

回復期リハビリテーション病棟における 患者の状態の変化に関する研究

—「一入院（入院時から退院時まで）」データにおける
「重症度・看護必要度」得点の変化—

ツツイ タカコ
筒井 孝子*

目的 これまで急性期病院から、回復期リハ病棟に転院してきた患者がどのような状態で、入院し、退院するかについては、十分にデータが示されてこなかった。そこで本研究では、「重症度・看護必要度」および「重症度」基準の調査項目を用い、回復期病棟の患者の入院時および退院時の状態を急性期病院の患者タイプとの比較から明らかにし、さらに、その一入院の変化について分析することを目的とした。

方法 回復期リハリハビリテーション病棟連絡協議会の会員施設のうち看護師配置の高い21病院51病棟の患者の「重症度・看護必要度」および「重症度」基準の評価項目によるAおよびB得点を収集した。分析は、得点の平均値および標準偏差を示し、また入院時と退院時の得点等の分析に関しては、3段階以上のカテゴリー評価については、Wilcoxonの符号付き順位検定、2段階評価は、McNemar検定を行い、一入院における得点の変化を明らかにした。

結果 回復期リハ病棟の患者は、医療処置はほとんどなかったが、7対1や10対1の急性期病棟より、療養上の看護に手間がかかる患者タイプ4と5の割合が高く、全体の41.4%と示された。また、同一患者における入院時と退院時の一入院の変化については、退院時では入院時より平均得点が2.5点低下しており、患者の7割以上に得点低下がみられた。

結論 本研究結果から、回復期リハ病棟の患者は、医療的な処置がなくなった時点で急性期病棟から転院し、全患者の7割程度が改善して退院していることがわかった。今後は、新たに収集されることになった日常生活機能評価による得点データを用いて、急性期から回復期までの一入院のデータ、さらには、在宅における状態の変動を継続的に調査し、地域におけるリハビリテーションサービスやケア提供の在り方を検討することが課題である。

キーワード 回復期リハリハビリテーション病棟、看護必要度（nursing care intensity）、重症度・看護必要度、日常生活機能評価

緒 言

平成18年度の診療報酬改定において、7対1の算定を届け出た病院では、入院患者の重症度・看護必要度に係る評価が必須となった。さらに、この患者評価に基づいて適正な看護師の配置を行うことが必要とされるようになった^{注1)}。これは、従来の看護師長の経験や勤

による看護師配置から、データに基づいた看護師配置を求めたことと同義である。換言すれば、臨床現場に対して人的資源配分の適切さについて、科学的根拠に基づくことを国が求めたものといえる。

すでに看護必要度^{注2)}を用いた患者タイプ別の看護師適正配置システムが稼働している病院では、欧米と同様に^{注3)}、患者タイプ別人数に

* 国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室長

よって当該病棟の特徴が示され⁴⁾⁻⁶⁾、これらのデータを利用して、必要とされる看護師の人数が逐次、推定されている。このデータを利用することによって、例えば人員が充足している病棟から不足している病棟への応援勤務といった適正配置が日常的に実施されている⁷⁾⁸⁾。これは米国や北欧¹⁾⁻³⁾など多くの先進諸国で一般的な手法であるが、わが国でも徐々に、こういったシステムは普及しつつある。

一方、平成12年より、新たにリハビリテーションに特化することを目的として設置された回復期リハビリテーション病棟^{注3)}（以下、回復期リハ病棟）の病床数は、平成20年7月時点で53,585床となり、設置時である平成12年（3,645床）の14.7倍を示した。回復期リハ病棟の入院者の95%は、他病院からの入院者であることから、病床の増加は、急性期病棟の患者の回復期リハ病棟への移動を可能とし、医療機能の分化が推進されつつあることを意味しているものと考えられる⁹⁾。

また、回復期リハ病棟の自宅復帰率は65.3%¹⁰⁾¹¹⁾、このことから、急性期病棟から、回復期リハ病棟、そして自宅という、入院から退院までの経路が確立されつつあることを意味している。

すでに諸外国の研究では、脳卒中患者における集中的なりハビリテーションプログラム¹²⁾¹³⁾やリハビリテーションに特化したユニットの効果が検討され、どの病棟の、どのプログラムが患者の回復に最も効果的であるかといったデータが示され、これによって診療報酬の多寡を検討するといった研究が行われている¹⁴⁾。

