



坂本すが

氏 ● 公益社団法人日本看護協会会長



医療の質と経営の質、双方の視点から医療機関にとってキーパーソンとなる看護職の職能団体として、さまざまな活動を展開しているのが公益社団法人日本看護協会だ。今回は坂本すが会長を招き、協会の取り組みから病院経営を左右する7対1、72時間ルールのとらえ方、看護業務の見える化と効率化などについて議論してもらった。

撮影＝関口宏紀

これからの課題は生活を支える看護の実践 あるべき姿に向けて求められる看護業務の「見える化」の推進

特定研修をきっかけに

看護師の意識は大きく変わる

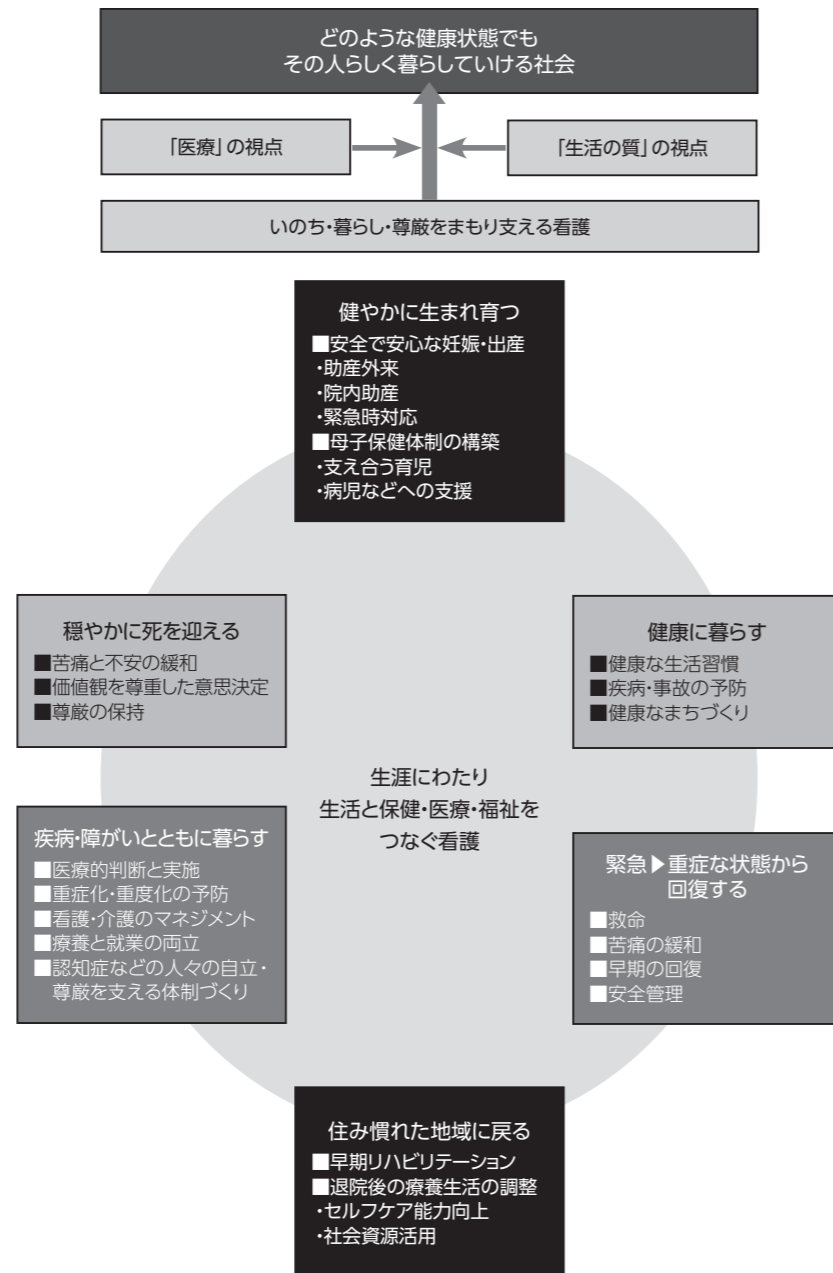
高橋 本日は日本看護協会の坂本すが会長に、さまざまなお話を伺いたいと考えているのですが、最初に日本看護協会の活動内容から教えてくださいいただけますか。

坂本 当協会は看護職の職能団体で会員数は約70万人になります。協会の使命は「看護の質の向上」「看護職が働き続けられる環境づくり」「看護領域の開発・展開」の大きく3つあります。

また、社会の大きな変化に対応するため、有識者の方たちにもご意見をいただき、昨年6月に『2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン』の「いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護」をまとめ、「健やかに生まれ育つ」「健康に暮らす」「緊急▼重症な状態から回復する」「住み慣れた地域に戻る」「疾病・障がいとともに暮らす」「穏やかに死を迎える」の6つの看護の役割を示しました(図)。

将来ビジョンについて簡単に言いますと、「いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護」という言葉が示すように、看護職は、人が生まれ

