

表3 稼働していない病床がある理由〈複数回答〉

稼働していない 病床がある 理由 許可病床数	回答病院数	看護職員が採 用できないた め	医師が採用で きないため	患者が少ない ため	そ の 他	無回答・不明
計	2,556 (100.0)	279 (10.9)	58 (2.3)	74 (2.9)	176 (6.9)	15 (0.6)
20～49床	225 (100.0)	10 (4.4)	5 (2.2)	9 (4.0)	16 (7.1)	2 (0.9)
50～99床	506 (100.0)	40 (7.9)	15 (3.0)	18 (3.6)	28 (5.5)	2 (0.4)
100～199床	831 (100.0)	94 (11.3)	20 (2.4)	21 (2.5)	44 (5.3)	7 (0.8)
200～299床	461 (100.0)	56 (12.1)	10 (2.2)	13 (2.8)	34 (7.4)	2 (0.4)
300～499床	370 (100.0)	46 (12.4)	6 (1.6)	7 (1.9)	31 (8.4)	2 (0.5)
500～899床	122 (100.0)	22 (18.0)	2 (1.6)	6 (4.9)	15 (12.3)	— (—)
900床以上	37 (100.0)	11 (29.7)	— (—)	— (—)	8 (21.6)	— (—)
無回答・不明	4 (100.0)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)

Ⅱ 看護関係診療報酬の採用状況等

1 「基準看護」の採用

(1) 「基準看護」の採用状況

今回調査に回答してきた病院のうち、64.9%の病院が「基準看護」(資料1参照)をとっている。また、3.0%の病院が「入院医療管理料のみ」をとっている。「どちらもとっていない」病院は、31.2%である(表4)。全国保険医療機関における「基準看護」病院の割合が、4割(平成3年7月1日現在「基準看護・給食・寝具設備等の実際」厚生

省保険局医療課編)であることと比較して、「基準看護」病院の割合が高い。今回の調査の回収率は、全体としては29.7%であるが、「基準看護」病院からの回収率は高かったものと推測される。

病院種類別の主な看護料の採用状況は〈表5〉のとおりである。

一般病院について、許可病床数別にみると、病床規模の大きい病院ほど、患者対看護要員数の多い高い類をとる病院が多くなる(表6)。

表4 基準看護等の採用状況

	病院数 (%)
計	2,556 (100.0)
基準看護をとっている*	1,658 (64.9)
入院医療管理料のみをとっている	76 (3.0)
どちらもとっていない	798 (31.2)
無回答・不明	24 (0.9)

* 入院医療管理料もとっている病院を含む

病院看護の実態と診療報酬

表5 主な看護料の請求状況

		病院数 (%)			
計		2,556 (100.0)			
一般病院	小計	1,981 (77.5)	2・3類	24 (0.9)	
	特2・3類	906 (35.4)	その他看護	94 (3.7)	
	特1類	274 (10.7)	老人病院	小計	284 (11.1)
	基本看護・1類	177 (6.9)		特1・2類 基本看護	13 (0.5)
	その他看護	610 (23.9)		老人 特例1類	70 (2.7)
	無回答・不明	14 (0.5)		老人 特例2類	21 (0.8)
精神病院	小計	291 (11.4)		老人 その他看護1	62 (2.4)
	精神 特1・2類	29 (1.1)		老人 その他看護2~16	32 (1.3)
	精神 基本1類	88 (3.4)	入院医療管理料のみ	76 (3.0)	
	精神 基本2類	56 (2.2)	無回答・不明	10 (0.4)	

表6 主な看護料（一般病院のみ）

許可病床数	計	特2・3類	特1類	基本看護のみ・1類	その他看護	無回答・不明
計	1,981 (100.0)	906 (45.7)	274 (13.8)	177 (8.9)	610 (30.8)	14 (0.7)
20～49床	209 (100.0)	32 (15.3)	15 (7.2)	25 (12.0)	132 (63.2)	5 (2.4)
50～99床	449 (100.0)	98 (21.8)	66 (14.7)	52 (11.6)	230 (51.2)	3 (0.7)
100～199床	632 (100.0)	254 (40.2)	116 (18.4)	66 (10.4)	194 (30.7)	2 (0.3)
200～299床	307 (100.0)	188 (61.2)	55 (17.9)	24 (7.8)	37 (12.1)	3 (1.0)
300～499床	253 (100.0)	210 (83.0)	19 (7.5)	9 (3.6)	14 (5.5)	1 (0.4)
500～899床	93 (100.0)	89 (95.7)	3 (3.2)	— (—)	1 (1.1)	— (—)
900床以上	34 (100.0)	33 (97.1)	— (—)	— (—)	1 (2.9)	— (—)
無回答・不明	4 (100.0)	2 (50.0)	— (—)	1 (25.0)	1 (25.0)	— (—)

(2) 「基準看護」への移行状況

平成4年4月の診療報酬改定を契機に「基準看護をとった」病院が110病院(4.3%)ある〈表7〉。この110病院の経営主体の内訳をみると、「医療法人」(72病院)、「個人」(31病院)の二つでほとんどを占める。また、病床規模をみると、「50～99床」36病院、「100～199床」33病院、「200～299床」24病院と比較的小規模な病院が多い〈統計表第Ⅱ—1表〉。

表7 基準看護への移行状況

	病院数 (%)
計	2,556 (100.0)
前から基準看護をとっていた	1,555 (60.8)
新たに基準看護をとった	110 (4.3)
基準看護はとっていない	878 (34.4)
無回答・不明	13 (0.5)

新たに「基準看護をとった」病院は、一般病院の「基本看護」をとった病院が42.7%を占める〈表8〉。

現在、基準看護をとっていない878病院について、今後の基準看護採用の意向をみると、「基準看護をとる予定である」が24.3%、「基準看護をとるメリット・デメリットについて検討中」が8.0%ある。一方では「基準看護をとりたいが、困難である」と回答した病院が46.6%と多い〈表9〉。

「基準看護をとる予定はない」病院は186病院(21.2%)と少ない。

「基準看護」の「入院医療管理料」も一切とっていない病院の中で、「基準看護をとる予定はない」病院は16.3%である。

表8 基準看護を新たにとった病院の基準看護の類

		病院数 (%)
計		110 (100.0)
一般病院	特2類	9 (8.2)
	特1類	29 (26.4)
	基本看護	47 (42.7)
	無回答・不明	1 (0.9)
精神病院	基本1類	3 (2.7)
	基本2類	9 (8.2)
老人病院	特1類	1 (0.9)
	老人特例1類	10 (9.1)
	老人特例2類	1 (0.9)

表9 基準看護をとっていない病院の今後の意向

	計	基準看護をとる予定である	基準看護をとるメリット・デメリットについて検討中である	基準看護をとりたいが困難である	基準看護をとる予定はない
計	878 (100.0)	213 (24.3)	70 (8.0)	409 (46.6)	186 (21.2)
(再掲) 精神病院	93 (100.0)	19 (20.4)	4 (4.3)	61 (65.6)	9 (9.7)
(再掲) 老人病院	173 (100.0)	21 (12.1)	21 (12.1)	55 (31.8)	76 (43.9)
(再掲) 医療法人	524 (100.0)	137 (26.1)	41 (7.8)	244 (46.6)	102 (19.5)
(再掲) 個人	299 (100.0)	61 (20.4)	24 (8.0)	142 (47.5)	72 (24.1)
(再掲) 基準看護も入院医療管理料もとっていない病院	789 (100.0)	207 (26.2)	62 (7.9)	391 (49.6)	129 (16.3)

