

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2報）

—平成18年度診療報酬改定の影響に関する病院調査から—

林 千冬, 益加代子

神戸市看護大学

キーワード：医療制度改革, 看護労働, 医療療養病床, 診療報酬改定

The Impact of Health Care Reform on Nursing Work in Health Insurance-Financed Long-Term Care Beds (2)

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

Chifuyu HAYASHI, Kayoko EKI

Kobe City College of Nursing

Key words : health care reform, nursing work, health insurance-financed long-term care beds, revision the health-care fees

I. はじめに

医療制度改革で提起された病床の機能分化は、一般病床を有するいわゆる“急性期病院”において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“後方の”医療機関や施設あるいは在宅へ移行させていくことを企図している（厚生労働省, 2007a）。

しかしながら現状では、こうした後方施設等は決して十分整備されているとはいえない。特に、一般病床における平均在院日数の短縮により、超急性期を脱した後方に送られる患者の医療必要度はますます高まり、加えて、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）。

一方、療養病床再編に向けた動きの第一歩として、2006（平成18）年度の診療報酬改定（以下、平成18年度改定とする）においては、医療保険適応の療養病床に「医療区分」および「ADL区分」という2つのマトリックスからなる評価基準が導入され、医療必要度の低い患者の診療報酬が引き下げられた。

医療区分は、「疾患・状態」または「医療処置」の内容で決まり、最も重症なのは「医療区分3」である。

もうひとつの「ADL区分」は、「ベッド上の可動性」「移乗」「食事」「トイレの使用」の4項目について、「自立」「準備」「観察」「部分的援助」「広範囲援助」「最大援助」の援助の必要度順にそれぞれ0～5点。「全面依存」と「本動作なし」に6点を与えた総得点で決定される。ADL区分1は0点～10点、区分2は11点～22点、区分3は23点～24点、ADL区分3が最もADLが低い状態である（図1）。

図2は両区分の組み合わせごとの診療報酬を示したもののだが、2006年（平成18年）度分だけをみても、医療必要度が最も低い「医療区分1」の場合は、日常生活援助の必要度が高い「ADL区分3」の患者であっても1日あたりの入院基本料は885点にすぎず、「医療区分2, 3」である場合の1220点～1344点よりかなり低額で、改正前の療養病棟入院基本料（1080点～1209点）よりも低い。

このように、平成18年度改定は、医療依存度の高い患者を受け入れなければ、医療療養病床の収支が見合わない仕組みを確立した。つづく2008（平成20）年の診療報酬改定では、全体の診療報酬点数がさらに引き下げられ、療養病床を有する病院の経営はいっそう厳しさを増している（高橋, 2008）。

これらを見ると医療療養病床は、医療制度改革の柱

医療区分		ADL区分
	疾患・状態	医療処置
医療区分3	・スモン ・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態にある者	・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・レスピレーター使用 ・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開 ・気管内挿管のケア ・酸素療法 ・感染隔離室におけるケア
医療区分2	筋ジストロフィー、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症 (ALS)、パーキンソン病関連疾患、その他神経難病 (スモンを除く)、神経難病以外の難病、脊髄損傷、肺気腫、慢性閉塞性肺疾 (COPD)、疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、創感染、リハビリテーションが必要な疾患が発症してか30日以内、脱水、体内出血、頻回の嘔吐、褥瘡、うつ血性潰瘍、せん妄の兆候、うつ状態、暴行が毎日みられる状態にある者	・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養 ・喀痰吸引・気管切開・気管内挿管のケア ・血糖チェック ・皮膚の潰瘍のケア ・手術創のケア ・創傷処置、足のケア
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	

「ベッド上の可動性」「移乗」 「食事」「トイレの使用」 …の4項目それぞれに、 「自立」0点 「準備 (を要する)」1点 「観察」2点 「部分的援助」3点 「広範囲援助」4点 「最大援助」5点 「全面依存」又は「本動作なし」6点 …を与えた総合得点で決定
・ADL区分1=0-10点 ・ADL区分2=11-22点 ・ADL区分3=23-24点

