

3) 新評価票の項目ごとの実施割合

新評価票の項目ごとの実施割合を病棟ごとにとみると、「中心静脈ライン管理」「麻薬の使用」の項目での実施割合は ICU が最も高かった。

ICU では、呼吸管理 67.3%、動脈圧測定

58.8%、中心静脈ライン管理 56.0%の順で 3 項目が 50%以上実施していた。

HCU では動脈圧測定 57.0%、呼吸管理 56.3%の順で 2 項目が 50%以上実施していた。一般では全ての項目の実施割合は 10% 以下であった (表 3-6)。

表 3-6 新 A 項目の病棟ごとの実施割合

	全体 (N=2358)		ICU (N=713)		HCU (N=142)		一般 (N=1503)	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
1 中心静脈ライン管理	21.7	78.3	56.0	44.0	14.1	85.9	6.1	93.9
2 呼吸管理	27.3	72.7	67.3	32.7	56.3	43.7	5.5	94.5
3 シリンジポンプ	16.0	84.0	39.1	60.9	23.9	76.1	4.3	95.7
4 動脈圧測定	22.6	77.4	58.6	41.4	57	43	2.3	97.7
5 創傷処置	11.5	88.5	21.7	78.3	16.9	83.1	6.1	93.9
6 輸血、血液製剤の管理	8.6	91.4	22.9	77.1	12.7	87.3	1.4	98.6
7 麻薬使用	12.6	87.4	25.7	74.3	19	81	5.7	94.3
8 ドレナージ管理	14.5	85.5	33.8	66.2	21.8	78.2	4.7	95.3
9 昇圧剤の使用	6.7	93.3	19.9	80.1	9.9	90.1	0.2	99.8
10 抗血栓薬持続点滴	8.6	91.4	20.9	79.1	19	81	1.7	98.3
11 無菌室管理	0.6	99.4	0.7	99.3	0	100	0.6	99.4

