

## DiNQL 事業 「周術期看護」の新設に関する説明会 質問 (Q&A)

※本 Q&A 集は日本看護協会と日本手術看護学会が共同で作成しております。

### 目次

<DiNQL 事業の運用について> .....	3
Q1 DiNQL 事業への参加費用はいくらか。 .....	3
Q2 参加費は無料とあるが、商標など使用許諾契約ペイメントが 10 万円との記載がある。データ利用のための費用が 10 万円必要ということか。 .....	3
Q3 トライアルの期間は決まっているか。 .....	3
Q4 参加病棟が複数部署にわたる場合、複数部署が同一 ID・パスワードで別々に入力するは可能か。 .....	3
Q5 データの締切日は決まっているか。当部署のデータ収集の運用はひと月ごとにまとめてから保管している。翌月中旬ごろの入力でも可能か。 .....	3
Q6 データ提出の締切日は対象月の 2 ヶ月後だが、締切日を過ぎて入力した場合は他施設とのデータ比較等ができなくなるか。 .....	3
Q7 病院間ベンチマーク評価レポートは期限が過ぎて入力した分は反映されるか。 .....	3
Q8 入力方法等の質問がある場合は適宜質問できるシステムはあるか。 .....	3
<『周術期看護の状況』の入力方法について> .....	4
Q9 既存の DiNQL 参加病院が『周術期看護の状況』カテゴリを入力する場合、手続等は必要か。 ...	4
Q10 データ項目の定義等は参考資料として提供されるか。 .....	4
Q11 「周術期看護の状況」カテゴリは7月から開始予定とのことだが、遡って 2024 年 4 月分からの入力は可能か。 .....	4
<『周術期看護の状況』のデータ項目について> .....	4
Q12 「手術室の月間平均稼働率」は 24 時間稼働率か。 .....	4
Q13 「手術件数」は看護師が関与する件数のみカウントすればよいか。 .....	4
Q14 手術件数は DPC 上 K コード以外のものも含めてよいか。(例えば手術室で行った麻酔下での検査や眼内の注射など) .....	4
Q15 夜間手術の対象は何時以降の手術か。例えば、予定手術で朝から行っている手術が夜間まで続いている場合、夜間手術の対象に含めるか。 .....	4
Q16 手術件数は診療科別に他院と比較できるか。 .....	5
Q17 診療科ごとの手術件数のカウントはできないとのことだが、病棟が DiNQL に参加していれば件数としてカウントできるのではないか。 .....	5
Q18 入院手術・外来手術を区別したデータはあるか。 .....	5
Q19 当院ではワークシェア、育児短時間看護師も 1 名の人員としてカウントしている。時短勤務のスタッフも 1 人としてカウントとしてよいか。 .....	5
Q20 「手術室 1 室あたりの在籍する看護職員数」の入力方法について、担当者は器械出しと外回りがおり、手術の流れや休憩交代によって人員の増減があるが、どのようにカウントしたらよいか。	

