

NURSING IN JAPAN



公益社団法人 日本看護協会

目次

はじめに	2
I. 日本における社会保障の概観	
1. 日本における UHC	3
2. 社会保障制度と改革への取組み	3
II. 医療・介護提供体制	
1. 医療提供体制	7
2. 医療保険制度	9
3. 介護提供体制	11
4. 介護保険制度	12
III. 看護制度	
1. 近代看護の発展	14
2. 看護職資格の規定と今日の課題	14
3. 看護提供に関わる職種	14
IV. 看護教育	
1. 看護基礎教育	16
2. 看護基礎教育の内容	16
3. 看護基礎教育の大学化と大学院教育	17
V. 資質の向上	
1. 現行制度	18
2. 看護職の資質向上の支援（職能団体の取組み）	18
VI. 看護職を取り巻く状況	
1. 看護職の就業者の状況	20
2. COVID-19 の感染拡大による看護職の就業への影響	21
3. 離職や潜在化する看護職への取組み	21
VII. 日本で就業する外国人看護師	
1. 日本で就業する外国人看護師	23
2. 外国人看護師の受け入れ	23
VIII. 災害やパンデミックへの対応	
1. 災害への対応（災害支援ナース）	25
2. パンデミックへの対応	25
3. 自然災害、感染症支援に係る看護職の応援派遣体制の再構築	26
参考文献	

はじめに

日本では、世界に先駆けたスピードで人口の高齢化が進み、かつ少子化が進展する中で、社会基盤の脆弱化と格差の複層的な広がりが懸念されている。加えて、保健・医療に関連しては、対象集団の拡大・多様化により、ニーズの量的増大のみならず、その質的な面での複雑化の課題も指摘されている。

社会が、主に人口構造の変化によりフェーズを追って様相を変えていく中で、直近の政策のメルクマールは、高齢化の課題が「速さ」から「高さ」へと一気にかわる2025年とされている。国は2025年を目指し、目下、主として高齢者の在宅療養を支える仕組みである「地域包括ケアシステム」を推進している。

このような中、日本看護協会は2015年6月に「看護の将来ビジョン」を策定・公表した。「医療」と「生活」の両方の視点をもつ看護の本質に照らし、地域の全ての人々の「いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護」の価値を改めて示し、地域の多様な実践の場における看護の活躍を支援する、2025年までの10年間のアクションプランを共有し、その実現に向けた事業に取り組んできた。

ビジョンの公表から5年が経過し、2025年以降を見据えた議論も始まっており、高齢者のみならず、障がい児・者や子ども、生活困窮者、さらには、潜在的なニーズを有す健常者も含めた全世代型の社会保障システムの構築が急がれている。

そして、我々は既に、2025年の先を見据えて次のビジョンを検討する時期を迎えている。NCDs（非感染性疾患）の台頭に加えダイバーシティの進展が「健康」の概念に影響を与え、コロナ禍を経て身体的・精神的・社会的な健康（well-being）がより重要性を増す中で、将来にわたってUHCの維持に大きく貢献できる看護のビジョンを示していきたいと考えている。

「Nursing in Japan」は日本看護協会が2005年から発行しているもので、日本の看護専門資格のあり様、看護提供システム等について、制度的な枠組みを中心に紹介するものである。今版は、2016年版から、コロナ禍を経て、実に6年振りの改定となる。現在の看護の枠組みとそこに至る経緯、現下の課題等をできるだけコンパクトにとりまとめた。国際比較の中でUHCが早期に達成された国として認識されている日本における、その維持と充実を目指したシステムの改革の議論は、貴重な経験値であることは論を待たない。この文脈において、本冊子がグローバルヘルスに関わる多くの国・人々の日本の看護への理解を深め、また、UHCの実現・維持に係る共通の課題について議論する機会を提供するものとなることを願っている。

I. 日本における社会保障の概観

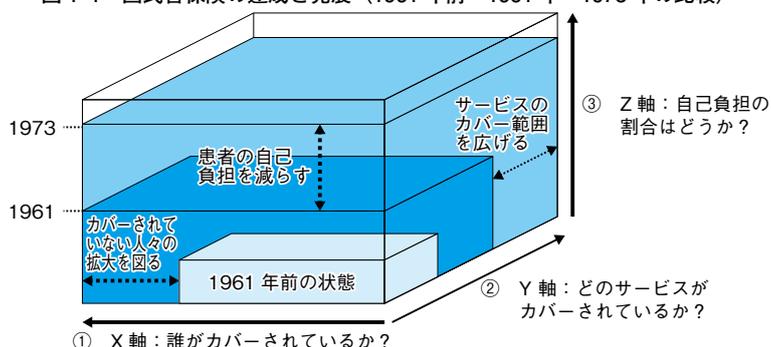
1. 日本における UHC

日本においては、1961年に国民皆保険が導入されたことにより、UHCの3要素の1つである「全ての人に（医療）サービスの提供」を実現した（図1-1）。その後、対象となるサービスの拡大、自己負担の軽減が図られ、UHCを1973年にほぼ達成した。結果、世界最高レベルの平均寿命の延伸と健康格差の縮減、保健医療水準の実現が図られたと評価されている。

しかしながら、近年、国民皆保険の仕組みの中で、

所得、職業等の社会経済的要因等によって、保健医療のアクセシビリティに格差が生じていることが指摘されている¹⁾²⁾。さらに、医師や看護職等の偏在による地域間医療格差も指摘されている。少子超高齢化に伴う生産年齢人口の減少、都市部への人口集中といった社会的な背景の更なる著しい変化が想定される中であっても、社会保障制度および医療保険制度の維持とともに、限りある医療資源を効果的に用いた質の高い医療提供体制の構築が課題である。

図 1-1 国民皆保険の達成と発展（1961年前・1961年・1973年の比較）



出典：島崎謙治：日本の国民皆保険の本質～日本の経験の何をどのように伝えるべきか～，平成26年度国際医療研究開発費（課題番号26指1）研究報告シンポジウム「医療保障制度—日本の経験を途上国のUHCに生かすには」2015.7.16報告書

2. 社会保障制度と改革への取組み

1) 社会保障制度の概要

日本には、社会保険、社会福祉、公的扶助、保健医療・公衆衛生の4つの柱から成る国民の「安心」や生活の「安定」を支えるセーフティネットとしての社会保障制度がある。これが人々の生活を生涯にわたって支える役割を果たしている。この中で、健康な生活を支える仕組みや病気に罹患した際の医療サービス等の体制整備を「保健医療・公衆衛生」において、医療・介護サービスの提供の仕組みを「社会保険」において規定し、その充実を図っている。

後者については、国民が病気やけがをした場合に誰もが安心して医療にかかることができる医療保険、加齢に伴い要介護状態となった者を社会全体で支える介護保険の制度が設けられている。強制加入の保険制度の下、現物給付（サービス提供）を行って健康な暮らしを保障する制度であり、その基盤に所得再分配の機能を持つ。2017年の調査結果では、当初所得のジニ係数0.5594に対し、再分配後には0.3721と、所得格差が縮小されていることが確認されている³⁾。

医療保険制度は、国民健康保険法に基づき創設された国民皆保険制度（1961年）により確立され、また、2000年には、高齢化の進展や社会背景の変化、サービスの需要の変化により、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして介護保険法に基づき、介護保険制度が創設された。

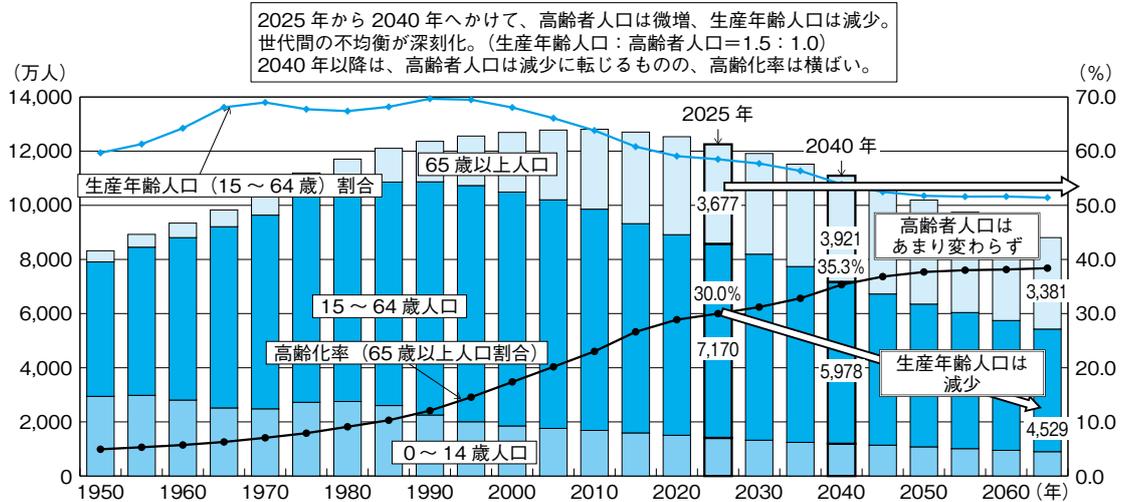
2) 人口と社会保障費の見通し

少子高齢化の進展に伴い、2010年を境に総人口は増加傾向から減少傾向に転じているが、2021年の合計特殊出生率は1.30であり、減少傾向は継続するとみられている。そのため、2040年以降に高齢者人口が徐々に減少に転じても、総人口における高齢化率は横ばいとなる見込みである（図1-2）。これらの人口構造の変化には、地域差があり、都市圏に比べ地方圏でより進行していくと考えられている⁴⁾⁵⁾。

高齢化の進展等により医療、年金、福祉、介護などの公的サービスにかかる社会保障給付費は、年々増加の一途をたどり、2021年には129.6万円（対GDP比23.2%）に達する（図1-3）。このGDP比は、2017年のOECDの平均21.4%を上回る（図1-4）。結果、社会保険料収入より支出が多い状態が常態化しており、この差額については多額の公費で賄われている。

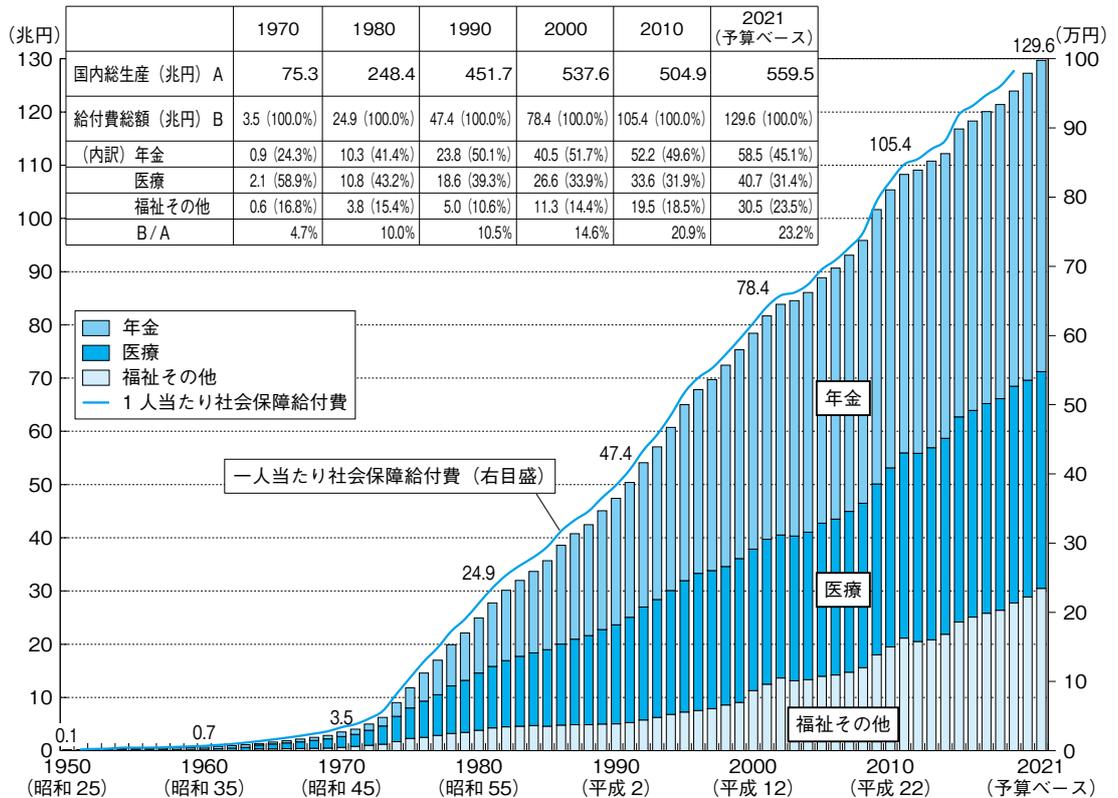
社会保障制度を持続可能なものとするため、国は、「社会保障と税の一体改革」方針のもと、消費増税（2019年に5%から10%に引き上げ）による財源の強化を進めるとともに、目下、団塊世代（戦後の第一次ベビーブーム（1947～1949年）の出生世代806万人が後期高齢者（75歳以上）となる2025年をメルクマールとした取組み（次項）を強力に進めている。

