

「医療の質および患者アウトカムの向上に資する、看護ニーズに基づく適切な
看護サービス・マネジメント手法の開発(21IA002)」分担研究報告書

有効な人員配置のための探索的研究

～病床逼迫時における人員管理分析手法の一例～

研究分担者 森脇 睦子(東京医科歯科大学病院クオリティ・マネジメント・センター特任准教授)

研究協力者 鳥羽三佳代(同上、講師)

高橋 千尋(同上、研究員)

若林 健二(東京医科歯科大学大学院 全人的医療開発学講座 教授)

伏見 清秀(東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野 教授)

【研究要旨】

本研究では、病棟の忙しさを「不慣れ」と「患者の重症度」と捉え、①病棟単位で診療科別受入患者状況から不慣れ要因を可視化、②患者の医療資源投入量の観点での重症度の可視化、③これらの増減に影響する要因を分析した。

対象は当院に2019年4月～2020年12月に在院(重症系病棟等を除く)した患者である。入院患者を病床逼迫前後(2019年度 vs 2020年度)の2群で比較し、「不慣れ感」と「患者の重症度」に影響する要因を重症度、医療・看護必要度で示される患者像等を独立変数とした重回帰分析を行い、忙しいと表現される患者像を明らかにした。

入院患者1,961人のうち、病床逼迫前群は12,750人、病床逼迫時群7,221人、平均年齢は62.9歳(SD16.6) vs 62.8歳(SD16.4)($p=0.08$)、平均在院日数は11.4日(SD16.3) vs 12.5日(SD20.4)($p<0.01$)であった。重回帰分析の結果、指標1が示す病棟の診療科カバー率の影響要因は、指標4($\beta=0.31$, $p<0.01$)、指標6($\beta=-0.12$, $p<0.01$)、指標2($\beta=-0.38$, $p<0.01$)であった。指標2が示す急性期医療提供患者への影響要因は、指標6($\beta=0.64$, $p<0.01$)、指標5($\beta=0.56$, $p<0.01$)であった。指標1が上昇した病棟では、日常生活援助が多い患者が増加していた。

病棟の患者像や診療科編成の可視化により、「忙しい」と表現される要素が異なることが明示でき、限られた人的資源を適材適所に配置し安全で効率的な医療提供の意思決定に繋がると考える。

A. 研究目的

病床機能分化に重点を置くわが国の医療政策は、2020年1月16日にCOVID-19の最初の感染が確認されて以降¹⁾大きな変化がもたらされた。災害レベルの事態への対応として、状況に応じて病床確保並びに看護師の充当を図ってきたが、院内の病床逼迫下に現場から悲鳴が上がっていた。このような状況下の病棟では、患者の重症度が上がり、病床管理上通常受け入れない診療科の患者を受け入れることによる医師や看護師や患者間での慣れない対応、看慣れない患者のケアなどが継続した。これらは単に「病棟が忙しい」という言葉で表現され、その忙しさの内容や程度が感覚的、経験的にしか示せない。

主観的な忙しさは、産業労働における学術領域では「繁忙感」と表現され、業務量、重複性、情報量、切迫性の4つの直接要因で構成される業務密度因子の影響を受けるとされている²⁾。その構成要因である業務負荷が患者アウトカムに影響するという報告がある³⁻⁵⁾。また、通常業務の際の時間的圧力は手順書からの逸脱や短期的な記憶喪失を増加させる⁶⁾という報告もある。諸外国では、忙しさを定量的に示す研究⁷⁾、人的資源配置が患者アウトカムに影響するという研究⁸⁻¹²⁾が多数報告され、わが国でも患者のニーズベースの看護師必要量に対する充足率に関する研究報告がある¹³⁾。

「忙しい」、「不慣れ」といった感覚的に表現される状況をDPCデータや重症度、医療・看護必要度（以下、看護必要度）等の医療用データにより具体的に示すことができれば、病床逼迫時に限られた人的資源の中で人員を適材適所に配置し速やかな体制変更や安全な医療提供に繋げられるのではないかと考える。

