

【医師 B】

医者にとっては、よいでしょうが、患者さんにとっては、よくないと思います。

【医師 A】

2、3 カ月で診療科をくるくる交代していくので、あまり身に付かないでしょう。

【会場 6】

そうですね。スーパーローテーションですね。やっぱり密度が違うということですか。

【医師 B】

責任がないということもあります。各科において、2 年間の内に、2、3 カ月しかローテーションしなかった科があるわけです。そんな短期間では責任を持って患者さんを診ることができないのではないかと思います。

介護・死生観について

【会場 4】

私は一人娘と同居しておりますが、この先年をとったら自宅介護になるのかとか、あるいは施設に入って自分の死を全うするのかとか、いろいろと考えるようになりました。

【医師 B】

私もうちの妻もそういうことを考えています。やっぱり人はひとりでは生きていけないということですね。

【医師 A】

そうですね。家族が大事だってこともいえますね。また、死生観というのは人によって違うので、なかなか難しいんですけど、ただ、社会全体として、最近「人間は必ず死ぬ」ということを忘れがちなのではないかと感じています。

医者にかかっていたら死なないだろうとか、病院にかかっていたら黙っていても全部の病気を診てもらえるだろうという漠然とした期待感を持ち過ぎなのではないかと思っています。何らかのかたちで絶対「死」という終わりは来るので、毎日考える必要はないと思うんですけど、時々自分の死生観について考えていただくことも必要だと思います。

【医師 D】

私はアメリカで 12 年間医師として働いていて、ずっとプライマリーケアで 1000 人ぐらいの患者さんを受け持っていました。アメリカではコミュニティーのソーシャルワーカーの能力がとても高く、様々な働きをしていました。

いろいろな職種のコメディカルがアメリカにはたくさんいて、たとえば自分で車を運転してお薬を取りに行けない患者さんに、ソーシャルワーカーと連絡をとりながら薬局に行ってお薬を届ける担当の人がいるといった制度が充実していました。医療を支えるコメディカルの制度は、日本ではすごく遅れていると思います。

【医師 A】

家族はたしかに大事ですが、日本では看護や介護を家族制度に頼り過ぎという一面があるということですね。

【医師 D】

そうですね。自宅で死にたいと希望しても、諸外国より日本の方が難しいだろうなと思います。

【会場 4】

私のように家族と同居している場合は、基本的にその家族が介護をするということになっているんですね。例えばお弁当をとりたいと思っても、「介護保険を持っていますか」と聞かれるんです。少ない年金の中で、一生懸命どうしたらいいかと考えています。

【医師 B】

ちょっと話が広がってしまうかもしれないんですけども、ボランティアの力も日本では弱いと思います。もう少し社会に根づいていく必要があります。

日本はどうしても医療は医者が中心になってしまうのですけれども、本当はもっと役割を分散してもいいのではないのでしょうか。医者にばかり多くを求めすぎてうまくいかなくなっているのが現在の日本の状況だと思います。ボランティアも、ある程度制度に組み込んで、その代わりに報酬も得られるような形にした方がいいかもしれません。

【医師 A】

議論は尽きないのですが、お時間がきてしまいましたので、今日はお開きに致します。積極的な議論をありがとうございました。また別の機会にお会いできることを楽しみにしております。

開会のごあいさつ

京都大学大学院医学研究科長

湊 長博

皆さん、こんばんは。医学研究科長の湊でございます。

今日は、大越先生から一言あいさつしろということで困ったのですけれども、せっかくの貴重な会なので、初めの時間をお借りして、ごあいさつさせていただきたいと思います。

これはちょっと古い小話ですけれども、ある中学生が悪いことをしまして、学校の先生に呼び出されて、親御さんと呼んで来いと言われたそうです。親は勤め先で急患が入っていて、手術室へ入ってどうしても出てこれないということを先生に言いますと、「だったら、お母さんと呼んできなさい」と怒られました。中学生は「いや、母親が手術をしているんです。」と…。

だいたい医師という職業は、日本では特にそうですけれども、ある特定のジェンダーを想起させる職業の一つだと思います。とりわけ外科医というのは、こう言っては失礼ですけど、あまり女性を想起させないという特殊な職業の一つであると思います。

古今東西そうかと言うと、実は必ずしもそうではない。ごく最近知りませんが、例えばロシアは、圧倒的に医師というのは女性の仕事です。それから私は、中国へ最近よく行きますが、中国でもおそらく半数を超えていると思います。むしろ医者と言った場合、女性を思い浮かべます。しょっちゅう上海や北京などへ行きますが、そこで大きな病院の診療科の部長さんにお会いしますと、圧倒的に女性の部長さんが多い。

ですからこれは、ある特定の能力とか、そういうものはあまり関係なくて、社会的な背景のような影響が大きいのだらうと思います。少しさかのぼっても、私がここの学生だったころは、もう 30 年以上前の話ですけれども、だいたい 1 学年 100 人として、女性の学生さんは 5,6 人でした。

最近では、京都大学では女子学生は 20 名をこえるようになっていています。いろいろなほかの医科大学へ行きますと、半数近くが女性になってきているところもある。ですから、だんだん変わってきているのだらうと思います。

私も、今はまったく医者をしていませんが、ずいぶん長いこと医者をやっていました。臨床から大学院の先生を受け入れることもあります。数年前、移植外科の女医さんがうちの大学院で研究していました。

彼女がたまたま研究室ミーティングに遅れてきて、めったに遅れることはないのに、どうしたのかと聞くと、そのときは小学校低学年のお子さんが、朝、ヘルニアを起こした。そこで近くのバイト先の病院へ行って、ちゃっちゃと自分で手術をしてきたのでちょっと遅れましたと。

実は彼女の御主人は彼女の同級生でもあったので、そんなことは亭主にやらせろと言ったのですが、亭主はへたくそなのでやらせることはできませんと言っていました。これは

特殊なケースですが、彼女を見ていて、やはり女医さんはいつでも **extra effort** を要求されているんだなと思った次第です。

そういうと男も、俺らも一生懸命やっている、つらいことをやっている、と言いますけれども、その度合いが、彼女の今の例でもそうですけれども、少し違うんですね。そもそも本来の仕事に入る前に、いろいろなことを要求されます。それが、**extra effort** の中に入ってくるわけですね。

男はだいたい偉そうに、俺も寝ないで頑張っているというけれども、それは仕事そのものについての話であって、女性はその仕事に入る前段階のところで、**extra effort** を要求されるので、それは非常にアンフェアなことであるとずっと思っていました。

