

日医総研ワーキングペーパー

いわゆる“雇用の質向上”論について：
労働環境の改善と人材確保の一体的整備を

No. 292

2013 年7 月

日本医師会総合政策研究機構

田中 美穂

いわゆる“雇用の質向上”論について：

労働環境の改善と人材確保の一体的整備を

日本医師会総合政策研究機構

田中 美穂

キーワード

- ◆ “雇用の質向上” ◆ 労働基準法 ◆ 労働環境改善 ◆ 人材確保
- ◆ 非営利人材紹介システム ◆ 潜在医師、潜在看護師 ◆ 短時間正職員
- ◆ 職業倫理 ◆ 女性医師

ポイント

- ◆ 医療機関への一律的な国主導マネジメントシステムの導入による、医療現場の労働環境改善や医療経営の安定化への道筋は、現状では不透明であると言わざるを得ない。というのも、診療科や地域事情、施設形態などによって、受け入れる患者の人数や重症度などが異なるためであり、対応は個々の事情を考慮する必要があるためである。“雇用の質向上”というあいまいな表現ではなく、労働環境の改善策と人材確保策の総合的で具体的な取り組みが不可欠である。
- ◆ 労働環境の改善をめぐるっては、法的枠組みに関する動きも出てきた。県立奈良病院における産科医の時間外請求訴訟では、医師の宿日直の実態が、労働基準法で定められた「断続的勤務」にあたらなとの判断が示された。労働環境改善策に実効性をもたせるには、労基法、医療法など関連法規に一貫性を持たせることも検討する必要がある、労基法施行規則に医師の宿日直勤務に関する規定を設けることが考えられる。
- ◆ 宿日直勤務に対して時間外手当を支給するには、財源が必要である。また、法を遵守し労働環境を改善するためには、人材確保が必要である。病院経営が厳しい状況にあること、地域や診療科によっては人材確保もままならないことなどから、個々の医療機関にまかせることは困難である。診療報酬体系に反映させること、国家予算をつけた上で都道府県医師会主導による現場を踏まえた人材確保策を促進することが求められる。

- ◆ また、人材確保策としては、人材紹介システムの機能強化と短時間正職員制度の導入がある。全国的な非営利人材紹介システムとしては、ナースセンター、日本医師会女性医師バンク、公共職業安定所などがある。本研究で約 10 年間の公表データを整理した結果、看護職員では 2006 年度を境に求人倍率が 2 倍以上の状態が続いており、2012 年度は約 3 倍となっている。医師をはじめとする歯科医師、獣医師、薬剤師に関しては、過去 13 年間で求人数は増加傾向であるのに対し、求職者数は減少傾向にある。求人倍率も常に 5～6 倍あり、2012 年度は 6.7 倍であった。いずれも売り手市場でありながら、求人側と求職側のマッチングが必ずしもうまく機能していないこと、求職側に何らかの事情があって、働く意思があっても働くことができない、あるいは躊躇している潜在医師らの存在が少なくないことが改めて示された。
- ◆ 職業紹介事業については、職業安定法で有料職業紹介事業が認められており、民間企業も参入している。だが、医療従事者については、国としての人材確保策が喫緊に求められる分野である。民間企業の参入が弊害をもたらす可能性もあり、実態把握が必要である。人材確保という公共性の高い目的に照らし合わせても、非営利の人材紹介・職業紹介システムを充実させることが望ましいと考える。
- ◆ 人材紹介システムの機能強化には、全国的なシステムと同時に、国家予算の投入による都道府県医師会主導型の地域に根ざした拠点が必要なこと▽結婚や妊娠、出産、育児などを理由に離職した“潜在医療従事者”について、離職防止、復職支援策を強化・実施すること▽多くの求人を抱える公共職業安定所の福祉人材コーナーの専門性を強化すること——などが不可欠である。
- ◆ 短時間正職員制度は、改正育児・介護休業法およびパートタイム労働法改正を背景に、国の政策誘導する制度である。医師・看護職員の確保策としても、国は同制度に関するさまざまな事業を推進している。
- ◆ 医療機関における同制度の導入状況については、これまでも複数の調査が行われてきた。例えば厚労省が 2010 年に実施した全国調査では、病院の 2 割近くが導入済みであった。調査票の提出があった医師約 16 万人中、制度を活用している医師は全体の 2.1%であった。これまでの研究は、自施設の事例紹介が多く、制度の具体的な課題の同定など実態を把握す

るための研究は少ないのが現状である。

- ◆そこで、本研究では、医療現場における制度導入の実態を同定するため、系統的な文献調査を行った。この手法は科学的研究手法の一つである。その結果、制度導入への対応策として、看護職については、主に①理解促進②業務整理③多様な勤務形態の整備④育児支援策の整備⑤労働環境全体の改善といった5つの分野が必要であることが明らかになった。
- ◆そのうえで、制度が抱える課題としては、フルタイム職員の負担増に対する具体的な対応策を講じる必要性があること、専門職としての看護倫理と短時間勤務のジレンマへの対応を検討する必要性があること、制度導入によるコスト増への対応策や実際の効果などを検討する必要性があることなどがある。
- ◆医師については、看護職と同様、育児支援策の整備や復職支援、労働環境の改善策などの必要性が明らかになった。制度が抱える課題としては、男女や子どもの有無にかかわらず、医師が仕事を続けられる労働環境を整備する必要があること、過重労働の常態化への対応が必要であること、労働者としての自覚を持つ機会が少ないことなどがあることがわかった。制度の定着・継続を図るには、医師個人としても、医療機関の経営者や管理者としても、多様な勤務制度を講じることが男女を問わず医師が仕事を続けるための労働環境の改善につながるということへの理解が求められる。
- ◆特に、喫緊の課題として取り組む必要があるのは、過重労働常態化への対応である。具体的な対応策としては、複数担当医・主治医制の導入の必要性が指摘されている。この制度を導入するには、人材確保が必要である。現状では、地域や医療機関、診療科によって、人材を確保できるかどうかは異なる。医療機関や診療科ごとに、業務整理・分担を検討、実施することが必要であると同時に、都道府県医師会主導で地域の医療現場の現状を把握したうえで、国と協働で人材確保策を促進することが求められる。
- ◆人材確保のカギとなるのが、潜在女性医師の活用である。先行研究では、医学部入学者数・医籍登録数に占める女性の割合が3割近くであるのに対し、現状の医師数に占める女性の割合が2割に満たないことが示され

ている。妊娠・出産・育児が背景にあることが考えられ、潜在女性医師の復職支援と離職防止策を講じる必要がある。

- ◆ つまり、労働環境の改善策と人員確保策は“車の両輪”であり、同時並行的に政策を講じることが必要不可欠である。その際には、医療従事者にプロフェッショナルとしての高い倫理性が求められていることを考慮した検討が必要である。

目 次

はじめに	1
1. 現行法の問題	
1.1 奈良県立奈良病院時間外訴訟について	3
1.2 労働基準法等の検討	7
①労働基準法の整理	7
②宿日直の現状と課題	10
2. 「マンパワー確保の支援策」の検討	
2.1 非営利人材紹介システムの現状	12
①看護分野：ナースセンター	12
②医師分野：日本医師会女性医師バンク	14
③横断的分野：公共職業安定所（ハローワーク）	16
2.2 短時間正社員制度の現状	21
①短時間正職員制度の枠組み	21
②短時間正職員制度の実態把握調査	28
（参考資料）抽出文献一覧	42
3 まとめ	46

はじめに

厚生労働審議官をはじめ、厚労省内の局長・課長級職員による「医療分野の雇用の質」向上を目指したプロジェクトチーム（PT）が2013年2月、報告書（以下、雇用の質向上報告書）¹⁾を公表した。この報告書は、持続可能な医療制度を維持するためには、医療分野の勤務環境を改善することによって、医療関係人材の定着・育成することが必要不可欠であるとしている。特に、当直や夜勤、交代制勤務を行う医師や看護師らの勤務環境を整備することを念頭に置き、医療機関の経営や労務管理に、マネジメントの考えをシステムとして導入することを目指している。

背景には、2010年6月閣議決定の「新成長戦略」で、医療・介護・健康関連産業は日本の成長牽引産業として位置づけられ、安全確保や質の向上を図りながら、利用者本位の多様なサービスを提供できる体制を構築することが示されたことがある²⁾。だが、医療従事者は厳しい勤務環境に置かれていることがあり、必要な人材確保と労働環境の整備が喫緊の課題となっていた。厚労相の指示で、まずは看護職の雇用の質向上に関する検討が行われ、2011年6月に報告書が取りまとめられていた。

だが、医療機関への一律的な国主導マネジメントシステムの導入による、医療現場の労働環境改善や医療経営の安定化への道筋は、現状では不透明であると言わざるを得ない。というのも、診療科や地域事情、施設形態などによって、受け入れる患者の人数や重症度などが異なるためであり、対応は個々の事情を考慮する必要があるためである。また、医療従事者には、高いプロフェッショナリズム（専門職倫理）が求められていることから、労働環境の改善策を講じることとの整合性も検討する必要がある。

労働環境をめぐるのは、2006年度診療報酬改定で7対1入院基本料が導入された結果、看護師需要が急速に逼迫し、医療機関の人材確保に困難な状況も見られた。さらに、2013年2月には、夜間・休日の当直勤務が労働基準法に定められた時間外労働にあたるとして、管理者に対して割増賃金の支払いを命じる判決が確定する

3) など、法的枠組みをめぐる動きも出てきた。

そこで、本稿では、第1章で労働環境の改善策を検討する上で基本となる法的枠組みである「労働基準法」を中心とした検討を行う。同法のあり方を問うた「奈良県立奈良病院訴訟」に着目し、訴訟の経緯と判決を受けての課題を提示、現状の法的枠組みと医師の宿日直勤務の実態から課題と対応策を考察する。第2章では、労働環境の改善策の柱でもある人材確保の具体策として、全国的な非営利人材紹介システムである、ナースセンター、日本医師会女性医師バンク、公共職業安定所（ハローワーク）の活用状況に加え、近年の注目施策の一つである「短時間正職員・正社員制度」の現況について整理する。

調査方法としては、国の公的文書や報告書、研究機関の調査報告書などの資料をはじめ、国内の医学系文献データベース、判例・法令データベース、新聞・雑誌記事データベースを使って網羅的に関連論文を収集して分析する文献調査を実施することとする。

¹⁾ 厚生労働省. 医療分野の「雇用の質」向上プロジェクトチーム報告. 2013年2月8日.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002uzu7.html>

²⁾ 厚生労働省. 看護師等の「雇用の質」の向上に関する省内プロジェクトチーム報告書. 2011年6月.

³⁾ 2006年12月、奈良県立奈良病院の産婦人科医2人が、県を相手取り、時間外手当の支給を求めて奈良地裁に提訴。2013年2月、最高裁は県の上告を受理しない決定を行い、医師らへの割増賃金の支払いを認めた一、二審判決が確定した。詳細は第1章第1節を参照

1 現行法の問題

第 1 章では、医療従事者の労働環境に関係すると考えられる労働基準法（労基法）を中心に、現行法の問題点についてまとめた。この問題をまとめるにあたり、医師の宿直や休日勤務が、割増手当を支払う必要のない「断続的勤務」にあたるのかどうか争われた、奈良県立奈良病院訴訟の経緯を調査した。

1.1 奈良県立奈良病院訴訟について

同訴訟は医師が労基法を根拠に労働環境の改善を求めた珍しいケースである。同訴訟の経緯を調べるため、新聞・雑誌記事データベース「日経テレコン」を使い、朝日新聞、産経新聞、日本経済新聞、毎日新聞、読売新聞の全国紙 5 紙、一般紙 43 紙の新聞記事調査を行った（検索実施日は 2013 年 4 月 24 日）。期間は全期間、検索式は「奈良県立奈良病院 AND 産婦人科 AND 訴訟」である。その結果、7 紙から 35 件を抽出した。これらの新聞記事に加え、裁判所判例検索システムおよび判例・法令検索データベース Westlaw Japan を使って、2009 年 4 月 22 日の奈良地方裁判所および 2010 年 11 月 16 日の大阪高等裁判所の判決文を入手し、調査対象文献に加えた。

本訴訟は 2013 年 2 月、県側の上告を最高裁が棄却し、原告勝訴が確定した。経緯は以下の表 1 の通りである。

表1 奈良県立奈良病院訴訟の経緯

奈良県立奈良病院訴訟		
年月	裁判の経緯	備考
2006年12月	同病院の産婦人科医2人が、 2004～05年の時間外手当の未払い分約9200万円の 支払いを県に求めて、奈良地裁に提訴	争点： 医師の宿直や休日勤務が、 労基法や県条例で割増料金を支払う必要が無いと定 められた「断続的勤務」にあたるかどうか
2009年4月	奈良地裁が県に1540万円の支払いを命じる判決	判決： 当直は待ち時間とは認められないと判断。労基法の請 求権時効にかからない分を割増賃金の対象とした。た だし、緊急時に備えて自宅待機する「宅直」については 医師間の自主的な取り決めとして、割増賃金の対象と 認めなかった
5月	地裁判決を不服として、原告の医師、被告の奈良県 双方が大阪高裁に控訴	原告側： 「宅直」は労働時間ではないとした地裁判決を不服 被告側： 当直勤務全てを時間外労働の対象にすべきではない
2010年5月	奈良労働基準監督署が県を書類送検	同病院産科医の当直勤務は 違法な時間外労働にあたるうえ、 割増賃金を支払っていないとする労基法違反容疑 ※同年12月、奈良地検が不起訴処分
11月	大阪高裁が地裁判決を支持、双方の控訴を棄却	「宅直」は労働時間にあたらないとしたものの、 県に対して適切な手当の支払いを検討するなど改善を 促した
	県が最高裁に上告	
2013年2月	最高裁が、県の上告を受理しないと決定 地裁、高裁判決が確定、原告勝訴	
(新聞記事および判決文から田中作成)		

原告側の産婦人科医らの主張は、宿直業務中にも分娩や手術が頻繁にあり、同業務が労基法で定められた時間外労働にあたるとして、奈良県に対して未払い分の計 9200 万円の支払いを求めるものであった。また、緊急時に備えて自宅待機する「宅直」についても、労働からの解放が保障されておらず、勤務時間とみなすべきであるとの主張であった。

これに対し被告側は、診療の合間の待機時間は労働時間に含まれないとして、割増賃金の支払は、社会通念上の一定の線引きの元に必要と判断される所要時間をもって、労基法 37 条に規定される割増賃金を支払う対象となる労働時間と考えるべきであるとしていた。

一審の奈良地裁判決は、宿日直勤務において、入院患者の急変対応、救急外来患者の診療が業務として命じられていたこと、産婦人科という診療科目の特質上、宿日直中に分娩に立ち会うことが少なくないこと、帝王切開術などを含む異常分娩やその他の診療を行っていることから、宿日直勤務中の 4 分の 1 の時間、通常業務に従事していたと認定した。割増賃金を支払う必要のない断続的勤務にはあたらないとして、県に対して時効未成立分の約 1500 万円の支払いを命じた。「宅直」については、産科医間の自主的な取り決めにすぎず、病院の指揮命令下にあったとは認められないなどとして、割増賃金を請求できる労働時間とはいえないとした。二審でも地裁判決が支持され、2013 年 2 月、最高裁が県の上告を退ける決定を行い、一、二審判決が確定した。

このような情勢において、奈良県も主に 2 点の対策を講じてきた。第一に、超過勤務手当の改善がある。2007 年 6 月からは、休日・夜間の宿日直勤務中に分娩や診察などの通常業務を行った場合、従来の宿日直手当に加えて新たに超過勤務手当を支給する併給方式を採用している¹⁾。宿日直手当は 1 回 2 万円で、時間外勤務をしていない時間が 5 時間未満の場合は 1 万円となっている¹⁾。第二に、産科医増員がある。県立奈良病院の産科医数は、2004 年当時は 5 人であったが、現在は 9 人に増員している¹⁾。

