

医療制度改革下の医療療養病床における看護労働の変化と課題（第1報） —平成18年度診療報酬改定による影響に関するインタビュー調査から—

益加代子, 林 千冬

神戸市看護大学

キーワード：医療制度改革, 医療療養病床, 診療報酬改定, 看護補助者との協働

The Impact of Health Care Reform on Nursing Work in Health Insurance-Financed Long-Term Care Beds (1)

— The influence of the Revision the Health-Care Fees 2006 in Hospitals —

Kayoko EKI, Chifuyu HAYASHI

Kobe City College of Nursing

Key words : health care reform, health insurance-financed long-term care beds, revision the health-care fees, collaboration with assistant nurse

I. はじめに

2006年に当時の小泉政権下で行われた医療制度改革は、医療費適正化政策を柱とした医療保険制度と医療提供体制の改革である（厚生労働省, 2007a）。医療提供体制の改革の中心は、機能分化・集約化による医療サービスの効率化であり、いうまでもなくこれは、現場の看護・介護労働に大きな影響を与える。一般病床（急性期病院）においては、医療の効率化促進のための平均在院日数短縮によって、看護業務の高度化、複雑化、作業量の増加、多忙化といった変化、つまり看護労働のさまざまな量的・質的变化をもたらした（勝山, 2007）。そしてこれらは、看護職員の労働時間の延長や健康障害の増加、ひいては離職率の増加といった問題を引き起こしている。

一方、療養病床については、看護要員の約半数を看護補助者が占める配置基準となっている。このことは、政策的には、養成費用や賃金といったマンパワー費用の抑制を狙うものとみることができ、こうした政策方針が、以下に述べるような療養病床における看護労働の厳しい状況を生み出している。

療養病床の“起源”は、1983年の老人保健法において創設された「特例許可老人病院」にある。これは、

看護職員の配置基準が一般病床の4:1より低い6:1とされ、当時一般病床では定めなかった看護補助者の配置基準8:1が併せて設けられた。1992年の第二次医療法改正においてはさらに、一般病床と区別した「その他の病床」に「療養型病床群」という類型が設けられ、看護要員の配置基準は、看護職員6:1、看護補助者6:1とされた。

2000年の介護保険法の制定時では、療養型病床群を介護保険適応の療養病床と医療保険適応の療養病床に分け、翌2001年の第四次医療法改正で「その他の病床」の「療養型病床群」から「療養病床」へと病床区分の見直しが行われた。この時、療養病床における看護要員の人員配置基準は、看護職員4:1、看護補助者4:1（ただし2012年までは6:1、6:1の緩和措置あり）とされた。

これまで2000年の介護保険法創設、2001年の第四次医療法改定の病床区分見直しまで、厚生労働省が一貫して一般病床から療養病床の転換を政策的に誘導してきたこともあり、療養病床は、1992年には18万4,557床（老人病院と療養型病床群の合計）であったものが、介護保険制定後の2004年には34万9,450床（うち医療保険適応約23万床、介護保険適応約12万床）にまで拡大した（厚生労働省, 2008）。

しかし、2005年の慢性期入院医療実態調査（厚生労働省，2005）において、医療保険適応と介護保険適応の療養病床ともに医療必要度の高い患者の割合はおおむね5割であり、入院患者の状態に変わりがなかったという結果を理由に、厚生労働省は、これまでの療養病床拡大路線を大転換させた。すなわち、「療養病床については、医療必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応する」、「医療必要度の低い患者については、病院ではなく、在宅、居住系サービス、又は老人保健施設等で受け止めることで対応する」という療養病床再編の基本的方針を示したのである（厚生労働省，2007a）。

こうして療養病床再編は、2006年医療制度改革法案の目玉として盛り込まれ、介護療養病床（約13万床）を6年後の2011年度末までに全廃し、医療療養病床（約25万床）については、15万床へ削減するという方向性が示された。しかし、こうした将来像に対しては各方面からの批判が相次ぎ、厚生労働省では削減計画の見直しをせまられている。加えて、2009年の政権交代後の現在、これは現実のものとなりつつある。

