

# 看護職のワーク・ライフ・バランスの実現とその病院経営への貢献

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2015-06-15 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 大久保, 清子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.51001/00000207">https://doi.org/10.51001/00000207</a>

# 博士論文

指導教授 岡 敏弘 先生

指導教授 服部 茂幸 先生

## 看護職のワーク・ライフ・バランスの実現と その病院経営への貢献

平成 25 年度

福井県立大学大学院 経済・経営学研究科

経済研究専攻

大久保 清子

# 目 次

## 序章

<b>第1章 高齢化と医療・介護の需要</b> .....	1
1. はじめに.....	1
2. 日本の高齢化・諸外国との比較.....	1
3. 医療・介護の需要増大.....	1
4. 看護職の今後必要とされる需要.....	2
5. 看護職の現状.....	3
5.1 就者数数の推移.....	3
5.2 就業の実態.....	4
5.3 離職の実態.....	5
5.4 労働時間の現状.....	7
6. 行政の動き.....	8
7. おわりに.....	9
<b>第2章 看護職員需給見通し-福井県における策定の実態-</b> .....	10
1. はじめに.....	10
2. 第七次看護職員需給見通しの作成方法の概要.....	11
3. 福井県における需要数の推計.....	13
4. 福井県における供給数の推計.....	23
5. 需給調整における需給見通しの役割.....	28
6. 需給見通し改善の方向.....	31
7. おわりに.....	31
<b>第3章 看護職とワーク・ライフ・バランス</b> .....	33
1. はじめに.....	33
2. ワーク・ライフ・バランスをめぐる社会状況.....	33
3. 育児休業・介護休業.....	34
4. 短時間勤務制度.....	35
4.1 育児・介護休業法.....	35
4.2 平成21年 育児・介護休業法の改正.....	36
4.3 短時間正社員制度の導入状況.....	37
5. おわりに.....	38
<b>第4章 看護職における短時間正社員制度の活用-福井県済生会病院の実践-</b> .....	40
1. はじめに.....	40
2. 福井県済生会病院の概要と短時間正社員制度導入の背景.....	40
2.1 病院の概要.....	40
2.2 福井県済生会病院での看護職雇用をめぐる諸事情.....	40

2.3	離職事情（短時間勤務制度導入前）	41
2.4	様々な支援制度	42
3.	制度改革	43
3.1	短時間正社員制度と短時間パートの雇用	43
3.2	夜勤免除制度	43
3.3	4時間1単位制による勤務時間の弾力化	44
4.	制度導入のための体制上の工夫	45
4.1	独立した支援組織・部門の設置	45
4.2	育児休暇後の勤務希望調査について	45
4.3	短時間勤務制度での働き方	46
4.3.1	夜勤免除の場合の労働時間の設定	46
4.3.2	夜勤が可能な場合の労働時間の設定	47
4.4	短時間勤務制度の業務上での運用	48
4.5	公平性のある処遇・待遇の検討	48
4.6	業務内容の見直し	49
4.7	現場管理者への権限委譲と支援体制	50
4.8	意識改革への働きかけ	51
4.9	内外のアピール	51
5.	利用実績と利用者の評価	51
5.1	実績	51
5.2	短時間勤務制度の利用者の評価—アンケート調査から—	52
5.3	外部委託調査結果	53
6.	制度の効果	56
6.1	離職率の減少と復職	56
6.2	患者満足度の向上	58
7.	経済的評価	59
7.1	所定外労働時間について	59
8.	おわりに	63
	資料 4-1	67
	資料 4-2	69
	資料 4-3	70

## 第5章 看護職のワーク・ライフ・マネジメント

	—夜勤・交代制勤務について—	71
1.	はじめに	71
2.	実態調査から	71
2.1	夜勤とストレス、離職との関係—看護職の実態調査から—	71
2.1.1	夜勤とストレス —A団体調査—	71
2.1.2	夜勤と離職 —他の実態調査から—	78
3.	労働科学の知見と日本の現状	79

3.1	勤務間隔の確保	79
3.2	拘束時間の上限	80
3.3	夜勤の回数と連続夜勤	80
3.4	休憩時間・仮眠時間の確保	80
3.5	夜勤後の休息の確保	80
3.6	週末の連休の確保	81
3.7	「正循環」の勤務編成	81
3.8	業務時間の設定と必要人員の配置	81
4.	福井県済生会病院での取り組み	81
4.1	経緯	82
4.2	12時間夜勤への意識改革	82
4.3	勤務表の作成	83
4.4	看護配置	86
4.5	離職率への影響	88
5.	おわりに	89
<b>第6章 認定看護師の育成・活用と経営</b>		<b>91</b>
1.	はじめに	91
2.	認定看護師とは	91
3.	福井県済生会病院における認定看護師の育成と支援	93
4.	認定看護師の活用	94
4.1	看護外来室の設置	94
4.2	認定看護師の院内での活動の実際	96
4.3	地域連携医療への活動とその成果	97
4.3.1	地域での活動	98
4.3.2	認定看護師派遣に関する活動の評価	99
4.3.3	認定看護師の活動の評価	100
4.3.4	福井県済生会病院の全国評価	101
5.	経済的評価	101
5.1	病院経営への影響と効果	101
5.2	認定看護師派遣の費用対効果	103
6.	おわりに	103
	資料 6-1	106
	資料 6-2	107
	資料 6-3	108
終章		109
謝辞		110
文献リスト		111

## 序 章

日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、医療の内容に変化をもたらしてきた。これまでの医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかし、平均寿命が 80 歳を超えている現在では、認知症や慢性疾患や複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となり、病気と共存しながら生活の質 (Quality of Life) の維持・向上を目指す医療への変革が求められている。

すなわち、患者の状態に合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、病院の機能が高度急性期・急性期・回復期・慢性期と区分され、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現化するとともに、地域での在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。医療は、「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活と共にある医療へ、つまり「地域完結型」へと、変わっていくことが求められているのである。しかし、日本は今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療や介護のシステムはそうした姿にはなっていない。1985 (昭和 60) 年の第 1 次医療法改正で、病床数の上限が規制され、都道府県に 5 年ごとの医療計画の作成が義務づけられた。だが、この規制は駆け込み増床を誘発し、それ以来日本の人口当たり病床数は、諸外国に比べて多い状況が続いている。そして、病床当たり職員数が少ないことが、密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている。他方、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機関や、住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分には提供されていない。

高齢化時代の医療需要に応じるためには、機能分化した病床機能にふさわしい設備や人員を確保しなければならない。さらにこれまで構築されていない在宅医療や在宅介護については、あらたに人員を確保して、高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、お互いの連携を密に行い、患者の状態の情報がいつでも共有できるシステムを確立することが求められる。

こうした「病院完結型」の医療から「地域完結型」への体制を整備していくのに必要な人員は、2025 年度に医師で 32 万人～34 万人、看護職では 195 万人～205 万人と推定されている (社会保障改革に関する集中検討会議 2011)。2011 年度の現実には、医師 29 万人、看護職 141 万人であり、看護職は毎年 4 万人程度増えなければ必要数を満たせない。ところが、2010 年末から 2011 年末までの 1 年間に、病院勤務の看護職員数は 91.1 万人から 92.7 万人へと、約 1.6 万人しか増えなかった。年に約 5 万人の新卒看護職員が、病院に就職しているが、10 万人が離職、そのうち 6.6 万人が再就職するというのが実態である。つまり看護職が増えない大きな原因が離職なのである。離職は、単に数の不足をもたらすだけでなく、技能の蓄積をも妨げることになる。

上で述べた高齢時代の医療・介護の需要を質量ともに満たすために看護職が定着することが必要である。看護職が定着しない理由は何だろうか。潜在看護職員が回答した離職の理由について、個人の状況に関する理由では、「妊娠・出産」「結婚」「子育て」が上位に挙がっている。また、職場環境に関する理由では、「勤務時間が長い・超過勤務が多い」「夜勤の負担が大きい」

「休暇がとれない」などが上位に挙がっている（日本看護協会 2007）。これらの調査結果から、離職の原因としてそれらをまとめると、仕事で求められるものと、看護師の個人の人生のサイクルとの不適合が最大の理由ではないかと思われる。ここから看護師の人生・生活の充実と技能形成と地域医療への貢献をバランスよく実現するために病院経営はどう在るべきかという課題が出てくる。これが本研究のテーマである。

全体は6章から成る。第1章では、高齢化の進展と、そこから予想される慢性的な看護職の不足について述べ不足の大きな原因が離職にあることを示す。離職の理由を追求して、ワーク・ライフ・バランスという課題を導き出す。

第2章は、看護職員の供給がどのように行われているかを論ずる。看護師等の人材確保の推進に関する法律によれば、国は、就業者数の確保に努めるべきものとされている。つまり看護職員の供給を計画的に行わなければならない。その際、需給見通しに基づくとされているから、需給見通しが、人材確保の基礎資料となる。そこで、需給見通しは、どのように策定されているのか、またそれは過去からどのように変遷してきたのか、そして、看護職員の需給の調整においてそれは、どんな役割を果たしているのか、を明らかにする。また、全国の見通しの基礎となる都道府県の需給見通し作成の一例として、福井県の場合を取り上げて、その調査と推計について詳述する。

第3章では、ワーク・ライフ・バランスという考え方をめぐる社会状況について報告し、それを実現するための諸制度について考察する。それは多様な働き方を可能にする制度であるが、その導入に際しての課題がどのあたりにあるかを明確にする。

第4章では、多様な働き方のための制度のうちで、看護職の定着のために特に重要と思われる、短時間勤務制度を早くから導入した福井県済生会病院の取り組みを報告する。第3章で提示された課題をどう具体的に克服していったかを示し、その成果を評価する。特に病院経営にとってそれがどういう意味をもったかを明らかにする。

第5章では、夜勤・交代制の改変を取り上げる。子育て期に入った看護職が離職し、あるいは就業しない原因として重要なものが、夜勤・交代制のある厳しい労働条件だが、患者の生命を預かる医療の中では、看護職の夜勤・交代制という勤務形態は不可欠のものである。そして、良好な労働環境の中で健康を維持しながら、必要不可欠な夜勤・交代制をいかに提供していくかという課題に答えうる実践的な取組みを示す。16時間の変則2交代を12時間夜勤に変えていくことが改革の中心であるが、第4章で紹介した多様な雇用形態の導入に対応するための4時間を1単位とした勤務の組み立てや業務量の多い時間帯に人員配置を厚くしたことなどが、それに役立ったことが示される。

高齢社会の医療需要の変化は、これまで以上に専門的な知識や技術を深めた看護職の必要性を増加させる。第6章はそうした課題に応えるものと期待される認定看護師を取り上げ、その育成と活用の具体例を報告する。特に地域完結型医療の構築において中心を担う地域連携医療に認定看護師がいかに貢献できるかを示す。

## 第1章 高齢化と医療・介護の需要

### 1. はじめに

本章では、高齢社会における医療・介護サービス需要の質的量的変化を展望し、そこから予想される看護職不足について述べる。そして不足の大きな原因が離職にあることを示す。離職の理由について考慮し、そこからワーク・ライフ・バランスという課題を導き出す。本章は次章以降の議論のための基礎事実と課題を提供するものである。

### 2. 日本の高齢化・諸外国との比較

日本の高齢化率（総人口に占める65歳以上の人口の割合）は、2010年の時点では、23%であるが、2015年には団塊の世代が前期高齢者（65～74歳）になり、その10年後の2025年には高齢者人口は約3,500万人に達し、高齢化率は30.3%に達すると推計されている。その結果、図1-1に示す通り、諸外国と比較しても類のない高齢化社会が出現すると推測される。これまでの高齢化の問題は高齢化の進展の速さの問題であったが、2015年以降は高齢者数の多さが問題となる。それに伴ってどんな問題が出てくるかを、次節で見たい。

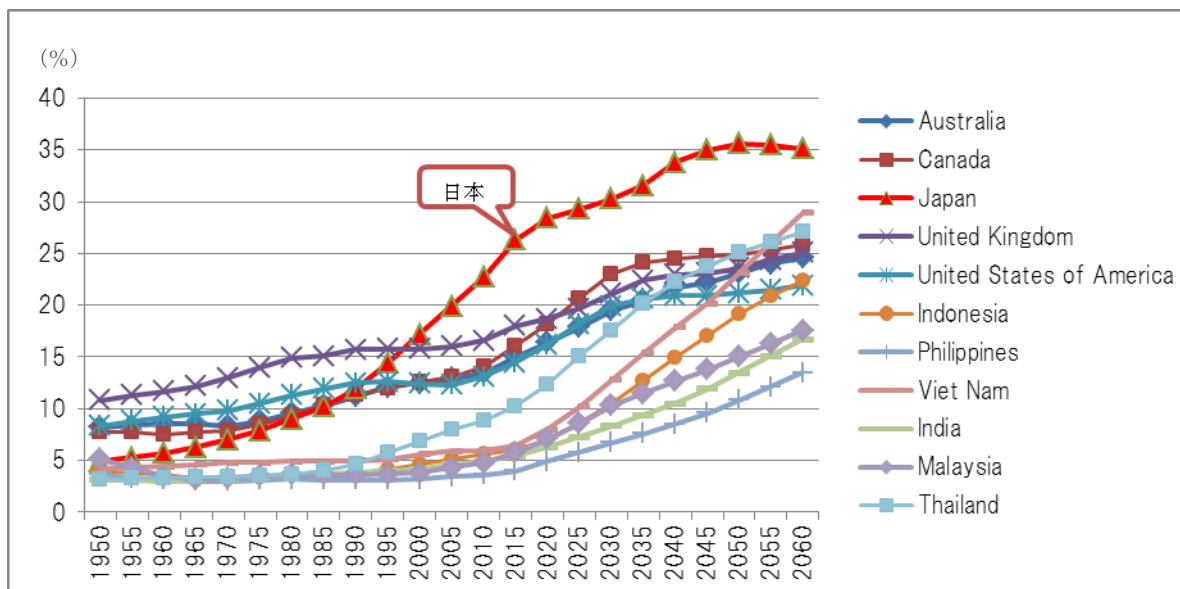


図1-1 日本の推計人口・諸外国との比較（高齢化率：65歳以上人口）

日本の値は、国立社会保障・人口問題研究所（平成24年1月）

他国の値は <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

### 3. 医療・介護の需要増大

高齢社会は、必然的に多死社会となる。死亡者の大部分が高齢者であり、2030年には日本の年間死亡者数は、現在の約1.5倍の165万人に達すると推計されている（図1-2）。現在の高齢者の死亡場所は、自宅が1割程度に対し、医療機関が8割強となっている。医療費抑制の観点



から、死亡者数に合わせて病床数を増やすことが困難であるとする、2030年には、約165万人の死亡者のうち、医療機関での死亡が約89万人、自宅が約20万人、介護施設が約9万人となり、現状のまま推移すると2030年で約47万人に相当する人の看取りの場所が不足することになる。さらに、少子化の進行や、個人や家族の生活や地域の変化に伴い、医療や介護のニーズが拡大し、しかも多様化し複雑化する。高齢者は、認知症や慢性疾患や複数の疾病を抱えるなどの特徴があり、病気と共存しながら生活の質(QOL: Quality of Life)をいかに高めるかが重視されるようになるだろう。医療・介護サービスは、そうした需要に応じていかなければならない。すなわち、医療は「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活と共にある医療へ、つまり地域全体で支える「地域完結型」の医療や介護の提供へと、さらに自立した生活の支援へと変化していくことが求められるようになる。

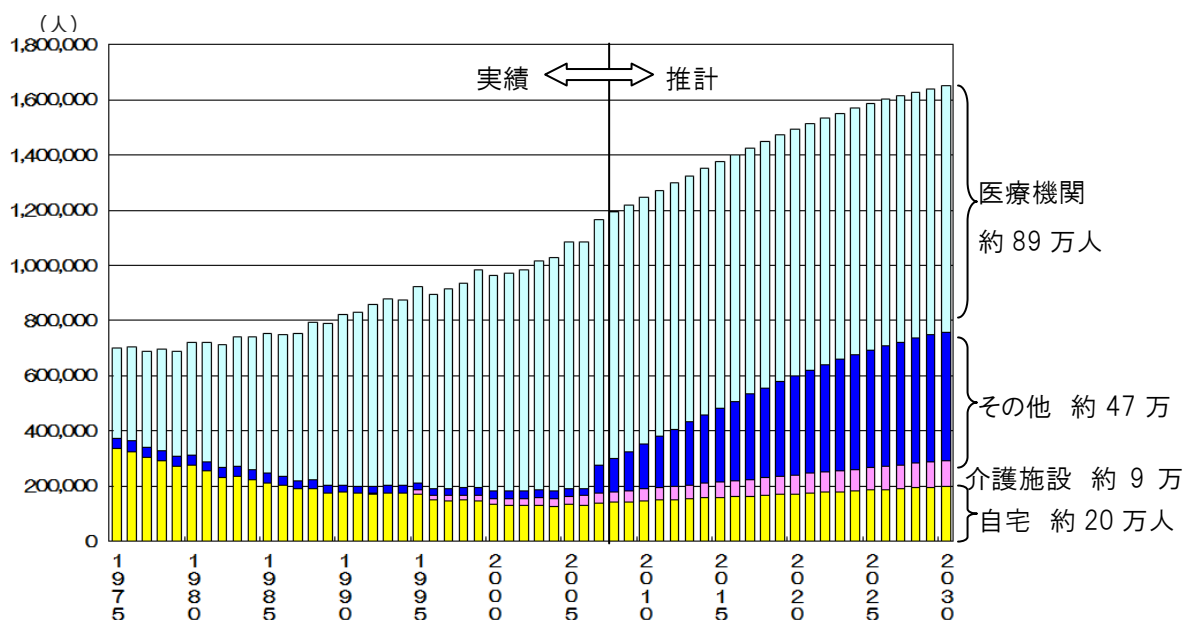


図 1-2 死亡人口動態の実績と推計・死亡場所

2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」

総務省統計局『平成22年国勢調査による基準人口』

#### 4. 看護職の今後必要とされる需要

社会保障改革に関する集中検討会議(2011)は、医療・介護サービスの提供体制の改革について報告している。

高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化や、在宅医療の充実や地域包括ケアシステムの構築を進めることなどにより、どこに住んでいても、適切な医療・介護サービスが受けられる社会を目指すとしている。2025年(平成37年)頃までに、現在指摘されている課題を解決し、機能分化と連携により、重層的にかつ一体的に住民を支える医療・介護サービス体系の改革をめざすとされている。改革の具体的な方向性は、医師確保、介護職員等の人材確保

と資質の向上、病院・病床の機能分化や強化、専門職種間の協働と役割分担、在宅医療体制の強化・地域包括ケアシステムの確立、認知症ケアに対する体制の強化、介護予防・重度化予防などである。

これらのことを踏まえて、実数として必要なマンパワーが表 1-1 に示す通り推計された。推計では、非常勤の割合について現行から変動する可能性があるため、5%程度幅のある推計値となっている。また、医師及び看護職員については、病棟については病床当たりの職員配置を基本に配置増を織り込んで推計し、外来については患者数の伸びに比例させて推計された。また、在宅の看取りケアの体制強化が一定程度見込まれた。さらに、急性期等の病床に勤務する医師及び看護職については、役割分担による負担軽減が見込まれた。医師については、他の職種との役割分担により、20%業務量が減ることが見込まれた。看護職員については、医師の業務を分担する分と、他の職員に分担してもらう分とが相殺すると仮定された。

表 1-1 今後必要とされるマンパワー

	2011年	2015年		2025年	
		現状投影	必要数	現状投影	必要数
医師	29(万人)	30～32	30～31	33～35	32～34
看護職員	141(万人)	151～158	155～163	172～181	195～205

第 10 回社会保障改革に関する集中検討会議 医療・介護に係る長期推計より

## 5. 看護職の現状

### 5.1 就業者数の推移

厚生労働省(2011a)や日本看護協会出版会(2012)や日本看護協会(2012a)によると、図 1-3 に示すとおり、看護職の人数は、1960(昭和 35)年の 24 万 4 千人から 2011 年の 149 万 5 千人と最近 50 年余りで約 6 倍になっている。1980 年代以降は特に看護師数の伸びが大きい。病院勤務の看護職員数は、2008 年 87.0 万人、2009 年 89.2 万人、2010 年 91.1 万人、2011 年 92.7 万人と、確実に増加している。2010 年から 2011 年にかけて 1.6 万人増加しているが、2011 年には約 5 万人の新卒看護職員が病院に就職しているのである。実はこの年 10 万人が離職をしている。この離職した 10 万人の内 6.6 万人が再就職した結果 1.6 万人の純増となったのである。

こうして、病院で働く看護職員の数は、毎年わずかずつしか増えないので、急性期医療も慢性期医療も看護職が不足している。2025 年には、200 万人の看護職が推計されているのだから概算すると年間 4.2 万人の増加が必要になるのである。

こうした不足を生み出す大きな原因が看護職員の離職である。現在の労働条件・労働環境で働き続けることができずに毎年多くの看護職が離職し、その欠員を埋めるためにさらに多くの新規採用をしている。このような状況では、看護職をいくら養成しても、働く職員数を増やす

ことはできない。その結果、労働環境の改善も進まないという悪循環に陥っている。このような大量採用・大量離職の悪循環を断ち切らない限り、看護職員の確保は困難である。

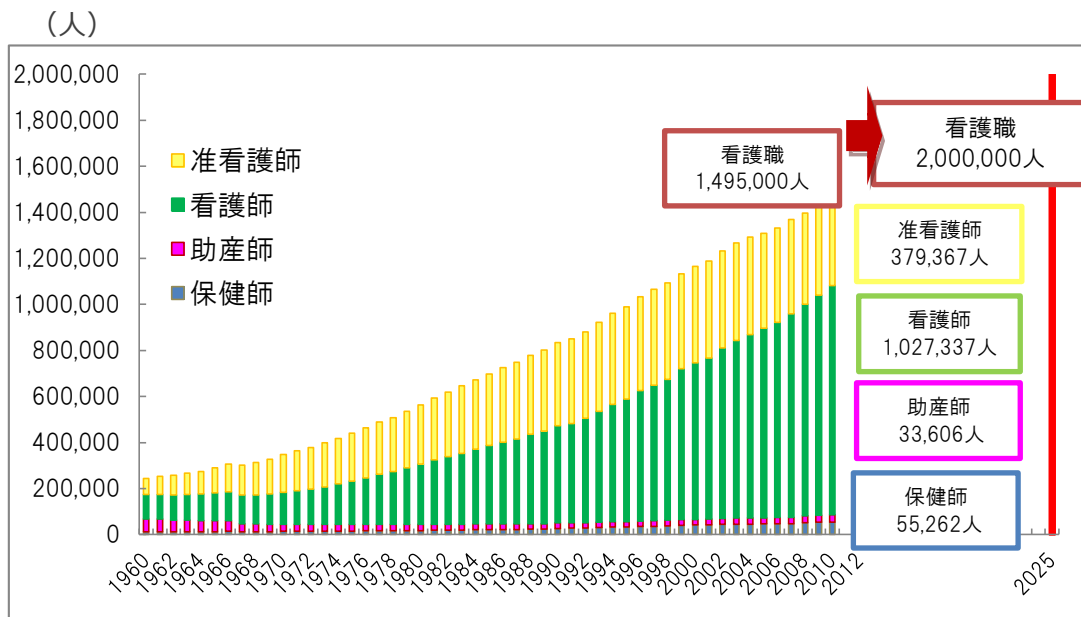


図 1-3 看護職の現状：就業者数の推移

原典：厚生労働省医政局看護課調べ

出典：日本看護協会出版会 看護関係統計資料集

## 5.2 就業の実態

厚生労働省(2011a)の看護職員就業状況の実態調査では、現在就業している看護師等のうち、病院の病棟に勤務する割合を年代別にみると、25歳未満は約87%、25歳から29歳では約77%、30歳から34歳は約61%、35歳から39歳は約54%、40歳から44歳は約42%、45歳から49歳は約43%、50歳から54歳は約42%、55歳から59歳は約40%、60歳以上は約40%となっている。厚生労働省(2009)の医療施設調査では、看護師等は、病院の従事者の約半数を占め(常勤換算で46.7%)、医師(10.5%)、臨床検査技師(2.6%)、薬剤師(2.4%)など各職種の中で最大の人数となっている。就業形態をみると、厚生労働省(2006c 2008a)の「保健・衛生行政業務報告」によると、平成20年に、正規職員以外の者(パート・アルバイト等)の割合が看護師で16.9%、准看護師で24.8%であり、平成18年の看護師で14.9%、准看護師で22.2%から上昇している。厚生労働省(2008a)の「保健・衛生行政業務報告」では、看護師及び准看護師について年齢階級別の就業者割合をみると、看護師は30~34歳層をピーク(17.2%)とし、55~59歳層(5.6%)にかけて減小しているのに対し、准看護師では30代は10%程度であり、40~44歳層から55~59歳層までを通じて14%前後となっている。

医政局看護課(2013)の調査報告によると、図1-4に示すとおり、就業場所についてみると、看護職は病院が最も多く911,400人(62.2%)、次いで診療所が多く309,296人(21.2%)であった。国民のニーズに応じた医療・介護サービスを一体的に受ける地域ケア体制の整備を進める改革では、医療と介護の連携強化が必要になる。図5に示すその他に含まれており、訪問

看護や在宅看護の人数が大きく不足することになる。

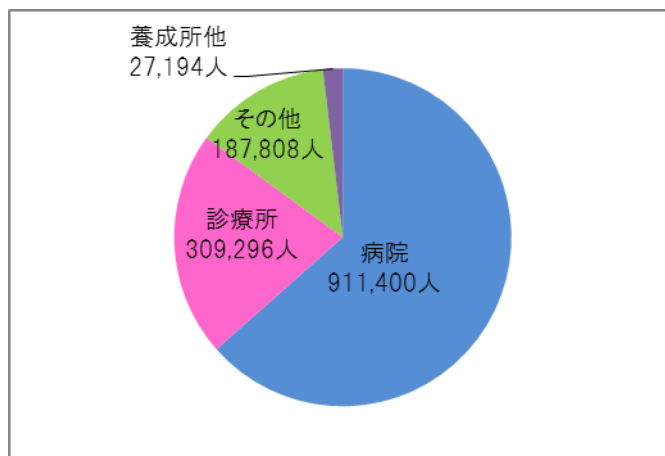


図 1-4 平成 22 年 看護職の就業場所と人数

医政局看護課調（2012）の調査報告から作成

### 5.3 離職の実態

2011 年の看護師等の離職者数は、医政局看護課の調べでは、約 12 万 5 千人と推計されている。日本看護協会（2011）の「看護職員需給状況調査」では、病院に勤務する常勤の看護師等の離職率（年度の平均常勤職員数に占める当該年度退職者数の割合）は、11.2%であった。また、厚生労働省（2009a）の「雇用均等基本調査」では、専門・技術的職業従事者の離職率（年初の常用労働者数に対する年間の離職者数）が 12.7%であった。

離職者は、離職後、比較的短期間で他の医療機関等に再就職を行う者と、それ以外の者（看護師等として就業する意思を失った者を含む）に分けられるものと考えられる。その割合は不明であるが、小林（2010）によると、離職後再就職せずに潜在看護師になっている者が約 71 万人いる。

日本の看護職の就業の特徴は、図 5 が示すように、20 代後半から 30 代後半にかけて 74.1% から 64.7% と急激な就業率の低下があり、かつ、一度離職してしまうと復職する看護職が少ないというものである。また 50 代で就業率が再び下がり始めるが、夜勤勤務の体力的な限界がその大きな理由と思われる。そして 60 歳を過ぎると就業率が一気に下がり、定年退職後の勤務希望者が少ない。日本医療労働組合連合会（2010）「労働実態調査」の結果では、看護師等が仕事を辞めたいと考える主な理由は、人手不足で仕事がきついこと、賃金が安いこと、思うように休暇がとれないこと、夜勤が辛いこと、思うような看護ができず仕事の達成感がないこと等である。また、厚生労働省（2011a）「看護職員就業状況等実態調査」では、看護職が挙げる退職理由の上位には、結婚・出産・育児など生活上の理由や、人間関係、他施設・他分野への興味のほか、超過勤務が多い・休暇がとれない・とりづらいなどがある。

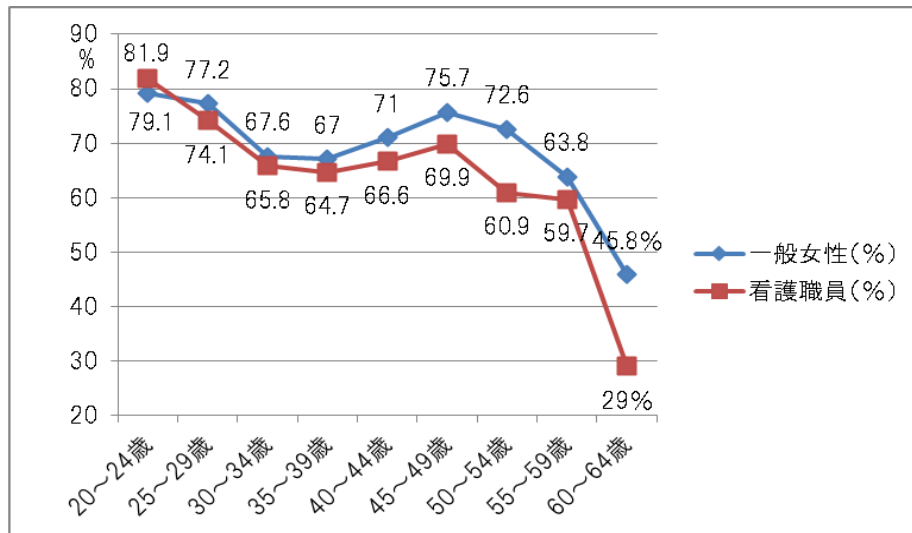


図 1-5 看護年齢階層別就業率

厚生労働省(2011) 日本看護協会(2012)

日本看護協会(2007a)の調査による潜在看護職員が回答した離職の理由は図 1-6 である。離職について、個人の状況に関する理由では、「妊娠・出産」「結婚」「子育て」が上位に挙げられている。また、職場環境に関する理由では、「勤務時間が長い・超過勤務が多い」「夜勤の負担が大きい」「休暇がとれない」などが上位に挙げられている。これらの調査結果から、離職の原因として、業務の過重性と生活上の理由という大きく 2 つの要因がわかり、定着促進の観点からも取り組む課題は集約することができる。

新卒者に特有の退職理由として職員の、医政局看護課(2010)「第七次看護職員需給見通し」策定のための実態調査(都道府県調査)では、「現代の若者の精神的な未熟さや弱さ」や「基礎教育終了時点と現場とのギャップ」などが指摘されており、教育段階から現場への円滑な移行が課題となっている。

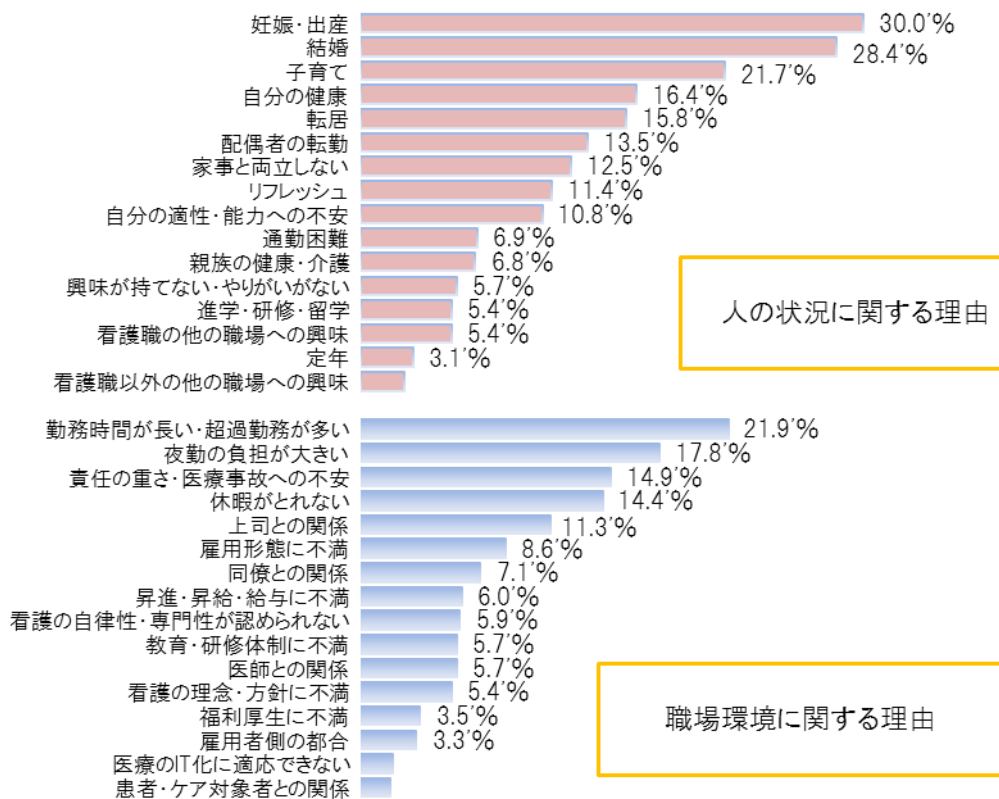


図 1-6 潜在看護職員の離職理由

日本看護協会「平成 19 年 潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査報告書」から作成

#### 5.4 労働時間の現状

労働時間について、労働基準法(1947)では、法定労働時間は「使用者の指揮監督の下にある時間のことであり、原則として、1日8時間、1週40時間(10人未満の保健衛生業は1週44時間)を超えてはならない」となっている。研修時間等であっても、使用者の指揮監督の下にある時間であれば労働時間に当たる。法定労働時間を超える労働は、労使協定によることが必要であり、また、割増賃金を支払わなければならない。

労使協定等により、1日及び1週の所定労働時間について、一定期間の平均による変形労働時間制の採用が可能である。また、直接患者の看護に当たらない会議及び研修の時間や所定外労働時間は、入院基本料を算定する際の入院患者に対する看護職の比率や病棟における月平均夜勤時間数を算定するための勤務時間に算入されない。

休日及び休暇については、労働基準法上、使用者は原則として毎週1回の休日を、また、勤続6月以上で出勤率8割以上の者に対し10日(その後勤続期間に応じて最高20日)の有給休暇を与えなければならないことになっている。与えるためには、計画的付与も可能である。

病院に勤務する看護職の労働時間の実態について、所定時間外に労働した時間数(研修・研究の時間を含む)は、日本看護協会(2009b)の「時間外労働、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」の結果によると、月平均で23.4時間であり、所定時間外労働を行った看護職のうち月60

時間超の者の割合は 5.0%の調査結果である。年次有給休暇の平均付与日数について、日本看護協会(2009a)の「看護職員実態調査」では、平均付与日数 18.5 日、取得率は 46.0%であった。また、厚生労働省(2010c)の「就労条件総合調査」では、医療・福祉業では平均付与日数 14.5 日、平均取得率 44.0%、一般労働者では、17.9 日、47.1%である。労働基準監督署が実施した監督指導(2009)においては、医療保健業(病院・一般診療所・その他医療保健業)の対象事業場のうち、看護職に関するものに限らない 52.9%で労働時間に関する法違反があった。全産業では 20.4%である。

## 6. 行政の動き

厚生労働省(2013a)は、医療分野の「雇用の質」向上の必要性について、「国民が将来にわたり質の高い医療サービスを受けるためには、医療分野の勤務環境の改善により、医療に携わる人材の定着・育成が必要不可欠である。特に、長時間労働や当直、夜勤・交代制勤務など厳しい勤務環境にある医師や看護職員等が健康で安心して働くことができる環境整備が喫緊の課題である。」と報告している。また目指す姿は、「各医療機関等が、幅広い医療スタッフと協力し、自らの医療機関等の勤務環境の現状を確認し、取り組むべき改善事項を決定し、実施するという自主的な勤務環境改善活動を促進するシステムの構築・普及を図るとともに、医療機関等の活動への支援策を講ずる。」ことであり、実現化に向けて調査研究や検討を開始している。医療機関への支援の具体的な内容は、マンパワー確保の支援であり、医療スタッフ相互・補助職等の連携の推進、公的職業紹介機関における看護職員のマッチング機能の強化、短時間正社員制度の活用促進、ワンストップの外部専門家チーム支援、活用できるデータベースの構築である。

社会保障制度改革国民会議(2013)の最終報告書では、女性の就業については、夫婦共働きが増加し、就業率が上昇傾向にあるものの、いまだ男性よりも低い水準となっている。また、女性の労働力率を年齢階級別にみると、30歳代を底としたいわゆるM字カーブがみられ、依然として、出産、子育てを機に就業を中断する女性が多い。少子化が進む中、働きながら子育てできる環境整備を進めることが重要である。「女性の就業率の上昇は経済成長にも資することからも、子ども・子育て支援新制度による保育の充実に加え、父母ともに育児に関わるワーク・ライフ・バランスを着実に実現していく必要がある。」と報告している。また医療の在り方では、医療の在り方そのものも変化を求められている。つまり、「医療職種の職務の見直しを行うとともに、チーム医療の確立を図ることが重要である。医療従事者の確保と有効活用の観点からは、さらに、激務が指摘される医療機関の勤務環境を改善する支援体制を構築する等、医療従事者の定着・離職防止を図ることが必要である。」特に、看護職員については、養成拡大や潜在看護職員の活用を図る必要性を報告している。

そして、医師でなければ担えない業務以外の仕事も医師が担っているために医師不足が深刻化している側面がある。その観点からは、「医師の業務と看護業務の見直しは、早急に行うべきである。そして将来の生産の拡大こそが重要であるとし、短時間労働者など、制度の支え手



を増やす方向で検討を進めるべきである。」と報告している。

国は、子どもを持つ看護師等、女性医師を始めとする医療従事者の離職防止及び再就業を促進するため、医療機関に勤務する職員の乳幼児や児童の保育を行う事業に対する支援を実施している。また、都道府県も、病院内保育所の運営や施設整備に対する補助を始めとして、短時間正規雇用等の看護師等の多様な勤務形態導入の支援に取り組んでいる。

## 7. おわりに

本章では、高齢社会の医療・介護需要の質的な変化を展望し、それを支える看護職の不足という問題を詳しく描いた。そこから、看護職を定着させるために、仕事と生活、人生の調和、すなわちワーク・ライフ・バランスのとれた病院経営のあり方という課題が浮かび上がって来た。その課題に正面から取り組む前に、次章では、看護師の需給見通しは、どのように策定されてきたのか、そして、看護職員の需給の調整においてそれは、どんな役割を果たしているのかを明らかにするため、福井県の場合を取り上げて、その調査と推計について詳述し、需給見直し改善の方向について考えてみる。



## 第2章 看護職員需給見通し—福井県における策定の実態—

### 1. はじめに

医療経済学の教科書の中には、看護職の慢性的な不足の問題をミクロ経済学の労働市場の分析の枠組みを用いて説明しているものがある。たとえば漆編(2004)は、図2-1のような枠組を用いて低賃金の下で需要超過が生じる現象としてこれを説明している。すなわち、社会状況の変化などを反映して需要曲線が右へシフトしたのに賃金が上方硬直的で上がりにくいから需要超過が残ったままになるというのである。或いはまた、需要独占の為に賃金が低くとどまるとも言っている(漆編 2004、145 頁) こうとらえると、処方箋は、看護師の賃金が自然に上がっていくように障害を取り払えということしか出てこない。

これらの議論は、賃金と需給が自由な労働市場で決まることを前提にしている。現実はそのようではない。日本では、国民皆保険の下で、医療サービスの供給は、事実上価格規制の下で行われ、医療サービスの標準的な内容も、公的管理の下にある。保険診療の対象となるものの規制と診療報酬によって医療機関が行うサービスの内容は大きく制限されるし、看護職員の配置についても、規制や誘導の中にあるから、単純な右下がり労働需要曲線は出てこないし、仮に需要曲線があったとしても、それと供給曲線との交点が望ましい性質を備えていると考えることもできない。ただし、公的管理の中にも自由な裁量の余地があり「経営」を行っている。(経営の目的は、必ずしも利益ではない)。また、医師にも看護職にも、辞める自由もあれば転職の自由もある。

