

を求めています。さらに年1回の労働環境に関する検証を行い、労働時間や満足度、裁量の確保について是正する制度の確立が必要です。

最後に確認と、今回は時間の関係で述べられなかった小児科医の労働環境改善への視点について補足させていただきます。労働環境改善によって疲れ切った小児科医をなくし、医療の質と安全性の向上を目指さなければなりません。医療事故や患者家族とのトラブルなどへの対応も、我が国の医療全体の制度として確立すべき重要な課題です。小児科医のQOLには働きがいという因子も重要で、喫緊の課題である労働時間の短縮のみに目を奪われてはいけません。

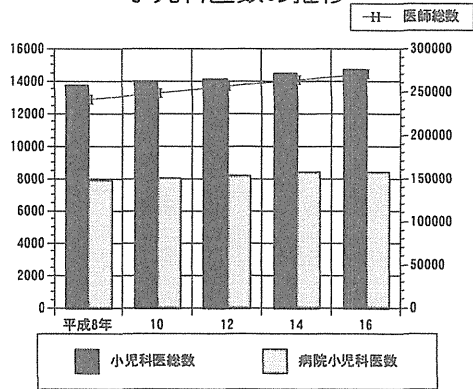
季節変動など、小児科特有の事情により採算性の低下も病院の経営に大きな影響をもたらし、さまざまな意味で小児科医の労働環境の悪化につながるため、社会全体の理解と経済的支援が必要です。

小児科医の業務体制と労働環境

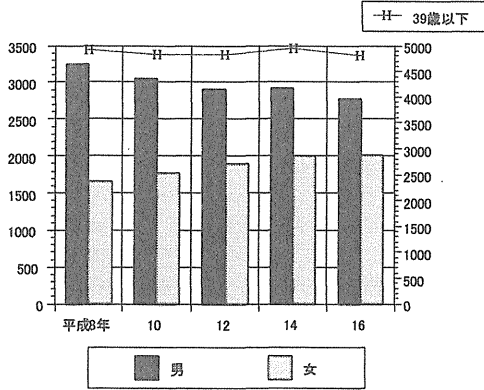
大阪市立住吉市民病院小児科
舟本仁一

医療の質・安全学会 第2回学術集会 11. 23. 2007 1

小児科医数の推移



39歳以下の小児科医数

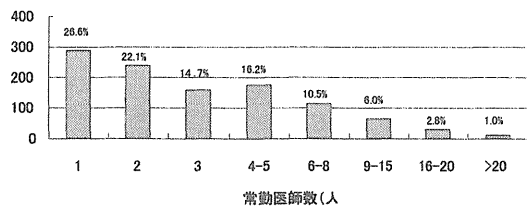


病院小児科の現状

4

病院小児科・医師現状調査 日本小児科学会2005

常勤小児科医数からみた病院数



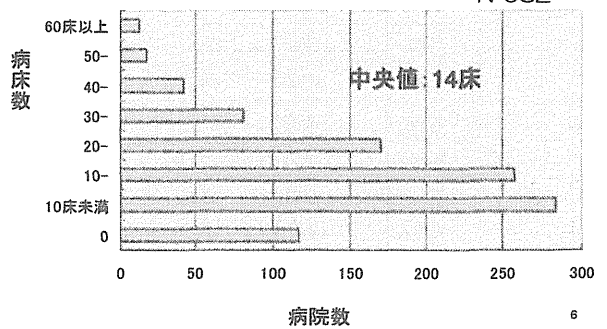
5

病院小児科・医師現状調査

日本小児科学会

病院当たりの小児科病床数の分布 (一般病院)

N=982



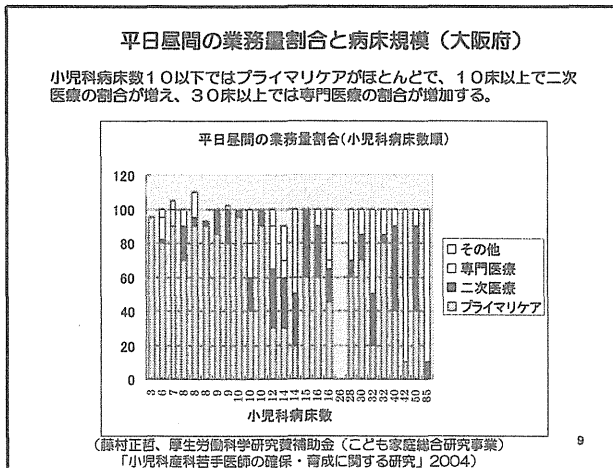
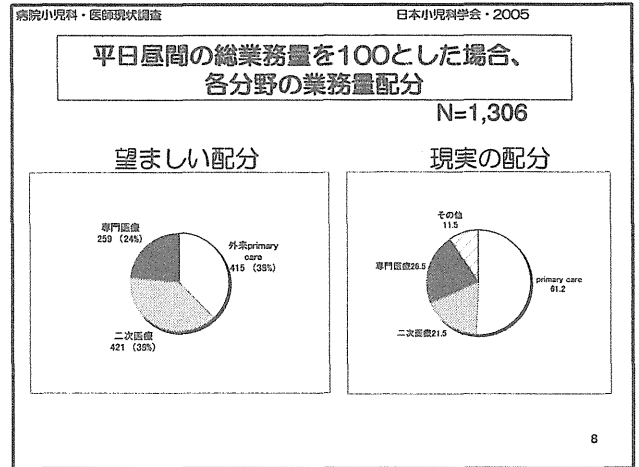
6

英国の小児医療供給体制

病院小児科・日英比較

	英国	日本
人口	5,900万人	1億2,700万人
小児科のある病院数	204病院	3528病院
病院あたりの小児科医数	20.8人	1.8人
病院あたりの小児人口	75,000人	5,000人
総人口	29万人	3.6万人

7



労働時間の実態

- ・病院小児科医師現状調査2004 **60.6時間/週**
8%は79時間/週以上
- ・小児科医ストレス調査2005 **66.4時間/週**
- ・小児救急拠点病院における小児科医の勤務実態(厚生労働省医政局)
36協定によって規定された勤務時間の上限を
実際の勤務時間が月あたり88.58時間上回っていた

