資料3

2009年12月14日厚生労働省

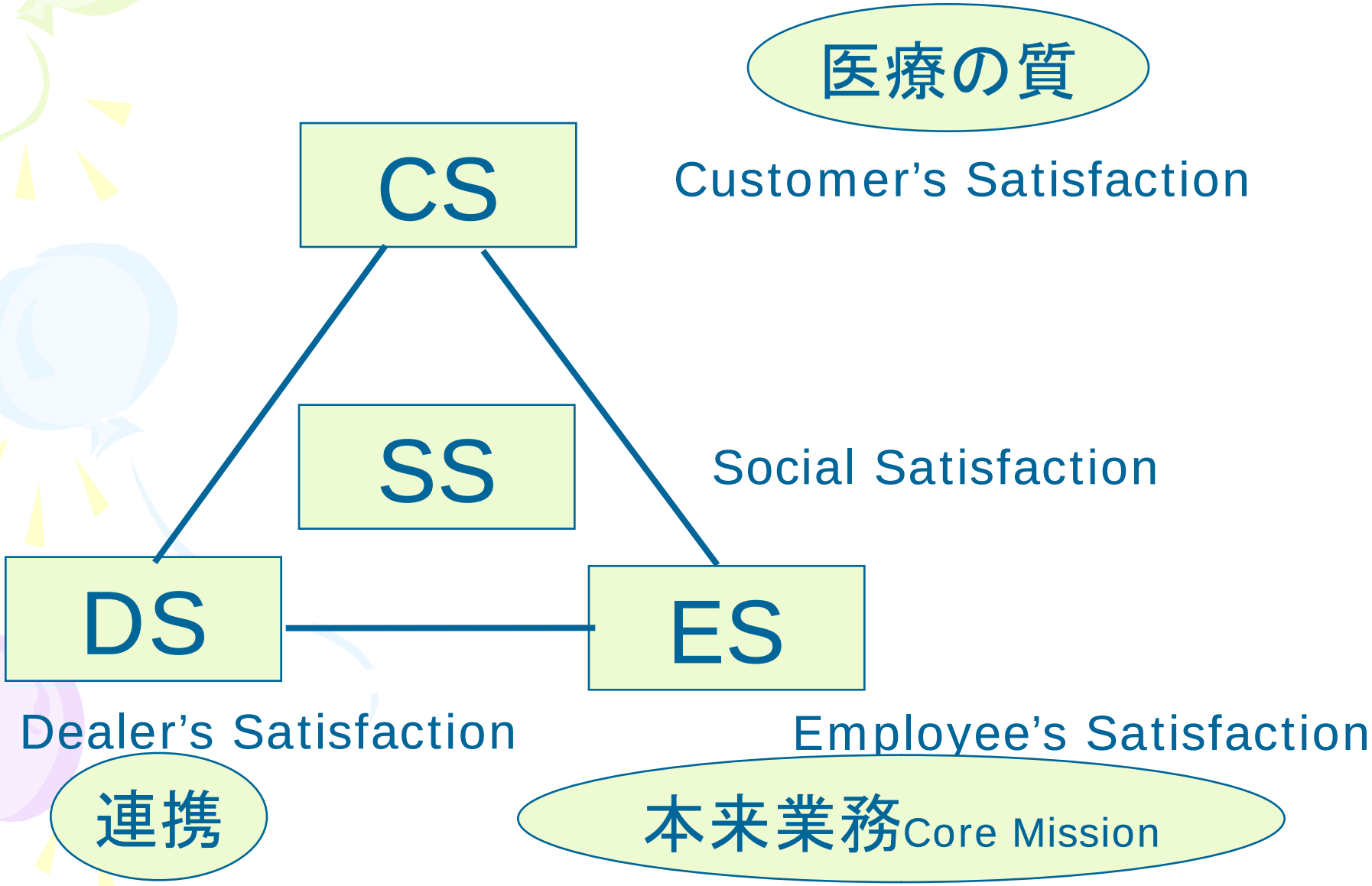
第5回看護職員需給見通しに関する検討会
看護師確保について

全日本病院協会　副会長

神野　正博

（社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長）

満足


医療の質
CS
Customer's Satisfaction
SS
Social Satisfaction
DS
ES
Dealer's Satisfaction
Employee's Satisfaction
連携
本来業務Core Mission

