

看護配置基準の問題点とその背景
—国際比較をふまえて—
安川文朗

On the Issue of Nurse Staffing in Japan:
With Respect to the International Trends
Fumiaki Yasukawa

ITEC Research Paper Series
05-07
June 2005

看護配置基準の問題点とその背景

—国際比較をふまえて—

同志社大学 技術・企業・国際競争力研究センター
リサーチペーパー05-07

安川文朗

同志社大学 技術・企業・国際競争力研究センター (ITEC)

専任フェロー

602-8580 京都市上京区今出川通烏丸東入

Tel: 075-251-3838

Fax: 075-251-3838

fyasukaw@mail.doshisha.ac.jp

キーワード: 看護師、看護需要、看護配置規準、診療報酬、ワークロード

本文内容の専門領域: 医療経済学,医療政策,労働政策

著者の専門領域: 医療経済学

要旨:

日本の看護需要を算定する基礎は診療報酬における「看護配置規準」である。米国英国などの配置規準の違いは、日本が「病床対看護師」による供給ベースなのに対し、米英ではケアの内容や看護師の専門性を考慮した「ワークロード」の算定結果を基礎とする「ニーズベース」になっていることである。その背景には、1)看護配置規準の適用範囲が日本では“平均”なのに対して、米国では“常時”であり、それが支払い規準となっていること、2)日本の看護師が日勤も夜勤もこなす就業形態であるのに対し、米国では勤務帯ごとの就業であることから、配置要員確保の体制に差があること、3)看護職の専門性に対する評価の違いから、日本ではスキル・ミックスが実現しにくいこと、がある。看護配置規準が看護需給予測と有効にリンクするためには、看護職の働き方の変化を考慮して、ワークロードの適正な評価、医療費支払い方式や就業形態の見直しおこなう必要がある。

謝辞:

本稿の執筆に際して、貴重な未刊行資料を提供して下さった Queen Margaret University College(UK), James Buchan 教授に感謝する。また、インタビュー調査を快く引き受け、米国の看護就労の実態を教示して下さった Samuel Merritt College (Oakland,CA), Fusae Abbott Kondo 助教授にも感謝申し上げます。なお本稿は、文部科学省21世紀COEプログラム「技術・企業・国際競争力の総合研究」プロジェクトにおける研究成果である。

はじめに

本稿の目的は、日本において看護師不足を検討する際の重要な基本的要因のひとつである「看護配置規準」の特徴と問題点について、諸外国(おもに米英)における「支払い制度」と「看護職種の就業形態」の違いを踏まえて整理することである。

筆者の研究基盤である、同志社大学 21 世紀 COE プログラムのサブ・プロジェクト「人と地球にやさしい技術創造のための基礎研究」では、持続可能な社会経済システムを構築する過程で、そのシステムにおいて QOL と競争力をともに高める「技術」とは何かを問う作業が進められている。筆者の担当する医療分野では、医療技術進歩と高度な医療システムが日本のすぐれた医療制度を形成してきた。しかしこのシステムが国際的競争環境の変化のなかで今後も持続的に発展し、QOL 向上に貢献するかどうかは自明ではない。特に近年、医療の質と医療提供の効率化が大きな問題となっており、少子高齢化による疾病構造の変化、高機能化する医療環境においてこれらを保証する条件のひとつとして、医療マンパワーの確保の重要性が増している。本稿は、持続可能な社会保障体制の構築と医療の品質向上に必要な看護マンパワーを確保する前提として、看護師不足の源泉を探る作業として位置づけられるものである。

日本の保健医療機関に看護職が現在どれだけ就労しており、またどれだけの未就労労働力が潜在化しているのかを知ることは、今後の看護職需給を予測し適切な看護政策を実行するうえで重要な情報である。厚生労働省の「衛生行政業務報告」によれば、2001 年時点での就業看護者(看護師、保健師、助産師、准看護師の就業者)の総計は約 110 万人で、そのうち約 78 万人が病院で、25 万人が診療所や歯科医院で就業しており、それ以外の看護職が行政や福祉施設、企業などに散らばって就業している¹⁾。看護師需要の問題はどの職域でも重要な関心事であり、特に福祉施設における看護・介護の人手不足は深刻であるといわれているが、こんにちの看護師需給議論の中心はやはり全体の 7 割を占める病院における需給問題と理解される。実はわが国の病院における看護師需給の問題は、それ以外の施設や企業等におけるそれとは本質的に異なっている。それは、病院においては雇用し配置すべき看護師の数が「診療報酬上の看護配置規準」として事前に公的に設定され、病院はその規準にしたがって看護師の需要水準を決めるからである。病院が公的な配置規準に従って看護需要を決定する以上、その基準は病院勤務を希望する看護職の労働供給数にも影響を与え、ひいては看護職種の新規養成数や再就労数にも影響を及ぼす。その意味で、日本における看護職需給の問題を正しく理解し予測するためには、病院における「看護配置規準」の実態とその特徴を理解することが必要である。