10

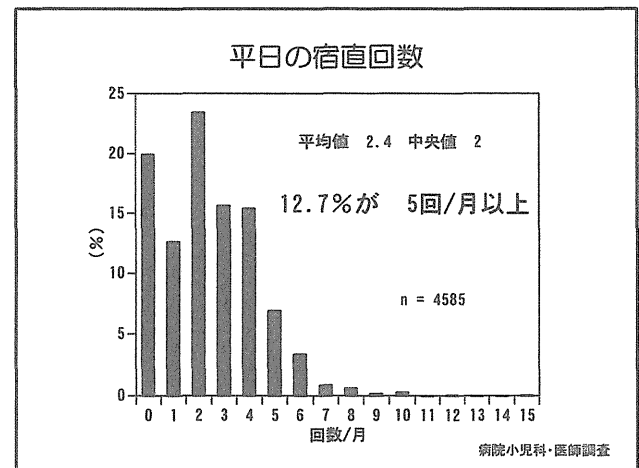
病院小児科・医師現状調査

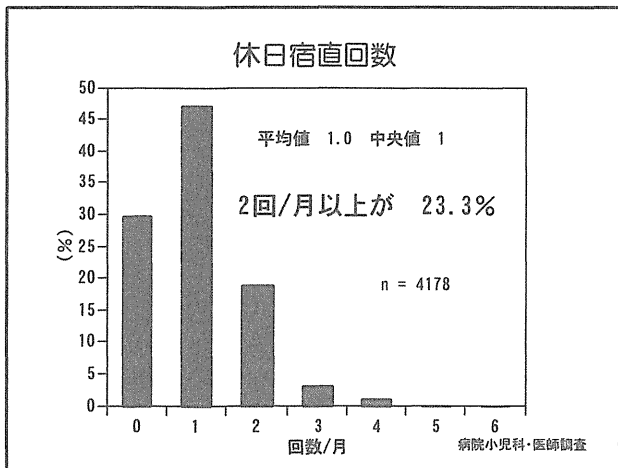
日本小児科学会・2004

小児科勤務医の労働時間(週) (中間集計)

年齢	週平均労働時間	医師数	標準偏差
20歳~	68.2	814	15.9
30歳~	62.9	1446	13.2
40歳~	58.9	1241	12.5
50歳~	52.5	664	11.3
60歳~	46.9	122	8.6
70歳~	46.0	23	13.8
80歳~	40.0	1	.
合計	60.6	4325	14.3

11





ストレス調査: 労働状況

週総労働時間の平均は **64.4時間**
完全休日日数は 月間休日の約**3分の1**

* 調査月は2005年7月であり、隔上の休・祝日日数は11日

	週総労働時間 平均値	月間完全休日日数 平均値	平均睡眠時間 平均値
小児科医全体	64.4 ± 22.7	3.2 ± 2.6	6.0 ± 0.9
大学附属病院勤務	73.2 ± 18.3	1.9 ± 1.6	5.6 ± 0.8
一般病院(小児専門病院内)勤務	67.3 ± 23.8	3.1 ± 2.6	6.0 ± 1.0
診療所勤務	52.5 ± 19.1	4.0 ± 2.5	6.4 ± 0.9
研究所・行政機関・教育機関勤務	52.3 ± 11.0	5.2 ± 3.2	6.6 ± 0.7

14

ストレス調査の背景と目的

- 小児科医の間にストレス・疲労感が充満している
- 先進諸国各国でも医師(医療従事者)のストレスは高い
⇒医療従事者の疾病・休職・退職率↑ 医療の量・質の低下が懸念 (Michie S. et al 2003など)
- 小児科医におけるストレス状況(職業性ストレス要因とストレス反応)を既存のストレス評価尺度(調査票)に沿って客観的に把握する
- ストレスと労働環境との関連を検討し、職場改善のてがかりにつなげる

日本小児科学会 小児科医のQOLを改善するためのプロジェクト
梅原 佳、大矢 幸弘

15

The Demand-Control-Support Model : DCSモデル(Johnson & Hall 1988) の構成概念

職場のストレスを以下の3つの職業性ストレス要因の観点から評価する

- Demand stressor :**
仕事の要求度が大きいとストレスは大きくなる
- Control stressor :**
仕事のコントロール度が小さいとストレスは大きくなる
- Support stressor :**
職場での社会的支援が小さいとストレスは大きくなる

