

# 日常生活機能指標（看護必要度）評価者研修会に参加して

## — 看護必要度の考え方と評価方法について —

粕谷あけみ<sup>1)</sup> 勝尾信一<sup>2)</sup>

### 緒 言

平成20年度の診療報酬改定により、回復期リハビリテーション病棟に対する質の評価が導入された。その評価基準として、「日常生活機能評価表」が使用されることになった。

今回、日常生活機能指標（看護必要度）評価者研修会の研修で看護必要度の重要性と回復期リハビリテーション病棟における「日常生活機能評価表」の適正な評価方法を学んだので報告する。

### 1. 研修会の概要

#### 1) 研修の目的

- 患者の重症度・看護必要度について評価が行えるよう、その評価方法を修得する。
- 看護必要度の考え方を理解し看護管理や質の評価に活用できるようにする。
- 診療報酬加算に対応する日常生活機能指標に対して、正しく理解する。

講義① 診療報酬改定の方向性と看護必要度の重要性について

講義② 看護必要度における評価方法の考え方について

講義③ 看護必要度における各項目の具体的な説明

演習① 筆記テスト(テスト→解答用紙回収→説明)

演習② 筆記テスト(評価項目のビデオ演習→解答用紙回収→説明)

講義④ 院内研修会の開催方法について

#### 2. 診療報酬改定の方向性と

#### 看護必要度の重要性について

##### 1) 診療報酬改定の方向性

平成20年度の診療報酬改定の基本方針において、「緊急課題」と「4つの視点」が示された。(表1)<sup>4)</sup>その緊急課題は、産科、小児科を始めとする病院勤務医負担軽減が挙げられた。そして4つの視点は、1)患者から見てわかりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点、2)質の高い医療を効率的に提供するため医療機能の分化・連携を推進する視点、3)重点的に対応すべき領域の評価、4)医療費の配分で効率化の余地がある評価のあり方について検討する視点、が盛り込まれ、診療報酬の改定(表2)が成されることになった。今回注目すべきことは、先に述べたように、回復期リハビリテーション病棟に対する質の評価が導入されたことである。その基本的な考え方(表3)<sup>4)</sup>は、今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受け入れ割合等に着目した評価をするということである。

##### 2) 看護必要度について

「看護必要度」は、「入院患者に提供されるべき看護の必要量」であり、看護を必要としている患者の状態を評価することである。すなわち、患者側から見て「自分が患者としてケアされる必要の正当な評価」ということである。「看護必要度」は、この目的のために開発された。「看護必要度」の評価指標を導入することによって、看護を必要としている患者を明らかにすることが

<sup>1)</sup> 福井総合病院 看護部 6病棟

<sup>2)</sup> 福井総合病院 整形外科  
(受付日 2008年3月)

できる<sup>3)</sup>。

現在は、「重症度評価基準」・「ハイケアユニット重症度・看護必要度評価基準(表4)」・「一般病棟・看護必要度に係わる評価基準」があり、ハイケア病棟の入室基準、入院基本料の施設基準、の評価ツールとして用いられている。今回、回復期リハビリテーション病棟

にも、質の評価が導入され、その日常生活機能の評価ツールに用いられることになったのが「日常生活機能評価表」(表5)である。この「日常生活機能評価表」は、看護必要度の「ハイケアユニット重症度・看護必要度評価票」の基準の日常生活動作の状況(B項目)(表5)に相当し、日常生活の自立度を評価しており各項

## 平成20年度 診療報酬改定の基本方針

(平成19年12月3日 社会保障審議会)

- 緊急課題
  - ア 産科・小児科への重点評価
  - イ 診療所・病院の役割分担等
  - ウ 病院勤務医の事務負担の軽減
- 4つの視点
 

平成18年の方針を継承

  - 1 患者から見てわかりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点
  - 2 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
  - 3 わが国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
  - 4 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

表1：全国リハビリテーション連絡協議会資料

## 平成20年 リハに関する診療報酬改定

- 1) 疾患別リハ料の見直し
  - ・ 脳血管リハ(Ⅲ)の新設・心大血管Ⅰの緩和
  - ・ 早期リハ加算の新設(算定日数上限の算定日より30日間:1単位30点)
  - ・ ADL加算の廃止
  - ・ 逡減制の廃止
- 2) 疾患別リハ医学管理料の廃止
  - ・ 標準的リハ実施日数を超えたものは、1月あたり13単位まで疾患別リハ料の算定が可  
(算定単位数上限を超えたものは選定医療として実施可能)
- 3) STにおける集団コミュニケーション療法の新設(1単位50点)
- 4) リハ総合計画評価料:1月に1回算定可(300点)
- 5) 回復期リハ病棟に質の評価の導入:入院料を(Ⅰ)と(Ⅱ)に区分
  - ・ (Ⅰ):1690点
  - ・ 重症患者回復病棟加算:50点
  - ・ (Ⅱ):1595点
- 6) 障害児(者)リハ料の評価
- 7) 居宅施設への訪問リハの評価