この転換政策をすすめるために2006年度の診療報酬改定（以後、平成18年度改定とする）では、医療保険適用の療養病床に「医療区分1～3」および「ADL区分1～3」という2つの区分のマトリックスからなる患者評価基準を設け、医療必要度の低い患者の診療報酬を大幅に引き下げた。このマトリックスでは、医療必要度の最も低い「医療区分1」であれば、日常生活援助の必要度の高い「ADL区分3」の患者であっても病院の収益につながらない仕組みになっている。2008年の改定では、さらにこれらの診療報酬点数が引き下げられ、療養病床を有する病院の経営は厳しさを増している（高橋，2008）。

医療制度改革で掲げる病床の機能分化は、一般病床では医療必要度の高い患者を短期で効率的に治療し、その後の治療や看護ケアは療養病床をはじめとするいわゆる“後方の”医療機関や施設、あるいは在宅へ移行するという図式となっている。しかし現状では、こうした後方施設等は決して十分に整備されているとはいえない。さらに、平均在院日数の短縮により、超急性期を脱した後方施設に送られる患者の医療必要度がますます高くなっているばかりか、これに加え、療養病床のような後方施設での日常生活の再構築への援助やリハビリテーションなどのニーズも拡大し

ている（安藤他，2006；小川，2007）。

こういった背景をうけて本研究は、平成18年度改定後の医療保険適用の療養病床に焦点をあて、その看護労働の実態と診療報酬改定による変化を明らかにすることを目的とした。まず第1段階として、療養病床の看護労働の実態を幅広く明らかにするために、地方都市と都市部の看護管理者へのインタビューを行った。

II. 研究方法

医療療養病床における看護労働の実態を幅広く捉えるために、本研究では、地方都市（調査Ⅰ）、ならびに都市部（調査Ⅱ）の医療療養病床の看護管理者へのインタビューを行った。

1. 研究参加者

- （調査Ⅰ）地方都市7病院の医療療養病床の看護管理者9名
- （調査Ⅱ）都市部の医療療養病床をもつ病院の看護部長1名

2. データ収集方法

- （調査Ⅰ）インタビューガイドを用いた半構造化グループインタビュー
- （調査Ⅱ）インタビューガイドを用いた半構造化インタビュー

3. 質問内容

質問内容は、医療療養病床の患者評価基準が導入された平成18年度改定前後の変化に焦点をあて、施設および療養病床の概要（病床数、病床の種類、平均在院日数、看護職員数、勤務体制等）、療養病床での看護ケアの実態と看護職員と看護補助者の労働実態についてである。

4. 調査期間

- （調査Ⅰ）2006年6月
- （調査Ⅱ）2006年10月

5. 分析方法

インタビューの内容を逐語録にし、調査Ⅰ、Ⅱそれぞれを質問項目ごとに内容を整理した。

6. 倫理的配慮

機縁法により研究参加者を募り、事前に調査の目的、内容を伝えて協力を依頼した。研究協力者へはインタビュー前に自由参加の意思を尊重し、この研究目的以外にデータは使用しないこと、インタビューを辞退しても不利益にならないこと、データの匿名性の確保、結果の公表について口頭と文書で説明を行い、文書で承諾を得た。

III. 結果

1. 調査 I（地方都市における医療療養病床の実態）

1) 研究協力施設の概要

調査 I の研究協力施設は、病床数平均51.4床、医療療養病床3施設・特殊疾患療養病床4施設で、全て一般病床と療養病床とのケアミックスの施設であった。これらの施設は、3～9年前に一般病床あるいは精神病床から療養病床に転換し、転換当初は医療療養病床と介護療養病床の混合や医療療養病床のみであったものが、平成18年度改定を受け、3施設は同年6月から、より診療報酬点数の高い特殊疾患療養病床へ届出変更していた。

