

表 5-4-2 重症区分別 看護必要度項目の回答傾向の比較 (その他、専門的な治療・処置)

|                  |      | 重症区分 |       |     |       | P値 |
|------------------|------|------|-------|-----|-------|----|
|                  |      | 非重症  |       | 重症  |       |    |
|                  |      | N    | %     | N   | %     |    |
| <b>その他の項目</b>    |      |      |       |     |       |    |
| 手術               | なし   | 192  | 97.5% | 235 | 97.9% |    |
|                  | 手術前日 | 2    | 1.0%  | 3   | 1.3%  |    |
|                  | 手術当日 | 3    | 1.5%  | 2   | 0.8%  |    |
| 10分以上の指導         | なし   | 188  | 95.4% | 224 | 93.3% |    |
|                  | あり   | 9    | 4.6%  | 16  | 6.7%  |    |
| 10分以上の意思決定支援     | なし   | 195  | 99.0% | 236 | 98.3% |    |
|                  | あり   | 2    | 1.0%  | 4   | 1.7%  |    |
| 身体的な症状の訴え        | なし   | 90   | 45.7% | 124 | 51.7% |    |
|                  | あり   | 107  | 54.3% | 116 | 48.3% |    |
| 退院予定             | なし   | 189  | 95.9% | 225 | 93.8% |    |
|                  | あり   | 8    | 4.1%  | 15  | 6.3%  |    |
| <b>専門的な治療・処置</b> |      |      |       |     |       |    |
| 1. 抗悪性腫瘍剤の使用     | 回答なし | 13   | 6.6%  | 7   | 2.9%  | *  |
|                  | なし   | 163  | 82.7% | 221 | 92.1% |    |
|                  | あり   | 21   | 10.7% | 12  | 5.0%  |    |
| 2. 免疫抑制剤の使用      | 回答なし | 13   | 6.6%  | 8   | 3.3%  |    |
|                  | なし   | 176  | 89.3% | 217 | 90.4% |    |
|                  | あり   | 8    | 4.1%  | 15  | 6.3%  |    |
| 3. 麻薬注射薬の使用      | 回答なし | 13   | 6.6%  | 6   | 2.5%  |    |
|                  | なし   | 165  | 83.8% | 213 | 88.8% |    |
|                  | あり   | 19   | 9.6%  | 21  | 8.8%  |    |
| 4. 放射線治療         | 回答なし | 13   | 6.6%  | 6   | 2.5%  | *  |
|                  | なし   | 179  | 90.9% | 232 | 96.7% |    |
|                  | あり   | 5    | 2.5%  | 2   | 0.8%  |    |
| 5. 昇圧剤の使用        | 回答なし | 15   | 7.6%  | 7   | 2.9%  | ** |
|                  | なし   | 170  | 86.3% | 198 | 82.5% |    |
|                  | あり   | 12   | 6.1%  | 35  | 14.6% |    |
| 6. 抗不整脈剤の使用      | 回答なし | 14   | 7.1%  | 6   | 2.5%  | *  |
|                  | なし   | 169  | 85.8% | 202 | 84.2% |    |
|                  | あり   | 14   | 7.1%  | 32  | 13.3% |    |
| 7. ドレナージの管理      | 回答なし | 13   | 6.6%  | 6   | 2.5%  | ** |
|                  | なし   | 157  | 79.7% | 171 | 71.3% |    |
|                  | あり   | 27   | 13.7% | 63  | 26.3% |    |
| 8. 外科手術の術後管理     | 回答なし | 13   | 6.6%  | 6   | 2.5%  |    |
|                  | なし   | 160  | 81.2% | 194 | 80.8% |    |
|                  | あり   | 24   | 12.2% | 40  | 16.7% |    |

\*\*P<0.01, \*P<0.05

②病院属性タイプ 7 対 1 の患者を対象にした場合：

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のうち、「蘇生術の施行」、「動脈圧測定」、「中心静脈圧測定」、「特殊な治療法」では、「あり」の頻度は 1～3 人と非常に少なかった。また、「輸血又は血液製剤の使用」は、重症、非重症のグループにおいて「あり」の頻度は、それぞれ 8 人、2 人で

あったが、有意な関連性が認められなかった (p=0.157)。

そのほかの A/B 項目、重症度・看護必要度の A 得点合計、重症度・看護必要度の B 得点合計においては、重症・非重症による分布の関連性が認められ、重症グループで高いスコアを示していた。

評価日によって重症・非重症の分布の差が認められた (p=0.005)。

③病院属性タイプ 10 対 1 の患者を対象にした場合：

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のうち、「蘇生術の施行」、「中心静脈圧測定」、「肺動脈圧測定」、「特殊な治療法」では、「あり」の頻度はゼロ、「動脈圧測定」では、2人と非常に少なかった。

「危険行動への対応」は、重症、非重症との有意な関連性は認められなかった ( $p=0.572$ )。

また、評価日によって重症・非重症の分布の差違も認められなかった ( $p=0.151$ )。

「輸血又は血液製剤の使用」は、重症、非重症のグループにおいて「あり」の頻度はそれぞれ 4 人、0 人で、有意な関連性が認められた ( $p=0.0287$ )。

そのほかの A/B 項目、重症度・看護必要度の A 得点合計、重症度・看護必要度の B 得点合計においては重症・非重症による分布の関連性が認められ、重症グループで高いスコアを示していた。

(5) 看護必要度評価項目と看護時間との関連性

①全部のデータを対象とした場合：

看護時間の分布の要約を表 5-5 に示した。平均値および SD はそれぞれ 311.7(時間、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 1580 であるが、最大値は 2149 であり、極端に看護時間が長い病院が存在した。

表 5-5 分析対象患者に提供された総看護時間の記述統計

|          | (分)   |
|----------|-------|
| 平均       | 311.7 |
| ばらつき     |       |
| 標準偏差     | 279.1 |
| 中央値      | 252   |
| 四分位範囲    | 237   |
| 分位点      |       |
| 100% 最大値 | 2149  |
| 99%      | 1580  |
| 95%      | 674   |
| 90%      | 534   |
| 75% Q3   | 389   |
| 50% 中央値  | 252   |
| 25% Q1   | 152   |
| 10%      | 78    |
| 5%       | 49    |
| 1%       | 18    |
| 0% 最小値   | 0     |

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。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。

変数増加法とステップワイズ法とで分析を行ったが、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。変数減少法の結果を表 5-6-1 に示した。

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)。

表 5-6-1 重回帰分析の結果（変数減少法）

| 変数         | 自由度 | 偏回帰係数   | 標準誤差   | t 値   | P値     |
|------------|-----|---------|--------|-------|--------|
| Intercept  | 1   | -897.70 | 236.23 | -3.80 | 0.000  |
| 年齢         | 1   | 4.07    | 1.71   | 2.38  | 0.018  |
| シリンジポンプの使用 | 1   | 138.12  | 52.10  | 2.65  | 0.008  |
| 中心静脈圧測定    | 1   | -296.93 | 158.91 | -1.87 | 0.062  |
| 特殊な治療法     | 1   | 891.62  | 157.69 | 5.65  | <.0001 |
| 床上安静の指示    | 1   | -76.09  | 33.09  | -2.30 | 0.022  |
| どちらかの手を胸元  | 1   | -83.36  | 42.98  | -1.94 | 0.053  |
| 寝返り        | 1   | 54.69   | 24.15  | 2.26  | 0.024  |
| 座位保持       | 1   | -59.53  | 27.94  | -2.13 | 0.034  |
| 移乗         | 1   | 55.14   | 27.64  | 1.99  | 0.047  |
| 食事摂取       | 1   | 34.56   | 17.68  | 1.96  | 0.051  |
| 衣服の着脱      | 1   | 73.35   | 24.80  | 2.96  | 0.003  |

