

## 事例6 新人のためのフォローアップ体制の強化（君津中央病院）

### ■病院概要

- ・病床数 571 床（一般 529 床、結核 36 床、感染症 6 床）、また新病院が 2003 年 7 月に開設する。病床数 651 床（一般 619 床、結核 26 床、感染症 6 床）である。診療科 24 科、平均在院日数は 14.5 日、病床稼働率は 90.4% である。
- ・千葉県南部の中核公立病院として地域医療の確保と医療水準の向上を図るとともに、救命救急センター（ICU）、新生児集中治療（GCU、NICU）等の高度・特殊医療を担っている。附属看護専門学校 3 年課程併設している。
- ・職員数は 741 人、うち看護職は 439 人である。

#### （1）取り組みの背景

- ・新病院立ち上げのため、平成 14 年度 58 人の採用（内新卒 32 人、既卒 26 人）を見込んで前倒しの形で増員している。その中ですでに 3 月での退職意思表示をしているものが 6 人（10%）おり、当院の平均退職率に達していることが課題となっている。
- ・退職の理由は、職場不適合、結婚、キャリアアップ等である。当院の退職率は約 10%（定年退職者を含む）であるが、既に 1 年未満退職者だけで退職率に達している。
- ・新人教育に関わるプリセプターの負担が大きい。
- ・現場にうまく適応できず、夜勤ができない新人がいる。また、夜勤をしても他のメンバーに確認などの業務が付加され負担がかかることが問題になっている。
- ・平成 14 年度 3 月末退職者予定の 40 人（9%）を見込んで、平成 15 年度にはさらに 82 名の採用を予定している。

#### （2）取り組みのポイント

- ・新規採用が多いため、この対策としてフォローアップ体制の強化に努めている。
  - フォローアップのための継続教育（段階的達成目標にそった達成度チェック表を用いた自己及び他者評価）
  - 新人仲間との交流
  - 職場でのプリセプター支援体制づくり
  - リエゾンのナースの関わり

#### （3）今後の課題

- ・今後の課題として以下の点が指摘できる。
  - 勤務部署における適切なタイミングでのフォローアップ研修（OTJ）の実施
  - 集合研修における仲間同士の交流
  - コミュニケーション技術のスキルアップ。「わからない」と言えるようにする。他者

と関わるための関係づくり

■プリセプターとプリセプティを支援するためのシステムづくり

## 事例7 物流の一元化と24時間稼働（東京大学医学部附属病院）

### ■病院概要

- ・ 病床数 1,193 床
- ・ 2001 年度 1 日平均入院患者数 859 人
- ・ 2001 年度 1 日平均外来患者数 3,073 人
- ・ 平均在院日数 18.4 日
- ・ 職員数 1,733 人

### （1）取り組みの概要

- ・ 東京大学医学部附属病院は新病院開設に伴い、患者治療と病院運営の支援システムとしてすべての医療材料と医療機器などを一元化して管理する物流システムを導入し、24時間運営のSPDセンターを新設した。
- ・ 従来、施設における物流に関する業務は一元的ではなく、効率的ではなかった。再使用可能医療材料の洗浄、消毒、再セット、滅菌は旧材料部が行い、ディスポ医療材料は用度係を中心とした事務部門が行い、薬剤は薬剤部が、ME器機はMEセンターが、検査検体は検査部が、それぞれ物品管理や搬送を担当していた。新病院を開設するにあたり、患者情報、処置情報、薬品情報、医事情報、物品管理情報など各種の情報をリンクする情報システムが導入され、SPDセンターが開設されて物品管理が一元化されるようになった。この企画に関しては、院内各部門が参画して検討された。
- ・ SPD創設の目的
  - ① 病院職員の物品管理業務からの軽減。病院職員が行ってきた事務・雑務的な業務を整理し本来の診療・看護に専念できるようにする
  - ② 病院経営の効率化と改善。院内の不良在庫の解消、物品の適正な供給・管理、保険請求漏れの防止
- ・ SPDの運営は事務部門に新設された医療サービス課が担当し、物流専門業者や搬送専門業者を外注した大組織となった。
- ・ 処置に関する物品供給は、処置オーダーを患者単位で入力し、SPDセンターで患者ごとにセットが組まれて各部署に搬送される。締切時間は処置日前日の12時であり、臨時の場合には24時まで受け付ける。12時締め切り分については17時に搬送され、臨時分は翌日7時に搬送される。

## (2) 取り組みのポイント

### ・ SPDシステム導入の効果

- ① 病棟職員の物品管理（発注・事前準備・滅菌期限管理）業務、ME機器管理業務が軽減した。特に24時間体制であるため夜間も看護師の負担がない。
- ② 救急カートの統一化（成人・小児・NICU）がなされ、SPD管理により緊急用物品管理業務が無くなった。
- ③ 処置セットの根幹である基本キットを統一化したことにより、購買費用の削減が見込まれている。
- ④ 処置セットは処置前日の夕方までに搬送しているため、処置前の物品確認が余裕をもって行える。
- ⑤ 定数配置物品の在庫量を約1.5日分に設定し、定数カード情報を基に毎日補充しているため、期限切れ製品の発生が解消した。
- ⑥ 手術（患者）単位の供給により、手術件数の増加にも耐えうる体制になりつつある。
- ⑦ 実施入力により、処置使用物品データが医事部門に送信され、レセプト情報に反映されるシステムになった。
- ⑧ 365日24時間運用のため、災害時等の備えにもなっている。

