

## 看護労働の経済的価値（下）

米澤正紀

はじめに

第1章 過少需要と供給不足が併存する雇用市場の背景にあるもの

第2章 次世代経済成長のエンジンとしての「雇用」の役割

第3章 看護労働需給と看護職員配置基準

(1) 看護職員需給の長期的展望

(2) 病棟看護職員の配置基準の問題点

1) 「施設基準における勤務時間」と「就業規則に基づく所定労働時間」の違い

2) 「施設基準における勤務時間」と「拘束時間」の違い

3) 看護職員配置基準に基づく病棟勤務時間と非病棟勤務日の関係

<有給休暇取得を抑制する傾向>

[1] 看護職員配置基準から算定される1人当り看護職員の勤務時間

[2] 入院基本料算定のあり方と有給休暇の取得

[3] 「急性期看護補助体制加算」の二つの捉え方

4) 特定集中治療室（ICU）における看護職員「常時」配置（以上 11月号）

5) 夜勤体制の問題点（以下 本号）

[1] 夜勤の施設基準上の争点・72時間ルール

[2] 看護職員不足と72時間対策

6) 夜勤時間の短縮化を考慮した勤務時間帯の考え方

7) 看護職員配置基準の改善への視点と看護労働の負担軽減

第4章 内需産業としての医療の受容力

(1) 構造的に伸び続ける医療費を経済成長の糧として考える

(2) 医師不足と看護師不足の背景の類似点と相違点

(3) 医療における雇用の形態の多様化と雇用の創出力

## 5) 夜勤体制の問題点

### [1] 夜勤の施設基準上の争点・72時間ルール

病棟勤務の特殊性として、夜間勤務が必然的に生じる。入院患者の病状の観察、処置等は昼間と比較して大幅に減少するとはいえ、夜間においても必要であり、急性期病棟であれば、2人配置では不十分である場合が多くなる。一方、生理的な観点から夜間労働を考えると、人体に与える影響は決して好ましいものではないことも様々な研究から明らかとなっている。このような基本的矛盾をかかえながらも、施設基準においては一定の看護の水準の確保を求めており、かつては夜間勤務等看護加算という形で評価を行っていたが、2006年（平成18年）新基準導入とともに看護配置基準の中に組み込まれ、現在は72時間ルール等によってチェックが行われている。72時間ルールとは、看護職員1人平均月72時間を超えて夜勤を行ってはならないという規定<sup>(23)</sup>であるが、これは月に9回（8時間×9回＝72時間）までということである。そうすると1病棟（1看護単位）で実質的に夜勤を回していくためには、（準夜勤務要員＋深夜勤務要員）×31日（暦日）/9回という算式によっておのずから必要人員が決まってくる。例えば一般病棟においては、1看護単位2人以上の夜勤要員が必要とされているから（2人＋2人）×31日（暦日）/9回＝13.7→14人が最低限いなければ夜勤業務の基準は守れない。1965年（昭和40年）の人事院裁定<sup>(24)</sup>によって「夜勤は2人以上、月8回までが好ましい」とされたが、46年を経た今日でもなおこの8回を巡って厳しい勤務環境にあると言わざるをえない。前回の診療報酬改定では中医協の議論の中で、この72時間ルール撤廃を求める病院

---

(23) 月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で夜勤時間帯に従事する看護職員（療養病棟入院基本料を算定する病棟にあっては看護要員）の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員数で除して得た数とし、直近1ヶ月又は直近4週間の実績の平均値により、72時間以下であること（告示3基本診療料の施設基準等〔病院の入院基本料の施設基準〕）。

(24) 1963年（昭和38年）4月19日全日本国立医療労働組合は、「国立病院および国立療養所に勤務する看護婦、准看護婦、助産婦の夜間勤務規制等に関する行政措置要求書」を提出した。要求は①夜勤日数を月6日以内とすること、②夜間勤務者は看護単位40床以下につき1組最低2名以上とすること等を人事院規則に制定して規制すること。これに対して人事院は、1965年（昭和40年）5月24日に次の要旨の判定を行った。

①月間平均夜勤日数は月8日とすることが一応の目標として適当であると考えられる。上記目標の夜勤日数については、ただちにこれを実施することが困難であるとするれば、計画的にその実現をはかるべきである。②1人夜勤で足りると考えられる看護単位の他の看護単位については1人夜勤を廃止することは、看護婦等の膨大な増員をみない限り一方において月の夜勤日数を増加させる等、別の面における問題を生ぜしめることになり不相当と思料されるので、措置を講ずるとともに、計画的に1人夜勤廃止に向かって努力すべきである。（『初期の看護行政』金子光氏編著203頁）

側委員の提案を踏まえて、7対1、10対1の急性期病院において特別入院料という形で72時間を超えた場合の救済策が講じられた。これは主に中小の病院で看護職員が不足している現状が反映されているのであるが、看護職員の処遇については看護協会や医師会等各利害関係者で意見が大きく異なっている。いずれにせよ看護職員を確保する上で、夜勤は大きなストレスであり、看護職員個々人の生活設計に直接制約を与えるものであるから、1人当たり夜勤時間の短縮、二交代制夜勤による夜勤間隔の拡大（ただし夜勤時間自体は短縮化）、妊娠、出産、育児環境等の整備・充実を目的とした短時間勤務正規職員制度の創設等によって改善の方向が模索されている。

## [2] 看護職員不足と72時間対策

看護職員の勤務体制については、施設基準が非常に複雑になっており、特に夜勤要員の計算に至っては、解釈に窮する部分が少なくない。

施設基準においては、「夜勤とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間（夜勤時間帯）の間において、現に勤務することをいい、例えばある病院が日勤帯を午前8時～午後4時、準夜帯を午後4時～午前0時、深夜帯を午前0時～午前8時と定めた場合、準夜帯は上述した午後10時から午前0時までの2時間を含む8時間全体が夜勤となるし、深夜帯は午前0時から午前5時までの5時間を含む8時間全体が夜勤となり、当該夜勤時間帯に現に勤務した時間数を『夜勤時間数』という。なお各保険医療機関において、当該夜勤時間帯を定める場合には、夜勤時間帯以外の時間帯（日勤帯）が、夜勤時間帯と重なる時間が、当該日勤帯の2分の1以下とすること」と定められており、事実上、日勤帯と夜勤帯が重複する時間帯が存在し、それは日勤帯側からみると1勤務帯8時間の勤務時間の場合、最大4時間以下の時間数が夜勤時間としてカウントされるのである。実務においては勤務時間をこの範囲内で早目に、あるいは遅めに設定するというもので「日勤の早出勤務」（例えば上述の例では午前6時～午後2時に設定した場合）では深夜帯の午前6時から午前8時までの2時間が夜勤となり、「日勤の遅出勤務」（例えば上述の例では午前10時～午後6時に設定した場合）では準夜帯の午後4時から午後6時までの2時間が夜勤となる。また、「夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間は申し送った従事者の夜勤時間には含めない」としているので、勤務時間にカウントされない申し送りに要する時間が更に追加される

形となる。上述の例で、申し送り時間を30分とすると、日勤帯は午前8時～午後4時30分、準夜帯は午後4時～午前0時30分、深夜帯は午前0時～午前8時30分となる（図1（I）、（II）、（III））。早出、遅出勤務のように勤務帯の一部が夜勤時間となる日勤帯の存在は（図1（I-a）、（I-b））、各勤務帯の交代時間の前後の繁忙の緩和によって入院患者にサービスの質を低下させることなく看護の提供の水準を一定に保つという積極的な意味もあると思うが、看護職員不足による「72時間超」対策にも限られた条件の中ではあるが有効である。何故なら夜勤時間数の計算式は、延夜勤時間数/夜勤従事者数なので、何らかの理由で日勤しか勤務できない従事者が早出、遅出勤務を月17時間以上<sup>(25)</sup>限りなく17時間に近い夜勤時間数をこなす場合には分母を大きくすることができるため1人当たり平均夜勤時間数を薄めることができるからである。ただしその担い手として一部パート看護職員によって急場を凌ごうとする場合、パートは常勤換算されるので全体の看護職員数は思ったほど増加せず、その影響力は限定的なものとなる。

また最近では二交代制（図1（IV）、（V））の導入が普及してきているが、16時間ではなくて14時間とか13時間とかに短縮して、長時間夜勤を少しでも緩和しようという考え方も有力である。その場合には10時間等のロング日勤という勤務帯を従来からの日勤帯に並行して走らせることによって隙間を埋めつつ、就業規則による労働時間との調整を行っている（図1（VI）、（VII））。

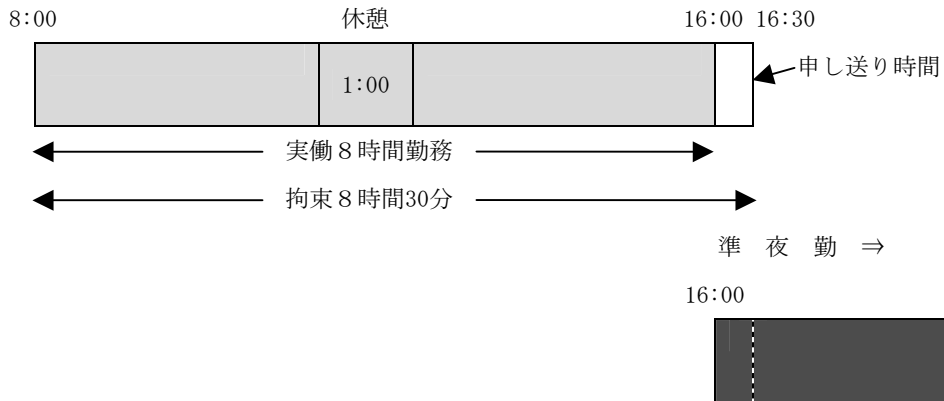
現行の施設基準は基本的には書面主義であり、勤務帯や勤務時間の考え方や枠が決まっている。そこで夜勤のように実際の勤務の形態がどんどん変わっていく場合に、就業規則との乖離をどのように埋めていくのかということが今後、施設基準の大きな課題となってくるのではないかと思う。

---

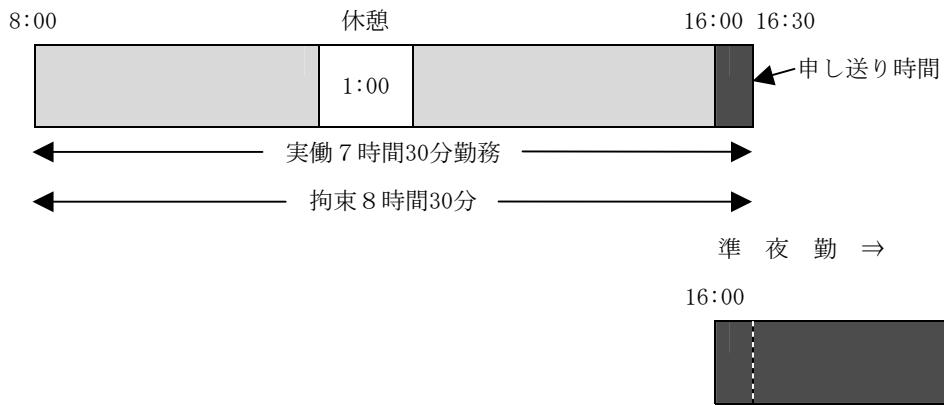
(25) 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延夜勤時間数には、専ら夜勤時間帯に従事する者（夜勤専従者）及び月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は含まない（告示3基本診療料の施設基準等〔病院の入院基本料の施設基準等〕）。


図1 (I) 日 勤 (三交代)

