

括の支払いの差を取って見たところ、平均で年間約 140 万円の差がありました。患者の重症度等で標準化はされていませんし、リスク調整されていませんが、基本的には MRSA の感染で 100 万円から 200 万円ぐらいの間の損失があると考えられます。

DPC で松田先生の出されたデータによると、術後感染症の中でヘルニア、院内感染を起こしたかどうかという比較ですが、院内感染を起こすと 248 万円で、やはり 100 万円程度の違いが出てきます。これは DPC データですから、何のバイアスもありません。

院内感染を社会コストと考えますと、大体病院は 200 億円の収入があって、年間入院患者は 1.5 万人で、院内感染が 5% 発生すると、1 患者当たり 130 万円余分な医療費がかかることとなります。約 10 億円の損失のうち、半分が病院の損失、残りの半分が社会損失ということになります。その他、職場・家庭・社会の負担は全く計算されていません。

国民医療費は 31 兆円で、基数によって相当データが違いますが、概算すると病院でいったら大体 8,500 万円ぐらいの社会損失になっているということになります。

院内感染は、一つの病院の機能評価、つまりパフォーマンス評価ということになります。これからの時代は、「P for P」とか「P for V」、つまり、ペイ・フォー・パフォーマンスとあって、「パフォーマンスに応じてお金を払いますよ」、「社会価値をどれだけ算出したかによってお金を払いますよ」というような、新しい財源・予算のアロケーションのシステムができつつあります。

従って、これからは、何を達成したかによって税金が投入される、あるいは保険料が支払われるという時代が来ると思います。それは単に金儲けではありません。例えば、診療報酬が上がるとかいう話ではなく、どれだけ患者や社会にとって有益な、あるいは意味のある社会価値を生み出したかということに応じて診療報酬等が決まるという時代をまさに迎えようとしています。

日本の病院のパフォーマンス評価が今問題になってきていますが、なぜそれが必要なのでしょうか。わが国の医療は先進国でどのような地位を占めるのでしょうか。WHO の報告では、たしか 10 番目ぐらいだったと思います。もっと低いかもしれません。それから、診療科別にみて、心臓外科は世界で何番目でしょうか。誰も知りません。医療のおかげで平均寿命は世界一となったといえる根拠あるのでしょうか。これもないですね。教育しかありません。医療を止めた方が平均寿命伸びるのではないかという極論すらあります。

それから、適正な利益を適正な医療に使っているのでしょうか。つまり、急性期予防、療養型、すべて分けてそれぞれの予算配分をしているのでしょうか。それから、患者に医療、病院を選択する、医者を選択する材料と機会を与えているのでしょうか。医療システムが適正に機能しているという証拠があるのでしょうか。離職率 10% 以上の職場に未来はあるのでしょうか。年間平均手術件数 5 例前後の診療科に本当に専門性はあるのでしょうか。まさに日本の病院のパフォーマンスが問題になっているということです。つまり、国際比較の中で決して誇れるような数字が出せてないという現状があるわけです。

今までの医療供給体制、医療の教育体制、研究体制でいいのでしょうか。国立大学ある

いは大学病院を中心とした医療の教育や研究、供給体制で、日本の医療があと10年持つでしょうか。世界に通用する医療ができるでしょうか。私たちは、非常に大きな課題に迫られているということです。ちなみに、日本の医学研究、つまり臨床研究は1990年代から頭打ちです。法人化されたことによってどんどん下がっています。

翻って、欧米は17%アップしています。全体でいうと、2006年の段階で日本の医学研究のレベルは、欧米に比べて、47%低下しています。そういうことも含めて病院のパフォーマンスは非常に問題になっているということです。

これを解決するためには、何をしているかということを出す必要があります。つまり、治療成績を出すということです。医療の質を語るのは結構ですが、数値化して語って下さい。理念的に医療の質を語ってもしようがありません。医療安全も同様です。すべてが数値で解決できるとは思いませんが、少なくとも最低限の基本的な数値はあるべきだと思います。数値のないところで、「しんどい」、「つらい」、「人が足りん」と言っても、どうしようもありません。そういう数値を出さないと、医療従事者はみんな疲弊し、病院はどんどん閉鎖していくわけです。つまり、既に起こっているように、日本の医療供給体制は地方からつぶれていくということです。医療崩壊と叫んでいるのではなくて、既に崩壊していると思います。

病院の経営に関してはもう1回見直さなくてはなりません。経営に関しては、金儲け主義ではなく、「何のために経営するのか」ということが本当の経営です。それを忘れて、病院の中にスターバックスを入れてみたり、宅急便を入れてみたり、コンビニを入れてみたり、本当にそれがいいのでしょうか。患者のアメニティーにとって必要であれば構いませんが、単に病院の金儲けのため、つまり不良人員を解雇しないで雇い続けるためにそういうことをしているなら、言語道断といえます。

パフォーマンス評価に関してはいろいろな多軸性・多層性がありますので、よく注意をしないと誰が何の目的で何を使って何を獲得するためにやっているのか分からなくなります。アメリカでは、消費者団体や製薬会社などがパフォーマンス評価をしていますが、それらとは違った評価をちゃんとしなければいけません。

病院パフォーマンスの評価は次のように分けられます。ガバナンス、システムの問題、効率性の問題、持続性の問題といった評価軸によって評価されることになります。

実は、国立大学の方も、こうした評価を行っています。自己改善、社会への説明責任、エビデンスに基づく政策提言、事務機能の効率化です。この4つの観点に関して、私どもはデータを取っております。クリニカル・インディケータも含めて、安全のデータ、治療成績のデータも取っております。院内感染に関しては、インフルエンザの数、MRSAの患者数、平均在日数を超えて抗生物質を使用した患者の数などを、自動的にデータ収集ができるようなシステムを作っています。国立大学42大学のMRSAの患者数で、名古屋大学は、年間20人で少ない方ですが、年間400人以上MRSA患者が出ている病院もあります。

厚生労働省の院内感染対策サーベイランス事業について、ご紹介したいと思います。私どもは、ICU 部門の研究班を構成しておりました。名古屋大学のデータですが、日本全体の中では収容患者が多く、患者さんが入院したときの重症度も高くなっています。名古屋大学では、たくさんの重症の患者を診ていると理解できます。

それから、ICU のステイヤーは 20 数日、病院の滞在日数も 40 数日ということで低くなっています。一見非常にいいように見えますが、リスクアジャストしたインфекション・レート、人工呼吸器関連肺炎ですが、これは平均値より高いです。名古屋大学の人工呼吸器関連肺炎に対するやり方はどこか間違っていると考えられます。したがって、このデータに基づいて、今年は VAP の対策をしましょうということが出来るわけです。そうでないと、高いのか低いのか全く分かりません。たまたま増えているのかもしれませんが、よく分からないデータの中で院内感染対策をするのは非常に不幸なことです。また、カテーテル感染、尿路感染は低くなっています。

