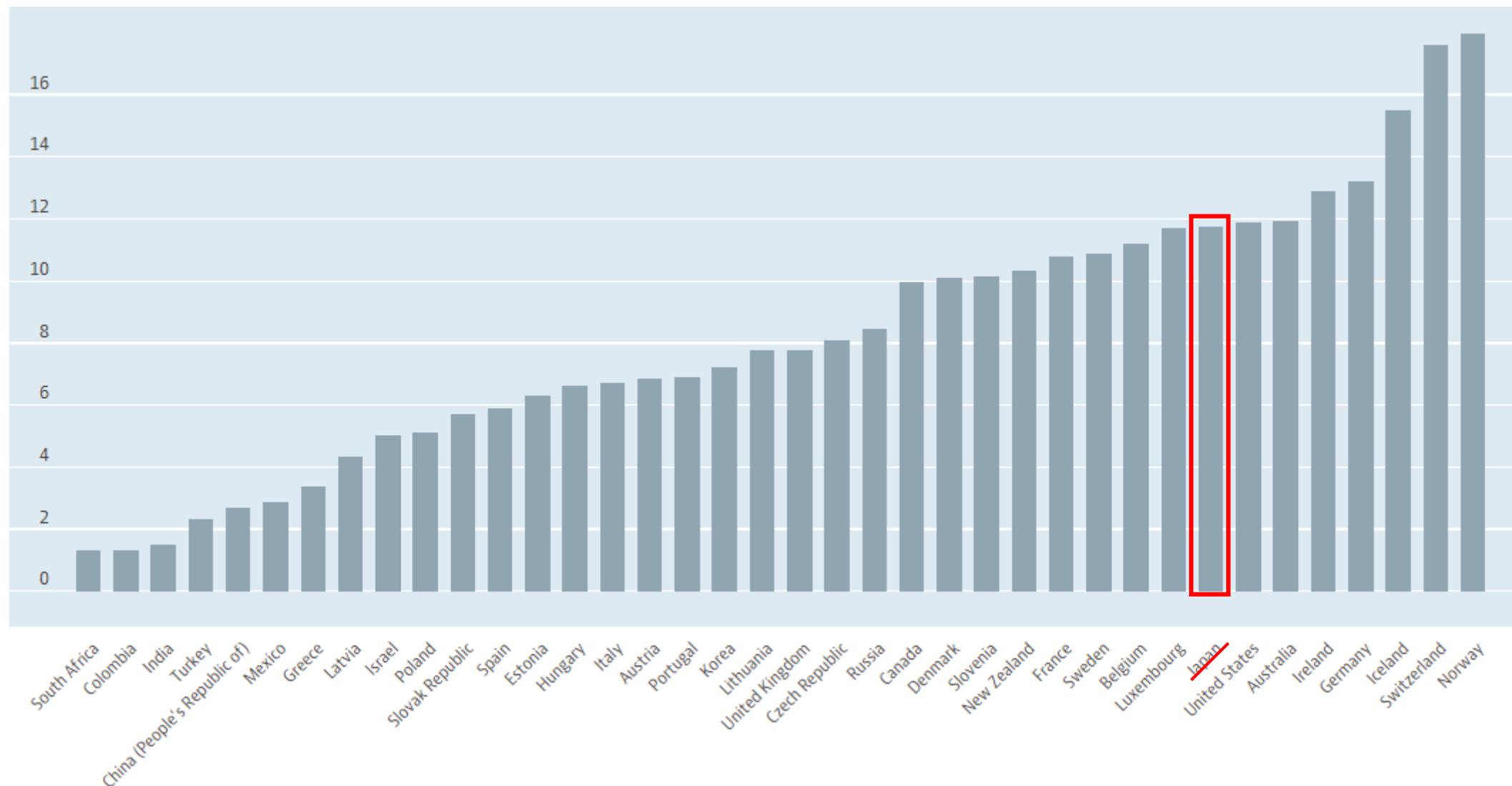


看護師資格を有する者は多いのに、コロナ医療に関する看護師不足が顕著

なぜ看護師をコロナ対応に異動させられないか

- 対人口の看護師数は国際的にみて高いレベル。しかし、病床数が多いことから、広く、薄く分散
- 病床数は多くても、真の急性期病床は多くはない（精神病床、療養病床などが多く、ここに看護師も取られている）。急性期病床の看護師の配置基準は、先進国の中では低い（対ベッド看護師配置基準は高くない）。→したがって、急性期医療機関に勤務する看護師の割合も高くない。
- 日本は約8割が医療法人等であり（医療従事者は民間職員）、どこの病院も現時点でもぎりぎりの看護師数で運営しているので、異動・移動は困難
- 日本は、病院の主たる収入（診療報酬：ホスピタルフィー）が、患者対看護師数で決められており、さらにこれが病床種別ごとに決められていることから、病床種別を超えた異動・移動は困難