しかし、国内においては、入院時から退院時、あるいは退院後の予後の患者の状態の変化からは改善したとの報告は多いものの¹⁵⁾⁻²²⁾、これらのデータは、回復期リハ病棟特有の患者の評価方法に依るため急性期とは異なっており、改善効果を客観的に示すデータとしては、他の急性期等病棟との比較が困難な状況となってしまう。

そこで本研究では、急性期から回復期リハ病棟そして自宅へ、患者が「どのように」変化し

表1 調査対象施設選定の条件

1	看護師が常時15：1以上、夜勤は2名以上で看護職員 の最少必要数の4割以上が看護師であること。
2	1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上の看護補助者が常時30：1以上の病棟であること。
3	リハビリテーション科を標榜しており、病棟に専従の医師1名以上、理学療法士2名以上および作業療法士1名以上の常勤配置が行われ、心大血管疾患リハビリテーション料()、脳血管疾患等リハビリテーション料()もしくは()、運動器リハビリテーション()または呼吸器リハビリテーション料()の届け出を行っていること。

て退院しているのか、あるいは「どのような」状態から、「どの程度」改善して退院しているかといった、患者の状態についての客観的なデータと入院医療の効果を検討するため、第1に、回復期リハ病棟に入院している患者に対して、「重症度・看護必要度に係る評価票^{注4)}」を用いて調査した結果と、この結果から導き出された医療や看護サービスの必要性の程度を示す「患者タイプ^{注5)}」別構成人数を明らかにし、回復期リハ病棟と急性期病棟の患者像とを比較した。第2に、回復期リハ病棟入院患者の「重症度・看護必要度」得点を入院時と退院時で調査し、一入院における状態の変化を明らかにした。

方 法

(1) 調査対象病院

調査対象は、回復期リハビリテーション協議会事務局によって選定された病院である。この選定に当たっては、表1の3つの条件に加えて、看護師の配置が高いことが条件とされ、最終的に21病院51病棟が調査対象となった。

(2) 調査方法

患者の看護必要度に関わる調査結果は、平成19年7月から8月の間の連続した1週間に「患者アセスメントシステム」^{注6)}を用いて入力された。また、調査に際しては、看護必要度評価に関する研修会を実施した^{注7)}。一入院のデータは、前述した1週間の調査期間に入院していた患者で追跡調査が可能であった患者で、2008年1月末までに退院した患者のデータを入手した。

(3) 患者の看護の必要度評価に用いた調査項目

ハイケアユニット(以下、HCU)における患者のスクリーニング用の「重症度・看護必要度に係る評価票」に看護師が患者の評価に当たって、臨床上、必要と判断した6項目を追加した34項目を調査に用いた。なお、これらの「重症度・看護必要度」に係わる評価票における各評価項目のカテゴリーの得点²³⁾は、診療報酬上で定められている得点を用いた。

(4) 倫理上の配慮

調査実施に際しては、事前に調査説明会を実施し、施設の責任者から調査の許可を得た。研究計画等については、国立保健医療科学院に設置された研究倫理委員会で認証(NIPH

表2 「一入院」患者の性別平均年齢および在院日数

		平均値	標準偏差	最小値	最大値	人数	P 値
年齢 (歳)	合計	71.3	11.4	31	95	236	0.00**
	男性	68.1	11.4	31	88	117	
	女性	74.4	10.5	35	95	119	
在院日数 (日)	合計	63.1	33.0	4	178	236	0.91
	男性	63.4	36.2	7	178	117	
	女性	62.9	29.7	4	151	119	

- IBRA # 07008) を受けた。

(5) 分析方法

患者の状態は、「重症度・看護必要度」のAおよびB項目の得点の平均値、標準偏差を比較検討した。また、患者タイプの分類は、急性期病棟ですでに看護師の人員配置システムに用いられている分類²⁵⁾に従った。

