

高度急性期病院における「重症度、医療・看護必要度」 データを用いた看護要員の適正配置と傾斜配置の試み

岡 勇 介

キーワード：看護要員、傾斜配置、重症度、医療・看護必要度、DPC、下り搬送

1. はじめに

急速に進む少子高齢化の中で、日本は2025年（令和7年）までに「団塊の世代」が全て75歳以上となり、超高齢社会を迎える。生産年齢人口が減少する一方で、医療・介護のニーズは増加傾向にあり、必要な人材を将来にわたって確保し続けることは容易ではない（令和4年度厚生労働白書）。

病院にとって、医療人材の確保は大きな課題である。その中でも、職種別で最も多い看護職員を何人雇用すべきか、日々の病棟毎の適正な配置をシステム化できるかが重要となる。看護師が不足していると新規入院の受け入れができないが、患者数やその状態に見合わない配置が続けば、経営を圧迫することになる。したがって、看護師の適正配置は病院の財務状況を検討するうえでも重要な課題である。

このような看護師の配置に必要な情報は、自院を利用する患者の状態像の把握であり、患者の状態から看護師の業務量を推定し、これを適正配置に利用するために開発された評価ツールとして、「看護必要度」がある。これはすでに日本の病院の80万床以上で評価尺度として活用されている（筒井、2020）。

そこで本研究では、この看護必要度を利用し、自院の入院患者の特徴を分析しながら、適切な看護配置を実現するための方法を検討する。適正配置するためには、あらかじめ業務負担が大きい部署に重点的に人員を配置すること（傾斜配置）が望ましいが、部署ごとの人員数はある程度均等なことが多い。傾斜配置の目的は、限られた人員を効率的に配置し、看護師の負担を減らし、患者に対するケアの質を向上させることである。

令和6年度の診療報酬改定にて、地域における医療資源の効率的な活用の観点から、第三次救急医療機関等が高度で専門的な知識や技術を要する患者に十分対応できるよ

うに他の医療機関と連携し、他の医療機関で対応可能な患者を初期診療後に搬送することを評価した「救急患者連携搬送料」が新設された。

これは、高齢者の増加により、高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加しており、単身の高齢者や要介護者の増加により退院先が決まらずに下り搬送や退院が滞ることで「出口問題」が発生していたからとされたためである。この下り搬送が地域圏域内で円滑にシステム化できれば、救命救急センターは本来必要な重症な患者を受け入れることができる。また、患者にとっても身近な病院で必要な医療を受けられる。さらに、周辺病院にとっては患者数を確保できるメリットがある。

A 病院が限られたリソースで本来みるべき重症な患者に注力する為に、下り搬送の推進は必要と考えられる。

2. 目的

本研究の目的は、高度急性期病院である A 病院において、自院の入院患者の特徴を分析することである。具体的には、自院の診療実績および外部環境を調査し、病棟毎の看護必要度によって算定される重症患者の割合とその人員配置を調査する。その際、A・B・C 項目の詳細な情報を把握し、日々の患者の状況に応じた人員配置および傾斜配置に役立つ指標を検討する。

以上の結果から、日常的に入手できる患者の看護必要度に関するデータを用いて、日々の看護師の人員配置の状況をモニタリングしながら、適正配置を行うための方法を確認することを目指した。また、この適正配置を推進するにあたり、本来 A 病院が担うべき重篤な患者と軽症な患者を分類するために、看護必要度を用いて、下り搬送となる対象患者を適切に抽出できる院内システムを構築することを目的とした。

3. 研究対象と具体的な方法

3-1. 研究対象

本研究では、2023 年 7 月 1 日から 2023 年 12 月 31 日に A 病院に入院した患者の看護必要度データおよび DPC (Diagnosis Procedure Combination) に関わるデータを収集した。対象は、一般病棟 14 病棟 (計 624 床) に入院した患者である。

看護必要度の分析には、2023 年 7 月 1 日から 2023 年 12 月 31 日に一般病棟に在院した患者のうち、看護必要度の評価対象となる延患者数 77,456 名を用いた。さらに、

一般病棟に入院した患者の患者属性を調べるため、同期間に退院した患者 7,753 名のデータを使用した。

3-2. 使用するデータ

DPC データから患者の基本情報（年齢、病名、入院年月日、退院年月日等）や DPC コード、必要度に関するデータを使用した。

3-3. 分析方法

- ①A 病院の診療実績および外部環境を調査し、A 病院の役割を明確にする。
- ②A 病院に入院する患者の患者像を明らかにする。
- ③病棟別の看護必要度の傾向を分析し、看護必要度の割合、ABC 項目別、曜日別の特徴を明らかにする。
- ④患者分類のアルゴリズムを用いて患者をタイプ 1～5 に分類する¹。具体的には、看護必要度の A・B 得点を基に以下のように分類する。

【1】タイプ 1 ($A=0$ $B=0$) を 10 対 1

【2】タイプ 2 (どのタイプにも該当しない) を 7 対 1

【3】タイプ 3 ($A \leq 1 \wedge B \geq 3$ または $A \geq 2 \wedge B \leq 2$) を 7 対 1

【4】タイプ 4 ($A \geq 2 \wedge B \geq 3$) を 4 対 1

【5】タイプ 5 ($A \geq 4 \wedge B \geq 6$) を 2 対 1

タイプ 3 は、ある程度の医療処置が行われているが自立度の高い患者と、自立度は低い医療処置の少ない患者が含まれる。A 得点 2 点以上の群は急性期病院に存在する一般病棟患者群を想定する。

- ⑤下り搬送患者の候補となる疾患を抽出する。具体的には、必要度の A 項目が低い疾患かつ B 項目が高い疾患で、高齢者に多い「誤嚥性肺炎」「尿路感染症」の看護必要度から下り搬送となる対象疾患を分析する。

本研究の倫理的配慮として、兵庫県立大学大学院社会科学研究科研究倫理審査委員会の承認（2024-0004 号）、および A 病院の倫理委員会の承認（R06-06 号）を得た。

¹ 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて看護必要度 A, B の得点で患者を 5 つのタイプに分類。看護師の業務量を推定し、適性配置に必要な看護人数を把握できる。
筒井孝子、嶋森好子（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. 結果

4-1. A 病院の概要

A 病院は、令和 4 年 5 月に開院した 736 床の病院である。この病院は、心臓疾患と脳血管障害に強みを持つ循環器専門の自治体病院と、外傷に強みを持つ民間病院が統合して設立された。統合前、自治体病院は循環器内科、心臓血管外科、神経内科などを強みとしていたが、合併症への対応が充分でなく、救急患者の受け入れが困難な状況であった。一方、民間病院は、ほぼ全ての診療科を標榜する総合型の病院であったが、循環器疾患に係る医療は充分でなかった。

これらの課題を踏まえ、高度専門・急性期医療を中心とした政策医療のうち、両病院がこれまで担ってきた診療機能を継承・発展させること、中・西播磨医療圏域が抱える課題を解決するため、当該圏域における中核的な医療機関を目指し、必要な診療機能の強化が図られることを目的として A 病院は開設された。

