

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

令和元年11月15日(金)

目次

1. はじめに	3
2. 新たな看護職員需給推計	3
(1) 推計の方法	3
1) 推計の基本方針	4
2) 一般病床及び療養病床（病院及び有床診療所）の需要推計の方法	5
3) 精神病床の需要推計の方法	5
4) 無床診療所の需要推計の方法	6
5) 訪問看護事業所、介護保険サービス（介護老人保健施設、 介護老人福祉施設（特養）、居宅サービス等）の需要推計の方法	7
6) 保健所・市町村・学校養成所等における需要推計の方法	7
7) 需要推計に盛り込む事項	8
8) 供給推計の方法	8
(2) 看護職員需給推計	9
1) 全国版	10
2) 都道府県版	11
(3) 今般の看護職員需給推計の位置づけに係る留意事項について	13
3. 看護職員確保対策の推進	13
(1) 看護職員確保を取り巻く現状	13
1) 第7次医療計画（地域医療構想を含む）・第7期介護保険事業計画	14
2) 働き方改革関連法・医師の働き方改革	14
3) その他	15
(2) 検討課題と方策	15
1) 新規養成	15
2) 復職支援	16
3) 定着促進	18
4) 領域・地域別偏在の調整	20
4. おわりに	23

1. はじめに

看護職員の需給見通しは、看護職員確保の基本的な資料として、概ね5年ごとにこれまで7回（第7次看護職員需給見通し：平成23～27年度）にわたり、病院等への全数調査により把握した数字を積み上げる方法により策定されてきた。その後、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定。以下「骨太の方針」という）において、「人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する」とされたことを受け、従来の積み上げ方式ではなく、医師の需給推計方法との整合性を図りつつ、将来の医療需要を踏まえた推計方法を検討することとなった。

「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」（以下「本分科会」という）は、平成28年3月の設置以来、医療従事者の働き方の見直しの影響について考慮しつつ、医師の需給推計方法との整合性を確保する観点から必要とされた中断を経て、地域医療構想に基づく需給推計方法のあり方を検討してきた。また、看護職員確保策についても議論を進めてきた。

2. 新たな看護職員需給推計

（1）推計の方法

本分科会においては、将来の医療需要への影響を客観的に考慮することができるものは推計に反映することを基本的考え方とし、審議会、検討会等において検討中のため結論が出ていないものや、内容が決まっているものであっても現時点ではその影響が不明であるものについては、推計に反映することは困難であるため、今回の推計には反映せず、今後、推計に用いるエビデンスを得てから検討することとした。

その上で、第7次医療計画（地域医療構想を含む）、第7期介護保険事業計画、精神病床の取り扱い、働き方改革関連法、平成30年度診療報酬改定、医師需給推計において他職種に分担可能と整理された業務の看護職員の需給見通しに与える影響等について討議した結果、策定の考え方を次の通り定めた。

1) 推計の基本方針

第7次医療計画や第7期介護保険事業計画等看護職員の需給見通しに与える影響等を加味し、令和7（2025）年における看護職員の需給推計を行う。その際、医師の需給推計の方法を踏まえながら直近のデータを用いて、看護職員の需給推計を行うが、看護職員に固有の事情は考慮する（例えば、訪問診療については、医師は外来に含めて試算しているが、看護職員は外来に含めず訪問看護として働く場所に応じた推計とするなど）。

また、令和7（2025）年に向けての高齢化の進展や、地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴い生じる「介護施設・在宅医療等の追加的需要」については、第7次医療計画・第7期介護保険事業計画において、療養病床から介護保険施設への転換意向調査の結果や、既存の統計データ等を活用しながら、都道府県や市町村等との協議を経て、各サービスの目標として設定された見込量をもとに推計に含めていくこととする。

今般の看護職員の需給推計は、以下に述べる方法に基づいて設計された推計ツールを都道府県が用いて算定し、それを国が全国ベースに集約のうえ、短時間勤務者の増加に伴う常勤換算対実人員の比率を加味し、ワーク・ライフ・バランスの実現を前提に看護職員の労働環境の変化に対応して幅を持たせた3つのシナリオを踏まえて推計するものである。

(ア) 現在の病床数・患者数及び看護職員数をもとに、医療需要（病床数あるいは患者数）あたり看護職員数を設定する。

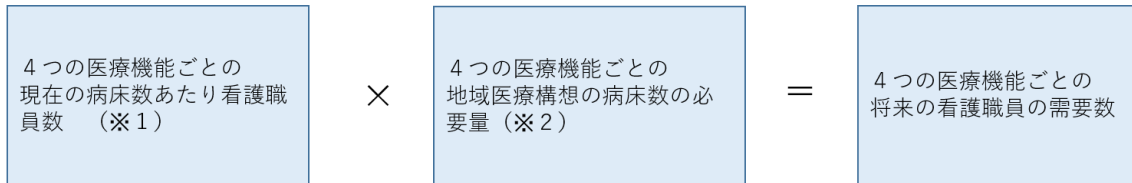
(イ) 医療需要について、

- ・ 病床については、地域医療構想における令和7（2025）年の4つの医療機能ごとの病床数の必要量による。また、訪問看護事業所、介護保険サービスについては、介護保険事業計画による。
- ・ 地域医療構想で医療需要が示されていない領域（精神病床、無床診療所（外来）、保健所・市町村・学校養成所等）については、一定の仮定を設定して推計を行う。

(ウ) ①②により、将来の看護職員数を推計する。その際、常勤換算人員数に加えて、実人員数も推計する。また、看護職員の労働時間や勤務環境改善に関する複数の仮定を設定して推計する。

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{①医療需要あたり} \\ \text{看護職員数} \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \text{②将来の医療需要} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{③将来の看護職員} \\ \text{の需要数} \\ \hline \end{array}$$

2) 一般病床及び療養病床(病院及び有床診療所)の需要推計の方法



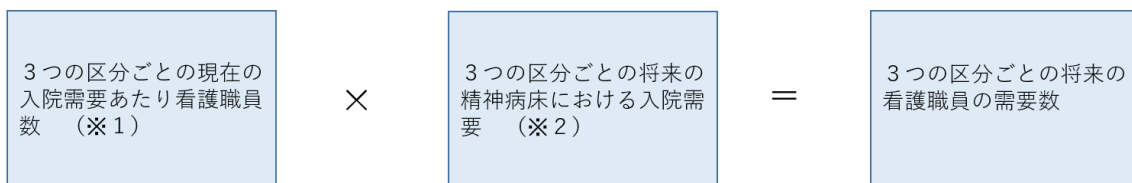
※1について

- ・ 4つの医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとの現在の病床数あたり看護職員数（病棟以外の看護職員数を含む）については、平成29年度病床機能報告制度により病院等が報告した4つの医療機能ごとの病床数及び看護職員数のデータを用いて算出する。
- ・ 病院における病棟以外（手術室、外来、その他）については、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」のうち、最も多い病床数をもつカテゴリを当該施設の機能として算出する。
- ・ 療養病床に係る経過措置として人員配置基準を緩和する措置（25:1 から 20:1 への引き上げ期限の延長）が令和6年3月まで延長されていることを踏まえ、現状の療養病床における25:1配置が、令和7（2025）年までに20:1の配置基準を達成するものとして、反映する。