図 2025年に向けた6つの看護の役割



てから亡くなるまでかかわることに加え、医療を受けている人の生活までも支える看護を実践していくということ。たとえば、高齢者に関しては近年、がんや脳血管疾患、循環器疾患、肺炎などで入院を繰り返されているケースが増えています。こうした方々に対しては、単に治すだけではなく、疾患を持ったまま自宅で生活でき

るような支援が必要であり、ここに看護師もかかわっていく必要があると考えています。

高橋 私事になりますが、私の義父が地域包括ケア病棟に入院していたのですが、入院初日にMSWとOTから「自宅を訪問したい」と言われまして。退院後、自宅で自立した生活を送ってもらうことが目標であり、廊下やトイレの状況など、

自宅の状況を詳細に把握していないときちんとした目標を設定できないからと言うのです。実際、自宅での生活を想定した目標のもと治療とリハビリをしてもよかった結果、義父は自宅でもよろしうながらも自分でトイレに行けるようになりました。それだけに坂本会長の言われる生活を支える看護の重要性については実感しています。

坂本 確かに地域包括ケア病棟では、徹底的に患者さんの状態とQOLを考え、どのようにすれば患者さんを自宅に帰れるようにするかを考えています。そのため、地域包括ケア病棟の看護師長は自然と生活の視点を持つようになってきていると感じています。生活を支えると言うとすぐに訪問看護をイメージされると思います。確かに訪問看護はその中心的な役割を果たしますが、病院においても地域連携という観点から生活を看る看護を進めていく余地はあると考えています。

高橋 このことは医師の世界でも重視されるようになっており、患者さんの生活も診る主治医機能がクローズアップされていますが、病院で働いている医師の大半は急性期志向が強いのも事実です。看護師についても同様の傾向があると思いますが、日本看護協会では何かアプローチをされていますか。

坂本 看護師の約8割は病院あるいは診療所で働いているため、従前そうした看護師を対象とした事業が中心になっていましたが、2011年に「看護師職能委員会II」を立ち上げ、介護・福祉関係施設・在宅等領域で働いている看護師を支える取り組みも進めているところではあります。

高橋 教育の面から考えると、医師は医学部に入学した時から自分の責任の重さを叩き込まれる一方、看護職はもともと医療補助であったこともあり、看護師と話をすると、たとえば在宅の現場に行くと、そこで自分の責任の重さを感じておびえている人が多いように感じます。生活の場、具体的に言う在宅での活動を推進していくうえで、この意識の面がネックになってくると思います。この点についてはどのようなお考えですか。

坂本 ささまざまな教育者や現場の人たちが「看護師は自立すべき」と声高に叫ばれています。病院内で医師と働くときは、法的役割に則って仕事をしているわけですが、状況によっては医師に判断を委ねるのが合理的です。自分で判断しない状態で状態を報告し、医師の指示

看護に対する考え方を変えた7対1と72時間ルール

高橋 2016年度の診療報酬改定でも一般病棟7対1入院基本料と看護師の夜勤72時間ルールが大きな論点の1つになりました。2つとも06年改定で導入されたものですが、病院界では72時間ルールについて自分たちの知らないところで進められたもの、言ってしまうと「だまし討ち」にあつたと受け止めている人が少なくありません。その後、医師不足に続いて7対1を巡る看護師の争奪戦が勃発し、病院経営者は非常に苦労しました。今日の議論にはその時の感情がまだに根強く残っているように思うのですが、看護の側から06年改定はどのような見られていたのですか。

坂本 私は当時、NTT東日本関東病院の看護部長をしていました。大きな転換点だったと思います。当時は病院経営が活発になりはじめたところで、同院では各領域の収支を示されていたのですが、看護部は

宅等領域で働いている看護師を支える取り組みも進めているところではあります。

高橋 教育の面から考えると、医師は医学部に入学した時から自分の責任の重さを叩き込まれる一方、看護職はもともと医療補助であったこともあり、看護師と話をすると、たとえば在宅の現場に行くと、そこで自分の責任の重さを感じておびえている人が多いように感じます。生活の場、具体的に言う在宅での活動を推進していくうえで、この意識の面がネックになってくると思います。この点についてはどのようなお考えですか。

坂本 ささまざまな教育者や現場の人たちが「看護師は自立すべき」と声高に叫ばれています。病院内で医師と働くときは、法的役割に則って仕事をしているわけですが、状況によっては医師に判断を委ねるのが合理的です。自分で判断しない状態で状態を報告し、医師の指示

ほとんどありませんでした。看護部長として「看護師がこれだけのこと、このような収入を得られていない」と言えなかったことを苦痛に感じていたのですが、それが7対1によって解消されました。

高橋 日本看護協会の会長として振り返ってみても、諸外国は何人の患者に対して何人の看護師が接しているかというのを評価指標としていたのに対して、大雑把に言う600床に対して300人の看護師がいればよいという2対1の時代の発想は本来の私たちではなかったと思います。本来、患者さんに接していることに對して診療報酬をもらうべきであり、7対1の導入はあはるべき姿になったと考えています。

