

令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

(障害者政策総合研究事業)

医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究

分担研究報告書

届け出病棟ごとの客観的で検証可能な重症度等の把握

研究分担者 米田 博 (大阪医科大学医学部総合医学講座神経精神医学教室 教授)

研究要旨

現在の精神科入院医療は、2010年からのGAFの導入以後「患者の重症度に応じて相応の診療報酬が支払われる」という前提に基づいているにも関わらず、現状の重症度指標はGAFや入院形態など、病院や医師が操作できる指標となっている。そのため、一般医療のように、疾患名・合併症の有無・術後様態変化・看護必要度等をもとに重症度に関しての客観的な評価方法が取り入れられておらず、精密な医療従事者需給予測ができないなどの課題がある。

本研究では限られた医療費が適切な形で医療機関に分配され、精神医療現場における重症度の実態をより客観的に反映させるために、精神科領域における重症度の「指標」はもとより「定義」自体を見直し、客観性・妥当性・計測容易性・検証可能性等を考慮したうえで、医師だけでなく看護・介護等も含めた重症度評価の指標策定を目的とした。

本年度は計4回の班会議を行い、有識者から様々な意見をいただき、一般科における重症度・医療・看護必要度をふまえたうえで精神科独自の重症度指標案の策定に取り組んできた。今後、適切な医療資源の分配のために、策定した指標案の客観性・妥当性・計測容易性・検証可能性などを臨床研究にて実証することとし、実用性を検討したうえで、それらを踏まえた提言を行っていくことになっている。

【研究協力者】

安西信雄 帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 研究科長・教授

奥村泰之 東京都医学総合研究所 精神行動医学研究分野 主席研究員

大村重成 医療法人緑心会 福岡保養院 理事長・院長

吉川隆博 東海大学 医学部看護学科 教授

杉山直也 公益財団法人復康会 沼津中央病院 院長

藤田潔 医療法人静心会 桶狭間病院藤田こころケアセンター 理事長

宮田量治 地方独立行政法人山梨県立病院機構 山梨県立北病院 院長

村上優 独立行政法人 国立病院機構 さいがた医療センター 院長特任補佐

山之内芳雄 国立精神・神経医療研究センター 精神医療政策研究部 部長

杠岳文 独立行政法人 肥前精神医療センター 院長

岡山達志 国立精神・神経医療研究センター 精神医療政策研究部 科研費研究員

橋本壘 国立精神・神経医療研究センター 精神医療政策研究部 科研費研究員

A. 研究目的

一般医療においては、疾患名・合併症の有無・術後様態変化・看護必要度等をもとに、重症度がある程度客観評価され、DPCモデルの分岐点や、救急医療の評価等に実用されている。しかし、精神医療においてはそういった公的な指標が存在せず、現在の精神科入院医療は、2010年からのGAFの導入以後「患者の重症度に応じて相応の診療報酬が支払われる」という前提に基づいているにも関わらず、現状の重症度指標はGAFや入院形態など、病院や医師が操作できる指標となっている。そのため、一般医療のように、疾患名・合併症の有無・術後様態変化・看護必要度等をもとに重症度に関しての客観的な評価方法が取り入れられておらず、精密な医療従事者需給予測ができないなどの課題がある。また、精密な医療従事者需給予測ができない・DPCモデルが作れないなどの課題があり、診断名のみならず入院直後や退院前などの病期、行動制限有無・薬剤投与方策などの医療的要素に加え、ADL介助負担等も考慮する必要がある。

そこで、本研究では限られた医療費が適切な形で医療機関に分配され、精神医療現場における重症度の実態をより客観的に反映させるために、精神科領域における重症度の「指標」はもとより「定義」自体を見直し、客観性・妥当性・計測容易性・検証可能性等を考慮したうえで、医師だけでなく看護・介護等も含めた重症度評価の指標策定を目的とした。

B. 研究方法

まず、「精神病床における重症度指標の策定」班を組織した。班員は、日本精神病院協会、精神科救急学会からの推薦者に加え、公立・民間、急性期・慢性期、医師・看護のバランスを考え、選定した。