本稿でははじめに、日本の「看護配置基準」について概説したのち、看護配置規準の日本および諸外国(おもに米英)における基本的な考え方と適用範囲の違いを整理

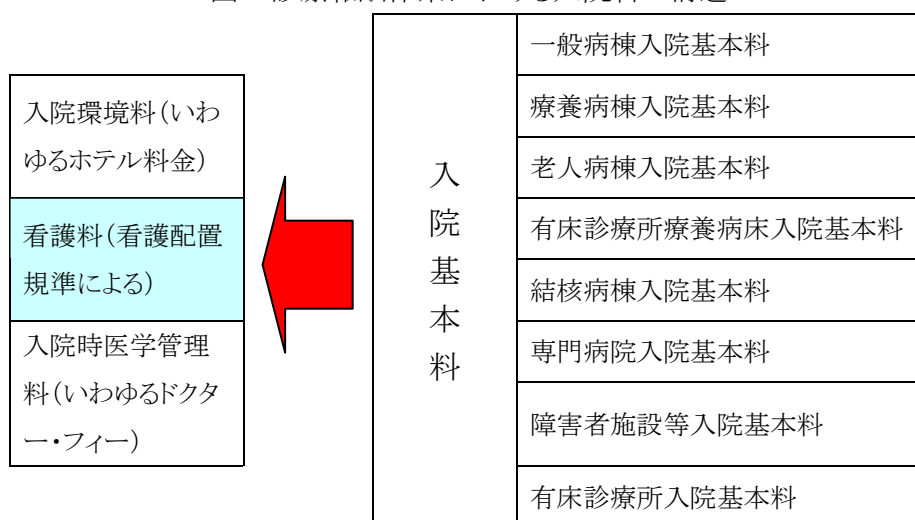
する。つづいて、そのような考え方や配置規準自体の違いを生じさせる背景について、医療費の支払い制度、看護職の就業形態や職種の違いに注目して考える。最後に、看護配置基準がより有効に機能し、看護需要の予測にとって望ましい情報となりうるために、看護配置規準のあり方をどう見直すべきか、簡単な私見を述べる。

1.看護配置基準と看護需要

1-1.看護配置基準の概要

日本の病院における看護職員の配置数は、厚生労働省の定める診療報酬体系において、「入院基本料(病院等に患者が入院した場合に診療報酬上算定される入院医療サービスに対する価格で、一般病棟入院料や療養病棟入院料など、病棟の種類によって全部で10種類に区分されている)」のなかに明記されている「看護配置基準」を実質的な根拠としている(図1)。看護配置はいうまでもなく、本来看護職の需給を考える際には、単に病院のみを考えれば足りるわけではないが、たとえば在宅看護の必要人員は病院看護以上に多様なため、医療関連統計においても在宅看護に関わる就労者数は、訪問看護ステーション勤務者を除いて正確に把握されていない(表1)。

図1.診療報酬体系における入院料の構造



厚生労働白書等により作成

「看護配置基準」の目的は、看護職員(看護師と准看護師)1人に対する患者数と当該病棟における平均在院日数とによって、段階的に入院診療報酬点数を配分することである。看護職員対患者数といっても、実際には現在入院中の患者数に対する数ではなく、当該病棟の「病床数」に対する配置数であり、その意味で「看護配置基準」は実質的に看護職員と病床数との比率を規定しているものといってよい。また、1人の患者が治療のために平均どれだけ入院加療を要したかを表す「平均在院日数」が診療報酬の区分に反映されているのは、平均在院日数が短ければそれだけ密度の濃い、またそれだけ「優れた”医療・看護サービスが提供されていると想定するからである。表

2に示したように、看護職の人数についても、看護師と准看護師等との配置比率に応じて診療報酬が細かく規定されている。

表 1. 就業場所別看護職数

年次	総数	看護学校	保健所	市町村	病院	診療所	介護老人 保健施設	訪問看護ス テーション	社会福 祉施設	その他
1990	834,190	7,228	10,235	11,673	602,190	178,125	2,583	—	—	15,680
1991	851,734	7,318	10,412	12,199	615,272	179,870	3,831	—	—	17,310
1992	880,216	7,882	10,458	12,563	635,398	183,533	4,582	—	—	19,852
1993	922,471	7,819	10,635	12,733	659,102	200,725	5,276	—	—	20,656
1994	961,744	8,579	11,023	13,802	681,122	206,674	8,392	—	—	26,578
1995	990,582	8,598	11,141	14,016	702,055	213,266	9,202	—	—	27,161
1996	1,033,244	10,031	11,122	15,641	719,891	218,585	13,181	7,921	18,046	13,553
1997	1,065,306	10,016	11,407	15,779	735,171	222,004	13,685	11,576	19,697	21,086
1998	1,092,907	10,729	9,463	18,410	746,411	227,658	20,476	15,155	22,657	16,775
1999	1,133,857	11,178	10,241	18,556	759,504	247,308	20,940	18,773	24,963	17,461
2000	1,165,319	11,381	9,202	20,646	767,807	250,840	26,801	22,305	32,020	19,522
2001	1,187,550	12,008	9,236	21,406	776,194	257,935	28,817	25,915	34,722	16,551

* 訪問看護ステーション、社会福祉施設は、96年度より集計開始。 資料：厚生労働省『医療施設調査・病院報告』平成14年版

表 2. 看護師比率による診療報酬点数の違い

入院基本料	看護配置	看護師比率	基本点数・看護配置加算	平均在院日数
基本料 1	2対1以上	70%以上	1,037	25日以内
		70%未満	-88	
基本料 2	2.5対1以上	70%以上	940	28日以内
		70%未満	-76	
基本料 3	3:1以上	70%以上	*12	規定なし
		40~70%	800	
基本料 4	3.5対1以上	70%以上	*12	
		40~70%	712	
基本料 5	4:1以上	70%以上	*8	
		40~70%	658	
基本料 6	5:1以上	70%以上	*8	
		40~70%	589	
基本料 7	6:1以上	70%以上	*8	
		40~70%	548	

* = 加点

診療報酬点数解釈表より作成(一部省略)

1-2.看護配置規準と現行看護需要との関係

病院の「看護配置基準」とこれまでおこなわれてきた日本全体の(マクロ)看護需要算定との関係は、ほぼ以下のようになっていると理解できる。

日本における医療サービス需給検討の単位は「医療圏」である。医療圏は、まず国の医療行政委任機関としての都道府県単位に配分されている(これを「3次医療圏という」)が、実際の医療サービス需給を考える際には、都道府県をそれぞれさらに細分化した「2次医療圏」を単位とする(さらに市町村を単位とする「1次医療圏」まで設定されているが、通常医療計画の基本となるのは2次医療圏である)。2003年8月現在、2次医療圏は47都道府県で369圏域存在し、この圏域ごとに「基準病床数」が設定されている。基準病床数は、単に当該医療圏域にいくつベッドが必要かということではなく、急性期慢性期(高齢者含む)の割合など、それぞれの地域の医療特性にあった病床の種類と病床数が考慮された病床提供数である。したがって看護配置基準にもある程度当該地域の病床特性が反映され、必要な看護職数が算定されることになる。当該医療圏域における看護職の需要数は、この看護職数の算定に加え、別途「地域医療計画」として各都道府県が算定した保健医療サービス(介護サービスや在宅医療、健康増進プログラムも含む)の必要量における看護職の必要数も考慮したものを全国集計したものである。

