

# 7対1看護の今後の改変に伴う急性期病院の対応

植村 真美

キーワード：急性期病院、7対1入院基本料、プロセス評価、平均在院日数

## 1. はじめに

社会保障・税一体改革の中で、医療提供体制が大きく変化しようとしている。厚生労働省は、7対1看護体制の急性期病院32万床を、2025年には、高度急性期18万床、一般急性期35万床にすると発表している。高度急性期の平均在院日数は15～16日、一般急性期は平均在院日数9日程度としている。平成25年度第7回入院医療等の調査・評価分科会 中間とりまとめ（案）には、「7対1入院基本料を算定する医療機関は、一般病棟入院基本料の中で最も人員配置の手厚い医療機関であり、その機能は、症状の安定した病態の患者に対して長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる。」と述べられている。機能分化が推し進められていく中で、急性期病院のあり方が見直され、7対1入院基本料（以下、7対1看護）の要件も変更が検討されている。現在急性期病院として認められている病院は、この変化にどう対応していくべきか岐路に立たされている。そこで本稿では、7対1看護の見直しの可能性あるいは方向性を検討し、それに向けた急性期病院の対応について提言することを目的とする。

## 2. 7対1看護体制導入の経緯

平成18年度の診療報酬改正で7対1看護が導入された。厚生労働省は平均在院日数短縮に伴い、入院患者対比の看護師数を増員する必要性は認めていたものの、全国で2万床程度に収まるのではないかという見通しで見切り発車した。看護界では7対1看護導入が「看護界にとっての追い風」と受け止められた。1555点という高点数に惹かれてか、急性期医療の実態に即した看護配置を適切に評価するという本来の政策目

的以外の病院も7対1看護を導入した。大学病院や看護師採用力のある大規模病院などを中心に積極的なリクルート活動が展開された結果、看護師需要が供給を上回り、全国的な看護師不足問題を招いた。さらに看護師確保ができなかった病院の中には、病床数の削減や病床休止などを選択するに至るケースまでみられた。この問題の本質は、平均在院日数が短く、かつ看護師の頭数さえ揃えば7対1看護が取得できるという制度設計が大きな原因であると考えられる。この問題は看護界の責任ではない。

各病院が7対1看護導入に奔走したのは、7対1看護が病院にとって増収増益になるからという単純な経済選択であり、どのような患者にどのような看護がどのくらい必要なのかという医学的判断が先行したわけでない。この問題は、中央社会保険医療協議会で問題視され、建議にまで至った。7対1看護から10対1看護に異動した方が有利となる診療報酬改定を実施したが、どの病院もほとんど誘導されなかった。次の手立てとして、看護必要度を導入して縛りをかけた。これに対しては、病院全体で最優先事項として対応することにより、かろうじて7対1看護を維持できるといった状況がみられた。7対1看護取得の要件に照らし合わせながら、医事課や人事担当、経営企画担当者などが余剰人数や夜勤時間計算、看護必要度などを毎月点検し、状況に応じて勤務振替を行うなど、あらゆる対策を講じている病院は少なくない。しかし、看護師には個々の成長段階があり、一概に人数だけでは看護の総力は判断できない。したがって、看護師の適正な人員配置は単に人数に依拠するものではなく、看護のミッションが達成できるかどうかで判断する必要がある。医療の質を可視化する試みは、1850年代のフローレンス・ナイチンゲールが病棟ごとの感染症率と死亡率を評価したことに始まると言われている。1960年代に入り、アベディス・ドナベディアン (Avedis Donabedian) が、医療の質の定義と評価方法を体系化し、医療の質評価を以下のような3つの視点からまとめた。

1. 構造 (Structure, ストラクチャー) からみた評価  
→設備や人員配置、組織などを評価する。
2. 過程 (Process, プロセス) からみた評価  
→実際に行われた診療や看護についての良否  
ガイドラインに基づく診療がされているかを評価する。
3. 結果 (Outcome, アウトカム) からみた評価  
→受けた診療や看護の結果としての患者の状態を評価する。  
(生存期間・治癒率・在宅復帰率など)

医療の質を評価する指標はこれまでストラクチャーのみであったが、現在ではプロ

セスやアウトカム指標も評価に用いられてきている。現在の診療報酬でもストラクチャー評価に重点が置かれていた。入院基本料が看護配置数で決まるとするのは、まさにストラクチャー評価である。しかし今後はそれに加え、プロセスやアウトカム評価が導入されていく可能性が高い。そして、社会保障制度改革国民会議における検討では、新たに医療制度改革も進み、7対1看護問題も見直されようとしている。急性期病院における病院マネジメントを行う上でも、また看護マネジメントにおいても、この変革は重要な問題であり、変革に対する対応策をどう立てていくかが急性期病院にとってのターニングポイントとなる。

### 3. 急性期病院の入院基本料の現状

急性期病院の現状として、7対1看護が導入できる状況にあるほとんどの病院は既に取得している。一方、その状況にない病院は、看護師が確保できないなどの理由で、10対1看護を余儀なくされているのであって、条件が揃えば7対1看護に移行したいと考えるはずである。実際、7対1看護は入院患者数対看護師数で規定されているため、実質的に入院患者を制限して稼働率を調整したり、ICUなどの特殊病床の申請を取り下げたり、さらには、訪問看護を廃止してまで7対1看護を取得するなどといったことまでも起きている。患者が必要としている医療や看護に対して、その必要量を提供するという第一義的な目的ではない、完全に患者不在、経営的視点のみにとらわれた看護体制を選択したという事例もみられた。しかしながら、看護人員が増えるということは、平均在院日数短縮政策においては当然であり、必要条件である。問題の本質は、平均在院日数短縮策に伴う急性期病床削減施策の失敗にあるのではないかと考える。

