

**研究結果** 重症患者分類法による分類では、タイプ2が34.5%と最も高い割合を占め、次に、タイプ1が28.5%、タイプ4が24.9%、タイプ5は8.1%、タイプ3は3.9%と続き、タイプ3の割合が低いことがわかった。

一方、一般患者分類法による分類では、タイプ1が31.7%と最も高い割合を占め、次にタイプ3が33.0%、タイプ2が20.0%、タイプ4が10.8%、タイプ5が4.5%と続き、タイプ5は低い割合を示していた。

さらに、同一患者における2種類の患者分類法によって得られた分類を比較した結果、重症患者分類でタイプ4と示された患者が、一般患者分類では、タイプ3となる場合やタイプ5の患者がタイプ3になるといった事例が示された。すなわち、重症患者分類では、かなりの時間を要するとされた分類された患者が一般患者分類では、それほど時間を要さない患者分類となる事例や、重症患者分類では、さほど業務量が長くないタイプ2とされていた患者が一般病棟患者分類によれば、長い時間を要するとされるタイプ3になるという結果が示された。

**考察および結論** 同一患者における2種類の患者分類法によって示された分類結果である、重症患者タイプと一般患者タイプを比較した結果、重症患者分類法でタイプ4と示された者が、一般患者分類ではタイプ3となることや、同様にタイプ5の患者がタイプ3になるというように、重症患者分類法と一般患者分類法での分類結果間の関連性が示され、2種類の分類の関連性を理解することで患者像をより詳細に検討できることが示唆された。

重症患者分類では、さほど業務量が長くないタイプ2の患者が、一般患者分類では、比較的、長い時間を要するとされるタイプ3になるという結果からは、重症患者分類法では、療養上の世話の時間を反映した分類が示されているが、一般患者タイプの結果は、急性期の看護の提供の多寡を反映している可能性が高いというような重症患者分類と一般患者分類の利用に際しては、慎重な使い分けを必要とするものの、それぞれの分類法の特徴を理解することで、より適切な人材配置を実施する資料が得られる可能性があることが示された。

## A. 研究目的

2006（平成18）年には、病院の入院基本料の施設基準等に関する通知において、「看護必要度」を用いた看護職員配置の適正化が明示されていたが、同時に、看護職員配置の適正化を行うツールとして、ハイケアユニット入院医療管理料の患者評価に義務付けられていた「重症度・看護必要度」基準とICUの入室患者のスクリーニング評価票として用いられていた「重症度」基準を用いて、日本独自の患者分類（以下、「患者分類」）を開発する研究が実施され、その結果開発された患者分類を用いて、患者分類別の患者の構成割合によって看護師の人数を推定する方法の提案がされてきた<sup>2</sup>。

この「重症患者分類」を用いた看護職員配置は、臨床的な知見と一致しており、応援勤務体制等の構築の際に利用されているとの報告もなされている<sup>3-5</sup>。

4タイプの分類を用いて入院患者の状態を把握した例として、国立大学病院・民間病院の一般病棟、ハイケアユニット、ICUに入院する約4万人の患者データを分析した結果がある。この結果によると、国立大学病院のICUでは、重症患者（Aの該当者）が98.7%であるが、ハイケア病棟では、29.0%、一般病棟では、17.6%であった。一方、民間

病院では、ICUでは重症患者が92.1%であるが、ハイケア病棟では、42.6%、一般病棟では、16.2%であった。どちらの病院においても、ハイケア病棟の重症患者の割合は、有意にICUよりも低かった。また、一般病棟にも約20%の重症患者が存在している状況が示されていた。こうした結果は、この患者分類が当該病棟に入院する患者の状態像を簡便に把握するツールとして活用できることを示したものと見える。

さらに、この患者分類に続いて、2007（平成19）年度には、現在、「7対1」「10対1」「13対1」入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院基本料1で用いられている「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」によって、患者の重症度を5分類する「一般患者分類」の開発がなされている<sup>6</sup>。

この患者分類を用いて、2007（平成19）年度に7対1の入院基本料の届け出を出していた181病院の患者4万272名を対象に、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」による「一般患者分類」によって分類された患者タイプ1～5と、すでに臨床現場で用いられている「重症度」基準、「重症度・看護必要度」基準を用いた「重症患者分類」によって患者を分類した患者タイプ

pp. 58-62、2007.

<sup>5</sup> 田中彰子、千崎美登子：看護業務の質向上のための看護必要度データの活用（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、中山書店、pp. 86-105、2007.）

<sup>6</sup> 東野定律、大野賀政昭、筒井孝子：一般病棟用「重症度・看護必要度に関わる評価票」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：静岡県立大学・経営情報学部研究紀要、24（1）、pp. 51-62、2011

<sup>1</sup> 厚生労働科学研究費補助金（医療技術総合研究事業）「急性期入院医療における医療および看護の集中度を基礎とした患者分類方法に関する研究」（主任研究者：筒井孝子）、平成16年度研究報告書、2004

<sup>2</sup> 筒井孝子：マネジメントツールとしての看護必要度（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、pp. 28-49、2008.）

<sup>3</sup> 瀬戸僚馬、福井トシ子：重症度・看護必要度を用いた退院支援早期化に関する一考察、病院管理、pp. 43-96、2006.

<sup>4</sup> 梶原和歌：看護必要度のシステム導入と看護職適正配置への活用、看護、59（1）、

1～5を比較した結果が示されている<sup>6</sup>。

これによれば、「一般患者分類」では患者タイプ3の割合が高く、「重症患者分類」では患者タイプ2の割合が高く、タイプ3の割合は顕著に低く、また、「一般患者分類」による5つの患者タイプ間の特徴を検討した結果、患者タイプの数字が1、2、3と高くなるに従って、当該患者の処置内容が増加し、状態が悪化しており、患者タイプによる順序性が示された。これに加えて患者タイプごとにハイケアユニットで用いられている「重症度・看護必要度に係る評価票」A、B得点も同様に得点が高くなる傾向も見られ、臨床的には、患者タイプの考え方はわかりやすい分類となっていることが示されていた。

2008年から7対1入院基本料を算定している医療機関において、入院患者全員に対して毎日、「一般病棟用の重症度・看護必要度」と呼ばれる患者の医療処置や療養上の世話を評価する尺度を用いて測定し、これを記録しておくことが義務付けられた。

現在、このような評価を実施している病床数は2014年10月時点のデータで約54万床になる（医療法上の一般病床の約60%を占める）。日本の多くの病院には、患者の状況に関する膨大なデータとこれに投下された看護資源のデータという蓄積がある。したがって、これらのデータを分析し、自院の看護資源と患者の状況を把握し、これに基づいた看護職員配置を検討することが、今、まさに求められているといえよう。

これを言い換えるなら、多くの病院において、すでに蓄積されたデータを活用した新たな人員配置の方法論が検討されることで、日本の現状の医療制度に合致した看護職員の適正人員配置システムが構築されていく可能性がある。したがって、看護必要度で算出される患者分類を活用した看護職員

の適正人員配置システムを臨床場面で構築させ、実効性を高めていくことは、重要な検討課題とされるものと考えられる。

そこで、本研究では、平成2012年に厚生労働省保険局医療課が収集した全国の入院医療機関のデータを用いて、看護必要度評価によって算出される一般患者分類法と重症患者分類法の2種類の患者分類法で示された患者分類を示し、さらに、これらの2種類の患者分類結果を比較し、これらの分類が示す日本における患者像を改めて示すことを目的とした。

## B. 研究方法

### 1) 分析データ

本研究の実施に際して、2012年に厚生労働省保険局医療課が実施した全国の急性期病棟やリハビリテーション病院、慢性期病棟等への調査に際して、任意の連続する14日間に入院していた全患者、延べ571,328人日分の看護必要度に関わるデータを用いた。

