

特集 2

新型コロナウイルス感染症拡大のなかでの
看護労働

はじめに

二〇年一月から世界中で猛威をふるう新型コロナウイルス感染症は、様々な変異株を生み出しながら感染を広げ、未だ収束には至っていない状況である。全国で一日あたりの新規感染者の報告数が七二〇人を記録した二〇年四月一日をピークとする第一波では、現場は未知のウイルスとの戦いに直面し、不安と恐怖におびえながら、これまで経験のない重症患者の対応にもなう業務調整・人員調整に追われた。

二一年も感染拡大は続き、七月から九月にかけて発生した第五波では、全国的な新型コロナウイルス感染症の患者数や重症者数の急増ともない、医療体制はひっ迫した。入院患者数の増加率を上まわる勢いで宿泊療養者・自宅療養者が増加し、十分な医療を受けられないまま自宅で亡くなる療養者もいた。

強い緊張をしいられる状況が長期にわたり、看護職は心身ともに疲弊し、救える命を救えない事態も発生したことにより、「自分たちは本当に必要なケアを提供できているのだろうか」という喪失感や不全感に苛まれた。同時に、未知のウイルスによる感染症は、人々の間に「不安や恐れ」を生じさせ、それが「嫌悪・差別・偏見」を生み出し、看護職に対する誹謗中傷を引き起こした。

くしくも新型コロナウイルス感染症拡大は、医療制度の脆弱性を浮き彫りにするとともに、看護職員確保の必要性が世の中に広く、そしてより強く認識される機会ともなった。本特集では、新型コロナウイルス禍のなかで、医療現場、とくに病院で奮闘する看護職の

労働実態と、それにより顕在化した看護労働の課題と今後の対策について論じる。

第一章 新型コロナウイルス感染症への対応状況

1 新型コロナウイルス感染症患者受け入れへの対応

看護職は、クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」で発生した新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）患者受け入れ開始以来、軽症・中等症から重症まで多数の感染者に医療の最前線で対応してきた。

医療現場では、COVID-19患者の受け入れ開始とともに、施設のゾーニング、病床の用意、そこに従事する看護職を含む医療従事者の配置、マニュアル整備、衛生材料や防護関連用具の確保等、様々な対応に追われた。とくに、第一波（二〇年四月）では、消毒、マスク、エプロン、グローブ等、感染防御に関する資材の在庫が一気になくなり、入手困難が感染への不安に拍車をかけた。感染症専用病棟では、掃除やリネンの片付け等を看護職が行なわなければならない状況が発生した。

それまでは、各現場には決められた看護師配置人数が割り当てられ、療養環境は開放的であり、治療も標準化され、医療従事者も職種ごとにそれぞれの業務を行っていた。COVID-19患者の受け入れ

が開始されると、医療環境は大きく変化した。陰圧管理が必要となる閉鎖空間で、人工呼吸器やECMO（人工肺とポンプを用いた体外循環回路による治療）が複数台稼働し、重症度が高い患者が一気に収容された。これにより、通常よりも多くの看護師を配置する必要が生じたため、人員体制の整備・マンパワーの不足が切実な問題となった。

感染拡大の長期化により、業務負担の増大、精神的負担による心身の疲労、制約だらけの日常生活を送るなかで、離職者やメンタルケアを必要とする看護職も増加した。

日本看護協会が二二年に看護職員（個人）を対象に行った調査¹⁾によると、「二〇二〇年三月から二〇二一年九月までの一年半を振り返り、新型コロナウイルス感染症の流行に伴うどのような影響があったか」という質問に対し、「自分自身が感染するのではないかとという恐怖・不安」が七八・六％と最も多く、「職場の労働環境の悪化」（四八・八％）、「自分自身に対する周囲からの差別・偏見・心ない言葉」（一九・六％）が回答の上位三位を占めた。また、二〇二〇年三月以前と比較した心身の変化については、「いつも体が疲れている」「体調不良（肩こり、頭痛、胃痛等）がある」等を挙げた割合が多く、長引く感染症対応が看護職員の健康状態に長期的に影響を与えていることが明らかとなった。

日本看護協会では二〇二〇年三月頃より、COVID-19によるリスクへの不安やストレス、感染管理等に関する不安や悩みについて、電話やメールによる相談対応を行ってきた。二〇二〇年四月六日～二二年三月一八日の間にメールで約二〇〇〇件、電話で約四〇〇〇件の相談が寄せられた。最も多いのは、「感染管理」であったが、労務管理、

労災、感染症専用病棟へ配属になるとまどいや不安等、労働関連やメンタルヘルスに関する相談等も多かった。

相談対応を通じて、現場では非常に大きな不安を抱えながら目の前の患者に向き合う看護職の姿が浮き彫りになった。上司と部下のディスコミュニケーションにより双方への不信感をあらわにするケースもあり、日頃からの組織や職場の脆弱な部分が今回の危機的状況にあつて露呈したのではないかと思われた。

COVID-19患者受け入れをめぐることは、看護師不足により体制が整わず、患者受け入れを断った医療機関も少なくない。そもそも、日本の看護師不足は長年の課題であり、配置基準ギリギリの人数でやりくりしてきた病院も多いなかで、さらに人員を要するCOVID-19患者対応により、人手不足がより一層深刻化し、勤務環境も悪化した。

2 患者受け入れと看護提供体制

(1) 病棟再編・人員配置の再調整

COVID-19患者の受け入れが開始されると、勤務環境は激変した。人工呼吸器装着患者への対応は患者一人に対し看護師が一人以上、ECMO装着患者への対応は看護師二人以上、体位変換には六人以上必要であり、手厚い看護師配置が必要となる。重症患者の受け入れを行っている医療機関は、通常の三倍以上に相当する人員を必要とした。

人工呼吸器を装着したCOVID-19患者を主に受け入れる集中治療

室（ICU、CCU、NICU等）が満床になると、一般病棟でも重症患者を受け入れることになる。また、多床室中心の病棟は、COVID-19患者専用の病棟にする必要がある。感染患者受け入れには、通常の看護師配置数よりも増員する必要があるため、看護管理では様々な調整を行い対応した。具体的には、集中治療室への入室が必要な手術の延期や、外来患者の予約キャンセルを行い、手術室看護師や外来看護師等を一般病棟へ異動させた。そのうえ、一般病棟を閉鎖し看護師を集中治療室や感染症病棟に異動させるなど、人員増加が見込めないなかで病院内の人員調整を行って対応した。

また、COVID-19感染拡大への対応の一環として、二〇年二月に政府が小学校、中学校、高等学校等に対し、臨時休業を要請をしたことにより、子どもを持つ看護職員の出勤が困難となるケースが多発した⁽²⁾。

日本看護協会が二〇年九月に行った「看護職員の新型コロナウィルス感染症対応に関する実態調査」によると、COVID-19患者を受け入れた病院のうち四六・〇％が看護配置を変更していた。そのうち、病棟を閉鎖して対応した病院は四六・一％、病棟閉鎖等をせずに病棟・外来等の配置数を減らして対応した病院は三七・九％であった。

COVID-19患者の受け入れの中心となった感染症指定医療機関・新型コロナウイルス感染症重点医療機関・新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関（以下、指定医療機関等という）では、「病棟を閉鎖して新型コロナウイルス感染症対応病棟をつくり、看護職員を配置した」割合が五三・一％とそれ以外の病院と比べて高かった。

看護配置を変更した病院のうち「COVID-19対応に看護職員が集中したため、その他の部門が手薄になった」と回答した病院は四七・六％であり、通常医療との両立に苦慮したことがうかがえる。また、指定医療機関等では「他の部門が手薄になった」と回答した割合が五〇・六％であり、それ以外の病院より高かった。

さらに感染力の強いオミクロン株の流行により、感染や濃厚接触となり待機となる看護職員が急増し、人員体制の維持に難渋した医療施設が続出した。日本医療労働組合連合会の「第七次『新型コロナ感染症』に関する緊急実態調査」によると、医療機関の四割がコロナ以外も含む救急搬送の受け入れを断っており、うち重点・協力医療機関⁽³⁾では八割となっている。この間も、看護職員不足が続き、頻繁な勤務シフトの変更による長時間労働、他病棟での勤務が業務のやり方や患者受け入れの対応に戸惑いを生じさせ、時間外勤務が増加するとともに精神的な疲弊を招いた。

(2) COVID-19対応と看護職員配置

COVID-19対応には、通常よりも多くの看護師を配置する必要がある。その理由について、看護配置基準から説明していく。

病院における看護職員の配属先は、主として入院患者に対応する「病棟」と、外来受診患者に対応する「外来」、看護部門を統括する「看護部」があり、その他、病院機能に応じて「救急部（救急救命センター）」「周産期医療センター」「手術部（室）」「集中治療室」「検査部（室）」「地域医療部門」などとなる。通常看護職員の六八割が「病棟」に配属される。とくに入院患者に対しては二四時間・三六五日の体制で対応するため、看護職員は夜勤を

第18表 医療法による病院の主な人員の基準

	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床		結核病床
定義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床	感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床		結核の患者を入院させるための病床
			1) 大学病院等※1	1) 以外の病院		
人員配置基準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1
	(各病床共通) ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 (外来患者関係) ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1					

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く)のことをいう。

※2 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

[出所] 2010年12月2日社会保障審議会医療部会資料を日本看護協会が一部改編



含む交代制で勤務する。看護職員配置基準は、入院患者数に対して「配属された実人員数」を規定したものと、交代制を前提に「実際に看護にあたる平均的な人数（出勤者数）」を規定したものとがある。前者の例は「医療法」、後者の例は「診療報酬の算定基準」である。

まず、医療法の規定では、一般病床・感染症病床の看護職員は入院患者三人に対し一人以上（特定機能病院については二対一）、外来患者三〇人に対し一人以上が求められるが、これはそれぞれ入院患者・外来患者に対して「配属された実人員数」である。医療法の規定は病床種別（一般・療養・精神・感染症・結核）ごとに規定される「標準」として示され、医療機関の医師数または看護職員数が「標準」に満たない場合も医療継続は可能だが、保険医療機関については診療報酬が減算される（第18表参照）。

一方、「診療報酬の算定基準」は健康保険法が定める患者への医療サービス提供を行った医療機関への報酬（診療報酬）の支払基準であり、厚生労働省告示ならびに同保険局医療課長通知によって定められる。診療報酬算定要件の該当部分は、患者へのサービス提供体制としての看護体制（配置・勤務体制等）の基準を示しており、保険医療機関の収益に直結することから、実態として看護体制のあり方を強く規制している。

巻頭色刷り第1図は、二二年四月改定の入院報酬の規定を示す。各病院はその機能に応じて、いずれかの入院料区分を選択し、各区分の看護職員配置基準に即した配置を行う。たとえば、急性期の入院医療を担う医療機関であれば「急性期一般入院基本料」の基準（看護職員配置は患者一〇対一）を満たしたうえで算定を届け出