一定の改善策が講じられている一方で、大阪高裁判決で改善の必要性が示唆された「宅直」については、現状では具体的な議論に至っていない¹⁾。

¹⁾ 奈良県総務部知事公室広報広聴課（2013 年 5 月 8 日）、同医療政策部医療管理課（同年 5 月 17 日）から電子メールで回答を得た

裁判は終結したが、課題は残されている。以下の3つの点が主な課題である。第一に、労基法と医療法の2法の整合性が無いという点がある。労基法と労基法施行規則は、宿日直勤務で断続的な労働については、労働者を使用できると規定している。特に医師・看護師などの宿日直については、厚労省局長通達で、病室の定時巡回、定時検脈などの業務のみを指すことが示されている。一方、医療法では、病院に対して医師の宿直が義務付けられている。だが、ここで指す「宿直」の現状は、労基法で規定する断続的な業務や通達で示された軽度で短時間の業務にとどまらず、緊急の診察や手術などの通常業務も行っているのが現状である。前述の2法の整合性がとられていないまま、医療現場の労働環境の改善策を講じたとしても、実効性には疑問が残る。

第二に、超過勤務手当を支給するための財源と、労働環境改善のための人材の確保がある。診療科や地域によっては医師が不足し、人材の確保は容易ではないのが現状である。財源をめぐっても、特に自治体病院では46.7%（2011年度）が赤字経営に陥り²⁾、極めて厳しい経営状況にあるといえる。このような状況において、個々の病院に対して、人材や財源確保の責任を課すことは困難である。診療報酬体系に反映させるなど、国による制度改革が必要であると考ええる。

第三に、「宅直」についても、医師間の自主的な取り決めであるとして、現状を放置することには疑問がある。大阪高裁判決でも、「プロフェッションとしての医師の職業意識から期待される限度を超える過重なものなのではないか、との疑いが生ずることも事実である」として、「複数の産婦人科宿日直担当医を置くことを考慮するか」、「自宅等で待機することを産婦人科医の業務と認め」、「その労働に対して適正な手当を支払うことを考慮すべきものと思われる」と小括している。まずは「宅直」勤務がどの程度、どの診療科で行われているのかといった頻度、その際の手当支給の有無などについて、全国的な実態把握が必要であろう。都道府県立病院の手当支給に関しては、奈良県が全国調査を実施している。この調査では、2009年4月現在、宅直勤務への手当を支給していないと回答した自治体は、21都県であった³⁾。全国調査を実施した上で、個々の病院と労働組合などの間でかわされる36協定の締結にとどまらない、国としての対応が必要である。

²⁾ 総務省自治財政局. 平成23年度地方公営企業決算の概況. 第2章 事業別状況 6. 病院事業. pp126-146.

³⁾ 社会保険労務士総合研究機構. 医療現場の労務管理に関する研究—勤務医等の過重労働を中心に—. 第1章 勤務医の労働時間の実態. pp8-17. 2012年3月.

1.2 労働基準法等の検討

第1章第2節では、第1節で指摘した、労基法とその関連法規に関する課題をまとめる。そのうえで、医師の宿日直勤務に着目して論じることとする。

①労働基準法の整理

まず、関連法規が何を規定し、どのような関係性にあるのかを、図1-1にまとめた。

労働時間をめぐっては、労基法32条で、原則として使用者は、労働者に休憩時間を除いて週40時間、1日8時間を超えて労働させてはならないと規定されている。この規定が労働時間の基準である。労働時間が6時間を超える場合は45分以上、8時間を超える場合は1時間以上の休憩を与える必要がある。少なくとも週1日の休日を与えることも義務付けられている。

そのうえで、労基法36条では、時間外および休日の労働をめぐって、次のように定めている。使用者は、

- 労働組合等との書面による協定
- 行政官庁に届出

をしていれば、協定によって、労働時間を延長し、休日に労働させることができるとしている。いわゆる“36（サブロク）協定”である。これに伴い、割増賃金の支払いが生じる。労基法37条により、時間外および休日労働については2割5分以上5割以下、時間外労働が月60時間を超える場合は5割以上、深夜労働では2割5分以上の「割増賃金」を支払わなければならない。

36協定の締結、行政官庁への届出があっても、時間外労働を無制限にさせることはできない。1998年の労働省告示第154号で、時間外労働の限度基準（図1-2を参照）が定められているためである。36協定は、同告示の限度基準に適合した内容でなければならない。しかし、企業には繁忙期や予算・決算時などの臨時的な特別な事情が発生することから、特別条項付き協定を締結して、限度基準を超える時間を延長時間とすることができる。この際、割増賃金率を定めること、その率を2割5分以上とすること、延長時間数を短縮するよう努めることが必要である。

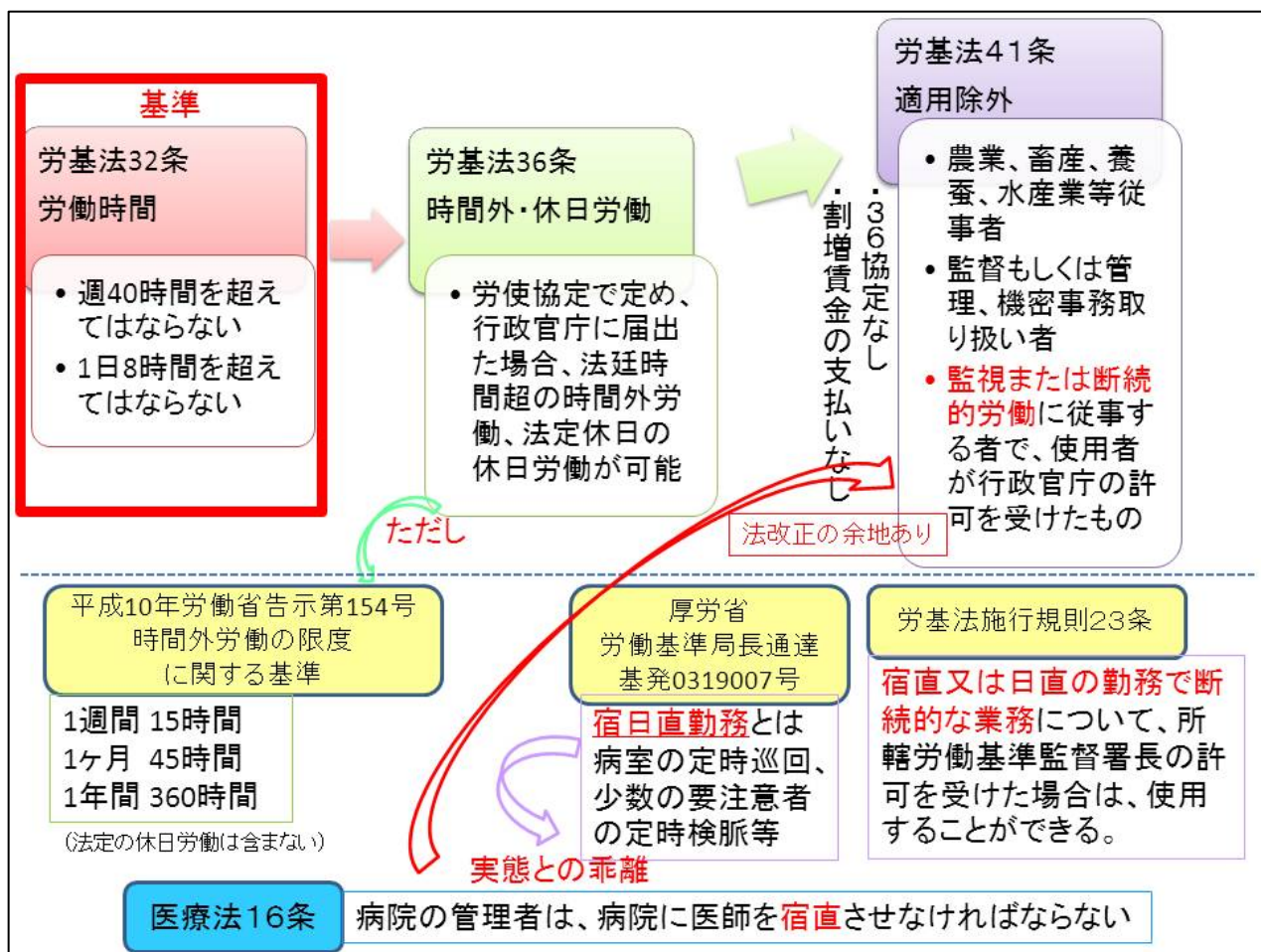


図 1-1 労働基準法等関連法規の関係

(田中作成)

期間	限度時間
1週間	15時間
2週間	27時間
4週間	43時間
1ヶ月	45時間
2ヶ月	81時間
3ヶ月	120時間
1年間	360時間

図 1-2 一般的な延長時間の限度

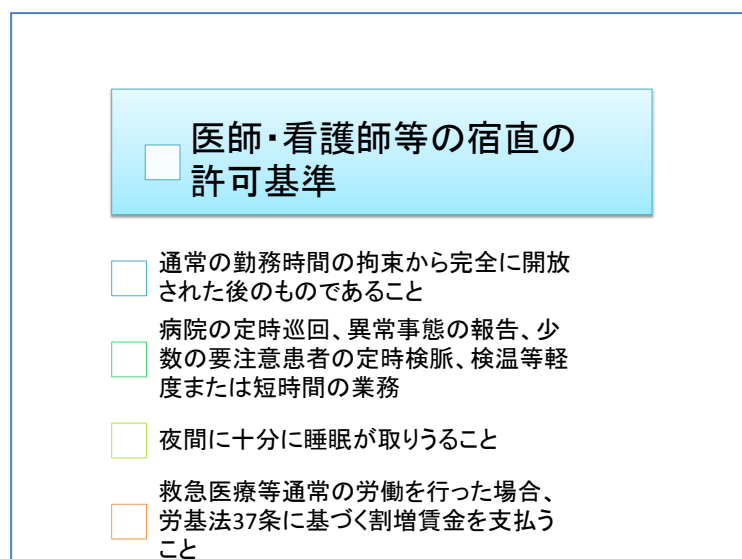


図 1-3

この告示では、工作物の建設等の事業、自動車の運転業務、研究開発業務、造船・電気・ガス等の事業や業務を適用除外としている。ここで、医療従事者は適用除外されていない。

労基法 41 条では、これまで述べた労働時間等に関する規定が適用されない労働者に関する規定がある。

具体的には、

- 土地の耕作もしくは開墾、植物の栽植、栽培、採取もしくは伐採事業、その他農業に従事する者
- 動物の飼育、水産動植物の採捕もしくは養殖事業、その他畜産、養蚕、水産事業に従事する者
- 事業の種類にかかわらず監督もしくは管理の地位にある者、機密の事項を取り扱う者
- 監視、または断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けた者

である。

「断続的労働」をめぐっては、労基法施行規則 23 条で、「宿直または日直の勤務で断続的な業務については、労基署の許可を受けた場合は、これに従事する労働者を、労基法 32 条の労働時間の規定にかかわらず、使用することができる」と規定されている。医療従事者の宿日直については、1949 年の労働省通達、および 2002 年の厚労省通達で、図 1-3 の許可基準を明記している。つまり、医療機関における休日や夜間の勤務は、労基法 41 条、労基法施行規則 23 条を法的根拠とし、通達による解釈で許可基準を定めているのである。

②宿日直の現状と課題

ところが、医療機関における宿日直は、必ずしも前述の許可基準に合致しているとは限らないのが現状のようである。全国の労基署が医療機関の宿日直勤務に関して、監督を実施したのは 596 機関あり、58.4%にあたる 348 機関は医師の宿日直の許可を受けていた⁴⁾。許可を受けていた 348 機関のうち、夜間や休日、昼間と同様の通常業務に従事することが稀ではないとして、56%にあたる 195 機関に対して専用指導文書が交付されていた⁴⁾。救急医療を提供する医療機関で、こうした許可基準に合致しない宿日直勤務が行われている可能性がある。

一方で、医療法 16 条では、医業を行う病院の管理者は、病院に医師を「宿直」させなければならないと定められている。労働政策研究・研修機構が、勤務医を対象に実施した「勤務医の就労実態と意識に関する調査」⁵⁾では、宿直勤務があると回答した 2338 人のうち、1 回の宿直で診察した患者の数について、1～4 人と回答した人は 49.8%、5～9 人と回答した人も 24.3%であった。10 人以上との回答も 15.5%あった。宿直 1 回あたりの平均睡眠時間について、4 時間以上と回答した人は 52.7%であった。ほとんど睡眠できないとの回答も 3.5%、2 時間未満 5.8%、2～3 時間未満 10.4%、3～4 時間未満 27.7%との結果であった。こうした調査結果などから、医師の宿直勤務の中には、労基法 41 条の時間外労働の適用除外規定や、労基法施行規則 23 条の宿日直勤務、通達による許可基準に合致しないケースが少なくないことがうかがえる。

このような状況に対処するには、宿直勤務において、通常勤務を行った時間に対して時間外手当を支給することが考えられる。ただし、告示の延長時間の限度基準内で行うこと、特別条項付き協定を締結して限度基準を超えて延長時間とする場合でも、臨時的で特別な事情を明確にすることが求められる。

だが、奈良県が全国の都道府県に照会した調査³⁾では、都道府県病院で通常の診療を行っても、栃木、群馬、東京、石川、福井、島根の 6 都県では、宿日直手当のみで時間外の割増賃金を支払わないと回答していたという。当直時間中すべてに

⁴⁾ 厚労省、医師の需給に関する検討会第 4 回資料 医師の宿日直勤務と労働基準法、医療機関の宿日直勤務に関する監督結果、2005 年 4 月 25 日。

⁵⁾ 労働政策研究・研修機構、勤務医の就労実態と意識に関する調査 第 I 部 II 調査結果の概要 6.当直の状況、pp34-44. 2012.

