

# 日本における看護師不足の実態

## The Study on the Actual Conditions of the Nurse Shortage in Japan

韓 慧\*

Hui Han

### (要旨)

近年、少子・高齢化の進展や医療技術の進歩により看護師へのニーズが高まり、医療現場では看護師不足問題が深刻になっていると指摘されている。それでは、日本における看護師不足問題が深刻だと叫ばれてきたのはどのような理由からであろうか？その理由を語るには、日本の看護師不足がどのような状況にあるか、その実態を明白にしなければならない。本稿の目的は、マクロデータを整理し、分析することによって、日本の看護師不足の実態を多様な側面から明らかにすることである。

本稿は、初めに研究背景と目的を述べ、第2説では先行研究や調査データをもとに、看護師の需給見直しの問題点、看護師需給状況に関する国際比較、就業場所別不足と地域別・規模別による看護師偏在など、多様な側面から看護師不足の実態を明らかにした。また、量的な不足だけでなく、看護師の若年化の進展や高い離職率によって、熟練看護師が十分に育たず、看護の質の低下につながる恐れがあるとわかった。次に、第3説では、看護師の離職問題と離職理由に関するデータをまとめ、看護師の人材流出の現状をみる。加えて看護師免許の所有者の3割を占める潜在看護師が復職した理由についてみる。第4節では、これまで発生した看護師不足に対して、政府が打ち出した対応策とその効果をまとめる。最後の結論では、日本の「看護師不足」の中身を明らかにした上で、これまでの看護師不足対策の問題点、更に今後どう見直すべきかの展望について検討する。

本稿の考察結果から、日本の看護師不足は今後さらに深刻になる恐れがあると判明した。これは、日本政府は今後、看護師問題を重視し、看護師のワーク・ライフバランスの達成に向けて支援対策を十分に行うことが重要であると示唆する。

## 1 はじめに

看護師の職務は人の命に関わる仕事であり、日本では専門職として地域医療における重要な役割を果たしている。しかし、看護師労働市場においては、慢性的看護師不足問題が存在していると指摘されている。近年、少子・高齢化の進展や医療技術の進歩により看護師へのニーズが高まり、看護師不足がさらに深刻になったといわれている。

厚生労働省の第六次看護職員需給見通し調査では、2006年約4.2万人、2010年約1.6万人の看護職員<sup>1</sup>が不足すると予測されていた。この問題に対して、政府は、看護師の離職防止策や潜在看護師の再就職促進策を取り込み、不足の緩和を図った。しかし、第七次看護職員需給見通し（2011年～2015年）によると、看護職員の不足状況はあまり改善できておらず、2011年に約5.6万人、2015年に約1.5万人の供給不足が生じると予測されている。

\* 山口大学大学院東アジア研究科博士課程 (The Graduate School of East Asian Studies, Yamaguchi University)

一方、不足といっても、看護職員は毎年5万人位の新卒者が就職し、看護師数は年々増え続けている。第六次看護職員需給見通しの数値と第七次看護職員需給見通しに掲載された看護職員実数を比較してみると、実人数は需要をはるかに超えていることが分かった。ちなみに、2009年の看護職員就業者数は約143.38万人で、2010年の推計需要約140.64万人よりも多い。これでは不足とは言えないであろう。

それでは、日本における深刻な看護師不足問題があれほど叫ばれてきたのはどのような理由からであろうか。その理由を語る前に、日本の看護師不足がどのような状況にあるか、その実態を明白にしなければならない。本稿の目的は、マクロデータを整理し、分析することによって、日本の看護師不足の実態を多様な側面から明らかにすることである。

これまで、多くの研究者によって看護師不足についての研究がなされ、その原因についても多くが語られている。しかし、日本の看護師不足とは何か、ということを全面的に論述する文献はなかなか見当たらない。前述したように、「看護師不足」の実態が明らかになっていない状況で、いくら不足の原因をまとめても、本当の筋が掴まれているかどうかは疑わしいのである。本稿は、現在の看護マ

ンパワーを有効かつ効率的に活用する前提として、日本の看護師不足の実態を探る重要な研究の一環である。

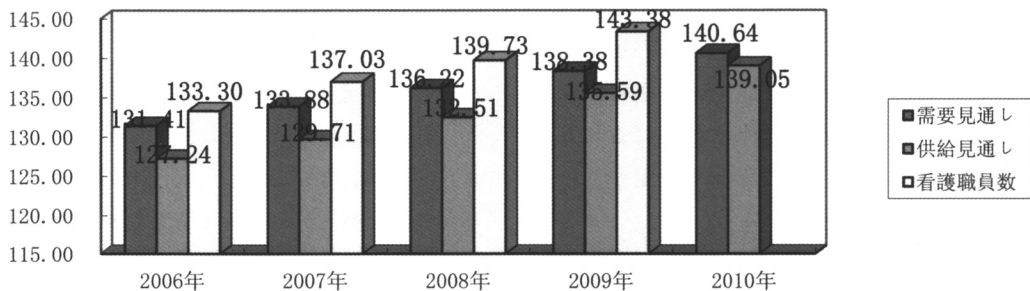
本稿では、まず、日本における看護師不足の状況を明らかにするために、先行研究や調査データをもとに、看護師の需要見通しの問題点、看護師需給状況に関する国際比較、就業場所別不足、地域別・規模別による看護師偏在などのマクロデータを整理し、分析する。続いて、看護師の離職率や離職の理由に関するデータをまとめ、看護師の人材流出の現状をみる。加えて、看護師免許を持っているが看護師として就職していない潜在看護師の数、彼らが復職しない理由についてまとめる。第4節では、これまでに発生した看護師不足に対して、政府が打ち出した対応策をまとめる。最後の結論では、「看護師不足」の中身を明らかにした上で、これまでの看護師不足対策の問題点、更に今後どう見直すべきかの展望について検討したい。

## 2 マクロデータから見た看護師不足

厚生労働省の第七次看護職員需給見通し(2010b)は、看護職員の不足状況について、2011年に約5.6万人、2015年約15万人の供給不足が生じると予測している。一方、看護職

図表 1. 看護職員就業者数の推移

単位：万人



出所：厚生労働省「第六次看護職員需給見通し」(2009)より需給見通し数  
「第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」(2010b)より看護職員就業者数

員は毎年5万人程度の新卒者が就職し、看護師数は年々増え続けている。第六次看護職員需給見通しの数値と第七次看護職員需給見通しに掲載された看護職員実数を比較してみると、実人数は需要見通しを超えており、2009年の実人数が推計需要より5万人多く、2010年の需要通しよりも約3万人多い。前述した様な看護師不足の論調と矛盾する結果が出たのはなぜだろうか。

原因は、二点にまとめることができるだろう。まず、厚生労働省の需給見通し調査が看護師不足問題を正しく反映できるかどうかという点である。もし需給見通し調査の内容が正しくないのであれば、不足がさらに深刻化している可能性がある。もう一つの原因は、看護師不足問題を見る時に、人数総数という数値だけではなく、様々な角度から収集したマクロデータの重要性を見過ごしてはいけない点にある。職場や地域における看護師の偏在や労働条件の差異なども重要な要素として分析する必要がある。本節ではこれらのデータを整理し分析することによって、看護師の不足問題を探る。

## 2-1 需給見通しと「2025年問題」から見た看護師不足

厚生労働省の需給見通し調査は5年おきに実施され、看護師不足を説明するための根拠としては、このデータを取り上げることが一般的である。2010年12月に公表された「第七次看護職員需給見通し」（2011年～2015年）が現時点で最新のデータである。これによると、看護職員（看護師、保健師、助産師）の需要は、2011年の約140.4万人から、2015年の約150.1万人に増加し、伸び率は約6.9%である。一方、供給は、2011年の約134.8万人から、2015年の約148.6万人に増加する（約10.2%の伸び率）と見込まれている。看護職

員の不足は、2011年に約5.6万人、2015年に約1.5万人であると予測されている。

しかし、看護業界や日本医師会、各病院団体などは、需給見通し調査が「甘い見通しだ」と批判している（小林、2011、p.37）。なぜ批判を受けているのであろうか。まず、「2025年問題」を考慮しなければならない。少子高齢化が急速に進む中、75歳以上の後期高齢者数は、2005年の11.6万人から2025年の21.7万人に、約1.9倍増えることとなる。一方、それを支える18歳人口は、2005年の137万人から2025年の102.5万人に、約4分の3に減少するとされている（内閣府、2011、p.4）。少子高齢化の進展に伴い看護師の役割が増えるであろうことは容易に想像でき、そうすると看護師になる人員も増えなければならないことになる。しかし、厚生労働省の需給見通しでは、上述のような看護師不足の実態を十分に把握できないズレが多く、「2025年問題」を支えきれない状況に至る懸念を生み出すことが批判される原因である。

それでは、2025年までにはどのくらいの人数の看護師が必要とされるのか。この問題に対して、以下二つのシミュレーションの試算によって見てみる。まず、2008年1月に設置された社会保障国民会議は、同年11月に「医療・介護費用シミュレーション」を提示し、中には2007年の看護職員の就労者数に対して、2025年までの必要人数を推計する内容があった。このシミュレーションは4つのパターンに分けられ、現行のサービス提供体制を前提として単純に基本需要推計を行い、看護職の供給を計算したのが「シミュレーションA」である。それに対して、サービス提供体制について、急性期医療の在院日数を短縮して重点化し、回復期リハビリや長期療養、地域医療や在宅医療への移行・連携を図る改革を行うことを想定したのが「シミュレーション

