

《解説資料》

解説資料 1 退院調整と地域調整

●「病院の退院支援・退院調整」に関する調査

【調査の対象】

全国に分布する 8 団体のグループの傘下にある各病院・診療所（以下、病院等とする）を対象とした。

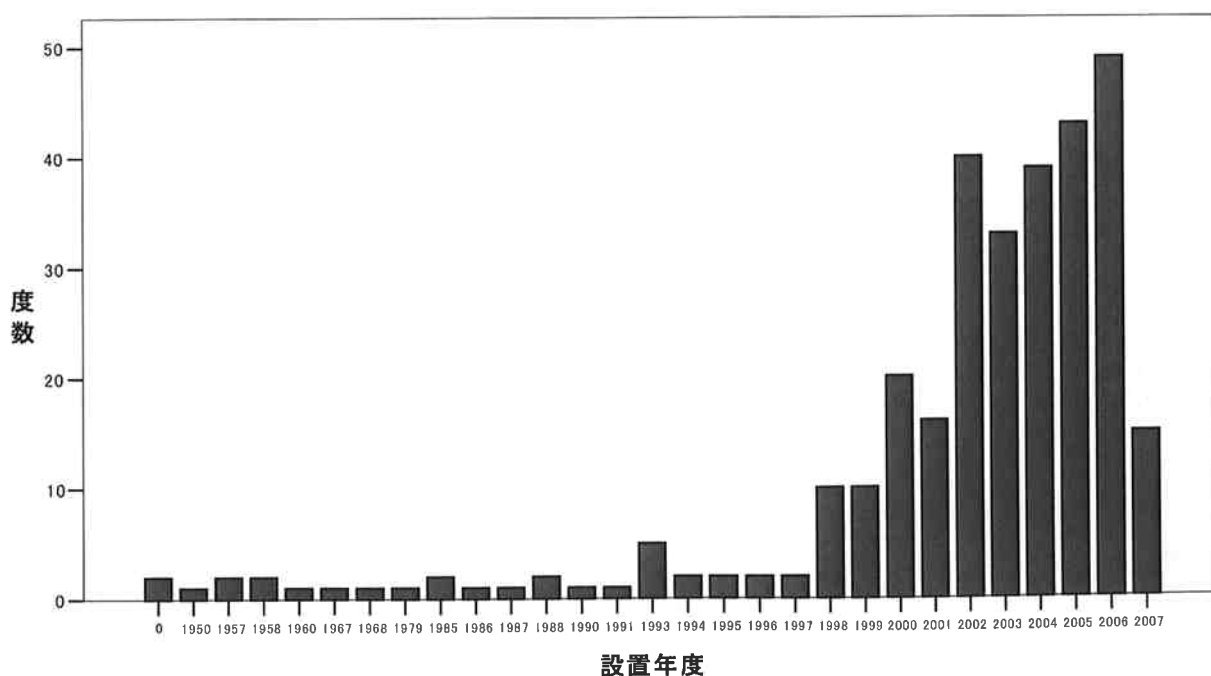
【結果】

調査対象病院は、全国に分布する 8 団体のグループの傘下にある各病院等へ、調査票を配布し、2007 年 6 月 1 日～6 月 30 日まで回答を得た。調査票配布数は、1540 件のうち回収数 420 件（回収率 27.3%）、回収された回答のうち有効回答数 411 件（有効回答率 97.9%）であった（2007 年 7 月 13 日現在）。

調査対象となった病院等の病床数は、最小 1 床から最大 1,505 床であった。平均病床数は、 403.8 ± 262.3 床であった。

退院支援・退院調整部門の設置をしている病院等は、246（59.9%）、設置していない病院等は 164（39.9%）無回答 1（0.2%）であった。今日「地域連携室」の設置をしている病院等は 2002 年以降、急増している（以下の図参照）。

設置年度



退院支援・退院調整部門の業務内容は、最多5位を挙げると「社会資源の情報提供」「転院・施設入所・在宅への支援」「地域医療施設の紹介」「社会資源の活用」「経済的問題の解決・調整援助」であった（表1）。これらの業務内容は、看護職と医師・MSWの専門的知識・技術を結集し、連携と協働により達成できるものであり、一専門職で解決できるものではないと考察する。

