

原 著

## 医療機関における看護要員の配置算定方法の選択および運営での困難

### Difficulties in Choosing and Implementing Nursing placement Criteria in Hospitals

松永保子<sup>1</sup>, 吉留厚子<sup>2</sup>, 波川京子<sup>3</sup>, 近藤裕子<sup>4</sup>, 上林康子<sup>3</sup>,

1 信州大学医学部保健学科

2 大分県立看護科学大学看護学部看護学科

3 札幌医科大学保健医療学部看護学科

4 徳島大学医学部保健学科

Yasuko Matsunaga<sup>1</sup>, Atsuko Yoshidome<sup>2</sup>, Kyoko Namikawa<sup>3</sup>,

Hiroko Kondou<sup>4</sup>, Yasuko Kamibayashi<sup>3</sup>,

<sup>1</sup> Division of Nursing, School of Health Sciences, School of Medicine, Shinshu University

<sup>2</sup> Oita University of Nursing and Health Sciences

<sup>3</sup> Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University

<sup>4</sup> Major in Nursing, School of Health Sciences, The University of Tokushima

看護要員の適正配置のために「新看護体系」、「看護必要量」、「看護度」、「看護必要度」などが各病院において用いられているが、その実態は明らかではない。本研究の目的は、看護要員配置基準の算定方法の実態および現在実施している方法で困難である点を明らかにすることであった。

平成16年2～3月に、3県100床以上の病院に質問紙を郵送し、175病院から回答（回収率65.3%）があり、本研究においては、171病院を分析対象とした。

その結果、看護要員配置基準の算定方法としては、新看護体系129（75.4%）病院、看護必要量12（7.0%）病院、看護度8（4.7%）病院であった。新看護体系を採用している病院での看護要員配置困難は「配置人数では対応できない」が50.4%、「看護要員を動かしにくい」が31.8%であり、看護必要量、あるいは看護度を採用している病院でも同様の高い割合を示した。看護要員配置基準見直しの間隔は、6ヶ月あるいは1年毎が最も多かった。以上のことから、患者の病状と看護要員の人数とが対応していないことが明らかになった。

したがって、現在の看護要員配置基準では無理があり、簡単な測定方法で看護の質も加味した新しい配置基準を作る必要がある。

Hospitals use various measures in order to plan the appropriate placement of nursing staff. These measures bear names such as “new nurse staffing system”, “nursing required amount”, “nursing needs”, and “Grade of nurse requirement”, but little is known about their use in actual practice. The purpose of this study is to uncover problematic points in the practical application of nursing placement criteria.

We sent a questionnaire to hospitals with over 100 beds in three prefectures in February and March 2004, receiving replies from 175 hospitals (response rate 65.3%), and analyzed 171 of them.

Results showed that 129 (75.4%) of the hospitals which replied to the survey used the “new nurse staffing system”, 12 (7.0%) “nursing required amount”, and 8 (4.7%) “nursing needs” as nursing placement criteria. In those hospitals using the “new nurse staffing system”, the problematic points which emerged were that “with the placement number of present nursing

staff, it is very hard to provide a good service to the patients” (50.4%), and “it is difficult to move nurses to other wards” (31.8%). Similarly high ratios were found in those hospitals adopting “nursing required amount” and “nursing needs” as their criteria. With regard to the interval at which nursing placement criteria were reviewed, this was either every six months or every year in the majority of cases.

We conclude that it is necessary to devise new criteria for nursing placement which will employ a more practical and convenient method of measurement and add to the quality of nursing.

キーワード：看護要員配置基準、新看護体系、看護必要量、看護度、看護必要度

keywords : Nursing placement criteria、New nurse staffing system、Nursing required amount、Nursing needs、Grade of nurse requirements

## I. はじめに

医療施設における看護要員の配置基準は1958（昭和33）年の新医療費体系により新設され、入院患者4人に看護要員1人が最も高い配置基準であった。1972（昭和47）年には特類看護が制定され入院患者3人に対して看護要員1人、1974（昭和49）年の特2類看護では2.5対1、1988（昭和63）年には看護料の入院期間による通減制の導入で、特3類看護が設けられ配置基準は2対1に推移した。1994（平成6）年に新看護体系に移行し、看護料が一般病棟2対1から4対1、および看護補助者には3対1から15対1を組み合わせる看護体系となったが、配置基準は基準看護同様の人員配置によるものであった。

