

## 【資料1】

### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

#### <一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I >

#### アセスメント共通事項

##### 1. 評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料（許可病床数400床以上の保険医療機関であつて急性期一般入院基本料（急性期一般入院料7を除く。）の届出を行っている場合を除く。）、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料1、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算1（地域一般入院基本料、13対1入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）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。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。

##### 2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）並びに手術等の医学的状況（C項目）について、毎日評価を行うこと。

ただし、地域包括ケア病棟入院料等については、A項目及びC項目のみの評価とし、毎日評価を行うこと。

##### 3. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

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を行うことができ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つた場合は、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。

退院日は、当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。退院日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

##### 4. 評価対象場所

原則として、当該病棟内を評価の対象場所とし、当該病棟以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、A項目の専門的な治療・処置のうち、放射線治療及びC項目の手術等の医学的状況については、当該医療機関内における治療を評価の対象場所とする。

##### 5. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目におい

て、薬剤師、理学療法士等が当該病棟内において実施することを評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。

なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該病棟の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A項目の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。

## 6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

ただし、A項目及びC項目のうち、別表1に規定する「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（以下、コード一覧という。）を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

## 7. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び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。

## 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、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目（A7「専門的な治療・処置等」の①から④まで及び⑥から⑨までを除く。）の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、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が、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

## A モニタリング及び処置等

### 1 創傷処置

#### 項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員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（褥瘡の処置を除く）

#### 【定義】

創傷の処置（褥瘡の処置を除く）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、皮膚又は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、膣及び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、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

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、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や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、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、褥瘡の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、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や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、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

## 2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）

### 項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理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」  
呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。  
「あり」  
呼吸ケアを実施した場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。  
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。  
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、看護職員等が、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）の実施は人工呼吸器の使用に含める。  
なお、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。

### 3 点滴ライン同時3本以上の管理

#### 項目の定義

点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護職員が管理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」  
同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。  
「あり」  
同時に3本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。  
2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクタで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。  
スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護職員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本数に数える。

### 4 心電図モニター管理

#### 項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリング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」  
持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。  
「あり」  
持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

#### 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時間や回数は問わないが、医師の指示により、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場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。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めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

### 5 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、看護職員が使用状況（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の管理を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の管理をした場合をいう。

#### 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、看護職員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。

### 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職員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」  
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。  
「あり」  
輸血や血液製剤の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・処置 項目の定義

専門的な治療・処置は、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（注射剤のみ）、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のいずれかの治療・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」  
専門的な治療・処置を実施しなかった場合をいう。  
「あり」  
専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合をいう。ただし、①から④まで及び⑥から⑨までについては、評価日において、コード一覧に掲載されているコードが入力されている場合をいう。

### 判断に際しての注意点

専門的な治療・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。なお、①から④まで及び⑥から⑨までについては、内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、E F 統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。

#### ① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）

##### 【留意点】

コード一覧を参照のこと。

#### ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

##### 【留意点】

コード一覧を参照のこと。

#### ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）

##### 【留意点】

コード一覧を参照のこと。

#### ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理

##### 【留意点】

コード一覧を参照のこと。

#### ⑤ 放射線治療

##### 【定義】

放射線治療は、固形腫瘍又は血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、病変部にX線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのDNA分子間の結合破壊(電離作用)により目標病巣を死滅させることを目的として実施した場合に評価する項目である。

**【留意点】**

照射方法は、外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）を問わない。放射線治療の対象には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器（リニアック）による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を放射線治療の対象に含める。

外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない。

外部照射か内部照射かは問わず、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。

放射線治療の実施が当該医療機関内であれば評価の対象場所に含める。

⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）

**【留意点】**

コード一覧を参照のこと。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

**【留意点】**

コード一覧を参照のこと。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

**【留意点】**

コード一覧を参照のこと。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

**【留意点】**

コード一覧を参照のこと。

⑩ ドレナージの管理

**【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状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

**【留意点】**

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。

胃瘻（PEG）を減圧目的で開放する場合であっても定義に従っていれば含める。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。陰圧閉鎖療法は、創部に誘導管（パッドが連結されている場合を含む）を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。

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に含めるものだが、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。

⑪ 無菌治療室での治療

**【定義】**

無菌治療室での治療とは、移植後、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、無菌治療室での治療が必要であると医師が判断し、無菌治療室での治療を6時間以上行った場合に評価する項目である。

## 【留意点】

無菌治療室とは、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されている必要があり、当該保険医療機関において自家発電装置を有していることと、滅菌水の供給が常時可能であること。また、個室であって、室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス7以上であること。

無菌治療室に入室した日及び無菌治療室を退室した日は評価の対象とする。

## 8. 救急搬送後の入院

### 項目の定義

救急搬送後の入院は、救急用の自動車（市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る）又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され、入院した場合に評価する項目である。

### 選択肢の判断基準

「なし」

救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター以外により搬送され入院した場合をいう。

「あり」

救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送され入院した場合をいう。

### 判断に際しての留意点

救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。

入院当日を含めた5日間を評価の対象とする。

## B 患者の状況等

### B項目共通事項

1. 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。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B10「移乗」、B11「口腔清潔」、B12「食事摂取」、B13「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

## 9 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、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

## 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、看護職員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せる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。  
医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

## 10 移乗 項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況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」、「車椅子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

(患者の状態)  
「自立」  
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1人でできる場合も含む。  
「一部介助」  
患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人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必要な場合をいう。  
「全介助」  
1人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必要な場合をいう。  
(介助の実施)  
「実施なし」  
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。  
「実施あり」  
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

## 判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」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、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。  
医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

## 11 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1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。  
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

(患者の状態)

「自立」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。

「要介助」

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必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

## 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。  
医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

## 1.2 食事摂取

### 項目の定義

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況の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、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

## 選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、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。

「一部介助」

必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、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、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行うことができる場合は「自立」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、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。

医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」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「実施なし」とする。

### 1.3 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。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

(患者の状態)

「自立」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。

自助具等を使って行うことができる場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「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必要な場合をいう。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うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。

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。  
靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

#### 1 4 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、指示通りに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、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。  
「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り、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。  
医師や看護職員等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、診療・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。

#### 1 5 危険行動 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」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

#### 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をいう。  
「ある」  
過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。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を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。  
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。  
他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

## C 手術等の医学的状況

### C項目共通事項

1. コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る手術等の実施当日からの日数によって判断すること。
2. 各選択肢の判断基準に示された手術等の実施当日からの日数については、実施当日を含む日数であること。

