

看護師が他職種業務を担うメカニズムと現状分析

角 田 由 佳

1. はじめに

人口の高齢化にともなって医療サービスや介護サービスの消費ニーズが増えるなか、2006年度における看護師の新配置基準の病院導入があいまって、「看護師不足」が近年、一社会問題として議論されている。一方で、病院に勤務する看護師の働き方をみると、看護師が本来担う看護業務のみならず、他職種が担当できる業務も担っている現状が見受けられる。

他職種の業務を看護師が分担すれば、その分看護師の労働力は割かれ、看護業務への労働力投入は減少することから、看護師の労働力不足を促すことになる。看護師の労働力不足が問題視される反面、不足を拡大する実態が生じるのはなぜか。

本稿は、現在の診療報酬制度の問題点から、看護師が他職種の業務を担うメカニズムを示し、業務分担の実態を明らかにする。

2. 問題の背景

第2節ではまず、日本における診療報酬制度について概説した上で、看護サービスの生産に対する診療報酬の支払いのしくみを整理し、問題点を示していく。

2-1. 日本の診療報酬制度の概要

日本では公的な医療保険制度の下、病院や診療所などの「保険医療機関」

(以下、「医療機関」とする)によって医療サービスが生産され、患者に提供されている。医療機関はその際、後述する「診療報酬点数表」(1点=10円)に基づいて計算した医療サービスの総額から、患者の一部負担金を差し引いた額を「審査支払機関」を通じて「保険者」に請求し、これを回収してサービス生産のための資金とする。

診療報酬の支払われ方は、日本では、「出来高払い」方式と「包括払い」方式に大きく分けられ、この2つの方式が併用されている。各支払い方式の概要は以下の通りである。

出来高払い方式とは、医師をはじめとする医療スタッフの行為や検査・手術等のサービスを細分化し、その各サービスに価格付け(点数化)して各提供量に応じて支払う方法である。出来高払い方式に基づく診療報酬支払いの場合、医学や医療技術の進歩に対応しやすく、また患者の病状により合わせて医療サービスを生産しやすいという長所がある一方、サービスを生産すればするほど医療機関の収入も増えるため、過剰診療の原因となる可能性がある。

包括払い方式とは、サービスをある程度包括し、「1日当たり」や「1疾病群当たり」などで一括して一定の価格を設定する方法である。包括払い方式においては、医療サービスの生産量に関わりなく一定の診療報酬が支払われるため、出来高払い方式とは異なり、過剰診療の抑制につながり、さらにコスト削減の動機づけができる長所を有している。反面、一定の診療報酬支払いの下で医療機関が利益を獲得するため¹⁾、必要なサービス生産を行わずにコスト削減を図ったり、コストのかかる患者を別の医療機関にまわす等いわゆる患者選択のおそれが生じたりする可能性がある。

1) 利潤最大化を第一の目的とする企業とは異なり、非営利企業(組織)である医療機関は、利益の配当を請求する者がおらず、利益を外部に配当することはない。そのため医療機関は、内部で収入と支出を一致させるように、医療サービスを生産することになる。しかし、例えば看護部門で上げた利益を、医療機関の経営者(出資者)の所得として分配するケースも収支均衡の一形態であり、外部からみれば、この機関が利益をあげていることにはならない。本稿では、このようなケースも利益を上げている状態と捉え、論述を進めている。

診療報酬が支払われる際に基準となる「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」（通称「診療報酬点数表」）は、2013年現在、図表1のように体系づけられる。

図表1 診療報酬点数表の概略

基本診療料	特掲診療料
初・再診料 ・初診料 ・再診料 入院料等 ・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・特定入院料 ・短期滞在手術基本料	医学管理等 在宅医療 検査 画像診断 投薬 注射 リハビリテーション 精神科専門療法 処置 手術 麻酔 放射線治療 病理診断

資料：平成24年厚生労働省告示第76号（診療報酬の算定方法の一部を改正する件（告示））より作成。

「基本診療料」は、初診や再診、入院に伴うサービスについて細分化せず、一連のサービスとして捉え、主に1人1日単位で包括して支払われる点数である。看護サービスの多くは、この基本診療料における「入院料等」において点数が設定されている。