図 1-2 我が国の人口の推移と見通し



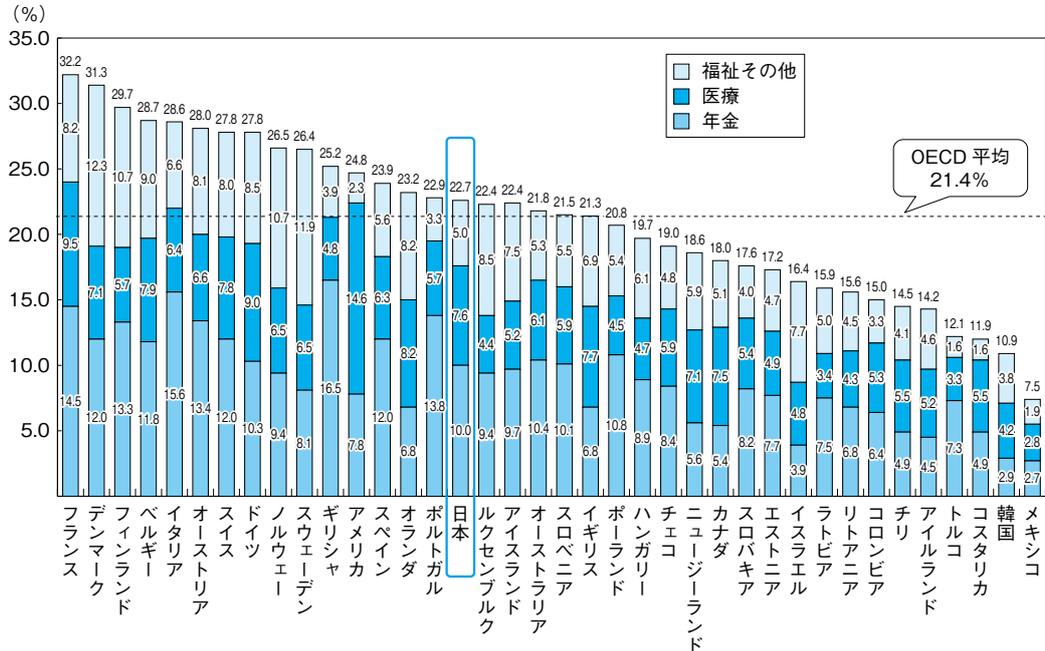
資料：2015年までは総務省統計局「国勢調査」による実績値、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）仮定）による推計値
出典：厚生労働省、2040年頃の社会保障を取り巻く環境（平成30年9月12日厚生労働省地方制度調査会専門小委員会厚生労働省ヒアリング資料）、https://www.soumu.go.jp/main_content/000573859.pdf

図 1-3 社会保障給付費の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「令和元年度社会保障費用統計」、2020～2021年度（予算ベース）は厚生労働省推計、2021年度の国内総生産は「令和3年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（令和3年1月18日閣議決定）」
（注）図中の数値は、1950、1960、1970、1980、1990、2000及び2010並びに2021年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。
出典：財務省、社会保障（参考資料）（2022年4月13日）、https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20220413/03.pdf

図 1-4 社会保障給付の部門別の国際的な比較 (対 GDP 比)



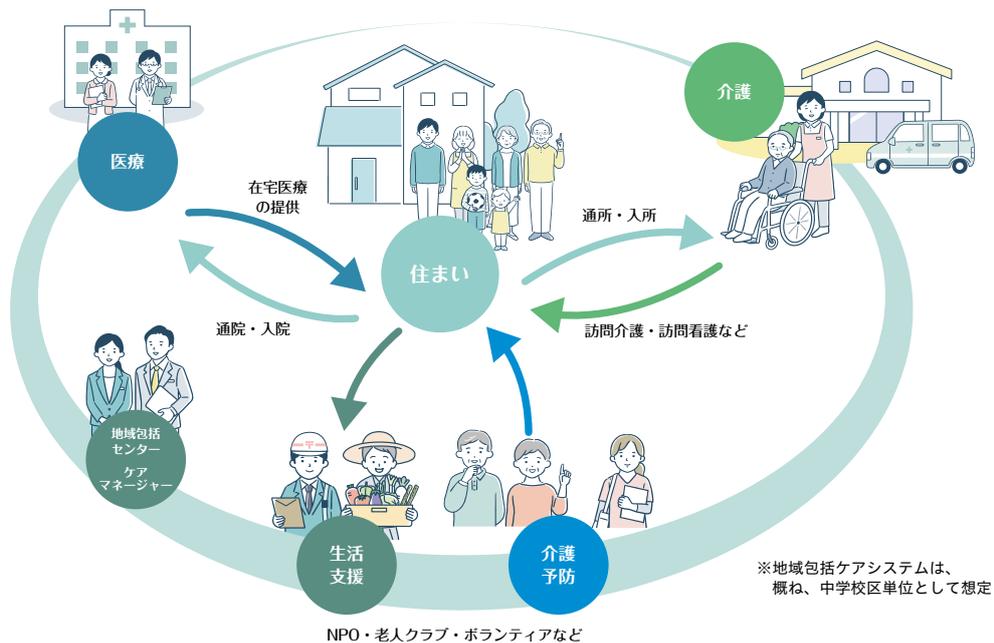
(注) OECD: "Social Expenditure Database" に基づき、厚生労働省政策統括官(総合政策担当)付政策統括室で算出したもの。2017年の数値。OECD 社会支出基準に基づく社会支出データを用いているため、社会保障給付費よりも広い範囲の費用(施設整備費等)も計上されている。出典: 厚生労働省、我が国社会保障制度の構成と概況、<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000984355.pdf>

3) 2025 年に向けた改革

2025年には、団塊の世代が75歳以上となり、後期高齢者人口の増加に伴う社会保障給付費の増加が懸念されている。人口構造の変化ならびに地域差に対応し、社会保障制度を維持していくには、それぞれの地域の医療需要に応じた医療提供体制を整備していく必要がある。そこで国は2025年に向け、医療提供の要である医師・看護師等の専門人材の確保、

医療機関の医療機能の分化・連携、在宅医療の充実等により、より効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けた各地域での取組みを推進している。高齢者が日常生活の重点を地域におき、住み慣れた場所で、できるだけ最期まで生活できるように、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステム(図1-5)の実現を目指している。

図 1-5 地域包括ケアシステムの姿



出典: とやま地域包括ケアシステム、地域包括ケアシステムとは、<http://toyama-chiikihoukatsu.net/about/>
 ※日本看護協会にて一部改変

4) 2040年を見据えた検討

2025年の次に予測されている大きな社会的課題に、2040年問題がある。2040年頃の日本では、人口の減少とともに少子高齢化がさらに進み、社会の支え手となる労働人口が今以上に減少する。また同時に、支えられる側である高齢者の3割近くが85歳以上になるなど、高齢者のさらなる高齢化が予測されている。そのため、支える側と支えられる側の人口のアンバランスが大きな課題となる。さらに、経済的にも、2040年には雇用環境が厳しい時期に

就職活動が重なり、不安定な雇用形態や無職である者も少なくない世代が高齢を迎えるため、世代間や世代内での経済の格差や困窮化が進むと言われる。

国では、担い手が不足していく中で、総就業者数の増加とより少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現することを目指している。具体的には、多様な就労・社会参加の推進、健康寿命の延伸、医療・福祉サービス改革による生産性の向上に取り組むとしている。

Ⅱ. 医療・介護提供体制

1. 医療提供体制

1) 医療施設の状況

2021年10月1日現在における全国の医療施設総数は、表2-1の通り。病院について病床の規模別にみると、「50～99床」が最も多く（2,048施設・25.0%）、

200床未満の病院で全体の70.0%を占める（表2-2）。全病床数は1,583,783床であり（表2-3）、人口千対で約13床は世界1位である（表2-4）。

表2-1 施設の種類の別に見た施設数

各年10月1日現在

	施設数		対前年		構成割合 (%)	
	令和3年 (2021)	令和2年 (2020)	増減数	増減率 (%)	令和3年 (2021)	令和2年 (2020)
総数	180,396	178,724	1,672	0.9
病院	8,205	8,238	△ 33	△ 0.4	100.0	100.0
精神科病院	1,053	1,059	△ 6	△ 0.6	12.8	12.9
一般病院 (再掲)	7,152	7,179	△ 27	△ 0.4	87.2	87.1
療養病床を有する病院	3,515	3,554	△ 39	△ 1.1	42.8	43.1
一般診療所	104,292	102,612	1,680	1.6	100.0	100.0
有床 (再掲)	6,169	6,303	△ 134	△ 2.1	5.9	6.1
療養病床を有する一般 診療所	642	699	△ 57	△ 8.2	0.6	0.7
無床	98,123	96,309	1,814	1.9	94.1	93.9
歯科診療所	67,899	67,874	25	0.0	100.0	100
有床	21	21	-	-	0.0	0.0
無床	67,878	67,853	25	0.0	100.0	100.0

出典：厚生労働省、令和3（2021）年医療施設（動態）調査・病院報告の概況、結果の概要、I 医療施設調査、<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosod/21/dl/02sisetu03.pdf>

表2-2 病床の規模別に見た施設数

各年10月1日現在

	施設数		対前年		構成割合 (%)	
	令和3年 (2021)	令和2年 (2020)	増減数	増減率 (%)	令和3年 (2021)	令和2年 (2020)
病院	8,205	8,238	△ 33	△ 0.4	100.0	100.0
20～49床	908	909	△ 1	△ 0.1	11.1	11.0
50～99	2,048	2,061	△ 13	△ 0.6	25.0	25.0
100～149	1,421	1,424	△ 3	△ 0.2	17.3	17.3
150～199	1,365	1,368	△ 3	△ 0.2	16.6	16.6
200～299	1,032	1,036	△ 4	△ 0.4	12.6	12.6
300～399	674	677	△ 3	△ 0.4	8.2	8.2
400～499	366	369	△ 3	△ 0.8	4.5	4.5
500～599	162	161	1	0.6	2.0	2.0
600～699	110	111	△ 1	△ 0.9	1.3	1.3
700～799	38	42	△ 4	△ 9.5	0.5	0.5
800～899	29	28	1	3.6	0.4	0.3
900床以上	52	52	-	-	0.6	0.6
一般診療所（有床）	6,169	6,303	△ 134	△ 2.1	100.0	100.0
1～9床	1,774	1,787	△ 13	△ 0.7	28.8	28.4
10～19	4,395	4,516	△ 121	△ 2.7	71.2	71.6

出典：厚生労働省、令和3（2021）年医療施設（動態）調査・病院報告の概況、結果の概要、I 医療施設調査、<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosod/21/dl/02sisetu03.pdf>

表 2-3 病床の種類別にみた病床数

各年 10 月 1 日現在

	病床数		対前年		構成割合 (%)	
	令和 3 年 (2021)	令和 2 年 (2020)	増減数	増減率 (%)	令和 3 年 (2021)	令和 2 年 (2020)
総 数	1,583,783	1,593,633	△ 9,850	△ 0.6
病 院	1,500,057	1,507,526	△ 7,469	△ 0.5	100.0	100.0
精神病床	323,502	324,481	△ 979	△ 0.3	21.6	21.5
精神科病院	244,422	246,006	△ 1,584	△ 0.6	16.3	16.3
一般病院	79,080	78,475	605	0.8	5.3	5.2
感染症病床	1,893	1,904	△ 11	△ 0.6	0.1	0.1
結核病床	3,944	4,107	△ 163	△ 4.0	0.3	0.3
療養病床 (A)	284,662	289,114	△ 4,452	△ 1.5	19.0	19.2
一般病床	886,056	887,920	△ 1,864	△ 0.2	59.1	58.9
一般診療所 (再掲)	83,668	86,046	△ 2,378	△ 2.8	100.0	100.0
療養病床(B)	6310	6,936	△ 626	△ 9.0	7.5	8.1
歯科診療所	58	61	△ 3	△ 4.9
療養病床総数 (A) + (B)	290,972	296,050	△ 5,078	△ 1.7

出典：厚生労働省，令和 3（2021）年医療施設（動態）調査・病院報告の概況，結果の概要，I 医療施設調査，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/21/dl/02sisetu03.pdf>

表 2-4 医療提供体制の各国比較（2019 年）

国名	平均在院日数	人口千人あたり 病床数	病床百床あたり 臨床医師数	人口千人あたり 臨床医師数	病床百床あたり 臨床看護職員数	人口千人あたり 臨床看護職員数
日本	— (16.0)	12.8	*19.2	*2.5	*90.6	*11.8
ドイツ	*8.9 (*7.5)	7.9	55.5	4.4	176.2	14.0
フランス	8.8 (5.4)	5.8	54.3	3.2	#189.6	#11.1
イギリス	*6.6 (6.2)	‡2.5	120.1	3.0	334.2	8.2
アメリカ	— (*5.5)	*2.8	*92.2	2.6	**420.2	#12.0

OECD.Stat（令和 3 年 9 月 1 日時点）

注 1 「#」は実際に臨床に当る職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注 2 「*」は 2018 年のデータ

注 3 「E」は推計値 (Estimated value)

注 4 病床百床あたり臨床医師数及び臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百を掛けた数値である。

注 5 平均在院日数の括弧書きは、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数である。

出典：厚生労働省，医療提供体制の現状 ～病院数の推定，<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001029753.pdf>

2) 医療従事者の状況

日本においては、看護職の他、医師、歯科医師、薬剤師等の医療関係職種が従事する。それぞれの従事者数は、表 2-5 の通りである。この内、看護関係の従事者は約 168 万人（2019 年）であり、毎年 30,000 人程度増加している。他国と比較すると、人口千対の看護師数 11.8 人は欧米諸国と大きな差異がないが、病床百対 90.6 人は、フランス、ドイツの半分以下、米国の 5 分の 1 と非常に少ない（表 2-4）。目下、病床機能分化（病床の役割とそれに応じた人員配置の適性化）が進められており、この議

