

# 「重症度、医療・看護必要度」評価における信頼性向上 のための監査システムの現状と課題

西井 穂・筒井孝子・木下隆志

キーワード：看護必要度、監査、院内研修、多職種、タスクシェア

## 1. はじめに

2002年度に診療報酬に導入された「重症度、医療・看護必要度」（以下、看護必要度）は、日本の医療領域で、初めて科学的根拠に基づいて開発された個々の患者の看護サービス量を推定するシステムを基盤とした指標である。また、この看護必要度は急性期の入院患者の状態像を把握できる指標として、全国に普及し、診療報酬改定のたびに、その改定動向が大きく取り上げられている（筒井 2020）。

このように診療報酬と密接な関わりをもってきた看護必要度は、当初より、看護サービスの質、看護の評価であることから、正確な評価が求められてきた。厚生労働省も2020（令和2）年度診療報酬改定前までは、院内の研修を指導する者に対しては、院外での研修<sup>1</sup>を必須とし、その精度管理を高めることを要請してきた。ただし、任意となった後も研修会の参加者は、2万人を超え（2021、2022）、評価に関する関心は高い。

これは、一般病棟で7対1入院基本料を算定するためには、病院は、一定の重症患者割合を維持し続ける必要があり、この算定は看護必要度で評価された患者像と評価結果との齟齬がないことが前提とされてきたためであろう。なぜなら、これに関連する記録<sup>2</sup>も2020（令和2）年度診療報酬改定前までは、記録の厳格さが強く求められてきたからである。

---

<sup>1</sup> 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであることとなった。「院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。」という文言が2020年度改定から除外された。

<sup>2</sup> 看護職員の負担軽減の推進の観点から、B項目の評価方法を「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とする。これにより、ADLを含む患者の状態がより明確になるため、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」を不要とする。

出典：中央社会保険医療協議会総会（第451回）答申について（令和2年2月7日）p315 厚生労働省ホームページ  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf>（2022年8月16日アクセス）

また、医療機関の経営層としては、高い入院基本料が算定できなくなることは、経営上の大きな問題となる。このため、一定の重症患者を受け入れながら、病棟運営を円滑にできること、そして、その前提として、患者の評価が信頼性の高いものであることは、最も重要な事項と認識されている。

例えば、回復期リハビリテーション病棟においては、2022（令和4）年度の診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3について、「公益財団法人日本医療機能評価機構等による第三者の評価を受けていることが望ましい」といった要件が新たに盛り込まれた。

これは、回復期リハビリテーション病棟においては、2016（平成28）年度診療報酬改定から、リハビリテーション実績指数が施設基準に盛り込まれリハビリの効果（つまりアウトカム）が評価軸の1つとなっているが、実績指数のベースとなるFIM評価が正しく行われる体制整備が進んでいない病棟があることから、この「評価が正しく行われている体制の整備」を公益財団法人日本医療機能評価機構等の第三者評価によって確認することが必要と考えられたためとされている。

## 2. 問題の背景と目的

看護必要度の評価に関しては、むしろ医療機関内での自助努力を推奨し、評価結果の信頼性を高める方法として、院内での監査（以下、監査）、いわば、評価者とそれを監査する者との評価結果を一致させていくという険者間妥当性の向上が目指されてきた。これは、看護の臨床現場が伝統的に実施してきたダブルチェックを応用した形式ともいえる。

この監査の実態について、看護必要度評価及びその根拠となる記録、記録にかかる時間、監査の実施状況、医療現場に根付いている実情等を調査した結果、2019年度の看護必要度指導者研修参加者（n=10577）のうち、「監査あり」と回答した者は52.4%（n=5544）であったと報告している。ただし、院内での対策を検討する部会があるものの（記録委員会、必要度委員会、必要度ワーキンググループ等）、実際の監査の実態に関しての資料は乏しいことを示している（大夙賀2018、2019、2020）。

