

体の 88.9%が、DPCⅡ群では 93%が行っていた。

また看護必要度の記録に際しては、入力システムを利用している病院は、全体では 84.5%で、DPCⅡ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た。

「評価のトレーニングを積まなければならぬツールは看護管理者として歓迎できない」といった現場からの意見もあるが<sup>3)</sup>、本調査の対象である急性期で看護必要度が高く、在院日数も少ない病院で、既に 9 割の病院が「院内研修を行い、入力はシステムを使っている」と回答されていた。このことは、日本でも多くの病院において、適切な患者評価のために院内研修を行うことは、当然のこととして実施していることを示している。

すでにイギリス<sup>4)8)</sup>やオーストラリア<sup>9)</sup>をはじめとする諸外国においては、適切なケアが当該患者に予定された通りに、提供されることを第 1 の目的とし、どのようにすれば、ケアが適切に提供できるかを詳細に検討している。

日本でも説明責任の明確化と、これを患者に納得してもらうためのシステム化については、各病院の運営委員会等で、管理機関の組織化についての課題をはじめ、分析がなされているところである。

こういったシステムを継続的に改善するためには、ケアの基準に対する適用の有無とこれが満たされていることの確認をするためのシステムの構築の必要性が示唆されているが、看護必要度導入を契機とした院内研修の実施とルール作りは、このシステム化をも推進しているようである。

こうしたシステム化を支えるものが、病棟という組織レベルで、「学習する文

化」を育てることに他ならないと考えられる。

他者から、「学習する文化」の存在を認識されることによって、クリニカルガバナンスが構築されるわけだが、これからの看護管理者には、こうした学習する文化を構築することが求められているといえよう。

ただし、全体の 52.1%が、DPCⅡ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。

この実態は、現場では、いずれの病院でも、看護要員確保の困難から、入院基本料の施設基準ぎりぎりの看護要員を配置している施設が多く、このために看護必要度のデータを用いて要員管理を行う余裕がないものと推察された。

しかしながら、リリーフナースの配置など、実際的な活用もされており、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として使われていた。

以上のような利用は、看護管理の基盤として看護必要度データを利用しようとしていることを示しており、今後の動向が注目される。

(3) 看護必要度の評価の根拠となる記録の考え方について

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は 2 病院のみであった。しかし、全体の 42.3%、DPCⅡ群の 26.9%が、チェック用紙を用いた毎日の記録としており、このチェックの内容として、B 項目の評価票をそのまま用いているとすれば、根拠になる記録といえず、要件を満たしていない可能性があることが明らかにされた。

また、全体の 15.3%が DPCⅡ群の 17.9%が、「変化のあったときのみ記録している」と答えており、記録のない

日は根拠となるものがない実態が示されていた。

看護必要度B項目の記録について、「記録をせずとも、看護計画に基づいてケアをチェックすることで、効率的に情報が共有できる。現場では、直接時間を確保するために記録の効率化に努力してきた」<sup>9)</sup>と述べている看護管理者もいるが、すでに米国では、診療報酬の償還に際して、看護記録に基づく患者レポートが報告義務として必要とされている。もちろん、患者もまた、こうしたレポートを要求することが多いという。

米国だけでなく、日本においても記録は、診療報酬の根拠として求められていることから、記録を効率化のために削減するという考えは改める必要がある。

さらに、看護師の行ったケアの説明責任という観点からいえば、看護計画に基づいて、当日、看護師は日々変わる患者の状態をどのように判断し、それに基づいてどのようなケアを実施したかという記録は、看護師の行ったケアの根拠としても重要であり、チェック方式の記録では、こうした記録としては、不十分であることは言うまでもない。

記録をする時間を確保できないという状況は、わが国だけでなく諸外国でも同様である。このように記録には正当な価値が与えられず、さらに看護師自身が専門職として、この業務がいかに重要であるかが認識していないことが、むしろ問題であるとの指摘は、すでに行われている<sup>10)</sup>。

昨今の米国では、看護師が患者の記録や統計を作成する時間、ケアの現場を追跡し、評価する時間、あるいは主任や看護部長が判断と意思決定のために情報を読む時間（間接サービス）などが、臨床を担当する看護師の点滴交換や病棟ケアなど（直接サービス）に

費やす時間と同じくらい大事な時間であるという認識が普及しつつあり、体制整備が急速に進んでいる。わが国も、こうした認識に立った臨床現場の意識改革が求められよう。

しかし、本調査の対象病院では、全体の26.1%が、DPCⅡ群の31.3%は、日々のサマリーとして記録をしていた。また、「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%で、DPCⅡ群病院でも7.0%と示されていた。

これらの結果からは、今後、さらに適切な記録の在り方に関して標準化とその記録方法を定着させるための指導・研修が必要なことが示されたといえる。

（4）看護必要度を用いた適正な傾斜配置とその看護管理上の課題について

入院患者の看護の必要度は、どのような疾患であるか、またどのような病状であるかによって大きく変化する。これに対して、配置した看護要員だけでケアを実施していくと、看護の患者の必要度が高くなった場合に、提供される看護サービスは不十分なままになる恐れがある。

これを防ぐには、看護師の傾斜配置や前項で述べたリリーフナースの配置、業務の調整などを行う体制を構築しなければならない。その体制が構築されない限り、過剰なケアサービスが提供される病棟がある一方で、不十分なサービスが提供される患者が存在するという状況となる。これは患者へのサービスの公平性から見ても問題であろう。

今回の調査においては、すでに看護必要度データを看護管理に活用している施設は58.6%であり、DPCⅡ群病院では、71.8%の結果であった。今後さらなる看護管理への活用が望まれる。

だが、すでに7割以上のDPCⅡ群病院で、こういった活用がはじまってい

る一方で、これを活用できない看護管理者もおり、こういった管理能力の高低が病院のマネジメントに影響を及ぼしつつあるものと推察される。

例えば、「看護要員の配置は(略)客観的評価に看護管理者の主観的評価を合わせた総合的な評価に基づいて決められている。そのため、人員配置やリリースの要請についてはある種の不透明感が存在し、この点については長年悩み続けている」<sup>3)</sup>と述べている看護管理者もいるが、これは、看護必要度を用いた、あるいは、きちんとデータを分析して、適切な要員管理がなされていないために、看護師から苦情が出され、配置がうまくいかなくなっている実態を表わしている。

