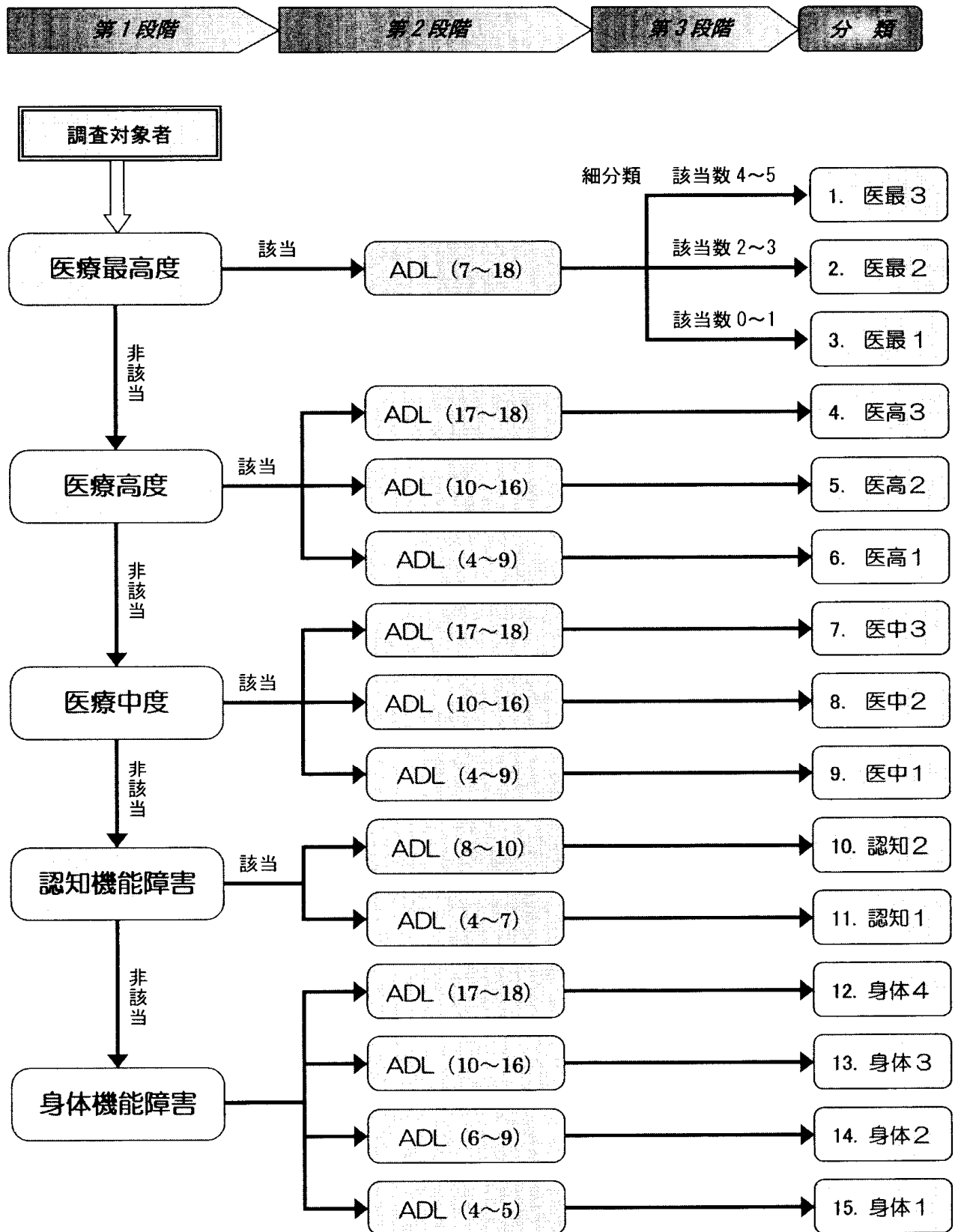


6. 日本版RUG分類による分類方法

臨床的検証および統計的検証の結果をもとに、日本版 RUG 分類第 1 次試案を修正したものが、図Ⅲ-4、表Ⅲ-4 の日本版 RUG 分類である。

第 1 段階は、内容は見直したが、日本版 RUG 分類第 1 次試案と同様に「医療最高度」から「身体機能障害」の 5 つに分類する。「医療最高度」はさらに ADL 得点 7 以上の患者を医療ニーズによって 3 つに分類し、「医療高度」から「身体機能障害」の 4 分類については、ADL 得点によって 12 に分類し、従って全体では 15 分類となる。また、図Ⅲ-4、表Ⅲ-4 の右端に分類の呼称を示す。

