

# 看護経済・政策研究学会誌

## Journal of Nursing Economics and Policies

Vol. 5 No. 1



〔2022〕

看護経済・政策研究学会

Japan Society of Nursing Economics and Policies

## 第 12 回学術集会講演録

## 会長講演

看護労働市場の特性と看護師人事諸制度の問題  
～看護経営学の視点から～

松 下 博 宣

東京情報大学大学院総合情報学研究科

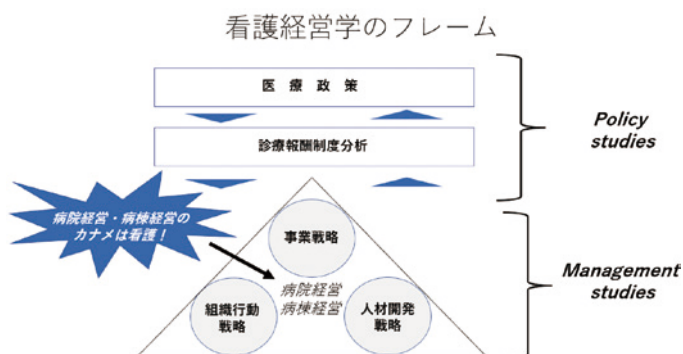
## 1. はじめに

看護経営学とは、不肖私が先鞭をつけ、独自に開発した看護管理者のためのマネジメントに関する「実学」の体系である。1990年代初頭の日本には、看護管理学会さえもなく、看護マネジメントに関する知見は極めて限られていた。そこで、浅学非才を顧みず看護管理者がマネジメント諸理論に触れ現場で実践できるものとして、看護経営学の体系化を試みた。コーネル大学医療経営学大学院（Sloan Program in Health Administration）留学で接した諸理論を用いて、帰国後、227の自治体立病院からデータを取得してアクション・リサーチを行い、日本的制度、風土、文化、組織、慣行を勘案し、日本の看護に関する組織現象を比較制度的に分析、解明し、プラクティカルな実践応用を推奨する体系である。

さいわい、これらの方法論を日本看護協会出版会から「看護経営学」（松下，1994）、「続・看護経営学」（松下，1997）として出版する機会に恵まれた。その後、起業家として会社の設立から成長、イグジット（売却）までに関わった後、研究の関心は、複雑システム科学をレンズとする医療と看護のイノベーション創発機序の解明に向かった。近年では「医療看護イノベーション」（松下，2017），“Health Informatics: Translating information into innovation”（Matsushita, 2020）、「多職種連携とシステム科学」（松下，2020）、「多職種連携を推進するコラボレーション大全」（松下，2022）を刊行している。このように、社会科学（social science）を涉猟しつつ看護を対象とする研究テーマは変遷してきているが、この機会に「看護経営学」ならびに、その後得た知見を交え、看護労働市場の特性と看護師人事諸制度の問題について考察してみよう。

## 2. 看護経営学の視座

看護経営学のフレームは、下図に示すように、医療看護政策分析（policy analysis）と経営に関する3つの主要ドメイン、つまり、事業戦略（いかに儲けるのか）、組織行動戦略（いかに動かすのか）、人材開発戦略（いかに報いるのか）の3つの戦略から成り立つ。よって、正確に言えば、看護経営学とは看護政策分析・経営学とも呼べるだろう。



## 3. 看護労働市場の特性と看護師人事諸制度の問題

以下、看護労働市場、看護師賃金の特徴と問題、看護師人事制度の課題を述べる。

## 3.1 看護労働市場の特性

・看護労働需要は医療機関等看護師を雇用する医療・看護サービス提供システムによって決定される。

- ・需要独占のため、看護供給サイド（看護師）は賃金交渉が十分にはできない。
- ・看護師賃金の源泉たる看護料は診療報酬制度の看護師の員数・患者比率で規定される。
- ・よって、看護師労働市場の需要と供給が動的に均衡して賃金が決まっているのではない。需要と供給が動的に均衡して価格（賃金）が決定されるという自由市場原則＝新古典派経済学では説明がつかない。

### 3.2 看護師賃金の特徴

- ・長期在職によって生じる人件費高騰を抑制する手段として抑えられた年功賃金カーブが用いられている（松下，1994）。
- ・看護師給与の源泉とされる現行の診療報酬体系の基準看護点数は、員数中心で、看護職務の高度化による看護サービスの向上、能力開発という考え方が盛り込まれていない（松下，1994）。
- ・欧米では、年齢という要因で給料を自動的に決定されるということはない。むしろ、能力や成果に対して賃金を払うべきという社会的な合意があり、年齢、性別、人種、あるいは宗教的な信条や価値観によって賃金を決定することは違法行為とされる（松下，2004）。

### 3.3 看護師人事制度の課題

一般に、人事制度の基本は、① 等級システム、② 評価システム、③ 賃金システムに分類される。等級システムとしては、看護師の看護実践能力を評価し開発するツールとして、クリニカルラダーがある。これは看護師の実践能力を段階的に表し、各段階において期待される能力を示し、到達度によって看護師の能力が示されるシステムである（日本看護協会，2016）。評価システムは、等級システムのクリニカルラダーや目標管理システムと連動し、人事考課として実行される。また、日本看護協会（2016）は、「看護職のキャリアと連動した賃金モデル」を推奨はしているものの、通常、賃金決定権は看護部にはなく、影響力はかなり限定的である。

## 4. 結論

看護経営学を世に問うてから30年が経過したが、看護師賃金の関する旧態依然とした員数規定型の年功賃金（自覚なきポストモダンの報酬構造）傾向はほとんど変わっていない。市場の外側の政府（岸田文雄首相）が、「公的価格評価検討委員会」を設置して、「エッセンシャル・ワーカー」としての看護師賃金の底上げを図ろうとする前代未聞の事態となっている。主流と目されてきた新古典派経済学の視点からは、摩訶不思議としか言えない現象が陸続として現在進行中である。