(3) 「基準看護」をとらない理由

今後、「基準看護をとるメリット・デメリットについて検討中」「基準看護をとりたいが、困難である」

表10 基準看護をとらない理由〈複数回答〉

理由	回答病院数	看護婦を応募しても応募してこない・就職しない	ケアのリーダーとなる看護婦がいない	院内の看護婦の賛意が得られない	院内の准看護婦の賛意が得られない	院長の賛意が得られない	その他	無回答不明
計	665 (100.0)	461 (69.3)	134 (20.2)	32 (4.8)	28 (4.2)	37 (5.6)	137 (20.6)	55 (8.3)
メリット・デメリットを検討中である	70 (100.0)	41 (58.6)	14 (20.0)	9 (12.9)	8 (11.4)	—	17 (24.3)	9 (12.9)
とりたいが困難である	409 (100.0)	356 (87.0)	105 (25.7)	14 (3.4)	11 (2.7)	17 (4.2)	49 (12.0)	10 (2.4)
とる予定はない	186 (100.0)	64 (34.4)	15 (8.1)	9 (4.8)	9 (4.8)	20 (10.8)	71 (38.2)	36 (19.4)

「基準看護をとる予定はない」と回答した665病院について、その理由をみると、最も多いのが「看護婦を募集しても応募してこない、就職しない」で69.3%を占める〈複数回答〉〈表10〉。

病院が「基準看護」をとらない理由の二番目は「ケアのリーダーとなる看護婦がない」(20.2%)である。この背景には、「長年の習慣で付添婦を付けることに慣れすぎて、看護婦の意識改革がむずかしい」といった事情がある。「その他」の理由としては、「病室の配置に問題があり、非効率的」「看護婦と准看護婦の比率を維持していくのが困難である」「医療行政の先行き不透明」などの記載があった。

また、今後とも「基準看護」をとる予定のない76の老人病院の中には、「入院医療管理料」をとっている病院が含まれており、今後そのまま「入院医療管理料」を採用していく意向と考えられる。

2 「特例許可老人病院入院医療管理料」の採用

(1) 「特例許可老人病院入院医療管理料」の採用状況と今後の意向

「特例許可老人病院入院医療管理料（以下「入院医療管理料）」は、平成2年4月の診療報酬改定時、介護力強化による付添廃止を条件に新設されたもので、看護、検査、投薬および注射の費用が、患者1人1日あたり一定額で設定されている。

今回調査では、「入院医療管理料」をとっていると回答した病院が308病院（12.1%）である〈表11〉。

その内訳をみると、患者数に対する介護職員数の数が4:1と多い「入院医療管理料I」をとる病院が31.8%と多い〈表12〉。具体的な「入院医療管理料」を回答しなかった病院の中には、名称の似ている「入院時医学管理料」と勘違いして「とっている」と回答した病院も一部含まれているものと推測される。

「老人病院」についてみると、284病院中147病院（51.8%）が「とっている」と答えている。「とる予定である」「とりたいが困難である」「とるメリット、デメリットを検討中である」といった関心を示す回答をした病院も26.4%を占める。「とる予定はない」と回答した病院は16.5%と少ない。「入院医療管

表11 入院医療管理料・入院医療管理移行計画加算の取得状況

		計	とっている	とる予定である	とりたいが困難である	とるメリット・デメリットを検討中である	とる予定はない	無回答不明
計		2,556 (100.0)	308 (12.1)	161 (6.3)	56 (2.2)	294 (11.5)	1,385 (54.2)	352 (13.8)
(再掲) 老人病院		284 (100.0)	147 (51.8)	31 (10.9)	4 (1.4)	40 (14.1)	47 (16.5)	15 (5.3)
基準看護等	基準看護採用	1,658 (100.0)	146 (8.8)	83 (5.0)	18 (1.1)	151 (9.1)	1,020 (61.5)	240 (14.5)
	入院医療管理料のみ採用	76 (100.0)	76 (100.0)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)
	どちらもとっていない	798 (100.0)	75 (9.4)	78 (9.8)	37 (4.6)	141 (17.7)	357 (44.7)	110 (13.8)
	無回答・不明	24 (100.0)	11 (45.8)	— (—)	1 (4.2)	2 (8.3)	8 (33.3)	2 (8.3)

料」に関心を持っている病院が本調査に協力して回答する割合が高かったものと推測される。

なお、厚生省調べによると、承認状況は〈表13〉の通りである。

また、「基準看護」も「入院医療管理料」もとっていない病院について、今後の予定をみると、「とる予定である」「とるメリット、デメリットを検討中である」「とりたいが困難である」といった関心を示す回答をした病院が32.1%を占める。「とる予定はない」と回答した病院は44.7%である。

「入院医療管理料をとりたいが困難である」と答えた病院が56病院あったが、理由としては、医師や看護婦の確保ができないことを記述した病院がほとんどであった。つまり、「入院医療管理料」をとるための基準というより、特例許可老人病院の人員基準が満たせないために「入院医療管理料」をとれないでいる状況である。

表12 取得している入院医療管理料の内訳〈複数回答〉
(入院医療管理料・入院医療管理移行計画加算をとっている病院のみ)

	病院数 (%)
回答病院数	308 (100.0)
特例許可老人病院入院医療管理料 (I)	98 (31.8)
特例許可老人病院入院医療管理料 (II)	58 (18.8)
特例許可老人病院入院医療管理料 (III)	16 (5.2)
入院医療管理移行計画加算	25 (8.1)
特定介護料	3 (1.0)
老人痴呆性疾患治療病棟入院医療管理料	4 (1.3)
老人痴呆性疾患療養病棟入院医療管理料	4 (1.3)
無回答・不明	106 (34.4)

表13 特例許可老人病院入院医療管理料の承認状況

(平成5年度)

	入院医療管理 (I)		入院医療管理 (II)		入院医療管理 (III)		合計	
	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数
平成3年度末	125	18,609	91	15,763			216	34,372
平成4年度末	300	38,726	133	20,688	49	5,494	482	64,908
平成5年4月末	307	39,542	137	20,986	52	5,700	496	66,228
平成5年7月	411	50,605	160	24,821	64	6,654	635	82,080