班会議は計4回行った。第1回班会議では、限られた医療費が適切な形で医療機関に分配され、精神医療現場における重症度の実態をより客観的に反映させるために、重症度の「指標」はもとより重症度の「定義」自体の見直しを行い、重症度指標の前提と方向性の確認を行った。

第2回班会議で精神科重症度指標の「項目」と「指標内容」に関する具体的な案を練った。その際に一般科における重症度、医療・看護必要度を取り入れるという点に関しても議題に挙がった。

第3回班会議では、事前に事務局が作成した、一般科における重症度、医療・看護必要度の作成経緯を調査した資料と精神医療における看護必要度指標策定の取り組みに関する資料を共有したうえで、精神科における運用性や必要性について議論を重ねた。また今後の臨床研究をふまえたうえで「指標内容」についても見直しを行った。

そして、第4回班会議で一般科における重症度、医療・看護必要度項目と精神科独自の重症度指標案を融合して作成した。

今後、作成した重症度指標案に対し、日本精神神経学会をはじめとしたエキスパートや臨床現場から意見を募り、重症度指標案を再編した後に臨床研究を行う予定とし

た。

C. 研究結果

1. 精神科重症度の定義決定と重症度指標の前提・方向性の確認

あらかじめ選定した班員に対しては、精神病床入院患者の重症度を反映する事柄について、着目点や重症な患者像などの意見を依頼し、収集した。

それらをふまえ精神医療における重症度指標として、恣意性・客観性をふまえ「患者にかかる人的コスト」と定義した。ただし、本研究では、各医療機関が重症患者に「適切な医療がなされたか否か」「効果があったか否か」「分配された資源が適切に使用されたか否か」という視点は取り扱わず、あくまで「重症度の定義および指標の見直し」のみに焦点を当てることとした。

重症度指標作成の際の前提としては、容易に判定・カウント・評価が可能であり、検証可能性・実現可能性を重要視すること、指標の方向性としては、急性期・慢性期ともに医療資源の必要性からみた重症度の評価を議論していくこととした。

2. 一般科の重症度、医療・看護必要度作成経緯に関する調査（図1）

一般科で使用されている重症度、医療・看護必要度の開発経緯を顧みたところ

1)-6)、1996年に「看護量測定のための方法論に関する研究」が開始され、以降業務量調査のためのタイムスタディや評価者のための研修等を繰り返し行い、評価の妥当性や運用の適切性の検証をしたうえで見直しを頻回に行うなど、綿密な研究を重ね作成

されたことが判明した。ただ、現場から運用が厳しいとの意見があることや現在のC項目である「手術等の医学的状況」は特に検証されていないこと、など問題点も挙げられた。そのため、一般科の重症度、医療・看護必要度項目を精神科の重症度指標として用いることに疑義が生じる可能性があるが、一般科の項目の是非の判断は保留し、今後の臨床研究で検証していくこととした。

3. 我が国の精神医療における重症度、医療・看護必要度に対する取り組み
我が国の精神医療における重症度、医療・看護必要度指標策定の取り組みを振り返ると、1996年に社団法人日本精神科看護技術協会が「精神科看護度」を検討・作成したが、研究班では恣意性が高く、客観性の担保が十分ではないため、普及しなかったという意見が出された。また、2006年に京都大学附属病院で精神科病棟における看護必要度の活用について報告しているが、「精神科病棟では予防的なかわりを持つことで、逸脱行動はもちろん、抗精神病薬の副作用の出現を未然に防ぐために看護を行うので、実質的に得点されることが少ない」といった点や、「患者とかわりをもつことで患者の安全が確保されるのだが、看護必要度にはその看護が一切反映されない」といった問題点が挙げられている⁷⁾。2007年～2009年には厚生労働科学研究の分担研究の一部として、精神病床において身体合併症患者の「看護必要度」の実態調査が行われているが、その報告の中で、精神科病棟での看護必要度の評価基準を開発する際には、精神科に特徴的な治療

