

政策にみる看護職の育成

——「看護師不足」対策の実際と問題点——

永山 博美

[要旨]

本稿の目的は、看護師の人材育成に関する政策が看護職に与える影響について検討することである。少子・超高齢社会の進展による医療・福祉の担い手が重視される中、常に「看護師不足」といわれる看護師に対して様々な政策が打ち出されてきた。

本稿ではまず「看護師不足」とされてきた歴史的経緯を振り返り、その対策について概観した。「看護師不足」は日本の健康医療政策を駆動していた主柱のひとつであり、その主眼は離職者や潜在看護師対策であった。しかし、実施されている対策は離職者や潜在看護師のニーズに対応しているとは言い難い。このような状況は、今後の看護師の働き方に大きな影響を与える可能性がある。

キーワード:看護師不足, 医療政策, 人材

はじめに

国は現在、少子・超高齢社会をみすえた保健・医療・福祉制度の再構築をおこなっている。推計では、団塊の世代が後期高齢者となる2025（平成37）年の高齢者人口（65歳以上）は約3500万人と考えられており、全人口の約30%にあたる。特に懸念されているのは、認知症を持つ高齢者の介護の問題と、主に首都圏で今後急増する独居高齢者の問題である¹⁾。同時に、高齢者の有病率または有訴率（何らかの自覚症状を持つ人の割合）も高く、医療と介護、福祉の連携が重要になってくるのがこれらのデータから推測される（広井 [1997] 2006: 183-4）。そのような状況から、今後必要となる医療や介護の担い手育成の問題がこれまで以上に重要になっている。人材の育成は時間を要する上に、今後少子化の影響によって18歳人口が減少するため、いかにして医療や福祉の担い手を育成するかは喫緊の課題といえるだろう（井上 2016）。

医療従事者の育成においては、以前から重要課題とされてきた。看護師は医療従事者の中でも最も人数の多い職種であり、2015（平成27）年度の報告では、看護職²⁾として勤務している者は約157万人に達し、その約60%が病院に勤務している。一方で、看護師資格を有しながら看護職についていない潜在看護師は約71万人といわれている。2025年をひとつの目処に今後ますます看護師の需要が見込まれており、その必要数は約200万人と推計されていることから、「看護師不足」として国は看護職に対して様々な政策を実施することによって看護師の増員に力をいれてきた³⁾。しか

し、今後の医療政策の方向性を考慮するならば、これらの政策が生み出す看護師の増員は、今後の看護師の働き方を変えるばかりでなく、看護師の余剰を生み出しかねない。

「看護師不足」がもたらす様々な法制定の中で、本稿では特に1992（平成4）年に制定され、その後改正を繰り返している「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に注目する。この法律によって看護師は保健医療の重要な担い手としての自覚の上に、「自ら研修を受ける等の自己研鑽」が義務化された。医療従事者の必要性が増す中で、質の高い看護師の確保と看護師自身のワークライフバランスを重視しつつ、看護師が長く働き続けることができるような環境の整備が目指され、発令された。しかし、「看護師不足」とされながらも「第七次看護職員需給見通しに関する検討会」⁴⁾の報告では看護師の需給見通しは概ね達成されている。また、法案が目指している「質の高い看護師」の確保や看護師個々のワークライフバランスを考慮するならば、この法律は実際に看護師の支援につながるだけでなく、むしろ看護師の置かれている状況を悪化させる可能性がある。本稿ではまず、従来からいわれている「看護師不足」とはどのようなものかについて述べる。次に「看護師不足」に関する政策を中心に概観し、その問題点を指摘する。最後に、看護師の置かれている現状を視野に入れつつ、今後の展望について考察する。

1 「看護師不足」とその対策

「看護師不足」とは何か。古くは戦前から、また国民皆保険制度が創設され、病院および病床数が増加する中で看護師の需要が増し「看護師不足」となった経緯がある。地域で訪問看護を中心に活動していた時期もあった（土曜会歴史部会 1973）が、保健師助産師看護師法⁵⁾の制定や医療制度の中に取り込まれる形で、主に病院の中で勤務することが中心となった。医療法改正によって病床数の増加に歯止めがかかるまで看護師の需要は常にあったが、近年、「看護師不足」が特に大きく取りざたされるようになったのは、診療報酬の改定に伴って看護職員の配置基準が引き上げられてからである。2006（平成18）年の診療報酬改定において、高度急性期医療を担う病床として7対1入院基本料が新設された。この基準は、患者7人に対して看護職員が1人勤務している状況を指し、この看護師配置によって診療報酬は最も高額になる（岩澤・筒井 2016: 10-1）。診療報酬制度は医療機関の収入と直結していることから、病院は看護師を一定数確保しようとして、主に都市部において争奪戦となり、その結果として地方や小規模の病院は「看護師不足」に陥った。従来から大学病院や公的な病院といった大規模な病院に比較して、中・小規模の病院は労働条件や労働環境がそれほど整っていないため、就職先として選択されない傾向がある。これらの問題によって一部の病院に「看護師不足」がもたらされており、この状況は現在でも続いているといえるだろう。

「看護師不足」に関わるもう一つの問題点は潜在看護師の問題である。潜在看護師とは看護師資格を有しながら看護職として勤務していない看護師を指す。現在、看護職についていない潜在看護師は約71万人といわれており、国や看護職の職能団体である日本看護協会はこの潜在看護師の活用を検討しているものの、復職率はそれほど良くない。そのため、新たな看護職の養成に力を入れているのが現状である。それでは、「看護師不足」に対して具体的にどのような法が制定され、実施されてきたのだろうか。看護職の需要と供給に関する政策は古くからおこなわれているが、近年の政策では、教育や労働環境の改善といった様々な支援の他、多様な勤務方法の創出や休暇制度など