この調査では、看護必要度に関わるデータ、ICD-10に準拠した主要診断群MDC情報等、調査対象病院の規模や経営主体に関する情報や病棟別の人員配置情報等も同時に収集されていた。これらのデータから、入院日のデータに欠損がなかった患者295,229件のデータを抽出し、分析した。

### 2) 分析方法

「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」の処置の状況を示すA項目の得点（以下、A得点という）、患者の状況を示すB項目の得点（以下、B得点という）を利用して、表4-1のような一般患者分類法による分類を行い、患者タイプ1から5までに分類した。

これらの患者分類と既存の評価票を基に

した表 4-2 のような重症患者分類法の 2 種類の方法論によって分類をした。(参考資料に掲載)。

なお、一般患者分類法による分類と重症患者分類法によって分類された患者分類のパターンは、そのすべてを示すこととした

3) 倫理的配慮  
本研究は、兵庫県立大学学院に設置された倫理審査委員会の認証を受けた (15-001)。

表 4-1 一般患者分類法による 5 つの分類<sup>6</sup>  
(一般病棟用重症度・看護必要度評価票 (16 項目) による)

1 : 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」の得点 : $A=0$ かつ $B=0$
2 : 他の患者タイプに該当しない患者
3 : 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」の得点 : $A \leq 1$ かつ $B \geq 3$ または $A \geq 2$ かつ $B \leq 2$
4 : 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」 : $A \geq 2$ かつ $B \geq 3$
5 : 患者タイプ 4 かつ 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」の得点 : $A \geq 4$ かつ $B \geq 6$

表 4-2 重症患者分類法による 5 つの分類<sup>6</sup>  
(「重症度基準」・「重症度・看護必要度基準」のそれぞれの点数による)

1 : 「重症度・看護必要度基準」による得点 : $A=0$ かつ $B=0$
2 : 1.3.4.5 の患者タイプに該当しない患者
3 : 「重症度・看護必要度」基準による得点 : $A \geq 3$ または $B \geq 7$
4 : 「重症度」基準による得点 : $A \geq 3$ または $B \leq 5$
5 : 患者タイプ 4 かつ 「重症度・看護必要度」基準において $B \geq 13$

### C. 研究結果

1) 対象者の属性 (47.0%) で、男女の割合は、ほぼ半数ずつの構成であった。また、平均年齢は、67.4 歳 (SD16.3) で最小値は 15 歳から最大は 108 歳であった (表 4-3)。

対象となった患者の性別は、男性が 156,493 名 (53.0%)、女性が 138,736 名 (47.0%) であった (表 4-3)。

表 4-3 対象者の属性

	平均 (SD)	範囲
年齢	67.4 (16.3)	15-108
	N	%
性別 男性	156493	53.0
女性	138736	47.0

2) 対象者の各 A 得点、B 得点の分布

対象者の各 A 得点、B 得点の分布は、表 4-4 に示したように重症度 A 得点は平均 0.8 点 (標準偏差 1.321)、重症度 B 得点は、1.92 点 (標準偏差 2.678) であった。

重症度・看護必要度 A 得点は平均 1.25 点 (標準偏差 1.878)、重症度・看護必要度 B

得点は、3.73 点 (標準偏差 4.857) であった。

一般病棟用の重症度・看護必要度 A 得点は平均 1.00 点 (標準偏差 1.506)、一般病棟用の重症度・看護必要度 B 得点は、2.90 点 (標準偏差 3.775) であった。

表 4-4 対象者の各 A 得点、B 得点の分布

		平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
重症度	A得点	.80	1.321	0	12	295229
重症度	B得点	1.92	2.678	0	8	295229
重症度・看護必要度	A得点	1.25	1.878	0	18	295229
重症度・看護必要度	B得点	3.73	4.857	0	19	295229
一般病棟用の重症度・看護必要度	A得点	1.00	1.506	0	10	295229
一般病棟用の重症度・看護必要度	B得点	2.90	3.775	0	12	295229

3) 重症患者分類法による患者タイプ (重症

患者タイプ) と一般患者分類法による患者タイプ (一般患者タイプ) 別人数の分布

重症患者分類法による患者タイプ (以下、重症患者タイプと略す) と、一般患者分類法による患者タイプ (以下、一般患者タイプと略す) 別人数を表 4-5 に示した。

重症患者分類法による分類を行った結果からは、重症患者タイプ 2 が 34.5% と最も多く、次に、タイプ 1 が 28.5%、タイプ 4 が 24.9%、タイプ 5 は 8.1%、タイプ 3 は 3.9% と続いていた。タイプ 3 に分類される患者は少なく、低い割合を示していた。

一方、一般患者分類では、タイプ 1 が 31.7% も多かったが、最も高い割合を示したのはタイプ 3 で 33.0% を占めていた。タイプ 2 は 20.0%、タイプ 4 が 10.8%、タイプ 5 が 4.5% と示され、急性期の看護が必要とされるタイプ 5 は低い割合を示していた。

重症患者タイプにおけるタイプ 1 も一般患者タイプ 1 も医療や看護サービスを受けていなかった患者割合を示しているが、2 種類の分類で概ね入院患者の 3 割がこれに

該当していた。

逆に、医療も看護もかなりのサービスが提供されていたと推察されるのが、いずれの分類法においてもタイプ 5 であるが、この割合は重症患者タイプ 5 が 8.1%、一般患者タイプ 5 は 4.5% と示された。

重症患者分類法による分類で最も高い割合を占めていたのはタイプ 2 で 34.5%、一般患者分類ではタイプ 3 で 33.0% であった。

以上のように、重層患者分類法による患者タイプ別分類人数の分析結果からは、タイプ 3 の割合がかなり低く、出現率が低い分類として示された。

表 4-5 2 種類の患者分類法別タイプ別人数

	重症患者分類法によるタイプ			一般患者分類法によるタイプ		
	N	%	累積%	N	%	累積%
タイプ 1	84039	28.5	28.5	93618	31.7	31.7
タイプ 2	101974	34.5	63.0	58977	20.0	51.7
タイプ 3	11637	3.9	66.9	97388	33.0	84.7
タイプ 4	73540	24.9	91.9	31933	10.8	95.5
タイプ 5	24040	8.1	100	13314	4.5	100
合計	295230	100		295230	100	

4) 2種類の患者分類法によって示された分類間の関係性

同一患者における2種類の患者分類法によって示された分類結果である、重症患者タイプと一般患者タイプを比較した結果、重症患者分類法では、タイプ4と示された者が、一般患者分類ではタイプ3となることや、同様にタイプ5の患者がタイプ3になるといった、重症患者分類では、かなりの時間を要するとされる患者分類とされてい

た患者が、一般患者分類では、それほど時間を要さない患者分類に分類されるという事例が示された。

また、重症患者分類では、さほど業務量が長くないタイプ2の患者が、一般患者分類では、比較的、長い時間を要するタイプ3になるという結果も示され、重症患者分類と一般患者分類の利用に際しては、慎重な使い分けが必要であることが示された。

表 4-6 重症患者分類法による患者タイプ（重症患者タイプ）と一般患者分類法による患者タイプ（一般患者タイプ）とのクロス表

		重症患者タイプ					合計
		タイプ 1	タイプ 2	タイプ 3	タイプ 4	タイプ 5	
一般患者タイプ	タイプ 1	84039	9558	1	20	0	93618
	タイプ 2	0	58568	244	165	0	58977
	タイプ 3	0	31763	9311	46069	10245	97388
	タイプ 4	0	2085	2081	19191	8576	31933
	タイプ 5	0	0	0	8095	5218	13313
合計		84039	101974	11637	73540	24040	295229