る。とくに入院患者に占める医療・看護の必要度の高い急性期患者の割合が多い病院についてはさらに手厚い看護配置基準（入院料一（七対一）の届け出が可能である）。

これら「一〇対一」「七対一」などの診療報酬算定要件での看護配置基準は、入院患者数に対して「実際に看護にあたる平均的な人数（出勤者数）」で定められている。

診療報酬算定要件が定める「患者七対一」とは、一日二四時間を平均して患者七人に一人の看護職員が実際に看護にあたっていることを指し、この体制が可能な看護職員の配置を求めている。具体的なイメージは、巻頭色刷り第2図に示す。

「医療法」の「患者三対一」と診療報酬算定要件の「患者七対一」を比較すると、必要な配置実人員は前者一人に対して後者三人と二倍強で、昼夜ともに圧倒的に後者が手厚い看護体制である（第19表参照）。

第19表の急性期一般入院基本料一（看護配置「七対一」）算定病床は、一般病棟入院基本料算定五万三三四〇床のうち三四万九三八三床（一九年六月末現在・厚生労働省保険局調べ）で約六割にのぼる。ほかに、特定機能病院（大病院本院等）が算定する特定機能病院入院基本料算定病床が五万八〇〇〇床あまりある。

以上は、一般の病棟の看護配置基準だが、高度急性期医療対応の治療室ではより多くの看護職員の配置が必要である（第20表参照）。診療報酬算定要件は、救急救命センターや各種の集中治療室、総合周産期医療センターなど、高度な急性期医療を担うユニットについては別途手厚い人員体制を規定する。たとえば特定集中治療室管理料の「常時二対一」の配置要件は、入院患者二人に対し二

第19表 一般病棟の看護職員配置基準と配置例

区分	医療法 一般・感染症病床の標準	診療報酬算定要件 (急性期一般入院基本料)	
		入院料1	入院料2
配置基準の表現	配属された実人員数	実際に看護にあたる平均的な人数 (出勤者数)	
患者対看護職員比率	3対1	7対1	10対1
看護職員総数	14人	30人	21人
1日の延べ出勤者数	9人	18人	13人
日勤帯勤務の看護職員数	5人	10人	7人
日勤看護職員 一人あたり患者数	8.4人	4.2人	6人
夜勤帯勤務の看護職員数	2人	4人	3人
夜勤看護職員 一人あたり患者数	21人	10.5人	14人

〔備考〕 1) 看護職員の年間総労働時間1800時間、1日の労働時間8時間として試算。端数は切り上げ。
2) 夜勤帯勤務の看護職員数は、「準夜勤帯」「深夜勤帯」それぞれに記載の人数が勤務するものとして試算。

〔出所〕 日本看護協会作成

第20表 高度急性期医療対応治療室等の看護職員配置基準と配置例

	ハイケアユニット (HCU)	集中治療室 (ICU)	ECMO治療ユニット
配置基準の表現	常時 (24時間を通じ配置レベルを維持)		
患者対看護師比率	4対1	2対1	1対2
患者数	4人	2人	1人
勤務する看護師数	1人	1人	2人
1日の延べ出勤者数 (1勤務8時間)	3人	3人	6人
配置する看護師総数※	5人	5人	10人

〔備考〕 1) 「ハイケアユニット」：「ハイケアユニット入院医療管理料」(診療報酬)施設基準適用
2) 「集中治療室(ICU)」：「特定集中治療室管理料」(診療報酬)施設基準適用

※ 看護職員の年間総労働時間1800時間、1日の労働時間8時間として試算

〔出所〕 日本看護協会作成

四時間常時看護師一人以上が勤務していることを求めるものである。年間総労働時間一八〇〇時間を前提に概算すると、二四時間・三六五日を常時一人の職員が勤務する体制をとるには五人の職員を配置し交代で勤務にあたる必要がある。集中治療室治療の対応ではないものの、一般の病棟より手厚い治療・看護を要する患者に対応する「ハイケアユニット」には、新型コロナウイルス感染症対応では人工呼吸器による呼吸管理を要する患者等が収容された。重症の呼吸不全患者に対しECMOを行うユニットでは高度なチーム医療体制がとられ、一人の患者に常時二人以上の看護師配置が求められた。患者一人に常時二人が勤務する体制をとるには少なくとも一〇人の看護師が必要であり、当然そのメンバーにはECMO看護の知識・経験が求められる。

そもそも、日本の病床あたり看護職員配置数は、二〇一七年でOECD加盟国三五カ国のうち三〇位と、諸外国に比べてかなり低い。日本では、特定集中治療室管理料を算定する治療室（ICU）における看護師配置は常時二対一が基準として求められているが、諸外国では一・五対一以上の配置が標準的であり、一・五対一の手厚い配置は二・〇対一の配置に比較し、ICU死亡率低下と有意に関連することが報告されている⁶⁾。実際には、高度な医療が必要な患者の医学的管理やケアを行うために、診療報酬上の評価はされないものの、特定集中治療室管理料一〜四を算定する六六五治療室のうち、約六割が一・五対一以上の手厚い配置を行っている⁷⁾。

看護職員配置数が他の多くのOECD加盟国より少ない要因の一つは、日本の病床数が多いことである。病床数が多いほど、看護師が必要になる。人口一〇〇〇人あたりの病床数は、日本が一三・一

であるのに対し、アメリカは二・八、イギリス二・五、フランス六・〇、ドイツ八・〇、イタリア三・二、カナダ二・五となっている⁸⁾。

地域医療構想のもと、病床の機能分化と連携が進められているが、安定した医療提供体制の実現には、医療従事者の人材確保が必須である。

③ 院内での応援体制と職員の勤務調整

日本看護協会の調査（前掲「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」）によると、国内でCOVID-19発生（二〇年一月）から初回の緊急事態宣言解除（二〇年五月）までの間の看護職員配置の不足感については、COVID-19患者の受け入れの有無に関わらず三四・二％の病院が「あった」と回答した。指定医療機関等では四五・五％となっており、それ以外の病院と比べて、不足感があつたと回答する割合が高かつた。

病院で看護職員が不足した際の対応では「病棟再編成や配置転換等により院内で人手を確保した」が全体で六八・九％と最も多かつた。指定医療機関等では、同回答が七九・六％であり、それ以外の病院よりも高かつた。

こうした事態は、感染拡大が続くなかで引き続き大きな課題であり、看護管理者を悩ませた。

日本看護協会が行った「二〇二一年病院看護・外来看護実態調査」（以下、「二二年調査」）によると、二二年四〜九月（いわゆる「第五波」）の時期に、新型コロナウイルス感染症に関して困ったことを尋ねたところ、患者に関することでは、「新型コロナウイ

ルス感染症患者以外の患者の減少」が五五・六%で最も多く、次いで「新型コロナウイルス感染症患者の増加」が三四・九%であった。

診療体制に関して困ったことでは、「発熱外来設置のための体制整備」五七・八%が最も多く、次いで「診療体制の変更(例―病棟や外来の閉鎖など)および職員の再配置」が四四・三%、「自治体又は地域の他施設との連携」が三〇・三%の順に多かった。

看護職員に関して困ったことでは、「新型コロナウイルス感染症への感染又は自宅待機等により働けなくなる看護職員の増加」が五九・四%と最も多く、次いで「新型コロナウイルス感染症患者に対応する看護職員の確保」が四〇・一%、「新卒看護職員の成長・習熟への影響」が三三・七%と続いた。

日本医療労働組合連合会の「第七次『新型コロナウイルス感染症』に関する緊急実態調査」によると、院内で発生したクラスターを乗り切るための手段として、「応援体制」と回答した六割強の施設のうち、施設内の職員で回すという応援体制が九割であった。同調査の自由回答記述には、「人員不足(職員も感染)により勤務調整が困難、勤務調整により毎日のように変わる勤務予定、他病棟への応援では患者受け入れの対応が分からず超勤が増えた、精神的に疲れる」といった記述が多くみられた。

(4) 潜在看護職の復職

二〇年四月七日の緊急事態宣言発令を受け、翌八日には中央ナースセンターから、eナースセンターの求職登録者・届出制度登録者約五十万人の離職中の看護職に復職を求めるメールが配信された。メ

ール送信直後より、「少しでも役に立ちたい」と復職支援を無料で行っている都道府県のナースセンターへ問い合わせが多く寄せられた。

日本看護協会が行った調査では、同会の呼びかけに応じて復職した看護職員の九〇・七%が、現在も看護職として就業を継続している。今回の就業をきっかけとして今後も看護職として就業を「継続したい」と回答した者は五四・一%、「条件が合えば継続したい」(四〇・九%)を合わせると、九五・〇%にのぼった。

復職した看護職員は、病院、軽症者向け宿泊施設や発熱外来等、幅広い就業場所で活躍した。他方で、今後の看護職員の確保と活用の課題として、病院では潜在看護職員の能力の把握や教育・研修を理由に雇用意欲が低い傾向が示されている。継続的な教育等により、未就業の状態であっても、スキルの研鑽を行うことが重要である。

二一年に入り、COVID-19のワクチン接種が本格化すると再び看護職確保のニーズが高まり、四月一九日に中央ナースセンターは、eナースセンターの求職・届出制度登録者五十万人弱にメールでワクチン接種業務に関する就業依頼を行った。

二〇年四月六日から二二年四月二四日までに、約二万五〇〇〇人の看護職が就業した(第10図参照)。そのうち感染者が治療、療養を行う宿泊療養施設や病院等で約五〇〇〇〇人、ワクチン接種業務に約一万七五〇〇〇人が就業するなど、COVID-19対応に寄与する潜在看護職の力は大きかった。

第10図 都道府県ナースセンターによる新型コロナウイルス感染症対応看護職員
の就業支援実績

求職者数	<u>43,755名</u>
求人数	<u>36,660名</u>
紹介数	<u>32,395名</u>
就業者数	<u>25,665名</u>

コロナ関連の相談対応コールセンター	717名
宿泊療養施設	4,760名
病院	213名
診療所	56名
その他の入所施設	104名
その他施設	1,952名
ワクチン接種業務※1	17,863名
ワクチン接種業務に係る研修受講者数※2	16,515人

※1：2021年2月1日より「ワクチン接種業務」を項目に追加して集計

※2：2021年4月12日より／

© 2022 Japanese Nursing Association 13

〔備考〕 2020年4月6日～2022年4月24日までの累積、2022年4月26日現在。

〔出所〕 内閣官房「第3回新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議 資料」

第二章 日本の看護制度

なぜ看護職の人員不足が続いているのか、看護制度、看護職の養成および就業状況等と労働実態について述べる。

1 「看護」の仕事と看護制度

現在、看護を業とする資格は、国家資格の「保健師」「助産師」「看護師」、および都道府県資格（就業は全国で可）の「准看護師」の四種である。本特集ではこれら資格を有する者を「看護職」、資格を有し看護業務に就いている者を「看護職員」と称する。