#### 1.6 開頭手術

##### 選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 13 日間の場合、「あり」とする。

#### 1.7 開胸手術

##### 選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 12 日間の場合、「あり」とする。

#### 1.8 開腹手術

##### 選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 7 日間の場合、「あり」とする。

#### 1.9 骨の手術

##### 選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 11 日間の場合、「あり」とする。

#### 2.0 胸腔鏡・腹腔鏡手術

##### 選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 5 日間の場合、「あり」とする。

#### 2.1 全身麻酔・脊椎麻酔の手術

##### 選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 5 日間の場合、「あり」とする。

#### 2.2 救命等に係る内科的治療

##### 選択肢の判断基準

①から③の各項目について、評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る治療の実施当日から 5 日間の場合、「あり」とする。

#### 2.3 別に定める検査

##### 選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る検査の実施当日から2日間の場合、「あり」とする。

#### 2.4 別に定める手術 選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から6日間の場合、「あり」とする。

# 精神科入院患者の「重症度にもとづく医療・看護等必要度」の評価の手引き（案）

## 第 6.1 版

### <目次>

#### アセスメント共通事項

1. 評価の対象
2. 評価日及び評価項目
3. 評価対象時間
4. 評価対象場所
5. 評価対象の処置・介護等
6. 評価者
7. 評価の判断
8. 評価の根拠

#### B 患者の状況等

9. 寝返り
10. 移乗
11. 口腔清潔
12. 食事摂取
13. 衣服の着脱
14. 診療・療養上の指示が通じる
15. 危険行動

（本手引きにおいては A 項目と C 項目は省略）

#### P-M 精神科医療ニーズ

1. 精神科的医療を要する混乱
  - 1-1. 自傷に関連する混乱（総合評価）
    - 1-1-1. 切迫した希死念慮
    - 1-1-2. 自殺行動・自傷行為
  - 1-2. 他害に関連する混乱（総合評価）

- 1-2-1. 興奮
- 1-2-2. 威嚇的言動
- 1-2-3. 暴力
- 1-2-4. 逸脱・迷惑行為
- 1-3. 食事と排泄に関連する混乱（総合評価）
  - 1-3-1. 処置を伴う異食、早食い・つめこみ食い、盗食
  - 1-3-2. 多飲症
  - 1-3-3. 不潔行為
- 1-4. 身辺処理に関連する混乱（総合評価）
  - 1-4-1. 意識障害（せん妄を含む）
  - 1-4-2. 拒絶
  - 1-4-3. セルフネグレクト
  - 1-4-4. 困惑・昏迷・解離
  - 1-4-5. 強迫・不安・儀式的行動、著しいこだわり
- 1-5. 対人関係に関連する混乱（総合評価）
  - 1-5-1. 多弁・多動・多訴
  - 1-5-2. 著しい対人操作性
  - 1-5-3. 著しい脆弱性
- 2. 精神科的病状に対する非経口薬物静穏化（筋肉注射・静脈注射）
- 3. 精神科身体合併症への対応
- 4. 精神科における専門性の高い医療
  - 4-1. 向精神薬の処方の是正
  - 4-2. 電気けいれん療法の管理
  - 4-3. クロザピンの管理

P-S 精神科心理社会支援ニーズ

- 1. 自傷・自殺歴
- 2. 入院前の治療継続
- 3. 入院治療歴
- 4. 入院時に家族も支援者も同伴しなかった
- 5. 自傷・他害を契機とする入院
- 6. 精神科副診断
- 7. 病気や治療の受け入れが乏しい
- 8. 本人が退院や社会復帰に消極的
- 9. 地域生活の維持
- 10. 家族や地域担当者が退院を望まないまたは治療に協力できない

- 1 1. 日用品や入院費の準備ができないほどの経済的困窮がある
- 1 2. 退院後の住居の見通しがない

## アセスメント共通事項

(説明：保険診療に既存の「重症度、医療・看護必要度」について、精神疾患について加えた内容を※印で記載)

### 1. 評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料（許可病床数 400 床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料 7 を除く。）の届出を行っている場合を除く。）、7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料 1、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算 1（地域一般入院基本料、13 対 1 入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）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。）、※精神病床のうち精神科救急入院料・精神科救急合併症入院料・精神科急性期治療病棟・10 対 1 および 13 対 1 入院基本料を届け出ている病棟、に入院している患者であり、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び D P C 対象病院において短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。

### 2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A 項目）、患者の状況等（B 項目）並びに手術等の医学的状況（C 項目）について、毎日評価を行うこと。ただし、地域包括ケア病棟入院料等については、A 項目及び C 項目のみの評価とし、毎日評価を行うこと。P-M 項目と P-S 項目については、本文参照（以下同様）。

(説明：本手引きにおいては A 項目と C 項目は省略)

### 3. 評価対象時間

評価対象時間は、0 時から 24 時の 24 時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。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を行うことができ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。

入院日は入院時点から24時まで、退院日は、当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。退院日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含まない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

#### 4. 評価対象場所

原則として、当該病棟内を評価の対象場所とし、当該病棟以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、A項目の専門的な治療・処置のうち、放射線治療及びC項目の手術等の医学的状況については、当該医療機関内における治療を評価の対象場所とする。

#### 5. 評価対象の処置・介護等

当該病棟で実施しなければならない処置・介護等〔※1〕の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等〔※2〕が当該病棟内において実施することを評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。

なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該病棟の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A項目の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。

〔※1：精神疾患患者について評価する場合、観察や見守りや支援も含む。〕

〔※2：精神疾患患者について評価する場合、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等を含む〕

#### 6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

ただし、A項目及びC項目のうち、別表1に規定する「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（以下、コード一覧という。）を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

#### 7. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び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。

## 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、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。

A項目（A7「専門的な治療・処置等」の①から④まで及び⑥から⑨までを除く。）の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、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が、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

## B 患者の状況等

(説明：保険診療に既存の「重症度、医療・看護必要度」について、精神疾患について加えた内容を※印で記載)

### < B項目共通事項 >

1. 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。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B10「移乗」、B11「口腔清潔」、B12「食事摂取」、B13「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

### 9. 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、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

#### 【選択肢の判断基準】

- 0点「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。
- 1点「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。
- 2点「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、看護職員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職員等が行っている場合は「できない」となる。[※]