昨今、看護必要度の評価の正確さを向上させるには、「看護職員だけではなく、患者を取り巻く多職種の情報を共有する必要がある、それらの情報から看護必要度の妥当性を確認できることは重要である」（嶋森、筒井2018）とされ、例えば、宇田川（2017）は、看護必要度の適正な評価を目的に多職種連携によって監査の実施に取り組み、病院経営改善に効果が得られたと報告している。

そして、この取り組みとは、病床管理担当師長が、A・C項目の評価監査のシステム作りを行い、必要度の監査を開始し、監査方法の修正を重ねつつ、コメディカルまで対象を拡大し研修会を複数回、開催し、A項目「輸血や血液製剤の管理」に関しては、臨床検査技師、「専門的な治療・処置1～8」は、病棟専従の薬剤師、「救急搬送後の入院」は、病棟担当医事、C項目「手術」は、手術室師長・係長が監査者となったというものであった。ここでの監査の流れは、担当者が前日の必要度の評価内容をチェックし、誤った項目に関しては修正を行った後、看護師への指導のため病棟へフィードバックをするというものとされていた。この結果として、輸血に関しては、「血液製剤」の見落としが多く、専門的な治療・処置1～8では「免疫抑制剤の評価」や、夜勤帯で急変した場合の「昇圧剤・抗不整脈剤の使用」の評価漏れがあったと述べている。

以上のように先行研究では、評価者が正しい評価を確実に実施しているかを確認するために、伝統的なダブルチェック方式を踏襲し、看護師を中心として監査体制を構築している医療機関や多職種が協働をしながら、評価の信頼性を高めようとする試みが多かった。

そこで本研究では、2021年に実施された看護管理者を対象とした「2020年度ステップアップ研修」に参加した1592名の受講生の受講前アンケート調査の結果から、現在、臨床現場で行われている院内の評価結果の信頼性を向上させるための監査体制の実態を明らかにし、信頼性向上のための方策を検討することを目的とした。

### 3. 研修会参加者のアンケート調査データによる研究

#### 3-1. 研究方法

##### 3-1-1. 対象者及び調査方法

2021年に開催された看護必要度を用いたマネジメントを学習目的とした院外研修会である「2020年度ステップアップ研修」(2021年2月20日～3月31日実施)の受講生1975名に対し、調査協力が得られた1592名のアンケート調査の内容を分析対象とした。調査票の記入方法は、自記式であり、配布と回収はオンラインにて実施された。有効回収数1592名(有効回収率80.6%)であった。

研修に参加する前に、受講生が回答したアンケート調査の結果を記述統計として示し、自由記述による回答の精査は、テキストマイニングを行い、単語を切片化し頻出したキーワードのうち、スコアが高い語<sup>3</sup>から概念を集約し、考察をした。なお、ツ

---

<sup>3</sup> スコアが高い単語は、そのテキストを特徴づける単語であるスコアは、その単語の「重要度」を表す値である。単純

ルとして「ユーザーローカル AI テキストマイニング」

( <https://textmining.userlocal.jp/> ) によって分析を行った。

### 3-1-2. 調査項目

(1) 基本属性：職種、年齢、経験年数、職位、施設特性（種別、病床数、入院基本料）、(2) 監査実施の状況：所属先の看護必要度の評価結果の監査実施の有無、検証内容、監査委員会の有無、監査委員会の具体的内容、(3) 多職種との関連状況：監査を実施している職種（複数回答）、看護必要度の各評価に関わる職種、院内研修の開催を案内する職種（複数回答）、(4) 看護必要度 A 項目及び B 項目の根拠となる記録を多職種が協働して残すための貴院における工夫（自由記述）といった項目を分析した。

### 3-1-3. 統計処理

監査実施の有無に分け回答数を集計し、2 群間の統計学的有意差の検定は  $\chi^2$  乗検定を行った。なお、期待度数 5 未満のセルが 20%以上ある項目は、Fisher の正確確率検定を用いて解析した。項目ごとに欠損値がある場合には、除外して解析を行った。