日々行っている患者の看護の必要性、すなわち看護必要度に関する評価結果を要員管理に生かすことで、このような苦情はかなり減少する<sup>11)</sup>ことは、すでに示されており、また本調査結果からも傾斜配置の判断基準は、看護管理者の40%以上が看護必要度と回答されていた。

すでに、看護必要度を用いた配置管理は、こういった病棟間の不満の解決の手法として利用されるようになっており、看護必要度のデータを用いた適切な傾斜配置を行うことができる看護管理者の養成と、こういった体制を良しとする看護領域の良識を育むことが求められている。

すでに傾斜配置を行う場合の根拠資料としては、全体の54.9%が、DPCⅡ群の病棟54.5%が看護必要度のデータを用いていると答えている。

今後は、いずれの病院においても、看護必要度の適切な評価とこのデータを用いた看護師の傾斜配置やリリース制度及び業務分担等の調整を行い、常に患者の必要度に応じた看護提供体制を整えるためのシステムを構築することが重要である。

これによって、いずれの医療機関においても看護の必要度に応じたケアが提供できることとなり、患者に提供すべき看護ケアを公平に提供できる仕組みが確保されるものと考えられる。

(5) 急性期病院における看護・介護ケア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

平成24年の診療報酬改定後に、中医協委員から、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がだされ(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必要とされた。

本研究では、急性期病院において、認知症患者と認知症を併発していない患者に提供されていた看護・介護時間のデータを分析し、同時に測定された、同2群間の看護必要度の基準に基づいて算定された項目及び得点に関する差異も統計的に分析した。

この研究の結果、認知症を併発していた患者は、看護師のケア時間が長いことが明らかにされた。

また、「重症度・看護必要度基準」における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が有意に得点が高く、B得点でも、認知症なし群平均11.1点(標準偏差5.1)、認知症あり群6.8点(標準偏差6.0)で、A得点同様、認知症あり群のほうが有意に得点が高いことが明らかにされた。

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

また、重症度B得点は、認知症なし

群平均 4.6 点（標準偏差 3.0）、認知症あり群 3.1 点（標準偏差 2.7）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く、特定集中治療室用の重症度基準によると、認知症あり群では、得点が低くなっていた。

これは、特定集中治療室における患者像と、いわゆる一般急性期、あるいは一般病棟の患者像の違いを現しているものと推察された。

しかしながら、現在、7 対 1、10 対 1、13 対 1 で導入された、「一般病棟用の重症度・看護必要度」基準による B 得点は、認知症あり群平均 7.3 点（標準偏差 3.6）、認知症なし群 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が有意に得点が高いことが明らかにされた。

なお、HCU 用の重症度・看護必要度基準においても項目別に認知症の在り群のほうが、有意に高い値となっていたのは、A 項目が 1 項目「血圧測定」であり、B 項目が 10 項目「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」、その他が 1 項目「身体的症状の訴え」となっていた。

このことから、「一般病棟用の重症度・看護必要度」においても、「寝返り」、「起き上がり」、「座位保持」、「移乗」、「口腔清潔」、「食事摂取」、「衣服の着脱」も同様に認知症あり群の得点が高いことがわかるが、このように認知症の患者においては、看護必要度項目における患者の状態を測定する B 項目で十分、その状態を反映しているものと考えられた。

BPSD への対応として、明らかに長く提供されていたのは、「抑制帯の脱着、拘束着の鍵の開閉」であり、その時間も長かった。その他の問題行動への対応の具体的なケアは、いわゆる ADL

に関するケアに内包されていた。

そのケアの多くを、看護師らは、「患者の見守り」が必要と表現していたが、具体的なケアとして、認知症あり群の方が、なし群にくらべ、ケア時間が長かったケアとしては、「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」、「食事時の見守り」、「衣服を整える」、「口腔清潔（歯みがき等）」といったケア内容が示されていた。

これらは、認知症患者におけるコミュニケーション能力の低下、認知症によって生じる日常行動の変化とその対応に対する援助に関して、時間が多く費やすことになっていることを明らかにしたものとして重要である。

さらに、認知症あり群の中で、ケア時間が長い集団のケア内容の特徴をみると、「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」、「食事時の見守り」といった内容のケア時間が長く、同じ看護ケア時間の長い認知症がない集団と比較しても、「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」といった内容のケア時間が長かった。

また、同じく合計ケア時間が長い患者で認知症有無別に、看護必要度項目の回答の差異をみると、「どちらかの手を胸元」、「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」という内容について、認知症あり群の方に、得点が高い回答カテゴリの割合が多い

傾向がみられ、これもタイムスタディ調査で認知症の高齢患者において、時間が長いとされた内容とほぼ一致した結果になった。

しかし、統計的に有意差がみられた内容で、「車いすからベッドへの移乗」などに関連したケアが、認知症あり群における看護時間が長いケアとして挙げられたが、看護必要度項目の移乗に関する項目では、回答の差異はなかった。

これは、移乗に関しては、状態像の評価としては、認知症有無別に有意差はないが、移乗にかかる時間は、認知症が有る患者のほうが時間は長いという実態を示している。

このことは、移乗は、単純に患者を移すという行為としてだけでなく、これを成立させるためには、患者と十分にコミュニケーションをとる必要があるが、看護必要度の項目としては、移乗と、例えばコミュニケーションの程度を評価するような項目というように、両方の評価項目によって解釈すべきであるという提案となるだろう。

つまり、移乗の介助の時間の差を示すのは、移乗の介助の有無1項目だけでの判断ではなく、他のコミュニケーションに関する項目の結果と兼ね合わせての評価がなされることになることを示しているといえよう。

以上のことから、B項目については、認知症の患者では、複数の項目の機能低下が状態が連動している傾向があり、認知症ありの高齢者と認知症なしの高齢者のB項目の違いがはっきりするという理由がこうした面でも明らかに示されていることがわかる。

これは、先に述べた、「移乗」という行為において、認知症がある患者さんのほうが、コミュニケーション自体が取りづらいために、その行為には時間がかかっていることを評価するための工夫が必要なことを表している。

しかし、現状の認知症の患者への看護の実態としては、一般急性期病院での看護業務を代表する診療の補助とよばれる手術の介助、容態監視、注射や内服の実行、全身状態の観察、検査の補助といった専門的な看護に係る内容よりも、コミュニケーションや見守り、認知症状に伴うADLの援助といった内容に看護時間が費やされていることを示す結果といえる。

また認知症のケアの実態は、看護必要度の評価としては、総合的に、B項目の高さとして反映されていた。

(6) 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

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。

患者に対するケアの必要量は、現在、「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。

処置が「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、いわゆる重症度の判定には、あまり影響していなかった。

