

看護労働の経済的価値（上）

米澤正紀

はじめに

第1章 過少需要と供給不足が併存する雇用市場の背景にあるもの

第2章 次世代経済成長のエンジンとしての「雇用」の役割

第3章 看護労働需給と看護職員配置基準

(1) 看護職員需給の長期的展望

(2) 病棟看護職員の配置基準の問題点

1) 「施設基準における勤務時間」と「就業規則に基づく所定労働時間」の違い

2) 「施設基準における勤務時間」と「拘束時間」の違い

3) 看護職員配置基準に基づく病棟勤務時間と非病棟勤務日の関係

<有給休暇取得を抑制する傾向>

[1] 看護職員配置基準から算定される1人当り看護職員の勤務時間

[2] 入院基本料算定のあり方と有給休暇の取得

[3] 「急性期看護補助体制加算」の二つの捉え方

4) 特定集中治療室（ICU）における看護職員「常時」配置（以上 本号）

5) 夜勤体制の問題点（以下 次号）

[1] 夜勤の施設基準上の争点・72時間ルール

[2] 看護職員不足と72時間対策

6) 夜勤時間の短縮化を考慮した勤務時間帯の考え方

7) 看護職員配置基準の改善への視点と看護労働の負担軽減

第4章 内需産業としての医療の受容力

(1) 構造的に伸び続ける医療費を経済成長の糧として考える

(2) 医師不足と看護師不足の背景の類似点と相違点

(3) 医療における雇用の形態の多様化と雇用の創出力

はじめに

看護労働の主な特徴としては、女性が多いこと、したがって出産・育児をフォローできる就業形態が必要とされること、医療や介護の提供をとおして高齢者と広くつながっていることなどがあげられる。

これらの点は、急速に進む少子高齢社会における政策課題と深くかかわっている。特に看護労働の効用を経済的側面から捉えると、「失われた20年」を経てなお展望の見出せない今日の閉塞した社会状況を変革する手立てについて、示唆するものが多く見出せる。看護労働に象徴される労働に対する積極的な再評価は、活力のある少子高齢社会の構築に貢献するものと考えられる。

また看護労働の経済的対価としての診療報酬は、看護の医療提供体制の中での位置付けを反映して、入院基本料等に大きな影響を与えるため、病院経営を左右するといっても過言ではない。看護労働、とりわけ病棟勤務者の基本的な勤務形態は、身体的負荷の大きい夜勤を含む交代制勤務であり、また療養支援を通じて患者の生命と向かい合うという業務であることから、診療報酬上の施設基準である看護職員配置基準によっても厳しく制約が設けられている。その制約は、労働の質を担保しているという側面を有しつつも時代の要請に適応できなくなってきたため、実態として看護労働者の離職を進める方向に作用しているように思われる。

第3章では、看護職員配置基準の問題点について、なじみのない用語が頻出するため、わかりづらい面は否めないが、具体的に基準の中で規定されている様々な概念と算式を使って、その傾向を例示的に示している。更にこのような分析を踏まえて、基準の改善による看護労働の負担軽減と活性化について若干の提案を行った。

看護労働を取り巻く環境の整備が、新たな雇用の創出、雇用形態の変化を促し、医療の世界にとどまらず、社会保障分野全体に、またものづくりの分野にまで波及する可能性について、着目する必要がある。

第1章 過少需要と供給不足が併存する雇用市場の背景にあるもの

- 《● 経済のグローバル化による熾烈な競争の激化→製造業における生産コスト抑制→企業利益の国内投資保留、海外投資の活発化と生産工場の海外移転、内需の空洞化の加速→税収の減少→財政需要の硬直化と財政赤字の増大→消費税税率アップ→国内消費の冷え込み→雇用の停滞
- 非正規労働者（若年、中年のフリーター、リストラされた中高年労働者）、新卒者（高卒、大卒等）の就職難、若年労働力の需要の停滞、縮小の一方で医師、看護職員、介護職員等の供給不足》

1989年をピークとしたバブル景気が崩壊した後の日本の経済成長は、それまでの成長とは異質な動きを示している。地価下落に端を発した土地投機の崩壊、それを支えた主要金融機関の相次ぐ破綻を経て、従来日本の経済成長が、官民一体となった護送船団方式によって全体のパイを拡大していくものであったのであるが、このスタイルが機能しなくなってしまったことが背景としてあると考えられる。これまでの日本の経済活動を支えてきたのは主要金融機関が成長する製造業をファイナンスし、こうした企業群が広汎な中小零細企業群を下請けとしてそれぞれの傘下に系列化していった。戦後の冷戦構造の中で、朝鮮特需、ベトナム特需という形で長期にわたって需要がふんだんにあったため、これが戦後日本の経済成長を可能とした。しかしベトナム戦争が終結した1965年（昭和40年）に陥った戦後最大の不況に際して、当時の山一証券、山陽特殊製鋼の倒産危機が発生し、政府は全面的な支援によってこれらの企業を救済し、不況の拡大を防いだ。そしてこの時を契機にはじめて赤字国債が発行され、需給のアンバランスの解消に利用されたのである。その後、景気後退時に公共事業の拡大という形で発行されることが定型化されていったのであるが、次第に歯止めが利かなくなって現在では世界一の財政赤字国となっている。

つまり、これまでの成長を支えていったのは、ダムや高速道路に象徴される巨大な「公共事業プロジェクト」であり、実態は財政出動による有効需要の創出、需給ギャップの穴埋めであった。赤字国債はその基礎を国民の税金にしているが、実際には印刷機で紙幣をどんどん刷って使っているのと変わらない。

ギリシャの財政破綻によって露呈されたヨーロッパの金融財政危機を目の当たりにする

と、これ以上、このような打ち出の小槌が機能するはずがないことはもはや誰の目にも明らかである。

こうした状況を受けて、財政穴埋めの最も現実的な政策的選択として消費税の増税はやむをえないものと考えられる。しかし多年にわたって財政赤字を垂れ流してきた構造の吟味と目指されるべき構造の変革について明確なビジョンが提示できなければ、単に一時的な穴埋めはできたとしても非効率的なシステムの延命を図るだけに終わってしまうだろう。

不動産バブル、リーマンショックを経て、これまで成長を支えてきた環境が次々に崩れた現在、日本はどのような経済成長を目指すのか。バブル崩壊後、この20年あまりの間に低成長ながら、企業はそれなりに収益を伸ばしてきたのに、国民に景気が上昇している実感がないのは何故か。橋本内閣、小渕内閣の時は景気浮揚策として大規模な財政出動を行ったにもかかわらず、また小泉内閣の時は規制改革を推し進め企業経営の効率化、体質強化が図られたとされるにもかかわらず、内需は低迷し、失業率は高止まりのまま、非正規労働者の雇い止め、若年層の就職難、生活保護世帯の増加、所得格差の拡大、世界でも突出している自殺者数、賃金の抑制が続いている。

これらの社会的事象はなにを表しているのか。

経済のグローバル化によって、新興諸国との低価格競争にさらされた結果、正規雇用から非正規雇用に切り換えることによって生産コストの削減を推し進めることになったのであるが、こうした努力をすればするほど、為替において円の上昇を招くという蟻地獄に陥ってしまった。そのため企業はこれまでのような原材料を輸入し、国内の労働者を雇用して国内製造工場で生産し、外国に輸出するというパターンから、直接外国に建設した工場、現地の労働者を雇用して生産するパターンへと転換を進めているが、日本マネーの投下によって現地国財政や雇用の安定化に寄与する一方、収益は企業に帰属するので内部留保であれ投資の拡大であれ国内に充分還流することにはならない。このような企業行動は、コストをできるだけ削減し、競争に勝ち抜くためには自然な流れと考えられ、いわゆる“企業の国際化（企業は故国を持たない）”として20世紀の前半にはその傾向が指摘されてきたし、日本に限らず外国の企業にも存在するものであって、今に始まったわけではない。日本の場合は戦後営々と官民一体となって税金を使って育ててきた優良企業がグローバル化の波に乗って、国民を見捨てるというイメージがある。確かにナショナルとして考えた場合、企業収益の大部分は税収として還元せず、国内労働力の雇用に結びつかず内需に貢献しないという事態は、異常であり、危機的ではある。

問題は、日本の企業全体の状況は、生産性の向上によって、慢性的な供給過剰になって

いるのではないかということである。つまり国内市場だけをみれば生産能力が圧倒的に需要を上回る状態が生まれ、しかもその状態はこの数年で形成されたものではなく、バブル期に既に到達していたのではないかということである。そのように考えると、何故毎年積み上がってゆく赤字国債による財政出動が十分な功を奏さないのか、企業がその生産能力を海外に移転しようとするのかという説明が容易となる。

したがって課題は、このような国境を越えて拡大していく企業群にいかにしてナショナルなアイデンティティを持たせるか（有体にいうと、そうした企業群の稼いだ金をできるだけ多く国内に投下させるか）、また内需をどのような形で生み出し、これを企業活動と結びつけるかということである。

「少子高齢化」という指標は、完膚なきまでの敗戦によって経済的社会的どん底の状況の中で生まれたベビーブーマー達（団塊の世代）を推進力として、まさに日本が世界に類をみない速度で経済成長を続けてきた結果、世界で最も速く到達した領域を最もよく表現したものであって、高い生産力に裏打ちされた教育環境、医療提供体制の整備、生活水準の向上等によってもたらされるポスト工業化社会の姿を表しているのである。しかしそれは、子どもが少なくなる、高齢者が多くなる→消費需要が減少する→企業のコスト削減によって若年正規雇用の減少、非正規化の促進→婚姻数の減少→出生数の減少という負の連鎖が、所得格差の増大→貧困化と生活保護受給者の増大→財政支出の増大、団塊世代の退職→年金受給者の急増→財政支出の増大という更なる負の連鎖と結びつくという、高度に経済発展した社会が自ら造り出してきた富を生み出す方程式によって逆襲される姿でもある。

現在の日本が今後、少子化、高齢化が一層進む状況下で、従来の方程式を前提に処方箋をいくら書いても病人は痩せ細っていくだけであろう。失われた10年、あるいはリーマンショックを挟んで20年という高い授業料を払って、私達が学ぶべきは日本の新たな経済的社会的成長のエンジンは他でもない「少子化」と「高齢化」であるということである。そして「経済成長」の目的は、GDPやGNPで表わされる生産力や消費規模の拡大にあるのではなく、国民一人一人が生活に充足を感じることができ、やり直しができる柔軟性を持った社会の実現ということにある。それをもう少し具体的に示すとすれば、主要な指標は若者が生活できる所得が保障され、普通に結婚して子どもを生み育てられること、失業者をなくすこと、子どもの養育に手がかからないこと、高齢者に蓄えがなくても安心して人生の最後まで看取ってもらえること等ということになる。こうした指標を実現するために指し示されている市場は、社会保障分野であり、まさにこの分野では供給不足が慢性的

に存在するのであるから、ここに雇用の創出を政策的に仕掛けていくことが大事になる。何故この分野が供給不足かというと、魅力がないからである。仕事がきつく、危険もいっぱいあるのに保障が十分でなく、低賃金だからである。診療報酬も介護報酬も公定価格であり、柔軟性に欠け、政策手段としても有効性を発揮しうるにはあまりにも足かせとなるものが多過ぎる。社会保障関連資産は、病院や介護施設、そこに働くスタッフも含めて本質的には公共財であるにもかかわらず、運営は私的経営にゆだねられているため、放漫経営もあり、倒産もありなのである。介護保険制度が導入された当時、志を持ってこの分野に参加した人たちの少なからぬ部分が、過酷な労働環境と低賃金に耐えかねて去っていった。今また新経済成長戦略のもとで社会保障分野が成長の牽引役として期待されているが、15年前の反省を踏まえて、具体的な障害を明確にして、ただちに取り除いていくことをやらないと、またもや絵に描いた餅に終わってしまうであろう。これまでの日本はものづくり立国として製造業中心の政策が展開されてきたが、少子高齢化に沿った労働集約型サービスの担い手を広汎につくり出すことによって、ものづくりを含めた新たな消費需要を掘り起こすことは可能である。