に係る看護行為をどう換算するかが検討課題となると指摘している⁸⁾。直近では2013年に、中嶋・萱間らが精神科入院治療における看護ケア量の測定方法に関する研究を行い、現行の看護必要度とメニンガー患者分類表を比較し、看護必要度をそのまま精神科に導入すると、適切に看護ケア量を評価できないことを示している⁹⁾。

4. 精神科重症度指標案の検討

精神科独自の項目として、「ケアマネジメントに係る状況」と「入院後の事象」の2項目を策定した。

「ケアマネジメントに係る状況」は当初ケアマネジメントスクリーニングチェックリスト（以下、CMSC）を基に作成した。CMSCとは、2011年に国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所にて伊藤らを中心に発案されたものであり、複数のニーズを持ち、継続的かつ包括的な支援を必要とする人々をスクリーニングする目的で用いられるリストである。言い換えると、入院の長期化を予防する資料として作成された経緯があるので、「入院長期化＝人的コストがかかる」と捉えていいかを判断するため、沼津中央病院の行動制限等最適化データベース eCODO のデータ分析を行い、CMSC 各項目の該当／非該当と支援の発生状況の関係について調べた。結果、CMSC の各項目は予測変数として使用困難であることが判明した（図2）。予測困難だった理由としては CMSC の13項目には治療困難性に関する8項目が含まれており、それらは、精神保健福祉士より精神科医師や看護師に関わる項目であったことが一因と考えられた。また、CMSC は今回の

ような解析を目的に作成されたものではなく、解析条件の設定など手順の課題も考えられ、ICMSS¹⁰⁾の有用性や CMSC との類似性を考慮した場合、結果は CMSC の有用性を否定するものではなく、依然有用である可能性もあり、今後より綿密に検討を行う必要がある。さらに本研究では、CMSC 項目すべてを使用しないという結論ではなく、検証可能性を大切に考えながら項目を工夫したうえで、該当患者が入院（評価）時点から約1ヶ月の期間、入院長期化のみならず、人的コストをどれくらい消費したのかを問うタイムスタディを行い、項目指標を策定していく予定とした。

「入院後の事象」に関しては、班員からの意見を中心に作成した。すでに診療報酬で担保されている項目や逆に加算が与えられていない項目の検証を行いつつ、恣意性・客観性の担保（例：“不穏”という状態をどのように担保するか）や文言の定義（例：“観察”の定義をどうするか）に対して議論を重ねた。特に“不穏”という状態に関しては、客観性と検証可能性を十分に考慮する必要があるため、観察方法や人的コストがかかっている状態をどのように担保するかなど検討をしたうえで、“継続的な注意を要する状態”とし、そういった状態を担保する基準を設けた。

以上をふまえ、一般科の重症度、医療・看護必要度項目である「モニタリング及び処置等」「患者の状況等」「手術等の医学的状況」と精神科特有項目である「ケアマネジメントに係る状況」「入院後の事象」を融合し、精神医療における重症度指標の概要を作成した（図3、表1）。

D. 考察

本年度の研究において、主に議論の争点となったのが、一般科の重症度・医療・看護必要度が精神科領域でも利活用できるのか、そして人的コストを反映した医療行為とは何なのか、それらの指標案は恣意性が低く、客観性が担保されているのか、ということだった。

“結果”でも述べたように、我が国の精神医療における重症度・医療・看護必要度に対する取り組みでは、恣意性や客観性という観点から課題が見られた。そのため、精神科領域での重症度指標策定を進める上では、客観性・妥当性・計測容易性・検証可能性等を十分に吟味する必要がある。

また、精神科医療現場の実務を担うのは、精神科医師や看護師だけでなく、看護助手や精神保健福祉士、公認心理師、作業療法士、など多岐にわたるため、肉体的だけでなく精神的にも手間がかかる行為等への考慮も求められる。それらをふまえ今後の臨床研究では、エンドポイントを明確にし、策定した項目・指標が客観的・科学的に重症度を示すかどうかを十分に検証する必要があると考えている。