時間外手当を支払うとしていたのは沖縄県だけであった。この調査は都道府県病院に限定したものであり、今後は全国の病院を対象にした調査が必要であるとする。

これまで述べたとおり、医師の宿日直勤務については、労基法などの「断続的労働」の規定には必ずしも合致していないケースがある。にもかかわらず、医療法で宿直が義務付けられているという現状が浮かび上がった。さらに、医師法 19 条で、治療の求めがあった場合は正当な理由がない限り拒否してはならないと規定されているため、宿直時に通常診療の求めがあれば拒否することができないのである。つまり、一貫性という観点から、関連法の整合性を図る必要があるのではないかと考える。具体的には、労基法あるいは同法施行規則に、現状に即した医師の宿日直勤務に関する規定を設けることである。

また、これまで労基法に関して医師による問題提起が表出しにくかった背景には、医療法 10 条で病院や診療所の「管理」は医師にさせなければならないとの規定を根拠に、「管理監督者」である医師は労基法 41 条の適用除外であるとする職業風土があったのではないかと指摘もある。正しい法の解釈と同時に、一貫性をもたせた法制度の整備が求められる。

2 「マンパワー確保の支援策」の検討

第2章では、医師や看護師の確保・定着を目的とした人材確保策として、非営利人材紹介システムと、国が導入を誘導している「短時間正職員（正社員）制度」を取り上げ、現状と課題を明らかにする。

2.1 非営利人材紹介システム

第2章第1節では、人材確保策の一つである医師や看護師などの人材紹介システムを取り上げる。非営利の全国的なシステムとしては、看護分野では、日本看護協会の中央ナースセンターおよび都道府県看護協会が運営するナースセンター¹⁾、医師分野では、日本医師会の女性医師バンク²⁾、両分野を含む厚労省管轄の公共職業安定所（ハローワーク）などがある。各都道府県単位でも、自治体や医師会のドクターバンクがある。

①看護分野：ナースセンター

ナースセンターは、1992年、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づいて作られた。都道府県看護協会運営のナースセンターは、全国すべての都道府県に設置されている。その中央機関である中央ナースセンターを日本看護協会が運営し、国家予算規模は年間約1億1400万円である³⁾。

都道府県ナースセンターの主な事業の一つが、ナースバンク事業である。就職先を探している看護職、看護職員を雇用したい施設がそれぞれ同センターに登録し、無料で職業紹介を受ける事業である。日本看護協会中央ナースセンターの「ナースセンター登録データ統計資料集 平成11・20年度」と、同センターの2009～2011年度事業報告書から、過去13年間の求人、求職、紹介者、就職者の推移をまとめ

¹⁾ 日本看護協会. e-ナースセンター. <https://www.nurse-center.net/nccs/>

²⁾ 日本医師会. 日本医師会女性バンク. <https://www.jmawdbk.med.or.jp/app/pzz000.main>

³⁾ 厚生労働省. 平成24年行政事業レビューシート「中央ナースセンター事業」

た。結果は表 2-1 と図 2-1 に示した通りである。

表 2-1 ナースセンター登録求人数と求職者の推移

	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度
求人数	116,842	120,516	136,681	150,357	159,731	150,626
求職者数	95,288	89,871	88,714	97,035	103,044	103,105
紹介者数	23,800	24,349	25,388	27,034	27,924	29,363
就職者数	18,820	18,492	18,737	19,067	18,945	16,830
求人倍率	1.23倍	1.34倍	1.54倍	1.55倍	1.55倍	1.46倍

2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
154,773	189,808	203,278	199,283	173,053	155,058	161,010
80,561	79,983	85,627	85,954	79,675	68,199	62,844
29,821	29,218	27,561	25,023	21,193	19,818	18,482
16,107	16,227	16,071	14,864	13,272	12,404	12,073
1.92倍	2.37倍	2.37倍	2.32倍	2.17倍	2.27倍	2.56倍

出典 日本看護協会中央ナースセンター「ナースセンター登録データ統計資料集
平成11～20年度」
同平成21年度～23年度 中央ナースセンター事業報告書から田中作成
単位：人

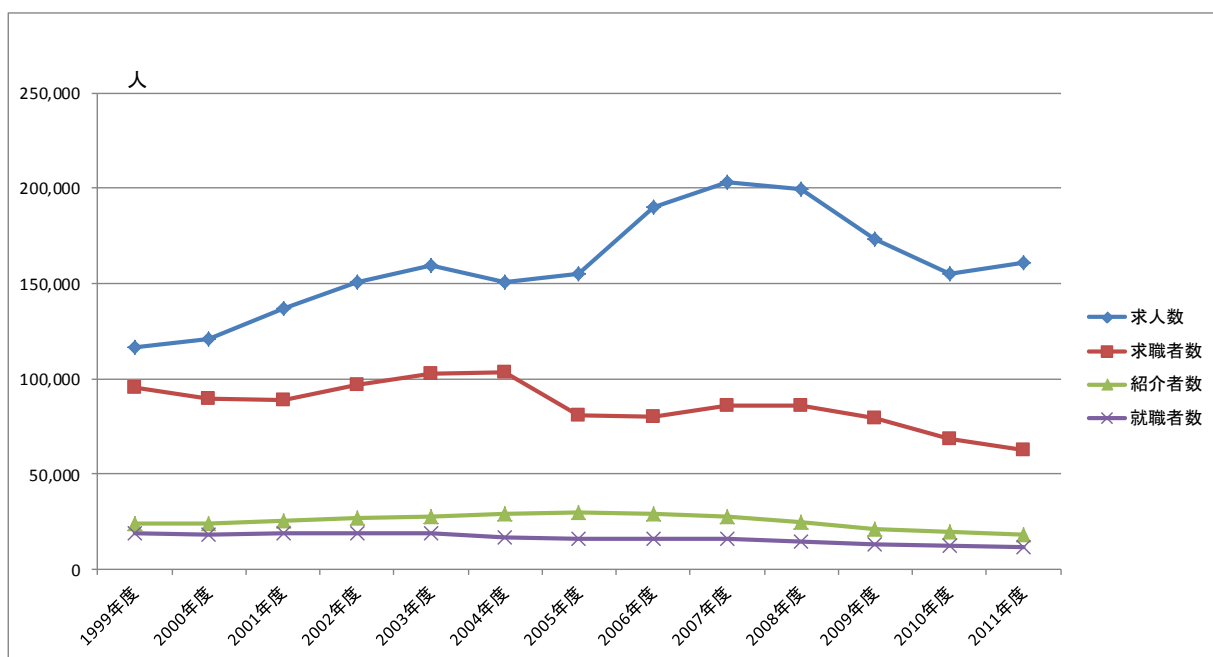


図 2-1 ナースセンター登録求人数と求職者の推移

年次推移からは、主に 2 点の特徴を指摘することができる。

第一の特徴は、求人数に多少の増減が見られるものの、常に求職者数を大幅に上回っているという点である。なお、2006～2008 年度に急激に求人が増加した背景には、診療報酬改定で入院基本料 7 対 1 が導入されたことの余波であることが考えられる。長引く経済不況で、他の産業も含めた全体の 2012 年度の平均有効求人倍率は 0.82 倍で、依然として 1.0 を割り込んでいる。しかしながら、看護職員については、2006 年度を境に 2 倍以上の状態が続き、2011 年度は 2.56 倍になるなど、“売り手市場”である。第二の特徴は、センターを通した紹介数、就職者数ともに求職者数を大幅に下回り、横ばい～緩やかな減少傾向にある点である。これらの特徴から、求人側と求職側のマッチングが必ずしもうまくいっていない▽センターの認知度が高いとはいえない——といった課題があることが考えられる。

さらに、免許を保持していながら就業していない「潜在看護職員」の問題も背景にある。厚労省の推計では全国に約 55 万人（2002 年末現在）いるとされ、これらの潜在看護職員らについて、就業条件が合えばすぐに就職できるのか、あるいは就業希望はあっても家庭の事情等で求職登録などができない状況なのか、国による実態の把握と対応が必要である。そのうえで、潜在看護職員の掘り起こしに向けて、さらなる環境整備が求められる。

②医師分野：日本医師会女性医師バンク

日本医師会は 2007 年 1 月 30 日、厚労省の委託事業の一環として、女性医師を対象にした医師バンクを開設した。女性医師の就労を支援し、医師の確保を図ることを目的としている。バンクを含めた女性医師支援センター事業の国家予算規模は、年間約 1 億 6300 万円である⁴⁾。

主に、女性医師に関するデータベースの構築、女性医師の採用を希望する医療機関の情報収集、データベース登録した女性医師に対する希望条件にあった医療機関の紹介、再就業後の支援などを行っている。登録受付、紹介、就業後の支援などは無料である⁵⁾。東京都文京区の日本医師会内に東日本センターを兼ねた中央センタ

⁴⁾ 厚生労働省、平成 24 年行政事業レビューシート「女性医師支援センター事業」。

⁵⁾ 日本医師会、日本医師会女性医師バンクとは、<https://www.jmawdbk.med.or.jp/app/PZZ000.MAIN>

一、福岡市の福岡県医師会内に西日本センターを設置。各センターのコーディネーターの医師 6 人計 12 人が、相談・支援に応じている。2013 年 5 月 31 日現在、求人登録が 976 件、求職者は 228 人であり、“売り手市場”となっている。開設からこれまでの約 6 年間の累計では、求人登録が 4095 件、求職者 673 人、就業や再研修が決まったのは 357 件であった⁶⁾。

データからは、就職や再研修が決定した件数について、決して多いとは言えない状況である。背景には、医師の絶対数が少ないこと、医師には高度な専門性が求められることなどからマッチングが難しいことなどが考えられる。また、センターが設置されているのは東京、福岡の 2 ヶ所であり、求職者の 3 割が東京に集中している⁷⁾のが現状である。

医師の絶対数の少なさは深刻な問題である。これに対し、勤務医で定年退職した医師らを活用する動きもあるが、十分に活用されているとは言えない状況である。女性医師についても、医学部入学者数・医籍登録数は全体の 3 割を超えている⁸⁾ものの、医師数では 18.9% (2010 年末)⁹⁾にとどまっているとの見方もある。離職の理由としては、結婚や妊娠、出産、育児などと指摘されている⁸⁾。免許を保有していながら就業していない“潜在医師”の掘り起こしには、女性医師を中心とする離職防止、復職支援策を検討することが不可欠である。

なお、女性医師に限定しない非営利医師バンクについては、各都道府県や地域の医師会が運営しているものもある。例えば長野県ドクターバンク

(<http://www.pref.nagano.lg.jp/eisei/imu/dbanku/top2.htm>) では、2007 年度の開設から現在までに 80 人が就職したという。医師が不足している病院や過疎地域など、地域のニーズやさまざまな事情を適格に把握することができる自治体や地域医師会の役割は、今後ますます重要となる。国家予算をつけた上で、地域事情を含む医療現場の実態を把握している都道府県医師会、地域医師会などによる医師バン

⁶⁾ 日本医師会. 日医ニュース 1243 号「女性医師バンクから」. 2013 年 6 月 20 日.

<http://www.med.or.jp/nichinews/n250620k.html>

⁷⁾ 日本医師会. 日医ニュース 1221 号「女性医師バンクから」. 2012 年 7 月 20 日.

<http://www.med.or.jp/nichinews/n240720g.html>

⁸⁾ 河野恵美子ほか. 女性外科医が長く仕事を続けるためには何が必要か. 日臨外会誌. 2009; 70(10): 2929-2934.

⁹⁾ 厚生労働省. 平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査.

http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/dl/kekka_1.pdf

ク機能を強化したうえで、地域に根ざした拠点づくりと自治体・病院・地域医師会など関係機関のネットワーク強化を促進する必要がある。

③横断的分野：公共職業安定所（ハローワーク）

厚労省が全国の公共職業安定所（ハローワーク）における求人、求職、就職の状況をまとめた「一般職業紹介状況」から、保健師・助産師・看護師分を抽出したのが、表 2-2、図 2-2 である。同省の統計調査からも、同様の傾向であることがわかる。第一に、求人数に比べて求職者数が少ない点がある。2006 年度以降は有効求人倍率が 2 倍以上となっており、2012 年度は 2.78 倍であった。第二に、就職者数が求職者数を大幅に下回り、横ばい状態である点がある。2012 年度でみれば、約 44 万人の求職者に対して、就職者はその 10%にあたる約 5 万人である。

表 2-2 保健師・助産師・看護師の職業紹介状況

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度
有効求人数	545,473	609,366	641,972	665,461	704,778	830,241
有効求職者数	462,626	481,080	474,185	484,069	483,409	502,879
就職件数	37,158	40,164	44,558	49,128	51,514	55,866
求人倍率	1.18倍	1.27倍	1.35倍	1.37倍	1.46倍	1.65倍

2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
1,002,999	1,069,165	1,079,111	1,047,083	1,125,504	1,186,649	1,229,564
492,761	464,689	445,707	442,968	442,879	430,497	441,732
58,301	55,390	54,195	52,612	52,617	50,854	51,406
2.04倍	2.30倍	2.42倍	2.36倍	2.54倍	2.76倍	2.78倍

出典 厚生労働省「一般職業紹介状況」から田中作成
 1999年度は職業分類が異なるため、2000年度からのデータをまとめた
 単位：人

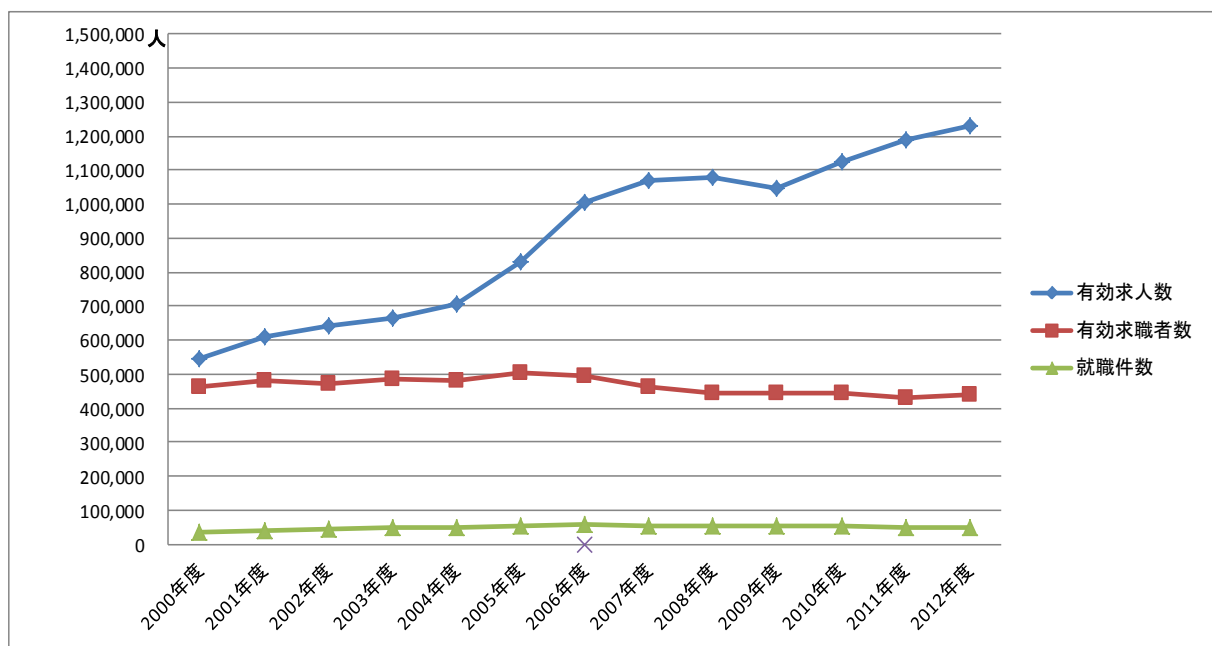


図 2-2 保健師・助産師・看護師の職業紹介状況

同様に抽出した医師をはじめ、歯科医師、獣医師、薬剤師に関するデータについては、表 2-3 と図 2-3 に示した。なお、医師単独のデータは公表されていない。これら 4 つの職種はそれぞれ背景や課題が異なり、検討にはそれぞれ個別のデータが必要である。

現状のデータからは、求人倍率が 5～6 倍ある状態が継続し、“超売り手市場”であるといえる。2012 年度の求人倍率は 6.71 倍であった。2004 年度実施の新しい医師臨床研修制度導入後、大学病院の医師派遣機能の低下により地域における医師不足が顕在化したこと、研修医が都市部に集中したこと（厚生労働省、政策レポート（医師臨床研修制度の見直しについて）<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/08/04.html>）で、医師需要が一気に増えたことなどが背景にあると考えられる。また、整理したデータには、薬剤師のデータも入っていることから、2006 年度の薬学教育 6 年制施行による何らかの影響があることも考えられる。

過去 13 年間で求人数は増加傾向であるのに対し、求職者数は減少傾向にある。また、求職者数に対して就職者数が極端に少なく、2012 年度のデータによると、約 4 万人の求職者に対して、就職者は 5%にあたる約 2000 人である。

年次推移を検証したデータからは、求職者数が減少している原因として、働く意思がありながら、家庭の事情などで求職側の条件と折り合わず、働くことを断念している医師らの存在が少なくないことがうかがえる。こうした潜在医師らの掘り起こしを本格的に検討しなければ、貴重な人材を活かせずに、医療現場の「人材不足」を継続させかねない。