医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

[※：精神疾患患者について評価する場合、精神症状のために寝返りができない場合も、「できない」「何かにつかまればできる」とする。]

## 10. 移乗

### 【項目の定義】

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況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」、「車椅子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】

(患者の状態)

0点「自立」：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1人でできる場合も含む。

1点「一部介助」：患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人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必要な場合をいう。

2点「全介助」：1人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必要な場合をいう。

(介助の実施)

「実施なし」：評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」：評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

### 【判断に際しての留意点】

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」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、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。[※]

医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

[※：精神疾患患者について評価する場合、精神症状のために移乗できない場合も、「全介助」「一部介助」とし、精神症状のために介助を実施した場合も「実施あり」とする。]

## 11. 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1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。

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】

(患者の状態)

0点「自立」：口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。

1点「要介助」：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必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

(介助の実施)

「実施なし」：評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」：評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

### 【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。[※]

医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

[※：精神疾患患者について評価する場合、精神症状のために口腔清潔の関連する一連の行為ができない場合も「要介助」とし、精神症状のために介助を実施した場合も「実施あり」とする。

## 1 2. 食事摂取

### 【項目の定義】

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況の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、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

## 【選択肢の判断基準】

(患者の状態)

0点「自立」：介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、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。

1点「一部介助」：必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

2点「全介助」：1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」：評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」：評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

## 【判断に際しての留意点】

食事の種類は問わず、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、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行うことができる場合は「自立」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、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。

医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」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「実施なし」とする。

[※：精神疾患患者について評価する場合、精神症状のために食事摂取ができない場合も「全介助」「一部介助」とし、精神症状のために介助を実施した場合も「実施あり」とする。ここで評価するのは行為としての摂食であり、摂食障害のために摂食に障害がある場合は評価しない。]

## 1 3. 衣服の着脱

### 【項目の定義】

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。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】

(患者の状態)

0点「自立」：介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。自  
助具等を使って行うことができる場合も含む。

1点「一部介助」：衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分  
で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、  
「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等  
の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」  
とする。

2点「全介助」：衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。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うことができても、  
着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある  
場合も「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」：評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」：評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

## 【判断に際しての留意点】

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。

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。

靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。[※]

[※：精神疾患患者について評価する場合、精神症状のために衣服の着脱ができない場合  
も「全介助」「一部介助」とし、精神症状のために介助を実施した場合も「実施あり」と  
する。

## 14. 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、指示通りに実行できるか  
どうかを評価する項目である。

### 【選択肢の判断基準】

0点「はい」：診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合を  
いう。

1点「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り、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。

医師や看護職員等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、診療・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。

[※：「精神科領域、意識障害等」には精神疾患を含む。]

## 1 5. 危険行動

### 【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」[※1] の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

### 【選択肢の判断基準】

0点「ない」：過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

2点「ある」：過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

### 【判断に際しての留意点】

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。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労力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を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。[※2]

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。[※3] 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。[※4]

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

[※1：精神疾患患者について評価する場合、精神症状にもとづく他害・離院も危険行動に含める。]

[※2：精神疾患患者について評価する場合、精神症状にもとづいて「項目の定義」にある「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」が過去1週間以内にあり、しか

し「適切な対応」「日々の危険行動への対策」により危険行動そのものを避けることができた時には、「ある」とする。]

[※3：精神疾患患者について評価する場合、精神症状にもとづく危険行動も「ある」とする。]

[※4：精神疾患患者について評価する場合、「いわゆる迷惑行為」が精神症状にもとづく場合はこの項目の「危険行動」に含め、精神症状にもとづかない場合は含めず「1-2-4. 逸脱・迷惑行為」に該当するかを検討する。]

## 1. 精神科的医療を要する混乱

### <共通事項>

#### ・評価の対象

「精神科入院における基本的な治療やケア」を行っていても（要件①）、精神症状にもとづく様々な混乱のために、日常生活における最低限の安全保持・身辺処理・対人関係が妨げられる場合を対象とし（要件②）、精神医学的アセスメントによりその原因となる病態を評価し（要件③）、それにもとづいて「多職種による生物心理社会的対応」を実施した場合（要件④）に評価する。

#### ・多職種による生物心理社会的対応

（ここで多職種とは、医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・公認心理師・栄養士など、精神科医療に従事する専門職である。）

それぞれの患者の病状に即して個別的に、(1)週1回以上の医師を含む多職種カンファレンスで評価と対応立案を行い記録する、(2)多職種カンファレンスにもとづく頻回の観察や見守りやケアを看護を中心に実施し、適切に記録する、(3)多職種カンファレンスにもとづく混乱の病態に焦点をあてた治療を、医師を中心に実施し記録する（精神療法やスキルトレーニングなど）、ことが必要である。

### 1-1. 自傷に関連する混乱

#### 1-1-1. 切迫した希死念慮

##### 【項目の定義】

(1) 病状要因：遺書を書く、自殺手段に言及するなど、自殺の危険性の切迫が、具体的な言動として認められるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

##### 【選択肢の判断基準】

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて希死念慮に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

##### 【判断に際しての留意点】

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施す

る。

【評価者】 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

【評価頻度】 毎日

### 1-1-2. 自殺行動・自傷行為

#### 【項目の定義】

(1) 病状要因：状況によっては自殺既遂も考えられるような自殺行動、ないし、自傷行為（頭部で壁やドアを叩き続けるようなもの、何らかの道具を用いたリストカット・アームカットなど）が実際にあるか、その発生が高く予見されるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

#### 【選択肢の判断基準】

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて自殺行動・自傷行為に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

#### 【判断に際しての留意点】

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

【評価頻度】 毎日

### 1-2. 他害に関連する混乱

#### 1-2-1. 興奮

#### 【項目の定義】

(1) 病状要因：刺激への反応性が亢進している、あるいは、著しい気分変動があるため、顕著な怒りの感情表出と行動化が繰り返されるもの。興奮は通常、自制できておらず、そのまま放置すると自傷行為、器物破壊、迷惑行為、対人操作などの行動化が高く予見されるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

**【選択肢の判断基準】**

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて興奮に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

**【判断に際しての留意点】**

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

**【評価頻度】** 毎日

1-2-2. 威嚇的言動

**【項目の定義】**

(1) 病状要因：言葉による威嚇、攻撃で、相手を言葉で傷つけようとの意図が働いているもの、あるいは、傷つけようとの意図が明確でなくても、用いられる言葉により聞いた者には脅威や強い不安が生じることが明らかなもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

