

表8 看護要員(看護婦(士)・准看護婦(士)・看護補助者)対患者数

病棟種別	療養型病床群 入院医療管理料	老人病棟 入院医療管理料
回答病院数	26	246
2.0人未満	23.1%	26.0%
2.0人以上2.1人未満	11.5	19.5
2.1人以上2.4人未満	30.8	32.5
2.4人以上	26.9	12.6
無回答・不明	7.7	9.3

*「入院医療管理料」承認区分について無回答の病院をのぞく。

表9 看護職員(看護婦(士)・准看護婦(士))対患者数

病棟種別	療養型病床群 入院医療管理料	老人病棟 入院医療管理料
回答病院数	26	246
4.0人未満	42.3%	24.4%
4.0人以上4.5人未満	23.1	23.6
4.5人以上5.0人未満	7.7	16.7
5.0人以上	19.2	26.0
無回答・不明	7.7	9.3

*「入院医療管理料」承認区分について無回答の病院をのぞく。

2) 看護要員配置

療養型病床群入院医療管理料をとる病棟での看護要員の構成比は、看護婦22.7%、准看護婦33.5%、看護補助者44.8%である(統計表第14表)。入院患者対看護要員(看護婦・准看護婦・看護補助者)数は2.17:1、入院患者対看護職員(看護婦・准看護婦)数は3.86:1、入院患者対看護補助者数は4.84:1となる。

特例許可老人病院入院医療管理料をとる病棟での看護要員の構成比は、看護婦16.8%、准看護婦30.9%、看護補助者52.3%である(統計表第15表)。入院患者対看護要員数は2.13:1、入院患者対看護職員数は4.47:1、入院患者対看護補助者数は4.08:1となる。

看護要員1人あたりの入院患者数分布を表8に、看護職員1人あたりの入院患者数分布を表9に示す。調査当時のもっとも厚い要員配置基準(入院患者対看護要員2.7:1、入院患者6対看護職員1)を上回る人員配置を行っている病院が多いことがわかる。

6. 看護要員の確保と活用

1) 看護要員の確保状況

看護婦については、「確保できる」34.1%、「採

用できるが定着が困難」8.3%、「応募がない・少ない」52.9%と、確保が困難な病院が多い(統計表第16表)が、准看護婦・看護補助者については、「確保できる」と回答した病院が多い(統計表第17, 18表)。看護補助者の確保は、世間一般の不況の“恩恵”もあってか、現在のところおおむね順調のようである。

2) 看護職員として採用したい人材

「看護職員として今後どのような人材を採用したいか」という問いに対し、自由記述で回答を求めた。老人看護・ケアに関心がある者を求める声が多いが、そのほかには、「ケアのリーダーになれる看護婦」「(看護職・看護補助者の)教育担当者」を求める声がある。前述のとおり、多くの病院では、現在看護職員・看護補助者の教育・研修が課題となっており、看護管理者は単にスタッフの数を確保するだけでなく、教育・研修を担当できる人材の確保をも重視しているようである。

以下に自由回答の一部をあげる。

(1)老人看護に関心のある人

- ・老人看護・介護に意欲と関心のある人。(50)
- ・老人看護に真剣に取り組んでくれる心の優しい人。(4)

・老人看護・介護の勉強をしたいと希望する人。
(4)

・ケア中心の業務を理解してくれる人、介護好きな人。(4)

・高齢者に優しく思いやりのある人、心のケアができる人。(15)

・ケアに意欲的な人。(2)

・ケア・リハビリ・リクリエーションに興味関心のある人。(6)

・生活援助やリハビリを積極的に行える人、ケアの大切さをわかっている人。

・祖父母等の看護介護経験のある人。(3)

・医師の介助的な仕事だけでなくケアに積極的に取り組む人。(3)

・診療介助中心の一般病棟とは違うという自覚を持って看護にあたる人。

・診療補助のみに満足しない人。

・ケアプランがたてられる人、創意工夫ができる人。(3)

・福祉的な感覚・ボランティア精神のある人。
(6)