## (3) 今後の課題

- ・ 処置セットおよび手術セットメニューの見直しと標準化・統一、さらに製品化に向けての取り組み
- ・ DPCを見据えた原価計算

## (4) 本事例からの示唆・問題提起

- ・ SPDセンターが24時間運営されていることによる看護師の物品搬送、ME機器搬送業務が軽減されたことは画期的である
- ・ 物流システムの一元化に向けて、企画の段階から組織横断的に関連部署と検討を進めたことでスムーズに導入された。

## 事例 8 医療安全確保のための他部門との協力体制（大森赤十字病院）

### ■病院概要

- ・ 病床数 351床
- ・ 職員数 429名
- ・ 看護職者数 221名、臨床看護経験平均年数8年
- ・ 看護補助者31名
- ・ 臨床検査技師20名 薬剤師12名
- ・ 病床利用率92.6%、平均在院日数15.7日
- ・ 紹介率35%
- ・ 入院基本料I、急性期入院加算
- ・ 第二次救急指定病院、開放型病棟（10床）

#### （1）病棟の看護体制（平成14年12月現在）

- ・ 平日：16時50分～8時30分 休日：8時30分～8時30分
- ・ 医師 内科系1名 外科系1名 産科系1名、小児科は土・日のみ1名
- ・ 臨床検査技師 1名
- ・ 放射線技師 1名
- ・ 薬剤師 土・日のみ1名
- ・ 夜間管理看護師長1名
- ・ 救急外来看護師（係長1名 外来看護師1名）
- ・ 手術室看護師 院内待機1名 自宅待機1名
- ・ 事務職 2名
- ・ 技能業務員 1名
- ・ 休日・夜間の1日平均救急入院患者数：3.7人

#### （2）問題点

- ・ 深夜勤務者による入院患者の採血業務は、早朝の患者の排泄・洗面・体位変換・食事の援助が必要な時間帯に重なる。⇒ 患者のケアに集中できない。
- ・ 薬剤師が平日の夜間帯にいないため、緊急に必要な薬剤（内服薬・麻薬・特殊注射薬等）については、マニュアルに遵って看護師・医師が対応している。（救急外来・病棟）⇒ 薬剤業務に関する安全性の問題

#### （3）取り組みの概要

- ・ 入院患者の採血業務に対する対策として、臨床検査技師による採血業務体制の整備を行った。具体的には、検査を外注化し、臨床検査技師が入院患者の採血を実施、また、採血室の体制を臨床検査技師＋看護師1名とした。

- ・ また、夜間薬剤師配置に関する問題についての検討を行った。

#### (5) 取り組みのポイント

- ・ 採血業務は臨床検査技師の業務の一部であるというコンセンサスがある程度得られていたので、スムーズに導入することが出来た。
- ・ 早朝の業務過多について、看護部だけで検討するのではなく、他部門と共に検討し、問題に対応した。

#### <参考>臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律

第二十条の二 臨床検査技師は、保健師助産師看護師法第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として採血（医師の具体的な指示を受けて行うものに限る。）及び第二条第一項の政令で定める生理学的検査を行うことを業とすることができる。

#### (6) 今後の課題

- ・ 病棟での採血業務については、臨床検査技師のなかでも、病棟採血は自分達の業務ではないという意見もあり、調整していく必要がある。
- ・ 薬剤師の夜間配置については、薬剤サービスの質を向上し、全日の夜間当直体制をとるためには、人員増加が必要となる。しかし、夜間薬剤師配置に対する診療報酬上のメリットはないため、配置した場合の人件費が増大してしまう。

#### (7) 本事例からの示唆・問題提起

- ・ 薬剤師を夜間に配置することに対する診療報酬加算が必要である。
  - ① 時間外・夜間に薬剤師による調剤加算があれば、薬剤師の配置が強化される。
 

(例)	時間外加算	40 / 100
	深夜加算	80 / 100
	休日加算	80 / 100
  - ② 夜間薬剤師配置加算があれば、薬剤師数の増員が可能となり、体制が強化される。
    - ・ 医療安全確保のための夜間看護体制には、他部門との協力体制が必要である。
    - ・ 薬剤師・臨床検査技師との協力体制をつくるためには、それぞれの専門業務が実施されることに対する診療報酬上のインセンティブがあると、人員確保や体制づくりを強化できる。

## 事例9 夜間救急患者受け入れ態勢の現状と問題点（聖マリアンナ医大東横病院）

### ■病院概要

- ・ ベッド数 382床
- ・ 診療科 20科
- ・ 職員数（H14.4.1） 572名
- ・ 平均在院日数 16.62日
- ・ 職員数 429名
- ・ 救急外来夜勤者 看護師2名、アシスタント1名（16:00～23:00）
- ・ 当直医師内訳 内科医2名 外科、整形外科、脳神経外科、産婦人科、小児科医各1名（上位者が院長代行・サブ代行）。その他に研修医1～2名。
- ・ 当直者内訳 受付事務3名（兼電話交換） 薬剤師 臨床検査技師、放射線技師1名
- ・ オンコール 臨床工学士、施設課職員、放射線技師、麻酔科医各1名、手術室看護師2名 放射線・内視鏡室看護師各1名

