労働研究雑誌*, 6月号, No. 503.
- 前田信彦(2005). 特集 長期休暇 欧州における長期休暇制度ーワークライフバランス政策の試み. *日本労働研究雑誌*, 7月号, No. 540, 47-54.
- 正木祐司, 前田信彦(2003). オランダにおける働き方の多様化とパートタイム労働. *大原社会問題研究所雑誌*, No. 535, 1-13.
- 小倉一哉, 岡田佳子(2002). 年次有給休暇に関する調査研究 *労働政策研究*

報告書. 日本労働研究機構. 152.
<http://db.jil.go/cgi-bin/jsk012?smode=dtldsp&detail=F2004010259&displayflg=1>

小倉一哉 (2005). 特集 長期休暇 長期休暇が企業経営に与える影響—因果関係に関する一考察—, *日本労働研究雑誌*, No. 540, 4-14.

大木栄一 (2005). 特集 長期休暇 長期休暇と能力形成, *日本労働研究雑誌*, No. 540, 15-25.

坂爪洋美 (2002). ファミリーフレンドリー施策と組織のパフォーマンス, *日本労働研究雑誌*, 6月号, No. 503

重松節美 (2003). 【雇用の多様化を考える 適正なマンパワー確保のために】雇用の多様化と適正なマンパワーの確保, *看護*, 55 (11), 42-45.

高橋由美子 (2005). 事例 多様な雇用形態の導入 夜勤専従者, 短時間パートの病棟配置, 看護助手の夜勤導入を実施して, *看護*, 57 (1), 56-58.

武石恵美子, 町田敦子, 横田裕子: 少子化問題の現状と政策課題—ワーク・ライフ・バランスの普及拡大に向けて—, 独立行政法人労働政策研究・研修機構 JIPT 資料シリーズ, 8, 2005. 年
<http://db.jil.go/cgi-bin/jsk012?smode=dtldsp&detail=F2004010259&displayflg=1>

渡邊博頭 (2004). 特集ここが知りたい・労働研究 <働くということ>ファミリーフレンドリー施策は出生率を上昇させるか, *日本労働研究雑誌*, 4月号, No. 525, 58-61.

安永薫梨 (2006). 精神科閉鎖病棟における患者から看護師への暴力の実態とサポート体制, *日本精神保健看護学会誌*, 15(1), 96-103.

【参考文献】

前山直美, 北原和子, 斉藤京子 (2003). 看護師の職務満足度と離職の関係 (第1報) 満足度に影響している要因と改善内容, *看護管理*, 34, 136-138.

坂井都美子, 阿部満子 (2003). 特定機能病院における勤務交代制改善の実際, *看護展望*, 28 (7), 24-29.

重松節美 (2003). 雇用の多様化と適切なマンパワーの確保, *看護*, 55 (11), 42-45.

高橋玲子 (2001). 上尾中央総合病院 実践者から 交替制を導入し, 業務改善を実現, *看護*, 53 (13), 50-52.

友納理緒, 阿部俊子, 田中優子 (2003) 看護師の勤務体制のあり方 交替制勤務の改革における障害の明確化, *病院管理*, 40Suppl, 224.

山下恵志子 (2000). スタッフ個々の自主性を高めるシステムを築く事業部制とフレックスタイム制を中心に, *看護展望*, 25 (11), 1217-1222.

吉村喜代子 (2005). 健全経営化への看護部の取り組み, *全国自治体病院協議会雑誌*, 44 (6), 30-31.

c) 一5病院等における看護業務および看護部門の位置づけの明確化
【文献レビュー】

テーマ	キーワード 1	キーワード 2	C i N i i	医中誌	絞込抽出数
病院等における看護業務及び看護部門の位置づけの明確化	看護サービス	質・評価	153	6	2
	看護業務	改革・病院・取組み	2	3	0
看護業務	医療安全の視点		10	6	5
	位置づけ	薬剤師	30	1	0
		位置づけ明確	10	2	2
職場	人間関係・改善	位置づけ	1	2	0
		位置づけ	28	16	4
看護部	位置づけ	7	2	2	
看護組織化			86	3	2
看護	I T化		55	3	2
オーダーリングシステム採用			8	0	0

	看護管理	あり方・見直し	1	0	0
	病床管理		46	9	4
	人事権		2	1	1
	裁量権		40	6	0
	退職	管理	30	6	0

- 検索数：575 件
- 検索エンジン：
医学中央雑誌 Web
- 検索期間：2001～2006 年
- 検出した文献から、研究対象となる文献に絞った理由（方法）：
看護師を対象にした内容 452 件から、継続・離職に関する内容に絞る。

【文献レビューからの知見】

(1)看護部門の位置づけの明確化および強化

(a)看護職の副院長制

看護部門の位置づけを明確化および強化するために、第1に看護職の副院長制がある。組織の改革者として、看護職が経営に参加する。文献からも「師長は、看護部組織の管理者という立場と、病院組織の経営参画者の一人として、病院内会議の委員や役割・権限を与えられ、医師や他部門を動かす役割まで認められている（水口、2005）」という報告や、「看護職の副院長を配置する施設も増え、その結果、病院経営面に良い影響が出ている」という報告もある（山西、2005）。

(b)組織横断的な役割を担う

第2に組織横断的なチームの一員の役割を担うことが重要であろう。「大学病院という大規模組織においては、経営マネージャーとリスクマネージャーの設置、副院長のライン化など組織図の整備とともに、職位とその権限の明確化が急務の目的である」（金井 Pak, 2004）とういことが多く述べられている。

(2)病棟管理者の重要性

(a)人間関係の良い病棟文化の醸成

坂本によるとでは、良い病棟をイメージすることを挙げてもらうと、「相談がある」

「オープンになる」「ナースステーションが楽しい」「定例の飲み会がある」「明るい雰囲気だと病棟に入った瞬間にわかる」等、人間関係に関連するものがほとんどであった。人間関係のよい病棟文化を形成する鍵は病棟の看護管理者が握っている（坂本、2006）。

(3)病院全体としての質の確保

「日本の病院・介護施設では国際規格の品質マネジメント ISO9001 の登録組織が 400 ほどあり、同じく環境マネジメントシステムと ISO14001 の登録組織が 60 ほどある」（日本能率協会審査登録センター、2005）、病院機能評価とならんで、病院が医療の質保証のため、審査をうけることが広がっている。医療の質を保証する認定組織として、日本医療機能評価機構と ISO 品質マネジメントがあるが、ISO 品質マネジメントでは、基準が国際基準となっており、第三者によるマネジメントシステムの審査であり、病院機能評価機構が、5年に1回の間隔に対して、ISO では、1年に1回以上の審査頻度となっている。また内部監査、経営者による見直しが定められているため、長期展望にたった持続的改革・改善が行われることとなる。

【示唆される課題】

(1)看護部門としての経営参画

看護部門として経営参加するためには、看護部のトップとしてだけの管理的立場に着くのではなく、看護職員が副院長の職責についたり、組織横断的な役割を担うことが必要である。

(2)病院全体の質改善

ISO、病院評価機構等を利用することも病院全体の質改善を導く。

【新たな提言】

(1)看護部門としての経営参画

大きく変わる医療制度に対して、患者ニーズに対応するためには、看護師の副院長への登用、横断的活動組織、看護師の勤務体系のスクラップ&ビルドが望まれる。副院長は、小さな専門職集団と病院全体の集団との接点となるようにし、何をすべき

かというビジョンを持ち、病院全体の経営に参画する。看護師のトップが副院長になったということは、現場の看護師も、自分たちも対等に経営に参加しているという気持ちを持つことができる。これからは部門を越えて他の職種と一緒にやっていかななくてはならない。また、副院長として認められるよう、看護部のトップとして認定看護管理者制度における「認定看護管理者」の取得、医師も多く参加する病院管理学会、医療マネジメント学会等への積極的参加などの努力が必要であろう。さらに、組織横断的な役割を担うリスクマネージャーの登用や、多職種からなるNSTの活動促進、看護部門を超えた専門看護師、認定看護師〔がん(がん化学療法看護、がん性疼痛看護)、創傷・オストミー・失禁(WOC)、重症集中ケア〕の積極的活用が必要であろう。