・福祉医療に関心のある人。

(2)リーダー・管理者・指導者

・リーダーシップのとれる人・スタッフ指導ができる人。(15)

・将来主任・婦長などの管理者として育つ人、2～3年後婦長になれる人。(6)

・50代の婦長候補になれる看護婦。

・看護婦では中間管理職になる人。

・職員教育の経験者、臨床指導資格保有者。

・教育担当看護婦、教育学科卒業者。(3)

・介護婦に対して適切な指導ができる人。(4)

(3)勤務形態・夜勤

・夜勤のできる人、勤務時間の変動や日祭日出勤

のできる人。(4)

・夜間勤務のできる人、3交代のできる人。(13)

・常勤できる人。

・長期間勤務できる人。

・看護婦不足なので、パートでもいいからほしい。

(4)知識・技術・経験・資格

・チームワークがとれる人、協調性のある人。(13)

・患者および患者の家族、周囲の人とコミュニケーションのとれる人。(5)

・看護に必要な知識技術を持ち合わせ、場面に応じてうまく応用できる人。(12)

・一般病棟2年以上の経験者。(2)

・新卒者。

・ホスピスでの看護に近いようなターミナルケアのできる人。

・常に向学心、向上心を持っている人。(16)

・自分の看護観をしっかり持っている人。(8)

・看護の原点を見つめられる人。(4)

・看護の概念を固定的に考えず、社会情勢も含めて広く考えられる人。

・自ら課題を持ち実践的に取り組める人。

・専門職という自覚のある人。

・看護婦(士)。(11)

・看護師(男性)。(6)

・年齢30～40歳の看護師でやる気のある者。

・保健婦・訪問看護のための保健婦。(3)

・訪問看護婦。

・学士看護婦、修士看護婦。

・中年層の看護婦、(定着が良く、老人の気持ちができる)30代以上の人。(3)

・准看護婦については医療分野・看護の分野の戦力となる人材。

・豊かな企画発想力を持っている人。(2)

・地域医療に対する理解と行動力のある人。

・他業種（特にサービス業）経験者の採用。

(5)性格・体力

- ・責任感のある人。(7)
 - ・誠実な人。(5)
 - ・温かく優しい人, 思いやりのある人。(15)
 - ・人間性が豊かで他人の心の痛みを察する感受性のある人。(19)
 - ・いつも明るい笑顔で心づかいのできる人。(10)
 - ・健康で体力に自信のある人。(11)
 - ・若くて元気のある人。(9)
 - ・仕事に対する情熱のある人。(2)
- その他, 設問の趣旨とは異なるが, 看護補助者・介護職員として採用したい人材についての記述もあった。
- ・介護福祉士を採用したい。(10)
 - ・老人ホームなど福祉施設で介護職員として働いていた人。(2)
 - ・介護のリーダー的役割を担える介護福祉士。
 - ・男子の介護職員（入浴介助など力が必要）、アテンドサービス士（精神科の病床数が多いため）。

3) 看護補助者の確保

表10は, 今後看護補助者として採用したい人材(複数回答)を示す。介護福祉士や, 福祉施設での経験者など, ケアに関する訓練を受けた人材を望む看護管理者が多い。新卒の入職者は, 人件費コストの面から, また, ケアに関心を持って入職してくるためチームを組みやすいなど, これに期待する声がある。一方, 職業付添婦の採用には消極的である。

すでに看護補助者として介護関係の有資格者を採用している病院もある。介護福祉士は, 74病院で計165名, 介護アテンドサービス士(労働省認定)

表10 今後看護補助者として採用したい人材(複数回答)

介護福祉士の資格を持つ者	68.1%
新卒での入職者	41.7
老人ホームなど福祉施設で介護職員として働いていた	31.2
家庭の主婦の再就業	27.9
介護福祉士以外の介護に関する資格を持つ者	27.9
福祉以外の分野からの転職者	12.3
その他	7.2
職業付添婦をしていた	5.1
無回答・不明	2.2

* 回答病院数276

は16病院で計52名が採用されている。その他, 地方自治体の認定資格者66名が, 29病院で採用されている(統計表第19~21表)。介護福祉士については, 新年度(94年4月)からの採用や, 増員が決まっていると付記している病院もある。

