



共済会 News

旧「From 共済会 / Will News」

Vol.39

卷頭 Article

ニュースなテーマを取材!!

P.03

看護師養成所の定員充足率 82%

教育力向上や DX 推進で人材確保を

近年の看護師養成施設の定員充足率の低下は、厚生労働省の「看護師等学校養成所施設数の推移」をみれば明らかです。会員校の皆さまの喫緊の課題でもあり、令和7年度の定期総会後には、櫻井公彦 厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策官（現・内閣府沖縄振興局総務課事業振興室長）に「看護師や学生確保に向けた取組について」ご講演をいただき、その内容をまとめています。さらに、現、水谷公祐 同対策官や各看護師養成施設関係者に、学生確保に向けた独自の取組などを追加取材しました。



特集 Article

P.14

気になるテーマを深堀!!

多職種協働におけるコンフリクトと対話力の育成 “コンフリクトは、コミュニケーションの“すれ違い”

医療・福祉分野では多職種協働（多職種連携）の必要性は明白ですが、実践はたやすいことではないと思われます。コミュニケーションスキルが研究のテーマである、杏林大学保健学部看護学科荒添美紀教授が、多職種協働を構築するうえでポイントとなる「コンフリクト」に焦点をあて、その要因を探ります。



連載 Article

P.21

一つのテーマを多角的に考察!!

パワーハラスメント関連のトラブル予防と 対処を考える No.3

性犯罪・性暴力被害者の支援

— 性暴力被害者支援看護職（SANE）育成の重要性 —

ハラスメントの中でも悪質である性犯罪・性暴力について、専門テーマの一つに犯罪被害者支援がある、同志社大学法学部法学研究科 川本哲郎元教授が法学者の立場から簡潔に解説し、性暴力被害者支援看護職の必要性を論じます。



CONTENTS

卷頭言	
会長挨拶	P.02
卷頭 article	
教育力向上や DX 推進で人材確保を	P.03
特集 article	
多職種協働におけるコンフリクトと対話力の育成 “コンフリクトは、コミュニケーションの“すれ違い”	P.14
連載 article	
性犯罪・性暴力被害者の支援 — 性暴力被害者支援看護職（SANE）育成の重要性 —	P.21

Information from Kyosaikai	
ガイドブックのご案内	P.28
書籍のご案内	P.28
代議員選挙について	P.28

当誌は
当会ホームページから
閲覧いただけます ➔



2026年のスタートにあたり



一般社団法人日本看護学校協議会共済会

会長 荒川 真知子

日頃より、当会へのご協力とご支援を賜り心より感謝申し上げますとともに、遅ればせながら新年のご挨拶を申し上げます。

医療・福祉関係職種等の教育に携わっておられる皆さまにおかれましては、医療・福祉系養成施設の使命である「質・量ともに充実した人材育成」におけるさまざまな課題解決に向け、日々ご尽力されておられることと拝察いたします。

すでにご承知のとおり、2023（令和5）年10月「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（以下指針）」が30年ぶりに改定されました。

指針は7つの項目からなり、看護師等の養成、病院等に勤務する看護師等の処遇改善、研修等による看護師等の資質の向上、看護師等の就業の促進等について示されています。

令和7年度定期総会において厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策官 櫻井公彦氏（現・内閣府沖縄振興局総務課事業振興室長）にご講演いただき、本誌では講演内容を巻頭特集記事にまとめております。当該記事には参考資料として「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」のうち、『②看護師等の養成』を掲載（p.06）しております。

指針の詳細を確認し、看護師等の確保を促進するためには、養成に関わる教育機関（学校・実習施設等）の充実と教育・指導する人材の質・量の充実を図ることが重要であるとあらためて思っております。

教育・指導に携わる方々が十分に力を発揮し、辞めずに働き続けるためには、看護師等と同様に業務負担の軽減・効率化、勤務状況等を考慮した給与水準、ライフステージに対応した働き方を可能にする勤務環境の改善等の処遇の改善、新人看護教員の成長やキャリアアップそのための体制・支援を整えることと考えます。

2026年の干支である丙午（ひのえうま）は、火の要素を二重に持つことから、情熱や強さを象徴し、勢いと上昇志向が強まる年と解釈されるそうです。

医療・福祉系養成施設をとりまく状況は刻々と変化し、その運営には多くの課題が山積しています。当会は、学生・生徒がよりよい環境で質の高い教育を受けられ、教員や指導者の方々とともに成長できるよう、医療安全に関連すること、医療・福祉の教育現場で問題・課題になっていることに向かい、皆さまのご期待に添えるよう「情熱」をもって取り組み、最善を尽くしてまいります。

本年もどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

看護師養成所の定員充足率 82%

教育力向上やDX推進で人材確保を

相次ぐ看護師養成施設の閉鎖や募集学生の定員割れが大きな問題になっていることから、日本看護学校協議会共済会は令和7年度定期総会（2024年6月27日開催）後に、厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策官（現・内閣府沖縄振興局総務課事業振興室長）の櫻井公彦さんに「看護師や学生の確保に向けた取組について」と題して講演をしていただきました。

講演と講演後の質疑応答の内容をまとめました。（元号は西暦に変換。図表は櫻井氏提供）

株式会社共同通信社 ウエルネス情報センター



看護師や学生の確保について講演する櫻井公彦さん

今日は看護師や学生等の確保に向けた取り組みということで、新しい地域医療構想と2040年に向けた看護師確保、そして看護教育についてお話ししたいと思います。

▼74年後は人口半分に

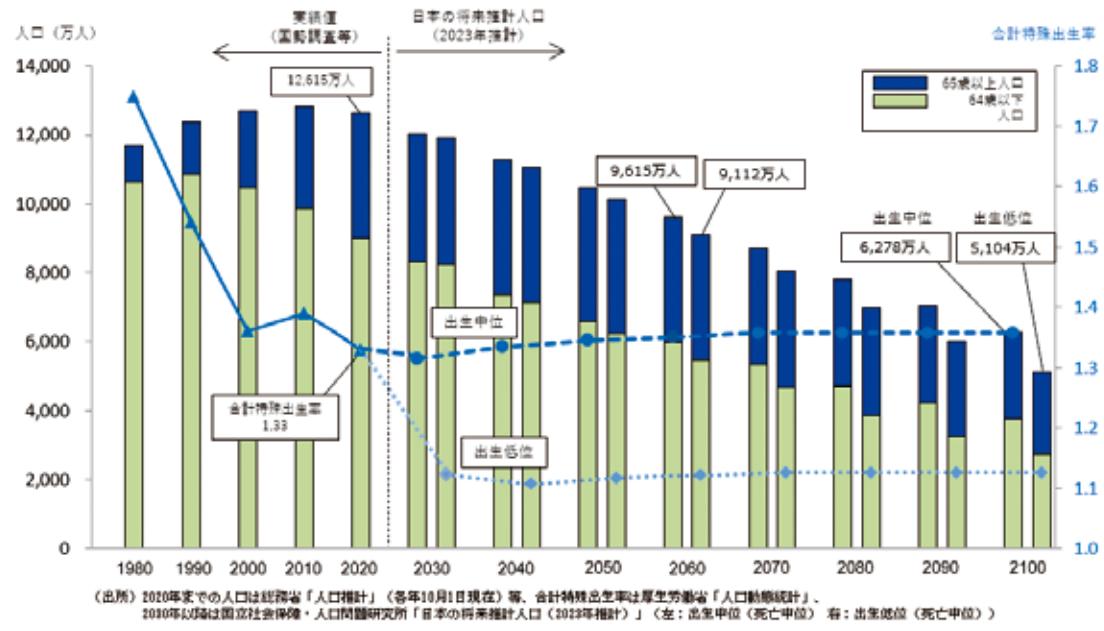
日本の総人口は2100年には、現在の半分になる見込みです。人口減少対策は二つあり、一つは人口減少のスピードをなるべく緩和させ、少子化を克服する「定常化戦略」。もう一つは、今よりも少ない人口規模で多様性に富んだ社会、成長力ある社会を構築し、少子化に対応する「強靭化

（きょうじんか）対策」で、その両方が必要だと思っています。

GDP（国内総生産）は2040年には1.4倍ぐらいになる見通しですが、医療費は1.7倍、介護費も2.4倍になる見込みです。国際比較では、わが国は「中福祉、低負担」で、社会保障給付の割には、社会福祉保険料や税金の負担は少ない。こうした現状の中、事実や良質で適切な医療を提供するために、看護職の皆さん、看護職を育成いただいている皆さんにご尽力いただいていることについては、本当に感謝し、国としても一層国民にお伝えしなければいけないと思っています。

我が国の将来推計人口

○ 日本の将来推計人口(2023年推計)においては、2100年には総人口が現状の半分程度に減少すると見込まれている。



日本の将来推計人口

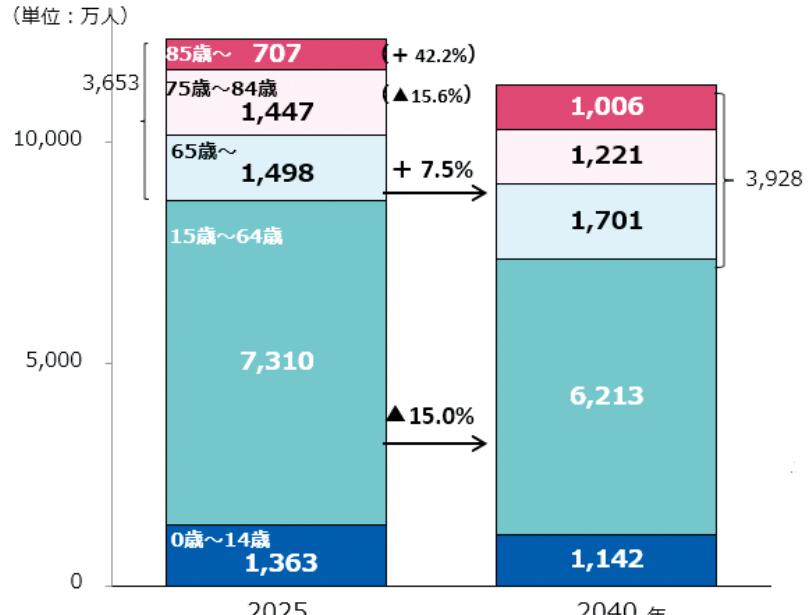
▼高齢者が急増、現役世代は急減

現在は高齢者が急増している局面にありますが、今後は現役世代、生産年齢人口が急激に減っていく局面に移っていくと見込まれます。2040年には就業者数の全体が大きく減少し、医療・介護関係の人材が多く必要になってきます。

しかし、どの職種も人手不足の中、医療・介護関係の人材だけどんどん増やしていくのは難しい。生産性の向上や、医療・介護需要が無理なく低下するような取り組みを実施していく必要があります。

生産年齢人口は、大都市でも地方都市でも過疎地域でも減少し、地方都市では約2割減少する見込みです。地域によって医療提供体制における課題は異なり、医療の需要が大都市では増加、過疎地域では減少していく見込みです。

＜人口構造の変化＞



人口構造の変化

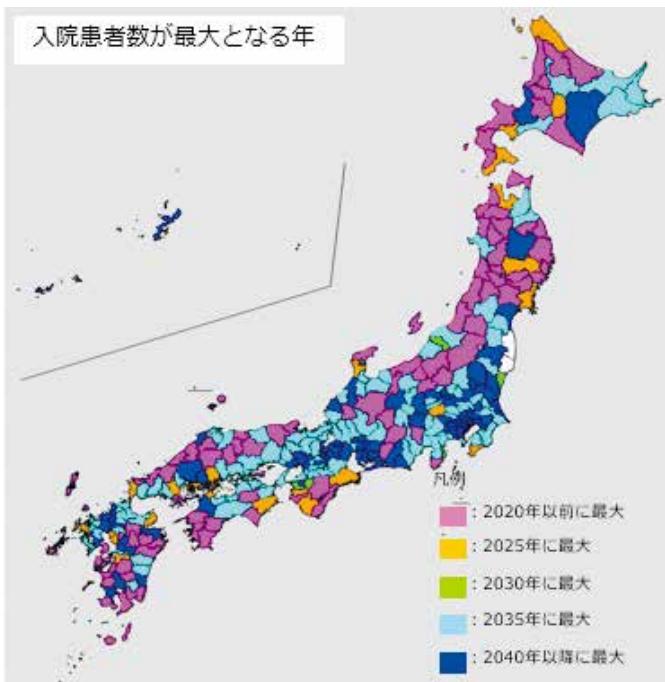
▼外来患者ピーク、入院と在宅は増加

全国での外来患者数は2025年、今がちょうどピークです。2020年までに224の2次医療圏が既にピークを迎える、減少局面にあります。入院患者は全体としては増加傾向にありますが、地域によってかなりばらつきがみられます。

入院患者が最大になる年は2次医療圏によってさまざまですが、2020年までには98の医療圏が既にピークに達し、2035年までには236の医療圏がピークを迎えると見込まれます。在宅患者は今後、多くの地域で増加する見込みです。

今後、85歳以上の人口が増えていくことから、医療と介護の複合ニーズが一層高まり、地域包括ケアシステムの構築・維持が非常に重要になります。例えば、小規模、多機能の居宅介護と訪問看護を組み合わせて推進するなど、しっかりと取り組んでいく必要があります。

要介護の認定率は年齢が上がるにつれ上昇し、特に85歳以上は高いですが、85歳以上人口は2040年に向けて増加していく、こうした複合ニーズを持つ人が多くなると見込んでいます。85歳以上の救急搬送は75%増、在宅利用の需要も62%増が見込まれます。



入院患者数が最大となる年

出典:厚生労働省「患者調査」(2017年)、総務省「住民基本台帳人口」(2018年)、「人口統計」(2017年)及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

病床機能報告による報告数と、現在の地域医療構想における2025年の病床の必要量（需要に基づく推計）は、どちらも約119万床です。しかし内訳を見ると、急性期病床は需要より多く、回復期病床は需要より少ないので現状です。

