

One-off sessions

特別講演

[SL1] これからの看護職の働き方 – 就業継続が可能な働き方の提案 – 演者：熊谷雅美先生(済生会横浜市東部病院)

[SL1-01] [特別講演] これからの看護職の働き方 – 就業継続が可能な働き方の提案 –

○熊谷 雅美¹ (1. 済生会横浜市東部病院)

特別講演

[SL2] “医療をする”から“医療をつくる”、そして世界へ 演者：渡邊嘉行先生(総合川崎臨港病院)

[SL2-01] [特別講演] “医療をする”から“医療をつくる”、そして世界へ

○渡邊 嘉行¹ (1. 総合川崎臨港病院)

特別講演

[SL3] 医療と経済 – COVID19前後での医療経済の変化とこれからの医療 – 演者：真野俊樹(多摩大学大学院/中央大学大学院)

[SL3-01] [特別講演] 医療と経済 – COVID19前後での医療経済の変化とこれからの医療 –

○真野 俊樹^{1,2} (1. 多摩大学大学院、2. 中央大学大学院)

特別講演

[SL1] これからの看護職の働き方 – 就業継続が可能な働き方の提案 – 演
者：熊谷雅美先生(済生会横浜市東部病院)

[SL1-01] [特別講演] これからの看護職の働き方 – 就業継続が可能な働き方の提案 –
○熊谷 雅美¹ (1. 済生会横浜市東部病院)

[SL1-01] [特別講演] これからの看護職の働き方 — 就業継続が可能な働き方の提案 —

○熊谷 雅美¹ (1. 済生会横浜市東部病院)

Keywords: 看護職 就業継続 働き方

2006年入院基本料看護配置基準7対1が新設され、看護職の確保困難が顕著になり、看護職の確保と定着が課題となった。そこで日本看護協会では、「働き続けられる職場づくり」事業に着手し、2013年2月、看護職が安全に健康で働き続けられる職場環境の整備を目指し、「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」（以下ガイドライン）を公表した。このガイドラインでは、夜勤・交代制勤務のマネジメントについて、勤務編成の基準などの具体的な対策を提案している。また2016年には、「看護職の賃金モデル」、2018年「看護職の健康と安全に配慮した労働安全衛生ガイドライン ヘルシーワークプレイス（健康で安全な職場）を目指して」を公表し、看護労働政策の取り組みを強化してきた。

そして国は、少子化による生産年齢人口減少に対し、長時間労働の是正、同一労働同一賃金を柱として、働き方を変えて生産性を向上させる、一億総活躍社会を目指した働き方改革を加速的に進めている。

このような動きがあるなかで、看護職がいくつになっても安心して、やりがいを感じてその人らしく働き続けられる働き方を示すことが必要だ。そこで2019年度日本看護協会は、医療機関で夜勤・交代制勤務を行っている病院と有床診療所の看護職を対象に、持続可能な働き方の実現に重要な要因を明らかにするために、「病院および有床診療所における看護実態調査」を実施した。

今回の調査から看護職の労働実態をみると、約8割非管理職の看護職が時間外労働を行っていた。さらに勤務終了後だけではなく、業務開始時刻前より業務を始める前残業や持ち帰り残業など、カウントされない時間外労働が常態化していた。

厚労省「衛生行政報告例」による就業看護職の平均構成は、2008年の40.3歳から2018年には、43.4歳へと高年齢化が進んでいる。2014年度以降は2年毎におよそ0.5歳上昇しており、仮にこのペースを維持した場合は2025年には45歳に到達すると推測される。また60歳以上の就業看護職も増加傾向にあり、2004年の3.6%から2018年には10.6%（9人に1人）となり、2025年度には60歳以上の8人に1人以上のプラチナナースが現場で活躍することになる。逆に20代は2018年度では18.0%と最も少なく、今後18歳人口が減少することで、看護職を目指す若者の確保が課題となる。年代別の就業場所をみると、40歳から診療所や介護施設等が増え、65歳以上では医療機関（病院や診療所）よりも介護施設等が増える。これらのことは、年代による夜勤・交代制勤務の限界を示していることが推察される。

このように、看護の現場では、夜勤・交代制勤務や長時間労働の問題に加え、「カウントされない時間外労働」「看護職の高年齢化」「医療機関における夜勤可能者の確保困難」「若い世代の看護職の減少」などの新たな課題が生じている。

今回の調査では、病院・有床診療所に就業している看護職員のデータをもとに、共分散構造分析を行い、看護職の持続可能な働き方の実現に関連する5要因を抽出した。それらをもとに、時間外労働が常態化した働き方から、働く人の健康・生活の満足度をより優先的に考える働き方に価値をおき、多様な働き方を可能にする社会を実現することを目指したい。

特別講演

[SL2] “医療をする”から“医療をつくる”、そして世界へ 演者：渡邊嘉行先生（総合川崎臨港病院）

[SL2-01] [特別講演] “医療をする”から“医療をつくる”、そして世界へ
○渡邊 嘉行¹（1. 総合川崎臨港病院）

[SL2-01] [特別講演] “医療をする”から“医療をつくる”、そして世界へ

○渡邊 嘉行¹ (1. 総合川崎臨港病院)

Keywords: 新型コロナPCR検査、医療とAI、NEDO

国立研究開発法人新エネルギー・産業技術総合開発機構（NEDO）「Connected Industries推進のための協調領域データ共有・AIシステム開発促進事業」採択プロジェクトのご紹介

新型コロナウイルス感染拡大は、ヒトが生きてゆくのに「医療」だけでなく「医学・研究」「経済」「政治」という、オーバーラップしたゴールではあるものの、少しずつ目的に違いのある多角的見地からなる「バランスある考察」の重要性を教えてくれた気がします。医療現場では「PCR陽性です」、「症状消失から〇〇日経過したので問題ありません」のようなマニュアル知識だけの独り歩きを残念に感じます。