論と合わせ、病院の機能に応じた看護職員の配置の適正化を図ることが必要である。

看護職確保に係る現下の課題としては、量的な確保以上に、領域別（就業場所別）偏在や一部地域での需要に対する不足（地域偏在）が深刻である。領域・地域偏在が進行すれば、国民皆保険制度の下であっても、必要な医療・看護の内容や居住地域によって医療へのアクセシビリティやサービスの内容に差異が生じることに繋がり、健康格差が拡大する恐れがある。

表 2-5 医療関係従事者数

・医師	323,700 人
・歯科医師	104,118 人
・薬剤師	250,585 人
資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」	
※医師・歯科医師は医療施設の従事者。薬剤師は薬局・医療施設の従事者。	
・保健師	64,819 人
・助産師	40,632 人
・看護師	1,272,024 人
・准看護師	305,820 人
資料：厚生労働省医政局調べ。(R 元)	

出典：厚生労働省，制度の概要及び基礎統計 医療関係従事者数，<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/21-2/kousei-data/siryou/sh0202.html#sec02>

2. 医療保険制度

1) 制度の概要

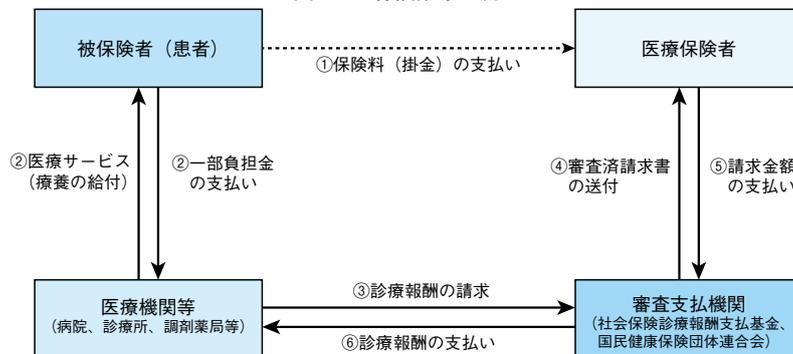
国民皆保険はすべての国民に医療を提供する仕組みであり、①国民全員を公的医療保険で保障、②医療機関を自由に選べる（フリーアクセス）、③安い医療費で高度な医療、④社会保険方式を基本としつつ、公費を投入、の4つの特徴を有す⁶⁾。

国民は、公的保険に強制的に加入し、保険料を支払う義務を負うが、医療機関を受診する際には費用の一部の負担で医療を受けることができる（図 2-1）。一部負担の額は医療費の3割であるが、年齢

や経済状況により負担割合が異なる（図 2-2）。また、国民は、受診医療機関を原則、自由に選ぶことができる。これらの仕組みの運用は大きく、被雇用者とその家族が勤務先単位で加入する被用者保険と、個人事業主及び無職者とその家族が居住地（市町村）単位で加入する国民健康保険に大別される。

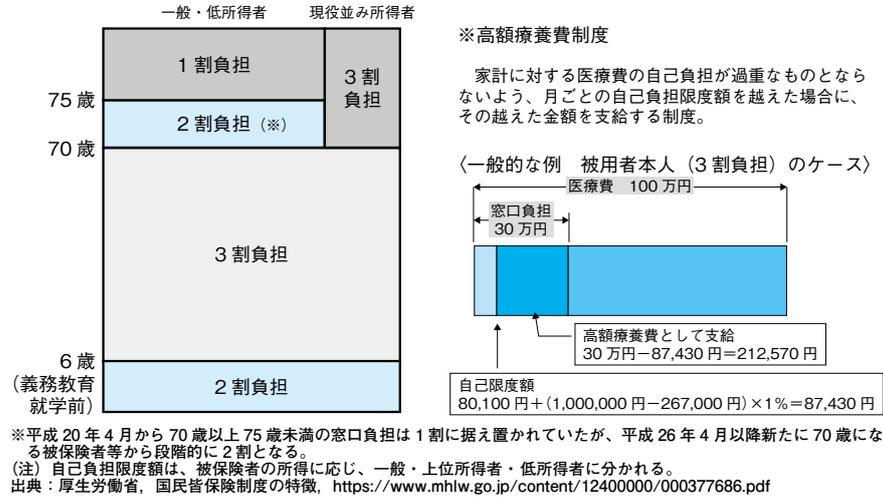
支払い能力に応じ保険料を納めることで、「誰でも、いつでも、どこでも」、重い負担なしに医療サービスを受けられる相互扶助の仕組みが早期に確立された。

図 2-1 保険診療の流れ



出典：全日本病院協会，「診療報酬制度」，<https://www.ajha.or.jp/guide/1.html>

図 2-2 医療費の患者負担について
【医療費の患者負担割合】



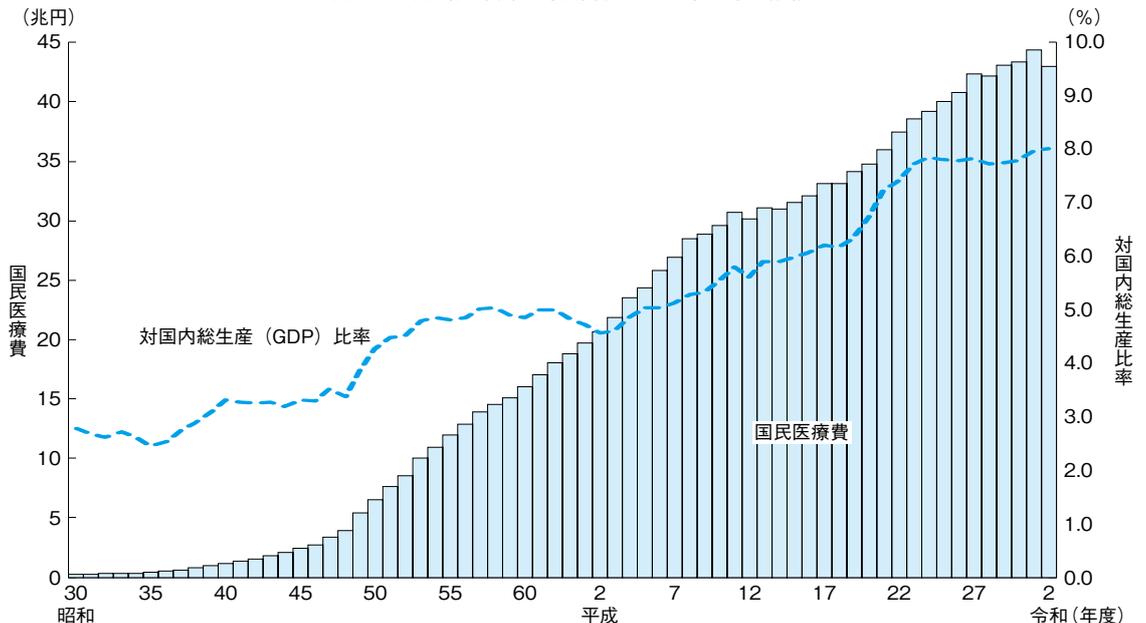
2) 医療費の支払いの仕組み

医療費の支払いは出来高払いを基本としており、診察、検査、処置、入院、手術、投薬などの医療行為ごとの点数が決まられており、2022年現在、この1点当たりの単位は10円に設定されている。提供された医療行為の点数の合計に10円を乗じた額がその医療費となり、患者はこの一定割合(上述)を自己負担分として支払う。現行の出来高払い方式では、医療者側からすると医療行為を行えば行うほど報酬が増える仕組みとなるため、コストを抑制するインセンティブが生じにくい構造となっている。そのため、一部の入院や外来については包括払い方式を取り入れている。

3) 医療費の動向

国民皆保険制度の下、国民医療費は、高齢化の進展および疾病構造の変化による医療利用の増加(利用者の増加と利用期間の長期化等)、および医療の高度化を背景に右肩上がりに増加している(図2-3)。新型コロナウイルス感染の拡大・蔓延の直前2019年度の国民医療費は、44兆3,895億円(前年度比+9,946億円・2.3%)、1人当たり35万1,800円(前年度比+8,600円・2.5%)であり、これは同年のGDP(国内総生産)の7.93%(前年度比+0.02%)、GNI(国民所得)の11.06%(同+0.33%)にあたる⁷⁾(参考までに、2020年度の国民医療費は42兆9,665億円(前年度比△1兆4,230億円・3.2%⁸⁾)であり、コロナ禍の受診控え等の影響があったとされている)。

図 2-3 国民医療費、対国内総生産比率の年次推移



出典：厚生労働省、令和2(2020)年度 国民医療費の概況、<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/20/dl/data.pdf>

3. 介護提供体制

1) 介護施設の種類の施設数

2021年10月1日現在における全国の介護サービスの提供主体の現況は、表2-6の通りである。介護保険のサービスとして利用できる介護保険施設には、現在4種類（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設）あり、機能の違いにより施設基準がそれぞれ法律によって規定されている。

事業所は、大きく「介護予防サービス事業所」、「地域密着型介護予防サービス事業所」、「居宅サービス事業所」、「地域密着型サービス事業所」、「居宅介護支援事務所」の5つに区分されている。この中で、

訪問看護ステーションは、訪問看護師等が住まいに訪問して療養生活を行っている方の看護を行うサービスであるが、1992年に初めて開設され、13,554施設（前年比+1,161施設）まで増加した。開設主体別では、営利法人（会社）が59.2%を占め、次いで医療法人（21.9%）の割合が高い⁹⁾。また、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）は、医療処置や介護が必要になっても住み慣れた地域で最後まで暮らし続けられるよう4つのサービス（訪問看護、訪問介護、通い、泊まり）を1つの事業所が提供する制度として2012年に創設され、817施設（前年比+106施設）と年々増加している。

表2-6 令和3年介護サービス施設・事業所調査の概況

各年10月1日現在

	令和3年 (2021)	令和2年 (2020)	対前年	
			増減数	増減率 (%)
介護保険施設				
介護老人福祉施設	8,414	8,306	108	1.3
介護老人保健施設	4,279	4,304	△ 25	△ 0.6
介護医療院	617	536	81	15.1
介護療養型医療施設	421	556	△ 135	△ 24.3
介護予防サービス事業所				
介護予防訪問入浴介護	1,483	1,561	△ 78	△ 5.0
介護予防訪問看護ステーション	13,221	12,115	1,106	9.1
介護予防通所リハビリテーション	8,225	8,274	△ 49	△ 0.6
介護予防短期入所生活介護	11,256	11,134	122	1.1
介護予防短期入所療養介護	4,966	5,098	△ 132	△ 2.6
介護予防特定施設入居者生活介護	5,174	5,033	141	2.8
介護予防福祉用具貸与	7,648	7,463	185	2.5
特定介護予防福祉用具販売	7,636	7,506	130	1.7
地域密着型介護予防サービス事業所				
介護予防認知症対応型通所介護	3,445	3,536	△ 91	△ 2.6
介護予防小規模多機能型居宅介護	5,145	5,076	69	1.4
介護予防認知症対応型共同生活介護	13,703	13,612	91	0.7
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	5,280	5,249	31	0.6
居宅サービス事業所				
訪問介護	35,612	35,075	537	1.5
訪問入浴介護	1,705	1,708	△ 3	△ 0.2
訪問看護ステーション	13,554	12,393	1,161	9.4
通所介護	24,428	24,087	341	1.4
通所リハビリテーション	8,308	8,349	△ 41	△ 0.5
短期入所生活介護	11,790	11,668	122	1.0
短期入所療養介護	5,068	5,220	△ 152	△ 2.9
特定施設入居者生活介護	5,610	5,454	156	2.9
福祉用具貸与	7,770	7,545	225	3.0
特定福祉用具販売	7,657	7,529	128	1.7
地域密着型サービス事業所				
定期巡回・随時対応型訪問看護看護	1,178	1,099	79	7.2
夜間対応型訪問介護	221	220	1	0.5
地域密着型通所介護	19,578	19,667	△ 89	△ 0.5
認知症対応型通所介護	3,753	3,868	△ 115	△ 3.0
小規模多機能型居宅介護	5,614	5,566	58	1.0
認知症対応型共同生活介護	14,085	13,977	108	0.8
地域密着型特定施設入居者生活介護	365	354	11	3.1
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	817	711	106	14.9
地域密着型介護老人福祉施設	2,474	2,413	61	2.5
居宅介護支援事業所	39,047	39,284	△ 237	△ 0.6

注：複数のサービスを提供している事業所は、各々に計上している。

出典：厚生労働省、令和3年介護サービス施設・事業所調査の概況、https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service21/dl/kekka-gaiyou_1.pdf

2) 介護従事者の状況

介護の提供にあたっては、介護職員や介護福祉士とともに、医療関係職種が従事している。看護師が最も多く従事しているのは訪問看護ステーションで

あり、92,139人が従事し、他では、通所介護（38,225人）、介護老人保健施設（29,732人）、介護老人福祉施設（27,418人）と続く。

4. 介護保険制度

1) 制度の概要

介護保険制度は、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みであり、介護保険法によりその要件が規定されている。高齢化の進展、介護を要する人口の増加、介護期間の長期化が生じる一方で、核家族化及び介護者の高齢化など介護を担う家族形態も変化している。これらの変化に対応するため、2000年に介護保険制度が創設された。運用を担う保険者は市町村である。40歳以上の国民（上述の被保険者も含む）がその保険料の納付義務を負い、65歳以上の第1号被保険者、40～64歳の第2号被保険者を対象に給付がなされる（図2-4）。ただし、この仕組みを利用するためには、対象の介護の必要性を程度に応じて区分する要介護認定を受けることが必須である。基本的な仕組みは医療保険と同様であり、一部自己負担のもとで現物給付（介護給付・予防給付）を行うが、財政構造はより複雑である。一部負担の額は使用したサービス費の1割であるが、所得額により異なる（図2-5）。