表3 入院時および退院時の「重症度・看護必要度」項目の回答傾向

重症度・看護必要度 (A項目)			入院時		退院時		重症度・看護必要度 (B項目)			入院時		退院時	
モニタリングおよび処置等			配点	N (%)	N (%)	患者の状況等			配点	N (%)	N (%)		
創傷処置	なし	0点	219 (92.8)	230 (97.5)	床上安静の指示	なし	0点	234 (99.2)	227 (96.2)				
	あり	1	17 (7.2)	6 (2.5)		あり	1	2 (0.8)	9 (3.8)				
蘇生術の施行	なし	0点	233 (98.7)	234 (99.2)	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	0点	234 (99.2)	229 (97.0)				
	あり	1	3 (1.3)	2 (0.8)		できない	1	2 (0.8)	7 (3.0)				
血圧測定	0回	0点	12 (5.1)	39 (16.5)	寝返り	できる	0点	120 (50.8)	180 (76.3)				
	1~10回	1	224 (94.9)	195 (82.6)		何かにつかまればできる	1	81 (34.3)	33 (14.0)				
	11回以上	2	- (-)	2 (0.9)		できない	2	35 (14.8)	23 (9.7)				
時間尿測定	なし	0点	236 (100)	236 (100)	起き上がり	できる	0点	162 (68.6)	196 (83.1)				
	あり	1	- (-)	- (-)		できない	1	74 (31.4)	40 (16.9)				
呼吸ケア	なし	0点	224 (94.9)	228 (96.6)	座位保持	できる	0点	142 (60.2)	193 (81.8)				
	あり	1	12 (5.1)	8 (3.4)		支えがあればできる	1	85 (36.0)	29 (12.3)				
点滴ライン同時3本以上	なし	0点	236 (100)	236 (100)	移乗	見守り・一部介助が必要	2	31 (13.1)	24 (10.2)				
	あり	1	- (-)	- (-)		自立歩行・つかまり歩き	0点	54 (22.9)	146 (61.9)				
心電図モニター	なし	0点	234 (99.2)	229 (97.0)	移動方法	補助を要する移動	1	179 (75.8)	83 (35.2)				
	あり	1	2 (0.8)	7 (3.0)		移動なし	2	3 (1.3)	7 (3.0)				
輸液ポンプの使用	なし	0点	236 (100)	235 (99.6)	口腔清潔	できる	0点	127 (53.8)	177 (75.0)				
	あり	1	- (-)	1 (0.4)		できない	1	109 (46.2)	59 (25.0)				
動脈圧測定	なし	0点	236 (100)	236 (100)	食事摂取	介助なし	0点	133 (56.4)	183 (77.5)				
	あり	1	- (-)	- (-)		一部介助	1	71 (30.1)	31 (13.1)				
シリンジポンプの使用	なし	0点	236 (100)	235 (99.6)	全介助	全介助	2	32 (13.6)	22 (9.3)				
	あり	1	- (-)	1 (0.4)		介助なし	0点	85 (36.0)	158 (66.9)				
中心静脈圧測定	なし	0点	236 (100)	236 (100)	衣服の着脱	一部介助	1	94 (39.8)	46 (19.5)				
	あり	1	- (-)	- (-)		全介助	2	57 (24.2)	32 (13.6)				
人工呼吸器の装着	なし	0点	236 (100)	236 (100)	他者への意思の伝達	できる	0点	145 (61.4)	184 (78.0)				
	あり	1	- (-)	- (-)		できる時とできない時がある	1	75 (31.8)	34 (14.4)				
輸血又は血液製剤の使用	なし	0点	236 (100)	236 (100)	診療・療養上の指示が通じる	はい	0点	164 (69.5)	191 (80.9)				
	あり	1	- (-)	- (-)		いいえ	1	72 (30.5)	45 (19.1)				
肺動脈圧測定	なし	0点	236 (100)	236 (100)	危険行動への対応	ない	0点	202 (85.6)	190 (80.5)				
	あり	1	- (-)	- (-)		ある	1	34 (14.4)	46 (19.5)				
特殊な治療法	なし	0点	236 (100)	236 (100)									
	あり	1	- (-)	- (-)									

一入院の分析は、入院時と退院時の変化については、3段階以上のカテゴリーの項目は、Wilcoxon の符号付き順位検定、2段階のカテゴリーは、McNemar 検定を実施し、危険率5%未満を有意差ありとした。これらの解析には、すべて統計ソフト SPSSVer.13.0 を用いた。

結 果

(1) 回復期リハ病棟の一入院患者の基本属性
13,170名の延べ患者数の中から、3カ月間で一入院のデータを収集することができた患者は236名で性別は、男性117名(49.6%)、女性119名(50.4%)で、男女別平均年齢は、男性68.1歳(SD±11.4)、女性74.4歳(SD±10.5)で女性のほうが男性よりも有意に高い年齢を示していた。患者全体の平均年齢は、71.3歳(SD±11.4)であった。平均在院日数は63.1日(SD±33.0)で、男性は63.4日(SD±36.2)女性62.9日(SD±29.7)であったが、男女別に統計的な有意差は示されなかった(表2)。