表2：全国リハビリテーション連絡協議会資料

目を0～3点で評価し、合計得点0～19点で評価する。得点が高いほど自立度が低く、重症となる。

従来から、ADL評価には、FIM (Functional Independence Measure)やBarthel Index, などの評価ツールが使われてきた。これらのツールと日常生活機能評価表は、どちらも「できる・できない」で点数をつけていくもので、一見似たものだ。しかしFIMなどのツールがあくまでも患者の現象について「できる・できない」と患者の能力を評価するのに対して、「看護必要度」は、その患者に「どれだけ手がかかるか＝どれだけ看護の人手が必要か」を数量化したツールである。つまり患者の状態を客観的に評価し、患者がどの程度看護サービスを必要としているかによって判断し評価するのであって、患者の能力を評価するのではない。そこ

で、回復期リハビリテーションの「質の評価」を行うには「看護必要度」をもとにした指標のほうが適切と判断され導入されたのである<sup>2)</sup>。

今回、改定された「回復期リハビリテーション病棟入院料1」の算定要件1の「当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること」とは、退院患者の6割が自宅復帰していることで、算定要件2の「当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること」とは、新規に入院・転院した患者の「日常生活機能評価表」の評価点数が10点以上の患者で、日常生活自立度が低い重症患者ということになる。また今回、新設された、【重症患者回復病棟加算】の「重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善し

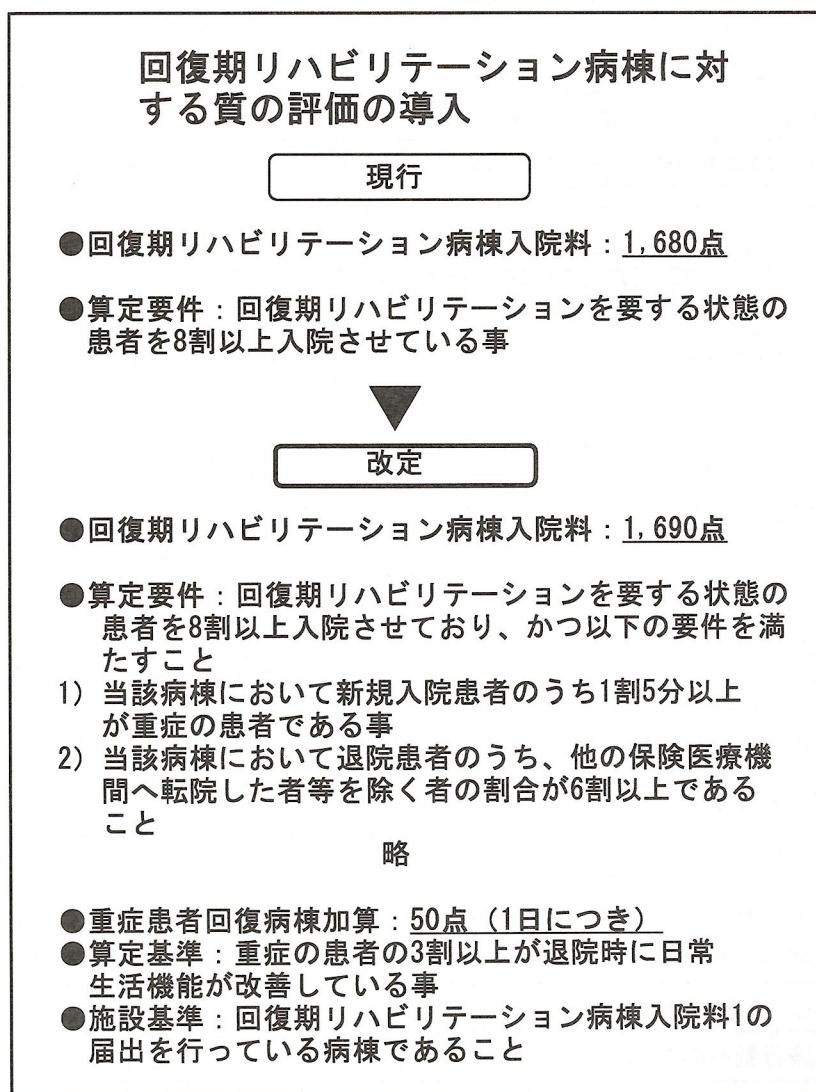


表3：平成20年3月5日保医発第03050025「基本診療の施設基準等及びその届け出に関する手続きの取り扱いについて」

### 重症度・看護必要度に係る評価票(A得点)

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置	なし	あり	
2	蘇生術の施行	なし	あり	
3	血圧測定	0回	1~10回	11回以上
4	時間尿測定	なし	あり	
5	呼吸ケア	なし	あり	
6	点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
7	心電図モニター	なし	あり	
8	輸液ポンプの使用	なし	あり	
9	動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり	
10	シリンジポンプの使用	なし	あり	
11	中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり	
12	人工呼吸器の装着	なし	あり	
13	輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
14	肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり	
15	特殊な治療法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定等)	なし	あり	

