

201205008A

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

平成 24 年度 総括・分担研究報告書

入院患者への看護の必要性を判定するためのアセスメント

（看護必要度）項目の妥当性に関する研究

（H24—特別—指定—009）

平成 25 年 3 月

研究代表者 筒井 孝子

（国立保健医療科学院）

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

平成 24 年度 総括・分担研究報告書

入院患者への看護の必要性を判定するためのアセスメント

（看護必要度）項目の妥当性に関する研究

（H24—特別—指定—009）

平成 25 年 3 月

研究代表者 筒井 孝子
（国立保健医療科学院）

目次

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

「入院患者への看護の必要性を判定するためのアセスメント（看護必要度）項目の妥当性に関する研究（H24—特別—指定—009）」

総括研究報告書

第 1 章

国立保健医療科学院 筒井孝子

．．．．．P3

分担研究報告書

第 2 章「臨床的観点からの入院患者への看護の必要度を判定するために必要な追加アセスメント項目の検討」

山梨県立大学 田中彰子

国立保健医療科学院 筒井孝子

東京都看護協会 嶋森好子

．．．．．P30

第 3 章「看護必要度を用いた適正な傾斜配置の実態とその看護管理上の課題の解決に関する検討」

東京都看護協会 嶋森好子

国立保健医療科学院 筒井孝子

山梨県立大学 田中彰子

．．．．．P79

第 4 章「急性期病院における看護・介護提供時間の分析結果からみた認知症看護に関するアセスメント項目の考え方に関する検討—認知症患者と一般患者のケア時間及びケア内容の差異に関する統計的な分析—」

国立保健医療科学院 筒井孝子

静岡県立大学 東野定律

．．．．．P100

第 5 章「急性期病院における看護の必要度を判定するためのアセスメント項目の妥当性の検証」

国立保健医療科学院 西川正子

国立保健医療科学院 筒井孝子

．．．．．P122

参考資料（第 5 章の分析の詳細）

．．．．．P149

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学 特別研究事業）

「入院患者への看護の必要性を判定するためのアセスメント（看護必要度）項目の妥当性に関する研究（H24—特別—指定—009）」 総括研究報告書

研究代表者 筒井 孝子 （所属 国立保健医療科学院）

研究要旨

現在、一般病棟では、「一般病棟用の重症度・看護必要度の評価票」を用いて、患者の状態を看護師が毎日、測定を行っており、これらの測定結果から得られた得点を基に、A 項目 2 点以上かつ、B 項目 3 点以上の患者の入院患者に占める割合が 10%以上の医療機関には、7 対 1 入院基本料を算定できるとの基準が用いられてきた。

H24 の診療報酬改定では、この患者割合を 15%以上とし、算定基準をはじめて見直したところである。このため、この基準の見直しがどのような影響を及ぼすかについての検討が求められている。

一方、この影響だけでなく、せん妄や認知症などの患者に対する看護を評価する項目が含まれていないため、看護の手間が反映されていないといった中医協委員からの意見があり（平成 24 年 1 月 27 日中医協）、これらを勘案した新たな測定項目、あるいは、基準の検討もすべきとされ、さらには「一般病棟用の重症度・看護必要度の評価票」自体の項目についての見直しも検討することが求められている。

そこで本研究では、これらの 7 対 1 の届け出病院等における患者の実態を明らかにし、とくに、現行の看護の必要量に影響を与えている高齢患者の属性や、医療的処置の有無、認知症に対するケアの実際についてのデータを収集し、以下のような分析結果を示した。

本研究では、第 1 に、いわゆる一般急性期病棟における患者の看護必要度データ及び患者情報（状態像）を、個人を特定できない電子データとして収集し、これらをデータベース化した。第 2 に、これらの中から、とくに、7 対 1、10 対 1 の病棟等の患者の状態や、提供されている処置の測定結果に関する統計学的分析を実施した。第 3 に、これらの中から任意の患者群に対して、看護職員が提供している看護、介護時間を測定したデータを収集し、患者の属性データと連結し、看護必要度の評価と看護師が提供した時間との関連性を検討した。第 4 に、とくに認知症を併発して入院していた患者については、看護師が提供したケア内容とその時間について、認知症状が発症していない患者との差異を統計学的手法を用いて分析した。第 5 に、これらの調査を実施した病院の看護師の勤務状況等のデータを収集し、患者に対応していた看護師の勤務実態との関係を分析し、患者の状態と看護師の提供ケア量との整合性を検討した。第 6 として、本研究では、現在、測定されている看護必要度の評価項目や、これに関連する看護管理システムについて、臨床家らの意見を聴取し、専門家や学識経験者から組織される委員会において詳細な検討を行った。

これらの成果は、今後、厚生労働省保険局医療課から、明らかにされる予定の患者調査の結果と共に、看護の必要量に関する見直しに資するだけでなく、今後、急性期入院医療を担うことが予定される医療機関の診療や看護体制を検討する際の基礎資料となると考えられる。

（研究分担者）

嶋森 好子	東京都看護協会 会長
田中 彰子	山梨県立大学看護学部 教授
西川 正子	国立保健医療科学院政策技術評価研究部 上席主任研究官
東野 定律	静岡県立大学経営情報学部 講師

A. 研究目的

社会保障・税一体改革では、入院医療を機能分化・強化による急性期医療への医療資源の集中投入が目指されている。これを達成するためには、日本における急性期病床を明確にし、医療資源の適正な配分をすすめ、現行の保険医療機関の機能・役割等を精査する必要がある。

また、診療報酬改定は、2年毎に実施されており、次期改定に反映する為には迅速な研究の遂行が求められている。

このため、本研究では、現在、7対1入院基本料の届け出をしている特定機能病院をはじめとした急性期医療を担うとされている医療機関で毎日、測定されている患者の状態と医療処置の実施内容に関するデータを収集し、分析することによって、これからの急性期病床に相応しい患者像を看護の観点から明らかにし、これを評価できる項目を抽出することを目的とした。

患者に対する看護師のケアの必要量は、すでに、平成20年から一般病棟入院基本料7対1を算定するために導入した「一般病棟用の重症度・看護必要度の評価票」を用いて毎日、患者の状態と実施された医療処置が測定・評価され、これらのデータが蓄積されている。

これらの項目には、配点がなされており、平成24年度までは、A項目2点以上かつB項目3点以上の患者の入院患者に占める割合が1割以上いることで、当該医療機関は7対1の入院基本料の届出が可能とされていた。

しかし、平成24年度改定においては、この割合を1.5割以上とする見直しがなされた。

この背景には、現行67万床の一般病棟入院基本料の52%の35万床が7対1入院基本料を届出しており、わが国において、これほどの病床が必要と

されているのか、急性期入院医療病院とはいえない保険医療機関も含まれているのではないかと考えられているためである。

このような状況から、わが国における7対1入院基本料を算定している病棟の患者の実態を示すことは、喫緊の課題といえる。

一方、中医協委員からは、急性期病院にせん妄や認知症の症状を発症した患者の増加が看護の手間を増大しており、これらを勘案した基準を検討して欲しい旨の意見もだされ(平成24年1月27日中医協)、患者の状態を評価する項目や、医療処置の種類に関する項目の再検討が求められている。