表1. 退院支援・退院調整を担当する部門・部署の業務内容 n=411(複数回答)

順位	項目	件数
1	社会資源の情報提供	380
2	転院・施設入所・在宅への支援	349
3	地域医療施設の紹介	345
4	社会資源の活用	342
5	経済的問題の解決・調整援助	323
6	介護用品・使用物品等の助言	321
7	関係する病院等の受診・受療支援	305
8	療養指導	205
9	ターミナル期の患者・家族への在宅療養支援	286
10	療養中の心理的・社会的問題の解決・調整の援助	280
11	介護保険申請手続き	256
12	訪問看護ステーションのリスト提示	213
13	社会復帰支援	202
14	成年後見人制度に関する支援	163
15	関係職種と在宅訪問	162
16	地域活動	117
17	退院スクリーニング・チェックリストを活用して判断する	113
18	看護計画立案(クリニカルパスも含む)に参加して情報収集する	89
19	ケアプランの作成	31
20	その他	39

退院支援・退院調整部門の業務内容で最優先する目標を5位までみると「在宅療養生活への円滑な移行」「患者と家族の生活の質の向上」「介護負担の軽減」「病状の安定・維持」「医療依存度が高い在宅生活患者・家族の支援」であった（表2）。このことは、退院支援・退院調整部門が担う疾患が上位3位は、「認知症」「腫瘍」「神経難病」であることから、紹介する施設の最多順は、病院・老人保健施設・訪問看護ステーション・特別養護老人施設とな

っているのはうなずける（表3）。

表2. 退院調整・退院支援における優先度の高い目標 n=411(複数回答)

順位	項目	件数
1	在宅療養生活への円滑な移行	383
2	患者と家族の生活の質の向上	354
3	介護負担の軽減	346
4	病状の安定・維持	314
5	医療依存度が高い在宅生活患者・家族の支援	310
6	認知症・精神疾患患者の症状安定への支援	92
7	健康レベルの向上	85
8	服薬管理	46
9	その他	33

表3. 退院調整・退院支援を担当する部門・部署が多く紹介する施設 n=411(複数回答)

順位	項目	件数
1	病院	342
2	老人保健施設	311
3	訪問看護ステーション	274
4	特別養護老人施設	210
5	クリニック	182
6	グループホーム	180
7	ケアハウス	107
8	その他	66

この現状は、退院支援・退院調整部門の業務内容と対象者および地域連携を必要とする退院後紹介する施設の多様性と社会資源の豊富な知識・援助技術を必要としている。また、その退院支援・退院調整の業務に多くの時間をかけている。調査では明確にされていないが、調査中の問い合わせ内容に、退院に結びつかないが退院支援業務に看護職・MSW が多くの時間をさいていることが明らかとなった。

退院支援・退院調整部門の職員らは、患者・家族に与える満足の内容は、「不安や心配事が緩和された」「転院の心配が緩和した」「患者・家族の不満の声が減少した」等の成果を示していた（表16）。

表16. 退院調整・退院支援を担当する部門・部署が患者・家族に与える満足の内容

	設置あり n=246	別の部署で実施 n=147	合計 n=393
不安や心配事が緩和された	230	128	358
	64.2	35.8	100.0
転院の心配が緩和した	203	104	307
	66.1	33.9	100.0
患者・家族の不満の声が減少した	114	48	162
	70.4	29.6	100.0
その他	29	9	38
	76.3	23.7	100.0

備考；色付きの項目は割合を示す

また、退院支援・退院調整を担当する部門が病院職員に与える満足の内容は、「福祉施設
のサービス機関と連携が図れ医療の適正化に貢献した」「医師やMSW および看護職と病院ス
タッフ間の退院計画の情報が共有化できるようになった」等の意見があった（表17）。

表17. 退院調整・退院支援を担当する部門・部署が病院や職員に与える満足の内容

満足の内容	設置あり n=246	別の部署で実施 n=147	合計 n=393
福祉施設等のサービス機関と連携が図れ、 医療の適正化に貢献した	186	86	272
	68.4	31.6	100.0
医師やMSW及び看護職ら病院スタッフ間で退院計画 の情報が共有化できるようになった	212	106	318
	66.7	33.3	100.0
その他	44	13	57
	77.2	22.8	100.0