看護師数 国際比較 人口対1000人：OECD data (2019 or latest available)



看護師資格を有する者は多いのに、コロナ医療に関する看護師不足が顕著 なぜ看護師をコロナ対応に異動させられないか（続き）

- 離職者も多い（看護師の仕事自体をやめてしまう人も多い）→現場にはもどらない
国立大学法人（旧帝大）では、看護師にならない、看護師として働かない者もいる

（理由）夜勤・変則勤務→家庭・子育てとの両立のむづかしさ

給与水準の低さと限定的なキャリアパス

プロフェッショナル・アイデンティティを持ちにくい職場環境

「ケア」というプロ技術に対する社会的評価（認識）の低さ

→介護も同じ

（点で対応する医師の賃金は高いが、面で病者を支えるケア専門職の賃金は低く抑えられている）

派遣医師と派遣看護師の報酬額の違いは看護界に「自分たちはこの程度としか思われていないのかと」衝撃を与えた

（看護師は「療養上の世話」という医師の指示を不要とする独占業務を有するが、実際には医師の指示の下、ルーティン業務に従事）

- 世界の中でも狭い業務範囲と自律性・独立性の制限
（海外では看護師が行っている医療処置も日本ではできないことが多い。日本では医師の業務とされる）



図1 病院看護職員の離職率の推移(過去6年間)

保健所における保健師の不足、対応も困難

なぜ保健師が不足するのか、対応が追いつかない事態になるのか

- 業務委託は進んだものの、「積極的疫学調査」など、「保健師がやるべき」ととらえる考え方が根強い。疫学調査に付随した雑務も保健師の業務に→通常業務に対応できない状況に

海外は無資格者に研修を行い、実施させる。ICT化など

- 医療機関で可能な業務や他の看護職やそれ以外の者でも可能と考えられる業務も保健所/医師/保健師に限定される（法的な縛りはない場合も、そのように認識される）

保健師免許は「名称独占」（業務独占はない）

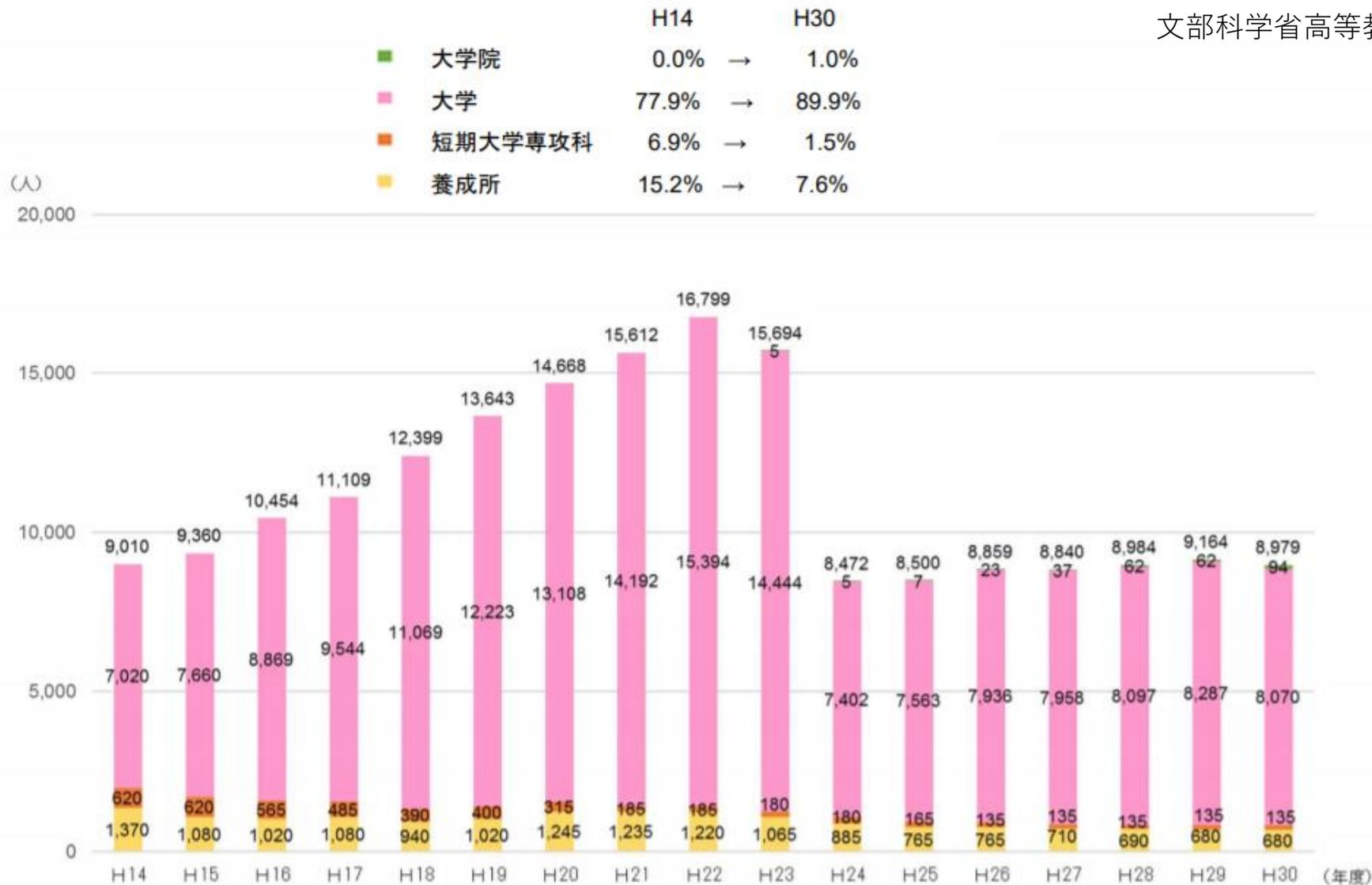
- 保健所を半減（1994年3月 848カ所→2020年4月 469カ所+支所121カ所）