### （1）問題点

- ・ 変則2交代勤務のため、夜間、一人休憩をとると6時間が勤務者2名になる、長時間勤務で疲労感が大きい、集中力が続かない、多忙で休憩時間が取れない、などの理由で安全性が低下している。

### （2）取り組みの概要

- ・ 看護師の夜間業務を減少させる
  - ①物品請求については、薬品・衛生材料・消毒薬定数の見直しを図った。
  - ②中材への物品搬送、物品補充・ハウスキーピングは、看護助手業務へと変更した。
- ・ 動線を短縮化する。具体的には、ディスプレイ製品の活用で物品準備をなくした。
- ・ ウィークディに日勤遅出勤を導入し、時間帯を検討する
  - ①13:00～21:30の場合、超過勤務時間は減ったが、事故の低減に繋がらず、また、休憩時間確保が困難であったり、長時間勤務による集中力の低下が発生した。
  - ②12:00～20:30に変更し、夜勤専従者を2名配置し、夜勤専従者の夜勤回数を8回から9回へ増やした。
  - ③夜間のリリース制度を導入することで、病棟から看護部に要請があれば、他病棟からリリースナースを配置することとした。業務内容は、点滴のミキシング、死後の処置、予定外に増えた業務などを実施する。
  - ④アシスタント（16:00～23:00）によるメッセージ業務を拡大した。アシスタントとは、看護助手と派遣のスタッフのこと。看護助手業務とメッセージ業務を実施する。

### (3) 取り組みのポイント

- ・ 夜間業務を減少させるために、看護師の業務と看護助手の業務を整理すること、ディスプレイ製品の導入により、効率化を図った。
- ・ 単に日勤遅出勤を導入するのではなく、複数の時間帯で試行し決定している。
- ・ 夜間のリリーフナースの業務は、その場ですぐ出来るものにし、リリーフナースの負担を軽減した。

### (4) 取り組みの概要

- ・ 適切な業務管理と人員配置は重要であるが、他部門とも分担する必要がある。
- ・ 勤務体制を変更した場合、その評価を基に柔軟に時間帯などを修正していく。
- ・ リリーフナースの業務は、複雑なものではなく、すぐに実践できるものが望ましい。



### 3. 人員体制の面から見た医療安全確保のための課題の整理

以上の結果を踏まえて、人員体制の面から見た医療安全確保のための課題を整理した。

#### ①以前と比較して業務量が増加している一方で、看護の体制は夜間業務に対応できる十分な水準にない

- ・日勤帯で行うべき業務が、業務量の多さから準夜帯、深夜帯に回されている状態が常態化しているとの指摘がある。記録、混注などは特にその傾向がある。深夜業務の業務量が以前よりも多くなっている現状では、十分な仮眠を取ることもできない状態にあり、以前ほど昼夜の業務量の差がなくなりつつある一方で、夜間の人員配置は大きくは変わっていない。この背景には、診療報酬上の規定による制度的な要因があるとの指摘がある。
- ・現在の人員配置では夜間の急変や緊急入院が重なった場合の対応が困難である。これが事故のリスク要因となっているとの指摘もある。
- ・早朝、夕方に体制に比べて業務が集中しリスクが高いとされる。現場では、早朝・夕方に厚く人を配置するなどの工夫により対応しているが、夜間勤務等看護加算の平均夜勤時間数 72 時間の要件が増員の障害になっているなど診療報酬上の制度的な問題が指摘されている。
- ・夜勤中の仮眠は業務効率上有効であるが、実際には夜間勤務中に仮眠を取れていないことは多い。急性期では仮眠をとれないことを前提とした体制を検討すべきではないか。
- ・勤務経験の浅い職員、特に新人職員も人員配置上 1 人としてカウントされ、特に配置人数が少ない夜勤帯では実質的なマンパワーは大きく低下している。新人職員は 1 人とカウントせずに配置することなども考えられるが、制度上のインセンティブがない現状では困難で、医療機関の努力に期待するには限界がある。
- ・また、国家公務員については「行政機関の職員の定数に関する法律」がある。各地方自治体でもこの法律に類似の条例を制定しているところが多く、職員数増加の障害となっている。
- ・看護・医療以外の分野で蓄積されている、生理学的見地から見た適切な交代制に関する知見・工夫、海外における看護師の交代制に関する研究成果などが必ずしも活用されておらず、疲労の蓄積や作業効率の向上の面から問題を残している。