したがって、これらの項目が削除されても現行の基準での重症度評価判定はほとんど変わらないだろうと考えられた。

ただし、これらの項目を特殊な治療法の1つとして下位項目として、反映させることは、検討してもよいのではないかと考えられた。

一方、「血圧測定」は、ほぼ全員になされており、この項目が削除されても現行のA項目のカットオフ値を変更す

ることにより、現行の基準での重症度評価判定とほとんど変わらないだろうと考えられた。

「蘇生術の施行」と有意な相関が認められた4つのA項目は、「時間尿測定」、「点滴ライン同時3本以上」、「輸液ポンプの使用」、「シリンジポンプの使用」であるが、いずれも小さかった。

これは、「蘇生術の施行」が必要な患者は通常の処置ができないような状態であると考えられ、これも削除の候補としてもよいのではないかと考えられた。

B項目の「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。

また、B項目の性質として、「寝返り」ができなければ、「起き上がり」は難しいであろうし、「起き上がり」ができなければ、「座位保持」もできない可能性が高いことや、「移乗」や「移動方法」はさらに難しいだろうことが予想されることから、これらの項目の縮約の可能性は高いと考えられた。

また、「シリンジポンプの使用」(A項目)があれば、「衣服の着脱」には介助が必要になると考えられ、B項目のいくつかの相関が高い項目は、このような能力における順序関係の影響が出ているのではないかと思われる。

したがって、このような関係にある項目は、前述したように削減や縮約が可能ではないかと考えられた。

縮約の方法としては、「できる・できない」の2値ではなく3カテゴリ以上の程度を定義することも考えられる。

現行のB項目においても、そのような評価方法が評価しやすいかもしれない。その場合は、重症のカットオフ値の見直しも必要になると考えられる。

相関が認められたそれぞれの項目同士は、評価点数の頻度分布(割合)の経時推移も類似していた。これは、項

目の改善や、処置においても、入院からの経時的な変化があるためと考えられた

A項目は、入院3日目に頻度が高くなっているものが複数あり、前日の測定後、あるいは、この3日めに手術等、何らかの処置が行われている可能性が示唆された。

ただし、入院15日目までのそれぞれの日に評価された人数は、入院日は3人、そのほかの日は10~30人程度であり、これらの日にみられた傾向は偶然の変動の可能性もありえる。

また、今回の解析対象となった患者集団において、入院12日目は90%以上(13/14人)の患者が「重症」であった。今回の調査データは同一人のものは含まれず、すべて異なる患者のデータであり、その日のデータが存在することは、その日までに退院ができないことを意味している。実際の入院患者では退院があるので、入院し続ける人数は継時的に減少する。

例えば12日目について解釈する場合は、12日までに退院できない状態の患者集団ではこの程度の頻度の処置が必要になることを示唆している。したがって、入院21日目以降にもA項目やB項目で「あり」の頻度があまり低くないのはこのためであると考えられる。

本研究では患者の退院日のデータがないので、処置や経過と退院までの日数との関連は不明である。

これを明らかにするには、同一人の患者データを入院から退院まで継時的に蓄積したデータが必要である。

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」においては、DPCⅡ群における重症(看護必要度のA得点2点以上且つB得点3以上)の割合は、中央値で17%で、入院患者のB得点は全体のそれより低い

傾向がみられていた。

本研究の調査対象は、65歳以上の高齢者となっていることから、高齢患者が重症となる傾向がある可能性が示されたといえる。

さらに、1分間タイムスタディ調査の手法として、2003年の調査は、他計式の看護師を対象とした大規模調査が実施によって患者へのケア時間が算出されていたが、今回の調査手法は、患者側に調査者をつけた調査手法がとられた。

このため、患者の状態や処置の多さによって、患者の看護ケア時間を予測しようとしたモデルには、大きな影響が示された。おそらく本研究の分析では、多重共線性の影響が出ているのではないかと考えられた。このため、本研究の結果からは、十分に説明できるモデルは示されていない。

さらに、本研究でこのモデルをつくるにあたって利用したデータは、高齢患者が対象であったことから、年齢も説明変数として検討したが、大きな影響はみられなかった。

本研究の分析によって、選択された説明変数は看護の観点からは、異議がないような項目ではあったが、調査手法による看護時間の差異は、患者の属性との関連性の分析に対して、影響を及ぼしている可能性があることから、慎重な検討が必要であると考えられた。

看護必要度には、「高齢者の入院患者が急増していることへの対応が評価に反映されない。あるいは、高度な治療に伴う特殊な薬剤の管理やきめ細かな輸液ポンプの管理が評価に反映されていない」<sup>3)</sup> という批判もあるが、本研究の結果からは、高齢患者を調査対象とした看護必要度のアセスメント項目の妥当性が検証された。

また、「輸液ポンプの使用」についての評価項目に関しては、その頻度が多いことから、急性期病棟を評価する項

目としては、相応しくないとの看護の臨床現場からの提言もあり、こういった単に、看護師がやっていることだから評価してほしいといった安易な批判への1つの回答ができたと考える。

## E. 結論

### 1. 看護必要度におけるアセスメント項目の追加・削除項目について

項目を見直した結果、現行の一般病棟用重症度・看護必要度評価指標に対しての、追加・削除の項目(案)は、以下の通りであった。

これらの追加項目は、平成20年に「一般病棟用の重症度・看護必要度」として、看護必要度のアセスメント項目を導入した際に、HCU病棟で導入されていた項目と同様の評価をすると提案したにも関わらず、日本看護協会、看護の学識者らの反対で、削除項目とされたものであった。

今回、臨床現場の看護師らからの意見を多く聴取し、ヒアリング調査や、看護必要度に関する学識者らの委員会においても、いずれも追加の要望が多く、削除すべきとの意見はほとんどなかった。

このことから、平成20年当時、職能団体、学識経験者らの意見は、臨床現場の意見と乖離していた可能性がある。看護必要度は、現場で利用するツールであることから、現場の看護管理者からの意見をよく聴取し、慎重に検討していくことが重要と考えられた。

今回、追加及び削除案として示された内容は、以下の通りであった。

#### 【追加項目】(案)

##### A 項目

- ・蘇生術の施行
- ・広範・複雑なスキンケア
- ・酸素飽和度の持続モニタリング
- ・専門的な治療・処置2
- ・特殊な治療法等2

## B 項目

- ・ 床上安静の指示
- ・ 移動方法
- ・ 他者への意思伝達
- ・ 診療・療養上の指示が通じる
- ・ 危険行動
- ・ 身体的な症状の訴え
- ・ 計画に基づいた 10 分間以上の指導