☆ 施設基準の考え方



◎ 就業規則等実際の運用



 勤務時間としてカウントされる部分


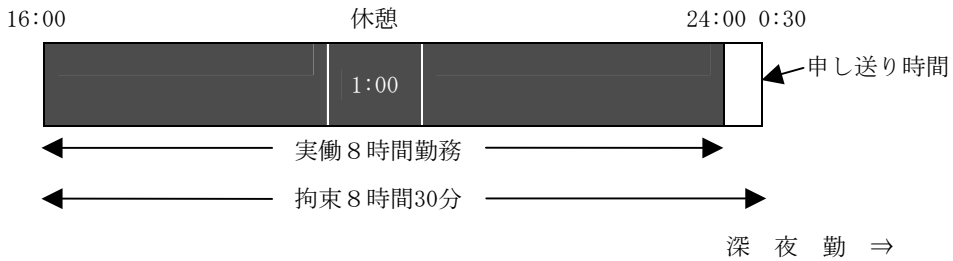
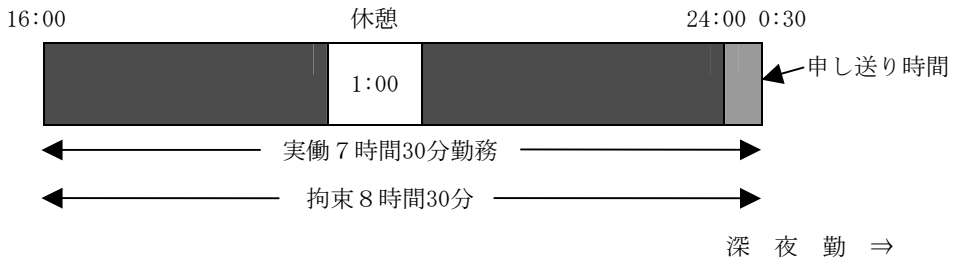
 勤務時間としてカウントされる部分 (準夜帯)


図1 (Ⅱ) 準夜勤 (三交代)

☆ 施設基準の考え方



◎ 就業規則等実際の運用



 勤務時間としてカウントされる部分 (準夜帯)


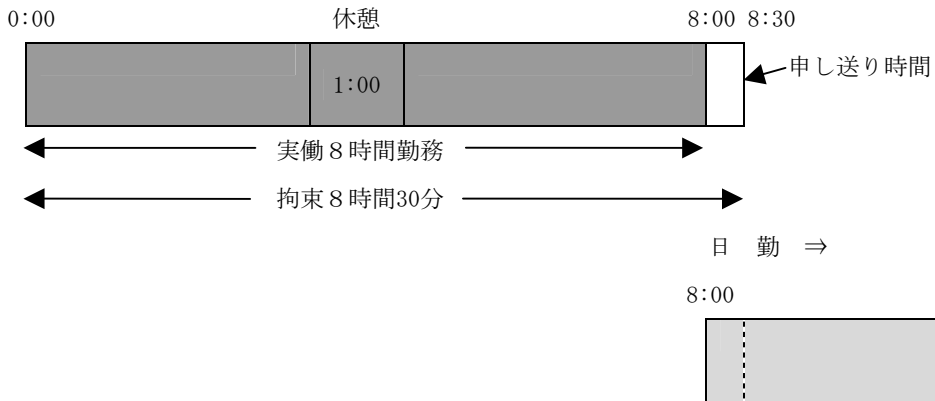
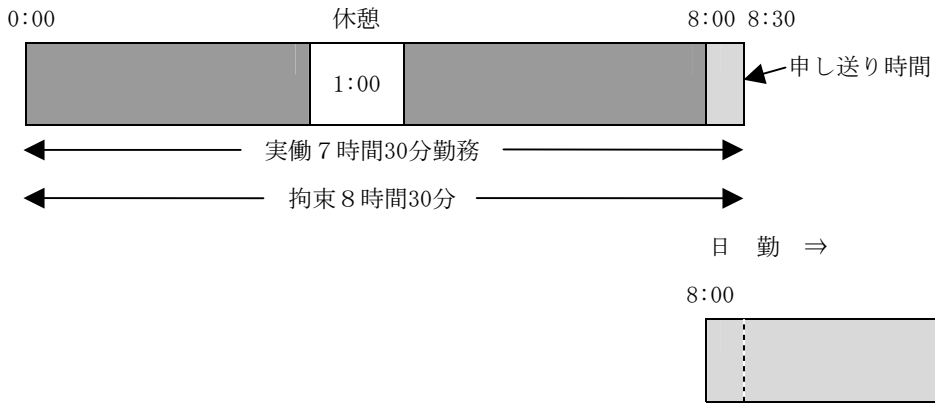
 勤務時間としてカウントされる部分 (深夜帯)

図1 (Ⅲ) 深夜勤 (三交代)

☆ 施設基準の考え方



◎ 就業規則等実際の運用

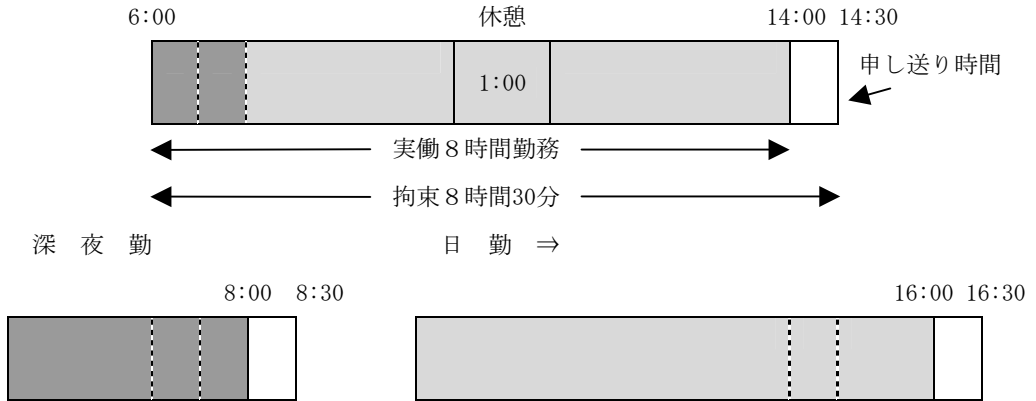


勤務時間としてカウントされる部分

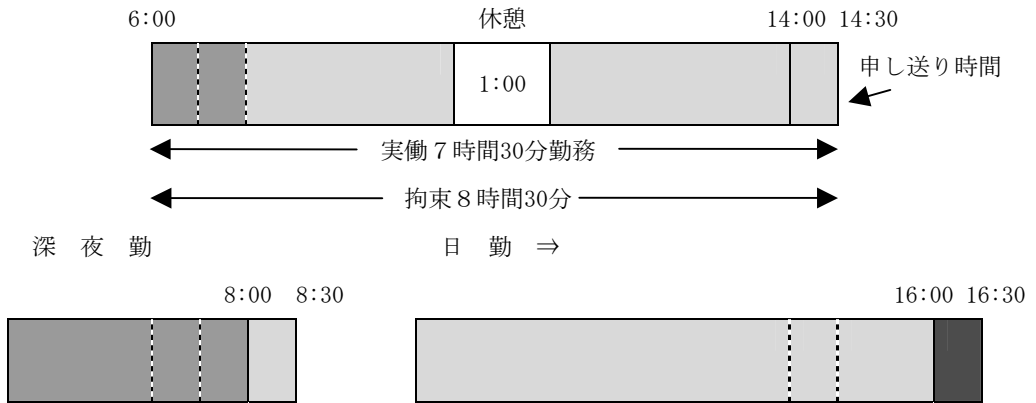
勤務時間としてカウントされる部分 (深夜帯)

図1 (I-a) 早出日勤(三交代)

☆ 施設基準の考え方



◎ 就業規則等実際の運用






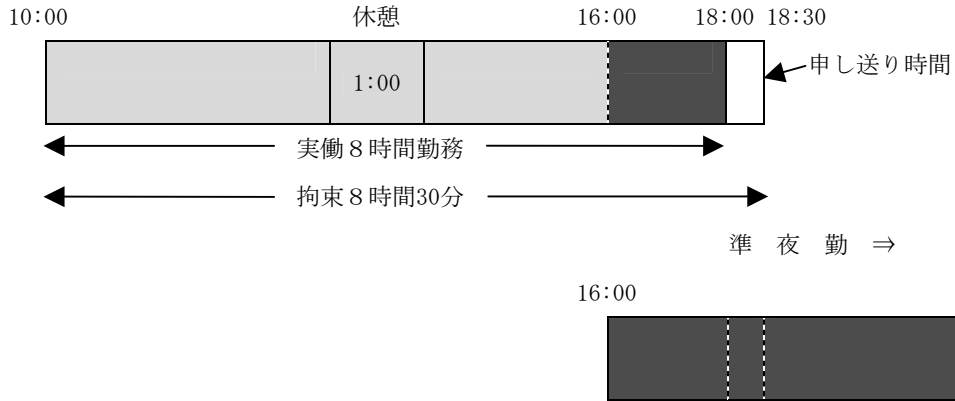
-  勤務時間としてカウントされる部分
-  勤務時間としてカウントされる部分 (準夜帯)
-  勤務時間としてカウントされる部分 (深夜帯)

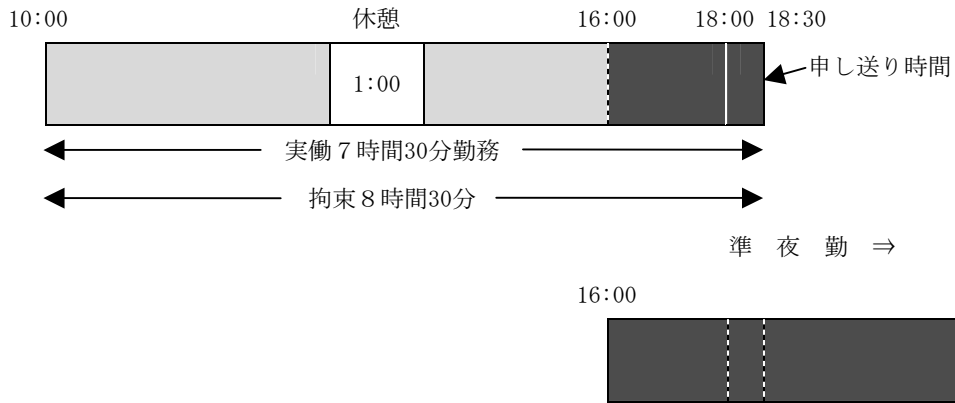



図1 (I-b) 遅出日勤(三交代)

☆ 施設基準の考え方



◎ 就業規則等実際の運用



 勤務時間としてカウントされる部分


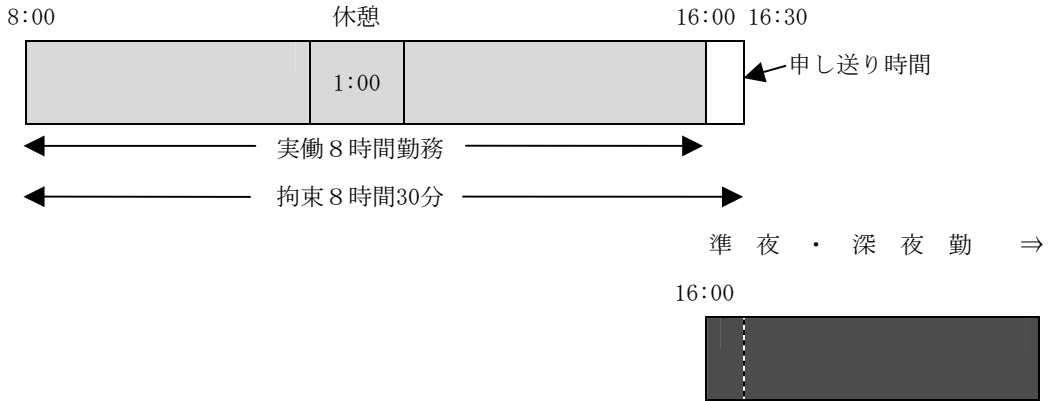
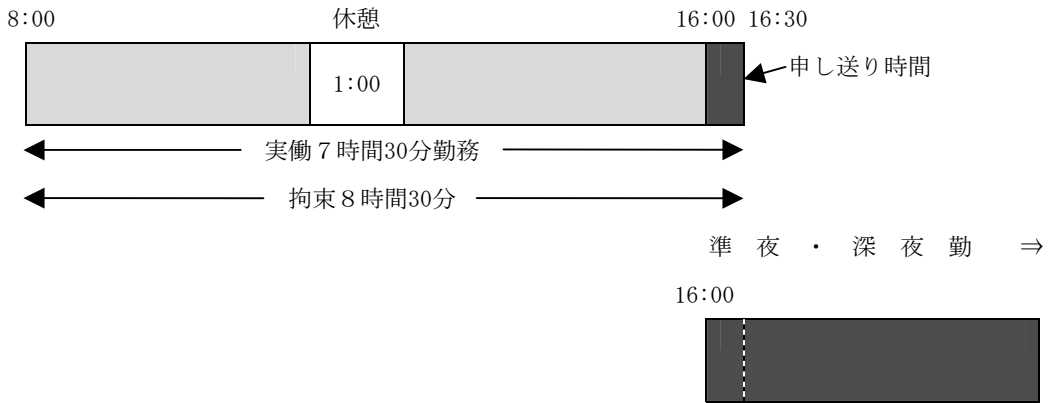
 勤務時間としてカウントされる部分(準夜帯)