2) 人員配置および職員の資格

研究協力施設の職員配置は、看護職員4：1もしくは5：1、看護補助者3：1～5：1であった。看護職員の配置が5：1の施設では、看護補助者の配置を3：1という、現在の医療療養病床の算定基準4：1にプラスアルファの配置をすることで、ケアを提供する人的資源の確保をしていた。しかし、第5次医療法改正（2012年度までは経過措置として従前の職員配置基準6：1までが許されている）や医療区分の高い患者割合が多い場合の算定用件（「医療区分2・3」の患者が8割以上）では、看護職員4：1／看護補助者4：1の人員配置を満たさなければならず、この基準に満たない施設では、将来の看護要員とりわけ看護職員確保に不安を抱えていた。

職員の年齢は、看護補助者は20歳代が多く、看護職員では30～50歳代であると話しており、看護補助者に比べて看護職員の年齢が高かった。また、一般病床と比較しても療養病床の看護職員の平均年齢は高い傾向にあると語られた。これは、療養病床における夜勤帯の看護職員配置が病棟内で1名であり、一定の経験を有する看護職員でなければ患者ケアへ対

応できないためである。看護補助者では、ほぼ半数がヘルパーもしくは介護福祉士資格を持っていた。介護福祉士資格の保有者は、20歳代が中心で介護福祉士養成学校を卒業し、病院へ就職している職員であった。

3) 勤務体制

1施設を除く6施設では2交代制の勤務体制をとっていた。日勤帯では看護職員2～5名、看護補助者2～4名の配置をとり、夜勤帯では、看護職員1名、看護補助者1～2名の配置で約50名の入院患者に看護サービスを提供していた。特に夜勤帯の人員配置は少ないため、これらすべての施設で、看護職員あるいは看護補助者による早出・遅出体制をとり、夜勤時間帯にかかる患者の朝食時・夕食時のケアの際の人員配置を厚くする工夫をしていた。

このように研究協力施設では、限られた人員配置のなかで、変則勤務によって何とか看護サービスが提供できる体制を確保すべく努力している様子が見えられた。

4) 入院患者の特性と看護業務

研究協力施設の療養病床での入院患者は80歳代が中心で100歳を超える患者も少なくなかった。このうち、歩行できる患者は各病棟わずか1名程度で、ほとんどの患者は日常生活での介助を要する状態、すなわち診療報酬算定のマトリックスでいう「ADL区分2」以上だと推測された。なかでも寝たきりの状態にある患者（「ADL区分3」に該当）は、全体の8割を超えており、入院患者のケア必要度は非常に高いという現状が語られた。

また「ADL区分」だけでなく、入院患者の「医療区分」の上昇の傾向があることも口々に語られた。これに伴い「看護職でしか担えない診療の補助業務が増加し、看護職の時間外勤務も増加している」という現状となっていた。具体的には、経管栄養の必要な患者が病棟の半数近くを占め、気管切開等で吸引の必要な患者、血糖測定の必要な患者等も軒並み増加していると語られていた。

現在の看護職員配置数では、夜勤帯の複数配置は不可能であり、看護管理者からは「夜勤帯の看護師配置が1名であるために医療必要度（医療区分）の高い入院患者を増やすことにも限界がある」という現状が語られ、病棟内での医療必要度の高い患者割合を制限し、例えば吸引の必要な患者は10名まで、かつ2時間おき

に吸引が必要な場合は一般病棟へ転棟といった対応や、療養病床での受け入れ前に判定会議を開き、その時点での病棟全体の入院患者状況を勘案し、受け入れを判断する、あるいは判断する以前に特定の状況の患者、例えば徘徊する患者は受け入れないといった対応をとっていた。

5) 看護補助者との協働

研究協力施設での看護職員と看護補助者との協働については、両職種が円滑に協働できていると答える施設がある一方で、看護職員・看護補助者間のコミュニケーションが不十分で職種間に溝があり、「看護師と介護職員（看護補助者）とであえて分業してしまった方が看護師の仕事のストレスが少なくなる」という施設もあった。