※太字は軽度に変化したもの。

5) 重症患者タイプ及び一般患者タイプにおける A,B 得点の分布状況

A 得点を構成する 9 項目の得点の状況を「創傷処置」-「血圧測定」-「時間尿測定」-「呼吸ケア」-「点滴ライン同時 3 本以

上」-「心電図モニター」-「シリンジポンプの使用」-「輸血又は血液製剤の使用」-「専門的な治療」の順に並べ、次に、B 得点を構成する 7 項目の得点の状況を「寝返り」-「起き上がり」-「座位保持」-「移乗

－「口腔清潔」－「食事摂取」－「衣服の着脱」の順に並べた。

これにより、2種類の患者分類法による重症患者タイプと一般患者タイプとの関連性を視覚的に示すことになる(別添資料参照)。重症患者タイプ4と一般患者タイプ3は一致する割合が高く、次いで、重症患者タイプ2と一般患者タイプ3が、重症患者タイプ5と一般患者タイプ3、重症患者タイプ1と一般患者タイプ1という分類間には強い関連性があることが示された。

#### ①重症患者タイプ4と一般患者タイプ3

46,069名のうち、36,469名(79.2%)の患者がA得点は1点以下であり、26,268名(57.0%)の患者がA得点は1点以下かつB得点が6点以上の患者であった。また、23,812名(51.7%)の患者がA得点は0点の患者であった。また、A得点が2点以上の患者のB得点はすべて2点以下の患者であった。

さらに、得点パターンを見てみると「0-0-0-0-0-0-0-2\_0-0-0-0-0-0」が最も多く1,786名(3.9%)、次に「0-0-0-0-0-0-0-0-0\_1-1-1-1-1-1-1」が1,442名(3.1%)、

「0-0-0-0-0-0-0-0-0-0\_1-1-1-1-1-1-2」が1,107名(2.4%)、

「0-0-0-0-0-0-0-0-0-0\_1-0-0-1-1-0-1」が1,061名(2.3%)と続いていた。

以上の結果からは、重症患者タイプ4と一般患者タイプ3は両分類共に医療処置はなく、療養上の世話を受けていた患者であったことが示されていた。

#### ②重症患者タイプ2と一般患者タイプ3

31,763名のうち、10,746名(33.8%)の患者がA得点は2点かつB得点が0点の患者であった。さらにその得点パターンを見てみると「0-0-0-0-0-0-0-0-2\_0-0-0-0-0-0-0」になっており、重症患者タイプ2と一般患者タイプ3は、専門的な治療のみに該当する患者であり、療養上の世話はほとんど受けない患者であることがわかった。

#### ③重症患者タイプ5と一般患者タイプ3

10,245名のすべての患者は、A得点が1点以下であり、8,471名(82.7%)がB得点10点以上の患者であった。なお、最も多かった得点パターンは、「0-0-0-0-0-0-0-0-0\_2-1-2-2-1-2-2」で1,128名(11.0%)であり、

次に「0-0-0-1-0-0-0-0-0\_2-1-1-2-1-2-2」が1,109名(10.8%)「0-0-0-1-0-0-0-0-0\_2-1-2-2-1-2-2-1」で1,079名(10.5%)、

「0-0-0-0-0-0-0-0-0-0\_2-1-1-2-1-2-2-0」で998名(9.7%)と続き、この4パターンで全患者の4割を占めていた。重症患者タイプ5と一般患者タイプ3は療養上の世話をかなり多く受けていた患者であったことが示された。

#### ④重症患者タイプ1と一般患者タイプ1

患者9,558名のすべての患者はA得点、B得点どちらの得点も0点の患者であった。これらの結果から、重症患者タイプ1と一般患者タイプ1は医療処置がほとんどない患者であった。

#### D. 考察

1) これまでの患者分類の考え方と全国データを用いた患者分類の再構築に関して

これまで示されてきた「看護必要度」評価項目を用いた患者分類の考え方は、「看護必要度」の各評価項目によって構成される「重症度に係る評価票」で評価した結果、該当か非該当か、及び「重症度・看護必要度に係る評価票」で評価した結果、該当か非該当かの組み合わせにより、病棟別の患者の状況をわかりやすくするために作成した、4タイプの患者分類といえる。これらの患者タイプが示す状態像は、タイプAは、ICU基準及びハイケア基準該当の患者であったし、タイプBは、ICU基準該当患者であるが、ハイケア基準該当患者ではなかった。また、タイプCは、ICU基準該当患者ではないが、ハイケア基準該当患者であるタイプDは、ICU基準該当でもハイケア基準該当でもない患者を示していた。

以上の分類の考え方を患者の重症度や看護の手間の必要性から鑑みると、Aの患者が最も長い時間が投下され、B、C、Dとなるほど、時間は短くなると考えられてきた。

これらに加えて、モニタリング及び処置等に係るA項目がすべて「0(なし)」で、かつ患者の状況等を示すB項目がすべて自立とされた分類、すなわち、「重症度・看護必要度」基準においてA=0かつB=0の患者を加え、合計5タイプを「重症患者分類」として定義してきた。

本研究では、全国の入院医療機関を対象として、厚生労働省が収集した292,329件の患者データを用いて、すでに臨床現場で用いられている「重症度基準」、「重症度・看護必要度基準」を用いた5つの患者分類か

らなる重症患者分類法による患者分類結果を示す重症患者タイプ1から5と「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」による一般患者分類法による2種類の分類(患者タイプ1から5)を同一患者を対象として付与した。

これは、新たな患者分類を検討するにあたって、これまで用いられてきた分類の特徴を臨床現場の実態に合わせて検討するための基礎資料を得るために行った。この結果、現状の2種類の分類法の課題として、重症患者タイプ3の割合がかなり低いことが示された。このタイプの出現率は、わずか3.9%であり、この分類が成立させるか否かも含め、検討がなされる必要がある。

2) 一般患者分類法による患者タイプと重症患者分類法による患者タイプとの関連性

重症患者タイプ5と、一般患者タイプ3は、10,245名のすべての患者においてA得点が1点以下であり、その82.7%がB得点10点以上を示した患者であった。

これは、重症度基準の処置の項目において「人工呼吸器の装着」や「輸液ポンプの管理」「肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)」といった評価項目で患者タイプ5と評価されていた患者は、「一般病棟用の重症度・看護必要度評価票」では、これらの項目がなくなることでA得点は1点以下となっているが、B得点が10点以上と示されていたことから、重症患者タイプ5と、一般患者タイプ3に分類された患者は療養上の世話を多く投下される患者であったことが推察された。

重症患者タイプ4で一般患者タイプは3となった患者の79.2%の患者がA得点は1



点以下であった。このうち 51.7%の患者が A 得点は 0 点の患者であった。また、A 得点が 2 点以上の患者の B 得点は、すべて 2 点以下の患者であり、この重症患者タイプ 4 と、一般患者タイプが 3 となる患者は、療養上の世話をあまり受けない患者タイプであったと推察された。

このように同一患者における 2 種類の患者分類法によって示された分類結果である、重症患者タイプと一般患者タイプの比較からは、重症患者分類法でタイプ 4 と示された者が、一般患者分類ではタイプ 3 となることや、同様にタイプ 5 の患者がタイプ 3 になるというように、重症患者分類法と一般患者分類法での分類結果間の関連性が示され、2 種類の分類の関連性が明らかにされたことで、患者像をより詳細に検討できることが示唆された。

