

っている病棟では、多くの看護婦らが何らかの仮眠をとる習慣を定着させているが、勤務明け後の休日が十分でないことから睡眠不足や疲労蓄積が想定された。

また、夜勤明けの日の翌日は休日とすること、さらに子供、特に未就学児を持つ看護婦では、夜勤明け日に引き続く連続休日が必要であるとしている。16時間夜勤で2時間程度の仮眠をとることが最も適切であるとしたが、最も疲労蓄積を回避させると考えられる夜勤明けの連続休日はなく、多くの場合1日だけの休日を挟んだ「(深)夜一休一日」パターンで、「後睡眠」が十分にとれていないことが推測されたとしている(上畑 et al., 2001)。

(d) 逆循環の弊害

8時間3交代制では、日勤、深夜勤、準夜勤という反時計回り勤務が時計回りの5倍以上あることが指摘されており、勤務間隔は、約半数が11時間以内であった。

逆循環(日-深-準)と正循環(日-準-深)の2つの3交代勤務パターンを想定したコルチゾールなどのホルモンリズムの測定においても正循環(日勤→準夜→深夜)より逆循環(日勤→深夜→準夜)の方が睡眠不足にある傾向が示唆されている報告もある(園田 et al., 2001)。

(3) 二交代制導入の背景と現状

(a) 二交代制導入の背景

日本における看護職員の勤務体制は、従来3交代制が主流であった。それは、1947年に労働者保護を目的として制定された「労働基準法」において、労働者の就労時間を「1日8時間、週48時間(現行40時間)まで」と規定したことから、完全看護承認制度(1958年に基準看護制度に改正)において、「看護の勤務形態はなるべく三交代制であること」と明記されたからである。その後、看護体制の見直しが行われ、1992年の診療報酬改定において、基準看護承認要件に「2交代制も差し支えない」の一項が加えられ、1993年6月に厚生省(現厚生労働省)『看護業務検討会報告書』(厚生省健康政策局看護課, 1993)が出された以降、病院における看護職員の2交代制導入率が増加してきている。

(b) 二交代制適用の現状

2005年の医療施設調査では2交代制は一般病棟の56.9%において実施され、3交代制の45.7%を大きく上回っている(厚生労働省, 2005)。

一方、看護協会「2005年看護職員実態調査」では、「3交代・変則3交代勤務者」が56.6%、「2交代・変則2交代制」は24.7%と1997年、2001年の調査に比し、3交代が減少し、2交代が増えているが、3交代がまだ多い結果となっている(岡戸 et al., 2006)。

(c) 勤務体制による疲労の違い

勤務体制による疲労の違いについて、友納・阿部は先行研究より「2交代勤務の方が精神的健康度が高い」「3交代勤務の方が『自覚症状調べ』のスコアが就業前後ともに高い(=疲労度が高い)」「夜勤に対する疲労は3交代で差がない」と報告している。また、同じ勤務態勢や勤務時間長であっても、患者の状況、看護業務量、看護師の能力や人数などによって、疲労や回復の度合は異なってくるから、それぞれの病棟にあった勤務体制がとられることが望まれるとしている(友納&阿部, 2007)。

一方、岡戸らは「3人以上の夜勤体制」「仮眠時間の確保」の両条件を備えた場合、2交代勤務の方が看護師の疲労度が低いと言えるとしている(岡戸 et al., 2006)。

阿部・友納は、2交代勤務の方が疲労感を緩和する効果がある根拠として、「2交代勤務の方が勤務と勤務までの間隔が長くなるため、休息時間の確保(疲労回復)が容易になる」、「総出勤回数が減少され、まとまった時間を持ちやすく、友人や家族と過ごしたり自分の時間を作ったりと精神的健康が保てる」、さらに「夜間の勤務や勤務交代がないため、疲労やストレスの軽減につながっている」(友納&阿部, 2004)などをあげている。

しかし、前出の上畑らの『看護婦の交代勤務制の改善に関する研究』では、「実験結果では8時間夜勤に比較して、12時間及び16時間夜勤の心理的、生理的指標の低下は大きく、特に16時間夜勤での低下が著しかった」(上畑 et al., 2001)とされ、1998年2月と3月に2回(各6日間)行なわれた3

人夜勤と2人夜勤、さらに8時間夜勤と16時間夜勤（準夜・深夜の連続勤務）の組み合わせを実勤務の中で条件間の比較をした調査では、「16時間夜勤は8時間夜勤に比べて、とりわけ早朝の活動が鈍くなり、疲労感や主観的眠気の亢進が示された」こと、夜勤前後の睡眠構造でも「16時間勤務による疲労は、夜勤明けの夜間睡眠でも十分に回復していないことが推測された」とされている（労働科学研究所&全日本自治団体労働組合, 1998）。

(d) 二交代か三交代か

三交代の場合は、勤務割が8・8・8と単純でわかりやすいが、時間外労働の常態化、有休休暇が取得しにくい（友納&阿部, 2004）、休憩（昼休み）が取れない（上畑 et al., 2001）などの問題点がある。そうした苛酷な状態からの一時しのぎの選択として二交代制を「まだ、まし」とすることがあり、これでは夜勤負担を軽減したことにはならない。2交代を「是」とする文献においても明確に「3人以上の夜勤体制」と「仮眠時間の確保」の両条件が満たされればとされており（友納&阿部, 2004）、これらについての現実の現場での検証がなされていない現状では、2交代を手離して推奨できない。仮眠が取れない、仮眠室が整備されていない、16時間勤務後にも超過勤務が常態化している事が看護職員からの訴えとして多く聞かれる。

最近、一般病院での2交代制導入など夜勤体制の多様化が進んできているが、『基本指針』においても「夜勤は大きな負担」とされ「働きやすい職場づくりを進める上で、入院患者の状況などに応じて、複数を主として月8日以内の夜勤体制の構築に向けて積極的に努力する必要がある」とされている。また、『基本指針』では夜勤回数は、『一人あたり夜勤回数月8日以内を目指す』となっており、「平均」ではなく「各人」である。第6次看護職員需給見通しの策定方針でも夜勤は月8回、64時間を前提としている。さらに、『基本指針』では「勤務割りを長期的に組むこと等により、計画的な休暇の取得を可能にするよう取り組む必要がある」とされている。

(4) 交代制勤務の組み方

(a) 勤務の組み方の現状

「2004年病院における看護職需給調査」（日本看護協会）では、交代制勤務の組み方について「ローテーションは日勤→準夜→深夜の循環である」は20.7%に過ぎず、「勤務表（案）は実質的に2週間前に周知される」に「いいえ」と回答した割合は47.9%と「はい」の45.0%を上回っている現状が明らかにされている（日本看護協会, 2005）。

(b) 交代制勤務の設計に有用なガイドライン

1982年に提言された『ルーテンフランツ原則』や、スケジュール作成のポイントを述べている『Plain Language About Shiftwork』（NIOSH：米国国立労働安全衛生研究所）がガイドラインとして挙げられる。その他、日本産業衛生学会交代勤務委員会の『夜勤・交代制勤務に関する意見書』（1978.5.29）、アレクサンダー・ウエグバーンの『交代勤務者のガイドライン』BEST. Number 3. 1991、労働省『深夜業の就業環境、健康管理等の在り方に関する研究会中間報告』1998.11.27、『深夜業に従事する女性労働者の就業環境等の整備に関する指針』（1998年労働省告示第21号）、ILO看護職員条約（149号）・勧告（157号）などが見られた。

【示唆される課題】

(1) 公共性と経済性

深夜交代制が採用される理由として、公共性、技術性、経済性の三つに区別され、前二者以外は、原則的に禁止すべきだと主張される場合が多い（吉田, 1996）。業務の種類によって深夜交替制労働の必要性の程度に違いがあるとしても、そのような労働に伴う弊害に違いはないということを確認すべきである。看護など強い公共性のある業務の場合、ややもすると労働条件が悪くても甘んずるべきであると意識されがちであるが、看護職員に疲労が蓄積して労働の内容が低下したり、医療事故の危険性が増加したのでは、深夜業を正統化する根拠に反する。したがって、そうならない労働条件を保障する必要がある。『夜勤・交代制勤務に関する意見書』（日本産業衛生学会交代勤務委員会, 1978）は「経済的理由による交

代制の導入の禁止」と「生産技術上ないし公共サービス上の理由による交代制導入の許可制」を明確に打ち出している(酒井, 1980)。公共性のある業種で深夜業が行われるとしても、それで労働者が健康を害するのであれば、その結果は公共性の故ではなく、経済性を追求した故であると評価されている(吉田, 1996)。

(2) 2交代か3交代かの議論

夜勤労働における負担の軽減、交代制勤務を考える際には、これまでの知見だけで単純に2交代か3交代かを選択肢とすることはできない。阿部、友納は「勤務体制の違いによる「疲労」の違いを検討し、同じ勤務体制や勤務時間長であっても、患者の状況、看護師の能力や人数などによって疲労や回復の度合いは異なってくると報告している(友納&阿部, 2004)。

2交代導入に関してはさまざまな業務整理も絡んでくることから、経営上のリスクや院内の他部門との調整も含め、慎重に議論する必要性も示されていた。2交代勤務を導入した病院・病棟によっては、結果として看護職員数を削減できたという報告もあるが(労働省, 1998a)、あくまでも2交代制導入に付随しておこなった業務整理を含めての結果であり、最初から看護職員数削減を目指すために2交代を導入しては、逆に看護の質の低下を招く恐れがあることも示唆されている(阿部&友納, 2004)。