Contents

- マクロ的な認識
- 四病協･全日病の主張と取組み
- ある地方の話
- ある病院の話

第1回の当委員会でも紹介されましたが、

改めて．．．

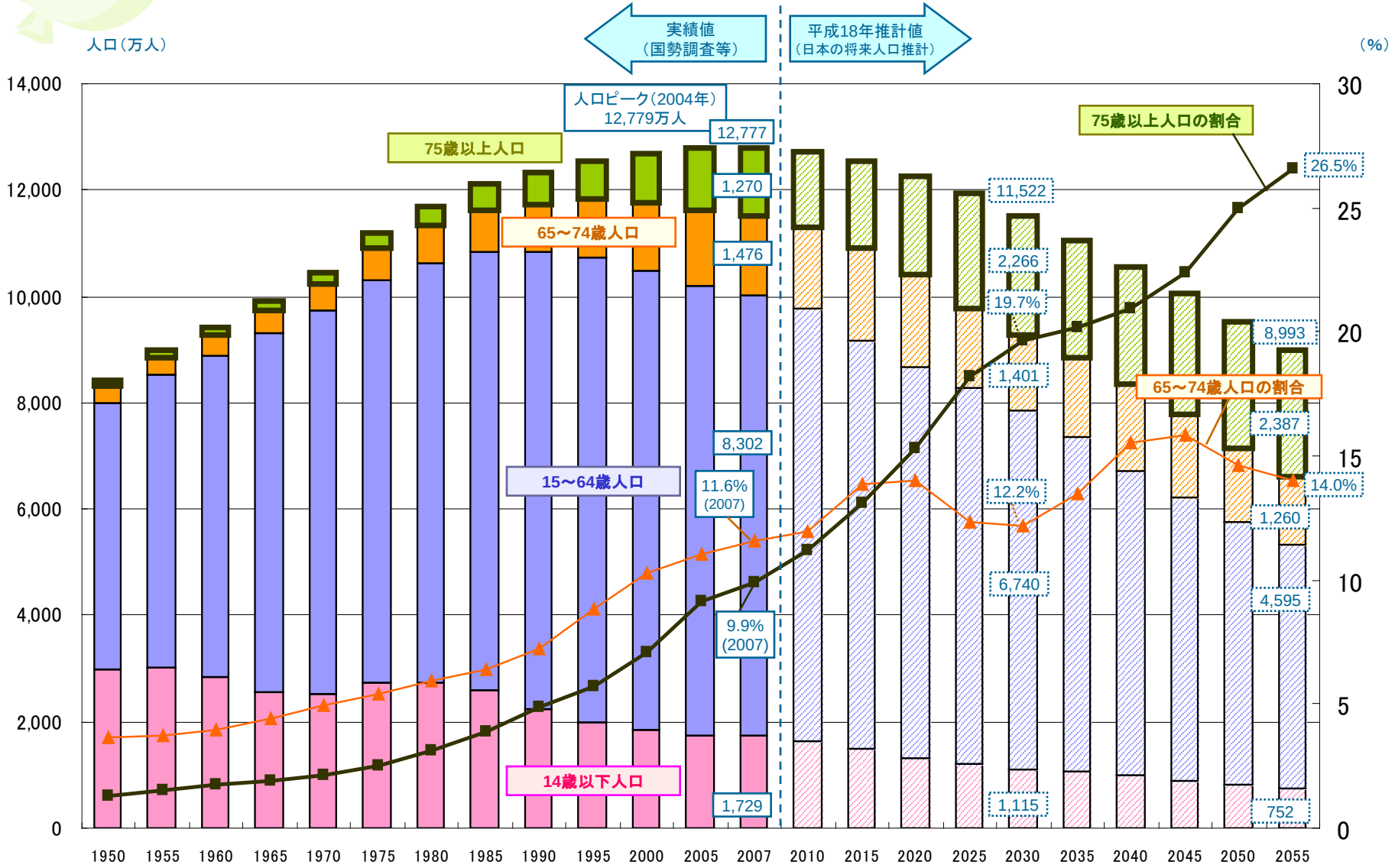
社会保障国民会議
サービス保障分科会　より

シミュレーションに示された改革実現に向けた検討

○　本シミュレーションは、「医療・介護サービスのあるべき姿」の実現を前提としたシミュレーションであり、実際にこのような姿が実現されるためには、安定的な財源の確保のみならず、サービス供給体制の計画的整備や専門職種間の役割分担に関する制度の見直し、診療報酬・介護報酬体系の見直し、マンパワーの計画的養成・確保、サービス提供者間・多職種間の連携・ネットワークの仕組みの構築、サービスの質の評価など、制度面を含めたサービス提供体制改革のための相当大胆な改革が実行されることが必要であり、改革を実際に行う場合には、具体的な改革の道筋（工程表）を明らかにした上で、国民的な議論が行われる必要があることに留意すべきである。

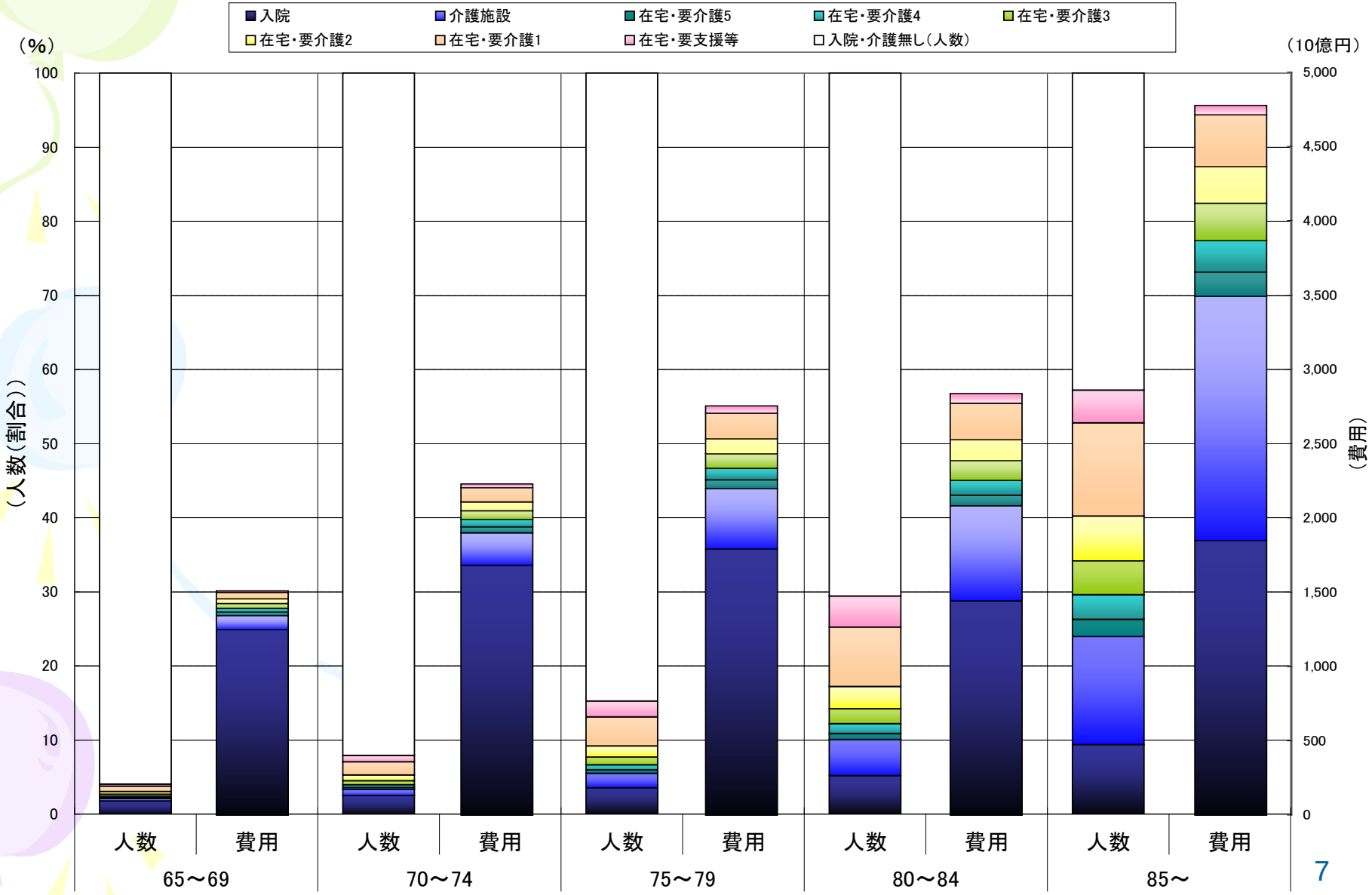
75歳以上高齢者の増大

○ 我が国の75歳以上人口の割合は現在10人に1人の割合であるが、2030年には5人に1人、2055年には4人に1人になると推計されている。



資料：2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2007年は総務省統計局「推計人口（年報）」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）中位推計」

