

急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関する調査研究 報告書(概要版)

I. 調査研究の目的

「選択と集中」による効率的・効果的な医療提供の観点から、急性期医療の機能分化・機能強化を図るうえで、看護傾斜配置の医療機能と患者状態像の両面から急性期医療の実際的な状況と急性期病院が抱える課題・問題点を把握し、急性期医療における施設基準や診療報酬上の算定要件のあり方を検討する基礎資料とする。

II. 調査研究の概要

急性期・亜急性期入院医療を提供している「病院」から無作為に抽出・選定した 1,833 病院を対象に、①施設及び医療機能、②脳梗塞及び急性心筋梗塞患者の退棟までの状況一等について調査を行った。回答施設数は 261 施設（回収率 14.2%）、退棟患者票は①脳梗塞 534 件、②急性心筋梗塞 391 件—の回答があり、一般病棟について 1,522 病棟分の情報を収集した。

本調査の結果（第 3 章）については、以下 4 項目から整理を行い、分析及び若干の考察を加えた。

- 1) 看護配置状況と医療機能
- 2) 脳梗塞、急性心筋梗塞における急性期医療の状況
- 3) チーム医療の状況
- 4) 急性期医療における機能強化の課題

なお、調査の実施や結果の分析・考察にあたっては、今中 雄一 京都大学大学院医学研究科教授から指導・助言を頂くとともに、調査結果の総括として「調査結果に関する考察」（第 5 章）を執筆頂いた。

III. 調査結果(概要)

(1) 看護配置状況と医療機能

1) 一般病棟の状況

- 一般病棟における看護職員の配置状況をみると、16.2%が「5:1 以上」の看護配置の病棟、36.7%が「5:1 未満 7:1 以上」の看護配置の病棟、31.9%が「7:1 未満 10:1 以上」の看護配置となっていた。
- 一般病棟の状況について看護配置別にみると、7:1 算定施設では、①「5:1 以上」の看護配置の病棟を有する施設が 67.5%、②「5:1 未満 7:1 以上」の

看護配置の病棟を有する施設が 78.3%、③「7:1 未満 10:1 以上」の看護配置の病棟を有する施設が 59.6%であった。

- 10:1 算定施設では、①24.2%、②40.7%、③65.9%となっており、7:1・10:1 算定施設の両者とも、個々の病棟の状況に応じて看護配置の手厚さを調整していることが推察される。

2)入院患者の状態像

- 「A モニタリング及び処置等」の A 得点は、入院患者 1 人当たり平均 1.11 点となっている。看護配置別にみると、手厚い看護配置を行っている病棟において 1 人当たり平均 A 得点が高い傾向にある。なお、亜急性期入院医療管理料算定病室では 1 人当たり平均 0.54 点、回復期リハビリテーション病棟入院料では 1 人当たり平均 0.08 点であった。
- 「B 患者の状況等」の B 得点は、入院患者 1 人当たり平均 3.68 点となっており、看護配置別にみると、看護配置の手厚さに対して一定の傾向はみられなかった。なお、亜急性期入院医療管理料算定病室では 1 人当たり平均 3.80 点、回復期リハビリテーション病棟入院料算定病棟では入院患者 1 人当たり平均 3.42 点であった。

3)A・B 得点(患者状態像)の分布状況

- 各一般病棟の A 得点別の分布をみると、「1 点未満 (0 点を除く)」33.0%、「1 点」27.7%、「2 点」4.1%、「3 点」3.5%などとなっており、看護配置別に比較すると、「5:1 以上」の病棟では「3 点以上」と「2 点」の割合が多く、「5:1 未満 7:1 以上」の病棟では「1 点」の割合、「7:1 未満 10:1 以上」の病棟では「1 点未満 (0 点を除く)」の割合が多くなっていた。
- 一方、B 得点の分布をみると、「1~2 点」27.9%、「3~4 点」23.0%、「5~6 点」12.0%などとなっており、看護配置別に比較して一定の傾向はみられなかった。
- 看護職員の配置状況に影響を与える入院患者の状態像としては、「A モニタリング及び処置等」の内容が「B 患者の状況等」の内容に比べて影響が大きく、モニタリング及び処置等を要する重症な患者への医療提供に当たって手厚い看護職員の配置が求められることが推察される。

4)一般病棟の傾斜配置を判断するうえで影響する患者の状況

- 「A モニタリング及び処置等の状況」の項目を挙げる割合が多く、とくに、「呼吸ケア」、「点滴ライン同時 3 本以上」、「昇圧剤の使用」、「心電図モニター」「シリンジポンプの使用」など、呼吸や循環動態が不安定な患者の状況