16

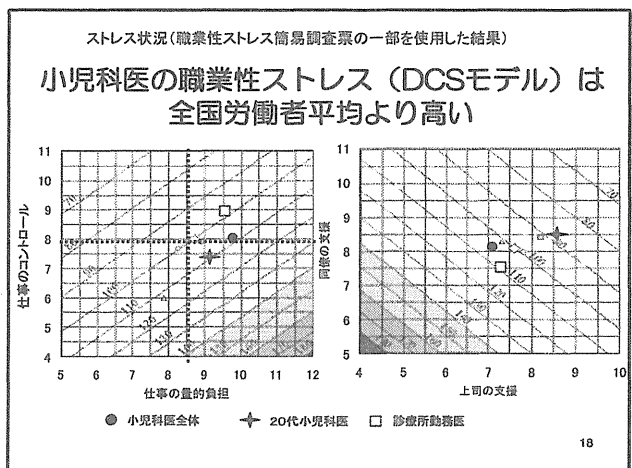
回答者の属性

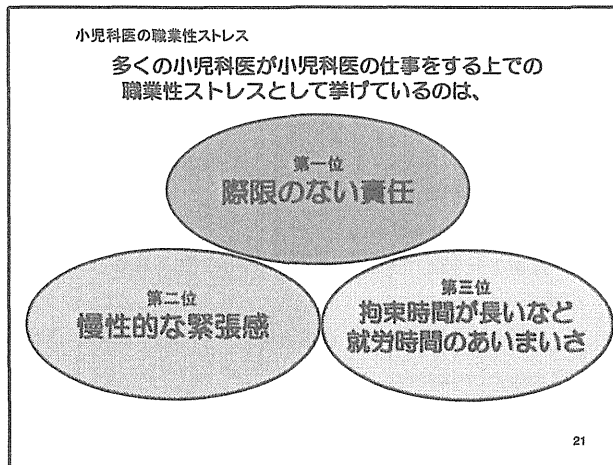
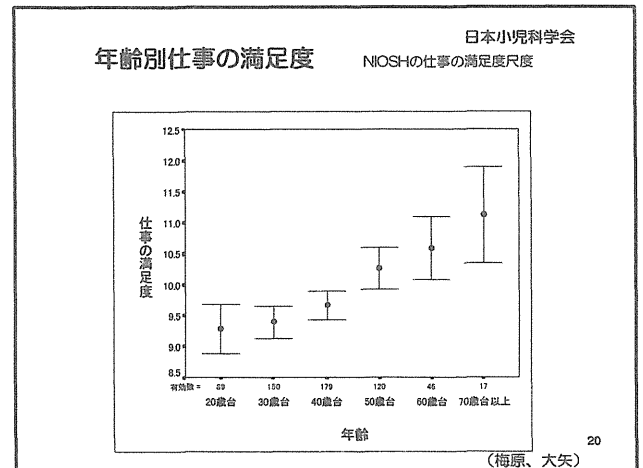
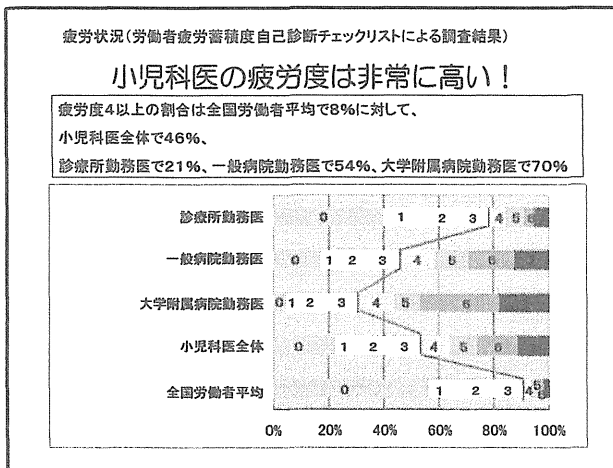
一般病院勤務医 47.8%
診療所勤務医 30.5%
大学附属病院勤務医 14.8%

性別: 女性 30.2%, 男性 69.8%

年齢: 分布グラフ (平均年齢: 40.1歳, 標準偏差: 4.1歳, 有効数: 1491名)

17





小児科医のストレス・疲労状態には、量的負担感が強く影響

労働時間の削減は今の小児科医師のストレス・疲労を軽減させるのに必須である

日本小児科学会の考え

- 現状のまとめ
- 1) 病院小児科勤務医の長時間労働が顕著です
 → 良質な医療、医療の安全が損なわれる
 → 燃え尽き症候群で、困難な職場 (=重要な職場) から離脱する
 - 2) 若手医師の疲労度は高く、仕事の満足度は低い。満足度の低い群では離職意欲が大きい。
 - 3) 一般病院小児科の医師空席について、充足困難な状況が常態化しつつあります。
 - 4) 病院小児科が提供したい専門医療用の資源は、プライマリケア対応で消耗しています。

対策は？



1. 病院小児科の医師確保は、勤務医の苦境を改善しなければ解決に向
かないません。使命感で現場医師を追い立てるだけでは、何の対策に
もなりません。現場医師には体制への不信感があります。
2. 入院用の病院小児科を集約化すれば、地域で当直医の繰数を減らせ
ます。また専門医療をそこで重点的に提供できます。
3. 働く環境の満足度を左右するのは、①提供している医療内容と ②
勤務条件です。その具体案が病院小児科の重点化・効率化です。

25

小児医療提供体制の改革ビジョン、2004・日本小児科学会
改革ビジョン・3つのポイント

1. 効率的な小児医療提供体制へ向けての構造改革としては、
 - (ア) 入院小児医療提供体制の重点化・効率化
 - (イ) 身近な小児医療の提供は継続、
 - (ウ) さらに広く小児保健、育児援助、学校保健などの充実
を図ります。
 2. 次に広域医療圏における小児救急体制の整備を進めます。
その主な内容は
 - (ア) 小児時間外診療は24時間、365日をすべての地域小児
科医*で担当し、
 - (イ) 小児領域における3次救命救急医療の整備を進めます。
 3. それらの改革を進めるに当たって、労働基準法等に準拠した
小児科勤務環境の実現を目指します。また医師の臨床研修・
卒前・卒後教育に必要な場を提供します。
- *小児科標榜医、救命救急部など小児を日常的に診療している医師・部門

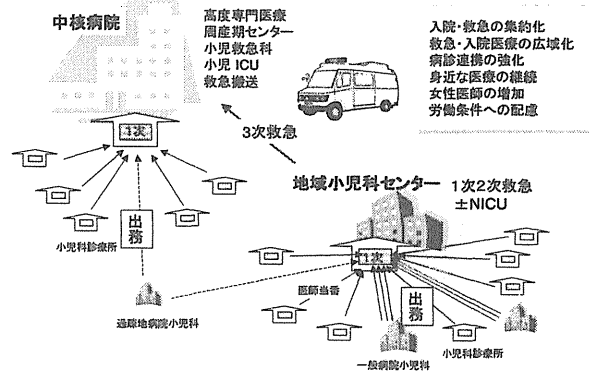
26

日本小児科学会の取り組み状況

1. 小児医療提供体制の改革ビジョンと「モデル案策定
作業計画」を提案（2004年3月）
2. 47都道府県支部（学会地方会）にモデル案策定委員
会を設置（2004年4月）して検討開始
3. 病院小児科全国調査、小児科医ストレス調査を実施
4. 36支部でモデル案策定（2006年3月現在）
5. 集約化計画の検討状況を調査（2007年1月）
6. 地域小児科センター認定基準（第一次案）の提示
（2007年11月）・・・未承認