が設けられてきた。また、離職者が一定数存在しており、常に「看護師不足」といわれてきた現状から、離職防止キャンペーン⁶⁾や離職している看護師のための研修や実技訓練、離職者に向けた復職相談等がおこなわれるようになってきている。そのような中で、2014（平成26）年6月「医療介護総合確保推進法」が成立し、2015（平成27）年10月には「看護師等の人材確保の促進に関する法律」が改正された。この改正によって、現在医療に従事している看護師への管理が強化されると共に、離職した看護師は各都道府県にあるナースセンター⁷⁾に離職した旨を届けるように努力義務化された。同時に、各都道府県のナースセンターはハローワークと連携し、失業者もしくは離職者の復職に向けた新たな支援が開始されることになった⁸⁾。次節では、この法律の詳細についてみていく。

表1 近年の看護職数の推移

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
保健師	38,366	39,195	40,191	43,446	45,028	47,279	48,452
助産師	24,340	25,257	25,775	27,789	29,672	31,835	33,956
看護師・准看護師	1,097,326	1,146,181	1,194,121	1,252,224	1,320,871	1,373,521	1,426,932

（出典：2016/2017「国民衛生の動向」）

2 「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の実践と成果

2.1 「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の変遷

看護職の人材確保対策にかかわる法の歴史は長い。看護職の人材不足に対する検討会については1960（昭和35）年から、施策は1974（昭和49）年の第一次看護婦需給5ヵ年計画以降、現在に至るまで様々な形で継続しておこなわれている。1985（昭和60）年より医療法改正がおこなわれるようになり、国民に信頼される医療の提供と適正化、都道府県における地域の医療計画の策定、増床が続いていた病床数の規制や医療機関の機能分担と連携などが検討され、実施されるようになった（東京大学医療政策人材養成講座編 2009：78-83）。この流れの中で、看護師については、人材不足を補うための看護師業務の他職種への移譲の検討や、看護の質の向上のための教育や研修の充実、労働環境の改善について提言がなされてきた。同時に、准看護師制度の廃止への取り組み、専門看護師や看護教員の育成など、日本看護協会を中心に組み込まれてきた。保健師助産師看護師法制定以降、様々な法律が制定される中、高齢者の増加を見据え、1989（平成元）年に高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（ゴールドプラン）が策定された。医療・福祉に関するマンパワー対策が本格化する中で、1992（平成4）年「看護師等の人材確保の促進に関する法律」が成立することになった。この法律の制定において以下のような目的が掲げられた。

第一条 この法律は、我が国における急速な高齢化の進展及び保健医療を取り巻く環境の変化等に伴い、看護師等の確保の重要性が著しく増大していることにかんがみ、看護師等の確保を促進するための措置に関する基本指針を定めるとともに、看護師等の養成、処遇の改善、資質の向上、就業の促進等を、看護に対する国民の関心と理解を深めることに配慮しつ

つ図るための措置を講ずることにより、病院等、看護を受ける者の居宅等看護が提供される場所に、高度な専門知識と技能を有する看護師等を確保し、もって国民の保健医療の向上に資することを目的とする。（看護行政研究会 2015：94）

この目的のもと、看護師は保健医療の重要な担い手としての自覚のもとに、高度化し多様化する国民の保健医療サービスへの需要に対応すべく、研修等を受けるなど自ら進んで自己研鑽に励み、自信と誇りをもって看護業務にあたるのが責務となった。また、看護師自身だけでなく、国や地方自治体、雇主である病院等の開設者に対しても看護師の確保と労働環境の改善に向けた努力を、国民に対しては、看護の重要性に対する関心と理解を深めることをその責務とした。

それでは、実際にこの法案が制定されたことで、看護師らに対して具体的にどのような支援がなされたのか、その内容を見ていきたい。この法律は発足以降数年ごとに改正がおこなわれており⁹⁾、特に近年の改正内容は、より看護師個人に対する政策側の関わりが強化されている（勝又ほか 2015）。近年の主な改正点としては次のような内容であった。まず2009（平成21）年の改正では、保健師および助産師の教育時間が6ヵ月から1年に延長された。また、看護師は自ら研修等を受けて資質の向上を図ることが努力義務とされると同時に、病院開設者はその責務として看護師の研修を実施することやその機会を確保すること、新人看護師や離職者は研修を受けることが努力義務とされた。2012（平成24）年の改正では、看護業務改革を病院全体として取り組むこと、雇用管理者は十分な知識を持つ経験者であることが要望された。また、看護系大学教員による看護師等への教育や研修支援の取り組みが明記された。2015（平成27）年の改正では、離職者の情報提供体制づくりやナースセンターへの看護職の届出制を努力義務として開始すると共に、病院に看護師等確保推進者を置くことが義務づけられた。各都道府県のナースセンターは法の改正に伴ってその機能を強化し、より柔軟な対応ができるような支援体制づくりを提案している。例えば、無料職業紹介事業では、看護師が離職した後から相談を受ける、または支援を開始するのではなく、離職する前から求職者として相談にのれるように業務規程が改正された。また、離職した場合には居住地のナースセンターへの届出を（努力）義務として規定し、ハローワークとの連携を強化して情報を共有することで看護職の潜在化を防止する効果的な復職支援ができるとしている。本法案によって、離職を予防するための教育と働き続けるための環境づくりを病院全体で対応しつつ、何かしらの理由で離職する場合には、離職する前から本人の承諾を得て相談という形で介入し、個々の看護師の希望に沿った再就職を斡旋するという名目で日本看護協会とハローワークで情報を共有し、スムーズな復職を目指すというものであった。

