

2024・2025年度
医療関係者検討委員会
報告書

2026年4月

日本医師会
医療関係者検討委員会

2026年4月

日本医師会

会長 松本 吉郎 殿

医療関係者検討委員会

委員長 須藤 英仁

本委員会は、2024年12月11日に開催された第1回委員会において、貴職より「人口減少社会における地域の医療・介護人材の確保について」検討するよう諮問を受け、これまで7回の委員会を開催し、議論を重ねてまいりました。ここに本委員会の審議結果を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

医療関係者検討委員会委員

- 委員長 須藤 英仁（群馬県医師会会長）
- 副委員長 志田 正典（佐賀県医師会会長）
- 委員 池西 静江（鹿児島医療技術専門学校看護学科顧問）
- 市川 菊乃（東京都医師会理事）
- 岡本 晃（愛知県医師会理事）
- 齊藤 道也（福島県医師会副会長）
- 重永 博（滋賀県医師会副会長）
- 瀬戸 裕司（福岡県医師会専務理事）
- 武田 貞子（京都府医師会理事）
- 長島 徹（栃木県医師会副会長）
- 美川 優子（佐賀県医師会常任理事）
- 水方 智子（日本看護学校協議会会長）
- 水谷 匡宏（北海道医師会常任理事）
- 森 俊明（徳島県医師会副会長）

目 次

はじめに.....	1
I. 今後の人口構成の変化と外国人の増加.....	3
II. 地域特性と将来需要をふまえた医療・介護人材確保.....	4
II-1. 看護人材の需給.....	4
II-2. 介護人材の需給.....	7
II-3. 訪問看護ステーションの現状と今後の展望.....	10
III. 資格を要するエッセンシャルワーカーの確保に向けて.....	16
III-1. 資格取得のための経済的支援の課題解決のために.....	16
III-2. 看護職の処遇について.....	21
III-3. 職業としての魅力発信.....	25
III-4. 福岡県医師会「医師会立看護師等養成所（准看護師課程）を活用した外国人看護職員養成事業」について.....	28
IV. 看護師等養成所を地域に残すための新たな運営方法.....	29
IV-1. 看護師等養成所のサテライト構想について.....	29
IV-2. 遠隔授業の推進.....	30
V. 自治体による看護職養成への支援.....	31
V-1. 国の基本方針と現状.....	31
V-2. 自治体による看護師等養成所への支援事例.....	33
VI. 看護職の復職支援および看護補助者の確保に向けて.....	37
VI-1. 再就業や未経験者の医療分野への参入に関する貸付金制度の創設.....	37
VI-2. 福岡県「看護補助者確保支援事業」について.....	39
VII. 介護人材の確保に向けて.....	40
VII-1. 採用難の現状と今後必要な対応.....	40
VII-2. 介護団体からのヒアリングを踏まえて.....	42
VII-3. 外国人介護人材確保に向けた福岡県の取り組み.....	48
VIII. 有料職業紹介事業等を介した人材確保の現状と医療機関への影響.....	49
VIII-1. 有料職業紹介事業の現状と問題点.....	49
VIII-2. 公的職業紹介事業の活性化.....	53
VIII-3. 地域医師会の取り組み事例.....	55
おわりに.....	58
参考 市町村の運営費等に関する補助金事例（市町村の予算資料等より）	

はじめに

先日、群馬県若手医師会員との意見交換会で、まだ40代のクリニックの院長先生から年間20コマの准看護学校の講義を受け持っているという話を聞くことができた。午後の診療時間の合間を縫い、半年以上にわたり週一で講義を続けることは並大抵のことではない。地域の准看護学校維持のため、現場医師会では多大な努力をされていることに改めて敬意を払うものである。それにもかかわらず、准看護学校希望者の減少は全国的に目を覆うばかりである。私の地元の准看護学校も定員の充足率は半分程度である。一つのデータがある。私の所属する安中医師会の病院、診療所に勤務する看護職は総数330名であり、そのうち40%が地元安中准看護学校の出身者であった。もし安中准看護学校が閉校すれば、近い将来看護師の充足率は一気に低下する危険をはらんでいる。

医療関係者検討委員会委員長を拝命し2期目となるが、医師会立看護学校入学者の減少はこの数年、桁違いに深刻さを増している。それに伴い看護学校の閉鎖も相次いでいる。看護職数名のクリニックと違い、病院では施設基準が厳しく定められており、看護師の充足率低下はすぐに診療報酬減収に跳ね返ってくる。

この状況は10年前の介護現場ではすでに経験しており、現在の医療現場の人員不足も容易に想像できたはずである。介護保険が施行された25年前、全国各地に多数の介護系専門学校が開校し、多くの若者が介護現場に入職した。しかし、10年足らずで専門学校は定員割れを起こし閉鎖が相次いだ。それに伴い外国へ人材を求めるようになり、いまや外国人抜きには介護現場は語れない状況である。公定価格の介護報酬では職員の給料アップにつなぐことができず、世間との収入の乖離が広がってしまったことが大きな要因として挙げられる。高齢者介護では、一瞬も気を抜けない状況が続く。高齢者の転倒はどの施設も悩みの種であるが、ややもすると介護者の過失が追及される。誤嚥も時には死に直結する。認知症患者は激増し、現場は思わぬ行動に振り回される。もちろん拘束は禁止、四六時中緊張を余儀なくされる。このような職場で、勤労者の平均賃金よりはるかに安い給料で働けというのは、そもそも無理だったのである。

介護現場で起きた人手不足の状況が、いま医療現場でも確実に顕在化している。他産業に比較し低賃金にも関わらず、大きな責任を負わなければならない医療現場から離れる医療職が続出している。さらに深刻なことは、若い世代の人口減が年々厳しさを増している点である。若者世代の人口減は少なくともこの数十年は続くであろう。

この現実を踏まえ、日本社会が持続可能な医療介護システムを構築するにはどのような施策が求められるのであろうか。現在示されている施設基準の人員確保は、ほとんど不可能となるであろう。それを補完するDXによる省力化も、どこまで実効性があるかは甚だ心もとない。そもそも赤字病院が7割では、DXに振り向ける医療原資は完全に枯渇している。高齢者数がピークとなる2040年に向け、医療施設の類型化などは厚生労働省より提示されてきているが、各施設の必要人員（つまり施設基準）などは全く示されていない。日本では大都市、地方都市など、医療介護を取り巻く環境の地域差が大き

すぎ、一律の判断ができないのかもしれない。しかし時は待ってくれない。この委員会には、現時点での医療介護職確保に向け、実現可能な提言が求められている。

当委員会では、従来の看護師教育だけにとどまらず介護職にもしっかりフォーカスし、日本の社会保障を支える人材確保という大きな課題を検討してきた。各地で抱えている問題を注視し解決方法を考え、実際の取り組み状況、地域の成功事例などを多く収集してきた。各地域での経験をこつこつと積み上げ、成果を重ねることにより、先に述べた日本の社会保障の一助となる提案ができればと考える。

最後に全く違う視点で意見を述べてみたい。これまで私たちは現在置かれている医療介護現場の言い尽くされた負の側面ばかりを言ってきたように思える。私は最近一般経営者向けセミナーで、介護人材を派遣し急成長を遂げている会社の事業内容を聞くことができた。全く医療介護とは無関係であった経営者が、介護現場をどう捉えているか紹介する。その会社の業務は介護施設で足りなくなった人材、職種をスポットで派遣することである。例えば夜勤で穴が開いたところへスポットで人員派遣する、病欠などで不足したところへ、一定期間介護職員をスポットで派遣するというものである。派遣される人材はその会社が集め、面接、教育、事後の評価、給料支払いまで担当し、派遣先介護施設には面倒な手続きは一切不要というものである。私はここでスポット派遣が介護保険法の法令遵守に適合か否かを議論するものではない。重要なのはその派遣業者が介護現場をどう見ているかである。派遣業者の社長は、2040年に57万人不足する介護現場を“宝の山”と表現していた。つまり非常に大きなビジネスチャンスと捉えていることである。われわれ医療介護現場を預かるものとは真逆の発想である。さらに驚くべきことはこの会社に全国で78万人、群馬県でも5500人エントリーしていることである。つまり自分の都合のよい時間に働きたい、空いている夜に夜勤をしたい、という副業を求めている介護職がいかにも多く存在するかという事である。われわれはこれまで、日本全体あるいは各県単位のマクロの数合わせを中心に議論してきた。しかし今後は医療関連職、介護職の個人の希望に沿った働き方への対応がもっと議論されるべきと思える。

勤労者の減少が続く日本社会では、働きたい人が個人の裁量で自由に働くことができ、能力のある人がいかにその才能を発揮できるような職場が求められている。勤務時間による規制ではなく、成果を加味した本当の意味での働き方改革にするべきであろう。常勤、非常勤、さらに専従、専任など単なる言葉遊びから脱し、実効性のある医療介護現場の構築を考えるべきであろう。

今回の答申作業は極めて大きな課題への挑戦であった。委員全員が多方面にわたり真摯に取り組み、医療介護職獲得に向け幅広い提言がなされたと考えている。この答申が、未来に向け少しでも医療関連職の幸せにつながればこの委員会の幸甚である。答申作成にあたり執筆頂いた各委員に改めて深謝し、巻頭文としたい。

医療関係者検討委員会委員長 / 群馬県医師会会長

須藤英仁

I. 今後の人口構成の変化と外国人の増加

総務省統計局の「人口推計 2025 年 9 月 1 日現在の確定値」によると、日本の総人口は 1 億 2319.2 万人で、前年同月比で 58.7 万人減少している。このうち、日本人人口は 1 億 1944.9 万人で前年同月比 92.3 万人減少している一方、外国人人口は 373.5 万人で前年同月比 33.1 万人の増加となっている。自然減は大きいものの、外国人の増加によりその減少幅が緩やかとなっており、この状況がしばらく続くと予測されている。

年齢別でみると、

- ・ 15 歳未満人口・・・1349.7 万人（前年同月比 36 万人減少）
- ・ 15～64 歳人口・・・7348.3 万人（前年同月比 19.6 万人減少）
- ・ 65 歳以上人口・・・3621.2 万人（前年同月比 3.1 万人の減少）

となっており、人口の減少は少子化を反映して若年層でより顕著である。逆に 75 歳以上の後期高齢者人口は、2112.8 万人で前年と比べて 51.1 万人増加しており、高齢者の中心が 65 歳以上から 75 歳以上にシフトしていることがうかがえる。75 歳以上人口は 2045 年には総人口の 3 割以上を占め、2055 年まで増加し続けると予測されている。

一方、15～64 歳のいわゆる生産年齢の人口比率をみると、日本人の 58.8%に対し、外国人は 86.5%と明らかに外国人の方が生産年齢層の人口比率が高い。特に 20 代の人口に占める外国人人口の比率は、2015 年の 4.1%から急激に上昇し、2025 年には 9.5%に達したと報じられている。

このように少子化で日本人の若年層、生産年齢層が減少する中、製造・建設・介護などの労働市場の慢性的な人手不足への人材供給を支える層として、外国人の存在は大きく、今後もますます増してくることは避けられない状況にあり、この外国人人材をいかに活用していくかが、今後の日本の労働市場を維持するカギとなると言っても過言ではない。

II. 地域特性と将来需要をふまえた医療・介護人材確保

II-1. 看護人材の需給

2025年以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は2040年に向けて引き続き増加が見込まれる。85歳以上の高齢者は医療と介護の複合ニーズを有する場合が多く、2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加すると推計されている。

こうした人口構成とそれに伴う医療需要の変化は全国一律ではなく、都市部と過疎地域で大きく異なる。2040年にかけて、大都市部では生産年齢人口が11.9%減少する一方、高齢人口は17.2%増加する。過疎地域では、生産年齢人口も高齢人口も減少する（それぞれ-28.4%、-12.2%）。そのため、大都市部では、85歳以上を中心に医療需要が増加することが見込まれるが、過疎地域では生産年齢人口の減少が顕著であり、地域全体の医療需要は減少するとされている。

一方、この増加する医療・介護ニーズを支える看護・介護人材の確保は、現状困難を極めており、今後の地域の医療・介護供給体制の維持に大きな課題となっている。2025年の看護職員需給見通しでは、需要が188万人～202万人、供給は175～182万人と推計されていたが、2020年の就業者数は173.4万人とされている。

2020年の看護職員の供給数と2025年の需給数を都道府県別に比較すると、北海道・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・奈良県・大阪府・京都府では不足しているが、その他の自治体では推計上ではほぼ充足しているという結果になる（図1）。

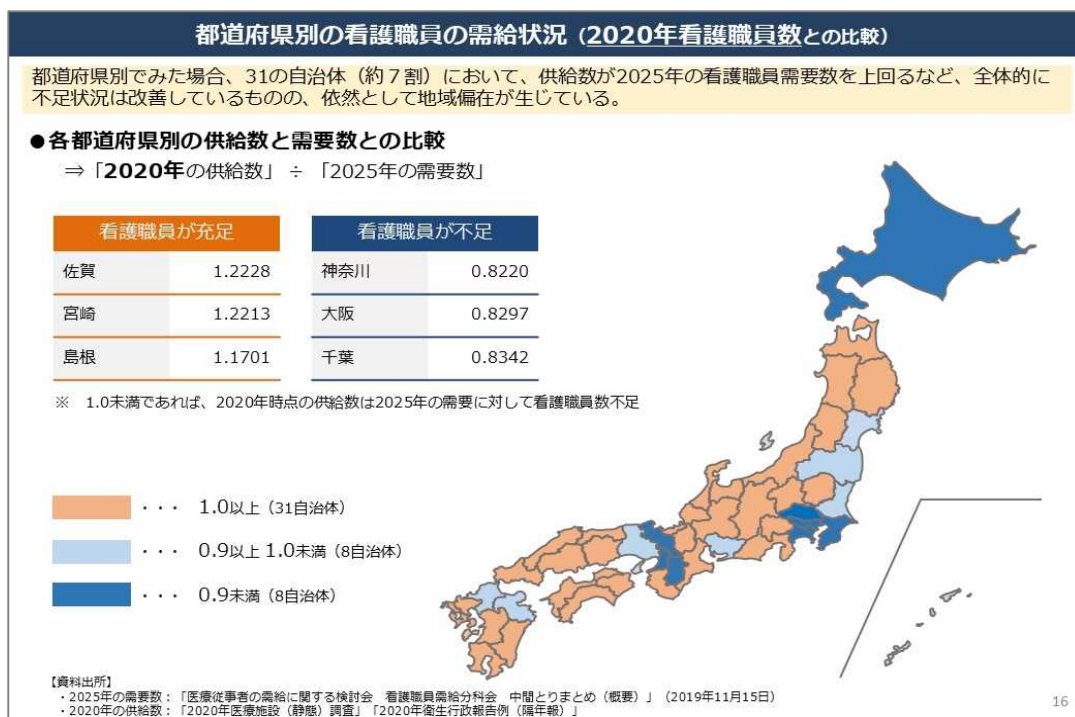


図1 都道府県別の看護職員の需給状況 出典：厚生労働省資料

2020年の対人口10万人当たりの看護職員数が平均より少ない自治体は、上記の他、静岡県・愛知県・三重県・滋賀県・兵庫県などがあり（図2）、これらの結果の違いは、人口の流出等が関係している可能性がある。

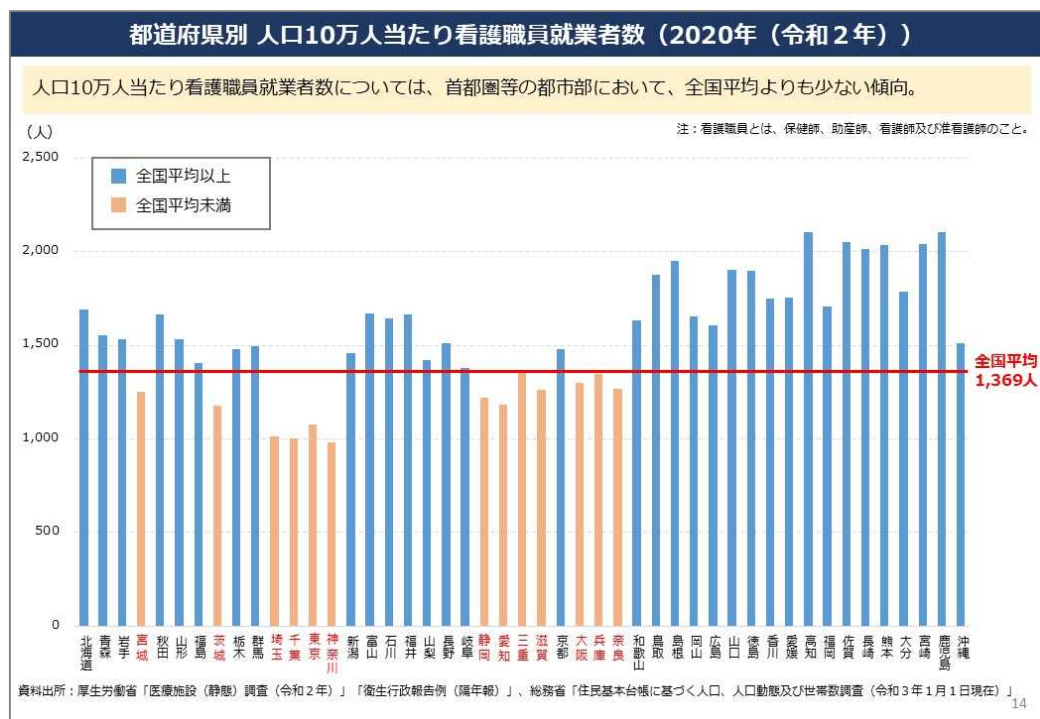


図2 都道府県別人口10万人当たり看護職員就業者数 出典：厚生労働省資料

領域別にみると、高齢化に伴い特に訪問系看護事業所のニーズが高まっている（図3）。2020年と2025年を比較検討すると、「病院＋有床診療所＋精神病床＋無床診療所」の看護職員の需要推計はほぼ変化はないが、訪問看護事業所は11.3万人と2倍近い需要が見込まれている。有効求人倍率（2024年度）¹をみても、「訪問看護ステーション」は4.54倍と群を抜いて高く、次いで、「病院（20～199床）」（3.00倍）、「病院（200～499床）」（2.49倍）、「病院（500床以上）」（1.93倍）、「ケアハウス・グループホーム・有料老人ホーム」（1.78倍）となっている。在宅医療、介護の需要は確実に高まっており、これは未来の姿ではなく、すでに現実として進行しているのである。

¹ 2024年度「ナースセンター登録データに基づく看護職の求職・求人・就職に関する分析」結果 https://www.nurse.or.jp/home/assets/20251121_n101.pdf

領域別の就業看護職員数と需要推計

訪問看護に従事する看護職員は増加しているが、2025年の需要推計との比較によれば、ニーズの増大に伴って、今後とも大幅に訪問看護に従事する看護職員の確保を推進していくことが必要。

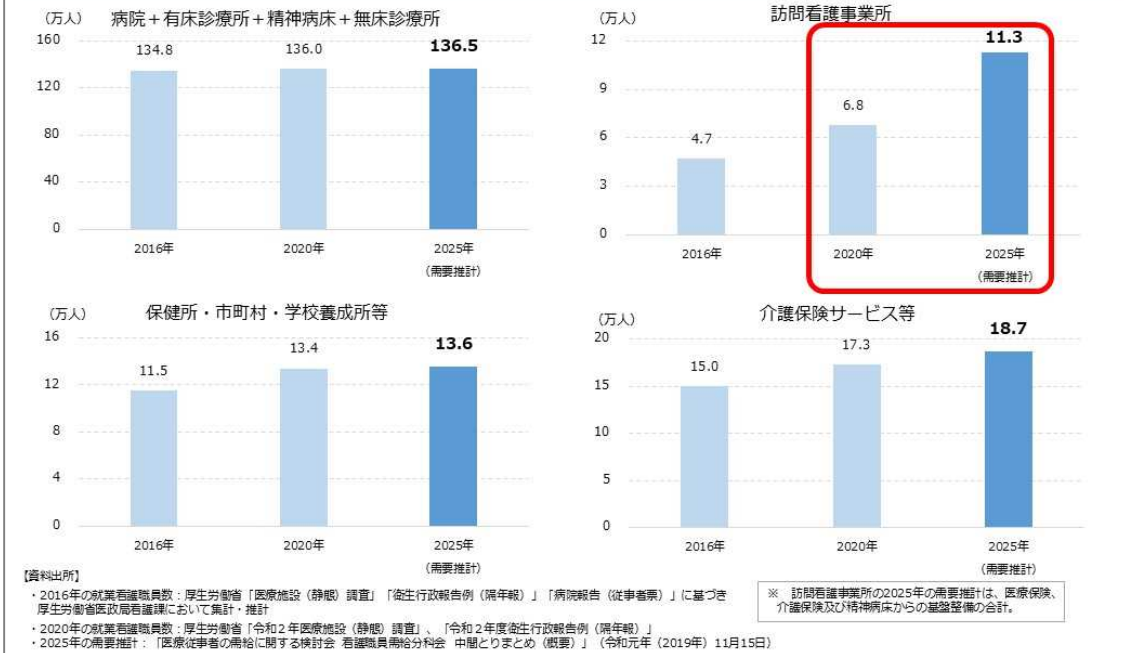


図 3 領域別の就業看護職員数と需要推計 出典：厚生労働省資料

2040年の医療提供体制は、需要と供給コストの面から再編が進み、病院は集中的な医療の場となり、より専門性の高い看護職が求められる。療養の場所は病院や施設から在宅への移行が進み、在宅サービスの利用が増加する。外来機能は、療養と仕事など日常生活との両立支援など、生活と医療をつなぐ療養を支える看護職が必要となる。