高齢期の医療（入院）・介護サービスの利用者の割合及び費用構成



医療・介護サービスのシミュレーションの前提（ポイント）
あるべき医療・介護サービスを前提＝改革（再生）への道筋を提示

不十分・非効率的なサービス提供体制

- 病床数が多く在院日数が長い
- 病床の機能が未分化・勤務医の疲弊
- 地域医療、特に産科小児科救急の危機
- 介護サービス不足、従事者不足　等

→ **現状のままでは、問題未解決、しかも費用は増加**

→ **必要な改革＝必要なサービス強化と効率化を同時実現**
→ 必要な医療・介護を効率的に確保

＜現状＝非効率な資源利用・非最適化＞

急性期医療 ↑

慢性期、介護 ↓

- 長い在院日数 スタッフの不足 機能未分化 ― 急性
- リハビリ、亜急性不足 ― リハ
- 慢性期病床から在宅も介護も出口なし＝滞留 ― 慢性
- 介護施設の人材不足 ― 介護 在宅医療
- 在宅：場とサービス不足

＜将来＝充実強化かつ効率的な資源利用＞

スムーズな移行

ネットワーク化

滞留、待機の解消

- 充実強化・短期治療
- リハ等の重視
- 医療の必要な人のみの慢性期入院・円滑な介護移行
- 個室化・ユニットケアの充実、看取り機能
- 在宅の場の整備と支える24時間サービス

コスト高（強化）↑

コスト低（生活重視）↓

国民も最適ケアの場に、支え手も望む働く場に

入院・施設・居住系サービス基盤（利用者を支えるベッド数・定員数等）のシミュレーション

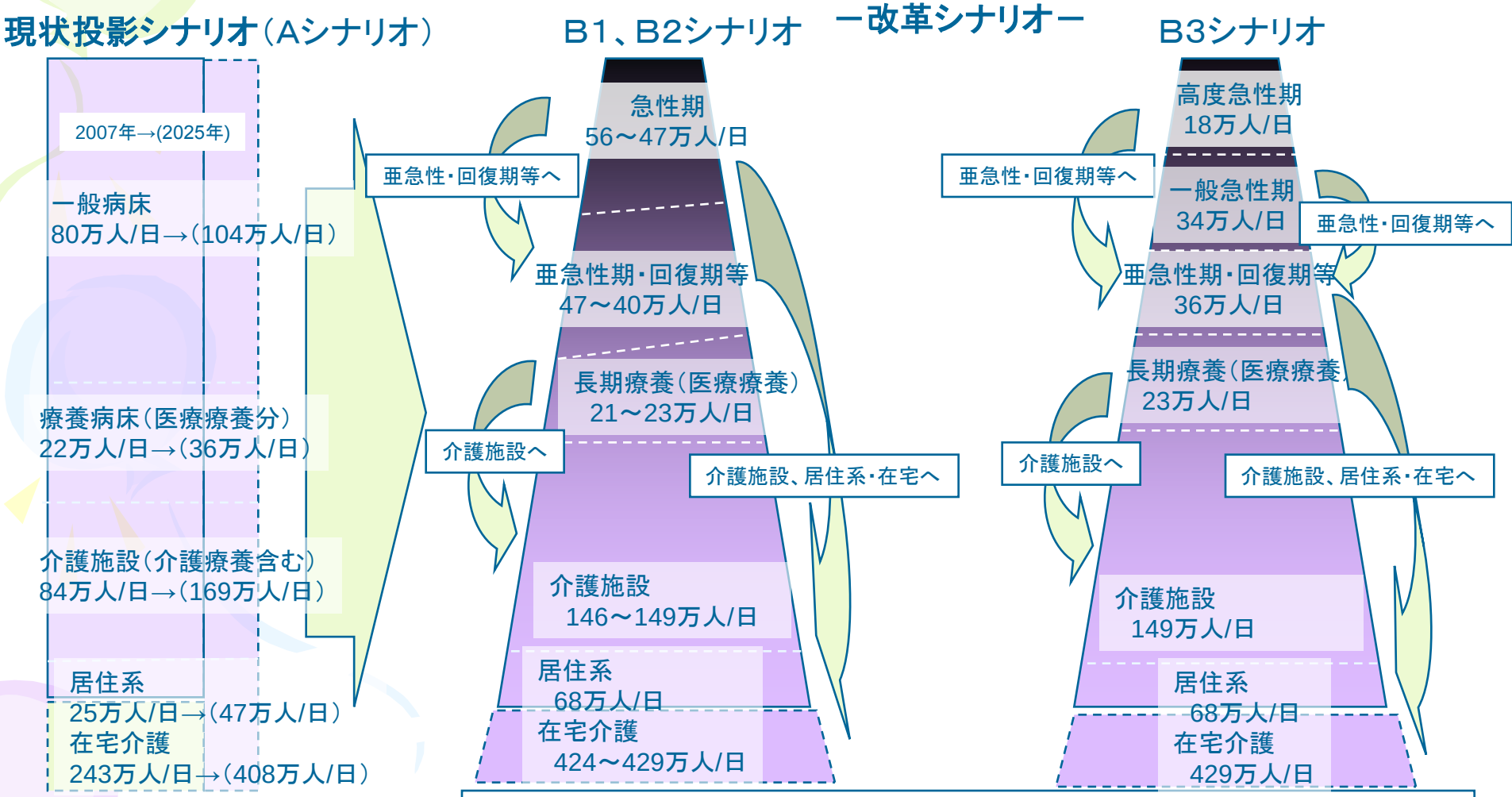
	現状（2007年）	2025年			
		Ａシナリオ	Ｂ１シナリオ	Ｂ２シナリオ	Ｂ３シナリオ
急性期	【一般病床】103万床 78% 20．3日 退院患者数 119万人/月	【一般病床】133万床 78% 20．3日 （参考） 急性：15．5日 高度急性：20．1日 一般急性：13．4日 亜急性期等：75日 退院患者数 154万人/月	80万床 70% 12日 一般病床の職員の58%増 （急性病床の20%増） 退院患者数 140万人/月	67万床 70% 10日 一般病床の職員の100%増 退院患者数 141万人/月	・高度急性26万床 退院患者数 34万人/月 70% 16日 一般病床の職員の116%増 ・一般急性49万床 退院患者数 113万人/月 70% 9日 一般病床の職員の80%増
亜急性期・回復期等			52万床 退院患者数 19万人/月 90% 75日 コメディカル等を20%増	44万床 退院患者数 20万人/月 90% 60日 コメディカル等を30%増	40万床 退院患者数 20万人/月 90% 60日 コメディカル等を30%増
長期療養（医療療養）	23万床 93%	39万床 93%	21万床 98%	23万床 98%	23万床 98%
介護施設 特養 老健	84万人分 42万人分 42万人分 （老健＋介護療養）	169万人分 85万人分 83万人分	146万人分 76万人分 70万人分	149万人分 78万人分 72万人分	149万人分 78万人分 72万人分
居住系 特定施設 グループホーム	25万人分 11万人分 13万人分	47万人分 22万人分 25万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分

