

急性期病院の看護必要度からマネジメント課題を考える

高村 洋子

キーワード：看護必要度、急性期病院、平均在院日数、人員配置

1. はじめに

わが国の社会保障制度は急速な高齢化に対して、制度改革を行いながら必要な給付を図ってきた。その結果、社会保障給付費は増加を続け、現在では110兆円を超えて国の歳出額よりも大きくなっている。さらに加速する高齢化に対応し、社会保障費の財源の確保と社会保障制度の安定化をはかるために、社会保障制度改革国民会議において、社会保障制度改革案の検討が行われた。その報告書によれば、今後の医療・介護サービス提供体制として、病床の機能分化をさらに進めることで、より効率的・効果的な医療提供体制を構築して、相互の連携の深化を図る。また、医療と介護の適切な機能分担を図り、「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」への移行を推進する方向である。

このような医療をめぐる環境の中、急性期病院は、高度急性期を目指すのか、一般急性期として平均在院日数9日程度に短縮を図っていくかといった方針決定を迫られている。民間の地域基幹急性期病院であるA病院でも、地域の求める医療を提供できる組織として、生き残るために経営の維持安定化をはかりつつ、新たなステージへ向けて発展していくことが求められている。そのためには、急性期病院としてふさわしい医療機能であることを示せるよう、平均在院日数の短縮や地域連携強化および在宅復帰率の推進などの課題に取り組んでいく必要がある。

そして、急性期病院のマネジメント課題として、看護必要度も重視する必要がある。それは、2008年に7対1入院基本料の算定要件として、看護必要度の重症度基準を満たす患者（A得点が2点以上かつB得点が3点以上）の割合が10%以上という要件が加わったからである。さらに2010年には、看護必要度の重症度基準を満たす患者の割合の基準が15%以上に引き上げられ、急性期看護補助体制加算の算定要件にも加わった。看護の適切な人員配置を行うためのツールである看護必要度が、急性期病院のメルクマールの一つとなったのである。7対1の急性期病院の看護必要度の重症度基準

を満たす患者割合の平均は年々高くなっている。中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織「平成 25 年第 3 回入院医療等の調査・評価分科会」（以下第 3 回入院医療等の調査・評価分科会）の資料によれば、一般病棟 7 対 1 入院基本料の重症度基準を満たす患者割合は、平成 21 年の平均 16.1%から平成 24 年の平均は 20.1%となっていた。今後、7 対 1 入院基本料の算定要件としての重症度基準を満たす患者割合が 20%以上の基準となるとの予想もある。しかし、A病院の看護必要度の重症度基準を満たす患者割合は 20%に満たない現状である。

そこで本稿では、A病院の看護必要度のデータから、急性期病院としてのマネジメント課題を掘り下げ、検討を進めたので報告する。

2. A病院の現状

2-1. A病院の概要

A病院は民間の急性期地域基幹病院である。診療科は 27 科、病床数 1,161 床（ICU 8 床、NCU 8 床、CCU24 床、NICU21 床、GCU30 床、PICU 6 床）で、救命救急センター（20 床うち 8 床が救急 ICU）を有している。2012 年実績は病床稼働率 94.1%、平均在院日数 12.2 日、7 対 1 看護体制で入院基本料を算定している。A病院ではこの 10 年間地域連携体制の確立に向け、地域の病院と協力を行ってきた。A病院が急性期医療に重点を置き、近隣病院が後方病院として亜急性期、回復期を担当するという連携関係を構築した。その結果、平均在院日数の短縮、紹介率のアップにつながり、2008 年には地域医療支援病院となった。また、断らない救急をめざし、一次～三次患者を受け入れる ER 型救急に向け、救急医療センターの機能転換・拡大を図った。それまで、医師は専門科当直を中心とする体制であったが、救急専従医を迎え、総合診療科医、研修医、専門科当直医の 4 者体制となり、2011 年には救急患者数 66,800 人（1.7 倍；対 2000 年比）、救急車 8,000 台（2.4 倍；対 2000 年比）となった。入院患者を確実に受け入れるために、空床を効率的に活用し、稼働率の向上を図ってきた。そして、高度急性期病院としての使命を担い、医療水準の差別化を図るために、手術室、集中治療室、救急医療センターなどほぼ全施設の新築改修を行った。その結果、紹介率、新入院患者数、救急患者数、手術件数ともに増加した（表 1）。平成 23 年の A病院の医療圏シェアと月別平均患者数を図 1 に、DPC（Diagnosis Procedure Combination, 診断群分類）の効率性指数、複雑性指数を図 2 に示す。A病院には、今後もこの体制を維持向上させ、地域医療に一層貢献することが求められている。

表 1 : A 病院の活動実績

	02年	03年	04年	05年	06年	07年	08年	09年	10年	11年	12年
紹介率(%)	38.3	44.5	48.2	48.8	53.4	60.8	66.6	67.1	68	68.5	70.5
逆紹介率(%)							70.7	78.1	84.7	89	97.7
平均在院日数(日)	17.0	16.0	15.2	14.0	13.0	12.5	12.5	12.3	12.2	12.2	12.2
新入院患者数(人)	21,351	23,201	24,444	26,941	28,817	29,863	29,700	30,481	30,612	29,935	29,111
入院1日平均患者数(人)	1,086	1,099	1,084	1,103	1,110	1,116	1,098	1,108	1,126	1,115	1,085
外来1日平均患者数(人)	2,877	2,864	2,843	2,916	2,885	2,925	2,836	2,872	2,835	2,791	2,719
救急患者数(人)	47,943	55,842	58,139	66,480	68,711	71,701	66,142	70,981	66,662	66,820	63,659
救急車受入数(件)	4,319	4,557	5,433	6,445	6,967	7,319	7,257	7,782	8,039	7,978	7,953
手術件数(件)	10,493	10,766	11,256	11,410	11,531	11,270	11,261	11,867	11,857	12,150	11,644