※厚生労働省健康局健康課地域保健室調べ：設置主体別保健所数（令和2年4月1日現在）

- 保健師養成数も半減（H24年、統合カリキュラム（看護師と保健師の免許を一緒に取得できるカリキュラム）から選択制へ、保健師養成数を減らした。

保健師学校・養成所における養成可能人数の推移 (2018年5月現在)

文部科学省高等教育局医学教育課提供資料



* 養成所は、医療関係技術者養成学校一覧(文部科学省高等教育局医学教育課)より
 大学等は、文部科学省高等教育局医学教育課調べより作成

なぜ看護師・保健師数を把握できないか ←世界的にも把握できないのは日本くらい

- マイナンバーなど生涯を通して追跡できる番号と連動していない→死亡者がわからない
→免許取得時の登録者数のみわかる
→2年毎に行われる、医療従事者届で従事している人のみ把握可能
- 免許の更新制度がない（身分免許（終身資格））
→諸外国は、更新のための一定の講習の受講や臨床経験時間などが必要とされる。

（参考）厚生労働省：届出制度の経緯

「保健婦規則」、「産婆規則」、「看護婦規則」においては、業務を行わない者は免許を返納することとされていた（いわゆる業務免許。3年以上業務を行わない場合は廃業とみなし、免許の返納を義務付け）。

Ⅲ. 緊急時対応の強化→中長期的なシステム構築へ

保健所機能のボトルネックとなった保健師の不足について

- 一定の研修を経ることにより、その業務の一定部分を看護師等他職種等も担えるよう仕組みを整える
- 感染症拡大リスクを踏まえ、大学における看護師育成においては、同時に保健師の資格取得を目指すシステム（統合カリキュラム）に戻す。

DMATや災害支援ナース制度をはじめとする医療機関・医療従事者の協力体制が構築されているところ

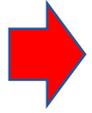
- 感染症対応についても同様の協力体制を速やかに構築
 - 都道府県看護協会、関連学会に依頼、立ち上げ（登録制など）
 - ※組織的に派遣できるように
- 諸外国の例を踏まえ、緊急時には医学生・看護学生の参画も確保
- 救急車における搬送中の容態悪化を極力回避するため、諸外国の例を踏まえ、救急隊員や看護師が救急車内で措置できる範囲を大幅に拡大。



