

はじめに——本書の理解を進めるために

(1) なぜ、「看護必要度」を評価するのだろうか？

患者に必要なケアを提供するためには、病棟ごとに看護職員が適正に配置されていなければなりません。しかし、これまでに、適正な配置とはいかなる状態であるかを示した定義はありません。このことは、「看護職員配置を適正にすべきだ」との意見に異論を挟む者はいないものの、どのような配置が適切かを説明する方法は確立されてこなかったというを示しています。

ただ、これまでに国内外を問わず、この配置の適切さを説明するために、多くの現場の看護師、研究者、学識経験者らが努力をしてきたことは間違いありません。もちろん日本の看護領域においても、長年にわたって看護量の測定にかかわる研究や実践が進められてきました^{1), 2)}、この状況は、海外においても同じでした³⁾⁻⁵⁾。

これは、看護師たちが「看護職員数が不足している状態では、患者に対して適切な看護を提供することは到底できない」ということを臨床的知見としてわかっていたからでしょう。

しかし、今、必要とされているのは、科学的根拠に基づいた看護職員配置方法の確立です。したがって、この臨床的知見をエビデンスとして、誰にでも容易に理解できるように示すことが求められています。けれども、それは相当に困難な試みであったといえます。

(2) 多対多の看護システムの特徴

「看護必要度」を評価することによって、看護管理者は患者のニーズに合う適切なケアを提供する環境を整えるための条件を把握することができます。しかし、どうしてこれが把握できるかを説明することができる人は多くは存在しません。それは、看護がとても複雑な提供システムによって提供されているからです。

例えば、1人の看護師が1人の患者を継続的に看護するというシステムで看護が提供されているのであれば、看護師は、病気の重篤さによって看護の内容や看護サービスの提供時間が違うことを説明できます。また、一般に患者の状態が悪い場合は医師の指示とそれに伴う処置も多く、看護の内容も複雑になるので時間がかかるということを説明できます。さらに、処置だけでなく、患者は日常生活の自立に支障をきたすことが多いので、療養上の世話にも長く時間を費やす必要があることを説明できます。

このような一対一の看護提供システムは、看護師にとっても、患者にとっても、提供さ

れる看護の内容・量が比較的わかりやすく、説明も容易です。しかし、患者の病気の重篤さと看護が提供されている時間が比例関係にあること、すなわち処置が多ければ多いほど療養上の世話も多くなる傾向があることでさえ、約13年前に調査研究から明らかにされたばかりであり⁶⁾、こういった看護師の実感を数量化してわかりやすく示すことは、簡単なことではありませんでした。現在もその状況は継続しています。

また、このような一対一の看護提供システムは、看護師の負担が大きく費用もかかるので、一般に病院という組織体では用いられません。限られた場合においてのみ、例えば特定集中治療室などでは患者2人に対して看護師1人の二対一のシステムになっており、これは一対一に近いシステムともいえますが、ほとんどの病棟では先に述べた多対多の看護提供システムによって看護が提供されています。

このシステムのもとで看護師が患者への看護サービス提供時間の差異をはっきりと示すのは実に難しいことです。それは多対多の看護システムでは、1人の患者に対して複数の看護師が時間帯別にかかわることになるからです。このため1時間の看護サービスを提供する患者もいれば、ほんの数分間の看護サービスを提供する患者も存在しますし、その中間くらいの時間の看護サービスを提供する患者もいるというように、異なった種類の看護を患者の状態に合わせて随時に提供していくという複雑なしくみによって看護サービスは提供されています。

また、急性期では、毎日多くの患者の状態が変わっていくので、当然、看護する内容も日々変わります。同じ患者であっても、多くの場合は容態が刻々と変化するので、前回行った看護とは異なった看護を提供しなければならないことのほうが多いこととなります。さらに、適切な看護を提供するためには、こういった患者の状態を事前に知ることが必要なので、看護師は、前回の訪室時と比べてどのように変化したか、どういう処置がなされたか等、なるべく多くの情報を得て訪室したいと考えます。このために多くの時間を割いて看護記録や申し送りということが行われてきましたし、今でも、こういった病院であっても、こういった情報提供が行われています。

しかし、ある患者に対して、「あなたが看護を提供するまでに他の看護師が、どのような看護を、どれくらい、何時に提供したか、またすべての看護処置・薬の量・検査の回数とその時間までを完全に把握しておいてください」といわれても、現場ではなかなか難しいでしょう。

つまり、複数の看護師が、複数の患者に対して、時間帯に応じて、多様な看護を提供しなければならず、自分以外の看護師が提供した内容に関する情報を即時的に得ることは難しく、ましてや、病棟に存在しているすべての患者について、ある日の24時間で何分ずつ看護が提供されているかを正確に知っておくというようなことは、まず不可能だからで