.....	5
Q21 データ入力欄は「日勤」と「夜勤」で分けられているが、「時差勤務」「遅出勤務」等はどう に振り分ければよいか。 .....	5
Q22 12時から21時の勤務形態は日勤でよいか。 .....	5
Q23 術前・術後訪問率は麻酔方法に関係ない実績か。 .....	6
Q24 当院は麻酔科管理症例のみ術前外来を実施すると決めており、術前外来実施率は100%である。 しかし、『周術期看護の状況』にある「術前外来の実施率」の算定式の分母が全手術件数の場合、 当院は100%ではなくなる。この場合の入力はどのようにすればよいか。 .....	6
Q25 ① 術前外来の実施率について、術前外来は設置していないが、入院支援センターでの対応はカ ウントに含めてよいか。 ② 術前外来と標榜して外来は行っていないが、外来で手術が決まった 場合、禁煙指導などを行っている。このような症例は術前外来としてカウントしてよいか。 ...	6
Q26 術前・術後訪問は件数の入力か。それとも全体の件数との割合か。 .....	6
Q27 自施設の水準を見るだけでなく、例えば、術前訪問の高い実施率を持っている病院がどのよ うな特徴や背景がある病院か評価できる仕組みがあると良い。 .....	6
Q28 「1ヶ月間の術中に褥瘡が発生した患者数」について、術中は発赤のみで、退室後に褥瘡認定さ れなかった場合はカウントしないという認識でよいか。 .....	6
Q29 退室時の発赤には反応性充血も含むか。 .....	6
Q30 手術室退室時に発見された発赤を褥瘡としてカウントする場合、退室までの時間が速いと消失 しきらない症例が増加する。手術後に評価する時間を設定してもらえないか。 .....	7
Q31 「手術下での神経障害発生率」について、小児施設の場合、退室時に神経障害を確認することが 難しい。数日後に神経障害を患者や家族から相談される場合がある（本人が伝えられないため今 までと動きが違うなど、家族から相談される等）。その場合はどのようにしたらよいか。 .....	7
Q32 ① 「術後のシバリング発生率」について、退室直後は認められなかったが、病棟帰室後に発生 したものはカウントに含めるか。 ② シバリングの発生は手術室退室後、ICU・HCUで発生した ものも含むか。そのような場合、病棟（ICU/HCU）と連携してデータ収集が必要という認識でよ いか。 ③ シバリングは手術室退室時での有無か。それとも、病棟着床時を含めての有無か。 ..	7
Q33 「シバリングの件数」等の項目は日々の各症例のデータを収集しなければならないか。数が膨大 になる。 .....	7
Q34 当院はシバリング件数を把握していない。院内でデータ収集等の体制整備ができてから、DiNQL に参加した方がよいか。 .....	7
Q35 体内遺残防止の鋼製器具紛失件数、ガーゼカウント不一致の解釈がわかりません。体内遺残し た場合なのか、体内遺残はしていないが、カウントの不一致（もしくは術前のカウントのミス） や紛失で器具の所在が不明なものが生じた症例（患者退室後に見つかったなど）、考えられる状 況・解釈が施設によって異なると思われる。ガーゼカウントの不一致も同様で、どのタイミン グで生じたかの解釈で変わってくる。 .....	7
<その他> .....	8
Q36 今後、周手術期看護領域が診療報酬に加わることがあると思うか。 .....	8
Q37 毎月入力して、自施設の質改善につながるかわかるということか。 .....	8

## <DiNQL 事業の運用について>

Q1 DiNQL 事業への参加費用はいくらか。

A DiNQL 事業の参加費は無料です。

Q2 参加費は無料とあるが、商標など使用許諾契約ペイメントが 10 万円との記載がある。データ利用のための費用が 10 万円必要ということか。

A 病院情報システムベンダーから、データ収集の負荷軽減とデータ精度の向上を目的に、電子カルテ等から DiNQL データを抽出できるオプションやシステムが販売されています。商標、必要な情報の提供等、使用許諾契約のペイメントが 10 万円となっています。病院様のご参加に係る費用は無料です。

Q3 トライアルの期間は決まっているか。

A 原則は 2 カ月間ですが、病院様の状況により適宜対応させていただきますので、ご相談ください。

Q4 参加病棟が複数部署にわたる場合、複数部署が同一 ID・パスワードで別々に入力するは可能か。

A 一度に複数人が同一 ID・パスワードでログインし、データ入力等は可能です。

Q5 データの締切日は決まっているか。当部署のデータ収集の運用はひと月ごとにまとめてから保管している。翌月中旬ごろの入力でも可能か。

A データの締切日は対象月の 2 ヶ月後（翌々月末締め切り）です。例えば、10 月分のデータは 12 月 31 日までが入力期限となります。なお、締切り日以降であってもデータ入力・修正は可能です。

Q6 データ提出の締切日は対象月の 2 ヶ月後だが、締切日を過ぎて入力した場合は他施設とのデータ比較等ができなくなるか。

A 登録したデータはベンチマーク結果にすぐに反映されますので、締切日の後に入力したデータも他施設との比較に反映されます。

Q7 病院間ベンチマーク評価レポートは期限が過ぎて入力した分は反映されるか。

A 病院間ベンチマーク評価レポートは年 6 回（各四半期、10 月分、年度計）作成されますが、四半期分は、四半期中の最後の月（第 1 四半期であれば 6 月）の入力締切日（6 月分であれば 8 月末）までに第 1 四半期（4～6 月分）のデータが入力されていれば、レポートに反映されます（年度分も同様）。それ以降に入力されたデータはレポートには反映されません。

