

參考資料 1

古 橋 委 員 提 出 資 料

平成 17 年 11 月 24 日

社会保障審議会医療部会  
部会長 鴨下重彦 殿

社会保障審議会医療部会委員  
社団法人日本看護協会副会長  
古橋 美智子

## 看護職員配置標準に関する日本看護協会の意見

1. 看護職員が実際に担当する患者数を勤務帯別に表示するなど、看護職員の配置をわかりやすく情報提供するための仕組みを設けること

医療法が定める看護職員配置の標準は「患者 3 人に対して看護職員 1 人以上」です。これは常に看護職員 1 人が患者 3 人を受け持っているように見えますが、実際は交代制勤務を行っているため、看護職員 1 人で昼間は約 10 人の患者を、夜間帯（22 時～5 時を含む 16 時間が「夜間」ですので、夕方や朝も夜間に含まれます）では約 20 人の患者を担当しています。このように実態から程遠く、患者・国民の誤解を生む表示方法を変更し、勤務帯別に看護職員 1 人あたりの担当患者数を図で示すなど、看護職員の配置をわかりやすく情報提供するための仕組みを設けることが必要です。

2. 一般病床（急性期的）や特定機能病院においては、最低でも夜間帯に看護師 1 人が受け持つ患者数を 10 人以下にすること

看護職員の適正な配置が医療安全の確保につながるということが明らかにされてきています。米国をはじめとする諸外国の研究では、看護職員配置の手厚さと、死亡率や術後の肺炎発生率など患者に有害な影響を及ぼす事象の減少との関連が解明されています。このような中、現行の看護職員配置「患者 3 人に対して看護職員 1 人以上」では、安全性及び質の観点からいかにも少ないことが問題です。

また、厚生労働省「医療制度構造改革試案」において在院日数を含む総治療期間の短縮が数値目標として掲げられ、大きな政策課題になってきています。しかし、特に急性期的医療を行う医療機関の在院日数を短縮するには、集中的な治療を安全に提供するために、看護師の配置基準を先進諸国並みに引き上げることが不可欠です。そのため、一般病床（急性期的）や高度な医療を提供する特定機能病院においては最低でも、夜間帯に看護師 1 人が受け持つ患者数を 10 人（およそ患者 1.5 人に対して看護職員 1 人以上）以下にすべきです。

さらに、医療のアウトカムが十分に公開されない中で規制を緩和すると、病院経営を優先するあまり、看護職員の配置の引き下げが行われる危険性が予測されます。安全・安心の医療を受ける患者の権利を守るため、ナショナル・ミニマムとしての看護職員配置標準の規制を、国の責務として堅持することが必要です。

### 3. 通院患者の高度医療や、生活習慣病悪化予防に向けた相談、また入院患者の退院支援相談への対応のため、外来機能に適した看護職員配置を検討すること

在院日数の短縮化により、医療ニーズの高い患者が通院する割合が増加しています。さらに、短期滞在（日帰り）手術やがん化学療法等高度医療への対応、救急におけるトリアージや、糖尿病などの生活習慣病重症化予防のための療養・生活相談対応、また入院患者の退院支援相談への対応など、外来機能の拡大化・多機能化が進んでいます。

特に近年、糖尿病、在宅酸素療法、HIV 相談、WOC（創傷・オストミー・失禁）、助産ケア等の看護外来開設により、看護師が通院患者に直接関わり、相談支援を行う事例が増加しています。以上を踏まえ、外来機能に適した看護職員配置を検討することが必要です。

### 4. 安全で満足のお産ができる体制を整備するため、新たに分娩数に応じた助産師の配置標準を設けること

少子化の時代に、安全で満足のお産ができる体制を早急に整備する必要があります。陣痛促進剤使用の適否など周産期医療をめぐる問題を解決するためには、自然の経過をたどるお産を独立して助産できる助産師を活用することが有効です。しかし、地域によっては周産期医療体制が不十分であり、特にそのような地域において、病院や診療所内に助産師によるバースセンターや院内助産院を新たに設置するといった取り組みを進めるとともに、分娩数に応じた助産師の配置標準を新たに医療法施行規則に設けることが必要です。