図1 医療区分とADL区分

	~2006年3月	~2006年6月	2006年7月~			
療養病棟 入院基本料 1	(若人)1,209点 (老人)1,151点	(若人)1,187点 (老人)1,130点	ADL区分 3	885点	1,344点	1,740点
療養病棟 入院基本料 2	(若人)1,138点 (老人)1,080点	(若人)1,117点 (老人)1,060点	ADL区分 2	764点		
			ADL区分 1		1,220点	
				医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3

2008年4月~					
ADL区分 3	885点	1,320点		1,709点	
ADL区分 2	750点	1,198点			
ADL区分 1					
		医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	

※注1：看護要員配置準は、療養病棟入院基本料1では、看護職員5：1/看護補助者4：1、療養病棟入院基本料2では、看護職員5：1/看護補助者5：1。
 ※注2：2006年7月からの看護要員配置は、看護職員5：1/看護補助者5：1が算定用件となり、ただし、医療区分2・3の患者を8割以上受け入れている病棟は、看護職員4：1/看護補助者4：1。

図2 医療療養病床における入院基本料の変化

である病床再編・機能分化の、さらには真の狙いである医療費の伸びの抑制の、いずれについてもその矛盾の集積点であることを示していると考えられる。こうした中で、医療療養病床の看護職員は、差別的ともいえる低い看護職員配置の中で、看護補助者(介護職員)との業務分担という困難な課題を抱えながら、もっとも必要とされているはずの看護ケアを十分行えずにいるのではないかと強く懸念される。

以上の問題意識にもとづき本研究では、医療制度改革下での療養病床再編政策の一環である平成18年度改定により、医療療養病床の看護職員や看護補助者の労働がどのような影響を受けたかを、その前後の変化から明らかにすること、ならびにこれを通して看護サービスの質保証にむけた課題を考察することを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象

近畿2府県において、医療療養病床をもつ医療機関および医療療養病床を有する可能性のある医療機関・合計388施設の看護管理者を対象とした。なお、療養病床が医療保険適用であるか介護保険適用であるかについての正確なデータは、県医務課等の行政側も正確には把握していなかったため、医師会公表のデータなども参考にして、医療療養病床である可能性のある病床を有する病院すべてを質問紙の配布対象とした。

2. 調査方法

郵送留置法による自記式質問紙調査とした。独自に作成した質問紙、返信用封筒とともに研究概要および目的、倫理的配慮を記載した研究依頼書を同封して送付した。調査期間は2009（平成21）年3月～4月であった。

3. 調査内容

本調査における質問項目は、第1報で報告した療養病床看護師を対象に平成18年度改定直後に実施したインタビュー調査結果にもとづき作成した。インタビュー調査は、①地方都市に所在する医療保険療養病棟を有する3病院と特殊疾患療養病棟を有する4病院の療養病床の看護管理者等9名へのフォーカスグループインタビュー、ならびに②政令都市郊外の医療療養病床と介護療養病床からなる1病院の看護部長へのインタビュー調査であった。

これらの調査結果からは、平成18年度改定の主要な影響として、①平均在院日数の減少、②軽症患者の退院推奨と受け入れ患者の重症化、およびこれに伴う③業務の過密化、④看護業務における診療補助業務の増加や看護補助業務における日常生活援助業務の増加、⑤看取りのケアや退院調整など新たな業務の増大といった実態が把握された。

これらのインタビュー調査結果にもとづき、本調査では、施設特性や職員構成、勤務体制などの基本情報とともに、平均在院日数、患者区分や入院患者受け入れ方針、看護職員と看護補助者の業務などが、平成18年度改定前後にどのように変化したのかを尋ねた。

なお、本調査ではこれら以外に、看護職員と看護補助者の業務の分担の実態や看護管理者の考え、職種間連携の取り組みや教育、人材確保の状況などについても広範囲に尋ねたが、本稿においてはあくまで平成18年度改定前後の変化に焦点を当てて分析・考察をおこなう。

4. 分析方法

分析は、SPSS 14.0J for Windowsを用いて、記述統計量の算出と一部クロス集計をおこなった。自由記述については、記述内容を項目ごとに分類した。

5. 倫理的配慮

研究依頼書の中に回答者への倫理的配慮について、病院選定の方法、回答への自由意志を尊重すること、本調査は無記名で実施し統計的に処理するため、施設および個人が特定されないこと、結果は本研究目的以外では使用しないことを明記し、調査票の返信をもって同意を得たものとした。

