
ガイドラインは、 現場にどう受け止められ、 どう生かされているか、 現状と課題

公益社団法人日本看護協会 労働政策部
看護労働・確保対策担当専門職

奥村 元子



全大教第26回医科系大学教職員懇談会（医大懇）講演より（2015年11月21日）

はじめに

皆さん、こんにちは。ご紹介いただきました日本看護協会の奥村でございます。皆様方には、協会の事業につきまして、いつもご理解とご協力をいただいておりますことに、あらためてこの場を借りてお礼を申し上げます。いつも本当にありがとうございます。今日このように時間をいただきましたので、この間の私どものガイドラインのお話をメインに、その他さまざまな動きがあることも含めてお話をさせていただきます。後ほど、ご意見、ご質問を頂戴したいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。資料を大量に持ってきましたので、足早の説明になることをご容赦いただきたいと思います。

1. 看護職員の就業状況と勤務体制の推移

就業状況からお話させていただきたいと思います。図1の看護職員就業者数の推移をご覧ください。基調講演にもありましたが、1960年から2013年、直近厚労省が発表している集計までの54年分のデータです。1960年に保健師、助産師、看護師、准看護師、4職種全部合わせた就業者が24万4,097人ということで、わずか25万人弱でしたが、これが2013年の時点では157万1,000人となりまして、実数で6.4倍になっております。この間の人口あたりの就業者も、10万人あたり261人から10万人あたり1,235人となりまして、4.7倍になっています。

1960年の前後というのは、国民皆保険制度がスタートしたあたりで、これ以降、医療提供がどんどん拡大していくわけです。医療施設の数が増えていくし、病床数が増えていくという時代を経ていきます。この時期は養成数も少ないということもあり、勤務環境も非常に厳しく、労働条件が厳しい中で、

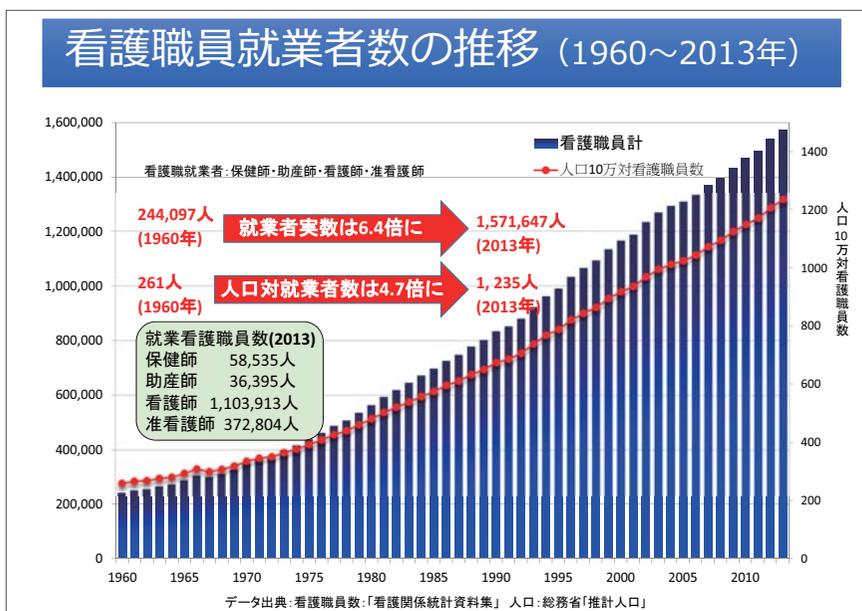


図1 「看護職員就業者数の推移 (1960～2013年)」

先輩方が大変なご苦労された時代です。その後、何回か日本は深刻な看護師不足に見舞われるわけですが、それを乗り切ってきたということになります。関係者のご努力、何もよりも実際に働いていらっしゃるナースの皆さんのご努力があったのだと思います。グラフを見ていただきますと、若干デコボコして見えるところがありますが、統計の取り方が変わっただけで、一貫して右肩上がりです。つまり、これだけ人の確保が難しい、ナースがいなかったと言われた時期であっても、1年たりといえども実数が減ったことはありません。ただ、伸びに関しては、やや元気がいいときと元気がなくなるときがありまして、元気がなくなるときというのは、おそらく危機的な状況が深刻であったときだと思われます。

先ほど、看護師と人材確保法並びにその指針の成立の話がありましたが、1990年が前回の確保難、看護師不足のピークです。暮れになると毎年新語・流行語大賞がありますが、92年に新語・流行語大賞のある部門でナースの「9K」が銀賞をとりました。3Kは製造業の零細企業の労働条件の厳しい部分で、「きつい・汚い・危険」ということでしたが、それにさらに6つのKを付けたわけです。これは春の労組のキャンペーンでつくられた言葉ですが、「きつい」「汚い」「危険」「婚期が遅い」「給料が安い」「休暇がとれない」「規則が厳しい」「薬に頼る」「化粧がのらない」の9Kです。あのときの「不足」の引き金になったのは、医療法改正に伴う駆込み増床で一気に病床が増え、需給のバランスが大きく崩れたことです。今と比べてもある意味労働環境が非常に悪かったのです。

直近の看護師不足・確保難は、入院基本料に7対1の新しい配置基準ができたことが1つの原因です。これに関してはいろいろな見方がありますが、特に新人の看護職員の採用をする力が強いところ、採用力のある大規模病院、もっと言えば国立大学系の大規模病院が一気に採用を増やしたことが、全国的な需給バランスが崩れることへの引き金を引いたと言われていまして、これはある意味真実だろうと思います。とはいえ、その背景にはいろいろな事情があって、当時、国立の大学病院というのは、特定機能病院でありながら、看護職員人員配置が不自由な状態に据え置かれていて、低めの状態にあって、

余裕を持った配置ができていなかったのです。

7対1がつくられた当時の中医協の資料を見ると、当時、10対1の算定をしていた病院の中で、かなりの割合の病院が実質7対1に近いような上積み配置をしていました。ですから、7対1創設の趣旨というのは、まだ点数は付いていないが、本当に必要なナースの配置を上積みしていた病院にいち早く報いるという趣旨があったのです。これから人をかき集めて大急ぎで採ろうかという病院が潤うようにという趣旨ではなかったのです。

いろいろな事情がありました。あの当時の診療報酬改定は厳しくて、目立った増収項目としては、やはり7対1入院基本料の非常に高い点数設定が突出していました。そこで病院経営上、やむなくそちらへ走られたという事情もあったし、これをチャンスにナースの配置の拡充をしようという事情があったこともよくわかるのですが、事実としては、かなり需給バランスに影響を与えてしまったということだと思います。

これを契機として、職能団体としても、看護職確保定着推進事業というプロジェクトも組んで動き始めたわけですが、そのときに何よりも念頭にあったのが、今働いている人たちが元気で長く働き続けていただきたいということです。定着対策が大事であり、離職防止が大事だということになりました。その当時、潜在看護職員の数が70万人近くいるという推計もありましたが、潜在ナースの復職に期待をかけるのは、間違っているというか、限界があるということも私も主張いたしました。

つまり、今の労働環境では働けないから潜在しているのであって、労働環境が変わらないのに、おいそれと出てこられるわけではないだろうという話です。ですから、今働いている人が辞めないような労働環境をつくるということが、潜在ナースの人たちが戻ってきやすい環境になるということだと私どもは言い募っていたわけですが。その中でワーク・ライフ・バランスの推進とか、特に夜勤の勤務環境改善は大きなテーマでした。

図1を見ていただきますと、人口10万人あたり1000人というラインを超したのが2000年代の前半ですが、人口10万人あたり1000人というのは、人口100人あたり1人というラインです。日本の国土で過ごしておられる人

の100人に1人以上が、今、現役ナースであるという数字になります。それでもまだ足りない。まだ人数に追いついていないと言われるわけですが、これから将来に向かって少子化も高齢化もますます進む。向こう20年にわたって成人してくる人数が見えているわけで、この少ない若者を、看護だけではない、医療に限って言ってもさまざまな職種がありますが、それが他産業と競合して獲得していかなければならないという話になったときに、はたしてどういう条件で私たちは彼ら呼び込むことができるのかを考えなければなりません。

図2は、看護職の年齢階層別就業者数の推移ですが、折れ線は推計の平均年齢を示しており、着々と上がっています。直近2014年の推計では42.5歳になっています。この間、着目すべき点が3つほどあります。

1点は、20代の減少傾向です。この年代の就業者の数が減ってきています。3年課程の養成数は増えていますが、准看護師養成が減少しています。もっともこれは減少させなければならぬから減少しているのですが、准看護師

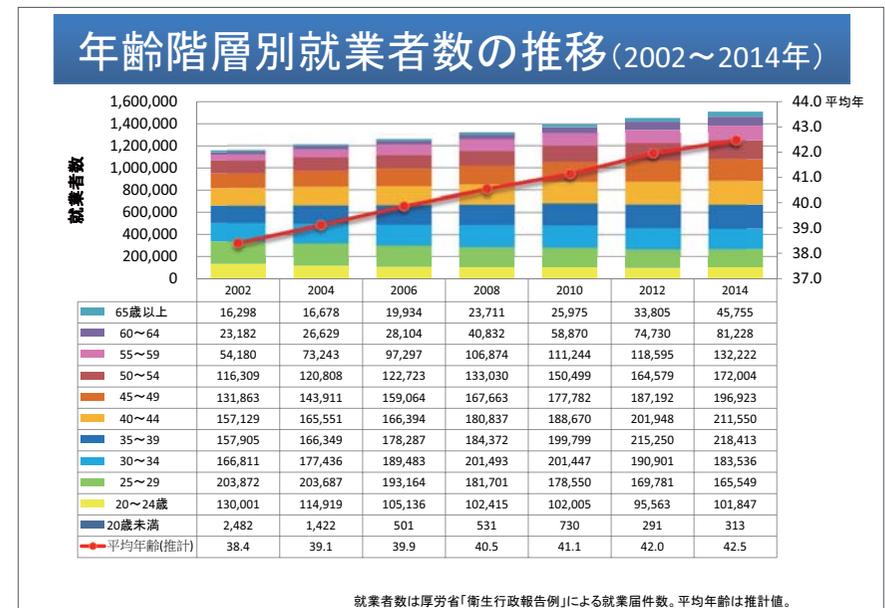


図2 「年齢階層別就業者数の推移(2002~2014年)」

養成が減っていることもあって20代の就業者が若干減り気味です。

その一方で伸びが著しいのが40代、50代の就業者数です。全体の中の構成比でも伸びています。これについては面白い数字の見方がありまして、表の左から2例目の2004年の30代前半（30～34歳）の数が17万7,436人となっています。この方々は10年後の2014年になると40～44歳になるわけです。次に2014年の40～44歳の数を見てみると21万1,550人です。3万4,000人ほど増えている。これは何だということ。もちろん社会人になり、年齢が高くなってから新しく資格を取る人もいますが、その数は毎年せいぜい数百人程度だと考えますと、この3万人も増えた部分は新しく資格を取った人ではなく、30代前半時点で仕事をしていなかった人たちが戻ってきたということです。10年で3万4,000人というのはそれにしてもすごい数です。ではその5歳上のグループはどうか。2004年に35～39歳の就業者数が16万6,349人でした。10年後、この層は45～49歳になりますが、このときの就業者数が19万6,923人で、約3万人の増です。

私はこの数字を見ると本当に頭が下がる思いです。資格を持っている人たちは、いろいろ苦労があったと思いますし、ライフステージの中で家族を優先せざるを得ない時期も当然あったはず。しかし、いろいろな条件の中でこうして戻ってきて働いていてくださる。たいへんありがたいことだと思います。この層が数字として増えてきているということは、この間、現場で取り組まれた定着対策とか、復職支援が功を奏したのかもしれない。私どもの立場としては、まず定着対策があり、それがあってはじめて復職ができるという順番なのですが、この働きかけの成果が出てきたことのこれは1つの表れだろうと思っています。これが2つ目の着目すべき点です。

3つ目は60歳以上の層です。60歳以上の就業者数は、現在、激増と言っていいほど増えています。身近な知り合いや職場の仲間の顔を思い浮かべていただきたいのですが、今は60歳といってもたいへん元気です。国の施策としても、65歳までの就業継続、あるいはその先の就業継続に向けた取り組みが進められていて、実際に就業している人が私たちのそばにいます。今、現役ナースの12.5人に1人は60歳以上です。そのうちの多くは病院で働い

ていますが、介護保険系の施設でも就業者の数が増えています。

今、就業者数を見てきましたが、今日の話のメインである夜勤交代制勤務の関連でいうと、元気ばりばりで夜勤もできる、体力的にも家庭環境的にも夜勤が思う存分できるという恵まれた状況にある人というのは、決してそれほど多くないわけです。厳しくて大変な夜勤のままにしておくと、そのような恵まれた状況で夜勤ができる人たちだけに夜勤が集中してしまい、ますます過酷になっていきます。ここはもうすこしゆるい働き方をする人でもできる夜勤にしておかないと、つまり夜勤ができる人たちの裾野を広げられるような夜勤にならないといけません。いろいろな立場や状況にある人たちに夜勤に参加するチャンスが増えていかないと支えられなくなります。厳しい夜勤のままにしておいてはいけません。続けられる夜勤にしなければいけないし、さまざまな形態で参加できる夜勤にしておかなければいけないと思います。

次は、病院勤務者の勤務体制のあらましです（図3）。日勤、交代制、宿日直、呼出し（オン・コール）とありますが、職種ごとに特徴があります。

病院勤務者の勤務体制

医療機関の機能・地域における役割に応じて異なる。高度急性期医療を担う基幹病院では、24時間稼働を前提として「24時間のチーム医療提供体制」が志向される。

	日勤	交代制	宿日直	呼出し(オン・コール)
医師	○	(○)	◎	○
看護職員(病棟)	○	◎		
看護職員(外来)	○		○	
看護職員(救命救急部門)	○	◎		
看護職員(手術室・検査部門)	○	(○)	(○)	○
看護職員(助産師)	○	○	○	○
薬剤師	○		○	
コ・メディカル職員	○		○	○
事務職員	○		○	

図3 「病院勤務者の勤務体制」

ドクターの場合は、日勤+宿日直、あるいはオン・コールが主流ですが、今一部に交代制勤務が入ってきています。診療報酬上も産科、小児科、あるいは救命救急、集中治療部門での勤務負担を軽減しつつ医療の質を上げる観点から、交代制を推奨する動きがあります。特に高機能の病院、地域の基幹病院の中で、そういったトライアルをされている病院さんがぼつぼつ出てきています。

看護職員のほうは、病棟では日勤+交代制の夜勤が主流です。交代制勤務は診療報酬の算定要件上必須です。外来のほうは、日勤をメインとして宿日直がある形態が多い。ただ、外来と言っても救命救急部門になると、病棟と同じように交代制が主流になります。手術室、検査部門に関しては、昼間の対応が主ですが、一部高機能の病院の中には交代制、あるいは二部制、早番・遅番で夜かなり遅くまでカバーされています。ただ実態としては、宿日直、あるいはオン・コールをかけているところも多いようです。

看護職員の中でも助産師に関しては、産科の病棟に配属されてほかの看護師たちと一緒に交代制のシフトの中に入っているのが普通ですが、それに加えて宿日直やオン・コールがかかっている場合がかなりあります。特に小さな病院の場合は、24時間誰か1人でも助産師を配置できればいいのですが、それには人数が足りないというときに、交代制に入れた上でさらにオン・コールをかけるということが常態化しており、それもたいへん大きな問題となっています。

薬剤師についても、特に高機能病院では宿日直が当然のように行われています。またセラピスト等メディカル職員も、昼を中心とした勤務から夜間の対応に入り始めているところだと思います。特に高度急性期医療を担う基幹病院では、24時間稼働を前提として24時間のチーム医療提供体制が志向される傾向がありますので、夜勤も交代制勤務も看護職のみではないということにますますなっていくと思われます。

特に看護職員の勤務体制について(図4)、大雑把に歴史の変遷を見てみたいと思います。1949年(昭和24)と1950年を並べて示しています。宿日直制が医療機関において当初の形であって、その運営に関しては、このときの

労働省が「宿日直勤務許可基準並びに医師・看護婦などの宿直の取り扱い細目」という通知を出しております。ただ、医療の実態は、この後、激変していくわけですが、この通知自体はまだ生きています。そして、この通知が示す許可基準に合わないような夜の医療の実態があるのではないかと思いますので、点検を下さいという通知が出されたのが2002年ですが、このあたりで勤務医の過労問題がクローズアップされました。

一部の医師の勤務について、診療報酬で交代制への誘導の手が打たれているようだと申し上げましたが、2012年の診療報酬の改定で、入院基本料の総合入院体制加算の要件に医師の勤務負担の軽減という項目が入りました。具体的な取り組みとしては、予定手術前日の当直禁止とか、交代制勤務の導入等に取り組むことという項目が入っているわけです。実際にこれが算定できている病院は少ないのですが、高度の医療機関、基幹病院のありようについての姿を示した要件が列挙されているのが、この加算の要件で、注目すべき点だと思っています。