27

日本小児科学会 ―わが国の小児医療・救急医療提供体制の改革に向けて―



地域小児科センターの役割

- 24時間の二次救急医療を実施（救急型）
一次救急については、原則的に圏域市町村
- 新生児集中治療の実施（NICU型）
- 臓器専門医療の提供
- 小児医療、保健、教育・研修ネットワーク
- 小児関連他診療科との連携による医療
- 病院や圏域の医療の質・安全の自己管理

日本小児科学会の地域小児科センター
認定基準（案）の考え方

モデル案で「地域小児科センター病院」を設定して
実行に移行する場合、そこでは全小児科医師が労働
時間の上限を週58時間とするように勤務計画を作
成すること。
それを達成するために定員増が必要であれば計画に
明記すること。

過労死認定基準を
超えない勤務のために

- 月30時間以内の時間外勤務
- 週でいえば58時間の勤務時間
 $(58-40\text{時間}/週) \div 7\text{日} \times 30\text{日} = 77.1\text{時間}$
- 地域小児科センターにおける当直は、労基法に
いう宿日直ではなく、通常勤務時間として計算

31

労基法を遵守した勤務環境

- (時間外+深夜)勤務と休日勤務の合計は、5
回/月を超えないことを原則とする
- 深夜勤務明けは帰宅を原則とする
- 週に1日以上の日を確保する
- 時間外労働に関しては、労働基準法第36条第1
項に基づく「36協定」の締結
- 場合によっては、変形労働時間制の協定
- 出勤、退勤時間の把握(タイムレコーダー等)
- 1回/年、労働時間の検証と是正体制の確立

32

最後に

1. 労働環境の改善により疲れきった小児科医を
なくし、医療の質の向上と安全の確保を
2. 医療事故や患者家族とのトラブルなどへの
対応も制度として確立すべき重要な課題
3. QOLの向上には、働き甲斐、という因子
も重要
4. 季節変動など小児科特有の事情による採算性
の低下に社会全体の理解が必要

SY1-6

集中治療室（ICU）の診療体制と診療パフォーマンス

林田 賢史

京都大学大学院医学系研究科 医療経済学分野 助教

看護職の定着をめざす職能

奥村 元子

社団法人日本看護協会 看護職確保定着推進戦略プロジェクト 次長

看護師の確保難ということをよくお聞きになるかと思いますが、この40年余りの就業者数は、1960年に25万人弱でした。2004年に130万人近くまで増えておりますので、40年余りの間で約5.3倍に増えていることとなります。そして、人口10万人に対しては、こちらも順調に増えておまして、2004年データでは1,000人を少し超えるところまできており、日本全国で約130万人のナースが働いております。日本の総人口が約1億3,000万人ということですので、単純に計算しますとほぼ100分の1となります。すなわち、日本人の100人に1人が現役ナースということになっております。

しかしながら、私どもの推計によりますと、この他に60万人をやや超えるぐらいのいわゆる「潜在ナース」、働いていないナースがいるということが分かっております。働ける状況にある者は既に働いていると私どもは考えておまして、この働けない状況にあるという人たちを呼び戻すには、今の現場の状況を変えるしかないだろうと考えております。このあたりから、私どもの確保定着推進が始まっております。

今回の看護師不足の引き金を引いたと言われております、平成18年診療報酬改定に伴う入院基本料の7対1導入後の届出病床数の推移ですが（スライド5）、改定直後の2006年の5月には、7対1が4万4,831床です。そして、13対1、15対1という看護配置がかなり薄い病床が25万床余りです。そして、ちょうど1年後の2007年の5月を見ますと、7対1病床が4倍近く増加して16万床を超えました。それに対して、13対1、15対1の合計数が相当減っておりますので、改定後1年ほどの間に一般病床全体として、看護配置は手厚い方向に急速にシフトしたと解釈しております。

一方、特定機能病院は看護配置10対1以上が医療法上の定めですので、その更にも上を目指していくこととなりますが（スライド6）、7対1の届け出状況は約2万3千床で、まだ10対1のレベルにとどまっている病床が4万余りあるということとなります。こちらでは、今後さらに確保に努力をなさることと思っておりますので、看護師の需給が非常にタイトであるという状況は、まだしばらくは継続すると思わざるを得ない状況です。

おおよその勤務者数の状況をご覧いただきましたので、勤務体制についてお話を申し上げます。私どもは定期的の実態調査を行っております、これがその一つのデータです（スライド8）。会員の一人一人の個人調査の結果ですので、「あなたの勤務は何交代？」、「あなたはどの働き方？」と聴いた結果ですが、直近のデータが2005年となります。3交代が1番大きな部分です。現状では、やはり3交代で働くナースが多いということとなりますが、2交代が4年前と比べて大幅に増加しました。従来、長期療養タイプの病院、あるいは精神

科で2交代というのが定番でしたが、今は急性期医療や高度な医療を行う病院においても2交代が選択されるケースが増えてきております。事例を挙げさせていただくと、聖路加国際病院や武蔵野赤十字病院であります。

この診療報酬算定要件が、実は看護職の配置体制・勤務体制をコントロールしてきた歴史がございます。算定要件の中では看護配置、それから夜勤体制については現在では複数夜勤と、それから交代制であることが求められております。この交代制と当直制というのは、労働法制上全く異なるものです。現在は交代制をとることを求められていますが、病棟の看護について当直を認めずに交代制を求められたのは平成6年です。健康保険法改正に伴って付き添い看護が廃止になったわけですが、そのあたりから入院基本料、当時は新看護料算定のために交代制をとるという要件を、すべての病院が受容せざる得なくなったわけです。

そして、夜勤負担の歯止めですが、平成4年に夜間勤務と看護加算という診療報酬上の加算によって強力に誘導されました。この加算を取るためには、夜勤回数の規定をクリアしなければならず、また複数夜勤という要件もクリアするということが求められたわけです。これによって、病院の財政は確実に増収になってまいりました。もちろん、それがナースに直接還元されたわけではないのですが、増員の原資として大きく役立ったことは現場が認めているところです。この夜勤負担の歯止めについては、現在は夜勤時間数に対する要件として残っており、平均夜勤時間数が月に72時間以内という要件がございます。これは読み替えますと、3交代だったら月に9回相当、2交代だったら4回から6回ということになりますので、このレベル自体は緩やかなものではなく、働く人にとっては楽な水準では必ずしもないということになります。