B」で、さらにB1からB3に分けている。B1シナリオは、急性期医療の職員を2007年比で58%増やし、平均在院日数を12日、病床数を80万床にすることなどが前提となる。B2シナリオは、急性期医療の職員を100%増やし、平均在院日数を10日、病床数を67万床とする場合。B3シナリオは、高度急性を扱う職員を116%増とし、平均在院日数は16日、病床数を26万床へ、一般急性の職員を80%増とし、平均在院日数を9日、病床数を49万床とするなどの前提条件を用いている。その結果、2025年に必要とする看護職員は、「Aシナリオ」で169.6万人～176.7万人、「B1シナリオ」で179.7万人～187.2万人、「B2シナリオ」で194.7万人～202.9万人、「B3シナリオ」で198万人～206.4万人となっている（小林、2011、pp.38～40）。しかし、この数値は十分な妥当性を持ったものであろうかという疑問が生じる。続いて、東京医科歯科大学医療政策学医療情報システム学の伏見清秀教授と国立病院機構本部総合研究センター診療情報分析部の小林美亜主任研究員は、「医療・介護費用シミュレーション」によって示されたシナリオに、18歳人口の減少や離職者、復帰者などの考慮する要素を増やすうえで、2025年までの長期的看護職員需給見通しの推計を算出した。修正したシミュレーションの各シナリオに基づいて推計した看護職員の必要数を「N1」、そのN1シナリオの看護人員配置条件についてワーク・ライフ・バランスや諸外国の状況を参考にして推計した必要数を「N2」とした（伏見、2009、p.3）。この見通しによると、「医療・介護費用シミュレーション」が算出した必要人数は、やはり不足が存在し、「Aシナリオ」で4.6万人～19.9万人、「B1シナリオ」で7.6万人～26.3万人、「B2シナリオ」で4.4万人～42.2万人、「B3シナリオ」で3.4万人～45.3万人の不足という結果となり、すべ

てのシナリオで需要が供給をはるかに上回る事となった（伏見、2009、p.18）。

「2025年問題」を克服するためには、2025年までに看護職員の200万人体制を実現することが必要だという試算があった（伏見、2009、p.18）。今後看護師を排出する母集団である若年人口が減少し続ける中で、「2025年問題」を考慮すると、これまでの厚生労働省の看護対策がまだ十分ではなかったことがわかる。

## 2-2 国際比較から見た日本の看護師不足

深刻だと言われている日本の看護師不足問題は、諸外国と比較した場合、果たして本当に深刻な不足状態と言えるのであろうか、国際比較を通してみたい。図表2では、各国の看護師数、人口対比、病床対比などを列挙している。

図表2によると、日本の急性期病院病床数は1,034,937床で最も多く、人口千人対比の病院病床数は8.1で第二位に位置している。それに対して、人口千人対比看護師の人数は日本が9.5人であり、フランスの7.7人やカナダの8.8人よりやや多いが、ほかの国よりは少ない。また、100病床あたりの看護師数は日本が117.3人で、フランスやドイツ連邦とほぼ同じ程度だが、ほかの諸外国よりかなり低い数値になっていることがわかる。

つまり、日本では看護師数があまり少なく、100病床あたりの看護師数が平均より少ないが、極端とはいえない。さらに、病院病床数が多いため、実際には看護師が不足していないと誤解されやすい。しかし、このような誤解の上に単純に病床数を減らせるわけではない。まず、日本の医療体制と諸外国との比較をし、根本的な違いがあるかどうかを認識する上で、少病床短入院日数の制度の優劣を評価しなければならない。しかし、実際

図表2. 看護師数、人口対比、病床対比などの国際比較

国名	年次 (年)	病院病床数 (床)	看護師 (人)	人口千人対比		人口 (千人)	100病床 あたり 看護師数
				病院 病床数	看護師 (人)		
日本	2008	1034937	1213815	8.1	9.5	127770	117.3
カナダ	2006	110698	287892	3.4	8.8	32649	260.1
アメリカ	2007	945199	3187580	3.1	10.6	301621	337.2
デンマーク	2006	19636	77708	3.6	14.3	5435	395.7
フランス	2007	440763	476897	7.1	7.7	61707	108.2
ドイツ連邦	2007	677799	818000	8.2	9.9	82257	120.9
スウェーデン	2005	19714	96537	2.2	10.7	9030	489.7
イギリス	2007	207699	610957	3.4	10.0	60975	294.2

- 注：1) 日本の看護師には、准看護師が含まれている。  
 2) 日本とフランスでは看護補助者を含まない。  
 3) カナダは活動している登録看護師のほかに、看護師資格を持つもの（活動しているとは限らない）も含めるが、精神科の看護師は含まない。  
 4) ドイツでは人数でなく常勤換算値である。  
 5) 病院病床数は急性期病院病床数であり、長期病床については含めていない。また、国によって「急性期」の定義や基準が異なる場合がある。  
 6) “OECD Health Data 2009.A Comparative Analysis of 30 Countries”による。  
 7) スウェーデンについては“OECD Health Data 2008”による。  
 8) 小数点第2位以下は四捨五入

出所：日本看護協会『平成21年看護関係統計資料集』p.25  
 前田ら、2010、pp.22～27より作成

にはその評価は困難である。実際には、政府は診療報酬改正などによって、在院日数を短縮させたり、中小規模病院の病床削減や病棟閉鎖を無視したりする姿勢を取っている。

2010年度診療報酬改定では、在院日数が短いほど保険点数が高くなり、退院や転院に加算がつくなど早期退院を促す内容が定められた。病院は高い医療費を追求するために、短期間のうちに患者を退院させたり、転院させたりすることとなった。そのため、受け皿となる民間中小病院や療養病床、精神病院の慢性期病院には、急性期患者が増え、時には重症患者が回ってくる場合もあった。この改定は、受け皿となった病院で働く看護師の労働条件の更なる悪化を引き起こしたと指摘されている（小林、2011、pp.138～143）。

平均在院日数が短縮され、病床回転率が高まり、重症患者ばかりの入院や頻繁な入退院業務による負担増は急性期病院の看護師の労働強度の増加とつながる一方、慢性期病院は

元々人員配置基準が低い上、重症患者が回ってくるのが看護師の負担増になり、看護サービスの質の低下をもたらしかねない。日本社会の現状では、少病床短入院日数の推進が以上のような問題点が出て、十分に検討する必要がある。

国際比較をする際には、国によって急性期の定義や基準の制定が異なったり、各国の高齢化の進み具合などに違いがあったりする場合があるため、比較不可能の部分が存在していると考えられる。それでも、現時点の日本は、看護師不足の解消や、看護サービスの質を保つために、看護師の増員は無視できないことだと言えよう。

### 2-3 就業場所別の看護師不足

前述の厚生労働省の第七次看護職員需給見通しによれば、2009年時点での就業看護職員の総計は約143.4万人である。そのうち約89.2万人（62.2%）が病院、30.4万人（21.2%）

が診療所で就業しており、それ以外の看護職は福祉施設、市町村や企業などの施設に散らばって就業している（2010b）。

2009年の看護職員の需要見通し数と実人数を就業場所別に比較し、図表3で表してみた。これをみると、2009年には、看護職員の実人数が需要見通しを超えている医療施設が多い。特に、病院が3万人、診療所が5万人以上超えている。しかし、介護保健関係施設（介護老人保健施設や介護老人福祉施設など）では5万人の供給不足が存在している。また、助産所でも80人の不足が生じている。社会福祉施設や保健所・市町村、教育機関などの施設では、看護職員の実数が需要見通しより超えてはいるが、その値はいずれも数百人から数千程度にすぎない。

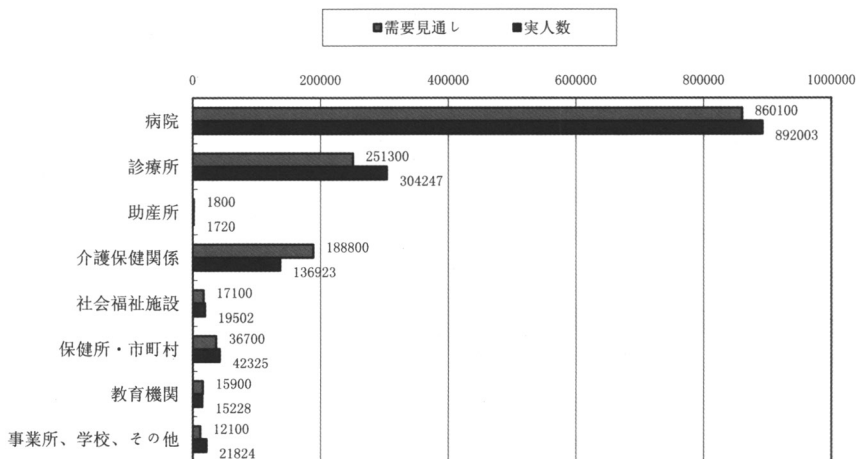
以上の比較から、看護師は、就業先として、病院や診療所を選択する傾向が強いことがわかった。賃金や福祉などの労働条件が良いことが主な原因だと考えられるが、先進技術を学び、技術を磨きたい看護師たちにとっては、病院や診療所での就職が望ましいことであり、新卒者には特に必要なことであると思われる。

また、現行の看護配置体制は、看護師が就業先として病院や診療所を選択することの重要な一因となる。看護配置体制とは、医療法によって定められた基準であり、患者の人数に対して配置される看護職員の人数を規定している。以前は、患者数が15人、13人、10人の3区分だったが、2006年の診療報酬改定により7対1の看護配置体制が導入された。すなわち、平均して入院患者7人に対し、常時看護職員1名（実質配置）が勤務しているということである<sup>2</sup>。

ここで注目しなければならない問題は、看護師の需給が、全体の7割を占める病院における需給問題を中心に議論されていることである。病院における看護師需給の問題は、それ以外の施設や企業等とは本質的に異なっている。病院では雇用し配置すべき看護師の数が「診療報酬上の看護配置規準」として事前に公的に設定され、病院はその公的な配置規準に従って看護需要を決定する以上、その基準は病院勤務を希望する看護職の労働供給数にも影響を与え、ひいては看護職種の新規養成数や再就労数にも影響を及ぼす。そのため、病院で就業する看護師数は十分だと言えるか

図表3. 看護職員需要見通しと実人数の就業場所別比較（2009年）

単位：人



出所：図表1と同じ

もしれない。しかし、一方で、福祉施設においては、看護・介護の人手不足は深刻であると指摘されている（安川、2005、p.3）。

また、以上の議論では、病院では看護師の不足が生じていないことを意味しているように思えるかもしれないが、実際には、看護配置基準の影響で看護師を十分に確保できず、看護師の不足を訴えている病院が数多く存在している。次の節では、地域別・規模別の看護師偏在について、看護配置基準が及ぼす影響について詳述していく。