III. 結果

1. 分析対象病院の概要

合計388施設の看護管理者に配布し、99施設（25.5%）から回答を得た。そのうち医療療養病床を有する医療機関74施設（19.1%）からの回答を有効回答とした。

医療療養病床を有する医療機関の種別は、「医療療養病床のみ」が29施設（39.2%）、「介護療養病床との混合」が14施設（18.9%）、「一般病棟との混合」が20施設（27.0%）、「その他」として回復期リハビリテーション病棟や介護療養病床・一般病床との混合などが11施設（14.9%）であり、医療・介護を問わず療養病床のみで構成されている施設が約6割であった。これらの医療機関における医療療養病床数は最小45床から最大204床。病床数の中央値は54床（平均65.9床±41.8：標準偏差）であった。

2. 分析対象病院における看護・看護補助職員の概要

1) 年齢と資格

看護師、准看護師といった看護職員の平均年齢は43.3（±6.3）歳、介護福祉士などの有資格者や無資格の看護補助者では40.6（±11.1）歳であり、看護職員に比べ看護補助者の平均年齢がやや低い傾向にあった。

看護補助者の「その他」の資格には「社会福祉士」や「歯科衛生士」などが含まれ、「資格なし」には「准看護師学生」などが含まれていた。

2) 勤務体制と人員配置

医療療養病床の勤務体制は、2交代制勤務が70施設(94.6%)、3交代制勤務が3施設(4.1%)、無回答1施設(1.4%)で、ほとんどが2交代制であった。日勤・夜勤(準夜勤・深夜勤)のシフトに加えて、早出、遅出といった変則シフトをとっている施設もあり、そのうち看護職員が早出勤務を行っていた施設は11施設(14.9%)、看護補助者では50施設(67.6%)。看護職員が遅出勤務を行っていた施設は22施設(29.7%)、

看護補助者では49施設(66.2%)と、人数の多い看護補助者に変則シフトを課す施設が多かった。

夜勤帯の人員配置を職種ごとにみると、無回答4施設を除く70施設のうち看護職員1人体制をとっている施設は39施設(55.7%)、看護補助者1人体制は40施設(57.1%)であった。看護職員と看護補助者の組み合わせでみると、看護職員と看護補助者それぞれ1人の計2人体制をとっていたのは25施設(35.7%)で、病床数は平均40.3(±11.3)床であった(表1)。

これらから、3分の1以上の施設が2交代制の長時間におよぶ夜勤を、わずか2人の職員で平均40名の患者のケアにあたるという実態が確認された。

表1 病棟ごとの夜勤人数別施設

n=70※

		看護補助者				合計
		0人	1.0人	1.5人※	2.0人	
看護職員	1.0人	1 (1.4)	25 (35.7)	1 (1.4)	12 (17.2)	39 (55.7)
	1.5人※	0 (0.0)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
	2.0人	1 (1.4)	13 (18.6)	0 (0.0)	14 (20.0)	28 (40.0)
	2.5人※	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)	1 (1.4)
	3.0	0 (0.0)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
合計		2 (2.9)	40 (57.1)	1 (1.4)	27 (38.6)	70 (100.0)

※註1 : 74施設中4施設は無回答

※註2 : 小数点は、2病棟以上にまたがった複数配置を病棟数で除算

表2 医療区分ごとの入院患者数の変化

		医療区分 2				医療区分 3			
		増加した	減少した	変化なし	合計	増加した	減少した	変化なし	合計
医療区分 1	増加した	8 (14.5)	1 (1.8)	1 (1.8)	10 (18.2)	3 (5.6)	4 (7.4)	2 (3.7)	9 (16.7)
	減少した	21 (38.2)	1 (1.8)	5 (9.1)	27 (49.1)	23 (42.6)	1 (1.9)	3 (5.6)	27 (50.0)
	変化なし	7 (12.7)	0 (0.0)	11 (20.0)	18 (32.7)	5 (9.3)	0 (0.0)	13 (24.1)	18 (33.3)
合計		36 (65.5)	2 (3.6)	17 (30.9)	55 (100)	31 (57.4)	5 (9.3)	18 (33.3)	54 (100)

