

7 対 1 病棟から地域包括ケア病棟への検討

～阻害因子とその解決策～

矢野 啓子

キーワード：医療資源投入量、医療看護必要度、病床機能

1. はじめに

超高齢化社会の到来に伴う医療ニーズの増大に対し、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的に、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築が推進されている。また少子高齢化社会では、今後地域ごとに様々な形で医療受給のミスマッチが予想されている。加えて従来型の“治す医療”を受ける患者が減り“治し支える医療”を受ける患者が増えていくことになる。2015年3月に、「地域医療構想策定ガイドライン」が決定・公表され、各都道府県の「地域医療構想調整会議」では、2025年の医療提供体制構築に向けた地域医療構想の策定が始まっている。地域医療構想では、2025年における高度急性期、急性期、回復期、慢性期という医療機能ごとの必要病床数と、在宅医療等の供給量などが設定される。高度急性期では他の構想区域の医療機関で医療を提供することも検討され、急性期では一部を除き構想区域内で完結、そして、回復期・慢性期においては基本的に構想区域内で完結することとされている。つまり在院日数を目安に峻別されていた医療機能が、医療資源投入量をもとに峻別されるようになる。これらの改定によって、診療科別の病棟構成を、病床機能ごとに多診療科が混在する構成に変更する動きが加速すると予想される。また急性期の中でも重症、中等症、軽症があり、全て7対1病棟で受け入れるのではなく、その内の一部を亜急性期すなわち現在の地域包括ケア病棟でも診ていくという考えもある。

以上のような変化の中で、急性期の医療現場と在宅をつなぐ役割を期待され、地域住民の救急を受け入れ在宅移行までを支援してきた中規模の急性期病院では、高度急性期医療と地域をつなぐ小回りの利く連携を一層強化していく必要がある。そのためには、高齢者の増加に伴う回復遅延に対して、14年度の診療報酬改定で整理された地

域包括ケア病棟を7対1病棟からの亜急性期患者の受け皿として活用するとともに、重症化が進む急性期病床の機能をさらに強化する必要があると考える。この変更は、今まで少数の診療科の看護に専念してきた病棟の運営を大きく変化させるため、安全面に考慮するとともに、今まで以上の病床コントロールが重要となる。

本論文では、地域医療支援病院、県指定の地域がん診療連携拠点病院として機能してきたA病院のDPCデータや診療データをもとに現状を把握し、地域におけるポジションを明らかにするとともに、病床機能分化の方向性を検討していく。併せて一般用医療看護必要度（以下看護必要度と表す）のデータをもとに、施設の強みを強化していくために看護職がその役割を最大限に発揮できるような人員配置も検討していく。

2. 目的と方法

本研究の目的は、以下の3つである。

1. A病院の属する診療圏の環境を人口動態等から分析し、診療圏におけるA病院の役割と経営課題を明確にする。
2. A病院が2次医療圏の地域医療構想において、どの病床機能や診断群に力点を置くべきかを、現在のMDC分類別の医療資源投入量と看護必要度から分析する。
3. 7対1病床を他の病床機能に変更することを視野に入れた、看護体制を検討するとともに、選択した病床機能に鑑みた収益シミュレーションを行い、医業収益の予想を行い、経営効果を検討する。

本研究は稼働病床344床のA病院をケースとして用い、以下の①から④のデータをもとに、病床機能の変更を検討した。

- ① A病院の診療圏と診療機能については、2014年10月1日から2015年3月31日の間に、A病院に入院した4,280人の入院患者の居住地データ。
- ② 2014年1月1日から2015年3月31日にA病院に入院した2,218人の患者のうち、小児科入院患者249人と複数回入院した患者の2回目以後の入院193人を除く、新入院患者1,776人における、看護必要度の入院経過日数別の推移。
- ③ 2015年3月1日から3月31日にA病院に入院していた患者967人の医療資源投入量別の入院患者人数の分布（3,000点以上、600点以上3,000点未満、175点以上600点未満、175点未満）と、診断群別の分布。
- ④ ②と③のデータをもとにした、収益面と人員配置についての検討。

医療資源投入量は、A病病院の2015年3月の診療報酬から入院基本料相当とリハビリテーション料を除いた出来高点数を用いている。また看護必要度が一日に複数回入力

されている患者については、14時の時点のデータで分析を行い、小児科入院患者は、看護必要度の判定が行われていなかったため、分析対象から外した。

3. 分析内容と考察

3-1. 二次医療圏の分析

A病院が属する二次医療圏は、総人口約72万人（2010年）、面積481km²、人口密度は1,506人/km²の地方都市型二次医療圏で、高齢化率は21.6%となっている。所在市（A市）の人口は19.6万人で高齢化率20.0%である。二次医療圏の総人口は2015年をピークに徐々に減少し2040年では、2010年の12%減少となる（図1参照）。一方で老年人口は増加し、2040年には2010年の1.5倍になると推計されている。それに伴い医療介護の需要も増大し、同じく2010年対2040年比で、医療費は1.2倍、介護費は1.8倍になると予想されている（図2参照）。

所属二次医療圏には基幹病院が複数あるが、急性期医療の提供能力は低く（全身麻酔数の偏差値35-45）、人口当たりの一般病床数もやや少なく、一般病床の流入-流出差が-14%あるなど、隣接する医療圏への患者流出が多い医療圏である。人口当たりの療養病床はやや多く、療養病床の流入-流出差は、+15%である。今後、患者数は、ほとんどすべての疾病区分で増加するが、特に循環器系・呼吸器系の増加が多く、次いで内分泌系疾患が増加する。逆に周産期に発生する病態では、患者数が減少する。二次医療圏の総高齢者施設ベッド数は、8,871床となっており、全国平均レベルをやや上回る。そのうち介護保険施設のベッドが4,525床、高齢者住宅等が4,346床ある。