備考；色付きの項目は割合を示す

解説資料 2 在宅患者の重症度に応じた「在宅患者訪問看護・指導料」および「訪問看護基本療養費」の算定について

●訪問看護対象者の重症度の分布に関する調査

【調査の対象】

東京、千葉、神奈川、和歌山の訪問看護ステーション 10 施設における訪問看護の利用者全数を対象とした（ただし、調査対象期間において、死亡・入院などの理由で 7 日間の調査をできない事例は、除外した）。

【調査の方法】

調査の実施は、2007 年 5 月 14 日から同年 5 月 28 日とし、訪問看護ステーションが任意に 7 日間を選択する形式とした。調査の方法は、本調査への協力の同意を得られた訪問看護ステーションの看護師によって、質問紙に記入する形式とした。調査の内容は、①医療区分、②ADL 区分、③CPS 判定、④訪問看護に要する時間（7 日間）について行った。調査手順等については、調査実施の手引きを作成するとともに、訪問看護ステーションへの訪問による説明および（または）電話・ファクシミリによる説明を行った。

サンプルは、934 例（男性 378 例、女性 556 例）で 100%を回収した。

【結果】

①療養病棟基本入院料 2 の算定で用いる『医療区分』に当てはめると、《医療区分 1》607 例、《医療区分 2》257 例、《医療区分 3》70 例となった（図 1）。同様に、『ADL 区分』に当てはめると、《ADL 区分 1》533 例、《ADL 区分 2》203 例、《ADL 区分 3》198 例となった（図 2）。

②『医療区分』と『ADL 区分』を掛け合わせた療養病棟基本入院料 2 の算定で用いる区分 A～E に当てはめると、《区分 A》70 例、《区分 B》146 例、《区分 C》111 例、《区分 D》81 例、《区分 E》526 例となった（図 3）。

③週 1 回以上の訪問看護利用者を、区分 A～E に当てはめると、《区分 A》66 例、《区分 B》139 例、《区分 C》101 例、《区分 D》73 例、《区分 E》465 例となった（図 4）。

④週 1 回以上の訪問看護利用者における、週あたりの訪問時間・移動時間・連携時間・管理時間・訪問回数平均は、訪問時間 99.2 分、移動時間 42.9 分、連携時間 6.4 分、管理時間 24.3 分、訪問回数 1.9 回となった（表 1）。

⑤上記④の区分 A～E 別では、週当たり滞在時間は、《区分 A》162.5 分、《区分 B》149.6 分、《区分 C》89.8 分、《区分 D》106.2 分、《区分 E》76.1 分となった（表 2）。