SMR というのは、予測した死亡率を分母にして、実際に死亡した患者の死亡率を割った数です。1 が大体平均です。つまり、アメリカと同じような診療パフォーマンスを持っているということです。1 より高いということは、予測される患者がたくさん死んでいるということになります。感染なのか、治療法に問題があるのか分かりませんが、何か問題があるということになります。幸い、この時点では名古屋大学の SMR は低くなりました。

次に、2001 年から 2005 年まで継続してサーベイランスに参加していた ICU の施設全体のデータを取りました。つまり、私たちは、サーベイランスを実施することによって院内感染が減るのかどうかというデータを知りたいわけです。

耐性菌による感染は少し増え、逆に、感性菌による感染は減っているという可能性が出てきました。リスク調整の VAP は 2002 年からある程度減っています。カテーテルもやはり減っていると考えられます。客観的な数字によって他の施設と比較されるということによって、やはりモチベーションが変わってくるということがうかがえると思います。

在院・在室日数ですが、耐性菌によるものに関してはあまり変化がありません。それから、標準化死亡比、つまり予測死亡率で実際の死亡率を割った数ですが、これに関しても、耐性菌の方が少し増えているかもしれませんが、もともとのデータとして、耐性菌によって院内感染を起こす患者は予後が悪くなるというデータがあります。

起炎菌に関して、MRSA は 2004 年まで増えて、2005 年から下がる傾向です。多剤耐性緑膿菌は、一例も ICU では発生していませんでした。尿路感染症も発生していません。緑膿菌による感染症も減っているというデータが出ています。

つまり、オーバーオールでは、サーベイランスに参加している施設はもともと意識も高く、そのデータを有効活用できているということが分かります。また、比例ハザードのモデルによる患者転帰に与える影響ですが、待機手術、緊急手術はむしろ普通の手術をやっ  
て入ってくると院内感染によって死亡する確率が減ります。つまり、手術以外で入ってくる患者さんの死亡率が極めて高いということになります。人工呼吸器、中心静脈カテーテ

ルも院内感染を発症することに関係すると思いますが、退院時に死亡する確率が高いです。それから、薬剤耐性菌を発症するところが有意に高いということが分かります。

今度は、感染症なしを対象として、実際にどのような患者転帰に感性菌による感染と耐性菌の感染が影響しているかということに関して検討しました。感性菌で感染すると、退院時死亡に関しては、死亡する確立が 1.4 倍に増えます。耐性菌に関しては約 2 倍に増えます。ICU 在室に関しても同じように 1.4 倍、耐性菌によるものが 2 倍に増えるという解析データが出てきました。在院日数に関してですが、やはり感性菌に感染すると 61 日、耐性菌は 76 日に在院日数延びることが分かっています。

ICU の滞在時間ですが、有意に延びているということが分かります。つまり、ICU 内で院内感染を起こしますと、患者の死亡リスクは高まるということです。特に、耐性菌による死亡リスクは約 2 倍に上がるということが分かります。それ以外に、在院日数等に関する影響も非常に大きいということが分かります。

次に、調査期間中に院内感染が増えた週と減った週がありました。それを要因分析したところ、救急救命センターに併設した ICU は院内感染を発生する率が高くなりました。それから、夜間に研修医が働いている病院は院内感染を発生する確率が有意に高いです。それら以外は全て低くなります。つまり、定時に回診をしてカンファレンスをしている ICU や血液浄化装置に関する管理指針を持っているところ、抗生物質の予防の取り決めをしているところも院内感染の発生する確率は低いです。それから、はさみやテープなどの器材を患者ごとに個別化しているところや、ガーゼ交換するときに手袋を着用している ICU も低くなります。SPO2 のセンサーも患者ごとに個別化しているところなども低くて当たり前だと思うのですが、以上のようなデータが日本のエビデンスとして出てくるわけです。

今までは、皆さん CDC のレファレンスを見て、それでガイドラインを丸のみしていたと思いますが、アメリカは日本とは状況や文化、やり方も全く違うので、やはり日本のデータに依拠したものを作らないと、医療従事者はミスリードをするということになります。

院内感染対策サーベイランスは、医療の質・安全の指標として大事だと思います。そして、患者・家族に対する説明責任を果たすことができます。また、病院を経営するためには、この余分な医療費を減らさなければいけないので、院内感染対策で損をする人は誰もいないのです。6,600 億円もあるのですから、いくらお金を費やしたって無駄ではないのですが、このことが全く認知されていません。

「お金も出さないで院内感染対策しよう」、「委員会を設置してマニュアルだけ作れば院内感染対策やっているんだ」、「ウェルパスを病室の前に置いていけば院内感染対策だ」ということが根本的に間違いだということです。つまり、パフォーマンスに応じた医療として堂々と主張することができることを考えていただきたいし、これを率先するのは、院内感染を実際にやっている皆さんだということです。

医療制度改革に少し話を持っていきますが、医療制度改革は、実は橋本内閣のときに出

てきています。小泉首相が大きな話をしたわけですが、基本的には薬価制度、診療報酬、高齢者医療を変えろということでした。基本的には、医療供給体制の見直しといっても、医療費削減と考えていいと思います。

それに加えて、今度は市場原理を入れようとしています。これは、経済規制改革会議や、現在だと経済対策諮問会議がありますが、医療というものを、株式会社や混合診療のようなものとして扱っていいのかという基本的な議論がまだ十分になされていません。私の持論では、社会安全保障、つまり国に対する国民の信頼、あるいは安心安全を獲得するために非常に必要なインフラであると考えておきまして、そこにお金の話を持って来るべきではありません。ただ、あまりにも医療保険に群がってお金を儲けている人たちがいますから、これも是正しなければいけないということは事実だと思います。

経済規制改革会議の今年の骨太方針では、5年間で労働生産性が伸び、1人当たり時間5割増とされています。今の医療現場でできるでしょうか。人材も資金もなくて、収支を向上しろと言われて、さらに労働生産性を50%上げろと言われても、できるわけがありません。こういうことを、私たちが訴えなければいけないのですが、言ってくれるところがありません。全体的な医療のビジョンを明らかにした上で、そういう要求をしているところはほとんどない。「しんどいから金くれ」、「しんどいから人くれ」といくら言っても、国民的な議論にはならないと思います。

2番目に、地方と国と民間を分けましょうということです。これもいいことだと思いますが、何でもかんでも国から民間に丸投げしていいのでしょうか。院内感染を見て下さい。政府は、厚生労働省指導課が一応それなりに監督していますし、今までも一生懸命院内感染対策をしたし、私は今まで日本の国の中で最も院内感染対策を積極的にやったのは、残念ながら厚生労働省の指導課だと思います。学会や職能団体も含めてやはり不十分だったと考えていますが、今、国はそれを地方に丸投げしようとしています。地方行政機関、つまり都道府県に、院内感染あるいは医療安全、それからもっと言うと国民保険まで丸投げしようとしています。地方の役人にできるでしょうか。愛知県や埼玉県など、いろいろなところでアウトブレイクが起っています。県は、非常に不十分な院内感染対策の対応しかしていません。