緊急時派遣登録看護師制度（仮称）を構築。非就業を含む看護師に対する研修と即時連絡体制を推進。保障制度と十分な手当の確保

2. 短期的改革（2023年度まで：次期地域医療計画の策定まで）

（4）これまで自治体、保健所を中心とする公衆衛生と医療機関を中心とする地域医療とは峻別されてきたが、地域を感染から守り、住民の疾病予防と健康増進を推進して行くため、予防医療と健康増進活動をかかりつけ総合医等に移行させるなど両者のパートナーシップを深めていく。医療機関には、感染拡大時におけるサポート役割を強化するとともに、平時における予防機能を強化。



プライマリ・ケアシステムを基盤にした平常時のシステム構築へ

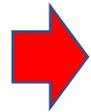
看護師については、機能を多層化し、高度な実践を担う看護師については職責を大きく拡大し、やりがいと処遇を向上すべき。また登録制導入により、危機時における対応体制を備えておくべき。公的責務の重さについての教育、離職防止

- プライマリ・ケア（かかりつけ診療所）の看護師の機能を先進国並みに強化
 - 予防接種、感染管理など中心となって担えるように
 - 健康増進活動（疾病の発症予防）を主体となって担えるように

3. 中期的構造改革（2024年度～2029年度：次期地域医療計画期間中）

救急医療体制の集約化・大規模化・強化を推進。救急医療が各専門科への仕分けを行うトリアージ機能も強化。（第8次地域医療計画における救急医療事業にて体现。）

(6) 救急救命医等のエッセンシャル医療スタッフの不足を踏まえ、人材育成について、長期目標・財政支援を導入し、人材偏在を克服していくべき。看護師については、機能を多層化し、高度な実践を担う看護師については職責を大きく拡大し、やりがいと処遇を向上すべき。また登録制導入により、危機時における対応体制を備えておくべき。



感染症対応や救急医療・集中治療を担う看護師・高度実践看護師の養成強化

- ▶ 急性期医療機関の看護師配置基準を上げ、急性期医療に対応可能な看護師を増やす/養成しておく（看護学生の卒業時点の急性期臨床能力の強化）
- ▶ 感染看護専門看護師、クリティカルケア専門看護師（急性・重症患者看護）、災害看護専門看護師を計画的に養成・派遣（大学院の養成数を増やし、臨床勤務しながら資格取得できるように、また、財政的にも支援（例：がんプロフェッショナル養成プラン））

資 料

3. その他 Others

(1) 諸外国の看護師等の数, 人口対比 Number of Nurses and their Ratio per Population in Several Countries

国名 Country	年次 Year	病院病床数 ① Beds : in-patient care	看護師 ② Nurses	人口千対比 Ratio per 1,000 population		人口 ③ Population in thousands
				病院病床数 (① / ③) Beds	看護師 (② / ③) Nurses	
日本 Japan	2012	1,703,853	1,344,388	13.4	10.5	127,515
カナダ Canada	2012	93,525	326,227	2.7	9.4	34,880
アメリカ U.S.A.	2014	902,202	3,558,920	2.8	11.2	318,857
デンマーク Denmark	2013	17,241	92,756	3.1	16.5	5,615
フランス France	2014	410,921	638,248	6.4	10.0	64,062
ドイツ Germany	2013	667,560	1,045,000	8.3	13.0	80,646
スウェーデン Sweden	2013	24,905	107,253	2.6	11.2	9,609
イギリス United Kingdom	2014	176,324	529,088	2.8	8.3	63,650

注1) 出典「OECD Health Statistics 2016」

注2) 日本, カナダ, デンマーク, ドイツ, スウェーデン, イギリスの看護師数は「Practising nurses」より。

※ 「Practising nurses」とは、「患者に直接的にサービスを提供する看護師等」(OECD 定義より)

注3) アメリカ, フランスの看護師数は「Professionally active nurses」より。

※ 「Professionally active nurse」とは、「「Practising nurses」と、行政・管理・研究等の直接患者と接しない立場にある看護師等を含む」(OECD 定義より)

