

Healthcare Reform and Ideal Way of Medical Institution : improvement Awareness of the Healthcare Workers and Creation of the Team Medical Care

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2016-09-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 池袋, 昌子 メールアドレス: 所属:
URL	https://saigaku.repo.nii.ac.jp/records/361

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



医療制度改革と医療機関のあり方

— 医療従事者の改善意識とチーム医療の創造 —

池袋昌子

要旨

我が国の充実した社会保障制度は、世界に誇れる長寿国を築いたが、今日では、その制度の持続可能性が問われている。社会保障制度を支える柱の一つである医療制度においても、医療の質の向上をはじめ、医療提供体制の効率化、医療保険の財務状態の安定化に向けた抜本的改革を迫られている。

本稿は、国民に信頼される持続可能な医療機関のあり方を明らかにするために、「医療従事者の改善意識とチーム医療の創造」に焦点をあて、「医療資源としての医療従事者」への支援体制の具体像を提示する。医療機関の社会的責任という視座に立った安全・安心・信頼・納得できる医療の提供と、医療従事者の活動を支える良質な職場環境の構築に着目し、地域密着型の急性期小規模病院（A 病院）のケース・スタディに基づいて考察する。

キーワード：医療提供体制、病院機能評価、意識改革、ワーク・ライフ・バランス（WLB）、チーム医療

目次

はじめに

第1章 我が国の医療制度改革

- 1-1 我が国の医療制度の仕組み
- 1-2 混合診療による競争原理
- 1-3 営利企業による医療機関経営への参入
- 1-4 病院医療から地域医療へのパラダイムシフト

第2章 病院機能評価

- 2-1 第三者評価の活用
- 2-2 マネジメントツール—医療の質と安全のためのケアプロセス—
- 2-3 受審の効果
- 2-4 診療報酬への反映

第3章 ワーク・ライフ・バランス（WLB）

- 3-1 職場の現状
- 3-2 「5つの『かえる』宣言」
- 3-3 残された課題
- 3-4 チーム医療の創造

むすびにかえて

はじめに

我が国の少子高齢化にともなう生産年齢人口の減少，経済の長期低迷とグローバル化，核家族化や地域社会の連帯意識の希薄化，非正規労働者の増加による雇用環境の変化などが社会保障制度の持続可能性を危ういものにしていく。本来の社会保障機能を十分に発揮させながら，安定財源を確保するためには，税や社会保険料など，国民負担の増大は避けられない状況にいたっている。自助努力の希薄化や公的制度への依存と相まって，社会保障制度が一層形骸化する危険性もはらんでいる。

筆者は，医療機関に勤務する医療従事者の立場から，医療機関の社会的責任という使命に基づいた安全・安心・信頼・納得できる医療の提供と，医療従事者の活動を支える良質な職場環境の構築とチーム医療に着目している。

本稿の目的は，国民に信頼される持続可能な医療機関のあり方を明らかにするために，「医療従事者の改善意識とチーム医療の創造」に焦点をあて，「医療資源としての医療従事者」への支援体制の具体像を提示することにある。

本稿は，より現実的な具体像を提示するために，地域密着型の急性期小規模病院（A 病院）のケース・スタディを行っている。

第1章 我が国の医療制度改革

1961年に導入された我が国の国民皆保険は，公的医療保険によって，すべての国民の「医療を受ける権利」を平等に保障するとともに，医療機関を自由に選ぶことができる制度（フリーアクセス）である。それにより，国民は，医療技術の進歩を安い医療費で享受できる。また，社会保険方式による国民皆保険制度を維持するために公費が投入されている⁽¹⁾。その結果，世界最高水準の平均寿命と保健医療が実現されている。

一方，国民医療費は年々増加傾向にある。現在，1割を占める70歳以上の高齢者の医療費は，国民医療費の3分の1を占めているが，2025年度には2割を占める高齢者が医療費の過半を使うことになると推定されている⁽²⁾。老人医療費の増大によって，政府管掌健康保険，健康保険組合，国民健康保険などの各保険者⁽³⁾が支出する老人保険拠出金は，負担割合が大きく財政状況を逼迫させている。また，長期にわたる景気の低迷や少子高齢化によって，保険料収入が伸び悩み，厳しい経済状態にある各保険者は，さらに過酷な状況に追い込まれている。

医療の質や平等性をふまえ，国民皆保険制度の仕組みを維持していくためには，国民的な議論

を巻き起こす必要がある。我が国では、医療の質の向上をはじめ、医療提供体制の効率化、医療保険の財務状態の安定化に向けた抜本的改革が迫られている。

1-1 我が国の医療制度の仕組み

我が国の社会保障制度の基軸は、すべての国民が公的医療保険や年金による保障を享受できるという「国民皆保険・皆年金」制度である。この制度を中核として、雇用保険、社会福祉、生活保護、介護保険などの諸制度が組み合わせられ、社会保障制度が整備されてきた⁽⁴⁾。

国民皆保険の基盤をなす医療制度は、すべての国民に医療を提供するものである。国民は、公的保険に加入することを強制され、保険料を納付する義務がある。医療機関で受診した際の一部負担金は、原則として、提供された医療に基づく費用の3割である⁽⁵⁾。一部負担金を除いた医療費は、医療機関から保険者に請求され、提供された医療の適正性の審査を受け、その後、医療機関は保険者から医療費の支払いを受ける⁽⁶⁾。しかし、高額な医療費については、家計に対する自己負担の過重負荷を是正するため、自己負担限度額超過分は、医療保険から暦月単位で別途支給を受け、自己負担が軽減される高額医療制度も確立されている。

