医療と介護をつなぐ情報誌

季刊

solasto

No.20
Autumn
2017

特集

始まった「医師の働き方改革」の議論
病院はどう対応すべき？

あしたを元気に
ソラスト

働き方改革によって病院経営は変わらざるを得ないのではないか

働き方改革実行計画が現実化すれば、医療機関の姿も変わっていかざるを得ないだろう。

特集では「医師の働き方改革」に絞って考えたが、実行計画で取り扱っているのは、すべての「労働者」だ。そして、業種や法人の種類にかかわりなく、雇用主はさまざまな規制を受け、労働環境改善などの義務を負うことになるだろう。

医療機関の場合、看護職が女性中心ということもあり、人材確保策として女性の活躍や子育て・介護などと仕事の両立を支援する仕組みをつくっていることが多いのではないだろうか。院内保育所などは、かなりの病院で開設されている。時短勤務を制度化している医療機関も多い。こうした部分については、より充実させていけばいいだろう。しかし、「同一労働・同一賃金」や、柔軟な働き方に向けた環境整備、さらには外国人材の受け入れなどでは、大きな変化が求められるようになるはずだ。

具体的な法整備等はこれからであり、詳細についてはわからない部分も多い。しかし少なくとも、雇用契約のあり方や賃金体系の見直しが必要になることは間違いない。また、社会全体の雇用環境が変化していくと考えられることから、人材採用・人材確保の方法も変化していく可能性が高い。

「働き方改革」のインパクトは、私たちが思っている以上に大きいのではないか。経営者にとっては、議論の行方を注視しつつ、早めの対応を考えていく必要があるだろう。

［医療と介護をつなぐ情報誌］
季刊 solasto
NO.20
Autumn
2017

CONTENTS

トップランナーたちの挑戦 ～経営現場からの便り～ 4
中島 恒夫さん
一般社団法人全国医師連盟代表理事
医療構造全体の見直しを図りながら医師の「働き方改革」に着手すべき

特集 7
始まった「医師の働き方改革」の議論 病院はどう対応すべき？
8 概論
恒常化する長時間労働をどうしたら改善できるかを議論
10 オピニオン
医療現場の実態を踏まえ地域医療を守る観点からの議論も提起する
12 対応策
今からでも着手できる医師の負担軽減策はあるのか

連載
ドキュメント・ザ・多職種連携 14
医療・介護を地域と結びつけるため専門職と住民との出会いの場を創出
澤登 久雄さん
社会医療法人財団仁医会　牧田総合病院
地域ささえあいセンター　センター長

あしたを元気に！ソラスト施設 訪問記 16
施設の大型化で高まる存在感 ソラスト保育の改革リーダーに
佐倉市認可保育園
ソラストさくら保育園（千葉県佐倉市）

笑顔のひと 18
モットーは「笑顔でいること」4人の子育てをしながら園児の成長を見守る
井口 民子さん
ソラストさくら保育園　サブリーダー保育士

コトバの鍵 19
働き方改革実行計画

VEGETABLE OIL INK
FSC ミックス 責任ある木質資源を使用した紙 FSC® C006469
UD FONT 見やすく読みまちがえにくいユニバーサルデザインフォントを採用しています。

トップランナーたちの
挑戦
～経営現場からの便り～

医療構造全体の見直しを図りながら医師の「働き方改革」に着手すべき

一般社団法人全国医師連盟代表理事

中島 恒夫さん

働き方改革は、医師に対しても求められている。
勤務医を主体とする「全国意思連盟」代表理事として
医師の労働環境整備の重要性を訴える中島恒夫さんに、
働き方改革のポイントを伺った。

医師不足の解消は働きやすい環境づくりから

――今年3月に、2019年度までに1カ月あたりの残業時間上限を100時間にするといった案が、政府の「働き方改革実現会議」で決まりました。医師に関しては、24年度までと猶予期間が設けられました。

率直に言わせてもらえば、働き方改革への着手は遅かったです。2000年代初頭の医療崩壊という言葉が飛び交ったころから、医師の置かれている状況は厳しいものでした。当時の医療崩壊は病院、特に急性期病院の医師が足りないということが発端でした。

2004年に新医師臨床研修制度が始まり、若手医師が地方の急性期病院に来なくなりました。大学病院から派遣された若手医師には、指導医も少ないために十分なトレーニングを積ませることができないまま、即戦力以上の働き（能力）が求められ、負担が増大。若手医師が急性期病院により来なくなるという悪循環に陥りました。それでも、「急性期病院であれば、症例をたくさん経験できる。だから若い医師は来るだろう」などと高をくくっていました。

急性期病院での勤務の大変さが知れ渡った今、病院内で経験を積むよりも、開業して経験を重ねる道を選ぶ医師もいます。その結果、急性期病院の医師不足に拍車がさらにかかりました。医師派遣の要請を大学病院から断られることも珍しくありません。「経験を積める」という甘言や、誤った解釈の「応召義務」を振りかざして、若手医師に過度な負担を強い続けた結果ではないでしょうか。特に中小病院の医師不足は加速し、経営破綻や閉院にもつながりました。この動きは都市部でも地方でも見られる現象です。

では、どうすればこのような状況を解消できるのかというと、働きやすい環境をつくっていくことに尽きます。患者さんを助けたいという高いモチベーションを持つ医師たちを、いかに燃え尽きさせないかということです。ただ単純に「残業時間を短くすれば働きやすい」と考えるのではなく、実際の病院現場ごとの課題を見つけ、対応していくことが大切です。女性医師が多いのであれば、院内保育施設を設置するということも考えられるでしょう。

労働基準法にのっとった労働環境の実現をめざす

――「タスクシフティング」、つまり医師でなくても担える仕事は他職種に分担してもらう、あるいは「タスクシェアリング」で医師同士の分担を進めるという考え方がある一方で、こうした対応では限定的ではないかという指摘もあります。

その議論の前提として、医療機関は労働基準法を遵守しなければなりません。夜間に呼び出したのであれば、その分の時間外給与をつけたり、休みを確保するといったことです。すべての医師が不眠不休で働けるスーパードクターではないので、少なくとも労働基準法にのっとった時間内で働ける労務環境をめざしていくことが必要です。私たち全国医師連盟はそれを繰り返し病院側に対して求めていきます。法律に準じた労務環境が整えば、「あそこの病院は