(2)多職種との連携強化

他の職種と一緒にする能力、両者を組んでアウトプットがこれから期待するところである。異種混合という世界が看護職員の成長を高める必要がある。特に効率化については、業務が重複している現状があるため役割を明確にし、重複業務という「ムダ」を省く必要がある。また、業務等の改善の前には、他職種、看護職員同士含め「人間関係」に配慮することが必要である。

(3)IT化の導入

ITを導入する。そのためには、業務整理が必要である。さらにITの導入後、業務のムダを省き、患者へのケア時間も延びていることから、積極的に導入の方向を検討すべきであろう。

【引用文献】

- 金井 Pak 雅子(2004). 大学病院における組織改革 看護管理学の立場から. 東京女子医科大学雑誌, 74 (6/7), 300-304.
- 水口艶子(2005). 変わる看護師長の役割 今, 病棟が直面する課題とは?. ナーシング・トゥデイ, 20 (4), 68-69.
- 日本能率協会審査登録センター(2005). 看護業務の質向上に役立つISO, 看護展望 30 (7), 786-791.
- 坂本すが(2006). 打たれ強い看護師の育て方と管理者の心得. ナースマネジャー, 8 (4), 6-10.
- 山西文子(2005). 看護部の動きが生む病院改革 看護の質向上が支える病院経営の健全化 看護部組織活性化の発案. 看護展望, 30 (5), 570-573.

c) -6福利厚生の実

【文献レビュー】

キーワード	検出数
福利厚生	29
法定外福利費	0
リフレッシュ	103
休職	121
復職	533
宿舎	21
復帰支援	71
育児	7,250
延長保育	5
病児	344
夜間保育	6
メンタルヘルス	4,915
介護	23,228

※検出数は医学中央雑誌の件数

●検索エンジン名:

医学中央雑誌、労働政策研究・研修機構の検索エンジン

●検索条件の出版年: 2001年~2006年

●検出した文献から、研究対象となる文献に絞った理由(方法):

労働政策研究・研修機構の検索エンジンを利用し、「福利厚生」「育児」「介護」「メ

メンタルヘルス」、各々のキーワードに関するランダム的文献を抽出した。さらに医学中央雑誌を利用し抄録を読んだ上で看護職員の福利厚生について取り扱ったものを抽出し、関連基礎統計資料を加え、計 28 文献となった。

【文献レビューからの知見】

(1)福利厚生全般について

福利厚生の有様は、日本の経済状況を含む労働環境や労働者の価値観などに合わせて大きく変遷してきている。福利厚生に関する変遷を概観したうえで、今後、看護職員を確保するために有効な福利厚生体制の再構築の検討をしていく。しかしながら医療施設における福利厚生について捕捉するための資料は稀有である。

企業における総人件費は主に給与、賞与、退職金、そして福利厚生に分類される。福利厚生費についての全国規模の調査報告には、唯一毎年報告されている日本経済団体連合会の「第 50 回福利厚生費調査」(日本経済団体連合会, 2007) と厚生労働省による「就労条件総合調査」(厚生労働省大臣官房統計情報部, 2008) がある。これらの調査では福利厚生費は社会保険料等のうち企業が負担した費用である「法定福利費」と企業が任意に行う福祉施策に要する費用である「法定外福利費」から構成されている。

日本経済団体連合会では「法定福利費」は、以下の各費用の事業主負担分をいう。①健康保険料②介護保険料③厚生年金保険料④労働保険料(雇用保険、労災保険)⑤児童手当への拠出金⑥船員保険料⑦法定補償費⑧石炭年金基金である(<http://www.keidanren.or.jp>)。厚生労働省の調査による「法定福利費」にはこれに⑧身障者雇用納付金加わる。ただし医療施設が支払う「法定福利費」はここから⑥船員保険料⑧石炭年金基金を除いたものとなる(<http://www.mhlw.go.jp/>)。

厚生労働省の報告では平成 18 年度の常用労働者 1 人 1 か月「法定福利費」の全産業の平均値は 46,456 円、医療・福祉産業は 24,515 円と医療・福祉産業の「法定福利費」の低さが目立つ。とりわけ「労災保険にかかる額」は全産業の平均が 2,275 円であるのに対し、医療・福祉産業と 1,007 円と半

分以下と低い(厚生労働省, 2007)。企業における福利厚生制度は労働者が企業を選択する際の重要な要件であるにもかかわらず、医療・福祉産業の「労災保険にかかる額」が低額である理由を説明しうる文献は見当たらないが、労災認定件数の違いが推測され、医療施設では、あえて労災とせずに自施設で手当てをして治療を済ませてしまうことが考えられる。

「法定外福利費」は法定福利費が事業を運営していく上で適用される社会保険制度や労働保険制度に対する事業主負担としてではなく、事業者が任意に行っているものである。「法定外福利費」の項目は①住居関連(住宅、持家援助)、②医療保健に関する費用(医療保健衛生施設運営、ヘルスケアサポート)、③ライフサポートに関する費用(給食、購買、ショッピング、被服、保険、介護、育児関連、ファミリーサポート、財産形成、通勤バス、駐車場、その他)、④文化・体育・娯楽に関する費用(慶弔金、法定超付加給付)、⑤共済会、⑥福利厚生代行サービス費、⑦その他から構成されている(日本経済団体連合会, 2007)。

厚生労働省の調査によると、平成 18 年度の「常用労働者 1 人 1 か月平均法定外福利費」は 9,555 円、産業別にみると医療・福祉は 3,772 円(厚生労働省, 2007)である。これらのデータは医療施設における「法定外福利費」は平均の半分以下であることを示しており、医療施設における「法定外福利費」の実態がいかに脆弱であるかを浮き彫りにしている。

福利厚生の重点施策は、近年、自前の社宅・独身寮・保養所といった「ハコもの」からの脱却傾向がみられ、代わって育児、健康、メンタルヘルス、医療、自己啓発、自己投資支援などの「ヒトもの」へのシフトを厚生労働省の「就労条件総合調査」(厚生労働省, 2007)は示している。この背景にはバブル崩壊以降、長く続いた景気後退の過程で多くの日本企業は内部コストの縮減を余儀なくされ、同時に少子高齢化の進展に伴う法定福利費の持続的上昇が重なり、法定外福利費を抑制しようという動きが広がったためと推察される(西久保浩二, 2006)。また「ヒトもの」は比較的成本も低廉であり、業務遂行や労働生産性と直接

的な関連性が明確な領域とされている(厚生労働省, 2007)。加えて、人々の生涯生活と不可分な関係にある福利厚生に期待される領域はこれまでになく広範にわたってきている。そうした現状を反映して、近年ではカフェテリアプランの導入や、福利厚生の代行を委託する企業が増加傾向にある(日本経済団体連合会, 2007; 西久保浩二, 2006; 労務行政研究所, 2000)。しかしながら医療施設における「法定外福利費」の実施内容や利用状況についての実態調査を行ったものは少なく、その動向は把握しにくい状況がある。

終身雇用・年功序列的処遇の希薄化、成果主義への傾斜、非正規従業員雇用の拡大、総額人件費の抑制など、労働環境は変化しつつある。これら傾向は医療施設においても見受けられるようになってきた。重ねて2003年には、保険料算定が総報酬性に切り替わり、年金物価スライド率がマイナス0.9%になったこと、医療費の3割負担、失業給付日数の縮減など、法定福利費関連諸制度にとって転換期となった。このような中で労働者生活に影響を与える福利厚生は大きな影響を受けている。

さらに少子高齢化に突入した現在、社会保障制度の将来展望は不透明となっており、これが福利厚生に与える影響についても検討する必要があるだろう。社会保障審議会の「今後の社会保障改革の方向性に関する意見」(2003)では、「現在の子どもたちが高齢者となる21世紀半ばにおいて社会保障制度の持続可能性が確保される」ために、全体的に社会保険料の負担増大と給付抑制を強調している。これは福利厚生にも影響を及ぼす。日本経済団体連合会の「福利厚生費調査」(2001)では、法定福利費は現金給与総額の12.2%だが、意見書の見込みどおりに推移すれば2025年度には18.3%になる。これは2001年度の「法定福利費」と「法定外福利費」の合計額が現金給与総額に占める割合(17.1%)を上回る「法定福利費」の上昇は当然「法定外福利費」の抑制へのインセンティブとなると予測されている(近江, 2004)。