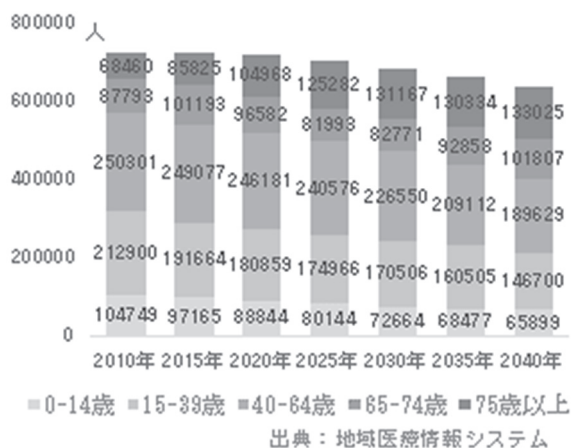


図1 二次医療圏将来推計人口

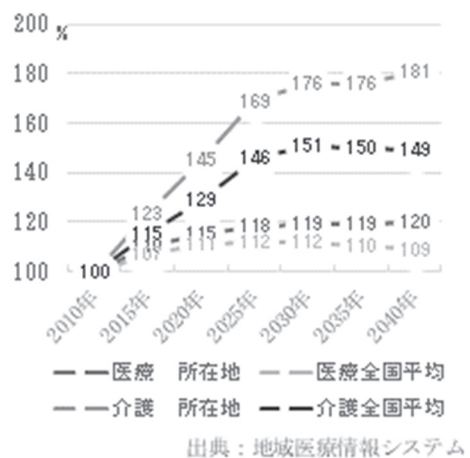


図2：二次医療圏医療介護需要予測指数

3-2. A病院の概要

(1) A病院診療内容

A病院は、稼働病床 344 床 診療科 26 科の地方公営企業法全部適用の総合病院で、地域医療支援病院や兵庫県がん診療連携拠点病院、基幹型臨床研修病院、二次救急病院の指定を受けている。

2014 年度の一平均入院患者数は 288 人、外来 837 人、病床利用率 81.0%（対稼働病床）、平均在院日数 12.9 日、紹介率は 65.9%、逆紹介率は、87.6%であった。一般病棟入院基本料（7 対 1 入院基本料、看護必要度加算 1）総合入院体制加算 2、急性期看護補助体制加算（25 対 1）、小児入院医療管理料 3 の届け出を行っている。2014 年度の 1 日当たりの平均入院診療単価は 60,307 円、年間手術件数 3,316 件（うち全身麻酔 1,900 件）であった。

2014 年 10 月から 2105 年 3 月末日までの期間に、A病院へ入院したのべ入院患者 4,280 人の居住地は、A市在住者が 72%を占め二次医療圏内の患者を合わせると 87%になっている（図 3 参照）。同期間の最も多い MDC 分類は、消化器系疾患となっており（図 4 参照）、診断群分類では、肺の悪性腫瘍と白内障が全体の 6%を占めている。

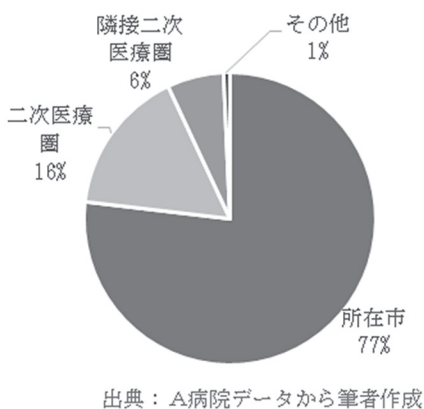


図 3：入院患者居住地

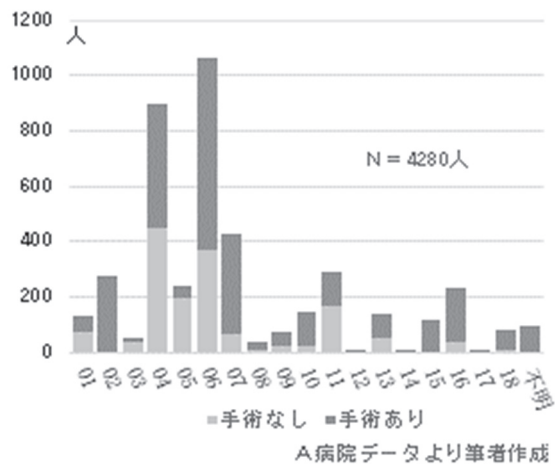


図 4：MDC 分類別入院患者

2015 年 3 月の入院患者は 967 人であった。診療科別入院患者数は、消化器内科患者が最も多く次いで整形外科患者となっている。手術を受ける患者の割合が高いのは、消化器疾患と筋骨格系疾患および眼科疾患である。

3 月の入院患者の中で、入院経路が明らかとなった 747 人の内訳が表 1 である。

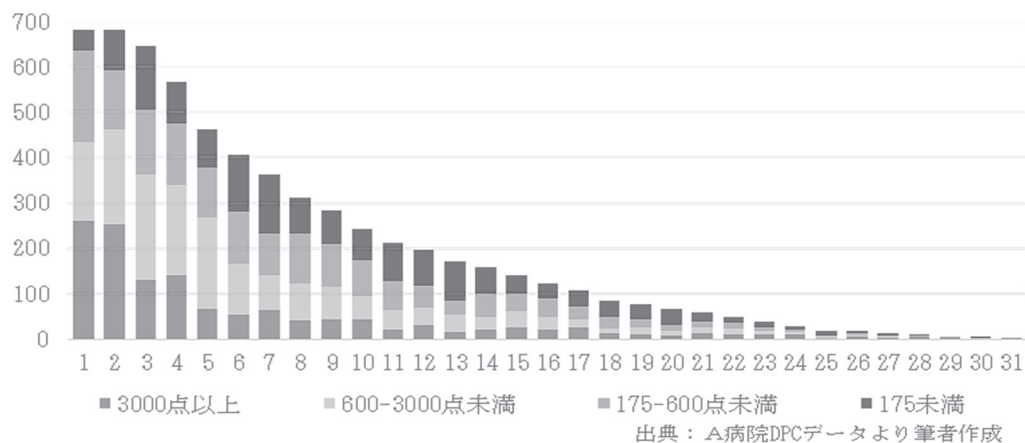
MDC 別に見ると一般外来からの入院が全体の 72.2%を占めており、救急の入院は、21%となっている。

表 1：診療群別入院経路

入院経路	一般外来 (紹介無)	一般外来 (紹介有)	救急 (紹介無)	救急 (紹介有)	不明	合計	入院患者 割合	紹介患者 割合
総計	291	248	107	50	51	747	100.0%	39.9%
神経系	6	8	8	1	1	24	3.2%	37.5%
眼科系	53	8				61	8.2%	13.1%
耳鼻咽喉科系	1	2	1	2		6	0.8%	66.7%
呼吸器系	59	58	22	22	3	164	22.0%	48.8%
循環器系	8	16	12		2	38	5.1%	42.1%
消化器系	67	54	27	14	4	166	22.2%	41.0%
筋骨格系	18	31	2		7	58	7.8%	53.4%
皮膚皮下系	4	3	1	1		9	1.2%	44.4%
乳房の疾患	4	6				10	1.3%	60.0%
内分泌・栄養・代謝	13	5	4	1		23	3.1%	26.1%
腎泌尿器系	27	22	10	3		62	8.3%	40.3%
血液・造血器免疫	8	9	1	1	1	20	2.7%	50.0%
小児疾患	4	2	9	1		16	2.1%	18.8%
外傷・熱傷・中毒	13	8	4	2	10	37	5.0%	27.0%
精神疾患	1					1	0.1%	0.0%
その他	2		3	2	1	8	1.1%	25.0%
不明	3	16	3		22	44	5.9%	36.4%