### 重症度・看護必要度に係る評価票(B得点)

B	患者の状況等	0点	1点	2点
16	床上安静の指示	なし	あり	
17	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
18	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
19	起き上がり	できる	できない	
20	座位保持	できる	支えがあればできる	できない
21	移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
22	移動方法(必要なもの1つ)	自力歩行・つかまり歩き	補助を要する移動(搬送を含む)	移動なし
23	口腔清潔	できる	できない	
24	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
25	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
26	他者への意思伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
27	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
28	危険行動への対応	ない	ある	

表4：HCUの重症度・看護必要度評価票

ていること」とは、入院時に、「日常生活機能評価表」の評価点数が10点以上の患者が退院時の評価で、3点以上さがっていれば「日常生活機能が改善している」になる。具体的に例えば、「重症患者」（10点以上）として入院してきた15人のうち、退院時に3割以上、つまり4.5人以上が「日常生活機能評価表」の評価で「3点」改善されていれば「重症患者回復病棟加算（50点/日）」が算定できることになる。このように入院時・転院時・退院時に日常生活機能評価を行って「ADLの改善」を判断する。この「重症患者回復病棟加算（50点/日）」はADLが改善した個人に算定するのではなくその当該病棟入院の全患者に算定できるのである。

この算定要件を取得することは、回復期リハビリテーション病棟の目的である、「寝たきり防止」・「自宅復帰」・「ADLの向上」の実践そのままに繋がることであり、「質の評価」となる。これは、回復期リハビリテーション

病棟において、成果主義的要素が取り入れられた改定で「日常生活機能評価表」の評価が重要となる。

### 3. 看護必要度における評価方法の考え方について

看護必要度とは、「入院患者に提供されるべき看護の必要量」のことをいい看護サービス提供時間の程度によって表される<sup>1)</sup>。また、患者の状態データを用いて推定される。つまり「日常生活機能評価表」の項目を評価することである<sup>3)</sup>。この各項目は、患者の状態のチェックで、訓練された判断力のある評価者による観察の基におこなう。また、行為の有無のチェックは、証拠となる記録物を見て行う。この2つの方向から評価することが大切である。この項目が基準で、基準を正しく理解し、正しく評価する必要がある。評価者によってばらつきがあってはいけない。誰が評価しても一致することが重要である。

そのため、「看護必要度」の評価者は、「看護必要度者

日常生活機能評価表		※得点は0～19点 ※得点が低いほど、生活自立度が高い		
		得点		
患者の状況	0点	1点	2点	
床上安静の指示	なし	あり	-	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	-	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	
起き上がり	できる	できない	-	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない	
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない	
移動方法(必要なもの1つ)	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	-	
口腔清潔	できる	できない	-	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助	
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助	
他者への意思伝達	できる	できる時とできない時がある	できない	
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-	
危険行動への対応	ない	ある	-	

表5：平成20年3月5日保医発第03050025「基本診療の施設基準等及びその届け出に関する手続きの取り扱いについて」

研修」を受けた看護師あるいは、この研修を終えた評価者から、院内での研修を受けたことのある看護師、理学療法士等であることが求められる。また、院内に研修システムをつくり、評価にばらつきがなく、誰が評価しても一致した評価であるような体制が必要となる。

#### 4. 看護必要度における各項目の具体的な評価方法

「日常生活機能評価表」の具体的な評価方法は、評価の手引き(表6)により、項目の定義・選択肢の判断基準・判断に際しての留意点を基に評価する。

#### 日常生活機能評価 評価の手引き

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるい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。
2. 評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。なお当該患者が転院前の病院で地域連携診療計画評価料が算定されている場合については、入院時の日常生活機能評価について、当該患者の診療計画の中に記されている日常生活機能評価を用いること。
4. 評価は記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。
5. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
6. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
7. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
8. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
9. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、担当の看護師、理学療法士等によって記録されていること。

#### 1 床上安静の指示

##### 項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

##### 選択肢の判断基準

「なし」

床上安静の指示がない、あるいは指示の記録がない場合をいう。

「あり」

床上安静の指示があり、かつ医師の指示書にこの記録がある場合をいう。

##### 判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。

「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

## 2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

### 項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持っていくことができるかどうかを評価する項目である。

ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

### 選択肢の判断基準

#### 「できる」

いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。この行為を促す指示に従えなくても、いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられることが一度でも観察できれば「できる」とする。

#### 「できない」

調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで片手を持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