中国は、なぜ女性医師のほうが多いかという、社会的にすでに長い時間をかけてそうなっていますから、いろいろなシステムがそろっています。それはアメリカでもそうです。例えばテキサスに M.D.アンダーソンがんセンターという大きい病院があります。私もときどき行きますが、そこには大変立派な保育園があります。もちろん、患者さんの子ども用もあるし、職員用もあります。看護師さんや医者の子どものための立派な保育施設があって、それも給料のうちなのですね。

そういうのを見ると、やはり日本は依然として、体制的にはずいぶん遅れていると思う。常に、**extra effort** を要求するけれども、ある種の犠牲の上に、そういうものが成り立っているという状況はまだ続いていると思います。

それは個々の能力の問題ではないということも歴然としている。私もいろいろな学生さんを見ていて思いますが、どうも医学、生物学というのは圧倒的に女性の方が優秀なように思われます。それは最近誰に聞いてもそう言います。その優秀さだけで判断してキャリアをつくっていくような体質であれば女性がもう少し大学などで増えないとおかしい。

皆さんご存じの通り、中期目標で京都大学が、これは医学部だけではありませんが、女性が全体に占める割合を 3 割にするという目標を出しました。実際ははるかに届いていません。特に足を引っ張っているのが理系です。

医学部だけを見ても、いま教授会の女性は 1 名です。つい最近この女性が教授になられるまでは、京都大学の医学部ができて 110 年以上ですけれども、教授会で女性はゼロでした。100 年間以上、女性教授がゼロというのは、世界に類を見ない、とんでもない大学であるということになると思います。

当然こういう世界にいたら、それなりに **extra effort** しないとイケないような職業だと僕は思いますけれども、その **extra effort** を、すべての人が平等に担っていくという態勢さえあれば、それは誰でも一生懸命やるわけです。しかし、女性の場合はそもそもそこへ行くまでに、すでにかかなりの精力が費やされなければならないとすれば、これは少し問題であるし、非常に寂しいことでもあります。

そういう意味では、京大の中期目標を達成していないからうんぬんということではなく、やはり女性が出発点にいたるまで十分に社会的に担保されて、そこから仕事に対して **extra**

effortがあっても充実した成果を得られるというような態勢に、どうしたら持っていけるかということは、これからまじめに考えていかないといけない。

残念ながら京都大学の理系とくに医系は、非常に日本でも遅れている部類に入るのは認めざるを得ない。やはり少しずつでも制度的な手当てをしていかなければいけないと、私も痛感はいたしております。

そういうところを万全の態勢にしていくように、少しでも力を尽くして contribution できればと思っております。また、皆さんぜひ、いろいろな具体的なアイデアや、こうしろ、ああしろということがございましたら、そういう声を上げていただいて、京都大学全体として取り組むという体制にできれば非常にありがたいと思っています。よろしく願いいたします。

「ワーク・ライフ・バランスをどう捉えるか」

京都大学大学院 経済学研究科教授

久本 憲夫

ただいまご紹介いただきました経済学研究科の久本です。

専門は、いまご紹介にありましたように社会政策、それから労働経済ということを中心にしております。この大越さんの研究チームに入らないかと、いつ言われたのか定かではないのですが、いつの間にか入っております、その関係でいまこの場にいるということです。

ワーク・ライフ・バランスと言うのですが、この言葉自体、大変抽象的だと思っています。もともとは男女共稼ぎで働いて、そして子どもを育てるという言葉として、ファミリー・フレンドリーという言葉が最初にはやりました。

ファミリー・フレンドリーという施策を取らないと、特に女性が働き続けられないと。だから、ファミリー・フレンドリー施策というのを、企業がどのようにつくっていくのか。それを行政がどう支援するのかというところから議論が始まりました。

しかし、ファミリー・フレンドリーと言うと、ではファミリーではない人、一人の人はどうなのか、独身の人は関係ないのかというようなことが問題になって、基本的にそれを包括するようなかたちでワーク・ライフ・バランスという言葉が使われるようになったわけです。

事の発端から分かりますように、基本的には共稼ぎで子どもを育てるという、特に女性の就労をどのように支援するのか、そういうシステムをどのようにつくっていくのかというところから始まったのが、歴史的な経緯だと思っています。

ただ歴史的な経緯とは別に、今日お話しするのは私の個人的な見解ですけれども、そもそもワーク・ライフ・バランスというのは、どのように捉えたらいいかということです。

もちろん、べつに独身でもいいわけであって、例えば 30 歳すぎ、40 歳ぐらいまで死ぬほど働いて、その後は、そのためたお金で余生を暮らすというようなワーク・ライフ・バランスもあり得るわけです。どういう考えていくかということです。しかし、ここでは焦点を子育て時の夫婦のワーク・ライフ・バランスに限定したいと思います。

ワーク・ライフ・バランスとは何かという場合に、ワーク (Work)、もしくはライフ (Life) とは何か、ちょっと考え直してみたいと思います。ワークは何かというと、ワークとワーク以外、つまり仕事と仕事以外のバランスだと考える。

仕事とは何だろうかということですが、いろいろ考えたのですが、結局、仕事とは「責任を伴う行為」であるというのが私の定義です。「責任を伴わない行為」は「遊び」であるというのは、私が考えた上で達した結論ということになります。

これは何を言っているかということ、仕事ということと、お金を稼ぐということは、まったく別の次元だということです。だから、仕事は責任を伴う行為だけれども、収入にはならないような仕事というのはたくさんある。

例えばボランティア活動がそうです。お金をもらっていません。お金をもらっていないからといって、ボランティア活動をして、仕事を任されたけれども勝手に来なかった、「いや、お金をもらっていないからいいでしょう」とはならない。お金をもらわなくても、引き受けた以上は責任というものが伴っていますから、従ってボランティア活動も仕事だと。収入は伴わないけれども、責任は伴うということです。

このことは、家事や育児でもまったく同じことです。家事も、遊びでやっているのは仕事ではありませんが、やらなければいけない家事というのは明らかに仕事です。そのように考えると、家事や育児というのも、当然仕事の中に入っているということです。育児放棄しても構わないということにはなりません。

そのように考えた上で、仕事をさらに区分すると、他者が課す外的な仕事と申しますか、外的な責任と、自らが課すような責任、ここでは責務と言い換えていますけれども、つまり自らが課した責任というものも存在するわけです。外的に与えられる責任というもの、もしくは他者と契約した責任というものと、自分の中での責務という、そういったものがあるのではないかと。