※2について

4つの医療機能ごとの地域医療構想の病床数の必要量については、地域医療構想の令和7（2025）年における必要病床数（病床の必要量）に基づく。

3) 精神病床の需要推計の方法



※1について

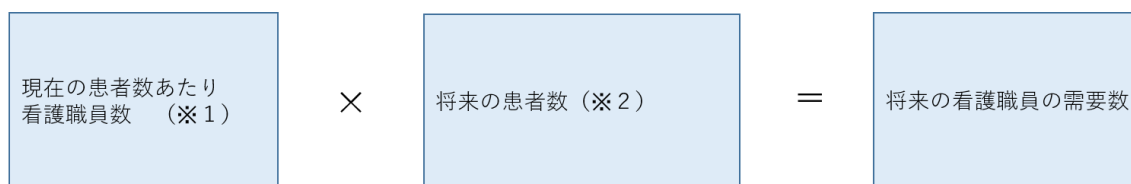
精神病床は地域医療構想に含まれていないため、現在の看護職員数については、急性期、回復期、慢性期の3つに区分した入院期間ごとの、精神病棟の各入院基本料等

の算定件数と入院基本料等の看護配置基準に基づいて推計。

※ 2 について

- ・ 急性期、回復期、慢性期の 3 つの区分ごとの将来の精神病床の入院需要については、「精神病床に係る基準病床数の算定式」により設定された将来の入院需要の推計に基づく。
- ・ 精神病床からの基盤整備量（利用者数）分¹については、利用者あたり看護職員数が最大であり将来の需要数が最大となる、訪問看護に全て移行するものとして推計する。

4) 無床診療所の需要推計の方法



※ 1 について

現在の看護職員数については、平成 29 年医療施設調査における無床診療所の看護職員数を用いる。現在の患者数については、平成 29 年患者調査を用いる。

※ 2 について

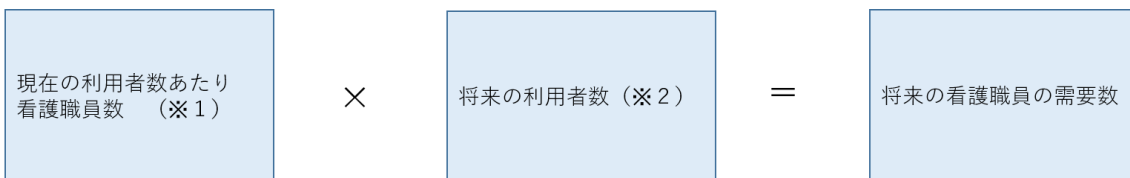
- ・ 将来の患者数については、直近の患者数（レセプトデータに基づき、初・再診料を算定している患者数（往診・訪問診療等を含む））を年齢階級別に人口で除して、年齢階級別受療率を推計した上で、将来の人口構成の推移と近年の受療率の推移（変化率）を年齢階級別に反映して推計する。また、地域医療構想における追加的な介護施設や在宅医療等の需要に対応する患者数のうち、外来で対応する患者数（平成 29 年 7 月 28 日に開催された第 24 回医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ資料（社会保障制度改革推進本部医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会））も反映する。

¹ 基盤整備量については、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神医療政策研究部提供の「都道府県入院需要推計ワークシート（β版）」内、「3. 改革シナリオに基づく追加の基盤整備量（目標値）」のシート「平成 36 年度末における改革のための追加の必要整備量」の「認知症」と「認知症以外」の各合計を合算した数値をもとに、述べ利用者あたりの看護職員数を掛け合わせて計算した。

- ・ 医師の需要推計において勘案した下記の項目についても同様に勘案して、幅を持たせた推計を行う。

	考え方	上位	中位	下位
外来需要の年次推移	「患者調査」や「社会医療診療行為別統計」に基づき、近年の受療動向の推移（変化率）をどの程度踏まえて推計するか	近年の外来受療率の推移（変化率）の幅を0.9～1.1倍にして延伸（中位推計は、1.0倍）		

5) 訪問看護事業所、介護保険サービス（介護老人保健施設、介護老人福祉施設（特養）、居宅サービス等）の需要推計の方法



※1について

現在の看護職員数については、平成28年衛生行政報告例における、訪問看護事業所、各介護保険サービスそれぞれの看護職員数を用いる。また、現在の利用者数については、介護保険サービスは、平成29年度介護給付費実態調査による利用者を、訪問看護事業所の医療保険分は、平成29年度訪問看護療養費実態調査を用いる。

※2について

将来の利用者数については、訪問看護事業所の医療保険分は現在の利用者数及び将来推計人口等から推計し、介護保険分は介護保険事業計画におけるサービス見込量を用いる。

- ・ 地域医療構想における、追加的な介護施設や在宅医療等の需要については、介護保険事業計画におけるサービス見込み量に含まれている。
- ・ 精神病床からの基盤整備量分については、訪問看護にすべて移行するものとして推計する。

6) 保健所・市町村・学校養成所等における需要推計の方法

保健所、市町村、看護師等学校養成所・研究機関、社会福祉施設（特養以外の老人福祉施設、児童福祉施設等）、事業所等の看護職員数については、次の方法による都道府県の推計等により、看護職員数を将来推計する。

衛生行政報告例における施設類型	看護職員数 (平成28年、常勤換算)	推計方法
助産所	1, 774. 6	左記の施設類型について、看護職員数のこれまでの推移、今後の見通し、関係者の意見等を勘案して具体的な推計を行う。
社会福祉施設	21, 865. 0	
保健所	8, 183. 7	
都道府県・市町村	33, 921. 8	
事業所	8, 028. 9	
看護師等学校養成所・研究機関	18, 103. 1	
その他	9, 882. 3	

7) 需要推計に盛り込む事項

- ① 看護職員の需要数の将来推計においては、常勤換算人員数に加えて、衛生行政報告例の常勤換算対実人員の比率を踏まえ、今後、短時間勤務者が増加することによる当該比率への影響について検討の上、比率を定める。
- ② ①を踏まえ、ワーク・ライフ・バランスの実現を前提に、看護職員の超過勤務時間や年次有給休暇の取得日数などの条件について、看護職員の労働環境の変化に対応して幅を持たせた推計を行う。具体的には、以下の3つのパターンを設定する。

	1月あたり超過勤務時間	1年あたり有給休暇取得日数
シナリオ①	10時間以内	5日以上
シナリオ②	10時間以内	10日以上
シナリオ③	0時間	20日以上

8) 供給推計の方法

〔前年の看護職員数+新規就業者数(※1)+再就業者数(※2)〕×(1-離職率(※3))を令和7(2025)年まで積み上げる。2017年における看護職員就業者数(看護課調べ)を基に直近3カ年分の伸び率(指数平滑法)を乗じて得られる令和7(2025)年の推計値を算出(※4)し、これらを基に幅を持たせた推計を行う。

※1について

新規就業者数は、平成29年看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査における、看護職員の養成課程の卒業生のうち、病院、診療所等へ就業した人数を用いる。

※ 2 について

再就業者数は、平成 28 年衛生行政報告例における従事期間別の看護職員数を用いる。ただし、各都道府県で需給推計を行う際に、都道府県で再就業者数に関する既存の調査があれば、その活用も可能とする。また、看護師等免許保持者の届出制度（平成 27 年 10 月施行）を活用した都道府県ナースセンターによる復職支援機能の強化の効果について、一定の仮定（令和 7（2025）年までに再就業者数が一定程度増加すると仮定）を置いて推計を行う。