看護師賃金総額を抑制して、かつモチベーションアップを演出するために、低レベルに賃金を年齢・年功で一律管理しつつも、能力開発を別次元に位置付ける巧妙なポストモダンの報酬構造が暗黙的に支持されてきた。しかし、これらの制度的趨勢はコロナ禍の中で矛盾が露呈した。今後は、クリニカルラダーを賃金管理に徐々にリンクさせ、脱年齢・脱年功、かつ能力、役割を重視するジョブ型賃金に転換してゆく必要がある。

看護経済・政策学会としても、新古典派経済学の理論的発達過程を踏襲しつつも、その限界と陥穽を見極め、制度派経済学、行動経済学等、より効果的に看護に関する政策・経済・経営事象を分析、記述、批判できる体系について研鑽する余地があるだろう。

## 参考文献

- 松下博宣（1994）. 看護経営学：看護部門改造計画のすすめ. 日本看護協会出版会.
- 松下博宣（1997）. 続・看護経営学：超実践編. 日本看護協会出版会.
- 松下博宣・編著（2004）. クリニカルラダー・人材開発システム導入成功の方策—看護部活性化・良質の看護サービスの決め手. 日総研出版.
- 松下博宣（2017）. 医療看護イノベーション. メディカ出版.
- Hironobu Matsushita（2020）. Health Informatics：Translating information into innovation. Springer Nature. London.
- 松下博宣（2020）. 多職種連携とシステム科学. 日本医療企画.
- 松下博宣（2022）. 多職種連携を推進するコラボレーション大全. 日総研出版.
- 日本看護協会（2016）. 看護職のキャリアと連動した賃金モデル～多様な働き方とやりがいを支える評価・処遇～]. [https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/wage\\_model.pdf](https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/wage_model.pdf)

## 第 12 回学術集会講演録

## 「看護労働市場とキャリア開発

～エッセンシャルワーカーとして看護師の報酬とキャリアを問う～

## 助産師のキャリア開発

成 田 伸

自治医科大学看護学部教授

助産師教育には、看護の基礎教育の上に助産の教育を受けるシステム（Nurse-Midwife）と直接に助産の教育を受けるシステム（Direct Entry, Midwife）があり、国際助産師連盟（ICM）は基礎教育については国々の事情での選択としている。日本の助産師教育は、戦前は Direct Entry である産婆であったが、戦後 GHQ の介入により、看護師教育に上乘せる教育となった。近年、その基礎教育の場は、専門学校、専攻科、別科、大学、大学院、専門職大学院等々、複雑化している。しかも、いずれも基礎教育であることに変わりはなく、受けた教育年数は卒後新卒の報酬には反映されていない。

また、世界では助産師の業務は分娩を中心に動いているが、戦後日本で急速に起こった分娩場所の医療施設内への移動に伴って、助産師の就業場所も病院・診療所に移動した。ここ 20 年の病院で扱う分娩件数減少に伴い、産科混合病棟化し、助産師は分娩の場から徐々に遠ざかり、主だった業務が看護にシフトしている。そのことが、助産師基礎教育の困難につながり、また新人層の助産技術の習熟を妨げている。一方で、助産所も、東日本大震災、新型コロナウイルス感染症の流行等の社会情勢の変化の影響を大きく受け、その分娩数が急速に減少し、収入減に四苦八苦している状況にある。

私は、大学において助産師基礎教育を実践し、116 人の卒業生を輩出してきた。また、助産師の高度実践者の育成を目指し、修士課程において、母性看護専門看護師（CNS）の教育を行い、8 名の資格取得者を育成している。CNS は、修士課程での教育を前提とし、日本看護系大学協議会が教育課程を認定し、日本看護協会が修了後の個別認定している資格制度である。2022 年の時点で、がん看護 CNS でようやく 980 名で、母性 CNS は 89 名に過ぎない。臨地で活動が評価されている CNS でも、主任・師長等の看護管理者枠で対応している。

日本看護協会、日本助産師会は、CLoCMiP<sup>®</sup> レベル III 認証制度を立ち上げ、アドバンス助産師の認証を開始した。臨床経験 5 年以上、分娩介助件数 100 件以上、指定の研修受講後、試験に合格することが求められている。注目を浴びた乳腺炎重症化予防ケア・指導料取得要件としてアドバンス助産師とされた時には 1 万名を超えていた認証者も 2021 年度には 8,327 名と減少気味のよう。これも施設の収入にはなっているが、個々の助産師の収入には繋がっていない。

開業権を持つ助産師にとって助産所は重要な存在で、過去には高収入で成り立っていたが、分娩介助件数の急減に伴い、経済的な困難に直面している。生き残りを掛けて、経営の近代化、産後ケア・訪問看護への参入等、種々取り組んでいるが、収入増にはなかなか繋がっていない。

今回紹介したように、助産師基礎教育の再検討、継続教育としてのラダー整備の必要性、地域での助産師活動の拡大、活動に見合う報酬の確保、母性看護専門看護師の活動の見える化・位置づけの再検討が喫緊の課題である。助産師として、今後、経済的に評価され、生き残るためにどうすべきかが問われている。



第 12 回学術集会講演録

「看護労働市場とキャリア開発

～エッセンシャルワーカーとして看護師の報酬とキャリアを問う～

看護師の技能はなぜ報酬で評価されにくいのか：  
経済学の視点から

角 田 由 佳

山口大学経済学部・大学院経済学研究科

1. はじめに

看護職のキャリアを形成する経路は現在、例えば厚生労働省のホームページ<sup>1</sup>にも示されているように、全体的には十分に構築されていると捉えられる。一方、現場で働く看護職にとっては、キャリアを開発するために必要な研修等に参加することが難しかったり、各種資格等の修得を希望しなかったりする現状がある。