施設数 (%)

3. 平成18年度改定前後の変化

1) 平均在院日数の変化

平成18年度改定前の平均在院日数の中央値は180日であったが、改定後は最小49日～最大1460日・中央値168日で、全体の平均在院日数の中央値は12日の減少となった。平均在院日数が増加した施設数は19施設(25.7%)と3分の1に満たないが、増加した施設だけでみると、平均在院日数の増加幅は最小5日～最大465日で増加日数は中央値で60日であった。

一方、平均在院日数が減少した施設は30施設(40.5%)。あり、減少幅は最小3日～最大650日で、中央値でみると42日の減少。平均在院日数に変化なしと答えたのは2施設のみで、平成18年度改定の影響は平

均在院日数の増減に関しては二分されていた。

2) 受け入れ患者の変化

(1) 医療区分ごとの患者数の変化

平成18年度改定前後の「医療区分1」に該当する入院患者数の変化と、「医療区分2, 3」に該当する入院患者数の変化をクロス集計した結果、「医療区分1」に該当する患者数が減少し「医療区分2, 3」の患者数が増加したと回答したのは、それぞれ21施設(38.2%)、23施設(42.6%)であった。逆に、「医療区分2, 3」の患者数が減少したと回答した施設は1割に満たず、ほとんどの施設で医療区分の高い入院患者が増加していた(表2)。

調査ではさらに、「医療区分2, 3」の中でも、具体

的にどのような患者が増加したのかを7項目で尋ねた。この結果、増加したとの回答が最も多かったのは「喀痰吸引の必要な患者」で39施設（52.7%）、次いで「酸素療法中の患者」37施設（50.0%）、「経管栄養患者（胃ろうを含む）」36施設（48.6%）、「中心静脈栄養患者」32施設（43.2%）、「血糖測定の必要な患者」28施設（37.8%）、「創傷・褥創処置の必要な患者」26施設（35.1%）、「人工呼吸器使用患者」は14施設（18.9%）という順であった。

「その他」としては、気管切開をしている患者や透析患者、肺炎等で抗生剤の点滴が必要な患者、膀胱カテーテル留置の患者、さらにはがん末期で麻薬管理の必要な患者や24時間モニター監視の必要な患者など

があげられており、さらに、こうした医療処置が複数必要な患者が多いとの自由回答もあった。

(2) ADL区分ごとの患者数の変化

ADL区分では、「ADL区分2」に該当する患者数が増加した施設が31施設（57.4%）、「ADL区分3」の患者数が増加した施設は38施設（71.7%）で、特に「ADL区分3」に該当する患者数が増加している実態が明らかになった（表3）。「ADL区分3」に該当する患者は、ほぼ寝たきりの状態である。加えてこれら施設では「医療区分2、3」に該当する患者数も増加しており、多くの医療行為を必要とし、なおかつ全面的な身体および生活ケアを必要とする患者が増加していることが確認された。

表3 ADL区分ごとの入院患者数の変化

		ADL区分 2				ADL区分 3			
		増加した	減少した	変化なし	合計	増加した	減少した	変化なし	合計
ADL 区分 1	増加した	9 (16.7)	0 (0.0)	1 (1.9)	10 (18.5)	8 (15.1)	1 (1.9)	0 (0.0)	9 (17.0)
	減少した	13 (24.1)	2 (3.7)	6 (11.1)	21 (38.9)	19 (35.8)	0 (0.0)	2 (3.8)	21 (39.6)
	変化なし	9 (16.7)	0 (0.0)	14 (25.9)	23 (42.6)	11 (20.8)	0 (0.0)	12 (22.6)	23 (43.4)
合計		31 (57.4)	2 (3.7)	21 (38.9)	54 (100)	38 (71.7)	1 (1.9)	14 (26.4)	53 (100)

施設数 (%)