図1 (IV) 日 勤 (二交代)

☆ 施設基準の考え方



◎ 就業規則等実際の運用



 勤務時間としてカウントされる部分


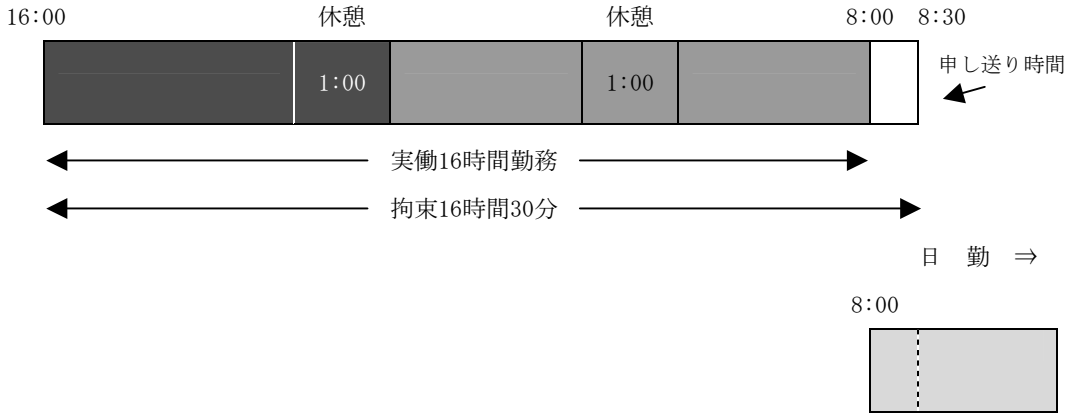
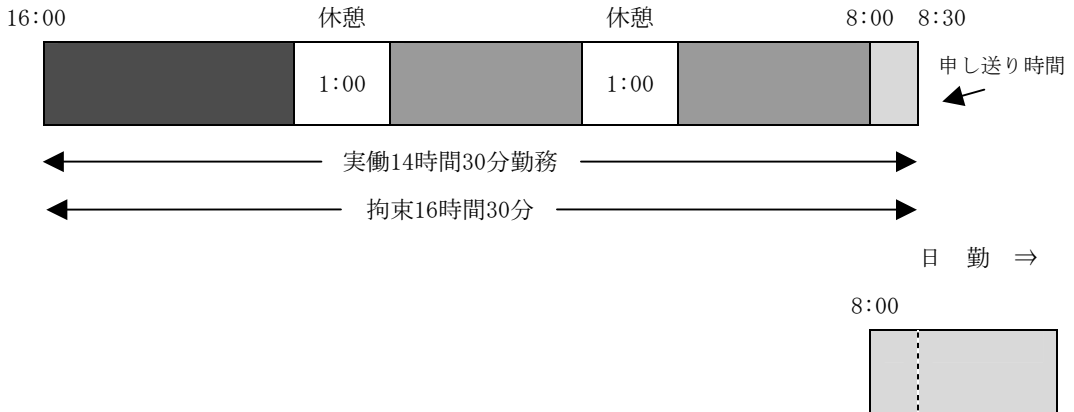
 勤務時間としてカウントされる部分 (準夜帯)


図1 (V) 準夜・深夜勤(二交代)


☆ 施設基準の考え方



◎ 就業規則等実際の運用



 勤務時間としてカウントされる部分

 勤務時間としてカウントされる部分(準夜帯)


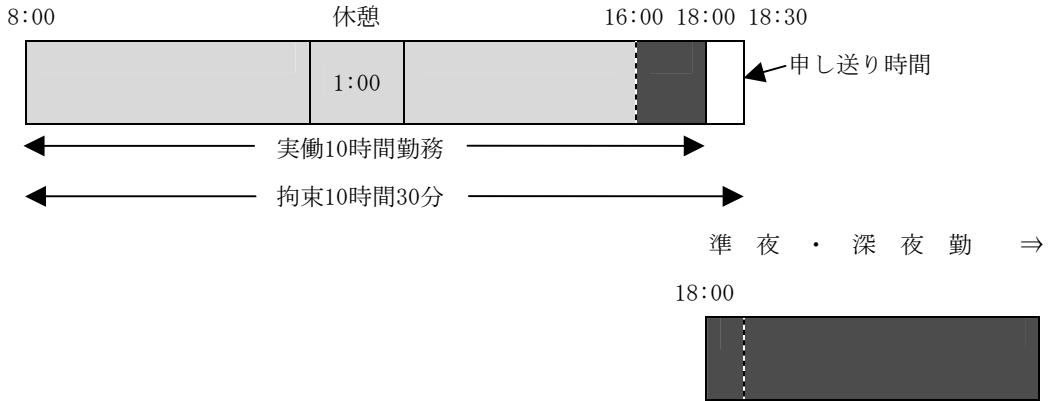
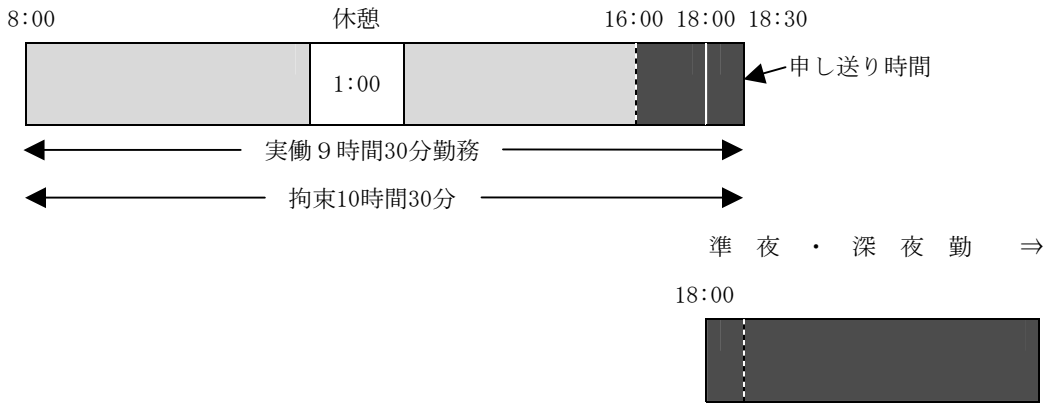
 勤務時間としてカウントされる部分(深夜帯)

図1 (VI) ロング日勤(変則二交代)

☆ 施設基準の考え方



◎ 就業規則等実際の運用

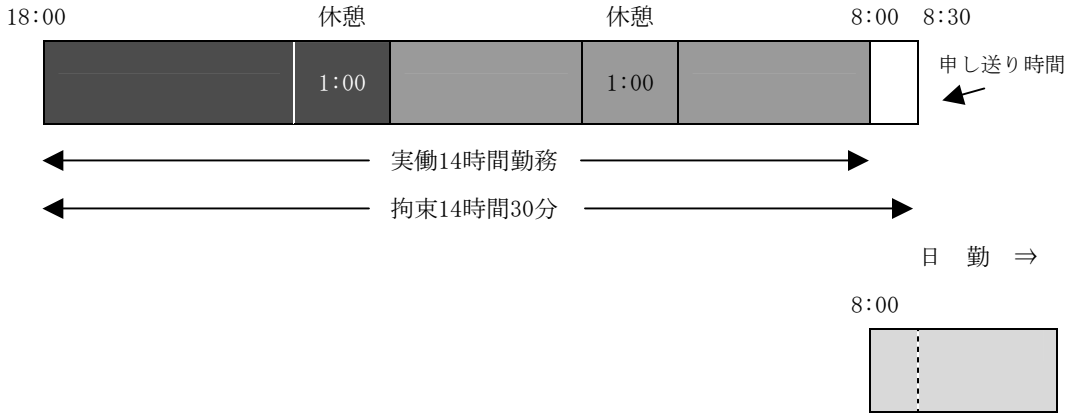


勤務時間としてカウントされる部分

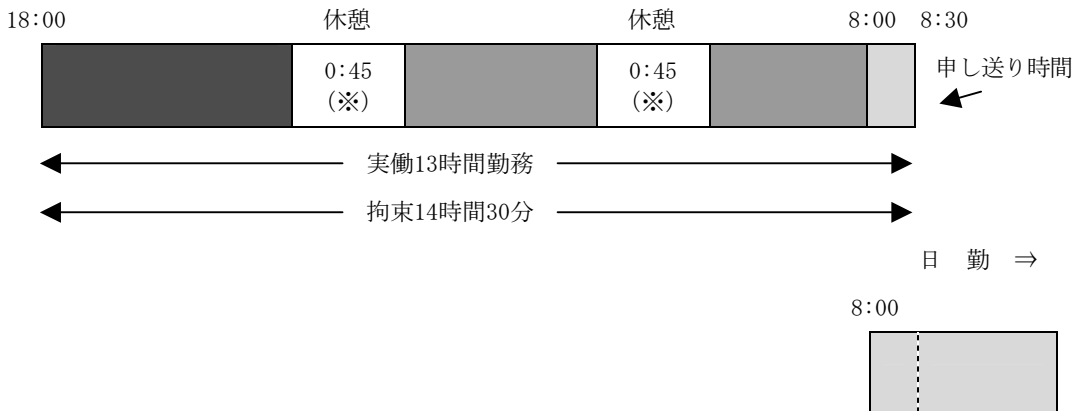
勤務時間としてカウントされる部分(準夜帯)

図1 (Ⅶ) 準夜・深夜勤(変則二交代)

☆ 施設基準の考え方



◎ 就業規則等実際の運用



勤務時間としてカウントされる部分



(※) このケースでは、実際の運用で休憩時間を45分としているため夜勤実働が13時間となるが、ロング日勤(10時間)と14時間夜勤を合わせて22.5時間(9時間30分+13時間)、これは1勤務帯7時間30分×3勤務帯=22.5時間なので整合する。なお、45分の休憩についても労基法上6時間を超えるごとに45分以上の休憩を与えることになっているので問題はない。また施設基準上の勤務時間は24時間(ロング日勤(10時間)+14時間夜勤)、これについても1勤務帯8時間×3勤務帯=24時間なので整合する。しかし看護職員以外の職員の休憩時間は1時間なので2勤務帯で30分少なくなる。もし45分を1時間にすると30分(60分-45分=15分×2回=30分)就業時間が施設基準上の勤務時間を超過することになる(前掲(V)準夜・深夜勤(二交代)◎就業規則等実際の運用のケースでは休憩を1時間としている)。この30分は業務の最後に追加されるので、終業時が8時30分から9時に変更となり、施設基準の勤務時間に影響を及ぼす。

## 6) 夜勤時間の短縮化を考慮した勤務時間帯の考え方

夜勤の最大の問題点は、労働時間としては人間の生理に反した時間帯を長時間にわたって勤務しなければならないことにある。これまでみてきたように勤務間隔が大きくなるという意味では、三交代より二交代の方が優れている。しかし二交代で夜勤する場合の原則は1勤務帯8時間を2回分連続で勤務しなければならない、負担が大きくなる。

しかし三交代であっても二交代であっても深夜帯を中心とした時間を短縮できるのであれば、夜勤の肉体的、精神的負担がかなり軽減されるのは間違いない。

そこで、試みに急性期の一般的な病院を想定して勤務表において1人当りの連続夜勤を12時間に制限した場合を考えてみる。

前提：A病棟（一般病棟7対1入院基本料）

① 日勤 8:00 ~ 16:30

② 準夜勤 16:00 ~ 0:30

③ 深夜勤 0:00 ~ 8:30

□ 1勤務帯につき1人当り施設基準勤務時間 8時間

□ 申し送り時間 30分

□ 1勤務帯につき1人当り所定労働時間 7時間30分

□ 1勤務帯につき1人当り拘束時間 8時間30分

【1】病床数50床。

【2】病床利用率90%。

【3】1日平均入院患者数45人（50床×0.9）。

【4】1日看護配置数 {（1日平均入院患者数/届出区分の数7）×3} 20人  
（45人÷7=6.4人。6.4人×3=19.2→20人（切り上げ））。

【5】1日当り必要総労働時間 160時間（1日看護配置数20人×8時間）。

【6】病棟必要総看護配置数33人（1日平均入院患者数45人÷1.4<sup>(26)</sup>=32.1→33人（切り上げ））。当該病棟の看護職員数を33人とする。

