

外科病棟における看護必要度の評価についての実態調査

キーワード：看護必要度 評価 術後患者 実態調査

B棟6階 ○大家 晴香 竹内 美穂

I. はじめに

2008年の診療報酬改定において看護必要度を測定する基準が導入され、7:1入院基本料を算定するすべての病棟において患者評価が毎日行われるようになった。また、2016年度診療報酬改定により7:1入院基本料看護必要度の重症度が25%以上に変更になり、より正確な看護必要度評価が必要となった。外科病棟では主に周術期の患者が入院しており日々状態が変化する。日々看護必要度の測定が行われているが、評価者の知識の差や術後患者の状態変化に応じた評価ができていない現状が伺えた。そこで、術後の看護必要度を正しく評価するためにどの項目に判断の差が生じやすいのか把握し今後の改善が必要であると考えた。目時ら¹⁾は、「各評価項目の定義の理解や解釈について、部署ごとの傾向を把握し、それぞれの課題に対応したOJTを行うことが望ましい」と述べている。外科病棟で術後の看護必要度評価について実態調査を行い、判断の差が生じやすい看護必要度の項目を割り出すことで、看護必要度評価の精度を高めるための改善点を抽出することができると思う。

II. 目的

外科病棟における看護必要度評価についての実態調査を行い評価者によって判断の差が出る看護必要度の項目を割り出し、看護必要度評価の現状把握することを目的とする。

III. 方法

1. 研究期間：2016年10月4日～2016年12月15日
2. 研究対象：A病院外科病棟に入院中の術後1週間以内の患者延べ100名
3. 調査方法：ランダムに設定した日時の外科病棟入院中の術後1週間以内の患者の入力済みの看護必要度と研究者が評価した場合の看護必要度を比較し、評価者による判断の差が生じる項目を算出する。研究者は看護必要度B項目の評価の精度を高めるためデータ収集日は日勤リーダーを担い対象患者すべての状態把握に努め、日勤終了後その日のうちに評価を行うものとする。また、研究者は日本看護協会出版の看護必要度第6版を用いて評価を行う。
4. 分析方法：収集したデータは単純集計し対象入院患者の看護必要度の評価者による判断の差を百分率で算出する。
5. 倫理的配慮：情報を閲覧する際は研究者1名で鍵のかかる個室で行う。また、オプトアウト書類を掲示することで倫理上の配慮を行う。データ処理はネットワークから切り離されたコンピューターを使用しUSBに記録し、鍵のかかるロッカーで保管する。分析後は5年間保存し、その後破棄する。研究結果は2016年度3月の院内看護研究会にて発表したが、個人は特定できない表記とし、プライバシーの保護は遵守する。本研究の実施に際し、奈良県立医科大学附属病院看護研究委員会の許可を得た。

6. 定義：データ集計後看護必要度の判断の差が生じたといえる数は一致95%以下とする。

IV. 結果

A 病院外科病棟に入院中の術後1週間以内の患者100名の入力済みの看護必要度と研究者が評価した場合の看護必要度を比較し、評価者による判断の差が生じた項目は、全体39項目中（C項目は全体で1項目とする）11項目であった。A項目中「創傷の処置（褥瘡処置を除く）」一致81%不一致19%、「点滴ライン同時3本以上の管理」一致79%不一致21%、「心電図モニターの管理」一致94%不一致6%、「輸液ポンプの管理」一致95%不一致5%、「シリンジポンプの管理」一致95%、不一致5%「麻薬の使用（注射剤のみ）」一致85%不一致15%であった。B項目中「寝返り」一致95%不一致5%、「移乗」一致91%不一致9%、「食事摂取」一致82%不一致18%、「衣服の着脱」一致89%不一致11%であった。C項目は一致72%不一致28%であった。判断の差が生じた原因として、各項目の原因とその割合を表に示していく。

