

厚生労働科学研究

(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

急性期、回復期、慢性期の入院患者における医療ニーズ及び必要な

医療資源投入量の評価体系の検討・導入に資する研究

(22AA2004)

令和6-7年度総合研究報告書

研究代表者 松田 晋哉

令和 8(2026)年 3 月

別紙2

研究要旨	-----	1
DPC データを用いた重症度、医療看護必要度と医療資源使用との関連に関する分析	-----	4
DPC データを用いた B 項目の妥当性に関する分析	-----	46
「重症度、医療・看護必要度」の変遷と看護研究におけるデータ利活用	-----	93

別紙3

令和6-7年度厚生労働科学研究費補助金等（政策科学推進研究事業）

「急性期、回復期、慢性期の入院患者の疾病や治療を踏まえた患者の状況等に応じた看護・ケアに関する指標の開発及び評価体系の検討に資する研究（24AA2007）」総合報告書

研究代表者 松田晋哉 福岡国際医療福祉大学 看護学部 教授

研究分担者 林田賢史 東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座

ナーシングデータサイエンス講座 教授

研究協力者 友滝 愛 東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座

ナーシングデータサイエンス講座 特任准教授

研究協力者 會田 嘉奈子 帝京大学大学院公衆衛生学研究科

研究協力者 森島 美音子 東京大学大学院医学系研究科

ナーシングデータサイエンス講座 学術専門職員

研究協力者 眞喜志 まり 慶應義塾大学医学部公衆衛生学教室 特任助教

研究協力者 町田 亜子 東京科学大学大学院保健衛生学研究科

【研究要旨】

目的：本研究では急性期、回復期、慢性期の入院患者の疾病や治療を踏まえた患者の状況等に応じた看護・ケアに関する指標を開発し、診療報酬における入院医療の評価に用いるための検証を行うことを目的とする。

方法：本研究では1) 診断群分類支援機構を通じて収集したDPCデータ（様式1、EFファイル、Hファイル）を用いて、①看護必要度のB項目で収集されているADLの状況が、医療資源の必要度（診療区分別出来高換算コスト、在院日数）、退院経路（家庭への退院、転院、介護施設等への入所）に及ぼす影響を傷病別（DPC6桁）、性別、要介護度別に検討した。DPCでは入退院時のBarthel Indexの情報が収集されていることから、このスコアとB項目のスコアとの関係性についても検討した。また、重症度、医療看護必要度の各項目（A、B、C）の入院期間中の推移についても検討を行った。DPCとしては、肺炎（DPC6=040080）、股関節大腿近位骨折（DPC6=160800）を分析対象とした。なお、股関節大腿近位骨折については、手術例と非手術例とに区分して分析を行った。さらに、病棟区分別に見たB項目の平均得点の分析とその結果に対するアンケート調査を行った。2) 看護必要度の変遷の整理【研究1】および【研究2】2018年度以降の看護必要度を含む患者データを使用した定量的な研究を対象とした文献レビュー【研究2】を行った。【研究1】では看護必要度の変遷について、「一般病棟用」の看護必要度に含まれる項目・定義、改訂の概略を整理した。また、【研究2】では看護必要度を用いた定量的な研究の文献レビューを行った。対象文献は、日本の急性期病院で、一般病棟、ハイケアユニット、集中治療室で治療を受けた患者を含む研究のうち、2018年度以降の入院患者の看護必要度データを定量的な分析に用いた研究である。

医中誌 Web と MEDLINE を用いて検索した。研究のプロファイル、使用された看護必要度の項目、分析での使用方法、看護必要度に関する分析結果等を抽出した。研究の概要は集計し、対象となった研究の概要を一覧に整理した。3) 重症度、医療・看護必要度活用の先進事例として愛媛県の HITO 病院の訪問調査を行った。

結果： 1) 本分析の結果、内科症例と外科症例では重症度、医療看護必要度の A、B、C 項目の動向が異なることが明らかとなった。内科症例では入院直後に A 項目、B 項目のスコアが高くなった後、漸減するが、A 項目は 10 日前後から、そして B 項目は 60 日前後から再度上昇する。他方、C 項目は入院経過とともに上昇する傾向を示していた。このことは B 項目の改善が進まない高齢患者を多く引き受ける病院では、ADL ケアに手間がかかる一方で、A 項目・C 項目で評価すべきものが少ない、及び平均在院日数が長くなることによって、診療報酬上の施設基準に影響を及ぼす可能性を示唆している。したがって、この分析では ADL ケアに着目した患者の状態像の評価については B 項目を用いて、別途行うことが適切であると考えられる。他方、外科症例である股関節大腿近位骨折の手術例について重症度、医療介護必要度のスコアと 1 日当たり出来高換算コストとの関連を検証した結果をみると、外科症例の入院中の評価については、現行の A、B、C 項目を用いた評価方法で、おおむね問題がないことが示唆された。病棟区分別に見た B 項目の平均得点の分析：病棟区分別に状態像ベースの B 得点（以下、B 得点 1）、実施ベースの B 得点（以下、B 得点 2）を分析した結果、いずれの得点も急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 5 に行くにつれ B 項目の平均得点は高くなっていった。また、特定機能病院入院基本料 1(7:1) が最も低い値となっていた。この傾向は、平均年齢、75 歳以上患者割合、要介護者割合、介護施設からの搬送割合と相関を示しており、高齢者対応という視点からは、現行の入院区分と重症度、医療看護必要度の対応は整合性があると考えられた。2) 重症度、医療看護必要度に関するアンケート結果の分析： 3213 施設に送付し、656 名から回答が得られた (20.4%)。看護必要度を病棟の看護師配置の調整に用いていると回答した者は 267 名 (40.7%) であった。「活用している」と回答した者で、「調整ツールとして有効」と回答した者は 128 名 (47.9%) であった。A 項目が「看護の手間を計測するのに有効」と回答した者は 377 名 (57.5%)、B 項目が「看護の手間を計測するのに有効」と回答した者は 488 名 (74.4%)、C 項目が「看護の手間を計測するのに有効」と回答した者は 371 名 (56.6%) (図表 5-5) であった。「看護必要度の記録の負担が大きい」と回答した者は 403 名 (61.4%) であった

2) 看護必要度の変遷及び文献レビュー：看護に関する業務量を客観的に把握し、適正な看護職員配置を診療報酬制度に反映させる取り組みは、1990 年代に開始された。2002 年度改定では、特定集中治療室において管理が必要な重症患者を対象に「重症度」が初めて導入された。2004 年度にはハイケアユニットを対象とした「重症度・看護必要度」が導入された。さらに 2006 年度に 7 対 1 入院基本料が新設され、2008 年度にはその算定要件として一般病棟用の重症度・看護必要度が位置づけられたことで、急性期一般病棟における看護量の評価指標としての役割が拡大した。

2014年度には、名称が現在の「重症度、医療・看護必要度」へと変更された。2018年度改定では、医療従事者による評価を行う従来の看護必要度Ⅰに加え、診療行為実績データを活用する看護必要度Ⅱが導入され、2020年度以降、一定規模以上の医療機関において段階的に看護必要度Ⅱの要件化が進められていた。また看護必要度は、急性期入院医療における各入院基本料の算定要件として、一定基準を満たす患者の割合を評価する指標として活用されている。具体的には、A項目、B項目、C項目の組み合わせにより定義される該当患者の割合に基づいている、その基準は診療報酬改定ごとに見直されてきた。看護必要度に関する文献レビューでは、28件の文献が対象となった。研究対象施設数は、1施設を対象とした研究が18件(64.3%)で最多であった。研究対象患者数は5,000人未満の研究が10件(35.7%)と最多であった一方、100,000人以上を対象とした大規模研究も4件(14.3%)あった。看護必要度データの取得方法は自施設のDPCデータを用いた研究が10件(35.7%)で最も多く、看護必要度の項目ではB項目を用いた研究が25件(89.3%)と最も多かった。看護必要度は、看護師の労働時間、人員配置等といった看護職のアウトカムとの関連や、インシデント発生数、退院先、退院・転院支援介入の実施時期、転倒リスクのアセスメント等との関連の検討で用いられていた。3) HITO病院ではICTを活用して、重症度、医療・看護必要度を用いた看護業務の管理を先進的に行っていた。入力に関してはセル看護方式と連動した記録方式を採用しており、入力の作業負担を軽減する工夫も行われていた。

考察：1) 本研究結果より、重症度、医療看護必要度の評価を、入院期間中の看護の手間からみた入院基本料の評価に用いるためには、内科系、外科系に区分して評価することが望ましい可能性が示唆される。また、入院時の重症度、医療看護必要度の評価を退院調整に活用することの体系化も必要であると考え。この際、現状のB項目の評価で収集されていない入浴、排便・排泄の評価をどうするかが課題であると考え。さらに、病棟区分別に見た分析では全体としてはB項目の平均得点は急性期一般入院料1から5になるにつれて高くなっており、しかもこの傾向は各病棟の要介護高齢者の割合、介護施設からの入院患者割合、死亡率、平均年齢と相関していた。アンケート結果においても、B項目が看護負担を評価するものとして妥当であるという回答が最も多かった。

2) 文献レビューの結果、看護必要度は単なる算定指標に留まらず、インシデント発生や退院支援のタイミング予測といったヘルスケア・エビデンス創出の基盤として広く寄与していることが確認された。今後は、大規模データを利活用した一般化可能性の高い研究の蓄積が不可欠である。こうした研究の進展は、看護実践の価値を客観的に可視化し、日本の医療・看護の質向上に資する精緻な評価体系の確立に繋がることが期待される。

3) HITO病院の取り組みから、ICTを活用することで、重症度、医療・看護必要度の本来の目的である看護業務の管理を効率的に行うことが可能になることが示された。

令和6-7年度厚生労働科学研究費補助金等（政策科学推進研究事業）

「急性期、回復期、慢性期の入院患者の疾病や治療を踏まえた患者の状況等に応じた看護・ケアに関する指標の開発及び評価体系の検討に資する研究（24AA2007）」報告書
DPCデータを用いた重症度、医療看護必要度と医療資源使用との関連に関する分析
研究代表者 松田晋哉 福岡国際医療福祉大学 看護学部 教授
研究分担者 林田賢史 産業医科大学病院 医療情報部 部長

【研究要旨】

目的：本研究では急性期、回復期、慢性期の入院患者の疾病や治療を踏まえた患者の状況等に応じた看護・ケアに関する指標を「重症度、医療・看護必要度」をもとに開発し、診療報酬における入院医療の評価に用いるための検証を行うことを目的とする。

方法：1) 診断群分類研究支援機構からDPCデータ（様式1、EFファイル、Hファイル）の提供を受け、2020年度分について分析用データベースを作成した。このデータを用いて看護必要度のB項目で収集されているADLの状況が、医療資源の必要度（診療区分別出来高換算コスト、在院日数）、退院経路（家庭への退院、転院、介護施設等への入所）に及ぼす影響を傷病別（DPC6桁）、性別、要介護度別に検討した。また、DPCでは入退院時のBarthel Indexの情報が収集されていることから、このスコアとB項目のスコアとの関係性についても検討した。さらに、重症度、医療看護必要度の各項目（A、B、C）の入院期間中の推移についても検討を行った。DPCとしては、肺炎（DPC6=040080）、股関節大腿近位骨折（DPC6=160800）を分析対象とした。なお、股関節大腿近位骨折については、手術例と非手術例とに区分して分析を行った。2) 重症度、医療・看護必要度活用の先進事例として愛媛県のHITO病院の訪問調査を行った。

結果：1) 本分析の結果、内科症例と外科症例では重症度、医療看護必要度のA、B、C項目の動向が異なることが明らかとなった。内科症例では入院直後にA項目、B項目のスコアが高くなった後、漸減するが、A項目は10日前後から、そしてB項目は60日前後から再度上昇する。他方、C項目は入院経過とともに上昇する傾向を示していた。このことはB項目の改善が進まない高齢患者を多く引き受ける病院では、ADLケアに手間がかかる一方で、A項目・C項目で評価すべきものが少ない、及び平均在院日数が長くなることによって、診療報酬上の施設基準に影響を及ぼす可能性を示唆している。したがって、この分析ではADLケアに着目した患者の状態像の評価についてはB項目を用いて、別途行うことが適切であると考えられる。

他方、外科症例である股関節大腿近位骨折の手術例について重症度、医療介護必要度のスコアと1日当たり出来高換算コストとの関連を検証した結果をみると、外科症例の入院中の評価については、現行のA、B、C項目を用いた評価方法で、おおむね問題がないことが示唆された。

ただし、入院期間中の B 項目のスコアが低い群で平均在院日数が長くなっていることから、要介護認定のない群で、入院後の退院調整に時間がかかっている可能性が示唆された。

2) HITO 病院では ICT を活用して、重症度、医療・看護必要度を用いた看護業務の管理を先進的に行っていた。入力に関してはセル看護方式と連動した記録方式を採用しており、入力の作業負担を軽減する工夫も行われていた。

考察：1) 本研究結果より、重症度、医療看護必要度の評価を、入院期間中の看護の手間からみた入院基本料の評価に用いるためには、内科系、外科系に区分して評価することが望ましい可能性が示唆される。また、入院時の重症度、医療看護必要度の評価を退院調整に活用することの体系化も必要であると考え。この際、現状の B 項目の評価で収集されていない入浴、排便・排泄の評価をどうするかが課題であると考え。

2) HITO 病院の取り組みから、ICT を活用することで、重症度、医療・看護必要度の本来の目的である看護業務の管理を効率的に行うことが可能になることが示された。

A. 研究目的

本研究では急性期、回復期、慢性期の入院患者の疾病や治療を踏まえた患者の状況等に応じた看護・ケアに関する指標を開発し、診療報酬における入院医療の評価に用いるための検証を行うことを目的とする。具体的には急性期の入院患者の評価指標である「重症度、医療・看護必要度」について、それを患者の状況等を適切に評価し反映した入院医療に係る評価体系として活用するための実証的な研究を行うことを目的とした。

B. 研究方法

1) 診断群分類研究支援機構から DPC データ（様式 1、EF ファイル、H ファイル）の提供を受け、2020 年度分について分析用データベースを作成した。このデータを用いて看護必要度の B 項目で収集されている ADL の状況が、医療資源の必要度（診療区分別出来高換算コスト、在院日数）、退院経路（家庭への退院、転院、介護施設等への入所）に及ぼす影響を傷病別（DPC6 桁）、性別、要介護度別に検討した。また、DPC では入退院時の Barthel Index の情報が収集されていることから、このスコアと B 項目のスコアとの関係性についても検討した。さらに、重症度、医療看護必要度の各項目（A、B、C）の入院期間中の推移についても検討を行った。DPC としては、肺炎（DPC6=040080）、股関節大腿近位骨折（DPC6=160800）を分析対象とした。なお、股関節大腿近位骨折については、手術例と非手術例とに区分して分析を行った。

2) ICT を活用して重症度、医療・看護必要度の本来の目的である看護業務のマネジメントを行っている愛媛県の HITO 病院の

訪問調査を行った。

、
（倫理面への配慮）

本研究は、産業医科大学倫理審査委員会の承認（承認番号：第 ER24-039 号）を得て実施した。

C. 研究結果

1. 肺炎（DPC6=040080）

図表 2-1 は B 項目得点カテゴリ別にみた 1 日当たり出来高換算包括医療費、1 日当たり出来高部分医療費、1 日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（肺炎、要介護度 自立～要介護 5、75 歳以上、DPC 研究班データ）を示したものである。入院期間中の平均スコアが高い群ほど 1 日当たり包括医療費（包括部分、出来高部分、合計）は低くなるが、入院費及びその他費用（主にリハビリテーション）を除くと、カテゴリ 3 までは減少傾向を示すが最も自立度の低いカテゴリ 4 で最も高い値となっている。カテゴリ 4 は平均在院日数が長く、平均要介護度も高くなっている。年齢階級別（図表 2-2 75-84 歳、図表 2-3 85-94 歳、図表 2-4 95 歳以上）でも同様の結果であった。

図表 2-5 は年齢階級別にみた入院時 B 得点と入院時 Barthel Index の得点、および入院中のスコアの変化（肺炎、非死亡例、75 歳以上、2020 年 DPC 研究班データ）を示したものである。年齢階級が高くなるほど入院時の自立度は B 得点でも、Barthel Index でもみても低下する傾向を示した。また入院期間中の自立度の改善をみると、年齢階級が高くなる

ほど、自立度の改善は観察されなくなっている。

図表 2-6 は入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（肺炎、65 歳以上）を見たものである。退院日の A, B, C 各項目の平均得点を見ると、B 項目は緩やかに低下した後、60 日前後から上昇傾向となるのに対し、A 得点は入院直後に上昇した後、10 日前後まで低下し、その後、上昇傾向になる。また C 得点は入院期間の長い者で高くなる傾向が観察される。退院できない少数例は重症例で、生命維持的な処置や手術（気管切開など）が行われるためこのような結果になっていると考えられた。年齢階級別（図表 2-7 65-74 歳、図表 2-8 75-84 歳、図表 2-9 85-94 歳、図表 2-10 95 歳以上）でも同様の結果であった。

2. 股関節大腿近位骨折（DPC6=160800）手術例

図表 2-1 は B 項目得点カテゴリー別にみた 1 日当たり出来高換算包括医療費、1 日当たり出来高部分医療費、1 日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（股関節骨折手術例、要介護度 自立～要介護 5、75 歳以上）を示したものである。入院期間中の平均 BI スコアが高い群ほど 1 日当たり包括医療費（包括部分、出来高部分、合計）は高くなるが、入院費及びその他費用（主にリハビリテーション）を除くと、カテゴリー 1 から 3 まで上昇するが、カテゴリー 4 は低下する。入院時の要介護度が低い者（あるいは要介護認定を受けていない者）で平均在院日数が長くなっている。このことは、要介護度の判定の

ない者で、退院調整に時間がかかっていることを示唆している。この結果は、入院期間の適正化のために、要介護認定の手続きなど、退院調整を入院早期から開始することの必要性を示唆している。平均 BI スコアの多寡は入院・リハビリテーション等を除いた出来高換算点数には影響を与えていない。年齢階級別（図表 2-2 75-84 歳、図表 2-3 85-94 歳、図表 2-4 95 歳以上）でも同様の結果であった。

図表 2-5 は年齢階級別にみた入院時 B 得点と入院時 Barthel Index の得点、および入院中のスコアの変化（股関節骨折手術例、非死亡例、75 歳以上）を見たものである。年齢階級が高くなるほど入院時の自立度は B 得点でも、Barthel Index でも低下する傾向を示した。また入院期間中の自立度の改善をみると、年齢階級が高くなるほど、自立度の改善は観察されなくなっている。

図表 2-6 は入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（股関節骨折手術症例、65 歳以上）を示したものである。退院日の A, B, C 各項目の平均得点を見ると、B 項目は緩やかに低下した後、60 日前後から上昇傾向となるのに対し、A 得点は入院直後に上昇した後、14 日前後まで低下し、その後、上昇傾向になる。また C 得点も入院直後に上昇した後、14 日前後まで低下し、その後、低い値が継続するが 80 日前後から若干上昇する。この結果は、少数例ではあるが入院期間の長い者は重症例が多く、生命維持的な処置を必要としていることを示している。年齢階級別（図表 2-7 65-74 歳、図表 2-8 75-84 歳、図表 2-9 85-94 歳、図表 2-10 95 歳以上）でも同様の結果

であった。

3. 股関節大腿近位骨折 (DPC6=160800) 非手術例

図表 3-1 は B 項目得点カテゴリー別にみた 1 日当たり出来高換算包括医療費、1 日当たり出来高部分医療費、1 日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均 (股関節骨折非手術例、要介護度 自立～要介護 5、75 歳以上) を示したものである。カテゴリー 1 からカテゴリー 2 で 1 日当たり包括医療費 (包括部分、出来高部分、合計) は高くなるが、その後減少傾向となる。入院費及びその他費用 (主にリハビリテーション) を除くと、カテゴリー 1 から 3 で減少し、カテゴリー 4 で増加する。非手術例では平均 B 得点の最も低い 1 群と最も高い 4 群で平均在院日数が長くなっている。軽い群では介護認定などの退院に向けた調整が必要なために、在院日数が長くなっていると推察される。1 日当たりの出来高換算点数は重い群で低くなっているが、このことは処置や手術等をそれほど必要としないが ADL の大きく低下した患者が在院していることを示唆している。年齢階級別 (図表 3-2 75-84 歳、図表 3-3 85-94 歳、図表 3-4 95 歳以上) でみても同

様の結果であった。

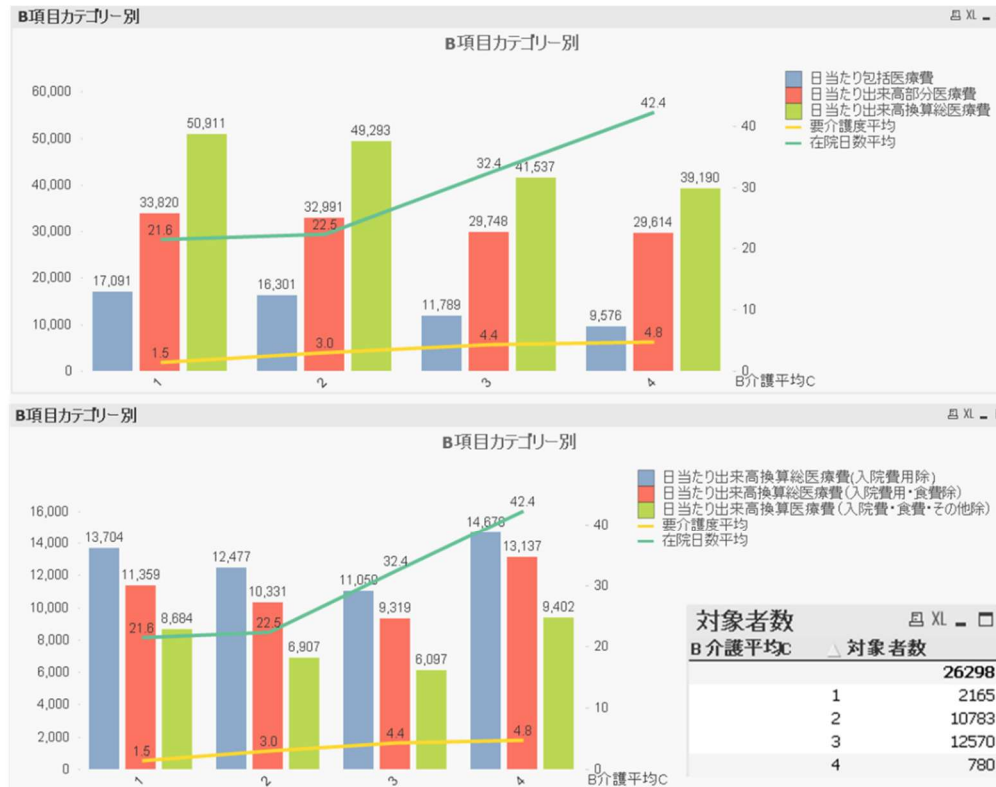
図表 3-5 は年齢階級別にみた入院時 B 得点と入院時 Barthel Index の得点、および入院中のスコアの変化 (股関節骨折非手術例、非死亡例、75 歳以上) を見たものである。年齢階級が高くなるほど入院時の自立度は B 得点でも、Barthel Index でも低下する傾向を示した。また入院期間中の自立度の改善度をみると、年齢階級が高くなるほど、B 得点でみた自立度の場合には減少する。Barthel Index は 85-94 歳で悪化し、その他の年齢階級では同程度の改善が観察されている。85-94 歳で B 項目と BI で改善の方向が逆転しているが、その理由は不明である。

図表 3-6 は入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移 (股関節骨折非手術症例、65 歳以上) である。退院日の A, B, C 各項目の平均得点をみると、B 項目は緩やかに低下した後、60 日前後から上昇傾向となるのに対し、A 得点と C 得点は入院期間が長くなるにつれて上昇傾向となる。年齢階級別 (図表 3-7 65-74 歳、図表 3-8 75-84 歳、図表 3-9 85-94 歳、図表 3-10 95 歳以上) でみても同様の結果であった。

図表 1-1 B 項目得点カテゴリー別にみた 1 日当たり出来高換算包括医療費、1 日当たり出来高部分医療費、1 日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（肺炎、要介護度 自立～要介護 5、75 歳以上、DPC 研究班データ）

カテゴリー区分	得点
1	0_3
2	3_6
3	6_9
4	9_

肺炎、非死亡例
要介護度 自立～要介護5、
75歳以上

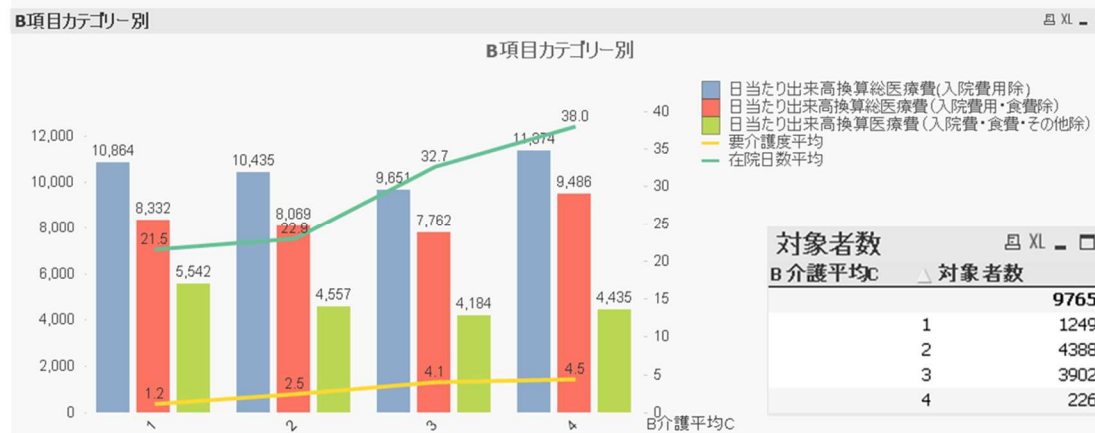
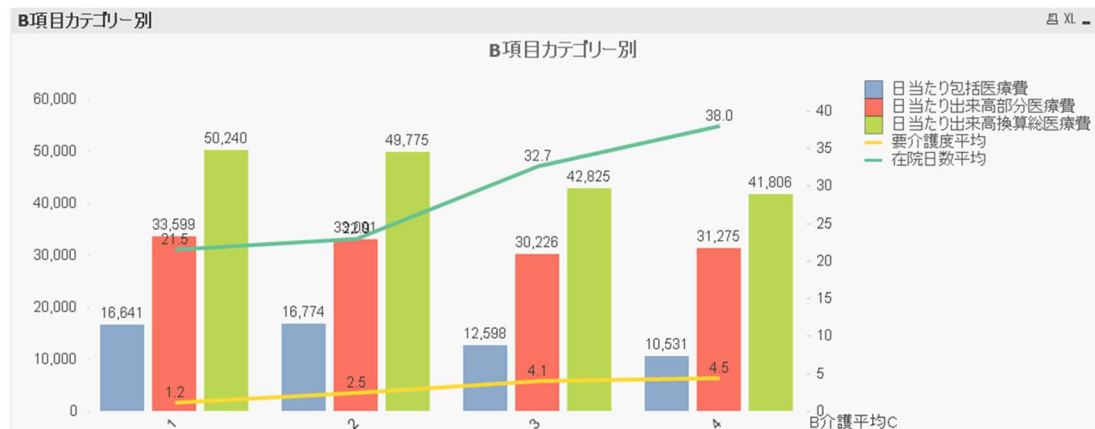


入院期間中の平均スコアが高い群ほど 1 日当たり包括医療費（包括部分、出来高部分、合計）は低くなるが、入院費及びその他費用（主にリハビリテーション）を除くと、カテゴリー 3 までは減少傾向を示すが最も自立度の低いカテゴリー 4 で最も高い値となっている。カテゴリー 4 は平均在院日数が長く、平均要介護度も高い。

図表 1-2 B項目得点カテゴリ別にみた1日当たり出来高換算包括医療費、1日当たり出来高部分医療費、1日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（肺炎、要介護度 自立～要介護5、75歳から84歳）

カテゴリ区分	得点
1	0_3
2	3_6
3	6_9
4	9_

肺炎、非死亡例
要介護度 自立～要介護5、
75歳～84歳

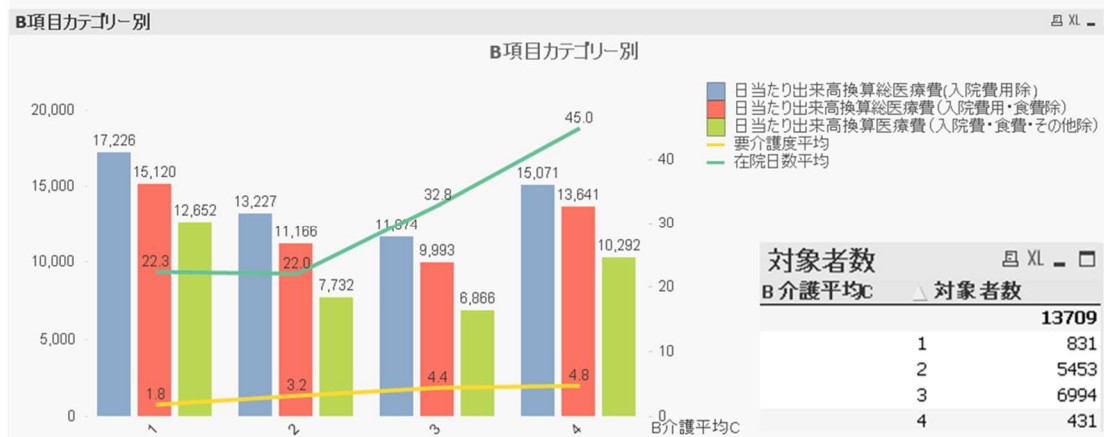
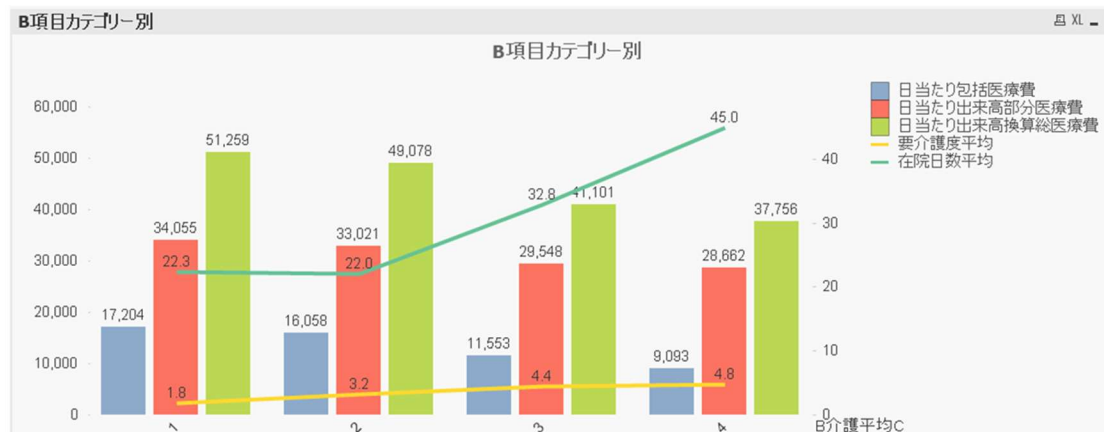


75歳から84歳の年齢区分でも同様の傾向であった。

図表 1-3 B項目得点カテゴリ別にみた1日当たり出来高換算包括医療費、1日当たり出来高部分医療費、1日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（肺炎、要介護度 自立～要介護5、85歳から94歳）

カテゴリ区分	得点
1	0_3
2	3_6
3	6_9
4	9_

肺炎、非死亡例
要介護度 自立～要介護5、
85歳～94歳

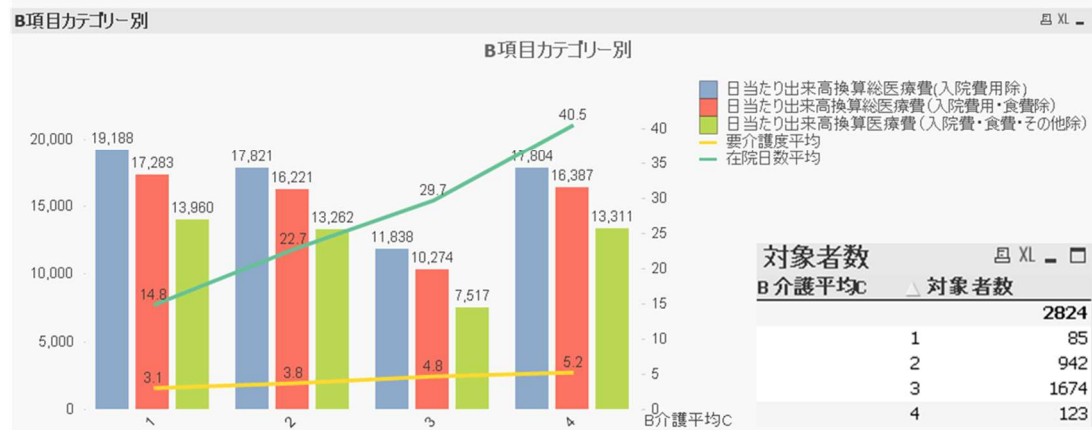
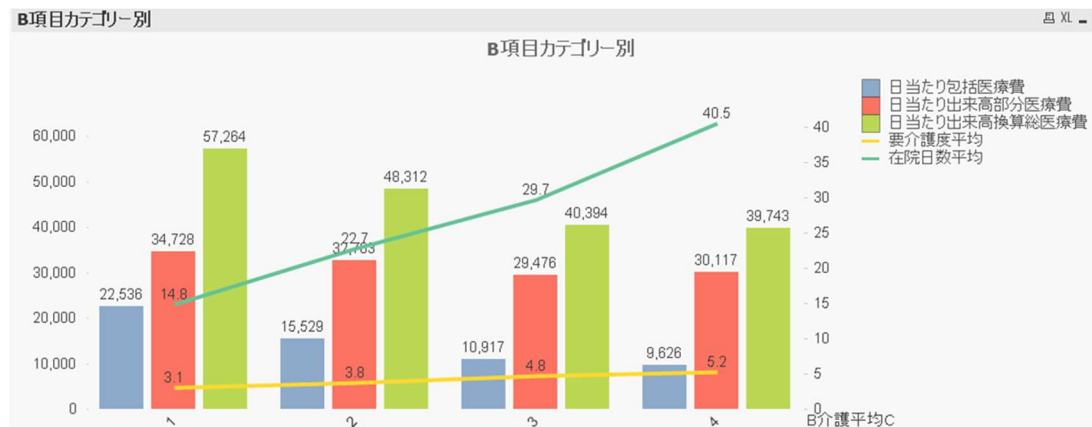


85歳から94歳の年齢区分でも同様の傾向であった。

図表 1-4 B項目得点カテゴリ別にみた1日当たり出来高換算包括医療費、1日当たり出来高部分医療費、1日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（肺炎、要介護度 自立～要介護5、95歳以上）

カテゴリ区分	得点
1	0_3
2	3_6
3	6_9
4	9_

肺炎、非死亡例
要介護度 自立～要介護5、
95歳以上



対象者数	
B介護平均C	△対象者数
	2824
1	85
2	942
3	1674
4	123

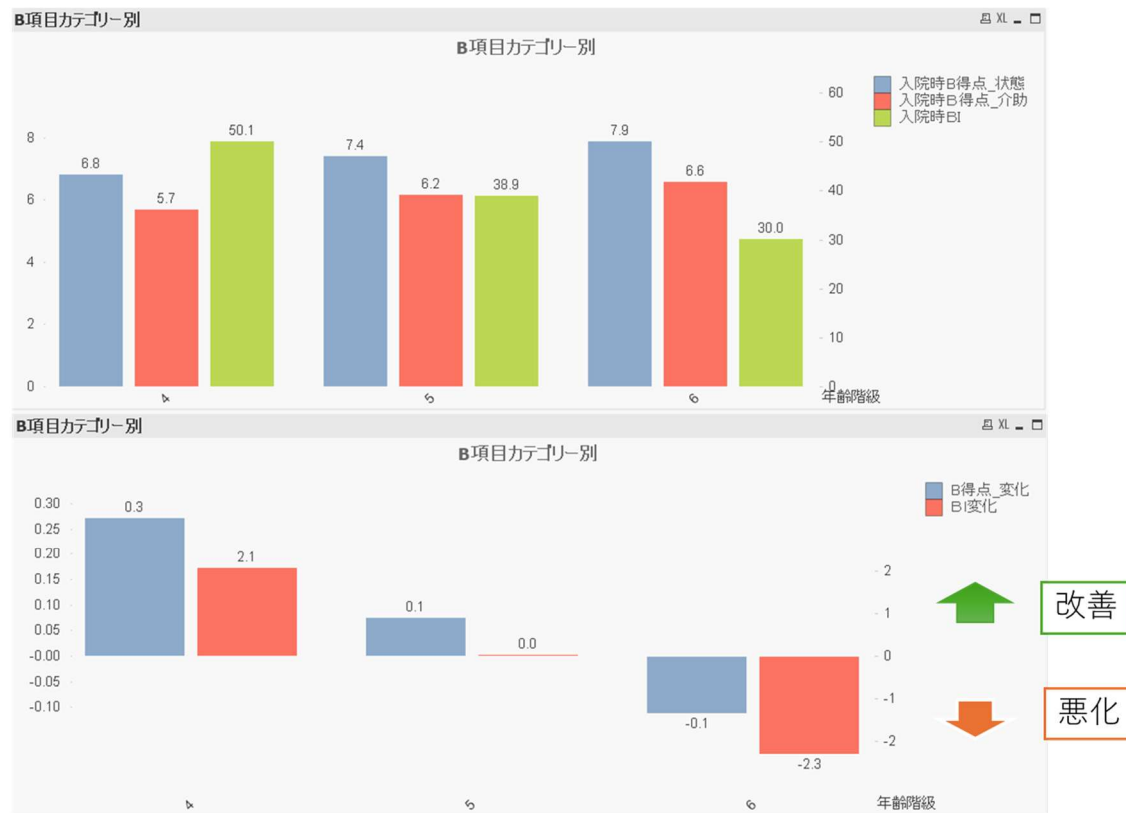
95歳以上でも同様の傾向であった。

図表 1-5 年齢階級別にみた入院時 B 得点と入院時 Barthel Index の得点、および入院中のスコアの変化
 (肺炎、非死亡例、75 歳以上、2020 年 DPC 研究班データ)

肺炎、非死亡例
 要介護度 自立～要介護5、
 75歳以上

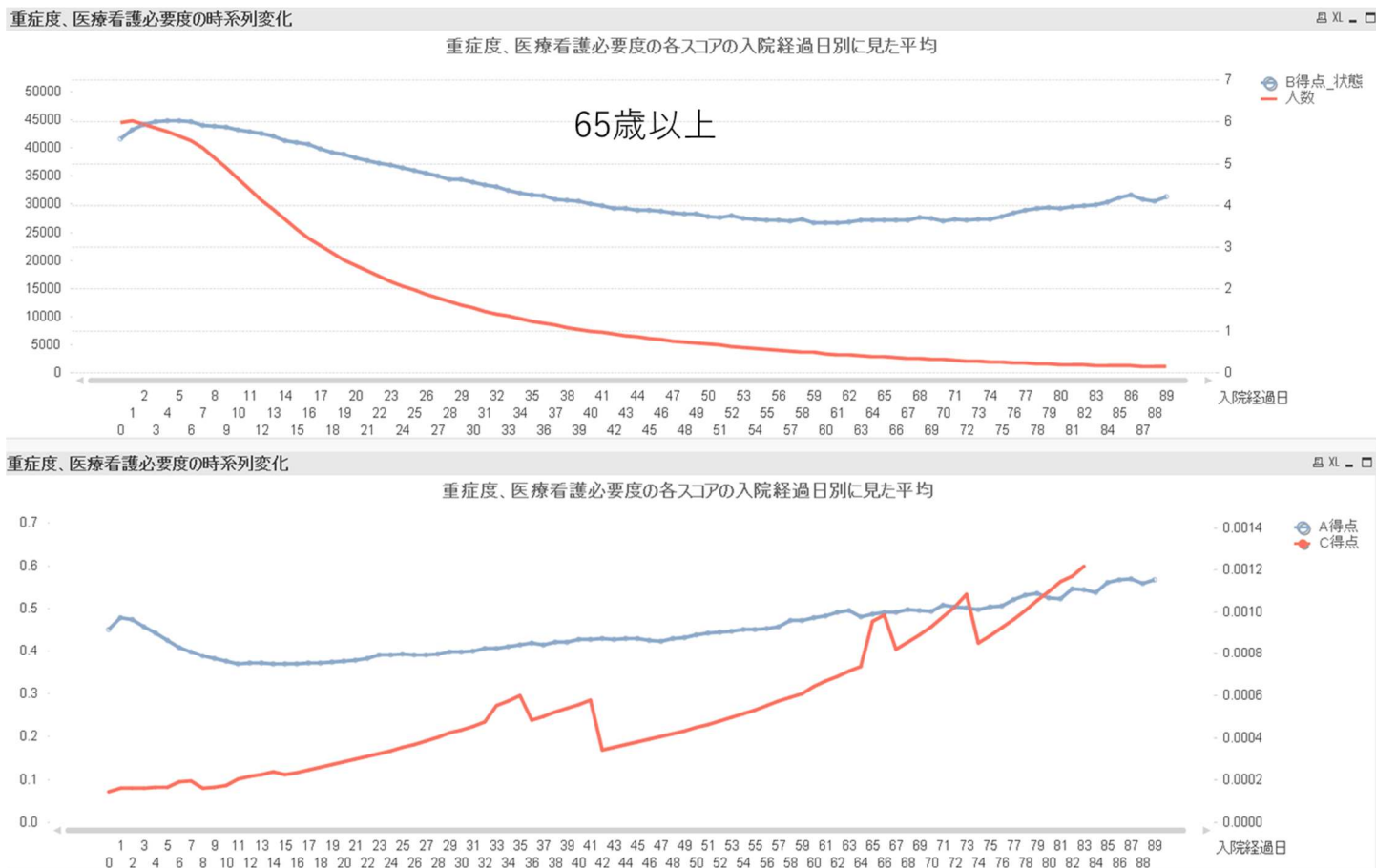
対象者数	
年齢階級	対象者数
	21810
4	8272
5	11269
6	2269

年齢階級
 4: 75-84歳
 5: 85-94歳
 6: 95歳以上



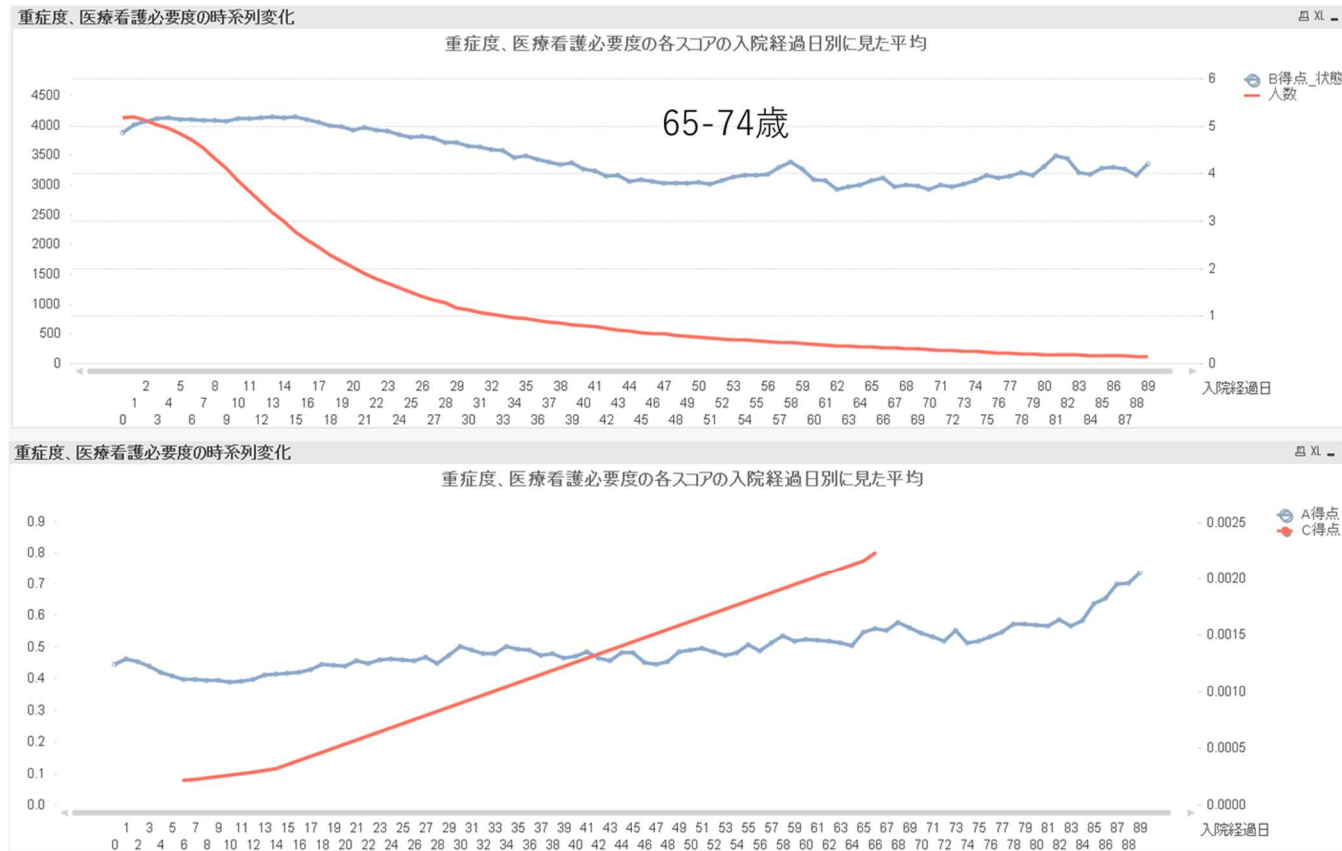
年齢階級が高くなるほど入院時の自立度は B 得点でも、Barthel Index でも低下する傾向を示した。また入院期間中の自立度の改善をみると、年齢階級が高くなるほど、自立度の改善は観察されなくなっている。

