

平成30年度 第3回
東京都看護人材確保対策会議
議事録

平成31年2月19日
東京都福祉保健局

(午後 3時56分 開会)

○橋本医療人材課長 定刻より少し早いですが、皆様おそろいですので、これから本年度最後になります第3回東京都看護人材確保対策会議を開催したいと思います。

本日は、委員の皆様方には大変お忙しい中ご出席いただきましてありがとうございます。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

初めに、資料の確認をさせていただきます。今日の資料は、お手元の次第に記載をしておりますが、資料が1から6、参考資料が1から5までとなっております。あわせて、喜多座長から参考の資料ということで2種いただいております。ご説明は特によろしいですか。何かありましたら後ほど。不足等ありましたらお声をかけていただきたいと思います。

次に会議の公開についてでございます。今日の会議は資料の2にありますが、要綱の第7に基づきまして、会議及び会議録、それから会議にかかる資料につきまして、公開とさせていただきますと思いますが、よろしいでしょうか。

(はい)

○橋本医療人材課長 ありがとうございます。

では、本日の会議は、公開とさせていただきます。

委員の出欠状況でございますが、齊藤委員につきましては、本日は欠席のご連絡をいただいております。それから、私どもの田中担当部長ですが、今議会の対応に入っております。遅れるか、もしくは欠席となろうかと思っております。ご了承いただきたいと思います。

それでは、以降の議事の進行につきまして、喜多座長にお願いをいたします。

○喜多座長 皆様、こんにちは。本年2019年、初めてかと思っておりますけども、どうぞよろしくお願いいたします。それでは、議事に入ります。

まず、議事1の東京都看護職員需給推計と今後の看護人材確保対策について、事務局より説明をお願いいたします。内容にかなりボリュームがございますので、少しずつ区切って、ご説明いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○橋本医療人材課長 では、資料の3でございます。

東京都看護職員需給推計と今後の看護人材確保対策についてということで、今日の会議は、概ねこの資料3をベースに展開していただければと思っております。よろしくお願いいたします。

早速ご説明させていただきます。左上のところに東京都看護職員需給推計とございます。この需給推計は、経済財政運営と改革の基本方針2015、つまり国の方針におきまして、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在への是正などの観点を踏まえた医師・看護職員の需給について検討することとされました。これを受け、都としても、実効性のある政策を展開するための目標値として、2025年時点の需給を推計します。

まず、概略的な話からですが、①基本的な推計という箇所ですけれども、国から発出

される予定の推計ツールというものがございます。これは、計算式を用いて算出するものですが、需要数では各種計画等に基づく医療需要を用いて、施設種別ごとの需要数を推計します。供給数については、就業者の実績などを用いて、看護職員全体の数を推計するとされています。

続いて、②です。東京都では今後、独自調査を予定しています。国の推計ツールで都道府県に裁量を与えられている部分、需要数であれば保健所や市町村などの看護職員数、供給数であれば再就業者数や離職率といった数値を把握をすることが一点。それから、2025年に向けて確保対策を講じていく上での実態把握をしていくことが重要と考えていますので、そのための実態調査を行っていきたいと考えています。

今の説明をより詳しく資料4でご説明したいと思います。1枚おめくりいただきまして、国の動向①のところから順にご説明します。これまでの需給は、需給見通しという言い方をしています、おおむね5年ごとに病院等の調査により把握した数字を積み上げる方法で策定をまいりました。しかし、今回は、従来の積み上げ方式ではなくて、先ほど申しあげました2025年時点の医療需要を踏まえた推計とするということで、国の看護職員需給分科会において検討が進められてきました。

医師の需給推計も同時に検討されていきましたので、これと整合をとるべきだろうという話から、平成30年5月に医師の需給推計の3次中間とりまとめが行われたことを受け、看護職員の需給推計の具体的な検討に入りました。この検討の中で、本年度末までに都道府県において推計を行い、6月に全国版の報告書を出すという予定が示されていたのですが、実際には、推計ツールが都道府県宛てにまだ来ていません。今日の会議までに届くかどうかずっと気をもんでいたのですが、具体の数字はご案内できない状況になっております。

続きまして、ページをめくっていただいて、都におけるこれまでの経緯につきましてはご覧いただき、その下、これまでの需給見通しと需給推計の比較についてです。大きな違いとしては、申しあげたとおり、時点の考え方と、算出の方法が違うという点です。

また、おめくりいただきまして、推計の策定趣旨はご覧いただければと思います。推計の方法について、まず需要の推計方法は、①に書いてございます。現在の病床数・患者数及び看護職員数を基に、医療需要あたり看護職員数を設定をします。この医療需要というのは、②に書かれておりますが、例えば一般病床・療養病床については、地域医療構想における2025年の必要病床数であり、訪問看護などは、そのほかの計画に基づきます。この①と②によりまして、将来の看護職員数を推計していきます。

供給推計は、その下に書かれておりますとおり、計算式に当てはめた形で算出します。

それから、次のページになります。そのまま説明を続けさせていただきます。今ご説明したツールは、どちらかと言えば、機械的に算出するマクロ的な数字のイメージになりますが、これに加えまして、東京都の独自調査についてでございます。まず一つ目と

して、都道府県に裁量がある推計項目の調査をします。需要数では、保健所、市町村、養成所、社会福祉施設などの看護職員について。供給数では、再就業者数と離職率について。再就業者数は、都道府県で既存調査があれば、その数値の活用ができるとされています。あわせて、離職率については、勤務環境改善の取り組みによりまして、離職率の改善が見込めるのであれば、その効果を見込んだ数字を設定することができるとされておりますので、こういったことを踏まえて、都では調査を行ってまいります。ただ、今、まだ推計ツールも届いていない中ですので、推計ツールに基づき推計をした上で、この会議の中で、いろいろご意見も伺いながら、来年度調査をきちんとやっていきたいと考えています。

この調査のなかで、合わせて行うものとして、②に書かせていただいておりますが、2025年に向けた看護職員確保対策の検討のための実態調査を行いたいと考えています。先に申し上げたとおり、推計ツールで算出できるものは、需要、供給全体数でありますので、施設規模ですとか、あるいは職種別、地域別の数字というのは、それほど詳細にはわかりません。

まとめますと、都道府県に裁量がある部分の数字の把握と、今後の確保対策の立案に資する項目を含めた調査を実施していきたいと思っています。まだ議会で可決はされていませんが、独自調査は来年度予算に計上されておりますので、具体的な中身については、また次回以降にご相談をさせていただきたいと考えています。

以上が推計の概要です。

また資料3にお戻りいただきまして、次は2の現状と課題についてです。

今後の確保対策を進めていくに当たりまして、もちろん需給推計も大事でございますが、あわせて考慮しなければならない点を現状と課題、左下のところで少し整理をさせていただいております。

一つ目は、平成30年度実施をしました実態調査の結果です。前回もご案内したかと思いますが、要点をまとめますと、人材確保が困難な実態としては、病床数が少ないほど困難、夜勤可能な職員の確保が困難、それから、看護補助者は看護職員と比べて確保困難度が高いといったような結果がありました。また、離職防止の取り組みとして職員がストレスなく働ける勤務環境の整備をどうしていくかという視点が出されています。

それから、会議のご議論で出てきているものとしては、ナースバンクと有料職業紹介事業者の利用について。また、新人職員の定着や、在宅への誘導をどうしていくか。多様な就業先で働く看護職員のスキルをどう高めていくかといったような問題や、看護補助者の話についても出ています。

こうした調査の結果や委員の皆様の意見から、看護師等の確保対策について、これまでの取り組みだけでは十分ではないのだろうと我々としては捉えております。先ほど説明しました推計では定量的な結果が出てくるわけですが、推計による需給バランスが仮にマクロ的に均衡のような、それに近いような数字になったとしても、今後も在宅の需