Q8 入力方法等の質問がある場合は適宜質問できるシステムはあるか。

A DiNQL IT システム（参加病院がデータの入力・ベンチマーク評価に使用するシステム）内に、事務局への「お問い合わせ」の機能があります。また事務局では電話等でも問い合わせを受け付けております。

## < 『周術期看護の状況』 の入力方法について >

- Q9 既存の DiNQL 参加病院が『周術期看護の状況』カテゴリを入力する場合、手続等は必要か。
- A 「周術期看護の状況」カテゴリは利用のための手続は必要なく、IT システムの更新が完了(2024 年 7 月予定) しましたら、すぐにご利用可能となります。なお、システム更新の日程は、後日改めて IT システムのお知らせ画面に掲載いたします。
- Q10 データ項目の定義等は参考資料として提供されるか。
- A DiNQL 事業では、データ項目の定義等の詳細を記載した「データ入力の手引き」を、事業参加病院、およびトライアル参加病院に提供しています。なお、『周術期看護の状況』のデータ項目についても「データ入力の手引き」の中で詳細な説明・定義等をお示します。
- Q11 「周術期看護の状況」カテゴリは7月から開始予定とのことだが、遡って2024年4月分からの入力は可能か。
- A データ入力は2024年4月分から可能です。

## < 『周術期看護の状況』 のデータ項目について >

### 項目1「手術室の基本情報」について

- Q12 「手術室の月間平均稼働率」は24時間稼働率か。
- A 下記の式により算出されます。(定時稼働日の9時間(8~17時)の稼働率です)
- $$\text{手術室の月間平均稼働率} = A \div (B \times C \times D) \times 100$$
- A : 1 か月間の手術患者の患者在室時間の合計  
B : 1 日の手術室の定時稼働時間数 (9 時間)  
C : 1 ヶ月間の手術室稼働実日数  
D : 稼働手術室数

### 項目2「手術件数」について

- Q13 「手術件数」は看護師が関与する件数のみカウントすればよいか。
- A 『周術期看護の状況』における「手術件数」は、「手術室の看護職員」が関わる手術を指します。なお、手術が行われた場合は問わず、手術室の看護職員が関わる手術であれば、手術室以外で実施された手術料(医科点数表Kコード)を算定できる手術も含まれます。
- Q14 手術件数はDPC上Kコード以外のものも含めてよいか。(例えば手術室で行った麻酔下での検査や眼内の注射など)
- A 『周術期看護の状況』カテゴリにおける「手術」とは、診療報酬上で「手術料(医科点数表Kコード、歯科点数表Jコード)」を算定できるものであり、手術室の看護職員が関わる手術を指します。したがって、Kコード(歯科ではJコード)以外のものは件数に含めないでください。
- Q15 夜間手術の対象は何時以降の手術か。例えば、予定手術で朝から行っている手術が夜間まで続いている場合、夜間手術の対象に含めるか。
- A 夜間の手術は、午後5時から翌日午前8時まで開始した手術件数を計上してください。手術が午

前 8 時から午後 5 時の間に開始し、午後 5 時以降に終了した手術（例：午前 10 時に開始し、午後 8 時に終了した手術）は含めません。

Q16 手術件数は診療科別に他院と比較できるか。

A 手術件数は診療科別に収集しないため、診療科別に手術件数の比較はできません。

Q17 診療科ごとの手術件数のカウントはできないとのことだが、病棟が DiNQL に参加していれば件数としてカウントできるのではないか。

A 一般病棟（ICU 等含む）用の項目に「手術件数の割合」がありますが、診療科に関係なく、手術を受けた後、自病棟に戻ってきた患者数を問う項目です。混合病棟が多い現状を考慮すると、診療科別の手術件数として解釈するのは難しいと考えます。

Q18 入院手術・外来手術を区別したデータはあるか。

A 入院・外来を区別した手術に関するデータ項目はございません。

#### 項目 4「手術室の看護要員数の常勤換算数（非管理職）」について

Q19 当院ではワークシェア、育児短時間看護師も 1 名の人員としてカウントしている。時短勤務のスタッフも 1 人としてカウントとしてよいか。

A 項目 3 の「手術室の看護要員数（実人数）」では各種の短時間勤務者も 1 名として計上してください。「4. 手術室の看護要員の常勤換算数（非管理職）」では、フルタイム勤務者を 1 人とし、短時間勤務者の労働時間をフルタイム勤務者（正規雇用職員）の所定労働時間から比例計算し、フルタイム勤務者の人数に換算して計上してください。