解析には、IBM SPSS Statistics 23 を使用し、有意水準は 5 %（両側検定）未満とした。

## 3-2. 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学大学院社会科学研究所研究倫理審査委員会の承認を受け、実施したものである（承認番号 2022-6618）。

## 4. 結果

### 4-1. 分析対象者の基本属性

分析に用いた対象者 1592 名のうち、職種では、看護職員が 1589 名（99.8%）と多くを占めた。年齢層は、40 歳代、経験年数は 20～30 年未満の者が 4 割を超えていた。

看護職員の職位は、看護師長が一番多く、496 名（31.2%）、次いで主任が 454 名

---

に回数だけをランキング化しても、一般的な語が混じってしまいその文章の特徴をつかむことができない。この問題を解決するため、テキストマイニングでは、「一般的な文書でよく出る単語は、重要ではないため、重み付けを軽くする」、一方「一般的な文書ではあまり出現しないが、調査対象の文書だけによく出現する単語は重視する」仕組みが取り入れられている。このような特徴語を抽出するためのロジックとして、TF-IDF 法という統計処理がされている。(関ユーザーローカルホームページ [https://textmining.userlocal.jp/questions#data\\_q9](https://textmining.userlocal.jp/questions#data_q9) (2022 年 8 月 13 日アクセス))

(28.6%)、スタッフナースが355名(22.3%)であった。なお、看護部長47名(3.0%)、副看護部長63名(4.0%)といった看護管理部門者も参加していた。

施設特性では、医療法人(44.9%)に所属する参加者が多かった(表1)。なお、入院基本料は、一般病棟に所属する参加者の割合が71.7%を占めていた。

#### 4-2. 監査実施の状況

看護必要度の評価結果の「監査実施の有無」及び「監査委員会の有無」に関して、実施体制の状況を回答者が所属する病床数及び看護体制の特性を基に、 $\chi^2$ 乗検定を行った結果、有意な差が得られた(表2、表3)。残差分析の結果、200床以上の病床数では、「監査あり」が、200床未満の機関に比べて有意に多かった。

また、看護体制においては、「監査あり」は、看護体制7:1が13:1、15:1に比べて有意に「監査あり」が多かった。同様に、監査委員会の有無について分析をしたところ、監査委員会の有無は、「あり」498名(31.3%)、「なし」1093名(68.7%)であった。さらに200床以上の病床数では、「委員会あり」が、200床未満に比べて多かった。そして、看護体制7:1は、10:1、13:1、15:1に比べ、「委員会あり」が有意に多かった。

監査の内容を要約すると監査者としては、看護師、リーダーナース、看護師長、看護部長、記録委員、看護必要度研修受講者、医事課、事務職員、診療情報管理士、薬剤師、理学療法士等が、A・B・C項目評価と看護記録、EFファイルと評価票、EFファイルとHファイル、看護記録と指示簿及び評価票の整合性を確認していた。

その対象としては、全病棟患者あるいは、1日または数日分のランダム抽出された患者例であった。頻度としては、毎日、週1回、月2回、毎月、2ヶ月、3ヶ月に1回、年2~3回等で、定期的あるいは、抜き打ちで実施されていた。また、ツールとしては、自院で作成した評価票、看護必要度分析アプリケーションといったITを使用したとの回答があった。そして、評価結果を病院全体、各部署、スタッフ個人へフィードバックしていた医療機関もあった。

