

## 《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】

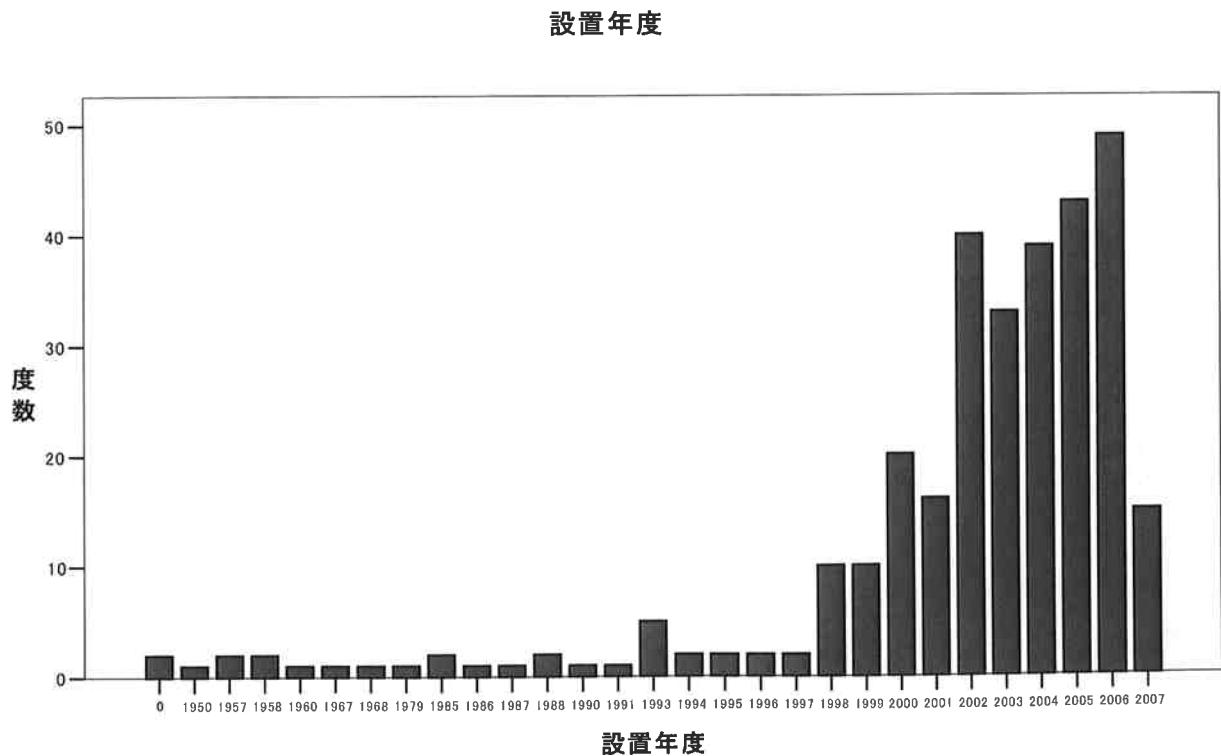
全国に分布する8団体のグループの傘下にある各病院・診療所（以下、病院等とする）を対象とした。

##### 【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、 $403.8 \pm 262.3$ 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）。



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

っているのはうなづける（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・訪問回数の平均は、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）。