こうした公的管理と自由市場とが結合した状況の中で看護職員の需要と供給はいかにして調整されているのか、また、需給の不均衡はどのように解決され、或いはされないのかを明らかにしなければならない。

ところで、看護師等の人材確保の推進に関する法律において、国は、就業者数の確保に努めるべきものとされている。つまり看護職員の供給を計画的に行わなければならない。その際、需給見通しに基づくとされているから、需給見通しが、確保の基礎資料となる。そこで、①需給見通しは、どのように策定されているのか、②それは過去からどのように変遷してきたのか、③そして、看護職員の需給の調整においてそれは、どんな役割を果たしているのか、が明らかにされなければならない。これがこの章の課題である。まず、第2節で2010年に策定された第七次需給見通しの作成方法の概要を述べたあとで、第3節と第4節では、全国の見通しの基礎となる都道府県の需給見通し作成の一例として、福井県の場合を取り上げて、その調査と推計について詳述する。

そして、第5節で、過去からの需給見通しの予想と実績とを見比べながら、現在の需給見通しが、需給調整において果たしている役割を明らかにしよう。最後に第6節で需給見通し改善

の方向について考えてみよう。

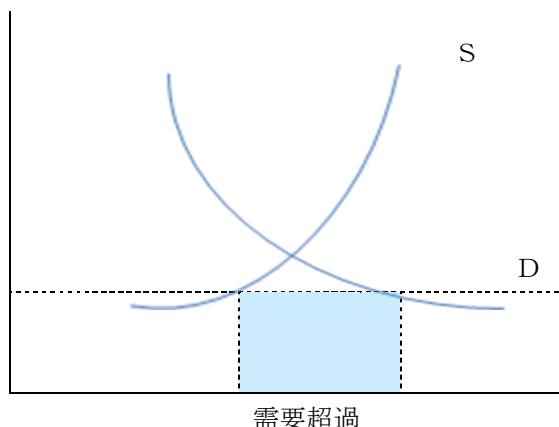


図 2-1 看護職員の需要と供給の関係

## 2. 第七次看護職員需給見通しの作成方法の概要

第七次看護職員需給見通しは、平成 23 年から平成 27 年について策定された。厚生労働省(2010a)の策定方針では以下のことが強調された。

第 1 に、今後の医療ニーズの増大や看護の質の向上が求められていることに鑑み、看護職員の就業の現状と同時に、各施設における看護の質の向上や勤務環境の改善などを見込んだ場合の看護職員の需要数について把握するが、供給については、一定の政策効果も加味すること、第 2 に、実態を適切に把握するために、各施設の協力を得て、より精度の高い調査の実施に努めることである。調査の方法は、需要数・供給数について都道府県毎に積み上げを行い、厚生労働省で取りまとめるというものである。

需要数については、各都道府県が調査対象施設に調査票を送付し、各施設が現状及び今後の経営方針を踏まえて記入したものを集計した。対象施設のうち病院、有床診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、助産所、介護老人福祉施設、看護師等学校養成所、保健所、市町村その他行政機関については、全数調査が基本とされたが、無床診療所、介護保険関係施設等（介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設を除く）、地域包括支援センター、社会福祉施設、行政機関を除いた事務所、研究機関、等については、既存統計資料の活用又は抽出調査でも可とされた。

未提出・未記入施設の推計や抽出調査からの全体推計は、提出・記入のあった全施設や抽出調査のあった施設を積み上げた計数の伸び率に基づいて行われた。調査票は、看護担当責任者（看護部長等）が記入し、提出にあたっては、各施設（所）長に了承を得るものとされた。短時間正規雇用職員及び非常勤職員については、所定労働時間を基に常勤換算する。常勤換算については、就業時間を各施設の週の所定労働時間で除して算出する。常勤換算の方法を同じくするために、具体例が調査票に記載された。

調査項目は、需給見通しの策定に直接関係のある調査項目に加え、各施設における看護職員の離職防止策の取組など、看護職員確保対策の参考となる項目が盛り込まれた。各都道府県において、必要に応じて、地域の特性を考慮し、独自の調査項目を追加することも可能とされた。また、各都道府県において、関係団体、有識者、住民代表等の参加協力を得て、需給見通しに係る検討の場を、既存の審議会等の活用を含み設置しても差し支えないとされた。

施設毎の推計の考え方は、以下のとおりである。病院については、現状及び病床数や各部門の事由を考慮して推計する。病床数について、病床過剰地域については、増床しないことを基本とする。そして、病床非過剰地域については、基準病床の範囲内において、具体的に整備の計画がされているものを基本とする。さらに、医療計画や医療費適正化計画等の改正や見直しについては、把握している限りにおいてその整合性に配慮することとされた。

各部門等、病棟部門においては、医療の高度化や在院日数の短縮化等を踏まえた看護体制(施設基準)を考慮する。また、産科・産婦人科病棟においては、分娩件数、産前・産後のケア、育児不安への対応等を考慮する。そして、院内助産所の設置及び助産師の配置を考慮することとされた。外来部門においては、医療ニーズの高い外来患者や日帰り手術の増加などを考慮する。また、助産師外来の設置及び助産師の配置を考慮すること、病院管理・看護管理部門については、病床規模に応じた専任のリスクマネージャーや地域医療連携のための担当者、労務管理・研修企画などのマネジメント機能の強化などを考慮することとされた。そして、訪問看護部門・在宅ケアの推進を考慮し、研修体制の充実等の見直しを考慮することとされた。

診療所について、有床診療所では、現状及び今後の動向を踏まえて推計する。特に、産科診療所においては、分娩件数、産前・産後のケアを考慮する。無床診療所では、現状及び今後の動向を踏まえて推計する。助産所では、現状及び今後の動向を踏まえて推計することとされた。

訪問看護ステーションにおいては、医療ニーズの高い在宅療養者の増加等今後の需要状況を踏まえて推計すること、介護予防における医療と介護の連携など介護保険事業支援計画の見直し等については、把握している限りにおいてその整合性を配慮することとされた。

介護保険関係においては、介護予防における医療と介護の連携など介護保険事業支援計画の見直し等については、把握している限りにおいてその整合性に配慮することとされた。介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設においては、入所者の状態に応じ、夜間配置を考慮することとされた。

居宅サービスにおいては、デイサービス、デイケア、ショートステイ、グループホーム、ケアハウス、在宅介護支援センター等、地域包括支援センター、児童福祉施設、知的障害者援護施設、精神障害者社会復帰施設、身体障害者更生援護施設等の社会福祉施設及び在宅サービスについて、現状及び今後の動向を踏まえて推計することとされた。

看護師等学校養成所については、実習指導の充実を考慮し、看護師等学校養成所の新設・廃止等の状況を踏まえて推計することとされた。

保健所・市町村、事業所、研究機関等については、現状及び今後の動向を踏まえて算定することとされた。

供給数についても都道府県が推計するが、算定式は、

$$\text{供給数} = \text{年当初就業者数} + \text{新卒就業者数} + \text{再就業者数} - \text{退職等による減少数}$$

である。供給数についても、常勤か非常勤の実人数を把握すると同時に、常勤換算も行うとされた。年当初就業者数は、2009年6月1日現在の就業者数である。新卒就業者数は、県内新卒と新卒転入者数との和であり、県内新卒は、卒業見込み数に県内就職率を乗じたもの。新卒転入者は、年当初就業者数に、新卒転入者率を乗じて算出する。再就業率は、年当初就業者数に就業率を乗じたものである。退職者数は、年当初就業者数に退職率を乗じて算出する。

需給見通しは、都道府県による推計を積み上げ策定されるから、各都道府県が実際にどのように推計しているかが重要になる。一例として福井県における推計の実際を見てみよう。

### 3. 福井県における需要数の推計

まず、福井県（2008）における需要数の推計を見てみよう。

#### 1) 病院について

病院は、76施設中72施設からの回答があり、回収率は、94.7%であった。その結果は、表2-1のとおりである。

表 2-1 病院の需要見通し

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	6,890	6,636	7,006	6,743	7,106	6,832	7,206	6,936	7,317	7,031
助産師(再掲)	168	165	176	172	186	182	194	190	197	189

未回収分である4施設については、看護職員業務従事者届による平成20年12月末日の人員数からそれまでの実数から推計された。年1人増加ということを加味して推計された。その結果は、表2-2のとおりである。

表 2-2 病院の需要見通し未回収分の推計

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	58	55	59	56	60	58	61	57	62	58
助産師(再掲)										

介護保険からサービスを給付されている、介護療養病床は2012年までに医療保険からサービスを給付される医療療養病床又は一般病床か介護保険からサービスを給付される介護老人保健施設・介護老人福祉施設等かのどちらかに転換されることになっている。表2-1、表2-2の看護職員需要見通しには、介護療養病床にかかわる職員数も含まれているから、そのうち、介護保険関係施設に転換される部分にかかわる分は、差し引かなければならない。表2-3の転換計画（福井県老人福祉・介護保険事業支援計画）に示された転換先別病床数で看護職員数を

按分すると、表 2-4 のようになる。病院の看護職員数(実数)281 のうち介護保険関係施設へ回るものとして差し引くべき数は 169 である。

表 2-3 転換計画病床数

【介護療養病床】 (単位：床)

区 分	平成 20 年 4 月 1 日	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	計
介護療養病床	973	917	783	783			
転 換 先		56	134		783		973
医療療養病床 (回復期リハ除く)		36			234		270
医療療養病床 (回復期リハ)					52		52
一般病床		20			21		41
介護老人保健施設			134		460		594
特別養護老人ホーム					10		10
認知症グループホーム							
廃止					6		6

表 2-4 介護療養型医療施設の看護職員数

転換先	病床数	転換割合	看護職員数			
			病院		診療所	
			実数	常勤換算	実数	常勤換算
医療療養病床	234	0.30	84	79	15	15
医療療養病床(回復リハ)	52	0.07	20	18	4	3
一般病床	21	0.03	8	8	2	1
介護老人保健施設	460	0.59	166	155	30	29
介護老人福祉施設	10	0.01	3	3	1	0
廃止	6	0.00	0	0	0	0
合計	783	1.00	281	263	52	48

\* 転換割合：福井県老人福祉・介護保険事業支援計画 看護職員数：長寿福祉課調

病院における看護職員の需要数は、例えば平成 23 年の実人数について言うと、表 2-1 の病院における需要数推計（実人数）6,890 名 + 表 2-2 の調査未回収分 4 施設・平成 23 年の需要数推計（実人数）58 名 - (介護老人保健施設 166 名 + 介護老人福祉施設 3 名) で 6,779 名と推測された。平成 24 年以降も合わせて示すと表 2-5 のようになる。

表 2-5 病院における看護職員の需給数

	平成 23 年		平成 24 年		平成 25 年		平成 26 年		平成 27 年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	6,779	6,533	6,896	6,641	6,997	6,730	7,098	6,835	7,210	6,931
助産師(再掲)	168	165	176	172	186	182	194	190	197	189

## 2) 診療所

### (1) 有床診療所

有床診療所における需給見通し調査結果は、表 2-6 のとおり有床診療所 114 施設中 99 施設からの回答があり、回収率は 86.8%であった。

表 2-6 需要見通し調査結果（有床診療所）

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	889	822	903	837	911	845	913	847	915	849
助産師(再掲)	37	29	39	31	40	32	40	32	43	34

未回収分である 15 施設の推計は、看護職員業務従事者届による平成 20 年 12 月末日の人員数から推計された。1 診療所が 1 名の増員を予定しているのみであり、平成 24 年以降については、表 2-7 のとおり増員や新設の予定は無い。

表 2-7 未回収分の推計（有床診療所）

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	37	35	38	36	38	36	38	36	38	36
助産師(再掲)										

診療所の看護職員需要数にも介護保険関係施設へ転換される予定の分が含まれている。病院の場合と同様に表 2-4 に従ってこれを差し引くと、有床診療所の需給見通しは表 2-8 のようになる。

表 2-8 有床診療所における看護職員の需給数

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	895	828	910	844	918	852	920	854	922	856
助産師(再掲)	37	29	39	31	40	32	40	32	43	34

## (2) 無床診療所

無床診療所の数は、有床診療所から無床診療所への転換により、表 2-9 のとおり増加する傾向が見られる。平成 16 年から 17 年にかけて施設数が急激に増加したが、その後、年増加数がほぼ一定になったので、平成 17 年からの伸びを線形推計し、平成 23 年からの診療所数が推計された。その結果を表 2-10 に示す。

表 2-9 診療所数の推移

	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
無床診療所	487	497	506	515	524

表 2-10 無床診療所数の推移

	平成14年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
有床診療所	172	162	143	139	129	120
無床診療所	384	402	433	439	453	459

\* 医療施設調査

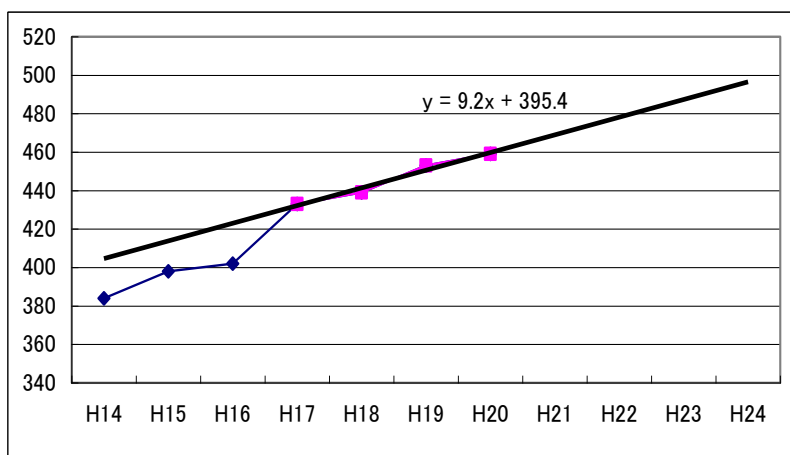


図 2-2 無床診療所数の推計

無床診療所に従事する看護職員数も、看護職員業務従事者届から、表 2-11 のとおり増加の傾向がある。

表 2-11 無床診療所で勤務する看護職員数の推移 ( ) 助産師再掲

		平成14年	平成16年	平成18年	平成20年
無床診療所	実数	718(1)	767(1)	845(1)	914(1)
	常勤換算数	632.5(1)	678.2(1)	746.5(1)	796(1)

\* 看護職員業務従事者届

1施設あたりの職員数は、平成14年から20年の1施設あたりの職員数の推移を線形で外挿すると、平成23年の1施設あたりの職員数(実数)は、図2-3のとおり  $0.038 \times 5.5 + 1.825 = 2.034$  であり、2名である。

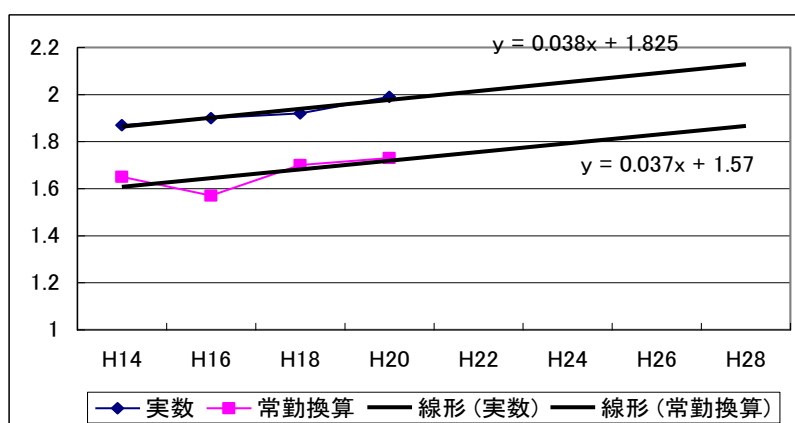


図 2-3 無床診療所の1施設あたりの看護職員数の推計

平成 23 年以降も同様にして、表 2-12 のように推計された。

表 2-12 無床診療所の 1 施設あたりの看護職員数の推測

	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
実数	1.87	1.90	1.92	1.99	2.03	2.05	2.07	2.09	2.11
常勤換算数	1.65	1.57	1.70	1.73	1.77	1.79	1.81	1.83	1.85

無床診療所における看護職員の需要数は、無床診療所数×1施設あたりの職員数として推測された。結果は表 2-13 のとおりである。

表 2-13 無床診療所における看護職員の需要数

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	989	862	1,019	890	1,047	916	1,076	942	1,106	969
助産師(再掲)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

### 3) 助産所

助産所 20 施設中 16 施設からの回答があり、回収率 80.0%であった。その結果は、表 2-14 のとおりである。

表 2-14 助産所の需要見通

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
助産師(再掲)	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19

未回収分である 4 施設の需要数は、看護職員業務従事者届による平成 20 年 12 月末日の人員数に、回答分と同じ数 0 名を当てはめて推計された。その結果は表 2-15 の通りである。

表 2-15 助産所の需給見通し未回収分の推計

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
助産師(再掲)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

助産所における看護職員の需要数は、需給見通し調査結果人数 19 名+調査未回収分の推計 4 名となり、表 2-16 のとおり 23 名と推測された。

表 2-16 助産所における看護職員の需要数

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
助産師(再掲)	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23



#### 4) 訪問看護ステーション

需給見通し調査では、訪問看護ステーション 52 施設中 42 施設からの回答があり、回収率 86.5%であった。その結果は、表 2-17 のとおりである。

表 2-17 訪問看護ステーションの需給見通し

	平成 23 年		平成 24 年		平成 25 年		平成 26 年		平成 27 年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	299	232	307	239	318	248	327	255	330	257

未回収分である 4 施設の需要数は、看護職員業務従事者届による平成 20 年 12 月末日の人員数から、それまでの実数から推計された。年 1 名増加ということを加味して計算された。その結果は、表 2-18 のとおりである。

表 2-18 訪問看護ステーションの未回収分の推計

	平成 23 年		平成 24 年		平成 25 年		平成 26 年		平成 27 年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	30	28	31	29	32	30	33	31	33	31

訪問看護ステーション数は、平成 17 年から平成 20 年まで表 2-19 のとおりだが、平成 22 年度に 3 施設が開設している。福井県の 1 施設あたりの従事者数は、平成 20 年度訪問看護実態調査では、4.3 人であるため、3 施設×福井県の 1 施設あたりの従事者数 4.3 人で 13 人（常勤換算 10 人）の需要増が見込まれた。

表 2-19 訪問看護ステーション数の推移

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
訪問看護ステーション数	53	52	51	51

これらを全て足し合わせると、訪問看護ステーションの需要数は、表 2-20 のとおりとなる。

表 2-20 訪問看護ステーションにおける看護職員の需給数

	平成 23 年		平成 24 年		平成 25 年		平成 26 年		平成 27 年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	342	270	351	278	363	288	373	296	376	298

#### 5) 介護保険関係

##### (1) 介護老人保健施設

介護療養病床は、先に述べたように平成 23 年度末に廃止された。介護老人保健施設と介護老人福祉施設に転換される分については、それらの施設での看護職員数への追加として推計された。

介護老人保健施設における需給見通し調査で、32 施設中 27 施設からの回答があり、回収率 84.4%であった。その結果は、表 2-21 のとおりである。

表 2-21 介護老人保健施設の需給見通し

	平成 23 年		平成 24 年		平成 25 年		平成 26 年		平成 27 年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	344	323	349	328	355	334	356	335	356	335

未回収分である 5 施設の需要数は、看護職員業務従事者届による平成 20 年 12 月末日の人員から、それまでの実数から推計され増加率で推計された。その結果は、表 2-22 のとおりである。

表 2-22 介護老人保健施設の需給見通し未回収分の推計

	平成 23 年		平成 24 年		平成 25 年		平成 26 年		平成 27 年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	29	26	29	27	30	28	30	27	30	27

福井県老人福祉・介護保険事業支援計画によると、平成 23 年度には 89 床の増床がある。増床分の設置基準<sup>\*1</sup>による看護職員数を見込み、常勤換算数は調査結果の比率が適用された。

※1) 設置基準は、入所者：看護・介護職員=3:1 看護職員/介護職員=2/7 である。

介護老人保健施設の看護職員の需要数は、今後、施設数および病床数の急激な増加は予定されていない。

平成 23 年の需要数（実人数）は、介護老人保健施設の看護職員の需要見通し調査結果 344 名+調査未回収分の推計 29 名+（介護療養病床の転換による看護職員の増加数で病院 166 名+診療所 30 名、表 2-4 から）+平成 22～23 年度にかけての増加数で実人数 15 名となり、介護老人保健施設の看護職員の需要数は、表 2-23 のとおり 584 名となる。

表 2-23 介護老人保健施設の看護職員の需要数

	平成 23 年		平成 24 年		平成 25 年		平成 26 年		平成 27 年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	584	547	589	553	596	559	597	560	597	560

(2) 介護老人福祉施設における需給見通し調査では、64 施設中 60 施設からの回答があり、回収率 93.8%であった。その結果は、表 2-24 のとおりである。

表 2-24 介護老人福祉施設における需要見通

	平成 23 年		平成 24 年		平成 25 年		平成 26 年		平成 27 年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	340	306	354	319	357	322	358	323	366	332

未回収分の4施設の推計は、看護職員業務従事者届による平成20年12月末日の人員数から推計された。その結果は、表2-25のとおりである。

表2-25 介護老人福祉施設における需給見通し未回収分の推計

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

地域密着型特別養護老人ホームについては、新設または拡張される予定である。施設の増加については平成19年度から平成21年度の平均(3施設)を、今後、同じ傾向で増加するものとし、1施設の看護職員は2名と推計された。

表2-26 介護老人福祉施設新設による看護職員の増加

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	12	11	18	16	24	22	30	27	36	32

常勤換算は、調査の換算率(0.9)を適用 平成23年の常勤換算=12×0.9=11

介護老人福祉施設の看護職員の需要数は、平成23年について言うと表24の介護老人福祉施設における需給見通し調査結果の340名+調査未回収分の4施設の推計4名+(介護療養病床の転換による増加数で病院3名+診療所1名、表2-4から)+施設の新設による看護職員の増加数12名であり、表2-27のとおり平成23年の需要数(実人数)は360名と推測された。

表2-27 介護老人福祉施設の看護職員の需要数

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	360	324	380	342	389	351	396	357	410	372

## 6) 地域包括支援センター

地域包括支援センター看護職員数は、平成19年度に地域包括支援センターが設置されたため、表2-28のとおりデータは平成20年のみである。

表2-28 地域包括支援センター看護職員数

	平成20年
実数	43
常勤換算数	39.4

介護予防サービス量は、福井県老人福祉・介護保険事業支援計画によると、年約13%の増加率で増加している。平成23年度以降も同率で増えいくものと仮定し表2-29のように推計された。

表2-29 地域包括支援センターの看護職員の需要数

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	47	43	48	44	50	46	51	47	53	48

## 7) 社会福祉施設

看護職員業務従事者届によると、社会福祉施設で従事する看護職員に大きな変化は、みられない(表 2-30)。

表 2-30 社会福祉施設の看護職員数の推移

	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平均
実数	127	159	140	142	147
常勤換算数	118.3	146.7	131.6	130.5	136

※看護業務従事者届

また、表 2-31 に示すように、社会福祉施設の数と定員の増加がなく、今後も予定されていないことから、表 2-32 のとおり平成 16 年から 20 年の看護職員の平均数 147 名が平成 27 年まで続くと推測された。

表 2-31 社会福祉施設数および定員の推移

社会福祉施設数および定員(看護職員が必要とされる施設)

		平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
老人福祉施設	施設数	9	9	9	9	9
	入所定員	556	559	555	553	548
身体障害者施設	施設数	11	11	11	11	13
	入所定員	898	878	878	878	920
知的障害者施設	施設数	18	18	18	18	16
	入所定員	961	961	983	1,000	906
合計	施設数	38	38	38	38	38
	入所定員	2,415	2,398	2,416	2,431	2,374

\* 福井県衛生統計

表 2-32 社会福祉施設の看護職員の需給数

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	147	136	147	136	147	136	147	136	147	136

## 8) 看護師等学校養成所

看護師等学校養成所における需給見通し調査では、9 施設中 9 施設からの回答があり、回収率 100%であった。その結果は、表 2-33 のとおりである。

表 2-33 看護師等学校養成所の需給見通し

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	142	139	144	141	144	141	144	141	144	141
助産師(再掲)	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5

敦賀市立看護専門学校の大学化の検討では、看護師等学校養成所の看護職員の需給数は、学校養成所数に大きな変化はないと見込み、調査結果を需給数とされた。

## 9) 保健所・市町村

保健所・市町村における需給見通し調査結果は、18 施設中 18 施設からの回答があり、回収率 100%であった。その結果は、表 2-34 のとおりである。

表 2-34 保健所・市町村における需給見通し

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	321	309	320	308	320	308	320	308	322	310
助産師(再掲)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## 10) 事業所、研究機関等

看護職員数の推移は、看護業務従事者届によると、表 2-35 のとおり平成 18 年に 51 名増加しており、その後同数で推移している。

表 2-35 事業所、研究機関等の看護職員数の推移

		平成14年	平成16年	平成18年	平成20年
事業所等	実数	90	87	138	145
	常勤換算数	83.8	74.9	123.1	124.5
その他	実数	37	31	30	23
	常勤換算数	28.8	27.3	25.9	19.1
合計	実数	127	118	168	168
	常勤換算数	112.6	102.2	149	143.6

\* 看護職員業務従事者届

事業所、研究機関等の需要数は、今後は見込まれないものとして、表 2-36 のとおり現状のまま推移すると推測された。

表 2-36 事業所、研究機関等の需要数

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	168	144	168	144	168	144	168	144	168	144
助産師(再掲)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## 11)合計

以上を合計すると、福井県における看護職員需要数は表 2-37 のようになる。

表 2-37 福井県における看護職員の需要数

		平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
		実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
病院	看護職員	6,779	6,533	6,896	6,641	6,997	6,730	7,098	6,835	7,210	6,931
	助産師(再掲)	168	165	176	172	186	182	194	190	197	189
有床診療所	看護職員	895	828	910	844	918	852	920	854	922	856
	助産師(再掲)	37	29	39	31	40	32	40	32	43	34
無床診療所	看護職員	989	862	1,019	890	1,047	916	1,076	942	1,106	969
	助産師(再掲)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
助産所	看護職員	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
	助産師(再掲)	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
訪問看護ステーション	看護職員	342	270	351	278	363	288	373	296	376	298
介護老人保健施設	看護職員	584	547	589	553	596	559	597	560	597	560
介護老人福祉施設	看護職員	360	324	380	342	389	351	396	357	410	372
地域包括支援センター	看護職員	47	43	48	44	50	46	51	47	53	48
社会福祉施設	看護職員	147	136	147	136	147	136	147	136	147	136
看護師等学校養成所	看護職員	142	139	144	141	144	141	144	141	144	141
	助産師(再掲)	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5
保健所・市長村	看護職員	321	309	320	308	320	308	320	308	322	310
	助産師(再掲)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所、研究機関等	看護職員	168	144	168	144	168	144	168	144	168	144
	助産師(再掲)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	看護職員	10,797	10,158	10,995	10,344	11,162	10,494	11,313	10,643	11,478	10,788
	助産師(再掲)	235	224	244	232	255	243	263	251	269	252

## 4. 福井県における供給数の推計

### 1) 看護師の年初就業者数

看護師の年当初就業者数は、隔年 12 月末実施の業務従事者届による看護職員数の推移を図 2-4 のとおり線形推計して、表 2-38 のとおり平成 23 年当初のものが推計された。

実数の増加率に比べて、常勤換算数の増加は緩やかである。勤務する看護職員は増加しているが、短時間勤務をする職員が年々増加していく傾向にあるためと考えられる。

表 2-38 福井県における看護職員数の推移

	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成23年 (推計)
看護職員 従事者届数	8,244	8,730	9,280	9,626	9,959	10,578	10,973
看護職員 常勤換算数			8,877	9,156	9,452	9,934	10,222

※隔年 12 月末 業務従事者届

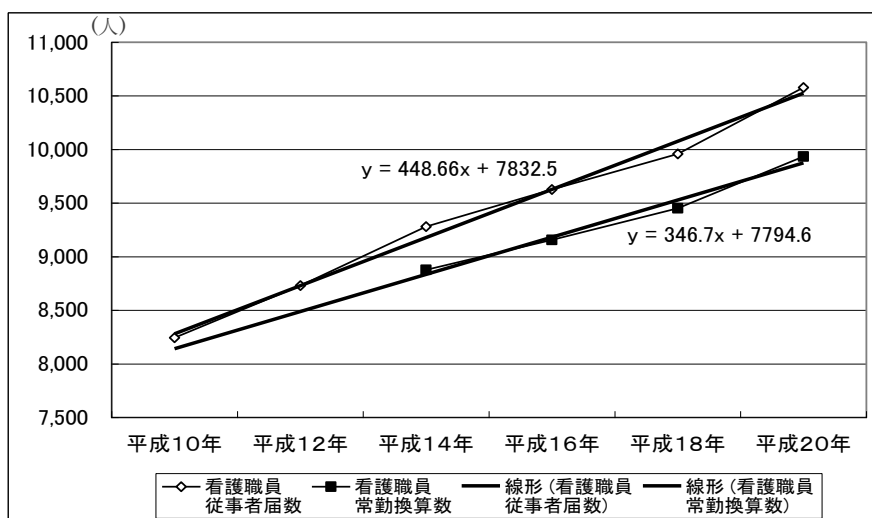


図 2-4 看護職員数の推計

## 2) 助産師の年当初就業者数

助産師の年当初就業者数も、隔年 12 月末実施の業務従事者届による助産師数の推移を図 2-5 のとおり線形推計し、表 2-39 のとおり平成 23 年当初について推計された。

表 2-39 福井県における助産師数の推移

	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成23年 (推計)
助産師 従事者届数	157	187	188	194	210
助産師 常勤換算数	149	179	177	185	199

※隔年 12 月末 業務従事者届

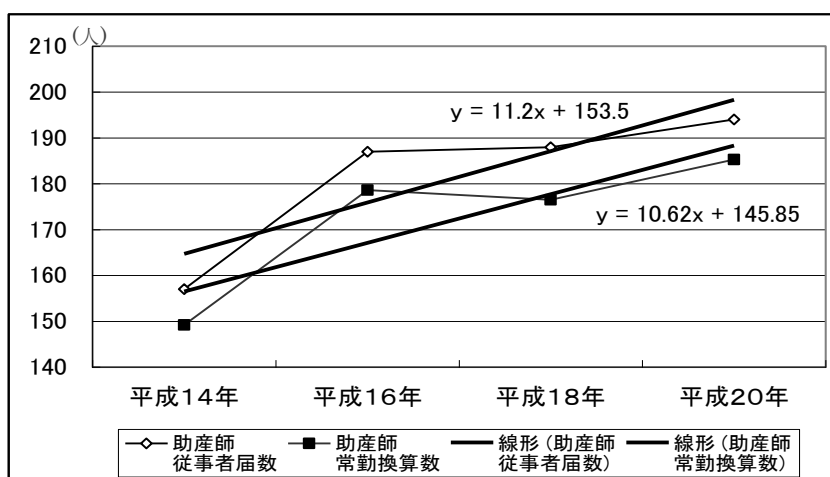


図 2-5 助産師数数の推計

### 3) 新卒就業者数

看護師等学校養成所数は、敦賀市立看護専門学校の大学化が検討されているが、定員については、表 2-40 のとおり現状のまま推移すると見込まれており、看護師等学校養成所の1学年の定員は、平成19年度以降は375名である。

表 2-40 看護師等学校養成所一覧

区分	過程	学校・養成所	所在地	1年生定員	総定員	備考
大 学		福井大学医学部看護学科	吉 永平寺町松岡下合月23-3	60	240	
		福 井 県 立 大 学 看護福祉学部看護学科	吉 永平寺町松岡兼定島4-1-1	50	200	
短大		福井医療短期大学看護学科	福 江上町55字鳥町13-1	40	120	
看護師課程	三年課程	福井県立看護専門学校	福 大畑町97-21-3	40	120	
		敦賀市立看護専門学校	敦 木崎24-7-1	30	90	短大化を検討中
		公立若狭高等看護学院	小 大手町12-48	40	120	
		武生看護専門学校	越 中央1-9-9	35	105	
		福井市医師会看護専門学校 第一看護学科	福 大願寺1-412	40	120	
	一 5 貫年	福井工業大学附属福井高等学校 衛生看護科	福 学園3-6-1	40	200	
		合計		375	1315	

表 2-41 に示すように、平成20年・21年の看護師就業者数平均327人の定員に対する割合(看護師就業率)は、87.2%である。同じ2カ年の県内就業率は75.8%(平均248人)であるが県内就業率目標値の78.0%を使い、これに県内流入者(5カ年平均)の51人をくわえた人数を、平成23年～平成27年の供給数(実人数)とした。すなわち、 $375 \times 0.872 \times 0.78 + 51 = 306$ (表 2-41)。

助産師については、福井大学での養成が継続するものとして助産師としての就業者(5カ年平均)の3人と助産師の県内流入者(5カ年平均)の7人を加えた人数を、表 2-42 のとおり平成23年供給数(実人数)(助産師再掲)とした。すなわち、 $3 + 7 = 10$ 。



表 2-41 新卒就業者数

県内就業者に占める県内出身者数・率の推移 (H22.1.14)

	平成17年 (H16年度)	平成18年 (H17年度)	平成19年 (H18年度)	平成20年 (H19年度)	平成21年 (H20年度)	5ヵ年平均
定員	435	435	435	375	375	
卒業者数 (県内出身者数・率)	445 (359人・80.7%)	435 (331人・76.1%)	424 (326人・76.9%)	371 (296人・79.8%)	341 (285人・83.6%)	
看護職としての 就業者数 (a)	372	343	339	343	311	
看護職としての 県内就業者数 (b)	273	251	260	255	241	
県内就業者数 (助産師再掲)	4	2	3	3	2	3
県内就業率 (b/a)	73.4%	73.2%	76.7%	74.3%	77.5%	

県内流入者を含む県内就業者数の推移

	平成17年 (H16年度)	平成18年 (H17年度)	平成19年 (H18年度)	平成20年 (H19年度)	平成21年 (H20年度)	5ヵ年平均
県内就業者数 (a)	273	251	260	255	241	
県内流入者数 (b)	51	43	40	54	67	51
県内流入者(助産師再掲)	9	7	7	4	7	7
計 (a+b)	324	294	300	309	308	

※県内流入者については、看護師学校養成所入学・卒業状況調査（厚生労働省まとめ）  
それ以外については、看護師学校養成所入学・卒業状況調査より

表 2-42 新卒就業者の供給数

	平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
看護職員	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306
助産師(再掲)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

4) 再就業者数

需給見通し調査結果によると、平成20年の再就業者は表2-43のとおり738人(常勤478人、非常勤260人)である。

表 2-43 平成20年 再就業者数

	常勤	短時間正規 雇用	非常勤	合計
有床診療所	55	5	22	77
介護老人保健施設	36	1	13	49
介護老人福祉施設	58	1	30	88
訪問看護ステーション	22	2	18	40
助産所	0	0	0	0
保健所・市町	5	0	6	11
看護師等学校養成所	12	0	3	15
合計	478	23	260	738
助産師再掲	6	0	7	13

ナースバンク事業では、医療機関とのマッチングを行うナースサポーターをナースセンターに設置し、再就業促進を図っている。平成20年度の再就職者738人のうち316人は、ナースバンク事業からの再就業者数であった。これ以外に県外からの再就職者は、32人であった。表2-44のとおり平成22年度から平成25年度までの病院・診療所への再就業者を30人の増加(平成20年度実績120人)とされ、1年間に12名の増加と計算された。

表 2-44 ナースバンクの再就職者数

	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
病院・診療所への再就業者数	126	132	144	156
増加数	6	12	24	36

\* 地域医療再生計画(平成22年度～25年度)

再就業者数の供給数推計に当たっての考え方は、表2-45のとおり、非常勤職員の常勤換算率は0.63である。実際の非常勤換算人数は把握されていない。

表 2-45 非常勤職員の常勤換算(平成20年)

	実数	常勤換算数	換算率
病院	689	447.6	0.65
有床診療所	114	59.8	0.52
介護老人保健施設	57	37.1	0.65
介護老人福祉施設	72	41.3	0.57
訪問看護ステーション	86	48.7	0.57
保健所・市町	31	19.8	0.64
看護師等学校養成所	20	18.1	0.91
合計	1069	672.4	0.63

※看護職員需給見通し調査

再就業者の供給数は、平成20年の再就業者数738人+県外からの再就職者32人+ナースバンクの再就職者数見込み12人=782であり、表2-46のとおりである。

表 2-46 再就業者の供給数

		平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
		実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
再就業者	看護職員	782	751	794	762	806	774	818	785	830	797
	助産師(再掲)	13	10	13	10	13	10	13	10	13	10

## 5) 退職等による減少数

表2-47のとおり、平成21年の常勤職員の退職者は572人(助産師14人)で、平均離職率は7.3%(助産師7.1%)である。これが今後ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務形態の導入や新人看護職員研修の実施等によって維持されるものとして、平成23年以降の退職者数が推計された。

表 2-47 常勤看護職の退職者数と離職率

	退職者数		職員数(H21.6.1)		離職率	
	看護職員	助産師(再掲)	看護職員	助産師(再掲)	看護職員	助産師(再掲)
病院	419	12	5,966	143	7.0	8.4
有床診療所	42	2	746	31	5.6	6.5
介護老人保健施設	40	0	269	0	14.9	
介護老人福祉施設	33	0	235	0	14.0	
訪問看護ステーション	17	0	191	0	8.9	
助産所	0	0	19	19	0.0	0.0
保健所・市町	10	0	290	0	3.4	
看護師等学校養成所	11	0	122	5	9.0	0.0
合計	572	14	7,838	198	7.3	7.1

## 6) 供給数のまとめ

以上をまとめると福井県における供給数は表 2-48 のようになる。

表 2-48 福井県における看護職員の供給数

		平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年	
		実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
新卒就業者	看護職員	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306
	助産師(再掲)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
再就業者	看護職員	782	751	794	762	806	774	818	785	830	797
	助産師(再掲)	13	10	13	10	13	10	13	10	13	10
年初就業者数	看護職員	10,973	10,222	11,260	10,468	11,538	10,708	11,808	10,942	12,058	11,159
	助産師(再掲)	210	199	218	205	226	210	133	215	239	220
離職者数	看護職員	801	746	822	764	842	782	862	799	880	815
	助産師(再掲)	15	14	15	14	16	15	16	15	17	15
供給数	看護職員	12,862	12,025	13,182	12,300	13,492	12,570	13,794	12,832	14,074	13,077
	助産師(再掲)	248	233	256	239	265	245	172	250	279	255

## 5. 需給調整における需給見通しの役割

以上詳述したような各都道府県の推計を積み上げて、全国の第七次看護職員需給見通しが策定された。その結果は、図 2-6 の通りである。

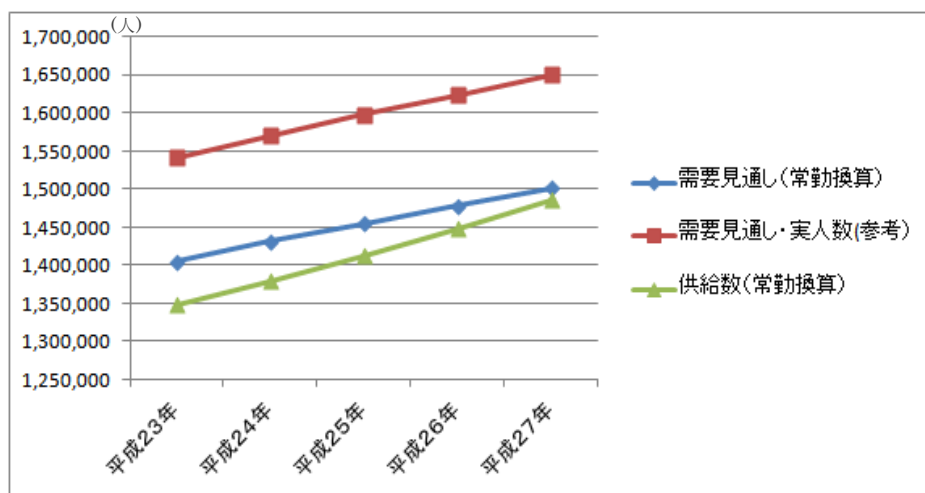


図 2-6 第七次看護職員需給見通し (単位:人)