図表 1-6 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（肺炎、65歳以上、2020年度 DPC 研究班データ）



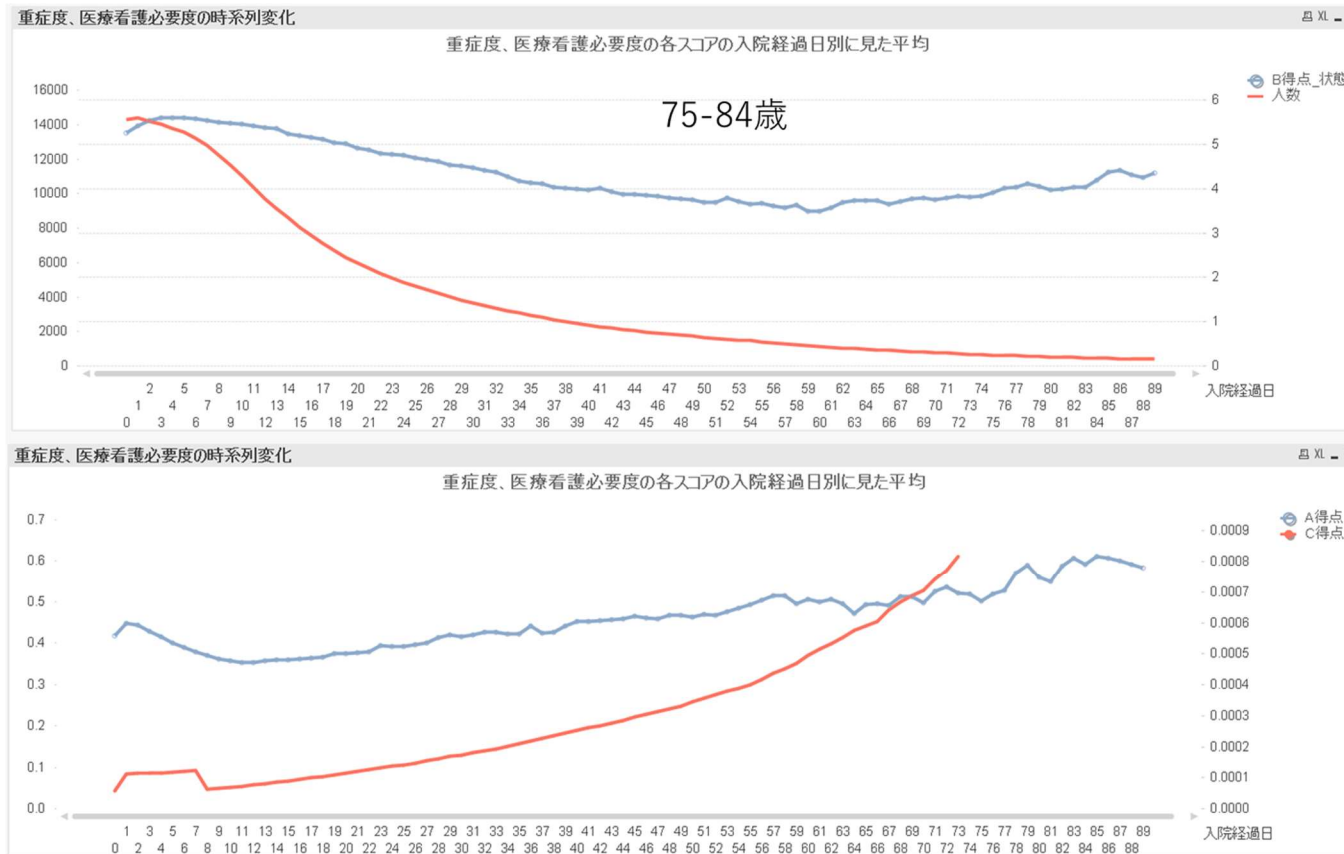
退院日の A, B, C 各項目の平均得点を見ると、B 項目は緩やかに低下した後、60 日前後から上昇傾向となるのに対し、A 得点は入院直後に上昇した後、10 日前後まで低下し、その後、上昇傾向になる。また C 得点は入院期間の長い者で高くなる傾向が観察される。退院できない週数例は重症例で、生命維持的な処置や手術（気管切開など）が行われるためこのような結果になっていると考えられる。

図表 1-7 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（肺炎、65-74 歳、2020 年度 DPC 研究班データ）



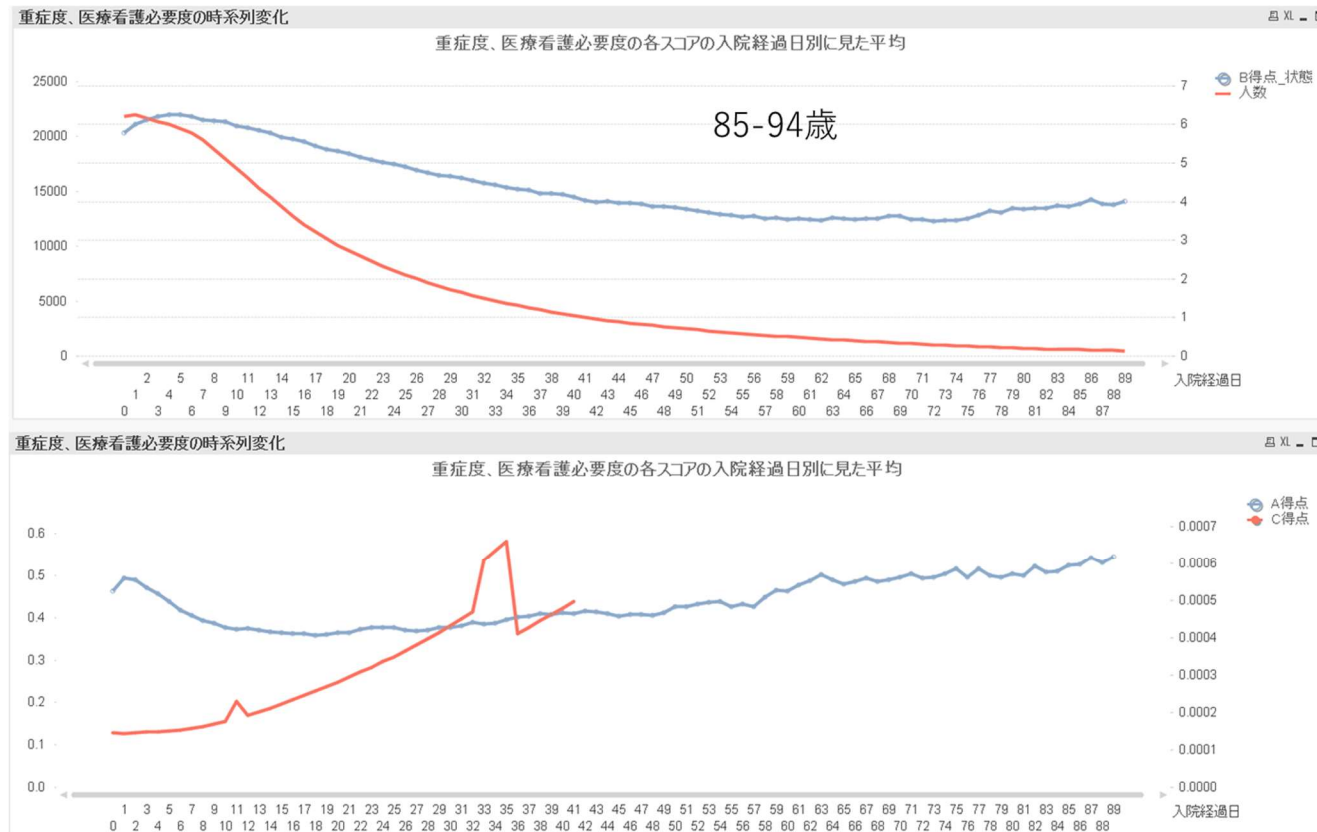
65 歳から 74 歳の年齢階級でも同様の傾向であった。

図表 1-8 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（肺炎、75-84 歳、2020 年度 DPC 研究班データ）



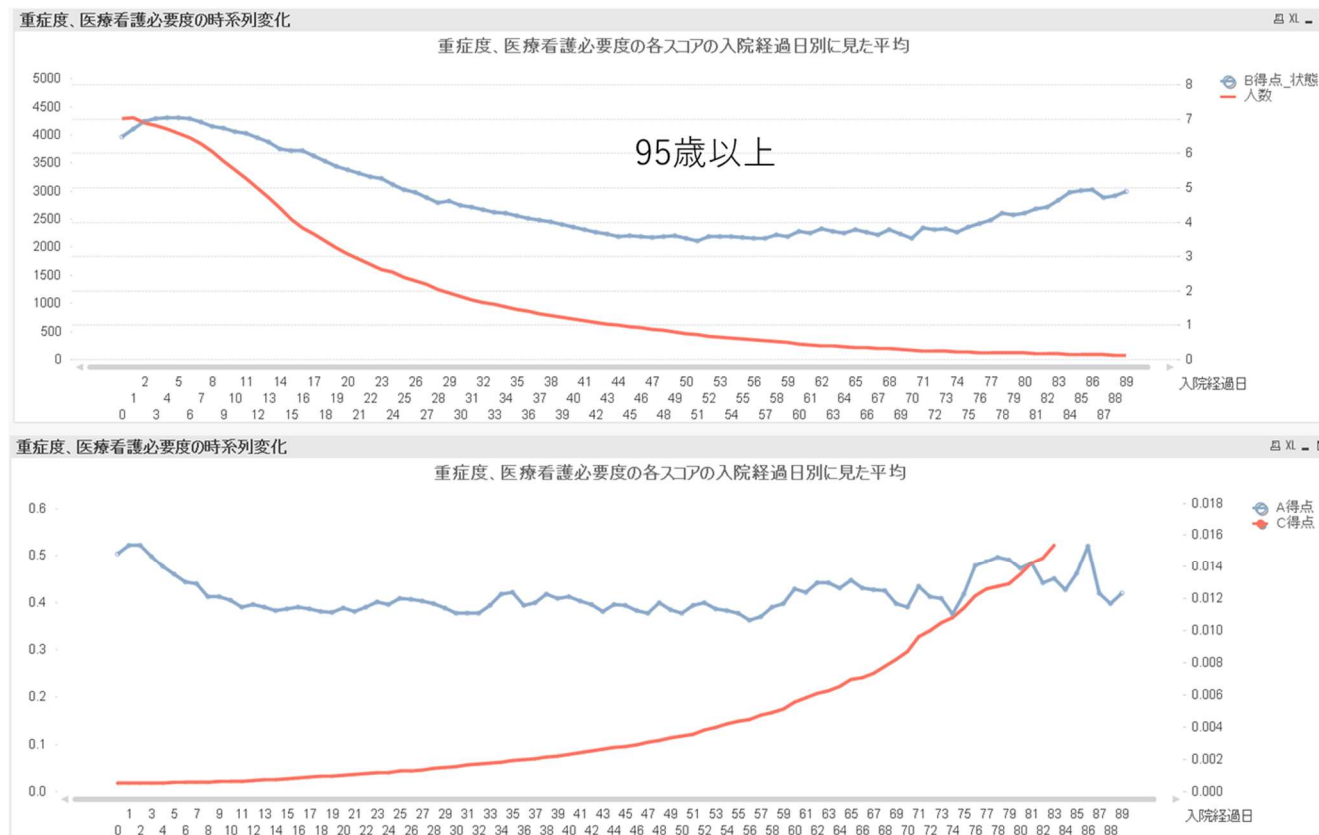
75 歳から 84 歳の年齢階級でも同様の傾向であった。

図表 1-9 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（肺炎、85-94 歳、2020 年度 DPC 研究班データ）



85 歳から 94 歳の年齢階級でも同様の傾向であった。

図表 1-10 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（肺炎、95 歳以上、2020 年度 DPC 研究班データ）



95 歳以上の年齢階級でみても同様の傾向であった。

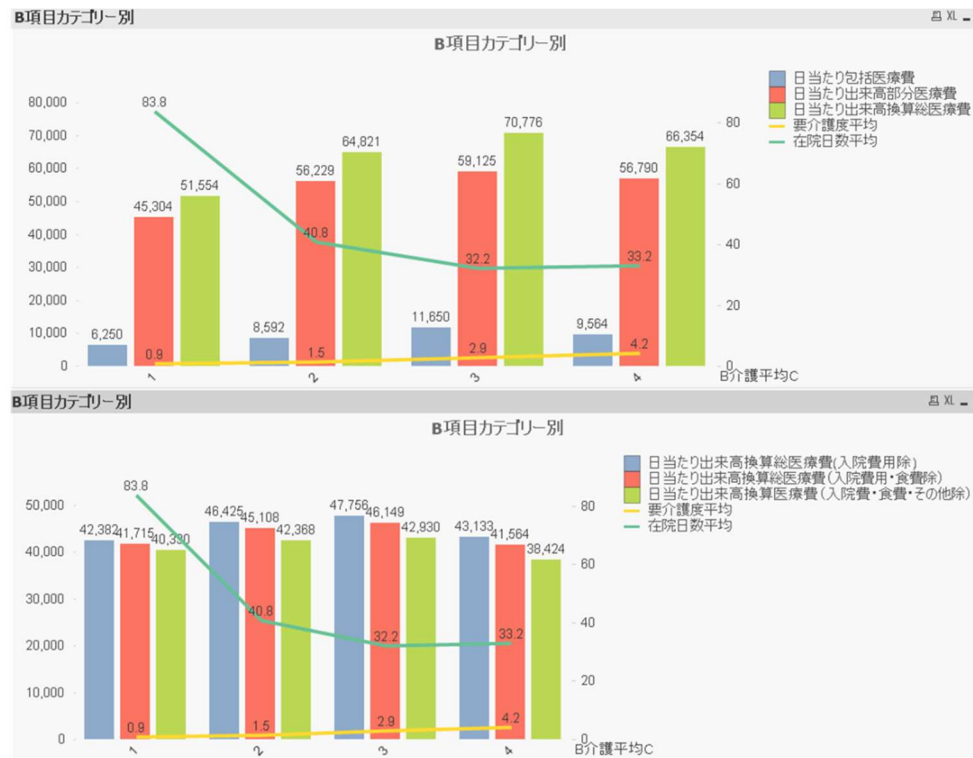
図表 2-1 B 項目得点カテゴリ一別にみた 1 日当たり出来高換算包括医療費、1 日当たり出来高部分医療費、1 日当たり出来高換算総医療費、
要介護度平均、在院日数平均（股関節骨折手術例、要介護度 自立～要介護 5、75 歳以上、DPC 研究班データ）

カテゴリー区分	得点
1	0_3
2	3_6
3	6_9
4	9_

股関節骨折手術症例、非死亡例
要介護度 自立～要介護5、
75歳以上

DPC =
160800xx01xxxx

対象者数	
B 介護平均	対象者数
	35733
1	347
2	7838
3	22426
4	5122



入院期間中の平均 BI スコアが高い群ほど 1 日当たり包括医療費（包括部分、出来高部分、合計）は高くなるが、入院費及びその他費用（主にリハビリテーション）を除くと、カテゴリー 1 から 3 まで上昇するが、カテゴリー 4 は低下する。入院時の要介護度が低い者（あるいは要介護認定を受けていない者）で平均在院日数が長くなっている。このことは、要介護度の判定のない者で、退院調整に時間がかかっていることを示唆している。この結果は、入院期間の適正化のために、要介護認定の手続きなど、退院調整を入院早期から開始することの必要性を示唆している。平均 BI スコアの多寡は入院・リハビリテーション等を除いた出来高換算点数には影響を与えていない。

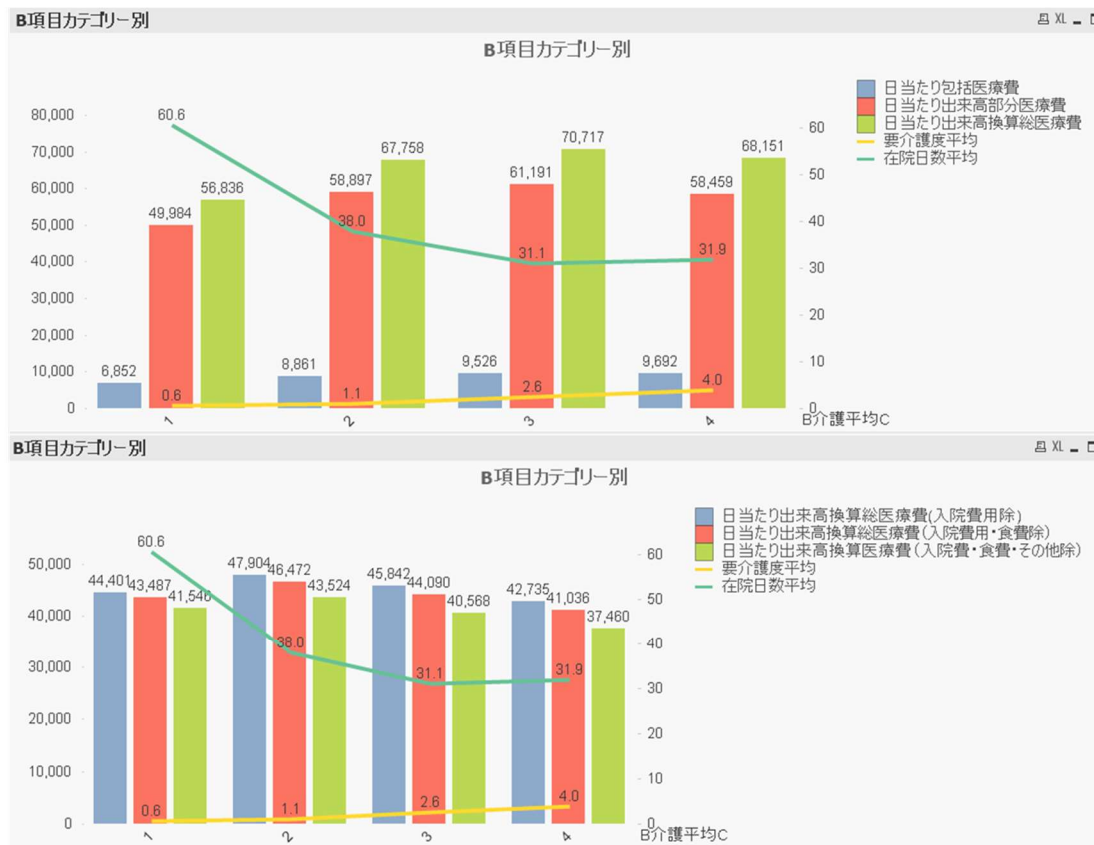
図表 2-2 B項目得点カテゴリ一別にみた1日当たり出来高換算包括医療費、1日当たり出来高部分医療費、1日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（股関節骨折手術例、要介護度 自立～要介護5、75歳～84歳、DPC 研究班データ）

カテゴリ区分	得点
1	0_3
2	3_6
3	6_9
4	9_

股関節骨折手術症例、非死亡例
要介護度 自立～要介護5、
75歳～84歳

DPC =
160800xx01xxxx

対象者数	対象者数
B介護平均	11727
1	261
2	3680
3	6622
4	1164



75歳から84歳の年齢区分でも同様の傾向であった。

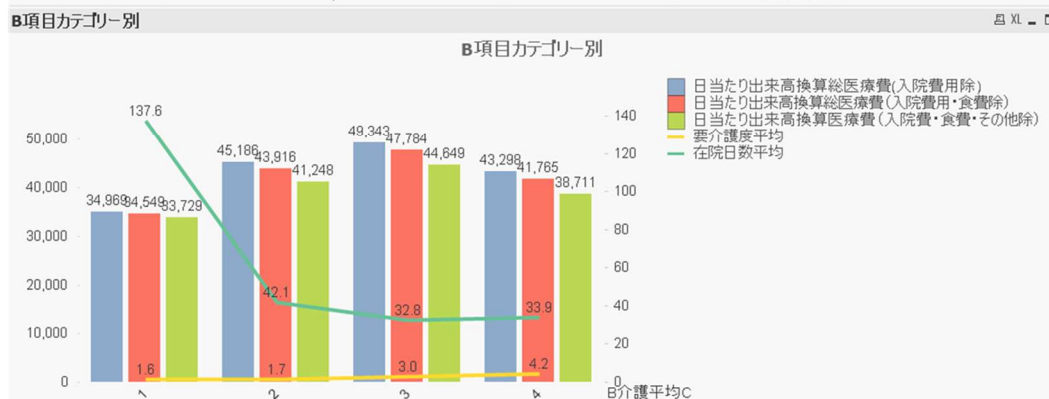
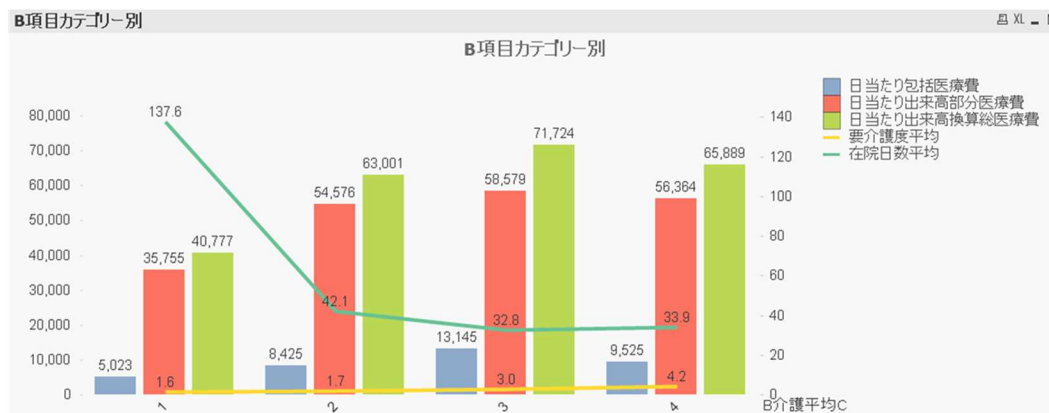
図表 2-3 B項目得点カテゴリ一別にみた1日当たり出来高換算包括医療費、1日当たり出来高部分医療費、1日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（股関節骨折手術例、要介護度 自立～要介護5、85歳～94歳、DPC 研究班データ）

カテゴリ区分	得点
1	0_3
2	3_6
3	6_9
4	9_

股関節骨折手術症例、非死亡例
要介護度 自立～要介護5、
85歳～94歳

DPC =
160800xx01xxxx

対象者数	
B介護平均C	対象者数
20317	
1	82
2	3779
3	13308
4	3148



85歳から94歳の年齢区分でも同様の傾向であった。

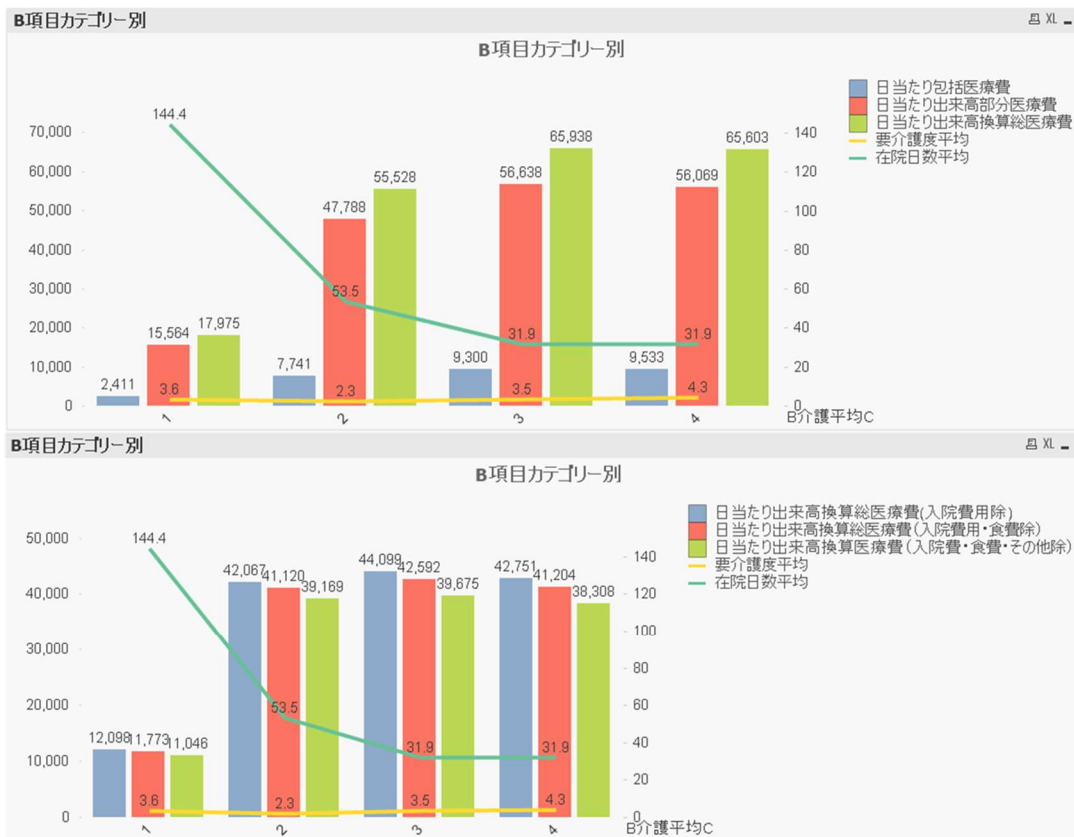
図表 2-4 B項目得点カテゴリ一別にみた1日当たり出来高換算包括医療費、1日当たり出来高部分医療費、1日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（股関節骨折手術例、要介護度 自立～要介護5、95歳以上、DPC 研究班データ）

カテゴリ区分	得点
1	0_3
2	3_6
3	6_9
4	9_

股関節骨折手術症例、非死亡例
要介護度 自立～要介護5、
95歳以上

DPC =
160800xx01xxxx

対象者数	
B介護平均C	△対象者数
	3696
1	4
2	380
3	2499
4	813



95歳以上では、カテゴリ1からカテゴリ2で大幅に増加する。カテゴリ2以上ではほぼ同じ値となっている。

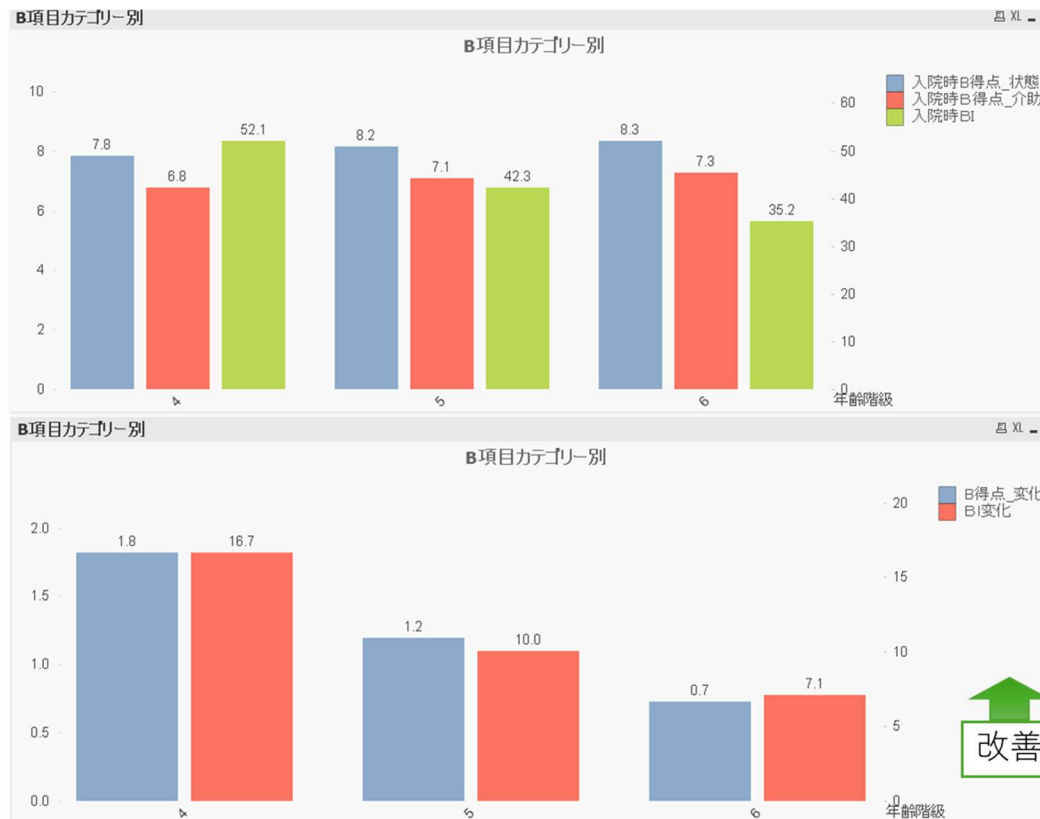
図表 2-5 年齢階級別にみた入院時 B 得点と入院時 Barthel Index の得点、および入院中のスコアの変化
 (股関節骨折手術例、非死亡例、75 歳以上、2020 年 DPC 研究班データ)

股関節骨折手術症例、非死亡例
 要介護度 自立～要介護5、
 75歳以上

DPC =
 160800xx01xxxx

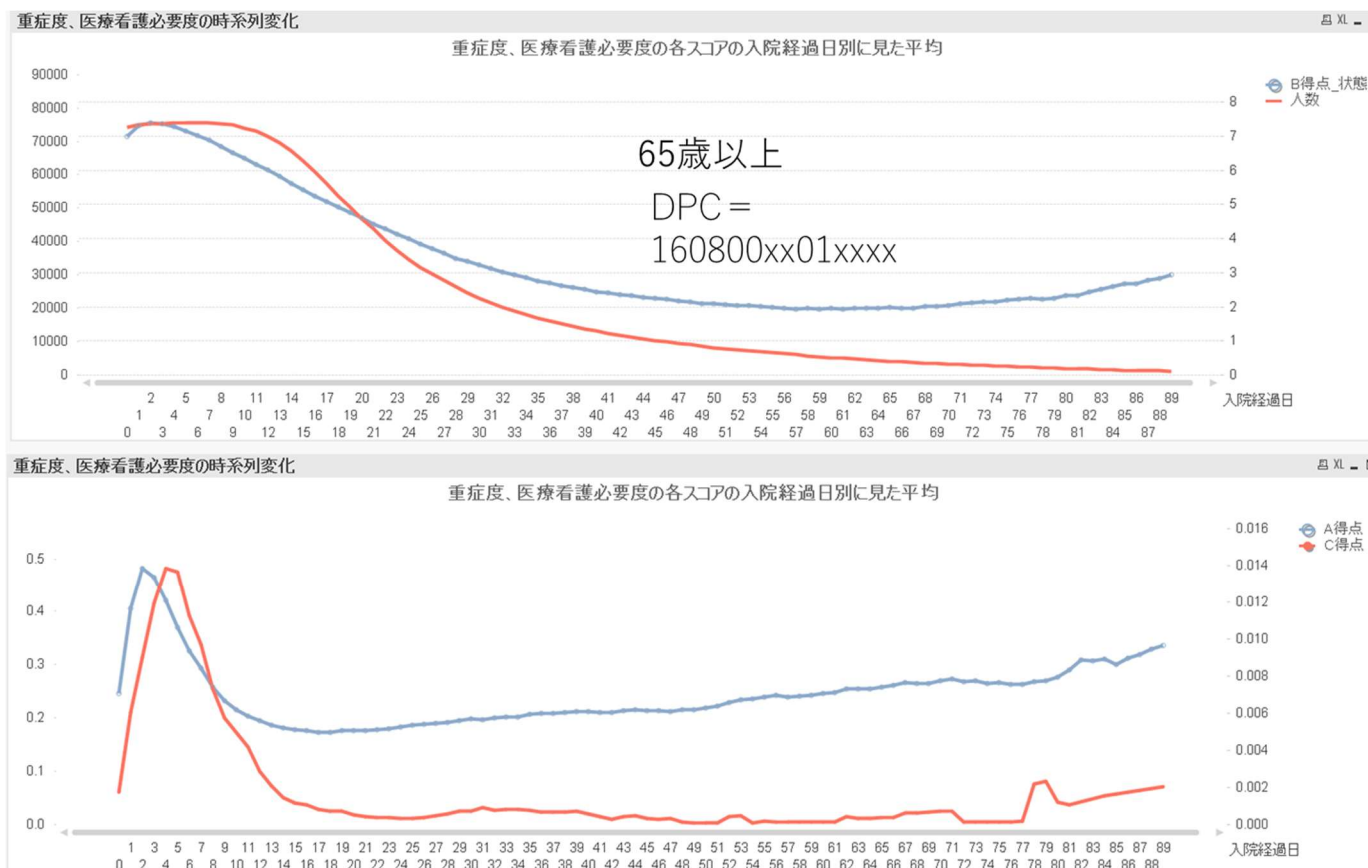
対象者数	
年齢階級	対象者数
	35733
4	11727
5	20317
6	3696

年齢階級
 4: 75-84歳
 5: 85-94歳
 6: 95歳以上



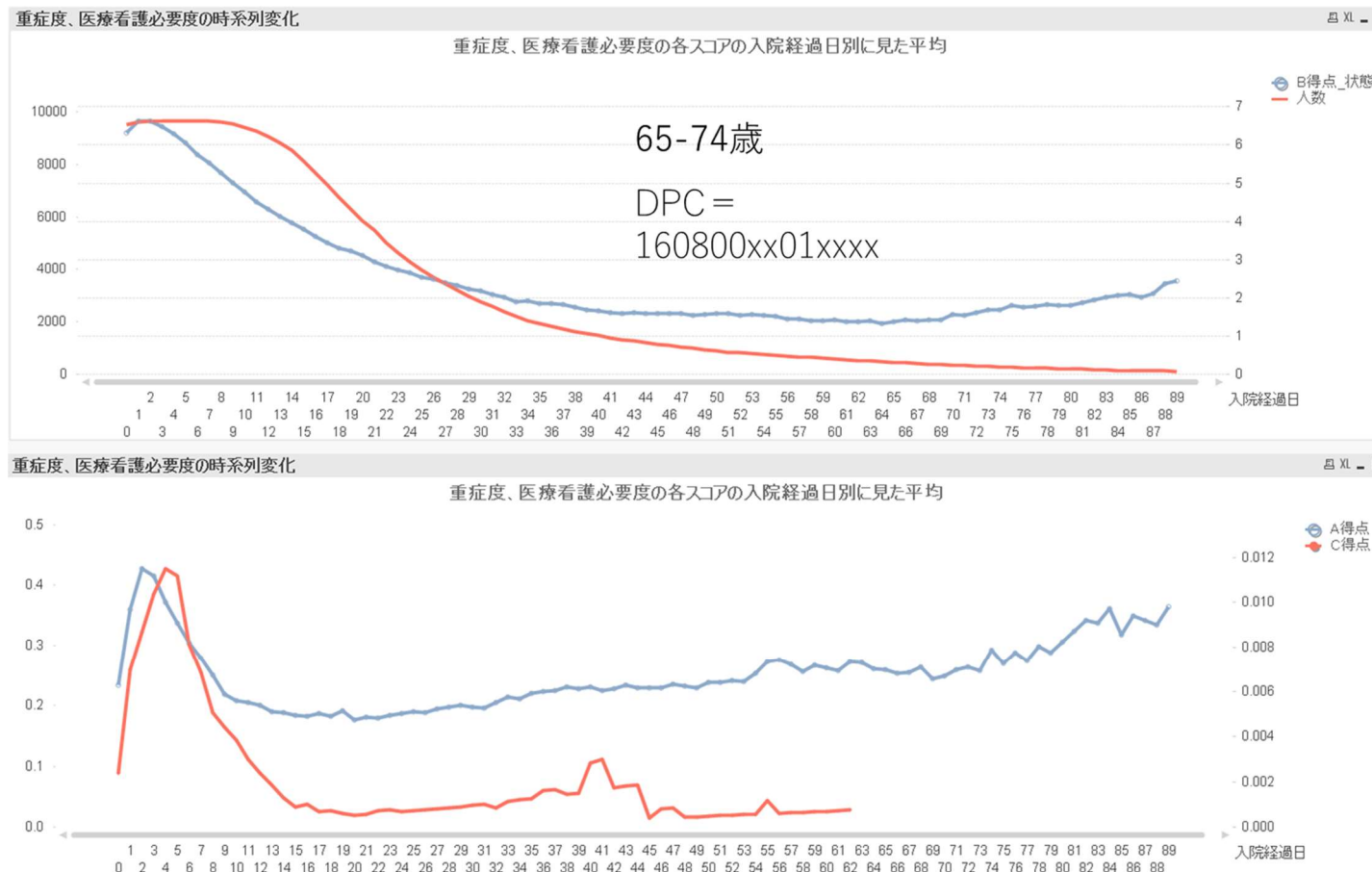
年齢階級が高くなるほど入院時の自立度は B 得点でも、Barthel Index でも低下する傾向を示した。また入院期間中の自立度の改善をみると、年齢階級が高くなるほど、自立度の改善は観察されなくなっている。

図表 2-6 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（股関節骨折手術症例、65歳以上、2020年度 DPC 研究班データ）



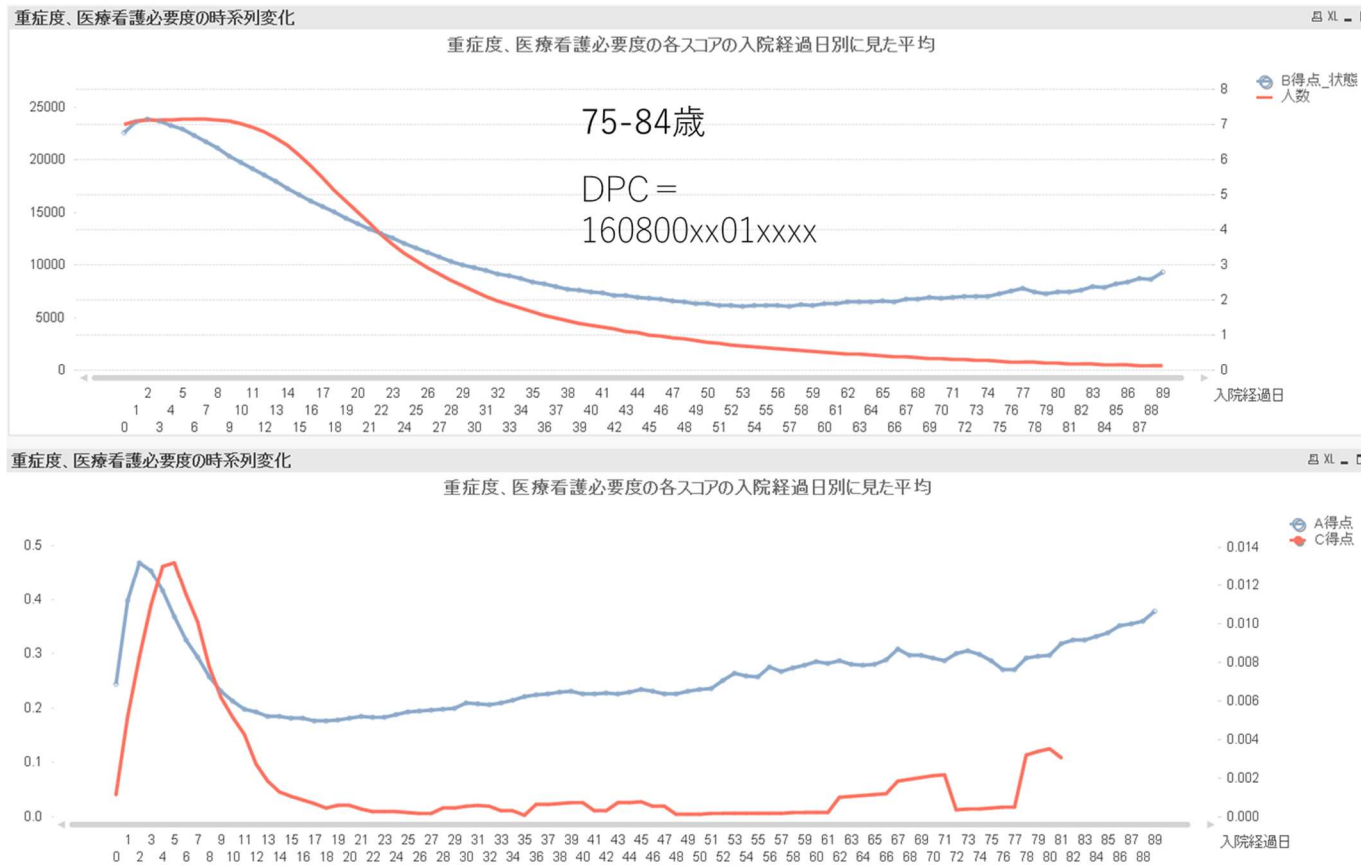
退院日の A, B, C 各項目の平均得点を見ると、B 項目は緩やかに低下した後、60 日前後から上昇傾向となるのに対し、A 得点は入院直後に上昇した後、14 日前後まで低下し、その後、上昇傾向になる。また C 得点も入院直後に上昇した後、14 日前後まで低下し、その後、低い値が継続するが 80 日前後から若干上昇する。この結果は、少数例ではあるが入院期間の長い者は重症例が多く、生命維持的な処置を必要としていることを示している。

図表 2-7 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（股関節骨折手術症例、65-74 歳、2020 年度 DPC 研究班データ）



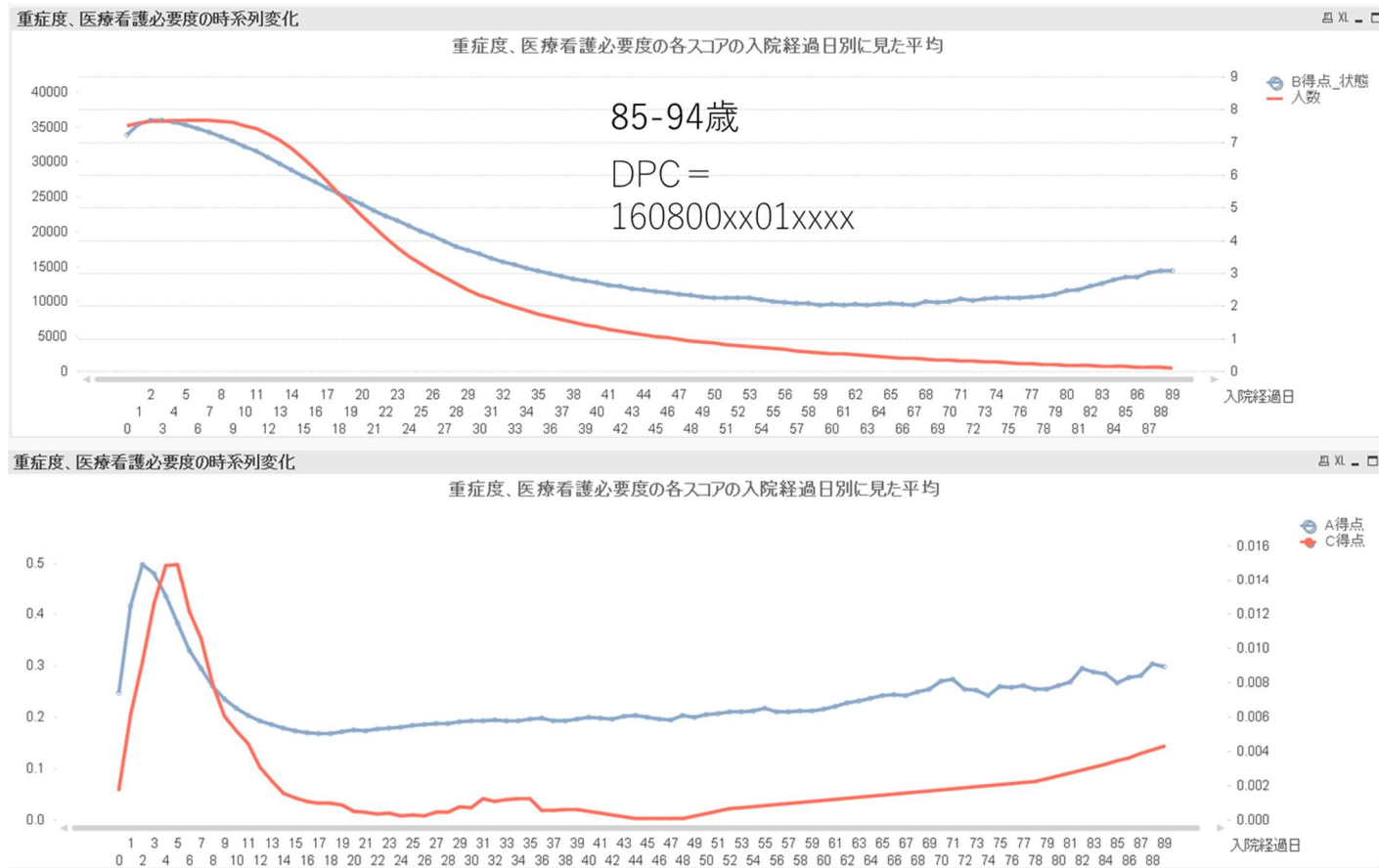
65 歳から 74 歳でみてもほぼ同様の傾向である。

図表 2-8 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（股関節骨折手術症例、75-84 歳、2020 年度 DPC 研究班データ）