また、2交代勤務に必要とされる仮眠に関しては、就業規則に仮眠についての明記がない場合もあり(武藤, 2004)、仮眠が疲労の抑制や作業能率向上に効果があると気づきながらも、仮眠自体について論議しにくいことが危惧された。

2006年診療報酬改定での7:1看護の創設は、「手厚い看護を必要とする患者」への「必要な時に必要な看護力の確保」を旨としている。看護職員が必要とされる仮眠時間を確保するためには、交代で仮眠をとっている間の一定時間病棟の看護力〔看護職員数〕が減っている状態も考慮に入れたさらに「手厚い看護の配置」が望まれる。また、16時間勤務の2交代では、夜勤を5回/月(『2005年看護職員実態調査』では4.7日)になると日勤は10日以下となり、基本的に

日勤帯で行われる病棟会議や研修等には夜勤明け、休日を犠牲にしなければ参加できないことになる。2交代によるメリットである「勤務間隔が長い」「休息時間が確保できる」「自分の時間が作れる」などを確実なものにするためには、前提条件として就業環境の整備、業務の明確化、業務改善の徹底、管理者の強いイニシアティブが必要である。勤務形態の変更にあたっては、目的を明確に示される必要があり、変更した場合の利点と残された課題(メリット、デメリット)の両面で評価し、勤務者自身が改善の実感と共感もてるものでなければならない。

(3) 長期的な勤務シフトの作成

現場の実体として、疲労の蓄積が予測されても勤務者の希望を優先させたシフトを組む傾向がある(友納&阿部, 2004; 阿部&友, 2004)ことは、看護職員自身の健康維持や勤務中のリスクマネジメントの観点からも、あまり妥当ではないと考えられた。勤務シフトは中・長期的視野に立って作成されることが望ましい。「勤務割を長期的に組む」例としては、勤務シフト(三交代)を12週単位で定例化することで「週37.5時間、8休/4週、有給休暇の完全取得」を目標とするNTT東日本関東病院の例がある。長期的な勤務表は「先々の予定が立てやすい」と、院内では好評のようだ、と語られている(依田, 2007)。

【新たな提案】

(1) 夜勤・交代制勤務については包括的な研究・検討が必要

夜勤労働、交代制勤務を考える際には、二交代か三交代かの議論を先行させるのではなく、①交代勤務の制度設計、②勤務中の眠気対策や疲労回復策、③生活面での工夫について包括的に研究・検討をすることが必要であり、また仮眠室などの環境整備、夜勤帯の人員配置とその裏づけとなる診療報酬・介護報酬、さらには厚生労働省が使用者は「労働時間を適正に把握する義務がある」とした通達(厚生労働省, 2000)や、2003年3月の『医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について』(基発第0319007号, 2002.3)など労働規制などもあわせて対

応策を検討する必要がある。

夜勤負担には看護職員の健康のみならず医療安全との関連も含めて夜勤労働の課題が含有されている。安全リスク、健康リスク、生活リスクを複合する夜勤労働について、疲労蓄積などの短期的な問題だけではなく中長期的な影響をも含めて、夜勤労働に関する調査研究を推進していくことが必要である。

(2) 適切な人員配置

各病棟の患者重症度に応じた看護度や業務量を判断した、適正な人員配置こそが夜勤負担を軽減する第一歩であるといえ、それらを的確に押し量り、いつもチェックできるシステムの開発も課題である。

(3) 法整備と違反への罰則の制定

労働基準法には、使用者が最低与えなければならない休憩時間の決まりはあるが、深夜を含む長時間勤務に対する仮眠時間の整備はない。

仮眠室などの環境整備、夜勤帯の人員配置とその裏づけとなる診療報酬・介護報酬、さらには厚生労働省が使用者は「労働時間を適正に把握する義務がある」(2001.6)とした通達や、2003年3月の『医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について』など労働規制もあわせ、時間外労働を含む1日の労働時間や、4週間での夜勤回数(時間)の上限を規定し、法違反への罰則の制定などの対応策を検討する必要がある。

(4) 交代性勤務の負担を軽減する改善策

看護職員の健康度は患者の安全に直結するといっても過言ではない。疲労・過労・睡眠不足などからくる医療過誤を予防するためにも、そして看護の質を維持・向上させるためにも、交代制勤務における負担の軽減を図る対策として、以下にいくつかの改善策をあげることとする。

(a) 勤務中の仮眠時間の確保

仮眠することにより仮眠後の疲労や眠気を抑制でき作業能率を向上させるとともに、昼行夜眠型の生活を崩さずに済むため夜勤後の生活の質を保つことにもつながる。仮眠時間はたんに看護職員の休憩時間ではな

く、医療安全や安全衛生上の配慮を行う看護職員の責務であり、十分な仮眠時間とすることを夜勤者の義務として就業規則に明記するとともに、仮眠確保のための人員の確保、仮眠室の環境整備を図ることが必要である。

(b) 勤務シフトの整備

サーカディアンリズムが順応しやすいよう、できるだけ正循環(時計右回り;日勤→準夜→深夜)にサイクルするようなシフトにし、勤務間隔は3交代では16時間、2交代では12時間とすることで、疲労回復や身体的負担の軽減をはかる。

また長期的な勤務表の作成と計画的な休暇取得:夜勤負担は看護職員の健康のみならず、社会生活上の負担ともなっている。長期的な勤務表の作成により事前に社会生活上のイベントとの調整を図ると同時に、連続した休暇の取得を促進することが重要である。

(c) 生理学的根拠に基づく対策

サーカディアンリズムの位相を遅延させる効果のある高照度光(2,500ルクス以上)を浴びることが有用であるとの指摘があり、国内でも主観的眠気と深部体温の低下を抑制する効果が確認されている。一方、「短周期交代制勤務下では、欧米のような劇的な効果は期待できない」との指摘も同時にされており、帰宅途中に太陽光を浴びてしまえばただちに昼眠型のリズムに戻ってしまうとされている。まずは、調査研究により、客観的な生理学的データを蓄積させ、それに基づく対策を検討する。

(d) 長期的な勤務表の作成と計画的な休暇取得

夜勤負担は看護職員の健康のみならず、社会生活上の負担を伴っている。長期的な勤務表の作成により、事前に社会生活上のイベントとの調整を図ると同時に、連続した休暇の取得を促進することが重要である。

また、必要な休息時間を得るために、時間外労働の上限の設定、長時間拘束される二交代制では、時間外労働の原則禁止などを検討する。

(e) 教育プログラムの実施:

「勤務以外での日常生活について」例えば、疲労回復のための睡眠のとり方(レム・ノンレム睡眠のリズム)、カフェイン・アルコールの摂取時刻などによる睡眠への影響・効果など、交代勤務に対し生活の中で工夫できることを学ぶプログラムを実施する。

[交代制勤務の問題点に関して] 交代勤務が自分自身の健康維持や勤務中の医療過誤など患者の安全にまで及ぼす影響について、勤務者自身が自覚できるような知識の提供と理解をはかるプログラムを実施する。これにより、勤務者の希望を優先して作成する身体的負担の大きい現状の勤務シフトを改善させることを目指す。

[精神的な健康度を保つために] 院内のサークル活動やスポーツ大会、旅行などのレクリエーションの実施。交代勤務による社会生活上のズレから生じやすい孤独感をなくすためのプログラムを実施する。これにより精神的な安定が図られることを目指す。

【引用文献】

- 阿部俊子, 友納理緒(2004). 夜勤における疲労への具体的対策 看護師の健康度を考慮した勤務体制の提案. *EB NURSING*, 4 (4).
- アレクサンダー・ウエグバーン(1991). 交代勤務者のガイドライン. *BEST*. Number 3.
- 青柳直子(2005). 武蔵野赤十字病院病棟看護師の交代勤務にともなう生体負担調査報告書-三交代制と長夜勤制の比較-. *労働科学*, 81 (3), 149-151.
- 井部俊子(2003). 平成15年度厚生労働科学研究「医療安全確保のための看護体制のあり方に関する調査研究」.
- ILO(国際労働機関)(1977a). 看護職員条約 149号.
- ILO(国際労働機関)(1977b). 看護職員勧告 157号.
- 医療機能評価機構医療事故防止センター(2006). 医療事故情報収集等事業 平成17年年報.
- 厚生省健康政策局看護課(1993). *看護業務*
- 検討会報告書-魅力ある職場づくりのために. 中央法規出版. 1993.
- 厚生労働省(2000). 労働時間の適正な把握のために使用者が構すべき措置に関する基準について. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/0104/h0406-6.html>
- 厚生労働省(2005). 平成17年度 医療施設調査.
- 武藤敬子(2004). 夜勤における疲労への具体的対 大規模プラントでの夜勤交代制のエビデンス. *EB NURSING*, 4 (4).
- 日本看護協会(2002). 2001年病院における夜間保安体制並びに外来等夜間看護体制・関係職種との夜間対応体制に関する実態調査. 日本看護協会 出版会.
- 日本看護協会(2005). 「2004年病院看護職員需給状況調査」.
- 日本産業衛生学会交代勤務委員会(1978). 夜勤・交代制勤務に関する意見書. *産業医学*, 20, 308-344.
- NIOSH(米国国立労働安全衛生研究所)(1997). わかりやすい交代制勤務について (Plain Language about Shift work) <http://www.cdc.gov/niosh/pdfs/97-145.pdf>
- 岡戸順一(2006). 2005年看護職員実態調査 解説. *看護*, 558 (13).
- 労働科学研究所, 全日本自治団体労働組合(1998). *看護職員の労働負担と健康影響に関する調査*.
- 労働省(1998a). 『深夜業の就業環境、健康管理等の在り方に関する研究会 中間報告』.
- 労働省(1998b). 深夜業に従事する女性労働者の就業環境等の整備に関する指針.
- 佐々木司, 菊池安行, 新藤悦子他(1995). 深夜勤務時の仮眠が早朝時刻帯の覚醒水準に及ぼす効果 覚醒時脳波の分析. *労働科学*, 71 (3), 115-120.
- 園田悦代, 尾崎幸雄, 西川宏一, 高折和男(2001). 交替勤務におけるホルモン値の日内変動. *京都府立医大医技短大部紀要*, 11.