看護職員の需給見通しは、当初は「看護師需給計画」という名称だったが、昭和49年以来、策定されてきた。表2-49に示すとおり、いずれの需給見通しにおいても、策定年の供給数が需要数を下回っており、実績の看護職員数も需要数を下回っている。

表2-49 看護職員需給見通し (単位:人)

	年	需要見通し数	供給見通し数	実績	供給見通しと需給見通しの差	供給見通し/需要見通し	実績と需要見通しの差	実績/需要見通し
第一次看護師需給計画策定	昭和49年	421,000	393,000	387,000	-28,000	93.3%	-34,000	91.9%
	昭和53年	489,000	490,000	479,000	1,000	100.2%	-10,000	97.9%
第二次看護師需給計画策定	昭和54年	562,000	515,000	507,000	-47,000	91.6%	-55,000	90.2%
	昭和60年	663,000	664,000	668,000	1,000	100.1%	5,000	100.7%
看護職員需給見通し策定	昭和63年	831,000	766,000	778,000	-65,000	92.1%	-53,000	93.6%
	平成6年	935,000	935,000	962,000	0	100.0%	27,000	102.8%
看護職員需給見通しの見直し	平成3年	932,000	858,000	852,000	-74,000	92.0%	-80,000	91.4%
	平成12年	1,159,000	1,159,000	1,165,000	0	100.0%	6,000	100.5%
第五次看護師需給見通し策定	平成13年	1,217,000	1,181,000	1,188,000	-36,000	97.0%	-29,000	97.6%
	平成17年	1,306,000	1,301,000	1,308,000	-5,000	99.6%	2,000	100.1%
第六次看護師需給見通し策定 (常勤換算)	平成18年	1,314,000	1,272,000	1,234,312	-42,000	96.8%	-79,688	93.9%
	平成22年	1,406,000	1,391,000	1,365,117	-15,000	98.9%	-40,883	97.1%
	平成18年	28,000	26,000	25,775	-2,000	92.8%	-2,225	92.0%
	平成22年	30,000	29,000	29,670	-1,000	96.6%	-330	98.9%
第七次看護師需給見通し策定 (常勤換算)	平成23年	1,404,300	1,348,300		-56,000	96.0%		
	平成27年	1,500,900	1,486,000		-14,900	99.0%		
	平成23年	31,900	30,100		-1,800	94.4%		
	平成27年	34,900	34,400		-500	98.6%		

変則的なのは第三次と第四次である。1985年の「医療法改正」により、地域医療計画が策定されるに伴い、病院が相次いで病床を増設する、いわゆる「かけ込み増床」が発生した。結果として、増床に見合う数の看護職を配置するためその労働力が急激に増加する一方、看護師養成の規模が一定のままだったこともあり、看護師の労働供給量は労働需要の増加に見合うようには増加せず、表2-49のとおり1988年に53,000人の看護師不足が発生した。厚生省は、1989年に看護職の需給見通しを立てたものの、1990年には、「保健医療・福祉マンパワー対策本部」を設置し、表2-49のとおり1991年に需給見通しをまとめ直している。

この第三次、第四次を含め、第二次から第五次までは、策定年での看護職員不足から出発して、計画の最終年では、供給がほぼ需要を満たすという見通しになっている。そして、実績の看護職員数もまた計画最終年には、当初見込まれた需給数を上回っているのである。これは一見計画が上手くいっていることを示しているようにも見える。しかし、需要数を満たす看護職員数が実際に現れた時点で、需要数が当初見込まれた数にとどまっているかどうかかわからない。実際の需要が当初見込まれた以上に伸びていたとしたら、当初見込みを上回る供給があっても、依然として看護職員不足の状態にあるかもしれないのである。そのような懸念は現場の実感と合っていた。厚生労働省(2009a)では、だからこそ第六次と第七次の需給見通しでは、現場

の実態に合った正確な需要数が計上できるように、調査の方法や推計方法にいろいろな工夫がなされたのである。第六次で導入された大きな変化は、厚生労働省(2005)では短期労働者数の実働労働時間を踏まえて常勤職員数に換算したことである。第七次ではこれを踏襲し短時間正規雇用職員と非常勤職員の数を常勤換算した。また、看護の質の向上や勤務環境の改善といった社会的政策的要請を満たす需要数を推計することとされ、調査票の記入者を看護部長など、現場の実態をよく知る者に特定化した。さらに、全数調査対象施設で未提出のものについての推計方法を具体的に指示するなど、正確が期された。病院については、医療の高度化や在院日数の短縮化、医療ニーズの高い外来患者や日帰り手術の増加、専門看護師・認定看護師の配置などを考慮するなどして、今後の真の需要を反映した推計になるようにしたのである。その結果、第六次見通しの期間では、第二次以来、初めて最終年の実績供給数が、当初見込みの需要数を下回った。これを病院についてみると図 2-7 のとおり、計画最終年の平成 22 年の常勤換算の実績従業者数は 867,630.5 で当初需給見込みの 99% である。需要見通しが過小であったという第五次までの欠陥は改善されたと見てよかろう。それでも、第七次での平成 23 年の病院の需要見通しが 899,800 と第六次での平成 22 年の需要見通しと比べて約 3% 増と、トレンドと比べて上方修正されているところを見ると第六次の需給見通しはなお過小評価だったのであろう。

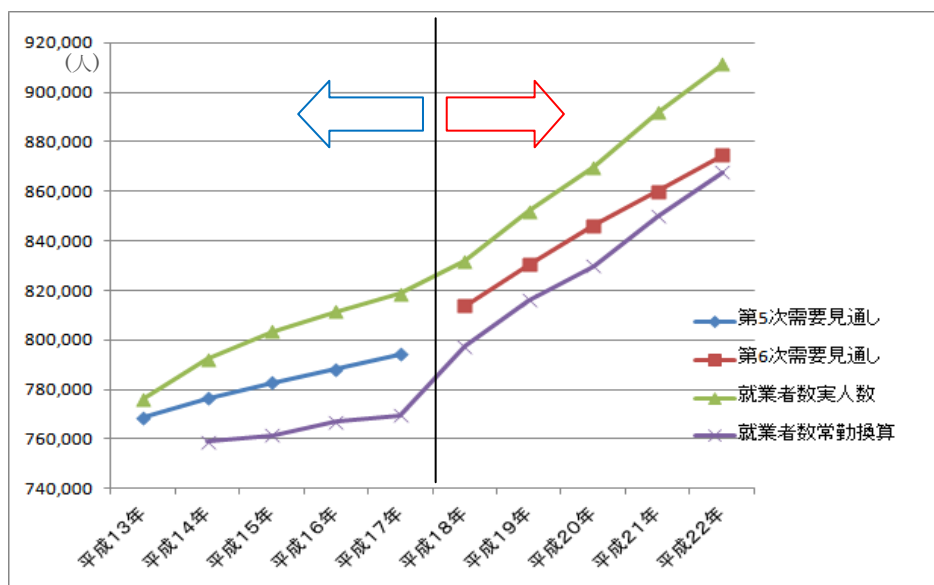


図 2-7 第 5 次・第 6 次看護職員需給見通し (単位: 人 常勤換算)

こうして見ると、現在の需給見通しに基づく看護職の需給調整は次のような性格をもつものと言えるだろう。すなわち、現状の就業数をもとに今後 5 年間の目指すべき医療サービスの質と量、政策等の条件を考慮して現場をよく知る者が必要かつ実現可能と判断して回答した需要数を積み上げて推計された需要数と、現在の養成、離職、再就職の状況を基に政策的効果を加味して予測された供給数とを示し、需要を充足する供給が実現するように必要な政策措置をとっていくというものである。しかし、どの 5 年間をとってみても、計画の最終年に近づくにつ

れて実績の供給は、当初必要とされた需要数に追いつくか或いは近づいていくが、その間に政策や社会的状況が変化して真の需要は増えてしまっており、現場の看護職不足感は解決されない。こうして次の5カ年計画は上方に改定されることになる。第六次、第七次で予測の正確さは高められているが、なお完全な予測は難しいというのが実状である。

## 6. 需給見通し改善の方向

社会情勢や医療の急激な変化に伴い、この変化に対応していくための業務量に必要な看護職の人数や、診療報酬の看護配置人数については、2年～3年位の見通しが限界である。病院の経営に参加しつつある看護担当責任者（看護部長等）は、看護職の人員を増加することによる人件費も考慮している。また民間病院や中小病院においても、都道府県からの指導等を意識して最低限の看護職員の不足人数しか調査記入されていない可能性もある。このため、必要と思われる看護職の人材確保については、調査用紙に加算して回答されていないかもしれない。

公立病院は、総務省の総定員法で職員定数の縛りがある。各都道府県経由で調査を行っても、看護職員の正確な不足数は出てこない可能性も高い。調査内容において、看護職員の人数のみを聴くのではなく、例えば看護配置基準の7対1体制にするにはあと何人必要か、時間外を無くするには何人必要なのか等、調査の内容に工夫することで現場の声が吸い上げられることも考慮する必要がある。

今、都道府県では、医療計画の見直し計画や医療費適正化計画が進められている。この計画の中でも看護職員数を検討することが、調査を補完する意味でも必要である。

制度改定等の反映では、平成24年度に診療報酬の改定がある。診療報酬の改定の見込みが出ない中での調査は、看護職員の需給見通しに反映はしてこない問題がある。このため診療報酬の反映ができる時点での見直しも必要である。そして、医療提供体制のあり方が決まらない時点での需給見通しの策定も同様に難しいと考える。

今後は、看護職のナースプラクティショナーや特定看護師、専門看護師、認定看護師等の役割の分担等の視点も必要となる。

看護職員の確保対策として、人口推計について18歳人口は、2030年には4割減とされている。看護師を目指す相対的人口が減少する中での現在働いている看護職の対応も考慮していく必要もある。国病の医師の定年が65歳に延長となっていることから、看護師も検討する時期かもしれない。

## 7. おわりに

福井県における需給見通し調査結果では、平成23年において、病院の看護職の実人数6,779人、平成27年においては、7,210人と推計された。また新卒就業者は306人であり、離職率は7.3%である。再就職は782人とみこまれた。福井県においては、全国平均より5年早く超高齢社会となっている現状から、今後の介護や在宅での看護提供において、安全、安心の医療提供体制を構築するためには、看護職員の果たす役割は大きく、需要が供給を上回る可能性は大

きい。今回の需給見通しを踏まえ、国や都道府県においては、それぞれの責務に応じた看護職員確保対策を進める必要がある。その際、今回実施された実態調査を通じて把握した看護職員の業務や勤務条件の実態を分析し、活用して現場の実情に即したものとするとともに、医療制度改革等を踏まえた適時的確なものとする事が求められる。今後、看護職員の配置のあり方について、また看護職員の勤務条件等の検討が必要である。

## 第3章 看護職とワーク・ライフ・バランス

### 1. はじめに

看護職においては、これまで就労か退職か、つまり仕事か生活かの二者択一を迫られる傾向が強かった。それが、結婚・出産を契機とする、多くの退職を招いてきた。これは高い技能をもつ専門的職業における人的資源の浪費であり、またそうした専門的技能をもつ人が豊かで充実した生活を送る機会の喪失である。看護職においてワーク・ライフ・バランスをいかに実現できるかが、社会政策としても医療政策としても重要な課題になることは、第1章でも述べたとおりである。

この章では、ワーク・ライフ・バランスという考え方をめぐる状況について報告し、それを実現するために導入されつつある諸制度について述べる。特に、短時間正社員制度の導入状況とその課題について詳しく述べる。

### 2. ワーク・ライフ・バランスをめぐる社会状況

ワーク・ライフ・バランスとは、生活と仕事との調和という意味である。2007年12月に、関係閣僚、経済界・労働界・地方公共団体の代表などからなる「仕事と生活の調和推進官民トップ会議」が策定した「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」(以下、憲章)は、仕事と生活の調和が実現した社会とは、「国民1人ひとりがやりがいや充実感を感じながら働き、仕事上の責任を果たすと共に、家庭や地域生活などにおいても、子育て期、中高年期といった人生の各段階に応じて多様な生き方が選択・実現できる社会」と述べている。

ワーク・ライフ・バランスという考え方はアメリカで始まった。アメリカにおいてワーク・ライフ・バランス概念が普及しはじめたのは、1970年代半ば、主としてサービス産業に女性労働者が多く従事しはじめた頃である。それ以前からも「職務を通じた自己実現」をキーワードとした産業心理学や行動科学の研究に基づく職務再設計、QWL (Quality of Working Life: 労働生活の質) 向上運動などに見られるように、主として製造現場では単調で単純な反復作業を基本とする大量生産方式の生産システムに対する見直しが進行しつつあったが、それまでさほど目を向けられていなかった女性雇用問題に注目が集まると、製造業以外でも自己実現という課題が重要視されるようになった。その後、1980年代から90年代初頭にかけての景気後退期には、効率的業務遂行に向けての優秀な労働力確保という観点から、女性が働きやすい職場づくりをめざす動きが活発となると同時に、女性だけではなく多様な労働力確保に向けての環境整備がすすむこととなった。性別、年齢、民族はもとより、職歴や宗教等人間が持つすべての属性に関しての差別を排すること、すなわち労働者のパーソナリティには多様性があるという前提に立ち、それを統一的意思のもとで活動する企業経営にとっての阻害要因と考えるのではなく、むしろ組織活性化要因と捉えることによって、これを活用していく方向の企業経営は、ダイバーシティ・マネジメント (diversity management) と呼ばれ、広く注目されるようにな



った。そして、このような流れの中で、全社的な雇用戦略としてのワーク・ライフ・バランスの重要性が強く認識されることとなった。1998年からは経済誌フォーチュンが、サンフランシスコに本部を置く民間団体 Great Place to Work Institute (1991 設立) との共催で、毎年発表を行っている“100 Best Companies to Work for in America” (アメリカで最も働きがいのある会社ベスト100) も、こうした風潮を促進している(内閣府 2012)。

我が国が人口減少時代を迎える中で、一人ひとりの生き方や子育て期、中高年期といった人生の各段階に応じて男女ともに多様な働き方の選択を可能とする社会とすることが必要だという認識が広がってきた。そのために、長時間労働の抑制や年次有給休暇の取得促進、子育てや介護など家庭の状況から時間的な制約をかかえている労働者への支援などが課題となってきたのである。

そうした背景の下で男女雇用機会均等法 (1985 成立)、育児休業法 (1991 成立)、次世代育成支援対策推進法 (2003 成立) 等の法整備がなされた。そして、国民生活白書(2007ab)においてワーク・ライフ・バランス推進が明言される (厚生労働省 2007a) とともに、内閣府が「仕事と生活の調和憲章」を策定したのである。

国民生活白書では、現代社会においては「家族つながり」「地域のつながり」「職場のつながり」が欠如しており、これらを再構築するためには、その阻害要因となっている「時間的制約」および「つながりを持つ機会や具体的に参加したいと思うようなつながりの場の欠如」を長期的観点から除去していくことの必要性が指摘されている (厚生労働省 2007b) そして「豊かな国民生活」に向けた具体的方向性として示唆されるのがワーク・ライフ・バランス推進なのである。

また「憲章」では、目指すべき社会の姿として、①就労による経済的自立が可能な社会、②健康で豊かな生活のための時間が確保できる社会、③多様な働き方・生き方が選択できる社会という3点をあげ、その実現に向けて国や自治体の支援、国民一人ひとりの積極的な取り組みを促すとともに、「企業とそこで働く者は、協調して生産性の向上に努めつつ、職場の意識や職場風土の改革とあわせ働き方の改革に自主的に取り組む」ことの必要性を強調している。

しかし、一方で、「多様な働き方」を実現するというスローガンの下で、パート、アルバイトといった不安定な雇用を肯定する風潮も生まれた。また、1990年代からの労働政策は「規制緩和」の名のもとに派遣労働を可能にする業種を拡張し、非正規職員を増やさせ低収入を伴った「多様化」をもたらした。派遣労働者は1996年の82万人から2003年には236万人とほぼ3倍に増え、派遣事業所も急増し、雇用が正社員と非正社員に2極化した。そうした雇用の流れを、政府は「多様な働き方」の名の下に後押ししたのである (伊東 2007) 仕事に縛られたくないと自ら望んで非正規職員の仕事を選擇した者もいたが、非正規職員の増加は、主に事業主側からの経営上の都合による。これは、真の多様な働き方とは外れている。

### 3. 育児休業 介護休業

ワーク・ライフ・バランスに関する政策で最も早くから導入されてきたのは、育児休業、介

護休業の制度である。

育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」）では、育児又は家族の介護を行う労働者の職業生活と家庭生活との両立が図られるよう支援することによって、その福祉を増進するとともに、あわせて我が国の経済及び社会の発展に資することを目的として 1991 年に制定された。労働者は、申し出ることにより、子が 1 歳に達するまでの間、育児休業をすることができる。2004 年の改正で、子が 1 歳 6 か月に達するまでの間、育児休業をすることができるようになった。また、労働者は、申し出ることにより、要介護状態にある対象家族 1 人につき、常時介護を必要とする状態ごとに 1 回の介護休業を、通算して 93 日まで休業することができる。

育児休業の取得率は、女性で 9 割近くに達するなど、着実な定着が図られつつあるが、第一子出産前後で継続して就業している女性の割合は低い水準にとどまっており、休業からの復職後に仕事と子育てを両立して続けていくことには、依然として、かなりの困難が伴っている。休業からの復帰後の子育て期に多様で柔軟な働き方を選べるようになっていないことがその一因である。そのような要請に応える制度として短時間勤務制度がある。

#### 4. 短時間勤務制度

##### 4.1 育児・介護休業法

育児、介護の課題を解決し、就業を継続しながら仕事と家庭の両立を目指す手段として「短時間勤務制度」がある。短時間勤務制度の従業員は、パートタイマーと異なり正職員である。雇用期間の定めがなく、社会保険の適用、退職金制度がある場合は退職金の支給、昇進昇格、育児・介護休業の適応、教育訓練や福利厚生などの適応などが正職員と同等で、給料は正職員との勤務時間の違いを反映して設定される。このように、働く時間はフルタイム正職員より短い、仕事の質はフルタイム正職員と同じで給与やボーナス、年金も働いた時間に比例して支払われ、昇進もフルタイム正職員と同等に扱われる。この点で、非正職員と区別される。

その時の育児・介護休業法では、短時間勤務制度は 1 歳に満たない子を養育する労働者が育児休業をしない場合に関して、及び、1 歳以上 3 歳に満たない子を養育する労働者に関して、事業主が講じなければならない措置の 1 つとして挙げられている。それはフレックスタイム制、始業・終業時間の繰り上げ繰り下げ、所定外労働をさせない制度、託児施設、施設運営などと並んで挙げられている措置の 1 つにすぎず、事業主はこれらの措置のうち 1 つを講じればよいので、短時間勤務制度自体が義務づけられているわけではなかった。

公務員については、2007 年に短時間勤務制度が義務的に導入された。2007 年国家公務員の育児休業に関する法律および、地方公務員の育児休業に関する法律の一部改正によって部分休業（国家公務員では育児時間制度に改称）の期間拡充とともに「育児のための短時間勤務制度」として導入され、2007 年 8 月 1 日に施行された。それ以前には、3 歳未満の子に対しての育児休業」、3 歳未満の子に対して 1 日 2 時間を限度とした「部分休業」、1 歳 6 月未満の子に対して有給での 1 日 2 時間を限度とした「育児休暇」等があった。育児短時間勤務制度は、職員

が職務を完全に離れることなく育児を行うことを可能とする、育児のための短時間勤務を認める制度で、小学校就学の始期に達するまでの子を養育する正職員が対象となり通常の週勤務時間の1/2から5/8の範囲になるいくつかのパターンを選択できるというものである。

#### 4.2 平成21年 育児・介護休業法の改正

平成21年6月の育児・介護休業法改正により、3歳に満たない子を養育する労働者に対する短時間勤務制度の設置が義務化された。施行日は、原則として平成22年6月30日である（ただし、一部の規定は、常時100人以下の労働者を雇用する事業主については平成24年7月1日）。

子育て期間中の働き方の見直しが行われたその背景に、女性の育児休業取得率は約9割に達する一方、約7割が第1子出産を機に離職するという現実があった。仕事と子育ての両立が難しい理由は、「体力がもたなそうだった」が最も多く、育児休業からの復帰後の働き方に課題があったのである。また、育児期の女性労働者のニーズは、短時間勤務、所定外労働の免除が高く、子が多いほど病気で仕事を休むニーズは高まるが、子の看護休暇の付与日数は、これまで子の人数に関わらず年5日であったことなども改正の理由に挙げられている。

改正内容は、労働者の仕事と子育ての両立支援などを一層進めるため、短時間勤務制度について、3歳までの子を養育する労働者に対する事業主による措置義務となった。また所定外労働の免除の義務化については、3歳までの子を養育する労働者の請求により対象となった。そして子の看護休暇の拡充では、現行の小学校就学前の子がいれば一律年5日を、改正後では小学校就学前の子が1人であれば年5日、2人以上であれば年10日とする改正となった。

勤務時間短縮の措置では、1日6時間の短時間勤務の制定が必須となる（改正法23条1項）。改正前の育児休業・介護休業法では、育児のための勤務時間短縮措置として、事業主側の義務として、以下の①から⑥のどれかの措置を事業主の裁量で選択すればよいという制度であった。3歳に達するまでの子を養育する労働者に対して①育児休業制度に準ずる措置②短時間勤務制度の導入③フレックスタイム制の導入④始業・終業時刻の繰上げ・繰り下げ⑤所定外時間外労働の免除⑥事業所内託児施設の設置もしくはこれに準ずる便宜の提供である。これまででは、③の制度を導入しようが、④の制度を導入しようが、事業主側の勝手に選んでもよいという趣旨であったが、改正により、②短時間勤務制度と⑤所定外時間外労働の免除は必須義務となったのである。

短時間勤務制度の導入に際しての労務管理上の留意点に関しては、この短時間勤務制度について省令では、“1日の所定労働時間を原則として6時間とする措置を含むものとしなければならない”と定められている。しかし、“原則6時間”の解釈の仕方であるが、行政通達（平成21.12.28 職発1228第4号等）によると「1日の所定労働時間を6時間とすることを原則としつつ、通常の所定労働時間が7時間45分である事業所において短縮後の所定労働時間について1日5時間45分から6時間までを許容する趣旨である」となっている。よって、この6時間の短縮というのは、法定労働時間の8時間労働がたたき台になっている。

この短時間勤務制度を適用した労働者に対しての賃金は、原則はノーワークノーペイで、短縮した2時間の支払い義務は発生しない。また、賞与の算定や退職金の勤続勤務年数の算定においても、現に働かなかった時間や日数部分を差し引いても、不利益な取扱いには該当しない。また、一定期間の有期雇用契約の労働者や、時間給契約をしているいわゆるパートタイマーも適用除外にはできない。つまり、有期雇用者であっても、1年以上雇用されるに至った後はこの制度の対象となり、パートタイマーであっても、実質6時間超の所定労働時間で週3日以上所定労働日がある場合はこの制度の対象となるのである。

#### 4.3 短時間正社員制度の導入状況

厚生労働省(2012a)の調べでは、一般企業においては、柔軟な働き方を進めるためのさまざまな選択肢の中で、最も多くの企業が導入していたのが短時間勤務制度であった。導入企業の割合は、2005年の31.4%から、2008年には38.9%に増加している。増加幅は7.5ポイントで、ほかのどの措置より大きいことがわかる。また、財団法人21世紀職業財団(2009)の研究報告書によると、各企業の人事担当者に、柔軟な働き方を進めることによる効果を聞いたところ、「従業員の定着率向上」「柔軟な働き方に関する従業員の理解促進」「優秀な人材の確保」「企業イメージの向上」などについて、特に女性従業員に効果があると回答している。

しかし、育児のための短時間勤務制度の普及は4割弱という状況で、制度はあるものの業務の性質や実施体制などの要因から、制度の利用が進まないのが現状であった。また、利用者は多いものの、その仕事の分担・代替要員の確保が困難なために生産性の低下や周辺の労働者へのしわ寄せが生じたり、あるいは利用労働者の処遇が不明確、上司や同僚の理解不足などにより、労働者の就業意欲や能力が十分発揮されていないなど、さまざまな課題が見られる。一方、一部では、人材の定着や確保の戦略として、育児のための短時間勤務に伴う課題の克服に積極的に取り組んでいる施設もある。

医療界での短時間勤務制度の導入状況について厚生労働省(2012a)の調査報告によると、「取り組んでおらず今後も取り組む予定はない」が39.2%、「取り組んではいないが今後取り組む予定である」が18.2%、「取り組んでいる」が32.3%であった(表3-1)。しかし短時間勤務制度の導入状況からは、この制度を利用している人数の割合は分からない。

財団法人21世紀職業財団の調査(2009)によると、従業員の定着率向上や優秀な人材の確保に効果があった。この調査では各企業の人事担当者に、柔軟な働き方を進めることによる効果を聞いており「従業員の定着率向上」「柔軟な働き方に関する従業員の理解促進」「優秀な人材の確保」「企業イメージの向上」などについて、特に女性従業員に効果があると回答していた。また、短時間勤務制度を利用した従業員からは「子育てに安心して取り組むことができた」「家族との時間を楽しめた」などの回答があり、私生活の充実につながっていた。私生活が充実していれば、精神的な余裕も生まれ、仕事に対する取組みもより充実したものになる。また、子育てや介護の必要のない従業員からも、「社員を大切にしている会社であることを実感した」などもあり、制度利用者と通常勤務者の双方が効果を実感できていることが伺える。

表 3-1 看護職員の負担軽減策の取り組み状況

n = 804 病院

	取り組んでお らず、今後も 取り組む予定 はない	取り組んでは いないが、今 後取り組む予 定である	取り組ん でいる	無回答
看護補助者の導入・業務分担	5.30%	3.50%	86.40%	4.70%
薬剤師の病棟配置・業務分担	27.10%	20.90%	42.70%	9.30%
病棟クラークの配置	23.60%	14.70%	53.70%	8.00%
その他コメディカルとの業務分担	17.40%	16.40%	56.50%	9.70%
常勤看護職員の増員	10.10%	12.70%	70.00%	7.20%
非常勤看護職員の増員	20.00%	12.20%	59.80%	8.00%
夜勤専従者の雇用	35.30%	18.70%	37.30%	8.70%
<b>短時間正規雇用の看護職員の活用</b>	<b>39.20%</b>	<b>18.20%</b>	<b>32.30%</b>	<b>10.30%</b>
2交代・3交代制勤務の見直し	42.40%	13.80%	33.50%	10.30%
早出や遅出などの看護ニーズに応じた勤務の導入・活用	13.90%	10.70%	67.50%	7.80%
シフト間隔の見直し	30.80%	18.80%	37.10%	13.30%
長時間連続勤務を行わない勤務シフト体制	13.80%	14.80%	59.60%	11.80%
超過業務を行わない業務配分	7.60%	15.90%	65.90%	10.60%
栄養サポートチームの配置	28.10%	19.70%	41.80%	10.40%
呼吸ケアチームの配置	54.10%	21.90%	10.90%	13.10%
夜間の緊急入院患者を直接病棟で受け入れなくても済む	59.70%	12.80%	13.70%	13.80%
電子カルテとオーダーリングシステムの活用	16.30%	29.50%	45.00%	9.20%
上記以外の ICT を活用した業務省力化、効率化の取り組み	31.20%	26.40%	23.90%	18.50%

「病院勤務医の負担軽減の状況調査報告書」（平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査・厚労省中  
央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会（平成 24 年 6 月 27 日））

##### 5. おわりに

以上見てきたように、短時間勤務制度は、ワーク・ライフ・バランスを実現する上で中心となりうる制度である。しかし、看護職の職場でも短時間正社員制度の導入はそれほどでない。その理由に、看護職の勤務は多くは交代制勤務であることから、引き継ぎ時間が発生すること、短時間勤務制度を活用すると、次の勤務者に引き継ぐ前に帰宅することになること、この間の業務が誰かに発生することになり、業務を倍行うことになること、看護職の人数は基準配置数があり、それによる診療報酬の縛りでの人数の確保と配置が必要であることなどがある

と思われる。これらに対応して、どのようにこの制度を導入し、定着させていくかを示す实例を、次章では取り上げよう。

## 第4章 看護職における短時間勤務制度の活用—福井県済生会病院の実践—

### 1. はじめに

短時間勤務制度は、ワーク・ライフ・バランス実現のために重要な制度だが、制度はあるものの利用が進まない現状がある。法制化されて年数が浅いためか詳細な報告や分析はない<sup>1)</sup>。

本章は、福井県済生会病院での短時間勤務制度のいち早い導入から活用、その成果について、また病院経営に与える影響について分析する。第2節では福井県済生会病院における短時間勤務制度導入の背景について述べる。第3節では導入された短時間勤務制度について説明する。第4節では制度導入のための体制上の工夫について報告する。第5節では制度活用の実績と利用者の評価について報告する。第6節と第7節でこの制度を評価する。第6節は看護職定着の面と患者からの評判の面、第7節は経済面の評価である。

### 2. 福井県済生会病院の概要と短時間正社員制度導入の背景

#### 2.1 病院の概要

福井県済生会病院（以下、当院）は、1941年に開設された地域中核病院である。病床数は460床であり、診療科は22科である。1カ月の平均在院日数は12.2日であり、病床利用率は91.4%である（2013年12月現在）。全職員数は1,206名であり、内看護職員数は616名（内非正職員58名）である。

当院は「患者の立場で考える」を理念とし、様々な改革を積極的に導入してきた。診療関係では、2002年電子カルテ運用開始、2006年DPC<sup>2)</sup>開始・SCU<sup>3)</sup>6床開設がある。経営ツールでは、2005年ISO9001<sup>4)</sup>承認、2005年BSC<sup>5)</sup>GEツール<sup>6)</sup>導入、2007年にNPO法人ejnetの「働きやすい病院」認定<sup>7)</sup>がある。福利厚生では、2009年院内保育所「ぼっかぼか園」50名から70名に増やした。職員宿舎を1993年に30室を新設し2005年に60室新設した。

病院の経営方針として、3カ年ビジョンから、年度の目標を、クオリティ・マネジメント・システム(QMS)<sup>8)</sup>をISO(2005年にISO9001承認)とBSC(バランススコアカード)とともに推進し、より良い医療サービスの提供が展開できるように職員全員の熱意と知恵で継続的に改善している。また、年度目標が達成できない課題については、ワークアウト<sup>9)</sup>のツールを用いて解決策を探求し実現化している。

#### 2.2 福井県済生会病院での看護職雇用をめぐる諸事情

当院における看護職の平均在職年数は9年10カ月であり、看護師平均年齢は、33.3歳である。年齢層別人数の比率は、25歳以下19%、26～35歳47%、36～45歳22%、46～54歳10%である(図4-1)。もっとも多くの割合を占めるのは、就職後5～10年にあたる26～35歳の看護職である。

2006年に厚生労働省が入院患者7名に対して看護職1名の配置という基準を診療報酬に反映させると、当院はただちにその配置基準を満たした。

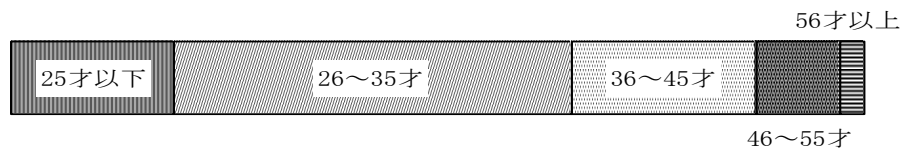


図 4-1 年齢層別人数割合

当院では、これまでキャリア支援の一環として、個々の看護職の要望に応じて働き続けられるよう部署や勤務時間を調整していた。病院の理念に基づく看護サービスの実践は、実働部隊ともいえる就職後 5～10 年にあたる 26～35 歳の看護職の年齢層にかかっている。この年齢層は、時代の変化に伴う医療提供の変化に柔軟に対応できる年代であるとともに、チームリーダーや、委員会活動などの役割をこなすなかで専門職としてのモチベーションが高く、自己成長への願望が大きい。他方、結婚・出産・育児・介護・夫の転勤などライフイベントの多い層でもある。看護職は専門的な知識や技術、そして経験の積み重ねが必要な専門職であるが、出産や育児のための離職はそれを中断させることになる。臨床での経験が中断した場合、その期間が長ければ長いほど復職への障害も大きくなる。このような年齢層の看護職の離職は、現場における看護力の低下を招き、ひいては病院の医療サービスの質にも影響しかねない。多くの看護職は、家庭での役割を果たしながら仕事も続けたいと望んでいるが、看護職の仕事は、夜勤もあり不規則であるため、仕事を続けたいが仕事と育児や介護等の両立が難しく、仕事に対する満足度も低くなり、離職せざるをえない看護職者がいるのが現状である。

医療は日々進歩した複雑化している。それに対応する業務システムも常に変化している。さらに来院者の意識や要望の変化に対応していくためにも、経験を積んだ看護職が、育児・介護などのライフイベントに向き合いながら、短時間でも現場を離れずに働きつづける環境づくりの必要性があった。

### 2.3 離職事情（短時間勤務制度導入前）

看護職は、いったん退職すると専門職としてのやりがい感が低下し、不安も大きくなるため、なかなか復帰に踏み切れなくなる。多くの場合は、働き続けることで、キャリアが継続でき、人間理解の幅が広がり人としての成長が促される。患者やその家族に個別に対応していく時、医療サービスへの要望が多様化するなかで、専門職としての豊かな看護実践の提供のために、ほそぼそでも働きつづけることが必要である。

当院での看護職の離職率は、2002 年度は 9%（37 人）、2003 年度は 12%（51 人）、2004 年度は 13%（58 人）と高くなる傾向にあった。この 3 年間の退職理由は、1 番目は結婚であり 2 番目は出産・育児であった。これ以上離職が進まないように、また看護職が定着して働きつづけられる職場であるために、これまで個々人の要望に応じて働き続けられる部署や勤務時間の調整をしていたが、個人対応には限界があった。そうした課題に答えるために短時間勤務制度を



2005年度に導入したのである。その制度について述べる前に、それ以外の支援制度の紹介をしておこう。

## 2.4 様々な支援制度

多様な勤務形態で働きつづける環境を整えるために、様々な支援の整備や充実を行っていった。行った項目は、キャリア支援、子育て支援、職員宿舎使用料金の値下げ（月に駐車場料込で2,7000円）、職場復帰見舞金制度（出産・傷病で休んだ場合に10万円支給）、診療給付金制度（本人・家族の診療自己負担額の90%を互助会から支給）、共済・退職手当金制度（基本給の月額16%を病院が積み立て）、認定看護師教育等の研修補助金制度である。

子育て支援では、24時間対応の院内保育の整備をおこなった。具体的におこなった対策は、病院で勤務する保育士の雇用である。これは、院内保育の利用者が多い場合の対策として、保育士は、病院内の小児科外来や病棟で病児に対して専門性を発揮できるように勤務し、院内保育での保育力が不足した時に保育士6名が必要に応じて応援に行くことができる体制を整備した。次の対策は、経済的な支援として、保育費の減額である。以前は、月額3万5千円であったが、2万5千円へ減額した。減額に当たっては、人件費のすべてを病院の負担とし、おむつや食事代、施設維持費など運営に最小限必要な部分のみを保育費でまかなう計算である。院内保育70名の利用状況は、年間平均で定員のほぼ100%である。また、利用している職員の職種は看護職員が約8割～9割を占めている。利用職員の対応時間は、24時間であり勤務に必要な時間に対応している。また、希望者に対しては、病院の総務課や看護事務局で、病院の近隣や職員の住まいの近隣にある保育所の紹介もおこなっている。そして、院内売店の充実をはかり、育児に必要な、紙おむつ、下着等が必要時に購入できるように望みに応じてそろえた。通勤に関しては、子連れで通勤以外にも職員全員に対して、駐車場の使用を可能とした。

育児休業は、状況により子供が1歳6カ月に達するまでであるが、出産した職員の全員が1年間の育児休業制度を利用している。子どもが病気になった場合は、1年間に5日間の介護休暇を取得することが可能である。他方、直接的な育児支援ではないが、出産育児や介護で職場を一時的に離れたのちに、職場へ復帰する職員に対する再就職支援をおこなっている。

再就職支援は、育児や介護休業中の研修に関してはその資料を郵送し、また希望者は研修の参加も可能としている。そして、職場復帰時には、個人のキャリアに応じたプログラムを専任の教育担当看護副部長が、職場復帰支援プログラムで個人対応を行っている。職場復帰時の配属は、本人への負担感を軽くするために、本人の希望を第一とし、希望がない場合は、休業前と同じ部署へ配置している。育児を必要としない場合の対応の一環として、職員宿舎の入寮費を駐車場料込で月35,000円から27,000円に減額し職員からの要望に答えた。

職場復帰見舞金制度は福利厚生として、出産や傷病で休んだ場合に復職時に一律10万円支給している。また、診療給付金制度は、本人や家族が当院を受診した際、診療費の自己負担額の90%を互助会が負担している。

退職手当金制度は、基本給の月額16%を病院が積み立てを行っている。教育の支援は、認

定看護師研修やその他の研修に経済的支援とともに、出張扱いの対応を行っている。また大学院進学等においても働きながら学べる体制とした。

### 3. 制度改革

#### 3.1 短時間正社員制度と短時間パートの雇用

育児・介護中などの職員に、家庭での役割を果たしながら仕事も続けたいという人を支援すること、また職員本人が療養中または長期療養後の体調が優れない期間で体調が回復するまでを支援することを目的として 2006 年に短時間勤務制度を導入した。育児短時間勤務制度は、対象者及び期間は、小学校就学の始期に達するまでの子を養育する職員とした。

介護短時間制度は、対象者は要介護状態にある家族を介護する職員で、入職して 1 年以上の者で、要介護状態にある家族が、負傷、疾病又は身体上若しくは精神上の障害により 2 週間以上の期間にわたり常時介護を必要とする状態であり、同居しており、かつ扶養している者とした。しかし、現在は家族構成が多様であることから状況により個別対応も可能とした。期間は、対象家族 1 人当たり、労使協定に基づいて通算 93 日間とした。

この制度の適応対象となる職員は、希望すれば週 30 時間の短時間勤務を選ぶことができる。希望する時には各部署担当の師長に相談し師長が承認した後に「短時間勤務申出書」を記入し部長を経て人事課へ提出する。この申出は、勤務表を作成する 1 カ月前までに所属長へ提出する。労働時間は、午前 6 時から午後 10 時までの間で本人の希望する時間帯としているが、この時間帯以外にも夜間勤務等を希望する場合は、個人の希望に応じて対応している。

賃金は、正職員の基本給の 75%を支給する。これは、正職員が 1 週間に 40 時間の勤務時間であるものに対して、短時間勤務の場合は、1 週間が 30 時間の勤務時間であるために、単純に 4 分の 3 の計算とした。賞与は、その期間に応じて同様の計算で支給とした。定期昇給は正職員と同様に対応とした。退職金は、本制度の適応を受ける期間のみ 75%の算定とした。

非正職員（パート）の勤務時間の選択肢も本人の希望に応じた対応とした。勤務時間は本人が希望する時間で 1 日に 1~2 時間から、月に 1~2 時間の勤務まで可能であり、さらに子どもの夏休み・冬休み・春休み期間中は希望により欠勤も可能とした。そして、非正職員の時間給は、当院の勤務年数によって増額することとした。

#### 3.2 夜勤免除制度

短時間勤務制度に加えて夜勤免除制度を導入した。夜勤免除制度の導入は、看護職は 24 時間勤務が当たり前というこれまでの固定観念をくつがえすものである。家庭の事情や体調不良により「夜勤が出来ない」また「夜勤を減らして欲しい」との声がスタッフ面接や看護部に対しての要望にあった。この要望から夜勤免除制度を導入したのである。対象は、産前産後・育児中・介護中・病気の回復中・本人の体調・長期研修中等とした。

夜勤免除制度を利用する際は、各部署担当の師長と相談の上「夜勤免除申請書」を記入し、部長を経て人事課へ提出する。夜勤免除の申請期間は基本的に最低 1 年間とした。しかし、場

