

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

**在宅療養促進のための訪問看護の
あり方に関する研究**

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 伊藤 雅治

平成17(2005)年3月

目次

I. 総括研究報告

- 在宅療養促進のための訪問看護のあり方に関する研究 3
伊藤 雅治

II. 分担研究報告

1. 通常の(老人)訪問看護以外の訪問看護利用に関する調査研究 9
伊藤 雅治 上野 桂子 佐藤 美穂子
(資料) 49
- 資料 1 緊急アンケート
資料 2 アンケートへのご協力のご依頼
資料 3 有償による訪問看護サービス提供実態に関する調査【A 事業所票】
資料 4 有償による訪問看護サービス提供実態に関する調査【B 利用者票】
資料 5 B 利用者票 の記入方法について
資料 6 厚生労働省 疾病一覧
資料 7 本調査への御協力のお願い
2. 退院調整看護師養成プログラム作成に関する研究 81
篠田 道子
(資料) 123
- 資料 1 退院調整に関する用語の定義
資料 2 退院調整アセスメント表
資料 3 退院支援計画書
資料 4 退院調整実習記録
- III. 研究成果の刊行に関する一覧表 149
- IV. 研究成果の刊行物・別刷り 151

I. 総括研究報告

**在宅療養促進のための訪問看護の
あり方に関する研究**

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
総括研究報告書

「在宅療養促進のための訪問看護のあり方に関する研究」

主任研究者 伊藤 雅治 社団法人 全国訪問看護事業協会 副会長

研究要旨

2006 年の介護保険制度の見直し、医療制度改革、診療報酬改定が同時に行われることに向けて、訪問看護の今後のあり方が熱く議論されている。在院日数の短縮化、在宅ターミナルケアや医療ニーズの高い訪問看護利用者の増加などにより、今後ますます在宅療養における医療提供体制の確立が必要である。本研究では、訪問看護事業の推進に向けて依然として大きな課題となっており、解決に向けて急務である次の 2 つの課題について調査を実施した。

1. 「通常の(老人)訪問看護以外の訪問看護利用に関する調査研究」

在宅療養への移行や継続にあたって、訪問看護の需要が満たされているかどうかが重要なと考え、保険外における訪問看護サービス提供の実態を把握することを目的とし、調査を実施した。

2. 「退院調整看護師養成プログラム作成」

在宅療養への移行する際に、医療サービスの継続性のため病院と在宅の連携の強化を図ることを目的とし、研究を実施した。

よって、在宅療養を促進するために、本研究は 2 つの分担研究から構成した。

II. 分担研究報告

1. 通常の(老人)訪問看護以外の 訪問看護利用に関する調査研究

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業） 分担研究報告書

「通常の（老人）訪問看護以外の訪問看護利用に関する調査研究」

分担研究者	伊藤 雅治	社団法人 全国訪問看護事業協会 副会長
分担研究者	上野 桂子	社団法人 全国訪問看護事業協会 常務理事
分担研究者	佐藤 美穂子	財団法人 日本訪問看護振興財団 常務理事
研究協力者	中野 夕香里	有限会社 Yukari&Co. 取締役社長
研究協力者	木全 真理	社団法人 全国訪問看護事業協会

研究要旨

診療報酬及び介護報酬における保険適用外訪問看護およびその他利用料による訪問看護（以下、有償訪問看護）の実態を通して潜在的なものを含めた訪問看護需要を把握し、制度のあり方等について検討するための資料とする目的に、全国訪問看護事業協会会員事業所を対象に有償訪問看護の実施状況、有償訪問看護の利用者の状況等に関するアンケート調査およびヒヤリング調査を実施した。

その結果、1)調査対象期間において有償訪問看護の実施実績のあった事業所は、対象事業所の約30%であった。2)これらの事業所に対してより詳細な実態調査を行ったところ、有償訪問看護の利用は、一人当たり月1回がもっとも多く（月1回の利用者が約50%）、月5回までの利用者で84%を占めた。3)利用の目的は、「医療処置などによる頻回訪問（有償訪問総回数の30%）」、「特別な理由はない（給付を超えるニーズ）（同29.6%）」が多く、保険給付を量的に超過した部分に有償訪問看護を利用するケースの多いことが伺われたが、その一方で、保険給付対象外の訪問看護の有償による利用も一定数以上存在すると推測された。4)保険給付対象外の訪問看護のうち、「試験外泊時の訪問」、「退院時訪問」を目的とする有償訪問看護の実施割合は1%前後と少なかったが、ヒヤリングの結果、これらの訪問の実施率は高いが多くの場合、無償で対応されていることがわかった。これらのように有効で、かつ、利用者の安心、満足に繋がる訪問看護については、保険からの支払が適切になされるように実態を踏まえた制度の再考が必要であると考えられた。5)「居宅以外への訪問」は5%程度であったが、グループホームの拡充等で今後より多くニーズが発生すると思われる。老人保健施設やグループホームなどへ訪問した場合の扱いを、当該施設の看護職との役割分担・連携のあり方を明確にするとともに、保険給付か本人負担か、という選択肢だけでなく、施設が負担するという選択肢も含めた議論も必要であると考えた。6)事業所の75%においてが有償訪問看護の料金規定を有していると推測されたが、料金規定を有している事業所間で、その規定に含まれるサービスの範囲と料金額には差が大きかった。7)医師の指示を得にくいことが積極的な有償訪問看護の実施の障害のひとつになっている現状があるが、「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書においても訪問看護師の主体的・専門的な活動が求められるところであり、有償訪問看護のニーズの有無に関する判断とあわせて、対応の必要性・対応の方法等について医師の意見を求めるべきか否かについての判断を訪問看護師の立場でしていくことが重要であると考えられた。

今回の調査を通じて、有償訪問看護への取り組みは必ずしも積極的ではないと考えられた。しかし、有償訪問看護は、保険によるサービスを量的に超過するものばかりでなく、利用者のQOL向上等質的に貢献するものも多く、こうした要求に積極的に応えることは在宅医療推進のために重要な視点であると考えられる。また、看護師の自律性が發揮される領域でもあり、ニーズがある際には適切に対応できるような体制整備が求められる。

目次

A. 研究目的	9
B. 研究方法	10
1. 調査方法フロー	10
2. 研究実施体制	12
3. 調査の方法	13
1) 有償問看護の実施状況および決算状況に関する調査	13
2) 有償訪問看護の提供実態に関する調査	13
3) 有償訪問看護の実施状況に関するグループヒヤリング	14
C. 研究結果	15
1) 有償問看護の実施状況および決算状況に関する調査	15
2) 有償訪問看護の提供実態に関する調査	15
(1) 有償による訪問看護サービスを行う事業所	15
(2) 有償訪問看護の利用者について	20
(3) 有償訪問看護の料金設定について	34
3) 有償訪問看護の実施状況に関するグループヒヤリング	39
(1) 実施している有償訪問看護の内容について	39
(2) 有償訪問看護利用のきっかけ・経緯および利用者の反応・効果	40
(3) 有償訪問看護サービスについての情報提供・PRの方法	40
(4) 有償訪問看護サービスについての意見	41
(5) その他	41
D. 考察	42
1) 有償訪問看護の実施状況について	42
2) 有償による訪問看護サービスと医師の指示の関係について	43
3) サービス提供の実態と保険給付の関係について	43
4) 事業所の対応について	43
E. 結論	44
F. 健康危険情報	45
G. 研究発表	45
H. 知的財産権の出願・登録状況	45
資料	
資料1 緊急アンケート	49
資料2 アンケートへのご協力のご依頼	53
資料3 有償による訪問看護サービス提供実態に関する調査【A事業所票】	57
資料4 有償による訪問看護サービス提供実態に関する調査【B利用者票】	61
資料5 B利用者票の記入方法について	65
資料6 疾病一覧	69
資料7 本調査への御協力のお願い	73

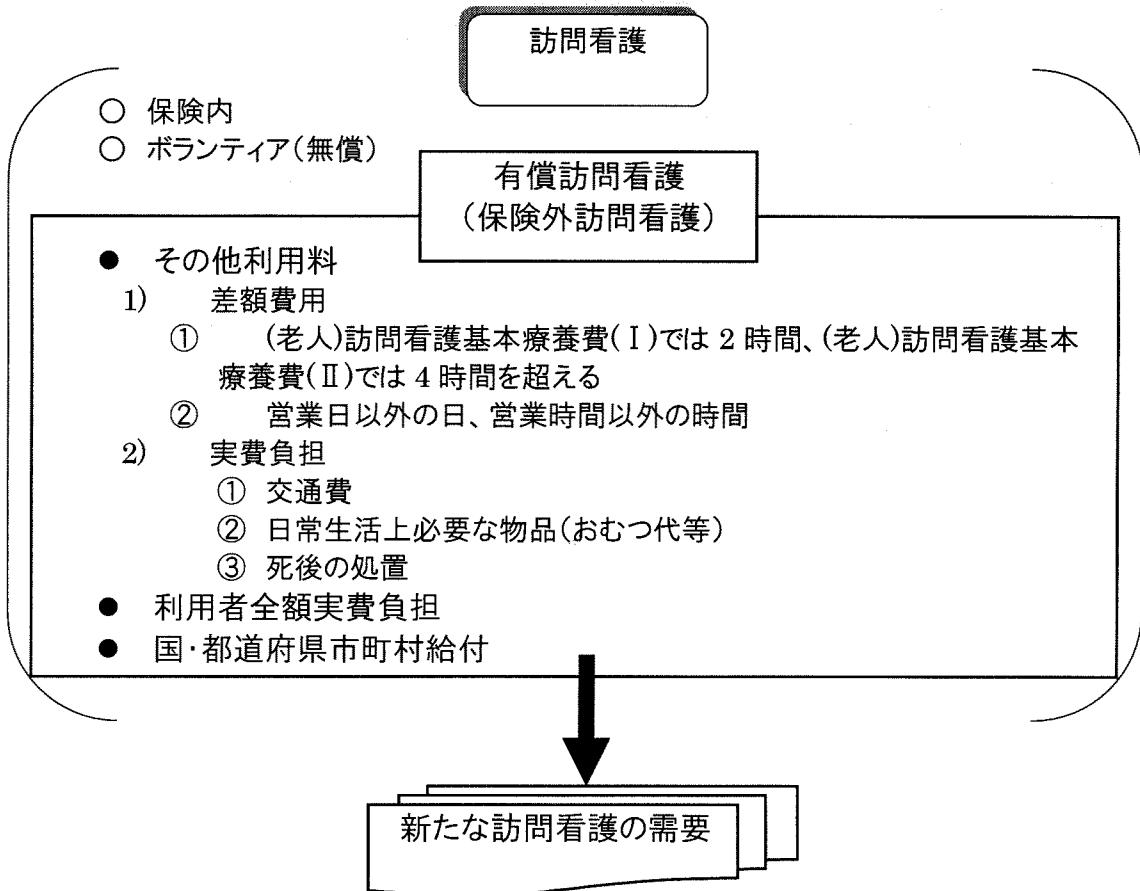
A. 研究目的

本研究の目的は、在宅で訪問看護を必要とする患者に適切に訪問看護が提供されるよう に推進するため、通常の(老人)訪問看護以外の訪問看護利用の実態を把握し、新たな需要 に応じた訪問看護提供システムのあり方に関する検討を行うことである。

本研究において、「通常の(老人)訪問看護以外の訪問看護」とは「有償訪問看護」とする。 さらに、「有償訪問看護」とは、その他利用料や利用者実費負担などの「介護保険または医 療保険適応外で有償にて実施している訪問看護」を調査対象とする。介護保険または医療 保険適応外における訪問看護に利用者が支払った対価と訪問看護内容の実態把握の調査を行 い、利用者の潜在化したニーズのひとつを明らかにすることにより、在宅療養上必要な 新たな訪問看護提供のあり方を検討する資料となる。

以下に、本研究における本調査の枠組みを図1に示す。

図1 調査の枠組み



B. 研究方法

1. 調査方法フロー

調査方法は以下のとおりで、調査方法の流れを図2に示す。

1) 有償訪問看護の実施状況および決算状況に関する調査

調査内容および調査対象の把握について、社団法人全国訪問看護事業協会会員にFAXにて、①平成15年度決算状況 ②平成16年4月～9月に有償訪問看護の実施状況の有無の調査を実施した。調査結果より、調査内容と調査対象の検討を行い、有償訪問看護の実態を把握するため、調査項目および調査方針を決定した。

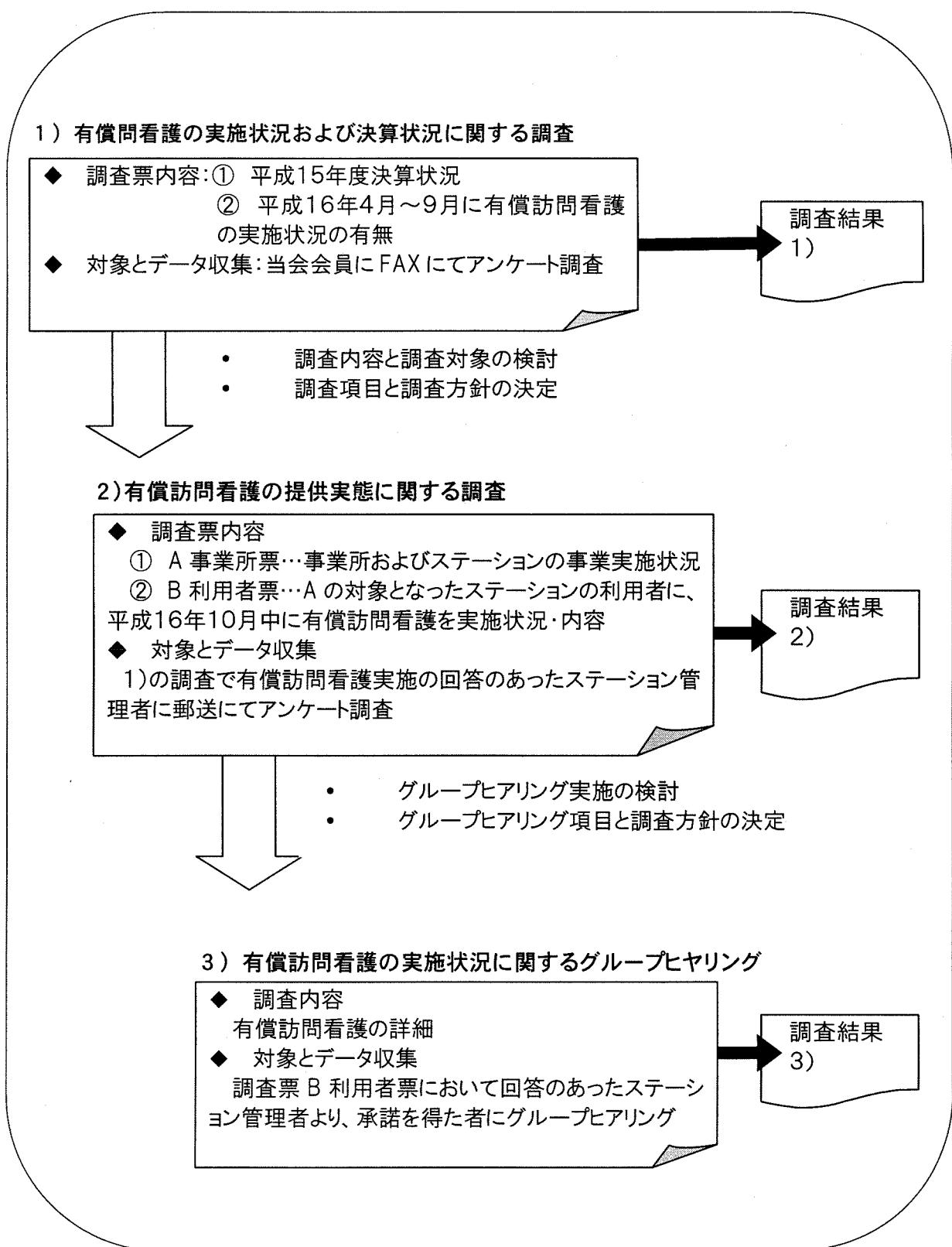
2) 有償訪問看護の提供実態に関する調査

調査票は、A事業所票とB利用者票から構成された。Aの対象は、事業所およびステーションの事業実施状況とした。Bの対象は、Aの対象となったステーションの利用者で、平成16年10月中有償訪問看護を実施した利用者とした。調査依頼文および調査票を、緊急アンケートにて有償訪問看護実施のあったステーション管理者宛てに送付し、郵送による回収を行った。

3) 有償訪問看護の実施状況に関するグループヒヤリング

さらに有償訪問看護の実態の詳細を把握するために、回収された調査票B利用者票において回答のあったステーション管理者にグループヒヤリングを依頼し、承諾を得た者に実施した。

図2 調査方法フロー



2. 研究実施体制

本研究の実施にあたって、検討委員会を組織し、研究の企画・調査票の設計・調査方法の決定・調査結果の分析・課題の取りまとめ等を検討した。調査は、社団法人全国訪問看護事業協会および有限会社 Yukari&Co.が実施した。検討委員会の構成は、表3のとおりである。

表3 検討委員会

氏名	所属
* 伊藤 雅治	社団法人 全国訪問看護事業協会 副会長
* 上野 桂子	社団法人 全国訪問看護事業協会 常務理事
* 佐藤 美穂子	財団法人 日本訪問看護振興財団 常務理事
中野 夕香里	有限会社 Yukari&Co. 取締役社長
木全 真理	社団法人 全国訪問看護事業協会

* : 分担研究者

■ 事務局

日高 弘 社団法人 全国訪問看護事業協会 事務局長
木全 真理 社団法人 全国訪問看護事業協会

3. 調査の方法

1) 有償訪問看護の実施状況および決算状況に関する調査

(1) 調査目的

「有償訪問看護の提供実態に関する調査」の対象事業所の抽出を行う。

(2) 調査対象

(社)全国訪問看護事業協会会員(平成16年10月8日現在3,438事業所)のうち、FAX送受信の可能な2,949事業所

(3) 調査内容

平成16年4~9月における有償訪問看護の実施の有無および平成15年度決算状況

(4) 調査方法

FAXによる送付、回収を行った。

(5) 調査期間

平成16年10月15日~22日

(6) 倫理的配慮

回答された内容は統計的に処理し、事業所および利用者個人が特定される形での公表は行わない。また、本研究以外の目的での使用は行わない。

2) 有償訪問看護の提供実態に関する調査

(1) 調査目的

全国の訪問看護ステーションにおいて保険制度の枠外で有償にて行われている訪問看護の実態を通して訪問看護需要について再検討し、より適切な制度のあり方について提言する。