キャリアを形成していくには自身の時間を使い費用もかかることはいうまでもないが、その教育投資に見合う評価が賃金面で行われているとは言いきれない。本報告では、看護職自身によるキャリア開発への取り組みの実態を明らかにした上で、蓄積される技能が賃金で評価されにくい要因を経済学の視点から分析する。

2. 看護師のキャリア開発と評価の実態

看護職による自主的な研修等への参加状況について、日本看護協会「2021年 看護職員実態調査」を用いて表したものが図1である。フルタイムの正規雇用職員の場合、勤務先あるいは勤務先以外で行われる研修・教育の参加が6割前後となっている一方、短時間正規雇用職員や非正規雇用職員では3～4割の参加状況となっている。自主的な勉強会になるとフルタイムの正規雇用職員でも参加は3割を上回る程度であり、どれも参加していない職員も1割半ば、短時間正規雇用職員や非正規雇用職員では3割を超えている。

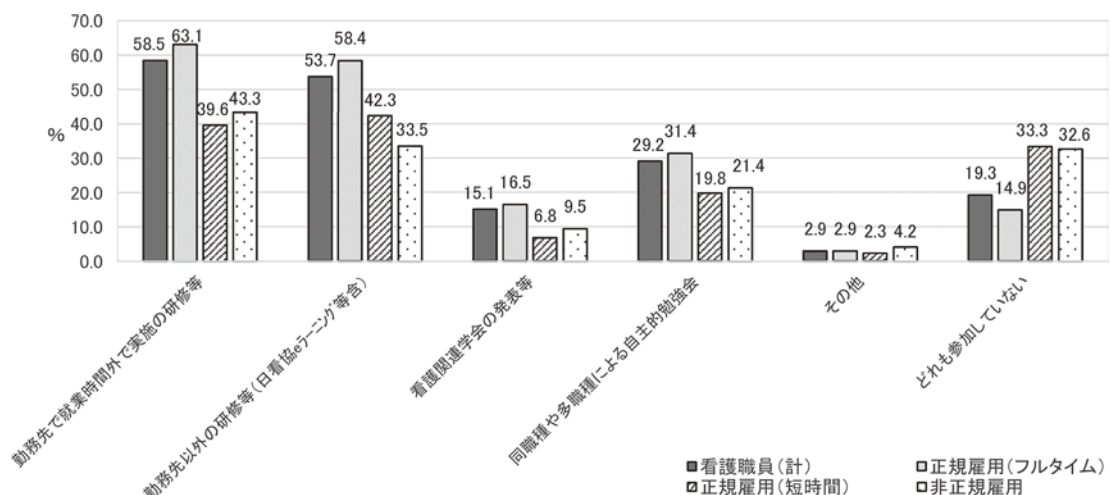


図1 自らの意志で参加した研修等の機会(当てはまるもの全て回答)

資料：日本看護協会「2021年 看護職員実態調査」p.82より作成。

<sup>1</sup>厚生労働省 H.P.では「看護職のキャリアと働き方支援サイト」(日本看護協会作成)が示されている([www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/nurse/](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/nurse/) 最終閲覧日：2022年7月3日)。

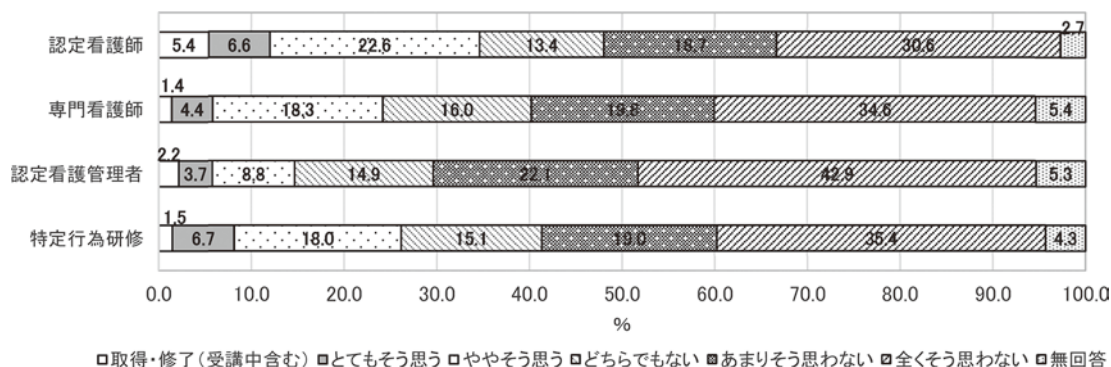


図2 各資格等の取得・修了への希望

資料：日本看護協会「2021年看護職員実態調査」p.22より作成。

研修等への参加を難しくする要因として、時間や人員の調整がつかない点が多く挙げられ、ほぼ4割を超えている。また、受講費用が自己負担であることや、能力を高めても処遇等に反映されない点も次いで多く挙げられる。さらに、具体的な資格取得や特定行為研修の修了に関しては、希望者が少ないことが図2からわかる。特に「認定看護管理者」の取得は、「あまり思わない」「全く思わない」で65.0%に上っている。

一方、これらの資格を取得してどう賃金面で評価されるのか、日本看護協会（2014）以降調査は見当たらず、看護職が教育投資し技能を高めても、賃金の増額で投資費用が回収できるのか予測しにくい状況にある。

### 3. 賃金による技能評価を妨げる要因とは

そもそも看護師がキャリアを開発し培っていく技能について、評価されにくい構造がある。その要因として、看護に関わる診療報酬支払いのしくみやサービスの特殊性、そして不完全な労働市場が挙げられる。