他方、看護職の養成についても全国的に医師会立の看護師等養成所の閉校が続いており、3年課程を除き大幅な定員割れの状況が続いている。また最近では、看護大学においても定員割れの傾向が見受けられ、今後も看護職の供給不足が続くことが予想される。

II-2. 介護人材の需給

介護分野では、第9期介護保険事業計画において2040年には約272万人の介護職員が必要とされる一方、2022年の介護職員数は215万人であり、将来的に約57万人の人材ギャップが生じる可能性が指摘されている。特に訪問系介護においては、就労希望者の減少や職員の高齢化が進んでおり、現状でも外国人人材に頼らざるを得ない状況となってきた。

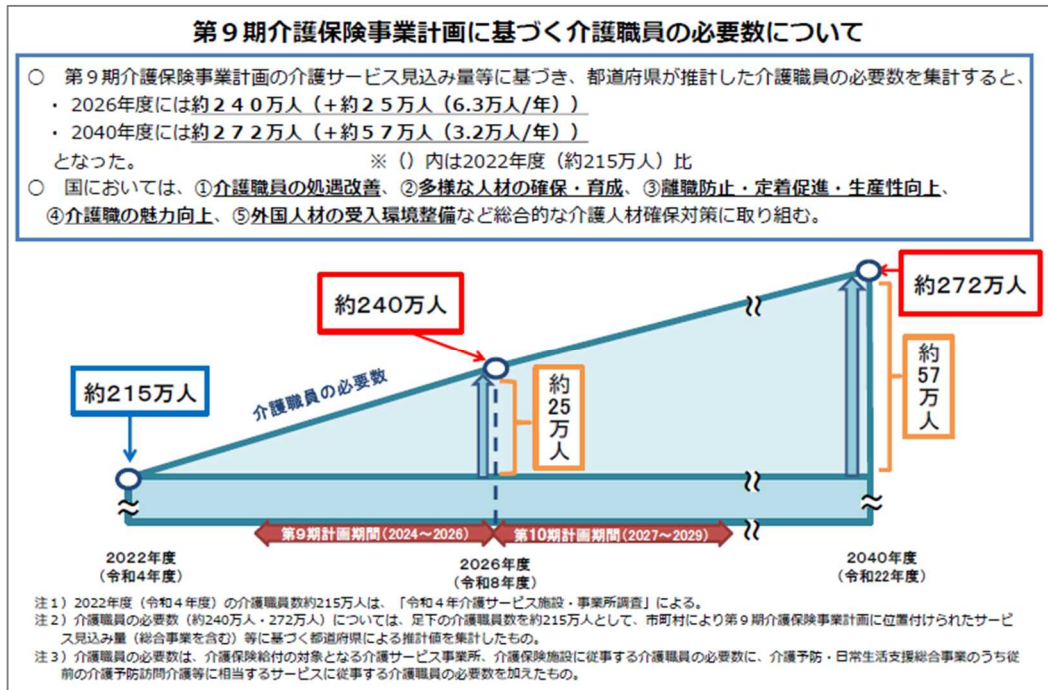


図4 第9期介護保険事業計画に基づく看護職員の必要数について 出典：厚生労働省資料

超高齢社会がより進み、今以上に医療・介護人材は不足するが、一方でその後人口が減っていくことも明らかである。介護人材についても地域性と時間軸を合わせて検討する必要があるため、一概に見通しを示すことは難しい。

75歳以上の人口が最大になる将来推計を見ると(図5)、すでに75歳以上人口がピークを超えて今後は減少していく町村がある一方、政令市・特別区は2050年まで増加が続くため、人材不足は今以上に大変になっていくと予想される。大都市は2050年までの対応を考えなければならない。

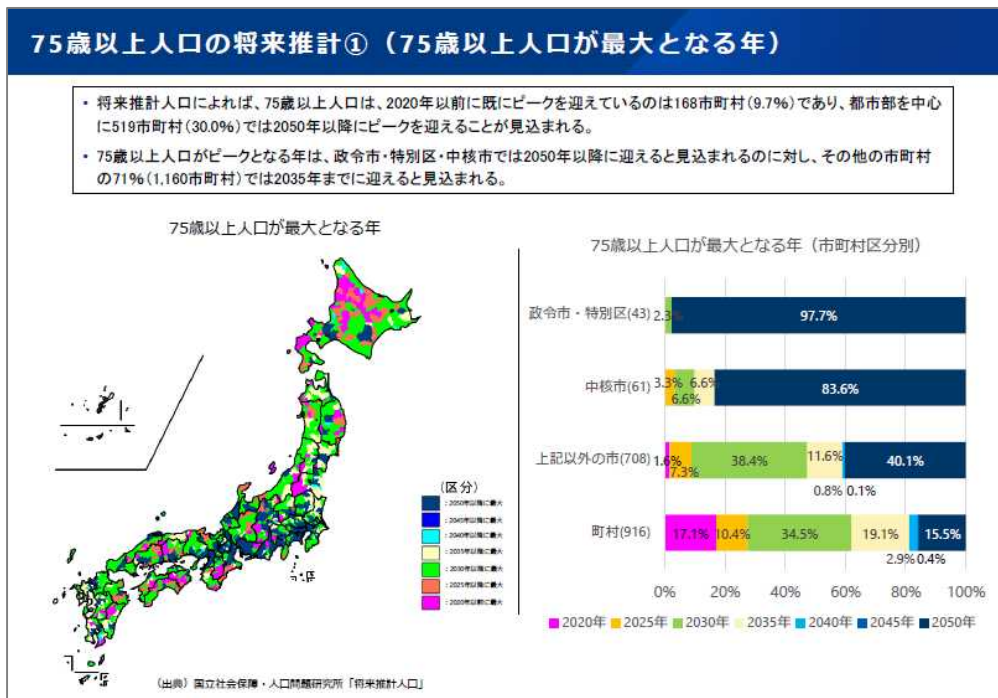


図 5 75歳以上人口の将来推計 出典：厚生労働省資料

在宅介護サービス需要は、政令市では最大になるのは2040年であり、介護度が上がり施設サービスの需要は2045年以降に最大になるとされる(図6)。このように、地域によって需要のピーク迎える時期が違ってくるのが予測され、地域にあわせた対応を検討しなければならない。また、ピークを過ぎたからよいわけでなく、需要減少は過疎の問題も関係があり、介護事業者の減少等、介護サービスの提供自体が難しくなることも予想される。統計的に介護の需給に余裕がでてきても、必ずしも実際はそうではない場合もあることを忘れてはならない。また、大規模災害により長期にわたって避難生活をする場合があり、サービスの需要が地域によって時期によって変化することがあることも考慮しておかなければならない。

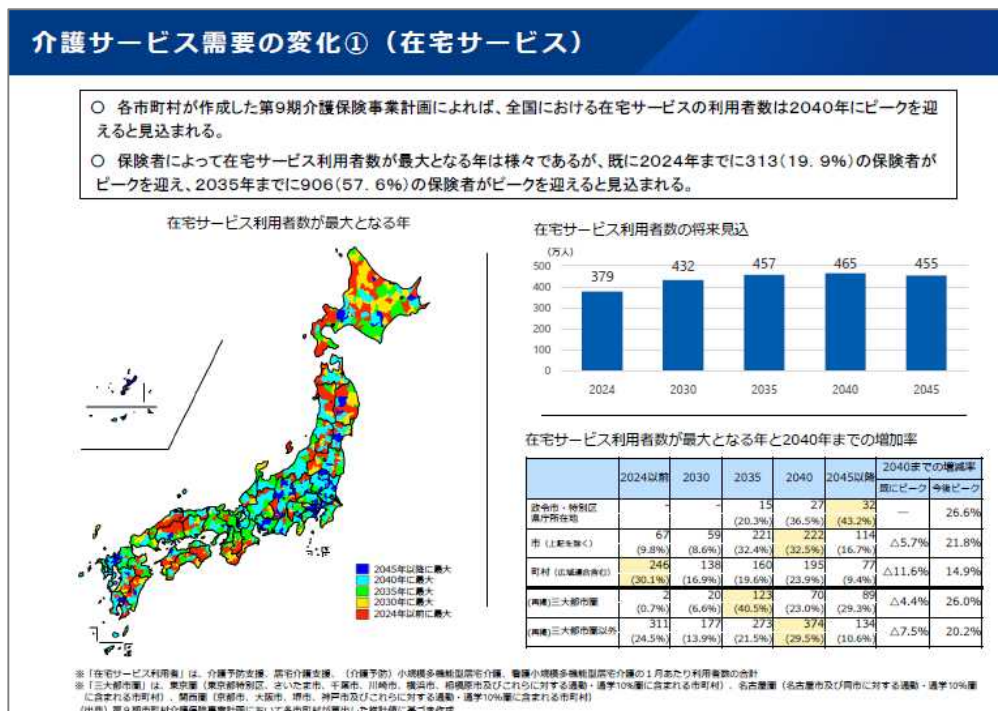


図 6 介護サービス需要の変化（在宅サービス） 出典：厚生労働省資料

介護サービス需要の変化②（施設サービス）

- 各市町村が作成した第9期介護保険事業計画によれば、全国における施設サービスの利用者数は2040年にピークを迎えると見込まれる。
- 保険者によって施設サービス利用者数が最大となる年は様々であるが、既に2024年までに256（16.3%）の保険者がピークを迎え、2035年までに762（48.4%）の保険者がピークを迎えると見込まれる。

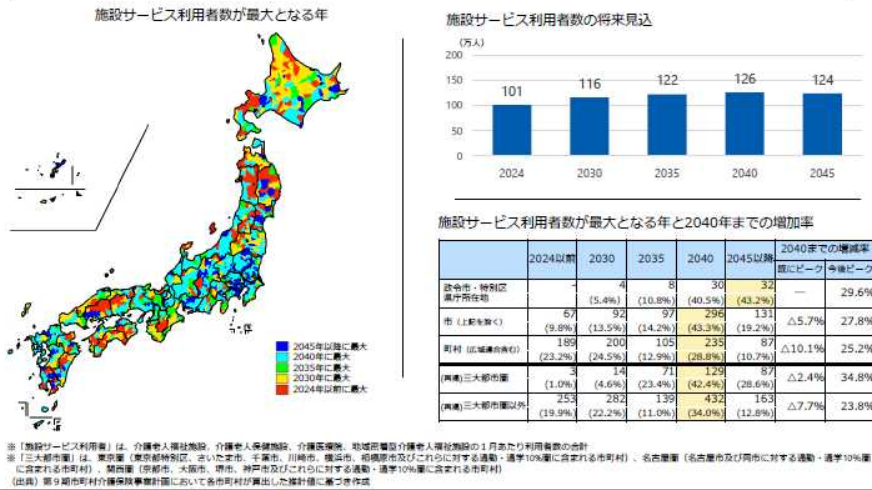


図 7 介護サービス需要の変化（施設サービス） 出典：厚生労働省資料

介護職の供給面を考えると、学校数は2008年434校を最高に2024年は279校と減少している。定員割れも顕著であり、その確保は極めて厳しい状況にある。また、有資格者は微増しているものの離職者が入職者を上回る年があり、離職者が多いことは無視できない。離職の理由の上位に報酬の理由があり、介護報酬についても検討が必要と考えられる。

以上を考えあわせると、2040年に向けて看護職はタスクシェア・タスクシフトなど多様性が要求され、その人数も多く必要と考えられる。介護職は絶対数の不足が顕著になる。医療DX化がすすみ、医用工学が進んだとしても、未来に向けて看護職は充足しているのではなく、ニーズの偏在、多様性を考慮にいて、不足すると予測されるためその確保は重要な課題と考えられる。介護職では有資格者は微増していても、就労人数は決して楽観できないと考えられる。

2024年の出生数が68.6万人と大きく減少し、国勢自体の問題も今後大きく影響を与えるようになってくるはずである。

少ない医療資源を、必要などころに必要な時に適切に供給するには、時期・地域特性を考慮して、多職種で連携し効率よく行っていく必要がある。

Ⅱ－３．訪問看護ステーションの現状と今後の展望

(1) はじめに

近年急増中の訪問看護ステーションについて、その現状と人材確保に向けた今後の展望について報告する。

1) 訪問看護の概要

訪問看護とは、疾病または負傷が原因で居宅（自宅や有料老人ホーム等）において、継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅内で看護師等が行う療養上の世話または必要な診療の補助をいう。

サービス提供は、①みなし指定を受けた病院・診療所、と②訪問看護ステーションから行われる。①のみなし指定とは、「健康保険法の保険医療機関に指定された医療機関は、介護保険法による医療系サービスの事業者として指定をされたものとみなされる」ことをいう。サービス提供にあたり届出は不要であるが、加算を算定する場合は別途届出が必要となる。

一方、②の訪問看護ステーションとは、介護保険法に基づき、都道府県等の行政から指定を受けてサービスを提供しており、設置主体は医療法人に限られていない。サービス提供事業所数は、2011年以降は、右肩上がりに増えている（図8参照）。



図8 介護保険制度における訪問看護事情所数の推移

出典：公益財団法人日本訪問看護財団「訪問看護の現状とこれから 2025年版」

2) 訪問看護の開設主体

訪問看護ステーションの開設主体は、営利法人（会社）が最も多く、全体の64%を占めている（図9参照）。

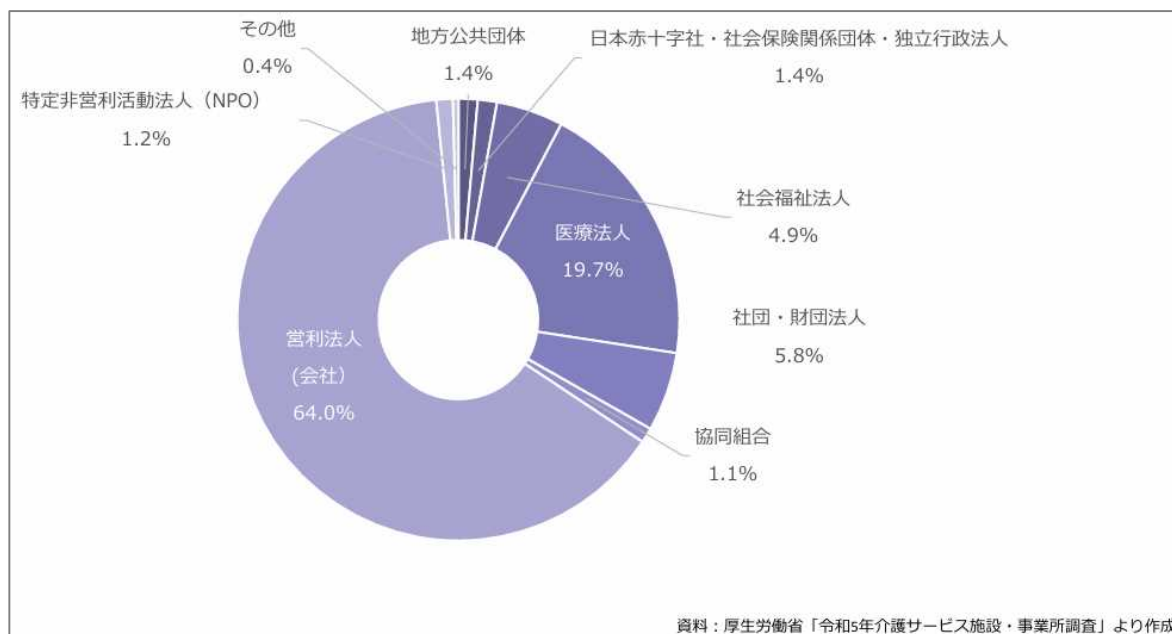


図9 訪問看護ステーションの開設主体割合
出典：公益財団法人日本訪問看護財団「訪問看護の現状とこれから2025年版」

3) 訪問看護の人員・設備基準

人員基準・設備基準は、みなし指定を受けた病院・診療所と訪問看護ステーションで異なる。特に指定訪問看護ステーションは、各都道府県の指定を受ける際に、より手厚い人員および設備基準が求められている（図10参照）。

基準項目	指定訪問看護ステーション	病院又は診療所である指定訪問看護事業所※
人員に関する基準	看護師等の員数	・ 指定訪問看護の提供に当たる看護職員を 適当数
	管理者	
設備に関する基準	指定訪問看護ステーション	病院又は診療所である指定訪問看護事業所※

※ 介護保険のみ

図10 訪問看護の概要 出典：社会保障審議会介護給付費分科会

4) 医療保険と介護保険の違い

訪問看護は、医師の指示に基づき提供され、その者の年齢や疾患によって、医療保険の給付（訪問看護療養費）もしくは介護保険の給付（訪問看護費）に区分され、介護保険の利用者の方が多い（図 11 参照）。

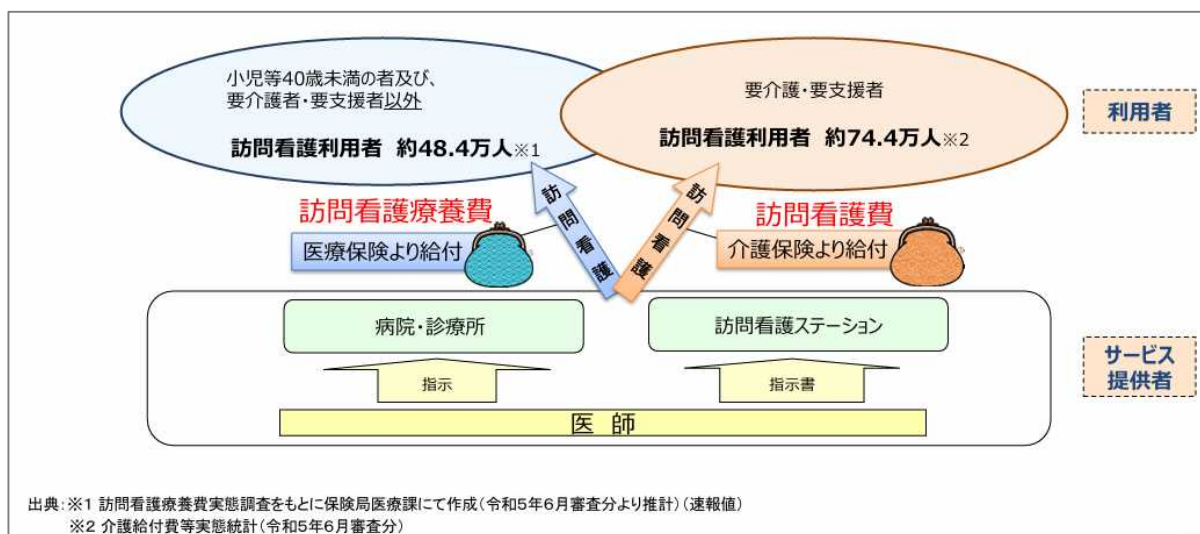


図 11 訪問看護の概要 出典：社会保障審議会介護給付費分科会資料

<医療保険の訪問看護>

自己負担額は3割負担で、原則週3回まで利用できる。滞在時間に関係なく、（原則1日単位）で報酬が決まる。週4日以上利用する場合は、厚生労働大臣が別に定める疾病（例：神経筋系の難病、末期がん、人工呼吸器を要する疾患など）、滞在時間で報酬が決まる介護保険になじまない、長時間の滞在や1日数回の訪問が必要なケースが該当する。また、急性の感染症などで頻回に訪問看護が必要な場合、「特別訪問看護指示書」により、週4以上の利用が可能で、原則14日まで例外として28日の利用が可能となる。

<介護保険の訪問看護>

市町村から要介護認定を受けた65歳以上の方（第1号被保険者）または40歳以上で特定疾病（16疾患、例：パーキンソン病、脳血管疾患、末期がん、骨折を伴う骨粗しょう症など）による要介護認定を受けた方（第2号被保険者）が対象。自己負担額は1割負担で、要介護度に応じた支給限度額の範囲内であればケアプランに基づき週に何度でも利用できる。滞在時間（原則30分単位）によって金額が異なる。

医療保険と介護保険のどちらが適用されるか、年齢区分と要介護（要支援）の有無で区分して示した（図 12 参照）。

	市町村から要介護（要支援）認定を受けていない	市町村から要介護（要支援）認定を受けている	
		16特定疾病以外	16特定疾病に該当
40歳未満	医療保険		
40歳以上 ～ 65歳未満	医療保険		介護保険（※）
65歳以上	医療保険	介護保険（※）	

（※）介護保険に該当しても、厚生労働大臣が定める疾患に当てはまる場合や特別訪問看護指示書がある場合は医療保険が優先される

図 12 医療保険と介護保険の区別（年齢、要介護認定）

また、疾患別で区分すると、介護保険の40歳以上にかかる特定疾病と医療保険の厚生労働大臣が定める疾病の両方に該当する疾患（末期がん、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患等）の場合（別表第7）は、訪問看護を介護保険で利用すると他の在宅サービスの利用を含め利用限度額を超えて全額自己負担になることが多いことから、医療保険を利用することとされている（図 13 参照）。