を挙げる回答が多い傾向にある。

- 「B 患者の状況等」の項目では、前述のとおり、個別の一般病棟における看護配置との関係はうかがえなかったものの、「7:1 以上と判断する場合」と比較して「7:1 未満 10:1 以上と判断する場合」では、「食事摂取の介助」や「寝返りの介助」の項目を挙げる割合が多くなっている。
- このことから、看護職員の役割として、手厚い看護配置の一般病棟では重症な患者の多さ等から相対的に「診療の補助」を担うことが期待されており、また、看護配置が低い病棟になるにつれて相対的に「療養上の世話」を担う必要性が高くなっていると考えられる。

5) 平均在院日数

- 一般病棟について平均在院日数別の分布をみると、DPC 対象病院では「10～14 日」33.1%が最も多く、次いで「15～19 日」23.1%、「9 日以下」17.8%となっている。DPC 対象病院以外の病院では「15～19 日」33.0%が最も多く、次いで「10～14 日」24.2%、「20～29 日」19.2%となっている。
- 入院患者 1 人当たり平均では、DPC 対象病院が平均 16.1 日 (N=1,256)、DPC 対象病院以外の病院では平均 17.2 日 (N=170) であった。
- 亜急性期入院医療管理料算定病室では「20～29 日」25.4%が最も多く、次いで「30～39 日」13.8%、「40～59 日」12.3%などとなっており、入院患者 1 人当たり平均 36.4 日 (N=96) となっている。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料算定病棟では「30～59 日」39.3%が最も多く、次いで「60～89 日」33.9%、「90 日以上」12.5%などとなっており、入院患者 1 人当たり平均 67.5 日 (N=50) となっている。
- DPC 対象病院・DPC 対象病院以外の病院ごとの一般病棟における平均在院日数別の分布について、看護配置別に比較すると、DPC 対象病院・DPC 対象病院以外のいずれにおいても、「5:1 以上配置病棟」では「9 日以下」の割合が多く、看護配置が低くなるにつれ、平均在院日数の長い病棟の割合が増加し、「7:1 未満 10:1 以上配置病棟」では「20～29 日」などの割合が多くなっている。入院患者 1 人当たり平均在院日数についても、手厚い看護配置の病棟ほど、平均在院日数が短い傾向がみられた。

6) 平均在院日数と入院患者の状態像

- DPC 対象病院・DPC 対象病院以外の病院いずれにおいても、看護配置が手厚い病棟ほど、1 人当たり平均 A 得点が概ね高くなる傾向がみられると同時に、1 人当たり平均在院日数は短い傾向がみられた。
- また、DPC 対象病院と DPC 対象病院以外の病院を比較すると、「5:1 以上

配置病棟」ではやや傾向が異なるものの、DPC 対象病院の方が 1 人当たり平均 A 得点が概ね高くなる傾向がみられた。

- このことから、看護配置が手厚い病棟ほど、モニタリング及び処置等を要する重症な患者は多いものの、看護職員によるサービスの充実を図ることなどにより、入院患者は短い平均在院日数で退院にまで至ることができていると考えられる。

(2)脳梗塞、急性心筋梗塞における急性期医療の状況

1)一般病棟における患者の経過

- 患者 1 人当たり一般病棟における患者の経過は、総体的に脳梗塞患者の期間が長く、例えば、入棟後の最も重症な時点から退棟までにかかる日数は 22.5 日であり、急性心筋梗塞患者に比べると約 10 日長い。なお、いずれの患者も入院から一般病棟へ入棟までの日数は 3 日前後であることもわかる。
- また、一般病棟での通算在院日数は、脳梗塞患者が 27.3 日、急性心筋梗塞患者が 15.6 日であり、転棟・転院・退院までの待機日数はそれぞれ 2.9 日、1.6 日である。

2)患者状態像(A 得点、B 得点)

- 脳梗塞患者と急性心筋梗塞患者の状態像を A 得点・B 得点により比較すると、重症時において A 得点は急性心筋梗塞患者が高く、B 得点は脳梗塞患者が高いことがわかる。なお、退棟時点においても、脳梗塞患者は B 得点が 4.1 点と高い。

3)一般病棟からの退棟先

- 脳梗塞患者は、退棟先が自院の他の病棟の場合でも、他の病院・有床診療所の場合でも、多くが回復期リハビリテーション病棟である。なお、退棟先が在宅等の場合は、62.5%が自院の外来患者となっている。
- 急性心筋梗塞患者は、退棟先が自院の他の病棟の場合は、33.3%が亜急性期病室、16.7%が回復期リハビリテーション病棟であるが、退棟先が他の病院・有床診療所である場合には、半数以上の 52.4%が一般病棟のままであり、脳梗塞患者に比べると異なる状態での退棟があるとわかる。