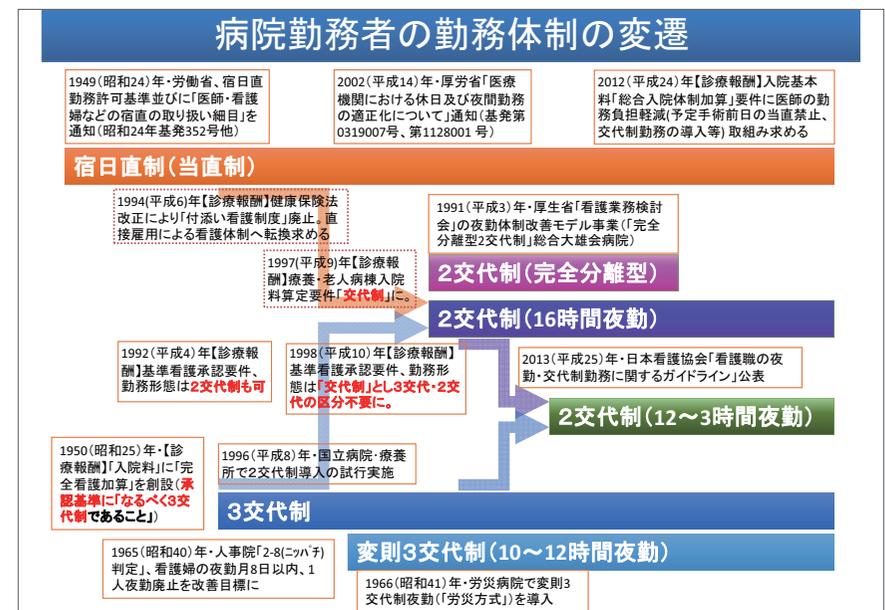


図4 「病院勤務者の勤務体制の変遷」

宿日直制がこの基盤にあるわけですが、病棟の看護に関しては、1950年に診療報酬の当時の入院料に完全看護加算という加算が登場します。これが、後の基準看護加算になるわけですが、ここの要件に「なるべく3交代制であること」という文言が入ります。これは労働基準法に定める法定労働時間、1日8時間の勤務を前提とすれば、24時間は3交代でなければカバーできないだろうということで3交代になりました。

「完全看護」という言葉がこのとき出ました。当時の病院医療、看護の実態というのが、入院というと患者さんをリヤカーに布団を敷いて乗せて病院に入る。その布団の脇に鍋、釜、七輪を積んで、家族が付き添う。家族が患者さんの世話をしながら病院の炊事場で持ち込んだ鍋、釜、七輪を使って炊事をして、患者さんと自分の食べるものをつくる。これが戦後間もない時代の普通の入院生活でした。GHQの下でこれを病院が基本的なサービスを提供する体制に切り換えていく方向が打ち出されたわけです。その基本的なサービスの提供をする体制ができたことに対しては、診療報酬で面倒をみるのが完全看護加算で、この要件が3交代制であったのです。

この基準承認を受ける病院というのは、当時の大学病院の一部をはじめとする、赤十字病院、国立病院・療養所など、いわゆるいい病院に限られていたようですが、そこで3交代制の勤務が始まっていくわけです。かたや民間病院の多くは宿日直制のまま推移します。したがって、基準看護をとっている病院と基準看護をとっていない普通の病院のあいだには、大きなギャップがある状態が長年続いていく。基準看護をとっている病院では、基本的にすべてのサービスを病院の責任で行うようになりますが、そうではない病院の場合は、職業付添婦も受け入れていました。実際に配置している看護職の人数はぎりぎり、主な仕事は医師の診療の補助の部分であり、患者を世話する部分は、家族か、その代わりとして職業付添婦が当たったのです。この職業付添婦については、健康保険制度の中から療養費払いで、費用の6～7割が支給されるという仕組みであり、これがかなり続いたわけで、病院はそれで経営上何も困らなかった。

しかしながら、ここに大きな変化が起こります。付添看護制度の廃止を

1994年の健康保険法の改正に伴って実施しました。これに先立ち、1990年代には、いわゆる老人病院の体制を整理する診療報酬上の誘導が行われ、勤務体制に関しても当直制から交代制への転換を誘導する要件が次々に出てきます。そのときに3交代になるのは難しいということで、当直制からスライドするような形で2交代制への転換が行われた当直制出身の16時間夜勤がここで出てきます。特に民間の老人病院、あるいは後に療養病棟に変換していくようなタイプの病院では、この方式を取り入れるようになります。

ところが、1990年代の看護師不足の折に、なんとかして今よりもよい働き方、交代制勤務のあり方を考えようということになり、国が音頭を取ってモデル事業が行われています。1991年、厚生省（当時）の看護業務検討会の夜勤体制改善モデル事業の中で、完全分離型2交代制という、たいへんユニークな2交代制を実施しました。どこがユニークかということ、病棟の中に日勤専門の人と夜勤専門の人しかいないという形で、日勤と夜勤の両方をやる人はいないという体制をモデル的に編み出したわけです。このときは、日勤の人たちは、所定労働時間40時間で8時間の日勤5勤務ということなのですが、夜勤は16時間で、夜勤のみの方は16時間夜勤を1週間に2回やると、それで所定労働時間が満ちてオーケーだということになる。つまり週32時間で夜勤専従というやり方をここで生み出したのです。ただ、残念ながら、このユニークな形は、その後、どこの病院もやってみることはなく、大雄会病院だけでなくなくなってしまうのですが、実はこの夜勤専従の形というのが診療報酬の中に認められていくことになります。

診療報酬のほうは、交代制のタイプを、3交代が絶対という時代から、モデル事業等を含めて、もっといろいろ工夫をして現場の裁量で柔軟になっていいのではないかと、2交代もありじゃないかと、とにかく今よりもいい方法が出せないかということで試行錯誤をしたわけです。そして1992年には、3交代制が絶対ではなく、2交代制でもいいという形になっていき、1998年には、2交代、3交代どちらでもいいというところから、さらに何交代でもいい、「交代制」であればいいというように要件が変わりました。1998年には2でも、3でも、4でも結構、あるいは変則でもオーケー、とにかく交代制というこ

とだけを要件にするように変わっています。

この間、1996年に国立病院療養所で2交代制導入の試行が実施されます。この2年前に、国の規定が変わり2交代制導入が可能になりました。これについては現場で激論があり、労働組合の反対意見が表明されました。このときは日本看護協会も、長時間になる夜勤については、安全確保、過労にならないような防止策が必要だという声明を出しています。

そしてこの3交代から、国立病院療養所の一部も、3交代での準夜と深夜を連続でやる16時間タイプの2交代夜勤にシフトしていきます。そういうことで、2交代制・16時間夜勤には2つのルーツ、当直制出身の2交代、3交代出身の2交代があります。

他方、1965年に人事院がいわゆる「ニッパチ」判定を出します。新潟県にあった当時の国立療養所の労組からの提起を受けて、人事院が看護職員の夜勤体制に関する改善目標を示したもので、これは法的な拘束力を持つものではありません。ただ、当時何も改善に向け目標にすべきものがなかった時代に、いろいろな立場の人たちが「ニッパチ」判定について、これは目指すべき目標で大切なものだという期待を持ったわけです。これは今でもいろいろなところに引用されている重要な判定です。改善目標として、こういう判定が出されたということで、実態は相当過酷だったのだろうと想像します。1人夜勤も多かったようですし、夜勤の回数も多かったと思われます。

翌年、労災病院で変則3交代制が導入されます。いわゆる「労災方式」というもので、深夜勤にあたる部分をやや長めに設定して、その分、準夜勤を少し短縮して、夜勤と言わずに中勤という言い方をしました。交代の時刻が夜10時前後になるので、これは真夜中の交代に伴うさまざまなリスクを減らすことができるというメリットもありました。ある意味たいへんよく工夫された方式だったわけです。

夜勤体制というのは、3交代制、2交代制、それぞれ長所もありますが、短所もあるわけで、強み、弱みを持っていました。絶対に優れた夜勤体制というのではないわけで、ある意味利点と欠点のトレードオフの関係になります。その中でよりよい体制を求めてさまざまな工夫がされました。私どもの

ガイドラインは2013年ですが、それ以前からさまざまな取り組みがあり、16時間夜勤から夜勤を少し短くした2交代制、あるいは3交代制から夜勤を少し長くした2交代制、同じものになるわけですが、12時間から13時間拘束の2交代制も相当出てきました。

医療従事者の勤務体制に関して、1949年に当時の労働省が出した「宿直の取り扱い細目」は、当時の医療実態に即して書かれたものというふうに理解されますので、夜間に従事する業務は、一般の宿日直業務以外には、病室の定時巡回、異常患者の医師への報告、あるいは少数の要注意患者の定時検脈、検温等、特殊な措置を必要としない軽度の、または短時間の業務に限ること、そして夜間に十分睡眠がとれることなどを、許可の要件にしておりますが、全くこれにあてはまらないような実態が医療の現場で進んでいるわけです。医師に関してももちろん同様です（図5）。

この中で医師の過労死、健康障害が生じ、過酷な勤務実態があるということについて、国としても看過できない状況になったという認識だったと思

病院勤務医の勤務適正化をめぐって

「医師・看護婦などの宿直の取り扱い細目」通知（昭和24年基発352号他）

①通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。すなわち通常の勤務態様が継続している場合は勤務から解放されたとは言えないから、その間は時間外労働として取り扱わなければならないこと②夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外には、病室の定時巡回、異常患者の医師への報告、あるいは少数の要注意患者の定時検脈、検温等特殊の措置を必要としない軽度の、または短時間の業務に限ること③夜間に十分睡眠がとれること

(中略)宿日直勤務に係る許可を行った医療機関等においては、宿日直勤務において突発的に行われる通常の労働に対して割増賃金を支払っていないもの、宿日直回数が許可時の条件を上回っているものなどの問題が認められるものも散見される。また、救急医療体制の体系的な整備が進められてきたことに伴い、宿日直勤務において救急医療が頻繁に行われ、断続的労働である宿日直勤務として対応することが適切でない状況にあるにもかかわらず、断続的労働である宿日直勤務として法第36条に基づく労使協定の締結・届出等を行うことなく、また、法第37条に基づく割増賃金を支払うことなく労働させているものも少なからず認められるところである。

今回の一連の取組は、このような状況を踏まえ、宿日直勤務に係る許可を行った医療機関等を対象として、休日及び夜間勤務について、その労働実態を把握し、法第41条に基づく断続的労働である宿日直勤務として取り扱うことが適切であるかについて確認を行い、問題が認められる場合には、宿日直勤務に係る許可基準に定められた事項の履行確保を図ること又は宿日直勤務に係る許可の取消を行うことにより、その適正化を図ることとしたものである。

「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」（平成14年3月19日基発第0319007号）

(前号通知による自主点検表の回収並びに集団指導の実施、宿日直勤務適正化の方策、集団指導における改善指導の方法等を指示する内容)

「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化の当面の対応について」（平成14年11月28日基監発第1128001号）

図5 「病院勤務医の勤務適正化をめぐって」

ますが、2002年に「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」という通知が出されまして、宿日直勤務に関わる許可を行った医療機関等においては、宿日直勤務において突発的に行われる通常の労働に対しては、割増賃金を支払っていないもの、宿日直回数が許可時の条件を上回っていることなどの問題が認められるものも散見される。また、救急医療体制の体系的な整理が進められてきたことに伴い、宿日直勤務において救急医療が頻繁に行われ、断続的労働である宿日直勤務として対応することが適切でない状況にあるにもかかわらず、断続的労働である宿日直勤務として法第36条に基づく労使協定の締結・届出等を行うことなく、また、法第37条に基づく割増賃金を支払うことなく労働させているものも少なからず認められるところである」とはっきり言ってしまったわけです。そして宿日直の届出をしている医療機関をすべて点検しろという通知がなされました。

全く当然のことを言っているのですが、これに対しては医療経営者団体が大きく反発をいたしました。そこで、ややこの表現をゆるめるかのごとき通

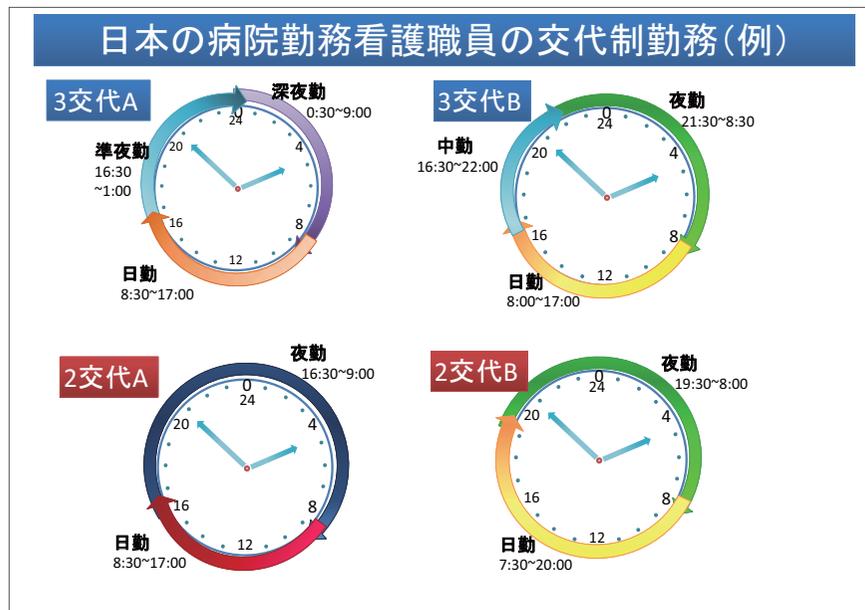


図6 「日本の病院勤務看護職員の交代制勤務(例)」

知が数カ月後に出されました。「前号通知における自主点検表の回収並びに集団指導の実施、宿日直勤務適正化の方策、集団指導における改善指導の方法等を指示する内容」ということで、当面の対応については、少し丁寧な言い方をされた通知が出されております。そのようにこの時期に問題認識はされていきました。そして、国の姿勢をいったんは示したものの、根本的な取り組みを進めるにはなかなか至らなかったのだろうというのが私の認識ですが、皆さんはどうお考えでしょうか。

ナースの勤務の話に戻ります。基本の3交代勤務と当直出身の16時間夜勤の2交代勤務があります(図6)。これは3交代の形から準夜勤と深夜勤を1人の人間が1回に続けてやってしまってもこの夜勤になりました。この図6にある3交代のBは、労災病院で1966年に行われた変則3交代のもので、交代の時刻を真夜中よりも早い時間にする。夜勤の時間自体は長くなるのですが、夕方の勤務自体は夜10時までには終わるという形になります。2交代のBは、実際にはあまり多くはありませんが、日勤12時間、夜勤も12

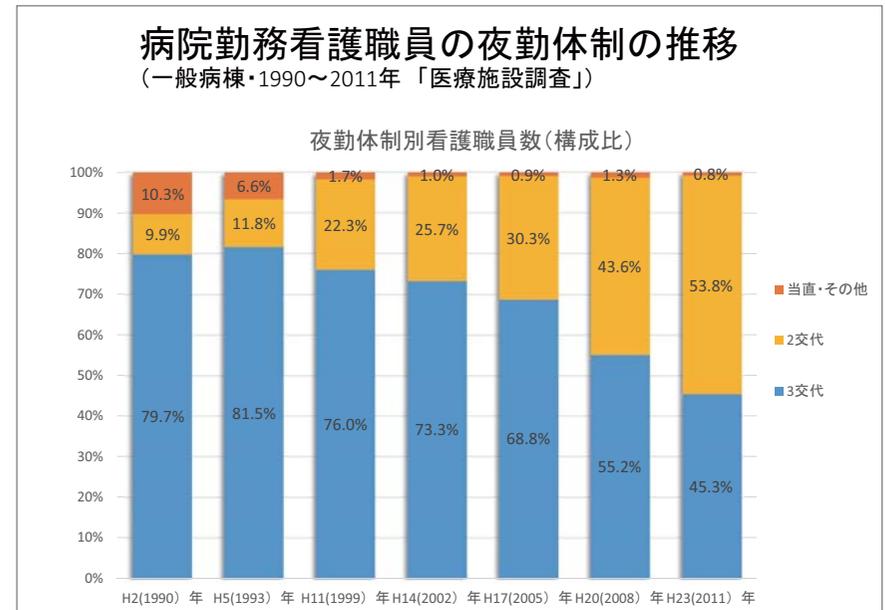


図7 「病院勤務看護職員の夜勤体制の推移(一般病棟 1990~2012年)」

時間というもので、これは欧米の看護現場で多くとられている形態です。

病院勤務の看護職員の夜勤体制を歴史的な推移で見ていくと（図7）、3交代が徐々に減ってきて、当直その他がほぼなくなり、2交代が増えてきていることがわかります。

2011年の医療施設調査ですが、医療施設調査は3年に1度、病棟の夜勤体制の調査をするので（図8）、直近では昨年（2014年）のデータがもう少しずつと出てくると思われます。病棟の種別で見ると、療養病棟とか精神・結核病棟は2交代が特に多い。ただし、一般病棟に関しても今は2交代が増えて、3交代よりも多くなっています。そして、その2交代の多くが、勤務拘束時間で見ると、15時間超16時間以内、16時間超17時間以内というふうに、16時間タイプの2交代が圧倒的に多数を占めています。