一方、「特掲診療料」は、個々のサービスごとに出来高払いを行うことが適当であると判断されるサービスについて設定された点数である。特掲診療料には、「医学管理等」や「在宅医療」をはじめとする計13種が設けられている。なお、この特掲診療料と基本診療料のほかに、「介護老人保健施設入所者に係る診療料」と、算定期限のある診療報酬点数をまとめた「経過措置」がある。診療報酬点数表は、原則として2年に一度の間隔で改定され、医療機関の収支状況を調査した上で、物価や賃金の動向など経済全般の指標や保険財政などを総合的に勘案し、中央社会保険医療協議会（通称「中医協」）

が決定する²⁾。

2-2. 看護サービスの生産に対する診療報酬のしくみ

患者、特に入院患者への看護サービスの生産には基本的に、上述した基本診療料の入院料等の中でも「入院基本料」が対価として支払われている³⁾。入院基本料は、入院患者に対する看護職員の人数によって診療報酬点数が異なり、患者の入院期間によっても点数が変わるしくみがとられている。これに加えて、「乳幼児加算・幼児加算」や「重症皮膚潰瘍管理加算」等、「入院基本料等加算」として支払われる追加的な診療報酬点数もある。

一方、外来患者への診療補助、あるいは手術や検査等に伴って生産される看護サービスには該当する診療報酬は無く、「初・再診料」や特掲診療料それぞれに含まれて対価が支払われている。

2006年度の診療報酬改定では、入院患者に対する看護職員の配置基準を引き上げる入院基本料が新設され、また入院患者に対する看護職員の表記が、従来の雇用人数から実際に配置される人数へ変更された。図表2は、「一般病棟」について、2006年度当時の入院基本料の点数をまとめたものである。

新たな配置基準「7対1入院基本料」は、従来の配置基準では入院患者1.4人に対して雇用する看護職員1人という配置に相当し、一般病棟のほかに「結核病棟」、そして「特定機能病院」「専門病院」に設けられている。2013年現在、「15対1入院基本料」以外の入院基本料は点数が維持あるいは引き上げられ、入院期間による加算も14日以内の場合は450点に増加した一方、平

2) 中医協は、診療報酬を支払う保険者から7名(1号委員)、医師や歯科医師および薬剤師を代表する委員7名(2号委員)、学識経験者等公益を代表する委員6名(3号委員)の計20名で構成され、別に専門委員が10名まで任命される。2006年度の診療報酬改定にあたってはじめて、看護の代表者として日本看護協会から1名、専門委員が任命されている。

3) 入院患者への看護サービスの対価は従来、「看護料」として支払われていた。しかし2000年度の診療報酬改定により、「看護料」に加えて、それまでの「入院環境料」と「入院時医学管理料」も含めて「入院基本料」として支払われるようになった。

均在院日数の規定は7対1入院基本料で厳格化されている⁴⁾。なお「精神病棟」は「10対1入院基本料」からの設定であり、「療養病棟」については患者の疾患や日常生活動作 (ADL) 等によって点数が変動するしくみがとられている。

図表2 2006年度改定時の診療報酬における入院基本料 (一般病棟)

区分	従来表記による相当比率	看護師比率／平均在院日数	点数 (点)	患者入院期間による加算 (点)		
				14日以内 428点*1	15~30日 192点*1	31日以上
7対1 入院基本料	1.4対1	70%以上／ 19日以内	1555	1983	1747	1555
10対1 入院基本料	2対1	70%以上／ 21日以内	1269	1697	1461	1269
13対1 入院基本料 ²⁾	2.6対1	70%以上／ 24日以内	1092	1520	1284	1092
15対1 入院基本料 ²⁾³⁾	3対1	40%以上／ 60日以内	954	1382	1146	954
特別入院 基本料1	3対1未満	40%以上／ 60日以内	575	875	730	575

注1: 「特別入院基本料」については「14日以内」300点、「15~30日」155点。

注2: 「13対1入院基本料」「15対1入院基本料」については、配置される看護補助者数によって「看護補助加算」がある。

注3: 「15対1入院基本料」については、看護師比率が70%以上の場合に12点加算される。

資料: 奥村 (2006) における表1の一部を抜粋, また筆者が一部変更。

以上に説明してきたように、2006年度の診療報酬改定により、入院基本料について、看護職員の配置人数を多くした基準が新設されるとともに、実際に配置されている人数が表記されるようになった。さらに入院患者の症状やその「看護必要度」に応じて看護職員を各時間帯に配置することが可能になり、消費者である入院患者や家族にとって、看護サービスが理解しやすい形で提供されるようになったと捉えられる⁵⁾。