4) 看護補助者の名称

看護補助者の名称は, 「看護助手」37.3%, 「看護補助婦(者)」8.3%, 「ナースエイド」3.6%など, 看護職員の補助者であることを明確にした名称が全体の約半数である。

一方, 「介護婦(者・人)」18.5%, 「ヘルパー」12.7%, 「ケア・ワーカー」8.7%など, 「介護」「ケア」などを意識した名称が約4割となった(統計表第23表)。

5) 看護補助者の研修

看護補助者の研修を「特に行っていない」病院は5.1%にすぎず, ほとんどの病院が研修を実施している。項目は, 「業務内容の理解」85.5%, 「事故防止・感染対策」83.7%, 「接遇」75.4%, 「実技実習」69.9%などである(統計表第24表)。

実務経験がない人を看護補助者として採用した場合の新採用時研修の時間数は「7時間以下」

表11 看護職員(看護婦(士)・准看護婦(士))の夜勤体制

病棟種別	療養型病床群 入院医療管理料	老人病棟 入院医療管理料
回答病院数	26	246
3交代制	46.2%	24.8%
2交代制	53.8	66.3
当直制	—	7.7
無回答・不明	—	1.2

*「入院医療管理料」承認区分について無回答の病院をのぞく。

表13 夜勤時の看護単位あたり病床数

病棟種別	療養型病床群 入院医療管理料	老人病棟 入院医療管理料
回答病院数	26	246
49床以下	34.6%	23.6%
50床～59床	26.9	24.4
60床～69床	15.4	16.3
70床～89床	15.4	17.9
90床以上	7.7	15.0
無回答・不明	—	2.8

*「入院医療管理料」承認区分について無回答の病院をのぞく。

22.1%、「35時間以上」21.4%など、病院によりかなりのばらつきがある(統計表第25表)。平均時間数は23.3時間である。

7. 夜間の看護体制

看護職員および看護補助者の夜勤体制は、表11、12のとおりである。2交代制をとる病院が多い。看護職員と看護補助者がともに2交代制をとる病院は167(回答病院の60.5%)、ともに3交代制をとる病院は43(15.6%)、看護職員が3交代で看護補助者が2交代という組み合わせで夜勤を行う病院は21(7.6%)である。

夜間の1看護単位の病床規模は、表13に示すとおりである。夜勤時の看護要員1人あたりの病床数は、表14に示すようにおおむね25床以下だが、30床を超える病院もある。

表12 看護補助者の夜勤体制(複数回答)

病棟種別	療養型病床群 入院医療管理料	老人病棟 入院医療管理料
回答病院数	26	246
3交代制	11.5%	16.7%
2交代制	69.2	69.1
当直制	—	11.8
早出・遅出	50.0	43.1
その他	—	0.4
無回答・不明	3.8	2.4

*「入院医療管理料」承認区分について無回答の病院をのぞく。

表14 夜勤時の看護要員(看護婦(士)・准看護婦(士)・看護補助者)1人あたり病床数

病棟種別	療養型病床群 入院医療管理料	老人病棟 入院医療管理料
回答病院数	26	246
15床未満	7.7%	8.1%
15床以上20床未満	26.9	26.0
20床以上25床未満	19.2	23.6
25床以上30床未満	26.9	18.7
30床以上	11.5	18.3
無回答・不明	7.7	5.3

*「入院医療管理料」承認区分について無回答の病院をのぞく。

看護婦の夜間の配置については、「各看護単位に必ず1名以上の看護婦が配置されている」病院は10.9%のみで、「看護単位によっては准看護婦のみの場合もあるが、病院全体では必ず1名以上の看護婦を配置している」が52.2%、「准看護婦のみで病院内に看護婦がまったくいない場合もある」が34.1%にのぼる。この値は、ケア・ミックス病院と、入院医療管理料病棟のみの病棟とではかなりの差がある。

ケア・ミックス病院では、入院医療管理料病棟以外の病棟に看護婦がいる場合が多く、夜勤帯に院内に准看護婦のみになることは避けられている(統計表第28表)。しかし、夜勤帯については看護婦が手薄な病院が多く、患者の急変時などに的確