また、保険者間で構造的に生じている経済力の格差を是正するために、国庫補助によって国民皆保険が担保されている。具体的には、公費を財源とした国庫補助や、保険者間の65歳から74歳までの高齢者の負担の不均衡の調整（「前期高齢者」財政調整）などが実施されている。75歳以上の高齢者を対象とした「後期高齢者」医療制度では、その医療費を国民全体で公平に負担するために、現役世代から支援を受ける仕組みも整備されている⁽⁷⁾。

この仕組みを前提にしたうえで最優先課題は、医師・看護師をはじめとするコメディカルなどの専門職の養成や、医療機関における医療従事者の適正な配置である⁽⁸⁾。多様で複雑な患者⁽⁹⁾のニーズに応えるべく根拠に基づいた医療（EBM⁽¹⁰⁾）を提供するためには、医療提供体制の適切な基盤づくりとして専門職の育成と配置が不可欠である⁽¹¹⁾。

また、患者の生命を預かる医療従事者には、多重課題（同時に求められる複数の業務）と時間切迫（タイムプレッシャー）の中で、身体的・精神的・社会的な負荷がかかり、その重圧は計り知れない⁽¹²⁾。医療従事者が心身ともに健康でなければ、専門性を十分に発揮することはできない。質が高く効率的な医療提供体制を十分に機能させるためには、働きやすい職場の環境づくりや、ワーク・ライフ・バランス（WLB：仕事と生活の調和）が不可欠である⁽¹³⁾。

1-2 混合診療による競争原理

2011年度の我が国の医療費は、概算で前年度比3%増の37.8兆円であった⁽¹⁴⁾。そのため、保険を見直して充実を図るか、財政負担の軽減を検討するかなど、国民皆保険制度の根幹を揺るが

す課題に直面している⁽¹⁵⁾。また、2013年3月、政府が環太平洋パートナーシップ協定（TPP）への交渉参加を表明したことにより、国民皆保険制度の破綻が一層危惧されている⁽¹⁶⁾。

想定される問題点として、「混合診療⁽¹⁷⁾の解禁によって、病院、製薬会社、医療機器メーカーなどが、利幅の大きい自由診療の分野に注力する」、「株式会社による医療機関経営への参入も現実となる」、「保険診療を望んでも、ニーズに応えられる医療機関が減少する」などがあげられる。現在、広がりつつある経済格差は医療格差とも通ずるものがあり、混合医療を警戒する声が強くなっている。

一方、患者の立場からみた混合診療は、どのように捉えられているのか。克服不能な難病やがんの終末期医療などの疾病に直面し、「藁にもすがる思いや感情」を自ら体験している患者にとっては、TPPの交渉における混合診療への期待は計り知れないものであろう。重病の患者には、治療法の選択肢が広がり、安全性・有効性が確立されていない高価な薬剤、最新医療機器、先進医療であっても、享受を求めているのではなかろうか。

医療従事者は、患者の切なる願いに耳を傾け、受容・共感することに努めると同時に、患者の代弁者としての立場からも、複雑な心境にいたるであろう。インフォームド・コンセント⁽¹⁸⁾を十分に図った上でも、なお、医療を「提供する側の医療従事者」と「受ける側の患者」は、情報の非対称性の関係にあることも強調しておかなければならない。医療は、極めて専門性が高く、一般の患者は、検査・疾病・治療の内容をはじめとする安全性・有効性について、判断が困難であるという特殊性を持っているからである。

筆者は、「生命倫理や職業倫理、看護者の倫理綱領⁽¹⁹⁾に基づき、医療の本質を追求するべく医療従事者は、安全性・有効性が不確実な医療は提供すべきではない」と考えている。根拠に裏打ちされた医療を提供することこそが、医療従事者の使命なのである。

1-3 営利企業による医療機関経営への参入

株式会社など営利企業による医療機関経営は、医療法人を出資企業の傘下におくことになるので、医療提供体制そのものが営利企業に支配されることになる。たとえば、株式会社は、株主に配当する利益の追求を目的としているため、株価の引き上げを最優先する可能性が大問題である⁽²⁰⁾。

利益を追求する営利企業と医療法人に、支配・被支配の関係が成立した場合、営利企業は、医療機関の優劣の選別を行って、「優良と判断した利益の上がる病院や診療所」に特化するので、患者のニーズに基づく医療は切り捨てられることになるであろう。同時に、医療サービスに高い付加価値をつけ、高額医療費を支払える患者の診療を優先させることが懸念される。

こうして、利益の少ない患者の診療抑制が意図的に行われ、生命の重さやQOLがなおざりにされる危険性もはらんでいる。また、患者の所得状況によって、医療の量と質に対する優劣付け

やオプション診療、診療の優先順位付けや優遇対応などが行われるであろう。高額医療費の支払いに関わるクレジット会社や民間保険会社との連携を同一の営利企業が行えば、富裕層の囲い込み競争が激化することになるであろう。さらに、高い収益を維持できる診療科や部門に経営資源を集中させるために、収益性の低い診療科や部門が切り捨てられるであろう。

投資家にとって株価が上昇することと、医療法人が質の高い医療提供体制を構築することとは必ずしも両立しない。患者の生命や人格・人権が尊重されるとも限らない。患者のニーズと相反する医療の提供も十分に考えられる。要するに、優良顧客と判断される患者や富裕層の囲い込み、不採算部門の撤廃や人員削減などを行って利益を少しでも増やすことが経営者の使命とされるのである。

筆者も、投資家に利益の配当をすることを使命とする株式会社が医療に影響力を持ち、医療を支配する仕組みには決して賛同できないという立場をとる。医療の本質は、患者の生命や健康を守ることを使命とし、医療法人は、非営利の原則を貫く必要がある。また、医療法人は、地域住民の健康の維持増進に貢献するために、患者や地域の人々との対話とつながりを拠り所とし、地域のコミュニティにおいて、医療の専門性を適切に発揮することに存在意義があると考えている。