## 導

- ・ 計画に基づいた 10 分間以上の意思決定支援
- ・ その他（緊急入院の有無、個室管理の有無）

### 【削除項目】（案）

A 項目 時間尿測定

B 項目 なし

臨床的な意見と同時に、統計学的に、A 項目、B 項目の妥当性について、その看護のケア時間や、看護必要度の項目間の構造を分析することによって、検討した結果、臨床的な意見とは異なるが、「蘇生術の施行」については、これを実施したとの回答が少なく、重症度にも影響がないことから削除項目の対象となっていた。

また「時間尿測定」も、蘇生術の施行との相関で削除してもよいのではないかとの結果を得た。これに関しては、臨床的意見と一致していた。

さらに、処置が「あり」の頻度が非常に少なく頻度が 1%未満の A 項目として、「動脈圧測定」、「中心静脈圧測定」、「特殊な治療法」、「肺動脈圧測定」についても患者の重症度との関連性は低く、これらの項目が削除されても現行の基準での重症度評価判定には、影響がないと推察された。

ただし、急性期の医療の補助としての内容は示せることから、これらの項目を特殊な治療法の下位項目として反映させることは検討すべきであろう。

また、「血圧測定」は、ほぼ全員に実施されており、これについても重症度への影響はないと判断されることから削除し、むしろ、カットオフ値についての検討をすべきであると考えられた。

一方、B 項目については、能力の順序関係の影響を勘案し、縮約をすることが可能との結果を得た。

これは B 項目については、記録の負担が重いとの意見もあることから、縮約を検討したが、臨床的には、B 項目には、コミュニケーションに係る項目等を増やしてほしいとの強い要望もあり、項目をどのように縮約あるいは、追加していくかについては、さらなる検討が必要である。

認知症に係る看護必要度のアセスメント項目を追加してほしいとの臨床的意見は、少なくないが、まず、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。

また、重症度・看護必要度 B 得点でも、認知症あり群 11.1 点（標準偏差 5.1）で、認知症なし群平均 6.8 点（標準偏差 6.0）であった。

さらに、一般病棟用の重症度・看護必要度 B 得点でも、認知症あり群平均 7.3 点（標準偏差 3.6）、認知症なし群 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。

A 得点と同様に B 得点においても、認知症あり群のほうで有意に得点が高いことが明らかにされた。

このことは、看護必要度におけるアセスメント項目は、すでに患者の認知症の有無を反映しているものと考えられた。

以上の結果から、認知症や、これに急性増悪の状態となっていた高齢患者は、A、B 共に看護必要度の評価項目によって、その弁別がなされる得点が



示されており、認知症の患者の状態は、看護必要度の得点に反映されていないという意見とは、異なった結果が示されたといえる。

このように看護必要度は、看護業務のタイムスタディ調査結果から患者の状態像を把握し、その他の意見を配慮し、A項目およびB項目がアセスメント項目として設定されている。

したがって、看護必要度データを分析し、これを看護管理に用いることは、実効性が高い病棟運営に寄与できていると考えられた。

今後、すべての病院で患者の看護必要度に応じたケアの提供体制とし、日々、適切な要員管理を行えるツールとして、看護必要度を利用することでできる管理者等を養成することが重要であるとのことが示されたといえる。

## 2. 今後の課題

今回は、臨床家らの意見を集約し、アセスメント項目の見直しにおいて追加・削除項目が示されたが、今後も、これらの各項目の検討に際しては、看護の業務量（＝看護の手間）との関係も考慮しつつ、慎重に、検討していく必要がある。

また、その評価の実態が明らかになったことで、改めて課題が示された。

看護必要度の院内評価者研修は全体の90%で実施され、全体の6割の施設で、看護必要度のデータを看護管理に活用しており、評価結果の検証は全体の6割、DPCⅡ群の9割で行われており、精度の高いデータが入手されつつあることがわかった。また、85%の施設で何らかの入力システムを用いており、ICT技術の利用もすすんでいた。

しかし、看護必要度の根拠となるB項目の記録として、何をどのように記録するかについての定めのない施設があり、日々B項目の記録を行っている施設は、2割から3割にとどまってい

た。

今後、さらに適切な記録の基準とこれを日々行う上で必要は標準化と研修が必要であると考えられた。

すでに看護必要度に応じて傾斜配置を行っている病院は、全体及びDPCⅡ群共に、5割以上を示していた。その他、業務分担の調整やリリーフナースを配置するなど、何らかの方法で、患者の看護の必要度に応じて提供するケア量を調整している病院は、7割近くになっており、多くの病院で看護必要度データは利用されていた。

このように、看護の必要性に応じて看護要員の配置を調整するといった看護管理についても多くの病院で実施されていることがわかった。

業務の調整やリリーフナースの配置などの手段を用いて、看護要員を調整する仕組みが7割に導入されている一方で、看護必要度のデータを看護要員管理に生かすことができない、管理能力が未熟な看護管理者にとっては、これを「データを看護要員管理には利用していない」と回答しているだけでなく、看護必要度の評価制度自体を問題にする傾向が少なくない。

今後は、こういった看護管理者の能力の向上が課題といえる。

## F. 研究危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録情報

なし

## <引用文献>

1) T Tsutsui, S Higashino. Development of Tsutsui Total Care Code: revealing the nature and quantity of care services provided in Japan Fields of nursing care,

long-term care, and childcare services, 経営と情報 2011;23(2):23-50.

2) 筒井孝子.患者に必要とされる看護の予測モデルの考え方.筒井孝子.「看護必要度の研究と応用」新しい看護管理システムのために.医療文化社 2003,273-275.

3) 市川幾恵.大学病院における看護職員の適正配置と看護必要度について,保健医療科学 2013;62(1):62-67

4) McSherry R, Pearce P. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing,2007.

5) Lugon M, Secker-Walker J, editors.Clinical governance in a changing NHS. London: Royal Society of Medicine Press,2006.

6) Chambers R, Boath E, Rogers D. Clinical effectiveness and clinical governance made easy. 3rd ed. Oxford: Radcliffe Medical

Press,2004.

7) Swage T. Clinical governance in health care practice. 2nd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann,2004.

8) Wilkinson JE, Rushmer RK, Davies HTO. Clinical governance and the learning organization. J Nurs Manag 2004;12:105-13.