つまり今、政策の最優先課題の重みを持って語られるべきは「雇用の充実」である。

第2章 次世代経済成長のエンジンとしての「雇用」の役割

《● 高齢者の増大→医療、介護に代表される労働集約型産業における雇用の充実→消費の活発化→周辺医療・介護関連産業の活性化と内需の拡大→税収の増加→財政赤字の縮小→少子化対策の拡大→持続的な安定成長の実現》

現在の日本において、経済的にも社会的にも喫緊の課題は安定した内需の創出である。一方、これまで雇用は成長の果実、結果として語られる側面が強かった。ところが少子高齢化に伴う構造的な経済的停滞だけでなく、東日本大震災や原発事故、世界的な恐慌の状況への移行を孕んだ景気後退によって経済がマイナス成長、あるいは低成長を余儀なくされている現在の日本では、需要不足によって雇用状況が低迷している。若年層の就職難は相変わらず超氷河期と言われており、非正規労働者の割合は正規労働者を凌駕するほど伸び続けている上、雇止めも多い。中高年層の労働者のリストラも増加しており、定年後の再雇用も選別化、実質的な雇用継続拒否等によって停滞している。同時に正規労働者の

超過勤務時間は増大している。こうした状況を反映して、労働者全体の賃金も直近5年間でみても減少し続けている。これでは消費が増えるはずはないので、雇用悪化が消費の低迷につながっている結果、内需は縮小していかざるをえないのである。

しかし、こうした状況を生み出す大きな背景の一つである高齢者の急速な増大は、一方では医療と介護の需要を増大させるため、医療・福祉分野においては新規の雇用を必要としている。その数は決して少なくない。医療については現在、現役の看護師等は約135万人であるが、高齢者の増加数がピークを迎える2025年（平成37年）には最大約200万人が必要と推計されている（社会保障国民会議「医療・介護費用シミュレーション」）。また介護分野においても、2007年（平成19年）時点で約117万人の介護労働者が2025年（平成37年）には約250万人が必要と試算されているから、需給ギャップは約133万人、2012年（平成24年）時点で考えても約100万人のギャップが存在する。そうすると単純に考えても看護労働者の65万人と合わせて165万人が新規に雇用されなければならない。しかもこれらの数字は、現時点で高齢者に対するサービスが充足しているものと考えての必要人員なのであるが、現実的には人員不足のため十分なサービスが提供されているとは言い難い実態があるので、こうした点を加味してこれらの人員数を1.5倍すれば、それぞれ約98万人、150万人となる。これに看護師等の場合の年間収入を1人当たり500万円、介護労働者の場合を300万円として計算すると、看護師等で4.9兆円、介護労働者で4.5兆円、合計9.4兆円の購買力が2025年（平成37年）までの13年間に出現することになる。しかもこの分野の労働者の基幹部分は免許職であり、一定の教育年限を課せられている。つまり他の産業労働者からの代替が容易でないため、中長期的にみて医療・福祉分野の周辺でものづくりが活発化し、雇用を生み出すとしても、全く新規の雇用が生み出されることになるのである⁽¹⁾。医療・福祉分野の雇用の特徴としては、①対象者である高齢者は、2025年（平成37年）まで右肩上がり増加を続けるので、景気に左右されにくく、安定した雇用需要が見込める、②高齢者の居住は都市部に集中する実態があるものの、地方においても取り残された形で偏在し、全国的にみれば広く分布するので、地域医療、地域介護を中心軸とし

(1) 2009年（平成21年）8月の労働力調査第1表に基づいて、2008年（平成20年）8月から2009年（平成21年）8月にかけての産業別労働者数増減をみると、製造業112万人、建設業10万人の雇用減に対して医療・福祉では40万人の雇用増となっており、賃金が相対的に低く、これまで人を雇い難かった産業への労働移動が起こっている（「労働時間改革」第7章「ワークシェアリングは機能するか」川口大司氏・鶴光太郎氏）。このことは、医療・福祉の裾野に位置する非免許職については他産業からの代替が産業構造の変換によって生じることを示している。しかし基幹部分である免許職についてはこのような代替関係は困難であり、新規の雇用創出という側面が強くなると考えられる。

た新たな雇用を生み出す可能性を持っており、結果として若年者を呼び込み定着させる可能性がある、③企業としてこの分野の各事業体を捉えると、業務が労働集約的な内容であるため、規模的には中小、零細企業が多く、規模の集積によるメリットが出にくい、④雇用の幅が広く、医師等の一部の職種においては、高学歴の免許職であり、高額収入が保障され、雇用も安定しているが、関連する様々な業務の裾野においては業務委託、派遣という雇用形態の中で低賃金、不安定雇用が広汎にみられる、⑤サービス提供の場所が閉鎖的で密室的状況下である場合も多く、患者や要介護者の人権が守られにくい等が指摘される。すなわち現状は、十分成熟した企業環境が形成されているとは言い難く、むしろ業務のオープン化、効率化、安全化等において発展途上にあり、逆にいうとこの分野に投資されるべき人的、物的資源はもっと膨らむと考えられる。

ものづくりにおいても、従来からこの分野、特に医療においては、内視鏡等一部の分野を除いて欧米に大幅に遅れをとっておりペースメーカー、カテーテル等の高額医療機器、医療材料及び市場規模が大きく日本経済に重大な影響を与える製薬産業において顕著である。また日本には中小、零細企業の町工場が多く、旋盤等を使った精度の高い製造部品を作り上げる技術を持ったメーカーが少なからず存在することが知られている。しかし、そうした技術は患者個々に合わせたカテーテル等の医療材料作りに能力を発揮できると思うが、現在そのような能力を活用する仕組みはない。更に、精巧な時計を作り上げる技術を持ちながら国産のペースメーカーはない。世界で最先端を行くといわれるロボット工学の技術的応用、創薬のための技術的支援、治験制度の充実化等、巨大な潜在的消費市場を顕在化し、これを利用するための政策的手段が講じられるべきである。

内需の拡大による直接的な利益の享受は、税収増加によって財政赤字を縮小させるだけでなく、政府が手に入れることができる政策手段の財政的裏付けを安定的に確保し、政策の幅を広げ、首尾一貫したものとすることができるようになることである。そこで最優先課題の一つとして少子化対策、すなわち最低賃金の引き上げ、保育の充実、若年世帯への優遇税制、子ども手当の増額と要件緩和、短時間労働の拡大、有給休暇、育児休暇、産前産後休暇、勤務時間の緩和・短縮等の推進、企業のバックアップ体制への補助金、税制支援、産科補償制度の充実、出産一時金・支援金の拡充、小児科・産科医師勤務支援、教育費及び教育環境整備支援、労働基準法、労働者派遣法、診療報酬、介護報酬等での支援策の強化等を対象者のライフステージに準拠して集中的に取り組む。このような施策によって若年者を中心として安定した雇用が定着し、結婚して子どもを生むことが人生設計においてメリットであると実感できるようになれば、合計特殊出生率を2.07以上（人口が減少

しないために必要な出生率)に伸ばし、更にその少なからぬ部分が高齢者の周りに職場や学校や様々なコミュニティ、生活基盤を形成していくことになると、高齢者はこれまでのように「老後」の不安から解放されるため、預貯金の死蔵が減少し、消費に回るようになる。このような高齢者を中心軸に据えた少子化対策を進めるための出発点として、内需活性化につながる高齢者医療・介護分野での雇用の充実に注力することによって、良循環が生まれる。

しかしながら、大まかな設計図としては、上述してきた問題意識によって経済成長を牽引する主体として医療・福祉分野の従事者を増やしていく政策を構想するのであるが、実際にはいくつかの越えなければならない障害がある。

具体的にパイロットスタディとして看護労働者について、考察する。

第3章 看護労働需給と看護職員配置基準

(1) 看護職員需給の長期的展望

《● 看護職員数に関しては、現状のままでは短期的にみても長期的にみても需給ギャップが存在する→その背景としては、需要側では高齢者の増大、がん治療等の高度医療の増加等によって膨らむ一方、供給側では少子化、働きにくい労働環境等の問題がある》

看護労働者の労働環境は、労働基準法による保護、規制は勿論のことであるが、特にその必要人員数に関しては、健康保険法によって取り決められている診療報酬の施設基準、具体的には看護職員配置基準によって大きな影響を受けている。ところが法律用語の難解さと同様に診療報酬の世界も、難解な医療用語や規定に満ち満ちており、その解釈自体が一筋縄ではいかないところが多くある。一般庶民だけでなく、当事者からも理解できない状況では議論が進まないのが、必要最小限の解説を加えながら問題点の所在について明らかにし、解決の方法について提案したいと思う。

まず、最初に施設基準上の看護労働者の呼称について解説する必要がある。

看護の担い手として「看護職員」という場合は、看護師と准看護師を指し、「看護要員」という場合は、これに看護補助者を加える。「保健師助産師看護師法」(保助看法)で看護師と准看護師の資格の違いや指揮命令系統等について規定されており、また看護補助者についても、資格要件はなく業務範囲が限られている等旧厚生省「病

院看護管理指針」、1994年（平成6年）の医療制度改正、1996年（平成8年）の日本看護協会「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」等で細かく規定されている。一般的に看護労働者という場合には、看護職員（看護師＋准看護師）と看護補助者とを含んでおり、必要に応じて看護職員あるいは看護要員というように言及するが、実際に看護労働者の不足と言われる場合の対象は主に看護師であって、看護補助者は資格を必要とせず、一定の研修さえ受ければ雇用形態が派遣であっても可能で、看護師の負担軽減策の一環として厚労省は看護補助者の導入を積極的に進めているのが現状である。

したがってここで看護労働者という場合の使い方は主に看護師を念頭において使っている。その方が一般社会で理解されている感覚と近いはずである。ただし、施設基準で厚労省が「看護職員」「看護要員」という場合は上記で説明したような違いがあるので、この点については区別して理解してもらいたい。

さて、前置きが長くなってしまったが、看護職員の需要と供給の関係は現在均衡しているのだろうか。また1947年（昭和22年）から1949年（昭和24年）にかけて生まれたベビーブーマーの高齢化がピークを迎える2025年（平成37年）時点に向かって爆発的に増え続けるであろう医療や介護ニーズに対して、少子化によって看護職員の養成機関が廃止、縮小を余儀なくされている現状の中で、果たして今後、新規の看護職員がこのビッグウェーブを乗り切るに十分養成されるのだろうか。

厚労省が「第七次看護職員需給見通しに関する検討会」（2011年（平成23年））でまとめた報告によると、2011年（平成23年）の需要は1,404,300人に対して供給は1,348,300人で需給ギャップは56,000人である。つまり現状は、明らかに供給不足である。これが2015年（平成27年）には需要1,500,900人に対して供給は1,486,000人になり、需給ギャップはわずかに14,900人で充足率99%まで改善することになる。ところが少子化の影響も勘案して推計したとされる厚生労働科学研究補助金の研究による長期的な需給見通しでは、社会保障国民会議の「医療・介護費用シミュレーション」の医療提供体制に関するシナリオを前提とした場合、現在のサービス提供体制で看護職員の年間労働時間を1,800時間と設定した条件において、2025年の需要は実人員ベースで約191万8,000人から199万7,000人、供給数は約179万8,000人としている。需給ギャップは120,000人から199,000人、充足率は93.7%から90%となる⁽²⁾。少子化に

(2) Japan Medicine2011年（平成23年）2月9日

ついて、前日本看護協会会長の久常節子氏は「18歳人口は今までの20年間に23万人減少しました。更にこれからの20年間には47万人減少し、18歳人口が3分の2になります。それまで多くの養成所は、実質的に経営ができなくなつてつぶれていく。そうした場合、医療現場では深刻な看護職不足が起こります」⁽³⁾と述べて少子化が新卒就業者数に大きな影響を及ぼす点を指摘している。このように将来推計において看護職員の増加が高齢化による需要増と少子化による供給減によって、容易に進まないことが明瞭であるが、注目しなければならないのは、退職等による減少数である。供給見通しに対する退職等による減少数の比率を離職率として計算すると2011年（平成23年）10.7%に対して2015年（平成27年）は10.2%と逡減しているものの、絶対数としては2011年（平成23年）の144,600人から2015年（平成27年）には152,100人に徐々にではあるが増加している、決して減少していないという点である。また現役労働者と潜在労働者の割合をみた時に、看護師等は現在135万人の現役に対して55万人の潜在、仮に「潜在率」としてこの割合を表すと28.9%（55万人/190万人）であるのに対して、2007年（平成19年）時点であるが介護労働者は約117万人の現役に対して潜在介護福祉士は約22.5万人、潜在率は16.1%（22.5万人/139.5万人）となる。介護保険施行以降、なかなか介護の労働力が定着しないと言われ続けてきた中でこの数値からも看護労働者における離職者の数が多いことが推測されるのである。離職者が多いということは、看護労働に魅力がないからであろう。では何故魅力がないのか。