(3) 入院患者受け入れ方針の変化

平成18年度改定前後で入院患者の受け入れ方針を変更したと回答したのは、42施設（56.8%）、変更していないのは22施設（29.7%）であった。

受け入れ方針を変更した施設は1施設を除く全てが「『医療区分2、3』に該当する患者の割合を増やした」と回答しており、具体的には「『医療区分2、3』に該当する患者を病棟内の7割～8割で維持する」といった回答が多く、「医療区分1」に該当する患者の受け入れをなくし、「すべて『医療区分2、3』に該当する患者とした」という施設も5施設あった。

3) 看護職員と看護補助者の業務の変化

(1) 看護職員と看護補助者の業務量の変化

看護職員の診療の補助にかかる業務量の変化について、「平成18年度改定以降増加した」と回答した病院は51施設（68.9%）、「平成18年度改定以前と同じ」が18施設（24.3%）、「平成18年度改定以降減少した」は2施設（2.7%）のみであった。同様に、日常生活援助にかかる業務量の変化についても、「平成18年度改定以降増加した」が46施設（62.2%）、「改定前と同じ」が21施設（28.4%）、「減少した」が3施設（4.1%）で

あり、約6割以上の施設で看護職員の業務量は、診療の補助と日常生活援助の双方にわたって増加していた。

自由回答では、「重症化した患者、寝たきりの患者の増加にともない、あらゆる日常生活援助に時間がかかるようになった」という記載が多々みられたほか、「以前は看護補助者に任せていた入浴介助も、患者の重症化に伴い看護師が入浴係をするようになった」というように、日常生活援助も看護補助者だけでは担いきれなくなっている現状も訴えられていた。

一方、看護補助者の診療の補助に関する業務量については、「以前から診療の補助業務は担っていない」と回答した施設が半数の37施設（50.0%）であったが、「担っている」と回答し、かつ「平成18年度改定以降増加した」と回答した施設は24施設（32.4%）と全体の3割を超え、「改定前と同じ」は11施設（14.9%）、「減少した」は1施設（1.4%）のみであった。また、日常生活援助に関する業務量については、平成18年度改定以降「増加した」と回答した施設が47施設（63.5%）と6割を超え、「改定前と同じ」が20施設（27.0%）、「減少した」は3施設（4.1%）のみであり、看護補助者の日常生活援助業務は全体的に増加していた（表4）。

表4 看護職員・看護補助者の業務量の変化

	看護職員		看護補助者	
	診療の補助	日常生活援助	診療の補助	日常生活援助
増加した	51 (68.9)	46 (62.2)	24 (32.4)	47 (63.5)
同じ	18 (24.3)	21 (28.4)	11 (14.9)	20 (27.0)
減少した	2 (2.7)	3 (4.1)	1 (1.4)	3 (4.1)
担っていない	—	—	37 (50.0)	—
無回答	3 (4.1)	4 (5.4)	1 (1.4)	4 (5.4)
合計	74 (100)	74 (100)	74 (100)	74 (100)

施設数 (%)

表5 ケア別業務量の変化

	認知症患者のケア	終末期・看取りのケア	在宅退院へのケア	その他
増加した	53 (71.6)	44 (59.5)	21 (28.4)	11 (14.9)
減少した	2 (2.7)	1 (1.4)	16 (21.6)	0 (0.0)
変化なし	17 (23.0)	25 (33.8)	31 (41.9)	12 (16.2)
無回答	2 (2.7)	4 (5.4)	8 (8.1)	51 (68.4)
合計	74 (100)	74 (100)	74 (100)	74 (100)

施設数 (%)

(2) 業務内容の変化

調査では、患者のケアニーズの変化を知るために、どのようなケアの必要な患者が増加したかを、「在宅への退院に向けたケア」、「終末期・看取りのケア」、「認知症患者のケア」の3項目について尋ねた。その結果、「在宅への退院に向けたケア」については、「増加した」のは21施設 (28.4%) のみで、「減少した」あるいは「変化なし」を合わせると6割を超え、在宅退院がそれほど増加していない実態が確認された。

一方で「終末期・看取りのケア」が「増加した」のは44施設 (59.5%) で、医療療養病床が“終の棲み処”となっている実態がうかがえた。また、「認知症患者のケア」については、「増加した」のは53施設 (71.6%) に上っていた (表5)。