#### 【関連する法的規制・基準】

##### ○夜間勤務等看護加算（抜粋）

###### (1) 通則

イ 当該保険医療機関のすべての病棟が(2)から(6)までに規定する基準のいずれかに適合していること。

ロ 看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。

###### (2) 夜間勤務等看護 1

イ 夜勤を行う看護職員の数が二以上であって、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。

ロ 夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。

(3) 夜間勤務等看護 2

イ 夜勤を行う看護職員の数が二以上であって、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。

ロ 夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。

：

○交代制勤務に関するNIOSH文献

■ローテーションの速さは、より遅いものが好ましい。

■ローテーションの方向は右回りが好ましい。

■連続勤務は、5日以内とすること。

■12時間交代の場合、連続勤務は2、3回を最長とすること。

■夜勤のスケジュール自体をローテーションすること。

■2～4日の連続した夜勤の後、2、3日の休日が良い。

■次のシフトにローテーションするまでに少なくとも24時間空けること。

■1ヶ月には、1、2回は週末を完全な休みとすること。

■長い連続勤務(10～14日)の後まとめて休みを取る(5～7日)というスケジュールは良くない。

■日勤が始まる時間は、早すぎてはいけない。

○行政機関の職員の定数に関する法律

(定員の総数の最高限度)

第一条 内閣の機関(内閣官房及び内閣法制局をいう。以下同じ。)、内閣府及び各省の所掌事務を遂行するために恒常的に置く必要がある職に充てるべき常勤の職員の定員の総数の最高限度は、五十三万四千八百二十二人とする。

2 次に掲げる職員は、前項の職員に含まないものとする。

一 国家公務員法(昭和二十二年法律第百二十号)第二条第三項第一号、第二号及び第四号から第七号の二までに掲げる職員並びに同項第九号に掲げる職員のうち常勤の職員

二 宮内庁長官、侍従長、皇太后宮大夫、東宮大夫、式部官長及び侍従次長

三 自衛官

四 国の経営する企業に勤務する職員の給与等に関する特例法(昭和二十九年法律第百四十一号)第五条に規定する常勤の職員

五 国際平和協力隊の隊員

(内閣府、各省等の定員)

第二条 内閣の機関、内閣府及び各省の前条第一項の定員は、それぞれ政令で定める。

第三条 第一条第二項第四号に掲げる職員の定員は、国の経営する企業ごとに、政令で定める。

○東京都職員定数条例

(定義)

第一条 この条例で「職員」とは、知事、公営企業、議会、人事委員会、選挙管理委員会、監査委員、教育委員会及び海区漁業調整委員会の事務部局に常時勤務する地方公務員(副知事、出納長、公営企業の管理者及び教育長を除く。以下「常時勤務職員」という。)及び地方公務員法(昭和二十五年法律第二百六十一号)第二十八条の五第一項に規定する短時間勤務の職を占める職員(以下「再任用短時間勤務職員」という。)をいう。

(昭三〇条例二・全改、昭三一条例六・昭四二条例一二・昭五〇条例七三・平一四条例一五・一部改正)

(職員の定数)

第二条 職員の定数は、常時勤務職員数と再任用短時間勤務職員の勤務時間総数に相当する常時勤務職員の数との合計とし、次のとおりとする。

一 知事の事務部局の職員

イ 一般職員 三〇、五四四人(うち、三四人は福祉事務所の定数とする。)

ロ 大学(短期大学を含む。) 一、〇九九人

計 三一、六四三人

二 公営企業の職員

イ 交通事業(高速電車事業及び電気事業を含む。) 七、八八六六人

ロ 水道事業(工業用水道事業を含む。) 五、二〇二人

ハ 下水道事業 三、八〇九人

計 一六、八九七人

三 議会の事務部局の職員 一四〇人

四 人事委員会の事務部局の職員 六九人

五 選挙管理委員会の事務部局の職員 二五人

六 監査委員の事務部局の職員 九六人

七 教育委員会の事務部局の職員 八二三人

八 海区漁業調整委員会の事務部局の職員 六人(各海区漁業調整委員会を通じての定数とする。)

合計 四九、六九九人

2 休職、結核休養、併任、公務災害休業、育児休業及び国、他の地方公共団体その他の団体における研修又は事務従事の場合の職員は、定数外とする。

3 休職、結核休養、公務災害休業及び育児休業の職員が復職した場合は、一年間を限り定数外とすることができる。

4 第一項の表に掲げる職員の定数のうち、再任用短時間勤務職員をもって充てる数は、それぞれ知事、公営企業の管理者、議長、人事委員会委員長、選挙管理委員会委員長、代表監査委員、教育委員会委員長、海区漁業調整委員会会長が定める。

(昭五〇条例七三・全改、昭五一条例三五・昭五二条例六・昭五三条例八・昭五四条例二・昭五五条例一〇・昭五六条例九・昭五七条例九・昭五九条例五・昭六一条例八・平元条例

七二・平六条例四・平八条例九・平九条例九・平一〇条例一四・平一一条例八・平一二条例八・平一三条例一〇・平一四条例一五・平一五条例四・一部改正)

(職員の定数の配分)

第三条 前条第一項の表に掲げる職員の定数の当該事務部局内の配分は、それぞれ知事、公営企業の管理者、議長、人事委員会委員長、選挙管理委員会委員長、代表監査委員、教育委員会委員長、海区漁業調整委員会会長が定める。

(昭二九条例一三・全改、昭三〇条例二・昭三九条例七・平一四条例一五・一部改正)