⑥区分 A～E 別の 1 回あたりの滞在時間は、50 分前後（49.43～53.64 分）となった（表 3）。

⑦区分 A～E 別の 1 回あたりの連携時間及び管理時間の合計は、15 分前後（14.11～16.34 分）となった（表 3）。

⑧区分A～E別の1回あたりの看護時間（滞在時間+連携時間+管理時間）は、67分前後（64.11～69.54分）となった（表3）。

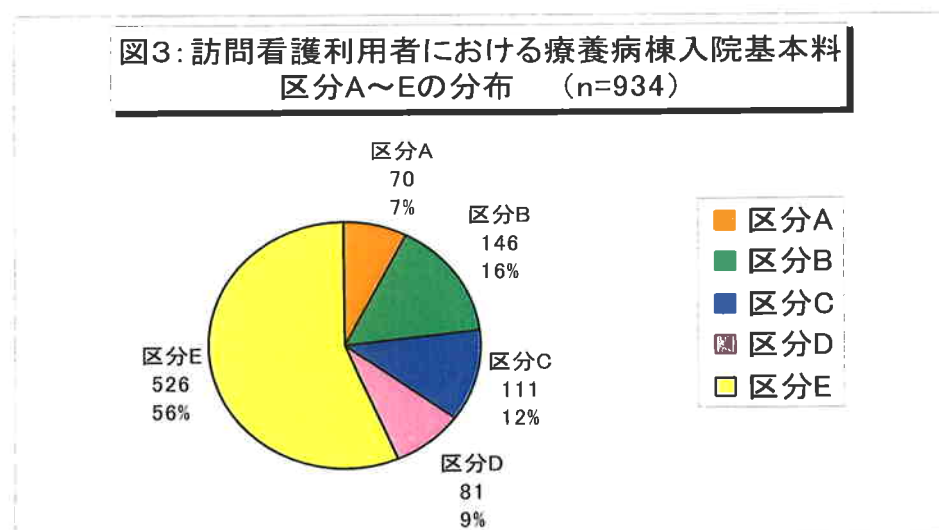
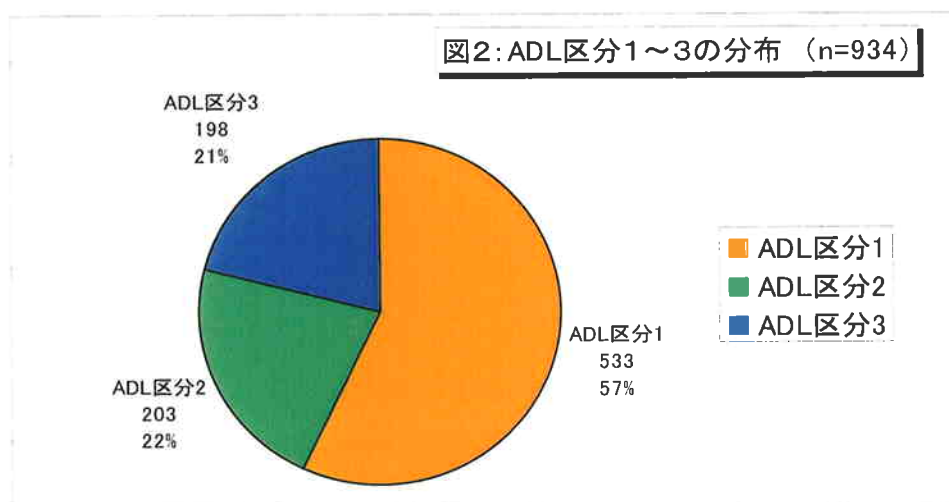
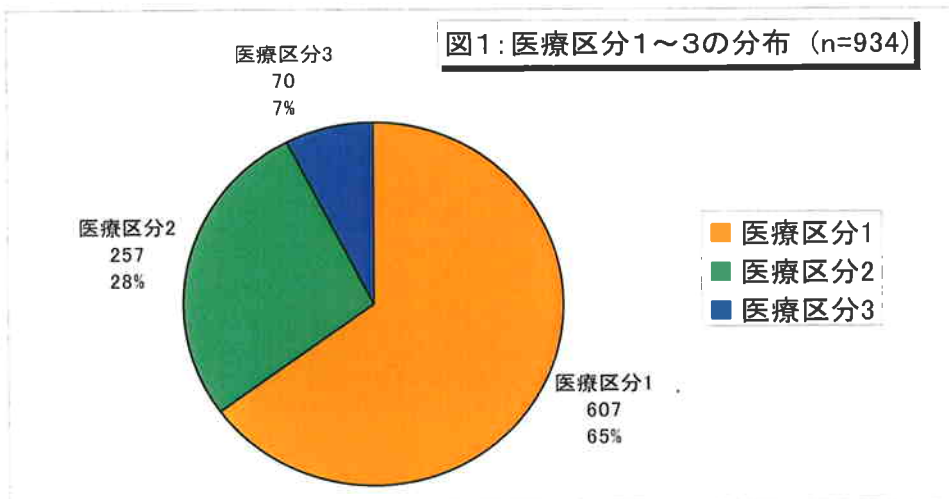