次に、厚生労働省の医療費適正化計画についてですが、こんな低コストの医療やっている国というのは、世界で日本だけです。医者も看護師も少なく、医療費も少ない。そんなことを国民は願っていないと思います。健康な人が保険料を出したくないという気持ちは分かりますが、病気になった人はちゃんと医療を受けたいですね。必要なお金を投入してちゃんと医療を受けたい。これが日本の国の誇りであり、日本の国に対する信頼性です。それが、例えば、重粒子線治療とか陽子線治療みたいに高度先進医療の名のもとに金持ちしかできない医療が蔓延するということが、果たして国にとっていいのでしょうか。残念ながら、医療費適正化計画を実施するために健康増進計画と医療計画等が実際に行われています。地域医療計画もDPCもそうです。

ここで、医療法の話に移ります。医療法には、必要があると認めるときには立ち入り調査をしますとか、清潔保持ができないところに関しては使用を制限したり禁止したり、あるいは改善を命ずる、などと書かれています。あるいは、医療機関の長をかえることができるという権限も実は国にあるのです。しかし、残念ながらこの医療法の条文というのは、皆さん見てもよく分からないもので、非常に上手にできています。国が作る法律というのはみんなそうです。そして、分かり難いことは補足で説明するという非常にいやらしいやり方です。アメリカでは、18歳の高校生が見ても分かるような文章にするといわれているのに、日本の法律は私ぐらいの年になっても何を言っているのかよく分かりません。

医療法改正の概念は何かというと、医療安全が非常に大事だということです。それから、情報提供して医療機関を選ばせるような権限を患者に与えましょうということもあげられています。また、医療連携、行政の見直し、これが先程申し上げた地方行政への権限移譲ということになりますが、地域医療計画を作るときに必ず数値化しましょうということです。目的を持って数値化したものに応じて評価をするということが表れています。

実は、安倍内閣で、医療政策の決め方がだんだん変わってきました。今までは中医協で各利権団体が綱引きをして診療報酬の点数を決め、それが医療報酬、医療制度を変えていたわけですが、中医協が段々骨抜きになってきました。これは、小泉改革による影響が一番大きいのですが、内閣府、財政諮問会議、それから規制改革会議と、この省庁を束ねる機構ができて、これが省庁に命令をするという行政システムに少しずつ変わってきました。福田政権でどうなるか分かりませんが、恐らく元に戻るのだろうと考えています。つまり、ばらまき行政が始まるという可能性があります。日本の医療改革は、この規制改革会議や財政諮問会議に反対して、なおかつ改革を進めるという軸にシフトしなければ、中医協が経済市場原理者の餌食になったように、日本の医療界全体が餌食にされるという事態が招かれると思います。

医療法改正によって、ガイドラインや委員会など、非常に構造的な指標が出ていますが、これからどんどん厳しくなってきます。感染率の提出やリスク調査の実施などが出てきますので、スタートとしては非常に優しい顔をしています。最終的には非常に厳しいものになると思います。

特に、特定機能病院に関しては、より厳しい情報提供などが求められます。健康保険法に関しては、後期高齢者の保険制度を導入するという、つまり保険負担を減らすということを考えています。すべて、医療費適正化計画、医療費削減計画に一致します。

国が出した長谷川先生の資料ですが、大体何年先を見ているかというと、2025年ぐらいを見て計画を練っているということになります。経済財政諮問会議の医療に関する方針で、これは民間病院についてですが、急性期病院だけではなく、医療情報の開示、包括支払いをこれから拡大しますよと書いてあります。下手すると外来にも拡大されます。また、医療の標準化を図るとされています。現在は施設によって医療の提供の仕方が違います。抗がん剤でも抗生物質でも全然違います。国立大学のデータを見ると背筋が寒くなるほど違

います。こんな状態が許されているのか、ということがあります。

公立病院、特に国立大学ですが、コスト構造を是正しなさいと言われても、私たちは、非常に高額な建物を数十年前、あるいは数年前に買われて、その借金のために今働いているわけです。こんなことを一体いつまで続けるんでしょうか。旧帝大はつぶしても誰も困らないと思いますが、地方の国立大学、あるいは岩手医大のような私立大学がつぶれたら、地域医療は完全に崩壊します。つまり、地域の活性化のためには、地域で働いている人、住んでいる人が安心しなければいけません。その一番大事なところが大学ではないでしょうか。患者さんは、困ったら大学病院に行くわけです。最後の砦としての機能を持つのが大学なので、その大学を有効利用して、適切に人を配置させるという機能を持たせなければいけません。また、EBM、あるいは医療の標準化、それから公立病院の社会的価値をもっと認識する必要があります。DRGの促進もあります。

厚生労働省も、実はいろいろなステートメントを出しまして、医療安全の一環として総合的に院内感染を取り込んでいくということで、医療安全の中に院内感染が含まれました。しかし、医療事故と同じく報告を義務化する方向性にはそぐわないということに関しては、もしかしたら、いろいろな議論があるかもしれません。アメリカでは、それが良いかどうかは別として、全て報告するということになっています。

医療機関のためのマニュアルが2つ作られています。1つは、医療機関における院内感染対策のマニュアルです。自分たちの医療機関で自分たちのマニュアルを作るためのレファレンスといいますか、助けになるためのマニュアルが作られました。そして、中小病院や診療所にも院内感染対策は必要ですので、これに対しては小林先生や大久保先生を初めとした研究グループが2つのガイドラインを作りました。ガイドラインが全てではありませんが、これを参考にしてそれぞれの医療機関のマニュアルを作らなければいけません。

特に私どもが作ったものですが、法令に関するもの、業務の権限・組織に関するもの、経腸栄養、内視鏡などを入れました。それから、アウトブレイク対応策も入れたということで、別に何の強制力もあるわけではありませんが、これをぜひ、自分たちの病院でマニュアルを作る時にこれを参考にしていただきたいと思います。

最後に申し上げますが、今の医療行政、医療政策はダイナミックにドラスティックに変わろうとしています。その中でも、院内感染などの医療の質と安全に関するものは一番中核になるものです。これを達成すれば、恐らく国民はいくらでもお金を出すはずで、国民は公的な病院にお金儲けをして欲しいと思っていません。やはり、標準化された医療を院内感染や事故を起こさずに提供することを国民は心から願っているので、それに応えられる病院の組織や運営が極めて大事だと思います。その中で、院内感染対策というのは中核を占めるということ、是非この機会に認識していただきたいと思います。