### 判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かさないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

## 3 寝返り

### 項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える動作である。

### 選択肢の判断基準

#### 「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

#### 「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

#### 「できない」

介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

### 判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

#### 4 起き上がり

##### 項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

##### 選択肢の判断基準

###### 「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

###### 「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできて最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

##### 判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

#### 5 座位保持

##### 項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。

「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

##### 選択肢の判断基準

###### 「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

###### 「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

###### 「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

##### 判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。

ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ60度以上を目安とする。

#### 6 移乗

##### 項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。



### 選択肢の判断基準

「できる」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。

「見守り・一部介助が必要」

直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。

「できない」

自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

### 判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

## 7 移動方法

### 項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

### 選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」

杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。

「介助を要する移動（搬送を含む）」

車椅子等、搬送車（ストレッチャー等）等を使用して、介助によって移動する場合をいう。

### 判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

## 8 口腔清潔

### 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

ここでいう『口腔清潔』とは、口腔内を清潔にする一連の行為である。一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

### 選択肢の判断基準

「できる」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

「できない」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

### 判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないにもかかわらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

## 9 食事摂取

### 項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

### 選択肢の判断基準

「介助なし」

介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。

「一部介助」

食卓で、小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等、何らかの介助が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に1つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。見守りは、食事を半分摂取するまで見守った場合をいう。

「全介助」

自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

### 判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

## 10 衣服の着脱

### 項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況を評価する項目である。衣服は、パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

### 選択肢の判断基準

#### 「介助なし」

介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。

#### 「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

#### 「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

### 判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。また、通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

## 11 他者への意思の伝達

### 項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。背景疾患や伝達できる内容は問わない。

### 選択肢の判断基準

#### 「できる」

常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。

#### 「できる時とできない時がある」

患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護師等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

#### 「できない」

どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

### 判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

12 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、理解でき実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、適切な行動が常に行われている場合、あるいは指示通りではない行動の記録がない場合をいう。

「いいえ」

診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合、かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切な時刻に行われた状態で評価されることを前提とする。

医師の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。

13 危険行動への対応

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為及び看護師等がこれらの行為に至る可能性がある」と判断した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「ある」

過去1週間以内に危険行動があった場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

患者の危険行動にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の評価を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動の有無を評価するものではない。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。

なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

表6

## 5. 演習（筆記テスト）の意義

ビデオ演習は、「同一の患者を対象に、同一時刻に必要な度チェック項目を評価することによって看護師が正しく判断基準を理解しているかどうかを確認する」ことを目的におこなわれる。答え合わせ、ディスカッションでは、間違っただ所、正解について納得できない点などを話し合い、疑問な点などを出し尽くし患者の状態を正しくチェックできるようにする。また看護師によって判断結果が異なる場合、患者に対する推測や思い込みがなかったか確認することができる。

演習は、評価の基準、記載内容を正しく判断し理解するために重要である。

### 終わりに

日常生活機能指標（看護必要度）評価者研修は、日常生活機能評価表の各項目を評価する評価者を教育することを目的に開催された。当院でも、平成18年の診療報酬改定に伴って「重症度・看護必要度」を導入し、一般病床・回復期でも「看護必要度」の評価を実施している。そのため、今回の診療報酬の改訂に伴う日常生活機能評価表の評価は、一般病床・回復期共に、比較的容易に導入できた。しかし、看護記録に、評価に必要な判断となる記録が十分でないことがわかった。そこで、看護記録に残すには、看護ケア計画書に、日常生活機能評価表の各項目を記入し、個々のADL状況を把握し看護ケア計画を立案していく。そうすることで個別的な看護援助・リハビリが提供できる。それが成果として記録に残ることは、コメディカルスタッフとの情報共有・質の向上につながると思う。また回復期リハビリテーション病棟の目的である、「寝たきり防止」・「自宅復帰」・「ADLの向上」実践の成果になりスタッフの意欲向上に繋がると思われる。当院では、平成18年の「重症度・看護必要度」導入時に、評価者育成の為に院内研修実施後の評価成果について研究を行なった。その結果は、繰り返し研修を行い評価者研修の継続を行い評価の精度を上げることが必要であることが示唆された。今回、日常生活機能指標（看護必要度）評価者研修を受けたものとして、院内の研修や現場で、日常生活機能指標（看護必要度）評価の重要性と、更なる看護記録・計画立案の充実を目指し、日常生活機能指標を正しく評価できるように指導していきたい。

### 文献

- 1) 日常生活機能指標（看護必要度）評価者研修会テキスト
- 2) Expert Nurse2008 ; Vol.24 : No4
- 3) 岩澤和子, 筒井孝子 看護必要度第2版 日本看護協会
- 4) 厚生労働省・中央社会保障医療協議会総会（第125回）講事次第各「平成20年度診療報酬改定について」