資料出所：「老人診療報酬ハンドブック」厚生省保健福祉局老人保健課

(2) 「特例許可老人病院入院医療管理料」採用のメリットとデメリット

「特例許可老人病院入院医療管理料」を採用している病院にメリットとデメリットを自由に記述してもらった。

① メリット (85病院の自由記述)

a. 入院収入の増加等による病院経営の安定と、職員の待遇改善

- ・20%の収入増
- ・入院収入が安定してきた。
- ・収支が安定した。
- ・経営計画が立てやすくなった。

病院看護の実態と診療報酬

- ・薬価引下による影響がなくなった。
 - ・薬剤費の支出が減少した。
 - ・経営改善が図れた。
 - ・保険請求事務が簡単になったことに伴い、医事職員の減員が可能になった。
 - ・病院の増収につながり、職員の待遇改善及び設備投資に役立っている。
 - ・医業収入が増え、職員の定期昇給額をアップ出来た。
 - ・夜勤手当が増額になった。
 - ・職員増により、有給休暇も取りやすくなった。
- b. 不要な治療が減ってケアが充実し、患者の状態が改善
- ・薬漬け、輸液などによるベッド上生活が少なくなり、患者の寝かせきりが改善できた。
 - ・薬、注射、検査が少なくなったため、患者さんが食欲もまし元気になった。看護・介護が行き届き患者さんとのコミュニケーションがとれる。
 - ・投薬の減少により患者をベッドから離す時間が多くなった。
 - ・老人の診療が大幅に減少し、日常生活支援の活動が中心となり、患者に良い影響が確認された。
 - ・注射等の医療処置が減少し、リハビリテーション、散歩、園芸等を週間予定に入れて実施できるようになった。入院生活が活性化し、患者の自立度が高まった。
 - ・薬漬けからの開放、検査項目・実施回数等の減少により、患者に与える苦痛が緩和された。
 - ・ナースのケアが拡がった結果、褥瘡や感染症が減った。
 - ・無駄、無益な投薬、注射がなくなり、患者が心地よい快いケアを受けれる。
 - ・ベッドサイドケアの時間が増え、患者の表情が明るくなった。
 - ・処置、検査が減少し、患者が元気になった。患者や家族へふみこんだ関わりがもてるようになった。
 - ・必要以外の検査、薬が少なくなった。病棟が明るくなり、ケアに手が入りやすくなった。
 - ・介護力を強化しリハビリを主にした看護で患者また家族にも喜んでもらえる。
- c. ケアの充実で看護職員の勤務意欲が向上
- ・不必要な治療がないので、日常生活の援助ができ、患者本来の自然の治癒力を促す援助ができる。
 - ・処置、注射等が少なくなり、介護にゆとりができた。
 - ・直接ケアに多くの時間を費やすことができる。
 - ・診療介助に追い回されず、ケアが出来る。
 - ・生活リハビリ、介護、レクリエーション等を中心にしたプログラムが生まれ、老人に必要な援助が出来るようになった。

- ・必要以上の医療行為をしないでよい。介護要員が多いので、患者さんの重症度、忙しさに関係なく日常的なケアを提供できる。
- ・患者のADL面の把握が確実になった。
- ・患者の生活態度に目を向けるゆとりが出てきた。
- ・ケアに重点をおき、患者さんと散歩をするなど会話も拡大した。1人の人の生き方、生きてきたプロセスから新たな発見があり、患者に対してスタッフ全員が親密になってきたように思う。ケアに追われっぱなしの看護を考えた時、老人にとって真のニーズとは何かを再認識している昨今である。
- ・過剰な診療による介助業務が減少した。看護援助によって病気の回復を図るべく、様々に工夫と努力をするようになった。看護婦の問題意識が高まり、主体的な取り組みがなされ、意欲が増した。
- ・点滴がなくなり、患者に関わる時間が多くなった。看護職員（ナース、ヘルパー）が定着した。
- ・現場は職員増により楽になり、また、医療行為等も少なく、看護中心の動きになり、活性化した。

② デメリット（47病院の自由記述）

a. 患者が重症化した場合の経営的な不利

- ・重篤な患者が発生した場合、多量の薬剤等を使用するが請求できない。
- ・重症患者の治療・処置に伴う点数がとれない。
- ・重症患者が多くなると支出が増加する。
- ・重症患者や救急患者が入院すると、採算が合わない。
- ・投薬、注射、検査が“まるめ”のため、重症者を受け入れにくい。

b. 患者が重症化した場合の医療的対応への不安

- ・患者が急変した時に対処がスムーズに行えない。
- ・夜間の患者急変時、対応に困る。
- ・看護助手の当直があり、看護婦に負担がかかる。精神的に重圧感が強い。

c. 医師の診療意欲の低下や診療理念への反発

- ・介護中心であるが医師がまだそこを理解できないところがあるのか、検査や内服薬がそのまま続行し、不必要だと感じる事が再三ある。
- ・医師の診療への意欲がなくなる。
- ・医師の診療理念の低下による診療内容のマンネリ化に対し、若い看護職員の不満が生まれる事もある。

d. 若い看護婦の医療対応技術への不安

- ・注射等が減ったため、時間を機能訓練、レクリエーションに向けられ介護に意欲的になった反面、

看護婦としての技術面に不安を感じる面あり。

- ・若い正看護婦で退職する人がかなり出た。
- ・若いナースが一般病院へ何名か移った。
- e. 基準の看護職員では少なすぎる
 - ・基準通りの看護要員では医療、看護が十分できないため看護婦割合を多くしており、人件費がかさむ（入院医療管理料（Ⅰ））。
- f. 介護職員の確保と教育の大変さ
 - ・介護職員の補充が大変である（入院医療管理料（Ⅱ））。
 - ・介護職員の補充に常時人探しをしている。現在はかろうじて足りているが、何時退職者が出てくるかを心配している（入院医療管理料（Ⅱ））。
 - ・介護職員の確保と質の保持がむずかしい。教育、研修が必要である（入院医療管理料（Ⅰ））。
 - ・介護職員の大幅な増員が必要であり、増員した。教育が困難である（入院医療管理料（Ⅰ））。
- g. 入院の長期化
 - ・注射、処置、薬が少なくなり、患者ケアが中心になった。付添なしで入院出来る病院がないので、寝たきり患者の家族は大変喜んでいる。が、入院が長期化する。
 - ・介護職員が増え、患者のADLの向上につながっている。せっかくADLが向上し、自宅療養が可能になっても、家庭、ホーム等の受け入れ体制が整っていない状況で入院が長引く。
 - ・入院が長期化する傾向にあるので、在宅への移行も一部考えている。
 - ・長期入院によるコストダウン。
- h. 移行期の混乱
 - ・病棟間の格差に対する不満（基準看護病棟併設）。
 - ・制度の変化が激しく院内が混乱する（基準看護病棟併設）。
 - ・急性期病院としての活力が損なわれる。
 - ・病院の収入増となるがナースの方は大変である（「入院医療管理移行計画加算」取得）。
 - ・「入院医療管理病棟」であっても退院は進めていかなければ致し方ない。看護職員の意欲減退、マンネリ化を防ぐため、看護目標のチェックができる意識づけに努める。

また、「看護職員の意欲減退、マンネリ化を防ぐため、看護目標のチェックができる意識づけに努める。」といった、デメリットを克服するための努力を記載した病院もある。

3 「基準看護病棟」と「入院医療管理病棟」の併設

(1) 「基準看護病棟」と「入院医療管理病棟」の併設状況と今後の意向

調査対象病院の中で、「併設している」と回答しているのは、5.4%（138病院）である。「老人病院」については、18.7%となっている〈表14〉。

表14 「基準看護病棟」と「入院医療管理病棟」の併設

		計	併設している	併設する予定である	併設のメリット・デメリットを検討中である	併設する気はない	無回答不明
計		2,556 (100.0)	138 (5.4)	193 (7.6)	297 (11.6)	1,549 (60.6)	379 (14.8)
(再掲) 老人病院		284 (100.0)	53 (18.7)	36 (12.7)	49 (17.3)	123 (43.3)	23 (8.1)
基準看護等	基準看護採用	1,658 (100.0)	135 (8.1)	79 (4.8)	150 (9.0)	1,044 (63.0)	250 (15.1)
	入院医療管理料のみ採用	76 (100.0)	— (—)	5 (6.6)	13 (17.1)	56 (73.7)	2 (2.6)
	どちらもとっていない	798 (100.0)	— (—)	105 (13.2)	133 (16.7)	437 (54.8)	123 (15.4)
	無回答・不明	24 (100.0)	3 (12.5)	4 (16.7)	1 (4.2)	12 (50.0)	4 (16.7)