「急性期一般入院料」や「地域一般入院料」等、看護サービスの提供に対する診療報酬の基盤は、看護職の配置人数に規定されている。技能の規定のある各種加算とは異なり、どのような技能をもつ看護師であっても同じく1人の看護職と数えられ同額の報酬が支払われるしくみは、外来、また介護保険関連施設・事業所における看護サービスにも同様である。このしくみの中で施設側が利益の増加を目指すとき、賃金が低く人件費を抑えられる新卒看護師等、技能が未蓄積の看護師への労働需要が増大し、その賃金が上昇することとなる。一方、キャリアを積み重ね、技能の高い看護師を相応の賃金を支払って雇えば、同額の診療報酬の下では利益の減少につながるため労働需要は減少し、賃金を引き下げる結果となる。

仮に、技能が未蓄積の看護師の労働力がより投入されることで看護サービスの質が維持できなかつたとしても、「情報の非対称性」から消費者は質の低下や自身の健康状態・QOLへの影響が分からず、購入し続ける。購入する消費者が減らなければ施設の事業は存続し、反対に、相応の賃金評価を行いながら良質な看護サービスを提供しようとする施設ほど、現在の看護の診療報酬制度下では利益を減少させかねない。

もちろん技能の高い看護師は、良質な看護を提供したりスタッフの教育等にも貢献できたりするだけでなく、各種加算の取得や「診療実績」を通じて、施設の収益を確保・拡大するために不可欠である。しかし、それが賃金の増額につながっているとは限らない。なぜなら雇用主である施設側が、その働きに見合わない低い賃金を支払うことが可能となる「需要独占構造」が、女性の多い看護師の労働市場では成立しやすく、特にキャリアを積み重ねている看護師は年齢上、技能に相応の賃金を支払われなくても、家族がいると自らの好条件を求めて職場を変えにくいからである。この構造から、ますます技能の高い看護師は賃金で評価されにくく、事態改善のためには、需要独占市場を打開する交渉力を看護師が持つ必要性が生じるのである。

### 参考文献

- 角田由佳（2020）.『看護サービスの経済・政策論—看護師の働き方を経済学から読み解く 第2版』. 医学書院.  
 日本看護協会（2014）.「2012年 病院勤務の看護職の賃金に関する調査」. 日本看護協会.

第 12 回学術集会講演録

「看護労働市場とキャリア開発

～エッセンシャルワーカーとして看護師の報酬とキャリアを問う～

強みを作るキャリア形成～人脈をつなぐ言葉と知識～

湯原 淳平

株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン

人口が最も少ない鳥取県に生まれ、なぜ今、この地域に自分が生まれたのか、次の世代に社会を引き継ぐことを生きがいと認識して何が出来るか考えて大学進学の時を迎える。地域に実家から通える国立大学は一つしかなく、臨床現場の看護師への憧れと同時に、看護を社会課題解決の糸口として考え目の前の患者だけでなく、多くの患者に影響する国民皆保険の仕組みを、細かい点は改善しながらも次世代に残すことが最も大切だと考えるに至った。学びたいことを学べる環境への憧れを持ち、神戸市立看護大学に進み、それまでの疑問を解決すると同時に新しい情報から新たな疑問が生まれ、学びと質問を繰り返すことで時代を作り上げてきた看護の先人から多くの教えと思いを受け取った。病院と在宅の現場では患者、看護師、家族の視点と専門的な知識、視点を学び、世界では歴史と文化の違いの根底に、生活、生きがいと共通する点を多く感じ取った。議員秘書時代には、地域社会における医療の立ち位置、農林水産業、商工業、役場、その他様々な社会におけるそれぞれの立場、考え方を学び、制度、金を変えるためには根拠となる数字の重要性を感じ、現在所属する会社に入社した。病院・介護施設の経営改善を支援する中で、現場の思い、努力と報酬制度のズレを感じている。

国民皆保険を維持するためには税金、保険料の上限額の中で、人口に対して多すぎる病床数を減らすこと、病床稼働に連動する報酬制度の変更により、総医療費の伸びを高齢化の伸びに抑えながら、病院現場での総医療者数は減少するが、病床数に対して多い医療職者の配置を実現し、1人あたりの給与アップは可能であると考える。財政上の問題がある中、雇用総数の維持と給与アップは同時に成り立たないことを前提に個人としても組織としても提案をしていくことが必要であると考える。

日本の診療報酬制度では入院収益が病床稼働と一致するため、収益維持のために在院日数短縮が進まない。

効率的で質の高い医療提供体制の整備（これまでの取組）

○ 諸外国においても、病床数の減少と平均寿命の延伸を両立してきた。  
 ○ 我が国は、人口当たり病床数・病床数が諸外国に比べ多い一方、平均寿命も世界最高水準。しかし、因果関係は立つものではなく、**病床・病床当たりの医療従事者数が半額以下（医師数・看護師の長時間労働、「低密度医療」を招いてきた可能性がある（単科診療で病床数は1人で5床（欧米では1～2床）は診なければならぬ計算になる）。**その結果としての**入院期間の長期化は患者のQOLを低下させる。**  
 ○ 特に、**精神病床が我が国の病床数を押し上げているが、精神医療について、病床数の多さや平均在院日数の長さが医療の質ひいては患者のQOLに結びついていない可能性**があるほか、自殺率の高さなどの課題もある。