こうした自治体レベルでの需要数の把握方法は、2次医療圏を単位とする地域特性が基準病床数に反映され、地域の医療ニーズを考慮した看護職の必要数が一応算定可能であるという利点をもつが、いっぽうで、病床数を単位に看護需要を考えていくことはあくまで「供給ベース」の需要算定であり、患者ごとに異なるケア・ニーズを考慮して、実際にどれくらいの看護サービス量が提供されるべきかという「ニーズ・ベース」での需要把握とはなっていない。

1-3.看護配置規準の功罪

「看護配置規準」は病床数と看護職員数との関係を規定したものであるから、少なくとも20床以上のベッドをもつ病院にとっては、必要看護職数を算定し、また具体的に看護サービスの密度を評価する基準としての有効性をもつことは間違いない。しかし、いっぽうで以下のような重要な問題を生むこと可能性がある。

1) 看護配置規準を満たしさえすれば法定の看護配置による診療報酬が得られるため、常に配置基準ぎりぎりの看護職員数の確保に抑えようという経済的インセンティブが病院に生じる。このことはしばしば、病院の看護実態(患者の状態や繁忙度の変化)に見合わない配置看護職員数での看護を強いられ、業務手順が混乱したりミスやエラーが頻発したりといった結果を招来させる。

2) 類似の問題として、日勤、夜間、深夜といった勤務帯ごとの看護職員配置

の必要度が個別に評価されず、全体として平均的な配置を満たせばよいとされてしまうため、看護内容に時間帯間の格差が生じたり、夜間の職員配置が極端に手薄になったりといった事態が生じる。事実、深刻なダメージを与える医療ミスやエラー（患者自身による転倒や点滴チューブの抜去なども含む）の多くが、これら職員の手薄な深夜勤帯で発生しているといわれている。これらはすべて、日本の看護規準がニーズベースではなく供給ベースであることから生じている問題である。この点については、3節、4節でさらに詳しく検討することとする。

2. 諸外国における看護配置の考え方

「病床」を基準とした日本の(供給ベースの)看護配置や看護需要算定に対して、諸外国、特に北米や英国などでは、看護配置や看護需要に対する考え方は、「ニーズベース」の性格が強くなっている。

2-1. 米国の看護配置規準

米国では、州ごとに看護配置基準の水準は一様ではないが、各州の保健サービス局Department of Health Services(DHS)が、おなじく各州の看護協会Nurse Associationからの推奨をうけ、あるいは共同作業で、「看護師－患者数比率最低基準Mandated or Minimum Nursing-Patients Ratioあるいは最低看護配置Minimum Nurse Staffing Ratio」を設定する²⁾(なおカナダにおいても、州provinceごとに同様の基準算定が導入されている)。この比率の設定根拠は、日本のように病床数ではなく、「患者入院時間に対する看護提供時間nursing hours per patient days」によっている。看護提供時間といっても、看護師自身の技術や経験、対象患者の疾患や健康状態、病院や病棟の特性など、さまざまな変動要因が存在するため、米国ではこうした患者特性や病棟特性を考慮した看護提供時間の測定と、最適な看護配置基準の策定のためのツール開発が進められてきた。このツールには、看護の対象となる患者の看護提供必要度を把握するための「患者分類patient classification」や、患者1人当たりに必要な看護ケア提供時間にもとづいて、標準的な看護業務量(ワークロード)を算出するツール(よく知られたものとして Aikenらが開発したNurse Work Indexなど)がある。これらのツールを用いて、病棟における看護職種ごとの患者に対する標準的な看護ケア提供時間を算出し、これをベースに必要なケアを患者に提供するために最低何人の専門看護職が病棟に配置されるべきかを算出する。

たとえばカリフォルニア州における最新のNurse Staffing Ratioは、次のようなプロセスで設定されている³⁾。米国では1990年代以降、管理された医療managed careにおける医療提供の効率化と市場競争の激化により、多くの病院が人件費削減のために看護師の削減を続け、多くの州で深刻な「看護師不足」が発生した。カリフォルニア看護協会California Nurses Association(CNA)は、「マネジド・ケアと市場原理による医療提供システムによって、カリフォルニアは患者ケアが危うくなっている」という危機感を募ら

せ、1992 年からカリフォルニア保健サービス局 California Department of Health Services(CDHS)と協力して「深刻な看護師不足の状況から抜け出すための看護配置の法制化」に動き出し、強力なロビー活動を経て 1999 年 10 月に「看護配置の最低基準に関する法律」を議会で通過させた。しかし、法律の具体的な施行に至る経過で、看護師サイドの危機感とは裏腹に、病院経営サイドは、看護師配置の改善は病院経営の圧迫に直結するとして、配置基準の見直しには消極的態度をとり続けてきた(たとえば当初、CNAは急性期病院における看護師－患者比率を最低 1:3、すなわち患者 3 人あたり看護師 1 人、とするよう提言したが、カリフォルニア病院協会CHAは、同様の対象患者群に対して 1:10 の最適基準を採用するよう提案した)。そこでCDHSは、州内のすべての急性期病院における看護配置の実態調査をおこなって、患者分類と看護業務の実態から、どれだけの看護師が本来配置されるべきかを数値で示し、ようやく 2003 年に最終の最低基準を決定し、2004 年 1 月から施行した(表3)。もちろんこの最低基準では、新たに採用した看護師(RN)を、当該病棟の患者の医療・看護ニーズと提供すべき看護サービス量にもとづいて配置することが明記されている。

