

## 8. ICU患者における「処置」及び「患者の状況」評価尺度の得点

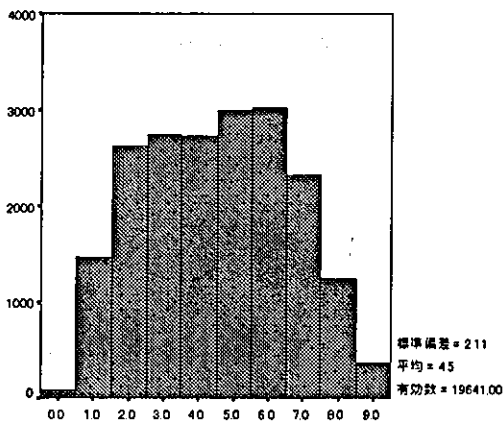
### (1) 全般的な得点傾向

全般的に、処置が全くない患者（0点）とすべての治療を受けている患者（9点）は比較的少ない。処置得点の平均値は、4.5点である。したがって多くの患者は、5つ以上の処置を受けていると考えられる。

また、ICU患者は、すべての動作に介助が必要な患者（10点）が最も多く、56.8%を占めている。処置得点の平均は、1.5点であり、2点以下の患者の75.9%を占めていた。

この結果は、ICUに入室している患者の実態を反映していると考えられた。

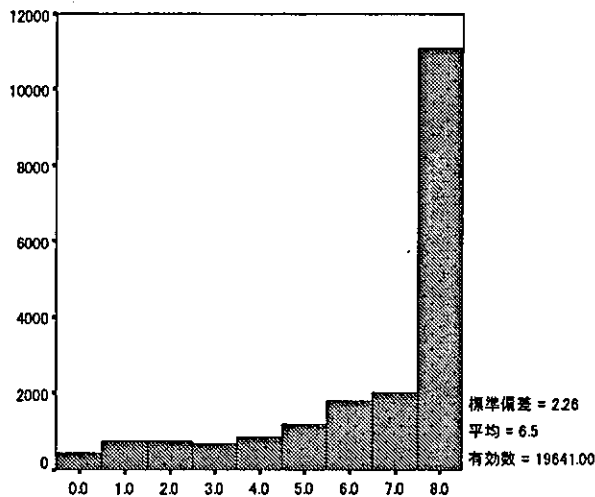
表Ⅱ-3-28 処置得点の分布



合計得点	度数	( )
0点	86	( 0.4 )
1点	1,463	( 7.4 )
2点	2,630	( 13.4 )
3点	2,751	( 14.0 )
4点	2,741	( 14.0 )
5点	2,999	( 15.3 )
6点	3,023	( 15.4 )
7点	2,334	( 11.9 )
8点	1,245	( 6.3 )
9点	369	( 1.9 )

図Ⅱ-3-8 「処置（9項目）」に関する分布

表Ⅱ-3-29 患者の状況得点



合計得点	度数	( )
0点	450	( 2.3 )
1点	760	( 3.9 )
2点	770	( 3.9 )
3点	700	( 3.6 )
4点	847	( 4.3 )
5点	1186	( 6.0 )
6点	1811	( 9.2 )
7点	2029	( 10.3 )
8点	11088	( 56.5 )

図Ⅱ-3-9 「患者の状況（5項目）」に関する度数分布

(2) 処置 (9 項目) の各得点における患者の状況得点 (5 項目) の得点

「患者の状況」得点の平均値がを下回る、つまり「処置」の合計得点が 6 点以上 (6 つ以上の処置を受けている) の患者は、「患者の状況」における 5 項目のうち、1 項目でも「自立」することが難しいことを意味している。ただし、標準偏差 (個人差) によって多少、変化する傾向がみられた。

表 II-3-30 「処置(9項目)」の各得点における「患者の状況得点(5項目)」の平均値

「処置」の合計得点	度数	患者の状況平均値	標準偏差
0点	86	3.51	2.16
1点	1,463	4.31	2.89
2点	2,630	5.11	2.67
3点	2,751	5.85	2.42
4点	2,741	6.41	2.13
5点	2,999	6.95	1.70
6点	3,023	7.39	1.31
7点	2,334	7.72	0.88
8点	1,245	7.82	0.73
9点	369	7.77	1.09
全体	19,641	6.49	2.26

(3) 「患者の状況」得点別にみた「処置」の頻度 (回答率) との関係

処置の種類別の患者の「心電図モニター」は、「患者の状況」の程度に関係なく、その頻度が極めて高いことがわかった。同様に、輸液ポンプについても患者の状況得点に関わらず、処置が実施されている。

しかし、その他の項目については、「患者の状況」が 8 点 (全介助) に近づくほど、それぞれの「処置」の頻度が増加している傾向にあることがわかった。

4) ICU 患者となる「処置」及び「患者の状況」の評価基準

ICU に入室する患者には、特定集中治療室管理料の管理における算定条件に、『次に掲げる状態にあって、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者である。ア. 意識障害又は昏睡、イ. 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、ウ. 急性心不全 (心筋梗塞を含む。) エ. 急性薬物中毒、オ. ショック、カ. 重篤な代謝障害 (肝不全、腎不全、重症糖尿病等)、キ. 広範囲熱傷、ク. 大手術後、ケ. 救急蘇生後、コ. その他外傷、破傷風等で重篤な状態』という前提があった。すなわち、特定集中治療室 (以下、ICU と略す) の患者とは、医師が ICU に入室が必要であると認めた患者が入室していたが、ICU での業務を具体的に提供する看護師が臨床的に感じている看護の必要性や看護における重篤さとは、必ずしも一致していないという状況があった。

また、本調査で明らかになったように、前述した判断基準がなく入室していた患者や、完全に ADL が自立している患者、あるいは、全く医療処置がない患者も入室していることが明らかになった。これらの結果は、特定集中治療室が適切に利用されていないという実態を示していたとい

えよう。

当初、本研究においては、医師による医療的な処置だけでなく、看護師の経験から明らかにされてきた患者への看護の必要度も勘案したICUへの入室の基準を検討することを目的とした。しかし、現状の把握から、今、必要とされるのは、むしろ、ICUにふさわしくない患者をスクリーニングできる何らかの仕組みをもつことであると考えられた。