上畑鉄之丞 (2001). 厚生科学研究『看護婦の交代勤務制の改善に関する研究』.

友納理緒, 阿部俊子 (2004). 看護師の二交替勤務・三交替勤務と疲労. *EB NURSING*, 4 (4).

依田安代 (2007). 夜勤シフトを12週単位で作成する一線表方式で勤務体制を一回で把握一. *Nursing BUSINESS*, (1) 3.

吉田美喜男 (1996). 深夜交替制労働の現状と法規制の課題. *立命館法学*, 248号.

【参考文献】

中尾久子, 川口貞親, 奥田昌子, & 渡辺恭子 (2006). 女性看護職の精神健康と労働時間の関連性—キャリア継続のための看護管理についての検討—. *九州大学医学部保健学科紀要*, 7, 51-60.

日本看護協会 (2002). 2001年 病院における夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制、関係職種の夜間対応体制に関する実態調査. 日本看護協会 出版会.

大関浩美 (1997). 看護職者の交替制勤務とメンタルヘルスに関する研究. *産業衛生学雑誌*, 39 臨増.

酒井一博 (1980). 労働衛生学上からみた“ハチ”の検討—看護婦の夜勤・交替勤務の改善方向. *病院*, 39(5).

献が全体的になかった中で看護職員の給与水準に関する研究や報告、また給与水準と看護職確保困難（離職）との関係を示す文献を選出して検討を行った。(原著論文、総説、会議録)

【文献レビューからの知見】

(1) 看護職員の賃金決定メカニズム

(a) 賃金とは

労働基準法では、賃金について「賃金とは、賃金、給与、手当、賞与その他名称のいかんを問わず、労働の対償として使用者が労働者に支払うものをいう」と定義されている。

また、経済的な意味における賃金の定義は、「労働者の生計費としての性格を有し、次に労働市場における労働力の価格としての性格を有し、さらには種々の財（病院では患者サービスの創出）の生産に伴うコストとしての性格を有している（小島, 2007）。

年間賃金（年収）は、月額賃金と賞与・一時金とからなり、その中の月額賃金は所定内賃金と所定外賃金に分けられる。所定内賃金には基本給（本給・本棒）と諸手当（扶養手当等、各種手当）があり、所定外賃金には超過勤務手当や宿日直手当等が含まれる。諸手当は基本給ではカバーできない個人的事情等によって設けられた手当で、特にわが国の場合その種類が多い。具体的には、家族、食事、住宅、通勤、地域、勤務地、都市、特殊勤務、特殊作業手当などである（小島, 2007）。

c) -2 給与水準の適切化

【文献レビュー】

キーワード		抽出数
看護	賃金	202
	経営	202
	業務 給与	11

- 検索エンジン：医学中央雑誌 WEB 版
- 検索期間：1985～2007年
- 検出数：110件うち研究対象となる文献22件
- 検出した文献から、研究対象となる文献に絞った理由（方法）
看護と賃金、給与に関する研究等の文

(b) 病院の賃金決定と人事院勧告の影響

病院は多くの職種者と職能を抱え、それらが一体となったチームを組んで患者サービスを提供している。医療に携わる者として、職員の多くが国家資格等の有資格者で構成され、それぞれが多くの職能に細分化された業務に従事している。そのために、これまでは多くの病院が人事院勧告を自院の賃金決定の参考としてきた。しかし、人事院規則に準拠しているといってもその準拠の方法は様ではなく、病院によってその運用の仕方は異なっているのが実情である。これまでの病院における人勧型の運用を大別すると次のように分けられ、実態として多く用いられているのは②と③であっ

た。国立病院の独立行政法人化に伴い①が減少しているが、自院の賃金決定には個別的賃金の決定や、職種別賃金分配などの困難さがあるため、参考とする賃金相場の信頼性が高まるほど、納得性が得られやすく、公平感や安心感などの賃金決定における煩わしさがなくなることが、これまで人事院勧告に準拠してきた大きな理由であり、利点であった（小島，2007）。

- ① 完全準拠型：俸給額、適用の範囲、運用に至るまで完全に準拠する。
- ② 一部準拠型：俸給額、適用の範囲、運用、諸手当、賞与等について病院の実情に応じて一部準拠する。
- ③ 人勧参考型：俸給額、適用の範囲、運用、諸手当、賞与等参考にすが、実際の給与体系は病院が独自に作成する（小島，2007）。

(c) 病院の賃金定義と決定要因

賃金の決定要因としては、病院で働く職員の生計費確保、病院の支払い能力、労働力確保等の労働市場における労働需給関係および労使関係などがある（小島，2007）。

賃金構造は賃金格差の構造として捉えられるが、その格差は多くの側面で見出される。その基本的要因は、①性別・人種別格差、②年齢別格差、③学歴もしくは教育程度別格差、④職業別・職種別（熟練度別）格差、⑤企業別（事業所規模別）格差、⑥産業別格差、⑦地域別格差という7つの側面に代表される。「基本給の決定要素」から基本給額決定の際に何を基準としているかを見ると、1994年においても「年齢」「勤続年数」「職務遂行能力」が上位を占めており、大企業ほど「職務遂行能力」を重視していることがわかる。1998年になると基本給の職能的要素が減り、能力・業績重視の動きが見られる。1990年以降企業での年功序列的な運用が見直されてきた（竹谷，1999）。

日本のように同一人種であることをはじめ、同一職種、かつ女性が大半を占めている中で起こる賃金格差を説明するものとして、教育やトレーニングによって養成される技能の差異からの「人的資本論」がある。また、看護師の場合の人的投資費用と賃金の関係は分析結果から、関連はない（角田，

2002a）。

(2) 看護職員賃金の動向

(a) 看護職員の賃金推移

遠藤の看護費用の分析についての文献によると、看護コストは国民医療費の増加率以上に増加しており、看護職員1人当たり給料および1病院当たり看護職員人数の増加率は個人病院の方が法人・その他病院より大きい。個人病院数は減少しているためマイクロベースの看護職員給料はほとんど増加していない。また、昭和60年以降、医師と看護婦間の賃金格差は縮小してきていることや、看護婦数が准看護婦数を上回ってきていることが看護職員給料増加の要因と考察されていた。平成11年度の看護職員給料は、国公立病院等で37万円、医療法人等で29万円、個人病院で28万円であるため、民間病院を基準に推計すると実際よりも低く評価する可能性があることに注意しなければならない。（遠藤，2001）。

病院の従業員数の大・中・小規模施設において、労働省「賃金構造基本統計調査」の看護師、准看護師、栄養士、薬剤師（全て女性）の職種・性、年齢階級別決まって支給する現金給与額、所定内給与額及び年間賞与その他特別給与額をまとめたデータから、賃金を比較した文献によると、看護師の1992年までは平均年収が約430万円ではほぼ横ばいであったのが、1993年以降約450万円となりそれ以後はわずかであるが上昇し、2003年では約460万円となっている。この背景には、付き添い婦が廃止され看護師の労働量が増加したことや、准看護師を減少させ看護師を増加したことが影響したと考えられる（大津，2005）。

上記と同様の調査である2006年賃金構造基本統計調査結果によると、看護師（平均36.2歳）の所定内給与（月額）は28万2,600円で前年度より1.2%とやや上昇している。准看護師は（平均43歳）で25万3,200円と2.1%の増加であった。看護師の年間賞与については70万7,500円で0.7%増であった。

(b) 他の医療職との賃金格差

人事院勤務条件局による平成17年職種別民間給与実態調査の結果によると、20歳

代では看護師の平均給与月額が31万2,610円であり、薬剤師に比べると3万円、事務係員に比べると約9万円高い。ところが、30歳代になると薬剤師よりも1万円安くなり、40歳代ではわずかであるが事務係員よりも低い金額となる。医師との格差は相当に大きく、年齢が上がるごとに差が開いていき、30歳代の看護師長で約46万円、40歳代で約61万円の差が生じる。これは総看護師長であっても40歳代で46万434円、50歳代で51万1,668円の給与で医師との格差はそれぞれ約56万円、約77万円になっていることがわかった（日本看護協会、2006）。

看護師の年間給与額は20歳代では夜勤という労働条件も評価され、高いランクにあるが、30歳代以降においては、病院内職種の間給与額の方が、看護師よりも高額となる（竹谷、1999）。

厚生労働省の「賃金構造基本統計調査」等の結果によると、1980年から2003年の24年間の看護師の平均年収は、薬剤師の平均年収とほぼ同じ水準であり、看護師賃金が栄養士や薬剤師より低くはないことがわかる。また、看護師が就職してから定年まで働き続けた場合の標準看護師年収は、勤続年数の増加とともに上昇することが明らかであり、継続を熟練と考えると看護師の賃金カーブは熟練を反映したものとなっている。しかし、一方で年齢別賃金では、大・中規模施設の賃金カーブから22歳と52歳の年収差はそれほど大きくはなく、小規模施設の賃金カーブは緩やかに勤続年数がそれほど賃金上昇に反映されず、熟練が評価されていないことを示していた。看護師賃金の賃金カーブが緩やかな寝たきり現象を呈している理由は、看護師の勤続年数が短いことが影響していると考えられる（大津、2005）。