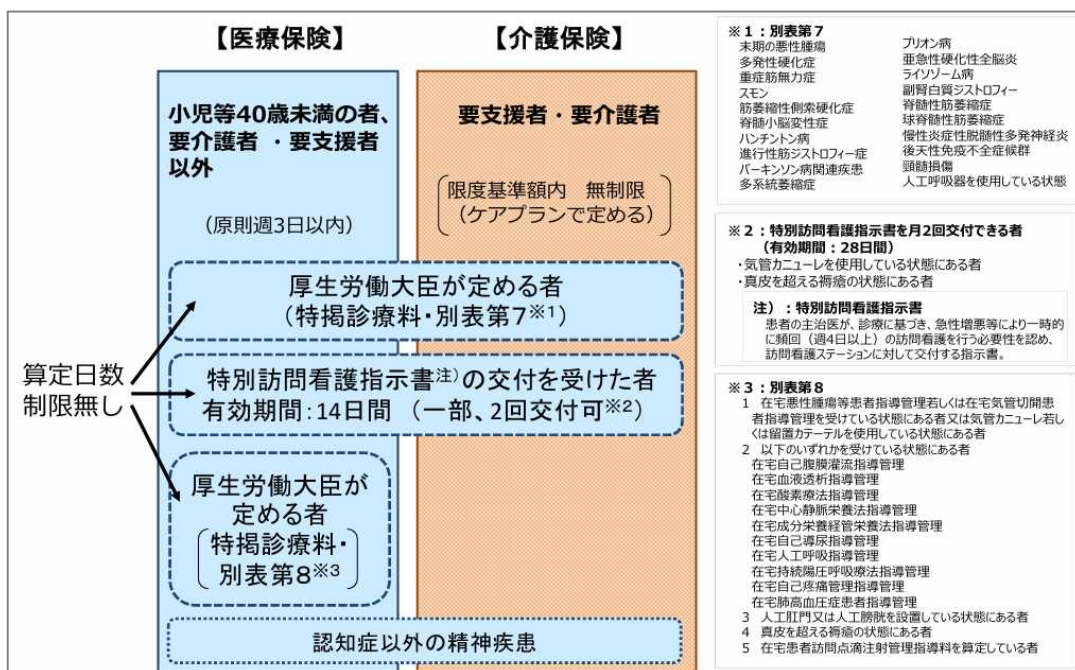


図 13 医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ
出典：社会保障審議会介護給付費分科会資料

（2）訪問看護の課題

訪問看護は前述のとおり、医療保険と介護保険の二つの公的制度により提供されているが、様々な課題を抱えている。第一に、どの業態でも共通している「人材確保」である。労働者が職業を選択する際の判断基準として、経済的要因は大きい。その裏付けと

なる人件費は、主に診療報酬・介護報酬を財源とする。昨今の改定率は、物価上昇幅を反映したものとは言い難く、各運営主体は十分な賃金を支払うことができない結果、人材が他産業に人材が流出しているものと思われる。同時に、従業員に対する「キャリアパス制度」の導入や良質な教育・研修等、人材が定着するような取り組みも求められる。また、訪問看護に関する「クリーンなイメージ」を創出し、興味や関心、業界への魅力、やりがいを感じることでできる業種であることをPRしていくことが求められる。

そのためには何より、サービスを提供する事業者の法令遵守意識の徹底が求められる。訪問看護は、利用者の自己負担と公費が利用されていることを踏まえ、適正に利用者本位のサービスを提供しなければならない。そのためには、監査体制の強化や内部通報窓口の設置など組織内のガバナンスを強化していく。また、経営の透明性を確保するため、電子化による記録と報酬を可視化し、訪問看護指示書を作成する医師と訪問看護事業所、行政が相互にサービス内容をリアルタイムにチェックできる体制を構築する必要がある。さらに、第三者評価の受審促進や、行政による監査・指導内容の情報公開も、不正に対するけん制や抑止力になるものとする。訪問看護制度が正當に運用されることが、「人材確保」と「人材定着」のための前提条件である。

(3) 今後の展望

国では、85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据えて、すべての地域・世代の患者が適切に医療・介護を受けながら生活することを目的に、新たな地域医療構想の策定に着手している。その目指すべき方向性として、「外来・在宅、介護連携等」が新たな地域医療構想の対象となることが明言されていることから、訪問看護が果たす役割はより一層高まると考えられる。訪問看護を社会保障制度全体の中で主要なサービスとして位置づけ、診療報酬・介護報酬ともに適正な水準を確保して経営状況が改善されれば、人件費財源として現場の職員に還元するなど、慢性的な人材不足の改善につながる可能性がある。

また、訪問看護が医療・福祉サービス全体の中で、より確固たる地位を維持するためには、制度が適正に運営されなければならない。具体的には、医師は、訪問看護指示書を提出して終わりではなく、その後も記載内容に即して適切なサービスが提供されているか、生活の場は整っているかなどを意識し、正しい多職種連携がなされる必要がある。例えば、介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し、居宅介護サービス計画（ケアプラン）で、訪問看護の内容・回数・スケジュールを確認することができる。その他にも、訪問看護のレセプト審査にAIを活用し、従来のコンピューターチェックでは見落とされたケースに網をかけ、類似ケースで疑義が生じた場合は、提供者・行政にフィードバックするシステムの導入や、報酬体系自体を複数回の訪問が必須な状態像の場合は従来のでき高払いから包括払いとするなど、制度面の改善も検討するべきである。信頼性のある業態の元には、自ずと人が集まってくるだろう。

(4) おわりに

今回、会長諮問「人口減少社会における地域の医療・介護人材の確保について」を受けて、訪問看護の観点から考察した。人口減少、労働者人口不足、診療報酬・介護報酬の財源確保など課題は山積みであるが、患者（家族）が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる「地域包括ケアシステム」の実現に、訪問看護は欠かせない。

Ⅲ. 資格を要するエッセンシャルワーカーの確保に向けて

社会の基本的な機能を維持するための医療、介護、福祉に関連するエッセンシャルワーカーの減少が顕著となっている。委員会においてヒアリングを行った日本介護支援専門員協会、全国介護事業者連盟、全国老人福祉施設協議会（後述）からも、単身世帯の増加、認知症高齢者増加からの業務範囲事務負担の拡大、有資格者自体の高齢化、就労希望者減少、賃金処遇の低さなどの問題点が異口同音に挙げられた。

さらに、医療の現場として特に看護師、准看護師が重要な意味を持つことは論を俟たない。厚生労働省は今後も看護師、准看護師の二つのチャンネルでの看護教育制度を堅持していくことを明言している。しかし現在、応募者、入学者が激減し、医師会立准看護師養成所の経営状態が全国的にどこも危機的状況であること、今後も18歳人口の減少がさらに加速していくことが明らかであることから、准看護師養成問題は今後の日本の医療提供体制を考える上で重要な意味を持つ。

看護師・准看護師養成所数、志望者数、入学者数は全体として長期に渡って減少している。看護師3年課程（大学を含む）は1970年の250校から、2024年はほぼ850校で高止まりしているものの、准看護師課程は1970年の780校から2024年は182校と激減している。医師会立養成所では、准看護師課程は2024年度は10校、2025年度は15校が募集を停止し、看護師3年課程も2025年度に2校が募集を停止した。特に人口減少の影響が顕著な地方における看護教育、エッセンシャルワーカーの養成に大きな影響を与えている。

Ⅲ－１. 資格取得のための経済的支援の課題解決のために

（１）高等学校等就学支援金について

近年、全国的に最低賃金の上昇が見られたとはいえ、准看護師を目指す方の家庭では、学費負担の問題が応募動機の妨げの一つとなっている。

現在、家庭の経済状況にかかわらず、全ての意志ある高校生等が安心して教育を受けることができるよう、「高等学校等就学支援金」が支給されている。これは、高等学校の他、専修学校高等課程や、各種学校のうち国家資格者養成課程（中学校卒業者を入所資格とするもの）を置くものも対象となっている。各種学校に関しては、国家資格者養成課程とされているが、保健師助産師看護師法に規定する都道府県知事の指定した准看護師養成所は対象となることを確認している。ただし、既に高等学校を卒業した者は対象外であるため、中学卒業後に准看護師養成所に入学する場合は対象となるが、高校を卒業して准看護師養成所に入学した場合は支援が得られない。

高等学校等就学支援金について

内容：基準額11万8800円、私立高校等々は39万6000円を上限に加算（高校等々が代理受領）

対象校：高等学校、中等教育学校（後期課程）、特別支援学校（高等部）、高等専門学校（1～3年）、専修学校高等課程、専修学校一般課程及び各種学校のうち国家資格者養成課程（中学校卒業者を入所資格とするもの）を置くもの、各種学校のうち告示指定を受けた外国人学校、海上技術学校
→各種学校でも、保健師助産師看護師法に規定する都道府県知事の指定した准看護師養成所は対象となる。
（高等教育の修学支援新制度とは違い、機関要件無し）

対象世帯：年収910万円未満の世帯

ただし「自民党、公明党、日本維新の会 合意」を踏まえ、令和7年度は収入要件を事実上撤廃

（留意点）

※高等教育の修学支援新制度のような高校卒業後2年以内といった決まりはないが、**高等学校等（修業年限が3年未満のものを除く）を既に卒業したことがある場合は、本制度が始まる前に卒業した場合も含め、対象外。**

ただし、高等学校等を卒業せず、中途退学した場合には、支給上限期間の範囲内で、新たに入学した高等学校等において制度の対象となる。

↓

36月までは「高等学校等修学支援金」を支給

それを超えた場合は「**高校等で学び直す者に対する修学支援**」によって卒業まで（最長12月（定時制・通信制は最長24月）支援（**私立高校等に通う年収590万円未満世帯への支援上限は297,000円**）

学び直しの対象者（↓東京都のHPより）

- ・高等学校等を卒業又は修了していないこと
- ・高等学校等を中途退学し、現在籍校に転入学・編入学・再入学したこと
- ・高等学校等の在学期間が通算して36月（通信制・定時制の場合は48月）を超えていること
- ・平成26年4月1日以降に高等学校等に入学したこと（就学支援金の新制度の受給権者であったことが1か月でもあること）等

図 14 高等学校等就学支援金について（日本医師会作成）

（2）高等教育の修学支援新制度について

教育の機会均等及び少子化対策の観点から、高等教育の修学支援新制度（授業料・入学金減免、給付型奨学金）及び貸与型奨学金により、学生の経済的負担の軽減が図られている。大学、短大の他、専門学校も対象であり、看護師3年課程、看護師2年課程の専門学校は対象となるが、准看護師養成所は中学校卒業者を入学資格としており、高等教育には該当しないため対象外である。

本制度の対象校となるためには、「機関要件」（教育要件、経営要件）を満たしていることの確認を、国や地方公共団体の長等から受ける必要がある。医師会立の看護師養成所（3年課程、2年課程）で、対象校となっているところは130校中83校である。高校新卒の学生が多く入学する看護師3年課程に関しては、学生から選ばれるために、高等教育の修学支援新制度の対象校となることは重要であるが、経営要件を満たすことができず対象校となっていないところもある。

一方、学生に関しても要件があり、「高校等を初めて卒業した年度の翌年度の末日から、大学等に入学した日までの期間が2年を経過していない者」とされていることから、いわゆる社会人は対象外となる。

高校生等の若い世代への支援は一定程度充実してきている一方で、社会人から看護職を目指す方への支援は十分とは言えない状況にある。

(3) 専門実践教育訓練給付金制度の改善

社会人を対象とした支援策として、厚生労働省が所管する「専門実践教育訓練給付金制度」がある。准看護師養成所は、社会人等がセカンドキャリアとして新たに看護職を志す場合の受け皿として重要な役割を担っており、社会人等にとって本給付金制度の活用は極めて有用である。

一方、専門実践教育訓練給付金の指定講座の要件として、「当該修了者のうち専門実践教育訓練給付金の受給者数」又は「当該修了者に係る入講者数に占める『就職者及び在職者数（訓練修了者に限る）』の割合（就業・在職率）が80%以上であること」が求められている。

准看護師養成所においては、卒業後にさらに看護師資格を取得するため進学する者も一定数存在することから、就業・在職率の要件を満たせず、指定を受けられない場合がある。この結果、学生が本給付金制度を利用できない状況が生じている。進学を経て看護師資格を取得し就業に至るケースを含めて評価することは、専門実践教育訓練給付金制度の趣旨に沿うものであり、指定要件のあり方について見直しを求めたい。

(4) 准看護師養成所の位置づけと支援の格差

准看護師養成制度は、戦後の医師不足に対応するために、比較的短期間で医療補助者を養成する目的で創設され、全国各地域できめ細やかな医療体制の維持に大きな役割を果たしてきた。

准看護師養成所は厚生労働省と文部科学省の共同省令である「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」に基づき、都道府県知事によって指定される各種学校としてスタートした。昭和51年に専修学校制度が創設され、看護師養成所は「専修学校専門課程」に移行したが、准看護師養成所は「専修学校高等課程」に移行せず、各種学校に留まっているところもある。規模の大きい学校法人を中心とする「学校、専修学校（専門学校）」に比べ、運営費補助や設備整備等の支援が置き去りにされてきた感がある。

各種の修学支援制度を俯瞰すると（表1）、准看護師養成所は高等教育段階の支援制度や若年層を対象とした奨学金制度の多くで対象外とされている。日本学生支援機構の貸与型奨学金も専修学校高等課程・各種学校は対象外であり、専門実践教育訓練給付金制度も、前述の通り指定要件との関係から、必ずしも円滑に活用できていない。社会人等が利用可能な支援制度が限られており、経済的負担が新たに看護職を目指す際のハードルとなり得る。看護人材の裾野を広げ、持続的に確保していく観点からも、自治体の奨学金制度の充実はもとより、准看護師養成所の特性やキャリア形成の実態を踏まえた支援のあり方について、制度横断的に整理し、検討していく必要がある。

この問題は地方の医師会が自治体に制度設計改善の要望、要請を行っても、抜本的解決には当然のことながら無理があり、養成所存続のために地域独自の就学支援、養成所

経営補助金を得ながら、日本医師会が国に対して地域医療を守るための最重要課題の一つとして強い働きかけを継続し続ける必要があると考える。

表 1 各種修学支援制度（日本医師会作成）

制度	対象者	対象となる教育機関	准看護師養成所
高等学校等就学支援金	高校生等	※図 14 の通り 高等学校等の他、専修学校 高等課程・各種学校のうち国 家資格者養成課程を置くもの	対象 ※ただし、高校卒業者 は対象外
高等教育の修学支援新制度(授業料等の減免・給付型奨学金)	高校卒業予定者 高等学校等を卒業した年度の末日から申込みを行う日までの期間が2年以上の者	大学、短大、高等専門学校(4・5年)、専門学校(専修学校専門課程)	対象外 ※高等教育に該当せず
日本学生支援機構貸与型奨学金	内の者	大学、短大、専門学校(専修学校専門課程)等	対象外 ※専修学校高等課程、各種学校は対象外
専門実践教育訓練給付金	雇用保険の被保険者(在職者)、離職者のうち資格喪失日以降、受講開始日までに1年以内の者	厚生労働大臣の指定する専門的・実践的な教育訓練	対象 ※ただし、指定講座要件に課題あり

※対象となる教育機関や対象者にはそれぞれ要件が定められている。

(5) 公共職業訓練による准看護師養成

福島県では、ハロートレーニング（離職者等再就職訓練事業）を実施している。

～福島県における准看護師を養成するための委託訓練の概要～

1. 福島県が求職中の人々に准看護師の専門知識と技術の学びを通じて、仕事に就けるようにサポートするためのもの
2. 受講対象者は公共職業安定所（ハローワーク）に求職申込みをしている55歳未満、長期間働いていなかった、正社員を希望するかたなどが対象
3. 訓練にかかる費用は、1人あたり月120,000円（税別）を上限とし、訓練を受けた期間に応じて養成所に支払われる。この受講生の管理が各養成所で煩雑であるとの声も聴く。

このような職業訓練は福島県だけではなく、スキルを持った人材を育成し、労働市場への再進出を促進することを目的として、各都道府県で公共職業安定所（ハローワーク）を通じて訓練が実施されている。しかし、なぜかこの取り組みが一般的に周知されているものではなく、広報などには課題があるとも言える。

准看護師養成科 実施予定のご案内

【訓練期間：令和8年4月～令和10年3月（2年間）】

求職中の方で、新たなキャリアアップとして、専門的な知識・技能を身につけ、准看護師の資格を取得し、医療や介護業界への正規雇用を目指す方に向け、2年間の教育訓練を委託により実施します。（この訓練は、准看護師養成所の一般学生と同じクラスで受講となります。）

1 訓練受講対象者 ※新規学卒者の方は応募できません。

次の全ての条件を満たす方が対象となります。（詳細はハローワークにお問い合わせください。）

- ・ハローワークに求職申込をしており、ハローワークの受講あっせんを受けられる方
- ・概ね55歳未満の方
- ・有期労働契約などによる非正規雇用労働者など、就業経験において不安定就労の期間が長いことや、安定就労の経験が少ないことにより能力開発機会が乏しかった方、又は出産・育児等により長期間離職していた方
- ・准看護師資格の高い知識及び技能を習得し正社員就職（進学を除く）を希望する方
- ・当該訓練コースを修了し准看護師資格を取得する明確な意思を有する方
- ・ハローワークにおける職業相談においてジョブ・カードを活用したキャリアコンサルティングにより当該訓練の受講が必要と認められる方
- ・過去に当該訓練コース及び1年以上の公共職業訓練（委託訓練）を受講（正当な理由のない中途退校も含む）したことのない方

2 訓練施設【予定】

郡山看護専門学校（准看護学科）、喜多方准看護高等専修学校、会津准看護高等専修学校、いわき准看護学校

※応募状況等により一部の施設では訓練を実施しない場合があります。

3 定員（各訓練施設合計）

20名程度（予定）

4 受講料

無料です。ただし、入学検定料、テキスト代、保険代等は訓練生の個人負担となります。

5 申込

令和7年12月中旬～下旬申込開始

※申込方法 お住まいを管轄するハローワークの職業訓練窓口に応募書類一式を提出してください。

（応募に際しては、職業訓練窓口での事前相談及びジョブ・カードを活用したキャリアコンサルティングを受けていただきます。）

6 選考（内容や選考日は訓練施設により異なります。）

- ① 選考内容 学科試験、作文、面接等
- ② 選考日 令和8年2～3月

訓練の詳細を記載したチラシは、後日、各ハローワークで配布予定です。

12月中旬から下旬配布予定

7 問合せ先

福島県産業人材育成課 〒960-8670 福島市杉妻町2番16号

電話：024-521-7829 メールアドレス：jinzai@pref.fukushima.lg.jp

※この訓練は国との協議及び令和8年2月県議会による予算議決の上、実施します。

Ⅲ－２．看護職の処遇について

以下に、厚生労働省「令和 5 年賃金構造基本統計調査」の職種別・年齢階級別の年収の傾向を示す（図 15）。20 代では、看護師は国家資格による初任給の安定性があり、事務職や営業職より高い水準を維持している。それは、看護師は新卒でも即戦力として現場に立つため、初任給が高めに設定される傾向があるからであろう。しかし、30 代から 60 代までは、他職種の方が年収の水準は高くなる。それは、看護師は役職手当や夜勤手当が加算されることで年収が伸びるが昇進の幅は限定的であること、多職種は専門性と管理職経験により収入が増加傾向となる。このように、年齢が上がっても年収が伸びない看護師の給与を「寝たきりグラフ」と揶揄することもある。

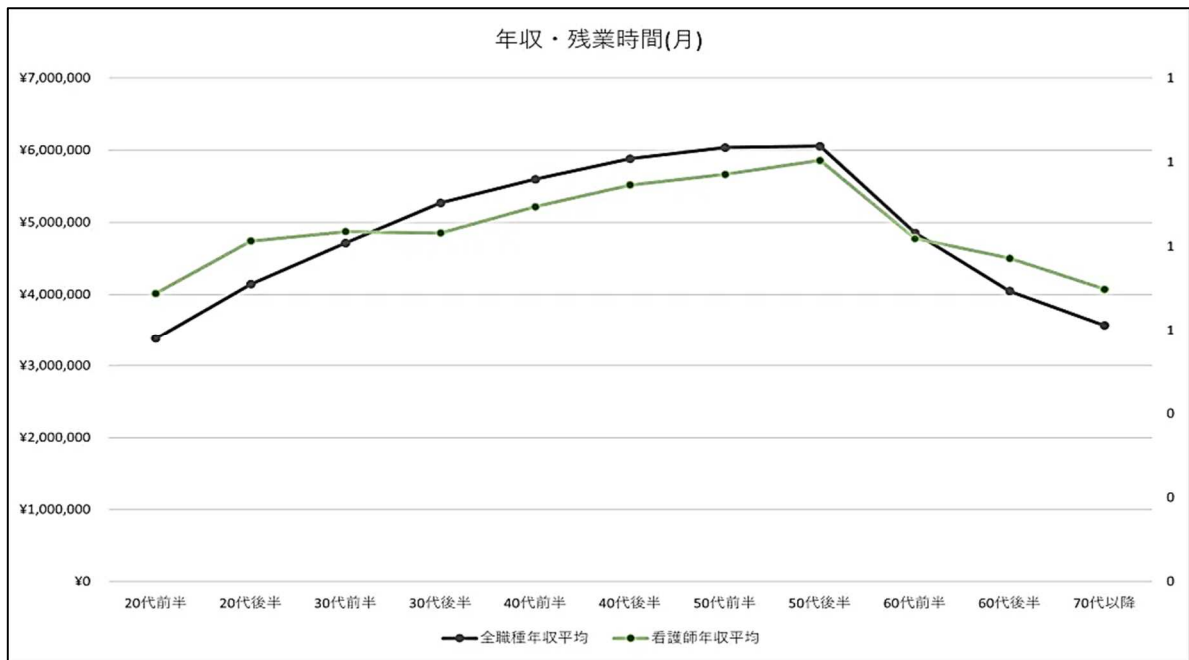


図 15 職種別・年齢階級別年収 出典：令和 5 年賃金構造基本統計調査

日本看護協会が実施した 2024 年度「看護職員の賃金に関する実態調査」²によると、現在の賃金が「見合わない」という不満を持つ看護職員の割合は半数以上であり、その理由としては「業務量」、「業務内容」、「他業種も含めた同年代・同性の平均給与との比較」である。また、これは、専門性の高い看護師（専門看護師や認定看護師等）になるために、努力しスキルアップをしても、給与や業務に反映されない等、処遇が見合っていない事も一因であろう。さらに、賃金額の満足度は、就業意向にもつながり、「不満」がある人の退職意向割合は多い（図 16）。