A 病院は、高度専門医療、救命救急医療、医療人材育成、臨床研究の 4 つを柱とし、基本理念である「安心で信頼される最良の提供」を目指している。病院には、手術支援ロボットやハイブリッド手術室、PET-CT、放射線治療機器など、高度専門医療を行うための最先端の設備が整っている。

病床数および届出入院料は、表 1 に示す通りである。救命救急センターは EICU・CCU および救急病棟の 2 病棟からなり、合計 44 床である。術後管理を対象とした集中治療室（GICU）は 12 床を有し、特定集中治療室管理料 1 を届出している。さらに、ハイケアユニット（HCU）は 20 床、その他の特殊病棟として緩和ケア病棟入院料 1（20 床）、精神病棟入院基本料 1（16 床）があり、残りの 624 床は急性期一般入院料 1 を届出している。

診療実績に関しては、圏域内唯一の救命救急センターであり、救急台数は圏域内で一番多い。また地域医療支援病院の承認も得ており地域の診療所やクリニック、一般病院などと密接に連携し、紹介患者の受け入れや逆紹介を行っている。

表 1：病院概要と診療実績

項目	(単位)	2023年度
病床数	(床)	736
一般病床 (急性期1)	(床)	624
EICU・CCU (特定集中3)	(床)	20
救急病床 (救命救急1)	(床)	24
GICU (特定集中1)	(床)	12
HCU (ハイケア1)	(床)	20
緩和ケア病床 (緩和1)	(床)	20
精神病床 (精神1)	(床)	16
1日平均外来患者数	(人)	1,031
1日平均入院患者数	(人)	596
病床稼働率	(%)	81
新入院患者数	(人)	17,688
平均在院日数	(日)	11.4
手術件数	(件)	8,364
救急患者数	(人)	9,961
救急車台数	(台)	6,765
紹介率 (%)	(%)	77.1
逆紹介率 (%)	(%)	110.9

4-2. 外部環境分析

二次医療圏は5市6町で構成され、圏域総人口は約80万人、A病院が位置する姫路市の高齢化率は27.7%となっており全国平均より低い。2050年までに医療圏域の総人口が減少し、高齢化が進むことが示唆される。特に75歳以上の割合が増加するため、高齢者向けの医療サービスの需要が高まる(図1)。MDC分類別にみたA病院の医療圏シェアは、循環器・神経・外傷の医療圏シェアが高い(表2)。

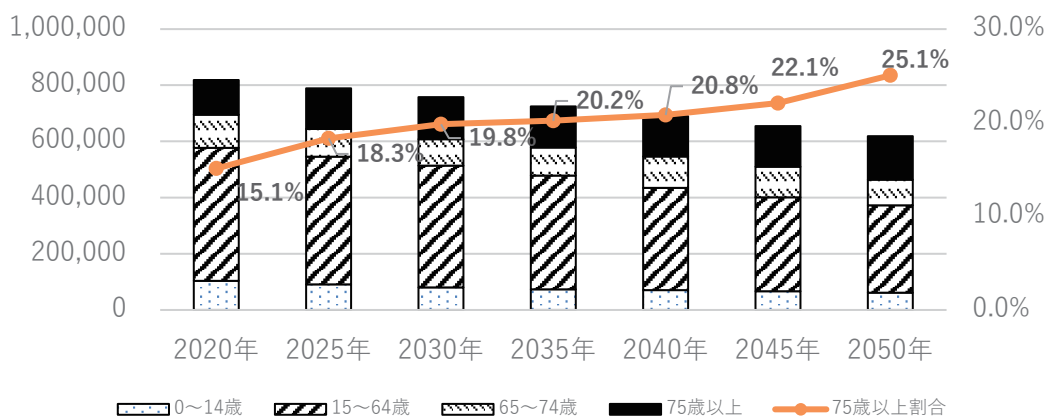


図 1：播磨姫路医療圏域将来人口推計

出所: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」より筆者作成

表 2 : A 病院の播磨姫路医療圏 MDC 群別患者数およびシェア率 (2022 年度)

出所 : 厚生労働省 「令和 4 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査」より筆者作成

MDC2略称	症例数	競合シェア
01:神経	1,167	26.5%
02:眼	460	21.1%
03:耳鼻	326	14.6%
04:呼吸器	600	8.1%
05:循環器	3,213	43.0%
06:消化器	1,909	11.6%
07:筋骨格	539	21.4%
08:皮膚	140	14.4%
09:乳房	122	14.8%
10:内分泌	324	22.7%
11:腎尿路	599	9.8%
12:女性	435	16.4%
13:血液	149	9.5%
14:新生児	113	9.4%
15:小児	0	0.0%
16:外傷	1,246	24.7%
17:精神	0	0.0%
18:その他	175	17.9%

4-3. 入院患者の基本属性および多疾患併存率

2023 年 7 月から 2023 年 12 月までに退院した患者の属性を調査した (表 3)。最も多い年齢層は 70 歳以上 80 歳未満の 2,280 人 (29.4%) である。次いで 80 歳以上 90 歳未満が 1,635 人 (21.1%)、60 歳以上 70 歳未満が 1,270 人 (16.4%) と、高齢者層が全体の多くを占めている。この結果、70 歳以上の高齢者が全体の 53.9%を占めることが明らかとなった。一方で、10 歳未満の人口は 351 人 (4.5%) と少なく、若年層が相対的に少ないことが示される。

次に、多疾患併存率について調査を行った。多疾患併存 (multimorbidity) とは、一人の患者において複数の慢性疾患が併存している状態を指す。今回の調査では、DPC データを用い、入院時併存病名が登録されている患者を抽出し集計を行った。この際、疑い病名はすべて削除した。入院時併存病名には最大 4 つの病名が登録できるため、1 つ以上の登録がある患者を多疾患併存患者として集計した。

結果として、60 歳以上の患者において多疾患併存率は 70%を超えており、高齢者の多くが複数の疾患を抱えていることがわかる。特に、80 歳以上の患者では併存率が 80%を超えており、年齢が上がるにつれて多疾患併存の割合が増加する傾向が見られた。全体では、多疾患併存率が 71.7%であり、入院する患者の大半が多疾患併存であった。

表 3：入院患者の年齢構成および多疾患併存率

年齢別	人数	構成比	併存病名 有り	多疾患 併存率
10歳未満	351	4.5%	103	29.3%
10歳以上～20歳未満	160	2.1%	49	30.6%
20歳以上～30歳未満	177	2.3%	100	56.5%
30歳以上～40歳未満	242	3.1%	127	52.5%
40歳以上～50歳未満	511	6.6%	317	62.0%
50歳以上～60歳未満	867	11.2%	593	68.4%
60歳以上～69歳未満	1,270	16.4%	944	74.3%
70歳以上～80歳未満	2,280	29.4%	1,759	77.1%
80歳以上～90歳未満	1,635	21.1%	1,347	82.4%
90歳以上	260	3.4%	223	85.8%
合計	7,753		5,562	71.7%

