

平成17年度看護必要度にかかる特別調査について

I. 研究の目的

1. DPC導入病院の特定の病棟に入院している全患者と診断群類別の「重症度」及び「重症度・看護必要度」からみた患者の看護必要度の分布状況の実態を把握し、今後経時的に看護必要度の視点からDPCの導入評価を行うための基礎的データとする。
2. DPCの導入によって生じている業務密度の高度化に伴う看護管理上の変化の実態を把握する。

II. 調査班長

嶋森好子（京都大学医学部附属病院 看護部長）

III. 調査方法

1. 調査対象

- 1) DPC対象病院及び試行的対象病院の「看護必要度にかかる調査」に協力が得られた98病院の特定集中治療室、ハイケアユニットまたは看護必要度が高い患者が最も多く入院している病棟及び、看護必要度が一般的な患者が多いと判断される病棟を含む任意の355病棟に入院している患者
- 2) DPC対象病院及び試行的対象病院の中から「DPC導入前後の看護管理上の変化に関する調査」に協力が得られた88病院の看護管理者

2. 調査期間

- 1) 看護必要度調査：平成17年10月3日（月）～平成17年10月9日（日）
- 2) DPC導入前後の看護管理上の変化についての調査
：平成17年12月16日（金）～平成18年1月13日（金）

3. 「看護必要度にかかる調査」の担当者の決定依頼及び調査説明会と評価者研修の実施

- 1) 「看護必要度にかかる調査」の対象病院に対して、調査担当責任者の決定を依頼、担当者に対する調査の説明会を実施、同時に「重症度」及び「重症度・看護必要度」判定基準の評価に係る研修を行った。
- 2) 「看護必要度にかかる調査」の対象病院において、研修を受けた調査担責任者が、患者の評価を行う看護師に対する研修を実施し、予め開発されている入力システムを用いて、調査期間の決められた時間に、患者の重症度に関する評価項目に沿って入力するよう指導した。
- 3) DPC導入前後の看護管理上の変化に関する調査への協力を承諾した病院の看護管理者（看護部長）に対して、郵送によって質問紙を送付し回答を依頼、記入後の質問紙は郵送によって回収した。
- 4) データ集計・分析：平成17年11月～平成18年2月
- 5) 収集された、データの解析を行い、DPC導入及び試行的導入病院における、入院患者の「看護必要度」及び「DPC導入後の看護管理に関わる変化」について検討した。
- 6) 報告書作成：平成18年3月

4. 調査結果

1. 看護必要度にかかる調査

- 1) 調査対象病棟及び対象者の概況

表 1-1 病棟タイプ

病棟タイプ	度数	パーセント
特定集中治療室	98	27.61
ハイケア	53	14.93
一般	201	56.62
精神	2	0.56
その他	1	0.28
合計	355	100.00

表 1-2 病棟タイプ別患者の性別

性別	病院タイプ					合計
	特定集中治療室	ハイケア	一般	精神	その他	
男	1,074	1,378	5,915	23	16	8,406
パーセント	0.63	0.60	0.56	0.34	0.70	0.57
女	624	918	4,651	45	7	6,245
パーセント	0.37	0.40	0.44	0.66	0.30	0.43
合計	1,698	2,296	10,566	68	23	14,651
パーセント	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

表 1-3 患者の年齢階層

年齢階層	度数	パーセント
0 歳	128	0.87
1 歳以上 9 歳以下	180	1.23
10 歳以上 19 歳以下	253	1.73
20 歳以上 29 歳以下	573	3.91
30 歳以上 39 歳以下	856	5.84
40 歳以上 49 歳以下	1,082	7.39
50 歳以上 59 歳以下	2,471	16.87
60 歳以上 69 歳以下	3,378	23.06
70 歳以上 79 歳以下	3,966	27.07
80 歳以上 89 歳以下	1,543	10.53
90 歳以上	221	1.51
合計	14,651	100.00

2) 入退棟状況

表 1-4 入棟事態表

入棟事態	度数	パーセント
外来から	9,944	67.87
他院から	1,089	7.43
他病棟から	3,618	24.69
合計	14,651	100.00

表 1-5 退棟事態

退棟事態	度数	パーセント
未退棟	9,692	66.15
他病棟へ	1,830	12.49
他院へ	289	1.97
自宅へ	2,678	18.28
死亡	162	1.11
合計	14,651	100.00

3) DPCの分布状況

表 1-6 全患者の主要診断群（欠測事例を除いたもの）の割合

番号	主要診断群名	度数	パーセント
1	神経系疾患	312	8.57
2	眼科系疾患	102	2.80
3	耳鼻咽喉科系疾患	130	3.57
4	呼吸器系疾患	351	9.65
5	循環器系疾患	598	16.43
6	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	793	21.79
7	筋骨格系疾患	248	6.82
8	皮膚・皮下組織の疾患	57	1.57
9	乳房の疾患	69	1.90
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	138	3.79
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	282	7.75
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	88	2.42
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患	117	3.22
14	新生児疾患、先天性奇形	33	0.91
15	小児疾患	22	0.60
16	外傷・熱傷・中毒、異物、その他の疾患	299	8.22
合計		3,639	100

4) 患者別の分類分布

患者の日々の状態像から、「重症度」に係わる基準で重症度患者と判定された患者を「ICU タイプ」、「重症度・看護必要度」に係わる基準で重症度患者と判定された患者を「ハイケアタイプ」として、患者の調査日毎の状態から、患者を以下の4種類のタイプに分類してその分布を見た。

A : ICU タイプ且つハイケアタイプ

B : ICU タイプ

C : ハイケアタイプ

D : その他のタイプ (その他)

Aタイプは、特定集中治療室に最も多く、79.44%であった。しかし、ハイケアの33.48%、一般病棟の21.09%がAタイプであり、DPC導入病院では、一般病棟でも2割以上がICUもしくはハイケアユニットの入室基準を満たす患者であった。今回の調査では、ハイケアユニット“もしくは看護の重症度の高い患者の多い病棟”としているため、これらの中に重症患者の多い一般病棟が含まれている可能性があり、ハイケアユニットに53.2%のDタイプの患者がおり、特定集中治療室にも約10%のDタイプの患者がいることがわかった。いずれにしても、現場においては、必ずしも、患者の看護の必要度に応じて適切な病棟でのケアが受けられていない状況が見受けられた。