図Ⅲ-4 日本版 RUG 分類の分類方法



表Ⅲ-4 日本版 RUG 分類 分類表

第1段階	第2段階 ADL得点	第3段階	15分類 のコード
(1) 医療最高度 ・ADL7以上で下記のいずれかに該当 経静脈栄養*、静脈注射による与薬、気管切開口のケア、レスピレーター、吸引	7~18	【細分類】 以下の5つの項目に該当する数により分類 ・経静脈栄養 ・静脈注射による与薬 ・医療高度①か② ・医療中度①か②か③ ・認知機能障害①と②	4~5 医最3
			2~3 医最2
			0~1 医最1
(2) 医療高度 (①、②、③のいずれかに該当) ①ADL7以上で下記のいずれかに該当 2ヶ所以上又は3度以上の褥瘡、手術創又は開放創(いずれも皮膚のケア伴う)、次のいずれかを伴う発熱(脱水、肺炎、嘔吐、体重減少、経管栄養*) 放射線治療、透析、糖尿病で過去7日間毎日注射、昏睡 ②ADL10以上で多発性硬化症、四肢麻痺、脳性麻痺、パーキンソン症候群(病)、その他の神経難病 ③ADL6以下で医療最高度①の条件に該当	17~18		医高3
	10~16		医高2
	4~9		医高1
(3) 医療中度 (①、②、③、④のいずれかに該当) ①下記のいずれかに該当 上記以外の褥瘡、尿路感染症、2度以上の火傷、体内出血、酸素療法、輸血、感染隔離病室におけるケア、がん、肺炎、脱水、ケアを伴う足の開放創または感染症 ②ADL10以上の片麻痺、脊髄損傷、瘻のケア ③ADL9以下の多発性硬化症、四肢麻痺、脳性麻痺、パーキンソン症候群(病)、その他の神経難病 ④ADL6以下で医療高度①の条件に該当	17~18		医中3
	10~16		医中2
	4~9		医中1
(4) 認知機能障害 ・ADL10以下で中程度以上の痴呆(CPS≥3)	8~10		認知2
	4~7		認知1
(5) 身体機能障害 ・上記のいずれの分類にも適合しない者	17~18		身体4
	10~16		身体3
	6~9		身体2
	4~5		身体1