そこで、本研究においては、現在、いわゆる一般急性期病棟における患者の看護必要度データ及び患者情報(状態像)を、個人を特定できない電子データとして収集し、これらをデータベース化し、これを用いて、現行の7対1入院基本料を算定している病棟等の患者の状態や提供されている処置について、統計学的分析を実施し、同時に看護職員の勤務状況等のデータを収集し、これらの患者に対応している看護師の勤務実態との関係を分析することで、患者の状態と看護師の提供ケア量との整合性を検討することを目的とした。

また、中医協委員から指摘された認知症患者に対する看護師のケア時間の多さが看護必要度の測定結果に反映されていない。すなわち、認知症患者の看護必要度得点は、低いのではないかといった意見については、1分間タイムスタディ調査を実施し、認知症状が発症していない患者との提供ケア時間の差異を検討し、さらに、この差異と、看護必要度の得点について統計学的手法を用いて分析することを目的とした。

この他に、臨床的知見から、今後の

急性期看護に相応しい評価項目について専門家、学識経験者らを含めた委員会において詳細な検討を行った。

以上の研究を基礎として、本研究においては、看護必要度のアセスメント項目における臨床家や学識者らによる質的な検討結果と実証的データの分析結果とを組み合わせ、現行の入院患者への看護の必要性を判定するためのアセスメント（看護必要度）項目の妥当性に関する検討と、新たな項目の追加及び削除の必要性について考察することを目的とした。

B. 研究方法

研究は、以下の 4 テーマにそって、取り組んだ。

第 1 は、「臨床的観点からの入院患者への看護の必要度を判定するために必要な追加アセスメント項目の検討」（山梨県立大学 田中彰子，国立保健医療科学院 筒井孝子，東京都看護協会 嶋森好子）である。

第 2 は、「看護必要度を用いた適正な傾斜配置の実態とその看護管理上の課題の解決に関する検討」（東京都看護協会 嶋森好子，国立保健医療科学院 筒井孝子，山梨県立大学 田中彰子）である。

第 3 は、「急性期病院における看護・介護提供時間の分析結果からみた認知症看護に関するアセスメント項目の考え方に関する検討—認知症患者と一般患者のケア時間及びケア内容の差異に関する統計的な分析—」（国立保健医療科学院 筒井孝子，静岡県立大学 東野定律）である。

第 4 は、「急性期病院における看護の必要度を判定するためのアセスメント項目の妥当性の検証」（国立保健医療科学院 西川正子，筒井孝子）である。

テーマごとの研究方法は、以下のとおりである。

第 1 のテーマ

臨床的観点からの入院患者への看護の必要度を判定するために必要な追加アセスメント項目の検討

本テーマの第 1 段階では、看護必要度に係るアセスメント項目の見直しのための質問紙を作成するための「調査票設計委員会」を組織した。

なお、この委員には、以下の 4 条件を満たした看護の臨床家を選定した。

本委員会の委員となる者の所属病院は、①DPCⅡ群対象病院で、ICU等及び一般急性期病棟を有している。②看護必要度の研修実績があり、院内で看護必要度に関する監査委員会を有している者とし、さらに、その病院から、③病院で看護管理に責任を有する看護部長等の職にある者で、④日本看護協会及び日本臨床看護マネジメント学会から推薦された者であることとした。

第 2 段階では、「調査票設計委員会」の委員に対して、看護必要度の項目の見直しと新たな項目に関する詳細な調査を実施した。調査は、郵送にて行った。

第 3 段階で、第 2 段階で収集された見直し案と、新たなアセスメント調査項目案を「調査票設計委員会」の委員を一同に集め、さらに意見を聴取し、調査票を完成させた。

第 4 段階として、DPCⅡ群病院を主とした 201 医療機関の看護管理者を対象として郵送による調査を実施した。

同時に、この調査票を看護管理に係る各学会へも送付し、看護必要度のアセスメント項目に対する、さらなる意見を聴取した。

意見聴取を実施した主な学会としては、全国看護管理者懇談会、看護管理学会等、看護の関連学会がある。

第 5 段階では、「調査票設計委員会」の委員に、日本看護協会常務理事、学識経験者らを加え、「看護必要度検討委

員会」を開催し、第4段階で実施した調査結果や、各学会等からの意見を基に、詳細な検討を実施した。

第2のテーマ

看護必要度を用いた適正な傾斜配置の実態とその看護管理上の課題の解決に関する検討

本研究では、DPCⅡ群の病院、および一般病棟入院基本料7対1、10対1もしくは13対1を算定している201施設を対象として、調査を実施した。

本報告においては、これらの調査データのうち、病院の概況、看護必要度を巡る実施体制の状況および、看護師の人員配置の状況の項目を扱い、これらのデータを基礎として、現状を把握した上で今後あるべき傾斜配置の在り方について考察した。

第3のテーマ

急性期病院における看護・介護提供時間の分析結果からみた認知症看護に関するアセスメント項目の考え方に関する検討—認知症患者と一般患者のケア時間及びケア内容の差異に関する統計的な分析—

一般急性期病院（7対1、10対1）で調査された、361名分の1分間タイムスタディ調査で得られたデータを用いて統計的分析を行った。

ここでは、認知症を発症し、さらに急性増悪に至った患者と、いわゆる認知症を発症していない一般高齢患者に看護師が提供したケア内容とケア時間の差異を分析した。

本研究における認知症患者は、認知症の診断がされ、BPSDの発現に関しては、T.C.C.（トータルケアコード¹⁾）の130~134（BPSDへの対応に関するケア）が、1分以上発生しており、

かつ看護必要度の評価項目である「危険行動への対応」の評価が「あり」と回答されていた患者とした。

この認知症の有無別のケア時間や看護必要度評価項目の差異があるかについては、T検定および χ^2 乗検定を行った。

認知症あり群の中でもケア時間が多く投下されていた群と、それ以外の群で状態やケア時間の投下量がどのように異なるかについては、T検定および χ^2 乗検定（回答カテゴリが3件以上のものは、Kruskal-Wallis検定）を行った上で、探索的にその要因の検討を行った。

さらに、患者に提供された合計ケア時間の分布を認知症の有無別に分析した結果からは、認知症の有無にかかわらず、ケア時間が長い患者の存在が全体の約1割程度存在していた。

これは、認知症、認知症を併発していない高齢患者群のどちらの集団にも存在することが明らかにされた。

そこで、これらの合計ケア時間の長い患者群には、各集団の中においても特殊な看護業務が含まれている可能性が高いと考え、これらの患者に提供されているケア内容について、それぞれの群別に分析した。