◆ 国別の人口千人あたり病床数推移及び寿命の変化

◆ 医療提供体制の国際比較

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人あたり病床数	人口千人あたり医師数	人口千人あたり看護師数	1床当たり診療科目数 (1床当たり)	1床当たり診療科目数 (1床当たり)
日本	27.8 (16.1)	13.0 (66.2)	2.5	11.8	0.2 (37.7)	0.9 (177.7)
カナダ	— (7.7)	2.5 (18.9)	2.7	10.0	1.1 (145.1)	4.0 (529.4)
フランス	— (5.4)	8.2 (44.7)	3.2	11.1	0.5 (70.9)	1.9 (247.4)
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0 (36.8)	4.3	13.6	0.5 (117.1)	1.7 (375.3)
イタリア	— (7.0)	8.0 (17.7)	4.1	6.2	1.3 (229.1)	2.0 (348.2)
イギリス	6.9 (6.2)	2.5 (29.5)	3.0	8.2	1.2 (99.5)	3.3 (276.9)
アフリカ	— (5.1)	2.6 (18.8)	2.6	11.9	0.9 (138.6)	4.2 (631.8)

◆ 精神病床数及び平均在院日数の国際比較

国名	日本	ドイツ	フランス	カナダ	イギリス	アフリカ	イタリア
人口千人あたり精神病床数	2.59	1.31	0.82	0.36	0.35	0.25	0.08
平均在院日数	265.8	26	23.2	21.5	35.2	6.4	13.7

◆ OECD医療の質レビュー2014  
 「日本の自殺率の高さ、精神科病床数の多さ及び精神科施設への平均入院日数の長さから、精神医療の質及びアウトカムに関して、大きな改善の可能性が示唆される。」

2021年11月8日 財政制度審議会資料



第 48 回研究会講演録

# 看護学生と学ぶ ACP

大 島 敏 子

NPO 法人看護職キャリアサポート  
フリージア・ナースの会 会長

## 始めに

日本は、世界に類を見ないスピードで超高齢社会を迎えた。全国の総人口は、126,654,244 人（外国人を含む）。そのうち 65 歳以上の高齢者は 28.2% で、人口の 3.5 人に一人が 65 歳以上で、75 歳以上は 6.9 人に一人にあたる。高齢者と生産年齢人口（15～64 歳）の比率は、1 対 2.1 人となる。（図 1）

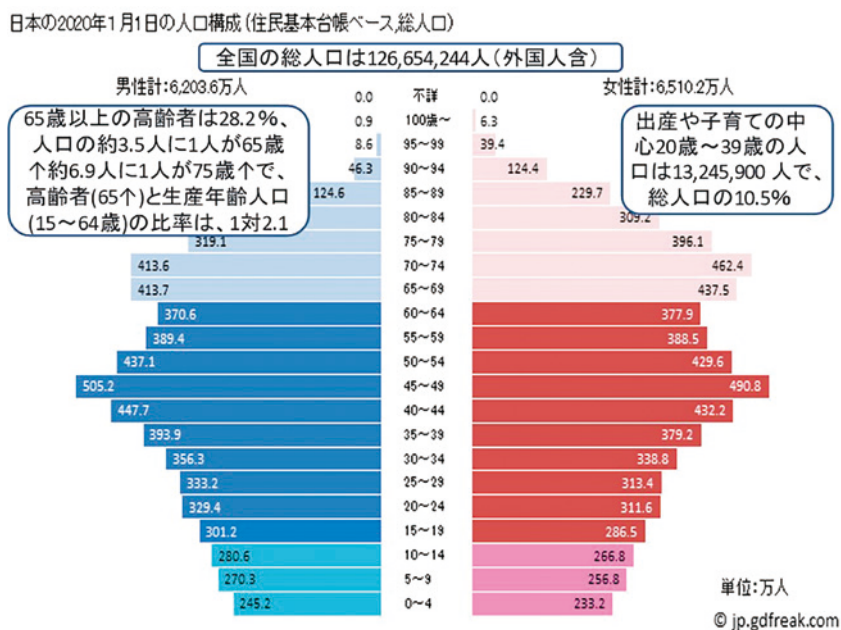


図 1

このような人口ピラミッドの社会では、少子・高齢・多死を想定した看護教育が必要になる。

本ワークショップでは、こういう社会のニーズに即した看護教育のあり方を、臨床と教員が共に考える機会とした。まずは、政府から出された「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」から、看護職に求められているスキルを導き出し、教育現場や隣地実習での学習目的にあったスキル習得について検討する題材とした。

### 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

このガイドラインの背景となったのは、平成 18 年 3 月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化したところから発した。平成 19 年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や、医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。



パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」がとりまとめられた。平成26年度に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称された。