## ②法的根拠や拘束力のないニッパチにとらわれている

- ・いわゆる「ニッパチ」については、現在法的な拘束力はない。
- ・1965年の人事院「行政措置要求に対する判定」や1992年の診療報酬改定による「夜間看護加算」の規定(夜勤人数と夜勤回数が要件)に基づいたものであるが、前者は本来、国家公務員に対してのみ適用されるもので、法的拘束力はない。また後者も1996年に夜勤看護要員当り患者数と月平均夜勤労働時間数を要件とすることに変更されている。
- ・一方で、実際の現場ではニッパチを基準として看護配置を考えている場合もあるようである。
- ・「ニッパチ判定」がなされたころは1人夜勤が多かったが、現在は2人、3人を経て4人以上の体制も出てき始めている。3人が主流である。

### 【関連する法的規制・基準】

労働基準法では、1日および1週間の労働時間に関して規定されている。深夜労働に関しては、賃金について深夜(午後10時から午前5時まで)の割増賃金に関する規定があるものの、夜間の労働に関する規定はない。

診療報酬上、看護師の夜勤体制について「夜間勤務等看護加算」の算定がある。薬剤部門、検査部門の夜勤に対する規定はない。

## ③診療報酬上の評価と実態との乖離

- ・一般病棟の看護職員当り平均患者数の実態は2.08人であり、これは2:1から4:1の区分の上位に位置している。
- ・診療報酬上、急性期病院が算定することが想定される入院基本料1を算定した場合に、看護補助者が評価されない。
- ・新生児入院医療管理加算要件「常時6:1」、集中治療室要件「常時2:1」など昼夜を問わない人員体制の評価方法が導入されている。危険性の高い病棟などは、こういった包括方式もあるのではないか。

○診療報酬上の看護補助加算(抜粋)

十二 看護補助加算の基準

(1) 四対一看護補助加算

イ 当該病棟における看護補助者の数は、当該病棟の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

ロ 入院基本料 5、入院基本料 6 及び入院基本料 7 を算定する病棟であること。

(2) 五対一看護補助加算

イ 当該病棟における看護補助者の数は、当該病棟の入院患者の数が五又はその端数を増すごとに一以上であること。

ロ 入院基本料 4、入院基本料 5、入院基本料 6 及び入院基本料 7 を算定する病棟であること。

(3) 六対一看護補助加算

イ 当該病棟における看護補助者の数は、当該病棟の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。

ロ 入院基本料 3、入院基本料 4、入院基本料 5、入院基本料 6 及び入院基本料 7 を算定する病棟であること。

(4) 十対一看護補助加算

イ 当該病棟における看護補助者の数は、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。

ロ 入院基本料 2、入院基本料 3、入院基本料 4、入院基本料 5、入院基本料 6 及び入院基本料 7 を算定する病棟であること。

(5) 十五対一看護補助加算

イ 当該病棟における看護補助者の数は、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。

ロ 入院基本料 2、入院基本料 3、入院基本料 4、入院基本料 5、入院基本料 6 及び入院基本料 7 を算定する病棟であること。

⑤女性にとって働きやすい職場づくりが十分進んでいない

- ・妊娠・出産にともなう職員数の減少も多く、病棟管理者が抱える共通の課題となっている。第2子、第3子を続けて出産する場合に、長期の休業となることがあるため、現場にとって負担となると同時に、休む側にとっても心理的な抵抗がある。女性が多い職場であるにもかかわらず、働きやすいしくみづくりが進んでいない。

【関連する法的規制・基準】

○改正育児・介護休業法（抜粋）

第十七条 事業主は、労働基準法第三十六条第一項本文の規定により同項に規定する労働時間（以下この条において単に「労働時間」という。）を延長することができる場合において、小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者（日々雇用される者を除く。以下この章、次章、第二十三条から第二十六条まで、第二十八条及び第二十九条において同じ。）であって次の各号のいずれにも該当しないものが当該子を養育するために請求したときは、制限時間（一月について二十四時間、一年について百五十時間をいう。次項において同

じ。)を超えて労働時間を延長してはならない。ただし、事業の正常な運営を妨げる場合は、この限りでない。

- 一 当該事業主に引き続き雇用された期間が一年に満たない労働者
- 二 労働者の配偶者で当該請求に係る子の親であるものが、常態として当該子を養育することができるものとして厚生労働省令で定める者に該当する場合における当該労働者
- 三 前二号に掲げるもののほか、当該請求をできないこととすることについて合理的な理由があると認められる労働者として厚生労働省令で定めるもの

第十九条 事業主は、小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者であつて次の各号のいずれにも該当しないものが当該子を養育するために請求した場合においては、午後十時から午前五時までの間(以下この条において「深夜」という。)において労働させてはならない。ただし、事業の正常な運営を妨げる場合は、この限りでない。

- 一 当該事業主に引き続き雇用された期間が一年に満たない労働者
- 二 当該請求に係る深夜において、常態として当該子を保育することができる当該子の同居の家族その他の厚生労働省令で定める者がいる場合における当該労働者
- 三 前二号に掲げるもののほか、当該請求をできないこととすることについて合理的な理由があると認められる労働者として厚生労働省令で定めるもの

第二十三条 事業主は、厚生労働省令で定めるところにより、その雇用する労働者のうち、その一歳に満たない子を養育する労働者で育児休業をしないものにあつては労働者の申出に基づく勤務時間の短縮その他の当該労働者が就業しつつその子を養育することを容易にするための措置(以下この項及び次条第一項において「勤務時間の短縮等の措置」という。)を、その雇用する労働者のうち、その一歳から三歳に達するまでの子を養育する労働者にあつては育児休業の制度に準ずる措置又は勤務時間の短縮等の措置を講じなければならない。