（注）各欄数字については、上段はベッド数など整備数、中段はその平均稼働率、下段は平均在院日数。その下に、人員配置を強化する場合の内容を記載。

医療・介護サービスの需要と供給（一日当たり利用者数等）のシミュレーション

総括図

大胆な仮定をおいた平成37（2025）年時点のシミュレーションである



現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

一般病床を機能分化（B1,B2シナリオは2分割、B3シナリオは3分割）。急性期の医療資源を集中投入し亜急性期・回復期との連携を強化。在院日数は減少。
医療病床の医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。さらに在宅医療、居住系・在宅介護等の提供体制を強化することにより居住系・在宅サービスを強化。

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。　※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

マンパワーの必要量のシミュレーション

	現状（2007年）	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医師	27.5万人	32.9万人～34.3万人	31.7万人～33.1万人	32.1万人～33.5万人	32.7万人～34.1万人
看護職員	132.2万人	169.6万人～176.7万人	179.7万人～187.2万人	194.7万人～202.9万人	198.0万人～206.4万人
介護職員	117.2万人	211.7万人	250.1万人	255.2万人	255.2万人
医療その他職員	78.1万人	83.4万人～87.6万人	94.5万人～99.1万人	108.1万人～113.5万人	109.6万人～115.1万人
介護その他職員	30.0万人	53.5万人	71.8万人	73.6万人	73.6万人
合計	385.0万人	551.1万人～563.8万人	627.8万人～641.3万人	663.7万人～678.7万人	669.1万人～684.4万人

シミュレーション結果（2025年）

（経済前提Ⅱ－1の場合）

	現状（2007）	2025年			
		Ａシナリオ	Ｂ１シナリオ	Ｂ２シナリオ	Ｂ３シナリオ
医療＋介護					
対ＧＤＰ比	7.9 ％程度	10.8～10.9 ％程度	11.6～11.9 ％程度	11.6～11.9 ％程度	11.7～12.0 ％程度
対ＮＩ比	10.7 ％程度	14.7～14.8 ％程度	15.8～16.2 ％程度	15.7～16.1 ％程度	15.9～16.3 ％程度
名目額	41兆円程度	85兆円程度	91～93兆円程度	91～93兆円程度	92～94兆円程度

	現状（2007）	追加的に必要となる財源（ＧＤＰ比、消費税換算）			
		Ａシナリオ	Ｂ１シナリオ	Ｂ２シナリオ	Ｂ３シナリオ
自己負担	1.0 ％				
保険料	3.7 ％	+1.2 ％（2 ％程度）	+1.5～1.6 ％（3 ％程度）	+1.5～1.6 ％（3 ％程度）	+1.5～1.7 ％（3 ％程度）
公費（※）	3.1 ％	+ 1.4 ％（3 ％程度）	+1.8～1.9 ％（4 ％程度）	+1.8～1.9 ％（4 ％程度）	+1.8～2.0 ％（4 ％程度）

※2015年の財源構成の粗い推計＝どのシナリオも公費追加財源は消費税率換算1％程度。

病院・診療所における医療費配分

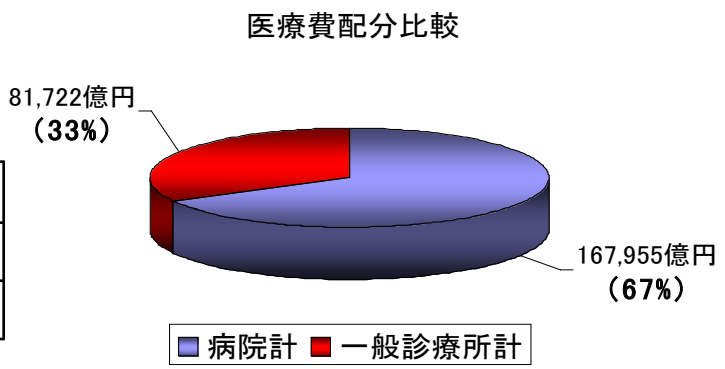
我が国の医療費配分比較

○国民医療費の配分を病院と診療所で比較した場合、概ね２：１

（億円）

	合計(a)+(b)：A	入院医療費(a)	入院外医療費(b)
病院	167,955	116,624	51,331
一般診療所	81,722	4,555	77,167

平成17年度国民医療費の概況



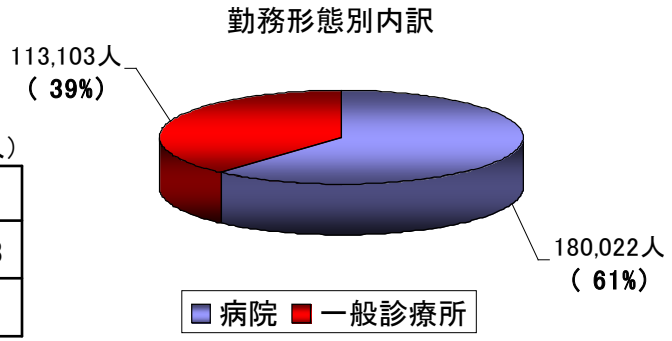
医師の勤務体系別内訳

○病院勤務医と診療所医師を常勤換算数で比較した場合、概ね６：４

（人）

	医師(a)+(b)：B	【参考】うち常勤(a)	【参考】うち非常勤(b)
病院	180,022	143,311	36,711.3
一般診療所	113,103	96,369	16,734.1

平成17年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況

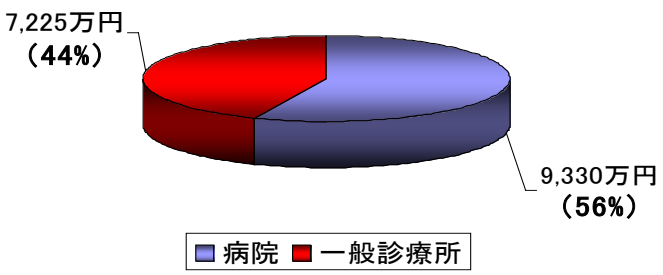


医師一人当たりの医療費配分

○医師一人当たりの医療費配分は１．３：１となり、病院・診療所間で大きな差はない。

（万円）

	医師1人当たり医療費：A/B
病院	9,330
一般診療所	7,225



三つ巴

コスト

質

自己犠牲

医療崩壊

コスト

質

社会保障費増額

コスト

質

公助、自助、共助

コスト

質

効率化

IT利用、TQM

コスト

質

効率化

業種間の役割機能分担

コスト

質

効率化

家庭医、総合医の活用

コスト

質

選択
と
集中

効率化

医療提供体制の再構築

看護師確保の戦略と戦術は？

医師不足 ⟷ 看護師不足 ⟷ 介護職不足

Solution

- 医学部定員増加
- 医療クラーク
- 手術料など技術料評価
- 勤務医対策

Solution

？

- 報酬
- 補助金
  （養成教育機関・病院・人材バンク）
- 役割分担
- WLB
- 外国人

Solution

介護職員報酬のアップ（基金）

目新しさ？
戦略性？

全日病の主張と取組み

病院のあり方に関する報告書 2007年版

第3章　医療提供のあり方と診療報酬

エ）医師と看護師の需給状況と今後の対応

（b）看護師の需給状況と今後の対応

（前略）

良質な医療の確保に看護職員の確保は不可欠である。看護師不足に対する取り組みとしては、潜在看護師の掘り起こしや外国人看護師の積極的な採用が直近の解決策として検討されるべきである。