Q20 「手術室 1 室あたりの在籍する看護職員数」の入力方法について、担当者は器械出しと外回りがおり、手術の流れや休憩交代によって人員の増減があるが、どのようにカウントしたらよいか。

A 「手術室 1 室あたりの在籍する看護職員数」は別項目の数値をもとに自動計算される項目です。算定式は以下です。

「手術室 1 室あたりの在籍する看護職員数」=A÷B

A：手術室の看護職員数（常勤換算数）

B：稼働手術室数

#### 項目 6「勤務形態別の手術室看護職員配置数」について

Q21 データ入力欄は「日勤」と「夜勤」で分けられているが、「時差勤務」「遅出勤務」等はどのように振り分ければよいか。

A 「日勤」は午前 10 時時点、「夜勤」は午前 2 時時点で勤務する看護職員数を計上してください。

Q22 12 時から 21 時の勤務形態は日勤でよいか。

A DiNQL では、日勤を午前 10 時時点で勤務している者、夜勤を午前 2 時時点で勤務している者、と定義しています。したがって、12 時から 21 時の勤務形態の看護師は、日勤（午前 10 時時点で勤務）・夜勤（午前 2 時時点で勤務）のいずれにも該当しないため、計上しないでください。

## 項目7「術前看護」について

Q23 術前・術後訪問率は麻酔方法に関係ない実績か。

A 術前訪問や術後訪問の実施率は、麻酔方法に関係なく、カウントをお願いいたします。

Q24 当院は麻酔科管理症例のみ術前外来を実施すると決めており、術前外来実施率は100%である。しかし、『周術期看護の状況』にある「術前外来の実施率」の算定式の分母が全手術件数の場合、当院は100%ではなくなる。この場合の入力はどのようにすればよいか。

A DiNQL 事業における「看護職員による術前外来」の対象患者は、ご認識の通り、手術室の看護職員が関わる手術患者です。貴院の場合、「術前外来の実施率」は100%にはなりません。他の項目の「全身麻酔の割合」の数値を参考にしながら、数値の解釈をしていただくことも可能です。なお、結果の解釈が難しく、データが活用しにくい場合は、未入力でも構いません。

Q25 ① 術前外来の実施率について、術前外来は設置していないが、入院支援センターでの対応はカウントに含めてよいか。

② 術前外来と標榜して外来は行っていないが、外来で手術が決まった場合、禁煙指導などを行っている。このような症例は術前外来としてカウントしてよいか。

A DiNQL 事業における「看護職員による術前外来」とは、患者が手術を受けるための身体的・精神的準備を整えられるよう、一定の時間と場を確保し、外来で手術を受けることが決定したときからの支援等を看護職員が行うことを指します。いわゆる「術前外来」という名称でなくても、ここに述べたような「一定の時間と場を確保」し、看護職員が支援等を行っていれば、計上してください。ただし、一般外来看護の一環として実施している場合は含みません。

Q26 術前・術後訪問は件数の入力か。それとも全体の件数との割合か。

A 件数を入力していただきます。(別項目で「1ヶ月の手術件数」を入力した場合、「術前・術後訪問の実施率」を自動的に算定します)

Q27 自施設の水準を見るだけでなく、例えば、術前訪問の高い実施率を持っている病院がどのような特徴や背景がある病院か評価できる仕組みがあると良い。

A ベンチマーク評価機能で、比較対象条件として特定の項目の値を設定してベンチマーク評価を行うことができます。具体的には直接 DiNQL 事務局へお問い合わせください。

## 項目8「皮膚・神経障害予防」について

Q28 「1ヶ月間の術中に褥瘡が発生した患者数」について、術中は発赤のみで、退室後に褥瘡認定されなかった場合はカウントしないという認識でよいか。

A 退室時点で褥瘡に該当する状態(DSIGN-R®分類でd1以上)であった場合、カウントしてください。

Q29 退室時の発赤には反応性充血も含むか。

A 発赤の有無ではなく、褥瘡発生の有無(退室時に発見されたMDRPU・DTI・褥瘡、テープや消毒薬のあとも含みます)を計上してください。

Q30 手術室退室時に発見された発赤を褥瘡としてカウントする場合、退室までの時間が速いと消失し  
きらない症例が増加する。手術後に評価する時間を設定してもらえないか。