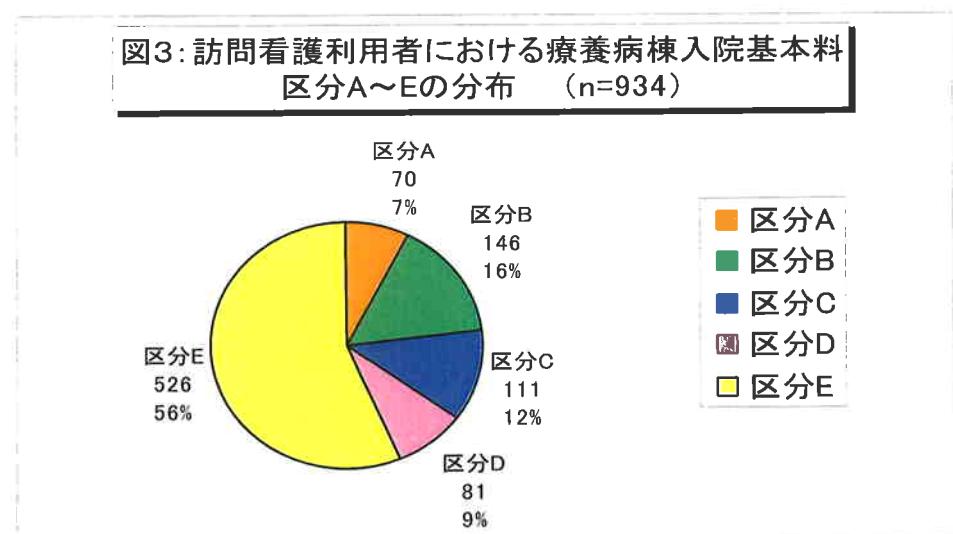
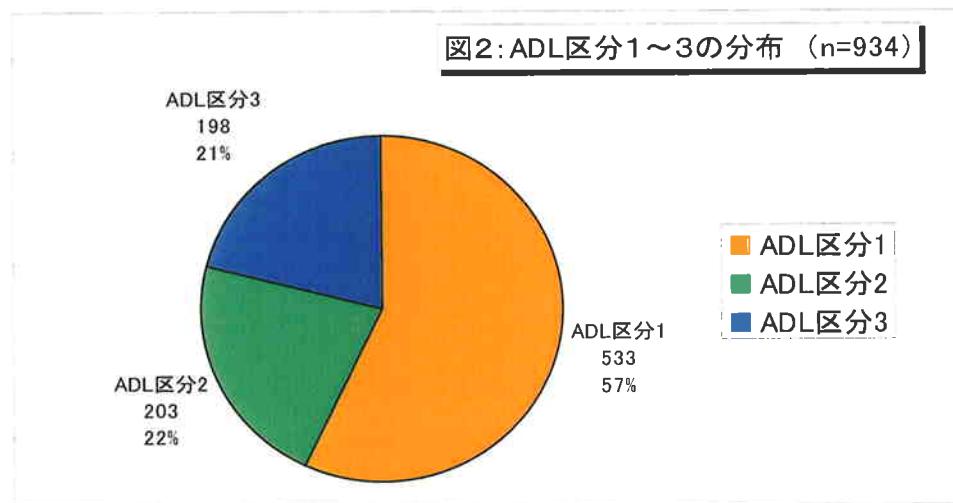
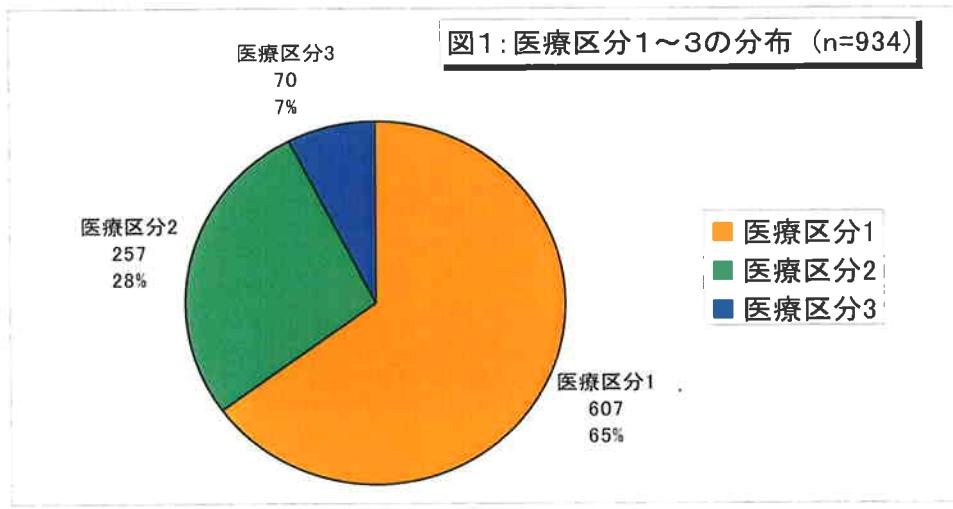


図4：訪問看護利用者における療養病棟入院基本料区分A～Eの分布（週1回以上の訪問看護利用者 n=844）

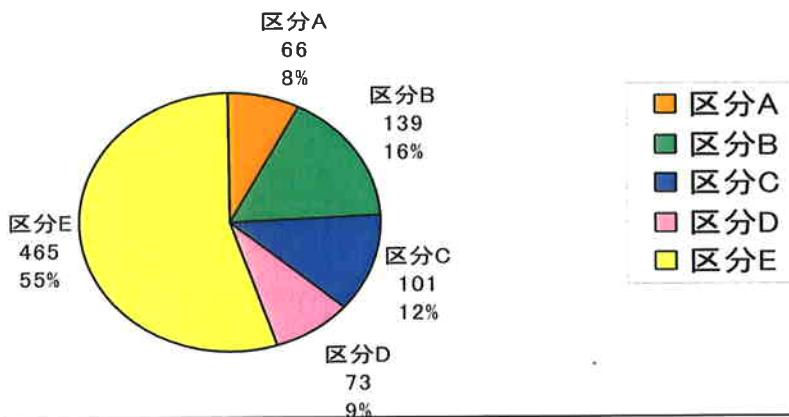


表1：看護時間の平均値（全体）（n=844）

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 区分别) (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。