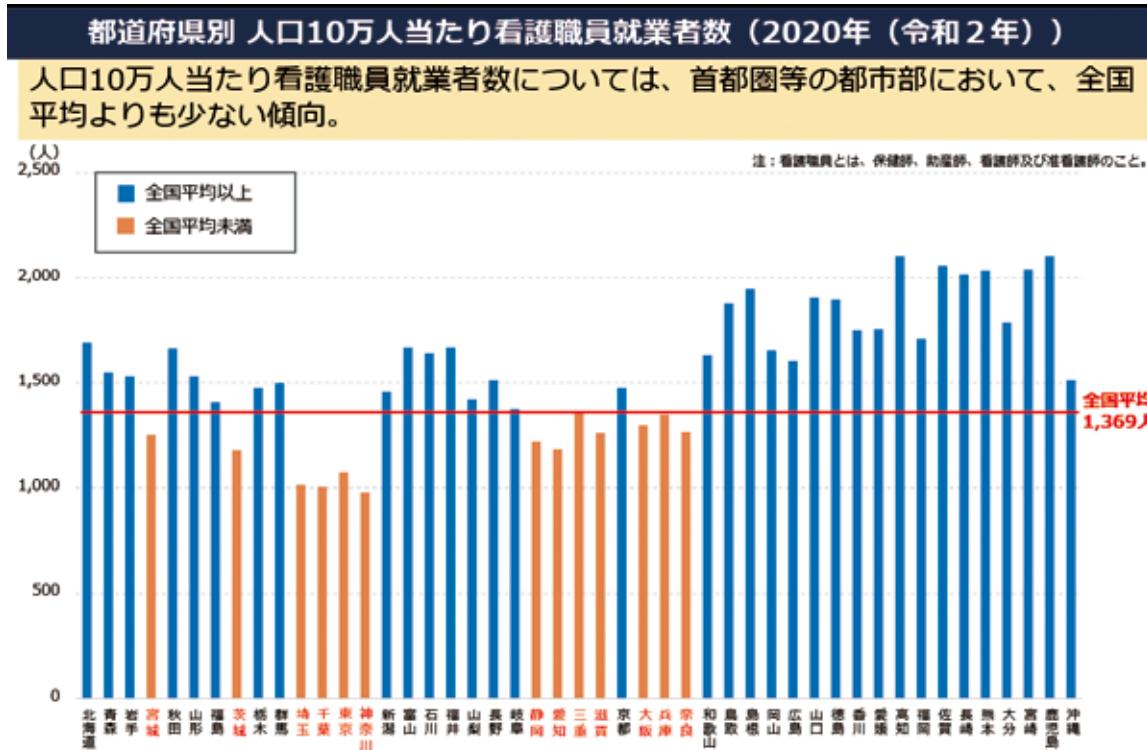
▼少ない都市部の看護職

看護職員の就業者数は、1990年は約83万人でしたが、2020年には約173万人になりました。3年に1度実施している医療施設の静態調査、2年に1度の衛生行政報告のデータで3年ごとに出しており、3年で7万～8万人ず

つぐらい増えていますので、2023年は180万人ぐらいだと思います。

人口10万人当たりの看護職員の就業者数は、都市部が全国平均（1369人）よりも少ない傾向にあります。配置基準があるので、この傾向は人口10万人当たりの病床数と同じです。現在、都市部は地方より高齢化率が低いので、看護職の皆さんに頑張っていただき、なんとかなっています。

しかし都市部の高齢化が進めば、このままだと厳しく、ICT（情報通信技術）機器の活用などによる一層の効率化などを進めないといけないと思っています。



資料出所: 厚生労働省「医療施設（静態）調査（令和2年）」、「衛生行政報告書（隔年報）」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（令和3年1月1日現在）」

人口10万人当たりの都道府県別看護職員就業者数

▼訪問看護職の確保推進

看護職員の需要推計は2025年で約180万人です。需要が推計上どんどん増え、有効求人倍率が全職種計の倍率よりも高くなっているのを見ると、引き続き看護職員の確保が必要です。2025年に需要と供給は総数では釣り合っているように見える状況ですが、分野別などでいろいろと課題があります。

都道府県が実施している2024年から6年間の第8次医療計画では、都道府県や2次医療圏ごとに課題に対応いただいている。訪問看護に従事している看護職員の数は増加していますが、今後の需要を見るとまだ足りません。訪問看護に従事する方の確保を、さらに推進していくことが必要です。

訪問看護の時に、患者さんやその家族からのハラスメントがあったりという話もありますので、厚労省としても2023年に、防犯ブザーを導入するときにかかる初期費用は、県の地域医療介護の総合確保基金で出しても大丈夫と ↗

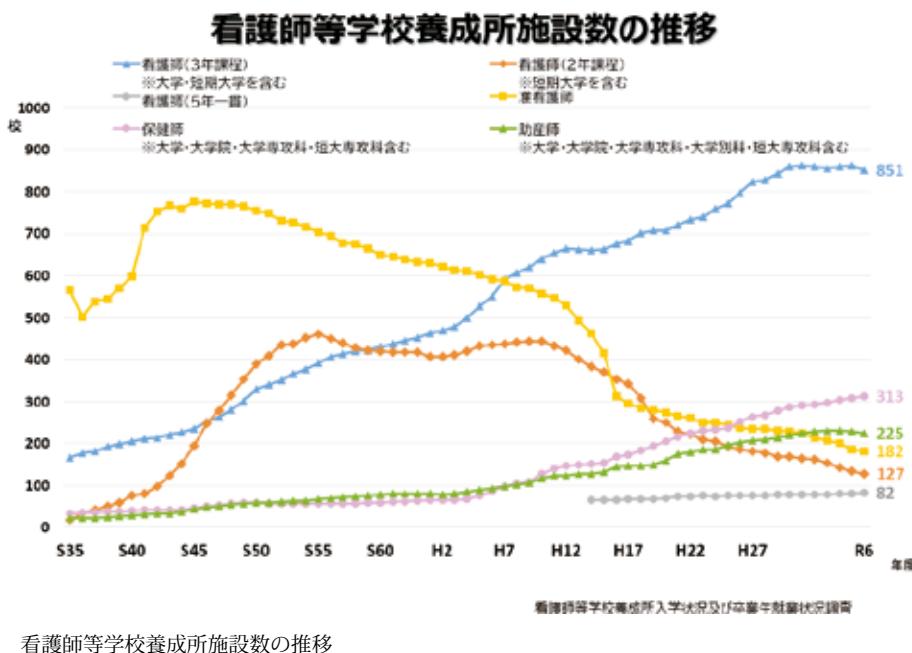
↓ いう通知を出したり、リーフレットを作成して周知広報したりといった取り組みも行っています。

▼大学も定員割れ

看護師等学校養成所施設は3年課程が約半数（約850）で、近年、大学が増え300を超えています。3年課程の養成所の定員充足率は2024年度が82.0%、大学も年々減少していましたが、定員割れして97.6%になり、私も「ついに来たか」と思いました。

こうした状況の中で、地域のいろいろな現場において、他職種と協働しながら、中心となって命や生活を支えている看護職の役割、それを育成する教育機関の役割が、さらに重要性を増しています。

厚労省としては、質の高い看護職の養成・確保に関するさまざまな施策が実施されるよう努めています。次にその内容についてお話しします。



▼指針改定、経験者支援や実習充実

「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」は、看護職員の確保、資質向上を図るために、厚労省と文部科学省で定めています。1992年に作ってそのままになっていましたが、近年の状況を踏まえ2023年10月に初めて改定しました。

2001年の保育看護の改正で「看護婦」が「看護師」に改正されるなど状況が大きく変化したことや、今後、少子高齢化で現役世代が急減する中で看護ニーズの増大がさらに見込まれること、新型コロナウイルス感染症の時に看護関係の皆さまには非常によく対応いただいたところであり、新興感染症発生に備えた看護師等確保対策が必要であるということで改定しました。

今回の改定以降も、医療提供体制の見直しに関わる状況を踏まえ、必要に応じて指針を見直すこととしており、もっ ↗

↓ と定期的に改定できるようにと思っています。

指針は大きく分けて7項目あり、2項目目に看護師等の養成について記載しています。養成に関して、社会人の経験者などの教育訓練の受講支援や、訪問看護ステーションなどでの需要の増加に対応するための多様な場での実習のさらなる充実など、現状を踏まえて記載内容の充実を図りました。

② 看護師等の養成

- ・看護師等の教育の課程は、保健師、助産師、看護師（3年課程、2年課程）及び准看護師の各課程からなり、全日制・定時制など多様な形態で構成される
- ・地域医療介護総合確保基金による看護師等養成所の整備・運営の支援が重要
- ・看護専門資格の取得を目指す社会人経験者の教育訓練の受講支援が重要
- ・運営の場が多様化し地域包括ケアが推進される中で、訪問看護ステーション等での需要増加に対応するため、多様な場での実習の充実を更に図っていくことが重要
- ・今後は看護学生の減少が予想されるため、資質の高い看護教員の確保や看護師等を安定的に養成する取組など、地域の看護師等学校養成所間での議論が望まれる

「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」のうち、看護師等の養成の概要

▼地域“病床”構想改め医療構想へ

人口減少が進む中で、高齢者数がピークを迎える2040年までを見据え、質が高い保健医療サービスを効率的に提供できる現場を実現していく必要があります。

厚労省は2024年度に検討会を開催し、看護の団体も含めた関係の皆さまに参画いただき、2040年に向けた新たな地域医療構想に関する取りまとめを行いました。法律改正を行う事項については、医療法などの改正法案を提出しました。

現行の地域医療構想は病床についての構想であり、全体を医療計画で決めている中の病床部分というような形になっています。もともとは団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向け、高齢者の医療需要の増加が想定されるということで、全国約300の構想区域を対象として、病床の機能分化、連携を推進するための地域医療構想、として作ったものです。

▼高齢者救急や在宅医療に対応

新しい地域医療構想は位置づけを変え、構想が全体の一番上にあり、その一部が医療計画になります。これは2040年に向けての構想ということで、医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者が増加することと、新しい内容として人材確保の制約や地域性の拡大を踏まえ、構想を策定していきます。

具体的には増加する高齢者の救急、在宅医療の需要への対応、医療の質や従事者も確保し、地域で必要な医療機能を維持していくというものです。

もともとの地域医療構想にあった病床の機能分化、連携という、入院医療だけではなく、外来、在宅、介護との連携、人材確保を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る上位の構想として策定するものです。

新たな地域医療構想と人材確保

現行の地域医療構想

- 団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向け、高齢者の医療需要が増加することが想定される。
- 約300の構想区域を対象として、病床の機能分化・連携を推進するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

新たな地域医療構想

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の高齢者が増加。人材確保の制約、地域差の拡大。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。
- 病床の機能分化・連携といった入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る構想として、新たな地域医療構想を策定。
- 2040年やさらにその先を見据えて、地域の実情に応じて、医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要。
このため、病床の機能分化・連携に加え、地域ごとの医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）、広域な観点の医療機関機能（医育及び広域診療等の総合的な機能）の確保に向けた取組を推進。
- ICT機器の活用による効率化の観点や、地域医療連携推進法人制度の活用等も重要。

【今後のスケジュール】

- 令和7年度 国において、新たな地域医療構想に関するガイドラインを作成
- 令和8年度 都道府県において、新たな地域医療構想を策定
- 令和9年度 都道府県において、新たな地域医療構想の取組を順次実施

新たな地域医療構想と人材確保

▼医療機関の連携、再編を推進

2040年の先も見据えて、地域の実情に応じ、まずは医療機関の役割分担を明確化していただくことで、医療機関の連携、再編、集約化を推進する必要があります。

これまでの病床の機能分化、連携に加え、地域ごとの医療機関の機能、高齢者救急の受入れや在宅の機能別と、広域な関係の医療機関機能の確保に向けて取り組みを進めていくほか、医療機関機能の報告制度を作ることにしています。ICT機器の活用による効率化の観点も重要ですし、地域医療連携推進法人制度の活用も重要と思っています。

今後は、国において新たな地域医療構想に関するガイド

ラインを策定する予定です。ガイドラインを検討する場としては、一般的には社会保障審議会の医療部会で検討会、ワーキンググループを立ち上げ、議論できるものから議論していく形となります。2026年度に都道府県において新たな地域医療構想を策定いただき、2027年度から取り組みを順次実施していただくことを考えています。

▼やめないで働いて

地域医療構想を策定するに当たり、人材確保、中でも人數の多い看護職の供給が大切です。看護職の供給は2025年までの推計は作っていますが、その先をまだ示すことが

できていないので、2040年までの需給推計を作りたいと考えています。

今の計算方法は毎年同じ数の人が入ってくるという見込みですが、実際は人口が減少しているので、人口の変化率を考えて作っていかなければならぬところです。こちらについても、厚労省医政局で検討会を立ち上げ、議論したものを地域医療構想のガイドラインを検討する場などで報告し、都道府県にそうした内容も踏まえて地域医療構想を作っていただこうと考えています。

2040年には、看護職は今の数を維持するか少し増えるくらいになると思っています。例えば、定年を65歳や70歳に伸ばしてプラチナナースの方にさらに頑張っていただければ、2020年の173万人を保つか少しプラスしていくのではないでしょうか。

フルタイムで病院勤務という選択肢だけでなく、短時間勤務をする、訪問看護や介護の施設で働くなど、どんな場所でどんな働き方でもよいので「看護職をやめないで続けていただぐ」という視点が大切です。

▼養成、復職、定着の3本柱

看護職の確保に向けた具体的な施策としては、「新規養成」「復職支援」「定着促進」という3本柱で、生涯にわたって業務が継続できるように個人の資質の向上を図るという形で取り組んでいます。