*経管、経静脈による栄養：当該療法によりカロリー摂取が50%以上であるか、25%~50%でも平均500cc/日

以上の水分が経管か経静脈によって補給されている場合にのみ該当

※リハビリテーション、抗がん剤療法、透析治療等は別途出来高で払う

7. 日本版RUG分類による分類の妥当性アンケート調査

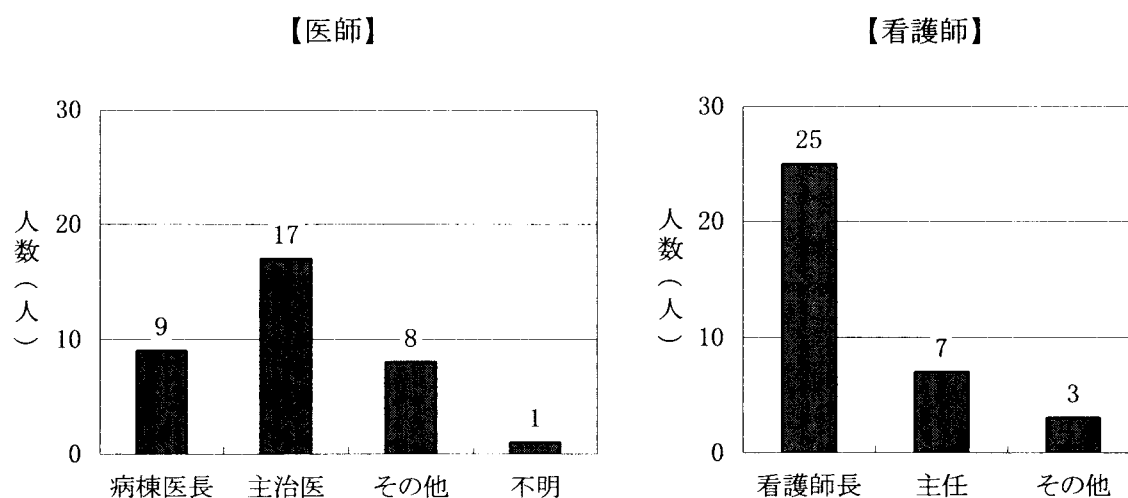
(1) 調査の内容

日本版 RUG 分類による分類結果が各入院患者の状態像を反映しているかどうか把握するため、調査対象病棟に調査対象となった各患者の分類結果（「医療最高度」「医療高度」「医療中度」「認知機能障害」「身体機能障害」の大分類への分類結果）をフィードバックし、分類の妥当性や分かりやすさ等について当該病棟の担当医師および看護師のそれぞれにアンケート調査を行った。評価はいずれも5段階で回答してもらい、本分類に対する意見等も記入してもらった。

(2) 調査の結果

全39病棟のうち回答のあったのは35病棟から医師35人、看護師35人であった。回答のあった医師の内訳としては「病棟医長」が9人、「主治医」が17人、看護師の内訳としては、「看護師長」が25人、「主任」が7人であった。

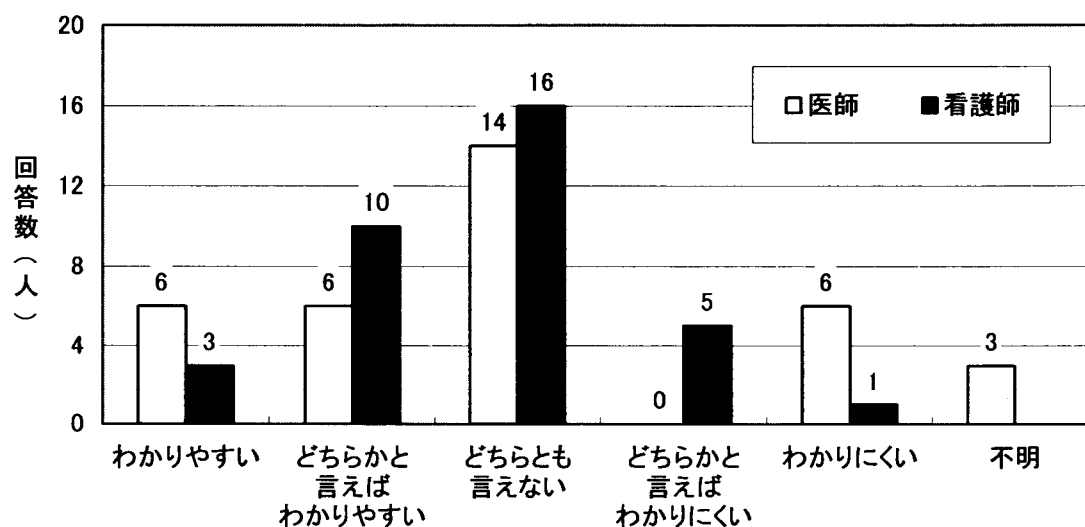
図III-5 回答者



①本分類のわかりやすさ

本分類のわかりやすさについて「わかりやすい」「どちらかと言えばわかりやすい」「どちらとも言えない」「どちらかと言えばわかりにくい」「わかりにくい」の5段階できいたところ、医師、看護師ともに「どちらとも言えない」が最も多く、それぞれ14人、16人であった。「わかりやすい」「どちらかと言えばわかりやすい」をあわせると、医師では12人、看護師では13人であった。一方、「どちらかと言えばわかりにくい」「わかりにくい」をあわせると、医師、看護師ともに6人であった。