## 2-4 地域別・規模別看護師の偏在と7対1看護配置

前節では、日本の病院で、7対1の看護配置が実施されていることを紹介した。もともと看護師の絶対数が不足している中で、7対1配置が原因で、多くの病院、特に都市部の大病院が看護師の獲得に走り、中小規模の病院から看護師を引き抜いていくという問題が起きた（甲斐、2008、p.12）。地方の中小病院や介護施設、訪問看護ステーションなどの看護師の需要が増えたが、採用力のある大都市の病院との競争を強いられ、看護師の確保が急速に困難になり、看護師不足の状況に追い込まれたのである（遠藤、2007、p.28～32）。待遇などの条件がよい大病院に看護師が集中する一方、求める数の看護師を採用できず病棟の一部が閉鎖に追い込まれた病院もあった（朝日新聞、2009. 06.11）。全国における看護師の地域別・規模別偏在を示す統計データはないが、断片的な情報を基に分析しても、異常実態が生じていると指摘できる。

なぜこのような状況が発生したのかを分析するために、まず看護配置の規定方法を紹介したい。看護配置基準を規定する際には、2次医療圏<sup>3</sup>を単位とする自治体レベルの地域特性を基準病床数に反映し、看護需要を把握

する方法がとられている。安川氏は、この方法について、地域の医療ニーズを考慮した看護職の必要数が一応算定可能であるという利点をもつが、一方で、病床数を単位に看護需要を考えていくことはあくまで「供給ベース」の需要算定であり、患者ごとに異なるケアのニーズを考慮して、実際にどれくらいの看護サービス量が提供されるべきかという「ニーズ・ベース」での需要把握になっていないと指摘している。また、安川氏は、「看護配置基準」は病床数と看護職員数との関係を規定したものであるから、少なくとも20床以上のベッドをもつ病院にとっては、必要看護職数を算定する上で、具体的に看護サービスの密度を評価する基準としての有効性を持っていることを認めたくえて、なお、この基準が生み出す可能性のある重要な問題点を以下のように指摘している。まず、①：看護配置基準を満たささえすれば、法定の看護配置による診療報酬が得られるため、常に配置基準ぎりぎりの看護職員数の確保に抑えようという経済的インセンティブが病院に生じることである。このことはしばしば、病院の看護実態（患者の状態や繁忙度の変化）に見合わない配置看護職員数での看護を強いられ、業務手順が混乱したり、ミスやエラーが頻発したりといった結果を招来させる。次の問題点は、類似の問題として、②：日勤、夜間、深夜といった勤務帯ごとの看護職員配置の必要度が個別に評価されず、全体として平均的な配置を満たせばよいとされてしまうことである。そのため、看護内容に時間帯間の格差が生じたり、夜間の職員配置が極端に手薄になったりといった事態が生じる。これらは日本の看護基準が「ニーズ・ベース」ではなく、供給ベースであることから生じている問題である（2005、pp.6～7）。

問題点①で述べたように、看護配置は、病

院の収入源である診療報酬との関係が深く、その人員配置基準の高さと平均在院日数などによって、病院が得る診療報酬は、異なってくる。たとえば、7対1の基準で配置する場合は、10対1の区分と比べ、100床当たり年間約1億円の診療報酬が増える計算となり、入院患者に対して看護師の数が多いほど、これまで以上に病院が高収入を得られる仕組みとなっている。このような状況の中、多くの病院は7対1看護配置を実施するため、看護師の獲得に走り、看護師争奪戦の激化を招き、病床数を削減してまで新基準を取った病院も出た。立地や設置主体、規模によって病院の間に格差が生じ、待遇などの条件が良い都市部の大病院に看護師が集中する一方、中小規模の病院での看護師確保が困難になり、人手不足が発生しているのである。また、病院間で看護職員の奪い合いが激しくなることによって、看護師の過剰な賃金上昇を招き、ほかの労働者を雇う経営資金を一層削減させる可能性をはらんでいる。ほかの労働者の雇用が削減されることは、周辺業務の代替を促進させ、看護師に任せる業務がますます増えることになり、看護の質の低下につながる恐れがある(角田、2007、p.57)。さらに、不足前と変わらない質の看護サービスを提供しようとする、看護師の労働時間や労働日数が増加するなど、結果として、看護師にとってはより過酷な労働を余儀なくされるようになり、このため、離職率も高くなる傾向があるとされる(甲斐、2008、p.12)。看護師の労働条件については後に詳述する。

それならば、7対1の配置体制が不必要ではないかと思われるかもしれないが、Aiken博士らの観点によると、7対1看護配置はこれまでの看護配置基準と比べ、患者に対する看護の質を上げる上でとても重要な一環であると考えられる。

Aiken博士らの研究では、1人の看護師の担当患者が4人から5人に増える場合は、一般的な手術で30日以内の患者死亡率が7%上昇し、8人に増える場合は31%の死亡率増加になる。これを見ると、看護師が疲労していると患者を死亡に至るような合併症の発生を見逃がす可能性が大きくなるといった結果が得られる(2002、pp.1990~1992)。また、Needleman博士らの研究によると、看護師によるケア時間が長いほど入院日数が短縮され、尿路感染及び上部消化管出血の発生率が低く、さらに肺炎や心臓発作の発生率も低く、救命の失敗が少ないという結果が出ている。このような研究によって、看護師によるケアが入院患者の生命の安全や病状悪化の防止に大きく貢献していることを示すことができる。言い換えれば、看護師が十分にいなければ患者の生命や安全を守れないということである(岡谷、2003、p.1)。7対1の配置体制が最も適正な基準であるかどうかはまだ議論が必要などころではあるが、以上の研究結果をふまえると、患者のための医療という視点からは、以前の配置体制と比べ、より安心かつ安全な基準であると考えられる。また、そもそもここで述べた効用は、7対1看護配置が導入される際の目的のひとつでもあった。

以上の考察から、7対1看護配置基準は、確かに、地域別・規模別病院における看護師の偏在などの問題を招いているが、この体制自体がよくないとはいえない。問題になったのは、看護師の絶対数が不足していることだと考えられる。中央社会保健医療協議会は、7対1配置体制による看護師確保問題を巡って、配置の届出要件の見直しに関する何らかの激変緩和装置を検討する動きを進めることになった(日経ヘルスケア、2007、p.16)。しかし、日本看護協会は2012年の診療報酬改正において、「5対1」の配置基準の新設を目指している。



確かに、看護師を手厚く配置することは患者にとって良いことではあるが、「7対1」への改定で看護師の争奪戦を引き起こし、中小病院の看護師不足を深刻化させた看護師絶対数の不足という問題がまだ解決されていない現在の状況において、さらに「5対1」の導入を進めることは、看護師不足問題をさらに悪化させる危険性をはらんでいるのである。

本稿の冒頭においては、日本には看護師の不足問題が存在していないのではないかとこの疑問を提示したが、上記の通り、各種データの分析によって、日本の看護師不足の深刻な状況が浮かび上がってきた。「2025年問題」から生み出される巨大な社会需要に対応するためには、200万人体制が必要である。また、看護師の就業先としては、病院や診療所が最も多く、全体に占める割合も大きいため、病院や診療所の需要が十分に満たされていれば、一見、全体の需要が満たされているかのような錯覚をきたしてしまいやすい。しかし、より詳しく分析を進めると、介護保健関係施設では5万人もの供給不足が存在しているほか、社会福祉施設や保健所・市町村などの施設でも、看護職員の実数が需要見通しを超えてはいるものの、その値はわずか数百人から数千人程度にすぎない。就業先によって人員の余裕に格差が生じている中で、7対1看護配置による看護師の奪い合いが激しく展開されており、厳しい労働条件が改善できない地方の中小病院と条件のよい大規模病院との間にも格差が存在し、看護師不足に悩まされている病院や診療所が多数存在する実態が見えてきたのである。

では、看護師が集中している大規模の病院には、看護師の不足が本当にないのであろうか。著者インタビューでは、田中氏は山口大学医学部附属病院においては看護師の不足は

なく、看護師は看護サービスに専念できていると答えた<sup>4</sup>。しかし、この問題に関するより広範な調査データはあまりない。そのため、ここにおいて、都市の大規模の病院だから看護師不足が全く生じていないと結論付けることはできないであろう。

さらに、これまでの分析で用いたデータは、量的に看護師不足を把握するためのデータがほとんどで、看護師の質的不足に関する内容のデータがない。看護は個人の経験やキャリアと深く関連する仕事であり、看護師の質が患者に提供できるサービスの質に大きく影響する。例えば、熟練看護師は経験の浅い看護師と比べて、医師の指示通りに迅速かつ正確に行動したり、早めに患者の異変を気づいたり、医療ミスの発生が少なくなったり<sup>5</sup>している。看護師の質は、よりよい看護サービスを提供するためにとっても重要な要素なのである。しかし、看護師の質についての研究調査は、進みつつあるとはいえ、まだ多くないのが現状である。

### 3 看護師の離職と潜在看護師の存在

日本では毎年5万人位の新卒看護師が就職している。2025年までに200万人体制を目標としても、年間5万人の増加が続けば実現可能ではある。しかし、前述した「長期的看護職員需給見通しの推計」では、18歳人口の減少や離職者、復帰者などの要素を考慮しただけで、「医療・介護費用シミュレーション」の試算結果より少なくとも3.4万人、多ければ45.3万人の看護職員不足の誤差が発生するのはなぜだろうか。この疑問に答えるためには、18歳人口の減少がもちろん、看護職員の離職問題や、看護師免許を持ちながら就職しない潜在看護師問題を見ないといけない。18歳人口の減少については、第2節ですでに述

べた。本節では、看護師の離職と潜在看護師問題について考察する。

### 3-1 看護師の離職率の特徴と離職理由

看護師は、一般就労者と同様に、何らかの理由を持って離職する。ここでは、看護師の離職率を始め、離職する理由についてもまとめて論じてみる。

#### ● 離職率

日本看護協会は看護職員の離職率について毎年調査が行われている。その調査によれば、看護職員の離職率（図表4）は、2010年に、常勤が11.2%、就職1年以内の新卒看護職員が8.6%となり、3年連続で減少する傾向が見られた（2011、p.3）。また、一般女性労働者の離職率を見ると、厚生労働省の「雇用動向調査結果」（2010f）より2009年度が19.0%となり、看護職員の離職率はこれよりも随分低いため、看護職員は比較的安定した仕事であるとみられている。