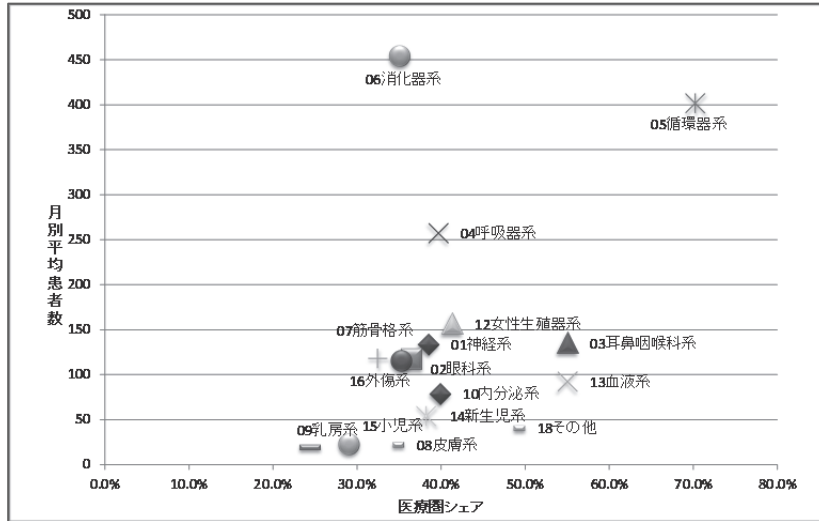


図 1 : A 病院の医療圏シェアと月別患者数

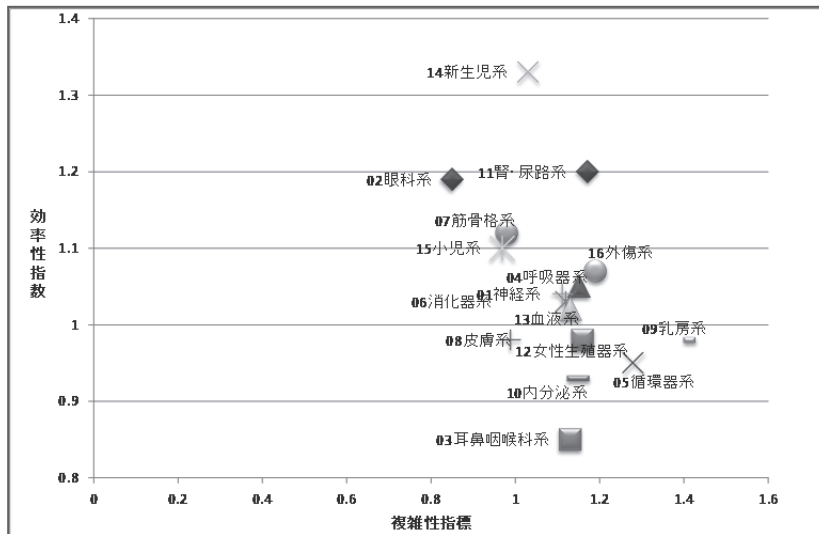


図 2 : A 病院の複雑性指数と効率性指数

2-2. A病院のこれからの経営課題

これからの10年は病床機能再編という大きな転換期を迎える。そして、A病院はこれまでの高稼働実績やチーム医療推進により、職員数は増加しており（図3）、大規模病院として人件費などの固定費の増大という重要な経営課題に直面している。また、職員数の増大は、組織の理念が浸透されにくいという課題も併せ持っている。そのような中であっても、地域医療のために、急性期病院として生き残ることがA病院の使命である。

一方で、A病院の診療圏であるB県南西部保健医療圏の人口は713,386人（2009年10月1日）から、711,898人（2013年6月現在）と減少している。2009年の老年人口（65歳以上）は171,127人で、当医療圏域人口に占める割合は24.0%と全国平均を上回っており、今後も高齢化率は高くなっていくことが予想されている。なお、2012年にはA病院の新入院患者がこの10年間で初めて減少した。また、これからの社会保障と税の一体改革など、医療をめぐる情勢も大きく変化する。これまで右肩上がりだった経営を維持安定化することは容易ではない。急性期病院として生き残るためには、平均在院日数を現在の12.2日から短縮を図るとともに、新入院患者を安定的に確保していく必要がある。

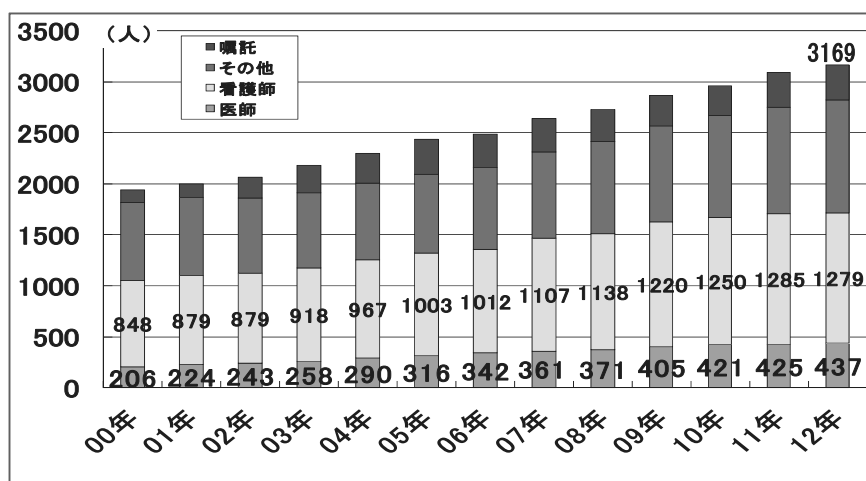


図3：A病院の職員数の推移

3. 急性期病院に求められる看護必要度

3-1. 急性期病院における看護必要度

A病院が急性期病院として生き残るための最低要件として、看護必要度の基準をクリアする必要がある。看護必要度とは、「入院患者に提供されるべき看護の必要量」であり、適切な看護人員配置のエビデンスとして示すために筒井ら(2010)により開発された看護可視化測定ツールである。看護必要度には、看護必要度評価表、重症度・看護必要度評価表(HCU)、重症度評価表(ICU)、一般病棟用の重症度・看護必要度評価表、日常生活機能評価表という5つ評価表が存在する。診療報酬への適用は、2003年に特定集中治療室の適正な利用を推進する観点から患者の状態を評価するツールとして重症度評価表が活用されたのが最初である。その後2004年には、ハイケアユニット入院医療管理料の新設に伴い、重症度・看護必要度にかかる評価表を用いての評価基準が診療報酬に適用された。そして、2006年より7対1入院基本料の算定要件に一般病棟用重症度・看護必要度評価票(表2参照)の重症度基準(A得点2点以上かつB得点3点以上)が組み入れられた。昨年の7対1入院基本料の医療機関の重症度割合は平均20.1%、中央値18.7%であり、今後重症度割合は20%へ引き上げられる可能性が示唆されている。