なかじま・つねお
1992年、信州大学医学部卒業。信州大学医学部第二外科入局。関連病院での研修などを経て2012年9月より丸子中央病院消化器内科に勤務。日本の医療を守るために2008年に設立された医師による団体「全国医師連盟」の代表理事を2011年から務めている。

いいよ」と、医師間で評判になるはずです。

現状では法規制がいろいろと絡んできますが、タスクシフティング、タスクシェアリングも今後はもっと議論されるべきです。権限を委譲することで人件費が増えるという人もいますが、医師に25%増し以上の時間外給与を支払うことを考えれば、メリットも大きいでしょう。

タスクシフティングを進めるには、コ・メディカルの働きを評価することも、もっと考えなければなりません。チーム医療という以上は、そこにかかわる多職種が気持ちよく働ける環境が求められるので、経営者の方には、福利厚生を含めて充実した職場環境を整えていただきたいです。

また、働き方改革のなかでは、医師の応召義務も議論の俎上にのぼります。国民皆保険制度が始まる前と後では、応召義務の解釈は変わりました。今では、患者さんと医師個人の間に応召義務は生じません。患者さんと医療機関の間に応召義務が発生します。医療機関は、患者さんが来る時間内であればいつでも応じられるような診療体制をとるようにすべき、ということを経営層は意識することが必要です。医師個人がすべての受診依頼に応えていたら、とてももちません。

医師が本来業務に集中できるように

―― 現在、厚生労働省では「医師の働き方改革に関する検討会」が行われています。議論の推移をどう見ていますか。

全国医師連盟としては、病院に限定したアクセス制限を提唱しています。病院と診療所では診療内容が異なるからです。極端な話、病院であれば外来を全部カットし、検査や手術などで収益を上げていく。そのなかで、作業効率を考えていくという方法があると思います。病院ができないことを開業医にお任せして、すみ分けを図っていくわけです。

また、労働時間の短縮についても、労働時間だけを見るのではなく、医療提供システム全体を見た上での提案が不可欠です。労働時間短縮を実現するには、夜間休日の救急受診に制限をかけるのかということまで考えねばなりません。医療が本当に必要とされるのであれば、医師はどんな時間であっても医療を提供するための努力を惜しみません。だからこそ、「夜間や休日のほうが空いているから」といった理由で受診する人に対して、受診を制限する議論も、働き方改革のなかでは必要になります。つまり、国民の意識改革も求められるというわけです。

むろん「手術してもらった先生に、外来でも診てもらいたい」という患者さんの気持ちはわかりますが、「手術後は開業医の先生に診てもらう」というすみ分けを、患者さんにも理解してもらうべきでしょう。しかしその一方で、臓器移植後の患者さんや、そもそも開業医がいない地域の患者さんもおり、「手術は病院、外来は診療所」と簡単に割り切ることはできない現実もあります。このような問題は、医師の働き方改革だけでは解決できません。日本の医療提供システム全体を見直さなければ、医師の過重労働は変わらないという認識が必要です。

さらにいえば、病院の集約化も労働時間の短縮に絡んできます。たとえば、1つの診療科を複数の医師で回している場合、それぞれの労働時間を短くするには、医師を増やす必要があります。そう簡単に医師を増やせないとなれば、近隣の病院と医療機能を集約化して、一病院あたりの医師数を増やす、といったことも考えられます。前述したように、医師不足により経営破綻した医療機関も珍しくありません。地域内に医療機関がゼロとなることを防ぐためにも集約化が必要な状況も出てきますし、それが結果として医師の労働時間短縮にもつながるかもしれません。

働きやすい環境構築に前向きに取り組んでほしい

―― これから、全国医師連盟として、どのような方向性で働きかけを行おうと考えられていますか。

私たちの活動はもともと、「過重労働をなくそう」という点からスタートしていますので、そこはこだわりたいと思います。

診療科によって異なりますが、医師が一人いるだけで年商は億単位で変わるといわれています。そのすべてを給与にすべきとはいいません。医師を新たに一人雇うことで収益が上がる、もしくは、ほかの医師の時間外労働が減る。こうしたメリットを病院側にはもっと強く認識してもらいたいと思います。

病院を医師が選ぶ時代になっている今だからこそ、「この病院で働くことは自身のスキルアップにつながるのか」、「ライフプランを考えるうえで、ここで働き続けることはプラスになるか」などを考えて医師は職場を選んでいます。そうした医師の働き方への意識を、経営上層部がしっかりとキャッチし、柔軟な働き方ができる職場をつくりあげることが、「あそこの病院は働きやすい」といった評判を広めることにもつながるでしょう。

特集

始まった「医師の働き方改革」の議論 病院はどう対応すべき？

医師も労働者として、時間外労働規制の対象となる。今年3月に決定された「働き方改革実行計画」で、このような方針が示された。これを受けて厚生労働省は、8月に検討会を招集し、具体的な検討に入った。これまでも、医師は長時間の勤務や宿直明けの通常勤務など、厳しい環境にさらされてきたが、「それも修練」「自己研さん」「好きでやっていること」などとする意見が主流で、半ば「当たり前」になっていた。そこに、実行計画。病院経営者にとっても大きな問題で、対応を誤れば医師不足に拍車がかかる可能性もある。「働き方改革」の時代に、どのように対応すればいいのか、考えてみよう。

© sudok1- Fotolia.com

恒常化する長時間労働をどうしたら改善できるかを議論

医師、なかでも病院勤務医が激務であることを、否定する人はいないだろう。この20年近く、医師不足や偏在の問題とも絡めて、医療界では課題とされてきた。そうした背景とは全く別に、政府の「働き方改革実行計画」で、降ってわいたように医師も時間外労働規制の対象とされることに。何がどう変わるのか、「医師の働き方改革」の議論をひも解いてみよう。

診療報酬で医療従事者の負担軽減が評価されることも

医師の長時間労働の問題は、今に始まったものではない。2000年代の前半、特に医師の臨床研修制度がスタートした04年以降、医学部の医局制度の力が弱まり、民間病院から医師を引き揚げる動きが強まった。

このため、病院医療の現場は疲弊し、医師は過重労働から「立ち去り型サボタージュ」という形で現場を離れていった。これが悪循環を生み、銚子市立病院の一時閉鎖など、多くの病院で医師不足による診療科の閉鎖などが続出。「医療崩壊」という言葉が、医療系メディアを席巻した。