しかしながら、入院している患者の重症度はさまざまであり、重症度によって看護に費やす時間は異なるので、そのことを無視して入院患者数のみで看護要員の人数配置を行うのは適当ではない。したがって、看護要員の適正配置をするための是正手段として看護度、看護必要度、看護必要量が提示されるようになってきた。1999（平成11）年の診療報酬体系見直し作業委員会報告で、看護必要度は診療報酬を決めるために看護を評価する指標<sup>1)</sup>としてクローズアップされてきているが、その使用が全国の病院にまだ浸透しているわけではない。また、これらの用語は明確に使い分けられているわけでもなく、いまだに混沌とした使用状況が続いている<sup>2-18)</sup>。したがって、本研究チームにおいては、現在、これらの用語の意味と使用目的を明らかにするための研究も行っている<sup>19)</sup>。

このように看護要員の適正配置をするために、新看護体系、看護度、看護必要度、看護必要量が各病院で用いられているが、各病院がどの方法を採用しているのか、また、実際の運営で看護要員の配置にどのよう

な困難を感じているのかは把握されていない。

今回、看護要員配置基準の算定方法について検討するために、病院における看護要員の算定方法の実態等について調査した。

## II. 目的

病院における看護要員配置基準の算定方法の実態および現在実施している方法で困難である点を明らかにし、今後の看護要員配置基準の基礎資料とする。

## III. 方法

### 1. 対象

広島、徳島、大分県の100床以上を有する268病院を調査対象とした。広島県では144病院に配布し104病院からの回答（回収率72.2%）、徳島県では46病院に配布し25病院からの回答（回収率54.3%）、大分県では78病院に配布し46病院からの回答（回収率59.0%）、計175病院から回答（回収率65.3%）があり、本研究においては、171病院を分析対象とした。

### 2. 時期

2004（平成16）年2～3月に実施した。

### 3. 調査方法

研究者作成の自記式質問紙を郵送にて送付し、郵送およびFAXにて回収した。

### 4. 倫理的配慮

調査についての依頼文に、調査用紙は無記名であること、また、研究の目的、調査への参加は自由意志であり、データを統計学的に処理するので病院名は特定されず、調査目的以外に結果を活用しないことについ

て記述した。

5. 調査項目

調査項目としては、「県名」、「許可病床数と実働病床数」、「看護要員総数と職種内訳」、「施設の種類」、「看護要員の配置基準算定方法」、「現在実施している配置基準方法で困っている点」、「配置基準の見直し間隔」の8項目である。

6. 分析方法

調査項目については、SPSS ver.12を用いて、単純集計、クロス集計を行った。

さらに、調査項目の「現在実施している配置基準の方法で困っている点」の4選択肢、「日々患者の状況が変化するので、配置人数では対応できないことがある」、「配置基準の算定をより簡単に測定できる方法が必要である」、「看護要員の人数が決まっているので、看護要員を違う病棟に動かしにくい」、「その他(下記にお書きください)」の「その他」の記述部分については、研究者2名でKJ法を用いて分類した。

IV. 結果

1. 病院の種類および看護要員の配置基準方法

回答の得られた171病院の種類別では、一般病院81(47.4%)、精神病院36(21.1%)、療養型病院17(9.9%)、その他の病院37(21.6%)であった。

看護要員配置基準の算定方法は、新看護体系が129(75.4%)病院、看護必要量が12(7.0%)病院、看護度が8(4.7%)病院、その他22(12.9%)病院であり、看護必要度を採用している病院はなかった。

2. 看護要員の算定方法別による配置で困っていること(複数回答)

表1に看護要員の算定方法別による配置で困っている点を示した。

新看護体系を採用している129病院中65(50.4%)病院が「配置人数では対応できない」、41(31.8%)病院が「看護要員を動かしにくい」、30(23.3%)病院が「簡単に測定できる方法が必要」と回答した。

看護必要量を実施している12病院中5(41.7%)病院が「看護要員を動かしにくい」、3(25.0%)病院が「配置人数では対応できない」とした。

看護度を採用している8病院中5(62.5%)病院が

表1 看護要員の算定方法別による配置で困っていること (複数回答)

