

看護必要度データが変える！ 多職種協働と地域連携の 実践ガイド

編集

筒井 孝子
嶋森 好子
徳田 安春



Introduction

多職種協働における心理的安全性
ジェネラリストに必要な多職種協働の知識と
スキル

Special Article

看護必要度データを基軸とした「ケアの連続
体」の実現：多職種協働と地域連携強化へ
の貢献

Basic

大学病院における多職種協働の教育
市中病院における多職種協働

Workshop

看護必要度を用いた新たな多職種協働の方法
の演習記録

Practice

看護必要度を用いた適正人員配置の実践
病院と介護施設の職員への看護必要度研修の
共同開催
看護必要度を利用した大学での多職種協働の
教育の実践
マルチモビディティ高齢入院患者に対する看
護必要度を活用した病院歯科医療の層別化
と多職種協働の実践

実践

病院と介護施設の職員への看護必要度研修の共同開催 Interdisciplinary Training Programs Involving Nurses, Care Workers, and Other Professionals

河田 津也

医療法人 鴻池会 法人本部 看介護統括部長
〒639-2273 奈良県御所市池之内 1064
Eメール: tvks30953@outlook.jp

要旨

70歳以上の入院患者割合は、急性期病棟で約70%である。この入院患者の特徴はマルチモビディティ(多疾患併存)であり、急性期症状が落ち着いても、すぐにもとの状態に戻れる方は少ない。これら多くの患者は療養病院や療養施設等を行き来しているため、そのための連携が必要となる。重症度、医療・看護必要度(以下、看護必要度)は、その連携ツールとなる。病院と介護施設の連携において、要介護度の状況は重要である。要介護度認定調査票には、看護必要度B項目と日常生活機能評価票の項目が多く使われている。施設看護師や介護福祉士を含む多職種で、「看護必要度を活用した多職種研修」を開催したところ、看護必要度の項目は多職種にとっても分かりやすいものであった。また、病院・施設の連携に活用できるツールになる。病院での積み重ねた看護必要度の評価を基に多職種で検討した支援内容は、介護施設に効果的に引き継ぐことが出来るものと考えられる。

Highlight

In acute care wards, approximately 70% of inpatients are aged 70 or older, many of whom present with multimorbidity. These patients often have difficulty returning to their prior functional status even after the stabilization of acute symptoms. As a result, they frequently transition between acute care hospitals, long-term care hospitals, and residential care facilities. Effective coordination between medical and long-term care systems is therefore essential.

The Nursing Care intensity serves as a useful tool to support this coordination. Notably, the items in Category B of the score overlap with those used in the long-term care certification survey and ADL functional assessments, which are key to care level determination.

Interdisciplinary training programs involving nurses, care workers, and other professionals have shown that the Nursing Care Intensity items are easy to understand and apply across roles. This tool enhances communication and facilitates smoother transitions between care settings. By utilizing accumulated hospital-based assessments, multidisciplinary teams can develop care plans that can be effectively handed off to long-term care facilities, supporting continuity and improving outcomes.

Keywords :

看護必要度(Nursing Care Intensity: NCI) 日常生活機能評価票(Activities of Daily Living Functional Assessment Form: ADLFAF) マルチモビディティ(Multimorbidity) 病院・施設連携(Coordination Between Medical and Long-term Care Systems: CBMLCS) 多職種協働研修(Inter-professional Work Training: IPWT)

はじめに

日本は、世界に類を見ない速度で超高齢社会へと移行しており、これに伴う医療・介護ニーズの増大と複雑化は喫緊の課題となっています。特に、2040年に向けて地域ごとの人口減少速度が異なる中で、地域包括ケアシステムを維持しつつ、地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供モデルと支援体制を構築することが不可欠です。このシステムは、高齢者が住み慣れた地域で尊厳を保ち、自分らしい暮らしを人生の最期まで送れるよう、包括的な支援を提供することを目指しています。