要ですとか、あるいは病院における看護師の不足感、こういったものは、引き続き解消されないのではないかと考えています。

東京都としては、こういった独自調査もきちんと行いながら、需給推計と、現場の実態との乖離を埋める実効性のある確保対策を今度とも講じていく必要があると考えています。

一旦ここまででお返しをいたします。

○喜多座長 ありがとうございます。

需給推計と現状の課題と認識について説明をいただきましたけれども、ご意見いかがでございましょうか。推計の考え方というのは、なかなか難しいところがございますけれども。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

推計ツールはまだ出ていないとのことですが、目処はどのような感じですか。

○橋本医療人材課長 国の需給分科会が第5回、第6回と開催され、1月までに推計方法の検討は終わり、考え方については会議で了承されているのですが、まだ整理がしていない事項があると聞いています。実際には国が示したスケジュールでは、年度内に都道府県から推計値を報告する予定となっておりますので、都道府県としても、そろそろ推計ツールが来てないと困るのですが。

○土谷委員 国による拘束力は結構強いものなのですか。推計ツールを使っていつまでにやりなさい、というふうに。

○橋本医療人材課長 色々と係数を使って、エクセルのマクロで組まれた計算式だと聞いていますので、それを各県が揃って全国统一のものを使わなければ、国としてきちんとした結果は得られないと思います。

○喜多座長 ほか、いかがでございましょうか。

○古川委員 日本赤十字社医療センターの古川です。

都における独自調査の実施のところで、②に施設規模別・職種別・地域別とありますが、職種別、特に助産師の需給推計はどう算出していかれるのでしょうか。産科病棟で看護師として働いている実態もありますし、当センターのようにNICUもGCUもほぼ助産師という大規模な病院もありますが、一方で看護師がメインの病院もあります。なかなか助産師の需給を算出するのは難しいと思いますが、そのあたりのお考えはありますか。

○橋本医療人材課長 助産師の推計値をどう算出していくかは、国の方でも検討中です。正直申し上げますと、我々もそこまで具体のアイデアなり、考え方なりを持ち合わせてはいませんので、その辺は十分確認していきたいと思っております。

○喜多座長 どうぞ。

○天木委員 東京都医師会の天木です。

需給推計について、2025年時点に設定した理由をお聞かせください。

○橋本医療人材課長 地域医療構想との整合性を図ることを目的とし、国から示されたものです。

○天木委員 やはり高齢者の関係と考えていいですか。

○橋本医療人材課長 もともと地域医療構想自体が、団塊の世代が後期高齢者となる2025年時点に向けた病床の機能分化を検討したものですので、それに合わせるよう需給推計も策定します。

○喜多座長 ほか、いかがでしょうか。

○佐藤委員 在宅医療の方向で今動いていますが、在宅での看護職の需給について、東京都ではどのようにお考えになっていますか。非常に難しいと思いながら伺っているのですけれども。

それと、資料4の最後のページの②の記載ですけれども、訪問介護となっていますが、訪問看護の間違いではないでしょうか。

○橋本医療人材課長 訪問看護の間違いです。失礼いたしました。

在宅の関係はまた後で課題として提示させていただきますが、在宅医療の人材ということで、都には訪問看護の推進のための議論の場があります。その会議体とどう連携していくかということも含めて、今後の課題としたいと思っています。

○喜多座長 ほか、いかがでございましょうか。

もしなければ、次に進んだあと、もう一度振りかえって議論していただきたいと思います。需給推計を踏まえた今後の看護人材確保対策について、引き続き事務局からご説明をお願いいたします。

○橋本医療人材課長 はい。今度は、資料3の右側の説明になってまいります。

需給推計が出た後は、2025年に向けて看護師確保対策をどう展開していくかということが、議題になってくるわけですが、今の時点での私どもの考え方を示していきたいと思います。

3です。今後の看護人材確保対策ですが、一つには、これまでの3本柱、養成・定着・再就業対策を確実に実施していくことを掲げてまいりたいと思っています。

二つ目、新たな論点を踏まえた対策をどう検討していくかということになってまいります。まず資料5-1が、従来から東京都の看護人材確保対策でも使用している考え方です。ライフステージに応じた確保対策ということで、学齢期から、新人、中堅期を経まして、退職期に至るまで、個人のライフステージに合わせて養成・定着・再就業対策を講じていく流れをお示ししたものでございます。おめくりいただくと、細かい説明はここでは割愛させていただきますが、事業ベースに分割した一覧の表と、そのうち代表的な事業を後ろに何枚かつけさせていただいております。

養成対策のひとつめは修学資金です。学生に対する修学のための費用の貸付事業となります。

次に、後でご議論いただきますが、都立看護専門学校です。都立看護は今、都内に7

校ございまして、1学年600名の定員となっています。

1枚おめくりいただくと、定着対策の事業といたしまして、病院勤務者を対象とした勤務環境改善事業です。これは、病院勤務の医師と看護職員を対象とした離職防止、勤務の負担軽減、復職、定着を図るために病院が行っている取り組みに対する補助を行うものでございます。

次に、看護職員の定着促進支援です。看護師等就業協力員を配置して、各施設の看護職員確保に向けた取り組みを支援しているもので、アウトリーチ型と集合研修型の2本の事業を持っています。

おめくりいただくと、再就業対策として位置づけしておりますが、東京都ナースプラザの事業です。ナースバンク事業、研修事業、普及啓発事業を、東京都から東京都看護協会に対し委託し実施しております。

最後に東京都看護職員地域確保支援事業です。東京都が指定する地域就業支援病院や、独自で研修を実施している施設、あるいは都立看学において、看護職員がスムーズに復職できるよう研修の実施等を行っているものでございます。

今回、申し上げたかったのは、これまでやってきている事業は、今後需給推計が出た後も着実に実施していくということが一つ。それから、資料3で提示させていただいております新たな論点についてです。養成・定着・再就業のベースの中で、これまでも当然検討対象ではあったものの、必ずしも掘り下げた議論がなされていなかったということで、改めてお示ししているものでございます。

まず養成についてですが、今、国の看護基礎教育検討会でカリキュラムの見直しの議論も進んでおりますので、これまで比較のご議論いただいている定着・再就業に加えまして、養成についても都として検討する必要があるのではないかと考え、出させていたいただいています。

養成については、都立看学や准看護師と、個別の意見をいただきたい課題を用意させていただいておりますので、ここでは、次に回させていただき、まず2番目の定着について、ご説明したいと思います。

定着に関する論点は、3点掲げさせていただいております。今後、働き方改革が非常に大きな我々の課題になってくるだろうということで、まず一つは看護職員自体の働き方改革、それから、医師との関係における働き方改革、さらに、医師との関連にもなってきますが、特定行為研修の推進ということで3点掲げさせていただいております。

資料としては5-3になります。医療従事者の勤務環境改善の促進という資料ですが、働き方改革関連法の4月の施行に伴い、まずは、時間外労働の規制が新たに設けられますので、これに準拠した労働環境の確保が大事になってまいります。実は、国の資料ですが、平成26年の改正でいわゆる勤務環境改善マネジメントシステムといったものが導入されています。医療機関がPDCAサイクルを活用して、計画的に医療従事者の勤務環境の改善に取り組む仕組みをつくるというものです。ここに勤務環境改善支援セン

ターと書いてありますが、これが私ども医療人材課の中にございまして、このセンターが病院の勤務環境改善の支援を行っています。医療従事者の働き方・休み方の改善ですとか、働きやすさ確保のための環境整備といったことが書かれていますが、これらを、医業経営コンサルタントや社会保険労務士の協力を得ながら実施していくものです。医師だけではなく、病院全体の勤務環境の改善の事業となっております。

それから、同じく働き方改革の一環で、看護職員自身の働き方改革ですけども、日本看護協会のワーク・ライフ・バランス推進ガイドブックというものがございまして、ワーク・ライフ・バランスの推進のための支援、その基盤の重要性ということをやたって、幾つかメニューをお示しになっています。これから働き改革を前提とした看護師の勤務環境改善を考えていくとき、こういったものも一つの切り口とすることができるかと考え、つけさせていただきます。