表1 創傷の処置（褥瘡処置を除く）で判断の差が生じた原因とその割合

ガーゼ交換観察のみで点数がとられている	10%
手術当日ガーゼ交換なしであるが点数がとられている	3%
ガーゼ交換しているが点数がとられていない	6%

表2 点滴ライン同時3本以上で判断の差が生じた原因とその割合

3本（持続点滴、硬膜外またはIVPCA、抗生剤または鎮痛剤）以上あるが点数がとられていない	18%
3本以上ないが点数がとられている	3%

表3 心電図モニターの管理で判断の差が生じた原因とその割合

前日除去済みだが点数がとられている	4%
モニター管理中だが点数がとられていない	2%

表4 輸液ポンプの管理で判断の差が生じた原因とその割合

使用していないが点数がとられている（前日まで使用）	3%
使用しているが点数がとられていない	2%

表5 シリンジポンプの管理で判断の差が生じた原因とその割合

硬膜外または静脈内のPCAを使用しているが点数がとられていない	3%
使用していないが点数がとられている（硬膜外またはIVPCA 前日抜去）	2%

表6 麻薬の使用（注射剤のみ）で判断の差が生じた原因とその割合

フェンタニル入りの硬膜外・IVPCAを使用しているが点数がとられていない	14%
硬膜外前日抜去済みだが点数がとられている	1%

表7 寝返りで判断の差が生じた原因とその割合

自己にて可能だができないになっている	1%
柵を持たなければできないができるになっている	1%
自己にて可能だがつかまればできるになっている	1%
術当日もしくは術後1日目で安静指示あるができるになっている	2%

表 8 移乗で判断の差が生じた原因とその割合

術当日もしくは術後 1 日目で安静指示あ ることができるになっている	5%
介助必要であるが点数がとられていない	2%
自己にて可能だが点数がとられている	1%
一部介助が全介助になっている	1%

表 9 食事摂取で判断の差が生じた原因とその割合

術後初回飲水見守りしているが点数がと られていない	16%
術当日欠食だが全介助になっている	1%
腸瘻より経管栄養中であるが一部介助に なっている	1%

表 10 衣服の着脱で判断の差が生じた原因と
その割合

術当日は介助なしだが点数がとられてい る	7%
更衣をしていないが点数がとられている	2%
介助要するがなしになっている	1%
一部介助が全介助になっている	1%

表 11 C 項目で判断の差が生じた原因とその
割合

腹腔鏡手術または開腹手術であるが全身 麻酔の項目で点数がとられている	6%
腹腔鏡手術または開腹手術であるが全身 麻酔と両方で点数がとられている	9%
術後日数間違い	11%
術式間違い	2%

V. 考察

1. A 項目について

「創傷の処置（褥瘡の処置を除く）」では、ガーゼ交換時観察のみの場合でも点数がとられていることが最も多かった。これは、観察の

みが創傷処置項目の対象外であることが認識されていない可能性があることが伺える。「点滴ライン同時 3 本以上」では、術後患者の硬膜外持続注入や IVPCA もラインとして計算するため持続点滴と抗生剤や鎮痛剤が投与されていけば点滴ライン同時 3 本以上となる。しかし 3 本以上でも取られていない事が多く、硬膜外持続注入や IVPCA が点滴ラインの本数として計算されることが認識できていない可能性が考えられる。「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」では、前日まで使用していたためそのまま点数をとっていた可能性が高い。「シリンジポンプの管理」では、硬膜外持続注入や IVPCA がこの項目の対象となることが認識されていない可能性がある。また、この項目でも前日抜去済みであるがそのまま点数をとっていた例が見受けられた。「麻薬の使用」（注射剤のみ）では、硬膜外持続注入や IVPCA はフェンタニル入りが多く、フェンタニルが入っていれば麻薬を使用している事になるが、それが認識されていない可能性が高いことが伺える。