# 特別報告 2

「医療従事者の勤務環境に関する  
調査報告：実態と国際比較」



日本における医師の勤務実態－既存調査のまとめ

藤盛 啓成

東北大学大学院医学系研究科腫瘍外科学分野 准教授

私にあてられたテーマは、国際比較というよりは、日本の医師の実態調査、をまとめてお話をするということです。

勤務実態調査というのは実はいっぱいあります。まず、日本医師会です。医師会は県の医師会勤務医部会単位で平成9年からずっとやっております、私が入手できたのは山口県、大阪府、それから埼玉県調査です。埼玉の医師会で調査をしたときに、埼玉医大で調査をしております、これも報告書を手に入れることができました。それから、国立大学病院としましては、文科省がタイムスタディーをやっております、この調査があります。あとは、女性の医師の集まりということで日本女医会というグループ、日本女医会で11年から15年目医師の労働実態調査というものをやっております。これは、後でお示ししますけれども、厚労省の全国調査のものとかかなり結果が違っておりますので、そこあたりを少し詳しくお示したいと思います。

全国調査としましては、ことしの2月だったと思いますが、医労連から調査が出たということで新聞報道などがあったと思います。

全国規模の一番大きいものは、厚労省の医師需給に係る勤務状況調査ということで、国立保健医療科学院が実際に調査をしております。これは中間報告が出ておりますけれども、まだ最終報告は出ていないのだらうと思います。ことしの4月に日本外科学会の総会があったときに、会長の門田先生が、日本外科学会の勤務医調査をしております。

これらの調査をまとめてお話をするということと、あとは宮城県の中核病院の勤務状況ということで、東北大学の医療管理学の金子先生という方がデータをまとめておられます。それから、労働科学研究所の酒井先生が麻酔科医についてのマンパワー調査というのをやっております。あとは私が今年、自分の外科医局の同門会の調査をやりましたので、これらの調査を、かいつまんでお話をします。

これがその医師会の調査のまとめですが、医師会の勤務医調査というのは平成9年からやっているわけなのですが、実は初期の調査は抽出法が不明でありますし、規模としては数百名規模、それから医師会の会員を対象にしたものですので、医師会の会員と非会員の勤務状況の違いというようなものに視点を当てて調査をしておりますので、我々が今考えているような勤務医の環境調査の実態を知るという点については、あまり参考にならないのかなという印象です。

平成14年の山口県医師会からは、かなりしっかりした数字が出ておりますけれども、これも抽出法が不明で、非常に調査方法が複雑で理解しにくくなっております。

一番新しい埼玉県の医師会のものは、これはランダム抽出をされておまして、調査を

する対象を 2,000 名に絞り回答率が 54%と、これは結構信頼できるようなデータになっているのではないかと思います。これらの調査報告はそれぞれの医師会が持っておりますので、興味のある方はそれぞれの医師会に連絡していただければこの報告書を手に入れることができます。

これが全国調査ですけれども、一番大きいのは、平成 17 年にやった厚労省の調査ということになっております。これは全国で 1 万 1,000 名、全部で 2 万人ぐらいを対象として、その中の 1 万 1,000 名を抽出して回答率が 57.2%で、6,000 名ぐらいの規模の調査になっております。これは後でお示ししますけれども、かなり明確な中間報告になっております。これもネットでアクセスするとデータが得られますので、興味のある方は中をご覧になっていただければいいかと思います。

医労連の調査です。これも全国調査ということで新聞には大々的に取り上げられましたが、実は何人を対象にしてやったかが全然分かりません。大体 1,000 人の回答で、この回答の中の解析ということで、信頼性がどうかという感じです。

この報告で一番注目されたものは、医者連続勤務をやっていて、なおかつその次の日も通常勤務をやっている頻度が非常に高いと。そういうことで、マスコミとしては、かなり勤務医の労働環境は悪く、診療に悪影響があるのが危惧されると、そのような取り上げ方をした結果でありました。

日本女医会のこの調査は、全国 7 大学の卒業生 3,000 名を抽出しまして、その中から回答を得たということになっております。これの特徴は、ちょうど卒後 11 年から 15 年目ということで、女性であれば子育ての真っ最中、あるいは男性であれば非常に脂の乗り切った、そういう年代を対象にした調査になっております。基本的には、女性医師の勤務状況を明らかにしようといった調査でありましたので、女性と男性医師の比較ということが特徴になっています。

ただ、これは男性の回答率が非常に低いということと、後でデータをお示ししますけれども、かなり大学によって女性の医師の勤務状況は変わってきていると思いますが、この 7 大学というのが何大学かは全然明らかにされておりません。そのために、これから示すデータが偏りのあるものである可能性はあるかと思います。

次が、全国の国立大学病院、42 大学ありますけれども、この全職員を対象にしてタイムスタディーを平成 16 年から 17 年にかけてやっております。この目的は給料の算定の基準資料にするということでありまして、とにかく全職員を対象にやったわけですが、回答率がものすごく低いということと、ばらつきがものすごくあるということで、精度が低いことが明らかで、データはありますけれども、これは全然公開されていないと思います。

これが埼玉医大の調査でありまして、これは調査に当たりました里見昭先生からデータをちょうだいしたのですけれども、埼玉医大の 436 名の職員のうち、200 名を抽出してその回答を得たと。回答率は 66%ということになっております。このデータは、対象抽出法が明記されておりますし、私立大学病院の勤務状況としてはかなり精度の高いデータになっているだろうと思います。

次が、麻酔科医のマンパワー調査ということで、労働科学研究所の酒井一博先生のプレゼンテーションから拾ったデータなのですが、これは全国の麻酔科医の 2,461 名を対象にしたということで、回答率は 44%となっています。これは麻酔科医の非常に大きな問題があるということで、麻酔科医に特化した調査になっています。中で非常に興味を持ったのは、大学病院と一般病院の比較ということで、大学病院の麻酔科医はものすごい残業をしているというデータになっております。

これは日本外科学会が平成 18 年にやった調査ですが、調査の対象としましては、全外科学会員のうちのインターネットを使っている人の 2 万 4,000 人を選びまして、そのうちから 3,680 人を抽出して、その方たちから回答を得たということになっております。対象が 3,680 人のうちの 36.8%に回答を得たということになっております。これはあくまでも外科学会員だということでありまして、そのような特化したものになっております。

これ以外にも、学会関連の調査というのは、麻酔科学会でもやっておりますし、多くの学会でやっておると思うのですが、今回はその資料を集めておりませんでしたので、検討の対象にはしておりません。

最後に、地域の研修医ということで、地域、あるいは大学ですね。その地域の研修医という調査のものを当たってみました。この平成 18 年の聖路加病院の調査というものは、ことしの夏（H19 年）の医学教育学会で堀之内先生が発表したものでございますけれども、聖路加病院の研修医 49 名全員を対象にしてやったということです。これは非常に衝撃的なデータになっておりまして、後でお示したいと思います。