一般的には、臨床現場で、こういった患者のスクリーニングをするための仕組みを日常的に維持しつづけることは難しい。なぜなら、こういったスクリーニングシステムが機能し続けるためには、このシステムを監査する仕組みを持つことが必要とされるからである。

現段階では、この監査システムを持ち、維持するための費用や人の手配は、その病院側に負担してもらわなければならない。

このため病院側の負担をなるべく少なくするために、スクリーニングに必要とされる評価の項目としては、①項目数が少ないこと、②判断が容易であること、③評価結果が明確であること、④その現場で働く者（この場合、看護師）が評価に責任を持てることが条件となるだろう。このように、監査システムの維持のためには、看護師自身が評価することが求められることになる。

このことは、本研究が目的としていた、特定集中治療室に看護師の視点を加味した患者評価とその分類のための患者に対する必要度を測定する尺度の開発と一致すると考えられた。なぜなら看護師は、ICUでは、常時2対1という高い配置でICUの患者を観察しつづけている。彼らが判断する看護の必要度を反映させれば、より精度の高いICU入室基準となると推察されるからである。

そこで、本研究においては、これまで一般急性期病棟において看護の必要時間を推定するために必要であると、実証データから統計的に抽出されてきた看護必要度を把握するための評価項目から、とくにICUの患者を判別できると考えられた「患者の状況」に関する5項目を選択した。この検討には、全国すべてのICUから収集された患者データおよび医師の入室判断基準のデータが用いられている。

分析の結果、処置の種類と患者の状況との間に、処置の種類が多ければ多いほど、患者の状況に影響(0.799)を及ぼすという構造的な関係があることを統計的に明らかにしたが、そのプロセスとしては、第1に、患者の「処置」に関するモデルの順序性をもった一次元性(階層性)の検討した。第2に、患者への看護の集中度を評価に関するモデルの順序性をもった一次元性(階層性)の検討をした。

これらの結果を基に、2つの評価得点の分布の傾向を勘案して、患者スクリーニングに際してのカットオフ値として、表に示したように、A「モニタリング及び処置に係る」得点を3点以上、あるいは、B「患者の状況」得点が6点以上という基準を考えた。

この評価得点の範囲は、現状のICUの患者像を反映している。したがって、このA、Bの得点によって、ICU入室患者をスクリーニングする機能をもつことができると考えた。そこで、この基準を「重症度基準」とし、特定集中治療室に入室する患者の入室基準として提案した。

#### IV. 結論

厚生労働省では、効率的な医療提供体制の構築をめざし、その評価を積極的に行うこととなった。効率的な医療提供体制の構築には、まずは、患者の状況にあった、すなわち患者の特性に応じた医療、看護サービスが提供される体制が整備されることが前提である。求められているのは、整備された供給体制における効率性である。

医療・看護サービスが効率的に提供される体制を整備するためには、医療においては、診断名等の医療に関する治療や処置の体系化に基づいた患者分類が必要である。また、同時に看護においては、看護の必要度に応じた患者分類が求められる。これら2つの視点をあわせた患者分類がすべての病院で実施されることによって、患者に適切な医療や看護が提供される体制が整備されることになる。

本報告には、特定集中治療室の実態について全国すべての438箇所の病院に調査協力を依頼し、このうちの208病院から送られた貴重なデータの分析結果が示されているが、こういった体制は、特定集中治療室においてさえも整備されていないことが明らかになった。

特定集中治療室という場所は、急性期医療において、とくに高度な医療サービスが常時提供されるべきところである。したがって、この場所に、入室しなければならない患者像は、最も高度な医療サービスが常時必要な患者といえる。

しかし、調査データの分析の結果からは、重篤な患者だけでなく、軽度な患者が入室していた実態や集中治療の専門医らが当然、蓄積していると考えていた生理学的な検査値を半数近くの病院で測定しておらず、データが存在していないことがわかった。これは、専門医らが想定している特定集中治療室に入室すべき患者であれば、当然、APACHE II等のデータは必要とされるが、実際は、こういったデータの測定が必要でない患者が入室しているため、測定データが蓄積されないというシステムとなっていることを示唆するものと考えられた。

これらの結果は、言い換えれば、特定集中治療室は、その機能に応じた利用をされておらず、貴重な医療資源を浪費していることといえよう。

今回の成果として提案した「重症度基準」は、質の高い急性期入院医療を評価する視点からの方策の一つとして、「特定集中治療室管理に係る評価の見直し」において活用されることとなった。具体的には、特定集中治療室における重症患者（重症基準を満たした患者）等の入院割合に応じた評価が新に診療報酬上で示され、その評価の方法に、本研究で示した「重症度基準」の考え方が用いられた（資料3参照）。

こういった診療報酬上の評価がなされたことは、わが国の特定集中治療室のあるべき姿を見直したという点において重要である。さらに、今回の見直しが、実証的データに基づいてなされたことは、今後の診療報酬改定のあり方を示唆するものとなるだろう。

本研究で提案した「重症度基準」は、わが国に効率的な医療供給体制を整備するための第1歩である。今後は、特定集中治療室だけでなく、この他の病棟の患者データを収集し、わが国の一般急性期の入院患者における医療・看護サービスの適切な供給のための患者分類を開発することが課題である。



分担研究報告書 (分担研究者 名古屋大学医学部教授 山内 豊明)

集中治療室における看護業務の分析ー国内・国外の文献データベースからー

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

分担研究報告書

「急性期入院医療における医療および看護の集中度を基礎とした患者分類方法に関する研究」

集中治療室における看護業務の分析  
—国内・国外の文献データベースから—

分担研究者 山内 豊明 名古屋大学医学部教授

研究要旨：本研究は「急性期入院医療における医療および看護の集中度を基礎とした患者分類方法に関する研究」の基礎として、急性期医療の典型的・特異的臨床場面である集中治療室（Intensive Care Unit：ICU）におけるどのような看護業務が展開されているのかについて、国内外の文献資料を調査することによって整理・検討することを目的とした。