9) Travaglia JF, Braithwaite J. Clinical governance, safety and quality: an overview of the literature. Sydney: Centre for Clinical Governance Research, University of New South Wales,2007.

10) R Nahm,I Poston. Measurement of the effects of an integrated, point-of-care computer system on quality of nursing documentation and patient satisfaction.Comput Nurs. 2000;18(5):220-229

11) 嶋森好子,筒井孝子編.マネジメントツールとしての看護必要度第2版.中山書店,東京.2007

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）」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」

分担研究者	田中彰子	(山梨県立大学看護学部)
研究代表者	筒井孝子	(国立保健医療科学院)
分担研究者	嶋森好子	(東京都看護協会)
研究協力者	福井トシ子	(日本看護協会常任理事)
	齋藤訓子	(日本看護協会常任理事)
	佐藤久美子	(川崎幸病院)
	三宅弘恵	(独立行政法人国立病院機構岡山医療センター)
	越智芳江	(自治医科大学附属さいたま医療センター)
	山下美智子	(筑波メディカルセンター病院)
	渡邊千登世	(財団法人田附興風会北野病院)
	黒瀬正子	(財団法人倉敷中央病院)
	若林稲美	(武蔵野日赤病院)
	酒井美絵子	(群馬パース大学看護学部)
	山内豊明	(名古屋大学医学部)
	松田晋哉	(産業医科大学)

### 研究要旨

本研究では、すでに一般入院病棟において、広く、その評価が行われている「一般病棟用の重症度・看護必要度」をはじめとした看護必要度に関するアセスメント項目に関して、看護師及び医師、さらに学識経験者らから広く意見を収集し、これを看護の臨床的観点から分析し、より適切なアセスメント項目とすることを目的とした。

研究方法は、第1段階として、アセスメント項目にかかる質問紙を作成するため、調査票設計委員会を組織した。第2段階では、前述の第一段階で選定された委員に対して、看護必要度の項目の見直しと新たなアセスメント項目に関する意見を聴取するための郵送調査を実施し、調査すべき内容についてまとめた。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集めて、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。聴取を実施したのは、全国看護管理者懇談会、日本看護管理学会等、看護の関連学会である。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。

以上のプロセスを経て、新たな看護必要度のアセスメント項目の考え方がまとめられ、この結果として、追加及び、削除すべき項目（案）が示された。

## A. 研究目的

本研究では、すでに特定機能病院をはじめ、一般入院病棟等において広く導入されている看護必要度に関するアセスメント項目に関して、看護師及び医師、さらに学識経験者らから広く意見を収集し、これを看護の臨床的観点から分析し、より適切なアセスメント項目とすることを目的とした。

## B. 研究方法

研究は、以下の5段階を経て、実施された。

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、これらの委員は、以下の4条件を満たした者とした。

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、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集めて、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意見を聴取した。この聴取を実施したのは、全国看護管理者懇談会、看護管理学会等、看護の関連学会である。