「基準看護病院」の8.1%が、「入院医療管理病棟」を併設しており、今後の意向については、「併設する気はない」が60.6%を占める。

「入院医療管理料」のみを採用する病院に限ると、基準看護病棟を「併設する気はない」病院が73.7%と3/4近くを占める(表14)。

(2) 「基準看護病棟」と「入院医療管理病棟」の併設のメリット、デメリットと工夫

① 併設のメリット (自由記述)

a. 看護職員の傾斜配置が出来る。

- ・病院全体での看護有資格者の傾斜配置が出来た。
- ・長期、短期に入院患者を分けることで、看護婦の勤務体制、看護目標などを今後整理できるのではないかと期待している。

b. 患者のケアが院内で適切にできる

- ・ケアを強化する病棟と治療・処置の多い病棟に区分されているため、看護の視点、行動がとりやすく適切なケアが行なえる(老人特例1類(Ⅱ)と入院医療管理料(Ⅰ))。
- ・重症者の対応がスムーズに出来る(特1類(Ⅰ)と入院医療管理料(Ⅰ))。

c. 「基準看護病棟」のベッド回転が良くなる。

- ・病状が安定し、リハビリの時期になると「入院医療管理病棟」へ転床させるため、一般病棟のベッド回転が良くなった(老人特例1類(Ⅰ)と入院医療管理料(Ⅰ))。

d. 経営的にプラス

- ・病院の収入増となる(老人特例1類(Ⅰ)と入院医療管理料(Ⅱ)、老人特例1類(Ⅰ)と入院医療管理料(Ⅲ))。

② 併設のデメリット（自由記述）

- ・病棟間の格差に対する職員の不満。
- ・転棟が多くなり、業務が煩雑である。
- ・老人医療に対する考え方が時代及び制度の導入と共に変化しつつあることの混乱。院内が細分化されたことによる業務上の混乱。
- ・医師の理解、看護婦等の頭の切り替えがむずかしい。

③ 病院としての工夫（自由記述）

人員配置に関する工夫、収入増を意識した工夫が記載してあったが、記載数は少ない。

- ・「基準看護病棟」に若い看護婦を多く配置した。忙しいときは、他の病棟より手伝いにいかせる。
- ・病棟間での職員応援ができないので、規定以上の人員を病棟ごとに常時確保している。
- ・病棟間の業務の違いにより看護婦間のトラブルがあったが、現在は各自の希望を聞いて配置しているので、うまくいっている。
- ・入院は「基準看護病棟」の方にし、検査が終わってから転棟させる。

4 非基準看護病院の「付添婦の有資格化」の影響

平成4年4月の診療報酬改定で、療養費払いの看護料の支給対象となる重篤患者や手術後患者への付き添いは、看護婦、准看護婦の有資格者でなければならないことになった。基準看護をとっていない病院においてこの影響がどのようにあったのかを自由に記述してもらった。

「基準看護」や「入院医療管理料」をとっていない798病院のうち、202病院から回答があり、その内容は概ね次の六つに分類できた。これらの内容の中には、表に出しやすい内容とそうでないものがあるので、記載した病院数が必ずしも実態を反映したものとは限らないが、参考のために各内容を記載した病院数を明示した。

① 特に影響はない

「特に影響はない」という病院は59病院。この背景をみると、「付添を必要とする患者がほとんどいない」（その他看護1種）、「95%は患者の自立が可能な為、重篤患者は年間大変少ない」（その他看護1種）、「従来より付き添いをつけていないので影響はない」（その他看護1種）など、もともと対象となる重篤患者や術後患者が少ない病院である。

② 重篤患者は転院

「重篤患者・手術を要する患者は、転院してもらう」（その他看護1種）、「重篤の場合すぐに転院させる」（その他看護3種）と病院の方から対象患者の受け入れを止めたことを記述している病院が6病院

あった。

また、「基準看護をとっている病院を希望する者が増えた」（その他看護）と、患者、家族の方からの希望で転院となる事情を記述した病院も2病院あった。

③ 従来どおり、無資格者を付けている

有資格者の付き添いは少ないため、従来どおり無資格者を付けている事情を次のように記述している病院が21病院あった。「限定された後も当院では、看護補助者が付き添いをしています。・・・家政婦紹介所では、重篤・術後患者に派遣できるほどの有資格者を抱えているのでしょうか？」（その他看護2種）、「紹介所には看護婦はいないので、家政婦を現在でも依頼しています。高額でも看護婦の付き添いは現段階では無理です。」（その他看護3種）、「付き添いでは看護婦は無理、補助婦でコメントを書いております。」（その他看護1種）、「実際には有資格者の付き添いは得られない。従来通り補助者を利用している。」（その他看護）、「重症患者と軽症患者と同室にして2人付きで付添をさせざるを得ない」（その他看護3種）。

④ 有資格の付添いはないため、家族付添や「付添料」の家族負担が増加

今まで家政婦についてもらっていたが、有資格者に限定されても有資格の付き添いはほとんどいないため困っていることを記述した病院が34病院あった。

また、無資格の付き添いでは療養費から支払われなくなったため、「付き添い料」が自己負担になるか、家族自身が付き添うことになったことを次のような例で記述した病院が31病院あった。

「看護婦の付き添いが得られないので、家族負担が増す。」（その他看護1種）、「付き添いを頼んだときは看護証明が出ないので、患者の出費が多くなった。」（その他看護2種）、「職業家政婦として有資格者を求められないため、付き添い料の負担を家族にかけることが多くなった。」（その他看護1種）、「当直体制の上、人手不足で夜間の患者サービスには限界があり、家族の負担を強いる結果となっている。」（その他看護1種）、「付き添い人に有資格者はごく少数で、要望しても困難であり、家族の付き添いに頼らざるを得ない。」（その他看護3種）、「非常に困るので、やむなく家族の付き添いに頼っている。」（その他看護1種）。

⑤ 病院で看護に責任をもつ体制に変更

積極的に病院の看護体制を強化して、重篤・術後患者の付き添いをはずした病院の記述も以下のような例で18病院あった。これらの病院の中には、基準看護をとる予定の病院が含まれている。

「基準看護取得準備中なので、看護婦・准看護婦のみで対応している」（その他看護1種）、「基準看護をとる姿勢でありますので改定をきっかけとし、ナースサイドで術後管理及びケアを始めています。」（その他看護1種）、「人手不足の状況と付添婦に任せていたことによる一時的な問題は生じると思われ