これまでの聞き取り等によって実際の看護業務は多岐多様にわたることが予測されていた。しかしながら現実にはその全貌を一括して概観しているような文献は見つけ出すことはできなかった。集中治療室における看護業務の内容を文献レビューした結果から、看護ケアについてみると、日常生活の援助、観察・監視、薬物療法、面会の配慮、環境調整などが特徴的な看護業務として述べられていた。急変の可能性の高い患者が多く収容されている集中治療室では、常に迅速で的確な行動が望まれ、看護師も医師と同様に治療的行為を余儀なくされている。そのような状況下では、看護と治療を区別することが難しく、業務という視点から看護ケアの構造を明らかにすることは容易ではない。さらには、特に我が国においては、医療専門職の多様性の拡大は比較的最近のことであり、十分な職掌範囲の明確化がなされておらず、従って集中治療室に勤務するあらゆる職種がかなりの業務をオーバーラップして担当しているという現実があると考えられた。このことは比較的職務範囲についての明瞭化が進んでいる米国の集中治療室においても同様な傾向が推察され、そのことは職務のオーバーラップが、いわば現実的には当たり前のであるがゆえに、改めて職掌範囲についての言語化がなされていないことにつながると考えられた。

このことはともすれば医師と看護職しか関与しなくなりがちな集中治療室において、医師の独占業務以外はほぼ全て看護職が担当するのに何ら不自然さを感じない、あるいは感じさせない医療実践風土が実存し、そのことに関する興味や疑問が生じ得ない背景となっているものと推察された。

共同研究者

千本美紀

名古屋大学大学院医学系研究科修士課程

## A. 研究目的

集中治療室 (Intensive Care Unit : 以下 ICU) は 1950 年代に米国で誕生し、それから約 10 年後、1964 年に日本で ICU、冠動脈疾患集中治療室 (Coronary Care Unit : 以下 CCU) が誕生した<sup>1)</sup>。ICU は急性で重篤な機能不全の患者に対して集中的に治療を行うことを目的とし設立された<sup>2)</sup>。ICU に收容されるほとんどの患者は、自分の力で生理的欲求を満たせない状態にあるため、日常生活におけるすべての援助を必要とする。ICU における看護業務には、救急時の対応、治療の援助、日常生活全般にわたる援助、疼痛の管理、栄養管理、感染予防、環境調整、精神的安静の確保、家族への援助、関係各職種との業務内容の調整・協調等があげられる<sup>3)</sup>。これらは一般病棟でも日常的にみられるものである。しかし、ICU では「強力かつ集中的な治療によってその効果を期待できる重症患者」<sup>4)</sup>を対象にしているため、一般病棟における業務内容に比べ、濃厚かつ複雑な治療・処置となる。複雑さを増大させる要因のひとつに、高度な医療機器・設備の普及がある。医療機器を含む ICU の環境の実態について、患者の心身への影響といった視点から多くの研究が行われている。ICU ではほとんどの患者に各種のモニターが装着され、チューブ・ドレーン類が挿入されている。また、昼夜の区別がつかないほど明るい病室では、睡眠の遮断、感覚遮断、および過剰刺激などの環境が要因となりさまざまな異常行動や異常精神症状を引き起こすといわれている<sup>5)</sup>。集中的に患者に治療を行うことを目的としてつくられた ICU は、反面、その環境や高度な技術によって異常行動や精神症状が引き起こされることが明らかにされ<sup>6)</sup>、看護師には全人的なケアが求められている。また、各種医療機器に囲まれた環境であるがゆえ、その管理や取り扱いに関する知識をもつことは、ICU で働く看護師にとって必要不可欠である。さらに、迅速な行動が求められる ICU では、医療機器等の物品の乱雑な配置や不備は業務を遅延させることになるため、医療行為が円滑に行われるべく環境への配慮が求められる。

このように ICU の看護業務はさまざまな視点で取り組まれているが、現実には診療介助・処置・観察計測などの診療の補助業務が大多数を占めており、診療の補助業務と患者のケアとの狭間でジレンマを感じている<sup>7)</sup>。その理由として、看護ケアと治療が区別しにくい特徴があり、また、重症患者の看護ケアが現に行われていても、その行為が意味づけられていないことも考えられる。これまでに、一般病棟における看

護業務を報告した研究はあるが、ICU の看護業務を検討している文献は少ない。本稿では、国内外で報告された文献から ICU における看護業務の特徴を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 和文誌にみる ICU の看護業務について

和文誌に公表された文献を収集するデータベースとして、医学中央雑誌刊行会の医中誌パーソナルWEB版 (ADVANCED MODE)<sup>8)</sup> を利用した。文献検索には、「ICU」、「集中治療室」、「看護業務」を検索語として用いた。文献の抽出対象発行年は Web 上で検索可能である 1983 年から 2004 年とした。検索は 2004 年 2 月から 3 月にかけて実施した。

### 2. 欧文誌にみる ICU の看護業務について

欧文誌の文献データベースとして、医学文献の検索で広く用いられている MEDLINE<sup>9)</sup> を用いた。検索語は “Intensive Care Nursing” とした。Limits 機能を用い、Subsets は “Nursing journals” を選択して抽出した。なお、MEDLINE は、1970 年からのデータベースの利用が出来るため、1970 年から 2004 年を検索範囲とした。検索は 2004 年 2 月から 3 月にかけて実施した。

### (倫理面への配慮)

本研究は既に公表されてデータベース化されている文献について、その内容に関する検討を行った二次的分析である。従って本研究にあたっての特別な倫理的配慮は必要ないものと考えられた。

## C. 研究結果

### 1. 日本の ICU の看護業務に関連する文献

医学中央雑誌の収載件数は 101 件であった。この 101 件のうちシソーラス用語が「ICU」「看護ケア」を含むものを抽出し、さらに論文の種類が「会議録」「ビデオ」を除外すると、全 46 件が抽出された。そのなかで 5 件を検討の対象とした (別表)。

### 2. 欧米の ICU の看護業務に関連する文献

MEDLINE による文献検索の結果、1970 年から 2004 年までの文献で “Intensive Care Nursing” の key word でヒットした数は 190 件であった。この 190 件を publication type で分類すると、research 26 件、review 22 件、editorial 15 件、他であった。この中で今回は research に注目した。research の 26 件のなかで abstract の掲載の無い 12 件を除き文献レビューした。