近代看護制度の歴史は一八九九（明治三二）年の「産婆規則」（のちに助産婦規則）に始まり、一九一五（大正四）年の「看護婦規則」、一九四一（昭和一六）年の「保健婦規則」によって三職種となる。現在の看護制度は、一九四八（昭和二三）年制定の「保健師助産師看護師法」による。

「保健師」は公衆衛生・保健、「助産師」は助産という、それぞれ独自の専門領域を持つ。現在「保健師」「助産師」は「看護師」を基礎資格としており、看護師資格を持たない者が免許を得ることはできない。「准看護師」は「看護師」に許された業務を医師または「看護師」の指示のもとで行うと規定されており、一九五一（昭和二六）年、高等教育が普及途上だった時代に中学校卒業者を対象に短期間で養成する職種として創設された。

一般には医師のアシスタントのイメージが強い看護職だが、法的には業務独占を許された専門職種である。保健師助産師看護師法は看護師を「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくは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（法第五条）」としている。「診療の補助」の実施は医師・歯科医師の指示を前提とするが、「療養上の世話」は、対象者の苦痛を緩和し、食事・排泄・睡眠などのニーズを満たすことをめざして、看護職が直接的に患者を保護し支援することを指し、医師の指示を要しない独自の機能とされる。これら二つの業務を統合的に行いうるのが看護の独自性であり、強みであるといえる。ちなみに医療の高度化・専門化にともない、独自の専門領域を持つ医療関連職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床検査技師、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、診療放射線技師）が次々に制度化されているが、それぞれ業として認められている行為（診療の補助）は、法的には保健師助産師看護師法に定める看護師の業務独占（看護師でなければ行つてはならない）を一部解除して実施可能としたものであつて、もとより医師の指示のもとで看護師が実施可能であるとされる。

看護業務の範囲をめぐり、二〇一五年一月からあらたに「特定行為にかかわる看護師の研修制度」が施行された。「特定行為」とは、医行為のうち医師のみが実施可能な「絶対的医行為」に対し、技術的な難易度、判断の難易度はともに高いものの、専門的な教育訓練を受けた看護師が医師の手順書をもとに実施可能な行為を指し、インスリンの投与量の調整など三八行為が特定された。看護師が特定行為を手順書により行う場合は、特定行為研修の受講が義務

づけられる。多職種によるチーム医療のさらなる推進、職種間のタスク・シフト／タスクシェアを通じた医療安全確保と質向上、医師の長時間労働の是正などに貢献する。

2 看護職員の養成と教育

(1) 看護職員の養成課程

看護職の各課程養成定員（二学年）の総計は約七万七〇〇〇人を数え、様々なルートを通して看護を学ぶ（巻頭色刷り第3図参照）。例年、約五万五〇〇〇人が養成課程を終え、約五万人が看護資格を取得する。しかし、離職による減少、再就業による増加があり、最終的に毎年の増加は三万人程度にとどまってきた。

看護師の養成課程は、高等学校卒業を要件とする「看護師三年課程」と、准看護師が看護師資格を得るための「看護師二年課程」からなる。「保健師課程」「助産師課程」はそれぞれ教育年限一年以上とされているが、四年制大学の一部で「看護師三年課程」と「保健師課程」「助産師課程」との統合カリキュラムでの教育が行われている。「准看護師課程」は中学校卒業を要件とし、養成所のほか、高等学校衛生看護科がある。

看護職養成体制はこの五〇年間に大きく変化している。一九七〇（昭和四五）年時点で総養成定員の七割近くを占めていた准看護師課程に代わり、看護師三年課程が急増した。看護師三年課程では大学、養成所がそれぞれ養成数を増やしているが、とくに大学の伸びが著しい（第21表）。同じく高度な専門職である小中学校教員養成

第21表 看護職養成数（課程別1学年定員）の推移（1970～2020年）

年次	1970	1980	1990	2000	2010	2020
看護師3年課程	8,199	17,593	22,928	34,074	42,638	54,440
看護師2年課程	6,737	17,577	16,746	17,953	12,599	9,089
看護師5年一貫教育 准看護師課程	—	—	—	—	3,765	4,259
	32,215	33,676	32,219	26,470	11,933	9,316
看護師3年課程（内訳）						
大学	180	350	558	5,950	15,504	25,048
短大	390	2,040	4,140	4,580	2,110	1,160
養成所	7,629	15,203	18,230	23,544	25,024	28,232
准看護師課程（内訳）						
養成所		26,106	24,429	19,335	11,073	8,476
高等学校衛生看護課		7,570	7,790	7,135	860	840

〔出所〕「看護関係統計資料集」（日本看護協会出版会）各年次より作成

学部の一学年定員（国公立大学）の一万三〇〇〇人弱（一八年・文部科学省教員人材政策課調べによる）と対比すれば、その規模が推察できる。二〇〇二年には看護職養成の充実を図る一環として看護師の「五年一貫教育」制度がスタートし、准看護師課程である高等学校衛生看護科の一部が移行した結果、准看護師養成定員が大きく減少した。

若年人口が減少するなかで、各養成課程が社会人経験者等の多様な背景を持つ人材の受け入れを進め、一八歳人口以外に人材供給源の多様化を図ることが必須となろう。厚生労働省は一五年三月、「看護師養成所における社会人経験者の受け入れ準備・支援のための指針」を公表した。そのなかで「今後、看護師学校養成所は、大卒・短大卒者等を含む社会人経験のある学生の受け入れに、より積極的に取り組むことが求められ」として、入学者選抜方法や既習単位の扱い、教育方法の工夫など、養成所側に体制整備を呼びかけている。

(2) 資格試験—卒後の就業状況

各養成課程の修了後、保健師・助産師・看護師については国家試験、准看護師については都道府県知事の試験を経て合格者に免許が交付される。国家試験合格率は資格によって、また年によって多少のばらつきはあるものの、おおむね八〇～九〇％台後半で推移している。二二年二月実施の各試験の合格者数・合格率は、第一〇八回保健師国家試験七〇九四人（八九・三％）、第一〇五回助産師国家試験二〇七七人（九九・四％）、第一二二回看護師国家試験五万九三四四人（九一・三％）である。

二一年三月、看護師三年課程卒業者の看護師就業率は、大学卒業〇・八%、養成所卒業九二・八%、准看護師課程卒業者の准看護師就業率は七〇・八%であり、これら新人看護職員のほとんどが、「病院」を最初の職場として選んでいる（厚生労働省「看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」（二一年三月卒業者）による）。

(3) 卒後臨床研修

基礎教育の充実と並んで重要なのが卒後臨床研修の充実である。

「保健師助産師看護師法」「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の改正により、卒後臨床研修は、一〇年四月から看護職員を採用する医療機関等および看護職員自身の努力義務とされた。

看護職員の卒後臨床研修はあくまでも職員としての初任者教育訓練であって、医師の卒後臨床研修（二年間の研修を義務づけ身分保障）とは異なる。日本看護協会調査「病院看護実態調査」各年次によれば、卒後一年以内の看護職員の離職率（病院）は、定期調査を開始した〇三年度に九%台であったが、卒後臨床研修制度化を経て安定的に七%台を維持しており一定の成果を読み取れる。

しかし、二〇年春から各病院がCOVID-19対応を迫られるなか、新卒看護職員の教育研修もまた大きな影響を受けることとなり、新人看護職員の一八年度の離職率が七・八%であったのに対し、一九年度と二〇年度の離職率は、それぞれ八・六%、八・二%であった（二一年調査による）。現場での実習を通じた学習の機会が不足したことや、みずからが思い描く看護実践ができない無力感や不安を抱えていたことが影響したと考えられる。

3 看護職員の就業状況

(1) 就業者数

看護職員（資格を有し看護業務に就いている者）数は一六八万人（一九年）を数える。看護職員数は増加を続けてきたが（一七年は前年比減）、将来的なマンパワーの拡充は楽観を許さない（第22表）。一九年時点で就業者総数は一九六〇年時点の約七倍、人口一〇万人対看護職員数も五倍と長期的にみれば増加傾向にあったが、一七年以降は停滞している。就業者総数の停滞は、とくに看護師の増加を准看護師の減少が相殺した結果生じており、当面同様の傾向が続く可能性がある。

職種別にみると、一九六〇年時点では助産師が五万人を超えているが、その多くが旧制度で免許を得て、地域で自宅分娩を支えた開業助産師である。その後高齢化にともない徐々に引退し、新制度の助産師に入れ替わる過程で一時減少するが、一九九〇年代から増加に転じる。看護師は養成増を背景に一九九〇年代以降増加を続けており、二〇一年に二〇〇万人を超えた。准看護師は当時の養成数を背景に一九六七年から一九七八年の間看護師を上まわると、その後は急増する看護師との差が拡大し、二〇〇〇年代に入って減少に転ずる。

看護職は代表的な女性の専門職であり、わが国の全女性就業者二九六八万人に占める女性看護職員の割合は五・二%、働く女性の二〇人に一人に相当する（総務省「労働力調査」二〇年）。一方、男

第22表 看護職員数の推移（総数・人口10万人対就業者数 1960～2019年）

年次	保健師	助産師	看護師	准看護師	計	人口10万対 看護職員数
1960	12,796	55,436	105,800	70,065	244,097	261
1970	14,007	31,541	139,239	164,464	349,251	337
1980	17,957	27,388	261,613	257,219	564,177	482
1990	27,607	23,702	420,844	362,037	834,190	675
2000	42,027	24,985	679,955	418,352	1,165,319	918
2010	54,289	32,480	994,639	389,013	1,470,421	1,148
2015	60,472	38,486	1,176,859	358,302	1,634,119	1,304
2016	62,118	39,613	1,210,665	347,675	1,660,071	1,327
2017	63,022	39,720	1,223,322	331,859	1,657,923	1,329
2018	63,969	40,272	1,256,970	321,812	1,683,023	1,353
2019	64,819	40,632	1,272,024	305,820	1,683,295	1,359

〔出所〕 看護職員数「看護関係統計資料集」（看護問題研究会監修日本看護協会出版会編集）、総務省「推計人口」より作成

性については助産師以外で就業が認められている。保健師（当時は「保健婦」）については一九九三年から男性（保健士）も従事可能となり、助産師以外の三職種で男女がそろった。男女で「士」「婦」を使い分けていた名称は〇二年から男女とも「師」に統一された。男性看護職員の就業者数は徐々に増加し、二〇〇年の男性看護職員総数は一二万六八九人で、全看護職員に占める比率は、二〇〇〇年の四・〇％から二〇年の七・六％に増加した。病院就業者に占める割合は二〇〇〇年の四・八％から二〇年の一〇・一％に増加した（厚生労働省「衛生行政報告例」各年次）。

就業者以外に、看護資格を持ちながら現在看護業務に就いていない（無業または他の業務に就業、いわゆる「潜在看護職員」）がいる。政府により「潜在看護職員」の推計数が初めて公表されたのは一九九一年、厚生省「保健医療・福祉マンパワー対策本部中間報告」においてであった。潜在看護職員数は約四三万人であり、当時就業していた看護師のほぼ半数に相当した。