R<sup>2</sup>=0.219, ANOVA P<0.001

先行研究<sup>3)</sup>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。

変数増加法とステップワイズ法とで分析を行ったが、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。変数減少法の結果を表5-6-2に示した。

変数減少法で選択された最終のモデル「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。

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\_時にできない」、「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。

表 5-6-2 重回帰分析の結果 (変数減少法:「食事摂取」および「他者への意思の伝達」はカテゴリごとに回帰係数を区別して投入)

| 変数               | 自由度 | 偏回帰係数     | 標準誤差    | t 値   | P値     |
|------------------|-----|-----------|---------|-------|--------|
| Intercept        | 1   | -1069.091 | 220.798 | -4.84 | <.0001 |
| 年齢               | 1   | 4.554     | 1.701   | 2.68  | 0.01   |
| シリンジポンプの使用       | 1   | 84.796    | 50.533  | 1.68  | 0.09   |
| 特殊な治療法           | 1   | 774.260   | 148.563 | 5.21  | <.0001 |
| 床上安静の指示          | 1   | -79.677   | 31.879  | -2.5  | 0.01   |
| 寝返り              | 1   | 46.283    | 21.089  | 2.19  | 0.03   |
| 衣服の着脱            | 1   | 66.798    | 23.201  | 2.88  | 0.00   |
| 食事摂取一部介助         | 1   | 58.680    | 29.110  | 2.02  | 0.04   |
| 他者への意思の伝達_時にできない | 1   | 76.349    | 41.561  | 1.84  | 0.07   |
| 他者への意思の伝達_できない   | 1   | 98.271    | 57.809  | 1.7   | 0.09   |
| 診療・療養上の指示が通じる    | 1   | -84.867   | 42.680  | -1.99 | 0.05   |
| 危険行動への対応         | 1   | 61.9938   | 28.877  | 2.15  | 0.03   |

R<sup>2</sup>=0.216, ANOVA P<0.001

②病院属性タイプ7対1の患者を対象にした場合：

看護時間の分布の平均値およびSDはそれぞれ331.7(時間、以下単位を省略)、290.5で、分布は左に歪んでいた。中央値(四分位点)は273(164.0-409.0)であった。99%点は1591であるが、最大値は2149であり、極端に看護時間が長い病院が存在した。

現行のA項目およびB項目、年齢を説明変数とした上記と同様の回帰分析により検討した。

変数増加法、ステップワイズ法、変数減少法のいずれによっても選択された説明変数は同一の10個であり、決定係数は0.263であった

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、起き上がり、衣服の着脱、危険行動への対応(以上の回帰係数は正)、点滴ライン同時3本以上、中心静脈圧測定、座位保持、診療・療養上の指示が通じる(以上の回帰係数は負)であった。

③病院属性タイプ10対1の患者を対象にした場合：

看護時間の分布の平均値およびSDはそれぞれ260.7(時間、以下単位を省略)、241.1で、分布は左に歪んでいた。中央値(四分位点)は216(114.0-326.0)であった。99%点は1458であり、最大値は1485であった。

現行のA項目およびB項目、年齢を説明変数とした上記と同様の回帰分析により検討した。

変数減少法では9個の説明変数が選択され、決定係数は0.327であった。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。

呼吸ケア(回帰係数は正)、輸血又は血液製剤の使用、寝返り、移乗、他者への意思の伝達(以上の回帰係数は正)、時間尿測定、床上安静の指示、どちらかの手を胸元まであげられる、危険行動への対応(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同一の説明変数5つ(決定係数は0.264)のうち、この9個に含まれていなかったのは、移動方法であった。年齢はいずれの方法によっても選択されなかった。

#### D. 考察

本分担研究では、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。

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「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)は、重症度評価にはあまり影響しない。

したがって、これらの項目が削除されても、今回の重症度評価判定はほとんど変わらないことから、これらの項目を特殊な治療法の1つとして反映させることなど、臨床家が必要と考える追加項目についての考

え方については、慎重に検討をする必要があると考えられた。

一方、血圧測定は、ほぼ全員になされているので、この回数によって、看護必要度の測定についての評価がなされてきたが、その医学的必要性を配慮するのではなく、単にアップコーディングをしやすかったことから、この血圧測定の項目が使われているとの臨床家からの指摘もあった。

したがって、現行の A 項目のカットオフ値を変更することによって、削除を検討することも考える必要がある。

また、「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」であるがいずれもわずかな相関であった。

臨床的には、「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、他項目の相関関係から考え合わせると、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」(87.0%)のみであった。

また、その頻度が 50%以下であったのは、「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。

このうち、「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。

B 項目では、「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。

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 項目間の相関が高い項目は、このような順序関係の影響を反映している。

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

この縮約の方法としては、「できる・できない」の 2 値ではなく 3 カテゴリー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であろう。

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) の経時推移が類似していた。

例えば、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。

このうち、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。

入院日、入院 3、7、10、12 日目は、B 項目の全体に「あり」の頻度が高く、A 項目では、これらの日に「呼吸ケア」、「心電図モニター」の頻度が高くなっていた。

「呼吸ケア」、「心電図モニター」は全部のデータを対象とした場合に中程度の大きさで相関する対になる B 項目も多かった。

A 項目は入院 3 日目に頻度が高くなっていくものが複数あり、この日に手術等の、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する。

実際の入院患者では退院があるので、入院日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。

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。

本研究における分析には、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、分析する研究が望まれる。

ほぼ全部の評価日において病院属性タイプ 10 対 1 の患者では、病院属性タイプ 7

対 1 の患者よりも「創傷処置」の頻度が低かったが、病院属性タイプ 10 対 1 では入院 15 日目までのそれぞれの日に評価された人数は 10 人以下であるので明確な傾向とは言えない。

A 得点合計、B 得点合計の分布は 2 つの病院属性タイプで類似していたが、重症の割合は 7 対 1 において若干多かった。

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」(嶋森, 筒井) では DPC II 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、基準の考え方が異なることを配慮しても、やはり 65 歳以上の高齢患者でありが重症となる傾向がある可能性が示されたといえる。

病院属性タイプとして、7 対 1 入院基本料を算定していた病院は、10 対 1 のそれよりも看護業務時間が長い傾向がみられた。

本研究においては、看護時間を目的変数、現行の A 項目および B 項目を説明変数とした回帰分析(変数減少法)により検討した結果は、先行研究<sup>3)</sup>では  $p$  値  $< 0.05$  となる説明変数は 11 個で、決定係数は約 6 割であったが、本研究における決定係数は 0.263 で低かった。

これは、本研究では Intercept も回帰係数も絶対値は大きく、回帰係数が負として選択された説明変数も散見された。これは、先行研究では相関する項目については取捨選択しており、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る。