すなわち、合計ケア時間が長い患者における認知症の有無別の特徴について、これらの合計ケア時間が長い患者が提供されていたケア内容に違いがあるかを示すことで、認知症という疾病が合計ケア時間を長くする特別なケアが提供されているのか、あるとすれば、どのような看護であるのかを明らかにすることにした。

まず、認知症ありの患者については、平均値である307.3分に標準偏差167.4を加算した474.7分より、ケア時間が長い32名の患者を認知症ありの患者の中でも合計ケア時間が長い患者とした。

同じく、認知症なしの患者については、平均値である 256.4 分に標準偏差 172.9 を加算した 429.3 分よりケア時間が長い 25 名の患者を認知症なしの患者で、合計ケア時間が長い患者とした。

第 4 のテーマ

急性期病院における看護の必要度を判定するためのアセスメント項目の妥当性の検証

7 対 1 及び 10 対 1 病院の一般急性期病棟より、得られた患者の看護必要度データ及び患者情報（状態像）を、個人を特定できない電子データとして入手し、これを用いて、患者の状態や提供されている処置について、全部のデータを対象とした場合、および病院タイプ（7 対 1、10 対 1）毎に対象を別々にした場合について、統計学的分析を実施した。

また、これらの患者については、同時に、1 分間タイムスタディ調査による看護時間のデータも得られているので、これらの患者に対応している看護時間を連結し、患者の状態および提供されている処置と看護師の提供ケア量（看護時間）との関連を検討した。

これらの分析により、現行の「一般病棟重症度・看護必要度評価票」のアセスメント項目の妥当性の検討を行った。

分析は、以下のような方法を用いて実施した。

（1）患者の基本情報

患者情報については、性別、年齢階層、診断群別、病院属性（7 対 1、10 対 1 の区分）の分布について集計し、評価日を入院日からの経過日として算出し（入院日を入院 1 日目とする）、その分布を明らかにすることとした。

（2）看護必要度評価項目の分布の要約

A 項目（モニタリング及び医療処置等の項目）および B 項目（患者の状況等の項目）のそれぞれの項目の評価点数、A 項目および B 項目別の合計、現行の A 項目 2 点以上、かつ B 項目 3 点以上（重症）の割合について、入院日、2 日目、3 日目・・・入院 14 日目等の日ごと、および評価日を区別しない集計を行い、頻度分布（人数と割合）を示し、明らかにした。

それぞれの項目については、評価点数の頻度分布の経時推移を別途、図示し、日ごとに、横軸を項目順にとって評価点数の頻度分布を明らかにする。

（3）看護必要度評価項目の関連性の検討

評価日を区別せずに、現行の看護必要度評価項目の間の関連性を、すべての 2 変量ずつの組み合わせの Pearson の相関係数および Spearman の相関係数により検討した。

結果は行列表示、および相関係数が高い順にソートし、相関有りの判定は、相関=0 の帰無仮説の下における p 値 <0.05 を目安とした。

重症（A 項目 2 点以上、かつ B 項目 3 点以上）か否かの 2 つのグループに分け、看護必要度の全部の項目について、評点の分布（人数と割合）を示した。

重症と非重症のグループと各項目のスコアとの関連性の検討は、 χ^2 乗検定を用いて行った。ここでの「関連性有り」の判定は、 p 値 <0.05 を目安とする。

なお、ここで用いる重症の区分は、第 1 章で実施された臨床的観点からの入院患者への看護の必要度を判定するために必要な追加アセスメント項目の検討に際して、組織された「看護必要度検討委員会」の意見をもとに、本研

究委員会において決定した基準である。

(4) 看護必要度評価項目とケア時間との関連性の検討

看護必要度評価項目と看護時間との関連性を、看護時間を目的（従属）変数、現行の A 項目および B 項目、年齢を説明（独立）変数とした回帰分析により検討した。

説明変数相互に相関があるので、説明変数の絞り込み（選択）の検討を行った。変数増加法、変数減少法、ステップワイズ法を用いて行い、結果が、どの程度相違するかをみた。変数選択・削除の判定基準は p 値 <0.10 とした。

A 項目および B 項目の多くは、「あり・なし」または「できる・できない」のいずれかの 2 つの評点でありこれらの項目はカテゴリ変数として取り扱った。

ただし、評点のカテゴリが 3 段階以上（例えば、1,介助なし 2,一部介助 3,全介助、など）の項目は、評点に順序関係があることを利用し、説明変数として増加（または減少）傾向として寄与するか否か、単純な傾向を検討することとし、説明変数は連続変数として取り扱った。

そのほかに、先行研究²⁾で評点が 3 段階以上のカテゴリで単調な増加（または減少）傾向から外れる、異なる大きさの寄与が認められた「食事摂取」および「他者への意思の伝達」については、「2,一部介助」と「3,全介助」の寄与を区別した回帰係数が得られるようなカテゴリ変数として取り扱う場合も検討することとした。

C. 研究結果

各テーマにおける研究結果は、以下のとおりである。

第 1 のテーマ

臨床的観点からの入院患者への看護の必要度を判定するために必要な追加アセスメント項目の検討

臨床の看護管理者や、学識経験者らから構成される「看護必要度検討委員会」では、看護必要度のアセスメント項目の見直しを進めるためには、以下のような考え方を前提にすべきことを確認した。

1. A 項目、B 項目の削除、変更にかかる考え方（資料表 2-12-a、表 2-12-b、表 2-12-c 参照）。

《全項目に共通とすべき評価の視点》

1) 急性期病床を適切に評価するためには、看護必要度の指標が急性期像とそうではない患者像を区別できる項目設定となる必要がある。

2) 多側面から患者の状態像を評価し過ぎない（A 項目が理由で B 項目が高くなるのは当然であり、評価が重複するため）。

3) A 項目のレベルを上げてほしいとの声があるが、（例えば、輸血の本数などの評価）、A 項目で 3 点以上の高得点（8 点とか 9 点）を求めているわけではなく、3 点以上の患者が何パーセント存在するかを見るものである。1 つの項目が高ければ、他の項目も高くなりやすいため、看護必要度評価の目的は、達成していると言う視点をもつことを理解してもらう必要がある。

4) 病棟外での測定や病棟外の看護行為は含まないという原則については、病院のシステムによって看護の提供方法が異なる。このため、いわば標準的なシステムに至らないがゆえに生じている看護の手のかかる行為については、評価項目として取り上げるのは相応しくないものとする。

5) 特定の診療科に発生する行為につ

いての評価は、共通の指標であるアセスメント（看護必要度）項目としては相応しくない。

6) 一般病棟において、ICU レベルの患者を入院させているため、これを評価してほしいとの要望がある。

そのような現実があることは否めないが、これは病床運営の問題であって、看護必要度で配慮すべきものでないことから、評価項目とすることに対しては、十分な吟味が必要である。