出典：A病院データより筆者作成

3月の入院患者の入院経過日数ごとの医療資源投入量の推移を示したのが、図5である。医療資源投入額3,000点以上の患者の割合は12%で、600点以上3,000点未満は33%、175点以上600点未満は31%、175点未満は33%となっている。



出典：A病院DPCデータより筆者作成

図 5：2015 年 3 月の入院患者 医療費投入量の推移

医療資源投入量の推移を手術の有無で分け、入院経過日数別に並べて表示したものが図6である。入院後6日目で、医療資源投入量600点以上の人が半数を下回ることがわかった。この傾向は、手術の有無に関わらず同様であった。

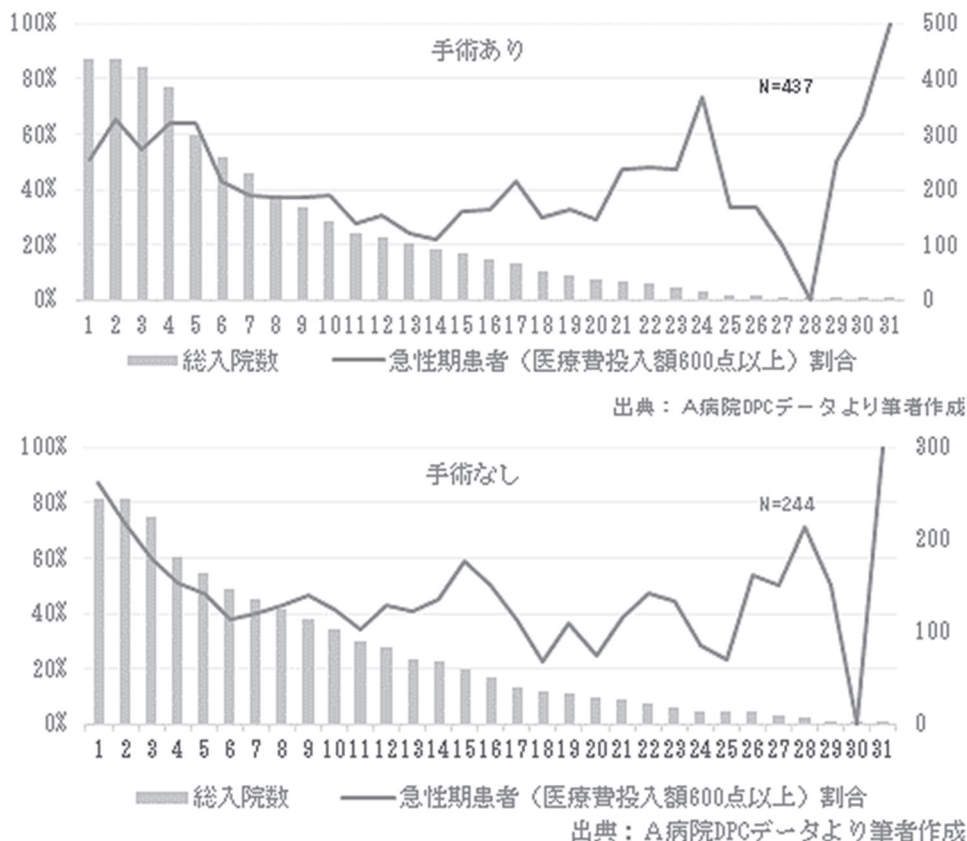


図6：入院経過日数別医療資源投入量と患者数の変化

(2) A病院の病棟構成

A病院は9病棟で構成されており、2014年10月から2015年3月の運用実績は、表2のようになっている。一般急病棟の7対1入院基本料を算定している病棟が8病棟、小児入院医療管理料3を算定している病棟が1病棟である。実看護師配置は、病床利用率の違いや若干の傾斜配置によって、2対1から7.6対1となっている。短期滞在手術基本料を算定している患者は、2015年1月～3月の延べ患者数2,218人中199人(8.9%)となっている。

表 2 病棟構成

	A病棟	B病棟	C病棟	D病棟	E病棟	F病棟	G病棟	H病棟	I病棟
稼働病床数	5	26	20	49	50	50	45	50	49
診療科	*1	小児科 *2	整形外科*3	外科 脳外科	整形外科	血液内科 糖尿病内科 眼科	循環器内科 呼吸器内科	泌尿器科 消化器内科 アレルギー内科	呼吸器内科 消化器内科 老年内科
病床利用率	41.2	59.2	69.3	84.3	91.9	88.6	87.1	81	84.8
平均在院日数	3.4	4.9	19	11.5	20.2	13.4	15.9	9.2	12.9
平均看護必要度*4	95.6	18.6	11	18	10.1	12.8	29.9	20.3	15.8
実看護師配置	2対1	3.8対1	3.8対1	6対1	7.8対1	7.4対1	5.6対1	6.5対1	6.7対1

- *1 集中ケアを要する患者を収容 特定入院料の算定は行っていない
特定集中治療室用の重症度医療看護必要度評価票を用いて評価を行うと、必要度は90%を超える
- *2 小児入院医療管理料を算定
- *3 産婦人科休む床に伴い病床を変更中
- *4 看護必要度は、成人患者が病床を一時的に利用した時に評価したもの 小児科患者の評価ではない

3-3. 小括

A病院が属する二次医療圏では、今後 20 年間医療・介護需要ともに増加傾向にある。高齢化が進み、現時点での A 病院の主要な診断群である、呼吸器系・筋骨格系・消化器系の患者数は今後も伸びると考えられ、機能の維持強化を図る必要がある。一方で、現状での診療受け入れが少ない循環器系・神経系については、患者増加への対応を計画する必要がある。循環器系・神経系の高度急性期の対応は、現在の人員の配置から対応が困難な面も多いが、地域の医療機関との連携によって、高齢者の慢性疾患の急性増悪などの対応を中心に患者を増やしていく方向性もある。加えて手術対象患者が多い特性から、現状でも患者の約 6 割を占める回復期にある患者が、高齢化による回復の遅れによって増加することが予想される。そのため、急性期の治療によって生活機能が低下しない取り組みを強化していく必要がある。