病院別の患者分類別分布図では、(図3-1)、重症患者(A+B+C=特定集中治療室及びハイケアユニット入室基準を満たす患者)の割合が、75%を越える病院から、15%の病院までであった。しかし今回の調査では、前項でも述べたように病棟の区分が明確でなく、ハイケアユニットには一般病棟の重症の患者が多い病棟が含まれている。また、一般病棟についても、患者の重症度が一般的な病棟として、任意の病棟を選択するよう依頼している。そのため、病院が選択した病棟の特性の違いがあり、本調査結果による重症患者の割合が、各病院の全体の患者に占める重症者の割合を必ずしも示していない可能性もあるが、一定の傾向は示していると考えられる。今後、全入院患者について「重症度」「重症度・看護必要度」の指標を用いた調査を行うことによって、各病院の患者の看護の必要度から見た、重症度の高い患者の割合が明確にできるものとする。

表 1-7 病棟タイプ別の患者分類の分布

重症度	病棟タイプ					合計
	特定集中治療室	ハイケア	一般	精神	その他	
A	4,745	3,688	12,173	29	73	20,708
パーセント	79.44	33.48	21.09	7.11	83.91	27.53
B	6	115	900	0	0	1,021
パーセント	0.10	1.04	1.56	0.00	0.00	1.36
C	217	965	4,397	21	5	5,605
パーセント	3.63	8.76	7.62	5.15	5.75	7.45
D	570	5,861	38,591	339	0	45,361
パーセント	9.54	53.20	66.85	83.09	0.00	60.31
不在	435	387	1,665	19	9	2,515
パーセント	7.28	3.51	2.88	4.66	10.34	3.34
合計	5,973	11,016	57,726	408	87	75,210
パーセント	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

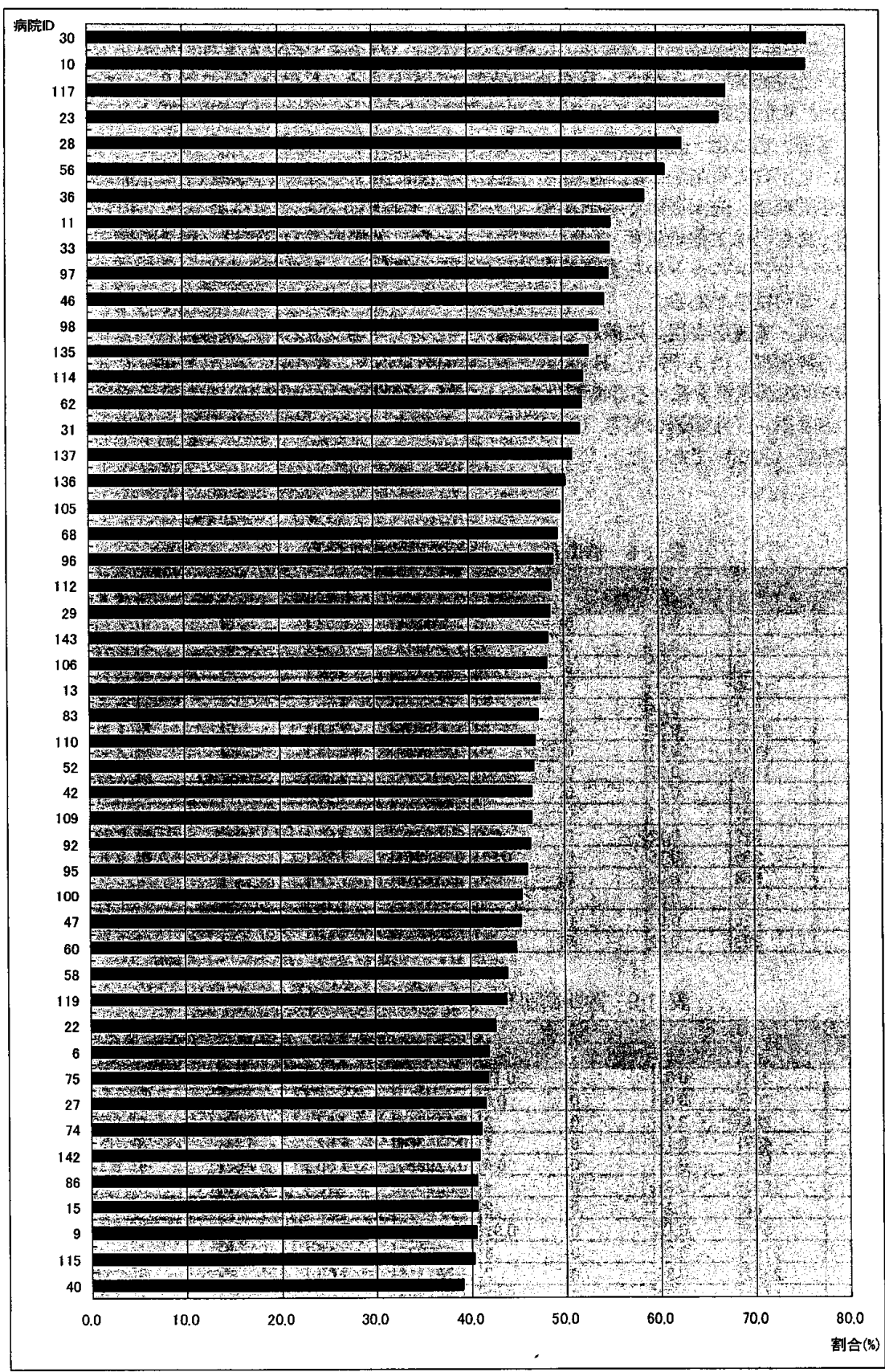


図 1-1 病院別の患者分類の分布 1 (重症患者(A+B+C)の割合の高い順)