新規養成については、2025年度の合格者数は、看護師と準看護師とを合わせて8万人弱です。都道府県の地域医療介護総合確保基金は、国が3分の2、都道府県が3分の1を出して設置しており、看護師等養成所の整備や運営などに対する財政支援も行っています。

18歳人口は減少していきますので、社会人の経験者も含め意欲ある志望者を確保すること、専門職としての看護の魅力を広く国民に発信していくことが必要です。厚労省も、社会人向けのリーフレットを作成したり、看護の日のイベントや情報発信を行ったりしています。公衆衛生や行動科学の分野の先生のお話を聞いたりすると、例えばチラシをネイルサロンに置くなど、いつもと違うことにトライしていたりしますので、そうした知恵も借りながら新しいことを進めたいと思っています。



▼教育力、資質の向上を

看護教員の資質の向上も大切です。教員の皆さんに、より一層の自己研鑽(けんさん)に努めていただきたいと思っています。ニーズを把握し、それに応じたカリキュラムや支援制度等の検討を進める必要があります。

地域でご議論いただいた結果、養成所の統廃合やサテライト化を進めたいなどの話があったときに対応できるよう、地域医療介護総合確保基金の使い方を考えるとか、地方創生などの補助金を活用できるようにするなどについても、今後検討していくたいと思っています。

また、医道審議会の保助看分科会の資料では、教員の教育向上について触れられています。そのほか、2年課程／

↓の通信制に入学する際の准看護師の経験年数を、7年だったのを2025年度からは5年に短縮しました。

看護基礎教育に関する今の新カリキュラムは2022年度から適用され、2024年度からこのカリキュラムで勉強した方が卒業しますので、今後その評価や実態の調査を進めていく予定です。具体的には、今、カリキュラムの調査研究事業を行っています。

この結果を踏まえ、2026年度から検討会が開催できればと思っています。いろいろな議論があるので1年半ぐらいかかると思っており、検討会でしっかり議論した上で、次の新しいカリキュラム作成に取り組んでいきたいと考えています。

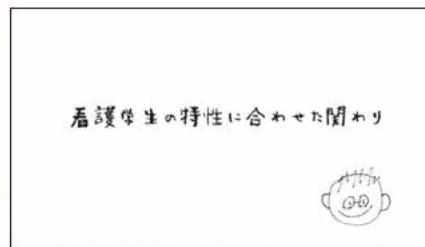
▼ ICT を活用し DX を推進

教員の確保や、DX（デジタルトランスフォーメーション）推進、教育内容、学生の確保・指導、合理的配慮など、さまざまな課題があると思っております。各地でのよい取り組みなども調べて、関係の皆さまと共有していきたいと考えています。

人口減少社会では、これまで以上に看護業務の効率化や生産性向上が必要であり、ICT 機器を活用した効率化を支

援して、特に看護の DX を推進していくことが重要です。

看護業務の効率化に関し、これまでも、先進事例の収集や周知を行ってきました。今、2024 年度の補正予算を 2025 年度に執行しており、ICT を活用した看護業務の効率化の推進ということで、看護現場における DX の効果検証事業を実施しています。養成所における DX も推進しています。



看護教員の自己研鑽と実践力向上のための e ラーニングや「brush up 動画」

▼新型コロナのノウハウを活かし

3 本柱の一つ目が看護職員の新規養成で、二つ目、三つ目が定着促進と復職支援です。定着促進についても、地域医療介護総合確保基金によって、病院内の保育所の整備や仮眠室、休憩スペースの新設など、勤務環境改善の支援を行っています。

復職支援は中央ナースセンター、日本看護協会にお願いしており、その支援のもとで都道府県のナースセンターが無料の職業紹介、情報提供など、相談対応を通じて支援等を行っています。新型コロナの時の臨時雇用でいろいろなノウハウも得たと思いますので、医療機関にフルタイムだけでなく多様な求人を出してもらうよう働きかけていただいたり、訪問看護の事業所などを回り求人開拓するなど工夫したりして、ナースセンターの紹介による就業者数をもっと増やしていただきたいと思い、一緒に取り組んでいます。

▼ナースセンターの機能強化

デジタル改革の関連法を踏まえた人材確保のシステムや、ナースセンターの周知広報なども行っています。新しい内容としては、へき地や看護職確保が難しい地域で、中央ナースセンター、日本看護協会が都道府県ナースセンターと連携して、潜在看護職の活用も含めて全国から看護職を募集し、例えば地方で何年間か働きたいという人がいたら地方に紹介して働いていただくことを考えています。

私は、復興庁にいた時に被災地の看護師、保健師の確保を担当していたのですが、募集すると個別に連絡いただく方も多く、「家庭、子どもも落ち着いたので被災地へ支援に行きたい。市役所・保健所や医療機関で、そういうポストはありますか?」と聞かれ、いくつか紹介しました。そうした取り組みを、日本看護協会、中央ナースセンターでやっていただこうと思っています。

▼オンラインで相談や面談

また、ナースセンターによる紹介事業のさらなる充実を図るために、ナースセンターとハローワークで連携して、ICT 機器を整備してオンライン面談を行うモデル事業を 2025 年度に実施予定です。



オンライン相談のチラシ

まず岐阜県と愛媛県で実施していただく予定です。何がネックになるか聞いてみると、予約システムをどう作ったらいいか分からぬというお話をありますので、こちらで簡単な予約システムを作つて無償で提供していくなど、一つ一つ何が課題か踏まえ、コツコツとやっていきたいと思っています。

なお「デジタル人材の確保システム」のナースセンターでの活用については、届出を出していく時に、本人の職歴やこれまでに受けた研修のデータも出していただき、それを元にナースセンターが新しい研修や修業課程をお勧めするなどの事業のフォームを考えており、当初は2024年秋に稼働する予定でした。しかし、デジタル庁の国家資格等情報連携・活用システムによる本人確認、戸籍の連携／

＼に不具合があり延期になっています。稼働は、おそらく2026年になります。

▼診療報酬改定で処遇改善

質が高い看護職の養成のためには処遇改善も不可欠と考え取り組んでいます。2024年度の診療報酬改定では、ベースアップの評価料を新たに導入して処遇改善を行いました。2024年度の補正予算でも、賃上げに向け生産性向上を支援する補助金を盛り込んで実施しています。

引き続き、皆さまと連携させていただきながら、施策を進めたいと思っておりますので、ご協力をお願いいたします。

【質疑応答】

Question

専任教員不足は大学でも専門学校でも一番の難題となっています。専任教員の定着促進に関し、何か行政の考えはありませんか？

Answer

看護DXの推進による教員の負担軽減などを進めていきたいと思っています。また、地域医療介護総合確保基金については、県に裁量があり、いろいろ使えますので、看護についてよい事業が行われていたら、それを他の自治体にも周知したり、こういう事業にも使えますよという通知を出したりできたらと思っています。

Question

看護師養成で大きな問題は実習先の確保です。学校単位での努力だけではかなわないところがあり、支援いただけることはありませんか？

Answer

地域医療構想を今後定めていく中で、教育実習施設も重要なと思っています。確保を具体的にどう行うか、県にしつかり考えていただきたいと思っており、国もガイドラインで考え方を示していきたいと思っています。そういう意／

＼味で、今回の新しい地域医療構想には、人材確保という視点を新しく追加しており、そうした点について看護の検討会で議論した上で、地域医療構想のワーキンググループで提案して、ガイドラインに入れたいと思っています。

Question

看護職員の新規養成で、財政支援の具体的な数字を教えていただきたい。看護師等養成所の全ての学校なのか、いつから開始されるのか、今どのくらいなのか？

社会人経験者に対しての給付は前からあったと思うが、それとは違うものですか？

Answer

養成所支援の対象や金額は県で違い、具体的にどこにどれぐらい出しているかは、県のホームページで地域医療介護総合確保基金の執行結果をご覧ください。社会人経験者への給付は前からありますが、雇用保険が財源なので、民間の方、雇用保険料を払ってきた方が対象となっています。個人的には、公務員とか公的などろの人、対象にならないような人でも、今後、看護職をやりたいという方の話を聞いたりするので、助成的なものを作ることができないかなど考えたいと思っています。



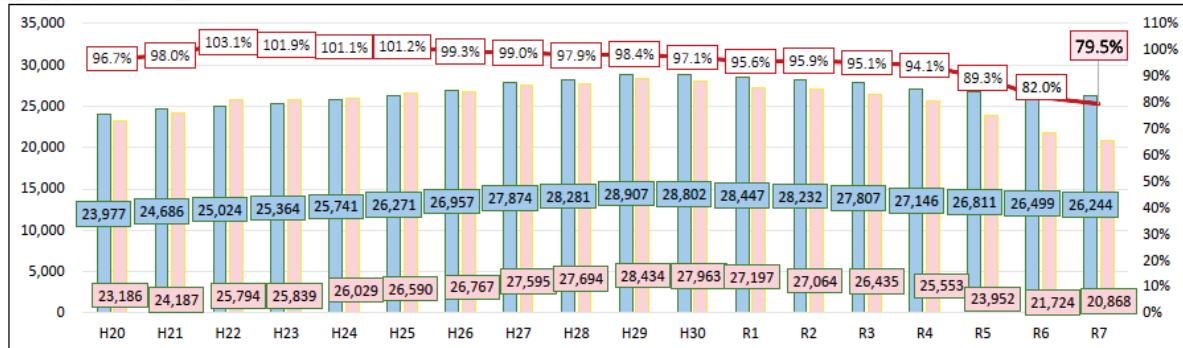
【演者略歴】

櫻井公彦(さくらい・きみひこ) 1979年、愛知県生まれ。その後、長崎県、愛知県、鹿児島県で育つ。2004年に厚生労働省に法律職で入省、保険局総務課・医療課課長補佐、復興庁医療福祉班参事官補佐、滋賀県長浜市役所健康福祉部理事、健康局予防接種課総括調整官などを経て、2023年夏から2025年7月まで医政局総務課総括調整官・医事課医師等働き方改革推進官・看護課看護職員確保対策官。現在は内閣府沖縄振興局総務課事業振興室長として沖縄の医療・健康施策等を担当。

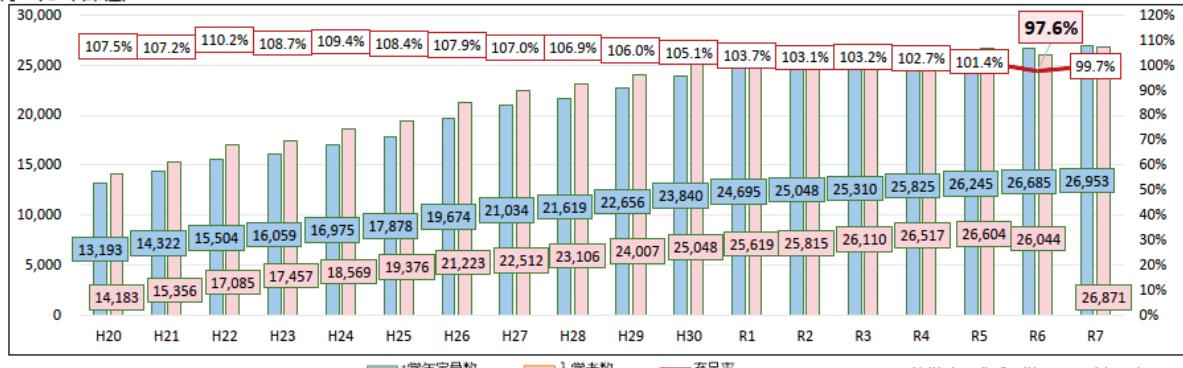
学生確保は「給料アップと補助金」で 少子化で定員割れ、厳しさ増す看護学校

看護学校が危機に直面しています。看護師等学校養成所（3年課程）の2025年度の施設数は、ここ数年は横ばいか減少傾向。定員充足率を見ると、大学・短大は2年連続で100%を切り、養成所は79.5%まで落ち込みました。18歳人口の減少、仕事内容に見合わない看護師の給料や待遇、職業観の変化など、さまざまな要素が影響しているようです。看護師を志す学生の減少は養成所の縮小や廃校を招き、その地域で医療を支える看護師を失うことにもつながります。学校や行政は学生確保にどう取り組んでいるのでしょうか。（図表は厚生労働省看護課提供）

■ 看護師養成所（3年課程）



■ 大学（3年課程）



看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査

養成所（上）と大学（下）の1学年定員数、入学者数、定員充足率の推移

▼急激に定員割れ

2003年に500校だった養成所は増え続け、2018年で558校になりました。その後は減少が続き2025年は523校で、2003年と比べると1割増。大学が2003年の162校から2025年に325校と倍増したのとは対照的です。加えて養成所は「近年、定員充足率が急激に下がってきました」と、厚生労働省看護課の水谷公祐看護職員確保対策官は説明します。

厚労省が2025年10月に公表した「看護師等学校養成

所入学状況及び卒業生就業状況調査」によると、養成所の充足率は2013年には101.2%でした。ところが2024年度は82.0%、2025年度は79.5%まで下がりました。「大学も養成所ほどではありませんが、2024年に97.6%、2025年は99.7%と100%を下回っています」（水谷対策官）。

日本看護学校協議会によると、2～4年課程の養成所のうち93課程が「2025年中に閉鎖」あるいは「閉鎖を考えている」としており、深刻な状況です。

▼養成所より大学への流れも

看護師を目指す若者や養成所が減っている現状について、水谷対策官は「一番大きな要因は少子化と考えられます。看護に限った話ではなく、どの医療関係職も定員充足率は減少傾向です」と言います。文部科学省などの統計によると、18歳人口は2005年に約137万人でしたが、2025年は約110万人、2036年には約94万人とさらに減る見通しで、養成所の厳しさはさらに増す恐れがあります。

大学が増えて入学しやすくなったりとも、一因として挙げられます。2025年の大学の入学者数は2万7000人弱で、2008年に比べると約90%増でした。一方、養成所入学者は約2万1000人で、2008年より10%減。養成所に入学していた生徒が、大学に流れている様子がうかがえます。