しかし、看護師の雇用という視点から捉えれば、看護師の雇用人数が配置

4) 15対1入院基本料は945点である一方、7対1入院基本料1566点、10対1入院基本料1311点、13対1入院基本料1103点と増加、特別入院基本料1は575点と維持されている。なお、7対1入院基本料の平均在院日数の規定は、19日以内から18日以内となった。

5) なお、7対1入院基本料や10対1入院基本料を取得するには、看護職員1人当たり月平均夜勤時間数や、「入院患者に提供されるべき看護の必要量」(岩澤・筒井 (2012)p.8より抜粋) である「看護必要度」に関する規定が設けられている。

基準に制約を受ける状態に変わりはない。2003年度に導入され、入院基本料も包括されている「診断群分類別包括評価」(DPC)や、「特定入院料」(図表1)として別途、配置基準が設定されている「ハイケアユニット入院医療管理料」「亜急性期入院医療管理料」においても、看護師の各配置基準とその診療報酬点数を基に、看護師は雇用されることになる。

さらに、例えば「医療安全対策加算」「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」のように、「専従」の看護師を配置し、これらの加算業務以外の業務を兼務できないことが規定される診療報酬も一部加算にあるが、入院基本料をはじめとする看護サービスへの診療報酬は基本的に、看護師の担当する業務に関する規制は設けられていない。つまり、配置された看護師がいかなる業務に就くべきかという規制はなされていないため、看護師が患者への看護とは別の業務を担当していても、看護サービスの診療報酬は医療機関に入ることになる。極論すれば、医療機関が配置基準を基にして看護師を雇用しつつ、その労働力を看護サービスとは関連のないサービスに投入しても、看護サービスの診療報酬を得ることができるのである。

3. 看護師が他職種の業務を担うメカニズム

看護師が看護以外のサービスを生産しても診療報酬は入るとき、サービス生産への労働力投入にはどのような影響が生じるだろうか。第3節では、医療機関が看護師に対し、看護以外の業務も任せる経営メリットと、それを可能にする経済的背景を説明する。

3-1. 看護師が他職種の業務を担う経営メリット

角田(2007)では、看護師でなくとも他職種ができる業務、いわゆる「周辺業務」のために、診療報酬点数のつかない職員を雇うよりも、たとえ人件費が高くなっても診療報酬点数のつく看護師を雇ってこれを任せる方が、医

療機関にとって利益が上がることを分析している。それは、以下のようにまとめることができる。

看護師1人の1日当たり人件費（ a ：賃金+法定福利費分）、他の職員1人の1日当たり人件費（ b ：賃金+法定福利費分）、看護師1人が1日に獲得する入院基本料（ c ）とすると、周辺業務にかかる人件費は、

看護師の場合； $a - c$ 、他の職員の場合； b

と整理することができる。 c は、他の職員を雇用しても得られない、看護師を雇用することで得られる医療機関収入であり、看護師がたとえ看護以外の業務を行っていても得られるものとなっている。つまり、他の職員が担当するはずの周辺業務からみれば、看護師がこれを担う場合の人件費は $a - c$ と捉えられ、このとき c は、看護師の雇用を助成する機能を持っている。仮に医療機関が、周辺業務の質を考慮せず、かつ生産費用の最小化を目指すならば、周辺業務をより人件費の安い職員に任せることになる。すなわち、

$$a - c \geq b \quad ; \text{他の職員が周辺業務を行う} \quad (1)$$

$$a - c < b \quad ; \text{看護師が周辺業務を行う} \quad (2)$$

となる。人件費が等しければ、他の職員がその担当すべき周辺業務を行った方が業務の質は高まるため、(1)のように、医療機関は他の職員にこれを任せると予測される。

厚生労働省『賃金構造基本統計調査』における2004年度の各種データから賃金等を分析し、周辺業務を看護師が行う場合と他の職員が行う場合の人件費を比較すると、以下の結果が導出される。

$$a = 20781 \quad (= 2295(\text{円}) \times 8(\text{時間}) + 2295 \times 8 \times 0.13186)$$

$$b = 20410 \quad (= 2254(\text{円}) \times 8(\text{時間}) + 2254 \times 8 \times 0.13186)$$

$$c = 16459 \quad (= 1092(\text{点}) \times 10 \times 1.97(\text{人}) \div 1.307(\text{人}))$$

$$a - c = 20781 - 16459 = 4322 < 20410 = b$$

(単純な3交代制で1日8時間労働とした場合。0.13186は雇用主負担分の平均社会保険料率。1092点は当時一般病棟で最も採用されていた「2.5対1入院基本料」に現在相当する「13対1入院基本料」の点数。)⁶⁾