それから、もう1枚おめくりいただきまして、最初に申し上げた医師との関係のところです。医師の働き方改革については、今年度末に取りまとめをする予定で国の検討会が動いてございまして、医師はこの時間外労働の上限規制が5年猶予されます。

それまでの間に、医師の労働時間短縮に向けた取り組みをそれぞれ進めていくこととなっておりまして、お示ししましたのはその有効策とされているタスク・シフティングについてです。資料の左側に緊急的な取り組みと書かれていますが、これは、厚生労働省が、今すぐにできる取り組みを医療機関がやりなさいということで、去年の夏ぐらいに項目を提示しています。そもそも時間管理ができてないということで、タイムカードの入力管理ですとか、自己啓発の時間をどう取り扱うかですとか、36協定の取扱いなどが示されています。36協定は、労使間で時間外労働を認めるのであれば、何時間を上限とする、などを決めるルールですが、そもそも協定を結んでいない病院、結んでいても36協定を大幅に超過した勤務実態があるといったようなところに対して、自己点検を行うよう示したものです。

あわせて、タスク・シフティングの推進が掲げられています。

右側部分は割愛させていただき、次のページを見ていただくと、国の調査では、医師の労働時間短縮は非常に大事であり、他職種にタスク・シフティングをすることで、医師の業務が7%は軽減されると示されています。1日にして40分。率にして7%、時間にして週100時間のうちの7時間が軽減されるのではないかと言っています。

実際に、タスクシフトすべきものが掲げられてございまして、例えば患者への説明、合意形成、カルテの記載、医療記録などです。右側には、国が平成19年に出した通知の中で示しているタスク・シフティングできる具体的な業務が書かれています。

上の囲みの下の2行の米印の箇所には、暫定特例水準が適用される医療機関において、前提としてこうした業務のタスクシフトによる医師の勤務労働時間短縮が図れていることを想定、とされています。細かい話ですが、暫定特例水準とあって、医師の時間外労働の上限が今、年960時間、月100時間以内という水準で議論されているわけです。

が、この水準をやむを得ず超えざるを得ない場合、つまり地域医療の観点から超えざるを得ないという場合には、報道でも出ましたが、1,900から2,000時間まではいいとなります。

ただ、これを適用するには非常に厳しい条件があります。その中の一つに、タスク・シフティングがきちんと医療機関内でなされて、効果がきちんと出てもなお、時間数が抑えられない場合には、1,900から2,000時間の暫定特例水準の適用やむなしとそういう制度になりそうだということです。つまり、医師や看護職員を初めとする、他の医療従事者との連携なくして、この働き方改革は進んでいかないということを制度上裏づけられている格好になっています。これは非常に重要な点だと思っています。

それから、三つ目は、これは資料をお付けしていませんが、資料3の、3の2の③、先ほど申し上げた特定行為研修についてです。国が進める特定行為研修につきまして、タスク・シフティングの観点からも、在宅医療の推進の観点からも、東京都としてまだ十分な議論が進んでいませんが、どのような支援していくか、今後、具体的な議論が必要と考えています。

定着の三つの論点についてご紹介をしましたが、こういった個々の医療機関の看護職員の定着を図るためには、やはり医療従事者同士の連携が欠かせません。看護人材確保対策をより高い次元で進めていくためには、こういう議論をしていく必要があるのではないかということ、今回お示しをさせていただいたところです。

次に再就業です。簡単にご説明させていただきますが、今回掲げさせていただいたのは、在宅分野への就業促進ということです。

論点は二つで、ナースプラザの取組強化、それから、訪問看護師確保対策との連携強化です。個別の資料5-4をつけさせていただいていますが、これは国の看護職員需給分科会の資料です。例えば、離職者に対して訪問看護の人材に流れていくような教育ですとか、病院の定年退職後、在宅に流れる動きとして研修のあり方などが、課題として書かれています。なお、訪問看護人材の育成のための研修、講師の育成などが現状の取組として記載されています。それから、都道府県ナースセンターである東京都ナースプラザにおいて既に実施されていますが、復職に当たっての訪問看護職場体験、あるいは初めて訪問看護に就職する者への研修について、より強化していく方向にどう持っていくかという論点があるかと考えています。

おめぐりいただいて、訪問看護師確保対策との連携強化ですが、東京都訪問看護推進部会といたしまして、高齢社会対策部介護保険課という別の部署において、介護保険事業の中の訪問看護推進の施策が検討され、実施されています。この資料が大体全体像を示しており、事業が網羅されています。

今回の論点整理においては、再就業対策の中で、離職者の復職先としての在宅を切り口としていますが、もちろんそれだけではなくて、新人看護師の在宅への直接的な就労などもあり得るわけです。新たにどこか切り口を持つとすれば、こういった形で訪問看

護側の議論と連携をしていくということです。今後需給推計が出た際、看護職員数が総量として充足されていたとしても、具体的に見ると在宅が足りないということは、往々にしてあり得るわけです。この辺をどう議論して、有機的に結びつけていくかを、今後の課題として持っていたいと考えています。

資料3に戻っていただいて、一旦のまとめですけど、矢印の下の箇所になりますが、今後、こういった論点整理を踏まえてどういうふうに検討の視点を我々が持つべきかを点線の囲みに整理させていただいています。

一つは、需給推計に基づく看護人材確保対策を一体的に検討していくこと。二つ目としては、後に回してしまいましたが、養成のあり方について深く検討していくということ。最後に、医療従事者の総合的な視点から多職種連携のあり方を検討していくこと。こういった視点が今後、私どもの看護人材確保の課題に対して求められていくのではないかと考えています。

○喜多座長 ありがとうございます。

大変内容が複雑で込み入った話ですけど、定着あるいは再就業について、まずはご意見を承りたいと思います。

○山元委員 東京都看護協会協会の山元でございます。

定着についてですが、今までの課題の中で言われていますように、中小の病院、特に200床未満の病院においては、本当に離職率が高くて、なかなか定着が難しいということを感じております。そして、そういった病院の看護管理者についても、これから養成が必要ではないかと考えております。

○喜多座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

○遠藤副座長 新しい話題としてタスクシフトのお話を伺いましたが、資料5-3の右側の緊急的な取り組みを見ていくと、全てが看護職員が対象というわけではなさそうですね。なので、この項目の中で、看護職員がどのぐらいができるのかも検討しなくてはいけないのではないのでしょうか。いずれにしても、国は、緊急にこれをせよということなのですか。

○橋本医療人材課長 ここに書かれている項目は、10年ぐらい前に、例えば、こういうものが可能だということを国が示したものです。

実際には、看護職員が全てを受けとめられるわけではないですので、看護補助者がさらに増えなければ回っていかないという状況にもなるでしょうし、コメディカルにどのように展開していけるかということも、もちろんあります。どのように進めていくかの課題があると思います。

○遠藤副座長 例えば医療事務補助者ですとか、いろいろな職種の方がいるわけですが、タスク・シフティングの考え方は確かに新しいといえは新しいですけど、古い話でもあるし、どうやって取り組むのかなと。

○橋本医療人材課長 東京は病院だけで650位ありますし、医師が過剰な労働をしている病院も、大学病院を含めて多いです。こういった病院で、先生がおっしゃるような移管業務の切り口での取組が進まなければ、先ほど申し上げたような特例水準の適用がないということになり、たちまち地域医療が詰んでしまう可能性があるわけです。

ただ、私どもも、実は、なかなか実態の把握が簡単ではないと思っています。例えば、どの規模の病院で、どうモデル的に導入していけば、知見なりが得られてどう展開していけるか。現場で実際に勤務されていらっしゃる方々がどういうふうに連携してやっていけるか、具体の方法は、我々も持ち合わせていない状況でございます。