5) DPC 診断群別得点分布状況

DPC の主要診断群別の「重症度」に係わる評価票（特定集中治療室管理料の算定要件として用いられている評価票）の A 得点と B 得点の分布状況を見ると、A 得点（モニタリングや処置の得点で 3 点以上が重症患者）の平均が 3 点以上の診断群はなかった。全体の平均(0.73)より高い診断群としては、血液・造血器・免疫臓器の疾患(0.98)と循環器疾患 (0.83) であった。その他、欠測の患者 (0.82) も平均より高かった。B 得点（患者の状況に関する得点で 5 点以下が重症患者）が 5 点以下は新生児疾患、先天奇形で平均 4.88 であった。その他 5 点以上ではあるが、全体の平均 (6.03) を下回ったものは欠測の患者 (5.80) だけであった。欠測患者の中には、調査期間中、特定集中治療室やハイケアユニットから退棟できず診断群が欠測になった患者もあり、重症度の高い患者が含まれている可能性がある。

「重症度・看護必要度」に係わる評価票（ハイケアユニット入院医療管理料の算定要件として用いられる評価票）の A 得点と B 得点の分布状況を見ると、A 得点（前記と同様で 3 点以上が重症患者）の平均が 3 点を超える診断群はなかったが、全疾患の平均 (2.40) を超える診断群としては、血液・造血器・免疫臓器の疾患 (2.64) と、欠測患者 (2.58) であった。次いで高かった診断群は循環器疾患 (2.23) であった。

表 1-8 診断群別 A 得点の平均値の降順

診断群	度数	A 得点				B 得点			
		平均値	最小値	最大値	標準偏差	平均値	最小値	最大値	標準偏差
13	521	0.98	0	8	2.324009	6.38	0	8	2.785828
5	2282	0.83	0	7	1.741318	7.03	0	8	2.468246
14	120	0.43	0	1.33	0.41009	4.88	2	8	1.840424
16	1000	0.39	0	6	1.038012	6.62	0	8	2.057848
4	1424	0.34	0	6	1.28832	6.50	0	8	2.355617
6	3167	0.30	0	8	1.379676	7.18	0	8	1.713809
1	1197	0.27	0	4	0.976054	6.35	0	8	2.481209
11	1104	0.27	0	5.67	1.087396	6.96	0.33	8	1.907639
15	66	0.21	0	2	0.500296	7.38	0	8	1.999166
3	407	0.13	0	1	0.371361	7.62	5.44	8	0.70837
12	322	0.12	0	0.4	0.129387	7.55	7.03	8	0.332469
10	565	0.10	0	0.91	0.155861	7.26	4	8	0.965163
9	264	0.06	0	0.5	0.118816	7.79	1	8	1.366646
7	1032	0.05	0	4	0.566968	7.42	0	8	1.281576
8	226	0.03	0	2	0.417714	7.63	5.83	8	0.630969
2	393	0.02	0	0.75	0.168304	7.85	6.5	8	0.423385

表 1-9 診断群別 B 得点の平均値の降順

診断群	度数	A 得点				B 得点			
		平均値	最小値	最大値	標準偏差	平均値	最小値	最大値	標準偏差
2	393	0.02	0	0.75	0.168304	7.85	6.5	8	0.423385
9	264	0.06	0	0.5	0.118816	7.79	1	8	1.366646
8	226	0.03	0	2	0.417714	7.63	5.83	8	0.630969
3	407	0.13	0	1	0.371361	7.62	5.44	8	0.70837
12	322	0.12	0	0.4	0.129387	7.55	7.03	8	0.332469
7	1032	0.05	0	4	0.566968	7.42	0	8	1.281576
15	66	0.21	0	2	0.500296	7.38	0	8	1.999166
10	565	0.10	0	0.91	0.155861	7.26	4	8	0.965163
6	3167	0.30	0	8	1.379676	7.18	0	8	1.713809
5	2282	0.83	0	7	1.741318	7.03	0	8	2.468246
11	1104	0.27	0	5.67	1.087396	6.96	0.33	8	1.907639
16	1000	0.39	0	6	1.038012	6.62	0	8	2.057848
4	1424	0.34	0	6	1.28832	6.50	0	8	2.355617
13	521	0.98	0	8	2.324009	6.38	0	8	2.785828
1	1197	0.27	0	4	0.976054	6.35	0	8	2.481209
14	120	0.43	0	1.33	0.41009	4.88	2	8	1.840424

B 得点（患者の状況を評価する指標で7点以上が重症患者）では、7点以上の診断群はやはり新生児疾患・先天奇形（8.20）で、全体の平均（4.43）を超えたものは欠測患者だけであった。

いずれの評価においても、モニターや処置に関する指標では、血液疾患と循環器疾患の重症度が高く、患者の状況に関する指標では新生児疾患・先天奇形の重症度が高いことが分かった。また、欠測患者に重症度の高い患者が含まれており、今後、調査期間を長くして欠測事例を少なくすることによって、全体の重症度の分布状況がより明らかにできるものと思われる。

6) 調査の限界と課題

本調査の結果では、病院間の重症患者の割合に差が見られたが、3病棟だけの調査結果であり、DPC 導入病院全体の入院患者の実態との関連は不明確である。今後、全病棟の調査によって、DPC 導入病院に入院している患者の看護必要度の実態が明らかになるものと思われる。また、調査期間の関係で病院毎のデータの詳細な分析にまで至っていない。

2. 看護管理上の変化の実態

1) 一般病床数・特定集中治療室平均在院日数等の変化

表 2-1 DPC 導入前後の一般病床数

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
DPC 導入前	726.5	310.4	66	1388	88
DPC 導入後	724.2	306.3	65	1388	88

表 2-2 救急医療体制および集中治療系部門の有無 (N=88)

	なし		あり		不明	
	N	%	N	%	N	%
DPC 導入前	14	15.9	73	83.0	1	1.1
DPC 導入後	12	13.6	76	86.4		

表 2-3 平均在院日数等の実態実績値

看護実績値		平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
平均在院日数(一般病棟全体)	DPC 導入前	24.8	30.1	11.1	301.0	88
	DPC 導入後	17.9	3.4	9.4	25.9	88
病床利用率(一般病棟全体)	DPC 導入前	85.7	14.0	1.1	102.8	88
	DPC 導入後	84.7	11.5	1.4	99.8	88
入院患者数(1日当たり人数)	DPC 導入前	590.3	278.9	16.0	1115.0	88
	DPC 導入後	568.0	266.2	34.9	1114.0	88
外来患者数(1日当たり人数)	DPC 導入前	1364.4	730.4	46.1	3636.0	88
	DPC 導入後	1415.3	775.8	51.1	3850.0	88
看護要員数(看護師数)	DPC 導入前	496.2	234.6	40.9	1054.0	88
	DPC 導入後	506.1	236.3	39.4	1054.0	88
看護単位	DPC 導入前	19.1	8.6	0.1	48.0	87
	DPC 導入後	19.6	8.7	2.0	48.0	87
離職率(%)	DPC 導入前	12.5	9.2	0	85.0	87
	DPC 導入後	12.0	4.8	0	26.2	88