つまり、医療機関にとって、他の職員を雇用せず、看護師に周辺業務を任せる方が人件費を抑えられ、利益を上げられる結果となる。

3-2. 看護師が他職種の業務を担う経済的背景

3-1で説明してきたように、医療機関が利益を獲得するべく人件費を抑え、他職種の業務をまかなうために看護師の労働力を投入するならば、周辺業務の質の低下を伴った「要素代替」(労働力の代替)が生じるものと予測される。特に周辺業務の中でも、後述する薬剤関連業務では、例えば川村他(2000, 2001)や八代他(2004)における、看護師の与薬エラー発生の一要因としての薬剤知識の不足にみるように、本来薬剤師が担当する業務について、看護師によって完全に代替することは困難であるために、予薬エラー発生という質の低下が生じていると推測される。

加えて問題となるのは、看護師の労働力が周辺業務に投入されるため、本来の業務である看護サービスの生産に労働力を十分に投入できず、看護サービスの質、さらにはこれを投じる医療サービスの質も低下することである。

通常、製品やサービスの価格が変わらないまま品質が下がっていれば、それを購入する者は減少する。したがって生産者側は品質を落とせないし、仮に落とすのであれば価格も同様に下げなければ消費者を失うことになる⁷⁾。しかし看護サービス、そして医療サービスの場合、生産者と消費者の間に「情報の非対称性」があるため、たとえ看護師の労働力が十分に投入されずにサービスの質が低下したとしても、消費者はその質の低さやそれによる自身の症状などへの影響を知ることが難しい⁸⁾。仮に分かったとしても、医療

6) 各職員の1日当たり人件費や看護師1人が獲得する入院基本料の具体的な算出過程と結果については、角田(2007)pp.43-47を参照されたい。看護師1人あたりが獲得する入院基本料については、入院病棟だけでなく、外来や手術室等、看護自体に対する診療報酬は支払われないが看護師の配置は必要となる雇用分も考慮している。

7) ただし、必需品について、代わりに選択・購入できる製品・サービスがなければ、この限りではない。本文で後述するように、医療サービスも状況によってはこれに当てはまる。

機関が少ない地域であれば、消費者は医療サービスの購入先を選択できず、質の低いサービスを購入せざるを得ない。また公的医療保険の存在により、直接の購入価格となる医療機関での一部負担金が実際のサービス生産費用よりも低いことから、消費者が質の低さを受け入れてしまう可能性もある。

以上の理由から、医療機関の経営者は、消費者数に大きく影響を与えるであろう医療事故が起こらない水準まで、生産するサービスの質を低下させることも理論上は可能であり、言い換えれば、そのような生産行動をとる方が利益を上げられるメカニズムを、現在の診療報酬制度はつくっているのである。

4. 看護師が他職種の業務を担っている実態

それでは実際に、医療機関において看護師は他職種の業務を担っているのだろうか。第4節では、看護師をはじめとする看護職の職能団体、日本看護協会が、他職種に任せたい周辺業務として挙げている10種の業務について4年ごとに実施している調査を用いながら、分担状況を分析する。なお資料の制約上、看護師のみに焦点を当てることができないため、ここでは准看護師や看護に従事する助産師等も含めた「看護職員」について、分担状況の分析を行う。

4-1. 医療機関の分類

10種の周辺業務に関する看護師の分担状況を明らかにするに際して、病院間における看護師の配置の差によって分担状況に変化が生じるのか否かも確かめるために、本研究では、開設主体ごとに病院を区分して分析を行う。具体的には、角田（2007）を参考として、厚生労働省『医療施設調査・病院報

8) 看護サービスのもつ情報の非対称性について、訪問看護ステーションが提供する看護サービスの性質から分析した角田（2011）を参照されたい。

告』における大分類基準に基づく6区分に加え、私的病院の中でも高い看護配置基準を採用する「学校法人」を独立した区分とし、各病院の業務分担状況を分析する。

図表3は、開設主体で区分した病院ごとに、看護職員の配置基準の採用状況を示したものである。資料の制約上、日本看護協会『2006年 病院における看護職員需給状況調査』を用いて、新たな看護職員配置基準が導入された2006年度、各病院において採用された配置基準の状況について表している。なおここでは学校法人のみの数値を抽出することができないため、「その他の法人」も含めて観察している。