次に72時間ルールに関して病院経営者の方々の間に06年改定時の感情が残っているという指摘です。ただ、看護師の過労死や離職率の高さの問題もありますし、夜勤の問題については自分たちも明確にしたいという思



さかもと・すが ● 1972年、和歌山県立高等看護学院保健助産学部卒業後、和歌山県立医科大学附属病院入職(助産婦)。76年、関東通信病院(現NTT東日本関東病院)産婦人科病棟。96年、青山学院大学経営学部経営学科卒業。97年、関東通信病院看護部長。2006年、東京医療保健大学看護学科学科長・教授就任。07年埼玉大学大学院経済科学研究科博士課程後期修了。11年6月から現職。



たかはし・たい ● 1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授。2009年から現職。主な著作に「TAI高齢者ビジュアル・ケアプラン作成」(日経BP出版局、共著)、「DPC実践テキスト」(じほう、共著)ほか。

からです。7対1と72時間ルールがなかったら、いまだに「少ない人数でも何とかやるんじゃないか」という論調が残っていたでしょう。看護師の離職は今以上に深刻になっていたと思います。もちろん、裁量権が増えた分、看護管理者には今まで以上にマネジメント能力を高めていく必要があると考えています。

看護業務の効率化には見える化の推進が不可欠

高橋 国を挙げて医療・介護の効率化が議論されていますが、これを進めていくためには、何よりもまず業務の「見える化」をしていく必要があると考えています。看護に關しても同様で、見える化ができれば、「どの部分に効率化の余地がある」といった根拠に基づいた看護のあり方を考えることができるようになります。

坂本 会長はN T T東日本関東病院に在籍されていた頃から、医療の標準化や見える化に取り組まれてきました。見える化の見える化についてはどのようにあるべきと考えていますか。

坂本 同院ではクリティカルパスの作成にかかわり、多くの疾患のパス

をつくり電子カルテに入れました。これによって、各職種が共通目線で医療ができるようになりました。

一方、見える化に関しては、D P C導入により医師の診療内容について可能になり、また重症度、医療・看護必要度で、まだまだ十分とは言えませんが、患者さんの状態像についてもある程度は見えるようになってきました。ただ、看護業務を定量的に示せるかとなるとそうなるてはいいません。果たして看護師の業務量と診療報酬が合致しているのか、客観的な視点からきちんと把握していく必要があると考えています。これについては「難しい」という意見もありますが、わかるどころからでも取り組んでいくべきです。完璧なものを求めていてはいいまでも前に進めません。

高橋 看護の間接業務についてはいかがでしょうか。

坂本 間接業務に関しては診療報酬においても看護補助が認められており、看護補助者との役割分担を戦略的に進めていく方向です。ただ、看護補助者の採用に苦戦している病院は少なくありません。やはり看護補助者の仕事をきちんと確立し、社会的なステータスを高

めていかなければならないと考えています。

高橋 看護師の仕事では記録業務が増えていますので、ここについても標準化していく余地があると思います。ただ、現場の看護師と話をすると、I Tを使うことにアレルギーを持つている人が多いと感じますね。また、人員配置についても新人看護師とベテラン看護師では能力に差がありますし、新人は0・8人、ベテランであれば1・2〜1・3人とカウントできるようにするといったことは考えられませんか。

坂本 当協会としては看護師の仕事標準化するためのクリニカルラダーを開発中です。確かに熟練の看護師に対する評価は必要だと感じます。これについてもその能力の見える化を進めていく必要があると思います。

高橋 これは介護施設も同様なのですが、高齢者が増えていく今後見守りセンサーなどを導入した場合は、夜間の人員配置基準を見直すといったことも必要になってくると思います。その意味から言うと人員配置基準については、必要業務量をきちんと算出したうえで、それに応じて看護師を張りつけるという発想

も必要になってくると考えますが、どのように思われますか。

坂本 確かに一理ありますが、シフト管理を考えるとやはり最低基準をきちんと設けておく必要があります。今回の診療報酬改定では7対1の施設基準で重症度、医療・看護必要度は25%以上となりましたが、これを実現するためにI C Uを一般病棟に変える動きがあると聞いています。これまでI C Uで看ていた患者さんを7対1の一般病棟で看るとなると現場の業務量は飛躍的に増え、混乱してくると離職する看護師が増えることが心配されます。さらに今回診療報酬で評価されましたが、認知症の患者さんの増加によって看護師の業務量は今後も増えていきます。繰り返しになりますが業務量に見合った人員配置基準や制度設計が必要であり、そのためにも見える化を進めていかなければならないと思います。

高橋 実は今春を目標に介護・医療を見える化・効率化するための学会を立ち上げようと準備を進めています。その時にはぜひ日本看護協会にもご協力をお願いしたいと思います。本日はありがとうございました。