2) 今後の増員計画と夜間勤務等の加算状況の変化

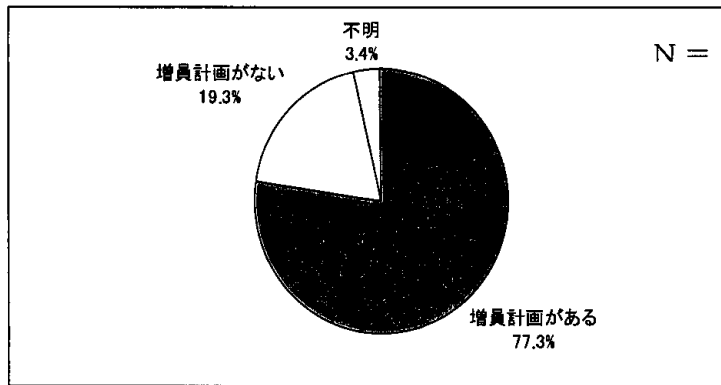


図 2-1 来年度以降の看護職員増員計画

表 2-4 夜間勤務等看護加算状況

夜間勤務等看護加算状況		平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
区分 1	DPC 導入前	64.1	83.9	0	400	54
	DPC 導入後	55.8	64.6	0	294	62
区分 2	DPC 導入前	246.5	225.6	0	1060	77
	DPC 導入後	260.1	217.7	0	1060	84
区分 3	DPC 導入前	235.0	226.4	0	871	59
	DPC 導入後	244.6	212.7	0	822	67
区分 4	DPC 導入前	45.2	175.1	0	678	15
	DPC 導入後	14.3	54.7	0	212	15
区分 5	DPC 導入前	72.4	122.9	0	403	20
	DPC 導入後	52.3	104.1	0	318	17