○喜多座長 どんどん誰かに仕事を分散していけばいいというものでもないですけども、しかし究極的には、医師がやるのが一番適切だという仕事を医師がやって、看護師がやるのが一番適切な仕事は看護師がやるという形にしないといけない。

昔、看護職の方に、看護の本質は何かと言ったら、ベッドメイキングですという返事がありました。症状が安定しない患者がベッドの上にも、きちんとベッドメイキングできるかどうかは看護師の力だと思うのです。100に1、1,000に1でもミスがあるといけないので、国家試験の資格につながっていると。ということからすると、初診時と予診も、話し方によって得られる情報は、すごくあると思うんです。ですから、全部予診を誰かがとってもいいのかと言われると、先生方いかがでしょうか。やはり時間があつたら医師がとったほうがいいということになりかねないですよ。

○山元委員 予診をとっていったとき、みんなで共有するためのIT化とかロボットとか、これから第3の力を借りていくとなれば、そういう発想もあっていいのではないのでしょうか。能率を上げるためには、もう少し人を頼るのでなく、IT化も必要になってくるのだらうなと思います。検査の説明にしろ、ITを使ってやれることは、もっと出てくると思います。

○喜多座長 ありがとうございます。

○古川委員 先ほどの遠藤先生のご発言にも関連しますが、看護職員の需給推計を出すとき、数で算定することになるとは思います。特定行為研修を受けた看護職員や、認定看護師や専門看護師は、算定にあたり要件には入らない。

ですので、推計を出すときや、調査をするときに、どこまでそういうことが加味されるのかなというのは少し気になります。本当にぎりぎりでやっている病院はすごく多いと思います。そういったところで、組織横断的な認定看護師や専門看護師の活用は今後、ますます進んでいくと思いますが、その分はプラスアルファとして考えていかざるを得ないのではないかなと思っています。

なので、調査のときには、そういうことも加味していかないといけないのではないかなと。加算がとれている部分はありますけれども、それでも、人件費に比べると、全然少ないと思います。今後それは課題になるかなと思っています。

○橋本医療人材課長 ありがとうございます。

国からの推計ツールではマクロ的なものが出てくるだろうという前提のもとで、今、ご指摘いただいたところも含めて、細かな実情がわかるような独自調査を設計していきたいと思っています。

○喜多座長 ほか、いかがでございましょうか。

では、次に、定着に関してはいかがでございましょう。定着に関して、いろいろとできることに関しては、ほとんどやられているようには思っているんですけども、でも定着率が上がらない。それこそ産休や育児休暇など、いろんな制度がたくさんあるということも大事けども、それよりもやはり周りの人の理解があるということがとても大事だと耳にしました。

私の看護大学の教え子で、最近妊娠した人が、独身のときは周りで大変うまくやっていたのに、いざ妊娠したらいろいろと言われると。何を言われるのかは別として、とてもいづらい環境になっているので、この3月でやめると言ってきました。同じように育児をしている人でなく、独身の人から、結婚や子どもなどの非常に個人的なことに关してちくちくと言われるそうです。余り詳しくは言ってくれないですけど。

そういったことは、制度などの問題ではない。人間関係といっても、いわゆるハラスメント的にいじめられているとか、そういうものでもないような気がする。些細なことかもしれないけれど、毎日3人から言われたら働けなくなるのはなんとなく理解できる。そういう状況というのは、恐らくこういう会議で議論して解決するものではないだろうと思います。

本人に聞きますと、考えるよりも、やめたほうが早いということに結論がいつてしまうのですね。そのあたりは、どうしていいのか、私もこの会議のことは頭にありながら、いい答えも出なかったんですが、その辺現場の看護部長たちは何かご意見があれば承りたい。

○平野委員 東京衛生病院の平野です。

今、先生がおっしゃったことがまさに今日の午前中にありました。

今年はインフルエンザがすごくはやりましたので、急に休まなくてはいけないという状況がありました。そういった職員の人数が増えていきますと、現場も回らなくなりません。そこで精神的に追い詰められるママさんナースは多くいたと思います。病児保育をやっているところもあると思いますけれども、病児を抱える看護師をどうサポートするかというのは、考えていけないといけない部分ではないかなと思います。

子どもを抱えるお母さんも一所懸命働いてくださっているのに、管理者がサポートをしながら、働きやすい環境を整える必要があると感じます。難しいところではあると思いますが、管理者のサポートは大きいと思っています。

あと、今年ゴールデンウィークが10連休ありますが、保育園が休みなので、どういう勤務表をつくったらいいかと、今から現場の師長たちは悩んでおります。

○大田委員 ナースプラザの大田です。

今の話に関連しますが、何年か経った後に再就業を考える人のなかでは、短時間正職員、短時間の常勤で働きたいと言う人が、今すごく多いです。やめるに当たって多分嫌な思いをしたので、短い時間で働きたいという人が多いのかなと。

今年度だけの傾向かどうか分からないですが、50代以上の方がかなり仕事を探しに来ています。30代、40代の子育ての世代の方は、育休や短時間勤務で夜勤をしないで病院に勤務し、定着しているのかなと感じます。

話が飛びますが、東京都地域医療構想の中で、将来的なベッド数をカウントしたとき、数が下がりましたよね。そうすると、看護職の需給の数も下がるのでしょうか。

今、中小病院からは、ぴちぴちの人数でしかやっていないので、一人急にやめると、すぐに一人を採用しなければいけない。そうすると、慌てて採用してしまい、またすぐにやめられてしまうということの繰り返しだというご意見を聞きます。中小病院や施設にとっては、現状は非常に厳しいと感じています。

○橋本医療人材課長 お答えになるかわかりませんか、我々が今出そうとしているのは、総数と言いますか、マクロ的な需給推計ですので、個別の病院の個別の採用活動を拘束するものではありません。ある段階で、もう需要に対して供給が十分だから採用を抑えてくださいねということにはならないです。

そうしますと、おっしゃるように、分野ごと、例えば中小病院に不足感があれば、そこに対してどう支援していくかとか、病院から在宅への流れですとかの対策をどう進めていくかという議論になっていくと思っています。

○大田委員 今までの需給見通しは、毎度出るたびに、その結果を何に使っているんだろうというのが現場にいたころの思いでしたし、看護管理者の間ではそういった印象が一般的だったと思います。本当にこの推計を使えるのかどうか。今おっしゃったように、具体的な対策として現場に届くと、非常に事業がやりやすいのかなと思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

○喜多座長 ありがとうございます。

少し時間がオーバーしていますが、訪問看護について佐藤先生一言ご意見ございましたらぜひ。

○佐藤委員 訪問看護財団の佐藤です。

私が厚労省にいたときに、新ゴールドプランといって、平成16年度までに参考値ではありますが9,900カ所の訪問看護ステーションをつくるという目標を掲げました。その時には、全国で訪問看護の年間時間数が確か4,400万時間という積み上げでした。訪問看護が必要な医療ニーズの高い人は週3、リハビリが中心の人は週2、そのほかは週1といったようなことを全部計算した結果、年間4,400万時間。1ステーション当たり260時間平均で全訪問看護時間の7割をカバーするとして、割り算しました。訪問看護のニーズがどの程度なのか、週3なのか、週2なのか、毎日訪問するのかを、ある程度決めた中で、総時間数を出して、更に訪問看護師が大体1回当たり1時間

程度で月に70回行くなど、参考値的なものの積み上げになりますが、こういった推計のしかたも一つの方法ではないかなと思います。

○喜多座長 ありがとうございます。

また毎度の手前みそで恐縮でございますけど、私ども、今そういう数字のことにに関して、時間を積み上げられる体制になってきました。日本財団では、訪問看護事業所等を開業して3年以上経っているところが20何カ所ですけれども、昨年5月に33カ所で統計を取りましたときに、1カ月の訪問件数が1,000件以上を超えているところが数カ所出てまいりました。年間の収入で言いますと、2億を超えているところが出てきているんですね。