第二十四条 事業主は、その雇用する労働者のうち、その三歳から小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者に関して、育児休業の制度又は勤務時間の短縮等の措置に準じて、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

第二十五条 事業主は、その雇用する労働者のうち、小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者に関して、労働者の申出に基づくその子の看護のための休暇(負傷し、又は疾病にかかったその子の世話をを行う労働者に対し与えられる休暇(労働基準法第三十九条の規定による年次有給休暇として与えられるものを除く。)をいう。)を与えるための措置を講ずるよう努めなければならない。

第二十六条 事業主は、その雇用する労働者の配置の変更で就業の場所の変更を伴うものをしようとする場合において、その就業の場所の変更により就業しつつその子の養育又は家族の介護を行うことが困難となることとなる労働者がいるときは、当該労働者の子の養育又は家族の介護の状況に配慮しなければならない。

#### ⑥医療機関全体が夜間に対応できる体制となっていない

- ・医療の高度化や在院日数の短縮、患者の意識向上などに伴い、夜間においても患者の医療ニーズは高くなっているが、夜間の病院の体制はそれに対応するものとなっていないためリスクが高まっている。
- ・医師、看護職以外の職種の夜勤体制が組まれておらず、病棟の看護職が他職種の業務を担っている。そのためより一層多忙になり、リスクを高めるという状況を生じさせている。
- ・特に臨床工学技士が不在の病院は多く見られる。この場合、医療機器の管理・点検は看護職が行っていることが多く、看護職の負担が大きくなっている。ICUだけでなく一般病棟でも、患者が人工呼吸器などの生命に関わる医療機器を装着しているケースが増えており、新しいリスクとして認識されている。
- ・急性期病院、あるいは救命救急センターでも、検査部門や薬局、ME機器部門、システム担当部門が24時間稼働していないところも多く見られている。

#### ⑦病院管理者のリーダーシップの不足

- ・以上のような課題は、病院管理者のリーダーシップの不足に起因するところが多いと考えられる。
- ・病院管理者は、患者の安全についての取り組みを部門横断的に推進する役割を担うべきである。
- ・英国で提唱されているクリニカルガバナンスの考え方も参考になる。

## 第4章 考察

### 1. 医療安全を阻害する要因に関する構造化

本研究では、医療安全確保のための看護体制のあり方について研究してきた。看護体制のあり方を中心に検討を重ねたが、看護部門は、医療施設の一部門であり、医療の安全を確保することは組織全体で取り組むべき問題であり、また、社会の動向が医療・看護に与えている変化も視野にいれながら総合的に整理・分析し看護体制のあり方を検討する必要があった。

本研究において医療安全の現状の問題や事例研究を重ねた結果、急性期医療の安全を阻害する要因は構造的な仕組みがあり、複雑に絡み合い関連していることが分かった。

ここでは、急性期医療における看護実践の安全性を阻害する要因の構造化を試み、日常業務に与えている影響について考察する。

#### 1) 社会の変化について

社会の変化については、厚生白書や看護白書等で毎年分析されているが、この「社会の変化」が「医療安全」にどのように影響を与えているかを包括的に一覧できるものはこれまで作成されていなかった。

本研究では、医療安全を阻害する要因をあげ、KJ法を用いて分類し、社会の変化と医療安全を阻害する要因の関連性を検討した。その結果、社会の変化に関する項目は8項目に分類された。

具体的には「科学の進歩」、「患者等の権利意識の向上」、「生活スタイルの24時間化」、「疾病構造の変化」、「高齢化」、「景気低迷」、「看護職者の数の不足（外国と比較して）」、「働く人の意識変化」、に分類される。

#### (1) 科学の進歩について

科学が進歩することで、最新の知識を常に習得する必要があり、医療機器・機材や医薬品においては先発組みと後発組が並行するなか、使用方法等が複雑化・高度化している。また、診療・処置においても従来の治療方法が見直されたり、新たに開発されることにより、24時間にわたり継続した治療が増加している。

このことにより、診療上の補助行為や治療に付随して発生する診療部門・薬剤部門・検査部門・事務部門等の業務が増加しているが、看護職以外の職種には24時間継続してサービスを提供するシフト体制がなく、<sup>1)</sup>適切な業務分担が不十分なまま、唯一24時間シフト体制を整備している看護部門が他部門の業務を担っている。<sup>2)</sup>

その結果、看護職は看護業務以外の業務も負担しており、複雑かつ高度な診療上の補助行為を24時間実施している。しかし、従来どおりの看護人員数で対応しているため、医療事故の要因となる「時間切迫」、「多重課題」、「業務中断」が発生する。

24時間治療は実施されるが、組織の各部門の体制が未整備というシステム上の欠陥が、ヒューマンエラーを誘発する遠因ともなっている。



科学の進歩は、日本国憲法第25条の国民生活向上に関する国の義務、医療法第1条の2及び第1条の4の医療従事者の義務により保証されているが、科学の進歩を追及する場合には、それに対応できる体制整備がなければ、国民が受ける医療や看護の安全は脅かされ続けることが予測される。保健師助産師看護師法第1条では、「医療及び公衆衛生の普及向上を図る」ことが目的に掲げられているが、医療や看護の基本である「安全」が確保されずに科学の進歩に追随することは、本来の目的達成を困難にしている。

