

何らかの教育・訓練を受けていた。

(3)看護度測定結果

看護度記入の平均所要時間は、1.57分で、1分以内が73名(63.1%)であった。今回の調査では、A-3、A-4の看護度の患者はいなかった。頻度の高い看護度は、高い順に、C-3が22.3%、B-1が18.0%、C-4が13.7%、B-2が12.3%、C-2が12.0%であった。

看護度の12分類を点数化し、看護者による測定の傾向を検討した。看護者の測定の平均点は4.75で、役割別に平均点

を高い順に見ると、リーダー4.94、婦長4.76、研究者4.75、受け持ち看護婦4.55、患者3.87の順で、リーダーが高く付ける傾向がある一方で、患者の自己測定が最も低かった。

(4)看護者3者の測定の一致率について

1)看護者間の測定の一致率を見ると、3者の結果が一致した患者は48名(48.0%)で、2者一致は40名(40.0%)、一致しなかったのは12名(12.0%)であった。

表13 看護必要量測定の一一致率

3者一致	48人(48.0%)
2者一致	40人(40.0%)
一致なし	12人(12.0%)
計	100人(100%)

2)3者が一致した患者を看護度別に見ると、B-1が66.7%、A-1が56.3%と高く、逆にB-3が12%、B-2が32.4%と3者一致が低かった。誰が見ても、寝たきりで動けない患者の一致率は高く、逆に、動ける範囲、観察の程度が中程度の患者は一致率が低く、看護婦によって判断がばらついていることが予測される。

3)患者の背景による一致の違いについて

表14 患者年齢別一致率

年齢	総数 (%)	年齢別一致率
0歳~15歳	8 (8.0)	2 (25.0)
21歳~40歳	16 (16.0)	9 (56.3)
41歳~64歳	29 (29.0)	14 (48.3)
65歳~74歳	28 (28.0)	14 (50.0)
75歳以上	19 (19.0)	9 (47.4)

入院日数別に測定結果の一致率をみた結果では、入院初期のほうが一致率が高く、

て患者の背景のうちまず診療科による看護必要量測定の一一致について検討した。各診療科の患者数の絶対数に違いがあるため判断が難しいが、3者が一致した患者のうち、小児科の患者で低い一致率であった。年齢別一致率をみると、0歳から15歳の患者で一致率が低い結果であった。他の年齢層では、一致率の違いは認められなかった。

4日から20日で一致率が低くなっている。

患者の安静度・活動範囲では、一部安静 判断がはまらないものは一致率が高かった。
 において一致率が低く、絶対安静のように

表15 入院日数別一致率

入院日数別	総数 (%)	日数別一致率
1日～3日	13 (13.3)	10 (76.9)
4日～10日	18 (18.4)	6 (33.3)
11日～20日	16 (16.3)	4 (25.0)
21日～90日	44 (44.9)	23 (52.3)
91日以上	7 (7.1)	4 (57.1)

表16 安静度別一致率

安静度区分	人数 (%)	一致率
制限なし	38 (38)	20 (52.6)
一部安静	48 (48%)	17 (35.4)
絶対安静	14 (14)	11 (78.6)

表17 活動範囲別一致率

活動範囲	人数 (%)	一致率
歩行	30 (30)	13 (43.3)
室内歩行	21 (21)	8 (38.1)
ベット上	18 (28)	14 (50.0)
動けない	21 (21)	13 (61.9)

表18 意思の疎通別一致率

意思の疎通	人数 (%)	一致率 (%)
正常	76 (76)	38 (50.0)
理解力に乏しい	10 (10)	1 (10.0)
見当識障害あり	6 (6)	2 (33.3)
異常行動、意識なし	8 (8)	7 (87.5)

麻痺の有無では麻痺のある患者の一律が高かった。

表19 麻痺の有無別一致率

麻痺の有無	人数 (%)	一致率
麻痺なし	78 (78)	34 (43.6)
麻痺あり	22 (22)	14 (63.6)

日常生活レベルでは、更衣・清潔は準備すれば自分できる患者の一致率が低く、食事の介助の必要性では、部分介助すればできるの患者の一致率が低い結果であった。排泄のレベルでは、便器・尿器を使用して介助のできるの一致率が高い。

4) 看護婦の背景と測定結果の一致について看護職の経験年数を、1年目、2年目、3～5年目、6～10年目、11年以上に分類して測定結果の一致率を見るが経験年数によって差はなかった。

記入回数では、2回～5回の記入経験を持

つ看護職では一致率が70.4%と高いが、1～2回、6回以上は一致率は40%であった。

患者に直接ケアを提供しているケア日数の長さでは一致率に差はなかった。また、記入に要する時間の長さ、看護度の指導・訓練の有無も一致率に差がなかった。しかし、測定結果に対してフィードバックや指導があった看護婦は、ない看護婦に比べ一致率は約10%高く56.5%であった。業務について忙しさを感じているか否かは一致率に影響しない。

看護必要量の関する教育訓練、フィードバックの内容は、表20に示す。

表 経験年数別一致率 人(%)

	1年目	2年目	3～5年目	6～10年目	11年以上
一致	10 (71.4)	13 (68.4)	41 (73.2)	33 (63.5)	116 (78.4)
不一致	4 (28.6)	6 (31.6)	15 (26.8)	19 (36.5)	32 (21.6)
合計	14 (4.8)	19 (6.6)	56 (19.4)	52 (18.0)	148 (51.2)

表 看護度記入経験回数別一致度

	経験なし	1～2回	3～5回	6回以上
一致	20 (48.8)	14 (42.4)	19 (70.4)	74 (45.1)
不一致	21 (51.2)	19 (57.6)	8 (29.6)	90 (54.9)

表 20. 看護度に対する測定・指導内容

<p><婦長> 1. 看護度 A レベルの患者の見方について <チームリーダーリーダー> 1. 看護観察の程度についての指導(3件) 2. 日常生活の自立の程度の評価に対する指導 <受け持ち看護婦> 1. 生活の自由度Ⅱ・Ⅲレベルの区別に対する指導</p>
--