世界では、新型コロナウイルス関連の疫学、診断、治療、予後の進歩に留まらず、どの医療現場においても日々、様々な医療・医学の進歩を見受けます。「最新医療機器〇〇を使用した一例」の発表や、新型呼吸器のマニュアル熟知は確かに重要な取り組みではありますが、医療職がもつライセンスを、医療現場だけに費やすのではなく、とくにアカデミアにおいては、医療を創る側にもエフォートを置くことが重要に思います。もちろん訪問診療などの現場から医療を創ることも可能です。一緒に医療の「シーズから創る」を考えませんか？

「難しそう、出来そうにない」で括るのではなく、「自らのもつ可能性と探求心」をもとに視野を広げて「医療をする”だけから”医療を創る”」を一緒に考えてゆきたいと思います。近年、渡航手段、情報技術（IT）だけでなく、ICT、IoT等のインフラ整備がすすむなか、討論や行動に国内外の壁を作る必要はありません。医療関係のライセンスをひとつのツールとして活かし、企業とのマッチングの場を構築、大学 TLOとの伴走を実現することで、自治体、振興財団、厚生労働省、経済産業省の助成金を活用することが可能になります。

本講演では、日本全国で行われている自治体「胃がん検診事業」を検査・術中にリアルタイムで自動診断（AI診断）補助するだけでなく、読影作業もクラウド化させることで、自施設だけでなく他県の内視鏡写真を遠隔読影可能に。さらには国外（現在は国立シンガポール大学）の遠隔読影も実現するという、国立研究開発法人新エネルギー・産業技術総合開発機構（NEDO）のプロジェクト「Connected Industries推進のための協調領域データ共有・AIシステム開発促進事業」をご紹介します。

特別講演

[SL3] 医療と経済－ COVID19前後での医療経済の変化とこれからの医療－
演者：真野俊樹 (多摩大学大学院/中央大学大学院)

[SL3-01] [特別講演] 医療と経済－ COVID19前後での医療経済の変化とこれからの医療－

○真野 俊樹^{1,2} (1. 多摩大学大学院、2. 中央大学大学院)

[SL3-01] [特別講演] 医療と経済－ COVID19前後での医療経済の変化とこれからの医療－

○真野 俊樹^{1,2} (1. 多摩大学大学院、2. 中央大学大学院)

Keywords: 医療経済、コロナ禍

日本における新型コロナウイルス感染による死亡者数が少ないことが話題になっている。新型コロナウイルス感染症対策専門家会議の尾身茂副座長は、その理由について、医療体制や初期段階でのクラスター対策、国民の健康意識の高さを挙げている。

しかし、いま一つ納得がいかない国民が多く、すっきりした説明が求められている。

尾身副座長の指摘の医療体制だが、奇しくも新型コロナウイルス感染騒動によって死亡者数や感染者数が国際的に大きく違うことが話題になり、結果的に医療の国際比較に様々な人が関心を持った。そのおかげで私がダイヤモンドオンラインに書いた「コロナで絶体絶命のイタリアと違い、日本で死者激増の可能性は低い理由」という記事が非常に多くの反響を呼び、最終的にはYahooのヘッドラインにも加えられる勢いであった。しかし、いわゆる第三波がおきてからは、少し風向きが変わった。医療崩壊が日本でも起きる、あるいは起きた、という論調になった。

ここで、新型コロナウイルス感染の特徴を復習しておきたい。

新型コロナウイルスが風邪の症状を引き起こすウイルスということで、当初、インフルエンザと比較されることが多かった。ただ、両者の違いは新型コロナウイルスでは感染者の20%が重症化し、5%が人工呼吸器など高度な医療が必要になることである。この重症化した20%の人が主な感染源になるが、新型コロナウイルスに感染しても症状がなかったり、軽い風邪症状で終わったりする残りの80%の人も他人に感染させる可能性があるという特徴を持っている。患者数が医療キャパシティを超えると、病床が不足したり、人工呼吸器などの医療機器が不足したりする事態が発生し、専門用語でいう医療崩壊が起きる。医療崩壊とは、「患者が医学的な必要に応じ入院できないことなど、医師による適切な診断・治療を受けられないこと」で定義される。医療崩壊は新型コロナウイルスの感染が拡大するイタリアなどで起きたことである。また、医師があまりに多くの患者を目の前にして疲労困憊しても同じ結果を招く。

日本は医療のレベルが高く、医療のキャパシティも大きいので、諸外国に比べて新型コロナウイルス感染による死亡者数が非常に少なく抑えられている。逆に、イタリアのように医療崩壊が起きている国では死亡者数が多い。もちろん、中国のように都市の完全閉鎖といった手段を使えば、感染拡大が抑えられ、死亡者数は減る。突貫工事で病院を新設し、医療のキャパシティも増やした中国は新型コロナウイルスの感染拡大を乗り切りつつあるともいわれる。

後半は、医療経済の話題を述べたい。日本の医療費においては高額な最先端医療も、効果があれば原則として保険に収載する。このルールは、世界に冠たる国民皆保険制度の本質であるのだが、そのために、近年では社会の高齢化以上に医療の高度化が、医療費を高くしていると言われる。一方、コロナ禍において日本の医療の大きな特徴の一つである、身近な医療ということの意味が問われている。すなわち、「不要不急の医療」という概念である。医療費を減らすという意味では、高度な医療か身近な医療のどちらかを、もちろん両方でもいいのだが、減らすと言う流れになっていくであろう。さらに、コロナ禍で、世界が借金漬けになっている。

このあたりのマクロの医療費の問題を、コロナ禍と関連づけて考えてみたい。