※ 3 について

離職率は、常勤看護職員について、総退職者数（定年退職を含む）が平均職員数に占める割合を用いる。また、看護職員を含む医療従事者の勤務環境改善の仕組み（平成 26 年 10 月施行）を通じた定着促進・離職防止の効果について、各都道府県が実態を踏まえて離職率の改善を設定し、推計を行う。

※ 4 について

都道府県から報告された供給推計値の評価に関し、第 11 回本分科会（令和元年 9 月 30 日）における構成員の議論等を踏まえた推計方法を行ったもの。

以上を踏まえ、数値や所要の計数処理等のあり方について検討の上、本分科会としての推計をとりまとめたものである。

（2）看護職員需給推計

本分科会において検討を重ねた策定方針に基づき、各都道府県が算定し、これを全国規模で取りまとめた令和 7（2025）年の看護職員に係る需要と供給の推計の概要は、1）全国版のとおりである。また、令和 7（2025）年の看護職員に係る都道府県別の需要と供給の推計の概要については、2）都道府県版のとおりである。

今般の看護職員需給推計では、全国単位で見ると令和 7（2025）年の需給ギャップについては、前提として仮定したワーク・ライフ・バランスの充実度合いにより大きく左右されることに留意が必要である。都道府県別では依然として看護職員が総数として不足するところがある一方、看護職員総数が充足されるようにみえるところも生じている。しかし、そのように一見看護職員総数が充足されるようにみえるところにおいても、領域別に需給推計バランスをみると、医療機関では充足しているように見えても介護保険施設等の介護保険サービスや訪問看護事業所等などにおいては不足が見込まれたり、二次医療圏などのより小規模単位の地域で見れば、山地や離島をはじめ一部の地域においても看護職員が不足するこ

とが見込まれる。

1) 全国版

(実人員 単位：人)

	平成 28 年 ※ 1	令和 7 (2025) 年			
		都道府県報告値 (係数等処理前)	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
需要推計	1,660,071	1,801,633	1,880,682	1,897,561	2,019,773
病院＋有床診療所	1,346,366	972,849	1,015,301	1,024,413	1,090,390
精神病床		132,052	137,904	139,142	148,103
無床診療所		299,224	312,395	315,199	335,499
訪問看護事業所	46,977	112,558	117,502	118,556	126,192
(内訳) 医療保険		26,523	27,691	27,939	29,739
介護保険		47,370	49,433	49,877	53,089
精神病床からの 基盤整備		38,664	40,378	40,741	43,364
介護保険サービス等	149,683	187,413	195,692	197,448	210,165
学校養成所等	117,045	136,201	142,266	143,543	152,788
供給推計		1,746,664	1,746,664 ～1,819,466	1,746,664 ～1,819,466	1,746,664 ～1,819,466

※ 1 平成 28 年は看護職員就業者数 (厚生労働省医政局看護課調べ)

2) 都道府県版

都道府県	供給推計 (都道府県報告)	供給推計 (指数平滑法)	需要推計			需要推計(①~③)と供給推計(都道府県報告)の差						(参考) 需要推計 都道府県 報告 (計数等処理前)
			シナリオ ①	シナリオ ②	シナリオ ③	シナリオ①		シナリオ②		シナリオ③		
北海道	96,056	93,436	102,981	103,906	110,598	6,925	93.3%	7,850	92.4%	14,542	86.9%	98,548
青森	20,217	19,701	20,293	20,475	21,794	76	99.6%	258	98.7%	1,577	92.8%	19,537
岩手	18,022	18,136	18,462	18,628	19,827	440	97.6%	606	96.7%	1,805	90.9%	17,483
宮城	29,904	33,660	32,042	32,330	34,412	2,138	93.3%	2,426	92.5%	4,508	86.9%	30,335
秋田	18,966	18,624	15,723	15,864	16,886	△ 3,243	120.6%	△ 3,102	119.6%	△ 2,080	112.3%	14,834
山形	17,694	17,510	16,511	16,660	17,733	△ 1,183	107.2%	△ 1,034	106.2%	39	99.8%	15,686
福島	28,917	25,999	27,903	28,154	29,967	△ 1,014	103.6%	△ 763	102.7%	1,050	96.5%	26,684
茨城	37,912	33,355	38,741	39,089	41,606	829	97.9%	1,177	97.0%	3,694	91.1%	37,311
栃木	27,063	26,702	25,801	26,032	27,709	△ 1,262	104.9%	△ 1,031	104.0%	646	97.7%	24,907
群馬	28,720	33,253	27,910	28,160	29,974	△ 810	102.9%	△ 560	102.0%	1,254	95.8%	27,073
埼玉	78,416	88,897	90,907	91,723	97,630	12,491	86.3%	13,307	85.5%	19,214	80.3%	87,082
千葉	70,538	70,533	78,688	79,394	84,508	8,150	89.6%	8,856	88.8%	13,970	83.5%	76,081
東京	140,708	160,312	181,147	182,772	194,544	40,439	77.7%	42,064	77.0%	53,836	72.3%	173,941
神奈川	85,084	83,018	116,095	117,137	124,681	31,011	73.3%	32,053	72.6%	39,597	68.2%	109,970
新潟	36,280	34,042	32,671	32,964	35,087	△ 3,609	111.0%	△ 3,316	110.1%	△ 1,193	103.4%	30,984
富山	18,881	19,413	16,825	16,976	18,069	△ 2,056	112.2%	△ 1,905	111.2%	△ 811	104.5%	16,031
石川	20,892	21,305	19,522	19,698	20,966	△ 1,370	107.0%	△ 1,194	106.1%	74	99.6%	18,517
福井	13,013	12,809	13,084	13,202	14,052	71	99.5%	189	98.6%	1,039	92.6%	12,517
山梨	12,008	11,499	11,600	11,705	12,458	△ 408	103.5%	△ 303	102.6%	450	96.4%	11,024
長野	30,109	32,928	30,545	30,819	32,804	437	98.6%	711	97.7%	2,696	91.8%	29,001
岐阜	26,172	26,849	26,764	27,004	28,743	592	97.8%	832	96.9%	2,571	91.1%	25,518
静岡	43,596	43,160	46,628	47,046	50,076	3,032	93.5%	3,450	92.7%	6,480	87.1%	44,360
愛知	88,005	96,249	94,424	95,272	101,408	6,419	93.2%	7,267	92.4%	13,403	86.8%	89,973
三重	24,592	26,239	23,787	24,001	25,547	△ 805	103.4%	△ 591	102.5%	955	96.3%	22,593
滋賀	18,057	20,298	18,766	18,934	20,154	709	96.2%	877	95.4%	2,097	89.6%	17,672
京都	41,937	43,011	42,540	42,922	45,687	603	98.6%	985	97.7%	3,750	91.8%	41,609
大阪	108,938	116,435	144,367	145,663	155,044	35,429	75.5%	36,725	74.8%	46,106	70.3%	138,610
兵庫	76,579	73,694	80,238	80,959	86,173	3,659	95.4%	4,380	94.6%	9,594	88.9%	77,723