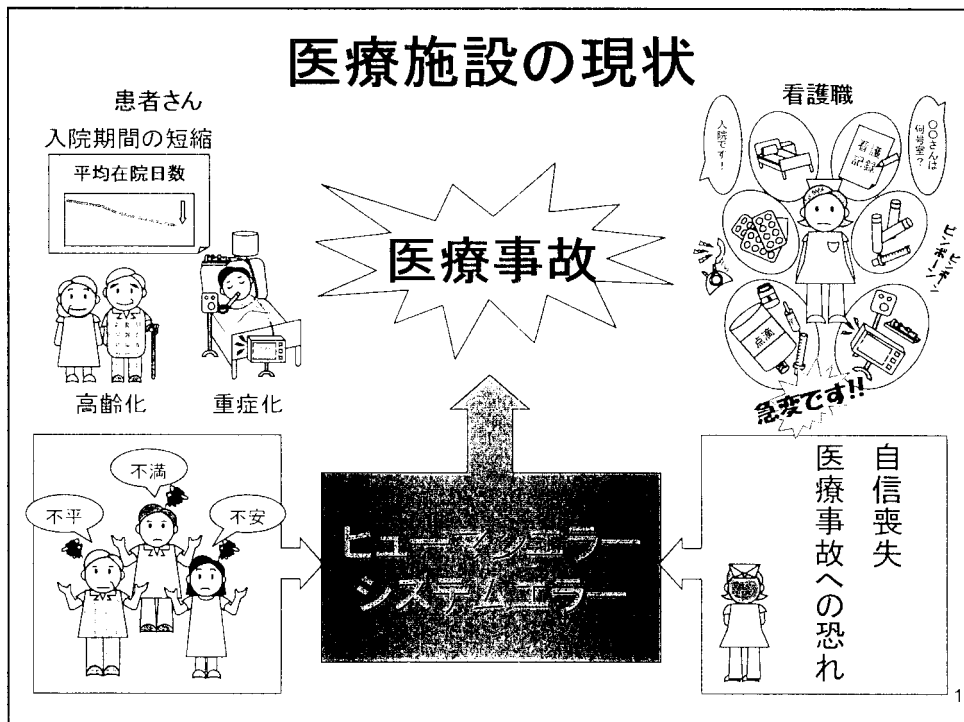
### 5. 精神病床入院患者の退院促進などの観点から、精神病床を一般病床と同様の看護職員配置標準とすること

精神病床については、大学附属病院（特定機能病院を除く）並びに内科、外科、産婦人科、眼科および耳鼻咽喉科を有する 100 床以上の病院では「患者 3 人に対して看護職員 1 人以上」の配置ですが、それ以外の病院では「患者 4 人に対して看護職員 1 人以上」と一般病床と格差があります。また、平成 18 年 3 月の経過措置終了後も、「当分の間」、「患者 5 人に対して看護職員 1 人以上」（補助者と合わせて「患者 4 人に対して看護職員 1 人以上」）の配置となっています。

しかし、精神病床入院患者の退院促進・社会復帰の促進は喫緊の課題であり、7 万 2 千人の社会的入院の解消をうたう厚生労働省の方針を具体化するために一般病床との格差を是正すべきです。最低でも一般病床と同様の配置標準にすべきであり、さらに、「当分の間」の停止もしくは期限明示を行うべきと考えます。