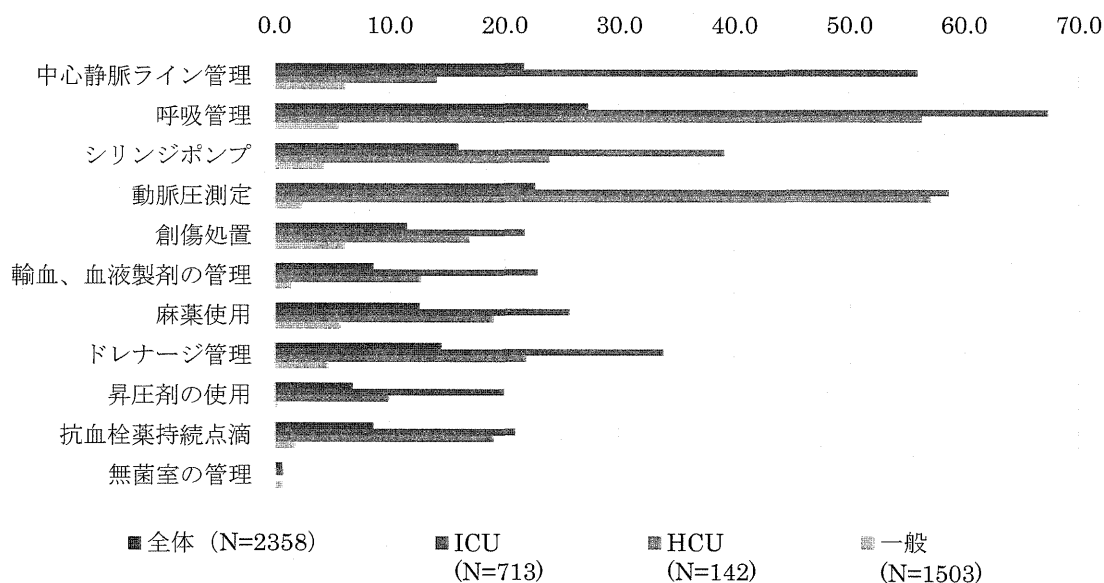


図 3-1 新 A 項目の病棟ごとの実施割合

D. 考察

1) 全体的な得点の傾向

今回開発した新評価票は、高度急性期を担う病床 (ICU、HCU 等) で共通して使用す

ることを想定して、これら入院基本料を算定している病棟ごとの従来の評価票と新評価で収集された A 得点の平均値の比較を行った。

その結果、新評価票の A 得点の平均値は 1.60 点で、従来の評価票による A 得点の平均値の 2.30 点よりも低かった。

従来の評価票は、入院基本料ごとで異な

る評価票を用いており（表 3-7）、それぞれ A 項目の項目数も異なった集計での平均値であるが、新評価票による A 得点も同じ傾向を示していた。

表 3-7 新評価票と従来の評価票の項目と得点範囲の比較

項目番号	項目名	ICU用の重症度、医療・看護必要度	HCU用の重症度、医療・看護必要度	一般病床用の重症度、医療・看護必要度	新評価票
得点範囲		0~9点	0~13点	0~8点	0~11点
A-1-1	創傷処置(①創傷の処置(褥瘡を除く))		○	○	○
A-1-2	創傷処置(②褥瘡の処置)		○	○	○
A-2	蘇生術の施行		○		
A-3	呼吸ケア(各痰吸引の場合は除く)		○	○	○
A-4	点滴ライン同時3本以上		○	○	
A-5	心電図モニターの管理	○	○	○	
A-6	輸液ポンプの管理	○	○		
A-7	動脈圧測定(動脈ライン)	○	○		○
A-8	シリンジポンプの管理	○	○	○	○
A-9	中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	○			○
A-10	人工呼吸器の装着	○	○		
A-11	輸血や血液製剤の管理	○	○	○	○
A-12	肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	○	○		
A-13	特殊な治療法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	○	○		
A-14-①	専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)			○	
A-14-②	専門的な治療・処置 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理			○	
A-14-③	専門的な治療・処置 ③麻薬注射薬の使用(注射剤のみ)			○	
A-14-④	専門的な治療・処置 ④麻薬の内服・貼付、坐薬の管理			○	
A-14-⑤	専門的な治療・処置 ⑤放射線治療			○	
A-14-⑥	専門的な治療・処置 ⑥免疫抑制剤の管理			○	
A-14-⑦	専門的な治療・処置 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)			○	
A-14-⑧	専門的な治療・処置 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)			○	○
A-14-⑨	専門的な治療・処置 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用			○	○
A-14-⑩	専門的な治療・処置 ⑩ドレナージの管理			○	○
新	無菌室の管理				○

2) 病棟別の得点の傾向

病棟別の A 項目平均得点では、新評価票も従来の評価票も同様に、ICU、HCU、一般の順となっており、患者の重症度を反映した結果であった。

病棟間の A 得点の平均値はいずれも有意差が示され、とりわけ、新評価票の A 得点の平均値の方が大きく異なっていた。

これは、新評価票が従来の評価票と比較し、病棟ごとの弁別性が確保されていると考えられた(図 3-2)。

また、ICU については、病院によって平均値の傾向が異なっていた。ICU 病床を多く持

つ病院の平均値が低い傾向であったことは、今後さらに検討が必要と考える。

一般の新評価票の A 得点の平均値は 0.39 と低く、新評価票は、高度急性期を担う病床(ICU、HCU 等)の評価には適しているが、新評価票の得点を一般病床での評価にこのまま ICU、HCU と同じように使用するには、さらなる検討が必要と考えられた。一般病床も含めた共通の評価票として活用できるようにすることで、入院から退院まで同じ評価票で患者状態を把握でき、病床マネジメントや看護人員配置に役立つ効果的ツールになると考える。