#### I. 夜間の訪問看護の現状

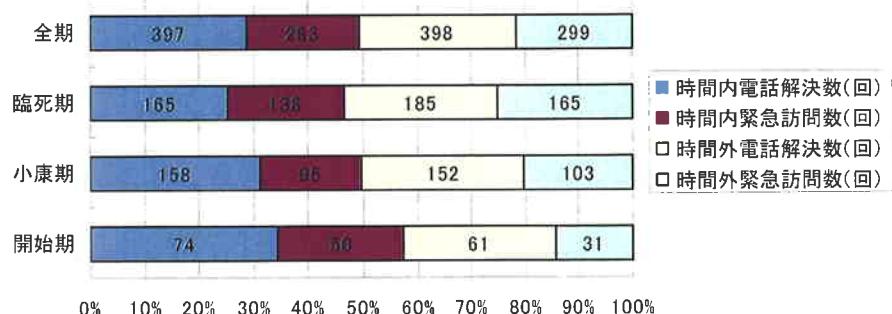
##### （1）計画的な夜間訪問の現状

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、訪問看護を利用する制度からみると、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



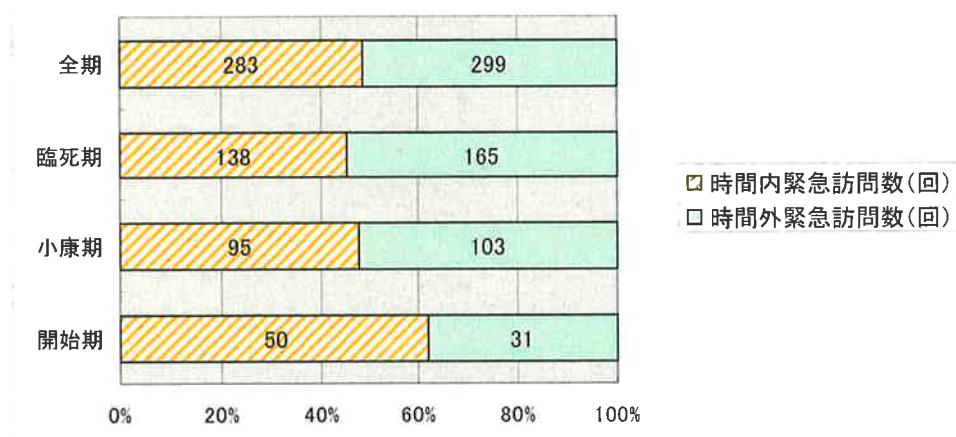
	開始期	小康期	臨死期	全期
□ 時間外緊急訪問数(回)	31	103	165	299
□ 時間外電話解決数(回)	61	152	185	398
■ 時間内緊急訪問数(回)	50	95	138	283
■ 時間内電話解決数(回)	74	158	165	397

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、その半数が夜間等に実施されている実態を見出すことができる。

図2：時間帯別の緊急訪問数



※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、報酬制度における默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