次に、多疾患併存患者の病名を調査するために、併存病名を ICD-10 でコーディングし、MDC コードに変換した。MDC 別に集計した結果と登録数の多い病名を調べた結果を表 4・5 に示す。最も多いのは循環器系疾患であり、5,084 人（35.4%）が該当。これには高血圧や心疾患など、高齢者に多く見られる疾患が含まれる。続いて内分泌・栄養・代謝に関する疾患が 3,228 人（22.5%）に見られ、糖尿病や甲状腺疾患がこれに含まれる。これらの疾患は慢性化しやすく、多疾患併存のリスクが高まる。次に多かったのは消化器系疾患であり、1,884 人（13.1%）が該当し、肝臓、胆道、膵臓の疾患が含まれる。この分析結果から、多疾患併存患者の中で循環器系疾患と内分泌・栄養・代謝に関する疾患が特に多いことが明らかとなった。

表 4：併存病名 1～4 の MDC 別の登録数と割合

MCD	併存1～4	割合
01:神経系疾患	690	4.8%
02:眼科系疾患	109	0.8%
03:耳鼻咽喉科系疾患	230	1.6%
04:呼吸器系疾患	518	3.6%
05:循環器系疾患	5,084	35.4%
06:消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	1,884	13.1%
07:筋骨格系疾患	384	2.7%
08:皮膚・皮下組織の疾患	156	1.1%
09:乳房の疾患	14	0.1%
10:内分泌・栄養・代謝に関する疾患	3,228	22.5%
11:腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患	887	6.2%
12:女性生殖系疾患及び産婦人科疾患・異常妊娠分娩	104	0.7%
13:血液・造血器・免疫臓器の疾患	319	2.2%
14:新生児疾患、先天性奇形	41	0.3%
15:小児疾患	8	0.1%
16:外傷・熱傷・中毒	435	3.0%
17:精神疾患	135	0.9%
18:その他	152	1.1%
合計	14,378	100%

表 5：併存病名 1～4 の MDC 別の登録数と割合

NO	病名	登録数
1	高血圧症	1,746
2	2型糖尿病・糖尿病性合併症なし	827
3	慢性心不全	820
4	脂質異常症	671
5	うっ血性心不全	344
6	高コレステロール血症	328
7	糖尿病・糖尿病性合併症なし	322
8	難治性逆流性食道炎	307
9	冠動脈硬化症	231
10	高脂血症	223

4-4. 多疾患併存の病棟別分析

次に病棟別の多疾患併存患者の割合を調べた（表 6）。高い多疾患併存率の病棟としては 09E 病棟であり、多疾患併存率が 95.8%と最も高く、循環器、脳神経外科の患者が複数の疾患を併存している。続いて 09W 病棟が 88.3%の高い併存率を示し、循環器をメインとする病棟が、多疾患併存である事が顕著となった。一方、多疾患併存率は低い病棟は、産婦人科の多い 06E 病棟で併存率が 51.2%であり比較的若い年齢層の患者が多いため、多疾患併存率は他の病棟に比べて低い。整形がメインの 07E 病棟の併存率が 53.8%であり整形外科疾患単独のケースが多い。平均年齢が高い病棟ほど多疾患併存率も高い傾向があった。

表 6：病棟別多疾患併存患者の割合

病棟名	診療科	平均年齢 (歳)	併存なし (人)	併存あり (人)	多疾患併存 患者の割合
05E	消内・総内・腫内	67.8	127	340	72.8%
06E	泌尿・小児・乳外・産婦	41.3	437	459	51.2%
06W	産婦	42.9	198	175	46.9%
07E	整形	66.6	264	190	41.9%
07W	整形・形成	62.9	139	162	53.8%
08E	循内・耳鼻・整形	63.8	155	536	77.6%
08W	循内・腎内・眼科	69.6	186	550	74.7%
09E	心外・循内	72.3	21	476	95.8%
09W	循内・心外・呼外・放科	73.7	72	542	88.3%
10E	脳外・脳内	70.9	106	316	74.9%
10W	脳内・脳外・膠り	68.7	74	531	87.8%
11E	消内・外科・総内	70.2	155	555	78.2%
11W	外科・消内・皮膚	67.9	168	350	67.6%
12W	呼内・総内・糖内・感内・歯科	69.3	89	380	81.0%
合計		64.4	2,191	5,562	71.7%

4-5. 看護必要度データを使った分析

2023 年 7 月 1 日～12 月 31 日まで、一般病棟に入院した患者を対象に分析を行った。必要度を用いた分析の為、必要度の評価対象外となる自費の患者、お産、15 歳未満、短期滞在手術等基本料、退院日の患者を除く、延患者数 77,456 人を対象とした。

4-5-1 ABC 項目別の看護必要度の割合

調査期間中の病棟別の看護必要度を表 7 に示す。安定して高い看護必要度を保っている病棟としては、06W（産婦人科）病棟が挙げられ、その平均看護必要度は 66.7%と最も高い値を示している。11W（外科・消化器内科）病棟も全月で基準値を上回り、平均 41.7%である。

一方で、基準値を下回る病棟としては、08W（循環器内科・腎臓内科・眼科）病棟があり、全月で基準値を下回り、平均 20.8%と最も低い看護必要度を示している。また、12W（呼吸器内科・糖尿病内科・感染症内科・歯科）などの混合病棟もほとんどの月で基準値を下回り、平均 17.8%となっている。このデータから病棟毎で看護の業務量に差があることがわかった。

表 7：月別・病棟別看護必要度

病棟	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均
05E	36.9%	29.4%	28.9%	29.5%	23.0%	34.7%	30.4%
06E	46.5%	46.0%	49.0%	39.8%	33.7%	44.2%	43.2%
06W	64.9%	72.8%	61.4%	68.2%	64.5%	68.2%	66.7%
07E	40.1%	51.6%	54.1%	52.0%	56.3%	53.4%	51.3%
07W	40.7%	35.5%	44.4%	38.9%	36.2%	42.4%	39.7%
08E	34.2%	33.9%	37.9%	32.4%	38.9%	33.7%	35.2%
08W	21.6%	20.2%	18.6%	20.3%	21.4%	22.8%	20.8%
09E	31.7%	35.6%	30.9%	31.6%	30.3%	36.3%	32.7%
09W	34.3%	32.3%	32.8%	34.8%	32.9%	32.6%	33.3%
10E	23.1%	21.2%	29.5%	24.9%	23.1%	25.4%	24.5%
10W	22.6%	23.5%	23.2%	24.1%	25.1%	23.7%	23.7%
11E	35.7%	30.7%	38.0%	36.6%	37.0%	37.5%	35.9%
11W	43.0%	41.5%	46.3%	42.8%	35.3%	41.4%	41.7%
12W	17.4%	13.4%	14.8%	21.1%	19.7%	20.3%	17.8%
総計	32.9%	32.4%	34.6%	34.2%	32.5%	34.9%	33.6%

次にABC項目毎の分析を実施した。まずA項目について調査した(表8)。創傷処置の割合は全体的に低く、0.5%から24.5%の範囲であり、平均は6.4%であった。11W病棟が24.5%と突出して高い数値を示していた。呼吸ケアの割合は4.5%から21.2%の範囲であり、平均は10.5%であった。注射3種類以上の割合は3.3%から16.3%の範囲で、平均は7.9%であった。シリンジポンプの管理の割合は非常に低く、0%から5.4%の範囲で、平均は1.1%であった。輸血や血液製剤の管理の割合は0.3%から5.5%の範囲で、平均は1.4%であった。専門的な治療処置の割合は15.8%から41.7%の範囲で、平均は26.3%と他の項目に比べて高い値を示していた。救急搬送後の入院の割合は0.1%から1.1%の範囲で、平均は0.7%であった。