(2) 休暇

看護職の休暇取得状況、休暇の効用に関

する文献は少ない。横山は、1施設において職場の満足度を調査し、対象者50名中9割が休暇の取得しやすさに不満を示している(横山, 2004)。宮本は、公立大学病院に勤務する294名の看護師(平均年齢32.7歳)を対象に調査を行い、年齢が高く疾病を有していても仕事を調整したり、休暇を取ることが相対的に少ない結果から労働力を長期的に維持していくためのセルフマネジメントの視点を掲げている(宮本&奥井, 2004)。

(3) 出産・育児

近年男性看護師が増加しているが、看護職員の大半は女性で占められており、95.8%が女性である。この割合は3年間で0.4%減少しているが、人数で見ると約68万人から約73万人へと増加を示している(厚生労働省, 2004)。このように女性が多い看護職の労働供給を確保するうえで、女性特有のライフイベントにおいても女性の生活の保障は肝要な問題である。これは男女共同参画会議の「ライフスタイルの選択と税制・社会保障制度・雇用システムに関する報告書」においても、ライフスタイルの選択に中立的な制度・慣行の構築が重要であると提言されている。ここでいう制度や慣行の構築は、福利厚生によって支えられるものも少なくない。

日本看護協会の調査により、若年層看護職員が最初の職場を離職した主な理由は「出産・育児」が23.5%と報告されている(日本看護協会, 2006)。前田らによると、N県において、妊娠している看護職を支援する措置や制度の普及率は、夜勤・当直免除(89%)、夜勤・当直軽減(64%)、つわり休暇(43%)、検診休暇(42%)、勤務軽減(38%)、配置転換(35%)、勤務時間調整(16%)であった。夜勤・当直の減免措置を全く持たない病院が12%存在した(前田 et al., 2001)。また日本医療労働組合連合会の調査によると、妊娠時に保護・支援措置を全く受けていないと回答した看護職員が25.8%にもものぼり、夜勤・当直免除を受けたものは48.2%にとどまっている(日本医療労働組合連合会, 2005)。国立大学病院の看護職員へのアンケートでは妊娠・出産の経過において「切迫流産などの異常があっ

た」とするものが、2000年度54.1%となっている(全国大学高専教職員組合病院協議会, 2001)。

さらに医療労働者の場合、妊娠中の母体に悪影響を与える要因として、抗がん剤の取り扱い、身体的付加(重量物、立位、振動等)、溶剤等の化学物質、長時間労働、感染性ウイルス等があげられている。自然流産の研究においては、性器出血は看護師に多く、母体要因としての疲労の占める割合は看護師では44%に上り、主婦や他の職種に比べて高いとされている(上田 et al., 1994)。医療労働者は出産休暇が短く、早期産が多いことも提示されている(Ortayli, N et al., 1996)。また妊娠・分娩に関連する疾病に罹患し、休業する相対危険度は看護師でない人よりも看護師のほうが2倍近く高い(天野松雄, 1998)ことが示されていることも注視すべきデータである。

「女性の仕事と家庭生活に関する研究調査」報告では、育児休業制度は女性の就業継続を促す効果があり、育児休業制度が仕事と育児の両立支援策として有効であることを示している。ただし育児休業制度単独では、出産後の就業継続を促進する効果が期待できず、複数の支援策が組み合わせられることで就業継続が高まることが確認されている(労働政策研究・研修機構, 2006)。短時間勤務制度・フレックスタイム制度、事業所内保育所などは、子どもを持つ女性自身も望んでおり、こうした支援措置の整備は出産後の就業継続に効果的だと考えられている。看護協会の調査(日本看護協会, 2006)においても、子育て支援策を充実させた施設は全体の44.2%であるが、その内72%は実際に定着に役立ったと回答しており、一般女性同様に看護師も育児支援体制は就業継続意識に影響するものと推察される。このように育児支援策により就業継続という明瞭なアウトカムが提示されているにも関わらず、十分に育児支援策がとられていない状況がある。たとえば、2004年に改正された育児・介護休業法では「短時間勤務制度」「フレックスタイム制」「始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ」「労働者が利用する介護サービスの費用の助成その他これに準ずる制度」の4つの措置のうち、少なくともいずれか一つは講じるべきことを定

めているが、これに違反する事業所が5割を超えるという問題状況が報告されている(労働政策研究・研修機構, 2005)。看護職員は希望する期間、育児休業を取得できていないと報告している文献も散見される(労働政策研究・研修機構, 2005; 鈴木, 2004; 高橋純子, 2002)。看護協会の調査によると1999年、出産者に対する育児休業取得者比率は85.5%であり、平均育児休業期間は8.1ヶ月であった(日本看護協会, 2006)。また太田らは、産休および育休の取得状況の所属機関による違いを調査している。この調査により、出産当時、診療所に所属していた看護職の産休および育休の取得状況は、他の医療施設と比べて有意に低いことが示されている。保助看護の4つの資格の中では准看護師の産休、育休の取得率が有意に低いことも提示されている(太田 et al., 2001)。

就学前の末子がいる看護師は、疲労が顕著に強いという調査結果が報告されている。その理由として、家事生活時間が多く、睡眠時間や社会的文化的生活時間の少なさが疲労感に影響していると考察されている(藤内, 2004)。日本においては労働時間が雇用主によって厳格に指定され、労働者が自由に選べない問題が指摘されている(早見, 1996)。看護協会における就学前の子どもがいる看護職を対象とした調査によると、施設内保育所があるとしたものは41.6%、病児看護休暇を取得できた人は18.1%であり(日本看護協会, 2006)保育体制の不十分さが指摘されている(本間 et al., 2002; 畑瀬 et al., 2004; 野村 et al., 2003; 内海, 2005; 石倉 et al., 2002)。保育園待機児童数は大都市に2.5万人いることから、育児環境整備の遅れがうかがえる(労務行政研究所, 2000)。特に子どもの急病時に保育体制がないこと、夜勤時の保育体制の不備は切実であり、夜間就業者の育児は身内中心で行い社会的な制度の利用がほとんどみられないという(本間, 2002)。また就学した後、子どもが「ひとりでお留守番」をしなければならない状況が報告されており、学童のための手厚い保育体制が求められている。看護職員である母親には「保育所に子どもが適応できない」一緒に朝食をとれないことにより子どもへの「食習慣への影

響」を心配している者の存在が報告されている(畑瀬, et al., 2004)。産休後に復職した看護師は「育児をしながら、夜勤や残業をこなしていけるか(60.3%)」、「子どもの病気のときなど、上司や同僚の協力が得られるか(62.7%)」といった不安を抱えている(野村 et al., 2003)。さらに働く一般女性と看護師の子育てを比較した場合、看護師のほうがより両立葛藤が強いことが示されている(畑瀬 et al., 2004)。地方群と都市部群では、子どもの数や家族形態の違いがあり、地域により求められる社会的なサポートに差異があることが示唆されている(石倉 et al., 2002)。

(4) 介護

要介護高齢者の増加により、在宅介護の比重はいちだんと高まるものとされている。2004年、介護を要する家族がいる看護職員は10.9%であった。また家族の介護を理由に退職している人は全体の2.07%である(労働政策研究・研修機構, 2006)。今後、要介護高齢者の増加、また療養病床の廃止による在宅ケアへの移行などを見込んだ場合、介護をしながら勤務する看護職員の数も増加は避けられないだろう。

(5) 健康管理

全職種の業務上の疾病罹患患者は02年に7502人発生し、腰痛等の筋骨格系疾患が年間5000人近く発症している(近江谷, 2006)。先にも述べたように医療職者の「労災保険」の水準は低い。労働基準法や労災保険法による補償である「労災保険」に加えて、事業主が独自に支給する法定外労災補償がある。この法定外労災補償の捉え方についてはさまざまな意見が言われているが、法定外労災補償は「弔慰金」「見舞金」であり、労災保険の水準の遺憾に関わらず支給されるべきという考えが妥当だろう。

目標管理制度(成果主義)、退職金制度の変更等、医療高度化への対応、医療訴訟問題など、看護職員を取り巻く職場環境は厳しさを増しており、このような状況の中でメンタルヘルス不全、特に「うつ病」で休職する社員が増加している。そして自殺数の増加に伴い2006年6月には自殺対策基本法が成立し、国をあげて「メンタルヘルス