本研究では、不慣れ要因や患者重症度の可視化及び影響要因を明らかにし、病床逼迫時における適切な人員配置のための分析手法を考案する。

B. 研究方法

a. 分析データ

2019年4月1日から2020年12月31日に当院を退院した一般病床（ICU、ハイケア等の重症系病床及び小児科病棟、特別個室病棟、COVID-19受け入れ病床を除く）の患者データ（DPC様式1、EFファイル、Hファイル）及び、当院のCOVID-19の受入状況の情報（陽性者、疑い患者を日々記録したもの）を使用した。なお、分析対象施設は、一般病床712床を有する特定機能病院であり、分析対象病棟は11病棟である。

b. 指標の設定

主評価指標（指標1～3）、副次評価指標（指標4～6）を設定した。「診療科カバー率（指標1）」は本論文において「不慣れ感」とし、その状況を日・病棟単位で可視化するもので、当該病棟が受け入れた診療科数割合を示す。この指標値を病床逼迫前群（2019年度）と病床逼迫時病床逼迫時群（2020年度）を比較し、この値が上昇すれば、病床逼迫時に幅広い診療科の患者を受け入れていること示せる。その他指標2～6の定義及び評価軸を表1に示す。

c. 患者分類方法

指標2～6の分子に定義される患者分類は、看護必要度15)の評価項目を活用した。看護必要度は、「入院患者へ提供されるべき看護の必要量」を患者の状態データから推定するツールとして開発された。看護必要度評価には、特定集中治療室用（以下、ICU用）、ハイケアユニット用（以下、ハイケア用）、一般病棟用がある。一般病棟用の評価項目は「A：モニタリング及び処置等」、「B：患者の状況等」、「C：手術等の医学的状況」で構成され、定められた基準の該当患者割合が急性期入院基本料の施設基準となっており¹⁵⁾、診療報酬上の急性期医療提供患者を定義するともいえる。

まず、分析対象患者をICU用及びハイケア用の

看護必要度で評価し、評価基準に該当する患者を「指標3：重症患者」、一般病棟用の評価基準に該当する患者を「指標2：急性期医療提供患者」とした。一般病棟用の看護必要度には更に3つの評価基準が設定されており、各基準により患者の状態像を大別することができる。日常生活介助などのケアが必要な患者、手術以外の急性期治療が必要な患者、手術後の患者（表1、指標4～6）に分類した。

患者分類に関する技術的な方法は次の通りである。A及びC項目の評価は、厚生労働省告示「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を使い算出した。続いて一般病棟用の評価対象の患者に対してもICU用及びハイケア用マスタを用いて¹⁶⁾ 該当/非該当を分類した。

なお、2019年度データについては2020年度の看護必要度評価基準で評価し分析を行った。

C. 分析方法

分析対象期間のうち、2019年4月1日～2020年3月1日の12か月を病床逼迫前群、2020年4月1日～同年12月31日を病床逼迫時群として比較を行った。解析方法は、まず、設定した指標等を日ごと病棟毎に計測し、両群で比較した（ χ^2 検定及びMann-Whitney U検定）。続いて、指標1～2の指標の両群の平均値の差を算出し散布図に示した。次に、不慣れ感を示す診療科カバー率（指標1）や急性期医療提供患者（指標2）の増加に関する要因を分析するためこれらの変数を従属変数として、重回帰分析を行った（強制投入法）。

不慣れ感を増加させる患者像については、その病棟が本来対象とする患者とそうではない患者の選別を行い、看護必要度評価基準別及びB項目（ADL評価項目）別に比較した（ χ^2 検定）。なお、統計解析にはIBM社のSPSSVer28を使用した。

D. 倫理的配慮

本研究は、東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会（受付番号M2018-088-03、承認日2021年8月24日）の承認を得ている。

C. 研究結果

a. 病床逼迫前と病床逼迫時での不慣れ感の度合いと患者の重症度の変化について

本研究では、入院患者1,961人（1入院1カウント）のうち、病床逼迫前群は12,750人、病床逼迫時群7,221人であった。病床逼迫前と病床逼迫時で概観すると、平均年齢は62.9歳（SD16.6）vs 62.8歳（SD16.4）（ $p=0.08$ ）、平均在院日数は11.4日（SD16.3）vs 12.5日（SD20.4）（ $p<0.01$ ）、男性7,151人（56.3%）vs 4,999人（50.8%）（ $p<0.01$ ）であった。病棟単位で両群を比較すると、指標2、指標3、指標4、指標5はいずれも有意差を認め、病床逼迫時群で各指標の割合が増加していた。指標6は、有意差を認めなかった（表2）。