これらの結果から、病棟ごとに医療処置の必要性や実施状況が大きく異なることが明らかとなった。

表8：病棟別A項目詳細

病棟	必要度Ⅱ	創傷処置	呼吸ケア	注射3種類以上	シリンジポンプの管理	輸血や血液製剤の管理	専門的な治療処置	救急搬送後の入院
05E	30.4%	0.8%	12.1%	13.1%	0.7%	5.5%	34.6%	1.4%
06E	43.2%	2.2%	6.4%	12.5%	0.0%	0.9%	39.3%	0.6%
06W	66.7%	1.9%	8.0%	14.6%	0.0%	0.6%	34.9%	0.5%
07E	51.3%	4.3%	4.5%	4.7%	0.0%	0.7%	15.8%	0.7%
07W	39.7%	11.4%	5.1%	5.4%	0.1%	1.4%	28.5%	0.8%
08E	35.2%	4.6%	6.7%	9.4%	0.7%	0.3%	39.6%	0.4%
08W	20.8%	6.2%	10.9%	3.5%	0.8%	0.7%	16.8%	1.0%
09E	32.7%	13.6%	14.6%	3.3%	0.8%	0.8%	16.3%	0.1%
09W	33.3%	8.1%	13.1%	4.8%	0.6%	0.6%	18.4%	0.5%
10E	24.5%	2.2%	14.3%	4.2%	3.4%	0.3%	16.7%	0.4%
10W	23.7%	0.5%	9.9%	7.0%	5.4%	2.4%	21.4%	0.4%
11E	35.9%	1.7%	10.4%	14.9%	0.1%	2.3%	25.2%	1.5%
11W	41.7%	24.5%	7.5%	16.3%	0.6%	2.2%	41.7%	0.4%
12W	17.8%	0.7%	21.2%	3.7%	0.1%	0.3%	33.5%	1.1%
平均	33.6%	6.4%	10.5%	7.9%	1.1%	1.4%	26.3%	0.7%

続いて、B 項目の傾向を調査する（表 9）。B 項目は「患者の状態」と「介助の実施」を評価するものである。10E 病棟に関しては、看護必要度は低いが、B 項目の 7 項目中 6 項目で高い割合を示している。ここは主に脳疾患の患者が入院する病棟であり、患者の ADL（Activities of Daily Living）が低く、手間のかかる患者が多いことが原因と考えられる。07E および 07W 病棟は主に整形外科の患者が入院する病棟であり、寝返りや衣服の着脱の項目に関して高い割合を示していた。

以上の結果から、整形外科および脳関連の病棟において、B 項目の割合が高い傾向が明らかとなった。これは、これらの病棟の患者が日常生活動作に多くの介助を必要とすることを反映していた。

表 9：病棟別 B 項目詳細

病棟名	必要度Ⅱ	寝返り	移乗	口腔清潔	食事摂取	衣服の着脱	診療・療養上の指示が通じる	危険行動
05E	30.4%	57.4%	43.3%	67.0%	39.5%	64.2%	20.1%	5.5%
06E	43.2%	37.2%	27.1%	18.0%	12.8%	32.3%	6.4%	2.0%
06W	66.7%	43.1%	26.6%	10.3%	9.9%	28.0%	2.4%	1.2%
07E	51.3%	75.9%	52.8%	66.7%	53.5%	77.4%	10.4%	6.2%
07W	39.7%	81.5%	40.4%	70.3%	62.4%	65.2%	11.1%	4.4%
08E	35.2%	35.6%	38.7%	37.6%	32.5%	37.5%	6.2%	2.0%
08W	20.8%	35.8%	45.8%	36.4%	26.6%	37.1%	4.7%	2.4%
09E	32.7%	64.8%	52.0%	44.3%	37.5%	46.0%	9.6%	4.3%
09W	33.3%	56.1%	61.0%	45.6%	41.0%	55.5%	7.7%	2.7%
10E	24.5%	73.8%	49.2%	77.4%	71.1%	76.7%	50.2%	36.7%
10W	23.7%	60.4%	54.5%	64.8%	58.7%	60.4%	27.8%	8.4%
11E	35.9%	38.5%	30.0%	23.7%	16.8%	39.9%	6.8%	1.9%
11W	41.7%	62.0%	47.6%	45.9%	35.7%	60.0%	7.7%	4.4%
12W	17.8%	41.1%	34.1%	38.5%	30.9%	37.5%	11.8%	5.7%
平均	33.6%	44.8%	49.4%	40.6%	53.7%	14.0%	6.8%	29.7%

最後に、C 項目について調査を行った。C 項目は手術に関する評価項目であり、手術内容によって重症と評価される日程が異なる。各病棟別の割合は表 10 に示されている。診療科によって評価される項目が異なるため、その点を考慮する必要がある。

手術の種類や内容により、各病棟での C 項目の割合に違いが見られる。これにより、病棟ごとの手術の頻度や重症度の違いが明確になる。特に、外科病棟では C 項目の割合が高くなる傾向がある一方で、内科病棟では低くなる傾向が見られた。

表 10：看護必要度Ⅱ病棟別 C 項目詳細

病棟名	必要度Ⅱ	開頭手術	開胸手術	開腹手術	骨の手術	胸腔・腹腔・臓器手術	全身麻酔・脊椎麻酔の手術	経皮的血管内治療	経皮的心筋焼灼術等の治療	優位的な消化器治療	別に定める検査	別に定める手術
05E	30.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%	0.2%	0.0%	7.9%	0.7%	0.2%
06E	43.2%	0.0%	0.0%	5.2%	0.0%	6.8%	30.6%	0.0%	0.0%	0.2%	0.2%	7.5%
06W	66.7%	0.0%	0.0%	38.2%	0.0%	18.3%	51.8%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	5.1%
07E	51.3%	0.0%	0.0%	0.0%	44.0%	0.0%	22.7%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	2.4%
07W	39.7%	0.1%	0.0%	0.0%	18.4%	0.0%	18.0%	0.1%	0.0%	0.3%	0.0%	2.4%
08E	35.2%	0.0%	0.2%	0.0%	1.5%	0.0%	12.8%	2.3%	7.3%	0.1%	0.9%	5.4%
08W	20.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.0%	2.5%	3.6%	0.2%	2.1%	0.4%
09E	32.7%	0.0%	13.7%	0.0%	0.0%	0.1%	3.0%	5.1%	0.5%	0.0%	3.6%	0.6%
09W	33.3%	0.7%	1.3%	2.6%	0.8%	2.9%	12.1%	8.3%	0.2%	0.2%	2.1%	1.9%
10E	24.5%	4.4%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	3.7%	2.1%	0.0%	0.3%	0.0%	2.9%
10W	23.7%	0.3%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.3%	2.1%	5.6%	0.1%	0.9%	0.1%
11E	35.9%	0.0%	0.0%	0.8%	0.1%	3.6%	4.7%	0.7%	0.0%	18.6%	1.1%	0.4%
11W	41.7%	0.0%	0.0%	6.2%	0.4%	13.2%	18.3%	0.2%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%
12W	17.8%	0.0%	0.8%	0.0%	0.2%	0.2%	0.5%	0.3%	0.0%	0.1%	0.7%	0.1%
平均	33.6%	0.4%	1.3%	1.6%	5.4%	2.3%	10.2%	1.9%	1.4%	2.3%	0.9%	1.7%