しかしながら、これは個々人に対してキャップをはめているわけではなく、あくまでも病棟に勤務する夜勤を行うナース全体で、平均値として72時間以内であるということを目指しているということです。しかしながら、平成18年の診療報酬改定で、ほぼすべての入院を扱う病院に対して平均夜勤時間数72時間という要件が求められることになりました。今までは加算が欲しい病院は守れば良いという要件だったものが、すべての病院に適用されるということになりましたので、これに対しては経営者団体の一部から異論や批判、何とか緩やかにして欲しいという要望が出ているわけです。しかし、私どもの立場と致しましては、この歯止めの意味というのは現状においてはやはりまだ必要と考えておまして、この点を譲るつもりは全くございません。

こうして手厚い看護配置により、患者さんにより安心・安全の医療を受けていただく、看護を受けていただく体制をとることが、7対1の入院基本料です。7対1というのは、1日24時間を平均して患者さん7人に対して看護職員1名がいるということになります。

では、具体的にはどうなるかということですが、昼は1人のナースが4人程度の患者さんを担当します。従来の基準ですと、ここで5、6人を担当することになりますので、現実

に目が行き届く範囲が広がり、手厚く見るができるということになります。最も緊張する夜間ですが、こちらは10人に1人ということになりまして、従来基準では1人のナースが16、7人の患者さんを見ていました。これが日本の最高水準だったわけですから、「この状態では責任を持って夜間の看護はできない」と私どもは強く国民の皆さまに訴えて、7対1の実現を求めていったわけです。おかげさまで、先ほど届出病床数をご覧いただきましたように、一般病床においては確実に看護の手厚い病床が増えているという状況にあります。この体制をとるために、患者さんが50人の病棟で試算しますと、看護職員の配置数は36名から37名を配置しなければならないということになります。従来基準では25名から26名というところになりますので、格段に手厚い配置が必要になったということになります。

さらに、高度医療での看護配置基準ですが、診療報酬の算定要件で定められているものが、ICUです。特定集中治療室管理料算定要件の定めによれば、24時間を通じ患者さん2人にナースが1人、常時いなければいけませんので、例えばICU8床、患者さんの平均が6人ということになりますと、24時間3名のナースがいることになります。この3名のナースを24時間365日通じて配置しておくためにローテーションを組んでいくわけですが、最低でも15人は必要になります。1人の人間が24時間起きて働いているとすると、この1人が働く体制を作るためには、5人配置していないと実際には無理ということになります。

次に、集中治療室を出て一般病棟に行くまでに、ハイケア・ユニットという仕組みがあります。ハイケア・ユニット入院医療管理料という特定入院料がありますが、その要件はICUの半分で、患者4人にナースが1人という体制になります。そして、一般病棟が7対1レベルですと、昼は4人に1人、夜は10人に1人ということになります。

私どもの確保定着対策ですが、7対1を引き金とする看護職の確保難、それから実際に非常に多くのナースが現場を去っている現実があります。そして、60万人を超える潜在ナースがいるという状況もあります。しかしながら、要請増と申しまして18歳人口が減っている現状では現実的ではありません。そして、潜在ナースがたくさんいるといっても、現状で働けないから潜在化しているわけで、まずは今働いている方たちを辞めさせない、辞めずに働き続けることができる職場作りが先決であるというのが私どもの考え方です。

再就業促進は、いわば後追い対策ですが、これを予防へ切り替えようという話です。ゴール、数値目標を立てておりますが、ご覧のように大変控えめな数値目標です（スライド16）。しかしながら、私どもはこの数字を達成するプロセスを通じて、現場が大きく動いていくことを大変期待しております。

専門職として働きがいのある条件整備と、生活者としての適切なワーク・ライフ・バランスの実現を私たちは掲げております。ワーク・ライフ・バランスですが、医師の労働条件に大変問題があるということは、私どもの目から見ますと、多くの先生方がようやく言ってくださったという感じが致します。看護職の場合は、専門職性・プロフェッショナルということと労働者性、この二つを両天秤に掛けながら長い間苦勞をしてきて、そして獲

得してきた歴史があると思っております。そこで、おそらく医師と異なるのが、もとより看護職のほとんどが女性であったということによるものと私は個人的には考えておりますが、皆さまはいかがお考えになりますでしょうか。

次に、「働き続けられる職場づくり」についてです。今年度は幾つか取り組みをしておりますが、学生さん向けに「看護職のための職場探しガイド」、管理者のために「選ばれる職場作りマニュアル」という二つの冊子を作り、呼び掛けております。学生に対しては、「ちゃんと職場を選びなさいね。有名病院だから、新しいから、大きいから、そんなことで選んではいけません」という呼び掛けです。医療の質、安全ということに関連しますと、例えば「安全な医療の提供は病院の責務です。こういうところに注意して、病院を見学に行きなさいね。職場を探しなさいね」という、看護の世界で働いている先輩たちから後輩への熱いメッセージです。「個人個人の注意や努力はもちろん必要ですが、軽微なミスが大きな事故につながらないようにシステム作りに力を入れています」と書いてありますが、これは医療法に定められた病院の責務です。当然、私どもも書かせていただいているということでございます。また、「病院は職場でのさまざまなリスクからあなたを守り、健康で安心して働ける体制を整えています」と書いてありますのは、労働安全衛生法に事業主の責務として書かれているわけでありまして、当然これを念頭に置いて、若い人たちは職場を選んでいきます。その他、私どもの賠償保険制度につきましても案内をしております。職能として会員を守るということに、私どもは取り組んでいるわけです。

本丸は、病院を変えるキー・パーソンとなる看護管理者です。夜勤関係では幾つか項目を挙げておりますので見ていただきたいと思えます。これは月の夜勤回数の目安です。例外的に多くなることもあると思えますけれども、一律にということではなくて弾力的であってもいいわけですが、目安を示しております。それから、各看護単位の夜勤人数です。夜勤人数は、その夜勤中に休憩がきちんと取れるかどうかの分かれ目になってきます。算定要件の上では複数夜勤ということしか決めておりませんが、複数夜勤で例えば長時間の夜勤、2交代など1勤務が12時間、16時間というように長くなると、途中で適切な休憩を取れるかどうか疲労度を大きく分けるポイントになってきます。