な判断ができないなどの事態も懸念される。

8. 重症患者の受け入れ

手のかかる重介護の患者として、「植物状態や気管カニューレ装着状態など、継続して非常に手のかかる患者」「痴呆による問題行動を伴う老人患者」の2つのケースを想定し、それぞれの状態の患者を受け入れられるかを尋ねた。入院医療管理料病棟のみの病院では、いずれの患者についても6割以上の病院が「受け入れできる」と回答した（統計表第29, 30表）。

「植物状態や気管カニューレ装着状態など、継続して非常に手のかかる患者」については、入院医療管理料病棟のみの病院では、「受け入れできない」が34.7%だが、ケア・ミックス病院では、入院医療管理料病棟では受け入れできなくとも「院内の他の病棟で受け入れできる」病院が54.5%と多いため、結果的に「受け入れできない」病院は8.9%にすぎない。

「痴呆による問題行動を伴う老人患者」については、入院医療管理料病棟のみの病院と、ケア・ミックス病棟を併設する病院とのあいだに、「受け入れできない」という回答の比率に大きな差はない。

しかしながら、現状ではこれらの手のかかる患者を受け入れられない病院が少なからずあることがわかる。

9. 看護職員と看護補助者との業務分担と共働

1) 看護職員と看護補助者との業務分担

患者への直接ケア業務のうち、看護補助者（介護職員）がかかわることがあると予想される16項目を選び、看護職との業務分担と共働の状況を尋

ねた。各項目ごとに、

「患者の状態にかかわらずもっぱら看護補助者に任せている」

「患者の状態にかかわらず看護職が責任を持って行う」

「患者の状態によって、看護職が行うか看護補助者が行うかを分けている」

「患者の状態にかかわらず、看護職も看護補助者もそれぞれに責任を持って行う」

のいずれかを選ぶ方法で回答を求めた（表15）。

これらの業務は、実際には看護職員と看護補助者とのあいだで業務によって分担され、あるいは同じ業務であっても患者の病態によって看護職員と看護補助者とのあいだで分担されているが、その実態には病院によってかなりの幅があることがわかる。しかしながら、「浣腸」「喀痰の吸引」「ネブライザー介助」「座薬挿入」「検温」「与薬」といった、器具・薬品を使用する業務については、「看護職が責任を持って行う」と回答した病院の比率が70%を超えている。

それ以外の業務については、ケア・ミックス病院では、入院医療管理料病棟のみの病院と比べ、「患者の状態によって、看護職が行うか看護補助者が行うかを分けている」という回答の比率が高い（統計表第32～48表）。これらの病院では看護職員が患者の状態の観察とそれに基づく判断の必要性を重視していると思われる。

2) ケアに関するカンファレンス

ほとんどの病院ではケアに関するカンファレンスを実施している。実施状況は、「定期的を実施し、さらに必要に応じて実施」37.0%、「定期的に」26.1%、「必要に応じて」31.9%となった（統計表第49表）。

表15 看護職・看護補助者との業務分担

	もっぱら補助者に任せる	看護職が行う	患者の状態により分担	看護職・補助者それぞれに実施	無回答・不明
食事介助	2.2%	6.2%	61.6%	27.5%	2.5%
全身清拭	3.6	15.6	56.9	21.7	2.2
口腔内清拭	3.3	29.7	44.2	20.3	2.5
入浴介助	12.0	7.2	38.0	39.1	3.6
トイレ誘導	6.5	7.6	37.3	45.7	2.9
おむつ交換	17.8	5.4	34.4	38.8	3.6
浣腸	0.7	80.8	9.8	5.8	2.9
歩行介助	2.5	13.0	44.2	38.0	2.2
ベッドから車椅子への移動	3.3	9.1	42.8	41.7	3.3
爪切り	29.7	4.3	23.9	39.5	2.5
喀痰の吸引	0.4	85.9	7.2	4.7	1.8
ネブライザー介助	1.1	76.1	10.9	8.3	3.6
湿布薬貼用	5.4	59.1	18.1	15.9	1.4
座薬挿入	0.7	77.9	11.6	8.0	1.8
検温	0.7	79.0	12.3	6.2	1.8
与薬	0.7	74.3	13.0	10.1	1.8
寝衣交換	10.1	6.2	46.4	35.1	2.2