(3)チーム医療の状況

1)地域連携診療計画(地域連携パス)の活用状況

- 回答病院における地域連携診療計画(地域連携パス)の活用状況をみると、医療者用パスとして「脳卒中」の地域連携パスの活用が 51.3%で最も多く、

次いで「大腿骨頸部骨折」の地域連携パスの活用が37.9%、「がん」の地域連携パスの活用が21.1%などとなっていた。

- ほとんどの疾患の地域連携パスが半数に満たない活用状況となっており、特に患者用パスの活用が進んでいない状況がうかがえる。

2) 地域連携パス活用のメリット

- 大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん、糖尿病、急性心筋梗塞のいずれかの地域連携パスを活用している施設における活用のメリットをみると、「患者情報の共有化」77.7%が最も多く、次いで「患者の診療計画や転院・退院時期に関する理解の促進」71.7%、「後方連携による医療機能の分化・強化の促進」66.9%などであった。

3) 地域連携パス活用にあたっての困難

- 「パスの定期的な見直し、情報交換のための会合開催の負担が大きい」53.6%が最も多く、次いで「地域連携パスの電子化が必要と考えるものの、実用化が困難」50.0%、「患者の医療連携に対する理解・納得の醸成が困難」37.7%—となっている。

(4) 急性期医療における課題

1) 高度急性期

- 高度急性期医療を提供する病室を有する施設の当該病室における課題をみると、「医療従事者数の不足」47.0%が最も多く、次いで「移行先（転棟先等）での重症患者の受入困難」35.0%、「移行先（転棟先等）でのベッドの不足」27.4%—となっている。

2) 一般急性期

（届出の看護配置以上の傾斜配置を行う一般病棟）

- 自院の一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の傾斜配置を行う一般病棟を有する施設について当該病棟における課題をみると、「医療従事者数の不足」49.1%が最も多く、次いで「重症な患者の多さ」25.2%、「移行先（転棟先等）での重症患者の受入困難」24.3%などであった。

（届出の看護配置以下の傾斜配置を行う一般病棟）

- 自院の一般病棟入院基本料の届出の看護配置以下の傾斜配置を行う一般病棟を有する施設について当該病棟における課題をみると、「医療従事者数の不足」30.6%が最も多く、次いで「患者・家族の意向に対する理解不足」11.6%、「移行先（転棟先等）でのベッドの不足」9.9%などであった。

3) 亜急性期・回復期

- 亜急性期入院医療管理料算定病室を有する施設について当該病室における課題をみると、「患者・家族の移行に対する理解不足」33.3%が最も多く、次いで「医療従事者数の不足」21.9%であった。
- 一方、回復期リハビリテーション病棟を有する施設について当該病棟における課題をみると、「医療従事者数の不足」54.2%が最も多く、次いで「患者・家族の移行に対する理解不足」35.4%、「重症な患者の多さ」22.9%などであった。転院の可能性が高くなること等も相まって「患者・家族の移行に対する理解不足」が上位となる傾向がうかがえた。
- また、具体的な医療機能の強化・特化を阻害する要因としては、「亜急性や回復期での医療従事者の配置の難しさ、及び採算が取れる診療報酬の設定がないこと」が挙げられている。

(5) まとめ

急性期医療の機能強化にあたっては、高度急性期医療後の患者を受け入れるための一般病棟の対応体制の整備を図る必要がある。一般病棟入院基本料算定病棟は、特定入院料と比較して機能の幅が広く不明確ではあるものの、本調査の結果より、現状では病棟ごとに重症度の高さ等に応じて手厚い看護配置が行われていることが確認できた。このことから、一般病棟における複数病棟間での傾斜配置状況に基づき、手厚い看護配置を行っている病棟について、病棟単位での評価のあり方を検討していくことも考えられる。

DPC 対象病院と DPC 対象病院以外の病院について、急性期医療機能における課題を比較すると、DPC 対象病院においてより一層「医療従事者数の不足」の割合が多く、また、一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の傾斜配置を行う病棟の課題では「重症な患者の多さ」の割合が多くなっている。このことから DPC 対象病院の一般病棟について優先的に評価を行っていく必要性が高いことがうかがえる。

同時に、職種間の役割分担と多職種によるチーム医療を推進することにより、それぞれの職種における専門知識・技術を効果的に活用し、負担軽減も図りながら医療の質の向上を図っていくことも求められる。

また、後方病床となる地域の亜急性期入院医療管理料算定病室や回復期リハビリテーション病棟の確保、在宅医療・在宅介護の充実により、地域の受け皿を整備していくことも必要である。同時に、患者・家族の医療連携に関する理解を促すことも求められる。こうした課題の解決策の一つとして、医療者用・患者用の地域連携パスの活用は有意義であり、今後、地域連携パスに関する診療報酬の見直し等も視野に入れつつ、その普及を図っていくことが望まれる。