「その他」の業務内容の変化には、急性期病院の早期退院による影響で「術後管理の必要な患者のケア」、「多種多剤の内服薬管理」や「褥創のハイリスク患者の予防的ケア」などの回答もあった。

このように、医療療養病床には終末期ケアや認知症ケアだけにとどまらず多様で専門的なケアのニーズが高まっている。加えて、在宅退院が困難な医療必要度の高い患者も増加していることから、医療療養病床が患者にとって、“終の棲み処”の役割も含めた生活の場になりつつあることが明らかとなった。

(3) 時間外労働の変化

上記のような業務量・内容の変化を受けて、看護職員と看護補助者の時間外労働がどのように変化した

かを尋ねた結果、「(時間外労働が) 増加した」と回答した施設は、看護補助者については4施設 (5.4%) であったのに対し、看護師では23施設 (31.1%)、准看護師でも20施設 (27.0%) に上っていた (表6)。今回の調査では時間外労働の時間数については明らかにできなかったが、平成18年度改定以降、看護職員の時間外労働が増加傾向にあることが確認された。

表6 時間外労働の変化

	看護師	准看護師	看護補助者
増加した	23 (31.1)	20 (27.0)	4 (5.4)
減少した	4 (5.4)	4 (5.4)	7 (9.5)
変化なし	42 (56.8)	42 (56.8)	59 (79.7)
無回答	5 (6.8)	8 (10.8)	4 (5.4)
合計	74 (100)	74 (100)	74 (100)

施設数 (%)

(4) 業務の変化への対応

業務量・内容の変化や、それにとまう負担増への対策として実施していることを尋ねた結果、最も多かったのは、「業務手順を見直した」の26施設 (35.1%)、次いで「看護職員を増員した」が24施設 (32.4%)、「早出・遅出勤務帯の人員を増員した」が20施設 (27.0%) であった (表7)。

業務手順の見直しの内容については、記録の簡略化、申し送りの短縮や廃止、マニュアルの整備など、より効率的な業務運営に努めていることを示す自由回答が目立った。また、看護職員や看護補助者の増員にはパート採用も含まれるが、看護補助者については「で

表7 業務の変化への対応

	施設数 (%) (複数回答 n=74)
① 業務手順を見直した	26 (35.1)
② 看護職員を増員した	24 (32.4)
③ 早出・遅出勤務帯の人員を増員した	20 (27.0)
④ 看護補助者を増員した	16 (21.6)
⑤ 高い医療区分患者の割合を制限した	11 (14.9)
⑥ 業務の一部を外部業者に委託した	11 (14.9)
⑦ 有資格の看護補助者を増員した	7 (9.5)
⑧ 業務の一部を院内の他職種に委託した	6 (8.1)
⑨ 高いADL区分患者の割合を制限した	4 (5.4)

きるだけ経験のある人、すぐに現場で役に立てる人を受けていった」という自由回答もあった。

IV. 考察

1. 患者の医療必要度の高まりと看護労働の過重化

調査結果からは、平成18年度改定から始まった医療療養病床の患者区分マトリックスによる点数化が、医療必要度の高い患者割合を確実に高めていることがうかがえた。今回の調査では医療区分×ADL区分ごとの患者数の増減のみを尋ねたが、医療療養病床を有する653病院を対象とした別の調査では、平成18年度改定直後の6月から11月までの短期間に、「医療区分3」の患者割合の平均が7.6%から17.3%に急増し、逆に「医療区分1」の患者割合は51.0%から34.3%に激減したことが報告されていた（全国保険医団体連合会，2006）。

とりわけ、「医療区分3」の実際の医療必要度はきわめて高い。厚生労働省が2006（平成18）年に全国22万2398床の医療療養病床での医療処置の実態を調査した結果では、医療区分3の場合、喀痰吸引は53.3%、酸素療法が46.3%、経管栄養が43.6%の患者に実施されていることが明らかにされている（厚生労働省，2007b）。

これらから、医療必要度の高い患者を集約するという医療療養病床再編の目的は、診療報酬上の誘導によって速やかに達成されたと考えられる。しかし同時にそれが、患者ケアを担う看護職員の業務を大きく変化させることについてはこれまで十分検証されてこなかった。