限りある医療資源を有効かつ効率的に運用し、高齢化の進展や医療技術の進歩による医療費の急増に歯止めをかけるために、政府も医療従事者も国民も、現在、大きな転換期に立っている。

1-4 病院医療から地域医療へのパラダイムシフト

政府の社会保障制度改革国民会議は、「病院で治す医療」から、超高齢社会に適合した「地域全体で生活を支える医療・介護」へ転換する必要性を明らかにした⁽²¹⁾。

ここで、我が国の国民皆保険の特徴でもある「フリーアクセス」が弊害となっていることが論点の一つとして取り上げられている。「誰でもいつでも好きなところで、お金の心配をせずに求める医療を受けることができる医療（フリーアクセス）」から、「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小限の費用で受ける医療」に転換すべきであるとして、国民皆保険の理念の改訂が議論された。また、「病院で治す医療」から、「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することも検討された。これらは、病院医療から地域医療へのパラダイムシフト⁽²²⁾の追求を意味すると思われる。

このパラダイムシフトは、健康の維持増進・疾病の予防および早期発見、医療従事者・医療施設などの確保および有効活用、医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に伴う公平の確保、個人の尊厳・意思の尊重および人生最終段階の安寧な生活のための環境整備などを骨子として、実現可能な新たな医療提供体制として期待される⁽²³⁾。

基本的な考え方として、「医療資源としての医療従事者」を国民の限られた財産と捉え、適正

に養成・配置し、有効に活用できるシステムとする必要性、地域経済の持続可能性、地域医療提供体制の整備など、病院医療から地域医療へ向けた改革に焦点を当てている。「地域全体で生活を支える医療・介護」に転換する医療制度をふまえ、地域医療連携活動に着眼した医療機関の社会的責任が一層求められる。

第2章 病院機能評価

「企業の社会的責任 — Corporate Social Responsibility (CSR)」という課題と同様に、医療機関においても、「医療倫理・生命倫理・職業倫理」の基盤づくりや、「患者の権利と医療の質および安全の確保」、「キャリアアップ支援、家庭との両立」、「地球環境への配慮」などに対する取り組みが、患者や地域社会における意識の変化や多様なニーズとして注目されるようになってきている。医療従事者個人のキャリアアップと組織の弾力的な運営への取り組みの背景には、医療機関の社会的責任という課題が介在しているのではないだろうか。

日本医療機能評価機構（以下、機構）⁽²⁴⁾による病院機能評価（以下、機能評価）⁽²⁵⁾は、病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動（機能）が、適切に実施されているかどうかを評価する仕組みである。審査の結果、一定の水準を満たしていると認められた病院に対して認定証が発行される。認定病院は、地域に根ざし、安心・安全、信頼と納得の得られる医療サービスを提供する体制が整い、努力を重ねている病院であるといえよう。

機能評価を通して明らかになった課題に対し、病院が改善・改革に取り組むことによって、医療の質の向上が図られる。また、病院内の管理や改善・改革のみならず、地域社会との協働と連携における活動も視野を拡げて追求されるようになる。2013年9月12日現在、全病院数8,558施設のうち認定病院数は2,360施設で、機構による認定病院は、我が国の病院の27.5%を占めている⁽²⁶⁾。

2-1 第三者評価の活用

1966年にドナベディアン⁽²⁷⁾が提唱した質評価の概念枠組みである「ストラクチャー」、「プロセス」、「アウトカム」によって、質評価が包括的に捉えられるようになり、現在、「医療の質」はプロセス評価が最も望ましいと考えられている⁽²⁸⁾。1990年代以降には、「根拠に基づいた医療 (EBM)」という考え方が浸透しはじめ、医療の質とは、EBMを「どの程度、どのように行っているか」が問われる時代となった。

医療の質の向上のプロセスは、基準や手順の遵守や励行、医療従事者の判断や判断過程、患者へのインフォームド・コンセント、安全確認行動の適切性、多職種の協働と連携によるチーム医

療など、実際の取り組みによって評価される。安全・安心で、効率的な医療・看護活動を提供するためには、業務の標準化が喫緊の課題となる。業務の標準化を基盤にし、必要に応じて柔軟な思考と実践による取り組みは、医療の質の向上や改善につながり、求められる医療提供体制が構築される。

また、機能評価受審への取り組みは、組織横断的な活動を学習する機会となり、チーム医療が促進されることになる。個人が問題意識をもち、チームの中で業務を分担しつつも互いに連携・補完し合うための場が形成される。多種多様な医療従事者が各々の専門性を前提に目的と情報を共有し、円滑なコミュニケーションを図り、患者とパートナーシップを形成しながら患者自身の目標（アウトカム）に向かうことこそが、チーム医療の本質である。

機能評価が示す課題にチームで向き合い、チーム医療の本質と実践を学ぶことにより、組織の活動が創造され、医療の質の向上に向けた取り組みへと発展する。組織の活動を支援するマネジメントツールが機能評価の評価基準であるといえよう。

さらに、チーム医療を通して、医療従事者は自らの専門性を発揮し、患者の日常生活および社会的役割を受け止め、精神・心理面の支援に介入するプロセスを展開し、医療の質の向上に向けた取り組みを強化することも、機能評価の活用の大きなメリットである。

2-2 マネジメントツール — 医療の質と安全のためのケアプロセス —

医療の質と安全の領域では、入院から退院までの診療および看護を提供する情報の共有化、協働と連携によるチーム医療のプロセスが評価の対象となる。また、患者の権利を尊重した医療安全と感染対策に基づくケアの実践、さらに、思考と行為のプロセスについて、記録を通じて評価される。