(c) 医療以外の他職種との賃金比較

i) 初任給

日本看護協会の調査によると2006年採用の新卒看護師の予定初任給は、基本給193,928円、税込み給与総額258,743円である（日本看護協会 政策企画部、2006）。一方、2005年の一般大卒初任給は19万3,900円（交通費、残業代を除く）であり、

一般大卒女子の平均初任給18万9,300円である。（厚生労働省統計情報部、2006）。

ii) 所定内給与

基本給と諸手当を含む所定内給与を看護師、保育士、高等学校教員（各女性）による30～34歳での比較した結果、高等学校教員が32万3,700円で最も高く、ついで看護師の27万2,000円、保育士22万2,700円であった。この差は50～54歳になるとさらに拡大し高等学校教員49万2,700円、看護師33万8,500円、保育士28万9,400円となる（厚生労働省統計情報部、2006）。

(d) 国家公務員の賃金－医療職(三)表の位置

国家公務員の賃金は、歴史的にも慣行上からも民間で働く看護職の賃金への影響は大きく、先導的役割を果たしてきたと言える。

国家公務員の看護職（保健師・助産師・看護師・准看護師）の賃金は他の一般職と同様、すべて給与表および人事院規則によって決定される。

国の制度では、医療機関等に勤務する看護職には、医療職俸給表（三）が適用される（医師・歯科医師は医療職俸給表（一）が適用される）。自治体の医療職給与表も概ね国に準じているが、一部には違った事情と部分がある。

医療職俸給表（三）の構造は1991年以降1級から7級までの7級制（行政職給与表（一）は、1985年に11級制、2006年に10級制）である。その水準は初任給部分では行政職（一）を若干上回っているが、その後の昇給間格差が低く、昇給カーブが緩やかになっているので、行政職給与表（一）を下回っている。

1993年に「看護師等の人材確保に関する法律」が制定された前後、人事院は政府の要請に応え、1992年から1994年にかけて行政職俸給表（一）を上回る引き上げ率を勧告してきた。行政職俸給表（一）を100とした平均俸給月額比率を1985年から1994年の10年間を見ると、1985年に81.7だったのが1994年には91.3となり10ポイント上昇しているが、行政職（一）の水準には追いついていない。

国の2004年4月1日現在の医療職給与表(三)の級別人員分布は、1級9.2%、2級73.9%、3級11.9%、4級4.1%、5級0.7%、6級0.1%、7級0.1%で、2級に集中している。ちなみに行政職(一)のそれは、1級2.3%、2級7.4%、3級17.6%、4級19.6%、5級11.0%、6級17.8%、7級11.1%、8級9.4%、9級1.9%、10級1.1%、11級0.9%となっている。

人事院は、1994年の勧告で「これまで特別改善を行ってきたが、行政職(一)対応で4級(現行3級)水準となった」とした。医療職(三)と行政職(一)のそれぞれの級について比較すると、医療職(三)2級は行政職(一)2、3級の間、医療職(三)5級は、行政職(一)5級、医療職(三)6級は行政職(一)6、7級の間、医療職(三)7級は行政職(一)7、8級の間と対応関係があると分析できる(2004年4月改定後の級)。

医療職(三)2級には、国の医療職(三)適用者の7割以上が在級する。すなわち、多くの看護職が上位級に昇級していないことを示している。一方行政職(一)3級は、級別標準職務表で「主任の職務」とされ、17.6%が在級(上位級に61.7%)する。ここから、人事院は看護職の職務を行政職の主任の職務に対応したものと認識していることが見て取れる。

(3) 看護職員の給与差は何によって生じるか？

(a) 設置主体による給与差

設置主体を国、都道府県および市町村、日本赤十字などの公的医療機関、社会保険関係団体、医療法人、個人、その他に分類した、日本看護協会による平成16年度版看護白書の勤続10年のモデル賃金結果から、社会保険関係団体の34万3,400円が最も高く、医療法人の30万4,800円であり、その他の私的病院には規模の大きな病院が含まれるため3番目に高い給与となっていた(日本看護協会、2004)。

(b) 施設規模による給与差

人事院勤務条件局による平成17年職種別民間給与実態調査の結果から、職員が1000人以上の大規模病院では、賃金カーブ

の傾斜が最も大きく、20~24歳と35~39歳を比較すると時給で1,000円の差が開き、定年前の55~59歳では2,000円の差になる。ところが、10~99人の小規模病院では、20歳と50歳代の差が1,000円あるかないかのわずかな差となっている(日本看護協会、2004)。

(c) 病床規模による給与差

病床規模による差では、規模が大きくなるほど平均年齢は低くなるが、給与は高くなる傾向がある。その他看護補助者(平均43.2歳)は18万1,400円の1.0%増、診療放射線・診療エックス線技師(平均36.2歳)は32万500円の1.9%減、臨床検査技師(平均38.4歳)は29万3,100円の1.7%増、理学療法士・作業療法士(平均29.5歳)は27万4,800円の1.6%減少であった(日本看護協会、2004)。

(4) 諸手当等に関する動向

(a) 所定内賃金に占める諸手当の割合

厚生労働省の平成17年就労条件総合調査結果によると、平成16年11月の労働者1人平均所定内賃金は314,577円となっており、所定内賃金に占める諸手当の割合は15.0%になっている。

所定内賃金に占める諸手当の割合を企業規模別にみると、規模が小さいほど所定内賃金に占める割合が高い。産業別で見ると医療・保健分野は19.9%であり、これは運輸業に次ぐ割合の高さである(厚生労働省、2007)。

(b) 夜勤手当支給実態

午後10時から午前5時までの間に労働させた場合は、通常の労働時間の賃金の計算額の2割5分(25%)以上の率で計算した割増賃金を支払わなければならないと、労働基準法第37条に定められている。

国家公務員病院関係諸手当一覧表には夜勤手当の支給額として $\text{= (勤務1時間当たりの給与額)} \times 25/100 \times \text{深夜勤務時間数}$ の計算式が示されている。看護職にはこの夜勤手当のほかに、夜間看護等手当が併給される。夜間看護等の額は、

1. 勤務時間が深夜の全部(午後10時から翌朝5時まで)を含む場合 6,800円

2. 勤務時間が深夜の一部（4 時間以上）を含む場合 3,300 円

3. 勤務時間が深夜の一部（2 時間以上 4 時間未満）を含む場合 2,900 円

4. 勤務時間が深夜の一部（2 時間未満）を含む場合 1,620 円
となっている。従って、夜勤 1 回につき、一定額プラス深夜割増額が支給される。

民間の医療機関では、一定額のみでの支給が多く見られるが、法的には各人の支給総額が労働基準法の深夜割増額を上回っていれば違法とはならない。

製造業の交代労働者に対する取り扱いでは、看護職と同様の一定額プラス深夜割増額のほか、月額の手当てプラス深夜割増額などの支給法がとられている。また、連合が 2006 年に行なった「労働時間に関する調査」（日本労働組合総連合会、2006）によると、交代勤務者の深夜割増額は、労働基準法の 25% を上回る 38%（通常の時間外労働の割増率も 28.5%）となっている。

「2003 年病院看護実態調査」（日本看護協会）では、深夜労働に対する夜間割増分を除く夜間看護手当の平均は、三交代の準夜勤 3,627 円、三交代の深夜勤 4,575 円、二交代夜勤 9,632 円とされている。これは夜勤負担に比較して十分な手当なのか、夜勤業務実態とあわせて再検討が必要である（日本看護協会、2003）。

(c) 超過勤務手当支給実態

先進諸国の法定労働時間をみてみると、米国は週 40 時間、フランスは週 35 時間など日本の法定労働時間より短くなっており、それを超えた時間外労働については、50% が標準的である。アジア各国の時間外労働に対する割増率をみても、25% 以上、休日でも 35% 以上という低割増なのは日本ぐらいであり、各国 50% が標準的であり、マレーシア、スリランカ、パキスタン、シンガポールは休日は 100%、オーストラリアでは休日は 50%～100%、祝日は 100～200%、韓国は休日・祝日ともに 50% 以上である。

(d) 退職給付支給実態

看護職員は国家資格（准看護師のみ都道府県知事資格）を保持し、他職種に比較すると転職・再就職が容易な職種である。ま

た、看護職員のほとんどを女性が占めるためライフステージによる一時離職、その後の職場復帰も一般的である。したがって、一般企業のような原則退職までの勤続をベースとした退職給付制度とは異なる。また、前述したように、看護職員の給与構成には、諸手当や所定外賃金が多く含まれており、退職金算定の基準となる所定内賃金の基本給が低いことは、注目しておかなければならない。

(e) 職務給

狭田喜義氏は「職務給は職務の内容を分析して賃率を設定し、職務の内容に応じて賃率格差を決定する。それは労働と賃金の間における公平性の確立である。それを基礎に生まれてくる公平間が、労働者の個々の努力と全体への協力を生み出すことになる」と述べ、「職務給が本来の意義を発揮するためには幾つかの前提条件が満たされなければならない。」とし、その具体的な例として、「何といたっても担当する職務の範囲と内容が確定していることである。」と論じている（狭田、1991）。