7) 予防的な行為は、とくに「危険行動」といった内容への予防という評価にあたり忝意が入りやすいため、アセスメント（看護必要度）項目としては相応しくない。

8) 補助者の行為も評価してほしいとの意見については、看護師でなければ行えない業務において患者の必要度について評価するので、補助者ができることは評価しない。

9) 実施や投与の当日のみではなく、その後の観察が必要なので評価してほしいとの意見が多いが、患者の個性が大きい。ケアの必要性が高い患者は、他の項目で評価されており、重複した評価はしない。

《項目別の視点に関して》

1) シリンジポンプより、輸液ポンプを用いることが多いので、輸液ポンプを認めてほしいとの意見は多いが、輸液ポンプは、日常的に使われている。急性期の患者の評価項目としてはふさわしくないと考えられる。

2) ドレナージの評価は、使われる器具や操作によって判断されるものではなく、項目の定義にそって評価する。

3) 患者指導に時間を費やすため評価してほしいという要望は多かった。今回の調査の結果から、さらに検討すべき項目とする。

4) 輸血・輸液について、種類や本数によって段階的に評価すべきとの意見

があった。大量の輸血や複雑な輸血の必要な患者の看護必要度は他の評価項目でも高く評価されるので、輸血の有無の視点で評価し、量や種類は問わない。

5) 麻薬注射薬について、内服・外用・坐薬も評価してほしいという意見があった。注射に比べて作用は緩徐であり、自己管理や在宅で行われる場合もあるので、評価項目としてふさわしくないとした。

6) 常時見守りが必要な状態を評価してほしいとの意見について、看護ではなく介護が主として実施しているケアといえ、看護師の業務として評価すべきかは検討が必要である。

以上のことを、看護必要度項目について臨床的観点から議論する上での前提としたわけだが、これらの基本的考え方に合致しないアセスメント項目の追加や削除要請については、採用しないこととした。

第2のテーマ

看護必要度を用いた適正な傾斜配置の実態とその看護管理上の課題の解決に関する検討

看護必要度アセスメント項目と適正配置の実態を明らかにするために、わが国の急性期病院の現状の傾斜配置の実態を調査し、その看護管理上の課題の解決に関する検討を行った。

調査を実施した病院の特徴等は、以下の通りであった。

1. 調査対象病院の特徴

1) 公的な性格の病院が多かった

開設者は、全体の33%が医療法人であるが、国立、公立、公的病院を合わせると、41%であり、DPCⅡ群の内訳は、公立病院が29%と最も多く、国立、公的を合わせると59%を占めており、全体の半数以上が公的な病院であった。

2) 地域の中核病院としての機能を持った病院が多かった

調査対象は、地域の中核としての役割を担う機能の届け出をしており、多職種協働のチーム医療を推進していた。

DPCの基礎係数では、全体の60.7%が、DPCⅡ群で、34.0%は、DPC対象・準備病院でなかった。

診療情報の承認状況をみると、全体の46.2%が、地域がん診療拠点病院の承認を受け、35.0%は、地域支援病院で、27.4%が周産期母子医療センターの承認を受けており、地域の中核的な役割を担っていることが示されていた。

加算の届け出状況をみると、全体の74.4%、DPCⅡ群の90.1%は、救急医療管理加算を届けていた。

栄養サポートチーム加算は、全体で52.1%、DPCⅡ群73%で、50:1急性期看護補助体制加算は、全体で41.9%、DPCⅡ群で、57.7%と高い割合を占めていた。

また、総合入院体制加算は、全体の23.9%であった。DPCⅡ群では、39.4%と高い割合を占め、地域における救急患者の受け皿となっていることがわかった。

救急医療体制では、全体の83.0%が、DPCⅡ群では、97.2%が二次若しくは三次の救急に対応可能となっていた。

さらに栄養サポートチームや看護補助加算など、チームでの医療提供の体制整備を進めていることも示されていた。

3) DPCⅡ群の病院の特徴

DPCⅡ群病院だけの分析からは、これらの病院は、いわゆる一般病院よりも、延べ入院患者が多く、看護必要度のA得点2点以上かつB得点3以上のものが中央値で17%となっていることが示された。

これは、DPCⅡ群病院の入院患者のB得点は、全体の値より低く、治療終

了と共に、退院への移行がスムーズに行われるようになっているものと考えられた。

全体の病院の平均では392.1床の一般病床を所有していたが、DPCⅡ群では、平均580.8床でDPCⅡ群の病床数は多いことが示されていた。

述べ入院患者は全体の平均が9,212.9人に対して、DPCⅡ群では、13,303.8人と1.44倍の数となっており、DPCⅡ群の一般病棟の方が多くの患者を受け入れていた。

また、看護必要度A得点が2以上かつB得点が3以上の患者の割合を中央値で見ると、全体では、平均値が17.3%で、DPCⅡ群のそれは17.2%と示され、ほぼ変わらなかった。

手術件数は、全体の中央値が395.5件に対して、DPCⅡ群のそれは541.0件と全体の1.37倍となっており、DPCⅡ群の病院の方が手術件数は多かった。

救急車による搬送は、中央値でDPCⅡ群の病院が多く全体の1.6倍の患者を受け入れており、緊急手術及び全身麻酔による手術は全体に比べて多いが、全体の緊急入院の割合が50.7%に比べて、DPCⅡ群のそれは、42.8%と低かった。

この他にも、平均在院日数、在宅復帰率、看護師充足率、病床利用率いずれもDPCⅡ群の方が高かった。

看護必要度のA得点は、全体、DPCⅡ群病院共に同様であったが、B得点は、一般病院の方が高いと予想された。

このことは、一般病院が在院日数を長くし、在宅復帰率を低くしている要因と考えられた。

2.看護必要度を巡る実施体制の状況

1) 看護必要度の評価者研修の実施率と入力システムの利用状況

看護必要度の評価者院内研修は、全体の88.9%が、DPCⅡ群では93%が行っていた。入力システムを利用して

いるものは、全体では 84.5%で、DPC II 群のそれは、97.1%で、ほとんどの施設がシステムを利用しており、看護必要度データの入力等に、PC 等の ICT の利用がすすめられていることが明らかにされた。

2) 看護必要度データの看護管理への活用

看護必要度のデータが看護管理に活用されていたのは、全体では 58.6%であったが、DPC II 群では 71.8%で活用していた。

また、看護必要度の評価結果の定期的な検証は届け出の施設基準に定められているにも関わらず、全体の 38.5%は「行っていない」とされていた。DPC II 群でも 19.7%が「行っていない」と答えていた。

さらに、検証の方法として、定期的な監査の実施（全体 41.0%、DPC II 群 56.3%）が最も多く、定期的なピュア・レビューの実施（全体 13.7%、DPC II 群 19.7%）も行われていた。これに、その他の方法（全体 11.1%、DPC II 群 12.7%）を合わせると、全体の 65.8%が、DPC II 群の 88.7%は何らかの方法で検証を行っていた。

3) 看護必要度データの人員配置等への活用

全体の 52.1%が、DPC II 群の 54.9%が看護必要度データを「人員配置には活用していない」と答えていた。また、リリーフナースの配置にも、必要度が高くなった時点で、リリーフナースを配置するための根拠に、看護必要度が利用されていることがわかった。