また、本研究の看護時間のデータの測定方法は、患者に調査者をつける方法であったことも、この違いを生じさせていると考えられた。

なお、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、選択されなかった。

結果として、本研究の回帰分析により選択された説明変数は看護の観点から異議がないような項目ではあったが、さらなる検討が必要である。

看護必要度への批判として、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ことなどが中医協などでも意見にあがっているが<sup>4)</sup>、本研究では高齢者を調査対象として看護必要度のアセスメント項目の妥当性の検証を行った。

先のような検討を行い、「特殊な治療法」については、その治療の頻度を検討すべきことや「輸液ポンプの使用」については、頻度が高く、重症度の判別という観点からは、必ずしも適切とはいえないといったことを示した。

これらの結果は、これまでの看護必要度に対する批判<sup>5)</sup>への1つの回答ができたのではないかと考えている。

先に述べたような本研究の解釈の限界はあるものの、後続の規模を大きくした検証研究の研究命題を与えることができたと考ええる。

#### E. 結論

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うち、処置が「あり」の頻度が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」、「蘇生術の施行」、「肺動脈圧測定」は、削除または縮約可能であると考えられたが、これらについては、急性期における看護に特徴的な項目が含まれていることから、下位項目として評価する方法を検討すべきと考えられた。

一方、いずれの重症度の判別、看護時間の予測等の分析においても選択されることがなかった、「血圧測定」については、削除されても、現行のA項目のカットオフを変更することにより、現行の基準での重症度評価判定は可能であることも鑑み、削除項目とすべきと考えられた。

このほかB項目については、慎重にその縮約すべき項目を精査すべきと考えられた。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### (引用文献)

1) 筒井孝子, 東野定律. 重症度基準および看護必要度によるICU, ハイケア, 一般病棟入室患者群の特徴—患者の看護の必要性の程度を評価する尺度の開発—. 病院管理, 2008; 45(1): 37-48.

2) 筒井孝子. 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」による新たな患者分類の妥当性の検証. 嶋森好子, 筒井孝子. マナジメンとツールとしての看護必要度第2版中山書店 2008,75-93.



3) 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.

4) 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第161回) 平成 24 年

10月3日資料 入院基本料の算定要件について P27

5) 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.

# 参考資料

第 5 章の分析の詳細

## 全体 分析結果

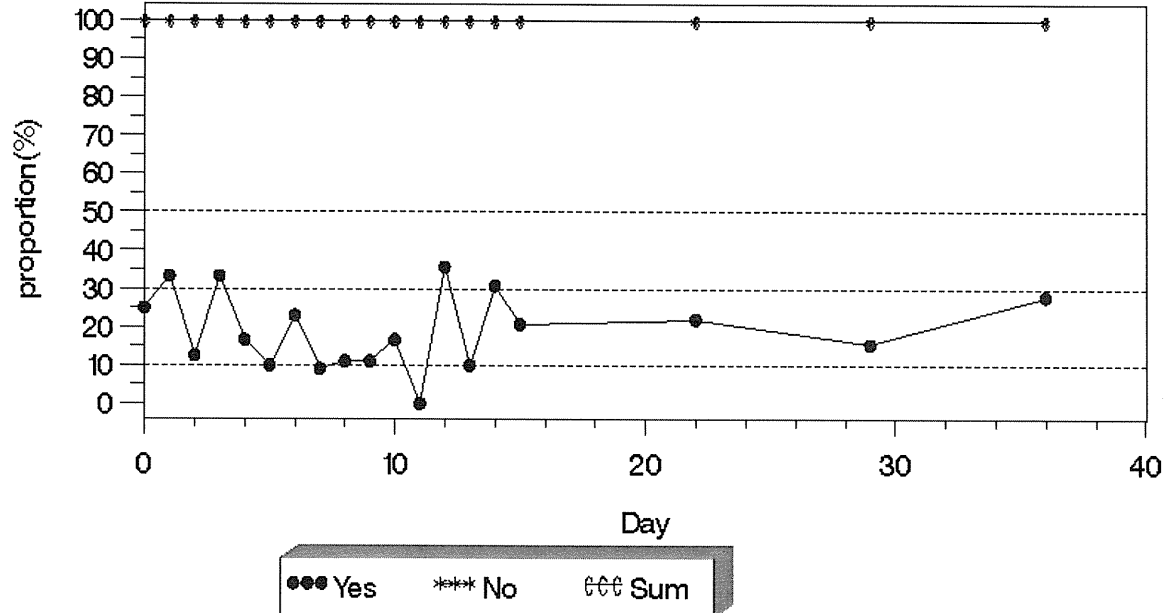
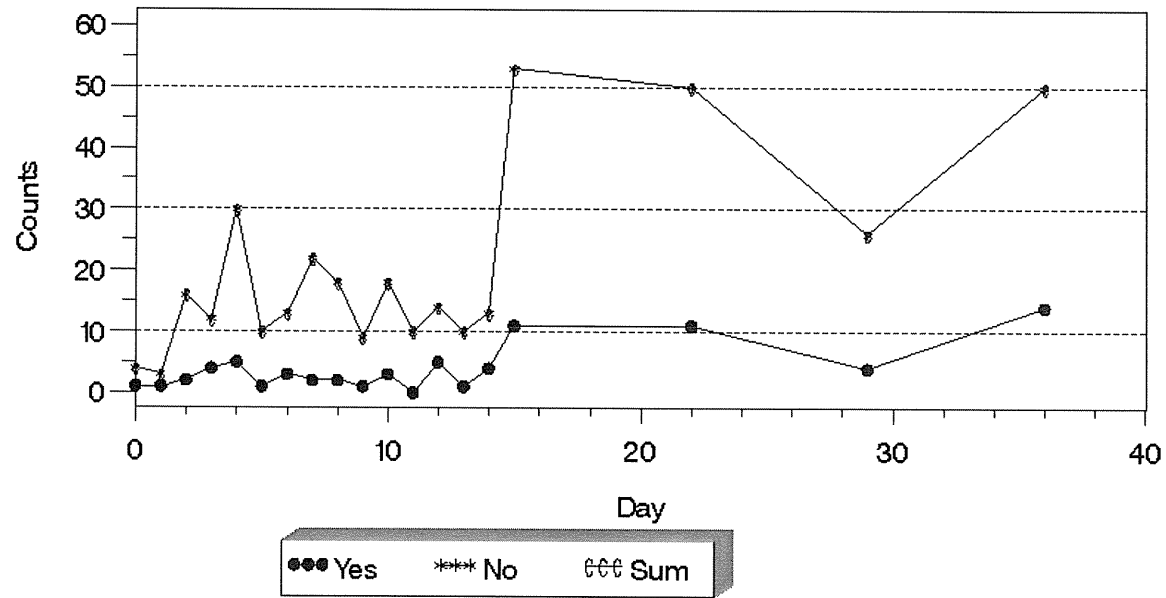