指標1と指標2の病床逼迫前と病床逼迫時の日ごとの平均の差を病棟単位でプロットしたものを図1に示す。指標2が急激に上昇した2病棟は指標1の差が病院全体値を下回っていた。

b. 不慣れ感の度合いと患者の重症度の影響について

不慣れ感を示す指標1や急性期医療提供状況を示す指標2の影響を明らかにするために重回帰分析（強制投入法）を行った。

指標1の影響要因は、指標2～6の中で、指標4（ $\beta=0.31$, $p<0.01$ ）が最も強く、続いて指標6（ $\beta=-0.12$, $p<0.01$ ）、指標2（ $\beta=-0.38$, $p<0.01$ ）であった（表3）。

指標2の影響要因は、指標6（ $\beta=0.64$, $p<0.01$ ）が最も強く、次いで指標5（ $\beta=0.56$, $p<0.01$ ）であった。一方で指標1（ $\beta=-0.01$, $p=0.36$ ）は影響していなかった（表4）。

c. 不慣れ感の度合いに影響する患者像について

不慣れ感の度合いは、本来その病棟が対象としない患者の受入れが影響することから、その患者像を明らかにするために、病棟対象患者/対象外患者に群分けした。具体的には、仮に X 病棟と Y 病棟があり、X 病棟では整形外科の患者を主に受け入れ、Y 病棟では消化器内科の患者を主に受け入れているとする。整形外科で入院中の患者が X 病棟に入院した場合は病棟対象患者に、Y 病棟に入院した場合は病棟対象外患者に群分けされる。このように群分けされた患者別に各指標及び患者の ADL を比較した。患者の ADL は看護必要度 B 項目を用いた。指標 6 は病棟対象患者 (21.8%) のほうが高く、病棟対象外患者の割合が高かったのは指標 5 (19.3%) と指標 4 (21.9%) であった。看護必要度 B 項目で示される ADL については、移乗、食事摂取、衣服の着脱で有意差を認め、いずれも病棟対象外患者群のほうが一部介助もしくは全介助の割合が高かった (表 5)。

D. 考察

a. 病床逼迫前と病床逼迫時での患者の重症度の変化について

指標 2、指標 3 は病床逼迫時群で上昇し、病棟における急性期医療の提供度合いが増加したことが明らかになった。病床逼迫時にはわが国全体で、当院も入院患者抑制や予定手術の実施抑制等を行い、3 か月程度通常医療が停滞 (遅延) した時期であったにもかかわらず、これらの指標が増加したことは、急速に病棟の重症度が上がったことを示していると考えられる。

b. 不慣れ感の度合いと急性期医療提供患者の変化に影響する患者像について

本研究では、①不慣れな状況が続くこと、つまり病床逼迫時により、通常受入れない疾患の患者を受入れることは、医師看護師間や患者看護師間

のコミュニケーション、慣れない疾患に関する知識や技術の習得時間の確保、関連した観察視点の違いなど、により通常と比較して業務に遅滞を生じる原因となり、現場の忙しさの要因になると考えた。それを識別するため、指標 1 や指標 2 を設定し不慣れ感や患者の重症度の変化を数値的に評価した。

指標 1 の影響因子をみると、いわゆる急性期的な医療資源投入量が比較的多いと考えられる指標 6 はマイナスに影響し、日常生活支援等の介護的な援助が必要な指標 4 はプラスに影響していた。更に、通常看慣れない患者である病棟対象外患者の状態を見ると、移乗、食事介助、衣服の着脱といった ADL の介助が必要な患者が多く存在した。一方で、指標 2 の影響因子の主たる要因は手術後患者 (指標 6) であり、病棟の重症度の上昇は急激な術後管理患者の増加に伴うものを示唆し、術後患者は担当診療科の主たる病棟で診療を行い、他の病棟での管理は難しいことを示していた。仮に「忙しい」と感じる病棟が出現した場合、指標 1 が上昇する病棟では、様々な診療科から比較的日常生活援助等の人手を要する患者の増加があり、指標 2 が上昇する病棟では、術後患者の増加がある。単に「忙しい」と表現される背景を患者像で示せると考える。