総人口が減少する一方で高齢化率は上昇を続

け、2070年には総人口の約4割が65歳以上、約4人に1人が75歳以上になると推計¹⁾されています。このような高齢患者の多くは、複数の慢性疾患を併発するマルチモビディティの状態にあり、複雑なケアを必要とします。厚生労働省の令和6年度実態調査によれば、70歳以上の入院患者割合は急性期病棟で約70%、地域包括ケア病棟で約85%²⁾に上ります。Box1が示すように、救急搬送される高齢者の主疾患は軽症・中等症が多く、急性期病院においても慢性期ケアの視点が重要です。令和6年度の診療報酬改定では、救急患者の下り搬送を評価する「救急患者連携搬送料」が新設され、病院間の連携強化が推進されています。

Box 1 高齢者に多い疾患における救急搬送により入院される患者の入院先の割合

救急搬送により入院する症例における入院先の割合										
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
	急性期一般 入院科1 (383,143床)	急性期一般 入院科2-3 (15,941床)	急性期一般 入院科4-6 (135,728床)	地域一般 入院科1-2 (10,121床)	地域一般 入院科3 (29,777床)	特定機能病院 又は治療等 (113,548床)	地域包括 ケア病棟 (86,546床)	⑧又は⑥		
(全疾患)	3,747,776	26.3%	56.9%	2.4%	15.6%	1.2%	0.4%	20.8%	2.6%	77.7%
1 コロナウイルス感染症2019、ウイルスが特定され たもの	151,255	41.4%	61.1%	2.3%	14.0%	5.7%	0.4%	15.5%	1.0%	76.6%
2 食物及び生物による肺炎	122,306	54.9%	64.4%	2.6%	15.9%	0.8%	0.2%	13.5%	2.6%	77.9%
3 心臓性心不全	117,285	40.1%	54.0%	1.8%	10.2%	0.3%	0.1%	32.4%	1.1%	86.4%
4 大腿骨頭頸部骨折 閉鎖性	60,294	52.2%	66.8%	3.4%	22.5%	1.6%	0.6%	3.8%	1.2%	70.6%
5 転子肩鎖骨折 閉鎖性	59,063	58.7%	67.7%	3.9%	22.0%	1.2%	0.5%	3.4%	1.3%	71.1%
6 尿毒症急性、部位不明	55,269	45.1%	65.5%	2.7%	19.0%	0.9%	0.3%	7.7%	3.8%	73.2%
7 肺炎、詳細不明	53,825	39.4%	49.9%	2.5%	29.6%	2.2%	0.9%	10.4%	4.5%	60.3%
8 膝関節骨折 閉鎖性	43,427	37.2%	51.8%	3.5%	29.0%	2.2%	0.9%	2.3%	10.3%	54.1%
9 脳動脈の血栓性による脳梗塞	46,028	53.4%	52.3%	1.8%	9.4%	0.2%	0.1%	35.9%	0.3%	88.2%
10 体液量減少(症)	36,097	34.7%	45.2%	3.2%	34.6%	2.7%	1.1%	3.4%	9.6%	48.6%
11 急性尿路上尿路性腎炎	35,788	45.0%	71.5%	2.6%	13.9%	0.4%	0.1%	9.1%	2.3%	80.6%
12 脳動脈の血栓性による脳梗塞	35,357	67.9%	39.5%	1.4%	6.8%	0.1%	0.0%	51.9%	0.3%	91.4%
13 細菌性肺炎、詳細不明	30,083	47.1%	67.4%	2.6%	12.8%	0.5%	0.1%	14.9%	1.7%	82.3%
14 穿孔又は潰瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	29,001	26.0%	74.2%	1.9%	8.8%	0.4%	0.1%	13.8%	0.8%	88.0%
15 胆管炎を伴う胆管結石	28,134	37.1%	75.7%	2.1%	7.2%	0.2%	0.0%	14.3%	0.4%	90.1%
16 外傷性視網膜下出血 網膜内に達する開放部を伴う ものの	24,792	53.4%	52.0%	2.3%	8.5%	0.2%	0.0%	36.6%	0.4%	88.6%
17 肩関節骨折 閉鎖性	20,393	37.2%	51.8%	3.5%	28.2%	2.2%	1.0%	3.6%	9.7%	55.4%
18 胆管炎	23,842	33.5%	68.2%	1.9%	12.7%	0.3%	0.2%	15.3%	1.3%	83.5%
19 その他の脳梗塞	21,057	45.9%	55.0%	1.8%	12.2%	0.3%	0.2%	29.7%	0.8%	84.8%
20 (大腸) 半球の脳内出血、皮質下	17,788	73.2%	34.9%	1.2%	6.6%	0.1%	0.1%	57.0%	0.1%	91.9%
21 肺動脈症を伴うその他の閉鎖性肺疾患	17,451	31.5%	63.7%	1.9%	9.6%	0.2%	0.0%	23.7%	1.8%	87.3%
22 心停止、詳細不明	17,594	93.7%	38.7%	1.5%	9.1%	0.4%	0.1%	50.0%	0.1%	86.7%
23 急性胆のうく囊炎	16,905	37.0%	65.5%	2.4%	13.8%	0.6%	0.2%	16.1%	1.4%	81.6%
24 (四) 肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩組織炎>	15,462	31.3%	71.3%	2.5%	15.0%	0.4%	0.3%	7.6%	2.5%	78.9%
25 敗血症、詳細不明	16,639	69.2%	47.4%	1.4%	7.4%	0.2%	0.1%	42.9%	0.7%	90.3%