図 (5 参考) 1 創傷処置の評価日ごとの発生頻度・割合

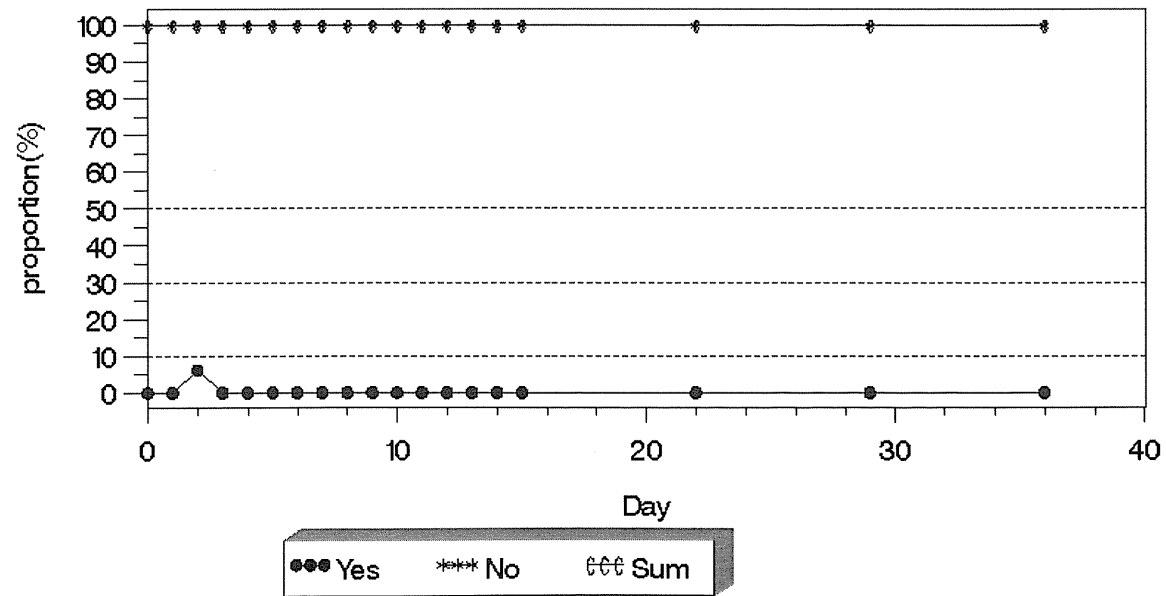
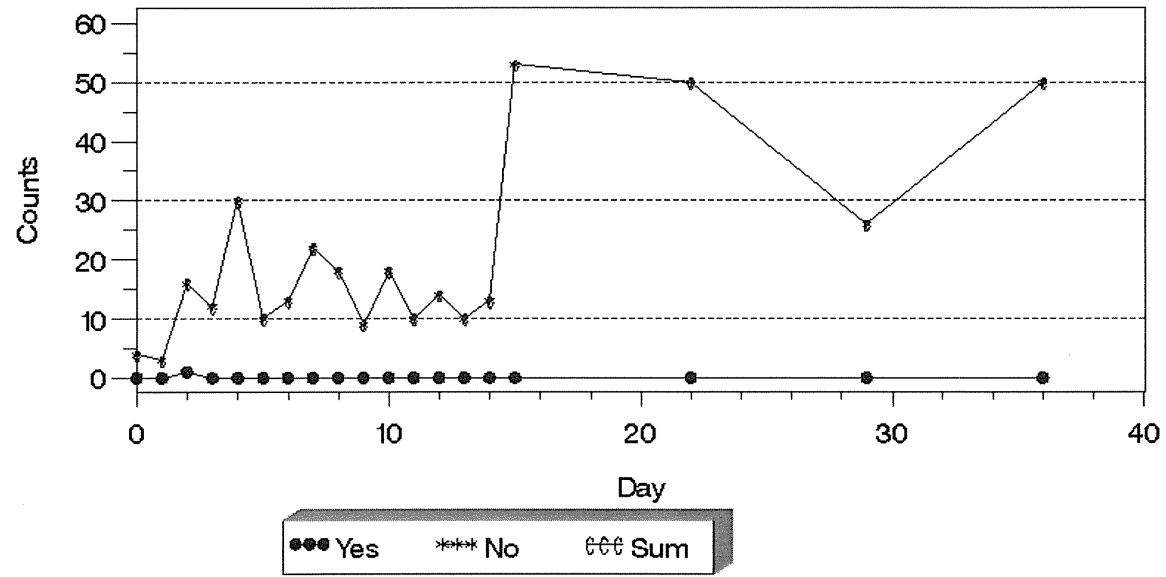


図 (5 参考) 2 蘇生術の施行の評価日ごとの発生頻度・割合

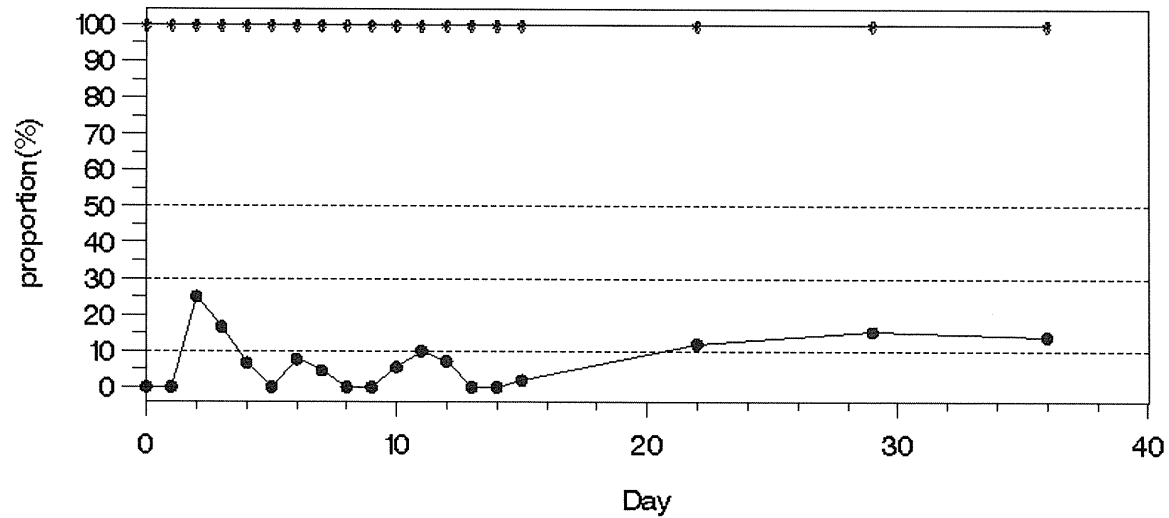
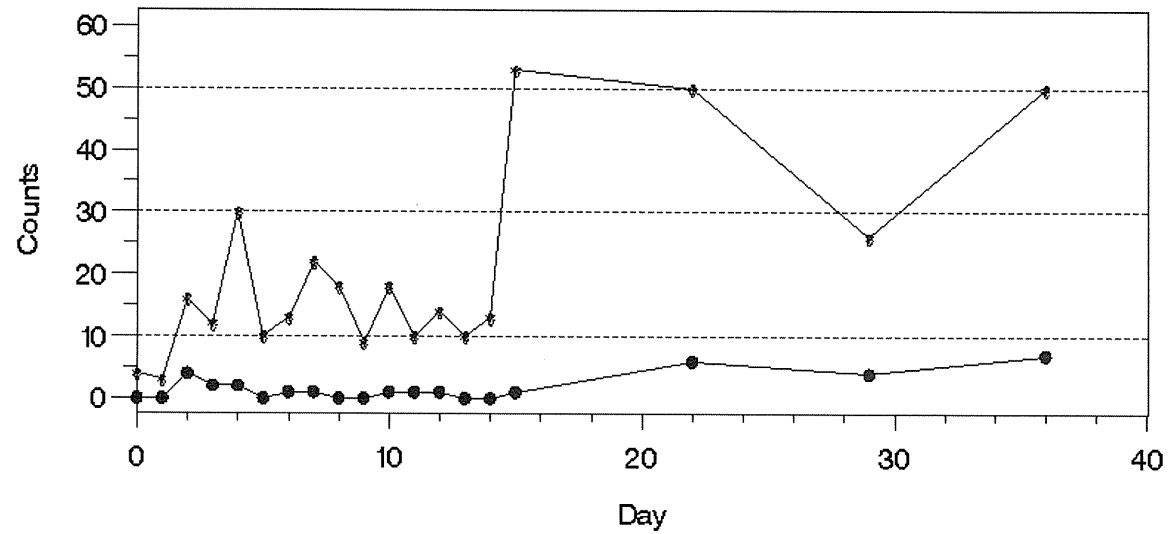