### 「ガイドラインの概要」(図2)

#### 1. 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

○ 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。

○ 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

#### 2. 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

○ 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。

○ 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

○ 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

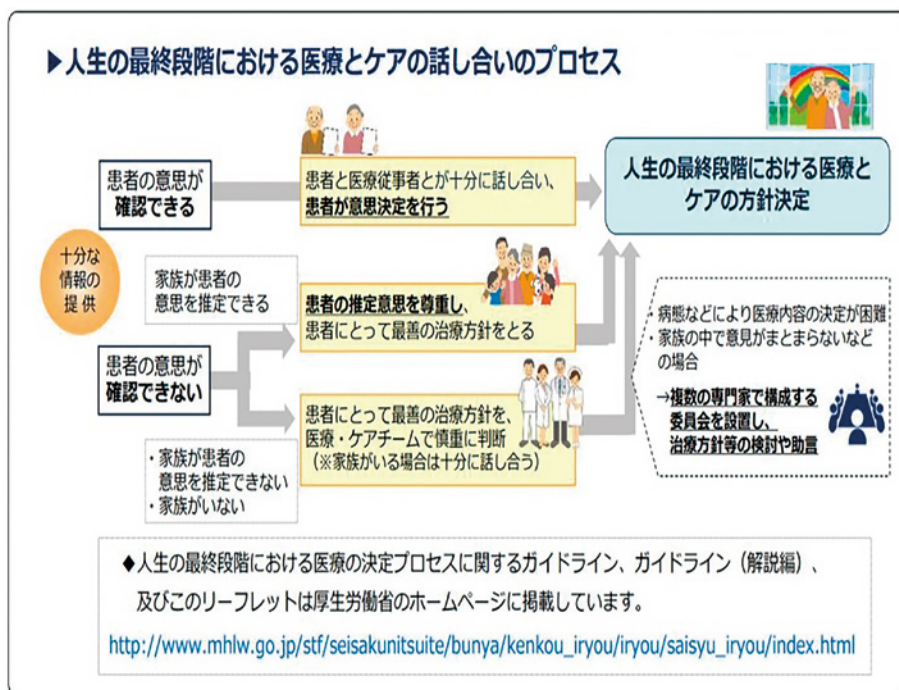


図2

人生の最終段階における意思決定支援には、人間を見る多様な価値観の理解やスキルが必要になるが、人生経験の浅い看護学生に、死を直面させる場面設定は極めて難しく、学習のレディネスを十分に考慮して行わないと学習効果が上がらないということを、臨床サイドとしても知っておかなければならない。

#### 「看護学生のためのACP（アドバンス ケア プランニング）」

ACPについては、学生個人の生活体験の差が大きいですが、すべての学生に、ACPとは何か？ どんな形が

あるか？ 将来、看護師として患者や家族の ACP を支えるためには、を十分に学んだうえで、自らがエンディングノートを書いてみることにチャレンジしてみたいと願う。相田みつおの書に「人間その場が来なければわからない」という言葉があるが、その場は様々あるが、イコール「死」として考えてみるのが ACP を考えるきっかけになるのだと思う。学生がエンディングノートに取り組むことは、自分らしさや、自分が今、大切にしたいことに気づくことでもあろう。(図 3)

看護学生のみならず、医療に携わるすべての人が取り組むべき課題とも思える。(図 4)



図 3

ACP人生会議 リーフレット

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか？～

11月30日 日 午後6時～午後7時 国立がん研究センター がん対策情報センター

話し合いの進めかた (例)

あなたが大切にしていることは何ですか？

あなたが信頼できる人は誰ですか？

信頼できる人や医師・ケアチームと話し合いましたか？

話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する情報を「人生会議 (ACP: アドバンス・ケア・プランニング)」と呼びます。あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医師からあなたや家族へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような情報は、個人の生命的な行いによって考え、進めるものです。取り戻すことが、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)

図 4

## 第 48 回研究会講演録

## 看護職の仲間になろうとする人に ACP のなにを伝えるのか

濱 田 安岐子

NPO 法人看護職キャリアサポート 代表  
株式会社はたらく幸せ研究所 代表取締役

Advance Care Planning (ACP: アドバンス・ケア・プランニング) は、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスである (人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, 看護学生のための ACP ワークブック P4)。


人生最終段階の医療・ケアの意志決定の難しさは、「死」を考えることは「良くないこと」だと思われていることが多い、自分だけでは決められない、自分で決めることではないから (寿命・運命)、気持ちが変わるのが普通だから、自分の気持ちが分からない等が考えられる。文化的背景や信仰、信条、価値観、人生観、家族との関係性、経済的問題等々、様々な課題があることは想像できる。そのため、自分のことだから自分で決めるということではなく、医療や介護等の専門家の意見を聴きつつ、家族や身近な大事な人と相談するといったプロセスを踏むことが重要であると言われている。そして、医療専門職はその難しさ、複雑性などを理解して支援者となる必要がある。

しかしながら、その一端を担う看護職が ACP について学ぶ場と内容は曖昧であり、看護職が実践する意思決定支援も確立された技術として明確にはなっていないのが現状である。一方で日本看護協会が提示する臨床実践能力の習熟段階を表すクリニカルラダーには、ラダーを構成する能力として「意思決定を支える力」が明示されている。クリニカルラダーによれば、意思決定を支える力は「ケアの受け手が立ち会う場面 (治療、最期の迎え方等) において、その人らしい選択ができるための意思決定を支える」と説明されており、段階的に習熟されていく能力である。実際に意思決定支援をすること、倫理的側面、看取りといった学習要素に支えられる。また、初学者であるレベル I の段階では、「ケアの受け手や周囲の人々の意向を知る」ことからスタートする。意向を知るためには、ケアの受け手や周囲の人々の話を引き出す能力が必要であり、自分の気持ちや意見を話したいと思えるケア提供者としてそこに存在する必要がある。看護学生が看護職として臨床実践をスタートした時、この人に話をしたいと思われる存在になることが、初めに求められていると言える。レベル II 以降はさらに、意図的に聴くこと、意思決定に必要な情報提供や場の設定をすること、気持ちを聴きつつゆらぎを共有したうえでケアの受け手を尊重する、最終的には多職種チームで支えるためのリーダーシップが求められる。

看護学生は卒業後にこのようなプロセスで臨床実践能力を習熟していくことをイメージすることができるであろうか。意思決定支援に興味関心が向いている学生であればイメージすることも可能であろうと思うが、多くの学生は目のまへの学習課題に集中しているのが現実であると想像する。今後の超高齢、多死社会を支えていく看護職が意思決定支援の学びをスタートしておく必要があるのではないか。看護学生は、まずは自分らしく生きることの選択が人生を豊かにして、人生の最期の瞬間までどのように生きて行きたいのかを自分で決めることのできる自分になることから始めたいものである。そして、支援者として多様な価値観で生きている他者の人生を、共に生きる仲間として支えられるような看護職集団となっていきたいと思う。