多職種によるケアカンファレンスは、各職種の専門性の発揮や責務を明確にすることに加え、患者の問題点や意向を共有し、目標に向かって方針や対策を検討する絶好の機会となる。また、24時間絶え間なく患者に寄り添いケアを実践する看護師には、看護の専門性の発揮とコーディネートの二つの役割が期待される⁽²⁹⁾。

厚生労働省は、「患者の視点に立って、患者のための医療供給体制の改革」を基本的な考え方として、医療安全の確保のための措置を講ずることを義務付けている。その一つとして、院内感染対策委員会（ICC⁽³⁰⁾）が設置され、そのもとで院内の感染対策の実働部隊として、インフェクションコントロールチーム（ICT⁽³¹⁾）が組織化されている。

主な活動は、臨床への教育的介入（標準予防策、感染経路別予防策、洗浄・消毒・滅菌、ファシリティマネジメント）や必要対象のサーベイランスなどである。ICC、ICTは月1回の会議で、活動報告や問題点・対策などの検討を行い、さらにICTは、週1回、感染管理チェック表（観

察や口頭での確認：73項目、年間2回の文書での確認：54項目）を用いて、感染予防の実践を評価している。組織横断的に、院内感染予防に対する知識・技術の修得をふまえ、意識改革を推進している⁽³²⁾。

また、思考と行為のプロセスについては、診療記録や看護記録⁽³³⁾が評価の対象とされる。とくに看護師は、問題解決プロセスとしての看護過程の展開に基づいて、「問題を予測的・計画的に予防・軽減・解決するための系統的・論理的な看護記録」の学習を重ねている。また、電子カルテを活用したアセスメント・診断・計画立案・実施・評価など、一連のプロセスも記録に反映されるようになり、医療の質を看護記録で保証する仕組みも整備されている。しかし、記録に関する監査では、質的課題が山積していることも指摘しておく必要がある。

2-3 受審の効果

2009年の機能評価のVer. 6.0⁽³⁴⁾の更新（受審）に向けて、最も有効だったことは、各セッションの管理者が主体になり、院内サーベ이를職種間相互に行ったことである。自己評価調査票に従って現状を把握し、その回答に基づいてセッション間のサーベ이를定期的に試みた。相互にサーベいをを行うことにより、目的・目標、評価基準を共有し、業務の標準化が推進された⁽³⁵⁾。

このプロセスでは、見直しや改善すべき課題が明確になり、病院の現状を客観的に把握することができる。また、受審するための各種準備が改善のインセンティブとなっている。自己評価などにより訪問審査に向けた準備を進めること自体が、医療の質の向上と効果的なサービスの改善の一步となる。

また、第三者評価では、抽出された問題点がより具体的になり、透明性を高めることができる。さらに、医療従事者の改善・改革意欲が向上し、主体的な取り組みが期待でき、チーム医療に対する意識の醸成につながっていく。同一の課題に向かってチーム医療が創造され、その結果、患者満足度や医療従事者満足度の向上が図られる。評価を受けることによって、より効果的で具現化した改善目標を設定することが可能となる。

歴史や風土・慣習から生まれた有形・無形の負の産物は、第三者の力を受けて変容していく。第三者評価の活用は、最も適切なマネジメントツールといえよう。

A病院では、2014年に、新たな機能種別（機能種別版評価項目3rd G：Ver. 1.0）⁽³⁶⁾による更新を控えている。地域密着型の急性期小規模病院の役割・機能・特性をふまえ、地域医療連携活動を追求し、医療機関の社会的責任という視座に立ちながら、より効率的で質の高い医療・看護の提供に努めることが最優先課題となる。

2-4 診療報酬への反映

機構による機能評価事業が開始されたのは、1997年4月のことである。機能評価の始まりであり、同年の受審病院数は125施設であった。機構では、5年ごとの更新を義務付けており、受審病院数の年度別推移⁽³⁷⁾によると、2002年より更新病院の38施設が受審し、新規・更新を含めて398施設と増加傾向が見られた。その後も堅調に推移し、2004年には、新規465施設、更新138施設、計603施設に達している。A病院の初回受審も2004年のことであった。

しかしながら、2005年から新規病院の受審数は著しく減少し、2011年の新規は49施設に留まっている。一方、更新病院は毎年300~400施設が受審しているが、新規・更新を含めると400~500施設となり、ピーク時と比較するとおおむね100施設ほど減少し、受審病院数は減少傾向にある。新規病院のみならず、更新病院の継続的受審も減少傾向にあることから、機能評価の受審のメリットよりもデメリットが強調される傾向にある。

受審を控える最大の理由は、機能評価が影響する診療報酬や施設基準が限られているため、医療機関の直接的な収益として結びつかないことにある。現在では、緩和ケア病棟の入院料、緩和ケア診療加算のみであり、経営にとって「生産性の向上」というインセンティブに拍車がかからない⁽³⁸⁾。また、受審行動を起こすにあたり、その正当性や意義を主張するための道徳・根拠は整うものの、受審に必要とされる医療従事者の身体的・精神的労力は計り知れないことも、受審を控える要因と考えられる。

機能評価が診療報酬に反映する仕組みが構築されれば、その一方で、「医療ビジネスコンサルタント」の積極的な介入も予測でき、医療機関もまた、コンサルタントに多額の投資を行う構造が懸念される。

第3章 ワーク・ライフ・バランス（WLB）

公益社団法人日本看護協会ならびに都道府県看護協会における2013年度重点政策・重点事業の一つに、「健康で安全に働き続けられる職場づくり——WLBの推進——」が掲げられている⁽³⁹⁾。

「夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」の普及・拡大による勤務体制の改善は、臨床の厳しい実態と労働科学の知見をふまえて行われているものであり、夜勤・交代制勤務の負担の軽減を図り、リスクマネジメントに活用できるよう、具体的なモデルケースが示されている⁽⁴⁰⁾。

また、「WLB推進ワークショップ事業」では、「看護職のWLBインデックス調査」に基づいて、施設と職員の双方向の視点から、労働環境や制度、職員の意識や満足度などの分析が行われ、実践可能な取り組みが検討されている。WLB推進ワークショップを通じて、個人の「看護職と

しての、働き方の意識の多様化」が尊重され、そのニーズを受けた施設側の「働きやすい環境・質向上に向けた支援」は、「健康で安全に働き続けられる職場づくり」の構築を目指すものとなっていると考えられる。

両者による意識改革と仕組みづくりが重要課題であるといっても過言ではない。看護職一人ひとりが働き方を選択し、専門職と生活の調和を目指すことこそが、WLBの実現への第一歩につながることで期待されている。病院のおよそ半数を占める看護職員が、WLBの実現に邁進することで、医療機関における磐石な基盤が構築されるであろう。

3-1 職場の現状

A病院では、2012年度から「WLB推進ワークショップ事業」に参加し、2年目を迎えている。この組織の存在理由（ミッション）は、地域の基幹病院として、確かな知識と技術に支えられた質の高い医療を提供することにある。また、組織が目指す将来像（ビジョン）は、職員一人ひとりが仕事と生活のバランスを図れるよう、専門職業人の「成長」を志向するキャリア発達を支援し、継続して働き続けられる職場を創るということである。

WLBの観点からA病院の現状分析を行うと、以下のような特徴をあげることができる。

地域密着型の急性期小規模病院であるが、高度な診療機能を有し、急性期病棟の機能強化と、病院とサテライトクリニックの連携による透析医療の拡充に取り組んでいる。

一方、長年にわたる職場の歴史・文化・風土・慣習などによって、就業規則の見直しや処遇・評価・教育などに関する「職員の意識や働き方」の工夫や改善が難しく、改革のための推進体制を組織化することができない。看護部以外の部署は、「組織全体の改革」ではなく「看護部の問題解決」という視点で捉えており、改革のためのチームづくりが推進されにくい環境にある。

また、就業規則に定める所定の年間休日総数は97日であり、4週6休制がとられている。近隣の医療機関圏内20箇所には、4週6休制の該当施設はなく、最低でも4週7休制（105日）が2施設のほか、それ以上の休日・休暇体制にある。2009年から、看護職員からは4週8休制（104日）導入の要望が出ており、離職を防止するための有力な改善策として検討されている。

3-2 「5つの『かえる』宣言」

A病院は、抱える現状を改善するために、「5つの『かえる』宣言」をキャッチフレーズに、WLB推進委員会を立ち上げた。

「5つの『かえる』宣言」では、①代用や人の交代の「代える」、②変化や変更の「変える」、③別の何かと交換の「換える」、④前の物を新しい物に「替える」、⑤生活や自宅に「帰る」という「かえる」という意味を明確に打ち出した。

「かえる宣言」は、疲弊している医療従事者に、知恵と勇気とユーモアを与えている。WLBの推進メンバーは、看護管理者7名・地域医療連携室1名・事務職2名の計10名で構成され、委員会は、おおむね月2回の頻度で開催されている。職員一人ひとりが、「5つの『かえる』宣言」を合言葉にしながら、WLBに親しんで取り組めるように、「意識をかえる」から「意識がかわる」仕組みが検討されている。

アクションプラン【1】として立案したのは、「超過勤務時間の削減」である。業務終了30分前の声かけにより、「残務の把握」と「重要性と緊急性の視点から優先順位による業務分担」を行い、周囲に気遣うことなく「帰る運動」が実施されている。また、各セクションと各正規看護職員（氏名は非公開）の超過勤務時間をグラフで示し、時間数を可視化できる仕組みが導入されている。1年間の超過勤務時間の経過をみると、各セクションの役割・機能の特殊性による超過勤務時間の傾向はあるものの、ほぼ横ばいまたはやや減少傾向が示されている。

アクションプラン【2】は、「4週8休制（年間休日総数104日）の導入」である。県労働局の医療労働専門相談員の指導と助言により、4週8休制（104日）導入の運用ルールが定められた。4週8休制は、「正規看護職員（看護師・准看護師）であること」、「毎月16日から翌月15日締め病棟夜勤帯のシフトに、24時間（8時間×3回）以上、勤務可能な職員であること」を条件とし、2013年1月から施行されている。

アクションプラン【3】は、「年次有給休暇の取得促進」である。2012年度インデックス調査によると、年次有給休暇取得率は87.8%と高い値を示し、おおむね良好と判断された。さらに柔軟に適切に取得するために、「組織と個人による計画的な管理」に向けた啓蒙活動が行われている。

アクションプラン【4】は、「就業規則・WLBの支援策の周知」である。「知っておきたい就業規則」の総論説明会が2回開催された。推進メンバーから職員への伝達講習会を含め、看護職員と看護補助者が全員参加し、看護部の出席率は100%であった。

3-3 残された課題

WLBの推進メンバーが毎月発行の院内広報誌を活用して、「WLBに対する考え方やその意味」をはじめWLB活動の進捗状況を発信したことによって、WLBに関心が向けられ、WLBというキーワードが使われ始めている。また、各セクションと各正規看護職員の超過勤務時間をグラフで示し、時間数を可視化したことにより、看護職員の意識と行動にも変化があらわれている。さらに、県労働局の医療労働専門相談員の指導と助言により、4週8休制（104日）も導入された。