表4 一入院患者の「重症度・看護必要度」の入院時と退院時の平均得点の比較

	平均	標準偏差	最小	最大	T 値	P 値
A 得点						
入院時	1.1	±0.4	0	3	36.5	0.00**
退院時	1.0	±0.6	0	5		
B 得点						
入院時	5.9	±4.5	0	17	11.8	0.00**
退院時	3.4	±5.1	0	20		

注 *P<0.05, **P<0.01

表5 回復期リハ病棟における患者タイプ(急性期病棟型)別人数

患者タイプ	「重症度・看護必要度」および「重症度」のAおよびB項目の得点	人数 (%)
	総計	13 170 (100)
1	以下の2, 3, 4, 5以外	712 (5.4)
2	「重症度・看護必要度」でA得点1点以上またはB得点1点以上	6 718 (51.0)
3	「重症度・看護必要度」でA得点3点以上またはB得点7点以上	284 (2.2)
4	「重症度」でA得点3点以上、B得点が5点以下	4 044 (30.7)
5	「重症度・看護必要度」B得点13点以上かつ「重症度」A得点3点以上、B得点が5点以下	1 412 (10.7)

(2) 入院時の「重症度・看護必要度」評価項目の回答傾向

急性期病棟から転院してきた236名の回復期リハ病棟への入院時における医療(処置およびモニタリング)の程度を示すA項目の回答においては、「動脈圧測定」「シリンジポンプの使用」「輸血又は血液製剤の使用」「肺動脈圧測定」「特殊な治療法」は全く発生していなかったが、「血圧測定」は1~10回が94.9%と、よく行われていた。この他の処理としては、「創傷処置」7.2%、「呼吸ケア」5.1%、「蘇生術の施行」1.3%、「心電図モニター」0.8%が行われていた。

また、患者の療養上の世話の程度を示すB項目の回答においては、「移乗」で、何らかの介助が必要な患者が71.6%、「移動方法」に何らかの介助が必要もしくは移動なしが77.1%、「寝返り」に何らかの介助が必要な患者が49.1%、「口腔清潔」ができない割合が46.2%であった。さらに、「診療・療養上の指示が通じる」ができない割合は30.5%、「他者への意思伝達」ができないも38.6%と高い値を示していた。一方で、「床上安静の指示」が有りの割合は0.8%と低かった(表3)。

(3) 一入院データからみたA項目、B項目の得点(以下、A得点、B得点)の変化

236名の一入院患者のA得点の入院時の平均値は1.1点、退院時は1.0点で、この入院時と退院時には統計的に有意な差があった。B得点は、入院時の平均値は5.9点、退院時は3.4点で入院時と退院時に統計的に有意な差がみられ、入院時より退院時の状態は全体的に改善方向へ向かっていた。また、入院時に比較して点数が低下し、改善したと考えられる患者は176名で、患者の74.6%を示していた(表4)。

(4) 回復期リハ病棟における患者タイプ(急性期病棟型)別人数

回復期リハ病棟の一入院患者の、延べ日数分の患者タイプを算出した。この結果、51.0%が患者タイプ2であり、この割合が最も高かった。

次いで、急性期のハイケアユニットや特定集中治療室（以下、ICU）の入院患者に相応しい患者タイプ3、4、5の割合は、それぞれ2.2%、4が30.7%、5が10.7%と合計43.6%でかなり重症な患者が入院していた（表5）。

（5）（患者の状況および医療処置に関する）
一入院の変化

重症度・看護必要度の各評価項目の得点を入院時と退院時で比較した結果、統計的に有意な差があった項目は、「創傷処置」「血圧測定」「寝返り」「起き上がり」「座位保持」「移乗」「移動方法」「口腔清潔」「食事摂取」「衣服の着脱」「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」の12項目で、これらすべてが有意に改善していた（表6）。

考 察

回復期リハ病棟に入院している患者の特徴を明らかにするために、「重症度・看護必要度」の評価項目および基本属性等の分析を行った。

まず、本研究における対象患者の平均年齢は70.4歳で、これは全回復期リハ病棟340病棟の調査結果である平均年齢71.3歳、男女比1対1¹⁰⁾とほぼ類似していた。

また、回復期リハ病棟の入院患者を対象に「重症度・看護必要度」を用いて調査を実施したことにより、回復期リハ病棟と急性期病院との患者データの比較が初めて可能となり、本稿に示したような、7対1、10対1、13対1の入院基本料を算定していた急性期病院群のデータ²³⁾と比較ができたことは、今後の病院の機能分化を検討していく上で重要である。