例えば、重症患者分類法では、一般患者分類と比較し、療養上の世話の項目が多く評価票に含まれているためこれを反映した分類が示されている。一方で、一般患者分類は、専門的な治療・処置という急性期における看護サービス提供を反映している項目が評価票に含まれているという特徴がある。重症患者分類と一般患者分類の利用に際しては、慎重な使い分けを必要とするものの、それぞれの分類法の特徴を理解することで、より適切な人材配置を実施する資料が得られる可能性があることが示された。

このように重症患者分類法と一般患者分類法の利用に際しては、慎重な使い分けを必要とするものの、それぞれの分類法の特徴を理解することで、より適切な人材配置を実施する資料が得られる可能性があることが示された。

## E. 結論

全国の入院医療機関の入院患者 292,329 件の患者データを用いて、重症患者分類法と一般患者分類法での分類を行い、重症患者タイプにおけるタイプ1が28.5%、一般患者タイプ1が31.0%と、医療や看護サービスを受けていなかった患者割合が2種類の分類法においても約3割であったことが示された。

現在、診療報酬上の算定基準等のために「重症度評価票」、「重症度・看護必要度評価票」、「一般病棟用の重症度・看護必要度評価票」と3種類あり、それぞれICU、HCU、一般病棟や地域包括ケア病棟で用いられている。臨床現場の利便性の向上のためには、これらの評価票の統一は必須事項といえる。

しかし、本研究の結果から明らかにされたように、2種類の患者分類法によって示

された患者タイプである、重症患者タイプと一般患者タイプとの関連性の分析からは、患者の状態をより詳細に検討することができる。このことは、これらの2種類の患者分類が示すそれぞれの患者タイプによって示される情報が豊かであることを意味しており、慎重な使い分けを必要とするものの、それぞれの分類法の特徴を理解することで、より適切な人材配置を実施する資料が得られる可能性がある。

今後、複数ある評価票を統一するにあたっては、「一般病棟用の重症度・看護必要度」評価票を活用していくことが現実的と考えられるが、現行の患者の医療処置および療養上の世話の提供状況からは、いわゆる重症患者をどのように定義するかといったことについては、さらに慎重な議論が求められる。

## 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

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

「入院患者の看護必要度と看護職員配置に関する研究」

平成 26 年度 分担研究報告書

看護必要度による患者分類を用いた必要人員配置の推計

—実配置との比較を通じた妥当性の検討—

研究代表者	筒井孝子（兵庫県立大学大学院経営研究科）
分担研究者	嶋森好子（東京都看護協会）
分担研究者	東野定律（静岡県立大学経営情報学部）
研究協力者	田中彰子（横浜創英大学看護学部）
研究協力者	大冢賀政昭（国立保健医療科学院医療福祉サービス研究部）

**研究目的** 平成 14 年度の診療報酬改定で、ICU の施設基準（当時、HCU は存在せず）として、「当該治療室に入院している患者の状態を重症度に係る評価票を用いて測定し、その結果、基準を満たす患者が 9 割以上いること」と示されたのが、看護必要度が診療報酬に導入された最初といえる。ここで示された重症度に関わる評価票が重症度基準であり、現在も続く、いわゆる看護必要度の項目の一部が用いられた指標である。さらに平成 16 年度の診療報酬改定で ICU の施設基準として、「当該治療室に入院している患者の状態を別紙 8 の重症度に係る評価票を用いて測定し、その結果、基準を満たす患者が 8 割以上いること。」とされ、ここで示された別紙 8 に、「2 評価の対象は特定集中治療室管理料を算定する全患者とし、…」と示されたことから、看護必要度による基準は施設基準とも算定基準ともいえる基準として診療報酬上に定着してきた。HCU の入院管理料は、平成 18 年度診療報酬改定で病院の入院基本料の施設基準としてはじめて導入された入院管理料であり、入院患者の「重症度・看護必要度」に係る評価を行い、看護師の適正な配置数の確保が求められる基準として用いられてきた。このように 10 年以上も前から、看護必要度データを活用した看護職員の適正配置への活用は、厚生労働省の通知上、一貫して推奨されてきたが、これらを臨床的に活用してきた事例報告は、ほとんどない状況にある。

本分担研究は、筆者らが平成 24 年度に実施した調査で看護必要度データをリリーフナースおよびベッドコントロールに活用している回答した医療機関を対象に調査を実施した。これらの病院は、看護必要度データを適正な人員配置のために活用している稀少な病院であるといえる。これらの病院における任意の継続する一週間分の看護必要度データと看護配置およびリリーフナースの配置実績のデータを収集し、重症患者分類法と一般患者分類法という 2 種類の患者分類法によって、推定された推定人員配置と実配置とを比較し、この関連性を分析することを目的とした。

**研究方法** 看護必要度データをリリーフナースおよびベッドコントロールに活用している

回答した医療機関から収集した、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（以下、一般病棟用の重症度・看護必要度と略す）」のA・B得点、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度（以下、重症度基準と略す。）」のA・B得点、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度（以下本文、HCU基準と略す）」のA・B得点をそれぞれ算出した。

次に、一般病棟の7対1入院基本料の要件となる一般病棟用の重症度・看護必要度のA得点が2点以上かつB得点が3点以上という重症患者割合を算出した。

続いて、重症患者分類法及び一般患者分類法による2種類の患者タイプ別構成割合人数を示した。さらに、2種類の患者分類法を用いて推計された看護師数（以下、推計看護師数と略す）を推計し、この推計看護師数と実際に配置されていた看護師数（実看護師数と略す）の値を用いて充足率を算出した。この値は、2種類の患者分類法別にそれぞれ算出した。

**研究結果** 収集された全患者の重症患者分類法による重症患者分布状況をみると、タイプ1が最も割合が高く、48.7%、タイプ2が26.9%、タイプ3は30.6%、タイプ4は20.1%、タイプ5は3.6%であった。一般患者分類法による分類による一般患者タイプ1は、25.3%、タイプ2は31.7%、タイプ3は38.0%、タイプ4は0.4%、タイプ5は4.5%であった。

病棟別の患者タイプ別分布状況を分析した結果、重症患者タイプ1のHCU、ICUを除いた一般病棟での出現率は、最小値29.4%から、最大値が72.7%と偏差がかなり大きいことがわかった。また、患者タイプ別人数を基礎とする推定看護師数は、重症患者分類法と一般患者分類法での推計数の差が示され、+4.1人から▲2.8人と約7人の違いが示された。

推定看護師数と実看護師数の差は、重症患者分類法を用いた場合にA病棟とJ病棟の2病棟で推定看護師数のほうが実看護師数よりも多く、実態としては不足との結果が示されたが、一般患者分類法を用いた推定看護師数では、いずれの病棟も実看護師数が算定看護師数を上回り、看護師数の供給が過剰であるとの結果が示された。

**考察および結論** 本研究における調査対象病院は、看護必要度を用いた適正人員配置を実現することを目途に、看護必要度データを用いてリリーフナース等の応援勤務を行うという看護領域のマネジメントを先駆的に実施している病院であった。これらの病院が、このようなマネジメントを実施している理由は、これから進められる医療の機能分化を見据え急性期病院としての生き残りをかけた病院経営を目指しているためであろう。

しかし、これらの病院であっても収集された全患者における重症患者分類法による分類では、タイプ1の割合が48.7%と約半数を占めていた。このタイプ1は、医療も看護サービスも受けていないことを示しており、日本の医療機関のほとんどがこのような患者を入院させることによって、医療・看護サービスの提供システムを運営せざるをえない状況となっていることが改めて示唆された。

これは、現状の入院医療体制では、これらの患者を入院させておくことで病床稼働率を維持することが理由になっているものと推察される。しかし、今後、国が進めようとしている医療の機能分化をすすめていくためには、より現実的な対応として、タイプ1と示されるような患者を入院させなくても経営が成り立つ方策を病院側は検討しなければならない。ま