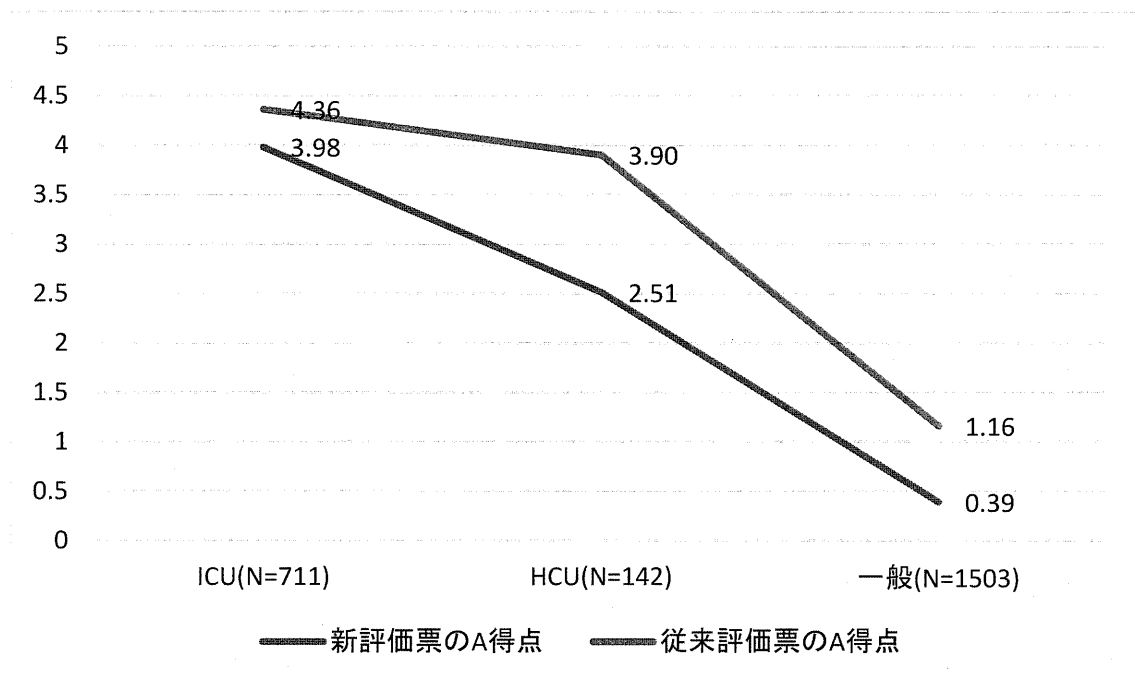


図3-2 新A得点試行評価結果 (6病院集計)

3) 項目別の実施割合について

項目別の実施割合では、ICU、HCU、一般の順であり、高度急性期を担う病床の評価に適している項目と考えられた。

一般病床の評価では、新評価票での実施割合がどの項目でも10%以下であり、一般病床も含めて共通の評価票として活用するには、さらに項目追加も含めた検討が必要である。

E. 結論

今回、高度急性期病床 (ICU、HCU 等) で共通して使用することを想定した「ICU・HCU用重症度、医療・看護必要度評価票」によって評価された患者データを試行的に収集し、従来の得点との比較検証を行った。

ICU、HCU の得点が有意に異なっていたこ

とから、今回の試行評価の結果からは、各病棟患者の状態像の弁別性は確保できていたと考えられた。

ただし、本研究データは限られた期間、病院、病棟間のデータ数の違いが大きいという制約があるため、さらなる検討が必要と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

平成 27 年度 分担研究報告書

一般病棟・特定集中治療室・ハイケアユニット用

重症度、医療・看護必要度に係る新たな評価項目と評価の手引きの開発

分担研究者	田中彰子	横浜創英大学看護学部
分担研究者	嶋森好子	東京都看護協会
研究代表者	筒井孝子	兵庫県立大学大学院経営研究科
研究協力者	箕浦洋子	兵庫県立尼崎総合医療センター
研究協力者	高村洋子	公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院
研究協力者	武井純子	社会医療法人財団慈泉会本部 相澤東病院開設準備室
研究協力者	大崎千恵子	学校法人昭和大学 保健医療学部看護学科
研究協力者	笹尾真理子	函館市病院局 市立函館病院看護局
研究協力者	松岡さおり	一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院
研究協力者	樋口幸子	恩賜財団 済生会 東京都済生会中央病院
研究協力者	酒井美絵子	学校法人 武蔵野大学 看護学部 看護学科
研究協力者	福井トシ子	公益社団法人 日本看護協会
分担研究者	大冢賀政昭	国立保健医療科学院

研究要旨

本研究では、研究委員会において、今後の急性期入医療機関のあり方を鑑みた看護の専門性を反映し、多職種協働の視点を加味した、一般病棟・特定集中治療室・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度に係る新たな評価項目と評価の手引きの開発を行った。

平成 24 年の特別研究事業で集約したこれまでの学会・専門職能団体の意見、中医協の意見を参考にしつつ、看護必要度研究委員会の討議を元に項目の策定を行

委員会の討議を元に「無菌室の管理」、「救急搬送」、「血糖の管理」といった新項目を含む看護必要度の手引きが開発された。手引きの開発にあたっては、これまでの看護必要度評価に係る手引きを元に看護必要度研修に寄せられた質問や研究委員会における討議を反映した。

平成 28 年度診療報酬改定においては、この委員会の討議の結果が一部反映されたが、今回反映されなかった新項目については、急性期入院医療における看護の専門性を評価する上で重要であり、平成 30 年にむけて引き続き検討を続けていく必要があると考えられた。

A. 研究目的

本研究では、研究委員会において、今後の急性期入医療機関のあり方を鑑みた看護の専門性を反映し、多職種協働の視点を加味した、一般病棟・特定集中治療室・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度に係る新たな評価項目と評価の手引きの開発を行った。

B. 研究方法

平成 24 年の特別研究事業等、これまでの学会・専門職能団体の意見、中医協の意見、今年度の研究事業の結果を踏まえ、研究委員会において議論を行い、項目および定義の策定を行った。

C. 研究結果

委員会の討議を元に「無菌室の管理」、「入院後 1 時間以内の患者管理」、「血糖の管理」といった新項目を含む看護必要度の手引きが開発された。

手引きの開発にあたっては、これまでの看護必要度評価に係る手引きを元に看護必要度研修に寄せられた質問や研究委員会における討議を反映した。

D. 考察

1) 多職種協働の推進のための評価者(実

施者) について

A 項目の専門的な治療処置については、薬剤に関する専門的な知識が必要なことから薬剤師との連携が必要となる。

また、平成 28 年度診療報酬改定で導入された C 項目については、手術などの情報との関連性から評価を行う必要があり、診療情報管理士との連携が必要になる。

これらのことを踏まえると評価精度の向上の観点からも看護必要度評価における多職種協働を推進する必要がある。

このことを反映するため、評価の手引きにおいては、「処置・介助の実施者」は看護師に加えて、「医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、看護補助者等」と修正を行った。