表2：一般病棟用重症度・看護必要度評価票

一般病棟用の重症度・看護必要度に係わる評価票			
A モニタリング及び処置など	0点	1点	2点
1.創傷処置	なし	あり	
2.血圧測定	0~4回	5回以上	
3.時間尿測定	なし	あり	
4.呼吸ケア	なし	あり	
5.点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6.心電図モニター	なし	あり	
7.シリンジポンプの使用	なし	あり	
8.輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9.専門的な治療・処置 (①抗生性薬物の使用 ②麻薬注射薬の使用 ③放射線治療 ④免疫抑制剤の使用 ⑤昇圧剤の使用 ⑥抗不整脈剤の使用 ⑦ドレナージの管理)	なし		あり
			A得点
B 患者の状況など	0点	1点	2点
1.寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
2.起き上がり	できる	できない	
3.座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4.移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
5.口腔清潔	できる	できない	
6.食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7.衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B得点

3-2. A病院の看護必要度

A病院では、一般病棟で「一般病棟用重症度・看護必要度基準」を使用し評価を行っている。そして、集中治療室および救命救急センターでは「重症度基準」を用いて評価を行っている。評価時間は0時～24時で、16時に一度評価を行い、その後24時までに変化があった場合は修正を行い、翌日再度確認をしている。A病院の「一般病棟用重症度・看護必要度基準」を用いた評価結果(2013年1月～5月)は17.9%～18.9%であった(図4参照)。今後、急性期病院としての看護必要度の重症度基準が20%に引き上げられた場合も想定して、要件を満たすための方策の検討が求められている。

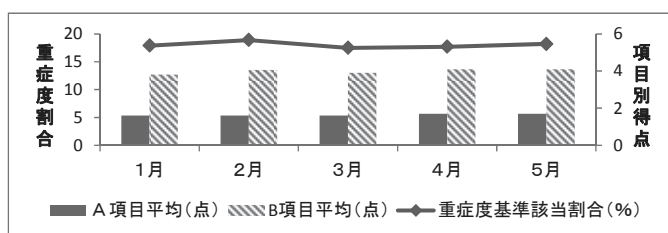


図4：A病院一般病棟看護必要度推移（2013年1～5月）

4. A病院の看護必要度の分析

4-1. 分析方法

急性期病院としてのメルクマールとして看護必要度の重症度基準が15%より高くなる可能性がある。この点も踏まえて、A病院の看護必要度の結果から、急性期病院としての課題を検討する。

A病院の一般病棟の重症度・看護必要度評価結果から2013年1月1日～5月30日に退院した患者（15歳未満の小児および産科患者を除く）を対象とし、診療科別の重症度割合、A・B得点、退院先別の得点、患者分類によるタイプについて集計・分析した。また上記期間のうち、2013年5月1日～5月30日の1か月の看護必要度項目別集計・分析を診療科ごとに行った。

4-2. 集計・分析結果

調査期間の対象者は7,825名、うち男性4,505名(57.6%)、女性3,320名(42.4%)であった。対象の平均年齢は66.5歳(標準偏差16.4)、最小値15歳、最大値101歳で、男女とも70歳代が最も多く、次いで60歳代が多かった(図5)。平均在院日数は14.1日(標準偏差12.8)で、最小値2日、最大値116日であった。

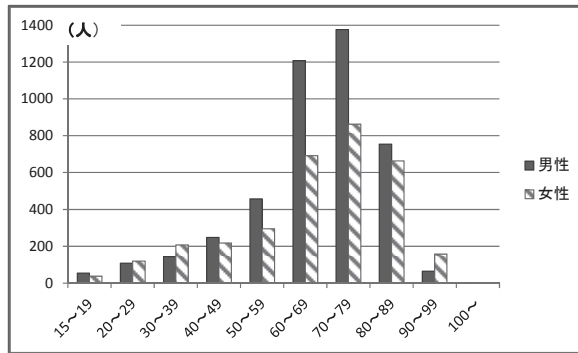


図5：入院時年齢

① 診療科別看護必要度（表3・表4参照）

調査期間の一般病棟用の重症度・看護必要度（以下看護必要度）を診療科別にみると、患者数は消化器内科、呼吸内科、循環器内科、整形外科、外科の順に多かった。看護必要度の重症度割合（一般病棟用看護必要度A得点2点以上かつB得点3点以上の割合）では、循環器内科29.9%、リウマチ・膠原病科28.4%、小児科27.3%、脳神経外科26.8%、呼吸器外科20.8%の順に高かった。消化器内科は9.8%、整形外科は12.1%であった（表3参照）。

看護必要度のA・B項目ごとの入院時の平均値を診療科別にみると、A得点平均値が最も高かったのは、表4より循環器内科の2.2点であり、ついで血液内科1.2点、心臓血管外科1.3点、脳神経外科1.0点の順であった。重症度基準であるA項目2点以上に平均点が該当するのは循環器内科だけであった。B得点平均値が最も高かったのは、脳神経外科5.6点であり、ついで整形外科3.9点、循環器内科3.3点、神経内科3.1点の順であった。B得点平均値の高い4診療科で重症度基準の3点を超えていた。

また、宇都(2012)でも指摘しているように、入院期間中のA項目・B項目の看護必要度得点累計がいずれも0点という対象が存在した。内訳をICD10コード（疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版）でみると内分泌代謝・栄養疾患が最も多く43件、次いで悪性腫瘍41件などがあった。この結果は宇都(2012)のものと同様であり、2型糖尿病などの症状コントロール、もしくは教育入院のケースや悪性腫瘍で、抗がん剤の内服を受けている患者と推察された。

表3：診療科別看護必要度重症度割合 5ヶ月間 (n=98,853)