回復期リハ病棟の一入院患者のA項目の平均得点は1.10 (SD±0.4) 点で、急性期病棟における7対1入院基本料の算定病院の473,242名の患者の平均得点1.70点 (SD±0.37)、10対1の患者169,343名の平均得点1.61点 (SD±1.31)、13対1の患者34,134名の平均得点1.56点 (SD±1.30) のいずれの得点よりも有意に低いことがわかった。これは、回復期リハ病棟

表6 患者の状況および医療の処置に関する一入院の変化

		平均値	標準偏差	最小値	最大値	P 値
創傷処置	入院時	0.07	0.26	0	1	0.01*
	退院時	0.03	0.16	0	1	
血圧測定	入院時	0.95	0.23	0	2	0.00**
	退院時	0.85	0.40	0	2	
寝返り	入院時	0.64	0.73	0	2	0.00**
	退院時	0.33	0.65	0	2	
起き上がり	入院時	0.31	0.46	0	1	0.00**
	退院時	0.17	0.38	0	1	
座位保持	入院時	0.44	0.57	0	2	0.00**
	退院時	0.24	0.55	0	2	
移乗	入院時	0.85	0.63	0	2	0.00**
	退院時	0.43	0.67	0	2	
移動方法	入院時	0.78	0.44	0	2	0.00**
	退院時	0.41	0.55	0	2	
口腔清潔	入院時	0.46	0.50	0	1	0.00**
	退院時	0.25	0.43	0	1	
食事摂取	入院時	0.57	0.72	0	2	0.00**
	退院時	0.32	0.64	0	2	
衣服の着脱	入院時	0.88	0.77	0	2	0.00**
	退院時	0.47	0.72	0	2	
他者への意思の伝達	入院時	0.45	0.62	0	2	0.00**
	退院時	0.30	0.60	0	2	
診療・療養上の指示が通じる	入院時	0.31	0.46	0	1	0.00**
	退院時	0.19	0.39	0	1	

注 * P<0.05, ** P<0.01

の患者は、急性期病棟から医療（処置やモニタリング）の必要がなくなって入院した患者であることを示しているといえよう。

一方、B項目の平均得点は、5.90 (SD±4.5) 点であった。前述のデータ²⁴⁾によれば、急性期病棟における7対1入院基本料の算定病院の患者の平均得点は5.24点 (SD±2.07)、10対1は、5.04点 (SD±6.30)、13対1は、6.35点 (SD±6.72) と示され、回復期リハ病棟のB得点は7対1と10対1の入院基本料の病院よりも高く、療養上の世話を必要とする患者が多いことが明らかとなった。

また、入院時の得点に着目すると、回復期リハ病棟に入院している患者のB得点は、2点以下が3割を占めており、比較的自立度が高い患者が多いものの、10点以上のかなり介護を要する患者も4割程度入院していた。

このように回復期リハ病棟には、かなりの医療や看護サービスを必要とする患者タイプ4と5が40%程度も存在していたが、一方で患者タイプ2という、医療も看護サービスもそれほど多くを必要としない患者も5割近く入院してい

た。

この実態は、急性期病棟とほぼ同様²⁵⁾で、わが国の急性期および回復期病棟における入院患者は、軽度者と重度の患者が二極化していた。ただし、軽度の患者だけが入院している病院や高齢患者が多数を占める療養型病床群に類する病院といった病院による特徴があることもすでに報告されており¹¹⁾、詳細な病院別の分析が今後の課題である。

急性期病院は、在院日数の短縮を図るために、医療処置がなくなると、回復期リハビリ病棟へ転院するものとされてきたが、本研究で回復期リハビリ病棟の患者タイプ別構成人数を急性期病院と比較した結果、回復期リハビリ病棟でも患者タイプ4や5の患者の割合は、全患者の41.4%と示され、この割合は、7対1などの他の急性期病院と同様であった。このことは、回復期リハビリ病棟では、高度で緊急を要するような医療処置はなくなったものの、引き続き、処置や療養上の世話を必要とする急性期病棟に入院しているような患者も入院している実態が示されたといえる。

ところで、回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準では、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15またはその端数を増すごとに1以上であるとされ、常時15:1以上、夜勤は2名以上（看護補助者が夜勤を行う場合は1以上）で看護職員の最少必要数の4割以上が看護師とされ、看護師の配置は、いわゆる急性期病棟の7対1の配置よりもかなり低い。