対策」がとられるようになった。「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」では「心の健康づくり計画」に基づいて4つのケアの継続的計画的な実施を推進するとしている。4つのケアとは①セルフケア②ラインによるケア③産業保健スタッフによるケア④事業場外の専門機関によるケアをいう。看護協会の調査においてもこの傾向は示唆されており、健康上の理由(精神的)による離職者が増加傾向にあると回答した施設が29.1%に上ると報告されている(日本看護協会中央ナースセンター事業部, 2006)。そういった背景からメンタルヘルスは生産性管理に直結する問題への対応として経営的な必要性が高いものであることが明確な認識となりつつある(労務行政研究所, 2000)。また、法定外福利費の大幅削減が行われていない企業では、ストレスありの割合は56%と低く、職務満足は高い。逆に大幅削減が行われている企業ではストレスありの割合は66%と高く、職務満足が低いという結果が現れている(人事・労務管理研究会労働環境ワーキンググループ, 1999)。

看護職員のメンタルヘルスに関しては、地方都市総合病院でGHQ-30を用いて調査した結果がある。2交代・3交代間で精神健康度に差はなく、健康良好度と関連する要因は「既婚」「同居家族有」「子を有する」「臨床経験10年以上」など、物理的・情緒的支援の有無であった(大関, 1997)。一方、既婚者では、労働時間の長さや抑うつが強く関連しており、仕事と家庭の多重役割も影響を与えていると推察され、20、30歳代では関連性が見られず、40、50歳代では労働時間が長い者が抑うつが有意に強かったとされている(中尾 et al., 2006)。

新卒看護師に限定すると入職後3ヶ月の時点で約8割に「不安と不眠」の症状が認められ、約7割に「離職願望」がある(水田 et al., 2004)。また、上司からの支援の少ない新卒看護師は、活気が有意に少なく、身体愁訴が有意に高くなったことが示唆されている(T. Kageyama, 2001)。また全年代の看護師を対象とした調査では不眠の有病率は29.2%であり、同世代の女性に比べて3~4倍高く、不眠者の23%が睡眠薬を使用している(鈴木, 2005)。腰痛がある群と、

腰痛がない群を比較したところ腰痛がある群で有意に抑うつが強いという報告もある(長谷川, 2003)。

しかしながら 225 施設における看護職員へのメンタルヘルスの取り組みの実態調査ではメンタルヘルスシステムがあると回答したのは 144 施設 (56.5%) であり、現段階では十分に整っているとはいえない(布内 et al., 2006)。日本看護協会の調査においても「メンタルヘルス対策としての相談体制整備」をしている施設は、8.7%に過ぎないことが示された(日本看護協会, 2006)。

(6)自己啓発支援(動向)

自己啓発支援は、今度の福利厚生にとって重要な施策になると見る向きが大きい。日本経済団体連合会の「経営労働政策委員会報告」(2003)では、「個別企業の関心は、いかに付加価値の高い働き方を引き出す人事・賃金制度を構築するかにある」と記述されており、こういった戦略のとり方は、医療施設の雇用者たちにも波及しつづけると思われる。看護職員の場合は、進学を理由に退職する割合が 29.4%と高い。休暇制度や教育費用負担などを福利厚生により整備することが、最終的には看護の質向上に繋がるものとみられている。また自己実現を達成することで離職対策としても有効と思われる。

【示唆される課題】

(1)法定外福利費

医療施設における「法定外福利費」は非常に低い。それは医療従事者が非常に粗末に扱われている実態が反映されていると考えられる。他分野よりも極めて低い福利厚生費が、看護職員の労働内容に見合わない判断されれば、人材が他分野に流れる可能性がある。

医療施設としては、限られた費用で、いかに個人のニーズに合致し、なおかつ公平性が高い福利厚生を提供していくかが課題となっている。また、医療・福祉産業では労災保険にかかる額が低い、なぜ労災保険にかかる額が低いのかを客観的に明らかにすることが課題であろう。

(2)妊娠・出産

看護職員の妊娠・分娩における疾患の罹患率が高いことが明らかになっている。反面、妊娠期の看護職員への減免措置は施設による格差があることも示されている。よって、どの医療施設であっても、夜勤の免除をはじめとした措置を講じ、安心して出産できるような雇用体制を早急に整える必要があるだろう。現在もなお、看護職員の産休・育休の取得状況は 85.5%にとどまっており、特に診療所勤務者と准看護師は出産・育児に伴う何らかの支援措置を得ることが困難な状況にある。育児・介護休業制度の規定を設け、明文化および明示することが、育児と仕事の支援策において最重要課題である(労働政策研究・研修機構, 2006)。種々の育児制度の整備と利用拡大が図られなければ、実質的に育児と仕事の両立は困難である。看護職員は夜勤を行うものが多いため、特に延長保育や夜間保育といった夜勤時にも対応できる手厚い支援整備が課題となる。出産・育児・介護に関連した支援制度の実施状況の基礎資料となる研究を積み重ねることも今後の課題である。看護職員の健康管理に関する福利厚生について、各々の組織の実態は明らかになっていない。医療現場特有の危険な環境に即した方策が希求される。

(3)メンタルヘルス

医療者自身のメンタルヘルスマネジメントが十分に実施されていない状況が浮き彫りになっている。またメンタルヘルスシステムと一言でいっても施設によりそのシステムは多様であり、一定の水準を保てるような取り組みが必要だろう。

(4)自己啓発支援

労務研究所の「新福利厚生ハンドブック」によると、自己啓発支援と福利厚生の接点はこれまで積極的に評価されてこなかったきらいがあることが指摘されている。自己啓発支援の費用は単独では集計されたことがない。そもそも自己啓発支援が、そもそも何を指しているのか合意も十分ではない。自己啓発・生涯学習といっても範囲は極めて広く、各種の調査においても定義は漠然としており、職業に直接役立つものから、教養・個人的な趣味、健康づくり、ボラン

ティア、旅行なども含まれる。自己啓発支援の実態は不明瞭ながらも、医療施設では医師の学会出席に対する援助（休暇・費用）が優先され看護職への支援は看過されやすく、今後、福利厚生にて対応されることが望まれる。

【新たな提案】

(1)福利厚生費の充実

何よりも福利厚生費にあてる金額を充実させることである。これは、福利厚生による付加給付の配分方法が、多くの場合、職場や個人の成果・業績との直接の関係を持たず、成果主義が入り込む余地がないという点からも、充実させる意義がある。現在風靡している成果主義では評価しきれない側面を属人的な尺度を基準とした福利厚生に諸給付で報いることに意味があると考えられる。

また福利厚生費のどの項目に、どのようなニーズがあり、実際にどの程度利用されているのかという継続的な調査が必要であろう。加えて医療・福祉関係者が本当に労働災害に見舞われることなく健康に労働ができてきているのか、あるいは労働災害認定が降りにくい実態があるのかを明らかにする必要がある。特に、針刺し事故、放射線被曝など医療職員特有の労働災害を特定し、対策を講じる必要があるだろう。

HPによる福利厚生情報の提供を行うなど、利用のしやすさを促進するような取組みが望まれる。それと同時に各々の組織の福利厚生についての情報を公開すべきである。

(2)非常勤職員の福利厚生

雇用体制の変化にともない、今後、非常勤看護職員が増加する可能性がある。非常勤看護職員の生涯設計を安定したものにするためにも、手厚い福利厚生が期待される。

(3)低コストの福利厚生制度の選択

低コストで充実した福利厚生制度を確立するというのも重要な視点である。アウトソーシングの利用範囲を拡大することでコスト削減を図るというのも一案であろう。同時に何社かのアウトソーシング会社のサービスや価格を比較して、必要に応じて委託会社の変更が必要となる。

(4)夜勤への配慮

夜間の通勤をしなければならない看護職員の安全確保と通勤による負担を軽減する目的で、駐車場の整備が望まれる。

(5)福利厚生情報の開示

上記のように福利厚生を充実させたいうえで、各医療施設は自施設の福利厚生について職員に説明を行い制度利用の活性化に努めるべきであろう。看護職員自身が就職活動の時点から、対象組織がどのような福利厚生制度と運用実績をもっているのかを確認することは、組織がより充実した福利厚生制度を構築するためのインセンティブとなるだろう。