**【選択肢の判断基準】**

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて威嚇的言動に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

**【判断に際しての留意点】**

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

**【評価頻度】** 毎日

1-2-3. 暴力

**【項目の定義】**

(1) 病状要因：叩く・蹴る・殴る・ひっかく・噛むなど、他者に対する身体への攻撃であり、偶発的なものではなく、相手の身体を傷つけようとの意図が働いているもの。蹴る・投げる・落とす・叩く・倒すなどによる他者の所有物（病院の建物・備品等を含む）への攻撃は、暴力の項目で評価するが、身体にさわる、なでまわす、消耗品への攻撃などは、迷惑行為の項目で評価する。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

#### 【選択肢の判断基準】

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて暴力に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

#### 【判断に際しての留意点】

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

【評価頻度】毎日

### 1-2-4. 逸脱・迷惑行為

#### 【項目の定義】

(1) 病状要因：他者への過干渉やおせっかい、巻き込み、力による支配、盗み・ゆすり・たかりなど金品等の不当な移動に関わる行為、病室や廊下やトイレを意図的によごす、備品を勝手に移動する・持ち去る、人前で騒ぐ・ひとを驚かせる、廊下をかけ回る、徘徊する、立ち入り禁止場所へ入る（他患の病室、性別の異なるトイレ内など）などの逸脱・迷惑行為。

ひとの体を触ること、露出（はだかになる、身体の一部を露出する）、あるいは、性交の強要などの性的な逸脱・迷惑行為や、他人の持ち物や共有物（例えば、トイレトーパー、新聞など）、ゴミなどの収集癖（注意されても止められない）で、収集した物品の返却や処分にも抵抗するものも含む。

ひとつの行為について、「暴力」と重複して評価しない。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

**【選択肢の判断基準】**

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて逸脱・迷惑行為に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

**【判断に際しての留意点】**

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

**【評価頻度】** 毎日

1-3. 食事と排泄に関連する混乱

1-3-1. 処置を伴う異食、早食い・つめこみ食い、盗食

**【項目の定義】**

(1) 病状要因：

異食：通常食べ物とはみなされないもの（例えば、おむつ、新聞紙、トイレトペーパーなど）を口に含んだり、実際に食べてしまい、異食後の処置が必要となるもの。ただし、自分の毛髪や爪、尿や便を食べる行為は異食に含めず、不潔行為の項目で評価する。

早食い・つめこみ食い：早食いしたり、大量の食べ物を口にほおぼるため、むせこみがある上、窒息のおそれから食事中は常時監視が必要となるもの。

盗食：配膳された他患の給食や残食からの盗食が常にあり、注意してもやめられないものの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

**【選択肢の判断基準】**

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて食行動に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

**【判断に際しての留意点】**

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

【評価頻度】 毎日

### 1-3-2. 多飲症

#### 【項目の定義】

(1) 病状要因：健康の維持に必要な量をはるかに越えた大量の水分を摂取し、多飲症の診断基準（例えば、Sakuma, et al. (2021) による Polydipsia Diagnostic Criteria (PDC) 日本語版など）に該当するもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

#### 【選択肢の判断基準】

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて多飲症に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

#### 【判断に際しての留意点】

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

【評価頻度】 毎日

### 1-3-3. 不潔行為

#### 【項目の定義】

(1) 病状要因：トイレ以外の場所に排泄するもの、あるいは、排泄物を弄ぶ行為があるもの。その際に、自分の尿や便、帯下（おりもの）などの一部を摂取するもの。おむつ等では管理できない尿失禁、ないし、便失禁のため、患者のからだだけでなく、尿便等で汚染される病室やベッドの清拭が連日必要となるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

#### 【選択肢の判断基準】

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて不潔行

為に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

**【判断に際しての留意点】**

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

**【評価頻度】** 毎日

1-4. 身辺処理に関連する混乱

1-4-1. 意識障害（せん妄を含む）

**【項目の定義】**

(1) 病状要因：意識障害あるいは意識障害によると考えられる病状のために、言動のまとまらなさや意思疎通が不良となり、日常生活における最低限の安全保持・身辺処理・対人関係が損なわれるほどのさまざまな混乱を示す。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

**【選択肢の判断基準】**

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて意識障害に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

**【判断に際しての留意点】**

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 看護師 公認心理師を含める？

**【評価頻度】** 毎日

1-4-2. 拒絶

**【項目の定義】**

(1) 病状要因：食事摂取、水分摂取、診察・治療を受けることに対して、拒否・拒絶を示し、強制的な形でなければ、実施できないもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

**【選択肢の判断基準】**

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて拒絶に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

**【判断に際しての留意点】**

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

**【評価頻度】** 毎日

1-4-3. セルフネグレクト

**【項目の定義】**

(1) 病状要因：入浴・更衣・歯磨き・ひげそりなどの整容、及び、身の回りの片付けに関する最低限のセルフケアすら自分では行えず、介護・介助にも抵抗するもの。食事や水分が摂取できない場合は、その原因がおもに意欲低下や無関心によるものであっても、拒絶の項目で評価する。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

**【選択肢の判断基準】**

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいてセルフネグレクトに焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

**【判断に際しての留意点】**

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

**【評価頻度】** 毎日

#### 1-4-4. 困惑・昏迷・解離

##### 【項目の定義】

(1) 病状要因：困惑、昏迷、解離などにより意思決定ができないもの。あるいは、意思決定できなくなるような困惑・昏迷・解離が頻繁に生じるもの。放置すると、自力では食事や水分摂取すら行えないため、食事介助、経管栄養、点滴などの対応を要するもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

##### 【選択肢の判断基準】

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて困惑・昏迷・解離に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

##### 【判断に際しての留意点】

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

【評価頻度】毎日

#### 1-4-5. 強迫・不安・儀式的行動、著しいこだわり

##### 【項目の定義】

(1) 病状要因：自分のやりかたにこだわり、自分の思い通りに行えないことに不満や攻撃性を強めたり、強い不安を呈するもの。また、強迫行為や儀式的行動や不安解消行動に没頭し、その行為の継続のために周囲の者をまきこむ行動や命令などが日常的に認められるもの。また、ひとや物や時間などへのこだわりがあるため、目的のひと（特定のスタッフなど）やものが得られないと納得できず、不満や攻撃性を強めたり、要求が通るまでひとに執拗にまとわりついたり、訴えや確認を繰り返すもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