夜勤人数ですが（図9）、ニッパチ判定が示した改善目標である複数人数での夜勤、つまり1人夜勤は無しで最低2人とするという線に関しては確実に実現され、さらに夜勤の人数は3人以上という看護単位が多くなっています。

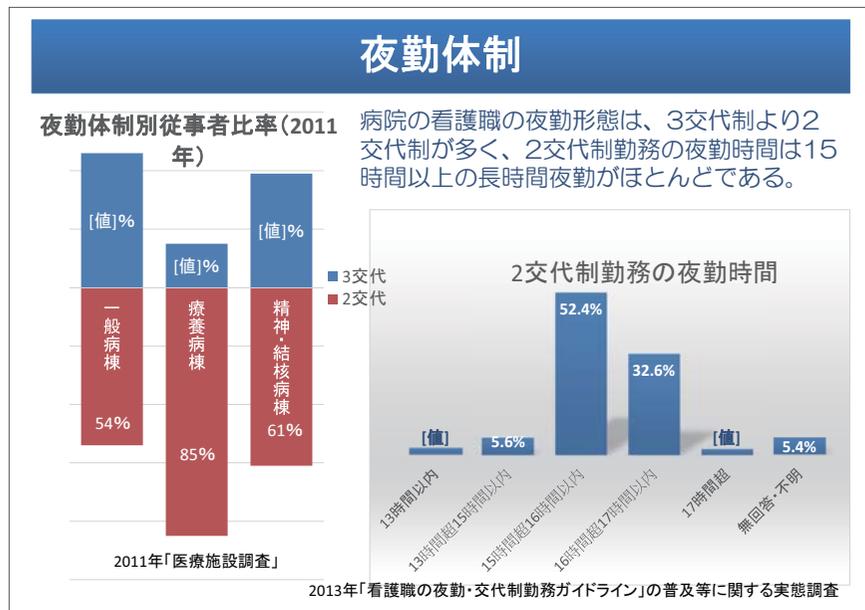


図8 「夜勤体制」

1人夜勤はほぼ絶滅状態です。2人夜勤が91年時点では6割でしたが、今は3人以上の夜勤が増えてきている。3交代でこの程度ですが、2交代になるとさらに夜勤人数が多くなっていて、4人夜勤の比率が2割ぐらいいになります（図10）。

1つ、注目していただきたいのは、2交代で長時間の拘束になったときに、仮眠の確保をしようということをおもひはガイドラインの中で呼び掛けています。夜勤の人数がそれなりにないと安心して仮眠をとることができないので、仮眠の確保のためにも、夜勤の人数をある程度配置してほしいということなのですが、その意味では4人は決して多すぎる数ではない。むしろこのあたりを目指していただきたいと思います。

図11のグラフのように夜勤を1回にやるメンバーの数は増えてきましたが、一方で1人あたりの夜勤の回数が減らせないというジレンマに陥ります。個人の調査で見ると、夜勤の回数は人事院の判定が示した3交代で月8回のラインをクリアできていないのが現状です。左側のグラフは3交代です。8

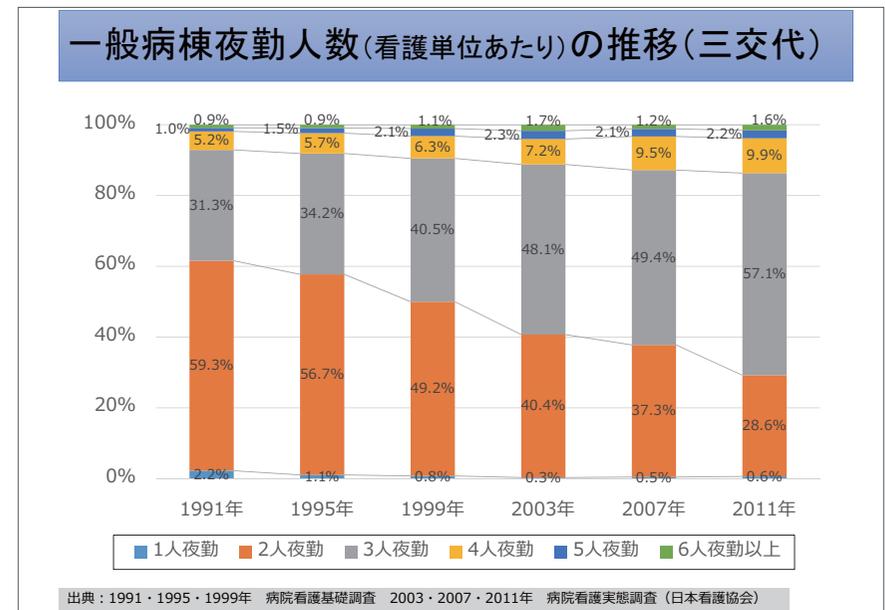
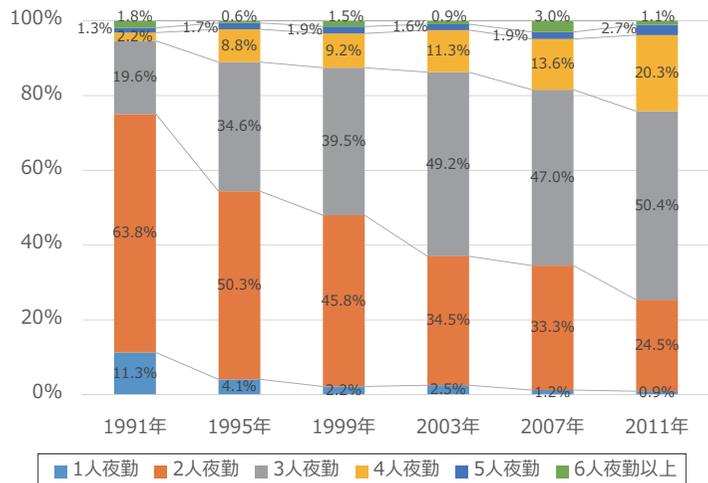


図9 「一般病棟夜勤人数(看護単位あたり)の推移(三交代)」

一般病棟夜勤人数(看護単位あたり)の推移(二交代)



出典：1991・1995・1999年 病院看護基礎調査 2003・2007・2011年 病院看護実態調査（日本看護協会）

図10 「一般病棟夜勤人数(看護単位あたり)の推移(二交代)」

夜勤回数(個人調査)



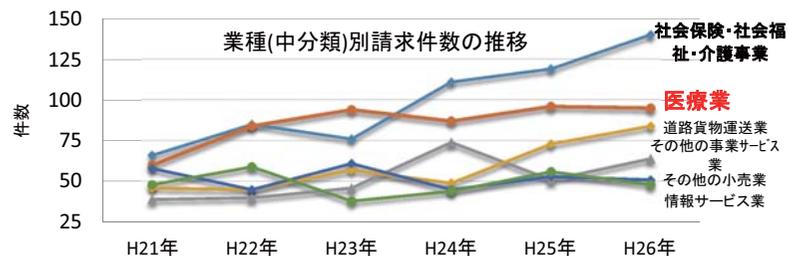
※2013年9月の勤務実績による。病院勤務の非管理職について集計(構成比は無回答を除く)
出典:「2013年看護職員実態調査」(日本看護協会)

図11 「夜勤回数(個人調査)」

回という回答が最も多く、平均も8.1回とはなるが、9回以上が4割近くを占めるのが実情です。2交代のほうは、ほとんどが16時間タイプですから、2交代での夜勤1回は3交代での2回分ということになります。そうすると、2交代で夜勤が4回の場合3交代では8回分となるから、8回以内ということはここから4回から上はないわけです。5回以上ということは、3交代で言えば夜勤10回に当たるわけなので、2交代のほうがおしなべて夜勤をしている時間が長いことになります。このように1人あたりの夜勤の回数はなかなか減らせない。非常に過酷な勤務をしている人たちが相当数いるというのが現状です。

こういう状況の下で精神障害による労働災害保険の請求件数が増加傾向にあります(図12)。業種別に見ると、うなぎ登りで件数が伸びているのが社会保険・社会福祉・介護事業で、2番目が医療業です。この後に道路貨物運送業・その他の事業サービス、小売業、情報サービス業が続くわけですが、それを上回って医療業が2番目に高い。

精神障害による労働災害保険請求件数は増加傾向にある



請求件数の多い職種(中分類)

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度
1 一般事務	211	209	204	227	210
2 商品販売	99	95	78	90	88
3 営業・販売事務	82	65	59	3	71
4 自動車運転者	57	56	58	78	66
5 保健師助産師看護師	51	56	47	68	69
11 社会福祉専門職	26	29	44	56	62
11 介護サービス	26	24	34	51	50

労働災害保険請求件数の多い業種・職種(厚生労働省労働基準局労働災害補償部職業病認定対策室公表資料)より作成

図12 「精神障害による労働災害保険請求件数は増加傾向にある」

さらに請求件数の多い職種を見ると、保健師、助産師、看護師に関しては、過去5年間、たいへん残念なことです。ワーストテンの中にずっと入っています。件数に若干の変動はありますが、2014年度までのデータでは大きく減ることはありません。業務の性質上、ストレスが多い仕事をしていることもあります。さらにそこに勤務の不規則性による負担も加わり、メンタル面の不調をきたす人が多いのだと思います。労災保険の請求自体たいへんハードルが高く、請求をしても、すべての人が支給開始されているわけではありません。ですから、このように表面に出てくるのはまさに氷山の一角であり、多くの現場で大変な思いをしている人たちがいると思われま

入料料ごとの月平均夜勤時間です（図13）。診療報酬の入院料の要件の中に、入院基本料の算定をする病棟では、月平均夜勤時間数が72時間以内であることというものがあり、これが実際に病棟で働くナースの夜勤時間の1つの歯止めになっています。その歯止めがある病棟が、一般病棟入院基本料7対1、10対1、13対1、15対1、療養病棟入院基本料の1と2、精神科病棟

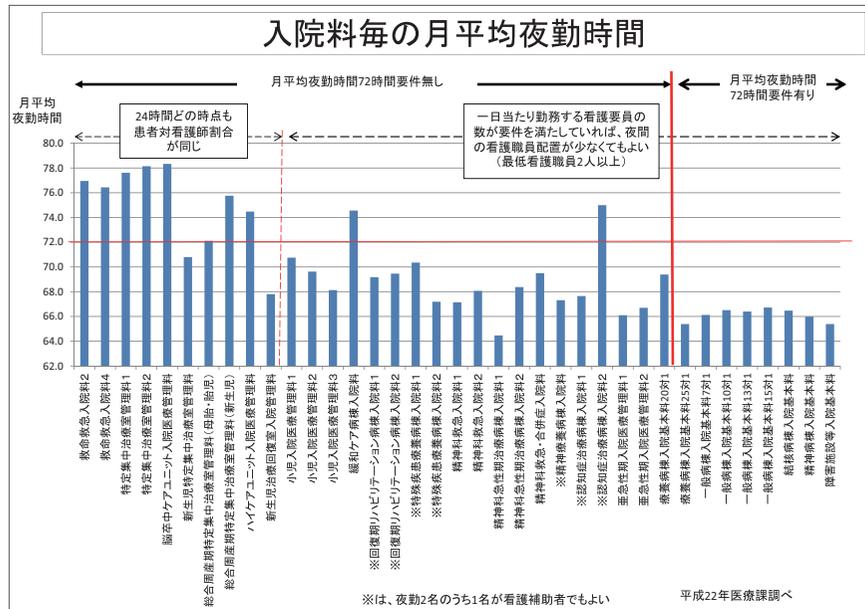


図13 「入院料毎の月平均夜勤時間」

入院基本料という形で、入院基本料を算定しているところでの平均夜勤時間が示されているのですが、72時間のラインが棒線で示されていて、それよりはかなり低く抑えられているということです。

それでは72時間の要件の縛りが一切ないという部分はどんな夜勤をしているのかということになります。これは中央社会保険医療協議会（中医協）の総会に提出された国が用意した資料なのですが、救命救急入院料を算定しているユニットのほうは、平均夜勤時間数が76時間を超える。さらに脳卒中ケアユニットでは78時間を超えているという実情があります。ですから、全体に集中治療系のところが長くなり、夜勤負担が重くなっているだけではなく、例えば認知症治療病棟入院医療管理料でも長かったり、緩和ケア病棟入院料の病棟でも夜勤時間が長かったりします。

こういうことですので、診療報酬上の72時間要件というのは、1つの歯止めとして機能していて、これは現段階ではなくしてもらっては困るということと、さらに72時間要件では測っていない病棟、あるいはユニットが既にたくさんあって、そこでの夜勤負担に関しては、このように一般の病棟と比べてかなり過酷な状況になっている実態があります。

私どもとしては、この72時間要件を、一般病棟をはじめとした入院基本料のほうで堅持することはもちろん、それ以外の病棟やユニットに関しても何らかの歯止めを設けてほしいと国に対して要望していますが、中医協でこれから議論されようとしていることは、この72時間要件を緩和しろとか、撤廃しろという病院があったりして、これに基づいて国が何らかの緩和策を提案するのではないかとということで、私どもも厚労省に要望を強く行っていますが、どうも雰囲気は怪しい。既に病院団体とのあいだで話がついているのではないかと疑わせるような世情の噂が流れていたりして、たいへん危機感を持っているところです。中医協の中には連合から支払い側の委員が出ていますので、その委員に事情を説明し、この点での支援をしていただくようお願いをしております。

ガイドラインをつくった背景には、夜勤・交代制勤務にさまざまなリスクが伴うということがありますが、簡単に説明したいと思います。

2. 夜勤・交代制勤務に伴うリスクについて知る

夜勤負担が過重になると慢性疲労状態が深刻化するだけでなく、循環器機能や内分泌機能への悪影響、さらに長期的には発がんリスクも高まると言われています（図14）。これでは安心して働き続けることはできません。シフトワークの健康への悪影響に関しては、短期・中期・長期の各段階でとらえられて、人によって強く感じる人とそうでない人といえるかもしれませんが、実感として感じている人も多いと思います。循環器疾患、いわゆる過労死は、睡眠中の心拍数の上昇・亢進によると言われ、シフトワークによる不規則な睡眠、睡眠の質が悪いことが体に悪い影響を与えるということです。長期的には乳がん、男性の場合には前立腺がんということです。夜間に明るい照明、特に青色の照明を浴びることにより、メラトニンの分泌が抑制され、発がんにつながる危険が高まると言われています。このようなリスクがわかると、そんな危ない夜勤をする人がいなくなると危惧されますが、もちろんそれでは困るわけです。夜勤は、医療、介護も含めたケアをする業務の中では必要であり、もっと言えば社会全体が24時間化して動いており、

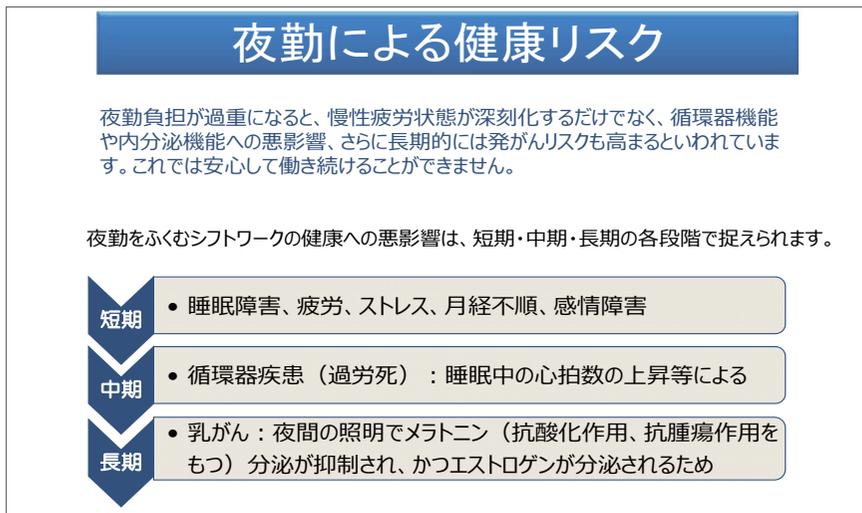


図14 「夜勤による健康リスク」

我々の生活を支えているから、欠かせないものになっていて、なんとか安全に夜勤をして頂きたいということです。リスクがあるということがわかれば対策がとれるので、リスクを認識した上で対策を講じ、軽減を図っていくという考えが、私どものガイドライン作成の背景にありました。