4. 医療・看護必要度

看護必要度加算 1 「看護必要度の A 項目 2 点以上かつ B 項目 3 点以上の患者 (以下基準超え患者と表す) が 15% 以上いなければならない」の施設基準に達する患者数は、2014 年度の A 病院の延べ入院患者 8,930 人のうち 1,446 人 (16.2%) であった。入院経過日数による看護必要度の変化を、2015 年 1 月～3 月の入院患者 1,776 人で見ると、入院 6 日目には看護必要度基準超え患者は、15% を下回った (図 7 参照)。看護必要度 A 項目 2 点以上 B 項目 3 点未満 B 項目 3 点以上 A 項目 2 点未満の患者も同様の変化をみせた。

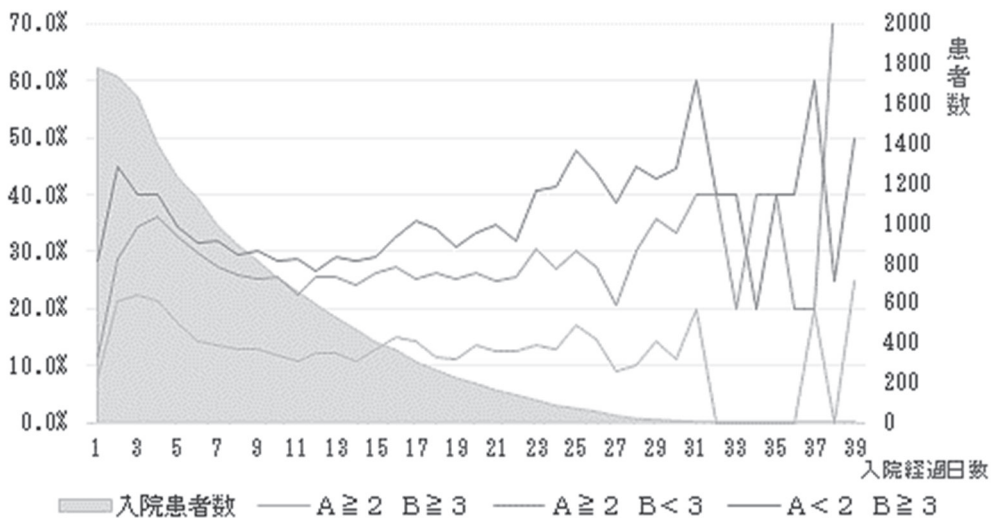


図7 入院経過日数から見た医療看護必要度の変化

2015年3月の看護必要度の基準超え患者の割合を、MDC別に見たものが、図8である。MDC分類の診断群は18であるが、この図では、この期間の延べ入院患者数が500人を下回った8群を含めていない。看護必要度の基準超え患者割合が、最も多い分類は循環器系で、次いで呼吸器系であった。

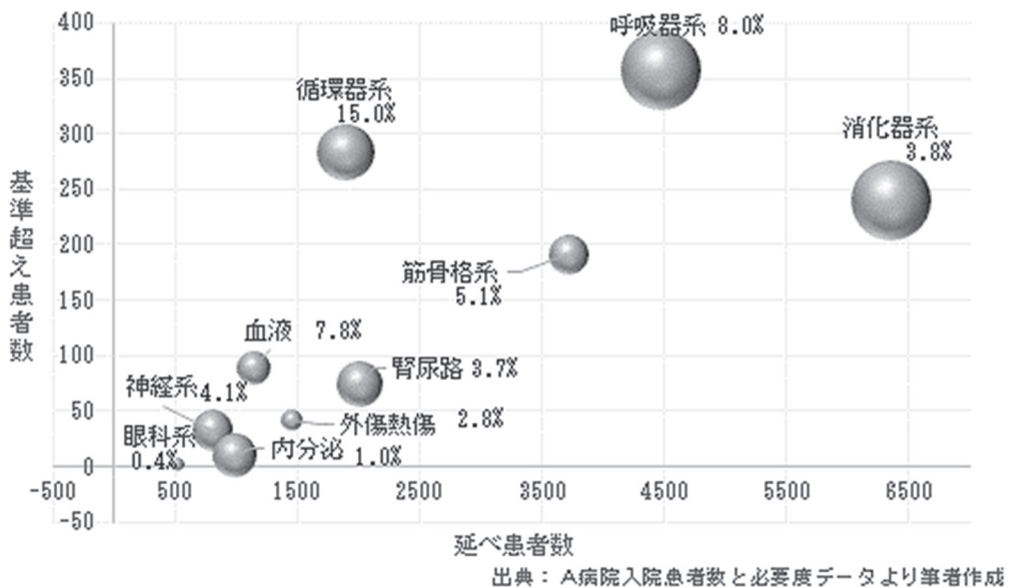


図8 MDC別看護必要度基準超え該当患者の割合

4-1. 診断群別医療費投入額と看護必要度の関係

2015年3月の入院患者の中で、数が多かった診断分類《肺がん・肺炎・心不全・膝関節疾患》4群の医療資源投入量と看護必要度との関係を示したものが、図9である。

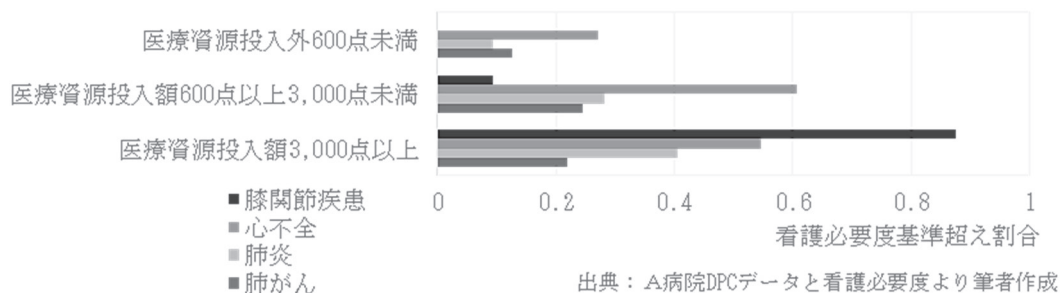


図9 疾患別・医療費投入額別 看護必要度基準超え割合

肺がんと心不全では、医療資源投入量が600点以上3,000点未満と3,000点以上で、看護必要度の基準超え患者の割合はほぼ同等であるが、肺炎と膝関節疾患では、医療資源投入量が多いほど看護必要度の基準超え患者の割合が多くなっている。特に膝関節疾患では、医療資源投入量が下がると看護必要度の基準超えの割合が大きく低下する。この4疾患を手術の有無で区分し、医療資源投入量の差を見たのが、図10である。医療資源投入量が3,000点以上の場合、看護必要度の基準超え患者の割合が高いのは、手術ありの場合である。手術なしの場合は、基準超え患者は少ないがこれはB項目の点数が低いことが影響している。また手術ありの場合には、医療資源投入量が低下すれば看護必要度基準超えの割合が66%、29%、4%と急減期に低下するのに対し、手術なしの場合はその低下は、29%、40%、16%にとどまっている。