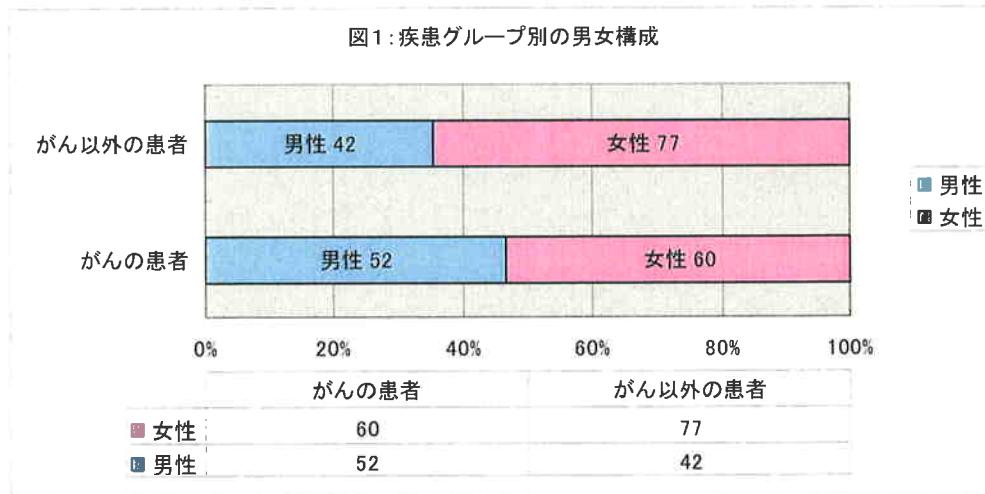
### 在宅終末期患者の在宅ケア開始期と臨死期における緊急電話支援等による評価

- 『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

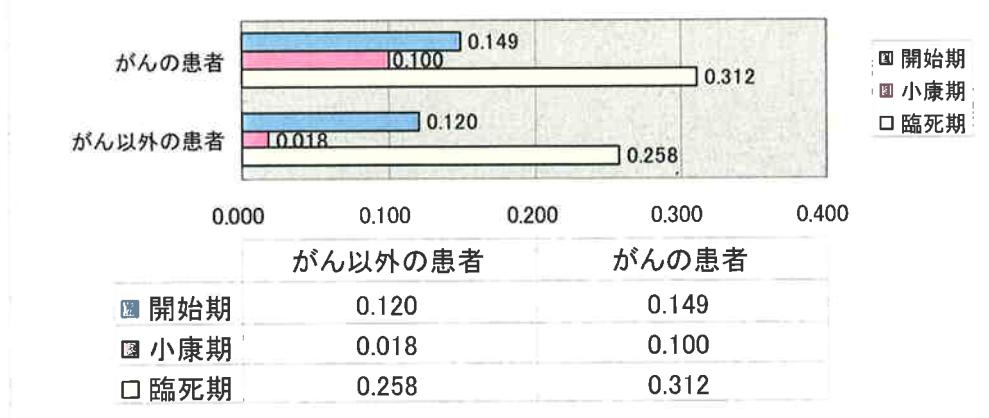
緊急電話の回数は、A群では628回（開始期117回、小康期165回、臨死期346回）、B群では749回（開始期99回、小康期343回、臨死期307回）であ

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。

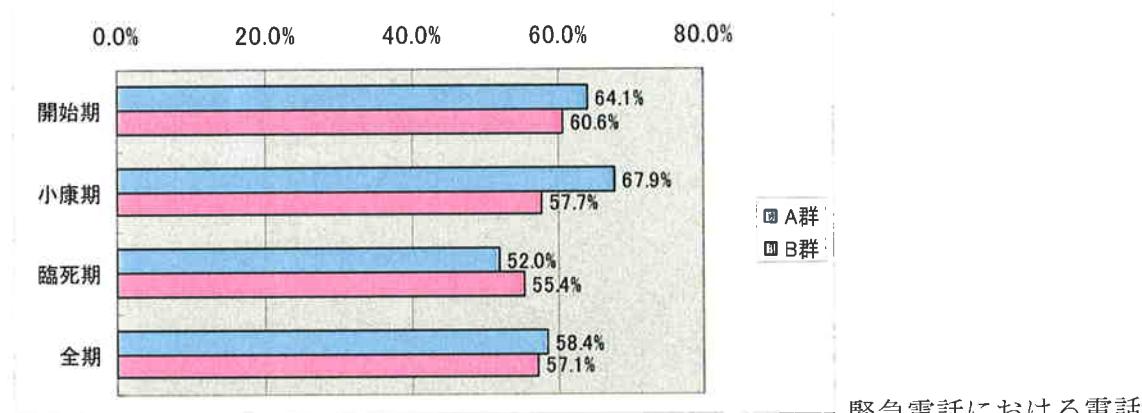
図2: 1人あたり1日の緊急電話数(単位:回)