次が、東北大学の医療管理学の金子先生がやられた調査ですが、宮城県の中核病院、これは臨床研修指定病院になっておりますけれども、そこに勤めている医師に対しての調査になっております。これはあくまでも中堅医師の勤務状況になっておりまして、後でこれもデータをお示したいと思います。

最後が、私の所属しております外科の同門会の現役の医者、60 歳以下の先生を対象に調査をしました。これは回答率としては 45%ぐらいでした。この中では、重大事故経験があるかという質問をしておりますけれども、大体 4 分の 1 の先生から、過剰勤務が原因で後遺症あるいは死亡するような事故を経験しているという回答がありました。医師会に対する意識としては、医師会と勤務医部会は分離すべきだという回答が大多数でした。

これが勤務時間の比較ですが、厚労省の対象年齢は平均で 40 歳ということになっております。外科学会は、何歳代ということでやっております。最頻値としては 40 歳代でこのグループが 3 割を占めております。酒井先生の調査では、研修医が入っておりません。宮城県の金子先生の調査では、内科医が平均 45 歳、外科医が 43.8 歳ということで、少し高めの対象になっています。女医会の方は、卒後 11 年目以降ということになっておりますので、対象としては 37.6 歳ということで年齢が若くなっております。

勤務時間は、この厚労省のデータでは平均で週 63.3 時間、男性では 63.8 時間、女性が 60.6 時間となっております。外科学会のこの調査では、20 代、30 代、40 代、50 代と分けておりますけれども、20 代が一番時間が長くて週当たり 68.9 時間です。

麻酔科医に対する酒井先生の調査では、これは大学と一般病院を比較しておりますけれども、大学病院の麻酔科医の月の残業時間は 108 時間ということで、一般病院の倍ぐらいです。この結果から大学病院の麻酔科医の勤務状況は非常に悪いのではないかと、そういうデータになっております。

女医会のデータは、これは勤務時間がぐっと下がっております、この対象の中では、平均の労働時間は 45.2 時間と非常に短くなっております。女性の勤務時間は 36.7 時間となっております、これもかなり短くなっております。さらに女性医師の既婚者で見ますと、33 時間ということでさらに短くなっているということで、この女医会の調査では、女性は勤務時間が非常に少ないという結論になっております。

これを診療科別に見ていきますと、厚労省の調査では、麻酔科医は 63 時間、外科医が 66 時間、内科医が 63 時間、産婦人科医が 69 時間ということで、一般にいわれていますように外科、産婦人科の労働時間は長くなっておりますけれども、思ったほどの違いはないなという印象です。

外科学会の調査では、これは全部外科ですけれども、大学病院の外科医は 65.1 時間働いているということで、一般病院に比べると大学の外科医は非常によく働いているという結果になっております。

麻酔科医の酒井先生の調査では、1 日当たりの時間しか出ておりません。この 12.9 時間というのは大学病院です。10.5 時間というのが一般病院で、残業も当然長いわけですから当たり前なのですけれども、大学病院の勤務時間が長くなっているという結果です。

宮城県の調査であります、これは外科医と内科医で分けておりますけれども、内科医の方が実は勤務時間が長くて、この長い理由は外来診療が非常に負担になっていると、そういう結果になっております。

年齢的には、宮城県の調査は少し高くなっております。東北地方に行きますと医者が少ないという事情がありますので、かなり年齢の高い方も外来診療を一生懸命やって、勤務時間が長くなっているということです。

これは 20 代の医者労働時間ということですが、聖路加病院で見ますと、これは 42 日間連続で勤務時間を調査したということになっておりまして、これを平均すると、1 人頭 1 日 16 時間勤務をしているということになります。これを 1 週間かけてやりますと、1 週間 112 時間仕事をしているということになりまして（注：調査した堀内先生のコメントで研修医は週 5 日間労働のため 1 週間では 80 時間が正しい）、睡眠時間は 1 日当たり 4.4 時間、当直は 1 週間に 1 回ということで、聖路加病院はかなり厳しい研修医の勤務状況にあることになるかと思えます。

大阪府の医師会の調査によりますと、この大阪府の医師会は結構大病院であるとか大学病院が入っておりますけれども、80 時間以上労働している 20 代の方は 5 割以上いるというデータになっております。月当たりの超過勤務時間も、38%の方は 80 時間以上の超過勤務もしているということで、研修医を含めて若年の勤務時間はかなり過剰だ、過激だという印象があります。

私のところの同門会の調査では、週当たり勤務時間は平均 76.4 時間ということで、相当の時間を外科の若い先生たちは働いているのだろうということです。

厚労省の報告書を長谷川敏彦先生がネット上に公開しております。この国際比較の資料によれば、ヨーロッパの医者勤務時間というのは大体平均 46 時間ぐらいです。EU の中では医者の勤務時間は 48 時間にしようという動きがありまして、これは 2000 年までのデータですけれども、おおむね普通の労働者と同じように、ここが週 40 時間ですけれども、それを目標にして動いているというのが見て取れます。

ところが日本の場合は、今見てまいりましたように、全体像で見ても週 60 時間以上は働いておりますし、若い先生に至っては大体週 80 時間働くのは普通だという状況になっておまして、日本の医者はかなりひどい状況にあるのだろうということだと思います。

長谷川先生は、日本の医師の勤務時間はヨーロッパの医師に比べて長いと言っています。

一方、生産性ということで、医者の数当たり年間何人入院患者が退院したかというデータを取られておるわけですが、これが非常に少ないというわけで、日本の医者の生産性は低いという結論されております。こういう状況にどういふ原因があるかという、外来の負担が大きいと。

それから、後で私の一日の仕事のデータをお示ししますが、長谷川先生は日本の医者の場合は職種間の分業がうまくいってないために、医者でなくてもできるような仕事を医者がやっているために、労働時間が長くなっているのではないかということが言っております。

長谷川先生は、ヨーロッパとかいろいろな外国のものとの比較して、日本の医師の総勤務時間は、常勤医師に限ると、平均時間は 70 時間を超えていると。ところが、ここは非常に大きな問題だと思いますけれども、実際の診療にかかっている時間は 40 時間で、法定労働時間と同じだという具合に述べられています。

ここらあたりのところは、行政とか政治とかの非常に微妙な絡みがありまして、この診療時間というのは何を指すのかとか、いろいろ議論が必要なのだろうと思いますけれども、とにかく厚労省のこういう資料の中には、医者は勤務時間が長い長いと言っているけれども、実際に診療に使っている時間は 40 時間しかないんだよというデータに使われているわけです。

けれども長谷川先生がおっしゃるには、医師の勤務時間にはいろいろなことが入ってまして、こういうものを含んでいるということをよく理解しておかないといけないということも書かれております。