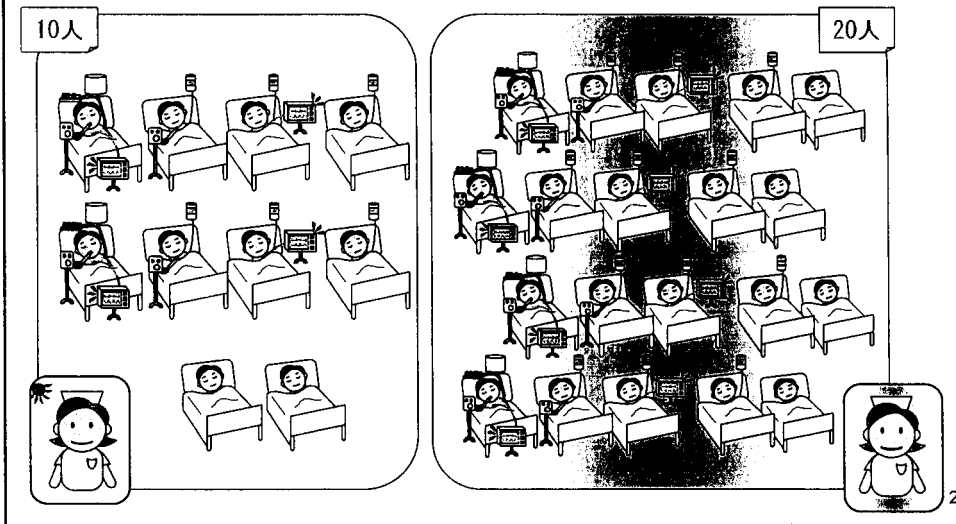
以上

# 看護職員配置標準について



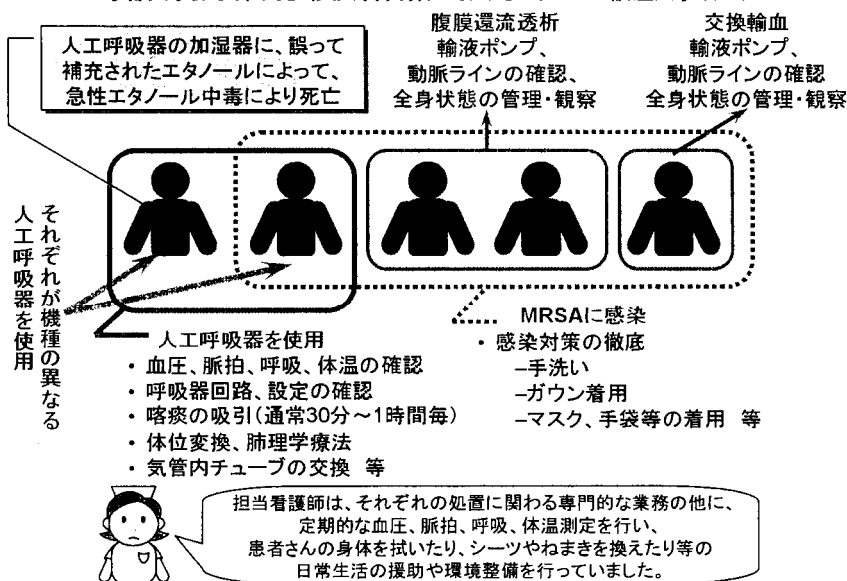
## 現行法による 看護職員の人員配置「3:1」とは・・・

病床数が45床(稼働率90%、患者数40名、3交代、2人夜勤)と仮定した場合、  
看護師は1人で、昼間で約10名、夜間で約20名の患者を担当しています。





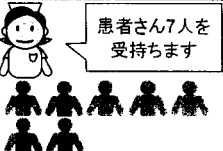






## 事故当時の受持ち状況

～京都大学医学部小児・移植外科病棟におけるエタノール誤注入事故より～



## 看護職員の人員配置「1:1」「1.5:1」「2:1」

(病床数が45床(稼働率90%、患者数40名、3交代)と仮定した場合)

