

## A. 研究目的

社会保障・税一体改革では、入院医療を機能分化・強化して急性期医療への医療資源の集中投入が目指されており、現行の保険医療機関の機能・役割等を精査する必要があるとされている。

また、この病院における機能を明らかにする際には、これらの医療機関にどのような病態の患者が、何人、入院しているかを示す基礎的な資料は重要であり、これに類する資料としては、DPCを用いた統計等が示されている。

とくに高齢患者が入院患者の半数以上となる現行の入院医療体制において、これらの看護的ケアを投下するための人的資源は、今後も増加することが想定される。

しかし、DPCに関する資料からは、患者の疾病や処置や使用された薬剤に関するデータは示すことができるが、患者の入院生活を支援するための看護的ケアがどのくらい必要であるかを推計するためには、不十分なデータしか示されていない。

患者に対する看護師のケアを評価するための方法としては、平成20年から、一般病棟入院基本料7対1の届け出のために要件として導入された「一般病棟用の重症度・看護必要度の評価票」の利用が広がっているが、この評価票は、患者のADLの状態と実施された看護ケアや医療処置を把握することができる。

しかも、これらのデータは、一般病棟入院基本料の52%にあたる35万床のデータとして、蓄積されているところである。

そこで本研究では、一般病棟入院基本料7対1を算定するために導入されている「一般病棟用の重症度・看護必要度の評価票」

を用いて、わが国において、毎日、評価が実施されている患者の看護必要度を巡る実施体制の状況および、看護師の人員配置の状況について把握した。

そして、今後あるべき傾斜配置の在り方について考察することを目的とした。

## B. 研究方法

本研究では、DPCⅡ群の病院、および一般病棟入院基本料7対1、10対1もしくは13対1を算定している201施設を対象として、今年度、実施した調査データを用いた。本報告においては、これらの調査データのうち、病院の概況、看護必要度を巡る実施体制の状況および、看護師の人員配置の状況の項目を扱い、これらのデータを基礎として、現状を把握した上で今後あるべき傾斜配置の在り方について考察した。

### (倫理面への配慮)

本研究の実施に当たっては、個人情報保護に十分配慮し、構築されたデータベースから、個人の特定ができない方式を採用した。

また、研究代表者の所属する国立保健医療科学院の倫理委員会における倫理面での審査を受け、承認を受けた(NIPH-TRN#12006)。

## C. 研究結果

### 1. 調査票の回収状況および病院の概況

本調査の調査票の回収率は、全体で58% (201病院中117病院)であったが、DPCⅡ群の病院が79% (90病院中71病院)で、DPCⅡ群の病院の割合が高かった。

### 1.1 病院の開設者

開設者別の施設数を表 3-1 に示す。

開設者別の構成比をみると、全体で、医療法人が最も高いが、DPCⅡ群の病院で見ると、公立、その他が共に 29.6%、公的が 22.5%と、公的な性格の強い開設者となっていた。

### 1.2 一般病棟の入院基本料

入院基本料別の施設数を表 3-2 に示す。

入院基本料別の構成比では、全体で、一般病棟入院基本料（7 対 1）が 52.1%で最も多く、DPCⅡ群の病院においても、一般病棟入院基本料（7 対 1）が 83.1%と最も多かった。

### 1.3 DPC の基礎係数等の状況

DPC 基礎係数等の状況別の施設数を表 3-3 に示す。DPC の群別に構成比をみると、全体で、Ⅱ群が 60.7%と最も高く、DPC 対象・準備病院ではないは、34.2%であった。

### 1.4 承認等の状況

承認等の状況の該当件数は表 3-4 に示した。この結果から、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、周産期母子医療センターの割合が高くなっており、調査対象病院が地域で中核的役割を果たしていることが示唆されていた。

### 1.5 加算等の状況

加算の届出状況の該当件数を表 3-5 に示した。これらの加算等の状況からは、救急医療管理加算、栄養サポートチーム加算、50 対 1 急性期看護補助体制加算の割合が高

いことが示されていた。

### 1.6 救急医療体制

救急医療体制別の施設数を表 3-6 に示した。この救急医療体制からは、三次救急、二次救急が高く、救急医療に対応していることが示されていた。

### 1.7 許可病床数

許可病床数の集計結果を表 3-7 に示した。許可病床数を中央値で見ると、全体では 425 床、DPCⅡ群の病院では 590 床となっており、本調査対象では、DPCⅡ群病院の規模が大きかった。

### 1.8 延べ入院患者数

延べ入院患者数の集計結果を表 3-8 に示した。この延べ入院患者数を中央値で見ると、全体で 9,980 人、DPCⅡ群病院で 13,174 人と DPCⅡ群の規模が大きかった。