## （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。）

図3: 緊急電話における電話解決の割合



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）。

つまり、両群ともに、各期の著しい差はなく、概ね 60%前後の割合で、電話による対応のみで用件が解決できていると言える。

### (3) 電話解決した場合のニーズ

電話による対応のみで用件が解決した場合のニーズは、両群ともに、各期において、「本人の症状の変化」が多く、特に臨死期では、他のニーズよりも極めて多い（図4、5）。

図4:A群 期別の電話解決した場合のニーズ

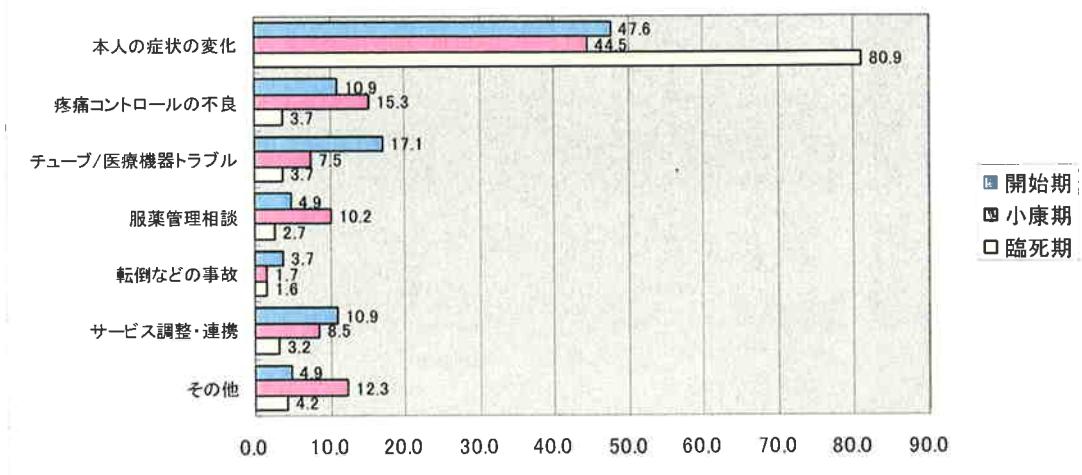
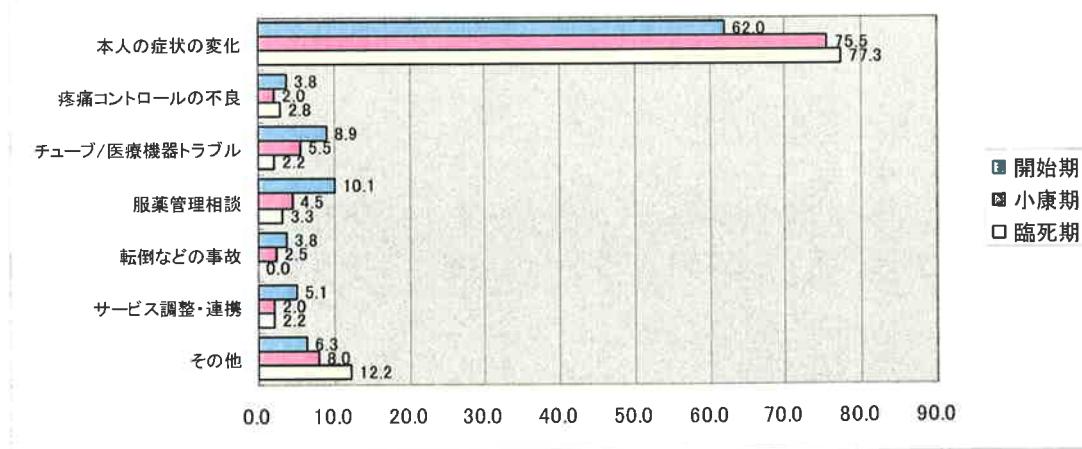


図5:B群 期別の電話解決した場合のニーズ



### (4) 訪問看護を行っている看護師に関するデータ

在宅死を迎えた患者を担当した看護師に関して、その年齢は、A群では平均 40.6 歳 (SD7.3)、B群では平均 39.3 歳 (SD7.6) であり、訪問看護経験年数は、A群では平均 5.8 年 (SD3.8 年)、B群では平均 4.8 (SD3.4 年) であった。

●島内節（主任研究者）「平成15年度厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）『在宅ターミナル患者の経時的ニーズの変化に対するケアプログラムの開発と評価方法』」（2004年）、島内節（主任研究者）「平成16年度財団法人笹川医学医療研究財団研究費『在宅ホスピスケア高齢者用クリニカルパス開発と平成15年度に残された課題研究』」（2005年）より

## 1. 調査の方法

2003年1月から2004年7月に死亡した在宅ターミナル患者135名を対象としている。この患者を、比較的症状の強い癌高齢者（A群）と徐々に衰退した高齢者（B群）に分類している（図6）。

また、在宅療養期間を、「導入期」、「小康期」、「臨死期」に区分している。在宅療養期間は、A群では42日（中央値）、B群では183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を調査し、分析している。