看護師における給与格差は最大でも 1.61 に止まるのに対し、医師（男）における給与格差 5.3 倍、薬剤師 2.24 倍、診療放射線・診療エックス線技師 1.95 倍、臨床検査技師 2.97 倍といずれも看護師を越えるものであった（竹谷、1999）。

日本において看護師は、技能の差異によらず賃金格差が発生する労働市場の二重構造下にあり、自由な階層移動は出来なくなっている。しかし、階層間で看護師の担当する職務にも差異があると思われる（角田、2002b）。

看護師間の階層間の賃金格差をもたらしている 1 つの要因として、職務価値の差が挙げられるのではないだろうか。すなわち看護師の雇用主側は、看護師の職務の価値も考慮し、賃金を支払っていることが伺える（角田、2003）。

病院という特性を考えた場合、賃金体系が極端に個人の成果分配に偏りすぎても、チームワークが活動の単位となっている場合には、その導入には十分な配慮は必要である（小島、2007）。

(5)看護職員の給与に対する満足度

(a)満足度調査

日本看護協会が2001年に看護職員実態調査を看護師に行った、現在の収入に関する満足度の結果では、「不満足」が36.5%、「満足」が19.6%、「どちらともいえない」が39.7%であった。また、収入と労働時間との関係に関する調査では、「収入が若干減っても労働時間が短くなる方が良い」が37.5%、「労働時間が若干長くなっても収入が増える方が良い」が19.9%、「今のままでよい」が38.6%であった。これらの結果から、看護職には収入よりも労働時間を優先する傾向や現在の給与に関する不満を持つものが多いことが明らかとなった（日本看護協会調査研究課，2004）。

(b)給与と離職率

また、国民健康保険中央会の「看護職員配置の妥当性に関する調査研究」（2006）は、看護師、准看護師の給与と離職率について調査を行っているが、時給「2,000円未満」、「2,000円以上」の平均離職率を比較すると、看護師「2,000円未満」14.9%、「2,000円以上」11.1%、准看護師では「2,000円未満」19.1%、2,000円以上14.2%と時給が2,000円未満の場合のほうが平均離職率が高いことが示されている（国民健康保険中央会，2006）。

(6)ジェンダーによる賃金格差

(a)「同一価値労働同一賃金」の原則

「職務価値」という概念は、同等の価値のある職務には同じ賃金を払うという考え方であり、1963年米国の「給与均等法(Equal Pay Act)」に法的根拠を置いた、「同一価値同一賃金」の原則に起源を見ることが出来る。この原則の持つ、同一の職務にのみ適用されるという限界が、1980年代以降の異なる職務間での賃金格差の是非を検討することをめざす考え方の発展につながっていった。女性が多くを占める「女性優位職」である看護職が、男性の多くを占める「男性優位職」と比較して、職務の価値に基づかない、不当に低い賃金が支払われていると訴えたことが、大きく影響していると考えられている。米国では職務価値評価要素として4項目を提示している。①技能、②努

力、③責任、④作業条件（角田，2003）。

(b)ジェンダー由来の賃金格差是正事例

1987年カナダのオンタリオ州で成立した同一報酬法は、ジェンダーによる賃金格差の是正を目的にしたものであったが、現実には法律の目的を実生活で実践するために必要となる社会変革の速度とその巨大さに、社会的、政治的、経済的環境がについていっておらず、看護師の賃金上昇は相当数の解雇によって相殺されてしまった（シュライバー，2001）。

同一報酬に向けての効果的な手段として、ジェンダーに公正な意識を若いときから育てることや、団体交渉がある。集団行動を効果的に用いれば、女性労働者としての看護師がエンパワーされ、賃金や労働条件の改善を要求することも可能である（シュライバー，2001）。

(c)看護職賃金におけるジェンダー差の認識

平成14年に厚生労働省より男女間の賃金格差問題に関する研究会報告が発表された。「男女間賃金格差（一般労働者の所定内給与）は男性を100とした時に女性は65.3（2001）であり、長期的には縮小傾向にあるが国際的に見て格差は大きい」と報告している（厚生労働省，2002）。この男女間賃金格差の一番の発生要因として、階層階の差（昇進の差）を上げており、格差は多くの場合、人事評価を含めた賃金制度の運用の面や、職場における業務の与え方の積み重ね、配置の在り方等雇用管理面における改善により解消が可能である、としている。したがって、日本におけるジェンダーによる賃金格差は、まだ同一職種内の雇用管理面でしか捉えられておらず、たとえば看護職のような専門職であるにもかかわらず、職員構成の大部分を女性が占めることによる賃金格差が存在することは討議の俎上にも上っていないといえる。

原山によると、フランスの看護師がドメスティック・ワークを看護助手に委譲していったことに比較すると、日本ではまだ業務が「未分化」であり、この「曖昧さ」が看護を「女性の職業」であるとされてきたことを問題化することを困難にしている（原山，2005）。フランスにおいては、ジェンダー

問題から開放されることにより、男性看護師の比率は6.3%から11%に上昇し、就業継続年数も伸びている。今後、日本においても看護を「職務価値」として評価しなおしていく取組みが必要である（原山，2005）。

(7) 将来的な検討

(a) 増加する看護コスト

看護コストには看護職給料以外に賞与、福利厚生費等が含まれ、国民医療費の増加率を上回る速度で増加している。今後の高齢化や看護職の高学歴化を考慮するとさらに増加することが予測される。そのため看護コストを賄うための看護報酬としての診療報酬制度の見直しが示唆されている。一方で財源制約を考慮しなければならないため、看護サービスに対する費用対効果を考慮する必要性や、看護業務を医師の補助業務として画一的に位置付けるのではなく、チーム医療の一翼を担う専門職として、その技術を積極的に評価するという姿勢が大切であると述べられている（角田，2002b）。

(b) 賃金体系の見直し

一般に賃金形態の機能としてあげられるのは、職員が安心して働くことができ、人材の確保、定着としての意味での安定機能、職員の能力の向上や発揮のための刺激機能、それには妥当性の機能があげられ、それらの条件を具備した賃金体系を整備することが大切である（小島，2007）。

公務員の賃金は年功序列の考え方に基いて設計されているが、民間企業では個人の業績をボーナスや給与に反映させる成果主義の考え方が広がってきており、公務員にも導入されてきている。その結果、同期入職であっても年収100万円以上の差がつく例も出てきている。多くの病院では勤続年数と職位によって給与が決まっているが、一部の病院では個別の人事考課を行い給与の査定を行っており（日本看護協会中央ナースセンター事業部，2006）、公務員をはじめ、今後も広がる傾向にあると考えられる。また、昨年4月からの定年法が改正され、65歳までの雇用が義務化されることになって、それに対応した賃金制度も構築しなければならない（小島，2007）。

【示唆される課題】

(1) 看護職員の給与についての調査研究の不足

看護職員の不満足の要素となっている「給料」について、所定内賃金（基本給、各種手当）、所定外賃金と細かく分類して具体的に何が不満なのか知ることが必要である。また、看護職員自身が、自分の給与の構成要素を理解していないことが考えられ、その啓蒙も必要である。

地域別・施設間・他職種等との給料格差調査を行い、その原因の解明とともに、と評価基準の開発と普及が示唆される。

(2) 診療報酬制度見直しの必要性

看護職員給与の財源は、主として診療報酬である。今後も増加が予測される看護コストを賄うための看護報酬としての診療報酬制度見直しが必要とされる。診療報酬により反映しやすくするためには、今まで以上に看護業務やそのアウトカムを目に見える形で提示していく必要があり、そのためのシステム作り必要とされる。さらに、看護サービスに対する費用対効果をテーマにした研究の推進も望まれる。

【新たな提案】

(1) 看護職員の確保定着に対する賃金の影響

看護職員の確保定着に対して、賃金等の労働条件がどの程度影響を及ぼしているのか実態把握、分析を行う調査研究の推進が望まれる。賃金は自己の労働に対する報酬であるため、退職等に繋がる不満足要因であった場合、労働に対する自己評価の中で何が満たされていないか、詳細に知る必要があり、それを給与に反映させる、もしくは給与以外の報酬で反映させていくシステムの開発が必要である。

(2) 看護職員の能力評価・ラダー開発と給与制度の研究・開発

日本の多くの病院では看護職は専門能力や実践力の高さで地位や賃金を処遇するすべを持たない。今後は個々の看護職員の能力評価・ラダー開発と給与を関連させた給与制度の研究・開発が求められる。しかし一方で、病院という特性を考えた場合、チ

ームワークが活動の単位になっており、賃金体系が極端に個人の成果分配に偏りすぎることは問題であり、新たな給与制度の導入時には十分な配慮が必要である。

【引用文献】

- 原山哲 (2005). 看護におけるジェンダーの次元の脱構築—フランスと日本の比較社会史試論. *東洋大学社会学部紀要*, 第 43-2 号, 77-96.
- 角田由佳 (2002a). 教育の差から見た看護師の賃金格差. *看護管理*, 12 (10), 964-969.
- 角田由佳 (2002b). 異なる賃金決定のメカニズムの並存. *看護管理*, 12 (12), 810-815.
- 角田由佳 (2003). 「職務価値」に見合う賃金だろうか. *看護管理*, 13 (1), 61.
- 小島俊雄 (2007). 病院の賃金実態とこれからの賃金決定. *病院経営*.
- 国民健康保険中央会 (2006). *看護職員配置の妥当性に関する調査研究報告書*. 2006
- 厚生労働省 (2002). 男女間の賃金格差問題に関する研究会報告
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/11/s1129-3.html>
- 厚生労働省 (2007) *厚生労働省の賃金構造基本統計 2006 年賃金構造基本統計調査*.
- 厚生労働省統計情報部 (2006) *賃金センサス*. 労働法令協会
- 日本看護協会 (2003). 病院看護実態調査.
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/teigen/2006pdf/kangokakuho.pdf>
- 日本看護協会 (2004). *平成 16 年版看護白書*. 日本看護協会出版会
- 日本看護協会 中央ナースセンター事業部 (2006). ナースの給与を考える. *ナーシングトゥデイ*, 21 (11).
- 日本看護協会政策企画部 (2006). *2005 年病院における看護職員需給状況調査*. 日本看護協会出版会
- 日本労働組合総連合会 (2007). *労働時間に関する調査*. れんごう政策資料 169.
- 二木立 (1990). *現代日本医療の実証分析続*. 医療経済学. 医学書院.