都道府県	供給推計 (都道府県報告)	供給推計 (指数平滑法)	需要推計			需要推計(①~③)と供給推計(都道府県報告)の差						(参考) 需要推計 都道府県 報告 (計数等処理前)
			シナリオ ①	シナリオ ②	シナリオ ③	シナリオ①		シナリオ②		シナリオ③		
奈良	18,333	18,462	20,127	20,308	21,616	1,794	91.1%	1,975	90.3%	3,283	84.8%	19,507
和歌山	15,055	13,643	15,363	15,500	16,499	308	98.0%	445	97.1%	1,444	91.2%	14,557
鳥取	10,401	11,123	10,424	10,517	11,195	23	99.8%	116	98.9%	794	92.9%	9,959
島根	12,327	13,661	11,869	11,975	12,746	△ 458	103.9%	△ 352	102.9%	419	96.7%	11,212
岡山	28,894	34,294	28,461	28,716	30,566	△ 433	101.5%	△ 178	100.6%	1,672	94.5%	29,763
広島	45,100	47,880	45,128	45,533	48,466	28	99.9%	433	99.0%	3,366	93.1%	43,069
山口	25,313	28,555	23,814	24,028	25,575	△ 1,499	106.3%	△ 1,285	105.3%	262	99.0%	22,821
徳島	14,404	14,057	13,953	14,078	14,985	△ 451	103.2%	△ 326	102.3%	581	96.1%	13,229
香川	17,232	17,923	16,199	16,344	17,397	△ 1,033	106.4%	△ 888	105.4%	165	99.1%	15,450
愛媛	23,673	24,976	22,996	23,202	24,696	△ 677	102.9%	△ 471	102.0%	1,023	95.9%	21,897
高知	15,656	15,772	15,536	15,676	16,685	△ 120	100.8%	20	99.9%	1,029	93.8%	14,531
福岡	86,521	84,867	92,292	93,120	99,117	5,771	93.7%	6,599	92.9%	12,597	87.3%	88,730
佐賀	16,789	19,176	14,411	14,541	15,477	△ 2,378	116.5%	△ 2,248	115.5%	△ 1,312	108.5%	13,735
長崎	25,702	29,224	26,129	26,363	28,061	427	98.4%	661	97.5%	2,359	91.6%	24,945
熊本	38,652	36,957	32,352	32,643	34,745	△ 6,300	119.5%	△ 6,009	118.4%	△ 3,907	111.2%	30,808
大分	22,584	23,754	22,089	22,287	23,722	△ 495	102.2%	△ 297	101.3%	1,138	95.2%	20,806
宮崎	20,241	24,174	19,147	19,319	20,564	△ 1,094	105.7%	△ 922	104.8%	323	98.4%	18,175
鹿児島	29,272	34,024	31,140	31,420	33,443	1,868	94.0%	2,148	93.2%	4,171	87.5%	29,679
沖縄	23,240	25,882	24,285	24,503	26,081	1,045	95.7%	1,263	94.8%	2,841	89.1%	23,158

※ 平成31年1月17日に開催された第5回看護職員需給分科会において決定された「推計ツール」による推計方法に統一することで全国単位の共通軸で状況把握を行う必要から、その推計方法と異なる独自の推計をもって提出された都道府県分においては、国が数値を客観的に把握している事項について、補正した(該当都道府県の実提出データは巻末に後掲)。

(3) 今般の看護職員需給推計の位置づけに係る留意事項について

今般の看護職員需給推計は、骨太の方針に基づき、地域医療構想の実現を前提とした状態での看護職員の需給の在り方を示す内容であることから、推計値の取り扱いや今後の各都道府県における確保策の取り進めについて、以下の点を留意する必要がある。

- 令和元年時点で、全ての都道府県においてナースセンターにおける看護職員の求人倍率 1.0 を下回る県が 1 つもなく、足下の看護職員不足の対応は目下、地域を問わない課題であること。
- 令和 7（2025）年における実際の看護職員の需給は、確保策の成果のみならず、地域医療構想の実現に係る進捗度合いに少なからぬ影響を受けること。
- 令和 7（2025）年の看護職員需給推計値について、都道府県によっては看護職員が充足しているようにみえるところもあるが、そのようなところにおいても確保策が不要とはならない。看護職員の地域別、領域別偏在など検討すべき重要な問題がある。今回の需給推計の結果は、都道府県がそれぞれ看護職員確保策に係る問題について、丁寧な議論を行っていくための素材として活用されることが望まれるものである。
- 訪問看護事業所の需要推計については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に伴う基盤整備量（利用者数）の目標をもとに看護職員の需要を推計し、便宜上、訪問看護により対応するものと仮定したものであること。

3. 看護職員確保対策の推進

看護職員の人材確保に関しては、看護師等の人材確保の促進に関する法律（平成 4 年法律第 86 号）第 3 条に基づき、看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針が策定されている（平成 4 年 12 月 25 日 文部省・厚生省・労働省告示第 1 号）。同指針において、国は、医療提供体制等を踏まえた需給見通しに基づいて看護師等の養成を図るなど就業者数の確保に努めるべきものとされている。

現在、同法に基づき、国、地方自治体、国の指定する中央ナースセンター、各都道府県の指定する都道府県ナースセンターが連携して、「新規養成」「定着促進」「復職支援」を柱とした取組を進めている。本分科会ではこの 3 本柱と、領域・地域別偏在の調整についての看護職員確保対策のあり方について検討を行った。

(1) 看護職員確保を取り巻く現状

1) 第7次医療計画（地域医療構想を含む）・第7期介護保険事業計画

急速な高齢化が進む我が国は、令和7（2025）年にいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となり、医療・介護の需要がピークを迎えるが、このときすでに地域によっては、高齢者人口が減少に転じるところが現れると予想される。こうした人口構造の変容に対し、医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促進していくこと、また急性期から回復期、慢性期あるいは介護や福祉の連携も含めた切れ目のない提供体制を構築し、国民一人ひとりが、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことは喫緊の課題である。

これを受け、平成26年に医療介護総合確保推進法が成立し、平成28年に全都道府県において地域医療構想が策定された。さらに、平成30年度からの第7次医療計画において、地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴い生じる「介護施設・在宅医療等の追加的需要（29.7万人）」に対する受け皿について、サービスごとの目標が設定され、介護保険事業計画等との整合性の確保も求められることとなった。

本分科会では、都道府県が医療計画および介護保険事業支援計画において設定した令和7（2025）年の医療・介護サービス提供の目標・見込み量をもとに、看護職員の需要を推計する方針が確認され、領域（就業場所）・地域別偏在を調整するため看護労働の移行をいかに進めていくかが看護職員確保対策の新たな課題として浮上した。

2) 働き方改革関連法・医師の働き方改革

働き方改革関連法は、少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少や、育児や介護との両立など働き手のニーズの多様化が進むなか、労働力不足を解消し「一億総活躍社会」の実現を目指し平成30年に成立した。同法律により、時間外労働の上限規制や年5日の年次有給休暇の確実な取得等の長時間労働是正のための措置が講じられた。また、勤務間インターバル制度の導入や深夜業の回数の改善に関しても、事業主等による自主的な取組を促すこととされた。

これを受け、看護職員の勤務環境に関して見直しや改善が求められることとなった。併せて、医師の働き方改革にて議論されているタスク・シフティングの影響を踏まえ、業務の効率化や看護補助者等との役割分担などの検討も重要となる。

本分科会では、法令を遵守しながら看護職員が長く働き続けられるよう、ライフサイクルやライフスタイルに合わせた柔軟な働き方を可能とする勤務環境の整備が推進される一方で、夜勤の担い手が十分に確保されないといった問題が深刻化していることが確認された。また、働き方改革の推進や夜勤従事者の確保等の方策が実効性のあるものとなるよう、看護師等の人材確保の促進に関する法令の改正についても検討する必要があるとの意見が出された。