### 1.9 手術件数

手術件数を中央値で見ると、全体で 395.5 件、DPCⅡ群病院で 541.0 件、DPCⅡ群病院が多かった（表 3-9）。

### 1.10 救急車による搬送の状況

救急車による搬送の状況を中央値について、全体と DPCⅡ群病院それぞれを割合に換算してみると、全体では、766 件のうち、緊急手術が 16 件で 2.1%、全身麻酔が 2 件で 0.3%、緊急入院が 388 件で 50.7%となっていた。一方、DPCⅡ群病院では、1,251 件のうち緊急手術が 70 件で 5.6%、全身麻酔が 29 件で 2.3%と多かったが、緊急入院は 536 件で 42.8%と低く、DPCⅡ群病院で緊急入院の割合が低かった（表 3-

10)。

#### 1.11 一般病棟の状況

平均在院日数等の集計結果を表 3-11 に示した。一般病棟では、全般的に、DPCⅡ群病院で平均在院日数が短かった。また、看護必要度平均得点は、A 得点は、ほぼ同じであるが、B 得点は、全体の方が高くなっていた。

### 2. 看護必要度を巡る実施体制の状況

#### 2.1 看護必要度に関わる院内研修プログラムの有無

看護必要度の院内研修の有無別の施設数を表 3-12 に示した。看護必要度の院内研修は、施設基準の届出に当たって、必須事項とされているが、「いいえ」との回答が全体で 11.1%、DPCⅡ群病院においても 7.0%もあった。

#### 2.2 看護必要度の評価データの入力に際してのシステムの利用状況

看護必要度の入力システムの利用状況は、「利用していない」が全体で 15.5%、DPCⅡ群病院において 2.8%となっていた (表 3-13)。

#### 2.3 看護必要度集計データの看護管理への活用

看護必要度データの看護管理への活用について、「いいえ」が全体で 41.4%、DPCⅡ群病院において 28.2%であった (表 3-14)。

#### 2.4 看護必要度の評価結果の定期的な検証

看護必要度の評価の検証は、施設基準の

届出において行うことが定められているが、「検証を行っていない」との回答が 38.5%もあった (表 3-15)。

#### 2.5 日々の看護必要度データの人員の配置等への活用

看護必要度データの人員配置等への活用については、「していない」が全体で 52.1%、DPCⅡ群病院において 54.9%となっていた。

前述の「2.3 看護必要度集計データの看護管理への活用」では、「いいえ」が全体で 41.4%、DPCⅡ群病院において、28.2%となっており、両者を比較すると、人員配置以外の活用が行われているのではないかと推測された (表 3-16)。

#### 2.6 看護必要度の B 項目の記録方法

看護必要度の記録については、看護必要度の評価に当たって、記録がない場合は、B 項目として評価できないことになる。今回の調査から、「記録を行っていない」と回答する病院が存在したことは、院内研修の有無や評価の検証の有無と合わせて、病院の指導を徹底する必要があることを示していた (表 3-17)。

#### 2.7 看護必要度の B 項目の評価の根拠となる記録場所

看護必要度の記録場所については、記録方法が統一されていないところが、全体で 8.5%、DPCⅡ群病院において 7.0%あった (表 3-18)。

### 3. 看護師の人員配置の状況

#### 3.1 傾斜配置の状況

傾斜配置の状況別の施設数は、表 3-19 に示された通りで、ここからは、傾斜配置については、全体及び DPCⅡ群病院とも従来から実施している比率が高くなっていた。しかし、全体的には、「実施しておらず、予定もなし」が 21.4%と示されていた。

### 3.2 傾斜配置の根拠となるデータやルール

傾斜配置の根拠となるデータは、看護必要度データが 54%以上の病院において使用されていた。看護必要度データが、傾斜配置に利用され始めていると推察される。また、自施設のデータやルールによって配置が検討されていることも示されていた（表 3-20）。

#### D. 考察

##### 1. 調査対象病院の特徴

###### 1) 公的な性格の病院が多い

本調査は、DPCⅡ群、および 7:1, 10:1, 13:1 を算定している、201 病院を対象として行った調査であり、117 病院から調査票を回収した（回収率 58%）。

データが回収された病院の開設者は、全体の 33%が医療法人であるが、国立、公立、公的病院を合わせると、41%であり、DPCⅡ群の内訳は、公立病院が 29%と最も多く、国立、公的を合わせると 59%を占めており、全体の半数以上が公的な病院であった。

入院基本料は、全体の 52%が一般入院基本料 7:1 であり、10:1 入院基本料の 23%と合わせると、全体の 75%を占めていた。

DPCⅡ群では、83%が 7:1 入院基本料で特定入院基本料の 7:1 の 9.9%を合わせると全体の 93%は、特定及び一般入院基本

料の 7:1 を算定する病院であった。

###### 2) 地域中核病院としての機能

調査対象は、地域の中核としての役割を担う機能を届け出ており、多職種協働のチーム医療を推進していた。全体の 60.7%が、DPCⅡ群で、34.0%は、DPC 対象・準備病院でなかった。

診療情報の承認状況をみると、全体の 46.2%が、地域がん診療拠点病院の承認を受け、35.0%は、地域支援病院で、27.4%が周産期母子医療センターの承認を受けており、地域の中核的な役割を担っていた。