看護経済政策研究学会 看護学生に伝えたいACP



フリージア・ナースの会監修「看護学生のためのACPワークブック」  
出版記念ワークショップ

## 看護職の仲間になろうとする人に ACPのなにを伝えるのか

濱田安岐子  
NPO法人看護職キャリアサポート 代表  
株式会社はたらく幸せ研究所 代表取締役



## ACPとは

Advance Care Planning  
(ACP: アドバンス・ケア・プランニング) は、  
人生の最終段階の医療・ケアについて、  
本人が家族等や医療・ケアチームと事前に  
繰り返し話し合うプロセス

- ・人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
- ・看護学生のためのACPワークブック P4

## 意思決定を支える力

学習要素： 意思決定支援  
倫理  
看取り

**レベルⅠ**  
ケアの受け手や周囲の人々の意向を知る

- ・助言を受けながらケアの受け手や周囲の人々の思いや考えを知ることができる

**レベルⅡ**  
ケアの受け手や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる

- ・ケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を意図的に確認することができる
- ・確認した思いや考え、希望をケアに関連づけることができる

## 意思決定を支える力

**レベルⅢ**  
ケアの受け手や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる

- ・ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要な情報を提供できる
- ・ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを理解できる
- ・ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代弁できる

**レベルⅣ**  
ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎを共有でき、選択を尊重できる

- ・ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスに看護職の立場で参加し、適切な看護ケアを実践できる

## 意思決定を支える力

学習要素： 意思決定支援・倫理・看取り

**レベルⅤ**  
複雑な意思決定プロセスにおいて、多職種も含めた調整的役割を担うことができる

- ・適切な資源を積極的に活用し、ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスを支援できる
- ・法的および文化的配慮など多方面からケアの受け手や周囲の人々を擁護した意思決定プロセスを支援できる



第 49 回研究会講演録

# パンデミックと自死の動向～経済・制度と看護職との接点

高橋 聡 美

一般社団法人高橋聡美研究室 代表  
元防衛医科大学校精神看護学 教授

## 1. コロナ禍における自殺の増加

新型コロナウイルス感染拡大の中、2020年、自殺者数が11年ぶりに増加した。内訳を見てみると、男性の自殺は若干ではあるが減少しており、女性と若年者の自殺が急増した。なぜ女性と若年層の自殺が増えたのか。結論から言うと、様々な要因が重なったと考えられ、決定的な理由はない。しかし、女性と若年層の自殺対策は従来、効果的な対策がとられておらず、このことはコロナ禍の自殺の急増と関連していると考えられる。

2006年に自殺対策基本法が成立し、自殺者数の多かった中高性を中心とした自殺対策がとられてきた。結果、3万人台であった自殺者数は2万人台にまで減り、自殺対策の一定の効果はあったと評価できよう。一方で、女性と若年層に関しては、自殺の数が少ないということで対策が後回しにされてきた。国際的に見ても日本の女性と若者の自殺率は高く、女性は世界の中で4番目、若年層はG7の中で最も自殺率が高い。自殺対策基本法成立から16年経過して今でも、女性と若年層の自殺は効果的な対策がとられず、そこにコロナ禍が襲ってきた。もともと自殺対策ができていなかった層はコロナ禍で耐えられなかったというわけだ。

## 2. 自殺対策は精神保健だけでは効果がない

自殺対策というと、うつ病など精神疾患などの対応、精神保健分野の課題であるというイメージが強い。我が国の自殺の原因の第1位は、健康問題、2位は経済問題となっている。健康問題も精神疾患だけではなく、30%は身体疾患が原因で自殺している。身体疾患を抱えた時の社会的サポートなども自殺対策としては肝心ということである

また、経済問題の内訳は生活苦や多重債務が多い。筆者はかつてスウェーデンでの自殺対策の調査をしていたが、スウェーデンでは完全失業率が上がっても自殺率は上がらない。失業した人に手厚い保証があるためである。一方、日本ではリーマンショックの後の男性の自殺の急増や、コロナ禍での女性の失業による自殺など、経済状態が悪化すると自殺が連動して増える傾向にある。日本は経済的に困窮に陥ると生きていけない社会の仕組みなのだ。

これら経済問題に対して、いくら精神療法を施したり抗うつ薬などを処方しても、金銭問題が解決しない限り自殺のリスクは下がらない。自殺対策においてメディカルサポートとソーシャルサポートは両輪である。一見、自殺対策と関係ないような、子育て支援・介護支援・就労支援なども人々の生きづらさを軽減させ結果として自殺を減らすことにつながる。住みやすい街づくりが自殺対策そのものなのである。

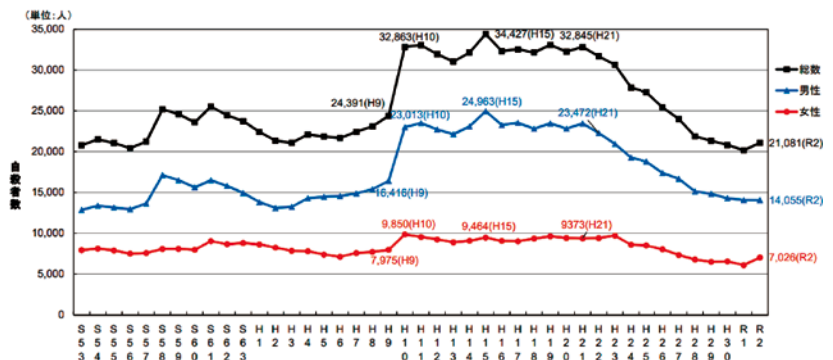


図 1 自殺者数の推移

2020年、11年ぶりに増加 (21,081人と対前年比プラス912人、約4.5%増)  
出典 厚生労働省 HP

### 3. 自殺対策基本法以降の問題

自殺対策基本法が成立して10年後に法改正が行われた。管轄も内閣府から厚労省へ移行し、自殺対策のセンターの組織改編が行われた。この際、公衆衛生のエキスパートらが中心となり、精神科医たちがセンターから排除された。結果、それまで国の研究費で行われていた心理学的剖検研究も、検証半ばで強制終了されてしまった。我が国の自殺の原因分析は、数だけ見て人を見ないものとなり、結果対策も数だけみるものになってしまった。さらに、厚労省指定団体の法律が突如として成立し、自殺対策は一つの団体が担うことになってしまった。自殺の要因は多様であるにもかかわらず、自殺対策は多様性を失ってしまったのである。このような国の自殺対策の体制が動乱にある中でコロナ禍となってしまったことは、我が国の自殺対策の歴史上の不幸であった。