	配置人数では対応できない	簡単に測定できる方法が必要	看護要員を動かしにくい
新看護体系	65	30	41
n=129	50.4%	23.3%	31.8%
看護必要量	3	0	5
n=12	25.0%	0%	41.7%
看護度	4	3	5
n=8	50.0%	37.5%	62.5%
その他	13	8	4
n=22	59.1%	36.4%	18.2%
計	85	41	55
n=171	49.7%	24.0%	32.2%

表2 病院の種類別による看護要員の配置基準で困っていること (複数回答)

	配置人数では対応できない	簡単に測定できる方法が必要	看護要員を動かしにくい
一般病院	44	25	25
n=81	54.3%	30.9%	30.9%
精神病院	16	4	10
n=36	44.4%	11.1%	27.8%
療養型病院	8	2	7
n=17	47.1%	11.8%	41.2%
その他	17	10	13
n=37	45.9%	27.0%	35.1%
計	85	41	55
n=171	49.7%	24.0%	32.2%

「看護要員を動かしにくい」、4(50.0%)病院が「配置人数では対応できない」、3(37.5%)病院が「簡単に測定できる方法が必要」と回答した。

その他でも22病院中13(59.1%)病院が「配置人数では対応できない」と回答した。

3. 病院の種類別による看護要員の配置基準で困っていること(複数回答)

表2に示すように、一般病院81病院中44(54.3%)病院が「配置人数では対応できない」、25(30.9%)病院が「簡単に測定できる方法が必要」、25(30.9%)

病院が「看護要員を動かすににくい」と回答した。

表 3 看護要員の配置基準方法で困難な点の11のカテゴリー分類 (項目数)

現在の新看護体系の配置基準では 対応困難 (13項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 配置基準以上の看護スタッフで関わっている</li> <li>・ 配置基準と実情は一致しない</li> <li>・ 配置基準数では患者に提供できるサービスが不足する</li> <li>・ 人数を増やして対応しているが、病院からは減らすように言われている</li> <li>・ 医療依存度の高い患者の割合が多く、基準どおりではケアが不可能</li> <li>・ 新看護体系の配置基準では多忙である</li> <li>・ 配置基準では6:1であるが、医療や看護ができないので3:1にしている</li> <li>・ 看護量の多い患者の入院が増加したため、新看護体系の人員では対応が困難</li> <li>・ 包括病棟は人員定員が決められているが、無理がある</li> <li>・ 痴呆療養病棟での人員配置基準では、介護に無理が生じる</li> <li>・ 療養病棟の配置基準では対応困難</li> <li>・ 新看護体系での算定方法には限界がある</li> <li>・ 点数の少ない病棟に、多くのベテランナースを配置しなければならない</li> </ul>
看護要員の不足 (4項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ マンパワーが必要</li> <li>・ 看護要員の確保が難しい</li> <li>・ 看護師不足</li> <li>・ 看護師が集まりにくく、就職してくれない</li> </ul>
夜勤における困難 (4項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2人夜勤であり、現場の看護業務量からすると無理がある</li> <li>・ 2:1で行なっているが、夜勤3名では不足</li> <li>・ 夜勤が8回以上になり困っている</li> <li>・ 看護要員を夜間へ多く配置する必要性が高くなってきた</li> </ul>
看護必要度の実施上での困難 (2項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護必要度は評価者が訓練を要するので、容易ではない</li> <li>・ 看護必要度は診療報酬との関連まで至っていないので、経営陣に認められない</li> </ul>
配置希望における困難 (1項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来や手術室への希望者がいないので、配置が難しい</li> </ul>
制度上での困難 (1項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要数はいるが、産休や病休の時の人員の確保の予算がとれない</li> </ul>
患者の変動に対処不可能 (1項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重傷者は冬に多いなど季節変動が大きいので、基準値を求めるのは困難</li> </ul>
他職種では代行が困難 (1項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護職は福祉職の業務代行ができるが、福祉職は看護職の代行はできない</li> </ul>
看護に見合った診療報酬 (1項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 配置基準を上げ、診療報酬を看護と見合ったものにしてほしい</li> </ul>
業務量の多さ (1項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 非常に業務量が多く煩雑</li> </ul>
新基準の希望 (1項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1.5:1の配置基準の新設があればよい</li> </ul>