積極的に協働を図っている具体例としては、基本的には看護職員と看護補助者とでほぼ同じ業務を分担し、看護職員には診療の補助行為をプラスする施設があった。しかしこれでは看護職員への負担が増加してしまうため、内服薬の配薬や口腔吸引は看護補助者が行わざるをえない状況も生じていた。また別の施設では、患者のプライマリーケアを看護職員と看護補助者がペアで担い、ケア計画も共に立案するといった施設もあった。

一方で、あえて分業している施設では、看護職員は診療の補助業務を中心に行い、日常生活援助は看護補助者が担っていた。また、病棟内のナースコールに対応するPHSの4台中3台を看護補助者が携帯しており、患者からのナースコール対応のほとんどは看護補助者が担っていた施設もあり、患者の日常生活援助の中心は看護補助者が行っている現状が明らかになった。このような施設では、看護職員と看護補助者のコミュニケーションの機会が乏しく、共有すべき患者の情報が少なくなるために、勤務交代時の申し送りは共に行う工夫をしていた。

協働の実例はそれぞれの施設により多様であるが、すべての施設において看護職員のみで時間外労働時間が長くなってきている一方、看護補助者の時間外労働はほとんどないといった現状も語られた。

こうしたなか、看護職員にとって看護補助者への教育は、重要な役割のひとつとなっている。看護職員への教育は院内教育の一環で行われており、ケアミックスの研究協力施設では、一般病床の看護職員とともに年間プログラムにのっとり継続教育をしていた。また、

施設外研修、例えば看護協会等の研修会へも参加していた。しかし一方で、看護補助者への教育はOJT（on the job training）の一環で看護職員が業務中に指導したり、看護補助者間でのプリセプター制度をとっていたりする施設もみられたものの、看護職員が多忙で十分な教育が行えないことや、「看護補助者は外とのつながりが無い」と、off-JT（off the job training）の教育機会が乏しい現状であることも語られた。看護補助者には、介護福祉士やヘルパーといった有資格者や無資格者が混在しているにもかかわらず、十分な教育体制が整っていない実態も語られ、「医療依存度の上昇や認知症患者の増加という背景から、看護補助者にも様々な知識・技術が要求されており、看護補助者の教育に課題がある」と看護補助者教育の問題を指摘する声もあった。

6) 拡大する看護の役割

研究協力施設の療養病床の平均在院日数はおおむね3カ月で、入院患者の転帰は施設への転所と在宅への退院が半々、またはほとんどが転所あるいは転院となっていた。こうした実態から、これらの病院でのケアには、入院当初から在宅退院を念頭に置いた意識的なケアと、在宅退院後の継続したケアが必要となっていることが明らかになった。

また、療養病床においては死亡退院も少なくなく、看取りのケアの役割も求められていた。しかし、夜勤帯では看護職員1名のため、状態の急変に対応できないこともあり、一般病棟へ転棟することで対応していた。療養病床に入院する際、このような場合に備えて事前に心肺蘇生を行うか否かのDNAR（Do Not Attempt Resuscitation）を患者や家族に確認しているかについては、2施設では確認をしていないため、その時になってから家族に確認をし、急変時の対応を複雑化させていた。

他方、療養病床に入院中の患者の多くは高齢者で（研究協力施設の平均年齢は80歳超）認知症の患者も多い。インタビューでは「動ける（認知症）患者さんは目が離せなくて、やむを得ず抑制することもあるが、歩ける人は少ないから歩けないだけまだ助かる」といった皮肉な現状も語られており、認知症患者の増加に伴う精神的ケアや特別な配慮も求められる実態にあることが明らかになった。

2. 調査Ⅱ（都市部における医療療養病床の実態）

1) 研究協力施設の概要

調査Ⅱの研究協力施設は、医療療養病床と介護療養病床を有する300床規模の療養病床のみの施設であった。

2) 人員配置および職員の資格

研究協力施設は、看護職員6:1、看護補助者5:1の職員配置に加え、理学療法士・作業療法士20名、言語療法士5名を配置する、リハビリテーション医療が特色の療養病床であった。看護職員は、看護師と准看護師が50%ずつの割合で、平均年齢は看護師40歳代、准看護師は50歳代半ばであり、20歳代の看護師は数えるほどしかいないと話されていた。なかには70歳前の看護師もあり、看護職員の平均年齢が非常に高いという実態であった。