また、業務分担や受け持ち分担にも活用（全体 20.5%、DPC II 群 15.5%）されていることがわかった。

これらのことから、病院内では、看護必要度データの利用によって看護師

の要員管理をすることが、すでに一部医療機関では実施されているものと推察された。

4) 看護必要度の B 項目の記録の実施と記録場所について

看護必要度 B 項目の根拠となる記録について、「記録を行っていない」と回答した病院は全体で 2 病院であった。

しかし、全体の 42.3%、DPC II 群の 26.9%が、チェック用紙を用いた毎日の記録としていた。

B 項目の評価票とこのチェック用紙が、同一の根拠になる記録としていずれば、記録がないことになる。

また、全体の 15.3%が DPC II 群の 17.9%が、「変化のあったときのみ記録している」と答えていた。これは、すなわち、記録がない日があることで、これは根拠となるものがなく、評価結果が信用できないということになる。

一方で、全体の 26.1%が、DPC II 群の 31.3%は、日々のサマリーとして記録が行われていた。

ただし、「記録の場所や方法が統一されていない」と答えた病院は、全体の 8.5%あり、DPC II 群病院でも 7.0%示されていた。

5) 看護師の人員配置の状況

看護師の傾斜配置を「従来から実施している」と答えたのは、全体の 63.4%、DPC II 群の病院では、74.3%であった。

一方で、全体の 21.4%、DPC II 群の 11.4%が「実施もしておらず、予定もない」と回答していた。

第3のテーマ

急性期病院における看護・介護提供時間の分析結果からみた認知症看護に関するアセスメント項目の考え方に関する検討－認知症患者と一般患者のケア時間及びケア内容の差異に関する統計的な分析－

1) BPSD への対応に関連するケア発生の有無及び発生時間

BPSD への対応の具体的な内容としては、「抑制帯の脱着、拘束着の鍵の開閉」への対応の割合が高く、その時間も長かった。

この他人、「その他の問題行動への対応」というコードが確認されたが、この具体的なケアの多くは、「患者の見守り」を主としていた。

2) 認知症の有無別ケア時間の差異

認知症の有無別のケア時間の差異をみたところ、認知症あり群のほう（認知症あり群 307.3 分、認知症なし群 256.4 分）で有意にケア時間が長かった。

また、大分類別に認知症の有無別にケア時間の差異をみると、「療養上の世話」のみで、有意差が示され、認知症あり群のほう（認知症あり群 237.6 分、認知症なし群 187.6 分）がケア時間は長かった。

この他の大分類別ケア時間には、認知症の有無別に有意差は示されなかった。

3) 認知症の有無別ケア内容別ケア時間の差異

認知症の有無別ケアの内容別ケア時間の差異を具体的なケア項目別にみたところ、有意差が示されたのは、363 コード中 33 項目（9.1%）であった。このうち認知症あり群の方で、ケア時間が長かった項目は、28 項目（7.7%）であった。

この具体的なケアとしては、「日常会話、声かけ」、「吸引の実施・準備・後始末」、「おむつ除去、装着」、「車いすによる移動の介助」、「排尿時の見守り」、「ギャッチベッドの操作」、「食事中的見守り」、「衣服を整える」、「口腔清潔（歯みがき等）」といった内容であった。

逆に、ケアなし群の方で、ケア時間が長かったのは、5 項目（1.4%）であり、その内容は、「患者自身への教育・心理的支援」、「ケース会議」、「手術前指導のオリエンテーション」、「処方箋と処方薬の照合」、「さしこみ便器の後始末」といった項目であった。

4) 認知症の有無別看護必要度得点の差異

認知症の有無別に看護必要度得点を比較したところ、重症度・看護必要度 A 得点は、認知症あり群平均 2.7 点（標準偏差 1.9）、認知症なし群 2.3 点（標準偏差 1.6）で、認知症あり群のほうで有意に得点が高かった。

重症度・看護必要度 B 得点は、認知症あり群は、平均 11.1 点（標準偏差 5.1）、認知症なし群は、6.8 点（標準偏差 6.0）で、A 得点同様、認知症あり群のほうで有意に得点が高かった。

一方、重症度 A 得点は、認知症あり群は、平均 0.8 点（標準偏差 1.1）、認知症なし群は 0.6 点（標準偏差 1.0）で、認知症の有無では有意差は示されなかった。

重症度 B 得点は、認知症あり群平均 3.1 点（標準偏差 2.7）、認知症なし群 4.6 点（標準偏差 3.0）で、重症度・看護必要度得点の傾向とは、逆に認知症なし群のほうで有意に得点が高かった。

さらに、一般病棟用の重症度・看護必要度 B 得点では、認知症あり群は、平均 7.3 点（標準偏差 3.6）、認知症なし群が 5.0 点（標準偏差 4.2）で、重症度・看護必要度 A・B 得点同様、認知症あり群のほうで有意に得点が高か

った。

5) 認知症の有無別看護必要度得点の項目別の差異

認知症の有無別看護必要度得点の項目別の比較を行った。比較に際しては、 χ^2 乗検定(回答カテゴリが3件以上のものは、Kruskal-Wallis検定)を実施し、看護必要度項目ごとに回答の差異をみた。

この結果、認知症の有無別にみると、有意差が示された項目は、33項目中12項目で、「身体的症状の訴え」を除き、あり群の方で得点が高い回答カテゴリの割合が多い傾向が示された。

A項目の1項目「血圧測定」で、B項目の10項目で、以下の「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」、「危険行動への対応」、その他の1項目「身体的症状の訴え」が高く示されていた。

6) 認知症ありの中でのケア時間の長短で2群に分けた場合の比較

提供されたケア時間の分布をみると、認知症ありとされた194名のうち、顕著にケア時間が長い群とそれ以外の群の二つの群の特徴が示されたため、これら2群の特徴を分析した。

① 認知症あり群の中でのケア時間の長短別ケア内容別時間の比較

認知症あり群の中でのケア時間の長短別ケア時間を分析した。この結果、認知症あり群の中でのケア時間が長い方(ケア時間が長い群584.2分、それ以外252.2分)が、有意にケア時間が長かった。

また、大分類別には、認知症あり群の中でのケア時間の長短別ケア時間の差異をみると、「療養上の世話」「専門的看護(専門的看護(与薬 治療・処

置)」に有意差が示され、共に認知症あり群の中でのケア時間の長いほうが、ケア時間も長かった。

ただし、この他の「リハビリテーション」や「看護システム関連」といった大分類別ケア時間には、認知症の有無別の有意差は示されなかった。

② 認知症あり群の中でのケア時間の長短別ケア内容別ケア時間の差異

認知症あり群の中でのケア時間の長短別ケア内容別ケア時間の差異を具体的なケア項目別にみたところ、有意差が示されたのは、363コード中32項目(8.8%)であり、このうち認知症あり群の中でケア時間が長い群の方でケア時間が長かった項目は、25項目(6.9%)であった。