表 4 看護要員の算定方法別による看護要員配置の見直し間隔

	毎日	1-2週間	3-4週間	3ヶ月	6ヶ月	1年	その他
新看護体系	1	1	15	14	38	38	16
n=123	0.8%	0.8%	12.2%	11.4%	30.9%	30.9%	13.0%
看護必要量	0	0	0	1	5	4	2
n=12	0%	0%	0%	8.3%	41.7%	33.3%	16.7%
看護度	0	0	0	1	1	5	1
n=8	0%	0%	0%	12.5%	12.5%	62.5%	12.5%
その他	0	0	5	1	5	8	2
n=21	0%	0%	23.8%	4.8%	23.8%	38.1%	9.5%
計	1	1	20	17	49	55	21
n=164	0.6%	0.6%	12.5%	10.1%	29.8%	33.3%	13.1%

精神病院では36病院中16 (44.4%) 病院が「配置人数では対応できない」、10 (27.8%) 病院が「看護要員を動かすににくい」と答えた。

療養型病院では17病院中8 (47.1%) 病院が「配置人数では対応できない」、7 (41.2%) 病院が「看護要員を動かすににくい」と回答した。

また、「その他」の記述部分では、42の病院が記述しており、KJ法を用いて分類した結果は表3に示したようになった。「現在の新看護体系の配置基準では対応困難」が13項目、「看護要員の不足」が4項目、「夜勤における困難」が4項目、「看護必要度の実施上での困難」が2項目、「配置希望における困難」が1項目、「制度上での困難」が1項目、「患者の変動に対処不可能」が1項目、「他職種では代行が困難」が1項目、「看護に見合った診療報酬」が1項目、「業務量の多さ」が1項目、「新基準の希望」が1項目の計30項目、11カテゴリーが抽出できた。

#### 4. 看護要員の算定方法別による看護要員配置の見直し間隔

表4に看護要員の算定方法別による看護要員配置の見直し間隔について示した。

新看護体系では123病院中38 (30.9%) 病院が6ヶ月あるいは1年と最も多く回答している。

看護必要量を採用している12施設中5 (41.7%) 病院が6ヶ月とし、1年は4 (33.3%) 施設であった。

看護度を採用している8病院中5 (62.5%) 病院が1年とし、3ヶ月、6ヶ月、その他が各1 (12.5%) 病院であった。

その他で最も多いのは21病院中8 (38.1%) 病院が1年としていた。

## V. 考察

看護要員の配置の基準として新看護体系を採用している病院が圧倒的に多いことが今回の調査で明らかにされた。新看護体系のように病床数のみで看護要員を配置するのは単純であるが、個々の患者を看護する病棟の特殊性を度外視していることは自明である。つまり、患者が全て同じ病状であるならばこの基準で十分可能であろうが、患者の重症度は全く考慮されていない<sup>20)</sup>。この基準は診療報酬上の定員であり、看護の業務内容にまで評価が及んだ基準でないことに疑問を呈する。

また、新看護体系の配置基準で困っている点としては、配置基準の算定をより簡単に測定できる方法が必要であり、現実には看護要員の人数が決まっているので、看護要員を違う病棟に動かすににくいと多くの施設が訴えていた。また、新看護体系は単純に看護要員を配置できるが、KJ法での分類からも明らかになったように、現実の看護体制では対応が難しいと感じる点や不備な点が多くあり、この方式のみで看護要員の配置を決定するのは困難であると考えられる。

看護度を採用している病院は少数であった。看護度の分類基準としては「看護の観察の程度ABC (A: 常時観察、B: 1~2時間毎観察、C: 持続観察不要)」と「生活行動の自由度I II III IV (I: 常時臥床、II: ベッド上臥床、III: 室内歩行、IV: 歩行自由)」の両側面からの組み合わせ<sup>2, 3)</sup>なので、非常に分かりやすく、病院では毎日変化する患者の状態を把握でき、看護要員の配置に活用できると推察される。しかし、今回の調査で明らかにされたように、現実には看護要員を違う病棟に動かすににくいと6割以上の施設が回答し、見直し間隔は、3ヶ月から1年であったことも、看護度は日々の看護要員配置の見直しには活かされていないことが明らかにされた。看護度は看護の実情と合致していないので、看護度のみで算定では看護要員の配置を実施するのは難しいと指摘がなされた<sup>21, 22)</sup>ことから、看護度のみで看護要員の配置基準の決定は難しいと考える。同様に、看護要員配置基準の算定方法でその他と答えた22病院における各病院独自の算定方法に関しても、現在の配置では困難としていることが明らかになった。