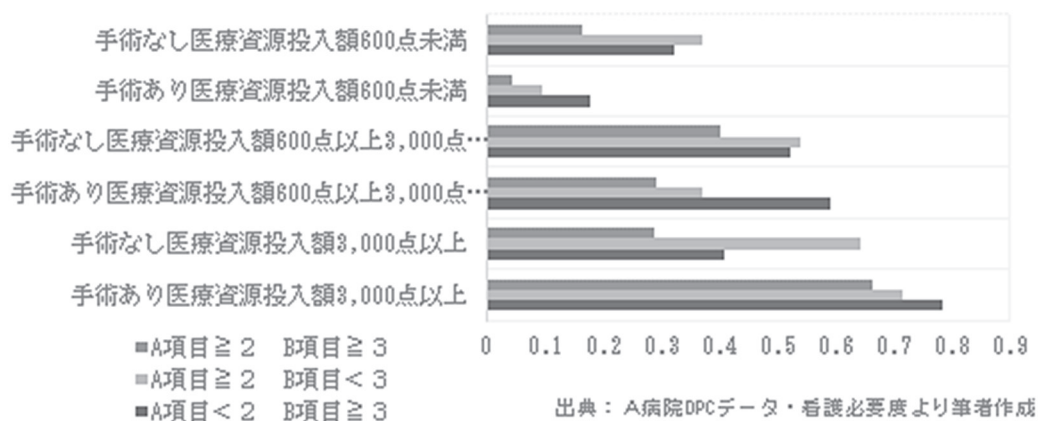


図10 手術の有無と医療資源投入量別に見た看護必要度

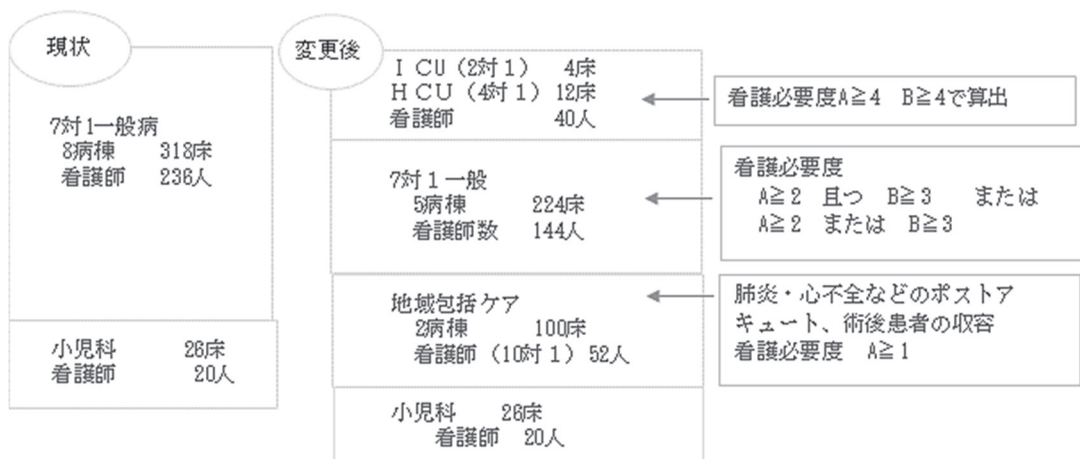
この看護必要度の推移の違いは、以下のような要因によって起こっていると考える。4 疾患のうち肺がん患者は、化学療法や放射線療法を行っていることが多いため、医療資源投入量は大きくなり、医療介入を示す看護必要度A項目の点数は上がるが、ADLが自立しているため、看護必要度のB項目は低くなり、看護必要度は基準超えとならない。心不全患者は、入院当初に多くの医療資源が投入された後も安静指示やモニタリングが継続するため、医療資源投入量が減少しても看護必要度の低下は緩やかである。肺炎・膝関節では、入院直後、手術直後の医療資源投入量が多いが、その後はリハビリ中心の入院となるため、医療資源投入量が減少すれば、看護必要度も低下している。しかし、高齢者が多いこと、運動器の手術では日常生活動作の制限が続くため、ADLの自立が遅れ看護必要度のB項目の低下は、すすんでいない。

5. 病床機能再編への提案

5-1. 病床シミュレーション

稼働床数 344 床から小児入院医療管理料を申請している 26 床を除き、2014 年 10 月～2015 年 3 月までの平均病床稼働率 91.9%をかけた、一般病床（7 対 1）の平均利用病床数は 290 床であった。今後の病床構成は、急性期機能を凝縮するために、以下の 2 点を検討する。①特定集中治療室（以下 ICU と記載）・ハイケアユニット（以下 HCU と記載）などの高機能病床を確保する、②高機能の病床を拡充することで看護必要度が低下し、看護必要度 1 加算の基準が維持できなくなる病床を、地域包括ケア病床へ転換する、地域包括ケア病床への入所対象患者は、①心不全、重症肺炎、がんや整形外科手術を受けた患者のうち、急性期治療を経過した患者の 7 対 1 病棟からの転棟、

表 3 A 病院の病床再編案



②短期滞在手術の患者、③抗がん剤治療目的・がん患者のレスパイト入院を想定した（表3参照）。

まず、特定集中治療室管理加算についてであるが、現在のA病棟の4床は、医師配置の基準を満たせば申請が行える設備を有している。看護必要度については、A病棟の2015年3月の延べ入院患者62人を対象に、後日重症集中室用の看護必要度票を用いて看護必要度を再評価した。看護必要度A・B項目とも3点以上となる患者が80%以上となり、A病棟に入院していた患者はICUレベルであったことがわかった。HCUの病床数は、ハイケアユニット用看護必要度評価票の基準を満たす患者を、一般病棟用看護必要度数A項目4点以上B項目3点以上と想定し割り出した。2015年3月の看護必要度の延べ評価回数9,255回中、上記条件に適合した回数は522回(5.6%)であった。このことからHCU基準を満たす患者（ICU基準の2人/日を除く）は、14人/日程度であることがわかった。