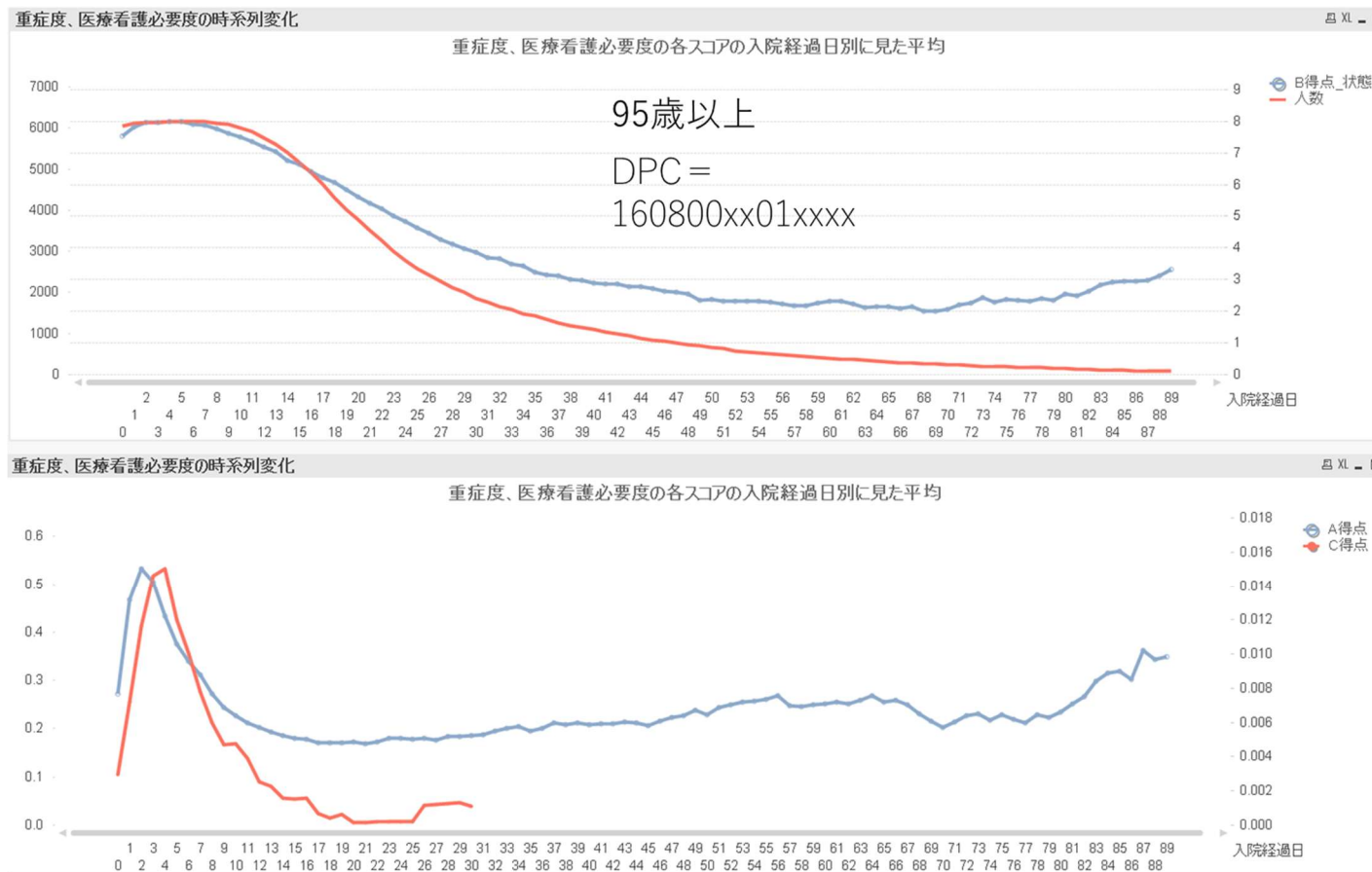
75 歳から 84 歳の年齢階級でみても同様の傾向であった。

図表 2-9 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（股関節骨折手術症例、85-94 歳、2020 年度 DPC 研究班データ）



85 歳から 94 歳の年齢階級でも同様の傾向であった。

図表 2-10 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（股関節骨折手術症例、95 歳以上、2020 年度 DPC 研究班データ）



95 歳以上の年齢階級でも同様の傾向であった。

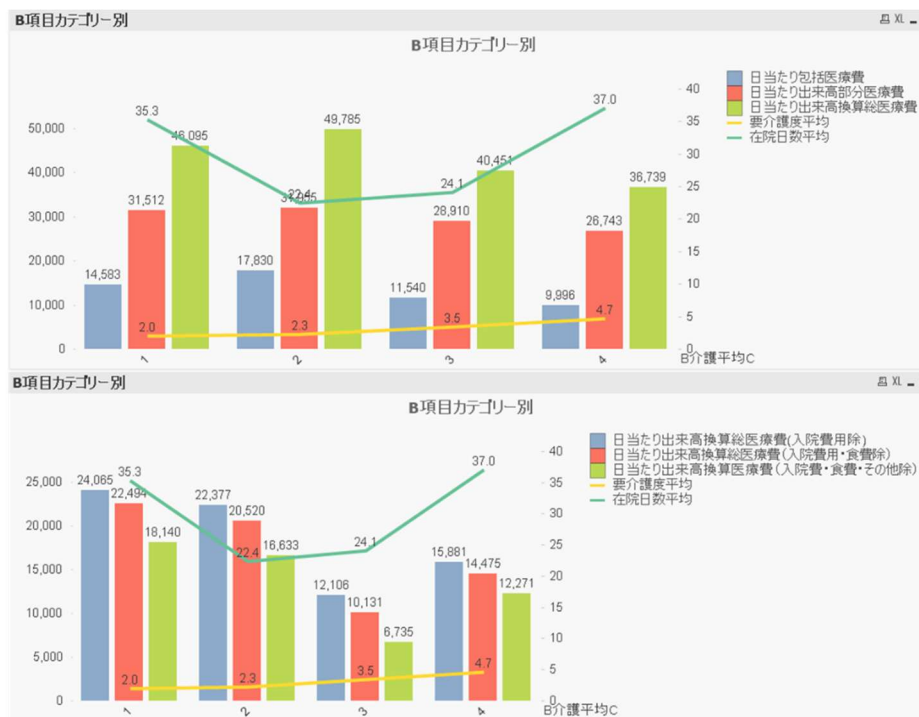
図表 3-1 B 項目得点カテゴリー別にみた 1 日当たり出来高換算包括医療費、1 日当たり出来高部分医療費、1 日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（股関節骨折非手術例、要介護度 自立～要介護 5、75 歳以上、DPC 研究班データ）

カテゴリー区分	得点
1	0.3
2	3.6
3	6.9
4	9.0

股関節骨折非手術症例、非死亡例
要介護度 自立～要介護5、
75歳以上

DPC =
160800xx99xxxx

対象者数	対象者数
B 介護平均C	3326
1	89
2	1180
3	1718
4	339



カテゴリー1 からカテゴリー2 で 1 日当たり包括医療費（包括部分、出来高部分、合計）は高くなるが、その後減少傾向となる。入院費及びその他費用（主にリハビリテーション）を除くと、カテゴリー 1 から 3 で減少し、カテゴリー4 で増加する。非手術例では平均 B 得点の最も低い 1 群と最も高い 4 群で平均在院日数が長くなっている。軽い群では介護認定などの退院に向けた調整が必要なために、在院日数が長くなっていると推察される。1 日当たりの出来高換算点数は重い群で低くなっているが、このことは処置や手術等をそれほど必要としないが ADL の大きく低下した患者が在院していることを示唆している。

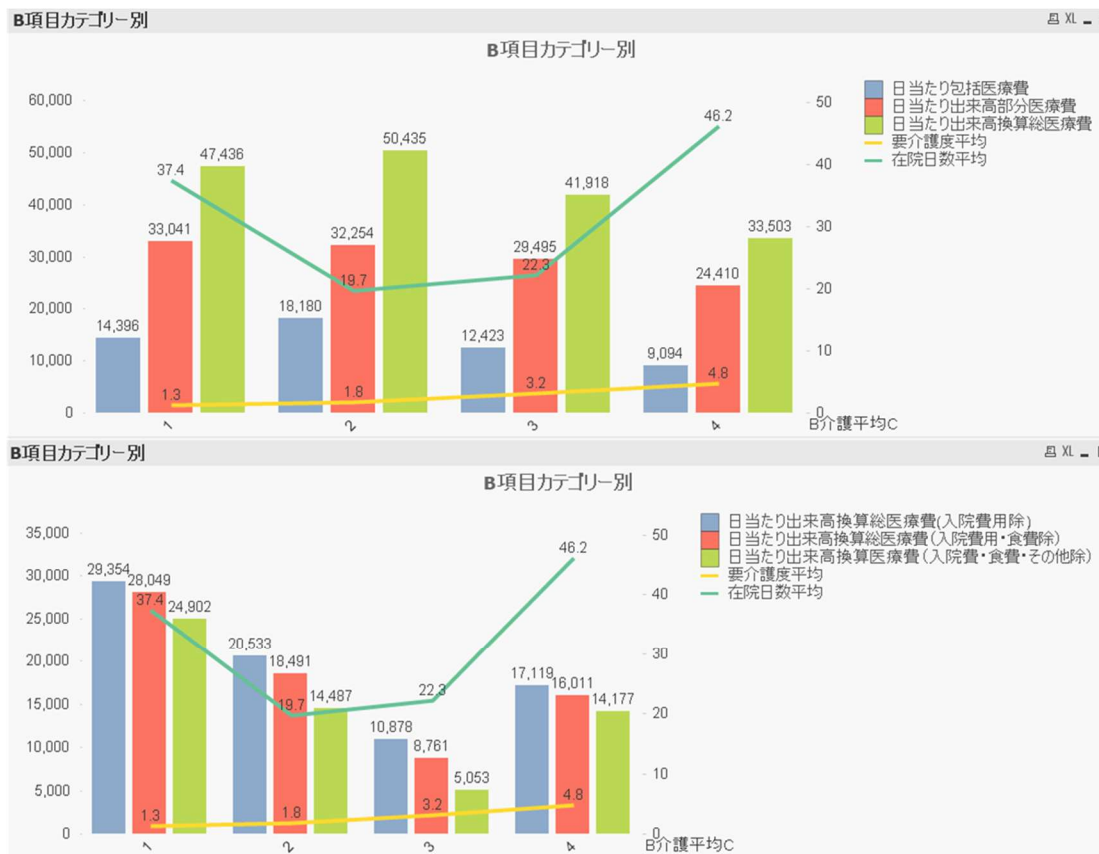
図表 3-2 B 項目得点カテゴリー別にみた 1 日当たり出来高換算包括医療費、1 日当たり出来高部分医療費、1 日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（股関節骨折非手術例、要介護度 自立～要介護 5、75 歳～84 歳、DPC 研究班データ）

カテゴリー区分	得点
1	0_3
2	3_6
3	6_9
4	9_

股関節骨折非手術症例、非死亡例
要介護度 自立～要介護5、
75歳～84歳

DPC =
160800xx99xxxx

対象者数	
B 介護平均	△ 対象者数
	1017
1	48
2	445
3	451
4	73



75 歳から 84 歳の年齢区分でも同様の傾向であった。

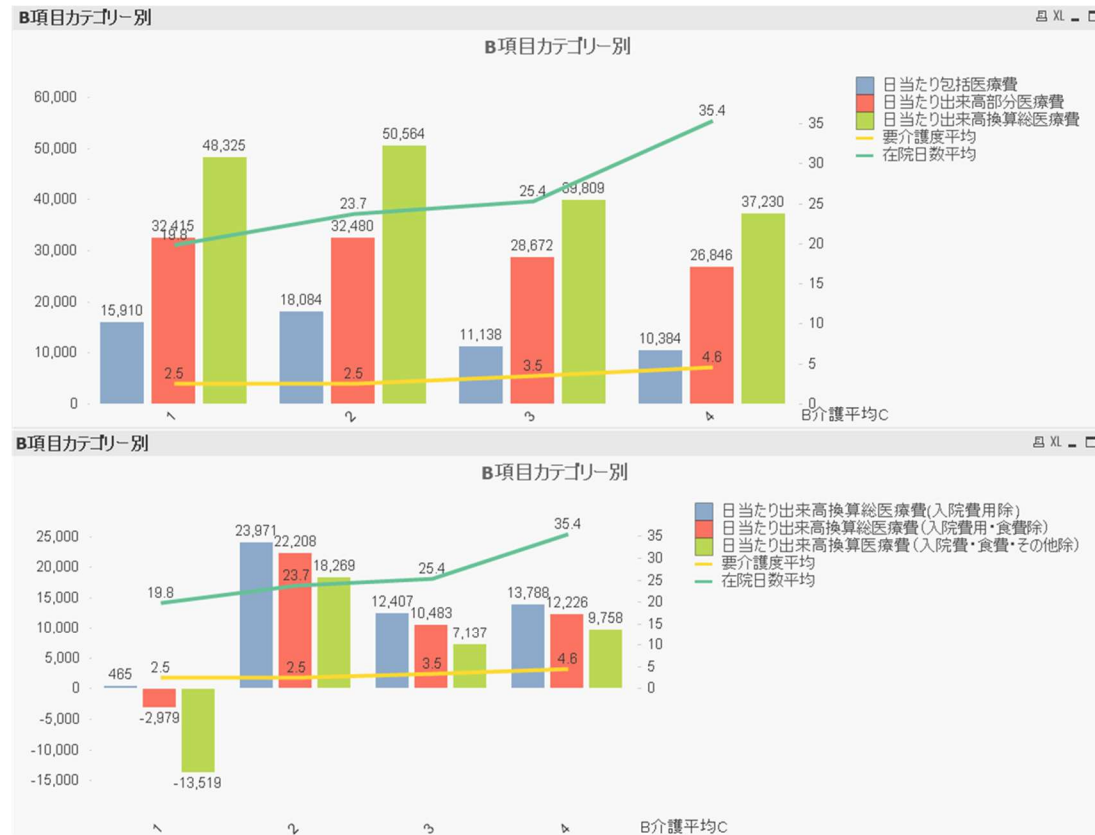
図表 3-3 B 項目得点カテゴリー別にみた 1 日当たり出来高換算包括医療費、1 日当たり出来高部分医療費、1 日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（股関節骨折非手術例、要介護度 自立～要介護 5、85 歳～94 歳、DPC 研究班データ）

カテゴリー区分	得点
1	0_3
2	3_6
3	6_9
4	9_

股関節骨折非手術症例、非死亡例
要介護度 自立～要介護5、
85歳～94歳

DPC =
160800xx99xxxx

対象者数	
B 介護平均C	△ 対象者数
1	1833
2	37
3	638
4	966
4	192



カテゴリー 1 で異常値となっているが、算定項目の紐づけの違いによるものと考えられた。それ以外は、85 歳から 94 歳の年齢区分でも同様の傾向であった。

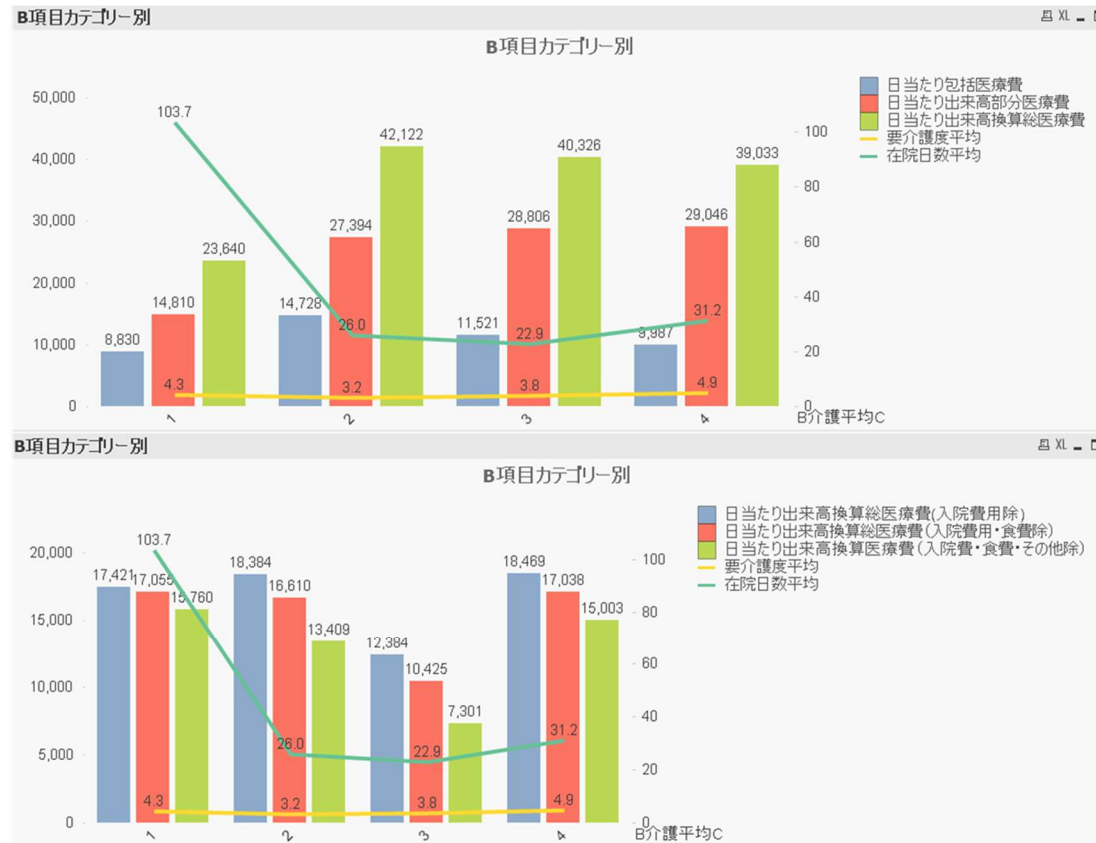
図表 3-4 B 項目得点カテゴリー別にみた 1 日当たり出来高換算包括医療費、1 日当たり出来高部分医療費、1 日当たり出来高換算総医療費、要介護度平均、在院日数平均（股関節骨折非手術例、要介護度 自立～要介護 5、95 歳以上、DPC 研究班データ）

カテゴリー区分	得点
1	0_3
2	3_6
3	6_9
4	9_

股関節骨折非手術症例、非死亡例
要介護度 自立～要介護5、
95歳以上

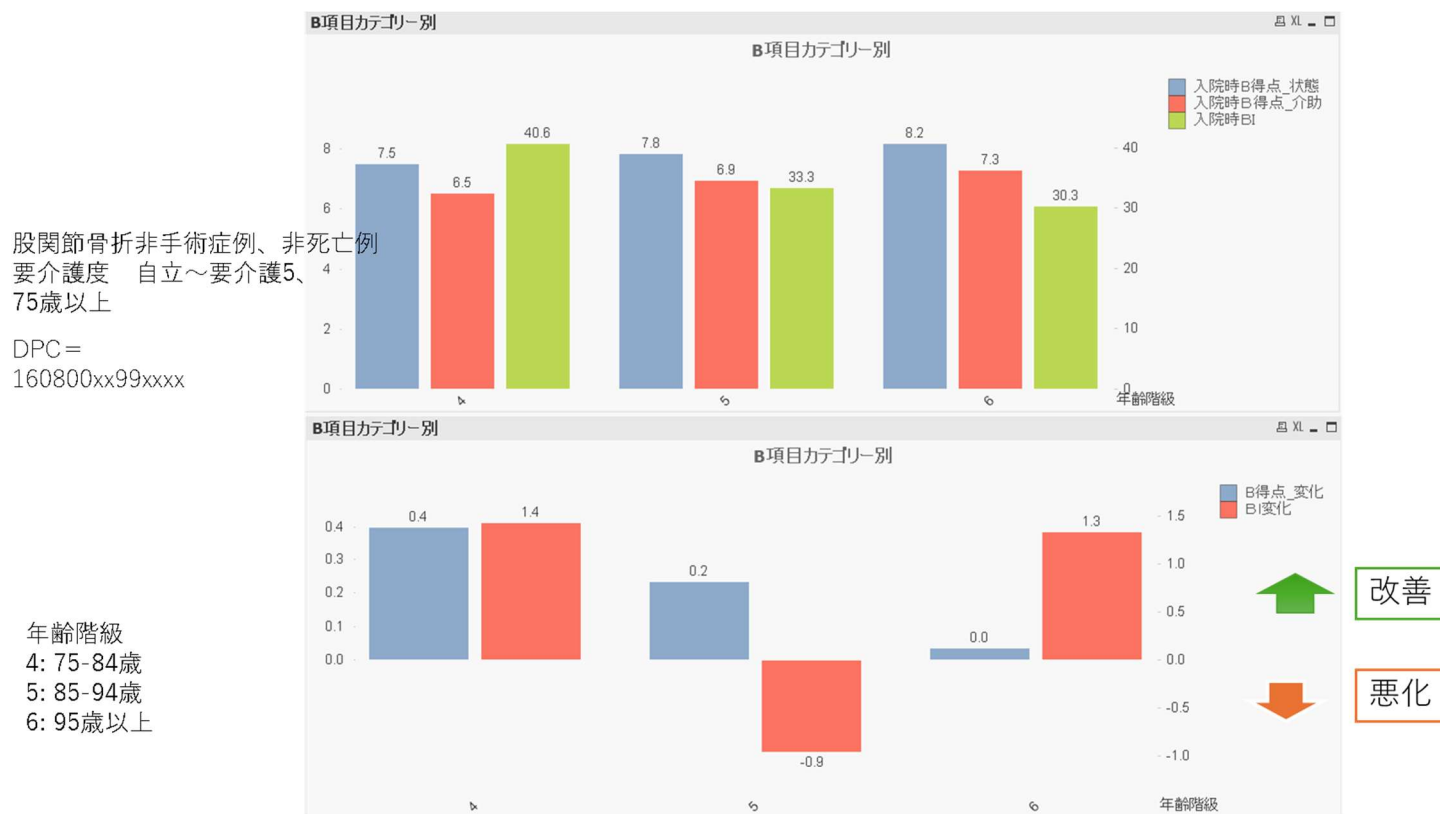
DPC =
160800xx99xxxx

対象者数	
B 介護平均C	△ 対象者数
	477
1	4
2	97
3	302
4	74



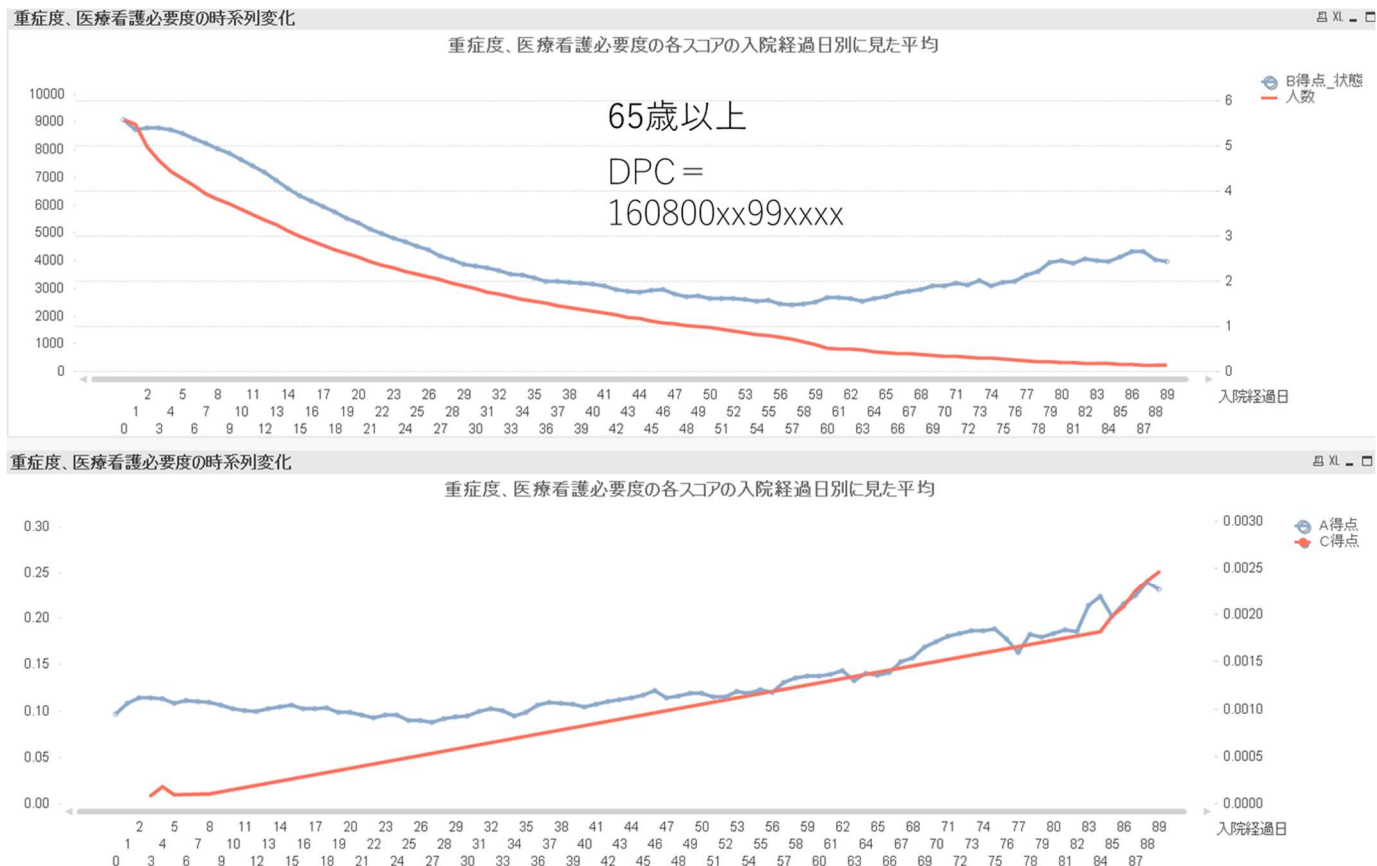
95 歳以上ではカテゴリー1 からカテゴリー2 で日当たり出来高換算医療費は増加し、その後差がほとんどなくなる。入院医療費及びその他費を除くとカテゴリー1 からカテゴリー3 で低下傾向となるが、カテゴリー4 で増加する。

図表 3-5 年齢階級別にみた入院時 B 得点と入院時 Barthel Index の得点、および入院中のスコアの変化
 (股関節骨折非手術例、非死亡例、75 歳以上、2020 年 DPC 研究班データ)



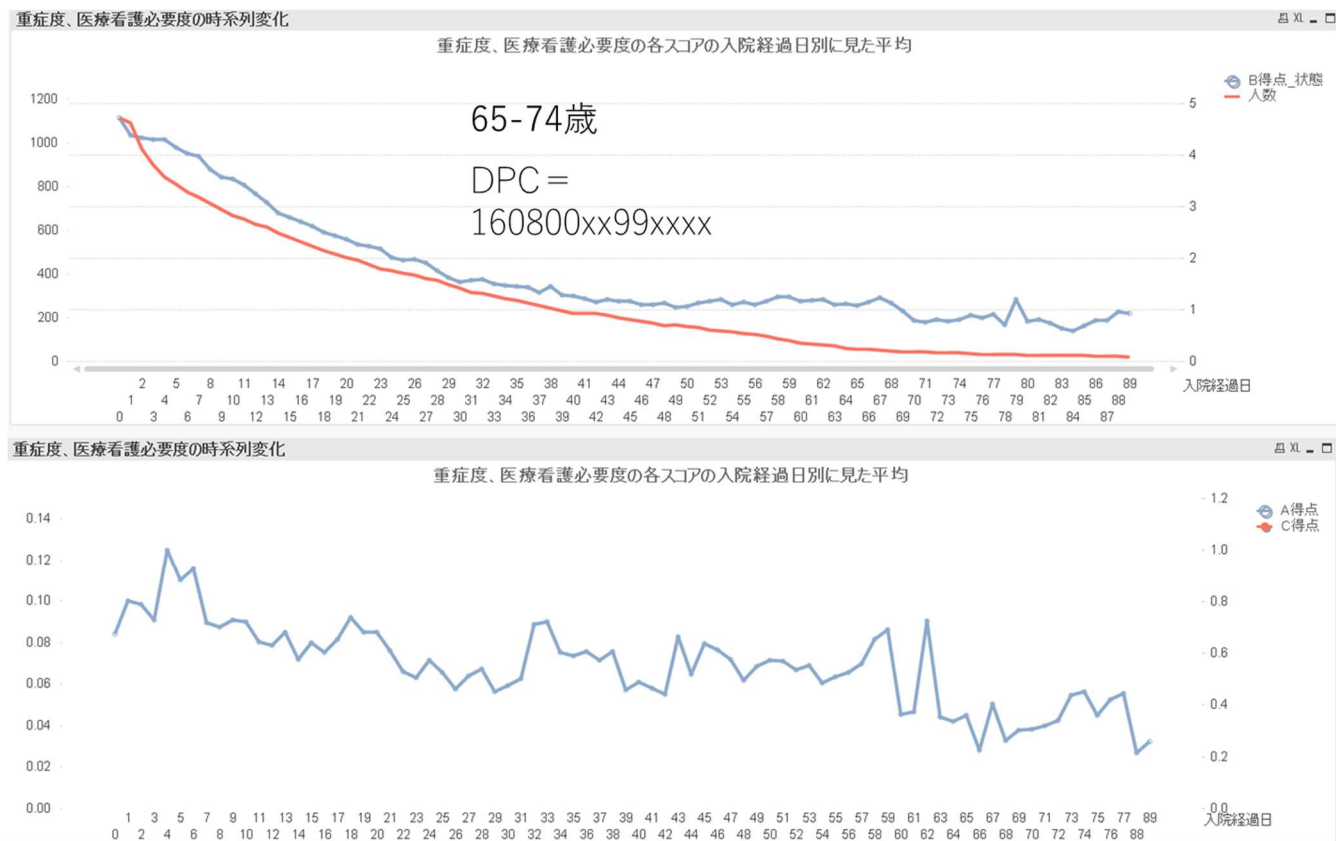
年齢階級が高くなるほど入院時の自立度は B 得点でも、Barthel Index でも低下する傾向を示した。また入院期間中の自立度の改善度をみると、年齢階級が高くなるほど、B 得点でみた自立度の場合は減少する。Barthel Index は 85-94 歳で悪化し、その他の年齢階級では同程度の改善が観察されている。85-94 歳で B 項目と BI で改善の方向が逆転しているが、その理由は不明である。

図表 3-6 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（股関節骨折非手術症例、65歳以上、2020年度 DPC 研究班データ）



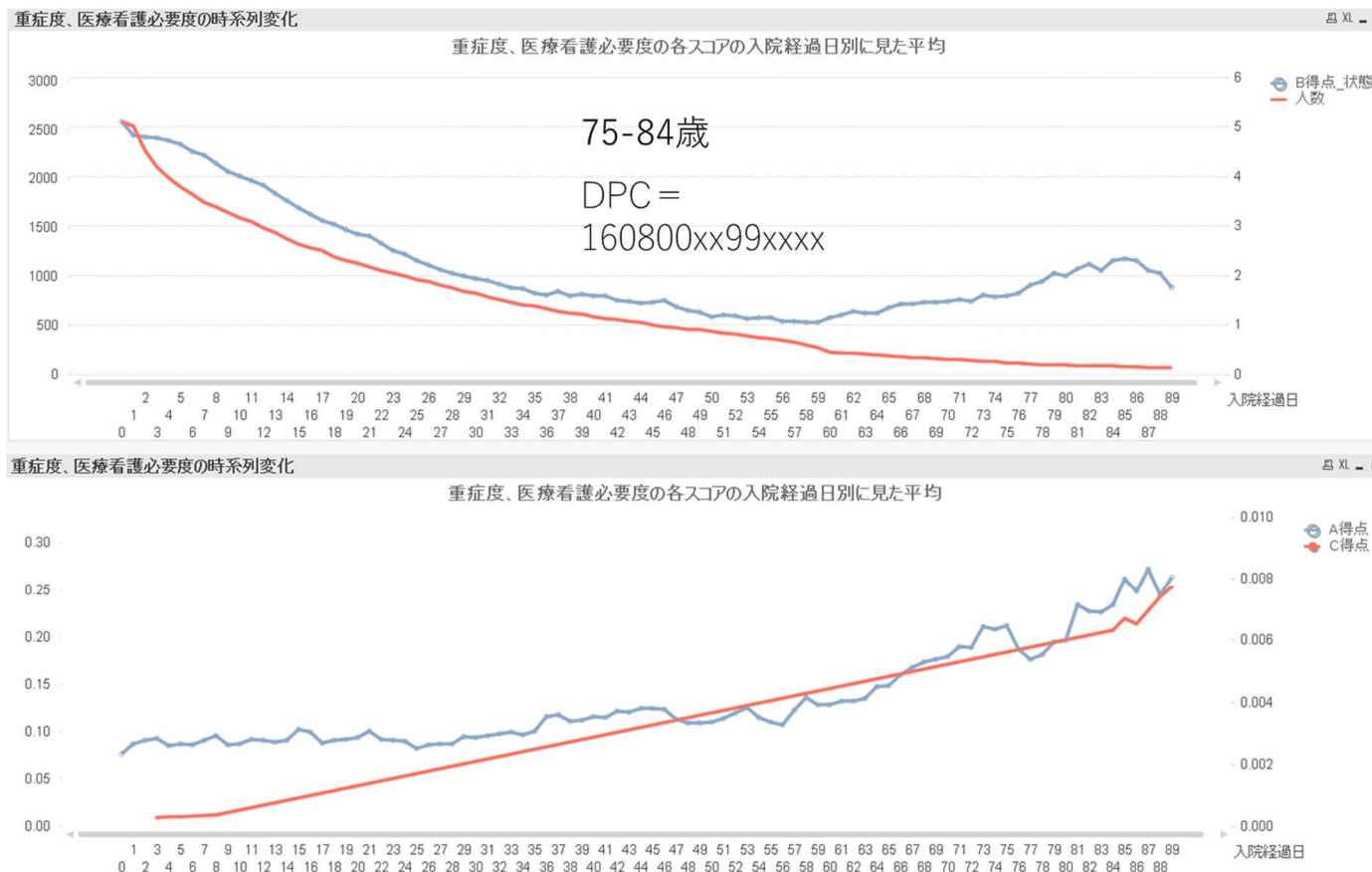
退院日の A, B, C 各項目の平均得点を見ると、B 項目は緩やかに低下した後、60 日前後から上昇傾向となるのに対し、A 得点と C 得点は入院期間が長くなるにつれて上昇傾向となる。

図表 3-7 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（股関節骨折非手術症例、65-74 歳、2020 年度 DPC 研究班データ）



65-74 歳では A 項目、B 項目のいずれも入院期間が長くなるにつれて低下傾向となる

図表 3-8 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（股関節骨折非手術症例、75-84 歳、2020 年度 DPC 研究班データ）



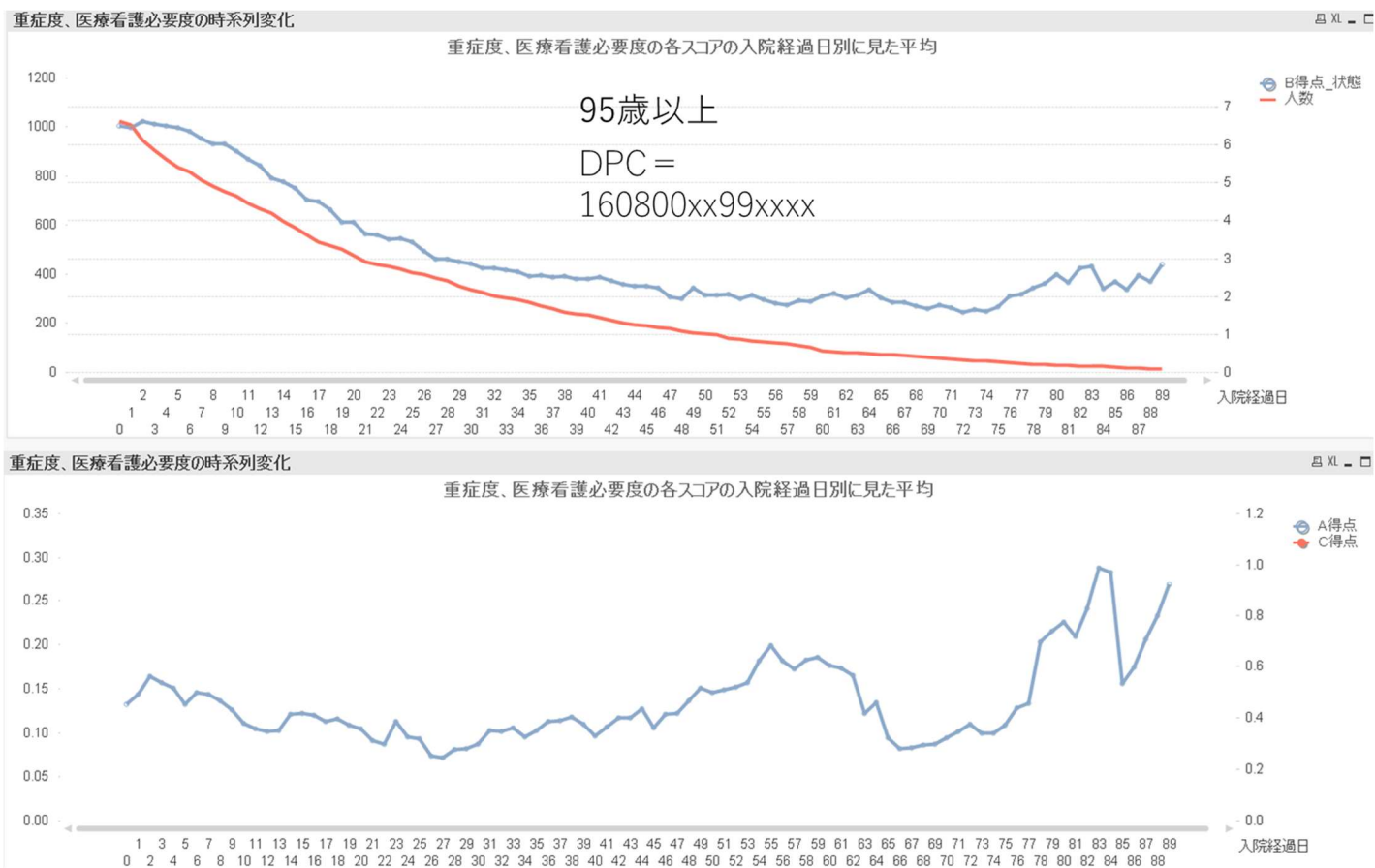
75-84 歳では全体と同じ傾向を示している。

図表 3-9 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（股関節骨折非手術症例、85-94 歳、2020 年度 DPC 研究班データ）



85-94 歳では全体と同じ傾向を示している。

図表 3-10 入院後の A, B, C 各項目の平均得点の経時的推移（股関節骨折非手術症例、95 歳以上、2020 年度 DPC 研究班データ）



95 歳以上では、全体と同じ傾向を示している。

2) HITO 病院における重症度、医療介護必要度における B 項目の活用について

重症度、医療介護必要度は本来、病棟における看護業務のマネジメントへの活用を目的として開発されたものである。特に B 項目で評価される ADL 関連の情報は、患者の療養上の世話に関わる負荷を評価し、それを病棟などのケアのユニット単位で集計することで、その負荷量に応じた看護配置を柔軟に行うために重要なものである。日本社会の高齢化の進行に伴い急性期病院に入院する患者の高齢化も進んでおり、したがって B 項目の重要性は増大している。しかしながら、これまで B 項目で測定される情報が、看護業務との関連で詳細に分析されておらず、そのためにその正しい評価が十分に進んでいない。

今年度の研究事業では ICT を活用して B 項目の評価を効率的に行い、それを病棟における看護配置の適正化につなげようという試みを行っている愛媛県四国中央市の HITO 病院の実践について訪問調査を行った。

HITO 病院では、職員全員が携帯端末をもち、職員間のコミュニケーション、電子カルテへの記録などを携帯端末で行う仕組みを一般化している。例えば、看護師から医師へのオーダーの確認をチャットを用いて行うことで、電話による連絡業務を削減し、労働時間の短縮とコミュニケーションの質の向上を両立させている。また、病棟を 3 つのセルに区分し、セルごとに看護師、OT/PT、看護補助者のチームが常駐し、セル単位でケアを行う体制を採用することで、移動時間及び職種間の連絡に係る時間を短縮し、病院全体として労働時間の削減を実現している。

HITO 病院では看護配置の適正化における B 項目の重要性に早くから気づいており、その活用のためのパイロットプロジェクトが行われている。具体的には、各看護師はその日担当した患者の重症度、医療看護必要度の評価を行い、それを電子カルテに記録され、さらにそれが病棟単位で Microsoft 社の生成 AI ツールである Copilot で分析され、翌日の看護配置に関する提案が行われる仕組みとなっている（図表 4-1～図表 4-5）。また、実証段階ではあるが、石川賀代理事長はその有用性を高く評価していた。石川理事長によれば、特に B 項目の情報は看護師及び看護補助者の適正配置に有用であるという。我々の過去の研究結果では、入院時の B 項目の情報が、在宅への退院可能性を予測する上で有用であることが明らかとなっている。したがって、HITO 病院の仕組みも、今後、性別、年齢、傷病、要介護度などの情報を取り込むことで、予測精度をさらに高めることが可能であると考えられる。

また、重症度、医療看護必要度の入力負荷について質問したところ、患者に対する看護ケアを行う際に評価すべき項目であり、セル看護体制の場にある PC で前日の状態との差を確認して入力を行うだけなので、特に大きな負荷にはなっておらず、むしろその活用を行うことの有用性の方が大きいとのことであった。一部識者から提案されている 1 週間ごとというような定期での入力をするとは、患者ごとに評価のタイミングが異なることから、かえって業務が複雑になるとのことであった。なお、今後、この入力作業も携帯端末で行えるように現在システムの開発が行われている。