るが、基準看護を導入することで、看護そのものが当院においては学びになると予想される」（その他看護1種）、「基準看護をとるための準備教育として意識変革のために、看護は看護婦の手でと、行なっております。」（その他看護1種）、「患者・家族に対し説明を十分に行なっており、現在までは特に変化はないが、今後の経営圧迫要因としての認識は強く持っており、対応策の実践へ向けて努力中。」（その他看護2種、基準看護をとる予定）、「現在基準看護をとれる状況にはないが、付き添いを職員化するとともに、原則として基準看護に準じた体制に移行する予定。正看が6名以上（現在1名であと1名が来る予定）に達したら、基準看護をとることを院内に宣言した。」（その他看護1種）。

また、結果的に看護職員の業務が増えている状況を以下の例のように記述した病院も19病院あった。

「重篤・術後の患者には家族に付き添いをお願いするが、身寄りのない人は付き添いなしで当院の看護職員が看ているため、看護職員の負担感が強い。」（その他看護1種、基準看護をとる予定）、「家族又は家政婦をつけてほしいというナースからの苦情が多い。家族からは感謝されている。」（その他看護1種）、「ぎりぎりの定員で勤務しているので、とても無理がきている」（その他看護1種）、「看護婦の不足で、看護婦過労」（その他看護1種）。

さらに、付き添いがいなくなって病院の看護職員で看護するようになったが定員不足の結果、患者のケアが不十分になっている状況を以下のように記載した病院が12病院あった。

「精神的なケアは特に夜間帯に時間を要するが、人手不足の中、2人夜勤（50床）を増やす訳にはいかない状況であるため、患者のニーズは看護婦だけでは満たしてあげられない状況である。」（その他看護1種）、「看護婦不足に伴い、細かい介護が行き届かない」（その他看護1種）。

5 「夜間看護等加算」の取得

(1) 「夜間看護等加算」の取得状況と今後の意向

「夜間看護等加算」とは、看護職員の夜勤回数の軽減と複数夜勤の徹底及び、労働時間の短縮を誘導するために平成4年4月の診療報酬改定で新たに点数化されたものである。病院単位の承認で、対象となるのは、「基準看護」または「入院医療管理料」及び「老人その他1」をとっている病院。承認の条件は、「複数夜勤で、看護要員1人あたりの月平均夜勤回数が月8.4回以内（3人夜勤の場合は、9.4回以内）。及び、看護要員の週当たりの所定労働時間は、概ね40時間以内、当面42時間未満（平成4年4月改定時）」となっている。これらの条件を満たしている病院は、患者1人1日につき、25点（250円）の収入となる（詳しくは、資料3参照）。

「夜間看護等加算」を取得している病院は、376病院、全体の14.7%である（表15）。

承認対象となる基準看護病院・入院医療管理料採用病院等の中で、この加算を取得しているのは、21.9%にとどまっている。看護要員数の多い「特2類・特3類」病院の中でも、加算を取得しているのは、30.5%にすぎない。ただし、承認対象となる基準看護病院・入院医療管理料採用病院等の中で「とる予定である」が25.1%あり、今後、5割近くまではこの加算をとる可能性がある。

表15 「夜間看護等加算」の取得状況

	計	とっている	とる予定で ある	とりたいが 困難である	とるつもり はない	無回答・不明	
計	2,556 (100.0)	376 (14.7)	557 (21.8)	817 (32.0)	533 (20.9)	273 (10.7)	
(再掲) 承認対象病院計	1,716 (100.0)	375* (21.9)	431 (25.1)	588 (34.3)	207 (12.1)	115 (6.7)	
主 な 看 護 料	一般 特2・3類	906 (100.0)	276 (30.5)	214 (23.6)	322 (36.6)	48 (5.3)	36 (4.0)
	特1類	274 (100.0)	42 (15.3)	76 (27.7)	109 (39.8)	31 (11.3)	16 (5.8)
	基本看護・1類	177 (100.0)	13 (7.3)	46 (26.0)	53 (29.9)	36 (20.3)	29 (16.4)
	精神 精神特1・2類	29 (100.0)	14 (48.3)	9 (31.0)	4 (13.8)	1 (3.4)	1 (3.4)
	精神基本1類	88 (100.0)	15 (17.0)	24 (27.3)	39 (44.3)	6 (6.8)	4 (4.5)
	老人 特1・2類 基本看護	13 (100.0)	3 (23.1)	3 (23.1)	5 (38.5)	1 (7.7)	1 (7.7)
	老人 特例1類	70 (100.0)	6 (8.6)	21 (30.0)	16 (22.9)	16 (22.9)	11 (15.7)
	老人 特例2類	21 (100.0)	2 (9.5)	4 (19.0)	8 (38.1)	6 (28.6)	1 (4.8)
	老人 その他看護1	62 (100.0)	1 (1.6)	17 (27.4)	12 (19.4)	24 (38.7)	8 (12.9)
	入院医療管理料	76 (100.0)	3 (3.9)	17 (22.4)	10 (13.2)	38 (50.0)	8 (10.5)

* 主な看護料が不明で「とっている」と回答した1病院を除く。

(2) 「夜間看護等加算」が採れない理由

承認対象となる基準看護病院・入院医療管理料採用病院等の中で「とりたいが困難である」と回答した病院が34.3% (588病院) ある。この588病院のうち、454病院が自由記述にその理由を記している。その内容は大きく次の9つに分類された。なお、この意見は看護部長の意見であり、必ずしも院長の認識と一致しているとは限らない。

① 看護職員を増員して夜勤回数を減らしたいが、採用が困難である。[221病院]

- ・ 人員不足、募集しているが応募がない。(特3類・特2類)
- ・ 看護職員の確保困難なため。(特2類)
- ・ 看護婦採用が困難。求人するが応募者がなかなかいない。(特1類 (I))
- ・ 看護婦が思うように定着しない。(特1類 (I))
- ・ 看護婦の人員確保が困難。募集しても希望者がいない。(特1類 (II))
- ・ 看護職の採用困難。(基本看護 (I)・老人特例1類 (I))
- ・ 看護職員の確保が困難。(老人特例1類 (I)・入院医療管理料 (I))

・看護婦の確保がむずかしい。精神病院の勤務を希望する看護婦が少ない（精神基本1類）

② 看護職員総数はいるが、夜勤のできない職員がいるため、夜勤従事者の平均夜勤回数が基準を超えてしまう。[119病院]