3) DPC 導入後の勤務体制等の変化

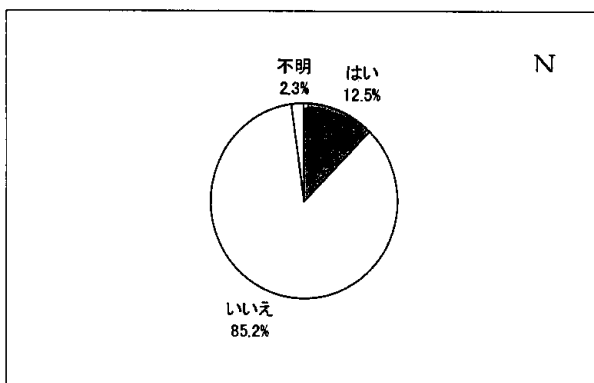


図 2-2 DPC 導入後の夜勤専従者導入の有無

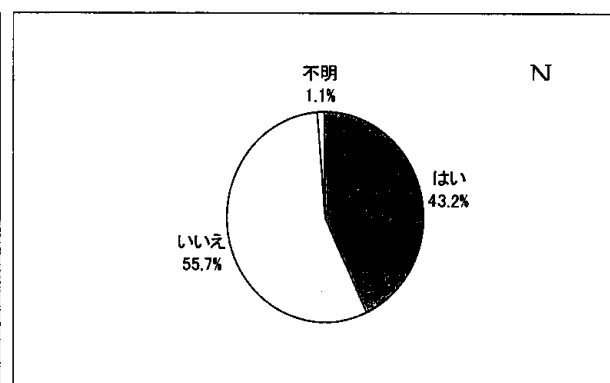


図 2-3 夜勤の増員・早出・遅出導入の有無

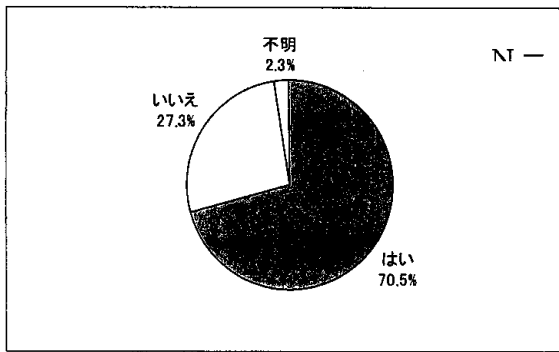


図 2-4 後発薬品導入によって新しく覚えることが増えたか

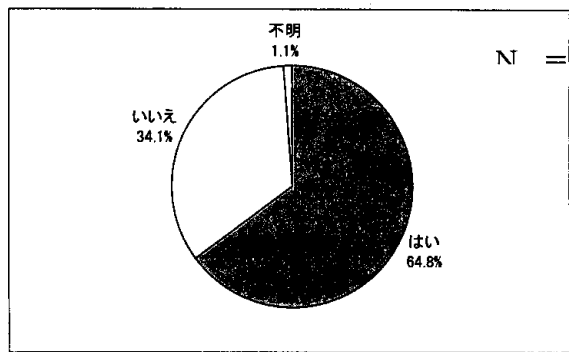


図 2-5 ベッドコントロールが大変になったか

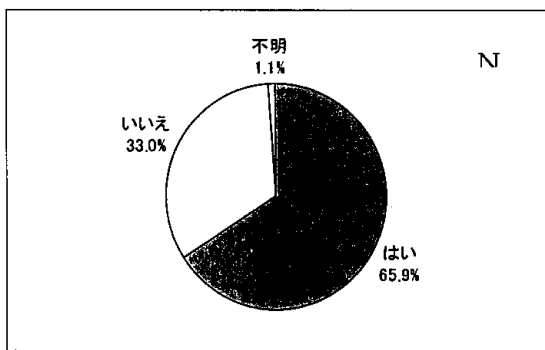


図 2-6 クリティカルパスの利用

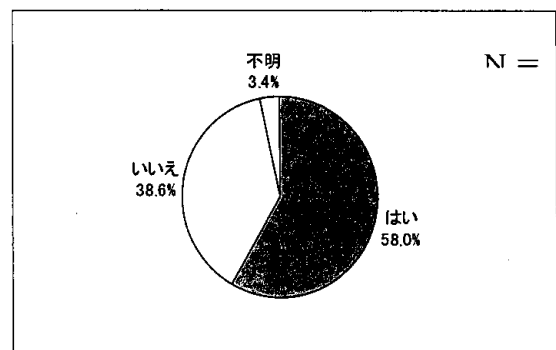


図 2-7 専門的機能を担う看護職員の配置状況

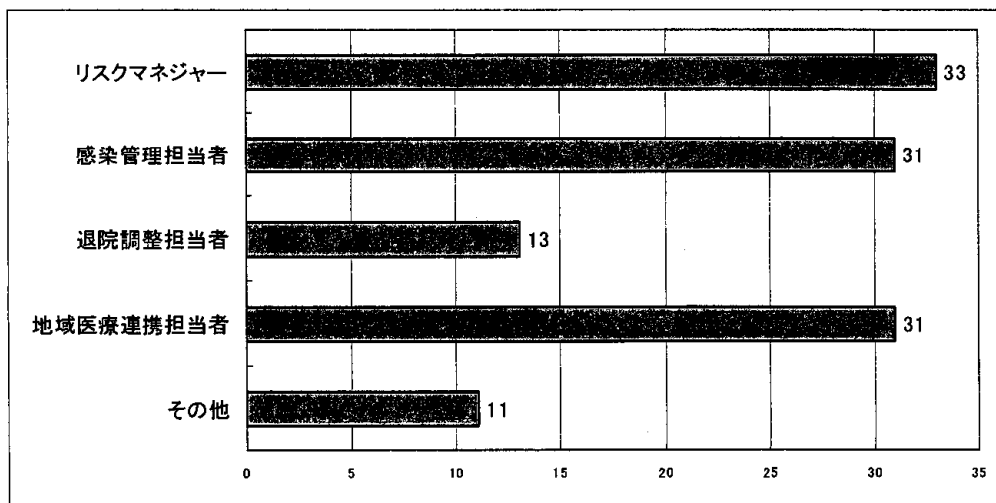


図 2-8 専門的機能を担う看護職員の配置状況

表6 専門的機能看護職員の配置を行ったその他の自由記述

専門的機能看護職員 その他の自由記述	1.N
WOC	2
DPC 導入以前からリスク、感染、教育、WOC、地域医療連携、医療情報担当を専任で配置	1
WOC、ガン性疼痛、救急看護	1
WOC、手術看護	1
WOC 看護認定看護師、ガン化学療法認定看護部、経営企画部師長、総合診療部師長(ベッドコントロール)	1
WOC 認定専任 Ns、緩和ケア専任認定 Ns、現任教育担当	1
リスクマネジャーは平成 13 年より、感染管理担当は平成 14 年より専任としています。	1
緩和ケア専門看護師を緩和ケアチームへ配置 がん化学療法認定看護師を中央点滴室に配置	1
教育専任師長	1
認定看護師(WOC、癌化学療法)	1

4) 患者のケアニーズの把握をしているか

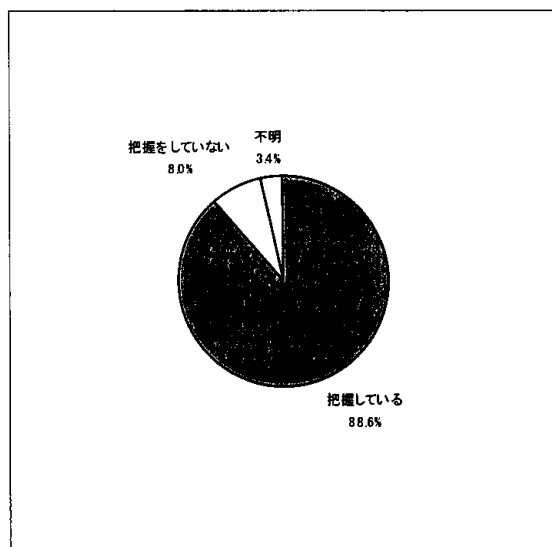


図 2-9 ケアニーズを把握しているか

表 2-8 ケアニーズ把握の頻度

ケアニーズの把握頻度	N	%
毎日	62	79.5
週に1回程度	13	16.7
1ヶ月に1回程度	2	2.6
年1回	1	1.3
半年に1回	1	1.3

N=78(複数回答あり)

表 2-9 ケアニーズの把握方法

ケアニーズの把握方法	N	%
厚生省版「看護度」	51	65.4
ICU 重症度	36	46.2
自院独自の指標	19	24.4
ハイケアユニット重症度および看護必要度	6	7.7
看護必要度	5	6.4
TNS、KNS 等	3	3.8
患者満足調査(月 1 回)	1	1.3
看護量測定、名古屋大方式を一部改良したもの	1	1.3
旧厚生省版「看護度」に当院独自の細分化を図ったもの	1	1.3
業務量報告を随時させている	1	1.3
全社連の看護度	1	1.3
中京病院で改良した CNS を今後必要度も入れてゆきたい	1	1.3

N=78(複数回答あり)