表 3.カリフォルニア州看護配置規準(一部)

病棟種別	看護師－患者比率	備考
ICU/CCU	1対2	RNのみ
NICU	1対2	RNのみ
手術室	1対1	RNのみ
麻酔リカバリー室	1対2	
産科分娩室	1対2	
小児病棟	1対4	
救急室(全般)	1対4	RNのみ
救急室(ICU対応)	1対2	
一般内科外科病棟	1対6 (1対5)	()は2005年より
他の専門病棟	1対5 (1対4)	()は2005年より
精神科病棟	1対6	

資料:James Buchan 2004

2-2.英国 NHS における看護配置

同じ英語圏でも、英国の看護配置基準は米国ほどシステム化されていない。その理由は、ひとつには英国の医療制度が基本的に公費による国営医療であるため、米国ほど医療機関の人件費削減や効率性追及圧力が強くないこと、そしてもうひとつには、地方分権が進んだ英国では、伝統的に国が強制的トップダウンで基準づくりをおこなうことを嫌う性向があることに見出せる。たとえばブキャンによれば、英国における看護

配置基準の議論は、国レベルではまだ結論が出ておらず⁴⁾、看護規準を設定すること自体の意義や有効性についても依然議論がある(表4)。また英国における看護配置基準は一般的にguidanceやguideline(手引き)であってlawやmandated ratioとは標記されていない。

表 4.英国 NHS における minimum staffing ratio 導入の是非に関する議論

賛成派	反対派
・看護配置の水準低下を阻止できる	・ミナムとは「平均」なのか「最大値」なのか？
・看護労働力の流動化を防ぎ、潜在看護師の復職を促して、臨時採用職員を減らせる	・ミナムは実際の看護ワークロードにきちんと対応して測定されるのか？
・看護規準の必要性を理解したり推進したりするうえで必須	・雇用主の規準遵守は保証されるのか？もし遵守されない場合雇用主のペナルティはどうか？
・地域ごとの複雑な看護採用システムを単純化でき、標準化を進められる	・規準遵守のコストは？他職種の削減につながるのか？
・もし強制化すれば、雇用主が規準を遵守しやすくなる	・ひとつの規準が他の施設にも適用できるのか？

資料:James Buchan 2004

英国の病院(ただしここでは、国営医療NHSのもとで運営される「NHストラスト病院」を想定)における看護配置基準は、伝統的に各地域のNHSによって独自に決定されており、地域によって実施されている看護配置数には、同じような患者群に対してもかなりばらつきがある。またその決定プロセスは「専門的な判断professional judgment」に依存するといわれ、昨年の看護配置数をベースに今年の配置数を決めるという、かなり恣意的な要素が強いと指摘されてきた。たとえば、集中治療室ICUにおける看護師配置は、ICUの専門医師や看護師の経験的な判断から配置数が決められ、その基準は他の病棟(たとえば小児病棟など)には適用できないことが多いという⁵⁾。

英国でも 1990 年代以降、逐次医療制度改革が断行されており、医療経営に市場競争の要素を加味した総額予算制の導入や、長期化する一方の入院待ち時間を解消し、医療の質を向上させるための「疾病管理clinical governance」など、米国と同様「ニーズベース」での看護配置と、それにもとづく看護需要の必要性がいわれている。2003年2月に英国王立看護協会Royal College of Nursingが発刊した「急性期ケアにおける看護配置のガイダンスGuidance for nurse staffing in critical care」は、看護配置を決定するベスト・ピープルは、患者ニーズを最も身近に把握できる看護管理者senior critical nurse自身であるとし、彼らが患者個人々々の自立度や看護師の専門性に応じたスキル・ミックスskill mix(職種配分⁶⁾)を見極めたうえで、看護師一患者比率を決定

すべきであると謳っている。そこで上記ガイダンスでは、1) 患者自立度の測定基準、2) 急性期専門看護師critical care nursesの役割、3) 柔軟性とスキル・ミックスを考慮した看護配置水準の決定、および 4) 決定された看護配置のもとで提供される看護に対するスーパーバイズの必要性について、それぞれ指針を示している。

残念ながら、実際にこのガイダンスがどの程度医療機関で利用され実践されているかは、十分な調査結果が示されていないものの、英国の場合も明らかに、単なる患者対看護師という「病床ベース」あるいは「供給ベース」の配置ではなく、患者の自立度(すなわち看護の必要度)と看護師の専門性とのマッチングを考慮した配置を志向している点は米国と同じである。患者の自立度や看護師のワークロードについても、米国同様医療サービス研究者の研究報告や、NHS、Audit Commissionなどの公的機関による実態調査結果が逐次公表されてきている。しかし、報告が出されているにもかかわらず、1)用語の定義や調査対象、2)それがどの程度「最低水準」としてみなしうるのか、3)そのデータがどこまで適用可能か、といった点にばらつきがあるため、全国統一の基準とはなかなかかなりえないという問題点が指摘されている⁷⁾。

3.看護配置基準の考え方に関する日米英比較

このように、米国、英国における看護配置基準の考え方と日本のそれとの違いは、おおきくは「供給ベース」対「ニーズベース」という視点の違いであり、さらに、基準の根拠をどこに置くかの問題でもある。以下では、日本と米英との看護配置基準の違いについて、①基準の適用範囲、②ワークロード、③スキル・ミックスの三つの点に注目して比較し(表5)、ついでそうした違いが生じる背景を検討する。