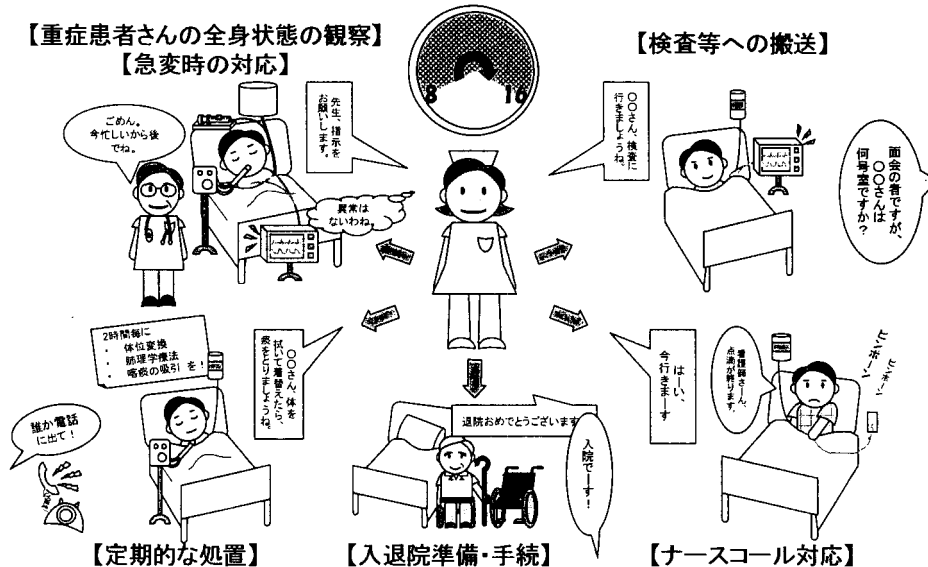
勤務帯 配置	深夜勤務帯 (0:00~8:00)	日勤帯 (8:00~16:00)	準夜勤務帯 (16:00~0:00)
1:1	患者さん7人を 受持ちます 	患者さん4人を 受持ちます 	患者さん7人を 受持ちます 
1.5:1	患者さん10人を 受持ちます 	患者さん5人を 受持ちます 	患者さん10人を 受持ちます 
2:1	患者さん14人を 受持ちます 	患者さん6人を 受持ちます 	患者さん14人を 受持ちます 