3) その他

看護においては平成 2 年、「21 世紀の高齢社会を支えていくために、看護の心、ケアの心、助け合いの心を、私たち一人一人が分かち合うことが必要」という市民・有識者による運動から、「看護の日（5 月 12 日）」が制定されている。医師の働き方改革に続いて、国民が安心して医療を受けるという観点から、医療提供者側の取組だけでなく、患者やその家族である国民の医療へのかかり方に関する理解が重要であるとして平成 30 年に「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」が開催されたが、その背景に、患者の受診行動のあり方が医師をはじめ医療従事者の過重労働等を招き、それにより医療危機や患者の不利益に至る場合があるという指摘がある。同年末、「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト宣言！」がまとめられた。

本分科会では、これからの看護職員確保策を検討していくうえで、看護職員の働く場や役割の多様性、課題等について、医療を受ける国民側の理解についても改めて求めることが重要であるとの見解が示された。

(2) 検討課題と方策

1) 新規養成

これまで、研修体制の充実等を理由とした病院志向等により、新卒看護師の9割が病院へ就職する状況が続いている。一方、人々の療養の場が多様化し地域包括ケアが推進されるなかで、病院以外にも在宅医療や介護保険サービスなどさまざまな場面で看護のニーズが拡大しており、看護職員の領域別（就業場所別）偏在の問題も生じていることが、本分科会において指摘された。

こうした状況を踏まえ、地域の多様な療養の場や生活の場における看護の理解を深めるための教育の充実、新規養成時からの多様なキャリアデザインに関する教育や一層の支援が必要である。また、これらのニーズに即した看護基礎教育の充実に向けて、看護教員の

確保や質の維持・向上の必要性も指摘されたが、これは、看護基礎教育検討会において看護教員養成講習会のあり方等を含め、教育内容及び方法について見直しが進められたところである。

以上を踏まえ、具体的には次の施策を進めていくべきではないか。

- 学生時代から地域のなかでさまざまな施設において職場体験が可能となるようなインターンシップなどの支援
- 地域に残って就職する学生に対する、看護職員の地域毎の充足状況を踏まえた奨学金支援等に係る取組
- 学生がキャリアと働き方について理解を深め、主体的にキャリアデザインを描くことを支援する教育の充実。具体的には、平成 29 年度の「看護職員の多様なキャリアパス周知事業」により厚生労働省ホームページ内に作成した「看護職のキャリアと働き方支援サイト」や、中央ナースセンターが運営する「看護職の多様なキャリアと働き方応援サイト ナースストリート」の周知、活用の促進など

なお、近年、地方の養成所において少子高齢化の影響等から学生や教員の確保が厳しくなっているところが出てきているとの指摘がある。地方の養成所の学生は地元で就業する傾向が強いことから、当該地域における養成機能が損なわれれば、その地における看護職員確保の困難さが増すことが懸念されるため、都道府県による財政支援や、養成所が教育の質を担保しながら効率的・効果的に運営を維持できるような環境作りが求められる。

2) 復職支援

看護職員はおよそ 9 割が女性であり、出産や子育て、介護など休職・離職の機会は多い。本分科会では、こうした状況においてそのときどきのライフイベントを踏まえながら、生涯にわたり国家資格を有する人材として看護職員が長く働き続けられるようなキャリア形成支援を行うことの必要性が確認された。

復職支援について国や都道府県では、求人・求職情報の提供や無料職業紹介などを行うナースセンター事業に対する補助、潜在看護師等の再就業の促進を図るための臨床実務研修に対する補助を実施している。ナースセンター事業については、実際に看護職員としての就業経験を有する職員による丁寧な相談を実施できることから、ハローワークをはじめ雇用関係部局とも連携した取組みを進めることにより、再就業支援が一層促進されることが期待される。

また、都道府県ナースセンターによる看護職員の復職支援強化を意図した看護師等免許保持者の届出制度が、平成 27 年 10 月より「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の改正規定に基づき創設された。これにより、看護職員は離職時等に都道府県ナースセンターへ届け出ることが努力義務となり、ナースセンターは届け出た離職者の状況に合わせた復職支援等を行うことで、看護職員としての切れ目のないキャリア形成の支援を行う体制が整備された。しかし、現状は届出制度に関する認知度が看護職員全体の 3 割程度、届出者数は離職者数の 1 割に留まり、本分科会では届出者が届出を実施するメリットが実感できない等の課題があげられ、制度運用の改善も含め、都道府県ナースセンターの機能強化策について議論された。

以上を踏まえ、具体的には次の施策を進めていくべきではないか。

- ナースセンター・ハローワーク連携事業による看護職員確保の更なる推進に向けた、都道府県労働局及びハローワーク、ナースセンターへの好事例の周知
- 相談の質を高めるため、ナースセンター相談員や職員がキャリアコンサルティングの専門知識や技術を習得するための支援
- ナースセンターの相談員や職員が、相談対応等について必要なアドバイスを受けられる体制づくりの検討
- 政府広報等による届出制度の普及啓発の強化等
- 届出件数を伸ばしている都道府県の取組等、好事例の収集分析、展開
- 届出者のニーズに合わせた情報、コンテンツの提供
- 届出者にとってeナースセンターが利用しやすく満足度の高い就職に繋がられる仕組みとなるようなマッチング機能の充実などのシステム改善

なお、届出制度の見直しに関して、本分科会では資格保有者全体を把握する仕組みの必要性についても議論があった。看護職については、医師や歯科医師のような資格保有者全体を把握する仕組みがなく、潜在看護職員を把握することが困難であることから、未就業者も含めた新たな届出の在り方についても今後検討していくことが重要である。

復職支援において都道府県ナースセンターに引き続き求められる役割は大きい。今後は離職者の再就業支援に限らず、休職者への復職支援や定年退職前後の「プラチナ・ナース」の就業支援等、人材養成・キャリア支援機関として、さらには訪問看護事業所や介護保険施設等における人材確保・定着に向けて、その機能の拡充及び強化を目指すことが望ましいと考えられる。その際、ナースセンターの相談員や職員が介護保険施設等の情報を適切に把握できる体制を整備し、領域別偏在の調整に繋げることが必要である。また、

都道府県間で差がみられるナースセンターの人員体制等の整備や、医師会や病院団体等との効果的な連携を進めていくためのナースセンター事業運営協議会の活性化、医療勤務環境改善支援センター等との連携促進、都道府県ナースセンター間の連携についても併せて検討する必要がある。

3) 定着促進

近年、ワーク・ライフ・バランスの概念は看護職員においても広く周知され、短時間正職員制度など多様な働き方の導入や働き続けられる職場環境の整備が進められている。「2018年病院看護実態調査」（公益社団法人日本看護協会が実施）では、看護職員の離職率は正規雇用 10.9%、新卒では 7.5%であり、横ばい傾向が続いているとされる。