そこで、例えば自己に課した責務というものを非常に重く考えすぎると、他者（企業であるとか、雇われている場合には上司）から課せられた責務とともに、日常的な過労状態になってしまいます。だから、責務、責任といったもの、もしくは仕事といったものを、それ以外のライフといったものと、どのようにバランスを取らせるのかということを考えることが非常に重要であると思います。

自らの責務を課していないような行為は遊びですから、例えば専業主婦の家事として、自分が食事を取るとか、片付けるようなものは責務と認識しない限り、もしくは他者、夫でもいいですが、によって責務と思われていないような場合であれば、べつに仕事と捉える必要はないということです。だから、家事の全てが仕事とはならないとも思っています。

その上で、仕事は 2 つに区分できます一つは、収入を伴う仕事と、収入を伴わない仕事という区分です。

私は、「共働き」という言葉を一切使いません。世間やマスコミでは「共働き家庭」という言葉をよく使いますが、「共働き」という言葉に、私は反対しています。この言葉はよくない。なぜかという、では専業主婦は仕事をしていないのか、働いていないのか。現実にはほとんどの専業主婦は家事であれ育児であれ、責任を伴う行為をしている。だから、専業主婦も働いているわけです。それは収入のある仕事ではない。だけれども働いているわけです。

だから、私は、専業主婦がいる家庭はほとんどが共働きだと思っています。ただ、共稼ぎではない。「共稼ぎ」と「共働き」というのは、区別した方がいいのではないかと、区別すべきではないかというのが私の持論です。

それから責務にも先ほど申しましたように、外的責務と内的責務というものがあります。

特に日本の労働者の働き方というのは、非常に単純、定型化された仕事で働かざるをえない人たちもいないわけではありませんけれども、ほとんどの場合、仕事の範囲というのが確定されていない。だから同じ職場でも、解雇されない程度、できるだけ手を抜いて仕事をしている人と、そこまでやらなくてもと思うぐらい頑張っている人がいて、同じ給与をもらっていたりします。これは、外的責務自体に幅があるということです。最小限のラインはありますが、標準ラインは明確ではありません。

それから、それより厄介なのは、内的責務のところ。特に医師というような職業の場合、これは非常に大きい。医師に限りませんが、特にキャリアとか自分の職業能力を高めたい、今後そういうものをどんどん進めていきたいと考えた場合に、それは仮に外的に与えられていないとしても、内的なものとして、責務を感じるわけです。

こういったものの葛藤、これは仕事なのです。こういうものの葛藤というのは、非常に大きいわけです。特にキャリアとか成長のための仕事で一番重要なのは、どう考えても 30 代です。50 代を過ぎて 60 代、私も 50 代半ばですが、50 代ぐらいになると、もういまからキャリア・成長のためにものすごく頑張ろうという気にはあまりならないですね。いままでのキャリアで何とかしようと、だんだん守りに入るわけです。

しかし、30 代というのは非常に大切な時期です。そうすると、そのように内的な責務によって、キャリアでも成長においても、仕事の負荷がものすごくかかるのがこの世代です。これは何も医師とか、そういう人に限らず、一般的に企業の労働時間を調べても、だいたい 30 代後半から 40 代前半が、一番労働時間が長い。そういった自分の成長、もしくは現場でも一人前として責任を与えられる時期だということです。この世代は、実は子育て世代です、30 代は。だから、子育て、育児に関しても、一番仕事が集まる世代です。

まさしく、この両方の責務の大切さというか、しんどさのようなものを抱えている。だからこそ、この世代が、ワーク・ライフ・バランスのある意味では焦点になるというのは当然のことだろうと思います。そうすると、それは当然だというだけでは問題解決にな

らないわけですから、どのようにしてワーク・ライフ・バランスをつくっていくかを考えなければいけないだろうと思っています。

今度はライフ (Life) の方ですけれども、仕事以外の行為・活動をライフとしましょう。もちろん仕事もライフですから、ワーキングライフのわけですが、ここでは、一応それ以外ということにします。その上で、ライフを2つ分けたいと思います。

ある意味で、生きるという生命の基本行為、日本人は睡眠時間が少ないというので、ほかの国より睡眠時間まで削っているのかとよく言われますけれども、睡眠とか食事とか息抜き、生命維持の基本行為としてのライフというのはあると思います。それ以外のゆとりとしてのレジャーであるとか、そういう意味での余暇もあるのではないかと考えています。

生命維持の基本行為、ここでは仮に「Life 1」と名前を付けましたが、これを削減すると、いわゆる過労死の問題になってくるわけですが、基本的な削減はできないと考えると、余暇「Life 2」と仕事のバランスを、ワーク・ライフ・バランスとするのが本来常識的だろうと思っています。

ワーク・ライフ・バランスの種類と考えた場合に、先ほど言ったように責任を伴うワーク、ワークの中にもいろいろあると思いますが、(Work) 対 (Life 1) 対 (Life 2) というようなワーク・ライフ・バランスを論ずるのが一番、ある意味ではまっとうな議論、つまり余暇をどう楽しむのかということと、いろいろな責任を果たしているところをどうやるのかということです。

先ほど申しましたように、実は世間で議論されている場合、過労死予備軍の問題といえますか、長時間労働批判としてのワーク・ライフ・バランス論というのがあります。慶應大学の樋口先生もときどき言っていますけれども、日本のホワイトカラー労働者の、ある部分におけるワーク・ライフ・バランスというのは、仕事と生きるかどうかというような、命より生命という意味のライフだと。

このようなところに追い込まれている人たちは、数は少数ですけれども確実にいる。特に高学歴ホワイトカラーに結構いるという議論もあります。このワーク・ライフ・バランス論というのも、現実世界では論じられているということです。

それから、ワーク・ワーク・バランス (WWB) 論としてのワーク・ライフ・バランスですが、これはどういうことかという、つまり先ほど言ったようにワークには、収入を得るワークと収入を得ないワークがある。特に女性の場合には、「稼得ワーク」と「非稼得ワーク」とのバランスとして論じられていて、先ほどのファミリー・フレンドリー施策ではありませんけれども、まさしく多くの場合、ワーク・ライフ・バランスと言っているのはここなのです。

つまり日本で普通、ワーク・ライフ・バランスというのは、私の議論からすると両方とも責務を伴っているので、ワーク・ワーク・バランス論でしかない、ライフがない、非常に寂しい状態だというのが私の主張です。