若年者ほど勤務時間は、どの調査で見ても診療に関わる勤務時間は長いですが、年齢が高くなると、いろいろな会議があつて、それで今度は勤務時間が長いということがあります。

これは、私が医者の仕事というものをどういう具合に区分けできるかということを考えてもので、ものすごく複雑で何だかよく分からない整理されていない図になってしまったわけですが、基本的に教育、研究、診療という具合に分けましたが、これはオーバーラップしていると思います。それから、管理運営というものも、三次元的に多分オーバーラッ

プしてくるのだと思います。現在の管理運営の中では、経営以外にも安全というものが入ってきて、以前よりも管理運営というものが複雑になっているのだらうと思います。

診療の中には、ここに挙げたようなものがありますけれども、私は外科ですけれども、術後待機、観察をしているというものが仕事なのかどうか。これは本当に診療なのか、診療の仕事なのかどうかということは、十分に考えなければいけないと思います。

それから、患者家族への説明や、何かあったら必ず記録をしろと指導されるわけですが、これは法律上で決まっているわけなのですが、時間がないときに、この記録を優先するのか、その他の治療であるとか処置を優先するのか、これは実際の診療では非常に大きな問題だらうと思います。研究についてもいろいろな分類の仕方があると思います。

実際のこの情報を取るに当たっては、電話とか、あるいはパソコン、インターネットですね。それから直接対話というのがありますし、会議やミーティングで情報を得るというのもありまして、これらの分けをきれいに分けることは実は非常に難しいんじゃないかなと感じております。

これが私の一日の業務ですけれども、私は、先ほどは腫瘍外科学ということで紹介がありましたけれども、診療科としては乳腺内分泌外科というものをやっております。そのほかに、管理上は手術部材料部の副部長をやっております、それから医療安全推進室の副室長とGRMをやっている、実際の診療は外来だけをやっているという状況です。

8月3日のデータです。これは1分置きに何をやっているか記録したわけですが、大体診療としては1日6時間ぐらいしかやっていない。そのほかに管理とか教育、研究ということで、全体としては一日11時間ぐらいの仕事をやっておりますけれども、この下にさらにいろいろ分けができてまいりまして、きれいに分類したシートを作ることができません。

8月9日の分につきましては、これは外来日でなかったのではほとんど診療をやっていないわけですが、その中で電話対応というのが75分もありまして、この診療というのも、外からとか院内からいろいろ問い合わせの電話があるということで、電話で実はものすごく仕事をしているというか、対応しているということが分かりました。こういう具合に本当にいろいろなことをやっているのか、どれが仕事でどれが仕事でないのか、どれが診療でどれが診療でないのかというのは区別するのが非常に難しいのだらうと思います。

最後に、女医会の調査をお見せしますけれども、これは先ほど言いましたように11年目から15年目の男女を抽出して調査をしたということになっております。結構、この調査では女性の就労率が低いのです。9割ぐらいしか実は仕事に就いていないということあって、これは大学によるのではないかと思いますので、この7大学という対象に問題があるのだらうと思います。

これの中を見ますと、女医さんの場合は内科、眼科が多いということで、比較的つらくない診療科を選んでいるというわけです。勤務形態で見ますと、女性の医師の場合は、男性に比べると常勤の率は非常に低い。非常勤の方が非常に多いということになっています。

週の平均労働時間ですけれども、女性の場合はこのように短くなっておりまして、勤務

先が大学であるとか、公的であるとか、私的病院であるとかでクロス集計しておりますけれども、いずれについても女性の医師の勤務時間は少ないという結果になっております。

ところが、この女性のお医者さんの満足度というのは非常に高いものがありまして、収入、地位、労働時間、家庭とのバランスを見ましても、いずれも女性の医師の場合は非常に満足度が高いと。これを考えてみますと、女性の医師の場合は、非常勤になっておりまして責任があまり負わされていない、労働時間は非常に短いので、その分の負荷が少ない。その割には収入がよくて非常に満足度が高いと、そういう結果ではないかと思っております。

ところが、この厚労省の調査によりますと、女性医師の勤務時間というのは男性とほとんど変わらないという結果になっております。年齢別にプロットしましても、どの年齢でも変化がないんですね。ですから、厚労省のデータとすれば、女性も男性も同じように労働しているんだというデータになっておりますが、この女医会の方のデータでいえば、女性医師はあまり働いていないという結果でしたので、ここあたりのそごがどこから生じているのかは、十分考えなくてはいけないのではないかと思います。

調査のまとめです。病院勤務医全体としては、勤務時間はやはり過剰なのだろうと思えます。診療科、年齢、性別、あるいは既婚であるかどうか、それから常勤、非常勤、それから大学病院か一般病院か、それから地域によっても勤務時間、業務内容が随分異なるということが、これまでの調査からは見えてくるだろうと思えます。

若年医師の場合は、特に研修医ですけれども、大体週40時間労働と決めているはずなのですが、著しく長時間労働になっておりまして、これは聖路加病院の堀之内先生のデータですけれども、実際に労働時間が長い。当直時間だったと思えますけれども、長くなればエラー・ミスが発生しているというデータが出ておりますので、若年医師については、早々にこれは対策をとる必要があるだろうと思えます。

私が今日一番強調したいことは、医師業務というのは非常に複雑になっておりますので、この業務内容の定義であるとか、何をやっているのか、あるいは業務というものが何なのかという共通認識がなければ、一つのデータが行政の都合がいいように、あるいは我々の都合がいいように使われてしまって、結果的に何を話しているのか分からないということになりますので、こういう医師業務の共通認識というのはぜひ必要だろうと思えます。

最後は、この長谷川先生の報告を十分読んでいないときには、女医会の報告だけを見まして、30代の女性をぜひ労働力として活用するために、いろいろな労働環境の整備があればいいのかなと思いましたので抄録に書きましたけれども、長谷川先生の報告によれば女性医師も十分今働いているということなので、保育環境とかそういうものを整えても、実際、全体の医者がこの過剰負荷というものは変わらないのかなという具合に思いました。

## 我が国における医師の勤務実態- 既存調査のまとめ

東北大学腫瘍外科・医療安全推進室  
藤盛 啓成

## 調査名(実施年)

- ・ 県医師会 山口(H14)、大阪(H17)、埼玉(H18)
- ・ 大学 埼玉医大(H18)、国立大学(H16、17)
- ・ 日本女医会 11～15年目医師の労働実態調査(H16)
- ・ 研修医 研修医の業務量と研修医の心身の健康、医療安全についての検討 聖路加国際病院(H18)
- ・ 全国 医師の労働実態調査:医労連(H17)、医師需給に関わる勤務状況調査:国立保健医療科学院(H17)、日本外科学会勤務医調査:日本外科学会(H18.11)
- ・ その他 地方の中核病院の勤務状況(金子H17)、麻酔科医マンパワー調査(労働科学研究所H15)、東北大学第二外科同門会勤務医師勤務調査(藤盛H19.3)