このような背景の下、7対1看護と10対1看護の看護師人件費と入院基本料の現状調査を、総務省が公開している地方公営企業年鑑に掲載されている平成23年度の自治体病院のデータを基に行う。自治体病院は赤字体質からの経営改善を求められ、各病院が改革プランを展開している。医師・看護師不足が蔓延しているなかで経営改善に向けた動きをとっている病院が多いことから、調査対象として選択をした。対象は地方公営企業年鑑に登録されている病院のうち、以下の3条件すべてを満たす454病院とした。

- ① 病床数100床以上
- ② 7対1看護体制または10対1看護体制の病院

③ 一般病床を主とする病院

さらに、協力が得られた急性期病院3病院における看護師人件費と入院基本料の比率と看護必要度を病棟別で調査した。

3-1. 地方公営企業年鑑調査結果

1) 病床数の割合

7対1看護の病院は252病院、10対1看護の病院は203病院であった。7対1看護の病床数の内訳を図1に示す。300～399床の病院が29%と多く、400～499床が18%、200～299床が17%である。200床以下の病院も12%である。次に、10対1看護の病床数の内訳を図2に示す。200床以下の病院が51%と半数と最も多く、200～299床が14%、300～399床が13%である。500床を超える病院は10%である。

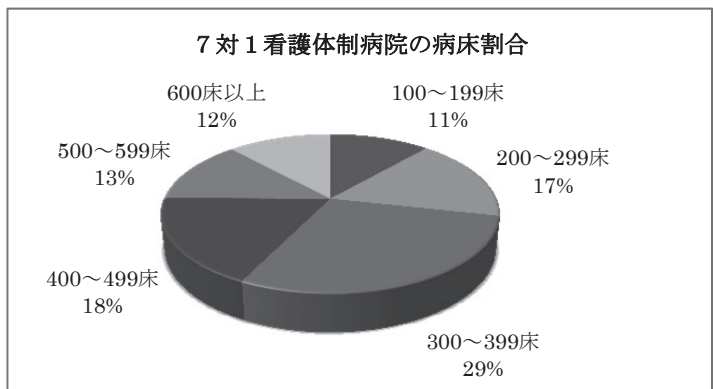


図1：7対1看護体制病院の病床割合

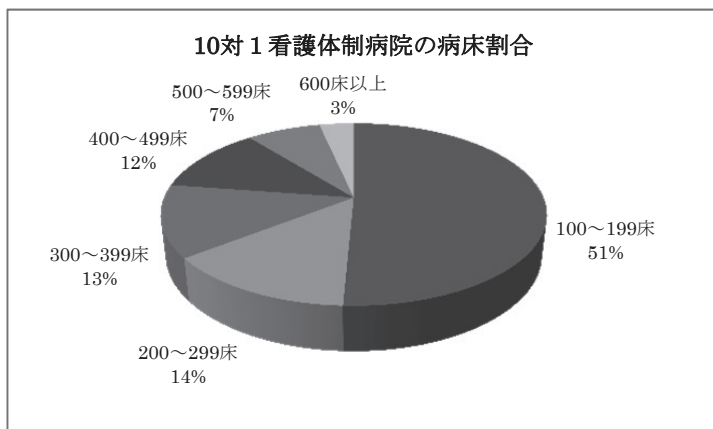


図2：10対1看護体制病院の病床割合

## 2) 看護師人件費と入院基本料の関係

看護師人件費と入院基本料の比（看護師人件費/入院基本料）を病床数と看護体制別にプロットしたものが図3である。入院基本料は次の計算式から算出した。

$$\begin{aligned}\text{年間入院基本料} &= \text{年間入院患者} \times 15660 \quad (7 \text{ 対 } 1) \\ &= \text{年間入院患者} \times 13110 \quad (10 \text{ 対 } 1)\end{aligned}$$

看護師人件費と入院基本料の比が1未満の場合、看護師人件費が入院基本料より低いことを示している。病床数別に看護師人件費と入院基本料の比をみると、比が1となるラインを境に、病床数、看護体制に関係なく±0.5の範囲に殆どの病院が位置している。特徴としては、200床前後の病院において、看護師人件費が入院基本料の約2倍となるケースが散在している点が挙げられる。個別データをみると、稼働率が低く、医業収益が上がっていないことが主な要因と考えられる。