図表3 看護職員の配置基準の採用状況（2006年度、一般病棟）



□7対1入院基本料 □10対1入院基本料 □13対1入院基本料 □15対1入院基本料 ■特別入院基本料

注：「国」には、「独立行政法人国立病院機構」や「独立行政法人労働者健康福祉機構」、「国立大学法人」も開設者として含まれる。

「公的医療機関」には、「都道府県」「市町村」「日赤」「済生会」「厚生連」「国民健康保険団体連合会」が開設者として含まれる。

「その他私的」には、「公益法人」「会社」が開設者として含まれる。

資料：日本看護協会『2006年 病院における看護職員需給状況調査』p.38（統計表3）より算出，作成。

図表3をみると、角田(2007)で厚生労働省『医療施設調査・病院報告(2002年)』から明らかにされた実態と同じように、2006年度においても公的病院で採用される看護職員の配置基準が高い傾向が認められる。具体的には、開設主体が「国」「公的医療機関」「社会保険関係団体」といった、いわゆる公的病院では、新設の7対1入院基本料を採用する病院は多くはないものの、従来最も高い配置基準であった2対1入院基本料に相当する10対1入院基本料を採用する病院が多くなっている。7対1入院基本料と10対1入院基本料を採用する病院をあわせると7割以上となり、なかでも社会保険関係団体立の病院では、9割を超えている。

一方、「医療法人」や「個人」といった、いわゆる私的病院では、7対1入院基本料や10対1入院基本料を採用する病院は少なく、低い配置基準を採用する病院が多くなる。特に個人立の病院では、15対1入院基本料を採用する病院が5割近くに上っている。ほかの私的病院をみると、公的病院と同様の傾向を示しており、特に学校法人立病院等では、7対1入院基本料を採用する病院割合が病院全体の中でもっとも高くなっている。

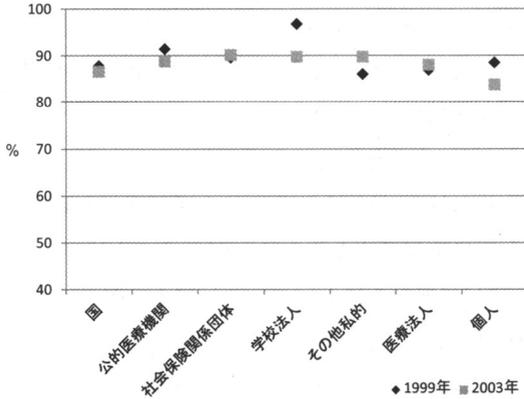
4-2. 看護職員による他職種業務分担の現状分析

前項では病院を開設主体別に分類し、看護職員の配置基準の採用傾向を観察した。この配置基準の採用傾向を踏まえながら、各病院における看護師の他職種の業務分担状況を示したものが図表4-1から図表4-10である。この図は、日本看護協会が4年ごとに実施している『病院看護実態調査』(旧称『病院看護基礎調査』)を用い、日本看護協会が「周辺業務」として調査している10種の業務、具体的には「配膳」「残食チェック」「薬剤の分包」「点滴注射液ミキシング」「病棟配置薬剤の在庫管理」「薬剤の搬送」「衛生材料の搬送」「検体の搬送」「ベッドメーカー」「心電図モニターの日常的な保守・点検」について、看護職員による分担状況を表している。縦軸には、どのくらいの病院が看護職員に各周辺業務を任せているのか、その病院割合が示さ

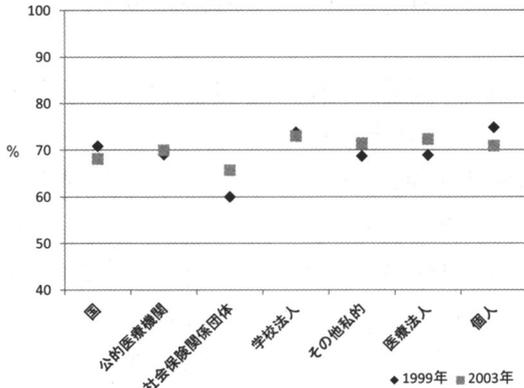
れる。一方、横軸では、開設主体別に分類した病院について、図表3で観察されたように高い看護職員の配置基準を採用する公的病院、学校法人から、比較的低い配置基準を採用する私的病院へと並べている。なお分析に利用するデータは、角田（2007）で使用された上記の日本看護協会による1999年調査、そしてあらたに2003年調査から加えたものである⁹⁾。