08年には、福島県立大野病院事件で、業務上過失致死などの罪に問われていた産婦人科医の被告に福島地方裁判所が無罪を言い渡し、確定している。これを機に、1人医長の勤務の厳しさや、産科や小児科などでの医師の不足がメディアで取り上げられるようになり、注目を集めた。新たな勤務医の組織として、全国医師連盟が結成されたのもこの年のことだ。

こうしたなかで、医学部定員増や地域枠の創設などの対策が取られてきたが、結局、現場での労働環境が大きく改善されるには至らなかった。医師が不足しているために過重労働になっているという主張もあるが、一方で地域や診療科ごとの「偏在」こそが医師不足の原因とする考え方が、一定の影響力を持っていたということができるだろう。

それでも、医師の過重労働は避けるべきという意識は徐々に浸透しており、診療報酬でも毎回、医療従事者の負担軽減や人材の確保が基本方針に盛り込まれている。医師事務作業補助者に対する評価の充実など、実際の報酬設定においても、医師の負担軽減を狙いとする項目が組み込まれ始めている。

政府の実行計画を受け厚労省で検討会開始

現在盛んに議論されている「医師の働き方改革」は、こうした医師の労働環境に対する問題意識から始まったものではない。安倍晋三首相からのトップダウンで行われている「改革」で、主に経済の側面から取り上げられているものだ。きっかけは、働き方改革実現会議（議長＝安倍晋三首相）での議論である。今年3月28日に決定された働き方改革実行計画で、長時間労働の制限について「週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を、原則として月45時間かつ年360時間とし、違反には特例（図表1）の場合を除いて罰則を課す」とされた。

ただし、医師については「時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る」とされた。

図表1　特別な事情のある場合

臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回ることができない時間外労働時間を年720時間（＝月平均60時間）とする。かつ、年720時間以内において、一時的に事務量が増加する場合について、最低限、上回ることのできない上限を設ける。

1. 2カ月、3カ月、4カ月、5カ月、6カ月の平均で、いずれにおいても、休日労働を含んで、80時間以内を満たさなければならない
2. 単月では、休日労働を含んで100時間未満を満たさなければならない
3. 加えて、時間外労働の限度の原則は月45時間かつ年360時間であることに鑑み、これを上回る特例の適用は、年半分を上回らないよう、年6回を上限とする

これを受けて厚生労働省は、「医師の働き方改革に関する検討会」を招集、8月2日に第1回の会合を開いた。検討内容として、①新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的なあり方、②医師の勤務環境改善策、③その他――の3項目が示されている。

構成員は、日本医師会や病院経営者、学識経験者のほか、労働組合関係者や当事者である勤務医など22人（図表2）で、座長には岩村正彦・東京大学大学院教授が就いた。

9月21日に開かれた第2回の会合で、厚労省は今後の論点案を示した。以下に概要を示す。

① 医師の勤務医実態の正確な把握と勤務時間の捉え方
- ▽ 医師の勤務実態の精緻な把握
- ▽ 労働時間への該当性
- ▽ 宿直業務の扱い
- ▽ 自己研さんや研究活動の扱い

② 勤務環境改善策

「診療業務の効率化等」
- ▽ タスクシフティング・タスクシェアリングの推進
- ▽ AIやICT、IoTを活用した効率化
- ▽ その他の勤務環境改善策

「確保・推進策」
- ▽ 医療機関の経営管理のあり方
- ▽ 勤務環境改善支援センター等の機能強化
- ▽ 女性医師の活躍支援
- ▽ その他の支援のあり方

③ 関連して整理が必要な事項
- ▽ 医師の応召義務のあり方
- ▽ 適切な地域医療提供体制の確保との関係
- ▽ 医師の労働時間適正化に対する国民の理解

④ 時間外労働規制等のあり方
- ▽ 時間外労働規制の上限のあり方
- ▽ 医療の質や安全性を確保する観点からの勤務のあり方
- ▽ 適切な健康確保措置のあり方

図表2　医師の働き方改革に関する検討会構成員

赤星 昂己	東京女子医科大学東医療センター救急医
荒木 尚志	東京大学大学院法学政治学研究科教授
市川 朝洋	公益社団法人日本医師会常任理事
猪俣 武範	順天堂大学附属病院医師
岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
戎 初代	東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師
岡留 健一郎	福岡県済生会福岡総合病院名誉院長
片岡 仁美	岡山大学医療人キャリアセンターMUSCAT センター長
工藤 豊	保健医療福祉労働組合協議会事務局次長
黒澤 一	東北大学環境・安全推進センター教授
渋谷 健司	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授
島田 陽一	早稲田大学法学学術院教授
遠野 千尋	岩手県立久慈病院副院長
豊田 郁子	特定非営利法人架け橋理事長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
裵 英洙	ハイズ株式会社代表取締役社長
馬場 武彦	社会医療法人ペガサス理事長
福島 通子	塩原公認会計士事務所特定社会保険労務士
三島 千明	青葉アーバンクリニック総合診療医
村上 陽子	日本労働組合総連合会総合労働局長
森本 正宏	全日本自治団体労働組合総合労働局長
山本 修一	千葉大学医学部附属病院院長

経営者が取り得る策は限られている

これまで医師は、病院を経営する法人等との間に雇用契約を結んでいながら、労働基準法などの労働法規について、事実上対象外の扱いを受けてきたと言えるだろう。たとえば宿日直など、救急応需や急変患者への対応などで恒常的にほとんど睡眠のとれない状況にありながら、そのまま連続して勤務するようなことが当たり前の風景だった。20世紀までは、医師の側も「それを当然」とするような風潮があったことも確かだ。

その結果として、医師の過労自殺が何件も起きており、「働き方改革」は待ったなしと言えよう。しかし一方で、医療をめぐる環境は、厳しさを増している。特に、経営の面から考えれば改革の前途は困難が待ち受ける。

たとえば宿日直の状況改善。医師を看護師のような交代勤務制にすると、宿直のように明けて翌日も勤務を続ける、というようなことは許されない。同じ診療体制を維持しようとすれば、医師を増員する必要が生じる。非常勤の医師で対応するにしても、人件費は必要になる。一方で、病院の収益のほとんどは社会保険診療報酬に依存しているため、診療体制が同じならば収益は変わらず、増員のための人件費を賄うことはできない。

今後、同検討会を中心に時間外労働規制のあり方が議論されることになる。国民皆保険により、医療機関には値付けの権限がなく、人件費を価格に転嫁できない以上、医療機関経営者が取り得る方策は限られる。効率性を上げて単価を上げるか、人件費単価を下げるかしかない。