今回の調査結果にみたような、看護職員と看護補助者各1人の計2人体制で夜勤をおこなっている施設が3分の1を超えている実態や、看護職員の時間外労働が増加しているといった実態は、医療療養病床の看護

労働力が、入院患者の変化に伴うケアニーズの増大に、量的にも質的にも追いついていないことをうかがわせる。言い換えれば、経済効率のみを重視し、看護サービスの質保証を顧みない病床再編政策の問題点を浮かび上がらせたものと考えられる。

2. 最低夜勤2名体制が維持できる看護職員配置の必要性

調査で明らかになった看護職員1人の夜勤体制の常態化は、医療必要度の高い患者が増加する中で、安全確保の観点からだけみても問題である。看護補助者とペアを組むとはいえ、専門職としてたった1人で夜勤を担う看護職員の責任や負担は大きい。さらに、「重症患者が多いため、今までのように誰でも夜勤というわけにはいかない」という自由記載は、1人夜勤を課せられる看護職員には、より多大な責任が課せられていることをうかがわせる。

重要なことは、医療療養病床における現行の人員配置基準を、早急に見直し改善を図ることである。少なくとも看護職員2人の夜勤体制が確保でき、かつ、1人あたりの夜勤時間を月72時間以内という診療報酬上の制限内に留めた上で、なお必要人員数が確保できるような人員配置基準を新設することが急務であると考えられる。

一例として、40床の病床規模において2交代制で夜勤帯の看護職員が2人配置で、1人あたりの夜勤時間を72時間以内にする場合で考えてみる（注・休日等を除いた単純計算。あくまで夜勤を基準として計算）。この場合、1ヶ月（30日）に必要なべ夜勤人数は60人。夜勤1回の時間数を16時間とすると、のべ夜勤時間数は、 $60 \times 16 = 960$ 時間である。ここで1ヶ月に一人あたりの夜勤時間を72時間とすると、1ヶ月に必要な看護職員数は $960 \text{時間} \div 72 \text{時間} = 13.3$ 人で、最低14人が必要となる。つまり、現行の4対1を最低でも2.5対1の配置に引き上げることが必要になる。

常時配置表記ではない現在の配置基準4：1では、患者4人に看護職員1人、すなわち40床に10人の看護職員がいれば基準を満たすことになる。もしも、上記のように看護職員2人の夜勤体制を組もうとすれば、現在より最低4名の増員が必要になる。しかしながら、現在の診療報酬の範囲内では、一気に約50%もの増員ができる財政的余裕のある病院は稀であろうし、何よりも、慢性的な看護師不足の中で医療療養病床の人員確

保自体が非常に困難な状況にある。

医療療養病床における看護職員確保のためには、必要な人件費をまかなえるだけの診療報酬の保障という制度面での条件整備と、魅力ある職場づくり対策の一環としての教育・研修の充実、さらには看護職員と看護補助者との効果的な連携・協働関係の構築といった多方面にわたる看護マネジメントが極めて重要になってくると考える。

3. 高齢者・慢性期ケア等の専門性を備えた看護職員の育成の必要性

調査結果においては、平成18年度改定後、「医療区分2, 3」かつ「ADL区分3」に該当する患者の増加が顕著であった。これはすなわち、ほぼ寝たきり状態で全面的な身体および生活ケアを必要とし、なおかつ多くの診療補助行為を必要とする患者が増加していることを示している。

さらに調査では、こうした病床の入院患者には、終末期ケアや認知症ケア、術後管理といった専門性の高いケアニーズが高くなっていることも明らかになった。在宅退院が困難な医療必要度の高い患者も増加しており、医療療養病床は“終の棲み処”の役割も含めた生活の場になりつつあることもうかがえた。