また、年次有給休暇取得率は87.8%と高い値を示し、おおむね良好と判断されたが、休日勤務

をした際、一部の職員に（代休ではなく）有効期限のある年次有給休暇から消化している傾向が見受けられた。代休と年次有給休暇の意味を学習し、適切に対応することが急務である。組織と個人における喫緊の課題と認識された。

歴史・文化・風土・慣習などによる改善・改革の困難さを感じながら、「実は、その困難な状況の一端を担ってきたのは、職員自身ではないか」との振り返りが改めて行われた。歴史・文化・風土・慣習などの長所を大切に継承すると同時に、魅力ある組織や環境の基盤づくり、柔軟に選べる働き方など、新たな第一歩を踏み出す必要性も認識された。

2013年度の実践可能な取り組みでは、身近な課題と真摯に向き合い、5つの「かえる宣言」をさらに可視化・具現化することが期待されている。工夫や改善・改革の実現状況を組織と個人で感じとることができるよう、アクションプラン【1】～【4】を確実に検証しながら、キャリアアップの本質を追求する必要がある。職員のニーズと直面する課題に基づいて、仕事と生活の両立を目指し、職員満足度の向上を図ることが重要な課題である。

3-4 チーム医療の創造

チーム医療とは、多種多様な医療従事者が各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供するものであり、こうした捉え方が浸透している。

歴史的経緯の中では、今まで、チーム医療の論点として、「専門技能の階層性」や「役割理論」により、医療従事者間の「支配-被支配関係」や、看護師はじめコメディカルの「医師に対する従属関係」を明確化し、対称性に基づいた機能的なチーム医療を展開することは、かなり困難であると考えられてきた⁽⁴¹⁾。

医師が検査結果をふまえて診断し、治療方針のもとに看護師に指示を出す仕組みは、資格の優位性からすれば当然のことである。さらに、医師の相対的高賃金と遂行業務のヒエラルキー的な配置が、現在もなお、看護師をはじめとするコメディカルのインセンティブに制圧的に働きかけていることも否定できない。我が国では、医師と看護師の阿吽の呼吸や、経験や慣習から生まれる暗黙知が共有され、継承されていることも事実である⁽⁴²⁾。個人の潜在能力を引き出し、モチベーションを維持することは、組織や古い慣習の従属関係では、損なわれてしまう。

そこで、筆者は、チーム医療のあるべき姿をアンブレラ・ユニット⁽⁴³⁾とモデル化し、医療提供体制が必要な患者をアンブレラでサポートする仕組みの構築を提唱してきた。アンブレラ・ユニットは、チーム医療の概念を的確に説明するツールである。アンブレラ・ユニットを明確でかつ簡潔な概念として捉えることにより、医療従事者は、実践を通してチーム医療に具体的に貢献できるといえよう。

チーム医療の創造には、新たな概念モデルを活用する一方で、個人の生活観、職業観、人生観などにおける意識改革も重要な要因となる。WLB という価値観を導入・定着させ、仕事と生活の両立を無理なく実現できる環境を創りあげていくことが求められている。仕事と生活の調和のためには、それぞれ望ましい相乗効果を追求し、その取り組みを進めていかなければならない。

むすびにかえて

本稿では、我が国の医療制度改革におけるトピックとなるテーマに基づいて、医療機関のあるべき姿を検討し、医療提供体制が抱える課題を抽出した。

国民皆保険は、発足からすでに 50 年余り経過しているが、今日では、寿命の不確実性や現役世代と将来世代のメリット・デメリットからみた世代間の損得論が国民感情を逆なでしている。医療制度の意義や将来世代のメリットを勘案し、全世代の意識改革が必要であり、かつ制度そのものが転換期にあることをふまえると、持続可能でわかりやすい制度設計が必要とされる。限りある医療資源を有効かつ効率的に運用し、高齢化の進展や医療技術の進歩による医療費の急増に歯止めをかけるために、政府も医療従事者も国民も、現在、正念場を迎えている。

国民に信頼される持続可能な医療機関のあり方を考察した結果、「医療従事者の改善意識とチーム医療の創造」が大きな役割を果たすことも明らかとなった。「医療資源としての医療従事者」が、WLB という価値観を取り入れ、仕事と生活を調和させることにより、相乗効果を発揮することが求められる。

WLB によって、個人に適した柔軟性のある働き方で、心身の疲労やストレスが軽減され、仕事へのモチベーションが向上する。充実した仕事や生活の営みは、自己研鑽や自己啓発を通して医療・看護の提供にも反映される。患者に対するケアの質の向上が図られるとともに、安全・安心・信頼される医療提供体制が構築される結果、医療機関経営が安定し、施設の評価や評判も向上する。さらに優秀な人材の確保が可能となる。

こうした中で、組織横断的な取り組みに、チーム医療の新たな概念である「アンブレラ・ユニット」を盛り込みながら、チーム医療の機能と役割を創造していくことが不可欠である。

