

外国人看護師の受け入れ¹

高齢化時代の看護サービスのために

早稲田大学 深川由起子ゼミ

安倍大資・今村翔太・岩田耕介・岡田文朗・関根佑輔・
高木啓晃・森田江美・山田亮

2006年12月

¹本稿は、2006年12月16日、17日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2006」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、深川由起子教授（早稲田大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

目次

第1章 問題意識

- 第1節 減少する労働力
- 第2節 看護労働力不足
- 第3節 看護師不足への対応

第2章 国境を越えた人の移動の枠組みと先行国の経験

- 第1節 (2.1) WTO の取り組み
 - (2.1.1) GATS(サービス貿易に関する一般協定)
 - (2.1.2) GATS 7 条が定める MRA (資格の相互認証)
- 第2節 (2.2) 先行国の経験
 - (2.2.1) 看護労働力の国際移動の現状
 - (2.2.2) 看護労働力の国際移動の要因
 - (2.2.3) 各国の受け入れ事情

第3章 現状分析 - 問題点の整理、なぜ労働者問題が解決できないか

- 第1節 (3.1) 日本政府と国内関係団体の立場
- 第2節 (3.2) 日本の受け入れ
 - (3.2.1) 現在の受け入れ状況
 - (3.2.2) EPA における取り組み
- 第3節 (3.3) フィリピン・タイの看護資格および看護教育水準

第4章 政策提言

- 第1節 (4.1) 前章までの論点の整理
- 第2節 (4.2) 政策提言
 - (4.2.1) 受け入れ元
 - (4.2.2) 施策1 - 受け入れ人数制限の撤廃
 - (4.2.3) 施策2 - 現地学校の設立支援と日本国家資格試験の免除
 - (4.2.4) 現地看護師資格の承認にむけて～中長期の取り組み～

参考文献・データ出典

第一章 問題意識

第一章では私たちがなぜ外国人労働者受け入れに関心を持ったかについて2つの視点から考察したい。日本は少子高齢化に加え、いよいよ人口減少の時代を迎える。なかでも労働の担い手となる生産年齢人口はすでに減り始めており、労働力が減少していくことは避けられない。そこで問題になるのが労働力の量と質の2つの面での低下である。そのため、量と質という2つの視点から、特にこのままでは量・質両面で低下が避けられない看護師の労働力問題に焦点を当て、その解決案を提示することが本政策提言の目的となる。

第一節 日本の労働力減少

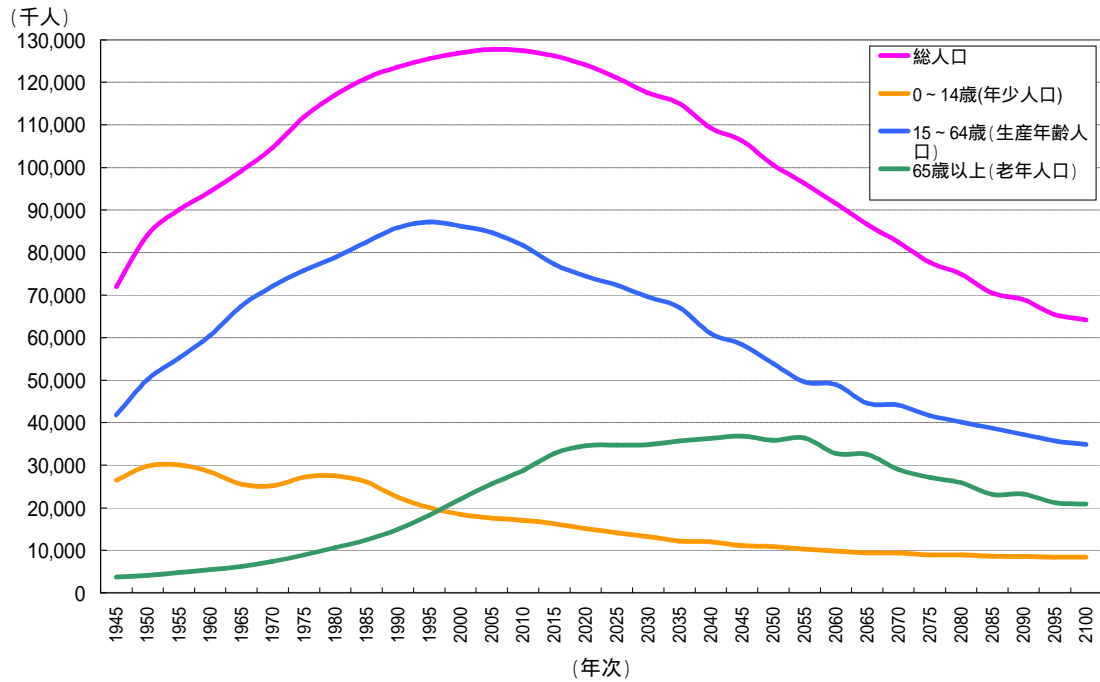
総務省の統計によれば、日本の人口は総人口でみて約1億2,800万人でピークを迎え、国立社会保障・人口問題研究所の推計では、その後は単調に減少していき、2050年には約1億人となり、2100年には約6400万人となることが予想されている(図1-1を参照)。これは、日本の合計特出生率の値が1971年の2.16で最高値となってから減少し続けていることに示されているように、少子化が進んでいくことの結果とみることができる。

特に深刻なのが、日本経済を支える生産年齢人口(15-64歳)の人口の激減である。図1-1が示すように、生産年齢人口は1995年の約8,700万人を境にすでに減少の一途をたどっており、2050年に3000万人減の約5400万人、2100年にはさらに落ち込み、約3500万人という見込みになっている。総人口に対する割合でみても、生産年齢人口は現在の約70%から2050年頃には約50%にまで低下するとみられている。しかし、逆に老年人口(65歳以上)は数・割合ともに増加が見込まれ、2050年頃には現在の約2500万人(20%)から約3600万人(35%)となり、生産年齢人口が老年人口を養う負担は一層増えるものと単純に考えられる(図1-2、図1-3を参照)。

これを総人口維持という形でカバーすると試算してみると、2050年の日本人口の17.7%に当たる2250万人(1700万人の純移民とその子供)の移民が必要になる。 出所

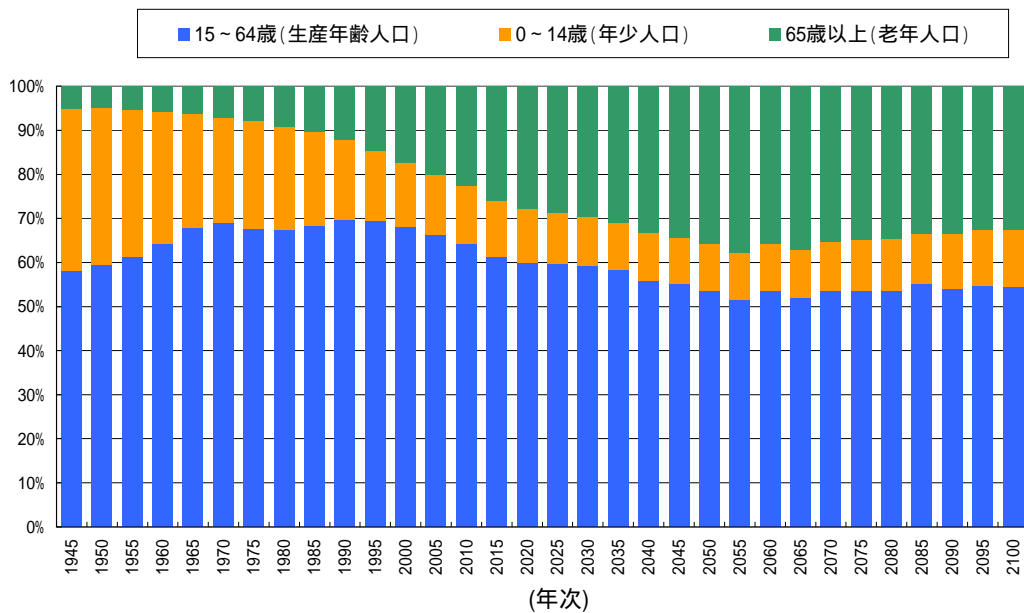
さらに、この若年労働者不足は量的な面だけでなく、質的な面でも将来的には井口(2001)が指摘するように「指導者やリーダーシップのとれる人材がいなくなるおそれ」がある。

【図 1-1 日本の人口変化】



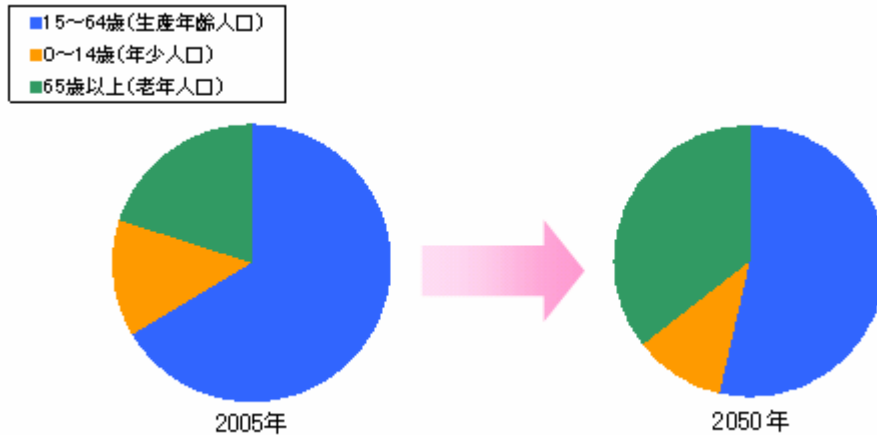
資料出所：総務省統計局統計調査部国勢統計課「国勢調査報告」及び 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(中位推計)より、筆者作成

【図 1-2 日本の年齢層別人口割合の時系列変化】



資料出所：上記と同じ

【図 1-3 日本の年齢層別人口割合の変化（2005年と2050年の比較）】



資料出所：上記と同じ

第二節 看護労働力不足

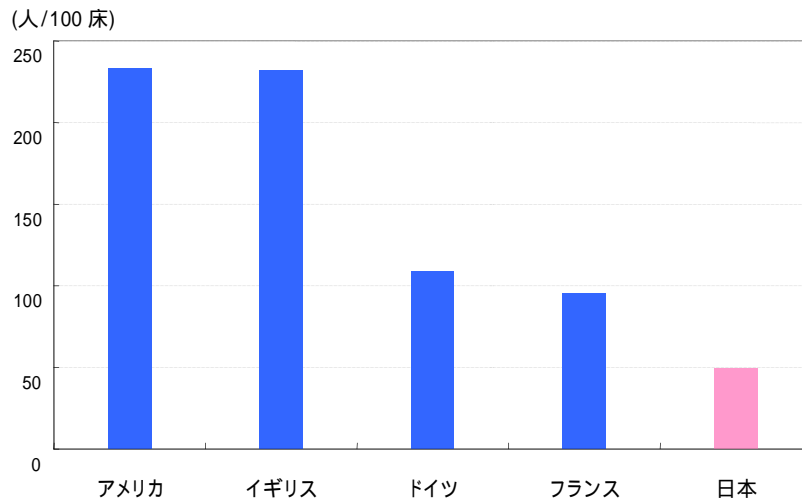
その労働者不足のなかでも特に深刻なのが、医療分野の看護師不足の問題である。図 1-3 をみて分かるように高齢者比率が急増するため、看護師の需要はますます増加すると思われる。その一方で、全日本病院協会は「看護師は慢性的な人手不足」と述べている。

そこで、まず日本の看護師の現状をみてみることにする。日本の 100 床当たりの看護職員数をアメリカ、イギリス、ドイツ、フランスと比較すると、図 1-4 に示されるように、100 床当たりで日本は 49.2 人であり、ドイツ・フランスの約 100 人の 2 分の 1、アメリカ・イギリスの約 230 人と比べると、その 4 分の 1 に過ぎず、圧倒的に少ない。

次いで、他国に比して看護師が少ないこの状況が問題であるかどうかをみる。図 1-5 が示すように、患者：看護師比率が 4：1 のときの患者死亡率を 100 とした指数でみると、看護師の担当する患者が 1 人増え 5：1 になると 7%、4 人増加すると 31% と増加しており、患者 1 人当たりの看護師数が減少すればするほど、患者の死亡率が増加している。International Council of Nurses (2004) が「十分な看護人員配置水準と良好な看護提供との間には関連性がある」と述べているように、患者の死亡率だけでなく、看護の水準も悪化することが、Aiken らの実証分析でも示されている。その分析によると、看護師 1 人あたりの患者数が増えれば増えるほど、患者の死亡率のみならず遺漏率も増加、また、看護師のなかで仕事に対して極度の精神的疲労や不満を感じ、看護の質の低下を感じるようになる割合も増加する (Aiken et al. 2006)。たとえば、看護師 1 人が担当する患者数が 12 人を超えると、8 人以下だった場合と比べて、患者の死亡率・遺漏率はそれぞれ 72%、79% も増加する。また、看護師側としても、仕事に対して極度に精神的疲労を感じようになる看護師は 271% 増加し、1 人あたりの看護の質が悪化したと感じようになる看護師はなんと 412% も増加する計算になっている (表 1-5 参照)。すなわち、看護師が少ないほど医療水準が低下するという問題があるといえる。日本の一般病棟の場合、医療法の定める最低基準は入院患者 3 人につき 1 人 (3：1)、最高ランクで 2：1 だが、職員数は「常勤換算」で算出する。それは、パートも含め、「フルタイムに換算すると、何人働いていることになるか」を計算し、夜勤、準夜勤や土日の勤務も含める計算である。このため 3：1 の配置と言っても、