図 (5 参考) 3 時間尿測定の評価日ごとの発生頻度・割合

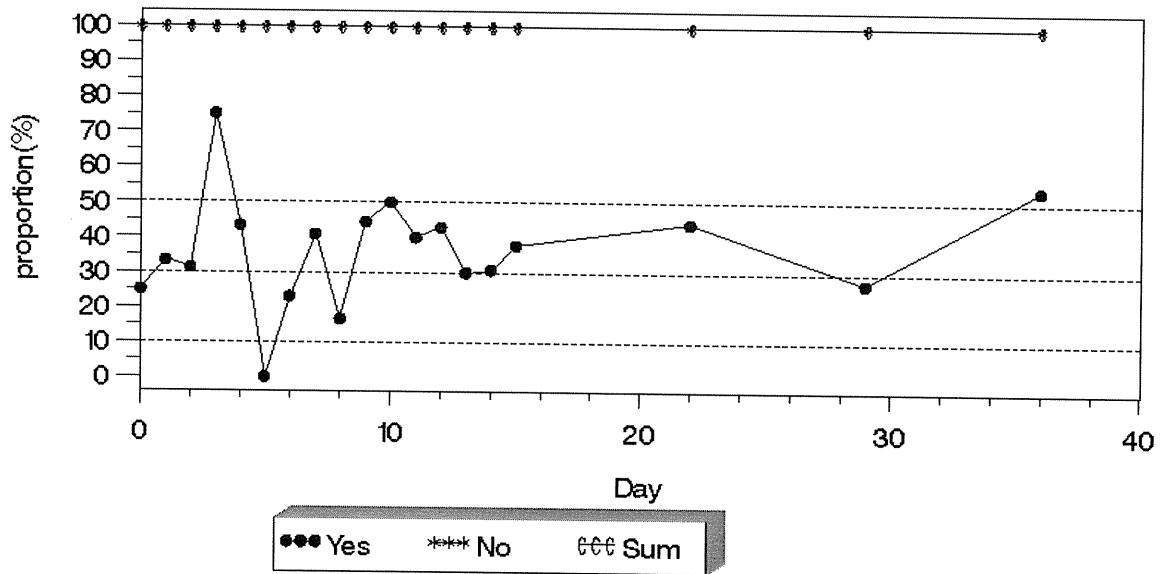
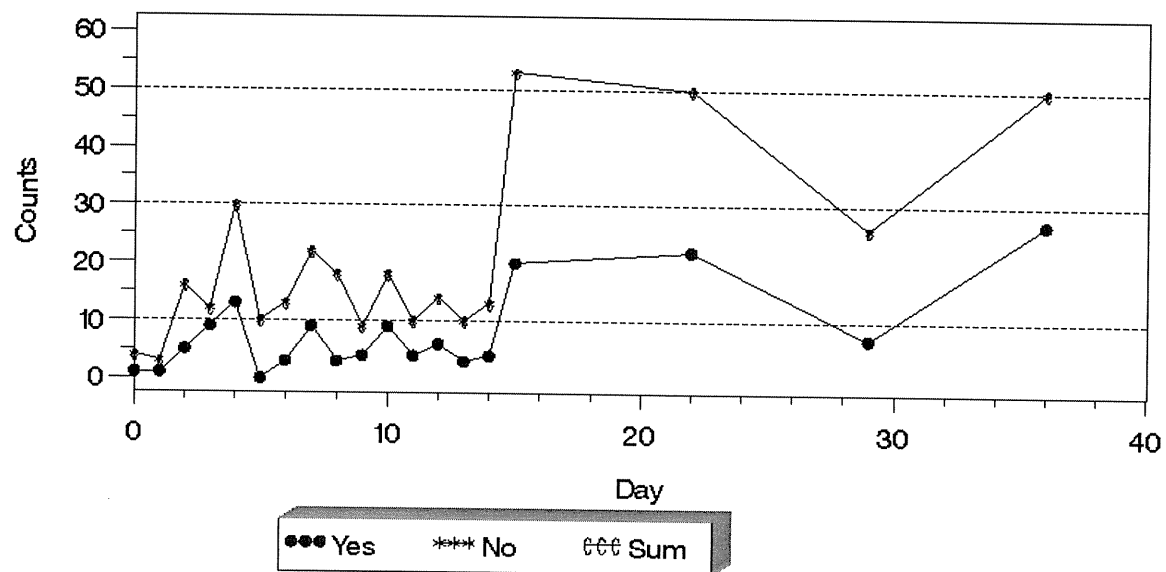