5つの留意点

1

「看護必要度」は、入院患者に提供されるべき看護の必要量を推定するものである

2

「看護必要度」のチェック項目は、日本の病院で実施された業務量調査の結果から選定されている

3

「看護必要度」のチェック項目には、厳密な定義と判断基準がある

4

「看護必要度」の評価には、看護にかかる記録が残されていることが必要である

5

「看護必要度」の評価は、医師・薬剤師等との“多職種協働”が必須である

▶「看護必要度」を正しく評価するためには、以上の5つの点に留意しながら評価を行う必要があります。

(3) 評価対象時間

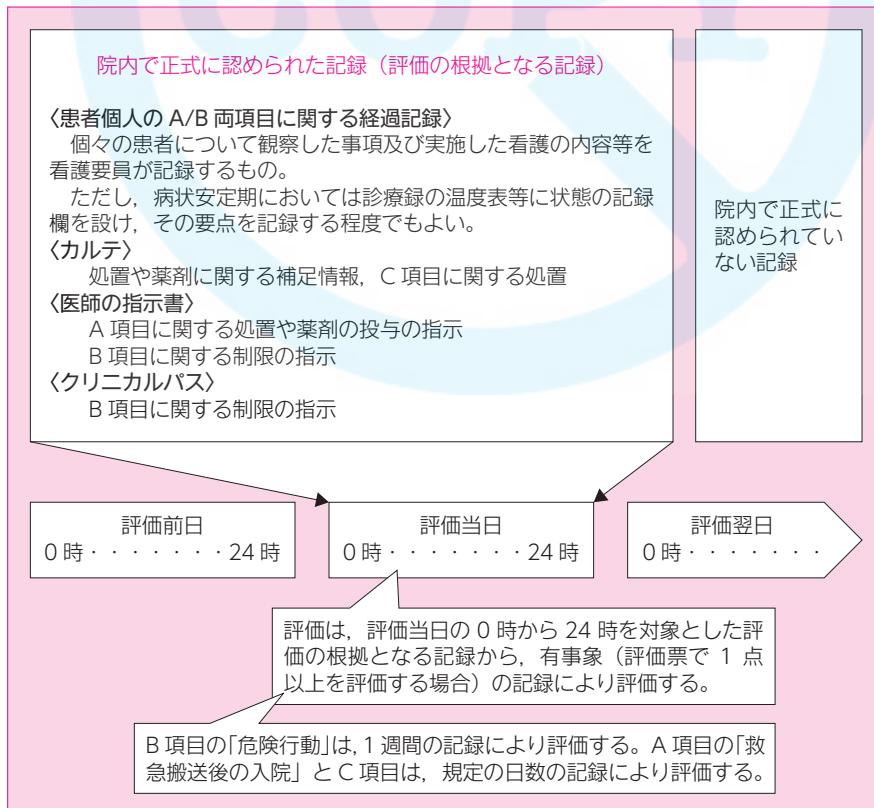
「評価対象時間」を表 1-3 に示します。

表 1-3 ● 評価対象時間

(取扱通知別添 6)

判断要素	判断基準
評価対象時間	<p>0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。</p> <p>外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該病棟、当該治療室に在棟、在室していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。</p> <p>退院(室)日は、当日の0時から退院(室)時までを評価対象時間とする。退院(室)日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含まない。ただし、入院した日に退院(死亡退院を含む)した患者は、延べ患者数に含めるものとする。</p>

(取扱通知を基に筒井が作成)



C-7

③

救命等に係る内科的治療(2日間)

侵襲的な消化器治療

項目の定義

侵襲的な消化器治療は、内視鏡による胆道・膵管に係る治療、内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術、肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法又は緊急時の内視鏡による消化管止血術が行われた場合に評価する項目である。

Step 1

記録の有無の確認

- ①記録
 - ・診療録に治療にかかる記載はあるか
 - ・看護記録に処置等の実施記録はあるか
- ②評価時間帯
 - 前日からの記録に基づいて評価

ない

「なし」

ある

Step 2

手術等の内容による評価

○治療の内容

以下の4つのいずれかの治療であるか

- ・内視鏡による胆道・膵管に係る治療
- ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術^{*1}
- ・肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
- ・緊急時の内視鏡による消化管止血術^{*2}

いずれか該当しない

「なし」

▶検査のみの場合は含めない。

^{*1} 内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜切除術又は内視鏡的ポリープ切除術を実施した場合は含めない。

^{*2} 緊急に内視鏡下に消化管止血を実施した場合に評価を行うのであり、慢性疾患に対して予定された止血術や硬化療法を行った場合、同一病変について1入院中に再止血を行う場合や、内視鏡治療に起因する出血に対して行った場合等は含めない。

該当する

Step 3

手術等後の期間による評価

当該治療当日より2日間以内であるか

該当しない

「なし」

該当する

「あり」

2. 2016年度診療報酬改定の概要(従前との比較)

前項において「看護必要度」にかかる施設基準の比較を述べましたが、2016年度診療報酬改定では、押さえておくべきポイントとして、「評価項目及び評価基準等の改定」「評価方法等の改定」「入院基本料における該当患者割合の基準の見直し」があります。

ここでは、その3点を従前との比較という観点で整理します。

1. 評価項目及び評価基準等の改定の概要

(1) 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、「重症度、医療・看護必要度」の見直しが行われた。

ア 評価項目の見直し

A 項目 (項目の追加)	<ul style="list-style-type: none">・従前の項目に以下の項目が追加された。 「専門的な治療・処置 ①無菌治療室での治療」 「救急搬送後の入院」
B 項目 (項目の追加・削除、 配点の改定)	<ul style="list-style-type: none">・従前の項目から以下の項目が削除された。 「起き上がり」「座位保持」・従前の項目に以下の項目が追加された。 「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」 危険行動の配点が2点になった。 また、選択肢の表現や判断基準等の見直しが行われた。
C 項目 (項目の新規設定)	<ul style="list-style-type: none">・C 項目として新たに以下の項目が設定された。 「開頭手術」「開胸手術」「開腹手術」「骨の手術」 「胸腔鏡・腹腔鏡手術」「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」 「救命等に係る内科的治療 (①経皮的血管内治療, ②経皮的筋肉焼灼術等の治療, ③侵襲的な消化器治療)」