しかし、日本看護協会の「看護職員実態調査」では、

$$\text{離職率} = \text{離職者数} / \text{平均職員数} \times 100$$

$$\text{平均職員数} = (\text{年度当初の在職者数} + \text{年度末の在職者数}) / 2$$

の公式による計算がなされるのに対して、厚生労働省の「雇用動向調査」は、

$$\text{離職率} = \text{離職者数} / \text{1月1日現在の常用労働}$$

者数 × 100

の計算方法が用いられている。そのため、看護職員の離職率は、計算方法の違いから、一般的な離職率よりも低く算出されている恐れがある。

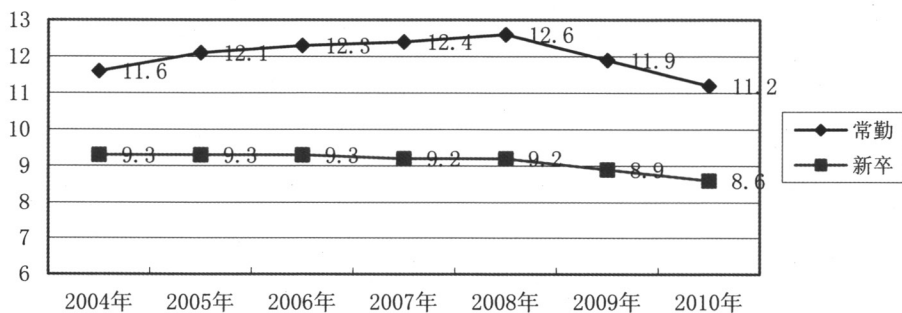
一方、11.2%の離職率が前年度より低くなったといっても、実数においては、年間10万人以上の看護師が離職している計算になる。看護師は一般労働と違い、就労のためには国家試験を経て資格を取得しなければならない専門職である。その看護師が、年間10万人以上離職し、容易に職を捨てている状況は、異常な事態だと言わざるを得ない。では、医師や薬剤師などの専門職も離職率が高いではないかと思われるかもしれないが、看護師は女性職員が90%以上を占める特異な専門職であり、女性職員の割合、賃金、労働時間や夜勤の有無などの労働条件、離職後の復職率などの要件をまとめてみると、看護師は労働条件が悪くて、離職率が高い一方で、復職率が特に低い職業だという点が強調できる。

続いて、立地や設置主体、病床規模、看護配置別による離職率の違いについてみてみる（日本看護協会、2011、pp.3~7）。

立地別の離職率は、「政令指定都市・東京23区」では常勤13.6%、新卒9.3%で、全国平均より高い。「過疎地域」では7.4%と6.9%となり、もっとも低い。

図表4. 看護職員の離職率の推移（各年度調査）

単位：%



出所：日本看護協会「病院における看護職員需給状況調査」各年版より作成

設置主体別の離職率は、常勤看護職員が「私立学校法人」13.4%、「医療法人」13.3%と高くなり、新卒看護職員が「特例民法法人」11.2%、「医療法人」11.1%が最も高い。

一方、病床規模別にみると、常勤看護職員の離職率は、300床以上規模の病院が平均値の11.2%を下回っているのに対して、20~99床が12.6%、100~199床が12.0%、200~299床が11.9%となり、平均を上回っている。新卒看護職員の離職率は、400床以上規模の病院が平均値の8.6%を下回っているのに対して、20~99床が13.4%、100~199床が11.6%、200~299床が9.2%、300~399床が8.8%で、平均を上回っている。両方とも病床規模が小さくなるほど離職率が高くなる傾向が見られる。

日本看護協会「2009年病院における看護職員需給状況調査」(2010、p.5~7)では、立地別・設置主体別に詳細にデータをあげられている。常勤看護職員の離職率は「政令指定都市・東京23区の個人」が18.1%、「政令指定都市・東京23区の医療法人」が17.8%と特に高くなっている。また、立地別・病床規模別に詳細にみると、常勤看護職員の離職率については「政令指定都市・東京23区で病床規模の300床未満の病院」が高くなっている。

以上のデータから、離職率の格差が生じているとわかった。中小規模の病院では看護職員の離職が多く、特に都市部が最も多い。それは、大都市では転職の選択肢が多いため、大規模病院などよりよい条件の就職先があれば、容易に中小病院から離職し転職できることが原因だと思われる。一方、過疎地域では、就職先が少ないため、そのような離職が少ない。

看護配置別に見ると、常勤看護職員も新卒看護職員も、「7対1看護配置」の一般病棟での離職率が最も低く、それぞれ10.8%、8.5%

となっている。一般病棟「特別入院基本料」は常勤(14.0%)も新卒(12.5%)も高い離職率となっている。一般病棟「7対1特別入院基本料」「10対1特別入院基本料」<sup>6</sup>と特定機能病院<sup>7</sup>一般病棟「7対1」「10対1」の常勤看護職員の離職率は高い傾向にあり、それぞれ12.1%、15.1%、12.3%、13.1%となったが、新卒看護職員はそれぞれ7.8%、8.0%、7.5%、7.7%と一般病棟と比較しても低くなっている。専門病院では、「7対1」であっても新卒看護職員(14.9%)が常勤看護職員(11.9%)より離職率が高くなる傾向がある(日本看護協会、2011、p.6)。

一般病棟においては、手厚い看護配置の病院では、就業する看護職員が常勤も新卒も低い離職率となり、その効果が現れていると考えられる。「特別入院基本料」は、看護師が規定の数に達しないと、入院基本料が40%削減される仕組みであり、医療施設の看護師不足により就業看護師の仕事が増え、最終的に離職されてしまう悪循環が存在することが、高い離職率の一因だと考えられる。一般病棟「7対1特別入院基本料」「10対1特別入院基本料」と特定機能病院一般病棟「7対1」「10対1」の常勤看護職員は、夜勤や責任の大きい仕事を任せられることが新卒者よりも多いことが高い離職率につながっていると思われる。専門病院においては、新卒看護職員が専門的な看護や医療知識を持つことを要求されて、職場に不慣れであることに対する不安が強くなると、「7対1」であっても、離職されてしまう。

日本における看護師の離職率は、全体的には年々減少する傾向となっているが、より詳細に見ると、各医療施設が持つ個別の事情により離職率の格差が出ている。

高い離職率は、ほかの問題を招く可能性がある」と論じられている。大津氏は、質のよい看護サービスを提供するには、看護師の人数

の増加が重要なことではあるが、その看護師の熟練度とサービスの質が最も重要となる。つまり、量的不足を解決しようとして新人看護師ばかり増やしても、効果的かつ質の高い看護サービスを提供するのはやはり難しいことである（大津、2005、pp.153～169）。

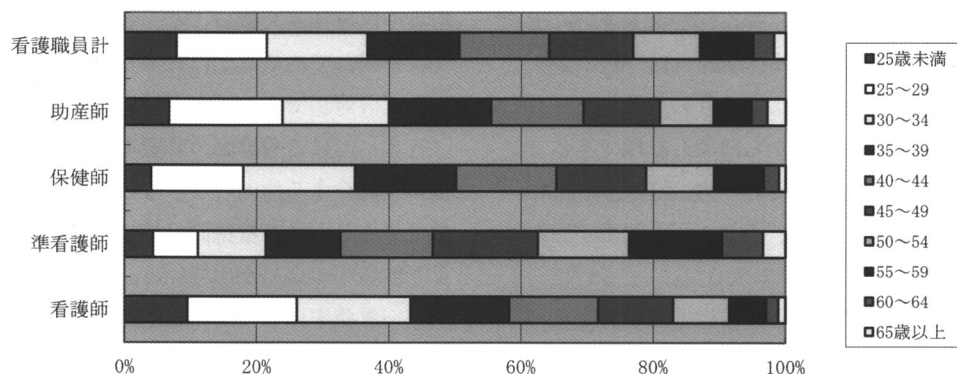
年齢構成から見ると、看護師は専門職でありながら、若年層が多くの割合を占める職業である。厚生労働省の看護職員の年齢別構成に関する調査の結果を図表5で示した。図表を見ると、看護職員は34歳以下の割合が36.7%で、一般女性雇用者の33.3%（厚生労働省、2010e、14-1）を超えている。また、看護師の34歳以下の割合は特に高く、43.3%となり、続いて助産師が40%、保健師が34.8%、准看護師が21.4%である。

一部の病院においては、配置基準を達するための増員などの理由による看護師の若年化が進んでいる。たとえば、滋賀医科大学は法人化への移行により、年ごとに看護師の増員を図る対策がとられており、20歳代の若年看護師が全看護職員の67%を占める状態になった（藤野、2010、p.57）。また、亀田総合病院に勤務している約730人の看護師は平均年齢が28歳弱である。新規採用者は年間約100人で、そのほとんどが新卒者である一方、看

護師の獲得が困難で、人手不足のため新病棟がオープンできない現実となっている（塚崎、2010、p.1）。若手看護師は仕事に対する不安を持ちやすく、プライベートの時間を確保したいニーズを強く持っている。心身ともに成熟していない若手看護師を順調に看護の中堅に成長させるためには、医療施設における研修教育や、働きやすい環境づくりの支援策の取り組みが重要な課題となっている。

看護サービスは患者個人の状態を考慮し、その人にあった適切な看護を行う工夫をすることが重要なので、熟練看護師が育成できる看護労働条件を整備することが最も重要となる。しかし、看護師の離職率が10%以上で続く現状では、看護師不足が続き、一人の看護師の負担が大きく、専門職として満足できる看護の提供ができないストレスや不満を感じて離職するという悪循環が繰り返される傾向となっている。それは、まだ経験の浅い看護師が熟練看護師に成長するまでの経験を積む機会を失うことにつながる（大津、2005、pp.153～169）。また、経験が5年に満たない看護師の離職が、看護師として、その後の資格取得や昇進などのキャリア発達を阻害する要因となる可能性がある指摘されている（小元、2008、pp.72～73）。

図表5. 看護職員の年齢別構成（2008年末現在）



出所：厚生労働省「平成20年保健・衛生行政業務報告」（2010c）pp.410～571より作成

● 離職理由

専門職として看護師になる専門教育を受け、資格を取得する必要がある。しかし、看護師の離職率が高いのはなぜだろう。続いては看護師が離職した理由についてみていきたい。

日本看護協会は、2006年11月に離職した看護職員・定年退職予定看護職及び全国の医療施設の看護管理者を対象に、「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」を行った（2007、p.3）（図表6を参照）。