*回答病院数276。集計は各項目ごとに合計が「100%」となる。

カンファレンスを実施している262病院のうち、81.3%の病院では原則として看護補助者が参加、13.4%では必要に応じて参加する。看護職員と看護補助者との共働をスムーズにするうえで、共同でカンファレンスを行うことの意義は大きいと推測される。また、看護補助者に対する教育的な機能も期待できる。

カンファレンス実施病院のうち、医師が原則として参加する病院は28.2%、必要に応じて参加するのは45.4%。PT、OTが原則として参加する病院は26.3%、必要に応じて参加するのは36.3%である。

10. 看護部長は入院医療管理料をどう評価したか

1) 自由回答に見る、入院医療管理料への看護部長の評価

看護部長の自由回答は、内容的には次の3点に

大別できる。

- ①入院医療管理料をとった結果に関するもの：慢性期の患者に適したサービスができるとして、看護部長の評価は一般に高い。
- ②診療報酬にかかわる要望：入院医療管理料の料金額・人員配置基準のアップを望む声が多い。
- ③ケア・ミックスのメリット・デメリット：病棟の性格を急性期と慢性期で分け、看護の特徴を出せるという積極的な評価があるが、一方患者への影響については賛否があり、病棟間の看護婦のローテーションなど問題もある。

2) 入院医療管理料をとった結果について（自由回答）

(1)入院医療管理料導入自体の効果

・一般病棟とは違った介護・看護が提供できる。

(2)

・診療補助業務が減少した分、ケアに十分時間が

とれる。(2)

- ・入院医療管理料病棟のほうが看護に集中できる。病床数の少ない施設では入院医療管理料病棟のみが良い。
- ・入院目的が明確で、ケア病棟においてはリクリエーションやリハビリ支援が十分できるようになった。
- ・ベッドサイドでのケアが行き届き、患者さんとのコミュニケーションがとりやすくなった。
- ・看護リハビリに重点をおくため本当の老人医療ができ、不満も少ない。
- ・在宅療養への準備、家族指導が可能である。
- ・ケアに重点をおいた勉強会ができ、スタッフに意欲を持たせやすい。
- ・若い看護婦に活気が出て意欲的である。
- ・リハビリテーション、リクリエーションにより患者の孤独感が少なくなった。
- ・若い看護婦の定着が良くなった。
- ・看護婦が高齢者でも勤務可能。
- ・看護婦数が少なくすむ。
- ・休暇がとりやすくなった(4週6休)
- ・残業時間が減少した。
- ・介護職員が誇りを持って患者のADL改善に取り組んでいる。(2)
- ・不必要な医療を考え直すことができる。
- ・薬づけ検査づけの改善。
- ・付添い廃止により、患者の経費負担が減額できた。

(2)入院医療管理料自体のデメリット

- ・お世話料など患者の自己負担分が多くなる場合がある。
- ・看護婦が手のかかる患者を敬遠しないよう、公平に看護を提供するよう注意する必要がある。
- ・看護職員が日常生活のケアを介護職員に頼り

すぎる傾向がある。

- ・夜勤時間が16時間と長いので疲労度が高い。
- ・定額制の場合規制が多く、患者中心のケアが思うようにできない。
- ・入院が長期化しがち。
- ・退院に向けて家族の受け入れが難しいことがある。
- ・患者の転出先がない。
- ・定期的検査がないため、いつごろから悪化したかがわからない。
- ・看護職員の中に医療技術に遅れる、技術が低下するという不安がある。(2)

3) 診療報酬改定に何を望むか(自由回答)