た、国としては、当面の経過的な対応として、これらのタイプ1のような患者に対する報酬のあり方についても一定の提案がされなければならないということであろう。

また、これらの入院患者が地域で医療サービスを受けながら生活できる環境の整備が必要であるということは、地域包括ケアシステムの構築が必須ということと同義である。

さらに、病院内での改革も実施せざるをえないが、そのひとつは医療処置がない、すなわち医療サービスを受けていない患者については看護補助者との業務分担をより綿密に行い、療養上の世話だけでなく、生活の視点に根差したリハビリテーションサービスを提供し、自宅での生活へ円滑に移行できるようにする仕組みを構築していかなければならない。したがって、これらを実現するためには、看護補助者だけでなく、理学療法士や作業療法士等の多職種を含めた適正人員配置のあり方が検討されなければならない。

臨床現場においては、この2種類の分類法によって示された算定値を比較検討しながら、現状と、今後を見据えた現実的な配置というマネジメントをしていくことが求められる。このマネジメントには高いスキルが要求されることから、マネジメント人材の養成とその研修システムが求められることになるだろう。

すでに本研究では、全入院医療機関の看護必要度の評価の結果を鑑み、いくつかのシミュレーションを実施しているが、さらに多くの病院から看護必要度に関わるデータと実看護師数のデータを収集し、より精緻な看護師及び看護補助者の必要人数を推計するためのシステムを研究することが急務であると考えられた。

## A. 研究目的

看護職員の人材確保は、看護師等の人材確保に関する法律第3条（1992年法律第86号）に基づき基本的な指針が策定されている。その中で、国は医療提供体制等をふまえた需給見通しに基づき看護師等の養成を図るなど就業者数の確保に努めるべきとされている。日本では5年毎に看護職員の需給見通しの検討が行われているが、第7次看護職員需給見通しに関する検討会（2010年12月）では、2025年には12万人以上の看護師不足が見込まれると報告された。また、少子高齢化の進展、疾病構造の変化、医療技術の急速な進歩などの環境の変化を背景に、どのように国民に安心して良質な医療サービスを提供する体制を維持することができるのかという課題も明らかになった。

すでに、1997年8月には厚生省（当時）から抜本的な医療保険制度の改革案が出され、その後与党医療保険制度改革協議会から「21世紀の国民医療」と題した指針が出されてきた。この指針の中で、技術の適

正な評価として「看護については看護必要度を加味した評価とする」と述べられ、初めて「看護必要度」という言葉が登場してきた。

診療報酬上で「看護必要度」が導入されたのは、平成14年診療報酬改定において特定集中治療室管理料の算定要件として導入されたことが初めてである。続いて、平成18年度診療報酬改定では、病院の入院基本料の施設基準として入院患者の「重症度・看護必要度」に係る評価を行い、看護師の適正な配置数の確保が求められることとなった。

このように、すでに平成14年度から看護必要度が導入され、早、14年以上の歳月がたち、平成18年度から看護必要度を活用した看護職員の適正配置への活用も通知においても示されるところとなった<sup>1</sup>。だが臨牀的な活用事例についての報告は未だ少なく、7対1一般病棟入院基本料の算定基準に「一般病棟用の重症度・看護必要度」が導入された今日においても、依然として乏しい現状には変化がない状況<sup>2</sup>にある。

看護要員管理への看護必要度等のデータ

<sup>1</sup> (4) イについては、勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟（看護単位）ごとに要件を満たす必要はないため、病棟（看護単位）ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、1つの病棟の中でも24時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の状態（看護必要度等）について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるよう管理すること。

<sup>2</sup> 2015年3月15日に文献検索データベース cinii を用いて、看護・配置をキー

ワードとして検索すると、2008年4月以降の文献は391件がヒットしたが、看護必要度やその他指標を活用した人員配置に関する論文は、以下の6件に留まった。

- ①真下綾子, 駒崎俊剛, & 鳥村祥子. (2015). 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. *日本医療マネジメント学会雑誌*, 15(4), 256-260.
- ②瀬戸僚馬. (2011). 医療情報の二次利用による看護サービスの定量的評価—ケアプロセスのボトムアップと看護職員配置の適正化に向けて. *看護管理*, 21(10), 891-896.
- ③秋山智弥. (2010). 看護必要度データに基づく配置管理. *看護*, 62(4), 9-11.
- ④急性期患者の看護必要量にもとづく看護人員配置の算定指標の開発.
- ⑤金子さゆり, 濃沼信夫, & 伊藤道哉. (2010). 急性期患者の看護必要量にもとづく看護人員配置の算定指標の開発. *日本医療マネジメント学会雑誌*, 10(4), 570-574.
- ⑥渡辺玲奈, & 良村貞子. (2009). 急性期病棟にお

の活用状況に関して、筆者らが実施した平成 24 年度特別研究報告書<sup>3</sup>で DPC II 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 施設を対象とした病院への調査結果において、看護必要度データを看護管理へ活用していると回答とした病院は、有効回答 116 件中、68 件 (58.6%) と高い値を示していた。とくに、リリーフナースの活用を利用しているとの回答も、117 件中 28 件 (23.9%) と示され、さらにベッドコントロールへの利用は 20 件 (17.1%) と報告された。このことは、ようやく看護必要度データを用いた適正人員配置が実施されつつあることを示しているともいえよう。

本分担研究では、看護必要度データをリリーフナースおよびベッドコントロールに活用していると回答していた医療機関を対象として協力を依頼し、任意の一週間分の看護必要度データと看護配置およびリリーフナース実績を収集し、同時に、患者の看護必要度に関わるデータを収集することで、2 種類の患者分類法により重症患者タイプ、一般患者タイプの 2 つの患者タイプが示した。

ここでは、これら患者各タイプ別人数の構成割合や 2 種類のそれぞれの患者分類法によって推計された看護師数を算出し、この推計看護師数と実際に配置されていた看護師数の値を比較した。

また、実配置数を推計看護師数で除した値を充足率と定義し、この値を明らかにした。

## B. 研究方法

ける患者の病床配置と看護必要度との関連: 個室・4 床室と中央看護拠点までの距離に関する検討. *看護総合科学研究会誌= Journal of comprehensive nursing research*, 12(1), 15-24.

1) 収集データおよび調査対象期間の特徴  
平成 24 年度特別研究調査対象となった DPC II 群の病院、および一般病棟入院基本料 7 対 1、10 対 1、13 対 1 を算定していた 201 病院から、看護必要度データをリリーフナースおよびベッドコントロール等の人員配置に活用していると回答した医療機関を対象に調査を依頼し、任意の一週間分の全入院患者の看護必要度データと看護配置およびリリーフナース実績、DPC データを収集した。

調査対象となった医療機関の病床数は、一般病棟入院基本料 604 床、一般病棟入院基本料 (結核病棟 100 床、精神科病床 30 床) であり、平成 20 年度から DPC II 群病院となっていた。

看護必要度評価については、A 項目については、以下の 14 項目、すなわち創傷処置、蘇生術の施行、呼吸ケア (喀痰吸引を除く)、点滴ライン同時 3 本以上の管理、心電図モニターの管理、輸液ポンプの管理、動脈圧測定 (動脈ライン)、シリンジポンプの管理、中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)、人工呼吸器の装着、輸血や血液製剤の管理、肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)、特殊な治療法等、専門的な治療・処置の評価項目に関する測定が行われていた。