5) 研究者の測定結果との一致について
研究者の看護度測定結果を基準として、看護婦3者との一致率を見た。その結果研究者と測定結果が一致したのは、婦長81

名(81%)、リーダー74名(74%)、受け持ち62名(62%)であった。各看護度別の一致率を表21に示す。

表21 役割の看護度別一致率

役割 看護度	婦長		リーダー		受け持ち		患者	
	度数	一致数 (%)	度数	一致数 (%)	度数	一致数 (%)	度数	一致数 (%)
C-4	10	8(80)	11	7(64)	20	9(45)	11	3(27)
C-3	25	22(88)	22	19(86)	20	19(45)	12	9(75)
C-2	13	10(77)	13	11(85)	10	8(80)	11	6(55)
C-1	6	5(83)	6	4(67)	5	3(60)	3	2(67)
B-1	1	0	2	0	3	1(33)	0	0
B-2	13	9(69)	8	4(50)	4	3(75)	5	1(20)
B-3	10	8(80)	14	10(71)	13	6(46)	8	3(38)
B-1	16	13(81)	17	13(76)	21	12(57)	3	1(33)
A-2	0	0	0	0	1	0	0	0
A-1	6	6(100)	7	7(100)	3	3(100)	1	1(100)
合計	100	81(81)	100	74(74)	100	62(62)	55	25(45.5)

研究者の測定結果と患者の看護必要量自己測定結果との一致率についてみると、自己測定を行った患者55名中、研究者の測定結果と看護度が一致していたのは25名(44.5%)であった。一致率が高かった看護度は、A-1、C-3、C-1であった。A-1の患者は、術後1日目の患者であった。一致率が低かったのは、B-3、C-4であった。

看護必要量導入に対する患者の意見を聞いた結果では、看護必要量導入に対しては、賛成・反対いろいろな意見があった。入院期間中の看護必要量は変動するので、その変動をいちいち測定するのは大変だと思うので、平均して一律料金でよいのではないかという意見と反対に、看護必要量の変動に応じた料金のほうが公平であるという意見があった。共通していたのは、平等に等しく患者に看護が提供されること、質のよい看護を提供する病院であれば看護料を高く払ってもよいという意見であった。

現状の問題点として、請求書の内訳の

不明瞭・金額に対する説明の無さ・入院費の相談できるところがない等、また、家族が提供する援助と、看護婦の提供する看護の不明瞭さなどが挙げられていた。詳細は資料2に示す。

<考察>

(1) 患者背景と測定の一貫率について

3者の測定結果の一貫率が低かった看護度は、B-2、B-3であった。また、患者の背景と測定結果の関係を見ても、入院日数区分において入院初期と退院間近で一貫率が高くなっていること、中間のセルフケアレベルにある患者において一貫率が低いこと、各種チューブ類が挿入されている患者の一貫率が低いことなどを考えると、菅田も「Bレベルは、幅が広くあてにならない」と述べているように、中間的な状態の患者は、看護必要量の測定が変わる可能性が高いことがわかった。中間的な状態の患者について測定できる信頼できる測定ツールが必要である。

年齢区分による一致率では、15歳以下が低く、診療科でも小児科の一致率が低くなっている。これは、小児の養育・養護の部分の看護度への反映の方法に課題があることを示唆している。このことから、小児領域においては小児の発達年齢を考慮した、看護必要量の測定ツールが必要と考える。

(2) 看護者の背景の特色と一致率について

研究者が行った測定と一致率が高かったのは婦長であった。しかしながら看護必要量の測定には管理者の能力を必要とするものではなく、また看護必要量の測定は管理者の役割ではないので、婦長が看護必要量を測定するのに適任であると結論づけることできない。おそらく婦長が持っている背景的条件、すなわち経験の長さ、病棟の患者全体を見ることができると、看護度の記入回数等が、より適正な測定結果をもたらした原因であろう。従って、婦長のように管理的立場にいる者でなくても、背景的条件を整えば、測定者となることができると思う。

経験年数と測定者との一致率のクロス集計では、経験年数11年目以上の一致率が78.4%と一番高いが、1年目でも71.4%ありそれほど変わらない。しかし、6年～10年目の一致率が63.5%と最も低い結果であったが、この年代はリーダー役割の看護婦が36.1%と最も多く占めており、経験年数よりもチームリーダーとしての役割による責任の感じ方からより高く看護度をつける傾向が生じ、それが一致率を下げていたと考えられる。

看護度記入回数で見ると、1～2回と6回以上の人的一致率が低い。これは少なくとも3回以上看護度をつける訓練が必要で

あること、さらに一方で、何度か経験した後は、患者の状態の判断と看護必要量について、フィードバックと指導が必要なことを示している。

看護婦の危険予測の有無が看護度の一致率を下げていた。すなわち患者に危険や変化を予測している看護婦ほど看護度を高くつける傾向があった(予測あり3.29、予測なし3.01)。これは専門的判断・見通しによる危険の予測なのか、患者の状態が改善しているにも関わらず、ただ心配で看護必要量を高く付けているだけなのか見当が付きにくい。例えば、問題点に「痙攣の危険性」が上がっていたが、カルテの経過記録では、調査時の1ヶ月前に痙攣があったのみで、それ以外痙攣の記録はなかった。このような患者を、痙攣を起こす危険があるのということで観察の頻度の看護度を上げるか、また1ヶ月も痙攣が起きていないとして観察の頻度の看護度を下げるかは、看護婦の判断にかかってくる。看護婦の不安、安心を含めて看護必要量が記入されていることが示唆された。患者の状態の変化についての予測がつくようになる程度の経験が必要である。