2. B 項目について

B 項目は ADL 状況の評価であり、術後の安静指示に基づいた正確な評価がなされていないなど、術後患者の状態変化に応じた評価ができていない現状が伺えたため、判断の差が生じやすいのではないかと仮説を立てていた。「寝返り」「移乗」では術当日・術後 1 日目の安静指示があるにも関わらず、点数がとられていない割合がそれぞれ 40%、56%と他の原因と比較して高く、仮説通りであったと考える。「食事介助」について判断の差が生じた原因の中で、術後初回飲水の見守りをしているが点数がとられていない割合が全体の 89%を占めていた。これは食事介助の項目の中に飲水の介助が含まれていることが認識できていない可能性が高いためと考える。また飲水介助が食事項目の中に含まれていると認識していながらも、術後の初回見守りがその対象になると判断してい

ないことも考えられる。「衣服の着脱」について、術当日は介助なしだが点数がとられているという原因が全体の64%を占めていた。これは手術出室前に検査着に着替える介助が対象に含まれると認識している人が多いと考えられる。B項目の判断の差が生じた要因として加藤ら²⁾は「日内変動のある患者の看護必要度の評価にばらつきがみられ、低項目優先が出来ていないのが要因である」と述べている。今回判断の差が生じたB項目における4項目では、加藤らの説を示唆する自立度の低い状態を優先できていないものが「寝返り」で60%、「移乗」で78%、「食事摂取」は89%と大きく割合を占める項目が多かった。しかし一方で「寝返り」で40%、「衣服の着脱」で27%が、自立度が実際の患者の状態より低いもので点数を取っており、この結果からA項目でも見られたように前日までの評価のまま点数を取っている可能性が高いと推察できる。

3. C項目について

C項目は判断の差が目立った。2016年度の診療報酬改定に伴い新設された項目であり、認識不足が伺える。腹腔鏡や開腹手術の項目と全身麻酔の項目は同時に点数を取ることは出来ず、腹腔鏡や開腹手術の項目が優先となるが、判断の差が大きかったことから周知されていない可能性が高い。また、術後の日数は手術当日を含めた日数で計算しなければならないが、術後から計算されている例が多く、認識されていない可能性が高い。

術後患者の状態変化と看護必要度評価が合っていない項目が多かった他、認識不足が目立った項目が多く、看護必要度の精度を高めるためには判断の差が生じた項目を中心に再学習が必要であるといえる。また前日の状態と同じ評価のままとなっている項目も多く、各自の評価方法の見直しが必要である。加藤ら²⁾は、「看護必要度の評価基準については、看護師の経験年数に関係なく評価能力の向上が必要で

ある」と述べており、経験年数問わずすべての看護師が再学習する必要がある。

以上を踏まえ具体的な改善策として、判断の差が生じた項目を中心とした勉強会の開催や、スタッフ間で評価し合えるカンファレンスなどの機会を設け、看護必要度に対するスタッフの意識を高めるための取り組みを行う必要があると言える。

VI. 結論

評価者による判断の差が生じた項目は、全体39項目中(C項目は全体で1項目とする)「創傷の処置(褥瘡処置を除く)」「点滴ライン同時3本以上の管理」「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」「シリンジポンプの管理」「麻薬の使用(注射剤のみ)」「寝返り」「移乗」「食事摂取」「衣服の着脱」C項目の11項目であった。評価基準の理解の誤り、前日の状態と同じ評価となっていることが原因であった。看護必要度の精度を高めるためには、判断の差が生じた項目を中心に再学習が必要である。また、評価者各自の評価方法の見直しが必要である。

引用参考文献

- 1) 目時のり、山口裕子、平船裕子他：A病院における看護必要度の実際と今後の課題，第15回日本医療情報学会看護学術大会論文集，P19～P220，2014.
- 2) 加藤梢、足立理恵、渡辺千賀子他：看護必要度の評価者によるばらつきの有無とその要因，愛仁会医学研究誌，VOL.46，P196～198.
- 3) 渡部珠美、荒木芳枝、吉井麻己：看護必要度の精度を高めるための取り組み，第43回日本看護学会論文集 看護管理，P139～P42，2013.
- 4) 岩澤和子、筒井孝子：看護必要度 第6版，日本看護協会出版会，2016.