## 2. 調査結果に対する本提言書での分析

### （1）緊急電話時のニーズ

緊急電話でのニーズでは、両群ともに、「本人の症状の変化（発熱、出血、呼吸状態など）」が多く、臨死期では、他のニーズよりも極めて多い（図7、8）。

図7：A群 期別の電話解決した場合のニーズ

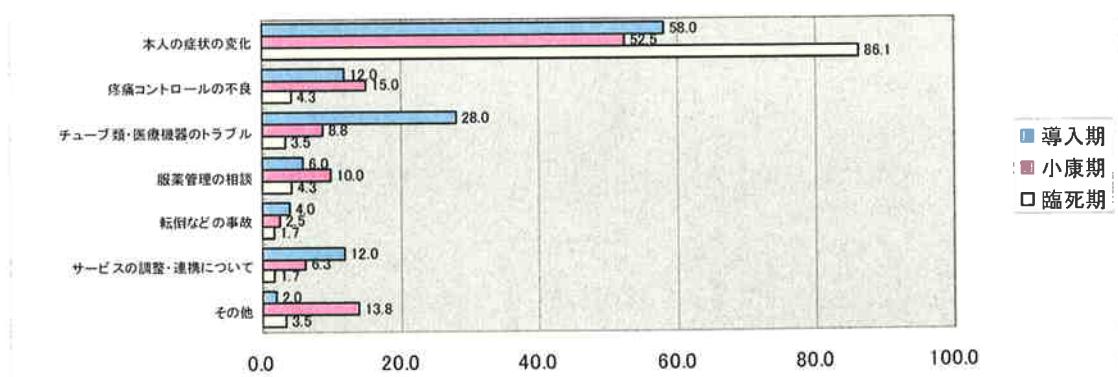
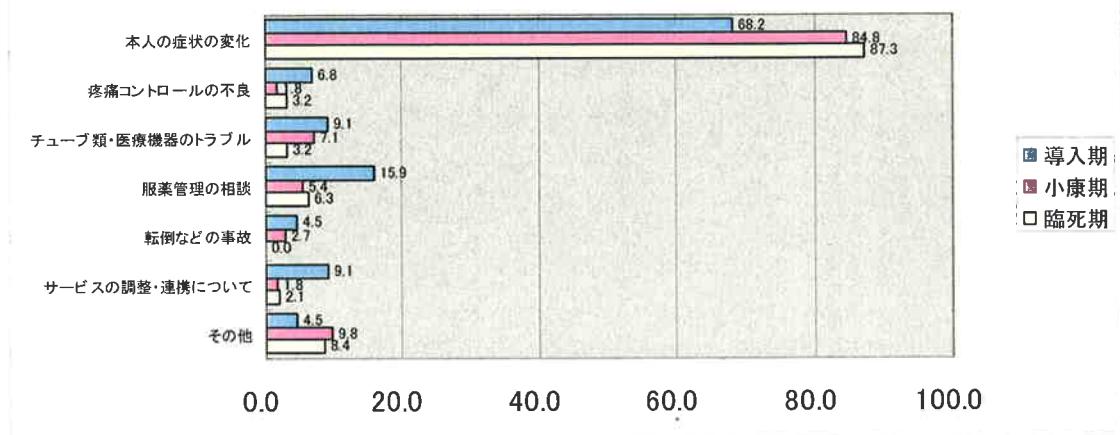


図8:B群 期別の電話解決した場合のニーズ



※この図7、8における数値は、複数回答による割合であるため、各ニード項目を合計しても100%とはならないことから、上記図4、5と数値を対比することはできない。

この「本人の症状の変化」のニーズに対して、電話において適切な判断と助言を行うためには、患者からの情報を的確に収集する必要があり、また患者・家族に適切な助言を行うためには、多くの時間を費やす必要がある（患者・家族が動搖している場合には、動搖を和らげるための時間や、より工夫をした方法で助言する必要性があり、より多くの時間を費やす必要がある。）。

従って、この緊急電話の実態は、単に、次回の訪問予定日を決めるなどの電話と、その性質を全く異にするものである。

## 解説資料5 訪問看護における衛生材料の取り扱い

### 【在宅療養者が慈悲で衛生材料を購入していた事例】

患者：TK 79歳男性

経過：

2006年4月 舌ガンの診断を受ける。

2006年5月9日 舌及び喉頭全摘出術 両頸部リンパ腺郭清術 口腔底再建術 永久気管瘻孔造設術(13時間半にわたる手術であった)。

手術直後より、音声言語不能のため筆談によるコミュニケーション。経管栄養は短期間で、一般病棟に出て間もなく経口的流動物(ミキサー食のため濃厚なので吸い飲みの根元の太い部分にチューブを差し込み)を咽頭の奥に流し込む。咽頭から食道上部にかけて癌研の医師の手製による太いチューブを挿入し、その管を経由して食道に流し込む。チューブが詰まつたり汚染する都度、入れ替えて洗浄が必要。

退院時には、チューブを抜き直接流し込むが、1食摂取するのに約1時間半必要。頸部のリンパ郭清部と口腔底再建のために切除した腹部の創が治癒せぬまま退院となった。

6月24日退院

入院中の日課により近い状態を、できればセルフケアで維持したいと考え在宅生活を開始した。

日課の概要：

6時：起床 洗面、口腔清掃 着替え

6時半～45分：NHKラジオ体操

7時：朝食 ミキサー食を自分で摂取(吸い呑みで)

食事は最短で45分、時には1時間30分かかることもある。

食後 吸い呑みとブラシで口腔清掃、口腔内吸引 気管孔よりネブライザー(生理食塩水)