このため、回復期リハビリ病棟では、平日の昼間の時間帯には看護師やPT・OT等の専門職が多く配置されている¹²⁾が、生活におけるリハビリテーションの効果が期待できる起床就寝時の着替えや整容、朝食や夕食時においても、急性期病院よりも低い看護配置である。これは、食事、更衣、排泄、移動、会話などのADL（日常生活動作）の能力向上による「寝たきりの防止」と「家庭復帰」を目的としたリハビリテーションを集中的に行うことが目標であるにも関わらず、看護師の配置が少なく、早朝や夜間の日常生活における動作訓練は十分に実施で

きない状況を示したデータといえよう。

さらに、リハビリテーションだけでなく、創傷処置や呼吸ケアといった医療処置や高度な看護ケアを必要とする患者も一定の割合で入院していたことは、これらの処置を看護師が行うべきことを考慮すると、専門的な看護に際して看護師の不足の状況を呈しているものと推察された。これらの結果は、今後、回復期リハビリ病棟における看護師配置に関する施設基準を改めて検討する必要性を示唆するものとして重要である。

他方、一入院の分析が可能であった患者の平均在院日数は63.1日であった。これは、回復期リハビリ病棟の平均在院日数78.3日¹¹⁾よりも、かなり短かった。これは、調査期間が実質的には平成19年7月からの7カ月間での入院と退院のデータが必要とされたことが理由であったが別の視点としては、この短期間の一入院データであっても患者の改善を示すことができたことは改めて重要なエビデンス（根拠）といえる。

これまで回復期リハビリ病棟では、一般にFIM¹²⁾やBarthel Index等の指標によって、評価が行われ、一入院における改善のエビデンスも示されている^{15)・22)}。本研究では、これに加えて急性期の患者評価の指標を利用しても同様に改善する傾向が示され、先行研究を支持する内容であった。

このことは、今後の医療における連携等を今後、推進していく観点からは、とくに重要と考えられる。具体的には、「重症度・看護必要度」におけるB得点が入院時の平均5.9点から、退院時には3.4点と有意に低下し、一入院において改善しているだけでなく、これらの内容が、「寝返り」「起き上がり」「座位保持」「移乗」「移動方法」といった起居に関する基本的な動作の改善を示していた。さらに「口腔清潔」「食事摂取」「衣服の着脱」といった日常生活の自立度も統計的に有意に向上していた。このほかにも「他者への意思の伝達」や「診療・療養上の指示が通じる」といったコミュニケーションについての改善もみられ、回復期リハビリ病棟設置の目的が達成されていたことは、重要と考えられる。

このように回復期リハ病棟において、急性期病棟と同じ評価尺度によって患者の状態を、様々な視点から評価できることが示されたことは、在宅生活への復帰計画を策定する際にも貴重な資料となると考えられる。

結 語

すでに英米においては、Pay for Performance (P4P) と呼ばれる質の評価に応じた診療報酬における支払い方式を導入しており、指標による評価によって、医療の質や効率の向上を促す取り組みがなされている²⁶⁾²⁷⁾。

平成20年度の診療報酬改定では、回復期リハ病棟でリハビリテーションを要する状態の患者を8割以上、入院させ、第一に、当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること。第二として、当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であるという2要件を満たすと高い報酬を得られると改定された。また、「重症患者回復病棟加算」が創設され、この要件は、重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していることとされ、まさにP4P評価の日本版といえるものが、初めて導入された。

これらの重症患者の評価指標として用いられることになった日常生活機能の改善を示す指標は、本稿で示した「重症度・看護必要度」B得点の部分である。この部分は、診療報酬上は、「日常生活機能評価表」と呼称されることになった。

さらに、患者の入院時、転院時、退院時に日常生活機能評価による測定を行い、その結果を診療録に記載するが、地域連携診療計画管理料を算定する患者が転院してきた場合には、地域連携診療計画に記載された「重症度・看護必要度」B得点の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみなすとされた。これにより、受け入れ側となる回復期リハ病棟では、どのような患者が転院してくるかが入院前に把握できるようになった。

これまでは、地域の他の急性期病院からの転院に際しては、手続きに多くの時間がかかる場合が少なくなかった²⁸⁾。しかし、今回のような患者の状態データの共有を行う地域連携診療計画管理料の創設によって、地域における医療連携を推進する基盤が整備されることが期待される。

また、平成20年度の診療報酬改定では、各地で様々な取り組み²⁹⁾を踏まえ、先に示した患者が急性期病院に入院した直後から回復期リハの退院時までの看護必要度による患者評価データが収集されるという明確なルールが示された。しかしながら、さらなる在院日数の短縮化を進めるためには、リハビリテーションサービスを入院のみならず、在宅で適切に提供できる地域包括ケアのシステム整備がなされなければならない。このためには、現在、収集されている日常生活機能評価のデータに加えて、診断名等の医療の必要性の係る情報の収集や発症から、自宅復帰までの医療とケアの継続のためのシステム整備が推進されることが必要である。