研究協力施設の所在する都市部では、急性期を中心とした一般病院に若手の看護職員が集中し、療養病床のみの病院では新卒看護師の就職の応募が全くないため、採用する看護職員はすべて中途採用者であり、よって年齢も高くなる傾向にあった。さらに平成18年度改定で7:1入院基本料が新設されて以降は、「（一般病院への）引き抜きが後をたたない」と言われるように、准看護師をも含めた看護職員が一般病院に職場移動するために退職が相次ぎ、新規の看護職員募集も効を奏さぬまま、「年中募集状態」であった。この施設の看護管理者は、苦肉の策として「セカンドキャリア（退職後）の知り合いに声をかけてパート職員を雇用し、何とか補充をしている」と語っていたように都市部の療養病床の看護職員不足は深刻さを増していた。さらにこのことは、許可病床数に対する看護職員数の維持を困難にし、許可病床数から約50床（1病棟分）を閉鎖せざるを得ない状況をも生み出していた。

看護補助者の割合は、介護福祉士、ヘルパー、無資格者がほぼ3分の1ずつであった。介護福祉士の約2割は養成学校卒業後に就職していたため、年齢が若い傾向にある。また、この施設では、介護福祉士の中から各病棟にチーフを1名配置しており、病棟師長のもとで看護補助者のマネジメントを行っていた。

3) 勤務体制

勤務体制は2交代制であり、夜勤帯は看護職員1名、看護補助者2名を配置していた。平成18年度改定後には、患者の「医療区分」および「ADL区分」が上がり、患者の朝食時のケアをカバーする早出勤務が必要と

なっており、調査Ⅰと同様に変則勤務で看護サービス提供体制を維持していた。

なお、研究協力施設での看護補助者との協働については、看護職員・看護補助者それぞれが独立したチームに分かれて動き、看護補助者チームでは前述したチーフが新人看護補助者の指導も行うという方法をとっていた。勤務交代時の申し送りは、看護職員と看護補助者が一緒に行っていた。総じて看護職員は診療の補助業務を優先して行い、日常生活援助は看護補助者が中心に行っていた。

4) 入院患者の特性と看護業務

調査Ⅱの研究協力施設においては、医療療養病床の平均在院日数が約3カ月であるのに対し、介護療養病床での平均在院日数は年単位になっており、医療療養病床での死亡退院よりも介護療養病床での死亡退院が多かった。このことから、介護療養病床が患者にとっての「終の棲み処」となっている実態がうかがえた。

研究協力施設では、平成18年度改定後、介護療養病床に入院中の「医療区分2・3」に該当する患者を医療療養病床に転棟するという病院の方針が掲げられた。しかし、医療療養病床も介護療養病床と同じく夜勤帯の看護職員の配置が1名であるため、看護管理者は「医療区分は、2・3合わせて50%程度が対応の限度」と判断し入院や転棟を調整していた。また、「医療区分2・3の患者が50%を超える場合は、夜勤帯の看護職員配置は2名体制をとる必要がある」とも語っていた。

看護職員不足への対処としてはそれ以外に、経管栄養の患者が増加したために看護職員を早出勤務させて対応したり、経管栄養のメニュー（内容や量）を統一化して作業を効率化し、注入間違いの防止に努めたりするなどの業務改善も行っていた。さらに、看護職員数が診療報酬算定用件を下回ってきたために、届出病床数での入院患者受け入れができなくなり、稼働病床を制限することで対応していた。

こうした看護職員不足があるにもかかわらず、平成18年度改定後は、入院患者の「医療区分」および「ADL区分」評価の作業を毎日行うという新たな業務も増えていた。これは病棟師長が行っていたが、作業が膨大で多くの時間を要することに苦慮しているという現状が語られた。さらに、患者の状況、つまりこれらの区分の変化によって診療報酬点数が異なり、自己負担金も個人で異なるため、その理由を患者や家族に説明