B 項目については、以下の 13 項目、床上安静の指示、どちらかの手を胸元まであげられる、寝返り、起き上がり、座位保持、移乗、移動方法、口腔清潔、食事摂取、衣服の着脱、他者への意思の伝達、診療・療養上の指示が通じる、危険行動、看護計画に基づいた専門的な指導、看護計画に基づいた専門的な意思決定支援の計 29 項目の評価が毎

<sup>3</sup> 厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 「入院患者への看護の必要性を判定するためのアセスメント (看護必要度) 項目の妥当性に関する研究」平成 24 年度研究報告書

日一般病棟において実施されている。

## 2) 分析方法

看護必要度に関わる A14 項目、B13 項目の評価データを活用し、「一般病棟用の重症度・看護必要度」基準<sup>1</sup>の A・B 得点、「重症度」基準<sup>2</sup>の A・B 得点、「重症度・看護必要度」基準<sup>3</sup>の A・B 得点をそれぞれ算出した。

一般病棟の 7 対 1 入院基本料の算定は、「一般病棟用の重症度・看護必要度」基準により、A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上を重症患者とする重症患者割合が診療報酬上、設定されており、これが 15%以上であることが要件として示されている。この割

合を重症患者割合とし、これを算出した。

次に、看護必要度に関わる評価票を利用した 2 種類の患者分類法により重症患者タイプ、一般患者タイプの 2 つの患者タイプが示されるが、これら各タイプ別人数の構成割合や 2 種類のそれぞれの患者分類法によって推計された看護師数を算出し、必要とされる推計看護師人数と実際に配置されていた看護師数の値を比較した。その際には、実配置数を推計看護師数で除した値を充足率と定義し、この値について検討をした (表 5-1,5-2,5-3,5-4)。

表 5-1 重症患者分類 (「重症度基準」・「重症度・看護必要度基準」による)

患者タイプ 1 : 重症度・看護必要度評価票 : A=0 かつ B=0
2 : 1.3.4.5 の患者タイプに該当しない患者
3 : 重症度・看護必要度評価表 : A $\geq$ 3 または B $\geq$ 7
4 : 重症度評価票 : A $\geq$ 3 または B $\leq$ 5
5 : 患者タイプ 4 かつ 重症度・看護必要度評価票 : B $\geq$ 13

表 5-2 一般患者分類 (一般病棟用重症度・看護必要度評価票 (16 項目) による)

患者タイプ 1 : 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 : A=0 かつ B=0
2 : 他の患者タイプに該当しない患者
3 : 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 : A $\leq$ 1 かつ B $\geq$ 3 または A $\geq$ 2 かつ B $\leq$ 2
4 : 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 : A $\geq$ 2 かつ B $\geq$ 3
5 : 患者タイプ 4 かつ一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 : A $\geq$ 4 かつ B $\geq$ 6

表 5-3 患者分類を用いた推定看護師数の計算式<sup>1</sup>

患者分類を用いた推定看護師数 = タイプ 1・2・3 の患者数 / 10 + タイプ 4 の患者数 / 7 + タイプ 5 の患者数 / 2
--

表 5-4 充足率の計算式

充足率 = 看護師の実配置 / 推定看護師数 * 100
------------------------------

<sup>1</sup> 平成 26 年 4 月より一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票。

<sup>2</sup> 平成 26 年 4 月より特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票。

<sup>3</sup> 平成 26 年 4 月よりハイケアユニット用

の重症度、医療・看護必要度に係る評価票。

<sup>1</sup> 嶋森好子・筒井孝子. マネジメントツールとしての看護必要度第二版, 中山書店, 2008



### 3) 倫理的配慮

兵庫県立大学大学院経営研究科に設置される倫理審査委員会において審査を受けた後、研究を実施した(審査番号 15-001)。

## C. 研究結果

### 1) 全病棟における看護必要度得点の平均値および入院患者の状況の推移

調査期間(1週間)における看護必要度得点の平均値および入院患者の状況の推移を表 5-5 に示した。一般病棟用の重症度・看

護必要度 A 得点の平均値は 1.22 点で B 得点の平均値は 4.02 点であった。重症度 A 得点の平均値は 0.89 点、B 得点の平均値は 2.91 点であった。重症度・看護必要度 A 得点の平均値は 1.22 点、B 得点の平均値は 4.31 点であった。

一週間の平均入院患者数は 424.4 人であり、このうち重症患者数は 67.6 人で重症患者割合は 15.9%であった。

表 5-5 調査期間(1週間)における看護必要度得点全病棟平均値の推移および入院患者の状況

	1週間平均	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
看護必要度得点								
一般病棟用の重症度・看護必要度A得点	1.22	1.19	1.27	1.34	1.25	1.14	1.17	1.17
一般病棟用の重症度看護必要度B得点	4.02	3.94	3.81	4.07	4.17	4.04	4.09	4.05
重症度A得点	0.89	0.88	0.91	0.90	0.92	0.84	0.91	0.90
重症度B得点	2.91	2.88	2.78	2.95	3.04	2.88	2.94	2.93
重症度・看護必要度A得点	1.22	1.18	1.27	1.26	1.26	1.15	1.21	1.23
重症度・看護必要度B得点	4.31	4.23	4.13	4.35	4.46	4.33	4.39	4.29
入院患者の状況								
入院患者数	424.4	439	432	432	411	392	424	441
重症患者数	67.6	66	69	74	73	62	62	67
重症患者割合	15.9%	15.0%	16.0%	17.1%	17.8%	15.8%	14.6%	15.2%

### 2) 調査初日における病棟別患者分類の状況

調査初日の病棟別患者分類の状況は重症患者分類法による患者タイプは表 5-6 と図 5-1 に、一般患者分類法による患者タイプは表 5-7 と図 5-2 に示した。

全病棟における重症患者分類法による患者タイプの分布状況は、タイプ 1 が 48.7% と最も高い割合を示していた。次いで、タイプ 2 が 26.9%、タイプ 3 が 0.6%、タイプ 4 が 20.1%、タイプ 5 が 3.6%であった。

一般患者分類法による患者タイプの分布状況は、タイプ 1 が 25.3%、タイプ 2 が 31.7%、タイプ 3 が 38.0%、タイプ 4 が

0.4%、タイプ 5 が 4.5%であった。一般患者分類法によるタイプとしては、タイプ 3 が 38.0%と最も割合が高かった。

病棟別の患者タイプ別分布状況を分析した結果、重症患者タイプ 1 の HCU、ICU を除いた一般病棟での出現率は、最小値 29.4%から、最大値が 72.7%と偏差がかなり大きいことがわかった。

一方、一般患者分類法による患者タイプの分布状況は、HCU、ICU を除いた一般病棟においては、最小 14.3%から最大 31.4%と重症患者分類法による患者タイプの分布状況よりも偏差幅は小さかった。

表 5-6 調査初日の重症患者タイプ別構成割合

病棟名	患者タイプ1		患者タイプ2		患者タイプ3		患者タイプ4		患者タイプ5		合計 人数
	人数	構成割合 (%)	人数	構成割合 (%)	人数	構成割合 (%)	人数	構成割合 (%)	人数	構成割合 (%)	
A病棟(一般)	10	38.5	11	42.3	0	0.0	5	19.2	0	0.0	26
B病棟(一般)	5	29.4	9	52.9	0	0.0	3	17.6	0	0.0	17
C病棟(一般)	17	43.6	18	46.2	0	0.0	4	10.3	0	0.0	39
D病棟(一般)	28	58.3	10	20.8	1	2.1	9	18.8	0	0.0	48
E病棟(一般)	11	50.0	8	36.4	0	0.0	3	13.6	0	0.0	22
F病棟(一般)	24	72.7	6	18.2	0	0.0	3	9.1	0	0.0	33
G病棟(一般)	15	57.7	8	30.8	0	0.0	3	11.5	0	0.0	26
H病棟(一般)	11	45.8	5	20.8	1	4.2	7	29.2	0	0.0	24
I病棟(一般)	8	57.1	1	7.1	0	0.0	5	35.7	0	0.0	14
J病棟(一般)	21	63.6	7	21.2	0	0.0	5	15.2	0	0.0	33
K病棟(HCU)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	26.7	11	42.3	15
J病棟(ICU)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	100.0	0	0.0	11
全病棟計	150	48.7	83	26.9	2	0.6	62	20.1	11	3.6	308
一般のみ計	150	53.2	83	29.4	2	0.7	47	16.7	0	0.0	282