だから、子育てや家事をどうするのかということと、普通の仕事をどうするのかというの

はバランスだということです。ワーク・ライフ・バランスになっていなくて、実はワーク・ワーク・バランス論になっているということです。この点をどう考えるのかということがあります。

ワーク・ワーク・バランス論の中で、一番難しいのは内的責務をどのように考えるかというところですが、それを答えるのはなかなか容易ではありません。

「何をすべきか」ということですが、外から規制するのは、「外的責務」としての仕事だけです。だから、ワーク・ワーク・バランス論をどのようにやるかということです。それから、規制の基準を考える場合にも、普通の人が無理なく生活できる時間を確保することが必要ですから、Life 1 を考えなければいけない。

普通に無理なく生活できるといった場合に、やはり男女共同参画社会の議論に一番欠けているというか、不満を持つのは、共稼ぎモデルというものの主流化という発想が弱いという点です。

「男女雇用機会均等法」ができたときからそうですが、例えば総合職というエリート的な部門といいますか、昇進するような、いままで男性が占有していた職務に女性が入っていくというかたちになります。これは片稼ぎモデルです。片稼ぎモデルの働きの中に女性も入っている。そのモデルの中で共稼ぎは難しい。

だから、そうではなくて、共稼ぎモデルを主流化する。もちろん、片稼ぎがあっても全然いいわけですが、共稼ぎモデルを考えなければいけない。先ほど言ったように、30代というのは二重の困難があるわけです。そういうものを考えていくべきだと思っています。

何をすべきか、非常に難しいわけですが、例えば長時間労働というところでは、最短休息时间という発想があります。これは労働と労働の間に、11時間以上の非労働時間を義務付けるというものです。1日働いたら次の働きに入るまでに、11時間は休まなければならない。

つまり、労働時間を規定するのではなくて、非勤務時間を規定する。それだけ生きるためにLife1、生きるためには11時間は必要だ。寝る時間を8時間入れて、その前後1、2時間、食事等々入れたら11時間は生きるために必要だということで、労働時間を規定するのではなく非労働時間を確保するという、こういうことをいま論じなければいけないと思っています。

この三つのワーク・ライフ・バランス論があると思いますけれども、私の希望は、早く第3段階のワーク・ライフ・バランス論をやってほしいと思います。

○司会

私も京大病院で医者として働いているわけですが、皆さんほかのドクターが働いているのに、自分だけ帰らなければいけなくて肩身が狭いという話を久本先生にした時に、帰って遊んでいるわけではなくて、別の仕事をしているのだから、とこのワーク・ワーク・バランス論の話をしていただいていたいへん慰められました。

「勤務医問題を考える－勤務医のワーク・ライフ・バランス」

京都府医師会 勤務医部会 幹事長
京都市立病院 院長
内藤 和世

私は、看護学校の校長をしたり病院の院長をしたりして、十数年にわたり、いわゆる勤務医問題について、どうしたら勤務医がワーク・ライフ・バランスをとって、満足感を持って働けるか、こういった問題を考えてきました。

最近、地域医療・病院崩壊の危機というようなことがいわれています。この一つの直接的な原因になったのは、医療構造改革というかたちで、いわゆる低医療費政策が行われてきたこと、すなわち社会保障費が削減され、そして有名な「聖域なき構造改革」が10年以上の間行われてきたことといえます。

今回、診療報酬改定によって、10年ぶりの、わずか0.19パーセントではありますが、プラスになりました。これは都会の大病院にとってはプラスですけれども、一般の中小病院にとっては必ずしもプラスになっていないということで、いまだに低医療費政策は続いているということが言えます。

直接的な医師不足の原因になったのが、医師臨床研修制度といわれておりますが、私は必ずしも、この医師の臨床研修制度によって医師不足が起こったわけではないと思っています。

実際、特に急性期病院の医療現場は疲弊をしています。勤務医問題、あるいは女性医師問題、この背景には労働環境が非常に悪くなっているということがあります。救急医療、あるいは周産期医療が立ち行かなくなっている現状があります。

一方で、社会的要因としましては、少子高齢化の急速な進行、あるいは患者の権利意識が非常に変わってきたということもあります。医療訴訟が増えてきました。また、背景にある一番大きな要因は、国の財政、あるいは地方自治体の財政破綻ということが言えます。

医療提供体制は、日本の場合、欧米各国、民主主義国家の中では非常に特異な構造を持っています。医師のうち、病院勤務医が64パーセントを占める。これはいいのですが、病院のうち民間が70パーセント、公的病院、日赤とか済生会のような公的医療機関が20パーセント、いわゆる公立病院、自治体病院が10パーセントになっています。一方で、いろいろ問題を抱えているのは、この自治体病院、公的病院です。

しかし、医師不足といわれておりますけれども、医師数は実際には増加しています。過去10年間で、20パーセントの医師が増えています。では、なぜ医師不足が起こり、なぜそういう労働環境の悪化が起こっているのでしょうか。

一つには、地域の偏在、都市部あるいは大病院への集中があります。また、診療科の偏在、いわゆる3K離れ、大越先生のような消化管外科というのは最たる3Kで、ここに書いておりますように外科は深刻な状況です。今後10年しますと、おそらく地方の病院の外科は閉鎖をしなければいけないのではないかという状況が、現在危惧されているところで

す。

一方で、地方の状況としては開業医が少ない。あるいは地方の自治体病院、中小病院は、お医者さんが来てくれないという状況が起こっています。

先ほど、自治体病院に問題が集中するということを申しましたけれども、これには理由があります。全て世の中の仕組みというのは、公立→公的→民間の順になっています。民間が一番いいと取りをしますので、問題が露呈しないということがあります。従いまして、融通の利かない公立病院が、一番問題が起こりやすいのです。原因の一つには、運営・経営責任が不明確であるということがあります。

次に、「病院トップの無知、無策」と書きましたけれども、私が最初につくったスライドは、「病院トップの無知、無能、無策」です。「無能」という言葉が非常に反発を買って、その二文字を抜いて、「無知、無策」としました。しかし、私も病院トップを十数年やっていますけれども、公立病院の場合、何の権限も与えられていない。これが、一つには問題ということができます。

実際には、これは大学でもそうでしょうし、いわゆる公的、公立の場合には、短期間で異動する事務方が実権を握っているということがあります。

その次に、後ほどこの深刻な問題については申し上げますが、行政職場の条例、規定、規則がそのまま病院現場に持ち込まれている。しかし、労働条件というのは必ずしも、そのようにはなっていないという現実があります。