結果・考察

- 1) DPC 導入後、在院日数、病床利用率及び入院患者数ともに減少している。7日間の在院日数短縮に対して、病床利用率の減少は1%である。「看護必要度」の開発途中で、筒井氏は他計式の1分間のタイムスタディによって、看護師の患者への看護提供時間の調査を行っている。この調査によると、入院1日目の患者への看護師の看護提供時間は(患者のためのカンファレンスや看護記録の時間も含む)1日平均155分、2日目以降1週間目までは約60分と、入院1日目の患者への看護提供量が格段に多いことが明らかになっている。このことから、在院日数の減少は、入院1日目の患者が増加することになり、看護師の手間にかかる患者が増加していることを表している。これについては、夜間勤務等看護加算の取得状況からみても、上位区分の取得が多くなっていることから分かる。現場では業務量の増加に対応して夜間勤務者を増員しているものと思われる。また、入退院に伴う手続き等の事務量も増え、現場の忙しさは、DPC 導入後に増強していると考えられる。この点については、自由記述欄に多くの管理者から意見がある。一方、看護師数の増加は、外来・入院を合わせて平均10人で、DPC 導入後の業務量の増加に対応できているかは疑問である。これについては、次年度の増員計画があると答えた病院が77%あり、今後の対応として考えられているが、現状では不十分だと認識しているものと考えられる。
- 2) 外来にも同様の現象が生じている。外来患者数は50.9名増加している。在院日数が短縮し、従来入院して治療処置を受けていた患者が外来に移行していると考えられる。それに対応する看護要員数の増加はわずかであり、業務密度の増加に対応できていない可能性がある。外来機能の充実を図る必要があるとの自由記述も多く見られる。
- 3) 看護単位は0.5単位増加している。看護単位の規模を小さくして管理者を配置することや、病棟ごとの機能分化を図る動きがあると考えられる。ハイケアユニットの導入を図りたいと答えたものが72%もあり、この推進を希望している看護管理者が多い。また、夜勤の増員、早出・遅出勤務等、業務量や業務の密度に応じた柔軟な勤務体制によって、看護の必要度に応じたケア体制を確保する動きが見られる。これについては、クリティカルパス利用の増加が66%、専門看護師の配置をした病院が58%となっていることからも見取れる。配置が義務付けられていない、退院調整看護師や地域医療連携担当者を導入しているところも多い。このことは、在院日数の減少に貢献するとともに、患者の看護の必要度に応じた看護提供体制を整備する動きが、病院内に留まらず地域を含めて推進されているものと考えられる。
DPC 導入病院の看護管理者は、患者の看護の必要度に応じた看護提供体制の整備について、病院の内外を問わず、患者のニーズに応じて、より適切な看護提供体制整備を推進していると思われる。
- 4) 離職率はわずかに減少している。一般に、新人の離職率や(9人に1人の離職者)、急性期医療の場への就職を避ける傾向があるといわれている。平成15年に、京都大学医学部附属病院を含む3つの国立病院で行った看護必要度の調査(ICU、急性期病棟、一般病棟の3病棟の調査)によると、最も看護要員に余裕のあった病棟(特に夜間)はICUであった。これはICUの看護師配置基準が常時患者2:看護師1と定められており、これを確保しているためである。部署異動によって、特定集中治療室勤務の看護師が一般病棟に異動した直後は、業務の煩雑さについていけないと感じるものがある。また、特定集中治療室に勤務している看護師は集中的にケアができるため満足感を感じる者も多い(臨床経験がある看護師の場合)。DPC 導入病院の一般病棟では在院日数が短縮しており、入退院の世話や一方で比較的元気な患者への対応と、多岐にわたる患者のニーズに応えることは容易ではない。これに対応できないことも看護師として働くことの満足感を低下させることとなる。一方で専任業務の増加や病棟ごとの機能分化が進み、与えられた役割を集中して果たせるようになることから、やりがいを感じる看護師も増加している。

DPC 導入によって、病院や病棟の機能分化が推進され、そこで期待される看護師の役割も明確になり、専門的な能力が発揮できることから、看護師のやりがいも大きくなる可能性がある。

DPC の導入による機能分化は、患者に応じた看護提供体制の整備を推進するばかりでなく、看護師の満足を高めることになる可能性がある。

- 5) DPC 導入により、病院の管理における無駄を最小限にするような管理が推進され、後発薬品導入や SPD 導入が増加している。一方、これらの変化は、薬品名を覚えることや、業務の委譲にともなう煩雑さを増加させている。しかし、このことは、医療職者それぞれが独自の役割を果たしてチーム医療を推進する上で重要な段階であると認識される。これを意識して、積極的に推進することが必要と考えられる。この機会に、将来に向けて現段階で整備しておくことを意識して取り組むことが、それぞれの専門性を高めて合理的で効果的な医療の提供体制を整備する上で重要である。
- 6) ケアニーズの把握は多くの施設で行われており、「看護度」が多く使用されている。しかし、この指標は病院間の比較には適さない。今後は、施設間の比較が可能な評価指標を用いて客観的な評価に基づいた要員管理が必要である。本年度の診療報酬改定で、既に診療報酬に取り入れられている、「重症度・看護必要度」の評価指標等を用いて要員管理を行なうよう指示されている。しかし、これらの評価を実施する上で、精度と客観性を担保するためにも、研修の機会を作ることや自己学習のための教材の整備が急がれる。これは、本調査の回答でも看護管理者から同様の回答が寄せられている。看護必要度の評価者研修によって評価精度を上げ、客観的な数値に基づいた要員管理が行なえるようになることが、科学的な看護管理の第一歩ともなる。そのためにも、本年度、一般病棟の要員管理に導入された、「重症度」及び「重症度・看護必要度」の評価指標についての研修の普及を図って、患者の評価のあり方について学習を深める機会を広げる必要がある。
- 7) 重症度や看護の必要度に応じた医療や看護提供体制を整備する上で、ハイケアユニットの設置も有効な手段である。設置が困難な理由として平均在院日数の短縮と要員確保及び評価者のための教育・研修の機会がないことを問題としている。パス導入や地域連携の推進によって、在院日数の短縮は進められてきている。ハイケアユニット設置の上での課題として、患者のアセスメント能力の推進を上げており、評価者のための研修の機会の増加や教材を希望するものが多い。これらの整備を図って、患者の看護の必要度に応じたケア提供体制を整備するためにもハイケアユニット設置の要件確保につとめる必要がある。