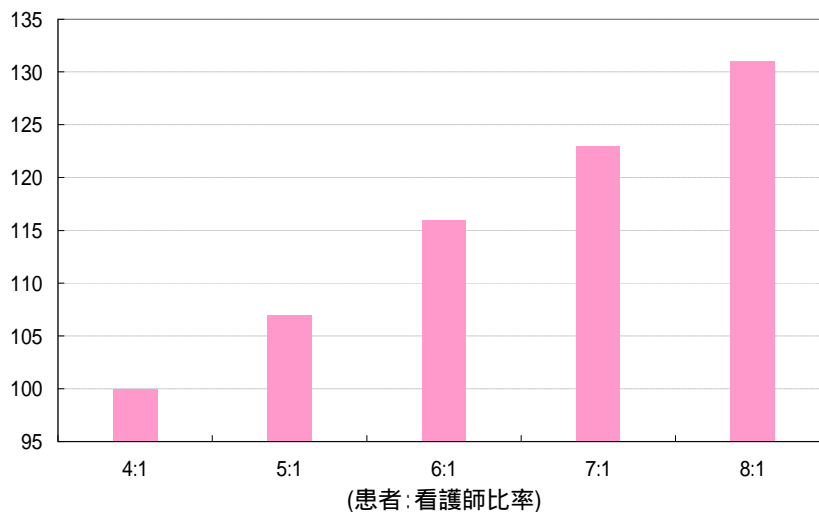
ある時点で実際にいる人数は、日本看護協会が試算したところ²、日本の看護師1人が平均して受け持つ患者数は、日勤看護職員1人あたりで約7人、夜勤看護職員1人あたりで約20人となっている。上記の結果から、日本の病院における患者死亡率および遺漏率、そして仕事に対して不満を抱いている、看護の質の低下を感じている看護師の割合は、潜在的に相当度高いと予想される。

【図1-4 100床当たりの看護職員数の諸外国との比較】



資料出所：日本の病床及び病院勤務看護職員数は厚生労働省「医療施設調査・病院報告」、その他諸外国はOECD“OECD Health data 2005”より筆者作成

【図1-5 患者死亡率（患者：看護師比率 常時4：1を100とする）】



資料出所：Aiken et al. "Nurse Staffing and patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction." JAMA. 2002

² <http://www.nurse.or.jp/koho/h12/000613JukyAll.pdf> 日本看護協会「新・看護職員需給見通しの考え方」から引用

【表 1-5 英国における看護師、患者を対象にした実証分析結果】

区分	看護師 1 人あたりの患者数		
	区分 1	区分 2	区分 3
	8.6 人 ~ 10 人	10.1 人 ~ 12 人	12.4 人 ~ 14.3 人
患者：			
死亡率（前年度比較）	20%	14（36）%	26（72）%
遺漏率	20%	16（39）%	29（79）%
看護師へのアンケート：			
極度の精神的疲労を感じる	34%	14（52）%	78（271）%
仕事への不満を感じる	22%	38（68）%	71（287）%
1 人あたりの看護の質が悪くなった	35%	59（214）%	92（412）%
看護の質の低下を感じる	44%	32（90）%	75（332）%

資料出所：

Aiken et al. “Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records”

注：

- ・ 英国における看護師 3,984 人、患者 118,752 人（20～85 歳）を対象にした
- ・ 区分 1 の増加率は看護師 1 人あたり患者数が 8.5 人以下だった場合と比較した値
- ・ 区分 2・3 の増加率はそれぞれ区分 1・2 と比較した値
- ・ 括弧内は看護師 1 人あたり患者数 8 人以下であった場合からの増加率を表す
- ・ 遺漏率：看護が不十分であったために患者が合併症を発症し死亡した率

第三節 看護師不足への対応

次に、現状にみられるような患者に比べて看護師が少ない状況において、看護師の供給が満たされているかどうか、もし不足しているようなら、将来的に解消されるかどうかをみてみる。2006 年度は、全国的には厚生労働省の「第六次看護職員需給見通し」によると、合計約 4 万 2,000 人の看護職員（看護師、保健師、助産師）が足りず、単純平均でも各都道府県において約 900 人、3.3%の看護職員が需要に追いついていない供給不足の状況であり、すなわち人手不足となっていることがうかがえる。図 1-8 をみて分かるように、0.8%のプラスになっている徳島県を例外として、ほかのすべての都道府県で看護職員は不足しており、特に地方や千葉、神奈川などで不足が際立っている。

ここで、都道府県別の「NUR = 看護職員不足数」を従属変数に、「ELD = 高齢者数（65 歳以上）」を独立変数にとった単回帰分析を行ったところ、高齢者が多い都道府県ほど看護職員が不足しているということが、有意水準 1%において認められた。

NUR	=	- 154.049	-	1.382	ELD
(標準誤差)		(235.567)		(0.346)	
[P値]		[.051]		[.000]	

n = 47 R² = 0.261

注：

- ・看護職員不足数：「供給見通し」 - 「需要見通し」、すなわちマイナスが大きいほど看護職員が不足していることを示す。

資料出典：厚生労働省「第六次看護職員需給見通し」より、筆者作成

つまり、地域による格差が認められるものの、これは大都市圏などに過剰に集中した結果、地方で不足しているわけではなく、全国的に看護職員が不足している事実を示している。さらに今後高齢者が図 1-1 で示されるように急速に増加するため、より一層の看護職員が必要とされると考えられ、もはや看護職員の需要を国内人材だけで満たすのは難しい状況だと考えられる。

その理由として、第一に、需要側からみて、厚生労働省の見通し以上に看護職員が人出不足になる恐れが挙げられる。2006年現在ですら約4万2000人が足りない計算になっているが、厚生労働省によると、将来的に状況が徐々に改善していくとのことである。しかし、それでも2010年で約1万6000人が不足する見通しとなっている（図 1-7 参照）。ただし、図 1-7 で示されているように、厚生労働省の2000年度の「第五次看護職員需給見通し」では、不足数が2001年の約3万6,000人から2005年には5,300人へと改善されるという予測であったが、今回の第六次の見通しでは2006年で約4万2,000人の不足となっており、前回の見通しよりも不足数がむしろ増加しているのが分かる。今回の見通しも、厚生労働省は2010年の看護職員需要を「約140万6000人に達するものと見込んでいる」が、日本医師会総合政策研究機構は約150万と見ており、さらに、日本医労連中央執行委員の井上（2004）は「病院数やシフト勤務に必要な人員配置、育児・介護休暇等の見込みも含めて試算すれば200万人は必要」と述べていて、かなりの乖離がある。そのため、そもそも厚生労働省の需給見通し自体が実際に比して結果的に少なめに見積もられており、かなり甘いのではないかという指摘が考えられる。

第二に、供給側からみて、国内での看護職員確保の難しさが考えられる。看護職員確保対策として厚生労働省が期待しているのは、資格を持ちながら結婚・出産などで離職している「潜在看護職員」である。厚生労働省は第六次看護職員需給見通しに関する検討会報告書（概要）において

看護職員の需給を取り巻く状況を見ると、少子化の進展により、新卒看護職員の大幅な増加を期待することは難しい。他方、（中略）潜在看護職員数は就業者数の4割強に当たる約55万人と見込まれ、労働市場の流動性の高まりもあり、重要な供給源として期待される

としている。しかし、免許保持者数から就業者数を減じて潜在看護職員数を推計していることから分かるように、これは多めに推計されていると考えられる。例えば、早期離職者であるが、「2003年度に病院に就職した新卒看護職員の入職後1年以内の離職率は9.3%であった（日本看護協会「2004年病院における看護職員需給状況調査」）。2003年4月に病院に就業した新卒看護職員は47,585人であることから、4,425人が離職したと推計される。」すなわち、毎年5,000人ほどの早期離職者を含めた数字になっているのは問題である。

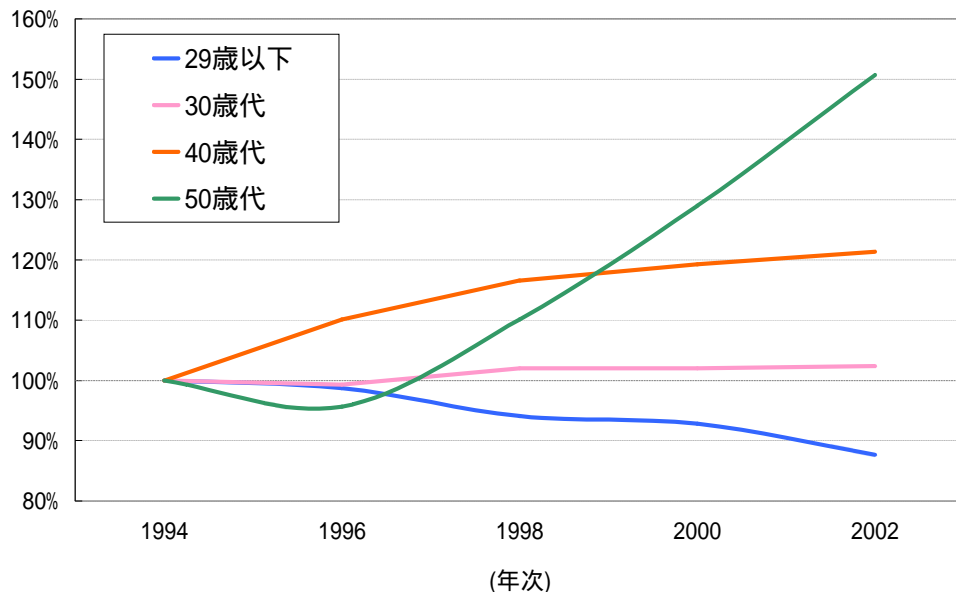
しかも、この問題は数の量的な問題だけでなく、労働力としての質の問題も抱えている。それは、労働力の高齢化と技術不足の問題である。日本看護協会が早期離職の理由として「交代制など不規則な勤務形態による労働負担が大きい」を上位に挙げている（「2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査」）ことから、看護職員の体力的にきつい労働環境がうかがえ

る。よって、看護の現場は体力勝負の面もあるため、若いパワーのある労働力が望まれるのだが、その一方で、現実には逆に看護師の高齢化が進んでいる。1994年次の看護師の就業者数を100とした指数でみた年齢層別看護師数の変化を、図1-6のグラフで示す。このグラフによると、30歳代以下の若い労働力は2002年次で約90%と減少している反面、40歳代、50歳代がそれぞれ約120%、150%と大幅に増加しており、現場で働く看護師の高齢化が急速に進んでいる現状が浮かび上がってくる。さらに、日本看護協会によると、看護管理者、学校教育者ともに、新人の職場定着を困難にしている要因として「基礎教育終了時点の能力と看護現場で求める能力とのギャップ」をトップにあげており(「2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査」)、新卒看護職員の7割以上は、入職後3ヶ月経過しても基本となる看護技術103項目のうち68項目を一人で実施できない(日本看護協会2002年「新卒看護師の看護基本技術に関する実態調査」)など技術の未熟さが露呈している。

そのうえ、厚生労働省からも「医療技術の進歩、患者の高齢化・重症化、在院日数の短縮などから、看護職員の業務密度、負担が高くなっている」(第六次看護職員需給見通しに関する検討会報告書(概要))との指摘があり、必要とされる技術は高くなる一方で、負担は重く、体力も必要とされる。そのため、潜在看護師の多くが退職して一旦家庭に入り再就職するという長いブランクを経る現状で、技術的には、日進月歩の医療技術に追いつけるかどうかは疑問である。また、体力的にも、夜勤が多いなどの労働条件の厳しさは変わっていないため、職場復帰が多いとは見込めない³。

ゆえに、若く、高い技術力のある看護師が必要不可欠な現場の要求に対して、即戦力となる看護職員の労働供給源として、潜在看護師に頼るのは無理があり、期待できないと考えられる。