2.2 「看護師不足」対策としての教育と労働環境

「看護師等の人材確保の促進に関する法律」が施行され改正を繰り返す中で、どのように「看護師不足」を解消するための政策がとられてきたのだろうか。「看護師不足」対策を詳細に検討していくと、主に次の2点に集約できると思われる。以下では、その2点について具体的に記述する。

2.2.1 看護師教育の充実

現在、日本における看護師資格には准看護師資格と（正）看護師¹⁰⁾資格が併存しており、新たな

看護師の養成は主に（正）看護師が養成されている。准看護師資格は第2次世界大戦後の混乱期に医療が整備される中で起きた看護師不足を補う形で誕生した資格であったが、長い年月を経て、近年は（正）看護師養成所が増加し、（正）看護師の需要が准看護師にとって変わることとなった。ただし、現在でも医師会が運営する専門学校によって准看護師養成はおこなわれており、年間1万3000人の准看護師が養成され、病院や診療所、近年においては介護施設などに就職している。一方、年々高度化・多様化していく医療に必要な基礎的知識や技術が必要になる中で、准看護師の（正）看護師資格取得に向けた支援がおこなわれるようになり、准看護師養成課程への補助金を廃止することによって看護師の養成を（正）看護師に一本化する地方自治体も出てくるようになった¹¹⁾。

看護師養成所が現在でも多数ある中で、近年の看護師養成は大学化の傾向が強くなっている。日本において初めて看護大学ができたのは、1950（昭和25）年に短期大学が、1952（昭和27）年に看護大学が開校した。その後、1975（昭和50）年ごろより徐々に看護系大学が増加し、2014（平成26）年の時点で看護系大学は228校に増え、看護系大学における大学院も年々増加している。また、看護の専門性を高める動きとして資格認定制度が創設されている。この資格は、1987（昭和62）年4月に当時の厚生省「看護制度検討会報告書（21世紀に向けての看護制度のあり方）」において、専門看護師と看護管理者の育成が提言されたことを契機に検討され、1994（平成6）年に専門看護師制度、1995（平成7）年に認定看護師制度、1998（平成10）年に認定看護管理者制度が発足した。2014（平成26）年6月には「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設され、2015（平成27）年3月には制度の詳細が定められた省令および施行が通知され、10月より研修制度が開始されている。

このような看護師養成および看護師教育の流れの中で、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」によって積極的におこなわれた看護師教育とは次のようなものであった。まず、看護師の資質の向上に向けた取り組みとして、看護師らに対して、多方面にわたる基本的な知識、専門性、新たな課題への対応等、幅広い知識や識見を身につけられるような研修への支援体制を作り、生涯にわたって研修をおこなっていくこと、そのための研修システムの構築や有給研修制度の導入、環境の整備、院内における教育の充実、看護系大学教員による看護師への教育や研修がおこなわれるようになった。同時に、病院施設において指導的管理者の立場にある者については、その人間性や社会性を高めながら看護教育の方法や管理に関する知識と技術の向上が義務付けられ、そのための研修を受ける必要性が付与された。例えば、2010（平成22）年から努力義務化された新人看護師研修は、医療機関の機能や規模に関係なく、全ての医療機関で新人教育が実施されることを目指して厚生労働省がガイドラインを作成・公表した。その内容は、まず運営する側の体制づくりとして新人看護師教育の基本的な理念や研修体制に関する研修、新人研修の具体的な内容として1年間に到達可能な看護技術や看護に必要な理論に関する講義や演習といった具体的な内容で、医療機関によってこれらの研修の時期を設定し、実施する。一方、新人看護師はこれらの研修に参加することが課せられた（日本看護協会 2014）。中堅看護師への研修はより専門的な実務研修となっており、例えばがん看護や感染看護、リスクマネジメントといった研修内容を5日程度の短期研修として1年間に3回程度、受講するといった内容となっている。実施指導的管理者の研修に関しては、看護教育を企画・運営等をするために必要な能力の習得を目指した研修などが用意されており、これらを受講することが義務付けられた。なお、各医療機関でおこなわれるこれらの研修の企画・運営の主体は各

都道府県であるが、一部の事業を委託することも可能となっており、院内・院外において様々な研修が用意されている。

看護師の養成に関わる教育の充実および看護師の資格を取得した後においても様々な教育が準備され、より質の高い看護を実践できるような取り組みがなされている。このような取り組み以外にも、例えば日本看護協会主催でおこなわれる教育や領域別に学会等でおこなわれる教育など実際に多くの研修機会が用意されている。

2.2.2 業務の配分と移譲および労働環境の改善

看護師等医療従事者の業務負担軽減のための方法として様々なことが検討された。そのひとつは、看護師がこれまで引き受けていた業務を専門とする医療従事者へ移譲し、多職種連携によるチーム医療をおこなうことによって業務を分散または減少させる動きや、資格を持たない補助員もしくは委託業者等に業務委託をすることによって看護師の業務負担を軽減することであった。1985（昭和60）年からおこなわれた医療法改正によって、様々な医療業務に対して委託業者が参入してきており、医療を担うようになっていたが、本法案によって、より労働環境の改善対策が推し進められた形となっている。例えば、定期的におこなうベッドメイキング（シーツ交換）は、患者の状態に合わせて安全に交換する必要があることから長らく看護師業務となっていた。しかし、重症患者以外の比較的軽症の患者が使用した場合や、患者が退院した後のベッドメイキングを看護師がおこなう必要があるかどうかを検討された結果、看護助手の業務または業者などに業務委託されることになった。また、院内の物品管理に関する業務も委託業者や助手業務へと移り、看護師が患者のケアに集中できるような体制づくりが進められた¹²⁾。同時に、労働環境の改善の一環でもある7対1入院基本料の導入による残業の軽減を図る等の取り組みがなされるなど、より具体的な取り組みによって看護師等医療従事者の労働環境の改善が図られた。