【7】夜勤体制からみた最低必要看護要員数28人 {8人（準夜勤4人+深夜勤4人）×30.4日（1ヶ月の平均）/9回（1人1ヶ月当り夜勤回数）=27.02→28人（切り上げ）}。当該病棟における夜勤要員を31人、非夜勤要員を2人

---

(26) これは旧基準で、常時の考え方ではなく、病棟全体で看護職員配置数を1とした場合の患者数を表す。ex. 1.4対1→7対1、2対1→10対1。

(師長及び夜勤免除者) とする。

【8】看護職員の週所定労働時間は、37.5時間/人（7時間30分/日×5日）。年間の総所定労働時間は、1,955時間/人（37.5時間×52.14週）。

【9】公休以外の勤務除外時間数<sup>(27)</sup>

①有給休暇23日（年次有給休暇の平均付与日数18日＋夏期休暇5日）＋②国民の祝日15日＋③年末年始休4日（祝日に計上した元旦を除く）＋④病気休暇取得・欠勤14時間＋⑤産休・育休121.3時間＋⑥研修等60時間＝315時間（42日×7時間30分）＋14時間＋121.3時間＋60時間＝510.3→510時間。

【10】有給休暇等が充分とれる場合の看護職員実労働時間は、

1,955時間－510時間＝1,445時間/年間/人。

1,445時間÷12ヶ月＝120.4→120時間/月/人。

□ 1ヶ月間に1人の看護職員の所定労働時間は最大120時間。

◎ 上記の計算を施設基準ベースに置き直す（7時間30分を8時間に読み替える）と、

【11】年間の1人当り総必要勤務時間数は、40時間（8時間×5日）×52.14週＝2,086時間。2,086時間－勤務除外時間数531時間{336時間（42日×8時間）＋14時間＋121.3時間＋60時間＝531.3→531時間}＝1,555時間/年間/人。

1ヶ月間の1人当り総必要勤務時間数は、1,555時間÷12ヶ月＝129.5→130時間/月/人。

□ 上記勤務除外時間数を所定のものとする、

【12】1人当り月平均勤務回数は、16.3回（1ヶ月間の総必要勤務時間数130時間÷8時間）。

【13】病棟必要総看護配置数38人{1日当り必要総労働時間160時間×30.4日＝4,864時間（1ヶ月当り必要総労働時間数）。4,864時間÷130時間＝37.4→38人}>33人。

すなわち病棟必要総看護配置数は、現行施設基準上は33人でよいが、531時間の勤務除外のもとでは、5人増やして38人としなければ当該病棟の勤務

---

(27) 看護職員が勤務しない時間数及び日数については、「[1]看護職員配置基準から算定される1人当り看護職員の勤務時間」のところで試算を行ったが、ここでは日本看護協会発行の「2009 SHOKUBA SUPPORT BOOK」に看護職員1人当り看護時間数の目安が算出されており、前掲試算より時間数が大幅に増えているので、本当に充分かどうかは別にして、「有給休暇等が充分とれる場合」の時間数としてあげている。

は回らない。38人ということは、 $45人 \div 38人 = 1.2$ 。つまり1.2対1（総配置数）→6対1（常時配置数）ということになり、7対1（1.4対1）と5対1（1対1）のちょうど真ん中あたりの看護配置水準となる。

【14】現行施設基準に基づいて33人の総数で当該病棟を回すと、勤務除外の時間数は、317時間 {147.4時間 ( $4,864時間 \div 33人 = 147.4$ )  $\times 12ヶ月 = 1,769$ 時間。2,086時間 - 1,769時間 = 317時間}。531時間 - 317時間 = 214時間。214時間  $\div 8時間 = 26.7 \rightarrow 27$ 日。すなわちこの場合の勤務除外の時間数317時間は日数としてはおよそ40日 ( $317時間 \div 8時間 = 39.6 \rightarrow 40$ 日)であるが、「有給休暇が十分とれる場合」と比較すると、国民の祝日等 {①国民の祝日15日 + ②年末年始4日 + ③病気、産休、研修等24日 ( $195.3時間 \div 8時間$ )} だけで43日となるので、43日 - 40日で3日分少なくとも病気、産休等の消化に喰い込むことになり、夏期休暇を含む有給休暇は全くとれないことになる。

【15】もう一つの病棟必要総看護配置数算出方法

① 1日当り必要総労働時間160時間  $\times 365日 = 58,400$ 時間。

$58,400時間 \div 2,086時間$  {40時間 (8時間  $\times 5日$ )  $\times 52.14週$ ・これは公休のみしか勤務除外されていないケース} = 27.9  $\rightarrow 28$ 人。

33人の場合は計算式に使われている1.4対1という配置基準の中に公休以外の休日等が考慮されているために1,769時間 {147.4時間 ( $4,864時間 \div 33人 = 147.4$ )  $\times 12ヶ月 = 1,769$ 時間} となり、38人の場合は大幅に休日等が増えているため1,536時間 {128時間 ( $4,864時間 \div 38人 = 128$ )  $\times 12ヶ月 = 1,536$ 時間} となっている。つまり病棟必要総看護配置数は勤務除外日数の多寡によって異なる。

【16】現行施設基準に基づいて33人の総数で算出される1人当り月平均勤務回数 は、18.4回 (① $4,864時間 \div 33人 = 147.4$ 時間。147.4時間  $\div 8時間 = 18.4$ 回。②1日当り必要総労働時間数160時間  $\div 8時間 = 20$ 勤務帯 (人)。20勤務帯/日  $\times 30.4日 = 608$ 勤務帯。608勤務帯  $\div 33人 = 18.4$ 回)。



(I) 現行施設基準に基づいて、準夜・深夜の連続夜勤を12時間とした場合<sup>(28)</sup>

(C、C´勤務帯【準夜・深夜勤】において不足する準夜4時間をB勤務帯【日勤・準夜勤】の準夜4時間で補填し、B勤務帯【日勤・準夜勤】において不足する日勤4時間をD勤務帯【半日勤】の日勤4時間で補填) (図2(I)全体図(1)☆施設基準の考え方)

A勤務帯	8時間×8人=64時間 (日勤 8H)
B勤務帯	8時間×4人=32時間 (日勤・準夜勤 日勤4H、準夜4H)
C勤務帯	4時間×4人=16時間 (準夜・深夜勤 準夜4H)
C´勤務帯	8時間×4人=32時間 (準夜・深夜勤 深夜8H)
D勤務帯	8時間(4時間×2回)×2人=16時間 (半日勤 4H×2回/人)
合計	22人(22勤務帯) 160時間

① 現行施設基準では、1勤務帯勤務時間は8時間と決められている。つまり日勤8時間、準夜8時間、深夜8時間合計24時間。したがって夜勤についても16時間を超える勤務時間はありえない(残業時間はカウントされない)。なので、例えば1勤務帯としてロング日勤10時間と病院が決めても、施設基準では8時間の日勤と夜勤2時間を組み合わせただけのことである。同様に1勤務帯16時間の夜勤の場合でも8時間と8時間の夜勤を連続して行うだけのことである。

施設基準における1勤務帯勤務時間8時間、1日3勤務帯という枠組みは変わらないので、各病院の届出において、三交代、二交代、変則二交代等、あるいは勤務帯を三本以上設定しても、施設基準が設定する上記枠組みに当てはめて要件を満たすかどうかということである。

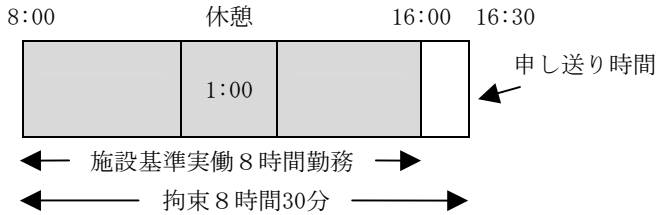
つまり当該病棟の事例においては、1日当り必要総労働時間数が160時間と決まっているので、施設基準上、標準的には1人8時間でカウントされるため、1日看護配置数が20人となるのであるが、8時間以内であれば数時間だけの短時間勤務等であっても、それらを組み合わせた数が22人であろうと30人であろうと160時間以上を確保できれば問題ない。勤務帯についても8時間で考えられる三

(28) 準夜・深夜の連続夜勤(二交代制もしくは変則二交代制等による夜勤)における勤務時間数は、現行診療報酬上16時間が原則であるが、8時間を超えていれば理屈上は可能である。実際15時間あるいは14時間等の勤務体制を導入している病院も少なくない。労働者の健康と安全の保護を目的として1993年にEU加盟国において制定された「EU労働時間指令」の中で1日の休憩時間として、24時間につき最低連続11時間の休憩期間(1日の労働時間の上限は原則13時間)が定められている(「労働時間改革」鶴光太郎氏他、日本評論社)。この規制を日本においても適用するものとして、拘束時間12時間30分、施設基準勤務時間12時間のモデルを設定して現行施設基準、労働基準法に基づく就業規則との関係を考えてみる。

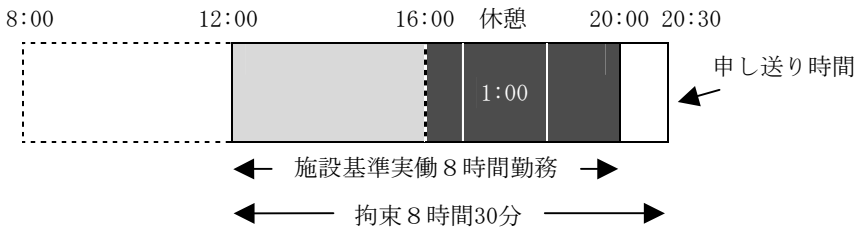
図2 (I) 連続夜勤12時間・全体図(1)

☆ 施設基準の考え方

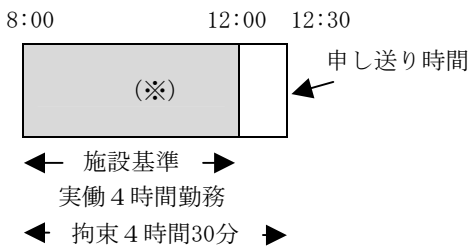
(A) 日勤 ⇒



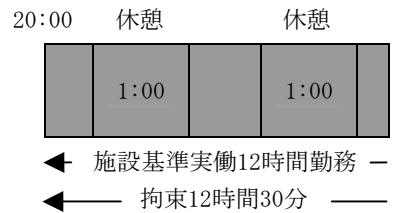
(B) 日勤・準夜勤 ⇒



(D) 半日勤 ⇒

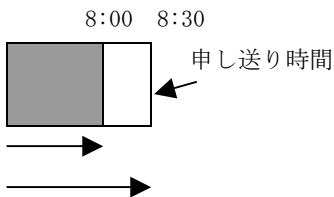


(C、C′) 準夜・深夜勤 ⇒



(※) ただし半日勤は、実務上は勤務帯2人で午後も勤務し、日勤8時間として半日勤2回分を行うこととする。

準夜・深夜勤



勤務時間としてカウントされる部分



つの勤務帯が結果として満たされていれば、勤務帯が三つ以上いくつあっても問題ない。

- ② 所定労働時間の1日単位は7時間30分であるが、12時間夜勤の勤務帯の所定労働時間は3時間（準夜帯）＋7時間30分（深夜帯）となり、準夜帯も通常は7時間30分が所定労働時間であるので4時間30分足りないが、D勤務帯の4時間30分を足すと7時間30分となるので合計で2勤務帯をこなすことになって、看護職員以外の職員とのバランスは保たれる（図2（I）全体図（2）◎就業規則等実際の運用）。
- ③ 実務上は、1日単位で考えると8時間の日勤帯はそのまま1勤務帯、日勤・準夜勤の勤務帯は日勤4時間、準夜4時間を連続して勤務する8時間の勤務帯、12時間の準夜・深夜連続勤務帯は、準夜4時間の勤務帯、深夜8時間の勤務帯それぞれの勤務帯に分かれ、4時間の半日勤の勤務帯は2回分を1勤務帯としてカウントしている<sup>(29)</sup>。

1ヶ月当たり総勤務帯数は、22勤務帯/日×30.4日＝668.8勤務帯。そうすると、1ヶ月1人当たり勤務回数は、668.8勤務帯÷33人＝20.3回となり、夜勤、日勤の回数についても次のように計算できる<sup>(30)</sup>。