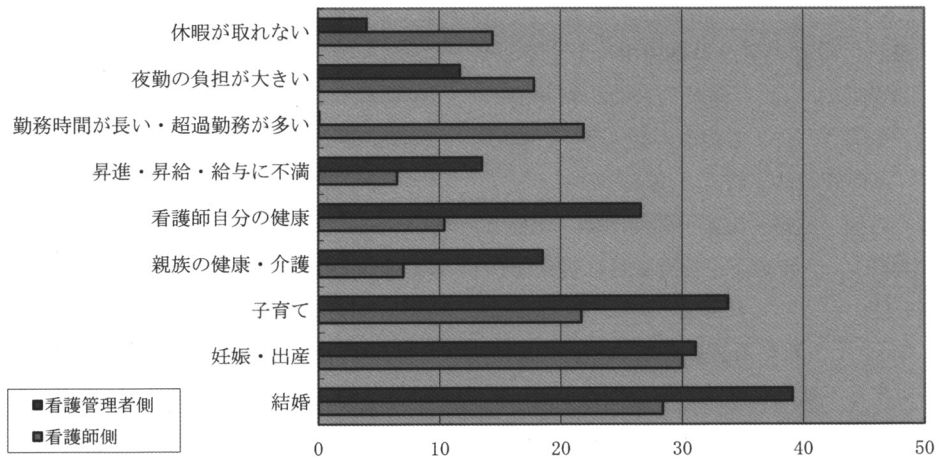
離職した看護師が答えた離職の“真実”は、「結婚」「妊娠・出産」「子育て」など自身の理由と共に、「勤務時間が長い・超過勤務が多い」「夜勤の負担が大きい」「休暇が取れない」といった医療現場の労働条件問題の理由も多くあげられている。それに対して、看護管理者側が“想定した”看護師たちの離職理由は、「結婚」「妊娠・出産」「子育て」「看護師自分の健康」や「親族の健康・介護」など看護師自身の問題による離職があげられている。「勤務時間が長い・超過勤務が多い」「休暇が取れない」「夜勤の負担が大きい」といった労働条件の問題による離職について、看護

師側と管理者側との認識の差が広がっている。看護管理者を代表とする医療機関が、現場で働いている看護師の過酷な労働状況を理解しきれていないことが窺われる。

常勤看護師と違う新卒看護師は未熟な若者がほとんどで、離職理由も常勤看護師と違ってくる。厚生労働省は「第七次看護職員需給見通し」策定のために、2009年8月頃から2010年3月末まで各都道府県を通して「看護職員確保に関する情報」の実態調査を実施した（2010a）。この調査は常勤と新卒を分けて、離職理由を別々に調査した（図表7）。まず、常勤退職者の主な退職理由（上位3つまでの複数回答）の調査結果は、「本人の健康問題」が最も多く、続いては「その他（転職・定年退職・家庭の事情・業務内容についていけない）」で、「人間関係」が第3位、「家族の健康・介護問題」が第4位、「出産・育児」「結婚」が第5位と6位となり、看護職員自身の問題による退職が多いことが示されている。それに対して、労働条件を理由とした退職は低い順位になり、「休暇がとれない」第15位、「勤務時間が長い・超過勤務が多い」第14位、「キャリアアップの機会がない」第13位、「夜勤の

図表6. 看護師の離職理由（看護師側と看護管理者側の回答、複数回答）

単位：%



出所：日本看護協会「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結果速報」p.3より

図表7. 看護職員の離職理由（調査対象別回答の比較）

（上位3つまでの複数回答）

順位	「看護職員確保に関する情報」		「看護職員就業状況等実態調査」
	常勤看護師	新卒看護師	看護職員として退職経験のある者
1位	「本人の健康問題」	「現代の若者の精神的な未熟さや弱さ」	「出産・育児」
2位	「その他」	「基礎教育終了時点と現場とのギャップ」	「その他」
3位	「人間関係」	「その他」	「結婚」
4位	「家族の健康・介護問題」	「看護職員に従来よりも高い能力が求められるようになってきている」	「他施設への興味」
5位	「出産・育児」	「現場の看護職員が新卒新人に教える時間がなくなってきている」	「人間関係がよくない」
6位	「結婚」	「交代制など不規則な勤務形態（夜勤など）による労働負担が大きい」	「超過勤務が多い」
7位	「転居」	「新卒職員を計画的に育成する体制が整っていない」	「通勤が困難」
8位	「給与に不満」	「新卒職員が看護の仕事の魅力を感じにくい状況にある」	「休暇が取れない・とりづらい」
9位	「責任の重さ・医療事故への不安」	「医療事故を起こす不安が強く萎縮している」	「夜勤の負担が大きい」
10位	「他分野への興味」	不明	「責任の重さ・医療事故への不安」
11位	「夜勤の負担が大きい」	「個々の看護職員を認める・褒めることが少ない風土」	「本人の健康問題」
12位	「進学」	「若者がおかれた社会的状況が経済的自立の必要性を弱めている」	「給与に不満」
13位	「キャリアアップの機会がない」	「看護業務が整理されていないため、新卒職員が混乱する」	「家族の健康問題・介護」
14位	「勤務時間が長い・超過勤務が多い」	—	「無回答」
15位	「休暇がとれない」	—	「進学」
16位	—	—	「キャリアアップの機会が少ない」
17位	—	—	「他分野への興味」
18位	—	—	「教育体制が充実していない」

出所：各調査により作成

負担が大きい」第11位、「給与に不満」第8位となっている。

新卒職員に特有の主な退職理由（上位3つまでの複数回答）は、「現代の若者の精神的な未熟さや弱さ」による退職が最も多く、続いては「基礎教育終了時点と現場とのギャップ」、「その他（結婚・出産・人間関係・他分野への興味）」が第3位、「看護職員に従来よりも高い能力が求められるようになってきている」第4位で、新卒看護職員自身の問題や仕事に対する慣れによる退職が上位となっている。ほかに、「新卒職員が看護の仕事の魅力を感じにくい状況にある」第8位、「医療

事故を起こす不安が強く萎縮している」第9位、「若者がおかれた社会的状況が経済的自立の必要性を弱めている」第12位である。医療現場の問題による離職には、「現場の看護職員が新卒新人に教える時間がなくなってきている」第5位、「新卒職員を計画的に育成する体制が整っていない」第7位、「個々の看護職員を認める・褒めることが少ない風土」第11位、「看護業務が整理されていないため、新卒職員が混乱する」第13位となっている。労働条件に関する退職理由は、「交代制など不規則な勤務形態（夜勤など）による労働負担が大きい」の一つだけで、第6位であった。

しかし、ここで注意しなければならない点は、「看護職員確保に関する情報」調査の調査票の記入者は、各施設の看護担当責任者であり、あくまでも、各管理者の判断による回答で、実際に退職した個々人の回答と食い違うところがあると考えられる。比較するために、厚生労働省のもうひとつの調査を挙げることができる。看護職員免許を有する個人を対象に、2010年8月から2011年1月にかけて行った「看護職員就業状況等実態調査」(2011)では、「看護職員として退職経験のある者」に退職の理由を聞くと、「出産・育児」「その他」「結婚」「他施設への興味」などの看護師自身による離職が最も多い。一方、「超過勤務が多い」「休暇が取れない・とりづらい」「夜勤の負担が大きい」の労働条件による離職が上位10位に入っている。図表7での比較を見るとすぐわかるように、個人看護師と管理者の間に、労働条件による離職に対する認識の違いがまだまだ存在していると分かる。

#### ● 労働条件

常勤看護師の離職理由をみると、「出産・育児」「結婚」などの看護師自身の理由による離職が多い一方、労働条件による離職が重要な問題点となっている。ここでは、看護師の労働現場はどのような状況であるのかを紹介してみよう。

自治労連は2011年に出した「看護職員の労働実態調査」中間報告（調査対象のうち、看護師が91.1%を占めている）において2010年10月～2011年1月14日までの調査結果を以下のようにまとめた。まず、看護の仕事をやめたいと思っている看護職員が80.5%で多く、その最大の原因は「人員不足」であり、「休暇が取得できない」、「夜勤が辛い」と続いている。具体に見ると、63.2%の看護職員が「1年前に比べ仕事量」が増えたと述べ、「夜

勤の休憩時間・仮眠をあまり取れていないとまったく取れていない」と答えたのは、三交代勤務44%、二交代勤務31%となり、厳しい労働実態が明らかになった。有給休暇が10日以下であるという回答が50%以上を占め、休暇がとりにくい実態であることがわかった。また、超過勤務の増大、不払い（サービス）残業の拡大、健康被害、医療事故への不安の拡大なども、改めて明確になり、結論として、看護師は、20年前に比べると、増員はされたものの、労働実態が悪化していることが明らかになった（自治労連本部、2011、p.1）。

以上で述べたように、看護師の離職理由としては、「結婚」「妊娠・出産」「子育て」など自身の問題が最も多いが、「勤務時間が長い・超過勤務が多い」「夜勤の負担が大きい」「休暇が取れない」といった医療現場の労働条件問題による離職も少なくないことがわかった。このような現状であるにもかかわらず、労働条件の問題による離職に関して、看護の管理者と個人の看護師との間に認識の差が広がっており、現場で働いている看護師の過酷な労働状況には、未だ理解が示されていないようである。また、「結婚」「妊娠・出産」「子育て」などの離職理由は、確かにこれらは看護師自身の問題とは言えるが、この問題そのものは、本来、看護師が離職に追いやられるまでに大きな影響を及ぼす問題ではないと思われる。結局のところ、家庭や社会から職場に至るまで、看護師の就業に対して十分な支援を提供していないことが原因で、離職せざる得ない状況に追い込まれてしまうのである。家庭や社会が看護師の労働実態に対してもっと関心を示し、職場においては労働状況を改善するなどの支援にもっと力を入れることこそが、看護師確保の解決策である。

新卒看護師の離職は、学校教育と臨床実践

の違いで仕事に慣れないことから生じる場合が多い。この問題を改善するためには、学校が実習による仕事体験を充実にさせたり、医療現場での新卒者教育に工夫を施したりすることが重要である。中でも特に、医療施設における新卒看護師の教育研修制度が重要な施策だと考えられる。実際には、「2009年病院における看護職員需給状況調査」によると、教育研修体制が整備されている病院では、新卒看護師の離職率が8.8%で最も低い数値となっているが、教育研修体制が十分に整備されていない病院においては離職率が39.6%と高い値を示している（日本看護協会、2010、p.11）。一部の病院などの医療施設は、人手不足などが原因で教育研修体制を十分に機能させることができず、新卒看護師の離職を招く恐れが大きい。この問題の解決に向けて、今後更なる研究がなされる必要があると思う。