監査委員会の具体的内容としては、看護必要度評価の監査、監査票の作成、フィードバック、監査結果のデータ統計報告、院内研修企画及び実施等が行われていた。

表 1 分析対象者の属性

	n, mean(SD)	%
<b>職種</b>		
看護職員	1589	99.8
ソーシャルワーカー	1	0.1
事務職員	2	0.1
<b>年齢</b>		
	45.5 (±7.9)	
20歳代	59	3.7
30歳代	299	18.8
40歳代	702	44.2
50歳代	503	31.7
60歳代以上	26	1.6
<b>経験年数</b>		
	21.4 (±8.8)	
5年未満	61	3.8
5～10年未満	110	6.9
10～20年未満	435	27.3
20～30年未満	664	41.7
30年以上	321	20.2
<b>職位</b>		
看護部長	47	3.0
副看護部長	63	4.0
看護師長	496	31.2
副看護師長・師長補佐	146	9.2
主任	454	28.6
スタッフナース	355	22.3
その他	29	1.8
<b>設置主体</b>		
国（独立行政法人を含む、大学以外）	94	5.9
国（国立大学法人）	15	0.9
公立（大学以外）	280	17.6
公立（公立大学法人）	36	2.3
公的（日赤、厚生連等）	126	7.9
社会保険関係	9	0.6
公益法人	71	4.5
医療法人	715	44.9
私立大学法人	41	2.6
社会福祉法人（済生会、北海道社会事業協会等）	61	3.8
その他の法人	127	8.0
個人	15	0.9
医療機関以外	2	0.1

表2 監査実施の有無

		監査あり		監査なし		合計		p値*
		n	%	n	%	n	%	
病床数	200床未満	323	38.3	461	61.7	784	49.3	0.000 *
	200床以上	521	61.7	286	38.3	807	50.7	
	計	844		747		1591		
看護体制	7 : 1	454	53.8	261	34.9	715	44.9	0.000 *
	10 : 1	256	30.3	243	32.5	499	31.4	
	13 : 1	78	9.2	140	18.7	218	13.7	
	15 : 1	6	0.7	39	5.2	45	2.8	
	その他	48	5.7	58	7.8	106	6.7	
	計	842		741		1583		

χ<sup>2</sup>乗検定 (\*p<0.05)

表3 監査委員会の設置状況

		委員会あり		委員会なし		合計		p値*
		n	%	n	%	n	%	
病床数	200床未満	187	37.6	597	54.6	784	49.3	0.000 *
	200床以上	311	62.4	496	45.4	807	50.7	
	計	498		1093		1591		
看護体制	7 : 1	273	54.9	442	40.7	715	45.2	0.000 *
	10 : 1	139	28.0	360	33.1	499	31.5	
	13 : 1	44	8.9	174	16.0	218	13.8	
	15 : 1	8	1.6	37	3.4	45	2.8	
	その他	33	6.6	73	6.7	106	6.7	
	計	497		1086		1583		

χ<sup>2</sup>乗検定 (\*p<0.05)

#### 4-3. 多職種との関連状況

「監査あり」の回答者のうち、監査を実施している職種（複数回答）は、看護職員が835名と多く、看護職員以外では、事務職員が128名、医師8名、薬剤師5名、理学療法士4名、看護補助・看護助手2名、ソーシャルワーカー1名が実施に関わっていた（表4）。

表4 監査を実施している職種（複数回答）

	合計数	
	n	%
看護職員	835	98.8
医師	8	0.9
薬剤師	5	0.6
理学療法士	4	0.5
看護補助・看護助手	2	0.2
ソーシャルワーカー	1	0.1
事務職員(診療情報管理士)	128	15.1

監査あり:n845

看護必要度のA・B・C項目の評価に関わっている職種（複数回答）について、「監査あり」群と「監査なし」群を $\chi^2$ 二乗検定で比較したところ、「監査あり」の施設では、A項目では作業療法士、事務職員が、B項目では理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、C項目では手術室の看護師、事務職員が評価に関わる割合が有意に多かった（表5）。なお、その他に関しては、A項目では、臨床工学技士が2名、看護必要度Ⅱのため評価をしていないが含まれている。B項目で歯科衛生士、管理栄養士、放射線技師が各1名、B項目を評価していないという回答、C項目で、看護職員（管理職 副部長・師長・主任・リーダー、救急外来、放射線科、内視鏡、必要度担当等）、臨床工学技士が1名含まれていた。C項目は、回復期リハビリテーション病棟所属他で、手術等の処置を行っていないことから選択する回答者がいた。

院内研修の開催を案内する職種（複数回答）は、「監査あり」群、「監査なし」群とも看護職員が99%の結果であった。

多職種への研修案内は、合計数として多い順に、理学療法士、事務職員、薬剤師、作業療法士、医師、言語聴覚士、ソーシャルワーカー、看護補助・看護助手であった。その他は、管理栄養士4名、検査技師1名、歯科衛生士1名、消防・救命士1名、研修無し5名の回答があった。