また、公共職業安定所には、介護・医療・保育など福祉分野の雇用専門窓口である「福祉人材コーナー」が設けられているところもある。福祉人材コーナーは、2009 年 4 月から設置され、2013 年 4 月現在、都道府県庁所在地を中心に 59 カ所ある¹⁰⁾。いずれも都市部に限られているため、都市部以外のニーズ把握を検討する必要がある。また、相談対象の分野が、介護福祉士、理学療法士、社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、看護師、助産師、保育士など多岐にわたるうえ、無資格者の資格取得指導から有資格者の再就職まで幅広いニーズに込めているのが現状である。このような現状を踏まえたうえで、求人側と求職側のマッチング機能を強

¹⁰⁾ 厚生労働省、福祉分野の就職支援～福祉人材コーナーのご案内～ 所在地案内
<http://www.mhlw.go.jp/kyujin/hukushi.html>

化するため、相談員の専門性を強化すること、相談員を増員すること、社会福祉協議会の福祉人材紹介など類似システムを統合・整理することを検討する必要がある。

表 2-3 医師・歯科医師・獣医師・薬剤師の職業紹介状況

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度
有効求人数	164,175	190,891	208,551	231,279	219,112	233,894
有効求職者数	49,944	49,990	48,849	48,471	47,395	49,211
就職件数	2,484	2,704	2,832	3,163	3,139	3,308
求人倍率	3.29倍	3.82倍	4.27倍	4.77倍	4.62倍	4.75倍

2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
258,600	270,848	272,833	248,709	243,505	237,248	265,314
48,027	47,203	43,521	43,665	44,622	41,528	39,564
3,071	3,112	2,866	2,628	2,723	2,427	2,135
5.38倍	5.74倍	6.27倍	5.70倍	5.46倍	5.71倍	6.71倍

出典 厚生労働省「一般職業紹介状況」から田中作成
1999年度は職業分類が異なるため、2000年度からのデータをまとめた
単位：人

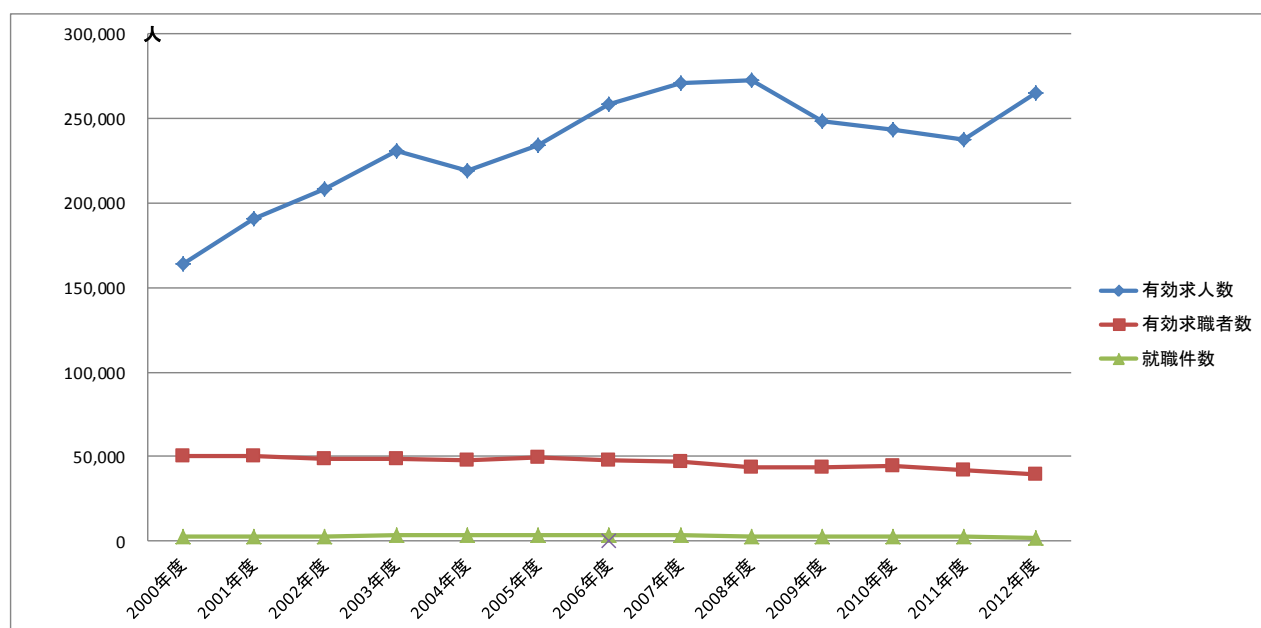


図 2-3 医師・歯科医師・獣医師・薬剤師の職業紹介状況

小括

現状の非営利人材紹介システムには、看護職員、医師らの双方において、求人側と求職側のマッチングがうまく機能していないこと、潜在医療従事者の掘り起こしが十分ではないことなど、さまざまな問題が依然として存在していることがわかった。職業紹介事業については、職業安定法で有料職業紹介事業が認められており、民間企業も参入している。だが、医療従事者については、国としての人材確保策が喫緊に求められる分野である。民間企業の参入が弊害をもたらす可能性もあり、実態把握が必要である。「医療従事者の確保」という公共性の高い目的に照らし合わせても、非営利の人材紹介・職業紹介システムを充実させることが望ましいと考える。非営利人材紹介システムの機能強化には、全国的なシステムと同時に、国家予算の投入による都道府県医師会主導型の地域に根ざした拠点づくりが必要なこと▽結婚や妊娠、出産、育児などを理由に離職した“潜在医療従事者”について、離職防止、復職支援策を強化・実施すること▽最も多くの求人を抱える公共職業安定所の福祉人材コーナーの専門性を強化すること——などが不可欠である。

2.2 短時間正職員制度の現状

第2章第1節では、現行の非営利人材紹介システムには、求人側・求職側双方のミスマッチ、潜在医療従事者の掘り起こし策の必要性などの課題があることがわかった。第2節では、人材紹介システムの改革にとどまらず、潜在看護職（筆者注：医師など医療従事者も含めて考える必要がある）を生み出す構造的な問題の解決を通じて潜在化することを防止し¹¹⁾、離職防止と定着促進を図る策として、国が導入に力を入れている「短時間正社員（正職員）制度」の現状と課題を、文献調査等から明らかにする。なお、第2節では、医療機関における医師・看護職員の働き方として同制度の現状を検討するため、固有名詞を除き「短時間正職員制度」という名称を使用する。

①短時間正職員制度の枠組み

短時間正職員とは、図2-4の通りである。

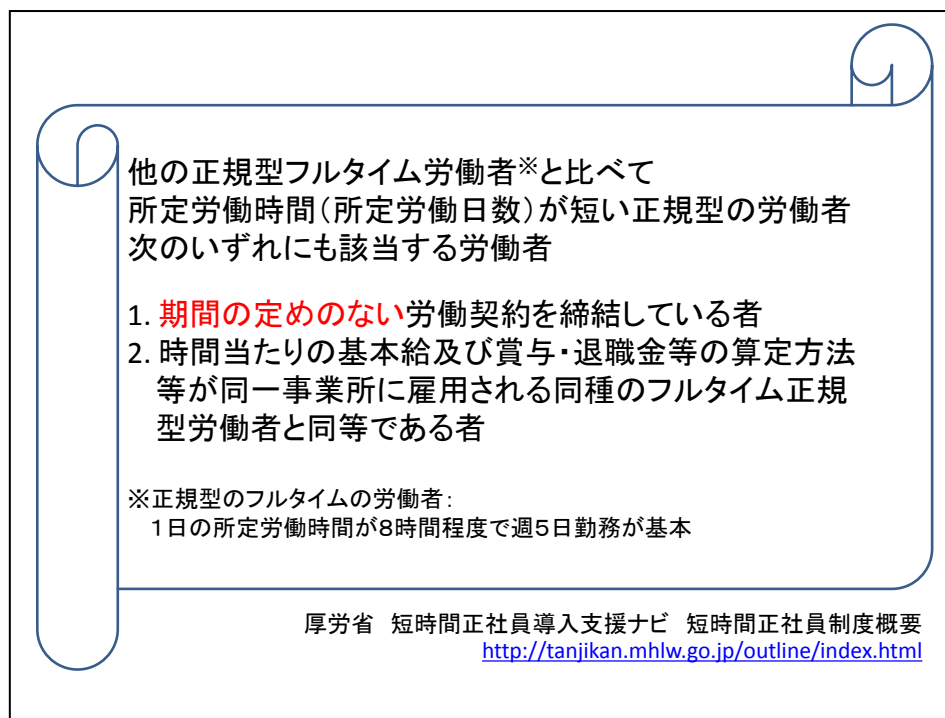


図2-4 厚労省による短時間正職員の定義

¹¹⁾ 奥村元子. 総論確保定着事業のポイントは「働き続けられる職場づくり」. 看護. 2009年臨時増刊号: 12-21.

この制度自体が法律等で規定されているわけではなく¹²⁾、このような短時間正職員の働き方を、企業が就業規則等で定めることを指す。

導入の流れとしては、①一般の正職員が短時間正職員に一時的に移行する、②一般の正職員が短時間正職員に恒常的に移行する、③パートタイム職員が恒常的に移行する—といった三つのケースがある¹³⁾、¹⁴⁾。いずれも、フルタイム正職員と比べて労働時間が短く、労働者が必要に応じて正職員のまま仕事を継続できること、正職員として雇用機会を得ることができることなどから、多様な就業型ワークシェアリングの制度としての普及・定着が期待されている¹⁵⁾。一般的な病院側のメリットとして、人材確保、離職率低下、効率的な人員配置で病院運営効率化が可能—といった点が挙げられる¹⁵⁾。

制度導入の背景には、内閣府の経済財政諮問会議労働市場改革専門調査会が2007年4月、第1次報告の中で、目指すべき労働市場の姿として、多様な働き方やワーク・ライフ・バランスの確保の必要性などを明記したことがある¹⁶⁾、¹⁷⁾。さらに、政府は2007年12月、「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」を策定し、具体的な企業・労働者・国民の取り組みや、国・地方公共団体の施策方針として、「仕事と生活の調和推進のための行動指針」の中で、短時間正社員制度などの柔軟な働き方を支える制度の整備を推進することとした¹⁸⁾。具体的な数値目標として、導入企業の割合を2017年までに25%にすることとした¹²⁾、¹⁹⁾（筆者注：この数値目標は2010年6月の改訂版で、2020年までの目標値が29%に引き上げられた）。

法制度の動きとしては、主に2法の改正がある。第一に、2008年4月施行の短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律（改正パートタイム労働法）²⁰⁾がある。これにより、正社員と同じような仕事の内容や責任、人事異動などが全雇用期

¹²⁾ 村木厚子。短時間正職員制度をめぐる諸制度と施策の動向 人材を活かす。看護。2009年5月臨時増刊号：6-11。

¹³⁾ 小川忍。看護職への短時間正職員制度の導入。看護展望 2011；36(11)：0956-0962。

¹⁴⁾ 厚生労働省。短時間正社員導入ナビ「短時間正社員制度」とは 「短時間正社員制度」概要。
<http://tanjikan.mhlw.go.jp/outline/index.html>

¹⁵⁾ 浅見浩。病院に短時間正職員制度を導入する際の実務ポイント。看護。2009年5月臨時増刊号：106-111。

¹⁶⁾ 内閣府経済財政諮問会議。労働市場改革専門調査会第1次報告。2007年4月6日。

¹⁷⁾ 原田博子。短時間正職員制度 導入と実践 ここを押さえれば実現可能 第3回短時間正職員制度の運用と課題。看護師長主任業務実践 2010；15(309)：56-61。

¹⁸⁾ 仕事と生活の調和推進のための行動指針。2010年6月改訂版

¹⁹⁾ 高崎真一。医師・看護師不足への対応策としての「短時間正社員制度」の可能性。病院。2008；67(6)：504-506。

²⁰⁾ 厚生労働省。改正パートタイム労働法。<http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/06/dl/tp0605-1c.pdf>

間を通じて同じであり、実質的に無期契約である場合、待遇について差別的に取り扱うことが禁止された。第二に、育児休業関連法の改正がある。2007～2008 年、国家公務員と地方公務員の育児休業法改正に伴い、育児短時間勤務制度が導入された。その後、2009 年には育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（育児・介護休業法）が改正され²¹⁾、2010 年～2012 年にかけて、短時間勤務制度を講じることが事業主の義務と規定された。具体的には、育児・介護休業法および同法施行規則において、3 歳までの子を養育する労働者について、1 日 6 時間の短時間勤務制度を設けることが規定されている²¹⁾、²²⁾。国際線の客室乗務員の業務や労働者数の著しく少ない業務など、一部に短時間勤務制度を講じなくても良い業務があるものの、原則として事業主は制度を講じる必要がある²³⁾。具体的な内容は、運用だけでは不十分で、各事業主が就業規則等に定めた上で、労働基準監督署に届け出る必要がある¹⁵⁾。

²¹⁾ 厚生労働省. 改正育児・介護休業法. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/07/dl/tp0701-1q.pdf>

²²⁾ 厚生労働省. 改正育児・介護休業法施行規則. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/07/dl/tp0701-1r.pdf>

²³⁾ 厚生労働省. 平成 21 年厚生労働省告示第 509 号「子の養育又は家族の介護を行い、又は行うこととなる労働者の職業生活と家庭生活との両立が図られるようにするために事業主が講ずべき措置に関する指針」. 2009. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/07/dl/tp0701-1s.pdf>

ここで、改正育児・介護休業法の変更点を整理する（図 2-5）。

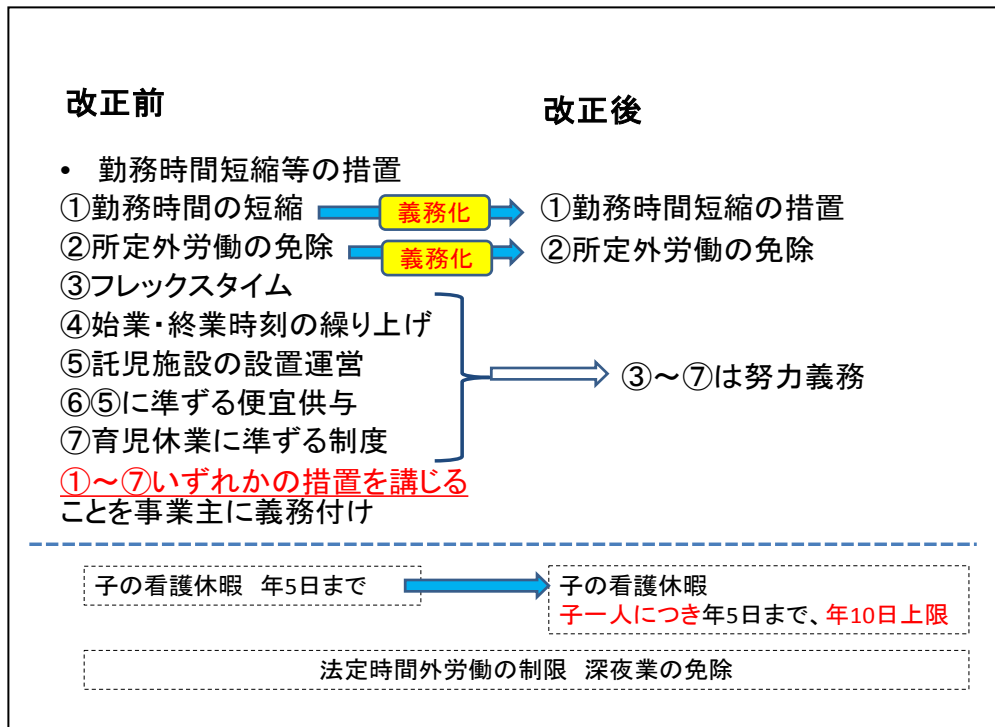


図 2-5 改正育児・介護休業法の変更点（出典：厚労省資料を改変）

法改正により、所定外労働の免除を制度化することも事業主の義務と規定された。これまでの、図 2-5 において①～⑦いずれかの措置を講じることが義務付けられていたが、勤務時間の短縮・所定外労働の免除の 2 点が明確に義務化されたことが重要な点である。