##### 【選択肢の判断基準】

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて強迫・不安・儀式的行動、著しいこだわりに焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回

のケアを実施した

**【判断に際しての留意点】**

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

**【評価頻度】** 毎日

1-5. 対人関係に関連する混乱

1-5-1. 多弁・多動、多訴

**【項目の定義】**

(1) 病状要因：

・多弁・多動：多弁・多動により、周囲をまきこむ行動が顕著にみられるもの（せわしなく動き回っている／のべつまくなしに話しており、相手がみつからないと移動してまで関わりを求めようとする等）

・多訴：直接の言葉や頻回のナースコールによる訴えで、職員の業務がその対応にほぼ独占されてしまうもの（スタッフルーム周辺に長時間留まったり、用件に不釣り合いに頻繁にナースコールを使用する）。サーカディアンリズム障害（昼夜逆転等）のため、夜間を中心に、比較的多くの対応が実施される場合（一晩に3回以上の対応）もここで評価する。

(2) 医療者要因

直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

**【選択肢の判断基準】**

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて多弁・多動、多訴に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

**【判断に際しての留意点】**

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

【評価頻度】 毎日

### 1-5-2. 著しい対人操作性

#### 【項目の定義】

(1) 病状要因：不安や緊張、相手への依存、優越した立場に立ちたいという潜在的な思いなどから、まわりのひとを意のままに動かそうとして、言葉や行為、喜怒哀楽の感情表出などが繰り返され、何らかの介入が必要となるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

#### 【選択肢の判断基準】

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて著しい対人操作性に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

#### 【判断に際しての留意点】

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

【評価頻度】 毎日

### 1-5-3. 著しい脆弱性

#### 【項目の定義】

(1) 病状要因：ごくささいな出来事や変化によっても精神的不調（症状等の再燃・再発）が生じるため、個別にかかわれる環境（個室等）が用意された上で、担当の職員により、本人の脆弱性を配慮した対応を行う必要があるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

#### 【選択肢の判断基準】

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて著しい脆弱性に焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

**【判断に際しての留意点】**

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

**【評価頻度】** 毎日

**2. 精神科的病状に対する非経口薬物静穏化（筋注ないし静脈内注射）**

**【項目の定義】**

**（1）病状要因**

身体的拘束をされていない入院患者の精神症状にもとづく精神運動興奮、衝動性・攻撃性亢進などに対し、急速な非経口薬物静穏化を行わないと、患者の安全が確保できない。

**（2）医療者要因**

非経口薬物静穏化は、①実施前の回避策の実施、②実施時の安全な手法、③実施後のバイタルモニタリング、の3点が必要である。

実施前の回避策は、例えば精神療法による静穏化、4人以上の医師・看護師によるCVPPPにもとづくデスカレーション、経口や貼布製剤による静穏化などである。実施は、筋肉注射・静脈注射・経鼻胃管による鎮静薬の投与による。実施後のバイタルモニタリングは2時間以上行い、15分ごとの観察が必要である。

静穏化を実施した日に評価し、前日以前に行った静穏化の継続はここでは評価しない。

**【選択肢の判断基準】**

0点：なし

1点：あり（薬物投与を実際に準備したが、事前の対応で回避できた場合を含む）

**【判断に際しての留意点】**

**【評価者】** 看護師

**【評価頻度】** 毎日

**3. 精神科身体合併症への対応（位置づけを高めるとする意見あり）**

**<共通事項>**

精神科身体合併症への対応は、身体合併症を有する精神科入院患者の診療（検査や診断、治療やリハビリテーションなど）に関し、精神科入院における基本的な治療やケアに

加えて、精神科医と他診療科の医師（身体合併症担当医と呼ぶ）が緊密な連携をとらなければ、治療計画の作成、病状改善や安定化がはかれないような重篤な身体合併症にかかわるものである。改善には、患者が適切な診断や治療が継続して受けられるように、身体合併症担当医の指示・指導による検査や診断、治療以外にも、頻回の他科受診（他科医師が常勤でない場合など）や一時的転院や一般病床への転棟など、家族の協力や病院スタッフによる支援が必要となる。

なお、身体合併症担当医の役割については、身体合併症についての十分な知識や経験、技術を有する精神科医が確保できる場合、精神科医を身体合併症担当医とすることができる。その場合、ひとりの精神科医が担当医と身体合併症担当医を兼務することはできず、身体合併症担当医としてかかわる当該日には、精神科医としての業務を行なえない（半日単位で切り分けることは可）。

### 【項目の定義】

（１）病状要因：精神科身体合併症は、厚生労働大臣が別表第七の二において規定したものの、およびそれと同等以上の重症度と判断できる「精神科医療において特に注意を要する病態」、と定義する。

<別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者>

- ・呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）
- ・心疾患（New York Heart Association の心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈）
- ・手術又は直達・介達牽引を要する骨折
- ・脊髄損傷
- ・重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）
- ・重篤な栄養障害（Body Mass Index 13 未満の摂食障害）
- ・意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）
- ・全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒 1 期、2 期又は敗血症）
- ・中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）
- ・急性腹症（消化管出血、イレウス等）
- ・劇症肝炎又は重症急性膵炎
- ・悪性症候群又は横紋筋融解症
- ・広範囲（半肢以上）熱傷
- ・手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍
- ・透析導入時
- ・重篤な血液疾患（ヘモグロビン 7 g/dl 以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）

- ・急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）
- ・手術室での手術を必要とする状態
- ・膠原病（専門医による管理を必要とする状態に限る）
- ・妊産婦
- ・指定難病