医療現場の実態を踏まえ 地域医療を守る観点からの議論も提起する

8月2日に初会合を開いた厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」。今後、具体的な時間外労働時間規制について議論が進められるが、医療界では危惧する声も強い。経営者として、同検討会の構成員となっている、社会医療法人ペガサスの馬場武彦理事長に、働き方改革に対する考え方をうかがった。

社会医療法人ペガサス理事長
日本医療法人協会副会長
厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」構成員
馬場 武彦

働きたい医師のやる気を削ぐ制度は問題

まず、本当にすべての診療科の医師が「働き方改革」を必要としているのか、ということです。今回の「医師の働き方改革」は、2015年に起きた電通の女性社員自殺事件をきっかけに、内閣主導で始まった取り組みの一環で進んでいるものだと認識しています。またその後にある病院の勤務医が超過勤務に耐えかねて自殺したとの報道がありました。確かに働き盛りの医師が自殺に追い込まれるのは、理由が何であれ痛ましいかぎりです。それでも、事態は正確に把握しなければなりませんし、それがなければ有効な対応策を講じることもできません。

医師全員の働き方を見直す必要があるのか、というのは冷静に考えなければいけません。医師全体から見てはたして自殺に追い込まれるほどのケースがどれほどあるのか、過重な働き方が一般的になっているのか、ということは、確認しておかなければいけないと思います。

もう一つ、働き方について過度に時間的制約を適用することは、若い医師のスキルアップやヤル気、ひいては将来の可能性を狭めてしまう問題があるという点です。たとえば外科系であれば、とにかく手術の症例数を積みたいといった理由で、病院に泊まり込んででも働きたいという人がいます。実際、手術は実践を通じて会得する部分も多くあります。今回の検討会でも勤務医の代表が何人か出ていますが、その方々から「働きたい医師には働いてもらってもいいのではないか」という趣旨の発言が聞かれました。同じ医師としては希望を見いだした気もしましたが、こうした感覚の医師は多いはずです。

雇用する病院側がそうした意見を声高に主張して受け入れられるかどうかはわかりません。しかし、労働したらその分の対価も支払われるわけですし、そういうことまで摘み取ってはいけないと思います。重要なのは「働きたくない人を無理やり働かせないようにする仕組み」などと、論点を明確にすることが大切です。

タスクシェアリングの効果は限定的

今年4月にまとめられた「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」では、医師業務のタスクシェアリングやタスクシフティングが提言されています。

他職種への「シェアリング」は、できる部分はあるでしょうし、積極的に進めるべきだと思います。ただ、一朝一夕にできるものではないし、限界があります。シェアリングによって医師の業務がどれだけ減るのかと言うと、かなり限定的でしょう。私見ですが、医師業務のうち振り分けられるのは1割程度でしょう。

1週間単位で医師がどのような働き方をしているか調査するとか、1分単位で医師が24時間に何をしているかを調べ、労働とそうでないものを調査するといった案が出ています。医師の業務をどれだけ削れるかの議論には役立つかもしれませんが、それ以上の対策が描けるのか、分かりません。現場側としては、医師の業務を厳密に切り分けることなど、実は不可能なのだということを明らかにできるかもしれないと思っています。

タスクシェアリングやＡＩの活用を進めたとしても、仕事量が劇的に減るとは考えにくい。もちろん、医療の質は良くなると思いますが、それは医師の労働時間とは別のテーマでしょう。

医師不足のなかでシフティングは進むのか

「シフティング」のほうはさらに難しい。そもそも「働き方改革」が必要な救急医療や産科は、医師不足が深刻で、とても「シフト」するゆとりはないでしょう。地域や病院機能によって置かれた状況はまったく異なりますから、一律に進められると考えるのは危険です。

救急医療がわかりやすい例です。たとえば3次救急医療の救命救急医療センターなどでは、医師のシフト制を敷いているところもあると聞きますし、行政がイメージするようなシェアリング、シフティングを念頭に置いた業務分担が可能な施設もあるかもしれません。

しかし、民間による二次救急医療機関は大半が当直体制を敷いています。そして大阪府のような都市部はそうした民間による二次救急医療機関によって救急医療提供体制は支えられているのです。

こうしたところに1カ月あたりの労働時間を極端に制限するような規制を導入されてしまうと、救急医療は回せません。医師のシフト制を導入できるような救命救急センターをこれから整備するのは現実的ではなく、仮に整備されたところで民間が担っている救急医療機能を肩代わりすることはできません。つまり、現場度外視の医師の働き方改革を強行すれば、大阪など都市部の救急医療は崩壊しかねないということです。

仮に現行の体制を維持しようとするなら、民間病院は他の地域から医師を招かなければならず、他の地域はただでさえ医師数が少ないのに、ますます少なくなり、地域の医療は危機に直面します。

悪い連鎖反応が起き、地域間の医師の偏在が拡大する懸念さえあります。

全国的に見て、「タスクシェアリング」を進められる地域、医療機関は限られるのではないかと思います。はっきり言って、当院も含めて実際に医師のシフト制を敷けるところはほとんどないでしょう。

それに、医師の報酬のあり方も大きく変わってきますが、それが必ず良い結果を生むかというと、疑問です。当直では「寝当直」の日もあれば、ほとんど夜通しで治療に当たっていることもあります。それを見越して給与面であらかじめ手当てを加えているのです。今回の論議は、そうした手当てをしているうえに、さらに超過勤務手当を支払えということになります。この「あらかじめの手当て」が数千円というレベルであれば議論の余地もあるかもしれませんが、民間病院でその額で収めているところは皆無でしょう。日中は常勤医としてＡ病院で働き、夜間はＢ病院で当直医を務めるという医師も多い。これはつまり、当直手当がＢ病院のほうが良いという判断があるからです。

つまり市場原理が働いているわけで、そこへそうでない論法で介入するのは、かえって不健全な結果をもたらしかねないと思います。

「地域医療を守る」観点から議論も求める

もう一つ、地域密着型の病院としては、「地域医療の崩壊を防がなければならない」点も訴えていかなければならないと思っています。今回の議論は「医師の過酷な労働」に焦点が当たりがちで、確かにそれは重要な問題ですが、地域医療を守るにはどうしたらいいかという論点は欠かせません。