私は、それだけ地域には看護のニーズがあるのだと思うのですがけれども、私どもの仲間では開業するとほぼ右肩上がり、大体数カ月、3カ月ぐらいでいくと安定します。そして、非常勤を含めて、7、8人から10人の雇用になると、時間も収入も安定してきます。大体そこに行くのに9カ月ぐらいかかるという実態がわかってまいりました。今、佐藤先生がおっしゃったようなことについて、また現場の方にご相談しながら、これから少し質の分析、調査をしていきたいと思っております。

東京都で14カ所ぐらになりましたので、研修の受け入れもできるかと思っております。例えば隣の神奈川県では、非常勤6名が全員子育てしているというところがあります。短時間で子育てしながら働くかたちで看護に戻っていくという、要は再就職の入り口になる方もいらっしゃるように思います。実際そこから病院に戻ったりする人はいないです。ですから、意外と家の近くの在宅というのが、再就職のきっかけになるかもしれないと私たちは予測しておりますが、その辺またデータが出ましたら、お示ししたいと思います。

ということで、この部分の説明を終えさせていただきまして、次に新たな論点の養成対策のところ、看護教育の検討についてご説明をお願いいたします。

○橋本医療人材課長 さきほど飛ばしました養成についてのご説明をさせていただきます。資料は5-2です。

今回、論点でお示ししているのは3点ありまして、2022年に向けた今のカリキュラムの改定への対応、それから都立看学の役割、最後に准看護師養成のあり方ということ。

まず最初に、国の動きとして看護基礎教育検討会の状況をご説明させていただきます。1枚目です。内容としては趣旨の2段落目でございます。看護職員の就業場所は、医療機関に限らず在宅や施設等へ拡大しており、多様な場において、多職種と連携していくことですか、あるいは患者の多様性・複雑性に対応した看護を創造する能力が求められてきているということ、次に、保健師、助産師、看護師、准看護師とそれぞれ看護職員の職種のそれぞれの特徴を列記した上で、カリキュラムの改正に向けた検討を行うということ。

中でも、このダイヤの印の5番目あたりにいきますと、やはりここでも、医師の働き方改革との関連でタスク・シフティングのことを述べられています。こういったことを踏まえて、将来を担う看護職員を養成するための看護基礎教育の内容と方法について、今年の夏、6月、7月頃までに、2022年からの適用に向けて、カリキュラム改正を行うというスケジュールになっています。

なかなか進捗は芳しくないようなことも聞いてはいますが、今後、我々がこの会議体で養成の議論をしていく以上は、こういった国の動きをきちんと押さえるべきだろうということで、1枚目にお示しをしています。

続きまして2枚目ですが、都立看護専門学校についての資料をご用意しました。都立看学自体はほとんどこの場ではご紹介したことがなかったのかなと思っています。一応、今の状況ということで簡単にご説明させていただきます。東京都においては10万人あたりの看護師数は全国平均を下回っているという状況です。都内養成施設における養成定員総数は横ばいです。平成22年から平成30年にかけて大学が増えていますが、3年課程は減っている状況にあります。

そういった中で、都立看学の定員は1学年600人ですが、全都内の養成数のうちの1割を都立の看護学校が担っています。特徴としては、非常に国家試験の合格率が高いということ。また、やはり都立ということで、都内の就業率が非常に高いということと、それから、7校のスケールメリットを生かして、能力開発と学校運営を行っているということなどが挙げられます。

一方で課題ですが、これは行政立の施設に問われる宿命ではありますが、直営であることの意義です。漫然とはしていませんが、直営である必要があるかという根本的な問題意識の部分です。また、都税をいただいてやっている中で、都立として、養成だけではなく、定着や再就業についてもきちんと貢献していくべきではないかということが、主な課題としては挙がっています。

こういったことを踏まえて、内部で議論しているレベルにすぎないわけですが、取り組みの方向性として五つほど挙げさせていただいています。

20年ぐらい前の議論になりますけど、もともと都立看学の役割として、2点上がっていて、一つが養成所を持たない医療機関への看護職員の供給並びに地域ニーズへの対応ということと、二つ目が、高度医療を提供する都立病院、あるいは都立の施設に従事する看護職員の供給ということです。こういう考え方が、今後通用していくかということが一つ目です。

また、7校ありますから、それぞれ特色あるカリキュラム運営がもう少しできるのではないかという点。例えば広尾看学は、広尾病院に接していたり、府中看学は多摩キャンパスの中にあたりということなので、都立病院や保健医療公社病院との連携みたいなことも必要ではないかということ。

あるいは、都内の民間の医療施設の看護の質の維持・向上に、ここに書いてあるこう

いったメニューを実施しながら、支援していけないかという点。

四つ目、在宅分野への就業。これは、都立施設への就職がだんだん厳しくなってきた状況があるなかで、新人看護師を直接在宅に誘導するような貢献の仕方ができないかというような話です。

最後に、施設整備ですが、広尾や府中の建物は建設されてから50年ぐらい経っており、老朽化が進行しているというなかで、こういった施設を建て直すときには、得てして必要性を問われてくるわけですが、それをどう打ち出していくかということが、実は我々の中で課題になっています。これは、今ここでご意見をいただくというのはなかなか難しいと思いますが、今後、養成も含めた議論をしていく中で、都税をいただいて運営している都立看護学の貢献の仕方ということも一つの論点として挙がってくると思ってお示しさせていただいています。以上です。

- 喜多座長 ありがとうございます。都立看護専門学校のあり方に関しまして、いかがでございましょうか。
- 古川委員 そもそもこのところで確認ですけれども、専門学校が今後を見据えた考えで、大学化しているところは非常に多いです。実際に採用している人たちを見てみると、どうしても差があるということもありますし。今後の将来的な方向性としては、大学化といったこともあるのでしょうか。国立系のところが大学化を進めているようだけれども、いかがでしょうか。
- 橋本医療人材課長 一からの議論をしていくのであれば、最初から排除すべきではない論点ではあります。ただ、都立看護学自体が、先ほど申し上げた、養成所をそもそも持っていない中小病院への人材供給などを目的としていたりですとか、また、授業料が比較的安いということもあるので、そういった方々への一定の配慮ということもございまして、我々は、そこに今の都立看護学の存在意義があると認識をしているところです。例えば、今後の需給推計ですとか、あるいは実際の確保対策の動きの中で、都立で持ってそこでコストを民間以上に持つ必要があるのかという議論が将来的にあるとすれば、論点としてあるかもしれないと思います。
- 喜多座長 これは次の准看護師養成のあり方とも関係しますので、次の説明をお願いいたします。
- 橋本医療人材課長 次も、恐らく初めてご提案させていただく話かと思えます。都における准看護師養成のあり方について、資料をまとめさせていただいております。

検討の背景になりますけれども、一番最初を見ていただいて、そもそも20年ぐらい前になりますが、厚生労働省の准看護婦問題調査検討会は、21世紀初頭の早い時期を目途に看護師と准看護師の統合をするという提言をしていました。現状、当然実現してないわけですが、准看護師の制度をめぐっては、さまざまな意見があります。1例を申し上げますと、肯定的な意見としては、例えば、地方や僻地で、看護師の確保が困難な中で、准看護師が地域医療を支えているという厳然たる事実があると。高度専門的な

看護師も必要だけでも、看護の裾野を広げることが、より重要ではないかという意見です。一方で否定的な意見としては、准看護師は、戦後の急激な病院増設に対応するために設けられた制度ということもありますので、今日的な医療の高度化・複雑化には対応できていないということが挙げられます。

今でも両方の意見があるという中で、国は今、先ほどご紹介した看護基礎教育検討会では、准看護師制度の存続を前提としてカリキュラム改正の検討を行っています。実際、こうした中で、東京都に35年ぐらいぶりに、准看護師の養成所の新規開設の相談がまああまあましています。これについては、申請者側により取り下げはされたわけですが、事実としてこういうことがあったという背景がございます。