(2) 調査対象

全国訪問看護事業協会会員のうち、上述の「有償訪問看護の提供実態に関する調査」において「有償訪問看護の実施あり」と回答した訪問看護事業所および当該事業所において調査月に有償訪問看護を利用した利用者を対象とした。

(3) 調査内容

有償訪問看護を行う事業所の概要を調査する「事業所票」、有償訪問看護の利用者の状況および提供されているサービスの内容を調査する「利用者票」の2票を作成した。7事業所の協力を得てプレテストを行い、その結果を踏まえて以下の内容を確定した。あわせて、各事業所で作成している有償訪問看護の料金票の添付を求めた。

○有償訪問看護を行う事業所の概要(事業所票):基本属性:地域／事業開始年月／開設主体／従事者数、訪問看護の提供体制:営業日・時間／加算の取得状況、訪問看護の状況:利用者数／訪問回数／事業収入、など

○有償訪問看護の利用者の状況(利用者票):基本属性:性別／傷病名／要介護度／痴呆老人の日常生活自立度／障害老人の日常生活自立度／同居者の状況、サービスの利用状況:加算算定状況／訪問回数、有償訪問看護の利用状況

(4)調査方法

上述の調査票を郵送にて対象事業所に送付し、記入のうえ、有償訪問看護について取り決める料金表を添付して郵送にて返送する方法をとった。回収された調査票の内容は MS Excel にて入力し、統計ソフト SPSS 12.0J にて統計処理を行った。

(5)調査期間

平成 16 年 12 月 10 日に調査票を配布し、平成 17 年 2 月 7 日までに回収されたものを分析対象とした。サービスおよび利用者の状況については、平成 16 年 10 月の実績を調査した。

(6)倫理的配慮

回答された内容は統計的に処理し、事業所および利用者個人が特定される形での公表は行わない。また、本研究以外の目的での使用は行わない。これらの配慮および、非協力であっても、そのことにより不利益は被ることない旨添えて調査協力を依頼した。

3)有償訪問看護の実施状況に関するグループヒヤリング

(1)調査目的

「有償訪問看護の提供実態に関する調査」の結果に基づき、有償訪問看護の実態に関するより詳細な把握、および事業所の有償サービスに対する考え方の把握を行う。

(2)調査対象

平成 16 年 12 月実施「有償訪問看護の提供実態に関する調査」に回答した事業所のうち、協力の得られた 12 事業所の管理者

(3)調査内容

それぞれの事業所で実施している有償訪問看護の内容、利用のきっかけ・経緯、有償訪問看護を利用しての利用者の反応・効果等、有償訪問看護についての情報提供・PR の方法、有償訪問看護についての意見について調査した。

(4)調査方法

6人ずつの会議形式をとり、調査内容についてヒヤリングを行うと共に、対象者間での意見交換を行った。

(5)調査期間

平成 17 年 2 月 9 日および 14 日(概ね 2 時間ずつ)

(6)倫理的配慮

ヒヤリングの実施にあたり以下の配慮をするとともにこれらについて対象者に説明した。

- ・ 事業所および利用者様の個人が特定される形での公表は行わない。
- ・ 不都合が生じると対象者が判断する内容についての回答を強要しない。
- ・ 回答内容を本研究以外の目的で使用しない。
- ・ 非協力により不利益を被ることはない。

C. 研究結果

1) 有償訪問看護の実施状況および決算状況に関する調査

1,804 事業所(回収率 61.2%)から回答が得られた。

表1)-1 決算状況および有償サービスの実施状況

		有償サービスの実施あり	有償サービスの実施なし
経 算 状 況	黒字	254	724
	赤字	143	435
	不明	46	119
	未記入	33	50
小計		476	1328
合計		1804	

2) 有償訪問看護の提供実態に関する調査

「有償訪問看護の実施状況および決算状況に関する調査」において対象期間に「有償訪問看護の実施あり」と回答した476 事業所に対して調査を行った結果、事業所票 267 票（回収率 56.0%）、利用者票 364 票、料金表 156 票が回収された。

(1) 有償による訪問看護サービスを行う事業所

① 事業所の基本属性

ア. 所在地域

回答事業所の所在地域を表1に示す。関東甲信越に所在する事業所が約45%と多い。全国の訪問看護事業所の所在地の分布(厚生労働省平成15年度介護サービス施設・事業所調査。以下、全国値と称す)と比較すると、分布の多寡は相対しているが、構成割合は関東甲信越で高く、四国・北海道で低い。

表2)-1 事業所の所在地域

	事業所数	%
北海道	9	3.4
東北	17	6.4
関東甲信越	119	44.7
中部	20	7.5
近畿	41	15.4
中国	21	7.9
四国	4	1.5
九州・沖縄	35	13.2
合計	266	100.0
不明	1	
	267	

イ. 開設からの期間

開設からの平均期間は7.14年であり、最短は1年未満、最長は13年であった。介護保険制度の開始前後で分けると、開始以前に開設された事業所で約70%を占める。全国値と比較すると1年未満の事業所が少なく、8年以上の事業所が多い。特に10年以上の事業所については、全国値が5%であるのに対し、回答事業所では24%である。

表2)-2 事業所開設からの期間

年数	事業所数	%	累積%
1未満	1	.4	.4
1	15	5.6	6.0
2	9	3.4	9.4
3	10	3.7	13.1
4	8	3.0	16.1
5	36	13.5	29.6
6	30	11.2	40.8
7	31	11.6	52.4
8	34	12.7	65.2
9	28	10.5	75.7
10	29	10.9	86.5
11	14	5.2	91.8
12	19	7.1	98.9
13	3	1.1	100.0
合計	267	100.0	

ウ. 開設者

医療法人が95ヶ所(約36%)と最も多く、医師会の37事業所(14.0%)、社会福祉法人・社会福祉協議会の35事業所(13.2%)がこれに続く。全国値と比較すると、構成割合は医師会・看護協会立て顕著に高く、自治体立ておよび日赤・社会保険団体立て低い。

表2)-3 事業所の開設者

	事業所数	%
自治体	5	1.9
日赤・社会保険	2	.8
医療法人	95	35.8
医師会	37	14.0
看護協会	26	9.8
社団・財団	24	9.1
社会福祉法人・社会福祉協議会	35	13.2
営利法人	21	7.9
その他	20	7.5
合計	265	100.0
不明	2	

工. 従事者数

従事者総数(常勤換算数)は、 6.5 ± 3.7 人(全国値の平均は4.5人)、内看護要員数は 5.6 ± 3.0 人で分布する。地域別には、従事者総数や看護職員数には差が認められないが、理学療法士の配置に統計的に有意な差($P < 0.05$)がみられ、北海道、中部、九州・沖縄地方で配置人数が相対的に多く、東北地方で少ない。また、開設者別にみると、医師会、看護協会、社団・財団、社会福祉法人立の事業所で従事者総数、看護職員数が相対的に多く、自治体および営利法人立では少なくなっている、統計的に有意な差($P < 0.01$)が認められる。

表2)-4-1 事業所の従事者数:地域区分毎

上段:平均±標準偏差 下段:事業所数

地域	全職種	看護職	保健師	助産師	看護師	准看護師	OT	PT	その他
北海道	5.9±2.1 8	4.7±2.1 8	0.5±0.7 8	0.0±0.0 9	4.2±2.3 8	0.0±0.0 9	0.2±0.3 9	0.5±1.0 8	0.3±0.4 9
東北	6.1±2.4 11	5.5±2.2 11	0.0±0.1 16	0.0±0.0 16	5.3±2.3 11	0.2±0.4 15	0.1±0.2 14	0.1±0.1 16	0.4±0.5 16
関東甲信越	6.2±3.3 75	5.2±2.3 79	0.1±0.4 113	0.0±0.1 117	4.8±2.2 79	0.2±0.4 113	0.1±0.3 113	0.2±0.4 107	0.4±1.2 104
中部	6.3±3.1 13	5.4±2.4 13	0.1±0.3 20	0.4±1.7 20	4.6±2.0 14	0.1±0.4 19	0.2±0.4 20	0.6±1.2 19	0.4±0.5 20
近畿	7.5±5.5 23	6.6±4.7 25	0.1±0.4 39	0.0±0.0 41	6.3±4.5 25	0.1±0.4 38	0.1±0.3 39	0.3±0.5 37	0.4±0.6 37
中国	5.3±3.0 13	4.6±2.2 13	0.1±0.2 17	0.0±0.0 21	4.3±2.3 13	0.2±0.4 19	0.1±0.4 19	0.3±0.6 18	0.2±0.4 20
四国	6.2 1	5.0 1	0.0±0.0 3	0.0±0.0 4	5.0 1	0.0±0.0 3	0.2±0.3 4	0.2±0.3 3	0.0±0.0 4
九州・沖縄	7.7±4.3 19	6.3±3.6 20	0.1±0.3 35	0.0±0.0 35	6.0±3.3 20	0.1±0.4 29	0.3±0.7 33	0.5±0.8 32	0.4±0.6 27

表2)-4-2 事業所の従事者数:開設者区分毎

上段:平均±標準偏差 下段:事業所数

開設者	全職種	看護職	保健師	助産師	看護師	准看護師	OT	PT	その他
自治体	3.5±1.1 2	3.0±0.4 2	0.0±0.0 5	0.0±0.0 5	3.0±0.4 2	0.0±0.0 5	0.1±0.3 4	0.3±0.5 4	0.5±0.6 4
日赤・社会保険	6.6±2.2 2	6.0±1.3 2	0.5±0.7 2	0.0±0.0 2	5.5±2.1 2	0.0±0.0 2	0.1±0.1 2	0.3±0.4 2	0.3±0.4 2
医療法人	5.2±2.4 53	4.2±1.4 57	0.1±0.4 89	0.0±0.0 94	3.8±1.4 58	0.2±0.4 85	0.2±0.5 89	0.4±0.7 84	0.2±0.4 83
医師会	8.0±3.8 23	7.0±3.0 24	0.1±0.3 37	0.0±0.0 37	6.7±2.8 24	0.2±0.5 33	0.1±0.2 36	0.3±0.5 34	0.6±0.7 33
看護協会	7.2±2.6 21	6.6±2.5 21	0.2±0.4 26	0.0±0.0 26	6.4±2.4 21	0.0±0.0 26	0.0±0.0 26	0.0±0.1 26	0.5±0.5 24
社団・財団	8.1±6.0 18	7.2±4.7 19	0.2±0.4 23	0.0±0.0 24	6.7±4.5 19	0.2±0.4 23	0.1±0.2 22	0.3±0.5 22	0.7±2.3 22
社福法人	7.6±4.6 21	6.3±3.4 22	0.2±0.5 30	0.0±0.0 34	5.9±3.4 22	0.1±0.2 32	0.2±0.4 32	0.3±0.5 31	0.4±0.6 31
営利法人	4.7±1.6 11	3.9±1.6 11	0.0±0.1 20	0.0±0.0 20	3.9±1.6 11	0.3±0.6 18	0.1±0.3 20	0.5±1.1 18	0.4±0.7 17
その他	6.0±3.6 13	5.2±3.1 13	0.2±0.5 18	0.4±1.7 20	4.3±2.0 13	0.0±0.0 20	0.1±0.2 19	0.2±0.4 19	0.2±0.6 20

才. 管理体制

訪問看護サービスの管理体制の一指標として報酬制度上の4の加算(介護報酬:緊急時訪問看護加算・特別管理加算、診療報酬:24時間連絡体制加算・重症者管理加算)について確認したが、概ね90%以上の事業所で届出がなされていた。全国値ではそれぞれ、77.1%、86.3%、73.6%、68.5%であり、回答事業所では届出率が高い。

②訪問看護の提供状況

ア. 利用者数

調査月における職員一人当たりの利用者数は 12.6 ± 6.6 人、看護職員一人当たりの利用者数は 15.0 ± 8.5 人であった。地域間で有意差が認められ、北海道、東北地方で多く、中部、九州・沖縄地方で少ない。なお、になっている。

イ. 訪問回数

調査月における職員一人当たりの訪問回数は 64.6 ± 26.5 回、看護職員一人当たりの訪問回数は 77.2 ± 37.0 回であった。地域および開設者により差は認められない。利用者一人当たりの訪問回数は 5.7 ± 1.6 回であった(全国値の平均は5.5回)。地域差が認められ、九州・沖縄地方で多く、関東甲信越地方で少ない。また、開設者によっても差があり、看護協会、営利法人で多く、自治体、その他の事業所で少ない。

表2)-6-1 訪問の状況:地域区分毎

上段:平均±標準偏差 下段:事業所数

地域	利用者数 ^{*1}		訪問回数 ^{*1}		
	職員1人あたり	看護職員1人あたり	職員1人あたり	看護職員1人あたり	利用者1人あたり
北海道	13.4 ± 4.0 8	17.3 ± 5.8 8	80.2 ± 52.8 7	103.2 ± 59.2 7	6.0 ± 2.6 8
東北	14.9 ± 12.1 10	17.6 ± 16.2 10	65.3 ± 42.9 10	72.3 ± 48.1 10	5.8 ± 2.0 16
関東甲信越	13.1 ± 4.1 71	15.3 ± 5.8 75	62.7 ± 20.2 71	73.7 ± 26.3 75	5.2 ± 1.3 113
中部	9.2 ± 2.7 13	10.8 ± 3.6 13	57.7 ± 13.1 12	68.0 ± 16.6 12	6.1 ± 1.1 19
近畿	11.8 ± 5.9 21	14.0 ± 8.0 23	72.4 ± 26.4 20	83.8 ± 33.1 22	6.1 ± 1.8 38
中国	11.8 ± 5.7 13	12.8 ± 5.7 13	67.6 ± 34.4 13	74.0 ± 36.5 13	6.0 ± 1.6 20
四国					5.7 ± 1.0 3
九州・沖縄	9.9 ± 4.4 18	14.5 ± 11.2 19	59.5 ± 24.8 18	85.9 ± 62.8 19	6.5 ± 1.5 34

* 1:1回の訪問で保険と有償を併用する場合には、重複計上

表2)-6-2 訪問の状況:開設者毎

上段:平均±標準偏差 下段:事業所数

開設者	利用者数* ¹		訪問回数* ¹		
	職員1人あたり	看護職員1人あたり	職員1人あたり	看護職員1人あたり	利用者1人あたり
自治体	23.9±16.0 2	29.4±23.8 2	106.6±56.0 2	129.5±88.3 2	5.0±1.1 5
日赤・社会保険	11.4±2.6 2	12.2±1.4 2	66.8±17.5 2	71.6±10.8 2	5.9±0.2 2
医療法人	11.7±4.0 51	14.7±7.5 55	63.5±21.3 50	80.8±42.3 54	5.7±1.3 91
医師会	12.6±4.7 22	14.5±4.8 23	68.5±29.7 20	79.2±28.7 21	5.6±0.9 33
看護協会	13.4±11.7 19	14.5±11.7 19	66.6±18.7 19	73.4±21.9 19	6.1±1.6 24
社団・財団	14.3±8.8 18	16.1±11.5 19	66.7±46.8 17	74.4±51.6 18	5.2±2.1 23
社会福祉法人	12.6±4.9 20	15.5±8.3 21	63.6±18.4 20	76.0±29.3 21	5.9±1.7 34
営利法人	9.3±3.7 10	12.8±8.0 10	49.4±25.6 11	64.2±36.9 11	6.4±2.9 20
その他	13.5±5.3 11	15.4±5.3 11	64.4±16.3 11	74.4±18.5 11	4.9±0.9 18

* 1:1回の訪問で保険と有償を併用する場合には、重複計上

ウ. 有償による訪問

調査月において有償による訪問看護サービスを提供した利用者数は2.2人±7.0人、これらの利用者に対して提供された有償による訪問の延べ回数は11.1±46.7回であった。利用者数および訪問回数とともに、事業所間の差が大きい。なお、調査月の前月、後月においても同等の実績であり、調査月の状況は各事業所における標準的な状況であると考えられる。

表2)-7 有償による訪問の利用者数および延訪問回数の3ヶ月(平成16年9~11月)比較

	事業所数	平均±標準偏差	最小値	最大値
利用者数	9月	257	2.13±7.16	0
	10月	258	2.15±6.97	0
	11月	256	2.05±7.09	0
訪問回数	9月	254	10.64±46.54	0
	10月	255	11.08±46.72	0
	11月	253	10.83±48.62	0

③事業収入

職員一人当たり、および看護職員一人当たりの事業収入は、それぞれ、592,400±503,000円、714,500±669,100円であった。また、利用者一人当たりの収入は48,000±13,100円であった。訪問一回当たりの収入は8,500±1,500円であった。地域および開設者で大きな差は認められない。

表2)-8-1 事業収入:地域区分毎 (平成16年10月分)

(円)
上段:平均±標準偏差 下段:事業所数

地域	職員1人あたり	看護職員1人あたり	利用者1人あたり	訪問1回あたり
北海道	649,700±188,400 6	783,600±262,200 6	49,400±5,400 7	8,200±2,100 6
東北	734,000±618,800 9	876,100±847,300 9	51,500±15,300 14	8,500±1,900 13
関東甲信越	631,400±672,900 72	745,200±864,100 76	45,400±13,200 110	8,600±1,600 108
中部	448,900±134,100 10	546,800±200,800 10	49,800±10,200 16	8,500±1,000 15
近畿	591,300±147,900 21	703,900±187,400 23	50,500±13,200 35	8,200±1,300 34
中国	506,500±119,600 12	563,500±167,200 12	48,300±13,100 19	8,300±1,400 19
四国	419,200 1	519,800 1	49,200±8,400 2	9,400±400 2
九州・沖縄	496,300±209,600 18	706,800±537,500 18	52,800±11,400 31	8,300±1,200 31

表2)-8-2 事業収入:開設者毎 (平成16年10月分)

(円)
上段:平均±標準偏差 下段:事業所数

開設者	職員1人あたり	看護職員1人あたり	利用者1人あたり	訪問1回あたり
自治体	603,800±84,900 2	707,500±231,600 2	38,000±12,000 5	7,800±2,700 5
日赤・社会保険	571,200±106,100 2	614,300±45,100 2	50,600±2,300 2	8,600±700 2
医療法人	520,900±193,900 47	670,800±372,300 51	46,800±11,800 83	8,300±1,400 82
医師会	556,500±168,400 22	638,900±195,300 22	46,200±10,000 31	8,300±1,200 29
看護協会	578,200±167,100 19	638,900±199,100 19	53,600±14,100 21	9,000±1,000 21
社団・財団	643,700±442,700 18	737,400±588,000 19	44,700±9,200 24	8,600±1,800 22
社会福祉法人	834,300±1244,700 20	1,019,800±1,602,800 21	49,000±13,100 34	8,400±2,000 34
営利法人	476,500±170,400 9	634,400±274,100 9	58,800±21,100 19	8,800±1,300 18
その他	567,500±152,700 11	660,800±167,200 11	42,000±8,600 15	8,900±800 15