E. 結論

本年度は計4回の班会議を行い、有識者から様々な意見をいただき、一般科における重症度・医療・看護必要度をふまえたうえで精神科独自の重症度指標案の策定に取り組んできた。今後、限られた医療費が適切な形で医療機関に分配され、精神医療現場における重症度の実態をより客観的に反

映させるために、策定した指標案の客観性・妥当性・計測容易性・検証可能性などを臨床研究にて実証することとし、実用性を検討したうえで、それらを踏まえた提言を行っていくことになっている。そして、従来の外形基準に代わる、科学的な重症度患者の弁別を可能にし、適切な医療資源が分配されることで、必要とする患者へ、より手厚い医療の提供がなされることを期待したい。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1) 筒井孝子:看護量の測定および推定のための方法論に関する研究—看護業務分類コードの作成について—, 看護管理, 7(12), p.890-900, 1997.
- 2) 平成 11 年度 厚生科学研究費補助金 (厚生科学特別研究事業)
199900083A 一般急性期病棟における疾患別入院期間別にみた看護行為別看護業務量標準化に関する研究
- 3) 平成 14-16 年度 厚生労働科学研究費補助金 (医療技術総合研究事業)
200400958B 急性期入院医療におけ

- る医療および看護の集中度を基礎とした患者分類方法に関する研究 H14-16年度 総合研究報告書
- 4) 筒井孝子:看護必要度の看護管理への応用-診療報酬に活用された看護必要度-, 医療文化社, 2008
 - 5) 平成 24 年度 厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業)
201205008A 入院患者への看護の必要性を判定するためのアセスメント(看護必要度)項目の妥当性に関する研究
 - 6) 平成 26 年度 厚生労働科学研究費補助金 (政策科学総合研究事業)
201501014A 入院患者の看護必要度と看護職員配置に関する研究
 - 7) 井上由美子:精神科病棟における活用の実際-具体的な使い方と今後の課題-, 精神科看護 vol35 No.7 p.51-56, 2008
 - 8) 大竹眞裕美ら:身体合併症をもつ精神科入院患者の看護必要度とケア内容の実態調査,福島県立医科大学看護学部紀要 第 15 号 9-21, 2013
 - 9) 中嶋秀明、萱間真美:精神科入院治療における看護ケア量の測定方法に関する研究,精神科看護 vol.40 No.4 p38-48, 2013
 - 10) Kota Suzuki, Sosei Yamaguchi, Yasunari Kawasoe, Kazumi Nayuki, Tsutomu Aoki, Naomi Hasegawa & Chiyo Fujii: Development and evaluation of Intensive Case Management Screening Sheet in the Japanese population. International Journal of Mental Health Systems, volume 13, Article number: 22 (2019)