具体的には、「日常会話、声かけ」、「ニード、訴えを知る」、「脳・神経系の観察・測定」、「(夜間)巡視、容態観察」、「寝具を整える」、「励まし、慰め、術後の心理的ケア」、「衣服を整える」、「車椅子による移動の介助」、「更衣動作の全介助」、「手指浴・足浴」、「食事中の見守り」といったケア内容の時間が長くなっていた。

認知症なし群のケア時間が長かったのは、7項目(1.9%)であり、その内容は、「尿比重、尿糖等の検査」、「尿器の後始末」、「ポータブルトイレから、ベッドへの移乗介助」、「点眼液・眼用軟膏の処置」、「ストレッチャーから、ベッドへ」といった項目であった。

7) 認知症あり群の中でのケア時間の長短別看護必要度得点の差異

認知症あり群の中でケア時間の長短別に看護必要度得点を比較したところ、重症度・看護必要度A得点は、ケア時間が長い群平均2.9点(標準偏差1.8)、それ以外2.7点(標準偏差1.9)で、認知症あり群の中でのケア時間の長短における有意差は示されなかった。

重症度・看護必要度 B 得点においては、ケア時間が長い群平均 13.1 点（標準偏差 3.7）それ以外は 10.7 点（標準偏差 5.2）で、ケア時間が長い群では、B 得点も有意に高かった。

重症度 A 得点においては、ケア時間が長い群平均 0.9 点（標準偏差 1.1）、それ以外 0.7 点（標準偏差 1.1）で、認知症あり群の中でのケア時間の長短における有意差は示されなかった。

重症度 B 得点においては、ケア時間が長い群平均 2.3 点（標準偏差 2.1）、それ以外 3.3 点（標準偏差 2.8）で、重症度・看護必要度の得点とは逆に、認知症なし群の方が有意に高いと示されていた。

8) 認知症あり群の中でのケア時間の長短別看護必要度項目の回答の差異

認知症あり群の中でのケア時間の長短別看護必要度項目の回答別の比較を行った。比較に際しては、 χ^2 乗検定（回答カテゴリが 3 件以上のものは、Kruskal-Wallis 検定）を実施し、看護必要度項目ごとに回答の差異をみた。

認知症あり群の中でのケア時間の長短別にみると、有意差が示された項目は、33 項目中 3 項目で、A 項目の「創傷処置」、B 項目は、「座位保持」、「衣服の着脱」であった。

9) 合計ケア時間が長い患者の認知症の有無別ケア時間の差異

認知症の有無別の合計ケア時間の差異をみたところ、認知症あり群のほうが時間は長かったが統計的に有意な差は示されなかった。

また、大分類別に認知症の有無別にケア時間の差異をみると、「療養上の世話」と「専門的看護」に有意差が示されたが、「療養上の世話」が認知症あり群のほうはケア時間は長かったが、「専門的看護」については、逆に認知症がない群の方のケア時間が長かった。

10) 合計ケア時間が長い患者の認知症の有無別ケア内容の差異

合計ケア時間が長い患者の認知症の有無別ケア内容の差異を具体的なケア項目別にみたところ、有意差が示されたのは、363 コード中 7 項目（1.9%）であり、うち認知症あり群の方のケア時間が長かった項目は、6 項目（1.7%）であった。

具体的には、「必要物品準備」、「ベッドから、車椅子への移乗」、「車椅子から、ベッドへの移乗」、「車椅子の操作、準備等」、「車椅子による移動の見守り」、「日常会話、声かけ」といったケア内容であった。

逆に、認知症なし群の方が、ケア時間が長かったケア内容は、1 項目（1.4%）であり、その内容は、「吸入療法・ネブライザー準備等」であった。

11) 合計ケア時間が長い患者の認知症の有無別にみた看護必要度得点の差異

合計ケア時間が長い患者の認知症有無別に看護必要度得点を比較したところ、重症度・看護必要度 A 得点は、認知症あり群平均 2.9 点（標準偏差 1.8）、それ以外 3.0 点（標準偏差 1.6）で、認知症有無別における得点に有意差は示されなかった。

重症度・看護必要度 B 得点においては、認知症あり群平均 13.0 点（標準偏差 3.7）それ以外 10.8 点（標準偏差 5.6）で、ケア時間が長い群の方が得点の平均は高かったが、統計的に有意な差は示されなかった。

重症度 A 得点においては、認知症あり群平均 0.9 点（標準偏差 1.1）、それ以外 0.9 点（標準偏差 1.2）で、認知症有無別における得点に有意差は示されなかった。

同じく重症度 B 得点においても、認知症あり群平均 2.3 点（標準偏差 2.1）、それ以外 2.6 点（標準偏差 2.7）で、認知症有無別における得点に有意差は

示されなかった。

12) 合計ケア時間が長い患者の認知症有無別にみた看護必要度項目の回答の差異

認知症あり群の中でのケア時間の長短別看護必要度項目の回答別の比較を行った。比較に際しては、 χ^2 乗検定（回答カテゴリが3件以上のものは、Kruskal-Wallis検定）を実施し、看護必要度項目ごとに回答の差異をみた。

看護必要度項目について、合計ケア時間が長い患者の認知症有無別に比較すると、有意差が示された項目は、33項目中5項目で、B項目の「どちらかの手を胸元まであげる」、「食事摂取」、「他者への意思の伝達」、「診療・療養上の指示が通じる」、「危険行動への対応」であった。

第4のテーマ 急性期病院における看護の必要度を判定するためのアセスメント項目の妥当性の検証

(1) 分析対象

看護の必要度を判定するためのアセスメント項目の妥当性を検証するための研究において、解析対象となった患者は437名で、性別は男性241名(55.2%)、女性196名(44.9%)であった。

年齢は65~96才の範囲で、平均78.1才(標準偏差(SD)7.2才)であった。年齢階層は70才代が191名(43.7%)で最も多かった。

疾患診断群分類は、その他疾患が88名(20.1%)で最も多く、次に多かったのは、急性消化器疾患で83名(19.0%)であった。疾患が「ない」とされた患者も、79名(18.1%)と示された。

また、評価日が退院日であったのは、1名のみであった。

病院属性別の分析結果からは、7対

1入院基本料を算定された病棟に入院していた患者が314名(71.9%)、10対1の区分に入院していた患者は123名(28.1%)であった。

評価日(入院日からの経過日)の分布を示した。これから、入院日以前および入院15日目以降は、週単位・月単位でグループ化した。

この結果、入院日当日から、入院14日目であったのは、198名(45.3%)、および入院15日目以降と示されていたのは235名(53.8%)であった。

また、病院属性が7対1入院基本料での入院が示されていた314名のうち、男性は172名(54.8%)で、女性142名(45.2%)であった。

年齢は、65~94才の範囲で、平均78.3才(SD 7.2才)であった。年齢階層は70才代が138名(44.0%)で最も多かった。

病院属性が10対1入院基本料での入院が示されていた123名は、男性69名(56.1%)、女性54名(43.9%)で、年齢は65~96才の範囲で、平均77.8才(SD 7.3才)であった。年齢階層は70才代が53名(43.1%)で最も多かった。