つまり、2人で勤務している場合、例えば1人が1時間半休憩を取ったとすると、その間は、もう1人が1人ぼっちになってしまいます。そして、今度交代してもう1人が1時間半休憩を取りますと、今度は休憩から出てきた看護師が1人ぼっちになってしまいます。従いまして、都合3時間1人夜勤という大変危ない体制になってしまいますので、2人では足りないわけです。少なくとも3人体制が必要だと考えられます。あるいは、2人でも対処できないような夜間の緊急入院がたくさんあるような地域の基幹病院、2次・3次の救急体制を取っている病院などでは、恐らく4人、5人ということも考えなければならないと思えます。休憩時間、仮眠の体制、シフトとシフトの間隔等を考えなくてはなりません。このようなことは、実は労働組合との労使協定、あるいはこの際、労使協定の事項になっていないものについても、職場での運用ルールのようなものを作ってはいかかかというのが私

どもの提案です。

最後に、「外来、手術室などの当直は、労働基準監督署の許可要件を順守」とありますが、これは舟本先生のご発表の中にございました労働基準法についての当直の許可要件のことです。病棟のナースについては、既に申し上げたとおり、当直制は認められておらず、交代制を取るようになっております。しかしながら、それ以外の部署につきましては、まだ当直制になっているところがあるわけです。

以上、専門職性と労働者性を天秤にかけて一生懸命やってきた看護という職の集団でございますが、この確保定着が非常に困難で、何とかして辞めずに働き続けられる職場作りに取り組んできた中で、幾つかネックが出てまいりました。

一つは処遇の問題ですが、このように労働条件・夜勤体制について制限を設ければ、それに相応した人数が必要になります。この中で看護職も非常にたくさん増えてきたわけですが、個人的な見解ではありますけれども、その代償として処遇が低いままに据え置かれたのではないかと考えております。

もう一つは、十分とは言えませんが、診療報酬の算定要件の中で看護の労働について、あるいは夜間のサービス体制についての基準があります。しかし、この基準に守られてきた部分があり、このことが少なからず看護集団、特に現場における看護部組織の硬直、あるいは自立性がいささか欠けている部分につながっていったのではないかという危惧も持っております。

シンポジウム1 岐路に立つ医療 ~「崩壊」から再建へ
**第2部 質と安全確保のために、
 医療業務体制と労働環境は
 いかにあるべきか**

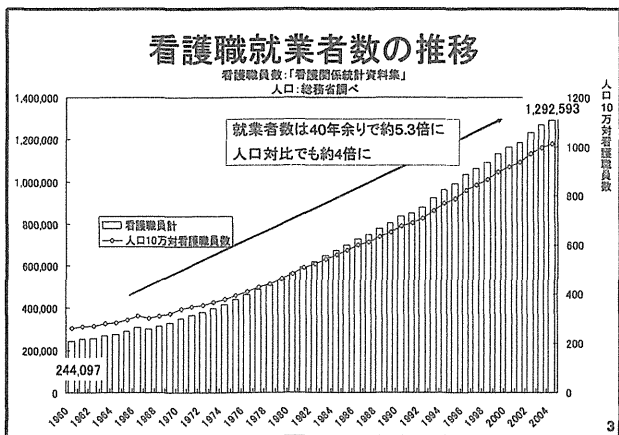
Japanese Nursing Association

看護職の定着をめざす 職能団体の活動

(社)日本看護協会
 看護職確保定着推進戦略プロジェクト
 奥村元子

Japanese Nursing Association

1. 看護職はいま、 どう働いているのか

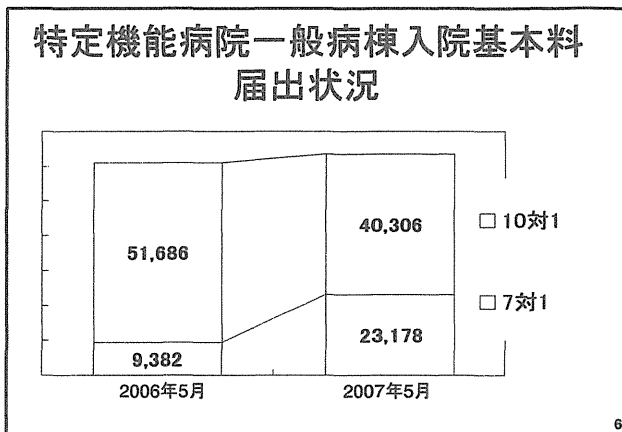
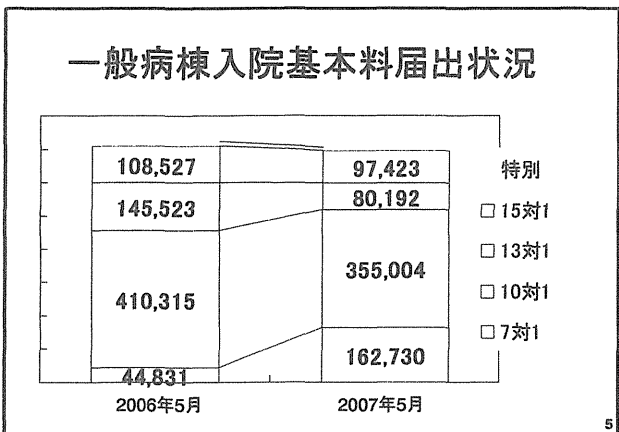