このような流れにおいて、厚生労働省は、短時間正社員制度導入支援事業やキャリアアップ助成金（短時間正社員コース）²⁴⁾ などの政策を講じてきた。2013 年度予算案でも、短時間正社員制度の導入・定着の促進として 9700 万円が計上された²⁵⁾。

特に、医師の離職防止・復職支援をめぐっては、2008 年 6 月に、厚労省が「安心と希望の医療確保ビジョン」を策定、勤務環境の改善策として、女性医師の離職防止・復職支援に「短時間正社員制度」を始めとした出産・育児などに配慮した制

²⁴⁾ 厚生労働省、キャリアアップ助成金。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/part_haken/jigyounushi/career.html

²⁵⁾ 厚生労働省、平成 25 年度予算概算要求の主要事項。

<http://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/13syokan/dl/02-01.pdf>

度の導入・普及を進めることを明記した²⁶⁾,²⁷⁾。この方針による具体的な政策として、2008年度の診療報酬改定によって、新たに短時間正規雇用の医師の活用が加算条件となったことがある²⁸⁾,²⁹⁾。また、2008年10月に厚労省は「短時間正規雇用支援事業」を導入、短時間勤務医を正規職員として雇用した病院に対し、代替医師の雇用などに必要な費用として、実施主体の都道府県や市町村などが助成し始めた³⁰⁾。

事業の形態はさまざまで、例えば佐賀県は、代替医師や新たに制度を利用する医師の雇用にかかわる費用として、一医療機関あたり毎月49万4000円を基準に補助するとした³¹⁾。茨城県は、育児中の医師に対する短時間正規雇用や宿日直免除に伴う代替医師の雇用にかかわる費用複数主治医制度の導入、ベビーシッターの雇用などにかかわる費用として、一医療機関あたり、1114万円を基準に2分の1を補助するとした³²⁾。

こうした動きと連動して、看護師の確保を目的とした事業としては、日本看護協会による2007年度から3カ年の看護職確保定着推進事業がある³³⁾,³⁴⁾。この事業の一環として、短時間勤務を含む看護職の多様な勤務形態導入モデル事業が行われた。実際に、医療機関5施設をモデル事業者に認定、1施設あたり200万円を上限に助成した³⁵⁾。全日本病院協会も厚労省の委託を受け2007年度、医療機関における短時間正社員制度推進事業として、看護職、介護職を対象にモデル病院2施設における制度試行とその後の検証などを行った³⁶⁾,³⁷⁾。

²⁶⁾ 井上久. 看護師たちの暮らしから 短時間正社員制度、成功の条件. 看護実践の科学. 2008; 33(8): 84-85.

²⁷⁾ 厚生労働省. 安心と希望の医療確保ビジョン. 2008年6月.

²⁸⁾ 名越澄子. 女性医師の社会的役割とその支援. 成人病と生活習慣病. 2011; 41(12): 1387-1390.

²⁹⁾ 福下公子. 短時間勤務制度について—女性医師が勤務医として働きやすい環境の整備に向けて—. 日本の眼科. 2008; 79(10): 1407-08.

³⁰⁾ 日本経済新聞. ママさん医師復職を後押し. 2009年1月7日付.

³¹⁾ 佐賀県. 佐賀県短時間正規雇用導入支援事業補助金交付要綱.

³²⁾ 茨城県. 平成25年度茨城県女性医師就労支援事業補助金交付要綱.

³³⁾ 坂口直子ら. 短時間勤務職員の業務体制の工夫と改善のポイント. 看護部長通信 2012; 10(5): 71-76.

³⁴⁾ 日本看護協会. 看護職のワーク・ライフ・バランス推進事業 多様な勤務形態による就業促進とは. <http://www.nurse.or.jp/kakuho/pc/various/summary/index.html>

³⁵⁾ 日本看護協会. 平成20年度厚生労働省補助金事業 看護職の多様な勤務形態導入モデル事業報告書. 2009年3月.

³⁶⁾ 全日本病院協会. 全日病について 事業報告・決算 平成19年度補助金等報告書. http://www.aiha.or.jp/about_us/pdf/2007_hojyo.pdf

³⁷⁾ 浅見浩. 短時間正職員制度の導入と効果. 病院. 2008; 67(6): 512-514.

東京都は2009・2010年度の緊急事業として、都内300床未満の病院を対象に、看護職員短時間正職員制度導入促進事業を実施した³⁸⁾。小学校6年生までの子どもの育児や家族などの介護を理由として常勤看護職員に短時間正職員を適用する際に、医療機関に対して、新たな代替職員の雇用にかかわる経費など778万～1167万円を基準に2分の1を補助した³⁹⁾。助成額は2009年度計345万円、2010年度計2億4900万円であった³⁸⁾。

制度の導入・運用にあたって国は、都道府県の事業として「雇用創出のための基金」を財源に、社会保険労務士や医療経営コンサルタントを医療機関向けのアドバイザーとして活用することを検討している⁴⁰⁾。医療機関へのアドバイザーをめぐっては、2012年度から都道府県労働局11カ所に医療労働専門相談員が配置されている⁴¹⁾が、これらの相談員との業務整理の方向性や、検討されているアドバイザーの実効性については、今後の検討課題である。

医療機関における同制度のおおまかな枠組みを知る手がかりとして、導入状況に関する調査が複数ある。日本看護協会が2008年に実施した「病院における看護職員需給状況等調査」では、2535施設中17.7%（448施設）が導入していることがわかった⁴²⁾。また、厚生労働省が2010年に実施した「病院等における必要医師数実態調査」でも、同制度を含む弾力的な勤務形態を導入している病院は、8698施設中21.8%（1892施設）あることが明らかになっている⁴³⁾。同省の調査では、現員医師数の状況も調べており、調査票が提出された医療機関の医師数16万7063人のうち、短時間正規雇用医師は3532人（2.1%）であった⁴⁴⁾。日本医師会総合政策研究機構（日医総研）の産科医療調査（2007年公表）では、分娩を取り扱う病院のうち、短時間勤務などを取り入れたワークシェアリングを導入している割合は、593施設中2.5%であった⁴⁵⁾。

³⁸⁾ 東京都財務局. 財政情報 事業評価 平成22年度 I 事後検証による評価 45 看護職員短時間正職員制度導入促進事業.

³⁹⁾ 東京都福祉保健局. 報道発表資料 働き続けられる職場づくりに取り組む病院を応援！看護職員短時間正職員制度導入促進事業を実施します！. 2009年4月21日.
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/OSHIRASE/2009/04/20j4l400.htm>

⁴⁰⁾ 厚生労働省. 都道府県医師会産業保健担当理事連絡協議会資料. 2013年6月3日.

⁴¹⁾ 厚生労働省. 医療労働専門相談員による支援. 医療労働専門相談員.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/quality/soudanin_detail.html

⁴²⁾ 日本看護協会. 2008年 病院における看護職員需給状況等調査 結果速報 2 割近くの病院が「短時間正職員制度」を導入済. <http://www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2009pdf/0616-3.pdf>

⁴³⁾ 厚生労働省. 病院等における必要医師数実態調査の概要. 2010.

⁴⁴⁾ 猿田克年. 全国の病院全数を対象とした我が国初の必要医師数実態調査. 慈恵医大誌 2011; 126: 19-28.

これらの調査結果から、病院において一定程度、短時間正職員制度が導入されている現状が明らかになっている。だが、制度の活用に診療科や病院規模などが影響していることが考えられるものの、詳細は不明である。また、先行研究としては、個別の診療科・診療分野、もしくは個別の医療機関における現状報告は複数公表されているものの、医療現場全体における課題を同定したり、対応策を検討したりした文献は少なく、実態を把握するためのデータは十分であるとは言えない状況である。

⁴⁵⁾ 日医総研. 日医総研ワーキングペーパーNo.141「産科医療の将来に向けた調査研究」. 2009年4月.

②短時間正職員制度の実態把握調査

目的と方法

日本国内の医療機関における短時間正職員制度導入の現状と課題を把握することを目的とする。方法として、国内の医学系文献データベース「医中誌（医学中央雑誌）Web」を使って、文献調査を実施した。データベースの最終検索は2013年6月6日である。検索式は、[(短時間 AND 勤務) AND (症例報告除く AND 会議録除く)] で、全期間を対象とした。

結果

論文のテーマが①短時間の勤務制度とは直接関係ない、②医療従事者以外を対象としている、という2点の除外条件を適用した結果、71件を抽出した。除外条件の適用にあたっては、論文のタイトルはすべて読み、可能なものは抄録もすべて確認した。これらに加え、抽出した文献の引用文献、参考文献などから得た関連文献10件をハンドサーチ文献として抽出、計81件を分析対象とした。

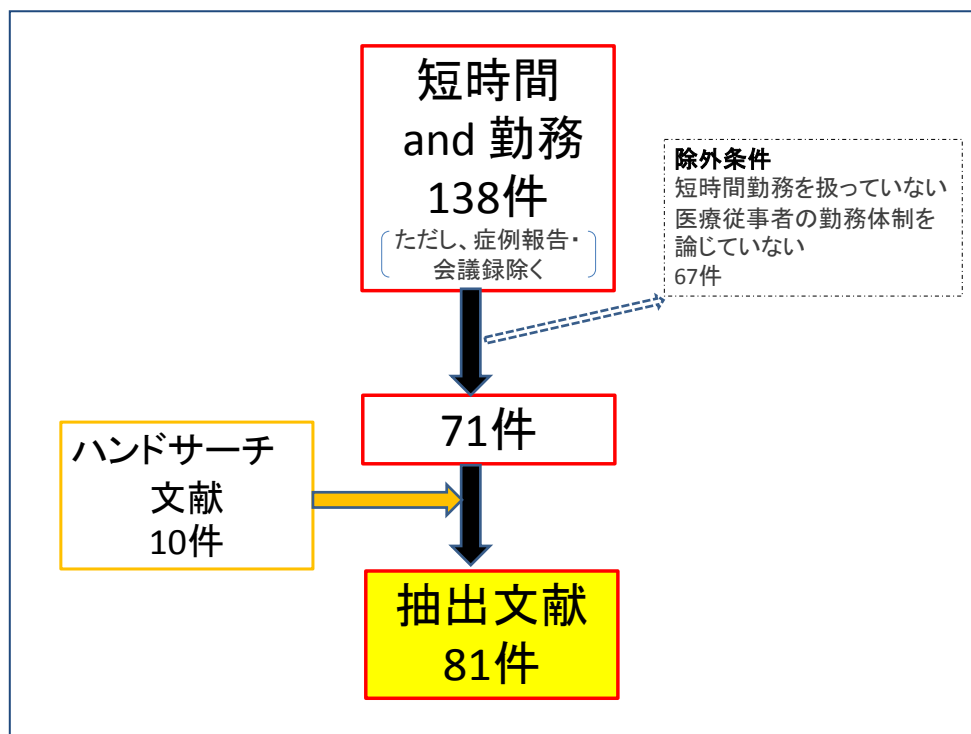


図 2-6 分析対象の論文抽出過程

81 件のうち、52 件はケーススタディで、論文筆者の所属する病院などにおいて、どのような短時間正職員制度を導入しているか、制度の活用状況、導入による効果と課題などを明らかにしていた。残る 29 件のうち、制度や各病院の取り組みなどをまとめて論じていた「解説」が 18 件、質問紙や面接などの「調査」が 7 件、解説とケーススタディの併記など「その他」が 4 件であった（図 2-7）。

また、論文の議論の対象を医師と看護職員に分けて調べたところ、看護職員は 61 件、医師は 11 件、歯科医師は 1 件、医師・看護職員両方は 6 件であった（図 2-8）。

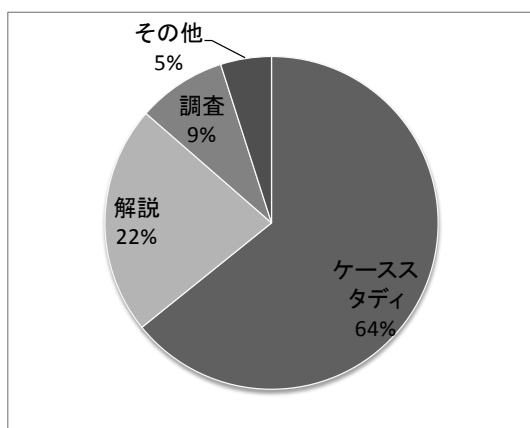


図 2-7 論文の種類

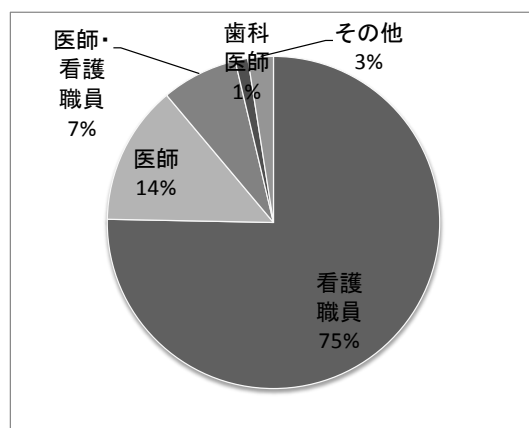


図 2-8 論文が対象とする職種

本稿では、そもそもの勤務形態や業務内容などが看護職員と医師で異なるため、議論する対象を看護職員と医師に分けたうえで、①制度の対象者や労働時間の種類、制度を利用している人がどれくらいいるか、制度導入に際して講じた対応策などの「現状」と、②制度導入によって明らかになった、あるいは今後問題となるであろう「課題」に分けて分析を試みた。

結果 1. 看護職員の現状と課題

■現状

制度の利用対象者を、育児中の職員に限定している▽対象を限定していないものの、利用期間を子どもの学年等で制限している——といった施設が大半を占めた。具体的には、子どもの年齢が

- ①3 歳未満まで
- ②就学するまで
- ③①と②の併用
- ④小学校 3 年生まで
- ⑤小学校 6 年生まで
- ⑥小学校 4 年生～中学校 3 年生まで

となっている。また、家族の介護、障害者の養育、進学やボランティアなどを制度利用の対象としている施設もあった。介護を理由にした制度の利用は 93 日間、定年退職前の 5 年以内などとし、障害者の養育は希望する申請時間としていた。

施設ごとにみた、週あたりの勤務時間には、いくつかのパターンが見られた（図 2-9）。おおむね、週 20 時間～30 時間（以上）の範囲で設定されていたほか、職員が自由に設定・選択できる施設も見られた。同じ週あたりの勤務時間でも、1 日 6 時間で週 5 日勤務であったり、1 日 7.5 時間で週 4 日勤務であったりするなど、組み合わせを自由に行っている施設もあった。中には、月 1 時間から 120 時間まで幅広い勤務時間が選択できる施設もあった。