- 大津廣子 (2005). 看護師の賃金と労働条件. *オイコノミカ*, 42 (1).
- シュライバー, R. S (2001). 同一報酬ならびにオンタリオにおける看護 法律制定後 10 年. *インターナショナルナーシングレビュー*, 24 (1).

【参考文献】

- 安倍弘彦 (2004). 医療改革と病院経営. *Minophagen Medical Review*, 49 巻 4 号, 236-239.
- 狭田喜義 (1991). *人間と労働の経済学 賃金形態の基本構造*. ミネルヴァ書房.
- 髭陽子その他 (2005). 自治体病院の看護師の経営意識. *日本看護学会論文集: 看護管理*, 35 号, 143-145
- 稲田久美子 (2006). 看護組織における組織文化の概念分析. *日本看護科学会誌*, 26 巻 2 号, 23-30.
- 斎藤清一 (2005). スタッフの納得とモチベーションアップにつながる看護部の人事賃金改革、能力主義人事に必要な能力開発基準の設定. *ナースマネジャー*, 7 巻 5 号, 45-48.
- 佐野明美、山口桂子 (2005). 看護師の仕事意欲測定尺度の作成. *日本看護医療学会雑誌*, 7 巻 1 号, 9-17.
- 杉尾節子 (2005). 自治体病院看護部門に関するアンケート結果より. *全国自治体病院協議会雑誌*, 44 巻 8 号, 1260-1269.
- 高橋妙子その他 (2004). 能力給制度導入がスタッフ教育に与えた影響. *日本透析医学会雑誌*, 37 巻 Suppl. 1, e755.
- 竹谷英子 (1999). 看護の経済学. *看護*, 51No. 1.
- 塚原節子 (2000). 看護婦の社会的スキルの職務満足度への影響. *富山医科薬科大学看護学会誌*, 3 号, 129-139.

c) -3 看護業務の改革

【文献レビュー】

テーマ	キーワード 1	キーワード 2	CiNii	医中誌	絞込抽出数	抽出数
看護業務の改革	看護業務	見直し	8	/	8	4
	看護業務	改革	16	165	2	0
	看護業務		276	/	10	2
	他職種	業務分担	/	3	4	2
	ベッドサイドケアの充実		/	17	2	0
	勤務体制	多様	/	114	7	5

● 抽出数：599 件

● 検索エンジン：

① CiNii (論文情報ナビゲータ 国立情報学研究所)

② 医学中央雑誌

● 検索期間：2001～2006 年

● 検出した文献から、研究対象となる文献に絞った理由 (方法)：

上記件数のうち、看護師を対象にした内容 452 件から継続・離職に関する内容に絞った

【文献レビューからの知見】

(1) 看護業務役割の明確化、業務のルール化

看護業務改革について、看護職員としての役割の明確化、業務のルール化を図り、看護業務手順を確立することが重要である。このようなエビデンスは、川村らの研究から読み取れる。特に「看護技術の発達や教育の高度化、医療における国民のニーズの拡大・多様化等を背景に、医療技術の進歩に伴う看護業務のあり方、医師による包括的指示や、看護の質の向上による在宅医療の向上など、看護師には新たな役割が求められている。しかし看護業務の範囲が今一つ不明確であり、それによって医師と看護師の連携面でも課題を残している」(川村, 2002) ということや、「ケアにばらつきが生じないようにするため、手順の不明確さがミスにつながるため、つまり患者ケアの質

保証と安全確保のため」(丸山, 2005a; 小川, 2006)、看護手順いわゆる看護の標準化が重要である。

(2) チーム医療の連携

また、効率を求めるためにチーム医療の中での「連携」も必要である。多職種との分業と協働も現在問われている課題である。丸山らは、「多くの職種とのチームの中で協働し役割を担いながら、看護の専門性、主体性、自主性を発揮しなければならない」(丸山, 2005b) と主張しており、中村らは、「薬剤師を病棟に常駐したところ、看護師の医師・薬剤師の仲介業務の時間のロスを短縮し、直接看護時間が増えた」(中村, 2004) と報告し、前田らは、「クラーク導入の効果として、ベッドサイドケアに専念できること、看護ケアの中断がないこと」(前田, 2003) を報告している。さらに、「他職種と一緒に委員をすることは、さまざまな職種のスタッフがお互いの職能の専門性を認め合いながら 1 つの方向に向かい、今まで以上にさまざまな視点で感染や安全の対策が進むようになった」(原田, 2006) という報告もあり、連携することによる患者への医療サービスの効率性が上がったことが述べられていた。

(3) 評価の重要性

業務改革を実施し、サービスの向上を評価する上での視点について、第 1 に質と量、第 2 にアウトカム評価、第 3 に個々の看護職員の質を評価することの重要性がある。

第 1 の「量と質」について小川は、「診療報酬改定で、量 (看護配置) から質 (看護技術)、チーム医療などの評価へと視点が変化している」(小川, 2004) 状況であることを説明している。サービスの品質の評価には、量的側面と質的側面を考慮しないとけない。量的側面の評価システムとしては、国際規格の品質マネジメントシステム ISO9001 や病院機能評価機構がある (進士 et al., 2005)。看護もまた、量と質という 2 側面で評価していかななくてはならない。質的評価のスタンダードシステムはまだ見られていない。

第 2 に、「アウトカム」という視点が必要であり、「アウトカムには、臨床的アウトカ

ム、財務的アウトカム、在院日数、顧客満足、患者 QOL、看護者の満足も含まれるだろう」(坂本, 2006)といわれている。今後は、多数の医療機関が参加して、アウトカム指標を比較できる大規模なデータによる評価が必要であろう。

第3については、「個々の看護職員の質」を評価するため、「スーパービジョンは有効である」という報告がある(池田 et al., 2004)。また、「看護の質を評価するためには、看護師一人ひとりの仕事ぶり、つまり成果、能力、態度を評価する必要がある。個別性の強い看護の質を評価するためには、一人ひとりの看護師に対し、人事考課を行う必要がある」(松下, 2005)という主張もあり、人事考課を病院にも積極的に導入すべきであろう。また人事考課の工夫として「部下が素晴らしい成果を着実に実現すれば、素直に褒め称える。能力不足や態度に問題があるときはフォーマルに指摘し、上司と部下の関係のなかで改善方法を考えるなどコミュニケーションを活性化させて、プロとしての自覚を高めるための人事考課」(松下, 2005)ということが必要であろう。

(4)医療安全対策

さらに医療安全の視点から、医療安全対策については、看護職員がインシデントにかかわる可能性が最も多いので、看護職員が医療安全活動に力を入れることが重要である、ということが文献で強調されている。特に「データによって労務管理と労働環境を見直す、看護業務を見直して重複仕事をなくすこと、看護師間および他職種間のコミュニケーションの促進、研修とマニュアルの活用、リスクマネジャーの権限の決定と拡大、患者参加の安全対策の実施」(坂本, 2005)があげられており、あらゆる側面から業務改善をめざし、多職種との連携、権限委譲により安全を重視した医療サービスの向上に努めることが重要であろう。

また、「医療事故の起因の1つともいえる看護師のストレスを軽減させるには、看護師自身の前向きな姿勢、健康管理、職場環境やシステムの改善、人間関係の調整が今後の対策として必要といえる」(渡部, 2001)という報告や「医療は年々高度化・複雑化

してきており、臨床現場での対応もめまぐるしく変化している。リスクマネジメントを統括する組織がいかにか機能しているかが重要になってくる」(島田, 2002)という報告にもあるように、リスクマネジメントとしての機能を看護でもっと発揮する必要がある。

(5)IT化による業務改善・効率化

IT化によって「診療情報の質の保証としてカルテの一元化が推進され、それを可能とするシステムが急速に浸透し、申し送りは短縮・廃止される方向にある。申し送り廃止後は、情報収集の重複化の解消・時間配分を行うことで業務の効率化につながる」(弘田 et al., 2004; 新井 et al., 2005)ことや、さらに「限られた人員配置のもとでの事故防止や看護の質維持には、業務の効率化を念頭におくことが課題となり、効率化活動を行った結果として業務時間、業務量、費用、所要人数が削減されている」(井上, 2003; 田口 et al., 2004; 丸山, 2006)との報告もあり、効率化をはかるためには、IT化が期待されている。

また、IT導入に際する注意すべき点として、「業務の徹底した見直しを行い、マニュアルなどとして文書化し、業務場面にフィードバックしなければならない」(瀬戸山, 2005)と述べられている。結果的には、IT導入によって医療サービス全体の向上につながっているようである。金井氏は「IT化による大幅な業務改革が、ひいては組織開発につながる」(金井 Pak, 2003)こと、また吉田氏らは「在院日数の短縮化は多くの病院で課題となり、より効果的な病床管理の在り方が重要視されている。その結果、病床情報を1か所に短時間で集約することにより余裕ができた時間を、他の業務に振り分けることが可能となったことや、空床の効果的活用により、病床利用率が上がって看護師の増員につながった」ということを報告している(吉田 et al., 2000; 粉川, 2002; 袋井 et al., 2002; 鍋倉, 2004)。