(2)有償訪問看護の利用者について

364人の利用者についての回答が得られた。なお、この数値は、事業所票に回答された有償訪問看護の利用者数より少なくなっている(事業所票に記載された利用者数には保険との併用利用者が含まれていないことを考慮すると、この差はさらに大きい)。したがって、以下の結果を読むにあたっては、調査月における有償訪問看護利用者の全てについての情報が収集されたものではないことを考慮しなければならない。

①利用者の基本属性

ア. 性別および年齢

性別には、男性 151 人(41.7%)、女性が 211 人(58.3%)、不明が 2 人であった。女性の年齢が 77.3 ± 17.2 歳と男性の 70.6±18.3 歳を上回る($p<0.01$)。

イ. 傷病名

主傷病では、脳梗塞がもっとも多く、47人(15.1%)であった。その他の神経系の疾患(28 人、9.0%)、その他の悪性新生物(25 人、8.0%)、がこれに続く。疾患群別にみると、「循環器系の疾患(81 人、26.0%)」、「新生物(70 人、22.4%)」、「神経系の疾患(62 人、19.9%)」の順である。頻度に性差のあるものとして「精神および行動の障害」、「先天性奇形、変形および染色体異常」、「損傷、中毒およびその他の外因の影響」が挙げられ、前 2 者は女性で、後者は男性で多い。

表2)-9 頻度の高い傷病

	度数	有効パーセント
0906 脳梗塞	47	15.1
0606 その他の神経系の疾患	28	9.0
0210 その他の悪性新生物	25	8.0
0501 血管性および詳細不明の認知症	19	6.1
0601 パーキンソン病	18	5.8
0205 気管、気管支および肺の悪性新生物	13	4.2
1905 その他の損傷およびその他の外因の影響	13	4.2
0201 胃の悪性新生物	12	3.8
0602 アルツハイマー病	12	3.8
0905 脳内出血	12	3.8
0903 その他の心疾患	11	3.5
0402 糖尿病	10	3.2

表2)-10 疾患群別利用者数

	利用者数	有効%
感染症および寄生虫症	2	.6
新生物	70	22.4
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	1	.3
内分泌、栄養および代謝疾患	10	3.2
精神および行動の障害	20	6.4
神経系の疾患	62	19.9
循環器系の疾患	81	26.0
呼吸器系の疾患	6	1.9
消化器系の疾患	10	3.2
皮膚および皮下組織の疾患	6	1.9
筋骨格系および結合組織の疾患	16	5.1
尿路性器系の疾患	9	2.9
先天奇形、変形および染色体異常	3	1.0
損傷、中毒およびその他の外因の影響	16	5.1
合計	312	100.0
不明	52	

ウ. 要介護度

要介護認定を受けている利用者 269 人の中では、「要介護 5」が 132 人(49.1%)と最も多い。全国値における構成比と比較すると要介護 1~3 が少なく、要介護 5 で多くなっている。回答事業所における全利用者の要介護度分布が全国値に同等であると考えると、要介護度の高い利用者において有償訪問看護の利用者が多いと言える。また、「その他」が 75 人(全体の 21.8%)である。これらの利用者には医療保険による支払を受けているため要介護認定を受けていない利用者と要介護認定を申請中の利用者が含まれている。

表2)-11 利用者の要介護度

	利用者数	有効%	(参考)全国値における構成比
要支援	9	3.3	3.3
要介護1	28	10.4	19.9
要介護2	24	8.9	17.4
要介護3	32	11.9	15.6
要介護4	44	16.4	17.7
要介護5	132	49.1	26.1
合計	269	100.0	100.0
不明	95		

エ. 認知の状況

「認知症老人の日常生活自立度」で測定した利用者の認知の状況を示す。「認知症なし」が141人(40.6%)と最も多く、また、認知症症状のある利用者においてもランクI、ランクII と軽度の症状である利用者が多い。

表2)-12 利用者の認知の状況

	利用者数	有効%
認知症なし	141	40.6
ランクI	53	15.3
ランクII	51	14.7
ランクIII	47	13.5
ランクIV	35	10.1
ランクM	20	5.8
合計	347	100.0
不明	17	

オ. 障害の状況

「障害老人の日常生活自立度」で測定した利用者の障害の状況を示す。障害の程度の高い「ランクC」が169人(48.7%)と多く、またその一方で、「障害なし」とされた利用者は12人(3.5%)と少ない。

表2)-13 利用者の障害の状況

	利用者数	有効%
障害なし	12	3.5
ランクI	33	9.5
ランクA	54	15.6
ランクB	79	22.8
ランクC	169	48.7
合計	347	100.0
不明	17	

カ. 同居者および介護者

利用者本人を除いた同居人数は1.8±1.6人(0~8人)であった。

同居の有無でみると、「同居者あり」が254人(76.7%)、「同居者なし」が77人(23.3%)である。「同居者なし」の利用者は男性より女性において多い($p<0.05$)。

表2)-14 同居者の有無

	独居		合計
	同居者あり	同居者なし	
性別 男性	113	23	136
	83.1%	16.9%	100.0%
女性	140	53	193
	72.5%	27.5%	100.0%
合計	253	76	329
	76.9%	23.1%	100.0%

主たる介護者は、「配偶者」と「こども」がいずれも103人(36.7%)と最も多く、「孫」、「親」を介護者とする利用者は少ない。「その他」が56人(19.9%)あるが、これらには、入院中、グループホームなど施設への

入所が含まれる。男性利用者では58.8%が「配偶者」を介護者とするのに対し、女性利用者では48.4%が「こども」を介護者とし、「配偶者」を介護者とする利用者は19.9%に止まる($p<0.01$)。

表2)-15 主たる介護者

	主たる介護者					合計	
	配偶者	こども	孫	親	その他		
性別	男性	70	25	0	8	16	119
		58.8%	21.0%	.0%	6.7%	13.4%	100.0%
	女性	32	78	2	9	40	161
		19.9%	48.4%	1.2%	5.6%	24.8%	100.0%
合計		102	103	2	17	56	280
		36.4%	36.8%	.7%	6.1%	20.0%	100.0%

②利用状況

ア. 利用期間

利用継続期間は 2.7 ± 3.0 年であり、また、1年以下で全体の49%を占める。最も短い利用者は1年未満、最も長い利用者は17年であった。性別には、女性が 2.88 ± 3.0 年と男性の 2.3 ± 3.0 年より長い($p<0.1$)。

表2)-16 利用継続期間 (年)

	利用者数	有効パーセント	累積パーセント
1未満	90	24.7	24.7
1	86	23.6	48.4
2	42	11.5	59.9
3	33	9.1	69.0
4	32	8.8	77.7
5	37	10.2	87.9
6	12	3.3	91.2
7	10	2.7	94.0
8	7	1.9	95.9
9	5	1.4	97.3
10	4	1.1	98.4
17	6	1.6	100.0
合計	364	100.0	

イ. 訪問回数

調査月の訪問回数の平均は13.5回、標準偏差は15.3回で、最も少ない利用者は1回、最も多い利用者は186回であった。これを支払方法でみると、介護保険によるものが3.6回、医療保険によるものが8.2回、有償が3.3回であった。

これらの訪問の主たる支払い方法ごとに利用者を分類した。その結果、介護保険の主たる利用者は140人(38.7%)、医療保険の主たる利用者が171人(47.2%)、保険は利用せず自費でサービスを受ける利用者が51人(14.0%)であった。

表2)-17 主たる支払方法と有償訪問回数

	利用者数	有効%	有償による訪問の回数		
			平均±標準偏差	最小値	最大値
介護保険	140	38.7	3.49±4.50	1	31
医療保険	171	47.2	3.08±3.55	1	30
自費	51	14.1	3.35±3.68	1	20
合計	362	100.0			
不明	2				

表2)-18 主たる支払方法別の利用者（事例紹介）

主な支払方法	利用者の状況										訪問看護の状況			
	年齢	性別	主傷病名	副傷病名 ₁	副傷病名 ₂	要介護度	障害老人の日常生活自立度	認知症老人の日常生活自立度	同居人數（本人を除く）	主たる介護者	介護保険による訪問	医療保険による訪問	有償による訪問	有償による訪問の目的
介護保険	88	女	高血圧性疾患	腰痛症・坐骨神経痛	腎機能障害	4	II	B	7	子	15	0	5	20
	88	女	糖尿病	脊柱障害		要支援	-	J	0	-	(3) ^②	0	(3) ^②	31
	76	女	認知症			4	III	A	0	-	11	0	20	30
	78	男	頸椎損傷		褥創	5	-	C	1	妻	0	39	6	39
医療保険	54	男	頸椎損傷	神経因性膀胱		7	-	C	1	妻	0	22	8	22
	74	女	肝炎・胆管の悪性新生物			1	-	J	1	子	0	22	15	31
	69	男	ALS			5	-	C	1	不明	0	81	28	109
	85	男	アルツハイマー病	両下肢深部靜脈血栓症		4	III	B	-	-	0	0	2	2
自費	90	女	老人性認知症	軽度のうつ状態		5	IV	C	2	嫁	0	0	4	4

* 1:1回の訪問で複数の支払い方法を併用する場合には、「訪問回数計」は介護保険・医療保険・有償それぞれによる訪問回数の合計と一致しない。

* 2:当月において、介護保険と有償訪問看護の振り分けは不可能

ウ. 有償による訪問

調査月における有償訪問の合計は、1,215回であった。利用者1人当たりの平均回数は、 3.34 ± 4.1 回／月であり、1回のみの利用者が185人(50.8%)、5回までの利用者で全体の84.1%を占める。最も多い利用者の利用回数は31回であった。

なお、利用者あたりの訪問回数が、事業所票から算出された

表2)-19 有償による訪問回数の分布

	利用者数	有効%	累積パーセント
有効 1	185	50.8	50.8
2	30	8.2	59.1
3	33	9.1	68.1
4	36	9.9	78.0
5	22	6.0	84.1
6	13	3.6	87.6
7	6	1.6	89.3
8	8	2.2	91.5
9	10	2.7	94.2
10	2	.5	94.8
11	1	.3	95.1
12	3	.8	95.9
13	4	1.1	97.0
14	1	.3	97.3
15	3	.8	98.1
18	1	.3	98.4
20	2	.5	98.9
21	1	.3	99.2
24	1	.3	99.5
30	1	.3	99.7
31	1	.3	100.0
合計	364	100.0	

これらの訪問について適用された料金表の項目および訪問の目的の内訳を表2)-20に示す。料金項目および訪問の目的はプレテストの結果等に基づき、調査票に予め設定されたものである。

料金項目については、介護・医療保険による訪問に時間超過・営業時間外などの理由で追加的に請求する料金(1-1、1-2、1-3)、保険は用いず、支払の全てを利用者が支払うもの(2-1、2-2)、利用者の死亡後の処置の料金(3-1)、その他(自治体の補助制度・研究事業等による訪問、介護保険の居宅サービスの利用限度単位数超過分の事後的な振り分け、その他)(4-1)とした。調査の結果、「保険適用外(時間内)」が418回(36.4%)と最も多く、「保険サービスへの加算(時間外)」が302回(26.3%)でこれに続く。訪問の目的では、「医療処置などの頻回訪問」が337回(30.0%)、「特別な理由はない(給付を超えるニーズ)」が332回(29.6%)が多い。「介護者のレスパイト」は、主傷病をALS、悪性新生物とする利用者において利用頻度が高い。また、「居宅以外への訪問」では、グループホーム、外泊時の宿泊先への訪問等がこれにあたる。「その他」が143回(12.7%)であるが、これは、入院中の外出支援、入浴介助、介護者の急な健康障害、ケアマネジャーなしで介護保険申請したもの、医師への病状報告が必要なための受診介助、訪問リハビリテーションなどである。

表2)-20 有償による訪問:料金表への適用と目的による内訳

適用	1-1 保険サービスへの加算(長時間)	75	6.5%
	1-2 同 (時間外)	302	26.3%
	1-3 同 (その他)	101	8.8%
	2-1 保険適用外(時間内)	418	36.4%
	2-2 保険適用外(時間外)	81	7.0%
	3-1 死後の処置	38	3.3%
	4-1 その他	134	11.7%
	不明	66	

目的	①急な状態変化	99	8.8%
	②ターミナルケア対応(長時間滞在)	31	2.8%
	③医療処置などの頻回訪問	337	30.0%
	④看護師 2 名による訪問	27	2.4%
	⑤試験外泊	13	1.2%
	⑥退院時訪問	4	0.4%
	⑦居宅以外への訪問	53	4.7%
	⑧介護者のレスパイト	72	6.4%
	⑨グリーフケア	12	1.1%
	⑩特別な理由はない(給付を超えるニーズ)	332	29.6%
	⑪その他	143	12.7%
	不明	91	

次に、利用者属性と利用目的の関連を分析した。

「急な状態変化」への対応を目的として訪問は、年齢が低い利用者でより利用が多く、また、要介護度、障害や認知症の程度といったADLとの関係では、ADLの低い群、高い群で利用が多く、中等度群で利用が少ない傾向が認められた。実際のニーズの多寡とあわせて、給付額の影響も大きいのではないかと推測される。疾患では主傷病が新生物である利用者における利用割合が高い。

図2)-1 有償サービスの利用状況(急な状態変化×認知の状況)

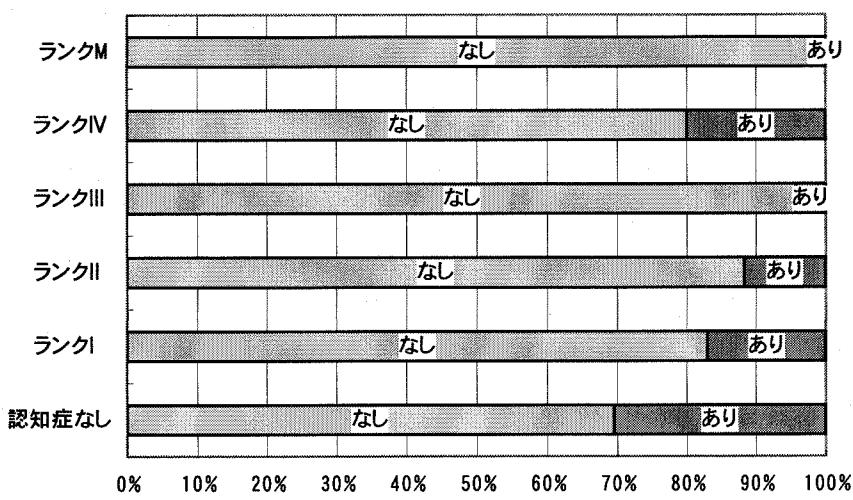


図2)-2 有償サービスの利用状況(急な状体変化×傷害の状況)

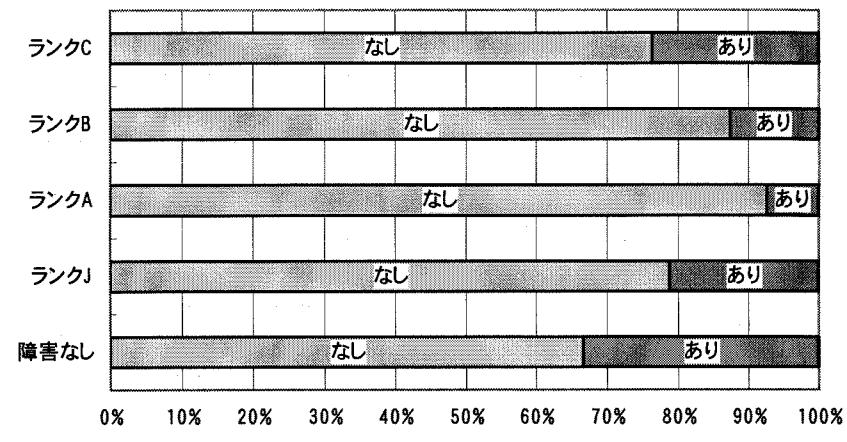
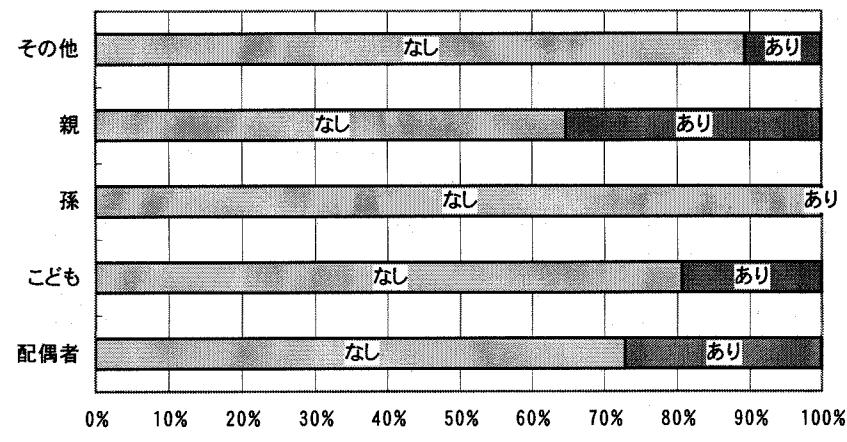


図2)-3 有償サービスの利用状況(急な状態変化×介護者)



「ターミナルケア対応(長時間滞在)」については、年齢の高い利用者における利用が多い。また、同居者の有無で差が認められ、同居者がある利用者における利用が多い。ターミナル期の長時間対応が利用者本人に対するケアという側面と合わせて、同居者に対するケアという側面を大きくもっていることが推測される。

図2)-4 有償サービスの利用状況(ターミナルケア対応(長時間)× 同居者の有無)

