

< 総説 >

大学病院における看護職員の適正配置と看護必要度について

市川幾恵

昭和大学統括看護部

**Staff assignment and the intensity of nursing care needs
in university hospital**

Ikue ICHIKAWA

Department of Nursing Service, Showa University

抄録

今日の医療システムは大きく変化しており，とくに医療技術の進歩については目を見張るものがある．さらに高齢社会，疾病構造の変化，慢性疾患の増加，国民の意識変化などにもない，看護業務は繁忙で複雑化している．このような状況の中で，看護は安全で安心できるケアを提供することを求められている．そのためには，看護現場において，適正な人員配置を行うことが重要である．しかしながら，今日にいたるまで効果的システムは構築されていない，わが国において，適正な人員配置の手法として看護必要度が導入されて10年が経過し，あらたな問題点も明らかになってきた．本論文では，大学病院における看護必要度と人員配置の実態を報告し，今後のユビキタス技術の活用について検討する．

キーワード：看護必要度，適正配置，ユビキタス技術

Abstract

Today the health care system is changing significantly and advances in medical technology have been amazing. As the population ages, the disease structure is changing rapidly with an increase of chronic diseases. Further, patients' attitudes toward medical care make the nurse' daily duties complicated and busy. In order to offer safe and safe nursing care, it is important to station the staff properly. However, the effective system is not built in today. In Japan, ten years have passed since the intensity of nursing care needs was introduced as the technique of proper staff assignment in Japan, and the new problem has also become clear. In this report, the actual condition of the intensity of nursing care needs and staff assignment is introduced, and future practical use of ubiquitous technology is discussed.

keywords: the intensity of nursing care needs, staff assignment, Ubiquitous technology

(accepted for publication, 7th February 2013)

連絡先：市川幾恵

〒142-8555 東京都品川区旗の台1-5-8

1-5-8, Hatanodai, Shinagawa-ku, Tokyo, 142-8555, Japan.

Tel: 03-3784-8646

E-mail: ikue@cmed.showa-u.ac.jp

[平成25年2月7日受理]

I. はじめに

看護職員の人材確保は、看護師等の人材確保に関する法律第3条（1992年法律第86号）に基づき基本的な指針が策定されている。その中で、国は医療提供体制等をふまえた需給見通しに基づき看護師等の養成を図るなど就業業者数の確保に努めるべきとされている。5年毎に看護職員の需給見通しの検討が行われているが、第7次看護職員需給見通しに関する検討会（2010年12月）では、2025年には12万人以上の看護師不足が見込まれると報告された。

また、少子高齢化の進展、疾病構造の変化、医療技術の急速な進歩などの環境の変化を背景に、どのように国民に安心して良質な医療サービスを提供する体制を維持することができるのかという課題も明らかになった。それを受けて、1997年8月に厚生省（当時）から抜本的な医療保険制度の改革案が出され、その後与党医療保険制度改革協議会から「21世紀の国民医療」と題した指針が出された。その指針の中で、技術の適正な評価として「看護については看護必要度を加味した評価とする」と述べられ、初めて「看護必要度」という言葉が登場した。

診療報酬での「看護必要度」の導入は、2002年の特定集中治療室管理料の算定要件として導入された。2006年度改定では、病院の入院基本料の施設基準として入院患者の「重症度・看護必要度」に係る評価を行い、看護師の適正な配置数の確保が求められることとなった。同改定において、急性期入院医療の実態に即した看護配置を適切に評価する目的で看護実質配置7：1入院基本料が創設された。臨床現場に「看護必要度」が導入されて10年以上の歳月がたつが、看護職員の適正配置という視点から、その現状について報告する。