また、評価者と記入者の考え方を整理し、アセスメント共通事項に記載を行った。

2) 専門的看護を反映できる評価項目の検討

診療報酬上の入院基本料の要件として、政策的に活用されている看護必要度であるが、今後の入院医療体制を踏まえた評価項目によって構成されるものであること、なおかつ各評価項目においては専門的看護を反映できる評価項目であること

が求められる。

今後、高齢患者が急性期入院医療機関に多く入院することを鑑みると、患者指導や環境調整に看護に係る手間や専門性が関わっていると考えられる。

こうした観点から、「無菌室の管理」、「入院後1時間以内の患者管理」、「血糖の管理」という新しい評価項目を開発し、その定義の作成を行った。

また、「心電図モニターの管理」は、定期的な観察に基づく評価という看護の専門性を評価できる内容になるよう「心電図モニターによる心機能の評価」として新たに項目の定義の作成を行った。

E. 結論

本研究の結果、一般病棟・特定集中治療室・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度に係る新たな評価項目と評価の手引きを開発した。

平成28年度診療報酬改定においては、この委員会の討議の結果が一部反映され

たが、今回反映されなかった新項目については、急性期入院医療における看護の専門性を評価する上で重要であり、平成30年にむけて引き続き検討を続けていく必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

田中彰子. 「重症度, 医療・看護必要度」と看護マネジメント : 地域医療構想時代の看護管理者の役割とは. 看護管理 25(9), 788-793, 2015

田中彰子. 『重症度、医療・看護必要度』の評価項目と評価のポイント. 第7回日本臨床看護マネジメント学会学術研究会, 東京: 2016. 3. 6

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

新A項目（案）一般病棟・特定集中治療室・ハイケアユニット用
重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き（案）

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

- 1) 特定集中治療室管理を行う治療室に入院し、特定集中治療室管理料を算定している患者に対して行われたモニタリング及び処置等（A項目）について、毎日評価を行う。
- 2) ハイケアユニット入院医療管理を行う治療室に入院し、ハイケアユニット入院医療管理料を算定している患者に対して行われたモニタリング及び処置等（A項目）について、毎日評価を行う。
- 3) 7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1、看護必要度加算、一般病棟看護必要度評価加算、急性期看護補助体制加算、夜間看護職員配置加算、看護補助加算、を届出ている病棟に入院し、当該入院基本料もしくは当該加算算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）について、毎日評価を行う。
ただし、地域包括ケア病棟入院料等は毎日、回復期リハビリテーション病棟入院料1は入院時に評価を行う。

2. 評価票の評価者

評価項目に関する記録は当該行為の実施者が行い、院内研修を受けた看護師等が記録に基づき評価を行うこと。院内研修は、概ね2年以内の関係機関による指導者研修を受け

ている、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。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。退院日は、評価退院当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

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が行えない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があった場合は、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。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。

7. 処置・介助の実施者及び評価の対象

処置・介助の実施者は、当該病院に所属する医師、看護師等でなければならないが、一部の項目については薬剤師、理学療法士、作業療法士などによる実施を含める。ただし、処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合、

医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで評価に含めるものとする。

医師が単独で処置を行った後に、実施記録を残すことで評価に含めるものとする。当該病棟の看護師等は、医師の行った当該処置記録を必ず確認し評価しなければならない。

処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で行った行為は評価の対象に含めない。

薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、「なし」とする。第三者が、後日、監査を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならない。医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録、および看護師等以外の薬剤師、理学療法士などの記録も評価の対象となるため、院内記録について規定し周知を図るなど、適切な記録となるよう工夫する。

A モニタリング及び処置等

1 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

動脈圧測定を実施していない場合をいう。

「あり」

動脈圧測定を実施している場合をいう。

2 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり、シリンジポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを管理しなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを管理した場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。
携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

3 中心静脈ラインの管理（中心静脈圧測定を含む）

項目の定義

中心静脈ライン管理は、①中心静脈ラインより6時間以上持続的に輸液を投与し、その投与後の状況を看護師等が管理した場合 ②中心静脈ラインを介して直接的に中心静脈圧測定を行った場合のいずれかを実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

①または②のいずれにも該当しない場合をいう。

「あり」

①または②のいずれかに該当した場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

4 呼吸管理

呼吸管理は、①人工換気が必要な患者に対して、看護師等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合 ②酸素吸入が必要な患者に対して、酸素の投与管理を行った場合 ③痰を出すための体位ドレナージまたはスクウィーピングを行った場合 のいずれかを行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