(1)看護内容・質による診療報酬の決定

- ・看護料への加算(看護側におけるリハビリテーション、洗髪、特浴、死後処置、夜勤への加算)。(10)
- ・看護・介護職員の人数に応じて点数を設定してほしい。
- ・看護経験年数に応じた看護評価、加算。(2)
- ・看護職員のなかでの看護婦の占める割合での看護加算を。(2)
- ・2交代夜勤の場合、月平均夜勤回数5回まで夜間勤務等看護加算がとれるようにしてほしい。
- ・高齢者介護・看護の評価、介護面の評価。(20)
- ・看護技術の評価。
- ・外来の看護の評価。(2)

(2)対象者の質・状態による介護量の評価

- ・看護・介護の程度に合わせた診療報酬。(16)
- ・高齢者の重介護加算(脱水、喀痰の増量、点滴や吸引にも技術を要するため)。(9)
- ・痴呆患者については看護料の加算を。(5)
- ・ケアによってADL・QOLが改善できた場合の

評価がない。(4)

- ・看護補助者のサービスの質の評価がない。(2)
- ・入院医療管理料のなかに看護を包括しないで、ケアの質に見合う評価をしてほしい。

- ・老人性痴呆疾患治療病棟入管，老人性痴呆疾患療養病棟入管とも老人病棟入管に比較して病棟施設基準，人員基準とも厳しい。老治入管，老療入管は老入管よりも介護・看護内容が濃いのに，入院医療管理料が著しく低いのは不合理。

(3)診療報酬の引き上げ

- ・入院医療管理料そのものを引き上げ。(48)

(4)人件費アップを反映した改定

- ・人件費の大幅アップに見合う改定を。(11)
- ・看護婦の待遇改善に結びつくよう診療報酬に条件づけをしてほしい。(7)
- ・2年に1度の改定ではなく，人事院勧告にリンクした改定を。
- ・適時給食，食事介助，入浴サービス，寝たきりにさせない，患者のADLの拡大など，毎日の実務遂行に人材が必要。人件費の標準的なものを明確に示したうえでの診療報酬上の保証をしてほしい。
- ・人件費分は確実にアップしてほしい。

(5)看護料のあり方

- ・診療の補助業務の部分では，医師の行為のなかに込みの形でしか入らないのは不満。
- ・入院医療管理料のなかに看護料が含まれ目に触れにくいので，看護料の存在が忘れられている。
- ・入院医療管理料とは別に，看護・介護報酬という名目を新設してほしい。(2)

(6)看護要員配置基準の改善

- ・看護職員の配置基準の改善。(14)
(看護婦等を患者6:1から5:1に，看護補助者を患者4:1～3:1に)(6)

(看護婦等を患者6:1から3:1に)(2)

(看護婦等を患者6:1から2:1に)

(看護補助者を患者4:1から3:1へ)(2)

- ・重症者の場合，別枠での人員配置を。

(7)包括払いの範囲・運用

- ・一般的な慢性期から急性期に移行し，ターミナルを迎えるときの治療費の見直しが必要。
- ・療養型病床群に入院した後，病状が急変して一般病棟へ移った場合，当日分から出来高払いを認めてほしい。
- ・医療が必要な患者(重症患者，感染症患者)に行った治療・看護についての評価を。(3)
- ・合併症の検査料を包括しないで請求できるようにしてほしい。
- ・処置料は別枠にしてほしい。
- ・注射・薬と同様，処置等も定額制に包括してほしい。(2)
- ・チューブ，バッグ等の使用には個人差があるため，個別請求を認めてほしい。

(8)入院医療管理料以外の診療報酬・補助

- ・リクリエーションにかかる費用の補助。
- ・感染症患者に使用する消毒剤に対する補助。(8)
- ・リハビリテーションの一環としてのリクリエーションにも点数をつけてほしい。材料費が持ち出しになっているので補助を。(2)
- ・訪問看護など在宅療養関係点数の拡充。(9)
- ・訪問看護の褥瘡の処置用薬は患者負担だが，保険請求を可能にしてほしい。
- ・外泊期間中は在宅療養者のための訓練として入院医療管理料の請求ができるように。
- ・ケースワーカー配置を診療報酬上評価してほしい。(2)
- ・基準寝具料をあげても寝具の質を良くしてほしい。