合によっては柔軟な対応を考慮し月単位も認めることにした。長期休暇・病欠・研修などで夜勤ができない期間も「夜勤免除申請書」を記入し提出することで対応の統一化をはかった。

夜勤の免除を希望する者が多くなると交代制勤務が組めないことになる。そのため夜勤専従制度も同時期に開始した。夜勤専従勤務は本人の希望とした。労働衛生安全を考慮して最長 3 カ月間行いその後の 3 カ月は通常に勤務を行うことにした。そして労働時間は 1 カ月 144 時間とし残った日は公休とした。夜勤専従を行なっている人数は、各部署で期間の異なる看護職が夜勤専従の勤務を行っており、1 カ月間単位でしか把握していないが、30 名から 50 名いる。

### 3.3 4 時間 1 単位制による勤務時間の弾力化

多様な勤務体制を実施する実務上の工夫は、4 時間を 1 単位とした考えかたである。8 時間勤務の場合 1 日 2 単位で、週 40 時間なら 10 単位となる。1 カ月 21 日勤務の場合は、168 時間勤務で 42 単位、20 日勤務の場合は、160 時間勤務で 40 単位勤務である。内夜勤時間は、1 カ月に 72 時間以内であるので、18 単位以内の勤務である。勤務表の作成について第 5 章の勤務表の作成で紹介するが、この 4 時間を 1 単位とした勤務時間を組み合わせることによって、看護力の必要な時間帯、たとえば朝夕食時の時間帯や就寝前などに、医療安全上必要とされている職員を厚く配置できる。看護師が働く時間と休む時間の長短の組み合わせが可能となり、また業務量が多く医療事故が起きやすい時間帯にスタッフを多く配置しているが、スタッフを配置するための業務量は、当院の電子カルテから独自にプログラムした看護必要度を参考にして計算している。

病棟の勤務形態は、あらゆる組み合わせが可能であり、2 交代制や 3 交代制のそれぞれに変則をいれた時間帯の工夫を行っている。週 40 時間を 4 日で勤務する圧縮労働時間制も取り入れたし、交代制の場合の交代時間帯も単一でなく、たとえば 12 時から 20 時までなどの時間帯も選択可能とした。つまり 2 交代、3 交代と言っているが、勤務はミックスされた状態である。詳細は第 5 章で述べる。

部署によっては 6～8 パターン以上の勤務形態が混在するところもある。師長が勤務表を個人のライフスタイルに合わせて作成しており多様な勤務体制である。勤務表を作成するにあたりまず 1 カ月の勤務予定を、ソフトを使用して作成し、そのあと仕事量と労働力（看護力）を考慮しながら 1 週間の予定表で微調整を行っている。

短時間正職員は、このような体制の中で通常の 3/4 を勤務するのであるが、本人の希望により、毎日 6 時間勤務（1.5 単位）することもできるし、勤務できる日は 12 時間（3 単位）勤務をして、その代わりにつづけて休みをとることもできる。短時間勤務体制の勤務設計について制度に適用条件はあるが、それ以外の場合でも看護副部長 4 名が合意すれば適用とし、日勤の 8 時間の場合も時間帯の正確な制約はなく、病棟によっては、一定のコア時間を含んだフレックスタイム制も実施し、また複数の労働者が 1 つのフルタイムの仕事を分担し、給料は働いた時間で按分するワーク・シェアリングも可能としている。

## 4. 制度導入のための体制上の工夫

### 4.1 独立した支援組織・部門の設置

柔軟な勤務形態を実現するためには、それに対応した管理業務が必要になる。そのために、看護秘書室の充実と看護事務局の独立した部署の新設を行った。看護秘書室では、看護秘書を1名から2名に増員し、時間管理や提出書類等の提出の確認や看護ケアに関する患者アンケート集計や統計等を業務とした。これまで看護職が時間外に行っていた業務の軽減をはかることができた。

看護事務局は、看護職メンバーでの事務局とし、勤務管理・他部門の調整、病棟間調整、入院・退院調整、ベッドコントロール、必要な資料収集・データ作成・看護提供の向上指導・医療安全等・師長支援等の調整業務を行なっている。病院の組織図上にあり、非常に重要な役割を果たしている。

勤務表は、各部署の責任者がスタッフ個人の希望をふまえて病院の行事、病棟の行事、各科の予定、委員会開催の予定、他のイベント等、研修会、出張等や看護力等を加味して勤務表を作成している。勤務表は、カスタマイズできる勤務表作成ソフトを使用して師長が作成している。勤務表は、業務命令であり細心の確認が必要である。勤務表の確認のために、看護力の配分や労務関係の管理に関して質的にマネジメントを行う看護副部長を1名増員して4名とし、看護副部長4名を、臨床の現場から看護事務局へ異動した。この異動配置は、現場の業務に影響しない様に、1年に1名ずつゆるやかに行った。病棟が比較的落ち着いており、次の師長を育成したいと考えた時期や、病院での大きなイベントがあった時等にタイミングを合わせて看護事務局への異動を行った。新たな戦略の構築が求められているときには、既存の構造の枠組みを超えた、新たな部門の創設等の検討も必要である。

### 4.2 育児休暇後の勤務希望調査について

育児休暇後の勤務希望を産前休暇に入る前に本人と話し合い、職場復帰後の勤務形態について認識を共有している。本人と話し合う時には、調査用紙（資料 4-2）を使用している。この調査用紙の運用について説明すると、師長は出産予定の職員に対して、出産予定 2~3 カ月前に総務課が毎月 1 日、15 日に行っている「必要な手続きのご案内」に参加したことを確認する。日程が合わない時は個別対応も可能である。この総務課からの説明会の 1 週間前までに、出産予定の職員が「育児休暇後の勤務希望調査表」を記載し、副部長へ FAX で情報を送り、師長が原本管理をする。師長の手元に「育児休暇後の勤務調査表」があるため、出産後の職員が総務手続き等や病棟に来院した際に、職場復帰に向けての本人の意向の確認、及び不安なく復帰ができるように支援をしている。

この「育児休暇後の勤務希望調査表」を基に副部長による面談を実施している。面談での追加内容は、副部長から所属師長に連絡し、「育児休暇後の勤務希望調査表」にメモしておく。

面談での確認項目は、短時間勤務制度や夜勤免除制度を希望する理由、短時間勤務制度は土日祝が休みではないことや夜勤も可能であることを説明し、以下を確認している。夜勤をした

場合としなかった場合の給与の違い、勤務パターンの提示、部署の配置人数を考慮するために、勤務時間帯の確認、曜日指定での夜勤が可能か、何カ月かの経過をもって夜勤可能か、勤務部署の確認を行っている。また、勤務異動の可能性、母乳による休憩等や復帰に向けての子供の乳離れ準備について、看護研究・委員会への参加についても同時に説明している。

### 4.3 短時間勤務制度での働き方

短時間勤務制度の義務は3歳までであるが、当院では短時間勤務制度の働き方を、現在は努力義務である、子が小学校就学の始期に達するまでとしている。また事情によっては延長するなど、個人に合わせて柔軟に対応している。また正規職員が所定労働時間を短縮する制度であり、フルタイムの正規職員と同様にフレックスタイム制や始業終業時刻の繰上げ・繰下げなど柔軟に対応している。

特に育児では、小学校1年生は保育園と比べ早く帰宅するなど、子どもの年齢や家庭の事情によって、いつまで制度の利用が必要なのかは異なる。そのため、希望する時期や期間は、本人からの申請用紙（資料 4-2）により把握し、さらに個別面談を行うなど個人にとって活用しやすい様に勤務表作成基準（資料 4-1）を順守し労働時間の設計を行っている。

#### 4.3.1 夜勤免除の場合の労働時間の設定

短時間勤務制度と夜勤免除の制度を活用しての勤務では、勤務時間について、1日の所定労働時間を6時間とする措置を設けたうえで、本人の希望により、例えば1日の所定労働時間を12時間とし、隔日勤務や、子どもが留守番をしている曜日は勤務時間を短くし、反対に習いごとなどで帰りが遅い日は長く勤務するなど、本人の育児環境等で勤務時間の調整を行っている。

##### (1) 一日の所定労働時間を短くする（例：1日6時間で週5日勤務）

交代制勤務において、通常の日勤で2時間を短縮した6時間勤務である。日勤の始業時間は通常8時15分から終業が17時15分であるが、本人の希望に合わせて、例えば始業時間を8時45分からとし、6時間勤務と休憩60分で終業が15時45分の勤務。または始業時間を9時00分からとし、6時間勤務と休憩60分で終業が16時00分の勤務。または始業時間を10時00分からとし、6時間勤務と休憩60分で終業が17時00分の勤務。または始業時間を13時00分からとし、6時間勤務と休憩60分で終業が20時00分の勤務。等であるが、休憩を45分として終業を繰り上げたい希望がある場合は、その対応を行っている。1日6時間で週5日勤務を個人との話し合いにより勤務時間の設計をしている。

(2) 一週間の所定労働日数を少なくする（例：1日8時間を3日間と6時間を1日で週4日勤務）交代制勤務において、一週間の所定労働時間は、通常一日8時間勤務で5日であり、一週間で40時間の労働時間である。短時間勤務制度では、一日6時間勤務で5日であり、一週間で30時間の労働時間である。1日8時間勤務を3日間と6時間を1日で週4日勤務とし一週間の所定労働日数を少なくしている。

(3)12時間日勤の勤務を行うことで一週間の所定労働日数を少なくする

短時間勤務制度では、一週間での所定労働時間は30時間である。12時間の長日勤（休憩90分を含む）を2日と、6時間の日勤を1日行っている。また12時間の長日勤（休憩90分を含む）が1日だと、6時間の日勤を3日行っている

#### 4.3.2 夜勤が可能な場合の労働時間の設定

育児の場合、土日祭日等で家族の協力が得られれば、休日に夜勤を行う看護職も、現在14名いる。これは専門職として夜勤をしたいという思いや、経済的理由であり生活上の安定のための対応である。

夜勤を行うことで一週間の所定労働日数を少なくする（例：一週間に一回夜勤を行う）。短時間勤務制度だけ活用し夜勤免除の制度を活用しない場合には、たとえば木曜日に12時間夜勤を行い週末3連休とするなど、個人に合わせた労働の時間設計をしている。

夜勤12時間の場合は、12時間夜勤（休憩2時間を含む）を1回と、6時間の日勤を3日行う。または、14時間夜勤（休憩2時間を含む）を1日と、8時間の日勤を2日行っている。夜勤16時間の場合は、16時間夜勤（休憩2.5時間を含む）を1回と、8時間の日勤を1日と6時間の日勤を1日行う。または、16時間夜勤（休憩2.5時間を含む）を1日と、7時間の日勤を2日行っている。短時間勤務の時間設計については資料4-3を参考にしていきたい。

育児休暇利用人数と夜勤免除制度や短時間勤務制度の利用人数の推移を図4-2に示した。

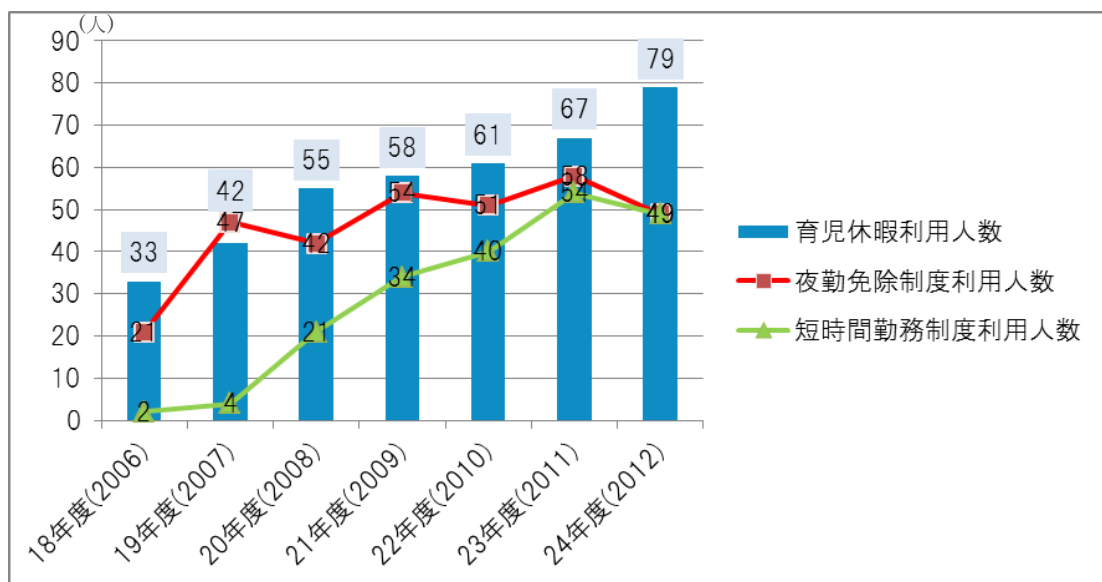


図4-2 育児休暇利用人数と夜勤免除・短時間勤務制度の利用人数の推移

(年度の4月1日での人数)

短時間勤務制度と夜勤免除制度を合わせて利用する。または短時間勤務制度のみ利用し労働時間を設計する。あるいは夜勤免除制度のみ利用するなど、複数の選択肢を設けることにより、

制度利用者にとっては、状況に応じた制度の利用ができることや、段階的に勤務時間を長く設計したりすることにより、退職することなく、勤務の継続が可能となっている。

#### 4.4 短時間勤務制度の業務上での運用

短時間勤務制度では、引継ぎシステムの変更や、業務内容によっては業務分担の整理が必要となる。短時間勤務制度を利用する職員は育児の為の制度の活用が多く、子供の急病などで勤務の途中に他のスタッフに業務を頼んで帰宅しなければならない場合も生じる。現場の管理者は、このとき他のスタッフが「自分の業務負担が増えた」「短時間勤務者は責任がない」などの認識を持たないよう業務調整に配慮する必要がある。交代制勤務において勤務時間の変革を行うには、課題を明確にし全員で解決に向けて取り組む姿勢が大切である。

つまり制度の運用にあたって病棟管理者だけに運用を任せるのではなく、短時間勤務を行うスタッフも他のスタッフも、業務整理の話し合いに積極的に参加し、スタッフの意見の中から、働きやすくなるように調整していく必要がある。各部署での他職種も含め全員参加により整理された業務は、やってみようという雰囲気をつくり、お互いの立場が理解でき、よりいっそうチームワークを形成していくことになる。

当院では、看護提供の方法の一つとしてパートナーシップを取り入れている。各自が役割はあるものの、2人で密に情報交換を行い、業務を遂行することで、お互いが補完し合い残務の確認や次の勤務者への引き継ぎに関してスムーズである。

短時間勤務制度等を取り入れた多様な勤務形態では、病棟運営を行うのに、病棟スタッフのお互いの立場への理解がなくてはならない。このような雰囲気づくりは、病棟管理者の腕の見せどころとなる。

#### 4.5 公平性のある処遇・待遇の検討

制度の導入に際しては、待遇の検討を行い、制度を利用する職員も該当しない職員も、納得のいく内容になるよう公平性を考慮した。また、看護部と総務課で協同し「目的」「対象者」「労働時間」「申請方法」「承認」「給与」について検討し明文化した。

夜勤免除制度に伴って生じるかもしれない不公平感を避けるために、「看護職勤務体制手当」を支給することにした。これは表 4-1 に示すように、夜勤の回数に応じて支給するものであり、これによって、遠慮なく夜勤免除を申請できるようになるという効果をねらっている。また、7対1看護職員配置基準を維持することへのスタッフの意識を喚起するために、「7対1看護職員配置基準手当」を支給することにした。今後も7対1基準に基づいた看護が継続され、地域の皆様に満足してもらえる医療が提供できることを期待して、看護職全員に月 10,000 円を支給することにした。

表 4-1 看護職勤務体制手当規定

夜勤回数	対 象 者	看護勤務手 当(月)	夜勤免除申 請書
A 6回以上/月	①病棟単位で、夜勤を月平均6回以上行う者	10,000円	不必要
B 5回以下/月	②外来単位で夜勤を月平均5回以下行う者 ③病棟単位で体調不良や妊娠中の者 ④その他	5,000円	希望時 必要
C 夜勤免除者	⑤体調不良にて夜勤ができない者 ⑥家庭の都合により夜勤ができない者 ⑦育児中で夜勤ができない者 ⑧一年の育児休暇中で早めに出勤した者 ⑨その他	0円	必要
D 夜勤しない期間	⑩長期休暇の者 (産前産後休暇 育児休暇 介護休暇) ⑪長期病欠者 ⑫長期研修者(臨床実習指導者研修) ⑬その他	0円	必要

【追加事項】

1. 新卒者は就職して1年間は看護勤務体制手当がつかない
2. 中途採用者(経験者)は就職して半年間は看護勤務体制手当がつかない
3. 「夜勤免除申請書」の用紙は毎月15日1カ月前(勤務表を作成する1カ月前)迄に提出する
4. 看護勤務体制手当は特別手当とする
5. 全看護職を対象とする(パート含む)
6. 夜勤のみパートの場合1年間は看護勤務体制手当がつかない

但し、当院での経験を優遇し、退職2年以内の場合は半年間で手当をつける

#### 4.6 業務内容の見直し

これらの制度を生きた制度とするためには、リーダーとチームメンバーのこれまでの業務を確認し、できれば時間経過ごとの業務内容について見直していくことが必要である。これは、病棟の運営において非常に有益な業務整理である。さらに患者に個別的な医療サービスを提供していくには、サービスを提供する時間の調整も必要である。例えば保清・処置等の看護のケア業務では、機能別をこれまでより細分化して取り入れるなど工夫して、患者の希望される時間帯にサービスを提供していくことも大切である。

チーム医療を展開していくためにも、他部門との連携や整合性の業務調整は必要である。業務調整のために必要な患者情報の共用は、連絡用紙(ワークシート)を電子カルテからプリントアウトして活用し共有化を図っている。また看護師間の連携に関しては、チームリーダーが責任をもって対応している。



#### 4.7 現場管理者への権限委譲と支援体制

多様な勤務形態は、希望者に応じてゆるやかに導入していった。業務整理をしたとしても連絡の不十分や確認不足といったトラブルが起こる可能性がある。こうしたトラブルを防ぐのは、スタッフ間の声かけである。普段から、病棟管理者とスタッフ、そしてスタッフ同士のコミュニケーションが十分とれていることが、多様な勤務形態を取り入れ有効活用していく鍵となる。

短時間勤務の利用申請を遠慮するなど、制度があっても利用されない「意味のない制度」にならないために、病棟管理者には、柔軟な発想とスタッフを支援するためのコミュニケーション能力、新しいことにチャレンジする力が必要である。

短時間勤務も夜勤免除も、希望者は各部署の担当師長を通して申請することになっている。これは、師長が家庭事情や仕事との両立について悩んでいるスタッフの状況を一番把握しているからである。状況把握には、日常からのコミュニケーションが不可欠であるが、キャリア支援として年2回の個人別面接を実施していることも大きく影響している。スタッフが制度を活用するためには、師長が十分に制度を理解して、スタッフを支援していくことが必要である。

申請への許可は、看護副部長2名の合意の後に、看護部長が行っている。対応に悩む師長から連絡があれば、看護副部長が個別に対応し師長の支援を行っている。

短時間勤務制度の利用の希望者は、2006年11月1日に制度を開始した直後からあり、2012年度は49名の看護職がこの制度を利用している。各病棟の看護力を落とさないために、短時間勤務者やパート職員や夜勤免除者が同じ部署に重ならないように勤務調整を行っている。しかし、育児などの理由で夜勤免除勤務をしている者が各病棟に2~3名いるため、さらに同じ病棟内で制度の利用を希望した場合は、その病棟で、勤務を組むことが可能かどうか検証し、夜勤を組むことが難しいと判断した場合は、異動による調整が必要になる。または夜勤専従者の人数を増やすことになる。

このような状況を避けるため、出産や育児の時期にどのような勤務形態であれば勤務継続が可能かなど、普段からスタッフと話せる職場の雰囲気づくりと、積極的に対話をする機会をもつ必要がある。しかし、やむを得ず異動などによる調整が必要となる場合は、本人と病棟師長、および看護副部長で話し合い、期間や勤務時間、勤務場所などの調整を図っている。育児休暇後の働き方の希望について、対話する内容は資料4-2に示す。

#### 4.8 意識改革への働きかけ

多様な勤務形態の勤務管理の考え方を理解して運用するためには、管理者全員が理解し合意することが必要である。多様な勤務形態の4時間を1単位と考えた勤務管理の運用にあたっては、まずモデル病棟をつくった。モデル病棟は、比較的看護ケア量の変動が少なかった整形外科病棟を選んだ。この病棟の師長は、師長経験が2年と管理者としては日が浅いが、勤務がトラブル無く組めたことが他の師長の刺激にもなった。整形外科病棟師長には、考え方を理解するための個別指導を行った。その後、実際に勤務表を作成しその勤務を行い2カ月間が経過した時点でメリット・デメリットの評価を行った。その後に全部署の導入に至った。

多様な勤務形態を全部署に導入し運用するにあたって、師長の理解を得るために、師長の勉強会で知識やメリット・デメリットについてグループワークを6回行った。グループワークの各グループには、看護副部長が入って活発な意見交換を行い師長の知識と理解を深めた。このプロセスで徐々に師長の意識が変わって導入に至ったのである。

現場での短時間正社員制度の理解が早かったのは、この制度をまず利用したのが主任看護師であったことも影響する。この主任看護師は、時間を有効活用しながら、自分の役割や業務を再確認し、生き生きと管理業務をした。主任という役職であっても短時間勤務が利用できることで、看護管理者を目指すスタッフにとっても選択の幅が広がっていると思われる。また、実際に制度を活用するスタッフが身近にいることで、モデルとなり制度利用についての理解が自然に浸透した。

#### 4.9 内外のアピール

2007年3月11日に、特定非営利活動法人「女性医師のキャリア形成・維持・向上をめざす会」(ejnet)が行う「働きやすい病院評価」を全国で6番目に認証取得した。この事業は、「女性医師・すべての医療従事者が安心して働くことができる病院」という観点からejnetが第三者確認を行い、病院の「働きやすさ」を評価・認定することにより、わが国における「働きやすい病院」の整備が着実に実現されていくことを目指して実施されているものだ。

「働きやすい病院評価」の認証を取得することにより、医師や看護師そして復職希望の女性職員が、当院のこれまでのWLBへの取り組みが公に認知されたことになる。これによって優秀な人材の確保を行うとともに、患者に選ばれる病院となることを目指した。

### 5. 利用実績と利用者の評価

#### 5.1 実績

表4-2に示す通り短時間勤務制度の利用人数は、2006年から希望者に個別対応を行っていたが2007年11月1日に制度を開始した直後からあり、2013年7月現在は45名の看護職がこの制度を利用している。職員の半数以上を占める看護職からの制度化であり、育児を理由に制度を活用したため、病院全体での活用は早く、医師を始めとして事務職や各職種が短時間勤務制度を利用している。夜勤免除制度も、表4-2に示すように、多くの職員が利用している。

表 4-2 短時間勤務制度利用者人数と夜勤免除者人数

2013.7 現在(人)

	短時間利用者数 (育児)	短時間利用者数 (体調)	短時間利用者数 (介護)	夜勤免除者数 (0回/月)	夜勤免除者数 (5回以下/月)	育児休暇 利用者数	正職看護 職員数	パート数	短時間 利用者 パート数
H18(2006年度)	2	0	0	21	6	33	439	33	0
H19(2007年度)	4	0	0	47	23	42	448	56	0
H20(2008年度)	21	0	0	42	4	55	471	78	0
H21(2009年度)	34	0	0	54	6	58	489	82	0
H22(2010年度)	39	1	0	51	7	61	540	72	0
H23(2011年度)	53	1	0	59	8	67	560	58	0
H24(2012年度)	49	0	0	49	22	79	554	57	0
H25(2013年度)	45	0	0	55	21	68	558	51	0

短時間勤務制度と夜勤免除を同時に利用している者と、夜勤免除だけで勤務を続けている職員とがいることがわかる。

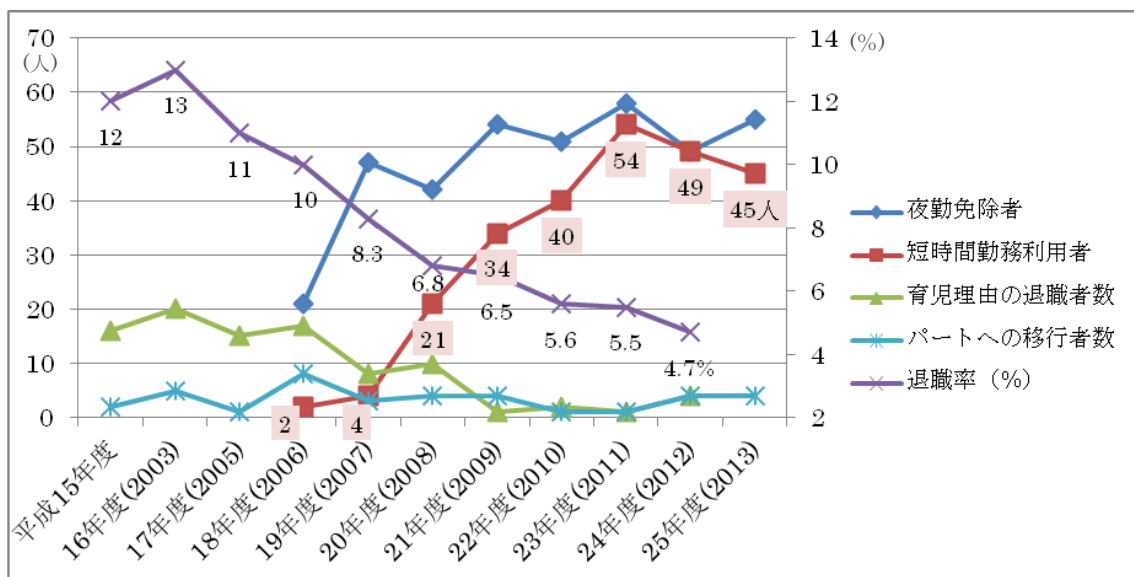


図 4-3 短時間勤務制度の利用状況と夜勤免除者数

## 5.2 短時間勤務制度の利用者の評価—アンケート調査から—

2006年に短時間勤務制度(6時間)を設けてから7年経過した現在、育児休暇後復帰する際に多くの看護職が育児のために制度を利用するようになった。そこで、さらなる充実を図るため、育児のために短時間勤務制度を利用している職員の意識調査を行った。対象は、平成25年6月17日時点で、育児のために短時間勤務制度を利用している看護職38名である。期間は平成25年6月17日～6月21日で、無記名アンケート調査を行った。アンケート内容については、現在の業務内容の満足度、就業時間通りに帰宅出来ているか、周囲のスタッフの協力が得

られているか、制度の取得期間は十分であるか、制度がなければ退職を考えたかを選択方式と自由記載とした。

その結果は病棟 22 名、外来 16 名、計 38 名から回答を得た。業務内容に関して、満足が 22 名、不満足が 2 名、どちらでもないが 14 名であった。満足の理由として、子育ての時間が多くとれる、仕事と家庭の両立ができるとの意見が半数以上あった。不満足の理由として、残務を任せて帰ることへの負い目、思ったより賃金が安い、力量に合わない業務内容などが挙げられた。就業時間通りに帰宅出来ているかに関しては、帰宅できる 29 名、帰宅できない 4 名、どちらでもない 5 名であった。周囲のスタッフの協力が得られているかに関しては、得られている 37 名、どちらでもない 1 名であった。制度利用者のスタッフへの思いは、残務があっても早く帰ることが申し訳ない思いの人が 19 名、業務内容を配慮して欲しい人が 3 名であった。制度の取得期間については、十分 10 名、不十分 26 名、どちらでもない 2 名であった。不十分と答えた 26 名中 24 名は、子供が低学年までの期間延長を希望していた。制度がなければ退職を考えたかに関しては退職 17 名、8 時間勤務のまま 5 名、パートへ転職 16 名であった。

この調査の結果から、業務内容については、専門職としてのモチベーションが維持出来るよう、個人に合った業務内容を考慮する必要があること、利用者とスタッフが当制度を正しく理解していく必要があること、残務を次の勤務者に送っていく意識改革も重要であることがわかった。そのために制度を利用する際の十分な説明が必要である。小学校に入学してからの不安の声が多く、制度の延長利用の希望者も今後増加することが予想できる。

自由記載では、「子育てに安心して取り組むことができる」「家族との時間が取れる」など、私生活の充実につながっていることを示すものがあつた。私生活が充実していれば、精神的な余裕も生まれ、仕事に対する取り組みもより充実したものにつながると考えられる。

### 5.3 外部委託調査結果

また、毎年行っている外部委託による看護職の満足度調査の結果にもこの制度の結果が表れている。

外部委託（株式会社エクサアンティ）による 2007 年と 2008 年の看護職の満足度調査結果では、2007 年では「5～10 年未満」の層で、モチベーション（学習の意欲、成長の意欲）を表す数値が非常に低いという特徴であった。しかし、2008 年では「5～10 年未満」の下がりかたがわずかになり、他の層も全体的に数値が上がっていた（図 4-4・図 4-5）。他の満足度の結果も同様に数値が上がった（図 4-6）。これは、多様な勤務形態を取り入れたこと等によって、自分のキャリアアップの方向性を明確にし、結婚や出産というライフイベントをふくめ、働きつづけることが出来る安心から、学習や仕事に対する意欲に繋がったのではないかと考えられる。

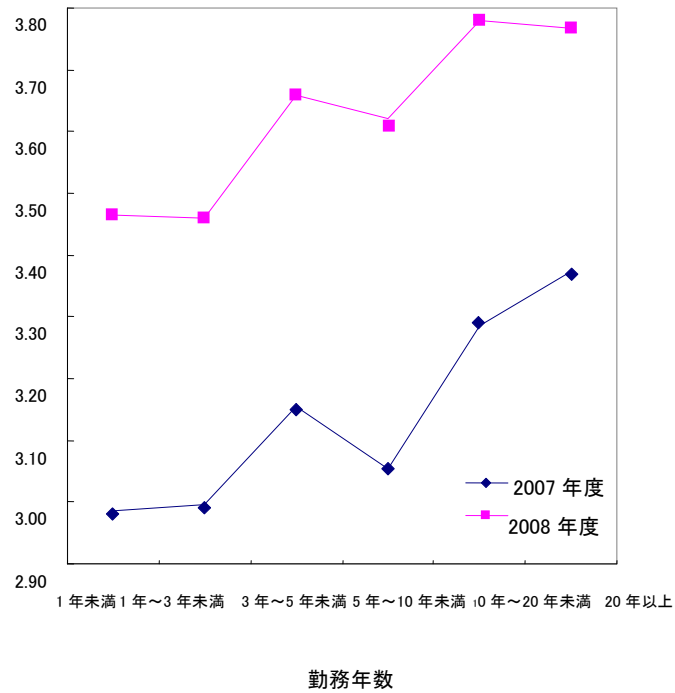


図 4-4 学習と成長尺度の平均値

出所：外部委託（株式会社エクサアンティ）による 2007 年と 2008 年の看護職の満足度調査結果

注：質問内容

- Q1. 医療サービスについて継続的に勉強をしている
- Q2. 病院に貢献するために自分自身の学習や成長を意識している
- Q3. 自分の分野の専門的な知識やスキルを得るために勉強をしている

調査方法：質問用紙によるアンケート記述式

5 点満点での選択式（図の左数字）

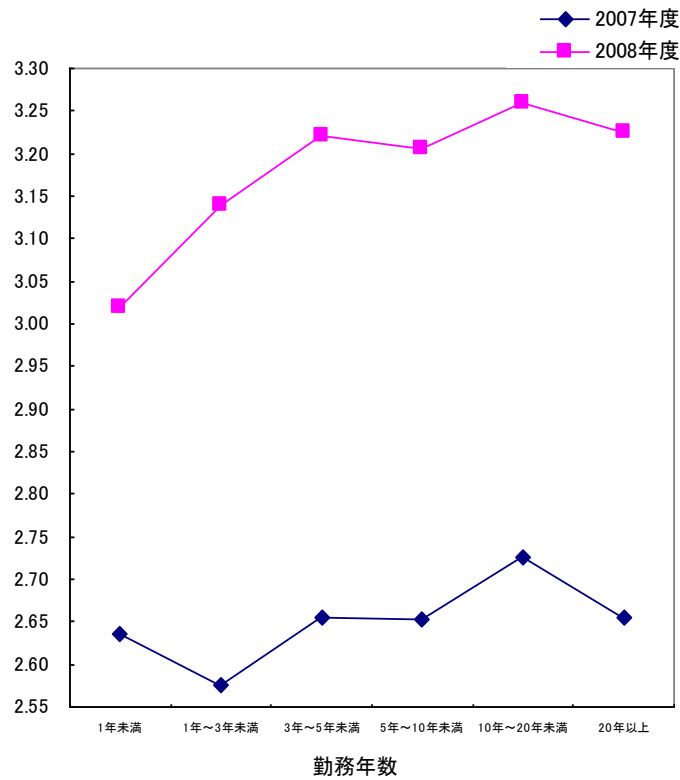


図 4-5 モチベーション尺度（挑戦的動機尺度）

出所：外部委託（株式会社エクサアンティ）による 2007 年と 2008 年の看護職の満足度調査結果

注：質問内容

- Q1. やりがいのある難しい仕事の方が好きである
- Q2. 今までよりも難しい仕事をするのが好きである
- Q3. すぐにこなせない難しい仕事の方が好きである
- Q4. 難しい仕事は、やりがいがあるので好きである

調査方法：質問用紙によるアンケート記述式

5 点満点での選択式（図の左数字）

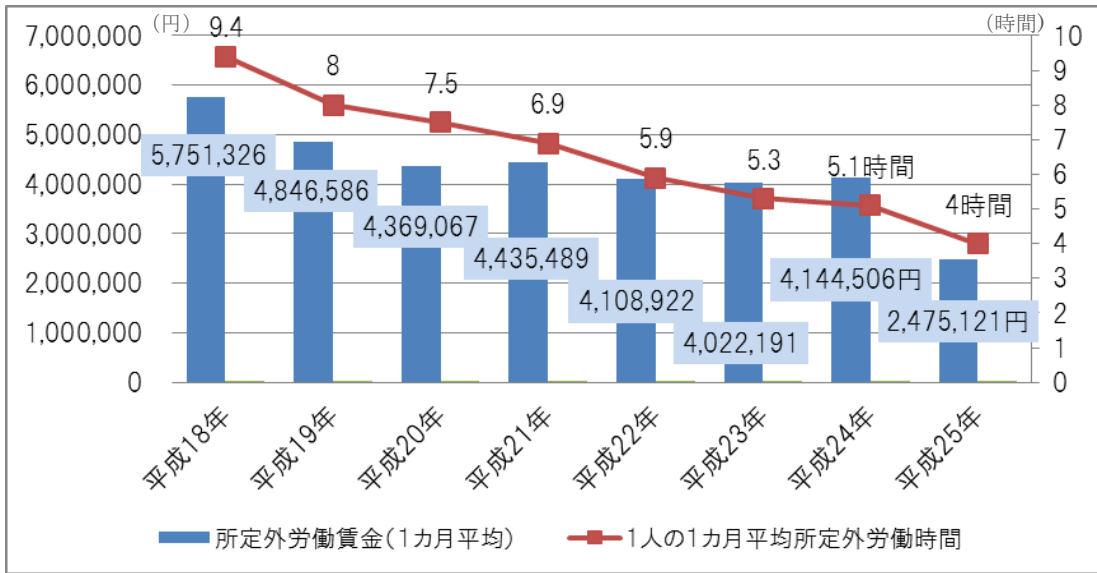


図 4-12 所定外労働賃金と所定外労働時間の推移（1カ月平均）

平成 25 年度は 4 月～9 月の平均

図 4-13 では、それぞれの設置体別に人件費や人件費比率を表している。看護職の人件費比率は、公的な病院で 19.3%である。

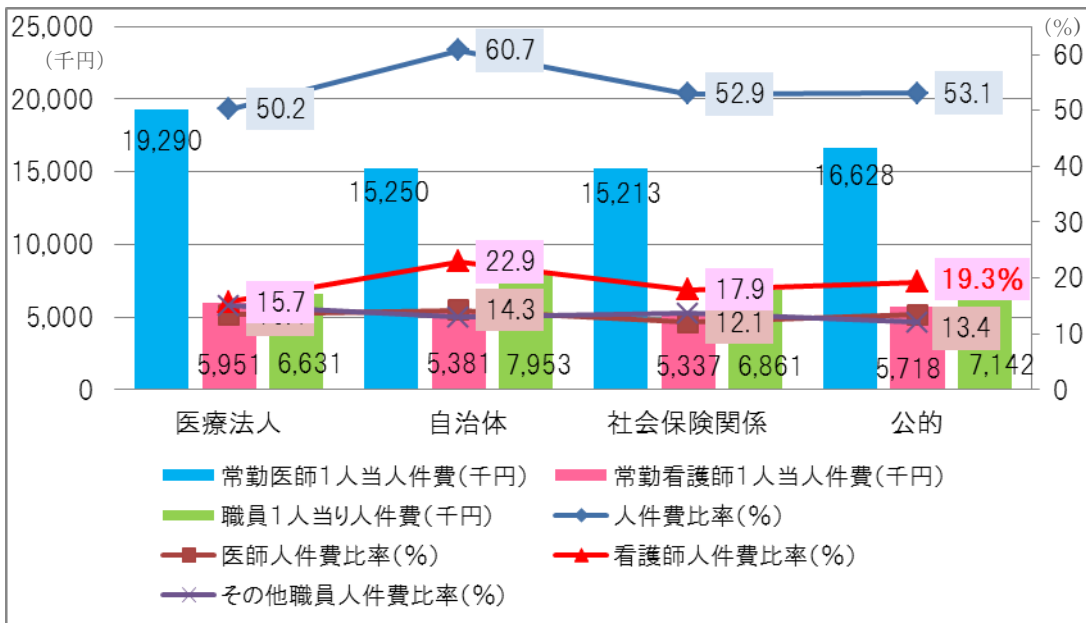


図 4-13 設置体別の人件費・人件費率

参考：厚生労働省(2012)「病院経営管理指標に関する調査研究結果」

平成 23 年度病院経営管理指標の概要より

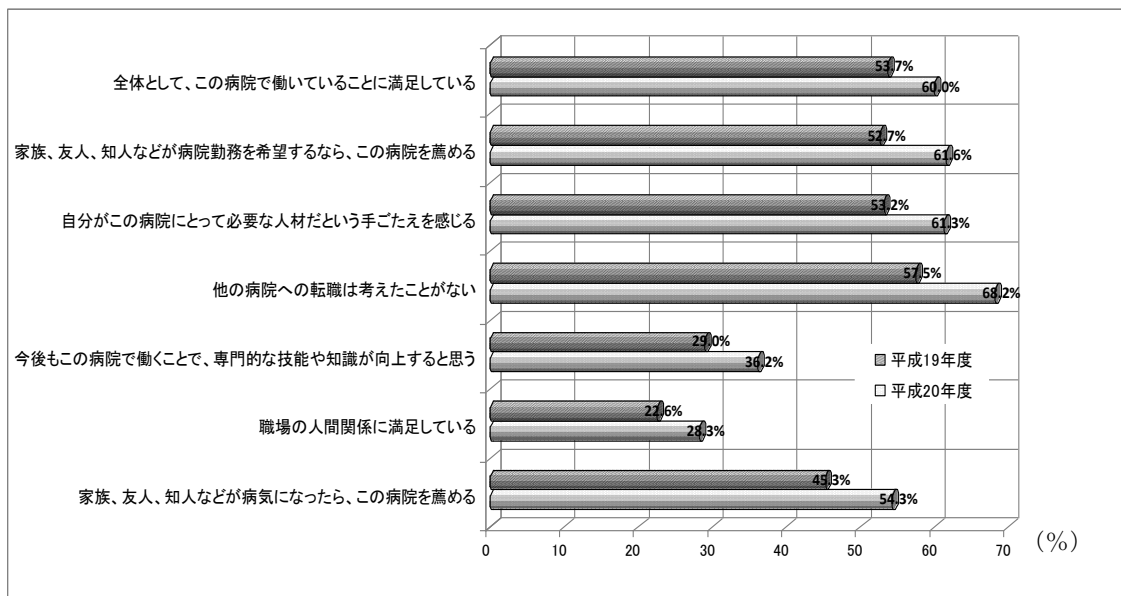


図 4-6 職員満足度調査結果の比較

ちなみに、福井県済生会病院は、2011年11月に第5回ワーク・ライフ・バランス大賞を受賞した。その評価された内容の中に、社員満足度の高いモチベーション・多様な勤務体制の充実・子育て支援・キャリア支援等に取り組み、成果として看護職の離職率の低下があったことが高く評価された。また2012年12月に第1回内閣府「かえるの星」を受賞した。この賞はチームとしての受賞であり当院の看護部が日本初の受賞である。受賞の内容は、働き方をかえることにより、時間内に仕事を終えかえることができる様になり成果をだしていることであった。