DPCⅡ群に限ってみると、それぞれ、74.6%、53.5%、43.7%と、いずれも高い承認率で更に地域の中核的な役割を担っていることが推察された。

加算の届け出状況をみると、全体の 74.4%、DPCⅡ群の 90.1%は救急医療管理加算を届けていた。

栄養サポートチーム加算は全体で 52.1%、DPCⅡ群 73%で、50:1 急性期看護補助体制加算は全体で 41.9%、DPCⅡ群で、57.7%と高い割合を占めていた。

また、総合入院体制加算は、全体は 23.9%。DPCⅡ群では 39.4%と高い割合を占め、地域における救急の受け皿となっていることがわかった。

さらに栄養サポートチームや看護補助加算など、チームでの医療提供の体制整備を進めていることも示されていた。

救急医療体制では、全体の 44.6%が、DPCⅡ群の 68.6%が三次の救急救命センターを、全体の 38.4%、DPCⅡ群の 28.6%が二次救急の医療体制の整備がされていた。

すなわち、全体の 83.0%が、DPCⅡ群で

は、97.2%が二次若しくは三次の救急に対応可能となっていた。

### 3) DPCⅡ群の病院の特徴

DPCⅡ群病院だけの分析からは、延べ入院患者が多く、看護必要度のA得点2点以上かつB得点3以上のものが中央値で17%となっていることが示された。

これは、DPCⅡ群病院の入院患者のB得点は全体での値より低く、治療終了と共に、退院への移行がスムーズに行われるようになってきているものと考えられた。

全体の病院の平均では392.1床の一般病床を所有していたが、DPCⅡ群では、平均580.8床でDPCⅡ群の病床が多かった。

述べ入院患者は、全体の平均が9,212.9人に対して、DPCⅡ群では、13,303.8人と1.44倍の数となっており、DPCⅡ群の一般病棟の方が多くの患者を受け入れていた。

また、看護必要度A得点が2以上かつB得点が3以上の患者の割合を中央値で見ると、全体では、平均値が17.3%で、DPCⅡ群のそれは17.2%と示され、ほぼ変わらなかった。

手術件数は、全体の中央値が395.5件に対して、DPCⅡ群のそれは541.0件と全体の1.37倍となっており、DPCⅡ群の病院の方が手術件数は多かった。

救急車による搬送は、中央値でDPCⅡ群の病院が多く全体の1.6倍の患者を受け入れており、緊急手術及び全身麻酔による手術は全体に比べて多かったが、全体の緊急入院の割合が50.7%に比べて、DPCⅡ群のそれは、42.8%と低かった。

この他にも、平均在院日数、在宅復帰率、看護師充足率、病床利用率いずれもDPCⅡ

群の方が高かった。

看護必要度のA得点は、同様であるが、B得点は、一般病院の方が高いと予想された。このことは、一般病院が在院日数を長くし、在宅復帰率を低くしている原因となっているものと考えられた。

## 2.看護必要度を巡る実施体制の状況

### 1) 看護必要度の評価者研修の実施率と入力システムの利用状況

看護必要度の評価者院内研修は、全体の88.9%が、DPCⅡ群では93%が行っていた。このうち、入力システムを利用しているものは、全体では84.5%で、DPCⅡ群の病院では、97.1%で、ほとんどの施設がシステムを利用していた。

このことから、看護必要度データの入力等には、ICT技術が利用されていることが明らかにされた。

看護管理者の中には、「評価のトレーニングを積まなければならないツールは看護管理者として歓迎できない」<sup>1)</sup>と述べる者もいる。

しかし、本調査の対象である急性期で看護必要度が高く、在院日数も少ない病院の既に9割の病院が“院内研修を行っており、入力はシステムを使っている”と答えており、適切な患者評価のために院内研修を行うことは、多くの病院で、実施されていることが明らかにされた。

これは、すでにイギリス<sup>2)</sup>やオーストラリア<sup>7)</sup>をはじめとする諸外国においては、適切なケアが当該患者に予定された通りに、提供されることを第1の目的とし、どのようにすれば、ケアが適切に提供できるかを詳細に検討しているわけだが、今回のデー

タは、日本でも、説明責任の明確化と、これを患者に納得してもらうためのシステム化が進められるようになってきたことを示している。

看護必要度に関するデータの入力に係るシステムや、そのデータベース化については、各病院の運営委員会等で、管理機関の組織化についての課題をはじめ、分析がなされている。

したがって、こういったシステムを継続的に改善するためには、ケアの基準に対する適用の有無とこれが満たされていることの確認をするためのシステムが構築される必要がある。

今回の調査結果からは、看護必要度導入を契機として、看護必要度を理解するための院内研修の実施とルール作りによって、こういったシステム化が推進されていることが示唆された。

こうしたシステム化を支えるものが、病棟という組織レベルでの、「学習する文化」を育てることに他ならない。こういった「学習する文化」があるということ、他者が認識することでクリニカルガバナンスは、構築されていくと言われてきた。