この背景について、岩手看護専門学校の松本知子副校長は「近隣の高校での進路指導では、学校の大学進学率もあって、まず大学進学を目指すよう勧め、だめなら専門学校を受けてみて、という感じです。また、看護系の大学でも看護師国家試験に通らなくても卒業できれば『大卒』で通用しますが、専門学校は違うんです」と、進学の選択肢として大学の比重が増している現状を指摘します。



厚生労働省の水谷公祐看護職員確保対策官

▼人気に陰り、無理をせず

そもそも「大変な思いをして看護師の国家資格を取ったのに、職業としての魅力ややりがいが得られていないのでは」と言るのは日本看護学校協議会の石田文代事務局長。仕事の大変さとそれに見合う収入が得られていないと考えられていることなどで看護師人気に陰りが出て、高校生が進路を検討する際に影響しているという訳です。

横浜実践看護専門学校の山川美喜子校長（日本看護学校協議会共済会副会長）も「新型コロナウイルス感染症が大流行したころには『看護師になって患者を救いたい』と学生が言っていました。今は、3K（きつい、汚い、危険）の職業のためにわざわざ資格を取るのではなく、別の仕事を選ぶ人が多くなった気がします」

さらに職業観の多様化で「大学に入学したのに看護師にならず一般の事務職を選ぶ学生もいます。『大変なことに近づきたくない』『無理しなくても他の仕事がある』『看護師より美容系、保育士』という具合に」と分析します。

水谷対策官は「看護の魅力が急激に落ちているものではないと思います」としつつ、「看護師は夜勤があり若くても一定の年収になるのですが、給料が上がっている他業種との魅力の差が、相対的に縮まってきていると思います」と、養成所関係者と同じ見方をしていました。

▼評定廃止で応募倍に

どうすれば看護師を目指す若者を増やせるのかー。令和7年度定時総会の際、学生の確保に関して出席の代議員が情報交換をする場が設けられました。司会を務めた山川校長は、強く印象に残ったのは推薦入試で評定をなくしたという養成所からの報告だった、と言います。

「非常に画期的な試みですね。評定を下げたりなくしたりしたら、どんな学生が来るだろうという不安がありますが『評定をなくしたら推薦の応募が倍に増えた。偏差値60近い高校からも受験してくれるようになった』とのことでした」

山川校長の学校も、1年生の定員80人に対し、2024年度は81人、2025年度は73人入学、2026年度も2025年12月現在定員を割っています。「数年前から減少は予測していました」という山川校長が学生確保のキーワードにしているのは、ICT（情報通信技術）と海外研修。学生全員にノートパソコンを無償貸与し、医療用シミュレーターも導入するなどして、医療現場で進むICTに即応できる人材の養成を掲げています。また、2年生を対象に提携している台湾の大学での研修を実施して国際性をアピールしています。

情報交換ではほかに、県境に位置する学校からは「スクールバスを隣県まで出して『乗ったら学校まで行ける』とアピールしている」、「看護協会にお願いし高校の進路説明会にナース姿で来てもらう」、また「地域の高校と連携したり小中学生を呼んだりして、職業体験をやろうと思っている」などが報告されました。



横浜実践看護専門学校の山川喜美子校長

▼単価アップ、即応を要望

養成所はさまざまな工夫で対応していますが、個々の努力には限界があります。「学生確保と養成所維持に最も効果的な対策は？」。その問い合わせに養成所関係者が口をそろえるのが、看護師の待遇改善と養成所への補助金です。

「一番効くのは看護師の給料を上げること」（山川校長）、「学生が40人でも20人でも、教育に必要な経費は変わりません。定員の半数でも持ちこたえられる補助金をお願いしたい」（石田事務局長）。学生不足の一因が看護師の労働実態や待遇にあることや、養成所の経営が定員充足率に左右されることを考えると、当然の結論といえるでしょう。

厚労省は都道府県に創設した地域医療介護総合確保基金で、専任教員の配置や校舎の新築、備品購入など運営や施設整備に対する支援を行えるようにして「2025年10月には標準単価を10%程度アップさせる改定をしたところです」（水谷対策官）。ただ、すぐに実施する都道府県は少ないとして、日本看護学校協議会は2025年12月、支援措置を2025年度の補助金から適用するよう求める要望書を、厚労相に提出しています。

▼魅力発信、高校の意識変革も

水谷対策官は「今後さらに少子化が進むので、定員充足率を100%に戻すのは今の施設定員数のままだと難しいと考えます」と説明、遠隔授業を活用したりサテライト化を進めたりすることの検討が社会保障審議会医療部会で進んでいると解説します。

具体的には「例えば、いくつかの養成所が協力し、一つの養成所で授業を配信して、他の養成所で視聴する、実習はそれぞれの地域で受けてもらう」ということが考えられます。2026年度予算に8000万円を計上しました」という内容です。ほかにも看護師の魅力の発信、大学既卒者や社会人経験者の確保などにも取り組んでいるといいます。

また、松本知子副校長は高校側の意識の変革も求めています。「高校の進路指導の際『医療系に進むのは理数系が

向いている』という方針で、看護職を希望した場合の推薦は理数系の生徒を優先し『文系は一般入試を受けてください』となるそうです。計算はある程度できた方がいいと思いますが、看護師は学びながら進んでいくので、文系か理系かは全然関係ありません。大事なのは、看護師になるという意欲があるか、看護の仕事をしたいという意志があるかどうか、です」

▼地域で養成し地域で働く

養成校の閉鎖や縮小は、学校だけの問題にとどまりません。文科省の学校基本調査では、卒業後に地元に残って働く卒業生は養成所75.5%、大学56.2%で、地域への定着率は養成所出身者が高くなっています。

のことからも「養成所の学生の多くは、その地域に在住していて、卒業後はその地域や近隣の施設に就職します。養成所がなくなるということは、その地域の看護師養成がゼロになるということ。そうなった場合にも、看護師が他地域から来てくれるとは期待できません。養成所がつぶれるだけでなく、医療が行き届かない医療過疎地になってしまいます」（石田事務局長）と懸念が増すわけです。

看護師は地域医療の支え手であり、話しやすさや接する時間を考えると、患者にとってはある意味、医師より身近で心強い存在です。一人でも多くの生徒・学生が、看護師という目標に向かって懸命に学び、看護の現場で生き生きと働く自分の姿を明るく思い描けるよう、地域ぐるみで環境を整えることが欠かせません。



日本看護学校協議会の石田文代事務局長

取材・文・写真／
株式会社共同通信社 ウエルネス情報センター

多職種協働におけるコンフリクトと対話力の育成 “コンフリクトは、コミュニケーションの“すれ違い”

杏林大学保健学部看護学科教授
荒添 美紀

1. 多職種協働におけるコミュニケーションの必要性

厚生労働省¹⁾は、患者や利用者が抱える課題の複雑化・多様化に対応し、質の高い切れ目のないサービスを提供することを目的とし、医療・介護分野における多職種協働(多職種連携) (IPW : interprofessional work) の必要性を強く推進しています。多職種協働とは、課題解決に必要な専門職・専門機関と連絡を取り、連携で作られたチームで目標を達成するための活動をいいます。チーム全体の業務効率と満足度を高めていくためには、職種間でのコミュニケーションは不可欠です。コミュニケーションとは「社会生活を営む人間の間に行われる知覚・感情・思考の伝達」²⁾をいい、この知覚・感情・思考は、言語的コミュニケーションや非言語的コミュニケーションによるメッセージによって相手に伝達されます。

2. 多職種協働におけるコンフリクト

多職種協働が進むにつれ、「多職種の方々との関わりが

難しく連携が取れにくい」「多職種間での連携や協働のためには、コミュニケーションが基本となるが、それが一番難しい」といった声が聞かれます。一般的に、多職種協働を構築する時期では、専門職間・組織間・家族とチーム間でのコンフリクト(競合、衝突、対立、葛藤、緊張)が生じやすい流動的な時期で、現場では、この流動的な時期に耐えることができず、連携や協働をあきらめてしまう場合や、過大評価と失望を繰り返し、次のステップに進めていないチームが多く存在する³⁾ともいわれています。しかし、このコンフリクトを乗り越えていくことでよりよいチームが構築されていきます。

では、多職種協働においてコンフリクトはなぜ生じるのでしょうか。職種間協働でのコンフリクトを生じる要因の一つとして、職種間協働でのコミュニケーションの“すれ違い”があります。“すれ違い”には、必要な情報がそもそも伝達されていない“情報のすれ違い”、発信者と受信者の文化的背景、価値観、経験や問題意識の違いなどから発生する“認識のすれ違い”、感情によって情報が上手く伝わらない“感情によるすれ違い”があります。

「小さなすれ違い」が意味するもの

多職種協働におけるコミュニケーションの“すれ違い”は、日常的な場面の中で、ごく些細な違和感として経験されることが少なくありません。

「話がかみ合っていない気がする」「認識がずれているように感じる」「少し言いづらい」といった感覚は、忙しい業務の中では見過ごされやすいものです。

しかし、こうした小さなすれ違いが修正されないまま積み重なると、次第にチーム内の関係性や意思決定に影響を及ぼすことがあります。

たとえば、退院の見通しや支援方針について職種間で十分な共有がなされていない場合、家族への説明内容に齟齬が生じたり、生活準備や制度調整が間に合わなかったりすることで、「聞いていない」「急すぎる」といった不満や不信につながることがあると考えられます。

また、意見の言いづらさや、目に見えないヒエラルキーの中で重要な情報が十分に共有されなかった場合、リスクに関する検討が不十分なまま判断が進む可能性もあります。

— 多職種協働に潜むリスクの芽 —

このような状況では、結果として患者・家族との関係性に影響を及ぼしたり、チーム内での責任の所在が不明確になりますことも少なくありません。

これらの問題の多くは、特定の個人のコミュニケーション能力の不足によるものではなく、「意味のすり合わせ」が十分に行われなかったことに起因していると考えられます。

コミュニケーションのすれ違いは、直ちに重大な事故やトラブルを引き起こすとは限りませんが、放置されることにより、患者の安全や家族対応、チームの信頼関係に影響を及ぼすリスクは確実に高まっています。

そのため、多職種協働においては、問題が顕在化してから対処するのではなく、すれ違いが小さい段階で気づき、対話によって修正していく姿勢が重要です。

対話は、連携を円滑に進めるためだけでなく、コミュニケーションのすれ違いが深刻化することを防ぐための重要な取り組みの一つであると考えられます。

3. 多職種協働におけるコミュニケーションの“すれ違い”

そこで、この多職種協働におけるコミュニケーションにおける“情報のすれ違い”“認識のすれ違い”や“感情によるすれ違い”について、筆者が2016～2017年に医師、看護師、医療ソーシャルワーカー(MSW)、ケアマネジャー、訪問看護師らを対象とした調査「The Characteristics of Communication in Interprofessional Collaboration in Multidisciplinary Team」⁴⁾(以下、多職種連携コミュニケーション特性調査)をふまえ説明します。

1) 情報共有での“情報のすれ違い”

近年、電子カルテによる情報共有、オンラインカンファレンス、AIを用いた退院支援予測、看護記録の効率化など「医療DX」が急速に進んできています。これらは医療提供体制の効率化に寄与し、専門職が持つ情報を迅速に共有できる新たな環境をもたらしていますが、現場では、「情報は共有できているのに、伝わっていない／理解が揃わない」という状況が生じています。この要因は、“情報のすれ違い”によるものだと考えられます。

(1) “話し言葉／文字”の曖昧さ

電子カルテの情報は、“話し言葉／文字”です。すなわち言語的コミュニケーションです。図1を見てください。

①は「12 13 14」、②は「A B C」と読みませんか？しかし③を見ると「13」と「B」は同じ文字です。これは、“文脈効果”と呼ばれる現象ですが、人は、前後の情報によって、どちらにも見えるということです。

言語的コミュニケーションは、曖昧なので正確に表現することができず、その一方で、冗長でもあるため、すべてを聞かなくても大体の意味が分かるという特徴があります。新聞や本を読んだときも、一字一句読まなくても全体の意味が分かるのもそのためです。実はこの曖昧さや冗長さが“情報のすれ違い”につながっています。また、“情報のすれ違い”には、見間違い、聞き間違の場合もあります。

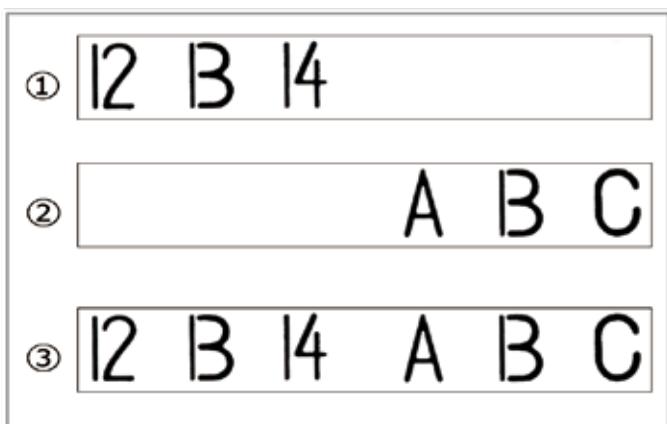


図1. 文脈効果

(2) “話し言葉／文字”が同じでも受け手によって意味が変わる

一方で、同じ“話し言葉／文字”であっても、受け手の職種や人によって意味が変わることがあります。例えば、塩田は⁵⁾、以下のような調査をしています。

“9時10分前”の指示する時刻は？

〔解釈A〕：8時50分

〔解釈B〕：9時10分より、ほんの数分前
(9時9分や9時8分など)

皆さん、どちらの解釈でしょうか。

塩田による調査結果では、「どのような場合でも、〔解釈A〕の意味だ（〔解釈B〕はおかしい）」という回答が、全体の7割近くを占めた。また、性別や年齢によっても解釈が違う傾向があったと報告しています。