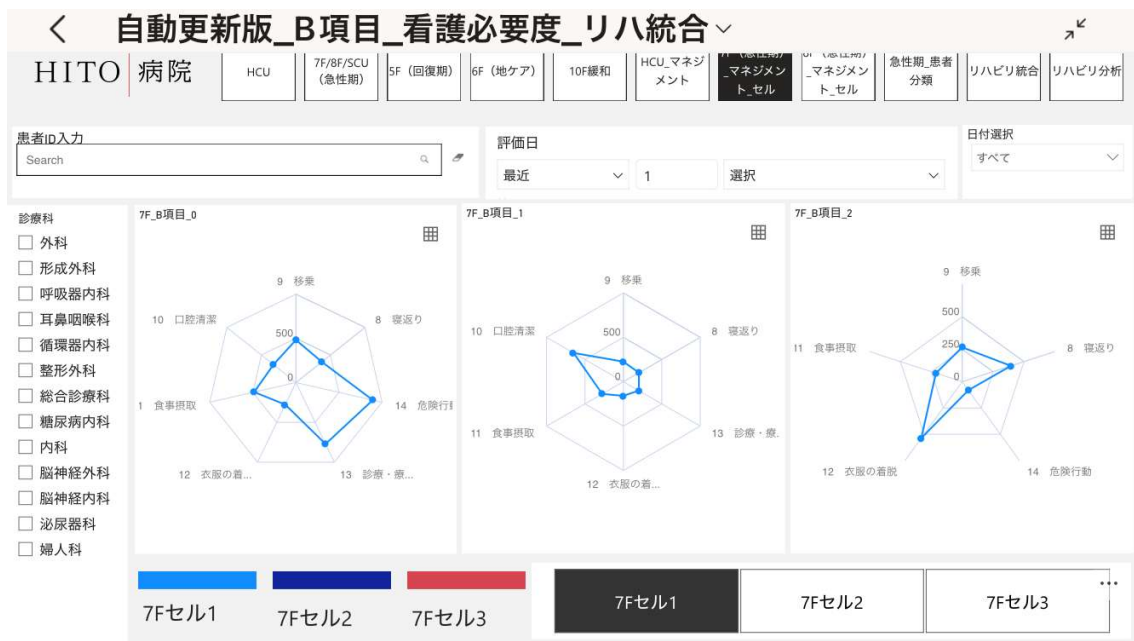


図 4-2 : マイクロソフト Fabric による重症度・看護必要度の見える化の例 (iPhone 画面)

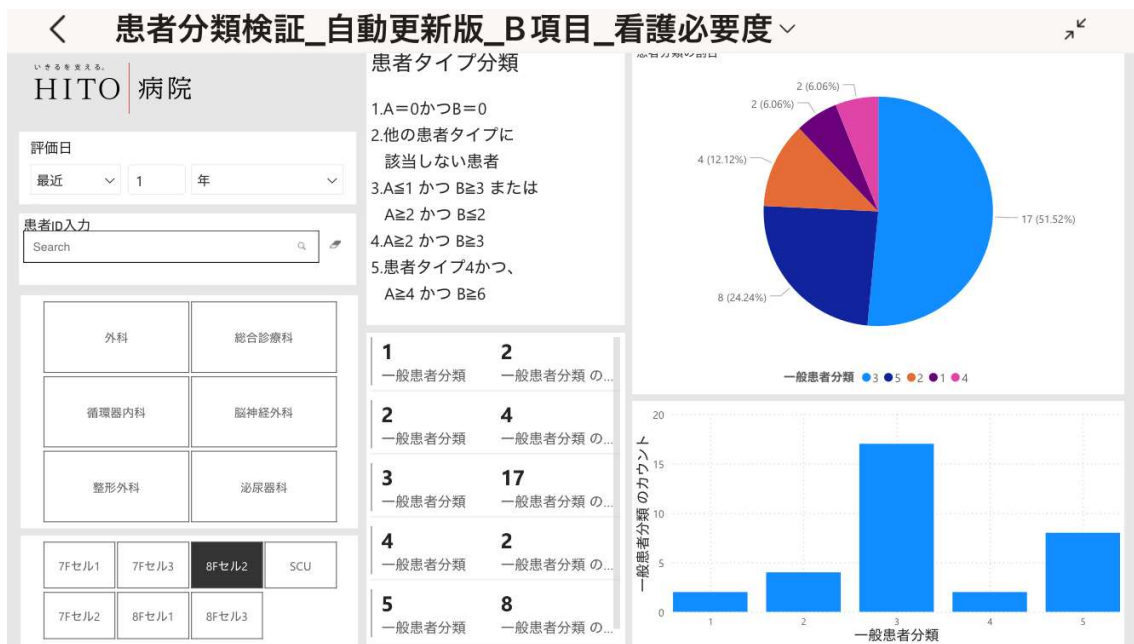


図 4-3 : マイクロソフト Fabric による重症度・看護必要度の見える化の例 (iPhone 画面)

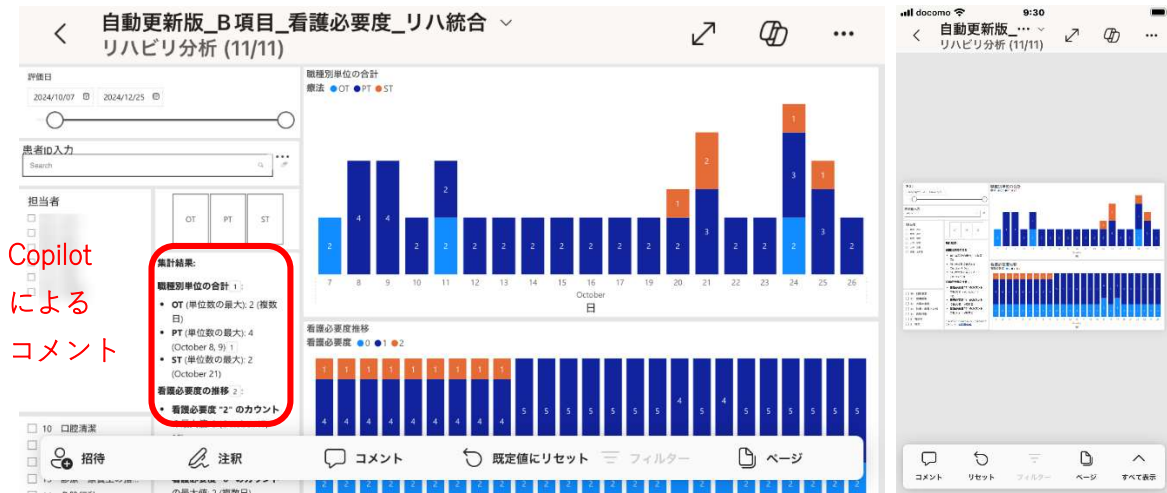


図 4-4 : マイクロソフト Fabric への Copilot (生成 AI) 組み込み例 (iPhone 画面)

2025/05/12 09:30 7 階病棟 720					
B得点: 5点					
B 患者の状況等	0点	1点	2点	0	1
8 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		
9 移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
10 口腔清潔	自立	要介助		実施なし	実施あり
11 食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
12 衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
13 診療・療養上の指示が違じる	はい	いいえ			
14 危険行動	ない		ある		

図 4-5 : 看護師の重症度・看護必要度 B 項目の入力画面 (PC 画面)

※現在は PC からの入力のみ。モバイルからの入力アプリ開発を依頼中。

D. 考察

1) DPC データを用いた検討結果

本分析の結果、内科症例と外科症例では重症度、医療看護必要度のA、B、C項目の動向が異なることが明らかとなった。内科症例では入院直後にA項目、B項目のスコアが高くなった後、漸減するが、A項目は10日前後から、そしてB項目は60日前後から再度上昇する。他方、C項目は入院経過とともに上昇する傾向を示していた。このことは、入院後加療により症状の軽快が得られなかった症例で、救命あるいは生命維持的な処置や手術（気管切開など）が生じていることを示唆している。入院中のB項目の高い群（カテゴリー4）で、入院費用、その他費用（リハビリテーションなど）を除いた1日当たり出来高換算コストが高くなっていることは、長い入院群で救命あるいは生命維持的な処置や手術が生じていることを傍証している。在院日数の制限があるため、A項目、C項目で評価される重症度、医療看護必要度の高い患者が、急性期病床にとどまり続けることは、病床のマネジメント上問題となる。このような医療依存度の高い長期入院患者を受け入れる施設として、アメリカではLTAC(Long Term Acute Care 長期急性)病床が整備されている。日本でも、日本長期急性期病床（LTAC）研究会が創設されているが、そこでの分析結果などをもとに、このような病態像の患者を受け入れる病床機能について検討が必要だろう。

また、スムーズな退院調整を可能にするための評価も不可欠である。我々は福

岡県のDPCデータを用いて、急性期病院に入院した高齢患者について、急性期病院における高齢患者の入退院経路とB項目のスコアの関連に関する検討した結果として、B得点の状況が退院先の選択に関係している可能性が明らかにしている¹⁾。この結果は入院時のB項目の状態像から、在宅復帰が難しいと判断された場合は、入院時から在宅以外の退院先の調整を開始するなど、B項目の状態を入院早期からの退院調整に用いることの可能性を示唆している。

本研究における股関節大腿近位骨折の手術例では、入院期間中のB項目のスコアが低い群で平均在院日数が長くなっていた。このことは、要介護認定のない群で、入院後の退院調整に時間がかかっている可能性を示唆するものである。現行の介護保険制度では、後日要介護認定を受け、給付対象者となることを前提に介護保険制度を用いることができる仕組みとなっている。しかし、審査結果によっては、給付対象外となったり、あるいは想定していた要介護度より低い認定になることが生じうる。この場合、利用者がその差額を自己負担することとなる。急性期の現場においても、高齢患者の受け入れが多くなっていることを踏まえると、入院時にADL評価を行っていることが、スムーズな退院調整のためにも不可欠となる。この意味においてB項目の活用が考えられるが、仮に介護保険サービスを退院後に使うとなると、中長期にわたってADLケアを行うための基本的な情報である入浴及び排泄・排便がB項目には含まれていない。DPC対象病

院では Bathel Index が入院時・退院時に記録されており、本分析の結果では両項目に相当程度の相関があることが示されている。したがって、入院時の Bathel Index を退院調整の情報として活用することも可能である。しかし、類似の評価を重複して行うことは、今後、人的資源の制約が大きくなり、働き方の効率化が求められている看護業務にとって望ましいことではない。どちらかに一本化すべきであろう。

我々は今年度の研究の一環として、重症度、医療看護必要度を IT を用いて、看護師配置の適正化指標として活用している HITO 病院（愛媛県四国中央市）の見学を行った。同病院では前日夕方に行う B 項目の評価結果に基づいて、翌日の看護師配置を柔軟に変更する仕組みを導入し、看護業務の均霑化に効果を上げていた。このことを踏まえると、現行の B 項目に入浴及び排泄・排便の情報を追加することが合理的であると考えられる。

ところで、本分析では、内科症例の場合入院期間中の B 項目平均得点の高い群（カテゴリー 4）で、1 日当たり出来高換算医療費が高くなることが示されている。これについて、我々は過去の研究においても同様の知見を報告している²⁾。例えば、(入院時得点－退院時得点) / 在院日数 × 100 を B 項目の変化量と定義してその平均値を分析した結果では、脳梗塞や心不全のような内科系疾患では在院日数が長いことが有意に低い変化量に関係していた。このことは改善がなかなか得られないような重症の高齢患者

で在院日数が長くなっているという、逆の因果関係が示唆されていると考えられた。このことは B 項目の改善が進まない高齢患者を多く引き受ける病院では、ADL ケアに手間がかかる一方で、A 項目・C 項目で評価すべきものが少ない、及び平均在院日数が長くなることによって、診療報酬上の施設基準に影響を及ぼす可能性を示唆している。したがって、この分析では ADL ケアに着目した患者の状態像の評価については B 項目を用いて、別途行うことが適切であると結論した。今回の検討の結果においても、適切な退院調整が難しい場合、内科系疾患においては、ADL ケアが必要な内科系疾患の高齢患者を受け入れる施設ほど、診療報酬上、不利になる可能性が示唆される。したがって、ADL ケアに着目した患者の状態像の評価については B 項目を用いて、別途行うことが適切であると考えられる。

今後、さらに対象疾患を増やして、以上の分析結果の妥当性について検証することが次年度以降の課題であると考ええる。

2) HITO 病院の訪問調査

ICT を活用することで、重症度、医療看護必要度の本来の目的である看護業務のマネジメントへの活用が、効率的に行えることが示された。重症度、医療看護必要度を診療報酬上で適切に評価するためにも、本来の目的である看護業務マネジメントへの効果の検証は重要な検討課題であると考ええる。また、その適切な活用は、現在の医療制度改革の重要

な目的の一つである生産性の向上にもつながるものとする。次年度以降ではこの点に関する検証も行っていきたい。

引用文献

- 1) 松田 晋哉, 村上 玄樹, 林田 賢史: 急性期病院における高齢患者の入退院経路と重症度、医療看護必要度の B 項目のスコアの関連に関する検討、日本ヘルスサポート学会年報、8 巻 : 1-10、2022.
- 2) 松田 晋哉, 村上 玄樹, 林田 賢史: DPC 対象病院に入院した高齢患者の B 項目の状況に関する検討、日本ヘルスサポート学会年報、7 巻 : 51-63、2021

E. 結論

本分析の結果、内科症例と外科症例では重症度、医療看護必要度の A、B、C 項目の動向が異なることが明らかとなった。外科症例では、要介護認定を受けていない群で、退院調整に時間がかかり、在院日数が長くなる傾向があるのに対し、内科症例では、重症群で、入院経過中に生命維持的な処置、手

術(気管切開)を必要とする者が増加し、A、B、C 項目のいずれにおいても得点が高くなっていく傾向にあることが明らかとなった。高齢患者が増加する中で、適切な病棟マネジメントを行っていくためには、入院時に B 項目や Barthel Index の評価結果を用いて、退院調整を行っていくことが有用であると考えられる。また、ADL ケアの必要性に着目した評価も、内科系の高齢者救急が今後増加することを踏まえると、その必要性について検討が必要であるとする。

また、ICT を活用することで、重症度、医療看護必要度の本来の目的である看護業務マネジメントを有効かつ効率的に行うことの可能性が示唆された。

F. 健康危険情報 なし

G. 知的財産権の出願 なし

H. 利益相反 なし

I. 研究発表

①論文発表 なし

②学会・委員会等発表 なし

「急性期、回復期、慢性期の入院患者の疾病や治療を踏まえた患者の状況等に応じた看護・ケアに関する指標の開発及び評価体系の検討に資する研究（24AA2007）」報告書
DPC データを用いた B 項目の妥当性に関する分析

研究代表者 松田晋哉 福岡国際医療福祉大学 看護学部 教授

【研究要旨】

目的： 本研究では急性期、回復期、慢性期の入院患者の疾病や治療を踏まえた患者の状況等に応じた看護・ケアに関する指標を開発し、診療報酬における入院医療の評価に用いるための検証を行うことを目的とする。

方法： 1) 診断群分類研究支援機構から DPC データ（様式 1、EF ファイル、H ファイル）の提供を受け、2020 年度分について分析用データベースを作成した。このデータを用いて看護必要度の B 項目で収集されている ADL の状況が、病棟区分によって異なるかを検討した。2) 1) で行った分析結果をもとに、付録 1 に示したような調査票を作成し、2026 年 2 月から 3 月にかけて、重症度、医療看護必要度の活用に関するアンケート調査を行った。

結果： 1) 病棟区分別に見た B 項目の平均得点の分析：病棟区分別に状態像ベースの B 得点（以下、B 得点 1）、実施ベースの B 得点（以下、B 得点 2）を分析した結果、いずれの得点も急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 5 に行くにつれ B 項目の平均得点は高くなっていった。また、特定機能病院入院基本料 1(7:1) が最も低い値となっていた。この傾向は、平均年齢、75 歳以上患者割合、要介護者割合、介護施設からの搬送割合と相関を示しており、高齢者対応という視点からは、現行の入院区分と重症度、医療看護必要度の対応は整合性があると考えられた。2) 重症度、医療看護必要度に関するアンケート結果の分析：3213 施設に送付し、656 名から回答が得られた（20.4%）。看護必要度を病棟の看護師配置の調整に用いていると回答した者は 267 名（40.7%）であった。「活用している」と回答した者で、「調整ツールとして有効」と回答した者は 128 名（47.9%）であった。A 項目が「看護の手間を計測するのに有効」と回答した者は 377 名（57.5%）、B 項目が「看護の手間を計測するのに有効」と回答した者は 488 名（74.4%）、C 項目が「看護の手間を計測するのに有効」と回答した者は 371 名（56.6%）（図表 5-5）であった。「看護必要度の記録の負担が大きい」と回答した者は 403 名（61.4%）であった。

考察： 本分析の結果、全体としては B 項目の平均得点は急性期一般入院料 1 から 5 になるにつれて高くなっており、しかもこの傾向は各病棟の要介護高齢者の割合、介護施設からの入院患者割合、死亡率、平均年齢と相関していた。アンケート結果においても、B 項目が看護負荷を評価するものとして妥当であるという回答が最も多かった。また、介護負荷をより適切に評価するために、排泄、清拭・入浴・保清、認知症やせん妄への対応を求める回答が多かった。以上の結果は、病棟区分によらず B 項目による評価が必要なことを示していると考えられる。

A. 研究目的

本研究では急性期、回復期、慢性期の入院患者の疾病や治療を踏まえた患者の状況等に応じた看護・ケアに関する指標を開発し、診療報酬における入院医療の評価に用いるための検証を行うことを目的とする。具体的には急性期の入院患者の評価指標である「重症度、医療・看護必要度」について、それを患者の状況等を適切に評価し反映した入院医療に係る評価体系として活用するための実証的な研究を行うことを目的とした。

B. 研究方法

1) 診断群分類研究支援機構から DPC データ（様式 1、EF ファイル、H ファイル）の提供を受け、2020 年度分について分析用データベースを作成した。このデータを用いて看護必要度の B 項目で収集されている ADL の状況が、病棟区分によって異なるかを検討した。なお、2024 年度の診療報酬改定で急性期一般入院基本料 1 および特定機能病院入院基本料で B 項目による評価が廃止されている。この影響及び COVID-19 流行の影響を回避するため、本研究で 2020 年度のデータを用いている。

2) 1) で行った分析結果をもとに、付録 1 に示したような調査票を作成し、2026 年 2 月から 3 月にかけて、重症度、医療看護必要度の活用に関するアンケート調査を Google form によって行った。2024 年の病床機能報告から、急性期一般入院基本料を算定している病院を抽出し、アンケートへの参加依頼状を送付した（急性期一般入院料 1:1309 施設、急性期一般入院料 2:217 施設、急性期一般入院料 3:33 施設、急性期一般入院料 4:1094 施設、急性期一般入院料

5:199 施設、急性期一般入院料 6:406 施設、特定機能病院入院基本料:82 施設）。

（倫理面への配慮）

本研究は、福岡国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認（承認番号：第 ER24-039 号）を得て実施した。

C. 研究結果

1) 病棟区分別に見た B 項目の平均得点の分析

図表 1-1 は病棟区分別に状態像ベースの B 得点（以下、B 得点 1）、実施ベースの B 得点（以下、B 得点 2）を見たものである。いずれの得点も急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 5 に行くにつれ B 項目の平均得点は高くなっていった。また、特定機能病院入院基本料 1(7:1) が最も低い値となっていた。

この傾向は、平均年齢、75 歳以上患者割合、要介護者割合、介護施設からの搬送割合と相関を示しており、高齢者対応という視点からは、現行の入院区分と重症度、医療看護必要度の対応は整合性があると考えられた。

ただし、急性期一般入院料 1 と特定機能病院入院基本料 1(7:1) との間で大きな差があり、急性期一般入院料 1 において B 項目を考慮しないことの妥当性については検討が必要であると考えられる。

図表 1-2 は B 項目の各項目の平均得点(B 項目 1) を病棟区分別に見たものである。危険行動を除くと図表 1-1 と同様、急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 5 に行くにつれ B 項目の平均得点は高くなって、急性期一般入院料 6 と特定機能病院入院基

本料1を算定している病棟で、平均得点は低くなっている。

図表1-3はB項目の各項目の平均得点(B項目2)を病棟区分別に見たものである。各項目とも急性期一般入院料1から急性期一般入院料5に行くにつれB項目の平均得点は高くなって、急性期一般入院料6と特定機能病院入院基本料1を算定している病棟で、平均得点は低くなっている。

図表1-4は移乗の平均得点を患者状態ベースでの評価、介助実施ベースでの評価別に病棟区分別に示したものである。いずれの区分も状態像ベースでの評価に比べて、実施ベースの評価状態像ベースの評価は大きく低下している。また、病棟区分間で大きな差があり、急性期一般入院料1から急性期一般入院料5に行くにつれB項目の平均得点は高くなって、急性期一般入院料6と特定機能病院入院基本料1を算定している施設では低くなっている。介助実施ベースでの平均得点も、同様の傾向は示しているが、病棟区分別の差は小さくなっている。

図表1-5は同様に口腔清潔の平均得点を見たものである。移乗と異なり、状態像ベースの平均得点と実施ベースの平均得点の差はない。病棟区分間でみると、急性期一般入院料1から急性期一般入院料5に行くにつれB項目の平均得点は高くなって、急性期一般入院料6と特定機能病院入院基本料1を算定している施設では低くなっている。ただし、病棟区分間の差は移乗に比較して小さくなっている。

図表1-6は同様に食事摂取の平均得点を見たものである。いずれの区分も状態像ベースでの評価に比べて、実施ベースの評価状態像ベースの評価は大きく低下している。

また、病棟区分間で大きな差があり、急性期一般入院料1から急性期一般入院料5に行くにつれB項目の平均得点は高くなって、急性期一般入院料6と特定機能病院入院基本料1を算定している施設では低くなっている。介助実施ベースでの平均得点も、同様の傾向は示しているが、病棟区分別の差は小さくなっている。

図表1-7は同様に衣服着脱の平均得点を見たものである。いずれの区分も状態像ベースでの評価に比べて、実施ベースの評価状態像ベースの評価は大きく低下している。また、病棟区分間で大きな差があり、急性期一般入院料1から急性期一般入院料5に行くにつれB項目の平均得点は高くなって、急性期一般入院料6と特定機能病院入院基本料1を算定している施設では低くなっている。介助実施ベースでの平均得点も、同様の傾向は示しているが、病棟区分別の差は小さくなっている。

図表2-1は股関節大腿近位部骨折症例について病棟区分別にB得点1とB得点2を見たものである。いずれの得点も病棟区分間で大きな差はない。ただし、傾向としては、急性期一般病棟6と特定機能病院入院基本料1(7:1)が最も低い値となっていた。

また、1施設当たりの当該傷病患者数、救急車による入院割合、転院割合は一般病棟1から急性期一般病棟6になるにつれ低下し、逆に要介護者割合、介護施設からの搬送割合は増加していた。特定機能病院入院基本料を算定している施設では1施設当たりの当該傷病患者数(3.1)が少ない、平均年齢が低い(75.1歳)、介護施設への退院割合が低い(2.3%)、要介護者割合が低い(29.5%)、死亡退院割合が低い(0.6%)と

いう特徴が観察された。救急車による入院割合（50.6%）、介護施設からの入院割合（12.1%）は休止駅一般入院料 1 および 2 と同水準であった。

図表 2-2 は股関節大腿近位部骨折症例について、B 項目の各項目の平均得点（B 項目 1）を病棟区分別に見たものである。図表 2-1 と同様、急性期一般入院料 1 から 5 の間で大きな差はなく、急性期一般入院料 6 と特定機能病院入院基本料 1 を算定している施設では危険以外の項目で平均得点が低くなっている傾向が観察された。

図表 2-3 は B 項目の各項目の平均得点（B 項目 2）を病棟区分別に見たものである。急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 5 は各項目ともほぼ同じ平均得点となっている。移乗については、特定機能病院入院基本料も同じレベルとなっているが、急性期一般入院料 6 は口腔清潔とともに他よりも平均得点が高くなっている。食事摂取については急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 6 までほぼ同じ平均得点で、特定機能病院入院基本料 1 を算定している病棟で、平均得点が低くなっている。

図表 2-4 は移乗の B 項目 2 の平均得点を患者状態ベースでの評価、介助実施ベースでの評価別に病特区分別に示したものである。いずれの区分も状態像ベースでの評価に比べて、実施ベースの評価状態像ベースの評価は大きく低下している。急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 6 まで状態像ベースの平均得点はほぼ同じレベルとなっているが、介助実施ベースでは急性期一般入院料 6 の平均得点が高くなっている。特定機能病院入院基本料 1 を算定している施設では患者状態ベースの平均得点は急性期

一般入院料 1 から急性期一般入院料 5 と同じレベルとなっている。

図表 2-5 は同様に口腔清潔の平均得点を見たものである。移乗と異なり、状態像ベースの平均得点と実施ベースの平均得点の差はない。病棟区分間でみると、急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 5 及び特定機能病院入院基本料 1 はほぼ同じ平均得点となっている。急性期一般入院料 6 は他の区分より若干高い値となっている。

図表 2-6 は同様に食事摂取の平均得点を見たものである。いずれの区分も状態像ベースでの評価に比べて、実施ベースの評価状態像ベースの評価は大きく低下している。また、病棟区分間では状態像レベルで急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 4 が同じレベル、急性期一般入院料 5 は若干平均得点が高く、急性期一般入院料 6 と特定機能病院入院基本料 1 は低い得点となっている。介助実施ベースでの平均得点は、急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 6 まで同じレベルで、特定機能病院入院基本料 1 は低い得点となっている。同様の傾向は示しているが、病棟区分別の差は小さくなっている。

図表 2-7 は同様に衣服着脱の平均得点を見たものである。いずれの区分も状態像ベースでの評価に比べて、実施ベースの評価状態像ベースの評価は大きく低下している。また、病棟区分間では、急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 5 までは、状態像ベース、介助実施ベースともにほぼ同じ平均得点、急性期一般入院料 6 と特定機能病院入院基本料 1 が両得点がほぼ同じレベルとなっている。

図表 3-1 は入院経路が「0 院内の他病棟

からの転棟」、 「1 家庭からの入院」について病棟区分別にB得点1とB得点2を見たものである。いずれの得点も急性期一般入院料1から急性期一般入院料5に行くにつれB項目の平均得点は高くなっていった。また、特定機能病院入院基本料1(7:1)が最も低い値となっていた。

図表3-2は入院経路が「4 他の病院・診療所の病棟からの転院」について病棟区分別にB得点1とB得点2を見たものである。いずれの得点も急性期一般入院料1から急性期一般入院料5まではほぼ同じレベルとなっている。また、急性期一般入院料6と特定機能病院入院基本料1(7:1)で平均得点は低い値となっていた。

図表3-3は入院経路が「5 介護施設・福祉施設に入所中」について病棟区分別にB得点1とB得点2を見たものである。いずれの得点も急性期一般入院料1から急性期一般入院料5まではほぼ同じレベルとなっている。また、急性期一般入院料6はいずれの得点も低いが、特定機能病院入院基本料1(7:1)では状態像レベルの平均得点は低いが介助実施レベルの平均得点は急性期一般入院料1から急性期一般入院料5までとほぼ同じ値となっていた。

図表4-1は入院経路が「要介護認定無」について病棟区分別にB得点1とB得点2を見たものである。いずれの得点も急性期一般入院料1から急性期一般入院料5が同じレベルで、急性期一般入院料6と特定機能病院入院基本料1(7:1)が低い値となっていた。

図表4-2は入院経路が「要支援」について病棟区分別にB得点1とB得点2を見たものである。いずれの得点も急性期一般入

院料1から急性期一般入院料2で若干上昇し、以後急性期一般入院料6まで低下傾向を示している。特定機能病院入院基本料1(7:1)は急性期一般入院料6とはほぼ同じレベルとなっている。

図表4-3は入院経路が「要介護」について病棟区分別にB得点1とB得点2を見たものである。いずれの得点も急性期一般入院料1から急性期一般入院料5まではほぼ同じレベルとなっている。急性期一般入院料6と定機能病院入院基本料1(7:1)では状態像レベルの平均得点が低い。全体的に要介護認定無、要支援、要介護になるにつれ、B項目の得点は状態ベースでも介護実施ベースでも高くなっていった。

2) 重症度、医療看護必要度に関するアンケート結果の分析

3213施設に送付し、656名から回答が得られた(20.4%)。図表5-1を見ると看護必要度を病棟の看護師配置の調整に用いていると回答した者は267名(40.7%)であった。「活用している」と回答した者で、「調整ツールとして有効」と回答した者は128名(47.9%)であった(図表5-2)。

A項目が「看護の手間を計測するのに有効」と回答した者は377名(57.5%)(図表5-3)、B項目が「看護の手間を計測するのに有効」と回答した者は488名(74.4%)(図表5-4)、C項目が「看護の手間を計測するのに有効」と回答した者は371名(56.6%)(図表5-5)であった。

「看護必要度の記録の負担が大きい」と回答した者は403名(61.4%)(図表5-6)で「特定機能病院と急性期一般入院料1でB項目が外れたこと」を「妥当とは言えな

い」と回答した者は230名(35.1%)で「妥当である」と回答した者119名(18.1%)を大幅に上回っていた(図表5-7)。

B項目を「入退院時の他施設との連携に用いること」については341名(52.0%)が「その通りである」と回答していた(図表5-8)。

そして、B項目に「排泄の自立度を入れる」ことには481名(73.3%)(図表5-9)、「入浴・清拭・保清の自立度を入れる」ことには445名(67.8%)(図表5-10)、「認知症介護の項目を入れる」ことには544名(82.9%)(図表5-11)、「せん妄の有無を入れる」ことには512名(78.0%)(図表5-12)が「その通りである」と回答していた。

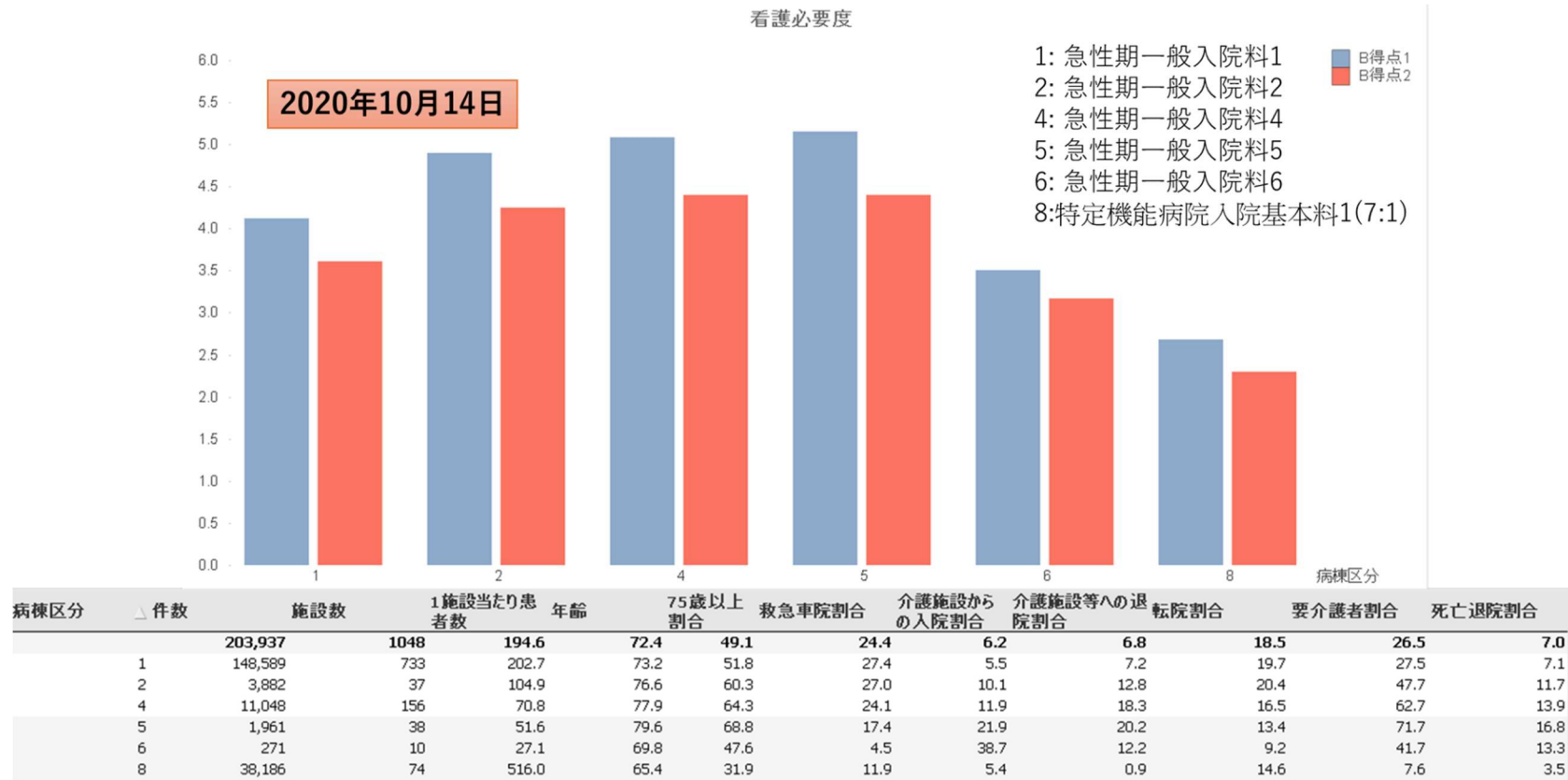
重症度、医療看護必要度の活用に関しては「自施設の状況を評価するために調査対象施設の全体の看護必要度が公開されていることが望ましい」という設問に対して307名(46.8%)が「その通りである」と回答していた(図表5-13)。

このアンケートでは本研究における結果の解釈についても設問を設けているが、「B項目の得点で見ると入院基本料によって受け入れる患者の介助の必要性が分かれている」という見解に対しては「その通りである」と回答した者は187名(28.5%)にとどまっていた(図表5-14)。他方、「介護施設からの入所者についてはすべての入院基本料でB項目を診療報酬上考慮すべきである」については384名(58.5%)(図表5-15)、「要介護高齢者についてはすべての入院基本料でB項目を診療報酬上考慮すべきである」については464名(70.7%)(図表5-16)が「その通りである」と回答していた。

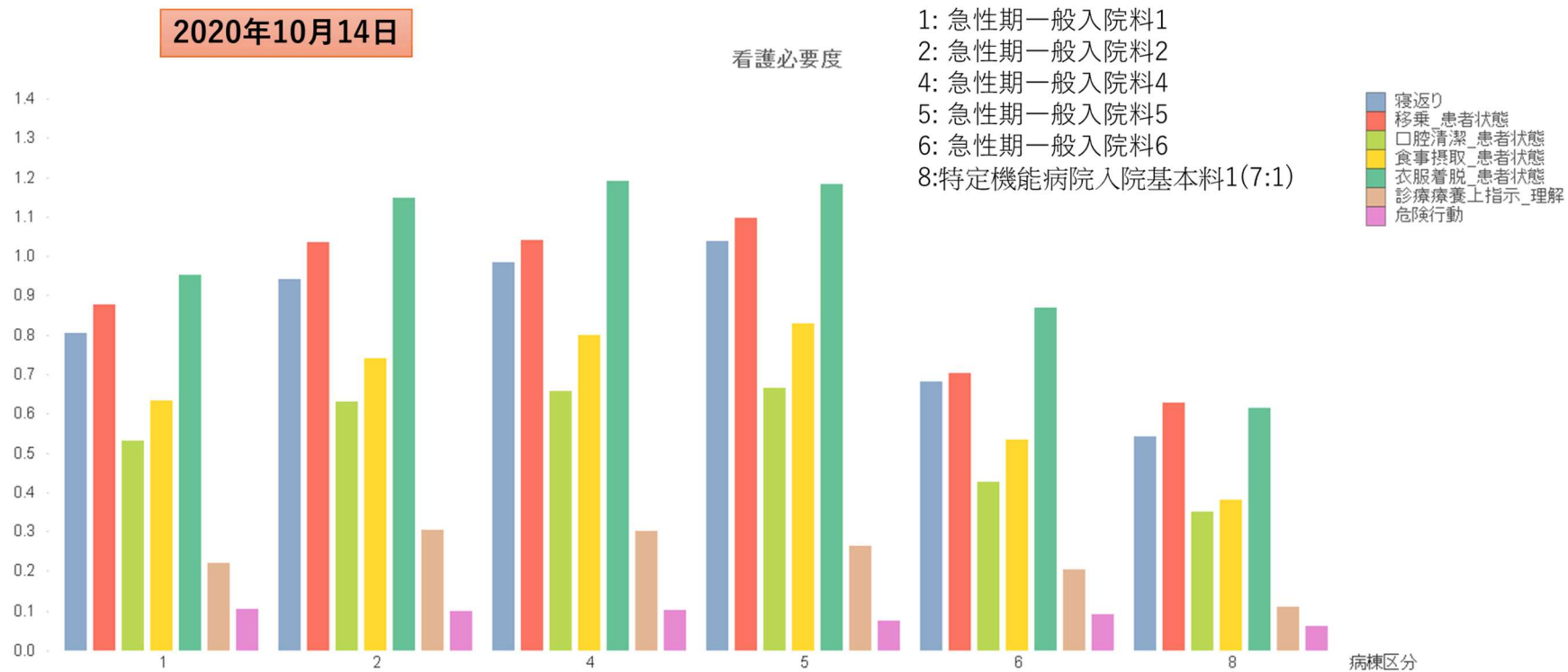
看護必要度の診療報酬上の評価案として国の委員会に提示された資料の内容については「妥当である」と回答した者は233名(35.5%)であった(図表5-17)。

参考資料に自由記述の内容を列挙した。

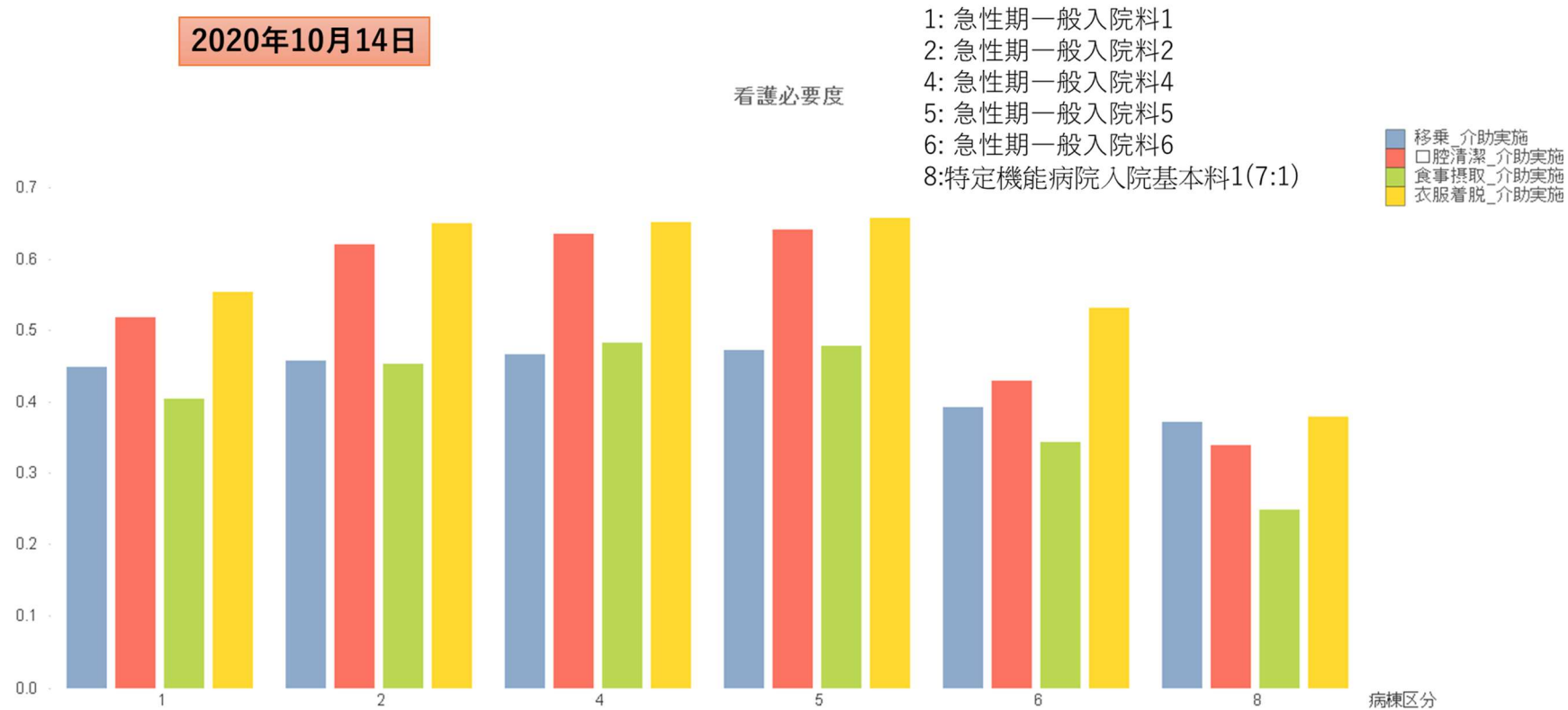
図表 1-1 病棟区分別にみた平均 B 得点 (2020 年データ)



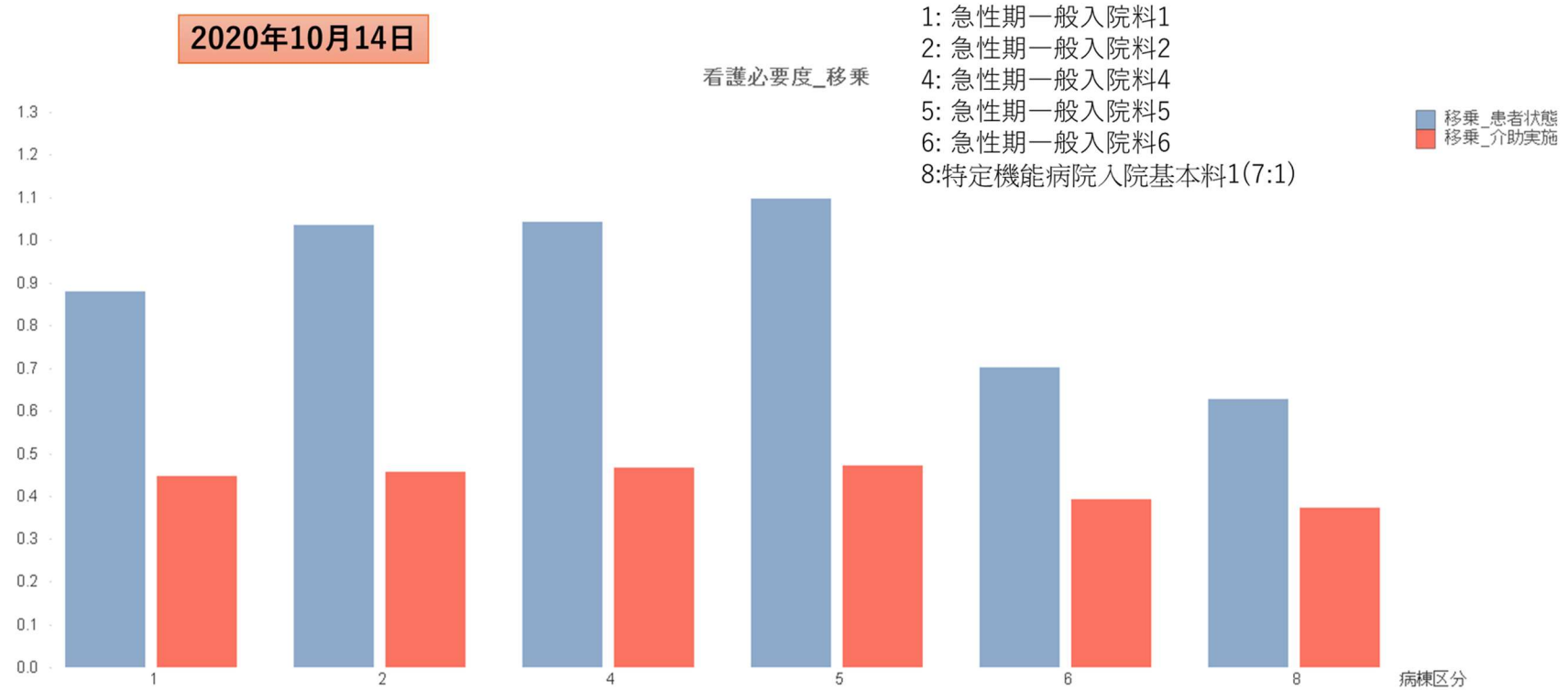
図表 1-2 病棟区分別にみた B 項目の各要素の平均得点（患者状態 2020 年データ）