図 (5 参考) 4 呼吸ケアの評価日ごとの発生頻度・割合

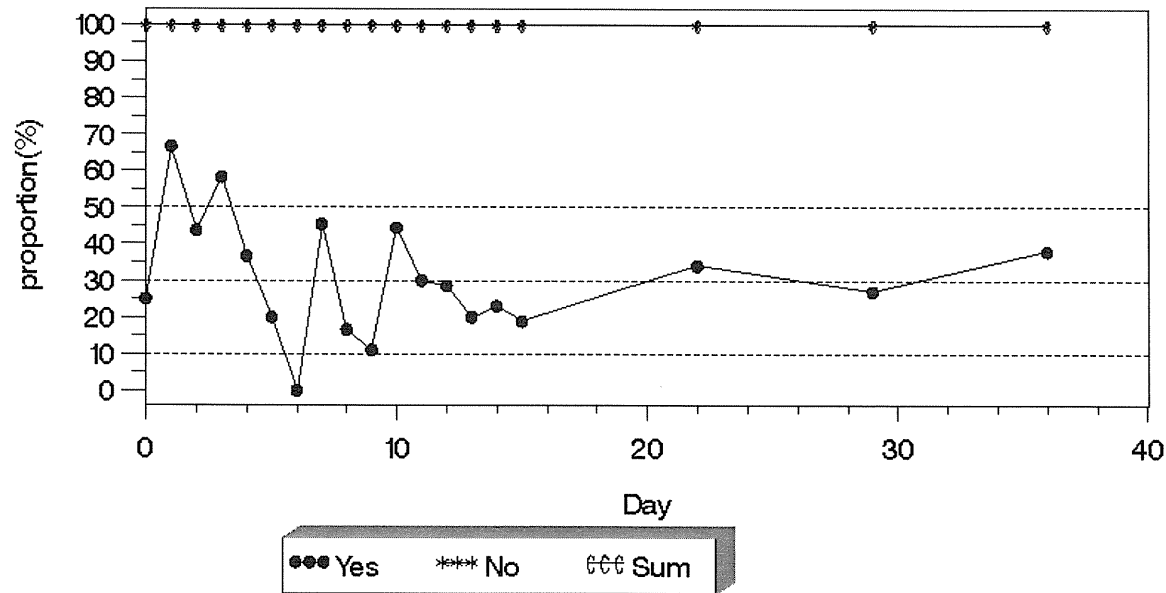
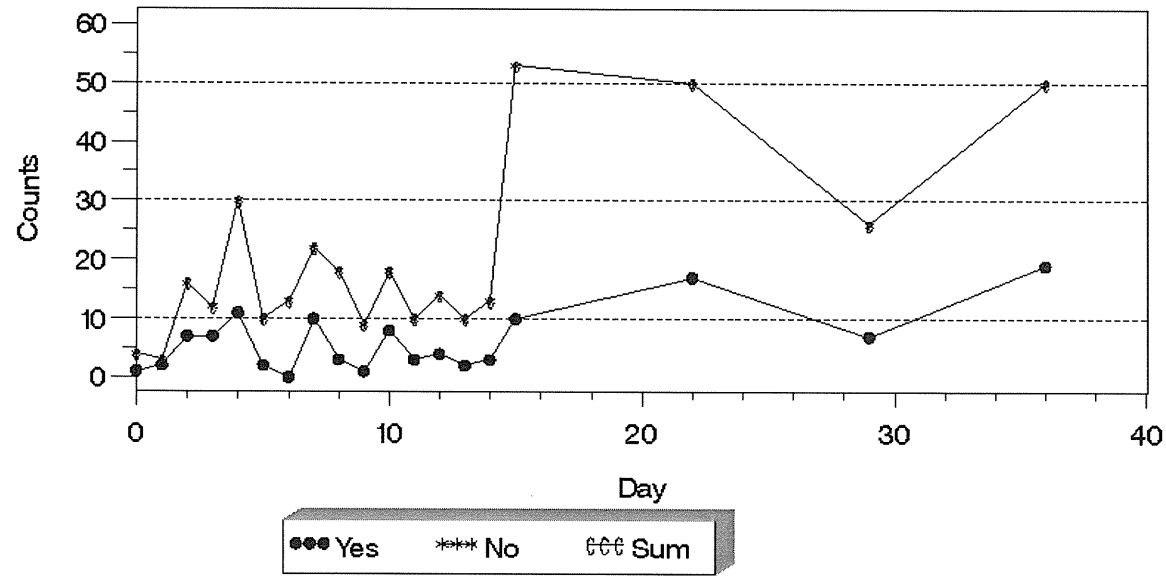


図 (5 参考) 5 心電図モニターの評価日ごとの発生頻度・割合



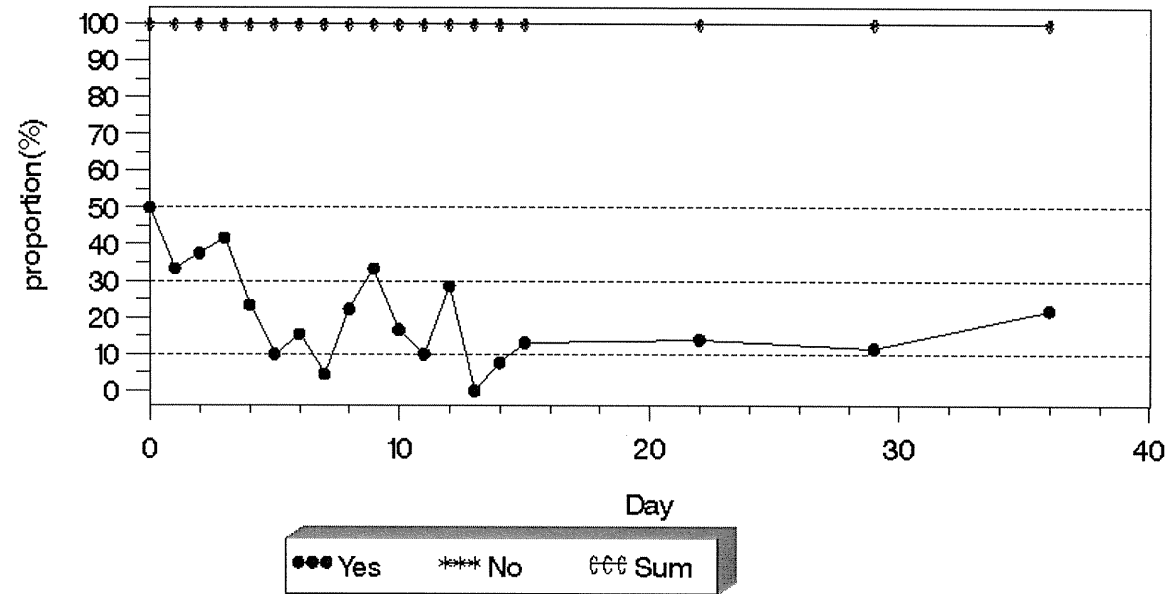
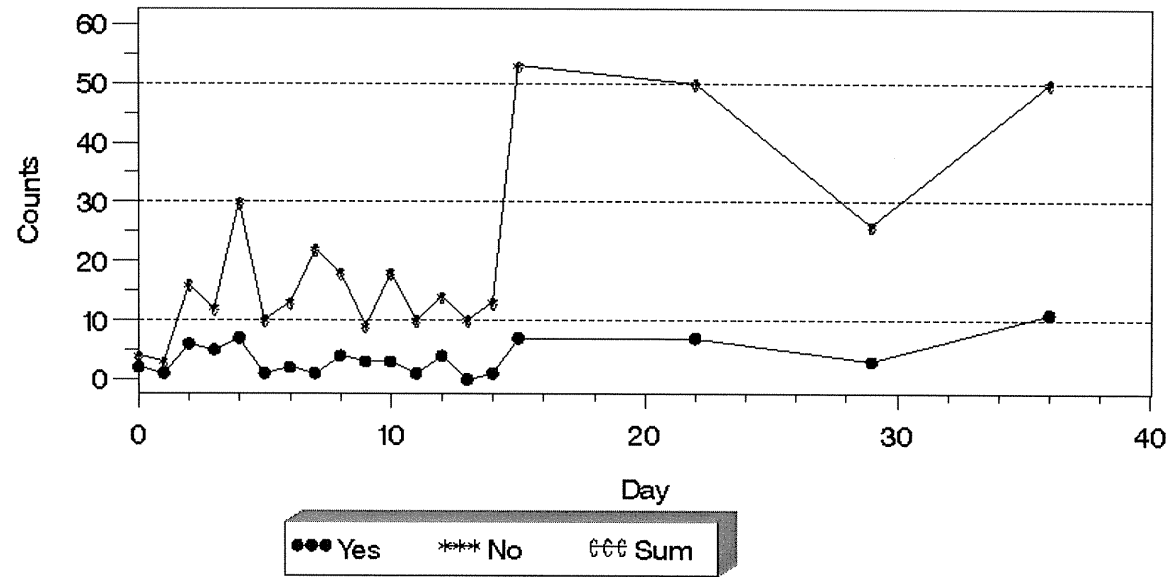