これからの看護管理者には、こうした学習する文化を構築することが求められている。

残念ながら、評価者のトレーニングについて消極的な看護管理者もいるようだが、すでに、評価者の育成は、ほとんどの病院で実施されており、医療現場のケアの質確保と説明責任の明確化の動きから言えば、病院にとっては必須の事項となっている。

こういったことを背景に、今後も学習する文化を基盤にしたクリニカルガバナンス

が推進されることが来たされる。

## 2) 看護必要度データの看護管理への活用

看護必要度のデータが看護管理に活用されていたのは、全体では 58.6%であったが、DPCⅡ群の病院では、71.8%ですでに活用されていた。

また、看護必要度の評価結果の定期的な検証は届け出の施設基準に定められているが、全体の 38.5%は「行っていない」とされていた。DPCⅡ群でも 19.7%が「行っていない」と答えており、ここについては、内部での検証をすすめ、内部統制のシステム化をすすめる必要があることを示している。

また、検証の方法として、定期的な監査の実施（全体 41.0%、DPCⅡ群 56.3%）が最も多く、定期的なピュア・レビューの実施（全体 13.7%、DPCⅡ群 19.7%）も行われていた。

これに、その他の方法（全体 11.1%、DPCⅡ群 12.7%）を合わせると、全体の 65.8%が、DPCⅡ群の 88.7%は何らかの方法で検証を行っていた。

検証方法は、病院ごとの工夫がなされているようであるが、今後は、これを行っていない病院への指導體制などを徹底する必要があると考えられた。

## 3) 看護必要度データの人員配置等への活用

全体の 52.1%が、DPCⅡ群の 54.9%が看護必要度データを「人員配置には活用していない」と答えていた。

現場では、いずれの病院でも、看護要員確保の困難から、入院基本料の施設基準ぎ

りぎりの看護要員を配置している施設が多いため、おそらく、看護必要度のデータを用いて要員管理を行う余裕もない病院も含まれているのではないかと推察された。

一方で、リリーフナースの配置といった現実的な問題に対する対応として、看護必要度データがすでに活用されていることも示されていた。この場合では、看護必要度が高くなった時点で、リリーフナースを配置するための根拠として使われており、業務分担や受け持ち分担にも活用（全体20.5%、DPCⅡ群15.5%）されていた。

看護必要度データを看護管理の何らかの方法として、全体の58.6%が、DPCⅡ群の病院では、71.8%が利用し、さらに患者の看護必要度に応じた看護要員管理や業務の分担等の業務管理を行おうとしていることがわかった。とくに、リリーフナースの配置や業務分担の調整などが実施されていたことは、すでに、病院内での看護師の要員管理、おそらく傾斜配置に際して、看護必要度のデータが利用されていることを予想させた。

以上のような利用は、看護管理の基盤として看護必要度データを利用しようとしていることを示しており、今後の動向が注目される。

#### 4) 看護必要度のB項目の記録の実施と記録場所について

看護必要度B項目の根拠となる記録について、「記録を行っていない」と回答した病院は全体で2病院であった。また、全体の42.3%、DPCⅡ群の26.9%が、チェック用紙を用いた毎日の記録としていた。しかし、このチェックにB項目の評価票をそのまま用

いているとすれば、根拠になる記録といえず、早急に記録の見直しが必要となる。

また全体の15.3%が、DPCⅡ群の17.9%が、「変化のあったときのみ記録している」と答えているが、これは記録のない日とみなされることから、看護必要度の評価に根拠がないと判断されることになり、大きな問題と言える。

看護必要度B項目の記録については、「記録をせずとも、看護計画に基づいてケアをチェックすることで、効率的に情報が共有できる。」<sup>1)</sup>といったことを述べる看護管理者もいるが、すでに米国では、診療報酬の償還に際して、看護記録に基づく患者レポートが報告義務として必要とされ、患者もまた、こうしたレポートを要求する時代となっている。

記録は、看護必要度の評価の根拠としても、入院基本料の算定に際しても、求められていることから、記録を、業務の効率化のために削減するという考えは改める必要がある。

さらに、看護師の行ったケアの説明責任という観点からいえば、看護計画に基づいて、当日、看護師は日々変わる患者の状態をどのように判断し、それに基づいてどのようなケアを実施したかという記録は、看護師の行ったケアの根拠としても重要であり、これをチェック方式で実施することは、記録として不十分であること、患者や、その家族への説明責任が果たせないことは言うまでもない。

記録をする時間を確保できないという状況は、わが国だけでなく諸外国でも同様である。しかし、記録には正当な価値が与えられず、さらに看護師自身が専門職として、

この業務がいかに重要であるかが認識していないことが、むしろ問題であるとの指摘は、すでに行われている<sup>8)</sup>。

昨今の米国では、看護師が患者の記録や統計を作成する時間、ケアの現場を追跡し、評価する時間、あるいは主任や看護部長が判断と意思決定のために情報を読む時間（間接サービス）などが、臨床を担当する看護師の点滴交換や病棟ケアなど（直接サービス）に費やす時間と同じくらい大事な時間であるという認識が普及しつつあり、体制整備が急速に進んでいる。わが国も、こうした認識に立った臨床現場の意識改革が求められよう。