※1 入院前にCOPD、糖尿病、高血圧又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療従事者上位50のうち救急搬送により入院する割合が5%以上のもの。
※2 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院患者管理料、脳卒中ケアユニット入院患者管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療特定集中治療室管理料、一部感染症患者入院医療費、小児入院治療管理料及び短期滞在中等症室基本料3を算定する病院。
※3 病床数は令和4年7月1日時点

出典：個別事項(その11) DPCデータ(令和4年1月～12月)、中協協 総-1 5. 12. 6

出典：河田津也 2024年度看護必要度ステップアップ研修「下り搬送」に役立つ看護必要度データの活用方法

【図表の読み方のポイント】

高齢者に多い疾患における救急搬送による入院される患者の入院先の割合です。
左の図に記載されている疾患は、一般病棟で入院している75歳以上の患者に多い疾患ですが、青枠で囲った⑧急性期一般入院科1や特定機能病院に救急搬送される高齢者の主疾患は、右図に示しているように軽症・中等症症状の疾患がほとんどである。

・COVID-19 軽症、インフルエンザ、誤嚥性肺炎等の呼吸器疾患
・大腿骨頭頸部骨折、胸腰椎圧迫骨折、その他骨折・捻挫・打撲等
・尿路感染症等の腎臓器疾患
・脱水症等の代謝異常
・蜂窩組織炎等の皮膚感染症

高齢患者は入院を契機に ADL（日常生活動作）が低下しやすい傾向にあります。そのため、急性期症状が落ち着いた後も、回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟への転棟、さらには療養病院や施設への移行、あるいは終末期ケアへと多岐にわたる医療サービスを利用します³⁾。患者中心の質の高いケアを提供するためには、これらの多様なサービス提供主体間の連携強化が不可欠です。この多岐にわたる状況を示す共通指標として、「看護必要度」が極めて有効なツールとなることを本稿では紹介します。

看護必要度の概要と共通指標としての有用性

看護必要度は、入院患者に必要な看護の業務量を客観的に評価する尺度であり、診療報酬に用いられています。ICU、HCU、一般病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟など、様々な病棟で活用されています。

看護必要度は A 項目（モニタリング、処置、入院時の状況）、B 項目（ADL、療養上の世話、訓練内容）、C 項目（手術等）で構成されています。特に B 項目は、回復期リハビリ病棟で用いられる日常生活機能評価票と密接に関連しており、Box 2 に示されるように、介護保険制度の要介護認定審査における介護認定調査項目とも共通点が多いことが特徴です。