290人の入院患者のうち看護必要度の基準を満たす患者割合は、平均52人（18%）であり、ICU・HCUの範囲に入る患者16人を除いた人数は36人/日となる。

この数を看護必要度加算の15%で割り戻すと、必要病床は240床となり、ICU・HCU病床数16人をあわせて、急性期病床は256床が最大であることがわかった。現状の稼働病床数のうち85床は、看護必要度の基準が維持できないことが予想され、この病床を地域包括ケア病棟への転換対象と考えた（表4参照）。この変更では、看護師総数を変更することなく、病床数を13床増やすことが可能である。また様々な病態の患者が混在する状況の改善も期待できる。但し、医師の配置・看護師の夜勤人員の増加など人員配置による手当増加が見込まれるため、収益や人材マネジメントについては、次項以降で検討する。

表4 病床変換案

	A病棟	B病棟	C病棟	D病棟	E病棟	F病棟	G病棟	H病棟	I病棟
稼働病床数	5	26	20	49	50	50	45	50	49
診療科	*1	小児科 *2	整形外科*3	外科 脳外科	整形外科	血液内科 糖尿病内科 眼科	循環器内科 呼吸器内科	泌尿器科 消化器内科 アレルギー内科	呼吸器内科 消化器内科 老年内科
看護師数	19	20	20	34	32	32	33	33	32
				↓					
	A病棟	B病棟	C病棟	D病棟	E病棟	F病棟	G病棟	H病棟	I病棟
病床数	16 (ICU 4 HCU 12)	26	35	45	50	50	45	45	45
看護体制	2対1 4対1	7対1	7対1	7対1	地域包括 10対1	地域包括 10対1	7対1	7対1	7対1
看護師数	0:00	20	24	29	26	26	29	29	29

出典：A病院のデータをもとに筆者作成

5-2. 収益シミュレーション

3月の入院患者のDPC6桁コードで、人数が多かった肺炎・心不全・膝関節疾患の入院基本料と医療資源投入量の累計と、DPC点数の差額をみたものが図11・12・13である。肺炎では入院7日目、心不全では10日目、膝関節疾患では11日目で、DPC報酬と医療資源投入量の差がプラスに転じることがわかった。

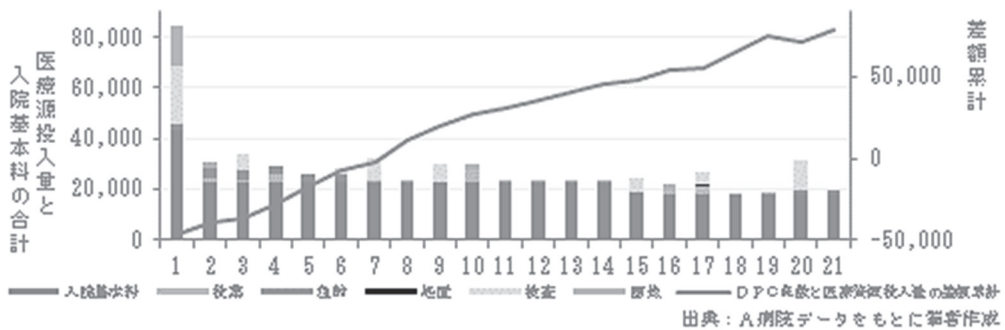


図11 肺炎

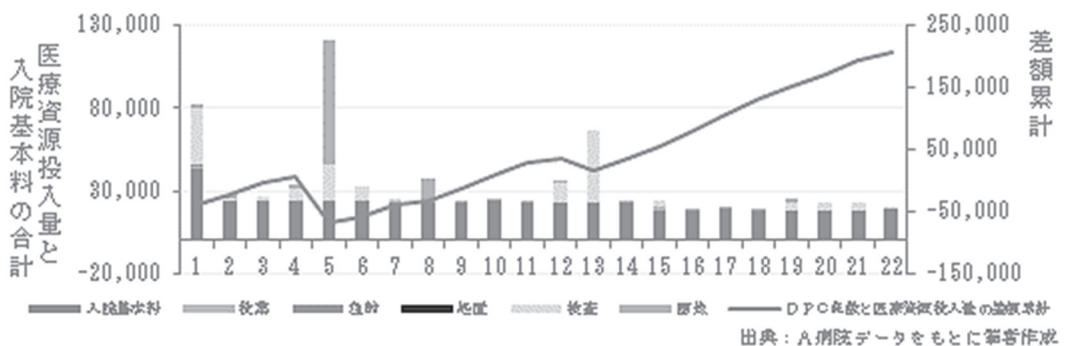


図12 心不全

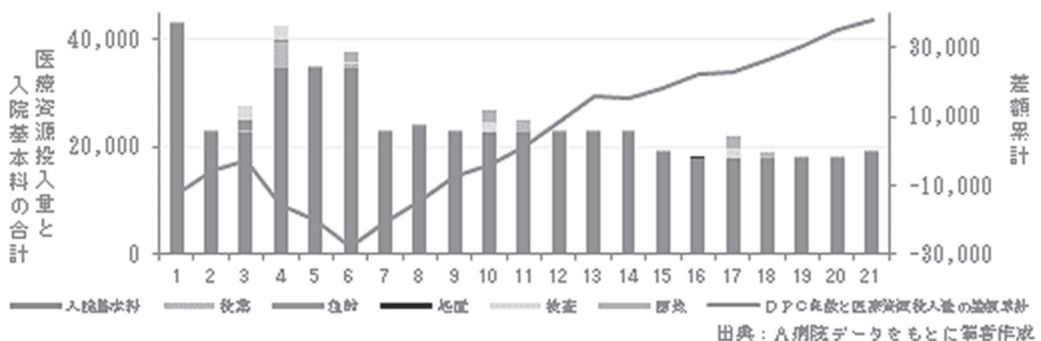


図13 膝関節疾患

入院期間を通して7対1病床で過ごすことも可能であるが、入院6日目には看護必要度が低下するので、急性期にある患者との混在を避けることを目的として、地域包括ケア病棟への転棟を考え、現在の条件下で、地域包括ケア病棟の使用目的別に収益を検討した。