表5.看護配置規準の考え方に関する日米英比較

	日 本	米 国	英 国
配置規準の適用範囲	24時間の平均(=実質的に日勤のみに適用)	24時間常時(どの時点をとっても規準を適用)	24時間の平均(現在:徐々に米国型に移行)
ワークロード	原則無視(ただし、DPC導入時には実質考慮)	Patient Classification, Nurse Work Index などによる測定にもとづく算定	WTE(Whole Time Equivalent)によって基本時間を算定
スキル・ミックス	看護師、准看護師、看護助手の比率(公定基準)、経験年数による配分(各病院ごとの独自規準)	RN,LPN の比率 RN,CNS,NPの専門性による比率	キャリアによるグレード制(A~H)、看護管理者、一般看護者の区分あり

① 規準の適用範囲

看護配置規準の適用範囲とは、「看護師－患者比率の基準は 24 時間常時適用されるのか、“平均”的に満たされればよいのか」という問題である。

日本では既述のように、診療報酬上の入院料(入院患者に対するホテル料金と医師料金とを合わせたもの)が「看護配置規準」に応じて分類されており、それがそのまま「看護師－患者最適規準」として理解されている。さらに日本の場合は「1 日 24 時間全体でみて、平均して何病床に対して看護職者が何人か」をもって配置基準を満足しているかどうかを判断するいっぽうで、夜勤帯における「加算」システムを採用し、ここでは夜勤帯における病床数対看護師数の最低比率が明記されている。たとえば看護師－患者比率が 1:2 だとすると、建前上は「1 日を通した平均」であるはずだが、他方で夜勤「加算」が 1:2 よりもはるかにゆるい基準(たとえば 1:10)で設定されているために、実際には日勤時に 1:2 を満たしさえすれば、夜間はかなり手薄でも配置基準を満たしてしまうことになる。

これに対して、米国では「日勤帯、準夜勤帯、深夜勤帯それぞれ、どの時点をとっても常に患者何名に対して看護師何名に相当する体制がとられていること」が問題とされている。つまり、米国では 24 時間いつの時点をとっても、常に配置基準に規定された看護師数が“過不足”なく配置されていることが必要なのである。ただし、米国でも英国でも、看護師－患者比率は看護師の頭数head countではなく、後述する「看護ワークロード」で換算されているので、患者ケアがあまり発生しない夜勤帯にも看護師が病棟に大勢配置され、仕事もなくあふれかえっている状況は起こりえない。そのかわり、米国の場合には患者の容態の急変や、緊急入院等の頻度による看護師ケアの必要度の変化に応じて、配置数全員を病棟につめさせるのではなく、一部をon-call体制にして待機させ、もし予定された看護配置数以上に看護師のケアが必要になった場合には、すみやかに看護師の数を増員できるいっぽうで、さほどケアが必要でないと判断されれば、配置済みの看護師の一部を帰宅させるといった、あくまで看護ケアの必要性に応じた弾力的な配置を実施している⁸⁾。こうした配置の功罪については後述するが、少なくともこうした配置を実現するためには、実質的には実働人数以上の看護職種を常に確保し配置しておかなければならないことは明らかであり、その意味で日本の看護配置以上に、米国においては看護師の“不足感”は強くなる傾向にある。なお英国の場合は、基本的な規準は患者数であるが、実際の配置は病院によってばらつきがあり、かつ日勤と夜勤では配置数が異なることを前提としているなど、日本と米国の中間的な状況にあるといえる。

② ワークロード

上述した看護における「ワークロード」とは、業務の質と量をふまえたトータルな看護業務量である。したがって、適正なワークロードを計算するためには、看護職の適正な業務量とそのクオリティを測定する必要がある。日本における看護規準では、看護者

の能力や技術、業務の内容、到達すべき看護サービスのクオリティについて、唯一「看護師比率による点数区分」が対応している以外、明文化された規定はない。また、配置規準が「病床単位」であるため、入院患者の看護ニーズや必要とされるサービスの内容は実質的に無視されている。そのため、サービスの質な内容に対応した看護配置という発想は、どうしても乏しくならざるをえない(ただし、2年前から試験導入が開始された「医療機関別包括支払い方式」では、入院患者の診断群分類 Diagnosis Procedure Combination(DPC)にもとづいて、疾患ごとの標準的なケアのボリュームに応じた包括的な医療費支払いがおこなわれることになっており、そこでは、ある程度治療者の技術やケアのクオリティを反映したケアの内容が評価されることが期待されている。なおDPCの詳細については松田(2003)ほかを参照)。

いっぽう米国では、経営効率の失敗が民間保険からの費用償還の減額につながるため、最低のコストで最大の効率性と収益をあげられる看護職の最適配置を実現する必要から、「看護職は常に必要な数だけ満たされている」ことが看護配置の原則となっている。そのために、患者の重症度に応じた看護者のワークロードが測定され、そこから「実際に必要な人数」が算出される。ワークロードに対応する以上の看護師を配置することは“不経済”となり、保険者から厳しくチェックされることになる。

英国ではワークロードのかわりに、WTE(看護師1人あたりの実質的な看護従事時間)にもとづく看護配置を算定する。WTEとは以下のように説明できる。たとえば、1人の看護師が1人の患者に1日24時間、合計7日間ケアを提供するとすれば、全体で168時間が看護師の「看護時間」となる。しかし通常は1人の看護師が看護し続けるわけではなく、24時間を3人の看護師が交代で看護する。そこで、168時間を3で割ると、看護師一人当たり看護時間は37.5時間となる。もし各看護師が、病欠や年次休暇、勤務交代時のオーバーラップ、教育研究など合計13.5時間を看護ケア以外の業務に費やしたとすれば、その時間を差し引いた24時間で168時間を割れば、実質的な看護師1人当たりのケア業務時間が7時間(=7WTE)と計算されることになる。この時間を標準とした場合、当該病棟に最低何WTEが必要かを算定するのである⁹⁾。