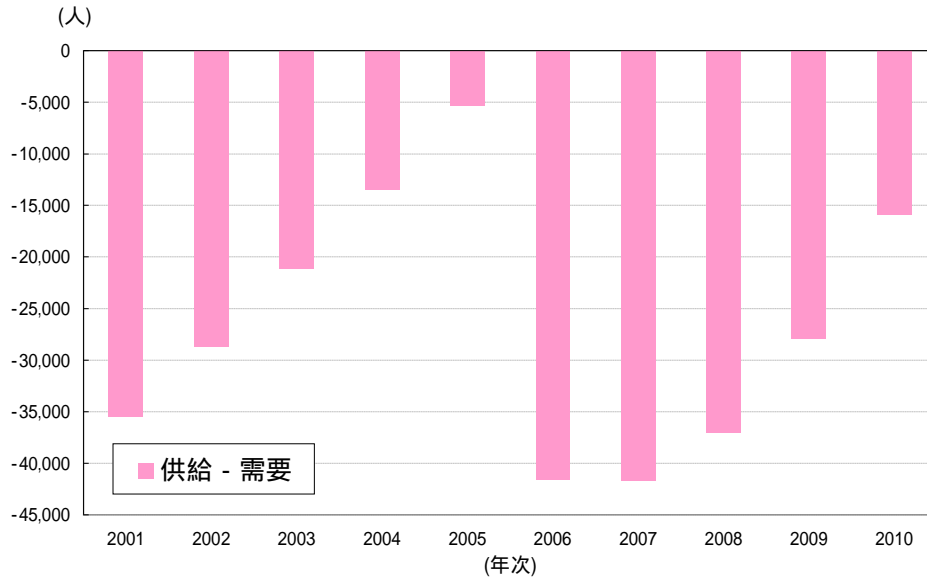
【図1-6 看護職員就業者数にみる年齢層別の変化】



資料出所：厚生労働省「第六次看護職員需給見通し」より、筆者作成

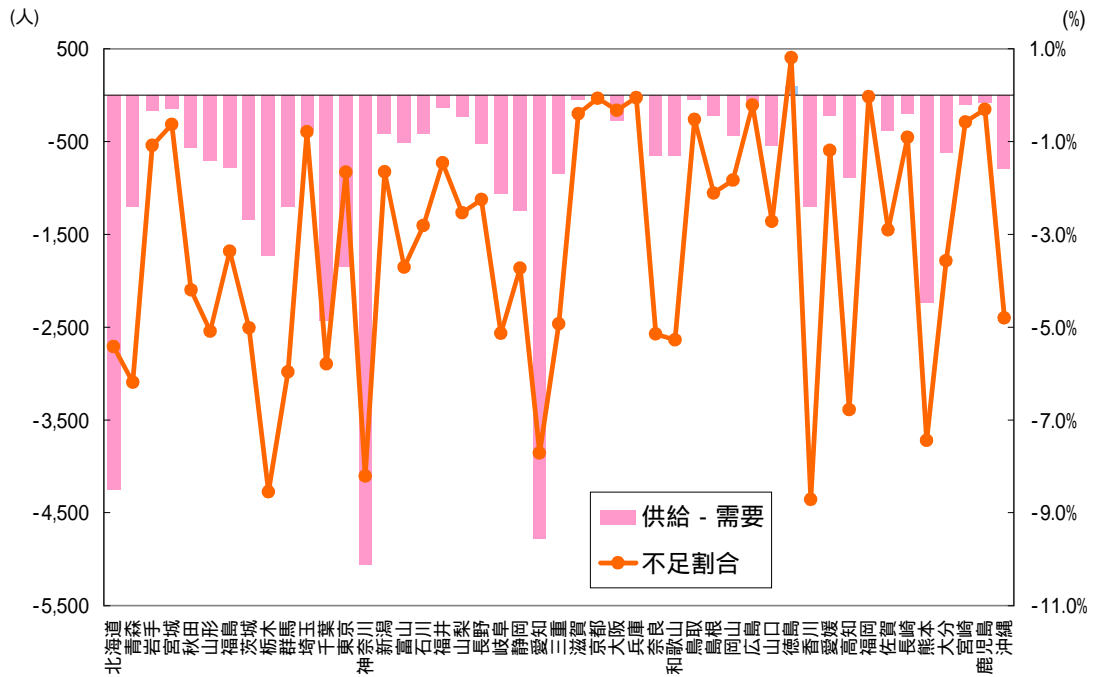
³社会が高齢化し、その需要が拡大する中での、看護師自身の高齢化による供給力の減少は先進国に広くみられる現象であり、Buchan and Sochalski(2004)これを人口統計上のジレンマ”the demographic dilemma”と言っている。

【図 1-7 厚生労働省による全国看護職員需給バランスの変化見通し】



資料出所：厚生労働省「第五次看護職員需給見通し」(2001-2005年)
 厚生労働省「第六次看護職員需給見通し」(2006-2010年)より、筆者作成

【図 1-8 都道府県別看護職員需給バランス(平成18年度見通し)】



資料出所：厚生労働省「第六次看護職員需給見通し」より、筆者作成

以上より、日本はもともと先進諸外国に比して患者数当たりの看護師数は少ないが、さらに、将来的にも看護職員の国内調達は困難であり、看護師不足が解消される見込みはない。そのため、これを積極的に解決する方法として、海外からの看護師受け入れが必要である。

第二章 国境を越えた人の移動の 枠組みと先行国の経験

第一章で看護師国内労働供給の展望を概観し、外国からの看護師受け入れが必要であることを確認した。次に第二章では、まず国境を越えた人の移動に関する WTO 規定 (GATS および MRA) を概観し、外国人看護師受け入れの基本的なスキームを理解する。続いて、外国人看護師を既に受け入れている先行国の経験を検証し、日本が実際に受け入れを行う際の論点を抽出する。

第一節 WTO の取り組み

1) GATS⁴ (サービス⁵に関する一般協定)

GATS は、サービスの貿易に関する一般協定の略で、初めてサービスの自由化を扱った WTO 協定である。GATS では、サービスを、国境を越える取引 (第 1 モード)、海外における消費 (第 2 モード)、業務上の拠点を通じてのサービス提供 (第 3 モード)、自然人の移動によるサービス提供 (第 4 モード) の 4 形態に分類している (下図参照)。本論文が対象としている看護師の越境移動は、第 4 モードに属するといえる。というのも、まず、提供者と消費者が離れていてはサービス供給ができないという看護サービスの性質上、まず第 1 モードは対象外である。次に第 2 モードに関しては、消費者が外国に行き、看護サービスを受けるケースのみの極めて限定的なものになってしまうため、該当しない。また第 3 モード下では、拠点を日本国内におきサービスを提供することになるが、拠点に対して規制が存在するため限定的な効果にとどまらざるを得ない。よって、看護サービスの国際貿易は専ら第 4 モードに依存することになる⁶。

⁴ General Agreement on Trade in Services の頭文字をとったもの。1995 年の WTO 発足とともに結ばれた。

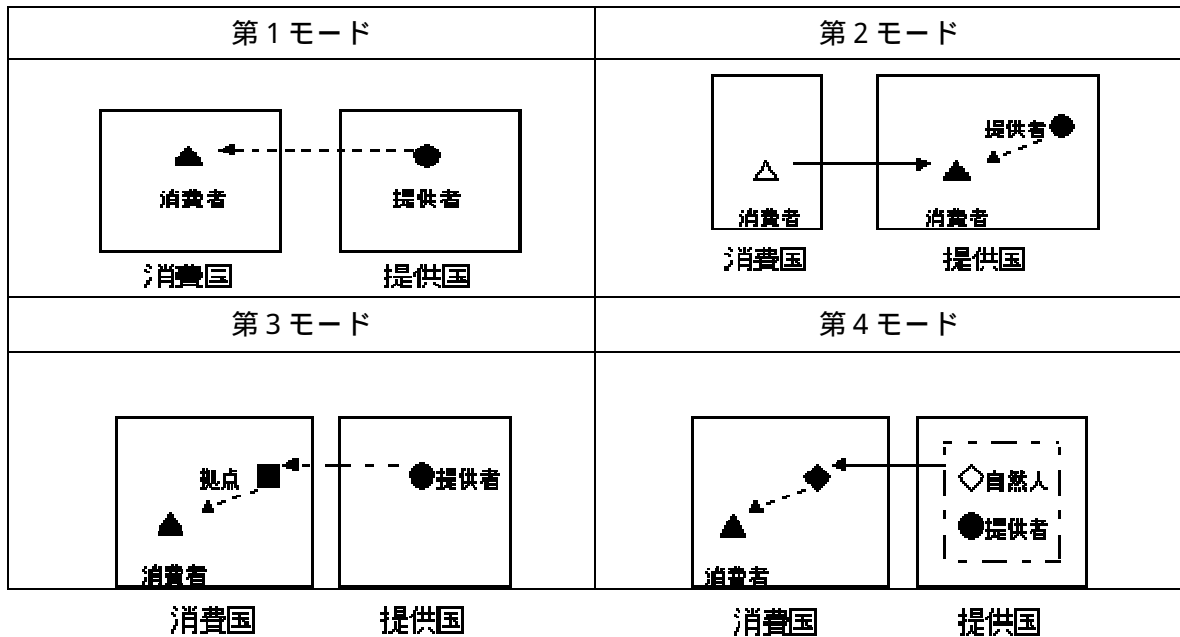
⁵ ウルグアイ・ラウンドにおいて実務、通信、建設・エンジニアリング、流通、教育、環境、金融、健康・社会、事業、観光、娯楽、運送、その他の 12 分野に分類された。

⁶ その第四モードの移動に関する GATS の規定について Winters et al (2003) は、“Especially in the area of Mode 4, is one of imprecision” (特に第 4 モードの領域においては不明瞭) (Winters et al, 2003, 14 ページ) とその規定のあいまいさに問題があることを指摘している。⁶特に彼らは第 4 モードのサービス供給についてある部分では “the supply of a service by a service supplier of one Member, through the presence of natural persons of a Member in the territory of any other Members” (他の加盟国の領土にいるある加盟国籍の自然人を通して行われるサービスの供給) (GATS, Article 1 2(d))

としているのに対し、違う部分では

“natural persons of a Member who are employed by a service supplier of a Member in respect of the supply of a service” (加盟国のサービス供給者に雇われた加盟国籍の自然人) (GATS, The Annex on Movement of Natural persons Supplying Service)

国際労働力移動のイメージ図



注) イメージ図の記号 ●:サービス提供者、▲:サービス消費者、■:業務上の拠点、◆:自然人、○△◇◇:移動前、←---:サービス提供、←——:移動、←—:拠点の設置

資料出所：外務省 HP

2) GATS 7 条が定める MRA (資格の相互認証)

GATS の中には、MRA (Mutual Recognition Agreement) という資格等の相互認証協定について規定した条項がある (GATS 7 条)⁷。MRA の交渉および締結にあたっては、二国間協定が最も一般的な方法であり、多国間交渉を基本方針とする WTO / GATS もこれを認めている。WTO によれば、その理由は、国ごとに「教育規範、試験基準、(資格取得における) 経験要項、規制が及ぼす影響などに違いが存在し、そうした違いが多国間交渉による相互認証の実施をきわめて困難にしている」ためだという (WTO, 1997)。

また、MRA の交渉・実施にあたっては、GATS 7 条に MRA 交渉および合意手続きに関する指針が示されている (表 1 参照)。しかしながら、それを遵守するかどうかは WTO 加盟国の任意により、本来 WTO が求める、交渉および合意における透明性が損なわれる恐れは排除できない点は留意したい。

にも適用されるとしており、GATS の文面からでは国内会社による外国民の雇用をカバーしているのか、できないのか不明であることを指摘している。

⁷ それゆえ MRA 対象国は WTO 加盟国に限られ、MRA には WTO 規定の変更を伴う条項は一切含まれない。

表 1 MRA 規定 (GATS 7 条)

MRA の交渉に関連した規定 (WTO への通告義務)	
交渉開始時	<ul style="list-style-type: none"> 交渉に入る意図の明示 交渉に参加する関係者の明示 交渉関係者・関係機関の連絡先の明示 交渉項目の明示 交渉開始日時および第三者機関による交渉期限の設定
交渉結果	<ul style="list-style-type: none"> 合意内容の明示 合意内容の変更の通告義務
交渉後	<ul style="list-style-type: none"> 交渉過程および合意内容と GATS 7 条との整合性の確認 合意内容を確実に実施・モニタリングするための政策の導入 他の WTO 加盟国が MRA 交渉に入る意思を表明した場合における、迅速な対応の推奨
MRA の形式および内容に関する規定	
関係者	<ul style="list-style-type: none"> 協定当事者 (e.g. 政府、関係機関) の明示 関係当局・機関の立場の明示 関係機関の受け持つ資格および範囲の明示
合意目的	<ul style="list-style-type: none"> 合意目的の明示
合意の範囲	<ul style="list-style-type: none"> 認証の対象となる職業および専門的業務の明示 資格使用者の明示 認証が資格、もしくは当該国免許に基づいて行われるかについて明示 認証協定の時限性の有無についての明示
相互認証規定	認証適合性の明示 <ul style="list-style-type: none"> 資格条件 (e.g. 取得要件、学習期間、必要課目) 等の明示 認証のための適合性評価基準の明示 その他基準の明示
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> MRA 条項の監視および実施に関する規定・手続きの明示 当事者間の対話および行政間協力の枠組みの明示 MRA に関する論争の調停手段の明示 資格の申し込みに必要な情報 (e.g. 名前、関係機関) の詳細明記 相互認証の手続きに要する期間の詳細明記 など
受入国による免許交付条項	<ul style="list-style-type: none"> 言語要項の明記 専門損害保障保険についての説明 受入国倫理の遵守についての説明 関連法および規制の適用についての詳細明記 など
合意の改正	<ul style="list-style-type: none"> 合意内容の修正の明記