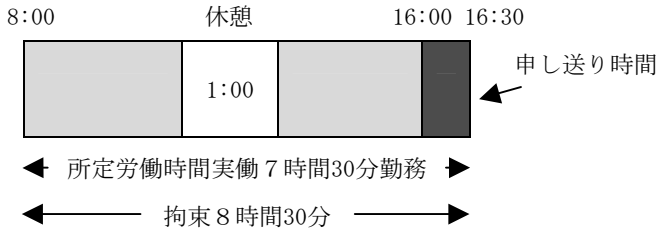
(29) 4時間の半日勤は、最終的に12時間の夜勤で生じる不足分を穴埋めするための考え方ではあるが、実務上は2回分を日勤8時間1回とした方が効率的であり、負担軽減の趣旨にも沿う。

- (30) (夜勤)  
 B勤務帯 4時間×4人＝16時間/日×30.4日＝486.4時間  
 C勤務帯 4時間×4人＝16時間/日×30.4日＝486.4時間  
 (B勤務帯もC勤務帯もそれぞれ勤務帯としての考え方からすれば勤務時間は8時間なので、夜勤はそのうちの4時間であるが、勤務回数の計算では施設基準との整合性を図れば8時間で除す)  
 C<sup>〓</sup>勤務帯 8時間×4人＝32時間/日×30.4日＝972.8時間  
 B＋C＋C<sup>〓</sup>＝1,945.6時間（1ヶ月当り夜勤総合計時間）。1,945.6時間÷31人【夜勤をしない師長、夜勤免除者を除く】＝62.8時間/人/月となり、月72時間以内の要件を満たす。また1ヶ月1人当り夜勤回数は、B勤務帯＋C勤務帯の合計972.8時間÷31人＝31.4時間。31.4時間÷8時間/回＝3.9回/人。C<sup>〓</sup>勤務帯の合計も972.8時間なので3.9回/人。合計7.8回（3.9回＋3.9回）/月となる。ただし夜勤（C＋C<sup>〓</sup>）は実態として4時間の準夜と8時間の深夜を連続して働くので、これを1勤務帯と考えれば夜勤回数は5.9回（C勤務帯486.4時間＋C<sup>〓</sup>勤務帯972.8時間＝1,459.2時間。1,459.2時間÷31人＝47.1時間。47.1時間÷12時間＝3.9回。B勤務帯486.4時間÷31人＝15.7時間。15.7時間÷8時間＝2.0回。3.9回＋2.0回＝5.9回）となるが、施設基準上夜勤のカウントは、準夜、深夜を分けているので、ここでは施設基準の考え方に沿って7.8回とする。  
 (日勤)  
 A勤務帯 8時間×8人＝64時間/日×30.4日＝1,945.6時間  
 B勤務帯 4時間×4人＝16時間/日×30.4日＝486.4時間  
 (夜勤と同様に4時間の日勤においても、勤務回数の計算では施設基準との整合性を図れば8時間で除す)  
 D勤務帯 8時間×2人＝16時間/日×30.4日＝486.4時間  
 1ヶ月1人当り日勤回数は、2,432時間（A勤務帯＋D勤務帯）÷33人＝73.7時間。73.7時間÷8時間/回＝9.2回/人、486.4時間（B勤務帯）÷33人＝14.7時間。14.7時間÷8時間/回＝1.8回/人。合計11回（9.2回＋1.8回）/月となる。

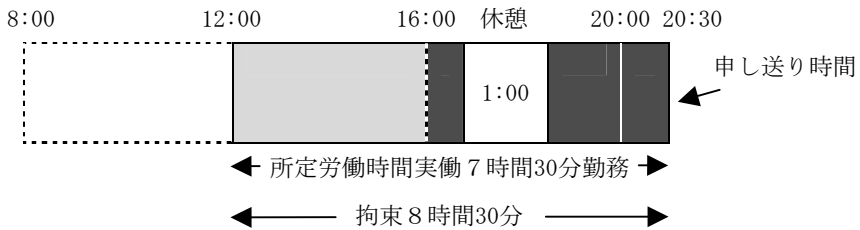
図2 (I) 連続夜勤12時間・全体図(2)

◎ 就業規則等実際の運用

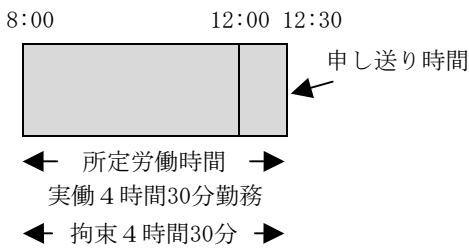
(A) 日勤 ⇒



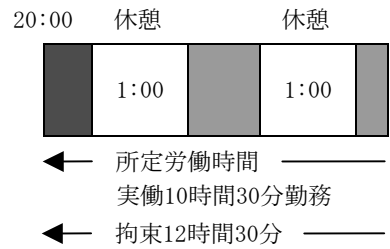
(B) 日勤・準夜勤 ⇒



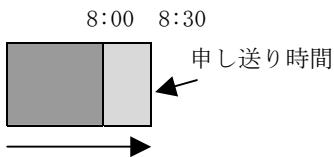
(D) 半日勤 ⇒



(C、C') 準夜・深夜勤 ⇒



準夜・深夜勤



勤務時間としてカウントされる部分



したがって全体の勤務回数は、7.8回+11回=18.8回/人/月となる。前述した1ヶ月1人当り勤務回数20.3回はC勤務帯のように4時間だけの勤務帯がカウントされているのに対して、18.8回は施設基準の標準である1勤務8時間を基本に計算されているため回数は減少する。実際の勤務では日勤と夜勤が連続していても1勤務が4時間であっても8時間であっても、あるいは12時間であっても1回の勤務を行う1勤務帯と認識されているはずである。その場合の勤務回数は16.6回 {A勤務帯8人+B勤務帯4人+C、C'勤務帯4人+D勤務帯2人=18人(勤務帯)}。18勤務帯×30.4日=547.2勤務帯。547.2勤務帯÷33人=16.6回}となり、更に減少する。また日勤時33人であるが夜勤時は31人となるので、この点を反映しているのは18.8回である。このように勤務回数についても、基本となる考え方次第で異なった数字となる。

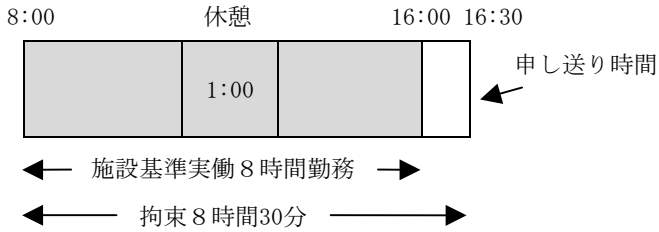
- ④ 当該事例においては、現行施設基準の範囲内で12時間夜勤の勤務体制で7対1看護基準が可能。ただし、1人の看護職員にとって12時間夜勤は、準夜と深夜の2勤務帯を消費することになるとはいえ、1勤務帯として認識されているが、勤務表作成においては、準夜帯と深夜帯は別の勤務帯としてそれぞれ看護職員が配置されなければならない。そのため1日単位で考えると上記のC、C'のように表記される。Cは1勤務4時間なので、不足する4時間は看護職員全体の勤務回数を増やすことで補填されるとすると、1人当り18.4回(前掲16頁【16】)が20.3回となる。しかし月20.3回の勤務であれば週休と祝日の休日が十分に保障されず、かえって勤務が過重になる可能性がある。そのためこの不足分を補おうとすると33人の配置を37人(22勤務帯/日×30.4日=668.8勤務帯。668.8勤務帯÷18.4回=36.3→37人)に、4人増員しなければならない。また前述した「有給休暇等が充分とれる場合の看護職員配置(1,555時間/年間/人、130時間/月/人)」の場合では、42人(668.8勤務帯÷16.3回=41.03→42人)必要なので、9人増員しなければならない。

- (II) では、同様に準夜・深夜の連続夜勤を12時間とし、C勤務帯【準夜・深夜勤】において不足する準夜4時間をB勤務帯【日勤・準夜勤】の準夜4時間で補填するが、D勤務帯【半日勤】を設けず、B勤務帯【日勤・準夜勤】において不足する日勤4時間が補填されない場合(図2(II)連続夜勤12時間・D勤務帯なし・全体図(1)☆施設基準の考え方)はどうか。

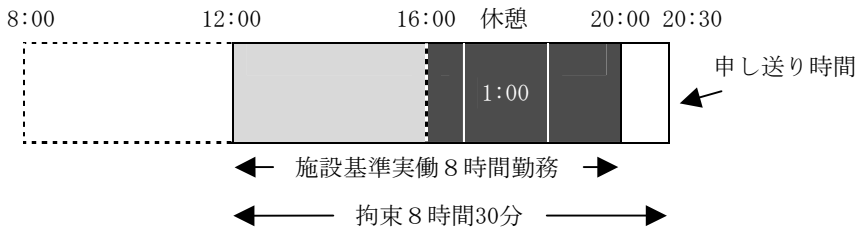
図2 (Ⅱ) 連続夜勤12時間・D勤務帯なし・全体図(1)

☆ 施設基準の考え方

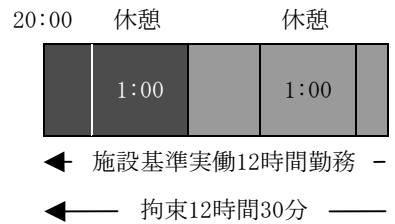
(A) 日勤 ⇒



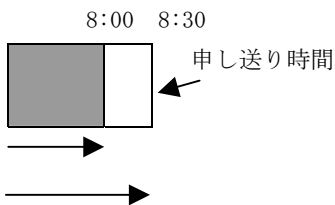
(B) 日勤・準夜勤 ⇒



(C、C′) 準夜・深夜勤 ⇒



準夜・深夜勤



勤務時間としてカウントされる部分



A勤務帯	8時間×8人=64時間	(日勤 8H)
B勤務帯	8時間×4人=32時間	(日勤・準夜勤 日勤4H、準夜4H)
C勤務帯	4時間×4人=16時間	(準夜・深夜勤 準夜4H)
C'勤務帯	8時間×4人=32時間	(準夜・深夜勤 深夜8H)
合計	20人(20勤務帯)	144時間

- ① 1日単位で考えると8時間の日勤帯はそのまま1勤務帯、日勤・準夜勤の勤務帯は日勤4時間、準夜4時間を連続して勤務する8時間の勤務帯、12時間の準夜・深夜連続勤務帯は、準夜4時間の勤務帯、深夜8時間の勤務帯それぞれの勤務帯に分かれるところは同じである。

夜勤回数も(I)と同じであるが、日勤の回数はD勤務帯がなくなる分減少することになる。このケースでは、施設基準上必要とされる1日当り必要勤務時間数は、160時間であるが、D勤務帯(半日勤)分16時間(160時間-144時間)が不足する。実際には、日勤の午前中がたとえ12人から8人になっても実務上支障がなかったとする。しかし、基準上は患者との比率が満たされないので、日勤帯でこの穴埋めが必要となる。1ヶ月当り486.4時間(16時間×30.4日=486.4時間)必要となるが、これを人員換算すれば、4人{486.4時間÷147.4時間=3.3→4人(切り上げ)}増員しなければ要件を満たせない。

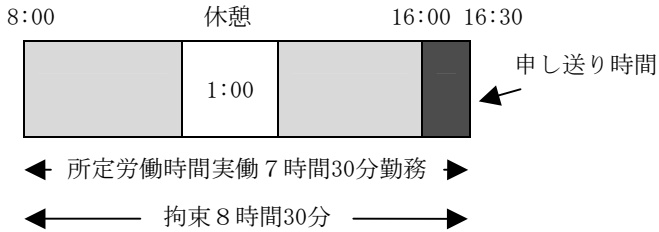
- ② 現在33人が4人増えて37人となるが、夜勤に従事する31人については、およそ8回の夜勤のうち4回で4時間合計16時間勤務時間が短くなる(B勤務帯は8時間なので夜勤としては補填できても、勤務時間としては1回につき4時間日勤に穴があくため)。そうすると31人は1ヶ月当り131.4時間の勤務(147.4時間-16時間)であるのに対して他の6人は147.4時間のままであり、不均衡が生じる。他の6人についても16時間短縮すれば、1人の増員が必要となる{96時間(6人×16時間)÷147.4時間=0.7人→1人}。