医療の質確保のために需給を含めた将来像を提示することは、当該職能団体の基本的な役割である。全日病をはじめとする医療関係団体は、国民にこの現状を分かりやすく説明し、医療の質と安全確保のために、より一層の看護師養成が必要であることを訴えなければならない。

看護職員の需給に関するアンケート
四病院団体協議会　2005.11

全国的にまだ看護師の必要数は満たされているとはいえず、全国的には、ほぼ現行看護師数の10％～15％増が必要であることが判明した。

看護師の不足数の地域格差も著しく「看護師の絶対数の不足」を訴える地域が政令指定都市以外では39.8％あったことは注目に価すると思われる。また准看護師の必要性もそれに比例して政令指定都市以外では、まだ不足地域があることが判明した。ただ看護師数が満たされていないために生じている「必要性」である可能性もあり注意を要すると思われる。

補充が困難な理由の2位は「賃金」が原因となったが、これは国公立病院の賃金体系をとり得る民間病院が少なく、また「労働条件」の中には完全週休2日制への移行が困難、退職金の支払い率の問題等が含まれていると考えられ、公私格差の問題が少なからず影響していると推察された。

全日本病院協会
平成21年度　主な研修事業

- 医療機関トップマネジメント研修
- 病院事務長研修コース
- 看護部門長研修コース
- 個人情報管理・担当責任者養成
  Basic Course/Advanced Course
- 医療安全管理者養成課程講習会
- 臨床研修指導医講習会
- 後期高齢者診療に係る研修（ワークショッ
- 医師事務作業補助者研修
- 特定保健指導専門研修（食生活改善指導
- 特定保健指導実施者育成研修コース（基礎
- 特定保健指導アドバンスト研修
- 機能評価受審支援セミナー

1単位を2泊3日とし、2単位を取得することで、終了証

第51回
全日本病院学会
参加人員:1,800人
一般演題:334題

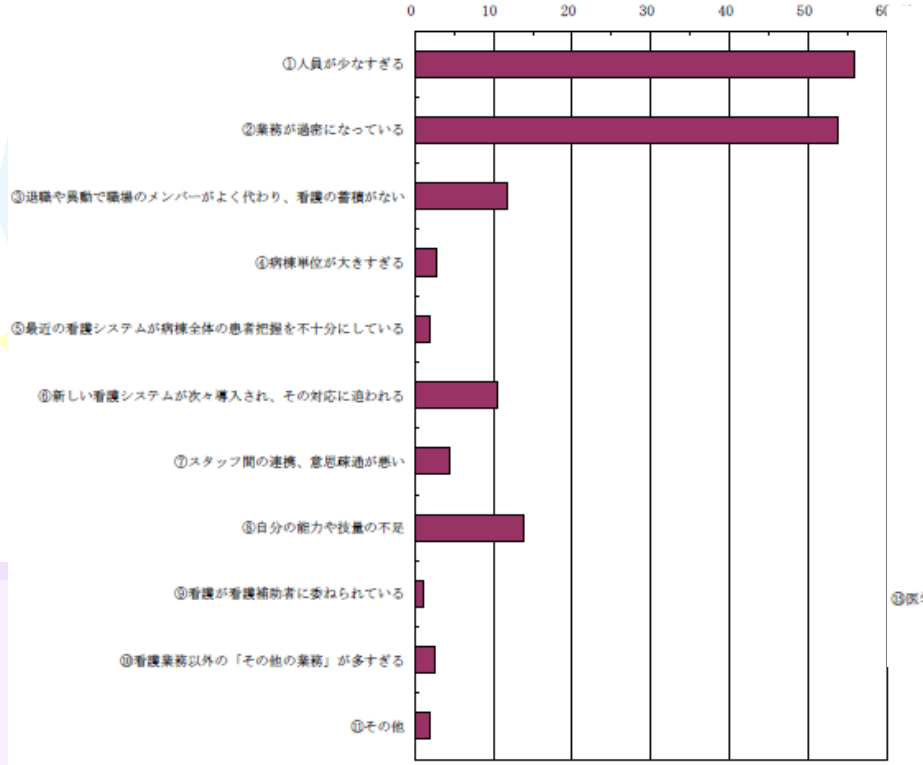
学会主要プログラム

- 特別講演Ⅰ　日本医師会会長
- 特別講演Ⅱ　厚生労働省　医政局
- シンポジウムⅠ「医療崩壊」
- 人間ドック委員会企画
  第1部「人間ドックオプション検査について」
  第2部「特定保健指導のあり方について」
- 病院機能評価委員会企画
  「いかにして機能評価認定をかくとくするか」
- 医療従事者委員会企画
  「職員に選ばれる病院づくり」
- 病院のあり方委員会
  「病院における各職種(医師・看護と介護)の業務範囲のあり方と役割分担について
- シンポジウムⅡ　「医療従事者不足」
- 特別講演Ⅲ　厚生労働省　保険局
- 特別講演Ⅳ　市民公開講座
- 広報委員会企画ヤングフォーラム
  「病院の永続性について」
- 医療の質向上委員会企画
  シンポジウム「臨床指標を用いた医療の質向上」
  RCA演習「病院における医療安全」