（2） 病棟看護職員の配置基準の問題点

1) 「施設基準における勤務時間」と「就業規則に基づく所定労働時間」の違い

施設基準の観点から入院基本料の構成要素を考えると、入院生活の場としての環境的要素や医師の医学的管理、看護の実施等様々な要素が含まれるが、診療報酬上入院基本料のランクを決定する最大のポイントは、入院患者数に対する看護要員数の比率、看護職員中の看護師比率、月平均看護職員1人当り夜勤時間数等看護の充実度にあるとあってよい。特に入院患者数に対する看護要員数の比率は決定的である（表-1（1）、（2））。

そしてこの比率（届出の数、例えば7対1なら7）に基づいて、基準としての「1日看護配置数」 $\{ (1日平均入院患者数 \div 届出の数) \times 3 \}$ が決定され、一方、

（3） 「看護」2010年（平成22年）3月臨時増刊号・講演記録

表－1

(1) 入院料のイメージ

私達が通常「入院料」と言っているものは、施設基準では「入院基本料」として、「一般病棟入院基本料」、「療養病棟入院基本料」、「精神病棟入院基本料」、「結核病棟入院基本料」の4つに分類される。その中でも最も身近なものとして「一般病棟入院基本料」がどのようにランク付け（値段付け）されているのかを簡略化して示すと次のようになる。

入院料の名称	常時看護配置	平均在院日数	看護必要度 ^(※)	診療報酬点数と金額 (1日につき)
一般病棟入院基本料7対1	7対1	18日以内	15%以上	1,566点 (15,660円)
一般病棟入院基本料10対1	10対1	21日以内	15%、10%で 加算あり	1,311点 (13,110円)
一般病棟入院基本料13対1	13対1	24日以内	施行で加算あり	1,103点 (11,030円)
.....

(※) 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、一定の重症患者の割合を評価する。7対1、10対1では必須、10対1では上記割合以上で加算、13対1では測定を導入した場合に加算。

(2) 2006年（平成18年）診療報酬改定で変更された看護職員配置（看護職員数の入院患者数に対する割合）についての新旧対照表

看護職員の実質配置	2006年改定前の看護職員配置
7 : 1	1.4 : 1に相当
10 : 1	2 : 1に相当
13 : 1	2.6 : 1に相当
15 : 1	3 : 1に相当
18 : 1	3.6 : 1に相当
20 : 1	4 : 1に相当

実績としての延勤務時間数に基づいて割り出される「月平均1日当り看護配置数」
 $\{ \text{月延総勤務時間数} \div (31 \text{日}^{(4)} \times 8 \text{時間}) \}$ との比較において実績が基準を上回

(4) 暦日なので各月で30日であったり、28日であったりする。

れば当該入院基本料のランクはクリアすることとなる（月平均1日当り看護配置数 \geq 1日看護配置数）。

看護要員の数については、「病院の入院基本料等に関する施設基準」の中で「当該届出病棟に配置されている看護要員の数は、1勤務帯8時間で1日3勤務帯を標準として、月平均1日当りの要件を満たしている」点に留意することになっている。また兼務者の時間割比例計算による算入は、兼務者の病棟延時間数を所定労働時間で除して得た数をもって看護要員の人員とすることとなっているが、この「所定労働時間」については、「労働基準法等の規定に基づき各保険医療機関の就業規則等において定められた休憩時間を除く労働時間のことをいう」と説明されている。

疑義解釈について、厚労省の2009年（平成21年）3月30日事務連絡では、勤務時間数に関して、

「（問）休憩、食事時間は勤務時間から除外しなければならないか。

（答）通常の休憩時間は勤務時間に含まれるので、除外する必要はない。

（問）申し送りで、二つの勤務帯が重複する場合はどのように考えるか。

（答）申し送りについては、二つの勤務帯が重複する勤務帯（たとえば、夜勤者から日勤者への引継ぎ時間帯）が生じることとなるため、申し送りを受ける側の勤務時間帯における勤務時間数のみを計上すること」、

また2007年（平成19年）4月20日事務連絡によると、

「（問）入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間も除かれるのか。

（答）入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策に関する基準」及び「医療安全管理体制に関する基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修に参加する時間帯に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない」

とそれぞれ表記されている。

したがって、施設基準の立場からは、労働基準法上の制限である月160時間の上限を踏まえて、各医療機関において決められた勤務時間帯で設定された勤務時間が実働時間として正式にカウントされるのであるが、就業規則とは関係なく休憩時間

は勤務時間の中に含まれ、勤務時間帯と勤務時間帯の重複するところは勤務時間としては認めないという形で勤務時間が規定されていることになる。そうすると、ある病院（一般病床のみ330床、病床利用率85%、平均在院日数15日、7対1入院基本料を算定）で例えば日勤8時～16時30分のうち、実際には7時間30分の実働、1時間の休憩がなされていたとしても、最後の30分は申し送りで重複するところなので切り捨てられ、残る8時間全てが勤務時間となる（図1(I)）。

例えばこの病院にパート（常勤換算）も含めて病棟勤務の実働看護職員が180人いたとする。実働時間を施設基準の勤務時間として考え、1人1月20日働くとする。勤務日数は延3,600日（1人20日/月×180人）、月延総勤務時間数は27,000時間（3,600日×7時間30分/人）となり、「月平均1日当り看護配置数」は、27,000時間÷243.2（30.4日⁽⁵⁾×8時間）=111.01人→112人⁽⁶⁾となる。一方、7対1の場合の「1日看護配置数」は、（262人〔1日平均入院患者数⁽⁷⁾〕÷7）×3=112.3人→113人。「1日看護配置数」が「月平均1日当り看護配置数」を上回るので、7対1算定は不可であるが、1勤務帯の勤務時間を標準の8時間で計算すると、月延勤務時間数の総計は28,800時間（3,600日×8時間/人）となり、「月平均1日当り看護配置数」は、28,800時間÷243.2（30.4日×8時間）=118.4人→119人となる。一方、7対1の場合の「1日看護配置数」は、上記により113人。この場合は「月平均1日当り看護配置数」>「1日看護配置数」となり、実績が基準を上回るので、7対1入院基本料が取得できることになる。

つまりこの病院の例は実働勤務時間で計算すると、10対1の入院基本料しか算定

(5) 1ヶ月の平均日数 365日÷12月≒30.4日。

(6) 入院患者数、看護職員数等人に関する数字は最終的には小数点以下は切り上げている。

(7) 1日平均入院患者数262人の算出

$$\begin{array}{l} \cdot \text{病床利用率} \\ \text{の算式から} \end{array} \quad \frac{\text{退院患者含む延入院患者}}{330\text{床} \times 365\text{日} = 120,450} = 0.85$$

$$\text{退院患者含む延入院患者} = 102,383\text{人}$$

$$\begin{array}{l} \cdot \text{平均在院日数} \\ \text{の算式から} \end{array} \quad \frac{102,383\text{人}}{(\text{新入院患者数} + \text{新退院患者数}) / 2} = 15\text{日}$$

$$(\text{新入院患者数} + \text{新退院患者数}) / 2 = 6,826\text{人。入院退院患者数を同数とすると、推定退院患者数は6,826人。}$$

◎ 1日平均入院患者数

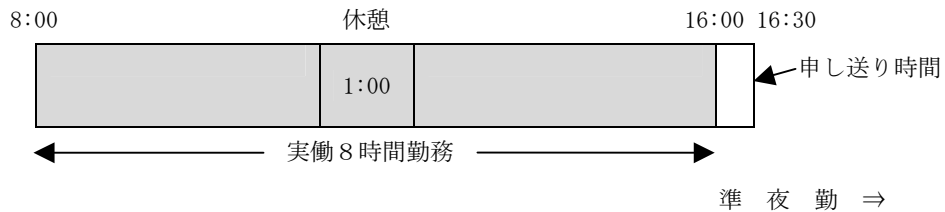
$$102,383\text{人} - 6,826\text{人} = 95,557\text{人} \quad (\text{退院患者を除く延入院患者数})$$

$$\frac{95,557\text{人}}{365\text{日}} = 261.8\text{人} \rightarrow 262\text{人}$$

図1 勤務時間帯の考え方

(I) 日 勤 (三交代)

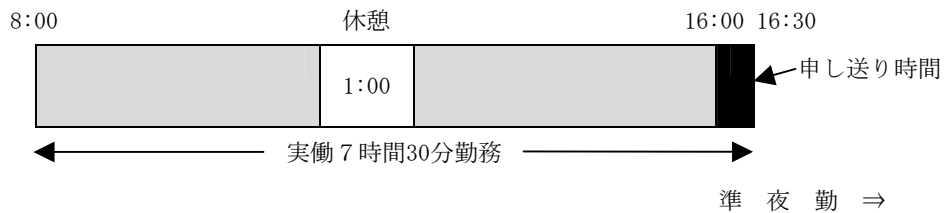
☆ 施設基準の考え方



16:00





◎ 就業規則等実際の運用



16:00



 勤務時間としてカウントされる部分

 勤務時間としてカウントされる部分 (準夜帯)

できないが、施設基準の標準時間で計算すると7対1が算定できることになるのである。その差はおよそ2億6千万円⁽⁸⁾である。勿論この病院は施設基準が設定する標準時間で基準をクリアするので損失は生じない。

したがって実働時間を超える勤務時間が認定されることは病院にとって、よいことのように思われる。

2) 「施設基準における勤務時間」と「拘束時間」の違い

施設基準では休憩時間が勤務時間とみなされる一方で、申し送る側の引き継ぎ時間が勤務時間とされないことで、所定労働時間との溝を埋めているようにみえる。しかし私達の常識的な感覚では、申し送りは重要な伝達事項を含むもので明らかに病棟勤務であって、勤務時間が重複することを理由に勤務時間と認められないのはおかしい。しかも労働基準法では6時間を超える労働に対して45分以上の休憩を認めているので、休憩時間等も勘案して1時間程度としているところが多いと考えられるが、申し送り時間は休憩時間を相殺するほどの時間は通常必要としないし、そもそも一定時間を申し送りという形で全員が行っているというのも実際には考えにくいので、所定労働時間に比して施設基準上の勤務時間は長くなる。すなわち施設基準上の勤務時間は、病棟での実働時間（院内感染防止対策委員会、褥瘡対策委員会等定められた委員会・研修等の参加及び申し送り時間【申し送られる側】を含む）＋休憩時間－（申し送り時間【申し送る側のみ】＋定められたもの以外の委員会・研修等の参加）ということであるが、実際の勤務では所定労働時間の中に休憩時間が入るので、拘束されている時間は少なくとも休憩時間分だけ長くなる。更に申し送り時間や頻繁ではないが各種委員会への出席や勤務時間内のスキルアップ等の研修も加わるので、所定労働時間＜施設基準の勤務時間＜拘束時間となる。すなわち拘束時間は、病棟での実働時間（院内感染防止対策委員会等定められた委員会・研修等の参加を含む）＋休憩時間＋申し送り時間（申し送る側も申し送られる側も含む）＋定められたもの以外の委員会・研修等の参加となるのであるが、実態として申し送り時間は上述したように休憩時間を相殺するほどの時間を要しないし、委員会・研修についても月間であれ、年間であれ、総勤務時間数に与える影響は大

(8) 診療報酬算定上退院日も入院料が発生するので、102,383人（退院患者含む延入院患者）×2,550円 { (1,566点 [7対1入院基本料1日当り基本点数] - 1,311点 [10対1入院基本料1日当り基本点数]) × 10円 } = 261,076,650円