II. 看護師の病棟配置の実際

入院患者の看護は、検査や手術などの治療に係るものだけでなく、不安・疼痛の軽減、食事・排泄・更衣・移動などの日常生活支援、在宅療養支援・転院先との情報交換など多岐にわたる。看護の内容は診療科別特性が顕著であり、例えば外科系診療科の看護において脳外科・心臓外科・整形外科などは全く異なる特性があり、内科系診療科においても同様のことがいえる。また看護は、疾患特性の違いだけでなく、新生児から高齢者まで年齢特性による違いも大きい。

病棟における看護師の配置数は、入院基本料や集中治療室などの特殊基本料の看護師数を基本として、病棟業務の特性・時間外勤務時間数などを参考に、部署単位の配置数を決定している。部署の管理者は、配置数から日勤人数と夜勤人数を設定し月単位の勤務表を作成する。一般病棟の夜勤人数は基本的に3～4人であるが、完全な4人体制にする人員的ゆとりはない。そこで、業務内容等から曜日別や時間帯で人員の厚みに差をつけるなど工夫している。

最近の特徴として、産休・育休取得者や子育て中の時間短縮勤務者の増加が顕著である。また、平成24年4月1日より医療法に基づく医療計画に記載する事項に新たに精神疾患が加えられたが、臨床現場ではうつ病などの精神疾患が原因である病欠者は常時発生しており、病棟の人員配置に大きな影響を及ぼしている。さらに在院日数の短縮から1日の入院・退院患者数が15～16名になる病棟もあり、ここでは入院患者や退院患者への説明や連絡・指導などの業務が集中する時間が発生する。このような時間帯でも、入院患者の日常ケアの支援は常時必要であり、他部署からの時間単位のリリースで対応する必要がある。つまり、「忙