加算や人件費加算等が加味され計算される。介護サービスを利用する際の月々の上限額は、要介護認定の区分ごとに決められている。利用するサービスの選択は、主に利用者が行うが、訪問看護等の自宅での介護サービスの利用については、ケアマネジャーが介入し、個々のニーズに応じてサービスを組み合わせた計画を作成する。利用者は一定割合（上述）を自己負担分として支払うが、定められた上限額を超えた金額については全額自己負担となる。地域包括ケアが推進され、医療機関から地域へのシフトが進む中で、医療ニーズの高い利用者が増え、ケアマネジメントにおいても医療ニーズのアセスメントが高まっている。

2) 介護費の支払いの仕組み

介護費の支払いは、サービスごとに設定された費用である基本報酬に、各事業所の所在地による地域

3) 介護費の動向

急速な高齢化に伴い、要介護認定者は年々増加しており（図2-6）、これに伴い介護保険の総費用も増加している。介護保険制度創設時（2000年）には、総費用は3.6兆円であったが、2018年には約3倍である11.0兆円（前年度比+4,000億円）まで増加した。この仕組みでは、第一被保険者である65歳以上が支払う保険料も増加の一途をたどっている。この傾向は今後さらに継続すると予想されている。

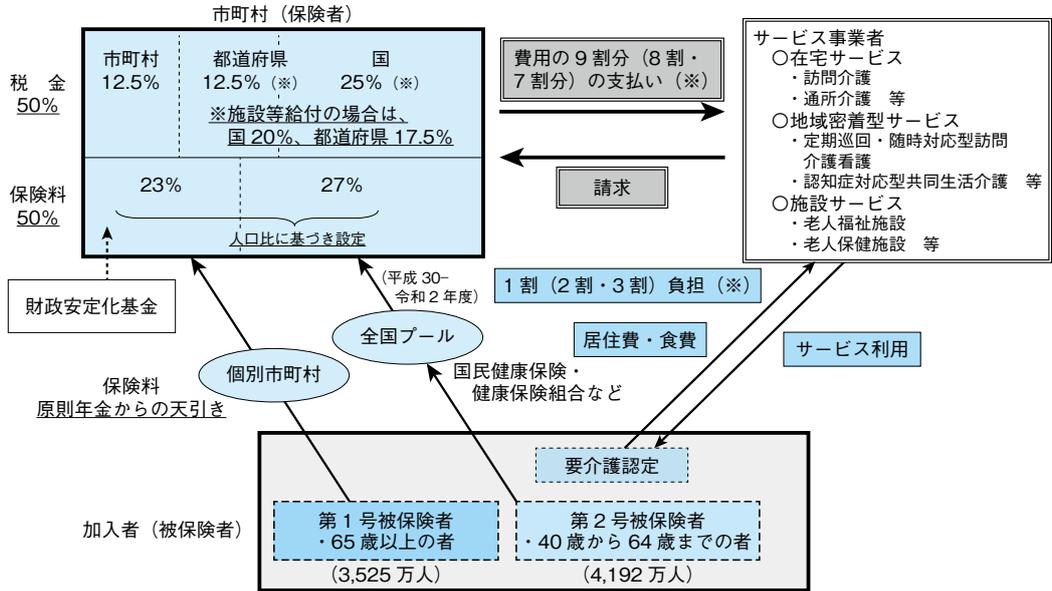
図2-4 介護保険制度の被保険者（加入者）

○介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第1号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）となっている。
○介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	3,525万人 (65～74歳：1,730万人 75歳以上：1,796万人)	4,192万人
受給要件	・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態) ・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態)	要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定
要介護（要支援） 認定者数と被保険者に 占める割合	645万人（18.3%） 〔65～74歳：73万人（4.2%） 75歳以上：572万人（31.8%）〕	13万人（0.3%）
保険料負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

(注) 第1号被保険者及び要介護（要支援）認定者の数は、「介護保険事業状況報告」によるものであり、平成30年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成30年度内の月平均値である。
出典：厚生労働省、介護保険制度の概要（2021年5月）、<https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf>

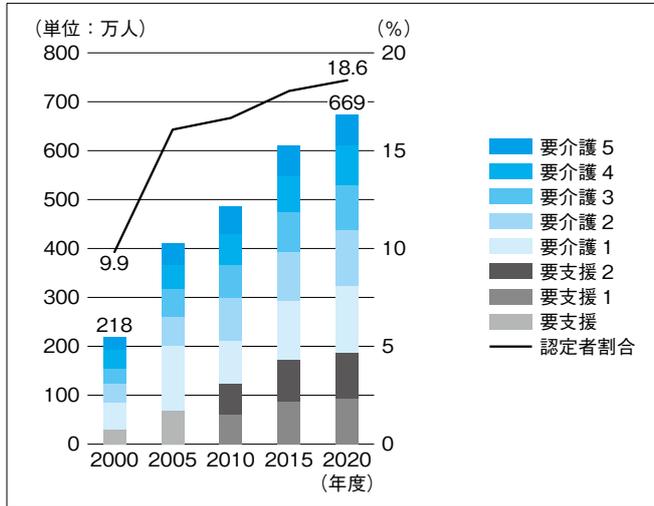
図 2-5 介護保険制度の仕組み



(注) 第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成30年度末現在の数である。
 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成30年度内の月平均値である。
 (※) 一定以上所得者については、費用の2割負担 (平成27年8月施行) 又は3割負担 (平成30年8月施行)。
 出典：厚生労働省、介護保険制度の概要、<https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf>

図 2-6 要介護度別認定者数の推移

要介護 (要支援) の認定者数は、2000年から2020年の20年の間に約3倍に増加している。(高齢者全体に占める割合は2倍近く増加) なかでも要介護1以下の軽度の認定者数の増え方が大きい。



要支援		要介護					計
1	2	1	2	3	4	5	
	3.83倍		2.94倍	2.78倍	2.42倍	2.07倍	3.06倍

※認定者割合は、65歳以上人口における要介護 (要支援) 認定者の割合
 出典：総務省統計局、令和2年国勢調査人口等基本集計結果を基に日本看護協会が作成、
<https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka.html>

Ⅲ. 看護制度

1. 近代看護の発展

日本においては、1868年に西洋医学の導入を決めたことにより、近代看護が急速に発展した。日本の看護教育制度の始まりは、1874年に制定された「医

制」により、産婆の教育、免許が制定され、養成が開始されたことを発端とする。1885年には、初の看護婦養成機関が開設され、近代看護教育が開始された。

2. 看護職資格の規定と今日の課題

1899年に「産婆規則」、1915年に「看護婦規則」、1941年に「保健婦規則」により、看護職の資格が定められ、1942年の国民医療法により保健師・助産師・看護師^{注1}は医師や歯科医師と並んで医療関係者と規定された。

第二次世界大戦後、連合国軍が日本占領中に設置したGHQ (General Headquarters of the Supreme Commander for the Allied Powers)のもと、保健師・助産師・看護師の法律は保健婦助産婦看護婦法(1948年)に一本化されるとともに、保健師・助産師になるためには看護婦教育の履修が義務付けられた。この法律の目的は、「保健師、助産師及び看護師の資質を向上し、もって医療及び公衆衛生の普及を図る」と定義され、看護職の免許は国家資格となった。さらに、看護制度についても、GHQの指揮下で再編成され、1948年には厚生省(当時)に看護課が設置され、看護職による看護行政が開始された。

この後、戦後の医療制度の変化と病院の規模・病床の増加に伴い看護師不足が進行し、看護師の業務量や勤務時間など労働条件の問題が表面化した。これに対し、厚生省は、看護師資格を業務内容により甲種・乙種に区分していたのを撤廃する等の看護制度の見直し、准看護師制度の創設(1951年)、4年制大学における看護教育の導入(1952年)や処遇

の改善に取り組んだ。

そして、さらなる少子超高齢化の進展や、社会のニーズの変化、医療の高度化等が進む中で、看護師には複雑性・多様性に対応した総合的な看護ケアの提供が求められている。制定後21回の改正が行われてきた保健師助産師看護師法は、2009年に改正され、看護師の国家試験受験資格の1番目に「大学」を明記すること、保健師・助産師の教育年限を「6カ月以上」から「1年以上」に変更すること、新人看護職員研修^{注2}を「努力義務」とすることが定められた。さらに、2015年の改正により、在宅医療等の推進を図るため、定められた研修を修了した看護師が、医師等の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助(例えば脱水時の点滴など)を行うことができる新しい制度が開始された。

今、治療・療養の場は地域に広がり、多様化している。加えて、社会全体で働き方改革が進められ、医療関係職種におけるタスク・シフト/シェアが図られる中で、看護師の役割に関する議論の重要性が増している。

注1 2001年に「保健婦助産婦看護婦法」から「保健師助産師看護師法」に改正され、看護職の名称が「婦」から「師」へ変更されたが、本内容においては「師」に統一して記載

注2 新人看護職員研修は、「保健師助産師看護師法」と「看護師等の人材確保の促進に関する法律」により定められた

3. 看護提供に関わる職種

保健師

保健師とは、厚生労働大臣の免許(国家資格)を受けて保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者をいう(保健師助産師看護師法第2条)。

保健師の役割は、人々が健康な生活を送れるように保健活動を行うことである。保健所・保健センターなどの地方自治体の保健衛生行政機関で働く保健師が多く、その地域で健康上の問題を抱える個人の支援を行うとともに、地域の健康課題を明らかにし対策を講じることで、地域全体の健康度の向上を図る。そのため、その対象は、地域で生活する全ての人々、乳幼児から高齢者まで、健康な人から病気や障がいを抱える人、個人そして集団としての地域住民と、多様で多層である。健康に関する自治体の政策にも関わる。企業では、健康相談、健診結果に基づく保健指導、環境調整を行うが、近年は、疾病を有する人の就業継続支援、職場のメンタルヘルス支援等の役割が大きくなっている。

保健師の主な就業場所は、保健所、市町村などの行政をはじめとし、産業(企業等)、病院等でも活動している(表3-1)。

助産師

助産師とは、厚生労働大臣の免許(国家資格)を受けて、助産又は妊婦、じよく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう(保健師助産師看護師法第3条)。

助産師の役割は、出産の介助、出産にいたるまでの妊産婦への保健指導やアドバイス、産後の母子のケアを担うことである。育児指導や、不妊治療を行っている夫婦の相談、思春期・更年期の性の健康に関する相談など、女性の生涯を通じた性と生殖における健康問題にも関わる。病院・診療所に勤務する以外に、自分で助産所を開業することもできる。

助産師の主な就業場所は、出産場所が自宅から医療施設(病院・診療所)へと移行し、病院・診療所が大多数を占めるようになった(表3-1)。

看護師

看護師とは、厚生労働大臣の免許(国家資格)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行為を行うことを業とする者をいう(保健師助産師看護師法第5条)。

看護師の役割は、傷病者やじよく婦の療養上の世

話や、診療の補助を行うこと。“人を見る”という看護師独自の視点で、対象となる人を身体や精神、社会、文化などさまざまな側面から捉え、情報を総合的にアセスメントし、必要な看護を的確に判断することである。病院や診療所などの医療機関から訪問看護や介護領域などまで及ぶ医療提供の場、人々の働く場や学校等、人々の生命と暮らしを支える専門職として、看護師が活躍する場、そして役割は広範である。看護師の主な就業場所は、病院、診療所が大きな割合を占めるが、1992年より開設された訪問看護ステーションで働く看護師の割合が増加している（表3-1）。

准看護師

准看護師とは、都道府県知事の免許を受けて、医

師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定すること（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（保健師助産師看護師法第6条）。准看護師の免許は、都道府県知事により付与されるが、就業場所については免許が発行された都道府県に限らず、日本全国での就業が可能である。

看護師と准看護師の違いは、その業を実施する上での指示の必要性の有無である。准看護師は、業を実施するにあたり、医師、歯科医師又は看護師の指示を受ける必要がある（保健師助産師看護師法第6条）。看護師の基礎教育が高校卒業後に3年以上であるのに対し、准看護師の基礎教育は中学卒業後に2年以上と規定され、入学要件と教育年限が異なる。

表3-1 就業状況
・保健師

Public Health Nurses

年次 Year	総数 Grand total			保健所 Health centers	都道府県 Prefectures	市区町村 Municipal	病院 Hospitals	診療所 Clinics	介護老人 保健施設 Health facilities for the elderly	訪問看護 ステーション Visiting nursing stations	社会福祉施設 Social welfare facilities	介護老人 福祉施設 Welfare facilities for the elderly	居宅 サービス等 Home services etc.	事業所 Industries	看護師等学 校養成所・ 研究機関 Nursing schools, institutes	その他 Others
	総数 Grand total	前年との 比較増減 Increase over previous year	指数 Index													
平成29年 (2017)	63,022	904	116.1	(12.4) 7,798	(2.3) 1,450	(45.9) 28,908	(9.3) 5,887	(16.3) 10,303	(0.1) 57	(0.6) 356	(0.8) 507	(0.1) 75	(1.6) 1,020	(4.7) 2,967	(1.9) 1,224	(3.9) 2,470
平成30年 (2018)	63,969	947	117.8	(12.7) 8,100	(2.1) 1,351	(46.4) 29,666	(9.3) 5,947	(16.2) 10,377	(0.1) 40	(0.4) 259	(0.7) 421	(0.1) 39	(2.0) 1,257	(5.2) 3,349	(1.8) 1,148	(3.1) 2,015
令和元年 (2019)	64,819	850	119.4	(12.9) 8,357	(2.2) 1,395	(46.7) 30,299	(9.9) 6,427	(15.6) 10,106	(0.1) 42	(0.4) 274	(0.7) 424	(0.1) 44	(2.2) 1,429	(4.6) 2,974	(1.8) 1,142	(2.9) 1,906