その後の政府による看護職員需給対策検討に際して、潜在看護職員数の推計が行われており、〇二年時点では就業している看護師数約一二三万人に対し五五万人（厚生労働省「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会」第一回資料）、二二年時点では約一五四万人に対し七二万人（第七次看護職員需給見直しに関する検討会「第一回資料」と、いずれの時点でも、資格者のほぼ三分の一が潜在看護職員と推計されている。

マンパワー確保が深刻化するたび、潜在看護職員の復職に期待する声が高まるもの、日進月歩で変化し高度化する医療・看護現場に、とくに離職期間が長期に及ぶほど現場復帰のハードルは高ま

る。もとよりその時点の勤務環境で働き続けられなかったゆえの離職であり潜在化であって、勤務環境の改善こそが復職さらに就業継続のカギであることは言をまたない。潜在看護職員の把握と復職支援の充実を目的とした「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の規定により、一五年一〇月から看護職員に対し「離職時の届出」が努力義務化されたが、資格者の動向把握策としては不十分で課題が多い。

二一年五月に公布されたデジタル改革関連法により、今後看護師を含む国家資格に関する事務にマイナンバーが利用されることが決まっているが、ただちに全資格者の把握が可能になるものではない。そのような状況ではあったが、前述したように、COVID-19蔓延の危機的なマンパワー状況のなかで、潜在看護職員への協力呼びかけに応じて全国でおよそ二万五〇〇〇人が宿泊療養施設対応やワクチン接種業務に従事した。

(2) 年齢構成・就業場所

巻頭色刷り第4図は、看護職の年齢階層別就業者数の推移を示す。二〇代就業者数が伸び悩む一方で、四〇代以上の就業者数が増加している。さらに、六〇歳以上の就業者の伸びが著しく、二〇万人に迫る状況にあり、この数は就業者全体の一一・八%、ほぼ九人に一人にのぼる。年齢構成の変化にともない、推計平均年齢が上昇を続けており、二〇年にはおよそ四四歳に達した。

年齢階層別就業者の構成比をみると、一九八〇年代には二〇代・三〇代が半数以上を占めていたが、二〇年時点では最も就業者が多い年代は四〇代である。病院は新卒看護職員のほとんどが就業する

ことから他の就業場所と比べて若年層の構成比が高いが、その病院においてさえ二〇代・三〇代と四〇代以上の構成比が拮抗する状況となっている。

年齢階層別の就業場所（二〇年）を「衛生行政報告例（就業医療関係者）」でみると、二〇代の看護職員ではほとんどが病院に勤務しているが、年齢が上がるにつれ病院以外の就業者が増えている。六〇歳以降では「その他の介護事業所」（居宅サービス事業所等）の比率が高くなる。

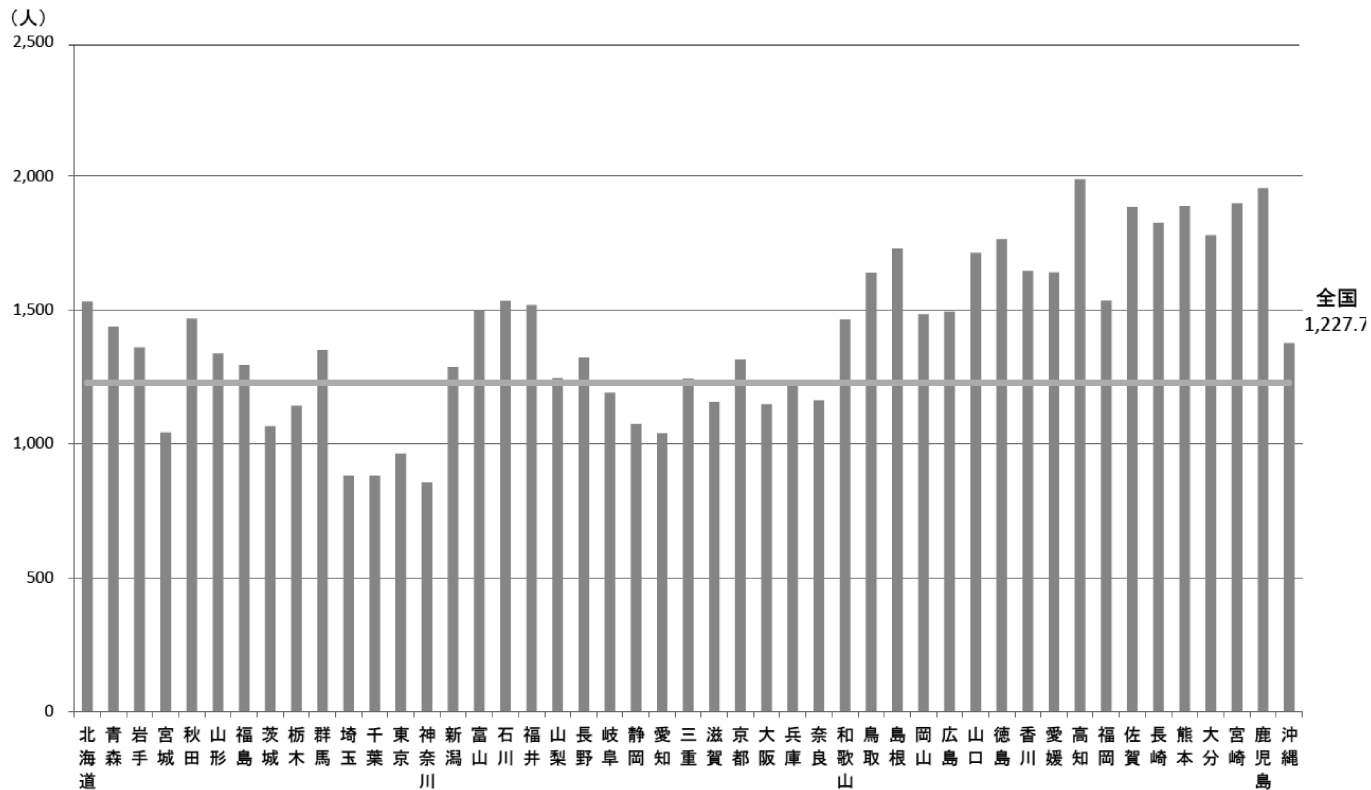
(3) 地域偏在

都道府県別の看護師・准看護師就業者状況を見ると、人口一〇万人あたり就業者数（一六年）は、全国平均一二二・七人に対し埼玉・千葉・神奈川・東京が一〇〇〇人を下まわるなど、概して東日本が少なく西日本が多い。最多の高知県と、関東各県にはほぼ二倍の差がある（第11図）。一方、病院病床一〇〇床あたり就業者数は、都道府県間に大きな差はない。したがって現状の人口あたり就業者の都道府県単位の地域差は、病院病床の状況を反映したものと考えられる。

政府は「看護師等の人材確保促進に関する法律」により、医療提供体制をふまえた需給見直しを行い、これにもとづいて看護師等の養成、就業者の確保に努めることとしている。

一九年一月に公表された推計は、従来の積み上げ方式から、地域医療構想にもとづく将来の医療需要をふまえた推計方法で行われた。二五年における看護職の需給推計は、都道府県からの報告では一八〇万人であり、これに超過勤務時間や有給休暇取得日数等によ

第 11 図 都道府県別の看護師・准看護師就業状況（2016年）



〔出所〕 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会（2016年3月28日（月））資料3 看護職員の需給に関する基礎資料」

り三つのシナリオを設けて推計したところ、一八八〜二〇二万人となった。

一部の都道府県においては、看護職員総数が充足されるところでも、医療機関では充足しているものの、訪問看護や介護保険施設での不足（領域別偏在）や、へき地をはじめ一部の地域での不足（地域別偏在）が指摘された（「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」（一九年一月一日）より）。

(4) 就業継続・定着状況

日本看護協会調査による病院勤務看護職員（正規雇用）の離職率の全国的な把握は、一九八七年から継続的に行われている。最も離職率が高かったのは、〇七年の一二・六％、最も低かったのは一九九四年の九・九％である。

その後離職率はおおむね一一％内外で推移してきたが、一九年度の正規採用看護職員の離職率は一一・五％（対前年比〇・八ポイント増）となり、新型コロナウイルス感染症対応により医療現場が大きな負荷を受けるなかで上昇をみた。

二〇年度の離職率は、前年と比較してやや低下し、正規雇用看護職員が一〇・六％（対前年比〇・九ポイント減）、新卒採用者が八・二％（同〇・四ポイント減）、既卒採用者が一四・九％（同・五ポイント減）であった。正規雇用看護職員の離職率を看護師、准看護師別で見ると、看護師は一〇・四％、准看護師は一一・九％で、准看護師のほうが高かった。

看護職員の離職率は、医療をめぐる状況ならびに社会的な背景の

影響を受けて推移しており、過去幾度かの需給ひっ迫と相前後し上昇をみた。一九九〇年前後の病院病床規制導入（当時）を前にしたいわゆる「駆け込み増床」の影響による確保難（これを契機に九一年の「看護の日」の創設、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の成立・施行（九二年）、「〇六年診療報酬入院料区分「七対一」看護配置新設にともなう大病院の大量採用が引金となった全国的な需給ひっ迫がその例である。

「七対一」看護配置新設にともなうひっ迫は、折しも一〇年改正育児介護休業法施行にともない、育児のための短時間勤務が措置義務化され、夜勤の減免を含め労働時間に制約のある職員の就業継続・戦力化がマネジメントの課題となった。日本看護協会は、都道府県看護協会と連携し「多様な勤務形態による就業促進事業」（〇八〜〇九年）、「看護職のワークライフバランス（以下WLB）推進ワークショップ事業」（一〇〜一七年）等により、現場支援を行ってきた。

「看護職のWLB推進ワークショップ事業」は、事業参加施設が推進体制づくり、「看護職のワークライフバランス（WLB）インデックス調査」の実施、調査データにもとづく課題抽出とアクションプランの立案、PDCAサイクルを回しながら実施状況の評価と改善を行うもので、約七〇〇施設が参加した。

WLB推進事業の参加施設の多くは、夜勤負担軽減、時間外労働削減、多様な勤務形態の導入促進、有給休暇の取得促進、育児・介護と仕事の両立支援等、WLB支援制度の周知・活用促進に取り組み、勤務環境の改善が推進された。また、一〇年の改正育児介護休業法の施行を追い風に、出産・育児を理由として退職する看護職員

は減少し、子育て世代である三〇代から四〇代の就業者が増加した。

4 看護職員の勤務体制

入院患者に対応する看護体制は、二四時間・三六五日の対応のため夜勤を含む交代制がとられている。病院・施設における看護職員の交代制勤務の編成は、部署ごとに作成される一ヵ月単位の勤務計画表で看護職員個人に示される。製造業などの交代制勤務でみられるような、固定されたメンバーで数日ごとに勤務帯を規則的に遷移するものとは異なり、複数の勤務時間帯を不規則に勤務するもので、勤務日と休日の設定も必ずしも規則的ではない。