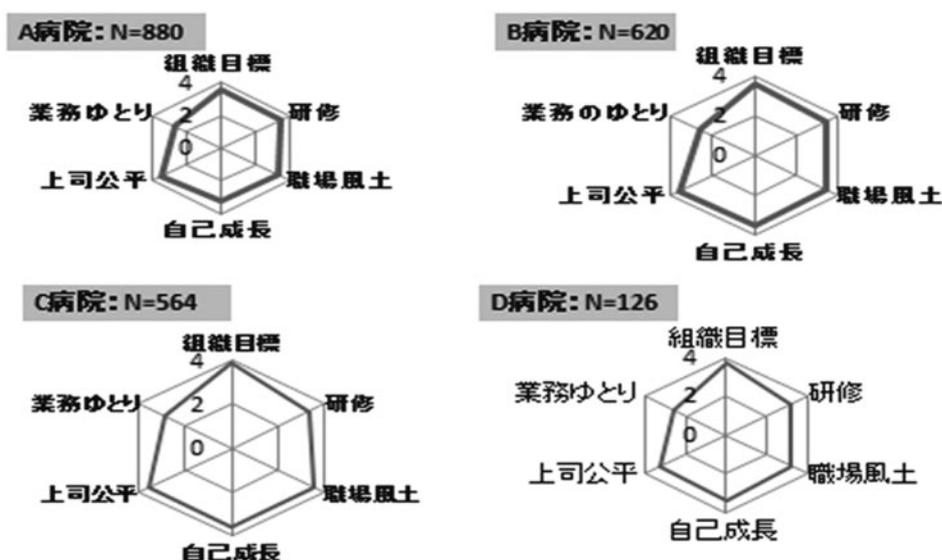


図1 平成23年度職務満足度調査

表1 平成23年度職務満足度調査：人員配置や忙しさに関する自由記載から一部抜粋

- ・各勤務帯でスタッフの質的バランスが悪く、経験の浅いメンバーが多い勤務がある。
- ・忙しさを理解してくれない。
- ・自部署で余裕がないのにリリーフを出す師長の判断が理解できない。
- ・業務は、忙しすぎて大変だと思うことが多い。
- ・業務に全くゆとりがなく、患者とゆっくり話す時間が取れない。
- ・患者に寄り添う看護をしたいが、この忙しさでは難しい。
- ・上司も頑張っているが業務の時間的ゆとりがなく他部署と比べて不公平だと思う。
- ・忙しく精一杯仕事をしているのに、時間外は1時間以内にすると言われるが無理です。
- ・忙しすぎる。明らかに看護師は不足です。
- ・重症患者が多く、3人夜勤では厳しい。
- ・委員会、新人指導、プリセプターの資料準備や対応は患者ケアの業務が終了後で時間外となる。
- ・子育て中で時間短縮勤務者の仕事までカバーするのは、やりきれない。
- ・忙しい病棟とそうでない病棟の差が大きいと思う
- ・有休が取れず、看護人数も足りないし看護必要度に反映されていない忙しさがある。

しさに反映される看護業務量や看護の質については、患者の入退院数・重症度・時間外勤務時間だけでは測定できないのである。

病棟における看護職員の配置は、入退院患者数・患者の重症度・時間外勤務時間などの客観的評価に、リーダーやスタッフの業務対応能力などに対する病棟管理者の主観的評価を合わせた総合的な評価に基づいて決められている。そのため、人員配置やリリーフの要請についてはある種の不透明感が常に存在し、この点については長年にわたり看護管理者が悩み続けている。また、重症患者の少ない日常生活支援がケアの主体となる病棟については、リリーフや不足人員の補充で優先順位が低くなりがちである。そのことは「自分たちが軽視されている」という職員の不満につながる。

筆者が統括している6大学病院において毎年看護職員職務満足度調査を実施している。組織運営に関する項目をみると、組織の目標管理、民主的職場風土、研修体制、自己成長、上司の公平性についてはこれまでの様々な取り組みの成果が見られた。しかしながら、業務のゆとりに関しては、過去5年間さまざまな方策を講じてきたが、殆ど成果がみられなかった(図1)。職務満足度調査の自由記載欄に記載された、人員配置や忙しさに関する内容の一部を表1にまとめた。

III. 看護必要度

看護の現場では、適正な人員配置は深刻な問題でありながら、今日にいたるまで、看護師の適正配置の基準や効果的システムは構築されていない。看護研究においても、1960年代から看護師の適正配置に関するテーマが積極的に取り上げられている。1981年(昭和56年)に虎の門病院看護部が発表したToranomom Nursing System (TNS)は、患者分類法による看護ケア量測定システムであり、わが国における先駆的なシステムであった。そして看護必要度の

研究は、TNSから15年後の1996年(平成8年)から始められた。

このような背景から「入院患者に提供されるべき看護の必要量」を測定するツールとして「看護必要度」の概念が誕生した。

「看護必要度」とは、「入院患者に提供されるべき看護の必要量」をいい、看護サービス提供時間の程度によって表わされる。これは患者の状態データを用いて推定されるべきものである。「看護必要度」という評価基準の導入は、「『看護必要度』に応じて看護サービス時間が提供されている」という前提に立つことになる。そこで、この前提を担保するため、またサービスが実際に提供されたことを確認するための仕組みが必要であり、この仕組みの開発が、看護の質を確保する点からも重要な課題となる。

(岩澤和子・筒井孝子監修；看護必要度第4版から抜粋)

この基盤となるデータは、看護業務分類コードとアセスメントで作成される。それ以前の看護度・看護量測定では、実施した看護業務・ケアのチェックのみであったが、新たに患者の状態・ケアのチェックが入った。看護必要度を測定することは、看護業務の忙しさを測定することにもなり、新たな看護職員配置基準として機能するのではないかと期待された。また2006年度(平成18年)の診療報酬改定から、病院の入院基本料の施設基準として、入院患者の「重症度・看護必要度」の評価が導入されたことは、看護に大きなインパクトを与えた。