【示唆される課題】

(1)手順書等の作成による業務の標準化

看護職員が多重課題、さらに多種の仕事を実施しており、看護業務の見直しが急

務である。そのためには、まず、医師と看護職員、その他の医療従事者における役割の明確化、看護業務の標準化が必要である。そのためには、ルールを明確にし、手順書を明文化して、誰の目にも明らかのように業務を標準化することが必須である。

(2)他職種との業務分担、連携

さらなる効率化を促進するためには、多職種との分業と協働、仕事の見直し、いろいろな部門が協働することが必要である。そのためには、クリティカルパスを利用する部門間で積極的に会議を開き、コミュニケーションを図る等の工夫が必要である。

(3)アウトカム・マネジメントによる総合的な質の評価

医療・看護サービスのアウトカム指標を提示して、評価することが必要である。そのためには、各看護職員のスキル評価、医療の質の評価、そのために、人事考課や医療の質指標が必要である。看護だけで指標をだすのは難しいため、医療者チーム全体のアウトカムが期待される。アウトカムを明確にしてアウトカムを想定するという思考過程が大切にある。米国のように、質管理も看護職員が行うことが望まれる。

(4) 病院のシステムに関連したリスクマネジメント

医療安全の視点から、リスクマネジメント、労働環境を整えることが大切である。医療安全については看護職員が当事者となるリスクが多いことから、その対策として看護職員の業務改善に目がいきがちであるが、医療を行うシステムに関連した問題が裏には潜んでおり、これは病院のリスクマネジメントが未熟であることを示している。医療安全は院長のリーダーシップの下に経営といった視点が重要だと考える。院長のビジョンを示し、経営は財務のことだけではなく、患者の視点に立った病院スタッフの倫理教育、人材啓発、医療の質向上（医療安全を含む）、財務管理、社会的責任、サービス向上を計画的に実施し、インディケータをもって評価していくことである。このことが結果として医療安全文化を醸成することになると考える。

(5)IT化による業務の効率化

現状、看護職員は重複業務をこなしており、多職種との業務がオーバーラップしていることもある。重複業務を整理し、他職種との連携を図り、病床稼働率を上げるためには、IT化は必須である。導入コストによる初期投資がかかったとしてもIT化は将来的な経営の向上につなげることが可能であるため、各種支援等を利用してIT化を導入することが望まれる。また、電子カルテなどはパッケージ化された商品として売り出されているが、自分たちの施設で必要とされている要件を確認しカスタマイズされた形で導入しなければならない。

【新たな提言】

(1)看護業務見直しの視点と取り組みが必要な内容について

看護職員は勤務時間内に多重課題を抱え、さらに多種の業務を担っていることから、医療安全や効率化の観点からの看護業務の見直しが急務である。まず、看護職員と医師をはじめとする他職種・他部門との役割分担と協働の明確化および業務の標準化、クリティカルパスの利用などに取り組む必要がある。そのためには、カンファレンスや委員会活動など、チーム間での情報共有と相互理解を深めるための体制構築が重要である。

また、医療・看護サービスの質保証・向上のためには、アウトカム指標を明示した客観的な評価が必要であるため、医療界全体でのアウトカム指標の開発と試用、見直しという継続した取り組みを進める必要がある。看護職員は、医療の安全管理のみならず質管理の過程においても積極的に各種ツールやシステムの開発・検証などを進め、組織的な取り組み推進に向けた提言を積極的に行うべきである。

(2)医療安全確保

医療安全は今や、病院の最優先の責務となっており、看護職員によるインシデントレポートが全体の7割を占めるなどの現状からは、看護職員に対する知識・技術の教育や組織的なリスクマネジメントの充実が重要であると考えられる。しかし、医療提供システム自体の脆弱さが根本原因に

あり、現場の不安全な環境や行為が誘発され、医療の最終行為者になることが多い看護者にリスクが寄せられる結果になっているとの指摘を踏まえれば、病院管理責任者のリーダーシップ発揮の下、組織的な安全管理体制を構築し、全職員の教育研修から作業設計や労働環境改善、事故発生時の対応までを視野に入れた取り組みを進めることが重要である。その際には、患者・家族に寄り添い、チームとして活動している看護職員からの具体的提言が不可欠である。

特に病院管理者が対策の実施に向けた人材や財源確保を行う際の根拠となる情報の提供や、全職員が安全文化醸成に向けた行動を適切にとるためのマニュアル整備などについてリーダー的役割を果たすことが求められている。

【引用文献】

新井倫世, 大東玲子, 濱知子, 寺澤涼子, 秋富沙智 (2005). ベッドサイドケアの充実に向けて 朝の申し送り・ショートカンファレンスの見直し. *名古屋市立大学病院看護研究集録*, 2004号, 80-83.

袋井裕美子, 石崎有子, 今野れい子, 木村幸博, 中済マキ子, 松本八千代 (2002). オリジナル病床管理ソフトウェアを導入した業務改善. *看護展望*, 27 (8), 45-50.

原田博子 (2006). 個人の意識が委員会を支える 「全員」委員の取り組み. *看護学雑誌*, 70 (6), 502-507.

弘田由利美, 川上美樹子, 岡林久子, 小林真理子, 中島多津, 植野幸子, 坂口房子, 小笠原恵子, 中内ゆかり, 石本由紀, 和田明美, 畠中弘子, 畠山ゆかり, 佐竹厚子, 吉川恵子, 田村眞知, 西岡美作子 (2004). 交代制勤務における口頭申し送り廃止への取り組み. *高知県立中央病院医学雑誌*, 30 (2), 77-87.

池田紀子, 雨宮多喜子, 岩崎朗子 (2004). 臨床看護スーパービジョン導入の試み 自信と他者からの承認を看護の質向上につなげる 臨床看護スーパービジョンの意義. *看護管理*, 14 (6), 463-468.

井上文江 (2003). 看護業務改善委員会—安全管理の実際. *看護実践の科学*, 28 (3), 44-48.

金井 Pak 雅子 (2003). IT化が看護業務にもたらすインパクト. *看護管理*, 13 (6), 416-419.

川村佐和子 (2002). 21世紀における看護業務のあり方とは—国民の視点から看護の「範囲」を再構築 看護師の判断能力の向上が必須に. *ばんぶう*, 257, 52-55.

粉川ユリ子 (2002). 看護部主導による病床管理. *看護展望* 27 (8), 27-33.

前田恵美子 (2003). 事例で考える業務改善の秘訣と対策 ベッドサイドケアの充実のために コスト請求や、事務処理は誰がするの?. *消化器外科 Nursing*, 8 (3), 286-289.

松下博宣 (2005). 看護部門における人事制度見直しの要点・注意点. *ナースデータ*, 26 (12), 5-12.

丸山ひさみ (2005a). 看護手順をどうつくり、どう見直すか. *看護*, 57 (8), 44-47.

丸山ひさみ (2005b). 看護業務基準の作成・見直しの基本的な考え方. *ナースデータ*, 26 (1), 30-34.

丸山ひさみ (2006). 病院機能評価に対応した看護基準・手順・マニュアル整備の方法. *ナースセミナー*, 27 (2), 14-17.

中村美千子 (2004). 病棟薬剤業務に薬剤師が果たす役割 看護業務の効率と医療事故の観点から検討. *JHAC*, 9 (1), 52-55.

鍋倉あつ子 (2004). 病床稼働率向上・平均在院日数短縮と病床管理体制の整備. *ナースマネジャー*, 5 (12), 20-25.

小川忍 (2004). 知っておくべき基礎知識と最新動向 診療報酬制度の変遷 看護はどう評価されてきたか. *インターナショナルナーシングレビュー*, 27 (3), 30-38.

小川裕美子 (2006). 看護基準・手順 改善・活用・評価ガイド 看護手順の作成・見直し (後編). *ナースマネジャー*, 8 (4), 37-39.

坂本すが (2005). 各施設の取り組み 看護師からみた医療安全対策. *外科*, 67 (3), 267-271.

坂本すが (2006). 質の向上が見える!看護のアウトカム指標を用いたマネジメント手法と実践 アウトカムを基本にしたマネジメント手法. *日本病院会雑誌*, 53 (6), 842-851.

瀬戸山元一 (2005). 電子カルテの実際 医療のIT化 電子カルテ・システムの意義 *Medical Science Digest*, 31 (12), 460-462.

島田潤子 (2002). 病院各部署におけるリスクマネジメント 看護部としての取り組み. *カレントセラピー*, 20 (6), 595-602.

進士君枝, 中原登世子, 安倍徹 (2005). 日本能率協会審査登録センター. 看護業務の質向上に役立つISO. *看護展望*, 30 (7), 50-55.

田口大介, 本道和子, 習田明裕, 真砂涼子, 勝野とわ子, 川村佐和子 (2004). 看護における効率化に関する文献の検討. *東京保健科学学会誌*, 6 (4), 261-267.

渡部郁子, 須合美子, 菊地公子, 幸坂良子, 山谷恵利子, 佐々木司郎 (2001). ナースのセルフケア 医療事故を背景とする看護婦のストレス調査. *Expert Nurse*, 17 (13), 30-133.