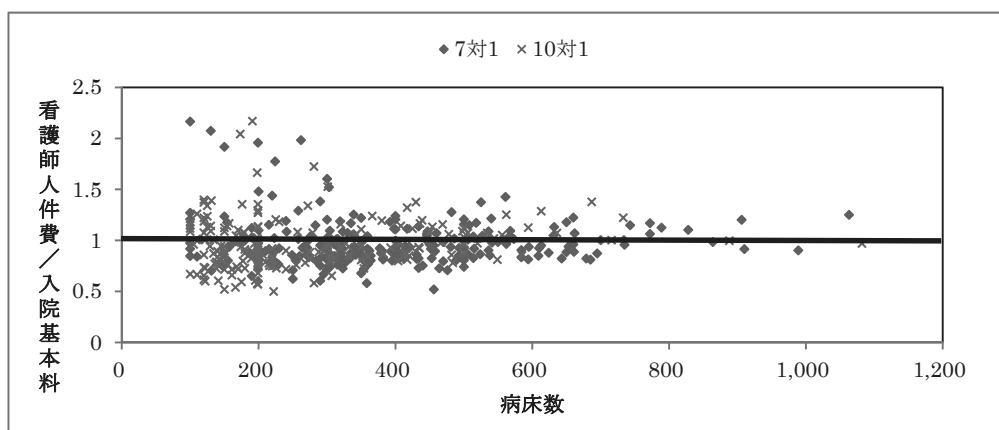


図3：病床数と（看護師人件費/入院基本料）の関係

次に、図4と図5は、7対1看護及び10対1看護における看護師人件費と入院基本料の関係を示している。どちらも看護師人件費と入院基本料は強い正の相関関係にあり（相関係数0.95と0.96）、同図から45度線を中心に±50%線の範囲に集中しているのがわかる。

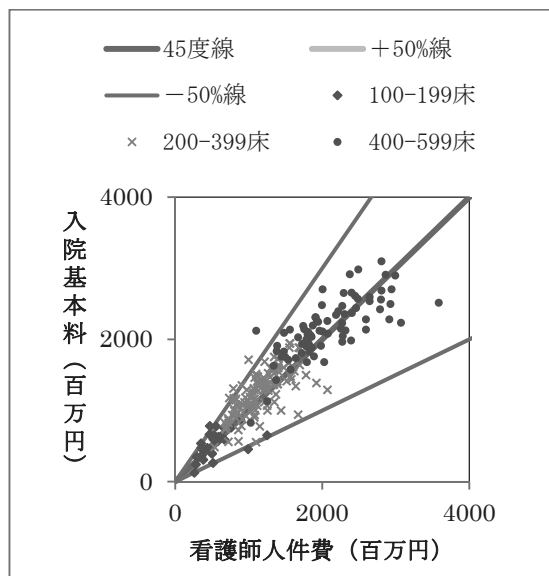


図4： 看護師人件費/入院基本料との関係  
(7対1看護)

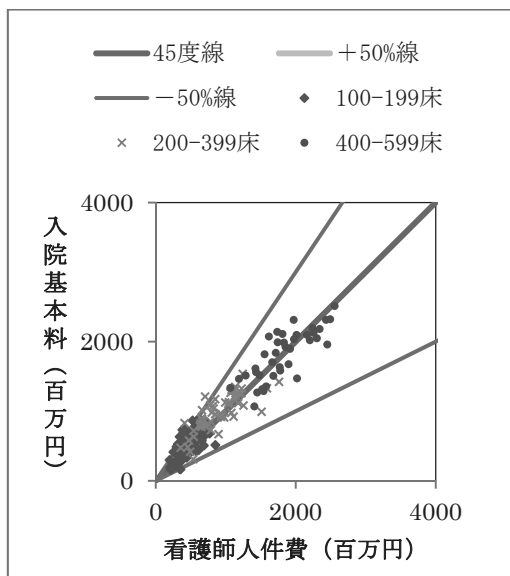


図5： 看護師人件費/入院基本料との関係  
(10対1看護)

### 3) 経常収支比率と平均在院日数および稼働率の関係

表1は7対1看護と10対1看護別で、経常収支比率と平均在院日数および稼働率の平均の差を示したものである。統計処理はSPSS Version 20を使用した。

表1： 7対1看護・10対1看護別の経常収支比率と平均在院日数  
および稼働率の平均比較

	7対1看護	10対1看護	p値
経常収支比率 (%)	99.763	98.442	0.02
平均在院日数 (日)	14.585	16.964	< 0.01
稼働率 (%)	76.388	73.480	0.04

t検定の結果、すべての指標において有意差がみられ ( $p < 0.05$ )、7対1看護を取得している病院の方が平均在院日数は短く、稼働率は高い。経常収支比率においても、7対1看護の方が高いが、平均はいずれも100%を切っている。