## 既存調査1: 県医師会勤務医部会

調査	実施年	対象/回答率	調査法	特徴・問題点
医師会勤務医部会	H9～14年 (毎年)	県医師会 ・非会員	抽出法不明 数百名規模	・年次変化 ・医師会員・非会員の比較
山口県医師会	H14年	山口県内勤務 医1,688名 /53.8%	質問紙・抽出 法不明	・53%大学・公的病院 勤務医
大阪府医師会	H17年	大阪府医師会 員・非会員 医師会員9,201 名・非会員369 名/30%?	質問紙・抽出 法複雑 会員と非会員 は別調査	・研修必修化後の調 査 ・大学病院勤務医
埼玉県医師会	H18年	埼玉県医師会 員・非会員 回答2000名 /54.2%	質問紙・ランダム 抽出	・対象抽出法明記 ・大病院勤務状況 ・診療所勤務状況なし

## 既存調査2: 全国調査

調査	実施年	対象/回答率	調査法	特徴・問題点
厚労省調査 (国立保健医療科学院)	H17年	全国医療機関勤務医師 (病院・診療所)11,616名 /57.2%	質問紙・抽出調査	・H18年3月中間報告 ・網羅的(常勤・非、診療所・病院、診療科別、性別)解析中
日本医労連	H18年	全国医労連 加盟病院勤務 医	質問紙・抽出調査? 回答数のみ記載	・対象150病院 ・連続勤務を問題視
日本女医会	H16年	全国7大学卒業生 3,311名 /15.4%(女 287、男186)	質問紙・抽出調査 卒業生名簿 卒業11～15年目	・女性と男性医師の比較 ・男性の回答率低い
全国国立大学病院タイム スタディー	H16、 17年	全国42国立 大学附属病 院勤務医-大 学単位	タイムスタディー・非 抽出調査	・給料算定の基礎資料に することを目的 ・精度低い

## 既存調査3: 大学・診療科・学会

調査	実施年	対象/回答率	調査法	特徴・問題点
埼玉医大労働 状況調査 (里見 昭)	H18年	埼玉医大勤務医 (教官・研修医) 200名/66%	質問紙・抽出 調査 (200/436名)	・対象抽出法明記 ・私立大学病院勤務 状況 ・研修医、教官
麻酔科医のマン パワー調査 (酒井一博)	H15年	麻酔科医:全国大 学病院・一般病 院・個人(研修医 非対象)2461名 /44.3%	質問紙・ヒア リング調査・抽 出?	・麻酔科医に特化 ・大病院と一般病院 の比較
日本外科学会	H18年	外科学会員1,355 名/36.8%	インターネット 質問・抽出調 査(年代別 3,680/24,712 /37,809名)	・外科学会加入医師 に特化 ・年齢毎に抽出、外科学 会医師全体像 ・診療所病院比較

## 既存調査4: 地域・研修医

調査	実施年	対象/回答率	調査法	特徴・問題点
聖路加国際病 院 (堀之内秀仁)	H18年	研修医 調査49名/100%	質問紙・非抽 出調査	・研修医 ・業務量とミスの関係 ・業務量と精神身体健 康度・満足度
宮城県の中核 院勤務医 (金子さゆり)	H17年	臨床研修病院勤務 医18施設841 名/28.8%	質問紙・非抽 出調査	・中堅医師(平均45歳) の勤務状況 ・エラー・ニアミスと勤務 状況の解析
T大学外科同 門会 (藤盛啓成)	H19年	60歳以下外科医 局医師376名 /44.6%	質問紙・非抽 出調査	・重大事故経験の有無 ・医師会に対する意識 ・過剰勤務に対する不安



### 病院医師勤務時間比較

	厚労省	外科学会	麻酔科	宮城	女医会
対象年齢	40.2 男生/女性 42.8/35.8	最頻値40 代30.8%	研修医を 除く	内: 45.5 外: 43.8	37.6 男生/女性 38.4/37.1
勤務時間	63.3/週 男生/女性 63.8/60.6	20: 68.9/週 30: 64.6 40: 59.2 50: 53.9	月残業時間 大学: 108/月 一般: 53/月		45.2/週 男生/女性 58.3/36.7 女性既婚 33.1/31.8
麻酔科	63.3/週		12.9-10.5/日		
外科	66.1/	57.0/週 (大学)		68.7	
内科	63.3/	65.1/週)		70.5	
産婦人科	69.3/				

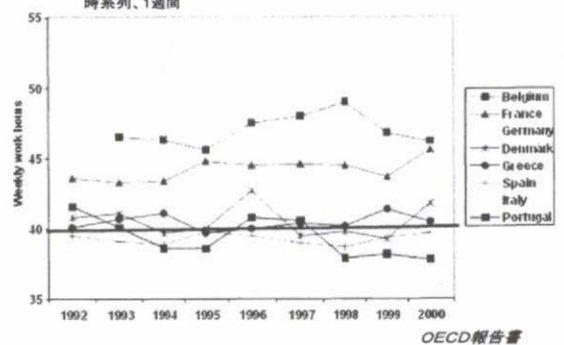
### 若年(20代)医師の労働時間

	外科 学会	聖路加 国際病院	大阪府医 師会	T大学同 門会医師
平均勤務 時間	68.9 時間/ 週	16時間/日 112時間/ 週?	80時間/ 週以上 50%	76.4時間 /週
その他		睡眠4.4 当直1回 /7.2日	超過勤務 80時間以 上38.5%	月残業 53.9時間

### 医師労働環境の現状と課題

長谷川敏彦  
国立保健医療科学院  
2006年3月27日厚労省資料  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2d.html>

### 国際比較ヨーロッパ医師



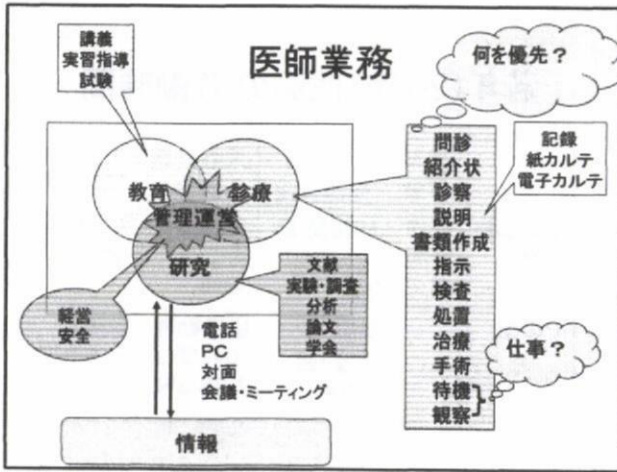
### 医師労働国際比較の結論

1. 日本医師の勤務時間は欧州の医師に比して長い
2. 日本医師の生産性(年間退院患者/医師数)は欧州に比して低い
3. 医師当退院患者数が低い原因には3つの原因が想定される
  - 1) 日本の医師の外来の負担は大きい
  - 2) 医師の労働が未分化で他職種実行可能な仕事を自ら実施している
  - 3) 他職種(看護職その他)の病床当り数が少ない