図 (5 参考) 6 輸液ポンプの使用の評価日ごとの発生頻度・割合

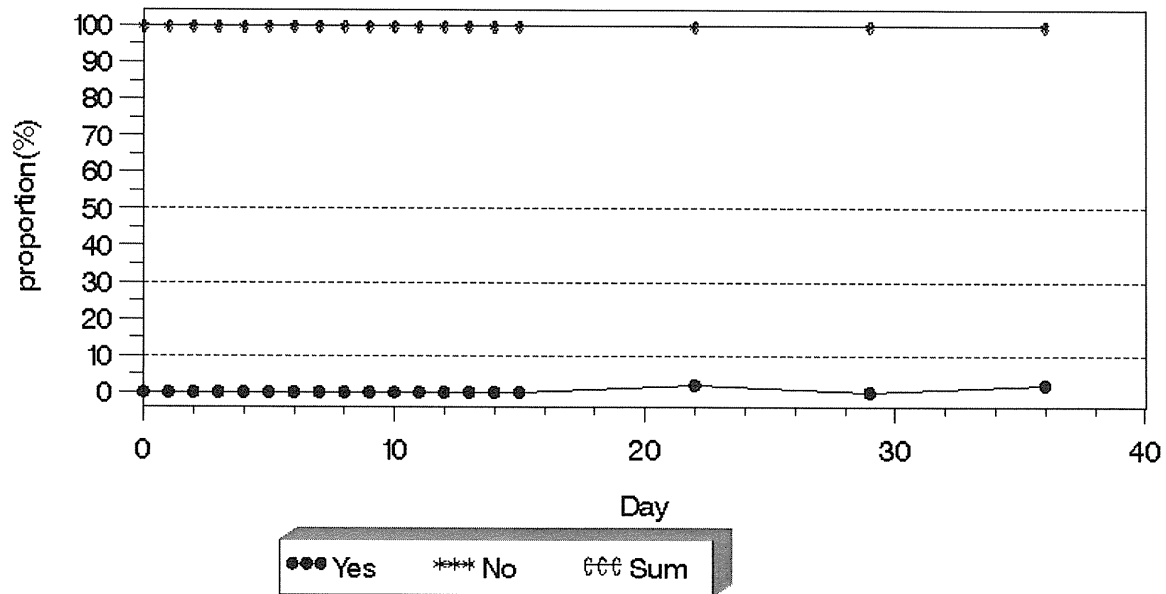
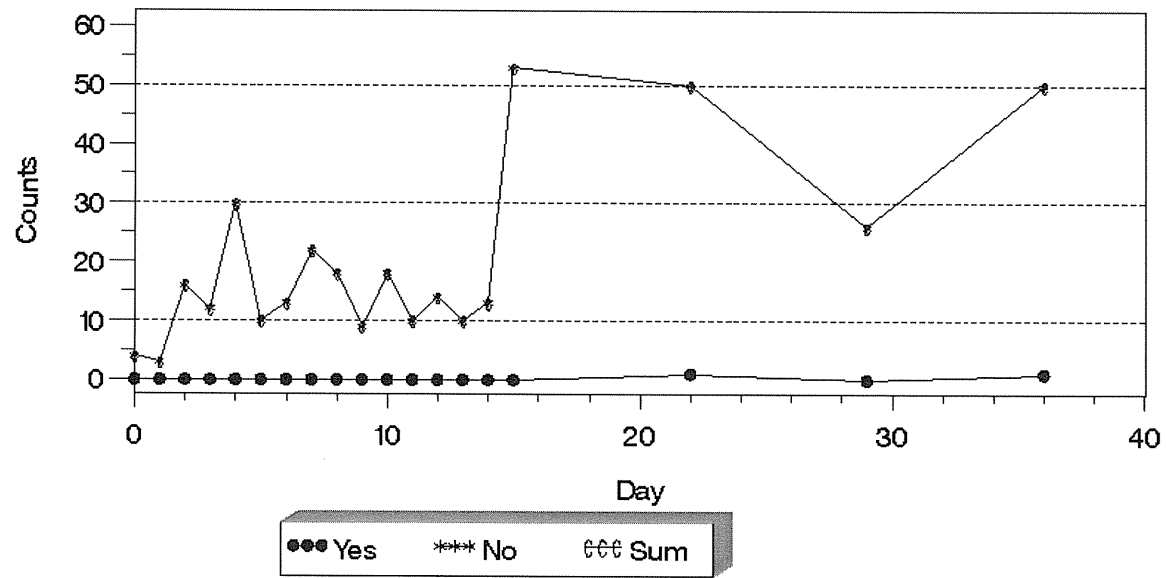