地域包括ケア病棟の入院基本料は、14日までが3,008点60日までが2,858点となっている(表5参照)。転棟の対象とした上記3疾患を含む急性期治療を経過した患者の診療報酬は、診療報酬早見表に記載されている「診断群分類点数表に沿って診療報酬を算定していた患者が地域包括ケア病棟へ転棟した場合、入院期間Ⅲまでの間は、診断群分類表に従って診療報酬を算定することが出来る」が適応される。この3疾患の入院期間の中央値は、肺炎11日、心不全23日、膝関節疾患22日であり、現在の入院状況の患者を転棟させても診断群分類表に沿った報酬を請求することになるため、減収とはならない。またこの3疾患のうち肺炎・股関節疾患は、入院当初に医療資源が主に投入され、以後は回復を待つ期間となっている。これは看護必要度B項目の推移からも推察される。現状での実施リハビリテーションが2単位であること、地域包括ケア病棟では2単位以上のリハビリテーションが提供されることから、転棟はADL低下を防ぐ面からも有効である。

表5 地域包括ケアを支援する病棟の評価

地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)	1	2, 558点(80日まで)
看護職員配置加算		150点
看護補助者配置加算		150点
救急・在宅等支援病床初期加算		150点(14日まで)

【施設基準等】

- ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ② 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上、疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ③ 以下のいずれかを満たすこと ア)在宅療養支援病院、イ)在宅療養後方支援病院(新設)として年3件以上の受入実績、ウ)二次救急医療施設、エ)救急告示病院
- ④ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑤ リハビリテーションを提出する患者について、1日平均2単位以上を提供していること
- ⑥ 在宅復帰率7割以上(地域包括ケア病棟入院料<入院医療管理料>1のみ)
- ⑦ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上ある(地域包括ケア病棟入院料<入院医療管理料>1のみ)
- ⑧ 看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上
- ⑨ 看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上
- ⑩ 救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者に算定

診療点数早見表より抜粋

短期滞在手術料を算定している患者は、包括算定であるため、病床機能の違いによる収益の変化はない。短期滞在手術料を算定している患者は2015年3月では82名で

あり、延べ入院期間は299日であった。短期滞在手術は、平日に行われるため一日必要病床数は14床程度となる。

がん患者の化学療法やレスパイト入院は、地域包括ケア病棟の入所基準の看護必要度のA項目基準を満たす対象であり、看護必要度の基準達成と療養支援の充実の両面で収容は妥当と考える。診療報酬で見ると、患者に投入される主な医療資源の大部分が、注射・投薬となっていた。使用される薬剤は、地域包括ケア病棟の入院料の除外薬剤・注射薬にあたる抗がん剤・麻薬が主となっている。化学療法を7対1病棟で受けた場合の診断群別の報酬額は、薬剤が投与される期間は高く設定されているが、薬剤使用がない期間は2,200点前後の範囲となっている。高額な薬剤を使用する入院では、入院期間をやや長めに設定し治療を行うこともある。この状況は、がん患者のQOLにとってはマイナスであり、薬剤を出来高算定できる地域包括ケア病棟で、短期の入院期間を設定し治療を行うことは、望ましい選択と考える。

急性期病床の機能向上に向けたICU・HCU病床の設置を、2015年3月の医療資源投入量から想定した。特定入院料を算定する病床の基準を示す(表6参照)。

表6 特定入院料を算定する病床の評価

<u>特定集中治療室管理料3</u>	
7日以内	9,361点
8日以上14日以内の期間	7,837点
施設基準	
① 当該治療室に内に集中治療を行うにつき十分な医師が常時配置されていること	
② 当該治療室における看護師の数は常時入院患者数が2又はその端数を増すごとに1以上であること	
③ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること	
④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を8割以上入院させる治療室であること	
<u>ハイケアユニット入院医療管理料1</u>	
	6,584点(21日を限度とする)
<u>ハイケアユニット入院医療管理料2</u>	
	4,584点

- 施設基準
- ① 当該治療室に内に集中治療を行うにつき十分な医師が常時配置されていること
 - ② 当該治療室における看護師の数は常時入院患者数が4又はその端数を増すごとに1以上であること
 - ③ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること
 - ④ 当該治療室の病床数は、30床以下であること
 - ⑤ 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を合わせて行わない
 - ⑥ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を8割以上入院させる治療室であること
- ⑦ 当該病院の一般病棟の入院患者の平均在院日数が19日以内であること

診療点数早見表より抜粋

ICU 対象と考えたA病棟の入院患者、延べ 76 人の 3 月の医療資源投入量の平均は 5,356 点で、中央値 2,417 点、標準偏差 12,577 点で、特定集中治療管理料 3 の 9,361 点を上回る医療資源を投入した割合は 10.5%であった。

看護必要度 A 項目 4 点以上 B 項目 3 点以上の患者をハイケアユニット入院管理料 1 の対象と想定し、その医療資源投入量で収益検討を行なった。延べ 469 人の医療資源投入量の平均は、2,962 点で、中央値 450 点、標準偏差 14,623 点で、ハイケアユニット入院医療管理料 1 の 6,584 点を上回る医療資源を投入した割合は、7.2%であった。

A 病棟に入院した患者のうち、ICU・HCU 対象とした患者の医療資源投入量は、特定入院料の範囲内に止まっている。つまり特定入院料を算定し治療を実施することが、増益につながることを示している。そのため病床変更によって追加される費用を検討した。A 病院で ICU・HCU の施設基準を達成するために追加される経費は、医師と看護師配置の変更に伴うものである (表 7 参照)。病床変更にとまなう収益シミュレーションは、増額となることがわかった。但し、今回分析に用いたデータは、一般病床として運用していた時点のデータであるため、多様な患者が含まれ医療資源投入量の分布が広がっている。また今後、高位の病床区分を算定するようになれば、より高度な医療が実施され医療資源投入量が増えることも想定され、予想には限界があることに留意する必要がある。

表 7 収益シミュレーション

特定入院料名	収入				合計(A)
	入院基本料(加算を含む)円	診断群別報酬	特定入院料(円)	延べ患者数	
特定集中治療室管理加算3	-	7対1と同様	93,610	76	7,114,360
ハイケアユニット入院医療管理料	-	7対2と同様	65,840	469	30,878,960

特定入院料名	支出			1カ月の収益シミュレーション A-B
	医療資源投入量合計	人件費*1	合計(B)	
特定集中治療室管理加算3	5,247,690	1,550,000	6,797,690	316,670
ハイケアユニット入院医療管理料	13,893,000	2,728,000	16,621,000	14,257,960