リスクの説明をいくつか続けます。そもそも人間は夜行性ではなくて昼行性の動物なので、夜、動き回るのは負担になる。当然、夜中から明け方にかけて避けられない眠気が襲ってきます（図15）。

これを実験的に見たのが図16のデータです。トラッキング作業と血中アルコール濃度の関係を示したグラフです。トラッキング作業とは、追従作業とも呼ばれ、軌道上でゆっくり動く横点線を軌道から外れないよう追っていく単調な作業ということです。そこでこれは注意力、集中力の度合いを測定する方法だそうですが、これが作業成績を示すグラフです。成績は真夜中から明け方にかけての時間帯に下がっていき、朝になると上がってきます。横点線のラインは、人工的に酒気帯び状態の人が同じ作業をした場合、このぐらいの作業能率になるということを示すラインです。

横点線が酒気帯び運転の基準ラインとすると、トラッキング作業はしらふ

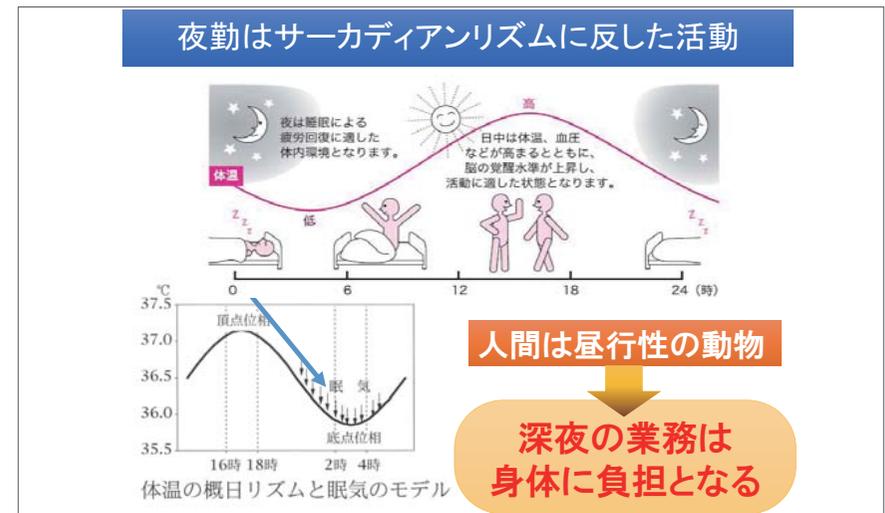


図15 「夜勤はサーカディアンリズムに反した活動」

でやっているわけで、真夜中から明け方の時間帯では、しらふでやっている作業なのに、酒気帯び運転レベルで作業をしている人よりもどんどん下に落ちていくということがわかっています。つまり、夜勤の場合はたいへん危険な状態で仕事をしていることとなります。「労働科学の最新の知見では、真夜中から明け方にかけての時間帯には、人間の作業能力が極端に落ち、酒気帯び状態で同じ作業をさせた場合よりも劣る危険な状態になることが実証されている。図では作業成績が時刻とともに低下し、横点線で示した酒気帯び状態での作業成績を下回る様子が示されている」ということです。

図 17 は、連続夜勤で事故を起こすリスクが高まるというデータです。夜勤を連続で1晩、2晩、3晩、4晩やった場合に、インシデント発生リスクが高まることを示した図です。続いて、図 18 をご覧ください。夜勤中の無意識の眠りが事故リスクを高めるというものです。夜勤者の夜勤中とその後の昼間睡眠の脳波を調べて睡眠経過図として示したものです。夜勤中に3回もの眠りが出現している。脳波が、睡眠深度が下に行くほど眠りが深く

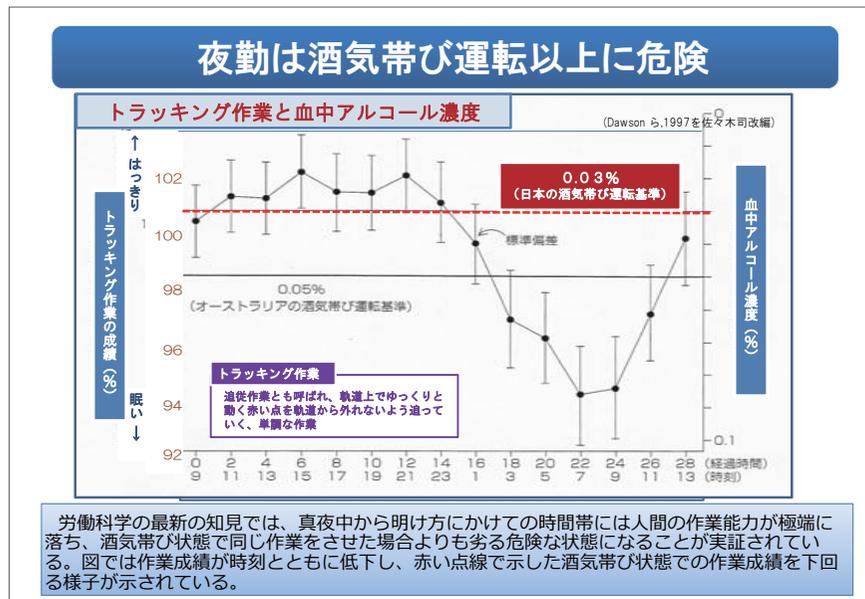


図 16 「夜勤は酒気帯び運転以上に危険」

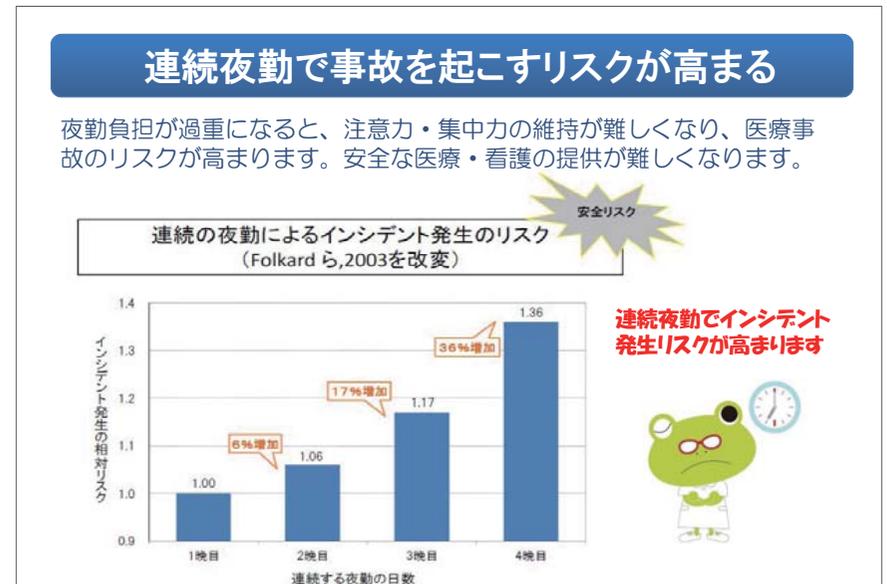


図 17 「連続夜勤で事故を起こすリスクが高まる」

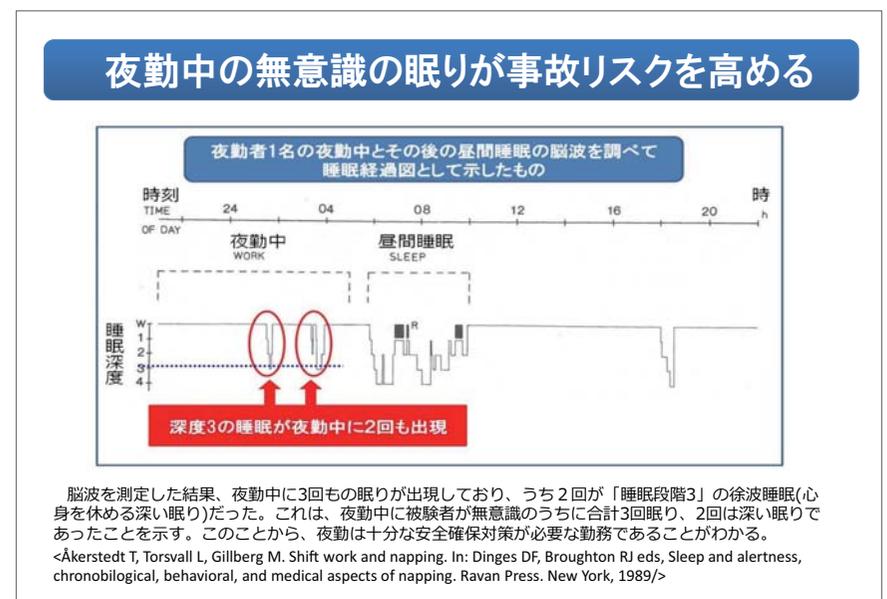


図 18 「夜勤中の無意識の眠りが事故リスクを高める」

なるのですが、スッと落ちていきます。これは仮眠していたわけではなくて、夜勤をしている途中で脳だけが眠っていたということです。ハッと気がついて、自分は何をしていたんだらうという感じです。「夜勤中3回もの眠りが出現しており、うち2回が睡眠段階3の徐波睡眠（心身を休める深い眠り）だった。これは夜勤中に被験者が無意識のうちに合計3回眠り、2回は深い眠りであったことを示す。このことから、夜勤は十分な安全確保対策が必要な勤務であることがわかる」とありますが、各人がこういう状態になる可能性があるということです。2人、3人で夜勤をして、それをカバーし合うような体制にしておかないといけないということと、夜勤だから時間があるだろうということで、昼間やっていた業務を夜勤にシフトさせるということが一時多くの看護現場で行われていましたが、これは考え直すべきだということです。

図19は、発がん性に関してです。最近、加工肉の発がん性の話がニュースになり、食肉大国、ソーセージ大国のドイツで社会的な波紋を呼んでいると

交代制勤務は「発がん性がおそらくある」(Group2A)に分類される		
Group	発がん性リスク	因子
Group1	発がん性がある	114因子： アスベスト、カドミウム、アルコール飲料、受動喫煙を含む喫煙など
Group2A	発がん性がおそらくある (probably)	69因子： サーカディアンリズムを乱す交代制勤務、ディーゼルエンジンの排ガスなど
Group2B	発がん性があるかもしれない (possibly)	283因子： 携帯電話、ガソリンエンジンの排ガス、鉛など
Group3	発がん性が分類できない	504因子： 原油、カフェイン、お茶、ヘアカラーリング、外科インプラント・その他の異物など
Group4	発がん性がおそらくない (probably)	1因子： カプロラクタム（ナイロンの原料）

WHOの国際がん研究機関IARC (International Agency for Research on Cancer) が公表している発がん性のリスク分類 (2014年10月改訂版) による

図19 「交代制勤務は『発がん性がおそらくある』(Group2A)に分類される」

いうことでしたが、あの発がんリスクの評価をしているのがIARC(国際がん研究機関)というWHOの組織で、ここを出しているデータです。

グループ1、2A、2B、3、4とあり、発がん性リスクと書いてありますが、このグループはリスクがあることの確からしさを示しているグレードであり、より危険という意味では必ずしもないわけです。ただ、サーカディアンリズムを乱す交代制勤務については、発がん性があることの確率がかなり高い。おそらくあるだろうというカテゴリーに分類されています。同様のカテゴリーにはディーゼルエンジンの排ガスも入っています。

このようにリスクがあるとなると、どのようにリスクを軽減するかが重要になります。リスクがあるということがわかったまま放置し、危険な勤務をするわけにはいきません。実際に夜勤の負担が重い病院は離職率も高いという現実もあります(図20)。したがって、健康への影響だけではなく、生活との両立という観点からも夜勤の負担は大きな問題であると思います。

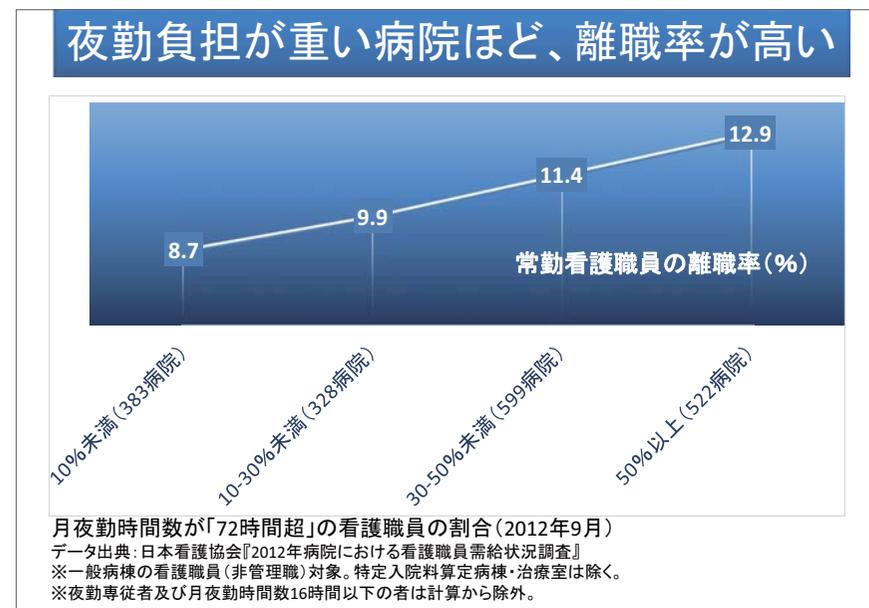


図20 「夜勤負担が重い病院ほど、離職率が高い」

3. 労働時間法制、診療報酬算定要件と、 日本看護協会「夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」

そこで作成されたのが日看協のガイドラインです(図 21)。1つの背景として、現行労働基準法、労働時間法制において、医療従事者に限らず夜勤・交代制勤務に関する規制が不十分だということがあります。

夜勤・交代制勤務・所定労働時間・所定外労働時間の4つのカテゴリで整理してみました。まず夜勤に関しては、そもそも夜勤回数、時間数の上限基準がなく、法定労働時間の範囲内であれば、あるいは36協定を締結して、時間外・休日労働を許可しているという範囲内であれば、何回夜勤をやっても、あるいはそのものすべてが夜勤であっても違法ではないということになってしまいます。この中で回数多く夜勤をしている看護職が多いということがわかっています。

現行労働基準法は、 医療従事者の夜勤・交代制勤務に対する規制が 不十分			
現行の規制内容	不備な点	看護労働の実態	
夜勤	満18歳未満者の従事禁止・妊産婦の従事制限	夜勤回数(時間数)の上限基準がない	3交代勤務者の4分の1が1回8時間で月10回以上の夜勤(調査1)
交代制勤務	-	勤務と勤務の間隔(休憩時間)について最低限確保すべき時間の基準がない	交代制勤務者の6割が、勤務間隔6時間以下の勤務をしている(調査2)
所定労働時間	1日8時間・週40時間。ただし変形労働時間制あり	変形労働時間制のもとで1日の最長勤務時間の基準がない	2交代制で16~17時間の夜勤時間の採用施設が約7割(調査3)
所定外労働時間	労使協定締結を前提に上限は週15時間・月45時間等	労働負荷の高い交代制勤務者に対するより厳しい上限規制がない	看護師の過労死認定事例相当の長時間所定外労働をしている看護職が推定2万人(調査2による推計)

調査1: 2013年「看護職員実態調査」(日本看護協会)
調査2: 2008年「時間外労働、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」(日本看護協会)
調査3: 2013年「夜勤・交代制勤務ガイドラインに関する普及状況調査」(日本看護協会)

図 21 「現行労働基準法は、医療従事者の夜勤・交代制勤務に対する規制が不十分」

交代制勤務に関しては、勤務間の休息时间、勤務間隔について、最大限確保すべき時間という基準が全くありません。したがって、その中で交代勤務者、特に3交代の場合は、圧縮勤務、日勤をやって、日付が変わったら深夜勤をやるという、日勤・深夜という勤務になる。これは勤務間隔が実質的に6時間ないし4~5時間ぐらいいなり、この勤務の場合、実態としてはほぼ一昼夜以上にわたってろくろく休息をとらずに働くことになるので、たいへん過酷な勤務になりますが、これを規制する手だてが全くないわけです。

所定労働時間に関しては、変形労働時間制という法制があるため、1日の最長勤務時間の基準が実質的にありません。この中で、2交代で16~17時間の夜勤時間の採用施設が約7割にも達しています。このように実労働時間が長時間に及んだ場合、休憩時間は法定労働時間でいうところの最低1時間しか適用がないので、実働時間がいかに長くなっても、休憩時間をこれに対応して延長させるという基準はないわけです。

時間外労働に関しては、労使協定締結を前提に上限は週15時間・月45時間等、目安時間は示されていますが、特別条項付労使協定になれば、実質的に青天井に時間外労働ができるということで、労働負荷の高い交代制勤務をしている人には特別な上限規制が設定されません。2008年10月の村上優子さんの過労死認定事例もありますし、同じ年に労災認定をされた東京の24歳の手術室勤務の看護師の事例もあります。彼女の場合は、交代制勤務ではなく、オペ室の当直でしたが、病院側は、これは手待ち時間であって実働ではないという主張を最後までしていました。2008年の本会調査では、過労死認定の事例に基づけば、過労死危険レベルになるような時間外をやっている人が、病院勤務者には推定2万人程度いるのではないかというデータを出しています。