このように、受け手によって“話し言葉／文字”は、さまざまな解釈が可能となります。また専門用語や略語もその一つです。専門職であるがゆえに、専門用語や略語を使います。調査でも、「話す内容や略語、専門用語で話すのでは伝わっていない」と回答した方もいました。

この専門用語は、どの職種にも共通に理解できるものやそれぞれの職種間で通じるものあります。P.F. ドラッカー⁶⁾は、コミュニケーションは、受け手の経験に基づいた言葉を使わなければならない。経験がない言葉で話しかけても理解されない知覚能力の範囲外にあると述べています。そのため、専門用語や略語などの共通理解も必要です。

(3) 一方的に話す、上から目線で威圧的な態度

話し合いでは、言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションが使われます。

「多職種連携コミュニケーション特性調査」(資料2,p.19)では、多職種連携における「話す・伝える(Speaking / Conveying)」について、【言いたいことを言ったり、一方的に話す】【話し方や態度が上から目線で威圧的】【職種に合わせて訊く】【仕事しやすい雰囲気づくりや話し方を工夫する】【言いたいことがあっても、言えない・言わない】【怒られたり、怒鳴られる】が抽出されました。有田ら⁷⁾は、医療従事者のコミュニケーションは、患者と医療従事者のあいだには、非専門家と専門家、治していただく側と治す側というように心理的な力関係が生じやすく、結果として医療者から患者への指示や指導といった、一方的なコミュニケーションに陥りがちな傾向があると述べています。これは、職種間のコミュニケーションでも、医療に対する専門家と非専門家、指示を出す側と指示を受ける側といった役割により、一方的に話すと感じているのではないかでしょうか。

バードウィステル⁸⁾は、日常のコミュニケーションで言語の占める割合は30～35%に過ぎない述べています。このことからも、言語的コミュニケーションよりも非言語

的コミュニケーションの方が相手に伝わっていることが伺えます。

専門性や立場の違いがあっても、相手の言いたいことを傾聴し、相手の価値観を受容し、相手の気持ちに共感する姿勢により、心理的に対等なコミュニケーションをとることが大切です。

(4) 多忙な環境

時間がない中で短い言葉で伝えたり、担当者以外を介して伝達したりすることで、誤解が生じることがあります。それぞれの職種は、行わなければならない援助を、時間内にこなせば良い（量）というわけではなく、一人ひとりの患者に合わせた援助（質）が求められており、量も質も求められています。つまり、質の良い援助をしようとすればするほど、時間もかかり、多忙な状況になります。また、医療現場は、突発的なことが多く、計画通りには進まないことが多いのが現状です。そのため、各職種の独自の文化や業務の多忙なことにより、コミュニケーションがうまくいかない、十分に話し合いができない、相談しにくくないと感じているのではないでしようか。

2) 専門性の違いによる“認識のすれ違い”

協働する職種は専門職であり、それぞれ異なる専門分野です。そのため、同じ対象や状況であっても、考え方や取り組み方が異なることで、“認識のすれ違い”が生じ、これがコンフリクトにつながると考えられます。

(1) “連携”や“協働”的捉え方の違い

多職種協働では、課題解決に必要な専門職・専門機関と連携し、作られたチームで、目標を達成していきます。しかしその“連携”や“協働”を、それぞれの職種や人はどのように捉えているのでしょうか。

「多職種連携コミュニケーション特性調査」では「連携

の捉え方 (Interprofessional Collaboration)」について、【各職種がやるべきことを行うことが連携】【各職種で調整したりサポートするのが連携】などが抽出されています。この捉え方を図2に示しましたが、図にするとわかるように“連携”と“連係”といった意味で認識していることが伺えました。

これと同様に、例えば“協働”でも、“協働”“協同”“共同”的に、どれも“きょうどう”なのですが、それぞれの意味は少し異なります。そのため、“協働”と言っても、同じ意味で認識しているとは限らないということです。

このように、普段何気なく使用している“話し言葉／文字”でも、それぞれの職種や人によって認識が違います。その認識の違いが“認識のすれ違い”につながるのです。

(2) “職種”や“職種の役割”がよくわかっていない

職種間協働では、お互いの職種が何をする職業なのか、どのような役割があるのかを知っておくことはとても大切です。

「多職種連携コミュニケーション特性調査」では「職種の役割の捉え方 (Professional Role)」について、【職種の内容や職種が関わることの効果の理解に違いがある】【職種と業務内容の認識が違う】【業務を行っている職場や1日の時間的な動きがわからない】【職種の役割や役割分担の明確化】【職種の役割を超えてしまう】【決められたことしかしない】【患者家族と医療職との考え方方が違うのに、職種の意見で決まる】【相手の立場を理解していない】といったサブカテゴリーが抽出され、職務内容や役割をお互いに知らないことが伺えました。つまり、職種の役割や業務内容を理解していないことで“認識のすれ違い”が生じているのです。それぞれの職種が特定の役割や仕事に限定されるということではなく、複数の職種が重なり合う業務もあることをお互いに認識し合うことも重要で、患者の状態や状況によって柔軟に対応していくことが求められます。

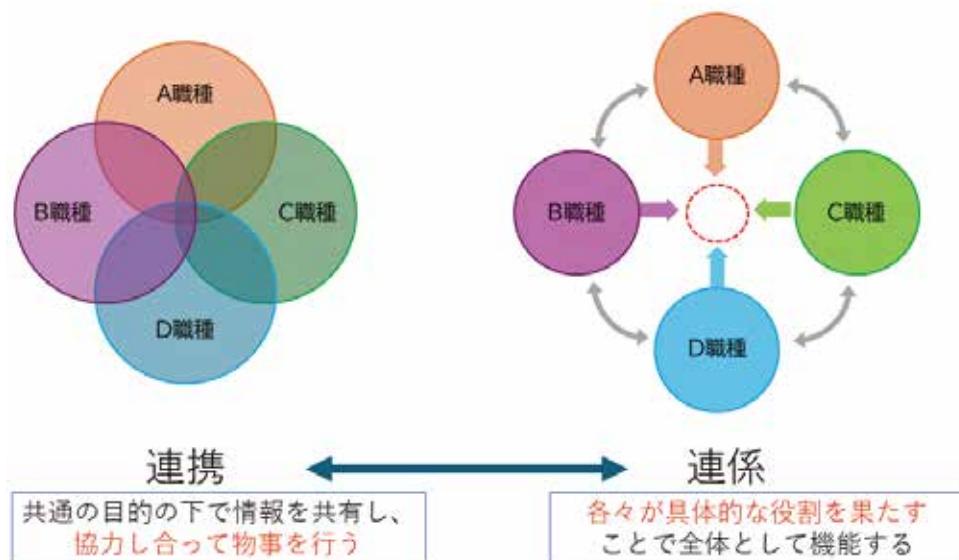


図2. 多職種協働における「連携」と「連係」の構造的違い

(3) “患者の捉え方”や“退院の考え方”の違い

“患者の捉え方”や“退院の考え方”も職種によって違うことがあります。

「多職種連携コミュニケーション特性調査」では「患者の捉え方 (Patients)」について、【職種間で見る視点が違う】【患者の状態を自分で見た範囲でしか捉えていないため、本当の状態がわかっていない】【在宅で生活をする患者のイメージが違う】【患者は、住み慣れた自宅と病院とでは態度が違う】といったサブカテゴリーが抽出されています。

また「退院の捉え方 (Discharge)」でも、【治療が終わったら退院と考え、家族の介護力や日常の生活まで目を向けていない】【病院側は、ルールやシステムが決まっているため、変えられない】【病院の機能や特徴が理解されていない】【病院も在宅で生活できるような支援へ変化している】【症状のコントロールや物品など環境を整えてから退院させたい】【患者や家族が不安もなく病気とうまく付き合っていけるという思いを大切にしている】【専門職としての意見の相違がある】【考え方や業務の取り組み方が違う】【退院に向けての目標が違う】【退院の指標が曖昧のため、職種間で見解が分かれる】【治療方針がわからぬため支援が遅れる】といったサブカテゴリーが抽出され、職種による捉え方や考え方の違いも伺えました。

患者が自宅や病院といった場所や職種によって、見せる顔が違うことで“患者の捉え方”が違ってきます。以前、ベテランの訪問看護師が「患者さんは、自宅ではお殿様です。それに対して病院では来客者です。ですから自宅と病院での発言や態度はかなり違いますよ」と話されており、面白い表現だと感じたことがあります。

このように“患者の捉え方”“退院の考え方”の違いが、各職種の価値観や経験、問題意識の違いにつながり、目標や退院調整などの統一が難しくなっていると考えられます。その目的、目標は、誰にとっての目標なのかを再度考えていく必要があります。

(4) 必要としている情報が違う

多職種協働では、情報共有をすることはとても重要となります、職種によって必要とする情報が違います。調査でも、「職種によって必要な情報が違う」「サマリーには、必要と思う情報が入っていないので伝わっていない」と話している人がいました。この必要とする情報とは、医療職は医学モデル、社会福祉職は生活モデルの考え方の違いです。入院初期は、1日も早く病状回復を目指すことから、医学モデルのチームで支援をし、その後病状が徐々に回復し本格的なリハビリテーションが始まると、退院後の生活を見据えた支援が求められます。そのため、医学モデルから生物・心理・社会モデルへ移行していく必要があります。P.F. ドラッカー^⑨は、われわれは期待しているものだけを知覚する。期待しているものを見る、期待しているものを聞くと述べているように、必要としている情報以

外を伝えても、聞いていない、見ていないことがあるため、受け手に正しく伝わっていない可能性があるということです。

3) 怖いやヒエラルキーを感じることでの“感情のすれ違い”

カンファレンスや話し合いは、異なる専門性を持つ医療・福祉職が、同じ場所で同じテーマを議論する中で、お互いの専門性やそれぞれの強み、弱み、限界も確認できる場で、この関係性を積み重ねることで、チームも形成されていきます。また連携・協力することはお互いの相乗効果をうみ、サービスの質の改善・向上につながります。しかしカンファレンスや話し合いにおいて、“感情のすれ違い”がコンフリクトにつながり、お互いの関係性に影響することがあります。

(1) ネガティブな感情によって情報が正しく伝わらない

特に医療・介護分野では、目に見えないヒエラルキーが存在することがあり、「看護師に意見しづらい」「医師に近寄りがたい」といった意識が、情報伝達を妨げ、連携を阻害する場合があります。例えば、前述した、【言いたいことを言ったり、一方的に話す】【怒られたり、怒鳴られる】といった言語的コミュニケーションや【話し方や態度が上から目線で威圧的】といった非言語的コミュニケーションに加え、職種間のヒエラルキーを感じることで情報が正しく伝わっていないことがあります。

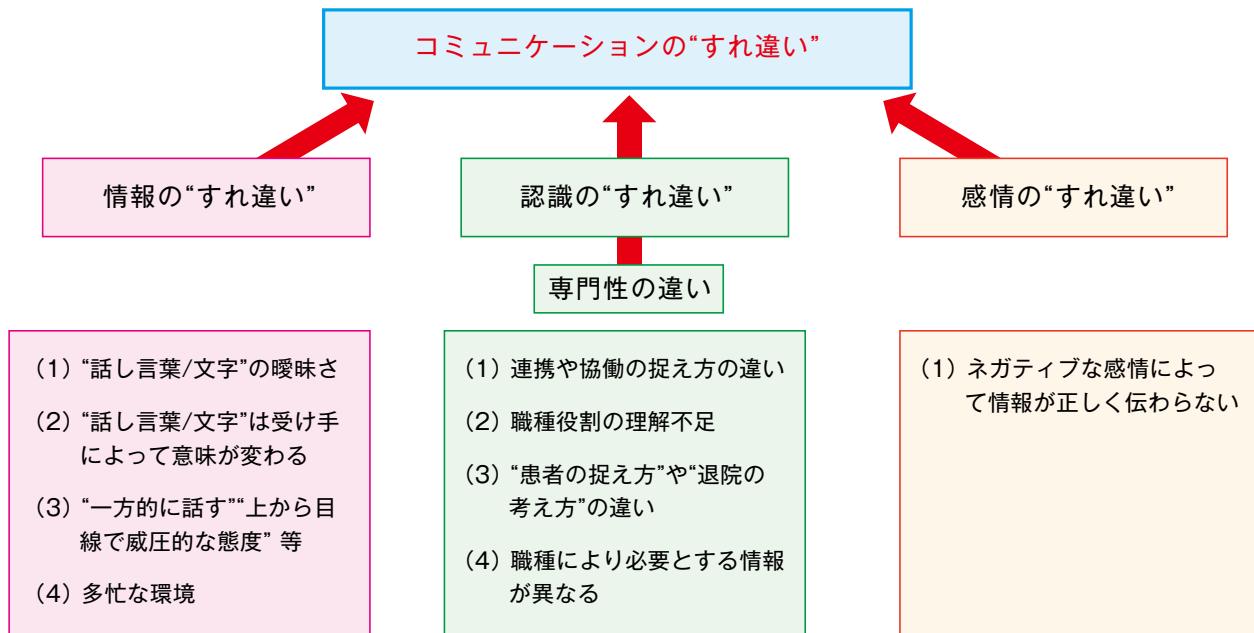
「多職種連携コミュニケーション特性調査」でも、多職種での認識 (Awareness in Interprofessional Collaboration) として、【職種によってヒエラルキーがある】【医師には逆らえない】【勉強をしようとする意識】【自信・コンプレックス】などが抽出されています。また職種間連携でのネガティブな感情 (Negative Feelings in Interprofessional Collaboration) として、【怖いと感じる】【言い方や対応で心が傷つけられる】【ストレス】【失敗を恐れることでの苦手意識】などが抽出されました。