業務の移譲やチーム医療における連携、あるいは看護師数を増加させることによる業務改善の他、例えば週40時間労働制や完全週休二日制の導入、月8回以内の夜勤体制づくり、計画的な年次有給休暇取得への取り組みといった労働時間の是正や、患者ケアの向上に向けた看護業務の見直し、医療従事者間における適切な業務連携のルールづくりを病院等施設全体で取り組むことなどが義務付けられた。特に夜勤や休日勤務のための支援として、夜勤回数を制限するだけでなく、院内保育体制の整備や夜間保育、延長保育等保育体制の充実、看護師の安全と健康を確保するための管理体制として宿舎の整備、リフレッシュのための施設の確保等においても対策が取られることとなった。離職の多い看護職に対して、離職対策として就業者の意向をふまえた働きやすい勤務条件づくりや職場づくりも病院全体で取り組まれることになった。

実施されている政策を見ていくと、看護師の離職を防止するための対策は常に進化していることが見受けられる。しかし、病院全体で看護師の労働環境について検討していくことが明記される以前から医療制度改革によって病院内の業務の多くは看護助手や委託業者らに任されるようになっていた。また、看護師の多くが女性であり、結婚や子育てによって離職していることも多いことから、一部の病院では以前から院内保育の充実や夜勤の免除または減免、育児休暇などによってその対策は取られていた。様々な看護師に対する政策が打ち出されているにもかかわらず「看護師不足」と

いう現象が続いている原因はどこにあるのか。次節では、看護師の離職理由から政策の課題を明らかにしたい。

3 「看護師不足」対策の問題点—離職看護師の実態と支援のミスマッチ

現在、全国にある准看護師養成所や（正）看護師資格を取得できる看護師学校養成所および看護系大学による看護師養成数は、1年間に約5万人となっている。何らかの理由による離職や定年退職などによる減少はあるが、その一方で新卒者の看護師および潜在看護師の再就職があることから、1年間に約3万人の看護職が増えていると試算されている。しかし、年間3万人の看護師が増えていくものの「看護師不足」対策は継続されている。なぜ、様々な対策がなされてもなお「看護師不足」になるのだろうか。その理由としてあげられるのは年々引き上げられる看護師の需要数にある。2025年に向けた看護師の必要数から算出された毎年の目標数が基準となり、1年間に新たに供給される看護師数よりも多い目標数が設定されるために「看護師不足」がおこる。もう一つの理由として、「看護師不足」対策が潜在看護師や離職者のニーズにそぐわないことが考えられる。

厚生労働省が2011（平成23）年におこなった調査によると、看護師の離職理由で回答が多かったのは「出産・育児のため」および「結婚のため」であり、合わせて39.8%であった。次いで「他施設への興味」が15.1%、「人間関係がよくない」が12.8%と続き、「超過勤務が多い」「通勤が困難」「休暇が取れない」「夜勤の負担が大きい」「責任の重さ・医療事故への不安」がそれぞれ10%程度となっている（図1）¹³⁾。さらに、再就職をするために必要な支援・活用したい制度として、「時間外労働の免除」が49.5%、「休日労働の免除」および「短時間勤務」が同率で44.9%、「夜勤の免除又は夜勤回数の軽減」が33.9%、「院内・院外保育（就学前）」が20.9%であった（図2）。そして、再就職をする際に希望する雇用形態としては、「パート・アルバイト」が40.0%、「正社員」が30.4%、「短時間正社員」が18.8%、希望する勤務形態は「日勤のみ」が85.2%、「2交代」が7.3%、「3交代」が4.1%であった（図3）。