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。

研究段階を次頁に図示(図2-1)した。

### (倫理面への配慮)

本研究の実施に当たっては、個人情報保護に十分配慮し、構築されたデータベースから、個人の特定制できない方式を採用した。

また、研究代表者の所属する国立保健医療科学院の倫理委員会における倫理面での審査を受け、承認を受けた(NIPH-TRN#12006)。

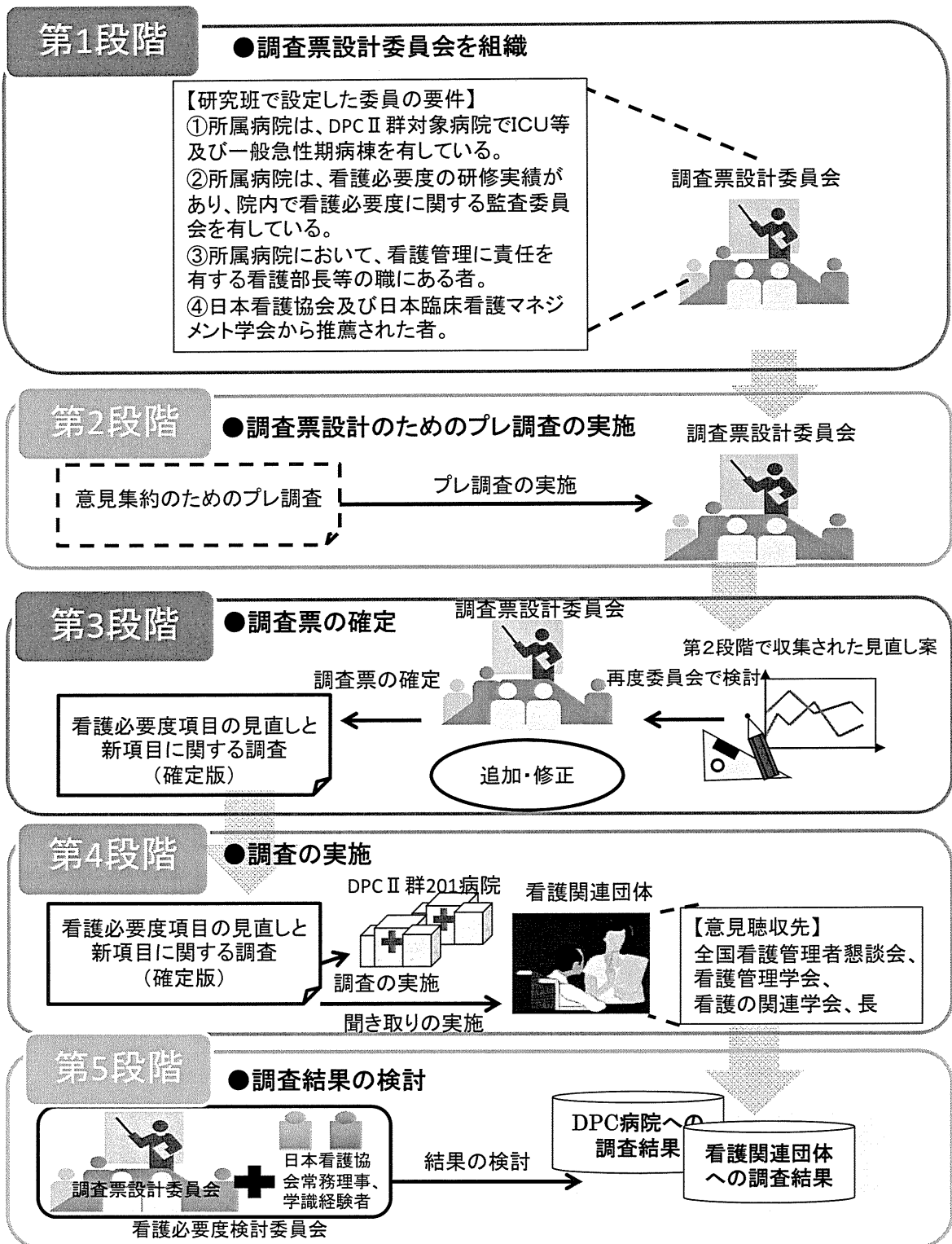


図 2-1 研究実施の段階

## C. 研究結果

### 1. 看護必要度にかかるアセスメント項目の見直し（第 2, 3 段階の結果）

看護必要度にかかるアセスメント項目の見直しについては、表 2-2a:P47、表 2-2-b:P48 に示した通りである。

### 2. 調査票の作成（第 2, 3 段階における結果として）

現行の看護必要度評価票（①一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 ②重症度・看護必要度に係る評価票）および、看護必要度研究会が作成した「身体的な症状の訴え」等の 3 項目を統合した。

#### （1）調査項目の一覧

本研究事業で組織した調査票設計委員会が検討した調査項目（A 項目 21、B 項目 17、全 38 項目）を追加し、それぞれの調査項目に対して【追加・変更・削除】の意見を求める質問形式として、調査を実施した。

これらの具体的な調査項目は、表 2-3-a:P49、表 2-3-b:P51 に示した。

#### （2）看護必要度調査項目と定義（手引き）の作成

これらの調査をするにあたっては、新たなアセスメント項目も含まれていることを勘案し、看護必要度調査項目と定義（手引き）を作成した。これについては、表 2-4-a:P53-55、表 2-4-b:P56-57 に示した。

### 3. 看護必要度の項目の見直しに関する調査の結果（第 4 段階①の調査結果の分析）

#### （1）A 項目「モニタリング及び処置等」の見直しの意見の概要

A 項目について、5%以上の回答者が、「削除したほうが良い」と回答して

いたのは、全体的には、「時間尿測定」（9.4%）、「心電図モニター」（9.4%）、「肺動脈圧測定」（6.8%）、「中心静脈圧測定」（6.0%）、「動脈圧測定」（5.1%）の 5 項目であった。

一方、DPCⅡ群病院では、「時間尿測定」（9.9%）、「心電図モニター」（14.1%）、「肺動脈圧測定」（9.9%）、「中心静脈圧測定」（7.0%）、「動脈圧測定」（7.0%）は、同じであった、これに「特殊な治療法等 1」（5.6%）が追加され、6 項目であった。

回答施設の 5%以上が削除した方がよいと回答した評価項目の削除理由は、「時間尿測定」は、一般病棟では、該当する患者はまれであることや、重症度を反映しない、意図的に尿測の回数を増やすことができるといった意見であった。

次に、「心電図モニター 2（CRT, CRTD, ICD）」については、「心電図モニター 1」に含めればよいという意見や、一般病棟では、該当する患者はまれである、重症度を反映しない、それほど手がかからないといった意見や循環器病棟のみが対象となるので妥当ではないといった意見が示されていた。

「動脈圧測定（動脈ライン）」については、一般病棟では、該当する患者はいないという意見が示されていた。

「中心静脈圧測定（中心静脈ライン）」、「肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）」も一般病棟では、該当する患者はまれであるという意見が出されていた。

#### （2）A 項目の定義・判断基準を変更した方がよい項目について

5%以上の回答者が、変更を望むとの回答をしていたのは、全体的には、「時間尿測定」（16.2%）、「広範・複雑なスキンケア」（12.0%）、「専門的な治

療・処置 1」(12.0%)、「輸液ポンプの使用」(11.1%)、「専門的な治療・処置 2」(10.3%)、「呼吸ケア」(7.7%)、「点滴ライン同時 3 本以上」(7.7%)、「創傷処置」(6.8%)、「特殊な治療法 2」(6.0%)、「酸素飽和度の持続モニタリング」(5.1%) の 10 項目であった。

DPC II 群病院においては、上記の 10 項目、「時間尿測定」(22.5%)、「専門的な治療・処置 1」(16.9%)、「広範・複雑なスキンケア」(15.5%)、「輸液ポンプの使用」(15.5%)、「専門的な治療・処置 2」(14.1%)、「呼吸ケア」(11.3%)、「点滴ライン同時 3 本以上」(9.9%)、「創傷処置」(9.9%)、「特殊な治療法 2」(9.9%)、「酸素飽和度の持続モニタリング」(5.6%) に、「蘇生術の施行」、「人工呼吸器の装着」、「特殊な治療法 1」(いずれも 5.6%) を含んだ 13 項目が示された(表 2-5)。

これらの変更の具体的な内容としては、「創傷処置」では、「医師の指示で実施する広範囲の軟膏塗布(天疱瘡、薬疹など)を含めてほしい」や、「創傷を面積(サイズ)に応じて、褥瘡はグレードに応じて評価するように変更してほしい」といったことや、「CV 刺入部包交を含める」、「子宮内病理組織採取等への処置を含める」といった内容や、「創傷の予防に手がかかっているので、こういった看護を評価してほしい」といった多様な意見が示されていた。

「広範・複雑なスキンケア」の変更内容としては、「ストマケアは高さに関係なく手間がかかるので、ストマケア全般を含めてほしい」、という内容や、「腎ろう部、胃ろう部へのケアを含める」、「リンパ浮腫予防目的である弾性包帯の巻き直しを含める」、「分子標的薬投与時、高頻度に出現するハンドフット症候群へのケアを含める」といったものや、保清等もスキンケアに含ま

れるのではないかという意見がある一方で、実践での評価は難しいといった意見もあった。

「時間尿測定」については、現行の「1 時間以内の尿量測定」を、「2 時間以内」に変更するなど、時間間隔を見直して欲しいという意見が多かった。

「呼吸ケア」は、ネブライザー吸入を含めるといった内容や、人工呼吸器管理を別にして、「15 人工呼吸器の装着」に含めたほうがよいといった意見もあった。

「点滴ライン同時 3 本以上」については、1 日に何本も点滴更新を行うことを「あり」としてほしいといった意見や、同時 3 本以上から、同時 2 本以上に変更してほしいといった意見もあった。

「酸素飽和度の持続モニタリング」の具体的な変更内容としては、心機能低下のある患者に対して実施した場合、医師の指示を要件に加える、記録があることを要件に加えるといった意見が示されていた。