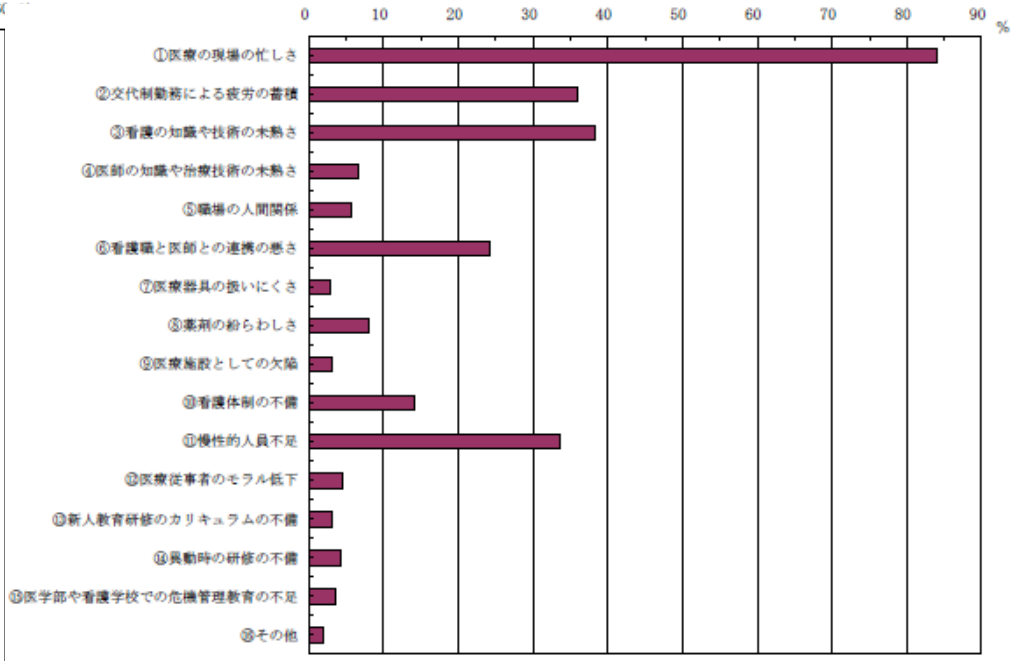
看護職員の労働実態調査 集計結果

2006年1月20日　日本医療労働組合連合会より
約3 万1 千名の集約、有効回答は看護職員29,058 名分

十分な看護の提供ができていない理由（2つまで選択）



医療事故が続発している原因（3つまで選択）



平成21年10月30日

7:1、10:1の病棟における看護補助者の具体的な業務内容、実際の診療現場における看護補助者の活用について

日本病院団体協議会

入院基本料7対1および10対1の届出を受理されている多くの病院では、看護師業務の負担軽減、医療安全管理の推進、医療の質の向上を目的として看護補助者を配置している。

看護補助者の業務は医療機関により多少の差異はあるが、おおよそ下記のとおりである。

1）生活環境にかかわる業務

(1)病床および病床周辺の清潔・整頓 、(2)病室環境の調整（温度、湿度、採光、換気など）、(3)リネン類の管理

2）日常生活にかかわる業務

(1)身体の清潔に関する世話 、(2)排泄に関する世話、(3)食事に関する世話、(4)安全・安楽に関する世話 、(5)運動・移動に関する世話

3）診療にかかわる周辺業務

(1)検査・処置等に必要な依頼箋・伝票類の準備と結果報告の整備、(2)診療に必要な書類（台帳、カルテ、その他）の整備・補充 、(3)検査・処置に必要な機械・器具等の準備と後片づけ、(4)診療材料等の補充・整理 、(5)入退院・転出入に関する世話

加速度的な高齢化に伴い、特に上記「2）日常生活にかかわる業務」を中心とした「療養上の世話に関する業務」が増大している。

また、入院基本料7対1および10対1の病棟における総看護提供時間に占める療養上の世話に関する提供時間は下記のように報告されている。

総看護提供時間と大分類別看護提供時間 (平均値：分)

	総看護提供時間	療養上の世話	治療・処置に伴う看護	機能訓練	看護管理
7対 1 (N=419)	265.11	208.01	48.63	4.05	4.42
10対1(N=147)	204.45	160.62	35.91	4.38	3.54

上の表に示されているとおり、総看護提供時間に占める療養上の世話に関する提供時間は、おおよそ8割弱である。

入院基本料7対1および10対1の病棟においても療養上の世話に関する業務比率が高く、その業務を看護師だけに負わせるのは負担が大きすぎる。

7対1、10対1の病棟においても加速する高齢化により、今後も増え続ける日常生活にかかわる業務(身体の清潔に関する世話、排泄に関する世話、食事に関する世話、安全・安楽に関する世話、運動・移動に関する世話)については、看護補助者を中心とした業務体制の確立が必須である。

また、高度化する医療安全や患者のニーズに対応するため、これら看護補助業務については、より専門性の高い職種の協力も、今後は必要不可欠となる。

看護補助者の配置実態について緊急に全日本病院協会でサンプル調査を行った。

区分	病棟数	入院患者数	正・准看護師数	補助者人数	補助者／正・准看護師	100床あたり補助者人数
7対1	14	482人	348.2人	78.6人	22.5%	16.3人
10対1	2	53人	34.5人	10.0人	28.9%	18.8人

※平成21年8月実施 東京、神奈川、徳島、宮崎より6医療機関を抽出

上記のように、**ほぼ看護補助加算1に相当する配置実態が認められた。**

また、サンプル調査対象の医療機関では中医協調査項目中の「療養上の世話」について、看護師の監視下、**ほぼ半数程度の業務を看護補助者が単独で行っている**調査結果も得られた。

実態として7対1、および10対1の病棟においても多数の看護補助者の配置は必須であり、看護補助者が単独で行う業務も多数認められた。
もはや7対1、および10対1の病棟においても看護師のみの病棟運営は不可能な状況であり、**入院基本料の区分の別にかかわらず看護補助加算を認めるべきである。**

とある地方の話・・・

人口100万・・・財政規模など多くが国の1/100

石川県医師会による調査サマリーより　2009.1

- 有効回答率は病院71%、有床診療所50%、無床診療所51%、訪問看護ステーション64%、介護保険施設69%であった。
- 看護配置に関しては病院の32.1%、有床診療所の16.3%が上げたいと希望している。
- 3年前と比べて看護師を増員した施設は病院で61.6%と高く、有床診療所で18.2%、無床診療所で15.2%、訪問看護ステーションで25%、介護保険施設で33.8%であった。また准看護師では訪問看護ステーションを除くいずれの施設においても減員が増員を上回った。
- 看護師で、病院の41.0%、有床診療所の35.7%、無床診療所の20.6%、訪問看護ステーションの48.5%、介護保険施設37.5%が「確保できていない」とし、さらに「時々不足している」を含めると、それぞれ実に73.1%、52.4%、43.0%、78.8%、55.6%となり、無床診療所以外で半数以上の施設、特に病院と訪問看護ステーションで不足感が著しかった。さらに病院で医療圏別に見ると、能登北部で80%、能登中部で50%、石川中央で35.7%、南加賀で36.7%の病院が「できていない」とし、能登における看護師不足が深刻化している。
- 准看護師では、病院の36.8%、有床診療所の35.7%、無床診療所の16.1%、訪問看護ステーションの20.0%、介護保険施設29.7%が「確保できていない」とし、看護師に比べて低かった。
- 配置基準を上げたい希望を含めた補充希望者数は実に看護師720人、准看護師183人であった。平成19年3月の前回調査では病院、診療所のみの調査であったので、同じ対象で比較すると前回の看護師希望525人に対して今回は629人、前回の准看護師希望208人に対して今回146人と看護師需要の増大が著しく准看護師需要はやや減少していた。看護師と准看護師需要を合わせた看護職員の需要は、前回733人に対して、今回の調査では775人であった。さらに、今回の訪問看護ステーション、介護保険施設を加えると看護職員の需要は903人の補充希望であった。
- どの施設においても採用が困難であると回答し、その理由として「地域での絶対数の不足」を1番にあげている。
- 看護師の平均年齢は前回調査に比べて高年齢化し40歳代がピークとなった。また、准看護師及び能登地区の病院における看護師の高年齢化が目立っている。