## 6. 制度の効果

### 6.1 離職率の減少と復職

当院での看護職の離職率は、2002年度は9%（37人）、2003年度は12%（51人）2004年度は13%（58人）と離職する率は高くなる傾向にあった。しかし、図4-7に示すとおり2004年度の13%をピークに、2005年度11%、2006年度10%、2007年度8.3%、2008年度6.8%、2009年度6.5%、2010年度5.6%、2011年5.5%、2012年度4.7%と減少している。

離職の防止には、他の様々な取り組みの効果もあるだろうが、制度を導入した2006年度以後に顕著に離職率が下がっているのは事実である。

育児中でも2～3時間の勤務の希望もある。また、ブランクがあるため徐々に勤務時間を長くし、業務に慣れてから正職員になることを希望する方も多い。そのほとんどが臨床経験者であるため、職場環境に早く慣れて、過去の経験を活かしたキャリアアップの方向性を見出すことができる。また、臨床看護経験者用の採用時支援教育プログラムによる2週間の研修や、配属部署において3～6カ月のプリセプターシップや適時面接を行っていることも定着に結びついている。



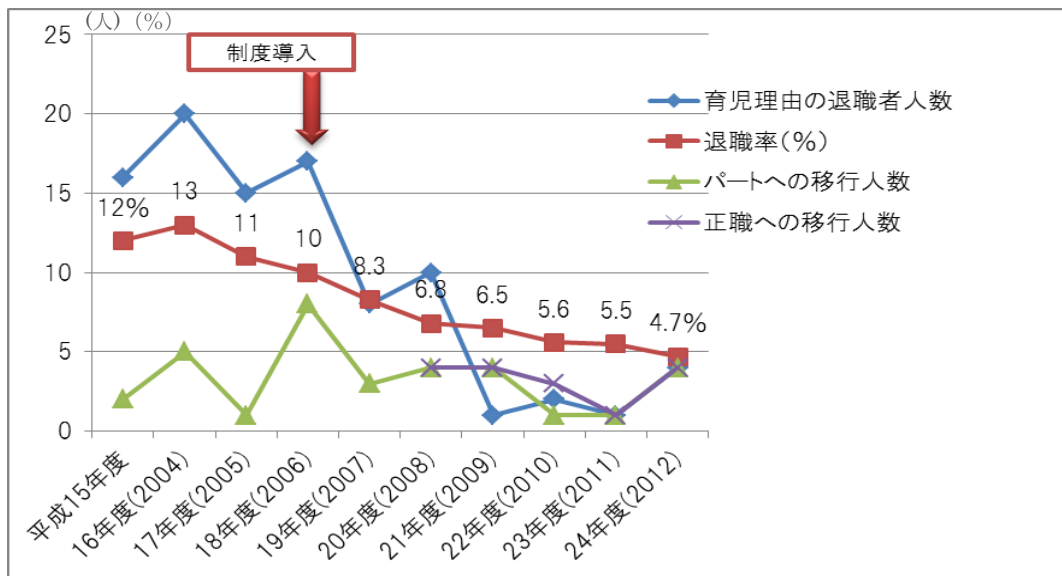


図 4-7 福井県済生会病院における看護職員の離職率の推移

働きやすい職場環境の一環として、戦略的に変革していくことで、特別な活動をしたわけではなく自然な復職者（転勤やUターン・育児終了）が年間に30名程度いる。復職者の増加の背景には、夜勤免除や短時間勤務等の多様な勤務形態で自分に合った制度を活用することで、キャリアの積み重ねが可能となった点があるのではないかと考えられる。このような取り組みから、当院での小学校就学の始期に達する6歳までの有子勤務の正職員の看護職は、2006年度19%（86人）、2007年度23%（105人）、2008年度26%（127人）と年々割合は大きくなっている。

日本看護協会の調査による全国の3,392病院の平均離職率と当院の離職率の推移を図4-8に示す。制度を活用し定着が推移している。

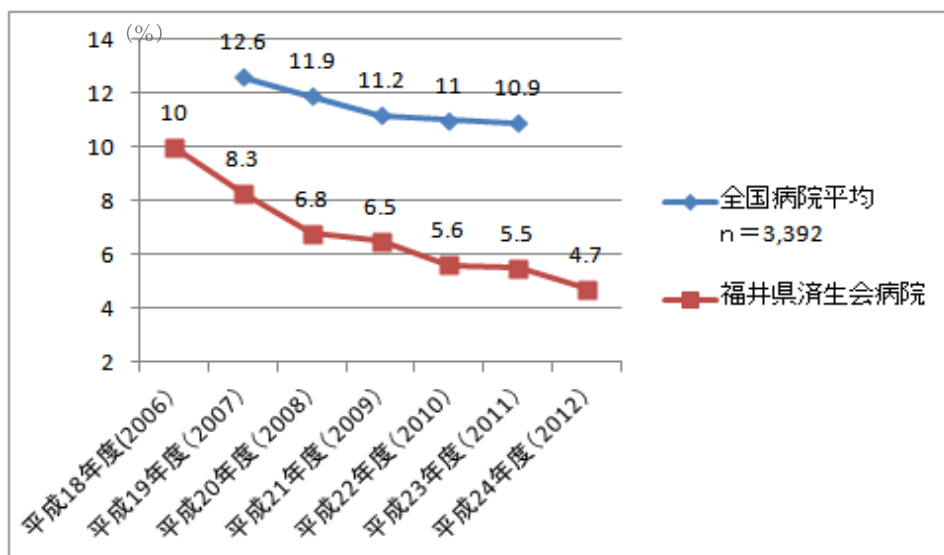


図 4-8 全国病院平均と福井県済生会病院の離職率の推移

## 6.2 患者満足度の向上

患者満足度においても、2006年度からのいろいろな病院での取り組みの影響や、患者の医療への知識の向上や患者権利意識の向上等の要素の影響はあると考えられるものの、入院や外来での患者満足度（図 4-9. 図 4-10）は向上している。

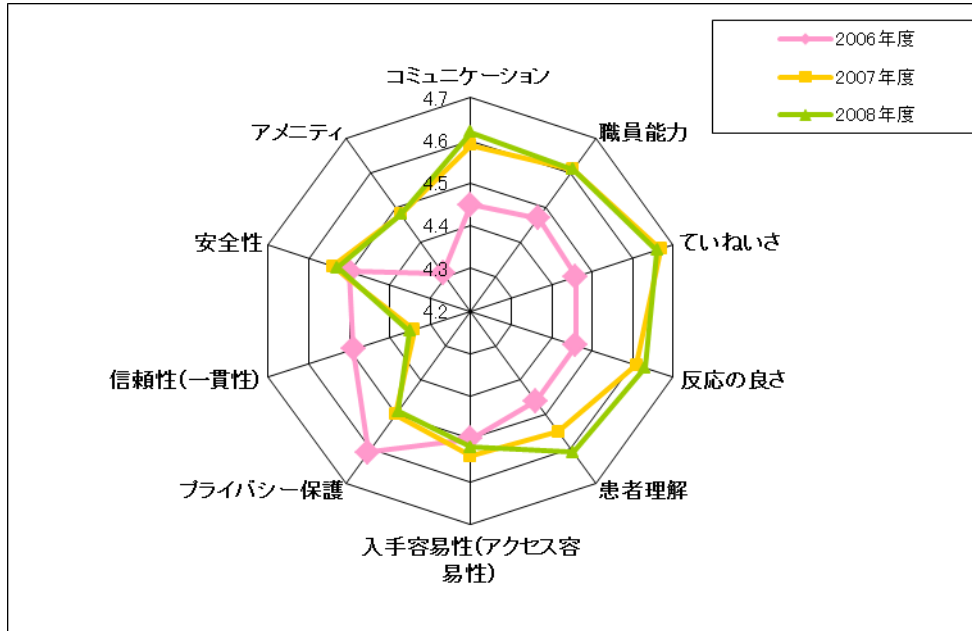


図 4-9 入院患者の医療サービス満足度

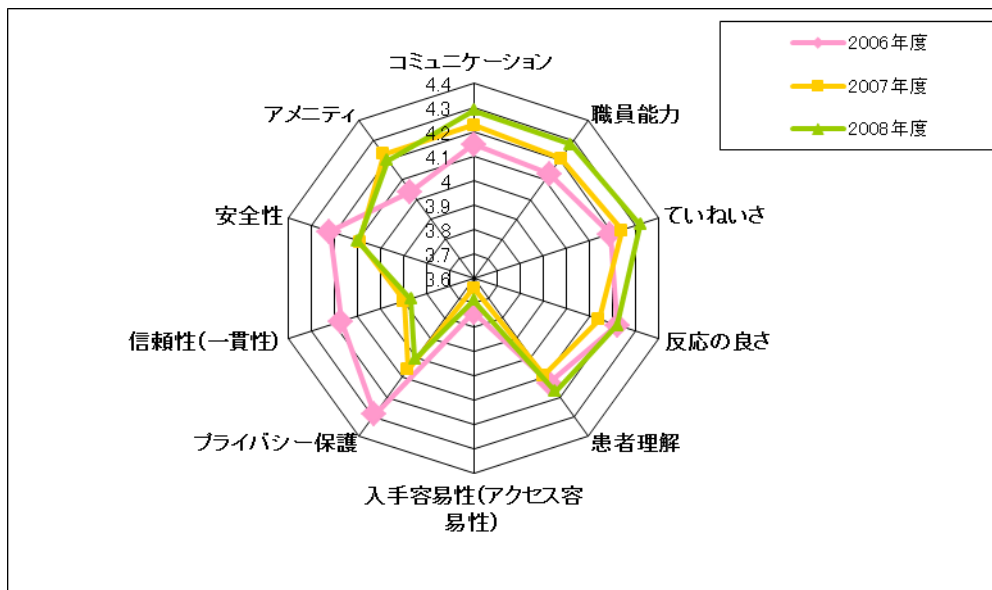


図 4-10 外来患者の医療サービス満足度

図 4-9. 図 4-10

出所：外部委託（株式会社エクサアンティ）による 2007 年と 2008 年の看護職の満足度調査結果

注：質問内容

- ①コミュニケーション・・・医師や職員は、聞き取りやすく、わかりやすい言葉で説明しましたか
  - ②職員能力・・・医師や職員は、必要な技術と知識を身につけていますか
  - ③ていねいさ・・・医師や職員は、礼儀正しく、親切で、ていねいでしたか
  - ④反応の良さ・・・医師や職員は、患者さまの希望をできる限り取り入れようと思いましたか
  - ⑤患者様理解・・・医師や職員は患者さまの気持ちを理解しようと思いましたか
  - ⑥手続等容易性・・・入院前や入院中のさまざまな手続きはうまくいきましたか
  - ⑦プライバシー保護・・・入院中のプライバシー保護は充分でしたか
  - ⑧均一のサービス・院内のどこでも、どんな時でも同じようなサービスを受けることができましたか
  - ⑨安全・・・入院中は安全に医療サービスが行われていると感じましたか
  - ⑩設備/アメニティ・・・入院中の設備や環境は快適でしたか
- (①～⑤は主に人の要因、⑥～⑩は主に人以外の要因)

このように、患者の満足度調査でも肯定的数値が高く推移しており、看護職員のモチベーションは提供する看護の質に反映し、ひいては患者の満足に影響している。働きやすい職場環境の一環ではあるが、多様な勤務形態への取り組みによってもたらされた効果は、患者、職員双方において、シナジー効果があったと考えられる。

## 7. 経済的評価

### 7.1 所定外労働時間について

短時間勤務を導入すると費用がかかるのではないかと問題がある。この制度が病院経営にとってもつ意味を検討してみよう。

短時間正職員（6時間）制度を経済的に考えると、業務量に対して正職員が不足して超過勤務が発生している場合には、短時間正職員勤務やパートで補うほうが正職員に超過勤務手当を支払うより支払賃金が少なくなる。

当院での基準外賃金については、時間外勤務手当は、職員が法定を超えた時間外労働を命ぜられたときは、その勤務時間に応じその者の基礎になる時間給の2割5分増の時間外勤務手当を支払う。なお、1か月60時間を超える時間外労働に対しては5割増の時間外勤務手当を支払う。また、深夜時間外勤務手当は、時間外労働が午後10時から午前5時の間にある場合は、基礎額の5割増しをもって計算した額を深夜時間外勤務手当として支払う。また、休日勤務手当は、職員が所定休日に勤務を命ぜられたとき、その勤務時間に応じその者の基礎になる時間給の3割5分増の休日勤務手当を支払う。また休日勤務が午後10時から午前5時の間にある場合は、基礎額の6割増しをもって計算した額を休日勤務手当として支払うことになっている。

短時間勤務制度を活用し、さらに夜勤免除制度を活用し、育児や介護、体調不良時の労働時間に対応していくことにより、図 4-11 に示す様に所定外労働時間が年々短縮している。

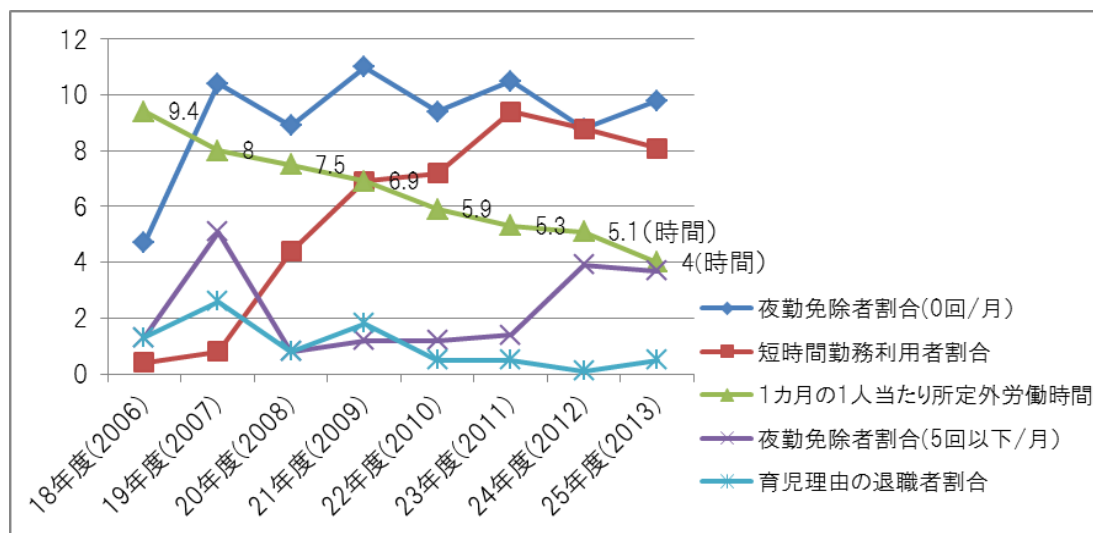


図 4-11 短時間勤務制度の利用状況と1カ月の1人当たり平均残業時間

※平成 25 年度は 4 月～8 月の平均

2013 年 4 月から 8 月の間での 1 カ月の平均では、看護職の所定外労働時間は、時間外勤務 1586.25 時間が 189 名、休日の時間外勤務 95.5 時間が 19 名、深夜勤務時間外 66.25 時間が 42 名、休日深夜時間外 4 時間が 2 名であった。また所定外労働の合計時間は、1,752 時間で合計人数は 252 名であった。また図 4-12 で示す通り病院からの支払い平均賃金の合計は、2,475,121 円であった。平成 24 年度と平成 25 年度を比較すると、平成 24 年度の 1 カ月の 1 人当たりの平均所定外時間は 5.1 時間であり、そして 1 カ月の平均所定外賃金は、4,144,506 円であったのに対して、平成 25 年度の 1 カ月の 1 人当たりの平均所定外時間は 4 時間であり、1 カ月の平均所定外賃金は、2,475,121 円である。このことから所定外労働時間が 1 時間短くなり、所定外賃金は 1,669,385 円低くなっている。つまり所定外労働時間を 1 時間短縮すると、1 年間の所定外労働賃金は、1,669,385 円×12 カ月で 20,032,620 円の削減となり経済効果があることになる。

福井県済生会病院では、平成 18 年度は、短時間勤務制度を導入し福利厚生も充実させた年度である。また入院看護配置基準の 7 対 1 体制とするなど、病院にとってもシステムが大きく変化した年度でもあった。

当院における看護職の人件費比率は、平成 24 年度 16.2% である（図 4-14）。平成 24 年度は医療収益の伸びに対して人件費の割合が小さくなっており、公的病院の人件費比率 19.3% と比較すると低い。

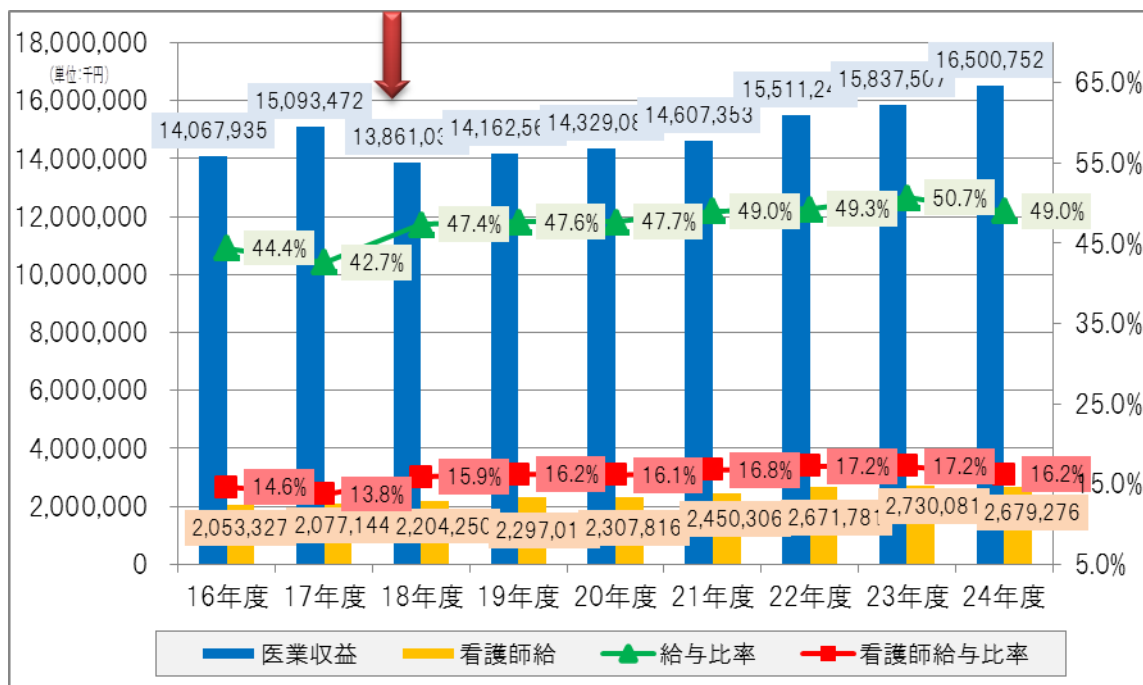


図 4-14 福井県済生会病院の医療収益・給与・給与比率の推移

職員は、産後に育児休暇制度を 100% 利用しており、育児休暇終了の 1 年後に職場復帰している。職場復帰後は、短時間勤務制度を活用する看護職は、図 4-15 に示す通り増加傾向にある。それに伴って、離職していく看護職の割合が小さくなっている。このようなことから、制度を活用することによる看護師給与比率の増大は無いと考えられる。

平成 22 年度以降の看護職の増員の目的は、外来での医療サービスの提供を充実していくためである。手術や検査が決まった方に、入院前から入院や検査・治療について個別の説明を行い、安心して入院し治療が受けられ、退院できるよう支援する「入退院・検査説明センター」や「地域連携室・退院支援室」。また患者や家族が病気への理解を深め、治療方法を選択する際に必要な知識を得ることができる場所である「メディカル情報サロン」。そして、がんと肝疾患関連について、それぞれ専従の看護職が相談に対応する「集学的がん診療センター」や「肝疾患センター」を立ち上げたことによるものである。

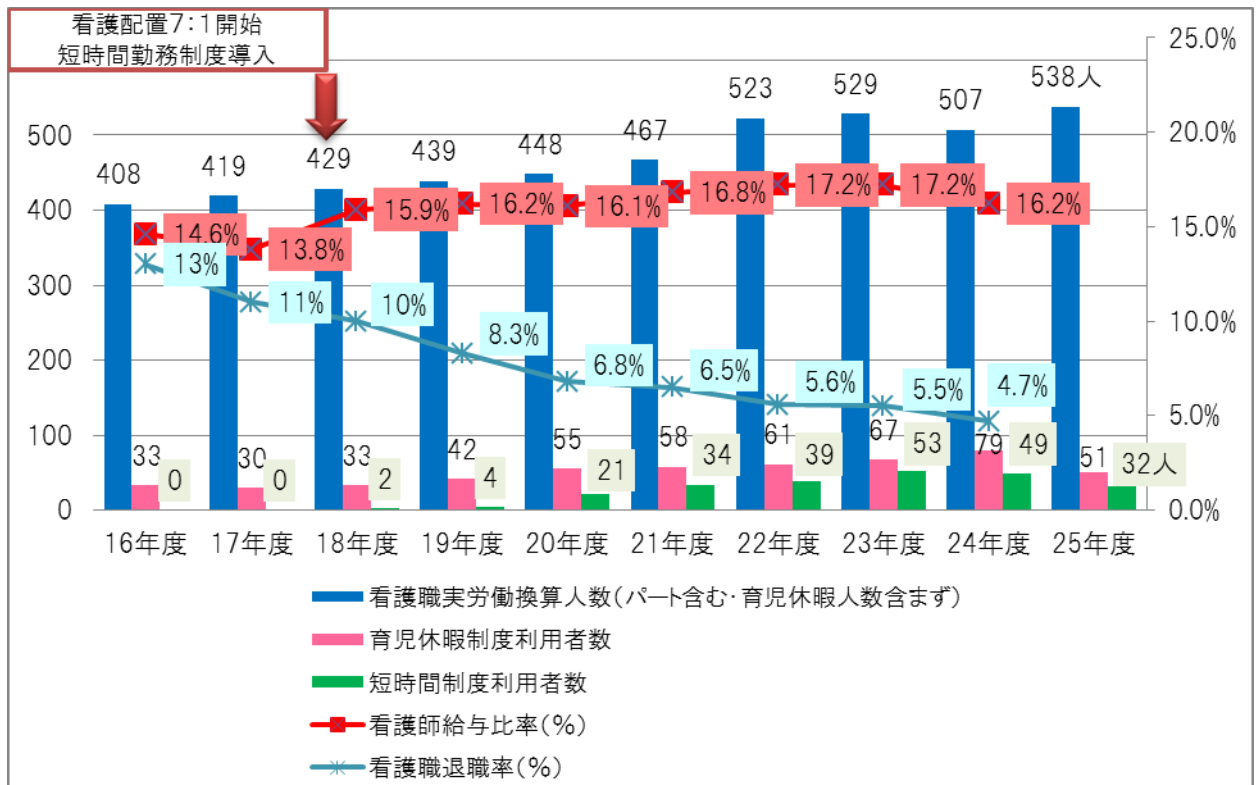


図 4-15 福井県済生会病院での制度の利用と給与費率・退職率の推移

※毎年度 4 月 1 日での計算

※看護職人数は、実労働人数に換算（看護正職員数－育児休暇中数）＋パート職員の実労働換算人数

※短時間正社員制度の利用者は実労働人数に換算

## 8. おわりに

短時間勤務制度の導入においては、単に就業規則を書き換えるだけではなく、短時間勤務制度の利用者が限られた時間の中で効率的に働き、持てる能力を発揮し、将来に向けキャリアアップをはかれるよう仕事配分の検討やキャリア形成支援を行っていく必要がある。こうした仕事やキャリア支援の見直しは、フルタイムで働く職員の仕事やキャリア支援の見直しにもつながり、柔軟かつ効率的な働き方が可能な職場づくりに繋がるものである。特に、看護職の離職原因の要因に育児があるが、これまでは辞めざるを得なかった看護師が、短時間勤務制度や夜勤免除制度等を上手に活用すれば、辞めずに仕事を続けられるということになる。つまり制度の適用で、職員は子育てや介護をしながら仕事を継続しやすくなり、長期にわたって時間とコストをかけてきた職員教育が活きるだけでなく、優秀な人材と技術の流出を防ぐことができ、結果的には所定外労働時間の短縮につながり、それは経営にも貢献していると言える。

病院経営の視点で短時間勤務制度導入は、従業員の定着率の向上や、採用・教育コストの低減、優秀な人材の獲得、職員のモチベーションアップ、組織に対するイメージアップ等がある。このようにさまざまな効果が見込める一方、交替制勤務においてどう引き継ぎを行うのか、また制度利用者が多くなったときのフルタイム職員への負担の増加や交替制勤務を組む難しさ

にどう対処していくかといった課題がある。

制度の利用者からの短時間勤務制度導入は、正規職員での対応であることや、育児休暇から職場に復帰する際、慣れた元の勤務に復帰が可能であること、また給料は正規職員の 75%ではあるが、安定収入がある。そして子育てでは、小学入学までと期間は長く保証されているので安心感がある。他にも私生活と仕事とが両立できやすいことなどがある。

しかし業務の終了時間が勤務時間によっては研修に参加できないこともある。また短時間勤務制度を利用している期間に次の妊娠・出産・育児などにより、看護職としてのやりがいや、働きがいなど自己のモチベーションを維持するのが難しいこともある。しかし優秀な人材の定着が必要と予測される中、より一層の労働環境の整備は喫緊の課題である。さらに、今後は子育てだけでなく、介護などを事由とした制度利用は増えていくことが予測される。

病院経営のためにも、「働き続けられる職場づくり」への取り組みは重要であり、看護職の定着を推し進める対策に着手する必要がある。しかし短時間勤務制度が義務化されたからといって無計画に制度を導入すると、せっかくの制度が有効に活用されない。ワーク・ライフ・バランスの実現と充実に向け、組織と管理職、制度利用者のそれぞれがすべきことを検証し、スムーズな制度の導入・運用を目指し制度の普及や意識啓発が必要である。そして、短時間勤務制度を導入したからには、気兼ねなく制度を利用できる職場環境にすることが必要である。そのために、利用できる制度として浸透させるためにも、管理職のマネジメントが重要である。

#### 【注】

1) 短時間正社員制度について報告した原著論文としては、緒方・永池 (2012) による、週 30 時間就業の短時間正社員制度利用者へのアンケート調査報告があるのみである。2 回の調査を行った結果は、94%と 86%が満足と回答していた。また制度の利用は育児が 79%と圧倒的に多かった。課題としては、業務調整、本制度の職員間相互理解、時間外勤務、生涯学習可能な職場環境などを抽出していた。

日本における看護職の適応可能な交代制勤務の取り組みについて、井部 (2013) は、多様な働き方の採用、医療安全面からも夜勤時間は 10 時間以内としている。有給休暇の計画的付与、急な欠勤時の代替スタッフ確保のシステム構築、勤務計画作成支援ソフトの導入、勤務計画の早期提示 (2~3 ヶ月前)、夜間の他職種との業務分担、看護管理者及び看護師の労働法規や就業規則の理解の促進を挙げている。また、日本における交代制勤務の阻害要因では、「人員不足」という先入観として、患者に対して、より良い看護サービスを提供しようとすれば際限がない。誰に対してどの程度のサービスを提供するかサービスの質の設定が必要である。そして、日本特有の価値観では、一部の人に短時間勤務は許されず夜勤回数は均一が良いとする平等を重んじる風土がある。またプライベートの時間を犠牲にして働くことが美学としている。そして、仕事を引き継ぐ相手に仕事を残さない意識が強いことを挙げている。

このような日本特有の価値観や労働管理に関する教育不足を挙げ、課題として、交代制勤務の改革における、業務改善、夜勤者の確保、急な欠員時の代替スタッフの確保、他職種との協働と業務分担、自律した組織の構築、風土・文化・価値の転換、技術開発・環境整備、働き方の教育の必要性を挙げている。

2) DPCとは、「diagnosis procedure combination」の略で、「診断群分類」という意味。医療費の定額支給のための評価法の基礎となる。日本で作成された医療費請求の方法で、病名や治療内容に応じた1日当たりの包括診療費を用いて入院期間に応じた医療費を包括的に計算する。その包括分と医師などによる専門的な技術を要する項目(手術など)を従来の出来高計算で評価し、それらを合計して医療費を計算するという計算方式のこともDPCと呼ぶ。

DPCは平成15年から厚生労働省が推進し、大学病院・国立病院を中心に施行され現在では全国の病院に拡大している。DPCで医療費計算を行う病院のことを「DPC対象病院」と呼び、DPC対象病院になるためDPC制度の調査協力をし、データ提出を行っている病院を「DPC準備病院」と呼ぶ。一定の期間、調査協力をした後に準備病院から対象病院への申請をすることができる。いずれも厚生労働省が定める一定の基準を満たすことができなければ、DPC対象病院・準備病院になることはできない。現在DPC対象病院は全国で360病院あり、DPC準備病院は平成18年度に371病院が参加し、平成19年度に698病院が参加し実施している。今後もDPC制度を導入する病院は増加するとみられている。

3) SCUとは、脳卒中集中治療室という意味で英語の「stroke care unit」からSCUと称される。脳卒中治療の専門知識を持つ医師、看護師、放射線技師、理学療法士らでつくるチームが、専門の病棟や病床で総合的な治療を行う。日本脳卒中学会の治療ガイドラインで、脳卒中患者を発症早期からSCUで治療すれば、死亡率の減少、在院期間の短縮、退院して自宅に戻る割合の増加、5年後のQOL(生活の質)が改善するとの海外の研究報告が紹介されている。日本でも2006年度の診療報酬改定で、SCUの「入院医療管理料」(発症後14日を限度に1日あたり5万7000円を算定)が新設された。施設基準は(1)看護師の数は常時、入院患者3人に対し1人以上配置(2)常勤の理学療法士か作業療法士を1人以上配置(3)CT(コンピューター断層撮影装置)やMRI(磁気共鳴画像装置)が24時間使用可能などある。

4) ISO9001とは、組織が品質マネジメントシステム(QMS: Quality Management System)を確立し、文書化し、実施し、かつ、維持するために、またその品質マネジメントシステムの有効性を継続的に改善するために要求される規格。

5) バランススコアカード(BSC)は、1992年ハーバードビジネススクールのロバート・S・キャプラン教授とコンサルタント会社社長のデビット・P・ノートン氏により「ハーバード・ビジネス・レビュー」誌上に新たな業績評価システムとして発表された。企業のもつ重要な要素が企業のビジョン・戦略にどのようにより影響し業績に現れているのかを可視化するための業績評価手法。従来の財務分析による業績評価(財務の視点)に加えて、顧客の視点(企業からみるお客様、お客様からみえる企業)、業務プロセスの視点(製品のクオリティや業務内容に関する視点)、成長と学習の視点(企業のもつナレッジ(アイデア、ノウハウ)や従業員の意識・能力の視点)を加味した評価を行なうことで、今を総合的に評価する。また、組織内の各部門で行なわれているアクションをまとめ、企業の戦略や目標達成のプロセスを明らかにすることで、戦略の評価や見直し、業務の評価、見直しを容易に行なうことができる。

6) GEツールとは、ゼネラル・エレクトリック(GE)の、世界中に数十万の社員を抱え、ジェット機のエンジンから電球、クレジットカードに至るまでを扱う巨大企業。組織変革を1980年代後半に始め、今日もなお、官僚主義を排除し、社員に権限を与え、より効果的なビジネスのやり方を絶え間なく発見し続けることを可能にしている。GEツールは、このようなGEでの絶え間ない組織変革の手法の総称。



7) NPO 法人 ejnet として「働きやすい病院」認定とは、NPO 法人 ejnet で、事業として「働きやすい病院」評価・認証事業を行っている。この事業では、「女性医師を含むすべての医療従事者が安心して働くことができる病院」という観点から、ejnet が第三者確認を行い、病院の「働きやすさ」を評価・認定することにより、わが国における「すべての医療従事者が働きやすい病院」のインフラ整備が着実に実現されていくことをめざしている。具体的には、育児支援の状況と今後の計画、復職支援、再就職支援の状況と今後の計画、「働きやすい病院づくり」に向けての啓発・PR の状況と今後の計画などについて現地訪問により確認の上、現実に「働きやすい病院づくり」が進められていると評価される病院・医療機関に、NPO 法人 ejnet として「働きやすい病院」認定証を付与している。

8) クオリティ・マネジメント・システム (QMS) は、医療と経営のレベルアップを図るために、福井県済生会病院では独自のシステムを導入している。このシステムでは、ISO と BSC (バランススコアカード) の手法を組み合わせて、サービスや病院経営の改善を図る全国初の試みである。

9) ワークアウトは、ある仕事に最も近い者が、その仕事を最もよく知っているという前提に立つ。そして職能や職位に関係なく、現場にアイデアを求め、その場でそれを実行に移す。そうすることで、組織全体に活力や創造力、生産力が生まれてくることを目指している。GE での絶え間ない組織変革の手法の 1 つである。

## 勤務表作成基準

安全で適切な看護が提供できるように、必要な看護職員等の人員を配置し、職員個人の状況や労働安全 衛生を考慮する。計画に当たっては業務遂行に支障がない人員、健康管理、夜勤日数、休日出勤等を考慮する。

## 夜勤・交代勤務の「勤務編成の基準」

項目	基準
1. 勤務間隔時間	11 時間以上の間隔をあける
2. 勤務の拘束時間の長さ	拘束時間は 13 時間以内とする
3. 夜勤回数	3 交代制勤務は月 8 回以内を基準とし、それ以外の交代制勤務は労働時間等に応じた回数とする
4. 夜勤の連続回数	2 連続 (2 回) までとする
5. 連続勤務日数	5 日以内とする
6. 休憩時間	夜勤途中で 1 時間以上、日勤時は労働時間の長さや労働負荷に応じた時間数を確保する
7. 夜勤時の仮眠	夜勤の途中で連続した仮眠時間を設定する
8. 夜勤後の休息 (休日を含む)	1 回の夜勤後はおおむね 24 時間以上、2 回連続夜勤の 2 回目の夜勤後はおおむね 48 時間以上を確保する
9. 週末の連続休日	少なくとも 1 ケ月に 1 回以上は土曜・日曜ともに前後に夜勤ない休日をつくる
10. 交代の方向性	正循環の交代周期とする (例：○日勤—準夜—深夜、 ×日勤—深夜—準夜)
11. 早出の始業時刻	7 時より前は避ける

(平成 22～23 年度日本看護協会社会経済福祉委員会報告書より)

## 当院の勤務表作成ルール

1. 業務内容に応じて安全性の確保・ケアの充実がはかれるように、上記「勤務編成の基準」に沿って人員配置を行う。
2. 日勤・夜勤スタッフの選定は、スタッフを看護能力の 3 段階 (新人・中堅・リーダー) に分け、力量が偏らないようにする。
3. 夜勤回数は規定内とする。(72 時間/月)
4. 夜勤回数は、「夜勤免除」「夜勤 5 回以下」「6 回以上」があり、個人と相談して決定する。
5. 新人看護師が夜勤に入らない時期は、他のスタッフで夜勤を組む。

- ・新人看護師は入職3カ月を目途に夜勤に入る。
  - ・新人看護師の夜勤は、初回含め2クールは正規人数にプラス1として計画する。
6. 休みの日数は、病院が提示する年間休日を12ヶ月で案分する。(病棟のみ)
  7. 年休は計画的付与を含めて対応する。但し、祝日、土、日の休日には年休をつけない。  
リフレッシュ休暇については、4月に全員に希望(分割・長期)を聞き、1年間を通して計画的に与える。※分割で取得する場合は3日以上連続休暇とする。
    - ・連休希望は1週間以内とし、同じ部署で重ならないようにする。  
前後土日・祝祭日も含めた連続9日間までの休暇取得については、所属長の許可を得た場合にのみ認められる。その際は休暇届用紙の備考欄に認めた理由を記載する。
    - ・5日間を超えるリフレッシュ休暇の場合に限り、土日・祝祭日も年休とする。(病棟のみ)  
その際、その月の公休数は土日・祝祭日の年休数を引いた日数とする。
  8. 勤務表は決められた勤務記号を使用する。
    - 1) 感染症に罹った場合の職員の勤務対応について
      - ・職員を休ませる場合は、勤務表には「症」で表記する。
    - 2) 介護休暇(1年につき5日)・・・勤務表には「介」で表記する。
    - 3) 介護休業(通算93日)・・・勤務表には「護」で表記する。
  9. 勤務希望の受付は前月の15日までとする。(本人の休み希望は3日間/月)
  10. 勤務予定表はその月の25日までにスタッフに提示し確認を得る。
  11. 勤務作成入力は、ナースエイド操作運用マニュアルに準ずる。

#### 勤務時間の変更について

規定の勤務時間を変更して労働を計画する場合は、本人と相談の上変更する。

勤務変更は、「育児短時間勤務申出書」「夜勤免除申請書」等の届出後、勤務表の実施表で変更する。

業務量に応じてフレックスタイム制(2時間以内)を活用し、患者の安全性を担保する。

#### 休憩時間について

休憩時間は、食事時間を含む。

休憩時間は、労働時間が8時間を超える勤務の途中において1時間の休憩を与える。

職員は休憩時間を自由に利用できるが、外出する際は、所属長は行き先を確認し許可をする。

#### 救急センターでの勤務について

「日勤」「夜勤」の交代制勤務である。

2000.4月看護事務局制定

2002.3月改訂/2010.4月改訂/2012.10月改訂/2013.2月改訂/2013.7月改訂/2013.12月改訂

## 育児休暇後の勤務希望調査用紙

年 月 日

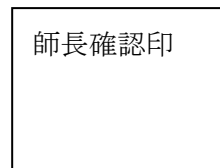
部署：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_

職種：\_\_\_\_\_

出産予定日：\_\_\_\_\_

育児休暇期間： 年 月 日～ 年 月 日



## 1. 短時間正社員制度利用の基準適用確認（該当の□にレ点をつけてください）

- 非常勤・パート職員ではない  
育児休業者の代替職員ではない  
就職1年未満の職員ではない  
育児短時間勤務制度利用にあたり、配偶者が育児休業を取得していない  
職員の父母または配偶者の父母が養育することができない状態

※ 上記項目に該当しない職員のうち、諸事情により所属長が許可する場合はこの限りではない

## 2. 勤務形態・部署等について

- 短時間正社員制度を 希望する 希望しない  
夜勤免除制度を 希望する 希望しない  
 （夜勤なし、5回以下/月、6回以上/月）  
育児休暇後は元の部署を希望する 希望しない  
勤務時間帯・休日出勤  
部署との話し合いで調整可能  
制限がある

## 3. 勤務復帰後の育児状況について

- 院内保育の入所を 希望する 希望しない  
両親等の同居の有無 有 無  
両親等の育児協力は 得られる 得られない

## 4. その他

困っていることがあれば記入してください

( )

注：育児中に諸事情により上記変更等がある場合は速やかに所属長と面談のこと。

※ 総務課の面談予定日（ 月 日 時）の1週間前に記入し所属長に提出。

2008.12 福井県済生会病院看護部制定

2012.11 改訂

## 短時間勤務の勤務表作成

## 1. 一日の所定労働時間を短くする場合（例：1日6時間で週5日勤務）

■交代制勤務において、通常の日勤で2時間を短くした6時間勤務。休60分であるが、本人の希望で45分として終業を繰り上げることも可能

(例)