### 4. 自殺対策基本法改正後の自殺対策の劣悪さ

#### 1) 自殺予防教育の遅れ

法改正時に若年層の「自殺予防教育・SOSの出し方教育」の実施が各自治体単位で計画して行うように努力義務化された。6年経過した今でも、それらを実施できている自治体はほとんどない。理由はいくつかある。まず、教育現場の教員たちが自殺予防教育を受けたこともないし、それを教育するための教育も受けていない。さらに、どのようなコンテンツを何年生に誰がやるかなどの具体的なガイドラインはおろか、教材すら国からは提示されておらず、いわば丸投げ状態である。すべての市町村がゼロからそれを始めることは非常に困難である。

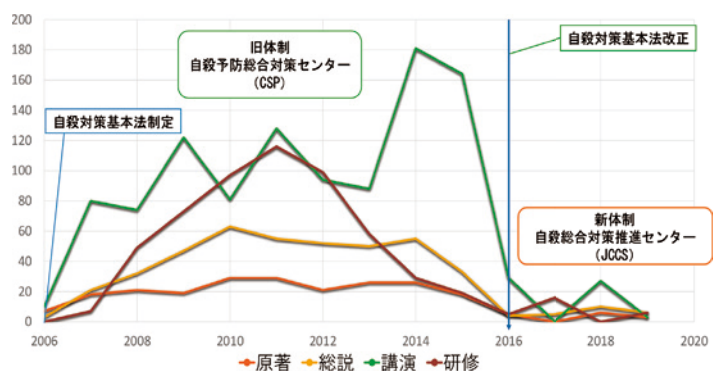


図2 組織改編前後での業績の推移

#### 2) 啓発・調査の中断

法改正後の組織改編後、センターの機能は極端に衰退した。旧体制では講演会および研修などは合わせて年間200を超えていたが、改正後は約10分の1にまで激減し、原著や総論などもほとんど出されていない。2016年の時点で我が国の自殺対策は啓発も研究も止まってしまったのである。それまでの10年の経験は全く生かされず、結果、児童生徒の自殺は17年いこうかくじつにふえつづけ、20年には過去最悪の人数になってしまった。研究もせず、啓発もせず、計画していたことの実施もできないのでは自殺が減るはずもない。

#### 3) 自殺未遂者対策の遅れ

自殺未遂者対策は、未遂時、病院搬送後、退院したら保健所を介して地域と連携し支援することになっている。全国の精神保健福祉センターがその実態を調査しているが、未遂者支援もはやりうまく機能していない。理由は本人の同意がないなど様々であるが、一部の自治体だけができているならともかく、「全国的にできていない」ということは、そもそも国の計画が現場の実態にそぐわない計画なのだと評価すべきであろう。

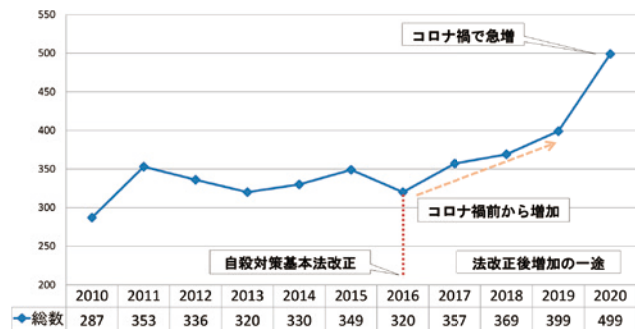


図3 児童生徒の自殺者数の推移

### 5. まとめ

自殺の原因調査も啓発も研究も止まった挙句、自殺予防教育も自殺未遂者支援も機能していない。法改正後の我が国の自殺対策は見直すべきである。長引くコロナ禍での経済への影響や昨今の世界情勢を考えると一刻の猶予もない。

看護経済・政策研究学会誌 第5巻1号

---

2022年12月発行

---

編集・発行

看護経済・政策研究学会

〒236-8503 横浜市金沢区六浦東1-50-1

関東学院大学看護学部 E6号館 511（坂梨）研究室

看護経済・政策研究学会事務局

FAX: 045-786-5714 Eメール: jsnep-office@umin.ac.jp

---

組版: 笹氣出版印刷株式会社 <https://www.sasappa.co.jp/>

### CONTENTS

#### 第12回学術集会講演録 [2022年7月23日(土)開催]

##### 会長講演

看護労働市場の特性と看護師人事諸制度の問題

～看護経営学の視点から～

.....松下 博宣... 1

##### 「看護労働市場とキャリア開発

～エッセンシャルワーカーとして看護師の報酬とキャリアを問う～」

助産師のキャリア開発

.....成田 伸... 3

看護師の技能はなぜ報酬で評価されにくいのか：経済学の視点から

.....角田 由佳... 4

強みを作るキャリア形成～人脈をつなぐ言葉と知識～

.....湯原 淳平... 6

#### 第48回研究会講演録 [2022年1月10日(月・祝)開催]

看護学生と学ぶACP

.....大島 敏子... 7

看護職の仲間になろうとする人にACPのなにを伝えるのか

.....濱田安岐子...10

#### 第49回研究会講演録 [2022年1月30日(日)開催]

パンデミックと自死の動向～経済・制度と看護職との接点

.....高橋 聡美...12