まず、図表4-1は、「配膳」について示したものである。多くの病院において、看護職員が配膳業務を担っており、2003年には80%台前半から90%にかけての病院で看護職員により配膳業務が分担されていることが分かる。中でも最も高い割合を示すのが社会保険関係団体立の病院で90.1%、次いで、1999年に95%を超えていた学校法人と、其他私的病院の89.8%となる。一方、最も低くなるのが83.8%の個人立病院である。

図表4-1 開設主体別にみた看護職員の周辺業務分担 (配膳)



図表4-2 開設主体別にみた看護職員の周辺業務分担 (残食チェック)

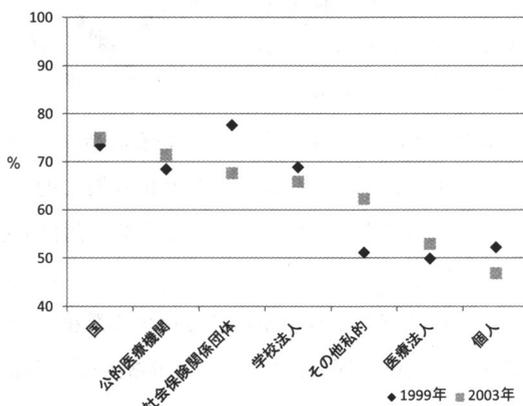


9) 日本看護協会『病院看護基礎調査(1999)』(旧称)、ならびに『病院看護実態調査(2003)』を利用している。残念ながら、次の調査年に当たる2007年以降、看護職員による周辺業務の分担状況は調査されていない。

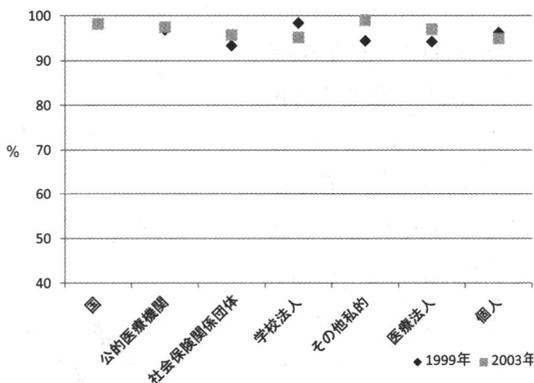
図表42は、「残食チェック」について示したものである。全体として、配膳業務に比べて他の職員に任せる病院が多いものの、2003年には60%台半ばから70%強の病院で看護職員により残食チェック業務が分担されている。最も高い割合は、1999年には2番目に位置していた学校法人立病院の73.0%であり、1999年に引き続き社会保険関係団体立病院で最も低い割合が示されている。

図表43から図表45は、薬剤に関連する業務について示したものである。まず図表4-3の「薬剤の分包」をみると、横軸に対して右下がりのプロットが表されることがわかる。具体的には2003年について、看護職員に薬剤の分包業務を最も任せているのが国立病院で75.0%、またほかの公的病院や学校法人立病院においても60%台半ばから70%を超える割合が示される一方、私的病院では割合が低くなり、最も低い個人立病院で46.8%となっている。そして、全体として薬剤の分包業務よりも看護職員が分担す

図表4-3 開設主体別にみた看護職員の周辺業務分担 (薬剤の分包)



図表4-4 開設主体別にみた看護職員の周辺業務分担 (点滴注射薬ミキシング)



る傾向は高まり、同じく右下がりのプロットが表されているのが、図表4-5の「病棟配置薬剤の在庫管理」である。

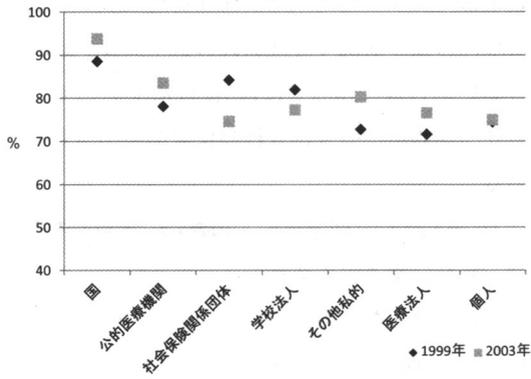
なお大半の病院において看護職員に任されているのが、「点滴注射液ミキシング」である。図表4-4をみると、1999年と

2003年ともに、90%以上の病院が看護職員に点滴注射液ミキシング業務を任せており、2003年にはその他私的病院で99.0%、次いで国立病院の98.2%という割合になっている。もっとも低い割合を示す個人立病院で94.9%である。