この共通性は、医療と介護の連携において極めて重要です。高齢者が介護施設への入所を申し込む際、施設は介護の必要度や家族状況を勘案し、入所判定会議を行います。この際、要介護度や ADL（日常生活自立度）、認知症高齢者の自立度といった指標が分かれば、必要な介護を予測できます。看護必要度の評価結果は、要介護認定の判定に使われる項目と共通するため、病院から介護施設へ移行する際に患者情報を円滑に引き継ぐためのツールとなるからです。つまり、看護必要度は、病院と介護施設間の連携を促進する共通言語として機能するのです。

多職種協働研修による連携能力の向上と組織文化の醸成

看護必要度を単なる評価ツールに留めず、多職種連携の促進と組織運営の改善に繋げるために、当法人では、介護施設職員を含む多職種協働研修を継続的に実施しています。

当法人は、医療法人 鴻池会といます。病院 544 床（地域包括ケア病棟、医療療養病棟、回復期リハ病棟、精神科病棟）、介護老人保健施設 150 床、グループホーム、有料老人ホーム、訪問看護等と同じ敷地内で有する法人です。法人の所在地は奈良県御所市です。御所市の人口は 2 万 2 千人で、高齢化率は 42.1%。鴻池会は創設して 98 年が経過しますが、利用者さんの立場に立って、医療・保険・福祉・障害の総合サービスを提供し続けています。

昨年 (2024 年) 4 月には、看護必要度の専門家を講師として招聘し、病院看護師に加え、施設看護師、介護福祉士、療養士、薬剤師、管理栄養士、放射線技師、社会福祉士、看護補助者、訪問看護師など、多様な職種から 59 名が参加する研修を開催しました。

研修では、「知る・使える・活用する看護必要度」と題した講義の後、ワールド・カフェ方式を用いたグループワークを実施。誤嚥性肺炎を繰り返す高齢患者が経口摂取し自宅へ帰るという具体的な事例を通じて、看護必要度のデータに基づき多職種でどのようなケアが可能かを演習しました。参加者は、看護必要度の B 項目を起点に「ケアの課題」「連携する職種」「対応（支援内容）」を付箋に書き出し、模造紙上で活発な議論を展開しました (Box 3 参照)。

研修後のアンケートでは、「他職種の方としっかり話すことができた」「自分たちの役割が明確になった」といった肯定的な意見が多数寄せられ、この研修を継続する必要性が強く認識されました。この成功を受け、当法人では病棟看護師、施設看護師、管理栄養士、薬剤師、療養士、訪問看護師をメンバーとする「看護必要度チーム」を立ち上げました。チームメンバーは外部研修で知識を深め、数週間にわたり自部署や担当患者の看護