連携では、お互いを尊重し、自他の違いや異なる価値観や考え方も受け入れることが重要で、ひいてはそれがより幅の広い患者の支援にもつながります。

4. コミュニケーションにおける対話の必要性

医療職と介護職の間では、これまで述べてきたように、専門性による視点の違いや業務内容・役割や認識の違いにより、コミュニケーションーギャップが生じやすくなります。またそのコミュニケーションーギャップが職種間でのコンフリクトにつながってきます。

コミュニケーションは情報を伝達するだけでなく、人間関係を成立させるための大切な過程です。そのため、専門職として、患者・家族により良い援助につなげていくためにも、対話をし、コミュニケーションーギャップ、つま



り“すれ違い”を少しでも埋めていくことが重要です。

そこで多職種協働においても、言語的コミュニケーションを正確に、非言語的コミュニケーションを効果的に使用する。または、一方的に話すだけでなく、フィードバックなどで正確にメッセージを伝えていくことが必要です。またメンバー同士が互いの職種、専門性、置かれている状況についての理解を深め、相手を理解することが重要です。メンバーの気持ちや考えを聞く場合には、相手の立場に立ってしっかりと聴く（傾聴）、相手の話した内容を評価・判断せずに、まずはそのまま受け容れる（受容）、相手の気持ちや考えを自分のことのように共有しようとする態度が基本となります。つまり一人ひとりの“対話力”を育成していくことが求められます。どれだけシステムが進化しても、最終的には「人と人の対話」によって決まる要素が大きいからです。

5. おわりに

現在、医療現場では職種別部署組織（看護部・リハビリテーション部など）が形成され、部署の独立性は高いが、部署間の連携は弱く、セクショナリズム（部局割拠主義）になりやすい。このような意識になるのは、基礎教育で連携教育を学んでいないことも原因にある¹⁰⁾ともいわれています。イギリスでは、2000年代初頭に、保健・社会福祉分野の養成課程で、専門職連携教育（IPE: interprofessional education）が必須化されることとなり、さらにWHOも2010年にIPEを推進する方針を打ちだしています。日本でも医療系大学を中心に、IPEを取り入れる動きが加速していますが、全ての教育機関で取り入れていくまでには、まだまだ時間もかかります。そのため、普段から一人ひとりの対話力を育てていくことは重要な課題だと考えています。

〈引用文献〉

- 1) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html
- 2) 新村出編集. 広辞苑第七版. 岩波書店, 2018.
- 3) 谷口由紀子. 地域連携・多職種協働. 79. <chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/> <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000114504.pdf> (2025.12.10)
- 4) Miki ARAZOE. The Characteristics of Communication in Interprofessional Collaboration in Multidisciplinary Team, Asian Journal of Human Services, Vol.16, 29-44. 2019. DOI.org/10.14391/ajhs.16.29
- 5) 塩田雄大. “9時10分前”は何時何分?～2020年「日本語のゆれに関する調査から1)～. 放送研究と調査, 2020, 36-39. <chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/> https://www.jstage.jst.go.jp/article/bunken/70/12/70_36/_pdf/_char/ja (2025.12.10)
- 6) P.F. ドラッカー, 上田惇生編訳. 【エッセンシャル版】マネジメント 基本と原理. 東京, ダイヤモンド社, 2001, 158.
- 7) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京, 医歯薬出版株式会社, 2011, 64.
- 8) Birdwistell, R. L, Kinesics & context, Philadelphia. University of Pennsylvania Press, 1970.
- 9) P.F. ドラッカー, 上田惇生編訳. プロフェッショナルの条件 -いかに成果をあげ成長するか-. 東京, ダイヤモンド社, 2000, 158.
- 10) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京, 医学書院, 2011, 9.

資料 1：「多職種連携コミュニケーション特性調査」の概要

The Characteristics of Communication in Interprofessional Collaboration in Multidisciplinary Team (Miki ARAZOE, Asian Journal of Human Services, VOL.16, 29-44, 2019)	
目的	チーム医療における多職種連携のコミュニケーションの特徴を明らかにすること
デザイン	半構成的面接（約 60 分）データを用いた内容分析
調査期間	2016 年 12 月～2017 年 3 月
対象者・参加者	対象者：25 名（医師 5 名、看護師 5 名、医療ソーシャルワーカー（MSW）5 名、ケアマネジャー 5 名、訪問看護師 5 名） 参加者：18 名（医師 3 名、看護師 3 名、医療ソーシャルワーカー（MSW）4 名、ケアマネジャー 5 名、訪問看護師 3 名）
収集・分析コード数	1. 多職種連携におけるコミュニケーション（Communication in interprofessional collaboration）… 824 コード 2. 職種別多職種連携の理解（Understanding of interprofessional collaboration by profession）… 279 コード

資料 2：「多職種連携コミュニケーション特性調査」の主な結果：表 1・表 2・表 3

表 1. 【多職種連携におけるコミュニケーションの特性 1】(Table2-1 に基づく)

Core Category コアカテゴリー	Category カテゴリー	Sub-Category サブカテゴリー数	Code コード数
Speaking / Conveying 話す・伝える	Speaking freely, speaking unilaterally 言いたいことを言ったり、一方的に話す	5	80
	Overbearing and superior attitude and manner of speaking 話し方や態度が上から目線で威圧的	2	32
	Inquiries depending on profession 職種に合わせて訊く	2	15
	Creating an easy-to-work atmosphere and minding manner of speech 仕事しやすい雰囲気づくりや話し方を工夫する	3	42
	Being unable/unwilling to say 言いたいことがあっても、言えない・言わない	6	118
	Being scolded or yelled at 怒られたり、怒鳴られる	2	15
Listening / Not Understanding 聞く・伝わらない	Does not listen to people 人の話を聞かない	2	7
	Not understood due to technical terms and lack of information 専門用語や情報不足で伝わっていない	5	81
	Not understood or comprehended 伝わらない・伝わっていない	3	3
Consultation & Information Sharing 相談・情報の共有	Discussion, Consultation & Adjustments 話しあいや相談・調整	5	83
	Information Sharing 情報の共有	3	40
	Choosing trustworthy people 信頼しあえる人を選んでいる	2	13
	Doctors and nurses lend a helping hand 医師や看護師も力を貸してくれる	2	4
計		42	561

表 2. 多職種連携におけるコミュニケーションの特性 2 (Table2-2 に基づく)

Core Category コアカテゴリー	Category カテゴリー	Sub-Category サブカテゴリー数	Code コード数
Awareness in Interprofessional Collaboration 多職種連携での認識	Assumptions and Misinterpretations 思い込みや勝手な解釈	3	38
	Easier to implement collaboration 連携が図りやすくなった	3	52
	Awareness for communication コミュニケーションを図るうえでの認識	3	25
	Hierarchy depending on profession 職種によってヒエラルキーがある	5	45
	Cannot oppose doctors 医師には逆らえない	3	7
	Desire to learn 勉強をしようとする意識	3	26
Negative Feelings in Interprofessional Collaboration 多職種連携でのネガティブな感情	Confidence / Complexes 自信・コンプレックス	2	11
	Feeling Intimidated 怖いと感じる	5	16
	Hurtful manner of speaking / interaction 言い方や対応で心が傷つけられる	3	9
	Stress ストレス	2	9
	Aversion due to fear of failure 失敗を恐れることでの苦手意識	3	19
	Sharing Feelings 感情を共有する	2	6
計		36	263

表3. 多職種連携の理解について (Table3 に基づく)

Core Category コアカテゴリー	Category カテゴリー	Sub-Category サブカテゴリー数	Code コード数
Interprofessional Collaboration 多職種連携	Collaboration means each professional doing what he/she should do 各職種がやるべきことを行うことが連携	2	17
	Collaboration means making adjustments and providing support among professionals 各職種で調整したりサポートするのが連携	3	25
	Collaboration is not effectively implemented due to different understandings 連携の捉え方により連携が効果的に図れていない	2	18
	The need for collaboration and the meaning of collaboration is not understood 連携の必要性や連携がわからっていない	2	13
Professional Role 専門職の役割	Professional roles and division of roles is clear 職種の役割や役割分担が明確である	2	27
	Respective professional roles are not understood 各職種の役割が理解されていない	2	18
	Professional roles and division of roles is unclear 職種の役割や役割分担が明確でない	2	34
	Professional role and nature of work is not understood 職種の役割と業務内容が理解されていない	3	19
Patients 患者	Understanding of the patient differs because of different points of view 見る視点が違うことで患者の理解が違う	2	16
	Patient attitudes differ between home and hospital 患者は自宅と病院では態度が違う	2	19
Discharge 退院	Interprofessional Discrepancy in Opinion 専門職による意見の相違	3	22
	Hospital rules and systems are not understood 病院のルールやシステムが理解されていない	2	16
	Preparation of environment for discharge without anxiety 環境を整え不安もなく退院させたい	3	17

PROFILE

荒添 美紀 (あらぞえ みき)

杏林大学保健学部看護学科看護養護教育学専攻 教授

東京都立看護専門学校の専任教員を経験したのち、獨協医科大学看護学部准教授、東京工科大学医療保健学部看護学科准教授を経て現職に就任

博士（介護福祉・ケアマネジメント学）、

修士（カウンセリング）

研究テーマは、ヘルスコミュニケーション、看護教育

現在、茨城県看護協会、東京都ナースプラザ等で実習指導者研修の講師や病院勤務の看護師、看護教員の研究指導も行っている。

(主な著書)

『看護に活かすカウンセリングⅠ』
コミュニケーション・スキル 対象の生き方を尊重した健康支援のためのアプローチ (ナカニシヤ出版)

『看護に活かすカウンセリングⅡ』
感情のマネジメント 効果的な患者支援と看護師のメンタルヘルスのための自己調節 (ナカニシヤ出版)

『実習の“想定外”を乗り切る なるほど看護技術』
(メディカルフレンド社)

『看護学実習指導ガイドブック』
(一般社団法人日本看護学校協議会共済会) など



パワーハラスメント関連のトラブル予防と対処を考える No.3

性犯罪・性暴力被害者の支援

—性暴力被害者支援看護職(SANE)育成の重要性—

同志社大学法学部法学研究科元教授
川本 哲郎

1. はじめに

性犯罪・性暴力とは、ハラスメントの中でも特に悪質なものです。セクシャルハラスメント（以下ではセクハラと略記します）が、男女雇用機会均等法の改正によって取り上げられたのは1999年のことですが、その後、2000年から2001年にかけて、DV、児童虐待、ストーカーを犯罪とする法律が制定されました。また、2013年には、いじめ防止対策推進法が制定され、いじめが犯罪となることも示されました。さらに、性犯罪に関しては、2017年と2023年に2回の刑法改正が行われました。

ここでは、最初に「性犯罪・性暴力とは何か」を見た後に、加害者である「性犯罪者」の実態に触れたうえで、「被害者支援」の概要を紹介します。そして、看護の場面において、どのような活動が要請されるのかを、司法（フォレンジック[forensic]）看護という観点から見ていきたいと思います。

2. 性犯罪・性暴力

(1) 性犯罪の定義と具体例

性犯罪とは、刑法などによって、性に関係する犯罪とされているものですが、具体的な例を挙げると、刑法犯としては、不同意性交罪（以前の罪名は強姦）（177条）、不同意わいせつ罪（以前の罪名は強制わいせつ）（176条）、公然わいせつ罪（174条）などがあり、それ以外に、軽犯罪法（1条20号[公然露出]、23号[のぞき]）や条例（都道府県や市町村という地方公共団体の定めるもの）で犯罪（例：東京都迷惑防止条例5条[痴漢、盗撮]）とされているものがあります。さらに、セクハラ、DV、ストーカー、いじめも性暴力に該当するものがあります。そして、わいせつや痴漢、セクハラなどは、刑法犯になる場合もあれば、軽犯罪法・条例違反となることもあります。また、次に述べる逸脱行為として処理されることもあります。

(2) 犯罪と逸脱行為

社会の期待に適合することを「同調」といい、期待に反することを「逸脱」といいます。逸脱の最たるものは犯罪です。犯罪には刑罰が科されます。たとえば、殺人、強盗殺人などの凶悪犯には死刑が科されることがあります。性犯罪に対しても、不同意性交罪には、5年以上20年以下の拘禁刑が科されます。また、性犯罪の公然わいせつ罪には、身体の一部を公共の場所で露出する行為が含まれますが、その程度によっては、軽犯罪法違反（刑罰は拘留[1日以上30日未満の拘禁刑]又は科料[1000円以上1万円未満の罰金刑]）となります。さらに、痴漢や盗撮行為も、条例によって刑罰（拘禁刑や罰金刑）が科されます。

このように、犯罪には刑罰が科されますが、犯罪以外の逸脱行為にも、制裁—苦痛が課されます。具体的な例をあげると①職場において、「○○ちゃん」と呼びかけていた行為がセクハラと認定され、損害賠償が認められた例②懇親会において上司からセクハラを受けて、労災が認定され、損害賠償が認められる例③高校の女子生徒数人に対して、不適切なメッセージを送り、不必要的身体接触をして、不快感を与えた45歳の男性教師が、停職1カ月の懲戒処分とされたものなどがあります。

(3) 性暴力

性犯罪は、上に挙げたようなものですが、性暴力という表現もよく使われます。内閣府男女共同参画局の「女性に対する暴力の根絶」では、「同意のない性的な行為は、性暴力であり、重大な人権侵害です」とされており、埼玉県のWebサイトでも、「望まない性的な行為は性的な暴力にあたる」とされています。

そして、具体的な例としては、不同意性交・わいせつ、DV、セクハラ、痴漢、ストーカー行為などが挙げられています。既に説明したところからは、犯罪以外の逸脱行為を含むものであるということになります。要するに、言葉を含めた同意のない性的な行為は全て性暴力の範囲に入り、被害者の望まない性的な行為は、性暴力に当たることになるのです。