A DiNQL では各病院が共通の基準で評価が行えるよう、褥瘡発生の有無については、手術室からの退  
室時に評価を行うよう統一しております。

Q31 「手術下での神経障害発生率」について、小児施設の場合、退室時に神経障害を確認することが難  
しい。数日後に神経障害を患者や家族から相談される場合がある（本人が伝えられないため今ま  
でと動きが違うなど、家族から相談される等）。その場合はどのようにしたらよいか。

A 退室時点で神経障害の発生が確認できた場合のみ、カウントしてください。

## 項目 9 「体温管理」について

Q32 ① 「術後のシバリング発生率」について、退室直後は認められなかったが、病棟帰室後に発生し  
たものはカウントに含めるか。

② シバリングの発生は手術室退室後、ICU・HCU で発生したのものも含むか。そのような場合、病  
棟（ICU/HCU）と連携してデータ収集が必要という認識でよいか。

③ シバリングは手術室退室時での有無か。それとも、病棟着床時を含めての有無か。

A 手術室または回復室（PACU、リカバリールーム含む）で発生したシバリングのみ計上し、病棟帰室  
後に初めて発生したものは計上しないでください。

Q33 「シバリングの件数」等の項目は日々の各症例のデータを収集しなければならないか。数が膨大に  
なる。

A DiNQL ではデータ入力する項目は自由に選択できます。入力する月を限定し、データ収集負担を減  
らす、あるいは把握が困難な場合は入力しないことも可能です。

Q34 当院はシバリング件数を把握していない。院内でデータ収集等の体制整備ができてから、DiNQL に  
参加した方がよいか。

A DiNQL ではデータ入力する項目は自由に選択できます。まずは入力可能な項目から DiNQL 事業に  
参加していただき、現状では把握困難な項目等は未入力で問題ございません。データ収集の体制  
が整ってから、徐々に入力する項目を増やすことができます。

## 項目 11 「体内遺残防止」について

Q35 体内遺残防止の鋼製器具紛失件数、ガーゼカウント不一致の解釈がわかりません。体内遺残した  
場合なのか、体内遺残はしていないが、カウントの不一致（もしくは術前のカウントのミス）や紛  
失で器具の所在が不明なものが生じた症例（患者退室後に見つかったなど）、考えられる状況・解  
釈が施設によって異なると思われる。ガーゼカウントの不一致も同様で、どのタイミングで生じ  
たかの解釈で変わってくる。

A 件数は、昨年度 1 年間の手術室での鋼製器具紛失・ガーゼカウントの不一致に係るインシデント  
レポート件数を計上してください（インシデントレベルは問いません）。したがって、結果とし  
て、体内遺残していなかったとしても、術前のガーゼカウントミスや鋼製器具の紛失・所在不明

等が原因で、インシデントレポートとして報告しているのであれば、カウントしてください。なお、どのタイミングで発覚したかも問いません。

### <その他>

Q36 今後、周手術期看護領域が診療報酬に加わると思うか。

A 配置人員数と「術前外来」「皮膚・神経障害予防」「体温管理」の間に何らかの相関が見いだされれば、診療報酬にインパクトを与える要素の一つにはなり得ると考えますし、そこは大いに期待したいところでもあります。そのためには、大規模データからエビデンスを構築することが重要となりますので、皆様のDiNQL事業への参加をお待ちしています。

Q37 毎月入力して、自施設の質改善につながるかわかるということか。

A DiNQL参加病院の皆様は、病院・病棟の課題に応じて、データ項目や入力頻度を決め、データ入力をしております。そして、ベンチマーク評価を行い、他施設と比べてどの部分に強み・弱みがあるのかを発見し、改善のための手立てを検討・実施し、その結果を評価することを繰り返す（PDCAサイクル）ことで、徐々に自施設の質改善につなげております。

お問い合わせ
日本看護協会医療政策部看護情報課（DiNQL事務局） 担当：鈴木、小林、長坂 TEL:03-5778-8495（受付時間：土日祝日を除く9時～17時） Email: <a href="mailto:database@nurse.or.jp">database@nurse.or.jp</a>