それから、縦割りの官僚機構がそのまま入り込んでいる。公立ですと、行政からの指導の対象になりにくくなっている。最近になって、労働基準監督署がいろいろな病院へ立ち入りに入ったりしていますけれども、実際には指導の対象にはなりにくい。民間企業でしたら、すぐに行政指導が入るような現場です。

ここからは、勤務医問題について、皆さん方はあまり聞いたことのないお話をさせていただきます。

「賢者は歴史に学ぶ」という言葉もありますが、私は勤務医問題に長く取り組んできて、やはり歴史的な背景があるということが分かってきました。

終戦後、国民皆保険制度ができました。これは素晴らしい制度です。われわれが守っていかねばならない制度だと思います。

一方、それを支える診療報酬制度があります。これが一つ問題になってきます。それから、後ほど申し上げますが、開業医と病院勤務医の区別化、差別化が、ある時期、不幸にして進んでしまったということがあります。

それから、戦後の歴史の中で、法制度を含めた制度の整備は進んだけれども、実際には

お医者さんの領域だけは聖域扱いをされてきたという経過があります。しかし、これを聖域なきと言われても、これはどうしようもない部分があるわけです。勤務医については、勤務医は少数派だから触るなということ、戦後の厚生行政が行われてきた部分があります。その結果、戦後の条例、規則の適用が生んだ矛盾が、一挙に噴出している部分があります。

明治、大正、昭和の初期までは、勤務医は非常にハッピーでした。医療の中心は、公立、公的病院でしたし、病院勤務医の社会的、経済的立場は非常に強かった。一般公務員の最初に就職したときの年収の10倍、20倍、あるいは一番高い記録だと600倍の年収があった時代です。従って、この時代では、勤務医は一国一城のあるじとしての勤務であって、勤務医問題というのは、いまのように起こらなかったのです。

終戦になって、戦後民主主義と呼ばれる時代がやってきました。ここで、ILO (International Labor Organization : 国際労働機関) 勧告などによる労働法制が、日本に一挙に持ち込まれました。併せて国家公務員法、あるいは地方公務員法というような公務員法が制定されました。その中で勤務医も労働者と位置付けられたわけです。ここから歯車の食い違いがスタートしているわけです。

戦後復興期には、戦前と同様に、公立、公的病院の力が強かったのですが、しかし、ここで、いっぺんにそういう労働法制が持ち込まれたことによって、お医者さんはどうしたらいいいのかなどという立場になったわけです。

皆さん方は、この方をご存知でしょうか。若い人は、ほとんど知らないと思います。昭和40年代、50年代卒業のお医者さんは知っているかと思います。武見太郎という方です。

昭和32年から25年間にわたって日本医師会の会長を務めました。「天皇」と呼ばれた人です。歴代の厚生大臣、いまの厚生労働大臣は、必ず就任すると武見天皇のところにごあいさつに行って、医療政策をどうしましょうかとお伺いを立てたといわれています。

武見太郎さんは非常にいいこともしています。開業医の立場から見ると、こんな素晴らしい人はいない。開業医の権益、開業医の立場をいっぺんに広げた方です。日本医師会のいまの基礎というのは、この武見太郎が作ったものです。

ところが勤務医の立場からすると、それまで幸せであった勤務医というのは、全く相手にされなくなってしまったということがあります。武見太郎の率いる開業医の軍団、日本医師会の方に、厚生行政は全てなびいていったのです。ここで歯車がもう一つ狂ったということが言えるかと思います。日本医師会、地域医師会の力が絶大となって、それまで一定の目に見えない力を持っていた勤務医の力が、いっぺんに弱くなったといえます。

そういったことも少し関係するのですが、実は昭和40年代に、医師不足問題というのがかなり起こりました。いくつかの公立病院が閉鎖、あるいは統合再編をされて、あるいは大学が変わる、というようなことが起こった時代がありました。

この時期に、現在の医局制度が大きな力を持って、医局からの医師派遣制度というのができたわけです。できたというよりも、昔からあったのですけれども、日本中で確立した

ということが言えます。

勤務医の立場というのは、こういったこととは別に、どんどん弱くなってまいります。「公務員法」を厳格に適用しようということで、昔は医師手当といったら給料よりも多かったのですが、医師手当も廃止しよう。あるいは一般労働者と同じような、医療職給与表（一）の厳格適用というのは、この時代に始まったわけでございます。

とどめを刺したのが、この人（小泉純一郎）です。「聖域なき構造改革」ということで、ここで一挙に。この人は、おそらく経済学者その他から言わせると、財政論者から言わせると、これは正しいことをやっていたと思います。

ところがお医者さんの世界では、これはちょっと厳しい、勤務医にとっては厳しい。勤務医は聖域だったのです。だから、聖域の勤務医を、ここでいっぺんにつぶしてしまったということでもあります。

一方で小泉純一郎という人は、日本医師会をもぶつつぶすぞということで、開業医いじめもいっぺんに始めました。そこで現在も非常に苦しい、勤務医、開業医を問わず、医師にとって苦しい時代が始まったのです。

一方で医師数を削減する、国立大学も、おそらく京都大学もそうだと思いますけれども、定数削減というのは、この時代に始まりました。また、公立病院の再編、効率化を進める政策を始めたのもこの時期です。

このバブル崩壊後、特に小泉時代から勤務医をめぐる制度上の矛盾が噴出したしました。医師不足問題をきっかけにして、先ほど言ったような危機が襲ってまいりました。いったんは、厚生労働省を中心に医局制度をつぶそうとしました。大学も、医局制度をつぶそうとしました。

けれども、それでやっていけなくなって、結局は医師確保のために、現在は大学を中心に、あるいは医局を利用した形で方針転換が行われた。最近になって、地域枠、あるいは今度は四つの医科大学をこれからつくろうかというような、医師を増加しようという方向へ転換したのです。

しかし、勤務医をめぐる問題というのは、解消されるどころか、ますます矛盾を生んでいるということがいえます。私は、昔からスライドで、天秤ばかりをよく使います。これはバランスを取らなければいけない。ワークとライフが来ることもありますし、公立と民間ということもありますし、開業医と勤務医という言葉が入ることもあります。やはりバランスが、いま崩れた状態になっていると思います。