いま今何人の看護職が働いているの？

- 日本全国で約130万人の看護職が働いています
(※2004年12月末の就業者数・厚生労働省調べ)
- 日本の総人口は約1億3000万人 (※2004年の総人口・総務省調べ) ですから、

$$\frac{130\text{万人}}{1\text{億}3000\text{万人}} = 0.01 (=100\text{分の}1)$$

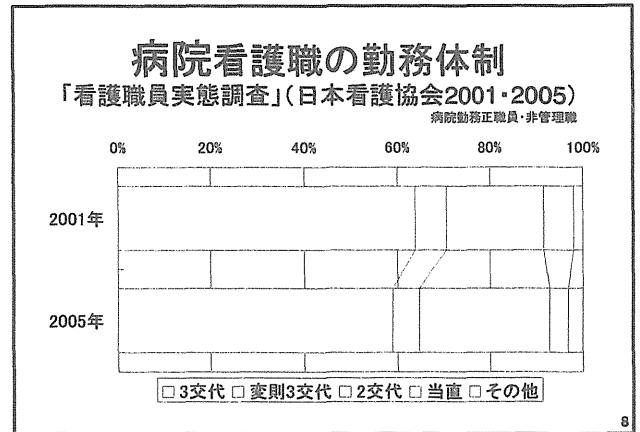
…つまり、日本人の100人にひとりには、現役ナース！？




 Japanese Nursing Association

2. 看護職の勤務体制

7



**診療報酬算定要件は
看護提供体制の基準を設定**

看護職員配置数/職種要件
 配置数 → 実質配置
 夜勤体制 複数夜勤/交代制

夜勤負担の歯止め

夜勤回数 → 夜勤時間数

9

**診療報酬算定要件
病棟看護職員夜勤負担の
「歯止め」**

平均夜勤時間数72時間以内
 「72時間」=

3交代で9回相当
 2交代で4~6回相当

10

**安全・安心の医療を提供するために
より手厚い看護配置が必要です**

2006年診療報酬改定で、看護配置基準が12年ぶりに上げられました

「7対1入院基本料」
 1日24時間を平均して患者7人に看護職員1名が勤務

11

**新しい看護配置基準
「7対1」での実際の配置は？**

「7対1」看護配置基準
患者50人病棟での看護職数
36~7名

12

高度医療での看護配置基準 (例)

集中治療室: 24時間を通じ、患者2人にナースが1人

ハイケア・ユニット: 24時間を通じ、患者4人にナースが1人

一般病棟: 昼は患者4人にナース1人、夜は患者10人にナース1人

13



3. 日本看護協会の 「看護職確保定着推進事業」

14

「後追いの対策」(再就業促進)から 「予防」(潜在化防止)へ

- 看護職養成増も、18歳人口減少の時代に現実的ではない
 - 潜在看護職の掘りおこしは重要だが、まずは潜在化させないことが先決
- ←今働いている看護職が「働き続けられる職場づくり」。労働条件の改善に正面から取り組む。「働き続けられる職場」は、再就業しやすく、新人看護職にとっても安心して働ける職場に。

15

GOAL

2009年度までの数値目標

- ①病院勤務の常勤新卒看護職の離職率
9.3% → 8%
- ②病院勤務の全常勤看護職の離職率
12.3% → 11%
- ③ナースセンターを通じた再就業者数
16,107人 → 20,000人

16

VISION

私たちの理想

- 専門職として働きがいのある条件を整備
- 生活者としての適切なワーク・ライフ・バランスの実現

17



4. 「働き続けられる職場づくり」 に向けて

18

今年度、日本看護協会は

SAGASU SUPPORT BOOK
看護学生のための職場探しガイド

SHOKUBA SUPPORT BOOK
看護管理者のための
選ばれる職場づくりマニュアル

の作成・普及を通じて、「看護の現場を変える」皆様の支援を行っています。

19

【SAGASU SUPPORT BOOK】

医療安全・労働安全衛生
安心して働くために P25

「安全な医療の提供は病院の責務です」

- 個人個人の注意や努力はもちろん必要ですが、軽微なミスが大きな事故につながらないようなシステム作りに力を入れています
- 病院は職場でのさまざまなリスクからあなたを守り、健康で安心して働ける体制を整えています
- 日本看護協会では、会員を対象に「看護職賠償責任保険制度」を設けています

20

看護管理者のための
選ばれる職場づくりマニュアル
「SHOKUBA SUPPORT BOOK」
(しょくば サポート ブック)

- 現場の変革を志す看護管理者を支援。
- 「選ばれる職場づくりのポイント」をあなたの力に。
- 9月中旬完成、会員施設に配布。

21

「選ばれる職場づくりのポイント」から
「夜勤」「交代制勤務」をめぐって

- 月の夜勤回数(夜勤時間数)のめやす
- 各看護単位の夜勤人数
- 夜勤中の休憩時間の長さ・何時から何時の間を取るか
- 男女別の仮眠室や横になれる設備のある休憩室の確保
- シフトとソフトの間隔

22

「選ばれる職場づくりのポイント」から
「夜勤」「交代制勤務」をめぐって

- シフト表作成の期日
- 急な欠勤時の補填体制
- 常勤職員が一定期間夜勤専従勤務をする際の就業規則運用ルール
- 外来・手術室などの当直は労働基準監督署の許可要件を順守

23

西村 周三

京都大学大学院経済学研究科 教授

あらすじとしては、医療崩壊の背景、医師供給の話、そして医療再建の具体策という順序で簡単にお話をしたいと思います。

今日の課題は地方経済の疲弊ということですが、もっと広くいろいろな話をするといい、ご用意してきました。ただし、地方経済の疲弊と IT 化は非常に関係すると思いますので、ぜひ説明させていただきたいと思っております。

医療費抑制政策

まずは、医療費抑制策が最近の危機の現況の根本にあるという少し大きな話です。ここでは、「医療費抑制策の背後には、アメリカ的な医療の部分的導入という政策志向がある」ということをどう捉えるかを考えておきたいと思っております。

「アメリカの陰謀」というご意見もありますが、私は「陰謀ではなくて、要望だ」と言っています。借金が多いということは、医療費抑制の一つの要因になりますので、医療費を相当下げると言われています。具体的には、2015年に40兆円になるところを37兆円にするとされています。税金や初回保険料に基づく医療費をこれだけにするというので、すから、経済界は、一方では、個人が民間保険等に入って払う医療は拡大して欲しいと思っているわけです。

アメリカがそういう状況にある中、フランスやドイツと比べると、グラフからも、医療費をたくさん使っていることがわかります。ただし、お金をたくさん使っているということは、このグローバル化時代の医療にとってかなり深刻な意味合いを持っているということ、先に申し上げておきます。