8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
8:15 ~ 15:15 (60分休)									
8:45 ~ 15:45 (60分休憩)									
9:00 ~ 16:00 (60分休憩)									
10:00 ~ 17:00 (60分休憩)									

## 2. 一週間の所定労働日数を短くする場合（例：週30時間で調整し週）

(例)	日	月	火	水	木	金	土	}	6時間と8時間組み合わせ
	休	8H	8H	休	8H	6H	休		
(例)	日	月	火	水	木	金	土	}	6時間と8時間組み合わせ
	休	8H	8H	休	休	8H	6H		
(例)	日	月	火	水	木	金	土	}	12時間(L勤務組み合わせ)
	休	12H	休	6H	12H	休	休		
(例)	日	月	火	水	木	金	土	}	12時間(L勤務組み合わせ)
	休	6H	6H	休	6H	12H	休		

## 3. 夜勤を行うことで一週間の所定労働日数を短くする場合（例：1

(例)	日	月	火	水	木	金	土	}	12時間夜勤憩2時間 場合（週30時間）
	休	6H	休	6H	6H		12		
(例)	日	月	火	水	木	金	土	}	14時間夜勤憩2時間 場合（週30時間）
	休	休	8H	8H	休		14		
(例)	日	月	火	水	木	金	土	}	16時間夜勤憩2.5時間 場合（週30時間）
	休	休	6H	8H	休		16		
(例)	日	月	火	水	木	金	土	}	16時間夜勤憩2.5時間 場合（週30時間）
	休	休	7H	7H	休		16		

## 第5章 看護職のワーク・ライフ・マネジメント

### —夜勤・交代制勤務について—

#### 1. はじめに

2008年に東京都と大阪府の2人の若い看護師の過労死が、労働災害、公務災害として認定された(2008.10.18/10.30 朝日新聞)。過労死した看護師の勤務状況は、3交代で、「日勤」の後に「深夜勤」に入るなど勤務と勤務の間隔が5時間以下であり、十分に休息できないというものであった。加えて時間外労働が1カ月に50~60時間であったことを併せて、過労死につながると判断されたのである。このことは、看護の現場に大きな衝撃を与え、看護師の勤務環境、特に時間外勤務と夜勤体制の問題をクローズアップさせ、看護職の夜勤・交代制勤務の改善と長時間労働の是正などのマネジメントが必要であることを浮き彫りにした。

日本人女性の第一子の出産年齢は、25歳から39歳が全体の8割以上を占めており(厚生労働省2007c)、その後育児期間が続くことになる。この年齢層の看護職は、専門職としてのキャリアを積み、患者対応やスタッフ育成において、力が発揮できる重要な存在のはずである。ところが、看護職では、30代以降の就業割合が低くなっている。夜勤・交代制勤務のある厳しい労働条件がその大きな原因となっていると思われる。

労働科学の最新の知見(佐々木2011)や、ILO看護職員条約・勧告の趣旨、EU労働時間指令などの国際的な労働時間規制の基準では、夜勤を最長12時間にすることなどを示している。ところが、日本では、16時間の変則2交代勤務による夜勤が主流である。

しかし、患者の生命を預かる医療の中では、看護職の夜勤・交代制という勤務形態は不可欠のものである。そして、良好な労働環境の中で健康を維持しながら看護師が働いていなければ、その医療の質も維持できない。そこで労働条件を高めながら、必要不可欠な夜勤・交代制をいかに提供していくかという課題が生まれてくる。

本章の目的は、そのような課題に答える実践的取り組みを示すことである。第2節では、実態調査から、夜勤とストレスとの関係、夜勤と離職との関係を明らかにする。第3節では、労働科学の知見と現状とから、夜勤・交代制の課題を特定化する。そして、第4節では、福井県済生会病院での取り組みを紹介する。短時間正規雇用などの多様な雇用形態の導入に対応するための4時間を1単位とした勤務の組み立てや、業務量が多い時間帯に人員配置を厚くしたことが、12時間夜勤の定着に役立ったことが示されるであろう。

#### 2. 実態調査から

##### 2.1 夜勤とストレス、離職との関係 —看護職の実態調査から—

###### 2.1.1 夜勤とストレス —A団体調査—

全国A団体81病院に勤務する看護職18,581名を対象に実施したアンケート調査の結果をもとに夜勤とストレス離職率の関係を明らかにする。この調査は、看護職の労働条件や職場環境の現状と、課題を明らかにし、改善への活動を検討することを目的として実施したもので、全

国A団体の看護師が、どのようなニーズを抱いているのか、全国A団体の看護師にとって、業務上、何がストレス要因になっているのか、また、全国A病院の看護師はワーク・ライフ・バランスを保つことができているのかなどを問うている。

調査対象であった看護師 18,581 名のうち、調査に参加し、一定以上の項目に回答した者は 16,381 名であった（有効回答率 88.2%）。回答者の平均年齢は 34.7 歳、女性が 99.4%、配偶者のある者が 43.8%、子どものある者が 37.8%、一人暮らしの者が 26.4%であった（表 1：個人に関する基本属性）。また、専門学校卒の者が 71.5%、平均臨床経験年数は 11.6 年、平均勤続年数は 7.2 年、病棟勤務の者が 65.5%、主任以上の職位のない者が 86.6%、正規職員が 89.3%であった。所有している専門資格については専門看護師が 1.9%、認定看護師が 8.4%、認定看護管理者が 0.7%であった（表 5-1：分析対象者の基本属性）。調査参加施設の基本属性は表 5-2 のとおりである。調査の有効回答率が 9 割に近いことから、看護師の実態をかなり反映した情報であると言える。

看護師にとって、業務上、何がストレス要因になっているのか”に対する答えを検討するために、ストレス症状と個人属性、労働条件の相関（関連性）を調べた（表 5-3 表 5-4）。なおストレス症状は心理的な症状と身体的な症状の二つに分けて調べた。

その結果、個人に関する基本属性では、年齢と有意な負の相関があり（つまり、年齢が若い人ほど心身のストレス症状が強い）、性別と身体的ストレス症状に有意な正の相関があり（女性は身体的ストレス症状が強い）、配偶者・子どもの有無とそれぞれ有意な負の相関があり（配偶者や子どもがいない人は心身のストレス症状が強い）、一人暮らしと有意な正の相関がある（一人暮らしの人は心身のストレス症状が強い）ことが明らかになった。

また、仕事に関する基本属性では、看護の最終学歴や現在の病院での勤続年数とは有意な相関はなく、臨床経験年数と有意な負の相関があり（臨床経験年数の短い人ほど心身のストレス症状が強い）、病棟勤務と有意な正の相関があり（病棟勤務の人は心身のストレス症状が強い）、雇用形態と有意な正の相関があり（正規職員は心身のストレス症状が強い）、職位との負の相関がある（主任以上の職位のない人は心身のストレス症状が強い）ことが明らかになった。日勤日数には有意な相関はなく、日勤の労働時間と身体的ストレス症状に有意な正の相関があり（日勤の労働時間が長いほど身体的ストレス症状が強い）、日勤残業時間・夜勤回数・夜勤労働時間数・夜勤残業時間数とそれぞれ有意な正の相関があり（日勤の残業時間が長いほど、夜勤回数が多いほど、夜勤の労働時間が長いほど、夜勤の残業時間が長いほど、それぞれ心身のストレス症状が強い）、有給休暇の取得率と有意な負の相関がある（有給休暇の取得率が低いほど心身のストレス症状が強い）ことが明らかになった。

表 5-1 分析対象者（看護師）の基本属性<sup>1) 2)</sup>

n = 16, 381

個人に関する基本属性	
年齢	
平均年齢	34.7 (±7.4)
30歳未満	6,662 (41.1%)
30～40歳	5,276 (32.6%)
41～50歳	2,978 (18.4%)
51歳以上	1,275 ( 7.9%)
性別	
女性	154,441 (99.4%)
男性	881 ( 0.6%)
家族形態 <sup>3)</sup>	
配偶者あり	7,183 (43.8%)
子どもあり	6,167 (37.6%)
父母・祖父母と同居	4,920 (30.0%)
兄弟姉妹と同居	1,563 ( 9.5%)
恋人・友人と同居	411 ( 2.5%)
一人暮らし	4,326 (26.4%)
仕事に関する基本属性	
看護の最終学歴	
大学院	100 ( 0.6%)
大学	1,224 ( 7.5%)
短期大学	1,162 ( 7.1%)
専門学校	11,614 (71.5%)
高等看護学校	2,169 (13.3%)
臨床経験年数	
平均年数	11.6 (±9.0)
1年未満	1,258 ( 7.8%)
1～10年	7,698 (47.8%)
11～20年	4,465 (27.8%)
21～30年	1,756 (10.9%)
31年以上	912 ( 5.7%)
現在の病院での勤続年数	
平均年数	7.2 (±10.2)
1年未満	2,345 (14.8%)
1～10年	9,203 (57.9%)
11～20年	2,958 (18.6%)
21～30年	1,089 ( 6.9%)
31年以上	296 ( 1.8%)
勤務部署	
病棟	10,664 (65.5%)
外来	2,301 (14.1%)
特殊領域(手術室、救急、ICU等)	2,526 (15.5%)
その他(訪問看護、健診センター、看護部等)	790 ( 4.9%)
職位	
師長	750 ( 4.6%)
副師長・主任	1,439 ( 8.8%)
職位なし	14,108 (86.6%)
雇用形態	
正規職員	14,590 (89.3%)
非正規職員	1,741 (10.7%)
専門資格 <sup>3)</sup>	
専門看護師	308 ( 1.9%)
認定看護師	1,368 ( 8.4%)
認定看護管理者	118 ( 0.7%)

<sup>1)</sup> 表中の数値はn(%)またはmean(±SD)

<sup>2)</sup> 欠損値を除外しているため各変数の合計人数は総対象者数と必ずしも一致しない

<sup>3)</sup> 複数選択



表 5-2 分析対象（施設）の基本属性<sup>1) 2) 3)</sup>

n = 81

病床数		看護職員数(正規職員)	
100床未満	7 ( 8.6%)	平均	219.1 (±161.3)
100~200床	25 (30.9%)	100人未満	18 (22.3%)
201~300床	16 (19.8%)	100~200人	30 (37.1%)
301~400床	19 (23.5%)	201~300人	10 (12.3%)
401~500床	8 ( 9.9%)	301~400人	9 (11.1%)
501~600床	3 ( 3.7%)	401~500人	7 ( 8.6%)
601~700床	2 ( 2.4%)	501人以上	7 ( 8.6%)
701~800床	1 ( 1.2%)	看護職員数(非正規職員)	
病院別機能分類		平均	28.1 (±26.6)
特定病院	0 ( 0.0%)	10人未満	20 (24.6%)
地域医療支援病院	17 (21.0%)	10~20人	16 (19.8%)
一般病院	54 (66.7%)	21~30人	16 (19.8%)
その他	10 (12.3%)	31~40人	11 (13.6%)
入院患者在院日数 <sup>4)</sup>		41~50人	9 (11.1%)
平均	74.6 (±357.8)	51~100人	7 ( 8.6%)
10日未満	3 ( 3.7%)	101人以上	2 ( 2.5%)
10~15日	41 (50.6%)	昨年度退職率 <sup>4)</sup>	
16~20日	20 (24.7%)	平均	12.7% (±10.0)
21~60日	9 (11.1%)	5%未満	5 ( 6.2%)
61~365日	5 ( 6.2%)	5~10%	39 (48.1%)
366日以上	3 ( 3.7%)	11~20%	33 (40.7%)
病床稼働率 <sup>4)</sup>		21~50%	2 ( 2.5%)
平均	79.0% (±14.5)	51%以上	2 ( 2.5%)
50%未満	2 ( 2.5%)	新卒看護師初任給(大卒、円/月) <sup>4)</sup>	
50~60%	6 ( 7.6%)	平均	213,330.3 (±22,137.4)
61~70%	10 (12.7%)	最大値	293,000
71~80%	16 (20.3%)	最小値	186,100
81~90%	27 (34.1%)	非正規職員の基本時間給(日勤、円/時間) <sup>4)</sup>	
91%以上	18 (22.8%)	平均	1,384.6 (±216.0)
看護職員配置基準		最大値	1,900
7:1	52 (66.7%)	最小値	1,000
10:1	20 (25.6%)	年間賞与(×月収) <sup>4)</sup>	
15:1	5 ( 6.4%)	平均	4.3 (±0.8)
その他	1 ( 1.3%)	最大値	7.3
		最小値	1.9

<sup>1)</sup> 平成24年1月1日現在<sup>2)</sup> 欠損値を除外しているため各変数の合計数は総対象施設数と必ずしも一致しない<sup>3)</sup> 看護部長の回答から<sup>4)</sup> 幅のある回答は平均値を割り当て

表 5-3 ストレス症状と個人属性 労働条件の相関

n=16,381

	心理的 ストレス症状 <sup>1)</sup>		身体的 ストレス症状 <sup>1)</sup>	
		p <sup>2)</sup>		p <sup>2)</sup>
<b>個人に関する基本属性</b>				
年齢	-.130	***	-.091	***
性別(女性=1, 男性=0)	.021	ns	.030	***
配偶者の有無(あり=1, なし=0)	-.164	***	-.094	***
子どもの有無(あり=1, なし=0)	-.145	***	-.091	***
一人暮らし	.098	***	.058	***
<b>仕事に関する基本属性</b>				
看護の最終学歴 (大学院・大学・短期大学=1, その他=0)	-.008	ns	-.007	ns
臨床経験年数	-.111	***	-.068	***
現在の病院での勤続年数	-.003	ns	-.012	ns
病棟勤務	.068	***	.069	***
雇用形態(正規職員=1, 非正規職員=0)	.106	***	.101	***
職位(職位あり=1, 職位なし=0)	-.027	***	-.036	***
勤務日数	.003	ns	.006	ns
日勤労働時間数	.014	ns	.017	*
日勤残業時間数	.057	***	.044	***
夜勤回数	.096	***	.110	***
夜勤労働時間数	.045	***	.054	***
夜勤残業時間数	.032	***	.034	***
有給休暇取得率	-.049	***	-.032	***

1) Pearsonの相関係数

2) ns: not significant, \*: p&lt;.05, \*\*: p&lt;.01, \*\*\*: p&lt;.001

ストレス症状との関連が示されたこれらの属性は、2種類に分けることができる。つまり“管理者が介入して変化させられることのできる属性”と、“介入しても変化させられない属性”の2種類である。“管理者が介入して変化させられる属性”とは、労働時間、残業時間、夜勤回数、有給休暇の取得率など、労働条件に関する属性である。これらの条件の負荷が大きくなればなるほど看護師のストレス症状は増強することが示された。例えば、日勤労働時間の長さは心理的ストレス症状に関連しないが、残業時間の長さは心身共にストレス症状に強く関連することから、所定時間外の労働は看護師にとって大きなストレス要因であることが示された。介入可能なストレス要因について、看護師の回答から平均をまとめた(表 5-5)。

表 5-4 ストレス症状の属性ごとの比較

n=1, 6381

	n	心理的ストレス症状 <sup>1)</sup>			身体的ストレス症状 <sup>1)</sup>		
		平均値	SD	p <sup>2)</sup>	平均値	SD	p <sup>2)</sup>
	16,381	5.7 (±4.5)		6.9 (±4.6)			
年齢層別 <sup>3)</sup>						***	
30歳未満	6,662	6.4 (±4.6)		7.4 (±4.5)			
30～40歳	5,276	5.2 (±4.3)		6.8 (±4.5)			
41～50歳	2,978	5.3 (±4.4)		6.8 (±4.7)			
51歳以上	1,275	4.7 (±4.0)		5.9 (±4.6)			
性別 <sup>4)</sup>			ns			***	
女性	154,441	5.7 (±4.4)		7.0 (±4.6)			
男性	881	5.5 (±4.5)		6.4 (±4.6)			
配偶者の有無別 <sup>4)</sup>			***			***	
配偶者あり	7,183	4.8 (±4.1)		6.4 (±4.5)			
配偶者なし	92	6.3 (±4.6)		7.3 (±4.7)			
子どもの有無別 <sup>4)</sup>			***			***	
子どもあり	6,167	4.8 (±4.1)		6.4 (±4.5)			
子どもなし	10,214	6.2 (±4.6)		7.3 (±4.6)			
雇用形態別 <sup>4)</sup>			***			***	
正規職員	14,590	5.8 (±4.5)		7.1 (±4.6)			
非正規職員	1,741	4.3 (±4.0)		5.6 (±4.2)			
所属部署別 <sup>4)</sup>			***			***	
病棟、特殊領域	14,021	5.8 (±4.5)		7.1 (±4.6)			
外来	2,301	4.7 (±4.2)		6.0 (±4.4)			
職位の有無別 <sup>4)</sup>			***			***	
主任以上の職位あり	2,189	5.4 (±4.3)		6.5 (±4.5)			
職位なし	14,108	5.7 (±4.5)		7.0 (±4.6)			
日勤残業時間数別 <sup>4) 5)</sup>			***			***	
1.4時間/回以上	6,206	6.5 (±4.6)		7.7 (±4.6)			
1.4時間/回未満	9,669	5.1 (±4.3)		6.5 (±4.5)			
夜勤回数別 <sup>4) 5) 6)</sup>			***			***	
4.2回/月以上	7,086	6.0 (±4.5)		7.4 (±4.7)			
4.2回/未満	9,157	5.4 (±4.4)		6.6 (±4.5)			
夜勤労働時間数別 <sup>4) 5) 6)</sup>			***			***	
13.2時間/回以上	6,206	6.2 (±4.6)		7.6 (±4.5)			
13.2時間/回未満	9,669	5.7 (±4.4)		6.9 (±4.7)			
夜勤残業時間数別 <sup>4) 5) 6)</sup>			***			***	
1.3時間/回以上	3,140	6.8 (±4.7)		8.0 (±4.6)			
1.3時間/回未満	8,870	5.6 (±4.4)		6.9 (±4.5)			

1) 0-20点

2) ns: not significant, \*: p&lt;.05, \*\*: p&lt;.01, \*\*\*: p&lt;.001

3) 一元配置分散分析

4) t検定

5) 平均値で分割

6) 夜勤のない者も含む

表 5-5 看護師のストレス症状の要因に関する現状

日勤残業時間数(時間/回)	1.4
夜勤回数(回/月)	4.2
夜勤労働時間数(時間/回)	13.2
夜勤残業時間数(時間/回)	1.3
有給休暇取得率	30.0%

<sup>1)</sup> n=16,381 (欠損値を含む)

一方で、ストレス症状と関連が示されたものの、“管理者が介入して変化させられない属性”とは、年齢、性別、家族形態、臨床経験年数などである。勤務部署や勤務形態、職位についても、たとえそれらがストレス要因であっても、全ての看護師を病棟以外に配属したり、非正規職員として雇用したり、職位を与えることは現実的ではないため、管理者が介入できない属性に分類できる。管理者はこれらの属性を介入によって変更することは困難であるが、この結果から、ストレス症状の強い個人の傾向を把握し、それらに該当する個人の心身の健康状態に特に配慮することができる。

例えば、一般に“若い人は元気”と思われがちであるが、少なくともこの調査に参加した看護師の集団においては、“年齢が若く、臨床経験の短い看護師ほど疲れている”ことが示された。これは、第一に年齢やキャリアが若い者では、そうでない者に比べて看護に精通しきっておらず、日々の業務をスムーズにこなさきれない段階にある可能性、あるいは第二に、ストレス症状の強い者は徐々に離職していき、ストレス症状を克服できる強健な者だけが臨床経験を積むことができている可能性などが考えられる。同様に、母親や妻などの家庭役割のある人は疲れていると思われがちであるが、調査の結果、家庭役割のある看護師の方が元気で、一人暮らしの看護師の方が疲れていることが示された。これについては、第一に、一般に若い世代の看護師に独身者が多いことから、先の年齢との関連で一人暮らしの看護師のストレス症状が強く出ている可能性、第二に、家庭役割のある人は家族から心身のサポートを受けたり、各種のサポート制度を活用したりしてある程度ストレスを緩和できている一方で、一人暮らしの人にはそのようなソーシャル・サポートが不足しており、ストレス症状を呈しやすい状態にある可能性が考えられる。さらに、職位のない看護師のストレス症状の強さにも注意が必要である。職位についても、一般にキャリアの蓄積によって付与される性質上、職位のない看護師には若い世代の看護師が多いことから、先の年齢との関連が交絡していると考えられる。また、職位による業務内容の質的な違いを考慮すると、管理者には管理者特有の業務上のストレスがあるが、相対的にみたときに、臨床で実務にあたる職位のない看護師はよりストレスフルな状態にあることを認識しておく必要がある。

管理者は先入観に捉われずにこれらの実態を適切に把握し、介入可能なストレス要因を極力排除するよう努めると同時に、看護師の個人属性に応じて、心身の健康に十分な配慮をしていく必要があると考えられる。

看護師にとって、業務上、何がストレス要因になっているのかの結論として、“介入して変

化させられるストレス要因”は、日勤労働時間の長さ、日勤残業時間の長さ、夜勤回数の多さ、夜勤労働時間の長さ、夜勤残業時間の長さ、有給休暇の取得率の低さである。介入して変化させられないストレス要因”は、年齢の若さ、女性であること、配偶者や子どもがいないこと、一人暮らしであること、臨床経験年数の短いこと、病棟勤務であること、正規職員であること、職位のないことである。管理者が取り組むべき事は、“介入して変化させられるストレス要因”を積極的に排除または緩和することである。“介入して変化させられないストレス要因”に該当する看護師の心身の健康に特に配慮することが必要である。

### 2.1.2 夜勤と離職 —他の実態調査から—

看護職が健康で安全に、そしてやりがいを持って働くことができはじめて、患者の安全を守ることができるといえる。第1章の離職の実態でも紹介しているが、平成22年日本医療労働組合連合会の「看護職員の労働実態調査」によると、看護師等が仕事を辞めたいと考える主な理由は、「人手不足で仕事がきつい」、「賃金が安い」、「思うように休暇がとれない」、「夜勤が辛い」、「思うような看護ができず仕事の達成感がない」などであるという結果が出ている（日本医療労働連合会 2010）。また、看護職が挙げる退職理由の上位には、結婚・出産・育児など生活上の理由や、人間関係、他施設（分野）への興味のほか、「超過勤務が多い」、「休暇がとれない・とりづらい」などの理由が含まれている（厚生労働省 2011a 日本看護協会 2006）。

これらの調査結果から、看護職の離職原因としては「業務の過重性」と「生活上の理由」という大きく二つの要因があることがわかる。業務の過重性のなかでも、特に大きな問題となっているのが夜勤と時間外勤務を含む長時間労働である。長時間労働により、疲労が回復することなく日常生活を送り、慢性的な疲労から仕事と生活を両立することに困難さを感じて、離職を余儀なくされている。一旦就業を中断すると、医療技術の進歩への不安などからも、再就業が進まないため、現在働いている看護職の定着促進と離職防止が重要となる。

多くの現場で看護職は、自身の体調が好ましくない時でも、無理をしてまでも看護が提供できることを誇りとし、仕事に重点を置き、生活はあまり省みず生活を犠牲としてきた傾向はある。看護職の離職の理由をみると、看護部長等に対する調査では、本人の健康問題、人間関係、家族の健康・介護問題等が主な理由とされている（厚生労働省 2011a）。

2006年に日本看護協会が行った調査では、「長時間労働」や「夜勤の負担」、「業務量の多さ」など、務の過重性に関する「悩み・不満」から、「離職を考える」割合が大きく、また生活上の理由である「仕事と家事・育児・介護などとの両立が難しい」については、「その悩みや不満で離職を考えたことがある」と回答している割合は7割以上である。そして、強いストレスを持つ業務を十分な休養も取れず、長時間労働で行っている現状から「職場における悩み・不満」として6割以上の看護職が上げていたのは、医療事故に対する不安である。

### 3. 労働科学の知見と日本の現状

我が国において他の業種では、自動車運転者の労働時間等の改善のための基準（大臣告示）によりタクシーやバス、トラック運転手の交代制労働時間の改善を指導した例がある。

医療職は、1日24時間患者の生命と健康を守っており、生命を守るためにも夜勤・交代制勤務は、不可欠なものである。しかし、交代制勤務や拘束、当直勤務を行っている医療界に規制はなく、看護職にもないのが現状である。

労働時間や時間外勤務、休日などの基準は、労働基準法での定めがある。法定労働時間では、休憩時間を除き1週間に40時間を超えて労働させることや、1日について8時間を超えて労働させてはならないと定められている（労働基準法第32条）。また、休憩時間の保障では、労働時間の6時間を超える場合は45分以上、8時間を超える場合には1時間以上の休憩を労働時間中に与えなければならないと定められている（労働基準法34条）。

病棟看護職の夜勤体制は2002年では、3交代47.5%、2交代<sup>1)</sup>52.8%であったものが、2008年では3交代41.6%、変則2交代<sup>2)</sup>（16時間夜勤）64.6%となっている（日本看護協会2010a）。国際的な労働時間の基準をみても最大限延長して12時間が限度である。ILO第157号看護職員勧告においても1日の労働時間（超過勤務を含む）は最長12時間、また継続する休憩時間を享受すべきとある。

これまでに、夜勤・交代勤務の生理・心理・家庭生活・社会生活など総合的な指針を出している研究にルーテンフランツ9原則<sup>3)</sup>（Knauthら、1982）とポワソネ6原則<sup>4)</sup>（Poissonnetら、2000）がある。

#### 3.1 勤務間隔の確保

日本の看護職の夜勤・交代制勤務は諸外国と比べても過酷で、たとえば、16時間も長時間の夜勤は世界でもまれである。また、ヨーロッパでは、EUの労働時間指令によって24時間につき最低11時間の「休息时间」を確保することが、また米国のカリフォルニア州では、「The Ratio法（最低人員配置比率法）」で定められている。

適正な労働時間の設定や時間管理がなされずに、長時間の夜勤や十分な休息のない夜勤を行うと、医療事故のリスクや従事する看護職の健康へのリスクが生じることが報告されている（佐々木2011）。

現状の3交代制勤務では、【日勤—深夜勤】や【準夜勤—日勤】のような組み方をすると、勤務と次の勤務との間隔が8時間しかとれない。そのうえ前勤務者からの引き継ぎや次の勤務者への申し送り、時間外勤務や通勤などの時間を差し引くとさらに短くなり、疲労が回復しないまま勤務に就くことで医療安全上の問題にも直結する。勤務の間隔は、できれば12時間を確保したいものである。引き継ぎや、勤務時間が予定より延長した場合などで時間が確保できない場合でも、最低11時間は確保できる勤務体制が望ましい。

### 3.2 拘束時間の上限

変則 2 交代制勤務での 16 時間の長時間夜勤では、病院に拘束<sup>5)</sup>されている時間が 18 時間を超える事もある。緊張した勤務に長時間従事していると、注意力や集中力が散漫となる。過去に発生した取り返しのつかない医療事故は、16 時間夜勤の終了前に発生している。引き継ぎなどを含めて拘束時間は、国際機関の勧告に従って実労働時間を 12 時間とすると 13 時間までとしたい。

### 3.3 夜勤の回数と連続夜勤

看護職の夜勤回数については、労働関係法令では規制がないのが現状である。しかし、1965(昭和 40)年の人事院からの「2-8 (ニッパチ) 勧告」<sup>6)</sup> や 1992 年「看護師等の人材確保の促進に関する法律」<sup>7)</sup> 成立時の付帯決議などで、3 交代制勤務で月 8 回以内とすることが繰り返し掲げられてきた経緯がある。また、2011 年の厚生労働省「看護師等の『雇用の質』向上に向けた省内プロジェクトチーム報告」においても、「複数を主として月 8 回以内の夜勤体制を基本としつつ」と言及されており、夜勤回数は、3 交代制勤務では月 8 回以内、2 交代制勤務等では労働時間に応じて適切な回数にとどめることが必要になる。

夜勤の連続回数は、2 日を超える連続夜勤を行うと生体リズムが夜型に固定される傾向がある (Dowson1997)。昼間の活動を基本とする昼型の生体リズムを維持するために、最大 2 連続までにとどめることが大切である。

### 3.4 休憩時間・仮眠時間の確保

休憩時間については、労働基準法 (第 34 条) で実労働時間が 6 時間を超え 8 時間までは 45 分以上、8 時間を超える場合は 1 時間以上の休憩を勤務の途中で与えるとしている。しかし、実労働時間が 8 時間を超えて勤務が延長される場合に、休憩時間を延長する規定はなく、法的には、実労働時間が 10 時間を超えても休憩時間は 1 時間で良いことになる。しかし、2 交代制勤務や多様な勤務体制での実労働時間が 8 時間を超える場合には、休憩時間の 1 時間以外にも適切な時間に休憩時間を設定する必要がある。しかし、現実的に設定はない。

夜勤時の仮眠時間については、夜勤の途中で連続した 2 時間以上の仮眠ができる時間を確保することは、明け方の事故リスクの回避と新進の疲労回復に有効であることが知られており、労働科学の知見では、2 時間の仮眠で疲労回復効果、昼活動型生体リズムの維持、生活調整が容易になる効果が得られるとされている (佐々木 2011)。仮眠を確実に実施するには、仮眠時間の設定と合わせて、仮眠できるような人員や仮眠環境の整備が必要である。

### 3.5 夜勤後の休息の確保

夜勤後の休息は、夜勤終了から次の勤務までの勤務間隔 (休日を含む) について、単発の夜勤の場合は連続 24 時間以上、2 回連続で夜勤をする場合には、1 回目の夜勤と 2 回目の夜勤との間に 12 時間以上の間隔を置くとともに、2 回目の夜勤後には連続 48 時間以上の休息をとる

こととしている(日本産業衛生学会 1979)。2日連続夜勤ののち2日の休息で疲労を回復し、また、生体リズムを昼活動型に固定し直すことができるとされている(佐々木 2011)。

### 3.6 週末の連休の確保

週末の休日はできるだけ連休とし、少なくとも1カ月に1回は土曜日・日曜日ともに完全な休日をつくることが求められる(knauthら 1982、Poissonnetら 2000)。交代制で夜勤に就く看護職は、家族や周囲の人々との生活時間のずれによって、日常的に家族に負担を負わせたり、社会的な活動に制約を受けたりしている。休日をできるだけ連休とすることで、交代制勤務に従事しない大多数の人々の生活リズムに合わせる余地が大きくなる。また、1カ月に1回でも土曜・日曜に完全な休日を設定することで、週末の昼間の時間帯に家族や友達と過したり、地域社会と接する時間をもったりすることが可能となり、ゆとりにもつながってくる。

### 3.7 「正循環」の勤務編成

交代制勤務の組み方では、各人の勤務スケジュールについて、開始時間が早朝から夕方に向かって遅い時間に開始となるようにシフトを組み合わせることを「正循環」と称している。これは、人間の生体リズムは約25時間であり、1時間ずつ時計回りに後ろにずれるという特性を利用しており、勤務の負担軽減策として有用である。「日勤→深夜勤→準夜勤」のように開始時刻を早くする「逆循環」の勤務編成より、「日勤→準夜勤→深夜勤」のように組む「正循環」の勤務編成のほうが、からだのリズムを調整しやすい。

通常の日勤より早く開始される早朝勤務(午前7時以前の始業時刻)は、早出勤務の開始2時間から数時間前に起床し出勤の準備をする。早朝勤務は、早朝の起床が明け方の睡眠の質を悪化させるため避けたほうが良いとされている(ルーテンフランツ 9 原則 1982)。

### 3.8 業務時間の設定と必要人員の配置

交代制勤務においては、24時間を複数の勤務時間帯に分け、それぞれの時間帯で労働者が交代で働くため、引き継ぎ時間を考慮して業務時間を設定する。看護職の必要人員は、診療報酬に対応し看護職の配置基準を考慮するとともに、タイムスタディなどによって調査した業務量に対しての必要な人員の配置が必要である。そして、どの時間帯で、誰が誰に引き継ぎをするのかも検討することが課題となる。

## 4. 福井県済生会病院の取り組み

福井県済生会病院では、2007年に夜勤勤務帰宅時の交通事故が2件続いて発生したことをきっかけに、夜勤勤務16時間の交代勤務から夜勤勤務12時間への体制の切り替えを行なった。その取組を紹介する。

当院の概要(2013年度12月現在)は、第4章にも書いたが病床数460床(緩和ケア20床、ICU8床、SCU9床含む)、診療科22科、病床稼働率91.4%、平均在院日数、12.2日、全職員数



1,206名（看護職 616名 内非正職員 58名）、看護単位 13単位であり、7対1の入院基本看護配置としている。

看護職員基礎データ（2013.7）は、平均年齢 33.3歳、平均在職年数 9.7年、短時間正職員制度利用者 54名、夜勤免除制度利用者 81名、有子率 34%（208人）パート含、夜勤専従者 38名、離職率 4.5%、月平均時間外勤務時間 5.1時間である。

#### 4.1 経緯

福井県済生会病院では 2001年 から、従来の 3交代制勤務に、16時間夜勤の変則 2交代制を徐々に導入していった。変則 2交代の 16時間夜勤は、夜勤明けと休日を組み合わせた勤務表の作成により、自分の時間をより多く確保することができる、つまり、ワークとライフのメリハリがつくことや、夜中の帰宅と出勤がないために防犯上でも安心であること、また、入院患者の立場から考えると、就寝時と起床時が同じ看護師なので安心できるなどのメリットがある。3交代から変則 2交代へ移行するにあたり、「こんなに忙しいのに、16時間夜勤は絶対無理」などの意見もあったが、ワークライフの視点からもメリットが多いことから、一部の部署から試行的に実施した。その結果、施行部署のスタッフからは、「16時間夜勤は、夜勤明けに連続した休みがとれて身体が楽」、また「家を空ける回数が減って家族に喜ばれる」等の意見があった。これらのことから変則 2交代 16時間夜勤を希望するスタッフも徐々に増えてきたため、実施病棟を増やしていった。結局 2年程度で全病棟が変則 2交代へ移行した。

2007年 7月から短時間勤務制度や夜勤免除制度といった多様な勤務形態を取り入れていった。ところが、多様な勤務形態での夜勤時間や夜勤に伴う休憩時間を検討している矢先に夜勤勤務の帰宅時の交通事故が 2件続いた。変則 2交代である 16時間夜勤勤務は長時間であり、肉体的・精神的な疲労が夜勤明けの帰宅時に増大することが原因と考えられた。16時間夜勤は、確かに生活面からは、2日分を一緒に働き、夜勤明けと休日の連続した休日で時間を有効に使える点での効果は大きい。また、夜間の出入りがない点は女性の多い職場では安心感が高い。しかし、サーカディアンリズムに反する夜勤勤務の心身への影響は大きく、事故の発生リスクも高まる。看護職の健康を確保することが医療の安全を確保することという視点からも、夜勤勤務のシフトを考え直す必要があると認識された。

これらのことに基づいて、2007年 7月から 12時間夜勤を 1部の病棟でモデル導入し、看護職の安全面、生活面、健康面を考慮して、夜勤勤務 16時間の交代勤務から夜勤勤務 12時間への体制の切り替えを行なっていったのである。しかし、16時間夜勤勤務を何故 12時間夜勤勤務に変更しなければいけないのかという不満の声も多く、定着には至らなかった。そのため、定着しなかった問題点を踏まえ、改めて 2011年 8月から 12時間夜勤体制に向けて取り組んだ。

#### 4.2 12時間夜勤への意識改革

##### —導入するための師長への働きかけ—

勤務表を作成している師長に、夜勤・交代制勤務のリスクに関する研修をおこない、12時間

夜勤への転換が何故必要なのかを納得してもらうことから始めた。師長自らが変革の意識をもたなければ成功しないからである。12時間夜勤に切り替えるにあたり、看護職の労働環境の問題について師長会議で共有し、看護師長が12時間夜勤導入の目的や必要性を充分理解するまでグループワークを数回実施した。グループワークは毎回メンバーを変更し、各師長からの課題について納得いくまで話し合いを行った。グループには必ず看護副部長が入り方向性を確認していった。そのうえで、いつまでにどのような勤務体制で実施するのは各看護師長に権限委譲した。12時間夜勤の導入にあたり看護師長でのグループワークで課題となったことは、①スタッフに対する説明について、②勤務表の組み立てかた、そして、③業務内容と引き継ぎの見直しであった。

スタッフに対する説明については、看護師長は部署カンファレンスなどで12時間夜勤導入の目的をスタッフが理解し実施できるまで納得できるように話し合いをもった。12時間夜勤を導入するためにはスタッフの理解がないと定着していく良い結果にならないと考えたからである。資料として、オーストラリアのドーソン教授らの実験を紹介した。実験によると、「夜間にトラッキング作業というパフォーマンステストをする群」と「日中にアルコール類を飲ませて同じパフォーマンステストをする群」を比較して、夜勤中のパフォーマンステストの成績がアルコール類を飲んだときの状態とどのくらい同じか調べたものである。夜勤時間帯のトラッキング作業の成績は、酒気帯運転と同じかそれ以上に悪く酩酊状態であったとしている(Dawson 1997)。交代勤務におけるサーカディアンリズムの健康に及ぼす影響や酒気帯運転状態は大きなインシデント・アクシデントと隣り合わせの勤務であることをスタッフへ伝えて、スタッフとともに交代制勤務について考えていく体制とした。スタッフの理解が得られ、看護師長はスタッフと共に業務内容の見直しや引き継ぎ時間の調整を行った。また同時に12時間夜勤を試行的に導入して行った。試行期間は3ヶ月とし、1ヶ月毎に評価をしながら改善した。例えば時間調整では「引き継ぎの時間調整」、業務内容では、「患者の情報収集の時間を早める」「カルテ入力に時間がかかるため記録の時間を設ける」「リーダーが行っていた業務をフリー業務の看護師に移行する」などである。このような問題は導入前にスタッフ全員で業務調整を検討していたため、スタッフが率先して改善策を提案していった。

### 4.3 勤務表の作成

勤務表は、院内の統一ルールに基づき、スタッフ個人の希望を踏まえて、病院の行事、病棟の行事、各科の予定、委員会開催の予定、他のイベント、研修会、出張や看護力などを加味して作成している。

夜勤時間については、1カ月の平均夜勤の時間数が72時間以内とし、夜勤時間計算の時には、8:15から16:15の日勤の時間帯以外は夜勤時間としている<sup>8)</sup>。そして、職員の健康を守るためにも夜勤の次の日は必ず休みとし、夜勤回数も1カ月に4~4.5回までとして偏りがないように公平に作成することになっている。

その年の休日（公休・祝祭日年末年始）の年間休日分を12カ月に配分し1カ月の休日数を

だしている。例えば1年間の休日数が122日の場合は毎月の休日は10日となり、1月と5月の祭日の多い月に1日増やして11日とすることにより1年間で122日としている。1年間の休日数は毎年1月に病院から提示している。

第4章で述べたように、当院では短時間勤務などの多様な勤務体制をとっている。そのため勤務表を作成する上で、4時間を1単位とした考え方をしている。図5-1の様に8時間勤務の場合は、1日2単位、週40時間なら10単位となる。1カ月21日勤務の場合は、168時間で42単位、20日勤務の場合は、160時間で40単位である。その内、夜勤時間は、1カ月に72時間以内であるので、18単位以内の勤務である。このように1カ月の勤務時間を単位で計算することにより簡単に計算でき、また組合せて勤務作成や調整が可能である。図5-1にこの単位の主な組み合わせを示している。これを使って週40時間の勤務を作るとすれば例えば図5-2のようになる。16時間夜勤も12時間夜勤もこのようにして組むことができる。

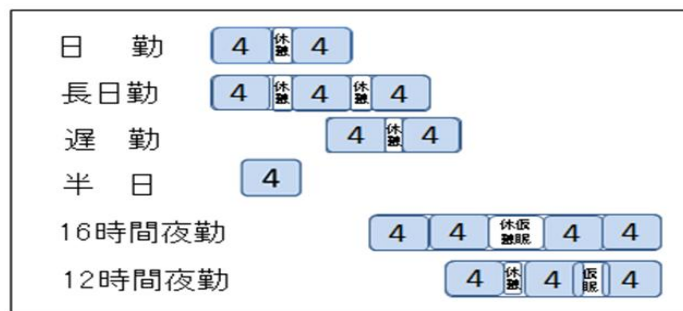


図5-1 4時間を1単位とした主な組み合わせ



図5-2 週所定労働時間40時間の変則2交代制勤務のパターン

12時間夜勤導入後の1週間の勤務表を図5-3に示す。この中でパターン1は、12時間夜勤導入を試行した時(2007年7月)の2交代制勤務シフトである。ここでは、長日勤(12時間)と