一方で、看護職員の平均年齢は 40 歳台と高齢化してきていることや、育児や介護等で休職したり、あるいは夜勤に従事できない者の割合が、病院においておよそ 2 割に上っている。また、昨今の医療現場においては入院患者の高齢化により日常生活援助が求められる場面が増大しており、特に看護職員が少ない夜勤時の繁忙度が増し、夜勤従事者不足や夜勤従事者への負担増大が重大な問題となっている。職場環境の整備に関しては、本年度の厚生労働科学研究において「看護職の労働時間・勤務環境の改善に向けた調査研究」が進められており、研究結果等を踏まえ、個々のスタッフの多様な働き方に対応したシフト編成や業務の効率化、タスク・シフティングやタスク・シェアリング等を効果的に進めていくことが求められる。また、現場の看護管理者が果たす役割が重要であり、看護管理者のマネジメント能力向上を図る一方、看護管理者に係る負担軽減についても取り組むことが求められる。さらに、医療機関の管理者や多職種の各部門責任者等による組織全体としての取組も必要である。

医療現場における暴力・ハラスメントの問題については、「2017年看護職員実態調査」（公益社団法人日本看護協会が実施）において、看護職員の52.8%が過去1年間に暴力・ハラスメントを受けた経験があると回答している。また、訪問看護事業所の看護職員においては、患者や家族からの暴力・ハラスメントを理由に離職に至る場合があるとされている（平成29年度・平成30年度全国訪問看護事業協会研究事業「訪問看護師が受ける暴力・ハラスメントに関する調査・研究事業報告書」より）。「平成30年版過労死等防止対策白書」において「労働安全衛生総合研究所過労死等防止調査研究センター」が実施した労災の認定事案の分析結果においても、医療分野では看護師、准看護師、看護助手に精神障害の事案の割合が多く、中でも暴言・暴力やハラスメントの被害者となっ

たことが、業務によるストレス要因として発病に関与したと考えられるものが一定数存在していたことが報告された。

こうした問題について、国はこれまでの医療現場における暴言・暴力及びハラスメント対策についての情報をまとめ、平成31年2月28日付けで医政局（総務課長・医療経営支援課長・看護課長）、労働基準局（総務課長・労働条件政策課長・安全衛生部労働衛生課長）、雇用環境・均等局（総務課長・雇用機会均等課長）の連名通知を發布し、都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部（局）長を通じて、医療機関への周知を図った。また、本年度の厚生労働科学研究において「看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査と対応策検討に向けた研究」が進められているところであるが、本分科会では看護職員の定着促進を図るためにはすべての看護職員が安心して働き続けられる職場環境の整備を進めていくことが非常に重要であると確認された。

また現在、医師の働き方改革の議論において、医師から看護師へのタスク・シフティングやタスク・シェアリングの検討が進められており、そうした流れのなかで看護職員がより専門性を発揮できるよう、医療現場における看護職員の業務の在り方の検討とともに、看護補助者の活用促進が重要である。すでに診療報酬上において看護補助者の配置加算を設け、看護職員と看護補助者の業務分担・協働を推進してきたが、近年は看護補助者数が減少傾向に転じ、医療現場から確保困難の訴えが聞かれるようになってきている。こうした状況において、看護補助者の呼称の在り方についての検討も含め、看護補助者にとっても働きやすい環境整備や勤務意欲改善につながるような確保策についても検討するべきという意見が出された。看護補助者については、これも本年度の厚生労働科学研究で実態調査が進められており、研究結果で示される看護補助者の業務分担の実態や課題を踏まえ、定着促進策の検討を行うことが必要であることが指摘された。また、介護分野における介護福祉士等との関係やタスク・シフトの在り方についても検討が必要だとの意見が出された。

以上を踏まえ、具体的には次の施策を進めていくべきではないか。

- 医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関への支援。具体的には、医療勤務環境改善マネジメントシステム²の普及・導入を国と都道府県が連携して推進し、医療勤務環境改善支援センターにおける支援を実施
- 交代制勤務の看護職員に適した勤務間インターバル制度など、労働時間・勤務環境改善に関する研究

² 医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、国の指針・手引きを参照して各医療機関がPDCAサイクルを活用し、計画的に医療従事者の勤務環境改善に向けた取組を行う仕組み。

- 労働時間・勤務環境改善等に関して得られた研究成果や方策等の、医療勤務環境改善センターを通じた普及・周知活動等、勤務環境改善に向けた新しい知見がPDCAサイクルの実践により生かされるための関係機関が連携した取組
- 医療施設における暴力・ハラスメントの実態調査の実施と課題の明確化
- 医療現場で活用可能な暴力・ハラスメント対応マニュアルの作成に向けた取組
- 暴力・ハラスメント防止についてのポスターの作成など、国民への普及啓発
- 暴力・ハラスメントへの対応策を効果的に学習できるe-ラーニング等の環境整備
- 看護補助者の入職研修プログラム（e-ラーニング等）などの環境整備
- 看護補助者の確保キャンペーンの展開（パンフレット、PR動画、シンポジウムなど）
- 看護補助者の実態調査を踏まえた看護補助者の定着促進策の検討や、看護補助者との協働の在り方、活用、夜勤への対応などに関する看護管理者、看護職員への研修の推進

なお、子どもを持つ看護職員をはじめ、医療従事者の離職防止及び再就業の促進を図るうえで、院内保育等の整備は重要である。国や都道府県あるいは市町村が、保育行政又は医療行政として給付費や運営費補助などを設けているが、これらは「院内保育等の推進について」（令和元年7月1日付厚生労働省医政局医療経営支援課長、医事課長、看護課長連名通知）で網羅的に整理されており、各支援策がより効率的・効果的な保育の実施につなげられることが期待される。

4) 領域・地域別偏在の調整

従来の看護職員確保策では専ら看護職員の総数不足への対応策が議論されてきたが、今般の看護職員需給推計の結果からは、それだけでなく看護職員の領域別、地域別偏在の調整についても具体的な対策の検討が今後必要となる。各都道府県においては、次の医療計画中間見直しや第8期介護保険事業支援計画、第6期障害福祉計画、第2期障害児福祉計画立案の機会をとらえ、地域の実情や求められる医療機能に応じた必要な看護需給が実現されるよう、政策を立案、遂行することが重要な課題となる。

領域別偏在については、高齢化の進展や地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴い、令和7（2025）年に向けて訪問看護や介護分野における看護ニーズが大きく増加することが見込まれているが、現状は訪問看護に従事する看護職員は約5万人であり、訪問看護事業所の求人倍率は3.78倍と病院と比して高く、職員を十分に確保できていない状況である。また、訪問看護は、医師や同僚看護師などがそばにいてすぐに相談できた

り、医療機器が整備されている医療機関とは異なる環境下で、利用者の療養生活を理解し適切なアセスメントや必要なケアを適時に実践する能力が求められる。従って都道府県ナースセンターによる研修の支援や、訪問看護事業所へのマッチングの強化に取り組んでいるが、社会経験の少ない若者におけるハードルの高さが依然として懸念され、新卒看護師等が訪問看護事業所へ就業する選択肢はまだ確立されているとはいえない。

しかし、本分科会では適切な教育により新卒や経験の浅い看護職員も含め、訪問看護の人材を育成することは可能であるとの意見が出され、すでに各地で教育システムが開発、展開されている事例があることも確認された。看護職員の就業場所は年齢階級が上がるにつれ多様化する傾向がみられ、訪問看護や介護保険施設等へ転職する者も現れるが、一方で介護保険施設等における新規採用看護職員の離職率は約 4 割に上っているという調査結果もある（日本看護協会「特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査報告書（平成 18 年）」より）。想像と現実のギャップ等から早期に離職する者が多いことが考えられ、そうしたギャップを解消する施策が必要であることが指摘された。