- ③ 所定労働時間については、C勤務帯の所定労働時間が3時間(図2(II)連続夜勤12時間・D勤務帯なし・全体図(2)◎就業規則等実際の運用の(C)部分は20:00~24:00のうち1時間の休憩があるので実働3時間)で、4時間30分足りないため1日当り18時間(4時間30分×4人)不足する。そうすると1ヶ月当り547.2時間(18時間×30.4日=547.2時間)必要となるが、これを人員換算すれば、6,566.4時間(547.2時間×12ヶ月=6,566.4時間)÷年間の1人当り総所定労働

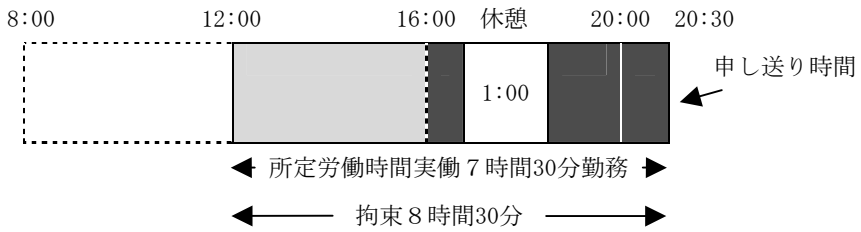
図2 (Ⅱ) 連続夜勤12時間・D勤務帯なし・全体図(2)

◎ 就業規則等実際の運用

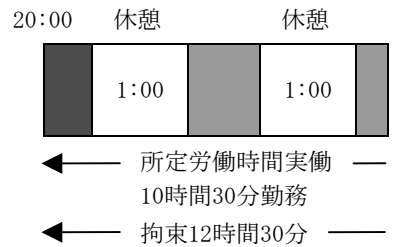
(A) 日勤 ⇒



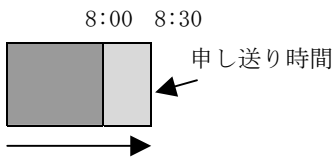
(B) 日勤・準夜勤 ⇒



(C、C′) 準夜・深夜勤 ⇒



準夜・深夜勤



勤務時間としてカウントされる部分





時間1,656時間<sup>(31)</sup> = 3.9人 → 4人となり、②と同様の結果になる。

更に、夜勤従事者の場合、1ヶ月当たり120時間 {138時間 - 18時間 (4時間30分 × 4回)} の勤務であるが、他の6人も18時間短縮すれば108時間 (6人 × 18時間) ÷ 138時間 = 0.8 → 1人が追加されなければならない。しかし施設基準の不均衡は増員によって賄えばそれでよいが、所定労働時間の場合は、勤務時間の短縮が夜勤従事者だけであれば給与に影響する時間の格差となって他の職員との間に溝を生むことになる。施設基準上の勤務時間以上に不均衡は広がるのである。

(Ⅲ) 最後に、拘束時間 = 施設基準上の算定勤務時間、年間の休暇等非病棟勤務時間531時間という前提で、10時間30分の準夜・深夜連続勤務、6時間30分の準夜勤務、深夜の仮眠2時間を導入した場合の看護職員の労働時間数がどのように変化するかを考えてみる (図2(Ⅲ)連続夜勤10時間・全体図(1)(2))。

- |       |             |                     |                       |
|-------|-------------|---------------------|-----------------------|
| ①     | A勤務帯 (日勤)   | 8:00~16:30          | 8.5時間                 |
|       |             |                     | (所定労働時間 7時間30分)       |
| ②     | C1勤務帯 (準夜勤) | 16:00~22:30         | 6.5時間                 |
|       |             |                     | (所定労働時間 5時間30分)       |
| ③     | C2勤務帯 (準夜勤) | 22:00~24:00         | 2時間                   |
|       |             |                     | (所定労働時間 2時間)          |
| ④     | C'勤務帯 (深夜勤) | 0:00~8:30           | 8.5時間                 |
|       |             |                     | (所定労働時間 6時間30分・仮眠2時間) |
| A勤務帯  |             | 8.5時間 × 12人 = 102時間 |                       |
| C1勤務帯 |             | 6.5時間 × 4人 = 26時間   |                       |
| C2勤務帯 |             | 2時間 × 4人 = 8時間      |                       |
| C'勤務帯 |             | 8.5時間 × 4人 = 34時間   |                       |
| 合計    |             | 24人 (24勤務帯)         | 170時間                 |

本来160時間/日 × 30.4日 = 4,864時間。これを130時間/月で除すと、総看護職員数は38人となるが、1日当たり10時間 (170時間 - 160時間) 多いので、月間304

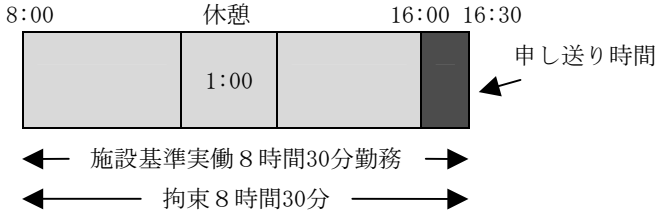
---

(31) 施設基準における1日当たり必要総労働時間が160時間 (1日看護配置数20人 × 8時間) になるのに対して、所定労働時間の場合は150時間 (1日看護配置数20人 × 7.5時間) になる。1ヶ月当たりでは150時間 × 30.4日 = 4,560時間となり、1人当たりでは4,560時間 ÷ 33人 = 138.18時間 → 138時間/月/人。年間では138時間 × 12ヶ月 = 1,656時間/年/人。

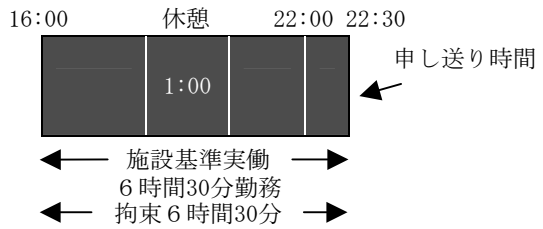
図2 (Ⅲ) 連続夜勤10時間・全体図 (1)

☆ 施設基準の考え方

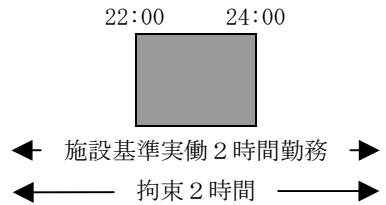
(A) 日勤 ⇒



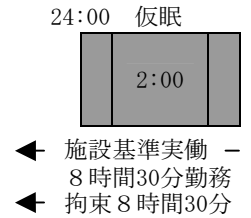
(C1) 準夜勤 ⇒



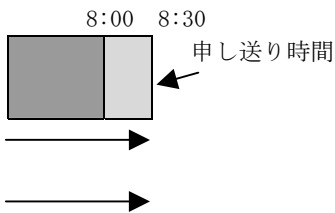
(C2) 準夜・深夜勤 準夜 ⇒



(C') 準夜・深夜勤 深夜 ⇒



準夜・深夜勤 深夜



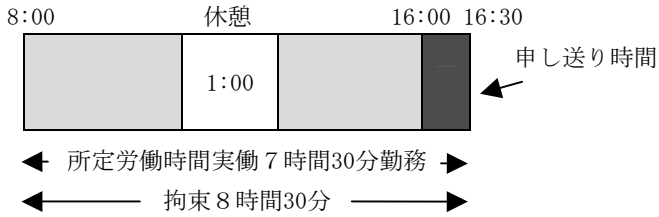
勤務時間としてカウントされる部分



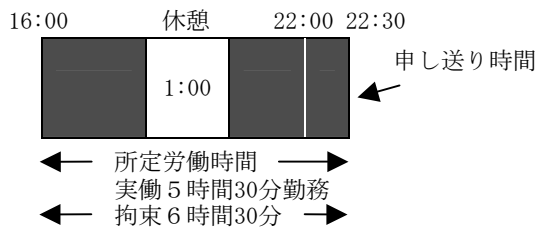
図2 (Ⅲ) 連続夜勤10時間・全体図 (2)

◎ 就業規則等実際の運用

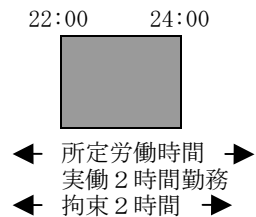
(A) 日勤 ⇒



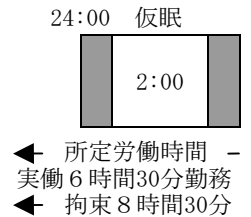
(C1) 準夜勤 ⇒



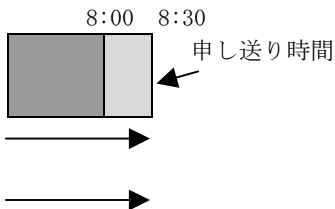
(C2) 準夜・深夜勤 準夜 ⇒



(C') 準夜・深夜勤 深夜 ⇒



準夜・深夜勤 深夜



勤務時間としてカウントされる部分



時間（10時間/日×30.4日）、これを130時間/月で除すと、2.33→3人、38人－3人＝35人、つまり総看護職員数は35人でよいことになる。また1ヶ月1人当り勤務回数は20.8回（24勤務帯×30.4日＝729.6勤務帯。729.6勤務帯÷35人＝20.8回）となり、有給休暇等非病棟勤務日を十分配慮した場合の勤務回数（前掲）が16.3回なのでこれを著しく上回ることになる。しかしC2とC'の各勤務帯は、実際には連続して勤務するのでこれを1回としてカウントすると、1日当り勤務帯数は20勤務帯となる。すると1ヶ月1人当り勤務回数は17.4回（20勤務帯×30.4日＝608勤務帯。608勤務帯÷35人＝17.4回）となり、1ヶ月当り1.1回分上回ることになるのであるが、実体として1勤務帯1勤務日であるから年間13.2日分（1.1回×12ヶ月＝13.2回・日）が非病棟勤務日を圧迫することになるのである。したがってその分の補填をしようとする、3人（1.1回×35人＝38.5回。38.5回÷16.3回＝2.4→3人）の追加が必要となるので、結局総看護職員数は38人となる。

また所定労働時間については、C'勤務帯（深夜勤）において仮眠という形で2時間の休憩時間を設定しており、他の職員と比べて1時間多くなっている。そのため夜勤従事職員と非従事職員及び他の職員との間に不均衡が発生するが、この関係は夜勤時間の短縮化という観点から12時間夜勤を検討した場合と同様の結果が導き出されることを示している。

すなわち、夜勤時間を実質的に短縮化していこうとすれば増員は避けられず、また就業規則上の措置も必要となる。現行施設基準の改善を図ることによって、問題点を明確化し、働きやすい環境の整備を進めていかなければならない。

## 7) 看護職員配置基準の改善への視点と看護労働の負担軽減

看護職員配置基準創設の基本的な目的は、医療提供体制の中で、患者に最も身近に接し、他の職種に比べて圧倒的な人員数を必要とするというその独特の位置付けと役割の重要性に着目して、その質を一定の水準に保つというところにある。そのために様々な規定が設けられているのであるが、少なくともその基幹部分において時代の推移に対して必ずしもタイムリーなものとはなっておらず、むしろ時代の要請としてある看護労働の軽減に足かせとなっているように思う。何故足かせになっているかという検証については、第3章のこれまでの記述において、いくつかの点を提示した。

そこで、ではこれらの規定、規制をどのように改めればよいのかという観点から筆者の考えを述べたい。

① 拘束時間＝施設基準勤務時間とする。

いわゆる申し送り時間は、申し送る方も申し送られる方も所定労働時間に含まれているが、施設基準上の勤務時間としても含める。

すなわち拘束時間（申し送り時間を含む所定労働時間＋休憩時間）＝施設基準上の勤務時間とする。この場合上記事例では、拘束時間が8時間30分となり、1勤務帯8時間の枠を超えるが、この8時間30分/人を基本に1日当り必要総労働時間160時間の枠の中で必要な看護要員数の調整を行う。これは、実際の病棟運営では休憩時間といえども病棟を離れて十分に身体を休めることが困難であるため、拘束時間が最も実働に近いからである。現在の基準では、この実働時間のうち申し送りにかかる時間が評価されておらず、いわば働き過ぎの状態となっている。また給与の対象となる就業規則に基づく所定労働時間が将来短縮化されても同様である。