診療報酬上の交代制勤務に関する要件が図 22 です。病院にとってはゼニカネで縛られることはいやでしょうが、規制としては効果が高いのが実情です。つまり労働基準法上の規制がほぼないなかで歯止めになっているのが診療報酬上の規定です。「看護師等人材確保に関する法律」が施行された1992年に新設された「夜間看護等加算」では1日あたり25点となりますが、こ

れで1病棟あたり年間500万円ぐらいの増収になったはずですが。若いナースの場合なら、2人分の人件費に相当する増収になったわけです。ですから、夜勤体制を整えてこの加算をやり、増員しようという掛け声を日看協は現場に向けて発していました。

診療報酬上の夜勤・交代制勤務に関する評価の変遷		
年	点数	改定内容
1992 (H4)	「夜間看護等加算」25点(1日あたり)	「看護師等人材確保に関する法律」公布、「看護師等の確保を推進するための措置に関する基本指針」で、「複数を中心とした月8回以内の夜勤等の推進」が明記されたことを受けて、診療報酬で看護師等の労働環境改善を評価。 ・「3交代制・2人夜勤・月平均夜勤回数8回以内」「3交代制・3人夜勤・月平均夜勤回数9回以内」 ・2交代制・16時間夜勤で「月4回以内」、「2交代制・12時間夜勤で「月6回以内」 ・「夜勤専従看護職員」を位置づけ、 夜勤専従者の夜勤回数はそれぞれ2倍以内 までと明記される (→ 2人体制で8回(128時間)以内、3人体制で9回(144時間)以内)
1994 (H6)	「夜間勤務等看護加算」に名称変更	・「4人体制で月9回以内」の区分新設(40点)、「2-8」「3-9」体制の点数引き上げ(27点)
1996 (H8)	「夜間勤務等看護加算」見直し	・多様な夜勤形態に合わせ、複数夜勤を前提とした「夜勤回数」から「夜勤時間」に変更。 ・夜勤人数と夜勤の受け持ち患者数で評価 (I)a:「患者15人以下、72時間以下」、(I)b:「患者20人以下、72時間以下」、 (I)c:「患者30人以下、64時間以下」、 (II)a:「患者20人以下、72時間以下」、(II)b:「患者30人以下、64時間以下」
2000 (H12)	入院基本料の創設 複数夜勤の通則	・入院基本料1、2(2対1、2.5対1)における夜間の看護師1名を含む複数看護職員配置の通則を入れる
2002 (H14)	「夜間勤務等看護加算」見直し	・「患者10人以下、72時間以下」の上位区分の新設、「患者30人以下」の廃止
2006 (H18)	7対1創設、72時間要件の通則 「夜間勤務等看護加算」廃止	・入院基本料に夜間の看護職員2人以上配置、 月平均夜勤時間数72時間の通則
2010 (H22)	「7対1特別入院基本料」 「10対1特別入院基本料」創設	一般病棟入院基本料等において月平均夜勤時間数72時間以内の要件のみ満たせない場合、入院基本料の80%を算定する点数を創設。 [施設基準] 一般病棟入院基本料7対1及び10対1入院基本料を算定している医療機関であって、夜勤を行う看護職員の一当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下の要件のみを満たせない医療機関 算定期間:3か月間(最後に算定した月から起算して1年以内は算定できない) 算定要件:毎月看護職員採用活動状況報告
2012 (H24)	特定一般病棟入院料(地域指定)の創設 夜勤専従者の夜勤時間上限 月平均夜勤時間数の計算方法変更	医療提供体制が十分でない厚生労働省が定める二次医療圏に属する1病棟のみの病院について、月平均夜勤時間72時間要件がかからない特定入院料を創設 夜勤専従者の夜勤時間上限144時間の記載が削除。 短時間正職員12時間以上の夜勤について月平均夜勤時間数の計算に算入可とする
2014 (H26)	「月平均夜勤時間超過減算」 (20/100を減算)	入院基本料における72時間要件の通則は現行通りとする。 72時間要件のみを満たせない場合、7対1、10対1特別入院基本料以外の 各入院基本料に2割減算を規定 する。(一般、療養、結核、精神、障害者施設) [算定期間] 直近3月、 [緩和措置の対象外] 特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料

図 22 「診療報酬上の夜勤・交代制勤務に関する評価の変遷」

このときに、夜勤専従勤務、夜勤専従者の夜勤回数は、それぞれ夜勤の加算の要件で定める範囲の2倍以内までということとされましたが、「夜勤専従者」という言葉が、ここではじめて診療報酬要件に書かれました。この夜勤専従は、完全分離型2交代制のモデル事業をやった大雄会病院の1週間に16時間を2回やれば所定労働時間はオーケーという勤務が、1つ呼び水になっていったと思います。そして一般の夜勤交代制勤務者よりも夜勤専従の労働時間を短くするという考え方がここで出てきて、これを一定の歯止めとして私どもも歓迎したのですが、その後、2012年の診療報酬改定で、これが病院側の強い圧力で撤廃されてしまいましたので、いま夜勤専従勤務者に関しては、夜勤時間数の歯止めが全くない状態で、所定労働時間いっぱいいっぱい夜勤専従勤務をさせても違法ではない状態、診療報酬上の何のペナルティもない状況になっています。

その後、様々な変遷を経るわけですが、診療報酬上で加算という形で歯止めをかけてきました。まず2006年に入院基本料の7対1ができた時に、同時に入院基本料を取るのだったら必ず72時間の平均夜勤時間数を守るよう

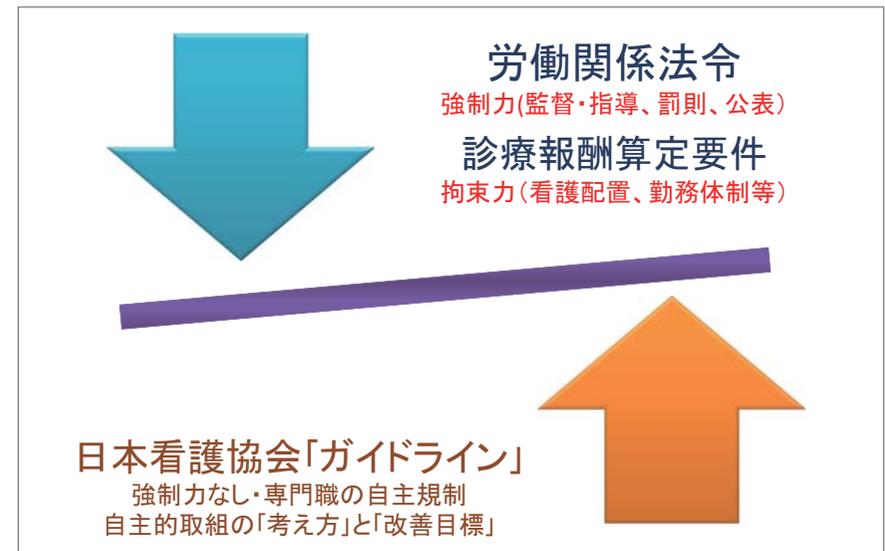


図 23「日本看護協会『夜勤・交代制勤務に関するガイドライン』の位置づけ」

にという通則の中に収められましたので、加算なんか必要ないと言っていた病院も、強制的に夜勤時間数の要件がかけられることになりました。これが一部の病院団体が今に至るまで強い反感を持ってこの要件を見ていらっしやることのルーツです。その後、72時間要件に関しても、病院団体の更に緩和してほしいという要望を受けて、緩やかになってきている経過があります。

職能団体としての日看協のガイドラインはあくまでも自主規制です。労働関係法令のような強制力もなければ、診療報酬算定要件のような拘束力もありません。皆さんの職場で自主的に取り組まれるときに、考え方と改善目標を参考にさせていただくために公表したものです(図23)。

図24では、ガイドラインの勤務編成の基準11項目を示しています。

勤務間隔は最低11時間以上の間隔をあけるということです。きちんと体を休めてから次の勤務に行くという、1日の働いて休む・働いて休むというサイクルをきちんと確立しようというのが基本的な考え方です。これが「休む」「働く」がセットで24時間になると考えれば、勤務拘束時間が13時間以内

日本看護協会「夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」 勤務編成の基準	
項目	基準
①勤務間隔	最低11時間以上の間隔をあける
②勤務の拘束時間	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回以内を基本とし、それ以外の勤務は労働時間に応じた回数とする
④夜勤の連続回数	最大2連続(2回)まで
⑤連続勤務日数	5日以内
⑥休憩	夜勤時は1時間以上、日勤時は労働時間・労働負担に応じて適切な時間数を確保する
⑦夜勤時の仮眠時間	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)	2回連続の夜勤後は概ね48時間以上の休息を確保する。1回の夜勤後は概ね24時間以上確保する。
⑨週末の連続休日	少なくとも月1回は土曜・日曜ともに前後に夜勤のない休日をつくる
⑩交代の方向	正循環の交代周期とする
⑪早朝始業	早出の始業時刻は7時より前は避ける

図24 「日本看護協会「夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」
勤務編成の基準」

となります(図25)。

夜勤回数は、昭和40年の人事院判定を引いています。まだこれを超えるものがまだ出てこないために、依然としてこの人事院判定に依拠する形になっていますが、3交代勤務で月8回以内を改善目標としております。ただ、それ以外の勤務体制がさまざまなものですから、回数の目標を画一的に数字で示すことが難しいということで、書きぶりを「それ以外の交代制勤務は労働時間に応じた回数とする」という表現に止めています。

夜勤の連続回数は最大2連続まで。これは「昼型の生体リズムを維持するため」という説明をしております(図26)。

休憩時間は、労働時間法制で長時間の勤務に対して休憩時間を自動的に対応して延長させるという規定がないため、職場のルールとして、労働時間に応じた時間数を確保していただきたいということです。夜勤に関しては、実働8時間に対して1時間以上の休憩時間の確保をお願いしたいとしています(図27)。

①勤務間隔

勤務と勤務の間隔は11時間以上あける

3交代制勤務での「日勤」「深夜勤」、「準夜勤」「日勤」シフトなど、勤務間隔が十分でない実態がある。
不規則性が高く疲労が蓄積しやすい夜勤・交代制勤務を行う看護職では、勤務間隔を一定以上確保することが大切。

②勤務の拘束時間

13時間以内とする

2交代制勤務では1回の夜勤の時間が16～17時間またはそれ以上の長時間となることが多い。変形労働時間制の適用により、法令上は1回の勤務時間の長さの制限がない。
長時間労働による心身の疲労やそれに伴う医療安全への影響を考えると、勤務の拘束時間(業務の開始時刻から終了時刻まで)の上限の目安が必要。

図25 「①勤務間隔 ②勤務の拘束時間」

③夜勤回数

3交代制勤務では月8回以内を基本とし、それ以外の交代制勤務は労働時間などに応じた回数とする

夜勤回数はできるだけ少ないほうが望ましいが、人事院判定(昭和40年)等により、3交代制勤務で月8回以内とした。

3交代制勤務以外では、1回の勤務時間の長さや労働負荷に応じた回数とする。

④夜勤の連続回数 2連続(2回)まで

昼型の生体リズムを維持するため、夜勤は2回まで。

図 26 「③夜勤回数 ④夜勤の連続回数」

⑤連続勤務日数 5日以内とする

多くの常日勤者は週5日の勤務。夜勤・交代制勤務は、常日勤に比べ心身への負担が大きいことから、連続勤務日数は、常日勤者と同等か、もしくはそれ以下とすることが望ましい。

⑥休憩時間

夜勤の途中で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

夜勤・交代制勤務においては、8時間をこえる勤務時間であれば、安全に業務を行い、疲労回復するためにはより長い休憩時間が必要。労働基準法では、実労働時間が8時間をこえる勤務や夜間の勤務における休憩について、具体的な基準はない。

図 27 「⑤連続勤務日数 ⑥休憩時間」

夜勤時の仮眠時間。これが重要なポイントですが、22時以降の夜勤では仮眠ができる時間を確保するという説明をしています。仮眠の効果に関しては4点を挙げています(図28)。

①心身の疲労回復と明け方の事故リスクの回避。安全上の問題ということ。

②昼間活動の生体リズムの維持。真夜中に仮眠をとる形で寝ていると、体がある程度夜に寝たと認識してもらえます。それで朝の光を浴びると、昼間活動にスムーズに移行できることを労働科学の観点から指摘されました。

③生活時間の有効活用。例えば夜勤明けに家に帰り、ちょっと横になったところ、目が覚めたらあたりが真っ暗になっており、今が夜か朝かわからない、生活時間を疲労回復にのみ使い、有効に使えなかったという、寂しい夜勤者の実態があるわけですが、そういうことがないように、ごく短時間の補充睡眠をすれば、すぐ活動的にその日が過ごせるようにということをおねらって仮眠を使おうということです。

④長期的な健康影響の防止。発がんリスクに関しては、仮眠を適切にとる

⑦夜勤時の仮眠時間

夜勤の途中で連続した仮眠時間を設定する

22時以降の夜勤では、仮眠ができる時間を確保する。

仮眠の効果は、①心身の疲労回復と明け方の事故リスクの回避、②昼間活動の生体リズムの維持、③生活時間の有効活用、④長期的な健康影響の防止など。

長さは、睡眠の1サイクル(レム睡眠+徐波睡眠)90分、前後に入眠時間15分と覚醒時間15分で約2時間が効果的。

⑧夜勤後の休息(休日を含む)

2回連続の夜勤後には概ね48時間以上の休息時間を確保する。1回の夜勤後も概ね24時間以上を確保することが望ましい。

図 28 「⑦夜勤時の仮眠時間 ⑧夜勤後の休息(休日を含む)」

ことによってメラトニンの分泌が回復され、リスクの低減ができることがわかっています。したがって、長期的な健康影響の防止の観点からも仮眠をとることは重要だとされています。仮眠の長さに関してはいろいろ議論があり、ガイドラインの中で勧めているのは、理想的には2時間です。ただ実際問題としてこれだけとれるかというところがありますので、理想的には2時間だが、可能な限りそこに近づけてと提言しています。

3交代のときにどうするのかという質問がありました。22時以降の夜勤で仮眠ができる時間を確保することは、3交代の深夜勤では難しいわけですが、2時間の仮眠が理想だが、それがとれない場合は、20分の仮眠でも眠気を覚ますのに効果があるということが言われています。疲労回復には2時間が必要だが、20分の仮眠であっても、明け方の事故リスクの回避に効果があるということです。仮眠ができる環境の整備も重要ですし、安心して仮眠がみんな交代してとれるような人数も必要ということで、決して簡単な話ではありませんが、夜勤に伴うさまざまなリスクの回避のために、ぜひご検討いただきたいと思います。

⑨週末の連続休日

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ない休日をつくる

大多数の人々の生活リズムに合わせ、週末の昼間に家族・友人と過ごし地域社会と接する時間を持つよう配慮する。社会性の要素に着目し生活との両立を促すことは、就業継続にも資する。

⑩交代の方向 正循環の交代周期とする

3交代制では、日勤→準夜→(非番)→深夜のように開始時刻を遅くする勤務編成(正循環)のほうが、日勤→深夜勤→準夜勤のように開始時刻を早くする勤務編成(逆循環)よりも体を新しいリズムに調整しやすい。

⑪早出の始業時刻 交代制勤務者の早出の始業時刻は7時より前を避ける

図 29 「⑨週末の連続休日 ⑩交代の方向 ⑪早出の始業時刻」

図 29 の⑨、少なくとも1カ月に1回は土日ともに前後に夜勤のない休日をつくるということです。これは社会性の要素に着目して生活との両立を考える項目です。勤務表を作成する病棟の管理者の立場からすると、非常に難しいわけですが。特に子育て中、あるいは小さい子供がいる職員には配慮して、その人に土日の休みをつくるようにしていると、割を食う人が出てきます。その場合、我慢をしてもらっているスタッフに対しては、その月は難しくても、次の月には必ず休日をつくることを考えていただきたいと伝えています。

⑩交代の方向。生体リズムに逆らわない交代制を施行した場合、勤務の開始時刻をより遅いほうにもっていくシフト編成のほうが、負担が少ないと言われています。この正循環の交代周期を念頭に置いてシフトを組めば、勤務間隔の11時間確保も容易になるというセットになるものです。

この図 30 で上の例が逆循環です。日勤の後に、短い間隔を置いて日付が変わってすぐ深夜勤をやる。その後、準夜勤をやって、次から2連休になるというシフトです。すべてがこのタイプではありませんが、1つの典型的な例であります。