半日準夜（4 時間）と深夜勤（8 時間）とが組み合わされている。しかし、長日勤は勤務時間が長く疲労度が高いという理由から、2011 年 8 月から遅出勤務 8 時間（以下、遅勤）に半日準夜と深夜勤を組み合わせた 12 時間夜勤のシフト勤務を始めた。これがパターン 2 である。

【パターン1】							
	月	火	水	木	金	土	日
勤務名称	日勤	長日勤	半日準夜	深夜	休み	休み	遅勤
勤務時間	(8:15~17:15)	(8:15~20:15)	(20:00~9:00)				(13:30~22:00)
勤務時間数	8時間(2単位)	12時間(3単位)	12時間(3単位)				8時間(2単位)
勤務間隔時間数	15時間		23時間				
【パターン2】							
	月	火	水	木	金	土	日
勤務名称	日勤	遅勤	半日準夜	深夜	休み	日勤	半日
勤務時間	(8:15~17:15)	(13:30~22:00)	(20:00~9:00)				(8:15~17:15) (8:15~12:15)
勤務時間数	8時間(2単位)	8時間(2単位)	12時間(3単位)				8時間(2単位) 4時間(1単位)
勤務間隔時間数	20時間		22時間		15時間		

図 5-3 12 時間夜勤導入病棟における 1 週間のシフト勤務

図 5-3 のパターン 1 は 1 週間に日勤 8 時間(2 単位)、長日勤 12 時間(3 単位)、半日準夜 4 時間(1 単位)と深夜 8 時間(2 単位)を合わせた 12 時間夜勤である。夜勤の次の日は 2 日間の休みとし、次の日は遅勤 8 時間(2 単位)で週 40 時間(10 単位)のシフト勤務である。このシフト勤務では勤務と勤務の間隔は「日勤」と「長日勤」では 15 時間、「長日勤」と「夜勤」では 23 時間といずれも 12 時間以上確保されている。

パターン 2 は日勤 8 時間(2 単位)、遅勤 8 時間(2 単位)、半日準夜 4 時間(1 単位)と深夜 8 時間(2 単位)を合わせた 12 時間夜勤である。夜勤の次の日は必ず休みで、日勤 8 時間(2 単位)、半日勤務 4 時間(1 単位)で週 40 時間(10 単位)のシフト勤務である。勤務と勤務の間隔は「日勤」と「遅勤」では 20 時間、「遅勤」と「夜勤」では 22 時間、「日勤」と「半日勤務」では 15 時間といずれも 12 時間以上確保されている。このように、病棟師長が勤務表を作成する時には、週 40 時間以内の労働時間であることや勤務間隔を 12 時間確保するということを確認しながら組み立てているのである。パターン 1 とパターン 2 とを組み合わせた 1 カ月の勤務表を図 5-4 に示す。

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
				日勤	日勤	公休
4	5	6	7	8	9	10
日勤	有休	長日勤	半準	深夜	公休	公休
11	12	13	14	15	16	17
公休	遅勤	半準	深夜	公休	公休	日勤
18	19	20	21	22	23	24
長日勤	半準	深夜	公休	公休	日勤	日勤
25	26	27	28	29	30	31
公休	遅勤	半準	深夜	公休	半日勤	日勤

図 5-4 12 時間夜勤導入病棟における 1 カ月の勤務表

#### 4.4 看護配置

当院の A 病棟で、12 時間夜勤を導入する前の 1 日 24 時間の勤務時間（休憩を含む拘束時間）と看護配置を図 5-5 に示した。A 病棟は外科病棟で 46 床の病棟である。看護配置数は看護師長 1 名、看護主任 2 名、スタッフ 32 名（内、短時間勤務者 1 名と夜勤免除者 2 名）の合計 35 名である。

12 時間夜勤導入前の夜勤帯には 16 時間夜勤者 2 名（16：15～9：15）と 12 時間夜勤者 1 名（20：15～9：15）の合計 3 名で夜勤をしていた。日勤帯には短時間（9：00～15：00 の 6 時間）勤務者 1 名、長日勤（8：15～21：15）の 12 時間勤務者 1 名、日勤（8：15～17：15）8 時間勤務者 13 名、遅勤（13：00～22：00）8 時間勤務者 1 名で、日勤帯（8：15～17：15）は 14 名～16 名の看護職が勤務している。1 日 24 時間のうち、勤務をしている人数は合計 22 名になる。同じ A 病棟で 12 時間夜勤導入後の 1 日 24 時間の看護配置と勤務時間（休憩を含む拘束時間）を図 5-6 に示す。

夜勤の人数はスタッフからの要望で 4 名にした。従来の 3 名では、1 名が休憩中であれば、夜間、患者が急変した場合には 2 名という少ない人数で対応しなければならない。2 名のうち 1 名が新人看護師であった場合には看護力が十分ではなく休憩に入っている看護師が休憩中に呼びだされて勤務に就くことがあり、休憩が取れないまま働き続けることになるからである。そして、夜勤時間を 20：00～9：00 までとし、休憩 2 時間を含む拘束時間を 13 時間とした。また、日勤と夜勤のつなぎの時間帯（17：15～20：00）には長日勤と遅勤を各 1 名から各 2 名にした。夜勤帯に入って一番忙しい時間帯（17：15～20：00）は医師の回診や指示受け、ケア量の多い時間帯だからである。

シフトの種類	人員	0:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00		
夜勤 (前日から)	A	16時間 ( 16:15~9:15 )																									
	B												12時間 ( 20:15~9:15 )														
	C																										
夜勤 (当日から)	D																		16時間 ( 16:15~9:15 )								
	E																										
	F																							12時間(20:15~9:15)			
短時間勤務	G										6時間(9:00~15:00)																
長日勤	H								12時間 ( 8:15~21:15 )																		
日勤	I								8時間 ( 8:15~17:15 )																		
	J																										
	K																										
	L																										
	M																										
	N																										
	O																										
	P																										
	Q																										
	R																										
	S																										
T																											
U																											
運動	V														8時間 ( 13:00~22:00 )												
勤務人数		3人								17人	18人	15人				16人	15人	18人	4人		5人	3人					
時間		0:00~8:15								8:15 ~ 9:00	9:00 ~ 9:15	9:15 ~ 13:00				13:00 ~ 15:00	15:00 ~ 16:15	16:15 ~ 17:15	17:15~20:15		20:15 ~ 21:15	21:15 ~ 24:00					

図 5-5 12 時間夜勤の導入と多様な勤務時間と看護配置

シフトの種類	人員	0:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	
夜勤 (前日から)	A	12時間 ( 20:00~9:00 )																								
	B																									
	C																									
	D																									
夜勤 (当日から)	E																									
	F																							12時間(20:00~9:00)		
	G																									
	H																									
短時間勤務	I										6時間(9:00~15:30)															
長日勤	J								12時間 ( 8:15~20:15 )																	
日勤	K								8時間 ( 8:15~17:15 )																	
	L																									
	M																									
	N																									
	O																									
	P																									
	Q																									
	R																									
	S																									
	T																									
	U																									
運動	V														8時間 ( 13:30~22:00 )											
勤務人数		4人								15人	12人				14人	13人	4人	8人	6人	4人						
時間		0:00~8:15								8:15 ~ 9:00	9:00 ~ 9:00	9:00~13:30				13:30 ~ 15:30	15:30 ~ 17:15	17:15~20:00		20:00 ~ 20:15	20:15 ~ 22:00	22:00 ~ 24:00				

図 5-6 12 時間夜勤の導入と多様な勤務時間と看護配置

12 時間夜勤導入時(2007 年)の長日勤者の業務内容は、12 時間患者の状態を把握できることから、チームリーダーとして業務を行ない、チームで担当する全ての患者の看護問題による対応を行っていた。しかし、長日勤導入後の評価では、スタッフの意見から、長時間リーダー業務を続けることは、身体的にも精神的にも疲労感が増大するという声が聞かれた。2011 年 8 月から新たに 12 時間夜勤を導入する上で、もう一度、長日勤者の疲労感を軽くするために業務内容を検討した。結果、日勤の時間帯は比較的軽い入院患者を受け持ち、夜勤帯(16:30~20:

15) にはチームのフリー業務を行うこととした。このことにより、精神的負担も軽く看護記録に時間を要しないため、超過勤務をせずに定時に業務を終了することができている。

代わってチームリーダー業務を担うことになったのが遅勤者である。2011年8月から遅勤者を1名から2名に増員した。遅勤者は従来1名で主にフリー業務を行っていたが、8時間勤務のうち、日勤帯（13：30～16：00）はチームのフリー業務を行い、夜勤帯（16：30～22：00）ではチームリーダー業務を行うこととした。遅勤者は午後からの勤務であり、日勤帯での病棟の忙しさや患者の状況を多少把握しているため、夜勤帯に入ってもチームリーダー業務を抵抗なく行うことができ、引き継ぎもしやすくなった。また、短時間勤務者も遅勤者のフリー業務の時間帯に引き継ぎを行うため、業務が残っていても気軽に頼むことができ、超過勤務をせずに定時に業務を終了することができるようになった。

12時間夜勤導入後の日勤者の配置数は、午前中の時間帯に2～3名減少することになる。しかし、半日準夜勤4時間からの12時間となり、週4時間余ってくる、残り4時間を半日勤として勤務に組み入れることにより、日勤の人数はほぼ確保できることになる。その他に、短時間勤務者やパート勤務者の業務内容の見直しも同時に行った。従来の短時間勤務者はフリー業務が多かった。しかし、短時間勤務者は、看護職5年以上の看護経験を持つ人が多く、短時間勤務の中でも実践力を活かしてもらう為に、重症度の低い患者さんを受け持ち看護実践をすることで、やりがいを持てるようになった。また、パート勤務者にも個々の勤務時間の中で、経験年数や本人の希望も聞きながら、軽症患者の受け持ちや看護実践を活かせるような業務の見直しを行った。

#### 4.5 離職率への影響

当院における看護職員の退職率の推移を図5-7に示す。平成16年の退職率13%に危機を感じ平成17年度から多様な勤務交代体制に着手していった。平成18年に勤務体制の制度化や福利厚生の充実をはかり退職率は10%と減少した。その後も専門職として専門性が発揮できるようなシステムや勤務体制など業務改善を進めていった。平成22年からは、夜勤体制を再構築した結果、平成24年度の退職率は4.7%と減少した。第4章の制度の効果でも紹介している。

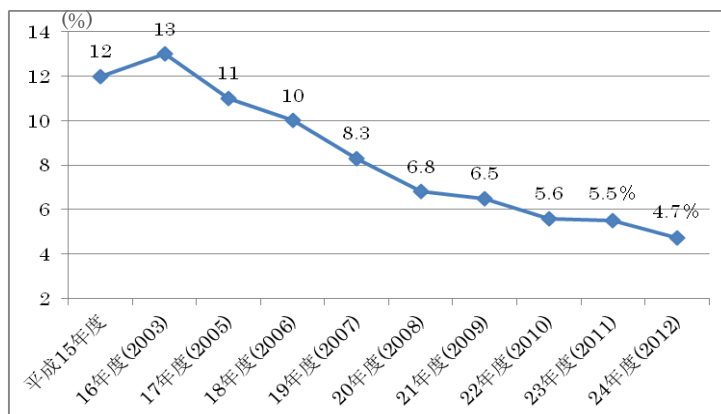


図5-7 当院における看護職員の退職率の推移

## 5. おわりに

今回のアンケート調査により、夜勤とストレスとの関係があることを立証した。つまり医療従事者は、社会情勢や医療の高度化、療養の場や国民のニーズの多様化といった変化に対応していくなかで、夜勤・交代勤務体制が精神的・肉体的にも疲弊し、ストレスの要因となることがわかった。

勤務作成においては、労働科学の知見や、国際機関の勧告にリスク面からも留意する必要がある。夜勤・交代制勤務がもたらす3つのリスクは、安全面ではサーカディアンリズムに反する夜勤勤務は心身への影響は大きく、事故のリスクも高まること、健康面では短期、中期、長期的な健康上の問題を生じること、生活面では生活リズムが大幅にずれることで、社会的な役割を充分果たせなくなり、本人への負担が高まることになる。これらのリスクを低減する観点から、勤務と次の勤務との間隔を11時間以上あけることや、勤務拘束の時間は13時間以内とすることは、特に優先したことである。夜勤回数は、月に8回以内を基準にすることや、夜勤の連続回数は2回までとし、日勤の連続勤務は5日以内とした。夜勤の途中で1時間以上の休憩時間を、またこの時間とは別に連続した仮眠時間の設定を行った。週末の連続休日を少なくとも1カ月に1回は土曜・日曜ともに前後に夜勤の無い休日をつくり、正循環の交代周期とするよう対応した。

当院での12時間夜勤体制の導入は、看護職員の労働安全や医療安全面を考慮して取り組みを行ってきた。勤務表を作成している師長に交代制勤務に関する研修をおこない、夜勤のリスクについて知識を共有した。師長自らが変革の意識をもたなければ成功しないからである。

導入の説明時には、スタッフから「16時間夜勤体制の方が連休が多いのに」、「12時間夜勤体制になると遅勤・長日勤によって、夕方から子供の就寝時間帯に家にいない日が増える。ちっともワーク・ライフ・バランスの充実にならない」などの声が聞かれた。この時、看護管理者が12時間夜勤体制の必要性をスタッフが理解し納得できるよう説明できなければ、導入は成功しなかったであろう。年齢や家庭事情がそれぞれ違う看護職員が、自分のワーク・ライフ・バランスを大切にしたいという気持ちと同じように、他の看護職員のワーク・ライフ・バランスも大切に思う。そして、どうしたらみんなが安心して、長く働き続けられるのかと考えることができる職場環境であることによって、夜勤勤務体制だけでなく、他の様々なことをも改善していけるのではないだろうか。

12時間夜勤体制の導入は、看護職確保の問題や勤務時間の検討など時間がかかることかもしれない。しかし、看護職の安全と健康を守り、何より患者の安全を守り、質の高い看護の提供につながることを忘れてはならないと考える。



## 【注】

- 1) 1日24時間を2分割、「12時間日勤・12時間夜勤」に分けシフトを組む勤務形態
- 2) 1日24時間を変則2分割、「16時間と8時間」に分けシフトを組む勤務形態
- 3) ルーテンフランツ9原則
  1. 夜勤は、最小限にとどめるべき
  2. 日勤の始業時刻は早くすべきでない
  3. 勤務交代時刻は個人レベルで融通性を
  4. 勤務の長さは労働負担の度合いによって決め、夜勤は短くする
  5. 短い勤務間隔時間はさける
  6. 少なくとも2連休の週末休日を配置する
  7. 交代方向は正循環がよい
  8. 交代の1周期は長すぎないほうがよい
  9. 交代順序は規則的に配置すべき
- 4) ポワソネ6原則
  1. できるだけ夜勤は減らす。できない場合は、長期交代より短期交代がよい
  2. 9時間～12時間のような長時間労働は、業務負担が適切な場合にみに制限すべきである。  
そのときでも、疲労や有害物質への暴露を制限する
  3. 日勤の始業を午前6時以前にしない
  4. 深夜勤と準夜勤を同日に行うような短い勤務間隔時間は避けるべきである
  5. 連続勤務は最大でも7日までとすること。少なくとも週末に2連休の休日を設ける
  6. 正循環の交代周期が望ましい
- 5) 拘束時間とは、勤務開始時・終了前の引き継ぎ時間、実労働時間、休憩、仮眠時間、超過勤務の時間を合計した時間である。
- 6) 1965（昭和40年）人事院「行政措置要求に対する判定」（2-8（ニッパチ）判定）上記昭和38年の第1の要求の夜勤日数については、「年間の総日数から勤務をしない日と年次有給休暇を控除した日数を12で除した日数を月間の平均勤務日数とし、その1/3に当たる約8日を月間の平均夜勤日数とする」目標が示された。また、第2の要求の夜勤人数については、1人夜勤の廃止に計画的に努力すべきと判定された。
- 7) 1992（平成4年）「看護師等の人材確保の推進に関する法律」（「人確法」）成立付帯決議として「週40時間労働（完全週休2日制）、複数を主として月8回以内夜勤体制」の実現に向けた努力を盛る
- 8) 入院基本料等の施設基準に係る届出では、夜勤を行う看護職の3カ月間の夜勤平均時間が1カ月72時間以内であることとされ、日勤の8時間とそれ以外の16時間を夜勤時間帯として区別される。これは労働基準での22時から翌5時までを夜勤時間帯としている点と異なる。夜勤の時間概念が異なるため、夜勤のシフトを組む上で時間計算が複雑であり、勤務時間の管理をするには時間計算上複雑である。

## 第6章 認定看護師の育成・活用と経営

### 1. はじめに

「認定看護師」は、「特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践」を行うことによって「看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかること」を目的として、日本看護協会が1995年に設けた制度である。認定看護師になるには、通算5年以上の実務研修（うち3年間は認定看護分野の研修）を積んだ上に6カ月の認定看護師教育機関の課程を修め、認定試験に合格しなければならない。2013年7月15日現在、21分野で12,522名の認定看護師が登録されているが、その認定看護師が実際どのように活用され、上記の唱えられた目的に、またそれ以外の目的にどのように貢献しているかについては、断片的な報告がされたり、事例や課題が語られたりするのみ<sup>1)</sup>で、詳細な報告や分析はない。

本章は、福井県済生会病院での認定看護師の育成と活用の実践を基に、認定看護師が院内の看護ケアの質の向上と地域連携医療の定着と発展にいかに関与するかについて報告するとともに、長い目で見た病院経営にどのような影響を与えるかについても分析する。第2節では認定看護師制度の概要を説明する。第3節では福井県済生会病院での認定看護師の育成について述べる。第4節では院内での認定看護師の活用、とりわけ看護外来の設置と其中での認定看護師の活動を報告する。また地域連携医療への認定看護師の貢献について報告する。第5節では認定看護師育成の病院経営への影響について分析する。

### 2. 認定看護師とは

1995年に日本看護協会は、特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことによって、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上を目的に、認定看護師制度を設けた。1987年（昭和62年）4月に厚生省「看護制度検討会報告書（21世紀に向けての看護制度のあり方）」において、専門看護婦、看護管理者の育成が提言されたことを受けて日本看護協会が1987年から検討して創設した資格制度の1つで、他に1994年に創られた専門看護師と1998年に設けられた認定看護管理者がある。

認定看護師は特定の看護分野において、まず、個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践（実践）、看護実践を通して看護職に対し指導を行い（指導）、さらに、看護職に対しコンサルテーション（相談）を行うという3つの役割をはたすとされている。

認定看護分野は、高度化及び専門分化する保健医療及び福祉の現場において、熟練した看護技術及び知識を必要とする看護分野として制度委員会が認めたものであり、認定看護分野の特定の方法は、制度委員会が、同委員会に申請された分野について看護の現状と将来の展望に応じて逐次審議し、理事会の議決を経て決めるというものである。2013年7月15日現在で特定されている分野は21分野であり、分野別の登録人数は表6-1のとおりである。

表 6-1 認定看護分野別登録人数（2013. 7. 15 現在）

認定看護分野	登録人数
救急看護	824
皮膚・排泄ケア	1,928
集中ケア	845
緩和ケア	1,482
がん化学療法看護	1,168
がん性疼痛看護	705
訪問看護	377
感染管理	1,808
糖尿病看護	555
不妊症看護	127
新生児集中ケア	316
透析看護	167
手術看護	264
乳がん看護	213
摂食・嚥下障害看護	441
小児救急看護	186
認知症看護	345
脳卒中リハビリテーション看護	386
がん放射線療法看護	138
慢性呼吸器疾患看護	115
慢性心不全看護	132
合 計	12,522

認定看護師認定審査を受験する資格は、日本国の看護師免許を有すること、看護師免許取得後通算5年以上実務研修をしていること、そのうち通算3年以上は認定看護分野の実務研修をしていること、日本看護協会が認定した認定看護師教育課程を修了していること、又は、外国において上記と同等と認められる教育を修了していることである。審査は、各認定看護分野の認定実行委員会が受験者に対して、毎年1回、筆記試験によって行なっている。各認定看護分野の認定実行委員会が、審査結果を認定委員会に報告し、認定委員会は、その報告をもとに、認定看護師の認定を行う。

認定看護師認定証の有効期間は交付の日から5年である。その後は認定看護師のレベル保持のため、5年ごとに認定更新が行われている。更新には、日本国の看護師免許を有すること、

申請時において認定看護師であること、申請時において過去5年間に看護実践時間が2,000時間以上あること、制度委員会が認めた学会および研究会等への参加や発表または雑誌発表等自己研鑽の内容が規定に達していることが必要であり、更新申請者は、その要件を満たすことを示す書類を提出して審査を受ける。

認定看護師教育機関も日本看護協会の審査を経て認定される。課程への入学の要件も「認定看護師教育機関審査要項」に決められており、例えばがん化学療法看護では、「通算 3 年以上、がん化学療法を受けている患者の多い病棟・外来・または在宅ケア領域での看護実績を有すること。がん化学療法を受けている患者の看護（がん化学療法薬の投与管理の実績があることを必須とする）を、5 例以上担当した実績を有すること。現在、がん化学療法を受けている患者の多い病棟、外来、または在宅ケア領域で勤務していることが望ましい。」となっている。

日本看護協会は、認定看護師教育基準カリキュラムを定めている。6 カ月 615 時間以上の課程で、そのうち必須共通科目は、看護管理、リーダーシップ、文献講読、情報管理、看護管理、指導、相談であり、選択共通科目は、対人関係、臨床薬理学、医療安全管理であり、さらに専門分野について 60 時間から 90 時間を追加した教育がおこなわれている。このカリキュラムは原則 5 年ごとに改正されている。

### 3. 福井県済生会病院での認定看護師の育成とその支援

福井県済生会病院では、「より専門的で高い技術や知識」をもった看護職によって質の高い看護サービスが提供できることを目指して、2004 年から認定看護師の育成を進めてきた。

認定看護師の資格を取得するためには、6 カ月以上の教育課程を修めなければならないから、当然病院からの支援が必要となるが、支援は病院によって異なっている。研修中は、休職扱いの病院が多く、身分保障のみの病院や退職扱いの病院もある。研修中の給料を支給しない病院もあれば、基本給の 1/2～2/3 を支給する病院もある。病院からの助成もさまざまであり、最高 200 万円を無利息で貸し出すもの、授業料の 2 分の 1 を助成するもの、入学金・授業料を助成するもの、受験費用・交通費等を最大 10 万円まで支援するもの等である。そして資格取得のため入学する学校やその場所により、また専門分野により必要となる経費が異なっている。

福井県済生会病院では、病院の方向性と人材育成・配置計画が合致し、病院業務に有用な専門資格を取得させることを目的に、受講費・出張旅費を支給する場合に必要な事項を定めた。院長・診療部長が、所属長から申し出があった資格取得の申請について、病院の方向性とその有益度を客観的に判断して、可否を決定する。具体的には、申請をする職員本人からの「申請書」と、所属長の具体的な必要性と将来計画を記載した任意の「意見書」と、就業上の勤務態度等を勘案して病院経営会議の承認（決裁）を得るのである。

受講期間の給料については、給与規程における基準内賃金のみ支給することにした。そして、諸手当にあたる通勤手当はこの研修期間における通勤・通学距離に応じて支給とした。また賞与は給与規程どおり支給することを規定に盛り込んだ。

認定看護師を育成する支援とは異なるが、病院業務に関連しない個人資格、また関連しても

その必要性が認められない個人資格の場合には、病院からの旅費・受講費の支給は一切生じないことも明記した。また、前述の個人資格を取得するために、業務を休む場合には所属長に願い出て、自己の有給休暇を使用するにしていた。そして、交通費と受講費については、連続1週間以内の場合は、交通費と受講費とを全額支給、1週間以上の場合は、交通費1往復分のみと受講費を支給する。通学では片道200km以内で、日帰り通学が可能な研修の場合は、交通費と受講費を支給することにした。しかし交通費・受講費については、研修の場所によりさまざまなケースがあるため、不公正が生じないように、全体の調和をふまえて病院経営会議において協議することにした。

認定看護師の認定更新時など長期研修の受講を希望する時もある。研修の手続きについては、希望する職員は、受入機関の申請書を締切1カ月前までに、「申請書」に必要事項を記載して関係書類（講習案内等）の写しを添付し、所属長の「意見書」とあわせて提出し、院長・診療部長（総務課経由）の可否を得ることにした。そして、承認後は、「出張願」に、出張先・目的・期間・費用の負担等を明確に記載し、さらに費用明細が明らかな書類の写し添付して、所属長を経て特別管理部会の承認（決裁）を得ることにした。

研修で得た知識については、出張者は帰院後5日以内に、「受講報告書」にて、所属長を経て院長・診療部長に報告するとともに、出張報告会・カンファレンスなどの場で関係部署のスタッフに報告し知識を共有することを義務づけた。そして、その報告内容は、議事録等に必ず記載して各部署にて管理することとした。

上記の様に全職員を対象に資格取得の支援をしても、資格を取得した後すぐに退職したり、取得した資格を業務で活かさなかったのでは、組織への還元ができなくなる。そのため受講費の返還についても明文化した。その内容は、資格取得後に自己の事由により資格を活かす職務に就かない場合や、資格取得後1年以内に退職した場合は、受講費の80%を返還することとした。また資格取得後、2～3年以内に退職した場合は、受講費の50%を返還することとした。規定ではないが看護部においては、希望者が多数重なった場合を考慮して、資格取得の人数は1年に3名までとした。これとは反対に希望者が無い場合は、面接等で本人の希望を把握していることから、背中を後押しすることも考慮することにした。

## 4. 認定看護師の活動

### 4.1 看護外来室の設定

「看護外来室」を2001年7月に開設した。看護活動の拠点とし、これから誕生するであろう認定看護師や専門性の高い看護師が、より専門性を発揮し看護サービスが提供できる環境が必要であると考えたからである。その背景には、医療技術の進歩に伴い、高度な治療や侵襲性の高い手術や検査が外来で行えるようになり、外来で継続治療やその管理が必要となってきたことや、在院日数短縮化や生活習慣病患者に対する対策の強化が推進されてはいるものの、自己管理能力が確立していない状態での退院する患者も増え、外来に医療依存度が高い患者が増加したことがある。

この当時、看護外来は全国的に導入事例の報告は見あたらなかった。その後、全国的に看護外来を開設する病院が増え、日本看護協会(2009a)の全国9,000の病院を対象にした調査によ

ると、有効回答のあった 3,495 施設のうち 975 施設で看護外来が設置されており（図 6-1）、設置を検討している施設が 868 施設あった（図 6-2）。

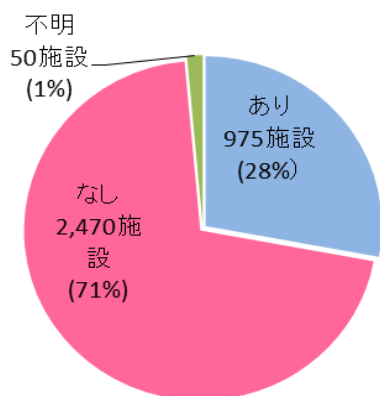


図 6-1 看護外来の設置有無  
(2009年10月1日～10月16日の調査)

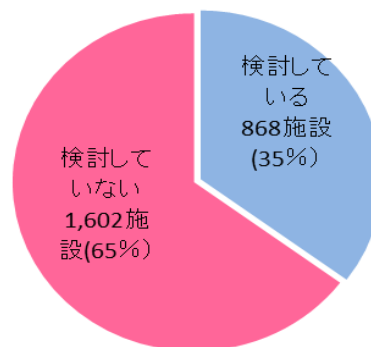


図 6-2 看護外来の設置の検討について  
(2009年10月1日～10月16日の調査)

看護外来室設置の目的は、訪れる患者と家族が、治療や退院について、また在宅療養での問題や悩みなどについて、いつでも気軽に看護師に相談できる場所を提供し、医師の包括的な指示の下で、看護師が患者の状態に応じた微調整を行うことである。

開設時には、皮膚・排泄ケア認定看護師を目指す看護師が1名で活動していたが、その後は現場で必要とされる認定看護師を配置していった。現在は、皮膚・排泄ケア認定看護師1名、緩和ケア認定看護師1名、感染管理認定看護師1名、退院調整看護管理者1名の計4名が看護外来室で活動している。

看護外来室で活動をしていない他の認定看護師は、各々の専門性が発揮できる病棟や外来、救急室、ホスピス、血液浄化センター、脳卒中センター（SCU）、女性診療センター等の部門に属している。病棟勤務の認定看護師は、その専門性に応じて1週間に1日から2日を通常の看護業務から外し、院内を自由に活動し専門性が発揮できるようにした。

看護外来室の環境・対象・受診方法・料金であるが、対象は、入院患者・外来の通院患者すべての患者とその家族である。特に外来通院の患者が入院した場合や、退院後に外来に通院する場合に、入院から退院そして在宅へと継続的なかわりを必要とする患者とその家族に対してケアを提供している。また院内や院外の医療従事者や地域の市民に対しても、必要時に、研修や悩み相談に応じている。リラックスできる部屋を提供し、時間を取った対応を行っている。ストーマ処置には大きな鏡を部屋に設置し、洗腸の指導ができる専用の広いトイレも設置した。その他、糖尿病の方には、日常生活やインスリンに関する教育DVDも用意し、視聴できる空間も設けている。受診方法は、外来からの依頼は予約制としている。外来勤務の看護師や事務員等が看護外来に連絡し、担当の認定看護師と受診日時を決定している。予約以外の緊急の場合も柔軟に対応している。病棟からの依頼は、電子カルテ上の「認定看護師依頼書・返書」（テ

ンプレート)に入力し、ハードコピーを打ち上げ各認定看護師へ送っているが、PHS での依頼にも対応している。料金は、診療報酬の対象となる内容についての手続きは行っているが、多くの対応は無料である。

#### 4.2 認定看護師の院内での活動の実際

認定看護師の役割は、入院・外来を問わず、患者・家族への問題解決に向けた支援を行い、より専門的なケアを提供することである。認定看護師は、院内において褥創ラウンドチームや、NST(栄養サポートチームラウンド)、感染管理ラウンド・緩和ケアラウンド・医療安全ラウンド等、院内を横断的に活動することで、お互いに関連するチームラウンドとの連携を行い、医療の充実の要となっている。そして管理部での会議や研修会に登場するなかで、活動の報告結果が、病院にとって有益な実績として認知され、病院の職員の多く、特に医師がその意義を認めている。会議では、たとえば感染管理認定看護師が、現在の感染症の全国レベル、県レベル、そして院内での現状などについての報告を行う。そして、診察での対応や使用して効果が期待される抗菌剤等を紹介している。そして医師からの量や投与の時期などについての質問に答えている。会議以外でも個別に PHS で質問に対応し、患者が納得する情報の提供を行う等、業務は多様である。

一例として、手術を必要とするが褥瘡を持つ患者が他院から紹介で来院した場合、外来で診察中の整形外科の医師から連絡を受け、皮膚・排泄ケア認定看護師が整形外来へ出向き、入院するまでの期間が5日間あった場合、その5日間に自宅でどのような処置をしたら褥瘡が手術までに良くなるかを患者と家族に指導するといったことがある。整形外科の医師はその旨を紹介元の医師に連絡する。そうして、患者が手術目的に入院すると、皮膚・排泄ケア認定看護師は病棟に行き、褥瘡の状態を観察すると共に、家庭での生活状況を患者やその家族から把握する。この把握によっては、手術前後のケアから手術が終了して自宅での生活に不安なく移行できる。そして、その人に合った処置や対処法について患者や家族、病棟看護師もまじえて説明し、一緒に処置を行うという動きをしている。

患者や家族は、自宅での処置で褥瘡の状態が良くなることを実感するとともに、入院当日に認定看護師が病室に来室して、褥瘡の状態を観察し、自宅での処置を評価していくことで、認定看護師を信頼し、病棟の看護師がともに認定看護師からの説明を聞いているのを見て、継続して同じケアが受けられることに安心感を持ちながら入院中を過ごせたようである。退院後も看護外来で定期的に指導を受けるという看護の継続が看護外来拠点で行われていることを示す例である。さらに、褥瘡に感染等があれば感染管理認定看護師が一緒に対応する。また、自宅への退院が困難な場合には、退院調整看護管理者が同時に調整に入るという具合である。

看護外来室での退院調整看護管理者の役割は、入院から3日以内の入院早期から退院困難な要因を有する者を病棟の看護師とともに抽出することである。退院困難な要因を解決し、適切な退院先に適切な時期に退院できるように、病棟看護師と共同して退院支援計画を作成するのである。この退院支援計画書を、病棟看護師が患者・家族に提供し、話し合いを行っている。介

護支援専門員、訪問看護ステーションが関わっている場合は、患者・家族の同意を得た上で、それらの事業所と連絡・連携をとり、スムーズな退院にむけて支援を行っている。在宅サービスが必要な場合は、提供する事業者と当院の関係者との、退院前カンファレンスの開催ができるよう、在宅医、当院医師を含めて調整している。これらの活動は、診療報酬の範囲内であるが、この流れが無理なく展開していくために、退院調整担当者会議を月に1回開催し、院内の退院調整の課題、問題の検討、退院調整に関する情報提供、研修などを実施している。また院外の在宅関係者との定期的なカンファレンスに参加し、在宅支援に関する情報を交換している。そして入院・外来の患者本人、家族に対して、在宅療養に必要なサービス等の紹介をしたりして、院外の事業者の連絡窓口となっている。またコンサルテーション活動を通し、各病棟、外来患者の問題点抽出と退院支援、退院調整への指導を実施している。

認定看護師は、退院調整看護管理者と共にお互いの専門的知識を発揮しつつ、生活の中で医療サービスの提供が継続できるように取り組んでいる。

この様に福井県済生会病院での認定看護師の活動は、看護外来室を基点として、また各部署において、外来での治療や術前の外来看護から術後に退院してからの在宅看護までにわたる(図6-3)。また、患者の外来受診日や来院できる日に、患者との面談を行うこともある。患者の外来受診日に合わせることで、外来の待ち時間を利用することもでき、主治医との連絡や連携もスムーズになる。

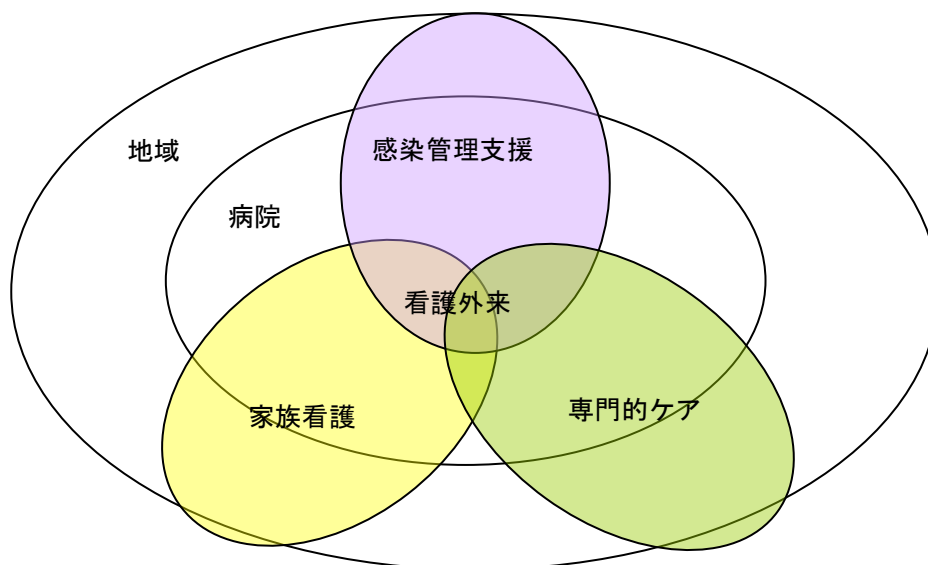


図 6-3 看護外来での活動概念図

#### 4.3 地域連携医療への活動とその成果

以上が院内での認定看護師の活動だが、もう1つの重要な活動として地域へ広げた活動がある。例えば2007年の医療法施行規則の改正によって、診療所にまで感染対策の推進が義務づけられたが、こうした状況の中、関連する医療圏での感染対策の推進者として、有床、無床診



療施設の感染に関する勉強会を実施し、認定看護師が講師を務めている。また、当院は地域連携病院であるため、病診連携施設からのコンサルテーションがあり、また、患者や家族、地域の人を対象にした健康教室での講義も担当している。

職員の研修会であるケア検討会や講演会は、事例検討からケアを検討するものであるが、自主的な参加として地域の医療機関に公開し今年で6年目になる。この研修会は、スキンケア検討会・褥瘡ケア検討会など各認定看護師が1～2カ月に1度のペースで行っており、毎回20～30人が参加し検討を行なっている。地域に公開して行う時には約100人の参加になることもある。また、教育ラダーでの勉強会も地域の医療機関の参加を受け入れている。そして、患者会の運営に協力し、患者に患者会の紹介を行ったり、患者会での勉強会や親睦会等の運営を行っている。

#### 4.3.1 地域での活動

平成22年10月には、連携医療機関での認定看護師が担当するストーマ外来を制度として開設した。福井県嶺北地区は12名の皮膚・排泄ケア認定看護師が活動しており、それぞれの病院でストーマ患者へのサービス提供が行われていたが、嶺南地区には、認定看護師がおらず、地元でのストーマケアが十分に受けられないといった患者からの不安の声があった。その声に応えるかたちで、嶺南地区の連携医療機関内でストーマ外来を開設したのである。このストーマ外来には、毎月1回から必要に応じて訪院している。患者やその家族、医院の医師や看護師の同席のもとで、処置ケアや装具の扱い方を説明しながらケアを行っている。患者やその家族は、今後も医院で同じケアが受けられることで安心し、そしてその医院での医療従事者は、新しい情報で知識や技術を提供できることになる。

表 6-2 福井県済生会病院の派遣対応可能な認定看護師 11分野 20名

認定看護師分野	人数	認定看護師分野	人数
皮膚・排泄ケア	4	感染管理	1
緩和ケア	3	透析看護	1
がん化学療法看護	2	乳がん看護	1
がん性疼痛看護	2	脳卒中リハビリテーション看護	1
救急看護	2	重症集中	1
摂食・嚥下障害看護	2		

平成23年3月からは、希望する医療機関へ各種の認定看護師（表6-2）を派遣することにした。その目的は、地域医療の質を向上することであり、そして病院でも地域でも同一の看護ケアを継続することによって患者満足の上を目指すことであった。

地域の連携医である開業医は、認定看護師の派遣を依頼したいときは、専用の申込依頼書に

記載し地域医療連携室へ FAX で申込む。地域医療連携室では依頼された認定看護師と日程調整を行い、地域医療連携室から確認表が依頼元に FAX で返信する。また、依頼内容を資料 6-1 と資料 6-2 のように明確に示すことによって依頼元の意向に沿いやすくした。また、認定看護師の派遣依頼書は、認定看護師の分野別に 11 種類を作成した。

認定看護師派遣件数は、平成 23 年 4 月から平成 24 年 3 月の間で合計 40 件であった。その詳細は表 6-3 のとおりである。

表 6-3 認定看護師派遣状況（平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月）

認定看護師分野	件数
皮膚・排泄ケア	13
摂食・嚥下障害看護	10
感染管理	8
緩和ケア	4
がん性疼痛看護	1
救急看護	1
脳卒中リハビリテーション看護	1
透析看護	1
(栄養指導：栄養士)	1

#### 4.3.2 認定看護師派遣に関する活動の評価

平成 24 年度の依頼医療施設は表 6-4 のとおりである。さらに活動を広めるために、また認定看護師派遣の評価をアンケート調査で行った。地域連携医であり当院の認定看護師をこれまで派遣したことがある 30 医療機関を対象として郵送による記入式アンケートである。