図1：一般科における重症度・看護必要度のプロセス

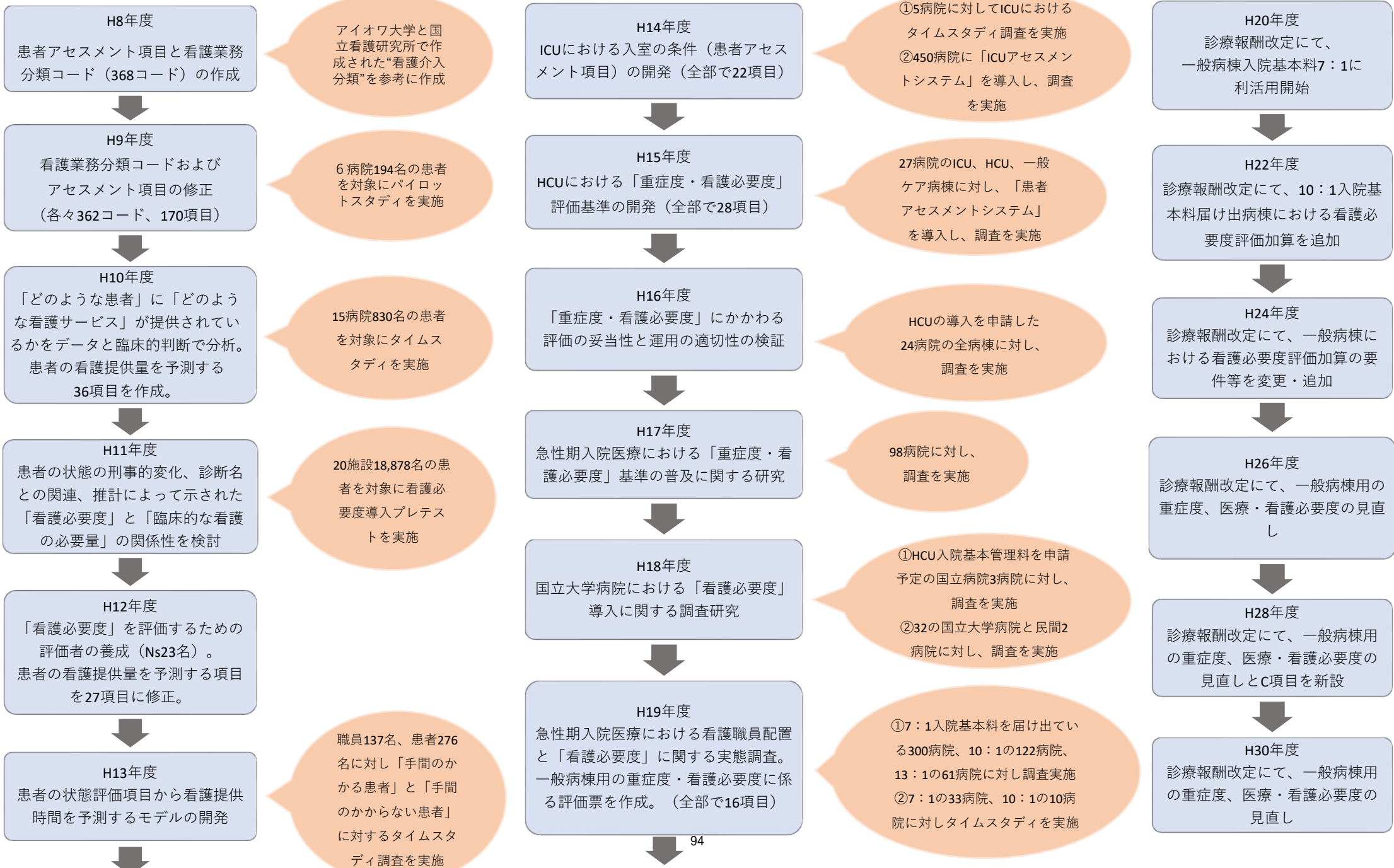
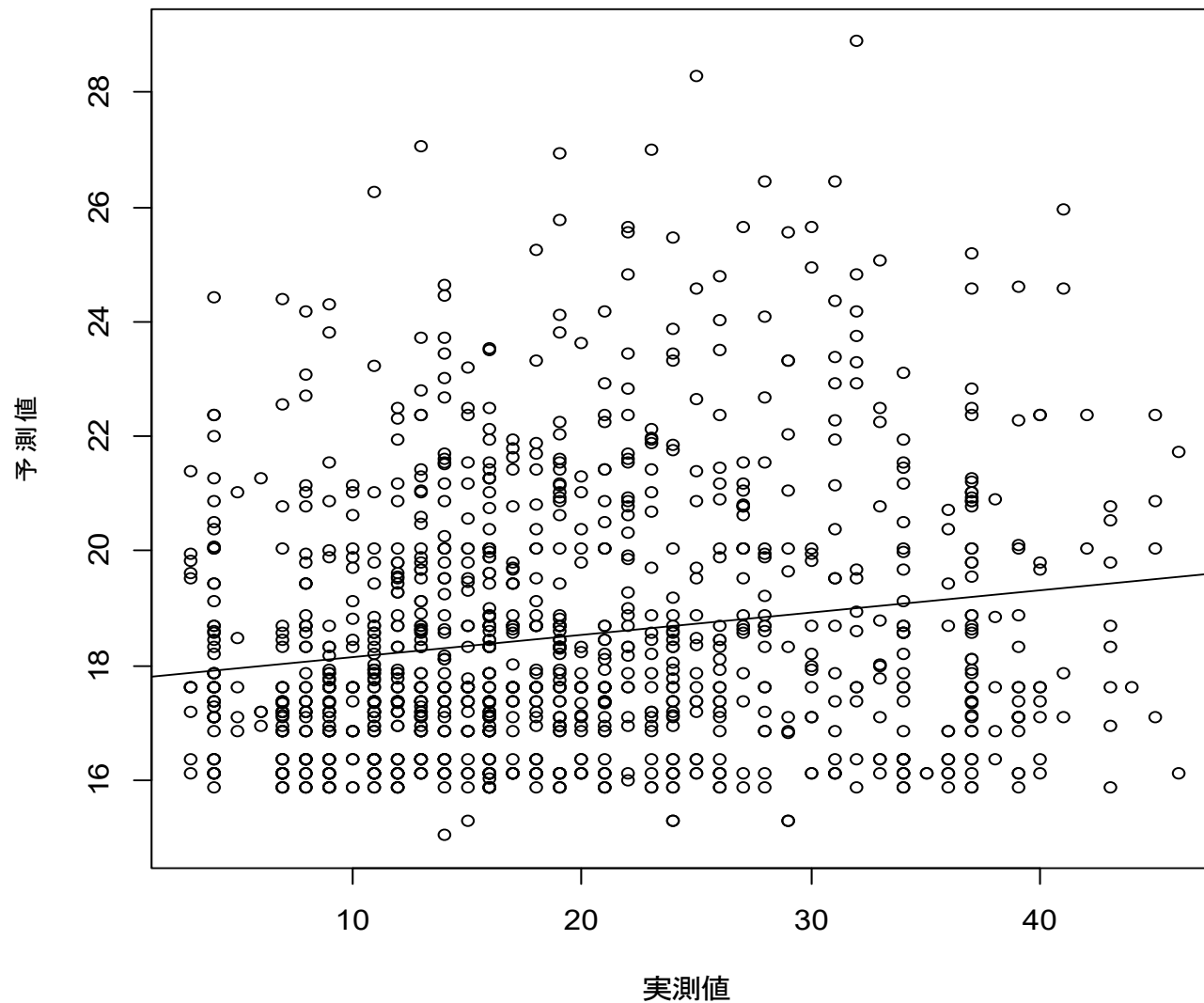