ICU 収容中の患者に対する看護ケアのなかで、特に家族との関わりのありかたに関する研究が目立った<sup>15)-19)</sup>。Chertier は、ICU に患者を訪問した家族 388 名を対象に、患者の家族は患者と同じように患者の状態を心配し、ケアを必要としていることを明らかにした。Coulter もまた患者の家族 11 人に対してインタビューを行い、ICU で治療を受けている患者に対して家族が抱く感情、特に希望について分析した<sup>20)</sup>。Carnevale は重症の子供たちの親の間で認知されるストレスと対処法を述べている<sup>21)</sup>。ストレス・コーピング、患者の心理的側面に対する看護ケアの方法について注目され、患者をどのように理解するかに焦点が当てられている。Albarran は、刺激を高めること、頻繁な情報提供、看護師の非言語的なコミュニケーション、非言語的なサインに注意することが必要であると述べている<sup>22)</sup>。

外科的治療の後に ICU に入室することが予想される患者に対しての術前のインフォメーションの必要性<sup>23)</sup> または、ICU 収容中の状態に対する説明の必要性を述べている<sup>24)</sup>。

Stanley らは ICU 看護に必要な研究方法について、データ収集と結果に基づく解釈と分析を述べるプロセスを講義した。看護師に研究のプロセスを教えることにどのくらいの効果があったかも吟味された<sup>25)</sup>。Cavanagh は心配蘇生法の知識と技術の習得は、ICU 看護師に欠かせないものであるとしている<sup>26)</sup>。

その他、治療的な視点から ICU 看護師に求められる心筋梗塞の薬物についての知識や血圧に関するアセスメントについての能力が求められている<sup>27) 28)</sup>。

#### D. 考察

これまでの聞き取り等によって実際の看護業務は多岐多様にわたることが予測されていた。しかしながら現実にはその全貌を一括して概観しているような文献は見つけ出すことはできなかった。集中治療室における看護業務の内容を文献レビューした結果から、看護ケアについてみると、日常生活の援助、観察・監視、薬物療法、面会の配慮、環境調整などが特徴的な看護業務として述べられていた。急変の可能性の高い患者が多く収容されている集中治療室では、常に迅速で的確な行動が望まれ、看護師も医師と同様に治療的行為を余儀なくされている。そのような状況下では、看護と治療を区別することが難しく、業務という視点から看護ケアの構造を明らかにすることは容易ではない。さらには、特に我が国においては、医療専門職の多様性の拡大は比較的最近のことであり、十分な職掌範囲の明確化がなされておらず、従って集中治療室に勤務するあらゆる職種がかなりの業務をオーバーラップして担当しているという現実があると考えられ

た。このことは比較的職掌範囲についての明瞭化が進んでいる米国の集中治療室においても同様な傾向が推察され、そのことは職務のオーバーラップが、いわば現実的には当たり前のであるがゆえに、改めて職掌範囲についての言語化がなされていないと考えられた。

このことはともすれば医師と看護職しか関与しなくなりがちな集中治療室において、医師の独占業務以外はほぼ全て看護職が担当するのに何ら不自然さを感じない、あるいは感じさせない医療実践風土が実存し、そのことに関する興味や疑問が生じ得ない背景となっているものと推察された。

#### E. 結論

今後は明文化された職掌範囲規則、すなわち job description を分析し、参加観察等による現状把握との比較検討などを行わない限りは、これまで以上の言語化は難しいであろうことが予測された。

#### 文献

- 1) 山崎慶子：欧米における ICU 専門看護婦、ICU と CCU、15(2)：113-121、1991。
- 2) 日本集中治療医学会：'88 日本における集中治療病棟の実態、ICU と CCU、13、臨時増刊、1989。
- 3) 藤枝知子ほか：ICU・CCU 看護<看護篇>、第 2 版、日本看護協会出版会、1990。
- 4) 天羽敬介：わが国における ICU の分化、病院設備、31(1)：19-25、1989。
- 5) 福井道彦ほか：SOAD Scor を用いた ICU 入室患者の睡眠覚醒状態と体動言動の異常の関係の検討、ICU と CCU、13(10)：959-962、1989。
- 6) 佐川千恵ほか：ICU の環境を考える一騒音調査から一、ICU と CCU、13、臨時増刊、325、1989。
- 7) 市田山久美ほか：クリティカルな患者に対する看護内容の検討、看護学雑誌、46(3)：279、1982。
- 8) 医学中央雑誌刊行会のホームページ、<http://personalsearch3.jamas.or.jp>
- 9) <http://pubmed.gov/>
- 10) 東野定律ほか：特定集中治療室における「看護の集中度」評価尺度開発に関する研究(1)ー入室患者の状態と提供された看護内容時間一、病院管理、40：227、2003。
- 11) 三浦稚郁子ほか：CCU 看護業務の実態調査ーワークサンプリング法を用いて一、Journal of Cardiology、30：163、1997。
- 12) 宇多川文子ほか：業務調査より NICU における看

- 護ケアの分析、日本看護研究会学会雑誌、看護管理、1996。
- 13) 秋山典子ほか：集中治療部の看護業務内容の変遷—過去15年間にわたる看護記録の分析から—、日本看護研究学会雑誌、16(2)：54、1993。
- 14) 川端純江ほか：ICUと一般病棟との業務の違い、ICUとCCU、臨時増刊、p225、1991。
- 15) Rundell S. :A study of nurse-patient interaction in a high dependency unit. Intensive Care Nurs. 1991 Sep;7(3):171-8.
- 16) Dyer ID. :Meeting the needs of visitors—a practical approach. Intensive Care Nurs. 1991 Sep;7(3):135-47.
- 17) Derham C. :An evaluation of the preoperative information given to patients by intensive care nurses. Intensive Care Nurs. 1991 Jun;7(2):80-5.
- 18) White D, Tonkin J. :Registered nurse stress in intensive care units—an Australian perspective. Intensive Care Nurs. 1991 Mar;7(1):45-52.
- 19) The needs of family members of patients in intensive care units. Intensive Care Nurs. 1989 Mar;5(1):4-10.
- 20) Chartier L, Coutu-Wakulczyk G. :Families in ICU: their needs and anxiety level. Intensive Care Nurs. 1989 Mar;5(1):11-8.
- 21) Carnevale FA. :A description of stressors and coping strategies among parents of critically ill children—a preliminary study. Intensive Care Nurs. 1990 Mar;6(1):4-11.
- 22) Hough E. :Effective management of urinary drainage systems in critical care areas. Intensive Care Nurs. 1989 Jun;5(2):82-7. Review.
- 23) Coulter MA. :The needs of family members of patients in intensive care units. Intensive Care Nurs. 1989 Mar;5(1):4-10.
- 24) Stanley HF. :A study of the teaching of nursing research using the project method to post-basic registered nurses on ENB course 100 (general intensive care nursing for RGN).
- 25) Turnock C. :A study into the views of intensive care nurses on the psychological needs of their patients. Intensive Care Nurs. 1989 Dec;5(4):159-66.
- 26) Cavanagh SJ. :Educational aspects of cardiopulmonary resuscitation (CPR) training. Intensive Care Nurs. 1990 Mar;6(1):38-44.
- 27) Gaston-Johansson F, et al: Myocardial infarction pain: systematic description and analysis. Intensive Care Nurs. 1991 Mar;7(1):3-10.
- 28) Asiain MC, et al: Blood pressure measurement: an evaluation of direct and indirect methods. Intensive Care Nurs. 1990 Sep;6(3):111-7.
- F. 健康危険情報  
該当なし。
- G. 研究発表  
該当なし。
- H. 知的財産権の出願・登録状況  
該当なし。