① ②③のいずれも行っていない場合をいう。

「あり」

①②③のいずれかを行った場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護師等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

酸素吸入の方法は問わない。

体位ドレナージ、スクウィーピングにおける時間の長さや回数は問わない。
喀痰の吸引のみの場合は呼吸管理の対象に含めない。気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。
また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。無呼吸症候群の患者が平常通りに呼吸管理を行っている場合は含めない。

5 創傷処置 項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
「あり」
創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚・粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。
縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻・口腔・膣・肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻、ストーマ等の造設から抜糸まで、及び、滲出が見られ処置を必要とする場合は含めるが、瘻孔として確立した状態は含めない。
ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。
また、VAC療法（陰圧閉鎖療法）、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP 分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察・観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、VAC療法（陰圧閉鎖療法）は含めない。

【参考】

NPUAP 分類 (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) Ⅱ度以上
DESIGN-R分類 (日本褥瘡学会によるもの) d2 以上

6 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護師等が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

輸血や血液製剤を使用状況の管理をしなかった場合をいう。

「あり」

輸血や血液製剤を使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

7 専門的な治療（麻薬の管理）

項目の定義

麻薬の管理は、①痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現することを目的として、麻薬注射薬を使用した場合 ②中枢神経系のオピオイ

ド受容体に作用して鎮痛作用を発現する薬剤の内服・貼付、坐剤を使用した場合で、看護師等による注射、内服・貼付、坐剤の管理が実施されていることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
麻薬の管理を行わなかった場合をいう。
「あり」
麻薬の管理を行った場合をいう。

判断に際しての注意点

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。
注射薬の投与の方法は、静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下を対象に含める。麻薬を投与した当日のみを麻薬注射薬の使用の対象に含めるが、休薬中は含めない。
看護師等による麻薬の内服、貼付、もしくは坐剤の管理（肛門又は膣への挿入）は、患者に対し、麻薬の管理内容に関する看護計画、実施、評価の記録がある場合にのみ対象に含める。
当該病棟の看護師等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服、貼付等の確認、及び内服、貼付等後の副作用の確認をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服、貼付、坐剤の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服、貼付等の確認、及び内服、貼付等後の副作用の観察をしていれば含める。麻薬の内服・貼付、坐剤を使用した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。

8 専門的な治療・処置（ドレナージの管理）

項目の定義

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部や体腔に誘導管（ドレーン）を継続的に留置し、滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留する場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
ドレナージの管理を行わなかった場合をいう。
「あり」
ドレナージの管理を行った場合をいう。

判断に際しての注意点

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に留置されている場合にドレナージの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は、当日に6時間以上留置されていた場合には含める。
体外へ直接誘導する場合のみ評価し、体内で側副路を通す場合は含めない。また、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテル（尿道バルンカテーテル）

は含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場合に限り評価できる。VAC療法（陰圧閉鎖療法）は、創部に誘導管を留置して、定義に従い、滲出液や血液等を排液バッグ等に貯留する場合は評価する。ペンローズドレーンを挿入しており単にガーゼで被覆する場合は含めない。

定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合を含めるものであるが、抜去や移動等の目的で、一時的であればクランプしていても良いものとする。

9 専門的な治療・処置（昇圧剤の使用）（注射剤のみ）

項目の定義

昇圧剤の使用（注射剤のみ）は、ショック状態、低血圧状態、循環虚脱の患者に対して、血圧を上昇させる目的で昇圧剤を使用した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
昇圧剤を使用しなかった場合をいう。
「あり」
昇圧剤を使用した場合をいう。

判断に際しての留意点

昇圧剤の注射薬を使用している場合に限り、昇圧剤の使用の対象に含める。昇圧剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が昇圧剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

10 専門的な治療・処置（抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用）

項目の定義

抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用は、冠動脈疾患、肺血栓塞栓症、脳梗塞、深部静脈血栓症等の静脈・動脈に血栓・塞栓が生じているもしくは生じることが疑われる急性疾患の患者に対して、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的として、抗血栓塞栓薬を6時間以上持続的に点滴した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
抗血栓塞栓薬を使用しなかった場合をいう。
「あり」
抗血栓塞栓薬を使用した場合をいう。

判断に際しての留意点

手術の有無を問わず、薬剤の種類、量を問わない。6時間以上持続的に血液凝固阻害薬、血小板凝固阻害薬、血栓溶解薬等を投与した場合を抗血栓塞栓薬の持続点滴の対象

に含める。

抗血栓塞栓薬の持続点滴は、投与していた当日のみを評価し、休薬中は含めない。点滴ラインが設置されていても常時ロックされている場合は含めない。ただし、これらの薬剤が抗血栓塞栓薬として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