図 2 : 沼津中央病院入院患者におけるCMS C 1 3項目を基にモデル投入し、
予測されたPSW等の推定時間数の分布図

(線形回帰分析)



(実際のPSW等の関与の推定時間数)

図3：精神医療における重症度指標案の概要

A. モニタリング及び処置等

- H30年度診療報酬における一般科の重症度、医療・看護必要度Ⅱと同じ指標
- 主に看護師の医療資源を消費する項目
- 毎日評価

B. 患者の状況等

- H30年度診療報酬における一般科の重症度、医療・看護必要度Ⅱと同じ指標
- 主に看護師の医療資源を消費する項目
- 毎日評価

C. 手術等の医学的状況

- H30年度診療報酬における一般科の重症度、医療・看護必要度Ⅱと同じ指標
- 主に医師の医療資源を消費する項目
- 毎日評価

D. ケアマネジメントに係る状況

- CMSCをベースに作成
- 主に精神保健福祉士の医療資源を消費する項目
- 入院時or月に1回評価

E. 入院後の事象

- 独自で作成
- 主に医師・看護師の医療資源を消費する項目
- 毎日評価

一般科の項目を用いることに疑義が生じる可能性があるが、「精神科においてどの程度人的コストを予測するのか」というデータを臨床研究によって取得し、判断の妥当性を検証する。