また、訪問看護事業所は近年増加しているが小規模の事業所が多く、1 事業所だけでは教育研修体制の整備や、福利厚生面、運営面、暴力・ハラスメント対策等において困難を抱えるところがある。そうしたところにおいても訪問看護サービスの安定した提供や看護職員の確保、定着が促進されるよう、地域の拠点となるような大規模事業所や医療機関等との有効な連携のあり方や各種相談体制の整備、ICT 活用の促進等について、今後、検討を進めていくことが重要である。訪問看護事業所の大規模化の促進については、本分科会では訪問看護の提供体制を整備する上で量的に重要という意見や、規模を問わず訪問看護事業所数の増加が課題となる地域における課題対応が重要という意見も出されたところである。それぞれ地域の実情に応じて訪問看護の機能強化を図ることが必要と考えられる。さらに、地域における訪問看護提供体制を確保するための総合的・計画的な推進策等の検討も求められる。

地域別偏在については、平成 29 年度より都道府県行政と都道府県ナースセンターが軸となり、都道府県や医師会、病院団体、都道府県訪問看護ステーション連絡協議会等と連携のうえ地域の実情に応じてより対象領域を絞った確保策を計画・展開する「地域に必要な看護職の確保推進事業」が実施され、一定の成果も得られている。本分科会では、山間や離島など看護職員確保・定着が困難な地域における支援策についても検討する必要があることが指摘された。

地域における看護職員の確保については、すでに都道府県において独自に看護学生対象の奨学金制度を実施しているところがあり、今後も看護職員確保・定着の施策の 1 つと

して有効に活用されていくことが望まれる。また、先にも述べたとおり、地方における看護師等養成所が看護職員確保に果たす役割は大きく、運営が困難になっている養成所については、地域の実情に応じながら教育の質の維持や運営継続が可能となるために必要な環境整備を検討していくことが必要である。

以上を踏まえ、具体的には次の施策を進めていくべきではないか。

- 新卒看護師対象の訪問看護人材養成の教育実施状況の把握、好事例の情報共有等に向けた検討
- 地域に残って就職する学生に対する、看護職員の地域毎の充足状況を踏まえた奨学金支援等に係る取組（※再掲：新規養成）
- 訪問看護事業所と地域の病院等と連携した教育研修体制構築のための支援の検討
- 病院等で働く看護職員が、多様なキャリアを選択できるよう訪問看護事業所や介護保険施設等での研修等の実施、看護管理者に対する多様な背景を持つ看護職員の活用に関する研修の推進
- 国による、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を養成することを目的に実施されている「在宅医療関連講師人材養成事業³」の促進
- 地域医療介護総合確保基金を活用した訪問看護や介護保険サービス等の人材育成等について、都道府県への情報提供や相談支援
- 訪問看護事業所や介護保険施設等に従事する看護職員に関する勤務環境改善、ICT 活用の推進、継続教育支援等の処遇に係る環境整備、特定行為研修の推進に向けた支援に係る検討
- 中央ナースセンターによる「地域に必要な看護職の確保推進事業」を全国に展開するための、事業の実施支援、好事例の分析、情報共有の促進
- 介護保険施設等における看護職員の役割や業務内容に関する情報提供に係る取組

なお、訪問看護や介護分野に限らず、精神・障害分野等においても、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に伴う基盤整備や医療的ケア児への対応など、看護ニーズの拡大に伴い看護職員の確保が求められる領域はさまざまに存在する。各都道府県において看護職員確保策を検討する際は、そうした領域における需給状況も十分把握し、

³ 在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を養成することを目的に、医師、看護師を対象とした研修プログラムの開発とともに中央研修を行う事業。

領域横断的な計画策定や事業立案が求められる。将来的には地域別偏在も含め、都道府県ナースセンターが各地域における看護職員の需給調整を担う主要な機関の一つとして、人材養成やキャリア支援機能をより拡充させていくことが強く求められる。

本課題については、都道府県の積極的な取組が一層重要となっていくとの指摘がある。令和元年 8 月に開催された「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において、地域医療支援病院の基本的な役割として「医師の少ない地域を支援すること」が追加され、都道府県知事の権限により地域の実情に応じて要件を追加できる旨のとりまとめが行われた。この見直しの方向性を踏まえながら、看護職員の領域・地域別偏在を改善するための手段として、今後どのようなことができるかについての検討が求められる。このほか、医療資源が少ない地域においては、地域雇用開発政策等による事業や助成を活用し、訪問看護事業所の開設や職員採用を支援することも考えられる。よって、都道府県の看護行政において都道府県労働局や経済産業局その他関連機関との連携の模索も重要となるところである。

4. おわりに

今般の需給推計は、令和 7（2025）年における看護職員の需要と供給について、医療機能の分化・連携や在宅医療の推進等による将来の変化や、将来推計人口など既に得られているエビデンスデータを勘案しつつ、法律や法令に基づく計画など既に内容が固まっております客観的に影響を考慮することができるものは反映させる形でとりすすめた。働き方改革の本推計との関係では、時間外労働の上限規制、年次有給休暇の付与については、平成 31 年 4 月に既に施行されたため複数のシナリオを設けこれを考慮した推計を行ったが、現時点では影響を考慮するためのエビデンスが十分に得られていない勤務間インターバル制度や深夜業の回数の影響については、織り込んでいない。これらの要素については、現在研究が進められているが、このように需給推計への影響が大きい要素について新規にエビデンスが得られ、看護職員の需給の影響度合いを客観的に考慮することが可能となった段階で、推計の在り方について改めて所要の見直しを含め検討する必要性から「中間とりまとめ」の形をとることとした。

今回、中間とりまとめとして一定のとりまとめを行うのは、看護現場の取り巻く諸課題に対し現時点で得られている知見に基づいた機動的な取組を進めていく重要性ゆえである。看護職員確保策の観点からは、これまで指摘されてきた看護職員の総数不足への対応策だけでなく、看護職員の領域別、地域別偏在の調整について具体的な対策を検討する必要

性が明らかになった。今後、都道府県においては、医療計画の見直しの機会等において、地域包括ケアの推進や働き方改革等、看護職員を取り巻く環境の変化と地域の実情を踏まえた施策を推進することが期待される。国においても、本分科会の検討内容を踏まえ、今後制度面や財政面を含め全国的に必要とされる環境整備に引き続き取り組んでいくことを求める。