表3は、一般病棟用の重症度・看護必要度の係る評価票である。A項目はモニタリングと処置等で、B項目は患者の状態である。筆者の所属する大学病院を例にとり、実際の看護必要度の測定結果を図2に示す。全診療科においてA項目よりB項目が高く、A項目は診療科による差がみられる。診療科別にみると、脳神経外科・神経内科・整形外科病棟は日常生活支援が多いので特にB項目が高くなる。反対に、一般外科病棟は、術後の早期離床によりB項目が低くなる。循環器内科病棟では心電図モニター項目、血液内

科病棟では輸血項目、呼吸器センターでは酸素管理・ドレーン管理などの評価が高くなる。このように、患者の日常生活支援や観察事項が多い行為が高く評価される。

表 3

(平成 24 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号別添 6)
別紙 7

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

(配点)

A モニタリング及び処置等	0 点	1 点	
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0～4 回	5 回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時 3 本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用、②麻薬注射薬の使用、 ③放射線治療、④免疫抑制剤の使用、⑤昇圧剤の使用、 ⑥抗不整脈剤の使用、⑦ドレナージの管理)	なし		あり
			A 得点

B 患者の状況等	0 点	1 点	2 点
10 寝返り	できる	何かにつまれば できる	できない
11 起き上がり	できる	できない	
12 座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
13 移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
14 口腔清潔	できる	できない	
15 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
16 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B 得点

注) 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票評価の手引き」に基づき行うこと。
A については、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
B については、評価日の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

<一般病棟用の重症度・看護必要度に係る基準>
モニタリング及び処置等に係る得点 (A 得点) が 2 点以上、かつ患者の状況等に係る得点 (B 得点) が 3 点以上。