4-5-2 曜日別の看護必要度の割合

曜日別の看護必要度の推移について調査した（図 2）。A 病院の特徴として、月曜日から右肩上がりに看護必要度が上昇し、金曜日にピークを迎えた後、土曜日に減少する傾向が見られた。患者数は水曜日が一番多く、週末に向けて下がっていた。



図 2：曜日別患者必要度の推移

4-6 患者分類を用いた分析

4-6-1. 延入院患者の分布

患者分類のアルゴリズムを利用して、患者をタイプ別に分類した（表 11）。A 病院で最も多かったのはタイプ 2 で、33,620 人（43.4%）を占めた。タイプ 3 と合わせると、全体の 61.9% が 7 対 1 看護を要する患者となる。4 対 1 看護を要するタイプ 4 は全体の 13.1%、2 対 1 看護を要するタイプ 5 は全体の 2.2% であった。重症度の低い 10 対 1 看護のタイプ 1 は全体の 22.7% を占めている。7 対 1 看護を要する患者が全体の過半数を占めることから、この看護体制を維持するための人的リソースの確保が重要である。また、重症度の高い患者が一定数存在することから、4 対 1 および 2 対 1 看護を提供するための高度な看護スキルと専門知識が求められる。

表 11：患者分類別延入院患者数と割合

患者分類	割合
タイプ1【10：1】(n=17,570)	22.7%
タイプ2【7：1】(n=33,620)	43.4%
タイプ3【7：1】(n=14,368)	18.5%
タイプ4【4：1】(n=10,177)	13.1%
タイプ5【2：1】(n=1,721)	2.2%
合計(n=77,456)	100%

4-6-2. 病棟別の分析

表 12 は各病棟のタイプ別割合を示したものである。軽症な患者の割合が高い病棟としては、06W、06E、および 08W 病棟が挙げられる。06W および 06E 病棟は看護必要度が高い病棟であるが、A 項目および B 項目の点数が低く、C 項目で基準を満たす患者が多いことが特徴である。一方、タイプ 4 およびタイプ 5 の割合が高かったのは、11W、07W、および 05E 病棟である。

これらの病棟は、A 項目の得点が高い傾向にあり特に 11W の外科病棟では、ドレナージ管理や注射薬 3 種類以上の使用が多く見られた。07W の整形外科病棟では、創傷処置やドレナージ管理が頻繁に行われていた。

また、05E 病棟は腫瘍血液内科および消化器内科などの内科系病棟であり、抗悪性腫瘍剤などの専門的治療が多く、A 項目が高い傾向が見られた。

表 12：病棟別タイプ別割合

病棟	必要度 (平均)	タイプ1 (10：1)	タイプ2 (7：1)	タイプ3 (7：1)	タイプ4 (4：1)	タイプ5 (2：1)
05E	30.4%	10.2%	46.3%	23.8%	15.4%	4.3%
06E	43.2%	42.3%	25.0%	20.4%	10.8%	1.5%
06W	66.7%	46.8%	23.0%	17.2%	12.0%	0.9%
07E	51.3%	13.8%	66.6%	6.1%	12.5%	1.0%
07W	39.7%	11.1%	51.8%	15.3%	19.3%	2.5%
08E	35.2%	30.7%	33.9%	22.9%	11.3%	1.1%
08W	20.8%	35.1%	38.4%	17.3%	7.9%	1.3%
09E	32.7%	21.0%	49.2%	16.2%	11.5%	2.1%
09W	33.3%	22.9%	46.6%	15.8%	12.6%	2.0%
10E	24.5%	12.4%	57.3%	15.0%	14.2%	1.2%
10W	23.7%	19.5%	49.2%	15.7%	13.4%	2.1%
11E	35.9%	30.7%	32.9%	24.5%	10.0%	1.8%
11W	41.7%	16.5%	33.8%	23.5%	20.1%	6.1%
12W	17.8%	33.9%	26.7%	27.3%	10.5%	1.7%
合計	33.6%	22.7%	43.4%	18.5%	13.1%	2.2%

4-6-3. 患者タイプ別割合から見た看護師の必要配置数

看護師の必要配置数は、以下の手順で算出した。まず、病棟ごとの患者タイプ別割合を計算した。次に、病棟毎の定床数に患者タイプ割合を乗じ、タイプ別の患者数を求めた。最後に、各患者タイプの看護体制（タイプ1は10対1、タイプ2・3は7対1、タイプ4は4対1、タイプ5は2対1）に基づき、患者数を看護師数で割り戻して配置人数を算出し、表13に示した。

看護師配置を病棟別で比較すると、11W病棟が最大38.4人、06W病棟が最小13.1人であった。06W病棟の看護師数が少ないのは、病床数が少ないためである。同じ48床の病棟で比較すると、8W病棟が30.5人であり、最も多い11W病棟との差は8.2人となっている。この結果から、必要な看護師数は病棟ごとに大きく異なっていた。

看護師の実人数（令和5年12月末時点）と患者分類のアルゴリズムから算出した必要配置数との差をシミュレーションした結果、実人数と比較して最も乖離が大きかったのは06W病棟で-11.2人、最も乖離が少なかったのは12W病棟で0.1人であった。

最も看護師数が不足しているのは11W病棟であり、6.2人の不足が確認された。06W病棟は産科をメインとする病棟であった。

表 13：看護師の必要配置人数と実人数との差

病棟	病床数	タイプ1	タイプ2	タイプ3	タイプ4	タイプ5	合計	実人数	差
05E	37	1.7	11.0	5.7	6.4	3.6	28.3	25	-3.3
06E	38	7.2	6.1	5.0	4.6	1.3	24.2	25.5	1.3
06W	21	4.4	3.1	2.3	2.8	0.4	13.1	24.3	11.2
07E	48	3.0	20.5	1.9	6.7	1.1	33.3	30.8	-2.5
07W	48	2.4	16.0	4.7	10.4	2.7	36.2	31.8	-4.4
08E	48	6.6	10.5	7.1	6.1	1.2	31.5	32	0.5
08W	48	7.6	11.9	5.3	4.3	1.4	30.5	34.2	3.7
09E	48	4.5	15.2	5.0	6.2	2.2	33.2	31.8	-1.4
09W	48	4.9	14.4	4.9	6.8	2.2	33.2	32.5	-0.7
10E	48	2.7	17.7	4.6	7.6	1.3	33.9	30	-3.9
10W	48	4.2	15.2	4.8	7.3	2.3	33.8	31.5	-2.3
11E	48	6.6	10.2	7.6	5.4	2.0	31.8	33	1.2
11W	48	3.6	10.4	7.3	10.8	6.6	38.7	32.5	-6.2
12W	48	7.3	8.2	8.4	5.7	1.8	31.4	31.5	0.1
合計	624	66.8	170.3	74.6	91.3	30.2	433.2	426.4	-6.8