診療科	看護必要度		合計	割合
	非該当者数	該当者数		
循環器内科	7,616	3,251	10,867	29.9%
リウマチ・膠原病科	835	332	1,167	28.4%
小児科	104	39	143	27.3%
脳神経外科	1,082	397	1,479	26.8%
呼吸器外科	1,658	435	2,093	20.8%
外科	7,979	2,083	10,062	20.7%
脳卒中科	3,262	810	4,072	19.9%
神経内科	1,617	401	2,018	19.9%
心臓血管外科	2,147	512	2,659	19.3%
形成外科	779	179	958	18.7%
内分泌代謝科	701	151	852	17.7%
呼吸器内科	9,365	1,777	11,142	15.9%
腎臓内科	2,397	444	2,841	15.6%
泌尿器科	2,991	550	3,541	15.5%
耳鼻科	2,873	466	3,339	14.0%
産婦人科	2,149	318	2,467	12.9%
整形外科	9,515	1,306	10,821	12.1%
血液内科	7,493	830	8,323	10.0%
消化器内科	12,168	1,327	13,495	9.8%
糖尿病内科	1,950	104	2,054	5.1%
皮膚科	588	19	607	3.1%
眼科	3,811	42	3,853	1.1%
総計	83,080	15,773	98,853	16.0%

表4. 診療科別看護必要度項目別得点 (入院時 n=6,581)

診療科別	看護必要度A得点				看護必要度B得点			
	平均点	標準偏差	最小値	最大値	平均	標準偏差	最小値	最大値
リウマチ・膠原病科	0.6	0.9	0	3	1.7	3.1	0	12
外科	0.7	1.4	0	7	1.3	2.6	0	11
眼科	0.1	0.3	0	3	0.5	1.6	0	12
形成外科	0.3	0.9	0	5	2.1	3.2	0	11
血液内科	1.3	1.5	0	8	1.9	2.9	0	12
呼吸器外科	0.4	1.0	0	5	0.6	1.6	0	11
呼吸器内科	0.8	1.1	0	7	1.7	2.7	0	12
産婦人科	0.3	0.7	0	4	0.8	2.0	0	10
耳鼻科	0.1	0.5	0	4	0.5	1.5	0	12
循環器内科	2.2	1.5	0	8	3.3	3.3	0	12
小児科	0.7	1.1	0	3	3.2	4.5	0	12
消化器内科	0.6	1.0	0	6	1.5	2.6	0	12
心臓血管外科	1.3	0.9	0	7	0.5	1.6	0	11
神経内科	0.9	1.1	0	4	3.1	3.6	0	12
腎臓内科	0.6	1.0	0	5	1.3	2.8	0	11
整形外科	0.3	0.7	0	5	3.9	3.9	0	12
糖尿病内科	0.2	0.5	0	3	0.6	1.9	0	10
内分泌代謝科	0.3	0.7	0	3	0.4	1.6	0	11
脳神経外科	1.0	1.3	0	5	5.6	3.9	0	12
脳卒中科	0.4	0.7	0	3	2.1	2.7	0	11
泌尿器科	0.2	0.5	0	4	0.7	1.9	0	11
皮膚科	0.3	0.7	0	2	0.9	1.5	0	7
総計	0.7	1.2	0	8	1.7	2.9	0	12

次に、項目ごとの得点を2013年5月1日から5月31日の看護必要度評価結果(延人数2798人分)からみると、A項目で該当数が多いのは、心電図モニター、呼吸ケア、専門的治療であった(図6参照)。時間尿測定は該当数が最も少なかった。B項目では、移乗、衣服の着脱、口腔ケアの順に多かった。

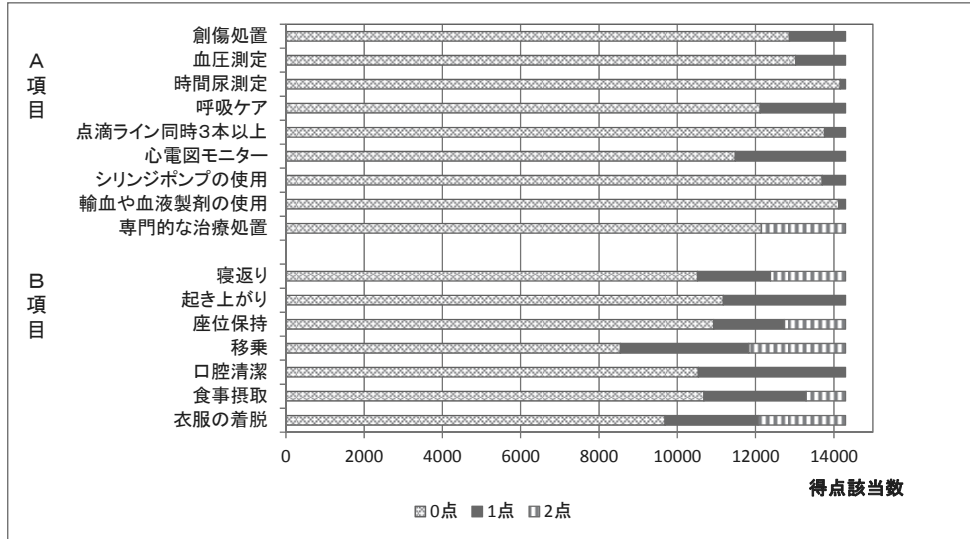


図6：項目別得点該当数（2013年5月1日～5月31日）

診療科別にみると、A項目の心電図モニターは循環器内科・心臓血管外科の該当割合が高く、呼吸ケアは呼吸器内科の該当割合が高かった（図7参照）。B得点は整形外科が最も該当割合が高く、次いで循環器内科、呼吸器内科の順であった（図8参照）。