Box 2 介護認定調査票と B 項目・日常生活機能評価票との関連

介護認定調査票項目	B 項目	日常生活機能評価票項目	介護認定調査票項目	B 項目	日常生活機能評価票項目	介護認定調査票項目	B 項目	日常生活機能評価票項目
第 1 群身体機能・起居動作			2-10 上衣の着脱について	○	○	4-11 物を壊したり、衣類を破いたりすることについて	●	●
1-1 麻痺等の有無について	●	○	2-11 スボン等の着脱について	○	○	4-12 ひどい物忘れについて	●	●
1-2 拘縮の有無について	●	○	2-12 外出頻度について			4-13 意味もなく独り言や独り笑いをすることについて		
1-3 寝返りについて	○	○	第 3 群認知機能			4-14 自分勝手に行動することについて		
1-4 起き上がりについて	◎	○	3-1 意思の伝達について	◎	○	4-15 話がまとまらず、会話にならないことについて		
1-5 座位保持について	◎	○	3-2 毎日の日課を理解することについて	●	●	第 5 群社会生活への適応		
1-6 両足での立位保持について			3-3 生年月日や年齢を言うことについて	●	●	5-1 薬の内服について		
1-7 歩行について			3-4 短期記憶（面接調査の直前に何をしていたか思い出す）について	●	●	5-2 金銭の管理について		
1-8 立ち上がりについて			3-5 自分の名前を言うことについて	●	●	5-3 日常の意思決定について		
1-9 片足での立位保持について			3-6 今の季節を理解することについて	●	●	5-4 集団への不適応について		
1-10 洗身について			3-7 場所の理解（自分がいる場所を答える）について	●	●	5-5 買い物について		
1-11 つめ切りについて			3-8 徘徊について	●	●	5-6 簡単な調理について		
1-12 視力について			3-9 外出すると戻れないことについて	●	●	その他過去 14 日間に受けた医療について		
1-13 聴力について			第 4 群精神・行動障害			【処置内容】 1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. ストーマ（人工肛門）の処置 5. 酸素療法 6. レスビレーター（人工呼吸器）7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 【特別な対応】 10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）11. 褥瘡の処置 12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）	A 項目	—
第 2 群生活機能			4-1 物を盗られたなどと被害的になることについて					
2-1 移乗について	○	○	4-2 作話することについて					
2-2 移動について	◎	○	4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることについて					
2-3 嚥下について	●	●	4-4 昼夜の逆転について					
2-4 食事摂取について	○	○	4-5 しつこく同じ話をすることについて					
2-5 排尿について			4-6 大声をだすことについて					
2-6 排便について			4-7 介護に抵抗することについて					
2-7 口腔清潔について	○	○	4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことについて					
2-8 洗顔について			4-9 一人で外に出たがり目が離せないことについて	●	●			
2-9 整髪について			4-10 いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる					

原図を参考に筆者作成

【図表の読み方のポイント】

左列は、介護認定調査票にある評価項目。その項目に対し、看護必要度の B 項目、日常生活機能評価票項目が同じものは“○”、過去の看護必要度の B 項目にあったものは“◎”、B 項目、日常生活機能評価票にある項目の判断基準や留意点の内容に関連しているものは“●”と示している。介護認定調査票の多くの項目は、看護必要度 B 項目と日常生活機能評価票の項目と繋がっている。

必要度評価を実践。「患者の状態把握や変化がよく分かる」と、その有効性を実感しました。

看護必要度チームによる組織連携の強化と実践への応用

6か月後、この看護必要度チームが主体となり、法人内の病院・施設から多職種が参集する研修を企画・開催しました。今回の事例は、誤嚥リスクの高い患者の「食べたい」という欲求を満たしながらの退院支援でした。前回と同様にワールド・カフェ方式で議論を深め、看護師、施設介護福祉士、病院介護福祉士、療法士といった多様な職種が発表を行いました。

この研修を通じて、参加者からは「院内連携だけでなく、『この患者は自宅退院を希望しているが、まずは老健施設でリハビリを強化してから自宅に戻るのが良い』といった、より具体的な連携のアイデアがブラッシュアップされた」との声が上がりました。看護必要度という共通指標を用いることで、多職種が患者の状況を多角的に理解し、

最適なケアパスを検討する力が向上したと考えています。これは、個々の職種の専門性を尊重しつつ、組織全体として患者中心の視点での連携を深めるという、当法人ならではの強みといえます。

2025年度に向けては、医療療養病棟から老健施設への退院事例をテーマに、看護必要度チームが新たな研修の準備を進めています。このような継続的な取り組みは、職員のスキルアップだけでなく、組織全体の連携文化を醸成し、より効率的で質の高い医療・介護サービス提供体制の構築に貢献しています。

まとめと今後の展望

看護必要度、特にADL評価を含むB項目を適切に評価するためには、「定義」「判断基準」「留意点」をまとめた「評価の手引き」の確認が不可欠です。しかし、実際に多職種協働研修を実施した結果、看護必要度の項目は多職種にとっても患者の状態を理解しやすい共通言語であることが明らかに became.