前述したように、1999 (平成11) 年の診療報酬体系見直し作業委員会報告で、診療報酬を決めるために看護を評価する指標<sup>1)</sup>として看護必要度が推奨されたわけだが、その使用が全国の病院にまだ浸透していないことを実証するように、今回の調査では看護必要度を実施している病院がなかった。しかしながら、看護必要度は近年診療報酬体系を決める上で、検討していかねばならない概念となった。看護必要度の導入は急性期病院において、看護要員を配置しようとするときに、患者の看護の必要度に応じた看護要員の配置を可能にするための手法<sup>23)</sup>とされている。2004 (平成16) 年度診療報酬改定により、重症患者に対する手厚い看護ケアについて評価したハイケアユニットの評価に、重症度・看護必要度が盛り込まれた<sup>24)</sup>。これ

以前の2002（平成14）年には褥瘡対策に看護が評価されるようになり、これまでは看護を単に量として時間軸のみで評価をしてきたが、質的な看護が診療報酬に加味されようになってきたのは画期的である。

最近、在院日数が大幅に短縮し入院期間が短いため、看護師が深夜明けで仕事が終わるとその日は休み、その次の日に準夜で出勤すると、入院患者が3分の1くらいは入れ替わっている状況になることもある。さらに、近年では、医療技術の進歩とともに複雑な治療や処置が昼夜を問わず行なわれるようになり<sup>25)</sup>、看護の質・量共により高い技術を求められ、業務内容は多様化、複雑化している。根本的な配置の問題として、今回調査した全ての病院、あるいはいずれの看護要員配置基準を採用している病院においても、運営で最も困っている点は日々の患者の病状の変化に配置人数では対応できないことである。これは、日々の配置人員の見直しは現実的に無理であり、現行の診療報酬体系の中で、6ヶ月から1年ごとの見直しでも追いつかないことから看護要員の絶対数の不足と関連があると考えられる。先進諸国と比較して看護要員の人員が少ないことは、ずいぶん前から問題とされていることをわれわれは改めて認識し、今後の看護体制を考えていく必要がある。

現在使われている配置基準では、いずれの配置基準の算定方法を用いても患者が満足できるような看護が提供できる看護要員数を算定することが難しく、看護要員の適正配置を実施するために簡単な測定方法で、入院患者の個別的な状態に対応して看護ケアをしたときには誰がケアをしても同じケアでなければならないが、同じケアでも看護師によって受ける患者の満足度が違うことがあるので、そのような看護の質的な評価も加味した基準を作り上げる必要があると考える。現行の診療報酬には、看護要員に看護補助者を含んでいるが、看護の質を評価対象とするならば、看護要員は有資格者の人数で算定することを考えなければならない。

今後、我々にとっては、病床数のみの看護要員の算定方法ではなく、ケアにかける時間のような量と患者の満足度のような質を兼ね合わせた適正配置ができるような測定方法の開発をすることが、研究の課題であると考えられる。

## VI. 結論

看護要員配置基準の算定方法の実態および現在実施している方法で困難と思えることについて調査した結果、以下の点が明らかとなった。

1. 看護要員配置基準として新看護体系を活用している病院が多く、看護度を採用している病院は少数であり、看護必要度の採用病院は皆無であった。
2. 看護要員の適正配置を実施するためには、業務内容を簡便に測定する方法で、看護の質的な評価も加味した基準を作り上げる必要がある。
3. 看護の質を評価対象とするならば、看護要員は有資格者の人数で算定することを考えなければならない。