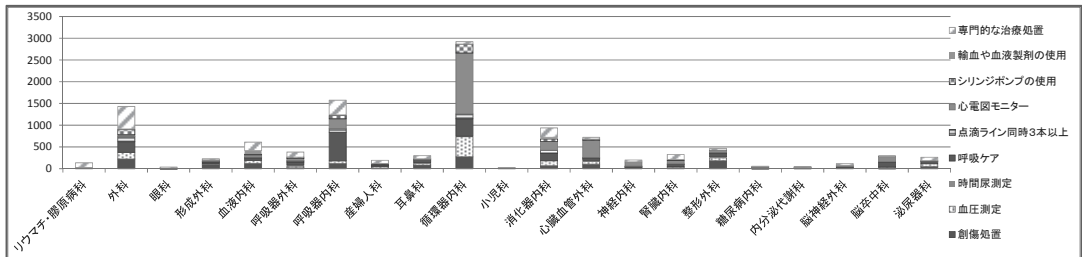


図7：診療科別 A項目得点（2013年5月1日～5月31日）

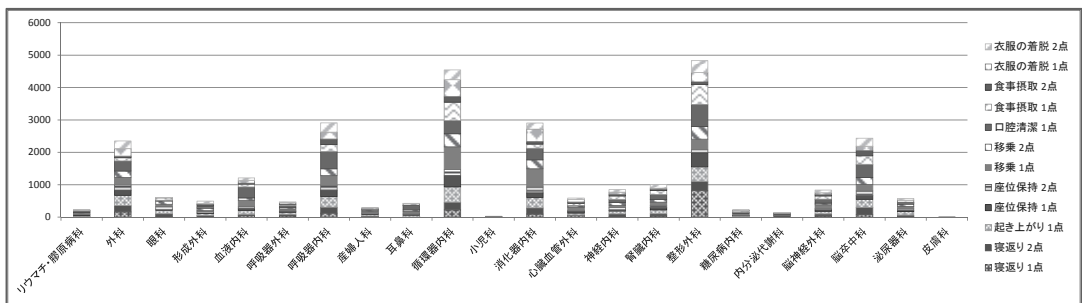


図8：診療科別 B項目得点（2013年5月1日～5月31日）

②入院経過別の看護必要度重症度割合

入院経過日数別に重症度該当数をみると、入院2日目が最も多く、次いで入院3日目、入院4日目、入院当日の順であった(図9参照)。重症度該当割合でみると入院2日目が25.0%、入院3日目17.3%、入院4日目16.6%で、入院当日は10.9%と低い傾向であった。救急入院で救急病棟を1日経過したケース(719件)があり、入院当日データ数が入院2日目より少なかった。

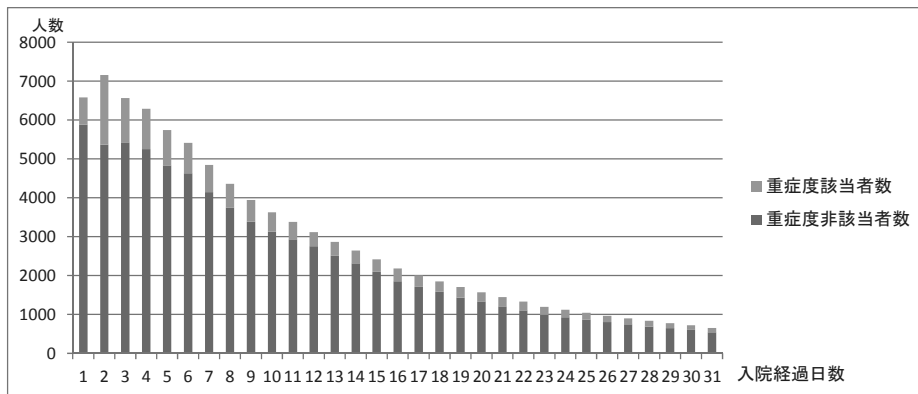


図9：入院経過別 重症度該当者数

入院当日の重症度該当割合を診療科別にみると、循環器内科が最も高く、次いで脳神経外科となっていた(表5参照)。診療科別の重症度該当件数を入院経路別にみると、救急入院が多かった(図10参照)。全体では、重症度該当698件のうち、救急入院が546件(78.2%)、予定入院は152件(21.8%)であった。

表5：入院1日目診療科別看護必要度重症度割合

診療科	非該当数	該当数	総計	割合
眼科	490	1	491	0.2%
泌尿器科	416	6	422	1.4%
糖尿病内科	131	3	134	2.2%
皮膚科	42	1	43	2.3%
耳鼻科	360	9	369	2.4%
形成外科	57	2	59	3.4%
内分泌代謝科	84	3	87	3.4%
リウマチ・膠原病科	52	2	54	3.7%
産婦人科	281	13	294	4.4%
呼吸器外科	191	9	200	4.5%
心臓血管外科	142	7	149	4.7%
脳卒中科	94	5	99	5.1%
腎臓内科	172	10	182	5.5%
整形外科	498	32	530	6.0%
血液内科	284	26	310	8.4%
呼吸器内科	453	45	498	9.0%
外科	624	64	688	9.3%
消化器内科	838	95	933	10.2%
神経内科	90	16	106	15.1%
小児科	5	1	6	16.7%
脳神経外科	50	24	74	32.4%
循環器内科	529	324	853	38.0%
総計	5883	698	6581	10.6%

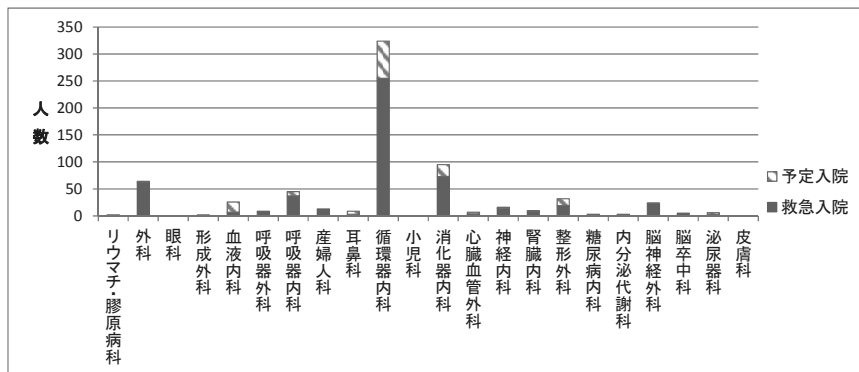


図 10：診療科別入院当日の重症度該当件数（救急入院と予定入院）

③ 退院先別看護必要度（表 6・7 参照）

退院先別（死亡症例を除く）に看護必要度の得点をみると、A項目の平均得点は外来と転院で差はみられず、いずれも1点に満たなかった。B項目の平均得点は、転院が6点で最も高く、次いで介護施設が5点と他の退院先には比べ高い傾向であった。また、転院で最も多かったDPC診断群「010060 脳梗塞（JCS30 未満）」63例の入院時と退院時の看護必要度得点を比較した。A得点もB得点も入院時に比べ退院時には改善がみられていた。