・助産師
Midwives

年次 Year	総数 Grand total			保健所 Health centers	都道府県 Prefectures	市区町村 Municipal	病院 Hospitals	診療所 Clinics	助産所 Maternity homes				社会福祉施設 Social welfare facilities	事業所 Industries	看護師等学 校養成所・ 研究機関 Nursing schools, institutes	その他 Others
	総数 Grand total	前年との 比較増減 Increase over previous year	指数 Index						計 Total	開設者 Establishers	従事者 Employees	出張のみ Home visit only				
平成29年 (2017)	39,720	107	122.3	(0.8) 323	(0.1) 21	(2.8) 1,106	(60.8) 24,164	(25.5) 10,124	(5.2) 2,057	1,004	428	625	(0.2) 70	(0.2) 94	(3.9) 1,557	(0.5) 204
平成30年 (2018)	40,272	552	124.0	(0.9) 368	(0.0) 18	(3.2) 1,273	(60.7) 24,451	(25.5) 10,257	(5.2) 2,103	1,144	396	563	(0.1) 24	(0.1) 23	(3.8) 1,533	(0.6) 222
令和元年 (2019)	40,632	360	125.1	(0.9) 384	(0.1) 25	(3.5) 1,409	(60.9) 24,738	(24.5) 9,968	(5.6) 2,281	1,246	430	605	(0.1) 27	(0.1) 26	(3.8) 1,531	(0.6) 243

・看護師、准看護師

Nurses and Assistant Nurses

区分 Classification	年次 Year	総数 Grand total			保健所 Health centers	都道府県 Prefectures	市区町村 Municipal	病院 Hospitals	診療所 Clinics	介護老人 保健施設 Health facilities for the elderly	訪問看護 ステーション Visiting nursing stations	社会福祉施設 Social welfare facilities	介護老人 福祉施設 Welfare facilities for the elderly	居宅 サービス等 Home services etc.	事業所 Industries	看護師等学 校養成所・ 研究機関 Nursing schools, institutes	その他 Others
		総数 Grand total	前年との 比較増減 Increase over previous year	指数 Index													
総数 (Grand total)	平成29年 (2017)	1,555,181	△3,159	112.4	(0.1) 1,193	(0.0) 759	(0.5) 8,292	(62.7) 975,672	(19.7) 307,082	(2.9) 45,432	(3.2) 50,093	(1.7) 26,715	(2.6) 41,127	(4.3) 66,886	(0.4) 5,792	(1.1) 16,635	(0.6) 9,503
	平成30年 (2018)	1,578,782	23,601	114.1	(0.1) 1,286	(0.1) 1,036	(0.5) 8,144	(62.3) 984,075	(19.4) 305,578	(3.1) 48,717	(3.6) 56,806	(1.8) 28,872	(2.7) 41,947	(4.4) 69,210	(0.4) 5,832	(1.1) 16,913	(0.7) 10,366
	令和元年 (2019)	1,577,844	△938	114.0	(0.1) 1,336	(0.1) 1,231	(0.5) 8,195	(62.6) 987,247	(18.8) 296,073	(3.1) 48,993	(3.8) 60,375	(1.9) 29,331	(2.7) 42,950	(4.4) 69,806	(0.3) 5,156	(1.1) 17,199	(0.6) 9,952
看護師 (Nurses)	平成29年 (2017)	1,223,322	12,657	123.0	(0.1) 1,121	(0.1) 740	(0.6) 7,217	(69.4) 849,341	(15.5) 189,891	(2.0) 24,403	(3.7) 45,328	(1.4) 17,176	(1.9) 23,227	(3.0) 36,142	(0.4) 4,599	(1.4) 16,553	(0.6) 7,584
	平成30年 (2018)	1,256,970	33,648	126.4	(0.1) 1,237	(0.1) 1,003	(0.6) 7,139	(68.8) 865,090	(15.3) 192,662	(2.1) 26,430	(4.1) 51,740	(1.5) 18,897	(2.0) 24,579	(3.0) 38,261	(0.4) 4,784	(1.3) 16,867	(0.7) 8,281
	令和元年 (2019)	1,272,024	15,054	127.9	(0.1) 1,278	(0.1) 1,182	(0.6) 7,249	(68.9) 876,227	(15.0) 190,343	(2.1) 27,092	(4.3) 54,951	(1.5) 19,533	(2.0) 25,624	(3.1) 39,126	(0.3) 4,174	(1.3) 17,148	(0.6) 8,097
准看護師 (Assistant Nurses)	平成29年 (2017)	331,859	△15,816	85.3	(0.0) 72	(0.0) 19	(0.3) 1,075	(38.1) 126,331	(35.3) 117,191	(6.3) 21,029	(1.4) 4,765	(2.9) 9,539	(5.4) 17,900	(9.3) 30,744	(0.4) 1,193	(0.0) 82	(0.6) 1,919
	平成30年 (2018)	321,812	△10,047	82.7	(0.0) 49	(0.0) 33	(0.3) 1,005	(37.0) 118,985	(35.1) 112,916	(6.9) 22,287	(1.6) 5,066	(3.1) 9,975	(5.4) 17,368	(9.6) 30,949	(0.3) 1,048	(0.0) 46	(0.6) 2,085
	令和元年 (2019)	305,820	△15,992	78.6	(0.0) 58	(0.0) 49	(0.3) 946	(36.3) 111,020	(34.6) 105,730	(7.2) 21,901	(1.8) 5,424	(3.2) 9,798	(5.7) 17,326	(10.0) 30,680	(0.3) 982	(0.0) 51	(0.6) 1,855

注 (1) 「病院」については、「病院報告」(平成22~28年)、「医療施設調査・特別集計」(平成29年)及び推計(平成30、令和元年)により計上した。
(2) 「診療所」については、「医療施設調査」(平成23、29年)及び推計(平成22、24~28、30、令和元年)により計上した。なお、平成23年については宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。
(3) 「病院」及び「診療所」以外については、「衛生行政報告例」(平成22、24、26、28、30年)及び推計(平成23、25、27、29、令和元年)により計上した。
(4) ()内の数字は、総数に対する比率である。
* 厚生労働省医政局看護課調べ
出典：日本看護協会出版会、看護関係統計資料集、https://www.nurse.or.jp/home/statistics/index.html

IV. 看護教育

日本で看護職になるには、看護基礎教育を修め、保健師、助産師、看護師は、国家試験に合格し、厚生労働大臣によって付与される免許（国家資格）を取得する必要がある。准看護師の場合には、都道府

県が実施する試験に合格し、都道府県知事により付与される免許の取得が必要である。日本の看護職免許には、必須の継続教育の要件化がされておらず、更新制度のない終生免許である。

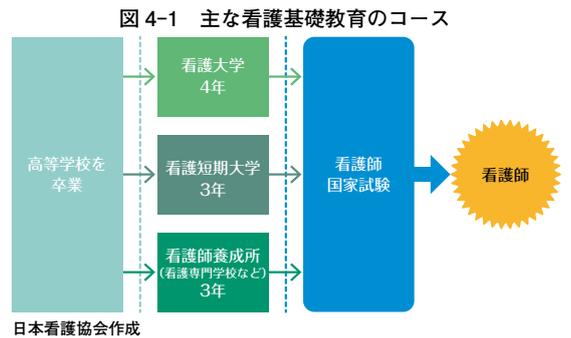
1. 看護基礎教育

看護職免許取得前の教育である看護基礎教育には、高校卒業後の進路として、大学（4年間）、短期大学（3年間）、または、専門学校等の看護師養成所（3年間^{注1}）等がある。教育機関を管轄する省庁がそれぞれ異なり、大学、短期大学は文部科学省、看護師養成所は、概ね厚生労働省の管轄となる。

保健師・助産師になるには、看護基礎教育を受け、看護師の国家試験に合格している必要がある。保健師、助産師の教育は、大学、1年間の短期大学や養成所、大学院修士課程等で行われる。大学において、4年間の教育の中で保健師と助産師の教育プログラムがある場合には、看護師に加えて保健師や助産師の国家試験受験資格を得ることができる。しかしながら、近年の各教育に係る単位数増加に伴い、同時に複数資格の養成を4年間で行うには時間的な制約が大きいことから、保健師・助産師の養成について

は大学院に移行しつつある（図4-1）。

注1 看護師養成所には、修業年限を4年としている学校もある



2. 看護基礎教育の内容

看護基礎教育内容は、保健師助産師看護師法に基づき、文部科学省と厚生労働省の共同省令である「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」等で定められ、社会の看護に対するニーズに応じて改正が重ねられてきた。2020年の指定規則の改正では、将来を担う看護師が強化すべき能力、それを踏まえた教育内容などの検討が行われ、「地域・在宅看護論」

等の単位数が増えたことにより、総単位数が増加した（表4-1）。

看護師となるための主たるコースである大学（4年間）、短期大学（3年間）、または、養成所（3年間）では、教育機関の種別によらず、教育内容は同一基準で定められている。

表4-1 保健師助産師看護師学校養成所指定規則 別表三

教育内容		単位数
基礎分野	科学的思考の基盤	14
	人間と生活・社会の理解	
専門基礎分野	人体の構造と機能	16
	疾病の成り立ちと回復の促進	
	健康支援と社会保障制度	
専門分野	基礎看護学	11
	地域・在宅看護論	6 (4)
	成人看護学	6
	老年看護学	4
	小児看護学	4
	母性看護学	4
	精神看護学	4
	看護の統合と実践	4
	臨地実習	23
	基礎看護学	3
	地域・在宅看護論	2
	成人看護学	4
	老年看護学	
	小児看護学	
	母性看護学	
	精神看護学	2
	看護の統合と実践	2
合計	102 (100)	

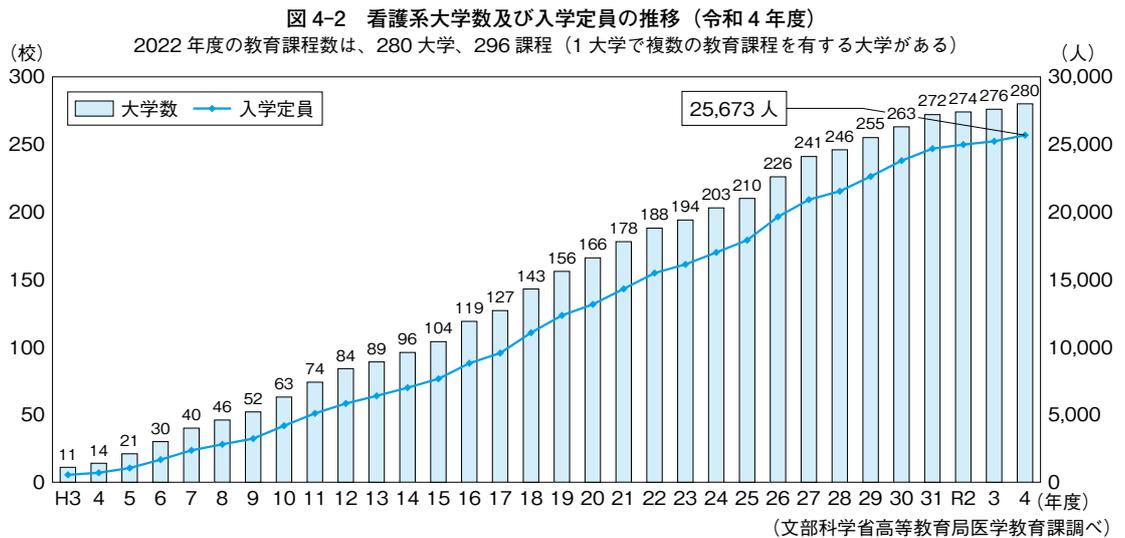
出典：厚生労働省、保健師助産師看護師学校養成所指定規則、<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=326M50000180001>

3. 看護基礎教育の大学化と大学院教育

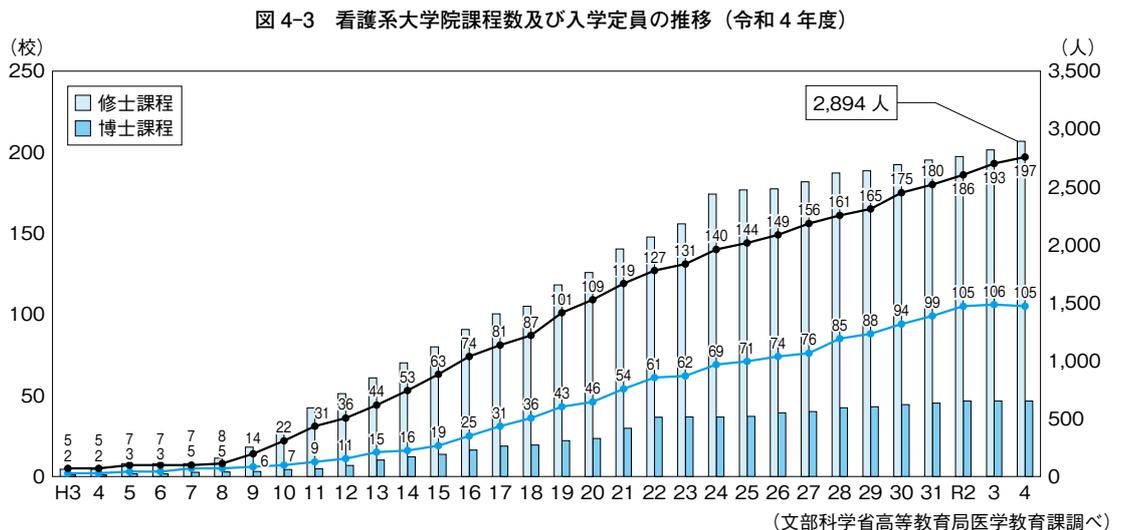
1952年の4年制大学における看護基礎教育の導入以降、1991年の大学設置基準の大綱化によるカリキュラム編成の弾力化、1992年に成立した「看護師等の人材確保の促進に関する法律」において看護系大学の整備に関する基本指針が定められたこと等により、看護基礎教育の大学化は短期間で進んだ。1991年には、大学数は11校のみで、入学定員は558人であったが、その後は右肩上がりに増加して