図1 埼玉県男女共同参画推進センター
「わたしたちは性犯罪・性暴力を許さない」PDFより一部抜粋

(4) セクハラ

セクハラとは、「『職場』において行われる、『労働者』の意に反する『性的な言動』に対する労働者の対応によりその労働者が労働条件について不利益を受けたり、『性的な言動』により就業環境が害されること」をいい、性的な言動とは、「性的な内容の発言及び性的な行動を」指すとされています（厚生労働省「職場におけるハラスメント対策パンフレット」）。これについて、筆者は、かつて①加害者の大半は、自己の行為を悪いとは思っていないこと②被害者には感受性の差があることという2点を指摘しました（「これだけは知っておきたい医療と法」第9回「ハラスメント労働法①」WillnextMagazine17号〔2020年、日本看護学校協議会共済会〕21頁）。先に示した例のように、裁判所は、被害者の感受性をかなり考慮に入れているようになったと感じているのですが、厚生労働省が「被害を受けた労働者が女性である場合には、『平均的な女性労働者の感じ方』を基準」としているのには、疑問を感じます。ここは、被害者の視点に立って、当該被害者の感じ方を基準とすべきだと思います。実際に、厚生労働省も、この文書では「一般的には意に反する身体的接触によって強い精神的苦痛を被る場合には、一回でも就業環境を害することになる」と説明しているのです（前掲厚生労働省11頁）。

職場のセクハラ対策は事業主の義務であり、ハラスメン

ト防止措置の実施は、業種・規模にかかわらず、すべての事業主に義務づけられています。事業主には①その方針の明確化と方針の周知・啓発②相談・苦情に応じて、適切に対応するための必要な体制の整備③相談があった場合の適正な対処と再犯防止のための措置を講ずること④相談を理由とする不利益な取扱いの禁止などの措置が求められています。（厚労省Webサイト）

(5) 不同意性交罪

この罪は、従来、強姦罪という名称で規定されていました。刑法177条は、「暴行又は脅迫を用いて13歳以上の女子を姦淫した者を3年以上の有期懲役に処す」としていたのです（懲役とは、刑務所に収容し、強制的に作業を行わせるという刑罰で、強制作業が課されない禁錮との2種があったのですが、2025年6月に、拘禁刑に一本化され、強制作業はなくなりました）。この罪の保護法益（法によって保護される利益。殺人の場合は生命、詐欺の場合は財産など）は性的自由ないし性的自己決定権ですが、暴行・脅迫を手段として用いることが要件とされており、客体も女子に限定されていました。

それに変更が加えられたのは最近のことです、まず、平成29年（2017年）になって、名称を強制性交罪とし、客体に男子を加えることとしたのです。また、この犯罪は、

公訴の提起に、被害者などの告訴を必要とする親告罪とされていたのですが、これも廃止されました。

しかし、暴行・脅迫という要件は残っていたので、暴行・脅迫以外の手段を用いる形態も存在するところから、被害者などを中心として、暴行・脅迫要件を削除すべきであるとの意見がありました。そこで、令和5年（2023年）になって漸く、名称を不同意性交罪として、被害者の同意がない性的侵襲を広く処罰することにしたのです。現在の条文を紹介すると、以下の通りです（分かりやすくするために、一部を省略し、下線、数字、カギ括弧を付しています）。

刑法 177 条

「(以下に) 揭げる行為又は事由その他これらに類する行為又は事由により、①同意しない意思を形成し、表明し若しくは全うすることが困難な状態にさせ又は②その状態にあることに乘じて、「性交、肛門性交、口腔性交又は膣若しくは肛門に身体の一部（陰茎を除く。）若しくは物を挿入する行為であってわいせつなものとした者」は、婚姻関係の有無にかかわらず、5年以上（20年以下）の有期拘禁刑に処する。

そして、以下の行為・事由を代表例として挙げています。末尾の（ ）内は法務省のWebサイトに掲載されているものです。

- ① 暴行若しくは脅迫を用いること又はそれらを受けたこと。（暴行又は脅迫）
 - ② 心身の障害を生じさせること又はおそれがあること。（心身の障害）
 - ③ アルコール若しくは薬物を摂取させること又はそれらの影響があること。（アルコール又は薬物の影響）
 - ④ 睡眠その他の意識が明瞭でない状態にさせること又はその状態にあること。（睡眠その他の意識不明瞭）
 - ⑤ 同意しない意思を形成し、表明し又は全うするいとまがないこと。（同意しない意思を形成、表明又は全うするいとまの不存在）
- *「全うするいとまがないこと」とは、(同意しない意思を)「実行する時間的余裕がないこと」です。法務省のHPでは、例として、不意打ちが挙げられています。
- ⑥ 予想と異なる事態に直面させて恐怖させ、若しくは驚愕させること又はその事態に直面して恐怖し、若しくは驚愕していること。（予想と異なる事態との直面に起因する恐怖又は驚愕 … 例：フリーズ（*固まること））
 - ⑦ 虐待に起因する心理的反応を生じさせること又はそれがあること。（虐待に起因する心理的反応 … 例：虐待による無力感・恐怖心）
 - ⑧ 経済的又は社会的関係上の地位に基づく影響力によって受ける不利益を憂慮させること又はそれを憂慮していること。

このような規定の仕方は、刑法では珍しいものです。たとえば、刑法199条の殺人罪の規定は、「人を殺した者は、死刑又は無期若しくは5年以上の拘禁刑（を科す）」とい

うもので、毒殺や刺殺、銃殺などの殺害方法や、尊属殺（親殺し）、嬰児殺（子殺し）などの殺害対象（客体）による区別などは示していません。性犯罪については、この10年間で、いかに真摯な議論が行われたかが示されていると思うのですが、分かりやすさを追求した法務省Webサイトでも⑤のように工夫が足りないものが残っているのは、残念なことです。しかし、これも、この問題の解決の困難さを示すものだと理解することにしましょう。また、このように多様なものが例として掲げられているのですが、条文に下線を付したところを見てもらえば分かるように、これらの例は代表的なもので、不同意性交罪に問われる行為は、これらに限られません。

なお、このときに、強制わいせつ罪の規定も、不同意性交罪とほぼ同じものとなり、さらに、従来は各都道府県の迷惑行為防止条例で処罰されていた盗撮が、「性的姿態撮影等処罰法」の対象となりました。

(6) 性犯罪規定の問題点－同意と時効

このように、2017年以降に、日本の性犯罪規定には大きな変更が加えられたのですが、これですべての問題が解決したわけではありません。一つは、不同意わいせつ罪・性交罪の「同意」とは何かという問題があります。同意の問題について、医療の現場では、インフォームド・コンセント（IC）が問題となるので、これと対比して考えてみましょう。ICは、当初は「説明と同意」と訳されていたのですが、これでは不十分ということで、「十分な説明を受けた上で真意に基づく同意」という表現が使われるようになりました。しかし、「真意」とは何かが争われるので、最終的には、元の英語が使われるようになっているのです。性犯罪についても、当初の強姦罪では、被害者の同意がない性交を、「暴行又は脅迫を用いて…女子を姦淫」と表現していたのですが、「暴行又は脅迫を用いて」というのは、同意がない場合の典型を表わしているに過ぎないので、現在のような形になったというわけです。

では、性的同意の「真意に基づく同意」とは、どのようなものなのでしょうか。現在の有力な見解は、その判定に三つの条件を挙げています。一つは、非強制性で「Noと言える環境が整っていること」です。次は、対等性で「社会的な地位や力関係に左右されない対等な関係にあること」です。最後は、非継続性で「一つの行為は他の行為への同意を意味しないこと」です。つまり、一つのことに同意したからといって、他のことに同意したことにはならないのです。そして、このような条件が揃って初めて、性的自己決定権が適正に行使されるということです（埼玉県のWebサイト「わたしたちは性犯罪・性暴力を許さない」。詳しくは、藤岡淳子『性暴力の理解と治療教育』（2006年、誠信書房）10頁以下参照）。

いま一つは、時効の問題です。先に、親告罪の話をしましたが、親告罪には告訴期間というものがあり、「親告罪の告訴は、犯人を知った日から六箇月を経過したときは、

これをすることができない」(刑事訴訟法 235 条) とされているのです。被害者が落ち着いて判断できるのには、それなりの時間が必要なので、性犯罪の場合は、この六箇月という期間が 2000 年(平成 12 年)に適用されなくなり、そして、上に述べたように、2017 年に親告罪とされなくなりました。したがって、親告罪の問題は解消されたのですが、(公訴の) 時効という問題は残っています。時効の期間は、犯罪により異なり、不同意性交罪では 10 年となります。したがって、被害者が犯罪の被害により、種々の事情から、告訴する決断がつかなかったようなときは、10 年で時効が完成し、その後の起訴はできることになるのです。韓国では、被害者の事情を考慮し、時効が適用されないことになりましたが、わが国では時効は存続しています。被害者の視点で考えると、「時効の壁」が立ちはだかるという現状は改正すべきだと思われるので、今後大きな課題と言つてよいでしょう。

(7) DV、児童虐待、ストーカー、いじめ、セクハラ

これらの共通点は、数十年前には犯罪とされていなかったことです。しかし、これらの中には性暴力に関するものがあり、犯罪となる場合もあるということが認識されるようになってきました。そして、わが国においても、1999 年以降に、これらの行為が次々と逸脱行為として扱われるようになりました。

セクハラについて見てみると、情状の軽いものは、「いじり」や「からかい」として済ますことができる事実ですが、一方で、それでは済まない悪質で危険なものがあることも分かってきたのです。さらに、これらが組み合わさっていることもあります。児童虐待としての性暴力、強度のセクハラとしての不同意性交などがその例です。こうなると放置することはできないので、法による禁止が登場するというわけです。

3. 性犯罪・性暴力の加害者

(1) 精神障害

加害者には、精神障害が認められることがあります。精神障害とは、統合失調症やアルコール・薬物依存、知的障害などが代表的なもので、精神医療の対象となります。また、犯罪と刑罰との関係では、責任能力が問題となることもあります。責任能力とは、行為の違法性を認識し、それに従って自己の行為を制御(コントロール)する能力のことで、刑法では、その能力が欠如している場合(心神喪失)には「罰しない」、その能力が減退している場合(心神耗弱)は「刑を減輕する」(刑法 39 条)としています。また、殺人や強盗、不同意性交などの重大な犯罪を行った者に対しては、2003 年に心神喪失者等医療観察制度が設けられ、医療観察法病棟に入院した場合は、専門的で手厚い医療を行っており、強制的通院処遇も行われています。それ以外

の者に対しては、責任能力があるとされて拘禁刑を科されたときは、刑務所内で治療を受けています。拘禁刑を科されなかったときは、精神保健福祉法に基づいて、措置入院や医療保護入院という強制治療を受けている場合もあります。

上に挙げた統合失調症などの精神障害に対しては、古くから治療が行われており、着実な進歩が見られるのですが、性暴力に関する精神障害に関しては、まだまだ試行的な治療が行われている段階にあると言つてよいと思います。DV、児童虐待、ストーカー、いじめ、セクハラなどに関しては、刑罰を科されたかどうかにかかわらず、精神障害が認められるときには治療が必要とされるのですが、専門的な治療を提供している医療機関は、ごく少数に止まっているのが現状であり、その治療効果も定まっていません。また、DV などと他の精神障害が結びついている事例も存在します。その中でも、反社会性パーソナリティ障害との関係は、今後の大きな課題であると思います。この障害は「特に犯罪者の間で多く見られ(る)」とされているもので、「他人に大きな危害を加えてもそれへの同情や自責の念は覚えない」(アレン・フランセス [大野裕=中川敦夫=柳沢圭子訳]「精神疾患診断のエッセンス DSM-5 の上手な使い方」(2014 年、金剛出版) 164 頁) とされており、その例としては、性犯罪や DV、児童虐待、ストーカー、などが挙げられています(福井裕輝『ストーカー病』(2014 年、光文社) 47 頁以下参照)。

さらに、精神医療の世界では、精神障害の診断基準である DSM-5 によって「パラフィリア(性嗜好異常)障害群」が認められており、露出、窃触(痴漢など)、サディズム、小児性愛などの障害が記載されています。とくに、最後の小児性愛症は、ペドフィリア、ペドファイルと言われるもので、アメリカ合衆国でのミーガン事件(1994 年)、イギリスでのサラ・ペイン事件(2000 年)などの影響を受けて、性犯罪者に対する処遇が改善される契機となりました。

このように、精神障害が原因となって、性犯罪・性暴力が行われるときがあるのですが、精神障害が原因であれば治療を行うのが優先されることになり、精神障害に至らない場合には教育を施すというのが適切な対策ということになります。したがって、ここでも、とくに再加害の防止という点において、看護師などの医療関係者の対応の巧拙が問われることになるのです。

(2) 修復的司法

また、刑事法の世界では、1970 年代以降、修復的司法(Restorative Justice)という考え方方が注目されています。これは、「犯罪とは、犯人と被害者及び社会との間に生じた紛争なのであり、刑事司法制度の目的は、その紛争を除去して、法的平和を回復することにある」(川出敏裕・金光旭『刑事政策 [第 3 版]』(成文堂、2023 年) 365 頁) として、「被害者を含む事件の当事者を関与させながら犯罪者が被害者やコミュニティに与えた損害を犯罪者に修復

させることを通じて、犯罪という『紛争』の解決を図る』(太田達也「犯罪被害者の支援と法的地位」守山正・安部哲夫編著『ビギナーズ刑事政策〔第3版補訂版〕』(成文堂、2023年) 137頁) というものです。このような立場の展開も、頭の片隅に置いてもらうと、問題解決のヒントになると思います。