看護必要量の測定は、今まで忙しさの測定のために使われることが多く、そのため、忙しいと感じている看護婦は、高めにつける傾向があるのではないかと思ひ、役割別に忙しさの感じ方を分析したが、忙しさの感覚と測定結果には関係がなかった。

(3) 患者の自己測定導入の可能性について

今回の調査のように、看護必要量について患者の自己測定を行ったのはこれまでになく、患者の看護度の測定と測定者の看護度の一致が44.5%であったのは高いのか

低いのか判断できない。しかし、患者が看護必要量に非常に興味・関心を持っていることが分かったことは、今後、看護必要量測定に患者の自己測定導入の可能性が大きいことを示している。しかし現状では、患者は看護料について詳しい情報をほとんど持っておらず、まして金額のことはほとんど知らない状態である。金額を聞かされたとしても、それが他のサービスと比べて妥当なのかどうかの判断すら出来ない。1日7000円、1時間あたり290円、それは安すぎないかという患者もいた。患者に納得のいく料金体系の説明とならびに支払いに対する説明機関も必要である。看護の平等な提供、質のよい看護を提供してくれるなら多少高くても看護料を払ってもよいと考えている患者に、納得してもらえるように、看護のアウトカムと患者満足をリンクさせて考えてゆく必要がある。入院時看護計画を患者に説明するときに、クリティカルパスウェイを用いている病院もある。例えば、その経過日数に応じて看護必要量も記入されていれば、患者の納得も得られやすいのではないかと考える。

看護の質・患者満足を考えるときに次の患者の言葉は参考になる。「自分たちがして欲しいのは、トイレの後すぐに手を拭いてくれたり、食器をすぐに片づけてくれたり、排泄物をすぐ処理してくれたらと言うことである。そんなことは、専門家でなくても出来ることなので、もっと看護婦の仕事を整理した方がよい。」と、看護の業務整理について述べている患者もいた。看護婦に頼みたくても、ばたばたと忙しそうにしているために頼めず、患者は我慢している。看護業務の何をどのように整理し、どのような職員構成でゆくのか、その中でど

のように患者満足を上げてゆくのか今後、看護管理者に課せられた課題であると思う。

4. 看護必要量導入に関するフォーカスインタビュー

<調査目的>

看護必要量測定を医療機関にて導入するにあたり、現実的な課題を抽出する。

<調査対象>

K県内17の医療機関に勤務する看護管理者19名（首都近郊のK県の総婦長会にて研究協力を賛同のあった53名に案内のはがきを送り19名が参加した）

参加者の所属する医療機関の特性は、資料2参照。

<調査方法>

(1)5~6名のグループにわけ、研究メンバーが司会進行をつとめ論点を討議した。

1998年11月23日

10時から12時 2グループ

14時から16時 1グループ

グループインタビューの内容は、参加者の了解を得て、テープレコーダーにて録音し、テープおこしをして分析を行った。グループインタビュー後に参加者から自由記載でコメント（資料3）を提出してもらった内容も含めて分析した。

(2)インタビューツールの概念枠組みは、以下の通りである。

- 1) 看護必要量の測定に関して
- 2) 看護必要量の導入に関して
- 3) コンピューターの活用
- 4) 現在行われている看護必要量の測定状況

<結果・考察>

看護必要量導入に関して看護管理者は、「やっと看護が測定されるようになった」というポジティブな反応であった。導入にあたり最大の論点は、ツールである。

ツールは、

①簡便であること。測定するのに一病棟で一回に5分ないし10分程度なら毎日測定することは可能である。

②すべての疾患や状態に当てはまるツールはないので、精神、痴呆、小児などそれぞれに別のツールが必要である。

第二点目は、患者のケアに関する業務分担である。どのような職種の人達がおりにどのように業務分担されているかが病院によりかなり異なっているため、看護必要度を客観的に出したとしても看護婦の配置数に関して全国レベルで統一することはほぼ不可能である。

第三点目は、病棟単位か患者単位で測定するののかに関しては、患者単位が望ましいが現実に患者単位で測定後にその都度看護婦の増減を行っていくことは、不可能なので病棟単位でよいのではないか。それに病棟単位でチームでケアをしているので病棟単位での測定でもよいであろう。

第四点目は、必要度としてそこに勤務する者が申告していく場合必要以上の申告もありうるので、測定システムが必要である。実際にインタビューに参加している。ある病院では他病棟の看護婦が看護度を測定するシステムが確立しているところもある。

第五点目は、導入に伴いコンピュー

ターは必須であり中小規模病院ではその完備が経済的に困難である。厚生省からの補助を望んでいる。

第六点目は、看護人員の算定の時、看護婦の実践能力をどのように測定し、人員に反映していくかである。特に、新卒に関してはいつから一人の人員として換算できるようになるのか課題である。入院患者の重症度が上がり、在院日数短縮によりさらに必要度は上昇することが予測される。そのような現状の測定はプロセス測定がされていない。

現状では、看護婦ひとりひとりにかかる臨床能力が要求され、また夜勤などが2人および3人で組まれているとなると、新卒を1人前とみなす時期については論議する必要がある。

<まとめ>

看護必要量導入に関して、現実的課題を抽出する目的で看護管理者にグループインタビューを行った。導入に関する課題としては、簡便なツールの開発、看護業務分担とその整理、コンピュータの必要性、看護婦の臨床実践能力等が討議された。実際の導入に関しては、今後啓蒙活動や客観的測定も必要である。看護管理者は、導入については肯定的な視点をもっていることがわかった。

D. 結論・提言

看護の測定に看護必要量を加味した看護料金体系を導入することについて、導入のための課題や準備の必要性を探り、導入のありかたを明らかにすることを目的に本研究を行ってきた。4つの調査の結果から、次の点について結論と提言を

述べる。

<導入への準備と課題>

(1) 看護管理者の将来展望

看護必要量を測定すると増員になると楽観的な予測もあるが、減員になることもあるかもしれない不安も持ち合わせており、必要度の測定が現場にどのような影響を及ぼすのか現実的によみきれていない。