では勤務医にとって、何が問題なのかということですが。一つは労働に対する対価です。現在、明治時代の何十分の1かに減っております。給料が安くなっています。それから過重労働。時間外勤務、オンコール、当直制度。当直制度というのは寝ていたらいいですよ、という昭和 26 年につくられた規則です。けれども、現実には 24 時間勤務をしなければならないという実態があります。

それから、「労働基準法」をはじめとする労働法制があります。医師以外の職種に関して

はかなり守られています。医師に関しては、お医者さんは別ということで、ほったらかしになっています。

それから、国家公務員制度による制約があります。実は、「地方公務員法」の方が、「国家公務員法」よりもっと厳しいのです。あるいは、研修医教育、勤務異動。北部にみられる地方勤務、さまざまな問題が含まれます。

実際には、アンケート調査をしてみると、若いお医者さんも女性医師も、北部勤務あるいは地方勤務が嫌とは書いていません。そうではないのです。条件があるわけです。

それから、片や、社会現象としての訴訟、あるいはモンスターペイシエント (Monster Patient) と呼ばれるような状況があります。

何よりも一番の問題点というのは、いまの法制度というか、全て 9 時-5 時職場、行政職場のものをそのまま持ち込んでいることにあります。病院現場は 24 時間動いている現場です。看護師については三交代制が取られています。では、医師に三交代制はあるか、といえばこれはありません。こういった 8 時間勤務者に、24 時間対応を依存する仕組みが、いまだに続いているという矛盾があります。

医療従事者の国際比較は、よく出てきます。日本の診療医師数は、人口 1 千人当たり 2.1 人。日本は先進国の中で一番少ないという、これはしばしば使われるスライドです。しかし、真ん中辺にカナダがありますけれども、カナダと一緒にではないか、そんなに変わらないですよと、しばしば言われますが、実はこれは全然問題が違います。病床 100 床当たりの医師数を見ると、カナダは 63 人に対して、日本は 14 人、圧倒的に少ないです。それだけ圧倒的に多い患者数を担当しているというデータです。

ところがこれに加えて、大変な数の外来を日本のお医者さんは持っている。つまり、とんでもない働きをしているわけです。国際比較をするときに、人口 1 千人当たりという数字でごまかされてはいけません。

医師は充足しているかということでは、いま言いましたように、人口比では見えない圧倒的に多い患者さんを診ています。単純に計算してみますと、いまの「労働基準法」、その他の労働法制を守ると、いまの 1.5 倍以上います。1.8 倍ぐらい、お医者さんの数がいるということが言えるかと思えます。

一方で地域偏在、大都市集中や西高東低。西日本はまだましです。京都はまだましです。しかし、東北地方などは非常に厳しい状況にあります。加えて、開業志向や、煩雑多岐にわたる書類の山がある。

もう一方で、先ほども診療報酬制度が問題の一つということを申し上げましたが、仮に医師をどこの病院でも充足したら、病院経営が成り立つ病院は、一つもありません。

平成 21 年、一昨年、私は京都府医師会の勤務医部会でアンケート調査を行いました。そうしたら、「書類が多すぎる」「施設・環境の不備」「勉強できる時間が少ない」「患者への説明に要する時間が多い」。実は、男性医師も女性医師も同じ答えが返ってきました。唯一違っているのが、男性医師は「給料が少ない」、働いているのに見合わない。女性医師が答

えた男性医師と違う部分は、「育児・家事との両立」です。ですから、男性医師も女性医師も共通の問題を抱えているということです。

女性医師の労働環境の、この同じときの緊急調査の女性医師を対象にした部分を見てみますと、ここでは具体的な子育て支援、特に保育サービスが今はいまうまくいっていない。あるいは、女性医師のライフワークに沿った柔軟な勤務態勢、つまり 1 日 5 時間労働とか、週 32 時間労働とか、いわゆる短時間勤務が認められていない。

それから、看護師その他の職種については、育児休業などもしっかり取れる制度があります。実際に取っています。ところが女性医師に関しては、妊娠したら病院を変わらなければいけない、医局からそう言われた、まともに仕事が続けられないという、現実にはそういう問題が起こっているということです。

女性勤務医にとって何が問題かということ整理してみますと、出産・育児に伴う環境、職場の子育て環境、休職からの就業支援。休職からの就業支援は、例えば麻酔科などで、こういった就業支援をモデル事業としてやったことがありますけれども、ほとんど機能しない。京都府下でこれを利用した人が、わずか二人でした。あるいは、利用した病院はほとんどないという現実があります。それから、先ほど言ったような勤務形態の問題があります。

最近、地方の首長さんで、育児休暇を知事さんとか市長さんが取りますよということが話題になりました。橋下知事が「そんなのあかん」とか、いろいろインタビューしています。いわゆる「育 MEN (イクメン) プロジェクト」というのが出ておりますけれども、これは政府が本格的に進めている事業、ワーク・ライフ・バランスを定着させるための事業の一環として政策的に行っているプロジェクトです。

お医者さんの立場から見ると、あるいは女性医師の立場から見ると、本当にこれはいけるのかという半信疑問があるような部分もあります。しかし、このプロジェクトが現実に制度としてもあるわけです。

これは医師だけに限らず、政府が進めている少子化への対応の観点から、ワーク・ライフ・バランス実現ということをやっているわけです。平成 18 年が、一つの流れの変わった年です。現在、医療制度改革、あるいは介護保険制度改革などは、安心と希望の医療制度改革、安心と希望の介護制度、こういったかたちで平成 18 年にいっぺんに、医師不足問題等を受けて、政府の事業として始まったのです。

これはまた見ていただいたらいいのですが、平成 22 年、昨年 6 月に、ここにも書いてあります「仕事と生活のワーク・ライフ・バランスの新合意について」。これは政府、それから労使トップといったところが、これは国の施策としてしますということで合意をしたものです。そこでは、ワーク・ライフ・バランスのための憲章をつくり、行動指針がしっかりとつくられているのです。

これは、民間企業にはかなり厳しく守らせています。それから行政の職場でも、これは守られてきているわけです。ところが医師の世界では、これはまったく守られていないし、

実現する可能性も非常に低いという問題があります。

一方で、平成 18 年から始まった検討によって、育児・介護休業制度が再検討されて、平成 21 年 6 月に改正法案が成立しました。しかし、医師の中で育児・介護のこの改正法案に従った、例えば 3 年間育児休業を取れますよとか、こういった諸制度を使っている人はほとんどいません。だから、そういった制度が使える環境にしなければいけないということがいえます。