11 無菌治療室での患者管理

項目の定義

無菌治療室での患者管理は、「無菌治療室管理加算Ⅰ」が算定できる患者を評価する項目である。無菌治療室での管理を必要とする患者に対し、感染防止を目的に皮膚・粘膜のケア、医療処置、感染徴候の観察、患者指導を行った場合を評価する。

選択肢の判断基準

「なし」

無菌室治療での患者管理を行わなかった場合をいう。

「あり」

無菌室治療での患者管理を行った場合をいう。

判断に対しての留意点

無菌治療室での患者管理を開始した日は評価の対象とするが、無菌治療室での患者管理を解除した日は評価の対象に含めない。無菌治療室での管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを無菌治療室での患者管理の対象とする。

新 入院後 1 時間以内の患者管理

項目の定義

入院後 1 時間以内の患者管理は、一般病棟への入院後 1 時間以内に、呼吸ケア、心電図モニターの管理、シリンジポンプの管理の実施、M手術等の医学的状況に該当する手術の実施またはそれらの方針決定に対する患者管理のいずれかを行った場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

入院後 1 時間以内の患者管理を行わなかった場合をいう。

「あり」

入院後 1 時間以内の患者管理を行った場合をいう。

判断に対しての留意点

搬送の方法は問わない。時間内か時間外かについても問わない。特定入院料（特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料など）を算定している治療室を経由した場合は評価の対象としない。病名は問

わない。呼吸ケア、心電図モニターの管理、シリンジポンプの管理、M手術等の医学的状況の評価は「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価表」の項目の定義に基づいて行う。入院当日を含め、翌日までを評価の対象とする。

新 血糖の管理

項目の定義

血糖の管理は、糖尿病透析予防指導管理料または、糖尿病合併症管理料を算定している施設で評価する項目である。高血糖患者及び周手術期の糖尿病合併患者、重症感染症等、通常とは異なる血糖変動が推測される対象に、開始日を含む3日間に対して医師の指示により看護師等がスライディングスケール法を用いてインスリン製剤の投与を実施した場合に評価する。

選択肢の判断基準

「なし」

血糖の管理を実施しなかった場合をいう。

「あり」

血糖の管理を実施した場合をいう。

判断に対しての留意点

スライディングスケールは、標準的なもの、当該施設共通のもの、あるいは担当医による個別のものかを問わない。

インスリン製剤の投与ルートは持続静脈内注射、輸液内への混注、皮下注射のいずれか、もしくは併用かを問わない。患者が自己注射を実施している場合およびその介助をした場合は含めない。当該病棟の看護師等により血糖の測定がおこなわれ、血糖の管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合にのみ、血糖の管理に含める。看護師等が単に血糖の採血、インスリン製剤の投与のみをしている場合は含めない。

「血糖の管理」をA項目に追加することにより以下が期待される。

- ・ 変動の少ない血糖の管理（14日以内）
- ・ 医療機関における糖尿病重症化予防の推進（実績数の増加）

新 心電図モニターによる心機能の評価

項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に心電図のモニタリングを実施し、かつ各勤務帯に1回以上波形を評価し、異常の有無の記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」 持続的な心電図のモニタリングを実施していない場合、あるいは各勤務帯に1回以上波形を評価せず、異常の有無の記録がない場合をいう。

「あり」 持続的な心電図のモニタリングを実施している場合、かつ各勤務帯に1回以上波形を評価し、異常の有無の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や心電図の誘導法の種類は問わない。

機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着は連続して6時間以上装着している場合であって、医師の指示、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っていることが必要である。レントゲン撮影などで一時的に取り外す場合は装着時間内に含める。また、看護師等による心電図の評価の記録が必要である。心電図の評価とは心拍数・波形の変化・リズムの変化の記録であって、異常時は医師への報告が必要となる。

心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。

心電図検査として一時的に測定を行った場合は含まない。ホルター心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

評価の記録例

0時～4時まで心電図モニター異常（変化）なし

0時～4時まで心電図モニター上 VPC 散発。

心電図モニター上 ST 1 mm 低下。医師に報告する。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

平成 27 年度 分担研究報告書

病棟別の診療・財務情報を用いた看護職員配置と入院診療単価の適正性に関する一考察

研究協力者	藤江哲也	兵庫県立大学大学院経営研究科
研究分担者	鳥邊晋司	兵庫県立大学大学院経営研究科
研究代表者	筒井孝子	兵庫県立大学大学院経営研究科
研究分担者	大冢賀政昭	国立保健医療科学院

研究要旨

超高齢化社会を迎えようとしているわが国において、医療を取り巻く環境も大きく変わりつつあり、当然に医療機関においても限られた医療資源を最大限に有効活用すること、同じく医療・診療の質の維持も厳しく求められている。これらの達成のためには、医療現場を支える「マネジメント」の理解とその経営品質の向上に向けた努力が求められる。