表 6：退院先別看護必要度得点（退院時）

退院先	データ数	平均A点数	標準偏差	最小値	最大値	平均B点数	標準偏差	最小値	最大値
外来(自院)	4621	0.5	2.1	0	7	0.9	0.9	0	12
外来(他院)	956	0.8	2.7	0	6	1.6	0.9	0	12
転院	632	0.8	4.0	0	6	6.0	1.0	0	12
終了	237	0.5	1.0	0	7	1.7	2.8	0	12
その他	57	0.8	2.3	0	3	1.2	0.9	0	12
介護施設	1	0.0	0.0	0	0	5.0	0.0	0	5
合計	6504	3.4	12.0	0	7	16.5	6.5	0	12

表 7：DPC「010060 脳梗塞（JCS 30 未満）」の入院時と退院時の看護必要度得点

	データ数	平均A点数	標準偏差	最小値	最大値	平均B点数	標準偏差	最小値	最大値
入院時	63	1.3	1.1	0	5	12	2.9	1	12
退院時	63	0.4	0.8	0	3	6.1	4.2	0	12

④ 診療科別患者タイプ分類（図 11 参照）

看護必要度得点から、診療科別に東野ら(2011)の開発した一般患者分類のタイプ別に分類した。患者タイプ5はA得点4点以上かつB得点6点以上のICUレベルの患者であり、呼吸器外科(12.5%)、外科(9.3%)、循環器内科(6.2%)の割合が高かつ

た。患者タイプ4は、A得点2点以上かつB得点3点以上でICUレベルには該当しない患者で、脳神経外科(24.8%)、リウマチ膠原病科(24.3%)、循環器内科(23.6%)の割合が高かった。これらの診療科では、患者タイプ4と患者タイプ5の割合を合わせて2割を超えていた。

患者タイプ3は、A得点1点以下かつB得点3点以上または、A得点2点以上かつB得点2点以下の患者で、脳卒中科、リウマチ膠原病科、脳神経外科で50%を超える割合であった。患者タイプ2は、A得点1点かつB得点2点以下または、A得点0点かつB得点1点以上2点以下の患者で、心臓血管外科(43.3%)、形成外科(34.3%)、循環器内科(31.7%)の順に高い割合であった。

患者タイプ1はA得点が0点かつB得点が0点の患者で、治療処置がなく、日常生活も自立している患者である。タイプ1は、眼科(69.6%)、糖尿病内科(68.8%)、産婦人科(51.4%)で5割を超えていた。

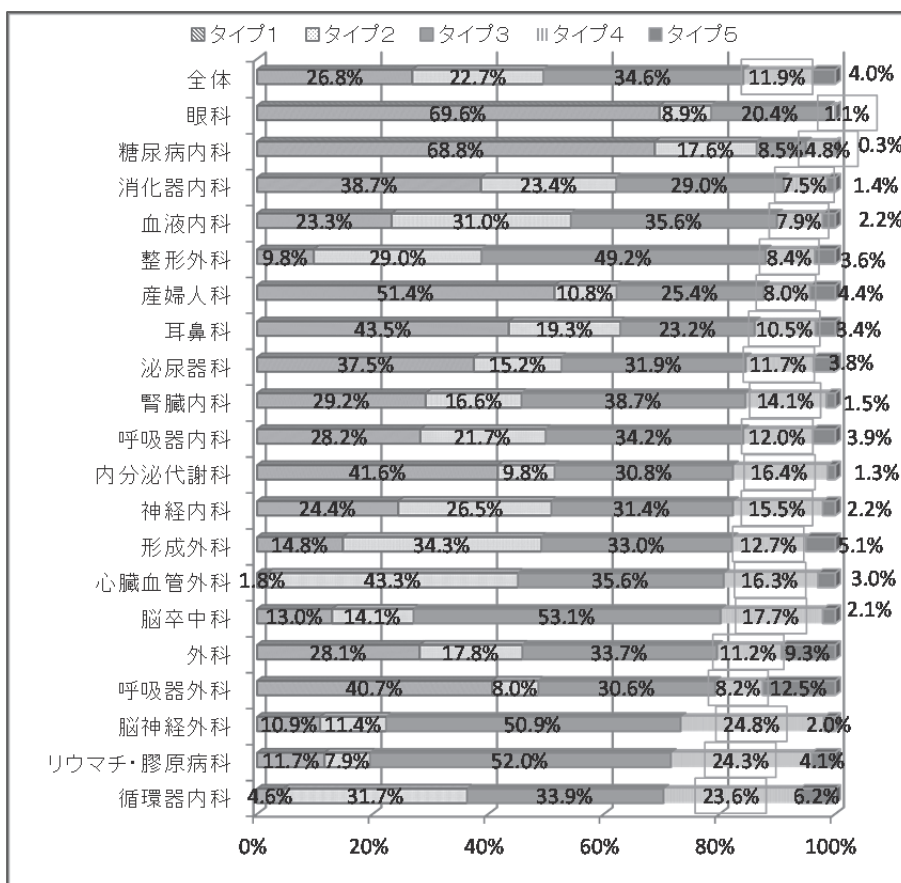


図 11 : 診療科別一般患者分類による患者タイプの分類

4-3. 分析まとめ

A病院の看護必要度の重症度割合は、循環器内科が最も高く、眼科が最も低かった。項目ごとの平均得点では、B項目の平均値が重症度基準に該当する診療科は5診療科で、A項目は循環器内科1診療科であった。入院期間中、A項目もB項目も0点のケースが内分泌代謝・栄養疾患43件、悪性腫瘍41件があった。これは宇都(2012)と同様の結果であった。

項目別では、A項目の心電図モニター、呼吸ケア、専門的治療が高く、この3項目に該当している患者数の多い診療科がA項目の平均が高い傾向であった。

入院経過日数では、重症度割合の最も高いのは、入院2日目であり、次いで3日目、4日目であった。入院当日の重症度割合は10%と低かった。入院当日の重症度基準に該当するケースはほとんどが救急入院であり、予定入院では少なく、外科系の予定入院では入院当日の重症度該当するケースはほとんどなかった。