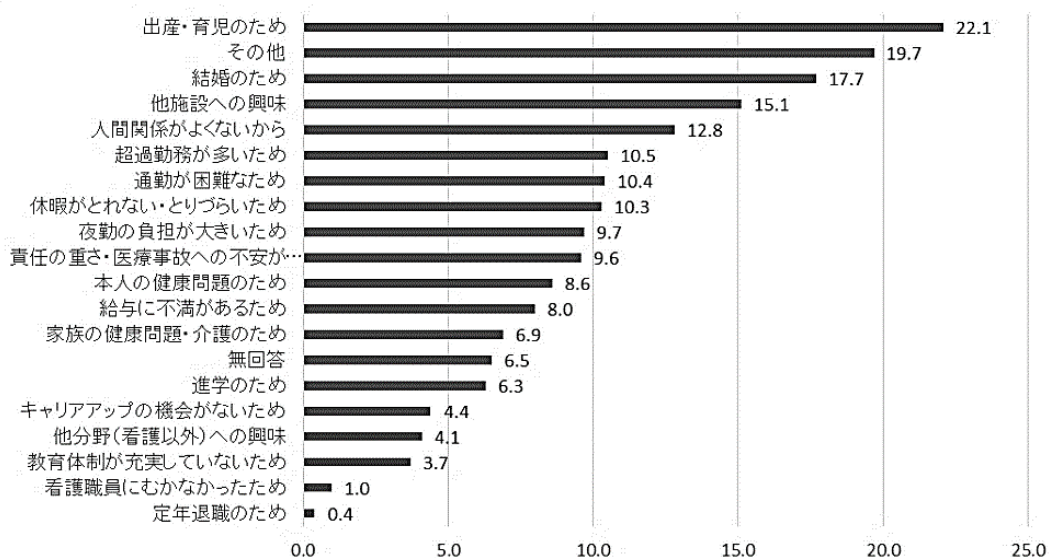


図1 看護職の離職理由（数字は%, 出典：厚生労働省 2011年「看護職員就業状況等実態調査結果」）

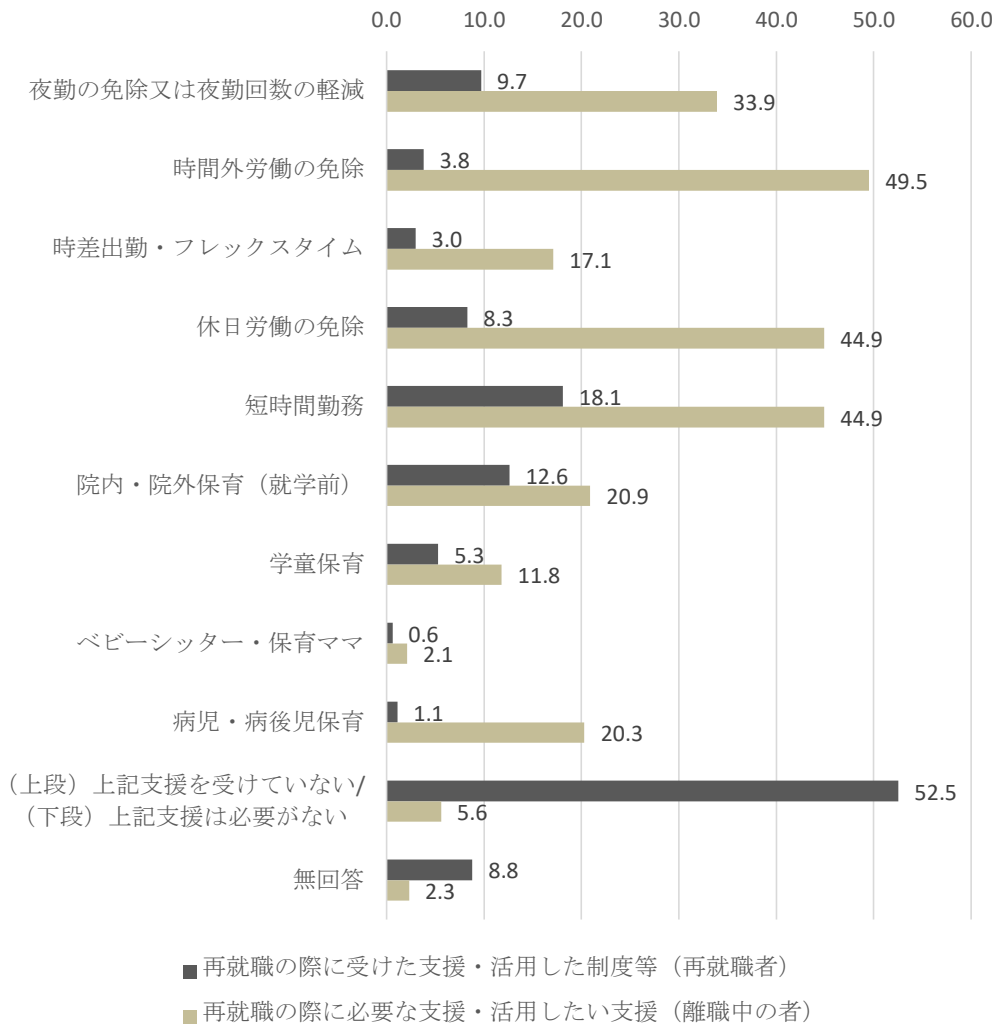


図2 再就職の際に受けたい支援・活用したい制度等

(数字は%, 出典: 厚生労働省 2011年「看護職員就業状況等実態調査結果」)

再就職をした看護師が再就職先を選んだ理由としては、「通勤に便利だから」が56.5%、「勤務時間が希望に合っているから」が51.0%、「短時間勤務ができるから」が20.4%、「休暇がとりやすいから」が15.6%であった。これらのデータから、離職者や潜在看護師は結婚や出産を機に離職している者が多く、再就職をする際は通勤が便利で、残業や休日勤務がなく、夜勤回数が少ない（または夜勤が免除された）パートやアルバイトといった比較的勤務時間が短い勤務先を希望していること、子供がいる場合には子供を預けることができるような環境を望んでいる。結果として、2節でみてきたような看護師に対する国の対策と離職者や潜在看護師の希望とにズレがあり、再就職へつながる支援とはなっていないことがこれらのデータから読み取ることができる。

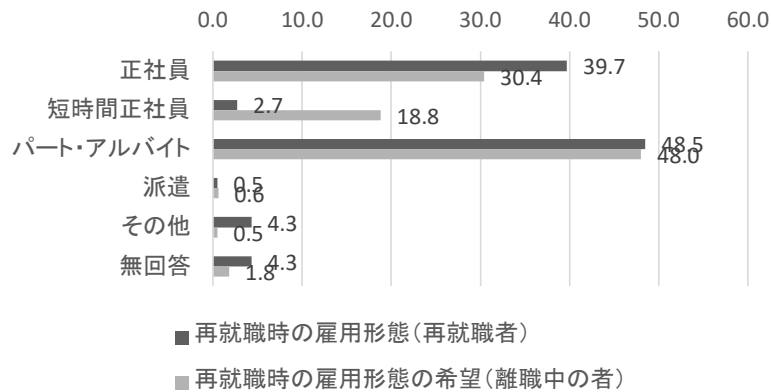


図3 再就職者が希望する雇用形態

(数字は%, 出典: 厚生労働省 2011年「看護職員就業状況等実態調査結果」)