別表. 日本の ICU の看護業務に関連する文献

文献	タイトル	目的	方法	結果
10	特定集中治療室における「看護の集中度」評価尺度開発に関する研究(1) 一入室患者の状態と提供された看護内容別時間一	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定集中治療室の実態を明らかにする</li> <li>患者に対する 24 時間の 1 分毎の看護観察調査を行い患者の状態とその変化, 当該患者に提供された看護業務を分析する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>調査対象病棟の概況調査</li> <li>患者に対する 24 時間 1 分間タイムスタディ法による看護観察調査</li> <li>患者の状態(看護必要度アセスメント項目による)調査</li> <li>APACHE II による評価</li> <li>職員の勤務状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>APACHE II は 8 点から 29 点まで分布していた</li> <li>APACHE II と看護提供時間には, 関連性はみられなかったが, 看護必要度アセスメント項目の「寝返り, 座位保持, 口腔清潔, 起き上がり」等の評価結果や特定の処置の有無が看護時間に影響を及ぼすことが示された</li> </ul>
11	CCU 看護業務の実態調査一ワークサンプリング法を用いて一	CCU 看護業務の実態調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護業務をその目的と働きから 5 つの機能に分類した</li> <li>CCU で行われる看護業務を TNS 分類を参考にして明確にした上で, 5 つの機能に分類してコード化した</li> <li>これを用いてワークサンプリング法により看護業務の実態調査をした</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 つの機能の中で“治療を効果的にする看護”の比率が高かったが, その中には, 「患者観察」, 「監視」, 「処置」, 「検査」, 「薬物療法」の実施の比率が高い</li> <li>“患者教育”や“指導”の比率は低かった</li> <li>記録の比率は高く, カンファレンスは低かった</li> </ul>
12	業務調査により NICU における看護ケアの分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護業務の複雑化に伴い, 日常業務に追われ看護独自の役割が果たしにくい</li> <li>NICU の業務調査により, 看護の量と看護業務内容を明確化する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>調査員が 1 対 1 で看護師に追従し, 1 分単位毎に勤務開始から終了までの看護行為(行動)を詳細に記録していく連続観察法(タイムスタディ)を TNS(Toranomon Nursing System)の業務調査におけるコード表を参考に一部改変する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「管理」26.3%, 「身の回りの世話」20.9%, 「診療介助」, 「報告及び連絡」, 「職員の健康管理」の順であった</li> <li>「管理」の内容は, 「機械器具</li> </ul>

(12の 続き)			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ タイムスタディを直接看護・間接看護の割合・内容・量を分析した</li> </ul>	<p>の整備準備」が406分と一番多くの時間を費やしていた。なかでも「必要器材の準備と後始末」(140分)、「機械器具の洗浄消毒」(138分)が多くを占めていた</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「身の回りの世話」は「安全と安楽」(213分)、「食事」(199分)、「排泄」(80分)に多くの時間を費やしていた</li> <li>・ 「報告及び連絡」は「面会者への対応」が多くを占めていた</li> </ul>
13	<p>集中治療部の看護業務内容の変遷一過去15年間にわたる看護記録の分析から一</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 過去15年間の看護記録を調査し、経年的変化を比較する</li> <li>・ 看護業務内容の変遷の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ A 大学院集中治療部に1975, 1980, 1985, 1990年度に入室した延べ4年間の患者1767名につき、集中治療部原簿から患者の属性、疾病、経過、転帰などを調査、集計した</li> <li>・ そのうち1975, 1980, 1990年度の6月に入室した延べ3ヶ月の患者108名について、看護記録より看護業務内容を全て調査し、項目別に件数を集計、分析した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護業務内容別にみると、生体情報の測定に関連する件数が多かった</li> <li>・ 観察に関する件数は60%を占めた</li> <li>・ 看護ケアに関しては3%と少ないが、1990年度では清潔の援助に関連する件数の増加が著明であった</li> </ul>
14	ICUと一般病棟の違い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ICUと一般病棟との看護業務の違いを明らかにし、ICU看護師に求められる能力を考察する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ICU看護師13名、病棟看護師82名を対象</li> <li>・ 日本看護協会看護婦職能委員会の看護業務区分に基づいて質問紙調査を行った</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ICUは毎日行う業務、および業務の種類が多い</li> <li>・ 特に、清潔面・身の回りの世話・呼吸循環管理・測定・医師への報告を行う回数が多い</li> </ul>



### 第Ⅲ部 平成16年度の研究

## I. 研究の目的

これまでの本研究の結果からは特定集中治療室における患者像や一般急性期病棟における患者像は極めて多様であることがわかっている。とくに特定集中治療室においては、一定の管理料が請求されているにも関わらず、いわゆる重症患者だけでなく、軽症の患者も含まれていることがわかった。さらに一般急性期病棟においては、患者の状態像のばらつきが大きく、ほとんどつきっきりの看護を受けている患者もいれば、まったく受けていない患者もいることもわかっている。こういった患者への看護サービス量の投下の差異は、患者の状態像を反映しているものと推察される。