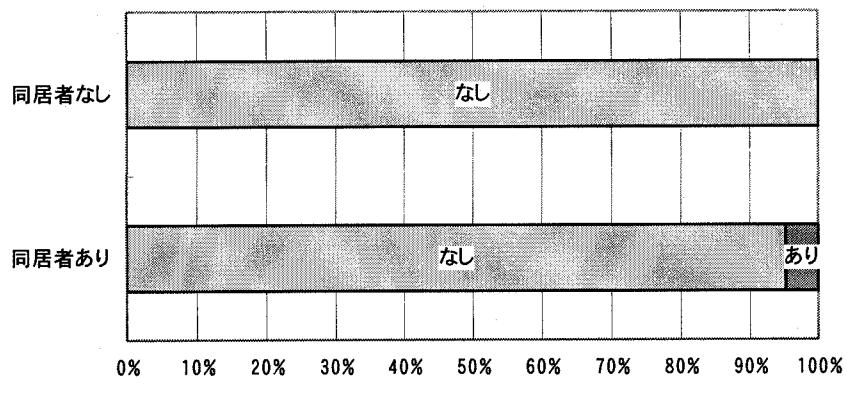
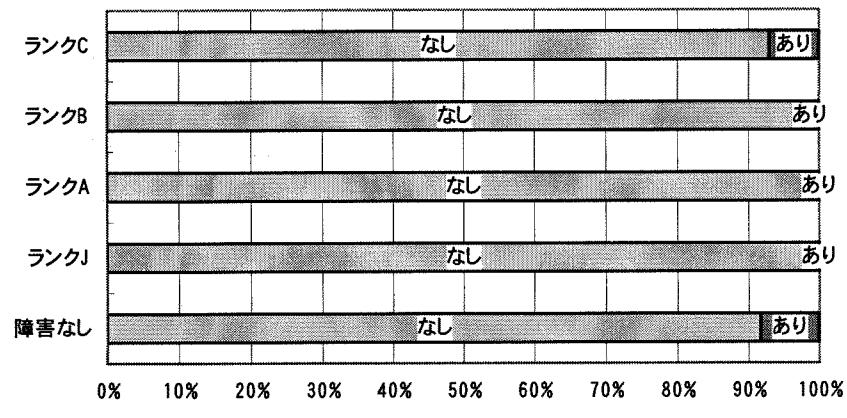


図2)-5 有償サービスの利用状況(ターミナルケア対応(長時間)) × 障害の状況)



「居宅以外への訪問」は、利用者が特別養護老人ホーム、グループホーム等の入所者である場合が多いが、その他一部に利用者の外泊への付き添いが含まれている。ADL中等度、同居者なしの利用者の利用が多いのは、施設入所の利用者を反映しているものと考えられる。

図2)-6 有償サービスの利用状況(居宅以外への訪問×要介護度)

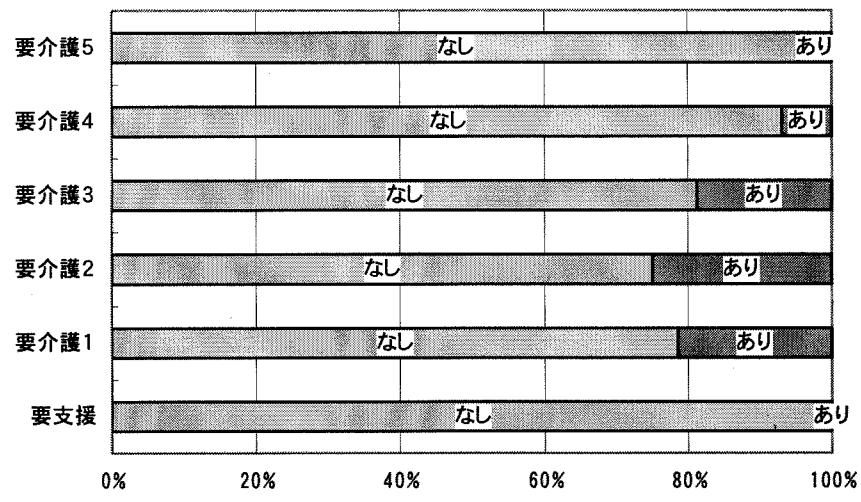


図2)-7 有償サービスの利用状況(居宅以外への訪問×認知の状況)

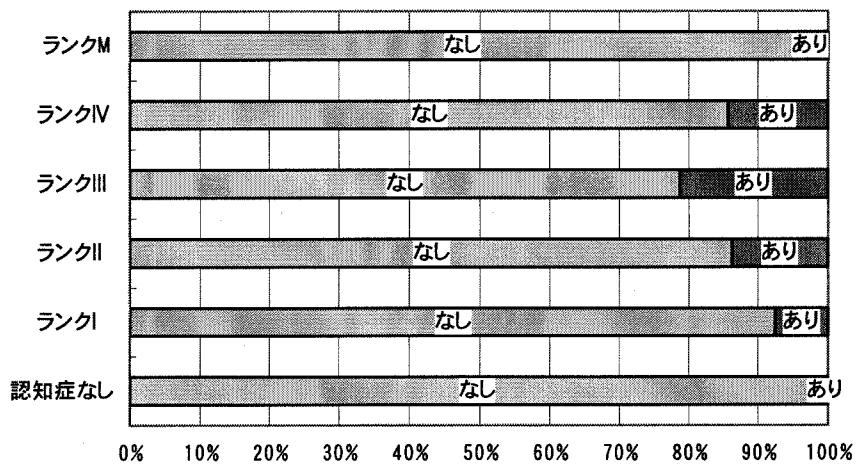


図2)-8 有償サービスの利用状況(居宅以外への訪問×障害の状況)

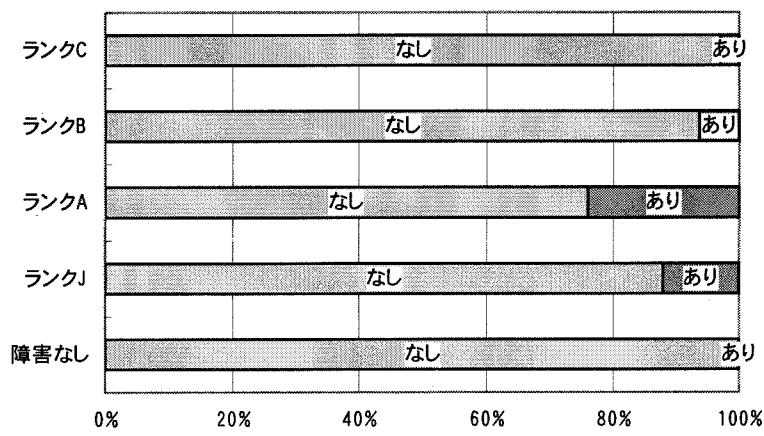


図2)-9 有償サービスの利用状況(居宅以外への訪問×同居者の有無)

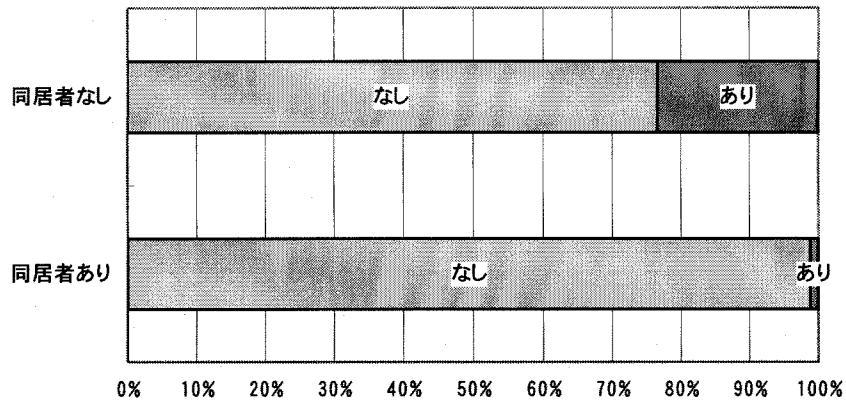
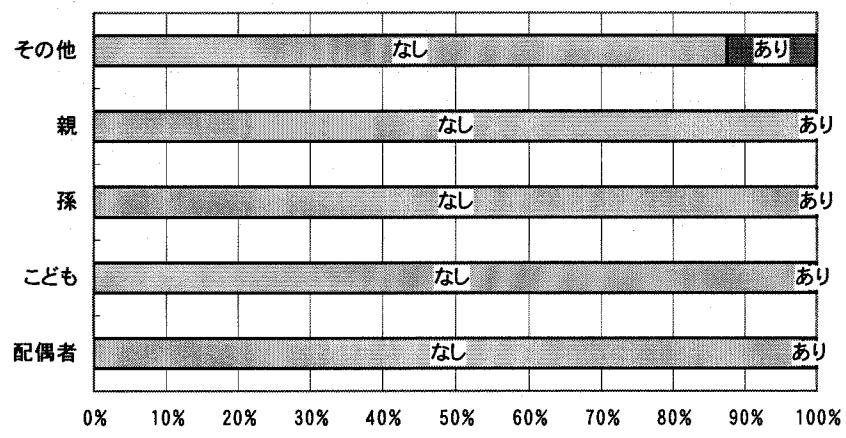
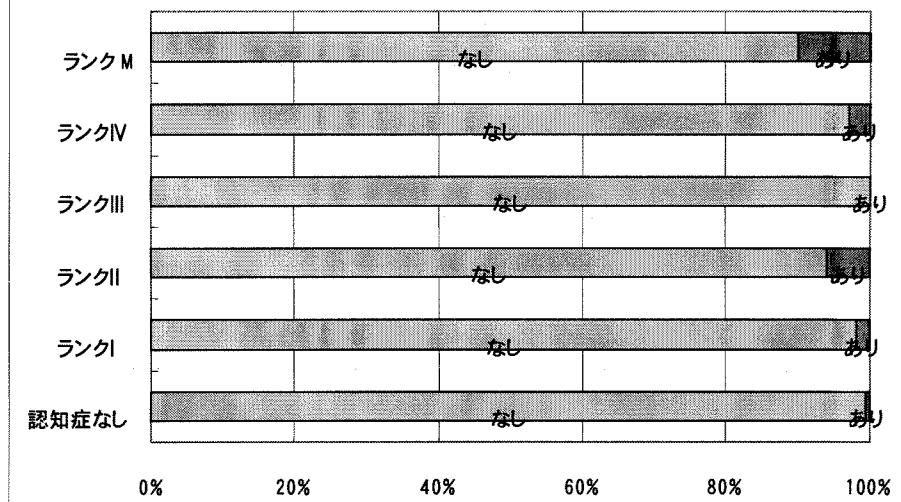


図2)-10 有償サービスの利用状況(居宅以外への訪問×介護者)



「看護師2名による訪問」は、障害の程度が重い利用者でその利用が多いが、その一方で低い群でも一定程度の利用が見られる。障害の程度だけでなく、他の利用者の属性の影響も受けていることが推測される。

図2)-11 有償サービスの利用状況(看護師 2名訪問×認知の状況)



「介護者のレスパイト」を目的とした訪問の利用は、障害の程度が重い利用者で多く、また、親・配偶者を主たる介護者とする利用者で多い。利用者の身体的ニーズと介護者の年齢を反映しているものと思われる。

図2)-12 有償サービスの利用状況(介護者のレスパイト×障害の状況)

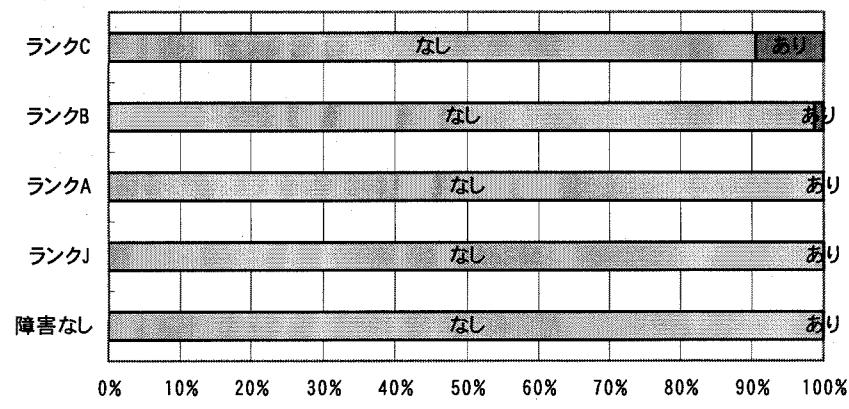
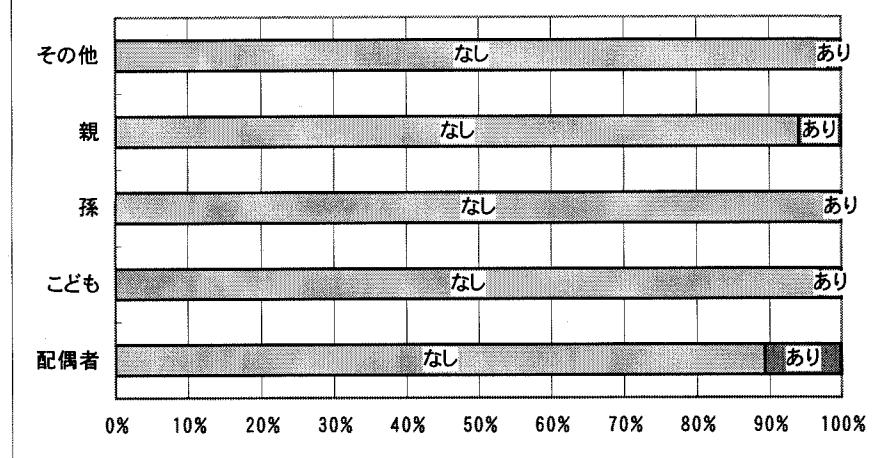
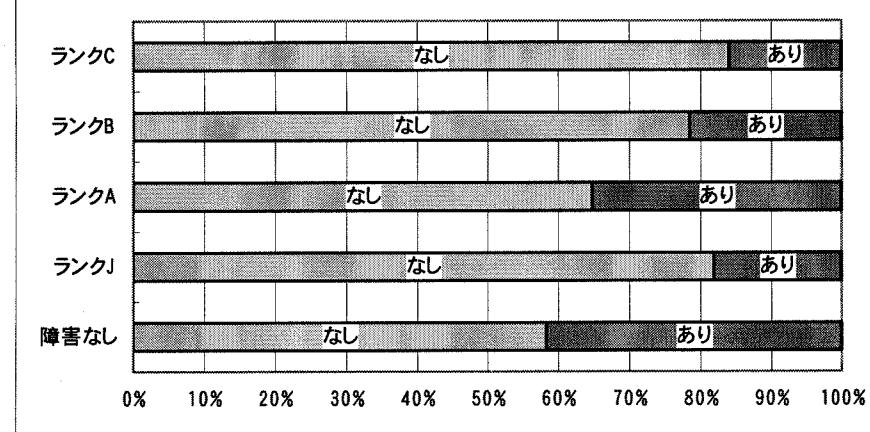


図2)-13 有償サービスの利用状況(介護者のレスパイ^X介護者)



「給付を超えるニーズ」による訪問は、障害の程度の低い利用者が多いが、これはこれらの群で給付額が低いためではないかと考えられる。

図2)-14 有償サービスの利用状況(給付を超えるニーズ^X障害の状況)



(3)有償訪問看護の料金設定について

①有償訪問看護の料金規定の有無について

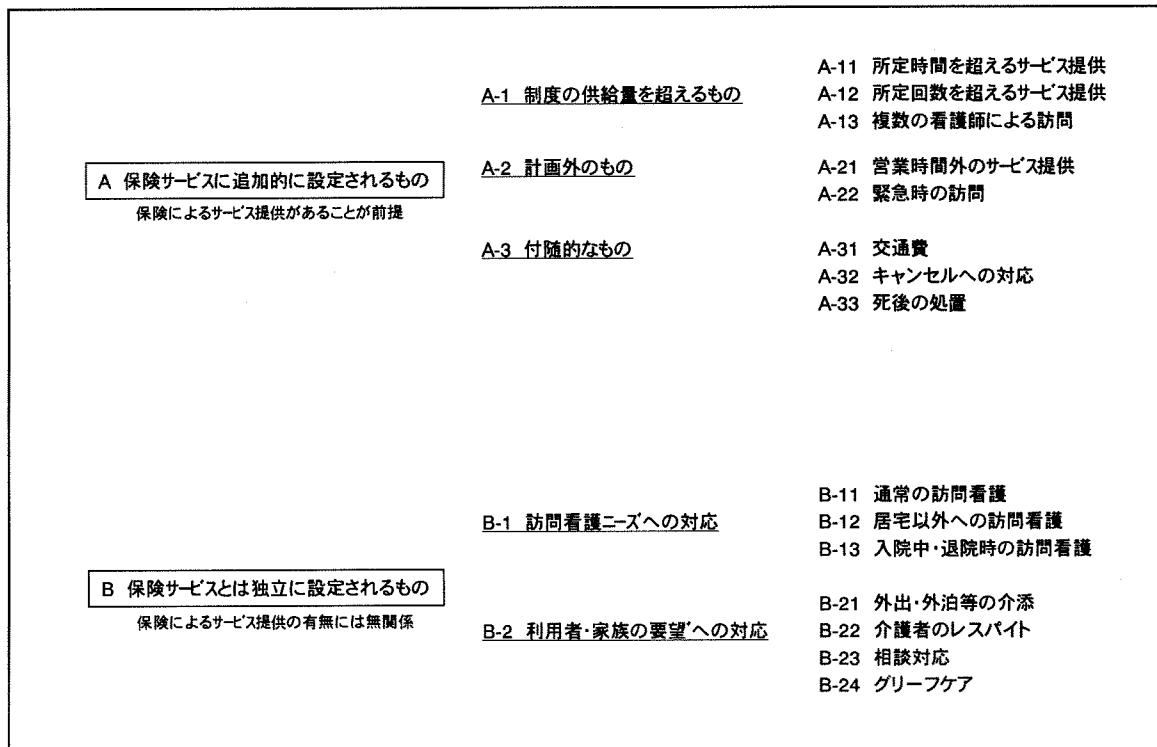
事業所票に回答した267事業所のうち、料金表の添付のあった事業所は156事業所(58.4%)であった。しかし、料金表が作成されていない場合でも、「自費の場合は保険と同額の10割を請求する」、「自費の場合はサービス内容によりその都度見積もる」等の取り決めをしている事業所もみられた。調査月において有償訪問看護の利用者が1名以上あった事業所については、料金表があるが添付しなかった、または、料金表はないが上述のようななんらかのとりきめをもっていると考えるべきであり、これらを加えると回答事業所の約75%において有償訪問看護についての料金規定をもっていると推測された。

②料金設定の範囲

各事業所から回収された料金表の内容を分析した結果、有償訪問看護の体系は以下のとおりであると整理された。このうち、「A 保険サービスに追加的に設定されるもの」は、保険による訪問看護サービス提供を行っていれば一般的に対応の必要なものであり、必ず何らかのとりきめ（運営規定と必要な場合は料金表）が必要なものと言える。その一方で、「B 保険サービスとは独立に設定されるもの」は、保険による訪問看護サービス利用とは必ずしも連動しないもので、これらのサービスを実施するか否かは事業所の選択による。

本調査では、「A-11 所定時間を超えるサービス提供」、「A-21 営業時間外のサービスの提供」、「A-31 交通費」、「A-33 死後の処置」に関しては、料金表を提出した事業所で概ね何らかの規定もしくは料金設定がなされていたが、「B 保険サービスとは独立に設定されるもの」については、事業所により、取り組みに差が見られた。