(6)育児支援体制

育児支援体制は家族環境や地域環境によってさまざまであり、家族や地域社会の支援環境と相乗的に効果を高めるよう施設の両立支援策を拡充することが重要である（労働政策研究・研修機構、2006）。妊娠期のつわり休暇、検診時の休暇、産前・産後の休暇、特に夜勤を行っている看護職員には夜勤の免除などより充実した支援策が求められる。また出産を終え育児期間に移行した後、日中の院内保育所の整備はもとより、夜間保育やベビーシッターの充実は不可欠だ。『育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律』では小学校就学の始期に達するまでの子どもを養育する労働者が夜勤免除を請求した場合、深夜の労働をさせてはならないことが定められており、この法律を実効できるよう事業者は努めるべきであろう。さらに子どもが病気になったときの対応策として子の看護休暇の取得のしやすさ、病児保育は特に拡充が望まれるところである。

さらに職場に搾乳場所や搾母乳の冷凍場所の確保といった、子育てに関する葛藤の軽減を図るための配慮も必要だろう。また育児中の看護職員の駐車場は、病院入り口や院内保育の近くに確保し、育児に関する負担軽減にも努めたい。子どもが入学した後であっても保育施設は必要であり、学童を安全に預けられる場所の設置運営が求められる。地方自治体では、地方自治体が経

営する病院の処遇・福利厚生を充実させるだけではなく、自治体病院の保育所を開放するなどして、地域にある病院の看護職員が働きやすくするための支援環境を生み出す施策の展開が望まれる。これら施策を通して地域・医療施設におけるファミリー・フレンドリー化に期待したい。

(7)介護支援

また家庭に要介護者がいる職員に対しても、介護休暇の取得を明文化するとともに、勤務時間の調整といった働きやすい環境づくりが必要である。職員みずからが家族を介護するだけでなく、介護に関する社会資源を使用できるために、福利厚生の範疇から介護費用を支給するというのも一案と思われる。

(8)健康管理対策

健康管理対策として、インフルエンザや肝炎の予防接種は、患者・家族への感染を極力回避する目的からいっても、費用も含め施設が負担にするのは当然の処遇であろう。またセクションに応じて、看護職員にたいしても放射線被爆量チェックをはじめ、職業に起因する健康被害に対する鋭意努力が求められる。また、腰痛は抑うつの原因因子にもなりうるため、腰痛予防のための施策、例えばマッサージチェアなども一案であろう。さらに休憩時間に休養確保できるように、休憩場所、仮眠室の質的量的確保は必須である。さらに、人間工学的に開発された靴は、疲労等、身体的負荷を軽減することができるかとされている。ユニフォームについてもスカートに限定せず、動きやすく通気性などに優れたものを支給など、具体的な物品でも支援することが可能である。

(9)メンタルヘルス対策

メンタルヘルス対策としては、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(厚生労働省、2000)を参考に、それぞれの職場に合わせた取組みが必要であろう。福利厚生面の観点からは、定期健診時の問診を充実させたい一方で、さらに臨床心理士、精神科医、リエゾンナースとの連携の有効性が言われている。2006年度8月よりはじ

まったメンタルヘルス・マネジメント検定資格取得者を配属するといった対応も考えられる。また、院内ではかえって相談しにくく、専門家へのアクセスが遅れる可能性があるため、専門医療職および従業員支援プログラム(Employee Assistance Program)の外部委託の併用が期待される。

(10)効果的な福利厚生施策

企業(医療施設)が提供する自己啓発、福利厚生施策として、意味のある自己啓発とは何かという点から検討されなければならない。とりわけ看護職員の場合は、専門看護師、認定看護師を雇用することの費用対効果を実証されはじめており、こういった資格取得の支援の意義を明確にしていく必要があるだろう。その上で十分な支援策の方策を実施することで、組織における生産性のみならず、労働者にとって魅力のある職場であり続ける必要がある。

【引用文献】

- 藤内美穂, 藤内修二(2004). 交代制勤務の看護師における生活時間構造と疲労末子年齢別による分析. *日本公衆衛生雑誌*, 51(10), 874-883.
- 長谷川浩子(2003). 看護職者の主観的腰痛の訴えと職業性ストレスについての考察. *日本看護管理学会誌*, 6(2), 20-26.
- 畑瀬智恵美, 鈴木敦子, 結城佳子, 舟根妃都美, 加藤千恵子, 伊東道子, 寺山和幸, 佐藤とも子(2004). 看護職の産前産後休暇・育児休業後の配置転換の実態とストレスに関する調査研究. *第35回日本看護学会集録(看護総合)*, 231-233.
- 早見均(1996). 看護労働供給と労働時間の制約—既婚女子の労働供給行動との比較—漆博雄編著. *看護労働市場の経済分析*. 25-40.
- 本間千代子, 中川禮子(2002). 看護職における家庭と仕事の両立葛藤—看護職と働く一般女性との比較—. *日本赤十字武蔵野短期大学紀要*, (15).
- 石倉武子, 岸田泰子, 矢田昭子, 宮崎康二, 山口雅子(2002). 看護職者の育児支

- 援に関する研究 (第1報) 地方と都市部の看護職者の育児状況. *島根医科大学紀要*, 25, 17-22.
- 人事・労務管理研究会労働環境ワーキンググループ(1999). ホワイトカラー職場におけるストレスコントロールの必要性について
http://www2.mhlw.go.jp/kisya/daijin/20000809_03_d/20000809_03_d.html
- KageyamaTakayuki. (2001). 急速に回転する交代勤務制の日本人看護婦の不眠のリスク因子に関する横断調査. *Journal of Human*, 30 (1), 149-154.
- 厚生労働省(2000). 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針. http://www2.mhlw.go.jp/kisya/kijun/20000809_02_k/20000809_02_k.html
- 厚生労働省(2004). 平成16年度衛生行政報告例
<http://wwwdbtk.mhlw.go.jp/>
- 厚生労働省(2007a). 平成18年就労条件総合調査 第28表: 産業、企業規模、常用労働者1人1ヶ月平均法定福利費
<http://wwwdbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/data-rou8/data18/shuro-h18-30.xls>
- 厚生労働省大臣官房統計情報部(2008). 就労条件総合調査 平成19年版. 労務行政. 2008.
- 前田樹海, 太田勝正, 雨宮多喜子(2001). 看護職の妊娠にかかわる支援措置と妊娠・分娩異常の実態—N県内全病院の看護管理者を対象とした調査より—. *日本看護科学学会学術集会講演集*, 21, 337.
- 宮本千津子, 奥井幸子(2004). 病院看護師の労働能力の実態とマネジメント上の課題. *岐阜県立看護大学紀要*, 4(1), 20-25.
- 中尾久子, 川口貞親, 奥田昌之, 渡辺恭子(2006). 女性看護職の精神健康と労働時間の関連性—キャリア継続支援のために看護管理についての検討. *九州大学医学部保健学科紀要*, 7号, 51-59.
- 日本医療労働組合連合会(2005). 看護職員の労働実態調査 第1次中間報告.
<http://www.irouren.or.jp/jp/old/pdf/051110.pdf>
- 日本看護協会(2006). 看護職員確保問題に関する基本的考え方.
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/teigen/2006pdf/kangokakuho.pdf>
- 日本看護協会中央ナースセンター事業部(2006). 2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書. 日本看護協会. 2006
- 日本経済団体連合会(2007). 第50回福利厚生費調査結果の概要.
<http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2007/004.html>
- 日本経済団体連合会経営労働政策委員会(2002). 経営労働政策委員会報告 2003年版. 日本経済団体連合会. 2002
- 西久保浩二(2006). わが国の福利厚生制度を巡る環境変化と今後の方向性. *生涯総合福祉*, 695, 10.
- 野村幸子, 脇田満里子, 妹尾美紀, 江南宣子(2003). 看護職として働く母親の育児における困難と対処. *広島県立保健福祉大学誌、人間と科学*, 3(1), 71-82.
- 布内美智子, 多治見佳代子, 樋口和代, 尾上淳子, 本間美幸(2006). 組織におけるメンタルヘルスの取り組みの実態調査. 第36回日本看護学会論文集(精神看護), 211-21.
- 太田勝正, 前田樹海, 真弓尚也, 八尋道子(2001). 出産・育児の看護就業継続への影響について(第2報)資格別・所属機関別の産休・育休取得状況の差について. *日本看護研究学会雑誌*, 24(3), 199.
- 大関浩美(1997). 看護職者の交代制勤務とメンタルヘルスに関する研究. *産業衛生学雑誌*, 39巻臨増, s458.
- Ortayli N, Ozugurlu M, GokcayG. (1996). Female health workers. an obstetric risk group. *Int J Gynaecol Obstet*, 54(3), 260-270.