本研究において平成 15 年度に開発した特定集中治療室管理料における「重症度の判定基準」は、診療報酬に位置付けられ、全国で日々、この指標を用いた記録がとられるようになった。そこで本研究では、この「重症度の判定基準」と「看護必要度」の項目を用いて、特定集中治療室及び一般急性期病棟における患者の状態データを収集し、特定集中治療室（以下、「ICU」と略す）の患者の状態と、当該病院において看護の必要度が高いと考えられている病棟（以下、「ハイケア」と略す）および比較的軽度の患者が入院している看護の必要度が低いと考えられている病棟（以下、「一般ケア」と略す）との3病棟の患者の状態の比較ならびに投下されている看護師の看護サービス量との関係について分析することを目的とした。

具体的には、特定集中治療室及び一般急性期病棟において平成 15 年度に導入された特定集中治療室管理料における「重症度の判定基準」の妥当性と運用の適切性を検討した。次に、特定集中治療室から一般急性期病棟へ入室する重症患者が入室する割合が高いと各病院で評価されているハイケア病棟の患者の状態を「看護必要度」によって評価し、この評価結果と看護職員配置との関係を明らかにした。

以上の結果を基に新たな「ハイケア病棟加算」の病棟基準や看護必要度を活用した評価のあり方を検討するための評価指標を提案することを目的とした。

さらに、本研究で開発された指標を用いて、これまで調査を実施していない国立病院においても、この評価指標を用いた病棟評価が可能であるか、あるいは有益な資料となるかについて検討した。

具体的には以下のとおりである。

- 1.平成 15 年度から導入された治療状況等の状態評価項目である特定集中治療室管理料における「重症度の判定基準」の妥当性とこれら項目を用いた治療室およびハイケア病棟の患者の実態を検討するために、「特定集中治療室およびハイケア病棟入室患者アセスメント入力システム」を開発した。
- 2.全国の特定集中治療室（約 400）を持った病院において、とくに一般急性期病棟において、手厚い看護職員を必要とする入室患者を対象としたいわゆるハイケア病棟と呼ばれる準 ICU を高い看護配置でしている病院として 28 病院を選出した。
- 3.これら 28 病院の特定集中治療室ならびにハイケア病棟の看護師を対象として、看護必要度アセスメント項目および重症度の判定基準に関する研修を実施し、この研修の結果、一定の合格基準に達した病院において、調査を実施した。

- 4.調査によって収集されたデータから、特定集中治療室およびハイケア病棟における患者の実態と看護職員配置との関係を解析する。
- 5.解析結果を基に「ハイケア病棟加算」の病棟基準を検討し、看護必要度アセスメント項目を活用した評価するための「看護の集中度」に関する評価尺度の開発を検討する。
- 6.開発した評価尺度を用いて新たに国立大学3病院でICUおよびハイケア、一般病棟で調査を実施し、これらの結果と28病院とを比較し、開発した評価尺度の妥当性を検証する。

## II. 研究方法

### 1. 調査における患者の評価者の養成

全国から、特定集中治療室および一般急性期病棟において、とくに重篤な患者の看護を実施しているといわれる病院において、同じ調査水準をもって患者の状態調査ができるように平成15年9月に国立保健医療科学院において研修会を実施した。

研修の対象者は、各病院から推薦された看護師である。推薦された看護師は、看護部長、看護師長、看護主任など指導的な役割を担っているものであった。研修は、看護必要度の適切な評価をするために必要な知識・技術の理解とこれらの研修を院内で行なう際の研修方法の習得を目的として実施した。

上記の研修会の理解がなされたかについて把握するために、具体的に患者の評価をするという試験や評価基準を理解するための試験を実施した。これにより、研修を受けた看護師らが講義内容を理解したことが確認された。

この研修を終了した看護師が院内で研修を実施する際には、今回、実施した研修内容が具体的に説明されている「入門看護必要度」（日本看護協会出版）を用いて実施することを義務付けた。したがって本研究における調査は、調査項目に関する一定の評価基準を持った評価者が存在しており、この評価者が指導者となって調査がなされたことになり、調査項目の評価の精度は高いと考えられた。

### 2. 対象病院および調査方法

特定集中治療室管理料、一般病棟入院基本料I群1（または、特定機能病院入院基本料一般病棟I群1）及び急性期（特定）入院加算（特定機能病院を除く）を届け出ている病院のうち、一般病棟における看護職員実配置が高い病院28病院である。これらの病院が独自に以下の3種類の病棟を選定し、連続する21日間の調査を実施した。

各病棟の患者の状態評価は、国立保健医療科学院で開発した「患者アセスメントシステム」によって入力された。調査を行った各病院の3種類の病棟は、以下のとおりである。

- ①ICU：特定集中治療室管理料を届け出ている治療室
- ②ハイケア：看護の手間が多いと判断される患者が最も多く、かつ夜間の看護配置が常時10対1以上である病棟（ただし、産科病棟、小児病棟は除く）
- ③一般ケア：看護の手間が少ないと判断される患者が最も多い病棟

なお、これらの調査結果から開発された「看護の集中度」評価尺度を用いて国立大学3病院にて同様の調査が実施された。



### III. 研究結果

#### 1. 調査病棟の概況

これらの3病棟に、調査期間21日間に存在した患者数は、「ICU」でのべ5,374名、「ハイケア」で16,419名、「一般ケア」で20,766名の計42,559名であった。

調査対象となった27病院の平均在室日数(調査日の直近3ヵ月)を見てみると、平均で「ICU」が6.9日、「ハイケア」が13.9日、「一般ケア」が16.3日となっていた。

また、各病院ごとに平均在室日数をみて見ると、同じ病棟であっても各病院ごとに平均在室日数が大きく異なることがわかった。

表 III-3-1 調査病棟の概況 (N=27)

病院概況		届出病床数	稼働病床数	平均患者数	平均在室日数	病床利用率	死亡率	再入院率
病棟1(ICU)	平均値	11.0	10.9	9.2	6.9	85.2	9.3	0.2
	標準偏差	5.9	5.9	5.0	4.6	13.3	17.1	0.4
	最小値	4	4	3.4	2.8	56.7	0	0
	最大値	24	24	19.68	20.7	100	91.4	2.1
	中央値	9	10	8	5.3	89.9	5.25	0
病棟2(ハイケア)	平均値	32.0	31.3	27.4	13.9	85.1	3.6	0.1
	標準偏差	11.2	11.2	11.5	8.2	10.5	6.6	0.4
	最小値	10	10	8	2.6	61.2	0	0
	最大値	51	51	51	29.54	100	33.3	1.7
	中央値	32	32	26.3	12.7	86.2	1.6	0
病棟3(一般ケア)	平均値	40.1	39.9	31.2	16.3	86.9	2.0	0.7
	標準偏差	12.8	12.6	12.9	6.9	7.7	3.1	3.6
	最小値	12	12	1.6	6	71.5	0	0
	最大値	67	67	50.8	27.7	98.3	14.3	18.8
	中央値	41	41	34.74	17.4	86.9	0.64	0
合計	平均値	27.7	27.3	22.6	12.4	85.7	5.0	0.3
	標準偏差	16.1	15.9	14.1	7.8	10.6	11.0	2.1
	最小値	4	4	1.6	2.6	56.7	0	0
	最大値	67	67	51	29.54	100	91.4	18.8
	中央値	26	25	20.1	10.4	86.9	2	0