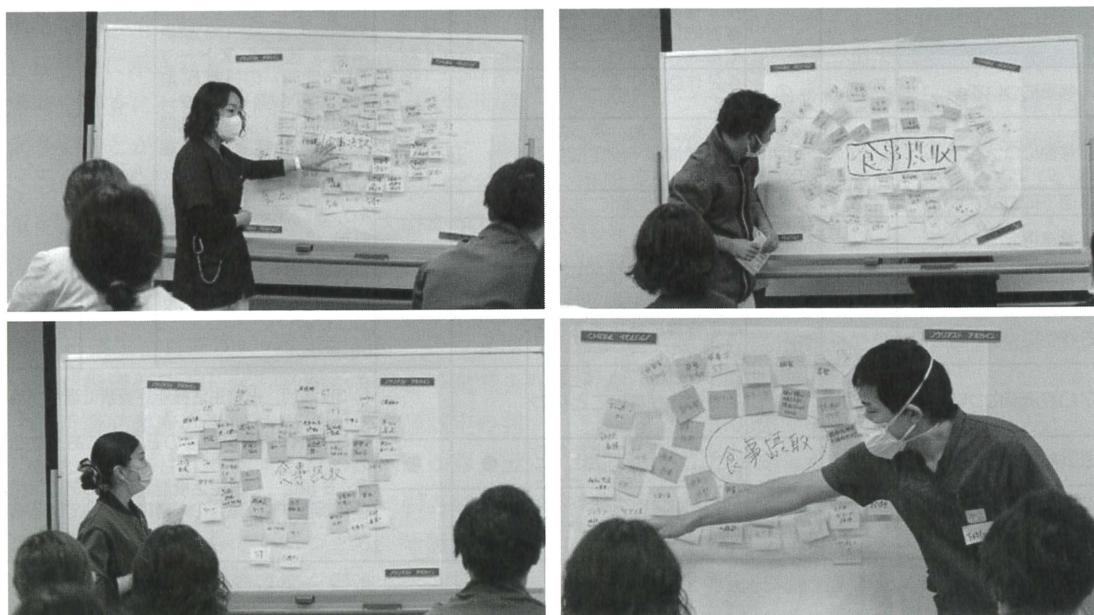
日常的に実施している看護必要度の評価は、患者の状態把握やその変化を一目で把握できるという実感を現場にもたらしめています。日常生活機能評価票を含め、これらの評価項目は病院だけでなく、地域における医療・介護の場でも広く活用されており、病院と介護施設のシームレスな連携を実現する強力なツールとなり得ることが経験的に示されました。当法人では、この看護必要度を核とした連携モデルの実装を進めています。

看護必要度を活用して介護施設との連携を強化するためには、病院で蓄積された評価結果を基盤とし、多職種との院内連携を通じて、患者への具体的な支援内容を検討することが重要です。その検討された支援内容は、看護必要度を介して介護施設へ効果的に引き継がれ、継続的な質の高いケアへと繋がると考えます。この取り組みは、単なる情報共有に留まらず、多職種が一体となって患者のより良い生活を支えるための基盤を築くものであり、組織全体の運営効率とサービスの質向上にも寄与すると期待されます。

References

- 1) 内閣府ホームページ令和7年版高齢社会白書 高齢化の現状と将来像 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2025/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf
- 2) 厚生労働省ホームページ 令和6年度調査結果（速報）概要 令和7年5月22日 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001496472.pdf>
- 3) 筒井孝子、「ナースিং・トランスフォーメーション」, p90～91, 日本ヘルスケアテクノ株式会社, 2022.

Box 3 看護必要度を活用した多職種協働研修風景



【図表の読み方のポイント】

模造紙の中心に気になる看護必要度のB項目を挙げ、「ケアの課題」を青色の付箋に、その課題に対して「連携する職種」を黄色の付箋に、「対応（支援内容）」を思いつく限りピンク色の付箋に記載して貼ります。出来上がったすがたは花のように見えるために本研修では、「花束チャート」と呼んでいます。