看護補助・看護助手に有意差があったが、これを除く職種は、院内研修の開催を促す割合についての有意な差は無かった（表6）。



表5 看護必要度の評価に関わる職種

	監査あり		監査なし		合計数		p値*
	n	% <sup>1)</sup>	n	% <sup>2)</sup>	n	%	
<b>A項目の評価に関わっている職種（複数回答）</b>							
看護職員	784	92.8	678	90.8	1462	91.8	0.142
医師	161	19.1	139	18.6	300	18.8	0.821
薬剤師	90	10.7	64	8.6	154	9.7	0.161
理学療法士	50	5.9	34	4.6	84	5.3	0.224
作業療法士	28	3.3	13	1.7	41	2.6	0.048 *
言語聴覚士	22	2.6	10	1.3	32	2.0	0.073
看護補助・看護助手	4	0.5	7	0.9	11	0.7	0.265
ソーシャルワーカー	3	0.4	7	0.9	10	0.6	0.142
事務職員	267	31.6	155	20.7	422	26.5	0.000 *
その他	4	0.5	29	3.9	33	2.1	0.000 *
<b>B項目の評価に関わっている職種（複数回答）</b>							
看護職員	842	99.6	720	96.4	1562	98.1	0.000 *
医師	38	4.5	30	4.0	68	4.3	0.636
薬剤師	21	2.5	12	1.6	33	2.1	0.219
理学療法士	218	25.8	143	19.1	361	22.7	0.002 *
作業療法士	153	18.1	95	12.7	248	15.6	0.003 *
言語聴覚士	119	14.1	57	7.6	176	11.1	0.000 *
看護補助・看護助手	40	4.7	59	7.9	99	6.2	0.009 *
ソーシャルワーカー	5	0.6	9	1.2	14	0.9	0.191
事務職員	23	2.7	21	2.8	44	2.8	0.914
その他	5	0.6	26	3.5	31	1.9	0.000 *
<b>C項目の評価に関わっている職種（複数回答）</b>							
病棟の担当看護師	517	61.2	513	68.7	1030	64.7	0.002 *
手術室の看護師	77	9.1	35	4.7	112	7.0	0.001 *
医師	26	3.1	15	2.0	41	2.6	0.179
診療録管理士等医療事務等	301	35.6	173	23.2	474	29.8	0.000 *
その他	55	6.5	70	9.4	125	7.9	0.034

$\chi^2$  二乗検定 (\* $p < 0.05$ )

n=1592(監査あり;845,監査なし;747)

1)回答数/監査あり回答数(845)

2)回答数/監査なし回答数(747)

表6 看護必要度の院内研修の開催を案内する職種

	監査あり		監査なし		合計数		p値*
	n	% <sup>1)</sup>	n	% <sup>2)</sup>	n	%	
<b>院内研修の開催を案内する職種(複数回答)</b>							
看護職員 <sup>†</sup>	844	99.9	742	99.3	1586	99.6	0.105
医師	48	5.7	40	5.4	88	5.5	0.777
薬剤師	69	8.2	49	6.6	118	7.4	0.222
理学療法士	80	9.5	61	8.2	141	8.9	0.362
作業療法士	55	6.5	46	6.2	101	6.3	0.774
言語聴覚士	40	4.7	40	5.4	80	5.0	0.571
看護補助・看護助手	14	1.7	33	4.4	47	3.0	0.001*
ソーシャルワーカー	25	3.0	31	4.1	56	3.5	0.198
事務職員	64	7.6	59	7.9	123	7.7	0.809
その他	6	0.7	5	0.7	11	0.7	0.922

χ<sup>2</sup> 二乗検定 (\*p<0.05)

<sup>†</sup>Fisherの正確確率検定

n=1592(監査あり;845,監査なし;747)

1)回答数/監査あり回答数(845)

2)回答数/監査なし回答数(747)