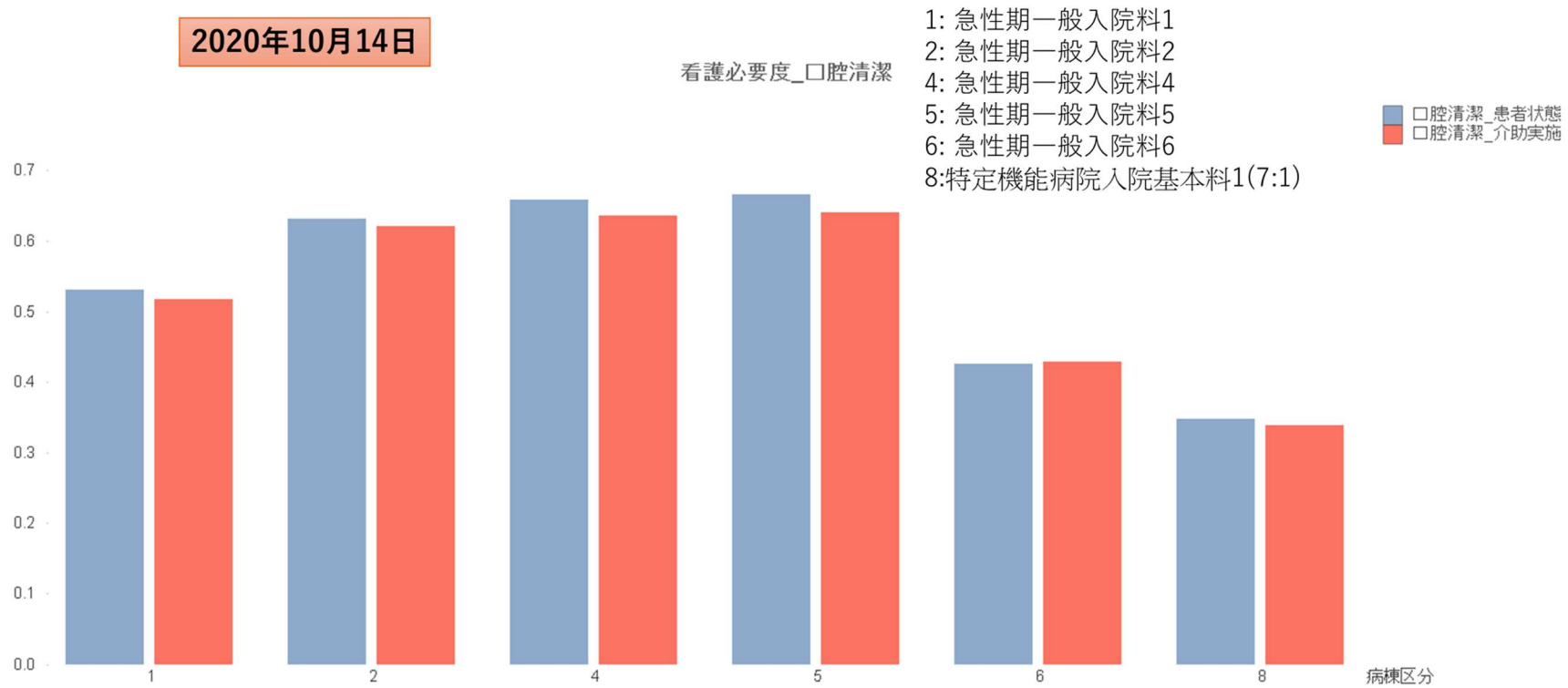
図表 1-3 病棟区分別にみた B 項目の各要素の平均得点（介助実施 2020 年データ）



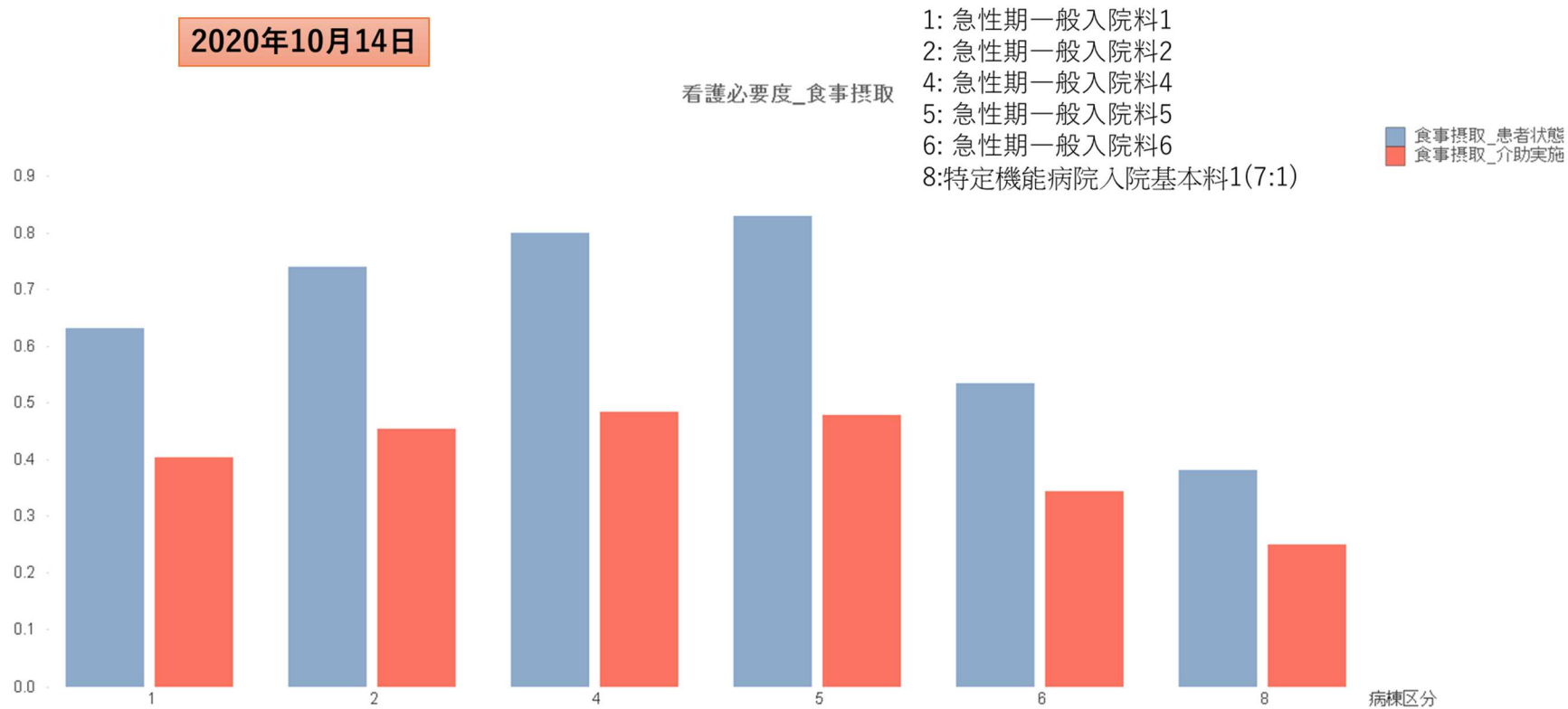
図表 1-4 病棟区分別にみた B 項目の各要素の平均得点（移乗 2020 年データ）



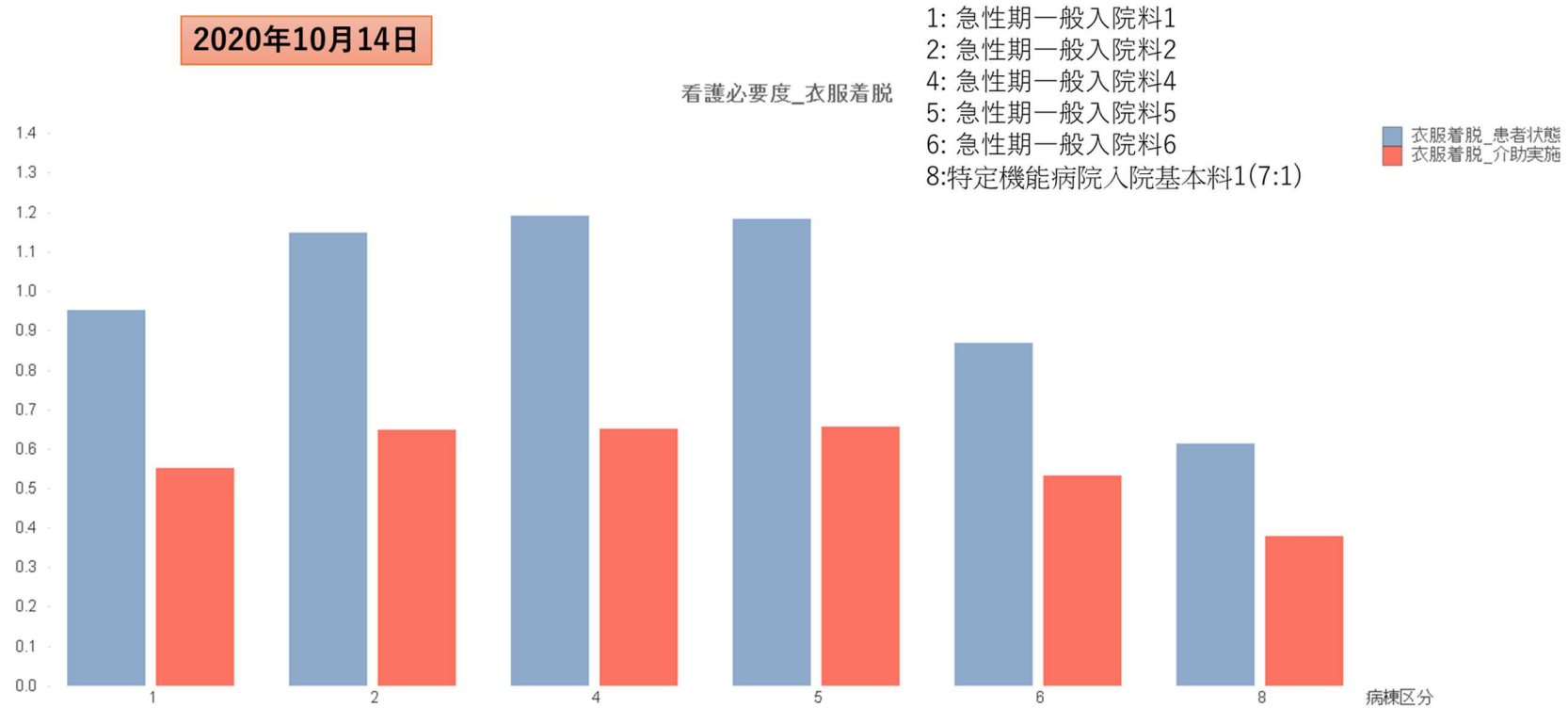
図表 1-5 病棟区別にみた B 項目の各要素の平均得点（口腔清潔 2020 年データ）



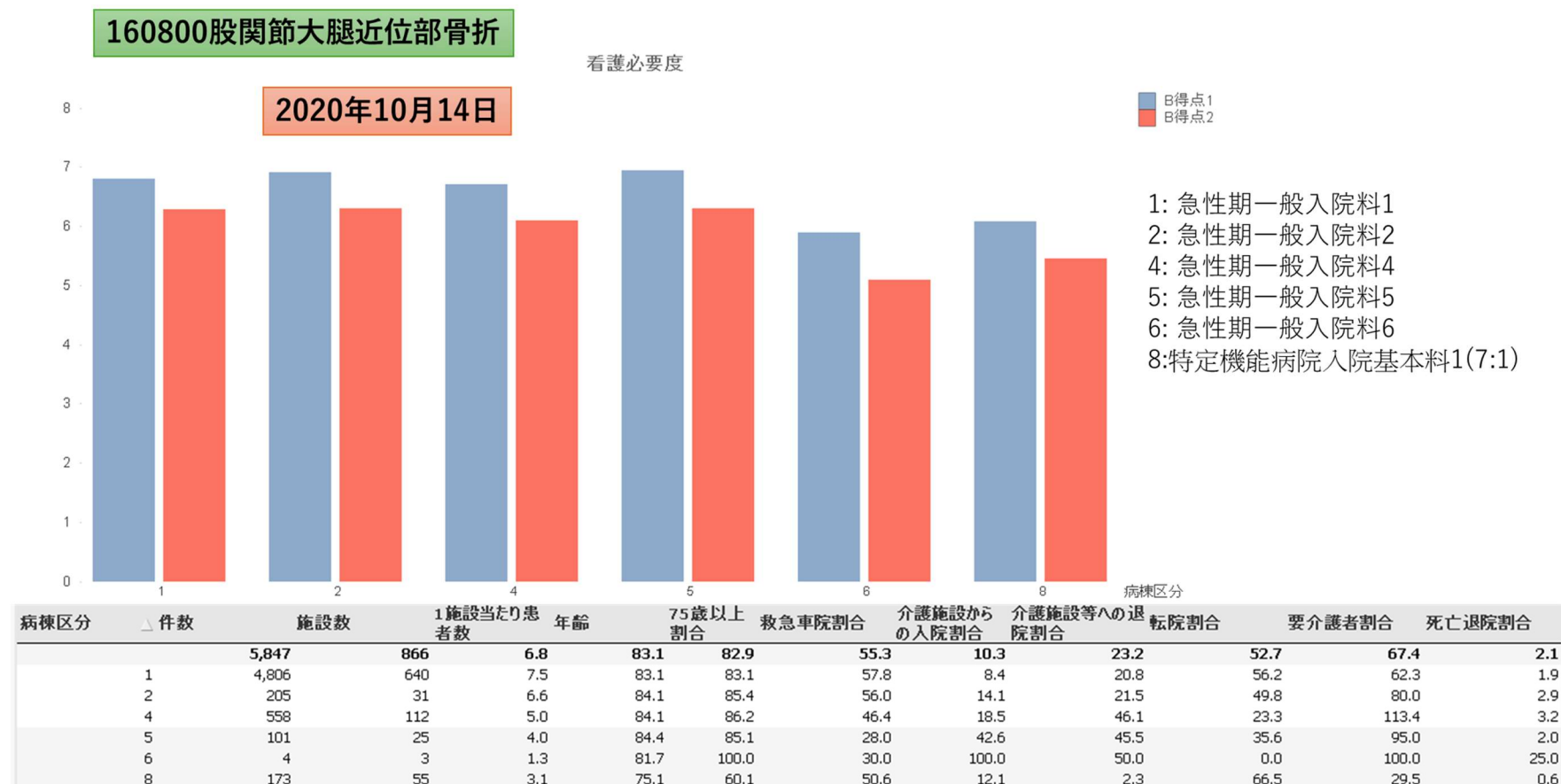
図表 1-6 病棟区別にみた B 項目の各要素の平均得点（食事摂取 2020 年データ）



図表 1-7 病棟区分別にみた B 項目の各要素の平均得点（衣服着脱 2020 年データ）



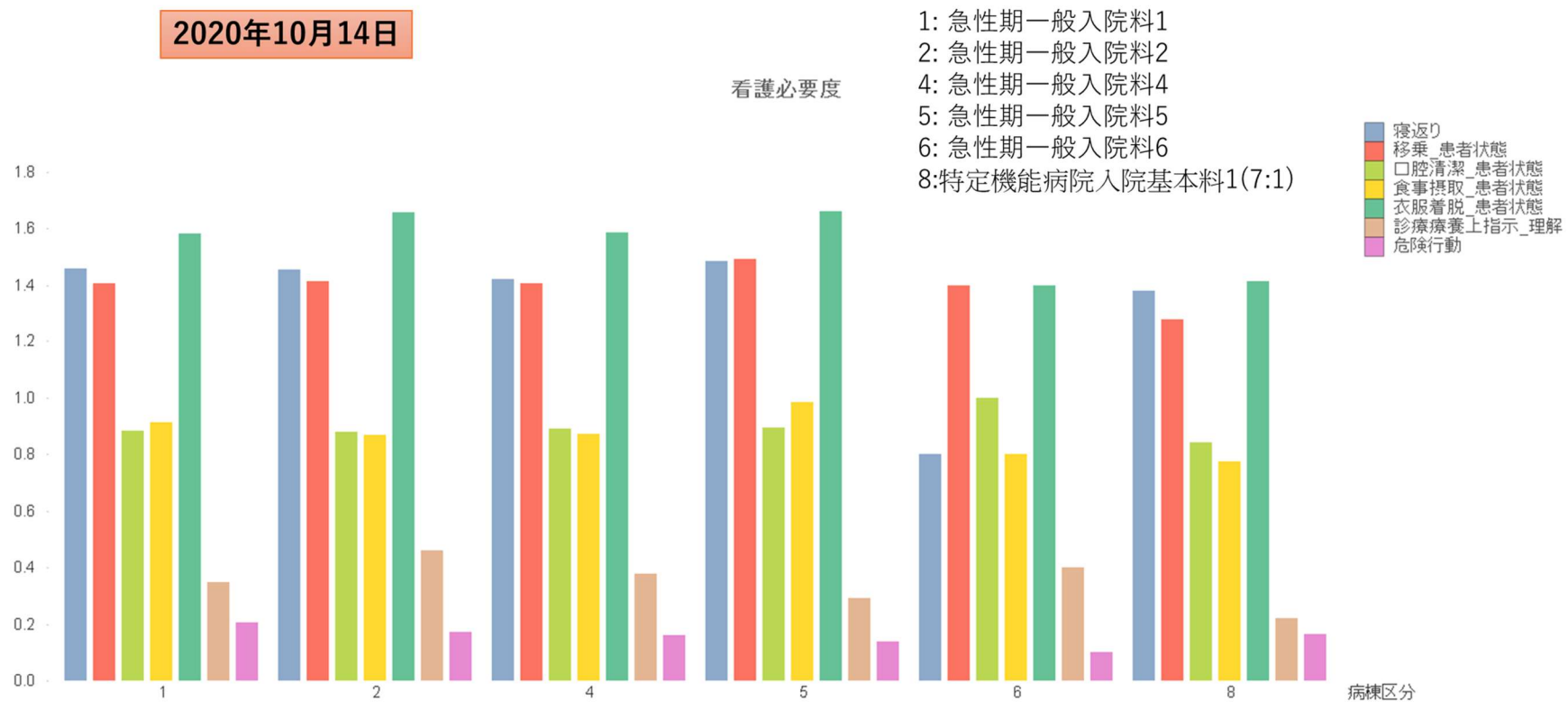
図表 2-1 病棟区分別にみた平均 B 得点 (2020 年データ)



図表 2-2 病棟区分別にみた B 項目の各要素の平均得点（患者状態 2020 年データ）

160800股関節大腿近位部骨折

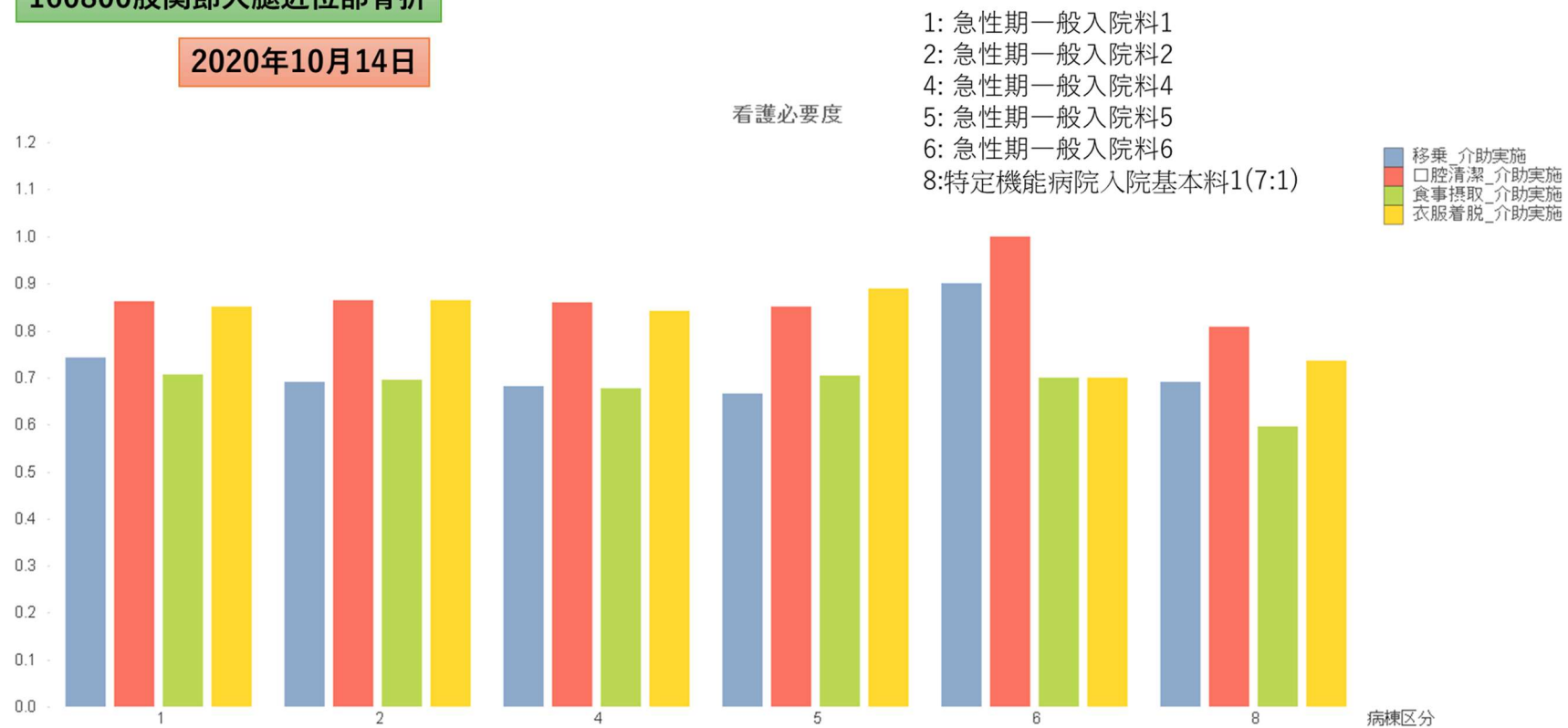
2020年10月14日



図表 2-3 病棟区分別にみた B 項目の各要素の平均得点（介助実施 2020 年データ）

160800股関節大腿近位部骨折

2020年10月14日



図表 2-4 病棟区別にみた B 項目の各要素の平均得点（移乗 2020 年データ）

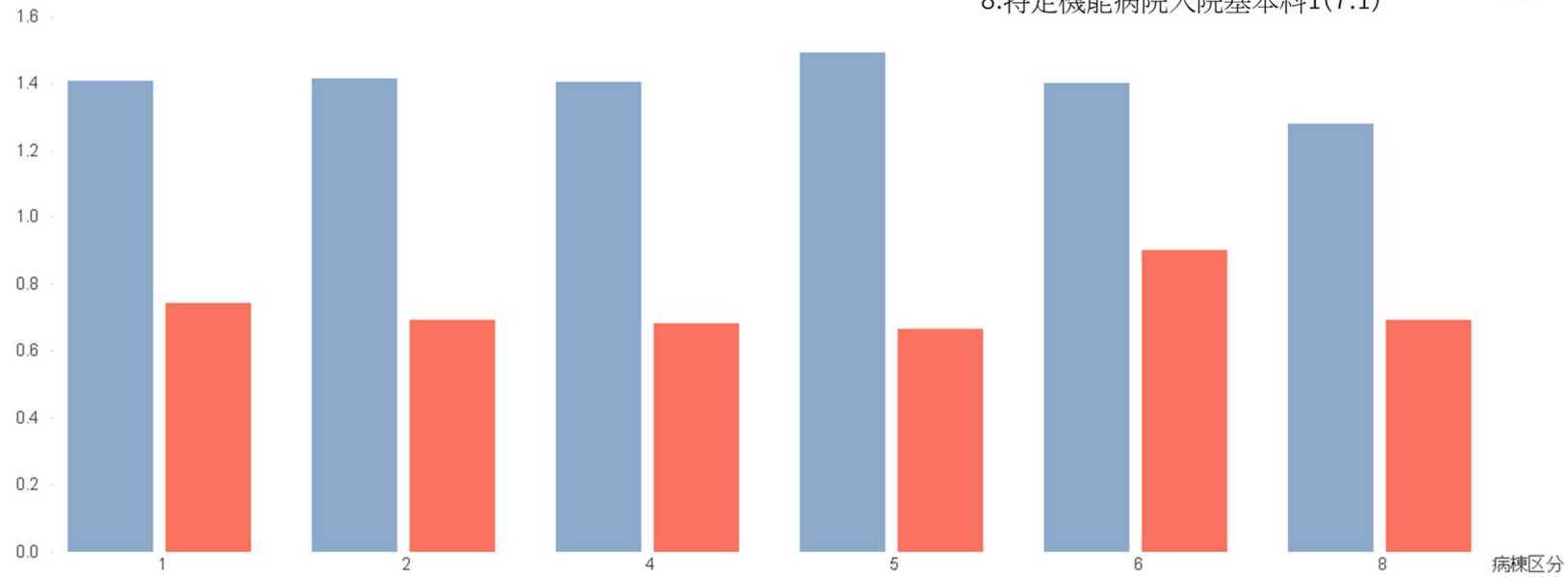
160800股関節大腿近位部骨折

2020年10月14日

看護必要度_移乗

- 1: 急性期一般入院料1
- 2: 急性期一般入院料2
- 4: 急性期一般入院料4
- 5: 急性期一般入院料5
- 6: 急性期一般入院料6
- 8: 特定機能病院入院基本料1(7:1)

■ 移乗_患者状態
■ 移乗_介助実施



図表 2-5 病棟区分別にみた B 項目の各要素の平均得点（口腔清潔 2020 年データ）

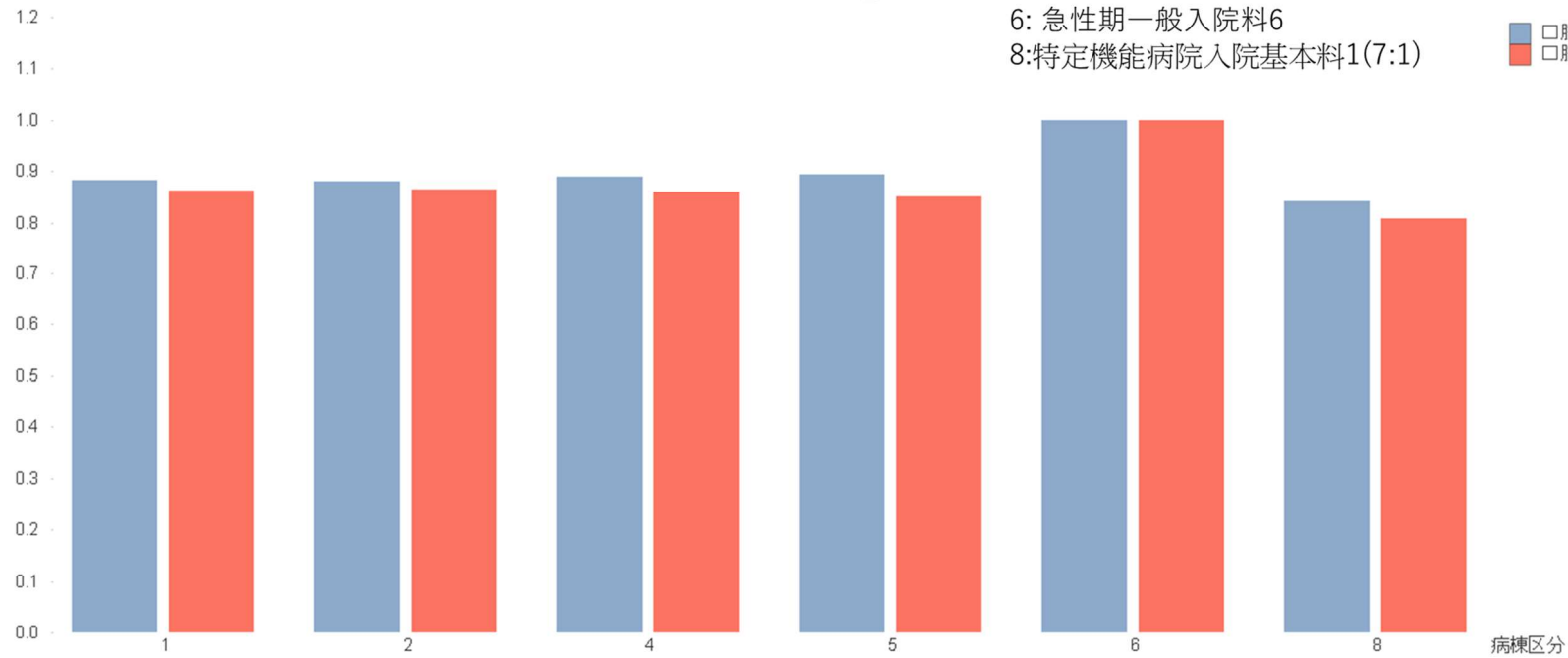
160800股関節大腿近位部骨折

2020年10月14日

看護必要度_口腔清潔

- 1: 急性期一般入院料1
- 2: 急性期一般入院料2
- 4: 急性期一般入院料4
- 5: 急性期一般入院料5
- 6: 急性期一般入院料6
- 8: 特定機能病院入院基本料1(7:1)

■ 口腔清潔_患者状態
■ 口腔清潔_介助実施



図表 2-6 病棟区分別にみた B 項目の各要素の平均得点（食事摂取 2020 年データ）

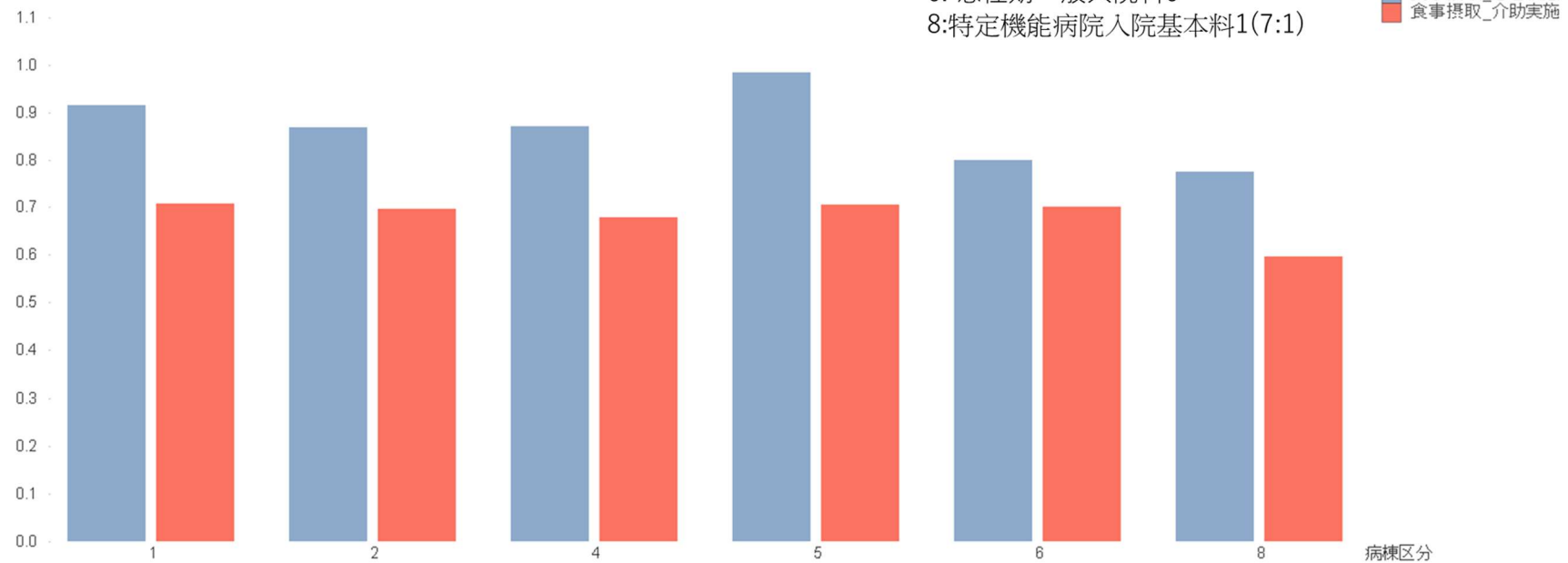
160800股関節大腿近位部骨折

2020年10月14日

看護必要度_食事摂取

- 1: 急性期一般入院料1
- 2: 急性期一般入院料2
- 4: 急性期一般入院料4
- 5: 急性期一般入院料5
- 6: 急性期一般入院料6
- 8: 特定機能病院入院基本料1(7:1)

■ 食事摂取_患者状態
■ 食事摂取_介助実施



図表 2-7 病棟区分別にみた B 項目の各要素の平均得点（衣服着脱 2020 年データ）

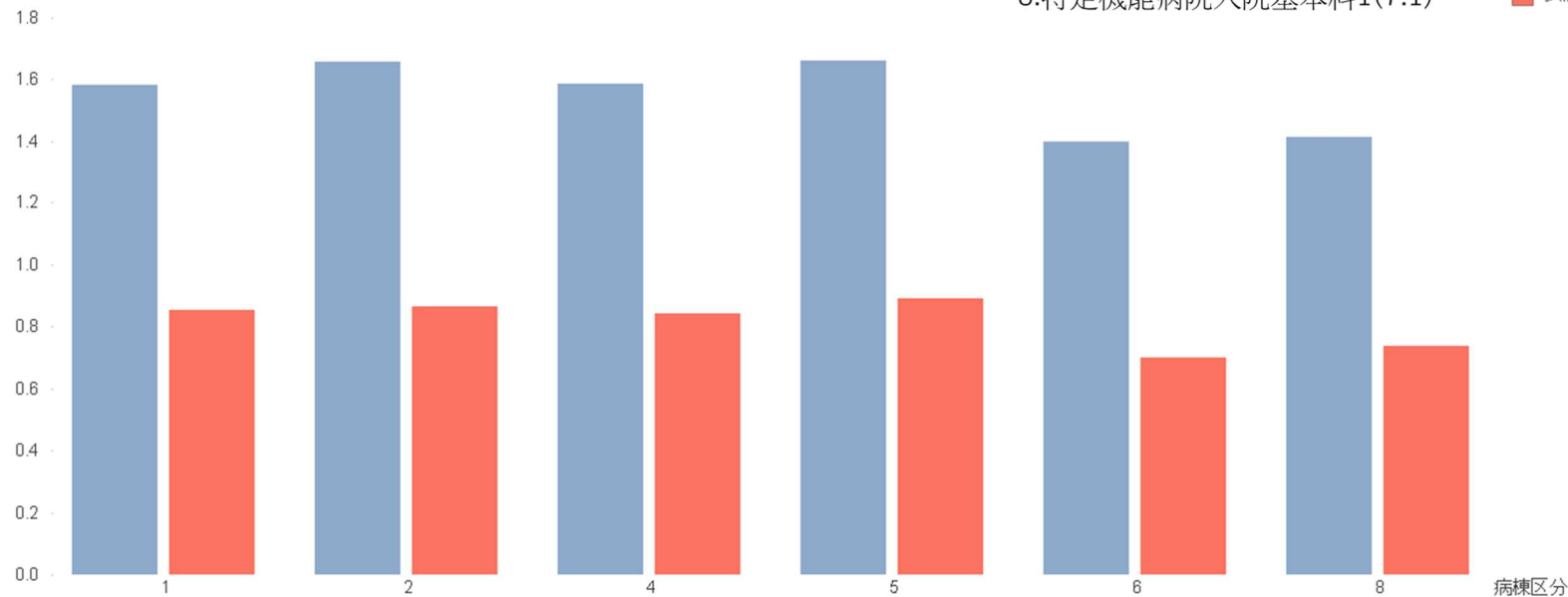
160800股関節大腿近位部骨折

2020年10月14日

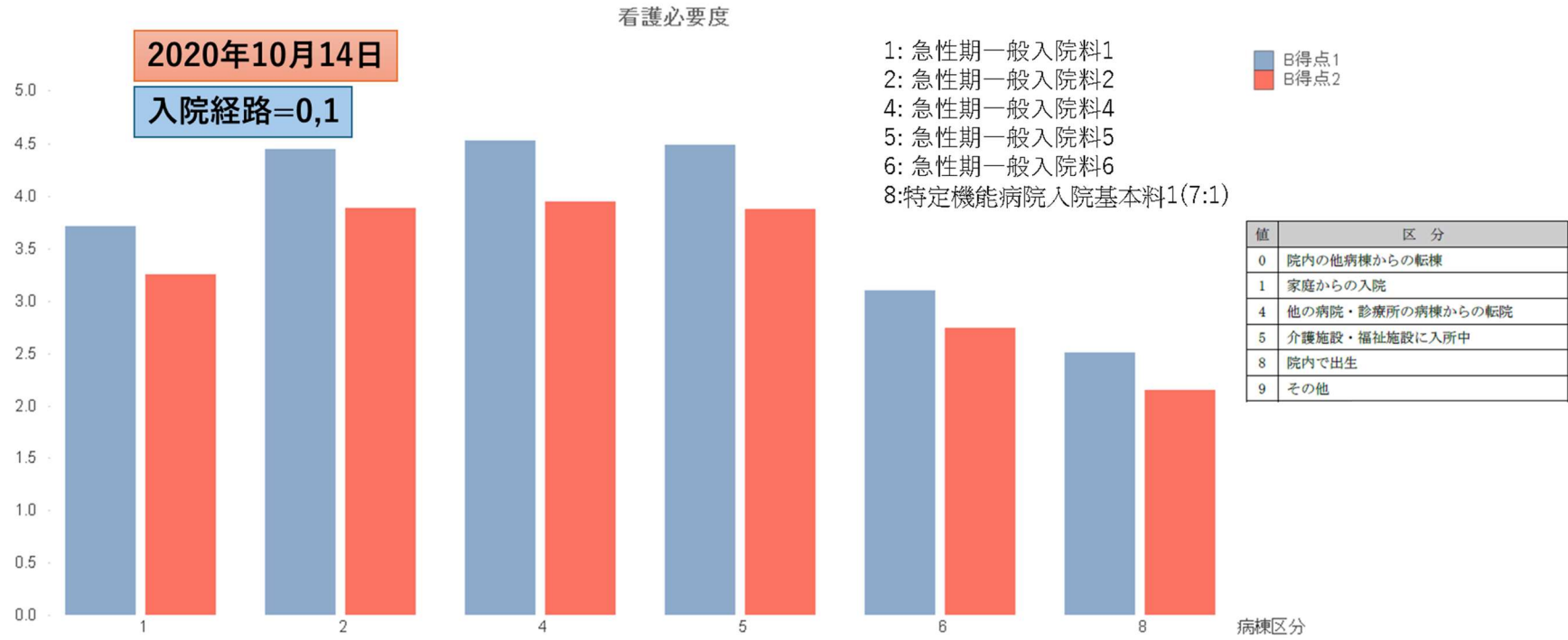
看護必要度_衣服着脱

- 1: 急性期一般入院料1
- 2: 急性期一般入院料2
- 4: 急性期一般入院料4
- 5: 急性期一般入院料5
- 6: 急性期一般入院料6
- 8: 特定機能病院入院基本料1(7:1)

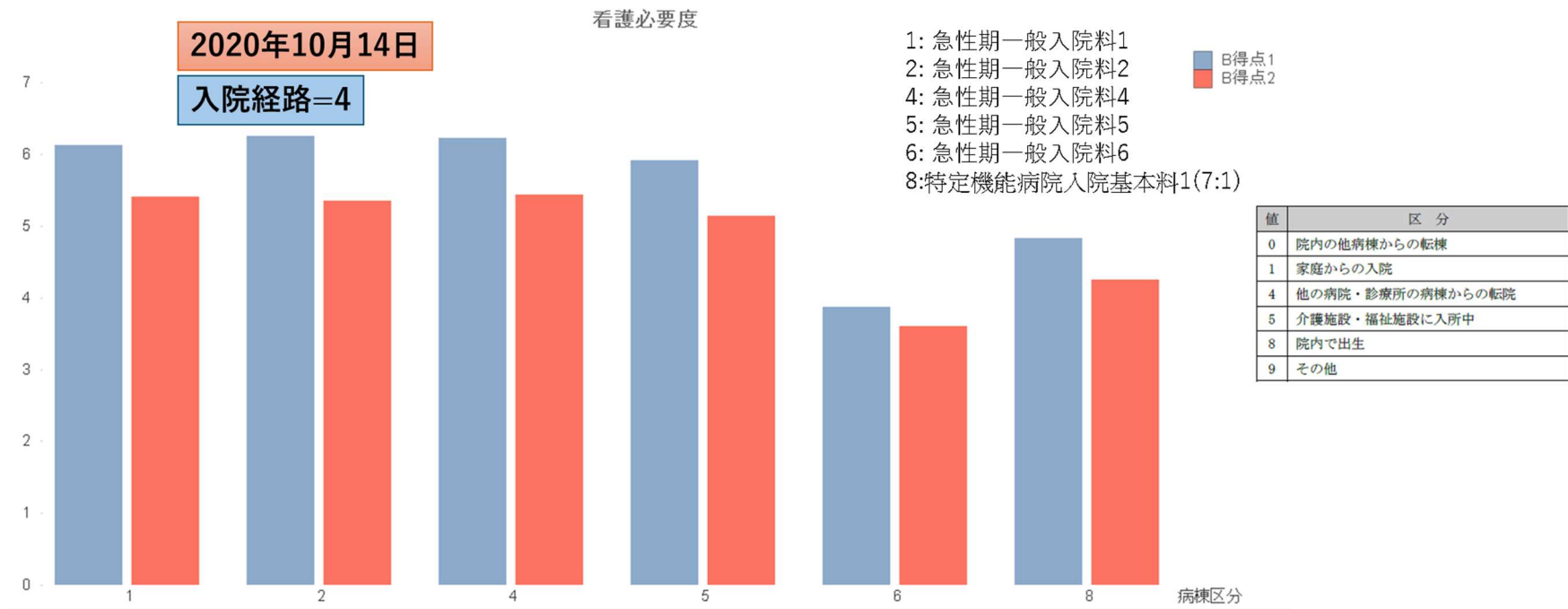
■ 衣服着脱_患者状態
■ 衣服着脱_介助実施



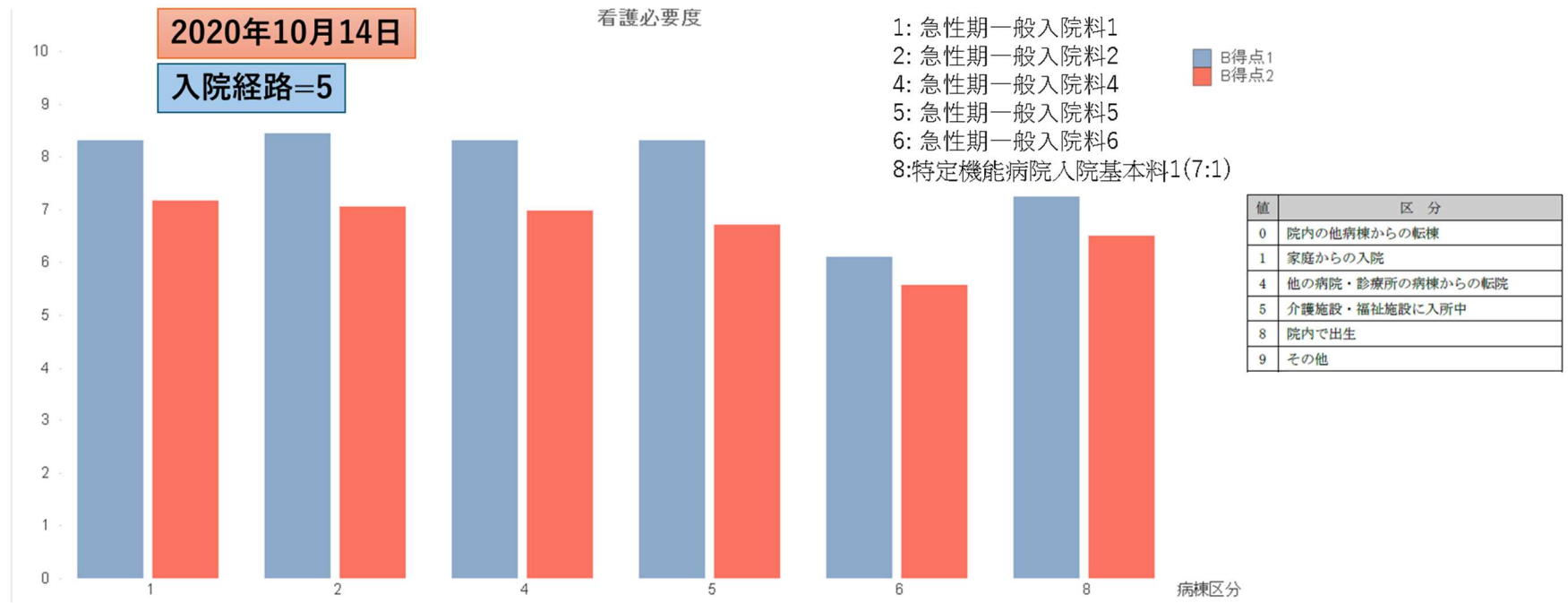
図表 3-1 病棟区別にみた平均 B 得点 (2020 年データ)