退院先別の看護必要度の得点をみると、A得点では退院先による差がなく1点未満であった。B得点では転院が6点と高く、次いで介護施設が5点と退院先によって差がみられた。

診療科別患者分類のタイプでは、タイプ5・4と重症患者の割合の高い診療科は、看護必要度の重症度割合の高い診療科であった。看護の手がかからないタイプ1は眼科、糖尿病内科の順に多く、5割を超えていた。

5. 看護必要度からみた急性期病院の課題

5-1. 急性期病院のメルクマールとしての看護必要度

2012年の診療報酬改定では、患者像に即した適切な評価や病床機能分化を一層促進する観点から、7対1入院基本料の算定要件に看護必要度の重症度基準を満たす患者の割合が10%から15%に引き上げられた。しかし、「平成25年度第3回入院医療等の評価分科会」の資料によると、平成24年7対1入院基本料届出病床数は前年に比べ緩やかな伸びではあったものの、357,559床に増加していた。一方、看護必要度の基準に該当する患者割合は平成21年度の平均16.7%から、平成24年度は平均20.1%と高くなっていった。この結果は何を意味するのであろうか。現在の看護必要度の算定要件では、患者像に即した適切な評価や病床機能分化を一層促進するには至っていないのではないだろうか。

本稿のA病院の看護必要度結果では、現在のA項目である治療や処置が多い循環器

内科、リウマチ・膠原病科、脳神経外科の診療科の患者に重症度基準の割合が高いという傾向であった。この傾向から、特定の診療科の専門病院では重症度基準の割合が高くなると推察される。筒井（2008）にもあるように、15%程度までの基準であれば、診療科の偏りの影響は少なく、基準たりうるが、それ以上の20%が基準となった場合、循環器系、呼吸器系、脳神経系の診療科を有する施設が有利となる可能性がある。「平成25年第3回入院医療等の評価分科会」の資料によると、昨年の調査で血圧測定や時間尿測定の項目では、7対1入院基本料の施設より、療養型の施設の方が高いという結果がみられた。そのような実態を踏まえて、「平成25年第7回入院医療等の評価分科会」では、7対1入院基本料を算定する医療機関について、症状の安定した病態の患者に対して、長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された医療を提供するのではなく、「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し高度な医療を提供すること」とされた。そして、現在看護必要度の項目について見直しが検討されている。看護必要度は「入院患者へ提供されるべき看護の必要量」であり、病態や行われている治療に影響される。同時に、看護必要度の定義に沿って正しく評価が行われているかの検証が適切に行われるような仕組みが必要ではないだろうか。

2010年より7対1急性期病院では、入院基本料の算定要件である看護必要度のデータを集積している。このデータを活用して、看護必要度をベンチマークできれば、急性期の看護の標準化にいかせると考える。宇都（2012）によれば、看護必要度のA項目はDPCデータと関連するため、DPC対象病院の場合、様式調査データの活用により、A項目の評価は可能である。そうすることで、看護師が看護必要度評価にかけている時間の短縮につながり、適切で検証しやすい評価となるのではないか。

また、急性期病院の看護必要度を適切に評価するには、重症化した患者が入室するICUなどの集中治療室での評価も含めるべきである。現在は、集中治療室の患者は一般病棟用とは異なる評価票を用いており、同じ看護必要度で評価できない。これでは、「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し高度な医療を提供」した看護必要度のデータを一連でみることができない。今回A病院の看護必要度のデータも入院時からICUや救命救急病棟に入室した患者の経過を一般病棟用重症度・看護必要度では把握できなかった。今後は集中治療室と一般病棟で同じ看護必要度基準を用いることが望ましいと考える。

5-2. 急性期病院としてのA病院の課題

A病院の看護必要度からみえてきた急性期病院としての課題は、複雑な病態をもつ「急性期の患者に対し高度な医療を提供している」ことを、看護必要度だけではなく、平均在院日数や救急受け入れ患者数など様々な実績として示していくことである。

看護必要度を入院経過でみると、とくに予定入院当日の重症度割合が低い傾向にあった。予定入院の場合に入院当日から必要な治療や処置が行えるようにすれば、平均在院日数の短縮となる。それには、外来での入院前準備の体制を整える必要がある。例えば、外来で手術前に麻酔科受診など手術に向けての準備を整えていくことは、高齢者の手術件数が増加する中、平均在院日数の短縮だけでなく合併症予防にも有効である。また、A病院が高度急性期病院を目指す場合、平均在院日数の短縮に向けて効率性を高めなければならないが、A病院ではクリニカルパスの利用率が平均50%で推移している。箕浦(2011)は、看護必要度得点をDPCコードと合わせてみていくことで、重点的看護介入のための人的投入や療養環境調整の計画ができる指標作成の手がかりになるとしている。今後は看護必要度データを活用して、標準的で効率的なクリニカルパスの作成を推進する必要がある。

そして、現在の看護必要度の重症度基準では評価されない、糖尿病教育入院や眼科疾患などを、急性期病院として今後どうしていくかを検討する必要がある。今回の分析では触れることができなかったが、急性期病院の患者の多くは併存症を抱えており、総合病院で複数の診療科にかかっていることも少なくない。そのような点も踏まえて検討が必要であるが、急性期病院でなければならない疾患や病態であることが示せるよう、行っている医療や看護の可視化が求められる。現在、看護必要度の新たな項目として、計画に基づいた10分以上の指導を追加することを検討されている。その項目の根拠となる記録や行ったケアによってのアウトカムを示すことも、急性期病院にはこれから求められる課題である。その一方で、重症度の高いタイプ4と5の患者が2割を超える診療科があった。タイプ別分類を手掛かりに看護師の人員配置にいかすとともに、看護必要度には現れない看護業務を可視化して、合わせてみるべきである。