次に、稼働率の推移と、それに伴う経常収支比率および看護師人件費と入院基本料の比の関係を図6と図7に示した。

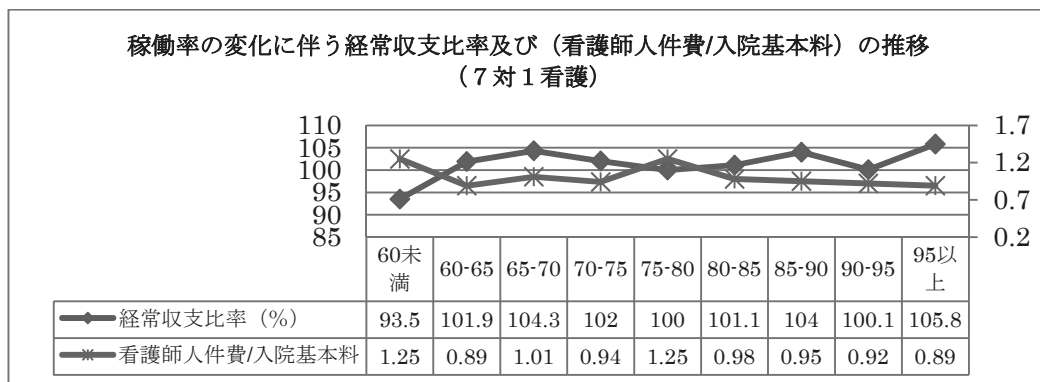


図6：稼働率の推移に伴う経常収支比率及び（看護師人件費/入院基本料）の変化  
（7対1看護）

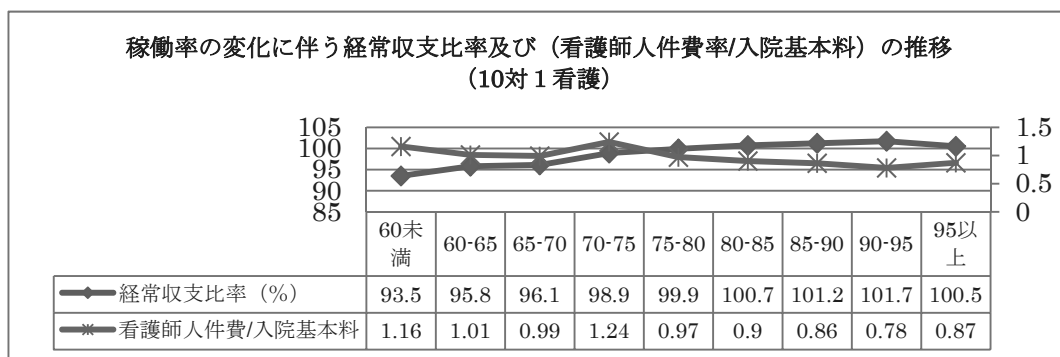


図7：稼働率の推移に伴う経常収支比率及び（看護師人件費/入院基本料）の変化  
（10対1看護）

7対1看護の場合は、稼働率が60%未満を除き、経常収支比率は100%を超えている。一方、10対1看護の場合は、稼働率の上昇とともに経常収支比率も上昇し、稼働率が80%のところでは経常収支比率は100%を超えている。どちらの看護体制においても稼働率が80%以上になれば、看護師の人件費を上回る入院基本料となり、経常収支比率が100%を超える結果であった。黒字か赤字かといった大きな枠組で見た場合、稼働率80%以上保つことが一つの目安であると考えられる。

### 3-2. 病棟別にみた看護師人件費と入院基本料の関係

協力が得られた急性期病院3病院における看護師人件費と入院基本料の比および看護必要度を病棟別で調査した。A病院とB病院は7対1看護、C病院は10対1看護で

ある。

1) A病院のケース

表2：病棟別の看護必要度・稼働率・看護師人件費/入院基本料

病棟	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
看護師人件費/入院基本料	1.65	1.36	1.28	1.16	1.12	1.03	0.99	0.98	0.95	0.94
看護必要度 (%)	13.3	10	9.6	26.2	17	7.6	17.7	18.4	0.4	24.3
稼働率 (%)	83.0	96.8	91.1	96.5	96.8	86.8	87.2	97.1	82.0	90.2

病棟	11	12	13
看護師人件費/入院基本料	0.90	0.89	0.87
看護必要度 (%)	5.9	18.8	28.8
稼働率 (%)	81.7	90.5	82.9

A病院の分析結果を表2に示した。A病院では、看護師人件費が入院基本料を上回る病棟が13病棟中7病棟である。また、看護必要度（A得点2点以上かつB得点3点以上の割合）が20%を超えている病棟は3病棟である。どちらにも当てはまる病棟は2病棟あり、その診療科は、循環器内科、循環器外科である。看護必要度が26.2%と高い病棟は消化器外科である。

2) B病院のケース

表3：病棟別の看護必要度・稼働率・看護師人件費/入院基本料・平均在院日数

病棟	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
平均在院日数 (日)	12.5	19.2	15.6	12.3	21.1	13	9.16	17.7	7.86	14.7
看護師人件費/入院基本料	0.68	0.68	0.68	0.71	0.74	0.74	0.75	0.75	0.76	0.77
稼働率 (%)	90.3	89.7	91.1	88.4	88.2	83.9	89.3	89.0	89.1	88.9
看護必要度 (%)	3.4	4.8	16.0	12.0	12.9	16.6	15.3	21.6	8.2	24.9

病棟	11	12	13	14	15	16	17	18	19
平均在院日数 (日)	12.1	11	12.2	10.9	15.1	13.5	77.9	12.1	8.9
看護師人件費/入院基本料	0.77	0.78	0.76	0.80	0.81	0.85	0.94	1.06	1.48
稼働率 (%)	84.0	92.4	89.3	88.3	84.1	88.8	95.9	81.1	105.4
看護必要度 (%)	12.1	14.6	16.5	2.3	54.4	13.2	16.6	19.6	1.4



B病院の分析結果を表3に示した。B病院では、看護師人件費が入院基本料を上回る病棟が19病棟中3病棟であった。看護必要度が20%を超えている病棟は3病棟で、診療科は、消化器外科、循環器外科であった。看護必要度が20%を超えている病棟は、A病院同様に消化器外科、循環器外科であった。

### 3) C病院のケース

表4：病棟別の看護必要度・稼働率・看護師人件費/入院基本料・平均在院日数

病棟	1	2	3	4	5	6	7
平均在院日数（日）	15.7	15.8	12.5	41.5	11.2	17.2	14.9
看護師人件費/入院基本料	0.71	0.64	0.57	0.55	0.54	0.53	0.53
稼働率（%）	83.0	81.5	78.9	84.6	67.4	84.6	74.9
看護必要度（%）	28.4	18.5	21.7	24.2	21.1	10.8	13.4