また、看護師が病棟で勤務する場合夜勤は避けられないが、離職者や潜在看護師の多くは夜勤免除や日勤のみの勤務を希望している。夜勤は日勤と異なり、看護師数が極端に減り、担当する患者数が増えることによって身体的・精神的負担が大きいとされている。調査結果(図1)の離職理由にもあるように、夜勤を負担に感じている看護師が多いことが推測される。その夜勤回数は看護師配置数の増加や様々な勤務形態の創出といった「看護師不足」対策で減少したのだろうか。病院に勤務する正職員を対象とした調査¹⁴⁾では、例えば三交代勤務または変則三交代勤務者の夜勤回数はこの25年ほとんど変化がなく、月8回が最も多く33.7~41.0%、月11回~12回、および13回以上と回答した者も2013(平成25)年で6.9%あり、増減を繰り返している。また、近年は二交代勤務が増えており、夜勤時間は1回につき16時間が一般的だが、この二交代勤務または変則二交代勤務者の夜勤回数について最も回答が多かったのは、調査年度によって多少異なるものの、月3~4回が31.8~47.9%、月に5~6回の場合は33.3~43.7%となっており、月7~8回および月に9回以上と回答した者が2013(平成25)年で7.4%であった。本来、入院基本料金の算定要件として看護師の夜勤は「月72時間以内」とされているが、1990年ごろのモデル事業を経て「夜勤専従看護師」が登場した。この「夜勤専従看護師」は夜勤勤務のみをする看護師で、その夜勤時間は月144時間が上限と決められている。この夜勤専従看護師の勤務実態を見てみると、2014(平成26)年の日本看護協会の報告では、既に38.7%の病院で採用されており、夜勤専従看護師の労働時間も増加傾向にある。これらのデータから、看護師数が増員されても夜勤回数は減っていないばかりか、逆に増加している場合もあり、夜勤に関する負担が軽減していないことがわかる。

一度何らかの理由で離職した看護師が再度看護師として働く割合は、離職期間が1年未満の場合は約半数であり、それ以上の期間離職していると期間が長くなるほど再就職の割合が低下し、再就職をしない者も約15%存在する。離職の期間が長くなると、新しい医療技術や医学的知識、医療機器などに対応できないのではないかとといった不安、診療報酬の改定に伴って変化するシステムの知識や看護業務の変化に応じた学習、看護技術の研修などが必要になってくることへの不安が生じる可能性がある。この点に関しては日本看護協会や病院主催の研修がおこなわれるようになっており、

不安の解消に役立つ可能性があるだろう。

都道府県によって多少異なるが、近年の雇用促進の一環として未就学の子供を持つ看護職は夜勤を免除されるだけでなく、週単位の労働時間が短縮される他、院内保育の充実がはかられることによって離職することなく働き続けることができるようになってきている。しかし、このような働き方ができる看護師がいる一方で、例えば他の看護師の夜勤回数が増加したり、夜勤専従看護師によって夜勤が担われるといったこともある。夜勤を避けたい一部の看護師への支援対策が夜勤専従看護師という夜勤のみの働き方を生み出すという、パラドキシカルな状況を生み出しているともいえる。看護師数が増えることで担当する患者数や夜勤回数が低く抑えられる可能性があるが、少なくとも、これまでの診療報酬制度の中で最も看護師数が増える7対1入院基本料の導入をもってしてもそれほど看護師の夜勤回数は減らなかった。なぜなら、7対1入院基本料の対象となる病院や病棟は急性期の重症患者を治療する部門であり、高度な医療が提供されている。患者の重症度が高いほど看護師等医療従事者の必要性が増す可能性があり、実際に看護師の夜勤を減らす効果はなかったと言わざるをえない。

「看護師不足」対策をいくつかの調査結果を踏まえて検討した。少なくとも離職または復職する際に重要な夜勤を含めた労働環境に関しては、現状が改善されているとは言い難い結果であった。多くの看護師は調査で明らかになった理由で離職し、復職しないまま潜在看護師となっていることが予測される。また、質の高い看護師の育成に関しては、新しい医療に関する知識や技術、システムに関する学習や研修はある程度期待されるが、その場合、まず前提として看護師個々に必要な研修が受けられるような労働環境の整備が不可欠であろう。

おわりに

少子・超高齢化を迎える日本が、医療や福祉の担い手となる人材の育成問題においてどのような政策によって乗り越えようとしているかを、看護職を中心に検討した。看護師は常に人材不足として対策がなされてきた歴史を持ち、近年、例えば教育においては必要な環境の整備や奨学金制度の充実¹⁵⁾、より質の高いケアや医療を提供できるような教育支援を、実際に医療に従事している看護師に対しては新たな教育や研修の充実、給与等待遇の改善がおこなわれている。また、新たな人材となる対象を18歳人口に求めるだけでなく、何らかの理由で失業者となった人や新たに医療・福祉業界を目指す人に対して「教育訓練支援給付金」制度が利用できるようにもなった¹⁶⁾。

看護師の新規資格取得者数は、近年の看護系大学の増加もあって年間約5万人、その内離職者と再就職者を含めて試算した数では、ここ10年間の平均によると1年間の看護職数は約3万人の増加となっている。それにもかかわらず「看護師不足」は続き、その解消に向けた検討がおこなわれているのが現状である。そこで問題視されるのは離職率と潜在看護師である。しかし、そもそも看護師の離職率は一般の勤務女性よりも低く推移している（岩田ほか 2016: 28-32）。また潜在看護師に関しては、その対策が離職者のニーズに沿った形では提供されていない現状があった。なんらかの理由で離職した看護師の多くは夜勤の免除や短時間勤務を希望しているが、そのような労働環境で勤務できる人はまだ少ない。

また、近年言われているのは医師を筆頭とする医療従事者の偏在の問題である。中・小規模病院や地方によっては医師の不在が問題となっている中、医師の派遣については本人のキャリア形成にかかる不安の解消に向けて大学と地域が連携して取り組まれる一方、看護師に関しては、国や都道府県の委託を受けたナースセンターや教育研修病院の指導看護師が実務研修指導を行って看護師のレベルアップをおこない、看護師確保が困難な病院に斡旋するというモデル事業がおこなわれている。はたして、この対策が「看護師不足」を解消することにつながるのだろうか。