- ・全員が8回夜勤できない。家庭の事情で4回の人、妊娠中で0回の人など。婦長、主任を夜勤からはずすと、2人夜勤で20人必要。（特3類）
- ・妊産婦が多く、夜勤免除対象者が多い。（特3類）
- ・産休、育休、産後1年間の夜勤免除等により、夜勤のできる看護婦が少ない。（特3類・特2類）
- ・育児休業、産前・産後休暇等で夜勤回数に変動がある。職員採用時、夜勤を希望しない傾向にある。中途採用者は、子育て中の看護婦で日勤パート希望者が多い。（特3類・特2類）
- ・母子家庭、幼児、学童のある母親、夫の転勤、夫の夜勤、老人や病人を抱えている看護婦があり、2・8が出来なく困っている。（特3類・特2類）
- ・現在産後1年間は夜勤免除し、病棟に1～2名配置にて、もう1歩である。（特3類・特2類）
- ・産休、長期病欠者の補充困難のため、夜勤回数が8回以上になる。（特3類・特2類）
- ・既婚者で要育児看護婦が多いため、夜勤に条件が加わる。とろうと思えばとれるが、無理をしないことにしている。（特2類）
- ・非常勤看護婦の採用は比較的良いが、夜勤可能な看護婦が少ない。（特2類）
- ・既婚者で若い看護婦が多く、頭数だけは揃っているが、産休者が多く、月によって取れる月ととれない月があり、この状態は当分続くと考えられる。近ごろ3人以上の出産が多くなり、予測をし配置をしても、毎年失敗している。妊娠判明と同時、そして出産後の配置替えは労組より禁じられているので、動かすことは困難である。そのため、とれそうでとれない。（特2類）
- ・看護職員全員が夜勤できない。体の悪い人、子供の小さい人（0～3歳未満）は、夜勤をさせていない。（特2類）
- ・妊娠、出産で夜勤免除のナースが常時1～2割おり、夜勤回数が8日以内におさまらない病棟がある。その都度の勤務交代は労務管理上の問題があり、出来にくい。（特1類（I））
- ・結婚、妊娠、育児のため夜勤困難な看護婦が多くなっている。（特1類（I））
- ・夜間保育を院内に整えているが、夜勤をする看護婦が少ない。募集もしているが応募なし。（特1類（I））
- ・看護婦でも家庭を持っている人は夜勤ができなくて独身者にどうしても夜勤が多くなり、月8回以内は困難であるため。（特1類（II））
- ・看護要員がぎりぎり、子供が小さい等で夜勤をしたがらないナースがいるため、独身のナースがその割りを食う。それでも維持していくためにアンバランスな回数となっている。（基本看護）
- ・「夜間看護等加算」は是非もらえるように考えているが、幼児を抱えたママさんナースに夜勤の押

しつけが出来ず、「体制が出来たらお願いね」程度にとどめ、もっぱら独身者と子育て終了者、男性が夜勤に入っていますので、それぞれの家庭の事情が許せば可能ではないかと考えている。現在は、夜勤歓迎者と不可能者とのバランスがとれ、2交替制ということもあって何とか都合良くいつているが、「夜間看護等加算」をとるには、夜勤が出来る人の数が足りないため、困難である。(精神特1類(Ⅰ)・老人特例1類(Ⅰ))

- ・産後子育ての間夜勤できない看護婦6名(0.8%)、日勤だけ勤務する看護婦7名(1%)。(精神特1類(Ⅱ))。
- ・基準看護の看護要員の充足率は十分なのですが、夜勤をしない条件付きの看護婦が多く、回数が2桁の者も多い。夜勤の少ない人は月2回、多い人は14~15回。(精神基本1類)
- ・「夜勤月4回まで」(二交替制)は50代で家庭的にも問題なく、6回位希望している職員が多い。また、30代で子育て中の人にはできるだけ夜勤はしたくない職員もいる。要員全体の平均が4回ということになれば、割合簡単にクリアされるのだが。(老人特例1類(Ⅰ)・入院医療管理料(Ⅰ))
- ・産後、育児等のため夜勤免除の看護職員が多く、夜勤回数を減らすことができない。医療、福祉の関連施設の急増により職員の引抜き合戦の傾向があり、夜勤可能なナースの確保が難しくなっている。(入院医療管理料(Ⅱ))

③ 患者の状態から、準夜帯や深夜帯の夜勤人数を多くせざるを得ず、夜勤従事者の平均夜勤回数が基準を超えてしまう病棟がある。[59病院]

この内容を記述した病院は、特3類・特2類をとっている病院がほとんどであった。

- ・夜間の業務量が多いため、1病棟の夜勤者の人数が2名に制限できない。病棟により、最低2名から最高5名の夜勤者が必要である。(特3類)
- ・高度医療を行なっており、夜勤人員を減らせないため、夜勤回数が12回となる。(特3類)
- ・患者の看護度が高く、4~5人の夜勤体制をしなければ看護業務やサービスが行き届かないため、夜勤回数が多い。(特3類)
- ・5看護単位のうち4看護単位は3人夜勤で夜勤回数9.0回以内をクリアできるが、1看護単位の小児、未熟児、眼科、耳鼻科の混合病棟が4人夜勤のため、9回をクリアできない。各単位ごとの申請であればとれると考える。(特3類)
- ・業務改善が思うように進展せず、2人夜勤が困難なため3~4人夜勤がある。僻地における救急医療センターのため、夜間外来及び夜間入院、手術等が多く、看護婦不足である。(特3類)
- ・3~4人夜勤で月平均夜勤回数は、8.7回程度であるが、4人夜勤を実施している病棟が10回前後となり現時点では困難。(特3類)
- ・準夜勤(30床)を看護婦3人、ナースエイド1人でやっているため、夜勤回数が14~15回となっている。2人ではとてもやれないと現場のスタッフは言っており、2人夜勤無理。12時間制にするこ

病院看護の実態と診療報酬

- とも考えるが、外科、産科系は入退院が激しく、忙しくてとても12時間は働けないとの意見。(特3類)
- ・医療の高度化にともなう業務量の増加で夜勤看護婦を2名から3～4名に増員した結果、夜勤回数は平均2～3回増えた。25点の加算料で1年間に雇える看護婦は6名だった。6名を加えても3人夜勤の9回をクリアできない。(特3類)
 - ・手術件数増加、外来患者件数増加、出産数増加、内科系入院患者の高齢化によるケアニーズの増大から昼夜の業務量の差が縮まり、夜勤者数の増加が必要となった。加えて、完全週休2日制、時短問題等もあり、全病棟の夜勤人数を3～4名とした場合、40床の病棟では、夜勤回数が9回を上回る。当院では、1セクションがクリアできないために、加算がとれていない。看護の質と責任を考えなければ楽々ととれるものを。(特3類)
 - ・急性期特3病棟では準夜3～4名、深夜3～4名のナースにて対応しているので、月夜勤回数が12回となる。(特3類・特2類)
 - ・一般病棟は準夜3名、深夜2～3名、集中治療部は準夜6名、深夜6名、救命センターは準夜5名、深夜5名で夜勤しており、月平均夜勤回数が8回におさまらない。(特3類・特2類)
 - ・重症患者が多く、3人以上で夜勤せざるをえない病棟が多く、どうしても夜勤回数が多くなっている。2人夜勤できる病院の看護内容とはずいぶん違っていると思うが、その点は現在あまり論議されていないように思う。(特3類・特2類)
 - ・急性期疾患患者及び重症者（レスピレーター装着者）が多く、夜勤人員増のため。(特3類・特2類)
 - ・重症者及び老人をはじめとした援助の必要度の高い患者が多いため、夜勤2人体制では夜間の看護がしきれない実態があり、3人体制をとっているが、そうなると特3類をとっている病棟でも、安定的に9回以内にすることが困難である。(特3類・特2類)
 - ・患者が重症化、高齢化しているので観察頻度が高く、夜間の看護も日中と変わらず、業務が多く、ナースコールも多い。3人夜勤をしており、夜勤回数が9回を超える。(特3類・特2類)
 - ・1病棟の夜勤人員が最低でも3人、最高では6人を要するため、夜勤回数の平均が9回以上となる。全体の看護職員は患者1.8：看護職1であるが。(特3類・特2類)
 - ・夜勤人員は5～6人の配置であることから、夜勤回数が増える。濃厚看護をしているにもかかわらず、夜勤回数が多いことからとることができないのは納得できない(特3類・特2類)
 - ・産科、未熟児等は夜勤者数が多いため夜勤回数も多く、そのため加算をとることが不可能。また、その夜勤回数を8回以内とするために増員すると、経営上不利でまた、他病棟と不公平となる。(特3類・特2類)
 - ・ICU、NICU、CCU、救急部で夜勤人員が多く必要なため、基準の回数を超えてしまう。(特3類・特2類)