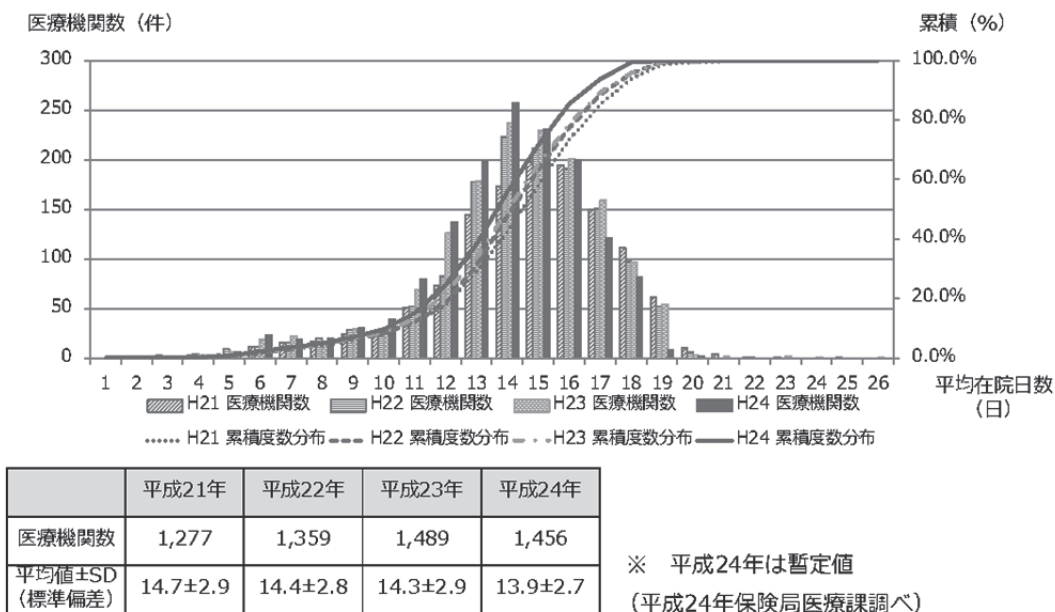
C病院の分析結果を表4に示した。C病院では、看護人件費が入院基本料を上回る病棟はなかった。看護必要度が20%を超えている病棟は4病棟であり、28.4%と一番高い病棟は、循環器内科と心臓血管外科の混合であった。残りの3病棟は、消化器内科と脳外科他の混合、内科、泌尿器科と小児科の混合、消化器外科と乳腺外科の混合であった。C病院は10対1看護体制をとっているため、A病院、B病院に比べ看護人件費が低く抑えられている。一方、半数以上の病棟で看護必要度が20%を超えている。

以上3病院の調査では、各項目において病棟間の違いがあった。また、表面上7対1看護自体が経済的効果に対する影響が大きいと判断することは困難であった。しかし、今後平均在院日数短縮や看護必要度の条件が厳しくなることを予測し、臨床現場では条件をクリアできるか危機感を持っているのが現実である。

## 4. 7対1看護改変の考えられる方法（見直しの方向性）

現在7対1看護を取得している病院のうち、7対1看護でなくても対応できそうな病院を10対1看護などに移行させようという政府の意図は明らかである。現行では、入院基本料等の施設基準等において、看護師比率、看護師数、月平均夜勤72時間（72時間ルール）、および平均在院日数と看護必要度によって規制している。そこで、7対1看護から10対1看護への「ふるい落とし」の条件として最初に考えられるのは、平均在院日数短縮と看護必要度比率の引き上げである。図8に示すように、平均在院日

数は少しずつ短縮され、24年度では13.9日となった。



(出典：中央社会保険医療協議会資料)

図8：7対1看護体制病院における平均在院日数の推移

平均在院日数の短縮はどの病院も努力によってクリアする可能性もあり、効果的な「ふり落とし」対策にはなりにくい。看護必要度についても同様である。つまり、これだけでは、多くの病院は7対1看護を捨てることはしないということである。そうであるならば、次の打ち手としては、平均在院日数の計算方法の変更、看護必要度の項目変更及び計算方法の改変が考えられる。平成25年度第7回入院医療等の調査・評価分科会 中間とりまとめ(案)には、「平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査の対象となる患者については、平均在院日数の計算対象から外すこと」と記されている。これによって、平均在院日数が1.4日伸びると予測されている。また、看護必要度の評価項目についても、以下のように記されている。

複雑な病態をもつ急性期の患者に必要とされる重症度・看護必要度とは何かという観点から、特に、療養病棟の患者において該当率の高い項目や、本分科会の調査結果において、項目に該当する患者像が本来評価すべき患者像と乖離している項目については見直しを行うことが必要と考えられる。具体的には、

- (ア) 時間尿測定及び血圧測定については、項目から削除すること、

- (イ) 創傷処置については褥瘡の処置を定義から外すこと、
- (ウ) 呼吸ケアについては痰の吸引を定義から外すこと、
- (エ) 7対1入院基本料を算定する病棟において該当割合の高い、抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴、計画に基づいた10分間以上の指導、計画に基づいた10分間以上の意思決定支援を、定義を明確にした上で、A項目に追加すること

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
計画に基づいた10分間以上の指導	なし	あり	
計画に基づいた10分間以上の意思決定支援	なし	あり	
9 専門的な治療・処置1※			あり
①抗悪性腫瘍剤の使用			
②麻薬注射薬の使用			
③放射線治療	なし		
④免疫抑制剤の使用			
⑤昇圧剤の使用			
⑥抗不整脈剤の使用			
⑦ドレーナージの管理			
抗悪性腫瘍剤の内服			
麻薬の内服・貼付	なし		
抗血栓塞栓薬の持続点滴			あり
B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