きくない。そのため所定労働時間に対して施設基準上の勤務時間は、実態的には拘束時間に近い形となる。このことを具体的に例示すると次のようになる。

よくみられるような病院の勤務帯は、

- ① 日 勤 8 : 00 ~ 16 : 30
 - ② 準夜勤 16 : 00 ~ 0 : 30
 - ③ 深夜勤 0 : 00 ~ 8 : 30
- 1 勤務帯につき 1 人当り施設基準勤務時間 8 時間
 - 申し送り時間（勤務帯と勤務帯が重なり合っている時間） 30分
 - 1 勤務帯として届け出ている時間 8 時間30分（8 時間+30分）
 - 1 勤務帯につき 1 人当り所定労働時間（就業規則） 7 時間30分
 - 1 勤務帯につき 1 人当り休憩時間（就業規則） 1 時間
 - 1 勤務帯につき 1 人当り拘束時間 8 時間30分（7 時間30分+ 1 時間）

この場合、1 勤務帯の時間数と就業規則に基づく拘束時間数は一致するので就業上の矛盾はない。所定労働時間や拘束時間は実際の労働時間に基づくものであり、施設基準における勤務時間の考え方も実働に基づく以上、最終的には1 勤務帯の時間数と就業規則に基づく拘束時間数との間に齟齬が生じてはならないはずである。例えば所定労働時間が8 時間で休憩時間が1 時間、拘束時間が9 時間の場合で、申し送り時間が30分であれば残りの30分は勤務帯を超えて働いているのにどこにもカウントされないことになってしまう。もし申し送り時間を1 時間とすれば勤務帯も9 時間となり辻褃は合う。つまるところ、労働基準法で労働時間にカウントされない休憩時間が、施設基準上は勤務時間にカウントされることからくる齟齬の修復を、形式的に申し送り時間で調整しているということであろう。

しかし、論理的に考えれば「申し送り」ではない「重複する勤務」が存在するのであれば、それが実働時間であるかぎり引き継がれた勤務帯の勤務時間としてカウントされなければならないはずであるが、明確に言及されているわけではない。勤務時間を巡るこのようなあいまいな規定のもとでは、今後所定労働時間の短縮化が一層進み、また夜勤労働や子育て支援等に伴う短時間労働の導入によって労働環境が変わってくると、的確な対応ができないように思う。例えば短時間労働の場合は兼務者と同様、時間割比例計算によって病棟勤務に算入ができることになっているが、病棟延勤務時間数を所定労働時間で除して得た数をもって看護要員の人員とすることになっており、休憩時間の勤務時間への算入はないので短時間労働者が増大

すれば看護職員全体に対して施設基準上の総勤務時間数が相対的に減少し、入院基本料のランクダウンにつながる可能性も生まれる。また普及が進んでいる二交代制の連続夜勤についても長時間勤務を緩和するために休憩時間を増加させると所定労働時間との溝が大きくなるが、その場合には看護職員以外の職員との勤務時間数の格差の調整をどうするかという問題も生じてくることになる。

3) 看護職員配置基準に基づく病棟勤務時間と非病棟勤務日の関係

<有給休暇取得を抑制する傾向>

《● 入院基本料の重要な要素である看護職員配置基準の問題点→有給休暇を取得できる幅は本来設定されているが、一方でそれが機能しない仕組みになっている》

[1] 看護職員配置基準から算定される1人当り看護職員の勤務時間

看護職員は、一体どのくらいの時間働いているのか。実は看護職員配置基準において、明確に例えば年間何時間働くことになっているのかというような規定は書かれていないのだが、労働基準法をベースに、各入院基本料の基準、患者7人に対して看護職員1人、患者10人に対して看護職員1人というような規定及び「1日看護配置数」と「月平均1日当り看護配置数」を手掛かりに、厚労省が標準とする1,800時間⁽⁹⁾を指標として、おおよそどのくらいの労働時間を一人一人の看護労働者は年間あるいは月間費やさなければならないかという

(9) 1987年(昭和62年)当時、政府の諮問機関であった経済審議会が「構造調整の指針」(「新前川レポート」)を建議し、「2000年(平成12年)に向けてできるだけ早期に現在のアメリカ、イギリスの水準を下回る1,800時間程度を目指すことが必要である」と具体的な数値目標を示した。1988年(昭和63年)に改正労働基準法が施行され、法定労働時間が48時間から40時間へと段階的に引き下げられた。その結果、1980年代後半頃までは年間2,100時間前後であったのが、2000年(平成12年)には1,820時間まで低下した(「労働時間改革」第3章「日本人の労働時間 — 時短政策導入前とその20年後の比較を中心に」黒田祥子氏)。つまり1,800時間というのは、厚労省が恣意的に決めたものではなく、今日の労働政策の中で週休2日制の定着を踏まえて標準とされている労働時間と考えてよい。しかし黒田氏が指摘するように、この時短政策こそが日本が陥った長期不況の二大要因の一つであるという研究報告がある一方で、2000年(平成12年)以降働き盛りの壮年フルタイム男性労働者の長時間労働が非常に深刻化し、過労で身体を壊したり、精神疾患を患ったりする労働者が増えていることも問題として浮かび上がってきている。14年連続して自殺者が3万人を超えている事実も有意に関係しているものと思われる。つまり所定の労働時間については短縮の枠をはめたが、所定外の労働時間の増加とリストラ、非正規化という雇用調整が現在に続く長期不況の中で猛威を振るってきたということかもしれない。

ラインは決まっている。

病院の病棟で働く看護職員の数は入院患者の数に対して何人の割合で配置されているかという観点から配置基準が定められていることは既に述べた。この配置基準にも変遷があり、付き添い看護婦の廃止等様々な整理が行われて現在の「常時配置」という考え方になっている。基本的に1人の看護職員が受け持つ入院患者の比率が小さくなってきた、手厚くなってきたというのが今日に至るまでの大まかな歩みといえるだろう。その結果、基準の最高ランクでは入院患者2人に対して1人の看護職員が配置されるまでになったのであるが、患者からみると「病棟にそんなに看護師がいるように思えない、時々しか病室にこない、ナースコールで呼んでもなかなか来ない」というのが実感であった。何故そのようなことになるのかというと実は、例えば2対1といってもそれはその比率に該当するだけの看護職員が配属（配置）されているという意味であって、常にその比率で看護職員が働いているわけではない。このギャップを埋めようとするのが「常時配置」という考え方であって、これは文字どおり1日24時間入院患者に対して一定の比率で看護職員が病棟で勤務しているということである。2006年（平成18年）の診療報酬改定でこれまで続いてきた総配置数という考え方から変更になった。このことによって、確かに入院患者をはじめ第三者からみてわかりやすくなった、イメージしやすくなったということはいえるように思う。

では前述した総配置数で2対1の比率は常時配置ではどのような配置比率になるのだろうか。厚労省が示した2006年（平成18年）改定時に示された看護職員配置に係る新旧の対応表（表-1(2)）をみると、旧来の患者2対1に対応するのは10対1である。またこの改定で新設された7対1看護は旧基準では1.4対1にあたる。ながらく2対1（10対1）が最高ランクとして続いてきたが、はじめて2を割り込んだことは画期的なことだったことと診療報酬が高く設定されたため、全国の病院で看護師の争奪戦が展開されマスコミでも大きく取り上げられたことは記憶に新しい。この新旧の数字の変化をみると、旧基準の数字を5倍すると新基準の数字になることがわかる。全て総配置数から実質配置数に置き換えるのに5倍されているのだが、ではこの「5」という数字はどのような意味を持っているのか。

現在の日本の看護配置体制は実際の運用としては、近年準夜、深夜を連続し

て勤務する夜勤と日勤による二交代制勤務が増えているとはいえ、三交代制勤務が標準とされ、施設基準においても1勤務帯8時間、3勤務帯で1日24時間をカバーすることが前提となっている。一般的な勤務においては、午前9時前後から午後5時前後において8時間程度の就業が行われているのに対して、看護職員の場合は勤務帯が夜間であっても昼間であっても繰り返し就業しなければならない。1人の看護職員が24時間働けるわけではないので、入院患者からみれば1日24時間のうち1/3（8時間）だけ病棟にいることになる。つまり1勤務日＝1/3日（1勤務帯）である。しかも1週間7日を単位と考えれば、そのうち2日は公休（一般職員の週休である土曜日、日曜日に相当）なので勤務日は5日/7日である。したがって $1/3日 \times 5日/7日 = 5/21 = 1/4.2$ 、これは1週間の単位として考えた場合、1人の看護職員が夜勤であったり、日勤であったりしながら4.2勤務帯につき1勤務をこなしているということの意味している。小数点以下を切り上げると1/5。つまり1人の看護職員は5勤務帯につき1勤務帯に勤務するということになる。

例えば看護職員総配置数による割合が患者1.4人に対して看護職員1人の場合であれば、1人の看護職員が実質受け持つ入院患者数は、 $1.4 \div 1/5 = 7$ 人となる（常時7対1看護配置）（10対1以下も同様）。

すなわちこの「5」という数字は、現行看護職員配置基準において標準として1人の看護職員が勤務する割合がおおよそ5勤務帯のうち1勤務帯であるということを表している。つまり看護職員数のカウントの基礎となる1人の看護職員は、5勤務帯のうち1勤務帯に勤務する看護職員であるということが想定されていると考えられる。

また、受け持ち対象患者7人は1勤務帯についてであるから、もし入院患者が平均42人なら $42 \div 7 = 6$ 人 $\times 3$ 勤務帯＝18人が1日あたり「実質」病棟配置されていなければならないということである。

ところで1週間（7日）を単位に考えると、2日/7日は公休（週休）を表しているが、実際の勤務では公休（週休）以外にも国民の祝日、年次有給休暇、研修等の職務免除、祭祀休暇、介護休暇、出産休暇、産前・産後休暇等様々な形で「病棟に勤務しない日」（以下「非病棟勤務日」とする）が発生する。ところが現行の看護職員配置基準（常時配置の考え方）では延勤務時間数がポイントになるので、単純にいうと、非病棟勤務日が多ければ多いほど看護職員1

人当り延勤務時間数は少なくなり、入院患者数の割合は増加していくことになり、基準のランクを落とさざるをえない場合が生じる。各看護職員配置基準（7対1～20対1）のそれぞれのランクにおいて、1/4.2（4.2勤務帯のうち1勤務帯に勤務）の場合というのは、1人の看護職員が公休（週休）以外に取得できる休暇を含めた非病棟勤務日が0で下限を表す。5勤務帯と4.2勤務帯の差0.8勤務帯は1人の看護職員にとって1勤務帯＝1勤務日なので0.8日となり、これが一つの看護基準のランク（入院基本料のランクとリンク）を算定する範囲内で取得できる非病棟勤務日の幅を表している。同様に、1/5（5勤務帯のうち1勤務帯に勤務）の場合は、1人の看護職員が休暇も含めた非病棟勤務日取得の上限を表す。つまり実質看護配置基準では、非病棟勤務日の幅が1週間当り0～0.8日ということになる。

これは年間に直すと41.7日（ $365日 \div 7日 = 52.14週 \times 0.8日$ ）となる。しかし前述したように2/7は、いわゆる週休日のみであって、国民の祝日は入っていない。例えば2011年（平成23年）における週休日と重ならない祝日は14日、同じく週休日と重ならない年末年始の休日は2日あるので、合計して16日をここから差し引くと25.7日となる。

ところで年間16日は1週間当りでは、 $16日 = 52.14週（365日 \div 7日） \times X勤務帯$ 。 $X勤務帯 = 16日 \div 52.14週 = 0.3勤務帯$ （小数点以下第2位四捨五入）となるが、そうすると $4.2 + 0.3 = 4.5勤務帯 \rightarrow 1/4.5$ （4.5勤務帯のうち1勤務帯に勤務）となるので、1年のあいだで年次有給休暇を含む非病棟勤務日はないが、週休と国民の祝日及び年末年始の休日は勤務しない看護職員の場合の年間労働時間は、1日当り3勤務帯 $\times 1/4.5 \times 365日 \times 8時間 = 1,947時間$ （小数点以下第1位四捨五入）となる。