現状と課題を少しまとめましたが、1つ目、都内の准看護師の現状としては、卒後都内で准看護師として就業したのは4割程度です。あとは2年課程に進学される方もいますし、都内じゃないところに就職される方もいらっしゃいます。また、東京の准看護師の割合は1割ぐらいで、そう多くはありません。看護職員全体の総数が多いので、准看護師の比率は下がります。それから、求人・求職は、このところともに減少傾向にあります。

2つ目に、養成所の状況についてですが、この20年で18校が閉鎖しています。現在9校ありますが、複数の学校で、学生が集まらない状況があります。要因を聞きますと、応募者の減ですとか、あるいは実習先や教員の確保が難しいという声もあります。全国のなかでは、神奈川県が養成を停止しています。他県でも継続困難なところが幾つかあると聞いています。神奈川県は、知事の強い意向の中で、2013年に停止をしたわけですが、そのときの報告書を見てみますと、現行の養成課程では、医療の高度化、専門化に対応していないので、実戦能力を身につけることは難しいのではないかと。あるいは入学年齢が高くて、卒後の進学者が多いということで、制度創設の趣旨から離れてしまっている。多様な年齢や学歴の人ですとか、看護師を目指す人が、ステップアップのために資格を得る場になってしまっているのではないかと、ということが、本来の目的と違うという指摘になっています。あるいは実習先や教員の確保が困難ということで、神奈川県の場合は、准看護師から看護師への移行支援策を十分に講じることで、養成を停止したという経緯があります。

3つ目、都において養成所の新規指定を求める動きがありまして、最終的に取り下げをしていますので余り具体的なことは申し上げられませんが、我々がこの検討段階で得られた認識としては、指定に当たって准看護師の需給上の必要性を考えなければいけないということです。これは、需給推計ですとか、あるいは東京都としての計画的養成の必要性があるかどうかといったことです。また、計画の成熟度と書きましたが、これは、教育理念や教育の目的が明確かどうか、適切かどうか、ですとか、あるいは保助看法に定める授業時間数、1,890時間を満たしているか、あるいは実習施設や教員の確保が十分できるかといったことを見きわめる必要があるということです。これに加えまし

て、養成所指定のガイドラインが国から示されているのですが、このガイドラインにきちんと沿っているかということ、また、学校教育法上は専修学校ですので、この専修学校の規定に抵触していないか、といったことを見るわけです。最終的には、行政判断になるわけですが、今申し上げたとおり、具体的で統一されたびしっとした基準が必ずしもあるわけではないので、決して単純ではない背景を持っている准看護師の養成、あるいは養成所の指定に関して、合理的に判断をするというのは、非常に難しいということを我々は経験しました。

最後に四つ目としては、先ほどから出ていますが、需給推計とかカリキュラム改定の話です。こういったことを踏まえますと、3の検討の方向性のところに示しましたが、まず、議論をきちんと今後していく必要があるのではないかとということ。ただ、それ際しては、これから需給推計が出るということと、介護との連携などを踏まえたカリキュラム改定が行われるということ、2年間で1,890時間が本当に入るのかどうかという議論もありますし、これらがきちんと出た上で、その結果を踏まえながら、准看護師養成の必要性や、准看護師養成校の運営、支援のあり方を集中的に検討する必要があるのではないかとということで、提案をさせていただきたいと思います。

あわせて、なお書きのところですけども、今後こういった検討をしていくとした場合に、現行のカリキュラムを前提とした新規開設の取り扱いをどうしていくかということも考えなくてはならず、この既存カリキュラムの指定を行う場合、問題が3点挙げられます。

一つは、直近で指定することができるのは、今の段階ですと2020年4月の開設に向けた計画審査になるのですが、2022年に新しいカリキュラムが適用されるとした場合には、今のカリキュラムでは2年間しか通用しない点。

二つ目としては、新しいカリキュラムの国の検討の全容が5月ぐらいに判明することになります。そうしますと、今のカリキュラムの審査基準と、新しく明らかになってくる審査基準との、いわゆる二重基準で見えていかないといけないということ。例えば、現行のカリキュラムには在宅の内容は入っていないわけですが、新しいカリキュラムには恐らく入ってくるだろうと。新しく在宅が入ったカリキュラムが出てくるのがわかっているのに、在宅の内容がない計画を今検討できるのかという問題が出てきます。

三つ目としては、将来に向けたあり方を議論しようとしている国の方向性があるにもかかわらず、今のカリキュラムで新規指定してしまうということは、方向性が矛盾しやしないかということもあり、非常に悩ましいと考えています。

したがって、こうした点を踏まえますと、新カリキュラムの適用までは、準備期間で言いますと2年ということになりますが、この2年間の間は、准看護師に関しては新規指定を行わないこととしてはどうか、という事務局としての考え方をお示ししています。これは、そうすべきではないという反論も含めてご意見いただきたいと思っています。

では看護師についてはどうするんだということですが、これについて、一定の事務局の考えをお示ししますと、改定に動きがある以上は、やはり看護師の養成所の新規指定の相談があった場合には、もちろん慎重な検討をしていく必要は同じようにありますが、看護師自体は、存在の存否を問われているわけではないということがあります。もう一つは、需給推計に基づく看護師の確保対策の推進が求められていく中で、都で言いますと看護師が9割を占めていますが、この9割の養成をしようとする動きに制限をかけるということは得策ではないと考えられます。よって、看護師については、特別な対応を取る必要はないと考えています。

ただ、今のところ、看護師の現行カリキュラムでの指定を求める動きというのは出ていません。恐らく出てはこないだろうと思われれます。

新たな視点でご意見をいただきたい部分ですので、何かあればぜひお願いしたいと思っています。

- 喜多座長 ありがとうございます。大変丁寧に説明していただきました。全国的な趨勢から言いますと、准看護師をどうするのか、ものすごくエネルギーを入れて議論をする時期ではないような気もいたしますし、看護教育がなくなるわけではありませんのでその辺を慮って。また全国の趨勢を見ると、東京都だけこれを一生懸命継続の方向にとというの難しいかなという感じはしないではありません。

私自身、九州の一つの准看学校で定員割れしている状況を何とかしたいので手伝ってほしいと言われて昨年関与して、昨年は40名の定員の30数名程度まで増やしました。私がお手伝いしたのは先生を探すとか、そういうことでしたけど、やはり今年は人が集まらないと。かなりエネルギーを入れてやったけれども、それが継続しないという状態にありますし、近隣でも閉鎖されるところがあると、その学校から聞いています。やはり維持するのはかなり難しいかなというのが私自身の実感ですけれども、先生方のご意見はいかがでしょうか。

- 立花委員 信愛病院の立花です。

准看護師の現状について、現場の立場からですが、当院は看護職員のうち大体2割程度が准看護師です。以前はそういうことはなかったのですが、最近は准看護師を募集していますか、採用可能ですかという、問い合わせがすごく増えました。あと現場では、介護職の方たちが看護師を目指したいなとなったとき、3年課程の看護学校を受けてもなかなか受からない。先に准看護師の学校に受かって入学し、2年後にそこからまた進学しようという方達を何名か見ていると、周りの同僚たちもそれが看護師への近道かなと感じるようになります。いきなり看護師ではなくて、准看護師の免許を取ってからというケースが、当院だけでも、ここ何年間かで4、5人見られます。あとは、通信課程で資格を取ったりとかもあります。もう何年も前から准看廃止ということで動きがありますので、現場の准看護師たちは、非常に居心地が狭くなってきたかなと最近すごく感じます。

○喜多座長 はい、どうぞ、先生。

○天木委員 先ほどの話は一つは、准看護師養成校の新設に当たっての申請は指定しない方針でいくということ。その根拠として准看護師のマイナス面が随分出てきたのですが、話だけを聞いていると、准看護師に対し東京都は非常に否定的なことを考えているのかなと思わざるを得ないような表現でした。日本全体の日本医師会の流れでは、余り否定的ではなくて、やはり准看護師が必要な都道府県は今でも結構あるということで、皆さん真剣に取り組んでおられます。