ある病院の話・・・

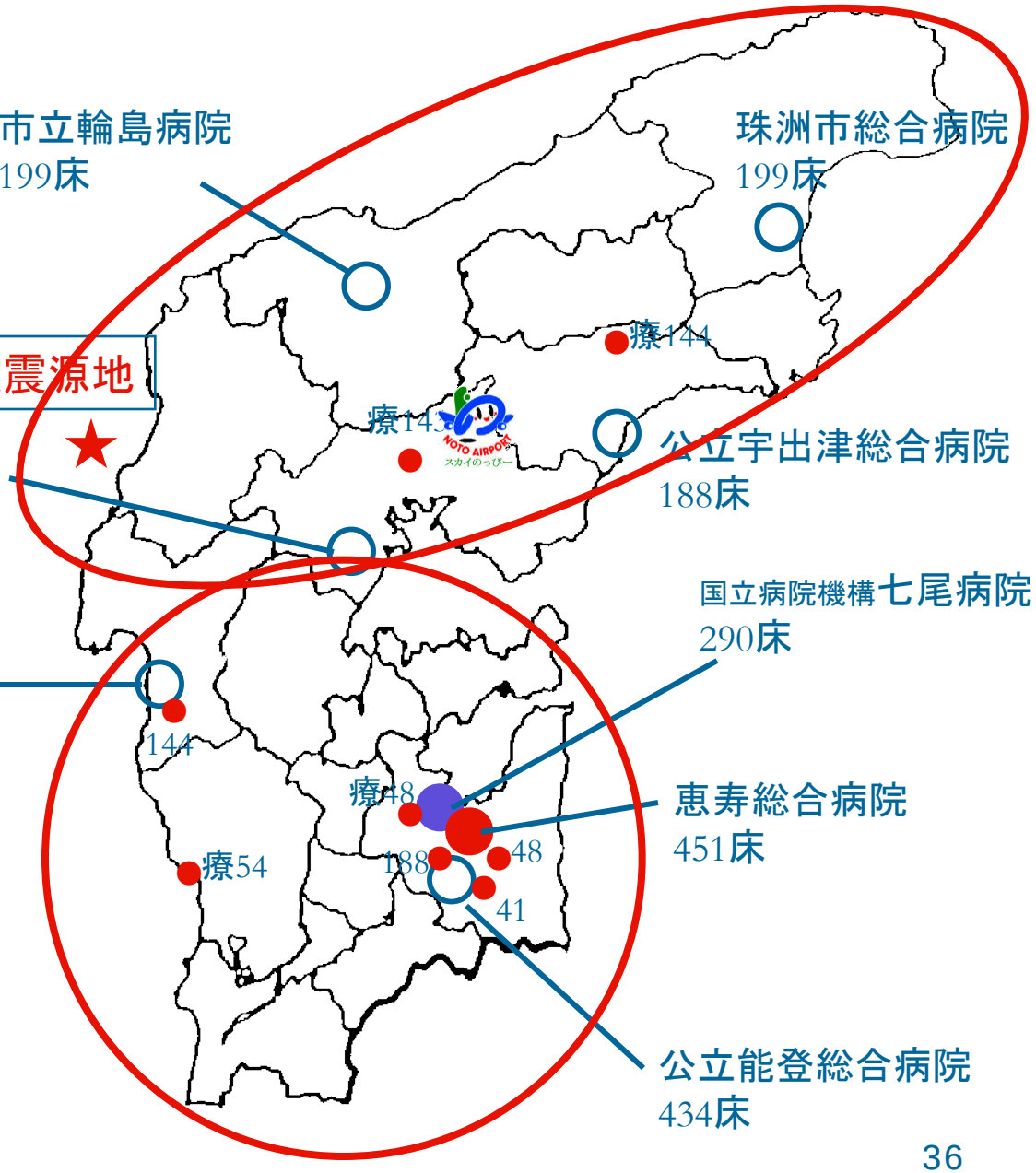
能登半島のとある民間病院

- 451床20診療科の能登地域最大の総合病院。
- DPC対象324床、7:1看護、入院時医学管理料・事務補助加算算定
- 回復期リハビリ病棟47床、障害者病棟80床
- 1994年から医療のIT化を推進

能登半島

人口：約21.5万人

能登北部医療圏　高齢化率38.5%



●：国立病院
○：公立病院
●：民間病院

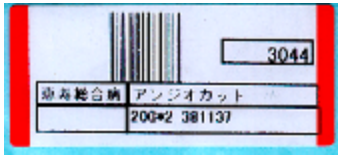
高齢化率は
平成20年10月現在

能登中部医療圏　高齢化率29.6%

診療材料の小包装化

SPD (Supply Processing Distribution)