## 引用文献

- 1) 診療報酬体系見直し作業委員会、診療報酬体系見直し作業委員会報告書. 1999.  
[2005年10月7日検索]、インターネット  
<[http://www1.mhlw.go.jp/topics/iryo-ho/tp0113-1\\_19.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/iryo-ho/tp0113-1_19.html)>
- 2) 内田卿子、長尾眞澄、山崎絆、他、看護の質と看護度. 日本病院会雑誌. 2002 ; 49 (2) : 239-264.
- 3) 川島みどり、看護必要度を考える. 看護実践の科学. 1999 ; 24 (12) : 18-23.
- 4) 加藤尚子、堀口裕正、長谷川敏彦、平均在院日数と看護業務量の関係. 病院. 1999 ; 58 (6) : 587-590.
- 5) 岩澤和子、「看護必要度」の意味 より適切な評価基準はなにか 看護必要度への取り組みの歴史的概観. 看護. 2000 ; 52 (3) : 22-24.
- 6) 筒井孝子、「看護必要度」の意味急性期病棟における業務量調査データを用いた看護時間推定モデルの開発 「看護必要度」予測システム構築のための基礎研究. 看護. 2000 ; 52 (3) : 25-29.
- 7) 岩澤和子、診療報酬における入院看護サービスの評価と看護必要度. 日本病院会雑誌. 2002 ; 49 (2) : 211-218.
- 8) 野村陽子、看護必要度をめぐって 看護必要度と診療報酬 看護料算定への導入について. 看護管理. 1999 ; 9 (1) : 78.
- 9) 平井さよ子、いま話題の看護必要度とは何か. エキスパートナース. 2000 ; 16 (13) : 20-22.
- 10) 宇都由美子、看護量の測定と看護必要度に応じた効率的な業務の進め方 第3回 「看護必要量の測

- り方」. ナースデータ. 1999 ; 20 (8) : 36-38.
- 11) 岩澤和子、いま、なぜ「看護必要度」なのか. Nursing Today. 1999 ; 14 (7) : 20-24.
  - 12) 金井Pak雅子、看護必要度. 看護展望. 2001 ; 26 (2) : 97-100.
  - 13) 山田由美子、伊藤由美子、看護必要度による評価に備えてすべきこと. ナースデータ. 2001 ; 22 (8) : 12-19.
  - 14) 安川文朗、「看護必要度の意味」 看護必要度の医療経済学的検討 看護資源の評価と患者の厚生. 看護. 2000 ; 52 (3) : 33-37.
  - 15) 星和夫、「看護必要度」は本当に必要か. 看護管理. 2002 ; 12 (1) : 47-52.
  - 16) 嶋森好子、「看護必要度の意味」 看護職にとっての「看護必要度」 その意味と関与の仕方. 看護. 2000 ; 52 (3) : 30-32.
  - 17) 阿久津恵美子、看護必要度加算評価前の看護管理—看護度算定から看護必要度への換算を試みて— ナースデータ. 2001 ; 22 (8) : 25-30.
  - 18) 平井さよ子、上泉和子、看護必要度評価ツールの検討 看護必要量の評価基準に関する研究. 看護管理. 1999 ; 9 (2) : 154-158.
  - 19) 波川京子、吉留厚子、近藤裕子、他、二次圏医療における看護必要度から算出した看護職適正配置のための横断的研究. 平成14年度～16年度 科学研究費助成金研究成果報告書. 2005 : 6-21.
  - 20) 日本看護協会編、病棟における人員配置 平成16年度看護白書. 日本看護協会出版会. 2004 : 32.
  - 21) 春木邦恵、患者の属性・患者動態と超過勤務時間との関係について. 奈良県立三室病院看護学雑誌. 2001 ; 17 : 123-125.
  - 22) 田中京子、聖マリア病院母子総合医療センター母体・胎児集中治療室の適正人員配置についての検討(その1). 聖マリア学院紀要. 2000 ; 15 : 21-24.
  - 23) 嶋森好子、第4次医療法改正に関連して—「3 : 1看護」と「看護必要度」. 週間医学界新聞. 2003年3月27日 第2381号.
  - 24) 速報平成16年度診療報酬改定 看護関連版. 日本看護協会. 2004 : 1-8.  
[2004年7月20日検索]、インターネット  
<<http://www.nurse.or.jp/seisaku/h16shinryohousyu/pdf/h16sokuhou.pdf>>.
  - 25) 前掲書20). 33.