資料出所：WTO, “Guidelines for mutual recognition agreements or arrangements in the accountancy sector”, 1997 より筆者作成

では、MRA は具体的にどのように定義され、どのようなプロセスをたどり資格の相互認証がなされるのか、また、それを締結するにあたりどんなメリットがあるのだろうか。ここでは、以上の3点について、看護師資格の相互認証と関連させながら、説明していきたい。

相互認証の定義

まず、相互認証には二つの形式があることを確認しておきたい。一つは、強制分野の相互認証 (以下、政府間相互認証 | MRA: Mutual Recognition Agreement) と呼ばれるものである。経済産業省の定義によれば、政府間相互認証は「相手国において行われた自国の強制法

規の技術基準への適合性評価の結果が自国において行われたものと同等であるとして相互に認め合い、かつ、受け入れる」ことを意味する。もう一つは、任意分野の相互認証と呼ばれるものである。同じく経済産業省の定義によれば、任意分野の相互認証とは、「認定機関相互の認定行為の技術的同等性を認知し合うことを意味し、認定結果の受入れを伴うものではない」相互認証のことをいう。

本政策提言では、看護師資格の相互認証による看護師の越境移動の促進を主張するため、「相互認証」というときは、前者の政府間相互認証を指し、その対象も看護師に限る。

表 2 政府間相互認証と任意分野の相互認証の違い

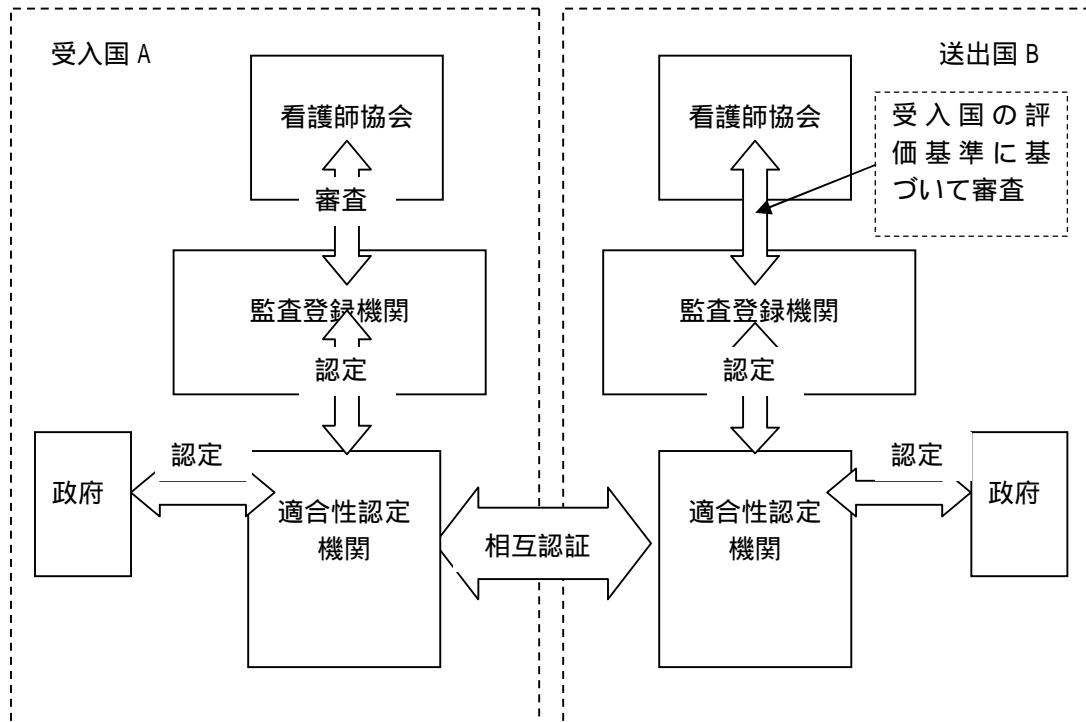
	政府間相互認証	任意分野における相互認証
主体	各国政府	認定機関
目的	<ul style="list-style-type: none"> • 自国の強制法規の技術基準と相手国のそれとの同等性の相互認知および受入れ • 貿易円滑化・人の移動の活発化 	<ul style="list-style-type: none"> • 認定機関相互の認定行為の技術的同等性の相互認知 • 認証・試験に対するマーケットの信頼性の向上
人の移動の可能性		×

資料出所：経済産業省 HP より筆者作成

相互認証プロセス

政府間で相互認証協定が締結された場合、以下のプロセスをたどって資格の相互認証が行われる。まず、送出国政府と受入国政府はともに第三者機関（適合性認定機関）を認定し、各国適合性認定機関は、それぞれ審査登録機関を認定する。送出国側の審査登録機関は、看護師の技能や技術といった力量を、受入国（看護師の受け手国）側の基準および適合性評価手続きに基づいて適合性評価を行う。次に、受入国の適合性認定機関は、その評価結果を自国内で自国の審査登録機関が実施した適合性評価と同等の保証が得られるものとして認め、特定の労働者（ここでは看護師をさす）を受け入れる。このような手順を踏むことで、たとえある特定の資格の基準や適合性評価手続きが国の間で異なっていたとしても、信頼の置ける人材供給が可能になる。

図 1 政府間相互認証プロセス



資料出所：経済産業省 HP、(財)日本適合性認定協会 HP より筆者作成

相互認証のメリット

(財)日本適合性認定協会によれば、サービスの受益者にとって相互認証協定締結のメリットは、「自国の認定機関から認定された審査登録機関が発行する審査登録証に抱くのと同等な信頼感を他国の認定機関から認定された審査登録機関が発行する審査登録証に対してもちうること」である。また万が一、相互認証相手国から認定された審査登録機関が発行する審査登録証をもつ供給者のサービスで不都合が生じた場合でも、「他国の審査登録機関から発行された審査登録証についても、国内の場合と同様に認定機関を通じて原因究明と再発防止を要求するルートを確保し、責任ある回答を求めること」ができるという。

このように、GATS/MRA として人の移動に関して国際的なスキームがあるが、しかし、GATS/MRA はそもそも基本原則を示しているといえ、実際の外国人看護師の受け入れにあたっては各国ごとの取り組みが不可欠であることに留意したい。

第二節 他の先進国の看護師受け入れ事例

この節では、前節で GATS の枠組みでの受け入れだけではより踏み込んだ受け入れが実行できないのを確認したことを受け、実際に受け入れを行っている諸外国がどういったスキームを用いているのかをみる。特に、米英における現状の看護師受け入れ体制が日本の今後の受け入れに対して持つ示唆を探る。まず、国際的な看護師不足とそれに対応し、途上国から積極的に看護師を受け入れる先進各国の動きをまとめ、その倫理上の問題点を指摘する。その後、米国と英国の受け入れ事例から日本の参考となる部分を抽出する。

看護労働力の国際移動の現状

看護師不足は日本に限った問題ではなく、その他の先進各国においても 1990 年代半ば以降、社会の高齢化が進行するのに伴って医療従事者の不足が顕在化し始め、中でも看護師不足はその典型となっている(表 2-1)。これは多くの先進国で、高齢化でその需要が拡大する中、当の看護師たちも高齢化する、という二重の困難にぶつかっている為である。また、こうした国々において不足分を補うだけのキャパシティーが各国内の育成機関にあるとは言えない (Aiken et al. 2004, Buchan and Sochalski 2004)。

表 2 - 1 世界の看護師不足 現状 ;

国名	看護師不足の現状
ドイツ	13,000 人不足
オランダ	13,000 人不足
スウェーデン	3,000 人不足
ガーナ	6,000 人不足
南アフリカ	32,000 人不足
マラウイ	30 人の看護師が 1000 のベッドを担当
ウガンダ	1~2 人の看護師が 100 人の患者を担当

資料出所 : Oulton 2006

こうした予測を受けていくつかの先進国は外国から看護師を受け入れ、その国内供給の不足分を補う動きに出ている。この章では、こうした諸外国の看護師受け入れ事例と現状をまとめる。

但し、看護師の国際移動の実態を把握するには数多くの困難が伴う。まず、看護師送り出し国の多くが途上国であることから、労働種別の出国に関する記録が不十分、あるいは全くないということがある。また、仮にそうした記録があったとしても、医療従事者の職種分類に関しては国際的な標準化がされていない、すなわち看護師の定義が各国で異なるため、国家間での数量的な比較が困難である。さらに、受入国である先進国においても、米国やオーストラリアなどでは看護師の資格認定と登録を州単位で管轄しているため、1人の看護師が複数の州で登録している場合もあり、国全体での外国人看護師の総数を把握するのが困難である。英国では「外国人看護師」の定義が統一されていないので、例えば英国育ちで労働許可を必要としない外国籍の看護師を「外国人看護師」とするかどうかは、雇用主体である各医療機関によって任意に決められており国内でも統一的なデータが採れていない、などの問題がある(表 2 - 2)。

表 2 - 2 看護師の国際移動実態の測定への障害

- 送出国が途上国のため統計が不足。
- 医療従事者の職分の国際的標準化が未熟。
- 地方自治体レベルで受け入れ、登録される場合、国レベルでの統計が不足する。
- 「外国人」看護師の定義上の問題。外国籍の看護師か、外国で教育を受けた看護師か。
- 看護師として就労を希望して移住しても、就労できない、しない場合がある。
- 国際移動のデータが、研修などの一時的な移動も含んでしまう場合がある。
- 第三国経由での移住。(フィリピンから英国へ移住、就労の後、アメリカへ就労など)

資料出所：Buchan and Sochalski 2004 などを元に筆者が作成

現在、積極的に外国から看護師を受け入れて自国における不足分に充てている国は、主に米国、英国、アイルランド、オーストラリア、ニュージーランド、などの英語圏の国々、あるいは単純労働者を含めた多くの分野での労働力を外国からの出稼ぎに頼っているサウジアラビア、アラブ首長国連邦などの産油国である。

こうした国々については将来においても、日本と同様に、深刻な看護師不足が予想されているので、現在、外国人看護師の受け入れを拡大しようという動きがみられる(表 2-3, 2-4)(Oulton 2006, Aiken et al. 2004, 上續と山田 2004)。

表 2 - 3 将来において予想される各国の看護師不足；

予想されている年	国名	看護師不足
2010	オーストラリア	40,000 人
2012	米国	1,000,000 人
2016	カナダ	113,000 人
2025	デンマーク	22,000 人
2010	英国*	53,000 人
2008	アイルランド*	10,000 人

資料出所：Oulton 2006、英国、アイルランドは Aiken et al. 2004

表 2-4 各国のフィリピン人看護師受け入れ状況 ストック (単位:人)

	1998 年	1999 年	2000 年	2001 年	2002 年 9 月迄
サウジアラビア	193,698	198,556	187,724	190,732	193,157
英国	502	1,918	4,867	10,720	13,655
シンガポール	23,175	21,812	22,873	26,305	27,648
アイルランド	18	126	893	3,734	4,507
米国	3,173	3,405	3,529	4,689	4,058

資料出所：上續と山田 2004

看護労働力の国際移動の要因

また、こうした国々の看護師受け入れに関して、例えば英国とオーストラリアのように、これらの国家間での看護師の交換も多少はあり、実際、オーストラリアやノルウェーの看護師受け入れは先進国からが主になっているが、その他の国々では基本的に途上国からの受け入れが圧倒的に多い。これは看護師の送り出し国である途上国と受け入れ国である先進国にそれぞれ push 要因と pull 要因があるためである。push 要因とは途上国の、低い賃金、経

済的な不安定性、貧しい医療システム、AIDS などについての相対的なリスクの高さなどであり、pull 要因とは先進国の、高い賃金、良好な居住・労働環境、医学の勉強・経験を重ねられる機会の多さなどである(表 2-5)(Kline 2003)。

表 2-5 看護師の国際移動のプッシュ要因、プル要因

プッシュ要因	プル要因
<ul style="list-style-type: none"> • 安い賃金 • 社会的な不安定性 • 医療システムの資金不足 • エイズ治療の負担と感染の危険 • 危険な労働環境 • 雇用機会の不足 • 本国への送金による外貨収入 	<ul style="list-style-type: none"> • 高い賃金 • より良い生活・労働環境 • 医学の勉強やスキル向上の機会 • キャリア形成

資料出所：Kline 2003, Oulton 2006, Aiken et al. 2004 から筆者が作成

先進国	看護師数	途上国	看護師数
米国	782	ニジェール	66
英国	847	インド	45
アイルランド	804	ウガンダ	10
カナダ	741	ニカラグア	10
オーストラリア	941	ハイチ	10
ニュージーランド	841	フィリピン	418