資本主義というのは、まず製品の差別化をすることによって次々と目先を変えて新しいものを作っていくというものですが、日本の社会は完全にこれに慣らされております。実は皮肉で、先ほどペットボトル入りのお茶を買って持ってきたのですが、これをなぜ170円で買うのでしょうか。水筒にお茶を入れて家から持ってきたほうが幸せだと思いますが、資本主義社会ではこういうものが次々に出るわけです。私たちはこれに乗って買ってしまうのです。そして、それは医療にも浸透しつつあります。それが非常に難しい問題を引き起こしています。

今、ステントの値段は保険で5万円ぐらいですが、アメリカが開発した新しい技術を持ったステントを日本ではもう保険に申請しません。なぜかという、医療費抑制策で儲からないからです。薬に関しても、少し前までは日本の方が高いと言われていたのですが、

最近はアメリカの方が高いのです。

産業として見ても、日本の医療は非常に大きな岐路に来ております。これも経済的に初歩的な間違いですが、国が医療費を抑制するものですから、その結果利益が出なくて、生産性が低いという理不尽なことを言われます。

もう一つ深刻な問題があります。それは効率性の追求です。これは特に、地域医療を考へるときに必ずぶつかるこれからの課題です。この2点を視野に置いて、大きな話をもう少しさせていただきたいと思います。

アメリカの動向

2015年、アメリカは、人口当たりで見ると何と日本の3倍ぐらいの医療費を使おうとしています。その医療費はどこに使われるかというと、医師・看護師の給料、薬などに使われるわけです。これは経済の原則です。人口当たり3倍の医療費を使えば、医師の数も相当増やすことができますし、1人当たりの給料も上げることができます。看護師の給料も上げることができ、薬も高い新製品をたくさん使うことができるという社会がすぐ近くにあるにもかかわらず、これから日本が医療費を抑制すればどういうことになるかということとは、火を見るよりも明らかです。

ただ、「アメリカは自分でお金を払う世界だから、金持ちはそういう医療を受けることができる」という議論がありましたが、公的な金額も一人当たりで見ると、高齢者についても全年齢に関しても、日本の方が少なくなっているという現状があります。これをまず一つ押さえておきたいと思います。

医師不足

次は、医師の話ですが、少々専門的な話になることをお許してください。

まず、単純に医師総数を増やしても偏在の解消にはつながらないというのが、厚生労働省の基本的な考え方です。これはどのように決まったかと申しますと、昨年、平成18年に報告書が出て、そこでいろいろな議論があり、今のような方向性が出されました。その後、医療の危機や崩壊が強く叫ばれておりますが、いずれの先生方も、当然、今の危機についてお話になっています。ところが、医師の供給をどうするかという話には10年かかるというものの、10年後をどうするかという議論は、率直に言ってほとんどされておられません。

もう少し正確に言うと、これは、「医師の需給に関する検討委員会」でされた話なのですが、結果的に、医師の数を増やす必要がないということになりました。

今の問題と、10年後をどうするかというのは分けて考える必要があります。厚労省の考え方も分からないでもないですが、医師一人を一人前にするのに、推計すると大体1億円ぐらいかかります。ですから、予算を取るのが難しいのだらうと思います。しかし、国家にあらゆることを依存するという時代は終わっていると思います。ですから、特に専門医のお話を聞いていただきたいわけですが、GPとのキャリアパスというのも真剣に考える必要

があるのです。

アメリカではもう 30 年ぐらい、「医師は足りる」、「足りない」、「足りる」、「足りない」という議論をずっとしておりまして、1990 年代半ば、10 年ぐらい前にクーパー仮説が出ました。分かりやすく言うと、「経済が豊かになると、人々はより安全を求める。だから、増やすしかない」というのが結論でした。ところが、アメリカは決して医師の数が多いい国ではありません。もちろん日本は少ないです。専門的な話で恐縮ですが、こういうところと比較して議論をすべきです。アメリカでは驚くほど詳細な研究がされていますが、私が今ここで言いたいのは、こういう問題をきちんとした専門家を入れてしっかり議論しないとイケないということです。

同時に、日本人は異常に病院に行き過ぎるのです。ですから、人口が減れば医師がいなくて済むという議論は間違っています。どうしてかということ、1 人当たりの 1 回の医師と接する時間を、恐らく今の 3 倍ぐらいにしなければいけないからです。一方で、病院に行く回数は 3 分の 1 ぐらいに減ってもいいのだと思います。その代わり 1 回当たりの時間が 3 倍になったら、やはり医師の時間は今と同じに取られます。先ほどの話にもあったように、基本的に病院の外来が多過ぎるといことは、これから深刻な問題として考える必要があります。

いずれにせよ、日本の医師の供給の仕方は、最初からイギリスのように、あるいはヨーロッパのように、GP と専門医が明確に区別されて育成されるというかたちではないので、ここで一種のバッファができて、勤務医として死ぬほど働いて、火事で背中に火がついて、何も知らずに開業医という川の中にドボンと飛び込んでいくという話をされる方がいらっしゃいますが、私もそういう印象を持っています。しかし、そういうことができるのが日本の仕組みです。

効率性

次に、もう一つ難しいキーワードがあります。それは「効率性」です。この問題は結構深刻です。これから日本は超高齢化しますから、人口がますます都市集中する可能性があると思います。その時に医療体制をどうするかという問題を、今から 10 年先を見越して、もちろん、地域経済が崩壊しないようにどうしたらいいかという議論も必要ですが、仮に地域経済が破綻した場合を想定し、医療そのものはどうするのかという議論をしておく必要があるのです。

これに関して、南先生が興味深い本を書いています。そこには、「効率性」という概念について書かれています。簡単にいうと、「日本には病院が多過ぎる、病床も多過ぎる。だから 1 か所に集中した方がより効率的で、かつ質の高い医療を提供することができる」という議論をしています。

これに対して、興味深い医師の反論が載っており、「そうかもしれない。しかし、実際はそうはいかない」という話をされています。その理由を簡単に言いますと、例えばドイツ