近江谷栄樹 (2004). 新福利厚生ハンドブック. 労務研究所. 2004.

労働政策研究・研修機構 (2005). 介護休業制度の導入・実施の実態と課題—厚生労働省「女性雇用管理基本調査」結果の再分析—労働政策研究報告書. 21.

労働政策研究・研修機構 (2006). 仕事と育児の両立支援—企業・家庭・地域の連携を—労働政策研究報告書. 50.

労務行政研究所 (2000). 2000年版福利厚生事情. 労務行政研究所. 2000.

鈴木杏名 (2005). 新卒看護師の職業性ストレス簡易調査票の分析—早期離職を防ぐには、病体生理. 39 (2), 31—39.

鈴木千春 (2004). 当院女性看護師の家事・育児負担と労働条件の実態. 鳥取赤十字病院医学雑誌, 13, 47—48.

高橋純子 (2002). 看護職が職業を継続するための要因—人生の転機と労働上の諸条件の関連について—. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 27.

上田公代, 坂本由紀子, 田島朝信 (1994). 自然流産の要因と労働の関係特に看護労働との関係. 母性衛生, 35 (2), 203—206.

内海恵子 (2005). 働く母親の復職時期と職場環境に応じた母乳育児支援—母親と事業所への調査から. 香川労災病院雑誌, 11, 57—60.

横山利枝 (2004). 看護部内の活性化を阻む原因についての調査研究—師長・主任・中堅の実態調査. 看護実践の科学, 29 (12), 72—76.

全国大学高専教職員組合病院協議会 (2001). 国立大学病院看護職員アンケート調査結果報告.
<http://www.zendaikyo.or.jp/siryou/01-2kangoanketo.pdf>.

【参考文献】

天野松雄 (1998). 看護婦の妊娠と疾病休業の現状
<http://www.ne.jp/asahi/amino/matsuoh/chap4/chap409.htm>

今井保次, 木下敏, 富田積子, 原谷隆史, 松本真作, 森崎正毅, 横山敬子, 大塚泰正,

田中健吾 (2001). 調査研究報告書 No. 144—メンタルヘルス対策に関する研究. 日本労働研究機構. 2001.

水田真由美, 上坂良子, 辻幸代, 中納美智保 (2004). 新卒看護師の精神健康度と離職願望. 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要, 7, 21—27.

d) 看護職員の資質向上 【文献レビュー】

キーワード		件数
キャリア開発	看護	1,014
知見		237
看護研究	動向	109
大学	再教育	4
	継続教育	539
	リフレッシュ研修	1
看護管理者	教育 or 研修	56
認定看護師	活用	57
専門看護師		46
看護師	人事考課	4

- 検索エンジン名：医学中央雑誌、マガジンプラス
- 検索条件の出版年：過去5年間
- 検出した文献から、研究対象となる文献に絞った理由（方法）：
 テーマやサマリー内容、あるいは文献内容から本研究の指針に沿うものに絞った。

【文献レビューからの知見】

(1) 看護専門職とキャリア開発

日本看護協会の継続教育の基準によると、日本の看護専門職を取り巻く環境は大きく変化し、看護専門職が期待される役割を果たすためには継続教育を生涯にわたって自律的に修める姿勢が個人に求められ、さらにそれを組織的に支援する体系的仕組みが必要である（日本看護協会, 2000）。キャリア開発プログラムの構築は、看護職者の生涯学習ニーズに対応する支援システムであり、臨床看護実践の習熟度と、キャリアサイクルから生じる学習ニーズを調和させる

ものである(林, 2000)。このキャリア開発プログラムに不可欠なツールの1つとして、クリニカル・ラダー(臨床現場における看護実践能力と専門役割とを段階的に規定したもの)がある(山崎, 2003)。さまざまな看護領域において、あるいは医療機関の特性に応じてクリニカル・ラダーを開発した報告が見られた(谷脇, 2004; 能瀬, 2005; 伊達 et. al, 2006; 中村, 2005)。特に新人看護師(永井, 2004; 和田, 2006)や中堅(中屋, 2006)を対象としたものが多かった。少数ではあるが看護管理者や専門看護師・認定看護師を含めた全職員のラダーを示して、組織内役割や継続教育を明確に位置づけるものもあった(山下, 2006)。

さらに、キャリア開発プログラムに不可欠なツールの2つ目はクリニカル・ラダーに連動した継続教育プログラムの紹介がされており(籠島&阿部, 2005; 和田, 2006; 須釜, 2006)、新しいところでは災害看護(山崎 et. al, 2004)や感染看護(中村, 2005)、手術室看護(中屋, 2006)にも適用されていた。これらの教育内容を決定するための、職業意識、定着度、キャリアニーズなどを調査したものもみられた。

キャリア開発プログラムを推進させていくための不可欠な要素の3つめとして、目標管理の導入が必要であり(山下, 2006; 高木, 2005)、看護職員の動機付けを促し、自律性を発揮させるためにも、ポートフォリオを用いた目標管理(平田, 2005; 高瀬, 2005; 春日, 2005; 鈴木, 2005)やメンターシップの活用(小野, 2005)、上司によるコーチング(最上, 2005; 坂井, 2005)などや、院内留学制度の導入等動機付けて成長させるきめ細やかな管理手法も多く紹介されていた。

キャリア開発プログラムに不可欠な4つめの要素に人事考課制度の導入がある(小関, 2005)。これまで述べたようにクリニカル・ラダーを基盤として目標による管理やクリニカル・ラダーに連動した育成システムの運用を行ったとしても、報酬面でのインセンティブを明確に設ける仕組みには至らない。特に、現在のような年功的な処遇制度の中では、組織に定着し将来管理職になりたいという動機付けは期待できない。従って、年功的に昇給する仕組み自体を見直し、

管理職やスペシャリストと単に勤続の長い職員との処遇の差をつける仕組みも導入されていた(久保田, 2005; 山下, 2006)。

職業能力の再訓練はそれが長期になる「将来への投資」ほど職場の上司はキャリア開発には積極的にならない恐れがあり、組織的なキャリア開発支援機能の強化が不可欠である。

(2)人事考課システム

人事考課とは、組織に所属している従業員個人の仕事の結果または能力の程度を判定し、その結果を従業員の①適正処遇(昇進、昇格、昇給、賞与の査定)、②人材の有効活用(異動、配置、職務変更)、③教育訓練や能力開発、の基礎資料となる個人情報を得ることを目的として行う手続きないしは制度のことをいう(楠田, 2001)。これまで述べたようにクリニカル・ラダーを基盤として目標による管理やクリニカル・ラダーに連動した育成システムの運用を行ったとしても、報酬面でのインセンティブを明確に設ける仕組みには至らない。特に、現在のような年功的な処遇制度の中では、組織に定着し将来管理職になりたいという動機付けは期待できない。従って、年功的に昇給する仕組み自体を見直し、管理職と単に勤続の長い職員との処遇の差をつけることは必要であろう。

しかし、総合的人事システムに仕上げていくためには、看護部門単独の取り組みでは達成できない。職能資格フレームの作成や人事考課基準の作成、さらにそれらの開発そのものにかかる膨大な時間も含め、核となる専門委員会の立ち上げを行い、外部アドバイザーの活用も取り入れながら、全病的な事業としていく覚悟と手間が必要となる(平井, 2004)。

競争環境のますます激化する医療業界では、看護職のサービス向上やそのための能力開発は大きな関心事である。しかし、このような能力開発の支援の仕組みづくりは時に結果重視の業績評価とは本来相容れないものである。まずは、行動上の優れた点を大いに称賛して本人のやる気を引き出し、一方で問題となる行動に関しては適宜注意を喚起していくといった、人材育成のツールを完成させ、その上に人事賃金処遇のツ