③ スキル・ミックス

スキル・ミックスとは直訳すれば「異なる看護技術の配合」である。日本をはじめ米国でも英国でも、看護師と准看護師、あるいは看護師、准看護師と看護助手の組み合わせ、あるいは同一病棟における経験年数の配分(新人とベテランの割合など)が、スキル・ミックスとして理解されている。たとえば米国では、RN,LPN(Licensed Practical Nurse)のほか、RNとNP(Nurse Practitioner=より高度の裁量権をもつ専門看護師)、さらにCNS(Clinical Nurse Specialist=教育研究の能力をもった最高度の専門看護師)との共同作業も、スキル・ミックスとして考えられている。また英国NHSの場合は、看護師はキャリアに応じたグレード grade によって職階と賃金が固定されているので、同じRNであってもグレードの違いがそのまま専門性の違いになる。これに、管理専門の看護師など複雑な配分が実施されているのが英国の特徴である。

いうまでもなく、どのようなスキル・ミックスをおこなうべきかは、入院患者の特性やワークロードの実態を踏まえることが前提となるが、日本の場合は基本的にワークロードが無視されているため、既述した「看護師比率」にもとづき、少しでも賃金の低い職員を看護配置に混ぜることで、コストと収入とのバランスを良くすることがスキル・ミックスの当面の課題となっているといつてよい。

4.看護配置規準の違いを生じさせる背景

以上のような日米英間の違いはなぜ生じるのであろうか。以下では、1)看護職の雇用・就業形態の違い、2)医療費支払い方式の違い、3)看護職種の専門性の違い、の3つのキーワードにより検討してみたい(ただしこの3つは密接に関連し合っていることはいふまでもない)。

4-1.看護職種の雇用・就業形態の違いと支払い方式

日本では、通常看護職の雇用は医療機関単位で行われ、雇用された看護職がどの部署で勤務するかは、医療機関の事情によって決定される(ある程度個人の経験や希望は考慮されるが)。また就業形態は、一部のパートタイム職員を除く正規雇用者のほとんどは、日勤、准夜勤、深夜勤のいずれもおこなうことが要求される。そこで病棟では、看護職の労働負荷を考慮して、ひとりひとりの日勤と夜勤の配分を決定していく(これを「シフト shifting」と呼ぶ)。

看護職の労働負荷を考慮すればするほど、必然的に一人当たりの夜勤回数が制限され、結果的に夜勤の看護配置は手薄にならざるをえない。この実態を考慮して診療報酬上では、あえて夜勤時の看護配置基準を緩和して、医療機関のシフトづくりを容易にするよう配慮されている。しかしいっぽうで、日本の常勤看護職の賃金は、ほとんど例外なく月給制で支給されており、夜勤回数に応じた手当が基本給に上乗せされている。病院からすれば、一方で看護職の労働負荷を軽減する必要があるものの、他方では労働負荷を軽減させても人件費を大幅に低減させることができない以上、常勤看護職に少しでも多くの仕事をおこなってもらうことが、経営効率上望ましい。また、既述のように看護配置基準の程度に応じて診療報酬が決定されているため、結局病院は期待される最大の診療報酬額に対する最低のコストを実現しようとして、常に基準ぎりぎりの看護配置を選択する傾向になる。このように、日本では「看護配置規準」を、望ましいケアを提供するための参照規準というよりも、最低限病院が満たすべき経営上の職員配置規準ととらえざるをえない仕組みになっており、しかも、ぎりぎりの人員でケアをおこなうことによる相対的なケアのクオリティの低下について、診療報酬上何のペナルティも存在しないという、日本の医療費支払い方式の性質が、こうしたぎりぎりの水準を硬直的に維持させる病院の傾向に拍車をかけていると考えられる。

それに対して米国の看護職雇用は、基本的に病棟もしくは診療科単位であり、しかも正規雇用としての週当たり勤務時間を満たせば、日勤のみ、夜勤のみといった就業形態の選択を看護職自身がおこなうことができる。そのため、日本的な意味でのシフト

づくりを考慮するよりも、むしろ看護配置の最低基準を常に満たすためには、1日あたりどれくらいの看護職員を確保し、配置しておかなければならないかといった点に、病棟管理者や看護配置責任者の関心が向けられる。そうしないと、病院は保険会社からの診療費償還において減額されるリスクを負うことになるからである。米国では DRG と呼ばれる疾患群による治療のスタンダード化が進んでいるため、患者の状態に応じたワークロードを基準とする看護配置や患者の平均在院日数、使用薬剤など、保険会社からの費用償還を受けるためのクリアすべき水準が存在し、その意味で医療・看護のクオリティと支払い方式がある程度リンクしているのである。つまり、米国における看護配置規準は、自らの病院が消費者から選択され、また適正な医療費支払いを受けるための必須要素なのである。

ところで看護配置基準が「ワークロード」に基づく以上、当初決めた配置であっても、ワークロード上の「過剰配置」が生じれば自宅待機や早期帰宅などの対応がとられるし、逆に「過少配置」が生じれば延長勤務やon-callの呼び出しがかかる。つまり米国では、日本のように1人の看護職が日勤と夜勤の掛け持ちをしないので、看護労働負荷を考慮していびつなシフトを組む必要がなく、夜勤であっても患者のニーズに応じた看護配置を実現することが可能だが、そのためには、夜勤専門の看護職を多数雇用する必要がある。また、ワークロードに見合った看護配置を実現する必要から、常に実際に必要な人数以上の「フロート要員」を確保しなければならない。こうした米国の看護職確保の状況は、病院により多くの労働コストを発生させるように思われる。こうした労働コストの抑制要因として、米国ではふたつの対策がとられている。ひとつは、たとえフルタイム労働であっても、看護師の給与を原則的に一月の実際の勤務状況に対応する時間給ベースで支払う¹⁰⁾ことであり、もうひとつは、次に述べる専門性の高い看護師を積極的に活用することである。