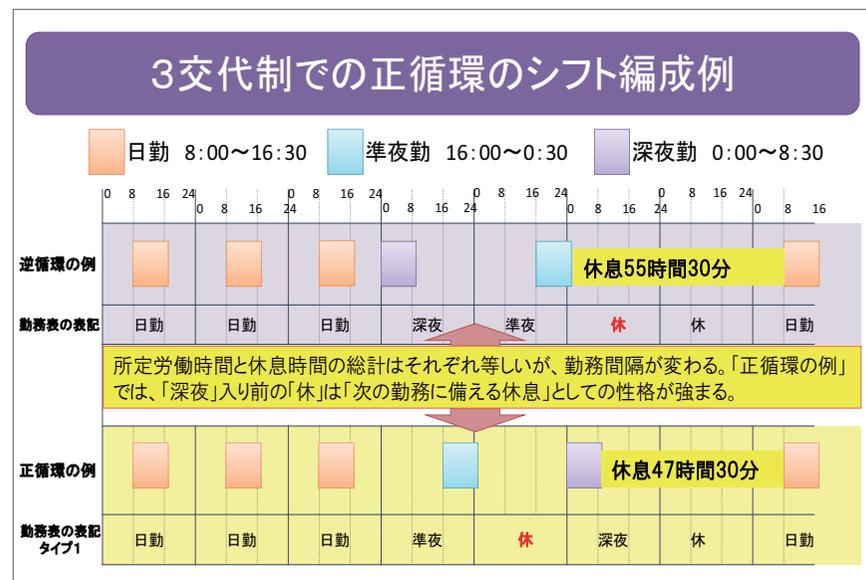


図 30 「3交代制での正循環のシフト編成例」

これに対して正循環の場合は、深夜勤と準夜勤の順番が逆になります。日勤の後に準夜勤、準夜勤の後に深夜勤となります。これが所定労働時間と休息時間の総計はそれぞれ等しいが、勤務間隔が変わる。正循環の例では深夜入り前の休みがどうしても入る。この休みが次の勤務に備える休息としての性格が強い休みになってしまうので、スタッフにとっては、この休みがもったいないと思ってしまう。逆循環の例だとカレンダー上に休・休と連休が付くわけですが、連休の設定ができなくなってしまい、非常に損をした気持ちにするわけです。したがって、この正循環の勤務編成に関しては、なかなか皆さんの賛同が得にくい実情もあります。

ただ、勤務間隔を実際に見てみると、カレンダー上は連休になっていますが、休息時間は55時間30分となっている。正循環の例では、2連休にはなっていないが、休息時間が47時間30分あるということになるので、逆循環に比べるとその差は8時間になります。これをもって損か得かというのは一概に言えませんが、ここに大きなポイントがあります。正循環の場合は、夜勤に入る前にほぼ24時間時間が空いているため、十分体を休めてから勤務に入ることができ、疲れが蓄積しにくい勤務だと言われています。

これは実際に経験された人の感想を聞くのが一番いいので、実際にやっているスタッフ、あるいは病院の報告を聞いていただきたいと思います。確かにもったいない部分はありますが、連休の設定に関しては、所定休日、公休日数ををらみながら、月に複数回、このほかに連休の設定をすることは決して無理ではないはずなので、連休の設定はまた別にするとして、勤務間隔を十分とする体制を整えることをお勧めします。

⑪早出の始業時刻。交代制勤務者の早出の始業時刻は7時より前を避ける。そもそも不規則な勤務をしている交代制勤務者ですので、早出によってさらにそこがかく乱することは望ましくないわけですが、夜勤者の人数がぎりぎりの数でやっているところが多く、早朝の時間帯に人手が欲しいため、早出勤務に関しては必ずしも看護職でなくてもよいこともあるから、日勤を中心にやっている補助者の人に早出勤務のシフトに入ってもらおう。それによってぎりぎりの人数で頑張っている夜勤者の負担軽減にはつながるかと思えます。

4. 日本看護協会「ガイドライン」の普及状況および今後の課題

病院でのガイドラインの実施状況ですが(図31)、2014年11月に調査をした結果です。完璧な交代制勤務というのはなく、3交代、2交代それぞれ強み、弱みがあり、これはトレードオフの関係になっています。勤務間隔11時間以上確保に関しては、2交代の場合はできているが、3交代制ではなかなかできない。3交代制の中にも正循環の体制をとって11時間以上確保しているところもあれば、日勤・深夜の体制は変わらないが、深夜入りの人に関しては、日勤を早めに切り上げるとか、半日休みをとらせる補足的なこ

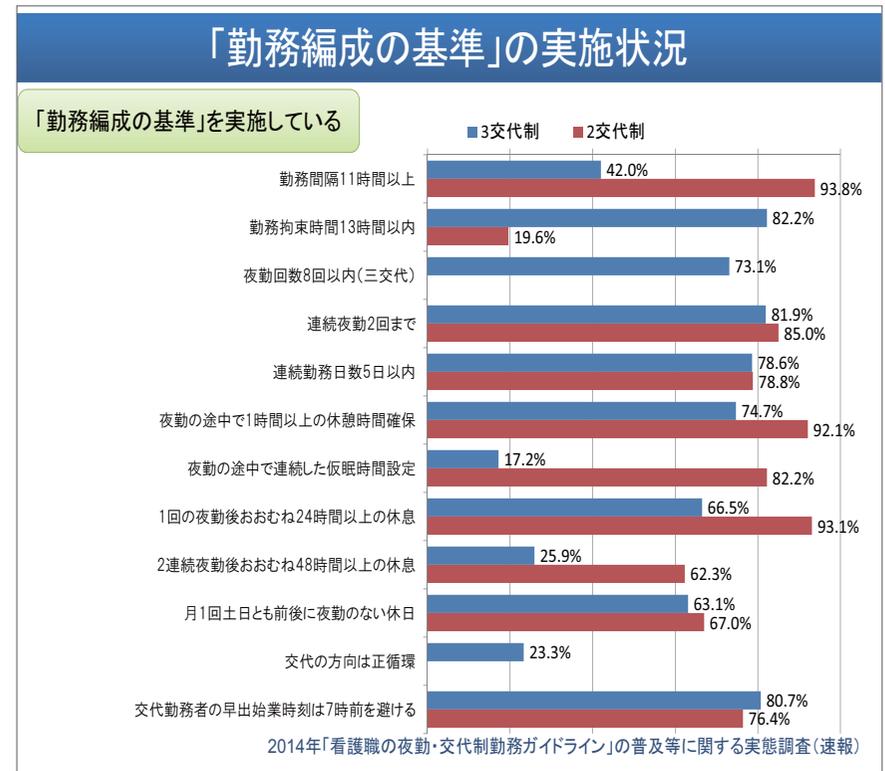


図31 「『勤務編成の基準』の実施状況」

とをやっているところもある。そして11時間以上の確保に関しては、今のところ42%が「実施済み」という回答でした。

勤務拘束時間13時間以内に関しては、2交代のところの実施率が低い。つまり、16時間夜勤の短縮はなかなか難しいということになります。夜勤回数8回以内に関しては、3交代病院の73%は「できている」という回答でした。仮眠の時間設定については、2交代は82%が設定済みです。ただ3交代のほうは17%ということで、夜勤の時間拘束が短い中で仮眠の設定に関してはまだまだ理解が得られない状況だと思われます。交代の方向が正循環については、3交代病院の中で実施済みが23%ということで、ここがなかなか難しい。勤務間隔11時間以上の確保とセットになっていると言いましたが、いずれもこれからまだまだ課題ありというところですよ。

とはいえ、2013年、2014年の2年度にわたり実施状況の調査をしており

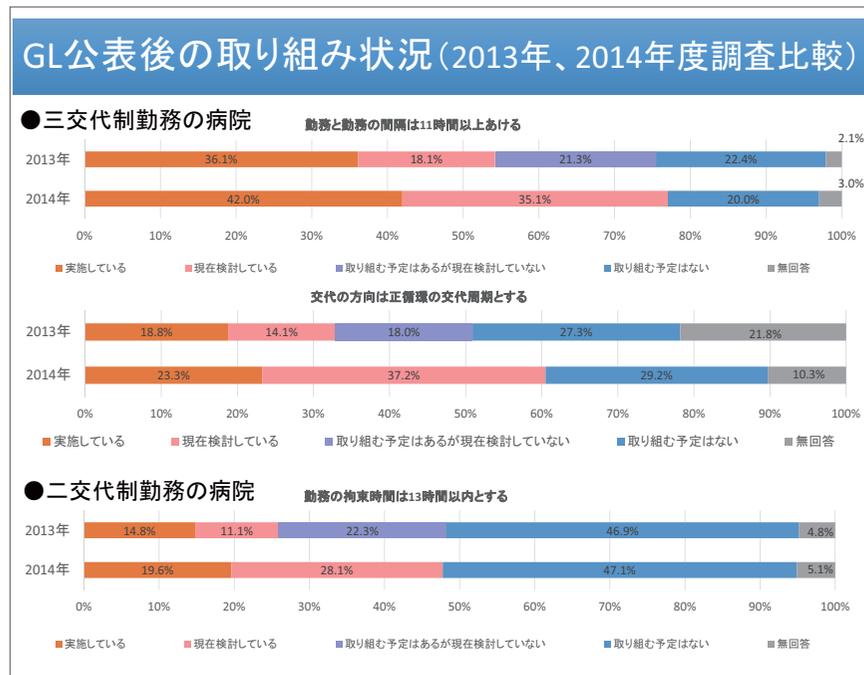


図 32 「GL 公表後の取り組み状況 (2013 年、2014 年度調査比較)」

ますが (図 32)、特にハードルの高いと思われる項目、3交代勤務で勤務間隔を11時間以上あけるという第1項目、第10項目の交代の方向が正循環の2つに関して、2013年と2014年の結果を見ると、着実に取り組みが進んでいるというありがたい結果が出ました。実施している率が約6ポイント上がっています。正循環に関しても18.8%から23.3%ですので、これも4~5ポイント上がっています。もう一つ期待をしているのは、「現在検討している」という回答が非常に多いことです。これが伸びていることは、検討を始められている職場が増えているということで、ありがたいと思います。

2交代のほうは、拘束時間13時間はなかなか難しいわけです。現場の実情を知るにつけてもそう思いますが、それでも取り組みをしている病院のポイントが5ポイント近く増え、検討をしている病院の比率も十数ポイント上がっているの、これも着々と進んでいると認識しております。

5. 先行事例にみる「実施のハードルが高い」項目への取り組みのヒント

ハードルが高い部分は3交代での勤務間隔、正循環、拘束時間13時間以内という項目です (図 33)。

休みが少ないのに連休が設定できなくなると、深夜入りまで休みがもたないということになりますが、これは公休を使って連休の設定を是非していただきたい (図 34)。

また、連休にならなくても、勤務間隔はけっこうあるということもぜひ見ていただきたい。深夜入り前の休みに関しては、疲れがたまりにくいということと、明けをけっこう活動的に使えるという話もあるので、そういうことを伝えていきます (図 35)。

一部の職員からの選択的・試行的導入に関しましては、日赤の病院のいくつかで希望者に正循環のシフトを認めているということが聞こえてきました。希望者と言ってもなかなか手を挙げる人がないそうですが、安全確保上の観

点、あるいは勤務に慣れていくという観点から、負担をなるべく軽減しようという形で、意図的に新人や中高年層の職員に正循環を勧めている病院もあります。実際にやってみたことがあるという人があれば、ぜひその人の感想を伝えてもらい、皆さんの理解を進める一助にさせていただきたいと思います。

もっと大変なのが16時間の短縮です(図36)。16時間夜勤も働く人に苦しい思いをさせようと思って2交代を導入したわけではありません。もともとは3交代があまりに過酷だったので、少しでも働きやすい体制をとということで考え出したものでした。ただ、2交代の現状として負荷が高いということであれば、次に行こうという話にならなければいけないはずですが、2交代の楽な部分というのも現実にあって、これが16時間夜勤短縮の大きなネックになっています。

スタッフからの反対理由は、夜勤を短くするのはいいが、短くした分、長日勤が導入されることで、これに対して不安の声が大きかったわけです。負担が多くなるということです。勤務者が動く時間帯が後にずれる。この点は

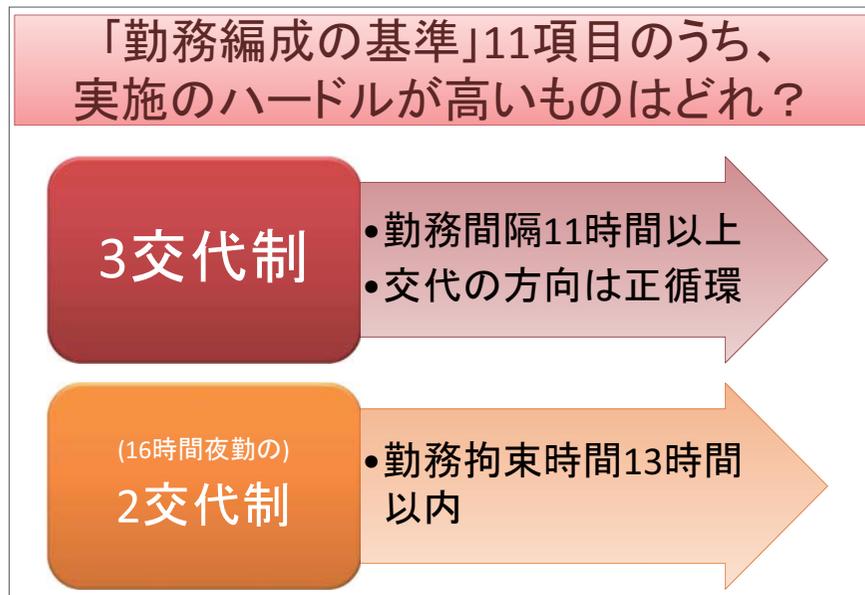


図33「『勤務編成の基準』11項目のうち、実際のハードルが高いものはどれ？」

3交代制で「勤務間隔11時間」「正循環」が難しい(よくある)理由

【現状】「日勤-深夜勤」を含む逆循環のシフト編成を実施。

【スタッフの反対理由】

- ただでさえ休日が少ないのに、連休が設定できなくなる
- 深夜入り前の「休み」はもったいない(休みを損じた気がする)

【勤務時間自体の変更は不要、ポイントは「シフトの組み方」に】

図34「3交代制で『勤務間隔11時間』『正循環』が難しい(よくある)理由」

3交代制での「正循環」導入に向けて

- 「**連休**」にならない「**休**」の客観的評価の情報提供。(次スライド例)「逆循環」での「連休」(勤務間隔55時間30分)と、「正循環」での「休日1日」(勤務間隔47時間30分)ではその差は8時間。「休日1日」での勤務間隔は案外長い。
- 「**連休**」をなくさない**方策**。月10日の公休(就業規則上の所定休日)があれば月1~2回の連休設定は可能だが、さらに有給休暇の計画消化を加えた定期的な連休設定も有効。4週6休制などとも公休日数が少ない場合には、4週8休制への移行で公休日数を増やす。
- 「**深夜入り前の休み**」の**経験者の実感**。正循環では疲労がたまりにくいので、深夜入り前の「休み」を睡眠不足の解消と疲労回復のために費やすことは少なく、比較的活動的に過ごしている(日本看護協会ニュースH26年6月号掲載・大曲仲通病院(秋田県))
- **一部の職員からの選択的・試行的導入**。希望者に「正循環」を選択させている病院、新人や中高年齢層の職員に「正循環」を勧めている病院がある。「やってみた感想」の報告、客観的評価の共有を。

図35「3交代制での『正循環』導入に向けて」

メリットもあればデメリットもあるわけですが、デメリットとしては、夕方にかかる出退勤の回数が増えると、子供を預ける回数が増えたり、迎えに行く不都合が生じるということと、夜勤時間短縮で夜勤手当が減額になったという例もある。これはまずいやり方をしているのではないかと思います。

以上は働く人たちの反対理由ですが、マネジメント上の体制整備の面でも難しく、新たな勤務時間の設計が必要です。準夜勤と深夜勤を連続して16時間勤務というのは、8時間3交代のバリエーションに過ぎないので楽だった。新たな労働時間管理をしなくてもよかったからです。変形労働時間制の適用さえしないで、日付が変わって準夜勤と深夜勤をやっているだけだから何も問題ないと言っている職場さえあるぐらいです。

ただ、この16時間夜勤を短縮することになると、院内の諸規定すべてを見直す必要が出てきます。所定労働時間、休憩・仮眠時間、手当の設定など多

2交代制(16時間夜勤)で「勤務拘束間隔13時間以内」が難しい(よくある)理由

【スタッフの反対理由】

- 夜勤時間の短縮分で勤務負担の大きい長日勤が導入される→「長日勤絶対反対！」
- 夜勤時間の短縮分が半日勤務になる→「出勤回数が増える」
- 夕方にかかる出退勤の回数が増える→「子供を預ける回数が増える」
- 夜勤時間短縮に伴い夜勤手当が減額される→「手当収入が減る」