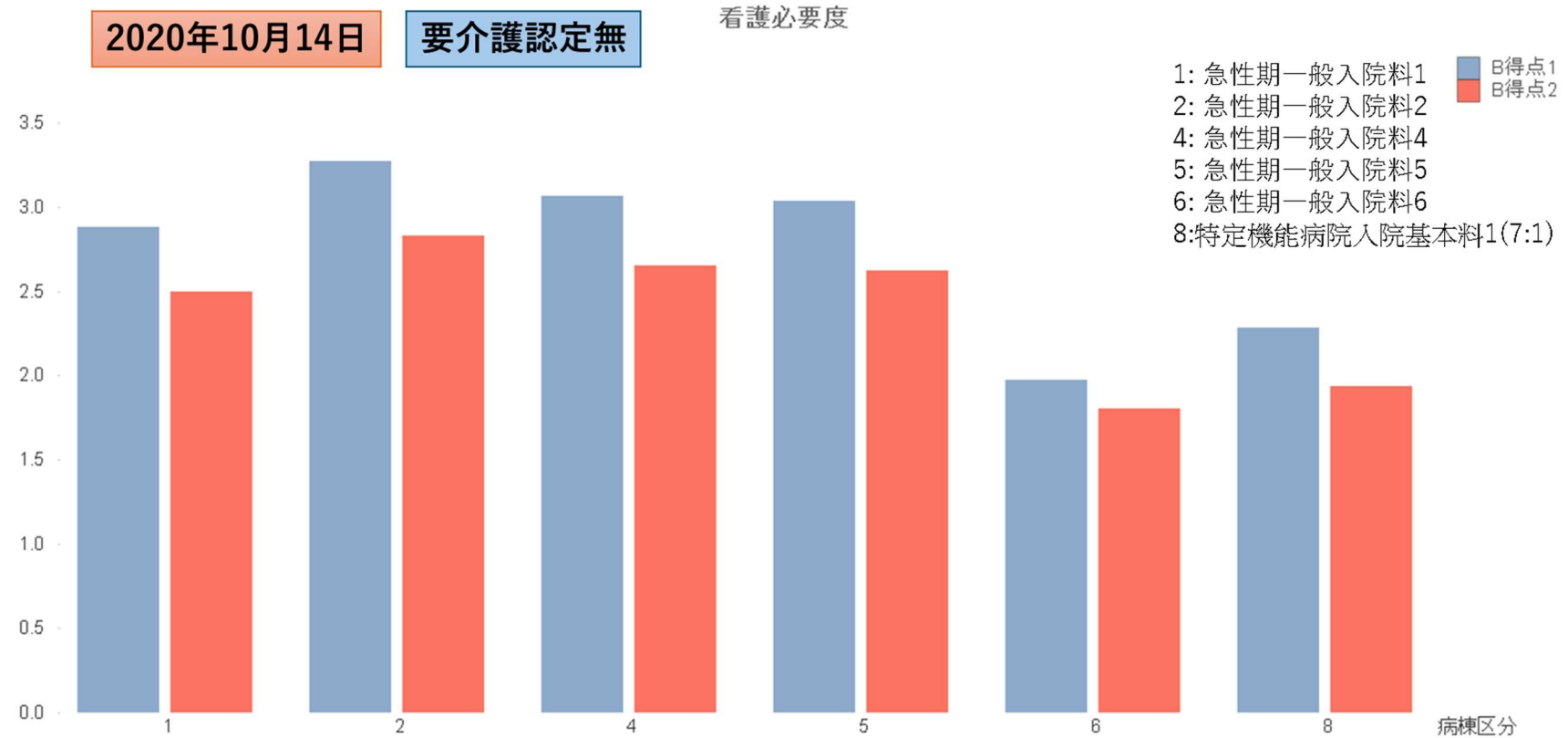
図表 3-2 病棟区別にみた平均 B 得点 (2020 年データ)



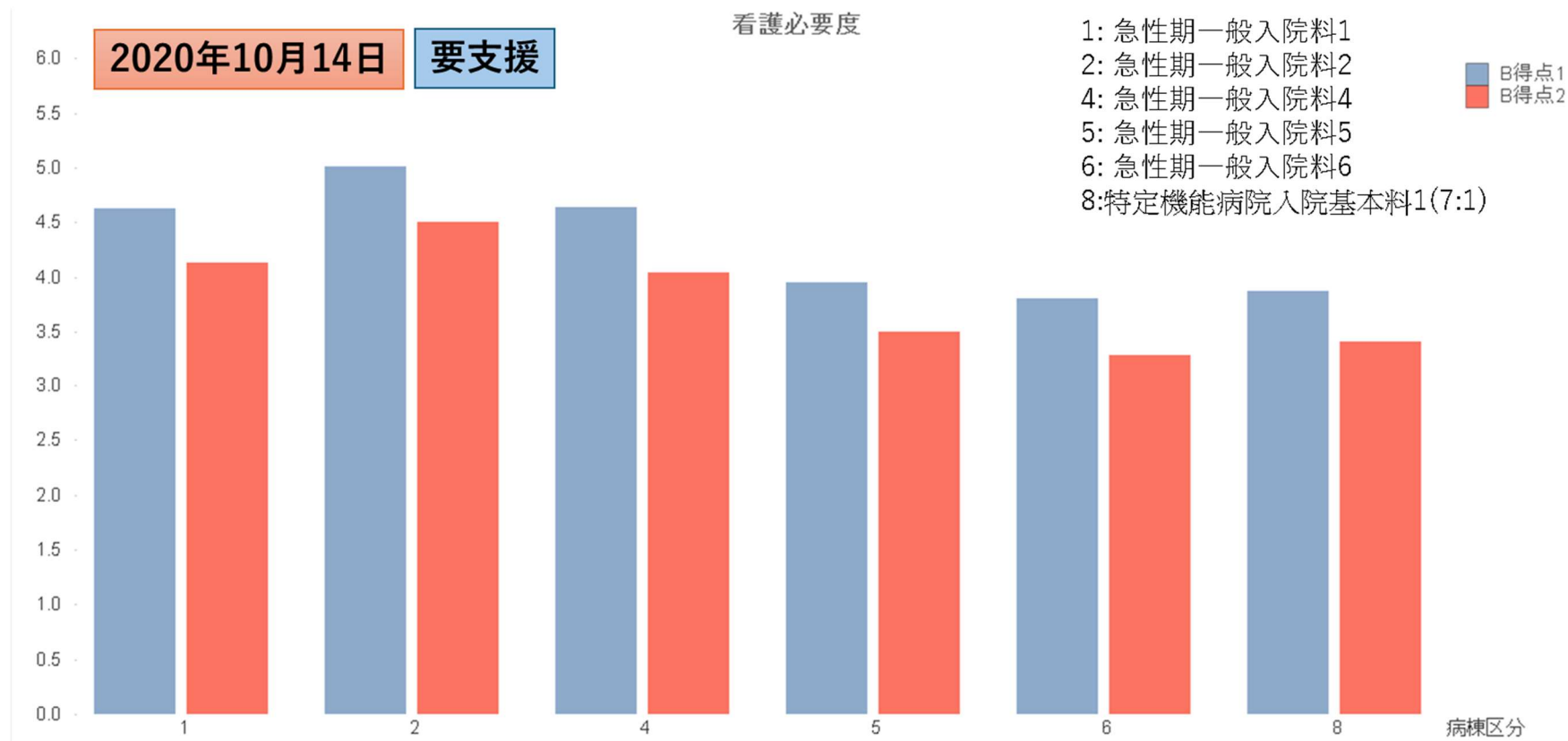
図表 3-3 病棟区分別にみた平均 B 得点 (2020 年データ)



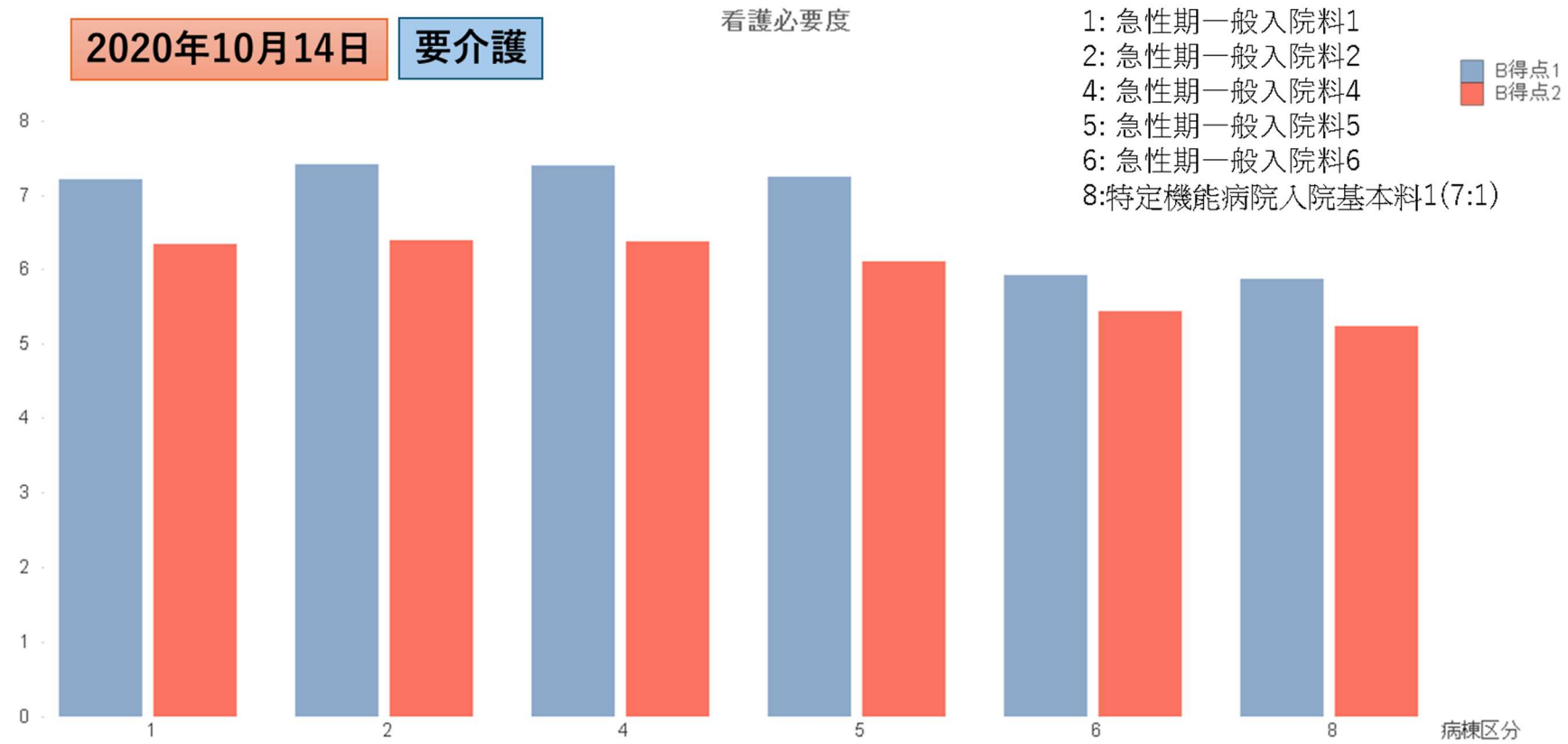
図表 4-1 病棟区分別にみた平均 B 得点 (2020 年データ)



図表 4-2 病棟区分別にみた平均 B 得点 (2020 年データ)

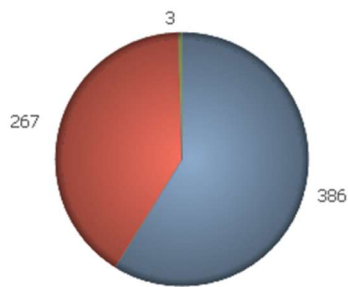


図表 4-3 病棟区分別にみた平均 B 得点 (2020 年データ)



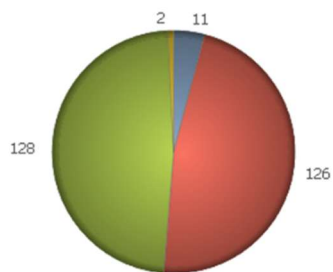
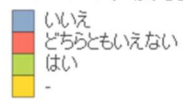
回答

1. 貴院では看護必要度を、病棟の看護師配置の調整に用いていますか？



回答

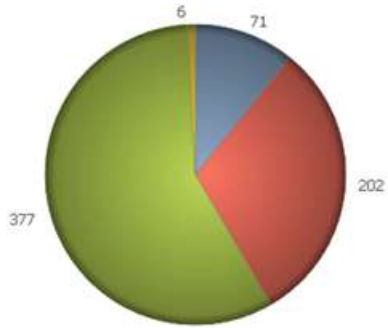
1-1 1で「はい」と答えた方にお聞きます。看護必要度は調整ツールとして有効ですか？



回答

2 A項目は看護の時間を計測する上で有効であると思いますか？

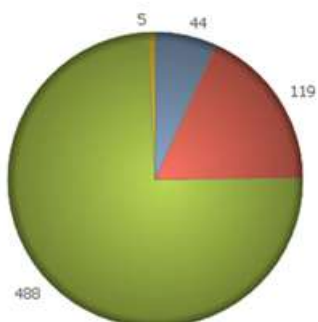
- いいえ
- どちらともいえない
- はい
-



回答

3 B項目は看護の手間を計測する上で有効であると思いますか？

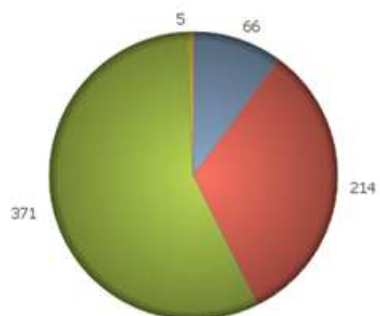
- いいえ
- どちらともいえない
- はい
-



回答

4 C項目は看護の手間を計測する上で有効であると思いますか？

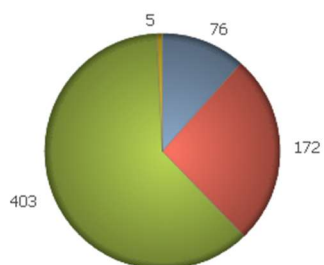
- いいえ
- どちらともいえない
- はい
-



回答

5 看護必要度の記録は、診療報酬上の評価と比較したときの負担が大きいですか？

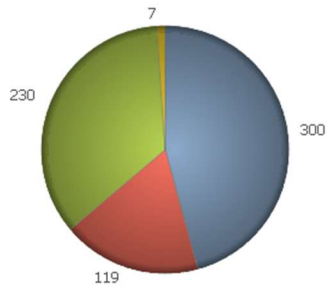
- いいえ
- どちらともいえない
- はい
-



回答

6 特定機能病院と急性期一般入院料1でB項目が外れたことをどのように評価しますか？

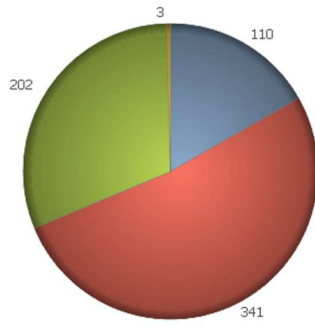
- どちらともいえない
- 妥当である
- 妥当とはいえない
-



回答

7 B項目の情報を入院時の他施設との連携のために用いることは有用である。

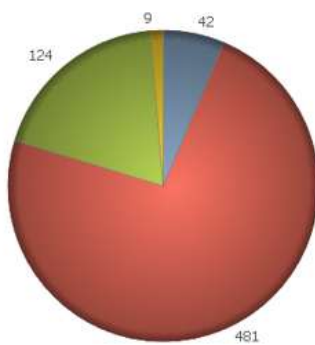
- そうとは言えない
- その通りである
- どちらともいえない
-



回答

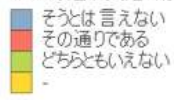
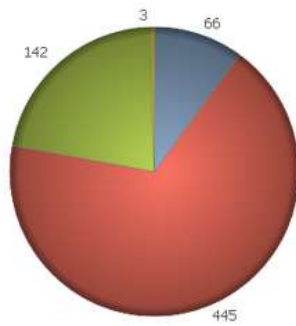
8 B項目に排泄の自立度を入れることが望ましい。

- そうとは言えない
- その通りである
- どちらともいえない
-



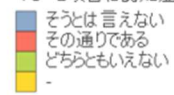
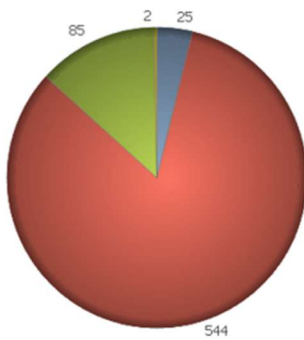
回答

9 B項目に入浴・清拭・保清の自立度を入れることが望ましい。



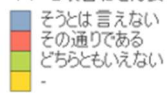
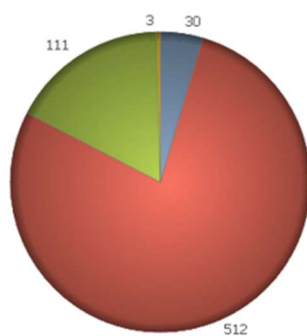
回答

10 B項目に認知症介護の項目を入れることが望ましい。



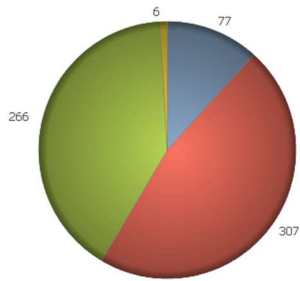
回答

11 B項目にせん妄の有無を入れることが望ましい。



回答

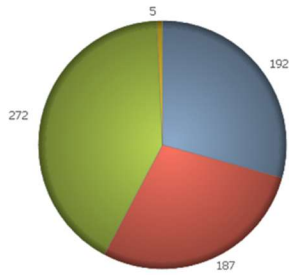
12 自施設の状況を評価するために調査対象施設全体の看護必要度の指標が公開されていることが望ましい。



- その通りである
- どちらともいえない
- そうとは言えない
- -

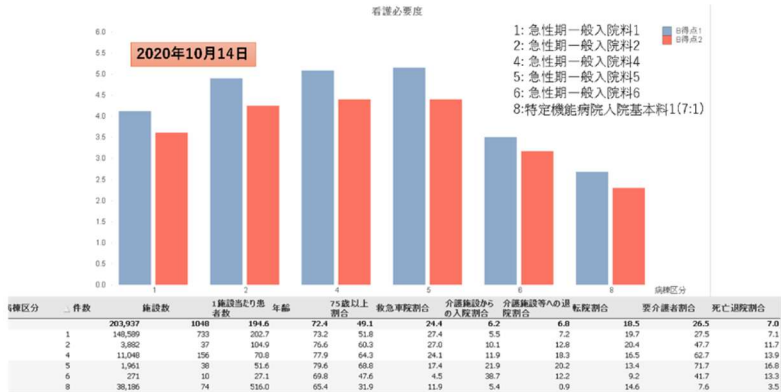
回答

13 B項目の得点で見ると入院基本料によって受け入れる患者の介助の必要性が分かれている。



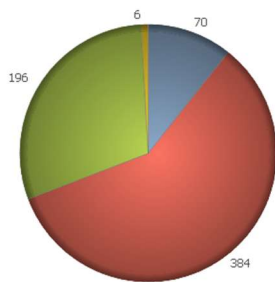
- その通りである
- どちらともいえない
- そうとは言えない
- -

病棟区別にみた平均B得点（2020年データ）



回答

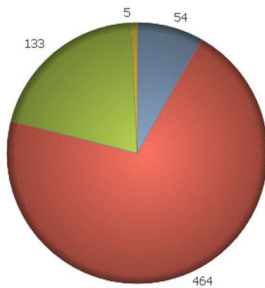
14 介護施設からの入院者については、すべての入院基本料でB項目を診療報酬上考慮すべきである。



- その通りである
- どちらともいえない
- そうとは言えない
- -

回答

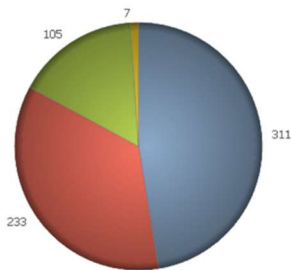
15 要介護高齢者については、すべての入院基本料でB項目を診療報酬上考慮すべきである。



■ その通りである
■ どちらともいえない
■ そうとは言えない
■ -

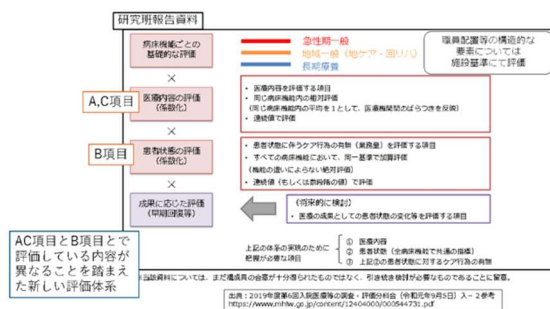
回答

16 このような評価方法をどのように思いますか？



■ どちらともいえない
■ 妥当である
■ 妥当とはいえない
■ -

参考資料：看護必要度の診療報酬上の評価案



- 評価入力について、他の職種が行ってもよいとしているが、現実的でなく、リハビリを受けている方に関しては、リハビリスタッフの必須等と規定しないとシフトできないと思う。
- 「診療報酬上で、必要度のデータを日々の看護配置に活用すること」というようなことを定めてもらえると、病院としても電子カルテベンダーも対応せざるをえないと思うので、そのように働きかけていただきたい。また、診療報酬上の定めは難しくても、電子カルテベンダーへは、学会などで強く申し入れをして欲しい。（データを活用したくても出来ない状況である）
- また、データ活用しやすいようなフォーマットを標準化して、データ結果を入力するとダッシュボードのようなものを提示してもらえるとさらに活用しやすい状況になると思う。（データの読み解きや活用に関する知識が不足しているため）
- “2024年の診療報酬改定では、必要度の評価が変わり、当院も4から6になった”

- 診療内容が、急性期ではないが、患者の高齢化からすると、妥当とは思えない
- ”
- AあるいはBやCでも、項目内容に関わらず、何のスケールとして未だに続けているのか。現場にあたる人間がどのようなケアに手をとられ、どのようなことに時間を費やしているのか知らないのだろうか。処置行為と機械的なチェックだけで高得点を与えるのか。看護配置を満たすだけでも容易ではないのだから、くだらないことに時間をさいたと認識を改めて早く必要度自体を終わらせてほしいと願う
- A項目に、劇薬であるインスリン取り扱いの有無を追加してほしい。
- ”A項目の重症度よりもB項目の得点が高い方も手がかかります
- せん妄や排泄行動に手がかかりますので点数で評価してほしい
- またC項目で上腕の骨折は麻酔しか入力できませんが高齢者は上腕骨折オペも歩行が安定していないので介助が多いため入力できる日数を増やしてほしい”
- A項目を上げるためには、一定期間濃厚な治療をする必要があり、必要以上の治療延長に繋がらないかという懸念がある。また、地方の病院は、中央で治療を終えた患者の受け入れも行っているが、治療が終わるとA項目が下がるので退院も早くなり、ADL機能が回復する間もなく転院してくる。濃厚な治療は行わないが、その後の機能回復や障害の重い患者のケアを行っており、重労働であるにもかかわらずADLケアを軽視されているように感じる。診療報酬上、患者の治療や指導に重きが置かれ、ケアをしてもお金にならないように思える状況があり、看護師の中にもケアをするより、患者指導などがしたいというものも多くなった。看護師の本分は何かと思うことが多々ある。
- ”B項目が看護記録されない施設も
- 多くなっています。当院も記録の整備において経過記録をなくす予定です、
- しかし、患者情報収集に取り入れたいと考えています。”
- B項目がいらないのであれば評価するのもやめて欲しい。これが評価にならないのに評価させられているという感覚から正しくつけていると思えない。B項目を外した時点で看護必要とではなく医療必要度ではないかと思う。
- ”B項目が高くなれば、看護師の手はとられなくなる。中間あたりの人に手がかかります。ターミナル期で頻回に観察が必要な患者は、酸素+モニターなら必要度が取れるが、酸素を使用しない患者は手がかかるが必要度は取れなくなっている。
- 当院は、紙カルテであるため集計を手集計しているので大変であり、電子カルテ前提でシステムが変わるの負担が大きくなります。”
- B項目については、整合性を図るため看護記録が無ければいけないと思う。
- ”B項目に挙げられている看護度は現場のスタッフの手に必ずしも一致していない。例えば、食事介助より排泄の回数の方が重要である。また、認知症の評価は必須など、特に不眠、せん妄など看護職員が手薄になる時間帯の評価が不十分といえる。
- A項目の評価は、退院支援のタイミングを図るのに有効な指標となっている。”

- B項目の記録をやめさせてほしい。負担でしかない
- “B項目の点数が高い方が日常的に介護の手間がかかるので、そちらに手厚く評価されると良いと思う。
- 身体拘束についても、B項目で点数高い患者が多いので、何とか拘束しないよう努力しても、A項目が低くて診療報酬上は低い点数で評価されているため、やるせなさを感じる。”
- B項目の入力が外れたとあるが、診療報酬上の評価として記入を外すことができない。現場で看護師の負担は減っていないことを知って欲しい。
- B項目の入力負担を考えた場合、なくても良いと考えています。B項目で看護量が推測できることは否定していません。
- B項目の評価は急性期には不要だと考える。医療資源がどれほど投入されたかという評価しかされていない気がしているため。
- B項目は介護度を表すものではあるが、高齢要介護患者の入院が増加している現状では、指標として必要だと考える。しかし、看護必要度は記録にも時間を要し、診療報酬上の改定をみると、どこに重きを置いて、何に役立てられているのかわからなくなっていると感じる。
- “B項目は患者の介助度を表すので、急性期の状態とは離して検討すべきと考えます。
- しかし現場で看護師の負担になっているのはB項目の高い患者、特に認知症やせん妄患者であり評価すべきと考えます”
- B項目は記録が不要になり、正確性が不十分だと思う。例えば看護処置(食事介助、口腔ケアなど)の記載を必須とするなどの証拠となる記載は必要と感じる
- “B項目は在宅に向けての評価として、有用だと思うのですが、各項目の評価分類が大きすぎるため、在宅支援に活かすには少し不向きだと思います。回復期で使用していたFIMとなると、かなり現実的になってくるため、在宅支援の指標になりやすいと思います。
- ただ、看護師の働き方や、配置など、それぞれの施設内での分析としてで使用するのであれば、それはそれで有用なのだと思います。あくまで、患者様の病状回復や生活を取り戻すための分析という患者様ターゲットで無く、病院ターゲット(運営・環境)といったところになるのでしょうか。
- データ分析初心者の意見ですので、的外れなことを言ってるかもしれないです。すみません。”
- B項目は施設等に移動する際の看護情報提供させれば負担感は少ないと思います
- “B項目評価は看護の手間として評価すべきだが、詳細な記録は業務負担、根拠となる記録もどこまで書けばよいか、標準化ツールを作成したらよいとも思うが、厚生支局での監査は一度もなく、やれというだけならば、やめればよい。

- 看護する側が何が一番手間取っているか調査すべき。認知症患者の徘徊や問題行動、嘔吐、排便処理
- 等々。医療は医師の指示の元、比較的単純に評価できるが、患者ケアは評価が困難。これまでの b 項目評価が看護ケアの実態と合致しているのか検証しているのか。それに基づいて、診療報酬に結びつけているのか明確な情報は知らない。ただ、看護ケアの評価を認めてよというパフォーマンスにしかみえない。”
- B 項目評価を電子カルテ実施入力や各種アセスメントスコアから算出できるようにしてほしい
- B 評価の負担は大きいのは事実。簡便かつ患者の介護度を示せる別の評価方法があると良い。
- ありがとうございます
- ありません
- データ活用できていないことで、評価することが手間なことになっています。状況を分析するツールなどあれば良いかもしれません。
- とにかく、B 項目の計測の負担を無くしてほしい。急性期入院料 1 でも計測自体は続いている。B 項目は、研修で学んでも、最終的には計測者の測定方法（判断）に左右されてしまう。記録の簡素化が求められる時代に、もっと効率よくアセスメントとして有効な方法はないのかと思う。
- なし
- もっと記録を簡素化して欲しい
- 以前は評価対象となっていた吸引や褥瘡処置など復活させて欲しい。上記は対応にかなりの時間を要するため。
- “科別により B 項目の差が大きいので考慮してほしい
- 脳外科、脳神経内科は B 項目が高い
- 早期離床、リハ開始するにはマンパワーが必要なので反映してほしい”
- “患者の介護に関わる業務が多くなっており、認知症やせん妄が医療行為を困難なものにしていると実感しています。しかしながら、B 得点が高いのに A 得点がなく、必要度の要件を満たさない患者も増えています。また、手間のかかる医療行為が行われていても、A 項目に該当しないものもあります。
- B 項目については、地域連携サマリーでの活用を推進されていますが、異なる評価票を使用しているので、統一が必要なのでは？と感じています。”
- “看護とは何か、ケアとは何か、精神面の考慮、スタッフの力量も含めて数やスケールでは測れないものが多くあると考えます。
- 専門職として評価されるツールが欲しいと考えます。”
- 看護を評価する指標は必要であるが、手間が大きい。手を抜いているかいないかを調べることに限界があり、看護師の負担を上回るだけのメリットを感じません。

- 看護医療必要度は患者がどのくらい看護が必要かを表すと習いましたが実際はせん妄や認知力低下の患者が多忙となっているため評価すべきだと思います。B項目を介護施設などと共有すればサマリーはいらないと思いますがそのためにはスタッフが必要度を学ばないといけないのでなかなか普及は難しいと思います。
- 看護師・看護補助の人材確保が困難な中、後期高齢者の増加、認知症率の増加等に伴うケアを看護要員が担っていることをぜひ評価していただきたい
- 看護師が必要なケアは個人で対応可能な場合と複数必要な場合があります。安全の確保可能な配置数の検討や時間外勤務への配慮、カスハラ対策、患者からの暴言や暴力への対応等、現場で困っている事案も考慮していただけるとありがたいです。
- 看護師のための評価の出来る指標であるのに残念ながらそのようにはなっていない。(施設基準を取りに行くための道具であるイメージ)B項目こそ看護配置を決めるなら必要なものであり質の担保をするための指標であると考える。
- 看護必要度があることで、患者のADL拡大の阻害や看護師業務の煩雑さの増加につながっているため、看護必要度を廃止してほしい。
- 看護必要度が具体的に機能しないまま、評価の手間事態が負担になっている。
- 看護必要度だけをみて患者把握は出来ない。看護必要度を参考に何かをすることはなく手間でしか無いと考えている。
- 看護必要度にかかる時間と活用度が反比例しているように感じます。
- “看護必要度の看護の実践の現状を知るツールとして大切ですが
- 様式9に振り回されている気持ちになります
- 2つが良いツールになってほしい”
- 看護必要度の評価そのものを廃止して欲しい。医療の度合いを評価するのであればセプトからDX化して欲しいです。また介護の評価は別立てで行って欲しい。
- “看護必要度は判定基準があり、項目も多いため介護施設との情報共有に有効とは考えていません。
- 看護師がいない施設などでの研修の実施や必要度の評価を求める現実的ではないと考えます。
- また看護必要度は看護の業務の手間を判定するものであり、介護施設の介護の手間と同じと考えるの疑問に思えます。
- 必要度の評価だけでは患者の状態が把握できるとは思えず、看護師の配置人数に役立てることはできておりません。
- 診療報酬上の看護師配置数と看護必要度による配置数は分けて考えるものだという認識です。”
- 急性期の患者は認知症、せん妄、不穏で必要な酸素や点滴を受け入れられず、危険であることから抜去することが多いため、必要度の要件を満たすことができなくなる。それなのに、病棟では他の誰よりも看護師の時間と労力を必要としている。B項目の評価を

外したことで、看護必要度とは言えなくなったと感じている。毎日評価を求めるのに、反映されないとは驚いた。A項目とC項目である程度のケア度は判定できると思うが、高齢者特有のケア度の高さは反映されていない。このままの状況でクリア要件の基準を引き上げられて、急性期一般入院料1が取れなくなって下げなくてはならない危機に迫られている。大病院への集中の政策はわからなくもないが、大病院よりもカテをたくさん行い、件数は少ないが人工心肺を使ったオペを頑張っていて、SOFAスコアは楽々クリアの患者さんをみているのに、ICU管理料どころかハイケアも急性期一般入院料1さえも危ぶまれている。今後、誤嚥性肺炎やら尿路感染やらの高齢者救急が増加する見込みのようだが、認知症、せん妄、不穏を加味しない必要度、B項目を加味しないクリア要件は看護必要度と言えないと思う。

- 業務に追われているので、B項目評価が無くなったのは正直ありがたかった。
- 現状の評価では患者ケアの負担が評価されていない。しかし、評価をするにあたって、記録の量が増えるのは現場の負担だけが増えるため、認知症ケア加算やせん妄の加算、褥瘡評価などの評価を一つにするなどの表や記載方法の検討が必要だと考える。
- 高齢せん妄患者様が増える中業務量は報酬と比例すべき
- 高齢化社会においてますますB項目が高くなることは容易に理解することはできます。内科の慢性疾患の看護では特に時間と労力を必要とされますので、診療報酬上で評価されることを希望します。
- 参考資料のような評価表があればよいがアウトカムの定め方が難しい。介護施設からの入院の場合は持ち込みの褥瘡もあります。これをどう評価するのか？状態別に細かく分類すると、データが散在してしまう。と、なると、今の必要度評価を少しずつ改訂していく方が妥当か？とも思います。国に示すデータも必要ですが、それを考える際は、看護職側の独りよがりにならないようにしたいです。
- 施設入所者が誤嚥性肺炎や嚥下障害などで入院した場合、A.C項目の適合の日数や適合項目が限られてしまう。介護度が高い場合は、B項目4点以上だけでも適合としてほしい。看護必要度として、看護だけの項目だけでも評価してほしいと感じる。地域の病院は非常に苦しい。皆が在宅できるわけではないと思ってしまう。
- 私見ですが、地方は医師不足から医療の質が下がる傾向にあると感じています。必要な患者に必要な医療、治療がなされなく、A.C項目は下がると考えます。
- 自院以外の状況、情報がわからないため、情報共有できるツールがあれば良いと思う（地域の傾向など把握できる）
- 質
- 重症管理よりも、認知症患者の対応の方が負担が大きく、退院するまで永遠に続くため、現場の業務を圧迫している
- 重症度 医療看護必要度は、いつのまにか医療だけの評価になったように思う。超高齢化した現場では、一つの看護技術がスムーズにできない。時間と人が必要である。しか

し、B項目は評価ための記録になっており、看護の視点の記録とは程遠い。記録の簡素化等を考えればフローシートだけでも良いのではないか。

- 症状緩和、認知症徘徊、家族ケア（現在の項目にない）看護師を要している。急性期一般だけ手厚くしても意味ありません。一番手厚くするのは急性期から転院してきた病棟であるため、必要度の項目はケアの数値として妥当と思いません
- 身体拘束を最小にするためには、B項目について評価が必要と感じます
- 人口動態が変わっている中、その時に見合った制度の見直しが必要。高齢人口の増加、認知症の増加、労働人口の減少などを鑑みた評価方法と制度を期待します。
- “全て必要度ではなく、FIMで評価すべきだともう。
- 令和2年よりB項目の根拠ある記録は、不要となっているが、院外研修や適時調査では、必要といわれる、今だ記録している。
- 中止してよいなら、はっきり中止で良いと言ってほしい。
- 業務の効率、生産性がかんがえるなら、不必要なことをやめてほしい。”
- 全国的な看護師不足を背景に看護師の間接ケア（必要度を含む）の内容を簡素化して欲しい。
- “地域医療を支えるため、救急搬送受け入れや全身麻酔下手術を行っている。しかし令和8年度診療報酬改定では、医療度のみ高くなり看護必要度は評価されない。地域包括ケアシステムの実現には、高齢者治療に配慮した、地域の急性期を担う病院が生き残れるようにして欲しい。
- 地方は全て地域包括病院で良いと思えない。”
- 長高齢者や要介護者のB項目割合が高くなることは、当然のことであり、人生の最終段階に置ける治療のあり方を考える時期にきていると思う。
- 当院の経営者は看護の必要度を理解していない。また経営に対する常識から欠け外れている。看護、患者に対して無関心な対応
- 特になし
- 特記なし
- 日常生活援助や認知症患者への対応などは看護補助者に委譲したいが、看護補助者の採用も厳しく、看護師が援助していることがほとんど。身体拘束最小化も進めていくなかで、少子高齢化に伴う看護師の負担はますます大きくなる。国をあげて過剰な高齢者医療についてもっと国民に考えさせないと。看護必要度で評価し、看護師の必要性を訴えても、このような医療の体制では、看護師の成りてはますます減っていくと考える。
- 日常生活動作の自立度は、看護する上でとても重要である
- 入院基本料が下がれば当然看護師の定数が減らされ、昨今の高齢者救急で自立度が低く、かつ重症度が低い患者を受けると看護の手がいくつあっても足りない。食事介助にもかなりの時間を要している（口腔機能評価し、経口摂取できる人には出来る限りの口からの介助になると時間を要する）。小児領域、精神領域でも評価できるようになって

ほしい。例えばB項目の評価期間を入院後何日間とかで設定するとか。B項目が該当しないと高齢者や認知症患者のケアはただの介護としか見なされず、急性期病院での高齢者救急を診ようとしなくなるのでは。

- 入退院が激しく、書類も多い中、B項目を看護師が正確に評価出来るかという自信はありません。リハビリスタッフに以降するなど、ご検討を。
- “脳神経外科病院で入院基本料1を取っています。入院患者は高齢、重症の場合B項目が高く、かなりの介助量になっています。脳外科の急性期ではA項目はもちろん評価必要ですが、B項目は看護の手間としてもっと重要視されるべきだといつも考えています。
- 必要度B項目が高いほど、内科系の患者の在院日数が伸びる傾向にあり、急性期ほど患者受け入れしにくいのではないかと、ただ、要介護高齢者でもフルコースの患者も増えていることから一般入院料1~6.特定機能病院でも大きな有意さは無くなってきているのではないかと思います。高齢者社会になるにつれ、必要度B項目もかなり病院資材の持ち出しなども多いので診療報酬に是非考慮して欲しいと思います。
- 必要度が外れたにもかかわらず、未だにB項目評価しており、方向性がよくわからない。評価記載に時間を取られており、反映されないのであれば、完全に無くして欲しいと思う。
- 必要度に意味を感じない 手間なのでやめてほしい
- “必要度に振り回されて看護の手がかけられない
- 記録は簡素化して、患者のケアを充実させたい
- どんなに大変でも、必要度に反映されない項目が多すぎて、結局7:1だけが人も多く手が行き届くだけではないのか？
- 僻地の中小規模の病院は倒産するしかないのでしょうか？”
- 必要度の入力はかなりの手間です。認知症のない方が少ないくらい、認知症の患者が増えて、手間はものすごく増えているのに、マンパワーは不足しています。必要度をなくして欲しい、現場の苦勞、疲弊をわかって欲しい
- “必要度は看護業務を数値化していますが
- やはり看護サービスなので数字では表せないかと思いました。B項目がもっと具体的に評価できるといいのかもしれませんが、手間が増えて負担になります。そのため4日ごとの評価になると負担軽減になります。”
- 必要度入力の負担があると同時に入力内容の正確性に疑問があり活用の有効性が感じられない
- 評価と記録の手間がかかりすぎる。
- 病院の質でケア内容に差があるような感覚があるが、実際がどうかはわからない。Bの判断基準も、曖昧な部分があると思うが、線引きは難しいと思う。
- 本当に看護そのものや、人員配置の役に立っているのか、甚だ疑問である

- 本当に必要な記録なのか？疑問あります。
- 満床近くになると看護必要度が低くなる傾向にあるので困る
- 未だ必要度の必要性が理解できない。これを入力、記録すること自体が手間になり時間が取られる。

D. 考察

本分析の結果、全体としてはB項目の平均得点は急性期一般入院料1から5になるにつれて高くなっており、しかもこの傾向は各病棟の要介護高齢者の割合、介護施設からの入院患者割合、死亡率、平均年齢と相関していた。また、特定機能病院入院基本料を算定している施設では平均得点が低くなっていた。このことは、高齢者の入院割合が相対的に低く、急性期の拠点機能を果たすことが期待されている急性期一般入院料1や特定機能病院入院基本料を算定している施設ではB項目の重要度が相対的に低く、令和6年度の診療報酬の改定でこれら2病棟の評価においてB項目を除外したことの妥当性を傍証していると考えられることもできる。

しかし、高齢者に多く、今後その発生が増加すると予想される股関節大腿近位部骨折や要介護高齢者、他病院・他診療所からの入院症例、要介護高齢者では急性期一般入院料1から5までほぼ同じ値であった。

新たな地域医療構想の議論においては、肺炎や心不全の急性増悪、尿路感染症、股関節大腿近位部骨折などの高齢者救急については、包括期の病床を持つ病院が主体となって対応することが想定されている。しかし、救急隊がこれらの傷病の患者を選択的に包括期の病棟を持つ病院に搬送することは必ずしも容易ではなく、多くの場合は急性期病院に搬送され、そこである程度の急性期医療を受けた後、包括期病床を持つ病院に「下り搬送」されることになる予想さ

れる。また、股関節大腿近位部骨折や頭部外傷など、高齢者の転倒に関連して増加するこれらの傷病については、全身麻酔を要することがほとんどであり、したがって、そのほとんどは急性期の病院にまず搬送されるだろう。令和8年度の診療報酬の改定では、リハビリテーションについて、ベッド上でポジショニングや拘縮予防のみを行う他動的な訓練については評価が引き下げられることになり、早期から自立度の維持回復を目的としたリハビリテーションが求められることとなった。この変更は、基本的なADLについての介助の提供量を増加させると考えられる。本分析では、状態像ベースのB項目の平均得点と介護実施ベースのB項目の平均得点との間に、口腔清潔を除くと大きな差があることが明らかとなった。新しいリハビリテーションの評価体系では、実質的にこの差を縮小することが求められることになると予想される。アンケート結果においても、B項目が看護負荷を評価するものとして妥当であるという回答が最も多かった。また、介護負荷をより適切に評価するために、排泄、清拭・入浴・保清、認知症やせん妄への対応を求める回答が多かった。以上の結果は、病棟区分によらずB項目による評価が必要なことを示していると考えられる。

B項目の活用に関しては、入退院時における他施設との連携のための情報としての有用性を指示する回答も多かった。

- | | | | |
|-------------|----|------------|----|
| E. 結論 | | H. 利益相反 | なし |
| | | I. 研究発表 | |
| | | ①論文発表 | なし |
| F. 健康危険情報 | なし | ②学会・委員会等発表 | なし |
| G. 知的財産権の出願 | なし | | |

14 介護施設からの入院者については、すべての入院基本料でB項目を診療報酬上考慮すべきである。

その通りである そうとは言えない どちらともいえない

・B項目の得点は要介護高齢者の場合、一般入院料1から6及び特定機能病院でも大きな差が無くなっています。
この結果についてあなたの意見を教えてください。

15 要介護高齢者については、すべての入院基本料でB項目を診療報酬上考慮すべきである。

その通りである そうとは言えない どちらともいえない

参考資料に対する質問です。

16 このような評価方法をどのように思いますか？

妥当である 妥当とはいえない どちらともいえない

その他ご意見がありましたら自由にご記入ください。

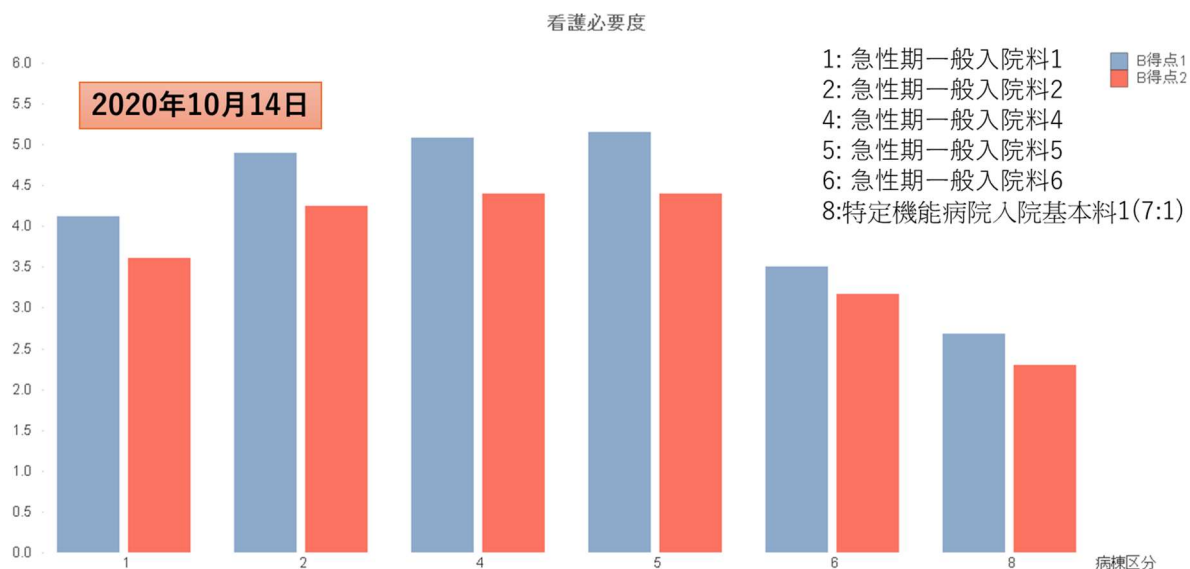
[]