### 3-2 潜在看護師の存在

看護師の離職が一般女性労働者より少なく、比較的安定な仕事であるとみられるが、

離職後の復職に関しては、看護師のほうがより少ない。このように看護師免許を取得していながらも、何らかの理由で看護師として就業していない者を、潜在看護師と定義し、看護師不足問題に大きな影響を与える要素と見られる。ここでは、日本における潜在看護師の潜在率、復職しない潜在理由、また潜在看護師らが希望する就業条件についてみる。

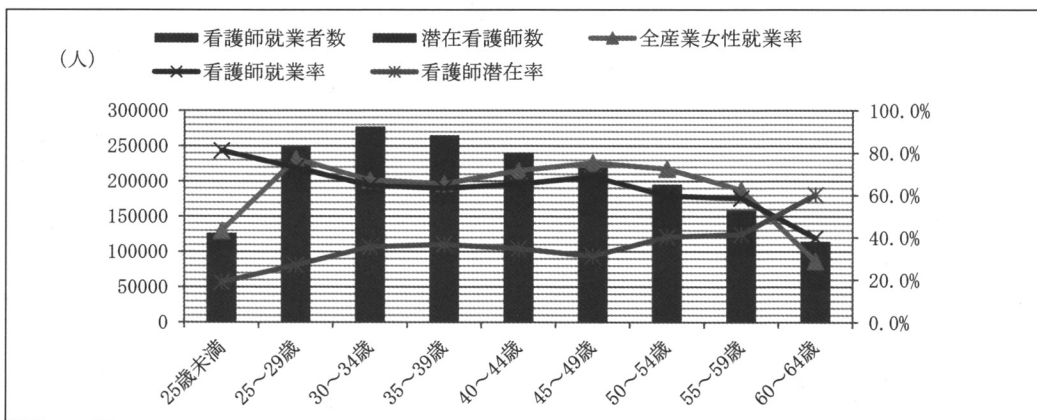
#### ● 潜在率

2006年末時点の潜在看護師数（看護師、准看護師）は65万人強で、潜在率が35.3%と推計されている。前でも述べたが、看護師は就労するために、専門教育を受け、国家試験に合格してから資格を取得しなければならない専門職であり、このような努力をして資格を取得した人のうち、3割を超える人が看護師として働いていない。このような状況は、問題点として重視されるべきであろう。

2006年末時点の看護師年齢別就業者数、潜在者数及びそれぞれの割合を表す図表8をみると、看護師潜在率と就業率の二つを主に見ていきたい。両者は実に同じ動きを示してお

図表8. 看護師年齢別就業者数・潜在者数及び割合

2006年末



注：ここでは、看護師は正看護師と准看護師とが含まれる

看護師就業者数 + 潜在看護師数 = 免許取得者数

出所：宮崎、2008、p.3より推計潜在看護師数

厚生労働省、2007、表3より看護師就業者数

厚生労働省、2010e、p.3より全産業女性就業率



り、上下反転しているだけである。まず、看護師の年齢別潜在率を見ると、25歳未満が18.9%で、25～29歳が27.0%で比較的到低く、30～34歳が35.6%、35～39歳が36.7%で20歳代より10ポイント近く高くなり、様々な原因による離職がこの年齢層で最も多いと推計される。40～44歳が34.7%、45～49歳31.2%となり、わずかながら減少していることは、この年齢層の一部の潜在看護師が再就職をしていることを意味するが、その数は決して多いとはいえない。50歳以上の潜在看護師は高年齢や医療技術の進歩についていけないことが多く、再就職する余地がなくなり、潜在率が高くなる一方である。また、離職期間が長くなればなるほど、看護職員として再就職希望が減少する傾向となっていることも、厚生労働省の別の調査でわかった（厚生労働省、2011、p.17）

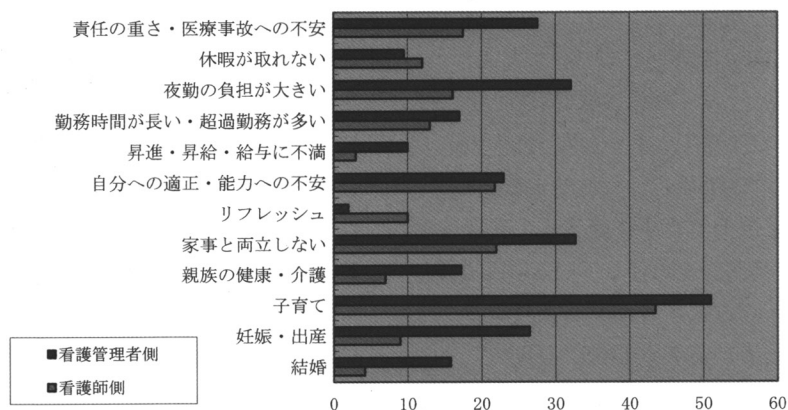
看護師の年齢別就業率は、全産業の女性就業率と比べて、より緩やかに上下する傾向となっている。働く女性労働者は、一般に、30代に出産や育児のために離職し、30代後半から40代に復職するため、就業率はM字カーブの形になる。しかし、看護師（特に女性看護師）は、M字分布があまり見当たらず、L字

カーブの形で現れている。長時間勤務や深夜勤務など労働条件の厳しさや医療技術の高度化などの影響で、復職するとき、時間制限の緩い就業先を選ぶか、離職後の復職をしないことが多いと思われる。また、宮崎氏の研究で、年齢層別に推計した結果によると、潜在看護師のうち、30歳代が30%を占めて一番多く、続いて40歳代が22.3%、50歳代が22.2%、20歳代が13.9%、60歳以上が10.6%、20歳未満が0.1%で最も少ない（宮崎、2008、p.3）。

#### ● 潜在理由

次に、潜在看護師が復職しない理由についてまとめてみる。先述した「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」（p.4）によると、潜在看護職員のうち、今後「看護職として働きたい」と答えたのは77.6%で、高い割合となっている。しかし、現在就業していない理由（図表9）についてたずねると、「子育て」「家事と両立しない」の理由と共に、「自分への適正・能力への不安」や「責任の重さ・医療事故への不安」があげられている。また、看護師側が就業していない理由としてあげている「リフレッシュ」は、看護管理者側での認識が低い。「夜勤の負担が大

図表9. 潜在看護師が現在就業していない理由（看護師側と看護管理者側の回答、複数回答） 単位：%



出所：図表6と同じp.4より

きい」や「勤務時間が長い・超過勤務が多い」という理由については、看護管理者側は認識しているが、「休暇がとれない」という潜在化の理由に対する認識がまだ低い。

#### ● 潜在看護師の希望就業条件

潜在看護師の復職しない理由をわかった上で、彼らはどのような就業条件を希望しているのかを明白すべきである。日本看護協会の調査によると、77.6%の再就職意向のある潜在看護職員が希望する就業条件は以下の通りである。雇用形態については、半数を超える52.3%の人が「非常勤」を希望するのに対して、「常勤」を希望する割合が40.4%である。未婚者の79.3%が常勤を希望し、既婚者の60.5%が非常勤（嘱託を含む）を希望している。また、勤務形態や配偶状況にかかわらず、潜在看護職員の約半数以上は「日勤のみ」を希望し、既婚者は「1日における勤務時間の短縮」の希望も多く、20.1%となっている。希望する処遇は、「経験を考慮した給与」が20.8%で最も高く、次いで「学童保育への配慮」が20.2%、「有給休暇の取得」が16.6%である。末子の年齢階層別に見ると、末子の年齢が0～5歳の潜在看護職員の22.7%が「院内保育所の整備」を希望し、末子の年齢が0～5歳の26.0%と6～12歳の23.2%が「学童保育への配慮」への希望をしている。また、末子の学校生活に深くかかわっている世代（末子年齢6～18歳）では「有給休暇の取得」希望が他の世代よりも多いとわかった（pp.5～6）。

日本医師会が2008年に行われた「潜在看護職員再就業支援モデル事業報告書」によって、看護職への復帰を希望している潜在看護職員が27.1%（371人）となり、条件次第で復職を希望しているのが43.0%（588人）とわかった。再就業したい人の希望する雇用形態は、短時間勤務（非常勤・臨時・パート）

が65.5%と最も多く、常勤（正職員）（32.0%）の2倍を超えている。希望する勤務形態（複数回答）は、「日勤のみ」を希望する人が85.7%と最も多く、交代制が17.5%、夜勤専従が1.6%にとどまった。再就業時に希望する待遇（複数回答）については、「有給休暇の取得のしやすさ」を希望する人が70.9%と最も多く、「院内保育の整備」（41.7%）、「学童保育への配慮」（41.1%）といった育児に係ることが重視され、「家族介護への配慮」が18.0%であった。一方、通勤に係る「駐車場の設置」が44.5%、キャリアに係ることとして「職歴への配慮（給与・職位）」が33.2%であった（日本医師会、2008、p.17）。

上述の潜在看護職員の再就業希望の内容から、妊娠・出産、結婚、子育てなどの家族要因を理由に離職した人の方が、労働条件や健康、仕事に関する理由で離職した人より、看護師として復職したいと考えている人が多く、その潜在看護職員の多くは、賃金より時間と家庭との両立を重視した働き方を希望していると推測できる。

看護師の高い離職率と多数の潜在看護師の存在が看護師不足の原因だと、多くの研究で指摘されている（堀井、2010『日本経済新聞』2005.12.22など）。政府は、離職防止や潜在看護師の再就職を促進するために多くの対応策を取り込んでいるようであるが、いまだに大きな改善が見られない。その理由は、離職率について述べたものと同じであり、看護師自分自身の問題とされているものであるが、それでも、結婚・出産・育児などの支援策が十分に実施されるなら、離職率や潜在率が大きく改善されるであろう。医療現場の人材不足による就業看護師の労働条件が改善できず、就業看護師が離職する恐れが大きい状況が続く中、潜在看護師にとっては、再就職の魅力

が少ないということが考えられる。このような悪循環をうまく改善することに、政府及び医療機関は、もっと力を入れるべきである。

## 4 これまでの看護師不足問題に対する対応策

日本における看護師不足問題は、最近の話ではなく、何回も発生したといわれている。これまでに発生した看護師不足に対して、政府はどんな対策を導入したか、その効果があったのかについて、本節で見てみよう。

