

Ⅱ 調査結果

1 対象病院の概要

調査の対象となった病院は、平均192床、平均病床利用率82.6%、平均在院日数は49.9日である（表1）。平均在院日数が30日以上35日未満の病院が36.8%を占める一方で、50日以上の病院が28.7%ある。

看護料の届け出状況は、1995年8月1日現在で、“3：1看護”131病院、“3.5：1看護”1病院、“特3類+特2類”45病院、“特2類”27病院、特1類4病院、その他4病院である（表2）。新看護料2.5：1看護の届け出をすでに済ませている病院が1箇所ある。

表1 平均在院日数（1995年7月）

平均在院日数	病院数
回答病院数	212病院 (100.0%)
30日以上35日未満	78病院 (36.8%)
35日以上40日未満	38病院 (17.9%)
40日以上50日未満	35病院 (16.5%)
50日以上60日未満	17病院 (8.0%)
60日以上90日未満	28病院 (13.2%)
90日以上	16病院 (7.5%)

表2 看護料の届け出状況

回答病院数	212病院
2.5：1看護	1病院
3：1看護+補助	131病院
3.5：1看護	1病院
特3類+特2類	45病院
特2類	27病院
特1類	4病院
基本看護1類	1病院
その他看護	2病院

2 病棟の構成

病棟数は、1病棟が23病院(10.9%)、2病棟が59病院(28.0%)、3病棟が43病院(20.4%)と、比較的規模の小さな病院が多い（表3）。また、診療科目数も、1診療科が41病院(19.4%)、2診療科が42

表3 病棟数

回答病院数	211病院 (100.0%)
1 病棟	23病院 (10.9%)
2 病棟	59病院 (28.0%)
3 病棟	43病院 (20.4%)
4 病棟	29病院 (13.7%)
5 病棟	17病院 (8.1%)
6～9 病棟	25病院 (11.8%)
10病棟以上	15病院 (7.1%)

表4 診療科目数

回答病院数	211病院(100.0%)
1 診療科	41病院 (19.4%)
2 診療科	42病院 (19.9%)
3 診療科	41病院 (19.4%)
4 診療科	31病院 (14.7%)
5 診療科	20病院 (9.5%)
6 診療科以上	36病院 (17.1%)

表5 病棟編成の現状

回答病院数	211病院 (100.0%)
診療科中心	121病院 (57.3%)
患者の状態中心	46病院 (21.8%)
特に分けていない	44病院 (20.9%)

病院(19.9%)、3診療科が41病院(19.4%)と、単科もしくは診療科目が比較的少ない病院が多い(表4)。

病棟編成は、121病院(57.3%)で診療科中心に、46病院(21.8%)で患者の状態中心に行われている(表5)。

3 「2.5:1」以上の看護料の届け出をしていない理由

調査の対象病院は、実際には患者対看護要員比率2.5:1以上の数に相当する看護要員を確保しながら、新看護体系の2.5:1看護以上の届け出を行っていない病院である。

調査対象病院の実際の看護要員配置をみると、平均で在院患者2.11人に対し1人の看護要員を確保しており、これは新看護料2.5:1看護を取得するために必要な看護要員数より多い数である。特に69病院(32.5%)では、新看護料2:1看護を取得するのに十分な要員を確保している(表6)。

表6 調査対象病院の看護要員対在院患者比率

看護要員対在院患者比率	病院数
1:1 ~ 1.5:1	8 (3.8%)
1.5:1 ~ 2:1	61 (28.8%)
2:1 ~ 2.5:1	143 (67.5%)
平均 2.11:1	計 212 (100.0%)

これだけの看護要員を抱えながら、新看護料2.5:1看護の届け出をしていない理由を複数回答で聞いたところ、71.8%が平均在院日数が30日以上である以外の理由はないとの答えた。つまり「在院日数30日要件」は病院にとって非常に大きな制約になっているといえる(表7)。

表7 新看護2.5：1看護以上の届け出をしていない理由（複数回答，回答病院数202）

平均在院日数以外の理由はない	145	71.8%
在院患者数の変動がある	25	12.4%
看護職員数の変動がある	23	11.4%
准看護婦（士）が多く加算がとれない	11	5.4%
移行すると報酬が減少する	2	1.0%
夜勤のできる看護婦（士）が少ない	11	5.4%
その他	11	5.4%

例：医師の数が少ない，1病棟の病床数が多い，看護婦が足りない
 受理する側が厳しい，出来高の方が高い

平均在院日数が30日を下回ることが難しい他の理由は，主に「対象とする疾患の特性上困難である」（63.7%），「リハビリテーションに時間がかかり困難である」（52.7%），「退院を促進しようとしても退院先がなく困難である」（51.2%）である（表8）。

「対象とする疾患の特性上困難である」という疾患の具体例としては，脳内出血・脳梗塞・脊髄損傷など主に脳神経外科で対象とする疾患が特に多く65例ある。また，主に整形外科で対象とする骨折・人工関節置換などが35件，主に内科で対象とする疾患が32件と多い（表9）。

表8 平均在院日数が30日を下回ることが難しい理由（複数回答，回答病院数207）

疾患の特性上困難	135	65.2%
病状が重いので困難	75	36.2%
リハビリテーションに時間がかかり困難	109	52.7%
退院先がなく困難（家族の受け入れ悪い，介護者がいない等を含む）	106	51.2%
退院先はあるが，退院促進ができない	56	27.1%
理由：通院が困難，施設入所待ち，患者の甘えがある		
その他	12	5.8%