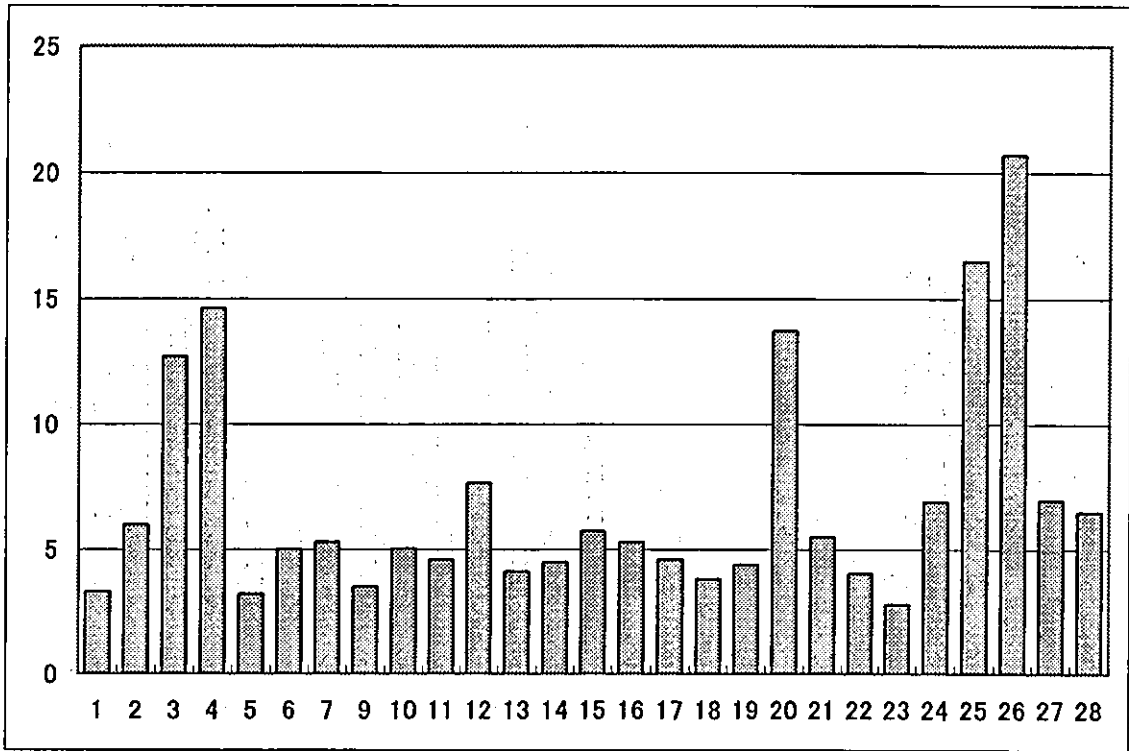


図 III-3-1 各病院のICU病棟における平均在院日数 (N=27)

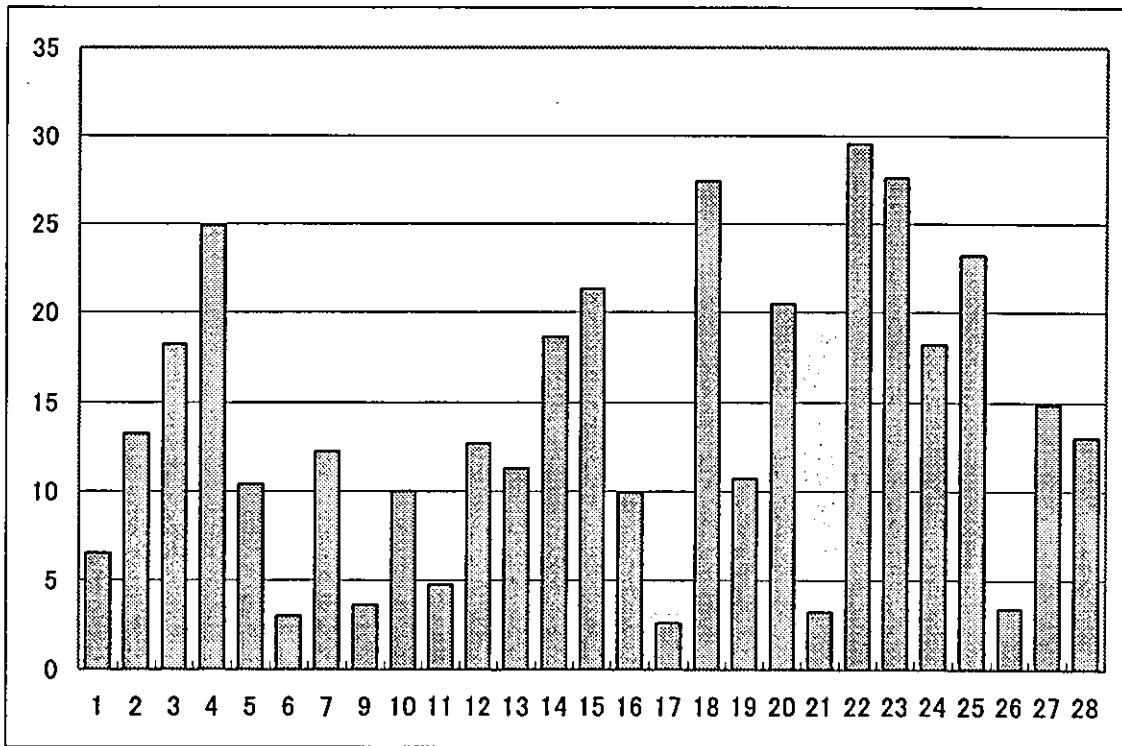


図 III-3-2 各病院のハイケア病棟における平均在院日数 (N=27)