② 拘束時間と所定労働時間の差（休憩時間）は職員一般に共通なので、夜勤要員において夜勤時間数を緩和したため所定労働時間数が不足する場合は、できるだけ他の勤務帯で補填するとしても、勤務可能日数には限りがあるので、上記事例のように12時間夜勤を想定すると勤務回数や勤務時間への影響は避けられない。そのため不足する時間数、例えば月16時間分については、現行の超過勤務手当の割増率や夜間の特殊勤務手当の考え方を準用して、勤務した時間数として評価する。現在支給されている夜勤手当等との調整は個別に別途行うことにすればよい。

③ 現行基準では、入院基本料のランクを決めるキーポイントは総勤務時間数なので、経営姿勢の趨勢として休暇取得のマインドは働かず、逆に休暇取得の増加は経営の足かせとなると考えてもおかしくない。「総勤務時間数に基づく常時配置数」という、勤務時間数に照準を合わせた考え方に、病棟に実際に配属される「総配置数」という考え方を組み合わせることによって、勤務と勤務の間隔の適正化を図る（一定の条件の範囲内で、勤務回数を緩やかにする）。

④ 休暇付与数、取得数を入院基本料の加算とすることによって、有給休暇取得を促進する。これまでダイレクトに属人的な権利の拡大等に診療報酬の点数が設定されることはなかったが、看護職員の負担軽減を実効性のあるものとする上で、明確なメッセージとなるだけでなく病院経営の観点からも雇用拡大と離職防止に

有効である。

⑤ 短時間労働者の常勤換算算定式の変更

$$\text{現行算定式} \quad \frac{\text{実働時間}}{\text{所定労働時間}} \quad \rightarrow \quad \frac{\text{実働時間} + \text{休憩時間 (所定労働時間ごと)}}{\text{所定労働時間}}$$

現行施設基準が休憩時間も含めて勤務時間を設定しているのであるから、短時間労働についても同様に設定することによって、実際の勤務の状態に合わせ、短時間勤務の導入を促進する。

⑥ 入院基本料の看護配置基準と特定入院料の看護配置基準がそれぞれ独立してカウントされるもの（特定集中治療室管理料等）は、看護職員の効率的配置のため入院料の規定にこだわらず、他の一般病棟との共同運用とする。

⑦ 急性期看護補助体制加算のみなし看護補助者（算定入院基本料の配置基準を超えて配置されている看護職員）は、実質的には基準よりも手厚い看護を行っていることになるので、正当に診療報酬で評価する。

上記の項目は、現行基準の矛盾点、時代にそぐわない点を手直ししようとするところに力点をおいており、必ずしも抜本的な改革案ではない。しかしながら、

《夜勤回数が多い→時間を短縮した連続勤務の導入による実質的回数の減少、勤務時間が長い→短時間雇用の推進等ワークライフバランスへの配慮、業務に余裕がない→有給休暇取得に経営的インセンティブを与え、拡大を誘導》

という現実的なニーズに着目した政策の方向性を示している。

中国、戦国時代の縦横家（諸子百家の一つ）が諸侯に述べた策略を集めた書、「戦国策」に有名な「隗より始めよ」がある。これは「遠大の事をなす時は、まず卑近な事から始めよ」という意味がある（広辞苑）。少子高齢社会を成長のエンジンとして堅固な内需を創出することを大目標とすれば、診療報酬制度、なかでも施設基準の改革はまさに「隗」である。

## 第4章 内需産業としての医療の受容力

### (1) 構造的に伸び続ける医療費を経済成長の糧として考える

- 《● 医療費の大半⇒中心は診療報酬 診療報酬＝診療行為の価格＋薬品等のモノの価格という図式 診療報酬制度の根幹にある施設基準・看護職員基準の改革⇒看護職員の定着化・雇用の拡大
- 消費税⇒社会保障目的税として特化⇒更に使用項目の一つとして医療・介護の雇用の充実を明確化》

現在の日本の財政赤字は、世界の中でも突出しており、そのため医療費の規模、毎年の増加は大きな負担となっている。一方、先進国の中では1病床当たり医療費は必ずしも高くはない。戦後日本の経済が一時的な停滞はあっても常に右肩上がり、金融市場において資金は豊富にあり、また労働力は若く、低賃金であったから病院経営者は新しく病院を建設することや、病床を増やすことに躊躇する必要がなかったし、出来高で支払われる診療報酬がそれを可能とした。

この増床神話は長く続き、最近10年間にわたる一連の診療報酬減額化をはじめとする医療費抑制策によってやっと沈静化したのであるが、医師や看護職員の養成が増床に追いつかなかった。しかも他の商品販売と違って、医療分野は供給が需要を生む性質を持っているので、医師が増えるほど患者数や診療行為回数は増えていった。このため相対的な基準では過小な配置にもかかわらず、絶対的な基準では世界有数の医療消費国というギャップが生まれているのである。

医療の世界では、今日でこそ病院勤務医の負担軽減策の一環としてチーム医療が推奨され、実質的な業務の移譲がなされてはいるものの、特に診療報酬においては各診療行為を1点単価10円で計算するのであるが、この点数化される各診療行為はたとえ実際には理学療法士が行うリハビリテーションであっても、看護師が行う患者指導であっても、総て「医師の指示・指導のもとに」という制約がつくのであって、医師はいわばオールマイティの権限を付与されている。しかも出来高払いにあっては、診療行為の請求は、審査機関における査定減額があっても概ね認められるので、医療費の増加に歯止めがかからない構造が出来上がってしまった。すなわち日本の医療費は今日に至るまで増加の一途をたどってきたが、それを可能にしてきたのは強力な医師の

権限と、一つ一つの診療行為に対する点数付けは低価格であっても薄利多売的な売り上げを可能とする診療報酬制度のメカニズムにあった。これに対して、この間なされてきた医療費抑制策の主要な方法は診療報酬点数の引き下げ、しかもその実質は薬価の引き下げに終始していたため根本的な問題に立ち向かうということは遂になかった。そして、このような構造を更に増幅させてきたのが、高齢化の影響である。「高齢化」は、改定率の引き下げや様々な診療報酬の抑制策による金額の増減はあっても毎年数千億円規模で医療費を押し上げている。

どのあたりの年齢から「高齢者」というのかというのも実はなかなか難しいところがあって、かつては60歳以上、老人保健制度では70歳以上、民主党政権で廃止が決まった後期高齢者医療制度では75歳以上を対象としている。年齢要件は政策上やむをえないと私は考えているので、そのことにこだわりはないが、いわゆる「高齢者」の疾病は高齢者自体の生命力（寿命）が伸長するにつれて、がんや糖尿病などの慢性疾患グループだけではなく、心筋梗塞や脳卒中のような急性発症による短期迅速な治療が求められ、これまでの高齢者医療の特徴である「1件当たり医療費は小さいが、件数が多い」という特徴だけでなく、1件当たり高額な医療費を要するものも増えている。したがって、医療費抑制の主要な対象が、この急伸する高齢者の医療費負担をどう按分するのかという点に集中するのは現状ではやむをえないと言わざるを得ないだろう。しかし社会保険とはいえ、かつての高度経済成長期であれば保険者の潤沢な保険財政資金を背景として、被保険者に対する独自の高額療養費制度や保養施設利用等の様々なサービス提供も可能であったが、本体である企業の営業利益が低迷して保険財政が逼迫する一方で老人医療費への拠出金が追い討ちをかけるという今日の状況ではとても保険者機能は果たせない。中小の企業を統括する「協会けんぽ」では、保険料負担に耐えかねた企業主の脱法行為が増加、倒産による保険事業自体の消滅も増えている。市町村の経営する国民健康保険に至ってはもはや実質的に崩壊しており、税金による補填によって命脈を保っている状態である。本来国保被保険者である一部の高額所得者は、市町村国保での保険料高負担を嫌って自分達で特定国民健康保険組合をつくり、そこに国の財政支援という形で税金が使われている。これはもうモラルハザードという他ないのではないか。またこれまで保険者に代わって膨大な診療報酬の請求を審査支払機関である「社会保険診療報酬支払基金」、「国民健康保険団体連合会」が一手に処理してきたのであるが、審査の不透明さ、手続きの硬直化、官僚の天下り、診療報酬明細書（レセプト）1枚当りの処理単価の高いこと、決定基準のあい



まいさ、そもそも診療報酬制度は一本なのに、保険者の違いによって、何故審査機関を二つ設けなければならないのか等問題点が一挙に噴出している。これらの問題点が大きく浮上している原因として、景気の低迷と構造改革の必要性が指摘されるが、実際にはその引き金を引いているのは「高齢化」である。

今後増え続ける医療費をどうマネジメントしていくのか。筆者はこれまで消費税の福祉目的税への組み換えによる導入を主張してきた（「医療保険制度改革は患者の視点で」社会保険旬報2004年5月21日号）。今日の時点で考えを大きく変更する必要はないと思うが、福祉目的税というあいまいな呼称ではなく、「社会保障目的税」としてその部門の一つに医療、介護分野における雇用の充実、拡大を目的とした施策に使うべきであると思う。また医療費、特に高齢者に対する医療費についてはこの税収によってカバーすることを基本とし、各保険者の負担を減らして景気の動向にかかわりなく保険者機能を発揮できるような仕組みを別途構築する。財政支援の枠組みがしっかりすれば、第1章、第2章で述べた次世代経済成長のエンジンとしての雇用、とりわけ第3章でパイロットスタディとして取り上げた看護職員にかかわる規制の緩和と変更による魅力化の創出を手始めとして、医療市場の拡大に対応する雇用を確保し、少子化、高齢化を「資源」とした新たな経済成長の道筋をつくっていかなければならない。

医療費も高齢化もその取り扱い方次第で日本経済にとって悪玉にも善玉にもなるのである。これまでの医療費に対する議論は、間違いなく悪玉論を中心軸として展開されてきたように思う。何故医療費が悪玉なのか。19世紀産業革命が勃興し、資本主義的生産様式と市場経済が成熟していく過程で生まれた貧困層や戦傷病者の増大、産業汚染に基因する疾病の発生等に対する社会防衛的な費用として、あるいは結核や梅毒等の感染症から若年生産労働者を守るための費用として、いわばやむをえざる支出として捉えられてきた。このような歴史的な認識はもはや過去の遺物のように思われるが、社会保障という考え方自体の中に、健康の対極にあつて生産的活動を営むことが困難な者をどう救済するかという、あからさまな形ではないが伝統的な社会防衛論に基づいた視点が存在する。「中福祉中負担」という歴代政府の社会保障政策の基本的コンセプトの中に色濃く反映されている「負担に対するこだわり」は、まさに経済成長に対する障害物として医療費や福祉支出を捉えていることの裏返しのように思われる。しかしこの「失われた20年」の間に生じた問題を、私達はきちんと学習し、総括しなければならない。高齢化の影響を避けることはできず、従来からの悪玉論に

基づく医療、福祉にかかる費用の合理化、抑制化では「中福祉」の実現も困難であり、年金財政の収支均衡もおぼつかないことが明確になってきている。避けることができないものであれば、高齢化を生かす経済政策を計画的に施行していくことが肝要となるが、高齢化によって引き起こされる最も直接的な変化は、医療と介護に対する需要となって表れる。特に医療分野は、その担い手と周辺産業が複雑で多岐にわたっており、全体の市場規模は日本経済を左右するほどの潜在的影響力を持っている。技術革新によるコストダウンと規制緩和による雇用の拡大、そしてこれらをファイナンスする金融装置の創設を一体的に進めていく経済政策の構築が必要であろうと思う。医療を費用としてみるのではなくて、需要として、これをどう生かしていくかという視点が強調されなければならない。

## (2) 医師不足と看護師不足の背景の類似点と相違点

奇妙なことにこの10年間に医師の不足が急速に顕在化し、その主たる原因の一つとして医療費の抑制が行き過ぎたことがあげられている。そのため政策を進めてきた厚労省、自民党政権が批判されてきた。確かに診療報酬の減額によって病院経営は打撃を受けたが、だからといってそのことが原因で勤務医の解雇や労働強化、開業医の廃業が増加したというのは事実として確認できない。また将来医師を目指す若者が減少している事実も確認できない。逆に医師の総数は増加しているし、診療所においても新たな開業が廃業を大きく上回っている。医師不足が顕著な診療科は産婦人科、小児科であり、次に外科、麻酔科そして診療科を超えて問題とされているのが救急医療であることを考えると、問題の本質は少子化及び医療安全に対する国民の意識の変化にあると考えるのが妥当ではないかと思われる。