図4：訪問看護利用者における療養病棟入院基本料区分A～Eの分布（週1回以上の訪問看護利用者 n=844）

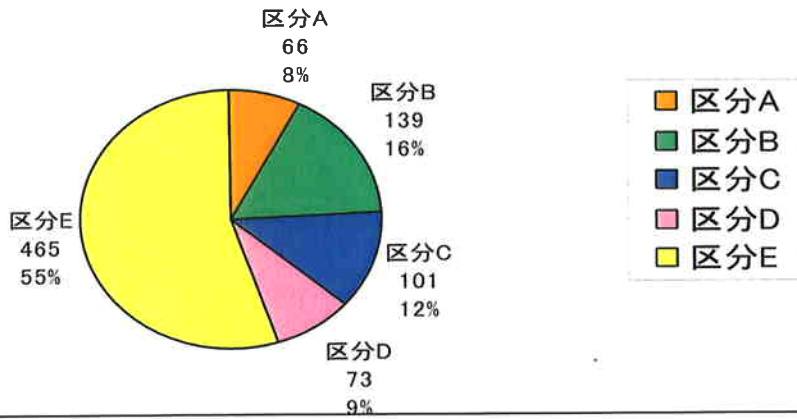


表1：看護時間の平均値（全体）（n=844）

区分	滞在時間 (分)	移動時間 (分)	連携時間 (分)	管理時間 (分)	訪問回数 (回)
全体	99.2	42.9	6.4	24.3	1.9

表2：看護時間の平均値（A～E 区分別）（n=844）

区分	滞在時間 (分)	移動時間 (分)	連携時間 (分)	管理時間 (分)	訪問回数 (回)	滞在+連携+管理 時間	連携+管理時間
区分A (n=66)	162.5	74.8	14.7	38.8	3.3	216.0	53.5
区分B (n=139)	149.6	69.0	10.6	33.6	2.8	193.8	44.1
区分C (n=101)	89.8	34.5	5.5	21.1	1.7	116.4	26.6
区分D (n=73)	106.2	49.4	6.1	23.9	2.1	136.1	30.0
区分E (n=465)	76.1	31.3	4.2	20.3	1.5	100.6	24.5

表3：看護要素別の看護時間の平均値（A～E 区分別）（n=844）

区分	1回滞在時間 (分)	1回あたり 連+管	1回あたり 滞+連+管
区分 A (n=66)	49.43	16.27	65.70
区分 B (n=139)	52.66	15.53	68.19
区分 C (n=101)	53.64	15.91	69.54
区分 D (n=73)	50.00	14.11	64.11
区分 E (n=465)	50.85	16.34	67.19

解説資料3 医療保険制度における訪問看護に係る夜間等の加算の新設について

●夜間等における訪問看護に対する評価についての試算

夜間等における訪問看護に対する報酬は、表1（別添え）に示すような試算となる。この試算では、現在の訪問看護時間で最も多い区分（※1）である30分以上1時間未満の場合を《設例1》、二番目の区分である30分未満の場合を《設例2》、3番目の区分である1時間以上1時間30分未満の場合を《設例3》として示している。

※1 2005年度日本看護協会委託事業「2005年度 訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書」の「図1.14 介護保険利用者の時間区分別利用回数割合」では、30分未満が25.6%、30分以上1時間未満が66.8%、1時間以上1時間30分未満が7.6%と示されている。なお、この調査が行われた当時、20分未満の区分は制度化されていなかった。