吉田みよ, 平川恵巳, 沢森順子 (2000). スムーズな退院と効果的な病床利用を実現する看護部の取り組み. *ナースマネージャー*, 2 (8), 23-32.

c) -4雇用管理体制の整備 【文献レビュー】

テーマ	キーワード1	キーワード2	CiNii	医中誌	絞込抽出数	抽出数
雇用管理体制の整備	看護師	職場環境	21	/	3	0
		離職	10	/	0	0
		リクルート	1	/	0	0
		獲得	16	/	0	0
		復職	2	/	0	0
		定着	19	/	0	0
		人材	59	/	0	0
		マンパワー	5	/	1	1
		ストレス	44	/	0	0
	雇用管理			/	7	2

●抽出数：184件

●検索エンジン：

① CiNii (論文情報ナビゲータ 国立情報学研究所)

② 医学中央雑誌

●検索期間：2001～2006年

●検出した文献から、研究対象となる文献に絞った理由 (方法)：

雇用関係に関する調査研究は非常に少なく、病院での雇用体制の整備について十分調査した文献はなかった。

さらに、雇用管理体制、看護師等雇用管理研修助成金の活用等については、独立行政法人雇用・能力開発機構に問合せを行ったが、実態把握はされておらず、「看護師等雇用管理研修助成金の活用」「雇用管理者研修の受講」、「雇用管理に関する相談、援助、サービスの活用」等については、十分な知見があるとはいえない。

【文献レビューからの知見】

(1)雇用管理体制

(a)雇用管理とは

雇用活動に関する全管理過程が雇用管理

であり、雇用管理とは、従業員の要員計画・募集・選考・採用・配置・異動・昇進・退職管理に関するすべての事柄を範疇としている（釘先，2000）。

つまり、雇用管理とは、事業主が行う労働者の募集に始まり、採用から配置、教育訓練、能力開発、労働条件、福利厚生など採用時点から退職までの労働者の雇用に関するあらゆる管理を総称するものである。

したがって、必要とされる人材の質的側面と量的側面が明確にされていることが重要であり、求められる人材の質と量とに基づいて採用計画が策定され採用活動が行われなければならない。そして、採用した人材は、経営戦略や各組織の要請あるいは個人の要望などとの調整をはかりながら、配置、異動、昇進、出向等を行う。さらに、定年その他の理由で退職する人材の適切な管理を行うことが雇用管理であり、これらの施策を適切に行うことが従業員のモラル・モチベーションに大きな影響を与える。

(2)勤務形態の多様化

(a)労働時間決定の権限委譲

1994年の労働基準法一部改正によって一定の期間（1ヶ月または1年間）の1週間当たり平均就業期間が1週間の所定労働時間の範囲にあれば、多様性があってもさしつかえないことになった（星野，2003）。実例として名古屋共立病院、津久井赤十字病院、済生会熊本病院が上げられる。

名古屋共立病院では、職能別組織から事業部制へ改編した。事業部制では、現場のことを一番良く分かっているスタッフたちに問題解決の話し合いを任せ、最も合理的なシステムを考えさせるものである（権限委譲）。やりがいのある仕事とは、責任のある仕事のことであり、自主性とは責任を付与されていることと同義語である。フレックスタイムの導入、勤務時間も自主管理するという考えで発展させた。例えば、1ヶ月分の勤務表をあらかじめ労働時間内で作成する。引継ぎがあるため、始業時間については定時に出勤する。ただし、退勤には、その日の業務量にあわせて、流動的に運用する。労働時間管理を当日のリーダーにまで権限委譲し、自由に勤務調整を行い、ひと月間の労働時間が160時間になるよう

に運用している。そのため時間外勤務が生じない。導入前後では、後で残業手当の軽減が図られた。

(b)さまざまな勤務形態の混在

津久井赤十字病院では、夜勤専従者、短時間（4時間）パートの病棟配置、看護助手の夜勤導入を実施。導入に当たっては、メリット・デメリットを病棟師長に周知し、不安解消を図った（高橋，2005）。また、済生会熊本病院では派遣職員（看護助手・クラーク）の活用メリット・デメリットを考慮した効率的な導入を図っていることも報告されている（重松，2003）。

(c)非常勤職員の待遇差

常勤職員、非常勤職員、パートタイマーと比較すると、同一の職務内容であっても賃金には一般的に明らかな差がある。こうした日本の現状に対して、2003年のILO条約勧告適用専門家委員会は、日本政府に対する「意見」のなかで、ILO第100号条約（「同一価値の労働についての男女労働者に対する同一報酬に関する条約」）がパートタイマーを含むすべての労働者に適用されることを確認した上で、「パート労働者は明らかに正規労働者と類似あるいは同一の業務をおこなっている場合が多いことに注目」し、「報酬水準は、労働者の性別あるいは雇用契約上の身分に基づいて決められるのではなく、遂行する職務に基づく客観的な職務評価によって比較されるべきである」ことを勧告している。

(3)ファミリー・フレンドリー施策とワーク・ライフ・バランス

(a)ファミリー・フレンドリー施策とは

ファミリー・フレンドリー施策とは、「従業員が『出産』『子育て』『介護』といった様々なライフイベントに直面したときに、仕事を継続しながらそれらと取り組むことができる、家庭生活と仕事の両立を可能にするシステムをつくる施策」（渡邊，2004）である。一方で、当初、ファミリー・フレンドリー政策が、主に家族的条件つき政策として登場したものがその条件をなくし、「すべての労働者のワーク・ライフ・バランス」という枠組みへ移行してきたとする

見方もある(前田, 2005)。

具体的施策としては①出産・育児休暇制度、②託児施設などのケアサービスの提供、③フレックスタイム、パートタイム勤務、ジョブシェアリング、フレックスプレイス(1日のうち数時間自宅で勤務できる制度)、テレコミュニケーション(自宅、サテライトオフィスでの勤務)など柔軟性のある時間管理を可能にする様々な制度、④託児施設等の紹介サービスを行うサービス提供機関に関する情報やサービス提供の紹介、⑤育児補助金など具体的金銭的援助、⑥勤務先での配偶者の雇用に関する相談、新しい赴任地への適応支援など転勤支援制度などがある(坂爪, 2002)。

(b)ファミリー・フレンドリーの取り組み状況

「平成13年 社会生活基本調査」を用いて、正規雇用者の生活時間を分析すると、平日の勤務日では、男性が9時間半、女性は8時間半ほど仕事をしており、職場外での自由時間は男性で3時間、女性で2時間半弱となっており自由時間をなんらかの自己啓発活動に当てている人が20人に1人を超えている。数は少ないが学校に通っている人もいる。平日の男性正規雇用者の家事関係時間は15分、対する女性は平日で2時間となっている(上田, 2006)。

ゼンセン同盟加盟組合を対象としたファミリー・フレンドリー制度導入への組合の取り組み状況をみると(2000年調査)、「賃金・労働時間などの労働条件の向上」に関する取り組みが(674点)で最も高く、「子育てや介護など家庭と両立を容易にする職場条件の実現」(246点)、「改正均等法などに対応した職場作り」(218点)となっており、仕事と家庭の両立や均等法を活用した支援については優先順位は低かった。また、組合幹部のファミリー・フレンドリー施策への評価については、制度を充実させることは、「他の従業員の負担が増す」という否定的な意見や「従業員全体にとって働き方の選択肢が広がる」など賛否両論が入り混じっている。組合の取り組みを左右する要因をみると、企業規模が大きいほうが制度導入と充実に関心が高く、女性管理職比や女性組合員比率は効いておらず女性が多くても取り組みには影響がみられなかった

(前田, 2002)。

社会経済生産性本部が2001年10月～2002年1月に実施した一般企業とその従業員を対象とした調査データを用いた分析では、施策が存在するだけでは不十分で、実際に従業員に認識され、運用されていることで初めて働き甲斐が高まり「ファミリー・フレンドリー施策を積極的に推進している」と評価することができること、ファミリー・フレンドリー施策の高実施群で、女性の離職率が低いこと、などが明らかにされている(坂爪, 2002)。また、日本の民間企業527社を対象にした調査では、ファミリー・フレンドリー施策を全般的に実施している企業では、製品の品質が高く、人材獲得力にも優れ、良好な労使関係であるなどの関係が見られている(小倉, 2005)。

(c)諸外国の取り組み状況

次に諸外国のファミリー・フレンドリー施策の取り組み状況をみてみよう。出生率の低下した国々は育児に対する経済的支援等に加え、「多様な働き方の実現」に向けて積極的に取り組んできた。

i) イギリス

イギリスの場合は、柔軟な雇用制度の導入を核としつつ、父親休暇の法制化のように男性の家庭・育児へのかかわりを促進するスタンス、先進的な大企業や専門コンサルタントとの連携、ワーク・ライフ・バランスをもたらす経営上のメリットを強調している(武石 et al., 2005)。

ii) オランダ

オランダにおいては、1980年代以降、女性の労働力率が急速に高まっている。特に30歳以降の労働力率の上昇が顕著であり、女性が出産後も仕事を継続するようになっている。女性の労働力率が高まった理由としては、1982年のワッセナー合意^{*}に基づくワークシェアリングによるパートタイム就労や臨時雇用を促す政府の政策が寄与したと分析されている(経済産業省, 2005)。

^{*}ワッセナー合意とは、労働者が賃金抑制に合意する代わりに、経営者はコスト中立的な時間短縮を約束したもの

また、オランダでは、パートタイム労働者とフルタイム労働者を時間比例で均等に扱うことが定められており、すべての労働