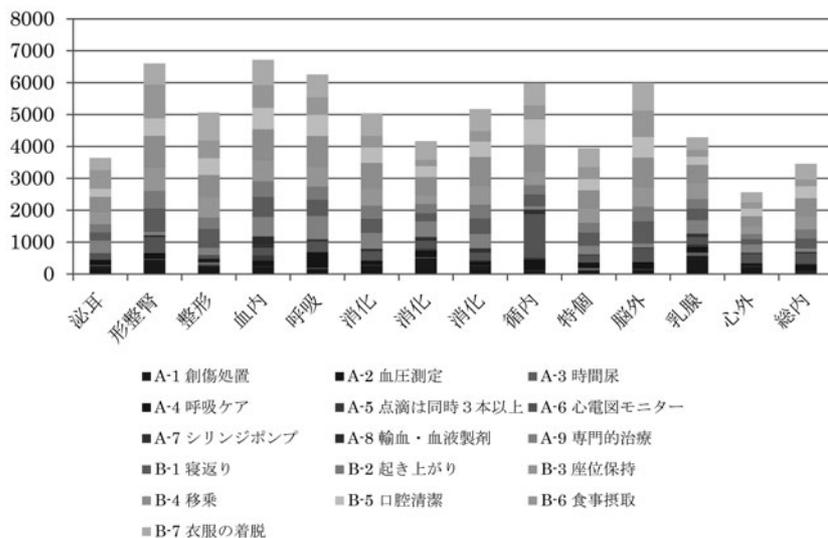


図 2-1 S 大学病院 2012 年 4 月病棟別看護必要度

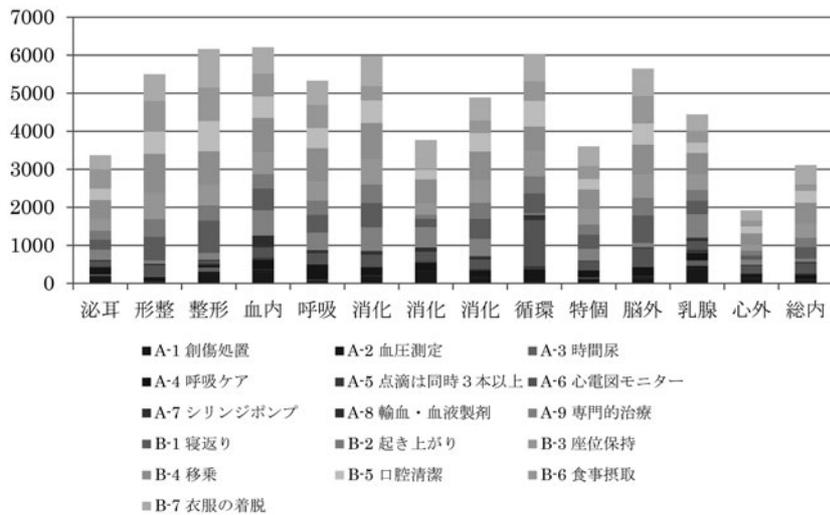


図 2-2 S大学病院 2012年11月病棟別看護必要度

IV. 看護必要度の問題と課題

2006年度の診療報酬改定から6年が経過し、高齢者の増加や安全対策の強化等、現場の医療環境も大きく変化しており、看護必要度の測定項目にない重要度の高いケアも生まれている。平均在院日数の短縮は入退院数の増加を意味しているが、入退院に関する説明・指導・相談の時間は評価に反映されない。現場では高齢患者が急増しており、認知症患者への対応や転倒・転落予防対策等のケアが大幅に増えているが、これらも評価に反映されない。高度な治療に伴う特殊な薬剤の管理やきめ細かな輸液ポンプの管理等の業務も評価に反映されない。

したがって、看護必要度が、現場の看護を正確に反映していると考えerことは困難である。実際に、看護必要度と看護量は比例しないために、人員配置については入院基本料、時間外勤務時間、看護必要度、リリーフ数など、様々な要素を参考にしなければならない。厚生労働省では、平成24年度診療報酬改定の附帯意見に基づいて、一般病棟の機能区分化に資する看護必要度の見直しを検討されることになった。そのことを受けて、日本看護協会は平成24年度看護必要度特別調査分担研究協力として、一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票についての調査を行うための事前調査を平成24年10月に実施し、追加すべき評価項目、修正すべき評価項目、削除すべき評価項目についての情報を集めている。

看護必要度の測定には正確性が求められ、看護必要度の記入の手引では、「各チェック項目の評価にあたっては、記録に記載されていることを条件とする」とされている。療養上の世話については、「なぜ、ケアを提供しなければならなかったか」を記録に記載せずとも、看護計画に基づくケアをチェックすることで、効率のかつ確実に情報が共有できる。現場では、直接ケアの時間を確保するために記

録の効率化に努力してきた。

2012年4月21日東京都看護協会主催の「看護必要度評価者・院内指導者研修」での、研修参加者の意見を以下で紹介する。

『看護必要度の評価における患者の状態・状況がわかるように記録することが求められる。記録の量として10行以上が求められ、勤務毎に必要な度に関する記録を事例のようにまとめることは実際には困難である。現状は、看護記録としてPDAに観察項目を設定し、あるいはフローシートでチェックをしている。しかし、このような記録は看護必要度の記録としては認められないと指導された。多くの高齢患者に実施している清潔ケアの記録も経過記録に改めて記載することが求められた。しかし、現場の状況では、患者の情報共有はフローシートで確認することが確実に効率的である。改めて経過記録に記載するのは業務負担となるだろう。また、現場では、排泄援助や手術・検査の説明などに時間を要する。医師が患者に手術や治療について説明する場に看護師が同席することは、患者中心の看護やチーム医療を推進する上で重要性の高い内容であるが「看護必要度」の評価項目にはない。そのために、臨床現場の実態評価として不足がある。』

看護師の時間外勤務の6割が記録に費やされている。育児中の時間短縮勤務者や妊娠などで夜勤制限がある条件付勤務者が増加し、夜勤勤務者の不足が深刻化している。シフト勤務を基本とする看護体制が機能不全に陥る危機的状況にある。このような環境の中で、看護必要度評価そのものが現場職員の負担になることは極力避けなければならない。