この項目については、項目の定義が十分に理解されていないために、変更意見が出されていないことも少なくなかった。

「輸液ポンプの使用」については、現在、HCU 用のアセスメント項目になっているが、一般病棟用でもアセスメント項目にしてほしいという意見が多かった。

これについては、輸液ポンプだけでなく、使用液剤も条件としたらどうかとの意見もあった。

「専門的な治療・処置 1」については、例えば、「④免疫抑制剤の使用」の使用目的の範囲を広げるといった意見や、「鎮静剤の使用」や、臓器移植時の拒絶反応防止の処置としてパルス療法などを含めてほしいといった意見が示

されていた。また、これらのそれぞれの7種の治療1項目につき1点とするというように得点の算定方式に関する変更案も示されていた。

「専門的な治療・処置2」では、「⑦ 圧迫止血」の止血時間を10分以上から、5分以上に変更してほしいといった意見や、「前立腺や腎などの生検」、「抗凝固剤の使用」を追加するといった意見や、「専門的な治療・処置1」と

同様、それぞれの8種の治療1項目につき1点とするという変更案が示されていた。

「特殊な治療法等2」については、CAPDは、看護師が行った場合に限るとする判断基準の変更や自家幹細胞採取、病棟での透析、骨髄移植、体外式ペースメーカー使用を、この定義に含めてほしいといった意見もあった。

表 2-5 重症度・看護必要度のA項目の削除・変更の集計結果

	削除の 件数	削除の 割合(%)	変更の 件数	変更の 割合(%)
01 創傷処置	1	0.9	8	6.8
02 広範・複雑なスキンケア	0	0.0	14	12.0
03 蘇生術の施行	2	1.7	5	4.3
04 血圧測定	1	0.9	5	4.3
05 時間尿測定	11	9.4	19	16.2
06 呼吸ケア	0	0.0	9	7.7
07 点滴ライン同時3本以上	4	3.4	9	7.7
08 心電図モニター1	0	0.0	2	1.7
09 心電図モニター2 (CRT、CRTD、ICD)	11	9.4	2	1.7
10 酸素飽和度の持続モニタリング	3	2.6	6	5.1
11 輸液ポンプの使用	4	3.4	13	11.1
12 動脈圧測定(動脈ライン)	6	5.1	1	0.9
13 シリンジポンプの使用	1	0.9	3	2.6
14 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	7	6.0	5	4.3
15 人工呼吸器の装着	1	0.9	5	4.3
16 輸血や血液製剤の使用	0	0.0	0	0.0
17 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	8	6.8	1	0.9
18 専門的な治療・処置1	1	0.9	14	12.0
19 専門的な治療・処置2	1	0.9	12	10.3
20 特殊な治療法等1	5	4.3	5	4.3
21 特殊な治療法等2	2	1.7	7	6.0
回答施設数	117	100.0	117	100.0
累計件数(カッコ内=累計件数÷回答施設数)	69 ( 0.6 )		145 ( 1.2 )	

(うち) DPC II 群の病院

削除の 件数	削除の 割合(%)	変更の 件数	変更の 割合(%)
1	1.4	7	9.9
0	0.0	11	15.5
2	2.8	4	5.6
0	0.0	3	4.2
7	9.9	16	22.5
0	0.0	8	11.3
2	2.8	7	9.9
0	0.0	1	1.4
10	14.1	2	2.8
1	1.4	4	5.6
3	4.2	11	15.5
5	7.0	1	1.4
1	1.4	2	2.8
5	7.0	3	4.2
0	0.0	4	5.6
0	0.0	0	0.0
7	9.9	1	1.4
0	0.0	12	16.9
0	0.0	10	14.1
4	5.6	4	5.6
1	1.4	7	9.9
71	100.0	71	100.0
49 ( 0.7 )		118 ( 1.7 )	



(3) B項目「患者の状況」の見直しの意見の概要

B項目について、5%以上の回答者が削除した方がよいとした項目は、全体で「どちらかの手を胸元まで持ち上げられる」の1項目(10.3%)のみであった。

DPCⅡ群病院において5%以上が削除してほしいとした項目は、「どちらかの手を胸元まで持ち上げられる」(12.7%)と「身体的な症状の訴え」(5.6%)の2項目のみであった。

削除の理由としては、「どちらかの手を胸元まで持ち上げられる」については、この内容は、他の項目の評価で代替できている、あるいは、看護ケアには影響がない、定義があいまいで、アップコーディングできるという意見がだされていた。

(4) B項目の定義・判断基準を変更した方がよい項目について

定義や判断基準を変更した方がよいとされた項目は、全体で「移動方法」(5.1%)、「食事摂取」(6.0%)、「他者への意思の伝達」(9.4%)、「診療・療養上の指示が通じる」(9.4%)、「危険行動」(19.7%)、「計画に基づいた10分間以上の指導」(6.0%)、「計画に基づいた10分間以上の意思決定支援」(8.5%)、「その他(緊急入院・個室管理)」(8.5%)の8項目であった。

DPCⅡ群病院においては、「移動方法」(7.0%)、「食事摂取」(8.5%)、「他者への意思の伝達」(12.7%)、「診療・療養上の指示が通じる」(14.1%)、「危険行動」(28.2%)、「計画に基づいた10分間以上の指導」(7.0%)、「計画に基づいた10分間以上の意思決定支援」(9.9%)、「その他(緊急入院・個室管理)」(12.7%)、さらに、これらに「乗乗」(5.6%)が追加された9項目にお

いて、定義・判断基準を変更したほうがよい項目の候補とされていた(表2-6)。

具体的な定義や判断基準の内容としては、「移動方法」については、「HCU用のみでなく一般病棟用で評価をすべき項目に含めるべきだ」といった意見や、「移動した場合のみ評価し、移動していない場合は0点とする」といった判断基準にしてほしい」といった内容や、「見守りのための付添いを移動方法の定義に入れてほしい」といった意見もあった。

「食事摂取」の定義の変更では、「食事の準備や、食事中的見守り」を評価の内容として含めてほしいとの意見が示されていた。

「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」、「計画に基づいた10分間以上の指導」、「計画に基づいた10分間以上の意思決定支援」は、HCU用の評価項目だけでなく、一般病棟用でも必要な評価項目であるといった意見が多かった。