4

## 看護職員の人員配置「1.5:1」の場合 (看護師1人対患者5人)~日勤帯の主な仕事~

【重症患者さんの全身状態の観察】  
【急変時の対応】

【検査等への搬送】

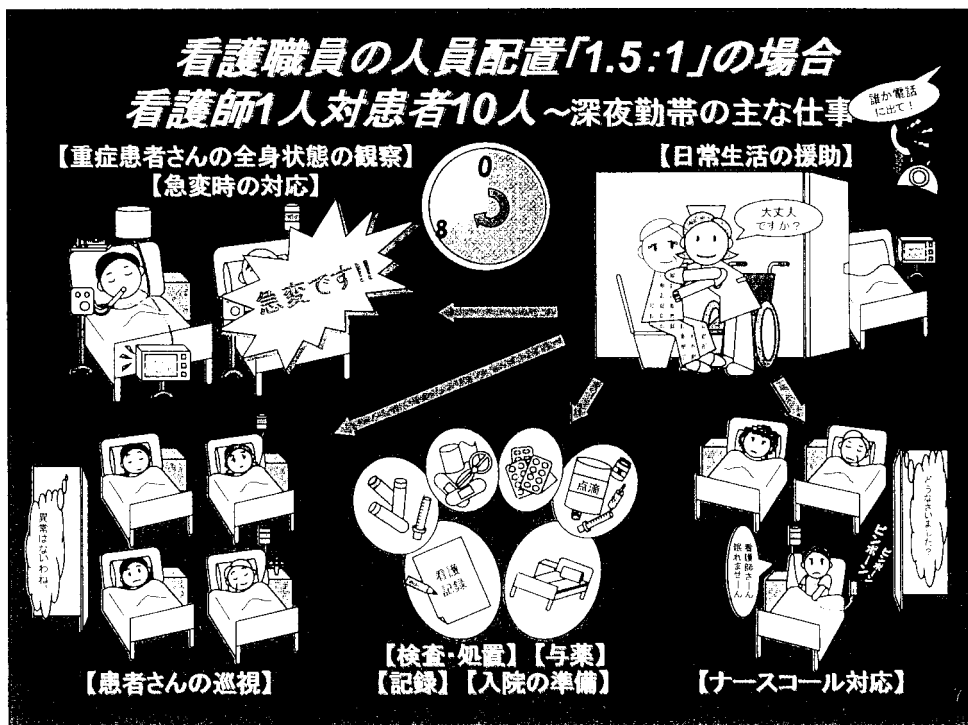
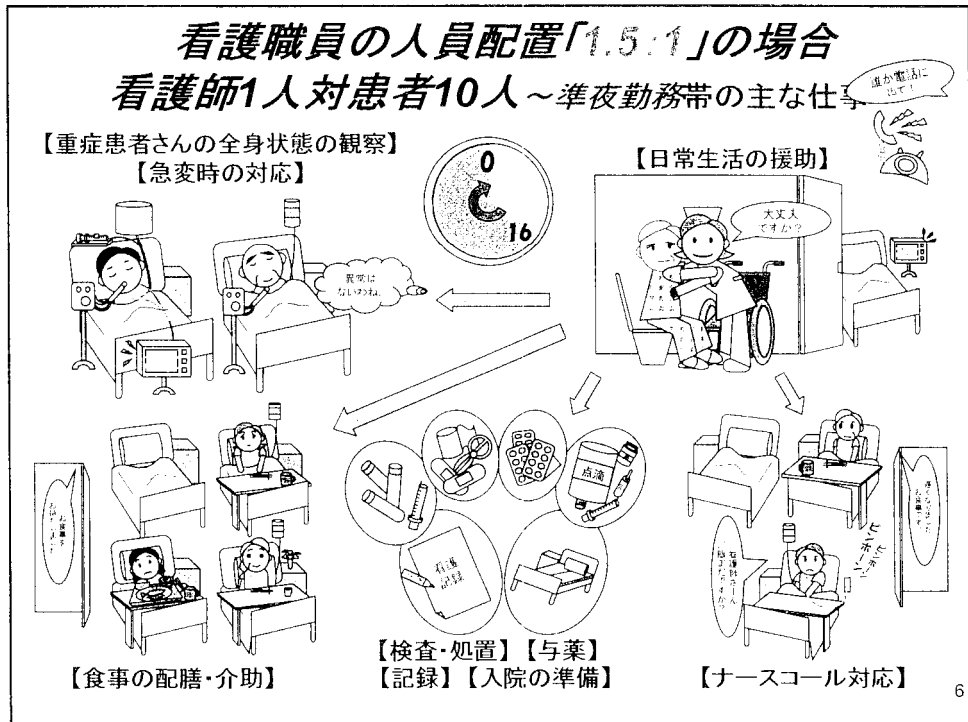