² https://www.nurse.or.jp/home/assets/20250624_nl02.pdf

2) 賃金額に対する満足度（全体的な満足度）別の現在の就業先での就業意向

➤ 賃金額の満足度（全体的な満足度）について、「満足」と回答した人の「退職は考えていない」割合は45.0%に対し、「不満」と回答した人の「退職は考えていない」割合は25.0%であった（図表40）。

【図表40】賃金額に対する満足度（全体的な満足度）別の現在の就業先での就業意向

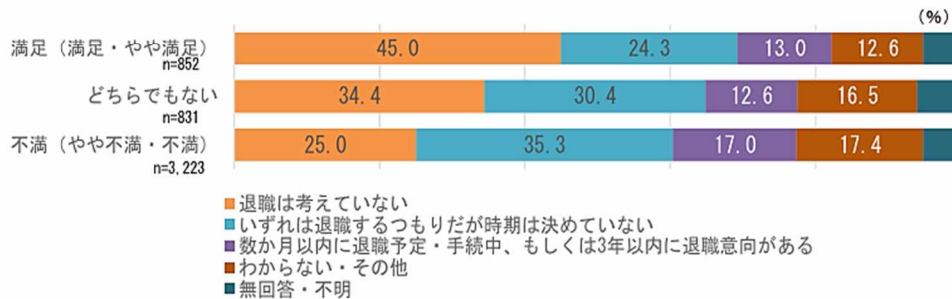


図 16 賃金額に対する満足度別の現在の就業先での就業意向
出典：日本看護協会「看護職員の賃金に関する実態調査」（2024年）

一方、若年労働力人口の減少に伴う新卒採用競争の激化や、物価上昇に伴う大幅な賃上げ機運の高まりなど、初任給の決定をめぐる状況は大きな転換点にあり、多くの企業では「採用力を強化するため」に、初任給を引き上げている。民間シンクタンクの調査（図17）によると、2025年4月入社者の平均初任給額は22.8万円と、2024年4月入社者の21.8万円より1.0万円の増加となり、全ての職種・業種区分において前年から増加していることが明らかになっている。

■ 図表1 大学卒の初任給（月額・平均値）の推移

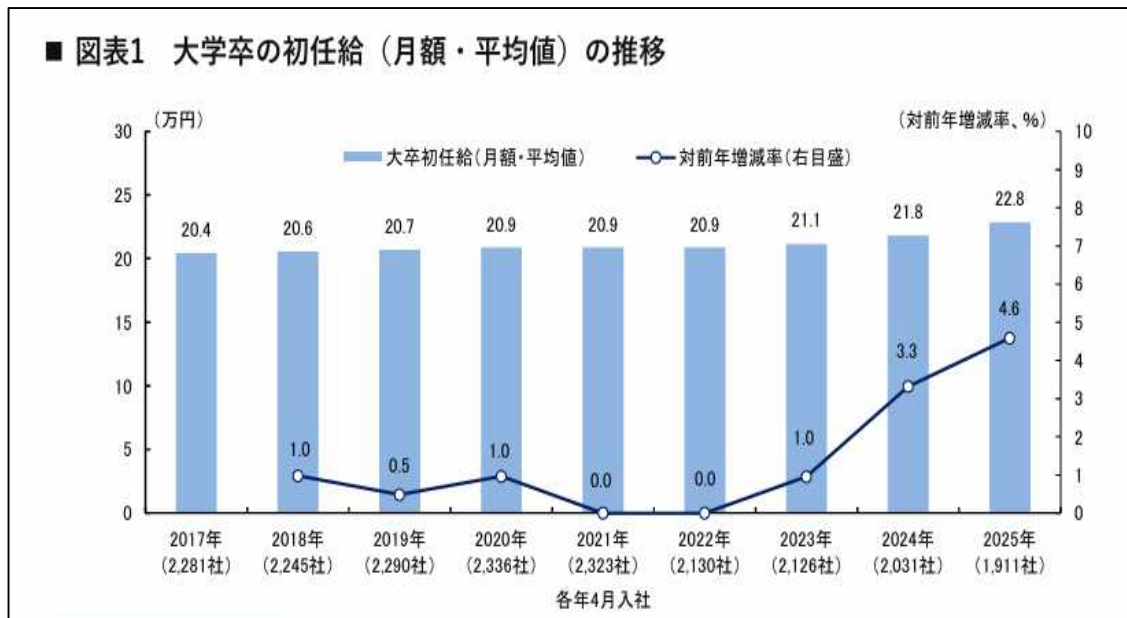


図 17 大学卒の初任給の推移
出典：株式会社インディードリクルートパートナーズ リクルートワークス研究所「ワークス大学卒求人倍率調査」特別レポート 大卒初任給と新卒採用の動向
https://www.works-i.com/surveys/item/250630_recruitment_saiyo.pdf

一方、看護職の賃金をめぐっては、2023年の国家公務員医療俸給表（三）級別標準職務表の改正や2024年度の診療報酬改定におけるベースアップ評価料の新設など、処遇改善の足掛かりとなる制度の見直しが行われてきた。前述の日本看護協会の調査では、2012年と2024年の12年間での病院勤務者のベースアップは6000円にとどまっており、その増加分の多くは手当によるものと推察されている。また、2024年度の病院の新卒看護師の初任給の平均基本給与月額、3年課程卒で税込み21万2077円、大学卒で21万7934円であり、初任給の上昇率は12年間で1万5000円程度であった（図18）。

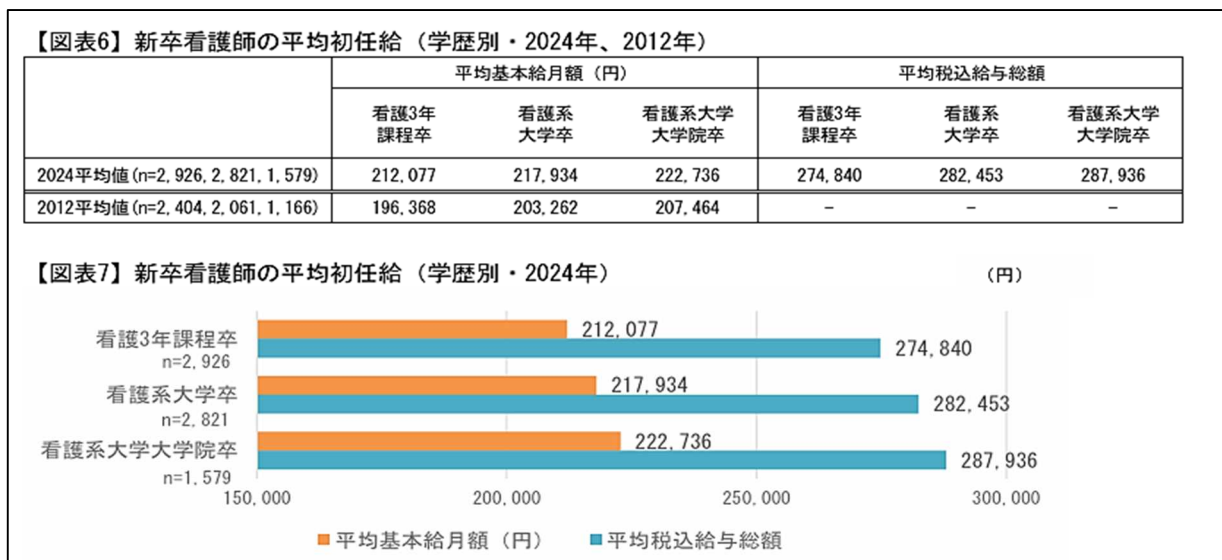


図18 新卒看護師の平均初任給
出典：日本看護協会「看護職員の賃金に関する実態調査」（2024年）

次に、看護師等養成所への入学時定員充足率を述べる。図19は、日本看護学校協議会が毎年実施している「看護師等養成所の管理・運営に関する調査」を経年比較したものである。2016年に95%以上の入学定員を確保できていた課程は50%以上、半数に満たないのは10%以下であった。しかし、2025年に95%以上の定員を確保できているのは30%程度に減少し、半数に満たないのは20%と倍増している。これは、少子化になる速度以上の速さで、看護師離れが進んでいることを示している。

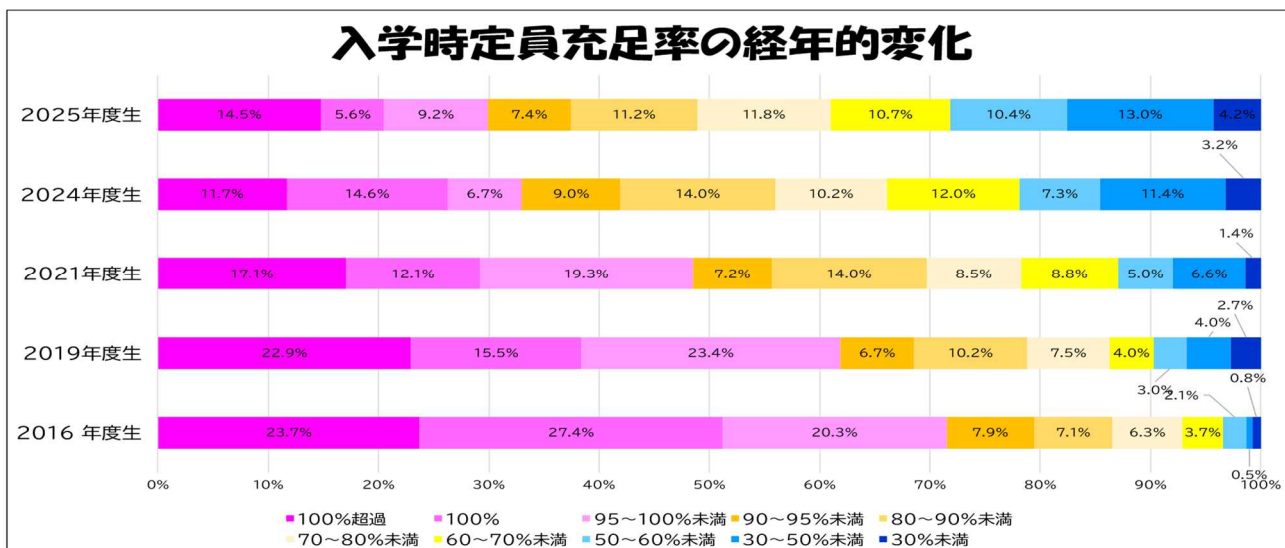


図 19 入学時定員充足率の経年的変化
出典：日本看護学校協議会 「看護師等養成所の管理・運営に関する調査」

2040年にピークを迎えるといわれる医療・介護ニーズに対応できる医療人材を確保する必要があるが、前述したような理由からも、看護職を目指す若者がさらに減少することが予測される。看護師等養成所の定員割れの現状は深刻であり、都市部においても閉校が加速する可能性があるため、看護師等養成機関への補助金増額や、教育環境の整備などの財政支援の拡充が必須である。

以上のことから、看護職を若者にとって魅力ある仕事にするためには、処遇改善が必須であることは言うまでもない。具体的には、初任給の上昇率を他職種水準と同程度まで引き上げること、心身の負担の大きい夜勤や夜勤対応の評価基準を見直すこと、診療報酬と同様に専門性の高い看護師の処遇に反映させることに加え、残業の減少や夜勤負担の軽減、有休取得率の増加等福利厚生面の充実等、安定的な看護人材確保につなげる取り組みが急務である。

Ⅲ－３．職業としての魅力発信

(1) 世の中の変化

2025年10月25日(日)の日本経済新聞に、「AIによってアメリカの若者の働き口に異変」が起きているという記事が掲載された。それは、コード生成等の体系化された知識や、顧客の問い合わせに応じるカスタマーサービス等はAIの活用が進み、それによりホワイトカラーの雇用が減少しており、2021年から経年的に、建築技術(配線)・建築技術(電気)・医療関連という職業訓練校への入学者が激増しているという内容であった。今のアメリカの状況は、日本でも5年後に同様のことが起こるとされており、看護師等養成所への志願者が今後増える可能性があることが示唆された。

(2) 「看護」とはどのような営みか

看護が人間社会になくてはならない社会的活動であることが、まだ理解されていなかった時代に、ナイチンゲールによって看護の本質が発見された。彼女のいう「私の考える看護」とは、この自然界を貫いている法則性を学び、人間を健康にしたり不健康にしたりする仕組みを見抜いて、知識や注意の不足によって病気という結果を招いたり、病気からの回復過程を遅らせたりすることのないよう、日々の生活を調整する働きをさす。そして、自然の回復力を助ける生活調整こそが、看護の専門性であるという歴史的発見にたどり着いた。そして、彼女の説いた看護の本質(健康の法則=看護の法則)は、現在の地域看護や施設内看護に深く根付いている。

人間は、地球上のいたるところで様々な文化を築いている、それは、基本的には自然の法則に支配されているが、他の生物とは異なり、人間は自然現象や先人の生活の知恵を社会的に伝授できるから、その知恵を用いて自然を作り替え、生命維持に適した場を広げ、生活様式を作り出してきた。よって、看護とは、人間社会の全領域で他人の力を必要とする健康上の問題が発生したあらゆる状況、あらゆる場面で、人々の生活に密着した活動をしている唯一の専門職である。また、人間はその一生のうち、いつかは看護とのつながりを持つ。人間は無力な状態で生まれ、生きる過程において病んだり傷ついたりしながら生活し、しだいに老いて死を迎える。また人間は、他人が困っている様子を見ると、放っておけない心情をかきたてられ、自分の持てる力をさしだすことのできる存在でもある。人間のこの自然のありようと心の動きの現れが、世界中で日夜くり広げられている看護の初期の姿である。そして、病気に追いこんだ生活の調整をすれば回復を促進できると考え、その働きを「看護」と名付けた。

(3) 看護の魅力について

1) AIに置き換わることがない

状況や状態の中で常に複雑な判断とケアを求められる対人関係職である看護職は、AIには代替ができない仕事である。いかに介護用ロボットが発展しても、ロボット

自らが放っておけない心情をかきたてられ、ロボット自身が持つ力をさしだすことは、現段階では不可能であると考えられている。相手の感情を理解しようとする働きは、本来人間だけが持っている高い頭脳労働であり、ココロや実体のないAIには難しい。

2) 多様なキャリアパスを選べる

初めに就職した病院等の1ヶ所で定年まで働き続ける看護職は少ない。看護職は、保健師助産師看護師法によって示された一生の資格であるため、結婚・子育て・介護等、自分のライフステージに合わせて働き方や就業先を変えられる魅力がある。病院で勤務するだけでなく、診療所・訪問看護、企業の産業看護職、研究・教育、保健師や助産師、海外等での活躍など、いつでもどこでも多彩な働き方ができる仕事である。数ある仕事の中でも、これだけ多様に選択できる職種は余りない。

3) 一定の賃金が保障されている

看護職は資格職であるため、ある程度の収入は保障されている。実際の労働や責任等と比較すると決して高額では無いが、一人で生活したり、自分一人で子どもを養うことはできる等、経済的な自立ができる職種である。

4) 経験に応じた成長支援がある

現在、日本看護協会には看護師のクリニカルラダーがある。これは、看護師が臨床実践能力を体系的に高めていくための「成長の道しるべ」であり、2010年に最初の版が公開された。現在は、看護実践、看護過程展開、看護倫理、協働（多職種と連携）、教育・指導、安全の確保と質改善の6つの能力領域で、セルフチェックシートと指導者面接を使い評価していくものであり、異なる職場に転職をしても、そのまま引き継げるものになっている。そして、看護経験や研修会受講により、すべての看護職に成長するチャンスがあるように構築をされている。また、このような制度を初めに日本に導入したのは「看護職」であり、他の職種の見本ともなっている。

5) 自分の年齢や経験を重ねるほど豊かになる仕事である

看護職である自分も、結婚・出産・育児・介護等、生身の人間として生老病死に関する経験を多く積んでいく。看護とは、人間社会の全領域で他人の力を必要とする健康上の問題が発生したあらゆる状況、あらゆる場面で、人々の生活に密着した活動をしている唯一の専門職であるため、自己の生活場面においても、その知識と技術は非常に役に立つ。そして、人間理解が深くなることによって、看護の対象への理解も深く豊かなものになっていくという味わい深い仕事である。

(4) まとめ

今後もさらに、手術支援ロボットや微小ロボット、遠隔地からの超音波診断、リハビリ・介護ロボット等、医療のテクノロジー化が進むことが考えられる。しかし、どれだけAIやDX等のテクノロジーが進展しても、看護という仕事の本質に照らした場合、人

間が人間に関わる仕事であるため、機械に置き換えることはできないし、人類が滅びるまでずっと必要とされていく仕事である。なぜならば、人間は生まれてから死ぬまで、人手を借りないで生きていくことは絶対にできない存在なので、どんなにエネルギーを注いでも、注ぎ足りないほど価値のある仕事である。そのことを、看護職自身が誇りをもって、他者に伝えていくことで、未来が開けるように思えてならない。

Ⅲ－４．福岡県医師会「医師会立看護師等養成所（准看護師課程）を活用した外国人看護職員養成事業」について

福岡県医師会では2022年度より「医師会立看護師等養成所（准看護師課程）を活用した外国人看護職員養成事業」を行っている。本事業は、准看護師・看護師を目指す候補者に対して、ミャンマー及びインドネシアにおいて日本語教育を行った後、特定技能1号（介護）の在留資格で来日し、会員医療機関で特定技能外国人として就労しながら、医師会立准看護師養成所で2年間学び資格取得を目指すものである。准看護師免許取得後、看護師を志望する者は進学し、看護師免許の取得を目指す。

事業の実施にあたっては、福岡県外国人看護師候補者資格取得支援事業費補助金を活用の上、本会より日本語教育を行う専門機関へ委託し現地での学習支援を行う他、県内での就学・就労中に問題が発生した場合は、受入医療機関や養成所と連携し対応している。

2024年4月に7名、2025年4月に4名が大牟田医師会看護専門学校の准看護師課程に入学し、2026年2月に実施された福岡県准看護師試験には7名全員が合格した。

さらに、2025年2月にはインドネシア共和国保健省と協力覚書を締結し、本事業の事業拡大に向け連携・調整を進めている。同省からは、今後受入人数を増加させたいとの意向が示されている。

今後、准看護師となる外国人の増加が見込まれる一方、准看護師の在留期限は4年であることから、在留期間の延長等について早急な検討が必要である。

また、外国人受験者の増加が見込まれる中、受験環境の整備も重要な課題となっている。介護福祉士国家試験では、外国籍受験者等に対して、ふりがな付き問題用紙の使用や試験時間の延長が認められるなど、受験上の配慮が制度化されている。

これらの事例を踏まえ、准看護師試験においても、ふりがな付与の選択制を導入するなど、日本語学習者が不利とならない受験上の配慮を行うべきであると考えます。

IV. 看護師等養成所を地域に残すための新たな運営方法

ここでは、二つの方向から提案する。

一つ目は、すでに鹿児島で取り組みが進んでいる養成所のサテライト構想である。これは前期の報告書でも提案したが、その進捗状況の報告を行い、募集停止あるいは閉校を考えている養成所には、ぜひ検討してほしいと願うものである。

二つ目は、すべての養成所において推進したい遠隔授業である。

IV-1. 看護師等養成所のサテライト構想について

～全国初の鹿児島医療技術専門学校の種子島サテライト教室の取り組み～

人口3万人弱の種子島には、公立高校が2校あるが、看護師等養成所はなく、卒業生で看護師をめざす人材は、種子島を離れ、全国の看護学校に進学し、種子島に戻ってくる人はほとんどいない。そのため、島で最も大きい種子島医療センターは医療人材の確保に長年苦しんでいた。そこで、医療センター・種子島の西之表市・鹿児島医療技術専門学校の三者が連携し、西之表市医療人材養成推進協議会を2023年に立ち上げて、離島における看護師養成・定着に向けて、鹿児島医療技術専門学校（以下、本学）のサテライト教室を種子島に設置することになった。

養成所にはサテライト教室の前例はなく、当初、都道府県や厚生労働省とのやりとりにも時間を要し、実現が危ぶまれた。しかし、この間、全国の多くの養成所で定員割れが生じ、募集停止も相次いだ。地域医療を守るという観点から厳しい事態である。それも影響したのか、昨年度から、厚生労働省もサテライト教室に積極的な姿勢をみせてくれ、取り組みは大きく前進した。