V. 今後の課題

保健師・助産師・看護師法に規定されている通り、看護師の業務は療養上の世話と診療の補助である。看護業務は

あらゆる健康レベルを対象としているため、その量や質を標準化することは容易なことではない。患者のところに何回足を運んだかは測定できるが、その内容の重要度は容易には測定できないだろう。不安や痛みのある患者のベッドサイドに何度も足を運ぶが具体的な行為は何もしないこともある。しかしながら、患者にとっては必要なケアであると判断するのであれば、これもまさに看護である。

その一方で、何らかの手段で看護を測定できるツールを持たねば、公平な看護師の配置は困難である。医療現場で多くのストレスをかかえ、すでにかなりの多重業務をこなしている現場の看護師が、研究データの収集と同様に看護実践をしながら「看護必要度」に求められる評価内容の記録をするツールは本来のあるべき姿にほど遠い。さらに実務者が、患者ケアと並行して評価の教育トレーニングを積みまなければならないツールは、現場の管理者として歓迎できない。より一層煩雑さを増していく医療現場で、看護師自ら毎日評価しなければならないツールではなく、自動的かつ客観的に分析できるツールの開発が望まれる。現在の高度にデジタル化した時代にふさわしい、患者に適切なケアを提供するための必要人員を客観的に評価できるツールの開発を切に望むところである。

一般産業界に目を移してみると、ICタグに象徴されるユビキタス技術がいろいろな方面で展開されている。医療分野でも安全確保のために物品の認証レベルではこの技術が浸透してきている。このような技術を使って看護配置の新たな測定ツールを生み出せないであろうか？ユビキタス技術を活用することにより、入院患者が求める看護サービスと看護スタッフが提供するケアを「質と量」の両面において正確にリアルタイムに測定することができれば「患者が求めている看護サービス」と「看護スタッフが提供するケア」のギャップを正確に把握し、エビデンスに基づいた適正な人員配置を行うことができると考えられる。2006年に発表された熊川論文では、これらのことが技術的にはすでに実用段階にあると指摘している。このシステムを構築できれば、予測と結果をチェックすることにより、看護

サービスのPDCAサイクルを確実に回し続けることができるであろう。

今日、病棟では医師・看護師・薬剤師・臨床工学技士・管理栄養士・心理士・理学療法士など医療専門職が連携して活動するようになってきた。多職種によるチーム医療がさらに推進されると、これまでの看護チームは多職種で構成される病棟チームや外来チームのような形に再編成されるかもしれない。チーム医療では、患者情報を共有化し効率的で効果的な活動が求められ、看護師のみならず多職種の専門性の高い業務活動の調整が必要となる。そのような環境下では、一人ひとりの患者に各医療専門職がどの位係るのか、どのような業務がなされているかを測定する必要が出てくるだろう。

参考文献

- [1] 岩澤和子, 筒井孝子, 監修. 看護必要度第4版. 東京: 日本看護協会出版会; 2010.
- [2] 岩澤和子, 筒井孝子, 監修. 看護必要度第4版2012年度増補版. 東京: 日本看護協会出版会; 2012.
- [3] 松田厚恵, 他. タイムスタディ法による某大学病院の看護業務量調査報告. 病院管理. 1995; 32(4):353-9.
- [4] 虎の門病院看護部, 編. TNS「忙しさ」の尺度と看護人員配置. 東京: メヂカルフレンド社; 1990.
- [5] 東京都衛生局病院事業部看護業務検討委員会. 看護業務に関する実態調査報告者(内科系, 外科系). 東京: 東京都衛生局; 1992.
- [6] 厚生労働省. 第7次看護職員需給見通しに関する検討会報告書. 2010年12月.
- [7] 昭和大学統括看護部. 看護職員職務満足度調査. 2011.
- [8] 昭和大学病院. 病棟別看護必要度. 2012.
- [9] 熊川寿郎. ユビキタス社会のヘルスケアサービス. 病院. 2006; 65(4):321-3.