【マネジメント上の体制整備(労働時間設定)の難しさ】

新たな勤務時間の設計が必要！

- 「準夜勤と深夜勤を連続勤務で16時間夜勤」は「8時間3交代」のバリエーションで労働時間管理に気を使う必要がなかった。「楽」で手放せない！
- 院内の諸規定(所定労働時間、休憩・仮眠、手当、など)、勤務計画表作成ルール、病棟業務の流れなど、広範な見直しが必要

→勤務負担軽減は喫緊の課題だが、総体としての取り組み優先順位は？

図 36 「2交代制(16時間夜勤)で『勤務拘束間隔13時間以内』が難しい理由」

岐にわたることになります。また、勤務計画表作成ルールに関しては、どんな勤務体制であれ必要ではあるのですが、このルールの見直し、病棟業務の流れの見直しなどが必要になってきます。そうなる大きな取り組みになるので、飛びつかず、慎重に、周到にやっていただかないといけないわけですが、スタッフ等からの報告によると、見直しに関する皆さんの合意形成がうまくやりきれていない職場があるのではないかという気がしています。勤務負担軽減そのものは喫緊の課題ではありますが、そのほかにもさまざまな課題がありますので、全体の中での取り組みの優先順位をつける必要があるかと思えます。

管理者の側からは、勤務時間の変更ということで16時間短縮を試行してみたところ、長日勤に対して不満が大きかった(図37)。そこで中勤をつくらうと思うが、夕方の時間帯にかぶる勤務は希望者が少なく調整に困るとか、

【実践例題】 「長日勤」導入に理解が得られない 勤務時間変更で所定労働時間とのずれが生じる

- 平成25年7月より試行期間を設け、16時間2交代制勤務から変則2交代制勤務(日勤8～19時までの11時間、夜勤19～8時までの13時間)へ変更し、9月で試行期間が終了しました。終了後にアンケート調査を実施したところ、変則2交代制の継続希望者と反対者が半々でした。反対の理由が、やはり長日勤でした。それについては、通常の17時までの日勤から夜勤までのつなぎとして遅出勤務(中日勤)を取り入れることを検討していますが、希望者が少なく勤務の調整に困っています。
- 勤務時間の変更を検討しています。勤務時間を①8時～16時30分 ②8時～20時 ③11時30分～20時 ④19時30分～8時30分として勤務を組んだ場合、病院の所定労働時間との差がでてきます。この差を勤務パターンで考えようとしていますが、うまくいきません。
「看護管理者のための労働時間管理相談窓口」に寄せられたご相談を一部改題しご紹介しています。

図 37 「【実践例題】『長日勤』導入に理解が得られない勤務時間変更で所定労働時間とのずれが生じる」

勤務時間の設定を変更すると所定労働時間とのずれが生じてきて、これをどう解消するか困っているという話がありました。

図 38 に関しては、長日勤の設定はマストではないので、早出・遅出、8 時間実働で 2 つずらして組み合わせるとか、中勤の設定も考えられるのではと思われまます。スケジュールを見ながら、何時に交代時刻を設定するかという問題もあります。19 時、20 時、21 時、22 時等、それぞれの病院の環境とか、病棟の業務のタイプによって、メリット・デメリットも見えてくるでしょうから、スタッフの意見を聞きながらシミュレーションをしてみたいかかかというアドバイスをしています。また、やむなく長日勤を設定する場合には、勤務負担軽減策を必ずとることです。よくあるケースは、長日勤を設定して、さらにそれが恒常的に時間外勤務が発生して長くなってしまい、夜中まで帰れないことになる。これでは本末転倒です。業務内容の整理とか、長日勤者の数を必要最小限の人数にして、1 人あたりの長日勤回数を減らす対応が必

1. 16時間夜勤の短縮に伴う新たな勤務時間帯設定のポイントは？

- **可能な限り「長日勤」の設定を避ける。** 実労働時間8時間以内の複数の勤務帯を組合せる。
例1: 早出日勤(実働8時間)+遅出日勤(実働8時間)
例2: 日勤(実働8時間)+中日勤(実働4時間))
- **交代時刻の設定も決め手**になる。病棟業務のスケジュール、公共交通機関の利用可能時間、職員の夕刻～夜間の生活時間との折り合い等を考慮しながら、たとえば19時、20時、21時、22時の交代をシミュレーションしてみる
- やむなく「長日勤」を設定する場合は**勤務負担軽減策**をとる。
 - 日々の長日勤者数を必要最小限の人数とし、一人あたりの長日勤回数を減らす
 - 長日勤者の業務内容を整理し負担軽減を図る。時間帯による役割・業務内容の切替え

図 38 「1.16 時間夜勤の短縮に伴う新たな勤務時間帯設定のポイントは？」

要だと思えます。

所定労働時間とのずれに関しては(図 39)、当然変形労働時間制の適用になるので、週単位でつじつまを合わせるように考えてはいけないと言っています。週単位の過不足があっても、月内で解消できれば問題ないわけです。そもそも 1 カ月以内の変形労働時間制の適用になるので、週単位に限らない時間設定をする長日勤でないやり方もできるということです。

この際、標準的な勤務パターンをつくってみて、特に夜勤負担が多い人に関しては、所定労働時間が不足する場合は、これはチャンスだと考え、夜勤回数が少なめの 3 回、平均的な 4 回、多めの 5 回の各パターンで試算して、所定労働時間とのずれ(超過/不足)の解消には、勤務時間帯を、再設定をすることが考えられると言っています。

特に所定労働時間に不足する時間の処理にあたっては、夜勤・交代勤務にあたる職員にインセンティブを与えることです。夜勤回数の多い勤務者につ

2. 勤務時間変更で所定労働時間とのずれを解消するための方策

- **週単位でなく月単位の労働時間で検討する。** 週単位の過不足があっても月内で解消できれば問題ない。(1回の勤務の実働時間が10時間以上である勤務を設定する場合には、労働基準法(32条の2)にのっとり1か月以内を期間とする変形労働時間制を適用し就業規則に既定しなくてはならない)
- **標準的な勤務パターン(1か月)を想定の上、新たな勤務時間帯による月の総労働時間を試算する。**(例 夜勤回数が少なめの3回、平均的な4回、多めの5回の各パターンで試算)
所定労働時間とのズレ(超過/不足)の解消には勤務時間帯を再設定。勤務開始・終了時刻を微調整(10～15分程度)して月単位のズレを縮小することもできる。
特に所定労働時間に不足する時間の処理にあたっては、
- **夜勤・交代制勤務にあたる職員にインセンティブを。** 特に夜勤回数の多い勤務者について、
所定労働時間を短縮する
不足する時間数を「勤務を要しない時間」として扱う(職務専念義務免除の適用など)
- 労使協定を締結したうえで、**有給休暇の時間単位利用**で解消。

図 39 「2. 勤務時間変更で所定労働時間とのずれを解消するための方策」

勤以外の勤務帯に設定することになるのですが、この4時間を日勤に付けると12時間の長日勤になる。1個で独立させると中勤になります。

これを1週間の中でつじつまを合わせようとすると、このいずれかのやり方をとらざるを得ないわけですが、4週間の中で解消する方策を考えれば、さらにいろいろなやり方が出てきます。1週間ごとに日勤が2日か3日、そして遅出勤が1日ずつあるという形になります。これで1個浮いていた中勤のブロックがきれいに4週間で処理できるわけです。長日勤を設定しなくてもいいように、日勤と遅出勤の組合せとなります。ただ、出勤回数が18回ということになります。出勤回数をさらに少なくするというのであれば、中日勤を2週間に1回ずつ設定して、その他の週に関しては日勤と遅出の組合せということがあり得ます。この前後の週に関しては勤務日が4日という設定ができます(図42)。



図42 「勤務帯の長さの設定変更の例」

6. 今後の課題

今後の課題であります。労働時間法制の見直しと今後の流れですが(図43)、前の国会に「労働基準法等の一部を改正する法律案」が提出され、ご存じのような国会の経緯で未審議のまま継続審議になっています。この法案は相矛盾する2つの要素を組み込んだもので、私どもはこれを複雑な気持ちで見えておりました。

昨年の2014年6月に過労死等防止対策推進法ができました。過労死をされた労働者の遺族、過労死対策弁護団の先生たちが中心になり、国会議員が超党派で応援してできた法律ですが、中身的に言いますと、大綱をつくる、防止対策をつくるということで、啓発とか、相談とか、民間団体の活動に対する支援というようなことが中心になっていて、実効あるような労働時間規

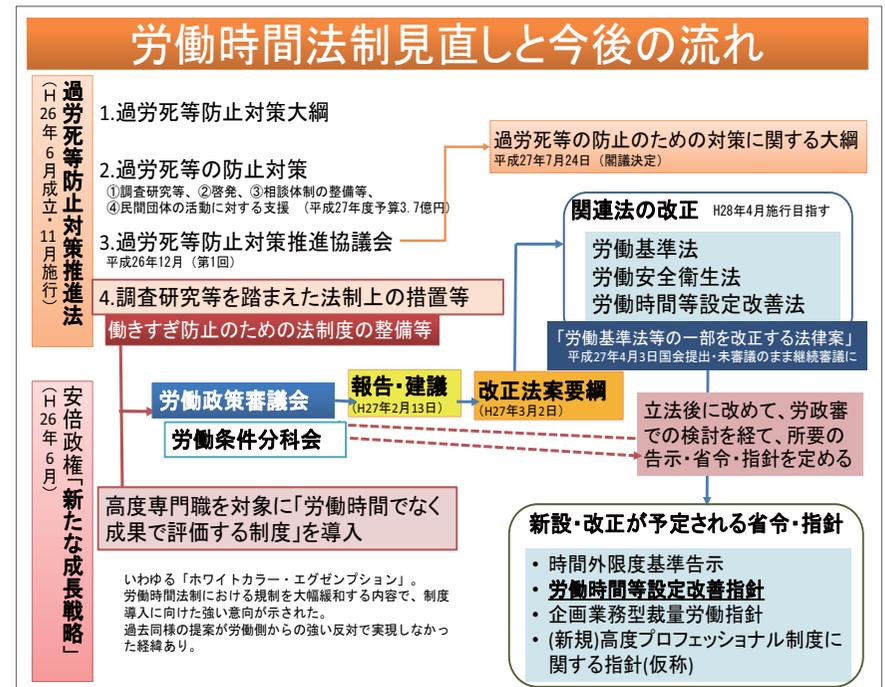


図43 「労働時間法制見直しと今後の流れ」

制はこの法律ではやらないというものです。したがって、働きすぎ防止のための法制度の整備等は他の法律でやることになります。

この法制度の整備という要素を1つ、この労働基準法の改正案は背負うことになりました。ところが、もう一つの要素は、同じ2014年6月に、安部政権が新たな成長戦略の中で産業界の意向を受けて、高度専門職を対象に労働時間でなく成果で評価する制度を導入しました。これはいわゆるホワイトカラー・エグゼンプションの流れをくむものであり、労働時間規制を大幅にはずす働き方の新たなタイプをつくるものであります。つまり、労働時間法制における規制を大幅緩和する内容で、制度導入に向けた強い意向が示されたものであり、過去に同様の提案が労働側からの強い反対で実現しなかった経緯があるのですが、この働きすぎ防止の話と規制を緩和する話の両方が入り、労働政策審議会の中で労使の意見が平行線のまま議論が経過してしまっ

労働時間法制改革に係る労働基準法等改正案のポイント

1. 高度プロフェッショナル制度の導入(労基法)

- 高度な職業能力を有する労働者であって一定の年収要件を満たす者(対象職種:金融商品開発、金融ディーラー、研究開発など 年収1,075万円以上)
- 労働時間規制を適用しない(時間外・深夜・休日労働に対する割増賃金なし)
- 健康確保措置(①勤務インターバル確保、深夜業回数上限②健康管理時間の上限設定③4週4日以上、年間104日等の休日確保 のいずれか)を義務付け

2. 有給休暇の年5日消化義務付け(労基法)

- 有給休暇のうち年5日について、時季を指定し消化させることを使用者に義務づけ。
- 取得時季の指定にあたり労働者の意見を聞きその意思を尊重するよう努めること

3. フレックスタイム制の見直し(労基法)

- 清算期間上限を従来の1か月から3か月に延長

4. 裁量労働制の適用対象職種の拡大(労基法)

- 企画業務型裁量労働制対象に企画立案調査分析と営業を兼ねる者を追加

5. 月60時間超の時間外割増賃金率50%を中小企業にも適用(労基法)

- 中小企業については25%→50%の割増率適用が猶予されていたが3年後に適用

6. 「深夜業の回数」「勤務間インターバル」を自主的取組み項目として追加(労働時間等設定改善法)

- 「労働時間等の設定」に深夜業の回数及び就業から始業までの時間を追加

図44 「労働時間法制改革に係る労働基準法等改正案のポイント」

た。でも、結果はこの報告に両論併記の形でまとめられ、法案として提案されたのです。

これは継続審議となりましたので、2016年1月4日に通常国会を招集すると首相は言っているようですが、次の国会で審議をされて、与野党の数から言えば、何らかの修正は入るかもしれないが、おそらく成立するものと思われる。

この法案の中で私どもが目しているのは労働時間等改善設定指針で、これを改訂するという点です(図44)。法律ができた時点で、もう一度労働政策審議会に戻されて、労使のそれぞれの代表の議論を経て国が省令・指針を出すこととなります(図45)、改正法案の中身に関しては、例えば高度プロフェッショナル制度の導入のほか、有給休暇の年5日の消化の義務づけの話などがあります。

看護労働分野で今後注目したい労働時間法制改革のポイント

1. 「労働時間等改善設定指針」改正により、働き方・休み方改善の取組み例示として労働者の健康確保の観点から「深夜業の回数制限」「勤務間インターバル」を追加

- 「労働時間等改善設定指針」は「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法」に基づき、労働者の「働き方・休み方」の改善に向けた職場の労使の自主的な取り組みを促進する目的で設定
- 「深夜業の回数制限」により深夜業(22～5時)を含む夜勤の回数上限を、「勤務間インターバル」により交代制勤務における勤務間隔の確保を、看護職の勤務環境見直し・改善に取り組む契機として活用可能。

2. 有給休暇の年5日消化義務付けと、有給休暇の計画的付与制度導入促進

- 計画的付与制度導入と併せて有給休暇の取得促進に活用可能
- 年次有給休暇の消化を前提とした看護職員配置(定数見直し)が不可欠になる

3. 従業員数10人未満の保健医療事業所の週労働時間上限44時間の特例を縮小へ

- 特別措置対象事業所の範囲縮小へ。時期は今後労政審で審議のうえ決定
- 職員数10人未満の診療所、助産所、訪問看護ステーションなどでは、週所定労働時間を44時間以下→40時間以下とする就業規則の見直し等を進める必要がある。

図45 「看護労働分野で今後注目したい労働時間法制改革のポイント」

看護現場に直接関係がありそうなのが2番目の有給休暇の部分ですが、もう一つ、6番目の深夜業の回数、勤務間インターバルを自主的取り組み項目として労働時間等設定改善法に追加をするというのがあります。各職場で自主的に労働時間の改正に取り組んでくださいという項目の例として、深夜業の改正と勤務間インターバルの確保が入ってくるようになります。

この指針が改定されて、働き方、休み方改正の取り組み例示として、労働者の健康確保の観点から、深夜業回数制限、勤務間インターバルの確保が追加されることになると、職場での労使の自主的な取り組みに際して、ぜひこれをテーマにあげていただきたいと呼びかけるときにたいへん便利です。法改正されれば、この取り組みの契機として活用していただくことが今以上にできるようになるかと思えます。

建設的な労使関係構築のために 労働組合は職場づくりのパートナー

厚生労働省の調査によれば、わが国の病院・診療所で結成されている労働組合は1,702組合、組合員総数は約33万人(うち女性は約27万人)です(平成23年労働組合基礎調査)。大多数は病院労組であり、女性組合員の大半は看護職員とみられます。8,000を超える病院のすべてに労働組合があるわけではありませんが、病院によっては複数の労働組合が併存しています。

安全で質の高い医療・看護を提供し、働きやすい職場を作るには、労働組合の理解と協力が欠かせません。労働関係法令の順守やよりよい勤務時間制度の構築などは、それぞれの職場での労使の主体的な取り組みによって進められるものであり、使用者だけでなく労働組合も役割と責任を担っています。働き続けられる職場づくりにおいて、労働組合が重要なメンバーであることを認識しましょう。

労働組合には使用者(病院経営者・管理者)と団体交渉を行う権利があり、使用者はこれに誠実に対応する義務があるとされています。複数の労働組合がある場合、使用者はそれぞれの労働組合に対して中立的な立場をとることが義務付けられており、すべての労働組合に公平に対応しなくてはなりません。

看護管理者は使用者側の一員として労働組合に対応します。まず、日ごろからそれぞれの労働組合と情報交換をし、信頼関係を築きます。ここから視点の違う貴重な情報が得られることもあります。お互いの立場を尊重して、問題意識を共有することから、課題解決の道がひらけます。