い。寝具料金の増額。

(9)その他

- ・老人医療費の実質値上げには疑問、年金でまかなえる額に抑えて。(3)
- ・収入に応じて入院料を調整してほしい。
- ・病院入院患者と老健施設、老人ホームとの自己負担金の違いが大きいため入院患者がなかなか退院したがらず、入院待ちの患者が多い。
- ・老人病院の勤務経験を介護福祉士資格試験の受験資格として認めてほしい。(2)
- ・介護職員の教育。
- ・MDS (高齢者データセット) を普及させケアプランをたてると、その人の看護介護の必要度がわかって良い (昨年の調査に協力してみて)。

4) 「ケア・ミックス」のメリット・デメリット

(自由回答)

〈メリット〉

- ・症状が悪化したとき、急変時に一般病棟に移動して対応できる。(33)
- ・入院医療管理料病棟では重症患者の受け入れに限界があるが、一般病棟を併設することで同一病院で対応が可能。
- ・長期化した入院患者を1箇所を集めたことで他の病棟の回転が速くなった。(3)
- ・一般病棟で急性期の治療を終え、安定期に入ってから療養型病棟に移すため患者の表情が良くなってきた。安心して治療が受けられる。(2)
- ・同一病院内の病棟移動で治療とを併せて行えて、情報収集が容易である。
- ・患者が移動しないため継続したケアプランがたてられ、落ち着いた看護ができる。
- ・一般病棟の社会的入院の患者を一時でも介護病棟に移すことができる。

- ・一般病棟と入院医療管理料病棟とのあいだで看護婦の傾斜配置が可能。(2)
- ・病棟によって急性期・慢性期と分けられ看護の特性を出しやすい。
- ・ベッド管理が徐々に看護部に移ってきた。
- ・一般病棟に活気が出た。
- ・ケア病棟における介護・看護が一般病棟にも波及し雰囲気良くなった。
- ・併設する一般病棟で技術が習得できる。
- ・ケア・ミックスでなければ地域に貢献できない。
- ・福祉専門学校の卒業生を得やすい。

〈デメリット〉

- ・病棟による勤務体制の違いなどから看護婦の勤務交代、配置替えが難しい。(3)
- ・一般病棟治療後、家族の受け入れ態勢が整うまで入院医療管理料病棟に転棟する場合があるが、一般病棟の看護婦にとっては患者を退院までもっていくという意味でのやりがいの面で少し不満がある。
- ・入院医療管理料病棟内に活気がなく、看護婦も業務が単調になるため配置を考えなければならない (高齢者、病弱な者、勉強が苦手な者が好んで希望してくる)。
- ・入院医療管理料をとっている病棟のスタッフがマンネリ化しやすい。
- ・入院医療管理料病棟に配置すると仕事に対する姿勢が低下する傾向がある。若い人が特にその傾向がある。
- ・高齢者で一般病棟に入院している患者と、入院医療管理料をとっている病棟の患者のケアに差がある。
- ・症状の安定した患者を入院医療管理料病棟に集めた結果、一般病棟に重症患者 (要治療者) が集中したため、より多くの看護要員が必要と

なった。(2)

- ・一般病棟に重症者が多く忙しさが集中し、介護病棟の看護婦は知識や技術に遅れをとる不安を持っており、病棟間の格差が生じている。
- ・管理料をとる病棟を満床にするほうが経営上都合が良いので、転出入が多くなっている。
- ・様態が悪化したときに他の病棟で受け入れることが難しい患者がある。
- ・転棟による移動は高齢者に負担（順応しにくい・痴呆が出現)。(2)
- ・入退院・ベッド移動が多い。

- ・一般病棟が満床でやむをえず療養型病棟に入院させた場合、包括料金では治療費をまかなえない。

〈その他〉

- ・医師の関心・業務が一般病棟に集中してしまう。
- ・看護婦教育に力を入れる必要がある。
- ・ケア・ミックスをしなくても経営が安定するような料金制度を望む。
- ・一般病棟から入院医療管理料病棟へ移る場合、保険請求書を2種類作成する点が医事課で問題になっている。