種子島サテライト教室の概要は次の通りである。本学の定員内（現在80名）で、サテライト教室の定員を8名とした。施設整備については、当初「教育に差がでないように」ということで、特に、教員、施設・設備、機械器具、標本、模型、図書に関しては、本学と同じ程度に準備するよういわれた。その後の都道府県等との話し合いで、教室、実習室、在宅看護実習室、図書室、学生ホール、事務室といった施設・整備は必要だが、教員については、実習指導教員を複数人、標本や機械器具・模型などで特に高額なものは、本学にあるものを3Dカメラで撮影し、それを視聴するのもよいとなった。図書についても、電子書籍が認められた。そして、本学の定員内でのサテライト教室ということで、提出する書類も少なくなり、学則変更、校舎各室の用途・面積変更、実習施設変更承認でよいということになり、書類提出もずいぶん楽になった。

現時点で順調に準備は進み、2026年2月の実地調査を経て、4月には入学生を迎えることになった。

本学の場合は、①養成所として、サテライト教室の前例がなく、規定等もなく話し合いに時間を要した。②施設の整備に時間を要した（寄付していただいた診療所を教室に当てたため、大きく内装を変える工事が必要であった）が、すでにある養成所の形を変えるのであれば①②ともに、移行しやすくなったものと思う。

IV-2. 遠隔授業の推進

もう一つの視点として、全養成所に提案したいのが、遠隔授業の推進である。

厚生労働省は令和8年度予算で、「看護師等養成所における遠隔授業推進支援事業」の実施を予定している。今後の持続的な看護人材確保のために、多様な学生のニーズに合った魅力的な学習環境の整備として、遠隔授業の推進をしている。なお、サテライト教室においてほとんどが遠隔授業（臨地実習、実技演習を除く）になる。

遠隔授業には「同時双方向型」と「オンデマンド型」がある。遠隔授業の積極的導入は、すべての養成所で実現したいと思う。その理由は、①外部講師が得難い地域がある、②無理に依頼した講師については講師の都合で時間割に支障がでることがある。

また、特に「同時双方向性型」の遠隔授業のメリットとして上げられるのは、③講師の専門性と授業力を活かして分かりやすい授業ができる、④講師料の支払いが少なくなり必要経費が抑制できる、などである。これまで苦勞して講師を確保した経緯があり、その結果、講師の都合を優先せざるを得ない状況があった養成所は多いと思う。講師確保が困難な科目からでもよい、遠隔授業の導入を検討していきたい。A校の授業にB校、あるいはC校の学生も遠隔で参加するものである。時には逆もあってよい。貴重で有意義な授業であれば、遠隔授業もむしろ効果的と考える。しかし、同時双方向型遠隔授業を実現するには、カリキュラムを見直す必要がある。科目の目的・目標の一致、進度の統一、授業開始時間の統一など、お互いに調整する必要がある。

一方、「オンデマンド型」であれば、時間割の調整が不要である。しかも、何度も繰り返し視聴可能というのも大きな魅力である。しかし、授業の効果という点では課題もあると思う。一方向にならない工夫が重要である。

「予算が厳しく時間も人材も限界まで使われている今こそ、アセスメントが必要である。このような困難な時だからこそ、アセスメントを適切に実施し、到達目標を最も能率よく効果的に達成しよう。」（ウォルワード 2013:15-16）、遠隔授業もいくつかのハードルがあるとは思いますが、それを調整して、取り組むべき時であるように思う。

V. 自治体による看護職養成への支援

V-1. 国の基本方針と現状

看護師をはじめとする看護職の養成は、国民医療の根幹を支える重要な基盤であり、国と地方公共団体が共同して責任を担うべきものとされている。1948年に制定された「保健師助産師看護師法」により、国が資格制度や養成基準を統括し、国家試験制度を通じて看護職の質を一定水準に保つ仕組みが整えられた。一方で、実際の養成や人材確保の推進については、地域医療を支える自治体の役割が極めて大きくなっている。

この関係を明確にしたのが、1992年に制定された「看護師等の人材確保の促進に関する法律」（いわゆる看護師等人材確保法）である。同法第4条では、国および地方公共団体が、看護職員の養成・資質向上・就業促進・処遇改善等のために必要な施策を講じるように努める責務を負うことが定められている。国はそのための「基本指針」を策定して、看護職員の確保を進めることとされている。また、都道府県にはナースセンターを設置し、求職・復職支援、研修の実施などを行うことが義務付けられている。つまり、国が政策の方向と基準を示し、自治体が地域の実態に即して具体的に実施するという役割分担が構築されている。

自治体の責務は、単に看護学校を設置・支援するにとどまらない。地域の医療・介護・福祉全体の人材確保を視野に入れた調整機能を担うことが求められる。都道府県は医療計画や地域医療構想の中で将来の看護職員需要を見通し、養成数の確保、実習環境の整備、教育機関への財政支援などを行う。さらに、離職防止や復職支援のために、勤務環境改善支援センターやナースセンターと通じた相談・研修体制を整えることも重要な責務である。また、地域医療介護総合確保基金を活用し、養成所の施設整備や奨学金事業、遠隔教育やICT環境の整備を支援する仕組みも整っている。

こうした政策的な枠組みは、1990年代の「量の確保」中心から、2000年代以降は「質の保障と定着促進」を重視する方向へと発展した。近年では、地域包括ケアや在宅医療の推進に伴い、病院だけでなく、訪問看護や介護施設など多様な現場で活躍できる人材を育成することが求められる。さらに、新興感染症や災害への対応力を備えた看護職の育成、特定行為研修による専門機能の高度化など、自治体が支援する領域は広がっている。

しかし、現実には少子化や大学志向の高まりによって、看護師等養成所の入学者確保が困難になっており、地域における養成体制の維持が難しくなっている。特に医師会立や自治体立の学校では、運営費や教員確保に課題を抱えており、国の補助単価や基金の運営の見直しが求められている。また大都市圏への人材集中が続く一方で、地方や中小病院、介護施設では看護職不足が深刻化しており、自治体には「数を増やす」だけでなく「地域に定着させる」取組みが強く求められている。

国の方針としては、自治体が地域医療の実情に即した養成計画を立て、教育機関との連携によって安定的な養成基盤を確保することを第一に挙げている。併せて、修学資金貸与や奨学金返還免除制度などを活用し、地元で学び、地元で働く人材を育てることを奨励している。

さらに、潜在看護職の再就業支援や勤務環境の改善を進め、養成した人材を長期的に活用できる体制づくりを進める方針である。また、訪問看護や介護施設など、地域包括ケアを担う分野での人材育成にも重点が置かれている。

日本医師会も、この国の方針に沿い、医師会立養成所への安定した財政支援や奨学金制度の拡充を政府に要望している。医師会立の看護学校は地元就業率が高く、地域医療を支える重要な存在であるため、その存続は国の施策とも一致している。今後は国と自治体、そして医療団体が緊密に連携し、「地域で育て、地域で働く」看護職養成の循環を確立することが、持続可能な医療提供体制の実現に不可欠である。

V-2. 自治体による看護師等養成所への支援事例

(1) 福井県「看護師等学生確保支援事業」

自治体による看護師等養成所への支援例として、福井県の「看護師等学生確保重点支援事業」について、2025年5月に開催された医師会立看護師等養成所会議において、福井県の池端幸彦会長より説明がなされた。以下に概略を示す。

越前市にある武生看護学校は、少子化等により2011年より徐々に定員を満たすことができなくなり、年約1000万円の市医師会からの一時借入金等で対応していた。しかし、教職員によるパワハラ問題が発生し、2022年度は入学者が15名にまで減少し（定員40名）、経営危機に直面していた。授業料は民間のため高額で、医師会からの奨学金制度も設けていたが、入学者の減少は深刻で、運営は県や市町、医師会からの補助金で支えられてきたものの、積立金の取り崩しや借入金での運営が続き、2024年には長期の借入を余儀なくされた。医師会費の大幅増額や、県および市町行政への陳情、他校や企業への経営移譲の打診も行ったが、いずれも厳しい回答で打開の糸口が見えない状況が続いていたところ、池端会長と地元市長による県知事への頻回の陳情が実り、定員充足率が2年連続90%未満の民間看護学校への特別支援事業（下記）が県議会で承認され、学校を存続していくことが可能となった。

① 学生確保につながる環境整備や広報活動の支援（補助上限5,200万円）

② 看護師等養成所運営費補助金の上乗せ支援（補助上限2,400万円）

2025年度も21名の入学者に留まり、厳しい状況が続いているが、後に延命措置に過ぎなかったと言われることがないよう、医師会として支援していくとのことである。

このように自治体からの補助金の増額や支援については、日頃からの行政と医師会との良好な関係性の構築が必要と思われる。自治体も看護師確保に対する危機感を十分に持っていると思われ、各県の医師会立看護師等養成所においても、自治体との地道な交渉を重ねていくことが重要と思われる。

(2) 愛知県の取り組み

愛知県には医師会立の看護師養成所（3年課程）2校、准看護師養成所が2校ある。

愛知県医師会では、この4校に対して、愛知県医師会独自の助成に加え、愛知県からの補助金をその生徒数等に応じた計算式により按分し補助を行っている。この補助金は、看護職員確保事業費補助金、看護師等養成所運営費補助金として愛知県より愛知県医師会へ交付されている補助金である。

看護職員確保事業費補助金は約360万円であり、愛知県下の地区医師会が行う看護師の募集事業に対する補助と、県下4カ所の医師会立看護師等養成所が行う生徒募集に関する事業に対して補助するものであり、希望する地区医師会へ生徒数等に応じて按分し補助する。

看護師等養成所運営費補助金は約 480 万円であり、県下 4 カ所の医師会立看護師等養成所へ運営に必要な経費を補助対象として、生徒数等の実績により按分した額を補助するものである。

その他、上記補助金とは別に、愛知県が直接、医師会立看護師等養成所を含む 17 カ所の看護師等養成所へ愛知県看護師等養成所運営費補助金として、補助を行っている。

次年度からは、看護師養成所を通じて自治体に働きかけることによって愛知県からの補助金がおおよそ 2 倍となった。

(3) 滋賀県の取り組み

滋賀県は「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づき、県内の看護職員の養成・確保を推進する責務を負っている。医療介護総合確保推進法に基づく県計画の中で、人材養成、復職支援、定着促進、地域偏在の是正を柱とした総合的な対策を実施している。

滋賀県では 2025 年に最大約 2,000 人の看護職員が不足すると推定されており、看護教育体制の維持・拡充が急務とされている。

県の支援は、看護師等養成所への運営費・施設設備整備補助、実習指導者講習会や専任教員養成講習会、新人看護教員研修の支援など、多岐にわたる。また、復職希望者を対象に「滋賀県ナースセンター」を通じて再就業支援を行い、技術研修、採血・注射演習、eラーニング、就業相談などを無料で提供している。

修学資金制度（滋賀県看護職員修学資金）は、保健師・助産師・看護師・准看護師養成課程の学生を対象に月額貸与を行い、卒業後に県内の指定医療施設等に一定期間（原則 5 年間）従事すれば返還を全額免除される。免許未取得や就業遅延の場合は返還義務が生じるが、一定期間勤務すれば一部免除も可能である。

さらに、県は「奨学金返還支援制度」の導入を促すため、滋賀県産業支援プラザを通じて企業や医療法人が従業員の奨学金返還を支援する制度を設けた場合に補助金を交付している。これにより、医療機関が日本学生支援機構（JASSO）の代理返還制度と組み合わせで職員の返済を支援することが可能である。加えて、市町レベルでも、甲賀市のように返還支援補助（最大 20 万円／年×5 年）を実施する自治体があり、地域全体で看護職員の定着を後押ししている。

住宅支援については、県立病院勤務者向けに看護師宿舎（ワンルームタイプ、月額 7,000 円前後）を整備し、借家居住者には家賃に応じた住居手当（上限 3 万円）を支給している。守山看護職員宿舎が配置され、若年看護師の定着に役立っている。

このように滋賀県は、①養成機関への運営支援、②修学資金・返還支援による経済的支援、③復職・再就業のための技術研修や相談支援、④県立病院等での住宅・福利厚生整備を組み合わせ、県内で看護職が継続して働きやすい環境づくりを進めている。今後も需要に応じた養成立の確保と人材定着を図ることが求められている。

(4) ふるさと納税を活用した看護師等養成への支援

<泉佐野泉南医師会看護専門学校>

ふるさと納税による寄付金を活用した学校運営について、同じく 2025 年 5 月に開催された医師会立看護師等養成所会議において、大阪府の泉佐野泉南医師会看護専門学校の事例が報告された。以下に概略を示す。

同校は、地域の医療機関や介護施設との連携、シミュレーション教育やDX、オンライン実習の導入を進めており、これまでに約 720 名の看護学生を養成し、その多くが地元や大阪府内の医療機関に就職しているとのことである。

看護師志望者の減少や定員割れが問題となる中、同校は、まず、新しい看護教育として「コンセプト・ベースド・ラーニング」を導入し、現実的な問題や事例を解決する中で学習を進めていくという教育方法を取り入れ、それによって学生の興味や関心が向上し、実習の評判も良くなったということである。カリキュラムについては、専門分野を領域横断型に再編して授業時間を一部削減し、課題中心型授業へと転換し、教員をファシリテーターとして学生の主体的学びを支援する体制を整え、また、多様性の尊重も重視し、外国人や車椅子ユーザーの学生も受け入れている。運営面では、教職員の意見交換や自主運営型組織への転換を図り、教職員間の協力体制を強化しているそうである。

地域に貢献する学生を育成する「地域創生看護」の取り組みとして、地域からの要請を受けてさまざまなボランティアやアウトリーチ活動を行い、地域住民との交流を深めている。こうした活動を通じて、看護学生が地域づくりに積極的に参画していること、看護学校が地域社会と協働していることの認知が広がり、ボランティア先で交流した住民の方々からも学校を応援してもらえるようになり、2024 年度の泉佐野市のふるさと納税の寄付先として、「看護学生応援プロジェクト」の採用につながったとのことである。またこれとは別に、同校で学ぶために他市から移住した学生のために、家賃補助の予算も確保されたとのことである。今後も地域包括ケアシステムの中で看護学校の役割を高め、地域で活躍する看護師を育成していく方針であると述べられた。

<唐津東松浦医師会唐津看護専門学校>

同様に、佐賀県の唐津東松浦医師会唐津看護専門学校でも、ふるさと納税による寄付金による支援を受けている。同校では、看護師の育成のための学校への支援、医療職を目指す高校生や社会人への啓発、復職支援及び各高等学校進路指導担当教員への相談・協議会の開催などを通じた医療人材確保への貢献を目的に、特定非営利活動法人「グローアップナーシングからつ」を 2022 年に立ち上げ、佐賀県の「NPO 等指定寄附」制度を活用した、税制控除付きの寄付金を募る仕組みを整えている。これにより、2024 年度は約 900 万円の寄付を受けることができ、県の地域医療介護総合確保基金事業としては採択されなかった学校環境の整備（学生更衣室の設置）につなげたという

ことである。

ふるさと納税については、今後も安定した寄付金が得られ続けるかは不透明なところがあるが、医師会立看護師等養成所の存続や教育環境の充実を図るため、医療機関や民間からの寄付を活用する一案として、検討する価値は十分にあると思われる。

(5) その他の自治体による支援制度（奨学金、奨学金返還支援、住宅支援等）

各自治体においても、地域の人材確保や若者の定着促進を目的として、奨学金制度、奨学金返還支援制度、住宅支援など多様な支援策が展開されている。

特に「奨学金返還支援制度」は、総務省が、自治体が奨学金返還支援に要した経費を特別交付税の対象とする財政措置を講じ、導入を後押ししている。

2024年6月現在で、47都道府県、816市区町村で実施されており、以下の内閣官房・内閣府総合サイト「地方創生」³において、詳細を確認することが可能である。

その他の支援事例については、巻末に掲載する。

「奨学金返還支援」による若者の地方定着の推進

域内の企業へ若者が就職する場合等に奨学金の返還支援をする地方公共団体の取組を、国としても推進することにより、若者の地元企業への就職やU I Jターンを促す。



日本学生支援機構や地方公共団体等
からの奨学金の借入れ

返還



← 返還支援

※ 地方公共団体が貸与する奨学金については返還を減免



地方公共団体

令和6年6月1日現在の
実施地方公共団体数
47都道府県
816市区町村



若者の地元企業への就職や、
都市部からのU I Jターンを促進

奨学金返還支援に地方公共団体が要した経費は、
特別交付税措置の対象となる

～地方公共団体が定める支援の要件や内容の例～

【出身地】	「指定せず」「保護者が当該地方公共団体に居住」 など
【就業・居住】	当該地方公共団体に居住（かつ/または就労） など
【返還支援額】	返還額の1/3、1/2、2/3、1/1など割合を指定した上で、別途上限額を設ける など

地方公共団体に対する特別交付税措置の概要

【都道府県】

- ・奨学金返還支援のため地元産業界等との間で基金を設置した場合などに、都道府県の基金への出捐額（※1）、広報経費に対して特別交付税措置
- ・対象者の要件は大学等を卒業後に当該都道府県で就職することなど（都道府県と地元産業界等が合意して要件を決定）

【市町村】

- ・奨学金返還支援に係る市町村の負担額（基金の設置は不要）、広報経費に対して特別交付税措置
- ・対象者の要件は大学・高校等を卒業後に当該地域に居住することなど

※1 都道府県の場合、当該年度の基金への出捐総額の1/2以上を出捐している場合は、出捐総額の1/2の額を対象とする。
※2 都道府県・市町村いずれも措置率0.5、上限1億円。ただし、以下の場合は措置率0.3、上限6千万円。
【道府県】20～24歳人口が流入超過 【市町村】20～24歳人口が流入超過の都道府県に所在し、かつ条件不利地域を含まない（市町村は令和4年度以降の条件を記載）
※3 地方公共団体の財政力に応じ、補正あり。

³ <https://www.chisou.go.jp/sousei/about/shougakukin/index.html>

VI. 看護職の復職支援および看護補助者の確保に向けて

VI-1. 再就業や未経験者の医療分野への参入に関する貸付金制度の創設

医療現場において必要な看護職員を安定的に確保するためには、新規養成だけでは十分とは言えず、出産・子育て等のライフイベントで離職した、いわゆる潜在看護職の再就業を促進することは重要な施策の一つである。各地域のナースセンターでは、復職希望者に向けた相談窓口の設置や、最新の医療知識・技術を学べる研修会の開催など、さまざまな支援が実施されている。

一方、介護職や保育士の再就業に関しては、厚生労働省やこども家庭庁において、再就業に関する貸付事業が実施されている。再就業に必要な経費について貸付を行い、2年間の勤務で返還が免除される仕組みであり、潜在人材の再就業を後押しするものである。看護職に関しては、こうした経済的な支援制度はない。再就業にあたっては、一定の経済的負担が生じるため、介護職や保育士と同様の支援を求めたい。

また、介護分野では、未経験者を対象とした「介護分野就職支援金貸付事業」があり、介護職員初任者研修を受講し、介護保険サービス事業所で介護職員として就業する場合に貸付を受けることが可能である（同様に2年間の勤務で返還が免除される）。

現在、病院においても看護補助者の確保が非常に困難な状況にある。この貸付金制度を、看護補助者として医療機関で就業しようとする場合にも拡大することで、未経験者が安心して医療分野に参入できる環境を整え、結果として看護職員の業務負担を軽減し、離職防止や職場環境の改善につなげることができると考える。

厚生労働省予算 ※都道府県社会福祉協議会で実施

【1. 再就職準備金貸付事業】

●対象者：以下の条件の全てを満たす方

- 1 次のいずれかに該当し、介護保険サービス事業所等で1年以上の勤務経験のある方
 - ・介護福祉士の資格を持っている
 - ・実務者研修を修了している
 - ・介護職員初任者研修を修了している(すでに廃止されている介護職員基礎研修、1級課程、2級課程のいずれかを修了している場合も可)
- 2 介護保険サービス事業所等において介護職員等として再就職した方
- 3 都道府県福祉人材センターに氏名及び住所などの届出を行い、再就職準備金利用計画書を提出した方

●貸付金額：40万円以内（介護の仕事に復帰するための費用）

(再就職する際に必要となる経費)

1. 子どもの預け先を探す際の活動費
2. 介護に係る軽微な情報収集や学び直しのための講習会参加経費、国家試験の受験手数料又は参考図書等の購入費
3. 介護職員等として働く際に必要となる靴や訪問介護員等として利用者の居宅を訪問する際に必要となる道具又は当該道具を入れるかばん等の被服費

4. 敷金、礼金又は転居費など転居を伴う場合に必要となる費用
5. 通勤用の自転車又はバイクの購入費（自動車に関する費用は不可です。）
6. その他、再就職する際に必要となる経費として適当と認められる経費

●返済免除：貸付後に介護職員等として業務に2年間勤務することで返済が全額免除される

【2. 介護分野就職支援金貸付事業】

●対象者：以下の条件の全てを満たす方

- 1 介護未経験者、無資格で働いていた方や無職の方で、かつ、介護職員初任者研修などの所定の研修を修了した方
- 2 介護保険サービス事業所等において介護職員等として就職した方
- 3 就職支援金利用計画書を提出した方

●貸付金額：20万円以内（介護の仕事に就職するための費用）

※経費の内容については上記の再就業準備金と同様

●返済免除：貸付後に介護分野における介護職員等として業務に2年間勤務することで全額返済が免除される

令和7年度こども家庭庁予算

【保育士就学資金貸付事業】

保育士等保育人材の増加傾向の維持を目指し、都道府県・指定都市で実施している保育士修学資金貸付等事業の貸付原資等の充実や新規に貸付事業を実施する自治体への支援を行う。