表 2-6 各国における人口 1 0 万人に対する看護師の数

資料出所：Aiken et al. 2004

注意：人口 1 万人あたりの数字を 10 倍にした(助産婦含む)。ウガンダは 2002 年、ニカラグアとハイチは 1999 年の数字。

途上国から受け入れる倫理上の問題

このような途上国と先進国における看護師を取り巻く環境の違いから、前者から後者への看護師の移動が生まれているが、実際には、人口比率でみて、受入国である先進国は送出国である途上国の 2 倍以上の看護師を有している(表 2-6)。さらに言えば、こうした途上国のデータはしばしば不正確であり、多くの場合、それは過大評価されているので、実際には格差はデータに表れているよりも大きいと考えられる (Aiken et al. 2004)。こうしたことから、富裕国の看護師採用が貧困国における看護師不足を助長し、その結果、送出国の厚生に重大な問題を引き起こしている、という批判がなされている。

世界保健機構(WHO)は人口 10 万人に対して最低でも 100 人の看護師が必要であると勧告しているが、貧困国の多くはその基準に遠く及ばない。この人口 10 万人に対する看護師数の比率は、一部の富裕国(フィンランド、ノルウェー)では 2000 人以上になっているが、貧困国(中央アフリカ、リベリア、ウガンダ)では人口 10 万人に対して看護師 10 人未満と非常に格差が大きくなっている。この比率について、ヨーロッパの平均は、アフリカや東南アジアのその 10 倍となっている(UNFPA 2006)。

アフリカ大陸からは看護師や医師などの医療従事者が毎年 2 万人流出しているが、HIV 感染者数の増大や高い出産率から、高度な医療技術を持った人材への需要は年々、大きくなっている。2015 年までに HIV と乳児・妊産婦死亡率を減少させるという国連ミレニアム開発目

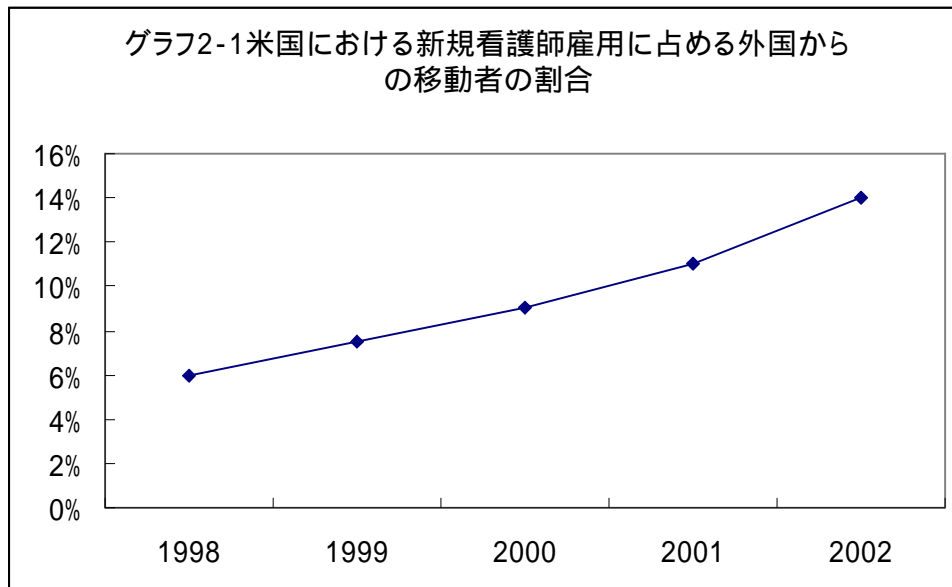
標を達成するために、サハラ以南のアフリカでは医療従事者をさらに 100 万人増やす必要があると言われ、その中には、62 万人の看護師が含まれている (UNFPA 2006)。

各国の受け入れ事例

以下、米国と英国について外国人看護師受け入れの事例をまとめる。

米国

米国は主要な看護師受け入れ国の一つであり、雇用されている看護師のうちの外国人看護師（外国で看護教育を受け、渡米した者）の割合自体は 4% と小さいが、国内医療システムの規模の大きさから絶対数は実に 9 万人に及ぶ⁸。さらに、その割合も増加する傾向にある。新規採用された看護師に占める外国人看護師（外国で看護教育を受け、渡米した者）の割合は 1998 年の 6% から 2002 年には 14% と 4 年間で倍以上に伸びている。米国で教育を受けた外国籍看護師を含めるとその新規採用の割合は全新規採用の 1/3 になる。こうした外国からの大量の受け入れは、米国の医療システムの規模の大きさ、高い賃金、活発な人材仲介業者の活動によるものである (Aiken et al. 2004)。



資料出所 : Buchan and Sochalski 2004

しかし、近年のこうした外国人看護師のプレゼンスの増大や国内の医療市場規模の大きさにも関わらず、米国は世界最大の看護師受け入れ国ではない。これは、英国などと比べたときの外国人看護師が受ける資格認定過程の難しさ、煩雑さにあると考えられる。

全ての国の看護師が米国で就労するためには、米国で行われる国家資格試験 (NCLEX-RN) に合格しなければならない。まず、この試験を受けるには大学相当の教育レベルが求められる。また、英語を第一言語とする教育を受けた者以外は TOEFL のスコアが求められる。そして、米国で行われる国家試験の前に多くの志願者の母国において実施される予備試験を受験し、それにより志願者たちは実際に渡米するかどうか決定でき、志願者数は絞られる。さら

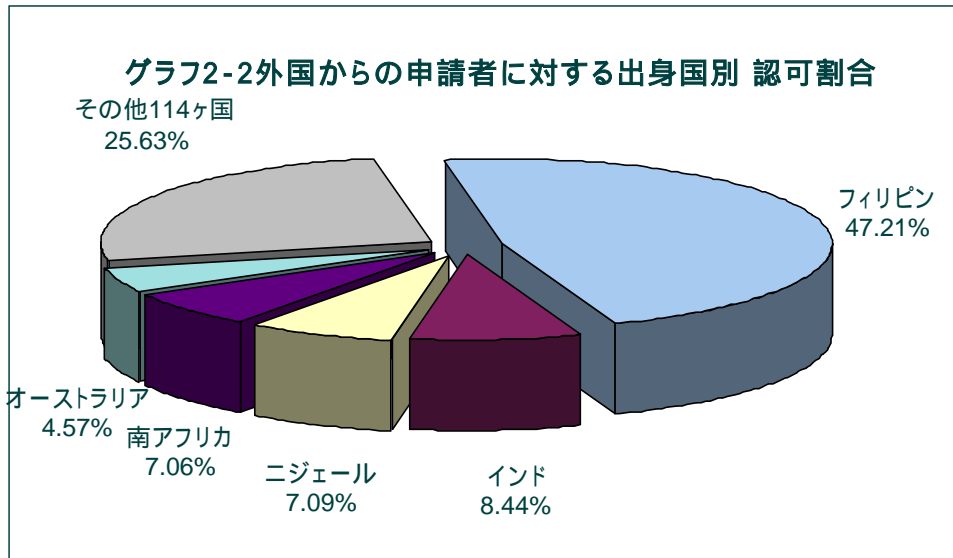
⁸もし、米国が英国やアイルランド並みの外国人看護師割合を目指すとする、さらに 10 万人の外国人看護師が米国へ流入することになる (Aiken 2004)。

に、この予備試験に受かったとしても、ビザに関して看護師は特別な優遇制度が採られているわけではなく、必ずしもビザ発給を受けられるわけではない(Aiken et al. 2004)。

NAFTA 域内では看護師資格について特に相互認証制度などは存在しないが、締結以降では、上述の push/pull 要因が働くので、メキシコからの看護師受け入れの増大が期待された。しかし、カナダからは国境沿いの州を中心に活発に受け入れがあったものの、メキシコからの受け入れはほとんど増えなかった。これは、カナダがその看護教育、看護資格認定のレベルの高さが信頼されているのに対して、メキシコの看護レベルは総体的に低く、信頼されていないこと、さらに、メキシコはスペイン語圏であるため、言語上の障害が大きかったこと、が要因として考えられている(Aiken et al. 2004)。

英国

EU 諸国の看護師は相互の資格認証制度によって、英国でも就労する権利を持つ。しかし、実績では、フィリピンなどの EU 域外からの受け入れの方が圧倒的に多い。これは言語的な問題もさることながら、EU 域内の経済力の近さから、上述した push 要因・pull 要因が働きにくいことによる(Aiken et al. 2004)。



資料出所：NMC 2002

深刻な看護師不足に悩む英国は、積極的に外国からの受け入れを続け、2002 年には初めて新規採用で外国人看護師、外国で看護教育を受けた看護師(16,155 人)が英国出身の看護師(14,538 人)を上回った。また、現在、英国で働く外国人看護師の割合は、米国のその 2 倍の 8%である。

英国のこのような積極的な途上国からの看護師受け入れは送り出す途上国の看護師不足の原因なる、という倫理的な議論をよび、1999 年には、当時多くの看護師を引き抜いていた南アフリカのマンデラ大統領から強く非難された(上續と山田 2004)。そうした批判を受け、同年、英国保健省は外国から看護師採用についての倫理コード、ガイドラインを発表した。これにより、公共医療機関についてアフリカからの直接の看護師採用を禁じたが、民間の医療機関では大量の採用が続くなど、必ずしも効果的な結果を生まなかった。そのため、ガイドラインは複数回にわたって修正、補筆された。現在は、看護師送出国との合意がない限りその国からの採用は制限する、という内容になり、受け入れは二国間協定、多国間協定での合意内容に拠ることとなっている。民間部門の採用に対する制限は不十分であるとの指

摘はなくなっていないものの、政府の意向としては看護師供給に余裕のあるフィリピン、インド、スペインなどと二国間協定を結び、公共医療機関の求人はそのルールに従うこととし、民間の医療機関についてもこれに準じた求人活動をするを推進している (Buchan 2001, 上續と山田 2004 など)。

英国で外国人看護師が就労するのに、新たに何か試験を受ける必要はない。これは、外国人に限らず、そもそも英国の看護師資格が国家試験合格によるのではなく、看護教育課程の修了を要件とすることによる。志願者は全員、看護師・助産婦理事会に登録し、試験受ける必要がない代わりに、この機関によって実働経験、英語能力などを併せて総合的に審査される。そこには、英国における雇用主による滞在期間中の雇用保証なども含まれ、多くの場合、雇用主に当該看護師の訓練と監視を義務付けて受け入れが行われる。試験がないことは、外国人看護師にとって恵まれた就労条件であるが、一方で雇用主には厳しい制度となっていると言える。

また、国家試験を課さないだけでなく、労働許可申請手続きの迅速化、人材の採用と配属に関する統合、見習い期間の設定や語学研修、文化紹介など、受け入れを円滑に行うための対策が採られている (Aiken et al. 2004)。

以上みてきたように、先進各国は一様に途上国の受け入れを増大させているが、そこには倫理有上の問題が付きまとう。また、米英の事例からは、受け入れに関して言語と手続き上の煩雑さが障害となること、受け入れ時の倫理的問題を避ける上でも2国間協定が有効な手法となること、と言える。

第三章 日本の現状：問題点の整理 なぜ労働者問題が進展しないか

第三章では第一節で主に外国人看護師受け入れについての日本政府と国内関係団体の立場を明らかにし、日本政府の外国人労働者受け入れに対する消極性とその理由について考察する。第二節で日本の外国人労働者受け入れの現状を整理することで、現在の政府による体制や近年合意された日比EPAでのフィリピン人看護師受け入れの枠組みが不十分であることを示し、政策提言をこれまでの政府がやってきた以上の価値・効果をもたらすものにする。

第三節では日本とフィリピン・タイの看護師水準について考察し、フィリピン・タイの看護師水準の高さを示すことで、受け入れがサービスの向上につながることを示す。

第一節 日本政府と国内関係団体の立場

外国人の看護師の受け入れについては、国内関係団体の間でも賛否両論がある。日本政府内でも省庁によって賛成と反対の意見があるが、看護協会などの反発に対する考慮から、政府全体としては受け入れに消極的な態度をとっている（第3章第2節の日比EPA交渉を参照）。

反対派	賛成派
厚生省、看護協会、労働組合	経産省、経団連
日本人雇用の保護 日本人の労働条件保護 医療水準の確保	持続的成長への貢献 労働者不足の改善

厚生労働省

国内の労働者や関係団体への配慮から、日本政府の中でも特にフィリピン人看護師・介護士の受け入れに消極的なのが、厚生労働省である。同省は特に看護協会などの反発を考慮し、看護師不足の対策としては外国人の受け入れよりも日本人の就労を優先する考えである。その具体的な方法は潜在看護職員の再就職促進や看護師の離職防止などであり、上述の看護協会による対策案とほぼ一致している。また2005年に同省が作成した「第六次看護職員需給見通し」においては、2006年以降の供給増加が需要増加に追い付く形で、看護職員の需給バランスは改善していくとの予測を示している。

日本看護協会・日本労働組合総連合会

これらの団体は、日本人雇用の優先、日本人の労働条件保護、医療水準の確保などの理由から、フィリピン人看護師の受け入れに否定的な見解を示してきた。

まず日本人雇用の優先についてであるが、看護協会などは日本人看護師の雇用を促進する事で、日本国内における看護師不足は解決可能だとしている。そしてその為に、以下のよう