4-7. 下り搬送の対象となる疾患と看護必要度との関係

令和 6 年度の診療報酬改定において、救急医療における患者の病態に応じた効率的な医療提供を目的とした転院搬送について議論された。その中で、75 歳以上の患者において件数の多い傷病が示された（表 14）。

この中からコロナウイルス感染症を除いた「食物および吐物による肺炎」および「尿路感染症」に関して、A 病院に入院する両疾患の看護必要度について調査を行った。

調査対象は、2023 年 7 月 1 日から 12 月 31 日までの期間に一般病棟に入院した延べ患者数 77,456 人である。

表 14：75 歳以上の患者において件数の多い医療資源病名

一般病棟入院基本料等を算定する病棟における高齢者に多い疾患				診療組 入-1 5. 8. 10
○ DPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者において件数の多い傷病は以下のとおり。				
入院初日にDPC算定病床 ^{※1} 又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者において件数の多い医療資源病名				
順位	傷病名	75歳以上症例に占める割合	75歳以上症例に占める割合(上位からの累積) 会	75歳以上症例に占める割合(上位からの累積) 会
-	全疾患	100%	100%	43.4%
1	コロナウイルス感染症2019、ウイルスが特定されたもの	3.9%	3.9%	54.8%
2	食物及び吐物による咽頭炎	3.3%	7.2%	86.7%
3	うつ血性心不全	3.1%	10.2%	78.4%
4	老人性初発白内障	2.1%	12.3%	60.1%
5	大腸<結腸>のポリープ	1.8%	14.1%	35.9%
6	大腿骨頭部骨折 関節性	1.6%	15.7%	78.7%
7	転子肩盂骨折 関節性	1.6%	17.2%	89.8%
8	尿路感染症、部位不明	1.5%	18.8%	75.8%
9	老人性初発白内障	1.5%	20.3%	61.1%
10	肺炎、詳細不明	1.5%	21.8%	74.1%
11	膝関節骨折 関節性	1.3%	23.1%	79.9%
12	前立腺の悪性新生物<腫瘍>	1.3%	24.5%	38.7%
13	その他の型の狭心症	1.2%	25.7%	44.8%
14	脳動脈の血栓による脳梗塞	1.2%	26.9%	59.3%
15	体重減少(度)	1.1%	28.0%	72.9%
16	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、上葉、気管支又は肺	1.1%	29.1%	39.0%
17	慢性腎臓病、ステージ5	1.0%	30.1%	47.1%
18	骨柱骨折(度) 腰部	1.0%	31.1%	50.4%
19	急性原形菌感染症	0.9%	32.0%	62.1%
20	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、下葉、気管支又は肺	0.9%	33.0%	43.0%
21	脳動脈の血栓による脳梗塞	0.9%	33.9%	73.8%
22	その他の原形菌感染症	0.8%	34.7%	50.6%
23	細菌性肺炎、詳細不明	0.8%	35.5%	67.5%
24	一側性又は患側不明の脳梗死ヘルニア、関節及び環境を伴わないもの	0.8%	36.2%	37.8%
25	肝及び胆管内管の悪性新生物<腫瘍>、詳細不明	0.8%	37.0%	52.8%
26	穿孔又は腫瘍を伴わない大腸の悪性新生物	0.8%	37.7%	43.8%
27	心不全、詳細不明	0.7%	38.5%	87.0%
28	胆管炎を伴う胆管結石	0.7%	39.2%	69.4%
29	直腸の悪性新生物<腫瘍>	0.6%	39.8%	31.4%
30	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	0.6%	40.5%	72.6%
31	胸椎骨折 関節性	0.6%	41.1%	80.5%
32	腎の悪性新生物<腫瘍>、腎体部	0.6%	41.7%	45.8%
33	咽頭炎及び咽のう炎を伴わない咽頭結石	0.6%	42.3%	57.7%
34	咽頭炎	0.6%	42.9%	63.4%
35	肺の肺炎及び萎縮、他に分類されないもの 部位不明	0.6%	43.5%	84.5%
36	その他の脳梗塞	0.5%	44.0%	57.4%
37	結腸の悪性新生物<腫瘍>、上行結腸	0.5%	44.6%	52.8%
38	結腸の悪性新生物<腫瘍>、S状結腸	0.5%	45.1%	36.3%
39	脾の悪性新生物<腫瘍>、脾臓部	0.5%	45.6%	42.6%
40	大動脈弁狭窄(度)	0.5%	46.1%	82.0%
41	(四) 肺の動脈のアテローム<粥状硬化(度)> 増悪なし	0.5%	46.6%	55.1%
42	狭心症、詳細不明	0.5%	47.1%	45.6%
43	びまん性大細胞型免疫性リンパ腫	0.5%	47.5%	46.4%
44	(大腸) 半球の脳内出血、皮質下	0.5%	48.0%	47.6%
45	関節症を伴うその他の関節性肺炎	0.5%	48.4%	61.9%
46	心停止、詳細不明	0.4%	48.9%	67.8%
47	急性肺のう<囊>炎	0.4%	49.3%	59.2%
48	後背椎体骨折 関節性	0.4%	49.7%	36.2%
49	四肢のその他の部位の軟部炎<細菌性>	0.4%	50.2%	55.8%
50	敗血症、詳細不明	0.4%	50.6%	66.6%

※ 一般病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1, 10対1, 13対1)、救命救急センター・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一般感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び妊娠産後中等症基本料を算定する病棟

出典:DPCデータ(令和4年1月～12月)

20

(厚生労働省. 個別事項(その11) 救急医療について. 2023.)

4-7-1. 尿路感染症と誤嚥性肺炎を罹患していた患者の看護必要度

尿路感染症で入院している患者の病棟別の患者数および平均年齢、A・B項目の平均得点を調査した(表15)。平均年齢は75.6歳であり、75歳を超えているA項目の平均得点は0.5点と低く、B項目の平均得点は5.2点と高い。看護必要度は基準値である28%を下回り、12.5%となっていた。

次に、誤嚥性肺炎で入院している患者の病棟別の患者数および平均年齢、A・B項目の平均得点、看護必要度を調査した。平均年齢は78.9歳であり、高齢者が多いことが示されている。A項目の平均得点は0.7点と低いが、B項目の平均得点は7.6点と高く、ADLが低く、必要となる看護量が多いことがわかった。看護必要度は、該当患者割合の基準値である28%を下回り、19.9%となっていた。