不規則となる構造的な要因は昼夜の勤務者数の相違（日勤帯に比べ夜勤帯は極端に少なくなる）だが、勤務計画作成時にメンバーの休日希望に所定休日を割りあてて、ことを優先する職場慣行も大きな要因である。業務マネジメント上、個々の看護職員の実践力や判断力等能力のばらつきを、日々・勤務帯ごとの勤務者のメンバーの組み合わせによって平準化することもある。加えて、仕事と育児・介護との両立支援の拡充等にとまない、短時間勤務や夜勤の減免などの労働制約のある、多様な勤務形態の適用者の存在が当然のこととなっている。月ごとに繰り返される勤務計画作成作業は複雑さを増し、担当する中間管理者の大きな負担となり、いわゆる「持ち帰り残業」を含めた時間外労働の要因となってきた。

病棟以外の部門では、宿日直制のもとでの夜間当直や、夜間の緊急呼び出しに備えての自宅待機（オン・コール）の態勢がとられる

ことも珍しくない。夜間当直や夜間の緊急呼び出しによって実労働が生じても、そのまま翌朝からの通常勤務に入ることが多く、勤務間インターバルが不十分で十分な休息が確保されない場合がある。

現在、病院看護職員の交代制は、主として三交代制と二交代制の二種類、さらに、二交代制のなかでも一回の夜勤の拘束時間が一六時間を超えるものと、一六時間に満たないものに区分できる。

近年、長時間夜勤のリスクの認識が広がることもない、夜勤を一六時間未満に短縮したタイプの二交代制が徐々に増える傾向にある。とはいえ、「夜勤一六時間未満」の病院の三分の一程度では、夜勤の長さは「一五時間台」であり、長時間夜勤の短縮は引き続き課題である。

一定期間あたりの夜勤回数については現行の労働関係法令では規制がない。看護職員の夜勤・交代制勤務については、一九六五年、当時の国立療養所の労働組合・全医労の「行政措置要求」に対する人事院判定「看護婦の夜勤人数は二人以上、夜勤回数は三交替で月八回以内」（いわゆる「二・八（ニッパチ）判定」）が出されている。「二・八判定」は今日に至るまで夜勤負担改善の公の目標とみなされ、その後、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」にもとづく「基本指針」（厚生省・労働省・文部省、一九九三年）、「看護師等の「雇用の質」向上に関する省内プロジェクトチーム報告」（厚生労働省、二〇一一年）でも踏襲された。

看護職員の夜勤・交代制勤務については、労働関係法令ではなく、健康保険法に定める診療報酬（入院料）の算定要件が、実質的に規制の役割を果たしてきた。算定要件は入院患者の看護体制を「交代制であること」としており、交代制のタイプの選択は病院に

委ねられる。また、夜勤要員数は看護単位（病棟）ごとに看護職員二人以上であること、当該病棟の夜勤従事者の月平均夜勤時間数は七十二時間以内であることを求めている。ここでの「夜勤時間数」は夕刻から翌朝までの夜間の時間帯（一六時間）における各日の夜勤者の勤務拘束の延べ時間を指し、労働法令上の労働時間や深夜業の延べ時間とは異なる概念である。

平均夜勤時間数規定はあくまでもその病院で夜勤・交代制勤務にあたる看護職員の平均値で個人の夜勤時間の上限ではない。そのため職員間で夜勤負担にはばらつきがあり、一部に負担が偏る実態がある。とはいえ、要件の順守には、夜勤可能な看護職員を相応の人数確保・配置する必要があり余裕を持った人員マネジメントが求められる。

このような診療報酬算定要件による夜勤体制規定を含めて、患者の安全を守り、看護職員にとってより働きやすく勤務負担が少ない勤務体制の模索が長年続けられている。

一九五〇年、診療報酬のうち入院報酬である「看護料」算定許可基準により看護職員の交代制は「三交代制であること」が求められたが、一九九二年から「二交代制も可」とされ、現在は単に「交代制であること」とされている。

九〇年代以降拡大した夜勤一六時間の二交代制は、急性期医療を担う基幹病院を含め、それまで実施していた三交代制からより働きやすい体制を求めて移行したものである。三交代制での「日勤―深夜勤シフト」（日勤終了数時間後に深夜勤入りし、実質的に一昼夜以上十分な休息なく勤務するパターン）があまりに過酷であったために、変形労働時間制の適用を前提に「準夜勤」「深夜勤」を連続

勤務して一回の夜勤とした。真夜中の通勤のリスクが避けられる、夜勤のために留守にする回数が減らせる、患者は就寝時と起床時に同じ看護師に対応してもらえる、病院は深夜交代時に支給していたタクシー代を削減できるなどのメリットが目ざされ、とくに若年層に歓迎された。しかしながら現在、夜間も密度の高い治療が継続し、患者高齢化にともなうケアの必要性も増すなか、一六時間超の長時間夜勤での医療安全の確保や勤務者の疲労、健康への短期・中期・長期にわたる悪影響が明らかとなるに至って、長時間夜勤の短縮の必要性への認識が広がっている。

日本看護協会は、労働科学の知見と看護労働の実情をふまえた検討を経て、一三年に「病院における看護職の夜勤・交代制勤務ガイドライン」を公表した。「ガイドライン」は職能団体が示す専門職の自主規制であり、自主的取り組みの「考え方」と「改善目標」を示すもので、労働関係法令とは異なり強制力はない。「勤務編成の基準」―一項目など、夜勤を含む交代制勤務の負担軽減の方向性と、具体的な方法を示し普及を図っている（第23表）。

第三章 看護職員の労働実態

看護職の就業場所が医療施設のみならず在宅医療・介護領域等あらゆる場へと拡大している。その一方で超少子高齢化による生産年齢人口の減少や労働力の高齢化の進展にともない、今後は看護職として就業する若年層の大幅な増加が見込めなくなってきた。安心・安全な看護提供体制を維持していくためには、看護職が健康で

第23表 勤務編成の基準

項目	基準
①勤務間隔	最低11時間以上の間隔をあける
②勤務の拘束時間	拘束時間は13時間以内とする
③夜勤回数	3交代制勤務は月8回以内を基本とし、それ以外の勤務は労働時間に応じた回数とする
④夜勤の連続回数	最大2連続（2回）まで
⑤連続勤務日数	5日以内
⑥休憩	夜勤時は1時間以上、日勤時は労働時間・労働負担に応じて適切な時間数を確保する
⑦夜勤時の仮眠時間	夜勤の途中で連続した仮眠時間を設定する
⑧夜勤後の休息(休日を含む)	2回連続の夜勤後は概ね48時間以上の休息を確保する。1回の夜勤後は概ね24時間以上確保する
⑨週末の連続休日	少なくとも月1回は土曜・日曜ともに前後に夜勤のない休日をつくる
⑩交代の方向	正循環の交代周期とする
⑪早朝始業	早出の始業時刻は7時より前は避ける

〔出所〕「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」(2013年・日本看護協会)

働き続けられる持続可能な働き方の実現とこれを支える職場環境の整備が喫緊の課題と考え、日本看護協会は一九九年度に調査を行い（二〇一九年病院および有床診療所における看護実態調査」。以下、「一九九年度調査」、二〇一九年三月に「就業継続が可能な看護職の働き方」を提案した（第24表）。

本調査において、時間外労働の常態化、業務開始時刻前より業務を始める（前残業）、持ち帰り残業、勤務時間外の研修等の参加が業務とみなされない時間外労働の取り扱いと支払いについての問題が顕在化した。また、育児中の看護職の夜勤免除などにより、一部の看護職員に夜勤負担が集中し、夜勤要員の確保が一層困難になっていることも示された。現場では二交代・一六時間の長時間夜勤が増え、三交代制勤務では同日に日勤と夜勤を行うなど、一時間の勤務間インターバルの確保困難等、夜勤の勤務負担が大きいにもかかわらず、仮眠取得の状況や仮眠環境も十分とはいえない状況にある。就業看護職の平均年齢が上昇するなかで、夜勤負担の軽減こそが大きな課題である。

さらに職場では、様々な暴力・ハラスメント対策が実施されているにもかかわらず、直近一年に五割弱の看護職員がハラスメント被害を経験していた。本調査の就業継続意向に関する設問では、「離職を考えている」が四四％であり、現在の勤務先で働き続けるための条件として「仕事に見合った賃金額」を挙げた。

本章は、直近の調査結果等から、病院勤務看護職員の労働実態を示す。集計結果がないものについては病院に限らず全就業先の合計の値を紹介する。

第24表 「就業継続が可能な看護職の働き方」の提案

5つの要因	10項目
1. 夜勤負担	1) 勤務間隔は11時間以上あける（勤務間インターバルの確保） 2) 勤務拘束時間13時間以内とする 3) 仮眠取得の確保と仮眠環境の整備をする 4) 頻繁な昼夜遷移が生じない交代制勤務の編成とする
2. 時間外労働	1) 夜勤・交代制勤務者においては時間外労働をなくす 2) 可視化されていない時間外労働※を把握し、必要な業務は所定労働時間に取り込む
3. 暴力・ハラスメント	暴力・ハラスメントに対し、実効性のある組織的対策を推進する 上司・同僚・外部からのサポート体制を充実させる
4. 仕事のコントロール感	仕事のコントロール感を持てるようにする
5. 評価と処遇	仕事・役割・責任等に見合った評価・処遇（賃金）とする

※ 業務開始前残業（前残業）や持ち帰り業務、勤務時間外での研修参加等（業務時間外残業）
〔出所〕 日本看護協会「『就業継続が可能な看護職の働き方』の提案」（2021年3月）より作成

1 時間外労働と労働時間管理

全国の病院を対象とした「二〇二一年病院看護・外来看護実態調査」（以下、「二〇二一年調査」）によると、週所定労働時間は「四〇時間」（三五・九％）が最も多く、週所定労働時間の平均は三八・九時間であった。所定年間休日総数は、「一二〇～一三〇日未満」（四四・二％）が最も多く、所定年間休日総数の平均は一七・三日であった。「二〇二一年看護職員実態調査」（以下、「二〇二一年職員調査」）（日本看護協会）によると、年間の有給休暇の取得状況（二〇年度・正規雇用職員、フルタイム・勤続六ヶ月以上）は、「五～九日」（四二・二％）が最も多く、平均は九・六日、平均取得率は六四・七％となっている。

(1) 時間外労働

看護現場は交代制勤務でありながら、時間外勤務が常態化している。「二〇二一年職員調査」によると、二〇二一年九月の一ヶ月間に「超過勤務をした」割合は七八・四％であった。超過勤務をした正職員（フルタイム）が、実際に行った超過勤務時間は平均一七・四時間、そのうち申告した超過勤務時間は八・七時間で、八・六時間の差異があった。実際に行った時間外労働の申請、ならびに手当支給が適正に行われていないことが読みとれる。看護現場の労働時間管理の適正化が課題である。