青字：削除項目案 赤字：追加項目案

**【シミュレーションの条件】**

- ① 現行のB項目は変更しない
- ② A項目2点かつB項目3点以上を「基準該当者」とする
- ③ 削除項目、追加項目について、組み合わせで分析を行う

**【シミュレーションのパターン】：合計6パターンについて分析**

	(ア)	(イ)	(イ')	(ウ)	(ウ')	(エ)
パターン1	○	○	△	○	△	○
パターン2	○	△	○	△	○	○
パターン3	○	○	△	○	△	△
パターン4	○	△	○	△	○	△
パターン5	○	△	△	△	△	○
パターン6	○	△	△	△	△	△

(ア)時間尿測定及び血圧測定を項目から削除  
(イ)創傷処置については褥瘡の処置を定義から外すこと  
(イ')創傷処置の削除  
(ウ)呼吸ケアについては痰の吸引を定義から外すこと  
(ウ')呼吸ケアの削除  
(エ)抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴、計画に基づいた10分間以上の指導、計画に基づいた10分間以上の意思決定支援をA項目に追加すること

図9：重症度・看護必要度に係る評価表とシミュレーション条件・パターン

平成25年度第7回入院医療等の調査・評価分科会 中間とりまとめ(案)では、図9に示すように、看護必要度の評価項目の削除、追加について6つのシミュレーションを行い、その結果を公表している。この6パターンの中から、急性期病院の特徴を反映するものが選択されると考えられる。

この他に考えられるのは、「100床あたり10人(15人、20人、25人など)以上いること」といった、入院患者あたりの医師数の下限の導入、救急病床の有無、さらに、病理医、放射線科医などが常勤していること、MSWも必要など、いろいろな機能や人員配置で規制をかけることも机上論では考えられる。

このように規制がかかることを全てネガティブにとらえる必要はない。むしろ、チャンスととらえることもできる。患者の立場でみれば、より質の高い医療を受けられる環境が整備されるということに繋がる。また臨床現場の立場でみれば、たとえば「マグネット・ホスピタル」の要因になるような項目についてデータの蓄積を行い、客観的な根拠に基づいた要件の提案に繋げることができるといったことである。「マグネット・ホスピタル」とは、「患者、職員を吸着して離さない病院」として定義され、目指すべき医療機関の姿を示している。「マグネット・ホスピタル」の発端は1980年代におけるアメリカの深刻な看護師不足を背景に、看護師が集まる病院の特徴を調査し、その結果を病院の組織作りに組み入れたことにある。14の評価項目があり、その中でも「ケアの質」「質の向上」の項目では、患者やスタッフの安全に関することや、看護に関わるアウトカムがモニターされ、改善に繋がることを重要視している。日本看護協会では、労働と看護の質向上のためのデータベース事業として平成24年度から5か年計画で試行事業を開始した。アウトカム評価の指標を蓄積し、これをエビデンスとして看護界から7対1看護の要件として打ち出し、政策提言を積極的に行っていくことも非常に重要である。また、組織構造も急性期医療の質や看護の質に大きな影響を及ぼすため重視すべき点である。たとえば、師長以上の看護師は何らかの外部のマネジメント教育の受講を必須にする、あるいは、看護部長は日本看護協会などの認定看護管理者もしくは最低修士号以上であることを要件とするなど、マネジメント能力に関する要件が必要なのではないだろうか。今後地域完結型へと医療をシフトさせる上では、専門看護師や認定看護師の活動状況などに関する指標の導入なども考えられる。

## 5. 急性期病院の対応

### 5-1. 戦略と組織体制

今や急性期病院はレッドオーシャンの中にあると言える。増幅した急性期病院が生き残りをかけてのサバイバル競争を展開しようとしている。レッドオーシャン戦略の分野で代表的なものとしてマイケル・ポーターの「3つの基本戦略」がある。ポーターの理論では、市場で競争優位を築くには「差別化戦略」、「コストリーダーシップ戦略」、「集中戦略」のいずれかの戦略を選択することが望ましいと述べている。差別化戦略の場合は、相応のコストをかけ、ライバル企業が簡単に真似できない商品やサービスの市場投入を目指す。また、これらの要素に高い付加価値を加えて、顧客にその

価格以上の価値を感じてもらい、ロイヤリティを育成して競争を優位に展開するとしている。コストリーダーシップ戦略では、ライバル企業よりも低いコストで商品やサービスの提供を目指す。集中戦略では競争を優位に展開していくために、特定の顧客層や特定の製品、特定の市場など、限られた領域に企業の経営資源を集中させて効率的な事業展開を目指す。コストリーダーシップ戦略は急性期病院の経営戦略としては適切ではない。集中戦略を選択するとすれば、専門病院への転換を図ればよい。残るは差別化戦略の選択である。戦略の策定では病院のビジョンを基軸に、己を知り、相手を知り、地域社会を知ること、つまり、自病院の財務分析や医療資源の把握、競合病院分析、医療圏分析、DPC分析などを行い、その結果から戦略を打ち立てていくことが必要である。病院は地域社会の健康維持や回復に対して、医療と看護、介護を安定して提供することが社会的責任であり、その事業の継続性（going concern）が必須である。この点において各病院は経営的発想や手法を身につけ、それを実践することが不可欠である。しかし、「ライバルとの競争」という概念だけで医療を考えるべきではない。医療は商品ではないからである。「社会保障改革に関する集中検討会議 平成23年7月14日資料」の中に、「患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築」と記されている。医療界はその実現に向け、地域医療に対して互いの機能を効果的に発揮できるよう調整していく必要がある。急性期病院に求められている機能に対し、同じような機能や規模を持つ病院が互いに牽制し合うのではなく、それぞれの特徴を明確（差別化）にし、機能分担やあるいは統廃合も視野に入れ、共倒れにならないようにする必要がある。