#### 4-4. 看護必要度の根拠となる記録を多職種協働により残す工夫に関する記述

看護必要度の根拠となる記録を多職種が協働して残すための工夫について、A項目とB項目に分けて質問し、得られた回答結果(自由記述)から、工夫が「なし」「不明」「分からない」の語を除外し、前処理をした。この後に、テキストマイニング分析をした結果、抽出語のスコアが高い上位5位の名詞として、A項目は「記録(314.18)」「電子カルテ(263.95)」「薬剤(195.45)」「医師(189.75)」「薬剤師(156.87)」が示された。

一方、B項目は、「記録(724.20)」「リハビリ(373.25)」「電子カルテ(224.53)」「カンファレンス(188.97)」「理学療法士(185.32)」であった。

分析されたテキストを統合すると、「医師、看護職員、事務職員による記録記載とチェックで連携をとること」、「薬剤師が薬剤の作用、副作用の説明、服薬後の観察をする」、「電子カルテ上、看護必要度がとれる薬剤をオーダーから引用できるようにする」、「事務職員が救急搬送後の入院があれば、電子カルテ上にチェックして看護必要度画面への引用ができるようにしている」、「電子カルテやテンプレートを活用しながら、リハビリ部門と協働でアセスメントを行い、ケースカンファレンスで患者の状態や監査記録の情報を共有する」、「学習会に参加を促す」等、数多くの工夫がされていた。

## 5. 考察

### 5-1. 臨床現場で行われている監査体制の実態

急性期病院における看護必要度の監査において、組織体制（位置づけ、構成メンバー、役割など）が整備され、監査基準、監査手順、監査結果、フィードバック、改善などといった監査を円滑化するためのルールやロールを示したうえ、十分な監査機能を発揮するためには、委員会を組織するのが一般的である（嶋森、筒井 2018）。

本研究の分析対象となった研修受講生は、看護必要度に関する学習を積み重ね、しかも臨床現場のマネジメントに携わる専門職集団であると想定される。当該研修では、研修の評価を行うとともに看護必要度評価の実際や課題を把握することを目的としたアンケート調査が実施されていると推察された。

本調査のアンケート結果からは、「監査委員会がある」との回答は3割で、監査の質を評価できる枠組みは、十分とはいえなかった。しかし、委員会は定期的に開催され、マニュアル整備が行われている施設や、根拠となる記録を残すため、記録監査とOJTが行われている施設があったことは重要であろう。

一方、「監査あり」と回答した者は、大塚賀の報告（2020）と同様の結果であり、5割を超え、看護師を中心に頻度は異なるが、定期的に記録内容と看護必要度の評価結果を確認し、結果をフィードバックしていることが明らかにされた。

また、「監査あり」群にて、監査者を実施している職種として中心的な役割を担っていたのは看護師ではあるが、事務職員の関わりも認められ、委員会という組織化はされていないものの、看護必要度の評価とその評価の信頼性を高める取り組みは行われてきたと考えられる。

「監査あり」の医療機関におけるA項目は、作業療法士と事務職員が、B項目では理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、C項目では手術室の看護師、事務職員が監査に関わる割合が、「監査なし」と比べて高い傾向があった。これは、看護必要度導入時から、最近まで、看護師が中心となって評価がされてきたが、宇田川（2017）のレビューからも分かるように、2016（平成28）年度の診療報酬改定にて、看護職員以外の職種が一部の看護必要度の評価項目を評価できることになったことが契機となり、監査体制に多職種が関与するようになったのではないだろうか。本稿の結果からも、院内研修の開催を理学療法士、事務職員、薬剤師、作業療法士、医師、言語聴覚士といった職種に案内し参加を呼びかけていることがわかった。これは、看護必要度をプラットフォームとした多職種が参加する学習の場づくりが推進されていると考えられ重要である。