図2)-1 有償訪問の料金体系



③料金設定

ア. 保険サービスに追加的に設定されるもの

a. 所定時間を超えるサービス提供

介護保険については43事業所（全体の16%、料金票添付事業所の27.6%）、医療保険については、114事業所（同42.7%、73.1%）において、所定時間を超過した訪問看護についての料金設定がなされていた。なお、料金額を明示しない事業所には、超過分に保険額の10割額の請求を行う事業所が含まれて

いる。

また、料金の請求単位は、30分ごと、60分ごと、1回ごとと3つの方法がとられていた。

表2)-22-1 所定時間を超えた場合の超過料金額:介護保険／平日

(上段より、平均値±標準偏差、中央値、事業所数、範囲)

請求単位	営業時間内	早朝	夜間	深夜
30分	1990±1310	2210±1670	2190±1680	2390±2050
	1500	1500	1500	1500
	40	38	38	38
	(500-5000)	(500-6250)	(500-6250)	(500-7500)
60分	3830±2020	3830±2020	3830±2020	3830±2020
	5000	5000	5000	5000
	3	3	3	3
	(1500-5000)	(1500-5000)	(1500-5000)	(1500-5000)

表2)-22-1 所定時間を超えた場合の超過料金額:医療保険／平日

(上段より、平均値±標準偏差、中央値、事業所数、範囲)

請求単位	営業時間内	早朝	夜間	深夜
30分	1660±1020	1850±1250	1840±1230	1970±1470
	1250	1500	1500	1500
	93	86	87	86
	(500-5000)	(500-6250)	(1250-6250)	(500-7500)
60分	1570±560	1590±560	1590±560	1660±660
	1500	1500	1500	1500
	16	16	16	16
	(400-3000)	(400-3000)	(400-3000)	(400-3000)
1回	3300±2590	3300±2590	3300±2590	3300±2590
	2000	2000	2000	2000
	5	5	5	5
	(1000-7000)	(1000-7000)	(1000-7000)	(1000-7000)

b. 営業時間外におけるサービスの提供

診療報酬による支払をする利用者については、時間外の料金をその他利用料として設定できるが、132事業所において、何らかの料金額設定がなされていた(全体の49.4%、料金票添付事業所の84.6%)。料金設定には、基本料金との差額分について規定するものと、基本料金と差額料金を含めた別立料金を規定するものの2種があった。また、請求の単位についても、30分ごと、60分ごと、1回ごとと3つの方法がとられていた。

表2)-23 営業時間外に提供されたサービスに対する料金額:診療報酬

設定方法	時間帯	請求単位	事業所数	平均額	標準偏差	中央値	範囲
差額料金	早朝・夜間	30分あたり	17	1708.8	768.0		0-3000
		60分あたり	7	2214.3	1181.0		600-4200
		1回あたり	36	2764.6	1131.1		1000-6000
	深夜	30分あたり	17	2002.9	939.7		750-4000
		60分あたり	6	1866.7	847.7		600-3000
		1回あたり	37	3764.9	1340.8		1000-7000
	休日・日中	30分あたり	10	1675.0	656.7		750-2750
		60分あたり	6	2158.3	1074.4		600-3150
		1回あたり	54	3458.3	1609.3		1000-9700
別立料金	早朝・夜間	30分あたり	18	1838.9	625.1		500-3000
		60分あたり	14	2400.0	701.6		1500-4000
		1回あたり	24	2862.5	1889.8		0-7000
	深夜	30分あたり	16	2556.3	941.6		1500-4000
		60分あたり	15	2946.7	9258.0		1500-5000
		1回あたり	25	3820.0	2105.004		1000-10000
	休日・日中	30分あたり	10	1800.0	349.6		1000-2000
		60分あたり	14	2428.6	805.2		1000-4000
		1回あたり	38	3660.5	1607.8		1000-7000

c. 交通費

訪問時の交通費については、介護保険(サービス提供地域外)利用者については58事業所(料金票添付事業所の43.0%)、医療保険については107事業所(同76.4%)で有料と明記されていた。これらには、近距離について無料で対応する事業所が含まれる。

その一方で、交通費について明示されていない事業所が介護保険について48.9%、医療保険について21.4%みられた。

表2)-24 交通費の請求の有無

	有料	無料	不明
介護保険(地域内)	12(8.9%)	55(40.7%)	68(50.4%)
介護保険(地域外)	58(43.0%)	11(81%)	66(48.9%)
医療保険	107(76.4%)	3(2.1%)	30(21.4%)

d. 死後の処置料

死後の処置料は、114箇所の事業所で明示されており、9,536.0±3930.7円(最低 2,500円、最高30,000円)であった。営業時間外料金を設定する事業所も見られた。

e. その他

その他、料金設定を行っている事業所数は限られる項目として以下のものがあった。

表2)-25 保険サービスに追加的に設定されるもの:その他

緊急時の訪問(16件)	<ul style="list-style-type: none"> ・1回あたり料金:8,000~15,000円(深夜料金を設定する場合もあり) ・1時間あたり料金:8,300~10500円(祝日、時間帯別料金設定もあり) ・基本料金に加算:5,670~5,900円 <p>*緊急訪問の場合はタクシーチャージを請求するという規定もあり</p>
看護師2名の場合の追加料金(2件)	<ul style="list-style-type: none"> ・30分あたり料金:2,500円 ・滞在時間により設定:30分 2,200~90分 6,200円
訪問予定のキャンセル(5件)	<ul style="list-style-type: none"> ・発生日により設定:25~100% ・訪問種別により設定:1,000~3,000円
営業時間外の死後の処置(2件)	

イ. 保険サービスとは独立に設定されるもの

a. 通常の訪問看護

保険の適用されない通常の訪問看護について料金を設定している事業所は49ヶ所(全体の18.4%、料金票添付事業所の31.4%)であった。

この料金については、訪問時間帯にかぎらず一律で1回あたりの料金を設定する、時間帯別に料金を設定する、滞在時間別に料金を設定する、の3つの料金設定の方法がみられた。

表2)-26 保険の適用されない訪問看護の料金

設定方法		事業所数	平均額	標準偏差	中央値	範囲	
一律	30分あたり	2	3750.0	1767.8		2500~5000	
	60分あたり	4	9200.0	2600.0		5300~10500	
	1回あたり	11	6772.7	3125.4		2500~12000	
時間帯別	日中	30分あたり	10	3912.0	1074.2	2000~5000	
		60分あたり	8	9612.5	895.1	8000~10500	
		1回あたり	3	6666.7	3055.0	4000~10000	
	早朝・夜間	30分あたり	7	4412.9	1357.0	2500~5570	
		60分あたり	6	12166.7	1779.5	10000~15000	
		1回あたり	6	9000	4183.3	4500~15000	
	深夜	30分あたり	6	4998.3	1646.0	3000~6690	
		60分あたり	6	14100.0	1407.1	12000~15000	
		1回あたり	6	10666.7	4082.5	6000~15000	
滞在時間別		30分未満	11	5370.4	2804.3	2000~10000	
		-60分未満	11	7984.6	2108.9	3000~10000	

b. 利用者の希望で提供されるサービス

その他、料金設定を行っている事業所数は限られる項目として以下のものがあった。

表2)-26 保険の適用されない訪問看護の料金

相談対応 (7件:電話相談3件、相談4件)	<ul style="list-style-type: none"> ・相談:30分あたり:5,000円 ・相談:1時間あたり:10,000円 ・相談:1回あたり:2,000~10,000円 ・電話相談(営業日外):1回あたり:500~1,000円
家族不在時の看護(3件)	<ul style="list-style-type: none"> ・1時間あたり:8,000~9,000円:60以上は別立て料金 ・1回あたり:15,750~15,750円:概ね2時間以内
長時間の訪問(3件)	<ul style="list-style-type: none"> ・1時間あたり:8,000~8,300円(時間帯別料金設定:深夜は12,500/時間など) ・1回あたり料金:52,500円(1泊を想定)
受診の付き添い・同行(2件)	<ul style="list-style-type: none"> ・1時間あたり料金:4,000~4,000円(60以上は別立て料金)
外出の付き添い・同行(11件)	<ul style="list-style-type: none"> ・1回あたり料金:12,350~15,750円(概ね2時間以内) ・1時間あたり料金:5,000~10,500円(祝日、時間帯別料金設定、60分以上は別立て料金)
外泊の付き添い・同行(13件)	<ul style="list-style-type: none"> ・1泊あたり料金:20,000~54,348円 ・状況に応じて2,000~3,500/時間で都度見積もる
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・事前訪問:日中3,000円/30分、夜間・早朝4,500円/30分、深夜5,000円/30分 ・死亡後の訪問:日中8,000円/回、夜間・早朝10,000円/回、深夜12,000円/回 ・入院中の外泊ケア等:12,350円/回(概ね2時間) ・ベッドバス(温泉のお湯代):200円/回 ・散髪代:500円/回

3)有償訪問看護の実施状況に関するグループヒヤリング

(1)実施している有償訪問看護の内容について

有償訪問看護について、提供(実態)の有無と料金設定および請求の有無についてインタビューを行った。

料金が概ね設定されているのは、長時間・営業時間外の「保険サービスへの加算」、死後の処置であった。保険サービスへの加算額については、保険で定められた額の10割とするもののが多かった。保険適用外の訪問看護サービスについては料金設定が行われにくく、特に、介護保険の利用者が利用した場合の有償料金の設定が行われにくい状況にあった。

有償訪問看護の具体的な目的(内容)別にみると、「ターミナル対応のための長時間滞在」、「保険の給付を超えるもの」は訪問看護の実態もあり、また、それに対する料金の設定も保険と同等額で概ねなされている。「急変時の対応」、「頻回訪問」、「試験外泊」、「退院前訪問」、「退院時訪問」、「グリーフケア」については、相応の実態があるにもかかわらず料金の設定が進んでいない。このうち、「急変時の対応」については、料金の設定は行わず、緊急時訪問看護加算(介護報酬)、24時間連絡体制加算(診療報酬)や事後的にケアプランに組み込む等により対応されていた。「頻回訪問」については、特定の疾患については保険からの給付や研究事業・自治体の補助事業等からの支払をうけることができる。しかし、これらに該当しない利用者(人工呼吸器をつけていても厚生労働省の定める特定疾患ではない、インシュリンの投与が必要である)については、無償での訪問を行う場合が多い。特に、インシュリン投与の管理のために短時間の訪問を頻回に必要とする利用者は在宅療養の促進施策により増加しているが、訪問が短時間・頻回であるがゆえに、保険外の料金の請求を行いにくい現状がある。また、これにより、訪問看護が別の

サービスに代替されることにより、適切な投薬管理がなされないことも懸念された。このような利用者については、保険からの支払が受けやすいよう制度において検討がなされるとよいとの意見もあった。「退院前訪問」、「退院日訪問」、「グリーフケア」は事業所に共通して、重要度の高いものであると認識されていた。そのため、積極的に実施されているが、無償により対応されているのが現状であった。特に「退院前・退院日訪問」については、適切な訪問看護サービス提供のために不可欠であり、また利用者・家族のニーズも大きいため、有償で対応するよりも、実態にあわせて制度で対応すべきであるとの意見が強かった。一方、グリーフケアは重要であるが、サービスの実態・料金の請求についてはばらつきがあることが示唆された。特に前者については、事例の収集と検討、効果検証やあり方の提示が必要ではないかと考えられた。また、グリーフケアの形態として、居宅に訪問するものだけでなく、看取った介護者同士の交流会の実績についても紹介された。

「介護者のレスパイト」については、特定疾患研究事業等で支援されているものについては実績が見られたが、全体的には、実施はまだ少なく、また料金の設定についても検討されていない段階であった。また、「外出・外泊への同行」、「介護者の留守中の看守り」等は、その滞在時間や時間帯、利用者の状況によってサービスの内容が異なるため、一律に料金を設定するよりも、都度見積りを行うほうが望ましいということが、事例を踏まえて確認された。

(2) 有償訪問看護利用のきっかけ・経緯および利用者の反応・効果

有償サービスの利用は、訪問看護師が必要と判断して利用を勧める場合と、利用者の要望に対応して行う場合の大きく2つの場合がある。

利用者からの依頼で利用するもの(外出同行、ターミナル対応の長時間滞在など)は、金額に関わらず受入がよいが、看護師のアセスメントによる利用(たとえば、認知症への対応など)は理解が得られにくい場合がある。また、設定された料金額の高低によっても反応が違い、特に保険によるサービスを利用している利用者の場合、その自己負担額との差について納得を得にくいことがある。また、利用者の傷病の状況、年齢等の点で、事前に説明し、了解を得ていても、徴収の段階で納得されないケースも少なくない。これらの点から、有償による訪問看護サービスを提供するに際しての運営規定等には、利用者の特性などを踏まえ、また保険の仕組みとの関係なども整理した内容についても検討の余地があると思われる。なお、サービスの内容によっても利用者の反応は異なり、試験外泊・退院時訪問は、利用者の安心を実感できるため、受入がよいとのことであった。

また、地域性により、有償サービスを積極的に推進できないという事業所もみられた。

(3) 有償訪問看護サービスについての情報提供・PR の方法

情報提供については、利用者へ初回訪問時に、料金表や運営規定などを用いて説明するものの他、適切な利用を進めるために、地域の保健師、居宅介護支援事業所等への情報提供を行うことも必要であるとの意見があった。媒体として、地域の事業所の情報を一括した冊子を作成し、その中に有償サービスについても盛り込めば効率的であり、地域の連絡協議会等が中心になって進めるとよいと考えられた。

また、試験外泊や退院日訪問の際に医療機関の看護師と訪問看護事業所の看護師の両者が参加することにより、訪問看護、在宅療養等について医療機関の看護職の理解が深まり、よりよい連携につながることも事例として示された。

(4) 有償訪問看護サービスについての意見

① 有償による訪問看護サービスの必要性について

有償による訪問看護サービスの提供については、積極的に取り組むべきと考える事業所と消極的・否定的な事業所で意見が分かれた。

表3)-1 有償による訪問看護サービスに対する考え方

消極的・否定的な意見	積極的に取り組むべきとする意見
<ul style="list-style-type: none">・金銭的な理由でサービスを提供できない、という状況はつくりたくないの、有償サービスには積極的になれない。・無償のサービス提供があっても、そのサービスにより、訪問看護やステーションが評価されるのであればよい。・無償であっても地域のサービス充実のための基幹としての役割を果たすべきである。・現実的には、支払い能力によりサービス提供を調整することはあり得ない。	<ul style="list-style-type: none">・料金設定の仕方で、利用を喚起・是正するという考え方もある。・有償サービスの料金設定は明確にし、支払能力に応じた配慮を別途設ければよい(減免措置制度など)。・保険の範囲内でだけ考えるのではなく、有償サービスについて明示することによって、訪問看護の役割や機能がより明確になるのではないか。

② 介護保険制度・医療保険制度に関連して

介護保険制度・医療保険制度等に関連して以下のような意見や実情の提示がされた。

- ・試験外泊、退院時訪問などを有償で行う場合、医師からの指示書を得ることが難しい。
- ・そもそも、試験外泊、退院時訪問については、ニーズ・効果も高く、制度を見直し、保険で対応すべきではないか。
- ・効果や利用者特性、頻度などの点から現在保険の対象外となっているサービスを再考し、誰が払うべきなのか、保険でまかなうべきか否かを検討することが必要ではないか。
- ・保険サービスと有償サービスの関係、考え方について、明確に提示してほしい。

(5) その他

通常の訪問看護が医師の指示書により開始されるものであるのに対し、有償訪問看護は利用者のニーズ・要望等を看護師が判断し、利用者・家族・主治医・ケアマネジャー等多方面への説得・調整を行つて実現するものであり、容易ではない。しかし、看護師が主体的に判断をしていくという活動は大切であり、当初は様々な障害や苦労があると思われるが、積極的に行っていくべきものである。

また、保険からの支払が困難な事例については、自治体の補助事業や特定疾患の研究事業等を有効に活用していくことが賢明である。そのためには、事業所の管理者はこれらの情報を的確に収集・管理することが必要である。また、現在補助事業が行われていない自治体に対しての働きかけも行われるべきである。その際には、今回のグループヒヤリングのように、様々な地域・立場の事業者間で交換した情報を活用することができる。また、補助事業等を推進する際には、それに見合う訪問看護の提供体制が整備されていることが不可欠であることも確認された。

D. 考察

1) 有償訪問看護の実施状況について

① 有償訪問看護の実施状況

有償訪問看護の利用は、月1回がもっと多く(月1回の利用者が約50%)、月5回までの利用者で84%を占める。また、その目的としては、「医療処置などによる頻回訪問(有償訪問総回数の30%)」、「特別な理由はない(給付を超えるニーズ)(同29.6%)」が多い。したがって、有償訪問看護の多くの部分は、保険によるサービスを受けている利用者が量的に給付を超えたために利用するものと推測できる。

これらに続く「急な状態変化」へ対応することを目的とした有償訪問看護の実施割合は10%弱であった。

ただし、このような場合には緊急時訪問看護加算(介護報酬)、24時間連絡体制加算(診療報酬)や事後的にケアプランに組み込む等により対応する事業所が少なくないことがグループヒヤリング結果から示されており、在宅療養者における当該ニーズは10%を超えるものであると推測される。

「介護者のレスパイト」を目的とした訪問が6.4%見られているが、これらの多くは特定疾患研究事業等を活用して行われているものである。事業所が有償訪問看護のひとつとして明確に位置づけて実施する事例はまだまだ少ない。

他の項目では実施率がいずれも0.5~5%以内と低かった。ただし、これらでは有償訪問看護としての取り決めや料金設定自体が進んでいないことを考慮すると実際にニーズは多いと思われる。特に、試験外泊時の訪問、「退院時訪問」については、事業所においてその必要性の認識が高く、無償により実施しているケースが少くないことがグループヒヤリングにおいて示されている。

② 料金の設定状況

事業所の75%程度が有償訪問看護の料金規定を有していると推測された。しかし、料金規定を有している事業所間で、その規定に含まれるサービスの範囲と料金額には差が見られる。有償サービスの料金規定の体系は、本調査結果より、「保険給付に追加的に提供されるサービス」と「保険給付とは独立して提供されるサービス」の2つから構成されると整理された。前者については、概ね何らかの規定がある場合が多いが、後者については、規定の有無について事業所間で差が大きい。また、前者については、医療保険によるサービスを前提とするものについての料金規定は進んでいるが、介護保険については料金規定がされにくい状況がある。また、医療保険利用者、介護保険利用者双方に料金設定がなされている事業所においては、保険額を前提として両者で別の料金額を設定する場合と、両者で同一の料金設定をする場合がある。後者については、全体的に、料金設定が進んでいない状況がある。