次に組織について言及する。打ち立てた戦略を実行するのは組織である。病院は典型的なプロフェッショナル組織であり、官僚的な組織に陥りやすい。部分最適を注視しやすく、全体最適が考えにくくなる。今まさに医療体制の変革期にある急性期病院では、環境のダイナミックな変化に適合できる、柔軟で創発的な組織が必要である。そのためには、トップマネジャー・ミドルマネジャーのみならず構成員全員がエンパワメントされている組織の醸成が重要である。そして、PDCAサイクルを着実に回し、組織自体の質の向上、パフォーマンスの質向上を常に図る、「自律して成長する組織」が必要である。これらのことは急性期病院に限って言えることではなく、どのような病院にも該当する。しかし、急性期病院と称している病院が今後の方向性を考えるターニングポイントであることから、当たり前留めず敢えて再評価をすることが必要であると考えられる。

## 5-2. 対応策

それでは、急性期病院は7対1看護の見直しの動きに対して、具体的にどのような対応していけばよいのであろうか。重要な視点は、平均在院日数の短縮と稼働率の上昇の2つである。まず、平均在院日数の短縮に向けた対応について考える。7対1看護導入後、平均在院日数は順調に短縮されてきた。しかし、今度は短期間の標準的な手術や検査患者を平均在院日数の計算対象から除くとしているため、今まで以上に平均在院日数を短縮する努力が強いられる。このことを患者にとっての便益とするためには、ひとつはケアの集中投入が考えられる。前述のA・B・C病院の場合、3病院ともに循環器系の疾患で看護必要度が高かったが、MDC2別1日平均A項目得点でも循環器系疾患が高得点であったことが報告されている。このような場合、CCUでの治療や早期心臓リハビリテーションの実施など集中的な資源投入を行うことで、患者の早期回復を促し、結果平均在院日数の短縮へと繋がる可能性があるのではないか。つまり、CCUやHCUといった特殊病棟を新設あるいは増床し、超急性期の医療提供密度をあげることで患者の回復を促進するという方策である。もしくは、一般病床における看護師増員も一案である。米国看護認定センター（ANCC：American Nurses Credentialing Center）は、看護師対患者比と患者アウトカム（死亡率、合併症発生率など）のデータから、看護師の受け持ち患者数を一定数以下に維持する必要があることを主張している。7対1看護に必要な人数を上限にせず、患者にとっての必要量が提供できる人員配置が期待される。C病院の場合、看護必要度は高いが、10対1看護である。7対1看護が病棟単位で認められるようになれば、手厚い医療を必要としている患者に対して、その必要量に無理なく対応できるだけの人員配置が可能になると考える。もう一つの方策は、地域連携の強化である。急性期病院から次の治療ステージへ無駄な時間がなく、シームレスに移行できることがポイントである。また、医療依存度が高いまま在宅へと移行する場合も増え、患者は不安や苦痛を抱えての退院に戸惑うことになる。看護専門外来の増設や認定看護師や専門看護師による在宅訪問、更に今後は看護師特定能力認定制度も活用して、安心して在宅療養ができる環境整備が平均在院日数の短縮に貢献すると考える。

次の視点は稼働率の上昇である。今後急性期病院の病床数が減ることは明らかで、患者を集め医療収益を上げることができない病院は当然生き残れない。つまり「マグネット・ホスピタル」として機能することが求められる。マグネットで引き寄せるのは、まず患者である。患者は自分の健康問題に対し、良くなるという期待や希望を持って受診する。その期待や希望が満たされた時、たとえ十分満たされなくてもその過

程において満足や納得ができた時など、それがその病院に対する信頼となり患者を引き寄せる。また、医師、看護師などの医療従事者も引き寄せる対象であり、どのような強みで引き寄せ、定着させるか検討が必要である。組織文化の構築が重要で、職員個々が納得のいく成果を出せるよう自律的な行動を取ろうとすることが組織全体の原動力となる。活性化した組織はパフォーマンスも高くなり、それが稼働率の上昇に繋がると考える。

また、稼働率上昇に大きく寄与するのは平均在院日数短縮と同様に、地域連携・地域包括システムである。急性期病院での治療段階が済めば、在宅を目標にすぐ次の療養段階へ移動できる、逆に病状が急性増悪すれば急性期病院へと移動できる、といったシームレスな連携体制が必要となる。行政だけでなく、各病院が積極的に情報発信やコミュニケーションを図り、地域ごとの連携体制を確立することが急務である。

急性期病院の具体的対応案として、平均在院日数の短縮と稼働率上昇の他に一つ付け加えることとして、現在検討されている看護必要度の評価項目変更に関することが挙げられる。また評価項目の変更に伴い、7対1看護の要件である看護必要度15%という基準値の変更も予測される。日々の評価を行うのは当然看護師であり、看護師の適正な評価能力が求められるが、看護必要度の基準値が引き上げられた場合、看護職員の問題ではなく病院全体として対応を検討しなければならない。