B項目の評価に関わっている職種としては、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は、「監査あり」群の割合が高かったが、看護補助・看護助手に関しては、「監査無し」群の割合が有意に低く示された。B項目については、多職種による評価が認められていることから、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士らの専門職種の評価を活用しているものと考えられた。一方、看護補助・看護助手で、「監査無し」が有意に多かったことは、監査を実施している信頼性を高めようとしている病院とそうでない病院で、これらの職種が評価をすることに対する方針の違いがあるのかもしれない。

また、院内研修の開催を案内する職種を分析した結果、「監査あり群」「監査なし群」での有意な差が示されたのは、看護補助・看護助手だけであった。評価の信頼性を高めるために監査あり群で理学療法士や言語聴覚士等の多職種での評価をしているという状況には未だなっていないようである。

多職種に院内研修で教育を受ける機会を増やすことは、正確な評価ができるようになるうえ、各職種が自身の業務にも看護必要度のデータ活用ができること、また、監査者としてのロールを担うことが将来的に可能となることを意味しており、チームビルディングなど、組織力向上への副次的な効果も得られるため、院内研修を案内していない職種の参加に関しては、今後の課題となるだろう。

また、テキストマイニング分析からは、現在、看護必要度の根拠となる記録の工夫として、看護職員が主にA項目では電子カルテを用いて医師、薬剤師と、B項目においては、理学療法士と協働して、カンファレンスを活用しながら、看護必要度の適正評価を実施していることが明らかになった。

このような実態に併せ、医療機関の特性別の結果を踏まえると、病床数200床以上や看護体制7:1の施設は、看護必要度評価における多職種協働すなわち、タスクシェアが推進されつつあるといえる。

## 5-2. 評価結果のさらなる信頼性向上を目指すための方策

評価結果をさらに信頼性向上を目指すために、今回の結果より、看護必要度の評価体制に関与が少なかった職種に対する教育の推進、並びに教育的アプローチの優先事項をB項目とする方策を検討した。

なぜなら、A・B・C評価項目ごとの難易度の高さ、研修の必要性、評価項目に時間がかかるのは、いずれもB項目であること（大野賀2020）、また、「看護必要度におけるB項目は患者の臨床像を明らかにできる、ほぼ唯一のツールであり、患者のスクリーニングにおいても有用と考えられるが、臨床現場やアカデミックな領域でもB項目

に対する理解が十分でない」(筒井 2022) からである。

理学療法士、薬剤師以外の診療支援部門の職種が、患者の状態と介護の実施状況を表す B 項目に密接に関わることで、より精度の向上が図られると考えた。さらに、筒井 (2022) は、「特に、看護必要度の寝返り、移乗、食事摂取、意思の疎通といった状態の情報が看護師だけでなく、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、言語聴覚士に共有されれば、多職種協働システムの運用はより容易になる。」と提言している。このことから、B 項目に関しては重点的な教育が求められる。

多職種が監査に協働する取り組みは、第 2 節で述べた、宇田川 (2017) の報告の他に、事務職員の立場から看護職員との連携を報告した例がある (佐藤ら 2014、三代ら 2017)。これらの取り組みは、適正な看護必要度の評価及び病棟看護師の意識向上を図るべく、チェックリストの作成を始めたものである。電子カルテシステムの「看護必要度データ」と医事会計システムの「医事算定データ」を突合させ、不一致のあるデータを毎日リストアップし、看護師へフィードバックする運用を構築し、取り組んでいる。

さらに、看護師と事務職員だけではなく、看護必要度をもれなく正確に評価し実践入力するためには、多職種による意識の共有、連携が必要不可欠であり、このことから、院内全体で看護必要度について学習する機会を作り、多職種との協力、情報共有により正しい評価につなげることが出来るようにしていく必要がある (佐々木ら 2021) としている。

藤井ら (2018) は、直接、患者に専門的に関わった各職種が看護必要度の評価を確認することで、より精度の高い報告が可能とし、多職種協働 (医師、薬剤師、看護師、理学療法士、診療情報管理士) によって、看護必要度を評価管理する体制を構築したことを述べている。

以上の結果からは、多職種へ看護必要度評価の B 項目を優先とした教育推進と、評価を協働体制とすることが、評価結果の信頼性の向上を目指すための方策であると考えられた。