- ・ 周産期センター、外科系病棟で夜勤人数を増やす必要があるため、月夜勤回数が1人1～2回増える。(特2類)
 - ・ 当院では看護内容を充実させるため、準夜2人、深夜3人の勤務体制としている。この体制は2人夜勤としか評価されていない。内容の濃い看護体制を取っているところには夜勤回数だけではない違う形の夜間加算を希望する。(特2類)
 - ・ 3人夜勤をすると月8回をオーバーしてしまう。2人夜勤では看護婦1人に対する看護量の負担が大きく、ひいては患者に十分なサービスができない。(特2類)
 - ・ 集中治療を要する患者を入室させる病棟(10床)があり、15名の看護婦と2名の助手を配置している。8回内の夜勤回数にすることは今の人員ではできない。また、これ以上の人員配置も考えていない。(特2類)
 - ・ ICU(6床)と28床の病棟2箇所だけが夜勤回数が8回を超える。できれば、各单位ごとに適用できたらよいと思う。(特2類)
- ④ 一部の病棟で、複数夜勤または夜勤回数の基準をクリアできないために全体として承認を受けられない。[28病院]
- ・ 30床、10床の病棟は看護婦の配置数が少なく、また、増員したくても2・8体制ができる数の看護婦の採用も困難である。(特3類)
 - ・ 結核病棟(30床)、伝染病棟(30床)を併設している。結核患者の入院が少なく看護婦12名配置しても夜勤回数は多くなる。結核病棟は枠外としてほしい。(特3類・特2類)
 - ・ 結核病棟(10床)に夜勤看護婦2名は必要ないため。(特3類・特2類)
 - ・ 各看護単位の定床数が同じでないため、看護婦の数は全体としては十分であっても2・8、3・9体制はむずかしい。たとえば11床の看護単位に看護婦12名、助手2名でも夜間看護等加算はとれない。(特3類・特2類)
 - ・ 結核病棟を来年早々には特1類(I)にする予定だが、8回の夜勤回数とするにはあと3～4人の看護婦不足。看護婦を充足してもかえって人件費の方が高つく。(特2類)
 - ・ 37床の結核病棟を何度か検討したが、2人夜勤、夜勤回数、週あたり労働時間等で人件費を増やしてまでメリットが考えられない。一般病棟に関しては何とかクリアできたとしても結核病棟1病棟のためにむずかしい。(特2類)
 - ・ 歴史的に建てつぎ増床を続けてきたため、構造的に1看護単位26床と半端な病棟が存在している。この病棟を複数夜勤に出来ずにきている。現時点で他の条件はクリアできているので、目下あれこれ思案中である。(特2類)
 - ・ 助産婦が得にくいいため、産婦人科病棟の助産婦の夜勤日数が多く、病院全体としての加算がとれない。(特2類)

病院看護の実態と診療報酬

- ・ 1 病棟平均50床に精神科基本 1 類の看護要員では、複数夜勤の平均 8 回の夜勤は困難。病棟の構造上、患者数の編成替えは無理。内科は特 2 類なので 2・8 が可能だが病院単位なので、内科のみの承認はできない。基準看護の承認別に考えてほしい。(特 2 類・精神基本 1 類)
 - ・ 肢体不自由施設で 4～18歳の子供が入所中である。毎週土曜日の昼食後より自宅に帰り、日曜日夕方帰棟している。そのため、土曜日の準夜、日曜日の深夜は 1 人勤務になる。(特 2 類)
- ⑤ 週当たりの所定労働時間を短縮することが困難である。[9 病院]
- ・ 4 週 6 休制から完全週休 2 日制の導入が解決したらとりたい。(特 2 類)
 - ・ 週42時間以内の時短を実施するのが困難である。(特 1 類 (I))
- ⑥ 夜勤回数を減らすことについて看護職員から賛意を得られない [3 病院]
- ・ 夜勤の希望回数に個人差がある。募集に応募してくる看護職は日勤のみを希望する場合が多い。一方で、夜勤回数が少なくなることで労働条件の改善になるとして喜ぶより、収入減になるとしてなかなか賛意が得られない。夜勤手当の増額など病院として配慮し対応しているが。(精神基本 1 類)
 - ・ 夜勤希望日数のアンバランス、10 回程度の希望が多い。人員増を図らなくてはならないが、なかなか集まらない。(精神基本 1 類)
 - ・ 夜勤希望者と希望しない者の割合はほぼ半々である。現在夜勤をしている者は、より以上の回数を希望しており、現状では困難である。(入院医療管理料 (II))
- ⑦ 院長の賛意が得られない。[3 病院]
- ・ 増員してもベッド数の多い看護単位を 2 看護単位にすることや透析センター拡充等が優先され、夜間看護等加算取得のための増員にいかない。(特 3 類・特 2 類)
 - ・ 看護婦定員上いかなる工夫をしても不可能である。看護部としては強く要望しているが、人件費アップはできないという方針のため。(特 2 類)
 - ・ 病院の収支と合うのか検討中。看護婦増員がむずかしい。(特 2 類)
- ⑧ 実績期間中の人件費が病院経営を圧迫 [1 病院]
- ・ 短期に看護職員の充足が困難である。夜間看護等加算をとるまでの人件費が病院経営を圧迫する。(精神基本 1 類)
- ⑨ 承認基準等に関する情報不足、誤解、都道府県の担当官との意見の相違 [11病院]
- ・ 申請は単位別なのか包括で考えて良いのか行政の方針が不明瞭のため。(特 3 類・特 2 類)
 - ・ 全病床、入院医療管理料をとっているため該当しない。(2 病院、入院医療管理料 (I))
 - ・ 2 交替制のため (2 病院、基本看護 (I), 入院医療管理料 (II))

- ・稼働していない病棟があるためにとれない。(特1類 (I))
- ・看護助手の応募がないため、有資格者による3人夜勤体制を実施しており、夜勤回数が9.4回になるため、加算対象にならない。2人夜勤体制であれば加算がとれるが、脳外病棟が大変である。(特3類・特2類)
- ・勤務体制による夜勤回数の割り出しが県と違っている。当院は4週間を1ターム、基準は1ヵ月。(特3類・特2類)
- ・夜勤体制について看護婦と准看護婦のペアを要請されており、これを100%実施すると、数の面で少ない看護婦にしわ寄せが大きくなる。(基本看護 (I))
- ・看護婦の夜勤回数が多くなり、健康、家庭に問題が生じてくる。看護婦を募集しても就職者がいない。准看護婦の夜勤回数が少なくなり、収入面の減少で不満が出てくる。(基本看護 (I))
- ・変則3交替制をとっており、中勤が16:30~22:00のため夜勤回数に数えられ、深夜が21:30~9:00のため8/6の計算になると言われ、中勤、深夜勤8回までなのに、計算上は8回をオーバーすると言われ認めてもらえない。(特2類)