「医師の働き方改革」は、単に医師の働き方を改めるというだけにとどまりません。医師の労働時間を制限するなら、その時間を埋め合わせる代わりの医師が必要ですし、そのための人件費も当然発生します。そうなれば、医療費はさらなる上乗せが必要になっていきます。逆に、労働時間を減らして埋め合わせを行わないなら、その部分の医療提供は「空白」になるわけです。特に医師不足が深刻な救急医療のような即時対応が求められる現場で、そうした事態が起こり得るのです。

働き方改革には、「地域医療」をどう守っていくかという論点も必要なのです。

ばば・たけひこ
1983年、九州大学医学部医学科卒業。同年、同大医学部附属病院脳神経学科。九州厚生年金病院脳神経学科、九州大学医学部附属病院脳神経学科等を経て、92年、馬場病院・馬場記念病院副院長就任。94年、医療法人ペガサス設立、理事長に就任。96年、馬場記念病院院長に就任。2009年、社会医療法人ペガサスへ法人格変更。翌年、社会福祉法人風の馬設立、理事長に就任。03年より日本医療法人協会副会長。

今からでも着手できる 医師の負担軽減策はあるのか

医師の時間外労働規制が施行されるまでには、5年間の猶予がある。しかし、その間何の対策もせずに手をこまねいていては、その病院は「いざその時」、ピンチを迎えることになるだろう。現在の枠組みのなかで、できることから手をつけていくことが、重要なのではないだろうか。そのヒントとなるような取り組みを、ここで考えていこう。

タスクシフティング

医師事務作業補助者の配置

現行の法律や診療報酬の体系でも、ある程度のタスクシフトが可能であり、場合によっては評価されるものもある。

その典型が、医師の負担軽減を目的に、2008年度診療報酬改定で創設された医師事務作業補助体制加算だろう。業務として、▽診断書などの文書作成補助、▽診療記録への代行入力、▽医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等）、▽行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）――を行う医師事務作業補助者を配置することで、加算がつく。

以前から、医師が「医師にしかできない仕事」に集中するため、事務作業を代行する医療クラークなどを配置する医療機関はあった。しかし、診療報酬上の評価はなく、普及はあまり進んでいなかった。

加算ができたことで、急性期病院では普及が進んだが、一方で、「医師事務作業補助者の人件費が賄えるほどの点数ではない」という意見も、いまだに聞く。

確かに、最も点数の高い「医師事務作業補助体制加算1」の15対1補助体制加算で870点。人件費を賄うことは難しいだろう。しかし、医師の負担が減って診療の質が上がり、さらに残業手当の圧縮につながるとすれば、必要な経費と考えることもできる。加えて、過重労働による医師の退職を未然に防ぐ効果も見込むことができる。

同加算の算定ができない場合でも、何らかの形で医師の事務的作業を肩代わりする体制をつくるほうが望ましいだろう。

特定行為研修を修了した看護師

2015年10月から運用が始まった「特定行為に係る看護師の研修制度」。特定行為研修を修了した看護師は、医師または歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助、たとえば脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）などを行うことができる。現在、21区分38行為が特定行為となっている。

そもそもこの仕組みは、在宅医療の現場で活用されることを想定している。しかし、病院の現場で、応用的に活用することも可能だ。「特定行為」＝「診療の補助行為」であり、法的には個別具体的な指示で特定行為を実施する場合は、特定行為研修の受講を義務づけていない。しかし、日本看護協会は「特定行為は難易度の高い行為であり、特定行為研修の修了が不可欠」とする見解を示している。

医師事務作業補助体制加算（入院初日）

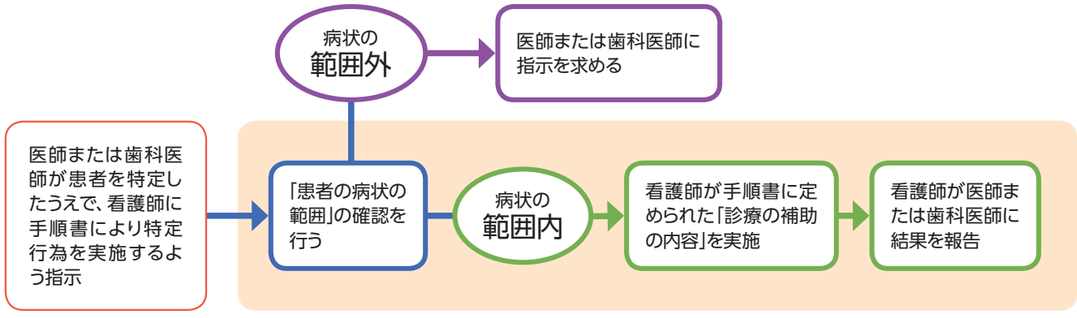
① 医師事務作業補助体制加算1

イ	15対1補助体制加算	870点
ロ	20対1補助体制加算	658点
ハ	25対1補助体制加算	530点
ニ	30対1補助体制加算	445点
ホ	40対1補助体制加算	355点
ヘ	50対1補助体制加算	275点
ト	75対1補助体制加算	195点
チ	100対1補助体制加算	148点

② 医師事務作業補助体制加算2

イ	15対1補助体制加算	810点
ロ	20対1補助体制加算	610点
ハ	25対1補助体制加算	490点
ニ	30対1補助体制加算	410点
ホ	40対1補助体制加算	330点
ヘ	50対1補助体制加算	255点
ト	75対1補助体制加算	180点
チ	100対1補助体制加算	138点

特定行為における診療の補助行為実施の流れ



たとえば、外来で、医師による診察の前にアセスメントをし、それをもとに医師が診断をするなど、在宅以外の場面で活躍する「特定行為研修を修了した看護師」も生まれ始めている。「使い方次第」で、タスクシフトによる医師の負担軽減を図ることも可能になるだろう。

タスクシェアリング

病院総合医の活用

特に外科系の専門医は、過重勤務になりやすい。外来をこなし、手術をし、術後管理も行う。当直もある。こうした診療科間の差を埋めるために、病院総合医を積極的に活用する病院がある。

ある病院では、外科手術後の管理を総合医に任せ、外科の負担を軽減している。そのため、総合医の育成に力を注ぐほか、中堅・ベテランの医師が病院総合医の専門医資格を取るよう取り組みを進めている。

また、別の病院では、高齢者救急が増加していることに対応し、救急専門医の充実と併せて病院総合医を救急部門に配置し、両者が協同で診療にあたる。救急専門医の負担軽減を図る狙いもある。