本調査の対象病院でも、すでに全体の26.1%が、DPCⅡ群の31.3%は、日々のサマリーとして記録しており、記録が貴重な資料となりそうである。

一方で、「記録の場所や方法が統一されていない」と答えた病院は、全体の8.5%あり、DPCⅡ群病院でも7.0%示されていたことは、問題であり、今後、さらに適切な記録の在り方に関して標準化とその記録方法を定着させるための指導・研修が必要なことが示唆された。

#### 5) 看護師の人員配置の状況

看護師の傾斜配置を「従来から実施している」と答えたのは、全体の63.4%、DPCⅡ群の病院では、74.3%であった。

一方で、全体の21.4%、DPCⅡ群の11.4%の病院が「実施もしておらず、予定もない」と回答していた。

入院患者の看護の必要度は、どのような疾患であるか、また、どのような病状であるかによって大きく変化する。これに対して、配置した看護要員だけでケアをすると

した場合には、看護の患者の必要度が高くなった場合に、提供される看護サービスは不十分なままになる恐れがある。

これを防ぐには、看護師の傾斜配置や前項で述べたリリーフナースの配置、業務の調整などを行う体制を構築しなければならない。その体制が構築されない限り、過剰なケアサービスが提供される病棟がある一方で、不十分なサービスが提供される患者が存在するという状況となる。これは患者へのサービスの公平性から見ても問題であろう。

この点についても、未熟な看護管理者は、看護必要度等のデータを分析して、適切な要員管理をすることができないために、看護師からの苦情も多く、配置もうまくいかなくなっている。

日々行っている患者の看護の必要性に関する評価結果を要員管理に生かすことで、このような苦情はかなり減少するわけだが、この点については、「マネジメントツールとしての“看護必要度”」第2版<sup>9)</sup>で筆者らが、その方法について詳細に述べており、また傾斜配置の判断基準は、看護管理者の40%以上が看護必要度と回答していた調査報告もある<sup>10)</sup>ことから、看護必要度を用いた配置管理が、こういった病棟間の不満の解決の手がかりになるものと思われる。

このような問題を避けるうえでも、看護必要度のデータを用いた適切な傾斜配置を行う体制の整備が重要である。本調査結果では、傾斜配置を行う場合の根拠資料としては、全体の54.9%が、DPCⅡ群の病棟54.5%が看護必要度のデータを用いていると答えている。

今後は、いずれの病院においても、看護



必要度の適切な評価とこのデータを用いた看護師の傾斜配置やリリーフナース制度及び業務分担等の調整を行い、常に患者の必要度に応じた看護提供体制を整えるためのシステムを構築することが求められる。

これによって、いずれの医療機関においても看護の必要度に応じたケアが提供できることとなり、患者に提供すべき看護ケアを公平に提供できる仕組みが確保されるものとする。

## E. 結論

### 1. 調査対象病院の特徴

本調査の対象病院は、DPCⅡ群及び7:1、10:1、13:1入院基本料を算定している117の病院である。その半数以上が公的病院で地域の中核的な役割を担っていた。

DPCⅡ群の病院は、調査対象病院全体に比べて、在院日数は少なく自宅復帰率が高かった。

看護必要度A得点2以上、かつB得点3以上の患者の割合は、中央値で両者とも同じであるが、DPCⅡ群の病院の方がB得点は、全体のそれよりも低く、A得点が下がった段階で自宅復帰を可能と考え、在院日数を短縮化してきたものと推察され、DPCⅡ群病院では、看護必要度を退院のメルクマールとしても利用している実態が示された。

### 2. 看護必要度をめぐる実施体制の状況

看護必要度の院内評価者研修は全体の88.9%で実施されていた。全体の58.6%の施設で、看護必要度のデータを看護管理に活用しており、評価結果の検証は全体の65.8%、DPCⅡ群の88.7%で行われていた。

また、84.5%の施設で何らかの入力システムを用いており、ICT技術は、かなり推進されていた。

### 2. 3 看護必要度のB項目の記録

看護必要度の根拠となるB項目の記録として、何をどのように記録するかについての定めのない施設があり、日々、B項目の記録を行っている施設が2割から3割にとどまっていた。

今後、さらに適切な記録の基準とこれを日々行う上で必要は標準化と研修が必要であると考えられた。

### 3. 4 看護の必要度に応じて提供するケア量を調整

看護必要度に応じて傾斜配置を行っている病院は、全体及びDPCⅡ群共に、6割以上を示していた。

その他、業務分担の調整やリリーフナースを配置するなど、何らかの方法で、患者の看護の必要度に応じて提供するケア量を調整している病院は、7割近くになっており、すでに多くの病院で看護必要度データを利用した傾斜配置の仕組みが創られ、利用されつつあることがわかった。

### 4. 5 看護の必要性に応じて看護要員の配置を調整

基本的な看護要員確保の困難さから、看護要員の配置に看護必要度のデータを生かすまでには至っていないが、業務の調整やリリーフナースの配置などの手段を用いて、看護要員を調整する仕組みが7割で導入されていた。