現在、看護必要度の精度管理は、重症度割合を保つための主眼となり、診療報酬の要件を満たすものと捉えられている部分が多い。しかし、看護必要度の開発の原点は、「入院患者へ提供されるべき看護の必要量」を推定するツールである。多職種が関わることで、監査と共にサービスの質の向上に繋がる。このことから、今後、医療機関において正確なデータを蓄積し、多職種が活用していくことが期待される。

最後に、本研究の限界として、アンケート回答者は同一施設から受講をしている場合もあるため、各施設の回答を統合した分析も必要と考える。さらに、アンケート回

答者の多くが看護師であり、多職種からの視点での意見がほとんど無かったため、看護必要度の精度管理に多職種協働に関するデータが示せなかった。従って、今後は、多職種を対象とした調査がなされるべきと考えている。

## 6. 結論

急性期病院にて、正確な看護必要度の評価のために、多職種連携が行われ、看護職員以外の職種が看護必要度の教育を受け、さらに看護必要度の評価精度管理を向上させるために、院内監査者のロールを担っている施設があった。

これらの医療機関の特性としては、病床 200 床以上または看護体制 7 : 1 の体制において、看護必要度評価の多職種協働すなわち、タスクシェアが僅かながらではあるが進展していることが示されたことは重要である。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [ 1 ] 宇田川洋子 (2017) 「多職種連携による『重症度、医療・看護必要度』の適正な評価への取り組み」『日赤医学』69 (1)、168。
- [ 2 ] 大冢賀政昭 (2018) 『『重症度、医療・看護必要度』の評価と記録の実態—看護必要度全国研修会でのアンケート調査結果より—』『第 22 回看護管理学会学術集会』202。
- [ 3 ] 大冢賀政昭 (2019) 『『重症度、医療・看護必要度』の評価と活用の実態—看護必要度全国研修会でのアンケート調査の経年比較』『第 10 回臨床看護マネジメント学会学術研究会』35-38。
- [ 4 ] 大冢賀政昭 (2020) 「看護必要度の実態調査報告—看護必要度評価者研修における全国アンケート調査の結果報告」『日本臨床看護マネジメント学会第 11 回学術研究大会』49-56。
- [ 5 ] 佐々木桃香、岡田英孝、長尾あけみ、神高繭子、林田大樹 (2021) 「当院の多職種を対象とした看護必要度に対する意識調査」『高松市立病院雑誌』36、39-43。
- [ 6 ] 佐藤明彦、中島雅己、寺口大、十河幸代 (2014) 「重症度、医療・看護必要度の適正な評価への取り組み」『日赤医学』66 (1)、164。
- [ 7 ] 嶋森好子、筒井孝子監 (2018) 『看護必要度データから始まる臨床看護マネジメント-医療機関における患者評価と体制整備』株式会社サイオ出版。
- [ 8 ] 田中彰子 (2013) 「看護必要度に必須とされる精度管理—監査に必要な記録とは」

『看護管理』23、551-556。

- [9] 筒井孝子 (2020) 『看護必要度第8版』株式会社日本看護協会出版会。
- [10] 筒井孝子 (2022) 『ナースィング・トランスフォーメーション』日本ヘルスケアテクノ株式会社。
- [11] 藤井一美、山本明紀、小澤元子、川見裕美、安井友佳子、石坂敏彦 (2018) 「堺市立総合医療センターにおける多職種協働による『一般病棟用の重症度、医療・看護必要度』に係る評価」『医薬ジャーナル』54 (8)、1879-1883。
- [12] 三代和史、星野和子 (2017) 「看護必要度の精度向上を目的とした看護部と事務部の連携」『日赤医学』69 (1)、197。

### 引用ホームページ

- [1] 株式会社ユーザーローカルホームページ  
<https://textmining.userlocal.jp/> (2022年8月13日アクセス)
- [2] 厚生労働省ホームページ  
中央社会保険医療協議会総会 (第451回) 答申について (令和2年2月7日)  
p315 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf>  
(2022年8月16日アクセス)