【定期的な処置】

【入退院準備・手続】

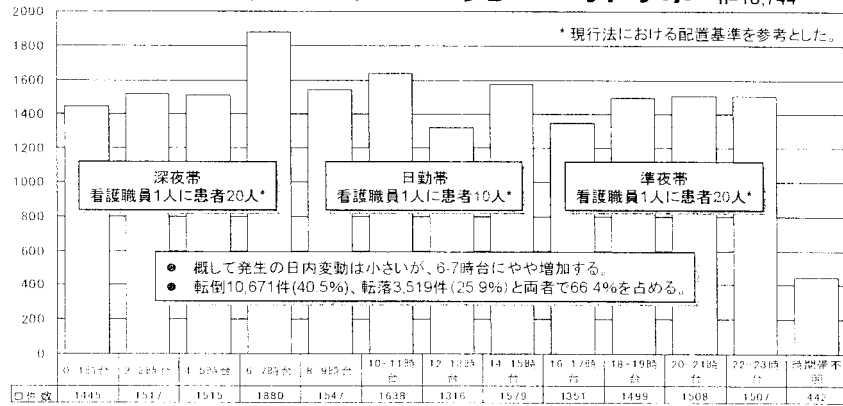
【ナースコール対応】

5



## ～転倒・転落などの「療養上の世話等」～ ヒヤリ・ハットの発生時間帯

n=18,744



深夜帯 看護職員1人に患者20人\*  
日勤帯 看護職員1人に患者19人\*  
準夜帯 看護職員1人に患者20人\*

- 概して発生の日内変動は小さいが、6-7時台にやや増加する。
- 転倒10,671件(40.5%)、転落3,519件(25.9%)と両者で66.4%を占める。

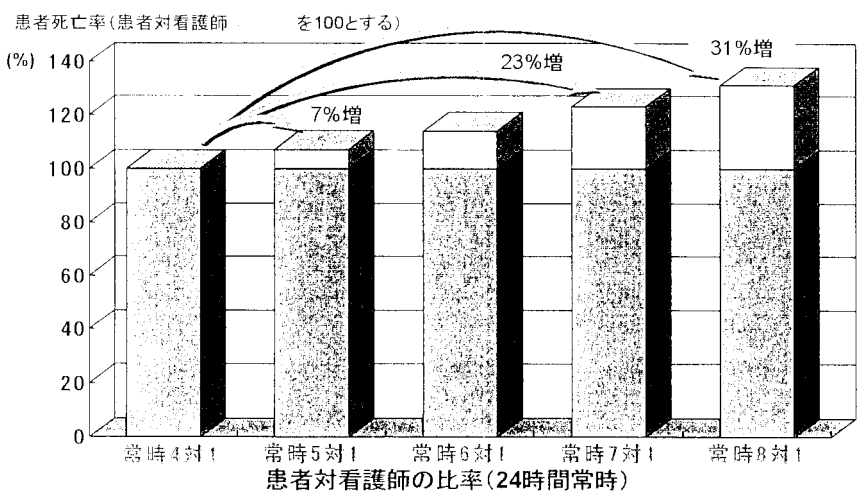
【療養上の世話とは】  
転倒、転落、衝突、転蹠、転倒、誤配膳、安静指示の不履行、禁食指示の不履行、その他指示の不履行、取り違え、遅延、忘れ、搬送先間違い、その他搬送・移送のエラー、飲み忘れ・注射忘れ、採取・注入量間違い、取り違い採取、その他の自己管理率のエラー、無断外出・外泊、その他の療養上の世話・療養生活のエラー、内容の間違い、量の間違い、中止の忘れ、延食の忘れ、異物混入、その他の給食・栄養のエラー、左記コード以外



看護師配置数が多いほど転倒・転落の発生率が有意に低下します。  
Unruh L. Licensed Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitals. Med Care. 2003



## 受け持ち患者が1人増えると 死亡率が7%増える



Aiken 他、Nurse Staffing and patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA. 2002



## 米国では 常時患者5:看護師1が法制化

- カリフォルニアの看護師たちが、安全な人員配置率を実現する運動を行い、法制化に成功
- 現在ではマサチューセッツを含む12州で同様の法案が審議中



国内外問わず、安全・安心な医療提供体制において  
適正な看護職員配置は最重要課題である

10

- 看護職員配置の表現を分かりやすく！
- 看護職員が実際に担当する患者数を昼間、夜間の勤務帯別に表示すること！
- 一般病床(急性期的)と特定機能病院においては、最低でも夜間帯に看護師1人が受け持つ患者数を10人以下(およそ患者1.5人に対して看護職員1人以上(常時6~7:1))にすること！



11

参考資料 2

大橋委員提出資料

小方・小島・松井委員提出資料

## 提 案 書

社会保障審議会医療部会委員  
裾野市長 大橋 俊二

病院初診料の値上げはせず、夜間、特に深夜帯の診療費を上げることを提案いたします。

病院の初診料を多少値上げしても、患者の流れを止めることは難しく、軽症患者の受診を減らすという目的は達成できないと思います。初診料を上げれば、病院は外来患者を増やして経営改善を図ろうとするため、多少の赤字解消が図られると思いますが、医療資源の無駄遣いで終わる可能性が高いと思われます。

また、初診料自体を私費扱いにすれば高額になるため、初めは軽症患者の受診抑制に有効であると思われますが、紹介状を持ってくるようになれば、余り効果的であるとは思えません。

「患者離れのいい医者が良い医者だ」ということがマスコミで宣伝されておりますが、患者から紹介状を求められれば、診療所の医者は拒否できないのが実情です。現在でも、紹介状がないと初診料が高いことを知っていて、「〇〇病院に掛かりたいから紹介状を書いてください」という患者もしばしばあります。