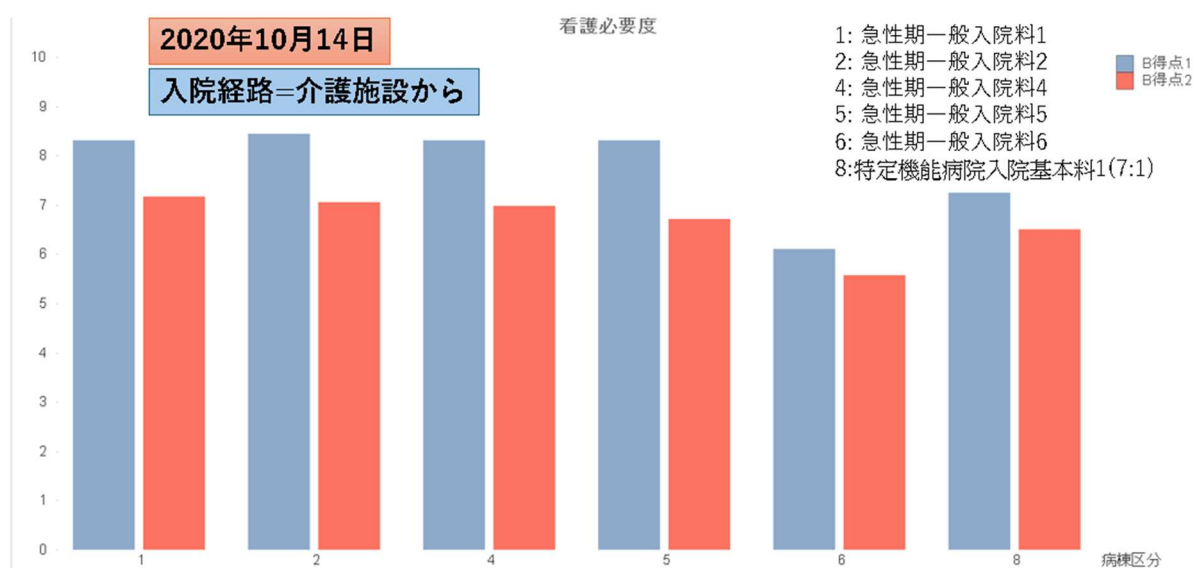
お手数をおかけしますが、上記QRコードからgoogle formに入って質問にお答えいただければ幸いです。

分析結果

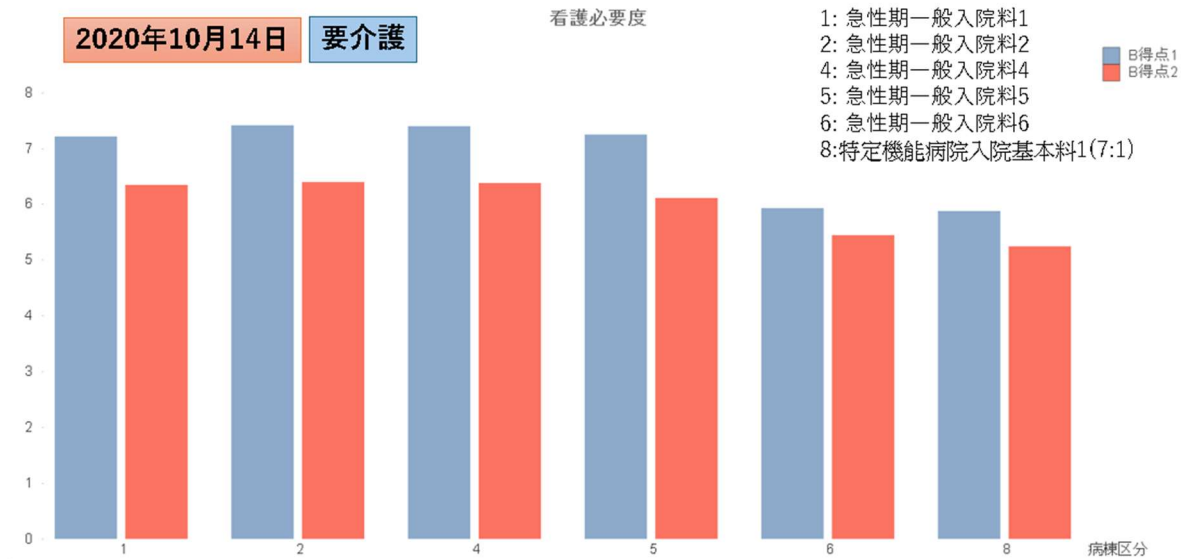
1. 病棟区別にみた平均B得点（2020年データ）



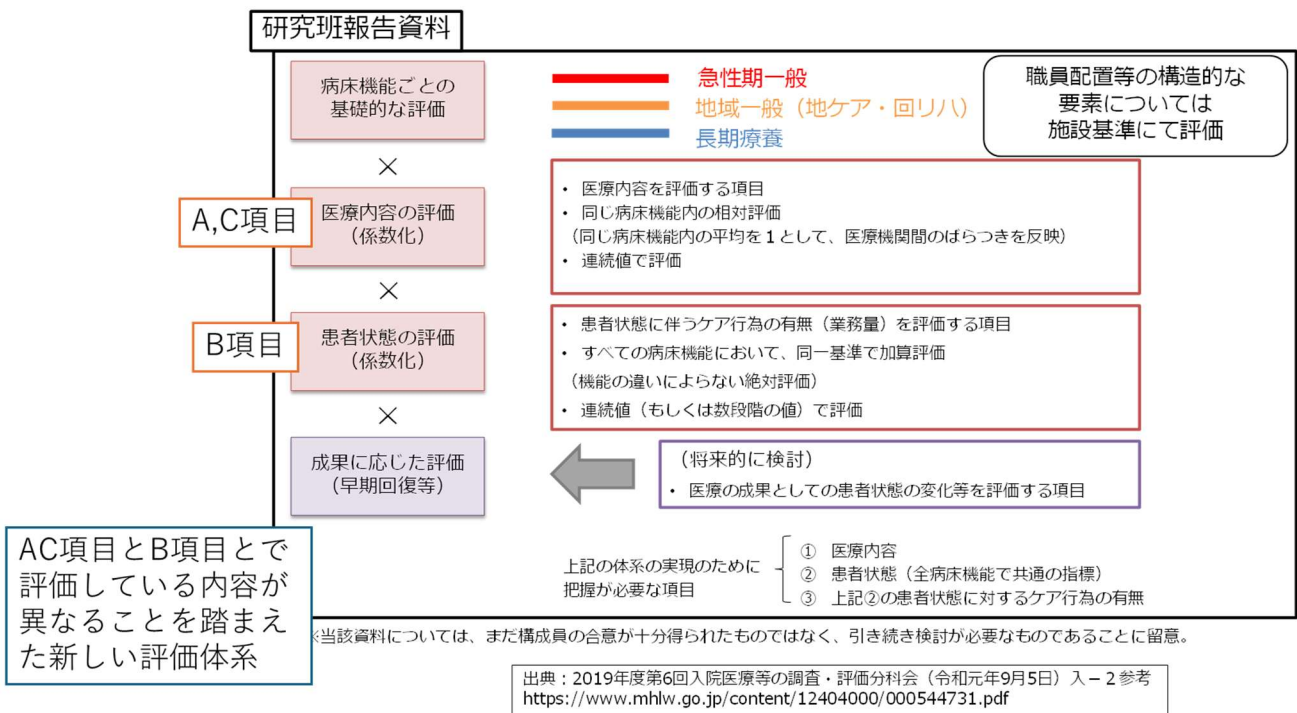
2. 病棟区別にみた平均B得点（介護施設から入院した場合 2020年データ）



3. 病棟区別にみた平均B得点（要介護高齢者 2020年データ）



参考資料 看護必要度の診療報酬上の評価案



「急性期、回復期、慢性期の入院患者の疾病や治療を踏まえた患者の状況等に応じた看護・ケアに関する指標の開発及び評価体系の検討に資する研究（24AA2007）」報告書

「重症度、医療・看護必要度」の変遷と看護研究におけるデータ利活用

研究分担者 林田 賢史（東京大学大学院医学系研究科 ナーシングデータサイエンス講座 特任教授）
研究協力者 友滝 愛（東京大学大学院医学系研究科ナーシングデータサイエンス講座 特任准教授）
研究協力者 會田 嘉奈子（帝京大学大学院公衆衛生学研究科）
研究協力者 森島 美音子（東京大学大学院医学系研究科ナーシングデータサイエンス講座 学術専門職員）
研究協力者 眞喜志 まり（慶應義塾大学医学部公衆衛生学教室 特任助教）
研究協力者 町田 亜子（東京科学大学大学院保健衛生学研究科）

【研究要旨】

目的：

本研究の目的は、「重症度、医療・看護必要度（以下、看護必要度）」のデータがどのように活用されてきたかを明らかにし、日本の急性期医療におけるヘルスケア・エビデンス創出への寄与を評価することである。本研究では、【研究 1】看護必要度の変遷の整理、および【研究 2】2018 年度以降の看護必要度を含む患者データを使用した定量的な研究を対象とした文献レビューを行った。

方法：

【研究 1】

看護必要度の変遷について、「一般病棟用」の看護必要度に含まれる項目・定義、改訂の概略を整理した。

【研究 2】

看護必要度を用いた定量的な研究の文献レビューを行った。対象文献は、日本の急性期病院で、一般病棟、ハイケアユニット、集中治療室で治療を受けた患者を含む研究のうち、2018 年度以降の入院患者の看護必要度データを定量的な分析に用いた研究である。医中誌 Web と MEDLINE を用いて検索した。研究のプロファイル、使用された看護必要度の項目、分析での使用方法、看護必要度に関する分析結果等を抽出した。研究の概要は集計し、対象となった研究の概要を一覧に整理した。

結果：

【研究 1】

看護に関する業務量を客観的に把握し、適正な看護職員配置を診療報酬制度に反映させる取り組みは、1990 年代に開始された。2002 年度改定では、特定集中治療室において管理が必要な重症患者を対象に「重症度」が初めて導入された。2004 年度にはハイケアユニットを対象とした「重症度・看護必要度」が導入された。さらに 2006 年度に 7 対 1 入院基本料が新設され、2008 年度にはその算定要件として一般病棟用の重症度・看護必要度が位置づけられたことで、急性期一般病棟における看護量の評価指標としての役割が拡大した。2014 年度には、名称が現在の「重症度、医療・看護必要度」へと変更された。2018 年度改定では、医療従事者による評価を行う従来の看護必要度Ⅰに加え、診療行為実績データを活用する看護必要度Ⅱが導入され、2020 年度以降、一定規模以上の医療機関において段階的に看護必要度Ⅱの要件化が進められていた。また看護必要度は、急性期入院医療における各入院基本料の算定要件として、一定基準を満たす患者の割合を評価する指標として活用されている。具体的には、A 項目、B 項目、C 項目の組み合わせにより定義される該当患者の割合に基づいている、その基準は診療報酬改定ごとに見直されてきた。

【研究 2】

看護必要度に関する文献レビューでは、28 件の文献が対象となった。研究対象施設数は、1 施設を対象とした研究が 18 件（64.3%）で最多であった。研究対象患者数は 5,000 人未満の研究が 10 件（35.7%）と最多であった一方、100,000 人以上を対象とした大規模研究も 4 件（14.3%）あった。看護必要度データの取得方法は自施設の DPC データを用いた研究が 10 件（35.7%）で最も多く、看護必要度の項目では B 項目を用いた研究が 25 件（89.3%）と最も多かった。看護必要度は、看護師の労働時間、人員配置等といった看護職の

アウトカムとの関連や、インシデント発生数、退院先、退院・転院支援介入の実施時期、転倒リスクのアセスメント等との関連の検討で用いられていた。

考察：

看護必要度は導入以来、日本の急性期医療における適正な看護配置の根拠として重要な役割を果たしてきた。本研究による変遷の整理では、医学的特性と看護必要量の双方を勘案しつつ、政策的要請に応じて項目定義や基準が段階的に最適化されてきた過程が浮き彫りとなった。特に近年は、診療行為実績データを活用した客観的評価（看護必要度Ⅱ）への移行が進み、評価の標準化と看護職の業務負担軽減を両立させる方向性が鮮明となっている。

文献レビューの結果、看護必要度は単なる算定指標に留まらず、インシデント発生や退院支援のタイミング予測といったヘルスケア・エビデンス創出の基盤として広く寄与していることが確認された。今後は、大規模データを利活用した一般化可能性の高い研究の蓄積が不可欠である。こうした研究の進展は、看護実践の価値を客観的に可視化し、日本の医療・看護の質向上に資する精緻な評価体系の確立に繋がることが期待される。

結論：

本研究は「看護必要度」の変遷と活用実態を調査し、同指標が単なる算定指標を超え、エビデンス創出や看護管理DXを推進する基盤へと進化したことを明らかにした。今後はB項目の臨床的妥当性を活かしつつ、多機関共同研究によって医療ビッグデータを蓄積することで、より精緻な看護提供体制の構築と日本の医療・看護の質向上に寄与することが期待される。

A. 研究目的

看護資源の効率的な配分は、医療制度において世界的に重要な課題である (World Health Organization, 2025)。日本の急性期病院では、看護師の配置基準と診療報酬制度は密接に連動しており、その主要な指標として「重症度、医療・看護必要度に係る評価票」（以下、看護必要度）が用いられている。看護必要度は、日本で開発された、標準化された看護に関する評価票の1つで、一般病棟・ハイケアユニット・特定集中治療室で主に使用されている。

看護必要度は、日本の施設の基準と看護師の配置を決定する上で基本的な役割を果たしている。歴史的に、この基準は2002年（平成14年）に集中治療室 (Intensive Care Unit: ICU) の入室基準として導入され、その後対象病棟の拡大、評価票の改訂が行われてきた。看護必要度は看護師による直接評価 (Ⅰ)に加え、2018年度より診療行為実績データ (レセプト電算処理システム用コードを活用した評価 (Ⅱ)が導入された (Hayashida et al., 2022)。これにより、看護必要度のデータを用いた定量的分析の基盤が構築され、医療情報やレセプト記録から派生する医療ビッグデータの活用に向けた基盤が確立されたと考えられる。しかし、研究における看護必要度の活用の状況や、看護必要度のデータによる保健医療分野のエビデンス創出への貢献については明らかになっていない。

本研究の目的は、以下である。

1. 「一般病棟用」「ハイケアユニット用」「特定集中治療室用」看護必要度のうち、「一般病棟用」

の看護必要度に含まれる項目・定義、改訂の概略を整理する。

2. 日本の医療機関（一般病棟・ハイケアユニット・特定集中治療室）において、看護必要度評価票による評価が実施された2018年以降の患者データを用いた研究を対象とし、看護必要度がどのような目的で使用され、どのような知見をもたらしているのかを明らかにする。

B. 研究方法

1. 【研究1】看護必要度の変遷の整理

1) 対象

本研究は、2008年から2024年度の看護必要度のうち、一般病棟の評価票を分析の対象とした。なお看護必要度は、診療報酬の改定に伴い2年に一度見直されている。そのため、本研究の対象期間中の計9回の診療報酬改定における一般病棟用看護必要度を分析対象とした。

2) データの整理

当該年度の看護必要度の評価項目と選択肢を、厚生労働省の資料、および、看護必要度に関する書籍から抽出した。

看護必要度の項目・定義は、年度ごと、看護必要度のA・B・C項目ごとに、内容・選択肢について、表形式で整理した。

3) 倫理的配慮

本研究は公表済の既存の情報等を用いた研究であり、非該当である。

2. 【研究2】看護必要度を用いた研究の文献レビュー

1) 方法

(1) 研究デザイン

探索的なスコーピングレビューを行った。

2) 組み入れ基準

本研究の対象は、以下の条件を全て満たす論文で、本文の入手が可能な文献とした。

- 文献の種類が原著論文である
- 和文誌の場合は、タイトルまたは抄録に、「看護必要度」の用語が含まれている／国際誌の場合は「看護必要度」に相当する用語が含まれている、またはシード論文である。
- データ分析で、看護必要度を用いている
- 一般病棟・ハイケアユニット・特定集中治療室のいずれかが対象病棟として含まれている
- 分析で用いたデータが2018年度以降の研究である
- 日本語または英語で書かれている

なお、看護必要度のB項目は、回復期における日常生活機能評価でも利用されているが、本レビューでは、急性期病院の評価の目的の範囲で使われている研究を対象とする。ただし、分析に含まれるデータに、一般病棟等以外の病棟（緩和ケア病棟や回復期リハ病棟等）が含まれている場合、病棟を区別してデータを抽出することが必ずしもできないこと、本レビューは統計的な結果の統合（メタアナリシス）を目的としていないことから、一般病棟・ハイケアユニット・特定集中治療室のいずれかが対象病棟として含まれている（組み入れ基準d）場合は、本レビューの対象とした。

3) 文献検索データベース

国内誌の文献は医中誌 Web、国際誌の文献はMEDLINEを使用した。

4) 検索式

医中誌 Web、MEDLINE の検索式は以下の通りである。

・ 医中誌 Web
(看護必要度/TH or 看護必要度/AL) and (PT=原著論文)

・ MEDLINE :

- (nurs* adj5 care adj5 need?). tw, mp.
- (nursing adj5 care adj5 Intensity). tw, mp.
- nurs* workforce?. tw, kf. or workforce. kf.
- ((nurse adj8 patient adj8 ratio) or (nurse? adj3 patient? adj3 ratio?)). ab.
- or/1-4

6 exp japan/ or japan*. tw, mp.

7 5 and 6

8 Congress. pt.

9 7 not 8

10 case reports. pt.

11 9 not 10

12 remove duplicates from 11

5) レビューの方法

組み入れ基準に基づいて、タイトル・抄録のスクリーニングを行い、次にフルテキストレビューを行った。意見の相違は、複数名で議論し合意した。

6) データ抽出

データ抽出では、研究の概要、分析で使われた評価票や評価項目、解析方法、および、看護必要度のデータによって得られた知見の文章を抜粋した。なお本レビューでは、研究の質の評価は行わなかった。

- ① 研究のプロファイル：筆頭著者、出版年、研究目的、データ収集（抽出）期間 [年]、使用データの期間 [月]、研究対象者、施設数、最終分析に含まれた対象者数
- ② 看護必要度に関する情報：データソース、評価票の種類（一般病棟用、ハイケアユニット（HCU）用、集中治療室（ICU）用、報告なし）、研究で使用された項目（A項目、B項目、C項目、報告なし）、看護必要度のスコアリングルール、統計解析手法、看護必要度を用いた主な知見

7) 分析方法

抽出されたデータは、頻度と割合により要約し、表形式と記述的な形式で提示した。

8) 倫理的配慮

本研究は文献レビューであり、非該当である。

C. 研究結果

1. 【研究1】看護必要度の変遷

1) 看護必要度の変遷の概要

看護に関する業務量を客観的に把握し、適正な看護職員配置を診療報酬制度に反映させる取り組みは、1990年代に開始された。2002年度改定では、特定集中治療室において管理が必要な重症患者を対象に「重症度」が初めて導入された。2004年度にはハイケアユニットを対象とした「重症度・看護必要度」が導入された。さらに2006年度に7対1入院基本料が新設され、2008年度には、病棟のタイムスタディ調査等の研究成果をもとに、「入院患者へ提供されるべき看護の必要量」を予測する指標として導入され、これを活用した報酬評価が開始された。具体的には7対1入院基本料の算定要件として一般病棟用の重症度・看護必要度が位置づけられた。これによ

り、急性期一般病棟における看護量の評価指標としての役割が拡大した。2014年度には、名称が現在の「重症度、医療・看護必要度」へと変更された。2018年度改定では、医療従事者による評価を行う従来の看護必要度Ⅰに加え、診療行為実績データを活用する看護必要度Ⅱが導入され、2020年度以降、一定規模以上の医療機関において段階的に看護必要度Ⅱの要件化が進められている。

2) 看護必要度の患者該当割合の基準について

看護必要度は、急性期入院医療における各入院基本料の算定要件として、一定基準を満たす患者の割合を評価する指標として活用されている。具体的には、A項目、B項目、C項目の組み合わせにより定義される該当患者の割合に基づいている。その基準は診療報酬改定ごとに見直されてきた。

3) 項目ごとの変遷①看護必要度A項目

A項目は、患者の状態把握に必要なモニタリングや、医療処置の実施状況を評価する項目群である。2014年度改定では、急性期入院医療における重症患者をより適切に評価する観点から、A項目の内容が見直され、救急搬送後の入院ならびに抗血栓塞栓薬の持続点滴が追加された一方、血圧測定と時間尿測定の廃止、呼吸ケアは喀痰吸引のみは除外、免疫抑制剤、昇圧剤、抗不整脈剤は注射剤のみ評価の対象となった。看護必要度A項目の変遷を表1-3に示す。

(1) 創傷処置

「創傷処置」に関する評価項目は、2008年度から含まれているが、2014年度から「創傷処置（※褥瘡処置を除く）」と「褥瘡処置」の2項目に分かれ、2024年は「創傷処置（褥瘡処置を除く）」の1項目となった。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」である。

(2) 血圧測定

2008年度から2012年度まで使用されていた評価項目である。

評価点数は、「0点=0-4回」「1点=5回以上」であった。

(3) 時間尿測定

2008年度から2012年度まで使用されていた評価項目である。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」であった。

(4) 呼吸ケア

「呼吸ケア」は2008年度から継続されている項目である。2014年度より「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」と定義が変更された。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」である。

(5) 点滴ライン同時3本以上の管理

2008年から継続されている項目である。2022年度の改定では名称が「注射薬剤3種類以上の管理」へと変更され、単なるライン数ではなく薬剤の種類数による評価となった（静脈栄養に関する薬剤の除外等）。さらに、2024年度の改定では、最大7日間までの管理といった、日数制限が設けられた。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」である。

(6) 心電図モニター

2008年度より継続されている項目である。2014年度に「心電図モニターの管理」へと名称が変更されたのち、2020年度の改定にて廃止となった。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」であった。

(7) シリンジポンプの使用

2008年度から継続されている項目である。2014年度より「シリンジポンプの管理」へと名称が変更された。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」である。

(8) 輸血や血液製剤の使用

2014年度より「輸血又は血液製剤の管理」へと名称が変更された。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」であったが、2022年度改定において、「あり」の場合の評価点数が1点から2点へ引き上げられた。

(9) 専門的な治療・処置

・ 抗悪性腫瘍剤の使用

2008年度から継続されている項目である。2014年度からは「注射剤のみ」と「内服の管理」に分かれたが、2024年度には再び統合に近い形（注射剤は最大7日間等の制限付）へと整理されている。

評価点数は、「0点=なし」「2点=あり」だったが、注射剤は2024年度から2点から3点に引き上げられた。

・ 麻薬注射の使用

2008年度から継続されている項目である。2014年度より「注射剤のみ」と「内服・貼付」に細分化された。2016年度より「内服・貼付・坐剤の管理」と、坐薬も追加された。

評価点数は、「0点=なし」「2点=あり」であったが、「注射剤のみ」が2024年度改定において「あり」の場合の評価点数が2点から3点へ引き上げられた。

・ 放射線治療

2008年度から継続されている項目である。

評価点数は、「0点=なし」「2点=あり」である。

・ 免疫抑制剤の使用

2008年度から継続されている項目である。2014年度に「免疫抑制剤の管理」へと名称変更後、2020年度より「注射剤」のみが評価対象となった。

評価点数は、「0点=なし」「2点=あり」である。

・ 昇圧剤・抗不整脈剤の使用

2008年度から継続されている項目である。2014年度より「注射剤のみ」が評価対象となった。

評価点数は、「0点=なし」「2点=あり」であったが、2024年度改定において「あり」の場合の評価点数がそれぞれ2点から3点へ引き上げられた。

・ 抗血栓塞栓薬の持続点滴

2014年度から継続されている項目である。

評価点数は、「0点=なし」「2点=あり」であったが、2024年度改定において「あり」の場合の評価点数が2点から3点へと引き上げられた。

・ ドレナージの管理

2008年から継続されている項目である。

評価点数は、「0点=なし」「2点=あり」である。

・ 無菌室での治療

2016年度から継続されている項目である。

評価点数は、「0点=なし」「2点=あり」である。

(10) 救急搬送後の入院（2日間）

2014年度に新たに追加された項目である。2020年度には「救急搬送後の入院（5日間）」と「緊急に入院を必要とする状態（5日間）」に期間が延長・区分されたが、2024年の改定では再び「2日間」へと期間が短縮された。

評価点数は、「0点=なし」「2点=あり」である。

4) 項目ごとの変遷②看護必要度B項目

B項目は、日常生活動作（Activities of Daily Living, ADL）等を含む患者の状態を評価する項目群であり、看護ケアの必要性を直接的に反映する指標として位置づけられてきた。2020年度改定では、衣類の着脱、診療・療養上の指示の項目が加えられるとともに、移乗、口腔清潔、食事摂取の項目において、「患者の状態」と「介助の実施」の2段階で評価する方法へと見直され、評価に伴う看護職員の記録負担の軽減が図られた。さらに2024年度改定では、7対1入院基本料を算定する病棟では、B項目が該当患者割合の判定から除外されたが、患者状態の把握を目的として日々の評価自体は継続して求められている。看護必要度B項目の変遷を表4-6に示す。

(1) 寝返り

2008年度から継続されている項目である。

評価点数は、「0点=できる、1点=何かつかまればできる、2点=できない」である。

(2) 移乗

2008年度から継続されている項目である。

2014年度までは「0点=できる」「1点=見守り・一部介助が必要」「2点=できない」であったが、2016

年度に、「0点=介助なし」「1=一部介助」「2点=全介助」へと文言が変更された。

2020年度改定では、評価方法の見直し（「患者の状態」と「介助の実施」の2段階での評価）に伴い、介助の実施の有無について、「0点=なし」「1点=あり」と評価することとなった。

(3) 口腔清潔

2008年度から継続されている項目である。

2014年度までは「0点=できる、1点=できない」であったが、2016年度に「0点=自立」「1点=介助あり」に文言が変更された。

2020年度改定では、評価方法の見直し（「患者の状態」と「介助の実施」の2段階での評価）に伴い、介助の実施の有無について、「0点=なし」「1点=あり」と評価することとなった。

(4) 食事摂取

2008年度から継続されている項目である。

評価点数は、「0点=介助なし」「1点=一部介助」「2点=全介助」である。

2020年度改定では、評価方法の見直し（「患者の状態」と「介助の実施」の2段階での評価）に伴い、介助の実施の有無について、「0点=なし」「1点=あり」と評価することとなった。

(5) 衣服の着脱

2008年度から継続されている項目である。

2014年度までの評価点数は、「0点=介助なし」「1点=一部介助」「2点=全介助」であったが、2020年度改定にて「0点=はい」「1点=いいえ」になった。

(6) 診療・療養上の指示が通じる

2016年度に新たに追加された項目である。

評価点数は「0点=はい」「1点=いいえ」である。

(7) 危険行動

2016年度に新たに追加された項目である。

評価点数は「0点=ない」「2点=ある」である。

(8) 起き上がり

2008年度から2012年度まで使用されていた評価項目である。

評価点数は「0点=できる」「1点=できない」であった。

(9) 座位保持

2008年度から2012年度まで使用されていた評価項目である。

評価点数は「0点=できる」「1点=支えがあればできる」「2点=できない」であった。

5) 項目ごとの変遷③看護必要度C項目

C項目は、手術や麻酔を伴う処置等の医学的状況を評価する項目群であり、2016年度診療報酬改定に

において新たな評価指標として導入された。主に手術後や侵襲的処置後の一定期間における患者の管理状況を評価するものである。2020年度の改定にて、短期滞在手術も一部追加された。看護必要度C項目の変遷を表7に示す。

(1) 開頭手術

2016・2018年度は「7日間」、2020・2022年度は「13日間」、2024年度は「11日間」と、評価期間が一旦は延長したものの、再度短縮している。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」である。

(2) 開胸手術

2016・2018年度は「7日間」、2020・2022年度は「12日間」、2024年度は「9日間」と、評価期間いったんは延長したものの、再度短縮している。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」である。

(3) 開腹手術

2016年度は「5日間」、2018年度は「4日間」、2020・2022年度は「7日間」、2024年度は「6日間」と、評価期間が一旦は延長したものの、再度短縮している。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」である。

(4) 骨の手術

2016・2018年度は「5日間」、2020・2022年度は「11日間」、2024年度は「10日間」と、評価期間が一旦は延長したものの、再度短縮している。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」である。

(5) 胸腔鏡・腹腔鏡手術

2016・2018年度は「3日間」、2020・2022年度は「5日間」、2024年度は「4日間」と、評価期間が一旦は延長したものの、再度短縮している。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」である。

(6) 全身麻酔・脊髄麻酔の手術

2016・2018年度は「2日間」、2020年度以降は「5日間」となっている。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」である。

(7) 救命等に係る内科的治療

下位項目に、「経皮的血管治療」「経皮的心筋焼灼術等の治療」「侵襲的な消化器治療」の3つがある。2016・2018年度は「2日間」、2020・2022年度は「5日間」、2024年度は「4日間」と、評価期間いったんは延長したものの、再度短縮している。

評価点数は、「0点=なし」「1点=あり」である。

(8) 別に定める検査（2日間）

2020年度より追加された項目である。レセプト電算処理システム用コード一覧に該当する場合、「0点=なし」「1点=あり」で算定できる（経皮的針生検法、超音波内視鏡下穿刺吸引術、腹腔鏡検査など）。

(9) 別に定める手術（5日間）

2020年度より追加された項目である。レセプト電算処理システム用コード一覧に該当する場合、「0点=なし」「1点=あり」で算定できる（人工肛門閉鎖術、腹腔鏡下鼠経ヘルニア術、大腸ポリープ切除術など）。

表 1. 看護必要度 **A 項目**の変遷 (2024~2008 年度)

1. 評価項目

2024	2022	2020	2018	2016	2014	2012	2010	2008
創傷処置 (褥瘡の処置 を除く)	創傷処置 (褥瘡の処置を 除く)	創傷処置	創傷処置	創傷処置	創傷処置	創傷処置	創傷処置	創傷処置
/	・創傷の処置 (褥瘡の処置を 除く)	・創傷の処置 (褥瘡の処置を 除く)	・創傷の処置 (褥瘡の処置を 除く)	・創傷の処置 (褥瘡の処置を 除く)	・創傷の処置 (褥瘡の処置を 除く)	/	/	/
/	・褥瘡の処置	・褥瘡の処置	・褥瘡の処置	・褥瘡の処置	・褥瘡の処置	/	/	/
/	/	/	/	/	/	血圧測定	血圧測定	血圧測定
/	/	/	/	/	/	時間尿測定	時間尿測定	時間尿測定
呼吸ケア(喀 痰吸引 のみの場合を 除く)	呼吸ケア(喀痰 吸引 のみの場合を除 く)	呼吸ケア(喀痰 吸引 のみの場合を除 く)	呼吸ケア(喀痰 吸引 のみの場合を除 く)	呼吸ケア(喀痰 吸引 のみの場合を除 く)	呼吸ケア(喀痰 吸引 のみの場合を除 く)	呼吸ケア	呼吸ケア	呼吸ケア
注射薬剤 3 種 類以上の管理 (最大 7 日間)	注射薬剤 3 種類 以上の管理	点滴ライン同時 3 本 以上の管理	点滴ライン同時 3 本 以上の管理	点滴ライン同時 3 本 以上の管理	点滴ライン同時 3 本 以上の管理	点滴ライン同時 3 本以上	点滴ライン同時 3 本 以上	点滴ライン同時 3 本 以上
/	/	心電図モニター の 管理	心電図モニター の 管理	心電図モニター の 管理	心電図モニター の 管理	心電図モニタ ー	心電図モニタ ー	心電図モニタ ー
シリンジポン プの管理	シリンジポンプ の管理	シリンジポンプ の管理	シリンジポンプ の管理	シリンジポンプ の管理	シリンジポン プの管理	シリンジポン プの使用	シリンジポン プの使用	シリンジポン プの使用
輸血や血液製 剤の 管理	輸血や血液製剤 の 管理	輸血や血液製剤 の 管理	輸血や血液製剤 の 管理	輸血や血液製剤 の 管理	輸血や血液製 剤の 管理	輸血や血液製 剤の 使用	輸血や血液製 剤の 使用	輸血や血液製 剤の 使用
専門的な治療 /処置	専門的な治療/ 処置	専門的な治療/ 処置	専門的な治療/ 処置	専門的な治療/ 処置	専門的な治療/ 処置	専門的な治療 /処置	専門的な治療 /処置	専門的な治療 /処置
・抗悪性腫瘍 剤の 使用(注射剤 のみ)	・抗悪性腫瘍剤 の 使用(注射剤 のみ)	・抗悪性腫瘍剤 の 使用(注射剤 のみ)	・抗悪性腫瘍剤 の 使用(注射剤 のみ)	・抗悪性腫瘍剤 の 使用(注射剤 のみ)	・抗悪性腫瘍 剤の 使用(注射剤 のみ)	・抗悪性腫瘍 剤の 使用	・抗悪性腫瘍 剤の 使用	・抗悪性腫瘍 剤の 使用

・抗悪性腫瘍剤の内服の管理	・抗悪性腫瘍剤の内服の管理	・抗悪性腫瘍剤の内服の管理	・抗悪性腫瘍剤の内服の管理	・抗悪性腫瘍剤の内服の管理	・抗悪性腫瘍剤の内服の管理	/	/	/
・麻薬の使用（注射剤のみ）	・麻薬の使用（注射剤のみ）	・麻薬の使用（注射剤のみ）	・麻薬の使用（注射剤のみ）	・麻薬の使用（注射剤のみ）	・麻薬の使用（注射剤のみ）	・麻薬注射薬の使用	・麻薬注射薬の使用	・麻薬注射薬の使用
・麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	・麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	・麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	・麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	・麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	・麻薬の内服・貼付	/	/	/
・放射線治療	・放射線治療	・放射線治療	・放射線治療	・放射線治療	・放射線治療	・放射線治療	・放射線治療	・放射線治療
・免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）	・免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）	・免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）	・免疫抑制剤の管理	・免疫抑制剤の管理	・免疫抑制剤の管理	・免疫抑制剤の使用	・免疫抑制剤の使用	・免疫抑制剤の使用
・昇圧剤の使用（注射剤のみ）	・昇圧剤の使用（注射剤のみ）	・昇圧剤の使用（注射剤のみ）	・昇圧剤の使用（注射剤のみ）	・昇圧剤の使用（注射剤のみ）	・昇圧剤の使用（注射剤のみ）	・昇圧剤の使用	・昇圧剤の使用	・昇圧剤の使用
・抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）	・抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）	・抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）	・抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）	・抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）	・抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）	・抗不整脈剤の使用	・抗不整脈剤の使用	・抗不整脈剤の使用
・抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	・抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	・抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	・抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	・抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	・抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	/	/	/
・ドレナージの管理	・ドレナージの管理	・ドレナージの管理	・ドレナージの管理	・ドレナージの管理	・ドレナージの管理	・ドレナージの管理	・ドレナージの管理	・ドレナージの管理
・無菌治療室での治療	・無菌治療室での治療	・無菌治療室での治療	・無菌治療室での治療	・無菌治療室での治療	/	/	/	/
救急搬送後の入院（2日間）	救急搬送後の入院（5日間）	救急搬送後の入院（5日間）	救急搬送後の入院（2日間）	救急搬送後の入院（2日間）	/	/	/	/

緊急に入院を必要とする状態(2日間)	緊急に入院を必要とする状態(5日間)	/	/	/	/	/	/	/
--------------------	--------------------	---	---	---	---	---	---	---

表2. 看護必要度 A 項目の変遷 (2024~2016 年度) (続き)

2. 評価(得点) ※2012年度で「血圧測定」と「時間測定」項目は廃止となった

2024		2022		2020		2018		2016	
項目名	点数	項目名	点数	項目名	点数	項目名	点数	項目名	点数
創傷処置(褥瘡の処置を除く)	0点=なし 1点=あり	創傷処置(褥瘡の処置を除く)		創傷処置		創傷処置		創傷処置	
/	/	・創傷の処置(褥瘡の処置を除く)	0点=なし 1点=あり	・創傷の処置(褥瘡の処置を除く)	0点=なし 1点=あり	・創傷の処置(褥瘡の処置を除く)	0点=なし 1点=あり	・創傷の処置(褥瘡の処置を除く)	0点=なし 1点=あり
/	/	・褥瘡の処置	0点=なし 1点=あり	・褥瘡の処置	0点=なし 1点=あり	・褥瘡の処置	0点=なし 1点=あり	・褥瘡の処置	0点=なし 1点=あり
呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	0点=なし 1点=あり	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	0点=なし 1点=あり	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	0点=なし 1点=あり	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	0点=なし 1点=あり	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	0点=なし 1点=あり
注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)	0点=なし 1点=あり	注射薬剤3種類以上の管理	0点=なし 1点=あり	点滴ライン同時3本以上の管理	0点=なし 1点=あり	点滴ライン同時3本以上の管理	0点=なし 1点=あり	点滴ライン同時3本以上の管理	0点=なし 1点=あり
/	/	/	/	心電図モニターの管理	0点=なし 1点=あり	心電図モニターの管理	0点=なし 1点=あり	心電図モニターの管理	0点=なし 1点=あり
シリンジポンプの管理	0点=なし	シリンジポンプの管理	0点=なし	シリンジポンプの管理	0点=なし	シリンジポンプの管理	0点=なし	シリンジポンプの管理	0点=なし 1点=あり

	1点=あり		1点=あり		1点=あり		1点=あり		
輸血や血液製剤の管理	0点=なし 2点=あり	輸血や血液製剤の管理	0点=なし 2点=あり	輸血や血液製剤の管理	0点=なし 1点=あり	輸血や血液製剤の管理	0点=なし 1点=あり	輸血や血液製剤の管理	0点=なし 1点=あり
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置		専門的な治療・処置		専門的な治療・処置		専門的な治療・処置	
・抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 3点=あり	・抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり
・抗悪性腫瘍剤の内服の管理	0点=なし 2点=あり	・抗悪性腫瘍剤の内服の管理	0点=なし 2点=あり	・抗悪性腫瘍剤の内服の管理	0点=なし 2点=あり	・抗悪性腫瘍剤の内服の管理	0点=なし 2点=あり	・抗悪性腫瘍剤の内服の管理	0点=なし 2点=あり
・麻薬の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 3点=あり	・麻薬の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・麻薬の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・麻薬の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・麻薬の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり
・麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	0点=なし 2点=あり	・麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	0点=なし 2点=あり	・麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	0点=なし 2点=あり	・麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	0点=なし 2点=あり	・麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	0点=なし 2点=あり
・放射線治療	0点=なし 2点=あり	・放射線治療	0点=なし 2点=あり	・放射線治療	0点=なし 2点=あり	・放射線治療	0点=なし 2点=あり	・放射線治療	0点=なし 2点=あり
・免疫抑制剤の管理 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・免疫抑制剤の管理 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・免疫抑制剤の管理 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・免疫抑制剤の管理 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・免疫抑制剤の管理 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり
・昇圧剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 3点=あり	・昇圧剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・昇圧剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・昇圧剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・昇圧剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり

・抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 3点=あり	・抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり	・抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)	0点=なし 2点=あり
・抗血栓塞栓薬 持続点滴 の使用	0点=なし 3点=あり	・抗血栓塞栓薬 持続点滴 の使用	0点=なし 2点=あり	・抗血栓塞栓薬 持続点滴の使用	0点=なし 2点=あり	・抗血栓塞栓薬 の持続 点滴の使用	0点=なし 2点=あり	・抗血栓塞栓薬の持続 点滴の使用	0点=なし 2点=あり
・ドレナージの 管理	0点=なし 2点=あり	・ドレナージの 管理	0点=なし 2点=あり	・ドレナージの 管理	0点=なし 2点=あり	・ドレナージの 管理	0点=なし 2点=あり	・ドレナージの管理	0点=なし 2点=あり
・無菌治療室で の治療	0点=なし 3点=あり	・無菌治療室で の治療	0点=なし 2点=あり	・無菌治療室で の治療	0点=なし 2点=あり	・無菌治療室で の治療	0点=なし 2点=あり	・無菌治療室での治療	0点=なし 2点=あり
救急搬送後の入 院 (2日間)	0点=なし 2点=あり	救急搬送後の入 院 (5日間)	0点=なし 2点=あり	救急搬送後の入 院 (5日間)	0点=なし 2点=あり	救急搬送後の入 院 (2日間)	0点=なし 2点=あり	救急搬送後の入院 (2日間)	0点=なし 2点=あり
緊急に入院を必 要とする 状態 (2日間)	0点=なし 2点=あり	緊急に入院を必 要とする状態 (5 日間)	0点=なし 2点=あり	/	/	/	/	/	/

表3. 看護必要度 A 項目の変遷 (2014~2008年度) (続き)

2. 評価 (得点) ※2016年度より「無菌室での治療」ならびに「救急搬送後の入院」が、2022年度より「緊急に入院を必要とする状態」の項目が導入された

2014		2012		2010		2008	
項目名	点数	項目名	点数	項目名	点数	項目名	点数
創傷処置		創傷処置	0点=なし 1点=あり	創傷処置	0点=なし 1点=あり	創傷処置	0点=なし 1点=あり
・創傷の処置 (褥瘡の処 置を除く)	0点=なし 1点=あり	/	/	/	/	/	/

・褥瘡の処置	0点=なし 1点=あり	/	/	/	/	/	/
/	/	血圧測定	0点=0~4回、1点=5回以上	血圧測定	0点=0~4回、1点=5回以上	血圧測定	0点=0~4回、1点=5回以上
/	/	時間尿測定	0点=なし 1点=あり	時間尿測定	0点=なし 1点=あり	時間尿測定	0点=なし 1点=あり
呼吸ケア（喀痰吸引の場合を除く）	0点=なし 1点=あり	呼吸ケア	0点=なし 1点=あり	呼吸ケア	0点=なし 1点=あり	呼吸ケア	0点=なし 1点=あり
点滴ライン同時3本以上	0点=なし 1点=あり	点滴ライン同時3本以上	0点=なし 1点=あり	点滴ライン同時3本以上	0点=なし 1点=あり	点滴ライン同時3本以上	0点=なし 1点=あり
心電図モニターの管理	0点=なし 1点=あり	心電図モニター	0点=なし 1点=あり	心電図モニター	0点=なし 1点=あり	心電図モニター	0点=なし 1点=あり
シリンジポンプの管理	0点=なし 1点=あり	シリンジポンプの使用	0点=なし 1点=あり	シリンジポンプの使用	0点=なし 1点=あり	シリンジポンプの使用	0点=なし 1点=あり
輸血や血液製剤の管理	0点=なし 1点=あり	輸血や血液製剤の使用	0点=なし 1点=あり	輸血や血液製剤の使用	0点=なし 1点=あり	輸血や血液製剤の使用	0点=なし 1点=あり
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置		専門的な治療・処置		専門的な治療・処置	
・悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	0点=なし 2点=あり	・抗悪性腫瘍剤の使用	0点=なし 2点=あり	・抗悪性腫瘍剤の使用	0点=なし 2点=あり	・抗悪性腫瘍剤の使用	0点=なし 2点=あり
・抗悪性腫瘍剤の内服の管理	0点=なし 2点=あり	/	/	/	/	/	/
・麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）	0点=なし 2点=あり	・麻薬注射薬の使用	0点=なし 2点=あり	・麻薬注射薬の使用	0点=なし 2点=あり	・麻薬注射薬の使用	0点=なし 2点=あり
・麻薬の内服・貼付	0点=なし 2点=あり	/	/	/	/	/	/
・放射線治療	0点=なし 2点=あり	・放射線治療	0点=なし 2点=あり	・放射線治療	0点=なし 2点=あり	・放射線治療	0点=なし 2点=あり
・免疫抑制剤の管理	0点=なし 2点=あり	・免疫抑制剤の使用	0点=なし 2点=あり	・免疫抑制剤の使用	0点=なし 2点=あり	・免疫抑制剤の使用	0点=なし 2点=あり
・昇圧剤の使用（注射剤のみ）	0点=なし 2点=あり	・昇圧剤の使用	0点=なし 2点=あり	・昇圧剤の使用	0点=なし 2点=あり	・昇圧剤の使用	0点=なし 2点=あり

・抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）	0点=なし 2点=あり	・抗不整脈剤の使用	0点=なし 2点=あり	・抗不整脈剤の使用	0点=なし 2点=あり	・抗不整脈剤の使用	0点=なし 2点=あり
・抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	0点=なし 2点=あり	/	/	/	/	/	/
・ドレナージの管理	0点=なし 2点=あり	・ドレナージの管理	0点=なし 2点=あり	・ドレナージの管理	0点=なし 2点=あり	・ドレナージの管理	0点=なし 2点=あり

表 4. 看護必要度 **B 項目**の変遷（2024～2008 年度）

1. 評価項目

2024	2022	2020	2018	2016	2014	2012	2010	2008
寝返り	寝返り	寝返り	寝返り	寝返り	寝返り	寝返り	寝返り	寝返り
/	/	/	/	/	起き上がり	起き上がり	起き上がり	起き上がり
/	/	/	/	/	座位保持	座位保持	座位保持	座位保持
移乗	移乗	移乗	移乗	移乗	移乗	移乗	移乗	移乗
口腔清潔	口腔清潔	口腔清潔	口腔清潔	口腔清潔	口腔清潔	口腔清潔	口腔清潔	口腔清潔
食事摂取	食事摂取	食事摂取	食事摂取	食事摂取	食事摂取	食事摂取	食事摂取	食事摂取
衣服の着脱	衣服の着脱	衣服の着脱	衣服の着脱	衣服の着脱	衣服の着脱	衣服の着脱	衣服の着脱	衣服の着脱
診療・療養上の指示が通じる	診療・療養上の指示が通じる	診療・療養上の指示が通じる	診療・療養上の指示が通じる	診療・療養上の指示が通じる	/	/	/	/
危険行動	危険行動	危険行動	危険行動	危険行動	/	/	/	/

表 5. 看護必要度 B 項目の変遷 (2024~2018 年度) (続き)

2. 得点 ※2016 年度より「診療・療養上の指示が入る」ならびに「危険行動」の項目が導入された

2024			2022			2020			2018	
項目名	点数		項目名	点数		項目名	点数		項目名	点数
	患者の状態	介助の実施		患者の状態	介助の実施		患者の状態	介助の実施		
寝返り	0点=できる 1点=何かにつかまればできる 2点=できない	非該当	寝返り	0点=できる 1点=何かにつかまればできる 2点=できない	非該当	寝返り	0点=できる 1点=何かにつかまればできる 2点=できない	非該当	寝返り	0点=できる 1点=何かにつかまればできる 2点=できない
移乗	0点=自立 1点=一部介助 2点=全介助	0点=なし 1点=あり	移乗	0点=自立 1点=一部介助 2点=全介助	0点=なし 1点=あり	移乗	0点=自立 1点=一部介助 2点=全介助	0点=なし 1点=あり	移乗	0点=介助なし 1点=一部介助 2点=全介助
口腔清潔	0点=自立 1点=要介助	0点=なし 1点=あり	口腔清潔	0点=自立 1点=要介助	0点=なし 1点=あり	口腔清潔	0点=自立 1点=要介助	0点=なし 1点=あり	口腔清潔	0点=介助なし 1点=介助あり
食事摂取	0点=自立 1点=一部介助 2点=全介助	0点=なし 1点=あり	食事摂取	0点=自立 1点=一部介助 2点=全介助	0点=なし 1点=あり	食事摂取	0点=自立 1点=一部介助 2点=全介助	0点=なし 1点=あり	食事摂取	0点=介助なし 1点=一部介助 2点=全介助
衣服の着脱	0点=はい 1点=いいえ	非該当	衣服の着脱	0点=はい 1点=いいえ	非該当	衣服の着脱	0点=はい 1点=いいえ	非該当	衣服の着脱	0点=介助なし 1点=一部介助 2点=全介助
診療・療養上の指示が通じる	0点=はい 1点=いいえ	非該当	診療・療養上の指示が通じる	0点=はい 1点=いいえ	非該当	診療・療養上の指示が通じる	0点=はい 1点=いいえ	非該当	診療・療養上の指示が通じる	0点=はい 1点=いいえ
危険行動	0点=ない 2点=ある	非該当	危険行動	0点=ない 2点=ある	非該当	危険行動	0点=ない 2点=ある	非該当	危険行動	0点=ない 2点=ある

表 6. 看護必要度 B 項目の変遷 (2016~2008 年度) (続き)

2. 得点 ※2014 年度で「起き上がり」ならびに「座位保持」の項目が廃止となった

2016		2014		2012		2010		2008	
項目名	点数	項目名	点数	項目名	点数	項目名	点数	項目名	点数
寝返り	0 点=できる 1 点=何かに つかまればできる 2 点=できない	寝返り	0 点=できる 1 点=何かに つかまればできる 2 点=できない	寝返り	0 点=できる 1 点=何かに つかまればできる 2 点=できない	寝返り	0 点=できる 1 点=何かに つかまればできる 2 点=できない	寝返り	0 点=できる 1 点=何かに つかまればできる 2 点=できない
移乗	0 点=介助なし 1 点=一部介助 2 点=全介助	移乗	0 点=できる 1 点=見守り、 一部介助が必 要 2 点=できない	移乗	0 点=できる 1 点=見守り、 一部介助が必 要 2 点=できない	移乗	0 点=できる 1 点=見守り・ 一部介助が必 要 2 点=できない	移乗	0 点=できる 1 点=見守り、 一部介助が必 要 2 点=できない
口腔清潔	0 点=介助なし 1 点=介助あり	口 腔 清 潔	0 点=できる 1 点=できない	口 腔 清 潔	0 点=できる 1 点=できない	口腔清潔	0 点=できる 1 点=できない	口腔清潔	0 点=できる 1 点=できない
食事摂取	0 点=介助なし 1 点=一部介助 2 点=全介助	食 事 摂 取	0 点=介助なし 1 点=一部介助 2 点=全介助	食 事 摂 取	0 点=介助なし 1 点=一部介助 2 点=全介助	食事摂取	0 点=介助なし 1 点=一部介助 2 点=全介助	食事摂取	0 点=介助なし 1 点=一部介助 2 点=全介助
衣服の着脱	0 点=介助なし 1 点=一部介助 2 点=全介助	衣 服 の 着 脱	0 点=介助なし 1 点=一部介助 2 点=全介助	衣 服 の 着 脱	0 点=介助なし 1 点=一部介助 2 点=全介助	衣服の着 脱	0 点=介助なし 1 点=一部介助 2 点=全介助	衣服の着 脱	0 点=介助なし 1 点=一部介助 2 点=全介助
診療・療養上の指 示が通じる	0 点=はい 1 点=いいえ	/	/	/	/	/	/	/	/
危険行動	0 点=ない 2 点=ある	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	起 き 上 が り	0 点=できる 1 点=できない	起 き 上 が り	0 点=できる 1 点=できない	起き上が り	0 点=できる 1 点=できない	起き上が り	0 点=できる 1 点=できない
/	/	座 位 保 持	0 点=できる 1 点=支えがあれば できる 2 点=できない	座 位 保 持	0 点=できる 1 点=支えがあれば できる 2 点=できない	座位保持	0 点=できる 1 点=支えがあれば できる 2 点=できない	座位保持	0 点=できる 1 点=支えがあれば できる 2 点=できない

表 7. 看護必要度 C 項目の変遷 (2016~2024 年度) ※C 項目は 2016 より導入された

2024	2022	2020	2018	2016
開頭手術 (11 日間)	開頭手術 (13 日間)	開頭手術 (13 日間)	開頭手術 (7 日間)	開頭手術 (7 日間)
開胸手術 (9 日間)	開胸手術 (12 日間)	開胸手術 (12 日間)	開胸手術 (7 日間)	開胸手術 (7 日間)
開腹手術 (6 日間)	開腹手術 (7 日間)	開腹手術 (7 日間)	開腹手術 (4 日間)	開腹手術 (5 日間)
骨の手術 (10 日間)	骨の手術 (11 日間)	骨の手術 (11 日間)	骨の手術 (5 日間)	骨の手術 (5 日間)
胸腔鏡・腹腔鏡手術 (4 日間)	胸腔鏡・腹腔鏡手術 (5 日間)	胸腔鏡・腹腔鏡手術 (5 日間)	胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3 日間)	胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3 日間)
全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (5 日間)	全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (5 日間)	全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (5 日間)	全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (2 日間)	全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (2 日間)
救命等に係る内科的治療 (4 日間)	救命等に係る内科的治療 (5 日間)	救命等に係る内科的治療 (5 日間)	救命等に係る内科的治療 (2 日間)	救命等に係る内科的治療 (2 日間)
・経皮的血管内治療	・経皮的血管内治療	・経皮的血管内治療	・経皮的血管内治療	・経皮的血管内治療
・経皮心筋焼灼術等の治療	・経皮心筋焼灼術等の治療	・経皮心筋焼灼術等の治療	・経皮心筋焼灼術等の治療	・経皮心筋焼灼術等の治療
・侵襲的な消化器治療	・侵襲的な消化器治療	・侵襲的な消化器治療	・侵襲的な消化器治療	・侵襲的な消化器治療
別に定める検査 (2 日間)	別に定める検査 (2 日間)	別に定める検査 (2 日間)	/	/
別に定める手術 (5 日間)	別に定める手術 (6 日間)	別に定める手術 (6 日間)	/	/
得点: 0 点=なし、1 点=あり	得点: 0 点=なし、1 点=あり	得点: 0 点=なし、1 点=あり	得点: 0 点=なし、1 点=あり	得点: 0 点=なし、1 点=あり

2. 看護必要度を用いた研究の文献レビュー

1) 対象文献

医中誌 Web は 2025 年 7 月、MEDLINE は 2025 年 10 月に検索を行った。検索した結果 381 件（医中誌 Web 215 件、MEDLINE 166 件）がヒットした。このうち 2018 年以降に出版された 187 件（国内誌 72 件、国際誌 115 件）について、タイトル・抄録のスクリーニングを行い、81 件（国内誌 71 件、国際誌 10 件）について本文のスクリーニングを行った。その結果、本レビューの対象は 28 件（国内誌 21 件、国際誌 7 件）となった。

2) 看護必要度を用いた研究の概要

2018 年以降に、看護必要度を用いた研究の出版数ならびに分析で用いられていた看護必要度データが取得された年（複数年にまたがる場合は開始年）の推移を図 1 に示す。研究で用いられたデータは 2019 年が最も多かった。また、研究の出版数は 2020 年以降、一定数認められており、看護必要度を用いた研究が継続的に実施されていた。研究の出版年と研究に用いられたデータの年との関係を表 8 に示す。多くの研究で、出版年の数年前から直近のデータが用いられていたが、2019 年から 2020 年のデータを用いた研究が複数年にわたって出版されていた。

看護必要度を使用した研究の study profile を表 9 に示す。研究対象施設数は、1 施設を対象とした研究が 18 件（64.3%）と最も多く、次いで 2~50 施設、500 施設以上を対象とした研究がそれぞれ 4 件（14.3%）であった。研究対象患者数は 5,000 人未満の研究が 10 件（35.7%）と最多であった一方、100,000 人以上を対象とした研究は 4 件（14.3%）であった。看護必要度データの取得方法は、自施設の DPC データを用いた研究が 10 件（35.7%）と最も多く、次いで研究班が保有する DPC データを用いた研究が 8 件（28.6%）であった。使用された評価票の種別は、一般病棟用、ハイケアユニット用、特定集中治療室用のいずれであるが、明示されていない文献が多かった。

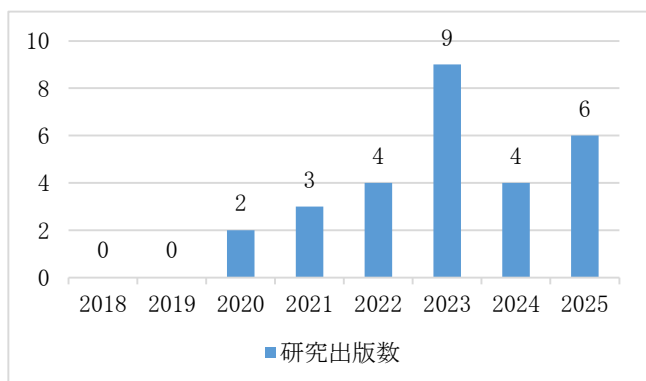


図 1 看護必要度を使用した研究出版数 (N=28)

(1) 分析で用いられて看護必要度の項目の概要

分析で用いられていた看護必要度の項目、使用方法および分析目的について、概要を表 10 に示す。看護必要度の項目別（複数該当）では、B 項目を用いた研究が 25 件（89.3%）と最も多く、次いで A 項目が 13 件（46.4%）、C 項目が 8 件（28.6%）であった。一方、分析時の看護必要度の使用方法としては、各項目の得点を合計して用いる方法が全ての研究で採用されていた。また、各項目の小項目を個別に評価した研究が 7 件（25.0%）、患者該当割合の基準を用いて判定した研究が 5 件（17.9%）であった。看護必要度を分析で用いる目的としては、関心のあるアウトカムに対する曝露変数として用い、その関連を検討した研究が 8 件（28.6%）と最も多かった。次いで、看護必要度をアウトカムとして関連要因を検討した研究が 4 件（14.3%）であった。調整変数として用いた研究や、因子分析・クラスター分析等により要約を試みた研究は少数であった。

3) 看護必要度を用いた研究から得られた知見

看護必要度を分析で使用していた研究の概要を表 11 に示す。

対象文献において、看護必要度のうち、特に患者の状態を評価する B 項目を用いた分析が多数あった。看護師に関連するアウトカムとしては、看護師の労働時間、人員配置、看護記録に要する時間、患者と看護師との接触時間等との関連が検討されていた。患者に関するアウトカムとしては、インシデント発生数、退院先、退院・転院支援介入の実施時期、転倒リスクのアセスメント等との関連が報告されていた。また、医療機能別に患者特性を整理した研究も行われていた。さらに、診療報酬改定に伴い評価方法が I および II に区分されたことを踏まえ、看護必要度の妥当性や指標としての特性を検討した研究もあった。

研究出版数	2	3	4	9	4	6
研究出版年	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	2018	1	1	1	2	1
					5	4
用いたデータ年(複数該当)	2020		2	3	5	3
	2021			1	4	2
	2022				3	2
	不明	1				

表 9 看護必要度を使用した研究の Study profile (N=28)

	n	%
施設数		
1 施設	18	64.3
2~50 施設	4	14.3
50~100 施設未満	0	0
100~500 施設未満	0	0
500 施設以上	4	14.3
不明	2	7.1
患者数		
5,000 人未満	10	35.7
5000 人以上、10,000 人未満	2	7.1
10,000 人以上、20,000 人未満	2	7.1
20,000 人以上、30,000 人未満	3	10.7
30,000 人以上、40,000 人未満	0	0
40,000 人以上、50,000 人未満	3	10.7
50,000 人以上 100,000 人未満	2	7.1
100,000 人以上	4	14.3
不明	2	7.1

	n	%
看護必要度のデータの取得方法		
自施設の電子カルテ	7	25.0
自施設の DPC データ	10	35.7
研究班の DPC データ	8	28.6
研究班の DPC データと調査票	1	3.6
調査票	2	7.1
看護必要度評価票の種類(複数該当)		
一般病棟用	6	21.4
ハイケアユニット用	1	3.6
特定集中治療室用	1	3.6
不明	27	96.4

表 10 看護必要度の分析項目、使用方法および分析目的 (N=28)

	n	%
分析で使った看護必要度の項目(複数該当)		
A 項目	13	46.4
B 項目	25	89.3
C 項目	8	28.6

不明	2	7.1
<hr/>		
分析時の使用方法（複数該当）		
各項目の得点の合計	28	100
各項目の小項目を評価	7	25.0
患者該当割合の基準を用いた判定	5	17.9
不明	1	3.6
<hr/>		
看護必要度を分析で使う目的（複数該当）		
a 看護必要度をアウトカムとして、看護必要度に関連する要因を明らかにする	4	14.3
b 関心のあるアウトカムに対して、看護必要度を曝露変数として用いて、関連を明らかにする	8	28.6
c 関心のあるアウトカムと曝露変数に対して、看護必要度を潜在的なバイアスに対処するための調整変数として用いる	2	7.1
d 看護必要度を、因子分析やクラスター分析を用いて、要約する	1	3.6
<hr/>		

表 11 看護必要度を分析で使用していた研究の概要

No	著者名 (出版年)	タイトル	研究の目的	調査年	施設数	患者数	看護必要度	看護必要度に関する結果の記述の例
1	山 上 (2025)	重症度、医療・看護必要度とインシデント発生数との関係性の検討 医療事故防止の為にモニタリング指標としての可能性	医療、重症度・看護必要度と、インシデント発生状況との関係および時系列変化の検討	2019	1	21,579	A 項目 B 項目 C 項目	インシデント合計件数と看護必要度(総合得点、A 項目得点、B 項目得点、C 項目得点)に正の相関があり、時系列変化と看護必要度とインシデントは同じ傾向であった。 薬剤インシデントと看護必要度 A 項目、療養上の世話インシデントと看護必要度総合得点・B 項目得点に正の相関関係があった。 ドレーン・チューブ、医療機器等、検査、治療・処置、輸血、その他のインシデントに関しては相関関係なかった。
2	松 田 (2025)	急性期病院における高齢患者の入退院経路と重症度、医療看護必要度の B 項目のスコアの関連に関する検討	急性期病院に入院した高齢患者の入退院経路と B 項目のスコアの関連の検討	2020	0	40,196	B 項目	入退院時の B 項目の得点(得点 1: 患者の状態増のみで計算した合計、得点 2: 「状態像×介助の実施」によって計算した合計)は、いずれの得点も退院先で有意の差がみられた。 傷病の組み合わせから病態の重症度を判定する指標である Charlson Comorbidity Index(CCI)は終了(死亡等)以外の群間では大きな差はなかった。
3	宇 山 (2024)	全身麻酔による待機的ロボット支援下脗頭十二指腸手術を受けた患者における術前 NLR と術後看護必要度の影響 後ろ向き観察研究	待機的ロボット支援下脗頭十二指腸手術において術前の NLR と術後の重症度・医療看護必要度との関連の検討	2020- 2023	1	47	B 項目	術後 5 日目の看護必要度 B 項目の中央値は、低 NLR 群と高 NLR 群では統計学的に有意差はなかった。 NLR 高低別における術後 5 日目の看護必要度 B 項目に関連のある因子はなかった。
4	大 久 (2024)	脳卒中における軽症脳梗塞クリニカルパスを用いた退院・転院支援介入における最適なタイミングの検討	パスを用いた退院・転院支援介入のタイミングの検討	2020- 2021	1	49	B 項目	退院時の看護必要度 B 項目は入院時と比べ有意に低下していた。 退院時の看護必要度 B 項目と入院時の看護必要度 B 項目との間には弱い正の相関がみられ、退院時の看護必要度 B 項目と入院 5 日目の看護必要度 B 項目との間には中等度の正の相関がみられた。

No	著者名 (出版年)	タイトル	研究の目的	調査年	施設数	患者数	看護必要度	看護必要度に関する結果の記述の例
								3日目のNIHSSと退院時の看護必要度B項目には中等度の正の相関がみられ、リハビリテーション介入時のBIと看護必要度B項目には中等度の負の相関がみられた。 回復期病院への転院に対して5日目看護必要度B項目は有意な予測因子であった。
5	山 上 (2024)	重症度、医療・看護必要度を用いた転倒リスクアセスメントへの活用の検討	重症度、医療・看護必要度のB項目による転倒リスクアセスメントの代替手段としての活用の検討	2019- 2020	1	22,178	B項目	転倒群と非転倒群では看護必要度B項目において有意差を認めた。 看護必要度B項目の小項目では、転倒群において寝返り、移乗、衣服の着脱の項目で、中等度の人数の割合が最も高かった。 看護必要度B項目の得点について、転倒の有無を目的変数とした数量化Ⅱ類を用いた分析では、中程度以上の精度で説明・判別できていた。 看護必要度B項目得点とModifyB項目得点を比較すると、転倒群ではModifyB項目得点の増加を認め、非転倒群では合計点に大きな変化はなかった。 ModifyB項目得点と転倒リスクアセスメント得点には正の相関がみられた。 AUCの結果として、ModifyB項目得点の方が、転倒リスクアセスメント得点より高く、感度もModifyB項目得点の方がより高い結果となった。
6	岩 田 (2023)	A 大学病院 B 病棟における時間外労働時間に影響を及ぼす要因と縮減への取り組み評価	日勤帯に発生した時間外労働時間に影響を及ぼしている要因の検討	2019- 2020	1	0		平日、休日ともに重症度、医療・看護必要度が増えると時間外労働時間は有意に増加した。

No	著者名 (出版年)	タイトル	研究の目的	調査年	施設数	患者数	看護必要度	看護必要度に関する結果の記述の例
7	後藤 (2023)	ハイケアユニットの利用が患者の予後や提供されるサービスの質に与える影響 DPC データによるハイケアユニット利用と一般病棟利用の比較から	看護必要度でのハイケアユニット該当基準を満たした一般病棟入院患者とハイケアユニット入室患者の比較による、利用病床と患者の予後や提供されるサービスの質の検討	2018- 2019	18	19,424	A 項目 B 項目	言及なし
8	森脇 (2023)	有効な人員配置のための探索的研究 COVID-19 感染症対応の経験に基づいた人員管理に資する分析手法の一例	不慣れ要因や患者重症度の可視化と影響要因の検討	2019- 2020	1	19,961	A 項目 B 項目 C 項目	本来その病棟が対象とする患者を「病棟対象患者」、対象としない患者を「対象外患者」に群分けし、患者の ADL を看護必要度 B 項目を用いて比較。看護必要度 B 項目で示される ADL については、移乗、食事摂取、衣服の着脱で有意差を認め、いずれも病棟対象外患者群のほうが一部介助もしくは全介助の割合が高かった。
9	宇山 (2023)	術前の低栄養が術後看護必要度に及ぼす影響後ろ向き観察研究	術前に消化管機能が維持されている症例が多い泌尿器科待機腹部手術を受けた 65 歳以上の患者における術前低栄養と術後の看護必要度に与える影響の検討	2020- 2022	1	233	B 項目	術前に低栄養がある患者は、低栄養がない患者に比べて術後 3 日目から 5 日目までの看護必要度 B 項目の点数が高く、ADL の自立度が低かった。術後 5 日目の看護必要度 B 項目には MNA-SF、手術方法、手術時間が関連していた。
10	甘利 (2023)	当院で経験した新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 患者の特徴と中和抗体価についての検討	新型コロナウイルス感染症患者の特徴について、透析患者と非透析患者、重症化群と重症化しなかった群、院内クラスターにおいて発症した群と発症しなかった群での比較検討	2021- 2022	1	77	B 項目	第 6 波でのクラスターにおいて、濃厚接触者となってから発症した患者と、発症しなかった患者を比較。発症した群のほうが、発症しなかった群と比して、有意に看護必要度 B が高かった。
11	松田 (2023)	【これからの重症度、医療・看護必要度】重症度、医療・看護必要度を用いた臨床研究の可能性	家庭から入院した高齢患者の退院先別に見た退院時および入院時の B 得点の状況の把握	2020	0	40,178	B 項目	入院時と退院時の B 得点 1 および 2 のいずれの得点も、退院先による平均点の差が観察された。入院時・退院時ともに、家庭復帰に比較して「他の病院・診療所への転院」「介護老人保健施設に入所」「介護老人福祉施設に入所」「社会福

No	著者名 (出版年)	タイトル	研究の目的	調査年	施設数	患者数	看護必要度	看護必要度に関する結果の記述の例
								<p>祉施設、有料老人ホームに入所」「終了（死亡等）」の平均得点が有意に高くなっている。</p> <p>（※B 項目の得点については、状態像のみの得点（B 得点 1）と、「状態像×介助の実施」によって計算した合計（B 得点 2）の 2 つを求めている。）</p> <p>家庭から肺炎で入院した生存例について、退院先別の B 得点の合計は、全症例と同様、入院時・退院時ともに家庭復帰に比較して「他の病院・診療所への転院」「介護老人保健施設に入所」「介護老人福祉施設に入所」「社会福祉施設、有料老人ホームに入所」の平均得点が有意に高くなっている。</p> <p>家庭退院を目的変数として、退院時の B 項目の得点および年齢を説明変数としてロジスティック回帰分析の結果、B 項目の評価で在宅復帰の確率に有意に関連している項目は、移乗の自立が低下していること、衣服の着脱の自立度が低下していること、診療・療養上の指示が通じないこと、であった。寝返り、口腔清潔、食事摂取、危険行動の各自立度は在宅復帰の確率に有意の関連を示さなかった。</p>
12	村上 (2023)	入院患者像及び介護サービス利用者像の把握同一指標を用いた各病床機能の評価	急性期病棟（急性期）、地域包括ケア病棟（地域包括）、回復期リハビリテーション病棟（回リハ）、療養病棟（療養）における入院患者像及び介護医療院、介護老人保健施設（老健）、介護老人福祉施設（特養）、訪問看護ステーション（訪問看護）のサービス利用者像の把握	2019- 2021	1299	0	A 項目 B 項目（口腔清潔、その他の B 項目も 2 群間比較で使用）	<p>A 項目では、得点の低い患者割合が高い順に、回リハ・特養、介護医療院・訪問看護、療養、急性期の順で、同様に B 項目では、得点の低い患者の割合が高い順に急性期・訪問看護・回リハ・地域包括、老健・特養、介護医療院、療養であった。</p> <p>A 項目の総合点を低い点数から累計割合を比較した結果、A 項目低点数施設群、A 項目中間点数施設群および急性期の大きく 3 つに分類できた。A 項目低点数施設群には、回リハ、特養、介護医療院、老健が含まれていた。同様に、B 項目</p>

No	著者名 (出版年)	タイトル	研究の目的	調査年	施設数	患者数	看護必要度	看護必要度に関する結果の記述の例
								<p>の総合点についての累積割合を比較した結果、B項目低点数施設群、B項目高点数施設群、B項目中間点数施設群の3つに分類できた。低点数施設群には、急性期、訪問看護、地域包括、回リハが含まれた。高点数施設群には、療養、介護医療院が含まれ、中間点数施設群には老健と特養が含まれた。</p> <p>A項目の各項目で必要性のあった患者割合について、A項目では点滴ライン3本以上の管理やシリンジポンプの管理、輸血や血液製剤の管理は、急性期を除くすべての病床機能で実施患者がほとんど見られなかった。一方、創傷処置や呼吸ケアはほとんどの病床機能の施設で必要としている患者が見られた。また、急性期では専門的な治療・処置の患者が他の病床機能よりも多く見られた。</p> <p>B項目の各項目で必要性のあった患者割合について、介護医療院や療養が各項目を必要としている（自立していない）患者の割合が高く、訪問看護が患者の割合が最も低かった。項目別では、すべての施設で危険行動が低い割合となっていた。</p>
13	野田 (2022)	自宅から入院した高齢患者の自宅外退院に影響する要因の検討 誤嚥性肺炎を例に	誤嚥性肺炎で自宅から急性期病院に入院した65歳以上の患者の自宅外退院に影響する要因の検討	2018-2019	793	23,781	A項目 B項目	<p>看護必要度A・B項目の因子を「自宅退院群」と「自宅外退院群」で2群間比較した結果、医療的処置については、抗悪性腫瘍剤の内服と免疫抑制剤の管理以外の5項目で、自宅外群のありの割合が有意に高く、入院中に医療的処置が増えた患者の割合も自宅外群の方が高かった。ADL、危険行動についても、自宅外群の方がありの割合が有意に高く、入院中にADLが悪化した患者の割合も、自宅外群の方が高かった。</p> <p>ロジスティック回帰分析の結果、看護必要度に関連する項目としては「ADL」「危険行動」「A</p>

No	著者名 (出版年)	タイトル	研究の目的	調査年	施設数	患者数	看護必要度	看護必要度に関する結果の記述の例
								項目因子1:循環・呼吸の管理」「ドレナージの管理」「危険行動×経管栄養」「循環・呼吸の管理×褥瘡」「A項目悪化」が自宅外退院に影響する患者要因であった。 (※看護必要度のA・B項目を因子分析により集約。A項目第1因子「循環・呼吸の管理(心電図モニターの管理、呼吸ケア)」、A項目第2因子「注射を伴う処置(シリンジポンプの管理、抗血栓塞栓薬の持続点滴の管理、点滴ライン同時3本以上の管理)」、B項目第1因子「ADL(衣服の着脱、寝返り、口腔清潔、食事摂取、診療・療養上の指示が通じる、移乗)」、B項目第2因子「危険行動」)
14	東 (2022)	COVID-19院内感染リスク低減のための看護配置人数算出の試み	2020年4月に発生したクラスターの受け入れ過程で看護師への院内感染が発生した時としなかった時の状況を量的に比較するための指数の検討	2020- 2020	1	0	B項目	1日平均入院患者数、重症度医療・看護必要度B得点の平均値、看護配置実人数、B得点0点の患者への1日の接触時間、B得点12点の患者への1日の接触時間を用いて、院内感染が発生した時としなかった時の状況を量的に比較するための指数を設定し、指数をもとに院内感染発生時における看護配置人数を推計。推計された望ましい看護配置人数は、実際の配置人数より多かった。また、病棟の受け入れ能力を想定したリスク評価を行い、低リスクと判定されうるB得点と患者人数を推計した。
15	古賀 (2021)	入院時口腔ケア介助の必要性と入院中の転倒との関連 過去起点コホート研究	急性期一般病棟の入院患者における入院時の口腔ケア介助の必要性と入院中の転倒の関連性の検討	2018	1	6,009	A項目 B項目	重症度、医療・看護必要度のA項目については、転倒の有無の2群間に有意差は認めなかったが、B項目については、B11口腔清潔も含めた全ての項目において、転倒有群における有所見該当患者の占める割合が有意に高かった。入院時の口腔ケア介助の必要性は転倒と関連する因子であった。

No	著者名 (出版年)	タイトル	研究の目的	調査年	施設数	患者数	看護必要度	看護必要度に関する結果の記述の例
16	小川 (2020)	勤務帯別にみた看護記録時間の関連要因	勤務帯別の看護記録時間の関連要因の検討		1	397	A項目 B項目 C項目	日勤帯の看護記録時間は、看護師1人あたりの受け持ち患者の「重症度、医療・看護必要度」A項目点数と有意な正の相関があり、A項目が1点以上であること、B項目が3.8点以上であることと有意に関連していた。
17	児玉 (2021)	重症度、医療・看護必要度による患者と看護師の接触時間の説明率	「看護必要度」の項目を用いて「患者と看護師の病室内接触時間」の分散をどの程度説明できるのかを明らかにする	2019	1	40	A項目 B項目 C項目	接触時間の差の検定において、A項目では「創傷処置」「専門的な治療・処置」の項目で、「なし」より「あり」の接触時間が有意に長かった。B項目では「寝返り」「口腔ケア」「食事摂取」「衣服の着脱」の項目で、対象者の自立度が高い状態より低い状態の接触時間が有意に長かった。また、「診療・療養上の指示が通じる」の項目においては、「はい」より「いいえ」の接触時間が優位に長かった。C項目では、「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」の項目で「なし」より「あり」の接触時間が有意に長かった。 単回帰分析において、接触時間に正の影響を示した項目は「創傷処置（あり）」「寝返り（順序尺度）」「口腔ケア（あり）」「食事摂取（順序尺度）」「衣服の着脱（順序尺度）」「診療・療養上の指示が通じる（いいえ）」「全身麻酔・脊椎麻酔の手術（あり）」の7項目であり、負の影響を示した項目は「専門的な治療・処置（あり）」の1項目であった。 重回帰分析の変数増加法によって、最終的に「創傷処置（あり）」「専門的な治療・処置（あり）」「口腔ケア（あり）」「食事摂取（順序尺度）」「全身麻酔・脊椎麻酔の手術（あり）」の5項目で接触時間を予測するモデルが構築された。
18	木村 (2021)	A病院におけるフレイルの特徴分析 基本チェックリストと重症度、医療・看護必要度を	病院内科入院患者の聞き取り調査とカルテ情報からフレイルの実態を明らかにする	2019	1	100	B項目	基本属性とフレイル群では、「年齢」と「介護度」、「フレイル」と「必要度」に正の相関関係があった。非フレイル群では全体の群間の相関関係は弱かった。

No	著者名 (出版年)	タイトル	研究の目的	調査年	施設数	患者数	看護必要度	看護必要度に関する結果の記述の例
		用いた高齢入院患者のフレイル実態調査						フレイル群の必要度各項目では、「寝返り」と「フレイル」、「寝返り」と「移乗」、「口腔清潔」と「衣服の着脱」に強い正の相関関係があった。 一元配置分散分析の結果、フレイルと各群間には有意差が見られた。非フレイル群には有意差が見られなかった。 Tukey-Kramer法を用いた分析の結果、11群間に有意差が見られた。
19	森脇 (2020)	重症度、医療・看護必要度における評価法Ⅰと評価法Ⅱの差異に関する検討	評価法Ⅰ及び評価法Ⅱによる評価の差異を明らかにし、看護師の業務負荷量の安定的な評価に看護必要度データを活用するために必要な課題を導き出すこと	2018	750	26,294,407	A項目 C項目	評価法ⅠとⅡで、どちらかの評価法が極端に過大もしくは過少に評価される施設の存在が明らかとなった。 評価法ⅠとⅡでは、評価法Ⅰのほうが看護必要度評価基準を満たす患者割合が高かった。 A項目はC項目と比較して評価法Ⅰと評価法Ⅱの一致率が低かった。 評価法ⅠとⅡの差異は、施設特性も影響していることが明らかになった。
20	Moriwaki et al. (2025)	Influence of Nursing Time and Staffing on Medication Errors: A Cross-Sectional Analysis of Administrative Data.	To evaluate the association between nursing hours per patient and the incidence of drug-related adverse events caused by nurses in a broad range of practice settings.	2019	10	88475	A項目 B項目 C項目	投薬過誤に関する病棟の特徴として、鎮静剤の静脈注射、向精神薬、注射薬の使用、呼吸器ケアのモニタリング、シリンジポンプの管理、放射線治療、経皮的血管内治療、経皮的な心筋焼灼術、侵襲的な消化器の治療、眼科手術などの集中的な外科治療で有意差が見られた。
21	Moriwaki et al. (2025)	Impact of Nurse Staffing Levels on Patient Fall Rates: A Retrospective Cross-Sectional Study in	To clarify the relationship between ward nurse staffing/workload and patient falls during hospitalization from the ward's perspective.	2019	11	105163	A項目 B項目 C項目	転倒群の病棟では、心電図モニター管理、呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）、集中治療に関する特別な治療を受けた患者の割合が高かった。

No	著者名 (出版年)	タイトル	研究の目的	調査年	施設数	患者数	看護必要度	看護必要度に関する結果の記述の例
		General Wards in Japan.						
22	Morioka et al. (2025)	Day and night nurse staffing levels and hospital-associated disability in older adults in Japan: a retrospective cohort study.	To examine the association between nurse staffing and HAD in older adults, using data divided into day and night shifts relative to typical staffing levels.	2019	9	57498	B 項目	患者 1 人あたりの患者-看護師比が平均より増えるごとに、入院に関連した機能障害のリスクが増加した。患者の機能状態を評価するために看護必要度を使用。
23	Matsumoto et al. (2025)	Multimorbidity patterns and prevalence among geriatric patients in Japanese hospital dentistry.	To clarify the prevalence of multimorbidity in patients of hospital dental clinics and the patterns of multimorbidity in patients aged 65 and over in Japan, a country that is experiencing the fastest rate of population aging in the world. Another aim is to provide information to dentists and their assistants who will be responsible for treating complex multimorbidity who are expected to increase in number in the future.	2022	1	1011	B 項目	クラスター1 と 2 の看護必要度の平均値は全体平均よりも高く、クラスター1 では、「寝返り」「食事摂取」「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の点数が特に高かった。

No	著者名 (出版年)	タイトル	研究の目的	調査年	施設数	患者数	看護必要度	看護必要度に関する結果の記述の例
24	Kawabata et al. (2024)	A Comparative Analysis of Nursing Care Needs Scores at Discharge and Transfer Among Survivors of Critical COVID-19 and Septic Shock: A Retrospective Observational Study Using Modified Poisson Regression From Japan.	To examine the differences in NCNs at discharge between COVID-19 and septic shock patients requiring mechanical ventilation, as well as the factors associated with higher NCNs.	2020	1	438	B 項目	COVID-19 患者群と敗血症性ショック患者群の間で、退院前の「患者の状態」と「患者ケア実施状況」に有意差は認められなかった 退院時の看護必要度 B 得点が 7 以上となる関連因子には、COVID-19、入院時に高齢、入院時の危険行動、人工呼吸管理期間、および入院時の脳血管疾患であった 睡眠薬の使用は看護必要度 B 得点の低下と関連していた
25	Moriwaki et al. (2023)	Factors associated with non-home discharge of patients hospitalized for hip fracture: A nationwide retrospective study using the Japanese diagnostic procedure combination database.	To clarify the profiles of patients with hip fractures, aged ≥ 65 years, who were hospitalized in acute care institutions at the time of discharge and the impact on nonhome discharge.	2018		43064	A 項目 B 項目	退院時の患者の状態について、看護必要度 A 項目では、以下の 8 項目で非自宅退院群と自宅退院群との間に有意な差が認められた。「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」「褥瘡の処置」「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」「点滴ライン同時 3 本以上の管理」「心電図モニターの管理」「シリンジポンプの管理」「麻薬の内服・貼付・坐剤の管理」「抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用」 看護必要度 B 項目については、ADL（日常生活動作）に関連する項目で一部または全面的な介助を必要とする患者、診療・療養上の指示が通じない患者、および危険行動が見られる患者の割合が、非自宅退院群においてより高かった 非自宅退院に影響を与えた要因について、「心電図モニターまたは呼吸ケア（因子 A3）」「ADL（日常生活動作）の介助レベル（因子 B1）」が正の相関を、「認知症または危険行動（因子 B2）」が負の相関を示した

No	著者名 (出版年)	タイトル	研究の目的	調査年	施設数	患者数	看護必要度	看護必要度に関する結果の記述の例
26	Hayashi da et al. (2022)	Evaluation of the condition of inpatients in acute care hospitals in Japan: A retrospective multicenter descriptive study.	To describe the current state of inpatients in acute care hospitals using the Severity of a Patient's Condition and the Extent of a Patients' Need for Medical/Nursing Care tool.	2019	979	4234253	A 項目 B 項目 C 項目	A 項目:心電図モニタリングは患者日数の 20%以上で実施され、呼吸ケアは 10%以上であった。一方、抗不整脈薬の注射および無菌治療室での治療は、いずれも患者日数の 1%未であった。 B 項目: 入院患者の 40%以上が、衣服の着脱、寝返り、口腔ケアなどの日常生活動作 (ADL) において介助を必要としていた。 日常的な医療・看護ケアを必要とする患者の割合は、一般的に入院初期に高く、その後徐々に減少したが、退院直前には再び上昇する傾向が見られた。

3. 考察

1) 看護必要度の変遷

看護必要度は、看護に関する業務量を客観的に把握し、適正な看護職員配置を診療報酬制度に反映させることを目的に導入された。これまで2年ごとの診療報酬改定を通じて段階的な見直しが行われてきており、特に急性期入院医療においては、重症患者の評価や医療機能に応じた提供状況を把握する指標として、その役割は拡大している。

しかし、今後のより適切な報酬評価の実現に向けては、看護必要度の根幹を成す「入院患者へ提供されるべき看護の必要量を予測する」という視点と、「急性期患者の医学的な特性を測定する」という視点を、どのように整理・勘案すべきかが問われている。現在は、これら2つの考え方を踏まえ、評価項目や得点、看護必要度の該当患者の定義や割合の基準値等が見直されている状況である。

急性期看護特有の専門性をいかに正当に評価項目へ組み入れ、実態に即した指標として運用していくか。看護必要度の在り方については、これら2つの視点を土台とした、実効性の高い仕組みの構築が重要な検討課題となっている。

近年では、評価方法の見直しや診療行為実績データの活用が進められるとともに、評価に伴う看護職員の業務負担にも配慮した制度設計がなされている。例えば、2018年度の導入以降、看護必要度Ⅱの要件化が進んでいる背景には、評価の客観性確保と看護業務の負担軽減という側面がある。看護必要度Ⅱの導入と拡大は、看護職が本来のケア業務に専念できる環境づくりを推進すると同時に、データの標準化をもたらした。これにより、従来は施設間比較が困難であった看護必要度データが、研究における信頼性の高い指標として活用可能となった意義は大きい。

2020年度改定におけるB項目の2段階評価への見直しは、データの精度向上（患者状態と介助の実施の有無のそれぞれに関する情報把握）と現場の業務負担軽減の両立を目的とした対応であり、患者状態および看護実践について一定の精度を担保した上で、継続的に評価しようとする意図がうかがえる。

また、2024年度改定において、急性期一般入院料1（7対1）の判定基準からB項目が除外されたことは、

同病棟の役割を「日常生活の介助」から「高度な医療・手術への対応」へとより明確にシフトさせる政策的意図を反映している。このように、看護必要度は診療報酬制度や医療提供体制の検討に資する目的、また研究におけるデータ利活用の向上という目的に対応しながら変遷してきた指標であると考えられる。

2) 看護必要度を用いた研究

本研究では、看護必要度を用いた文献を対象に、その使用状況および分析方法について整理した。本レビューにより、看護必要度のほぼ全ての研究においてB項目を用いており、看護師および患者に関連する多様なアウトカムとの関連が検討されていることが明らかとなった。

本レビューにおいて、看護必要度のうちB項目に着目した研究が多く認められたことは、A項目やC項目評価される医学的管理や処置内容のみならず、患者のADLや介助の実施状況といった看護実践の側面が重視されていることを反映している可能性がある。B項目は、看護師による日常的なケアの内容を評価可能な指標であり、看護の質や看護介入の特性を捉える上で有用であると考えられる。看護必要度は単なる診療報酬の算定指標にとどまらず、患者のアウトカム予測や医療安全管理の指標（品質管理指標）としての有用性が示唆された。2024年度改定では、急性期一般1の判定基準からB項目が除外されたが、研究レベルではB項目が示す患者のADL状態が、退院先やインシデント発生といった重要なアウトカムと密接に関連していることが証明されている。このことは、政策的な「高度急性期への特化」という流れの中でも、看護実践の本質である「日常生活の援助」の評価が、患者の予後予測やケアの質管理において依然として不可欠であることを示唆している。

一方で、現状の研究の多くが単一施設（64.3%）に留まっているという課題も浮き彫りとなった。看護必要度Ⅱの普及により、DPCデータやレセプトデータとの連結が容易になったことから、今後は自施設の分析にとどまらず、ナショナルデータベース（NDB）や大規模な臨床データベースを用いた、より一般化可能性の高い研究へと発展させていく必要がある。今後、看護必要度を用いた研究において、B項目をより積極的

に活用することにより、看護実践の可視化や評価につなげる必要性が示唆された。

3) 本研究の限界

【研究 1】の看護必要度の変遷では、一般病棟用の評価票を使用して変遷を整理した。そのため、ハイケアユニット用・特定集中治療用との差異については、本研究では言及していない。

【研究 2】の看護必要度を用いた文献レビューでは、国際誌の検索は MEDLINE のみを使用し、CINAHL や Web of Science 等は使用しなかった。看護必要度に対応する英語表記が多様であったこと、先行研究がなくデータ抽出項目の検討の必要性があり、本研究は探索的レビューとして実施した。本研究の結果をふまえた本検索によるレビューが必要である。

4. 結論

本研究は、看護必要度の制度的変遷を俯瞰するとともに、広範な文献レビューを通じて看護必要度データの活用実態と学術的価値を明らかにした。

結論として、看護必要度は導入から 20 年余りを経て、単なる急性期医療における適切な資源配分のための算定指標に留まらず、日本のヘルスケア・エビデンスを創出するための強固な基盤へと役割を拡大させていることが確認された。特に、B 項目が持つ臨床的な予測妥当性の高さや、患者予後との密接な関連が再認識された。また看護必要度Ⅱによるデータの標準化・客観性の向上は、看護管理の DX（デジタルトランスフォーメーション）を強力に推進し、科学的根拠に基づく看護マネジメントの実現を可能とするものである。

今後は、自施設データに留まることなく、診療行為実績データを含む医療ビッグデータを利活用した多施設共同研究の蓄積が求められる。看護必要度データを活用した研究の進展は、患者の状態に応じたより精緻な看護提供体制の構築に寄与するだけでなく、看護実践の価値を客観的に可視化する質の高い評価体系に繋がり、ひいては日本の医療・看護の質向上に大きく資することが期待される。

5. 健康危機情報

該当なし

6. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

7. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

- ・ Trends in Research Using a rating tool for “Nursing Care Needs” in Japanese acute care settings: A Scoping Review Protocol
<https://osf.io/bvd3r/overview>

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					