また逆に厚労省が標準とする年間1,800時間働く看護職員の場合、勤務帯をXとすると、 $1,800時間 = 1日当り3勤務帯 \times 1/X \times 365日 \times 8時間$ 。 $1,800時間 = 8,760/X$ 。 $X = 4.9勤務帯$ （小数点以下第2位四捨五入）となる。 $4.9 - 4.2 = 0.7勤務帯$ 。今度は非病棟勤務日をY日とすると、 $Y日 = 52.14週（365日 \div 7日） \times 0.7$ 。 $Y日 = 36.5日$ （小数点以下第2位四捨五入）となる。つまりこの場合には少なくとも20.5日（ $36.5日 - 16日$ ）の非病棟勤務日が週休と国民の祝日及び年末年始の休日に追加されていることになるので、仮にそのうち5割だけが有給休暇であったとすれば少なくとも10日は休めることになる。つま

り、この場合には20.5日を上限として、有給休暇をとることが可能ではあるが、有給休暇取得の幅は有給休暇以外の非病棟勤務日の日数に左右されることになる。

最後に5勤務帯に1回の勤務回数を超えるケースとして、例えば5.1勤務帯に1回の年間労働時間は、1日当り3勤務帯×1/5.1×365日×8時間=1,718時間（小数点以下第1位四捨五入）。5.1-4.2=0.9勤務帯。非病棟勤務日をY日とすると、Y日=52.14週（365日÷7日）×0.9。Y日=46.9日となる。つまりこの場合には少なくとも30.9日（46.9日-16日）の非病棟勤務日が週休と国民の祝日及び年末年始の休日に追加されていることになるのだが、上記と同様に有給休暇取得の幅は有給休暇以外の非病棟勤務日の日数に左右されるので、休暇日数が十分なものであるかどうかは検討の必要がある。しかも1,718時間の場合には1人の看護職員の勤務の間隔が「5勤務帯につき1回」を超えているので、増員がない限りランクダウンとなる⁽¹⁰⁾。

以上、看護職員の年間労働時間と厚労省が定める入院基本料の看護職員配置基準に基づく勤務体制との関係を有給休暇の取得を絡めて明らかにし、三つのパターンに整理してみた。つまり、看護職員配置基準は満たした上で、I) 1年のあいだで有給休暇はないが週休と国民の祝日及び年末年始の休日は看護職員が勤務しない体制の場合（年間労働時間1,947時間・4.5勤務帯のうち1勤務帯に勤務）、II) 1年のあいだで週休と国民の祝日及び年末年始の休日だけでなく更に20.5日（有給休暇を含む）看護職員が勤務しない体制の場合（年間労働時間は厚労省が標準とする1,800時間・4.9勤務帯のうち1勤務帯に勤務）、III) 1年のあいだで週休と国民の祝日及び年末年始の休日だけでなく更に30.9日（有給休暇を含む）看護職員が勤務しない体制の場合（年間労働時間1,718

(10) 例えば7対1の場合であれば、 $1.4 \times 5.1 = 7.14$ 対1なのでわずかに7を超し、10対1（7.1～10.0の幅）にランクダウンとなる。5.1を守った上で7対1にとどまろうとするなら、 $5.1X = 7$ 、 $X = 1.37$ 、つまり総配置数で標準の患者1.4人に看護職員1人の割合を患者1.37人に看護職員1人の割合に変更しなければならず、看護職員を増やすことになる。

時間・5.1勤務帯のうち1勤務帯に勤務)である⁽¹¹⁾。

これらのパターンは、病院経営の実務上どのような影響を与えるか。

[2] 入院基本料算定のあり方と有給休暇の取得

検討するにあたっての条件を次のように設定する。

I 7対1入院基本料算定(7対1看護配置)

II 病床数330床、病床利用率85%、1日平均入院患者数262人、年間全勤務帯数1,095勤務帯(365日×3勤務帯)

III 平均在院日数15日

IV 2012年(平成24年)勤務日数に関して、週休日(土、日)105日、週休日と重ならない祝日(年末年始含む)11日、週休日、祝日と重ならない年末年始休2日⁽¹²⁾、合計118日。

(11) 看護職員が勤務しない時間数及び日数について試算してみる。

(1) 有給休暇については、個々の病院で夏期休暇等様々な呼称で付与されている場合があるが、それらを含めて年次有給休暇付与日数を年間20日とする。

(2) 日本看護協会の「2011年病院看護実態調査」(全国の病院8,378施設のうち3,198施設が回答【有効回収率38.2%】)より、2010年(平成22年)度に出産した常勤看護職員11,596人、育児休業期間平均11.2ヶ月。1ヶ月以上の長期病気休暇を取得した常勤看護職員7,483人。これらの数値を使って推計すると、

① $11,596人 \times 2.6 (8,378施設 / 3,198施設) = 30,149.6人 \rightarrow 30,150人$ (全施設に置き換え)。現役看護職員135万人 $\times 2 / 3$ (全看護職員のうち病棟勤務者の割合) = 90万人。 $30,150人 \div 90万人 = 0.034人$ 。 $0.034人 \times 2,724時間 \{ (30.4日 / 月 \times 11.2ヶ月) \times 8時間 \}$ (小数点以下第1位四捨五入) = 92.6時間。 $92.6時間 \div 8時間 = 11.5日 \rightarrow 12日$ 。

出産・育児休業年間12日

② $7,483人 \times 2.6 = 19,456人$ 。 $19,456人 \div 90万人 = 0.022人$ 。1ヶ月以上を平均3ヶ月とすると、 $0.022人 \times 730時間 \{ (30.4日 / 月 \times 3ヶ月) \times 8時間 \}$ (小数点以下第1位四捨五入) = 16.06時間。 $16.06時間 \div 8時間 = 2日$ 。

病気休暇年間2日

③ 研修・会議に関しては、いくつかの事例から勘案して1人月平均4時間程度、年間48時間とする。 $48時間 \div 8時間 = 6日$ 。

研修・会議等年間6日

④ 介護休暇等その他についても同様に推計して、1人年間1日。

介護休暇等その他年間1日

①+②+③+④=21日。(1)20日+(2)21日=41日。

$41日 \times 8時間 = 328時間$ 。

上記計算の数値は、地域性、病床規模等の特性を考慮しておらず、現状を踏まえての、あくまで目安に過ぎないが、Ⅲ)の1,718時間の場合ですら有給休暇の取得は十分でないことがわかる。

(12) 診療報酬の規定では、年末年始の休日は12月29日から1月3日の6日間である。このうち2012年で週休日、祝日と重ならない日は1月3日と12月29日の2日間。

付与される有給休暇は盆休み、正月休み等の名称に関係なく合算して20日を標準とする。

V A 月平均1日当り看護配置数(人) = 月延勤務時間数 / (日数 × 8)

B 1日看護配置数(人) = (1日平均入院患者数【直近1年間】 / 届出区分の数) × 3

施設基準を満たすためには、 $A \geq B$

上記の前提をふまえて、1人の常勤の看護職員が勤務する頻度によって、看護職員配置基準及び入院基本料のランクにどのように影響を与えるのかを8つのパターンに分けて分析する。なお病棟看護職員総配置数における対患者比率を標準の1.4対1だけでなく、1.5対1に比率を薄めた場合もあわせて検討する。

① 4.5勤務帯のうち1勤務帯のローテーションで勤務の場合

1) $1,095 \text{勤務帯} \div 4.5 \text{勤務帯} = 243.3 \text{勤務帯/人/年間}$ 。 $243.3 \text{勤務帯} \times 8 \text{時間} = 1,946.4 \text{時間} \rightarrow 1,947 \text{時間}$ 。

延勤務時間1,947時間/人/年間。

2) $4.5 \text{勤務帯} \times 1.4 \text{人}$ (総配置数による看護職員1人に対する患者割合) = 6.3人。 $262 \text{人} (1 \text{日平均入院患者数}) \div \text{患者} 6.3 \text{人} = 41.6 \text{人}$ 。 $41.6 \text{人} \times 3 = 124.8 \text{人} \rightarrow 125 \text{人}$ (4.5勤務帯のうち1勤務帯に勤務かつ総配置数における対患者割合が1.4対1の場合の「月平均1日当り必要看護職員配置数」)⁽¹³⁾。

A 125人 (月平均1日当り看護配置数)

3) $262 \text{人} (1 \text{日平均入院患者数}) \div \text{患者} 7 \text{人} (届出区分の数) = 37.4 \text{人/1勤務帯}$ 。 $37.4 \text{人/1勤務帯} \times 3 \text{勤務帯} = 112.2 \text{人} \rightarrow 113 \text{人}$ 。

B 1日看護配置数 113人⁽¹⁴⁾

12人の差で、 $A > B$ 。施設基準を満たすためには $A \geq B$ なので、十分な余裕を残して基準はクリア。

4) $364,416 \text{時間} \div 1,947 \text{時間} = 187.2 \text{人} \rightarrow 188 \text{人}$ 。

総看護職員配置数 188人

$262 \text{人} \div 188 \text{人} = 1.4 \text{人}$ 、つまり1.4対1なので総配置数における入院患者対

(13) 「月平均1日当り必要看護職員配置数」の算出は、上記のA「月平均1日当り看護配置数」と同義である。 $124.8 \text{人} \times 365 \text{日} \times 8 \text{時間} = 364,416 \text{時間}$ (年間延勤務時間)。 $364,416 \text{時間} \div 12 \text{ヶ月} = 30,368 \text{時間}$ (月延勤務時間) / 243.2時間 (月平均 $30.4 \text{日} \times 8 \text{時間}$) = $124.9 \text{人} \rightarrow 125 \text{人}$ 。

(14) 7対1の基準を満たすために設定された看護職員の配置数。

看護職員比率の基準1.4対1を満たし、更に常時配置基準では $A > B$ であれば要件を満たすので、これも基準をクリアする。

しかし、1)から4)までの流れは状況を十分に説明するものではない。というのも1.4対1という総配置数の要件は、現行基準である7対1という常時配置の要件とはなっておらず、あくまでも目安に過ぎない。

①'そこで、総配置数を1.5対1で考えてみると、

- 1) 延勤務時間1,947時間/人/年間。
- 2) 4.5 勤務帯 $\times 1.5$ 人 $=6.8$ 人。 262 人 \div 患者 6.8 人 $=38.5$ 人。 38.5 人 $\times 3 = 115.5$ 人 $\rightarrow 116$ 人。

A 116人 (月平均1日当り看護配置数)

- 3) B 1日看護配置数 113人

わずか3人の差であるが、 $A > B$ で施設基準をクリアする。

- 4) 年間延勤務時間 $337,260$ 時間 (115.5 人 $\times 365$ 日 $\times 8$ 時間) $\div 1,947$ 時間 $= 173.2$ 人 $\rightarrow 174$ 人。

総看護職員配置数 174人

つまり4.5勤務帯に1回の割合で勤務する看護職員が基準をクリアする際、総配置数による看護職員1人に対する患者割合が1.4対1と1.5対1の場合で、総配置数で14人(188人-174人)の差が生じる。常時7対1の目安が1.4対1であるのに対して1ランク下の常時10対1は総配置数で2対1に相当するので、1.5から1.9までは常時7対1の範囲であるが4.5勤務帯に1回という条件のもとでは1.5がほぼ限界点である⁽¹⁵⁾。

この14人の差は、その分だけ看護職員の人件費が節約できるということになる。

② 4.9勤務帯のうち1勤務帯のローテーションで勤務の場合

- 1) $1,095$ 勤務帯 $\div 4.9$ 勤務帯 $=223.5$ 勤務帯/人/年間。 223.5 勤務帯 $\times 8$ 時間 $=$ 延勤務時間 $1,788$ 時間/人 ($1,800$ 時間⁽¹⁶⁾) /年間。
- 2) 4.9 勤務帯 $\times 1.4$ 人 $=6.9$ 人。 262 人 \div 患者 6.9 人 $=38$ 人。 38 人 $\times 3 = 114$ 人。

A 114人 (月平均1日当り看護配置数)

- 3) B 1日看護配置数 113人

(15) 1.6であれば、 $4.5 \times 1.6 = 7.2 > 7$ となって7対1から10対1にランクダウンしてしまう。

(16) 本稿では小数点以下の処理は、原則第2位以下を四捨五入しているので12時間の誤差が生じているが、「1,800時間」に対応している。

わずか1人の差であるが、 $A > B$ なので、基準はクリアする。

- 4) 年間延勤務時間332,880時間 ($114人 \times 365日 \times 8時間$) \div 1,788時間 = 186.2人 \rightarrow 187人。