財務マネジメントは、医療機関内の人やモノの動きに必ず付随して起こる「お金」の流れを管理することを主眼にするものであり、組織全体の動きを資金の流れを通して把握しようとするものである。従って、経営計画の立案と実施は、そのまま財務計画（利益計画と資金計画）の担保なしにはありえないことから、病院のトップ層においても財務マネジメントに対する十分な理解と慎重な配慮の下、病院組織を運営していくことが強く求められている。そして、昨今では、DPC データの整備により、これらのデータがマーケティング調査にも活用されつつある。そこで、今回の研究では、医療機関において重要な比重を占める看護職員の配置を貨幣情報の視点から捉え直し、DPC データに財務数値的な視点に関連づけながら、まずは標題のテーマについて、実態を正しく把握することに重点をおいて考察を行うことを目的とする。

本研究では、「1,200 床程度の病床規模を有する KC 病院」と「630 床程度の病院規模を有する KM 病院」のデータを用いて分析を行った。用いたデータ内容は、医療機関の基本情報（DPC データを含む）と財務情報である。今回は、上記のデータをもとに、まずは当該病院の財務状況を確認するために財務分析を行い、その上で、診療科別あるいは病棟別の診療データ分析を行った。

本分担研究では、現に存在する 2 つの病院の医療機関情報と財務情報を用いた事例研究を通して、いかに高度急性期医療と急性期以下の医療を組み合わせれば良いのか、いわゆる病棟ミックスの問題や、簡便的な部門別損益計算の進め方、そして看護師充足度についての知見が得られた。今後のさらなる検討によって、これらについて精緻化を進めていく必要があると考えられた。

A 研究目的

超高齢化社会を迎えようとしているわが国において、医療を取り巻く環境は大きく変わりつつあり、医療機関においても限られた医療資源を最大限に有効活用することが求められている。これに伴い、医療・診療の質の評価も厳しく求められているが、併せて医療現場を支える「マネジメント」の理解とその経営品質の向上に向けた努力も重要なテーマとなってきた。

財務マネジメントは、医療機関内の人やモノの動きに必ず付随して起こる「お金」の流れを管理することを主眼にするものであり、組織全体の動きを資金の流れを通して把握しようとするものである。従って、経営計画の立案と実施は、そのまま財務計画(利益計画と資金計画)の担保なしにはありえないことから、病院のトップ層においても財務マネジメントに対する十分な理解と慎重な配慮の下、病院組織を運営していくことが強く求められている。

また近年はDPCデータの整備も進み、マーケティング調査にも活用されつつあり、今後は経営に対する理解も高まっていくものと期待される。

そこで、本研究では、医療機関において重要な比重を占める看護職員の配置を貨幣情報の視点から捉え直し、DPCデータに財務数値的な視点を関連づけながら、まずは標題のテーマについて、実態を正しく把握することに重点をおいて考察を行うことを目的とした。

B 研究方法

1) 利用データ

今回は、「1,200床程度の病床規模を有するKC病院」と「630床程度の病院規模を有するKM病院」のデータを用いて分析を行った。用いたデータ内容は、医療機関の基本情報(DPCデータを含む)と財務情報で

ある。医療機関の基本情報としては、①各病院が算定している入院基本料と特定入院料、病棟・病床数(実病床数)、算定している加算の状況、②医療資源投入量3,000点以上の患者の年齢、性別、入院日、退院日、分類コード(DPCコード)、主傷病名、副傷病名、医療資源を最も投入した傷病名、手術した場合は点数表コード、③一入院の総診療点数から入院基本料と食事療養費を除いた点数、薬剤料、材料料などである。

次に医療機関の財務状況については、財務諸表(直近3年分、つまり平成24年度から平成26年度迄の3年分の貸借対照表・損益計算書・キャッシュフロー計算書)、病棟別の稼働率(直近1年の平均値)、病棟別1患者あたりの入院・外来単価(直近1年の平均値、可能であれば病棟別)、職員人数(職種、雇用形態など)等である。

2) 分析方法

当該病院の財務状況を確認するために財務分析を行い、診療科別あるいは病棟別の診療データを分析した。具体的には、まずKC病院について、平成27年6月中の1ヵ月間に退院した患者の「入院から退院に至る過程」で、1日あたりの医療資源投入量が3,000点以上となった日の診療データを元に、診療科別の分析を行った。これは、当該病院の平均的な状況を理解することであるが、同時に今回の研究プロジェクトのパイロット・テスト的な意味合いも有した内容であった。

次に、当該KC病院に平成27年11月15日から21日までの1週間に入院していた患者の診療データ(Dファイル、EFファイル等参照)をもとに、入院診療単価と看護師人件費との関係を分析した。