図Ⅲ-6 本分類試案のわかりやすさ



また、「どちらかと言えばわかりにくい」「わかりにくい」と回答のあった方に、その理由を聞いたところ、以下のような回答があった。

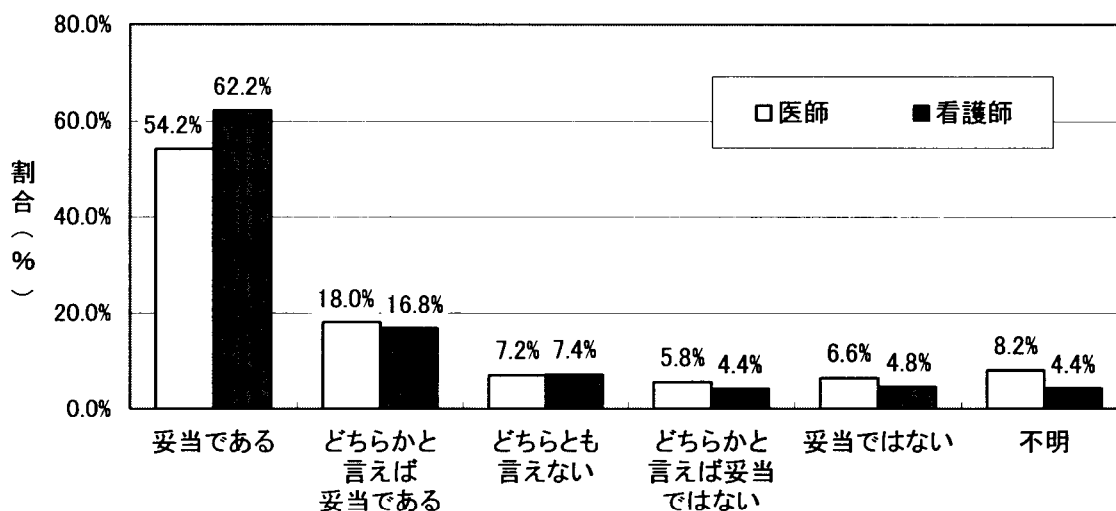
- ・文章がわかりにくい。(医師)
- ・ADL得点の考え方がわかりにくい。(看護師)
- ・第2段階、第3段階の分類の考え方がわかりにくい。(看護師)
- ・調査時から時間が経っているため、回答するのが困難であった。(看護師)
- ・患者の状態を、病名や検査データに基づいた重症度で分類するのであればわかりやすいが、急性期・慢性期の患者でも医療処置等で分類するとなると、その患者の重症度等がうまく反映されない印象をもった。(医師)
- ・医療の内容、同じ吸引としても1日1回の方と10回以上の方では大きな違いがある。また、精神的なフォローに時間をかけていることもある。病名で分類なのか直接的な医療行為としてとらえるのかわかりづらい。(看護師)

- ・医療高度における「発熱」と医療中度における「尿路感染症」はどの患者にも日常的かつ一過性に起こり得るものだと思うので、これらを（ある程度）恒常的な分類の指標とするのは難しいと考える。（医師）
- ・医療中度で「過去7日間注射」「昏睡」とあるが、すべての症例でここまで詳細な既往歴をチェックするのは難しいかもしれない。（医師）

②各対象者の分類結果の妥当性

回答のあった34病棟で調査の対象となった1,441人の一人ひとりの分類結果（5分類）の妥当性について「妥当である」「どちらかと言えば妥当である」「どちらとも言えない」「どちらかと言えば妥当ではない」「妥当ではない」の5段階できいたところ、医師が「妥当である」と回答した対象者は54.2%、看護師が「妥当である」と回答した対象者は62.2%であった。また「妥当である」と「どちらかと言えば妥当である」とを合わせると、医師では72.2%、看護師では79.0%といずれも7割を超えていた。