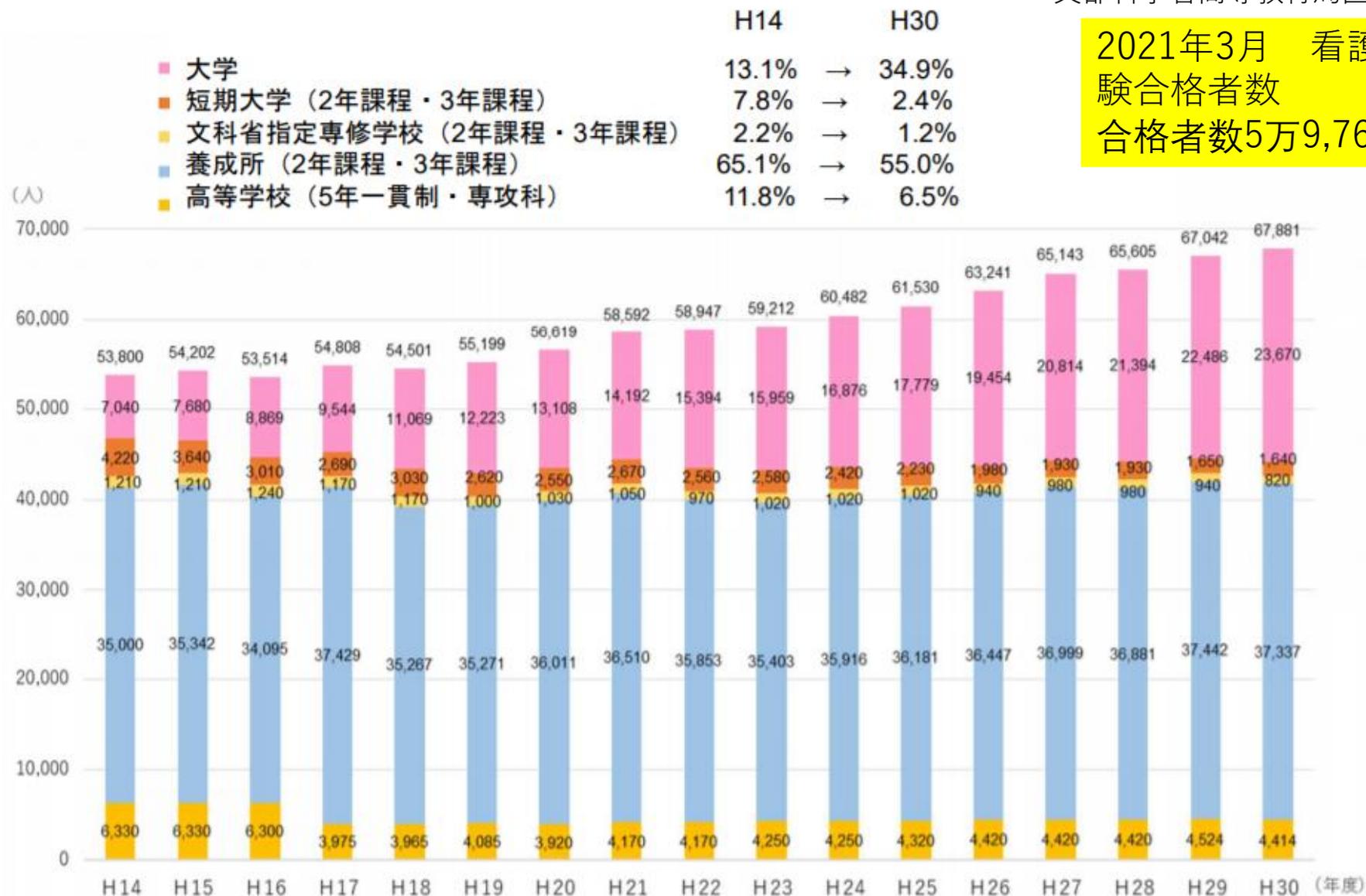
注4) スウェーデン, イギリスの病院病床数は私立病院の病床を含まない。

注5) 小数点第2位以下は四捨五入。

看護師学校・養成所数の入学定員の推移 (2018年5月現在)