なお、一九年四月、労働安全衛生法により労働時間の客観的把握が義務づけられたことを受け、医療現場でも労働時間の把握方法が

変化しつつある。従来は押印方式の出勤簿が多かったが、「タイムレコーダー・タイムカード」が約四割にまで増加した。

時間外労働をめぐるもう一つの問題が、自己研鑽と業務上の教育訓練との線引きである。看護職にとって専門職としての自己研鑽は当然であるが、一方で多くの職場では一部の教育・訓練が「自己研鑽」とされ労働時間として扱われない職場慣行がある（一九九年調査）第三章「病院・職員調査」日本看護協会。

厚生労働省の「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」（一七年一月二〇日）をふまえれば、業務性の高い教育・訓練は労働時間として扱うべきと解され、自己研鑽との「線引き」をあらかじめ明確にする労務管理が求められる。適切な労働時間管理と処遇の確保によって、職場の内外を問わず自己研鑽が可能となるような時間的・経済的な余裕が生み出され、学びを支える仕組みが機能することが重要である。

(2) 夜勤負担と勤務間インターバル

近年、「三交代制（日勤・準夜勤・深夜勤各八時間）」が減少し、「二交代制（夜勤一六時間未満）」が増加傾向にある。

「二一年調査」によると、病院で採用している「夜勤・交代制勤務の勤務形態」（複数回答）は、「二交代制（夜勤一回あたり一六時間以上）」が六四・五%で最も多く、次いで「三交代制（変則含む）」が三三・三%、「二交代制（夜勤一回あたり一六時間未満）」が二六・六%であった。

病棟（一般病棟、療養病棟、結核病棟、精神病棟を含む）における正規雇用（フルタイム勤務及び短時間勤務）の看護職員の、二一

年九月の一ヵ月間における一人あたり月平均夜勤回数についてみると、三交代制の病院では「七〜八回未満」の割合が二七・三%でも多かった。二交代制の病院では「四回超〜五回未満」の割合が三〇・三%で最も多かった。しかし、三交代で「月八回超〜一三回未満」が全体の三〇・八%、二交代で「五回超〜一三回未満」も三〇・六%となるなど、人事院「二・八判定」の水準を超えており、夜勤回数の縮減は進んでいない。

当直制、オンコール体制のほか、もっぱら夜勤に従事する夜勤専従勤務者も、それぞれ少数ながらいる。また「職場に夜勤はあるが現在はしていない」看護職員も一割程度存在する。これには、夜勤のない部署に配属されているか、または育児や健康状態等の理由で夜勤が免除されている者が含まれる。

交代制勤務においては、勤務の割り当てによっては勤務終了から次の勤務開始までの時間（勤務間インターバル）の確保が困難となることがあり、時間外勤務の発生によってさらに短縮する。

前述したように、日本看護協会では夜勤交代制勤務の負担軽減を目指して、一三年に「看護職の夜勤交代勤務に関するガイドライン」を公表し（第23表）、その周知・普及に努めてきた。ガイドラインは勤務間隔を一一時間以上あけることを提案したものの、「一九九年調査」によると、三交代制の施設で「勤務と勤務の間を一一時間あける」ことを実施している病院・施設の割合は四四・〇%に止まる。「二〇一四年看護職の夜勤・交代制勤務ガイドラインの普及に関する実態調査」（日本看護協会、以下「一四年調査」）における「実施している」割合（四二・〇%）と比較しても、導入が進んでいない。

また、「一九九一年調査」で交代制勤務を実施している施設のうち、勤務拘束時間一三時間以内とすることに「取り組む予定はない」と回答した施設が四八・八%を占めた。「二〇一四年調査」の割合(四七・一%)と比較しても変化がないことが分かった。

日中の勤務に比べ心身への負担が大きい夜勤・交代制勤務者において、勤務間インターバルを十分に確保することは、疲労を回復させるための必要である。スウェーデンの交代勤務者を対象とした研究では、夜勤・交代制勤務を行う人は、そうでない人よりも疲労を一・七五倍、不眠を二・七五倍引き起こしやすく、さらに勤務間インターバルが一時間未満の人は、一時間以上確保できた人よりも疲労を一・七一倍、不眠を二・一二倍引き起こしやす⁽¹⁴⁾ことが報告されている。

夜勤中の仮眠取得に対する満足度は約三割であり、夜勤の人員が手薄となるため、十分な仮眠時間を確保できないケースも多い(一九九一年調査)。急性期一般病棟の夜間(午前二時時点)の看護職員配置は、「基本三人」の病棟が最も多く五九・九%、次いで「基本四人以上」が二四・〇%、「基本二人」(最低基準に相当)が一六・一%であった。夜間の配置を手厚くする必要のある患者状態等の場合には、看護師を手厚く配置する対応をとっているが、手厚い配置の病棟であってもインシデントが多く発生している(二〇二一年調査)。

一七年度、日本看護協会は公益財団法人大原記念労働科学研究所に委託し、夜勤負担が看護職員に及ぼす影響をめぐり、「安全、健康、生活を念頭においた看護師の一ヵ月七二時間夜勤規制に関する研究」を行った。また同年、独立行政法人労働者健康安全機構労働

安全衛生総合研究所が「交代制勤務看護師の勤務間インターバルと疲労回復」に関する研究を行った。

これら労働科学の知見から、一ヵ月あたりの夜勤の延べ時間数が長いと情動ストレスの解消が不十分となること、また、睡眠の確保に影響を及ぼす勤務間インターバルの確保が、夜勤・交代制勤務の労働時間特性によって不十分となりがちであることが明らかとなった。看護は代表的な「感情労働」とされ、情動ストレスのコントロールは重要であるが、日常的にそれが困難な状況におかれている。さらに患者からの暴力・ハラスメントのような強い負荷が加われば、メンタルヘルスが脅かされることは容易に想像される。

現場での持続可能な夜勤・交代制勤務への転換をめざす取り組みへの職能団体としての支援が引き続き重要である。

2 労働災害

看護職員の労災のうち、社会的な影響が大きかった例として、一〇年に二人の二〇代の病院勤務看護師の過労死が相次いで認定された事案がある。死因はいずれも脳・心臓疾患、勤務先は大阪・東京の公的な大規模病院であり、長時間労働と夜勤を含む交代制勤務または当直勤務の負荷を認定理由とした。

日本看護協会は、「二〇〇八年時間外労働、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」を実施し、過労死危険レベルの時間外勤務をする看護職員が全国で約二万人にのぼるとの推計結果を発表した。この結果をふまえて過労死につながりかねない長時間労働の自主点検と、労働時間管理適正化の取り組みを呼びかけている。⁽¹⁵⁾

「平成三〇年版過労死等防止対策白書」の医療従事者の過労死認定事案の分析によれば、医師は主として長時間労働に起因する脳・心臓疾患の比率が高いのに対し、看護師については精神障害の事案の割合が多く（脳・心臓疾患一件、精神障害五二件）、そのほとんどが女性（五二件のうち、五一件女性）であり、約半数が三〇代以下（五二件のうち、二〇代以下二二件、三〇代一五件）であった。また、その発病に関与したと考えられる業務によるストレス要因は、患者からの暴力や入院患者の自殺の目撃等の「事故や災害の体験・目撃をした」が、約八割ととくに多く（五二件のうち「悲惨な事故や災害の体験・目撃をした」四〇件）、その発生時刻は深夜帯が多い（四〇件のうち、一九件が深夜二四時から八時に発生¹⁷⁾）。

「一九年調査」によれば、職員間および患者・家族からのハラスメントについて、組織的な対策（就業規則の整備、職員研修の実施、相談対応、事後の迅速・適切な対応など）は、いずれの項目も六〇〜七〇%の病院が講じているにもかかわらず、過去一年以内に職場内で何らかの暴力・ハラスメント被害を経験した看護職員は回答者の四二・九%であった。ハラスメントの内容と主な行為者は、「意に反する性的言動」「身体的な攻撃」については患者によるものが多く、「精神的な攻撃」「人間関係からの切り離し」は同じ職場の職員によるものが多かった。

厚生労働省「令和二年過労死等の労災補償状況」によると、二〇年度の精神障害による労災請求件数は、産業（大分類）別では「医療・福祉業」が四八八件と最多であった。従事者一〇万人あたり請求件数（五・九）も「運輸・郵便業」（六・〇）に次いで多い（総務省「労働力調査」より算出）。産業別従事者一〇万人あたり請求

件数を一〇年と比較すると、一年の労災認定基準改定を経たとはいえ、全体に増加がみられ、とくに「医療・福祉業」では二・〇から五・九と三倍近くとなっている。

職種（中分類）別にみた「保健師助産師看護師」の精神障害による労災の請求件数は二〇年までの一〇年間を通じて職種別でのワースト一〇内で、さらに増加傾向にあり、二〇年度には一二七件、従事者一〇万人あたり七件を超えるとみられる。職場内の暴力はもとよりあつてはならず、職員間の各種ハラスメントについては法律によつて事業主に対策が義務づけられているが、顧客（患者・要介護者・その家族等）によるハラスメントから職員を守る対策は現時点では義務づけられていない。顧客への啓発とあわせ、組織的な取り組みの推進が急務である。

COVID-19対応において、業務により感染し、労災適応となる看護職員も増大した。医師・看護師や介護業務の従事者は、業務外で感染したことが明らかな場合を除き、原則として労災対象となった。厚生労働省「新型コロナウイルス感染症に関する労災請求件数等」をみると、医療従事者等は突出して申請・決定・適用件数が多い。医療従事者等の「医療業」は、請求九万一九三一件、決定八万四三四五件（うち支給八万四一〇二件）となっている（二三年三月三十一日時点）。

COVID-19の感染が広がり始めた頃、対応する医療従事者には、人事院規則・第一二条防疫等作業手当に定める特殊手当として一日につき三八〇円（著しく危険である）と人事院が認める作業に従事した場合にあっては、当該額にその百分の百に相当する額を加算した額が支給された。

二〇二〇年四月一五日に、日本看護協会は政府に対し、COVID-19対応を行っている看護職に対して危険手当を支給すること、さらに、看護職が帰宅せずホテル等に宿泊した場合に当該看護職に対して一泊につき一万五〇〇〇円を上限に宿泊費の補助を行うことを要望した。

その後、「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業」において、COVID-19に対する医療提供に関し、都道府県から役割を設定された医療機関等に勤務し患者と接する医療従事者や職員に対し、慰労金として最大二〇万円、その他病院、診療所等に勤務し患者と接する医療従事者や職員に対し、慰労金として五万円が給付されることとなった。また、各自治体、医療機関で危険手当の増額や慰労金等の支給が行われた。

3 賃 金

厚生労働省の調査によると、看護師の平均年収は四九八万六二〇〇円（平均年齢四一・二歳）となっている。日本看護協会が行った調査では、二一年の病院看護職員（看護師）の賃金額は、初任給（基本給）で約二二万円、勤続一〇年で約二五万円となっている（第25表）。