な対策案を示している。第1に、看護師免許を持ちながら看護師の職に就いていない「潜在看護師」(約55万人と推計される)の再就職を支援・促進する。第2に、夜勤など過酷な労働条件の改善によって、看護師の離職を抑制する。現在、看護師の平均勤続年数は約6年とかなり短い。そして、都市-地方間における看護師の偏在を解消する。こうした改善策によって国内の人材を最大限に活用し、看護師不足の解決を図る事が先決であり、短期的視点に基づく安易な受け入れは行うべきではない、というのが看護協会の主張である。

また仮にフィリピン人看護師が、病院経営者にとって都合の良い安価な労働力として利用された場合、日本人看護師の賃金やその他労働条件が悪化するという結果をもたらしかねない。さらに日本語能力の不足や国ごとの医療水準の違いなどによって、業務上の困難さ、日本の医療水準の低下といった悪影響が発生する可能性もある。

こうした懸念から、看護協会や労働組合などはフィリピン人看護師の受け入れに否定的であり、EPAの一環としての受け入れに際しても以下の4条件を日本政府に提示した。日本人と同じ看護師国家試験を受験し、看護師免許を取得する。安全に看護ケアが提供できるだけの水準の日本語の力を有する。日本人看護師と同等の条件で雇用される。免許の相互認証はしない。これらの条件の1つ1つが、上で述べた懸念材料を解消する為のものである事が分かるであろう。日本の看護師資格尊重と看護ケア水準の維持、及び日本人労働者の労働条件と労働環境の保護を目的として、フィリピン人看護師の受け入れには厳しい条件を課す姿勢が打ち出されている。

経済産業省

以上で述べてきたように、日本の政府や関係団体には、フィリピン人看護師・介護士の受け入れに消極的な見解が目立つ。しかし、当然ながらそれが全てという訳ではなく、受け入れに積極的ないしは賛成の意見も存在する。経済産業省は、日本経済への好影響の観点から、外国人労働者の受け入れに前向きな見解を示している。同省が作成する『通商白書』の2006年版では、日本経済の持続的な成長の為には国内人材の育成、女性や高齢者の活用に加えて、高度な技術を有する海外人材の活用を図る事も必要と述べられている。そして海外人材の受け入れに当たって、労働処遇や生活環境など日本の現状に問題がある事を認め、より一層の海外人材受け入れ・活用の為の改善を訴えている。

日本経済団体連合会

日本経団連は、日本人労働市場の整備が必要である事を認めつつも、将来の労働力不足を補う目的からフィリピン人看護師・介護士の受け入れに賛成している。それだけでなく、日本の国家試験を受ける際の受験資格要件の緩和、在留資格の整備、外国における養成、EPAの枠組み以外での取り組みなどを通して、今後一層の受け入れ拡大を図るべきであると、非常に積極的な評価を与えている。

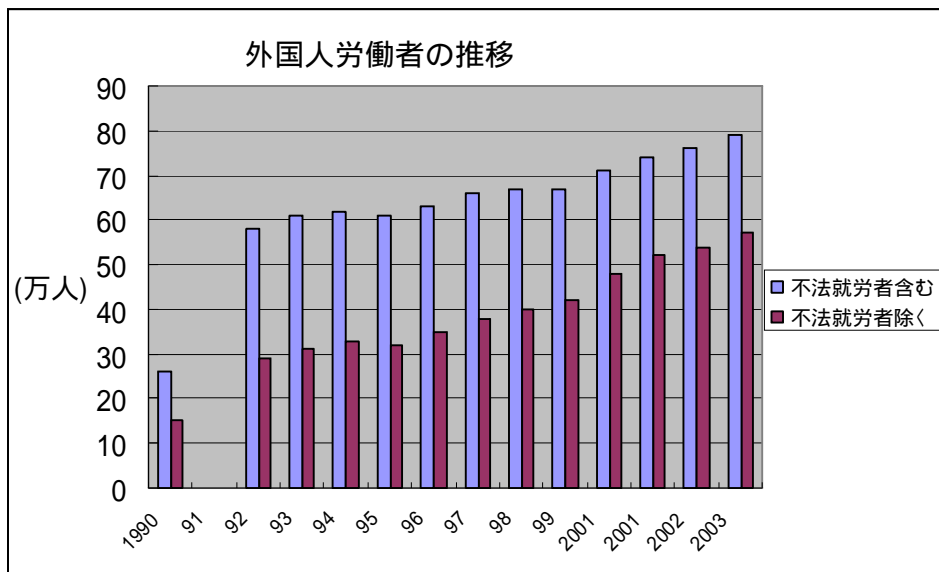
第二節 日本の受け入れ

1) 現在の受け入れ状況

まずは、現在、日本が外国人労働者に対して、どのような受け入れ体制を取っているのが確認する。日本の全労働者に占める、外国人比率はきわめて低い。欧米諸国が8-15%を推移しているのに対し、日本は不法労働者も含め、1%程度であり、労働市場の開放は遅れている。

法務省入国管理局によると、平成14年度、日本の全労働者人口の6,689万人のうち、外国人労働者は79万人（うち不法労働者22万人を含む）であり、日本の外国人労働者比率はわずか1.1%である。外国人労働者数は平成4年度と比較して、18万人増加しているが、全労働人口に占める比率自体にはほとんど変化はない。

グラフ 3-1 外国人労働者の推移

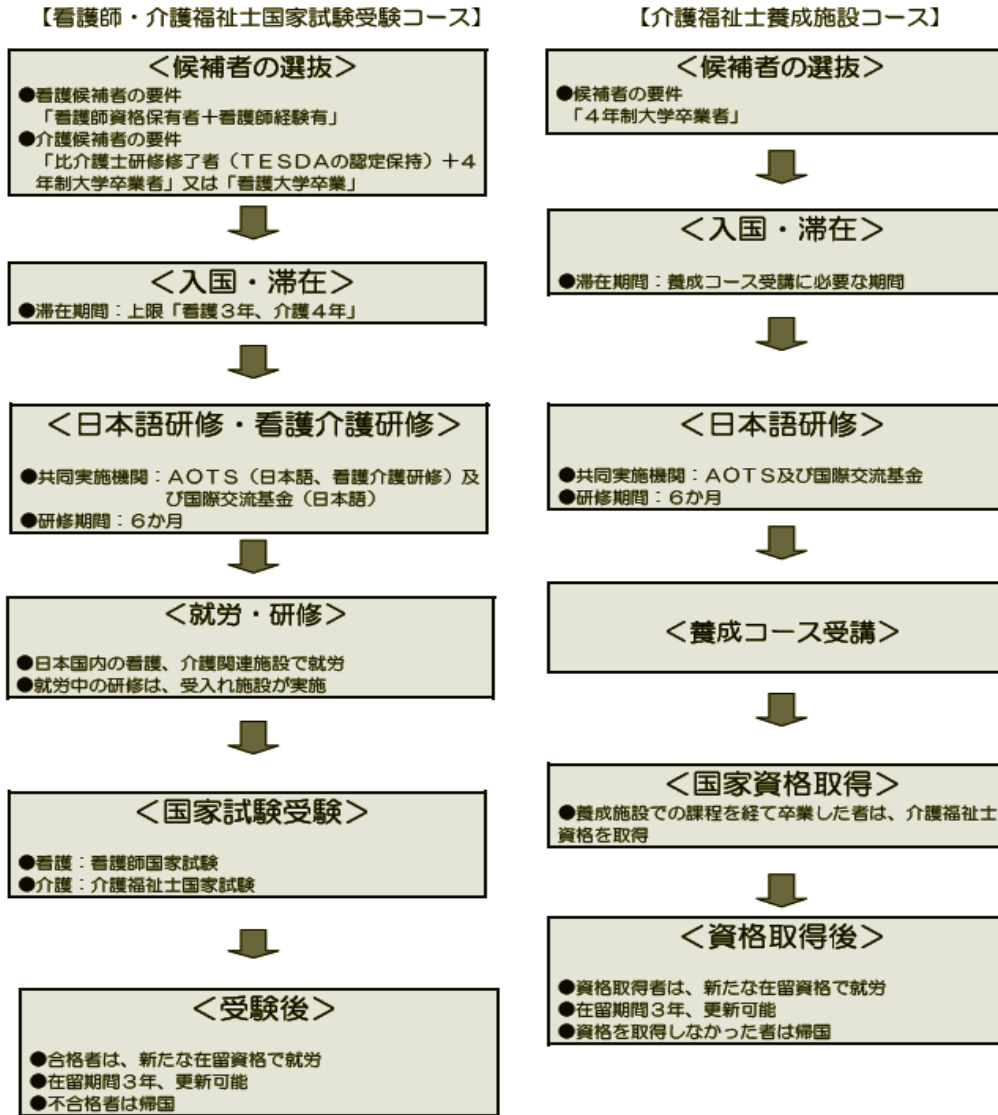


資料出所：厚生労働省 HP より筆者作成

2) EPA を通じての受け入れの動き

今回の日比FTAにおいて看護師・介護士はフィリピンからの要望に応じ、日本が定める以下の条件下で受け入れることが合意された。フィリピン人が看護・介護の分野で就労するには日本で 看護師・介護福祉士国家試験を受験するコースと 介護分野においてのみ日本での介護福祉士養成コースの二つがある。

日比EPA（看護・介護分野での比人受入れ）に係る基本的枠組み



注) TWSDA とは職業能力開発を担当する技術教育技能開発庁の略称である。TESDA はフィリピン人が「国際的に通用する能力を身に付け、国際的な就労機会を得よう」との標語を掲げており、フィリピン人が海外で技術者として就労できるようにさまざまな技術習得研修や訓練を実施している。

資料出所：外務省ホームページhttp://www.mofa.go.jp/mofaj/area/philippines/pdfs/hapyou_0411.pdf

フィリピン人看護師の日本での就労条件はフィリピンの看護師資格を取得していることと、実際に看護師として就労した経験を有していることである。さらに日本入国後に6ヶ月の日本語・看護研修を行い、日本国内の看護関連施設で就労しながら3年以内に看護師国家試験に合格しなければならない。しかし、上記の受け入れ条件はフィリピン人受け入れに反対している日本看護協会の要求する条件をそのまま酌みいれた内容となっており、以下は日本で就労を希望するフィリピン人にとって厳しい条件となっている。

【1】 国家資格取得までの厳しい要件

- 【2】 日本のフィリピン人受け入れ人数枠
- 【3】 フィリピン人看護師及び介護士の在留資格は法務上の「特定活動」であること。

【1】 第一に、フィリピン人が日本の国家資格を取得するには以下のような困難がある。
日本国内で語学研修を受けなければならない。
日本国内で国家試験を受験しなければならない。
3年以内国家試験に合格できなければ、本国に帰国しなければならない。

【2】 第二に、今回の EPA 交渉では2年間で1000人(看護師400人、介護士600人)という受け入れ人数枠が制限されている。この受け入れ人数枠は日本の看護師不足と、フィリピン政府の要求の双方に應えることができていない。日本の看護師は2006年時点で42000人不足していると推計されている。2年間で看護師400人という受け入れ枠は、将来受け入れを続けるとしても現実的に日本の看護師・介護士不足を補える数ではない。

また、フィリピン政府が数千人規模の受け入れを要求していたのに対して、1000人という受け入れ枠はフィリピン政府の要求に全く届いていない。この点における日本・フィリピン両政府の立場の食い違いは、日比 EPA の交渉過程からも窺える。日本政府は国内団体の意向を受け、日比 EPA の交渉においてもフィリピン人看護師・介護士の受け入れには消極的な姿勢を示してきた。事実、フィリピン人看護師及び介護福祉士の受け入れは、フィリピン側の熱烈な要望に日本側が譲歩する形で実現した。

【3】 第三にフィリピン人看護師の在留資格は法務大臣が個々の外国人について特に指定する「特定活動」として扱われており、一時的な措置である。そのため EPA 交渉の材料として1000人受け入れ後、即廃止という可能性もある。このように受け入れの継続、受け入れ人数枠については日本政府の都合が優先されたために研修生が弱い立場にある。今後日本による受け入れが続くかわからないという状況は、将来日本での就労を目指すフィリピン人研修生にとって大きな不安要素である。

第三節 フィリピン・タイの看護資格および看護教育水準

本項では、東アジアにおいて日本への潜在的な看護師送出国となるフィリピンとタイの看護資格および看護教育水準について説明する。両国は、経済発展段階に比して高い医療水準を誇っており、それを支えているのは看護教育の専門化であるといえ、日本とフィリピン、日本とタイの間で看護師資格の相互認証は、看護技術の面ではそれほど困難ではないと考えられる⁹。

【フィリピンの看護資格と看護教育】

フィリピンで登録されているすべての看護師は、看護学位 (Bachelor's Degree in Nursing)が必要とされる。2000年には看護教育のさらなる高度化・専門化のためにフィリピン看護法が制定され、看護師資格は専門看護監査委員会 (The Professional Regulation Commission) によって厳しく監督されている。そのため、看護師資格はフィリピン国内で難易度の高い資格のひとつである。専門看護監査委員会は、少なくとも看護修士 (Master's Degree in Nursing) もしくは10年以上の看護業務経験を有する看護師によって構成されている専門家集団であり、看護師資格試験の実施、看護師資格の発行とモニタリング、看護師規約の決定などフィリピンの看護水準の向上に貢献している (PRC HP 2006)。