をすることも新たな業務として加わり、管理業務自体が煩雑化していた。こうした状況を振り返り、看護管理者からは、診療報酬の改定前後の変化について「何とも言えない窮屈感がある」という感想が聞かれた。

IV. 考察

1. 前提となる看護職員配置基準の問題

以上の調査結果全体を通して根底にある問題点は、療養病床における差別的ともいえる現行の人員配置基準の低さである。平成18年改定では、一般病床（急性期病院）の入院基本料における看護職員配置は、従来の総配置基準の最高であった2:1から1.4:1（このとき実質配置基準の表記に変更になり10:1から7:1）に引き上げられた。一方で療養病床に目を向けると、従来どおり看護職員配置は4:1（実質配置基準では20:1）もしくは5:1（同25:1）であり、一般病床との格差はいっそう拡大した。

また、調査Ⅰの研究協力施設では、それほど深刻な看護職員不足は訴えられていなかったが、これは、調査Ⅰの研究協力施設が一般病棟併設のケアミックスであるため、一般病棟からのローテーションによる人員補充が可能であったためではないかと考えられた。しかし、調査Ⅱの医療療養病床では非常に深刻な看護職員不足に陥っており、都市部の療養病床のみの病院は、平成18年度改定での7:1新設に起因する“看護師争奪戦”のあおりを最も受けやすい病院であるといえ、現在の低い看護職員配置数すら維持することが困難になっていた。

療養病床の看護要員配置は、看護要員の約半数を看護補助者が占める仕組みとなっている。これは政策的には、養成費用や賃金といったマンパワーにかかる費用の抑制を狙うものとみることができる。こういった状況のなか、看護職員による看護ケアの遂行や、看護補助者との協働、かれらへの教育・指導、さらに医療政策の進行の中で新たに生まれた患者ニーズへの対応といったあらゆる面で、療養病床における看護職員配置基準の低さは、根本的な障害になっていることが、本調査においてより具体的に確認された。

医療必要度の高い患者を医療療養病床へ集約するという医療サービスの機能分化をすすめるための政策は、単に診療報酬点数の改定で誘導するという方策だけでは、医療・看護サービスの質の維持は困難であ

り、質を維持していくために見合う看護要員の人員配置基準の見直しが同時に必要になると考える。

2. 入院患者特性の変化に伴う看護ケアの量と質の変化

前述した政策誘導は、療養病床の入院患者の医療必要度を急激に高めている。平成18年度改定後に厚生労働省が行った全国調査（厚生労働省、2007b）では、療養病床の入院患者の「ADL区分2・3」の割合は約74%を占め、「医療区分2・3」の割合は約63%でともに増加していると報告されており、研究協力施設の入院患者の高い区分の割合は全国平均並み、ないしはそれ以上の傾向にあると考えられた。

療養病床は、医療法上「主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの」（第7条の2）だと定められており、療養病床に入院中の患者は、療養上の世話、つまり日常生活援助を受けることが入院生活の中心になるといえる。それゆえ、日常生活援助そのものが療養病床における医療の質、看護ケアの質を左右するといっても過言ではない。従来の療養病床では、主に慢性期の高齢患者を対象に日常生活援助を中心とした看護ケアを提供しており、こうした力が最も発揮できる場であった。しかし現在では、医療必要度の高い患者の割合が急増しているだけでなく、安藤ら（2006）によるとそれらの患者は医療処置が重複していることも多く、患者一人ひとりにかかわる時間や負担も増加している。したがって、限られた看護職員数では看護職員でしかできない診療の補助業務を優先せざるをえず、療養上の世話という看護ケア本来の役割から逆に遠ざけられてしまっている現状となっている。これは同時に看護職員の過重労働に拍車をかけ、患者への看護サービスの質保障や安全確保も脅かされることにつながる。