日本精神神経学会をはじめとしたエキスパートや臨床現場から現状の重症度指標案に対する意見を募り、再編する。

表1：精神医療における重症度指標案（令和2年2月時点版）

※ABC項目の評価頻度は毎日を予定。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	—
	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
	心電図モニターの管理	なし	あり	—
	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
	寝返り	できる	何かに捕まればできる	できない
	移乗	介助なし	一部介助	全介助
	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
	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
	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
	開頭手術（7日間）	なし	あり
	開胸手術（7日間）	なし	あり
	開腹手術（4日間）	なし	あり
	骨の手術（5日間）	なし	あり
	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）	なし	あり
	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）	なし	あり
	救命等に係る内科的治療（2日間） （①経皮的血管内治療、②経皮的 心筋焼灼術等の治療、③侵襲 的な消化器治療）	なし	あり

〈以下、精神科に特化した項目〉

※D項目の評価頻度は、入院時 or 月1回を予定。

D	ケアマネジメントに係る状況	0点	1点
	過去6カ月以内の緊急措置・措置入院ないし 5年以内の医療観察法による入院	なし	あり
	今回の入院も含め、過去2年間で、精神病床に3回以上入院 （いわゆる休息・予定入院を除く）	なし	あり
	精神疾患の重複診断がある （主診断十知的障害・アルコール/薬物）	なし	あり
	入院前の3ヶ月以内に 近隣でのトラブルがある 警察介入あるいは保健所介入がある	なし	あり
	入院前の3ヶ月以内に 自院の診療記録等から服薬不遵守が明確である	なし	あり
	入院前の3か月以内に、 外来受診予約の不遵守がある	なし	あり
	評価時点で、退院先が確保されていない	非該当	該当
	同一法人以外の他病院からの転院	なし	あり
	入院時に、家族または支援者が同行しなかった （警察・保健所のみが同行した場合は“該当”を選択）	非該当	該当
	20歳未満	なし	あり
	休日・時間外の入院	なし	あり
	精神病床への初めての入院	なし	あり
	過去1カ月以内に精神保健福祉法に基づいて退院請求を行った	なし	あり

※E 項目の評価頻度は毎日を予定。

E	入院後の事象	0 点	1 点
	非経口静穏化に伴うバイタル管理	なし	あり
	継続的な注意を要する状態*	なし	あり
	精神科複雑病態の治療・処置 ① 悪性症候群、横紋筋融解症の管理 ② 水中毒の管理 ③ リチウム中毒・腎性尿崩症の管理 ④ クロザピンの管理 ⑤ 入院前、治療中断例では、直近の多剤大量併用 （抗精神病薬 3 剤以上かつ CP 換算 1000mg 以上）の是正 ⑥ mECT の管理	なし	あり
	作業療法に参加できない	なし	あり
	参加を促しても退院支援委員会に参加しない	なし	あり

*“継続的な注意を要する状態”については以下の基準を設ける。

- ①病状増悪や危険行動などにより心身の安全確保を要する状態、ないし、身体合併症の管理を要する状態を指す。
病状増悪や危険行動の例については欄外を参照のこと。
- ②“継続的な注意を要する”と判断する際には、多職種カンファレンスを行い医師が指示する。
医師は継続的な注意を要する理由等 について、具体的に記載を行う。
- ③“継続的な注意”を行っている際は、看護職員等により、起床時から消灯時まで少なくとも 1 時間に 1 回以上
（ただし、夜間においては最低 3 時間ごと）の観察を行い記録されていること。
- ④指示期間中は、毎日多職種カンファレンスを行い医師が指示する。
医師は継続的な注意を要する理由等について具体的に記載を行う。

欄外：以下のいずれかの不穏（興奮、拒絶、多弁・多訴、困惑、昏迷、頻コール、著しい対人操作性、著しいこだわり、強迫・儀式的行動、不潔行為、逸脱・迷惑行為、離院のおそれ、処置を伴う異食、切迫した希死念慮、自殺行動・自傷行為、威嚇的行動、暴力、サーカディアリズム障害（昼夜逆転等））