注1)平成18年3月6日保医発第306002号の医療課長通知第2に示された病院の入院基本料に関する施設基準において、「各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の重症度・看護必要度に係る評価を行い、実情に併せた適正な配置数が確保されるよう管理すること」と示された。

注2)看護必要度は、急性期入院医療における看護サービスの新たな評価指標として平成8年から厚生省医療課の委託事業として研究が開始された。看護必要度を評価する項目は、当該患者が必要とする看護時間を推定できる項目として選定されたものである。本調査では、これらの項目すべてを調査項目とした。なお看護必要度の開発の経過については、拙著「看護必要度の研究と応用」、医療文化社、2003年を参照されたい。

注3)平成12年4月の第四次医療法改定において、亜急性期または回復期に相当する患者に充実したリハビリテーションサービスを提供することを目的として設置された新しい病棟である。この病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対し、食事、更衣、排泄、移動、会話などのADL(日常生活動作)の能力向

上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うこととされ、急性期病院から患者を受け入れ、家庭復帰を可能とするために可能な限りADLの向上をもたらす、急性期病院における在院日数短縮化に貢献できると期待されている。

注4) ここでいう「重症度・看護必要度に係わる評価票」とは、平成16年度改定で新設された「ハイケアユニット入院医療管理料」に用いられた項目構成を示している。なお、これらの項目に重症度（ICU基準）の項目もすべて含まれていることから本稿では、適宜、「重症度、看護必要度」と略した表記とした。この評価尺度は、急性期病棟において患者の看護の必要度を評価する臨床指標として用いられている。この管理料の届け出に際しては、救命救急入院料か特定集中治療室管理料を算定し、かつ急性期入院加算または急性期特定入院加算を算定している医療機関という高いハードルが存在し、双方を取得している医療機関だけに限定されたものとなっている。ハイケアユニット（以下、HCU）の患者をスクリーニングするために必要とされる項目としては、看護必要度の評価項目の中から（A）モニタリング及び処置等の15項目と（B）患者の状況等の13項目の計28項目が選択された。A項目は、ICUと同様に医療の処置を中心とした評価項目であり、B項目は、ADLやコミュニケーション能力といった患者の状況を問う項目が選択された。この「ハイケアユニット入院医療管理料」は、先に示した病院の施設要件に加えて、当該ユニットに入院している患者の8割以上が「Aの合計が3点以上、またはBの合計が7点以上」が条件とされた。さらに、これらの評価者の要件としては、研修を受けたものが行うことが望ましいとの通知が出されている。

注5) 患者タイプは、「特定集中治療室管理料」の算定に用いられる「重症度（ICU基準）」と「ハイケアユニット入院医療管理料」算定の際に用いられる「重症度・看護必要度（HCU基準）」の2基準の得点を用いて患者を簡便に分類するために開発されたものである。HCUおよびICU基準との両方を満たす患者を「レベル5」、ICU基準を満たすがHCU基準を満たさない患者を「レベル4」、ICU基準は満たさないがHCU基準を満たす患者を「レベル3」、ICU基準とHCU基準のいずれも満たさない患者を「レベル2および1」とした。これまでの研究から重症度の段階としては、レベル5

と4をICUレベル、レベル3をHCUレベル、レベル2を一般レベルとしている。また病棟の一勤務帯当たりの適正看護師の配置数については、これらの患者タイプ別に配置係数が決められて、推定される方式が採られている。

注6) 患者アセスメントシステムは、「マネジメントツールとしての看護必要度」に紹介されていた看護必要度入力支援システム「カンゴルー VER1.0」を調査用に改編し、使用した。