価格が人工的に決められる計画経済下では、経済学者が言う「神の手」が働かないので、現実を知らないと適正な価格（保険点数）を決められないと思います。現実の正しいコストを知らなければ、小児科医や婦人科医が本当に足りなくなり、国民の不満が高まったとき初めて、以前の価格決定が誤りであったことを知ることになった訳であります。

大都市の私立医科大学等では、多くの一次救急の患者を引き受けても経済的に引き合うようではありますが、地方の大病院の深夜帯では、相当な赤字になってしまうので、結局、対応しなくなるのが現実ではないでしょうか？

海外の病院が常に夜間救急に対応し、24時間診療することによってコストへの対応もできているのを見ますと、大病院の深夜帯の診察料コストに見合った、赤字を出さない程度の大幅な引き上げを提唱いたします。赤字さえ出さない保険点数であれば、回転率を上げることによって、国民の不満が多い夜間救急の問題を解決できると思います。

大病院が夜間救急の能率を上げ、いつでも引き受ける体制をとっていただければ、現在、夜間救急を引き受けることに慎重な診療所も、安心して対応するようになり、救急を受ける診療所が増加し、国民の不安も解消できると考えます。

病院における昼間の初診料をわずかに上げても、患者の流れを変えることにはならないばかりか、入院中心であるべき病院機能を外来中心にしかねないと思います。初診料を上げる分を深夜帯の診察料加算に回せば、少ないコストで国民の不安を大幅に減らすことができると考えております。

平成17年11月24日

社会保障審議会医療部会  
部会長 鴨下重彦様

社会保障審議会医療部会委員  
小方 浩  
小島 茂  
松井 博志

### 平成18年度診療報酬改定の基本方針について

平成17年7月20日に「中医協の在り方に関する有識者会議」が発表した報告書「中央社会保険医療協議会のあらたな出発のために」において、改定率を除く診療報酬改定に係る基本的な医療政策については、社会保障審議会・医療部会および医療保険部会で審議し、両部会で「診療報酬改定に係る基本方針」を定めることとされ、医療部会においては11月10日、「基本方針」についての考え方が示されたところです。

「基本方針」を策定するに当たり、医療部会におけるこれまでの議論の経緯を踏まえつつ、医療サービス利用者としての患者・国民の立場、また、医療保険制度の運営実施者という立場から、特に強調しておきたい項目について、下記の通り取りまとめましたので、提出いたします。

#### 記

#### I. 「基本方針」策定に当たってのスタンスについて

- 質が高く効率的で、かつ患者にとってわかりやすく、QOLの向上にも繋がる医療提供体制の構築をめざし、これに資することが、18年度診療報酬改定の基本方針として重要と考えます。また、改定に当たっては、財政負担者の納得を得つつ、中長期的な医療制度・医療保険制度の持続可能性を確保した上で、現行の診療報酬体系の歪みを是正し、限られた財源のなかで、実態の的確な把握に基づく合理的で効率的な配分を行うべきと考えます。

## II. 「基本方針」に盛り込むべき具体的項目について

### 1. 患者にとってわかりやすく、QOLを高める医療の実現について

- 診療報酬体系そのものについては、度重なる改定に伴い年々複雑化し、患者にとって極めてわかりにくいものとなっています。この状況を是正し、患者にとってわかりやすい体系に再構築すべく、包括化も含めて診療報酬体系の簡素・合理化を推進すべきと考えます。あわせて、医療の安全・質の向上（質の評価のための指標づくりや患者への情報提供を含む）を目的として、医療のIT化を、実効性を担保するような施策を早急に検討し、推進すべきと考えます。
- 生活習慣病の重症化予防のために、患者の状態・特性に応じた有効な指導管理が適切かつ具体的な形で行われるようにすべく、生活習慣病指導管理料をはじめとする指導管理料等について、患者の視点に立って再評価し、その実効性を十分に検証し、運用時に保険者がチェックできるようなシステム等の構築を含め、的確な見直しをすべきと考えます。
- 患者自らが受けた医療の内容について知ることは当然の権利であると考えます。この権利を担保すべく、医療機関等に医療の内容の分かる明細付き領収書の無料での発行を義務化すべきと考えます。