3) 参考：都道府県報告版

都道府県	供給推計 (都道府県報告)	供給推計 (指数平滑法)	需要推計			需要推計(①～③)と供給推計(都道府県報告)の差						(参考) 需要推計 都道府県 報告値 (計数等処理前)
			シナリオ ①	シナリオ ②	シナリオ ③	シナリオ①		シナリオ②		シナリオ③		
北海道	96,056	93,436	102,981	103,906	110,598	6,925	93.3%	7,850	92.4%	14,542	86.9%	98,548
青森	20,217	19,701	20,293	20,475	21,794	76	99.6%	258	98.7%	1,577	92.8%	19,537
岩手	18,022	18,136	18,462	18,628	19,827	440	97.6%	606	96.7%	1,805	90.9%	17,483
宮城	29,904	33,660	32,042	32,330	34,412	2,138	93.3%	2,426	92.5%	4,508	86.9%	30,335
秋田	18,966	18,624	15,723	15,864	16,886	△ 3,243	120.6%	△ 3,102	119.6%	△ 2,080	112.3%	14,834
山形	17,694	17,510	16,511	16,660	17,733	△ 1,183	107.2%	△ 1,034	106.2%	39	99.8%	15,686
福島	28,917	25,999	27,903	28,154	29,967	△ 1,014	103.6%	△ 763	102.7%	1,050	96.5%	26,684
茨城	37,912	33,355	38,741	39,089	41,606	829	97.9%	1,177	97.0%	3,694	91.1%	37,311
栃木	27,063	26,702	25,801	26,032	27,709	△ 1,262	104.9%	△ 1,031	104.0%	646	97.7%	24,907
群馬	28,720	33,253	27,910	28,160	29,974	△ 810	102.9%	△ 560	102.0%	1,254	95.8%	27,073
埼玉	78,416	88,897	90,907	91,723	97,630	12,491	86.3%	13,307	85.5%	19,214	80.3%	87,082
千葉	70,538	70,533	78,688	79,394	84,508	8,150	89.6%	8,856	88.8%	13,970	83.5%	76,081
東京	140,708	160,312	181,147	182,772	194,544	40,439	77.7%	42,064	77.0%	53,836	72.3%	173,941
神奈川	85,084	83,018	116,095	117,137	124,681	31,011	73.3%	32,053	72.6%	39,597	68.2%	109,970
新潟	36,280	34,042	32,671	32,964	35,087	△ 3,609	111.0%	△ 3,316	110.1%	△ 1,193	103.4%	30,984
富山	18,881	19,413	19,718	19,895	21,177	837	95.8%	1,014	94.9%	2,296	89.2%	18,787
石川	20,892	21,305	19,522	19,698	20,966	△ 1,370	107.0%	△ 1,194	106.1%	74	99.6%	18,517
福井	13,013	12,809	13,084	13,202	14,052	71	99.5%	189	98.6%	1,039	92.6%	12,517
山梨	12,008	11,499	11,600	11,705	12,458	△ 408	103.5%	△ 303	102.6%	450	96.4%	11,024
長野	30,109	32,928	30,545	30,819	32,804	437	98.6%	711	97.7%	2,696	91.8%	29,001
岐阜	26,172	26,849	26,764	27,004	28,743	592	97.8%	832	96.9%	2,571	91.1%	25,518
静岡	43,596	43,160	46,628	47,046	50,076	3,032	93.5%	3,450	92.7%	6,480	87.1%	44,360
愛知	88,005	96,249	94,424	95,272	101,408	6,419	93.2%	7,267	92.4%	13,403	86.8%	89,973
三重	24,592	26,239	24,363	24,582	26,165	△ 229	100.9%	△ 10	100.0%	1,573	94.0%	23,140
滋賀	18,057	20,298	18,766	18,934	20,154	709	96.2%	877	95.4%	2,097	89.6%	17,672
京都	41,937	43,011	42,540	42,922	45,687	603	98.6%	985	97.7%	3,750	91.8%	41,609
大阪	108,938	116,435	144,367	145,663	155,044	35,429	75.5%	36,725	74.8%	46,106	70.3%	138,610
兵庫	76,579	73,694	80,238	80,959	86,173	3,659	95.4%	4,380	94.6%	9,594	88.9%	77,723

都道府県	供給推計 (都道府県報告)	供給推計 (指数平滑法)	需要推計			需要推計(①~③)と供給推計(都道府県報告)の差						(参考) 需要推計 都道府県 報告値 (計数等処理前)
			シナリオ ①	シナリオ ②	シナリオ ③	シナリオ①		シナリオ②		シナリオ③		
奈良	18,333	18,462	20,127	20,308	21,616	1,794	91.1%	1,975	90.3%	3,283	84.8%	19,507
和歌山	15,055	13,643	15,363	15,500	16,499	308	98.0%	445	97.1%	1,444	91.2%	14,557
鳥取	10,401	11,123	10,921	11,019	11,728	520	95.2%	618	94.4%	1,327	88.7%	10,434
島根	12,327	13,661	11,869	11,975	12,746	△ 458	103.9%	△ 352	102.9%	419	96.7%	11,212
岡山	28,894	34,294	28,461	28,716	30,566	△ 433	101.5%	△ 178	100.6%	1,672	94.5%	29,763
広島	45,100	47,880	45,128	45,533	48,466	28	99.9%	433	99.0%	3,366	93.1%	43,069
山口	25,313	28,555	23,814	24,028	25,575	△ 1,499	106.3%	△ 1,285	105.3%	262	99.0%	22,821
徳島	14,404	14,057	13,953	14,078	14,985	△ 451	103.2%	△ 326	102.3%	581	96.1%	13,229
香川	17,232	17,923	17,999	18,160	19,330	767	95.7%	928	94.9%	2,098	89.1%	17,167
愛媛	23,673	24,976	22,996	23,202	24,696	△ 677	102.9%	△ 471	102.0%	1,023	95.9%	21,897
高知	15,656	15,772	15,536	15,676	16,685	△ 120	100.8%	20	99.9%	1,029	93.8%	14,531
福岡	86,521	84,867	92,292	93,120	99,117	5,771	93.7%	6,599	92.9%	12,597	87.3%	88,730
佐賀	16,789	19,176	14,411	14,541	15,477	△ 2,378	116.5%	△ 2,248	115.5%	△ 1,312	108.5%	13,735
長崎	25,702	29,224	26,129	26,363	28,061	427	98.4%	661	97.5%	2,359	91.6%	24,945
熊本	38,652	36,957	39,897	40,255	42,847	1,245	96.9%	1,603	96.0%	4,195	90.2%	37,992
大分	22,584	23,754	22,089	22,287	23,722	△ 495	102.2%	△ 297	101.3%	1,138	95.2%	20,806
宮崎	20,241	24,174	19,147	19,319	20,564	△ 1,094	105.7%	△ 922	104.8%	323	98.4%	18,175
鹿児島	29,272	34,024	31,140	31,420	33,443	1,868	94.0%	2,148	93.2%	4,171	87.5%	29,679
沖縄	23,240	25,882	24,285	24,503	26,081	1,045	95.7%	1,263	94.8%	2,841	89.1%	23,158

医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 構成員名簿

- 池西 静江 日本看護学校協議会会長
伊藤 彰久 日本労働組合総連合会総合政策推進局生活福祉局長
大崎 和子 社会医療法人きつこう会多根総合病院総看護部長
太田 秀樹 全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長
太田 圭洋 日本医療法人協会副会長
◎尾形 裕也 九州大学名誉教授
鎌田 久美子 日本看護協会常任理事
釜苺 敏 日本医師会常任理事
小林 美亜 静岡大学大学院創造科学技術研究部特任教授
島崎 謙治 政策研究大学院大学教授
平良 孝美 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター副院長
高砂 裕子 全国訪問看護事業協会常務理事
竹中 賢治 全国自治体病院協議会副会長
鶴田 憲一 全国衛生部長会会長
内藤 誠二 医療法人社団温光会内藤病院理事長
春山 早苗 自治医科大学看護学部長
平川 博之 全国老人保健施設協会副会長
○伏見 清秀 東京医科歯科大学医歯学総合研究科教授
本田 麻由美 読売新聞東京本社編集局生活部次長
森本 一美 日本看護協会事務局長付
山口 育子 認定 NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
(五十音順、敬称略)

◎：座長 ○：座長代理