今回のタイプ分類で人員配置を試算したところ、前述のように重症度の割合が2割以上の診療科とタイプ1が5割の診療科を比べても、配置看護師数にすると1～2名程度の違いであった。タイプ4・5の患者が2割を超えると、7対1程度の看護師配置でも十分な看護の提供は困難といわれる。看護師配置人数と平均在院日数は相関があり、看護師の配置人数が増えると平均在院日数は短縮する。7対1看護体制といっても、諸外国に比べればまだまだ少ない人員配置である。高度急性期病院は、医療の

質の持続的進化とそれに必要な人材と財務の確保が重要で最大の課題といわれる。大規模病院にとっては費用対効果をぎりぎりまで追求するマネジメントは容易ではないが、質の高い医療の提供が行えるよう必要な人材を今後も確保していかなければならない。看護必要度のタイプ別分類を参考にしつつ、病棟の稼働率や手術件数、転倒転落アセスメントや褥瘡リスクアセスメントなど看護師がアセスメントすることで予防につながる項目をピックアップしてデータ化し、人員配置に活かしていく必要がある。

看護必要度のA項目得点は入院経過とともに減少していく傾向にあるが、B項目は患者の年齢や病態によっては入院経過を経ても高いまま推移する傾向があった。これからますます高齢患者が増加していくことを考えると、より早期のリハビリ促進や地域での連携を強化していく必要がある。看護必要度のA得点が減少した時点は退院時期の目安になる。今後は、病棟別に退院カンファレンスの実施時期と看護必要度得点をあわせてみていくことで、適切な転院や退院に向けた介入時期の妥当性の検証にも活用できる。A病院では、これまで地域連携体制を整え、看護連携を奨める会の発足や多職種連携を推進し、地域の病院と顔の見える関係を築いてきた。今後は地域包括ケアシステム構築に向け、さらに地域との連携を深化させねばならない。地域連携の深化とは、地域を統合していくという考え方である。地域統合では、ケア受給者（患者やケア利用者）がシームレスにケア提供を受けることが重要であり、それにはケアの継続性と質、アウトカムが重要とされている。地域統合とひとことでいっても、企業や法人のように同一組織ではない異なる組織間での統合は容易ではない。A病院がこれまで以上に、自院の利害にとらわれず、地域に求められている医療の提供をめざしていくことが、地域統合へとつながるのではないだろうか。

6. おわりに

今まさに、中央社会保険医療協議会では看護必要度の見直しを含めた次年度の診療報酬改定についての議論がなされている。看護必要度は多くの急性期病院で看護師が評価している貴重なデータである。しかし、残念ながらこの貴重なデータを活用できている施設は少ない。集中治療室も含め、統一した看護必要度の評価票を用いて、必要な看護量を測定できれば、一層臨床に即した人員配置に役立つツールとなる。

診療報酬の算定要件としての重症度割合だけでなく、病院のマネジメントにいかせるツールとして看護必要度を適正に評価していくこと、多くの病院が蓄積しているデータを共有・活用して、看護の標準化に活かしていくことを今後の課題としたい。

謝辞

本稿をまとめるにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に熱心かつご丁寧な指導を賜りました。深く感謝いたします。また本稿作成にあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメントコースの多くの教員の先生方、すべての同期生の皆様に多くの教えをいただきました。心よりお礼を申し上げます。

そして、公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 相田俊夫副理事長には、本稿をまとめるにあたり、ご支援ご指導を賜りました。深く感謝しております。同倉敷中央病院 黒瀬正子看護部長をはじめ看護部の皆様、中島雄一経営企画部長には本稿作成だけでなく在学中多くのご支援を賜り、温かく励ましていただきました。心より感謝の意を表して謝辞といたします。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 宇都由美子(2012)「再考看護必要度 看護必要度の現状と課題」、『看護展望』、37(3)、pp. 8-13。
- [2] 堺常雄・高橋淑郎編著(2013)『病院経営のイノベーション』、建帛社。
- [3] 嶋森好子・筒井孝子編集(2008)『マネジメントツールとしての看護必要度第2版』、中山書店。
- [4] 高谷薫(2012)「急性期における看護必要度について」、『商大ビジネスレビュー』2(1)、pp. 133-149。
- [5] 筒井孝子(2008)『看護必要度の看護管理への応用－診療報酬に活用された看護必要度』、医療文化社。
- [6] 筒井孝子・岩澤和子監修(2010)『看護必要度 第4版 看護サービスの新たな評価』、日本看護協会出版会。
- [7] 筒井孝子(2013)「アウトカム評価とその根拠となる看護記録の考え方「看護必要度」のさらなる活用に向けて」、『看護管理』23(7)、pp. 540-546。
- [8] 筒井孝子(2013)「兵庫県立大学大学院経営研究科平成25年4月6日講義資料」
- [9] 東野定律・大冢賀政昭・筒井孝子(2011)「一般病棟用「重症度・看護必要度」に関する評価票」を用いた患者分類の有用性、妥当性に関する研究」、『経営と情報』、24(1)、pp. 51-62。
- [10] 福井トシコ・島村祥子(2010)「「看護必要度得点」からみた患者特性の実態と人員配置への課題」、『EBNURSING』10(3)、pp. 62-66。

- [11] 箕浦洋子(2011)「マネジメントツールとしての看護必要度活用方法に関する研究～地域連携クリニカルパスのDPCコードと看護必要度からの分析」、『商大ビジネスレビュー』、1(1)、pp.215-226。
- [12] 渡辺幸子・上村久子(2009)「新しいエビデンスづくり、これからの看護必要度とDPCの展望」、『Nursing BUSINESS』、3(12)、pp.1104-1108。

参考ホームページ

- [1] 岡山県医療計画
<http://www.pref.okayama.jp/page/detail-90978.html>
(2013年8月18日アクセス)
- [2] 厚生労働省 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織「平成25年第3回入院医療等の調査・評価分科会議事」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034a08.html>
(2013年8月1日 アクセス)
- [3] 厚生労働省 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織「平成25年度第7回入院医療等の調査・評価分科会議事」中間とりまとめ(案)について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000013633.html>
(2013年8月1日アクセス)
- [4] 厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会(第239回)資料3「入院医療(その1)」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002wkap.html>
(2013年8月18日アクセス)
- [5] 社会保障制度改革国民会議
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/>
(2013年8月18日アクセス)
- [6] 病院情報局
<http://hospia.jp/hosdetail/>
(2013年8月18日アクセス)