c. 現場への応用

「繁忙感」は業務量、重複性、情報量、切迫性の 4 つの直接要因で構成される業務密度因子の影響を受けるとされている²⁾。単に業務量が多いことだけが忙しさにつながるのではなく、多様な業務の性質が複雑に相互に影響していることを示す。三沢ら¹⁷⁾は業務が飛び込みで入るなどの切迫した状況を示す因子と意見調整や根回しなどの煩雑さを伴う業務は繁忙感を増大させ、業務における計画や方針の明快さは繁忙感を軽減させると報告した。これら^{2, 17)}は医療系の職員を対象とした研究ではないが、医療現場においても同様のことが言

えるのではないか。彦野らは¹⁸⁾ 職場の管理者は時間的圧力、フラストレーション、不明な業務計画や方針当の繁忙感を高める要因を明らかにすることで複数の効果的な対策が講じられることを論じている。

本研究では、病棟の不慣れと患者の重症度に焦点を当てその患者像を明らかにした。結果で示された病棟の実態は、組織判断による運用上の結果であり、臨床現場の当事者にとっては当然の結果といえる。しかしながらこのように、患者像や診療科編成を可視化することにより比較的経験の浅い人材、術後管理に経験が豊富な人材など多様な人材を適材適所に配置し、限られた人的資源で安全かつ効率的な医療提供のための意思決定を支援するものになると考える。

d. 限界

本研究では2つの限界があると考えられる。1つ目は、指標等の変数はいずれも各年度単位の割合の差を用いているため、患者の状態像を示す指標(指標2～6)は、病床逼迫前から値が高値であった病棟については過少評価された可能性がある。2つ目は、単施設の結果であり、病院運営における組織判断の結果を示したに過ぎない。そのため方法論については汎用化が期待されるものの、結果は個別性が高い可能性がある。

加えて、本研究では分析単位が「病棟-日」であり重症患者が長期に入院した場合、その影響を受ける可能性が高い。しかしながらこの結果は病棟運営上の実態を示すものであるため、今回は患者内相関を考慮しない分析方法を選択した。この点については今後の研究課題であると考えられる。

E. 結論

本研究、診療科構成や患者の状態像を明らかにすることで、「忙しい」という主観的に表現された病棟状況を明示する一方法論を示した。これらは、

効率的で安全な人員配置や良好な病棟運営の一助になると考える。また、本研究はDPCデータを活用した医療の可視化の方法論の一例であり、汎用化も可能であると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

看護管理学会例会 in 関東 (2021年11月7日)

日々の臨床現場の疑問点を数字で表現しマネジメントに活かす～分析結果をどう読み病院運営につなげるか～

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

文献

1) 厚生労働省、新型コロナウイルス感染症について、国内の発生状況、

https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html#h2_1 (アクセス日 2021年12月17日)

2) 余村朋樹、施桂栄、作田博、他：産業組織における繁忙感規定要因に関する研究—忙しさの認知構造モデルの構築について—、労働科学、89(5)、166-173、2013