一方で、看護必要度のデータを看護要員

管理に生かしていない状況として、いまだ3割近くが、「データを看護要員管理には利用していない」との回答がなされていた。これらの病院では、患者の必要度に応じた適切なケアの提供が行われていない可能性がある。

すべての病院で患者の看護の必要に応じたケアの提供体制を整え、日々適切な要員管理を行うことが期待されることから、看護必要度データの利用方法について、研修を通じた周知が求められる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### 引用文献

- 1) 市川幾恵. 大学病院における看護職員の適正配置と看護必要度について. 保健医療科学 2013;62 (1) :62-67.
- 2) McSherry R, Pearce P. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2007.
- 3) Lugon M, Secker-Walker J, editors. Clinical governance in a changing NHS. London: Royal Society of Medicine Press, 2006.
- 4) Chambers R, Boath E, Rogers D.

Clinical effectiveness and clinical governance made easy. 3rd ed. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2004.

5) Swage T. Clinical governance in health care practice. 2nd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2004.

6) Wilkinson JE, Rushmer RK, Davies HTO. Clinical governance and the learning organization. J Nurs Manag 2004; 12: 105-13.

7) Travaglia JF, Braithwaite J. Clinical governance, safety and quality: an overview of the literature. Sydney: Centre for Clinical Governance Research, University of New South Wales, 2007.

8) R Nahm, I Poston. Measurement of the effects of an integrated, point-of-care computer system on quality of nursing documentation and patient satisfaction. Comput Nurs. 2000;18(5):220-229.

9) 嶋森好子, 筒井孝子編. 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, 東京, 2007.

10) 宮川操, 安原由子, 谷岡哲也. 7対1看護体制導入後の急性期病院一般病床における看護師の人員配置に対する評価. 四国医誌 2012; 68 (3), (4): 125-130.

表 3-1 開設者別の施設数

	件数	構成比(%)
①国立(独立行政法人を含む)	8	6.8
②公立	22	18.8
③公的	18	16.2
④社会保険関係	1	0.8
⑤医療法人	39	33.3
⑥個人	0	0.0
⑦その他の法人	28	23.8
回答施設数	117	100.0

(うち) DPC II 症の病院

	件数	構成比(%)
	5	7.0
	21	29.6
	16	22.5
	1	1.4
	7	9.9
	0	0.0
	21	29.6
	71	100.0

表 3-2 入院基本料別の施設数

	件数	構成比(%)
①特定機能病院入院基本料(7対1)	7	6.0
②特定機能病院入院基本料(経過措置7対1)	0	0.0
③特定機能病院入院基本料(10対1)	1	0.8
④専門病院入院基本料(7対1)	0	0.0
⑤専門病院入院基本料(経過措置7対1)	0	0.0
⑥専門病院入院基本料(10対1)	1	0.8
⑦専門病院入院基本料(13対1)	0	0.0
⑧一般病棟入院基本料(7対1)	61	52.1
⑨一般病棟入院基本料(経過措置7対1)	1	0.8
⑩一般病棟入院基本料(10対1)	27	23.1
⑪一般病棟入院基本料(13対1)	18	16.2
⑫その他の入院基本料・特定入院料	0	0.0
回答施設数	117	100.0

(うち) DPC II 症の病院

	件数	構成比(%)
	7	9.9
	0	0.0
	0	0.0
	0	0.0
	0	0.0
	0	0.0
	0	0.0
	58	83.1
	1	1.4
	4	5.6
	0	0.0
	0	0.0
	71	100.0

表 3-3 DPC 基礎係数等の状況別の施設数

	件数	構成比(%)	(うち) DPC II 群の病院	
			件数	構成比(%)
①DPC I 群	0	0.0	0	0.0
②DPC II 群	71	60.7	71	100.0
③DPC III 群	3	2.6	0	0.0
④DPC 準備病院	3	2.6	0	0.0
⑤DPC 対象・準備病院ではない	40	34.2	0	0.0
回答施設数	117	100.0	71	100.0

表 3-4 承認等の状況の該当件数

	件数	割合(%)
高度救命救急センター	10	8.5
地域医療支援病院	41	35.0
地域がん診療連携拠点病院	54	46.2
周産期母子医療センター	32	27.4
第一種感染症指定医療機関	4	3.4
回答施設数	117	100.0
累計件数(カッコ内=累計件数÷回答施設数)	141	( 1.2 )

(うち) PC II 種の病院

	件数	割合(%)
	10	14.1
	38	53.5
	53	74.6
	31	43.7
	4	5.6
	71	100.0
	136	( 1.9 )