第1に少子化と高齢化は、高度に経済発展を遂げた先進国に普遍的にみられる現象である。経済的な貧困を脱した国民が多数を占める社会では、感染症のような急性疾患で死亡する確率は急速に減少するから、高齢者は必然的に増加する。高齢化は患者数を増大させるが、その速度は医師の増加より急速であり、医師の労働負荷を高めることに直結している。少子化については、かつての多産社会では成人にまで成長する子どもはわずかであったから、女性が子どもをたくさん産むことは、種族として人間が生き残るための絶対的な条件であった。現在の我々の生活環境においては、種族としての生存というような条件は後景にあり、生活の厳しい制約から解放された女性が、苦しい思いをして子どもを4人や5人も出産することを一般化できない。先進国特有

の多様な価値観に基づいて、結婚を選択しない、あるいは晩婚の増加、子どもは1人だけ、あるいは2人だけでよいと考える女性が増えていることを否定的に捉えることはできない。したがってお産が減るのだから産科は減少するし、子どもが少ないのだから小児科医も減少する。こうして子ども以上に医師が減少するため、新生児や小児の救急医療やICUが機能不全に陥るのである。

第2に医療に対する国民の目線がこれまでの医療の量的充足から質の確保に移っており、端的には医療訴訟の増加に表われている。手術が本当のところうまくいったのか、そうではなかったのか術後の合併症や後遺症の発生によって患者や家族はこれまで以上に納得のゆく説明を求めるようになった。医師個々人の技術力が客観的に判断できるような手段が開発され、一般に認知されてくると良医のところに患者は集まるし、研修医も集まるのでその病院は地域において信頼度が高まるのに対して、問題のある医師は訴訟を起こされ、度重なると病院もそのような医師は解雇したくなるだろう。現在、外科医や麻酔科医が減少する背景として考えられるのは、このような患者や国民の意識の変化にもかかわらず、客観的な技術評価の基準が与えられないため、訴訟や苦情が突出し、そうすると医師が責められるだけになってしまうので、こどもも減少していくことになる。厚労省はこれまで医師不足を認めてこなかった。医師は全体的にみるとそれなりに充足しているのだが、都市部や開業医に偏在し、地方、特に過疎地で医師が定着しないためと説明していた<sup>(32)</sup>。医師も人の子、親は高額な教育費用を投入し、同じく高額な授業料を最低6年間払い続け、子は難易度の高い受験競争を勝ち抜いて医師免許証を獲得しているのである。過疎地で埋もれたくない若い医師が思ったとしても、人情としてよく理解できる。普通の経済観念を持っていれば、患者数が利益を見込めない、トラブルが多いとわかればそのような診療科医師を目指さないのは当たり前である。しかし、繰り返しになるが医師数は絶対的にも不足しており、その原因はやはり高齢者の急速な増加にある。

つまり医師不足の基本的な背景としてあるのは、医療費の抑制策による医療経営への打撃よりも経済社会構造の変化による影響が大きいと考えられるのであり、バブル

---

(32) 厚労省が医師の絶対的不足を認めるようになったのは、2008年の「安心と希望の医療確保ビジョン」公表以降である。その後、同省としては初の「必要医師数実態調査」を実施したが、それによると2010年現在で、病院の必要求人医師数（求人しても充足されていない医師数）は、現員医師数の1.11倍に当る約1万8千人、求人をかけていないものの病院が必要と考えている必要非求人医師数（必要医師数）は、現員医師数の1.14倍の約2万4千人とされている。

崩壊後の日本の社会の有り様をどのように構築していくのかというビジョンと深くかかわっている。

一方、看護職員の不足も医師と同様の影響が認められる。過疎地や都市部でも中小の病院で夜勤回数が多く休暇がとりにくいところ、逆に超急性期で高度な技術内容や責任を求められるところは敬遠される傾向が強い。しかも医師数がおよそ28万5千人<sup>(33)</sup>に対して、看護職員数は135万人である。医師は医療需要を掘り起こすが、看護職員は掘り起こされた患者数の増加に対して、医師の何倍もの比率で増加しなければ医療は十分な成果を上げることができない。医療においては確かに医療機器等を含めた技術面の発展や治療薬の革新には目覚ましいものがあるが、核心は人であり、その中でも医師の役割が最も大きいのであるが、医師について大きいのは看護職員である。この二つの職種が存在しなければ医療そのものが成立しない。したがって看護職員はその家族も含めた量的な側面から考えても、経済全体に対する影響は無視できないものとなる。更に看護職員の大部分は女性であり、しかも育成に時間のかかる専門職であるから、少子化対策の最大のターゲットの一つであるとともに、ワークライフバランスを考える上においても同様である。

実はこの「大衆性」と「専門性」の両方の性格を有するというのが、新たな経済の発展を考える上での大きなポイントとなるのであって、逆説的な言い方になるが、従来の考え方からすると、労働の流動性を促進することには寄与せず、労働コストを押し上げ、必要人員数もばかにならない。むしろ経済成長の観点からはお荷物である。実際、政府が推進しようとしている新成長戦略の中で、医療、福祉分野は最も成長が期待される分野の一つとしてあげられているが、その場合の基本的な考え方は、これまで世界的な市場競争に遅れをとってきた医薬品、医療機器関連産業への投資を政策的に拡大させることによって、日本の新たな戦略的産業へと育成することにあり、雇用は成長が軌道に乗れば必然的に拡大するということである。その場合の必要労働者数は2010年から2020年までに約1,000万人と見込まれている<sup>(34)</sup>。しかしこの考え方は、

---

(33) 2010年「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると医師数は29万5,049人である。2008年のデータでは、実際に従事しているのは95%程度なので同じように推計すると28万297人(29万5,049人×0.95)、2008年から2010年にかけての増加率を勘案して2011年に4,000人増加したとして、28万4,297人、おおよそ28万5千人とする。

(34) 産業構造審議会の新産業構造部会(2012年4月開催)において経済産業省が示した試算によると、着実に経済が成長した場合、医療などの成長産業で、2010年から2020年までに約1,000万人の新たな労働者が必要になるとして、こうした分野で技能を持つ労働者の育成が急務とされている。

従来からの国の産業政策とあまり変わらない。かつて自動車産業の育成に集中した時期があり、またIT産業の再編合理化を進めた時期があり、それぞれにおいてアメリカの巨大企業に負けない競争力を身につけることに成功してきた。しかし、この20年近くの間には明確になってきたことは、国内市場においては供給過剰、輸出においては価格競争で新興国に敗退を重ねる構造が定着しているということであって、需要の基本的な性格の把握の上に関連産業の戦略を考えていかないと、またしても供給過剰と過少消費、国内市場からの企業の撤退、海外拠点での現地労働力への依存という構造を拡大再生産するだけに終わってしまう可能性がある。

つまり看護職員数の動向は、単に医療の仕組みにおける位置付けにとどまらず、少子化、高齢化という現在の日本が直面している経済的社会的困難を内部から変革する担い手として、その経済的価値としての評価についても期待されているのである。

### (3) 医療における雇用の形態の多様化と雇用の創出力

病院は、単純にいうと医師を頂点としたピラミッド型の人員構成になっている。医師がオールマイティであることは前述したとおりで、あらゆる診療行為は医師もしくは医師の指示のもとに他の医療関連職種のスタッフが行うことになっている。医師の権限は強力であるが、そのことがかえって医師の負担を増加させ、疲弊させる原因ともなっている。そのため近年様々な職種が医師の負担を軽減するためチームを組んで治療を行うことが勧められ、例えば「栄養サポートチーム加算」、「患者サポート体制充実加算」、「呼吸ケアチーム加算」等診療報酬上も算定が配慮されているため、医療スタッフを大勢かかえる大規模病院を中心に増加している（もっとも医師がチームと一緒に回診に回り、チーム会に出席し、指導を行う等、かえって業務の増加によって疲弊しているというレポートもあるが）。勿論チーム医療の効用として1人の患者あるいは主要な疾病に対して様々な角度からフォローすることによって医療の質や安全性を高める手段として有効であるとされており、負担軽減という観点からだけの導入ではない。医療関連職種の数は驚くほど多く存在し、1人だけしか配置されていない職種も珍しくない。全て資格職である。その中でも圧倒的に多いのが看護職員である。

医師だけでなく看護職員の不足についても対策をとる必要が生じたことから、従来からある「看護補助加算」に加えて2010年（平成22年）改定で生まれた「急性期看護補助体制加算」、更に2012年（平成24年）改定では例えば「病棟薬剤業務実施加算」

というような、医師だけではなく主眼を看護職員の負担軽減においた点数が新設された。

看護職員の場合、歴史的にみても医師に付いて診療の補助や療養上の世話をを行うことにとどまらず、看護婦免許や准看護婦免許を取得するため専門学校への就学と引き換えにお礼奉公として、開業医師の自宅に住み込み、掃除、洗濯、食事の仕度まで行っていた事例も珍しくなかった時代も過去には存在した。まがりなりにも看護職員の処遇が近代的な装いを持つようになったのは、敗戦後日本に駐留したアメリカ軍のGHQが行った諸改革以降のことであり、とりあえず現在のようない体制が整備されたのは1960年代後半のことである。労働環境の整備や処遇の改善について、解決されるべき課題はまだ残されているというのが現状であろう。「診療の補助」であれ「療養上の世話」であれ、保助看法によってその定義、業務範囲が規定されているにもかかわらず、その実際上の運用ではあいまいな部分が多く発生しており、また看護職員の業務でないことが明確であっても他に人がいないからということで遂行しなければならないことも生じる。最も頭を悩ませるのが、雑多な事務的業務である。事務的業務は、医師においても発生するが、診療報酬では「医師事務作業補助体制加算」として診断書作成や診療データ整理等の支援が認められており、そのためにクラークを配置することができる。ところが看護職員の場合は、ナースステーションの中で電話をとったり、メッセージャーをやったり、伝票をチェックしたり、その他雑多な事務をこなさなければならないことが多いが、そのようなことを一手に引き受けてくれるクラークがいれば、負担軽減に大きな効果を発揮するであろうことは間違いないが、このようなクラークの配置については、診療報酬上の評価がないため、病院経営者としては苦しい財政事情から十分配慮するというにはならない。

実は病院の人的構成のピラミッドの底辺を支えているのは、こうした無資格の事務作業者と清掃労働者である。しかも雇用形態は、ほとんど業務委託、すなわち請負業者によって一括受注された業務のみに従事するので、個々の労働者は請負業者の指示に従うが、病院職員の指揮命令に服してはならない。ナースステーションで発生する非定型の業務が多くなればなるほど、あるいは定型的な時間以外で請負業務の責任者が不在の場合、実態として病院職員の命令によって業務を遂行せざるをえないかもしれない。このような法的な制約から、委託職員は診療報酬上、専従者であれ専任者であれ、あるいは常勤職員としても評価されない。ところが派遣職員の場合は病院職員の指揮命令のもとに業務遂行が可能であり、医師事務作業補助者や看護補助者におい

でも診療報酬上カウントできるので、一見するとクランクとして適任と考えるかもしれない。しかし派遣労働者は、3年間の有期雇用が限界で、その後は派遣先が正規職員として雇用することが原則となっており、例外として法で定める26業務に限って無期雇用が可能とされているが、この26業務についてはその範囲が厳しく限定されている。失われた20年の間に急速に有期雇用の非正規労働者が増加し、リーマンショック以降企業の経営悪化とともに雇い止め等の問題が発生し、社会的にも大きなインパクトを与えたことは周知の事実である。非正規の派遣労働者や委託労働者の雇用が不安定で、低賃金が固定化されることによって、企業や社会がどれほど潤ったかという、これは事実が証明しているという他ない。大部分の企業は、一時的な苦境は凌いだかもしれないが、遂に構造的な改革に着手することがなかったため、年金保険、健康保険、雇用保険等国家を支える基本的な仕組みから漏れる国民が増加、雇用人口が減少しているため国内市場の需要が低迷、海外へと企業拠点を移転するため空洞化はますます進んでいる。雇用について、これからの日本において大事なことは短時間労働の労働環境を整えていくことであろう。若年夫婦の共稼ぎを可能にし、子どもを生み育てるための保育、医療の人材確保、高齢退職者が退職後長期間にわたって働きやすくなること、高齢者医療の充実とスタッフの確保等、人口減少社会にあっては、短時間労働が、正規という形で労働条件の安定を図った上で、その供給が定着していくと、全員参加による無駄のない、そして余裕も兼ね備えた新しい社会の実現もみえてくるのではないだろうか。

(よねざわ まさき 神戸市立医療センター西市民病院嘱託職員・  
元自治労兵庫県本部衛生医療評議会副議長)