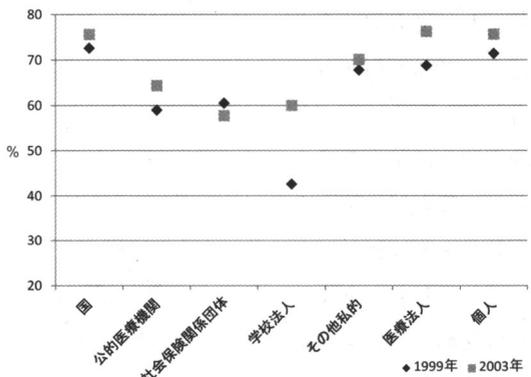
以上に観察してきた薬剤に関連する業務、中でも「薬剤の分包」「病棟配置薬剤の在庫管理」について、公的病院等、看護職員の配置基準の高い病院ほど、看護職員にこれら業務を任せる割合が高く、配置基準の低い私的病院に割合が低くなる傾向が認められる。

図表4-6から図表4-8は、搬送に関連する業務について示したものであり、ほかの周辺業務とは異なる傾向が認められる。具体的には、1999年に比べて2003年に大きく上昇しているものの学校法人立病院、そして社会

図表4-5 開設主体別にみた看護職員の周辺業務分担 (病棟配置薬剤の在庫管理)



図表4-6 開設主体別にみた看護職員の周辺業務分担 (薬剤の搬送)



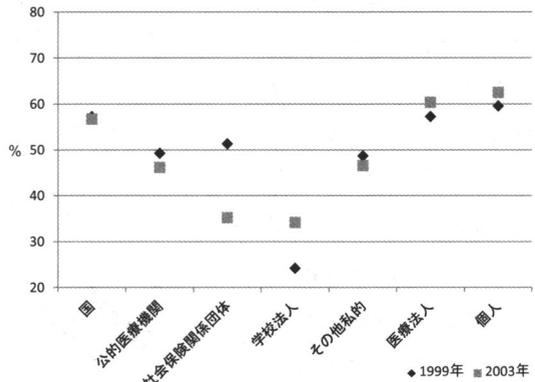
保険関係団体立病院における割合が、ほかの病院に比べて低くなっている。ほかの病院では2003年に、「薬剤の搬送」と「検体の搬送」が60%台半ばから70%台後半、「衛生材料の搬送」は40%台半ばから60%台前半という割合になっている。

図表4-9は、「ベッドメイキング」について示したものである。図表4-1でみた配膳業務のように、看護職員にベッドメイキング業務を任せる病院が多く、すべての開設主体で80%台半ばから90%台という割合が示されている。最も高い割合

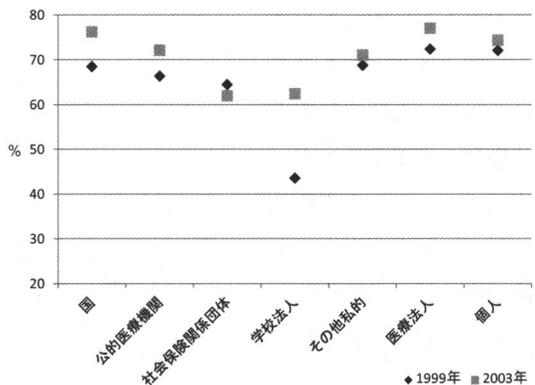
を示すのは国立病院であり92.7%，そして公的医療機関の91.7%と続いている。また最も割合の低い社会保険関係団体立病院で84.5%となっている。

図4-10は、「心電図モニターの保守・点検」について示したものである。この保守・点検業務は、図表4-3「薬剤の分包」や図表4-5「病棟配置薬剤の在庫管理」と同様に、右下りのプロットが観察されるが、2003年に国立病院で85.9%，次いで公的医療機関75.9%と割合が高くなる一方、同じく公的病院の社会保険関係団体立病院に最も低い割合が示されている。

図表4-7 開設主体別にみた看護職員の周辺業務分担 (衛生材料の搬送)



図表4-8 開設主体別にみた看護職員の周辺業務分担 (検体の搬送)