3) Aiken LH、Nursing staff and education and

- hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *Lancet*, 383(9931), 1824-1830, 2014
- 4) Källberg AS, Ehrenberg A, Florin J, et al, Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department, *International emergency nursing*, 33, 14-19, 2017
- 5) MacPhee M, Dahinten VS, Havaei F, The Impact of Heavy Perceived Nurse Workloads on Patient and Nurse Outcomes, *Administrative Sciences*, 7, 1-14, 2017
- 6) Reason, J. & Hobbs, A. *Managing Maintenance Error: A Practical Guide*. Aldershot: Ashgate, 2003. 高野研一 (監訳). 保守事故, 日科技連出版社 (東京), 2005.
- 7) Bernstein SL, Verghese V, Leung W, et al, Development and validation of a new index to measure emergency department crowding, *Academic Emergency Medicine*, 10(9), 938-42, 2005
- 8) Griffiths P, Saville C, Ball J, et al, Performance of the Safer Nursing Care Tool to measure nurse staffing requirements in acute hospitals: a multicentre observational study, *BMJ Open*, 10(5), e035828, 2020
- 9) Griffiths P, Ball J, Drennan J, et al. Nurse staffing and patient outcomes: strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for health and care excellence safe staffing Guideline development, *Int J Nurs Stud*, 63, 213-225, 2016
- 10) Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, et al. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: a systematic review, *J Adv Nurs*, 74, 1474-1487, 2018
- 11) Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, et al. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis, *Med Care*, 45, 1195-1204, 2007
- 12) Shekelle PG, Nurse-patient ratios as a patient safety strategy: a systematic review, *Ann Intern Med*, 158, 404-409, 2013
- 13) 筒井孝子, 看護必要度の成り立ちとその活用—医療制度改革における意味と役割—, 昭林社 (東京), 21-61, 2008
- 14) 筒井孝子, 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 (東京), 2008
- 15) 厚生労働省: 平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (通知) 第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準 4 の 2 及別紙 7, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html> (アクセス日 2021 年 12 月 17 日)
- 16) 厚生労働省: 一般病棟用の重症度, 医療・看護必要度 A・C 項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧 (別紙 7 別表 1), 保険局医療課長通知平成 30 年 3 月 5 日付保医発 0305 第 2 号基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html (アクセス日 2021 年 12 月 17 日)
- 16) 林田賢史, 高橋千尋, 森脇睦子他: 診療実績データを用いた特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症後、医療・看護必要度評価法の開発, *日本診療情報管理学会誌*, 33 (3), 63-68, 2021
- 17) 三沢良, 佐相邦英: プラント従業員の業務に関する繁忙感、やりがい、やらされ感の検討—

業務状況と組織風土が及ぼす影響一、財団法人電力中央研究所研究報告、

研究報告：Y11002、 2011

18) 彦野賢、篠原一光、松井裕子、繁忙感とメンタルワークロードとの関係に関する実験的検討、人間工学、51 (4)、248-255、2015

表1 指標定義と評価軸

指標番号	指標名称及び分母分子の条件	評価軸
指標1	診療科カバー率	
	分子 当該病棟の受入患者の診療科数	通常の診療より幅広い診療科の受け入れにより不慣れ感が生じるため、それを診療科数の割合で比較する。
	分母 33診療科(当院の診療科数)	
指標2	急性期医療提供患者割合	
	分子 当該病棟の一般病棟用看護必要度の評価基準を満たす患者数	一般病棟用の看護必要度は急性期一般入院料の施設基準として設定されており、診療報酬上の急性期医療提供患者を定義している。これにより、病棟の急性期医療提供患者を可視化する。
	分母 その日の在院患者(入院患者+在院患者, 退院患者は含まない)	
指標3	重症患者割合	
	分子 ICU用及びハイケア用看護必要度評価基準を満たす患者数	ICU及びハイケア相当のケアが必要な患者を可視化する。
	分母 その日の在院患者(入院患者+在院患者, 退院患者は含まない)	
指標4	日常生活介助などのケアが必要な患者割合	
	分子 一般病棟用看護必要度の評価基準1(A得点2点以上かつB得点3点以上)	看護必要度A項目(モニタリング及び処置等)に該当しかつ何等かのADL介助が必要な患者が該当する基準であるため、日常生活介助などの援助が必要な患者を可視化する。
	分母 その日の在院患者(入院患者+在院患者, 退院患者は含まない)	
指標5	手術以外の急性期治療が必要な患者割合	
	分子 一般病棟用看護必要度の評価基準2(A得点3点以上)	看護必要度A項目(モニタリング及び処置等)の特性上、比較的医療資源の投入量が高く、急性期的治療が必要な患者が該当する基準であるため、手術以外の急性期治療が必要な患者を可視化する。
	分母 その日の在院患者(入院患者+在院患者, 退院患者は含まない)	
指標6	手術後の患者割合	
	分子 一般病棟用看護必要度の評価基準3(C得点1点以上)	看護必要度C項目(手術)は、術後管理が必要な患者が該当する基準であるため、手術後の患者を可視化する。
	分母 その日の在院患者(入院患者+在院患者, 退院患者は含まない)	