(2) 看護必要量の使い方

看護必要量の測定結果を有効に使っていくための具体策はまだ持ち合わせていないために、ツールが開発されると、そのまま測定して、加算された看護料金に応じた看護婦の配置数だけに関心を払うことのみで終わる可能性がある。そのために、看護職員の柔軟な雇用形態についての研究と体制の整備についての取組が早急に必要である。

(3) 急性期・慢性期病床における看護の経済的測定の格差

慢性期病院と急性期病院の看護の経済的測定の差に看護管理者の抵抗感があるため、看護必要量の測定は、公平にする必要がある。

(4) 看護管理者の経営感覚の必要性

看護必要量の測定は、看護サービスの質の保証を担保することで、経済的な測定に直結するために、経営者としての看護管理者の技量がさらに問われることになる。

<看護必要量測定の概念について>

これまで看護必要量は主に看護業務の忙しさを測定するために用いられてきた。その主要な目的は、病棟の忙しさをアピールし看護要員増員のための基礎データ

とすることであった。そのためには、患者が看護のケアを必要としている量だけではなく、ゴミの整理やカルテの整理、掃除等、病院や病棟の管理運営に関連する業務も含めた看護要員必要度を測定する必要があったと言える。しかし、看護料は患者に対して提供される看護ケアに対して支払われるものという考えがあり、忙しさを測定することと、患者に必要な看護ケアの量を測定することについて、概念の整理をする必要がある。今回の実態調査では、病院・病棟運営に関する看護と他職種との業務の委譲・分担状況が施設により大きく異なっており、たとえ看護必要量の測定が導入されたとしても、病院維持管理業務の整理が行われなければ、患者に必要な看護ケアの提供を保証する事ができないし、また期待するところの看護職の忙しさの解決にもつながらない。

看護必要量測定の概念の整理に関する二点目は、看護必要量測定方法による概念の違いである。看護必要量は現在、患者が必要としている看護必要量、すなわち予測としての「必要量」と、看護を提供した量「提供量」とが混在して語られている。予測としての必要量を測定する方法では、必要とされる看護ケアの提供を保証するような、サブシステムの導入が必要である。

<看護必要量測定方法について>

(1) 看護度測定の単位

看護必要量の測定は患者ごとであるが、看護料に加味する方法としては、病院単位、病棟単位、患者の一入院単位、患者単位に日々算定する等、が考えられる。

今回の調査による看護必要量の変動状況を見ると、病棟間で優位に異なるという結果が出ており、病院単位での看護必要量の測定では、適正な看護必要量が反映されないと思われる。本来ならば患者単位で日々の看護料を算定するのが、より明確になるが、測定や事務処理のための業務量が増加すること、とインフラの整備が不可欠であることを考えれば現実的ではない。患者の一入院単位ごとの看護料算定も適切な測定となると思われるが、標準化のためのデータの蓄積がないことにより、早急な導入は不可能である。以上の結果より、病棟単位の看護必要量を平均する方法が現実的である。

(2)測定頻度

適正な看護必要量測定のために、どの程度の頻度で測定すべきか、またどの程度のデータの蓄積が必要かを検討するために、看護必要量の変動状況を、病棟間差、1看護単位内の年間変動及び月内変動、週間内変動(曜日による変化)、の点から検討した。その結果、曜日による看護度の差は認められなかったため、測定はどの曜日でも可能ということができる。しかし月内変動が顕著であるため、毎日一ヶ月程度測定したデータを平均する方法が妥当と考える。

(3)測定所要時間

看護必要量を測定するための所要時間は、今回の調査では患者一人あたり30秒以内が最も妥当な所要時間ということができる。この程度の所要時間の簡便な測定ツールを期待する。

(4)インフラの整備

患者個々の看護必要量の測定、およびその集計のために、インフラの整備が

不可欠である。

(5)測定者について

測定者測定ツールにもよるが、患者の状態の変化の予測が看護必要量測定に影響していることを考えれば、患者の変化の予測性がつくと思われる、2～3年以上の経験者が妥当である。教育訓練はOJTによる説明程度で可能と思われるが、測定結果への指導とフィードバックによる訓練が重要である。

(6)患者評価の導入

第三者評価として患者の評価を導入するにあたり、患者への看護必要量とその料金体系、看護の質などの情報提供・公開が必要である。

E. おわりに

「看護必要度を加味した看護料」の導入は、看護がこれまで待ち望んできたことといえる。看護必要度によって適正な看護料が評価されることは、適正な看護職員配置につながるための第一歩でもある。

本研究では看護必要度の導入・利用の実態や、看護必要度の変動の状況、ならびに看護管理者による導入に課題等を検討することを通して、新たな看護料金体系の可能性を探ってきた。

看護必要度を基盤とした看護料の導入に際しては、適正な看護必要度測定ツールが開発されることが第一であるが、病棟単位での看護必要度を用いた看護料評価が可能であるといえる。

今後は、本研究で示唆された看護必要度評価方法を基にしながら、導入のモデル事業につなげていく必要がある。

最後に、本研究を行うに当たり、ご協

力いただいた三つの施設、ならびにグループインタビューにおいて忌憚のない意見をいただきました、看護管理者の方々に感謝申し上げます。

F. 研究発表

1. 論文発表

・平井さよ子、上泉和子他：看護必要度評価ツールの検討－看護必要量評価基準に関する研究－看護管理、9(2)、154-158、1998.

・田中由紀子、上泉和子他：看護必要量を加味した看護料の導入を控えて、看護展望、24(2)、50-51、1999.