フィリピンでは看護師養成のため、多くの大学が看護学部を設けており (表1参照)、そこで使われるカリキュラム、シラバス、教科書等は、看護教育水準の高い米国のそれに倣ったものである。たとえば、実際にフィリピンの看護学部のカリキュラムをみると、看護基礎科目では、看護基礎、解剖学、生理学、生化学、病態生理学、薬理学、精神医学、看護専門科目では、看護調査入門、看護マネジメント論が、アメリカのそれと同じである (表2太字)。日本のそれと比較してみると、カリキュラムに組み込まれている科目がやや異なっていると見える。しかしながら、日本のそれと比較してみると、カリキュラムに組み込まれている科目は異なっており、日比間の看護資格の相互承認にはある程度支障がある点については十分に留意したい。

このように看護学部において即戦力となる人材が育成されており、フィリピンが看護教育に力を注いでいる。このようにフィリピンの看護教育水準は近代かつ先進国水準に資するものである。

表1. フィリピン：看護学部設置大学

大学名

- Ateneo de Davao University
- Capitol Medical Center University
- Centro Escolar University
- De La Salle-Health Sciences Campus
- De La Salle Lipa
- Manila Doctors College
- PLM College of Nursing

⁹ 特にフィリピン人看護師については、ここで述べるように学位課程で教育を受けていることなどから、世界的に評価されており、政府の積極的な送り出し政策の下で既に米国、英国を中心に多くの送り出し経験を持つ (Aiken et al. 2004)。また、その看護師としての患者に対する優しい姿勢なども評価されている (上瀬と山田 2004)。

- Tarlac State University
- Xavier University (Cagayan de Oro)

資料出所：各大学 HP

表 2 日米比看護学部カリキュラム比較

	アメリカ	フィリピン	日本
看護基礎科目	<ul style="list-style-type: none"> • 看護基礎 • 解剖学 • 生理学 • 生化学 • 病態生理学 • 薬理学 • 精神医学 • 栄養学 • 統計学 • 医療外科 • 小児科学 • 産科学 • 成長開発論 	<ul style="list-style-type: none"> • 看護基礎 • 解剖学 • 生理学 • 生化学 • 病態生理学 • 薬理学 • 精神医学 • 科学 • STS • 微生物学 • 地域保健学 • 保健倫理 • 医療経済学 	<ul style="list-style-type: none"> • 基礎看護技術 • 基礎看護学実習 • 解剖生理学 • 病理学 • 薬理学 • 臨床心理学 • 公衆衛生学 • 疫学・保険統計 • 栄養学 • リスクマネジメント • 健康福祉行政論 • 医療概論 • 微生物学 • 臨床医学
看護専門科目	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅看護 • 専門看護 • 健康指導 • 地域医療 (F/W) • 実証研究 • 看護調査入門 • 看護マネジメント論 • 健康と病気の評価 	<ul style="list-style-type: none"> • 母性幼児看護 • 医療外科看護 • 手術看護 • 現代看護論 • 臨床指導 • 看護調査入門 • 看護マネジメント • 集中ケア看護 	<ul style="list-style-type: none"> • 成人看護学 + 方法論 + 実習 • 老年看護学 + 方法論 + 実習 • 小児看護学 + 方法論 + 実習 • 母性看護学 + 方法論 + 実習 • 精神看護学 • 在宅看護学 • 地域看護学 • 看護学 • 看護学方法論 • 人間関係補助論 • 国際看護論 • フィジカルアセスメント

資料出所：University of Michigan School of Nursing HP, PLM College of Nursing HP, 高崎健康福祉大学 HP

表 3 臨床課目 (補足)

地域社会健康増進看護 (Community Health Nursing)	<ul style="list-style-type: none"> • CHN I • CHN II • CHN III
母性幼児看護 (Maternal & Child Nursing)	<ul style="list-style-type: none"> • OB-OPD • Lying-In Clinic/Postpartum Ward • Labor & Delivery Room • Obstetric Ward • Nursery Ward • Pediatric Ward

	<ul style="list-style-type: none"> • Gynecology
医療外科看護 (Medical-Surgical Nursing)	<ul style="list-style-type: none"> • Medical Ward • Surgical Ward • Orthopedic Ward • Communicable Disease Unit • EENT Ward • Operating Room Unit • Emergency Nursing • Trauma Ward
精神医学看護 (Psychiatric Nursing)	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatric Ward and Rehabilitation Center
集中ケア看護 (Intensive Care Nursing)	<ul style="list-style-type: none"> • Neurosciences Intensive Care Unit • Neuro Surgery Care Unit • Burn Unit • Central for Adult Care Unit • Central for Pedia Care Unit • Neonatal Intensive Care Unit • Medical Intensive Care Unit • Surgical Intensive Care Unit
看護マネジメント (Nursing Management)	<ul style="list-style-type: none"> • Headnursing • Staff Nursing
看護実習の統合 (Integrated Nursing Practice)	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-School • Occupational Health • School Nursing • Geriatric Nursing

資料出所：PLM College of Nursing HP

【タイの看護資格と看護教育】

タイのすべての看護学校は4年制大学である。それゆえ、すべての看護師は最低でも4年制教育課程（看護学士教育）を受けていることが前提である。また、チュラロンコーン大学、タマサート大学、チェンマイ大学などの国内トップレベルの大学は、修士・博士課程を設置し看護師の専門化を図っている（表6参照）。

また、タイの看護師資格免許は3種類にわかれており（表4参照）いずれの免許もタイ看護審議会によって認定・発行され、1997年以降、5年ごとの免許更新を義務付けている。タイの看護師試験免許は表5にあるように、成人看護、老人看護、精神医学看護など、日本のそれと課目自体は一緒であり、日タイ間の看護師資格の相互承認のハードルはそれほど多高くないのではないだろうか。

このように、日本にとって、フィリピンだけでなく、タイも日本への潜在的な看護師送出国であることがわかる。

表4. タイ：看護師資格免許

資格名	教育期間・備考
• テクニカルナース	2年教育：現在は育成されていない
• プロフェッショナルナース	4年教育：看護学士
• アドバンスト・プラクティスナース	2年～4年教育：修士・博士（専門分化）

資料出所：The Nursing Council of Thailand HP より筆者作成

表 5. 日タイ看護師免許試験内容比較

タイ	日本
<ul style="list-style-type: none"> • 母性幼児看護 • 小児科看護 • 成人看護 • 老人看護 • 精神医学看護 • 地域社会健康増進看護 • 法律 	<ul style="list-style-type: none"> • 人体の構造と機能 • 疾病の成り立ちと回復の促進 • 社会保障制度と生活者の健康 • 基礎看護学 • 在宅看護論 • 成人看護学 • 老年看護学 • 小児看護学 • 母性看護学 • 精神看護学

資料出所：The Nursing Council of Thailand HP より筆者作成

表 6. タイ：看護学部設置大学

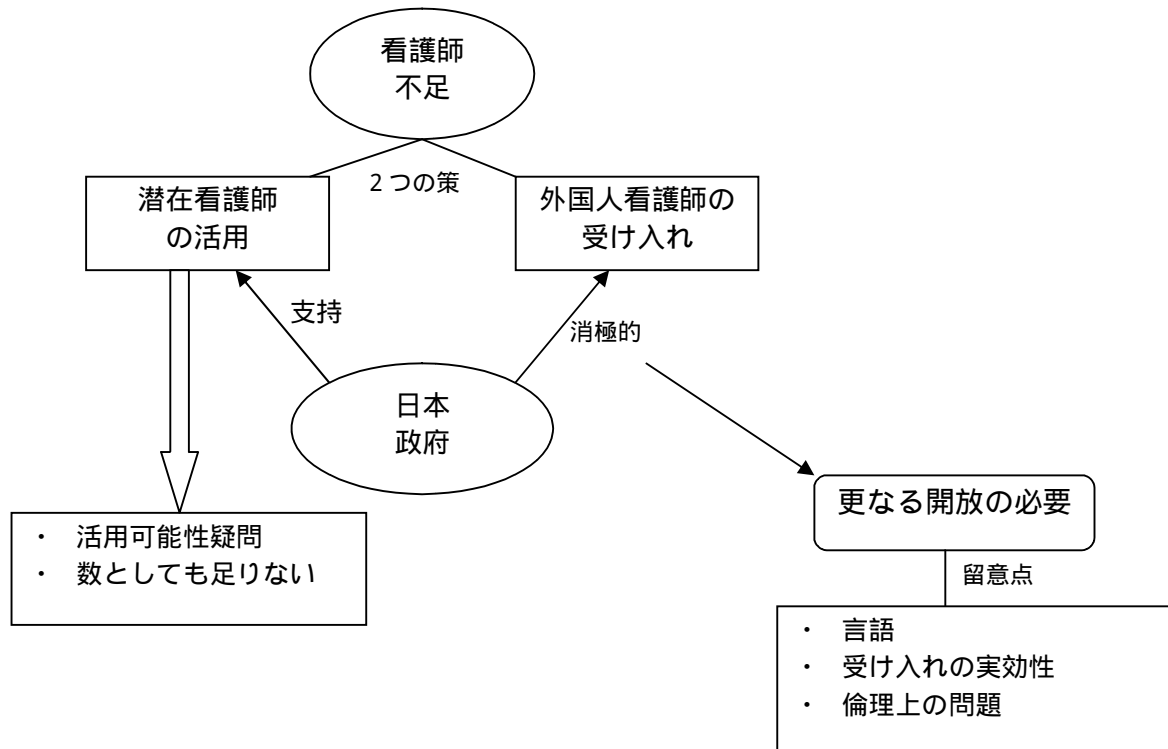
大学名	備考
• Chulalongkorn University (大学院のみ)	修士 (約 300 名)、博士 (約 15 名)
• Thammasat University	修士・博士課程、PBL 教育
• Chiang Mai University	学士 (約 900 名)、修士 (200 名)、博士 (15 名)

資料出所：各大学 HP より筆者作成 (注) PBL: Problem Based Learning

第四章 政策提言

第一節 前章までの論点の整理

私たちは少子高齢化に伴う日本の労働力不足について関心を持ち、特に看護師に焦点をあて、研究を進めてきた。日本の看護師不足は深刻であり、対応策として厚生労働省や日本看護協会によって主張されている潜在的看護師の活用は、活用の可能性について疑問が大いにあり、仮に活用されたとしても十分ではない。そこで私たちは外国人看護師の受け入れに解決策を求めた。外国人看護師の活用に関して、日本政府は消極的な姿勢であり、日比EPAにおいても条件のきびしさ、人数制限、特定活動というくくりのもとでの受け入れであり、看護師不足をとて解決できるものではない。そこでさらなる開放が必要であり、その際に考慮しなくてはならないのが、先行研究で浮かび上がってきた論点、具体的には言語、受け入れの実効性、送り出し国の看護師不足などの倫理問題である。



第二節 政策提言

➤ 受け入れ元

第1章でみたように国内における今後の看護師不足を補うには、厚生省のいう潜在看護師などを用いるだけでは不十分である。そこで、現状の看護サービスのレベルを落とさないためには、外国からの看護師受け入れが必要となる。そして、外国からの看護師受け入れに際しては以下の2つの基準を満たすことが求められる。

i.) 質的基準

まず、日本国内で看護師の減少と高齢化によって国民に提供される看護サービスの質が低下することが考えられる。ゆえに、この提言では、外国人労働者受け入れによって日本国内の看護し不足を解消するという量的な問題に対する解決だけでなく、今後考えられる質的な低下にも配慮したい。そのため、外国人に対する門戸解放によって能力的に不十分な看護師が増えることは避けなければならない。よって、日本も後述する学校設立で受け入れる看護師の質を保つ努力をする一方で、現状の看護師のレベルが高く、海外への看護師派遣について実績のある国から優先して開放が行われるべきである。そうすることで日本に入ってくる看護師の質を確保し、日本の看護サービスの質を保つことができるであろう。

ii.) 倫理的基準

しかし、ただ単に優秀な看護師を外国から引き抜けばよい、というわけではない。先進国に汎的にみられる高齢化と途上国を中心にみられる HIV の流行などにより看護師の需要が世界的に増大する中、日本が無秩序な看護師の国際移動の開放を行えば、その供給元である途上国において深刻な看護師不足を生じさせ、現地医療システムの破壊をもたらすかもしれない。いくら日本国内の看護師不足を解消できても、それが途上国に対する一方的な搾取で達成されたのであれば、倫理的に好ましい解決策とはいえず、持続性の観点からも問題がある。そこで求められるのが供給元との合意による互恵的な看護師移動システムの構築である。このために、看護師の受け入れは、その送り出しに積極的な政策を採る国との2国間交渉による協定に依拠し、秩序だった形で行うことが必要である。

この)) の基準を勘案すると、フィリピンが当面の日本の看護師受け入れ開放に關しての対象となる。第3章の最後でみたように、両国ともに看護師育成に関して厳格なカリキュラムを有し、両国の看護師の質の高さは世界的に認知されている。また、両国とも、外貨獲得を目的とした看護師の送り出しに積極的な政策をとっており、実際に、日本との EPA 交渉に際しては、看護師の受け入れを求めている。フィリピン以外ではタイ¹⁰、インドネシア、ベトナムといった国が日本への看護師送り出しに関心を示しており、次なる対象国となることが考えられる。