(2) 一般急性期病院のA、B項目の回答傾向(第5章表5-2参照)

本研究では、平成20年から導入された「一般病棟用の重症度・看護必要度の評価票」における項目の妥当性について検討を行った。

今日、7対1病棟、10対1病棟においては、患者に対して、「一般病棟用の重症度・看護必要度の評価票」を用いて測定・評価を行っており、これらはA項目9項目とB項目7項目から構成されている。

全体的には、処置に関するA項目では「あり」の頻度が非常に少なく、頻度が1%未満のA項目(「動脈圧測定」、「中心静脈圧測定」、「特殊な治療法」

いずれも3人(0.7%)、「蘇生術の施行」1人(0.2%)、「肺動脈圧測定」は、ゼロであった。

B項目では、全部のデータを対象とし、評価日を区別しない場合に「できる」(または「介助なし」)の頻度が80%以上であったのは、「どちらかの手を胸元あげる」(87.0%)のみであった。

また、50%程度の介助の必要性和同等の結果が示されていたのは、「寝返り」(48.1%)、「起き上がり」(46.5%)で、続いて「座位保持」(40.3%)、「移乗」(22.0%)、「移動方法」(21.3%)、「口腔清潔」(29.1%)、「衣服の着脱」(21.7%)であった。

(3) 入院経過日数別の回答傾向

① 全部のデータの分析から

以下のようにA、B項目における傾向が示されていた。

ア.A項目について

評価日を区別しない「あり」の頻度が20%を越えていたA項目は、「創傷処置」(21.1%)、「血圧測定」(98.6%)、「呼吸ケア」(40.7%)、「心電図モニター」(30.9%)であった。

これらの項目は、評価日全体をとおしてほかの処置よりも多くみられた。

特に、「血圧測定」は、ほぼ全評価日において、ほぼ100%の患者で「あり」であった。

「呼吸ケア」および「心電図モニター」は、3日目に多くなされていた。

「呼吸ケア」「あり」は、入院3日目は75.0%(9/12人)の患者にみられた。

「心電図モニター」が「あり」は、入院初日は66.7%(2/3人)の患者で、入院3日目には58.3%(7/12人)でみられた。

そのほかのA項目では、ほぼ全部の評価日において「あり」は50%以下の頻度であった。

例えば、「輸液ポンプの使用」「あり」

は3日目に多くみられた(41.7%, 5/12人)。

「輸液ポンプの使用」よりも頻度は少なかったが、「シリンジポンプの使用」「あり」は、2日目に多くみられた(18.8%, 3/16人)。

入院日22日目以降の「あり」の頻度(割合)は、入院日から入院14日目までの頻度の範囲内のばらつきであった。

一方、「あり」の頻度が1%未満のA項目もあり、「動脈圧測定」、「中心静脈圧測定」、「特殊な治療法」のいずれも3人(0.7%)で、「蘇生術の施行」1人(0.2%)で、「肺動脈圧測定」は、ゼロであった。

イ.B項目について

評価日を区別しない場合に「できる」(または「介助なし」)の頻度が80%以上であるのは「どちらかの手を胸元まであげる」(87.0%)のみであった。

その頻度が50%程度であったのは、「寝返り」(48.1%)、「起き上がり」(46.5%)、「座位保持」(40.3%)、「移乗」(22.0%)、「移動方法」(21.3%)、「口腔清潔」(29.1%)、「衣服の着脱」(21.7%)であった。

特に、「移乗」、「移動方法」、「口腔清潔」、「衣服の着脱」は、「できる」(または「介助なし」)の頻度は、いずれの評価日においても少なかった。

入院日、入院3日目および入院12日目は、「移乗」は10%未満の患者で「できる」(または「介助なし」)であった。

また、入院3日目および入院12日目は「口腔清潔」、「移動方法」および「衣服の着脱」は10%未満の患者で「できる」(または「介助なし」)であった。

それらの日において、「起き上がり」は50%以上の患者で「できない」であった。

入院日 22 日目以降は、自立してはできない（評点が 2 以上、「見守り・一部介助が必要」、「できない」等）の頻度（割合）は入院日から入院 14 日目までの頻度の範囲内のばらつきであった。

なお、今回の解析対象となった患者集団においては、入院 12 日目は 90% 以上(13/14 人)の患者が「重症」(A 得点が 2 点以上でかつ、B 得点が 3 点以上)であった。

評価日を区別しない場合には、重症の割合は 54.9%(240/437 人)であった。

(4) 入院基本料別の回答傾向

ほぼ全部の評価日において、10 対 1 入院基本料の算定病院の患者は、7 対 1 入院患者よりも「創傷処置」の頻度が低かったが、10 対 1 入院基本料の病院において、入院 15 日目までのそれぞれの日に評価された人数は 10 人以下であった。このため、この傾向については、今回の分析結果からだけでは確定は困難であった。

A 得点の合計、B 得点の合計の分布は、2 種類の入院基本料の病院共に類似した傾向を示していたが、今回、任意に設定した基準による重症患者の割合は、7 対 1 において若干、多かった。

また、7 対 1 入院基本料を算定していた病院は、10 対 1 病院よりも患者への看護提供時間は長い傾向がみられた。

(5) 看護必要度評価項目の間の関連性

評価日を区別しないで、看護必要度評価項目の間の関連性をすべての 2 変量ずつの組み合わせの相関係数により検討した。

Pearson の相関係数と Spearman の相関係数の結果のいずれも同様の結果が示されていた。相関の有の判定は相関=0 の帰無仮説の下における p 値 <0.05 を目安とした。

主な結果として、全部のデータを対象とした場合において、A/B 分類ごとにそれぞれの項目について Pearson の相関係数を表 3.1 に示した。

A 項目間での多くの対に相関が認められたが、その程度は低～中程度の大きさであった。

具体的には、「蘇生術の施行」、「動脈圧測定」及び「特殊な治療法」については、有意な相関が認められた対は、それぞれ 4 つの項目との間のみであった。

そのほか、相関する対になる項目数が少なかった A 項目は、「輸血又は血液製剤の使用」についての 5 つの項目であった。「肺動脈圧測定」は、全員が「なし」であったので相関係数は算出不可能であった。

ほぼ全部の B 項目の対間で中程度の相関が認められた。B 項目それぞれについて、A 項目との中程度の相関が認められるものはあまり多くなかった。

ただし、「呼吸ケア」、「心電図モニター」は、中程度の大きさで相関する対になる B 項目(例、「床上安静の指示」～「食事摂取」など)もあった。

「蘇生術の施行」には、いずれの B 項目とも相関が認められなかった。「動脈圧測定」、「中心静脈圧測定」、「輸血又は血液製剤の使用」、「特殊な治療法」と相関が認められた B 項目は 1 つのみで、それぞれ「床上安静の指示」、「移動方法」、「食事摂取」(負の相関)、「床上安静の指示」であり、いずれの相関も小さかった。