〔実施主体〕 都道府県、指定都市

〔貸付額（上限）〕 ④潜在保育士の再就業支援 就職準備金 40万円

〔返還免除〕 ④再就職後、2年間の実務従事

VI-2. 福岡県「看護補助者確保支援事業」について

人口減少が進行する中、看護補助者の確保は、医療機関が安定的に看護提供体制を維持するうえで喫緊の課題である。現場からは、「看護補助者の採用が極めて困難である」との声が多く寄せられており、看護補助者の人材確保施策の強化が急務となっている。

福岡県では、患者の療養環境の向上を目的に、看護補助者として就労を希望する人材を紹介予定派遣により、雇用を希望する医療機関に派遣する事業を実施している。本事業は地域医療介護総合確保基金を活用しており、看護補助者を雇い入れる場合、県が最長6か月間の人件費（残業代や派遣契約外の勤務によるものを除く）を負担する支援を行っている。

2024年度には、32医療機関が応募し10名の看護補助者が派遣され、そのうち7名が直接雇用へとつながった。これは、総合確保基金を活用した施策が一定の成果を上げていることを示す一方で、依然として必要な人材数を十分に満たすには至っておらず、さらなる制度拡充が求められる。

他職種では、保育士や介護職員に対し就職準備金制度等が導入され、職種への参入促進に寄与している。看護補助者は高齢者ケアや医療現場の基盤を支える重要な職種であるにもかかわらず、同様の経済的支援制度は十分に整備されていない。

看護補助者の確保に向けては、就労に必要な初期費用を支援する就職準備金制度の創設、紹介予定派遣事業の継続・拡充、未経験者向け研修の整備、さらには業務内容の明確化や指導体制の整備等による定着支援を推進することが求められる。

これら看護補助者への支援にとどまらず、看護職員全体の確保及び定着に向けた支援策を行政が主体となって拡充することが、持続可能な医療提供体制の確保に不可欠である。

Ⅶ. 介護人材の確保に向けて

Ⅶ-1 採用難の現状と今後必要な対応

介護職について、離職率は低下傾向にあるとはいえ、有効求人倍率については全職種と比較し依然高い水準で推移している（図 20）。理由としては、精神的・身体的負担を伴う労働でありながら、他産業と比較した賃金の低さ、そして人材育成、キャリアアップなどの支援不十分に伴う定着率の低さが挙げられる。これらの課題を克服できないまま、都市部では事業所の増加に伴う採用難となり、一方地方部では人口減少による採用母数の不足という課題が生じている。

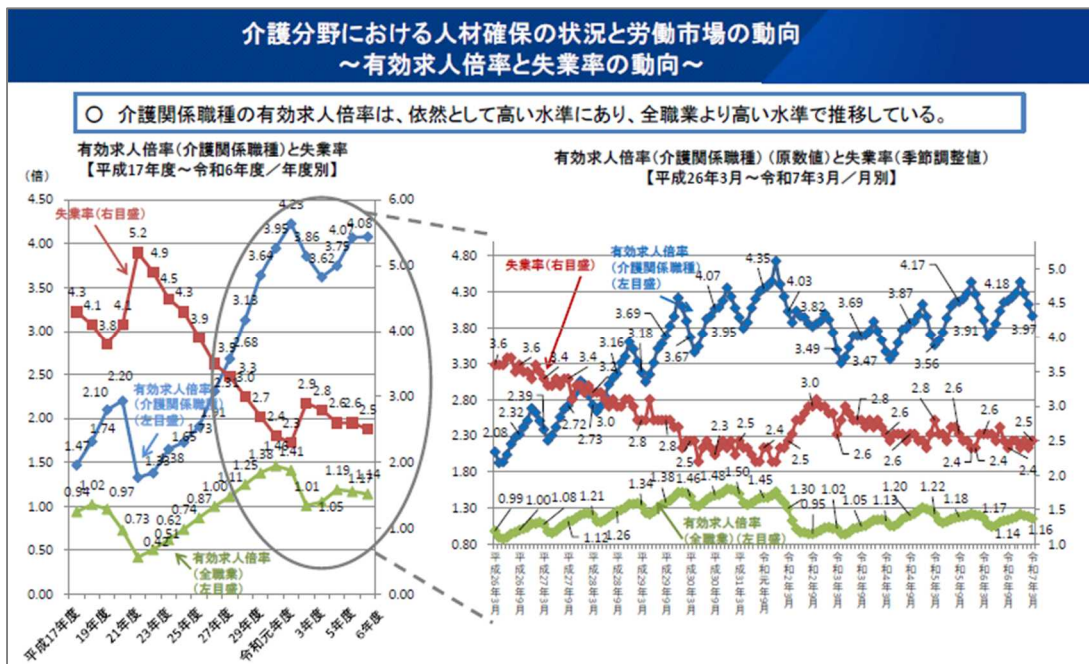


図 20 介護分野における人材確保の状況と労働市場の動向 出典：社会保障審議会介護保険部会資料

こうした現状を踏まえ、今後の展望と必要な対応の方向性を以下に整理する。

1) 構造的な供給不足の顕在化

少子化の影響により、労働力人口は今後も継続して縮小していくと考えられる。その結果、医療・介護に限らず全産業で人材確保競争が激化するため、単なる人員増で不足を補うことは困難を極める。今後は、「必要量を確保する」という発想から、限られた人材で必要なサービスを提供できる体制への転換が求められる。

2) 業務効率化・生産性向上の推進

医療・介護人材不足に対する実効性の高い対応として、ICT・AI・介護ロボットの活用など省力化・効率化が不可欠である。具体的には見守りシステム、排泄予測AI、移乗支援ロボット等の活用により介護職員の身体的負担を軽減し、介護記録の電子化、医療介護データの共有により事務的負担を削減することなどが挙げられる。

また、専門職（ケアマネジャー）と生活支援員の役割分担を明確化し、専門職の負担軽減を図る事も必要である。地域包括ケアにおける多職種連携の促進により、提供されているサービスの重複を避けるなど、効率的な支援を実現する必要がある。

3) 国内人材の参入促進と定着支援

介護職員等処遇改善加算等の継続による賃金引上げは喫緊の課題と言える。賃金の上昇と職場環境改善（腰痛防止、夜勤負担軽減、育児・介護の両立支援）は男性職員、中高年層、子育て世代等の多様な働き手の参入を後押しすると期待する。

介護福祉士・認定介護福祉士制度の活用によるキャリアパスの明確化も人材定着の促進に欠かせない。

4) 2040年に向けた総合的な展望

介護分野の人材不足は、単なる労働需給の問題ではなく、人口構造の変化した未来社会を持続可能にするか否かに関わる重要な課題である。2040年に向けて必要な考え方は、「量」から「質・効率」へのシフトであり、限られた人材で医療・介護を提供する体制構築が不可欠である。厚生労働省社会保障審議会・介護保険部会で検討がはじめられているが、医療や介護といった社会インフラであるサービスについて、自治体・地域の規模により高齢化や人口減少のスピードに差があり、需要の変化は様々である。従って全国を「中山間・人口減少地域」「大都市型」「一般市等」と主に3つの類型に分類して体制を構築していくことも今後は必要となる。

その上で、介護報酬体系の見直しを含め、処遇改善による多様な担い手の確保、外国人材やICT・AIの活用などを組み合わせた総合戦略により、医療・介護提供体制の持続性を確保していく必要がある。

介護職員の必要数272万人（2040年）という目標は、人材確保と生産性向上の双方の取組みを前提としたものであり、今後更に国・自治体・事業者がしっかりと連携し、戦略的に取組む必要がある。

Ⅶ-2. 介護団体からのヒアリングを踏まえて

第2回医療関係者検討委員会（2025年3月21日）において、介護現場における人材確保の現状と課題として、（1）日本介護支援専門員協会、（2）全国介護事業者連盟、（3）全国老人福祉施設協議会の3団体からヒアリングを行った。現場の声を踏まえた課題整理と対応策の検討として以下にまとめた。

（1）介護支援専門員（ケアマネジャー）の立場から

1) ケアマネジャーの高齢化

年齢構成は50歳代60歳代が約7割を占める。高齢化が進み60歳代の増加が顕著であり、一方で20～30歳代の若手層はほとんど増えていない。今後60歳代の退職が進むと介護現場のケアマネジャー不足は一気に加速すると考えられ、若手参入のためには処遇改善と育成体制の強化が急務となる。

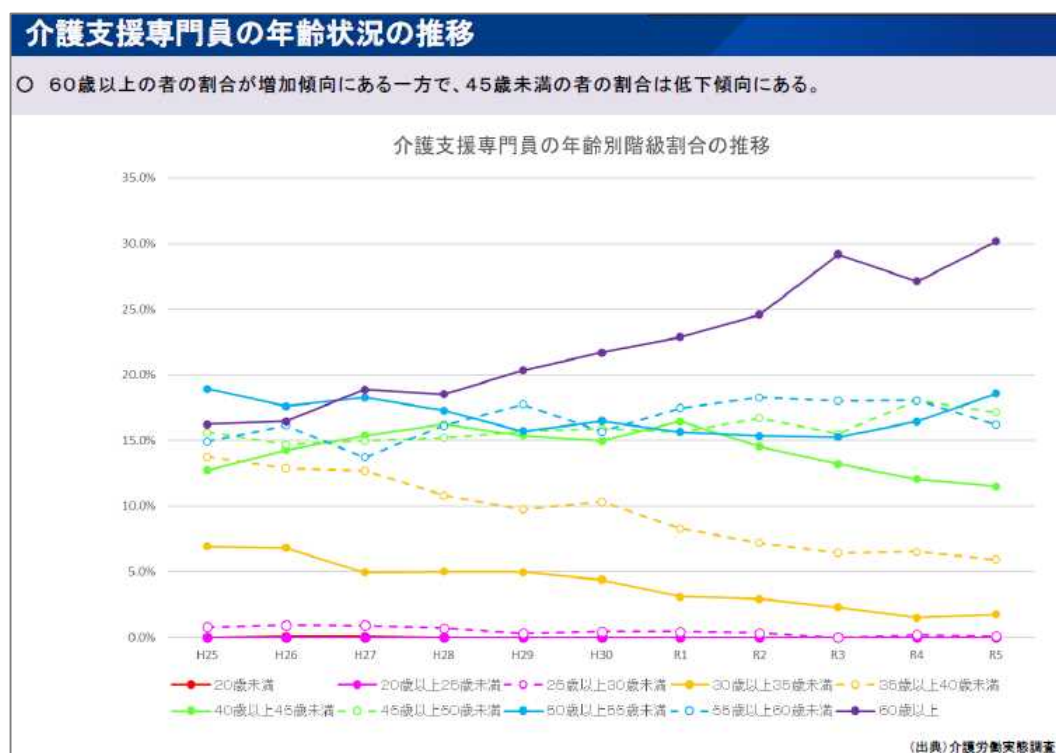


図 21 介護支援専門員の年齢 出典：社会保障審議会介護保険部会資料

2) ケアマネジャーの採用困難

約8割の事業所が「採用が困難」と回答しており、人材確保が厳しい状況が見て取れる。背景には民間の平均年収434万円（令和3年分民間給与実態統計調査）に対し、ケアマネジャーの平均年収が391万円（令和3年度介護実態調査）にとどまるなど処遇面での不利がある。また、平成30年度から令和4年度にかけて6500人の減少があり、退職理由として「看護師など基礎資格を活かせる業種への転職」が最も多く、ケアマネジャー業務特有の高い負担・責任に対する処遇のミスマッチが示唆される。

3) ケアマネジャーの業務範囲の拡大

従来の利用者支援に加え、家族背景や地域環境を含む複合的な支援の必要性が高ま

っている。認知症の老々世帯や身寄りのない人の看取り支援、介護者が精神・知的障害を抱えるケース、ヤングケアラーの支援など対象が大きく広がっている。また、過疎地域などで医療・介護サービスが不足している場合には地域全体の調整役も求められるなど、介護保険給付の枠を超える支援はケアマネジャーの負担増となる。

4) ケアマネジャーの事務負担

事務業務はケアプラン作成に限らず多岐にわたり、アセスメントやモニタリングをはじめとしたケアマネジメントプロセスの記録作成、医療機関や事業所との連絡票の作成、介護認定や負担割合の変更確認、給付管理など膨大である。訪問に加え地域ケア会議などへの参加も求められ、これらに費やす時間的負担は大きい。

5) 介護保険制度を維持していくために

介護保険制度の運営に欠かせないケアマネジャーの確保には、第一にケアマネジメント業務の高度な専門性に見合った賃金水準の改善が必要であり、現在の処遇では採用・定着が難しい。第二に膨大な業務量の見直しが急務でありケアマネジャーが担うべき業務範囲や責任権限を明確化する必要がある。それとともにICTの活用による業務効率化を進めることが重要である。第三に資格更新のための研修は時間的、費用的負担が大きく、オンライン研修の拡充、地域医療介護総合確保基金の活用促進により研修費用の負担軽減が望まれる。これらの改善によりケアマネジャーが安心して働ける環境の整備が介護保険制度の持続に寄与すると考えられる。

(2) 介護職員・訪問介護員の現状と課題～多角的データからみる構造的問題と今後の方向性～

1) 要介護者の増加

日本の高齢化はかつてない速度で進行している。生産年齢人口は大幅に減少し、介護を必要とする人口は増える一方、介護を担う人材は減少するという「介護の需要と供給の逆転現象」が発生している。要介護（要支援）認定者は2023年時点で約696万人と、この20年で約3.2倍に増加しており、在宅生活を支える訪問介護の重要性は高まるばかりである。

2) 介護職員・訪問介護人材の確保困難

現実には、介護職員、とりわけ訪問介護員の人材確保は極めて困難となっている。介護関係職種の有効求人倍率は直近で4倍前後（図22）、訪問介護に至っては地域によって10倍を超える。求職者1人に対して10の事業所が奪い合う構造であり、人材不足はもはや慢性化している。その背景には、介護職の賃金が全産業平均に比べて著しく低いという深刻な課題がある。最新データによれば、全産業平均と介護職の年収差は80万円以上に拡大しており（図23）、介護職内でも訪問介護員はさらに低い水準にある。若年層が介護職を選択しにくい状況が続き、人材不足を一層加速させている。

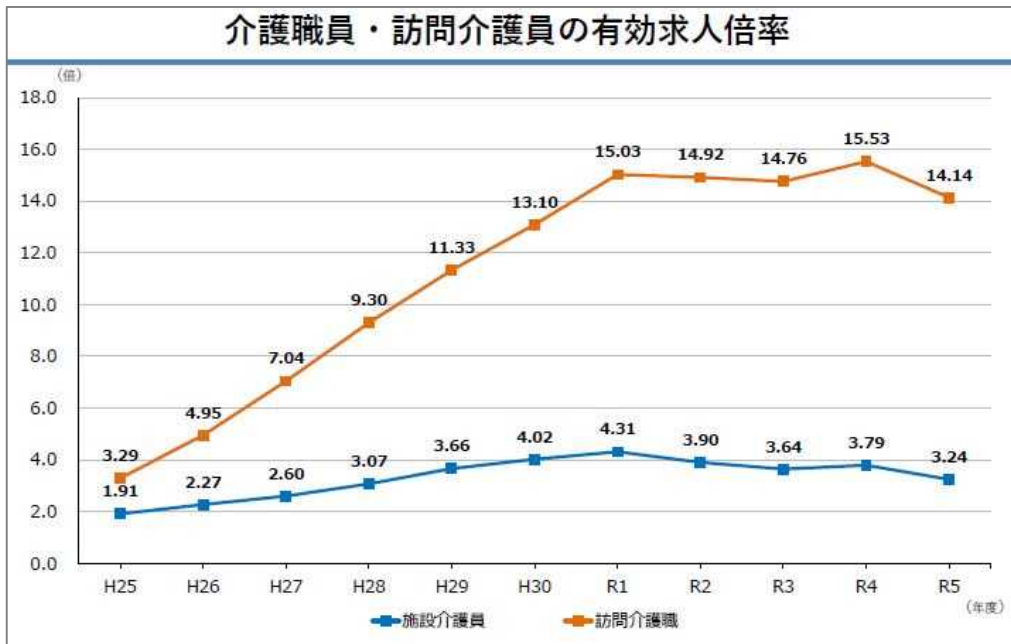


図 22 介護職員・訪問介護員の有効求人倍率 出典：社会保障審議会介護給付費分科会資料

3) 経営環境の悪化

加えて、介護事業所を取り巻く経営環境は急激に悪化している。電気代、ガス代、燃料費、食材費などの物価高騰により、介護保険サービスの収支差率は軒並み低下している。特に訪問介護は収支差率が約 2~3%と極めて低く、物価上昇分を吸収できない構造となっている。その結果として、介護事業者の倒産は過去最多に達し、2024 年には 172 件が確認され、そのうち 47%が訪問介護事業者であった。訪問介護は小規模事業所が多く、利用者減や物価上昇、人材退職が経営に直結する脆弱な構造にあり、人材不足と経営悪化が悪循環を生んでいる。

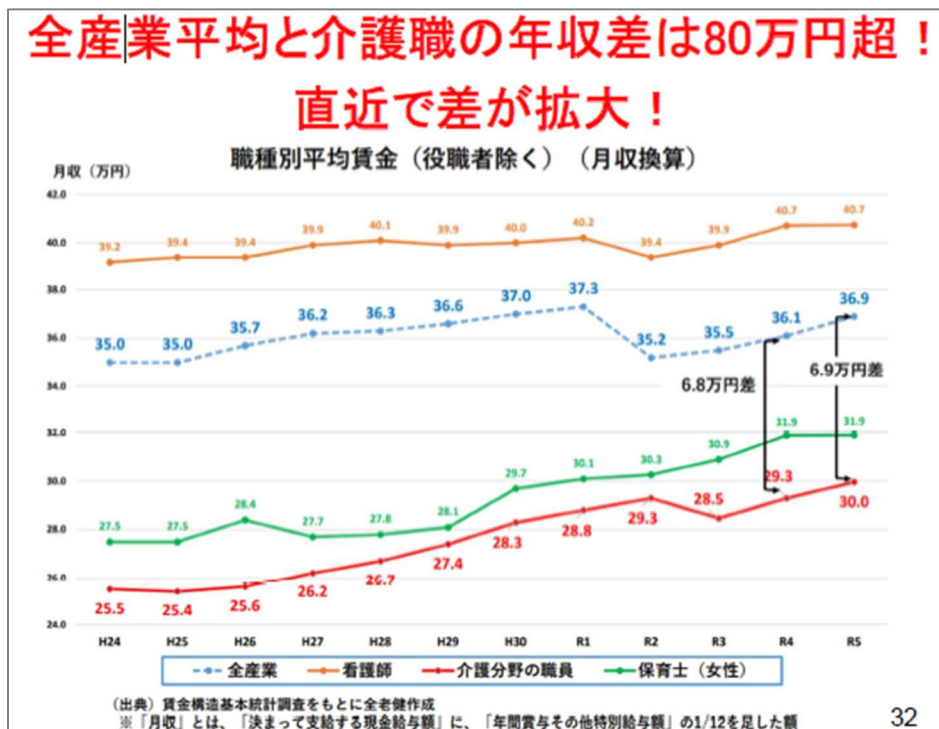


図 23 介護従事者の所得の現状 引用：全国介護事業者連盟齊藤理事長資料

4) 介護人材確保・職場環境改善等に向けた総合対策

このような状況を受け、国は複数の総合的対策を進めている。第一に、介護人材確保のための連携協議会を都道府県に設置し、業界団体・ハローワーク・教育機関が協働して採用のミスマッチ防止や就職イベントを実施する取り組みがある。第二に、訪問介護の提供体制を確保するため、研修体制の整備や事業所規模を超えた地域連携を支援し、未経験者でも働きやすい環境づくりを推進している。さらに、ホームヘルパーの仕事の魅力を発信する全国的な広報事業を通じて、新たな担い手の参入を促進する動きも強化されている。

5) 処遇改善加算の一本化及び加算率の引き上げ

2024年6月の介護報酬改定により処遇改善加算が一本化され、加算率の引き上げとなった。同時にキャリアパス要件・賃金改善要件・職場環境要件が厳格化され、これにより賃金改善の効果は期待されるものの、任用要件や研修制度、評価制度の整備が求められ、特に人事体制が脆弱な小規模事業所では要件を満たせず、加算が取得しにくいケースも想定される。「人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築等」が本格的に議論され始めたが、地域の実情に応じた包括的な評価の仕組み作りも必要となる。

6) まとめ

以上のように、介護職員・訪問介護員の現状と課題は「労働力不足」「賃金格差」「経営難」「制度の複雑さ」が複合的に絡み合った問題である。まずは処遇改善の実効性を高め、やりがいのある仕事として全年齢層に魅力を発信する必要がある。同時にAIやICTを活用した業務効率化、他職種との連携、研修体制の充実、小規模事業所への重点的支援など行政・事業所が協力して取り組むことが不可欠である。特に訪問介護は、在宅生活を支える社会インフラであり、その崩壊は地域ケアの根幹を揺るがす。介護職員が安定して働き続けられる環境整備こそが、これからの日本社会を支える必須の取り組みである。

(3) 全国老人福祉施設協議会の立場から

1) 老人福祉施設が目指すもの

施設入所者の高齢化や平均要介護度の上昇とともに施設における医療ニーズは高まっている。高齢者が住み慣れた環境（施設）において可能な限り生活を継続し、また多死社会が到来した際の「終の棲家」としての役割を果たすため、①医療ニーズ増加への対応、②看取りの推進、について更なる機能強化が求められる。