## (2) 患者等の権利意識の向上について

平成9年医療法第3次改正において、「医療提供にあたっての患者への説明と理解」が盛り込まれるなど、国民の医療・看護に対する権利意識の向上は、医療者の姿勢の変容を促している。それと同時に、医療をサービスの一つとしてとらえ、医療サービスの消費者としてのニーズが高まり、従来の治療行為、看護実践の枠組みだけでなく、個別サービスを拡充することへの欲求が高まっている。

前述したように、医療・看護行為を実施する上での最低限必要な医療安全体制が確保されていない状況下では、広く全般的に個別サービスに対応することにより、業務量が増加し、各個人に濃厚で手厚いケアを実施することが望まれている。また、入院期間の短縮により医療サービスは外来にシフトしつつあるが、こうした外来機能の多様化、機能分化に対応した診療報酬上の未整備も課題である。

患者等の個別ニーズに応じることは重要なことであるが、各個人への対応には一定の時間を必要とし、その間、他の患者の安全が保てない状況が発生している。これは、医療安全管理上の問題でもあるが、公平に資源を配分するという倫理原則の観点からも検討課題である。

患者の権利意識の向上は、患者参画型の適切な医療を推進する上で、重要である。しかし、制度上のインフラが整っていない状況での対応は医療現場任せであり、特に夜間の医療提供体制が未整備という状況下では、現場で対応する看護師に過度の負担が強いられている。患者参画型の医療の推進には、体系化された情報提供や窓口対応などの体制整備が緊急にもとめられる。

## (3) 生活スタイルの24時間化について

生活スタイルの24時間化は、いわゆる夜間救急外来のコンビニ的使用という現象を生じさせている。例えば、夜間小児救急外来を受診する患者のうち、95%は軽症である<sup>3)</sup>という調査結果があるように、軽症であっても、夜間救急外来を受診し、昼夜を問わず、24時間対応することが求められている。片田らの調査では、小児救急医療における人的資源及び患者家族への対応の満足度について医師の90%、看護師の87.3%が「充分でない」と答えている。患者家族への対応については、医師の70.0%、看護師の70.9%が「うまくいっていない」と回答しており、これらに対する改善策として「適切な人的資源の配置」<sup>4)</sup>、「救急システムの見直し」をあげている。

医師、看護師をはじめとするメディカルの夜間の人員配置数が絶対的に不足しているなか、患者は夜間に医療機関を訪れ、夜間の看護師の業務量が増加する。そのため救急医

療に従事している医療従事者の満足度も低下しているという現状がある。カナダの首都に位置する小児専門病院 Children's Hospital of Eastern Ontario では、毎年 125,000 人の患者が外来を受診しているが、救急部の正規雇用看護師数は 15 名、パートタイム 36 名、時間勤務雇用 10 名配置され、多様な雇用形態で救急部のスタッフや看護師を手厚く配置している。

夜間の救急医療の問題は小児救急の領域だけではない。生活スタイルの 24 時間化が進む中、医療施設でも 24 時間対応できるシステムを組織全体で対応できるような法的・診療報酬上等のインフラの整備は急務である。

#### (4) 疾病構造の変化及び高齢化について

わが国の疾病構造は、戦前・戦直後は低栄養や第一次産業等の肉体労働者の占める割合が多く、結核等の感染症が主流だった。戦後、高度経済成長及び近代化が進み、第一次産業従事者の割合が 1 割をわり、肉体労働者の数が減少した。ひとびとは高栄養・運動不足等からくる生活習慣病へと推移し、生活習慣病に関連が深い、がん、心臓病、脳卒中が 3 大死因を占めている。また、寿命も延び、わが国の 65 歳以上の人口は 2400 万人弱に上り、全人口の 18.5% を占め (2002 年 10 月 1 日現在) ている。医療費も 30 兆円を超え、年間の医療費伸び率約 1 兆円のうち約 9 割が老人医療費の伸びになっている<sup>5)</sup>。また、核家族化も進み、高齢者の単独世帯が増加している<sup>6)</sup>。

このような背景のなか、介護の長期化、介護者の高齢化が社会問題として取り上げられているが、疾病構造の変化及び人口の高齢化により、医療現場にも新たな課題が発生している。

生活習慣病の時代の到来により、複数の疾患を持ち、疾病や老化に伴い機能障害及び認知障害を持つ患者が増え、療養生活において手厚いケアが必要になっている。また、高齢化は、慢性病や終末期の患者数が増加していることを意味する。

看護師の業務では療養上の世話においてこれまで以上に手厚いケアが必要とされる中で、高度化・複雑化した医療を実施する上での診療上の補助行為も増えている。疾病構造の変化や急速に進む高齢化は、濃厚で手厚いケアを実施することが求められる一方で、医療事故の発生要因となる「多重課題」を同時に進行しなければならず、医療事故の発生要因が解明されているにもかかわらずその要因を排除する人員体制・組織体制が整っていないことが課題である。