### 病院医師の労働時間の現状1

1. 総勤務時間(常勤医師)の平均時間は70時間を超える
2. 診療時間の平均は40時間で法定労働時間とほぼ同じ
3. 医師勤務時間には会議、教育、自己研修、研究等診療以外種々の形態を含む
4. 若年者ほど勤務時間は長い、差は主として入院診療で逆に会議等は高齢医師で増加する

長谷川敏彦 国立保健医療科学院  
2006年3月27日厚労省資料  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2d.html>



### 藤盛の業務

腫瘍外科学／乳腺内分泌外科(准教授)・手術部／材料部(副部長)・  
医療安全推進室(副室長・GRM)

07.8.3金: 650分(11時間)

- 診療: 240分
  - 問診・診察
  - 説明
  - 記録
  - 書類作成
  - PC
  - 電話: 80(院外・院内)
  - 指示・情報伝達
- 安全管理: 150分
  - 現場確認・監視
  - 電話
- 非診療(教育・研究): 200分
  - PC
  - 面談
- 会議(経営): 30分
- 移動・休憩・雑: 30分

07.8.9木: 720分(12時間)

- 診療: 105分
  - 病棟ミーティング
  - 電話: 75(院外・院内)
- 安全管理: 10分
  - 現場確認
  - PC
  - 電話
- 非診療(教育・研究): 280分
  - PC
  - 論文精読
  - 面談
- 会議(手術部・他): 210分
- 移動・休憩・雑: 115分

### H16日本女医会調査

- 方法: 2003(H15)年、7大学の医学部卒業名簿から卒業後11～15年目男女3311抽出、回答473(15.4%): 男性186名(39.6%)、女性287名(60.7%)
- 年齢: 男性 $38.4 \pm 2.9$ (34～52)、女性 $37.1 \pm 2.3$ (34～53)
- 就労率: 男性99.5%、女性91.3%
- 年収: 最頻値: 男性1001～1500万円、女性501～1000万円

### 専門診療科

女医診療科順位:

1. 内科
2. 眼科
3. 皮膚科
4. 小児科
5. 耳鼻科

男性診療科順位:

1. 内科
2. 外科
3. 耳鼻科
4. 小児科
5. 産婦人科

### 勤務形態

女医は非就労者、非常勤勤務が多い

### 勤務先・週平均労働時間

・女医は私的病院、診療所勤務が多い  
・女医はいずれの勤務先においても労働時間が短い

### 満足度

	満足度	P
収入	男<女	<0.0001
地位	男<女	0.0013
労働時間	男<女	<0.0001
技能・能力の発揮	男=女	0.0703
家庭とのバランス	男<女	0.0374

- 開業医が地位、収入、技能・能力の発揮の満足度が高い
- 常勤医は労働時間、仕事と家庭のバランスの満足度が低い
- 既婚者・有子者が労働時間、家庭とのバランスに満足度が高い

### 病院医師の労働時間の現状(続き)

5. 女性医師の勤務時間は男性とあまり変わらず常勤、非常勤共に95%である
6. 非常勤医の場合、院外での勤務時間が長く、両者の合計は常勤医の85%である

長谷川敏彦 国立保健医療科学院

2006年3月27日厚労省資料

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2d.html>

### 既存勤務環境調査のまとめ

1. 病院勤務医全体として勤務時間は過剰である。
2. 診療科、年齢、性別、既婚の有無、常勤-非常勤の別、勤務病院の種類(特に大学病院か一般病院か)、地域により勤務時間・業務内容が異なる。
3. 若年医師(研修医)は規定に定めているにもかかわらず、特に長時間労働が著しく、エラー・ミス発生との関連が示唆されている。
4. 医師業務を理解するために業務内容の定義・把握・社会の共通認識が必要である。
5. 勤務環境の改善に女性医師の労働力活用が有効?

金井 Pak 雅子

東京女子医科大学看護学部 教授

本日報告させていただきます内容は、平成 15 年度にファイザーヘルスリサーチから国際共同研究の助成金をいただいて行った研究成果の一部でございます。タイトルは、「Nursing Work Index を用いたヘルスケアアウトカムの日米の比較研究」でございます。

Nursing Work Index とはそもそも何かということですが、これはどのような性質を持つ病院が看護師にとって魅力的なのかを明らかにするために、1989 年にアメリカの研究者によって開発された指標です。いわゆるマグネットホスピタルの指標です。それを 2000 年にリンダ・エイケンらが、Nursing Work Index-Revised として 51 項目に改変いたしました。このツールを使いまして、エイケン先生は、現在、世界 16 カ国において研究を行っております。今回その一部が日本で行われました。

共同研究者は、これらのメンバーでございます。メンバーの写真をお見せいたしますが、中央にいらっしゃるのがエイケン先生です。この写真はこの 5 月に横浜で開催された ICN 大会のためにいらしたときに撮りました。ICN 大会では、看護師の労働環境の実態について、米国、カナダ、オーストラリア、日本の代表が集まり、シンポジウムをしました。ICN 大会の後に、日本の調査結果に関しまして、エイケン先生らとデータ解析や今後の分析についてディスカッションしたときの写真でございます。隣におられる方がショーン・クラークさんで、エイケン先生と共同ですっと研究をされている方です。後ろにおられるのは勝原さん、増野さん、そのほかの伊豆上さん、角田さんは残念ながらこのディスカッションには来られなかったのですが、これらが研究メンバーです。

リンダ・エイケン先生の研究の全体構図は、このようになっております。Nursing Work Index の下位尺度として、人員配置、管理者からのサポート、看護師・医師関係というのがございます。日本版に関しましては、プレテストを行いまして、信頼性、妥当性について検証したものをいたしました。調査対象は、全国 19 病院、この 19 病院に関しましては、あくまでも便宜的サンプルでございまして、この 19 病院がすべて日本のことを象徴しているとはなかなか言い難いものだと思っております。今回 5,956 名の方々から回答をいただきまして、妥当性、信頼性も検証いたしました。

年齢構成は、25 歳未満が 3 割、そして 30 歳未満の合計は 63%、大変若い方々が対象になったということでございます。看護師としての経験年数も非常にバラエティーに富んでおります。あくまでもこれは 19 病院全体の平均でございますので、病院によってかなりばらつきがありました。詳細な解析をしておりますが、大学病院系では経験年数 3 年未満が 3 割を占めているところが大半で、最高は、5 割を占めている大学病院もございました。勤務の状況といたしましては、やはり 8 時間労働というシフトでローテーションをしている