また、KM病院については、平成27年8月3日から9日までの1週間に入院していた患者の診療データをもとにKC病院と同

様の分析を行った。

なお、「地域医療構想策定ガイドライン」では、医療資源投入量を、患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いたものとしている。

そこで、今回の分析では、EFファイルから計算される出来高点数の合計から入院基本料、リハビリテーション料および食事を除いたものを医療資源投入量とした。ただし、特定入院料はその点数を採用し、短期滞在手術基本料についてはそれに包括される出来高点数を採用した。

C KC病院の研究結果

1) KC病院の財務データ分析

当該法人全体の財務データと、KC病院単体の財務データを元に財務比率を計算したものが表5-1である。

なお、貸借対照表は法人全体分しか公表されていないことから、単体分については割愛した。

法人全体の総資産は平成26年度で約604億円、固定資産は7割程度、負債は3割で、過去の利益の蓄積度合いを反映する純資産比率は7割近くを占めていた。

これを3年間の平均でみると、流動比率は189%²、固定長期適合比率は83.1%³となっており、きわめて良好な財政状態を示している状況にあった。

次に、損益計算書の分析から、K病院は、法人全体で2病院を有し、高度急性期医療は法人全体の医業収益の93.5%を占める当該KC病院が担っており、医業収益は平成26年度実績で約477億円、そのうち入院診療収益は約305億円、外来診療収益は約172億円であった。

また、材料費率32.2%、給与費率43.2%、減価償却費率8.4%と償却前経常利益率は10%を超えるなど、収益面でも優れた業績を残していた。

² 流動負債に対する支払能力を表し、高いほど望ましいが、まずは120%あれば安全。

³ 固定資産が純資産や固定負債といった長期安定資金で賄われている度合いを表し、100%以下が望ましい。

表5-1 KC病院：財務データと比率指標

(金額：円)

各種指標	KC病院(法人全体)			KC病院(単体)		
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
総資産	57,690,607,041	59,642,425,505	60,452,476,039	—	—	—
純資産	39,160,626,410	40,341,220,171	41,538,675,384	—	—	—
流動資産比率(%)	30.79	30.78	29.04	—	—	—
固定資産比率(%)	69.21	69.22	70.96	—	—	—
流動負債比率(%)	14.96	16.30	16.80	—	—	—
固定負債比率(%)	17.16	16.07	14.49	—	—	—
負債比率(%)	32.12	32.36	31.29	—	—	—
純資産比率(%)	67.88	67.64	68.71	—	—	—
流動比率(%)	205.77	188.87	172.84	—	—	—
固定長期適合比率(%)	81.39	82.70	85.29	—	—	—
医業収益	50,184,872,371	52,481,028,279	52,974,490,663	45,246,624,370	47,361,330,531	47,741,509,520
入院収益	30,832,006,756	31,976,529,784	31,914,818,767	29,464,730,187	30,565,186,498	30,532,975,875
外来収益	17,259,385,209	18,377,266,213	18,872,069,462	15,775,704,117	16,796,144,033	17,208,533,645
医業利益	328,483,268	796,000,526	651,737,496	103,746,533	572,103,348	429,544,598
経常利益	758,257,089	1,373,612,363	1,292,253,086	595,472,858	1,215,578,833	1,136,092,832
当期純利益	580,430,661	1,397,928,297	1,252,230,395	408,438,788	1,220,901,287	1,102,454,386
材料費率(%)	32.59	32.66	32.21	32.74	32.72	32.20
給与費率(%)	42.93	42.52	43.24	42.87	42.44	43.19
減価償却費率(%)	8.54	8.79	8.15	8.75	9.07	8.38
医業利益率(%)	0.65	1.52	1.23	0.22	1.16	0.87
経常利益率(%)	1.51	2.62	2.44	1.27	2.47	2.29
総資産経常利益率(%)	1.31	2.30	2.14	—	—	—
総資産回転率	0.87	0.88	0.88	—	—	—

2) KC病院の診療データ分析

① KC病院の診療科別分析

ここでは、KC病院の標準的な診療状況を正しく理解できるように、分析対象期間を少し長めにとり、平成26年6月の1ヶ月間に退院した患者の「入院から退院に至るまでの一連の診療情報」をもとに、当該診療プロセスで高度急性期医療の対象となる1日3,000点以上の診療点数を有する患者データについて分析を行った。

当該分析対象となった患者の情報は、表5-2の通りである。当該表は、この1ヶ月間に退院した患者の中で、入院中に1回でも診療報酬点数が3,000点以上となった患者数・平均年齢・入院期間のデータを示したものである。患者総数は2,269人、内訳は男性が1,292人、女性が977人であった。平均年齢は62.3歳、平均入院期間は13.3日、最長入院期間は413日、最短入院期間は1日であった。