いわゆる団塊の世代が高齢者になる今後、高齢者の数はより一層増え、長期的に高齢化は加速することが予測される。これらに対応できるマンパワーの確保は急務の課題である。

#### (5) 景気の低迷について

我が国の実質経済成長率は、1990 年代に入ってバブル崩壊後低下し、完全失業率は高水準で推移し、2002 年平均では 5.4% となった<sup>7)</sup>。景気が低迷するなか、医療費は高騰し、医療費抑制のインセンティブがかかり、病院の機能分化が促進されている。また、診断群分類毎の包括評価は、コストの削減や在院日数の減少に拍車をかけている。在院日数の減少は短期間で濃厚な医療処置・ケアが実践されることになり、次々に新規患者が入院するこ

とで医療・看護の業務だけでなく事務的な業務も増加している。また新たな患者情報を次々に覚えて即実践することが求められる。同時に、入院期間が短いため、患者と医療従事者の信頼関係を形成することも短期間に急ピッチで進めなくてはならない。

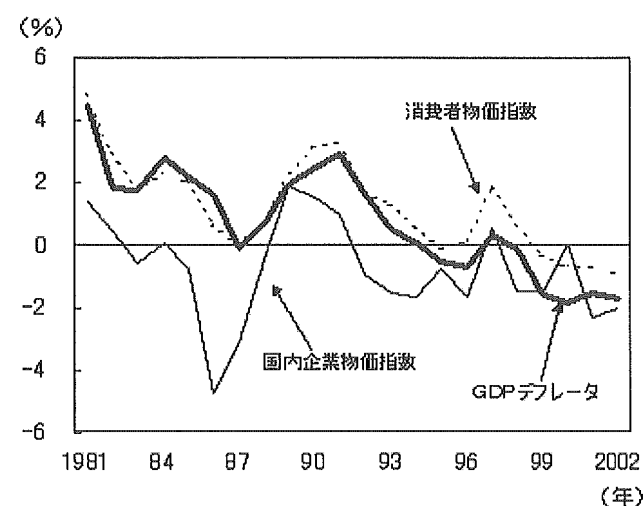
在院日数を減らし、ベッドの回転率を上げることで、外来でのフォローアップ機能の拡充が迫られ、人員配置は変わらないなかで外来機能が急速に拡大している。

また、安全性よりも効率性（生産性）を重視する傾向がある。産業界では、安全性と生産性の関係は安全性を重視しすぎると破産し、生産性を重視し過ぎると大事故が発生すると指摘されている。安全性と生産性はトレードオフの関係にあり、どちらか一方が状況に依存して支配的になるとされているが、現行の診療報酬のシステムでは生産性が支配している状況である。

図表 13 実質経済成長率



図表 14 物価指数の伸び率



資料出所 内閣府「国民経済計算」、総務省統計局「消費者物価指数」、日本銀行「企業物価指数」

## (6) 一床あたりの看護師数の不足(外国と比較して)について

わが国の看護師の配置数は米国他 4 カ国と比較した場合、看護師一人対患者数の配置数は最も少なく、病床数は最も多い(図表 15 参照)。そもそも医療法において、看護師一人対患者数の配置数が日本は低く設定されているため、業務量に対応出来る柔軟な人員配置が実現されないでいる。

また、新卒看護師も就職した時点から一人の頭数としてカウントされ、OJTに頼っているが、前述のように業務過多のなか、臨床で新人教育に十分な時間をかけることが出来ない状況がある。同時に、夜間勤務等看護加算 1 を算定した場合、夜勤看護職員一名あたり患者数 10 人以下、月平均夜勤時間数 72 時間以下、という要件を満たすため、未熟な新人も他の看護職員と同様に夜勤を実施せざるをえない状況がある。

図表 15 病棟の病床数と看護師対患者数

国	病床数	看護師	補助者	看護師一人対患者数
日本	43-52	16-30	1	日勤：8-9、夜勤：14.3-22.6
AU	20-30	12-31	2-4	日勤：2.7-6.7、夜勤：3-10
英国	個室 9 外科 19	9 16+学生 3	2 1	日勤：2.3-9、夜勤：4.5-9
米国	30	35	13	日勤：2.3-4.5、夜勤：4.4-5
韓国	34	11-12	13-2	日勤：5.6-8.5、夜勤：11-17

## (7) 働く人の意識の変化について

若年者の雇用では、10%近い高い失業率、高水準の未就職卒業者数、早期離職の増加、フリーターの増加等<sup>10)</sup>の問題がある。若年者のキャリア形成を支援しなければ、若年者自体の知識社会への不適応、産業全体が必要な人的資源を確保できなくなり、高失業化が懸念されている。また、パートタイム労働者数も増加しており、平成 14 年には 1,211 万人、雇用者総数の 2 割強を占め<sup>11)</sup>、働く人の意識が変化し、多様な就業ニーズが発生している。

看護師の場合、平成 14 年日本看護協会の病院基礎調査では、平成 11 年の調査結果と比較した場合、看護師の離職率は上昇し、新規採用者の在職率は低下している。このことは、看護師の離職率が増加傾向することによって、熟練者が減り、新卒者の育成がますます困難になる状況が示唆している。