2) 医療と介護連携の現実

2024年度介護報酬改定で「医療と介護の連携」について「協力医療機関の要件」が義務化（経過措置3年）された。特別養護老人ホーム（以下特養）、地域密着型特別養護老人ホーム（以下地域密着型特養）、介護老人保健施設（以下老健）、介護医療院、養護老人ホームについて、①入所者の病状が急変した場合等において医師又は看

護職員が相談対応を行う体制を常時確保。②診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保、③当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保、が必要とされる。しかし2024年度介護報酬改定に関するアンケートから、特養に限っても①について調整中・未調整が38.5%、②は調整中・未調整が45.0%、③についても調整中・未調整が50.9%と医療と介護の連携についてマッチングができていない施設が多くを占める。離島や山間部に限らず都市部や一般都市でも難しいとの結果がこのアンケートから読み取れた。もう1点、協力医療機関連携加算を届け出るにあたり、「介護保険施設等とのカンファレンスを定期的実施する」こと施設基準として求められたが、多忙な医療機関と人員不足の著しい介護施設双方にとって月に1回のカンファレンスは負担となり基準を満たすことが困難である。年に3回とするためには電子的システム導入による入所者情報の共有化が必要とされているがシステムの構築には時間と費用を必要とし現実的には難しい。

3) 介護現場における人材シェアリングについて

2023年度に老人保健健康増進等事業として「離島・過疎地域における小規模特養の事業継続モデル研究」が実施された。離島や過疎地域など人口減少地域の特養では人員要件となる介護支援専門員(ケアマネージャー)、機能訓練指導員、相談員、看護師、栄養士などの有資格専門職が確保できない、また無資格でも勤務できる介護職員が不足することが予想される。地域における絶対数の少ない専門職については、一定の条件の下で常勤専従要件を緩和してオンラインやオンコールを中心とする関与を認めるなど、人材のシェアによるサービスの質の維持と確保が必要と考えられる。また介護保険制度の基準該当サービス、離島等相当サービスについて施設サービスにも適用範囲を広げることが望まれる。人員基準欠如減算は介護報酬の30%とされており、近年の介護施設の倒産数増加における原因の一つと考える。

4) 老人福祉施設の存続のために

医療・介護を必要とする高齢者が入所する施設として特養、老健、介護医療院、特別養護老人ホームなどがあり、そこでは医師、看護師、准看護師、相談員、介護職員、栄養士、機能訓練指導員、介護支援専門員(ケアマネージャー)など、他職種が協働して医療、介護を必要とする入所者の生活を、できるだけ在宅に近い環境で支援している。しかし、医療機関同様に人員配置基準が設定されており、今後の看護職、介護職の不足は介護報酬の減算という形で直接経営を圧迫する。しかし何より、看護職、介護職の不足により施設機能を維持することができなくなるという現実がある。物価・人件費高騰により施設経営は従来有形から脱却を求められているが、介護職員の安定確保なくして施設運営は不可能である。そのためにはまず処遇改善すなわち明確な賃金上昇が早急に必要とされる。また業務負担の軽減として記録の簡素化や会議などの間接業務負担を減らすことも必要であり、手立てとなるICT化については補助金等による助けが求められる。

超高齢社会においては在宅で高齢者を支える家族の介護力にも限界があり、入所型の高齢者施設に対するニーズは更に増えると考えられる。これら施設においては、まず人材確保を軸とし、機能を明確化し、医療・在宅と連携し、地域に根付いた持続可能な経営を行うことが求められている。

Ⅶ－３．外国人介護人材確保に向けた福岡県の取り組み

福岡県の介護職員の有効求人倍率は3.01倍（2025年6月時点）と、全体の有効求人倍率の1.17倍を大きく上回っており、介護人材の確保は困難な状況にある。こうした中、福岡県では人材不足を補う対応の一つとして、外国人介護人材の確保に向けた次の二つの事業に取り組んでいる。

まず、2019年度より地域医療介護総合確保基金を活用した「介護福祉士を目指す外国人留学生マッチング支援体制構築事業」を実施している。本事業は、介護福祉士の資格取得を目指す留学生を確保するため、国外（ミャンマー、インドネシア、ネパール）において留学生候補者を選定し、県内の介護福祉士養成施設と介護施設等の円滑かつ適正なマッチングを行うことを目的とした事業で、2024年度は25名の学生が15施設に入職した。高額な仲介手数料がかかることなく、各介護施設等は安心して留学生の確保を行うことが可能である。

次に、2025年度からは、「福岡県外国人介護人材確保強化事業」の一環として、インドネシアにおいて育成した特定技能外国人候補者を県内の介護施設等に紹介し就労につなげる取り組みを開始した。紹介可能人数は30名程度であり、職業紹介事業者を介さないため紹介手数料は不要となっている。

さらに福岡県が2025年7月に実施した介護人材確保に関するアンケート調査では、外国人介護人材を受け入れている事業所の課題として、採用時費用を挙げた事業所が6割以上と最も多く、続いて生活環境整備に関する負担が4割以上であった。これらの課題に対応するため、2025年度より「外国人介護人材受入施設等環境整備事業」として、家賃や家電製品・自転車の購入費用等を補助対象とし、受入事業所の負担軽減を図っている。

介護職員の養成及び確保は、地域の医療・介護提供体制を維持する上で行政が主体的に取り組むべき喫緊の課題である。

一方で、地域医療を支える看護職員についても、同様に深刻な人材不足の状況にあり、外国人を含めた看護職員の確保及び定着に向けた取り組みは、介護分野と比較すると十分とは言えない現状である。

今後も、この課題を地域全体の問題として捉え、医師会、行政及び関係団体が連携しながら、介護・看護双方の人材基盤の強化に向けた取り組みを着実に推進していくことが重要であると考えます。特に、看護職員の確保及び定着に向けた施策については、国及び都道府県においても、介護分野と同等の水準での支援強化が強く求められるところである。

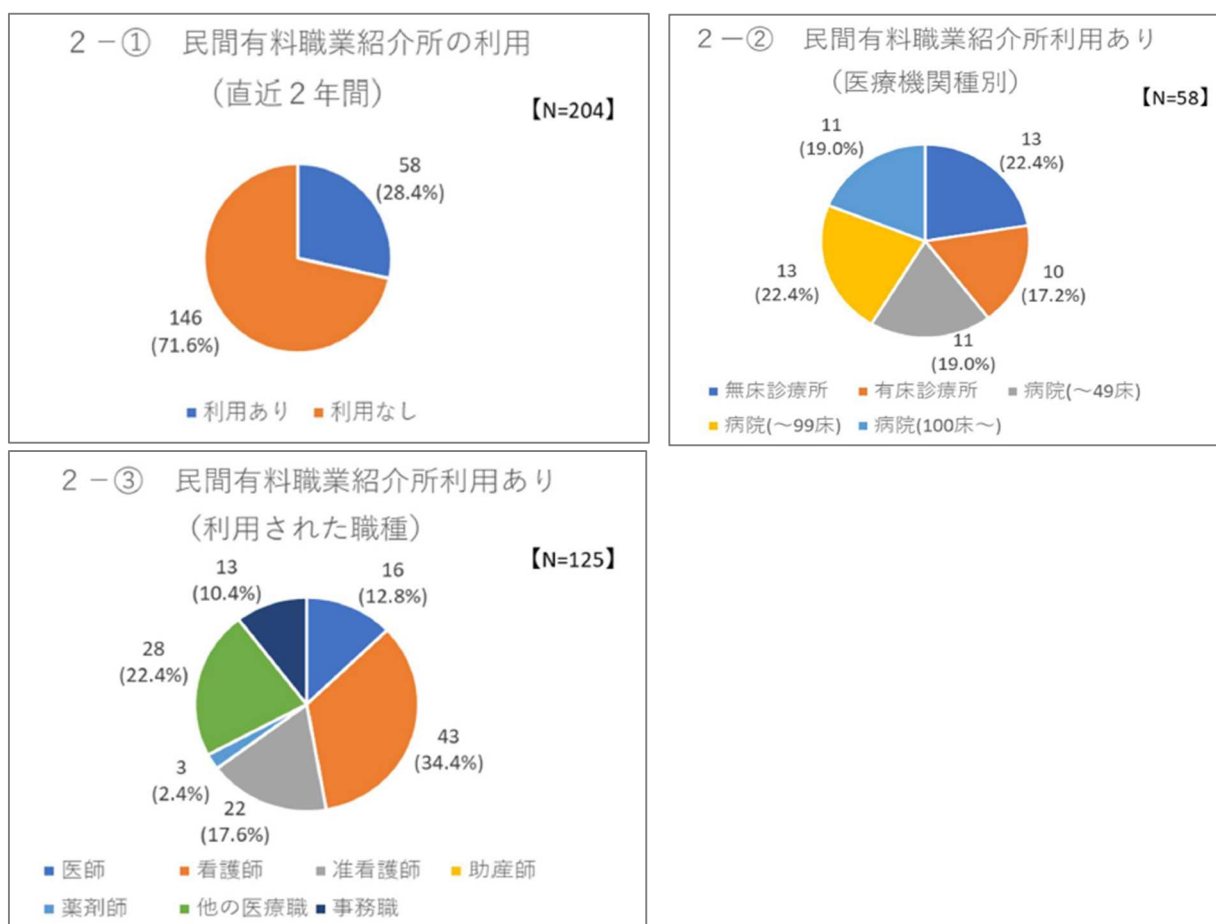
Ⅷ. 有料職業紹介事業等を介した人材確保の現状と医療機関への影響

Ⅷ-1. 有料職業紹介事業の現状と問題点

近年の人口減少や少子化の影響、また職業選択の多様性など様々な要因もあり、医療・介護分野における人手不足は深刻である。新卒志望者の減少や、他職種への流出など全国的な課題に加えて、地方では都会への人口移動も相俟って、医療人材の確保は非常に困難となっている。そのため、有料職業紹介事業者を利用する医療機関が増加しているが、利用にあたって紹介料の高騰や早期離職、また倫理的な面を含めて会社の質が不均一である等の問題が全国的に顕在化している。この件に関しては日本医師会や各都道府県医師会においてもアンケート調査等を行うなど、現状把握や対応に向けた動きが活発化している。ここでは、徳島県及び佐賀県で実施したアンケートを紹介する。

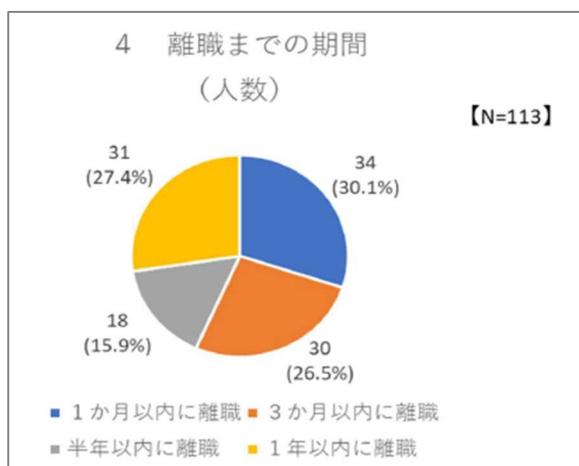
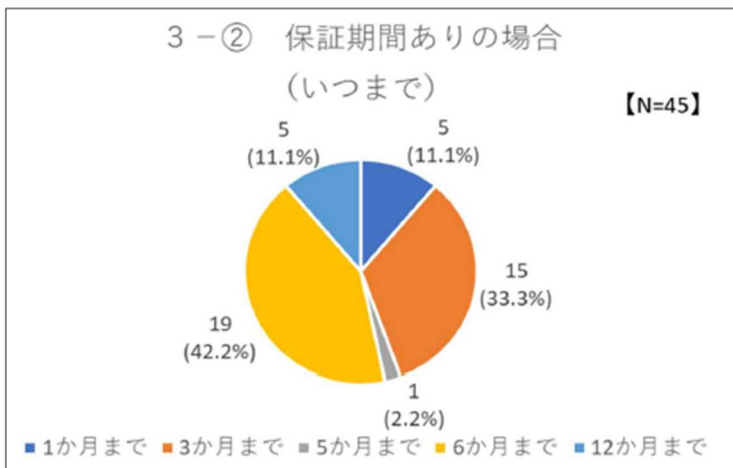
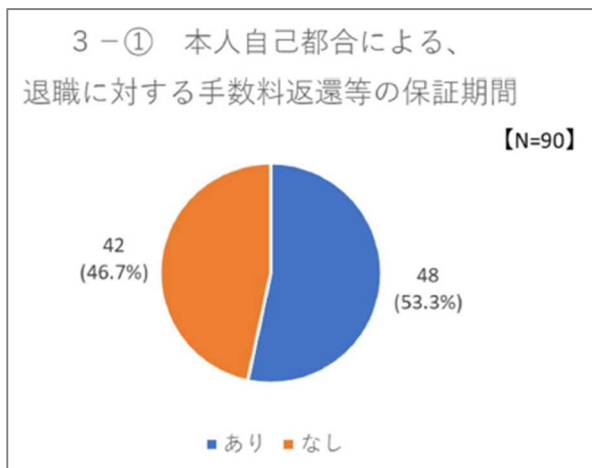
(1) 徳島県医師会による調査

県内の医師会所属医療機関 575 箇所に発送し、204 医療機関から回答があった。県内の有料職業紹介所利用の実態調査を目的に設問事項を絞って行った。施設形態別では無床診療所が 63%、有床診療所・病院（49 床以下、99 床以下、100 床以上）からもほぼ均等に回答を得た。その中で民間有料職業紹介所の利用があったのは 28.4%で、無床診療所・有床診療所・各規模の病院、各々がまんべんなく利用している結果となった。利用職種としては看護職が半数以上、薬剤師・事務職・他の医療職についても一定数の利用があった。



本人都合による退職に対する手数料返還等の保証期間は半数以上にあったが、設定していないケースも半数に近かった。保証期間も3か月まで44.4%、6か月までが90%を占めた。

採用後1年以内の短期離職については113件について回答があり、そのうち3か月以内が半数であり、6か月以内が約4分の3を占めた。



回答者の自由記載では、契約や採用時の業者に対する感想・意見や、高額な紹介料や短期離職が医療機関に与える影響について回答があり、紹介料や保証期間を含む有料職業紹介所のモラルの欠如や、短期離職者の多さに最大の問題があることがうかがえた。短期離職は職場の士気の低下につながっているとの声もあった。また、労働局も地域の実態をなかなか把握できず、特に全国展開している業者の監督が難しい実態があることがわかった。

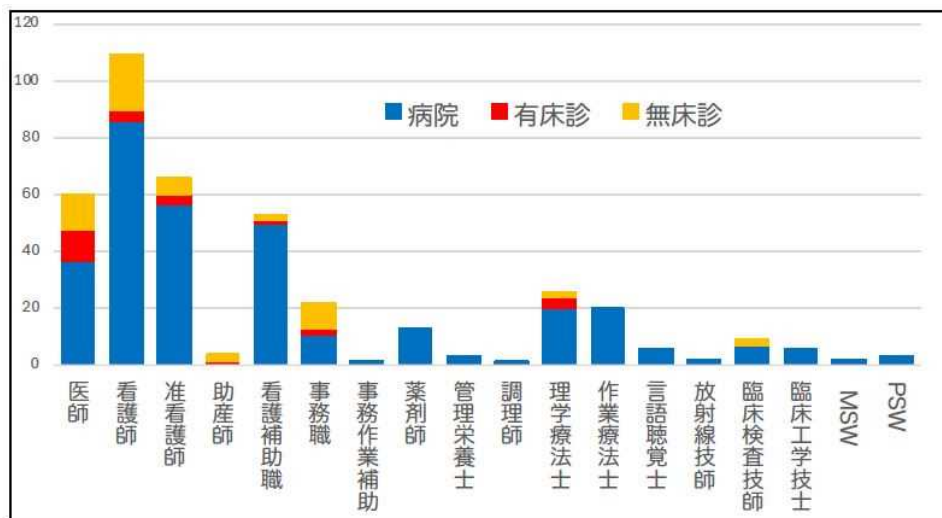
(3) 佐賀県医師会による調査

1) 結果の概要

① 調査対象その1：医療施設（求人側）

佐賀県内の医療機関143施設（無償診療所88、有床診療所22、病院34）の院長や管理者、及び人事担当者等より回答をいただいた。

有料職業紹介業者（以降、紹介業者）を利用したことがある施設は全体の44%で、施設別でみると病院の85%、有床診療所の48%、無床診療所の27%に利用歴があった。採用した職種は下図の通り看護職が多いが、病院ではさまざまな職種で利用している。



調査対象その2：医療従事者（求職側）

佐賀県病院協会会員である医療施設のスタッフにアンケートを依頼し、76名（看護職29、事務39、その他8）に回答をいただいた。男女比は1：1、年齢は20代8名、30代11名、40代22名、50代21名、60代14名である。そのうち「紹介業者に登録した、または利用した」と回答した人は18名（23.7%）であった。

② 紹介業者を利用する利点

医療施設（求人側）の回答では、利用した人のうち7割で「紹介から派遣までの迅速さ」を挙げ、特に非常勤やスポットでの採用には適しているということであった。

一方求職者側の回答では、利用する理由として「求人の登録数が多く、選択肢が広がること」「スマートフォンに直接情報が送られてくること」「紹介業者が条件交渉をしてくれること」などの回答が多かった。

2) 有料職業紹介業者の問題点

①問題点その1：高額な手数料による経済的な負担

紹介手数料の計算について「採用者の予定年収の20～29%」という回答が36.5%と最も多かった。以下に、医師及び医師以外の紹介手数料の回答割合を示す。

医師の紹介手数料（平均）	%
100万円未満	27.3 ※
100万～200万未満	4.5
200万～300万未満	13.6
300万～400万未満	18.2
400万～500万未満	9.1
500万円以上	4.5
不明	22.7

医師以外の紹介手数料	%
30万円未満	11.9
30万～50万未満	4.8
50万～70万未満	21.4
70万～100万未満	38.1
100万～150万未満	19
150万円以上	0
不明	4.8

※：定額でスポット契約のケース

年間医業収益において紹介手数料が2%を超えるという施設が4件(9.3%)あった。求人側に紹介業者の手数料に対する評価を問うと、「高すぎて利用したくない」が51.8%、「高いが仕方ない」が42.9%と、9割以上が経済的な負担を感じていることが読み取れる。

②問題点その2

採用者の定着状況については約4割が「紹介業者経由の採用者が早く離職する」、同じく4割が「他の採用方法と差はない」、2割が「わからない、把握してない」との回答であった。また保証期間内の退職者に対する手数料の払戻しについて、返戻がなかったとの回答が2割あり、代替者の採用に再度手数料が必要な場合もあるとのことで、そういうケースも含めて高額な費用に見合わないとの不満が強いことがうかがえる。

③ 問題点その3：契約内容が不透明、人材の質の担保が不十分

アンケートの自由意見として、求人側からは「紹介された人材のスキルや適性が現場と合わない」「求人、求職の双方において職務内容や勤務環境等に関する情報が十分共有されていない」「手数料の内訳や、返金条件が契約に明示されていない」との意見があった。

一方求職側からも、「意味のない面接に行かせようとしてきた」「連絡がしつこい」「業者が勧める求人押しつけられ、こちらの意見はないがしろにされた」という不満の意見が回答されていた。

(3) 有料職業紹介業者を利用する際の注意点

有料職業紹介事業に対しては国による規制がかけられた。まず紹介手数料の公表が義務化され、返金条件や違約金等がある場合は誤解が生じないように明記することとされた。また紹介業者の許可条件に「採用決定時のお祝い金等の提供禁止」や、「就職後2年以内の転職勧奨禁止」が明文化もされており、問題のある紹介業者に対しては抑止力になると思われる。

このような国の施策を正しく理解し、加えて交渉時、契約前に確認することとして

- ・ 費用の明確化
- ・ 提供される求職者情報の範囲と正確性
- ・ 試用期間の有無
- ・ 試用期間中の離職の取扱
- ・ 転職勧奨禁止期間などの遵守事項
- ・ 返戻金規定の内容や期間
- ・ 入職後のフォローアップの有無

などが挙げられる。

併せて、厚生労働省「医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度」の認定事業者を選定することをお勧めする。さらに、地域医師会や行政と連携し、ハローワーク等の公的紹介機関の活用を促進することも重要である。

(4) まとめ

地域医療体制の安定には、医療機関が安心して人材を確保し、定着させることのできる環境整備が不可欠である。有料職業紹介業者への過度な依存は、医療機関の経営維持に深刻な影響を及ぼしかねない。法整備や日本医師会の方針などを踏まえて、全国の医師会が連携し、一丸となって医療機関の負担軽減と健全な人材循環を目的としたシステム作りが必要であると考えられる。

Ⅷ－２．公的職業紹介事業の活性化

（１）ハローワークの機能強化

公共職業安定所（ハローワーク）には、職業紹介、雇用保険、雇用対策（企業指導・支援）の３つの業務があり、2023年度の実績は、新規求職者数 450.5 万件、新規求人数 1027.5 万件、就職件数 120.8 万件、雇用保険受給資格決定件数 137.2 万件となっている。この実績数を多いと見るか少ないと見るかは受け手によって異なるだろうが、就職件数は新規求職者、新規求人数に対してそれぞれ 26.8%、11.8%と圧倒的に少ない。2025年4月1日時点で、ハローワークの職員数は 10,466 人、相談員数は 18,140 人、ハローワーク数は 544 所にのぼる。さらに雇用対策協定（317 自治体）に基づく連携施策や、自治体とのワンストップ窓口（341 か所）を設けているにもかかわらず、このような結果となっている。