### 4-1 戦後から90年代までの日本の看護師不足対策

角田氏は、戦後から90年代までに発生した3回の看護師不足に対する対策について、以下のようにまとめている（2007、pp.151～156）。

第一回目は、1946年以降、連合軍総司令部による各種指導を背景とした病院・病床の増設や、1950年に実施された「完全看護」により、看護師の労働需要が増大し、労働力の不足が表面化した1950年前後であった。当時の労働力不足を受け、1951年から1960年にかけて、看護師需給計画が提示されたが、具体的な政策手段としては、「人事院承認」（1949年）による労働時間の短縮が見られるのみである。それは時給の引き上げにつながり、未就業看護師を労働参加に誘引し、労働供給量を増大させる機能として働いた。1955年には「社会保障5カ年計画」が策定され、病床の増設や僻地医療対策の充実でさらなる看護需要の増大を招いた。このため、地方自治体による看護婦・准看護婦養成機関の設置に対し、国庫補助金が5年間交付されたほか、1957年には、准看護婦から看護婦への進学コースとして2年課程の教育制度が導入された。しかし、い

ずれも養成規模を拡大させることにはつながらなかった。

続いて二回目の「看護師不足」問題が表面化したのは、1958年に入院患者に対する看護職員の配置人数の規定に加えて配置の構成割合も規定する基準看護制度が設定されて以降であった。その背景には、看護師たちが労働条件の改善を要求する全国規模の病院ストライキ（1960年）の発生や、「国民皆保険」の達成（1961年）という健康保険法の整備による医療サービス需要の増大が看護師の労働需要の増加につながったことがあった。政府が取った不足改善策は、国立医療機関に働く看護職員への週44時間の労働時間制の導入（1961年）、すなわち1回目の不足時と同じく労働時間の短縮策であった。また、夜勤は2人以上で月平均8回以下（二八体制）という人事院判定（1965年）、看護職員の不足対策に関する決議の採択（1969年）がなされ、養成機関の拡充整備、夜勤勤務の改善などが打ち出されたが、具体的な政策手段は設けられていなかったためか、慢性的看護師不足は解消されなかった。もうひとつの対応策は、看護師の養成規模を拡大することによって、労働力の供給量を増大しようとした政策手段であり、たとえば、奨学資金を貸与する都道府県への国庫補助（1962年）、看護婦養成2年課程の定時性導入（1962年）、高等学校衛生看護科の開設（1964年）があった。ほかには、労働条件を改善するために、国家公務員医療職俸給表の改定（1974年）や院内保育事業への運営費助成（1974年）が行われ、看護師の質や教育の質を高める政策手段も設けられた。

戦後三回目の看護師不足は、1985年に医療法改正に基づいて地域医療計画が策定され、病院による病床の増設、いわゆる「かけ込み増床」の発生により、看護労働需要が急増

し、供給量が需要増加に見合うようには増加せず、不足が発生した。厚生省は、1989年に複数夜勤の普及、病床数の増加に伴う看護職員の需要を背景に看護職員需給見通し（7カ年）を立てた。1990年には「保健医療・福祉マンパワー対策本部」を設置し、1991年には「高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）」の策定により医療・福祉マンパワーの大幅な確保の必要性から看護職員需給見通しの見直しがなされた。1992年には、『看護婦等の人材確保の促進に関する法律』が制定された。それに基づいて、厚生労働省は看護養成所の整備・促進、離職防止のための夜勤負担の軽減、看護業務の改革、看護資質の向上のための研修の促進、就業の促進などの対策を示し、補助金によりナースセンター事業や看護職員離職防止特別事業を創設し、看護師確保や潜在看護師の労働参加への誘致に努力してきたが、看護師不足の状況は改善されなかった。このほかには、労働条件の改善のために、実質的な賃金の引き上げを意味する政策手段や、看護サービスの診療報酬である「看護料」が大幅に増額されることが行われた。養成規模を拡大するためには、自治体が設置する看護系大学・短期大学への財政支援（1992年以降）が行われている。また、男性や外国人の看護師市場への参入を可能にした結果、看護師の労働市場への参入規制が緩和され、労働供給量を増大させることにつながった。一方、看護師の労働需要に影響する「基準看護」制度は、1994年に「新看護体系・新看護補助体系」へと変更されたが、看護職員の配置基準に応じて診療報酬が支払われることが従来と同様のため、看護師の労働需要に対する影響は変わらなかった。

戦後発生した三回の看護師不足問題に対して、政府は一貫して、看護師の労働供給量を

増やすことを目指し、労働条件を改善したり、養成規模を拡大したり、診療報酬の引き上げをしたりする対策をとってきた。これらの対応策がどんな影響をもたらしたかについて、角田氏は、以下のようにまとめている（2007、pp.157～162）。まず、労働需要の増大に対して、導入されてきた労働時間の短縮や国家公務員医療俸給表の改善などの労働条件の改善策は、実質的な賃金の引き上げを意味し、労働供給量の増加に影響を及ぼすことができた。しかし、雇用主側が雇用の決定に支配力を持つため、賃金が上昇して労働供給量が増えても、社会全体にとっての最適な雇用水準は達成されず、労働力不足は残ったままであった。したがって、看護労働市場の需要独占構造を修正し、雇用主側の支配力を弱める政策手段が必要となってくるが、これまでのところこうした政策手段が講じられたことはない。次に、看護師の養成規模の拡大であるが、これは、免許取得要件の緩和と同様に、労働市場に新たに参入する看護師数を増やすことにつながっている。しかし、養成規模の拡大によってさらに労働供給量を増大させると、賃金上昇は押しとどめられる恐れがあり、看護師の地位向上に逆効果を及ぼす可能性がある。最後に、診療報酬の引き上げの影響であるが、戦後3回目の看護師不足に対して、看護師の労働条件を改善させるための「看護料」の引き上げが行われた際、看護師の配置基準を変えず、看護料のみを引き上げたことは、看護師の労働需要を喚起し、労働力不足を促進させた。しかし、一方で、周辺業務分担の強化から、看護師の繁忙さが増し、不足感を高める結果となっていった。更に、2006年の7対1看護配置基準の新設により、病院が新基準の取得を目指し、看護師の争奪戦が引き起こされたのであった。

#### 4-2 新看護配置の導入が招いた看護師不足 (2000年以降)

2000年には、介護保険制度が実施された。看護職員確保のために、厚生労働省は看護職員需給見通し(5ヵ年)を発表し、2005年の看護師の需要は約130万人と見込んでいた。しかし、2001年3月には第4次医療法改正が行われ、一般病床の看護職員の配置基準が、従来の入院患者4人に対し看護職員1人から、3対1の新基準に変更されたことに伴い、一般病床を設置している病院は看護師を確保するため、さらなる対策を迫られることとなった。そのため、厚生労働省による2001年の看護師の需要見通し数が約122万人であるのに対し、看護職員就業者数は1,187,550人で、看護師の量的不足が発生していると言われた。さらに、2006年の診療報酬改定により、現行の7対1看護配置基準が導入され、看護師争奪戦の激化を招き、待遇などの条件が良い大病院に看護師が集中し、中小規模医療施設による看護師の確保が困難になり、看護師不足が深刻な状況となった。

厚生労働省は、医療機関において看護職員の離職防止や復職支援を図ることを目的とし、「病院内保育所運営費補助事業実施要綱」(2002年)、「看護職員確保対策特別事業」(2005年)や「短時間正規雇用等看護職員の多様な勤務形態導入支援事業」(2007年)を助成し、総合的な看護職員確保対策を推進してきた。

しかし、こうした対策に積極的に取り組む医療機関が少なく、全体的な効果が望み通りに実現されなかった実態が調査によって判明した。たとえば、潜在看護師に対する職場復帰前の研修について、『2006年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報告書』によると、2006年に職場復帰前の研修を行っている医療機関はわずか10.8%であり、「行っていない」と答えた医療機関は

86.7%にも上った。更に潜在看護師の復帰に何らかの取り組みを実施している医療機関が34.9%にとどまり、半分以上(58.0%)の医療機関はなんの取り組みも実施していない。また、「実施している」と答えた医療機関においても、実施している内容は、情報と最新看護知識の提供、臨床研修の実施というものであった。また、短時間正規職員制度については、「2009年看護職員実態調査」(pp.5~10)によると、職場で短時間正規職員制度を利用したい人が39.5%であるのに対して、実際に制度を利用している人はわずか0.8%にとどまっている。短時間正規職員制度を導入している医療施設が15.4%にすぎず、支援体制の整備がなかなか進まないことが原因だと考えられる。このほか、潜在看護師の再就職の希望条件に対して、職場で利用可能な支援制度は、「夜勤・当直の免除」(53.8%)、「夜勤・当直日数減」(47.7%)、「職場内保育所」(46.6%)、「半日単位・時間単位での有給休暇取得」(40.4%)、「子供の看護休暇」(33.2%)、「所定外労働の免除」(21.4%)、「出退勤時間の柔軟化」(18.6%)であるが、十分に活用されているとはいえない。これは、医療機関は自分の都合で対策を取り込まない場合があるが、政府の入院基本料規定などの政策によって、医療機関側も生存競争に苦しめられていることもある。本稿の第2節において述べたように、このまま政府が看護師不足の事態を十分に重視せず、看護師にとって不利な規定制度を改善しないのであれば、これまでの離職防止や潜在看護師の再就職支援策も成り立たない恐れが出てくる。

日本看護協会は、厚生労働省の中央ナースセンター事業の実施主体として、都道府県看護協会と協働して、2010年から、地域を主体に看護職の働き続けられる職場づくりのための「看護職のワーク・ライフ・バランス推進

ワークショップ」事業活動を全国的に展開させ、その効果が現れてくることが期待されている。

一方、看護職員の量の改善だけではなく、安全かつ質の高い医療サービスを求める傾向が強くなっている。このような患者のニーズに応えるために、厚生労働省は、2001年9月に『医療制度改革試案』を公表し、その中で「看護職員の専門知識・臨床技能の向上」のため、看護実践能力育成の現状把握や到達目標の明確化など、看護学教育のあり方が検討された。2003年には『看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書』では、看護の質が高い人材を育成・確保することが検討されている。本稿は、看護師の偏在や離職などの問題が、看護の質の低下につながる恐れがあることを指摘したが、日本の量的看護師不足を焦点に見てきた。今後、質的看護師不足問題をもうひとつ重要な課題として、改めて研究したい。