現在離職している約71万人の潜在看護師のニーズに沿うような対策が取れるようであれば、新たな看護師を養成しなくとも目標とされている約200万人の看護師が臨床で勤務することは可能だろう。しかし現在のところ看護師養成に力を入れているのが現状である。今後、国の医療政策では病床数を減らし、医療の場を地域や在宅ケアに移行する計画をしており、看護師は病院から地域や在宅へ活躍の場が移る可能性がある。また、その後の人口減少が始まることが既に予測されている（武川 2012: 178-9）中で、200万人に達した看護師が「質の高い看護師」であるための研修を受け、看護師個々のワークライフバランスを重視した働き方ができるかどうか、現在の状況を鑑みると疑問が残る。医療従事者の余剰問題は例えば歯科医師の養成に関して同じ状況がみられ、歯科医師の質の低下を懸念して養成は徐々に削減されている¹⁷⁾。看護師に関してもそう遠くない将来、看護師の余剰や看護の質の低下による看護師養成の削減が検討される可能性や、看護師資格を持ちながらも希望に添った働き方や働く場所がなくなることはないだろうか。医療や福祉を担う人材育成は重要であり、喫緊の課題ではあるが、将来を見据えた慎重さが求められるのではないだろうか。

【注】

- 1) 2012（平成24）年度の推計では、全国の65歳以上の高齢者について、認知症の有病率推定値は15%、認知症有病者数は約462万人と推計。また、全国のMCI（Mild Cognitive Impairment:軽度認知障害といわれ、正常でも異常でもない状態）の有病率推定値は13%、MCI有病者数は約400万人とされている。2025（平成37）年には、認知症患者は約700万人と推計された。
- 2) ここで看護職とは、保健師、助産師、看護師、准看護師を総称している。
- 3) OECD 2014年のデータによると、人口1,000人あたりの看護師数はコロンビアの1.1人からスイスの17.6人まで広がりがある。日本においては、人口1,000人あたり看護師数は11.0人でOECD諸国35カ国中12位となっており、国際的にみて看護師数は人口比で多いとは言えない。
- 4) 看護職員需給見通しとは、看護職の確保に関する基本的な資料として5年ごとに策定されるものであり、需給を達成するために様々な対策が講じられている。第七次看護職員需給見通しは2011（平成23）年から2016（平成27）年までをその対象としており、第七次における看護職需給見通しの結果は95.7%から101.0%であった。
- 5) 本法律の制定当時は「保健婦助産婦看護婦法」であったが、2001（平成13）年に各名称が変更されたため、法の名称も「保健師助産師看護師法」となった。
- 6) 日本看護協会は「働き続けられる職場づくり（看護職確保定着推進事業）」を2007（平成19）年から3年間おこない、例えば労働条件の改善策として、正規職員としての多様な勤務形態の創設を促した。
- 7) ナースセンターには厚生労働省が指定する「中央ナースセンター」と各都道府県知事が指定する「ナースセンター」がある。「看護師等の人材確保の促進に関する法律」において、厚生労働省は、看護師等の就業の促進や確保を図るための活動を行うことを目的とする一般社団法人または一般財団法人に業務を委託するとし、その指定条件として、当該区域内において病院等に勤務する看護師に関する調査やその相談、無料の職業紹介、啓発活動を行うことなど、様々な業務内容の遂行が可能な団体とした。その業務委託先となった日本看護協会は第2次世界大戦後にGHQの指導により設立され、今日に至るまで看護職の職能団体として各都道府県において看護職にかかわる様々な活動をおこなっている。「看護師等の人材確保の促進に関する法律」が施行された翌年、この「ナースセンター」の業務は日本看護協会に委託され、日本看