例：医師の方針，病床稼働率が低下する，公立病院なのでコントロールできない

表9 疾患の特性上，短期間での退院が困難な病院（具体例をあげた病院124）

主に脳神経外科で対象とする疾患（脳内出血・脳梗塞・脊髄損傷など）	65件
主に整形外科で対象とする疾患（骨折・人工関節など）	35件
主に内科で対象とする疾患（腎不全・呼吸器不全・心不全など）	32件
特に透析	18件
特に癌	14件
主に精神科で対象とする疾患（痴呆・拒食症など）	4件
難病（パーキンソン・筋ジストロフィーなど）	20件
重症心身障害児・未熟児	10件
ターミナル	13件

4 対策

一般病棟の平均在院日数を減らすために行っていることについてたずねたところ、203病院からの回答があり、「訪問看護などの地域ケアを充実させる」127件（62.6%）、「治療や看護の質をあげる」113件（55.7%）である。また病院の中の一部の病棟に診療報酬上の包括料金をとる病棟（療養型病床群入院管理料・特例許可老人病院入院管理料など）をつくって対応する（ケアミックスを導入する）という回答が12件（5.9%）ある（表10）。

また、今後の看護料に関する対策は、「次回改定までこのまま様子を見る」が104件（51.5%）であり、「在院日数を減らして移行する」67件（33.2%）という積極的な対策よりも多い（表11）。

表10 平均在院日数をへらすために行っていること（複数回答、回答病院数203）

治療や看護の質を上げる	113 病院	55.7%
訪問看護などの地域ケアを充実させる	127 病院	62.6%
ケアミックスを導入する	12 病院	5.9%
その他	37 病院	18.2%

例：前もって説明し了解を得ておく、家族教育を行う、術前検査を外来で行う、受け入れ施設の情報を提供する、検査入院などの短期入院をふやす、老人保健施設を開設する、入院期限を設定する

表11 看護料に関する対策

回 答 病 院 数	202病院	100.0%
すでに2.5：1への移行のめどがある	7 病院	3.5%
在院日数を減らして移行する	67 病院	33.2%
次回改定までこのまま様子を見る	104 病院	51.5%
看護職員を減らす	2 病院	1.0%
その他	22 病院	10.9%

5 包括料金の導入

「在院日数30日要件」の制約をクリアするために、「治療や看護の質を上げる」や「訪問看護などの地域ケアを充実させて退院を促進する」ような努力を行っても、対象とする疾患上の特性が問題となって困難である場合が多い。複数の診療科がある病院では、ある診療科の病棟で平均在院日数が30日を超えていたとしても、他の診療科の病棟が短い平均在院日数であれば、病院全体で見れば「在院日数30日要件」の制約をクリアすることができる。しかし、疾患の特性の影響をまともに受ける小規模で診療科数の少ない病院では、これもまた困難である。

この問題を解決する方法ひとつに、診療報酬上の包括料金をとる病棟の導入が考えられる。療養型病床群入院医療管理料や老人病棟入院医療管理料など、いわゆる「マルメ」といわれる包括料金をとる病棟では、「在院日数30日要件」の制約はない。そこで、“入院初期は一般病棟に入院し、状態が落ち着け

ば療養型病床群などの包括料金を取る病棟でリハビリを行い、そして退院にいたる”といった患者の退院へ向けた流れを作ることによって、一般病棟に在院する日数は短くなり、「在院日数30日要件」の制約をクリアできることになる。

実際に、調査対象の病院で包括料金についてたずねた。

まず、包括料金の導入についての考えは、「導入するつもりはない」が112病院（57.7%）であった一方、「将来的に導入することを検討している」が65病院（33.5%）あり、実際に検討している病院が少なくない（表12）。

また、包括料金導入の際の障害点を複数回答でたずねたところ、「利用できる包括料金がない」は16病院（7.9%）と少なく、むしろ、「看護要員基準が低くケアの質が保てない」98病院（48.5%）、「診療報酬の点が低すぎる」87病院（43.1%）、「必要な検査や治療が行われなくなる」86病院（42.6%）と包括料金の要件設定を問題視している（表13）。

表12 包括料金導入に対する考え

回 答 病 院 数	194病院	100.0%
すでに導入している	9病院	4.6%
将来的に導入することを検討している	65病院	33.5%
導入するつもりはない	112病院	57.7%
包括料金のことをあまり知らなかった	8病院	4.1%

表13 包括料金導入の際の障害点（複数回答、回答病院202）

診療報酬の点が低すぎる	87病院	43.1%
必要な検査や治療が行われなくなる	86病院	42.6%
看護要員基準が低くケアの質が保てない	98病院	48.5%
利用できる包括料金がない	16病院	7.9%
その他	9病院	4.5%

例：救急医療の現場に対応しない、病院上層部の判断があいまい、看護婦の技術取得が困難になる、施設基準にあうような改築ができない、老人病院のイメージがよくない

Ⅲ ま と め

患者対看護職員比2.5：1以上のマンパワーを確保しながらも、新看護体系の2.5：1看護以上の看護料をとっていない病院が多くある。このような病院の約7割が、平均在院日数が30日を超えているという理由だけで、看護料が低い基準のままであることを余儀なくされている。

このような病院には比較的小規模で診療科目数が少ない病院が多い。平均在院日数がどうしても長く