DPC 導入後の貴院の看護管理に関わる変化（自由記載による意見）

DPC 導入後の貴院の看護管理に関わる変化について	
・	リスクマネージャー、感染管理担当者、地域医療連携担当者は DPC 導入に関係なく配置しており、地域医療連携担当者は退院調整担当者が兼務している。
・	夜勤増員など体制充実も DPC には関係なく実施していた。
1.	看護業務量増加と重症患者の増加、24 時間通して治療・処置の増加などに対して、業務改革・人材育成、患者サービスの向上、コスト削減をはかった。
2.	看護部内だけでなく、病院全体として発言し、経営に参加するようになった。 1)看護人員増員計画に基づき、計画的に増員するよう病院長へ提言した。 2)他職種との役割分担を見直し、薬剤業務、検査業務を他コメディカルへ移行した。 3)病院クラークを導入し、間接業務の削減をはかった。 4)看護職員の実践力の向上のための教育、特に新人教育、ジェネラリスト、スペシャリストの育成に力を入れたなど
・	特になし
・	入院単価・稼働率・在院日数・稼働額など診療収入の月毎の数値をニュースレターや IT で表示し、診療科・看護師長に病院の経営状況をインフォメーションしている。そのことが職員全員の経営危機についての意識が高まり、医療材料経費削減・在院日数・稼働率などに関してベッドコントロールへの協力など病院の生き残りを掛けて意見を出すようになってきた。
・	DPC 導入に向けて材料部では SPD の導入と材料の規格化を行いました。クリニカルパスも DPC 導入に向けて増やす予定でしたがパスの電子化など課題が多くいまだ利用は増えていません。地域医療連携や感染 WOC 等の看護職員は既に入っていましたので DPC 導入には関係ありません
・	在院日数の短縮・外来検査や処置の増加により、病棟や外来の区別なく看護業務が増加している。看護職員数ではほとんど増員していないことになるが、定数増の見直しが出来てきている。
・	DPC における今後の看護関連の一部がイメージ化された。
・	DPC における看護管理として実践の記載の重要性の再認識している。
・	DPC の理解が深まりチーム医療の重要性を再認識している。
・	入院期間が短縮して、入退院の事務手続きが多くなった。
・	入院期間が以前により、短いため患者とのコミュニケーションを計るのが難しくなり、リスクが高くなった。
・	平均在院日数が短くなった分入退院の入れ替わりが増加し、業務が煩雑化している。そのため看護師の疲労の蓄積がある。そのためか、退職率が増加傾向にある。
・	重症患者や高齢者が増えたため、業務量が増えた
・	特に変化なし
・	24 時間のリリーフ体制を強化し、患者数の変化に応じてタイムリーに看護師、補助者をリリーフに出している
・	入院期間が短くなっているので外来看護婦の役割が重要になっている。また、外来・病棟との連携も重要になってきている
・	病棟稼働率のアップ・在院日数の短縮
・	特別な変化はないが、医療材料の無駄を減らすための指導を今まで以上に強化した。
・	ベッドコントロールの困難さ ②業務管理（管理を含む）の複雑化・煩雑化
・	在院日数の減少を目指すため短期間に検査・治療が集中する。このため患者は重症化し、看護必要度の増大、業務量の増加につながっている。
・	入院期間の延長につながるような合併症の発生を予防するケアに努めることが必要である。
・	在院日数短縮のためにベッドコントロールを看護部にまかされるようになった。
・	クリティカルパスのための標準看護計画を作成した
・	DPC の確定がなかなかできないために患者から支払いに関してクレームがあった。
・	在院日数短縮・稼働率上昇が続いているが、DPC を導入した為なのかは不明。
・	入退院数が増加しており、入退院に関わる業務が増えている。手術検査の説明等にも多くの時間が費やされている。
・	在院日数短縮における入退院に関わる看護業務の増加がある。 ①外来との連携推進 ②退院調整の推進 ③看護業務以外の業務増加 ④サマリーの効率的記載

<p>1.在院日数の短縮に伴う入院患者への看護量の増大</p> <p>2.外来患者数の増加と外来処置・検査における間が量の増大</p> <p>3.外来における検査説明、療養生活指導などの業務に関わる看護要員が確保できない</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・DPC 導入後、明らかに在院に週が短縮され、その中で充実した看護が要求されるようになりました。しかし、在院日数短縮の裏側には重症度が高く、集中した看護ケアが必要な患者も多く看護業務量が増加しており、看護師の利殖の要因ともなっています。安全な医療、看護を提供するためにも看護職員の配置基準と共に適正配置についても考えていかなければならないと考えます。また、DPC 導入後、クリティカルパスの整備と推進を行っています。 ・在院日数の短縮傾向は、患者の重症化とベッド回転率アップにより看護業務を増大させた。患者の高齢化や合併症を持った方が多くケアを安全・安楽に進めるにも手間がかかることになった。看護職がしなければならない業務と看護の周辺業務を整理し、他部門に委譲してゆく努力がより必要である。また、その正当性を説明するうえでのデータや説得力をもつことが必要となっている。 ・退院調整、クリニカルパスの導入、効果的な外泊のとらせ方、感染管理の徹底、在院日数の短縮への取り組み ・入院前検査棟をすべて外来で実施するようになり、外来業務が繁雑になった
<p>1.在院日数の短縮に伴い効率的なベットコントロール（午前退院 午後入院）、専門性を重視した空床コントロール・クリニカルパスの使用増加</p> <p>2.看護業務としての質の向上・病棟薬剤師配置、ME 機器の管理、栄養部よりの指導など本来の部門の役割を充実し看護業務としての時間が効果的にもって専門性、指導、研究など有効な時間が作られている</p> <p>3.患者・家族の治療意識の変化、入院時に入院期間を説明し理解を得やすくなり、入院期間の延長を減少している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在任日数が短縮し、何事にもスピードが求められるようになった。又、患者との信頼関係が築きにくくなり、患者と深く関わり、共に達成感を味わう機会が減ったように感じる。その為、スタッフ管理を行うに当たり、単に忙しいという印象しか残らず離職するものも多くなり、質の向上に向けどのように管理していけばよいか、難しくなってきたと感じます。 ・DPC 導入により平均在院日数が短縮し、入隊言いに関わる業務が増加した。同時に手術件数も 1000 件あまり増加し、全体的な看護業務量が増加し、日々の繁忙度に反映している。その状況は看護師の利殖率にも影響を与えている。反面、看護師の経営に関する意識改革につながり、物品管理を含め、コスト意識が向上した。クリニカルパスの運用、進化を推進し業務の標準化に取り組んでいる。
<p>①経営管理課より毎日の稼働率、平均在院日数が病棟別、診療科別に病棟医長、看護師長に発信されており、看護師町の経営に関する意識が向上</p> <p>②DPC の 2SD 超え等が情報端末よりすぐわかるシステムになった。また、患者支援センターに看護師配置を行った。これらの中で、退院時期などへ看護師長が意識的に関わることができるようになった。</p> <p>③看護師の部会で一般医療材料の見直しを継続的に行い、毎年コスト削減が達成できている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・大きな変化なし ・看護助手の増員 ・重症度が高くなり勤務体制（日々の人数配置）の調整
<ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジャーと感染管理担当者は DPC 導入前から配置していた。 ・クリティカルパス導入の促進、医療用消耗材料の整理、ベッドコントロール(共通病床利用促進)、看護師の業務整理・外注化 ・在院日数の短縮化に対応して、看護問診票の改正や標準看護計画の整備などを実施した。 ・クリニカルパスは看護部が主体となって作成してきたが、診療科も積極的に関わるようになり、内容が充実してきた。 ・外来看護の充実のための人員を要求し増員した。
<ul style="list-style-type: none"> ・特にありません ・在院日数の短縮・入退院数の増加により、日常業務が煩雑になった。病床移動が頻回になり、ベッドコントロールが困難となった。 ・退院調整数の増加、病床の混合料・重症化から安全面や看護師の対応能力の向上が求められる。
<p>①在院日数の短縮に向けて入退院が激しくなり、業務の多忙さが増した。</p> <p>②夜間及び時間外の病床管理を夜勤看護師長が担うようになった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床管理基準に添ったベッドコントロールを看護部で担当するようになった。 ・一部外来専任（師長・スタッフ・クラーク）を配置し、外来機能の充実を図った。 ・在院日数の短縮化に対応するため退院調整担当者を配置し患者支援を行っている。 ・パス使用増加により患者への説明が充分できるようになった