¹⁰ 日タイ EPA では 2005 年 9 月、看護師を含めた人の移動に関して引き続き交渉を行っていくことで大筋合意した。

➤ 施策 1 - 受け入れ人数制限の撤廃

では受け入れ開放の対象の基準を明確にしたところで、次に開放をどのように行っていくかについての提案を行いたい。

日比 E P A の合意内容では、看護師 400 人という極めて少ない人数しか受け入れが認められておらず、これでは日本の看護師不足をとて解消できない。日本政府のこうした消極的な姿勢は、現在世界的に看護師が不足しており、どこの国も優秀な看護師を必要としていることを考えておらず、看護師の「来てもらう」という意識を欠いているといえる。そこで、まず人数制限を撤廃し、後述する資格を満たした優秀な看護師には、需要がある分だけ来られるような体制をつくることを提案する。

➤ 施策 2 - 現地学校の設立支援と日本国家資格試験の免除

さらに、確実に日本に来て活躍する看護師を確保し、現地の看護師数を担保し、問題の持続的な解決を目指すために、民間との協力のもと現地での新たな看護学校設立を支援し、その卒業生については日本で就労する際の国家試験を免除することを提案したい。そうすることで送出国の国内への影響を抑えるという倫理上の問題、日本国内で働く上での適合を含めた看護の質の問題と、受け入れ看護師の数的確保の問題を同時に解決することができる。

< 送出国への配慮 >

まず、大量に外国人看護師を受け入れることで送り出しをしている現地の医療システムを破壊してしまうという懸念については、現地に看護学校を設立し、その卒業生を受け入れることで回避でき、同時に、学校での看護師育成が継続的に行われることを勘案すれば、これは持続的な解決策であると言える¹¹。そもそもこの受け入れは、送り出しに積極的な政策を採る国に対象が限られており、例えばアフリカなどの看護師不足に陥っている国々からではないことから倫理上の問題は深刻なものではない¹²。むしろフィリピンにおいては、看護師資格取得者に取得後 2 年間の国内での就労を義務づけており、この提言による新規の学校設立で資格取得者の絶対数が増加すれば、フィリピン国内の医療システムにも良い影響があるであろう。

< 看護師の質 >

看護師の質に関しても、受け入れ元を高い看護師水準を持った国に限るため、おおきな問題が起こるとは考えにくい。例えばフィリピンでは、第 3 章でみたように、フィリピンの看護師資格には学位取得が条件であるなど、非常に厳しい取得条件が課されており、この資格の保持者は高い看護能力を持っているといえる。これは、フィリピン政府が看護師の送り出しを重要な外貨獲得源、輸出産業として認識しており、その質が国際的に認められるように政治的なイニシアティブをとっていることによる。このような高い質を誇るフィリピン人看護師が日本に入ってきたからといって、看護サービスの水準が上がることは考えられても、下がることは考えにくい。むしろ国内看護師の高齢化を若いフィリピン人

¹¹ Buchan and Sochalski(2004)は、看護師受け入れに伴う途上国への負の影響に対する解決案のひとつとして、受入国から送出国へ直接的、間接的な金銭的補償を行うことを挙げている。本稿の提案では学校設立の際の資金を日本が拠出することで実質的なフィリピンへの補償となっているといえる。

¹² Aiken et al.(2004)は、それを証拠づけるデータは採れていないとしながらも、通念的な考えとして、アフリカ出身の外国人看護師は、他の地域出身者との比較において、移転先国である程度の金銭を稼いだ後も母国へ帰らず、移転先に永住する傾向がある、と指摘している。

の労働力で補うことで、時として患者の体を支えるなどの力仕事が必要となる看護サービスの質を向上させることができる。

さらに、日本語能力をはじめとする日本固有の看護事情に対する適応の問題が指摘されているが、日本の国家試験免除の指定校とする条件として設立される学校のカリキュラムに基準をもうけることで対応する。具体的には日本語や、日本の医療についての法体系、使用される薬剤の違いなどの技術的なものに加え、欧米に比して在宅医療が多いなど日本の地域的な特性からくる看護業務の違いや、広く日本の文化、日本人の性格について理解ができるような授業を行えば、実際に来日、就労後も困難にぶつかることが少なくなると考えられる。さらにここで、高齢で夜勤などの看護師の激務に耐えられなくなった、厚生省のいう潜在看護師などを講師として活用すれば、フィリピン人の看護学生も日本の事情について深い理解が得られるだろう。

< 給与水準低下の防止 >

外国人看護師の流入により、現在、国内で働いている日本人看護師の需要が減り、給与水準が下がることで、そのモチベーションに悪影響を与え、看護サービスの質が下がるかもしれない、という懸念がある。しかし世界的な看護師不足と、日本の今後の看護師不足を勘案すると、不足分を埋め合わせ、さらに供給増大による給与水準低下をもたらすほど大量に外国から看護師を受け入れられるとは考えにくい。それでも根強い給与水準低下への懸念に配慮するため、本提言では米国と同様に、外国からの受け入れた看護師に対して内国民と同等の給与水準を保証するという原則を厳守して運用することとし、外国人看護師流入による国内の給与水準低下を避ける。

< 数的確保 >

米国と英国の事例からわかるように、手続き上の煩雑さは途上国からの人の移動に対する大きな制限になりうる。日比EPAにおける日本の受け入れ手続きの中では、特に、国家試験を日本国内において受験しなければならない、ということが途上国の志願者に対しては大きな障害になっている。こうした障害を残したままでは、受け入れに際して新しく国家試験を受ける必要のない英国や中東諸国、もしくは同国での国家試験は課されるものの、合格し採用されれば日本人看護師の平均給与よりはるかに高い報酬が保障されている米国¹³に、優秀なフィリピン人看護師が流れてしまい、質の高い看護師が十分な数日本へ入って来なくなる恐れがある。本提言では許認可を受けた学校に関しては日本の資格試験を免除することで、その障害を取り除くこととしたい。

看護能力の担保は、フィリピンの国家試験には合格すること、また、英国が国内看護師の認定過程で行っているように、看護学校における進級や修了の際の試験を厳正に行うことでなされる。

日本で労働するための障害を取り除くとともに、学校卒業者を優先的に日本での就労許可を与えることで、学校単位でのひとまとまりの看護師の確保が可能となる。またそれにより、当該学校と日本で実際に就労する病院との仲介も容易になる¹⁴。

< 民間との協力 >

学校は日本政府が設立するわけではなく、設立しようとする民間団体と人材仲介サービスを行う企業を、政府が補助金などで支援するという官民協力の形で行われる。民間との協力に

¹³ 独立法人労働政策研究・研修機構によると、アメリカでは平均で4000ドル(約48万円)の月収が看護師に支払われているのに対し、厚生労働省の2005年統計では日本の看護師の平均月収は焼く32万円である。

¹⁴ さらに、日本において卒業生同士のコミュニティなどの交流が行われやすくなれば、日本で就労していく際の困難に対処することができるかもしれない。

は以下のメリットがある。学校については優秀な人材を育て、日本で活躍する実績を作らなくては、日本の労働需要を損ねるとともに、現地での入学志望者が減ってしまうため、優秀な人材を育てるインセンティブがあり、そのためのノウハウを政府よりも早く身につけることができる。人材サービスについては、日本に質の高い労働者を送り込まなくては、外国人労働者への需要が縮小してビジネスが立ち行かなくなる恐れがあるので、人材の能力を病院側の要求にマッチするように審査するインセンティブを持つ。

こうして民間の力をうまく活用することで、日本の病院の需要と見合った看護師の受け入れを達成していく。

➤ 現地看護師資格の承認~中長期の取り組み~

私たちは上記の2つの施策を行うが、将来的には需要要因として、外国人看護師受け入れが実際に行われ、質の高い外国人看護師に対する信頼が醸成されることで、あるいは日本国内で看護サービスの質の向上への意識が高まることで、受け入れ需要が増大する可能性がある一方で、供給要因として世界中で看護師は需要超過であり、送り出し国には賃金の高いアメリカやイギリスなど魅力的な送り出し先が様々あるため、現状2政策では十分な看護師が確保できないことが懸念される。また日本の看護師受け入れの実績によって、日本で看護師として就労する希望を持つ外国人が増える一方で、日本の許認可した学校を卒業しなくてはならず、それが潜在的に日本で就労したい看護師にとっての障害となる可能性がある。

そこで私たちは外国人看護師受け入れの円滑化と優秀な看護師の確保のため、長期の政策として資格の現地資格承認を提言する。

現地資格の認証においては、看護学校のカリキュラムの現地と日本との間の違いが問題とされている。しかし日本で就労した経験を持つ看護師が増えるにつれて、彼らが帰国後看護学校で教鞭をとるなどして、日本で看護師として就労する意志を持つ人とかかわりを多く持つようになる。すると就労希望者の間で日本での体験や困難の情報が広く共有化され、カリキュラムの違いから起こる問題は予期できるようになり、大きな問題とはならなくなる。また共通化後においても雇用を決定するのは、雇用者である日本の病院であり、仲介を果たす人材派遣サービス会社によって看護師の日本で働くための能力は常にチェックされると考えられる。

資格の共通化によって実際にフィリピンの看護師資格を持っており、勤務や家事、金銭などを理由に日本で就労するための学校に入れない人が、独学で勉強することにより、日本で就労することが可能になる。あるいはフィリピン国内の看護師学校において日本で働くためのコースが設置されるようになるなど日本の許認可を受けた学校以外でも、日本での就労を目指すことができるようになる。

こうして潜在的な就労志望者の就労を可能にすることで、労働市場はますます柔軟になり、日本側が需要とマッチした外国人労働者の受け入れが可能となるであろう。

参考文献

《先行論文》

- 上續宏道・山田亮一(2004)「グローバル化と福祉国家戦略 イギリスの看護政策を踏まえて」『四天王寺国際仏教大学紀要』大学院 4 号
- Aiken, Linda H, James Buchan, Julie Sochalski, Barbara Nichols and Mary Powell (2004), "Trends in International Nurse Migration," in *Health Affairs*, 23(3)
- Aiken, Linda, Anne Marie Rafferty, Sean P. Clarke, James Coles, Jane Ball, Philip James and Martin McKee, "Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records," in *International Journal of Nursing Studies*, August 2006
- Auerbach, David I, Peter I Buerhaus and Douglas O Staiger (2004), "In the Current Shortage of Hospital Nurses Ending?" in *Health Affairs*, 22(2)
- Buchan, James, (2001), "Nurse Migration and International Recruitment," in *Nursing Inquiry*, 2001; 8(4)
- Buchan, James, Tina Parkin and Julie Sochalski (2003), "International Nurse Mobility; Trends and Policy Implications," Geneva, WHO
- Buchan, James and Julie Sochalski (2004), "The Migration of Nurses: Trends and Policies," Bulletin, WHO
- Holmes, Denise E., Kathleen E. Pryce-Jones (2005), "Factors Affecting the Health Workforce," in Association of Academic Health Centers Homepage
- Kline, Donna S. (2003), "Push and Pull Factors in International Nurse Migration," in *Journal of Nurse Scholarship*, Second Quarter 2003
- Oulton, Judith A. (2006), "the Global Nursing Shortage: An Overview of Issues and Actions," in *Policy Politics Nursing Practice*, Aug 2006
- NMC, (2002), "Statistical Analysis of the Register, 1 April 2001 to 31 March 2002," London, NMC
- Yordy Karl D. (2005), "The Nursing Faculty Shortage: a Crisis for Health Care," In Holmes and Pryce-Jones
- UNFPA. 『世界人口白書 2006』 UNFPA 国連人口基金東京事務所 Homepage, 2006

《参考文献》

- International Council of Nurses (2004), "The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions"
<<http://www.icn.ch/global/shortage.pdf>>

《データ出典》

- 総務省統計局統計調査部国勢統計課「国勢調査報告」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」
<<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mainmenu.asp>>
- 厚生労働省「第六次看護職員需給見通し」
<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1226-5.html>>
- 厚生労働省「第五次看護職員需給見通し」『厚生労働白書』平成 17 年版 p.426
- 厚生労働省「医療施設調査・病院報告」[平成 15 年医療施設(動態)調査・病院報告の概況]
<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/03/index.html>>
- OECD "OECD Health data 2005: Statistics and Indicators for 30 Countries: 2005 Edition"

日本看護協会「新・看護職員需給見通しの考え方」

<<http://www.nurse.or.jp/koho/h12/000613JukyuAll.pdf>>

Aiken et al. “ *Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records* ”

日本看護協会「2004年病院における看護職員需給状況調査」

<<http://www.nurse.or.jp/koho/h17/20050811.pdf>>

日本看護協会「2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査」

<http://www.nurse.or.jp/koho/h16/press20050224_03.pdf>

日本看護協会「2002年新卒看護師の看護基本技術に関する実態調査」

<<http://www.nurse.or.jp/koho/h14/press1122-6-1.pdf>>