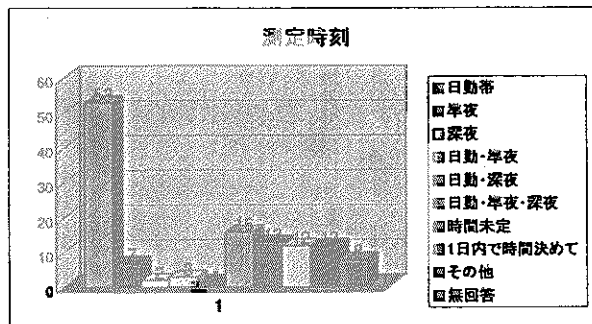
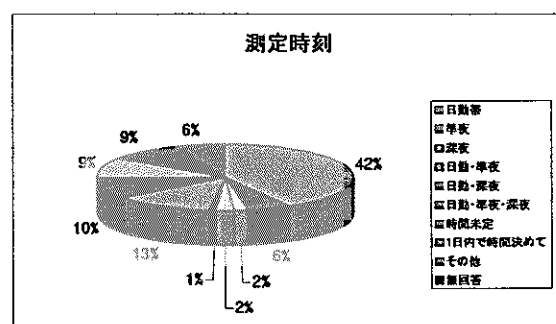
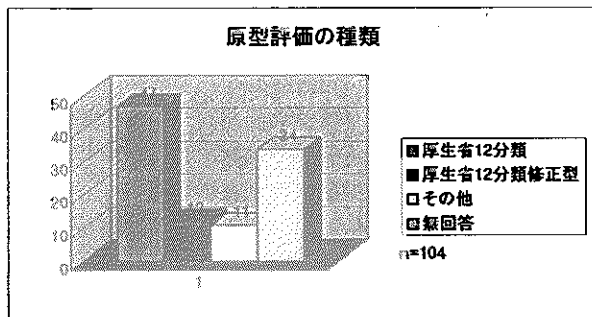
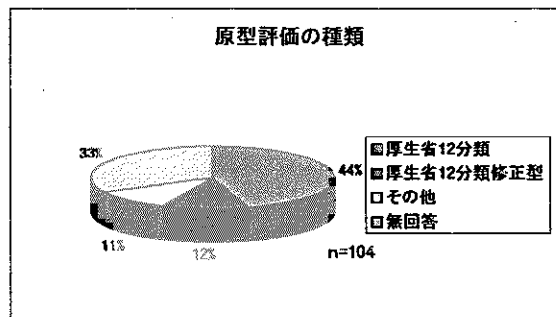
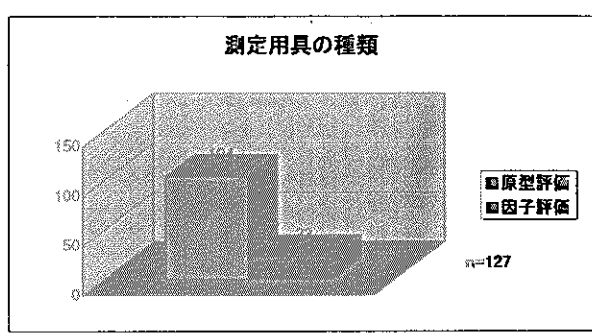
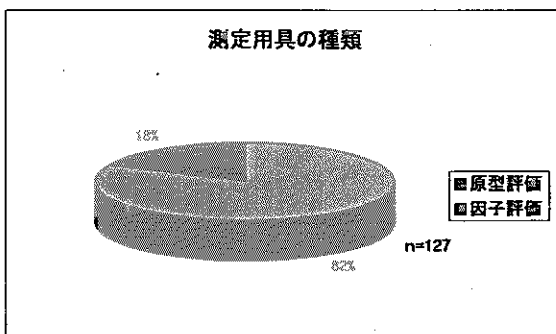
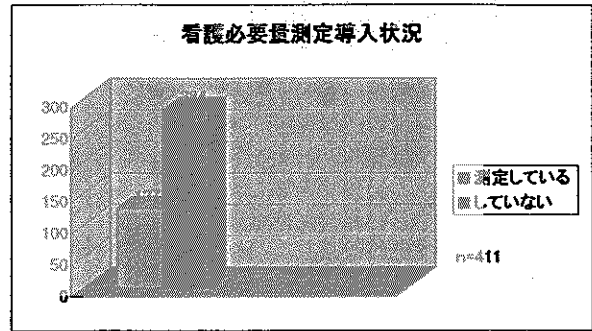
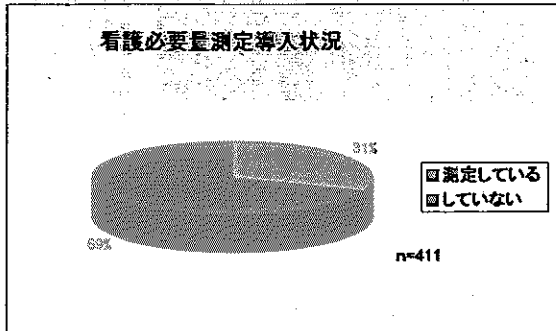
2. 学会発表