午前中は新聞を読んだり、読書をしたり。

12時～13時：昼食

食後は朝と同様

午後、読書またはベッド上でトロトロする。

16時頃：おやつの代わりにジュースかアガリクスを飲む

19時～20時30分：夕食

夕食後は朝、昼と同様

22時前後：入浴

浴前・浴後のスキンケア 頸部の傷 腹部の傷の処置(テガダームまたはオプサイトで)

## 【問題提起－衛生材料・医療用品の調達と家族の心理的・労力的負担】

1. 手術創が完全に癒合せぬまま退院となり、創部のガーゼ交換を毎日行う必要があった。かなり浸出が多くなったことと、入浴時の保護もかねると、ガーゼだけでは事足りず、病院で使用していたオプサイトを用いることにした。処方して欲しいと願ったが、叶わぬ病院の売店で求めるうことになった。訪問看護師の訪問時に相談したが回答は得られず、結局最後まで家族が自分の判断で、材料をととのえ、自分で処置を行うことが定常化した。看護師の側から創部の手当を実施することは一切なかった。約4ヶ月で一応の治癒を見て、心理的にも労力的にも、また経済的にも負担が軽くなつたが、一休みする間もなく、頸部にガンの再発による創ができ毎日壊死組織が大量に流出するようになって、朝夕、創部の処置が必要となつた。滅菌ガーゼ、絆創膏、浸出物を拭くための清潔綿等を常備しなければならなかつた。

### 2. 永久気管孔からの吸引に要する材料等

1) 退院直後から吸引器を借用し、必要に応じて1日に最低3回くらいは吸引をした。

カテーテルは、ネット上で業者に注文して届けてもらつた。訪問看護師からのアプローチは9ヶ月の間1度もなかつた。ディスポ用の吸引チューブではあるが、在宅では1本のチューブを2~3日は使用した。

### 2) 口腔ケア用品

口内に大きな傷があり、腹筋を移植しているために、正常粘膜とは異なつて自浄作用がなく起床時と就寝時はもちろん、食事の前後の口腔ケアは必須であった。その用具についても、患者の状況に適した製品を見つけるまでにはかなりの日時を要したが、これらもすべてネットで注文した。

### 3) ネブライザーの薬液

ネブライザーは1日3回実施するようにとの退院時の指示であった。薬液は生理的食塩水ということであったが、これは店頭では購入できず、親しい近医に依頼して点滴用のものを1箱購入して頂いた(一般薬局で購入可能な生理的食塩水は、コンタクトレンズ用で、純粋な生理的食塩水ではなかつた)。

### 3. 経口摂取に必要な吸い飲みの先のチューブ

1) 2ヶ月に1回は交換しないと劣化するので、いろいろ探したが適当な材質と太さの物が得られず、結局スネークチューブを1巻き購入して部分的に使用したため結構割高になつた。

### 2) 食道注入用のディスポの注射器

医療用にしか販売していないため、無理にお願いして医療機関から購入した。

## 【費用概算】

6月 24日から 6ヶ月間

経管栄養用注射器、特殊チューブ等 **¥6,600**

衛生材料（オプサイトや類似のフィルム剤）  
¥2,730 + ¥2,415 + ¥6,699 + ¥4,598 +  
¥1,018 + ¥12,381 + ¥2,930 + ¥5,580 + ¥2,530 + ¥2,358 + ¥2,824 + ¥2,230 + ¥1,002 =  
**¥42,395**

滅菌ガーゼ  $\text{¥}420 + \text{¥}750 + \text{¥}1,050 + \text{¥}627 + \text{¥}940 + \text{¥}1,519 = \text{¥}5,306$

マグライト **¥2,385**

口腔ケア用品(タングワイパー等)  $\text{¥}7,455 \times 2 = \text{¥}14,910$

消毒薬(オスバン 消毒用アルコール)  $\text{¥}945 \times 2 + \text{¥}2,824 + \text{¥}1,002 = \text{¥}5,716$

吸引用カテーテル 不明

計 **¥76,428**

以上が退院後 6ヶ月間にかかった費用ですが、年を越して請求されたものもあり、やや控えめですが、月平均で約 15,000 円というところでしょうか。

在宅の場合このほかに外来でのフォローのための医療費がかかります。わが家の場合、3週間に1回の受診でしたが、医療費だけで3割負担で1回平均 25,000 円(抗ガン剤を含む薬代と検査代)は必要でした。電車に乗れませんから往復のタクシ一代を入れると、1回に計 50,000 円は必要でした。

このほか、訪問看護料、往診料等をあわせるとかなりの額になります。二人で現役で働いていたからクリアできましたが、このようなことでは在宅にシフトをするという政府の方針は破綻するのではないかでしょうか。