## 5 結論と展望

日本では、国家資格を取得している看護師が少なくないが、そのうちの3割が潜在看護師で、看護師としての機能を果たしていない。就職している看護師のうち、80%位が看護の仕事をやめたいと思っており、年間10%位の人が本当に看護師の職場から去っていくという異常な実態となっている。また、立地、設置主体、病床規模などによる医療施設の格差ができあがり、中小規模病院や介護施設など、特に地方の医療施設では看護師の不足が発生し、苦勞している現状が分かった。さらに、看護師の量的不足だけではなく、看護師の若年化の進展や高い離職率の中、熟練看護師を十分に育てることができず、看護の質の低下につながる恐れが出てきている。

看護師は、「結婚」「妊娠・出産」「子育て」など、自身の理由で離職する例が最も多いが、「勤務時間が長い・超過勤務が多い」「夜勤の負担が大きい」「休暇が取れない」といった医療現場における過酷な労働条件問題による離職も無視できない割合を占めている。労働条件問題は、多くの潜在看護師が再就職しない理由のひとつともなっている。しかし、看護の管理者たちの間では、この点に関して、いまだに十分な認識がなされていない。

これまでの看護師不足を改善するために、労働条件の改善と養成規模の拡大の2つの手段が主に行われてきた。しかし、その効果には限りがあり、不足改善に役立っていない時期もあった。また、不足の改善に有効な対策があるといっても、病院や医療施設では、利益追求のために導入されない、あるいは、政府体制の不備による経営困難のために導入できない場合がある。このことから、7対1看護配置の入院患者に対して、看護師の数が多いほど病院が高収入を得られるようになる仕組みを設けている看護師労働市場の構造を改善する方策を検討すべきである。近年、多様な勤務形態の導入や「看護職のワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ」の実施によって、離職率や潜在看護師の再就職率の改善はまだ十分とはいえないが、ようやく少しずつ見られてこれからの大きな改善が期待されている。

成功した例として、九州大学病院きらめきプロジェクトの取り組みがあげられる。当プロジェクトは、2007年度より行われ、ライフステージにより休職や離職を余儀なくされる女性医師・歯科医師・看護師のプロフェッションの継続や休職後の復帰を支援するため、女性医療人教育実践センターを設立し、人材登録とともに継続的学習・研修を可能にする取り組みである。具体的な活動は、まず、

ネットワークシステムおよびホームページ等の構築、ライフステージに応じた教育研修プログラムの提供、キャリアを持続する為の講演会や、情報交換の場の提供により、継続的に学習できる環境を整い、復帰前の研修や再教育の場を提供することで、再就職を支援する。また、働きやすい職場環境の構築の一環として、育児負担等が多い期間の就業や研究を継続できるようステップアップ外来を設置し、復職やキャリア継続へのステップアップ

とする活動が行われている。実施されて以来、高く評価され、平成22年度からは女性だけでなく男性にも対象が広がられている。

このような個々の医療施設における成功例が他にもあると思うが、看護師不足の全体的な改善には、各医療施設がその重要性を認識した上で積極的に対策を立てることのほか、政府や社会がこの問題を重要視し、十分な支援を与えることや、家庭からの支援も重要であると示唆する。

## [注]

<sup>1</sup> 看護職員は、看護師、准看護師、助産師、保健師の総称である。一方、本稿の内容は、主に、看護職員の中の看護師を中心とする研究である。しかし、調査データによっては、看護師のデータだけを抽出することが難しい場合があるため、看護職員全体のデータを用いるところがある。ちなみに、看護職員の構成比は、看護師が66.28%、准看護師28.34%、保健師3.28%、助産師2.10%（平成20年保健・衛生行政業務報告）であり、看護師が看護職員の大半を占めていることがわかる。

<sup>2</sup> 2006年医療報酬改定では、看護配置の実質配置、すなわち入院患者に対して実際に勤務している看護職員の配置を規定した。これまでの看護職員の配置は「2対1」「3対1」で表し、雇用されている看護職員の数であり、実際にその時間に働いている看護職員の数を正しく表していないとの指摘がなされていた。ちなみに、従来の「2対1」は実質配置の「10対1」に、「3対1」は「15対1」にあたる。

<sup>3</sup> 日本における医療サービス需給検討の単位は「医療圏」である。医療圏は、まず3次医療圏という国の医療行政委任機関としての都道府県単位に配分されているが、実際の医療サービス需給を考える際には、都道府県をそれぞれさらに細分化した「2次医療圏」を単位とする。さらに市町村を単位とする「1次医療圏」まで設定されているが、通常医療計画の基本となるのは2次医療圏である。2次医療圏の圏域ごとに「基準病床数」が設定されている。

<sup>4</sup> 著者インタビュー対象：田中満由美先生（山口大学医学部保健学科 教授）

実施時間：2010.07.08

<sup>5</sup> 財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部「医療事故情報収集等事業」各年報告書によると、看護師は新卒就職してから5年から6年までに、医療事故の発生率が最も高いことがわかった。

<sup>6</sup> 特別入院基本料は、「看護職員の月平均夜勤時間72時間以内」のみを満たせない場合の緩和措置として設置された。

<sup>7</sup> 特定機能病院とは、1992年に改正された医療法に基づき、厚生労働大臣から承認された、高度な医療の提供できる病院や研究開発などの機能を持つ医療施設である。定められた10以上の診療科があることや500以上の病床を備えることが基準であり、人員配置や設備の設置も一般病院より充実している必要があると定められた。

## [参考文献]

- 遠藤久夫 [2007] 「医者や看護師の人手不足が発生していること（特集 ここにもあった労働問題）」『日本労働研究雑誌』49（4）（通号 561）。
- 大津廣子 [2005] 「看護師の賃金と労働条件」『オイコノミカ』42（1）。
- 岡谷恵子 [2003] 「医療費抑制と看護師不足」『看護』日本看護協会Vol.55 NO.2。
- 甲斐野智子ら [2008] 「潜在看護師をいかに現場復帰させるか」ISF政策フォーラム。
- 看護師ナース資格seekホームページ <http://nurse.shikakuseek.com/data/100.html>。
- 九州大学病院きらめきプロジェクト <https://www.kyudai-kirameki.com/index.php>。
- 厚生労働省 [2007] 「平成18年保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）結果（就業医療関係者）の概況」。
- 厚生労働省 [2009] 「第六次看護職員需給見通し」。
- 厚生労働省 [2010a] 「看護職員確保に関する情報」第七次看護職員需給見通しに関する検討会第6回資料4。
- 厚生労働省 [2010b] 「第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」。
- 厚生労働省 [2010c] 「平成20年保健・衛生行政業

- 務報告（衛生行政報告例）』。
- 厚生労働省 [2010d] 『平成21年 医療施設（動態）調査・病院報告の概況』。
- 厚生労働省 [2010e] 『平成21年版 働く女性の実情』。
- 厚生労働省 [2010f] 『平成22年上半年雇用動向調査結果』。
- 厚生労働省 [2011] 『看護職員就業状況等実態調査』（概要）。
- 小林美希 [2011] 『看護崩壊 病院から看護師が消えてゆく』。
- 小元まき子ら [2008] 『看護師の離職を招いた要因—看護基礎教育課程終了後6年未満の看護師に焦点を当てて』『医療看護研究』順天堂大学医療看護学部 第4巻1号。
- 佐藤建仁ら [2009] 『看護師不足 病棟閉鎖も』『朝日新聞』2009.06.11。
- 財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部 [各年] 『医療事故情報収集等事業報告書』。
- 志賀晶子・平岡敬子 [2003] 『イギリスにおける看護師不足の現状』『看護学統合研究』広島文化学園大学看護学部、2003.3、4 (2)。
- 自治労連本部・自治体病院闘争委員会 [2011] 『看護職員の労働実態調査』中間報告。
- 塚崎朝子 [2010] 『看護師不足解消と育成を包括的に目指す』Nursing BUSINESS2010vol.4 no.9。
- 角田由佳 [2007] 『看護師の働き方を経済学から読み解く』医学書院。
- 内閣府 政策統括官強制制社会政策担当 『平成23年版 高齢社会白書』2011。
- 日経ヘルスケア [2007] 『看護配置7対1の届出要件の見直し求める声相次ぐ』。
- 日本医師会 [2008] 『潜在看護職員再就業支援モデル事業報告書』。
- 日本看護協会 [各年] 『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結果速報』。
- 日本看護協会 [各年] 『病院における看護職員需給状況調査』。
- 日本看護協会 [各年] 『看護関係資料集』日本看護協会出版会。
- 日本看護協会 [各年] 『看護白書』日本看護協会出版会。
- 『日本経済新聞』「看護職員4万3千人不足 厚労省 来年見通し 経験者再就職を支援」2005.12.22。
- 伏見清秀・小林美亜 [2009] 『長期的看護職員需給見通しの推計』。
- 藤野みつ子 [2010] 『事例/多様なキャリアと夜勤体制 離職防止対策として「夜勤専従勤務」を導入』『看護』2010年9月号。
- 堀井希依子 [2010] 『初期キャリアにある女性看護師の職業継続意思への一考察』『経営行動科学』第23巻第1号。
- 前田由美子・法坂千代 [2010] 『医療関連データの国際比較2010—OECD Health Data 2010より—』日医総研ワーキングペーパーNo.223 日本医師会総合政策研究機構。
- 宮崎悟・中田喜文 [2008] 『看護職員の潜在化と労働条件：看護師不足解消に向けての論点提案』ITEC Policy Brief Series 08-08 May 2008。
- 安川文朗 [2005] 『看護配置基準の問題点とその背景—国際比較をふまえて』『ITECリサーチペーパー、05-07』ITEC。
- Linda H.Aiken&Sean P.Clarke [2002] 『Hospital Nurse Staffing and Patients Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction』JAMA, October 23/30, 2002-Vol 288, No.16。
- Needleman J et al. [2011] 『Nurse staffing and inpatient hospital mortality』N Engl J Med 2011 Mar 17; 364:1037。
- OECD [2009] Health Data。
- YOMIURI ONLINE [2010] <http://kojiy.cocolog-nifty.com/lfinform/2010/07/20100709-82c8.html>。