来年4月から、新専門医制度がスタートし、総合診療専門医の養成が始まる。一方、日本病院会では、独自に病院総合医の認定制度の運用を始めるとした。こうした「総合医」が医療現場に配置されるようになれば、「医師の働き方」にも大きな影響を与えるようになるだろう。今から計画的に養成・採用を考えてみてはいかがだろうか。

非常勤医の活用

夜間の当直を非常勤医にお願いする、といったことは古くから行われてきた。また、大学病院から週に何度か医師を招き、専門外来を開くということもかなり一般的になっている。これらは、医師の負担軽減に寄与していると言えるが、こうしたことに加え、特に大都市圏で、麻酔科医の確保が難しいことから、手術の麻酔などは非常勤医に任せるケースが増えている。

背景には、麻酔科の医師の「フリーランス化」があると言われる。特定の医局や病院に所属せず、「手術1件につきいくら」で報酬を受け取る。首都圏では、麻酔科専門医の20～30%がフリーランスだという説もあるほどだ。

常勤医の確保が難しく、少ない常勤医の勤務が過重となれば、常勤医はますます離職していく悪循環に陥る。それならば、非常勤医を最大限活用し、常勤医の負担軽減を図るべきという考え方だ。

麻酔科以外ではまだまだフリーランス医師は一般的ではないが、ある意味で「働き方改革」の向かう方向性とも合致する部分がある。医師の雇用の仕方を、考え直してみてもいいのではないだろうか。

医療・介護を地域と結びつけるため専門職と住民との出会いの場を創出

澤登 久雄さん

社会医療法人財団仁医会 牧田総合病院
地域ささえあいセンター センター長

取材・文・撮影：コスガ聡一

さわのぼり・ひさお
1966年生まれ。工学部系の大学を卒業後、演劇団体の運営スタッフなどを経て、介護業界に転身。東京都大田区内のデイサービスに勤務しながら介護福祉士、社会福祉士、ケアマネジャーの資格を取得。2003年、地域包括支援センター入新井に入職し、06年、前任者の定年退職に伴いセンター長に就任。08年4月、現在の「おおた高齢者見守りネットワーク」（通称「みま～も」）を発足。17年4月、社会医療法人財団仁医会牧田総合病院地域ささえあいセンターのセンター長に就任。

「地域包括ケアシステム」という言葉が世に知られる以前から、東京都大田区にはその理念を先取りするような取り組みが存在した。「みま～も」という通称で知られる「おおた高齢者見守りネットワーク」（旧称「大田北高齢者見守りネットワークをつくる会」）である。地域包括支援センター長だった澤登久雄氏は、この「みま～も」の発起人として、この全国にも知られる試みを牽引してきた。約10年にわたる活動を振り返るとともに、あらためてその意義について聞いた。

商店街や地元企業と提携する見守りネットワーク「みま～も」

9月16日、JR大森駅前の公共施設で、「おおた高齢者見守りネットワーク」、通称「みま～も」が主催する月に一度の「地域づくりセミナー」が開催された。今回のテーマは「防災」で、100名ほどの地域住民が集まり、日本赤十字社の専門家が災害時の自助の重要性などを説く講演を行い、続いて災害時のトイレ問題という切り口から、携帯トイレ消臭剤のメーカーが自社商品を配布しながらPRした。さらに非常食メーカーがアルファ米の試食会を開くなど、専門家の講義と企業活動を巧みに組み合わせていた。

澤登久雄氏が発起人の「みま～も」の特徴は、商店街や地元企業との密接な関係だ。「『みま～も』は行政の助成金ではなく、協賛金で運営してきました。趣旨に賛同した企業などがお金を出し、人も出し、一緒に汗をかいてくれたのです」

医療・介護と地域とを結びつけるための多職種連携を志向する澤登氏の考えは明快だ。「医療・介護の連携だけでは足りず、そこを強固にしても、地域にはその連携の成果が届かない人がいます。地域の人が助けを求める前から、お互いの顔が見える関係をつくるために専門職は外へ出ていく必要があります」

「みま～も」のすべての活動には、住民と専門職らの出会いを、当事者たちが元気なうちにつくり出すというテーマが通底している。たとえば「大田区高齢者見守りキーホルダー」は、「みま～も」の名を全国に知らしめた取り組みだ。高齢者の外出時に、病院に救急搬送されるなど不測の事態で身元の照会が必要になった際のツールとして考案され、緊急連絡先や医療情報を登録し、キーホルダーを見れば、照会先がわかる。今は全国の自治体が同様の仕組みを採用する。

「登録情報が古いと役に立たないので、登録者の方には年に一回、誕生月に地域包括センターに来て情報を更新してもらいます。それを通じて、キーホルダーの持ち主に介護が必要になる以前から、センターと顔なじみになっていただくことに意味があるのです」と澤登氏。

企業に対しても、「まちづくりが元気！おおた登録事業」を展開。区内の企業や公共施設が業務以外にできることをステッカーに書き、地域に示すという取り組みで、たとえば、薬局なら「健康診断の解説をします」という専門的な情報を提供。それらをきっかけに医療・介護を必要とする人と企業・施設が、触れ合える仕掛けになっている。

毎回100名の参加者があるという「地域づくりセミナー」

今年4月にオープンした多世代交流の居場所カフェ「おおもり語らいの駅」

年間420回のミニ講座を開催 地域包括ケアの成功例に成長

澤登氏は2006年、地域包括支援センター入新井のセンター長に就任した。地域福祉を手がけたいという希望を持っていたが、日々の業務で手一杯となり、地域にまで手が回らないことを悟った。「大田区では地域包括センター全体で毎月約1万件の電話相談を受けていますが、そうやってケアにアクセスできる人はまだいいのです。問題は、SOSのサインも出せないでいる人たち。私たちに余力がないのであれば、地域に協力してもらい、医療・介護の専門職につなごうというのが『みま～も』の着想です」

今から9年前の08年、「みま～も」は第1回の「地域づくりセミナー」を開催する。地域包括支援センターの職員や協賛企業・団体がそれぞれ得意分野のテーマを受け持った。狙いは、地域の高齢者を面的に支える「気づきのネットワーク」を構築すること。セミナーは好評を博し、やがて参加する住民は100名を超えるようになる。センターの業務を受託していた牧田総合病院の理事長や院長にも講師として参加してもらい、繰り返し開催するうちに、同病院の医師や看護師にも関心を持たれるようになり、参加者の輪も拡大。住民と医療・介護の専門職、企業が本格的につながっていった。