また、現在の人員配置基準は、夜勤帯における看護職員の複数配置が不可能であるが、医療必要度の上昇に対応できるほどの人員確保ができないために、政策誘導でねらう医療区分の高い患者の集約を制限しているという矛盾も生じていた。介護療養病床全廃後の病床転換の代替となる介護療養型老人保健施設（案）の設置に向けた資料（厚生労働省、2008）では、夜間の処置の看護業務時間等から夜間の看護業務量を試算し、60床の病棟では深夜帯で必要な看護職員配置は1.03人と算出されている。これは、試算された介護療養型老人保健施設（案）に比べて医療区分の高い患者

割合が圧倒的に多い医療療養病床であれば、夜勤帯においても複数の看護職員配置が必要であることを示唆している。

さらに、療養病床の看護職員には、施設や在宅への移行に向けた退院調整や看取りのケア、認知症ケアといった新たな役割が求められるようになってきている。厚生労働省の介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省、2006a）によれば、介護老人保健施設の死亡退所は3.5%であるのに対し、介護療養型医療施設の死亡退院は26.9%である。また、医療経済研究機構が全国の333の療養病床を有する病院を対象に行った調査（医療経済研究機構、2008）によれば、看取りのニーズに対して「対応する予定であった」と回答する病院の割合は一般病床ありの療養病床で80.8%、一般病床なしの療養病床で92.3%であった。すなわち、療養病床はすでに重要な看取りの場になっているといえる。しかし、現状では特に夜勤帯1名の看護職員配置では、看取りに十分に対応できないばかりか、DNARの確認といった看取りのケアをしていくための事前の確認も行われておらず、役割発揮が困難になっていた。したがって、このような新たな役割は看護の専門性発揮のチャンスともいえるが、前述のような人員不足や過重労働の現状にあっては、逆に、求められる役割に十分応えられないジレンマがいつそう深まっていくことも危惧される。

3. 看護補助者との協働をめぐる問題

医療処置にかかわる診療の補助業務の増加は、看護職員から看護の専門性の基盤となる日常生活援助に費やす時間を奪い、それらを看護補助者に委ねざるをえない状況を引き起こしている。こうしたなかで、看護職員と日常生活援助の大半を担う看護補助者との、患者ケアをめぐる協働のありかたがいつそう問われている。

日本看護協会業務委員会がまとめた「看護補助者の業務範囲とその教育等に関する検討報告書」（日本看護協会、1996）は、看護補助者の業務を「看護が提供される場において、看護チームの一員として、看護の専門的判断を要しない療養上の世話業務および診療補助にかかわる周辺業務を行う」と定義している。そして、看護補助者の業務の範囲を、①生活環境にかかわる業務、②日常生活にかかわる業務、③診療にかかわる周辺業務の3つにまとめており、これらは基本的

に看護ケアの業務範囲と大きく重なるものであることはいうまでもない。また、診療報酬における入院基本料の施設基準（厚生労働省、2006b）には、「看護補助者は看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする」と看護補助者の業務を定めている。しかし看護補助者については、その資格の定めがなく、専門的な「介護」の教育を受けた介護福祉士やヘルパー、あるいは全くケアに関する教育を受けたことのない無資格者が混在している。医療療養病床では、前述したような患者の特性や必要とされるケアの量・質の変化の中で、より専門的な日常生活援助が求められるようになってきているが、これを主に担っているのは看護補助者であった。つまり、看護補助者も専門的な看護サービス提供の担い手だといえる。そのような状況にあっても、無資格者も含めた看護補助者に対する、ケアに必要な知識・技術の教育は十分ではなく、その上、看護補助者の業務は看護職員の指導の下とはいえ、十分に指導できない現状では、看護補助者が医療必要度の高い患者への日常生活援助を担うことによる看護サービスの質保証はより困難になる。医療療養病床に入院する患者の特性が大きく変化している現在、看護要員の半数を占める看護補助者の資格や教育体制の整備も制度的見直しが必要な段階にきていると考えられる。