そのほかの A 項目については、複数の B 項目と有意な相関が認められた。

(6) 看護必要度評価項目と重症・非重症判定の間の関連性

A 項目 2 点以上、かつ B 項目 3 点以上を、本研究における研究委員会で重症と定義した。

この後、重症か否かの 2 つのグルー

ブに分けて、看護必要度の全部の項目について評点の分布（人数と割合）を入院日、2日目、3日目・・・入院14日目等の日ごと、および評価日を区別しない集計を行い、頻度分布（人数と割合）をそれぞれ明らかにした。

評価日を区別しない場合において、重症と非重症のグループと各項目のスコアとの関連性の検討を χ^2 乗検定を用いて行った。関連性の有の判定は p 値 <0.05 を目安とした。

全部のデータを対象とした場合において、重症と非重症のグループと各項目のスコアの分布および χ^2 乗検定の p 値を示した結果、多くの項目で重症度との関連性が認められた。

重症度と有意な関連性が認められなかった項目は、「蘇生術の施行」、「動脈圧測定」、「中心静脈圧測定」、「特殊な治療法」であり、「あり」の頻度は1～3人と非常に少なかった。

そのほかのA/B項目、重症度・看護必要度のA得点合計、B得点合計の分布に重症・非重症による関連性が認められ、重症グループで高いスコアを示していた。

重症度・看護必要度のA得点合計、B得点合計の中央値（四分位点）は重症グループ及び非重症グループで、それぞれ3.0（2.0-4.0）、1.0（1.0-1.0）及び13.0（8.0-16.0）、3.0（1.0-8.0）であった。

「抗悪性腫瘍剤の使用」、「放射線治療」、「昇圧剤の使用」、「抗不整脈剤の使用」、「ドレナージの管理」において重症・非重症による分布の差違が認められた。

また、評価日によって重症・非重症の分布の差違が認められた（ $p=0.012$ ）。重症の割合は2～4日目に多くみられた。

（7）看護必要度項目の回答傾向と看

護時間との関連性

看護時間の分布の要約として、平均値およびSDは、それぞれ311.7(分、以下単位を省略)、279.1であり、分布は左に歪んでいた。中央値(四分位点)は252(152.0-389.0)であった。99%点は1,580であるが、最大値は2,149であり、極端に看護時間が長い病院が存在した。

変数増加法とステップワイズ法とでは、選択された説明変数は7つで同一であり、決定係数は0.199であった。

変数減少法では11個の説明変数が選択され、決定係数は0.219であった(第5章表5-6-1)。変数減少法で選択された最終のモデルのInterceptは負で、以下のような説明変数が選択された。

「年齢」(回帰係数は正)、「シリンジポンプの使用」、「特殊な治療法」、「寝返り」、「移乗」、「食事摂取」、「衣服の着脱」(以上の回帰係数は正)、「中心静脈圧測定」、「床上安静の指示」、「どちらかの手を胸元まであげられる」、「座位保持」(以上の回帰係数は負)であった。

変数増加法とステップワイズ法で選択された説明変数のうち、この11個に含まれていなかったのは、「危険行動への対応」であった。

上記の説明変数に病院タイプを追加して同様の回帰分析により検討を行った。変数減少法で選択された最終のモデルには上記と同一の説明変数のほかに、病院タイプ(10対1のほうが短くなる傾向)が選択された($p=0.087$)。

さらに、先行研究²⁾で評点が3段階以上のカテゴリで単調な増加(または減少)傾向からはずれるような異なる大きさの寄与が認められた「食事摂取」および「他者への意思の伝達」については、「2,一部介助」と「3,全介助」の寄与を区別した回帰係数が得られるようなカテゴリ変数として取り扱う場合

も検討した。

この結果からは、患者全体におけるモデルについては、変数増加法とステップワイズ法とでは、選択された説明変数は8つで同一であり、決定係数は0.207であった。

変数減少法では11個の説明変数が選択され、決定係数は0.216であった。変数減少法で選択された最終のモデルには以下のような変数が選択された。Intercept は負で、「年齢」（回帰係数は正）、「シリンジポンプの使用」、「特殊な治療法」、「寝返り」、「衣服の着脱」、「食事摂取一部介助」、「他者への意思の伝達_時にできない」、「他者への意思の伝達_できない」、「危険行動への対応」（以上の回帰係数は正）、「床上安静の指示」（回帰係数は負）、「診療・療養上の指示が通じる」（回帰係数は負）であった。

変数増加法とステップワイズ法で選択された説明変数のうち、この11個に含まれていなかったのは、「他者への意思の伝達_時々できない」、「他者への意思の伝達_できない」、「診療・療養上の指示が通じる」であった。

D. 考察

(1) 臨床的観点からの「一般病棟用の重症度・看護必要度」アセスメントの妥当性と、追加、削除すべき項目の検討

本研究事業において実施した臨床現場におけるヒアリング調査結果からは、A項目として、「マキシマムバリアアプリケーションが必要な医療処置(CVC挿入、気管切開、胸腔・腹腔ドレナージ挿入時など)」という項目については追加しても良いのではないかとの結果が示された。

これは、「専門的な治療・処置2」の一部に含んだ内容と同様であるが、よりコンセプトを明確にしておき、医療の質を担保できる評価項目と考えられ

ることから、これについては、追加を行って良いと考えられると委員会での合意を得た。

いずれにしても、急性期病床のあるべき姿を鑑み、これに基づいて、患者の状態を適切に評価するためには、看護必要度の指標が急性期の患者の状況と、そうではない患者像を区別できる項目設定を考えるべきであるというのが委員会の結論であった。

現在、看護の臨床現場では、一般急性期入院基本料を算定できる基準の境界線上にある病院においては、患者に対する重症とされる評価の基準(「一般病棟用重症度・看護必要度」基準)による要件算定の基準が15%となったことに対して、これを下げてほしいという意見は少なくなかった。

委員会では、すでに診療報酬上でも、社会的評価においても、7対1と10対1基準の配置の差は大きい、7対1の看護を必要とする患者がいなくても関わらず、看護師を充足するためにだけ、この基準を算定しているのではないかといった意見も少なくなかった。

この他に、追加してほしいとされた、「患者に対する指導」というアセスメント項目は、現在、「HCU用の重症度・看護必要度基準」に用いられている項目で、いわゆる7対1や10対1を算定している一般病棟でも評価してほしいとの意見が多かった。

これは、在院日数が短縮する中で、術前指導、機能訓練、退院指導、インシュリン自己注射をはじめ専門的知識技術に基づく患者指導の占める割合が高くなっていることが理由であり、その基準の明確さが担保できるのであれば、追加を検討すべき項目と考えてはどうかとの意見が示された。

(2) 看護必要度を用いた適正な傾斜配置のための各病院の取り組み状況

看護必要度の評価者院内研修は、全