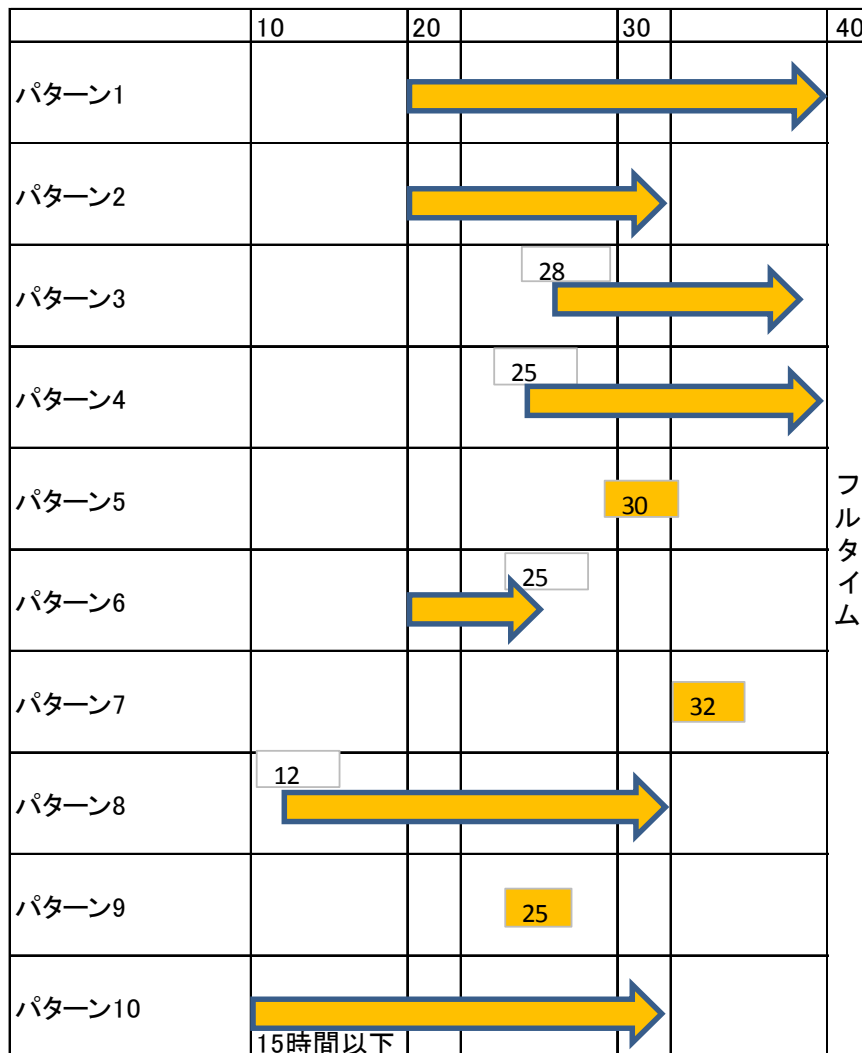


図 2-9 施設ごとの主な週勤務時間のパターン

(単位：時間)

医療機関ごとの制度の活用者と病床数を調べた結果を表 2-4 に示す。2 人から数十人まで幅があることがわかった。未就学児を持つ看護師の 8 割近くが利用しているという施設については、病床が 1000 床以上あり、看護職員も 1000 人以上いるという状況であった。ただ、結果から、一概に病床数や職員数に比例して制度の利用者が多いという傾向は見られなかった。利用者が多い施設の傾向として、比較的早期に制度を導入しており制度が定着していること、離職防止・定着促進という目的がはっきりしていること、制度導入にあたりさまざまな対策を講じていることなどがある。

表 2-4 各医療機関における制度の活用状況

	医療機関 (運営主体のみ)	病床数	活患者数
1	公立病院	700床	看護師28人
2	一般財団法人	162床	看護職員26人
3	社会医療法人3施設	292床 477床 225床	計看護職24人
4	公立病院	300床	看護職員19人
5	民間病院	606床	職員の12% 看護職62人
6	一般財団法人	186床	看護職員20人
7	社会福祉法人財団	460床	看護師33人(正規看護職員の約6%) 医師2人 医事課3人
8	社会医療法人	326床	看護師12人
9	医療法人	199床	看護師2人
10	社会医療法人	173床	看護師18人
11	大学病院	1132床	女性医師十数人
12	医療法人	計150床 76床 74床	計看護師11人
13	社会医療法人	168床	看護師5人
14	大学病院	1153床	未就学児を持つ看護師の76%
15	社会医療法人	360床	看護職員10人
16	医療法人財団	394床	看護師4人
17	社会福祉法人	744床	女性職員10人(看護師)
18	医療法人	196床	看護職5人
19	社会医療法人	200床	看護職の6.9%
20	独立行政法人 国立病院機構	410床	延べ10人(看護職)
21	公立病院	100床	看護職2人
22	公益財団法人	707床	看護職員28人
23	大学病院	920床	看護師8人
24	独立行政法人 国立病院機構	694床	リハビリ科・麻酔科・眼科・脳神経外科で導入 人数は不明
25	社会福祉法人	300床	延べ医師9人、時点では7人 眼科・麻酔科・小児科・放射線科
26	社会福祉法人	360床	看護師5人
27	大学病院	710床	看護職計14人 育児短時間3人 部分育児休業5人 長期休業職員の短時間勤務6人
28	医療法人社団	562床	看護職4人
29	大学病院	600床	看護師35人以上
30	医療法人社団	628床	看護師2人
31	大学病院	1075床	医師9人

7,11,24,25,31は医師(も含む)

注・病床数については、論文に記載されていない場合には、各医療機関のホームページから引用した

そこで、制度導入にあたって、各医療機関が講じた対応策を抽出し、主に以下の5つの柱に分類してまとめた（表2-5）。

表2-5 制度導入に際しての対応策

	テーマ	具体策
1	理解促進	・経営トップによるトップダウン ・人事担当の連携 ・情報共有 ・職場の風土づくり
2	業務整理	・制度利用者の業務・配置を限定（機能別看護、病棟・外来配置など） ・制度利用者の配置基準の見直し（常勤換算、追加人員） ・看護補助者の活用 ・特定の外来・病棟に所属しないチームの結成 ・固定チームナーシング制度の導入 ・申し送り廃止 ・人手不足の時間帯の特定と人員配置 ・公平性のある処遇・待遇（夜勤回数に応じた勤務手当支給）
3	多様な勤務形態	・夜勤専従制度、日勤専従制度 ・夕方～夜のパート勤務制度 ・夜勤免除制度 ・フロートナース（超勤の無いフリー業務を行う看護師）導入 ・遅出勤務 ・フレックスタイム制度
4	育児支援	・24時間保育、病児保育、学童保育の整備 ・部分育休制度
5	労働環境全体の改善	・時間外勤務全体の削減 ・有給休暇取得率の上昇 ・残業ゼロ日の設定 ・休日増加

制度導入にあたってはまず、制度を導入する職種はもとより、他職種も含めた施設全体での理解が必要との認識から、各医療機関が話し合いや周知を行っていた。そのうえで、既存の看護体制のあり方や、業務内容・業務分担の見直しを行っていた。例えば、制度利用者は、重症度の比較的低い患者の受け持つ、機能別ケアを行うなど業務内容を固定する医療機関もあった。その一方で、制度利用者も含めたチーム体制にすることで、利用者のモチベーションを高める方法も見られた。

一つの制度を導入するには、その周辺のハードやソフトの整備も求められる。短時間正職員制度は、時間外や夜勤・土日祝出勤免除のケースが少なくないため、夜勤要員が必要となる。このため、夜勤専従制度を導入するなどの策が講じられている。また、休職後の復帰支援策として、フリー看護業務を行うフロートナースを導入した医療機関もある。看護職員の急な病欠に対応したり、手薄な部署で勤務したりしている。育児支援策として、部分育休制度の活用や、24 時間保育・病児保育などの整備、保育料の補助などが行われていた。最終的には制度を利用していない人も含む労働環境全体の改善策につながるよう、制度導入と同時に時間外労働削減・休日取得率の上昇などを講じる動きが目立った。

■課題

制度導入により、離職率の減少、看護職員の確保・定着に一定の効果があつたとする施設が目立った。一方で、主に働く側の視点と経営者の視点から、3つの課題も明らかになった。働く側の視点としては、第一に、フルタイム職員の負担増に対する具体的な対応策の必要性がある。短時間正職員の夜勤・休日出勤免除により、時間外勤務が発生しないように制度が作られているケースが少なくないため、短時間正職員が増えれば、フルタイム勤務者の夜勤や休日出勤が増えることとなる。夜勤専従者の配置などで対応しているケースもあるが、必ずしも対応しきれていないケースも見受けられた。

第二に、看護倫理と短時間勤務とのジレンマがある。日本看護協会の「看護者の倫理綱領」において、看護職には専門職としての高い倫理性が求められている。坂口らは「看護師は 24 時間を通し患者に医療・看護を提供する使命を持つ」として、短時間正職員にも夜勤・時差出勤・休日勤務を担える体制を整える必要性を指摘する⁴⁶⁾。また、中山も「…業務が走り出しているクライマックス時、自分はカウントダウン時間帯を迎えます。…つなげる看護へのジレンマを抱きながら引き継ぎを行います」と指摘する⁴⁷⁾。実際に、(フルタイム勤務者がいるのに)途中で帰宅しにくいといった声もある。

経営者の視点からは、第三の課題として、コスト増への対応がある。パートタイム勤務者から短時間正職員に変更した場合、雇用保険等の社会保険料、賞与や退職金などの負担が発生する。新規の短時間正職員、夜勤専従者などの採用も同様であ

る。この点に関して浅見は「長期の雇用を予定することによって、仕事のスキルが向上し、離職率が低下することを考えれば、一概にコスト増の要因であるとは言い切れない」と指摘する⁴⁸⁾。だが、現場では、必要な人員配置を可能にする財源の必要性を指摘する声もある⁴⁹⁾。必要な時間帯に必要な人員配置ができることが、患者の安心と安全につながるとの主張である⁴⁹⁾。深澤は「現実的にはさまざまなコストを考えなければならないこともわかる」とし、「財政的な面も非常にシビアな課題の一つ」としている⁵⁰⁾。

⁴⁶⁾ 坂口直子, 青木由美子. 効果の上がるワークライフバランス推進のコツ 短時間勤務職員の業務体制の工夫と改善のポイント. 看護部長通信. 2012; 10(5): 71-76.

⁴⁷⁾ 中山伊都子. 短時間正職員の採用から教育・運用まで 5年間を経過した短時間正職員制度とワーク・ライフ・バランス. 師長主任業務実践. 2011; 16(340): 4-13.

⁴⁸⁾ 浅見浩. 医療機関専門の社会保険労務士が教える! 短時間正社員制度の取扱説明書. ナースマネジャー. 2009; 11(2): 35-39.

⁴⁹⁾ 矢加部尚子. 働きやすい職場づくりのために～看護補助者の導入と多様な勤務時間、2交代3交代混在型勤務、育児短時間勤務の導入～. 全自病協雑誌. 2012; 51(5): 684-691.

⁵⁰⁾ 深澤優子. 解説 短時間正職員制度の現状と今後の展望. 看護学雑誌. 2010; 74(3): 48-53.

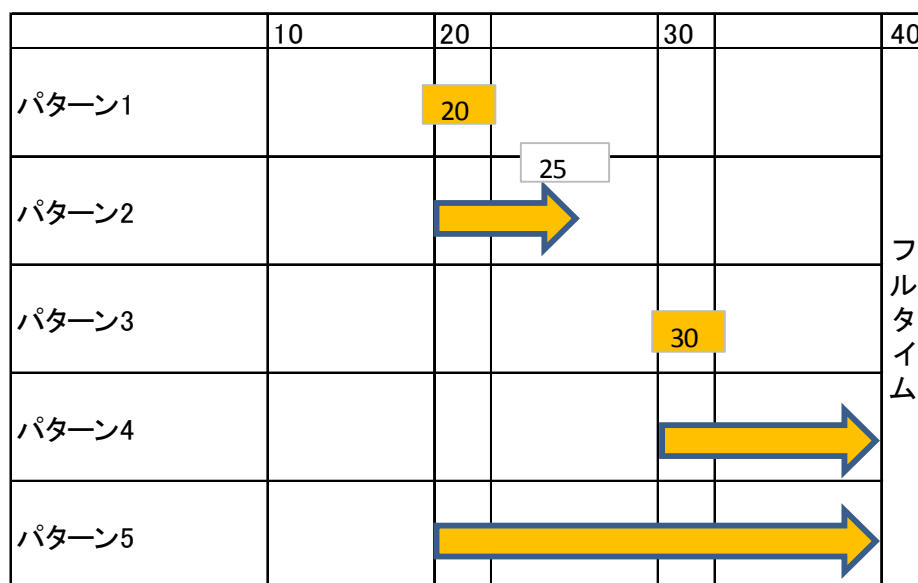
結果 2. 医師の現状と課題

■現状

看護職員の制度については前述した通りであるが、看護師のみに限定しているわけではなく、医師など他職種の利用が可能となっている医療機関も多い。だが、医師と看護職では勤務体制や職員数がそもそも異なるため、文献調査によって抽出された文献の中から、医師を主な対象としている文献を抽出し、制度の現状と課題を明らかにすることとした。

制度導入の主な目的は、女性医師の就業継続・育児支援であった。制度の利用対象者は、子育て中の医師であり、子どもの年齢が①小学校就学の始期に達するまで、②小学校3年終了までとしていた。

週あたりの勤務時間については、看護職と同様、複数のパターンがあった（図2-10）。週あたりの勤務時間が20時間であっても、1日4時間週5日勤務であったり、1日8時間を2日間と1日4時間の勤務であったりする医療機関もあった。また、1日7.5時間で週3日勤務した上で、週1回のオンコールもしくは当直を含めて、週30時間勤務とみなす医療機関もあった。



（単位：時間）

図2-10 医療機関ごとの主な週勤務時間のパターン

前述の表 2-4 から、制度の利用者数は各施設 2 人～十数人で、利用者の診療科は、眼科、小児科、麻酔科、脳神経外科、放射線科、リハビリ科であった。制度導入にあたっての対応策としては、24 時間保育や病児保育などの育児支援策、診療科別の復職支援研修の実施など復職支援、当直室の整備や妊娠中の当直免除など労働環境の改善策が講じられていた。

■課題

制度導入によって、子育ての時間が確保できる、復職が可能になるといった効果が報告されていた。一方で、制度の利用者と利用していない人の労働環境の違いをめぐって、子どもを持たない医師や男性医師が「不平等さ」を感じている可能性⁵¹⁾についての指摘がなされていた。具体的な労働環境の課題は、主に 3 点ある。第一に、医師の勤務時間のオン・オフが不明確な点がある²⁸⁾。第二に、特に勤務医において、時間外勤務や当直勤務などの過重労働が常態化しており、このような状態への不安から短時間勤務を希望する医師もいる⁵²⁾との指摘がある。第三に、労働者としての自覚を持つ機会が少ないことがある⁵³⁾。布施は、そのような状況から、女性医師が「同僚の負担を考え、(労働時間の短縮や時間外・深夜・休日勤務などの免除などの取得を) ためらうかもしれない」とし、「出産と医師業務の両立の困難さから…勤務医の第一線から退く、あるいははじめから参入しないと考える人もいるかもしれない」と指摘する⁵³⁾。

具体的な対応策として挙げられていたのが、複数担当医・主治医制の導入である²⁸⁾、⁸⁾。従来の「完全主治医・担当医制」では、育児と医師業務の両立は困難である⁸⁾との主張である。つまり、複数担当医・主治医制度を導入することで、チームとして対応することが可能になる。導入に際しては、院内業務の分担が課題とされていた⁸⁾。

⁵¹⁾ 渋谷博美. 医師として母として妻として充実した時間を過ごすための大阪医療センターの取り組み. 医療. 2009; 63(9): 565-568.

⁵²⁾ 菊地紗耶ほか. 女性精神科医師の現況について—卒後 12 年以内の精神科医師を対象にしたアンケート調査より—. 精神神経学雑誌. 2008; 110(7): 563-570.

⁵³⁾ 布施克也. 女性医師を取り巻く諸問題. 病院長の立場からサポートできること. 新潟医学会雑誌. 2008; 122(10): 554-559.