総看護職員配置数 187人

$262人 \div 187人 = 1.4人$ 。総配置数における入院患者対看護職員比率の基準1.4対1を満たし、更に $A > B$ なので常時配置基準もクリアする。

②´ 総配置数を1.5対1で考えてみると、

- 1) 延勤務時間1,788時間/人/年間。
 2) $4.9勤務帯 \times 1.5人 = 7.4人$ 。 $262人 \div 患者7.4人 = 35.4人$ 。 $35.4人 \times 3 = 106.2人 \rightarrow 107人$ 。

A 107人 (月平均1日当り看護配置数)

- 3) B 1日看護配置数 113人
 6人の差で、 $A < B$ で施設基準に適合しない。

- 4) 年間総延勤務時間310,104時間 ($106.2人 \times 365日 \times 8時間$) \div 1,788時間 = 173.4人 \rightarrow 174人。

総看護職員配置数 174人

③ 5.1勤務帯のうち1勤務帯のローテーションで勤務の場合

- 1) $1,095勤務帯 \div 5.1勤務帯 = 214.7勤務帯/人/年間$ 。 $214.7勤務帯 \times 8時間 = 1,717.6時間 \rightarrow 1,718時間$ 。

延勤務時間1,718時間/人/年間。

- 2) $5.1勤務帯 \times 1.4人 = 7.1人$ 。 $262人 \div 患者7.1人 = 36.9人$ 。 $36.9人 \times 3 = 110.7人 \rightarrow 111人$ 。

A 111人 (月平均1日当り看護配置数)

- 3) B 1日看護配置数 113人
 2人の差で、 $A < B$ なので、基準をクリアできない。

- 4) 年間延勤務時間323,244時間 ($110.7人 \times 365日 \times 8時間$) \div 1,718時間 = 188.2人 \rightarrow 189人

総看護職員配置数 189人

$262人 \div 189人 = 1.4人$ 。総配置数における入院患者対看護職員比率の基準1.4対1を満たしている。

③´ 総配置数を1.5対1で考えてみると、

- 1) 延勤務時間1,718時間/人/年間。
- 2) $5.1 \text{勤務帯} \times 1.5 \text{人} = 7.7 \text{人}$ 。 $262 \text{人} \div \text{患者} 7.7 \text{人} = 34 \text{人}$ 。 $34 \text{人} \times 3 = 102 \text{人}$ 。

A 102人 (月平均1日当り看護配置数)

- 3) B 1日看護配置数 113人

11人の差で、 $A < B$ で施設基準をクリアしない。

- 4) 年間総延勤務時間297,840時間 ($102 \text{人} \times 365 \text{日} \times 8 \text{時間}$) $\div 1,718 \text{時間} = 173.4 \text{人} \rightarrow 174 \text{人}$ 。

総看護職員配置数 174人

最後に5勤務帯のうち1勤務帯のローテーションで勤務した場合の検討をする。これは前述したように、各基準をクリアするための標準（少なくとも上限）と考えられるパターンである。

④ 5勤務帯のうち1勤務帯のローテーションで勤務の場合

- 1) $1,095 \text{勤務帯} \div 5 \text{勤務帯} = 219 \text{勤務帯/人/年間}$ 。 $219 \text{勤務帯} \times 8 \text{時間} = \text{延勤務時間} 1,752 \text{時間/人/年間}$ 。

- 2) $5 \text{勤務帯} \times 1.4 \text{人} = 7 \text{人}$ 。 $262 \text{人} \div \text{患者} 7 \text{人} = 37.4 \text{人}$ 。 $37.4 \text{人} \times 3 = 112.2 \text{人} \rightarrow 113 \text{人}$ 。

A 113人 (月平均1日当り看護配置数)

- 3) B 1日看護配置数 113人

$A = B$ なので、基準をクリアする。

- 4) 年間総延勤務時間327,624時間 ($112.2 \text{人} \times 365 \text{日} \times 8 \text{時間}$) $\div 1,752 \text{時間} = 187 \text{人}$ 。

総看護職員配置数 187人

$262 \text{人} \div 187 \text{人} = 1.4 \text{人}$ 。総配置数における入院患者対看護職員比率の基準1.4対1を満たしている。

④' 総配置数を1.5対1で考えてみると、

- 1) 延勤務時間1,752時間/人/年間。
- 2) $5 \text{勤務帯} \times 1.5 \text{人} = 7.5 \text{人}$ 。 $262 \text{人} \div \text{患者} 7.5 \text{人} = 34.9 \text{人}$ 。 $34.9 \text{人} \times 3 = 104.7 \text{人} \rightarrow 105 \text{人}$ 。

A 105人 (月平均1日当り看護配置数)

- 3) B 1日看護配置数 113人

8人の差で、 $A < B$ で施設基準をクリアしない。

4) 年間総延勤務時間305,724時間 (104.7人×365日×8時間) ÷ 1,752時間 = 174.5人→175人。

総看護職員配置数 175人

以上により分析してきた八つのパターンを整理して表にした(表-2)。

基本のパターンは三つ、①は週休、祝日分のみ休日認められているケースであるが、基準はクリアしている。基準のポイントは「A 月平均1日当り看護配置数」が「B 1日看護配置数」を上回っていればよいのであるが、「A 月平均1日当り看護配置数」は「延総勤務時間数」(年間労働時間)によって大きく影響されるので、1人当り勤務回数の間隔が大きくなればなるほど、基準を落とすことになる。なので③のケースのように標準の「5勤務帯のうち1勤務帯」よりも勤務間隔が広がれば、「延総勤務時間数」(年間延勤務時間)の減少によってわずか2人の不足であるがAがBに届かず基準をクリアしない。また①´は、勤務間隔は①と同じであるが「総配置数による割合」を1.4から

表-2 看護職員の勤務の頻度による看護職員配置基準及び入院基本料への影響

勤務回数(勤務間隔)	年間労働時間/人	総配置数による割合	常時配置数による割合	基準	総看護職員配置数
① 4.5勤務帯のうち1勤務帯に勤務	1,947時間	1.4対1	A > B A - B = 12人	○	188人
①´ 4.5勤務帯のうち1勤務帯に勤務	1,947時間	1.5対1	A > B A - B = 3人	○	174人 ① - ①´ = 14人
② 4.9勤務帯のうち1勤務帯に勤務	1,788時間 (1,800時間)	1.4対1	A > B A - B = 1人	○	187人
②´ 4.9勤務帯のうち1勤務帯に勤務	1,788時間 (1,800時間)	1.5対1	A < B A - B = △6人	×	174人 ② - ②´ = 13人
③ 5.1勤務帯のうち1勤務帯に勤務	1,718時間	1.4対1	A < B A - B = △2人	×	189人
③´ 5.1勤務帯のうち1勤務帯に勤務	1,718時間	1.5対1	A < B A - B = △11人	×	174人 ③ - ③´ = 15人
④ 5勤務帯のうち1勤務帯に勤務	1,752時間	1.4対1	A = B A - B = 0人	○	187人
④´ 5勤務帯のうち1勤務帯に勤務	1,752時間	1.5対1	A < B A - B = △8人	×	175人 ④ - ④´ = 12人

1.5に薄くしている。このケースではわずか3人であるがAがBを上回っている。基準をクリアしているだけでなく、①よりも総看護職員配置数が14人少なく済む。これは「延総勤務時間数」（年間延勤務時間）の減少がBを脅かすほどではなかったことと、1人の看護職員に対する患者数が大きくなったために全体の看護職員数が減少したのである。①と①'の関係が示唆しているのは、一定の幅の中では、1人当り勤務回数の間隔が同じであっても、病棟に配置する看護職員の対患者割合を薄くすればするほど総看護職員配置数は少なく済むので、コストを抑える手段になるということである。例えば自治体病院のほぼ平均的な看護職員の年収額が600万円程度とすると、600万円×14人＝8,400万円となり、この人件費がそのままコスト削減できることになる。本来診療報酬という公定価格によって規制されている医療経営においては、利益率は低いので300床規模の病院において8,400万円のコスト削減は魅力的な金額であることは間違いない。

②は厚労省が標準としているとされる時間数で、①よりも勤務間隔が長くなっており、非病棟勤務日を含んでいるが有給休暇は十分保障されていないケースである。わずか1人であるがAがBを上回っている。しかし②'のように「総配置数による割合」を1.4から1.5に薄くすると、たちまち基準を落としてしまう。つまり②の勤務間隔では総看護職員配置数での節約はできないので①と①'の関係で示されたような看護職員のある程度まとまった「余剰」を生み出すことはできない。

③は勤務間隔が標準より広く、有給休暇の取得の増加を織り込んだ時間数である。わずか2人の不足ではあるがAがBに届かず、基準を落とすことになるので、増員によって「延総勤務時間数」（年間延勤務時間）を増やすしかない。

③'は③で既に基準を落としているので、検討する意味はないが、勤務間隔が長くなるほど $B > A$ の幅が拡大し、総配置数においても格差が大きくなることを示している。

二重線で区分している④は施設基準の上限のパターン（常時と総配置の両方を満たす）を示している。基本的には②とほぼ一致するケースなのであるが、年間労働時間で36時間（1,788時間－1,752時間）少なく済む。これは日数でいうと4.5日（36時間÷8時間）に相当するが、この日数分は看護職員の有給休暇として活用できるかもしれない。

このように「延総勤務時間数」（年間延勤務時間）に基づく現行看護職員配置基準においては、非病棟勤務日の多寡は勤務の間隔、勤務回数に影響を及ぼし、勤務回数の頻度は病棟に配置する看護職員の対患者割合とあいまって、入院基本料算定の効率的な運用のあり方に影響を及ぼす。

既に取得している入院基本料の算定を維持する前提のもとで、経営的に最も効率的であるのは①で、大幅なコスト削減が可能となる。ただし非病棟勤務日が0という状況はありえないので、限りなく非病棟勤務日縮小の傾向が生まれる。一方、看護職員の負担軽減の立場からは④で(1)勤務頻度については、最低限7対1を算定するのに必要な5勤務帯のうち1勤務帯に勤務するものとし、逆に(2)総配置数の対患者割合については、7対1を算定する上で上限となる1.4対1とセットとする→1日看護配置数と月平均1日あたり看護配置数が一致するので最もバランスがよく、26日程度の非病棟勤務日の取得が可能である。

以上で論じてきた看護職員1人あたりの勤務頻度、非病棟勤務日、年間勤務時間と看護職員配置基準との関係を表に示した（表－3）。

例えば、7対1入院料を取得しているある病院で直近1年間の1日平均入院患者数が297人であったとする。Ⅲを選択すると、1日看護配置数は、 $(297人 \div 7) \times 3 = 127.3人 \rightarrow 128人$ 。延勤務時間は、 $128人 \times 2,920時間$ （ $365日 \times 8時$

表－3 勤務頻度、非病棟勤務日及び年間勤務時間と看護配置基準の関係

	勤務頻度（小数点以下第2位四捨五入）	公休（土・日）	非病棟勤務日（※1）	1人当たり延勤務時間/年（小数点以下第1位四捨五入）（※2）	常時配置割合A（総配置1.4対1）（※3）	常時配置割合B（総配置1.5対1）（※4）
I	4.2勤務帯に1勤務	○	0	2,086時間	5.9対1 ○	6.3対1 ○
II	4.5勤務帯に1勤務	○	0	1,947時間	6.3対1 ○	6.8対1 ○
III	4.9勤務帯に1勤務	○	20.5日	1,788時間（1,800時間）	6.9対1 ○	7.4対1→10対1
IV	5勤務帯に1勤務	○	25.7日	1,752時間	7対1 ○	7.5対1→10対1
V	5.1勤務帯に1勤務	○	30.9日	1,718時間	7.1対1→10対1	7.7対1→10対1