- 護協会内に「中央ナースセンター」が、各都道府県の看護協会に「ナースセンター」が設置された。
- 8) 看護職に対してはより条件にあった就職の斡旋をおこなう。また、一定の条件のもと、失業者には教育訓練給付制度（専門実践教育訓練給付金）を用いて、看護職等いくつかの医療職になるために教育を受ける人を対象に資格取得に関する支援金を出すようになった。この制度は平成26年10月から実施された。
 - 9) 医療法や保健師助産師看護師法、介護保険法など関連する法案の改正に伴って本法案も頻繁に改正されている。近年の主な改正内容については本文に記述しているとおりである。
 - 10) 正式には「看護師」と「准看護師」であるが、「准看護師」と比較する場合に「正看護師」または「正看」と表記することがある。本稿においても「看護師」および「准看護師」を併記する場合に、「看護師」を「(正)看護師」と表記する。
 - 11) 例えば神奈川県では、2015（平成27）年度の入学生を最後に、准看護師学生の募集を停止し、現在在籍している学生の卒業をもって運営費の補助金を中止することになった。
 - 12) 例えば、厚生労働省「病院勤務医の負担軽減の状況調査」、日本病院会「看護業務の役割分担に関する実態調査」を参照。
 - 13) 本調査は、厚生労働省が各都道府県を通じて看護師等学校養成所に協力を依頼し、20歳代から50歳代の看護職3万9134名を調査対象として2万466名の回答を得た結果である。回収率は52.3%、有効回答率52.1%であった（図1および図2に関しては、回答を3つまで選択可能となっており、そのためデータの合計が100%を超えている。また、図1の結果において、離職理由として2番目に「その他」があるが、その具体的内容についての記載がなく、どのような理由が存在するかが不明という不備がある）。このような結果は、日本看護協会が2007（平成19）年に調査した「潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査」の結果とほぼ同じであった。日本看護協会の調査は、日本看護協会のNCCS（ナースセンターコンピュータシステム）に登録している看護職で、調査の時点で求職登録が有効で未就業の者1万2036名に調査票を郵送配布したもので、有効回答数は4097（有効回答率は34.0%）であった。その結果は、個人の状況に関する離職理由として「妊娠・出産」が30.0%、「結婚」が28.4%、「子育て」が21.7%であり、職場環境に関する離職理由では「勤務時間が長い・超過勤務が多い」が21.9%、「夜勤の負担が大きい」が17.8%、「責任の重さ・医療事故への不安」が14.9%であった。
 - 14) 日本看護協会が4年毎におこなっている「看護職員実態調査」結果が厚生労働省「第一回看護職員需給見通しに関する検討会」の資料として使用されている。本調査は多種多様な職場で働く看護職がどのような労働環境で勤務しているか、また、看護職の職業意識を調査する目的で実施されている。調査対象は日本看護協会会員で、看護師、准看護師、保健師、助産師ごとに層化無作為に抽出された約1万5000人から2万人（調査年によって人数にばらつきがある）を対象におこなわれている。ここで扱われているデータは、1989（平成元）年から2013（平成25）年の調査結果であった。ただし、二交代勤務（変則二交代勤務を含む）についてのデータは1993（平成5）年からのデータになっている。
 - 15) 多くの都道府県で実施されている医師や看護師への奨学金制度は、形は貸与であるが、資格取得後に都道府県内の施設で一定期間勤務することによって奨学金の返還が免除されるものが多い。
 - 16) 厚生労働省では、2014年10月からキャリア形成支援の一環として専門的な教育訓練のための給付制度を開始した。
 - 17) 昭和60年代、歯科医師不足に対して歯学部・歯科大学が増設されたが、10年余りで歯科医師過剰と判断され、以後、閣議決定によって養成数を段階的に削減している。そのような中で学生数の減少に伴う質の低下や大学運営の危機など、様々な問題が起こっている。歯科医師過剰問題について歯科医師会は、自らの管理のもとに歯科医師の在り方を模索している。詳細については、厚生労働省「第1回歯科医師の資質向上等に関する検討会 参考資料」を参照のこと。

【文献】

- 土曜会歴史部会, 1973, 『日本近代看護の夜明け』医学書院。
- 広井良典, [1997] 2006, 『ケアを問い直す—（深層の時間）と高齢化社会』ちくま新書。
- 井上恒男, 2016, 『英国における高齢者ケア政策——質の高いケア・サービス確保と費用負担の課題』明石書店。
- 保健師助産師看護師法60年史編纂委員会（編）, 2009, 『保健師助産師看護師法60年史——看護行政のあゆみと看護の発展』日本看護協会出版会。
- 岩田正美・大沢真知子ほか編, [2015] 2016, 『なぜ女性は仕事を辞めるのか——5155人の軌跡から読み解く』青弓社。
- 勝又浜子ほか編, 2015, 『看護法令要覧平成27年版』日本看護協会出版会。
- 看護行政研究会, 2015, 『看護六法 平成27年版』新日本法規出版株式会社。

- 厚生労働省, 2011, 「看護職員就業状況等実態調査結果」 (2016年11月20日取得, <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh.html>) .
- , 2014, 『平成26年版 厚生労働白書』 (2016年11月20日取得, <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14-2/>).
- , 2014, 「第115回 社会保障審議会介護給付費分科会 第115回 参考資料」 (2016年11月20日取得. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000065682.pdf P3).
- , 2014, 「第1回看護職員需給見通しに関する検討会 資料3-1,参考資料1」 (2016年11月20日取得. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000072897.html>)
- 厚生労働統計協会 (編), 2016, 『国民衛生の動向 2016/2017』 厚生労働統計協会.
- 日本医療労働連合会, 2015, 「2015年度 夜勤実態調査」 『医療労働』 584:6-13, (2016年11月20日取得, <http://irouren.or.jp/publication/iryorodo584.pdf>) .
- 日本看護協会, 2008, 『看護白書 平成20年版』 日本看護協会出版会.
- , 2014, 『「継続教育の基準Ver.2」 活用のためのガイド』 勝美印刷株式会社.
- , 2015, 「日本看護協会調査研究報告」 (2016年11月20日取得. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/seisaku/series.html>)
- 関口恵子, 2013, 「看護職不足の諸要因と新しい看護職のありかた」 『法政大学大学院紀要』 (70) : 163-75.
- 武川正吾, 2012, 『政策志向の社会学--福祉国家と市民社会』 有斐閣.
- 岩澤和子・筒井孝子, 2016, 『看護必要度第6版』 オーム社.
- 東京大学医療政策人材養成講座編, 2009, 『「医療政策」入門--医療を動かすための13講』 医学書院.
- 山中浩司編, 2005, 『臨床文化の社会学』 昭和堂.

大阪市立大学大学院文学研究科 後期博士課程 人間行動学専攻社会学専修
ながやま ひろみ
nagayama.hiromin@gmail.com

Development of human resources of nurses in the national health policy : Practice and problems of measures against "nurse shortage"

NAGAYAMA, *Hiro*mi

nagayama.hiromin@gmail.com

In this paper, the influence of national health policies of fostering human resource in nursing is critically examined. Since the importance of training medical and welfare workforce in this time of the declining birthrate and super-aged society cannot be over-emphasized, various policies have been implemented to prevent further "nurse shortage".

Firstly the historical background how "nurse shortage" has come about and their political countermeasures is traced. It seems that the national health policy has been primarily set to solve the "nurse shortage", so it their countermeasures were expected to work as there were many nurses who had resigned and remained unemployed. However, implemented countermeasures have not met the needs of resigned and many remained unemployed nurses. There is a possibility that the situation might have great influence on how to work in the future nurse.

Key word : nurse shortage, health policies, human resource.