看護職員の賃金水準は、二〇代前半では全産業平均より高めだが、三〇代以降には逆転し、年齢層として就業者が最も多い四〇代前半では約七万円の開きとなり、この差は年齢を重ねるにつれ拡大していく（第12図）。同じ医療現場でも、二〇代ではともに働く薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士などのコメディカル

職種を上まわるものの、その後年齢上昇にともない次第に追いつかれ、追い抜かれている。

看護職員の賃金は業務上担う責任と過酷な勤務に見合ったものとはいえないとして、その改善が求められてきた。医療機関に勤務する看護職員で夜勤に従事する場合は、夜勤一回あたり定額の手当支給が通例となっており、毎月決まって支給される賃金は夜勤手当分を含み、夜勤回数にもよるものの、その総額が五〜八万円程度となつて賃金総額を上げていく。年齢・勤続年数にもとづく年功制の賃金制度をとる例が多いものの、実際には年齢にともなう賃金の上昇は極めて緩やかである。これは、出産・育児等による就業中断や職場移動が多く勤続年数が短い者が多いこと、さらに職場移動に際して前職までの経験が反映されにくいことも影響しているとされる。

人事院が定める国家公務員の職種別の俸給表について、等級別の適用人数の構成をみると、看護職員に適用される医療職三表では、新人から副看護師長までが二級に留め置かれるため、二級適用者が全体の八三％を占めている（巻頭色刷り第5図）。高度な専門性を有する認定看護師などですら二級にとどまる。四〇〜五〇人の職員を従え、一つの病棟を管理する看護師長になって初めて三級に昇格する。役職につき等級が上がると昇給するが、ほとんどの看護職員にはそのチャンスが非常に少ない。歴史的な経緯によって、公立・公的だけでなく、民間でも国家公務員医療職俸給表（三）（以下、医療職俸給表（三））に準じた賃金制度を持つ医療機関が多く、このことが看護職員の賃金がなかなか上がらない要因の一つとなっている。

第25表 看護師の賃金（単位：円 2021年、2020年）

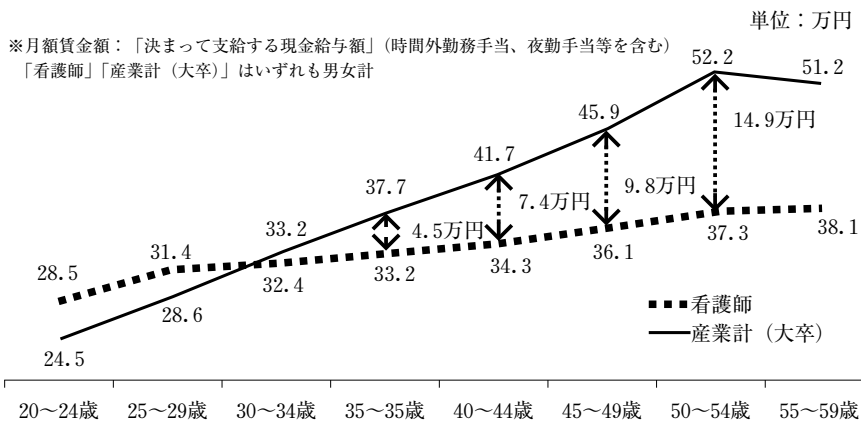
	今回（2021年度実績）			前回（2020年度実績）	
	回答病院数	平均基本 給与額	平均税込 給与総額	平均基本 給与額	平均税込 給与総額
新卒看護師初任給 （高卒 + 3年課程）	2,259	203,445	259,233	202,289	262,277
新卒看護師初任給 （大卒）	2,145	209,990	267,440	208,918	270,292
勤続10年看護師月額給与 （31～32歳、非管理職）	2,266	248,149	320,846	244,587	318,916

〔備考〕 1) 「税込給与額」には、通勤手当、住宅手当、家族手当、夜勤手当、当直手当等を含む（時間外手当および新型コロナウイルス感染症に係る危険手当等は除く）。ただし新卒者については、家族手当は含まず、単身・民間アパート居住とする。

2) 夜勤をした場合には、当該の月に三交代で夜勤8回（二交代で夜勤4回）をしたものとする。

〔出所〕 日本看護協会「2021年病院看護・外来看護実態調査」

第12図 年齢階層別月額賃金額（看護師・産業計（大卒））



〔出所〕 厚生労働省「令和2年 賃金構造基本統計調査」

4 看護職員の処遇改善

看護職員の処遇改善は積年の課題であり、収入が厳しい職務内容に見合っていないこと、キャリアを積み重ねても収入が増えていかないことが看護職員不足の大きな要因の一つである。そこで、日本看護協会では、抜本的な看護職員の処遇改善を要望してきた。

二一年一〇月に就任した岸田文雄首相は、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」の一環として、看護職員等の給与を上げるための取り組みとして「看護職員等の処遇改善」を掲げた。そして、看護・介護、保育などの現場で働く人びとの賃金水準を規定している公的価格のあり方を検討する公的価格評価検討委員会が設置された。

日本看護協会では、看護職員の賃金増を実現するための方策として、各年齢層にわたる基本給引き上げによるベースアップの実現と管理的立場にある看護職員および高度な専門性を有する看護職員を適切に処遇できる賃金体系の導入の措置の実施と医療職俸給表(三三)の級別標準職務内容を改善することをまとめた意見書を提出した。

同委員会が二月二日に示した中間整理では、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員の収入の三〇程度の引き上げと、すべての職場における看護師のキャリアアップにともなう処遇改善のあり方の検討の必要性が明記された。

看護職員等処遇改善事業では、「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員」を対象に、「二〇二二年二

月～九月の間、国の補助金を活用した収入の一〇程度(月額四〇〇〇円)引き上げ」が行われた。医療機関からの補助金申請については、支給要件に該当する医療機関二七二〇施設のうち、今回は二四一一施設、八八・六％が申請した。

一〇月からは、診療報酬によつて三％(月一万二〇〇〇円)程度引き上げるため、「看護職員処遇改善評価料」が新設され、必要な費用を対象病院に支払う仕組みが始まった。「看護職員処遇改善評価料」による処遇改善にあたっては、「安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の二／三以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ること」(算定要件)とされている。

地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員(全国で約五七万人)に対し、賃金引き上げのための措置が講じられたものの、就業中の看護職員(約一六八万人)全体の三分の一にとどまっている。また、訪問看護や診療所、高齢者施設等でも看護職員はCOVID-19対応に奮闘しており、政府に対し「全ての看護職員の処遇改善の実現」について要望を続けている。

六月七日に閣議決定された政府の「骨太の方針」、さらに、「新しい資本主義のグランドデザインおよび実行計画」において、看護職員の処遇改善に引き続き取り組み方針が示され、「すべての職場における看護師のキャリアアップに伴う処遇改善のあり方について検討する」ことが閣議決定された。八月三〇日には、人事院が医療職俸給表(三三)の見直し着手していることが公表された。同日開催された公的価格評価検討委員会で、増田寛也座長は、厚生労働省に対して医療職俸給表(三三)の見直しをふまえて処遇改善を進めるよ

う医療関係団体に要請してほしいと発言した。そして、「公的価格評価検討委員会中間整理」を受けるかたちで、人事院規則が改正され、医療職俸給表(三)級別標準職務表が見直されることとなった(二月一日公布)。

今回の見直しの趣旨は、「公的価格評価検討委員会中間整理」(二一年二月)が求めた「看護師のキャリアアップに伴う処遇改善」であり、国家公務員の看護師について、職務の実態等をふまえ、「管理的立場にある看護師や特に高度の知識経験に基づき困難な業務を処理する看護師について、キャリアアップに伴い、より高い職務の級に昇格できる環境整備を図る」ことである。改正は以下の通りに行われた。

①三級に「副看護師長」を新たに規定、②三級に「特に高度の知識経験に基づき困難な業務を処理する看護師の職務」を新たに規定、③四級の代表的な職務として「看護師長」を規定。

看護師長は従来の三級から基本的に四級、非管理職と同じく二級にとめられていた副看護師長はあらたに三級に、さらに、「特に高度の知識経験に基づき困難な業務を処理する看護師」が三級に位置づけられた。

「特に高度の知識経験に基づき困難な業務を処理する看護師」については、専門看護師・認定看護師、さらに特定行為研修修了者はもとより、管理職でなくとも、高度の知識経験にもとづき役割を果たしている熟練の看護師も該当すると考えられる。

日本看護協会では、医療職俸給表(三)の見直しをきっかけに、自施設の賃金制度を抜本的に見直し、看護職員の処遇改善を図るよう働きかけを行っている⁽²³⁾。

看護職員の処遇改善に関する一連の国の動きは、COVID-19と無

関係ではない。地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員(全国で約五七万人)に対し、賃金引き上げのための措置が講じられた。しかし、COVID-19に対応したのは今回の対象機関だけではない。就業中の看護職員は約一六八万人であり、訪問看護や診療所、高齢者施設等でも看護職員は新型コロナに対応に奮闘している。厳しい労働環境のもとで勤務するすべての看護職員の処遇の抜本的改善を実現すべく要望を行っている。

第四章 今後求められる対策

1 急性期医療における看護職員配置の強化

持続可能かつ質の高い医療提供体制を確保していくためには、有事を見据えつつ、平時から余裕をもって患者への対応ができる看護職員配置が必要である。しかし、日本の病床あたり看護職員配置数は、一七年度時点でOECD加盟国三五カ国のうち三〇位と、諸外国に比べてかなり低い状況にあり、まずは看護職の量的確保が必須である。

現在、在院日数の短縮や医療技術の進歩、患者の重症化等の影響により、高度急性期入院医療を提供する病院においてはICUやHCUだけではなく、一般病棟でも短期間で集中的な治療や看護を必要とする患者が多く入院している。集中治療を行う病院は、医師の負担も大きいため、看護職員とのタスク・シフト/シエアを進める

ことで、必要に応じた手厚い医療・看護を提供でき、早期回復や重症化予防が可能となる。急性期病床においては、患者の安全を守り効果的な医療・看護を提供するために、現状の一〇対一よりも手厚い看護職員配置が必要である。ICUにおける看護師配置は、諸外国では一・五対一以上の配置のなかで、日本は二対一が基準である。前に述べたように、ICUにおける配置の違いが死亡率低下と有意な関連があるとの研究もある。

COVID-19発生以前から、実態としては、看護配置入院料一（七対一）を算定している重症者が多い二四病棟の三割以上が、診療報酬の人員配置基準を超える五対一や六対一などの手厚い看護配置を行っている。COVID-19対応や感染防止対策のために、人工呼吸器装着患者への対応は二対一以上、ECMO装着患者への対応は二対二以上と手厚い看護師配置が必要であることが明らかになっている。コロナ感染症重症患者の受け入れを行っている医療機関においては、実態として、通常の三倍以上に相当する人員を確保していたとの報告もある（第四五九回中医師総会資料（二〇年五月二五日））。