*1 医師当直量+看護師夜勤手当増加分 1日 ICU 50,000円 HCU 88,000円 で算定
7対1病床とDPC点数は同様であるため、データを除いている

出典：A病院のデータより筆者作成

5-3. 人材マネジメント

A病院の現在の病床構成は、7対1急性期入院基本料を算定した診療科別編成とな

っているため、病棟には様々な状態の患者が混在している。これは先行研究の「一般病棟ではICU・HCUよりも多様な患者の状況がある」との報告と一致している。また「看護拠点から近い病室は、日常生活援助や監視が必要な認知力が低下した患者に使用されることが多い」という周手術期の病棟の報告と同様の状況もある。そのため、頻回な観察が必要な患者と、見守りや生活介助が必要な患者を同時に受け持つ看護師は、業務遂行に困難感を持つことが多くなっている。

50病床を7対1看護、一カ月の夜間勤務時間72時間以内という枠の中で人員管理を行うと、夜間帯の看護師配置人員は3名程度となる。この状況は、夜間時間での業務負担を大きくし、安全に且つ手厚く看護することへの困難感を強めている。人員配置を手厚く設定できる高機能病床を作るとは、頻回な観察や医療介入が必要な患者の看護を独立させることになり、看護師の困難感を軽減できると考える。また病床の分離は、疾患回復にむけたケアへの集中した関わり、ADL低下予防や在宅復帰支援への介入が乏しい傾向にある現状の問題への解決の糸口にもなる。看護師がADL維持や日常生活自立度の低下を防ぐことに労力を注ぎやすい環境を作るとは、高齢化がすすむ中で在宅復帰を果たすための重要な介入となる。また病床機能の見直しは、患者の機能低下予防に関わる人材を育成し、地域医療連携を推進する上でも有用である。

6. 病床再編に伴う阻害因子

病床再編に伴う阻害因子は、診療科ごとの病棟編成を病態ごとの編成とすることへの医療従事者の抵抗感と、同一病院内で転棟を余儀なくされる患者の抵抗感と考える。また設置母体がA病院に望む、急性期機能が維持・強化されていることについての説明も必要と考える。

医療従事者の抵抗感を減弱するためには、まず体制変更で看護業務の煩雑さが減り、患者の状況に応じたケアが提供出来ることを、看護師が他の職員へ提示することから始めたいと考えている。機能別の病床構成によって、患者の機能低下による入院期間の延長、病床回転率の低下による新規患者の受け入れ困難という問題を減少させることで、設置母体や施設管理側の理解もすすむと考える。また生活行動機能の回復と維持に介入できる看護師を育成し活用することは、地域医療構想の中で期待されている役割を他の医療職に認識してもらいきっかけにもなると考えている。高齢化、重症化する患者への介入に、連携役割をもつ職員とともに関わり医療介護の連携に寄与することは、地域医療構想の中でのA病院の役割を明確にすることにも役立つ。

1つの病棟内に診療科が増えることへのリスクは、多くの職員が関わることで発生

するコミュニケーションエラーや、診療科が増えることで起こる業務の一般化の難しさだと考える。また医療内容の理解や医療機器操作の習熟に時間を要することも、リスク要因の一つである。この問題に関しては、ICT 技術を用いた安全対策や医療の標準化を一層進めていく必要がある。

もう一つの課題である患者の転棟への抵抗感については、前記の看護職員の教育を基盤とした個別性を重視した介入が受けられる利点を提示することと、地域医療構想について啓蒙することが重要である。施設として行える準備は、患者の病態に応じた病床移動を円滑に行うための、退院調整を視野に入れた情報共有の推進である。ベッドコントロールのための情報共有に留まらず、退院困難要因を持つ患者の情報共有をいかに行っていくのかを、ワーキンググループを立ち上げ多職種少人数で検討していく必要がある。

7. おわりに

A病院の中心となる診療科が整形外科・消化器科・呼吸器科ということで、生活行動機能の回復力が低い高齢者の占める割合が高くなっている。外部環境分析からもこれから増えるニーズは、疾病を持つ在宅患者の急性増悪時の緊急受け入れと、在宅医療・介護との連携である。そのためには、今後も地域の救急搬送、高齢者の緊急受入れ体制を維持・強化しつつ、ただ“帰る”のではなく“暮らす”ことをゴールとした医療連携が果たせるよう、病床機能の検討を前向きに進めていくことが重要である。

謝辞

本校執筆に当たり、兵庫県立大学大学院経営研究科 小山秀夫教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授をはじめ多数の教授陣には数々のご指導を賜り謝意を表するとともに、医療マネジメント5期生の皆様とともに学べたことを感謝いたします。

参考文献

- [1] 「DPC 点数早見表 2014 年 4 月版」医学通信社。
- [2] 岩澤和子、筒井孝子 (2014) 「看護必要度」第 5 版、日本看護協会出版社。
- [3] 筒井孝子「地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略」中央法規。
- [4] 筒井孝子、東野定律 (2008) 「重症度基準及び看護必要度による ICU、ハイケアユニット一般病棟入院患者群の特徴—患者の看護の必要性の程度を評価する尺度の開発—」日本医療・管理学会誌 Vo45, No1。

[5] 仲井培雄 「地域包括ケア病棟協会設立記念座談会」 (2014) 日本慢性期医療協会誌 JMC Vol.22 ,N03。

[6] 松月みどり 他 (2014) 「データや看護の質評価指標を活用した病棟マネジメント」 日本医療・病院管理学会誌。

[7] 山口久美子 他 「データマイニングを用いた看護師の離職要因の検討」 日本医療経営学会誌 Vol17, No. 1。

[8] 渡辺玲奈 他 (2011) 「急性期病棟における周手術期患者の看護必要度に関する基礎的研究」 日本建築学会計画系論文集 Vol. 76 ,No666。

引用ホームページ

[1] 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 (中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織 (入院医療等の調査・評価分科会)) (平成 27 年度第 3 回)

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000089288.pdf> (2015 年 7 月 4 日アクセス)

[2] 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 (中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織 (入院医療等の調査・評価分科会)) (平成 27 年度第 4 回)

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000090210.pdf> (2015 年 7 月 15 日アクセス)

[3] 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 (中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織 (入院医療等の調査・評価分科会)) (平成 27 年度第 5 回)

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000092786.pdf> (2015 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 (中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織 (入院医療等の調査・評価分科会)) (平成 27 年度第 6 回)

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000093288.pdf> (2015 年 8 月 8 日アクセス)

[5] 地域医療情報システム (日本医師会)

<http://www.jmap.jp> (2015 年 6 月 25 日アクセス)

[6] 地域の医療提供体制現状と将来- 都道府県別・二次医療圏データ集 -

http://www.jmari.med.or.jp/download/wp269_data/28.pdf (2015 年 6 月 25 日アクセス)