《注》

- (1) 厚生労働省 [2012], 『我が国の医療保険について』〈http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/iryuu/hoken01/index.html〉 [参照 2013. 9. 26]。平成 22 年度 (2010 年度) の国民医療費の負担構造 (財源別) によると、国民医療費のうち、公費がおおむね 38.1% 投入されている。被保険者と事業主負担は 48.5% であり、患者負担は 12.7% と軽減されている。
- (2) 厚生労働省 [2000], 『医療制度改革の課題と視点』〈<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/>〉

h0306-1/h0306-1e.html〉 [参照 2013. 9. 26]。

- (3) 保険者とは、保険給付を行う医療保険事業の運営者のこと。保険者は、医療保険事業を自己の事業として行い、自己の計算において保険料（税）を徴収して保険給付を行う。保険料を納めることにより、給付を受ける側の人のことを被保険者という。
- (4) 厚生労働省 [2012], 『厚生労働白書 — 社会保障を考える — (平成 24 年版)』 35-49 頁。
- (5) 同書, 44-45 頁。義務教育就学前の子どもでは 2 割, 70 歳以上の者では所得に応じて 1 割または 3 割となっている。
- (6) 同書, 44 頁。実際には、保険者は実施された医療サービスが適正なものであったか審査および支払を審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金など）に委託しているので、医療機関は審査支払機関に請求書（レセプト）を送り、医療費の支払いを受けることになる。
- (7) 同書, 46 頁。後期高齢者医療制度に対する現役世代からの支援の仕組みとして、給付費の約 4 割に対して後期高齢者支援金が充当されている。
- (8) 同書, 46 頁。「がん検診者に黄信号 医師不足の地方混乱」, 『朝日新聞（福岡）』, 2013 年 4 月 18 日付（朝刊）。「20 年後も医師不足」, 『毎日新聞（大阪）』, 2012 年 12 月 26 日付（朝刊）。「医師偏在揺れる地域医療」, 『北海道新聞』, 2012 年 12 月 5 日付（朝刊）。「看護師 早期離職減らせ」, 『朝日新聞（福岡）』, 2012 年 9 月 7 日付（朝刊）。
- (9) 本稿では、「患者」の表現に、「家族やキーパーソン」を含める。
- (10) EBM: Evidence-based medicine
- (11) 厚生労働省 [2012], 『厚生労働白書 — 社会保障を考える — (平成 24 年版)』, 前掲書, 47-48 頁。衛生面からの設備・人員の配置基準に関する医療法上の規制のほか、医療機関の地域ごとの偏在（過剰・不足）を防ぐため、都道府県が策定する地域ごとの必要病床数を示した「医療計画」に基づく規制が行われている。
- (12) 「脳卒中医の半数 燃え尽き症候群」, 『読売新聞（大阪）』, 2012 年 9 月 16 日付（朝刊）。「医師不足 現場ぎりぎり」, 『高知新聞』, 2012 年 12 月 12 日付（朝刊）。「医療従事者の重圧」, 『秋田魁新報』, 2013 年 5 月 17 日付（朝刊）。
- (13) ワーク・ライフ・バランス（WLB）は、第 3 章で述べる。
- (14) 厚生労働省 [2012. 9. 27], 「平成 22 年度国民医療費の概況」〈<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/10/dl/data.pdf>〉 [参照 2013. 9. 26]。
- (15) 「混合診療こじれて 10 年」, 『日本経済新聞』, 2013 年 4 月 8 日付（朝刊）。
- (16) 「風前の国民皆保険」, 『毎日新聞（東京）』, 2013 年 4 月 2 日付（夕刊）。
- (17) 現在は、健康保険の対象となる保険診療と、健康保険対象外の新薬や最新の治療法を提供する保険外診療がある。両者の併用である混合診療は、原則として禁止されている。保険外診療では、本来なら保険対象となる診察や検査の費用も含め、患者がすべての項目で全額を負担しなければならない。
- (18) インフォームド・コンセントとは、説明・理解・納得・選択・同意の一連のプロセスのこと。その際、重要な患者権利は、患者の知る権利と、自己決定権である。
- (19) 日本看護協会 [2003], 『看護者の倫理綱領』〈<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf>〉 [参照 2013. 9. 26]。
- (20) 日本医師会 [2004], 『営利企業による医療の支配 — 医療法人の議決権取得 —』〈<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/old/minutes/commission/2004/02/item04.pdf>〉 [参照 2013. 9. 26]。
- (21) 政策会議 [2013], 『第 10 回社会保障制度改革国民会議』〈<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai10/siryoul.pdf>〉 [参照 2013. 9. 26]。
- (22) パラダイムシフトとは、ある時代や分野において、支配的規範となる「物の見方や捉え方、認識、思想、社会全体の価値観」などが劇的または革命的に変化すること。
- (23) 政策会議 [2013], 『第 10 回社会保障制度改革国民会議』前掲資料。
- (24) 日本医療機能評価機構は、国民の健康と福祉の向上に寄与することを目的とし、中立的・科学的な