平成 6年12月～



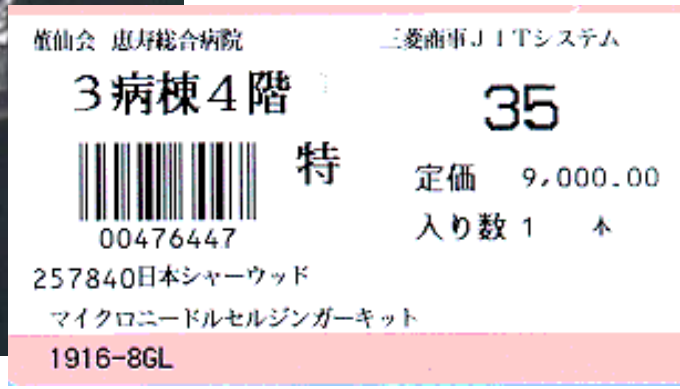
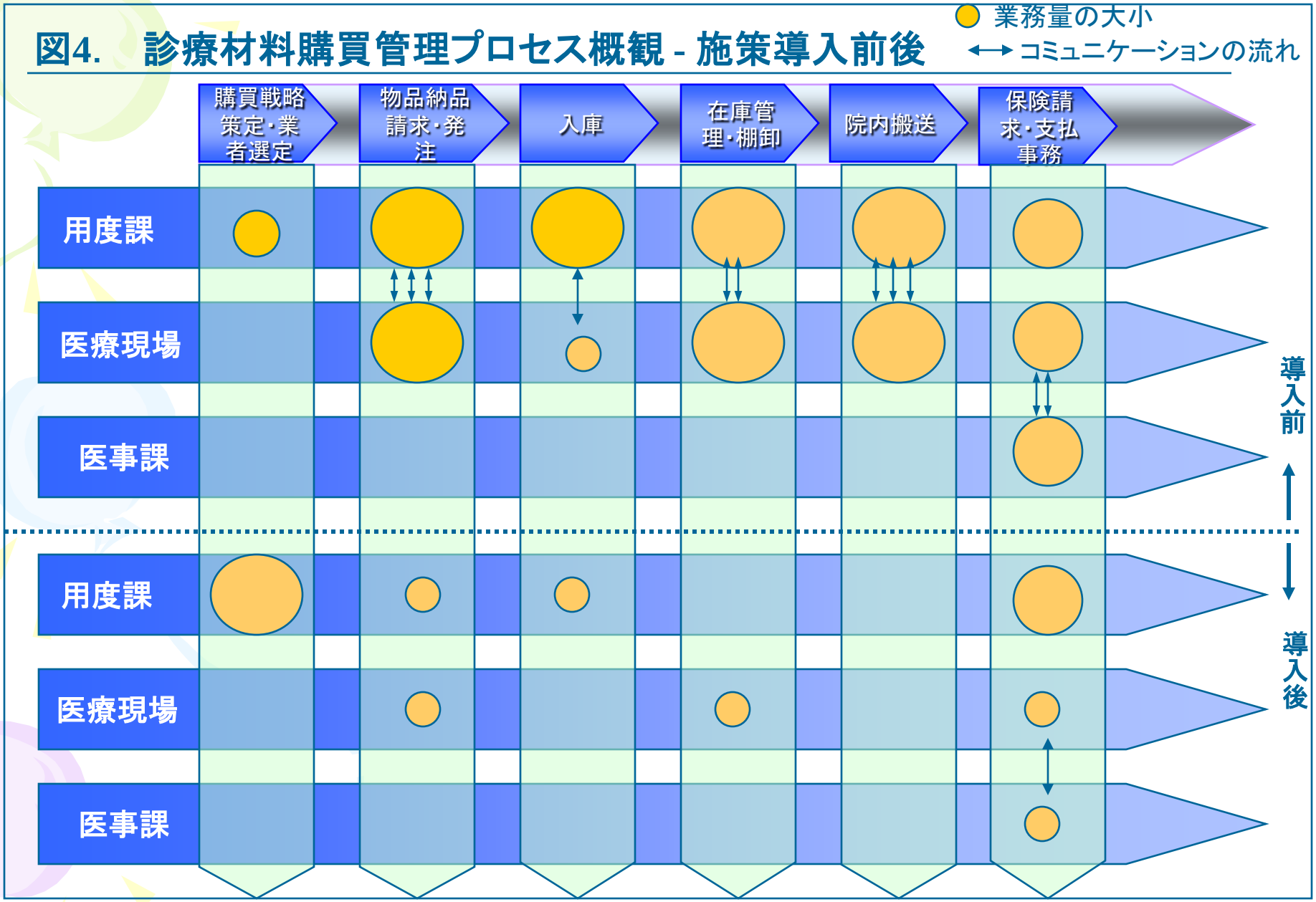


図4.　診療材料購買管理プロセス概観 - 施策導入前後



安全対策から効率化

平成15年2月～

実施入力

実施確認<srvBUketuke> <1.0.161> ＜利用者:神野　正博＞

ﾌｧｲﾙ(F)　表示条件(D)　ｵﾌﾟｼｮﾝ(O)　日付変更(D)　ﾍﾙﾌﾟ(H)

平成 15年　7月 10日

分 類 注射

看護印刷(K)　印刷(P)　最新表示(N)　ログオフ(L)　終了(X)

部屋	氏　名	分　類	分 類	実施	実施者	実施日	実施時間	内容・コメント・セット名称
2511	[redacted]	注射	点滴	●	高橋　佳子	H150710	00:00	ｱﾐﾉﾌﾘｰﾄﾞ 500mLｷｯﾄ 1ｷｯﾄ、ﾌﾟﾘﾝﾍﾟﾗﾝ注射液 10mg 2ml 1管、点滴
			点滴	●	大筆　恵美	H150710	06:00	ｳﾞｨｰﾝD注 500ml 【D】 1瓶、ﾈｵﾗﾐﾝ･ｽﾘｰﾋﾞｰ液(静注用) 10ml 1管、点滴
			点滴	○				ｱﾐﾉﾌﾘｰﾄﾞ 500mLｷｯﾄ 1ｷｯﾄ、ﾌﾟﾘﾝﾍﾟﾗﾝ注射液 10mg 2ml 1管、点滴
			点滴	○				ｱﾐﾉﾌﾘｰﾄﾞ 500mLｷｯﾄ 1ｷｯﾄ、点滴

2000.6～

コールセンター
（けいじゅサービスセンター）

多施設、多制度にわたる患者情報・患者サービスの一元管理

コールセンターの役割

- 御用聞き
- 物販支援
- 業務改善
  - アナログ情報とデジタル情報の橋渡し
    - 患者 ⟺ 病院システム
    - 職員 ⟺ 病院システム
    - 紹介医 ⟺ 病院システム
    - 連携機関 ⟺ 病院システム

    ＊脳卒中地域連携クリティカルパス

看護クラークの導入

看護師の新しいスタイル

- クリニカルスペシャリストとは？

医師に最も近い患者サービスのスペシャリスト

クリニカルスペシャリストの業務内容

- 治療前後の患者情報を的確に分析し、必要な情報を集約して医師にアドバイス
- 医師の補助的な立場として、入院から退院の患者へのICを含めてフォローアップ
- 退院後の服薬管理・受診予約・検査予約等の患者のアフターフォロー及び患者管理
- サテライトクリニックに医師と共に同行し、患者のビフォア＆アフターサービス

けいじゅ概要

- 451床の能登地域最大の総合病院です。
- DPC対象324床、7:1看護、入院時医学管理料・事務補助加算算定
- 回復期リハビリ病棟47床、障害者病棟80床
- 1,171床の医療～介護～福祉複合体「けいじゅヘルスケアシステム」の基幹病院です
- 内視鏡件数年間8,500件、心臓カテーテル年間1,100件、手術件数3,100件と県内有数

- 全国に拡がった診療材料、薬剤のIT管理の発祥の地です（1994～）
- 病院情報システム（1997～）、広域患者情報システム（1998～）、インターネット電子カルテ閲覧システム（2004～）開発運用
- 医療～介護の日本初のコールセンター設置（2000～）
- 病院内24時間コンビニエンスストア日本初の誘致（2000）
- HACCAP対応セントラルキッチン設立（2003）
- 脳卒中地域連携クリティカルパス石川県モデル病院（2007～）
- 能登北部地区の診療所へ医師の無償派遣（2007～）
- 地域振興のために独自ブランド商品、ヘルスケアツーリズム開発（2007～）
- アメリカ病院・大学との連携によるハートセンター（2007～）、家庭医療学センター（2008～）、家庭医療クリニック（2009～）
- 全国で9番目の社会医療法人認定（2008.11～名称変更）
- 地域の高齢者に対して宅配食サービス開始（2009～）
- 遠隔放射線治療計画システム（2009～）