注7) 調査に際しては、看護必要度の評価に必要な知識・技術の理解に関する研修会を実施した。

文 献

- 1) Williams S, Crouch R. Emergency department patient classification systems: A systematic review. *Accident & Emergency Nursing* 2006; 14: 160-70.
- 2) Levenstam AK, Engberg IB. The Zebra system - a new patient classification system. *Journal of Nursing Management* 1993; 1(5): 229-37.
- 3) Rauhala A, Fagerstrom L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45(4): 351-9.
- 4) 嶋森好子. 看護必要度とこれからの看護要員管理. *看護管理* 2006; 16(9): 696-703.
- 5) 餅田敬司, 井上照代. 導入から人員配置での活用へのプロセスと今後の課題. *看護管理* 2006; 16(9): 736-40.
- 6) 川上幸子, 小高律子. 看護必要度導入に向けた活動経過から見えてきたもの. *看護管理* 16(9): 741-7: 2006.
- 7) 瀬戸僚馬・福井トシ子. 重症度・看護必要度を用いた退院支援早期化に関する一考察. *病院管理* 2006; 43: 96.
- 8) 梶原和歌. 看護必要度のシステム導入と看護職種正配置への活用. *看護* 2007; 59(1): 58-62.
- 9) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 HP, 年度毎病棟届出数及び累計数 (<http://www.rehabili.jp/data/data01.html>) 平成21年7月15日
- 10) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会, 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書, 平成19年2月.

- 11) 平成16～18年度科学研究費補助金基盤研究(C), 回復期リハビリテーション医療に適した患者の環境整備に関する研究(研究代表者: 筧淳夫), 平成19年3月.
- 12) Gillen R, Tennen H, McKee T: The impact of the inpatient rehabilitation facility prospective payment system on stroke program outcomes. *Am J Phys Med Rehabil* 2007; 86: 356-63.
- 13) Conroy BE, DeJong G, Horn SD. Hospital-based stroke rehabilitation in the United States. *Top Stroke Rehabil.* 2009 16(1): 34-43.
- 14) Teasell RW, Foley NC, Salter KL, et al. A blueprint for transforming stroke rehabilitation care in Canada: the case for change. *Arch Phys Med Rehabil.* 2008; 89(3): 575-8.
- 15) 白石成明, 松林義人, 田中紀行, 他. 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の日常生活行動の実行状況変化とその要因. 2005; 32(6): 361-7.
- 16) 三成富美江, 今岡桂子, 勝部美樹, 他. 回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者のADL拡大の効果 - 機能的自立度評価表FIMを用いて -. *老年看護* 2006; 36: 154-6.
- 17) 高田信二郎, 安井夏生, 稲次美樹子, 他. 回復期リハビリテーション病棟における転倒患者の機能的自立度の変化. *中部整災誌* 2008; 51(6): 1097-8.
- 18) 寺井敏, 宮本秀和, 鍋島篤子. 異なった退院先を呈した回復期リハビリテーション病棟入院患者の比較研究 - 脳血管障害および廃用症候群での検討 -. *リハビリテーション医学* 2008; 45: 236-41.
- 19) 池永康規, 高橋友哉, 後藤伸介. 回復期リハビリテーション病棟における訓練時間増加の効果. *リハビリテーション医学* 2008; 45: 744-9.
- 20) 荒尾雅文, 横森亜美香, 中島由美恵, 他. 脳卒中者における「退院時ADL」と「退院6か月後ADL」の差に関する研究 - 回復期リハビリテーション病棟退院6か月後の調査. *理学療法ジャーナル* 2009; 43(3): 275-80.
- 21) 北川寛直, 水間正澄, 山下愛茜, 他. 急性期病院の相違による回復期リハビリテーション病棟・脳卒中患者の調査. *リハビリテーション医学* 2007; 44(4): 234-41.
- 22) 志村圭太, 小林修二, 佐藤広之, 他. 回復期リハビリテーション病棟導入が脳血管障害患者のADLに与える効果 - 東京都北西部における一施設での検討 -. *理学療法科学* 2008; 23(2): 245-8.
- 23) 岩澤和子, 筒井孝子編. 看護必要度第2版 - 看護サービスの新たな評価基準 - 日本看護協会出版会, 2003; 163. 172.
- 24) 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会(第99回)資料「7対1入院基本料について」平成19年10月3日.
- 25) 平成19年度厚生労働省保険局医療課委託事業. 急性期入院医療における看護職員配置と看護必要度に関する実態調査報告書. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 平成20年3月; 124.
- 26) Doran T, Fullwood C, Gravelle H, et al. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom *NEJM* 2006; 355(4): 375-84.
- 27) Petersen LA, Woodard LD, Urech T, et al. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? *NEJM* 2006; 145(4): 265-72.
- 28) 逢坂悟郎. 大阪府豊能二次医療圏における地域リハビリテーションにおける地域リハビリテーション推進事業 病院間ネットワーク構築への取り組み. *公衆衛生* 2003; 64: 974-7.
- 29) 徳永誠, 渡邊進, 平野照之, 他. 脳梗塞の診療情報提供書における記載項目 - 地域連携クリティカルパス作成時における調査 - *リハビリテーション医学* 2006; 43: 834-8.