また、人工呼吸器やECMOを必要とするコロナ重症患者の治療体制に必要な、ICUにおける看護職員配置の強化も必要である。

2 感染管理認定看護師（CN）・感染症看護専門看護師（CNS）の養成

COVID-19対応において、ゾーニングの整備・周知、感染症対策マニュアルの見直し・改定、幅広い感染管理体制の整備等、感染管

理認定看護師（CN）・感染症看護専門看護師（CNS）が果たした役割は大きかった。

今回の活躍をふまえ、高い専門性を発揮できる感染管理認定看護師の養成はいっそう重要だが、感染管理認定看護師は二九七七人（二〇年二月）であり、中小規模病院に所属する感染管理認定看護師は少ない状況にある。コロナ感染症の収束が見えないなか、感染症に関する専門的な知識と高度な技術を持つ感染管理認定看護師の養成が急がれる。

3 看護職員の処遇改善

看護職員は、二四時間体制であらゆる現場を守っており、業務の特殊性から、夜勤・交代制勤務による様々な健康上のリスクにさらされている。今回のコロナ禍においても、看護職は引き続き高い使命感を持って働いているが、使命感だけでは限界があり、正当な処遇が必要である。政府による看護職員の処遇改善も始まったが、看護職員の厳しい仕事内容に見合った処遇改善が必要である。

4 勤務環境の整備

看護職員が日中も夜間も健康に働くことは、患者に提供される医療の安心・安全を守ることに直結しており、医療提供体制を維持するうえでも、看護職員が健康に働き続けられることが重要である。

就業者の全体的な年齢上昇にとまない、一六時間夜勤に代表される、元気で疲労からの回復が早い若年層向きに作り上げてきた看護

の職場の働き方を、中高年齢層にも対応可能な、無理なく続けられる働き方へ転換することが急務となる。また、就業期間の延長にもない、中高年齢層のキャリア開発や、能力・役割・責任に応じた処遇制度への転換が求められる。さらに、日本看護協会が「プラチナナース」と称する、六〇歳前後からそれ以上の年齢層で就業している者について、キャリアを活かして健康に働ける就業環境の整備、適切な処遇の仕組みづくりが急がれる。

5 ナースセンター機能および看護職の資格活用基盤強化

都道府県ナースセンターを通じ、現場に復帰した多くの看護職が業務に従事した。しかし、資格を有する看護職の把握について、現行制度では、すべての数を定期的に把握することができない。今後の高齢化の進展、生産年齢人口の減少等を考えると、将来にわたり看護の実効性を確保していくためには、未就業者を含むすべての看護資格保有者の動静を適切に把握し、資質の向上とキャリア構築を支援する体制構築が急がれる。

今後、医療・看護提供体制を恒久的に維持するため、看護職の資格管理に関する現行制度とマイナバーの連携により、資格を有するすべての看護職を把握し、看護職としての資質を維持する継続的な検査等の支援体制を早急に構築することが必要である。

また、都道府県ナースセンターには、就業支援の役割が期待されているが、人員・予算の体制は都道府県による格差が大きく、決して万全とはいえない状況のため財政支援の大幅な拡充が必要であ

る。

6 看護職員の応援派遣および応援派遣体制の確保

地域の実情、患者の病態・重症度に応じた病床を確保し、治療・看護が提供されることが必要である。COVID-19の感染爆発によって、軽症者以外の在宅療養が余儀なくされ、訪問看護師への健康観察依頼も相次いだ。またCOVID-19回復患者の転院困難という事態も発生した。

行政、医療機関、医療関係団体の役割を明確化し、連携しながら、地域に必要な医療提供体制および災害・感染拡大等の有事に備えた医療提供体制の構築が強く求められている。

施設等機能の明確化と看護職をはじめとする医療従事者の役割発揮に向けた提供体制の整備を行うためには、都道府県において病院機能を明確にしたうえで、機能に応じた役割分担と連携を行うことのできる、医療・看護提供体制整備が必要である。役割分担と連携を明確にすることで、円滑な搬送調整や医療従事者の人員配置の調整が可能となる。

患者の重症度に応じた医療を提供できる施設等の機能の明確化により、有効に医療資源が活用され、たとえば、回復した重症患者は中等症患者・軽症者を治療する医療機関で継続的な治療・看護の提供を受ける等、効率的な体制が構築できる。

また、クラスターの発生などによって医療機関での通常の診療体制の維持が困難となった場合や、宿泊療養施設、保健所等で人材のニーズが急激に増加した場合に備え、都道府県外からの看護職員に

よる感染症対策応援派遣の仕組みを構築し、地域間での応援体制を確保することも重要である。

おわりに

日本看護協会が約一万五〇〇〇人の看護職員に対して実施した「二〇二一年看護職員実態調査」では、六八%が「今後も看護職員として働き続けたい」と回答した。感染拡大が続くなかで、「自身自身が感染するのではないか」という大きな恐怖と不安を抱え、「労働環境の悪化」や「周囲からの差別や偏見、心ない言葉」を経験しながらも、引き続き高い使命感を持って、現場で安心して働き続けられる職場環境づくりが重要である。

そのためにまずは看護職の量的確保が必須である。メンタルヘルス支援体制や専門性の高い看護職による支援の強化が必要であり、患者の療養支援を保健所・施設・訪問看護等の連携強化によって確保できることが求められている。そして、処遇改善や休暇の確保への対応も必要である。

(小村由香、奥村元子)

- (1) 「二〇二一年看護職員実態調査」(日本看護協会)。
- (2) 子どもを持つ者の割合は五・五・三%で、三〇代以上では半数以上が子どもを持つ。平時における仕事と育児との両立支援措置の利用は当然のことだが、新型コロナウイルス感染症まん延防止措置等の間の保育園・学校等の休園・休校は看護職員の就労に大きな影響を及ぼすこととなった(日本看護協会「二〇二一年病院看護・外来看護実態調査」)。
- (3) 「重点医療機関」とは、新型コロナウイルス患者専用の病院や病棟を設定する医

療機関、「協力医療機関」とは、新型コロナウイルス疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関を指す。それ以外の医療機関は「一般の医療機関」とされ、いずれも都道府県が指定する。

- (4) 診療報酬(入院基本料)とは、入院時の基本的な医療サービス(医師の基本的な診療、看護、病室病棟等療養環境など)の対価である。患者一人あたり入院一日単位で点数(二点一〇円)が決まっており、「急性期一般入院基本料(入院料一)」では一六五〇点(二万六五〇〇円)で、ここに検査・画像診断・注射・処置・手術・投薬等の診療行為に応じた対価、薬剤料などが加算される。診療報酬は保険者から保険医療機関へ、患者の窓口負担分を除く金額が支払われる。病院への診療報酬支払いは、現在DPC方式(診断群分類)にもとづく一日あたり包括払い制度)で行われており、患者の病気の種類(こと)に上記医療サービスの対価を包括した一日あたり点数(二点一〇円)が算定される。

- (5) Labeau SO, et al.(2021) "Prevalence associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUS study." *Intensive Care Medicine*;47 pp. 180-189.
- (6) Checkley W, et al.(2014) "Structure, Process, and Annual ICU Mortality Across 69 Centers." *Critical Care Medicine*. 42 pp.344-356.
- (7) 一八年度病床機能報告(看護師数の入力がない治療室は除外。看護師一人あたりの月労働時間を一五〇時間として算出)。
- (8) 「医療関連データの国際比較—OECD Health Statistics 2019」日本医師会総合政策研究機構「リサーチエッセイ」No.77, 二〇一九年。
- (9) 全国の病院八二〇二施設(全数)の看護部長に回答を依頼した。
- (10) ナースセンターは、一九九二年に制定された「看護師等の人材確保の促進に関する法律」にもとぎ設置された。中央ナースセンターは日本看護協会が厚生労働省から、都道府県ナースセンターは都道府県の看護協会が都道府県から指定を受けて運営している。四七都道府県に必ず一つの都道府県ナースセンターがあり、看護職確保対策、復職支援等を行っている。

- (11) eナースセンターは、全国四七都道府県ナースセンターで行っている無料の職業紹介サイトである。
- (12) 「看護職のWLBインテックス調査」は、日本看護協会公式ホームページに掲載し、無料で利用できることになっており、これまで約1000施設以上が実施している。本事業のスキームは、医療機関の勤務環境改善に関する改正医療法の規定の施行（四年一月一日）にともない、各医療機関がPDC Aサイクルを活用して計画的に勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）の導入の際に参照された。
- (13) 夜勤拘束時間を一三時間以内に短縮する取り組みが進まない背景の一つとして、長時間の日勤（長日勤）がある。長日勤は長時間労働による業務負荷が大きだけでなく、育児や介護等、家庭生活との両立を困難にしてしまう点も指摘されている。
- (14) Akerstedt, Torbjorn, and Goran Kecklund (2017). "What work schedule characteristics constitute a problem to the individual? A representative study of Swedish shift workers." *Applied ergonomics* 59 pp.320-325.
- (15) 佐々木司「安全、健康、生活を念頭に置いた看護師の1ヶ月夜勤規制に関する研究」『看護』Vol.71 (No.1)、日本看護協会、二〇一九年、五四頁、久保智英「交代制勤務看護師の勤務間インターバルと疲労回復」に関する研究『看護』Vol.71 (No.1)、日本看護協会、二〇一九年、四八頁。
- (16) 「News Release」二〇〇九年四月二四日、日本看護協会公式ホームページ。
- (17) 「平成三〇年版過労死等防止対策白書」第四章過労死等をめぐる調査・分析結果 重点業種・職種の調査・分析結果 (5) 医療。
- (18) 重点医療機関、新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れる医療機関、帰国者・接触者外来設置医療機関、PCR検査センター等。
- (19) 厚生労働省「令和三年賃金構造基本統計調査」、日本看護協会「二〇二〇年病院看護実態調査」二〇二二年病院看護・外来看護実態調査。
- (20) 補助金の対象となる施設の要件は、次のいずれかに該当する。①救急医療管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、救急搬送件

数が年間で二〇〇件以上であること。②「救急医療対策事業実施要綱」（一九七七年七月六日医発第六九二号）に定める第三「救命救急センター」、第四「高度救命救急センター」又は第五「小児救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

(21) 看護職員処遇改善評価料の対象医療機関は、看護職員等処遇改善事業補助金のそれと同様である。

(22) 診療報酬改定にかかる詳細は、厚生労働省公式ウェブサイト「令和四年度診療報酬改定について」を参照。

(23) 二二年二月九日付で日本看護協会ならびに医療関係団体等に対し、厚生労働省医政局長通知「看護師のキャリアアップに伴う処遇改善の推進について」が発出された。日本看護協会は、二二年二月二日に、全国知事会宛てに看護職員の処遇改善及び保健所保健師の確保に関する要望書を提出した。