また、私は板橋区ですけれども、板橋区の医師会も准看護師の学校を持っていますが、約半分近くが区内で就職しますし、半分ぐらいは進学します。また、准看護師学校に通っている方は、大学なりを卒業した方もある程度いらっしゃいますし、仕事の手がぁいてこれから働こうと、いわゆる1億総活躍の一端を担おうと、そういう方もいらっしゃると思います。例えば、30代、40代で、ではこれから看護師の学校に入りましようと言っても、現実的にはなかなか難しいですし、そういうことを考えますと、働きながら准看護師の学校に2年間通って、その後いわゆる介護施設などに勤めている方も多いですし、進学コースに行った方は都内、区内の病院に勤める方もいらっしゃる。まだまだこれから、准看護師の方が活躍する場があるじゃないかと思えますし、また、私、准看の次は正看だというイメージがどうも気に入らなくて。もともと准看護師は、戦後の看護不足のときに日本医師会が中心になってつくり上げたシステムだと聞いております。

そういう意味では、看護師の方には失礼かもしれませんが、看護師と准看護師というのは、それぞれ独立の立場でもいいのではないかと考えております。確かに仕事の内容としては、准看護師は看護師の指示のもとでないと動けないことは確かですけれども、准看護師として働く場というのは、在宅が増えていきますと、これからいくらでもあるのではないかと。ある程度一定のお年の方もどんどん介護、看護に参加していただきたいと思っておりますので、そういう意味ではなんとかいい形で、准看護師の方を職種として、発展的に東京都がいい形で認めていただければ、フィンランドのラヒホイタヤのようなシステムもありますことですし、なんらかの形で支援していただきたいと考えております。

○橋本医療人材課長 申しわけありません。否定しているわけではありませんが、そうお感じになったのは、私の説明が不十分だったからかもしれません。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

私も准看護師の存在については何も否定するところはないですけれども、准看護師の学校の定員枠について、座長からお話がありましたけど、それを満たすのは結構難しいと。東京の情報は持ち合わせていないですが、東京でも、もしかして難しいのかもしれないなと思っています。

なので、既存の学校については、もちろんサポートしていかなければいけないとは思いますが、今提示があったようなカリキュラムの問題もありますので、新規指定につ

いては慎重に考えていいのかなとは思っています。以上です。

- 佐藤委員 私ども、訪問看護ステーションは4カ所あり、大体100人ぐらい勤めていますが、准看護師は一人もいません。在宅というのは、一人で訪問して、そこでアセスメントをして、ケア計画を立て、実施し、評価し、また再計画を立てるという、要するに一人で判断してやっていかなくてはいけない場です。准看護師は、制度上看護師の指示のもとに看護業務を行うとなっていますので、その辺のところではやはり、効率よく人を使おうと思えば全員看護師のほうがいいですし、報酬も准看護師は100分の90にしかっていない。ということから、経営的にも看護師であるということが非常に重要ではないかなと。

さらに、介護福祉士の数が、今かなり増えてきています。介護福祉士は、法律改正で平成24年に医療的ケア、吸引や経管栄養の注入もできるようになりました。今後かなりの部分で拡大してくる可能性もあります。つまり、在宅で必要な医療的ケアについては、ある程度介護福祉士が担っていくことも可能性としてあるだろうと。そうすると、職種間の連携や役割分担と言ったとき、看護師と准看護師を看護職員として一まとめにして、給与だ何だと言われること自体が、私たちは少し違和感を感じています。日本では、別の職種でありながら看護職員、看護師等というふうに十把一絡げにして、それで数値を出してしまうということ自体にも、どうも違和感を感じてしまいます。

イギリスのように別の職種だというふうに役割分担もばきっと決められていれば、それはそれでいいんですけれども。そんなことから、日本看護協会は看護師養成は4年制を目指すと言っていますし、看護専門学校においても、在宅看護論を増やそうと思えば、3年課程ではなくて、3年半とか4年程度の教育期間を設けないと、実習も含めれば時間数が足りないのではないかと感じています。私自身は、できれば看護師に統一していくほうが、日本の看護の質の向上、それから多職種との役割分担といった場合には、非常に有効ではないかなと思います。

- 喜多座長 ありがとうございます。

- 土谷委員 私が言いたかったのは、新規の准看護師の学校の指定については慎重であるべきではないでしょうかというところです。

- 佐藤委員 私もそういうふうに思います。今後、准看護師の養成課程というのは、増やすべきではないのではないかなと私自身は感じています。

- 土谷委員 そこまで言うとは厳しいかなとは思いますが。

實際上、定員と志望する人の割合、そのデータは今持ち合わせていませんが、カリキュラムについては結構大きな問題だと思いますので、これが決まってないところで准看護師の学校をつくるというところはよく考えたほうがいいかなと感じています。年限が決まっている話ですから、未来永劫、新規の准看護師の学校はつくりたくないと言っているわけではなくて、時限的な話です。

- 天木委員 今日、ちょうど東京都の准看護師学校連絡協議会というのがありまして、実

際の入学状況というのが出ました。これは平成30年度になりますが、今、八つの学校のうち、ざっと見ますと募集40中応募79、募集70中応募116、募集35中応募76、募集40中応募76、募集40中応募123、募集40中応募69、募集30中応募49、募集50中応募110と、結構な応募者がいるということは確かです。

○喜多座長 先ほど申しました、九州の准看護師学校でも、やはり仕事がないので2年で資格を取るニーズがあることは聞いています。同じ看護職というカテゴリーの中で、役割分担がわからないというところに、看護の方々は、かなり危惧と言うか、英語式にいうとコンサーンしていらっしゃるのは、事実だと思うのです。

ですから、佐藤委員がおっしゃったように、違う種類の仕事としてのニーズはあるのかもわかりませんが、大きな病院になるとやはり就職も難しくなっているという事実もございますし、何か同じ看護師と言いながら、ほかの方と同じように自由に就職を選べないという制限のかかった、誰が制限をかけているのかは別として、大きな病院でも就職しにくいということは、事実としてあると思います。一方で、実際に受験生がいて、ニーズがあるのはなぜか。私自身も、OLをやっていたけど失業したから看護師の資格を取りたい、准看護師学校に行きたいという相談を受けたこともありますので、事実そういう事例が幾つかあることは自分でも実感はあります。

ただ、看護界全体としてそれを認めておいていいのかということと、看護界ではなくて医療界全体として、そういう准看護師の仕事が必要なのかどうなのかということ、ちょっと話が違っているのかなと。

ですから、准看護師という言葉が、何か一つのヒエラルキーをつくるというか、差別用語みたいになるといかんのですけど。何か違いが明確であるならばいいですけど、患者サイドからも、大きな病院になると、准看護師であるというのはわからないという。ちゃんと答えてくれないという苦情も私は聞いたこともあります。いろいろ聞いていると、どうも彼女は正看護師ではないのではないかと思う患者さんも事実いらっしゃいます。それは実際はわかりません。ただ、そういう不安の原因になりながら働くというのも、准看護師の方からすれば、また非常に居心地の悪い話のように思います。

私はやはり、全国的な趨勢から見たら、徐々になくなっていくのであろうと予測はしているのですけれども、はい、今日やめましょうという話ではないだろうとは思いますが。

何か違う職業としてカテゴライズして、見えるような形があり得るのかどうかというのは、これはまた非常に難しい話になりますけれども、その辺も含めて、もう少し審議をしないといけないと思います。差し当たっては、この検討の方向性に書いてございますように、新カリキュラム適用というタイムリミットまでは新規指定はしないという方向はよろしゅうございましょうか。