<精神科医療において特に注意を要する病態>（上記の別表七の二に含まれないもの）

- ① リチウム中毒（リチウム血中濃度 2.5mEq/L 以上または、リチウム血中濃度 1.5mEq/L 以上かつ腎性尿崩症の合併、50 歳以上、甲状腺機能障害、クレアチンクリアランス低下のいずれかがある場合）
- ② セロトニン症候群（Sternbach の診断基準：A. セロトニン作動薬の追加投与や投薬の増加と一致して次の症状の少なくとも 3 つを認める 1）精神症状の変化（錯乱、軽躁状態） 2）興奮 3）ミオクローヌス 4）反射亢進 5）発汗 6）悪寒 7）振戦 8）下痢 9）協調運動障害 10）発熱, B. 他の疾患が否定される（例えば感染、代謝疾患、物質乱用やその離脱), C. 上に挙げた臨床症状の出現前に抗精神病薬が投与されたり、その用量が増量されていない）
- ③ 重篤な白血球減少症（クロザピン使用中の場合、白血球数 3000/mm<sup>3</sup>未満または好中球数 1500/mm<sup>3</sup>未満、クロザピン以外では、好中球数 1000/mm<sup>3</sup>未満で発熱あり、または好中球数 500/mm<sup>3</sup>未満の場合）
- ④ 脱水症や低栄養等への対応（安静の困難な患者に対し、1 日 12 時間以上の持続的な点滴を行う場合や経管栄養を実施する場合）
- ⑤ 深部静脈血栓症（Wells' score 3 点以上（担がん、下肢麻痺あるいは最近のギプス装着、3 日以上の上安静又は手術後 4 週以内、深部静脈触診で疼痛、下肢全体の腫脹、下腿周径差 >3 cm、患肢の pitting edema）または Dダイマー異常値の場合に画像検査を実施し、弾性ストッキングおよび薬物投与を実施した場合）

（2）医療者要因：身体合併症を有する患者が、身体合併症担当医に最低週 1 回以上の頻度で診察を受け、精神科医を含む多職種チームが、その医師により指示・指導された治療やケアを実施する。身体合併症担当医の診察が、週 1 回以上の頻度で継続する限り、本項目は 1 点と評価する。身体合併症の回復が困難と診断され、終末期医療の段階にはいった患者は、診察頻度が週 1 回より低い頻度になっても月 1 回以上あれば本項目を 1 点と評価する。

#### 【選択肢の判断基準】

0 点：なし

1 点：定義に該当する重篤な身体合併症あり

#### 【判断に際しての留意点】

【評価者】 医師

【評価頻度】 毎日

#### 4. 精神科における専門性の高い治療

##### 4-1. 向精神薬の処方のは正

###### 【項目の定義】

(1) 病状要因：3 剤以上の抗精神病薬、3 剤以上の抗うつ薬、3 剤以上のベンゾジアゼピン系薬剤を処方している場合、または抗精神病薬をクロルプロマジン換算 1000mg 以上処方している場合、2 週間おきに減量・減薬するなど多剤処方・大量処方は正を計画的に行っている。

(2) 医療者要因：担当医師が SCAP 法などによる処方減単計画（是正完了時の処方内容を含む）をたて、担当の多職種スタッフに周知した上で、処方は正を開始する。また、是正に先立ち、患者・家族への説明と同意取得（文書同意の規定のない処方変更については口頭による同意でよい）を実施する。是正の実施中、医師は、処方変更の進捗を毎週評価する。4 週間ごとに患者・家族に対して、処方は正状況を説明する。

###### 【選択肢の判断基準】

0 点：実施なし

1 点：実施あり

###### 【判断に際しての留意点】

処方は正の開始 2 週間前から一定期間（是正終了、もしくは、是正開始 1 2 週経過時点のうち、早い方）評価できる。また、処方は正を中止した場合でも、中止後 2 週間まで評価できる。

処方は正計画を立案し、必要に応じて、困難な病態への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】 医師

【評価頻度】 毎日

##### 4-2. 電気けいれん療法の管理

###### 【項目の定義】

(1) 病状要因：適応となる診断を有し、適応となる状況（本橋伸高、他：電気けいれん療法（ECT）推奨事項改訂版. 精神神経学雑誌 115:586-600, 2013 に記載の「急性期 ECT の適

応基準」を参照)にある患者に対し、保険診療として認められている電気けいれん療法を実施するもの。

(2) 医療者要因：修正型電気けいれん療法の場合には、上記の本橋らの論文に記載の「定電流短パルス波治療器による modified ECT の治療手順の例」に準拠した形で実施する。mECT は、通常、週 2、3 回の頻度で、6 から 12 回を 1 クールとして実施されるが、これ以外に、長いインターバルで低い頻度で実施されるメンテナンス mECT もある。

**【選択肢の判断基準】**

0 点：実施なし

1 点：実施あり

**【判断に際しての留意点】**

mECT のクール開始 1 週間前から一定期間（クール終了、もしくは、クール開始 8 週経過時点のうち、早い方）評価できる。また、mECT を中止した場合でも、中止後 2 週間まで評価できる。メンテナンス mECT の場合は、前日・当日・翌日の 3 日間に限り評価できる。

mECT の治療計画を立案し、必要に応じて、困難な病態への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 医師

**【評価頻度】** 毎日

### 4-3. クロザピンの管理

**【項目の定義】**

(1) 病状要因：治療抵抗性統合失調症の患者に対し、クロザピンを新たに導入するもの、またはクロザピンが何らかの理由により中断し投与再開するもの。

(2) 医療者要因：クロザリル適正使用委員会の規定にしたがってクロザピン治療を実施するもの。

**【選択肢の判断基準】**

0 点：実施なし

1 点：実施あり

**【判断に際しての留意点】**

クロザピン投与前 2 週間から投与開始後、一定期間（維持量が決まり 4 週間、同じ投与量が維持できた時点か、投与開始後 1 2 週経過時点のうち、早い方）評価できる。また、クロザピンを投与中止した場合、中止後 4 週間まで評価できる。

クロザピンによる治療計画を多職種で立案し、必要に応じて、困難な病態への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】 医師

【評価頻度】 毎日

## 1. 自傷・自殺歴

### 【項目の定義】

入院前の過去2年間に救急病院受診を必要とするほど切迫した自傷や自殺行為があった場合に評価する。

- (1) 病状要因：過去2年間、あるいは直近の切迫した自傷や自殺行為
- (2) 医療者要因：適切なリスク評価と事故防止のための頻回の病状モニタリング、家族等へのより詳細な病状説明。

### 【選択肢の判断基準】

0点：該当しない

1点：該当する

### 【判断に際しての留意点】

この項目では、入院前2年間の自傷・自殺行為のエピソードの有無を入院時に評価する。入院後の希死念慮については「切迫した希死念慮」(P-M 1-1-1)で評価する。不明の場合は「該当しない」とする。