いる。近年の傾向として、少子化の進行、学生の大学進学率の高まりから、大学が学生確保の観点から看護学部を創設する動きも見られ、現在（2022年）では、280校2万5,673人に至る（図4-2）。

助産師課程・保健師課程の大学院への移行も相まって、大学院教育についても同様に増加傾向にある（図4-3）。



出典：文部科学省，令和5年度看護関係予算案について，厚生労働部会看護問題小委員会 参考資料（令和5年2月14日）



(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。
出典：文部科学省，令和5年度看護関係予算案について，厚生労働部会看護問題小委員会 参考資料（令和5年2月14日）

V. 資質の向上

1. 現行制度

看護が人の生命や生涯に深く関わる職業であること、医療・看護の技術や知識体系が日々、進歩するものであること、社会のニーズも変化していること

等により、生涯にわたって研鑽されるべきものとして、法律に規定されている（図5-1）。

図5-1 看護職の専門性に関する看護関連法規上の記載

■医療法
一条の二 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。
第一条の四 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。

■保健師助産師看護師法
第二十八条の二 保健師、助産師、看護師及び准看護師は、免許を受けた後も、臨床研修その他の研修（保健師等再教育研修及び准看護師再教育研修を除く。）を受け、その資質の向上を図るように努めなければならない。

■看護師等の人材確保の促進に関する法律
第六条 看護師等は、保健医療の重要な担い手としての自覚の下に、高度化し、かつ、多様化する国民の保健医療サービスへの需要に対応し、研修を受ける等自ら進んでその能力の開発及び向上を図るとともに、自信と誇りを持ってこれを看護業務に発揮するよう努めなければならない。

1) 新人看護職員研修¹⁰⁾

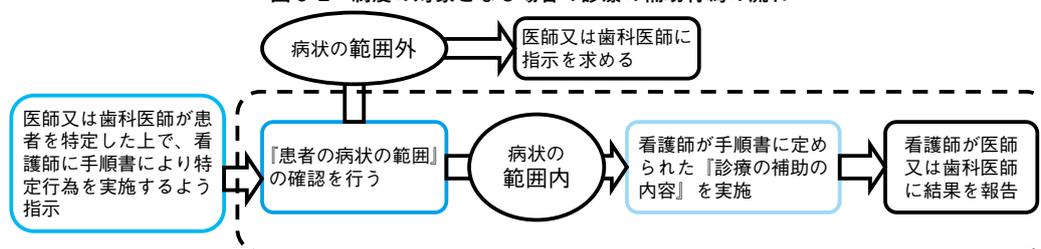
現場で求められる基本的な臨床実践能力を獲得するための新人看護職員研修が、看護の質向上と早期離職防止を目的に、2010年から病院等に努力義務化された。国が示す「新人看護職員等研修ガイドライン」に即した研修が、2020年時点で、新人看護師等がいるほとんどの病院で実施されている。本研修には、地域医療介護総合確保基金も活用できる。

けて医療提供体制の改革（療養の場の、医療機関から地域へのシフト）が進められている。この一環で、高度な臨床実践能力を発揮し、在宅医療をはじめとする、あらゆる場に対応できる人材を育成することを目的に、「特定行為に係る看護師の研修制度」が2014年に創設された。所定の研修を修了した看護師が、医師による手順書（医師の指示の一つの形態）にもとづき、予め定められた特定行為を行うことができるようになった（図5-2）。特定行為とは、診療の補助であり、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる38行為である¹¹⁾。

2) 特定行為に係る看護師の研修制度

日本では、高齢化が進展する中、慢性疾患や複数の疾患を抱えながら地域で生活する人が増加している。団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向

図5-2 制度の対象となる場合の診療の補助行為の流れ



出典：厚生労働省、「特定行為に係る看護師の研修制度の概要」、<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070423.html>

2. 看護職の資質向上の支援（職能団体の取組み）

1) 継続教育の実施

日本看護協会は、「看護職の倫理綱領（2021年改訂版）」¹²⁾の中でも、「看護職は、常に、個人の責任として継続学習による能力の開発・維持・向上に努める」と言及し、看護職能団体として看護職の継続的な学習と能力開発を支援してきた。2000年に「継続教育の基準」を策定・公表し、広く看護職全般を対象に、様々な組織等で行われる教育の質の維持・

向上と体系化を支援するとともに、自ら、看護職のキャリアに応じた継続教育を実施している。

また、資質向上のフレームとしても活用できるラダーを策定し、看護職に求められる実践能力の指標の標準化と、その獲得を支援してきた（表5-1）。あわせて、2016年には厚生労働省が自治体保健師に求められる能力を整理し標準的なキャリアラダーを示したが、この策定にも協力した。

表 5-1 クリニカルラダー

名称	公表年	リンク
助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー） Clinical Ladder of Competencies for Midwifery Practice: CLoCMiP	2012	https://www.nurse.or.jp/nursing/josan/renowned/clocmip/index.html?utm_source=whats_new&utm_campaign=20220627
看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）	2016	https://www.nurse.or.jp/nursing/education/jissen/index
病院看護管理者のマネジメントラダー 日本看護協会版	2019	https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/management_ladder/index.html

日本看護協会作成

2) 生涯学習支援体制の構築

2020年からは、社会の変化、働き方の変化等を受け、現行の継続研修の仕組みを見直し、看護職個人の自律した学習と、学びや経験を実践に活かす支援を行う新たな体制（生涯学習支援体制）への転換に取り組んでいる。目下、その基盤となるものとしての、看護師のコンピテンシーの明確化とこれらを段階的に獲得する指針となる新たなラダーの策定を進めており、これらは、現行ラダーが対象としている実践能力に加え、倫理・法的観点から求められる能力、リーダーシップ、マネジメント等が付加される（2023年6月公表予定）。

3) 専門性の高い看護師の育成（表 5-2、表 5-3）

日本看護協会は専門看護師制度・認定看護師制度・認定看護管理者制度を運営している。この資格認定制度は国民へ質の高い医療を提供することを目的とした制度である。その発足にあたっては看護界の総意を反映したものとなるよう検討がなされた。その結果、現在、様々な組織や学会がそれぞれの領域の認定制度を提供しているが、日本看護協会による資格認定制度は社会的にも認められ、高く評価をされている。

質を担保するため、各資格認定制度では、教育機関を認定し、受験資格を規定し、基準に則った認定審査を実施するとともに、5年毎の更新審査を課している¹³⁾¹⁴⁾。

表 5-2 資格取得者の役割

資格	役割
専門看護師	卓越した看護実践能力を以て、実践・ケア提供者へのコンサルテーション・保健医療福祉従事者間のコーディネーション・倫理調整・教育・研究において役割を果たす。
認定看護師	高い臨床推論力と病態判断力を以て、水準の高い看護実践・指導・看護職等へのコンサルテーションにおいて役割を果たす。
認定看護管理者	管理者として優れた資質を以て、創造的な組織の発展に向けて役割を果たす。

日本看護協会作成

表 5-3 資格認定制度の概要

資格	発足	認定開始	分野数	教育課程数	教育期間	認定者数 ^{*1}
専門看護師	1994	1996	14	112 大学院 319 課程 ^{*2}	2 年 38 単位	2,901 (13 分野)
認定看護師	1995	1997	21	24 機関 35 課程	6 か月・ 600 時間以上	20,660 (21 分野)
		2021	19	26 機関 42 課程	1 年以内 800 時間程度	1,495 (19 分野)
認定看護管理者	1998	1999	—	ファースト：69 セカンド：59 サード：32	105 時間 180 時間 180 時間	4,468

* 1：2022年4月現在 * 2：日本看護系大学協議会が認定
* 3：A 課程＝特定行為研修を組み込んでいない・B 課程＝特定行為研修を組み込んでいる
日本看護協会作成

VI. 看護職を取り巻く状況

1. 看護職の就業者の状況

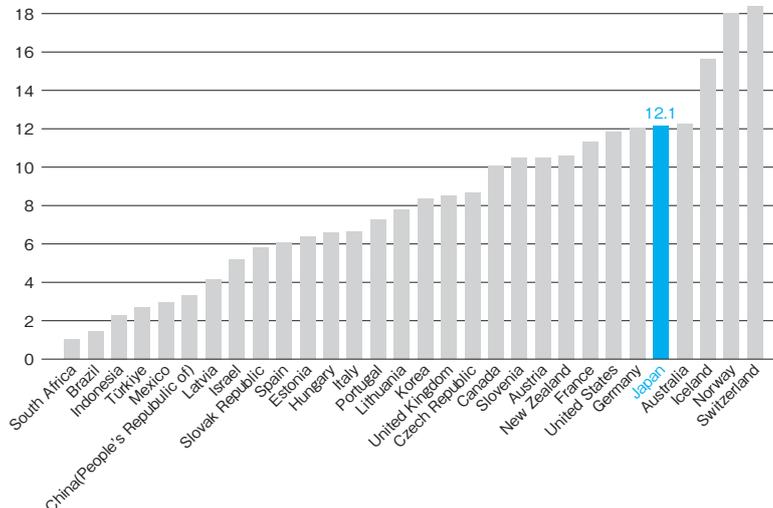
増大する医療・看護ニーズに対応するため、人材確保の取組みが行われた結果、看護職の就業者数は年々増加し続けてきた。OECD 諸国と比較した人口 1000 人に対する就業者数は 12.1 人（2020 年）と、5 番目に高い数字である（図 6-1）。

就業者数の総数は、2019 年には 1,683,295 人となり、約 50 年前、1970 年の 349,251 人と比較すると約 5 倍に増加した（図 6-2）。准看護師については、2003 年以降減少傾向にある（表 3-1）。そのため、総数では、前年度比 + 272 人に留まる。看護職における男性の就業者数は、微増傾向にあり、看護職全体の 8% 程度である¹⁵⁾。

看護職の主な就業場所（2019 年）は、看護師・助産師の 60% 以上が病院で働き、准看護師では病院と診療所が同程度（それぞれ約 35%）であった（表 3-1）。保健師は、行政（保健所、都道府県、市区町村）が約 60% と最多である。また、近年では、国連機関や JICA、国際 NGO 等で国際保健・看護領域で活躍する看護職も徐々に増えてきている。

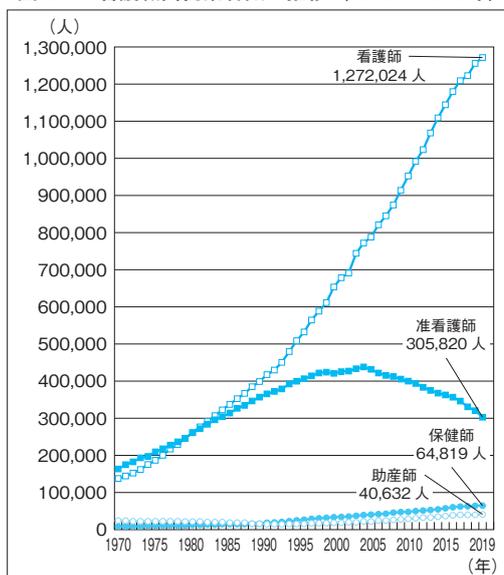
就業者を年齢階層別に見ると、看護師・保健師では、30 代及び 40 代が多いが、助産師では 20 代後半が最も多い¹⁶⁾。いずれにおいても、就業者数のピーク後、特に 45 歳以降で減少が著しい。

図 6-1 OECD 諸国の人口 1,000 人に対する看護師数（2020 年）



注 1：一部の国（フランス、アイルランド、イタリア、オランダ、ポルトガル、スロバキア、トルコ、米国）では、管理職、教育者、研究者等として勤務し臨床で働かない看護師を含む。
 注 2：オーストリアとギリシャは、病院勤務の看護師のみを含む。
 注 3：助産師や看護補助者（看護師として認められていない）は通常除外されているが、専門看護師とみなされる助産師を含む国もある。
 出典：OECD Data, Nurses, <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>

図 6-2 看護職員就業者数の推移（1970～2019 年）



出典：日本看護協会出版会編、令和 3 年看護関係統計資料集

一方で、定年退職後も定年延長、再雇用により就業し続ける 60 歳以上の看護職は年々増加しており、2002 年には全就業者の 3.4% であったのに対し、2020 年には約 36 万人、11.8% となり、働く看護職員のおよそ 9 人に 1 人は 60 歳以上である¹⁷⁾。

2019 年 11 月の看護職員需給推計（厚生労働省）¹⁸⁾では、2025 年の全国における看護職員供給数の約 175～182 万人に対して、需要数は約 188～202 万人という推計結果が示され、少なくとも 6 万人が不足すると見込まれている。さらに、量的不足に加えて、療養の場の多様化と地域包括ケアの推進に伴う在宅医療や、介護保険サービス等のさまざまな場面で看護のニーズが拡大する中において、全体として、医療機関での充足に対し訪問看護や介護保険施設における不足といった領域別（就業場所別）偏在や、へき地をはじめ一部の地域で看護職が不足する状況があることが課題として指摘されている。