表 3-5 加算の届出状況の該当件数

	件数	割合(%)
総合入院体制加算	28	23.9
重症皮膚潰瘍管理加算	11	9.4
栄養サポートチーム加算	61	52.1
救急医療管理加算	87	74.4
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)	23	19.7
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)	6	5.1
50対1急性期看護補助体制加算	48	41.8
75対1急性期看護補助体制加算	5	4.3
夜間50対1急性期看護補助体制加算	3	2.6
夜間100対1急性期看護補助体制加算	5	4.3
看護職員夜間配置加算	12	10.3
回答施設数	117	100.0
累計件数(カッコ内=累計件数÷回答施設数)	280	( 2.5 )

(うち) PC II 種の病院

	件数	割合(%)
	28	38.4
	6	8.5
	52	73.2
	64	90.1
	16	22.5
	4	5.6
	41	57.7
	5	7.0
	3	4.2
	2	2.8
	12	16.9
	71	100.0
	233	( 3.3 )

表 3-6 救急医療体制別の施設数

	件数	構成比(%)	(うち) DPC II 症の病床	
①初期(初期救急医療体制)	6	5.4	0	0.0
②二次(入院を要する救急医療体制)	43	38.4	20	28.6
③三次(救命救急センター)	50	44.6	48	68.6
④体制なし	13	11.6	2	2.9
回答施設数	112	100.0	70	100.0
無効回答・無回答	5 件		1 件	

表 3-7 許可病床数の集計結果

	有効 回答数	平均	最小	中央値	最大	標準偏差
一般病床数	17	382.1	21	425	1,151	273.8
その他の病床数	17	43.6	0	10	400	62.6
(うち)介護保険適用	17	1.7	0	0	66	8.4
全病床数	17	425.7	33	435	1,161	261.3
(うち) DPC II 症の病床						
	有効 回答数	平均	最小	中央値	最大	標準偏差
一般病床数	71	380.8	181	590	1,151	158.8
その他の病床数	71	26.4	0	2	182	43.8
(うち)介護保険適用	71	0.0	0	0	0	0.0
全病床数	71	607.1	283	600	1,161	166.0

表 3-8 延べ入院患者数の集計結果

	有効 回答数	平均	最小	中央値	最大	標準偏差
一般病棟	88	9,212.9	328	9,590	26,289	6,743.9
(うち)救急医療管理加算を算定	88	654.0	0	261	5,706	996.0
(うち)重症度・看護必要度の基準を満たす(A 得点が2点以上かつB得点が3点以上)	88	1,904.1	10	1,726	4,636	1,161.1

毎病回答・毎回答

28 件

(うち) JPC II 症の病院

	有効 回答数	平均	最小	中央値	最大	標準偏差
一般病棟	56	13,903.9	328	13,174	26,289	4,819.1
(うち)救急医療管理加算を算定	56	971.3	0	665	5,706	993.1
(うち)重症度・看護必要度の基準を満たす(A 得点が2点以上かつB得点が3点以上)	56	2,083.7	18	2,261	4,636	926.1

毎病回答・毎回答

15 件

表 3-9 手術件数の集計結果

	有効 回答数	平均	最小	中央値	最大	標準偏差
病院全体	14	427.2	0	365.5	2,052	445.5
(うち)全身麻酔	14	175.1	0	184.5	1,151	179.4
(うち)内視鏡下消化管手術	14	40.0	0	18.0	636	64.6

毎病回答・毎回答

3 件

(うち) JPC II 症の病院

	有効 回答数	平均	最小	中央値	最大	標準偏差
病院全体	70	665.9	65	541.0	2,052	413.2
(うち)全身麻酔	70	276.4	2	244.0	1,151	165.9
(うち)内視鏡下消化管手術	70	77.1	0	34.5	636	111.8

毎病回答・毎回答

1 件

表 3-10 救急車による搬送の状況の集計結果

	有効 回答数	平均	最小	中央値	最大	標準偏差
病院全体	111	872.5	0	766.0	4,182	822.8
(うち)緊急手術	111	52.0	0	16.0	281	68.5
(うち)全身麻酔	111	26.8	0	2.0	705	71.5
(うち)緊急入院	111	372.2	0	388.0	1,806	348.6

毎週回答・毎回答

6件

(うち)DPC II 症の病院

	有効 回答数	平均	最小	中央値	最大	標準偏差
病院全体	70	1,311.1	45	1,251.0	4,182	778.8
(うち)緊急手術	70	81.4	0	70.0	281	72.9
(うち)全身麻酔	70	42.0	0	28.0	705	86.6
(うち)緊急入院	70	560.0	0	536.0	1,806	306.8

毎週回答・毎回答

1件

表 3-11 平均在院日数等の集計結果

	有効 回答数	平均	最小	中央値	最大	標準偏差
平均在院日数	114	14.7	8.0	13.6	30.5	3.8
在宅復帰率	82	74.2	0.6	81.1	87.5	22.2
看護師・准看護師の充足率	83	151.0	70.0	131.6	207.7	58.6
病床利用率	112	83.0	10.0	87.4	88.6	12.3
看護必要度平均得点/A得点	83	1.2	0.2	1.1	3.7	0.8
看護必要度平均得点/B得点	83	2.1	0.4	3.6	10.8	2.0