医師の労働環境にかかる法律というのは幾つかありますが、先ほど ILO という言葉が出てきましたけれども、「国際労働条約」では 140 ぐらいの労働法制があります。しかし、日本は実は後進国です。その 3 割に満たない「労働法」しか、現在はまだ批准をされていないという現実があります。従って、労働者にとっての法制度としては、日本は後進国です。

それから「労働基準法」、「男女雇用機会均等法」、「育児介護休業法」、これらが女性医師にとっては守られなければいけない。職場にとっては、病院にとっては、これは守らなければいけない、それから女性勤務者に対して、これを保障しなければいけない法律ですけれども、勤務医の世界では守られていないという現実があります。

民間企業、あるいは行政職、例えば医師と同じように 24 時間勤務をする警察職、あるいは消防といったところでも、しっかり守られているわけです。こういった法律を、きちんと遵守できる環境づくりが必要かと思えます。

勤務医のワーク・ライフ・バランス確保のための方策が、最後のスライドです。一つは、女性医師問題は、男女を問わない勤務医全体の問題であるということ、まず私どもは認識すべきである。それから、全ての労働法制が医師以外の職員と同様に遵守できる、そういった環境整備が必要であるということになります。

さらに、勤務医の労働環境については、やはり一度、国民的論議が必要であろうかと思えます。また勤務医にとって、戦後失われてきた団結、これが医師会を中心にするのか、どこを中心にするのか別ですけれども、医師としての、労働者としての権利を主張できる場というのが必要になってくるかと思っております。

やはり勤務医問題の解決をしないと、良質な医療の提供体制には限界が生じてくるだろうと。これが私の結論でございます。

ご静聴ありがとうございました。

○司会

私から一つ、お伺いしてもよろしいでしょうか。先生の病院で、男性医師で、例えば育児休暇を取りたいという人が来られたらどうされますか。

○内藤

私は、現在の職場は昨年 4 月から来たばかりですから、まだ 1 年に満たないのでけれども、私は認める方向で随意努めております。それからあと、いわゆる専攻医にしても、

通常の世の中で、大学を6年出て非常勤で、こんな世界はありません。私は、こういった部分をこれから改善、改善と言うよりも思い切って変えていこうかと思っていますけれども、そうした場合には院長を首になるかもしれませんね。

○司会

院長というお立場では病院の経営も大事にしなければならないと思います。育児休暇を取られた場合の人員の補充が難しいので、休暇を取りにくいということがあると思います。例えば二人とか三人しか医師がいない診療科の場合、一人抜けると残った人たちの負担が非常に増えると思いますが、人員の補充をどのようにすれば良いとお考えですか。

○内藤

行政職場、あるいは看護職でもそうですが、育児休業を取ったら、その代替りの要員確保というのは必ずします。ですから医師にとっても、それはしなければいけないということです。

そのためにも、医師の数がいまの状態では現実に足りない。だからできない、だからやらない、だから妊娠したら辞めてもらう、そういった悪循環になっていると思います。これはどこかで断ち切らないと、われわれ勤務医は報われない。女性医師は、安心して働けないという現実があると思います。これはどこかで誰かがしていけないと思っています。

「看護職のワーク・ライフ・バランス」

京都大学医学部附属病院 副看護部長

黒沼 美恵子

こんばんは。ただいまご紹介いただきました看護部の黒沼です。よろしくお願いいたします。

私は、京大病院の看護部で、人事・労務を担当しております。職務上、ワーク・ライフ・バランスに関連する諸課題に取り組んでおりますことから、本日この場に参加させていただきました。今年度は、看護師採用に大変苦戦をいたしております、一方で離職もどどまるところがないという状況の中で、苦しみのワーク・ライフ・バランスといった日々を送っております。

本日は、この離職の実態などから、看護職のワーク・ライフ・バランスの現状について、情報提供というかたちで参加させていただきたいと思っております。

本日、参加されている演者の中に、苦勞なく、7対1看護を取得されている市立病院や府立病院関係者もいらっしゃいます。京大病院の労働環境とは、かなり違いがあるのではないかと思います。どこまでお伝えすればいいのかと迷いながらここに立っておりますことを前

置きして進めたいと思います。

看護職の働く環境を考えてみますに、働き方を決定付ける要因は、女性の職場であるということと、そして夜勤があること、この二つに言及されると言っても過言ではないと思っています。そこに加えて、三つ目、超過勤務の問題があります。

一つ目の女性の職場であるということ、これはいまさら言うことでもないかと思えます。ワーク・ライフ・バランスの目的は、突き詰めれば、いかに女性の労働力を得るかということだと思っていますので、女性の職場であることが問題の根源となります。看護職の少子化対策では、2003年3月に、名称を看護婦から看護師に変えて、また養成機関を専門学校から大学と進める中で、男性看護師を広く受け入れるように進められてきました。

徐々に、男性看護師は増えてきていますが、全国的には95パーセントが女性です。当院の場合、男性看護師は80人です。約1千人の看護師を抱えておりますので、92パーセントが女性看護師ということで、圧倒的に女性の職場となっております。

看護職が女性の職場であるということを前提に、労働環境を考えていかざるを得ないということです。この女性であることと、次の夜勤問題と合わさって離職、さらには需給バランスの不均衡といった事態が生まれて、採用にも苦勞する状況が続いております。

これは職種別に見た給与比較になっております。男性看護師、女性看護師が、社会的にどの程度評価を得ているかということを示しております。この表からは、看護職そのものの価値が認められていないか、若しくは、ジェンダーバイアスがあるのではないかと考えられます。男性看護師だからといって優遇されているわけではありません。就職困難なこの時代にあつて、看護職に関しては就職率100パーセントではあつても、そう多く男性参加が望めない、給与体系からしてそうなんだと思わされるデータです。

続いて夜勤の問題です。先ほど外科医師のところでも3Kということが出ておりましたが、私どもが働き始めたころからすでに、看護師の代名詞として、3K、時には9Kと言われてきました。この、きつい、汚い、危険、3Kの原因となる大きな要因がこの夜勤にあります。看護師は療養生活支援の専門家として24時間連続してケアを提供すること、このことに責任と誇りを持って働いております。看護師が夜勤を充実して勤務することができるという、このことが患者さんには安眠が届けられますし、他の医療従事者も安心して働くことができると考えています。