ールを導入していくといった段階的発展的な導入が望まれる(縮, 2004; 永井, 2004)。

これら、キャリア開発を推進していく考え方には、これからの病院は経営的視点を持ち、財務・非財務の視点で戦略的に人材の確保・育成・定着を図っていくというBSC手法を紹介するもの(多田, 2005)や、これからの人材育成の課題は病院相互間の連携、行政との連携、教育機関との連携のなかで進められているとの提言も多かった。

(谷口, 2005; 湯澤, 2003)

(3) 専門看護師・認定看護師の臨床的活用

認定看護師の臨床的活用については、看護管理者の理解が地域・病院によってかなり異なるため差が大きい(小島, 2006; 中村, 2003)。平成16年現在で専門看護師(CNS)186人、認定看護師2,747人、関東圏や関西圏に多く活躍する(日本看護協会ホームページ)。患者や地域社会に関する認知度は未定だが、看護職者における認知度は高く(孫, 2003; 山本, 2002)臨床に導入したいと希望するものも多い(川上 et al., 2002)。近年の診療報酬改定で褥創管理加算、がん化学療法、緩和ケアなど加算される領域においては社会的認知度が高く(田墨, 2005; 吉川, 2006)、専門看護師や認定看護師の存在が入院期間を短縮させ(孫, 2003; 伊波, 2005)、合併症を予防するとの報告もあり(福田, 2004)、資格取得研修では施設派遣が8~9割となっている。また、就業生の就職先は500床以上の大規模病院が多い。医療チームを編成したり、組織横断的に活躍している場合が多く(宇佐美 et al., 2005)領域における院内教育の企画・実践などの役割モデル、相談、研究等の実践活動報告が多い(西海, 2005)認定看護師を対象に専門的実践能力の自己評価を行った研究(石久保, 2004)では、「専門的知識・技術」を最も高く評価し、「看護研究活動」を最も低く評価していた(石久保, 2004)。

また、処遇面は確立されておらず(中村, 2003; 小島, 2006)、処遇制度を取り入れている組織(横浜市は係長で看護師長と同等クラス)と処遇制度を取り入れている組織(聖路加国際病院)がある。認定看護師と専門看護師の職場における役割が混同している、同じ認定で役割が重複している

などの問題点も指摘されている(田村, 2003; 中島, 2005)。

離職防止に継続教育やキャリアアップの重要性について述べているものは多いが、実際、専門看護師(CNS)や認定看護師(CEN)の人材開発や人材育成に関して現場ではいくつかの課題がある。例えば①看護師の定員枠などや夜勤をしない特定の機能を担う看護師の配置は難しい、②活動時間の保障がない、③医療機関の縦割りや年功序列等の人事組織、④役割や期待の差異、⑤熟練した看護師との区別がつきにくいなどがある。さらに、スペシャリストとして育成しても給与体系がないことなど、残されている課題は大きい(秋吉 et al., 2006)。

(4) 看護職員の知見の集積

ナレッジマネジメントという考え方が看護の臨床現場にも持ち込まれ(金井 pak, 2002)、組織管理の基本的考え方やナレッジワーカーとしてのスペシャリストの活用、さらにはリサーチナースの活用(伊豆上, 2002)などが事例として紹介されている。知的創造を行う組織にとって最大の資源はナレッジワーカーであるという考え方にもとづいている。そのためには知のリーダーシップを発揮する看護管理者の役割は大きく(井部, 2002)、看護管理者の資質向上が求められている。

臨床知の向上のために臨床看護研究活動はあらゆる分野で取り組まれているが(中川, 2001; 渡邊, 2004; 大野, 2004; 中島, 2004; 舟島, 2002; 川島, 2002)、臨床看護研究には日常の問題解決レベル、問題把握や実態調査レベル、真実の探求、理論構築レベルとある(井上, 2004)。研究能力開発の場としての大学・大学院の教育課程の充実とともに、臨床現場においても、看護師の研究活動を保障していく看護研究を自律的に看護活動の中で取り組めるような組織準備性(数間, 2002; 澄川, 2003; 井上, 2004)や教育機関と臨床現場との産学協同研究が必要となろう。

(5) リーダーシップを発揮できる看護管理者の養成

現在の看護管理者に求められる能力には経営参画能力とりわけ問題抽出能力や企画

力、プレゼンテーション能力などの幅広い能力が求められ、看護管理者の育成のための教育研修システムは整備されてきた。その継続教育は大学院教育や職能団体（日本看護協会が主催する看護管理コースと認定看護管理者教育）、国公立機関等（文部科学省が主催するもの、国立保健医療科学院の看護部長コース、その他県医師会や県看護協会、地方自治体が開催するもの）で開催される。1999年に認定看護管理者が制度化され、かれらの活動も一組織の看護管理者にとどまることなく、副院長として経営者に加わり（中山，2005；吉田，2006）、ネットワークを活用しての活動など幅広い（廣瀬，2006）。

看護管理者研修の認定看護管理者研修としてのファースト、セカンド、サードにおける受講者の学習効果をみた研究報告は多い（柴田，2001；横山，2002；斉藤，2002）。一般的に、中堅ナースや、中間管理者はファースト、セカンドを受講しており、満足度が高く、実践的に役立つと評価を得ているものの、看護研究指導や情報管理能力の向上という面では効果は薄いと報告されていた（斉藤，2002）。さらに、トップマネージャーとしての看護部長や副院長に求められる者の能力には政策課題を創出し解決していく能力や財務管理、交渉力が問われていた（柴田，2001）。訪問看護ステーションにおいても管理者育成は重要課題であり、運営方針の創出、収益管理、スタッフ育成能力が必要であるとの報告があった（松村，2004）。

(6)看護系大学における現場看護職員のリフレッシュのための研修

中堅看護師の能力開発に関しては役割において多くを求められるにもかかわらず、単発的な研修が多く、体系的な教育は少なかった（横山，2004）。継続教育における大学の役割として、中堅看護師や看護管理者、あるいは認定看護師、専門看護師の中核教育機関として期待する看護者や看護管理者が多いこと。さらに、働きながら学べる条件を教育機関側にも病院組織側にも要望する者が多い。教育機関側の配慮としては社会人入学制度やサテライト教育などの整備をして対応する事例があった（我部山

et. al, 2000）。

【示唆される課題】

(1)長期的展望にたったキャリア開発プログラム

現在多くの組織でキャリア開発プログラムの構築が着目され、クリニカル・ラダーやそれに連動する継続教育、目標管理などのシステムが開発されているが、短期に自分の看護実践能力を成長していく場合には有効な指標であるが、長いライフサイクルにおけるライフイベントの発生などで停滞もしくは中断されるような潜在看護師などの長期的展望にたった視点が少ない点が指摘される。

(2)スペシャリストの明確化

専門看護師・認定看護師は数としてまだ少ない。看護管理者の理解や、社会的認知度も診療報酬点数で評価される領域か否かにおける偏りが見受けられる。処遇制度も病院によって異なり、同じ認定でも役割が重複しているなどの問題点もある（小島，2006）。しかし、欧米等先進諸国における麻酔認定看護師の例と比較すると、認定後の役割が麻酔医と比較して実施面で明確であること、賃金処遇がRN（Registered Nurse）に比べ3倍ほど高額であるなど、役割明確と処遇の明確さにおいて日本のスペシャリストはあいまいな点が多い（滝，2006.）。

【新たな提案】

(1)長期的展望のキャリア開発プログラム

ジェネラリストもスペシャリストも含め、ライフサイクルに沿った長期的展望のキャリア開発プログラムの導入が求められる（林，2000；藤野，2006；グレッグ et. al, 2003）。看護師のエンプロイアビリティを高めるためにも、組織互換性が可能な看護師の能力の発達モデルが見直される必要がある。