## 解説資料6 訪問看護における衛生材料の取り扱い

訪問看護ステーションでの取り扱いを要望する衛生材料等の範囲（例）

- テープ
- 滅菌ガーゼ
- ドレッシング用フィルム剤
- 注射器（20cc）
- 吸引器
- 吸引用チューブ
- 滅菌生理食塩水

### 【事例】

#### 都内A訪問看護ステーションにおける衛生材料等の自己負担

（2007年6月現在）

Pt	保険種別	使用している医療器具等	利用者の費用負担額
1	介護	IVH (Y ガーゼ、綿棒、エラストポア)	5,000 円
2	介護	ストマ	10,000 円
3	医療	胃ろう	5,000 円
4	介護	膀胱ろう	3,000 円
5	医療	在宅酸素	2,000 円
6	介護	人工肛門（ビジダーム、ハイゼガーゼ）	3,000 円
7	医療	バルーンカテーテル	3,000 円
8	医療	バルーンカテーテル	2,000 円
9	医療	胃ろう（チューブ、Y ガーゼ）	不明
10	医療	経鼻経管栄養、気管カニューレ	不明
11	介護	胃ろう、バルーンカテーテル	10,000 円
12	医療	自己導尿	なし
13	医療	胃ろう	なし
14	介護	バルーンカテーテル（ガーゼ、綿棒、テープ、消毒液）	5,000 円
15	介護	人工膀胱（エラストポア）	500 円
16	医療	ストマ	不明
17	医療	経鼻経管栄養（エンシュアなど）	7,000 円

※ 費用負担の差額が生じる原因は、保険医療機関が支給する材料に差があるため。

## 解説資料7 急性期小児病床の看護配置基準5対1の新設

### 1) 看護業務量調査結果

(谷村雅子：小児看護に時間と人員を要する実態の検証、医学のあゆみ、206(9)、p719－722、2003)

小児医療の時間と人員に要する実態を検証する目的で行った看護業務量調査によると（3小児専門病院7病棟と3施設6成人病棟での24時間1分単位のタイムスタディ）、小児患者では1人当たりに提供された1日の総看護時間は成人に比べ2.1倍で、投薬・治療・処置には3.2倍、直接生活介助に2.1倍、管理業務に1.7倍を要していた。

### 2) 看護度調査結果

(野口美穂子、小児看護業務量調査に基づく看護度の検討、国立病院看護研究学会、2006)

日本小児総合医療施設協議会の調査による小児総合医療施設の看護度は、10ヶ所の施設平均で重症患者分類とみなされるD群が59%であり、近隣の国立病院5ヶ所の平均22%に比して明らかに看護度が高かった。

### 3) 看護ニーズに基づく看護労働力の適正配分に関する研究結果

(金井Pak雅子、看護ニーズに基づく看護労働力の適正配分に関する研究、平成15年度厚生労働科学特別研究報告書、2004)

平成15年度に94病院を対象に実施した標記研究結果によれば一患者あたりの看護業務時間は、全体で179.5分、内科系病棟109.4分、外科系病棟142.8分、整形外科病棟112.6分、脳神経外科193.9分に比べ、小児科病棟は327.3分と多かった。

### 4) 小児患者に要する看護時間と適正人員配置に関する研究結果

(政本好子、小児患者に要する看護時間と適正配人員配置に関する研究、平成17年度国立病院機構多施設共同研究報告書、2006)

平成17年の日本小児総合医療施設協議会26施設の必要看護師数と実際の配置看護師数を比較した調査結果によると、患者一人あたりの総看護業務時間は1,142.6分で勤務帯別では、日勤帯409.9分、準夜帯352.0分、深夜帯380.6分で勤務帯による差が少なかった。これらの時間数から必要看護師数を換算すると日勤20.6人、準夜帯17.7人、深夜帯19.1人、全体では19.1人であった。実際の配置されている看護師数と対比すると全体で不足人員13.8人で、日勤帯11.6人、準夜帯14.1人、深夜帯15.7人だった。夜間帯の人員不足が顕著であった。

### 5) 看護必要度調査結果

平成19年3月の看護必要度調査に協力した6施設で小児入院医療管理料Iを取得している小児病棟の看護師充足率はかなり低い状況であった。調査した病棟のほとんどが5対1の比率で看護師を配置しているのも関わらず、入院基本

料7対1の取得要件とされる看護必要度調査（カンゴール）において、充足率が低い（算定看護指数と実質看護指数の乖離）という結果が出た。看護必要度アセスメント項目に照らしても、小児患者はA得点B得点ともに高く、病態が重症で濃厚な治療と手厚い看護が必要であるといえる。