さらに、設定される料金額には大きな差がある。その背景には、事業所の考え方、地域特性(物価や文化)等の差があると思われる。このような料金額の差を認める場合でも、たとえば、保険の自己負担額と同等額を有償料金として設定しているようなケースは望ましいとはいはず、事業所がサービス提供の継続性に責任をもつためにも、利用者における保険の仕組み等の理解を促進する等して、料金額の改定を行うのがよい。

2)有償による訪問看護サービスと医師の指示の関係について

有償訪問看護の実施については、保険によるサービスのように、医師の指示との関係が必ずしも明確になされていないこともあり、医師の指示が得られにくいことによる事業所の不安が強く、積極的な実施につながらないのが現状である。訪問看護師の専門的、自律的な判断・サービス提供が必要である。ニーズの有無に関する判断とあわせて、対応の必要性・対応の方法等に医師の意見を求めるべきか否かについての判断がまずできることも必要であると思われる。

平成15年3月の厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書においては、「…看護師等は、患者の生活の質の向上を目指し、療養生活支援の専門家として、その知識・技能を高め、的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが求められている。」とされ、たとえば、食事の形態、安静度、清潔保持の方法等については治療方針を踏まえ患者の状態に応じて看護師が判断し行うべきであり、また、疼痛・呼吸困難・発熱・不眠・便秘等の諸症状の緩和のため、療養生活の実態を最も把握している看護師等が観察や看護判断を行うとともに、まず、様々な看護技術を駆使して患者の安全・安楽を確保することが重要、と述べられている。少なくとも、本報告書に述べられたこれらの内容に関わる訪問看護ニーズについては、看護師による主体的な対応が求められると言えるであろう。

さらに、本報告書でさらに、在宅医療の推進に関しては、「…医療ニーズの高い在宅療養者に対する看護ケアを適切かつ迅速に提供するためには、在宅医療への医師の積極的な取組みとあわせて、看護師等が患者の病態の変化に対応した的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが必要である」と言及されているように、訪問看護の領域における看護師の主体的な関わりへの期待が大きいことを再認識した上で、ニーズのある際には適切に有償訪問看護が実施できる体制を整えることが必要であろう。

3)サービス提供の実態と保険給付の関係について

現在、保険給付の対象とならないために有償訪問看護による対応がなされているものの中には、利用者に共通してニーズ、効果が高く、また訪問看護師もその必要性・有効性を評価しているものが含まれている。このような共通性・有効性があるため、訪問看護師には「制度から支払われて然るべきである」という感情もありそのことが有償訪問看護としての位置づけを行うことを消極的にさせているように見える。そのため、ニーズがあってもサービス提供に結びつきにくい、または、サービス提供の実態があっても支払いに結びつかないという状況がある。入院患者の試験外泊への対応、退院時訪問、居宅外への訪問がこれにあたる。前2項目については、定められた要件が整えば保険からの支払いを受けることができるが、この要件が実態にあっていないため、利用者または事業所がその費用を負担していることがグループヒヤリングで指摘された。制度からの支払いを受けやすいものに要件を再考する、もしくは、医師の指示との関係等を明確にし、有償による対応を行う場合でも訪問看護師がより自立的・主体的に行えるよう環境を整えることが必要ではあると考えられる。

居宅以外への訪問については、現状では、特に、老人保健施設やグループホームなどへ訪問した場合の扱いを、当該施設の看護職との役割分担・連携のあり方を踏まえて議論すべきである。このとき、保険給付か本人負担か、という選択肢だけでなく、施設が負担するという選択肢も含めた議論も必要であると考えた。

4) 事業所の対応について

グループヒヤリングの結果、有償の訪問看護が制度的に認められているものであるにもかかわらず、消極的な対応がなされている事業所の少なくないことが伺われた。たとえば、超過料金を設定する事業所においても、多少の超過では料金は請求しにくいとする事業所が多いことが象徴的である。そのため、上述のように75%の事業所で有償サービス料金についての取り決めがなされていても、これらの事業所で実際に料金の請求が取り決めどおりに行われているとは限らず、サービス提供の実態と料金設定(料金の請求)の実態に大きな隔たりがあるのが実情である。

そもそも保険による訪問看護の給付は、利用者本人の居宅における治療・療養といった点に重点が置かれているため、これを外れるもの、たとえば、居宅を離れる「外出・外泊同行」、利用者本人ではなく介護者「レスパイト」・「グリーフケア」は給付の対象になっていない。しかし、これらの活動は、利用者および介護者のQOL向上に繋がるサービスであり、これを支援することは看護の重要な役割であると事業所が認識し、積極的な対応を検討すべきではないかと考える。

一方で、事業所の経営、訪問看護サービス提供の継続のためには、事業所が提供した訪問看護に相応の収入を得ることもまた不可欠である。有償訪問看護の実施および料金についての取り決め(運用規定、料金規定等)の作成およびその運用について、専門的なサービスへの正当な対価を得るという考え方方に添った対応が求められる。保険制度についての理解を深め、保険からの支払が得られるものについては確実に得ていくこと、有償サービスの位置づけについて理解することにより、考え方の機軸を明確にすることがまずは必要である。

また、今回のグループヒヤリングの経験から、上述の点も含めた有償訪問看護の具体的な運用に関しては、訪問看護事業所間の情報交換が有効であると考える。

E. 結論

有償訪問看護の提供実態についてアンケート調査およびインタビュー調査を通してとりまとめた。有償訪問看護の料金についての何らかの取り決めをもつ事業所は75%程度と推測されたが、その取り決め範囲、取り決め方法には差があり、また、その運用の状況を加味すると、有償訪問看護への取り組みは必ずしも積極的ではないと考えられた。しかし、有償訪問看護は、保険によるサービスを量的に超過するものばかりでなく、利用者のQOL向上等質的に貢献するものも多く、こうした要求に積極的に応えることは在宅医療推進のために重要な視点であると考えられる。制度の理解や有償サービスに関する事業所間の情報交換を進めるとともに、これらのサービスへの看護師としての主体的なかかわりが求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

資料

資料 1

緊急アンケート

<返信先 FAX: 03-3351-5938> ※このままご返送下さい。

平成 16 年 10 月 15 日

訪問看護ステーション 管理者 各位

(社) 全国訪問看護事業協会
事務局

拝啓

秋冷の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、有償（保険外）訪問看護の実態を調査するためにプレアンケート調査をさせて頂きたく、当協会会員のみなさまにご連絡をさせて頂きました。（本調査は、厚生労働科学研究費補助金特別研究事業にもとづいて実施しています。）

ご多忙中に誠に恐れ入りますが、下記にご記入を頂き FAX にて**10月22日まで**にご返送頂きたくお願い申し上げます。

なお、近日中に厚生労働省より全国の訪問看護ステーションを 1000ヶ所抜粋してコスト調査が行われます。今後の診療報酬改定に関わりますので、調査の依頼がありましたら何卒ご協力を賜りますよう重ねてお願い上げます。

お手数ながらご返事をお願い申し上げます。

敬具

下記の質問に○をお付け下さい。

- ① 平成 15 年度決算は、 黒字 ・ 赤字 ・ 不明
- ② 貴訪問看護ステーションでは、有償（保険外）訪問看護を実施しましたか。実施月ごとに○をお付け下さい。

	2004年 4月	2004年 5月	2004年 6月	2004年 7月	2004年 8月	2004年 9月
オプション利用						

なお、ご回答頂いた内容によって、ご連絡を差し上げることがありますので、下記にご連絡先をご記入下さるようお願いいたします。

都道府県名：

訪問看護ステーション名：

管理者名：

ご協力ありがとうございました。

資料 2

平成 16 年 12 月 9 日

訪問看護ステーション
管理者 各位

(社)全国訪問看護事業協会
副会長 伊藤 雅治

アンケートへのご協力のご依頼

拝啓

師走の候、時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、
厚くお礼申し上げます。

さて、本会では、平成 16 年度厚生労働科学研究「在宅療養推進のための訪問看護のあり方に関する研究(主任研究者:伊藤雅治)」を進めています。本研究では、全国の訪問看護ステーションにおいて保険制度の枠外で有償にて行われている訪問看護の実態を通して訪問看護需要について再検討し、より適切な制度のあり方について提言することを課題のひとつとしています。その一環で、先般には FAX による緊急アンケートにご協力を頂きましたが、本日は、その結果に基づき、再度、本調査へのご協力をお願いしたくご連絡を致しました。

どうか研究の主旨にご理解を賜り、同封の調査票にご記入の上、同封の返信用封筒にて 12月24日(金)までに本会宛て返送を頂けますようお願い申し上げます。ご回答頂いた内容は統計的に処理され、事業所および利用者個人が特定される形で公表されることはありません。また、本研究以外の目的で使用されることもありません。また、都合によりご協力いただけない場合、たいへん残念ではありますが、そのことにより不利益は被ることは一切ありません。

年末のご多忙中に誠に恐縮ですが、ご協力を賜りますようご高配をお願い申し上げます。
あわせて、引き続き倍旧のご厚情を賜りたく、切にお願い申し上げます。

敬具

記

<送付内容>

1. 有償による訪問看護サービス提供実態に関する調査【A 事業所票】 1 部
2. 同 【B 利用者票】 3 部
3. B 利用者票 記入方法について 1 部
4. 反信用封筒

以上

【照会先】

(社)全国訪問看護事業協会

担当:木全 真理(きまた まり)

〒160-0022

東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目参番館 302

TEL 03-3351-5898

FAX 03-3351-5938

資料 3

有償による訪問看護サービス^{*1}提供実態に関する調査【A 事業所票】

- ※ 貴事業所の状況について、管理者の方がご記入ください。
 ※ *印を付した項目につきましては頁末の説明に従ってご記入ください。

都道府県名			事業所名							
(1)事業開始年月	平成		年	月						
(2)開設主体	1 都道府県 2 市区町村 3 広域連合・一部事務組合 4 日本赤十字社・社会保険関係団体 5 医療法人 6 医師会 7 看護協会 8 社団・財団法人(医師会・看護協会以外)					9 社会福祉協議会 10 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 11 農業協同組合及び連合会 12 消費生活協同組合及び連合会 13 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) 14 特定非営利活動法人(NPO) 15 その他法人				
(3)管理体制	介護保険法		緊急時訪問看護加算の届出			1 あり 2 なし				
			特別管理加算の届出			1 あり 2 なし				
	医療保険法等		24時間連絡体制加算の届出			1 あり 2 なし				
			重症者管理加算の届出			1 あり 2 なし				
(4)従事者数 ^{*2}	常勤者		非常勤者		常勤者		非常勤者			
			換算数		換算数		換算数			
	1 保健師	人	人	人	人	5 理学療法士	人	人	人	
	2 助産師	人	人	人	人	6 作業療法士	人	人	人	
	3 看護師	人	人	人	人	7 その他職員	人	人	人	
4 准看護師	人	人	人	人						
(5)営業日・時間 ^{*3}	月	火	水	木	金	土	日			
	<u> :</u> ~ <u> :</u>					<u> :</u> ~ <u> :</u>		<u> :</u> ~ <u> :</u>		
(6)利用者数 ^{*4} (10月中)	介護保険		医療保険		その他(有償)					
					9月	10月	11月			
1 利用者数	人	人		人	人	人	人			
2 延訪問回数	回	回		回	回	回	回			
(7)事業収入 ^{*5} (10月中)	1 介護保険			千円						
	2 医療保険			千円						
	3 計			千円						
	(再掲) 4 その他(有償)			千円						
(8)無償の訪問	保険および自費契約の範囲を超えるサービスの提供を無償で行なことがありますか				1 ある	2 ない				
(9)有償サービスの料金	貴事業所の料金表をご添付ください									

- * 1: 有償による訪問看護サービス: 介護保険・医療保険からの給付以外の支払い(利用者による料金の支払い、自治体による特別給付など)により提供される訪問看護サービスのことを指し、保険給付に基づくサービスへの加算(長時間、時間外など)、保険給付範囲外のサービスなどが含まれます。
- * 2: 従事者数: 有給・無給を問わず 12月1日現在に貴ステーションに在籍する職員数を職種別に計上してください(12月1日現在の新規採用者、休暇中の者、欠勤者、育児休業の代替要員を含みます)。出張所等のあるステーションにおいては、その従業者数も含めて計上してください。常勤者には、併設施設・事業所の勤務を兼ねる者(兼務)も含めて計上してください。兼務および非常勤者については、貴ステーションでの勤務時間を、貴ステーションの通常の勤務時間で除した数値を、四捨五入し小数点第1位まで計上してください。
- * 3: 営業日・時間: 貴ステーションの営業日を○で囲み、営業日について営業時間を記入してください。月～金の間で営業時間の異なる曜日のある場合は、欄を区切ってそれぞれ記入してください。
- * 4: 利用者数: 10月中の実利用者数および訪問回数の合計を「介護保険法によるもの」、「医療保険によるもの」、「その他(有償サービス)」に分けて計上してください。また、「その他(有償サービス)」については、9月、11月の数も計上してください。ただし、1回の訪問で保険と有償を併用した場合(時間外の加算、長時間の加算など)には、保険と有償の双方に計上してください。
- * 5: 事業収入: 10月の事業収入(請求額)を四捨五入して千円単位で記入してください。出張所等のあるステーションにおいては、その事業収入も含めて計上してください。

資料 4

有償による訪問看護サービス提供実態に関する調査【B 利用者票】

* 平成 16 年 10 月中有偿サービスを行った利用者 1 人につき 1 枚ご記入ください。

* *印を付した項目は、「B 利用者票 の記入方法について」に従ってご記入ください

都道府県名	事業所名										
(1)性別		1 男 2 女	(2)年齢 ()歳 平成 16 年 10 月 1 日現在								
(3)傷病名 10 月の最後の訪問日における傷病について別添傷病一覧から選んで番号を書いてください。 副傷病は主なもの 2 つまで記入してください。		主傷病 番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (番号がない場合は傷病名を記入)					主傷病 番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (番号がない場合は傷病名を記入)				
		傷病名	主傷病 番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (番号がない場合は傷病名を記入)								
(4)要介護度*		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援 7 その他									
(5)痴呆老人の日常生活自立度*		1 ランクI 2 ランクII 3 ランクIII 4 ランクIV 5 ランクM		6 痴呆なし							
(6)障害老人の日常生活自立度*		1 ランクJ 2 ランクA 3 ランクB 4 ランクC		5 障害なし							
(7)同居者の状況 (該当する者に○)		ア 配偶者	イ こども	ウ 孫	エ 親	オ その他 ()	合計人数				
1 同居者											
2 主たる介護者											
(8)利用状況* (10 月中)		1 利用開始時期	平成 年 月								
		2 訪問回数	計 回								
		内訳	ア 介護保険	イ 医療保険		ウ その他(有償)					
			回	回		回					
(9)加算算定状況		緊急時訪問看護加算/24 時間連絡体制加算			1 算定あり	2 算定なし					
		特別管理加算/重症者管理加算			1 算定あり	2 算定なし					
		ターミナルケア加算/老人訪問看護ターミナルケア療養費			1 算定あり	2 算定なし					
(10)有償サービス提供の状況* (10 月中)		訪問日	適用		利用目的						
			1-1 保険サービスへの加算(長時間) 1-2 保険サービスへの加算(時間外) 1-3 保険サービスへの加算(その他) 2-1 保険適用外(時間内) 2-2 保険適用外(時間外) 3-1 死後の処置 4-1 その他		①急な状態変化 ②ターミナルケア対応(長時間滞在) ③医療処置など頻回訪問 ④看護師 2 名による訪問 ⑤試験外泊 ⑥退院時訪問 ⑦居宅以外への訪問 ⑧介護者のレスパト ⑨クリーフケア ⑩特別な理由はない(給付範囲を超える看護ニーズ) ⑪その他						
			10/	: ~ :							
			10/	: ~ :							
			10/	: ~ :							
			10/	: ~ :							
			10/	: ~ :							
			10/	: ~ :							
			10/	: ~ :							
			10/	: ~ :							
			10/	: ~ :							
			10/	: ~ :							
			10/	: ~ :							
			10/	: ~ :							
			10/	: ~ :							

資料 5

B 利用者票 の記入方法について

対象者の選択	<input type="checkbox"/> 平成16年10月に、有償による訪問を行った利用者全員(出張所のある場合はその利用者も含む)について1人1枚記入してください。 <input type="checkbox"/> 用紙が不足する場合は、お手数ですがコピーしてご記入ください。												
(4)要介護度	<input type="checkbox"/> 10月中の最後の利用日における利用者の要介護度について記入してください。 <input type="checkbox"/> 「7 その他」には、要介護認定を受けて自立と判定された者、要介護認定を申請中の者、要介護認定を受けていない者、健康保険法等を利用している者が該当します。												
(5)痴呆老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 10月中の最後の利用日における利用者の痴呆度について、下表「痴呆老人の日常生活自立度判定基準」により、該当する番号を○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 痴呆のない場合は、「6 痴呆なし」を選んでください。 表 痴呆老人の日常生活自立度												
	<table border="1"> <tr> <td>ランクI</td><td>何らの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的には自立している</td></tr> <tr> <td>ランクII</td><td>日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる</td></tr> <tr> <td>ランクIII</td><td>日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする(食事、排泄が上手にできない、徘徊、失禁等)</td></tr> <tr> <td>ランクIV</td><td>日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする</td></tr> <tr> <td>ランクM</td><td>著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする</td></tr> </table>	ランクI	何らの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的には自立している	ランクII	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	ランクIII	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする(食事、排泄が上手にできない、徘徊、失禁等)	ランクIV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	ランクM	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする		
ランクI	何らの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的には自立している												
ランクII	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる												
ランクIII	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする(食事、排泄が上手にできない、徘徊、失禁等)												
ランクIV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする												
ランクM	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする												
(6)障害老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 10月中の最後の利用日における利用者の日常生活自立度(寝たきり度)について、下表「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」により、該当する番号を○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 身体状態はほぼ自立しているが、痴呆のために介助を要す場合は「ランクJ」を選んでください。 <input type="checkbox"/> 障害のない場合は、「5 障害なし」を選んでください。 表 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準												
	<table border="1"> <tr> <td>自生 立活</td><td>ランクJ</td><td>何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する</td></tr> <tr> <td>たき 准 寝</td><td>ランクA</td><td>屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている</td></tr> <tr> <td>寝 たき り</td><td>ランクB</td><td>屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上の生活が主体であるが、座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する</td></tr> <tr> <td></td><td>ランクC</td><td>1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない</td></tr> </table>	自生 立活	ランクJ	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する	たき 准 寝	ランクA	屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	寝 たき り	ランクB	屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上の生活が主体であるが、座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する		ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない
自生 立活	ランクJ	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する											
たき 准 寝	ランクA	屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている											
寝 たき り	ランクB	屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上の生活が主体であるが、座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する											
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない											
(8)利用状況	1 利用開始時期 <input type="checkbox"/> 初めて貴ステーションを利用した年月を記入してください。 <input type="checkbox"/> 入院、その他の理由で利用が一旦中断していた場合は、再び利用するようになった年月を記入してください。 2 訪問回数 <input type="checkbox"/> 10月中に利用者が訪問看護を受けた回数の合計を、介護保険・健康保険・その他(有償)に分けて計上してください。 <input type="checkbox"/> 長時間の訪問(保険の制限時間を超える訪問)などで、超過部分にのみ有償を適用した場合は、 <u>保険および有償の両方に計上してください。</u>												
(9)加算算定状況	<input type="checkbox"/> 10月中に算定したものについて、該当する者全てに○をつけてください。												
(10)有償サービス提供の状況	<input type="checkbox"/> 10月中に当該利用者に対して実施した有償による訪問看護サービス全てについて、それぞれ、訪問日、訪問時間(30分単位)を記入し、適用(料金表のどの区分に該当するか)の当てはまるものを選んで番号を記入してください。 <input type="checkbox"/> <u>保険サービスへの加算により有償サービスを行った場合は、該当する分のみの時間を記入してください。</u> <input type="checkbox"/> 有償サービスを利用した目的は、もっとも当てはまるもの1つを選んで番号を記入してください。 <input type="checkbox"/> その他を選んだ時には、具体的な内容を記入してください。												