【評価者】 医師、看護師 公認心理師を含める？

【評価頻度】 入院時に1回のみ

## 2. 入院前の治療継続

### 【項目の定義】

今回入院前に精神科において定期的な外来受診や服薬ができなかったことを評価する。

- (1) 症状要因：今回の入院前に定期的な受診や服薬を怠っていた
- (2) 医療者要因：服薬指導、疾患教育を行い医療の継続を維持する

### 【選択肢の判断基準】

0点：外来受診や服薬が不規則であっても、治療継続としての意味は保たれていた。

1点：外来受診や服薬を拒否する、または治療継続としての意味が損なわれるほどに外来受診や服薬が不規則であった。(精神科受診が初めての場合や長期間にわたって精神科受診歴がなかった場合を含む。)

### 【判断に際しての留意点】

この項で評価される患者は、すでに精神科の医療が行われていたにもかかわらず、医療を受けなくなったことから状態が悪化して入院に至った事例である。外来での治療が継続

できなかったことが要因であることを評価する。通院が困難である合理的な事情がある場合は基本的に含まないこととするが、処方薬を長期間入手しない場合は含めることとする。治療開始が最近の場合は1点と評価する。不明の場合は「該当しない」とする。

【評価者】 看護師、医師

【評価頻度】 入院時1回のみ

### 3. 入院治療歴

#### 【項目の定義】

継続した治療を行っていたにも関わらず、過去2年間で、他院を含め1か月以上の精神科入院が3回以上あるか、通算1年以上にわたり入院を続けていたかを評価する。

(1) 病状要因：今回の入院を含み過去2年間で3回以上の入院、あるいは過去2年間で通算1年間以上の入院

(2) 医療者要因：薬物調整を含め、最適な治療方法を選択しながら、治療関係を維持

#### 【選択肢の判断基準】

0点：該当しない（精神科受診が初めての場合を含む。）

1点：該当する

#### 【判断に際しての留意点】

この項で評価される患者は、精神症状が重症あるいは治療反応性に乏しい患者、あるいは社会生活を維持継続するのに家族あるいは関係者の支援が病状に比して不十分な患者である。継続した外来治療が行われていたにもかかわらず、過去2年間で他院を含め3回以上の精神科入院歴があるか、過去2年間で通算1年以上にわたり入院を続けていたかを入院時に評価する。精神症状の遷延、悪化、あるいは在宅生活の破綻による入院のみを評価に含め、休養目的の入院は含まない。不明の場合は「該当しない」とする。

【評価者】 看護師、医師、精神保健福祉士

【評価頻度】 入院時に1回のみ

### 4. 入院時に家族も支援者も同伴しなかった

#### 【項目の定義】

本項目は、単に、同伴なしでひとりで受診したという意味ではなく、家族や支援する立場の者が、本人とのかかわりを躊躇や拒否するため、または医療機関との関りを躊躇や拒否しているため今回の入院時に同伴しなかった、という意味である。家族や支援者の範囲は、個別の事情に応じて判断し、医療のキーパーソンとしての役割を担える身近な方がい

ないことを評価する。

**【選択肢の判断基準】**

0点：家族または支援者が同伴した。

1点：家族や支援者が、本人との関りを躊躇または拒否する、または医療機関との関りを躊躇または拒否するもしくは電話でしか取ろうとしない。

**【判断に際しての留意点】**

家族や支援者の発言により、本人とのかかわりを明確に躊躇または拒否している場合に評価する。時間（深夜で交通手段が確保できなかった、など）や場所（遠方で長距離の移動にたえられない親が同伴できなかったなど）が理由で、同伴しなかった場合は0点と評価する。入院時同伴したものの、それ以降一切の関わりを躊躇または拒否する場合も評価する。

**【評価者】** 看護師、精神保健福祉士

**【評価頻度】** 入院時に1回のみ（退院時まで修正可能）

## 5. 自傷・他害を契機とする入院

**【項目の定義】**

入院の契機となった理由が自傷・他害である場合。

（1）病状要因：自傷・他害およびそのおそれが理由とされる、緊急措置・措置入院、医療保護入院など非自発入院である場合。

（2）医療者要因：入院勧奨に応じない場合、あるいは応じても入院の必要性について十分な理解が得られない場合。

**【選択肢の判断基準】**

0点：該当しない

1点：緊急措置入院、措置入院、あるいは医療保護入院ですでに自傷・他害行為を行いそれが入院の理由となった場合。

（得点の比重を高める意見あり）

**【判断に際しての留意点】**

自傷あるいは他害行為により入院となった患者を入院時に評価する。入院形態は、緊急措置入院、措置入院が多いが、医療保護入院となっている場合もある。緊急措置入院、措置入院は自傷・他害行為が実行された場合だけでなく切迫性が高い場合もあるが、いずれも評価する。医療保護入院では、自傷他害が実行されしかもそれが入院の理由となった場合のみ評価し、自傷他害のおそれ（実行されていない）のみの場合は評価しない。

【評価者】 看護師、医師

【評価頻度】 入院時に1回のみ

## 6. 精神科副診断

### 【項目の定義】

精神医学的な診断が精神科主診断のみでは困難で、併存症として精神科副診断が評価し得る。

(1) 病状要因：精神科主診断のみでなく精神科副診断をつける必要があり、その精神科副診断が今回の入院に精神科主診断と並んであるいは精神科主診断以上に影響している。

(2) 医療者要因：病態の把握が困難、あるいは病態の安定が困難で、単一の疾患概念だけでは説明が困難であるもの。

### 【選択肢の判断基準】

0点：精神科副診断はない、または精神科副診断はあるが今回の入院に精神科主診断ほどには影響していない。

1点：精神科副診断が今回の入院に精神科主診断と並んであるいは精神科主診断以上に影響している。

### 【判断に際しての留意点】

精神科副診断は ICD-10 の F コードの 2 桁が精神科主診断と異なるものとし（例：統合失調症 F20 と軽度精神遅滞 F71）、同じ F コードのものは含めない（例：アルコール依存とアルコール離脱）。そのうちここでとりあげる精神科副診断は、今回の入院に影響を与える程度の病状のもので、病状がそれに至らないものはここでは評価しない。入院に精神科副診断がどう影響していたか、医師／多職種チームのアセスメント結果を記録し、スタッフ間で情報共有する。また、入院時に見逃されていたが、その後、明らかになった精神科副診断について修正評価してもよいが、本項目の点数の修正は、入院1ヶ月以内に実施する。