図Ⅲ－7 各対象者の分類結果の妥当性



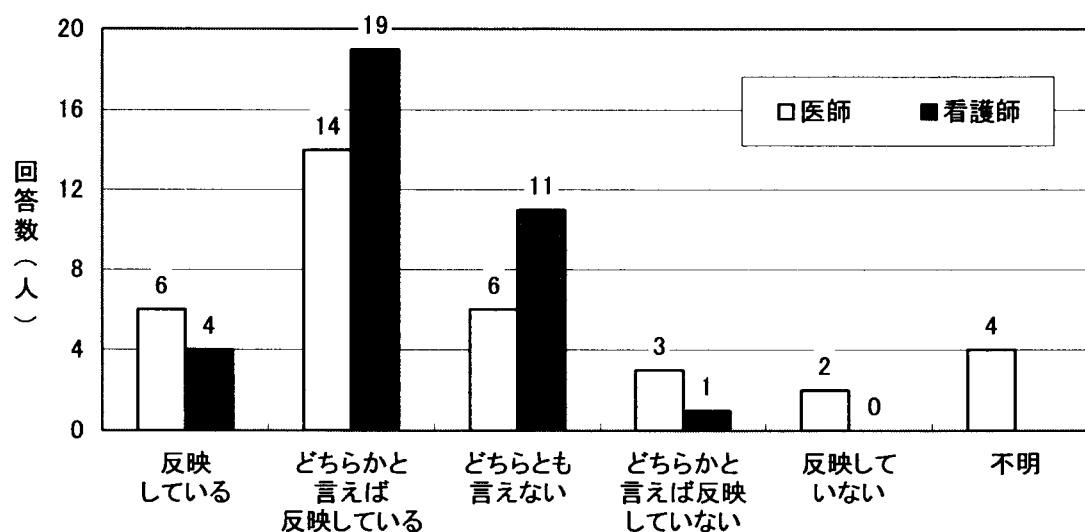
表Ⅲ-5 各対象者の分類結果の妥当性

	医師		看護師	
	対象者数	割合	対象者数	割合
妥当である	781	54.2%	897	62.2%
どちらかと言えば妥当である	260	18.0%	242	16.8%
どちらとも言えない	104	7.2%	106	7.4%
どちらかと言えば妥当ではない	83	5.8%	63	4.4%
妥当ではない	95	6.6%	69	4.8%
無回答	118	8.2%	64	4.4%
合計	1441	100.0%	1441	100.0%

③本分類の実態の反映状況

本分類の結果が総合的に評価して、実態を反映しているかどうかについて「反映している」「どちらかと言えば反映している」「どちらとも言えない」「どちらかと言えば反映していない」「反映していない」の5段階で聞いたところ、「反映している」と「どちらかと言えば反映している」をあわせると、医師は20人、看護師は23人であった。一方、「どちらかと言えば反映していない」と「反映していない」をあわせると、医師は5人、看護師は1人であった。

図Ⅲ-8 本分類の実態の反映状況



また、「どちらかと言えば反映していない」、「反映していない」と回答した方に、その理由を聞いたところ、以下のような回答があった。

- ・がんの場合、がん腫、病期によって大きく病状が異なる。この点考慮せずすべて医療中度として分類していいのか。(医師)
- ・静脈注射による与薬が薬の内容に関わらず医療最高度に分類されている点で患者の分類として実感を反映していないと感じた。他の医療の内容での分類も患者の実態を反映するには大雑把すぎる気がする。(医師)
- ・時間の経過への評価がなく、ある時間的断面だけでその人の医療程度を決めるのは困難。(医師)
- ・精神的疾患に対する基準がなく(痴呆だけで評価するのは誤りを生む)医療水準の大きな影響をおよぼす。(医師)
- ・寝たきりあるいは臥床の多い人は合うが(慢性の人)、急性期になっている人には評価が合わない。(医師)
- ・比較的自立している患者さんが医療高度、最高度に分類されているのはなぜか。医療から見ると点滴や注射だけでも高度となるためか。(看護師)

④本分類に関する意見

本分類に関する意見を聞いたところ、以下のような回答があった。

- ・調査時点の状態はよく反映していることがわかったが、前後1ヵ月を振り返ると、全く違う分類に移行することも分かった。(看護師)
- ・瞬間、瞬間の分類はよく反映しているが、患者は次の瞬間には全く違う分類に移動する。(医師)
- ・ADL得点が項目により細分化され、患者の分類結果の評価に的確に反映されていた。(看護師)
- ・調査票は大変であるが、結果としては妥当であった。(医師)
- ・具体的な分類票の内容で分かりやすく思えた。患者の医療の度合いがわかった。(看護師)
- ・対象者の判定は臨床で捉えているレベルとほぼ一致しているのではないかと思われる。(看護師)
- ・ある程度状態が適切に評価されている気がした。(医師)
- ・実施したことが良く反映されていた。(看護師)
- ・日本語の表現については分かりやすさを再考してほしい。(医師)