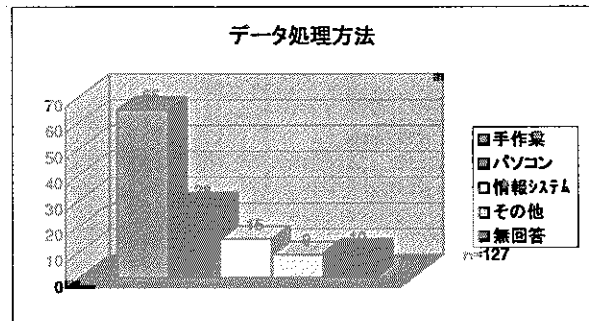
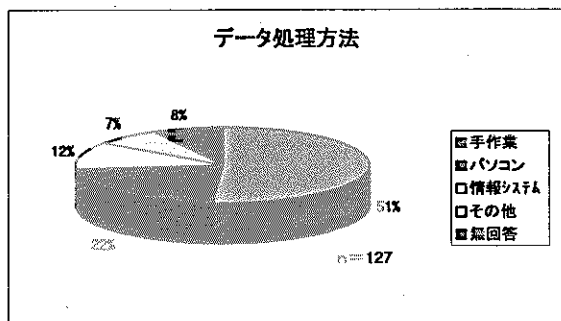
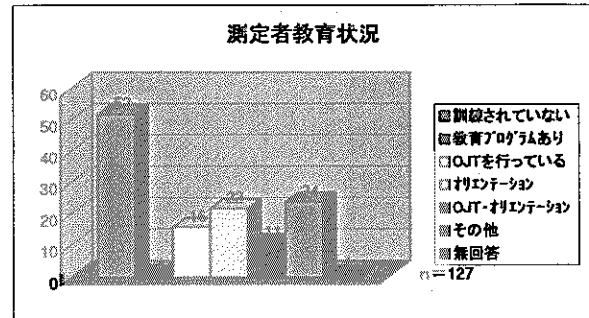
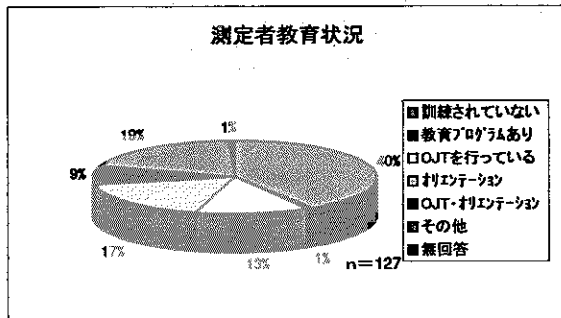
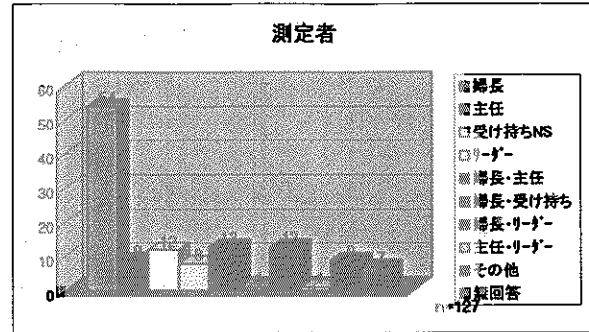
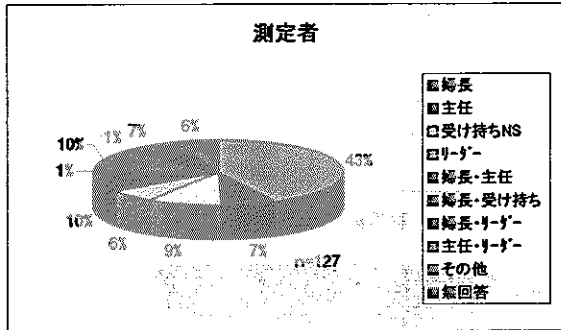
・平井さよ子、上泉和子他：看護必要量の評価に関する研究、第2回日本看護管理学会、1998.8月、大分

資 料

- 資料 1 看護必要量導入の状況
- 資料 2 患者インタビュー結果
- 資料 3 看護必要量導入に関する意見
- 資料 4 看護必要量導入実態調査用紙

資料1 看護必要量導入の状況





資料2. 患者インタビュー結果

(看護料に対する患者の意見)

1. 自分でなんでもできると看護料は高いと思う人も入るかもしれない。考え方の相違がある。看護料が一律に決まっていってもおかしくない。入院はたまにしかないのだからわからない。
2. 意見なし
3. 動ける人と動けない人と差があってもよいのではないか。動ける人は、維持的なことで料金がかかっている。
4. 3歳以下は24時間親の付き添いが必要。親が付き添っても同じ料金では不公平。保険料を払っているのに、家族の負担が大きい。
5. 血圧測定が一日2回、検温が一日1回だけ、そして薬を持ってきてもらうだけで、一日7,000円は高い。今の看護料金に不満。
6. 看護婦さんにしてもらっていることは、一日4回の吸入と一日1回の検温だけ。
7. 今の看護料はわからない。できるだけ手がかからないようにがんばっている。
8. 意見なし
9. 意見なし
10. 金持ち、貧乏人、老人、若い人などが差別を受けないように平等に看護が受けられるようにしてほしい。自分は今年金生活なので今以上に入院負担がかかるのは非常に不安。
11. 右手が不自由で、今回9回目の手術を受けた。自分は今、左手で大分できるようになったが、手の係り具合で料金が

設定されたら寝たきりの人は、看護料が高くなり大変だと思う。

12. 今の請求書では、看護料金がわからない。看護料金の基本が何かわからない中で、請求されたら金額に納得も何もなく支払うしかない。

13. 夜、看護婦さんが2人しかいないから、気の毒。トイレが朝の一時に重なるので、待たされることがある。

14. 看護婦個々の能力レベルによって料金を決めたらどうか？

15. 用があればナースコールで看護婦を呼ぶので、1~2時間毎に看護婦が必要ではない。いろいろな患者が入るので、今の一律の看護料金は不公平。

16. 動けないのでいつも看護婦に世話をしてもらわなければならない。大部屋で自分1人が動けないので非常に、重症という感じがある。

17. 動けないので、身の回りのことはすべてお世話になっている。

18. 入院中に一人の患者が、悪い状態から回復するという変動がある。そのあたりをならして、一律に決められているのは仕方がない。元気に入院しても手術して動けなくなり、また元気になり動けるようになる。入院中や、一日の中でも看護婦の手のかかり具合は変動がある。

(SAG 後のように検査後や、昼と夜では看護婦に来てほしい割合が違う)

19. 今は社会保険本人だが家族になると入院費は2倍になり、長期に入院するのは経済的に難しくなる。1ヶ月近く入院しているが病名、原因がわからず症状も軽減しない。今の、長期入院患者の制度は中途半端な状況で、検査ばかりで、入