文部科学省高等教育局医学教育課提供資料

2021年3月 看護師国家試験合格者数
合格者数5万9,769人



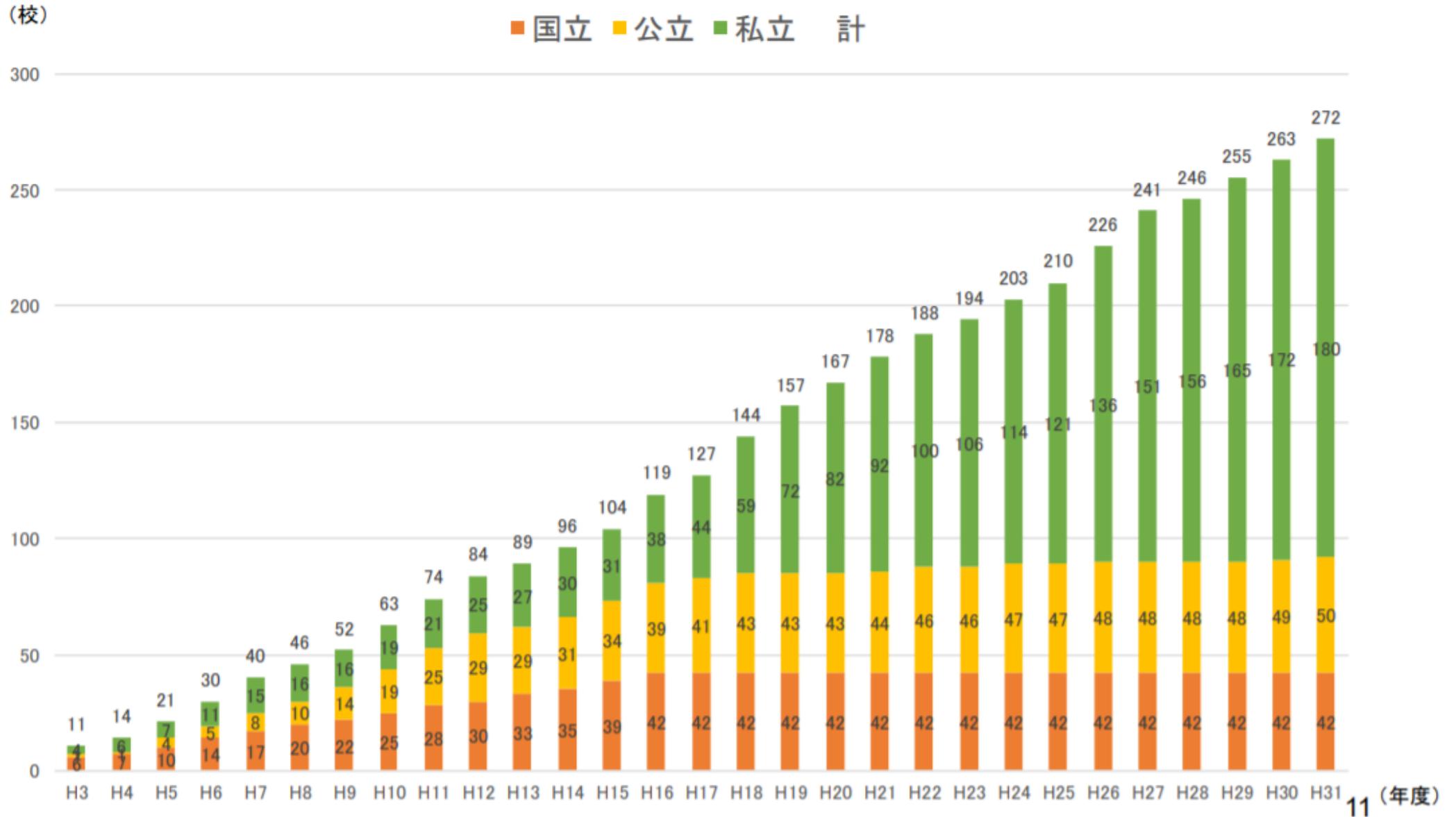
	H14	H30
大学	13.1%	→ 34.9%
短期大学 (2年課程・3年課程)	7.8%	→ 2.4%
文科省指定専修学校 (2年課程・3年課程)	2.2%	→ 1.2%
養成所 (2年課程・3年課程)	65.1%	→ 55.0%
高等学校 (5年一貫制・専攻科)	11.8%	→ 6.5%