(2)スペシャリスト活用のためのシステム作り

日本の多くの病院では看護職は専門能力や実践力の高さで地位や賃金を処遇するすべを持たない。さらに、多職種に比べ看護管理者にスペシャリストを活用することへ

の理解が低い場合も多く、社会的認知を高め、経験豊かな人材の輩出、管理職の意識改革が必要である(鶴田, 2005; 小島, 2006)。CNS と認定の役割の分担と共同が明確化されることも必要である(小島, 2006)。さらに、認定制度は一定の水準以上の卓越した能力を保証するもので、その成果が処遇に反映されるためには、自由裁量権を与え、成果を示すことが求められる(小迫, 2006)。獲得した知識技術や資格の客観的評価や人材活用、処遇制度のためのシステム作りが管理者側に求められる。さらに、教育内容を充実させる点で、教育機関と臨床が日常的に研究及び学習会を通して連携を深め、相互のレベルアップを高めていく必要がある(樋口, 2004)。日本の医療システムや時代のニーズに合った役割獲得と専門性を有効に発揮できるシステム作りが求められる(濱口, 2003)。

(3)教育機関との連携

看護職員の学習ニーズに合った継続教育の提供やキャリア開発システム構築に関しては、教育機関との連携が必要。そのためには①看護師の学習ニーズ調査、②ニーズに適合した情報データベース構築、③看護系大学等で実施されている継続教育の実施調査などに基づき、報発信基地や施設や個人の教育コンサルティング機能を持つ(兼宗, 2003)。さらに現場との連携を蜜に、働きながら学べる環境づくりが教育機関と病院組織双方に求められる。また、今後は看護大学の教員が教育、研究、地域貢献をとおして地域貢献していく姿が求められる(新道, 2006)。優秀な人材を在学中から確保し、卒業後の活動予定地域と早い時期から関係性を構築させるような大学と臨床の連携活動などや在学中からのキャリア教育なども検討に値する(横江, 2005)。

(4)看護管理者の教育

21世紀は医療や看護を取り巻く環境の変化が激しく、様々な問題解決に向かうためにも看護管理者に求められる能力は多様で、そのための教育は重要であり、基礎教育から継続教育、大学院の卒後教育の独立した教育を提供するよりも、それぞれを統合した体系化された「継続的・統合的看護管理

教育カリキュラム」が必要である(上泉, 2001)。

【引用文献】

- 秋吉信子, 藤田冬子, 阿久津恵美子, 廣瀬千也子(2006). ネットワークを活かした人材開発と人材育成. *日本赤十字看護学会誌*, 6(1), 28-32.
- 縮育子(2004). 能力主義・成果主義に基づく人事考課の実際. *看護*, 56(12), 43.
- 伊達尚美, 菰野朱美, 足立久美子(2006). NICUにおけるクリニカルラダー開発と運用の実際. *こどもケア*, 1(1), 127-137.
- 藤野みつ子(2006). スペシャリストのキャリア開発支援. *看護展望*, 31(10), 39-44.
- 福田紀子, 宇佐美しおり, 野末聖香, 片平好重, 若狭好子, 釜英介, 早川昌子, 岡谷恵子(2004). 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究. *看護*, 56(1), 87-94.
- 舟島なをみ, 定廣和香子(2002). わが国における看護継続教育研究の動向. *看護研究*, 35(6), 3-13.
- 我部山キヨ子, 出口克巳, 大西和子, 中野正孝, 石井八恵子, 伊奈こう子, 柿川房子, 加藤正英(2000). 三重大学大学院医学系研究科看護学専攻(修士課程)設置への期待と要望. *看護関係業務に携わる人々の調査結果から*. *三重看護学誌*, 3(1), 195-211.
- グレッグ美鈴, 池邊敏子, 池西悦子, 林由美子, 平山朝子(2003). 臨床看護師のキャリア発達の構造. *岐阜県立看護大学紀要* 3(1), 1-7.
- 濱口恵子(2003). 日本の専門看護師の役割拡大はどうあるべきか. *がん看護専門看護師の現状と課題*. *インターナショナルナーシングレビュー*, 26(3), 24-29.
- 林滋子(2000). 看護職者の生涯学習ニーズとその支援システムに関する研究. *平成10年度～平成11年度厚生科学研究費補助金研究報告書*, 58.
- 平井さよ子(2004). 看護管理における人事

- 考課導入の課題. *看護*, 56 (12), 36-37.
- 平田明美 (2005). 新卒看護師の研修に活かす「ポートフォリオ学習」へ試み. *看護展望*, 30 (11), 39-44.
- 廣瀬千也子 (2006). ネットワークを生かした人材育成と活用. *日赤看護学会誌*, 6 (1), 32.
- 保坂つや子, 須釜なつみ (2006). 研修体系の概要説明. *看護実践の科学*, 31 (6), 15-20.
- 井部俊子 (2002). 学習する組織の構造と看護管理者の役割. *看護管理*, 12 (7), 505-512.
- 伊波早苗, 米田昭子, 馬場敦子, 添田百合子 (2005). 成人看護 (慢性) 専門看護師の活動アウトカム. *臨床看護*, 31 (11), 1640-1643.
- 井上智子 (2006). 臨床看護研究に求められるもの. *インターナショナルナーシングレビュー*, 29 (1), 21-22.
- 石久保雪江, 岩田浩子, 野澤明子 (2004). 認定看護師の専門的実践能力に関する検討. *日本看護科学会誌*, 24 (3), 81-87.
- 籠島政江, 阿部直美 (2005). クリニカルリーダー・継続教育プログラムの構築 看護師の自己実現を支援する継続教育 OJT としての院内登録看護師制. *看護展望*, 30 (2), 136-142.
- 上泉和子 (2001). ケアの時代の看護管理者の育成. *日本看護管理学会雑誌*, 4 (2), 6-14.
- 春日順子, 曾田美佐子, 狩野京子 (2005). 島根県立中央病院における目標管理へのポートフォリオ導入. *看護展望*, 30 (11), 29-32.
- 川島みどり (2002). 臨床看護技術研究の意義と今後の課題. *看護研究*, 34 (5), 3-9.
- 数間恵子 (2002). 概観—臨床研究支援のための環境づくり. *看護*, 55 (12), 41.
- 小島操子 (2006). がん専門看護師の教育と課題. *保健の科学*, 48 (7), 508.
- 小迫富美恵 (2006). 活躍する専門看護師たち. *看護*, 56 (11), 92.
- 小関由美子, 森和子, 池田博子 (2005). キャリア開発を目指した教育計画—人事考課制度を導入して. *日農医誌*, 53 (5), 811-816.
- 久保田敬子 (2005). 企業病院での人的資源管理の展望. *看護展望*, 30 (2), 16-21.
- 楠田丘 (2001). 病院における人事処遇システムの課題とこれからの方法. *看護展望*, 26 (12), 17-23.
- 松村ちづか (2004). 訪問看護師と認定看護師を繋ぐ訪問看護管理者研修. *看護実践の科学*, 21 号, 57-60.
- 永井隆雄 (2004). 目標管理—成功のポイント. *看護*, 56 (12), 59.
- 中川典子, 林千冬 (2001). 日本における看護職者に関する職務満足度研究の成果と課題. *日本看護管理学会雑誌*, 8 (1), 43-57.
- 中島紀恵子 (2005). 老人看護スペシャリストの役割拡大のためのストラテジー. *看護管理*, 15 (9), 737.
- 中島民子, 井部俊子 (2004). 看護師の人員配置とアウトカム研究に関する文献検討. *インターナショナルナーシングレビュー*, 27 (3), 60-62.
- 中村香代, 菊池邦子, 木村弘江, 山西文子 (2005). 看護職員のキャリアアップ支援. *看護展望*, 30 (8), 62-69.
- 中村くに子, 瀬戸美奈子 (2005). 小児領域感染対策と感染看護. *小児看護*, 28 (5), 558-572.
- 中屋貴子 (2006). 中堅者“ベテランナースへのキャリアアップ”. *OPE nursing*, 21 (1), 47-52.
- 中山洋子 (2005). 求められる看護部長・副院長の能力と看護教育. *病院*, 64 (5), 366-369.
- 日本看護協会 (2000). 継続教育の基準. *看護*, 52 (11), 72-77.
- 能瀬高明, 森川 富昭, 田木 真和, 森口 博基, 鈴記 洋子, 大岡 裕子 (2005). 看護におけるキャリア開発支援システムの構築と評価. 第25回医療情報学連合大会, 1296-1297.
- 小野公一 (2005). メンター・メンタリング. *看護展望*, 30 (2), 153-154.
- 最上輝未子 (2005). コーチングスキル. *BRAIN NURSING*, 21 (3), 85-89.
- 斉藤静代 (2002). 看護管理実践者の自己評