<ul style="list-style-type: none"> 平均在院日数の短縮化に更なる拍車がかかり、看護業務の繁雑化及び効率化。また、これに伴う看護職の精神的・身体的ストレスの増加傾向
<ul style="list-style-type: none"> 導入後、特定のDPCにおいて在院期間の短縮した患者は、看護度Aの比率が著しく増加し、明らかに看護ケア量が増加している。2:1看護の現状では、患者の安全確保が困難になっており、速やかな看護体制の改善が望まれる。
<ul style="list-style-type: none"> 入院期間が長期化しないように、褥創対策のためのWOCナースや、感染対策担当看護師地域連携担当者の役割の重要性が高まってきたため、その役割の充実強化と病棟との連携強化について見直しが行われ、活動が活発になってきた。 <p>外来化学療法室の設置と看護体制の整備</p>
<ul style="list-style-type: none"> リスクマネージャー、感染管理担当者、地域医療連携担当者 在院日数短縮→病床利用率の低下←新入院患者確保（救急体制の強化）→患者様に安心と満足をしていただけるように入院の綴り（パス・看護計画・週間計画等の綴り）等を活用して看護を提供している。 在院日数長期化対策→地域医療連携担当者との情報交換、ケースカンファランス等の充実。パスの活用 クリティカルパスの活用が増加。（更にパス作成件数増加の推進を図っている）
<p>①在院日数短縮に伴う看護の質の保障→固定チームナーシング受け持ち制を導入。</p> <p>②クリティカルパスの看護アウトカムの見直し。</p> <p>③外来部門の充実（準備中）→外来検査部門の統合。外来看護の役割拡大。</p> <p>④看護記録の電子化に伴う管理データの収集・分析。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 在院日数短縮に伴う、看護職員の配置の変化。例）休日入院が増加し、入院数に対応できる、休日出勤者数の調整を適時実施
<ul style="list-style-type: none"> 要治療の有無、要ベッドコントロールの有無、入院日数
<ul style="list-style-type: none"> 15日前後であった平均在院日数が10～11日に短縮され、入院数が増え、また高齢者が多く、看護業務がより多忙になってきている。また脳外科の患者が多いことから、夜勤業務も煩雑を増し、遅出勤務なども検討している状況である。 経費などについては、今まで以上に点滴から経管への移行時期、バルンカテーテルの留置期間の検討、処置内容の見直し等コスト意識が高まってきている。 NSTについても実施することが出来た。
<ul style="list-style-type: none"> 特に変化はない
<ul style="list-style-type: none"> DPCと看護必要度調査に伴った、看護度・看護必要度研修に参加した。 診断群分類別傷病名に興味を持ちました。 経営面に多いに参加するという意識があり、退院調整に配慮している。
<ul style="list-style-type: none"> DPCの導入前後において変化はない
<ul style="list-style-type: none"> 各単位の責任者が患者様の治療時期を意識してベッドコントロール、勤務配置を行うようになった。 退院調整看護師が、入院（緊急、予約入院）のベッド決定を統括することにした。
<ul style="list-style-type: none"> 特に大きな変化はない
<ul style="list-style-type: none"> 手術件数の増加に伴い重症患者が増えた。 看護業務がさらに繁忙になり、時間外勤務が増えた。 看護職員配置2:1では、人員不足の部署が増えた。 離職率が上昇し、年度途中の欠員補充がさらに困難になった。
<ul style="list-style-type: none"> クリティカルパスについてもDPCを見据えたものにした
<ul style="list-style-type: none"> 業務量の増加に伴い教育の充実、業務の改善が必要となった。入退院状況と看護度に注意し、ベットコントロールが必要となった。
<ul style="list-style-type: none"> DPC導入後パスの数は正式には増加していないが、増やそうという気運は高まっている。平均在院日数や病床利用率には現れていないが重症者、老人が多くケアに手がかかる人が多くなっている。
<ul style="list-style-type: none"> 在院日数の短縮とともに患者の重症化、看護必要度の増加が明らかである。それに対応できるよう、看護師数の増員も当然と言えるので1.5:1を加算に組み入れるべきである
<ul style="list-style-type: none"> 特に変わりなし
<ul style="list-style-type: none"> DPC対応型クリティカルパスの見直しを行った。 勤務体制等については、従来から行ってきたことでありDPC導入後変化はない
<ul style="list-style-type: none"> クリニカルパス作成数が増加した。クリニカルパスの活用率が高くなった。在院日数が減少した