表2 病床逼迫前と病床逼迫時の病棟単位の患者像の比較

1日当たりの値	病床逼迫前 (2019年 N=4026, 病棟×日数)		病床逼迫後(2020年 N=2713, 病棟×日数)		P
	Mean	SD	Mean	SD	
入院患者数(人)	3.22	2.83	2.67	2.51	<0.01
退院患者数(人)	3.28	2.41	2.99	2.19	<0.01
死亡患者数	0.03	0.18	0.02	0.15	<0.01
入院患者数+在院患者数(人)	35.19	6.52	30.17	7.15	<0.01
指標2:急性期医療提供患者割合(%)	32.48	12.69	35.50	12.34	<0.01
ICU割合(%)	2.22	2.98	2.30	3.11	0.44
ハイケア割合(%)	3.67	3.55	4.31	4.26	<0.01
指標3:重症患者割合(%)	5.89	5.79	6.62	6.51	<0.01
指標4:ケアが必要な患者割合(%)	16.31	7.64	17.92	8.91	<0.01
指標5:手術以外の急性期治療割合(%)	12.41	7.88	15.58	9.38	<0.01
指標6:手術後患者割合(%)	18.32	14.67	18.94	14.13	<0.01

表3 診療科カバー率(指標1)に影響する要因

	非標準化 回帰係数 (B)	β	p	VIF
日常生活介助などのケアが必要な患者割合(指標4)	0.31	0.27	<0.01	2.75
手術以外の急性期治療が必要な患者割合(指標5)	0.00	0.00	0.97	3.18
手術後の患者割合(指標6)	-0.12	-0.16	<0.01	4.61
重症患者割合(指標3)	-0.09	-0.06	0.01	1.68
急性期医療提供患者割合(指標2)	-0.04	-0.04	0.36	6.44
当院のCOVID-19疑い割合	-0.24	-0.05	0.02	1.42
当院のCOVID-19病床患者比率 (定数)	-0.38	-0.18	<0.01	1.42
	35.11		<0.01	