図 (5 参考) 7 動脈圧測定の評価日ごとの発生頻度・割合

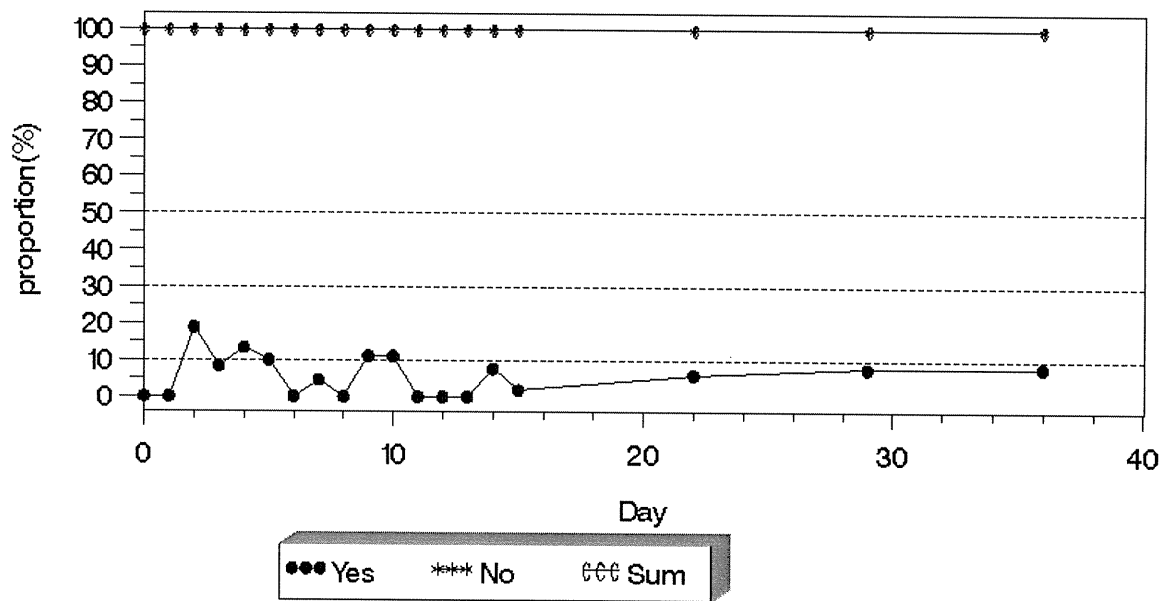
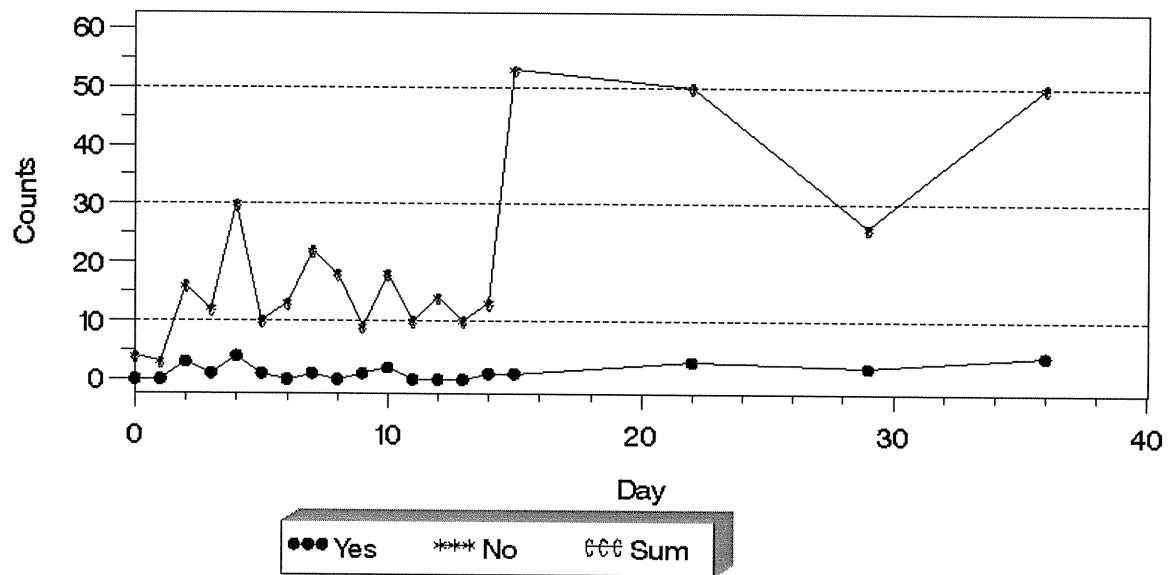


図 (5 参考) 8 シリンジポンプの評価日ごとの発生頻度・割合

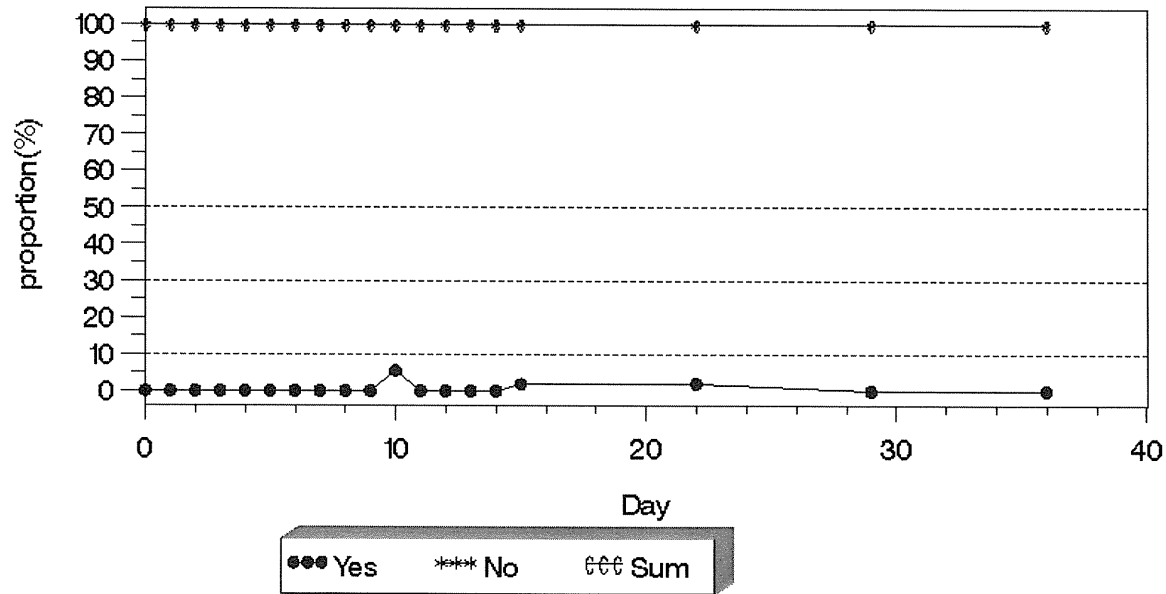
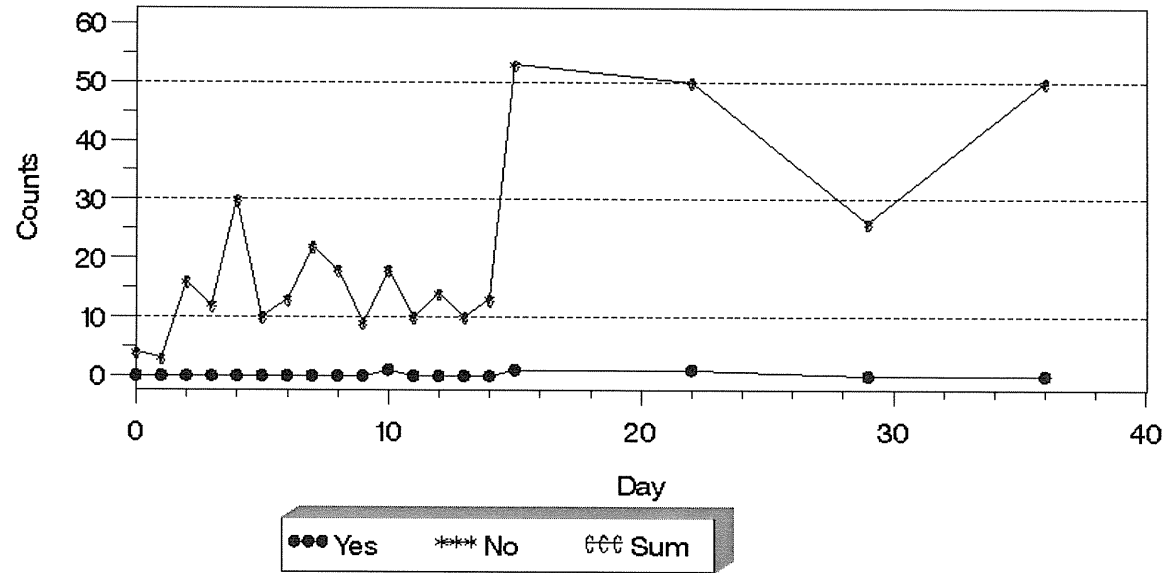


図 (5 参考) 9 中心静脈圧測定の評価日ごとの発生頻度・割合