○山元委員 東京都看護協会の山元でございます。

新規カリキュラムの中には恐らく、在宅や災害看護などが入ってきて、新しくなったときに、2年課程ではなかなか済まなくなってくるのではないかと思います。

そうすると、これから申請された2年課程の人たちと、どういうふうに差が出てくるのかという問題があり、今後、今以上に混乱してくる。准看護師のなかでも、新カリの卒業生と旧カリの卒業生とかいう形で、混乱してしまわないように、やはりここは、私は准看護師の人たちを守っていく意味でも、今の人たちをしっかりと育てて、いいふうになってほしい。今後、保育士と一緒にいるのか、介護と一緒にいるのか、准看護師については、これから2040年に向けての話になってくると思うのです。2025年の話の中では、そう大きく変わらないと思うのですけど。

そういうふうに、もっと先を見通した中で、この医療体制や介護体制がどういうふうになってくるかということ。もう一つ、今介護福祉士の人たちの給料が非常に高くなってきていて、准看護師の人たちが、自分たちのほうが給料が安くておかしいんじゃないかと。なかなか給料体制のバランスが崩れてきてしまっている現状がある。

新規指定は、国の体制の中でしっかりとカリキュラムが決まってからでもいいのかなと思っています。

○喜多座長 ありがとうございます。ぱちっと結論が出る話ではございませんので、これは……どうぞ。

○橋本医療人材課長 ありがとうございます。

東京都は、どちらかに偏っているということはもちろんなくて、東京都自身も准看護師のありようというのを議論してきてなかったという、反省なり、そういうことを踏まえて、今こういうご提案をさせていただいたというのが一つです。

加えて議論いただきましたが、今、差し当たっての課題ということがありますので、それをどうしていくかということがもうひとつ。

少し本題にも入っていただきましたけど、今日は、今後こういう議論をしていきたいという提案ということです。存続するか、廃止するかということではなく、東京都にとっての准看護師というのは、こういうものなんだという定義づけみたいなことを、今後議論としてしていくべきではないかという、そういうご提案ということでご理解いただきたいと思います。

○喜多座長 ありがとうございます。

時間がきているんですけども、では、最後に議事の2でございます。東京都看護人材確保対策会議の見直しの方向性について、簡単に説明してください。

○橋本医療人材課長 時間が押していますので、手短にご説明させていただきます。

まさに今日ご議論いただいたことで、ご理解いただいているかと思うのですが、この会議の見直しの方向性についてです。趣旨としては、資料3で具体にご説明したところですが、養成・定着・再就業を着実に実施していくということと、今、議論いただいた新たな論点を、どう取り扱っていくかという我々の直面した課題に対して、差し当たっての今のこの会議体では、なかなか全部を網羅的にはできていかないんじゃないかという問題意識から、ご提案です。

左の○がついているものは、資料3でお示しした三つの今後の検討すべき視点という部分ですが、それぞれ矢印を書かせていただいています。

一つ目、需給推計に基づく看護人材確保対策を一体的に検討することが必要ではないかという視点に対しては、今日、ご議論いただいた養成、定着、再就業対策について、新たな論点をきちんと位置づけて、この会議自体をまず、充実、強化していきたいというのが基本的でベースとなる考え方です。

続いて、二つ目です。養成のあり方について深く検討すること、というのは、今まさにお話ししていただいた、都立看学や准看護師のあり方、こういったものを、例えばですけど、都立看学だったら都立看学の校長とか、准看であれば、准看の経営者の方も来ていただきながら、少しワーキング的なものを来年設定したらどうかなというご提案でございます。

最後に、三つ目ですが、医療従事者の総合的な視点からの多職種連携のあり方の検討、看護人材確保対策会議を地域医療対策協議会の中に再構成、と書かせていただいております。地域医療対策協議会については後ろに資料をつけさせていただいております、今日は時間がないので一番最後の資料4枚目を見ていただきたいのですが、医療法で位置づけられた、地域医療対策協議会というものがございます。これは医師だけではなくて、医療従事者全体の確保対策を協議する場ということで、明確に決められたものです。ただ、経緯としては、東京都は、他県にも多いのですが、医師確保対策を中心にやってきていて、ほぼ医師のみの議論となっている。結果的に看護も、看護人材確保対策会議の中での議論という状況です。今日申し上げてきた、多職種連携の議論というのは、やはり一緒にやらないと整合していかないだろうということで、この資料は実は12月の地域医療対策協議会にご提案したものです。具体は割愛しますが、検討のポイントとして、やはり看護の部分の課題というの、全体の中で位置づけられるものが幾つかあるということをお示ししています。

戻っていただきまして、今後、この地域医療対策協議会がまた年度末に1回ありますので、この右下の見直しのイメージのように、地域医療対策協議会をいわば親会といいますか、全体を包括する会議に位置づけた上で、看護人材確保対策会議を、この中に明確に位置づけていくということ、この地域医療対策協議会に対して、提案をしていきたいと考えています。

なお、この看護人材確保対策会議の上下に1個ずつ会議体がありますが、地域医療支援センター運営協議会というのは、医師の確保、奨学金ですとか、医師確保対策を検討している会議です。その下の勤務環境改善支援センター運営協議会、これはまさに働き方改革を今後、担っていく会議体です。これらが三位一体となって、中に構成をされていくことで、東京全体の医療従事者の議論が有機的につながっていくのではないかと。この方向でよろしければ、私どものほうで、地域医療対策協議会に、今後、提案していきたいと考えています。

以上です。

○喜多座長 ありがとうございます。

看護人材のことだけを考えていても難しい時代でございますので、地域医療対策協議会等と連携をすることについては、重要なことだと思います。これからは地域医療、そして多職種連携というのは、キーワードでございます。

勤務時間については、ブラック企業にならないような縛りもありますけれども、なかなか医療界をブラック産業的に縛るといえるのは、難しいような気がいたします。その辺も含めて、今後の看護人材の確保をどうやるかというのは、ほかの委員会でのご意見、またすり合わせは必要だと思います。その中で、これからは恐らく地域医療は、看護師の担う役割がかなり大きくなっていくだろうと。

先週末に、広島で開業をしました私どもの在宅の研修生を、医師会長あるいは理事の先生方に歓迎いただきました。広島の南区は在宅訪問センターが結構活発で、満杯ですよみたいな話もあったのですが、それでも、大変歓迎してくださいました。ということからすると、やはり地域では、看護職は絶対重要だと思いますので、看護師、あるいは看護が埋没しないような形で、そういった関係委員会と連携がとれるようなことを都のほうで考えていただければありがたいと思います。提案しても受けてもらえるかどうかはまた別として。何か、これに関しまして、ご意見はございますでしょうか。

都のほうにお預けする形でよろしゅうございませうか。

それでは、全体として何かコメント、ご意見ございませうか。

(なし)

○喜多座長 10分ほど伸びておりますけれども、大変恐縮でございます。よろしゅうございませうか。

(はい)

○喜多座長 それでは、本日の議事、需給推計と今後の確保対策及び今後の会合の見直しの方向性について、一応皆様のご了承を承ったこととさせていただきます。どうもありがとうございました。

それでは、本日の議事を終了し、進行を事務局にお返しいたします。

○橋本医療人材課長 貴重なご意見をいただきまして、またご議論もいただきまして、ありがとうございます。今日のご議論いただいた内容について、この会議体の再構成の話も含めまして、事務局としてもう1回整理して、発展的に取り組んでいきたいと思っています。

委員の皆様におかれましては、初任期の2年間のこの会議の委員をお引き受けいただき、また貴重な意見をいただきましてありがとうございました。引き続き、東京都の看護師人材確保対策につきまして、ご協力いただけると幸いです。

最後に事務連絡でございます。今日の会議の資料は、机上に残していただければ、事務局から送らせていただきます。また、駐車場をご利用の方につきましては駐車券をお

渡しいたしますので、お声かけをいただきたいと思ひます。

では、以上をもちまして、第3回の看護人材確保対策会議を終了させていただきます。
どうもありがとうございました。

(午後 5時40分 閉会)