（※1）52.14週/年間×（該当勤務頻度－4.2）－16日（祝日、年末年始休・2011年実績）。

（※2） $\{1,095勤務帯（1日当り3勤務帯 \times 365日）/ 当該勤務頻度\} \times 8時間$ 。

（※3）総配置1.4対1は常時配置7対1の標準。1.4×当該勤務頻度（小数点以下第2位四捨五入）。

○は7以下なので基準をクリア。→は7を超えるので10対1へランクダウン。

（※4）総配置1.5対1は常時配置7対1の標準ではないが、延勤務時間（勤務頻度に影響される）によって基準をクリアすることは可能。1.5×当該勤務頻度（小数点以下第2位四捨五入）。

間) = 373,760時間。総看護職員数は、 $373,760 \text{時間} \div 1,788 \text{時間/月} = 209.03 \text{人} \rightarrow 210 \text{人}$ 。IVを選択すると、総看護職員数は、 $373,760 \text{時間} \div 1,752 \text{時間} = 213.3 \text{人} \rightarrow 214 \text{人}$ 。

IIIとIVの差は人件費で4人分、1人当り非病棟勤務日で5.2日分、病院経営の観点からすると、できるだけ非病棟勤務日は圧縮したいと考えてもおかしくないが、看護職員全体の安全と質の向上を投資として考えればIVの選択が長期的には経営の安定に貢献するかもしれない。

[3] 「急性期看護補助体制加算」の二つの捉え方

看護補助者は、入院基本料の施設基準上どのように評価されているのだろうか。これまで筆者は「看護職員配置基準」という表現によって、施設基準上の看護職員の位置付けについて述べてきた。それは急性期の看護、7対1とか10対1という最も先端部分に看護労働の矛盾が集中しているという現実認識に基づいているのだが、従来から急性期以外の病棟については看護職員の配置基準と看護補助者の配置基準が併用して使われてきた。例えば看護職員については15対1、看護補助者については30対1の場合の入院基本料は1日につき945点、看護補助加算109点、合計1,054点という具合である。重急性期もしくは慢性期への看護補助者配置の基本的な考え方は、患者の病態からすれば看護に大きく手がかかることはないので、それでなくとも看護職員が不足しているのだから看護師(准看護師)免許にこだわらず適切な労働力を投入し、保助看法で決められた看護職員の業務の周辺業務をさせることによって、全体として効率的な病棟運営の実現を目指すということであろう。しかし近年、看護職員とりわけ看護師の不足、離職率の高さが背景となって、急性期病棟においても看護補助者の導入が進んでいたにもかかわらず、診療報酬上評価されることはなかった。2010年(平成22年)診療報酬改定で新設された「急性期看護補助体制加算1、2」(算定要件は、7対1、10対1の急性期入院基本料算定病院の入院患者を対象に1日平均入院患者数に対する看護補助者の割合が50対1(1)、75対1(2)であること、診療報酬は、1日当り120点(1)、80点(2)、入院日から14日限度算定可)は、看護職員に対する負担軽減という明確な政策目標を持って生まれたといえることができる。しかしもともと看護補助者についての施設基準には、看護職員を看護補助者にみなしてもよいという規定があるため、例えば[2]の①、①'の事例では1人の看護職員が持つ患者の割合を薄くする(1.4

→1.5) ことによって14人の余剰を生み出すことができるので、もしこの人数をみなし看護補助者として使った場合の収支はどうなるか。計算式は看護職員の場合と同様である。そこで看護補助者の50対1加算について考えてみると、

1) $1,095 \text{勤務帯} \div 4.5 \text{勤務帯} = 243.3 \text{勤務帯/人/年間}$ 。 $243.3 \text{勤務帯} \times 8 \text{時間} = \text{延勤務時間} 1,946.4 \text{時間/人/年間}$ 。

2) $4.5 \text{勤務帯} \times 11 \text{人}$ (総配置数による看護補助者1人に対する患者割合⁽¹⁷⁾)
 $= 49.5 \text{人}$ 。

262人 (1日平均入院患者数) \div 患者 $49.5 \text{人} = 5.3 \text{人}$ 。 $5.3 \text{人} \times 3 = 15.9 \text{人}$
 → 16人 (4.5勤務帯 でかつ総配置数 $11 \text{対} 1$ の場合の1日看護補助配置数)。

$15.9 \text{人} \times 365 \text{日} \times 8 \text{時間} = 46,428 \text{時間}$ (年間延勤務時間)。 $46,428 \text{時間} \div 12 \text{ヶ月} = 3,869 \text{時間}$ (月延勤務時間) / 243.2時間 (月平均 $30.4 \text{日} \times 8 \text{時間}$)
 $= 15.9 \text{人} \rightarrow 16 \text{人}$ 。

A 16人 (月平均1日当り看護補助者配置数)

3) 262人 (1日平均入院患者数) \div 患者 $50 \text{人} = 5.2 \text{人/1勤務帯}$ 。 $5.2 \text{人/1勤務帯} \times 3 \text{勤務帯} = 15.6 \text{人} \rightarrow 16 \text{人}$ 。

B 1日看護補助配置数 16人

A=Bで施設基準をクリアする。

4) 1)、2)より、延勤務時間 $1,946.4 \text{時間/人/年間}$ 。年間延勤務時間 $46,428 \text{時間}$ 。
 $46,428 \text{時間} \div 1,946.4 \text{時間} = 23.9 \text{人} \rightarrow 24 \text{人}$

総看護補助職員配置数 24人

24人のうち14人は看護職員とし、新たに10人の看護補助者を雇用するものとする。看護補助者の雇用形態は、派遣職員であっても施設基準上可能とされているが、ここでは直接雇用職員とするが免許職ではないので400万円と仮定して計算すると、人件費は年間1億2,400万円 ($14 \text{人} \times 600 \text{万円} + 10 \text{人} \times 400 \text{万円}$) となる。一方、この加算による増収額は、仮に算定可能日数が平均在院日数の半分と想定しても、第3章(2)1)脚注(7)より $102,383 \text{人}$ (退院患者含む年間延入院患者数) $\div 15 \text{日}$ (平均在院日数) $\approx 6,826 \text{人}$ (実入院患者数) $\times 7.5 \text{日}$ ($15 \text{日} \times 1/2$) $\times 120 \text{点} \times 10 \text{円} \approx 6,143 \text{万円}$ となる。 $1 \text{億} 2,400 \text{万円} - 6,143$

(17) 常時配置が50対1は、総配置数では10対1 ($50 \div 5$) になる。①[^]では常時配置7対1の場合の総配置数 $1.4 \text{対} 1$ を $1.5 \text{対} 1$ に置き換えたので、ここでも同じように変形すると $1.5/1.4 = 1.1$ 。 $10 \times 1.1 = 11$ 。

万円＝6,257万円コストが上回るので、このケースでは急性期看護補助体制加算を算定することに経営的なインセンティブはないように思う。しかし①や①のような非病棟勤務日が全く保障されないケースは実際には考えられず、②や④のような勤務体制をベースにしながらも有給休暇が抑制される一方、基準を上回る看護職員を擁する病院においては、みなし職員に対する診療点数はこの「損失」をカバーする役割を果たす。すなわち、現行施設基準では各基準内でいくら看護職員を積み上げてもその分の人件費を補填してくれる診療点数は用意されていないので、この「みなし」規定がささやかな看護職員増員への評価になっているという側面もあるように思う。

2012年（平成24年）診療報酬改定に先立ち、中央社会保険医療協議会（中医協）の議論の中で、この「急性期看護補助体制加算」について、①前回改定で新設されて以降の2年間の検証において概ね看護職員の負担軽減に役立っているという評価と、②もともと基準以上に潤沢な看護職員を擁している病院がみなし看護補助者によって加算を取得しているのは本末転倒ではないかという批判の両方があった。そのため、みなし規定を廃止して純粋に看護補助者のみの増員に対して評価するという方向で取り纏めが行われることも考えられたが、実際の改定をみると、「急性期看護補助体制加算1」として、これまでの50対1、75対1より更に配置数を増した場合の評価として25対1が新設された。その上で、看護補助者が5割以上の場合の点数と看護補助者が5割未満（みなし看護補助者が5割以上）の場合の点数に差がつけられている。更に夜勤体制についても、看護補助者、看護職員それぞれの手厚い配置に対して加算が設けられた⁽¹⁸⁾。

(18) ・急性期看護補助体制加算（1日につき）

1	25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者が5割以上*の場合）	160点
2	25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者が5割未満*の場合）	140点
※	25対1急性期看護補助体制加算の届出に必要な看護補助者全体（常勤換算）に占める看護補助者の割合	
3	50対1急性期看護補助体制加算 （これまでの急性期看護補助体制加算1、点数変更なし）	120点
4	75対1急性期看護補助体制加算 （これまでの急性期看護補助体制加算2、点数変更なし）	80点
◎	イ 夜間50対1急性期看護補助体制加算	10点
	ロ 夜間100対1急性期看護補助体制加算	5点
◎	看護職員夜間配置加算	50点

この診療報酬点数項目の本来の目的は、看護補助者の導入を積極的に進めることにある。確かに当該病院にとって算定基準内で基準の下限を超えて配置されている看護職員を「みなし看護補助者」として、人件費の補償には満たない額ではあっても収入が増えることについては歓迎すべきことではある。しかし、そのことによって看護職員の負担軽減の手段として考えるには無理があり、役割分担として、看護職員の周辺業務を看護補助者が集中的に行うことによって、看護職員が本来の業務に専念する方がはるかに効率的であり、実質的に負担軽減につながる。「みなし看護補助者」として業務の切り分けがあいまいなまま漫然と業務をこなすことは、かえって看護職員個々人の疲労感を増すかもしれない。むしろ、みなし規定を廃止して新たに「入院基本料基準充実加算」というような名称の診療報酬項目を新設し、人件費に見合う点数評価を行うことによって、基準の下限を超える看護職員の充実を促進する方がよい。

4) 特定集中治療室（ICU）における看護職員「常時」配置

診療報酬において、入院基本料に似ているが、特定の目的を持った入院について評価する形態として、特定入院料というグループがある。特定の目的としては、救命救急的な要請に応えられる入院体制の整備を評価したものや、急性期後で在宅への橋渡し機能を重視した入院体制、特定の疾患群に注目した入院体制の充実について評価したもの等に類別される。現在の医療提供体制の中で特に問題視されているのが救急医療にかかわる体制の整備である。これは周知のように、近年医師不足による救急医療機関の閉鎖、患者たらいまわし事例の頻発によって社会的に注目されるようになったことが背景としてあり、2010年（平成22年）の診療報酬改定では救急医療に関連する特定入院料が新設、改定も含めて軒並み点数が引き上げられた。2012年（平成24年）改定は、介護報酬との同時改定という節目を踏まえて、在宅医療関連の整備が主要なテーマとされていたが、救急医療部分については引き続き手厚く配分されている。特定入院料として救急医療に関連するものとして、①救命救急入院料、②特定集中治療室（ICU）管理料、③ハイケアユニット入院医療管理料、④脳卒中ケアユニット入院医療管理料、⑤新生児特定集中治療室（NICU）管理料、⑥総合周産期特定集中治療室管理料、⑦新生児治療回復室（GCU）入院医療管理料等がある。これらに共通するのは、高度な医療技術を駆使して、重篤な患者を集中的に治療、管理するための人的、物的機能の評価するということである。

まさに集中的治療・Intensive Care Unit（ICU）という考え方がベースになっており、「ICU」という表現も今や庶民にとっても違和感なく受け止められるほどに流通している用語になっている。これらの特定入院料は、それぞれ1日当り診療点数や基準となる人員配置に差はあるものの、基本的な考え方は同じなので、本稿では「特定集中治療室管理料」（以降、ICUと呼ぶ）を取り上げる。施設基準では常時2対1の看護師⁽¹⁹⁾配置が義務付けられている。

「常時配置」というところは、入院基本料と共通する基準であるが、同じ「常時配置」でも決定的に異なるのは、入院基本料の場合は「傾斜配置」ができるのに対して、ICUは治療室単独で常時配置が保たれていなければならない。