### 2. 質が高く、効率的な医療連携体制の構築について

「医療計画の見直し等に関する検討会」等で検討されている新たな医療計画の大きな柱である、医療連携体制の構築の推進という方針を踏まえて、医療機関の機能分化・連携の推進に資する診療報酬の在り方について、以下の観点から検討すべきと考えます。

#### (1) 医療連携体制の構築の推進について

- 入院から在宅における療養まで、効率的で効果的な医療連携体制を構築し、総治療期間の短縮等による患者QOLの向上、過剰な病床や医療機器の適性配置等、効率化が図られることが期待されるところです。医療連携体制の診療報酬上の評価については、例えば、個別の患者の疾患とその病態等に基づいた、急性期から回復期、慢性期に至る総治療過程において、どの程度効率的・効果的に連携できるのか等、各医療機関の具体的な機能・役割に基づくべきと考えます。
- まずは各医療機関の具体的な医療機能を明らかにした上で、評価の在り方等について、その前提となるIT化の推進とも関連づけながら検討すべきであり、また、その際には患者の満足度という視点も欠かせないものと考えます。

## (2)入院医療について

- 急性期入院医療については、DPCのさらなる適用拡大(試行的適用病院の本格適用、試行的適用病院への新規参加、調査協力病院の拡大等)を図るべきと考えます。また、支払方式・調整係数、データ(アセスメント)の在り方等、適用拡大に当たっての基本的問題についても、あわせて検討すべきと考えます。
- 急性期以外(主に慢性期)の入院医療については、患者の医療の必要度とADLの状態に基づく患者分類を活用した包括評価を早期に導入すべきです。また、その際の患者分類については、データ(アセスメント)の質とともに、提供されるサービスの質も評価できる仕組みが組み込まれたものとすべきと考えます。

## (3)病院と診療所の連携、外来医療について

- 現行の病院と診療所の初・再診料の格差は、患者にとって非常にわかりにくく不合理であり、撤廃すべきです。さらに、「200床」という、主に病床数のみで区切られている現行の体系の在り方については、合理的な根拠はなく、提供される医療の内容を評価した区分とすべきです。
- 診療情報提供料等の機能分化・連携を目指した項目については、医療連携体制の評価の在り方の検討を踏まえて、見直すべきと考えます。
- 外来医療における不適切な頻回受診・はしご受診の是正という観点から、指導管理料等も含めた外来報酬の包括化を進めるべきと考えます。これとあわせて、現行の外来包括点数の妥当性の検証も行うべきと考えます。

## (4)終末期を含む在宅医療について

- 終末期を含む在宅医療の環境整備と評価の在り方を検討し、その推進を図るにあたっては、連携体制の構築とともに、報酬面でも医療サービスと介護サービスの連携を十分に図ることが不可欠であると考えます。その際、個別の報酬項目ごとに医療・介護の相互乗り入れの現状を確認し、適正化を図るべきと考えます。

## (5)小児・周産期医療等の充実について

- 小児・周産期医療、精神医療、救急医療については、その充実を目指しつつ、現行の報酬体系の妥当性についても検討すべきです。特に小児救急体制、小児・産科医不足、小児・産科の採算性等の問題は、診療報酬における評価に加え、新たなシステムの構築を含めて、喫緊の課題として対応すべきと考えます。

### Ⅲ. その他

- 新規医療技術の保険導入については、手続きの迅速性・透明性を確保することも重要ですが、あわせて、効率化の観点から、新規技術と代替できる既存技術の洗い出しを進め、保険適用の継続の可否を含めた再評価が必要であると考えます。
- 薬剤・保険医療材料等の「もの代」については、適正化を期し、薬価・材料価格基準の見直しの検討を進めるべきと考えます。
- 患者が後発医薬品の使用を希望する場合には、その意思を最大限尊重できる体制とすべきです。特に、処方せん様式の変更により、医師が代替調剤を可能とする意思表示ができるようにする方策について、18年度からの実現を図るべきと考えます。

以上