こうした実態からは、医療療養病床で働く看護職員には、高齢者ケアや慢性期ケアに関する高い専門性が要求されつつあることがわかる。一般的に看護職員採用が困難な中、医療療養病床においては、ますますこうした専門的能力を備えた人材の確保が困難になり（谷，2007）、また、人員配置基準の低さによって多忙をきわめる現場では、研修機会を確保することさえ限界があるとも指摘されている（横島他，2004）。看護職員の専門的能力をどのように開発・育成するか、すなわち教育・研修の機会の保障と教育内容の充実にむけてどのような方策を打ち出すかもまた、医療療養病床全体にとっての急務の課題であると考ええる。

4. 看護補助者の養成と確保定着の課題

調査対象施設における看護補助者の資格の有無や経歴はきわめて多様であり、無資格者やホームヘルパーも少なくなかった。医療必要度やケア必要度の高い患者が増加している中で、日常生活援助を中心的に担う看護補助者が、無資格者や数十時間の研修を受けただけの者でよいのかという根本的な問題はかねてから

指摘されている（林，2002）。また、無資格者から介護福祉士までという多様な背景をもつ者の集団が、同じ看護補助者として同じ業務を行わなければならないということは、看護補助者同士の協働についても問題を生じることが懸念される。

3でみた専門的看護ケアニーズの高まりは、看護職員のみならず、協働する看護補助者にも当然より多くの役割を求めてくる。看取りケアを例にとっても、看護補助者が多い医療療養病床において、患者・家族が安心して終末期を迎えるためには、看護補助者の資質の向上が不可欠であると指摘されている（西山，2007）。

看護補助者の確保定着を図り、患者へのケアの質を保証するために、看護補助者については従来から指摘されている労働諸条件の改善とともに、能力のレベルアップと標準化を図ることができるとような養成資格制度ならびに現任教育のあり方を、根本的に見直すことが必要であると考ええる。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、データベースの限界から、対象となる医療療養病床を有する施設の母集団が確定できず、388施設に質問紙を配布したものの、最終的に分析対象となったのは74施設（回収率19.1%）と、回収率はきわめて低値になった。それゆえ、本研究の対象には偏りが生じている可能性があり、今回の分析結果を一般化することには限界がある。

現状では医療療養病床のみを抽出するには困難が伴うが、今後さらに確実な抽出方法を検討しながら、引き続きより正確な実態解明を行っていくことが課題であると考ええる。

VI. 結論

近畿圏の医療療養病床を有する74施設を対象に、平成18年度改定が看護労働にいかなる影響を与えたのかを、改定前後の変化を中心に検討した。その結果、以下の結論を得た。

平成18年度改訂後の医療療養病床においては、多くの医療行為を必要とし、なおかつ全面的な身体・生活ケアを必要とする患者が増加する傾向にあった。それにともない、看護業務は診療補助と生活援助の両面にわたって多様かつ過密となり、看護職員の責任や負担

は増大し、時間外労働時間も増加していた。

こうした状況下においては、現在の医療療養病床の人員配置基準を最低でも夜勤に看護職員2名が配置できるような基準の新設、高齢者・慢性期ケアの専門性を備えた看護職員の確保と育成、ならびに看護補助者の能力のレベルアップと標準化が重要な課題であると考えられた。

<http://hodanren.doc-net.or.jp/news/tyousa/0612ryouyou/matome.html>

(受付：2009.12.1；受理：2010.1.19)

謝辞

調査にご協力いただきました病院看護管理者のみなさまに深謝いたします。

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・介護労働研究プロジェクト」（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.
- 林千冬（2002）：日本における看護・介護職者の就業構造と労働の変化，日本労働社会学会年報第13号，東信堂：59-82.
- 厚生労働省（2007a）：平成19年版厚生労働白書，(pp.119-121)．東京：ぎょうせい．
- 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.
- 西山みどり（2007）：高齢者施設（療養病床）での看取り，緩和ケア，17（2）：116-117.
- 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(pp.83-87)，東京：日本医療企画．
- 谷宏美（2007）：医療区分Ⅱ・Ⅲの患者受け入れ経過と課題，民医連医療，417：14-15.
- 横島啓子，中村真理子，熊谷智子，他（2004）：「医療保険療養病床」と「介護療養型医療施設」における看護業務実態（第2報），東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設論文集，14：31-44.
- 全国保険医団体連合会（2006）．「医療療養病床入院患者に関する実態調査」報告．2009年10月23日．