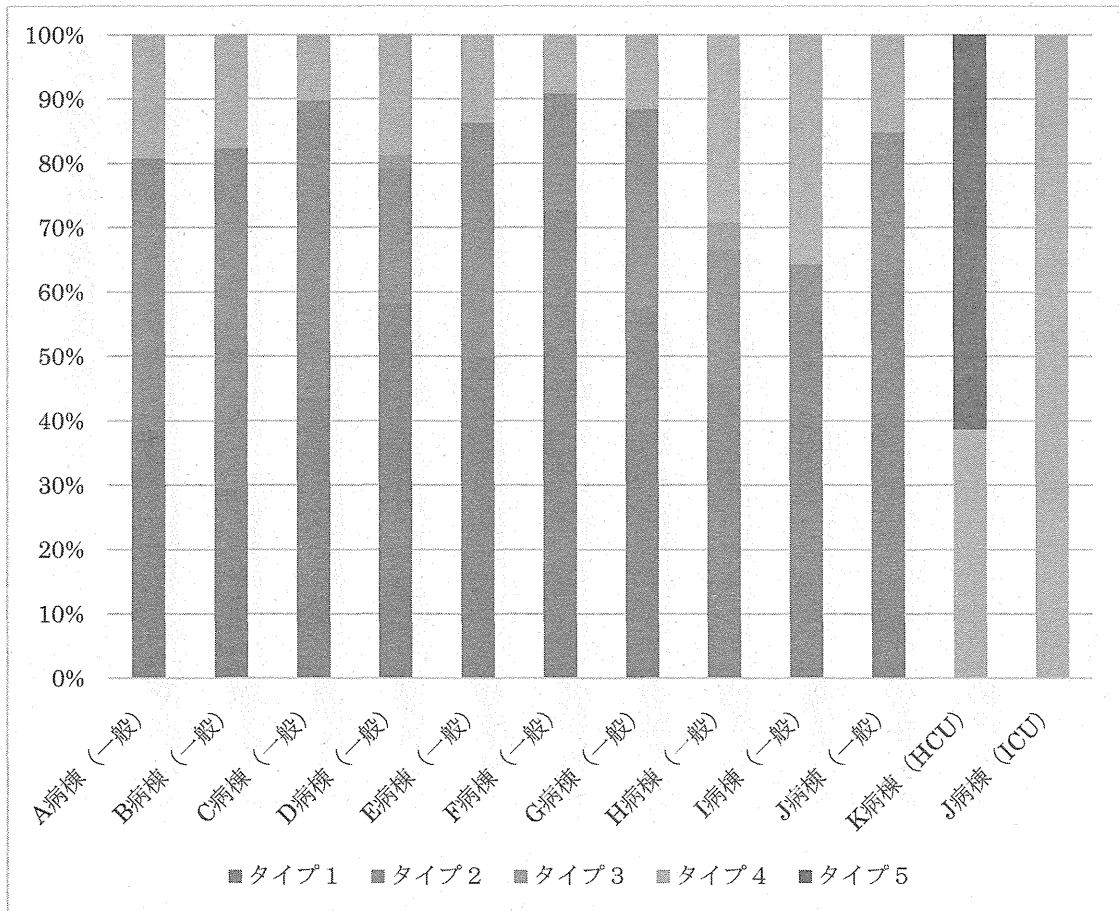


図 5-1 調査初日の重症患者タイプ別構成割合

表 5-7 調査初日における病棟別患者分類（一般患者分類）の構成割合

病棟名	患者タイプ1		患者タイプ2		患者タイプ3		患者タイプ4		患者タイプ5		合計 人数
	人数	構成割合 (%)	人数	構成割合 (%)	人数	構成割合 (%)	人数	構成割合 (%)	人数	構成割合 (%)	
A病棟(一般)	10	22.2	14	31.1	21	46.7	0	0.0	0	0.0	45
B病棟(一般)	15	30.0	24	48.0	8	16.0	0	0.0	3	6.0	50
C病棟(一般)	5	14.3	10	28.6	20	57.1	0	0.0	0	0.0	35
D病棟(一般)	7	20.0	14	40.0	12	34.3	1	2.9	1	2.9	35
E病棟(一般)	12	24.0	18	36.0	16	32.0	0	0.0	4	8.0	50
F病棟(一般)	16	31.4	15	29.4	16	31.4	0	0.0	4	7.8	51
G病棟(一般)	23	42.6	16	29.6	14	25.9	0	0.0	1	1.9	54
H病棟(一般)	7	18.9	10	27.0	18	48.6	1	2.7	1	2.7	37
I病棟(一般)	15	30.0	13	26.0	20	40.0	0	0.0	2	4.0	50
J病棟(一般)	7	16.3	11	25.6	24	55.8	0	0.0	1	2.3	43
K病棟(HCU)	0	0.0	2	50.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	4
J病棟(ICU)	0	0.0	0	0.0	5	55.6	0	0.0	4	44.4	9
全病棟計	117	25.3	147	31.7	176	38.0	2	0.4	21	4.5	463
一般のみ計	117	26.0	145	32.2	176	39.1	2	0.4	17	3.8	450