考察

結果で抽出した課題から、どのような対応策を講じる必要があるかを検討する。

結果 1 から、看護職員における制度活用の課題として、フルタイム勤務者の負担増への対応策の必要性が指摘された。制度の理念上、制度を活用している人は原則として、時間外労働を行わないため、緊急事態への対応はフルタイム勤務者が担うことになる。フルタイム勤務者と制度利用者間で給与に差をつけるというだけではなく、負担軽減への具体的な取り組みが必要となる。

また、職業倫理観と短時間勤務のジレンマが指摘された。労働時間によって看護職員が持つ倫理観に差が生じることはないと考ええる。だが、制度上、制度の利用者は時間外勤務や夜勤・休日出勤などを原則行わないことが少なくないことから、「後ろめたさ」を感じる人もいた。現実的には、制度の利用者が夜勤や休日出勤を行うケースもある。医療現場において看護職が抱える“ジレンマ”への対応策としては、経営者・管理職の理解はもとより、職場全体で意識改革を行うことが必要である。

さらに、コスト意識の必要性も指摘された。日本看護協会が「職場づくりサポートブック」（2009）において、制度導入によるコストを試算しているが、短時間正職員の労働時間を週 20 時間（フルタイム勤務者の週 40 時間の半分に当たる）に設定しているため、フルタイム勤務者を短時間正職員にした場合の人件費の削減幅が比較的大きく見積もられている。コスト増と人員確保とのバランスを考慮することが、看護の質向上や安全確保につながるのではないかと考える。制度を導入した施設におけるコスト増への対応策やコスト増に見合う効果の有無といった視点での情報収集も必要であると考ええる。

結果 2 から、制度の利用・非利用者間の不平等さを是正する必要性が指摘された。背景には、医師がこうした制度を活用することへの理解が十分には浸透していないということがある。そこで、制度の定着・継続を図るには、医師個人としても、医療機関の経営者や管理者としても、多様な勤務制度を講じることが男女を問わず医師が仕事を続けるための労働環境の改善につながるということを理解する必要がある。すでに医師として働いている人はもちろんだが、医学教育においても理解を促すことが必要であろう。

さらに、24 時間保育や病児保育などの育児支援策が講じられているものの、過重労働の常態化への対応策を“車の両輪”として講じる必要がある。各医療機関、診療科ごとに、人材の確保状況や業務の内容・煩雑さは異なる。結果で指摘された「複数担当医・主治医制度」の導入をめぐることは、まずは各医療機関、診療科ごとに、現場に即した業務の整理・分担を行うことが必要である。そのうえで、人材を確保できる体制をつくることが求められる。地域の医療機関の現状を把握するためには、都道府県医師会や地域医師会が中心となり、国家予算をつけたうえで対応策を検討することが現実的である。

結果 2 からは、女性医師の離職を懸念する指摘も相次いだ。人材確保のカギは、潜在医師を活用し、これ以上潜在医師を増やさないことである。離職防止には、やはり短時間正社員制度などの多様な勤務形態の活用は不可欠である。制度の利用者らが、医療スキルを維持・向上させることができるような支援を受けられるよう、国としての取り組みも求められる。

これまで述べたとおり、労働環境の改善策を講じることは、もちろん重要である。一方で、医師には、医師法 19 条で「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」とする応召義務が規定されている⁵⁰⁾ ことをはじめ、日本医師会の「医の倫理綱領」で医師の責任の重大性とすべての人への奉仕⁵¹⁾ がうたわれていること、米欧の内科学会などによる医師憲章でも医師としての誠実さに依拠する公衆の医師への信頼性⁵²⁾ が明記されていることなどから、プロフェッショナルとしての高い倫理性が求められている。こうした職業倫理観と労働環境の改善の間には、医療従事者特有の難しい課題が潜んでいる。こうした視点を十分に踏まえた上で、労働環境の改善策を講じる必要があると考える。

本研究の限界として、系統的で網羅的な文献調査を試みたものの、他により多くの国内文献が抽出できる検索データベースが存在するならば、さらに多様な国内文

⁵⁰⁾ 医師法. <http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/S23/S23HO201.html>

⁵⁶⁾ 日本医師会. 「医の倫理綱領」. 医師の職業倫理指針. 2008 年改訂版.

⁵⁷⁾ Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Ann Intern Med. 2002; 136: 243-246.

献を抽出できた可能性がある。また、育児支援策として、さまざまな勤務形態があるものの、本稿ではあくまでも「短時間」勤務でありながら、「正職員・正社員」である制度に絞って検討したため、抽出文献が少なかった可能性がある。特に、医師を主な対象とした文献が比較的少なかったことも限界点の一つである。また、制度を導入した事例報告では、成功事例もしくは導入によるよい面を強調した事例、同じ施設による重複事例が少なくないこと、失敗事例の報告がほとんどない「出版バイアス」などの偏りがある可能性がある。しかしながら、系統的な文献調査によって、制度の活用状況を把握したことで、医療機関の制度設計にあたって参考資料となることが期待できること、制度導入した医療機関が抱える課題を具体的に明示したことなどから、一定の意義があると考ええる。

今後は、医療従事者が実際にどのようなことに困っているのか、どのような制度を必要としているのかといった疑問に応えるために、個別の診療科や医療機関にとどまらない網羅的な実態調査や、失敗例も含めた課題への対処プロセス、職種ごとの詳細な活用状況、制度導入によるコストの経年変化などを把握するための網羅的な医療機関調査などが必要であろう。

結論

短時間正職員制度を導入している医療機関において、看護職員、医師に分けて、制度の活用状況や課題を特定した結果、共通の活用状況として、1. 労働時間の短縮パターンが複数あること、2. 同制度のみならず 24 時間保育や病児保育などの子育て支援制度を充実させていること、3. 同制度を活用している人数にばらつきがあることなどが挙げられた。また、共通の課題として、1. フルタイム勤務者や子育てをしていない人に対する負担軽減策の必要性があること、2. 医療従事者としての職業倫理観との葛藤などが示された。それぞれの課題として、看護職員については経営面からの課題としてのコスト増への対応、医師については過重労働対策としての「複数担当医・主治医制度」の導入が指摘された。

これらの結果から、同制度に実効性をもたせるためには、現場の課題や問題を把握した上で、労働環境全体の改善策と人材確保策を講じることが不可欠であるということがわかった。具体的には、制度の定着・継続が労働環境全体の改善につながることを、個人としても組織としても理解すること▽職種や診療科ごとに業務整理や分担を進めること▽潜在医療従事者を活用し、潜在医療従事者を増やさないための制度を構築すること——などが求められる。重要なのは、地域の医療現場の現状をしっかりと把握したうえでこれらに取り組むことである。今後は、医療従事者を対象としたインタビュー調査や、失敗例も含めた課題への対処プロセス、職種ごとの詳細な活用状況、制度導入によるコストの経年変化などを把握するための全国の医療機関調査などが必要であろう。

(参考資料)

文献調査による抽出文献一覧

1. 三宅尚美. 子育て支援の制度を利用せず復帰した看護師のキャリア支援. 日本看護学会論文集: 看護管理. 2011(41):247-9.
2. 中山伊都子. 【短時間正職員の採用から教育・運用まで 5年を経過した短時間正職員制度とワーク・ライフ・バランス】. 師長主任業務実践. 2011;16(340):4-13.
3. 中川光子, 須栗裕子, 太平律子, 高山裕子, 岩崎佳子. 子育て中の看護師の職業継続に関する要因調査. 日本看護学会論文集: 看護管理. 2012(42):212-5.
4. 井上マサヨ. 雇用の質を向上し看護師の負担を軽減する勤務体制(第6回)(最終回) 働く人の質の向上を目指した活動 短時間正職員制度6年を経過して. ナースマネジャー. 2012;14(6):82-6.
5. 井上久, 日本医労連看護対策委員会. 看護師たちの暮らしから 短時間正社員制度、成功の条件. 看護実践の科学. 2008;33(8):84-5.
6. 佐藤久美子. 【改正育児・介護休業法施行直前! 短時間正職員制度導入・運営ポイントと勤務時間マネジメント "あの手、この手"】 キャリアアップ戦略としての短時間正職員制度導入と支援への課題. 看護部長通信. 2010;7(6):4-11.
7. 佐藤久美子. 【短時間正職員制度 運用上の課題と解決策】 短時間正職員制度運用の取り組みと今後の展望. 看護展望. 2011;36(11):0970-6.
8. 則竹敬子. 【短時間正職員のいる病院】 男性看護師を含む、子育て中の看護師8割が活用中. 看護学雑誌. 2010;74(3):45-7.
9. 前田美保. 【最新 外来・病棟連携と組織見直し、改善】 短時間勤務者のキャリアを活かし、やりがいアップ! 外来・病棟ケアの連続性の充実に役立つ看護支援チーム活動. 看護部長通信. 2012;9(6):109-14.
10. 原田博子. 短時間正職員制度 導入と実践 ここを押さえれば実現可能(第2回) 公平な勤務表作成で有給休暇取得率もアップ ワーク・ライフ・バランスは2階建て部分. 師長主任業務実践. 2009;14(308):56-60.
11. 原田博子. 短時間正職員制度 導入と実践ここを押さえれば実現可能(第1回) 看護師を活かす方法を考える. 師長主任業務実践. 2009;14(306):12-20.
12. 原田博子. 【短時間正職員のいる病院】 導入後離職率が半減. 7対1取得にも成功. 看護学雑誌. 2010;74(3):8-10.
13. 原田博子. 短時間正職員制度 導入と実践ここを押さえれば実現可能(第3回)(最終回) 短時間正職員制度の運用と課題. 師長主任業務実践. 2010;15(309):56-61.
14. 原田博子, 河野真理子. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと実例】 事例 制度導入で退職者を出さず「みんな違ってみんないい」の精神の浸透を目指す. 看護. 2009;61(7):62-8.
15. 名田正子. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと実例】 事例 育児短時間勤務制度は、キャリア継続による看護の質向上を保証する. 看護. 2009;61(7):46-50.
16. 名越澄子. 【消化器病における性差医療】 女性医師の社会的役割とその支援. 成人病と生活習慣病. 2011;41(12):1387-90.
17. 和田千代子. 【短時間正職員のいる病院】 「オタガイサマ」カルチャーが制度を支える. 看護学雑誌. 2010;74(3):24-7.
18. 坂口直子, 青木由美子. 【集まる・定着する!効果の上がるワークライフバランス推進のコツ】 短時間勤務職員の業務体制の工夫と改善のポイント. 看護部長通信. 2012;10(5):71-6.
19. 大久保清子. 【改正育児・介護休業法施行直前! 短時間正職員制度導入・運営ポイントと勤務時間マネジメント "あの手、この手"】 スタッフも組織も生き生きとする仕組みづくり 短時間正職員制度導入. 看護部長通信. 2010;7(6):12-23.
20. 大久保清子. 【短時間正職員のいる病院】 円滑な運営のためスタッフ全員で業務整理. 看護学雑誌. 2010;74(3):38-40.

21. 大塚三千代, 松本文六, 品治道麿, 姫野清美, 甲斐清美, 柴田美由記. 【事例から学ぶ WLB 実現プロセス 魅力ある病院づくり】 事例からの学び 大分県モデル事業を活用 天心堂へつぎ病院 短時間正職員制度導入により人員確保に成功. 看護. 2010;62(14):023-36.
22. 大岡裕子, 石山由紀子, 鈴記洋子. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと事例】 報告 看護職の多様な勤務形態導入モデル事業 中間報告 「看護職の多様な勤務形態導入モデル事業」に参加して WLB 推進プロジェクトとして 3 つのプロジェクトを始動. 看護. 2009;61(7):88-93.
23. 奥村元子. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと事例】 目指そう短時間正職員制度 総論 確保定着事業のポイントは「働き続けられる職場づくり」. 看護. 2009;61(7):12-21.
24. 小川協子, 竹中君夫. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと事例】 報告 看護職の多様な勤務形態導入モデル事業 中間報告 「看護職の多様な勤務形態導入モデル事業」に参加して 看護師のゆとりを確保し、患者さんのために頑張れる環境を用意する. 看護. 2009;61(7):94-100.
25. 小川忍. 【短時間正職員制度 運用上の課題と解決策】 看護職への短時間正職員制度の導入. 看護展望. 2011;36(11):0956-62.
26. 小林美亜. 【改正育児・介護休業法施行直前! 短時間正職員制度導入・運営ポイントと勤務時間マネジメント"あの手、この手"】 番外編 徒労 or 達成の"ターニングポイント"で負けない! 看護管理トピックスを成果につなげる攻略ガイド(第 6 回) ワークライフバランス 働き方を変える. 看護部長通信. 2010;7(6):32-7.
27. 小西美代子. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと事例】 事例 パート職員を対象とした変則常勤制度が、採用活動に結び付く. 看護. 2009;61(7):55-61.
28. 山下みち子. 【短時間正職員のいる病院】 「忙しい病院」から「子育てにやさしい職場」へ. 看護学雑誌. 2010;74(3):20-3.
29. 山元友子. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと事例】 Q&A 10 問 10 答 NTT 東日本関東病院の短時間勤務制度からヒントを得る. 看護. 2009;61(7):28-38.
30. 山元友子. 【短時間正職員のいる病院】 制度ができて 37 年。職員の経験を有効にいかす制度に. 看護学雑誌. 2010;74(3):14-5.
31. 岩崎滋樹. 【女性医師・歯科医師の働く環境改善をめざして】 ジョブシェアリング制度(短時間雇用正規常勤医師) 女性医師が元気になる病院を目指して. 保団連. 2009(1010):34-40.
32. 川瀬和美, 岡崎史子, 西岡真樹子, 永田知映, 山田順子, 東京慈恵会医科大学育児支援ワーキンググループ. 医学部卒業後の女性医師の進路 東京慈恵会医科大学女性卒業生へのアンケート結果から. 東京慈恵会医科大学雑誌. 2011;126(4):163-8.
33. 布施克也. 女性医師を取り巻く諸問題 病院長の立場からサポートできること. 新潟医学会雑誌. 2008;122(10):554-9.
34. 日向明美. ここが押さえどころ 超短時間勤務制度 制度導入で進む潜在看護師の復職と現場活性化. Nursing BUSINESS. 2010;4(6):508-9.
35. 日向明美. こちらナースマネジャー情報局 月に 1 時間でも勤務できる「超短時間勤務制度」の実際と課題. ナースマネジャー. 2010;12(2):82-5.
36. 日向明美. 看護の「今」がわかる! NURSE TREND ここが押さえどころ 超短時間勤務制度 「潜在看護師の復職」「常勤看護師の負担減」「地域貢献」の一石三鳥. Smart Nurse. 2010;12(6):612-3.
37. 本田香織. 【改正育児・介護休業法施行直前! 短時間正職員制度導入・運営ポイントと勤務時間マネジメント"あの手、この手"】 ワークライフバランスを考慮した「多様な勤務形態」の導入とその成果. 看護部長通信. 2010;7(6):24-31.
38. 本田香織. 【短時間正職員のいる病院】 中堅看護師の定着+中途採用者の離職防止. 看護学雑誌. 2010;74(3):31-4.
39. 松月みどり. 【短時間正職員のいる病院】 「仕事を継続したい人」すべてが対象. 看護学雑誌. 2010;74(3):5-7.
40. 松浦正子. 神戸大学医学部附属病院における D&N ブラッシュアッププログラムと短時間勤務制度. 外来看護. 2009;15(1):063-71.