さらに、澤登氏は「『お客さん』をつくらない」という方針を立て、参加者から主体的に活動に関わる人々、いわゆる「みま～もサポーター」を募った。これらのサポーターがミニ講座などの企画・運営に参画するようになり、活動場所である「みま～もステーション」として商店街の中の「アキナイ山王亭」を使えるようになった12年以降、講座などの活動が加速していく。現在の「みま～も」は、94社の協賛企業・団体と100名近いサポーターが協力し、年間420回ものミニ講座が開催され、地域包括ケアの成功例として全国的に注目されている。

今年4月、澤登氏は地域包括支援センターを離れ、牧田総合病院が新設した地域ささえあいセンターのセンター長に就任。「みま～も」の活動とともに、世代を超えた交流の場である居場所カフェ「おおもり語らいの駅」の運営などに注力している。「おおもり語らいの駅」は、同病院の専門職と地域住民の出会いの場だ。小学校の隣にあり、子どもたちを対象とした企画も多い。「ここへ来てお兄さんお姉さんと仲良くなり、やがて彼らが自分に何かあったときに助けてくれる人だとわかってくれるといい」と、澤登氏は言う。

時代に先駆けて地域包括ケアの豊かな土壌をつくりだしてきた澤登氏。その新たな挑戦は、いま始まったばかりである。

みま～もの取り組み

2008年
「大田北高齢者見守りネットワークをつくる会」発足
「地域づくりセミナー」開始

2009年
「みま～もレストラン」オープン
「地域づくりセミナー」で「SOSみま～もキーホルダー」を提案
「SOSみま～もキーホルダー」登録開始
「おおた高齢者見守りネットワーク」へ名称変更

2011年
「みま～もステーション」、「みま～もサポーター」スタート

2012年
「大田区高齢者見守りキーホルダー」登録開始
「アキナイ山王亭」がオープン。「みま～もステーション」として利用開始

2014年
「まちづくりが元気！おおた登録事業」スタート

2017年
牧田総合病院が地域ささえあいセンターを設置
居場所カフェ「おおもり語らいの駅」オープン

社会医療法人財団仁医会 牧田総合病院
地域ささえあいセンター
東京都大田区大森北1丁目34-6
http://www.makita-hosp.or.jp/medicalwelfare/index.php

牧田総合病院グループのなかでも、地域ささえあいセンターは地域に密着した役割を担う複数の部署を集約。地域包括支援センター入新井も、地域ささえあいセンター長の下に置かれている。

＼あしたを元気に！／
ソラスト施設
solasto
訪問記

佐倉市認可保育園
ソラストさくら保育園
（千葉県佐倉市）

園長
鈴木（すずき） 圭子（けいこ）さん

設立	2005年9月
所在地	千葉県佐倉市上志津1704-6
TEL	043-463-7351
FAX	043-463-8886
スタッフ数	28名（常勤22名、非常勤6名）
提供サービス	認可保育
対象年齢	月極保育：生後57日～6歳

（上）10月に完成したばかりの新園舎
（下）チームワーク力抜群のスタッフ

施設の大型化で高まる存在感 ソラスト保育の改革リーダーに

古くは城下町として栄えてきた千葉県北部の佐倉市に、2005年9月に開設された「ソラストさくら保育園」は、職員の定着率が高く、園児や保護者も安心できる保育園だ。“職員ありき”の工夫が、保育園の質を引き上げている。

変わらないスタッフが安心感と信頼感を醸成

佐倉市は東京都心へのアクセスが良く、成田国際空港や千葉市へ行くにも便利なことから、現在はベッドタウンとして人口は増加の一途をたどっている。同市にある「ソラストさくら保育園」は、京成電鉄志津駅から程近い住宅地の一角に立地している。

「職員の定着率の高さが自慢です」と、園長の鈴木圭子さんは話す。スタッフの顔ぶれが変わらないことが、園児や保護者の安心感につながるのは言うまでもない。加えて、同園では一つのクラスを複数のスタッフで受け持つ「複数担任制」を採用。「担任のうち一人は年度替わりの際、園児とともにクラスが持ち上がります。入園から卒園まで、園児のことを熟知しているスタッフが常に近くで見守る仕組みです」

ある特定の時期だけの「点」ではなく、年から年という長期の「線」で園児を見ることにより、信頼関係を一層強固にしている。園児の兄弟姉妹率50%という数字が、その証だ。

（上）ブロック遊びは、園児たちの中でも人気が高い
（左）プール納めの日にプール内に放たれたドジョウを捕まえるイベントも実施

ソラスト保育園全体の質向上に貢献

今年12年目を迎えたソラストさくら保育園。離職者がほぼ出なくなったのは設立4年目ころからだという。

「当園は女性スタッフのみ。結婚し、出産と育児を繰り返し、“働く母親軍団”になっています。増員のために入職したスタッフも、先輩の公私両立の姿から、安心して働ける職場であると実感していると思います」

高い定着率を実現した背景には、「働きやすい環境づくりが、園長としての一番の課題」という鈴木さんの工夫や働きかけがある。

「まずは“職員ありき”。何か決めるときは、必ずスタッフ全員の意見を聞き、みんなの納得を取りつけます」

さらに同園では、情報の共有化・可視化を進めており、たとえば、作業の手順や園児の様子などをビデオや写真で撮影し、明瞭で誤解の少ない説明につなげている。また、スタッフのシフトも可視し、時短勤務のスタッフが遠慮せずに仕事を抜けられるように配慮を施す。

鈴木さんの活動は園内だけにとどまらない。その一つが、スタッフの評価を記録する面談表を、ソラストのほかの園長３人と共同で作成していること。「園長とひと言でいっても、1年目からベテランまで経験はさまざま。誰でも同じレベルの職員面談ができる方法を考え、アンケート調査などで検証し、面談表を作りました」と、作成の目的を語る。

今年はこの面談表が、ソラストの全保育園で使われている。園長は物事を一人で決めなくてはならないことが多い。「そんなとき、ほかの園長に聞ける土壌をつくりたかった。そのための第一歩」と話す鈴木さんたちの活動は、ソラストの保育園全体の質の向上にも貢献するものと言えそうだ。

「提案すればやらせてもらえる土壌が、ソラストにはあります。保育事業部と保育園はいわば“両輪”。事業部の支援がなければ絶対に成り立ちません」と、鈴木さんは強調する。