【記入例】ターミナル期にある利用者Aさんに、以下のような有償サービス提供があった場合

10月1日	17:30～19:00に訪問し、うち、18:00～19:00分について時間外加算を算定
10月11日	介護者が結婚式に出席するため、11:00～16:00まで訪問
10月25日	夜中に状態が急変し、その対応のために訪問(1:00～2:00)



(10)有償サービス提供の状況	訪問日	滞在時間 (24時間表記)	適用	利用目的
			1-1 保険サービスへの加算(長時間) 1-2 保険サービスへの加算(時間外) 1-3 保険サービスへの加算(その他) 2-1 保険適用外(時間内) 2-2 保険適用外(時間外) 3-1 死後の処置 4-1 その他	①急な状態変化 ②ターミナルケア対応(長時間 滞在) ③医療処置など頻回訪問 ④看護師2名による訪問 ⑤試験外泊 ⑥退院時訪問
	10/1	18:00～19:00	1-1	②
	10/11	11:00～16:00	2-1	⑧
	10/25	1:00～2:00	2-2	①

資料 6

【傷病一覧】

感染症及び寄生虫症

- 0101 腸管感染症
0102 結核
0103 主として性的伝播様式をとる感染症
皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患
0104 ウィルス肝炎
0105 その他のウイルス疾患
0106 真菌症
0107 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
0108 その他の感染症及び寄生虫症
0109 その他の感染症及び寄生虫症

新生物

- 0201 胃の悪性新生物
0202 結腸の悪性新生物
0203 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
0204 肝及び肝内胆管の悪性新生物
0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物
0206 乳房の悪性新生物
0207 子宮の悪性新生物
0208 妊娠
0209 白血病
0210 その他の悪性新生物
0211 良性新生物及びその他の新生物
0301 貧血
0302 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

- 0401 甲状腺障害
0402 糖尿病
0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

内分泌、栄養及び代謝疾患

- 0501 血管及び詳細不明の頸果
0502 精神作用物質使用による精神及び妄想性障害
0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
0504 気分〔感情〕障害（體うつ病を含む）
0505 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0506 知的障害＜精神遲滞＞
0507 その他の精神及び行動の障害

精神及び行動の障害

- 0601 パーキンソン病
0602 アルツハイマー病
0603 てんかん
0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
自律神経系の障害
0605 その他の神経系の疾患

神経系の疾患

- 0701 結膜炎
0702 白内障
0703 屈折及び調節の障害
0704 その他の眼及び付属器の疾患

耳及び乳様突起の疾患

- 0801 外耳炎
0802 その他の外耳疾患
0803 中耳炎
0804 そのの中耳及び乳様突起の疾患
大ニール病
0805 その他の内耳疾患
0806 その他の耳疾患
0807 その他の耳疾患

循環器系の疾患

- 0901 高血压性疾患
0902 虚血性心疾患
0903 その他の心疾患
0904 くも膜下出血
0905 脳内出血
0906 脳梗塞
0907 脳動脈硬化（症）
0908 その他の脳血管疾患
0909 動脈硬化（症）
0910 痉挛
0911 低血圧（症）
0912 その他の循環器系の疾患

呼吸器系の疾患

- 1001 急性鼻咽頭炎〔かぜ〕
1002 急性咽頭炎及び急性扁桃炎
1003 その他の急性上気道感染症

呼吸器系の疾患

- 1004 肺炎
1005 急性気管支炎及び急性細気管支炎
1006 アレギー性鼻炎
1007 慢性副鼻腔炎
1008 急性又は慢性と明示されない気管支炎
1009 慢性閉塞性肺疾患
1010 哮息
1011 その他の呼吸器系の疾患

消化器系の疾患

- 1101 食肉炎及び歯周疾患
1102 その他の歯及び指の支特組織の障害
1103 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
1104 胃炎及び十二指腸炎
1105 アルコール性肝疾患
1106 慢性肝炎（アルコール性のものを除く）
1107 肝硬変（アルコール性のものを除く）
1108 その他の肝疾患
1109 胆石症及び胆のう炎
1110 膜疾患
1111 その他の消化器系の疾患

皮膚及び皮下組織の疾患

- 1201 皮膚及び皮下組織の感染症
1202 皮膚炎及び湿疹
1203 その他の皮膚及び皮下組織の疾患

筋骨格系及び結合組織の疾患

- 1301 痛症性多発性関節障害
1302 関節症
1303 脊椎障害
1304 推張板障害
1305 頸腕症候群
1306 腹痛及ひ半背神経痛
1307 その他の脊柱障害
1308 肩の傷害
1309 骨の密度及び構造の障害
1310 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

尿路系の疾患

- 1401 系球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
1402 腎不全
1403 尿路結石症
1404 その他の尿路系の疾患
前立腺肥大（症）
1405 その他の男性性器の疾患
1406 その他の男性性器の疾患
1407 月経障害及び閉経周辺期障害
1408 乳房及びその他女性器の疾患

先天奇形、変形及び染色体異常

- 1701 心臓の先天奇形
1702 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1800 症状、徵候及び異常臨床所見異常検査所見で他に分類されないもの
1901 骨折
1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1903 热傷及び燒食
1904 中毒
1905 その他の損傷及びその他の外因の影響

資料 7

『在宅療養促進のための訪問看護のあり方に関する研究』
分担研究「通常の(老人)訪問看護以外の訪問看護利用に関する調査」

本調査への御協力のお願い

本調査は、(社)全国訪問看護事業協会副会長伊藤雅治が、平成16年度厚生労働科学研究費補助金を受けて、実施しております。

本調査では、全国の訪問看護ステーションにおいて保険制度の枠外で有償(有償訪問看護サービス)にて行われている訪問看護の実態を通して訪問看護需要について再検討し、より適切な制度のあり方について提言することを課題のひとつとしています。その一環で、先般にはアンケートにご協力を頂き、誠にありがとうございました。

本日のインタビューでは、アンケート結果に基づきご回答いただいた内容をさらに詳細にお尋ねするものです。なお、グループインタビューにて、時間は2時間程度を予定しております。

インタビューでお尋ねする具体的な内容は、主に次の6点です

- 1) 貴訪問看護ステーションの利用者様が利用している有償訪問看護サービスメニュー
(例えば、急変時・ターミナル長時間・頻回訪問・看護師2名訪問・試験外泊・退院時訪問・居宅以外・レスパイト・グリーフケア・給付を超えるなど)
- 2) 1)の有償訪問看護サービス利用のきっかけ・経緯
- 3) 1)の有償訪問看護サービスを利用しての利用者の反応(効果等)
- 4) 貴訪問看護ステーションの有償訪問看護サービス提供についての情報提供・PR方法
- 5) 有償訪問看護サービスへのご意見
- 6) その他

インタビューの実施につきまして、以下のことをお約束いたします。

- 1) 事業所および利用者様の個人が特定される形で公表されることはありません。
- 2) 不都合が生じる内容につきましては、お答えいただかなくても結構です。
- 3) 本研究以外の目的で使用されることもありません。
- 4) 都合によりご協力いただけない場合、そのことにより不利益を被ることは一切ありません。

本調査の趣旨をご理解頂きまして、ぜひご協力を賜りますようよろしくお願い申しあげます。

平成16年度厚生労働科学研究
在宅療養推進のための訪問看護のあり方に関する研究
分担研究 通常の(老人)訪問看護以外の訪問看護利用に関する調査
主任研究者 伊藤雅治((社)全国訪問看護事業協会)

<お問い合わせ先>
(社)全国訪問看護事業協会
担当 木全 真理
〒160-002
東京都新宿区新宿1-3-12 壱丁目参番館302
TEL 03-3351-5898
FAX 03-3351-5938

II. 分担研究報告

2. 退院調整看護師養成プログラム 作成に関する研究

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

「退院調整看護師養成プログラム作成」

分担研究者	篠田 道子	日本福祉大学 社会福祉学部 助教授
研究協力者	上野 桂子	社団法人 全国訪問看護事業協会 常務理事
研究協力者	山田 雅子	セコメディック病院看護部 部長
研究協力者	堀越 由紀子	田園調布学園大学 人間福祉学部 助教授
研究協力者	宇都宮 宏子	京都大学医学部付属病院 地域ネットワーク医療部 看護師長

研究要旨

本研究の目的は、入院中の患者が在宅に移行しても必要な看護が継続して提供されるよう、総合的な支援機能を持つ「退院調整看護師」養成のための基準化したプログラムを作成し、退院調整看護師の養成と配置を促進することである。看護師4名+ソーシャルワーカー1名で構成する委員会を立ち上げて議論を重ねた。退院調整はケアマネジメントの方法論を適用したものであり、ケアマネジメントの技法を本研究の概念枠組みとした。

プログラムでは、看護師が行う退院調整の特徴、機能と役割、病院の訪問看護師と在宅における訪問看護師との連携（看看連携）の効果を強調し、基本的事例をもちいて退院調整の実際（アセスメント～退院支援計画作成～カンファレンス～モニタリング・評価）のプロセスを丁寧に展開し、さらには病院内での連携システム作りについても学ぶ。プログラムの設定期間は、講義+演習が4日間、臨床実習を10日間程度とし、実習後にフォローアップ研修を1日設定した。

研究方法は、退院調整看護師養成プログラム作成委員会（看護師4名、ソーシャルワーカー1名で構成）を立ち上げた。（平成16年10月～平成17年3月までの計4回開催）①文献検討、②重要用語の定義、③退院調整に関わる現状と課題の整理、④退院調整看護師養成プログラム全体の枠組み・内容を構築、⑤プログラムの内容精選、の5つの内容を検討した。各委員がプログラムの概念枠組みを理解したうえで、課題を分担し、それぞれが検討したものを月1回の委員会で議論し、内容を精選した。退院調整はケアマネジメントの方法論を適用したものであり、ケアマネジメントの概念や技法を学ぶことで、適切な退院調整が実践できるとし、本研究の概念枠組みとした。また、ケアマネジメントや退院調整は、知識に基づいた実践であり、患者・家族が安心して退院できるよう総合的な支援機能を発揮することが求められることから、講義だけでなく、演習と実習を強化した。特に演習では基本事例をもちいて丁寧に退院調整を展開すること、実習は10日間設定して1～2事例の退院調整を実践し、さらにはフォローアップ研修で評価するなど、重層的なプログラムを作成した。

基準化されたプログラムが作成されたことで、現在独自のプログラムで開催している日本看護協会や都道府県看護協会などの研修事業等で広く活用されることが期待でき、退院調整看護師のレベルアップに貢献できる。さらなる普及を目指すために本プログラムにそったマニュアルやクリニカルパスなどとの連動を検討することについて今後の課題とした。

基準化されたプログラムが作成されたことで、現在独自のプログラムで開催している日本看護協会や都道府県看護協会などの研修事業等で広く活用されることが期待でき、退院調整看護師のレベルアップに貢献できる。また、2004年4月に新設された「亜急性期入院医療管理料」の在宅復帰支援担当者を看護師が担うことが期待されるだけでなく、療養病棟や介護老人保健施設など、長期療養施設における退院・退所調整者の育成にも拡大することできる。このことは、重度重複障害者や医療依存度が高く、退院・退所困難となっている患者や家族が、安心して在宅療養へ移行する支援体制を構築する第一歩である。

目次

A. 研究目的	81
B. 研究方法	81
C. 研究結果	83
D. 考察	84
E. 結論	84
I. 退院調整看護師の状況とプログラム作成の概要	85
1. 退院調整の動向	85
2. 退院調整とは～退院調整をめぐる用語の整理～	85
3. 退院調整看護師の状況	86
4. 退院調整看護師が求められる背景	86
5. 退院調整看護師養成プログラムに求められる内容	87
6. 退院調整看護師養成プログラムの概要	88
6-1: 退院調整看護師養成プログラム	88
6-2: 退院調整看護師養成プログラムのタイムテーブル	93
II. 退院調整看護師要請プログラム作成結果	94
1. プログラム第1日目：退院調整の意義・目的・プロセス・社会資源の活用方法	94
2. プログラム第2日目：看護師が行う退院調整の特徴・機能と役割・看看連携の効果	97
3. プログラム第3日目：看護師が行う退院調整の実際	101
4. プログラム第4日目：退院調整における病院内連携システムの構築、実習オリエンテーション	116
5. 臨床実習	118
6. フォローアップ研修	119
F. 健康危険情報	120
G. 研究発表	120
H. 知的財産権の出願・登録状況	120
資料	
資料1 退院調整に関する用語の定義	123
資料2 退院調整アセスメント表	129
資料3 退院支援計画書	133
資料4 退院調整実習記録	137

A. 研究目的

本研究の目的は、入院中の患者が在宅に移行しても必要な看護が継続して提供されるよう、総合的な支援機能を持つ「退院調整看護師」養成のための基準化したプログラムを作成し、退院調整看護師の養成と配置を促進することである。

在院日数の短縮化に伴い、在宅で療養する高齢・重症・医療依存度の高い患者が増加している。一方、在宅へ移行した患者が訪問看護を活用できない要因には、入院中から退院後の療養生活を視野に入れた総合的支援体制の不足がある。この対策として、退院調整看護師を養成し、配置を促進していく必要があるが、現状では全国レベルで基準化された養成プログラムは存在せず、講習会や研修会で主催者独自のプログラムによって実施されている。また、各医療機関の裁量でその配置を決めているに過ぎず、その質も保障されていない。

退院調整の関連事項として、平成16年度に「亜急性期入院医療管理料」が診療報酬上で特定入院料の新設項目に設定された。これを届出するための施設基準の一つには「在宅復帰支援担当者を専任で1人以上を配置すること」が明示されており、この在宅復帰支援担当者を看護師が担うことの期待は大きく、さらに一般病床や療養病床においての活躍の拡大も期待されているところである。

以上のことから、在宅への移行を円滑に支援する「退院調整看護師」を医療機関に配置促進するために基準化した養成プログラムを作成し、養成課程のシステムを構築することができる。

B. 研究方法

1) 文献検討

わが国における「退院調整」「退院計画」「退院支援」をキーワードにして、退院調整者養成プログラムや関連した文献を検索したが、退院支援や退院計画の実践例は数多く報告されていたが、退院調整者養成やプログラム開発についての文献は見当たらなかった。日本看護協会や一部の都道府県看護協会が独自のプログラムで研修を実施していたが、いずれも1～2日間という短い期間で実施されているため、体系的な内容ではなかった。

また、諸外国でも退院計画のプログラム評価、費用対効果、実態調査などの文献は数多くあったが、養成プログラムについての報告はなかった。

2) 重要用語の定義

委員会では最初に「退院調整」「退院調整看護師」等の重要用語（キーワード）の定義を行った。「退院計画」「退院支援」「退院指導」「退院援助」など類似語が多く使われているが、これらの違いについてはあまり意識して使い分けていないことから、議論を効果的に進めるために一つひとつ丁寧に定義をした。

3)退院調整に関わる現状と課題

退院調整に関する現状を各委員から自由に意見を述べてもらい、課題を整理した。①退院調整のための専任看護師が配置されていない、②病院全体で退院調整を取組むことが困難である、③退院調整看護師は臨床とは異なる機能と役割が必要である、④ケアマネジメントの技法が身についていない、⑤社会保障制度全体に関する知識が不足している、⑥退院後の在宅生活のイメージができない、⑦他機関の他職種とのネットワークが持てない、等が挙げられた。

4)退院調整看護師養成プログラム全体の枠組み・内容の構築

現状と課題を整理したうえで、退院調整看護師に求められる機能と役割を整理し、プログラム全体の枠組みを議論した。退院調整はケアマネジメントの方法論を適用したものであるという認識にたって、基本的な枠組みはケアマネジメントの技法にそって展開するものとした。

時間数は、講義＋演習を4日間、実習を10日間程度、さらに実習後のフォローアップ研修を1日行い、実践を振り返って、学びと課題を明確にすることとした。

さらに、退院調整看護師養成プログラムに必要な内容を次のように整理した。①退院調整とケアマネジメント、②退院調整に必要な社会資源、③退院調整の病院内システム化、④退院調整における事例展開（ケアマネジメント技法）、⑤退院調整の評価。

5)プログラムの内容の精選

プログラムの詳細内容については、委員会で役割分担し、それぞれが原案を作成し、月1回の委員会での議論を繰り返し、内容を精選した。

6)研究実施体制

平成16年9月に退院調整看護師養成プログラム委員会を立ち上げた。構成メンバーは、看護師4名＋ソーシャルワーカー1名である。委員会では概念枠組みや用語の定義を共有化した。その後担当を決め、各自が検討したものを月1回持ち寄り、議論を重ねた。

委員の担当は以下の通りである。

- ・全体統括：篠田道子（日本福祉大学社会福祉学部 助教授、看護師）
- ・プログラム第1日目：堀越由紀子（田園調布学園大学 助教授、ソーシャルワーカー）
- ・プログラム第2日目：篠田道子
- ・プログラム第3日目（基本事例）：篠田道子
- ・プログラム第3日目（事例と実習オリエンテーション）：宇都宮宏子（京都大学医学部付属病院・地域ネットワーク医療部看護師長、看護師）
- ・プログラム第4日目：宇都宮宏子
- ・臨床実習：山田雅子（セコメディック病院 看護部長、看護師）
- ・フォローアップ研修：山田雅子
- ・オブザーバー：上野桂子（社団法人全国訪問看護事業協会 常務理事、看護師）