4-2.看護職種の特異性

医療の専門分化にともない看護職の専門化も、米国では1970年代から進み、特定の疾患領域について高度な知識や処方権限をもったり、臨床だけでなく教育や研究もおこなえる能力を備えたCNSやNPといった職種が登場し、医療現場で一定の地位を築いてきた。日本でも近年、がん看護や精神看護などの専門的ケアに特化した職種(専門看護師＝米国のCNSに近い、認定看護師＝米国のNPに近い)がうまれてきたが、医療機関や病棟におけるそれら有資格者の地位は、職務上も待遇上も確立していない。それは、日本の診療報酬制度において、ケアのクオリティによる価格差が存在しないのと同様に、ケア提供者のクオリティによる識別も存在しないからである。専門性の高い看護職を雇用するためには、そうでない看護職に比べて相対的に高い賃金を支払う必要があるため、その差額が診療報酬で償還されない以上、日本の病院には専門性の高い看護師を積極的に雇用するインセンティブは生じないし、看護師自身も専門性の向上には消極的にならざるをえない。いっぽう、米国や英国では看護職

の資格や技術と賃金、医療機関での地位はかなりの程度にリンクしており、また医療費の支払いにおいてもリーズナブルな格差が存在する。そのため、看護職自身にとっても医療機関にとっても、専門資格を取得したり、専門性の高い看護職を雇用し配置したりすることに対する強いインセンティブをもつ。

スキル・ミックスにおける専門看護職の配置は、単に看護配置のバリエーションが増えるだけではなく、医師や他の専門スタッフの配置、さらに医療機関内における教育研究体制にも大きな影響を及ぼす。看護部門にとっては、高度な看護実践と教育研究能力をそなえた看護職を配置できれば、それだけ看護業務全体の必要配置人員を効率化することが可能になり、結果として看護人員の確保水準を下げることができる。これは看護職の採用や確保にかかる労働費用を引き下げ、同時に医療機関の看護パフォーマンスを高めると期待される。なぜなら、すぐれた専門看護師が多数就労しているということは、単に当該病院の看護水準が高いというだけでなく、これから新規に市場参入しようとする若手看護職者にとっても、また何らかの理由で現在潜在化している看護職者にとっても、その病院が「高度な看護が実践できる職務満足の高い」病院であるというシグナルとなり、進んで求職者の列に並ぶ動機付けとなる。こうしてすぐれた人材が新たなすぐれた人材をインキュベートするという連鎖がおこるので、病院は採用コストをそれほどかけなくとも、厳選された能力の高い看護職を採用でき、またそれが病院の看護水準を向上させることになるのである(こうした病院を米国ではマグネット・ホスピタルと呼び、こうした称号を得られるかどうかは病院の評判形成に重要なインパクトをもつ)。

以上のことをまとめると、日本では、支払い方式の特性から、看護配置基準ぎりぎりの水準で看護師数を維持しようとする誘因が強く働き、また看護職自体の専門化が十分確立されていないことともあいまって、看護のワークロードに基づく適切な看護配置を厳密に実施する必然性が乏しいという実態があることが理解される。このような状況で、看護師の需給問題を実際に検討しようとするれば、そこには常に患者サイドからみた看護に対する実際のニーズと、新規の看護職養成や潜在看護師の掘り起こしを含めた看護労働政策上の需給予測とのあいだに、少なからぬギャップが生じることは避けられないと思われる。

5.まとめ～適正な看護配置と看護需要予測の課題～

前節までの議論から、日本の看護配置規準の問題点を再度整理すると、

- 1) 看護ニーズにもとづく看護ケアの必要量(数×質)と、看護配置規準とが基本的に連動していないこと。
- 2) 看護配置規準は病院経営の遂行に必要な職員配置規準の意味しかもたず、また勤務時間に応じた弾力的な賃金体系になっていないため、最低限のコストで最大の診療報酬をあげるべく、実際の看護者数は規準ぎりぎりの水準でとどまらざるをえないこと。

3) 専門性の高い看護職の採用が難しいため、看護配置における効率的なスキル・ミックスが実現せず、非効率な看護職配置が排除できないこと。

4) 以上のことから、病床ベースによる日本の看護配置規準にもとづいて看護需要を予測することは、現実の看護需要との乖離を生じさせる可能性が高いこと。

が指摘できる。そして、以上の問題点に対する政策的な対応として、

1) 診療報酬上の看護配置規準を、病床特性別(急性期、慢性期などの区別)、疾患別(診断群別分類の適用)、看護の専門性別(専門看護師の配置数などによる区分)により細かく規定しなおし(=クオリティやワークロードの実態と診療報酬とのリンク)、入院基本料の水準を見直すこと(=看護要員確保の推進)、

2) 看護職の就業形態をより多様化し、日勤のみ、夜勤のみなど、勤務帯ごとの雇用を促進するとともに、専門性に応じた職務権限規制の緩和や委譲などを積極的におこなうこと、

などが考えられるだろう。

1)の背景には、国民医療費における入院医療費比率が削減傾向にあり(特に在院日数の短縮による)、いっぽうで高度な入院医療水準の実現が要求されるなかで、医師・看護師への経済評価が乏しいという批判が根強いことがある。こうした批判、不満に科学的に答えるためにも、新たな経済評価の規準づくりに反映されるべき看護ニーズの測定や看護ワークロードの算定が不可欠となる。また2)については、単に病院の雇用政策を改善するだけでなく、新規看護職の養成や潜在看護師の掘り起こしのあり方、女性を中心とした「働き方」の変化に対する認識、さらに看護業務範囲の法律の見直しなど、いくつかの前提条件が求められる。1)に関しては、実は日本でも1980年代はじめに、先駆的な適正人員配置システムとしてTNS(Toranomon Nursing System¹¹⁾)が開発され、その後90年代から2000年前後を中心に、看護ニーズ把握と看護ワークロード算定を含む看護配置のあり方についての調査研究がおこなわれている。ただし残念ながら、これらの試みの多くは米国の調査研究モデルの翻訳や紹介の域を出ていないため、日本の看護ニーズの実際を詳細に分析し、診療報酬の具体的な改訂や看護需給予測に生かす動きにはまだつながっていない。しかし、たとえば「TNS」の開発に際して、(病棟単位での)看護需要をただしく予測するためには、病棟ごとのデータがオンライン化されていることや、柔軟な看護配置を保証するためにフロントナースを確保することなどが指摘されていることは重要である。前者については現在、病院におけるカルテの電子化が急速に進められており、病院におけるケアの実態が病棟単位で把握され、瞬時に情報交換できる体制が整いつつある。また後者を考えるうえで有用な取り組みとして、近年、これまで人員配置の多寡をベースに決められてきた診療報酬上の看護の評価体系を、(患者の)看護を必要とする度合い(=「看護必要度」と、それに対して費やされた時間をベースにした評価体系に変更しようという試みが始まっている¹²⁾。ただ、「看護必要度」を測定することは必ずしも容易な作業ではない(たとえば患者にとって必要な看護サービスの水準を誰がどのように評価するの