「危険行動」については、このほかに、「予防のためのアセスメントや介入を評価して欲しい」といった内容や、「不穏行動やせん妄など常時観察が必要な場合や、徘徊患者の対応や、迷惑行為への対応」といったBPSDへの対応を定義に含めてほしいとの意見が多かった。

「計画に基づいた10分間以上の指導」、「計画に基づいた10分間以上の意思決定支援」は、10分以上は長すぎるので、短くするや、「計画に基づいた」を要件から除くといった判断基準を易しくしてほしいといった意見もあった。

また、「計画に基づいた10分間以上の意思決定支援」は、退院支援のための意志決定支援や、意思疎通が図れない患者が多いので、家族への意思決定

支援も含めるような定義としてほしいとの意見があった。

さらに、その他として、緊急入院や個室管理といったことを評価してほしいとの意見があり、緊急入院では、緊急手術・緊急内視鏡などを行ったことを要件に追加し、個室管理には、常時

監視・頻回の観察が必要な患者を含めるとして、個室管理は、隔離の必要な感染症の場合に限るといった内容が追加されるとよいとの意見が出されていた。

表 2-6 重症度・看護必要度のB項目の削除・変更の集計結果

(うち) DPCⅡ群の病院

	削除の 件数	削除の 割合(%)	変更の 件数	変更の 割合(%)	削除の 件数	削除の 割合(%)	変更の 件数	変更の 割合(%)
22 床上安静の指示	2	1.7	3	2.6	2	2.8	3	4.2
23 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	12	10.3	2	1.7	9	12.7	2	2.8
24 寝返り	1	0.9	2	1.7	1	1.4	1	1.4
25 起き上がり	2	1.7	2	1.7	2	2.8	2	2.8
26 座位保持	2	1.7	1	0.9	2	2.8	1	1.4
27 移乗	0	0.0	4	3.4	0	0.0	4	5.6
28 移動方法	1	0.9	6	5.1	1	1.4	5	7.0
29 口腔清潔	0	0.0	3	2.6	0	0.0	2	2.8
30 食事摂取	0	0.0	7	6.0	0	0.0	6	8.5
31 衣服の着脱	0	0.0	2	1.7	0	0.0	2	2.8
32 他者への意思の伝達	2	1.7	11	9.4	1	1.4	9	12.7
33 診療・療養上の指示が通じる	1	0.9	11	9.4	0	0.0	10	14.1
34 危険行動	0	0.0	23	19.7	0	0.0	20	28.2
35 身体的な症状の訴え	5	4.3	3	2.6	4	5.6	2	2.8
36 計画に基づいた10分以上の指導	0	0.0	7	6.0	0	0.0	5	7.0
37 計画に基づいた10分以上の意思決定支援	0	0.0	10	8.5	0	0.0	7	9.9
38 その他(緊急入院、個室管理)	0	0.0	10	8.5	0	0.0	9	12.7
回答施設数	117	100.0	117	100.0	71	100.0	71	100.0
累計件数(カッコ内=累計件数÷回答施設数)	28 ( 0.2 )		107 ( 0.9 )		22 ( 0.3 )		90 ( 1.3 )	

#### 4.各団体の意見の概要(第4段階②の調査結果の分析)

##### (1) 意見を聴取した団体とその聴取した意見数の考え方(表2-7)

看護必要度について、1. 全国看護管理者懇談会(全国20団体、133病院が加盟) 2. 日本看護管理学会 3. 日本がん看護学会からの意見を聴取した。

全国看護管理者懇談会では、病院毎に、意見が収集された。2および3の学会からは、学会の意見として、提示されてきた。

意見の内容が同じもの、相当、類似

していたものは、1つの意見とした。また、ここに示した件数は、1施設で1件数、1学会1件数とし、数値化した。

現行の一般病棟用重症度・看護必要度の評価項目の見直しの意見としては、206種類(延べ件数871)の意見が出された。

意見の内訳は、A項目に関して、66(延べ件数249)、B項目10(延べ件数104)、看護必要度研究会の提唱する評価項目が5種類(延べ件数47)、その他の項目125(延べ件数471)であった。

表2-7 一般病棟用重症度・看護必要度の項目に対する各種団体の意見(全体)

	種類	延べ件数
A項目	66	249
B項目	10	104
看護必要度研究会の提唱する評価項目	5	47
その他	125	471
計	206	871

(2) 見直し意見の概要

意見の内容を【追加・見直し・削除】に分類した結果、追加が 44 (延べ件数 246)、見直し 25 (延べ件数 132)、削除 8 (延べ件数 18)、その他 4 (延べ件数 4) であった。A 項目の追加を求める意見が多かった (表 2-9)。

①A 項目の【追加・見直し・削除】の内容 (表 2-8-a:P58-60)

追加 35 件 (延べ件数 122)、見直し 21 件 (延べ件数 107)、削除 8 件 (延べ件数 18)、その他 2 件 (延べ件数 2) であった。

②B 項目の【追加・見直し・削除】の内容 (表 2-8-b:P61)

追加 4 件 (延べ件数 77)、見直し 4 件 (延べ件数 25)、削除 0 件、その他 2 件 (延べ件数 2) であった。このうち認知症を理由にあげているものが 4 件 (延べ件数 78) であった。

③看護必要度研究会の提唱する評価項目への意見 (表 2-8-b:P61)

看護必要度研究会の提唱する評価項目への意見は、5 件 (延べ件数 47 件) であり、「計画に基づく 10 分間以上の指導」(同 18 件) が最も多く、次いで、手術 (同 11 件)、「看護計画に基づく 10 分間以上の意思決定支援」(同 10 件)、「身体的な症状の訴え」(同 4 件)、「退院予定」(同 4 件) であった。

表 2-9 一般病棟用重症度・看護必要度の項目に対する各種団体の意見 (A項目、B項目)

	追加	見直し	削除	その他	計
A 項目	35	21	8	2	66
延べ件数	122	107	18	2	249
B 項目	4	4	0	2	10
延べ件数	77	25	0	2	104
看護必要度研究会の提唱する評価項目	5				5
延べ件数	47				47
計	44	25	8	4	81
延べ件数	246	132	18	4	400

④その他項目 (表 2-8-c:P62-67)

また、現行の診療報酬上の評価項目にない項目 (「その他の項目」) に対する意見は、125 件 (延べ件数 471) であった (表 2-10)。

内容は、治療 23 件 (延べ件数 50)、薬剤 13 件 (延べ件数 39)、処置 34 件 (延べ件数 91)、医療機器 10 件 (延べ件数 90)、その他 45 件 (延べ件数 201) に分類された。