新人看護師は、夜勤の独り立ちができることを最初の目標としていますし、夜勤ができ一人前という考えは、これも二つ目の、動かし難い事実です。この夜勤があることで、交替代制勤務が生まれて、シフトワークという重要な管理業務が発生してきます。

これは、当院の10年間の平均夜勤回数の推移です。昭和40年には、夜勤2人以上、月平均8日以内、いわゆる二八（ニッパチ）体制が人事院で判定されまして、それ以後かれこれ半世紀近くなりますけれども、平均が8回を下回ることはありません。

ここ数年、新卒看護師の夜勤の独り立ちは年々遅くなっており、今年度は京大病院も病棟移転により、病棟再編を繰り返しながらの勤務を続けてまいりました。結果、夜勤をス

スタートする時期もなかなかうまくいきませんで、12月ぐらいでやっと夜勤をできるようになっている部署もあります。そういった中で、新人の夜勤の独り立ちがなかなか進まない。また妊娠、病気による夜勤制限者も増加傾向にある中で、特に中堅層の夜勤負担が増大しているという状況が続いています。

複数夜勤の問題は 7 対 1 看護を機に、また重症患者さんをケアするユニット、ICU (Intensive Care Unit) のほかに NICU (Neonatal Intensive Care Unit)、CCU (Coronary Care Unit)、HCU (High Care Unit) ができたことで、少しずつ改善されてはきています。

この表から 7 対 1 を機に、準夜の人数、深夜の人数とかが改善されている傾向が分かるかと思えます。患者さんの高齢化、治療の高度化、超過勤務の問題を考えますと、準夜帯の勤務をもう少し充実させていく必要があるだろうと考えています。

これは 2009 年度の夜勤回数ごとに人数を表したものです。これで見ますと、掲げています月 8 回という勤務を行っているのは 3 分の 1 程度ということで、平均的に 9 回、10 回、11 回という勤務を行っている者が圧倒的に多いというグラフになっています。

その上、この勤務を日勤→深夜、あるいは準夜→日勤という、8 時間の労働時間に、8 時間の間隔を置いて、その間に超勤をしたり、通勤時間をとったりするという、勤務間隔の短い三交替シフトを多く用いています。

先ほどの講演の中で、勤務間隔は、11 時間は生活のためには必要だと言われていましたが、もともとのシフトそのものが 8 時間間隔で、その間に家族の世話をしたり、通勤したりというようなシフトを続けてきたという実態があります。

最近では二交替勤務を推奨してきて、徐々に増えつつありますけれども、まだまだ三交替で慣れてしまった先輩たちは、リズムを変えられないというような実態もありまして、二交替勤務がなかなか進んでいけないという状況にあります。交替勤務に伴うシフトワークについては、ワーク・ライフ・バランスで推奨されたような、多様な勤務の導入とも重なって、看護管理者にとっての重要な課題と考えております。

私たちの職能団体であります看護協会がまとめています『看護白書』では、看護職の交替制勤務の組み方は、多分に経験的で成熟しているとは言えない、集中的な研究が必要であると指摘しています。私自身もずっと取り組んできて、まったくその通りだなと実感しています。看護管理者が集中的に取り組む課題が、ここにあるのではないかと考えてもいます。

このように圧倒的多数が女性の職場で、つらい夜勤を続けてきた結果、疲れて離職するというように進んでいきます。

これが年明け早々に私の下に届いた、ある職場の師長からの報告用紙で、夫の転勤とともに 2 月に退職したいというものです。3 月末まで延ばしてもらえないかと言ったけれども、駄目ですということで、2 月の退職が決まりました。

これも同じ日に届いた紙ですけれども、この方は 4 月から子どもが小学校に上がる。これまでは、保育所で 7 時まで見てもらっていたので仕事を続けてこられたけれども、鍵っ

子にはしたくないし、自分は続けたい気持ちはあるけれども夫が納得しないというものです。

このように、力をつけてきた中堅やベテラン看護師が、女性のライフステージの変化によって、仕事から家族のもとに去っていくというようなことが通例となっています。

これは離職率について、10年間の当院での年次推移を示したものです。10年前は公務員の時代で、暫定定数により、年度末には返さなければならない事情があり、出向していただくなど、強制的に数を減らしていたので、あまりあてにならないのですが、ここ最近のところは、だいたい同じように推移しています。

平成19年は、極端に高くなっていますが、7対1取得のために無理な採用をした経緯があり、結果、多くの離職を出したという問題の年でした。したがって、19年もあまり参考にはできませんが、それ以後は、ほぼ毎年同じように推移しています。

緑の線が新卒ナースの離職率です。今年度に至っては、これはまだ見込みですけれども、零コマ台まで抑えられるというような見通しです。非常によく頑張っただけで根気よく丁寧に育てているというような状況があるかと思えます。

これを見ると、新人はそれなりにいい環境で育ってきているけれども、裏を返せば、そこに根気よく関わっている中堅のナースたちの、疲弊があるのではないかと捉えることができます。

これは都道府県別の離職率の表です。大都市と、京都府の離職の実態と、京大病院を比較してみても、当院は、よく頑張っている方だと見て取ることができるかと思えます。

これは設置母体別の離職率を示したもので、赤い枠が国立大学法人での平均です。京大病院は、丁度平均を維持していることがわかります。新卒の離職率でも、やはり京大病院は頑張っているのではないかと思えます。

この表は当院の10年間の離職者について、各年の在職年数ごとの離職者数を表したものです。看護師は5年働いて、だいたい65パーセントから80パーセントの方が辞めていきます。10年までに、ほぼ90パーセントが辞めていくという結果となっています。看護師は10年で90パーセントが退職する、これが、当院の看護師の実態ということになります。

これと相関しているのが、このグラフです。1月1日現在、在職年別病棟の配置ですが、1年目、2年目、3年目で、45パーセントを占めています。4年目が15%となっています。7対1で増員し、19年に入職した人たちの割合になります。おそらく4年目がこれだけいるのは、これまでの状況と少し変わっているかなと思えます。

経験15年以上の半数は、師長、副師長ですから、管理職と、経験4年目までの看護師が病棟勤務をしているというようなグラフになっています。このように中堅・ベテランが少ない中で、夜勤を10回、11回、12回と行っているという実態があります。

これは、3年間の退職の理由を示したグラフです。家事・育児に専念する、結婚など、女性のライフステージの変化に伴って、退職というのが圧倒的に多くあります。他施設への転勤という中にも、夫やフィアンの転勤に伴って、よその病院に行くというものも含ま