表 15：尿路感染症と誤嚥性肺炎の看護必要度について

【尿路感染症】						
病棟	平均年齢	A項目得点 平均	B項目得点 平均	基準超え (分子)	対象患者 (分母)	必要度
05E	72.5	0.5	6.1	20	120	16.7%
06E	72.0	0.7	3.3	11	128	8.6%
06W	68.4	1.4	4.6	4	7	57.1%
08W	82.6	0.1	6.3	0	62	0.0%
10E	58.0	0.0	0.5	0	4	0.0%
10W	74.9	0.3	7.7	1	12	8.3%
11E	86.2	0.2	4.4	5	18	27.8%
12W	79.4	0.5	5.8	15	96	15.6%
総計	75.6	0.5	5.2	56	447	12.5%
【誤嚥性肺炎】						
病棟	平均年齢	A項目得点 平均	B項目得点 平均	基準超え (分子)	対象患者 (分母)	必要度
05E	82.2	0.9	8.0	7	54	13.0%
07E	78.0	0.1	8.3	0	21	0.0%
08E	82.0	1.6	4.4	5	8	62.5%
08W	84.6	1.0	8.0	13	38	34.2%
09E	62.0	0.5	6.2	1	6	16.7%
09W	87.5	0.3	8.2	0	12	0.0%
10E	73.0	0.4	7.9	5	29	17.2%
10W	74.3	0.6	8.7	18	133	13.5%
11E	69.8	1.1	6.4	13	42	31.0%
11W	76.0	3.4	7.8	10	13	76.9%
12W	83.8	0.6	6.8	31	162	19.1%
総計	78.9	0.7	7.6	103	518	19.9%

図 3 および図 4 は、入院経過日数別の A・B 項目の推移を示した。尿路感染症と誤嚥性肺炎の両疾患は、入院初日から、A 項目が一貫して 2 点を下回っていた。しかし、B 項目は入院日数が経過しても高い状態を維持していた。このような経過は、両疾患に共通して観察された。



図3：入院経過日数別のA項目・B項目点数の推移【尿路感染症】

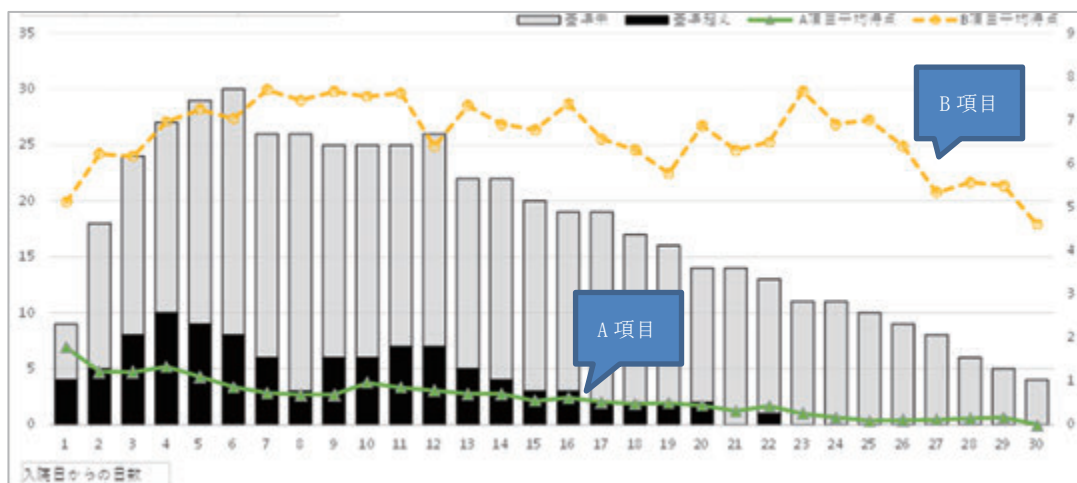


図4：入院経過日数別のA項目・B項目点数の推移【誤嚥性肺炎】

5. 考察

5-1. A病院の現状と課題について

A病院における患者の年齢構成は急速に高齢化が進行しており、70歳以上の高齢者が全体の53.9%を占めている。年齢が上昇するにつれて多疾患併存率も増加する傾向

が見られ、特に循環器系疾患や内分泌・栄養・代謝に関する疾患が高齢者に多く見られる主な疾患群となっている。この多疾患併存の実態は、医療リソースの適切な配分において重要な情報を提供する。高齢患者の増加に伴い、現場の負担が増加していることが示唆されている。

A 項目の分析結果からは、病棟ごとに医療処置の必要性や実施状況が大きく異なることが明らかとなった。看護必要度は、各病棟の特性や患者の状態に基づいて医療リソースを最適に配分するための重要な指標となることがわかった。また、特定の病棟において特定の医療処置が頻繁に行われている場合、その病棟の専門性や患者の特徴を示す指標として利用できることがわかった。

B 項目の分析結果から、主に脳疾患の患者が多い病棟では、患者の ADL が低く、手間がかかる。次いで整形外科の患者が入院する病棟では、寝返りや衣服の着脱の項目に関して高い割合を示していた。

以上の結果から、脳疾患および整形の病棟において、B 項目の割合が高い傾向が明らかとなった。これは、これらの病棟の患者が日常生活動作に多くの介助を必要とすることを反映していた。

特に、脳疾患の患者は、B 項目で評価される危険行動の割合が高く、これは認知症やせん妄患者が多いことを示していた。この結果、看護師の負担が著しく増加していることが明らかになった。

C 項目の分析結果からは、手術の頻度や重症度に基づいて適切な看護人員の配置を行うことで、患者に対するケアの質を向上させることができる。また、手術後の管理やリハビリテーションの必要性を考慮した計画も重要である。

曜日別のデータ分析により、患者数は水曜日をピークに減少し、山なりの曲線を描いている。これは、手術が週の前半から中盤にかけてスケジュールされ、手術後の回復期間を考慮して、週末前に退院させることが多い為である。このような曜日別の変動は、看護師の配置や業務計画の立案において重要な情報となる。特に、週の後半に向けて看護必要度が高くなるため、水曜日から金曜日にかけて看護師の配置を増やすなどの対応が求められる。

看護必要度が一貫して高い病棟には持続的な支援が求められる。例えば、外科病棟には専門的な治療が必要であり、適切な看護体制を構築するためには、リソースの集中配置が求められる。

このように、高齢化に伴う多疾患併存患者の増加や曜日による患者数の変動を踏まえた看護体制の最適化は、A 病院にとって喫緊の課題となると考える。

5-2. A 病院の看護師の適性配置の考え方について

患者分類のアルゴリズムを用いてタイプ別に分類した結果、A 病院では 7 対 1 看護を要する患者が全体の 61.9% を占めることが明らかになった。この結果は、看護体制の維持において人的リソースの確保が不可欠であることを示している。さらに、重症度の高い患者が一定数存在するため、4 対 1 および 2 対 1 看護を提供するためには、高度な看護スキルと専門知識が求められる。

病棟ごとに異なる看護師の必要配置数を考慮し、効率的な配置を行うことで、患者ケアの質を向上させることが可能である。患者分類に基づく配置計画は、看護師の負担を適正化し、患者に対する質の高いケアを提供するために不可欠である。

今回の分析結果では、11E（外科）病棟および 07W（整形外科）病棟において、実際の人数と理想配置数との乖離が大きいことが判明した。06W（産科）病棟は、必要度の評価対象外であるため、看護師の必要人数が少なく算出されたと考えられる。現場の看護師にヒアリングを行った結果、患者分類の結果とほぼ一致しており、実際に負担が大きいと感じていることが分かった。10E 病棟についても現場から負荷が高い部署と認識されており、特に B 項目が高い病棟ほど看護師の負担が増加していることが確認された。