1. 夜間の訪問看護の現状

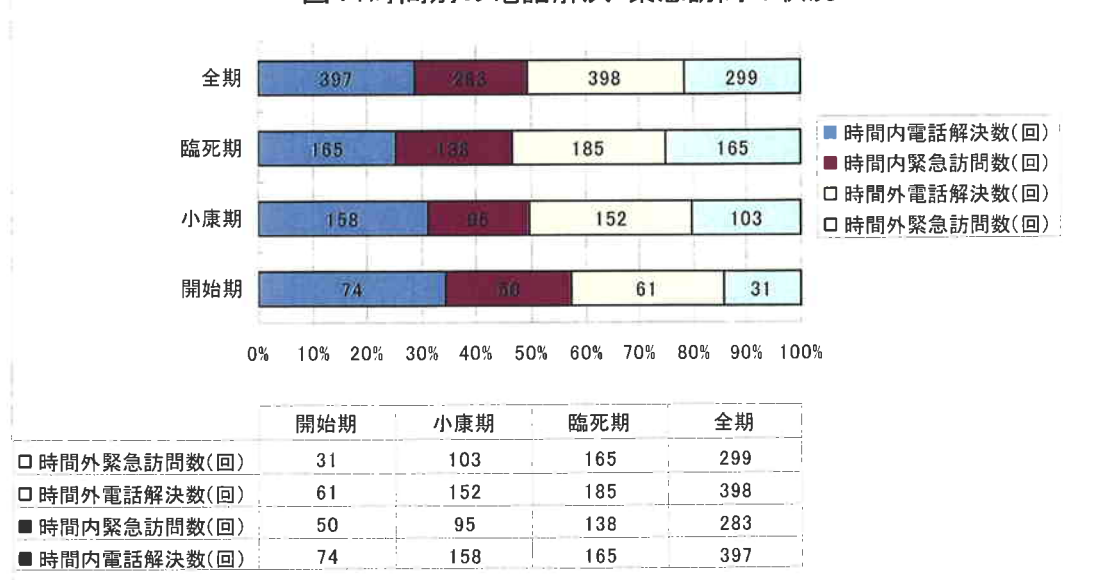
(1) 計画的な夜間訪問の現状

訪問看護ステーションによる訪問看護が、昼間のみならず、夜間においても行われていることは周知の事実である。その夜間における訪問看護のうち、計画的な訪問は、訪問看護を利用している制度からみると、介護保険0.02回に対して、医療保険等0.07回との調査報告がある（※2）。つまり、夜間における計画的訪問看護は、医療保険等によって実施されているにもかかわらず、その診療報酬制度においては夜間等加算が認められていないために、訪問看護ステーションの人件費等の持ち出しによって支えられている実態を示しているといえる。

※2 2005年度日本看護協会委託事業「2005年度 訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書」の「4.4.3 時間外の計画的訪問延べ回数」及び「図4.21 時間外の計画的訪問延べ回数」より。

(2) 夜間の緊急訪問の現状

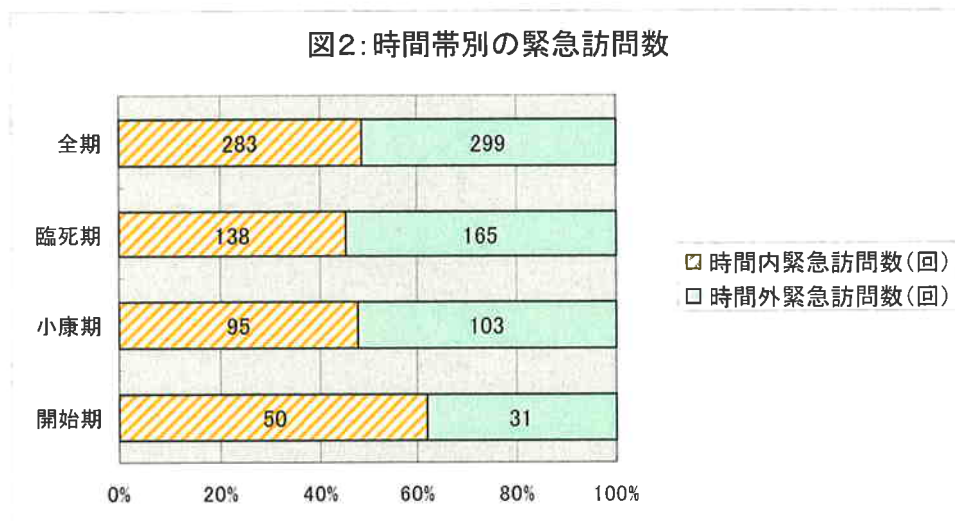
図1: 時間別の電話解決・緊急訪問の状況



夜間等における訪問看護には、当初から夜間等に訪問が予定されていた場合と、夜間等に利用者・家族からの緊急電話によって、緊急に訪問を行う場合がある。後者に関連して、緊急電話によって、電話による対応のみで問題が解決した場合（電話解決）と臨時に看家を訪問した場合（緊急訪問）について、時間別に示したものが図1である。