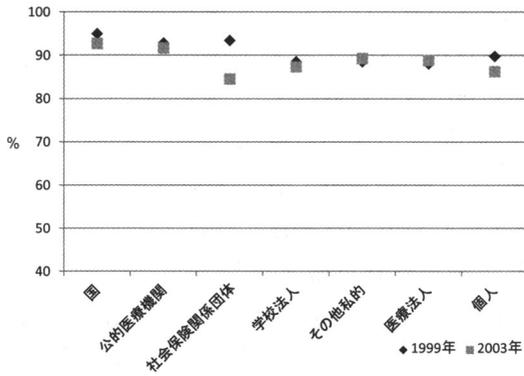


以上において、看護職員の他職種業務の分担状況を観察してきた。結果として、多くの病院で看護職員が他職種の業務を分担している実態、中でも「配膳」「ベッドメイキング」では80%以上の病院に、「点滴注射液ミキシング」では90%以上の病院において、看護職員に分担されている実態が明らかになった。また、特に薬剤関連の業務について、公的病院等看護職員の配置基準の高い病院において、看護職員に任せる割合が高く、配置基準の低い私的病院では任せる割合が低くなる傾向も認められた。

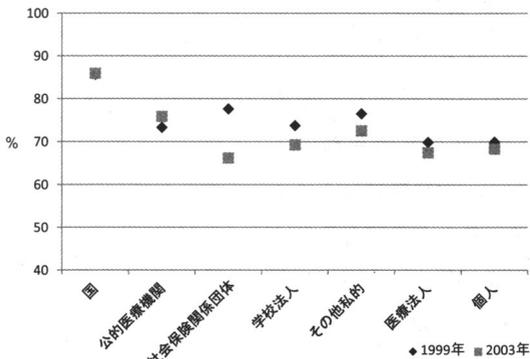
5. おわりに

看護サービスの生産に対して診療報酬を支払うに際し、看護師の担当する業務に規制がなされていない制度下において、看護師の労働力が他職種の業務に投入されている実態が明らかとなった。これは、看護師の本来の業務である看護サービスの生産に、その分労働力を投入できていないことを意味し

図表4-9 開設主体別にみた看護職員の周辺業務分担 (ベッドメイキング)



図表4-10 開設主体別にみた看護職員の周辺業務分担 (心電図モニターの日常的な保守・点検)



注：2003年の「学校法人」には、資料の制約上、「その他の法人」も含まれている。
資料：日本看護協会「病院看護基礎調査(1999)」,「病院看護実態調査(2003)」より算出、作成。

ている。看護師の労働力が十分に投入できないことにより、たとえ看護サービス、さらには医療サービスの質が低下していたとしても、「情報の非対称性」等を背景として消費者がこれを購入し続ける限り、医療施設は質を落としても消費者を獲得し続けることができる。このとき医療施設は、周辺業務を行うための労働者を雇わず、看護師に任せることによって周辺業務の人件費を抑えながら、一定の診療報酬を受け取って利益を上げることができる。言い換えれば、周辺業務を担当する専門の労働者を雇用し、看護師の労働力は看護サービスの生産に十分に投入してサービスの質の維持、向上をめざす医療施設ほど、人件費が増加し利益が減少することになる。

近年、看護師養成機関の増設にともなって、看護師の就業者数は増加の一途をたどっている。「看護師不足」への対応として看護師の労働供給を拡大しても、看護師の賃金変動いかにによっては看護師が他職種の業務を担う費用は低下し、その分担状況がより促され、むしろ労働力不足を拡大する可能性がある。今後も看護師による他職種業務の分担状況を調査、明らかにしていくことが重要であるとともに、2010年度に導入された看護補助者の業務に対する「急性期看護補助体制加算」が、看護師による他職種業務の分担状況にどのような影響を与えるのか、明らかにすることが課題として挙げられる。

参考文献

- 岩澤和子・筒井孝子監修『看護必要度（第4版 2012年度増補版）』日本看護協会出版会、2012年。
- 奥村元子「2006年診療報酬改定による看護管理への影響と課題」『看護管理』16（6）、pp.439-456、2006年。
- 川村治子他「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究（平成11年度医療技術評価総合研究事業総括報告書）、厚生科学研究、2000年。

川村治子他「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究（平成12年度医療技術評価総合研究事業総括報告書），厚生科学研究，2001年。

角田由佳『看護師の働き方を経済学から読み解く—看護のポリティカル・エコノミー』医学書院，2007年。

角田由佳「看護サービスの特殊性と政策介入の必要性」『山口経済学雑誌』60（4），pp.341-355，2011年。

八代利香他「看護職における「与薬エラー発生」に関わる要因—国内外の研究動向と今後の課題—」『日本職業・災害医学会会誌』52（5），pp.299-307，2004年。