文部科学省高等教育局医学教育課提供資料

* 医療関係技術者養成学校一覧(文部科学省高等教育局医学教育課)より作成

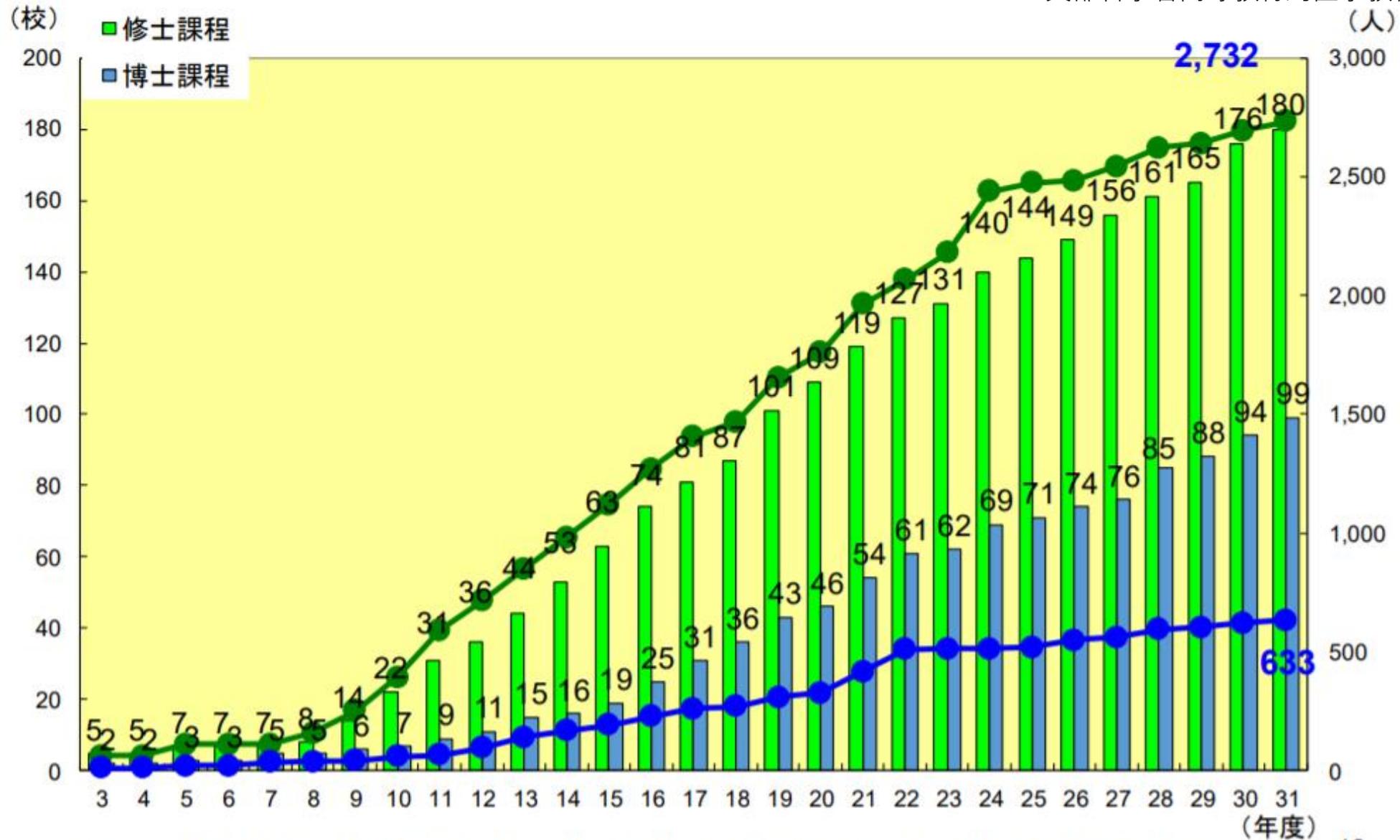
国公立別看護大学数の推移（2019年4月現在）

文部科学省高等教育局医学教育課提供資料



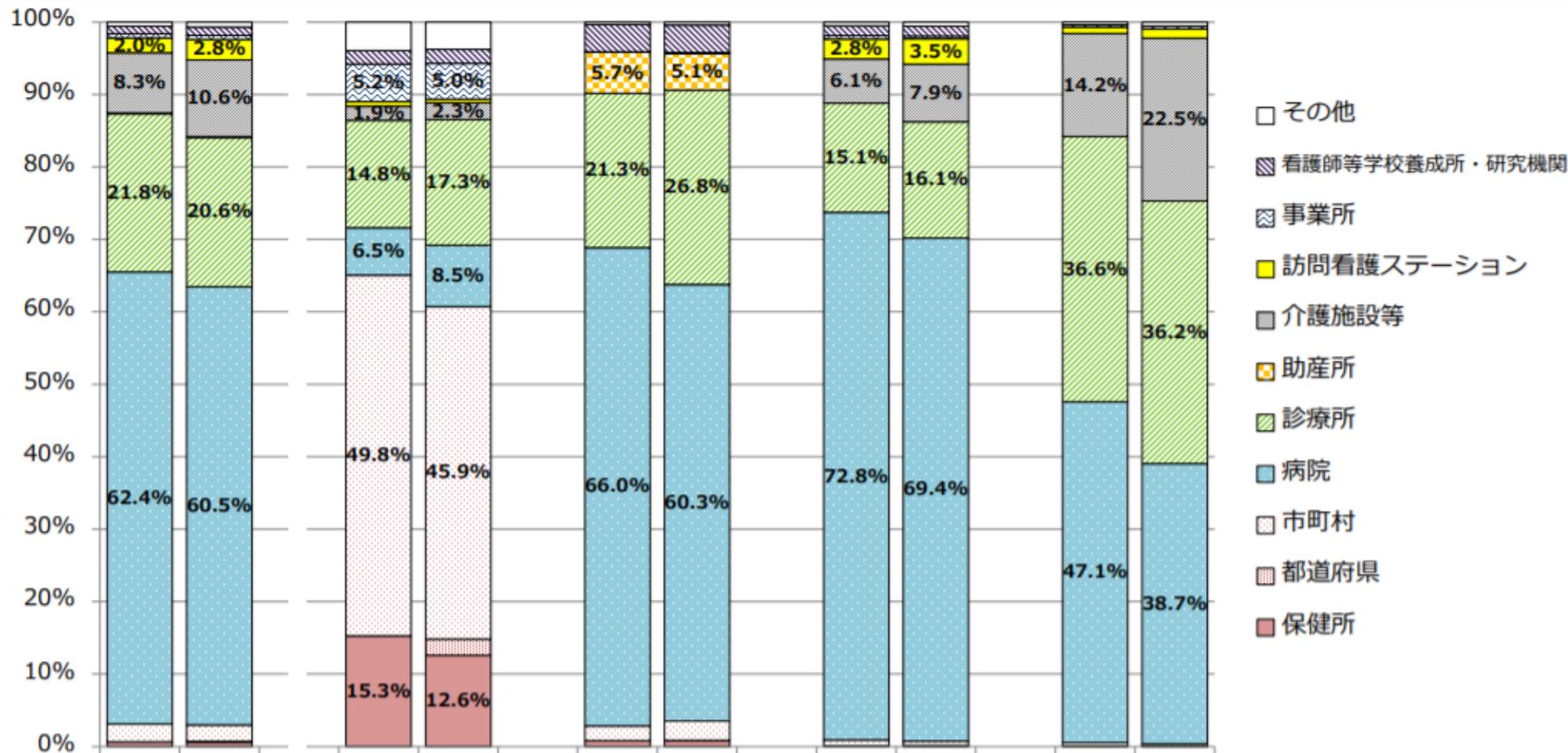
看護系大学院数及び入学定員の推移 (2019年)

文部科学省高等教育局医学教育課提供資料



(注) 平成16年度以後の修士課程には、専門職大学院1大学院(入学定員40名)を含む。

看護職員の就業場所の推移（平成18年→平成28年）



全体
1,333,045人
↓
1,660,071人

保健師
47,088人
↓
62,118人

助産師
27,352人
↓
39,613人

看護師
848,185人
↓
1,210,665人

准看護師
410,420人
↓
347,675人

なぜ、優秀な人材が臨床現場に出ないのか、残らないか 日本は世界一、看護師のできる業務範囲が狭い（他職種も同様）

Professional identityに
強く影響

- 旧帝大すべてに看護学専攻/学科はある（看護学部として独立できないのは日本だけ）。
昭和28年、東京大学医学部に衛生看護学科が設置される。
→米国をはじめ、世界のトップ大学に看護学部はある。
- 加えて、博士課程まである。
- 医師の指示の下、ルティーン業務に従事
- 独立開業権などが他職種を含めて限られる ※訪問看護など例外はある

例. 理学療法士、作業療法士が独立して地域でリハビリテーションセンターを開設、運営できる国では、入院していなくても、病院に通わなくてもリハビリを受けられる。ナーシングホームも、ホスピスも医師の配置はない。在宅ケアもほぼナースだけで完結→これが、日本の機動性をきわめて弱め、患者は病院に入院し、くっついていくしかない。

• 欧米など、看護師は普通に（看護師免許だけで）、創部の縫合も、中心静脈ラインの挿入も、挿管も、救急処置もできる国もある。大学院卒業者（APN）はもっと業務範囲が広い。

法律上、看護師は独占業務を持ち、「療養上の世話」は医師の指示がなくてもできる。（第五条 この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく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。第三十七条 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。）

同じように大学に入学して、なぜ出口でこのような差が生まれるのか？ 私たちは医師の支配下にはない！看護と医学は専門性が異なる