院費ばかりがかさむ。病気になると、重症の人が不自由な思いをして、入院費は高くかかる。長引くと大変。病気の度合い、見通しなどを考慮して長期の体系は別に作ってほしい。

20. 入院時は妻が付き添っていた、身の回りのことは妻がすべて行っていた。それでも重症だと看護料は高くなるのか、家が遠いので病院側で身の回りのことはしてほしい。元気なときは、お金のことは考えなかったが、病気になると余分な出費は極力したくない。現在の7000円は高いと思う。

21. 看護婦数が少ないと思う。患者にも遠慮がある。こんなことどこに言って行けばよいのかわからない。

22. 意見なし

23. 入院中の経過によって重症度は違ってくる。治療費がどこまで看護料をカバーしているのかわからない。年々医療費は高くなっている。個人経営の場合、保険料自己負担も多い。

24. 看護料金のことは分からないが、夜、看護婦さんが2時間後とに回ってくるけど大変だと思う。

25. 今は、手術後でランクが高いがそのうちランクが下がって行く。

26. 程度によって看護料が決められるのは、考えたことがない。患者にとって必要な医療と看護を提供してほしい。平等に見てほしい。どんな状態でも一人の患者としてみてほしい。料金に差があることはすっきりしない。入院料に看護料があることは知っているが料金は知らない。

27. 程度によって看護料が決められるのは合理的だと思う。感情的には一般的な

お値段で、重い軽いに関係なく一定の値段で見てほしい。合理的にすると割り切れないものもでてくる、その不満をどうするのか難しい問題もでてくる。特殊な対象（収入、高齢者、障害者等）には、国からの配慮がほしい。

28. 合理的だと思う。手のかかる人は料金を高く払って看護婦の人数を確保したほうがよい。軽い人は料金を安くしてもよいと思う。料金が高くなればそれに見合うサービスの質がシビアになる。多分配分のバランスになると思うので、高い料金を払っている人は質の向上を求める。これは、他の分野でも同じことである。看護度の測定については、手術をする人は、手足が動かないとか点滴をしているとか目に見える形があるので明確にランク付けをできるが、他の病気ではこの分類をもう少し細かくするとか、もしかしたら難しいかもしれないし、良く分かりません。

29. 7,000円は高い。もう少し安くてよい。5,000円くらい。70歳過ぎて肝硬変、胃潰瘍があり、今回は足の静脈瘤で入院した。いろいろな病気を持っているので、いい先生がいて設備が整っていれば、一律7,000円でもよい。

30. 看護度の違いによって看護料が決められるものなのか？何を根拠に決めるのか良くわからない。請求書を見ても細かい内訳がないので、看護料がいくらなのか分からない。他の病院と比べてどうなのか分からないので何とも言えない。患者としては、請求書がきたらそれは、黙って払うものだと思っている。今回は、約30万円だったが、次回はいくらなのか心配している。入院費の請求は、細かい

内容の明細がほしい、また、こういいことを（入院費ついて）説明してもらえるシステムがほしい。看護料 7000 円を 1 時間に計算すると 290 円くらいで安いと思う。看護料金を払うとしたら看護婦の数がいて、安心して入院していただける病院は高く払ってもよいと思う。

31. 看護度によって差をつけるのは、おかしい。私は、以前 A レベルだった。状態が落ち着いて B になったが、1 人の入院期間を通して平均すると 1 日 7000 円かなと思う。トイレに 1 人でいけるようになっても 7000 円払ってもよいと思う。1 日の内でも容態が変化するので看護度によって差をつけないでほしい。私は、現在看護婦さんにやってほしいことは、ポータブルトイレを使用後すぐに片づけて、お絞りを持ってきてほしい。トイレに関することをきちんとやしてほしい。向いのおばあさんは、さみしくて何回もナーズコールをして、看護婦さんが飛んでくる。患者もそれぞれ違うのに何を信頼して計るのかわからない。入院期間中を平均した料金でよいと思う。

32. 段階的料金は必要でしょう。でも事務手続きが大変。私の場合は、電動ベッドであれば C になると思う。不自由な部分を補う用具があれば看護度は変わってくる。私が、今看護婦さんをお願いしていることは、食事のために起こしてもらうこと、手の届かない物を取ってもらうこと、水を汲んでもらうなど資格がなくてもできることばかりです。このような業務に対する料金はどうするんですか？いつも看護婦さんが忙しくて、ものを頼むのに気が引けるので雑用をする人を入れて看護婦さんの仕事を整理した

ら如何でしょうか？

33. 看護料があることは知らない。入院料にひっくるめて払えばよい。同じ部屋にいて看護料に差が出るのはいやだ、平等にしてほしい。私はペースメーカーが入っているので身障者の補助を受けているのでお金は負担していないが、補助がなくてお金を払う身になったらとても大変だ。

34. 入院期間が決まっているので、看護度に料金が決められてもよいが長い入院の場合はわからない。看護の料金を払うとしたら、きちんとした看護をしてくれる病院に高く払いたい。きちんとした看護とは、態度、患者への接し方、患者の気持ちを汲み取った対応をしてくれる、6 時間ごとにきちんと薬を持ってきてくれる、患者を安心できる状況においてくれるなど。以前父親が入院した時、手術後痛がっていたので看護さんにいったら、手術をしたから仕方がないでしょうといわれた。そのような看護婦さんには、看護料ははらいたくない。

35. 仕方がない。必要な時に必要なお金を払うべきだと思う。生活の自由度で IV でも、手の骨が折れて顔が洗えないなどの不自由さをどのように判定するのでしょうか？金額を患者にわかるようにしてほしい。看護料という言葉も初めて聞いた。医療費の支払いの明細をもう少し詳しく細かく提示してほしい。

36. ある程度は仕方がない。看護の度合いを決めるのは、専門家にやってもらいたい。平等に見てほしい。明細書に料金をきちんと書いてほしい。料金について説明する部門があるとよい。先日料金の間違っていただけと、差し替えの用紙を持