この図から、緊急電話（電話解決と緊急訪問を合わせたもの）は、全期で約半数が夜間等に発生していることがわかる。

また、このうち、緊急訪問について、時間帯別に示したものが図2である。この表から、緊急訪問の場合、時間外によるものが、開始期を除いて、ほぼ50%を占めている（図2）。つまり、緊急訪問に関しては、その半数が夜間等を実施されている実態を見出すことができる。



※本項（2）では、島内節・鈴木琴江『在宅高齢者の終末期ケアにおける経過時間別にみた緊急ニーズ』（投稿中、2007年）で示されているデータを基にしている。

II. 結語

以上のように、夜間における訪問看護の利用は、①計画的な夜間訪問の場合は、介護保険制度よりも医療保険制度を利用する者が3.5倍であり、②夜間の緊急訪問の場合は、一日の緊急訪問における約半数を占めている実態を見出すことができる。この実態を踏まえ、訪問看護報酬の夜間等加算において、介護保険と医療保険とで違いを設けることなく、上記のように、医療保険においてもその算定を認めることを提言する。

また、この提言が認められることにより、医療保険の利用者に対して、緊急あるいは計画的であるか否かを問わず、報酬制度における黙示的な夜間の訪問看護の抑制力が改善され、より利用者に応じた適切な訪問看護を実施できることにつながるものといえる。

解説資料4 在宅における看取りに関する評価

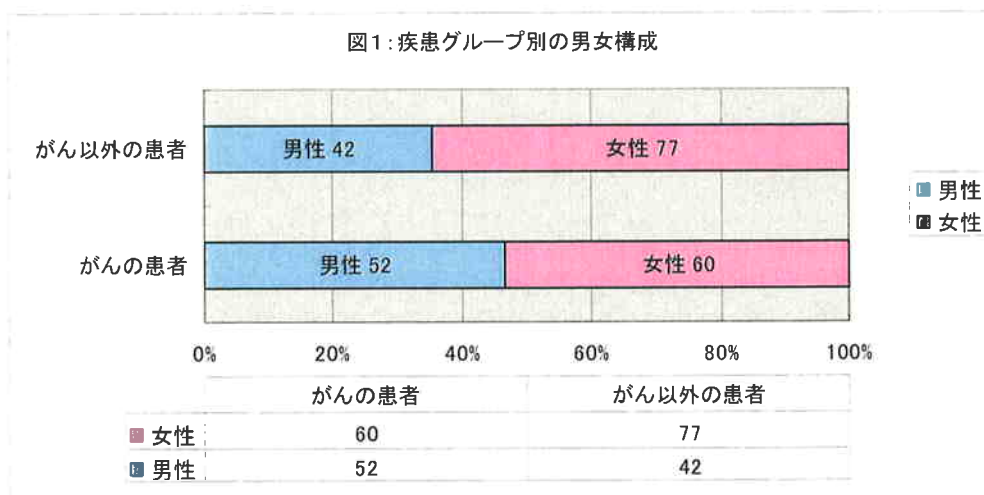
在宅終末期患者の在宅ケア開始期と臨死期における緊急電話支援等による評価

●『在宅高齢者の終末期ケアにおける経過時間別にみた緊急ニーズ』より（島内節・鈴木琴江 投稿中、2007年）

※本提言書では、上記文献で示されているデータを基にして、図の作成を行っている。

1. 調査の方法

東京近郊の25ヶ所の訪問看護ステーションから訪問看護を受けており、2003年1月から2004年12月に在宅死した終末期患者231名を対象としている。この患者を、疾病によって、がんによる終末期患者（A群）とがん以外の疾病による終末期患者（B群）に分類している。（図1）



また、在宅療養期間を、「開始期」（在宅療養を開始した初めの1週間）、「小康期」（在宅療養期間のうち、開始期と臨死期との間の期間）、「臨死期」（患者が死亡した日から遡った10日間）に区分している。在宅療養期間は、A群では34日（中央値）、B群では185日（中央値）となっている。