本研究における看護職員と看護補助者との役割分担、協働の実態は施設ごとでさまざまであったが、共に患者へケアを提供するものとしてプライマリーケアを一緒に担当し、計画を立案していくといった、連携を深めていこうとする姿勢や申し送りを共に行い、情報を共有しようとする協働促進への取り組みがうかがえた。日本療養病床協会の会員病院717施設を対象に日本療養病床協会の看護・介護委員会が行った「看護と介護の連携に関するアンケート」調査（川添、2008）においては、「看護職と介護職は連携できているか」という質問に対し、「連携できている」と回答したのは看護職員で87.0%、介護職で85.3%であった。連携のための実践で重要だと思われることについては「申し送りの全員参加」や「看護職・介護職の合同ミーティングの開催」、「介護職にリーダーを設ける」といった項目が上位にあがった。これらからも、看護

職員と看護補助者が共にケアをすすめていく関係性の構築を図ることが両者の連携・協働においては重要であるといえる。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、都市部と地方都市での平成18年度改定後の医療療養病床における看護労働の変化の概要をつかむことはできたが、一部の施設の結果であり、これを一般化するのには限界がある。今後は、今回の結果をもとに医療療養病床における課題をさらに明確化し、制度改革にむけた検討資料とすることが必要だと考える。

VI. まとめ

医療制度改革のもと、医療療養病床に入院する患者の医療必要度は著しく増加していた。従来の療養病床では、看護職員は日常生活援助を中心としたケアを提供していたが、現在では診療の補助業務の増加に伴い、日常生活援助は看護補助者に委ね、これから遠ざかっている現状が明らかになった。また、医療必要度の高い患者を療養病床へ集約していくことを診療報酬により誘導しても、現行のままの人員配置基準と看護補助者の教育体制では看護サービスの質の維持が困難になることが危惧された。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました看護管理者の皆さまに感謝いたします。

なお本研究は、財団法人国民医療研究所「医療構造改革下の看護・介護労働プロジェクト」（代表・井上英夫・金沢大学教授）において実施したものの一部である。

文献

安藤高朗, 宮澤美代子 (2006) : ケアミックス病院における病床転換の可能性. 看護展望, 31 (10), 55-57.
 勝山貴美子 (2007) : 看護労働の現状と課題 医療制度改革により変容する看護労働の実態. ナースアイ, 20 (4), 12-23.

川添チエミ (2008) : 看護職と介護職お互いをどう見ているのか『看護と介護の連携に関するアンケート』調査結果からみる実態. 看護学雑誌, 72 (6), 464-470.

厚生労働省 (2005) : 診療報酬専門組織・慢性期入院医療の報告評価調査分科会 平成17年度第4回資料. 2009年11月25日, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/dl/s1111-3a11.pdf>.

厚生労働省 (2006a) : 介護サービス施設・事業所調. 2009年11月25日, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service06/index.html>.

厚生労働省 (2006b) : 基本診療料の施設基準等およびその届出に関する手続きの取り扱いについて. 厚生労働省保健局医療課長通知03060002号.

厚生労働省 (2007a) : 第1部 医療構造改革のめざすもの. 厚生労働白書平成19年度版, 4-27.

厚生労働省 (2007b) : 都道府県における「療養病床アンケート調査」結果. 2009年11月25日, http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0312-11b_01.pdf.

厚生労働省 (2008) : 平成18年医療施設(動態)調査. 2009年11月25日, <http://www-bm.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/06/kekka01.html>.

医療経済研究機構 (2008) : 療養病床における医療・介護に関する調査. 2009年11月25日, <http://www.ihp.jp/publish/report/h16/h16-10.pdf>.

日本看護協会 (1996) : 看護補助者の業務範囲とその教育等に関する検討報告書. 2009年11月25日, <http://www.nurse.or.jp/home/publication/information/report/report82.html>.

小川忍 (2007) : 老人保健施設の看護力強化を. 看護, 9 (13), 12-15.

高橋泰 (2008) : 第3章 療養病床再編と在宅医療. 医療白書2008年度版, 日本医療企画, 83-87.

(受付: 2009.12.1; 受理: 2010.1.26)