行政からの大型化の要請を３年越しに実現

ソラストさくら保育園は今年10月1日、近隣に移転し、園児数120名の認可保育園となった。待機児童解消を目指す佐倉市からの要請が、３年を経て実現の運びとなったわけだ。株式会社が認可保育園を取得すること自体が依然として難しいなか、行政からの要請で大型化する同園。12年間積み重ねてきた信頼と実績の賜物だろう。

今後は、掃除ロボットをはじめICTをフル活用し、施設の大型化に対応していく。その一方で、保育内容は変えず、これまでどおり一人ひとりの園児に丁寧に接していく考えだ。

「園児の数が多くなると、『流れ作業的になるのでは』と危惧する職員もいます。しかし、私たちが覚悟を決めて、しっかり取り組めばそんなことにはならないでしょう。そのために何が必要なのかをよく保育事業部と相談し、バックアップを得ながら、着実に進めていきます」と、鈴木さんは力強く語る。

（上左）おやつは年長児がお手伝い
（上右）園児の健康は食事から。衛生管理にも気を配る
（左）梅干作りも年長児だけが行える。年少の園児たちにとっては憧れの作業

保護者の声

池田（いけだ） 智之（ともゆき）さん

現在2歳になる長女が1歳のときの昨年4月からお世話になっています。一昨年3月には長男もここを卒園しているのですが、園での楽しい思い出がたくさんあり、長女の入園も強く希望しました。

長女は12月生まれで、クラスでは一番誕生日が遅く、最初のころは同じクラスの友達と比べると言葉が遅く、何も話せない状態でした。先生方や友達がいつも温かく声をかけてくれたおかげで、いつの間にかすっかり話が上手になり、今では6歳上の兄の行動を注意するほどに。娘の成長をとてもうれしく思っています。

PERSON'S CLOSE UP 笑顔のひと

モットーは「笑顔でいること」4人の子育てをしながら園児の成長を見守る

ソラストさくら保育園
サブリーダー保育士
井口 民子さん
（いのくち・たみこ）
幼稚園教諭の夢を実現した後、保育士に。2011年4月、株式会社ソラストに入社。現在、4人の子育てをしながら、同園のサブリーダーとして活躍中。

お互いの気持ちがよくわかる働きやすい職場環境

ソラストさくら保育園に入職して6年目を迎えました。親が共働きだったため保育園に通っていたころは、年長クラスの担任の先生が好きになり、将来は保育の仕事に就きたいと考えるように。その一方で、幼稚園の可愛らしい制服に憧れていたこともあり、まずは幼稚園に就職しました。ところが、幼稚園は長時間勤務で、体力がある若いころでないと厳しいと実感。私は、結婚しても仕事を続けたかったので、保育園に転職しました。

現在、上は高1から下は4歳まで、4人の子どもを育てながら働いています。ソラストさくら保育園は、「時短」で帰れることが私にとって何よりありがたい。私以外のスタッフも皆、うまく産休・育休などを取りながら働いています。

働きやすさを実現しているのは、やはり職場の環境にあると思います。福利厚生が充実し、人間関係も良好です。スタッフの年齢の幅はありますが、同じ女性ということもあって、お互いの気持ちがよくわかり、皆が常に協力し合っています。休まなくてはならないときや帰らなくてはならないときも、気持ちよくその人の仕事を引き受ける。そういうことが自然にできている職場です。

気持ちの切り替えができるのも働くことのメリット

この仕事で最も気を使うのは、保護者の方への対応です。特に初めての子どもの場合、保護者の方は小さなことも気にしやすいもの。そのため、子どもの情報は些細なことでも、常に伝えるようにしています。保護者の方の考えは時代によって変化しますから、対応についてはスタッフ間で、日頃からよく話し合うようにしています。

子どもと接するとき、常に意識しているのは「笑顔でいること」です。家でイライラすることがあっても、職場に来ると気が引き締まり、心のリセットができます。それに、子どもの成長を見る喜びは何物にも代えがたいものがあり、仕事のやりがいにもつながっています。園の子どもを見ていると、自分の育児の参考になることもたくさんありますね。

コトバの鍵

●今月のコトバ●

働き方改革実行計画

© mayu - Fotolia.com

2017年3月28日に、政府の「働き方改革実現会議」（議長＝安倍晋三首相）が決定した、働き方改革の実現を目的とする実行計画。その内容は、▽同一労働同一賃金など非正規雇用の処遇改善、▽賃金引上げと労働生産性向上、▽罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正、▽柔軟な働き方がしやすい環境整備、▽女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備、▽病気の治療と仕事の両立、▽子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就労、▽雇用吸収力、付加価値の高い産業への転職・再就職支援、▽誰にでもチャンスのある教育環境の整備、▽高齢者の就業促進、▽外国人材の受け入れ――の各項目について、改革の方向性を明示しています。

なかでも注目されるのが、罰則付き時間外労働の上限規制の導入です。「週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を、原則として月45時間、かつ年360時間とし、違反には罰則を課す」としました。労使が合意して労使協定を結ぶ場合でも、上回ることができない時間外労働時間を年720時間（＝月平均60時間）としました。解散総選挙で法改正の行方は不透明になってしまいましたが、こうした方向で法改正が進められるとみられています。

実行計画を決定した働き方改革実現会議は、議長代理に加藤勝信・働き方改革担当相（当時）、塩崎恭久厚労相（同）を配置し、関係閣僚6人のほか、財界、労働界の代表や学識経験者などの民間有識者15人で構成されていました。16年9月に初会合、今年3月28日に実行計画を決定するまでに10回の会合を開いています。

月刊 solasto 第20号
発行日 平成29年10月31日 ●編集 株式会社日本医療企画 ●発行 株式会社ソラスト

ICTを活用し、クオリティーと生産性を飛躍的に高める、医療事務・介護・保育のイノベーションリーダーへ。

- □医療・介護連携をリードし、地域社会の未来に貢献します。
- □プロフェッショナルを育て、良い生涯キャリアを生み出します。
- □新しい働き方で、自分らしいワークライフバランスの実現を目指します。
- □50年の歴史で培った「やさしさ」と「安心」をお届けします。
- □業界リーダーとして責任ある行動を約束します。

株式会社ソラスト　http://www.solasto.co.jp/
【本社】〒108-8210 東京都港区港南1-7-18 A-PLACE品川東6F

あしたを元気に ソラスト