これはどういうことか？ 例えば病床数400床の病院があって、そのうち300床が一般病棟で6病棟あり、残り100床が療養病棟で2病棟あるとする。施設基準では「病棟ごとに常時配置」と規定されているが、この「病棟」とは一般的な感覚では5階東病棟とか3階病棟というような、大体50人程度が収容できる個々の病棟をイメージするが、この施設基準でいう病棟とは一般病棟全体、療養病棟全体をそれぞれ一つの単位として規定しているので、一般病棟6病棟のうち1病棟が、届出している看護職員配置基準が7対1であるにもかかわらず10対1の割合でしか配置されていなくても、6病棟全体で7対1を満たしていればよい。しかも同じ1日のうちでも昼間は看護要員が10人以上いても夜間は2人とか3人の場合だと夜間については7対1を満たさない場合がほとんどになるが、これも1日で平均して7対1を満たしていればよい。このように傾斜配置によって、どこかが薄くなっても厚くなったところと平均することが認められているのである。「平均」という考え方と「常時」という考え方は、本来相容れないものであるが、入院基本料では「傾斜配置」という、いわば「緩衝材」を入れることによって、この二つの概念を継ぎ合わせているといえよう。ところがICUの場合は、このような「傾斜配置」という考え方は適用されていないので、治療室一室で毎日常時2対1を保っていなければならない。くどいようだが、1日のうち、日勤帯、準夜帯、深夜帯それぞれの勤務帯のい

(19) これまで入院基本料の論述で使われてきた看護職員配置基準及び看護補助者の配置基準に関しては、構成員は看護師と准看護師、看護補助者の三者であるが、ICUの施設基準告示や取扱い通知では「当該治療室における看護師の数は……」、「当該治療室勤務の医師及び看護師は……」とあり、准看護師、看護補助者には言及がなく、間接的な表現であるが、ICUにおいては看護を提供する主体は看護師だけであることが明示されている。

かなる時間帯においても常にそうなのである。

例えば前述した病院が400床の他にICUを8床持っていたとする。年間で平均をとると1日平均入室患者数が6人であっても、1勤務帯単位で見れば8人満床の状態になることもありうるのに対して、看護師が3人しか配置されていないのであれば、「平均」が基準であれば問題ないが、「常時」ではその勤務帯については2対1を満たさない。厳密に言えば、「常時」というのは1日単位もしくは個別の勤務帯に限らず、どの時間においても満たされなければならないので、ある時間にたまたま緊急入室患者が複数発生して8人になったのに、看護師が3人しかいなければ、たとえその数時間後に4人の患者が一般病棟に転棟して、当該勤務帯全体で見れば患者は概ね6人以下で基準を満たしていたとしても、ある時間については満たされておらず、「常時」という施設基準はクリアできないことになる。そうすると常に2対1を確保しようとする満床時の患者8人を基準とせざるをえなくなるのであるが、この場合、ICUに一体何人の看護師が配置されなければならないのであろうか。

標準としての5勤務帯のうち1勤務帯のローテーションで看護師が勤務する場合を考えてみると、

- ① $1,095 \text{ 勤務帯} \div 5 \text{ 勤務帯} = 219 \text{ 勤務帯/人/年間}$ 。 $219 \text{ 勤務帯} \times 8 \text{ 時間} = \text{延勤務時間} 1,752 \text{ 時間/人/年間}$ 。
- ② 常時2対1は、総配置数では0.4 ($2 \div 5$) 対1。 $5 \text{ 勤務帯} \times 0.4 = 2 \text{ 人}$ 。8人 (1日最大入院患者数) $\div 2 \text{ 人} = 4 \text{ 人}$ 。 $4 \text{ 人} \times 3 \text{ 勤務帯} = 12 \text{ 人}$ (5勤務帯の場合の1日看護配置数 (B))。 $12 \text{ 人} \times 365 \text{ 日} \times 8 \text{ 時間} = 35,040 \text{ 時間}$ (年間総延勤務時間)。 $35,040 \text{ 時間} \div 12 \text{ ヶ月} = 2,920 \text{ 時間}$ (月延勤務時間)。 $2,920 \text{ 時間} / 243.2 \text{ 時間}$ (月平均30.4日 $\times 8 \text{ 時間}$) = 12人 (月平均1日当り看護配置数 (A))。A = B。

$35,040 \text{ 時間} \div 1,752 \text{ 時間} = 20 \text{ 人}$ 。すなわちICUは治療室として独立した単位で運営されなければならないので、1看護単位⁽²⁰⁾の看護体制が組まれることになるが、8床の1看護単位を構成する看護師は20人いなければならないということである。対患者の比率でみると、同じ勤務回数であっても、一般病棟入院基本料の場合

(20) あるまとまった患者数を看護するために必要な看護要員の集まりを看護単位という。ICU勤務者は、施設基準上同時に他の当直等の勤務に就くことはできないので、ICU独自で看護要員を決め、勤務表に基づいて看護が行われなければならない。

には1日平均入院患者数262人に対して187人配置されており、0.4対1に対して1.4対1であるからICUがいかに手厚い体制かということがわかる。しかも夜間においても2対1を保つためには、夜勤として準夜帯4人、深夜帯4人必要となるので（準夜4＋深夜4）×30.4日/9回⁽²¹⁾＝27.02人→28人が最低配置されなければならない。夜勤のローテーションが回らなければ実際の勤務は不可能なので、20人ではなく、28人（患者1人に対して看護職員3.5人の配置）が実務上必要な配置人数となる。

わずか8床の運営に対して28人もの看護師を配置しなければならず、これは単純にいうと病床の3.5倍の人員となる。前述した330床の病院で基準に合致する5勤務帯に1回勤務する場合でも総配置人員は187人、病床の0.6倍なのであるから、いかに常時配置が膨らんだ数字になるかがよくわかる。しかも準夜帯に4人、深夜帯に4人の配置だと日勤帯は7.6人⁽²²⁾となつてほぼ患者との比率が常時1対1となるのであるが、基準が常時2対1であることを考えると、高度な医療の提供という目的を勘案しても、果たしてこれほどの人員が必要なのであろうか。

2010年（平成22年）改定時に、ICUの施設基準届出書添付書類（様式42）の「記載上の注意」において、従来申請時に求められていなかった「届出前1か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること」という文言が追加されている。

もともとICUの看護職員配置については、施設基準告示において「当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が2又はその端数を増すごとに1以上であること」及び取扱い通知において「当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとする」と規定されているだけである。ただ様式42では「1日

(21) 一般病棟入院基本料の夜勤の基準では、夜勤要員の夜勤時間数は月平均1人当たり72時間以内と決められているので、概ね1人当たり夜勤回数は9回/月（72時間÷8時間）となる。実はICUの施設基準では夜勤回数の制限に触れられておらず、事実上制限がない。とはいえ常識的にはICUの夜勤要員も一般病棟に準じていると考えられるので、標準どおり9回で計算。

(22) $28人 \times 19回$ （月平均1人当たり勤務回数）＝532勤務帯。 $30.4日/月 \times 3勤務帯 = 91.2勤務帯$ 。 $532勤務帯 \div 91.2勤務帯 = 5.8人/1勤務帯$ 。 $5.8人 - 4人$ （1夜勤帯）＝1.8人×2夜勤帯＝3.6人。 $3.6人 + 4人 = 7.6人$ 。前述したようにこの場合の1日看護配置数、1日平均看護配置数は12人であったが、28人を前提に考えれば1日の看護配置数は16人（4人＋4人＋7.6人＝15.6人→16人）となる。もし1人当たり夜勤回数を12回とすれば、総配置数がほぼ20人となるが、これも現実的ではない。

平均取扱患者数」記載欄と看護師の「日勤、準夜勤、その他各何名」という記載欄が並列されているため、いかにも「1日平均取扱患者数」に対して2対1の比率内に看護師の各勤務帯が対応していればそれで要件を満たしているというように考えられてしまう。しかし、地方厚生局の担当官に確認すると、日々の各勤務帯において、入室患者数と看護師の勤務実績を突き合わせて常時2対1の比率が満たされていること、様式42の「追加事項」はそのための確認書類を求めているという理解でよいとのことであった。しかも各勤務帯という考え方においても、様式42では日勤、準夜勤以外のところ（常識的には深夜勤）は「その他」としており、夜勤に対する考慮は特に与えられていない。なお夜勤に対しては、72時間の規定にも触れられていない。そのため夜勤要員については一般病棟入院基本料における看護配置基準で月9回（72時間÷8時間）が上限とされているが、これを超えて夜勤を行うことも可能となる。

「常時」について、別のところで次のようなQ&Aがある。

特定入院料の「小児入院医療管理料1」は、都道府県立の子ども病院など地域において小児医療の中核的役割を果たしている医療機関が主な対象と考えられるが、小児科の常勤医師が20名以上配置されていること、ICU、NICU等の集中治療体制を備えていること等、非常にグレードの高い施設基準が要求されている。看護師の配置については「1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること（※常時7対1のこと）。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であることとするが、この場合であっても、当該病棟における看護師の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が9又はその端数を増すごとに1以上であること（※常時9対1のこと）」と二重に規定されている。

このように、わかりにくい説明なので、当然質疑が出されている。

（問）小児入院医療管理料1の夜勤時間帯の看護師の配置について、「当該病棟における看護師の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が9又はその端数を増すごとに1以上であること」が要件であるが、これは夜勤時間帯の月入院患者数に対して平均で1夜勤時間帯当たり9対1の看護配置を満たしていればよいのか。

(答) 不可。夜勤の時間帯も含め常時9対1よりも手厚い配置である必要がある。

(疑義解釈資料 (2010年 (平成22年) 3月29日事務連絡) より)

これは、筆者の理解では「小児入院医療管理料1」を算定する病棟の1日に看護を行う看護師の数は勤務帯によっては9対1となってもよいが、1日全体で見れば7対1でなければならないということのように思われる。ここでは1日当りで平均化が行われている。平均化されるという点においては他の入院基本料の常時配置と同じである。ところが「月入院患者数に対して平均で1夜勤時間帯当たり9対1の看護配置は不可で、夜勤の時間帯も含め常時」の配置というところは9対1、2対1という違いはあれICUと同じ考え方の方である。「常に」ということは、厳しく捉えると24時間常に患者2人に対して看護師1人あるいは9人に対して1人が必ず配置されている状態であって、実際には非常に困難である。日々の入室状況においては、各勤務帯において3人とか2人しか患者がいなくてもありうるので、その場合には看護師の数が上回ることになり、医療資源の利用効率が非常に悪いと言わざるをえない。2009年 (平成21年) 7月1日現在の届出状況を見ると、特定集中治療室管理料の届出病院の病床数を単純計算すると1病院当たり7.5床となり、治療室の規模が小さいことがわかる。入院基本料の看護配置の基礎となる1看護単位という考え方は、一定程度の病床があってはじめて有効であり、病床数が極めて小さい場合に常時配置をすることは矛盾という他ない。

兼務については、「病棟勤務と……集中治療室勤務を兼務する場合は、勤務計画表による病棟勤務の時間を比例計算の上、看護要員の数に参入することができる。なお、兼務者の時間割比例計算による参入は、兼務者の病棟勤務延時間数を所定労働時間 (労働基準法等の規定に基づき各保険医療機関の就業規則等において定められた休憩時間を除く労働時間) で除して得た数をもって看護要員の人員とすること」 (病院の入院基本料の施設基準等取扱い通知) とあり、病棟とICUの間で看護師の配置数の融通は可能と考えられるため、ICUを運営するいずれの病院においても兼務によって調整していることは想像に難くない。

確かにICUによる管理料については、2010年 (平成22年) 改定で大幅に引き上げられており、1件当りのレセプト上の収支バランスで考えると収益性は低くないといえるだろう。しかし規模が小さいため病院収益に大きく貢献することは考えにくいし、むしろ医療資源の効率的運用という面からいうと、現行規定ではICU勤務中の時間帯は他部署との当直勤務の併勤は認められていないが、患者の状態に応

じて例えばICUは最低9人{夜勤要員(1+1)×30.4日/9回+師長・主任2人}から16人程度{夜勤要員(2+2)×30.4日/9回+師長・主任2人}を基本人員として、日勤者が過剰配置になる部分と夜勤者が不足する部分を複数の看護単位との間で共同運用するという方が合理的であると思う。

(よねざわ まさき 神戸市立医療センター西市民病院嘱託職員・
元自治労兵庫県本部衛生医療評議会副議長)