- ・特定の医療処置の有無で医療必要度を分類することに関し、例えば吸引を受けるにもさまざまな病状があり、トータルの医療度と乖離する例もあるのかと思う。(医師)
- ・経管栄養は、安定している状態（100%の栄養摂取、便のコントロール、胃瘻）であれば、経口摂取よりも人件費、コストともに軽いと思う。ADL 得点が高いからといって人手がかかるわけではないので、コミュニケーション障害や ADL の部分介助・痴呆といったものが中度以下になってしまうことにやや疑問を感じる。(看護師)
- ・医療高度、最高度の概念について、点滴、静注に関する内容上、質的な差があり、医療行為のみでは患者実態と乖離が生じるように思われる。(医師)
- ・認知機能障害が動ける痴呆であるかが判定の基準になると思われるが、痴呆のレベルも高次機能障害の内容（病状）によりどう判断したらいいのか迷うことがある。(看護師)
- ・治療・看護面の実際に行わざるを得ない技術、操作、対処の質・量が評価されにくい。患者本人の医療への満足度も評価されにくい。(医師)
- ・療養型の患者が対象であるため ADL や介助量の反映度が不足な感じがした。(看護師)
- ・ADL7 以上で経静脈栄養は医療最高度に分類されているが、スタッフにとっては、毎日食事介助を必要とする患者のほうが負担がかかるのではないかとと思われる。(看護師)
- ・調査票の中に過去3～7日間という記入があり、長期入院者が多く、病状が不安定であり、参考になるのか不安であった。(看護師)
- ・現場での状況がなかなか伝わりにくいと実感した。(看護師)
- ・一般病棟の場合、患者回転が早く、調査対象外であるように感じられました。(看護師)
- ・分類に関して、医療的な側面からは色々な意見があってしかるべきで、これは議論しても永久にまとまらない問題。どこかで決めるしかない。(医師)
- ・患者の状態はとても変化しやすいため、この分類がどれくらいの期間（入院中）判定していくのか、また、判定や監査がどのように行われていくのか、ばらつきがでるのではないかと、など、まだ先のことかもしれないが、この判定業務のことを考えると現在の業務にこのことが加わるのは厳しい。診療報酬が妥当に支払われ、人員配置も見直すことができることを願っている。(看護師)

(3) 疑問への対応

第2次試案に対する意見では、わかりやすさにやや疑問が残ったものの、概ね妥当というものが多かった。提示されたいくつかの疑問を整理すると、大きく3点にまとめられ、それらへの対応は以下のように考えられる。

①アセスメントの間隔

調査時点の状態はうまく反映しているが、時間の経過とともに、状態が変わる。つまり、入院患者の状態は変化するので、どのくらいの期間で状態を判定するアセスメントがされるのか、という質問である。

このような疑問は、日本版 RUG 第2次試案を開発するための時間を要したため、調査の時点と妥当性を確認する時点にタイムラグを生じたためである。実際に、入院患者のほとんどは入院後に最も状態が変化しやすいので、入院初期は、やや頻回に調査をする必要がある。しかし、どの程度頻回に行うかは、アセスメントを実施するためのスタッフの負担とのバランスの問題であると考えられる。今回の調査では、アセスメントは1回であったため、どの程度の間隔が適切であるかを検証できなかったため、今後の課題として残すこととする。

なお、アメリカのメディケアによるナーシングホームへの支払いは前払いの包括制 (PPS、Prospective Payment System) となっているが、入院後の変化を勘案し、入院日から5日目、14日目、30日目、60日目、90日目のアセスメントを実施し、それぞれ次のアセスメントまでの支払いを決定している (例えば5日目アセスメントは初日から14日目までの支払い)。

②患者群を分類する基準の理解

現場からは、入院患者のさまざまな特性を今回の分類基準で十分に分類できるか、という疑問が出された。

今回は、分類に関して直接説明せず、基準のみを書面で提示したため、分類の妥当性は確認できたものの、臨床家が納得するようなわかりやすさという点では疑問が残されたと考えられる。

各分類の分岐点は、臨床的、費用的に最も決定的な患者の状態によって規定されて、そのため、一見各種の状態の患者が無視されているように見えるが、それらは、各分類の基準に包括されている。例えば、臨床家による専門家会議の際にも、パーキンソン症候群だけでは重傷度は把握されず、ヤール度によって臨床的・費用的な違いを把握できるため、ヤール度を採用すべきではないか、という意見がだされた。このことについて議論したが、最終的には ADL の程度によって対応できているという結論に至った。

③薬剤との関係

ADL7 以上、静脈注射による与薬のみで、医療最高度に分類されるのか、との疑問がだされた。今回の調査では、薬剤費を実額で別途推計した結果、薬剤費とCMIの間には弱い相関はみられたが、今後さらに調査する必要がある、たとえば月額5万円以上の薬際は、別途条件を課した上で、支払う方法を検討する必要がある。