41. 橘幸子, 大口二美, 早川美津江, 河波清美, 清水由加里. 【スタッフが集まる、定着する働きやすい職場づくりの具体策】 短時間勤務を取り入れスタッフニーズに対応した職場づくりの実際. ナースマネジャー. 2008;10(2):26-32.
42. 浅見浩. 【人材不足をどう打開するか】 【人材不足の現状と対応】 短時間正職員制度の導入と効果. 病院. 2008;67(6):512-4.
43. 浅見浩. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと実例】 関連情報 社労士がアドバイス! 病院に短時間正職員制度を導入する際の実務ポイント. 看護. 2009;61(7):106-11.
44. 浅見浩. 医療機関専門の社会保険労務士が教える!短時間正職員制度の取扱説明書. ナースマネジャー. 2009;11(2):35-9.
45. 浅野弥恵子. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと実例】 事例 制度導入後にアンケートを実施し、現場の評価や声を聞く. 看護. 2009;61(7):40-5.
46. 浅野弥恵子. 【短時間正職員のいる病院】 いたずらに業務を増やさず、人材を育てる発想で運営. 看護学雑誌. 2010;74(3):16-9.
47. 浜崎美子. 【短時間正職員のいる病院】 経験ある短時間勤務者は「プラス」の人員. 看護学雑誌. 2010;74(3):35-7.
48. 浦田喜久子. 看護職員の確保定着への取り組み 日本赤十字社による看護職員の確保定着への取り組み. 医療. 2009;63(12):793-6.
49. 深澤優子. 【短時間正職員のいる病院】 短時間正職員制度の現状と今後の展望. 看護学雑誌. 2010;74(3):48-53.
50. 渋谷博美. 職場環境について 医療崩壊をふせぐために 医師として母として妻として充実した時間を過ごすための大阪医療センターの取り組み. 医療. 2009;63(9):565-8.
51. 渡邊くみ子. 【短時間正職員制度 運用上の課題と解決策】 現場の実態を踏まえた短時間正職員制度設計の取り組み. 看護展望. 2011;36(11):0963-9.
52. 熊谷富子. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと実例】 報告 看護職の多様な勤務形態導入モデル事業 中間報告 「看護職の多様な勤務形態導入モデル事業」に参加して お互いに協力し合える組織風土づくりを推進. 看護. 2009;61(7):81-7.
53. 猿田克年. 全国の病院全数を対象とした我が国初の必要医師数実態調査. 東京慈恵会医科大学雑誌. 2011;126(1):19-28.
54. 畑中美智子. 【短時間正職員制度 運用上の課題と解決策】 現場師長が鍵を握る短時間正職員制度定着への取り組み. 看護展望. 2011;36(11):0977-83.
55. 矢加部尚子. 【看護特集 多様な勤務形態への取り組み～働きやすい職場づくりのために～】 働きやすい職場づくりのために 看護補助者の導入と多様な勤務時間、2交代3交代混在型勤務、育児短時間勤務の導入. 全国自治体病院協議会雑誌. 2012;51(5):684-91.
56. 矢野祐美子. 【短時間正職員のいる病院】 看護職の意識改革が重要. 看護学雑誌. 2010;74(3):28-30.
57. 福下公子. 眼科女性医師活性化委員会の頁 短時間勤務制度について 女性医師が勤務医として働きやすい環境の整備に向けて. 日本の眼科. 2008;79(10):1407-8.
58. 竹中君夫. 【短時間正職員のいる病院】 看護 人事のコラボレーションを展開. 看護学雑誌. 2010;74(3):41-4.
59. 竹内祐子, 橋本美穂, 廣瀬佐和子. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと実例】 報告 看護職の多様な勤務形態導入モデル事業 経過報告 看護職の多様な勤務形態導入モデル事業の全体概要について. 看護. 2009;61(7):74-80.
60. 緒方敏子, 永池京子. 短時間正職員制度導入の評価. 愛仁会医学研究誌. 2012;43:157-9.
61. 菊地紗耶, 上原久美, 橋本直樹, 小泉弥生, 吉岡知子, 杉浦寛奈, et al. 各国の状況 女性医師の状況を中心に 女性精神科医師の現況について 卒後12年以内の精神科医師を対象にしたアンケート調査より. 精神神経学雑誌. 2008;110(7):563-70.
62. 西藤武美, 有松眞木. 看護職員需給状況等調査からみた重症心身障害児施設の課題. 重症心身障害の療育. 2010;5(2):239-42.

63. 鈴木美智子. 【短時間正職員のいる病院】 職員の定着と、キャリアアップが実現. 看護学雑誌. 2010;74(3):11-3.
64. 門田亮. 育児休業後の短時間勤務等. DENTAL DIAMOND. 2012;37(8):114-5.
65. 飯野ゆき子, 湯村和子, 川城信子. 女性医師が働きやすい環境 自治医科大学における女性医師支援の取り組み. 日本耳鼻咽喉科学会会報. 2010;113(9):738-41.
66. 高崎真一. 【人材不足をどう打開するか】 医師・看護師不足への対応策としての「短時間正社員制度」の可能性. 病院. 2008;67(6):504-6.
67. 高平仁史. 【師長の困りごと・悩みごとこれで解決!事例で学ぶ病棟マネジメントに役立つ法律・制度の基礎知識 厳選 32】 (第3章)病棟マネジメントに役立つ法律知識 スタッフ指導・労務管理関連 勤務時間 短時間勤務 スタッフの休憩時間 何時間以上の就業が必要? Nursing BUSINESS. 2011(2011 夏季増刊):150-3.
68. 高木史. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと実例】 事例 充実した短時間正職員制度につながる「日勤固定」制度. 看護. 2009;61(7):69-72.
69. 高橋啓子. 【スタッフも管理者も WIN-WIN になる勤務マネジメント】 職員の健康や安全を守る職場に変える! 短時間正職員制度の導入と工夫の実際. 看護部長通信. 2012;9(6):36-40.
70. 高橋由美子. 【質と安全を提供するための適正な看護職員配置の工夫】 事例 多様な雇用形態の導入 夜勤専従者,短時間パートの病棟配置,看護助手の夜勤導入を実施して. 看護. 2005;57(1):56-8.
71. 鶴田恵子. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと実例】 報告 看護職の多様な勤務形態導入モデル事業 提言 週 40 時間勤務に捕らわれている看護管理者へ. 看護. 2009;61(7):101-3.
72. 坂本すが. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと実例】 目指そう短時間正職員制度 提言 採用から教育まで、画一化から多様性への転換を. 看護. 2009;61(7):22-5.
73. 安藝佐香江. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと実例】 事例 子どもの成長に合わせて働き方を変えるスタッフ. 看護. 2009;61(7):51-4.
74. 川瀬和美. 大学病院における女性医師の労働環境改善への提言. 日臨外会誌. 2010;71(5):1121-5.
75. 日本医労連全日本赤十字労働組合連合会. 日赤労働者 791 号 2008.
76. 日本医労連全日本赤十字労働組合連合会. 日赤労働者 794 号 2009.
77. 日本看護協会. 平成 20 年度 厚生労働省補助金事業 看護職の多様な勤務形態導入モデル事業報告書. 2009.
78. 木谷宏. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと実例】 関連情報 考察 企業における「短時間正職員制度」とワーク・ライフ・バランス. 看護. 2009;61(7):112-7.
79. 村木厚子. 【働き続けられる職場づくりへ 短時間正職員制度導入のポイントと実例】 目指そう短時間正職員制度 短時間正職員制度をめぐる諸制度と施策の動向 人材を活かす. 看護. 2009;61(7):6-11.
80. 河野恵美子, 山崎芳郎, 別府曜子, 赤丸祐介, 板野秀樹, 森本芳和, et al. 女性外科医が長く仕事を続けるためには何が必要か. 日臨外会誌. 2009;70(10):2929-34.
81. 高山裕子, 岩崎佳子, 大平律子, 中川光子, 須栗裕子, 淡路記伊. 育児短時間勤務制度利用者の現状調査—利用者の受け止めを明らかにする—. 第 41 回日本看護学会抄録集 看護管理. 2010:108.

3. まとめ

- 医療機関への一律的な国主導マネジメントシステムの導入による、医療現場の労働環境改善や医療経営の安定化への道筋は、現状では不透明であると言わざるを得ない。というのも、診療科や地域事情、施設形態などによって、受け入れる患者の人数や重症度などが異なるためであり、対応は個々の事情を考慮する必要があるためである。都道府県医師会などが中心となり、医療現場の現状を把握した上での検討が重要である。

法的課題：労働基準法に焦点をあてて

□医療従事者が安心して業務を遂行できる法整備の検討が必要□

- 奈良県立奈良病院における産科医の時間外請求訴訟の判決から、医師の宿日直の実態が、労働基準法で定められた「断続的勤務」にあたらなことが示された。つまり、医療法で定められた宿直義務の遂行が困難であるとの現状が浮かび上がった。労働環境改善策に実効性をもたせるには、医療従事者が安心して業務を行える環境整備が必要であり、関連法に一貫性を持たせることもその一つである。具体的には、労基法施行規則に医師の宿日直勤務に関する規定を設けることが考えられる。
- 宿日直勤務に対して時間外手当を支給するには、財源が必要である。また、法を遵守し労働環境を改善するためには、人材確保が必要である。病院経営が厳しい状況にあること、地域や診療科によっては人材確保もままならないことなどから、個々の医療機関にまかせることは困難である。そこで、診療報酬体系に反映させること、国家予算を投入した上で地域事情を把握している都道府県医師会主導型の人材確保策を促進することが求められる。

マンパワーの確保支援策をめぐって

①非営利人材紹介システム

□国家予算を伴う都道府県医師会主導型の地域に根ざした拠点づくりが必要□

□潜在医療従事者の掘り起こしへ具体的な政策導入が不可欠□

- ナースセンターによる人材紹介について、本研究において、過去 13 年間の公表済みデータを整理した。その結果、2006 年度を境に求人倍率が 2 倍以上である状態が継続、2011 年度は 2.56 倍となった。紹介数・就職者数が求職者数を大幅に下回り、さらに減少傾向にある。売り手市場でありながら、求人側と求職側のマッチングが機能していない現状が改めて示された。背景には、55 万人以上とされる潜在看護師の問題もあり、国による実態把握と具体的な掘り起こし策が求められる。
- 日本医師会女性医師バンクについては、女性医師に限定しているため全体のデータ数はやや少ないものの、売り手市場でありながら、求人・求職のマッチングが必ずしもうまくいっていないという現状がある。高度な専門性を要するという観点から、マッチングが難しいという背景もある。国家予算を配し、女性医師に限定しない都道府県や地域医師会などによる医師バンク機能の強化・ネットワークづくりも必要である。
- 公共職業安定所においても、過去 13 年間の公表済みデータを整理した結果、同様の傾向であった。特に、医師をはじめ歯科医師・獣医師・薬剤師のデータでは、求人数が増加傾向にあるものの、求職者数は減少傾向にある。2006 年度以降の求人倍率は常に 5～6 倍で、2012 年度は 6.7 倍となった。求職側に何らかの事情があつて、働く意思があつても働くことができない、あるいは躊躇している潜在医師らの存在が少なくないことが改めて示された。これらの結果から、全国の公共職業安定所のうち、59 カ所に設けられている「福祉人材コーナー」の機能整理・強化を検討すること、潜在医師の掘り起こし策を検討することが必要である。
- 職業紹介事業については、職業安定法で有料職業紹介事業が認められており、民間企業も参入している。だが、医療従事者については、国としての人材確保策が喫緊に求められる分野である。民間企業の参入が弊害をもたらす可能性もあり、実態把握が必要である。人材確保という公共性の高い目的に照らし合わ

せても、非営利の人材紹介・職業紹介システムを充実させることが望ましいと考える。

- 人材紹介システムの機能強化には、全国的なシステムと同時に、国家予算の投入による都道府県医師会主導型の地域に根ざした拠点づくりが必要なこと▽結婚や妊娠、出産、育児などを理由に離職した“潜在医療従事者”について、離職防止、復職支援策を強化・実施すること▽最も多くの求人を抱える公共職業安定所の福祉人材コーナーの専門性を強化することが不可欠である。

②短時間正職員制度

□具体的な潜在女性医師の復職支援と離職防止策が必要□

□労働環境の改善と人員確保は“車の両輪”として政策検討を□

- 法律の規定は無いが、他の正規型のフルタイムの労働者と比べて、その所定労働時間（所定労働日数）が短い正規型の労働者であって、①期間の定めのない労働契約を締結している者②時間当たりの基本給及び賞与・退職金等の算定方法等が同一事業所に雇用される同種のフルタイムの正規型の労働者と同等である者を指す。企業内において、このような働き方を就業規則などに制度化することを指して、「短時間正社員制度」と呼んでいる。この制度は、改正育児・介護休業法および改正パートタイム労働法を背景に、国が政策誘導する制度である。医師・看護職員の確保策としても、国は同制度に関するさまざまな事業を推進している。
- 医療機関における同制度の導入状況については、複数の調査結果がある。厚労省が 2010 年に実施した全国調査では、病院の 2 割近くが導入済みであった。調査票の提出があった医師約 16 万人中、制度を活用している医師は全体の 2.1%であった。ただ、制度の活用診療科や病院規模などが影響していることが考えられるものの、詳細は不明である。先行研究では、個々の医療機関や個別診療科の現状を報告したものがほとんどで、医療機関全体を見渡した、具体的な課題の同定や実態を把握するためのデータを収集した研究はほとんどない。こうしたことから、医療現場での課題を同定するため、系統的な文献調査を行った。

- 制度導入への対応策として、看護職については、①理解促進②業務整理③多様な勤務形態の整備④育児支援策の整備⑤労働環境全体の改善といった 5 つの分野が必要であることがわかった。課題としては、フルタイム職員の負担増に対する具体的な対応策を講じる必要性があること、専門職としての看護倫理と短時間勤務のジレンマへの対応を検討する必要性があること、制度導入によるコスト増への対応策を検討する必要性があることなどがある。
- 医師についても、看護職と同様、育児支援策の整備や復職支援、労働環境の改善策などの必要性が明らかになった。課題としては、男女や子どもの有無にかかわらず、医師が仕事を続けられる労働環境を整備する必要性があること、過重労働の常態化への対応が必要であること、労働者としての自覚を持つ機会が少ないことなどがある。制度の定着・継続を図るには、医師個人としても、医療機関の経営者や管理者としても、多様な勤務制度を講じることが男女を問わず医師が仕事を続けるための労働環境の改善につながるということを理解する必要がある。
- 特に、喫緊の課題として取り組む必要があるのは、過重労働常態化への対応である。具体的な対応策としては、複数担当医・主治医制の導入の必要性が指摘されている。こうした複数の医師によるチーム医療、交代制勤務といった制度を導入するには、人材確保が不可欠である。現状では、地域や医療機関、診療科によって、人材を確保できるかどうかといった事情が異なる。医療機関や診療科ごとに、業務整理・分担を検討・実施することが必要であるのと同時に、地域事情を把握している都道府県医師会が主導し、国と協働で人材確保策を講じることが重要である。
- 人材確保のカギとなるのが、潜在女性医師の活用である。先行研究では、医学部入学者数・医籍登録数に占める女性の割合が 3 割近くであるのに対し、現状の医師数に占める女性の割合が 2 割に満たないことが示されている。妊娠・出産・育児が背景にあることが考えられ、潜在女性医師の復職支援と離職防止策を講じる必要がある。
- つまり、労働環境の改善策と人員確保策は“車の両輪”であり、同時並行的に検討することが必要不可欠である。その際には、医療従事者にプロフェッショナルとしての高い倫理性が求められている現状を考慮した検討も必要である。

- 今後の研究として、個別の医療機関や診療科にとどまらない、病院勤務医や看護師を対象にした医療機関全体を見渡す実態把握調査、具体的には失敗例も含めた課題への対処プロセス、職種ごとの詳細な活用状況、制度導入によるコストの経年変化などを把握するための調査などが必要である。