そして、A群とB群を対比しながら、各期における緊急電話の回数とそのニーズ内容、緊急訪問の回数とそのニーズ内容などを調査し、分析したものである。

2. 調査結果に対する本提言書での分析

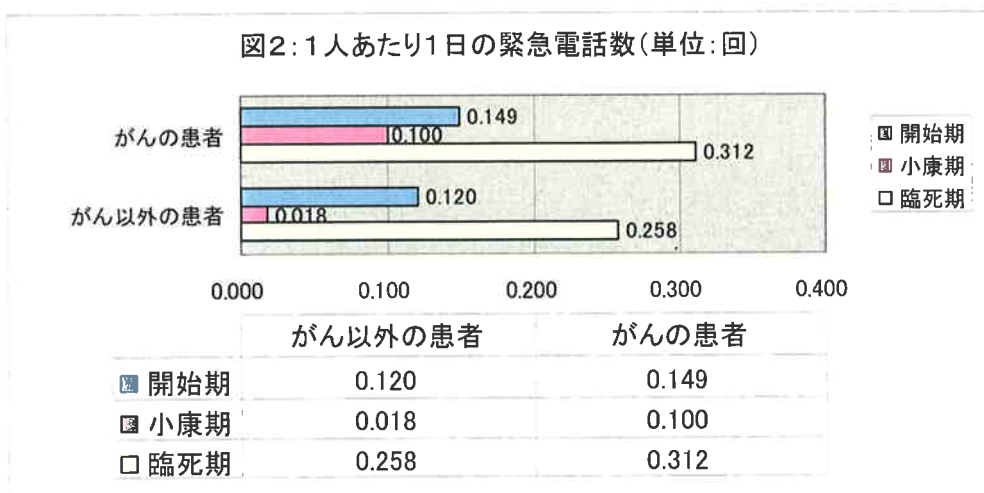
(1) 緊急電話の各期における頻度

緊急電話の回数は、A群では628回（開始期117回、小康期165回、臨死期346回）、B群では749回（開始期99回、小康期343回、臨死期307回）であ

った。

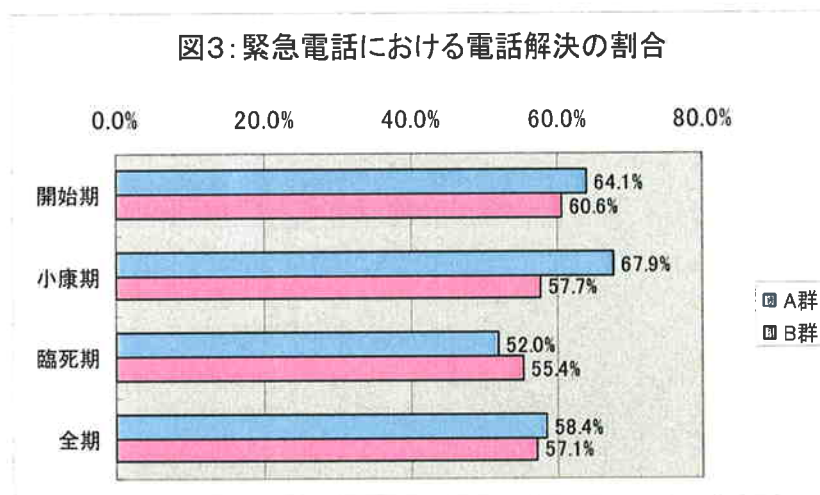
これを、患者1人あたりの1日における緊急電話数に換算すると、A群では、開始期0.149回、小康期0.100回、臨死期0.312回となり、B群では、開始期0.120回、小康期0.018回、臨死期0.258回となる(図2)。

ここでは、両群ともに、開始期と臨死期において、緊急電話が多いと言える。



(2) 緊急電話における対応結果

緊急電話に看護師が対応した結果は、電話による対応のみで用件が解決した場合(以下、「電話解決」と)、臨時に看家を訪問した場合(以下、「緊急訪問」)に区分している。(本意見書では、前者の数を「電話解決数」、後者の数を「緊急訪問数」とする。)



緊急電話における電話

解決の割合は、A群では、開始期64.1%、小康期67.9%、臨死期52.0%、全体58.4%となり、B群では、開始期60.6%、小康期57.7%、臨死期55.4%、全体57.1%となる。A群とB群を合わせた全体に換算すると、開始期62.5%、小康期61.0%、臨死期53.6%、全体57.7%となる(図3)。