ってこられたが、説明がよく分からない・できれば、入院前に入院中の料金が細かわかるようになればよいと思う。部屋代もあわせて看護料金がかわってもよいと思う。高い部屋代が、払える人は高い看護料金で、大部屋の人は、安くしてもよい。高齢者の看護料は安くした方がよい。

37. 仕方がないことだと思うが、程度つけは難しい。それにお金がついてくるとなると一筋縄ではいかない。看護の手がかかって料金が高くなると年金生活者はとても大変になる。昔、付き添い料を払っていたが、あのことを思えば今はありがたい。今の程度で我慢している。

38. 看護度によって看護料を決める必要はない。看護の必要量をいちいち細かくつけて行くことは不可能だと思う。看護を必要とするところに手をかけ、必要でないところに薄くなっても患者は不公平感を持たない。自分の経験で言えば、37年間サラリーマンで健康保険を払い続けたが入院したこともないし、風邪でかかることもほとんどなかった。定年後に病気になり看護婦さんの手を煩わせている。保険料を払い続けている間も不公平だと思ったことはなかった。これと同じ考え方で、公平な考え方をしてほしい。看護料金があるということは今始めて知った。

39. やむをえないと思う。看護を必要とする度合いはいつも患者のことを見ている看護婦さんであれば正確に分類することができると思う。私は、リハビリで入院しているが、外科では手術直後などは、手にかかる度合いが違うので外科卒での分類が必要。私の場合は、Ⅲでも車椅子で動けるのわけ方になる。病気によりい

ろいろな分類をする必要がある。

資料3. 看護必要量出席者 アンケート結果

1. 看護ケアを細分化する必要がある。実習指導に関わる看護婦の業務も査定していく必要がある。食事の全介助における重度看護ケアを考慮していきたい。ケアを記述し重度化された看護を他者に理解してもらうことが必要である。
2. 現在の私の課題は特殊疾患入院施設管理料（1日350点）を届け出している病（50床）神経難病と精神疾患の看護婦の配置を何名にするかということだ。県に予算化されているのは2:8体制。しかし現実的には重症をかかえ17名では業務上困難です。病棟全体の中でやりくりしてやっと2.5:8体制までにしましたが、これ以上に人を増やすわけにはいきません。看護必要量で看護技術の測定をされるようになれば根拠のあるデータで示すことができるようになるのではないかと期待しています。
3. 補助者のカウントを必ず入れて欲しい。（看護婦がやるべきこと、補助者でいい業務が必ずあります）看護計画が利用者にみえるようなシステムが必要であると考え。（病院差が大きいので大変だが看護の質を上昇させるためには必要と思います。）一般病院の内容にも差があるので基準づくりが非常に大切だと思う。
4. 高齢化社会の中での看護を出していくには看護補助者を別枠で位置づけることが必要である。測定ツールがきちんとできれば看護の現場の中で看護度をつけることはさほど困難ではないと思う。しかし看護料金に差がでてくれば看護実践の差を患者にわかるように提示していくことが求められると思う。看護の質・看護婦の質が問われてくるようになると思う。
5. 看護必要量の考えは基本的には大賛成賛成です。看護であるものとそうでないものが未だ明確になっていない今明確な看護の測定スケールを明示していきたいし、明示できるよう私たちが努力していかなければと思います。正当な測定と報酬が得られるよう期待しています。ただ、高機能病院ばかりに片寄らないように願っています。
6. どの施設にも共有できる看護度測定ツールの導入には賛成意見が多かった。ただし、妥当性、信頼性のあるツールの開発変動する保健医療福祉の動向の中でメンテナンスの問題がある。測定者は訓練を受けた一定の人材が必要である。ツールの中味の情報が公開されることで患者自身の意識（重症度の高いときはケアを濃厚にしてほしいというニーズ）も変わり病院も淘汰される。また病院の機能化もさらに進むのではないかと。看護必要量分類と測定と実際に提供されたケアのすりあわせは第三者測定でおこなわれるべきだ。ただ、健康レベルごとに病棟を編成するPPC方式については午前の民間病院の看護部長のインタビューほうが難色はなく午後の看護部長の集団は難色を示す人がほとんどであった。むしろ患者を動かすより看護婦の配置を変動させる方が可能という雰囲気である。

7. 午前の部は民間病院の看護部長ばかりであった。看護部長の意志決定で業務改善も実施出来る様子にはびっくりしました。看護必要量を導入しても可能である。(ツールさえきちんとしていれば)という意見が多く、本当にやれそうという感じを受けた。ヒヤリング前は民間への導入は大変という思いがあったが・・・、午後は県立や大学病院の看護部長方が多く午前とは違う印象を受けた。民間は少ない人数で効率的にケアしているが公立系は業務委員会等を有し人的に差があると感じた。看護部長の意志決定がどこまで可能か疑問にもった。どちらにしても導入に対する否定がなかった。また、年間を平均すると看護度が平均化するという意見はありがたかった。測定方法の参考になった。
8. 看護度調査により診療報酬に反映できるような研究につないでいただければ嬉しいです。看護度調査のガイドラ

インは必要ですができるだけシンプルなものになれば施設でも導入できると思います。そのためには機能分化された施設ごとに調査表が異なるのはやむを得ないと考えます。今後とも何らかの形で協力できることがあれば声をかけて下さい。今後は外来看護の方も必要だと思います。

9. あきらかに病態から看護ケアを必要とする患者さん(在宅・他施設ではケア量が多すぎてケアできず当院に10年以上にわたって入院しているALSの方)等、ケア量は入院時より増え少なくなることはない場合は調査をしなくても入院時から固定の看護加算をしてほしいと思います。こういった患者さんの存在が看護婦の意欲を削ぐことにもつながっています。(精神的負担が大きすぎて)OP等では加算はある程度一律にしてもよいと思われます。精神科の合併症加算も考えてほしいと思っています。