2. COVID-19 の感染拡大による看護職の就業への影響

2020年以降、コロナパンデミックが看護職の就業環境や業務にも影響を及ぼしている。新型コロナウイルス感染症に関する業務に従事した職員への実態調査では、超過勤務時間が増えたと回答した割合

は55.3%である¹⁹⁾。その他の影響として、「感染への恐怖・不安」や「職場の労働環境の悪化」、「周囲からの差別・偏見・心ない言葉」等が見られた。

3. 離職や潜在化する看護職への取組み

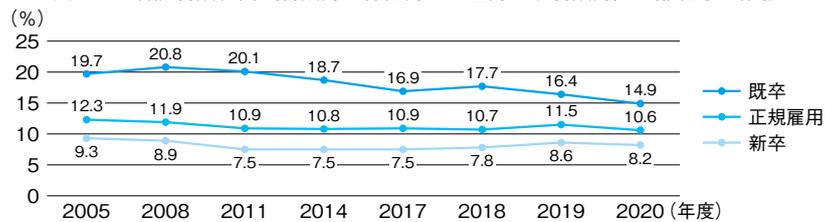
1) 看護職の離職と潜在化の状況

日本の看護職の就業者が増加する一方で、看護職が離職し、潜在化している。日本看護協会の2020年度の調査では、病院看護職員における正規雇用者の離職率は10.6%、新卒採用者では8.2%であると推計される(図6-3)。離職に影響を与える要因は、領域によって異なる部分もあるが、看護職では、女性が就業者数の90%を超えていることや、医療機関で働く場合の夜勤を含めた交代勤務が影響してい

ると考えられる(図6-4)。

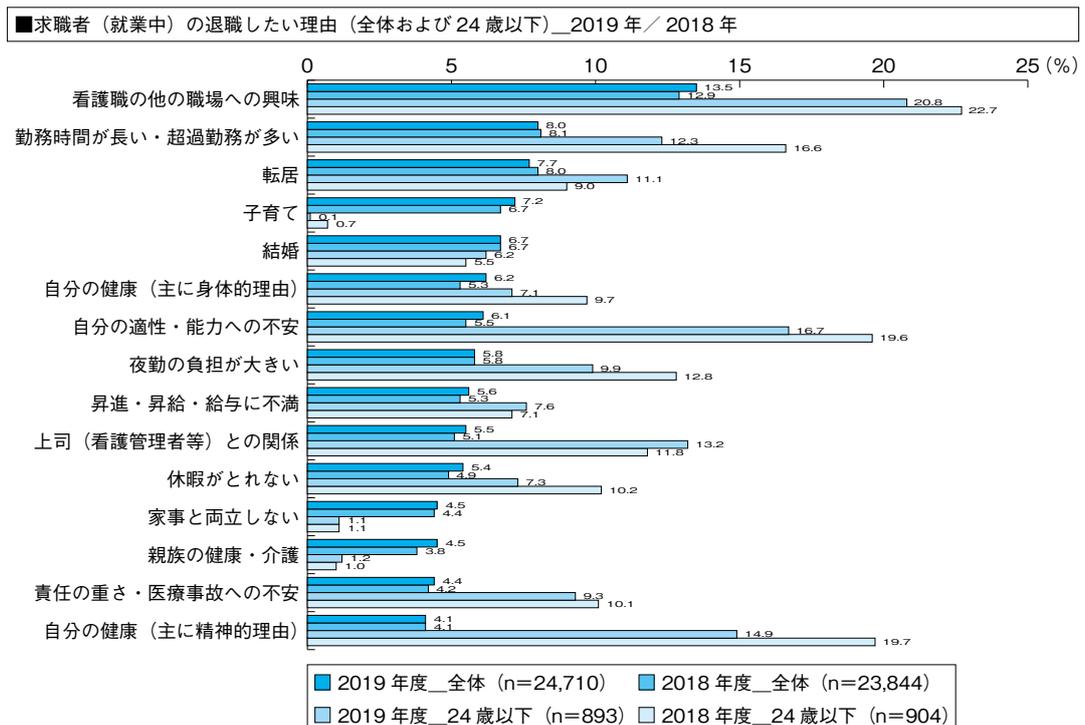
潜在看護職員(離職後、看護に従事しない者)の数は、65歳未満で約70万人(看護職免許取得者の31.1%、2018年)程度と推計されている。看護師では、35歳から39歳(34.15%)および55歳以降(28.48%-65.65%)で潜在率が高い²⁰⁾。一方で、離職中の看護職の36.1%は「看護職として働きたい」と考えているが、離職期間が長くなるにつれその割合は減少する²¹⁾。

図6-3 病院看護職員(看護師・保健師・助産師・准看護師)の離職率の推移



出典：日本看護協会、「2021年病院看護・外来看護実態調査」結果、https://www.nurse.or.jp/home/up_pdf/20220401121744_f.pdf

図6-4 看護職の退職したい理由(2019年/2018年)



出典：日本看護協会、ナースセンター登録データに基づく看護職の求職・求人・就職に関する分析報告書2019年度・2020年度を基に作成

2) 就業継続と再就業に向けた取り組み

看護提供体制を確保し、専門職としての活躍を推進するには、就業継続と復職への支援が重要である。

1992年に「看護師等の人材確保の促進に関する法律」が制定されて以降、夜間労働の適性化、長時間勤務の是正等に向けた負担軽減の取り組み、短時間正職員制度等、多様な働き方を導入する取り組みが病院を中心に進んできた。近年では、勤務先の職員間および患者（利用者）やその家族によるハラスメントが新たな課題とされ、健康で安全な職場（ヘルシーワークプレイス）の取り組みも推進されている。復職支援では、都道府県に看護職確保対策に向けた取り組みを行う都道府県ナースセンターが設置され、潜在看護職員の再就業支援の一環で、無料職業紹介事業、復職支援のための研修等が行われている。日本看護協会では、政府の進める事業と連携しながら、労働環境改善等の看護職確保の取り組みを進めるとともに、厚生労働省から指定を受け中央ナースセン

ターの運営を行っている。

さらに、個人識別番号であるマイナンバー制度を活用した看護職の新たな人材活用システムが2024年内には稼働予定で、就業経験や研修受講状況に基づくキャリア継続支援や、より実効性のある継続教育の推進、潜在看護職に対する復職支援の一層の充実を目指した仕組みとなる見込みである。

また、賃金の面からの処遇改善の動きもある。政府主導で、2022年2月から国の補助金や診療報酬を財源とした看護職員の賃金の引上げが図られ、コロナ医療等を担う病院の看護職員の賃金を3%（月12,000円）程度引き上げるための措置が講じられた。さらに2022年11月には日本の看護職員の賃金制度に影響を与えている国家公務員の医療職の俸給表が改正され、12月には、キャリアアップに伴う処遇改善を検討するよう、厚生労働省から全国の医療関係機関に通知される等、看護職の賃金をあげる施策が推進されている。

Ⅶ. 日本で就業する外国人看護師

1. 日本で就業する外国人看護師

日本は諸外国との間で看護師資格の相互認証を行っていない。したがって外国人看護師が日本で働くには、日本の看護師国家試験に合格し免許を受ける必要があるが、その後看護師業務に就く場合は在留期限なく就労することができる。在留資格は「医療」となり、医師その他関係職種と同一カテゴリーとなるため、看護関係資格者のみの就労数は不明である。参考までに、法務省公表の「在留外国人統計」によれば、在留資格「医療」で在留（就業）している外国人数（2022年6月）は2,534人で、主な国別では「インドネシア 176人」「韓国 140人」「台湾 105人」「中国 1,821人」「フィリピン 95人」「ベトナム 145人」などである²²⁾。留学生が日本国内の看護師養成所等を経て国家試験を受験する場合、国家試験合格時点で留学生が区分されないため、留

学ルートでの看護師資格取得者数は把握できないが、その後看護師として就労する際は在留資格を「医療」に切り替え、上記統計に含まれる。なお、外国人の中でも、日本人の配偶者、永住者、特別永住者、永住者の配偶者等、「身分に基づく在留資格」として就労制限のない人々については、看護師資格者数、就労数とも把握できない。

資格取得方法では、日本人と同様に厚生労働大臣指定の看護師養成所を卒業した者の他に、外国の看護師学校養成所を卒業し看護師免許を取得した後、日本で受験資格認定を受けた者に分けられる。本章では、後者について、その資格取得方法の概要及び公的枠組みとしての経済連携協定（Economic Partnership Agreement; EPA）に基づく外国人看護師の受入れについて、以下で記述する。

2. 外国人看護師の受入れ

1) 資格取得方法の概要

外国で看護師免許を取得している者が看護師国家試験を受験するには、受験資格認定によって受験資格を得る必要がある。認定要件は、外国の看護師養成機関卒業者・看護師資格者で日本語能力試験N1認定者であることなどである。資格認定審査は厚生労働省が、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第21条第5号に基づく認定基準によって行う。認定された者には、厚生労働大臣から認定書が交付され、国家試験の受験手続きを進めることができる。保健師、助産師の国家試験受験資格認定も同様である。保健師、助産師、看護師それぞれの受験資格認定の手続きと審査方法は、厚生労働省ホームページを参照²³⁾。

2) 経済連携協定（EPA）に基づく外国人看護師候補者受入れ枠組みの概要及びその実績

(1) EPAに基づく外国人看護師候補者受入れ枠組み
EPAに基づく外国人看護師候補者の受入れは、日本と特定の国との間の経済活動の連携強化の観点から、公的な枠組みで特例的に行われているものである。

本枠組みにより入国した看護師候補者は、協定等で定められた滞在期間（3年）の間、病院で就労を行いながら、国家試験の合格を目指して研修等を受ける。滞在期間中又は帰国後に国家資格を取得した場合においては、日本国内において看護師としての就労が認められる。

現在、インドネシア、フィリピン、ベトナムとの間で協定が締結されており、それぞれ2008年度、2009年度、2014年度よりこの協定等に基づく受入れが行われている。

厚生労働省では、国家資格取得に向けた就労・研修等に関する支援・受入れ調整機関である公益社団法人国際厚生事業団（候補者の受入れを適正に実施する観点から、同法人が唯一の受入れ調整機関と

なっている。）（以下 JICWELS）による職業紹介業務等に対する指導監督を行うとともに、外務省、法務省及び経済産業省と緊密に連携しその運営を行っている²⁴⁾。

本枠組みの最新情報は、厚生労働省ホームページを参照²⁵⁾。

(2) 国の EPA 関連事業

国は、EPAに基づき入国する外国人看護師候補者について、その円滑かつ適正な受入れ及び受入れの拡大のため、看護導入研修を行うとともに、受入施設に対する巡回指導や学習環境の整備、候補者への日本語や専門知識の習得に向けた支援等を行う目的で、以下の事業を実施している。

・外国人看護師受入支援事業・外国人看護師候補者学習支援事業

①外国人看護師受入支援事業

外国人看護師候補者の受入れを円滑に進めるため、国内説明会の開催や看護分野の基礎研修の実施、看護専門家等による受入施設に対する巡回訪問の実施等に必要な経費に対する支援を行う。

②外国人看護師候補者学習支援事業

外国人看護師候補者に対し、看護専門分野を中心とした日本語習得研修の充実を図るため、eラーニングでの学習支援システムを構築・運用するとともに、候補者に対する定期的な集合研修の実施や受入施設の研修責任者等に対する研修計画の助言等に必要な経費に対する支援を行う。

・外国人看護師候補者就労研修支援事業

外国人看護師候補者が就労する上で必要となる日本語能力の向上を図るため、受入施設に対して、日本語講師を招聘するために必要な経費、研修指導者等経費や物件費に必要な経費に対する支援を行う。

(3) EPA を通じたこれまでの実績

EPA を通じて受け入れた看護師候補者のうち、滞在期間満了までに国家試験に合格した者の人数

(2018年までの実績)は表7-1のとおり。制度上は滞在期間中複数回の受験、さらに滞在期間終了後再度来日しての受験が可能である。

この枠組みに関しては、看護師候補者の日本語能力の不足等に伴い、国家試験の合格者数が少数に留

まり、政府は看護師国家試験の学習支援の充実や、看護師国家試験において日本語を母語としない看護師候補者にとってわかりやすい文章となるよう問題作成するなどの様々な改善を図っている。

表 7-1 受け入れ実績および国家試験合格者数 (2018年度まで)

	インドネシア (2008年-)	フィリピン (2009年-)	ベトナム (2014年-)	合計
受け入れ実績	653人	546人	101人	1,421人
国家試験合格者数 (受け入れ実績比)	193人 (29.6%)	199人 (36.4%)	91人 (90.1%)	516人 (37.2%)

出典：公益社団法人国際厚生事業団 (JICWELS)、2023年度 EPA に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受入れパンフレット、<https://jicwels.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/2023%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E7%89%88%E5%8F%97%E5%85%A5%E3%82%8C%E3%83%91%E3%83%B3%E3%83%95%E3%83%AC%E3%83%83%E3%83%88.pdf>

※ JICWELS の表を基に日本看護協会作成

VIII. 災害やパンデミックへの対応

1. 災害への対応（災害支援ナース）

1) 災害支援ナースとは

日本看護協会は、1995年に発災した阪神・淡路大震災をきっかけに、「災害時支援ネットワークシステム」を構築し、大規模自然災害が発生した場合に災害支援ナースを被災地に派遣している。災害支援ナースとは、看護職能団体の一員として、被災し

た看護職の心身の負担を軽減し支えるよう努めるとともに、被災者が健康レベルを維持できるように、被災地で適切な医療・看護を提供する役割を担う看護職のことであり、都道府県看護協会に登録されている（表8-1）。2021年3月末時点の災害支援ナース登録者数は10,251人である²⁶⁾。