R=0.32 adj R2=0.01

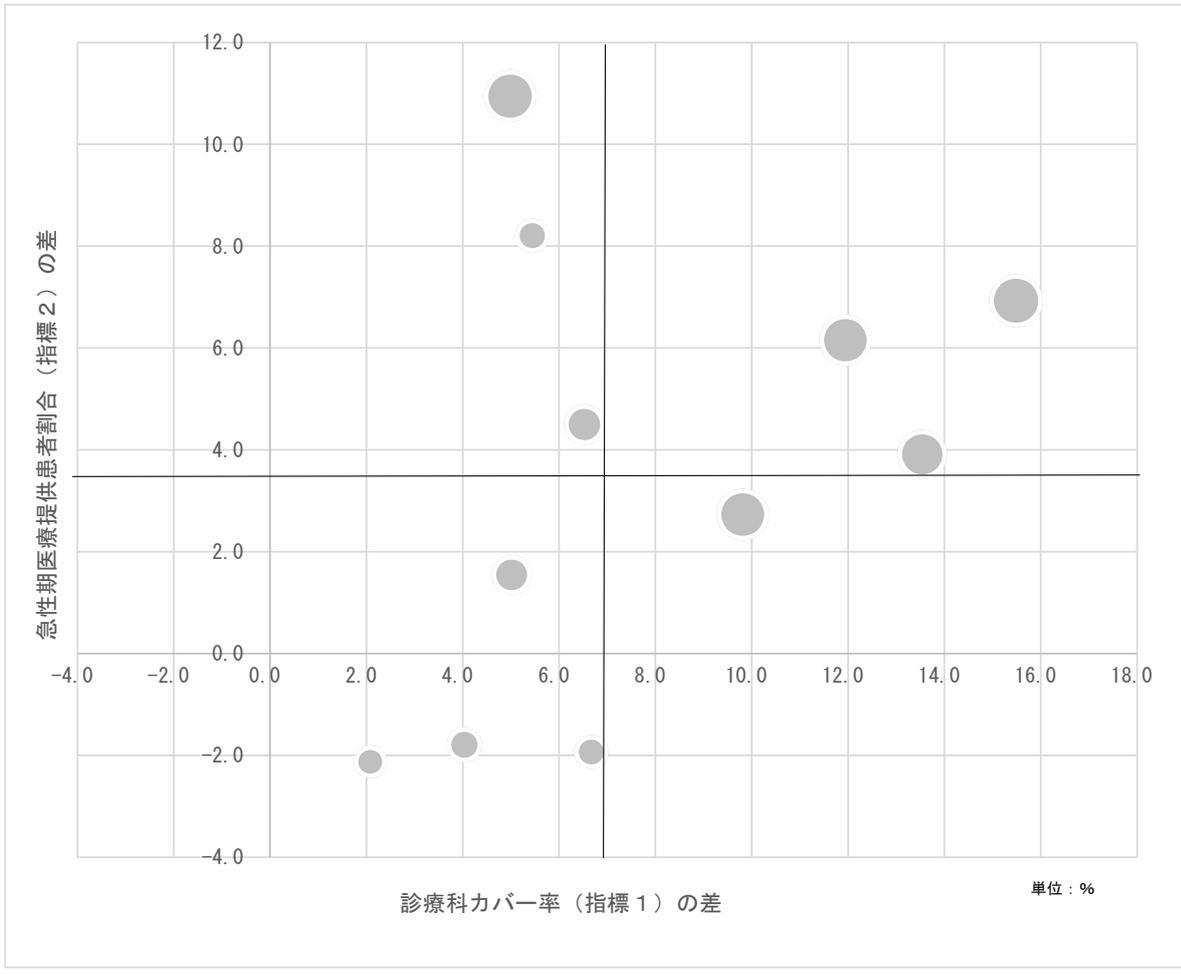
表4 急性期医療提供患者割合(指標2)に影響する要因

	非標準化 回帰係数 (B)	β	p	VIF
日常生活介助などのケアが必要な患者割合(指標4)	0.43	0.31	<0.01	2.22
手術以外の急性期治療が必要な患者割合(指標5)	0.56	0.42	<0.01	2.02
手術後の患者割合(指標6)	0.64	0.73	<0.01	1.15
重症患者割合(指標3)	-0.20	-0.11	<0.01	1.60
診療科カバー率(指標1)	-0.01	-0.01	0.36	1.11
当院のCOVID-19疑い割合	0.13	0.02	0.01	1.42
当院のCOVID-19病床患者比率 (定数)	0.03	0.01	0.18	1.46
	7.82		<0.01	

R=0.92 adj R2=0.85

表5病棟対象・対象外患者の患者像とADLの違い

	病棟対象外	病棟対象	p
患者像分類			
指標2:急性期医療提供患者割合	35.2	37.4	0.00
指標3:重症患者割合	5.9	5.1	0.00
指標4:日常生活介助などのケアが必要な患者割合	21.9	17.9	0.00
指標5:手術以外の急性期治療が必要な患者割合	19.3	15.7	0.00
指標6:手術後の患者割合	11.6	21.8	0.00
ADL			
B9_寝返り			0.14
自立	49.2	48.4	
一部介助	38.8	39.4	
全介助	12.1	12.2	
B10_移乗			0.00
自立	44.2	49.8	
一部介助	38.8	34.4	
全介助	17.0	15.8	
B12_食事摂取			0.00
自立	76.6	81.1	
一部介助	13.6	12.2	
全介助	9.8	6.8	
B13_衣服の着脱			0.00
自立	57.3	59.6	
一部介助	26.9	26.2	
全介助	15.8	14.2	
B11_口腔清潔_評価	40.1	40.0	0.98
B14_診療・療養上の指示が通じる	8.8	8.4	0.09
B15_危険行動	4.4	4.5	0.48



※1)バブルの大きさは2020年度のカバー率の値を示す
 ※2)病院全体での2020年度と2019年度の差は急性期医療提供患者割合が3.7%,診療科カバー率が6.7%である
 表中の線は、病院全体の値を示す

図1 急性期医療提供患者割合と診療科カバー率(各群の平均差)