かなど)し、何よりこの評価体系の重要な問題は、看護者の行為は分類できても、そのことによる「看護の成果」をどう評価するかが明らかにされていない点である。看護の成果を考慮した看護配置規準の作成は、日本に限らず多くの国の看護政策にとってのチャレンジである。成果の評価には、何をもち「成果」とするか、成果の達成度をどんな単位ではかるか、という技術的問題とともに、どこまでの成果を社会的に許容可能とするか、という医療倫理的問題も含むため、いまだその評価方法は確立していない。

いっぽう 2)との関連では、多数の論者が日本における人々の「働き方」の変化を指摘している。しかし看護需給においてはこれまで、ある一定数の看護学校卒業者が、正規雇用で病院に勤務することを希望する(したがって日勤、夜勤両方を一人の看護職がこなす)、という伝統的な就業感とライフスタイルを前提として議論が進められてきたため、看護需給との関係で「働き方」やライフスタイルの変化を明示的に取り入れた議論は驚くほど少ない¹³⁾。いままでもなく、看護職が看護という仕事をどうとらえ、どれくらいその仕事にコミットしているのか、またこれから看護職になろうとする人々の就労意識や専門性への期待の度合いがどのようなものであるかといった情報は、看護配置規準の設定そのものには影響を及ぼさないとしても、看護職の需給予測、ひいては看護師不足の実態を議論するうえでは、きわめて重要である。また、最近の調査では、看護職の平均年齢の高齢化が進み、近い将来大量の退職者が発生することが予測されている(すでに英国ではこの問題に対応するため、海外からの看護職の受け入れを断行した)。看護職の高齢化が進んでいるというのは、病院における看護職の流動性が低いことの傍証であり、また相対的に看護の生産性が低くなっている可能性があることを示唆している。このように、看護配置の問題は単に「数」の問題ではなく「生産性」や「質」の問題でもあり、結果として社会における看護の「価値」の問題にもつながる点に注意すべきである。

以上のような観点から、今後の看護需要予測に有効に機能する「看護配置規準」を設定するためには、看護の必要度とその成果を客観的に示す簡便なワークロード測定法を開発し、あくまで患者の「ニーズベース」による規準根拠を定時する必要がある。それと同時に、看護職自身の就業意識や実際の就業動向を再認識したうえで、いくつかの就業シナリオを想定した需給見通しをたてることが望ましい。その双方がマッチングすることこそ、適正な看護需要予測といえるであろう。

注:

- 1) 看護を含めた日本の医療従事者の動向を知るための公的統計として、『医療施設調査・病院報告』、『医師・歯科医師・薬剤師調査』、『訪問看護ステーション実態調査』、『社会福祉行政業務報告』などがある。この数値は『医療施設調査・病院報告』に基づいている。
- 2) James Buchan(2004) ‘A Certain Ratio?’, unpublished paper
- 3) 同上
- 4) 同上
- 5) 同上
- 6) ここでは「職種配分」と訳したが、日本語での定訳は存在しない。
- 7) James Buchan 前掲論文
- 8) 米国における看護職配置と就業形態の実際については、Samuel Merritt College 看護学部の近藤 Abbott 房江氏へのインタビュー結果による。
- 9) Royal College of Nursing(2003) ‘Guidance for nurse staffing in critical care’
- 10) 近藤 Abbott 房江氏へのインタビュー結果
- 11) TNS は、虎ノ門病院の看護部が中心になって開発した、看護配置の算定に関わる日本で最初のオリジナルシステムである。しかし結果的に、TNS は看護師の「忙しさ」を数値化して示す効果はあったものの、看護職配置の適正レベルを決定するツールとはならず、もっぱら「がんばった者がきちんと評価される」ことの保証という人事管理上のツールとして利用された。
- 12) 日本看護協会『看護白書』平成 16 年版
- 13) 働き方の変化と看護労働市場の問題を取り扱った直近の文献として、安川(2004)がある。

参考文献:

- 岩澤和子、筒井孝子編(2003)『看護必要度:看護サービスの新たな評価基準』日本看護協会出版会
- 岩崎栄編(1998)『医を測る:医療サービスの品質管理とは何か』厚生科学研究所
- 上泉和子他(2002)「看護職需給推計のモデル構築およびシミュレーション」『日本看護協会調査研究報告』
- 佐藤博樹編(2004)『変わる働き方とキャリア・デザイン』勁草書房
- 日本看護協会編(2003)『看護白書:看護労働の現在』日本看護協会出版会
- 松田晋哉編(2003)『21世紀の医療と診断群分類～DPCの実践とその可能性』
- 安川文朗(2004)「看護師の派遣解禁と看護労働市場の変化～看護師の働き方は変わるか～」『看護管理』14(10):831-836
- James Buchan(2004), ‘A Certain Ratio? Minimum Staffing Ratio in Nursing: A Report for the Royal College of Nursing’, unpublished report
- Royal College of Nursing (2003), *Guidance for Nurse Staffing in Critical Care*, Royal College of Nursing