表8-1 災害支援ナースの登録要件

- 都道府県看護協会の会員であること
- 実務経験年数が5年以上であること
- 所属施設がある場合には、登録に関する所属長の承諾があること
- 災害支援ナース養成のための研修を受講していること

出典：日本看護協会、災害支援ナースになるには、<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/saigai/index.html>

2) 災害支援ナース派遣の仕組み²⁷⁾²⁸⁾

災害支援ナース派遣の際には、災害の規模などに応じて「レベル1・2・3」に区分し、レベルごとに定められた方法で、日本看護協会または災害が発生した都道府県看護協会（被災県看護協会）が災害支援ナースの派遣調整を行う。災害支援ナースが活動する場所は、原則として、被災した医療機関・社会福祉施設、避難所（福祉避難所を含む）を優先する。被災地での活動時期は、発災後3日以降から1カ月間を目安とし、個々の災害支援ナースの派遣期間は、原則として、移動時間を含めた3泊4日である。災害支援ナースによる看護支援活動は、『自己完結型』を基本としている。なお、日本看護協会が派遣調整を行う活動（レベル2・3）については、旅行傷害保険への加入、および交通費・宿泊費・日当の支給を行なう。

3) 活動の実績 ～2011年東日本大震災～²⁹⁾

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、マグニチュード9.0、最大震度7を記録する国内観測史上最大の地震となった³⁰⁾。日本看護協会では、震災発生当日に災害対策本部を立ち上げた。地震発生当時の交通状況の悪さから、日本看護協会が大型バスを借り上げ、毎日20～30人の災害支援ナースが被災地に向かった。災害支援ナースは、被災地の避難所や医療機関などで24時間常駐して活動した。医療・介護が必要な避難者へのケア、感染症アセスメントと環境衛生、感染管理措置の対応、隔離者のケアをはじめ、避難者の健康状態に応じた医療機関や福祉避難所への集約化の支援なども行った。2011年3月21日から5月17日までの活動期間に、避難所や被災した医療機関等の49か所に、災害支援ナース938人（延べ3,770人）が派遣され、支援活動を行なった³¹⁾。

2. パンデミックへの対応

1) 新型コロナウイルス感染症パンデミックへの対応³²⁾

2019年12月に中国・武漢市で確認された新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、世界各地に拡大し、世界保健機関（WHO）は2020年1月30日に「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」と宣言した。日本では、2020年1月15日に国内初の感染者が確認された。政府は2月1日、強制的な入院措置や医療の公費負担を可能とする「指定感染症」に指定し、「新型コロナウイルス感染症対策本部」を設置した。その後も感染拡大の波は繰り返し押し寄せ、国内で新型コロナワクチン接種が開始された2021年2月17日までの累計陽性者数は416,812人、死亡者数は6,487人（60歳未満231人、60歳以上6,244人、不明12人）に上った³³⁾。

COVID-19が全国に拡大する中、看護職は、医療、介護、行政、地域、在宅、教育等、多様な現場で対応にあたった。日本看護協会の認定を受けた感染症看護専門看護師（CNS）や感染管理認定看護師（CN）は、その専門知識や経験を生かし、自施設の枠を超えて、他の医療機関や保健所、高齢者施設等に対す

る感染対策支援も行なった³⁴⁾。パンデミック対応に当たる看護職が不足する中、ナースセンターの呼びかけに応え、未就業の看護職6,745人がCOVID-19の宿泊療養施設やワクチン接種会場等に復職した（2021年6月20日時点³⁵⁾）。パンデミックの最前線で働く医療従事者への社会的関心が高まる一方、陽性者への対応を行う医療従事者に対する偏見や誹謗中傷が散見された。2020年9月実施の調査結果では、看護師の5人に1人がCOVID-19拡大の影響による偏見・差別を経験していた³⁶⁾。

2) 保健所による療養支援³⁷⁾³⁸⁾

保健所は地域の公衆衛生行政の拠点として、平時から感染症対策を実施しており、感染症発生時には、「まん延防止・拡大防止」を目的とした発生時対応と、再発防止対策を行なう。COVID-19新規陽性者数の全数把握と都道府県への報告、および救急搬送時を除く陽性者の入院調整はすべて保健所が担っており、保健所の保健師は多岐にわたる陽性者への療養支援を行なった（2021年2月時点、表8-2）。

表 8-2 保健所保健師による陽性者への主な療養支援

1. 有症状者（検査未実施）への対応
 - 発熱相談センターでの電話相談
 - 検体採取
 - 受診調整、受診支援、搬送
2. 「新型コロナウイルス感染症 発生届」受理（陽性確定）後の対応
 - 積極的疫学調査（陽性者本人・施設）
 - 入院先の調整・搬送支援
 - 陽性者への入院勧告・就業制限
 - 感染症協力病院から感染症指定病院への移送
 - 入院中の医療費助成
 - 自宅療養者の療養支援・相談対応
 - 退院時の連絡

日本看護協会編「看護白書（2021）、新型コロナウイルス感染拡大下における看護職の活動」をもとに作成

3) 高齢者施設での死亡者数における海外との比較^{39) 40) 41)}

パンデミック初期には、重症化リスクの高い高齢者の死亡が顕著となった。2020年4月末時点で、日本では、COVID-19による国内死亡者数の約14%を高齢者施設の利用者が占めた。一方で、同時期の欧米においては、高齢者施設の入所者等が各国死亡者数の半数近くを占めた。日本の高齢者施設での死亡者数が少ない理由は明確ではないが、パンデミック初期段階において、政府が全国の高齢者施設に対し面会制限等の感染拡大防止策を要請したことや、各施設で感染対策を徹底したことが功奏したという報道がある。また、感染管理の専門職であるCNSやCNによる支援も効果的だったと考えられる。

4) 在留外国人への対応

COVID-19の世界的拡大を受け、日本では2020年2月1日から一部の国・地域を対象とした入国制限を開始した。一方で、同時期の在留外国人数は約293万人⁴²⁾であり、日本人陽性者数の増加と同時に在留外国人の陽性者数も増加した。パンデミック初期には、外国人患者・有症状者への対応や多言語での情報提供の不足などの課題がみられた。その後、多言語対応可能な自治体のCOVID-19コールセンターや自宅療養者サポートセンターなどが徐々に増え、厚生労働省による多言語COVID-19ホームページや、保健所・医療機関・宿泊療養施設を対象とした24時間の無料電話通訳サービスも始まった^{43) 44)}。

3. 自然災害、感染症支援に係る看護職の応援派遣体制の再構築

国による感染症発生・まん延時における広域的な医療人材派遣の仕組みや養成・登録の仕組み等の創設がされる。2022年12月の「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」及び「医療

法」の改正により、災害支援ナースと、既存の「新型コロナウイルス感染症対応研修」を修了した看護師は、国の制度の下、新たな仕組みとしてその育成と活用が進められることになった。

参考文献

- 1 内閣府：医療保険制度と年齢階層別にみた受診行動（2006年6月）<https://www5.cao.go.jp/keizai3/2006/0623seisakukoka20-1.pdf>, 2023.2.14 参照
- 2 日本医師会総合政策研究機構，貧困・社会格差と健康格差への政策的考察（2017年9月），<https://www.jmari.med.or.jp/download/WP389.pdf>, 2023.2.14 参照
- 3 厚生労働省：平成29年所得再分配調査報告書，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/96-1/h29hou.pdf>, 2023.2.14 参照
- 4 国土交通省：国土交通白書2013，<https://www.mlit.go.jp/hakusyo/mlit/h24/hakusho/h25/html/n1111000.html>, 2023.2.14 参照
- 5 内閣府：令和元年版高齢社会白書，https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_1_4.html, 2023.2.14 参照
- 6 厚生労働省：国民皆保険制度の特徴，<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000377686.pdf>, 2023.2.14 参照
- 7 厚生労働省：令和元（2019）年度 国民医療費の概況（2021年11月），<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/19/dl/data.pdf>, 2023.2.14 参照
- 8 厚生労働省：令和2（2020）年度 国民医療費の概況（2022年11月），<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/20/dl/data.pdf>, 2023.2.14 参照
- 9 厚生労働省：厚生労働省，令和3年介護サービス施設・事業所調査の概況，https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service21/dl/kekka-gaiyou_1.pdf, 2023.2.14 参照
- 10 厚生労働省：新人看護職員研修について，<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000050213.html>, 2023.2.13 参照
- 11 厚生労働省：特定行為とは，<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000050325.html>, 2023.1.31 参照
- 12 日本看護協会：看護職の倫理綱領（2021年改訂版），https://www.nurse.or.jp/assets/pdf/nursing/code_of_ethics.pdf, 2023.4.5 参照
- 13 日本看護協会：Credentialing system，<https://www.nurse.or.jp/jna/english/nursing/education.html>, 2023.1.31 参照
- 14 日本看護協会：専門看護師・認定看護師・認定看護管理者，<https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/>, 2023.1.31 参照
- 15 厚生労働省：令和2年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況（2022年1月），<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/20/dl/gaikyo.pdf>, 2023.2.14 参照
- 16 日本看護協会出版会編：令和3年看護関係統計資料集，日本看護協会出版会，p16-17，2022
- 17 日本看護協会：プラチナナース活躍促進サポートBOOK，https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/platinum/pdf/sp_book.pdf, 2023.1.31 参照
- 18 厚生労働省：看護職医療従事者の需給に関する検討会，看護職員需給分科会 中間とりまとめ（2019年），https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07927.html, 2023.1.31 参照
- 19 日本看護協会：2021年看護職員実態調査，<https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/98.pdf>, 2023.4.5 参照
- 20 小林美亜：分担研究報告書（令和2年度）潜在看護職員数の推計，https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202022038A-buntan1.pdf, 2023.2.14 参照
- 21 厚生労働省：看護職員就業状況等実態調査結果，<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh-att/2r98520000017cnt.pdf>, 2023.2.14 参照
- 22 法務省：在留外国人統計（旧登録外国人統計），<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00250012&tstat=000001018034&cycle=1&year=20220&month=12040606&tclass=000001060399>, 2023.2.28 参照
- 23 厚生労働省：外国で看護師免許を取得している方が，日本でも看護師として就労するために，<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000112771.html>, 2023.2.10 参照
- 24 厚生労働省：令和4年版厚生労働白書，<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/21/dl/zentai.pdf>, 2023.2.14 参照
- 25 厚生労働省：インドネシア，フィリピン及びベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて，https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html, 2023.2.10 参照
- 26 日本看護協会：災害看護，<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/saigai/index.html>, 2022.12.1 参照
- 27 日本看護協会：専門看護師・認定看護師・認定看護管理者，<https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/>, 2023.1.31 参照
- 28 日本看護協会：報告書「東日本大震災における日本看護協会の取り組み」，<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/reconstruction/support/report/pdf/hokoku-1.pdf>, 2022.12.1 参照
- 29 日本看護協会：災害支援ナースの活動，<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/reconstruction/shiennurse/index.html>, 2022.12.1 参照
- 30 農林水産省：東日本大震災 地震と津波の被害状況，https://www.maff.go.jp/j/pr/aff/1105/spe1_01.html, 2022.12.1 参照
- 31 日本看護協会：東日本大震災復興支援事業報告書～明日に向かって，ともに歩もう～，p.26，2017
- 32 NHK：新型コロナタイムライン，<https://www3.nhk.or.jp/news/special/covid19-timeline/>, 2022.12.1 参照
- 33 厚生労働省：データからわかる—新型コロナウイルス感染症情報—，<https://covid19.mhlw.go.jp/>, 2022.12.1 参照
- 34 日本看護協会編：看護白書，新型コロナウイルス感染拡大下における看護職の活動，2021
- 35 2021年度日本看護協会 記者会見（2021年6月29日）【資料4】新型コロナウイルス感染症対応における看護提供体制の現状と今後必要な取り組み，https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/press/pdf/press_conference210629/effort_covid1920210629.pdf, 2022.12.1 参照

- 36 日本看護協会：看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査, https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/research/index.html, 2022.12.1 参照
- 37 日本看護協会編：看護白書, 新型コロナウイルス感染拡大下における看護職の活動, p. 14-23, 2021
- 38 日本看護協会：保健師の活動, https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/case/publichealth_nurse.html, 2022.12.1 参照
- 39 Adelina Comas-Herrera, et al., Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence, 2020, https://eu.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_mortality_long_term_c/eu_def/adjuntos/Mortality-associated-with-COVID-21-May-7_cvd4.pdf, 2022.12.1 参照
- 40 President Online：日本の介護施設のコロナ死者数が「世界最低水準」である奇跡, <https://president.jp/articles/-/35962>, 2022.12.1 参照
- 41 東洋経済オンライン：死亡者数が少ない「日本のコロナ対策」のスゴさ, <https://toyokeizai.net/articles/-/364148>, 2022.12.1 参照
- 42 出入国在留管理庁：在留外国統計（旧登録外国人統計）統計表（2019年12月末）, https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00001.html, 2022.12.1 参照
- 43 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症に関する外国語対応ホームページの開設について, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/newpage_00008.html, 2022.12.1 参照
- 44 厚生労働省：保健所及び医療機関並びに宿泊療養施設における新型コロナウイルス感染症対応に資する電話通訳サービスについて, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/nettyuu/index_00014.html, 2022.12.1 参照

公益社団法人 日本看護協会

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2

URL : <https://www.nurse.or.jp/>

E-mail : inquiry@nurse.or.jp (国際部)

出版年 : 2023 年

※本書の無断転載を禁じます



公益社団法人 日本看護協会