### 5-3. 成果の可視化

医療は生命に直結するということから、社会的責任・倫理的責任が重く、医療の質改善や向上を図る活動を常に行うことが社会から強く求められている。米国では日本の国民健康保険制度に相当するものがなく、65歳以上の老人医療のメディケア制度と生活保護のメディケイド制度が公的保険となる。したがって、医療が民間の保険に支えられるため、競争原理が働くことによって医療の質を評価する仕組みが多様化する。米国に比べると、多様性や公開性（情報の公共性）といった点では弱いですが、日本でも医療経営の視点と臨床の質の視点（臨床指標=Clinical Indicator）から評価を行っている。最近では、「臨床指標」にかわり、「質指標（Quality Indicator）」（以下 QI）という用語が使われている。諸外国の中には、QI を国全体で測定し公表もしている。QI を使って経時的に測定し公表することが医療の質改善の PDCA サイクルを活発化させるという意味で、日本でも今以上に浸透することは間違いない。質改善の指標は、ストラクチャーのみであったが、現在ではプロセスやアウトカム指標も評価に用いられてきていることは前述した。現在の診療報酬制度でも、入院基本料が看護配置数で

決まるというのは、まさにストラクチャー評価であるが、今後はプロセス評価・アウトカム評価が導入されていく。平成 25 年度第 7 回入院医療等の調査・評価分科会 中間とりまとめ（案）の中でも、7 対 1 看護の要件として在宅復帰率が必要であると記述されている。その他にも、栄養管理や褥瘡発生率なども重要視されている。「日本療養病床協会の食事と栄養委員会の調査によると、療養病床に入院する低栄養と褥瘡の患者の実に約 70% が急性期病院からの持ち込みであるとの調査結果もあった。」と武久洋三氏は述べている。この現状からすると、栄養管理や褥瘡管理に関するものがプロセスやアウトカム指標として 7 対 1 看護の要件となる可能性が高いと考えることができる。また、「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供する」急性期病院の特徴として人工呼吸器装着患者が多いこと、あるいは高齢化に伴う認知症患者の増加などを考えると、口腔ケアに関連する指標も検討する必要がある。

## 6. おわりに

ここまで 7 対 1 看護改変と急性期病院の対応について述べてきたが、結論としてこの 7 対 1 看護施策の変更は病床の体系的整備策として大勝負をかけたものである。これを機に、これまで結果的に曖昧となっていた急性期の定義やあり方を明確にし、次いで慢性期を明確にすれば、残るは亜急性期となり、機能分化、再編は加速して進むと考えられる。急性期病院は地域にとってなくてはならないものであり、安心や安全が保障された地域社会の構築には、7 対 1 看護体制の確立は重要事項である。看護の報酬はストラクチャー評価の時代からプロセス評価に重心が移行をせざるを得ないことを考えると、何を看護のプロセス評価とするか、この先 10 年ぐらいのスパンで、真剣に考え確立する必要がある。7 対 1 看護が変革する今この時に、看護の成果を確実に可視化することをしなければ、日本の急性期看護の発展が危ぶまれる。

### 謝辞

本稿の作成にあたり、終始適切な助言を賜り、また丁寧にして粘り強く指導して下さった兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に感謝申し上げます。また、兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメントコースの多くの教員の方々、同期生の皆様に多くの教えと支えをいただきました。厚くお礼を申し上げます。



## 参考文献

- [1] 石田昌宏(2012)「看護管理者が2025年に向けてめざすことは何か」、『看護管理』、22巻5号、pp. 395-399。
- [2] 岩澤和子・筒井孝子(2012)『看護必要度』日本看護協会出版会。
- [3] 大島敏子(2010)「7対1看護体制の経済性再考」、『看護』、62巻3号、pp. 62-66。
- [4] 小山秀夫(2013)『兵庫県立大学MBA病院運営管理論講義資料』。
- [5] 片山又一郎(2004)『ドラッカーに学ぶマーケティング入門』ダイヤモンド社。
- [6] 桑原美弥子(2008)『マグネット・ホスピタル入門』ライフサポート社。
- [7] 福井次矢(2013)「医療の質と評価」、『病院』、72巻1号、pp. 18-23。
- [8] 福井次矢(2012)『「医療の質」を測り改善する』、インターメディカ。

## 参考ホームページ

- [1] OECD Health Data 2013  
<http://www.oecdtkyo.org/> (2013年7月20日アクセス)
- [2] 厚生労働省「医療・介護を取り巻く現状(参考資料)平成25年5月19日」  
<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai7/siryoul-2.pdf> (2013年7月10日アクセス)
- [3] 厚生労働省「平成25年度第7回入院医療等の調査・評価分科会」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000016230.html>  
(2013年8月3日アクセス)
- [4] 厚生労働省「平成25年度第8回入院医療等の調査・評価分科会」  
<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=148821&name=0000014533.pdf>  
(2013年8月12日アクセス)
- [5] 厚生労働省「第29回社会保障審議会医療部会」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000350oy.html>  
(2013年7月10日アクセス)
- [6] 平成23年度地方公営企業年鑑  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/c-zaisei/kouei23/html/index\\_by.html](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/kouei23/html/index_by.html)  
(2013年7月10日アクセス)
- [7] 内閣官房 社会保障改革に関する集中検討会議(第十一回)  
<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai11/gijisidai.html> (2013年7月10日アクセス)