表 6-4 依頼元 医療施設内訳（平成 24 年）

依頼元	件数
病院	11
クリニック	8
施設（老健・老人ホーム）	5

質問では、講義での研修と実践指導について、4 段階での評価とした。回収率は 100%であった。

研修内容については、「大変分かりやすい」が 65%、「分かりやすい」が 35%である。活用度は、「大変活用できる」が 63%、「活用できる」が 37%であった。研修時間は、「60 分の希望」が 56%であり、次いで「30 分」が 20%、「90 分」が 13%であった。参加者の職種は、看

看護職 33%、介護職 24%、検査部・栄養部・放射線部・薬剤部 15%、事務職 11%、医師 10%、リハビリ 4%、看護助手 3%であった。研修後の感想は、大変満足が 50%、満足が 50%であった。

実践指導については、「指導は大変分かりやすい」が 60%、「やや分かりやすい」が 40%であった。問題点の合致度は、「大変合致していた」が 70%、「やや合致していた」が 30%であった。活用度は、「大変活用できる」が 80%、「やや活用できる」が 10%、未回答 10%、「やや活用できない」が 0、「活用できない」が 0 であった。事前打ち合わせは、「大変必要」 40%、「やや必要」 40%、「やや不要・不要」 10%であった。参加者の職種は、看護職 45%、介護職 35%、技術職 20%であった。

患者の反応は、「大変満足」 30%、「満足」 40%、「未回答」 30%であった。スタッフの感想は、「大変満足」 70%、「満足」 30%であった。

自由記載欄には、多くの記載があったので紹介する。「必要な時に来院して頂き、指導していただけるのはとても有難い。」「クリニック勤務をしていると勉強会に参加する機会が少ないので、このような取り組みは大変有難い。」「自分たちに必要と思われる分野を選んで勉強できることが良かった。」「専門ナースの意見や最新の知識を知る機会となり大変良い。」「忙しい現場でどのようにしていけば良いのか相談や指導していただくと現場でも活用でき有難い。」「看取りを希望されるご家族も年数回あり、今後もまたお話を聞きたい。」「施設で生活されている方が、経口摂取できなくなるということは、介護する側には一番の問題で、私たちも事前に具体的に困っていることの相談ができた。」「当病院にとり大変有意義な研修となり、質向上につながり、しいては患者さんの苦痛を和らげる対応につながり感謝です。」等である。

摂食・嚥下障害看護認定看護師の依頼元の病院で、勉強会の後に医師から「このような勉強会を是非在宅の場でも行ってほしい。そうすれば、誤嚥性肺炎で入退院を繰り返す患者さんが少なくなるかもしれない。在宅へ長く安心していられる。」という発言があった。

#### 4.3.3 認定看護師の活動の評価

活動した認定看護師は、参加者の反応を身近に感じることができ、具体的な地域での現場の問題がわかることになる。このことは、現場の要望とアドバイス内容が合致することにつながり、お互いの満足度につながる。また、地域のケアの現状がわかることや、患者の退院後の状況がわかることは、病院での患者や家族指導の振り返りや見直しにもつながる。このことは、地域と連携をとりつつ、患者つまり地域の住人にとって疾患を持ちつつ生活することへの満足度に繋がる。同時に認定看護師のやりがいと満足感にもつながることになる。

平成 24 年 4 月からは、認定看護師派遣の業務拡大として、医療機関から在宅へと拡大した。つまり、在宅主治医の指示を受けて、訪問看護ステーション看護師と同行し、患者宅訪問を行っている。皮膚・排泄ケア認定看護師では、訪問看護ステーション看護師と患者の在宅に同行することにより、褥瘡部位や状態を確認後に処置を行い、現在の処置で問題ないのか判断する。訪問看護師は、現在の処置内容の確認ができ、いつ皮膚科受診をすれば良いのかの判断

ができることになる。

当院では、連携医の満足度の向上を図るために、毎年、連携医 420 病院を対象にアンケート調査を行っている。連携医満足度調査の 2010 年から 3 年間の結果を比較してみると、患者を紹介する際の選択理由に、「看護師・専門職のサービスが良い」と回答した割合が、平成 22 年 (2010)28.6%、平成 23 年 (2011) 28.1%、平成 24 年 (2012) 69.4%、であった。平成 24 年は、前年度と比較して 41.3%割合が大きくなっている。この結果は、認定看護師が地域との連携に積極的に取り組み、望まれる専門的な知識や技術を提供してきている成果と思われる。

#### 4.3.4 福井県済生会病院の全国評価

福井県済生会病院は、2012 年 11 月に日本経営品質賞の大規模部門を全国の病院で初めて受賞したが、評価された内容の中に、地域連携における役割の認識と地域において選ばれる病院づくりということがあった。

### 5. 経済的効果

#### 5.1 病院経営への影響と効果

福井県済生会病院は平成 16 年 (2004) に地域医療支援病院となった。地域医療支援病院の承認条件は、開設主体が原則として国、都道府県、市町村、特別医療法人、公的医療機関、医療法人等である病院であること、紹介患者中心の医療を提供していることである。地域への患者の紹介率が 80%を上回っているか、または、紹介率が 60%を超えかつ逆紹介率が 30%を超えるか、または、紹介率が 40%を超えかつ逆紹介率が 60%を超えることが必要とされる<sup>2)</sup>。

当院では、最後の基準である、紹介率が 40%を超え、かつ逆紹介率が 60%を超えることを目指した。福井県済生会病院の紹介・逆紹介患者数を図 6-4 に、紹介率や逆紹介率の推移を図 6-5 に示す。平成 16 年には基準を満たしていなかったことがわかる (資料 6-3)。

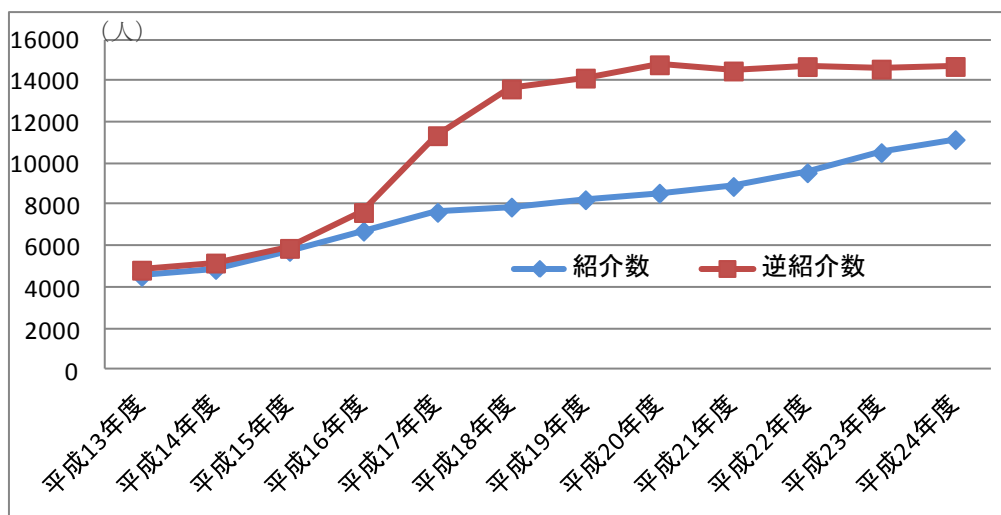


図 6-4 福井県済生会病院の紹介・逆紹介の患者数推移

地域医療支援病院として承認された後2年間で基準が達成されない場合は承認の取り消しとなる。合理的な努力を行ったものと都道府県医療審議会が認めた場合には、1年に限り延長が認められるが、承認後3年を経過しても達成されない時には承認の取り消しが決定されることになる。

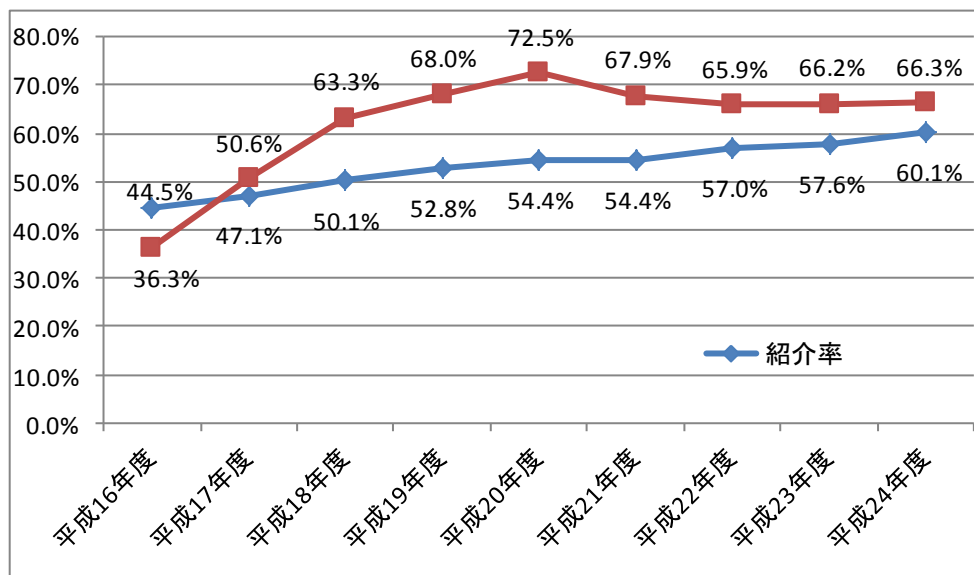


図 6-5 福井県済生会病院の紹介・逆紹介率推移

平成18年度には基準を達成したが、紹介率・逆紹介率はその後も伸びた。平成22年度から紹介率が上昇している(表6-5)が、その一つの要因として認定看護師の活動が考えられる。

表 6-5 平成22年度から24年度の紹介患者数・逆紹介患者数と率

	総患者数	初診者数	紹介数	逆紹介数	紹介率 (40%↑)	逆紹介率 (60↑)
平成22年度(4-3月)	315,766	25,461	10,407	14,721	56.95%	65.90%
平成23年度(4-3月)	314,361	24,846	10,526	14,572	57.63%	66.24%
平成24年度(4-3月)	324,170	24,805	11,108	14,605	60.1%	66.3%

地域医療支援病院の認定を維持するための条件は、承認基準を維持することである。承認基準を欠くまたは違反した場合は、地域医療支援病院は取り消しとなる。このような条件をクリアして地域医療支援病院になることによる診療報酬への影響額は、当院では月におよそ8,000,000円の増収である。

## 5.2 認定看護師派遣の費用対効果

看護外来や地域医療連携で活動している認定看護師 11 名の給料支払いは、年間平均で 1 名あたり 4,889,808 円である。そして 1 年間の福利厚生費は 397,952 円であり、法定福利費は 570,924 円である。この合計は 968,876 円となり、1 名の年間総支払金額は、5,858,684 円である。

平成 24 年度の当院での 1 年間の所定内勤務日数は、242 日であり、1 年間の所定内労働時間は 1,936 時間である。1 時間労働の時間給は、5,858,684 円÷1,936 時間で約 3,026 円となる。

認定看護師になるための病院からの支援は、11 名の平均で 1 名あたりでは、入学金 50,000 円、授業料 650,000 円、実習費 100,000 円、交通費 120,000 円の合計 920,000 円であった。また 11 名の平均で 1 名あたりの基本給は、265,080 円であり、在学中の 6 カ月では、1,590,480 円の支給となる。したがって、1 名あたり病院からの認定看護師になるための支援金額の合計は、2,510,480 円である。

地域の医療施設からの依頼により 30 分単位での活動を行っているが、依頼施設は多くは市内であることから施設への往復時間を約 30 分と考え、職場を約 60 分不在にすることになると時間給にして、約 3,026 円である。年間 40 件の派遣に要した費用は 12 万円程度とみなされる。

地域派遣の person 費に比べて認定看護師資格取得支援の費用がはるかに大きい、11 名で 2,800 万円程度である。それが地域医療支援病院の指定を維持することに貢献しているとすればそれによる経営上の利益は、費用を上回る可能性が高いと言える。

## 6. おわりに

認定看護師の活動は、医師の業務を支援し患者の満足度に貢献することになる。また医師の外来での直接的な支援はクラークであるが、認定看護師の活動は、患者に直接的であり医師には間接的な支援活動である。彼女たちの知識や技術は、患者や家族だけでなく、スタッフを支援し、医者を助けるものである。したがって、所属する部署以外の部署でも必要とされている。さらに院内にとどまらず地域まで活動を展開していることは、専門職としてのやりがいと患者の安心感につながる。

患者が医療を受けながら生活していくことを支える看護職は、患者の状態や状況を他の医療従事者の誰よりもよく把握している。各分野の専門的な知識や技術を持つ看護師がお互い連携し合いながら活動することで、患者が望む医療を日常の暮らしの中で継続して提供していくことに繋がる。つまり、地域での医療従事者が院内と共通の知識や技術を提供していくことが、地域との連携の充実にもつながる。その結果として連携施設からの患者の紹介が増加し、満足度が向上していくことの一因になっていると理解できる。

病院と地域施設との連携は、多くの病院で地域連携室が担当しているが、これは事務的な対応である。事務的な対応も必要であるが、さらに患者に求められているのが医療やケアの連携である。この連携において病院と地域施設との対応に差がないことが重要である。その対応をしていくのが認定看護師である。

地域完結型医療の提供に参加することで、活動は、院内に留まらず地域へと展開している。退院支援看護師と共に早期に退院支援を行い、入院日数の短縮と患者満足度に貢献することになっている。結果として地域から当院への紹介の患者の増員に繋がった一因とも考える。

高度・専門分化する医療に伴い、臨床では質の高い医療と看護ケアが求められている一方、規模が大きな施設になるほど組織は機能的に細分化され、組織全体としての統一性を欠く傾向にある。これに対して看護外来室は、集約的な活動を行うことで効果的な成果を生み出している。

診療科や所属部署の垣根を超えて、多分野の認定看護師が連携しながら活動している。このような活動は、看護師にとって特に新人看護師にとってキャリアモデルとなり、専門職としての将来への自己実現への目標ともなっている。そして専門職にとって専門性が発揮できることが、その職場への定着にも繋がる。

研修のために6カ月間、場合によれば家庭をはなれ修学することになる。これは看護師本人にとって大きな負担である。また経営資源を使うことになり、狭い意味での経営にとっても負担である。しかし、地域医療への貢献に大きな役割を果たす。認定看護師を育成することは、長期間で見れば無駄な投資ではない。

2025年問題の対応の一つとして国の方針としては、在宅医療が進められているが、在宅と病院をつなぐ地域医療連携のキーパーソンは認定看護師になると考えられる。地域内（医療機関・介護施設・訪問看護ステーション等就業先を問わず）での合同勉強会、ITの活用によるよりはやく確実な情報共有、地域連携・医療福祉連携による重症化予防、急性期医療での、在宅療養を視野に入れてのケア提供、看護外来による再入院予防のための療養指導がこれからますます求められるが、その中の中核を担うであろう。

#### 【注】

1) 仲田 (2011)は、30年近い入院歴をもつ1人の患者の退院支援に、精神科認定看護師が退院調整看護師としての役割を果たした事例を報告し、支援が長期にわたるがゆえに認定看護師の役割が必要になることを示した。高田 (2010)は、総合病院の地域連携室における精神科認定看護師(退院調整領域)としての自身の経験を報告し、認定看護師の役割を明確化しようとした。井村 (2010)は、緩和ケア専門医と1~2名の緩和ケア認定看護師が1つの在宅支援診療所の多職種カンファレンスに参加し、往診に同行する活動を地域医療者からの評価とともに報告した。米倉 (2006)は、精神科リハビリテーション認定看護師実習期間に受け持った症例から、退院を拒否する患者の気持ちを整理して、退院に向けさせるために看護師として必要な支援と役割を考慮し報告している。多田・太田・佐藤(2006.08)は、山形市村山地区の訪問看護ステーションに従事する看護師へのアンケート調査結果から、地域の皮膚・排泄ケア認定看護師が果たすべき役割を考察している。

これらの論文は、退院支援や退院調整、地域連携における認定看護師の役割に関するものだが、自身の経験や1事例の報告か、あるいは、まだ実績の無い段階での課題の提示を行っているのみで、認定看護師が地域医療と連携を密に行い、活動を実際に院外で取り組んでいる報告は見当たらない。

2) さらに地域医療支援病院としての条件があり、まず救急医療を提供する能力を有することがある。これは24時間の救急医療を提供する体制があり、重症救急患者の為のベッドなどが確保されている必要がある。原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有することである。医療機器を利用して、紹介患者の検査のみでも受診できる等、共同利用のための体制が整備されていること。また地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること。そして地域医療連携カンファレンスを開催していることである。さらに医療法に規定する施設を有し、構造や設備が要件に適合することである。当院では、ICU、検査室、病理解剖室、研究室、講義室、図書室、救急用又は患者輸送用自動車等がこれに当たる。また医薬品情報管理室（当院では薬剤部）や、諸記録の管理や保存をし、閲覧できること（当院では診療情報管理室、地域医療連携室など）。地域医療支援病院が設置すべき委員会を設置すること（当院では地域連携運営委員会）。病院内に患者からの相談に適切に応じる体制を確保すること（当院ではよろず相談）。在宅医療に関する支援を実施すること（当院ではよろず相談）。病院内に専用の室、担当者を設け、これらの業務が総合的に行われ、地域の他の診療所等との連携が円滑に行われる体制が確保されていること（当院では地域医療連携室）である。



**地域連携・認定看護師派遣依頼書  
(摂食・嚥下障害看護)**

貴病医院名 \_\_\_\_\_

依頼内容		時間
<b>勉強会</b>	1. 摂食・嚥下のメカニズム <span style="float: right;"><u>※必須</u></span>	30分
	2. 摂食・嚥下障害の原因	30分
	3. 摂食・嚥下訓練技術論	
	・ 口腔ケアの方法	30分
	・ 間接訓練(食べ物を使わない訓練)	30分
	・ 直接訓練(食べ物を使った訓練)	30分
	4. 嚥下食について (嚥下に適した食べ物、とろみのつけ方)	30分
	5. 摂食・嚥下障害の評価方法	30分
	6. 摂食・嚥下障害病態各論	
	・ 脳血管障害による摂食・嚥下障害	30分
・ 高次脳機能障害と摂食・嚥下障害	30分	
・ 神経・筋疾患による摂食・嚥下障害	30分	
・ 口腔咽頭がん術後の嚥下障害	30分	
・ 高齢者の摂食・嚥下障害	30分	
・ 小児の摂食・嚥下障害	30分	
7. リスク管理		
・ リスク管理の基礎	30分	
・ 栄養アセスメントと栄養管理	30分	
・ 呼吸アセスメントと呼吸管理	30分	
・ 気管切開の管理	30分	
8. 摂食・嚥下リハビリテーションチームにおける役割	30分	
9. 摂食・嚥下リハビリテーションの地域連携	30分	
10. その他 ( )		
<b>事例検討会</b>	どのような事例が簡単にご記入下さい	

現在困っていること ※研修内容に盛り込む

**確認事項(勉強会に必要な情報) ※○または記載をお願いします**

1. 医療機関概要 ( 一般 ・ 療養型 ・ 回復期リハ ・ その他 )
2. 受診可能な診療科( )
3. 病床数 (                      床 )
4. デイサービス・ショートステイを有しているか ( 有 ・ 無 )
5. 入院・通院中の患者状況 ※高齢者が多い・認知症が多い・寝たきりが多い・多く占める疾患等  
( )
6. 参加者職種・人数 ( 看護職 ・ 介護士 ・ リハビリ ・ ヘルパー ・ ケアマネ 等 \_\_\_\_\_ 名 )
7. プロジェクター・パソコン使用 ( 可 ・ 不可 )

**地域連携・認定看護師派遣依頼書**  
 ( 皮膚・排泄ケア )

貴病医院名 \_\_\_\_\_

依頼内容		時間
<b>ストーマ</b> ・ 消化器 ・ 泌尿器 (どちらかに○)	1. ストーマの基本 ストーマ、排泄物等の特徴 基本的なスキンケア	30分
	2. ストーマ装具について 装具やアクセサリの特徴 基本的な装具交換方法	30分
	3. ストーマの合併症 晩期合併症と対処法	30分
	4. その他( )	
<b>褥瘡</b>	1. 褥瘡の基本 褥瘡の定義、発生機序 解剖生理を踏まえた褥瘡の分類、褥瘡の治癒過程	30分
	2. 褥瘡の予防 体圧分散寝具、ポジショニング、栄養、スキンケア	30分
	3. 創傷被覆材、軟膏 使用方法・注意点	30分
	4. その他( )	
<b>創傷</b>	1. PEGの管理	30分
	2. フットケア	30分
	3. 高齢者のスキンケア	30分
	4. 外傷、擦過傷のスキンケア	30分
	5. その他( )	
<b>失禁</b>	1. 失禁管理 排泄のメカニズム コンチネンス体操	30分
	2. 失禁に伴うスキントラブル おむつ着用時のスキンケア	30分
	3. その他( )	
<b>事例検討</b>	どのような事例が簡単にご記入下さい	

**確認事項(勉強会に必要な情報) ※○または記載をお願いします**

- 医療機関概要 ( 一般 ・ 療養型 ・ 回復期リハ ・ その他 )
- 受診可能な診療科( )
- 病床数 ( 床 )
- デイサービス・ショートステイを有しているか ( 有 ・ 無 )
- 入院・通院中の患者状況 ※高齢者が多い・認知症が多い・寝たきりが多い・多く占める疾患等 ( )
- 参加者職種・人数 ( 看護職 ・ 介護士 ・ リハビリ ・ ヘルパー ・ ケアマネ 等 \_\_\_\_\_名 )
- プロジェクター・パソコンの使用 ( 可 ・ 不可 )

褥瘡 ⇒ 使用しているマット、軟膏、創傷被覆材等 ( )

入院中に使用しているリスクアセスメント票の種類 : できれば事前にFAXで送って下さい

ストーマ⇒ 現在ストーマの患者さんはいますか? ( )

資料 6-3 (2013.12 現在での基準)

	総患者数	初診数 (B)	紹介数 (A)	逆紹介数 (E)	紹介率	逆紹介率	休日・夜間に受診した救急患者数 (C)	休日・夜間に緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数 (D)	緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数 (E)
平成 22 年度 (4-3 月)	315,766	25,461	10,407	14,721	56.95%	65.9%	4,317	1,194	2,315
平成 23 年度 (4-3 月)	314,361	24,846	10,526	14,572	57.63%	66.24%	3,966	1,089	2,153
平成 24 年度 (4-3 月)	324,170	24,805	11,108	14,605	60.1%	66.3%	3,765	1,080	2,169

当院の地域医療支援病院基準 紹介率 40%以上 逆紹介率 60%以上

$$\text{紹介率} = \frac{\text{(A)文書による紹介患者数} + \text{(E)緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数}}{\text{(B)初診患者数} - \text{(C)休日・夜間に受診した救急患者数} - \text{(D)休日・夜間に緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{(F)文書により逆紹介した患者数(診療情報提供料算定数) + 地域連携診療計画管理料を算定する患者数}}{\text{(B)初診患者数} - \text{(C)休日・夜間に受診した救急患者数} - \text{(D)休日・夜間に緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数}}$$

$$\text{退院逆紹介率} = \frac{\text{退院時診療情報添付加算を算定する退院患者数} + \text{地域連携診療計画管理料を算定する退院患者数} + \text{がん治療連携計画策定料を算定する退院患者数} + \text{肝炎インターフェロン治療計画料を算定する患者数} + \text{治癒数}}{\text{総退院患者数} - (\text{死亡数} + \text{外来化学療法数} + \text{外来放射線療法数})}$$

## 終章

これからの高齢化時代の医療需要に応じるための量的確保と質的变化とが必要だということから出発して、看護職のワーク・ライフ・バランスをいかに実現するかという課題に答えるための改革について、福井県済生会病院の実践を例にしながら述べてきた。

第4章では、ワーク・ライフ・バランスを実現する上で中心となる短時間勤務制度導入の実践例を取り上げた。看護職の勤務の多くが交代制勤務であったことから引き継ぎ時間が発生すること、短時間勤務制度を活用すると次の勤務者に引き継ぐ前に帰宅することになること、この間の業務が誰かに発生することになり業務を倍行うことになること、看護職の人数に基準配置数がありそれによる診療報酬の縛りでの人数の確保と配置が必要であるといった導入への障害を除くために、4時間を単位とした勤務体制、夜勤免除制度も同時に導入することによる一人一人の生活に合わせた勤務時間設計、看護秘書室の充実と看護事務局という独立した部署の新設による支援体制の充実、師長が育児休業後の勤務に関する希望調査を行うなどの育児休業後の職場復帰を想定しての個人対応、スタッフの声をくみ上げながらの業務調整、待遇面での不公平感除去のための配慮といった制度導入上の工夫を行ったが、それがこの制度の利用の増加と定着につながったことが示された。これらのことは管理職マネジメントの重要性を浮かび上がらせた。離職率が顕著に下がったことは、この制度の重要な成果の1つであった。また、この制度による看護職の定着が、病院経営にもプラスの貢献をすることを示した。まず短期的に見ても、所定外勤務の減少が労働費用の節約につながった。さらに長期に見れば、子育てや介護をしながら仕事を継続しやすくなり、長期にわたって時間とコストをかけてきた職員教育が活きるだけでなく、優秀な人材と技術の流出を防ぐことができるという意味でも経営にも貢献していると言えた。

第5章では夜勤・交代制の改革を取り上げた。16時間の変則2交代を12時間夜勤に変えていった福井県済生会病院での取り組みを紹介した。この改革のためにまず必要だったことは、スタッフが12時間夜勤の必要性を理解し、納得することであった。そのために管理者が説明できなければならなかった。そして、この改革に非常に役立ったのが、4時間を1単位とした勤務表であった。これは元々、短時間勤務制度などの多様な雇用形態に対応するために導入したものである。また、業務量が多い時間帯に人員配置を厚くしたり、長日勤と遅勤との業務役割を変えたりといった工夫が、制度の円滑な導入に役立ったということが示された。

第6章では、福井県済生会病院での認定看護師の育成と活用の実践を基に、認定看護師が院内の看護ケアの質の向上と地域連携医療の定着と発展にいかに関与するかについて、また、長い目で見た病院経営にどのような影響を与えるかについて分析した。院内では看護外来という場で、入院から在宅療養への連携を円滑にし、在宅での生活の質の向上に貢献する。加えて、地域の医療機関に派遣されて、地域連携医療に貢献するという活用のあり方を示した。そうした活動が、専門職としてのやりがいと患者の安心感につながり、結果として地域から当院への紹介の患者の増加に繋がったと推定された。診療科や所属部署の垣根を超えて、多分野の認定

看護師が連携しながら活動することは、看護師にとって、特に新人看護師にとってキャリアモデルとなり、専門職としての将来への自己実現への目標ともなっている。そして専門職にとって専門性が発揮できることが、その職場への定着にも繋がる。認定看護師の育成は、狭い意味では経営にとって負担であったが、地域医療への貢献に大きな役割を果たし、長期間で見れば無駄な投資ではない。2025年問題の対応の一つとして国の方針としては、在宅医療が進められているが、在宅と病院をつなぐ地域医療連携のキーパーソンは認定看護師になると論証した。

以上のように、短時間勤務、夜勤・交代制の改革、認定看護師の活用という、ワーク・ライフ・バランスを実現し、高齢化時代の医療需要に応える看護職の働き方を追求する上で中心となりうる3つの取り組みの、課題・実際・成果を分析した。この研究が、病院完結型から地域完結型へという社会的な要請に応える医療変革に貢献することになれば幸いである。

## 謝 辞

本論文を作成するにあたり、岡敏弘教授から丁寧かつ熱心なご指導を賜りました。また、様々なご指導を頂きました服部茂幸教授に深謝いたします。そして多くのご指摘を下さいましたゼミの山本潤氏や皆様に感謝いたします。

## 【文献リスト】

[日本語文献]

伊東光晴 (2007)、『日本経済を問う』岩波書店 p 177-180

井部俊子 (2013)、「我が国の病院に勤務する看護師の交代制勤務の在り方に関する研究」

井村 千鶴 (2010)、「緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性」『癌と化学療法』  
(0385-0684)37 巻 5 号 p 863-8708)

漆博雄 (2004)、『医療経済学』東京大学出版会

大久保清子 (2008)、「スタッフ同士の密なコミュニケーションが、多様な勤務形態促進の鍵」『看護白書』日本看護協会出版会 p203-p213

緒方敏子・永池京子 (2012)、「短時間正社員制度導入の評価」『愛仁会医学研究誌』43 巻 p 157-159

行政通達 (2009)、「平成 21. 12. 28 職発 1228 第 4 号等」

公益社団法人日本看護協会 (2006)、「潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査報告書」  
[https://www.nurse-center.net/html/sm01/SM010801\\_S1801.html](https://www.nurse-center.net/html/sm01/SM010801_S1801.html) (2013. 12. 15 確認)

公益社団法人日本看護協会 (2007a)、「平成 19 年潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査報告書」  
[https://www.nurse-center.net/NCCS/html/pdf/h18/S1801\\_7.pdf](https://www.nurse-center.net/NCCS/html/pdf/h18/S1801_7.pdf) (2013. 12. 18 確認)

公益社団法人日本看護協会 (2007b)、『平成 19 年度看護職の多様な勤務形態による就業促進事業報告書』  
日本看護協会出版会

公益社団法人日本看護協会 (2008a)、「潜在看護職員の就業に関する報告書」  
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/jikan/pdf/sukue> (2013. 12. 18 確認)

公益社団法人日本看護協会 (2008b)、「看護職の労働時間管理に関する緊急調査」  
[http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/jikan/pdf/02\\_05\\_09.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/jikan/pdf/02_05_09.pdf) (2013. 12. 18 確認)

公益社団法人日本看護協会 (2009a)、「看護職員実態調査」  
[http://www.nurse.or.jp/up\\_pdf/20120704124444\\_f.pdf](http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20120704124444_f.pdf) (2013. 12. 18 確認)

公益社団法人日本看護協会 (2009b)、「2008 年 時間外勤務、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」  
[http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/jikan/pdf/02\\_05\\_09.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/jikan/pdf/02_05_09.pdf) (2013. 12. 18 確認)

公益社団法人日本看護協会 (2010a)、「病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査」  
[http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/jikan/pdf/02\\_05\\_09.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/jikan/pdf/02_05_09.pdf) (2013. 12. 18 確認)

公益社団法人日本看護協会 (2010b)、「外来における看護の専門性の発揮に向けた課題」  
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/gairaikango.pdf> (2013. 12. 18 確認)

公益社団法人日本看護協会 (2011)、「2010 年 病院における看護職員需給状況調査」  
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2011pdf/20110420.pdf> (2013. 12. 15 確認)

公益社団法人日本看護協会 (2012a)、「2012 年病院における看護職員需給状況調査」  
[http://www.nurse.or.jp/up\\_pdf/20130307163239\\_f.pdf](http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20130307163239_f.pdf) (2013. 12. 18 確認)

公益社団法人日本看護協会 (2012b)、「認定看護師規程」  
[http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/11/cn\\_saisoku20121112.pdf](http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/11/cn_saisoku20121112.pdf) (201

3. 12. 18 確認)

公益社団法人日本看護協会 (2012c)、「認定看護師細則」

[http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/11/cn\\_saisoku20121112.pdf](http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/11/cn_saisoku20121112.pdf) (201

3. 12. 18 確認)

公益社団法人日本看護協会 (2013)、「2012 年病院における看護職員需給状況調査」2011 年度常勤看護職

員離職率 [http://www.nurse.or.jp/up\\_pdf/20130307163239\\_f.pdf](http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20130307163239_f.pdf) (2013. 12. 18 確認)

厚生労働省 (2005)、「第六次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1226-5.html> (2013. 12. 18 確認)

厚生労働省 (2006a)、「第 1 回介護施設等の在り方 委員会資料 4」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/s0927-8.html> (2013. 12. 18 確認)

厚生労働省 (2006b)、「人口動態統計」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei06/index.html> (2013. 12. 18 確認)

厚生労働省 (2006c)、「保健・衛生行政業務」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/06/kekka1.html> (2013. 12. 18 確認)

厚生労働省 (2007a)、『国民生活白書 2007 年版』時事画報社 p50. 188

厚生労働省 (2007b)、『国民生活白書 2007 年版』時事画報社 p201-204

厚生労働省 (2007c)、「人口動態統計 (確定数)」 「第 4 表 母親の年齢出生順位別にみた出生数」

<http://www.souya.pref.hokkaido.lg.jp/hk/hfc/nenpou20/n20h06.pdf> (2013. 12. 15 確認)

厚生労働省 (2008a)、「保健・衛生行政業務報告」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/08/> (2013. 12. 15 確認)

厚生労働省 (2008b)、「医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/04.pdf> (2013. 12. 18 確認)

厚生労働省 (2008c)、「医療施設静態調」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/> (2013. 12. 18 確認)

厚生労働省 (2009a)、「第六次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1226-5.html> (2013. 12. 18 確認)

厚生労働省 (2009b)、「第七次看護職員需給見通しに関する検討会第 1 回報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0522-6.html> (2013. 12. 18 確認)

厚生労働省 (2009c)、「第七次看護職員需給見通しに関する検討会第 5 回報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/txt/s1214-18.txt> (2013. 12. 18 確認)

厚生労働省 (2009d)、「平成 20 年度雇用均等基本調査」 p 80-85

厚生労働省 (2009e)、「医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/> (2013. 12. 18 確認)

厚生労働省 (2010a)、「第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000x0r6.html> (2013. 12. 18 確認)

厚生労働省(2010b)、「平成22年 衛生行政報告」  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei\\_houkoku/10/](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/10/) (2013.12.18 確認)

厚生労働省(2010c)、「就労条件総合調査」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/jikan/syurou/10/> (2013.12.18 確認)

厚生労働省(2011a)、「看護職員就業状況等実態調査結果」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh-att/2r98520000017cnt.pdf> (2013.12.15 確認)

厚生労働省(2011b)、「他国推計値」 <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> (2013.12.15 確認)

厚生労働省(2011c)、「看護職員就業状況等実態調査」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh.html> (2013.12.18 確認)

厚生労働省(2012a)、「病院勤務医の負担軽減の状況調査報」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002djkw-att/2r9852000002djt0.pdf> (2013.12.18 確認)

厚生労働省 (2012b)、「国立社会保障・人口問題研究所年報」  
<http://www.ipss.go.jp/pr-ad/j/nenpo/ipss12.pdf> (2013.12.18 確認)

厚生労働省(2013a)、「医療分野の「雇用の質」向上プロジェクトチーム報告」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002uzu7-att/2r9852000002v08a.pdf> (2013.12.18 確認)

厚生労働省(2013b)、「地方公務員の育児休業等に関する法律」  
<http://law.e-gov.go.jp/html/H03/H03H0110.html> (2013.12.15 確認)

厚生労働省医政局 (1992)、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」(平成4年法律第86号)  
<http://www.houko.com/00/01/H04/086.HTM> (2013.12.15 確認)

厚生労働省医政局看護課(2011)、「看護職員就業状況等実態調査」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh.html> (2013.12.18 確認)

厚生労働省医政局看護課(2010)、「第七次看護職員需給見通し策定のための実態調査」(都道府県調査)

厚生労働省労働基準局(2009)、「脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況について」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000006kgm.html> (2013.12.18 確認)

厚生労働省労働基準局(2011)、「脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況について」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002coxc.html> (2013.12.18 確認)

国立社会保障 (2006)、『人口統計資料集』人口問題研究所(2013.12.18 確認)  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2006> (2013.12.18 確認)

国立社会保障 (2012)、「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計」人口問題研究所 <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.asp> (2013.12.18 確認)

小林美亜(2010)、『日本における潜在看護職員数の推計』

財団法人21世紀職業財団(2009)、「両立支援のための柔軟な働き方研究会報」  
<http://www.jiwe.or.jp/LinkClick.aspx?fileticket=vUu2ZAPE3Hg%3d&tabid=121> (2013.12.18 確認)

社会保険研究所(2010)、『医科点数表の解釈』 p 87-88

佐々木 司 (2011)、『ルールがわかれば変わる看護師の交代制勤務』看護の科学社 p27-30p50-65

総務省(2009)、「労働力調査」<http://www.stat.go.jp/data/roudou/report/2009/> (2013.12.18 確認)



総務省統計局(2013)、「平成25年国勢調査による基準人口」

<http://www.stat.go.jp/info/today/>(2013.12.18 確認)

高田 久美(2010)、「退院調整を担う地域連携室における看護師の役割」『日本精神科看護学会誌』(0917-4087)53巻3号 Page253-257

多田 千和子・太田恵子・佐藤敦子(2006)、「村山地区訪問看護師のストーマケアの実態調査 地域連携における WOC 看護認定看護師の果たす役割を考える」『山形市立病院済生館医学雑誌』(0385-1184)31巻1号 p 88-92

内閣府(2007)、「仕事と生活の調和ワーク・ライフ・バランス憲章」

<http://www.cao.go.jp/wlb/government/pdf/charter.pdf>(2013.12.18 確認)

内閣府(2011)、「医療・介護サービスの提供体制の改革」社会保障改革に関する集中検討会議

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ets7-att/2r9852000001f34t.pdf>(2013.12.18 確認)

内閣府(2012)、「仕事と生活の調和の実現にむけて」

<http://www.cao.go.jp/wlb/overseas/index.html>(2013.12.18 確認)

内閣府(2013a)、「第20回社会保障制度改革国民会議報告」社会保障制度改革国民会議

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai20/siryou1.pdf>(2013.12.18 確認)

内閣府(2013b)、「第29回社会保障審議会医療部会」

[http://nk.jiho.jp/servlet/nk/release/pdf/1226617030050\\_f](http://nk.jiho.jp/servlet/nk/release/pdf/1226617030050_f)(2013.12.18 確認)

仲田 弘子(2011)、「長期入院患者の退院に向けた支援退院調整領域の精神科認定看護師の役割を考える」『日本精神科看護学会誌』(0917-4087)54巻3号 p 46-50

日本医療労働組合連合会(2010)、「看護職員の労働実態調査報告」

<http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/201007iryouroudou.pdf>(2013.12.15 確認)

日本看護協会出版会(2012)、「3月卒業・病院に就業した保健師・助産師・看護師・准看護師数」『平成19～24年版看護関係統計資料集』日本看護協会出版会

日本産業衛生学会(1979)、「交代勤務委員会意見書」

[http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/jikan/pdf/02\\_03\\_04](http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/jikan/pdf/02_03_04)(2013.12.18 確認)

日本医療労働組合連合会(2010)、『看護職員の労働実態調査』

[http://irouren.or.jp/test\\_html/research/docpdf/201007iryouroudou.pdf](http://irouren.or.jp/test_html/research/docpdf/201007iryouroudou.pdf)(2013.12.18 確認)

福井県(2008)、「第七次看護職員給見通しに関する検討会報告書」

宮崎悟 中田喜文(2008)、『看護職員の潜在化と労働条件』「看護職員の潜在化傾向とその要因」ITEC Working paper Series 08-08 September 2008

米倉 一磨(2006.12)、『日本精神科看護学会誌』(0917-4087)49巻2号 p 299-303

[英語文献]

k nauth P ,Rutenfranz J.Development of criteria for the design of shiftwork systems.J

Hum Ergol. (1982) 11 Suppl:337-67.

Poissonnet CM.Veron M.Health effects of work schedules in healthcare professions.J Clin Nurs.

(2000) 9(1):13-23

Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*. (1997) 388

The Ratio Solution: CAN/NNOCs RN-to-Patient Ratios Work—Better Care, More Nurses

<http://www.nationalnursesunited.org/issues/entry/ratios>.

Aiken LH, Sloane DH, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, Spetz J, Smith HL: Implications of the California nurse staffing mandate of other states. *Health Serv Res*. (2010) 45(4):904-21

[初出一覧]

「看護職におけるワーク・ライフ・バランスの現実」『地域公共政策研究』第17号 (2009.12) p67～80

「福井県における第七次看護職員需給見通し」『地域公共政策研究』第20号 (2012.6) p57～74

「看護職のワーク・ライフ・マネジメント ―夜勤・交代制勤務について―」『地域公共政策研究』

第21号 (2012.12) p36～50

「認定看護師の育成と活用のマネジメントと経営」第22号 (2013) 掲載予定