【評価者】 医師

【評価頻度】 入院時に1回のみ（退院時までには修正可能）

## 7. 病気や治療の受け入れが乏しい

### 【項目の定義】

治療やプログラムの受け入れの乏しさを評価する。知識不足や病識不十分により病気や治療の必要性の理解不足や心理的受容困難が背景にあることが多いが、行動としては治療を受け入れ、治療やプログラム参加が行えている場合は評価しない。また、疲労や昼夜逆転

などの理由でプログラムに参加できない場合も評価しない。医療者によるモニターが密な入院環境では治療を受け入れるが、地域社会での生活環境では治療を受け入れないことが明らかな場合は、この項目で評価する。

**【選択肢の判断基準】**

0点：治療やプログラムの多くを受入れ、地域社会での生活継続に結びつくと期待できる。

1点：治療やプログラムの多くを拒み、地域社会での生活継続が期待できない。

**【判断に際しての留意点】**

「医療者によるモニターが密な入院環境では治療を受け入れるが、地域社会での生活環境では治療を受け入れないことが明らかな場合」は、本人の発言、行動、および判定の根拠となる医師・多職種チームによるアセスメント内容を記録する。福祉や介護のサービスの受け入れが乏しく、それが治療やプログラムを引き起こしている場合は評価する。

**【評価者】** 看護師、医師 公認心理師を含める？

**【評価頻度】** 入院2か月以内に評価、その後は毎月

## 8. 本人が退院や社会復帰に消極的

**【項目の定義】**

社会生活に向けた本人の態度を評価する。退院や社会復帰に消極的であることを示す発言があり、退院や社会復帰に向けたプログラム（ケア会議や退院支援委員会への参加、退院準備講座や作業療法への参加など）に参加しない場合に評価する。退院や社会復帰に消極的あるいは不安となることが当然の事情や状況がある場合は評価しない。家族や支援者や病院や地域から、本人の状況を踏まえて提案した具体的な社会復帰方針のいずれにも、同意が得られない場合は評価する。

**【選択肢の判断基準】**

0点：社会生活に向けたプログラムへの一定の参加があり、退院や社会復帰が期待できる。

1点：社会生活に向けたプログラムの多くに不参加で、退院や社会復帰が見通せない。

**【判断に際しての留意点】**

退院や社会復帰に消極的な理由について、判定の根拠となる本人の発言、及び、行動、及び、医師／多職種チームによるアセスメント内容を記録する。

**【評価者】** 医師、看護師、精神保健福祉士 公認心理師を含める？

【評価頻度】入院2か月以内に評価、その後は毎月

## 9. 地域生活の維持

### 【項目の定義】

過去2年間に病状のために近隣住民とのトラブルがあり、そのために警察あるいは保健所介入を要した、トラブルにより元の住居に戻ることが容易でなく地域の支援機関との話し合いが必要、他の住居あるいは施設を探す必要が生じている、のいずれかがある場合に評価する。

(1) 病状要因：過去2年間に病状のために近隣住民とのトラブルを起こし、警察や保健所の介入を要した

(2) 医療者要因：退院後の地域生活に向けた地域や連携機関との連携と調整が不可欠で、在宅復帰が難しい場合には、他の住居や施設を探すなどのケースワークも必要

### 【選択肢の判断基準】

0点：該当しない

1点：該当する

### 【判断に際しての留意点】

「警察や保健所の介入を要した」とは、近隣住民が警察や保健所に連絡し、警察官や保健所職員が臨場することを意味するもので、受診や保護の有無は問わない。「他の住居や施設を探す必要が生じている」とは、元の住居への退院が容易でなく、地域の支援者ネットワーク会議などを予定すること、あるいは他の住居、施設を新たに探すことを治療方針に掲げることを指す。不明の場合は「該当しない」とする。

【評価者】医師、看護師、精神保健福祉士 公認心理師を含める？

【評価頻度】入院2か月以内に評価、その後は毎月

## 10. 家族や支援担当者が退院を望まないまたは治療に協力できない

### 【項目の定義】

治療方針にかかわるキーパーソンの事情や状況を記録する項目である。退院や社会復帰、病院の治療内容への同意に消極的であることを裏付ける発言があり、協力ができない事情や状況があり、退院や社会復帰のプログラム（ケア会議や退院支援委員会への参加、退院準備講座や作業療法への参加など）に参加しない場合に評価する。

### 【選択肢の判断基準】

0点：家族や支援担当者の一定の協力が得られており、退院や社会復帰が期待できる。

1点：家族や支援担当者の協力を得ることが困難で、退院や社会復帰が見通せない。

**【判断に際しての留意点】**

退院や社会復帰に消極的な理由について、判定の根拠となる家族や支援担当者の発言や行動、事情や状況、および医師／多職種チームによるアセスメント内容を記録する。協力を求め得る家族がない場合は1点と評価する。

**【評価者】** 医師、看護師、精神保健福祉士 公認心理師を含める？

**【評価頻度】** 入院2か月以内に評価、その後は毎月

1 1. 日用品や入院費の準備ができないほどの経済的困窮がある

**【項目の定義】**

経済的困窮は、収入の少なさ、支出の多さ、借金の有無などの要因が関わるが、入院生活に必要な最低限度の身の回り品（洗濯、整容、おやつなど）が購入できない場合を評価する。入院費が分割払いなどの病院の提案した打開策や手段によっても支払えない場合もこの項目で評価する。生活保護の受給が見込めるあるいはすでに受給できている場合は、経済的困窮ありとは評価しない。病状や行動に問題がなく、単に借金のために退院できない場合は、ここで評価する。

**【選択肢の判断基準】**

0点：経済的困窮がない、または経済的困窮はあるが改善を図れる方法がある。

1点：経済的困窮があり、改善が見通せない。

**【判断に際しての留意点】**

**【評価者】** 精神保健福祉士

**【評価頻度】** 入院2か月以内に評価、その後は毎月

1 2. 退院後の住居の見通しが不明

**【項目の定義】**

ホームレスや迷惑行為による追い出しなど、病状がよくなったとしても、住む場所が確保できない場合にこの項目で評価する。高齢者施設への入居が可能でも、具体的な場所が確保できない場合は、この項目で評価する。候補施設等があるのに、本人が入居を拒む場合は、この項目で評価せず、「9. 本人が退院や社会復帰に消極的」で評価する。

**【選択肢の判断基準】**

0点：住居がある、または現在はないが確保できる見通しがある。

1点：住居がなく、今後確保できる見通しもない。

【判断に際しての留意点】

【評価者】精神保健福祉士

【評価頻度】入院2か月以内に評価、その後は毎月