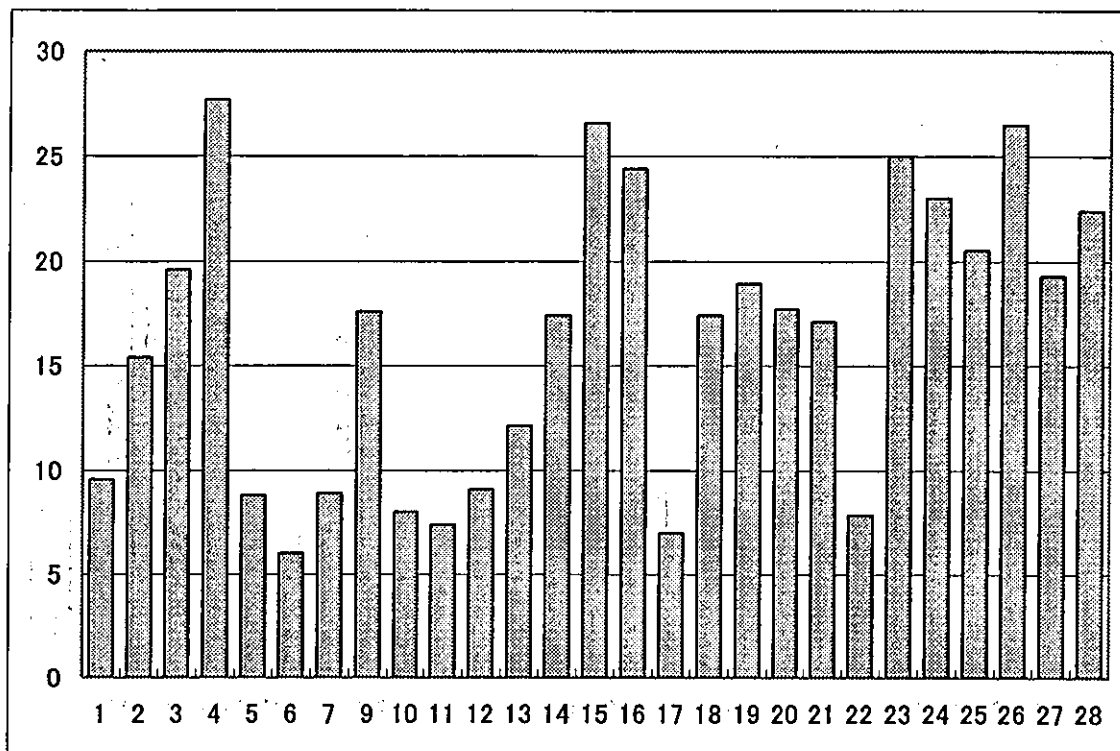


図 III-3-3 各病院の一般ケア病棟における平均在院日数 (N=27)

## 2. 病棟別実在院日数

本調査対象者の入退出記録から、各対象者毎に在室日数を算出した。その結果、調査期間中に入室した患者の患者ごとの在室日数の平均は、ICU 病棟で平均 4.4 日、ハイケア病棟では 6.6 日、一般ケア病棟では 8.8 日と長くなっていた。

また ICU 病棟では在室日数が短いだけでなく、その範囲も 8.56 と小さかった。

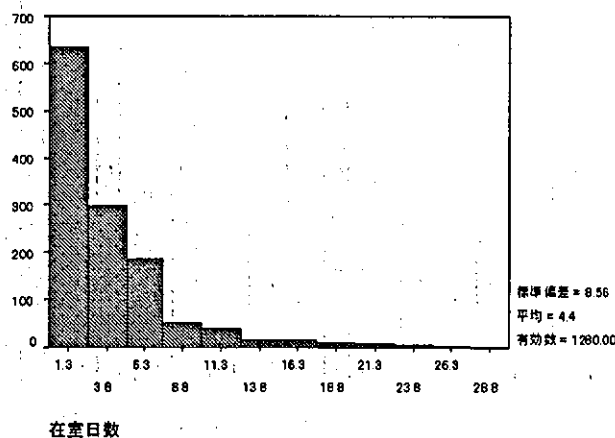


図 III-3-4 病棟 1 (ICU) の在院日数の分布

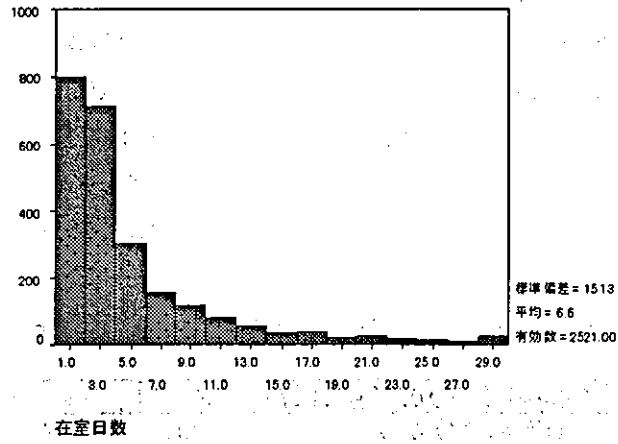


図 III-3-5 病棟 2 (ハイケア) の在院日数の分布

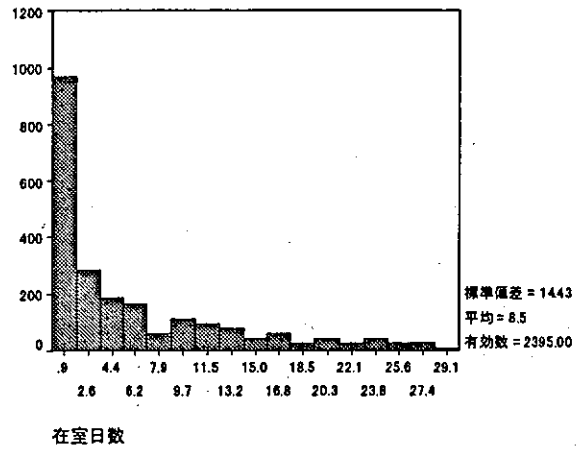


図 III-3-6 病棟 3 (一般ケア) の在院日数の分布