日本看護協会「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」より

図46「建設的な労使関係構築のために～労働組合は職場づくりのパートナー」

有給休暇に関しては、年5日消化となると、最低限5日の消化ができていない職場があったりするので、おしなべてどこでも、ということとはできないかもしれませんが、これを契機に、計画的付与制度と併せて、年次有給休暇の消化を前提とした看護職員配置をしてほしいというのが私どもの考えです。しかるべき準備をしないと法律も守れないわけなので、毎年、次年度の人員配置の検討に際して、もちろん労組としても意見を出しておられると思いますが、年次有給休暇の消化について、今年が平均年10日とれているのだったら、次年度の目標値は何日にするかの設定をして、それを前提にした人員配置をしてくれという要望をぜひ出していただきたいと思えます。

いろいろな労働時間法制の動きもありますが、看護師、さらに医療従事者については、厚生労働省の5局長通知、あるいは6局長通知、医療分野の雇用の質の向上に向けた国の姿勢の表明があったのですが、これは姿勢の表明に止まらず、2014年に医療法の改正が行われていて、医療機関の管理者に対しては、医療従事者の勤務環境の改善に自主的に取り組むことが努力義務ではあるが、義務づけがされているわけです。ですから、医療勤務環境の改善に向けて医療法に則った取り組みを進めてくれということで、これに対し行政は支援をするというスタンスをとっており、医療勤務環境改善に向けた取り組みの手引きなども厚労省は公表しております。法令順守の状況に関したものを含んで職場の状況のチェックリストなどもその手引きの中に入っていますので、職場での取り組みの中で参考にさせていただきたいと思えます(図46)。

職場環境の改善に関しては、労働団体も大きな役割を担ってゆかれることになります。参考にあげてある一文は、夜勤交代制勤務に関するガイドラインの中でコラムとして掲載しているものです。「安全で質の高い医療・看護を提供し、働きやすい職場を作るには、労働組合の理解と協力が欠かせません。労働関係法令の順守やよりよい勤務時間制度の構築などは、それぞれの職場での労使の主体的な取り組みによって進められるものであり、使用者だけでなく労働組合も役割と責任を担っています。働き続けられる職場づくりにおいて、労働組合が重要なメンバーであることを認識しましょう」。これは看

護管理者向けのメッセージであります。

私どもも、うかうかとして知らないうちに出たのですが、連合も看護職員の夜勤交代制勤務のガイドラインを出しております。目指すべき基準であるガイドラインと最低限到達すべき基準であるミニмумラインを並列で示しているということです。日看協のものと項目の立て方が若干違ってきます(図47)。

日本医労連の場合は、2014年9月に「めざすべき看護体制の提言」を出しており(図48)、これにも注目しております。この一番のミソは、夜勤交代制勤務の場合は正循環で週の労働時間32時間を主張している部分です。夜勤交代制勤務者に関して、より短い所定労働時間を設定するという事は、将来に向けて目指すべき1つの方向だと思います。ただ、実現までの道りは決して平坦ではありませんし、時間もかかるだろうと思います。夜勤交代制勤務をする人材の確保が非常に難しい中で、特別な人だけがやれる厳しい夜勤ではなく、より多くの人たちが関われる夜勤、続けられる夜勤にすることが大事だと思っています。

連合の看護労働政策(最近のトピックス)

- 連合「看護職員の夜勤・交代制勤務のガイドライン」(2014年5月)公表
(http://homepage3.nifty.com/zensairo/kanngo_yakinkoutai_gaidorain_bubun_rengo20140528.pdf)
- 「ガイドライン」=めざすべき基準/「ミニмумライン」=最低限、到達すべき基準を提示
- 基準項目：①休日の設定②休日日数の確保③年次有給休暇の取得促進④休憩と休息時間・深夜勤の仮眠時間の確保⑤月間深夜勤回数の制限⑥連続深夜勤回数の制限⑦勤務間隔時間の確保⑧深夜勤明けの休養時間の確保⑨時間外労働(残業時間)のあり方⑩ラップ(引継ぎ)時間のあり方

図47 「連合の看護労働政策(最近のトピックス)」

医労連の看護労働政策(最近のトピックス)

- 日本医労連「めざすべき看護体制の提言」(2014年9月)公表
(<http://irouren.or.jp/publication/advertising/pamph/#002018>)
- 以下抜粋
- (1) 2007年の国会決議「日勤は患者4人に看護師1人、夜勤は患者10人に看護師1人」以上を基本とし、それ以上の配置を行うこと。
 - (2) 1日8時間労働で、夜勤交替制勤務の場合は、心身に優しい「正循環勤務(週労働32時間となる)」とすること。
 - (3) 完全週休2日制、諸休日の完全取得とすること。
 - (4) 母性保護の視点を重視し、生理休暇の完全保障と妊娠者の夜勤免除を行うこと。
 - (5) 在宅を含めたすべての職場で、「1人勤務」をなくすこと。

図48 「医労連の看護労働政策(最近のトピックス)」

職場労使による建設的な取り組みの推進のために

- 「職員の健康と安全が患者の健康と安全を守る」
- 組織を挙げた、全職種対象の勤務環境改善の取り組みの一環として
(← 改正『医療法』に基づく自主的な医療勤務環境改善)
- 労働科学的知見のさらなる蓄積と活用を
- 職場内のコミュニケーションの促進を

図49 「職場労使による建設的な取り組みの推進のために」

勤務環境改善、夜勤の負担軽減に向けて道筋はいろいろあると思いますが、方向性は皆さん一緒だと思いますので、その道筋の違う道のをなんとか一緒に肩を組んで進めるような工夫が必要だろうと考えています（図49）。合い言葉は「職員の健康と安全が患者の健康と安全を守る」であり、組織をあげた全職種対象の勤務環境改善の取り組みの一環として、行っていく必要があります。

改正医療法に基づく自主的な医療勤務環境の改善は、法律に定められたものとして国も支援を始めていますし、都道府県単位で医療勤務環境改善支援センターという機能を持って、頑張っている現場のバックアップをするという仕組みがようやく動き始めました。ただ、その実情は都道府県において相当ばらつきがありますので、すぐ現場の役に立つようなサービスができるところが、はたしてどれほどあるかわからないというのが正直なところです。しかしながら、現場でちゃんと支援してくれという行政への突き上げができると、行政も動き始める契機にできるのではないかと思いますので、こちらにも関心をお持ちいただきたいと思っています。

労働科学的知見のさらなる蓄積と活用と提示しましたが、今日ご紹介した夜勤のリスクのデータの中では、外国でのデータが多く、日本国内で看護職を対象にとられた労働科学的なデータというはまだまだ少ないわけです。したがって、こういうものの蓄積が必要だと思います。職能団体として取り組むことができれば一番いいのですが、そのような動きがあったときは、ぜひお力添えをいただきたいと思っています。

この夜勤交代制勤務をめぐることは、職場の中で皆さんが納得できるようなルールができること、そしてそのルールが大切に運用されていくことが肝要です。職場のルールをつくること、それを守っていくことについて、立場を超えて職場内でのコミュニケーションが促進されることが何よりも大切と考えています。長時間にわたりお聞きいただきましてありがとうございました。私の話はこれで終わります。（拍手）

【質疑応答】

司会

ありがとうございました。質問等がありましたら、挙手をしていただきたいと思っています。

質問者 A

よくわからないことがあるのですが、時差出勤というのがありますよね。夜勤の前後とか、何かルールというのがあるのでしょうか。例えば、13時から21時45分までの時差出勤とか、7時から15時45分までの時差出勤があるのですが、あれは夜勤に関係なく、事務のほうでは普通の日勤と同じ扱いにしているのです。だから、夜勤の前とか後とか、こういうふうに普通に日勤として扱われていると、やはり体のほうに負担もかかると思います。例えば日勤ですと、私たちや看護師さんは、8時から16時45分までが日勤と思っていたのですが、そのときの手当というものはないのでしょうか。

奥村

早出とか遅出についてお話ししましたが、そもそもの勤務帯の設定自体がそういう勤務帯があって、勤務表の中にこの早出の時間帯は1人とか2人とか勤務者の数を決めておいて、勤務表の中で勤務指示をしておくという考え方があります。ですから、勤務時間帯の設定自体が、日勤だけではなくて、早出勤、遅出勤のように複雑に複数になっているのが今の病棟看護の現状です。例えば2交代といっても、昼間日勤と夜勤の2種類があって、そこにさらに早出勤があったり、夕方からの遅出勤があったり、スポットの勤務があったりするところもあります。調査をして、1つの病院で勤務帯の数を全病棟おしなべて見ていくつのタイプがあるかと聞くと、20、30ではきかない。40、50とあるのです。そのぐらい複雑に設定をしながら、これは患者さんのニーズのある時間帯とそれなりの人間の数を配置していないと忙しくなってしまう。ですから、そういうことをしているのが現状なのです。どうい

務をしているのか、病棟の仲間に尋ねてみてください。

手当の支給の関連で言いますと、労基法上の深夜の時間帯にかかる勤務であるということを夜勤手当の支給の要件というか、根拠にしているところもあります。22時以前に終わる勤務だと手当の支給を全くしないという規定にしているところも多いのです。そうすると、21時45分までの勤務をされていても、遅番の手当が全くないことも出てきます。ただ、これに関しては、例えば16時間の夕方から朝までの勤務を2つに割りました、22時までには終わる勤務をつくりましたといったとき、そこに手当がないとなったらやはり納得できないと思います。夕刻の時間帯は忙しいし、生活との折り合いも難しく、家族に迷惑がかかるとか、難しい時間帯になるので、そこについては手当の支給を考えるべきだというふうに考えます。人のやりたがらない時間は高く買うのが当たり前なので、そこは病院の管理者側としても工夫のしどころで、たぶんいろいろ工夫していると思います。

質問者 B

看護師です。労働災害保険申請のところですが、この中には看護師が10位以内に入っていると聞いたのですが、医師はどのくらいの順位になっているのでしょうか。

奥村

この中には入っていないということです。

質問者 B

けっこう高いのでしょうか。

奥村

そんなに高くはなかったです。厚労省のホームページでデータが公表されますので、そこも確認なさってみてください。あると気になりますよね。大変な思いをされているのは医師なので。

質問者 B

夜勤手当増額を出したいと考えているのですが、今、どのぐらいの手当になっているのか、わかれば教えてください。

奥村

日本看護協会のホームページからデータが出ていますのでご覧いただきたいのですが、あまり新しい版は出ていないところもあります。2つ方法がありまして、ホームページの中で労働環境・労働条件についてまとめている部分があります。ホームページを下の方まで見て頂くと、カエルのイラストが出ていたのがあったかと思います。カエルが付いている緑のバナーがありまして、そこから入っていただくと労働環境のページに入れます。そこで賃金についてのデータが見られるようになっていきます。直近の調査の結果がまとまると、ニュースリリースを出します。ですから、ニュースリリースのサイトはまた別にありますので、そこで調査結果を見ていただくと、夜勤の手当については皆さんの関心が高いので、毎年調査のデータが出ています。

質問者 B

ありがとうございます。体に対するリスクがかなり高いということで、このへんで見直しをしたいと思っています。

奥村

定額分のほかに割増分がきちんと分けて出ていますか？深夜割増分と夜勤の1回あたりの定額分がきちんと分けて出ていますか？

質問者 B

出ていないかもしれません。

奥村

割増分を定額手当の中に入れていっているところもあるので確認してください。

一番基本給の高い人を前提にして割増賃金を付けた場合も、定額の手当よりも高くなることはないので違法にはならないのですが、納得感としては、一人一人の基本給1時間あたりの賃金が違うのに、定額の中に入っていると聞かれると、割増分をあたかも同じように扱っているかのように見えてしまいますよね。これはもともと国系統の病院でいらっしやるのできちんとやっていると思いますが。

質問者 C

事務職員です。今、短時間の正規職員の雇用制度をつくってほしいという要求を大学当局にしています、考えるとは言っていますが、実際に看護職員で短時間正規雇用を制度化されてやっておられるところでどんな事例があるかというのを、厚労省のホームページを見ると載っているところもあるのですが、もしご存じのところがあったら教えてください。

奥村

日本のいろいろな産業の中で短時間正職員制度が実質的に動いているのは看護界だと言われるぐらい、看護界が先頭を切って走っているのです。短時間正職員制度の普及は、ほかの産業に比べてたいへん進んでいると思われま。ただ、非常につらいのは、短時間勤務イコール夜勤制限、夜勤をしないということがセットになっていることが多いので、そうすると夜勤ができる職員に夜勤負担が集中してしまうという現象も起きています。ですから、現場の管理者の声などを聞きますと、短時間正職員制度に関しては痛し痒しみたいな言い方をされます。

ただ、育児のための短時間勤務制度の適用は当然法律の下でされているわけでしょう。そのほかに短時間正職員制度ということですか。

質問者 C

短時間でなくてもいいわけです。

奥村

そういう形で新規に採用するという意味ですよ。その場合にいろいろなタイプの方を採用できる可能性があって、非常にいいと思います。その働き方について注意をしていただきたいのは、イコール夜勤制約付きなのかどうかです。

質問者 C

さっきの13時間という話も、例えば6・6でいけばそれで十分なんですよ。長時間労働は避けられるかなとは思っています。

奥村

いろいろな理由で短時間勤務をしたい人がいますので、これもまたいろいろ工夫してみる余地があって、戦略的に面白いテーマだと思いますのでぜひ考えてみてください。学校に行きながら短時間勤務がしたいとか、家族の制約で育児、介護のために短時間というのはよくある話ですが、看護職の場合は、勉強しながら働きたいという人がけっこういますので、そういった人たちが応募してくる可能性がありますね。

それから、今フルタイムで働いている人たちが、何らかの理由で短時間勤務を選びたいときに選べるかという話があって、そういうことも短時間勤務をやって、何かの時期を区切ってまたフルタイムに戻るとか、そういった乗り換え可能な制度にするということも重要だろうと思います。もともとは育児の短時間勤務がイメージなのですが、それ以外の理由でも適用できるということです。国家公務員に育児・介護短時間勤務の話が入ったときに、理由としては、育児、介護だけでなく就学とか、その他の理由もたしか列挙されていたように思います。

質問者 D

看護師です。労働災害について氷山の一角だと話されていたのですが、水面下で途中離職した看護師の中で、どのくらいの人たちがメンタル面の不調

だったということがわかりましたら、教えて頂きたいのですが。

奥村

そこは、なかなかデータはとれません。ただ、一部の病院に関しては、管理者の側で把握しているものに関しては、離職理由をとっているデータもありますが、公表しているデータの中にあっただうか確認してみますので、あらためてご連絡頂けますか。

質問者 D

はい。もう一つは、いろいろなことを改善していくときに合意形成が重要だというお話があって、力強い言葉だと思いました。勤務先では、16時間、16時間とは言っているのですが、私などは17時間と思っているのです。日勤のときは8時間勤務というのはあまり抵抗なく普通に8時間と思っていたのですが、夜勤に関しては、16時間といっても実際には17時間拘束なので、17時間夜勤なのに何で16時間と言うのだらうと、そこは17時間と言ってほしいなと思います。

奥村

17時間拘束の16時間夜勤ですね。

質問者 D

そういうふうに強く思っているのですが、それを短くするのに、下のほうからというのでなく、上からの押し付けで13時間・12時間というのができてきて、12時間をやっているところもあれば13時間をやっているところもあるのだけれども、13時間から12時間には移れないし、12時間から13時間には移れないみたいなことがあります。何の理由かもよくわからないのですが。

奥村

部署によって夜勤時間の設定が違うんじゃないですか。それは試行的にやっているのか、そういうふうに決まっているのか。

質問者 D

試行でやっていて、自分たちはまた今度13時間もやってみたいとか、そういうのが許されていなかったりとか、合意形成には程遠いような大学病院の実態があるので非常に参考になりました。

奥村

今のお話で申し上げれば、試行をやるというプロセスに職員団体がきちんとかんでいる必要があると常々思っています。試行をなし崩し的に、一部反対はあるかもしれないが、やっしまえば勝ちだみたいな感じで試行するのはよくないいつも言っております。試行というのは、新しい体制の案を実際にやってみて、直すべきところがあるのかどうか、うまくいくのかどうかを試してみるというトライアルなので、当然期限が切られるべきであるし、評価がされるべきです。その評価をした上で、次のものを決めるということであって、なし崩し的に始めるためのものではないということです。その試行の前後で客観的な数字をとって、それにのっとって評価をすることがとても大切だと思いますし、試行のタイプが違うのであれば、タイプの違うところどうしの比較も必要だと思います。それはよりよい勤務体制をつくるためのステップなのだからということで、みんながそこを納得して一緒にやれるようにしていかなければだめです。ここで試行をやるのは無理だろうという厳しい病棟で試行をやるのもお勧めできません。そういうことはガイドラインに細かく書いてありますので、ご覧になって頂ければと思います。

司会

ガイドラインの説明をいただきまして、多くの質問にもお答えいただきました。奥村先生に拍手をお願いいたします。(拍手)