- 第三者機関として医療の質の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行う公益財団法人である。
- (25) 公益財団法人日本医療機能評価機構 [2013], <<http://jcqhc.or.jp/>> [参照 2013. 9. 26]。
 - (26) 公益財団法人日本医療機能評価機構 [2013], 『病院機能評価結果の情報提供』 <<http://www.report.jcqhc.or.jp/index.php>> [参照 2013. 9. 26]。
 - (27) A. Donabedian [1966], "Evaluating the Quality of Medical Care," *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 44, p. 166-203, 1966.
 - (28) 井部俊子・中西睦子監修 [2013], 『看護マネジメント論』, 日本看護協会出版会。
 - (29) 池袋昌子 [2010], 「Ver. 6.0 受審のその先にあるもの — 医療機関の社会的責任」『看護』 Vol. 62, No. 5, 49-53 頁。
 - (30) ICC: Infection control committee
 - (31) ICT: Infection control team
 - (32) 同書, 49-53 頁。
 - (33) 看護記録は, 看護師の思考と行為を示す貴重な資料となり, 看護の対象との情報の共有化, 看護の継続性・一貫性の保証, 看護活動の評価や(看護活動の)向上・開発のための役割を担う。さらに, 看護記録を含む診療記録などの開示, 病院監査, 医療訴訟という観点からも, 社会から看護記録への関心や期待が高まっている。
 - (34) 病院機能評価の統合版評価項目 (Ver. 6) では, 各部門における体制・規程の整備と組織的活動の評価として, 中項目で 137 項目, 小項目で 352 項目が設定されている。
 - (35) 池袋昌子 [2010], 「Ver. 6.0 受審のその先にあるもの — 医療機関の社会的責任」『看護』, 前掲書。
 - (36) 3rdG とは, 「第 3 世代」の意味を表す。評価項目が進化し, 2013 年 4 月より新たな機能種別に基づいて評価が行われ, 第 3 世代であることを示している。
 - (37) 日本医療機能評価機構 [2011], 『クォリティ・インディケーター・フォーラム』 <<http://jcqhc.or.jp/pdf/event/hashimotosensei.pdf>> [参照 2013. 9. 26]。
 - (38) 日本医療機能評価機構 [2013], 『病院機能評価が影響する診療報酬や施設基準について』 <<http://jcqhc.or.jp/works/evaluation/effect.html>> [参照 2013. 9. 26]。
 - (39) 日本看護協会 [2012], 「看護職のワーク・ライフ・バランス」『協会ニュース』 <<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/news/pdf/wlb-011.pdf>> [参照 2013. 9. 26]。
 - (40) 日本看護協会 [2013], 『看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン』メヂカルフレンド社。
 - (41) 鷹野和美 [2008], 『チーム医療論』医歯薬出版。
 - (42) 池袋昌子 [2011], 『チーム医療を基盤にした地域医療連携システム』埼玉大学大学院経済科学研究科博士学位論文, 31-41 頁。
 - (43) アンブレラ・ユニットとは, アンブレラの各パーツや機能を, チーム医療の役割・機能として提案した新たな概念モデルである。

参考文献

- 麻生泰 [2009], 『明るい医療現場改革』日本経済新聞出版社。
- 池袋昌子 [2010], 「Ver. 6.0 受審のその先にあるもの — 医療機関の社会的責任」『看護』 Vol. 62。
- 池袋昌子 [2011], 『チーム医療を基盤にした地域医療連携システム』埼玉大学大学院経済科学研究科博士学位論文。
- 井部俊子・中西睦子監修 [2013], 『看護マネジメント論』日本看護協会出版会。
- 大森正博 [2008], 『医療経済論』岩波書店。
- 尾形裕也 [2009], 『看護管理者のための医療経営学』日本看護協会出版会。
- 川眞田喜代子 [2008], 『地域医療崩壊の危機』本の泉社。
- 厚生労働省 [2007], 『厚生労働白書 (平成 19 年度版)』。

- 厚生労働省 [2011], 『厚生労働白書 — 社会保障の検証と展望 — (平成 23 年度版)』.
- 厚生労働省 [2012], 『厚生労働白書 — 社会保障を考える — (平成 24 年度版)』.
- 笹鹿美帆子 [2005], 『チームで取り組むクリティカル・パス』日本看護協会出版会.
- 鷹野和美 [2008], 『チーム医療論』医歯薬出版.
- 西村周三 [2009], 『社会保障を日本一わかりやすく考える』PHP 研究所.
- 西村周三 [2012], 『医療法人社団誠弘会池袋病院白書』日本医療企画.
- 日本医療機能評価機構 [2009], 『患者安全推進ジャーナル 別冊 2009 年度版感染管理に関するツール集』
認定病院患者安全推進協議会.
- 日本看護協会 [2009], 『看護白書 (平成 21 年度版)』日本看護協会出版会.
- 日本看護協会 [2009], 『2009 SHOKUBA SUPPORT BOOK 職場づくりサポートブック』.
- 日本看護協会 [2010], 『看護職のワーク・ライフ・バランス推進ガイドブック』.
- 日本看護協会 [2011], 『看護白書 — 看護がつなぐ・支える在宅療養 — (平成 23 年度版)』.
- 日本看護協会 [2012], 『はたさば ナースのはたらくサポートブック』.
- 日本看護協会 [2013], 『看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン』メヂカルフレンド社.
- 日本看護協会 [2013], 『協会ニュース』Vol. 554.
- 日本経済研究所 [2012], 『医療経済データ集 2012』日本医療企画.
- 羽生正宗 [2009], 『医療経営マネジメント戦略 — 医療崩壊の処方箋 —』大蔵財務協会.
- 福井次矢 [2008], 『[医療の質]を測る 聖路加国際病院の先端的試み Vol. 2』インターメディカ.
- 松山幸弘 [2010], 『医療改革と経済成長』日本医療企画.
- 村上智彦 [2013], 『医療にたかるな』新潮社.
- A. Donabedian [1966], "Evaluating the Quality of Medical Care" *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 44, p. 166-203, 1966.
- A. Donabedian [2003], "*An Introduction to Quality Assurance in Health Care*" Oxford University Press.
- Albert R. Jonsen 藤野昭宏訳 [2009], 『医療倫理の歴史』ナカニシヤ出版.
- Barnard, C. I., [1938], "*The Functions of the Executive*," Harvard University Press (山本安次郎・田
杉競・飯野春樹訳 [2005], 『新訳 経営者の役割』ダイヤモンド社).
- Eliot Freidson・進藤雄三訳 [1992], 『医療と専門家支配』恒星社厚生閣.
- Iain Crinson [2009], "*Health Policy: A Critical Perspective*," Sage, UK.
- M. St. Pierre・G. Hohinger・C. Buerschaper, 澤智博訳 [2009], 『急性期医療の危機管理 チーム医療とヒューマンファクター』シュプリンガー・ジャパン.

(提出日 2013 年 9 月 30 日)