4. 性犯罪・性暴力の被害者

(1) 被害者支援

刑事法学の中には、犯罪学・犯罪原因論という領域があります。その中で、犯罪者の特徴を解明して、再犯の防止に役立てるという考え方方が19世紀に登場しました。そして、現在では、犯罪者の素質・環境と犯罪の関係の研究が進められているのです。それに対して、犯罪の被害者の研究が本格的に開始されたのは第二次世界大戦後であり、しかも、当初は、犯罪の被害に遭いやすい人を調査研究すれば、犯罪の予防に役立つという観点が主流であったのです。そのような調査研究が必要なのは理解できますが、これには重要な欠点のあることが分かってきました。このことは、高齢者の詐欺被害を考えれば分かりやすいでしょう。詐欺の被害に遭いやすい高齢者を調べれば、犯罪予防に役立つのは自明のことで、そのような試みは我が国でも展開されています。しかし、実際に詐欺の被害に遭った高齢者が、周りの人から、どのように受け止められているかといえば、場合によっては、「気をつけなかったから、うつかりしていたから騙された」「どうして詐欺だと見抜けなかったのか」などの反応が出ることがあります。つまり、悪いのは騙した者であり、犯罪者であるのにもかかわらず、被害者が非難されるのです。このことは性犯罪被害者の場合にも当てはまります。色々な人から、「なぜそんなことになったのか」「そんなことありえない」「あなたも悪かった」などと言われることがあるのです。これを「被害者バッシング=被害者に対する非難」といいます。現在では、警察でも研修を行っていますし、性犯罪・性暴力については、内閣府男女共同参画局がWebサイトにおいて、上記のような表現を紹介し、「身近な人の言動により、被害者がさらに傷つくことがあります。つぎのような言動に気をつけて、接してみてください」としているのです。また、このような現象を被害者学の世界では、二次被害と呼んでいます。つまり、犯罪という一次被害を受けた後で、警察官や法曹関係者(検察官、弁護士)、友人・知人などからの、「無理解や心ない言動、インターネットを通じて行われる誹謗中傷、報道機関による過剰な取材等により、犯罪被害者が受ける精神的な苦痛、身体の不調、私生活の平穀の侵害、経済的な損失等の被害」を受けることです。たとえば、現在では、被害者支援の現場において、多くの場合、「頑張りましょう」は禁句です。なぜなら、頑張りたくても頑張れないから相談に来られているわけで、被害

者の話を丁寧に聞いて、「辛かったね」「あなたは悪くない」などと対応することが勧奨されているのです。このような対応は、医療現場でも必要とされるのですが、高校までの教育で、犯罪被害者支援という問題が取り上げられることは多くなく、看護の専門学校・大学においても、十分な教育が行われているとは言えないのが現状です。とはいっても、看護の世界においても、被害者支援の取組みは、少しずつですが進んでいます。次は、その動きを紹介しましょう。

(2) 性暴力被害者支援看護職 (SANE)

(ア) 司法看護と SANE

SANEとは、フォレンジック看護の訓練を受けた看護師の中で、性暴力の被害者の支援を行うものです。フォレンジックとは、法ないし裁判に関する事という意味で、司法看護や法看護と訳されることがあります、訳語が、ICやPTSDのように、その内容を適切に表すものではないことから、現在では、フォレンジック看護という表現が使われるようになっています。

しかし、「フォレンジック」と言われても、何のことか分からぬのですから、ここでは、あえて「司法看護」という表現を使うことにします。すでに説明したように、司法=犯罪ではありません。司法の中には、逸脱行為も含まれます。そして、法によって禁止されるものもあれば、条例によって禁止されているものもあります。さらに、時代によって、犯罪とされる範囲も変わることがあります。そうすると、広い意味での「司法」に関する「看護」と考えれば、問題は解決します。看護の専門家からは、狭い意味での「司法」ととらえると、日常的なトラブルと犯罪の間にあるDVや虐待、ストーカー、ハラスメントなどが抜け落ちるのではないかという懸念があるようですが、刑事法学においても、先に説明したような動きがあるわけですから、ここでは、そのような動向を理解してもらうためにも、「司法看護」という訳語を選択したいと思います。

また、SANEとは、Sexual Assault Nurse Examinerの頭文字をとったもので、最近では、「性暴力対応看護師」という表記に統一されているようですが、本稿では、「犯罪被害者支援」に重点を置いていますので、あえて、「性暴力被害者支援看護職」という表現を用いることとしました。

(イ) SANE の内容

SANEは司法看護の一部門であり、その内容は①被害者のサポート②診療と治療③法医学検査④法的支援⑤協力機関との連携、とされています。実際の養成プログラムを見ても、犯罪被害の実態や被害者支援、法知識、警察の役割と対応、治療とケアなどが取り上げられており(日本福祉大学/日本フォレンジックヒューマンケアセンター)、司法と看護に関する科目が中心となっています。また、急性期の支援としても、心身、法、生活に関するものが重要ですが、心に関しては、トラウマケアのような心理にかかるものと、PTSDなどの精神症状に関するものが存在し、

性犯罪・性暴力被害者の急性期とは

	被害直後～72時間以内	被害～3か月	3か月以上
身体的支援	診察（全身診察） 検体採取 緊急避妊薬 妊娠・中絶・出産	性感染症検査・治療 性教育	
心理的支援	ASD (急性ストレス障害) PFA (サイコロジカル・ファーストエイド)	PTSD (心的外傷ストレス障害) 診断 心理教育 トラウマケア	精神科医療機関紹介 治療
法的支援	警察 弁護士紹介 司法面接		数か月、数年後でもフラッシュバック等 PTSD症状が発覚したとき
生活支援	児童相談所 配偶者暴力相談支援センター シェルター	民間の相談窓口	
同行支援	警察・弁護士 行政機関	精神科医療機関	

図2 日本フォレンジックヒューマンケアセンター HP「SANEについて」<https://nfhcc.jp/sane/> より（参考）

さらに、感情面での支援も必要になることに留意すべきでしょう。生活支援については、児童の場合は児童相談所の支援、DVの場合に転居が必要なときは地方自治体の支援が要請されます。法については、刑事法や裁判所についての知識がある人は少ないので、その説明と同行支援を行うことが必要になります。このように、犯罪の被害者を支援するためには、多くの職種が連携・協力しなければならないので、それを調整する機関・人材が求められます。その一端を担うのが SANE であると考えれば、その意義と役割の大きさを理解できると思います。

(ウ) トラウマインフォームドケア (TIC)

トラウマとは、心的外傷と訳されているもので、アメリカ合衆国の精神科診断基準 DSM-5 では、「トラウマとは、自分の対処能力を超えた体験」とされています。TIC とは、そのようなトラウマを熟知したうえで、トラウマに配慮するケアのことです。2016 年に設立された日本フォレンジックヒューマンケアセンターは、設立時に次のように述べています。「性暴力被害者の多くは相談できない環境の中で性暴力被害がトラウマとして PTSD を発症し家庭、学校、職場、社会の中で孤立を深めています。いつでもどこでも支援が受けられる体制整備が必要です。そのためにも性暴力被害者支援看護職（現在、同団体では、SANE=性暴力対応看護師という訳で統一）を養成し、病院拠点型ワンストップ支援センター設置に向けた活動を実施します。また、できるだけ早く心理的支援が受けられる体制づくりも重要です」。

トラウマへの対応としては ①理解 (realize) ②認知 (recognize) ③反応 (respond) (TIC の実践) ④（二次被害

を含む）再トラウマ化の予防 (resist retraumatization) という 4R が必要だとされています（大岡由佳「トラウマインフォームドケア (TIC) を考える」被害者支援ニュース 41 号 (2023 年)3 頁）。

また、支援者の代理トラウマについての配慮も必要です。代理トラウマとは、二次受傷、代理受傷、共感疲労ともいわれるものですが、「支援従事者が支援を行うことにより犯罪被害者等と同様の心理的外傷を受けること」です。さらに、大規模な交通事故のように、犯罪被害に遭って死亡した者と生き残った者がいた場合、後者の中には、「自分が助かったことに対する罪悪感」を抱くことがあります。これをサバイバーズギルトといい、これによって自ら命を絶った人もいます。この延長として、ハラスメントを免れた場合に、「自分が助かって良かったのか」と「自責の念」を持つ場合もあります。このような二次的な被害にも目を向けることが必要だということも付記しておきます。

以上のように、司法看護の役割の重要性は明らかですが、日本の現状では、SANE の養成は緒についたばかりであり、着実に増加・拡大しているとはいえ、これから飛躍的な発展が大いに期待されるところです。

5. おわりに

このように「性犯罪・性暴力被害者の支援」という問題に関して、看護という分野が色々な面で大きくかかわっていることが分かっていただけたと思います。ただ、そうであるが故に、理解が困難であるのも事実です。多職種連携

が進まない原因もそこにあるのではないでしょうか。これから社会では、一つの機関だけで問題を解決できることが少なくなってくると思われる所以、看護の世界からも積極的なアプローチをお願いしたいところです。また、犯罪被害と自然災害とが、とくに交通犯罪では、同様に見られることがあります。しかし、加害者が存在するということが決定的な違いです。加害者のいない自然災害の場合は、被害者が非難されるということは少ないと思います。とはいえ、被害者をさらに傷つける人がいるのに対して、被害者を支援し、癒しを与える人がいるのも事実です。これからは、後者が増加し、被害者支援の質がさらに向上することが期待されているのです。

〈参考サイト〉

- ・埼玉県「わたしたちは性犯罪・性暴力を許さない」
<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/34874/noviolence.pdf>
- ・厚生労働省 都道府県労働局環境・均等部（室）「職場におけるハラスメント対策パンフレット」
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/001338359.pdf>

〈参考文献〉

- ・川本哲郎：from 共済会 VoL.33「正しくハラスメント行為を認識する！」, 日本看護学校協議会共済会, 2023
- ・川本哲郎：WillnextMagazine 17「これだけは知っておきたい！医療と法」, 日本看護学校協議会共済会, 2020
- ・澤口聰子：法医学と看護, 鹿島出版会, 2004
- ・加納尚美・李節子・家吉望み編：フォレンジック看護 第2版, 医歯薬出版株式会社, 2025
- ・日本フォレンジックヒューマンケアセンター「SANEについて」
- ・日本福祉大学／日本フォレンジックヒューマンケアセンター：「性暴力対応看護師（SANE）養成プログラム 2025」

PROFILE

川本 哲郎（かわもと てつろう）

同志社大学法学部法学研究科元教授

全国被害者支援ネットワーク監事・京都犯罪被害者支援センター副理事長

中央大学卒業後、同志社大学大学院法学研究科入学。京都学園大学、京都産業大学勤務を経て2012年同志社大学法学部法学研究科教授に就任。2020年3月定年退職。

専門のテーマは感染症と人権、交通犯罪、

精神障害者犯罪、犯罪被害者支援など。著書「新版 交通犯罪対策の研究」「精神医療と犯罪者処遇」など多数。京都府と京都市の感染症診査協議会委員、京都市精神医療審査会会長。



当会は医療・福祉に携わる皆さんの医療安全のため、さまざまな角度からサポートしています

ガイドブック

新入生向けガイドブックは「安全な実習のための SNS 時代における個人情報取り扱い・医療関連感染対策・医療接遇とコミュニケーションガイドブック」に生まれ変わりました。



当会では、看護をはじめ、医療・福祉系学生に安心して安全に実習に臨んでいただくことを願い、これまで「SNS と個人情報取り扱い」「医療関連感染対策」「医療接遇とコミュニケーション」をテーマに各冊子を制作・発行いたし、ご希望のございました会員校さまにお送りしております。そうした中で、「3 冊あると、卒業までの間に紛失する学生がいる」「一冊にまとまっていると便利」などのご要望を伺うようになり、このたび、一冊化することといたしました。本タイミングで、特に法改正に伴う修正が必要な「個人情報取り扱い」に関する Part は全面リニューアルしております。

す。表紙もあらたに、判型をこれまでの新書版から A5 版に変更し、読み応えがあるガイドブックとなりましたので、ぜひ、新入生の皆さまへお配りください。Will 事務局より、2 月中旬以降に見本・オーダーの案内予定です。

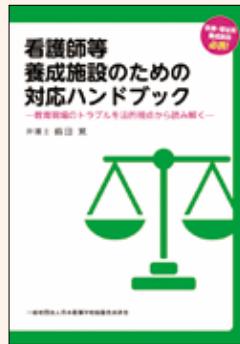
また、先行して本年度も卒業生向けに「新人看護師のための医療安全ガイドブック はじめての看護現場必携」も発行し、ご希望の会員校さまへご希望の時期に順次発送しております。お手元に届きましたら、卒業生の皆さまへお配りいただけますと幸甚です。

書籍

「看護師等養成施設のための対応ハンドブック

—教育現場のトラブルを法的視点から読み解く—

昨年 9 月に当会より発行いたしました当該書籍は、非常に好評をいただており、看護をはじめとする医療・福祉系養成施設さまはもとより、医療・福祉施設関係の皆さまからのお問合せ、オーダーも多くいただいております。教育活動におけるトラブル対応にとどまらない、充実した内容によるものと思われます。ぜひご一読いただき、医療・福祉の安全につなげていただければ幸いです



本ハンドブックは WEB から
ご購入いただくことができます

ご購入はこちら ➡



定 価 3,000円(送料別)
会員価格 2,000円(送料無料)

お知らせ 令和 8・9 年代議員選挙について

令和 8 年度は代議員改選年度となり、一般社団法人日本看護学校協議会共済会定款及び代議員選任規程に基づき、令和 8・9 年度代議員選挙を実施いたします。

概要、日程・手続きなどの詳細については、3 月中旬、当会ホームページ (<https://www.e-kango.net>) にて公示いたしますので、正会員の皆さまにおかれましてはご確認くださいますよう、よろしくお願ひいたします。

一般社団法人日本看護学校協議会共済会 会報誌
共済会 News Vol.39 (旧「From 共済会 /WillNews」)

発行日：2026 年 2 月 16 日

発行所：一般社団法人日本看護学校協議会共済会

〒 104-0033 東京都中央区新川 2-22-2 6F

<https://www.e-kango.net>

発行者：荒川 真知子

編集人：石原 裕子

制作・印刷：コミニカ企画株式会社