(うち)DPC II 症の病院

	有効 回答数	平均	最小	中央値	最大	標準偏差
平均在院日数	70	12.8	8.3	12.7	17.2	1.6
在宅復帰率	47	83.8	0.6	88.1	87.5	14.8
看護師・准看護師の充足率	57	164.3	75.7	160.2	207.7	63.8
病床利用率	88	85.8	63.7	88.1	88.2	8.6
看護必要度平均得点/A得点	55	1.2	0.3	1.1	3.7	0.5
看護必要度平均得点/B得点	55	3.4	0.4	3.4	8.3	1.4



表 3-12 看護必要度の院内研修の有無別の施設数

	件数	構成比(%)
①いいえ	13	11.1
②はい	104	88.9
回答施設数	117	100.0

(うち) PC II 群の病院

	件数	構成比(%)
	5	7.0
	66	93.0
	71	100.0

表 3-13 看護必要度の入力システムの状況別の施設数

	件数	構成比(%)
①利用していない	18	15.9
②自施設で作成したシステムを使用	32	27.6
③ベンダーに依頼して作成したシステムを使用	30	25.9
④既製品を利用	36	31.0
⑤その他	0	0.0
回答施設数	116	100.0

(うち) PC II 群の病院

	件数	構成比(%)
	2	2.9
	16	22.5
	27	38.0
	28	38.8
	0	0.0
	71	100.0

表 3-14 看護必要度データの看護管理への活用の有無別の施設数

	件数	構成比(%)
①いいえ	48	41.4
②はい	68	58.6
回答施設数	116	100.0

(うち) PC II 群の病院

	件数	構成比(%)
	20	28.2
	51	71.8
	71	100.0

表 3-15 看護必要度の評価の検証方法の該当件数

	件数	割合(%)
定期的な検証は行っていない	45	38.5
定期的にピア・レビューを実施している	16	13.7
定期的に監査を実施している	49	41.0
その他の検証を実施している	13	11.1
回答施設数	117	100.0
累計件数(カッコ内=累計件数÷回答施設数)	122 ( 1.0 )	

(うち) DPC II 群の病院

件数	割合(%)
14	19.7
14	19.7
40	56.3
9	12.7
71	100.0
77 ( 1.1 )	

表 3-16 看護必要度データの活用状況の該当件数

	件数	割合(%)
利用していない	61	52.1
リリースナースの配置	29	23.9
ベッドコントロール	20	17.1
業務分担または受け持ち分担	24	20.5
その他	10	8.5
回答施設数	117	100.0
累計件数(カッコ内=累計件数÷回答施設数)	143 ( 1.2 )	

(うち) DPC II 群の病院

件数	割合(%)
39	54.9
21	29.6
14	19.7
11	15.5
7	9.8
71	100.0
92 ( 1.3 )	

表 3-17 看護必要度のB項目の記録方法別の施設数

			(うち) PC II 群の病院	
	件数	構成比(%)	件数	構成比(%)
①現在記録を行っていない	2	1.8	2	3.0
②チェック用紙を用いた毎日の記録	47	42.3	18	26.9
③入院中に変化があったときのみ記録(入院時や再計画時のアセスメントを除く)	17	15.3	12	17.9
④毎日の患者の状態のサマリーとして記録	28	25.1	21	31.3
⑤その他	16	14.4	14	20.9
回答施設数	111	100.0	67	100.0

表 3-18 看護必要度のB項目の記録場所の該当件数

			(うち) PC II 群の病院	
	件数	割合(%)	件数	割合(%)
記録方法が統一されていない	10	8.5	5	7.0
SOAPの記録の中	40	34.2	26	36.6
フォーカス・チャータリングの記録の中	16	13.7	9	12.7
看護診断の中	6	5.1	5	7.0
日々の看護記録の中	68	58.1	42	58.2
クリニカルパスの実施記録の中	19	16.2	16	22.5
看護指示の記録と連動させて、記録している	20	17.1	16	22.5
上記以外コンピュータ等の看護支援システム上に記録している	28	23.8	22	31.0
その他	11	9.4	5	7.0
回答施設数	117	100.0	71	100.0
累計件数(カッコ内=累計件数÷回答施設数)	218	( 1.9 )	146	( 2.1 )

表 3-19 傾斜配置の状況別の施設数

	件数	構成比(%)
①従来から実施している	71	63.4
②今年度から実施	5	4.5
③実施していないが準備中	12	10.7
④実施しておらず、予定もなし	24	21.4
回答施設数	112	100.0

(うち) PC II 課の施設

件数	構成比(%)
52	74.3
2	2.9
6	11.4
6	11.4
70	100.0

表 3-20 傾斜配置の根拠別の施設数

	件数	構成比(%)
①自施設の看護業務量測定データ	14	17.1
②看護必要度データ	45	54.9
③看護業務量測定以外の自施設のルール	12	14.6
④①～③以外の方法	11	13.4
回答施設数	82	100.0

(うち) PC II 課の施設

件数	構成比(%)
6	14.5
30	54.5
10	18.2
7	12.7
55	100.0