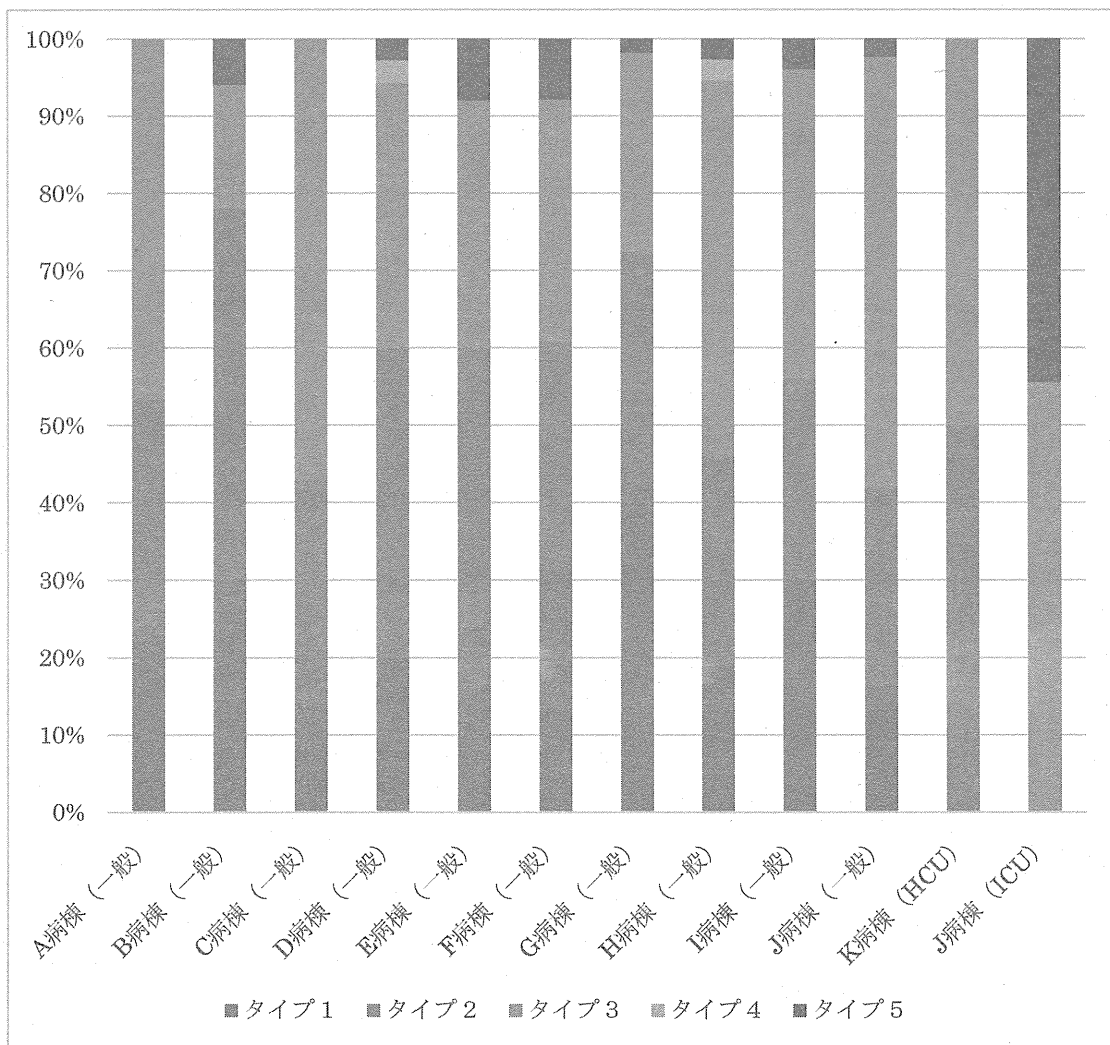


図 5-2 調査初日の一般患者タイプ別構成割合

3) 調査初日における病棟別実看護師数、推定看護師数及び充足率の状況

調査初日における病棟別実看護師数、推定看護師数及び充足率の状況を表5-8、図5-3、図5-4に示した。重症患者分類法と一般患者分類法による推定看護師数の差は、+4.1人から▲2.8人まであり、かなりの偏

差があった。また、実看護師数と推定看護師数の差は重症患者分類法を用いた推定では、A病棟とJ病棟の2病棟で実看護師数が不足と示されたが、一般患者分類法を用いた推定看護師数では、いずれの病棟も実看護師数が推定看護師数を上回っていた。

表5-8 調査初日における病棟別実配置数・推定看護師数・充足率

	実配置数			算定看護師数			実配置-推定看護師		充足率	
	看護師	看護助手	合計	重症患者分類	一般患者分類	重症-一般	重症患者分類	一般患者分類	重症患者分類による推定	一般患者分類による推定
A病棟(一般)	13	3	16	13.9	9.9	4.1	▲0.9	3.2	93.5%	132.0%
B病棟(一般)	13	5	18	8.2	7.4	0.8	4.8	5.6	158.5%	175.7%
C病棟(一般)	15	4	19	11.9	9.3	2.6	3.1	5.7	126.1%	161.3%
D病棟(一般)	12	3	15	7.9	9.7	▲1.8	4.1	2.3	151.9%	123.7%
E病棟(一般)	16	3	19	9.1	9.5	▲0.4	6.9	6.5	175.8%	168.4%
F病棟(一般)	12.5	3	15.5	6.9	9.7	▲2.8	5.6	2.8	181.2%	128.9%
G病棟(一般)	14	3	17	7.5	8.6	▲1.2	6.6	5.4	187.9%	162.8%
H病棟(一般)	12.5	4	16.5	10.4	9.7	0.7	2.2	2.8	120.8%	128.9%
I病棟(一般)	12	3	15	8.7	10.1	▲1.4	3.3	1.9	137.9%	118.8%
J病棟(一般)	13	5	18	13.6	10.4	3.2	▲0.6	2.6	95.6%	125.0%
K病棟(HCU)	18	4	22	3.0	2.5	0.5	15.0	15.5	600.0%	720.0%
J病棟(ICU)	10	0	10	9.2	8.8	0.4	0.8	1.3	108.7%	114.3%

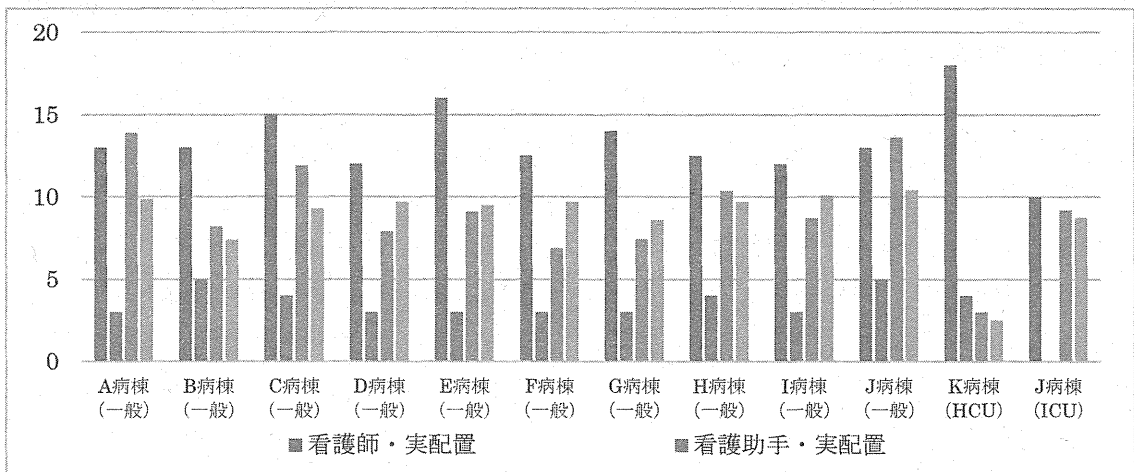


図5-3 調査初日における病棟別実看護師数、推定看護師数及び充足率の状況

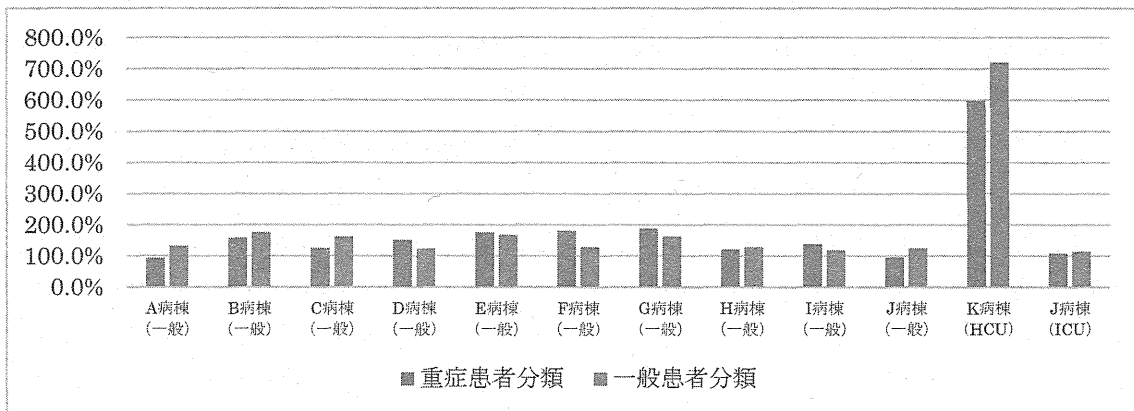


図5-4 調査初日における病棟別充足率