看護職員の夜勤回数の軽減、時短等の労働条件改善のために導入された「夜間看護等加算」であるが、制度が出来てから半年後の時点では、まだ十分に活用されていない状況である。その理由としては、労働条件改善のために増員を図ろうとしても、看護職員を採用することができないという理由が、自由記述では多かった。看護職員数が比較的多い特3類・特2類病院においても基準をクリアすることが困難な理由として、患者の看護度や医療の高度化により、夜勤帯でも多くの看護職員が必要とされる高機能病院の事情が自由記述からうかがわれた。

また、看護職員の定着を図る病院においては、産休、育休をとる者が多いのは当然の成り行きで、定着を前提に他の看護職員の労働条件改善が図れるような施策も今後必要と考えられる。昼間しか働けない職員が常に数%いるという状況への対応策として、夜勤専従看護職員を確保することも一策であり、従来から提案されてはいる。しかし、本会の調べ(病院看護基礎調査)によると、1987年に267病院の中で1,411人、1991年に275病院の中で1,281人の夜勤専従看護職員が把握されたが、現実にはあまり普及していない。夜勤専従看護職員の身分は、実態としてはパートタイマー、アルバイトが59.9%を占め、臨時職員27.4%、正規職員は12.7%にすぎない(日本看護協会「1991年病院看護基礎調査」)。病院として夜勤専従の者を得るためには、勤務条件等をよほど考慮する必要がある。

一部の病棟で夜勤回数等の条件をクリアできないために「夜間看護等加算」をとれない病院があることも自由記述からうかがえた。改善努力を少しでも評価する方策として、病院一括承認ではなく、基準看護や入院医療管理料の承認単位で対応することも必要と考えられる。また、看護の必上、1看護単位の夜勤人数を多くしている病院については、その人件費を考慮した料金設定も必要と考えられる。

看護に関する承認内容が複雑化する中で、一つの制度が徹底していくまでには若干の混乱があること

も自由記述からわかった（調査時点は、この加算が制度化されてから半年後）。その浸透には、正確な情報の普及など十分な配慮が必要と考えられる。この点については、平成5年3月の厚生省通達による「看護指導専門官」（資料4参照）の活用が期待される。

6 看護料以外の看護関係診療報酬の請求状況

看護料以外の看護関係診療報酬について、調査回答病院の保険請求状況は、〈表16〉の通りである。

「老人退院時指導料、老人退院時リハビリテーション指導料」は38.7%と4割近くの病院で請求していると回答している。訪問看護関係の「在宅患者訪問看護・指導料、寝たきり老人訪問看護・指導料、退院患者継続訪問指導料」（資料5参照）は31.5%の病院で、「精神科訪問看護・指導料」は5.3%（精神病院の37.5%）で請求している。外来における初めての看護料として平成4年4月改定で新設された「在宅療養指導料」（資料6参照）は、27.9%の病院で請求している。

7 看護関係料金収入の変化

平成4年7月分の看護関係料金収入が1年前と比較して「増加」した病院は64.0%を占める。収入増加率が「10～19%」になった病院が21.7%を占める〈表17〉。

収入の変化は看護部門内の管轄事項ではないため、無回答が3割強を占め、データとしては不十分な

表17 看護関係料金収入の変化
〈1991年7月と1992年7月の比較〉

		病院数 (%)
計		2,556 (100.0)
増	加	1,635 (64.0)
再 掲	9%以下	464 (18.2)
	10～19%	555 (21.7)
	20～29%	214 (8.4)
	30%以上	102 (4.0)
	増加したが、率は不明	300 (11.7)
変 化 な し		84 (3.3)
減	少	18 (0.7)
無 回 答 ・ 不 明		819 (32.0)

表16 看護料以外の看護関係診療報酬請求状況
〈複数回答〉

	病院数 (%)
回 答 病 院 数	2,556 (100.0)
老人退院時指導料、老人退院時リハビリテーション指導料	990 (38.7)
在宅患者訪問看護・指導料、寝たきり老人訪問看護・指導料、退院患者継続訪問指導料	804 (31.5)
退院前訪問指導料、老人退院前訪問指導料	394 (15.4)
精神科訪問看護・指導料	136 (5.3)
在宅療養指導料、老人在宅療養指導料	714 (27.9)
精神科デイ・ケア	71 (2.8)
精神科ナイト・ケア料	4 (0.2)
重度痴呆患者デイ・ケア	7 (0.3)
老人デイ・ケア料	44 (1.7)

表18 看護関係料金の収入増の理由〈複数回答〉
(収入が増加した病院のみ)

	病院数 (%)
全 体	1,635 (100.0)
看護関係点数の値上げ	1,101 (67.3)
夜間看護等加算をとった	261 (16.0)
基準看護の類をあげた	190 (11.6)
特3類承認を新たに受けた	181 (11.1)
基準看護をとるようになった	89 (5.4)
そ の 他	118 (7.2)
無回答・不明	144 (8.8)

ものとなった。特に、小規模病院「20～49床」病院では54.2%、個人病院では45.6%が「無回答」で、この比率が高い。これらの病院の中には、経営体制が整っていないために回答が困難なところが多いものと思われる。

看護関係料金の収入増の理由としては、「看護関係点数の値上げ」(67.3%)が最も多い〈複数回答〉(表18)。

8 看護要員総人件費の変化

平成4年の夏のボーナス支給月の看護要員の総人件費が1年前と比較して「増加」した病院は82.6%を占める。人件費増加率は、「1～9%」台が41.5%を占める〈表19〉。

看護関係料金収入と同様、小規模病院「20～49床」病院、「個人」病院で「無回答」の比率が高い。経営体制が整っていないことが回答困難な理由と思われる。

看護要員総人件費の増加の理由としては、「ベースアップ」(84.2%)が最も多く、次に「増員」(40.3%)である〈表20〉。

表19 看護要員の総人件費の変化
〈1991年と1992年の比較〉

		病院数 (%)
計		2,556 (100.0)
増	加	2,111 (82.6)
(再掲)	1～9%	1,061 (41.5)
	10～19%	560 (21.9)
	20～29%	117 (4.6)
	30%以上	69 (2.7)
	増加したが率は不明	304 (11.9)
変	化なし	46 (1.8)
減	少	12 (0.5)
無回答・不明		387 (15.1)

表20 看護要員の人件費増の理由〈複数回答〉
(昨年と比べ人件費が増加した病院のみ)

	病院数 (%)
回答病院数	2,111 (100.0)
ベースアップ	1,777 (84.2)
増員	851 (40.3)
諸手当引き上げ	713 (33.8)
パート時給引き上げ	404 (19.1)
ボーナス引き上げ	302 (14.3)
福利厚生費引き上げ	81 (3.8)
その他	26 (1.2)
無回答・不明	67 (3.2)

Ⅲ 看護職員の勤務体制と労働条件

1 看護職員の勤務体制

看護職員(パート含む)の勤務体制で採用しているものをすべて答えてもらったところ、「三交替制」(日勤、準夜勤、深夜勤の三つの勤務を交替に行う)を採用している病院が52.9%と最も多い〈複数回答〉(表21)。三交替制の一種である「変則三交替制」(日勤、準夜勤、深夜勤の三つの交替は同様であ