しかし、10E 病棟は看護師の負担が大きいにもかかわらず、看護必要度は基準値である 28% を下回ることが常態化している。特に A 項目が低く、B 項目が高い患者が多い場合、病院全体の看護必要度の割合を下げる上に現場の負荷が高まっていた。

患者分類から得られた看護師らの臨床的知見は一致していたことから、看護必要度のデータに基づいた人員配置計画は、効率的な看護体制の構築に寄与すると考えられた。今後、質の高いケアを提供し、看護師の業務負担を軽減するためには、データに基づく戦略的なアプローチからの具体的な提案をしていく必要がある。

5-3. A 病院における「下り搬送」のシステム化の必要性

A 項目が低く B 項目が高い患者は、現場の負担を増大させる要因となっていた。令和 6 年度の診療報酬改定では、下り搬送を円滑に進めることで、病院が機能別な運営ができることが示されている。A 病院においても、リソースを有効活用するためには、救急受診から 3 日以内に転院搬送ができる患者を的確に抽出し、これを患者の状態に相応しい病院に搬送することで、結果として、適正な看護師配置ができることが求められる。

このためには、本研究で示したように、看護必要度を使って下り搬送対象となる患

者を統一化された基準によって判断し、「下り搬送患者リスト」を作成することが必須となってくる。

今回の検討で示したように看護必要度はマネジメントツールとして、多職種連携等でも幅広く実践的に活用されている（西井、2023）ことから、A 病院における下り搬送をシステム化する際にも利用できると考える。

具体的には、日々評価する看護必要度の A 項目と B 項目に注目し、手術や専門的な治療を必要としない患者、すなわち A 項目が 0 点もしくは 1 点、B 項目が高い患者を抽出し、下り搬送対象患者とすることが考えられる。

本研究の結果からは、「誤嚥性肺炎」や「尿路感染症」の患者が対象候補となることが示された。そのリストを転院調整の担当部署（地域連携部）に提供し、転院搬送を促進できることが示された。

これまで病院は、入院によって増収を確保してきた。したがって、経営的な観点からは、この下り搬送に示された診療報酬点数とは見合わないという指摘もある。だが、病棟の看護師人数の適正化や、患者側の観点からも、下り搬送によって、より自宅に復帰しやすい環境が整備されとすれば、大きなメリットといえる。

ただし、この下り搬送は、病院全体としてのシステム化を推進するだけでなく、患者の自宅に帰る力を促すことができる病院との連携が重要となる。看護必要度を用いて対象患者を抽出すると「誤嚥性肺炎」や「尿路感染症」以外の患者も候補となる可能性がある。このため疾病の種類を明確にするだけでなく、看護必要度の情報を用いた連携ができる転院先を増やすことが前提となる。

今回のアプローチにより、A 病院は重症患者の受け入れ体制が強化でき、人的リソースを最適に配分することが可能となる道筋は示された。現行は、下り搬送の対象患者を主治医や専門医に確認して決定するプロセスとなっているが、今後は、全病棟を通じた、一定の基準を設け、疾病や看護必要度データ等から自動的に候補を抽出できるシステムを構築していくことが求められる。これができれば、現場の負担を軽減できる可能性がある。とくに事務部は、前述のシステム化に際し、看護必要度データ等の分析結果を情報提供することで、多職種連携に寄与できると考える。

6. 結論

本研究の結果から、看護師の適正配置には患者の状態や病棟の特性を的確に把握し、効率的なリソース配分を行うことが不可欠であることが示された。

少子高齢化の進行に伴い、高齢者の多疾患併存が増加し、医療ニーズが一層、高まる中で、看護必要度を用いた適正配置は、看護師の負担軽減と患者ケアの質向上に寄与する。また、下り搬送を事務部も含めた、全病院の多職種協働の一步として、そのシステム化を推進することは、限られた医療や看護資源を適切に配置しながら、地域医療に貢献できると考える。

謝辞

本稿を執筆するにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究科の筒井孝子教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授、井出健二郎教授に丁寧なご指導を賜りましたことに、心より感謝申し上げます。

最後に、兵庫県立大学大学院社会科学研究科の医療・介護マネジメントコースにおいてご教授いただきました教員の皆様、そしてともに学んだ同期の皆様に重ねて感謝申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 岸本敦子. (2014). 病床機能の明確化と看護人員配置～「重症，医療・看護必要度」及び MDC 分類を用いた適正な人員配置の試み～. 商大ビジネスレビュー = Shodai business review, 4(2), 73-101.
- [2] 坂田薫. “ケアミックス病院における診療・財務情報を用いた看護職員配置と入院診療単価の適正性.” 商大ビジネスレビュー = Shodai business review 6.2 (2016): 111-131.
- [3] 筒井孝子、嶋森好子 (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] 筒井孝子 (2020) 『看護必要度 第8版』、日本看護協会出版会
- [5] 筒井孝子 (2022) 『ナースング・トランスフォーメーション』日本ヘルスケアテクノ株式会社
- [6] 筒井孝子, 東光久, 長谷川友美 (2023) 『看護必要度を使って多職種協働にチャレンジしよう』ジェネラリスト教育コンソーシアム
- [7] 筒井孝子 (2024) 『マンガでわかる最新看護必要度 改訂第2版』ヴェクソンインターナショナル株式会社
- [8] 出口 砂緒利, 岡田 みずほ, 小渕 美樹子, 貞方 三枝子 “看護師を傾斜配置する部署の選定基準 — 看護業務の忙しさを適正評価するための指標 第2報 —.

” 第 38 回医療情報学連合大会（第 19 回日本医療情報学会学術大会）、2018 年 11 月

- [9] 西井穂, 田邊和史, & 筒井孝子. (2023). 多職種連携における看護必要度利用に関する文献レビュー. 日本臨床看護マネジメント学会誌, 4, 1-11.
- [10] 東野定律, 西川正子, 大冢賀政昭, 筒井孝子 (2016). 入院患者の看護必要度と看護職員配置に関する研究 一般急性期病棟入院患者の在院日数および年齢階層, 認知症の有無等の要因と「重症度, 看護必要度」得点の関連性
- [11] 真下 綾子, 駒崎 俊剛, 鳥村 祥子, 山元 友子, 村岡 修子 急性期病院における人員配置システム構築のための概念モデル DPC コードと看護必要度の紐付 2015 年 15 巻 4 号 p. 256-260

引用ホームページ

- [1] 厚生労働省. 個別事項（その 11）救急医療について. 2023.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001175423.pdf>
(2024 年 8 月 5 日アクセス)
- [2] 第 24 回医療経済実態調査（医療機関等調査）
https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/zenpan/jittaityousa/24_houkoku.html (2024 年 2 月 13 日 アクセス)
- [3] 令和 4 年度厚生労働白書
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/21/dl/zentai.pdf>
(2024 年 2 月 13 日 アクセス)
- [4] 令和 6 年度診療報酬改定の概要
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html
(2024 年 8 月 1 日 アクセス)