これは、憲法に定められた勤労権の保障のため、障害者や生活保護受給者の方など、民間の職業紹介事業等では就職へ結びつけることが難しい就職困難者や人手不足の中小零細企業を中心に、ハローワークが無償で支援を行う雇用のセーフティネットの中心的役割を担うものとされているためであろうし、失業者に対する施策に軸足を置いているからであろう。

一方 1999 年に、規制緩和によって、職業紹介、労働者派遣はともに取扱い職種の原則自由化が解禁された。以降、民間人材紹介事業者の手数料等については繰り返し課題が指摘され、不満の声も年々高まっている。医療機関の存亡にかかわる問題であり、慢性的な人材不足が続く国内環境を踏まえれば、今後さらに深刻になっていくものと思われる。医療・介護・福祉・保育業界には、本来民間人材紹介事業者が介入すべきではない。

国内最大規模の人員と事業所を持ったハローワークに、十分な予算を確保して医療・介護・福祉・保育業に特化した部署を新設し、活性化を図るべきである。失業者や障がい者雇用とは切り離し、公的報酬によって運営される業種に特化した、あるいは独立した部門が、今こそ必要ではあるまいか。

2026年2月から、各都道府県労働局が都道府県医師会等地域の医療関係団体を訪問し、厚生労働省の取り組みの説明や、有料職業紹介事業を巡るトラブル事例の把握に取り組み始めた。行政が具体的な行動に踏み出した点は評価しうるものである。ハローワークには、ナースセンター等との連携をこれまで以上に深め、医療・介護分野の人材確保に関わってもらいたい。

（２）ナースセンターの活動 ～京都府ナースセンターの事例～

1992年に制定された「看護師等の人材確保の促進に関する法律」により、全国に都道府県ナースセンターが設置され、管理運営は都道府県看護協会が行っている。都道府県ナースセンターの業務は、①就業状況の調査、②無料の職業紹介事業、③訪問看護の研修、

④看護の知識・技能の情報提供・相談、⑤看護に関する啓発活動などの他、看護師等免許保持者の届出制度「とどけるん」の提出先にもなっており、看護職の人材確保に役割を果たしている。

このたび京都府ナースセンターを訪問し、主に業務の①②に関連することを中心に担当者にインタビューを実施し、実情と課題の把握を行った。

① 京都府ナースセンターの求職登録者数

2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
5,976人	3,081人	2,565人	2,277人

※求職登録者には、離職して「とどけるん（看護師等免許保持者の届け出制度）」による登録者と、現在はどこかに在籍しているが、次の職を探して登録している者を含む

② ナースセンターにおける就業相談の実情

- ・ 50～60歳代の相談者が多い。
- ・ 相談者には、複雑な課題を持つ人が増えてきて、1人の相談時間が長くなることが多くなった。
- ・ 自分の意志・都合で退職し、次の職場を探す人は有料紹介所を利用する人が多いようである。年齢も20～30歳代と若い人に多い。
- ・ ハローワークへの出張相談も行っている。年間200件くらいの相談は受けている。

③ 2024年の病院退職者調査で見えたこと（調査対象は府内の病院160施設）

- ・ 退職者総数 2,812人 退職率 12.6%
- ・ 病床数別にみると100床～299床の病院の退職率が15%を超えて高い退職率であった。
- ・ 退職者の年齢別にみると25～39歳までが20%を超えて高い退職率であった。
- ・ 退職理由は、これまでは結婚・転居が最も多かったが、2024年度は看護の他職場への移動が最も多くなった。

④ ナースセンターから医療機関へのお願い

- ・ 退職者については「とどけるん（看護師等免許保持者の届け出制度）」で届け出るように退職時に本人にお伝えいただきたいことと同時に、医療機関からも連絡いただけるとうれしい。
- ・ 都道府県からのナースセンターへの補助金が減額になって、運営が厳しくなっている。補助金が減額にならないように支援をお願いしたい。

Ⅷ－３．地域医師会の取り組み事例

(１) 福岡県医師会「シルバー人材センター」との協定締結

近年、看護職員だけでなく、看護補助者や受付事務、患者送迎の運転手、院内の軽作業を行う職員等の確保が難しくなっているとの意見が会員から寄せられている。今後人材確保がさらに困難となる地域の増加が想定されるが、地域医療を維持・確保するためには、現役世代だけでなく、外国人材やシルバー人材等のさまざまな人材の活用も必要不可欠である。

福岡県医師会では、2024年11月、会員医療機関における人材確保の一助として、福岡県シルバー人材センター連合会と協定を締結した。シルバー人材センター連合会と医師会でこうした協定を結んだのは全国で初めてである。

(目的)

第1条 本協定は、福岡県医師会（甲）と福岡県シルバー人材センター連合（乙）が緊密な連携を図り、福岡県内における地域医療の確保並びに高齢者の健康・生きがいのための就労等を推進し、地域の活性化に貢献することを目的とする。

(連携事項)

第2条 甲と乙は、前条の目的を達成するため、次に掲げる事項（以下「連携事項」という。）について連携し、協力する。

- (1) 高齢者の健康・生きがいのための就労の推進に関する事項
- (2) 高齢者が活躍できる就業機会の創出に関する事項
- (3) 高齢者の健康維持・増進に関する事項
- (4) その他両者の協議により、連携による取組みが必要と認められる事項

2 甲と乙は、連携事項を推進するにあたっては、関係団体等と連携するよう努めるものとする。

福岡県内には、42のシルバー人材センター（以下、「シルバーセンター」）が54の市町村においてシルバー事業を実施しており、約24,000名の会員を擁している。

医療機関がシルバーセンターに依頼することが可能と考えられる主な業務内容は以下のとおりである。

【医療機関がシルバーセンターに依頼可能と考えられる主な業務内容】

業 務	内 容
送迎	患者送迎車の運転
	患者送迎車への添乗
清掃	院内・駐車場等清掃
	器具洗浄
	リネン交換・ベッドメイク
調理補助	食材の下準備、盛り付け等
	配膳、下膳、配膳車の運搬
受付補助	受付案内

	受付事務補助、カルテ整理
その他補助	看護補助、保育補助、理学療法士補助

(2) 名古屋市医師会求人サイト「名古屋 de 医療のおしごと」

名古屋市医師会では、会員医療機関における人材確保の円滑化と採用コストの削減を目的に、2020年1月より独自の一括求人サイト「名古屋 de 医療のおしごと」を運営している。本事業は看護専門学校の閉校を契機に、地域の医療体制を維持するための新たな支援策として、全国の医師会に先駆けて導入している。

本サイトの最大の特徴は、民間事業者の高額な成功報酬型モデルからの脱却にある。会員医療機関は年間11,000円（税込／2025年3月現在）という低廉な利用料のみで、医師・看護師を含む35職種の求人を回数無制限で掲載可能であり、採用時の追加費用も一切発生しない。求職者はスマートフォンやLINEから容易に応募できる。現在、登録医療機関は450件以上に達し、開設以来の累計採用数は700件を超えるなど、着実な実績をあげている。

運営にあたっては、外部環境の変化への迅速な対応が不可欠である。2023年にはIndeedの規約変更に伴い、一時期応募数が大幅に減少する事態に直面したが、現在は「シフトワークス」を経由した自動転載システムを導入することで、広範な露出を維持し、応募数を回復させている。この追加コストの負担の在り方（医師会負担か会員負担か）については、持続可能な運営体制を構築する上での現在の検討課題である。

今後の展望としては、さらなる認知度向上のため、Instagram等のSNSを活用した広報戦略の具体化を検討している。地域の医療ニーズに 대응し続けるためには、医療機関側の負担軽減と、求職者にとってのアクセシビリティ向上の両立が欠かせない。名古屋市医師会では、本事業を会員支援の柱の一つとして深化させ、地域医療の安定に寄与していくとしている。

(3) 愛知県看護協会・愛知県ナースセンターによる「スポットナース」について

愛知県ナースセンターでは、医療機関の急な欠員対応や臨時的な人手不足の解消を目的に、1日単位や時間単位で看護職員を直接雇用できる「スポットナース支援事業」を実施している。本事業は、子育てや介護等の制約により正規職員としての就業が困難な潜在看護職員の掘り起こしと、再就業に向けた契機創出を目的とした短期就労支援である。

本事業の最大の特徴は、看護師が自身の「スキマ時間」を活用して働ける柔軟な労働形態にある。1回あたり1～3時間程度の短時間勤務から対応可能であり、従来の正規・非常勤職員といった枠組みでは対応しきれなかった、診療所の夕診のみ、あるいはワクチン接種や健診等の繁忙期といったピンポイントのニーズに合致する。現在、登録看護師数は431名に達し（2025年12月17日時点）、その年齢構成は40代が最多の31.5%を占めるなど、経験豊富な層が中心となっている。

運用面では、利便性と迅速性を重視している。求人施設は事前に募集条件を登録しておくことで、実際の求人時にはナースセンターのスタッフによる代行入力での迅速な掲載が可能となる。また、求職者のプロフィール（職歴詳細）を e ナースセンター上で確認できるため、原則として履歴書や事前の対面面接を不要とし、システム上での選考から採用決定までを短時間で完結させる仕組みを構築している。

名古屋市医師会が本件を試験的に運用開始としている。2025 年 7 月の運用開始から 5 ヶ月間の実績では、採用件数は 111 件に上り、利用した医師からは「採用に繋がりやすいシステムである」との高い評価を得ている。今後の課題としては、さらなる登録者数の増加、潜在看護職への情報提供方法の検討、および看護師の質向上に向けた研修プログラムの実施などが挙げられる。愛知県医師会とナースセンターとしては、本事業を地域医療における柔軟な人材確保のモデルケースとして深化させていく所存であるとしている。

おわりに

今期の医療関係者検討委員会の会長諮問である、「人口減少社会における地域の医療・介護人材の確保について」、多方面から検討を行った。

高齢化により医療・介護ニーズが高まる一方で、生産年齢人口の減少が続き、医療・介護分野に限らず、各産業において人材不足は深刻であり、一部では外国人労働者に依存しなければ成り立たない状況となっている。さらに、看護職・介護職を志す者自体が減っている中、どのようにして人材を確保していくかは喫緊の課題であるが、早急な対策としては、両職種ともに国を挙げて処遇の改善（労働に見合う賃金など）、職場環境の改善を図ることが必要であり、これには診療報酬・介護報酬による適切な評価はもちろんのこと、国や自治体による支援や補助が必要である。また、IT化などによる業務負担の軽減や効率化も、国が積極的に支援して推進していく必要がある。あわせて、養成に対しての国や自治体からの支援や補助も必要であり、これらの取り組みがスピード感をもって進められなければ、医療・介護の人材不足にますます拍車がかかると思われる。また、看護職・介護職の魅力や素晴らしさを広く発信し、資格の価値を社会に示していくことも重要である。

看護職の養成については、医師会立看護師等養成所において、特に准看護師課程、看護師2年課程の入学者の減少、定員割れの状況が続いており、運営の維持が一層厳しくなっている。前期の答申では、経営のスリム化や運営の効率化を図る観点から、サテライト構想や遠隔授業の推進を挙げたが、今期はサテライト構想の実例を紹介するとともに、運営の補助策として自治体補助金による支援例、ふるさと納税の活用例、入学者に対する各種貸付金の活用などを紹介した。さらに、福岡県医師会による「医師会立看護師等養成所（准看護師課程）を活用した外国人看護職員養成事業」、地域医療介護総合確保基金を活用した「看護補助者確保支援事業」を紹介し、厚生労働省の介護職や保育士の再就業に対する貸付事業についても触れ、看護職への同様の支援を求めた。各都道府県における看護師養成、看護補助者・介護職の確保の参考になれば幸いである。

今期の答申では新たな論点として、人材不足を補うための手段として有料職業紹介事業がかなり利用されている現状を取り上げた。高額な手数料、早期離職に対する補償、採用者の質などが問題となっており、厚生労働省の「医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度」の認定事業所の利用が薦められているが、まだ認知度が低い状況である。ハローワークやドクターバンク、ナースセンター等の公的機関が着実に機能を果たし、地域の人材確保に寄与していくことが望まれる。本答申では、各都道府県、都道府県医師会の人材確保の取り組みも紹介しており、参考になれば幸いである。

終わりに、看護職の養成は、本来国や自治体が責任を持って取り組むべき事業であり、地域医師会の運営には限界が来ていることを改めて指摘しておく。必要数の養成は継続する必要があるが、養成所を維持するには、国や自治体による支援とともに、各養成所の連携や効率化を図る必要がある。また、医療・介護需要は地域差があり、今後は限られた人材をいかにバランス良く配置し、必要な医療・介護を維持していくかが求められる。現在、各地区で介護体制を加えた地域医療構想が検討されているが、医療と同様に介護においても偏在化が進むと思われ、今後はこれらも念頭に置いた体制構築を図る必要がある。地域の実情に応じて集約化や効率化を進めていくことが重要になる。人材の養成に関しても、各地域において、行政や教育機関等が連携し、持続可能な医療・介護提供体制を支えるための基盤づくりを進めることが求められている。本答申がこれらの検討の一助になれば幸いである。

参 考

市町村の運営費等に関する補助金事例（市町村の予算資料等より）

- ◆公表資料（市町村ホームページ掲載の予算説明書等）から作成した。
- ◆補助対象は医師会立養成所に限らない。
- ◆予算額は市町村全体としての金額である。
- ◆あくまでも例であり、全てを網羅しているわけではない。

市町村	事業名	予算額(千円)	出典
北海道旭川市	旭川市医師会看護専門学校運営補助金	2,146	令和7年度予算資料
北海道帯広市	看護師等養成機関確保対策費（市内2校）	9,954	令和7年度予算資料
北海道釧路市	釧路市医師会看護専門学校運営費補助金	3,000	令和7年度補助金一覧
北海道北見市	北見医師会看護専門学校運営費補助金	7,000	令和7年度予算資料
北海道苫小牧市	苫小牧看護専門学校運営費助成金	48,794	令和7年度予算資料
	苫小牧看護専門学校建設費補助金	10,254	
青森県弘前市	弘前市医師会看護専門学校運営費補助金	2,700	令和7年度予算資料
宮城県大崎市	大崎市医師会看護師養成所運営負担金	3,750	令和7年度予算資料
宮城県石巻市	医師会准看護学校運営費補助金	500	令和7年度予算資料
秋田県由利本荘市	由利本荘看護学校運営費補助金	4,875	令和7年度予算資料
福島県喜多方市	喜多方准看護高等専修学校補助金	9,366	令和7年度予算資料
	喜多方准看護高等専修学校設備整備補助金	447	
茨城県日立市	日立看護専門学校運営費補助	8,204	令和7年度予算資料
茨城県鹿嶋市	鹿嶋医師会附属准看護学院負担金	1,599	令和7年度予算資料
	白十字看護専門学校負担金	2,200	
埼玉県さいたま市	看護専門学校、歯科保健事業等補助事業	27600 ※歯科を含む	令和7年度予算資料
埼玉県秩父市	看護専門学校運営費補助金	18,000	令和7年度予算資料
埼玉県本庄市	本庄児玉看護専門学校事業補助金	10,000	令和7年度予算資料
埼玉県上尾市	上尾市看護学校運営費補助金	7,200	令和8年度予算資料
埼玉県熊谷市	看護師養成補助事業	5,000	令和8年度予算資料
埼玉県所沢市	所沢看護専門学校運営費補助金	4,000	令和7年度予算資料
埼玉県朝霞市	朝霞地区看護専門学校運営費補助金	2,884	令和8年度予算資料
埼玉県和光市		2,039	令和8年度予算資料
埼玉県志木市		1,921	令和7年度予算資料
埼玉県新座市		3,157	令和8年度予算資料
埼玉県飯能市		1,062	令和7年度予算資料
埼玉県日高市	看護専門学校運営費補助金	738	令和7年度予算資料
埼玉県桶川市	准看護学校運営費補助金	6,695	令和7年度予算資料
埼玉県北本市		5,963	令和7年度予算資料
埼玉県伊奈町		4,587	令和7年度予算資料
埼玉県狭山市	狭山准看護学校運営費補助金	3,000	令和7年度予算資料
埼玉県鴻巣市	鴻巣市医師会立鴻巣准看護学校運営補助金	1,035	令和8年度予算資料
千葉県市原市	看護師等充足対策事業補助金 （看護師等の養成所の運営事業、施設整備事業又は設備資金借入事業を行う者に対し、経費の一部を交付）	43,400	令和8年度予算資料 市原市看護師等充足対策事業補助金交付要綱
千葉県香取郡東庄町	佐原准看護学校運営費助成金	227	令和7年度予算資料
千葉県香取郡神崎町	佐原准看護学校補助金	150	令和7年度予算資料

市町村	事業名	予算額(千円)	出典
東京都江戸川区	江戸川看護専門学校補助金	10,000	令和7年度予算資料
東京都葛飾区	看護師等養成事業費助成	2,000	令和7年度予算資料
東京都台東区	准看護学校事業助成	4,080	令和7年度予算資料
神奈川県横浜市	看護人材確保事業 (横浜市医師会及び横浜市病院協会の看護専門学校)	549,971	令和7年度予算資料
長野県松本市	看護学校運営費補助金	8,110	令和7年度予算資料
長野県上田市	上田看護専門学校運営費補助金	27,148	令和8年度予算資料
長野県小諸市	小諸看護専門学校運営費補助金	3,000	令和7年度予算資料
岐阜県多治見市	東濃看護専門学校関係負担金	3305	令和7年度予算資料
岐阜県土岐市	准看学校運営費補助金	1,294	令和7年度予算資料
岐阜県各務原市	各務原市医師会准看護学校運営事業補助金	6,200	令和7年度予算資料
岐阜県可児市	可茂准看護学校運営費補助	3,310	令和7年度予算資料
静岡県	医療従事者養成所教育環境設備整備特別事業費補助金 (看護職員養成所及び歯科衛生士養成所)	2,000	静岡県庁HP 補助金データベース
	准看護師養成所特別強化対策費補助金	500	静岡県庁HP
静岡県・御殿場市・ 小山町	医師会立看護職員養成所臨地実習強化対策事業費補助事業 ※県・・・生徒数に45,000円を乗じて得た額の3分の1の範 囲内で、市が補助する額の2分の1以内	3,960	令和7年度予算資料
静岡県御殿場市・小 山町	御殿場看護学校運営費補助事業	44,000	令和7年度予算資料
	看護学校施設整備費等補助事業	11,880	
静岡県浜松市	看護師等養成事業費助成事業	8,500	令和7年度予算資料
愛知県安城市	看護師養成事業補助金	60,000	令和7年度予算資料
愛知県西尾市	看護師等養成所運営費補助金	3,595	令和7年度予算資料
愛知県碧南市	西尾市医師会准看護学校助成金	500	令和7年度予算資料
愛知県犬山市	尾北看護専門学校運営費補助金	4,346	令和7年度予算資料
愛知県豊橋市	看護師等養成学校補助金(4校)	2,480	令和7年度予算資料
三重県松阪市	松阪看護専門学校運営に対する補助	4,560	令和7年度予算資料
三重県伊勢市	看護学校等事業充実費補助金	10,056	令和7年度予算資料
京都府京都市	看護師等養成所運営費補助金	45,682	令和7年度予算資料
大阪府泉佐野市	看護師養成費補助金	7,740	令和7年度予算資料
兵庫県西宮市	西宮看護専門学校運営費補助金	26,064	令和7年度予算資料
島根県浜田市	看護実習費補助	158	令和7年度予算資料
	浜田医療センター附属看護学校支援事業	10,000	
	リハビリテーションカレッジ島根支援事業	25,300	
広島県福山市	看護学校等運営費補助	26,981	令和7年度予算資料
広島県尾道市	尾道市医師会看護専門学校・尾道准看護学院運営費	3,600	令和7年度予算資料
広島県呉市	医師会看護専門学校運営費助成	8,000	令和7年度予算資料
愛媛県松山市	松山市医師会准看護師・看護師育成事業補助金	4,000	令和7年度予算資料
愛媛県今治市	看護師養成事業費(市医師会)	5,000	令和7年度予算資料
	看護学生市内定着支援事業費(市医師会)	1,500	
	看護人材発掘支援事業費(市医師会)	3,500	
	潜在看護師掘り起こし支援事業費(市医師会)	200	
福岡県豊前市	豊前築上看護高等専修学校補助金	1,500	令和7年度予算資料

市町村	事業名	予算額(千円)	出典
佐賀県武雄市	看護師等養成運営費補助金	4,434	令和7年度予算資料
佐賀県鳥栖市	鳥栖三養基医師会立看護高等専修学校運営補助金	2,711	令和7年度予算資料
佐賀県みやき町		1,033	令和7年度予算資料
佐賀県基山町		734	令和7年度予算資料
佐賀県嬉野市	鹿島藤津地区看護高等専修学校運営費補助金	1,530	令和7年度予算資料
佐賀県太良町		321	令和7年度予算資料
佐賀県伊万里市	伊万里看護学校運営費補助金	3,000	令和7年度予算資料
長崎県長崎市	長崎市医師会看護専門学校運営費補助金	4,552	令和7年度予算資料
熊本県八代市	八代看護学校准看護師課程教育費補助金	1,000	令和7年度市議会資料
熊本県人吉市	人吉球磨准看護学院補助金	1,350	令和7年度予算資料
鹿児島県薩摩川内市	川内看護専門学校運営支援事業費 ・川内看護専門学校運営支援補助金 ・川内看護専門学校学生確保促進事業（家賃補助）	15,760	令和7年度予算資料

※令和8年度はあくまでも予算案で修正の可能性あり