C. 研究結果

退院調整看護師養成プログラムに求められる内容を踏まえ、次のように作成した。

1) プログラム第1日目:退院調整の意義・目的・プロセス・社会資源の活用方法

ケアマネジメントと退院調整の関係性を整理するとともに、退院調整の意義、目的、プロセスを理解し、退院調整に必要な社会資源の概要を学ぶ

- ①ケアマネジメントとは～退院調整との関連～
- ②退院調整のプロセス
- ③社会資源とは何か
- ④社会資源の実際

2) プログラム第2日目:看護師が行う退院調整の特徴・機能と役割・看看連携の効果

退院調整の効果、看護師が行う退院調整や看看連携のメリットについて、演習を通して理解し、退院調整看護師の役割と機能を理解する。

- ①退院調整が求められる背景
- ②病院全体としての退院調整
- ③看護師が行う退院調整の特徴と看看連携の効果
- ④退院調整に必要な訪問看護の知識
- ⑤在宅医療と退院調整
- ⑥退院調整看護師の機能と役割

3) プログラム第3日目:看護師が行う退院調整の実際

基本事例用いて退院調整のプロセスを展開するとともに、多様なニーズを持つ退院調整のポイントを理解する。

- ①基本事例による退院調整のプロセスの展開
- ②神経難病、終末期、小児における退院調整の実際

4) プログラム第4日目:退院調整における病院内連携システムの構築、実習オリエンテーション

退院調整が展開できる病院内システムを検討するとともに、訪問看護師との連携のあり方を整理する。さらに、臨床実習オリエンテーションを受け、実習の準備を行う。

- ①退院調整の現状と課題
- ②退院調整看護師の配置・業務の検討

5) 臨床実習:

臨床実習において退院調整プロセスを展開することで、退院調整看護師の役割を明確にし、今後の課題を明らかにする。実習期間は10日程度である。

6) フォローアップ研修:

退院調整看護師として役割を発揮した事例を通して、体験を振り返り、今後の技術向上に対する課題を明らかにする。

D. 考察

本研究の目的は、退院調整看護師養成のための基準化したプログラムを作成することである。退院調整はケアマネジメントの方法論を適用したものであり、ケアマネジメントの概念や技法を学ぶことで、適切な退院調整が実践できるとし、本研究の概念枠組みとした。したがって、特定機能病院や一般病院だけなく、回復期リハビリテーション病棟や療養病棟、さらには介護老人保健施設など介護保険施設における退院・退所調整者にも適用が可能である。また、臨床実習を組み入れて、知識と技術を実践の場で展開し、さらにフォローアップ研修で評価するという重層的なプログラムである。ケアマネジメントや退院調整に必要な知識・技術は多岐にわたり、看護基礎教育では習得できないレベルであり、現任教育等で継続的に行われる必要がある。本研究で作成されたプログラムが広く活用されることを期待する。

退院調整看護師養成プログラムに関する研究は、国内外でもされていないため、本研究で得られた知見は意義深い。ただし、本研究は、プログラムの概要と主な内容を提示するのが目的であり、広く普及させるためには、本プログラムにそったマニュアルやクリニカルパスなど教材開発が必要であり、今後の課題としたい。

また、本プログラムによって養成された退院調整看護師がどのような退院調整を行うのか、期待通りの効果を達成しているのかどうかを評価する効果測定（効果評価）も今後の検討である。具体的には、在院日数の適性化、患者・家族の満足度、退院後のニーズの充足度、1ヶ月以内の同一病名による再入院率の減少、逆紹介率や紹介率の向上などが挙げられる。

E. 結論

- ①退院調整看護師養成プログラムはケアマネジメントの方法論を適用した。したがって、本プログラムは特定機能病院や一般病院だけでなく、回復期リハビリテーション病棟や療養病棟などの退院・退所調整者にも適用可能である。
- ②プログラムの日数は、講義+演習を4日間、実習を10日程度とし、実習後にフォローアップ研修を1日設定した。
- ③退院調整看護師養成プログラムに必要な内容、退院調整看護師に求められる機能と役割を明確にした。また、各プログラムには、学習目標、講義演習の具体的展開方法、教材、時間を明示した。

I . 退院調整看護師の状況とプログラム作成の概要

1. 退院調整の動向

第4次医療法改正により、病院の機能分化が促進され、自院の役割や機能に見合った医療を提供し、退院に際しては地域連携を伴った在宅支援を行い、必要に応じて後方支援病院や介護保険施設等へ責任を持ってつなげるという、地域完結型医療にシフトされるようになった。また、診療報酬改定では、急性期(特定)入院加算やDPC(Diagnosis Procedure Combination: 診断群分類)が導入され、さらなる在院日数短縮化が求められていること、2002年の改定では、治療の必要性が低い患者は、入院期間が180日を超えると、入院基本料にあたる部分が特定療養化されるなど、ますます安心して満足してもらえる退院調整が求められている。

退院調整の目的は、患者・家族が退院後もより自立した自分らしい「生活の継続」を支援するものであるとともに、病院が社会資源の一つであるという役割を果たすものもある。病院は患者を入院させたならば、責任を持って退院調整を行い、地域の社会資源につなげる役割を担っており、それらは診療報酬で手厚く評価されている。

2. 退院調整とは～退院調整をめぐる用語の整理～

退院計画(Discharge Planning)とは、アメリカ病院協会の退院計画ガイドライン(1984年)によれば、「患者とその家族が退院後の適切なケアプランをつくるのを助けるために利用可能でなくてはならない、部門を越えた病院全体のプロセス」¹⁾と定義されている。また、手島(1996年)によれば「個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保して、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するよう病院内においてシステム化された活動・プログラム」²⁾とされている。

わが国では、退院計画、退院調整、退院支援、退院援助など複数の用語を使用しているが、本研究では「退院調整」という用語を用いる。その理由は、①これまでの医療行政では「退院調整」を使用しており、継続性を鑑みたこと、②「退院援助」の「援助」はやや上下関係が存在し、対等な関係ではないこと、③「退院指導」は、専門職による食事、服薬、運動、日常生活の過ごし方など教育指導であり、必ずしも組織的に行われるものではなく、他機関との連携は弱く、社会資源の活用までには至っていないこと。

以上のことから、本研究では退院調整、退院調整看護師など主たる用語を次のように定義する。なお、用語解説の詳細については、資料1を参照されたい。

●退院調整：患者・家族の主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育指導を提供したり、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化された活動・プログラムである

1)P. J. Volland (ed.) : Discharge Planning, National Health publishing.
15 - 18, 1988.

2)手島陸久, 退院計画研究会編集：退院計画～病院と地域を結ぶ新しいシステム～. 中央法規出版, P10, 1996.

●**退院調整看護師**：退院調整を行う看護師の総称。地域医療連携室など専門の退院調整部署に配属されている専任看護師だけでなく、病棟で看護業務を兼務している看護師も含む。

●**退院支援計画**：退院調整が必要な患者に対し作成される計画。患者・家族の意向を尊重し、カンファレンスで合意を得て交付される。

3. 退院調整看護師の状況

永田らは、全国の医療機関（100床以上）における退院支援の現状に関する調査結果を報告している³⁾。その中で、退院・転院がスムーズに運ばないことがあると回答した病院は96.6%あり、80%以上の病院で何らかの退院支援が行われていた。しかし、退院支援部署を設置している病院は29.4%と低い。病院組織内の位置づけは事務部や看護部が多く、部署の責任者はMSW（医療ソーシャルワーカー）、看護師、医師などであり、専門スタッフの配置ではMSWが一番多く、次いで看護師、事務職員、医師である。

また、日本看護協会が実施した「2003年病院における看護実態調査」では、退院調整を行う専門部署を設置している病院は34.0%で、永田らの研究とはほぼ同じ結果である。さらに、専任の看護師を配置している病院は8.2%、兼任の担当看護師を配置している病院は25.2%である。

看護師が行う退院調整の特徴は、①医学的ニーズのある患者の退院後の生活を見据えた退院支援計画の作成が可能、②生活習慣病の予防から在宅医療、終末期ケアまで幅広い退院調整が可能、③訪問看護、外来看護、保健センターなど看看連携による継続看護が可能、④在宅医療が必要な場合、モノ（器具や材料）、人、お金、情報の調整が可能、⑤医師や他職種とともに教育指導内容を作成して調整できる、等がある。医学的ニーズのある患者・家族が安心して住みなれた地域で生活を継続するためには、退院調整看護師による退院調整が効果的である。

4. 退院調整看護師が求められる背景

医療法改正による医療機関の機能分化の促進や、在院日数の短縮化に伴って医療依存度の高い在宅療養患者が増加しているが、その受け皿である訪問看護の利用は伸び悩んでいる。また、介護保険制度の理念は、病気や障害があっても住みなれた地域での「生活の継続」であるが、それとは逆に施設入所を希望している患者・家族が増加している。このような現象は様々な原因によって引き起こされているが、原因の一つとして、病院から地域への連携が円滑にされていない現状がある。

このような現状を改善し、入院したならば責任を持って退院調整を行う役割が病院には求められている。2004年4月に導入された「亜急性期入院医療管理料」は、施設基準の一つに専任の在宅復帰支援担当者を配置し、組織的かつ専門的な退院調整を評価したもので

3)永田智子他：退院支援の現状に関する全国調査～病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて～. 病院管理, 41(4), P73-81, 2004.

あり、この在宅復帰支援担当者を看護師が担うことの期待は大きい。効果が認められれば、一般病床や療養病床での配置も期待されている。

以上のことから、在宅への移行を円滑に支援する退院調整看護師を医療機関に配置促進するために、基準化した養成プログラムを作成し、養成課程のシステムを構築することが求められている。

5. 退院調整看護師養成プログラムに求められる内容

このように、わが国では退院調整看護師が求められる背景がすでに存在し、これに応えるためには、退院調整看護師の養成が必要である。しかし、現在退院調整看護師養成プログラムとして基準化されたものではなく、日本看護協会や都道府県看護協会などが主催する講習会や研修会など、主催者独自のプログラムによって実施されている。

退院調整看護師は、入院中から退院後の療養生活を視野に入れた総合的支援体制を院内だけでなく、地域の関係機関と連携して社会資源のネットワーク形成をするなど、幅広い知識と技術が必要である。質の高い退院調整看護師を養成するためには、体系化された養成プログラムの作成が必要不可欠である。そこで、退院調整看護師養成プログラムに求められる内容として、以下のように整理した。

(1) 退院調整とケアマネジメント

- ①ケアマネジメントの概念、目的、過程の理解
- ②退院調整プロセスとケアマネジメント
- ③退院調整看護師の役割と機能

(2) 退院調整に必要な社会資源等関連知識

- ①介護保険法や公費負担医療制度など主な社会保障制度の概要
- ②社会資源活用方法
- ③在宅医療、訪問看護制度の知識と活用方法

(3) 退院調整のシステム化

- ①病院組織としての退院調整
- ②看看連携と退院調整
- ③地域ネットワーク形成と退院調整

(4) 事例展開：退院調整におけるケアマネジメント技法

- ①退院調整過程に則した基本事例の展開
- ②神経難病、小児、終末期における退院調整のポイント

(5) フォローアップ研修による退院調整の評価

- ①評価の視点に基づいた退院調整の評価
- ②退院調整の課題の整理

6. 退院調整看護師養成プログラムの概要

以上のこととふまえて、以下のように退院調整看護師養成プログラムを作成した。期間は「講義+演習」を4日間、「実習」を10日間程度とし、実習後のフォローアップ研修を1日計画した。6-1にプログラム概要、6-2にプログラムのタイムテーブルの例を示す。

6-1. 退院調整看護師養成プログラム

【第1日目】

- 目標：ケアマネジメントと退院調整の関係性を整理するとともに、退院調整の意義、目的、プロセスを理解し、退院調整に必要な社会資源の概要を学ぶ

項目	目的	主な内容	時間
1 ケアマネジメントとは～退院調整との関連～	ケアマネジメントとは何かを理解し、退院調整との関連を理解する	退院調整はケアマネジメントの方法論を適用したものであることを念頭に、ケアマネジメントの概念、過程、役割、技能を理解する。さらに地域におけるケアマネジメントとの連動を理解する。	講義 1時間
2 退院調整のプロセス	退院調整の各プロセスのポイントを理解する	退院調整の各プロセスと支援のポイントを理解する。 ①対象者の選定／特定、②ニーズのアセスメント、③退院支援計画作りと患者・家族の合意形成、④サービスの調整、⑤モニタリングとフォローアップ、⑥事後評価	講義 1時間 30分
3 社会資源とは何か	社会資源の定義、種類、活用方法、留意点を理解する	社会資源の定義、種類(フォーマルサービスとインフォーマルサービス)の整理、対応するニーズと供給源ごとの整理、環境との関係、活用方法、留意点について理解する。また、医療ソーシャルワーカーとの協働についても整理する	講義 1時間
4 社会資源の実際	退院調整において重要な社会資源について、実態を理解する	①社会保障制度の概要 ②介護保険制度の体系とサービスの種類 ③関連法規の理解(身体障害者福祉法や生活保護法など) ④難病者に対する支援体制 ⑤児童福祉法と障害を持つ児童への支援体制 ⑥NPOやボランティアなどインフォーマルサービスの理解	講義 2時間

【第2日目】

- 目標：退院調整の効果、看護師が行う退院調整や看護連携のメリットについて、演習を通して理解し、退院調整看護師の役割と機能を整理する。

項目	目的	主な内容	時間
1 退院調整が求められる背景	退院調整が求められる背景を複眼的に整理する	平均在院日数の短縮化や適正化、診療報酬上の評価、在宅医療の推進、社会資源の活性化などを複眼的に理解する。	講義 30分
2 病院全体としての退院調整	病院全体で取組む退院調整の効果・メリットを理解する	他職種によるチームケアの促進、地域完結型医療への転換、患者・家族の満足度の向上などを理解する。	講義 30分
3 看護師が行う退院調整の特徴と看護連携の効果	医学的ニーズのある患者の退院調整を看護師が行う効果を看護連携の視点から理解する	予防から在宅医療、終末期ケアまで幅広い対象者の退院調整が可能。訪問看護師や外来との連携により継続看護が可能など、看護師が行う退院調整の効果を看護連携の視点で整理	講義 30分
4 退院調整に必要な訪問看護の知識	退院調整に必要な訪問看護の概要を学び、事例検討を通して訪問看護の理解と活用方法を知る	訪問看護制度の種類、概要、対象者、法的根拠、サービス内容、費用など基本的な知識を習得する。訪問看護活用事例を通して活用のポイント、効果などを理解する	講義 + 演習 2時間
5 在宅医療と退院調整	主な在宅医療の概要を学び、導入方法、教育・指導内容、連携について、事例を通して理解する	主な在宅医療の概要、導入までのプロセス、教育・指導内容について習得する。さらに事例を通して在宅医療の実際と連携方法を理解する	講義 1時間
6 退院調整看護師の機能と役割	退院調整の目的を理解し、個々の患者・家族に最適な退院調整を提供するための退院調整看護師の機能と役割を理解する	① スクリーニング機能 ② コミュニケーション機能 ③ アセスメント・退院支援計画作成機能 ④ 教育機能 ⑤ 調整機能 ⑥ エンパワメント機能 ⑦ 社会資源の情報収集・活用機能 ⑧ 評価機能	講義 1.5時間

【第3日目】

●目標1：基本事例を用いて退院調整のプロセス(アセスメント～退院支援計画作成～カンファレンス～モニタリング・評価)を展開する

●目標2：多様なニーズを持つ退院調整のポイントを理解する。

項目	目的	主な内容	時間
1	基本事例による退院調整のプロセスの展開	①典型的なニーズを持つ患者・家族への退院調整のプロセスを学ぶ。 ②アセスメント～退院支援計画の思考過程を学ぶ ③患者・家族の意向や望む生活を尊重しつつ、自立支援を目指した退院調整を行う ④社会資源の活用方法と留意事項を学ぶ ⑤模擬カンファレンスなどを通じて、退院調整におけるチームアプローチの手法を学ぶ。 ⑥モニタリングと評価の視点を理解する。	演習 3時間
2	神経難病の退院調整の実際	①病状進行に伴う生活障害を予測した在宅ケアの調整 ②医学的管理と生活支援のあり方を学ぶ	演習 3時間
3	終末期における退院調整の実際	①終末期ケアの在宅支援を学ぶ ②疼痛緩和など医学的管理のマネジメントや緩和ケアについて学ぶ ③在宅医療導入の過程を学ぶ ④患者・家族が希望する看取りを支援する	演習 3時間
4	小児における退院調整の実際	①小児の退院支援の特徴を理解する ②小児の退院支援に必要な社会資源を学ぶ	演習 3時間

※2～4については、1事例選択する。その後グループワークで意見交換し、共通理解する。

【第4日目】

●目標1：退院調整が展開できる病院内の連携システムを検討するとともに、訪問看護師との連携のあり方を整理する。

●目標2：臨床実習のオリエンテーションを受け、実習の準備を行う

項目	目的	主な内容	時間
1 退院調整の現状と課題	自院における退院調整の現状と課題を整理し、訪問看護師との効果的な連携を構築するためのアクションプランを作成する	①自院の退院調整における現状と課題を整理する(事前学習) ②グループワークにより情報交換し、退院調整の課題、訪問看護師との連携方法を整理する ③効果的な退院調整の院内連携システム作りのアクションプランを立てる	演習 3時間
2 退院調整看護師の配置・業務の検討	退院調整看護師の配置と業務内容について検討する	①退院調整看護師を専門部署に専任で配置する場合:業務の流れ、内容、連携方法 ②退院調整看護師が病棟看護師を兼務する場合:業務の流れ、内容、連携方法	演習 2時間
3 臨床実習オリエンテーション	臨床実習における目的・方法・内容・記録について理解する	①臨床実習の目的・方法・内容について理解する。 ②臨床実習における記録物の種類と記載方法について理解する	講義 1時間

【臨床実習】

●目標：退院調整プロセスを経験することによって、退院調整看護師の役割を明確にし、今後の課題を明らかにする。

●方法：

- ①一般病棟または回復期リハビリテーション病棟において、10日間程度の臨床実習を行う。自分が勤務している病院でも可能である。
- ②1～2名の患者を受持ち、退院調整プロセスを展開する
- ③退院調整を受けた患者・家族・管理者から評価を受ける

【フォローアップ研修】

●目標：退院調整看護師として役割を發揮した事例を通して、体験を振り返り、今後の技術向上に対する課題を明確にする

項目	目的	主な内容	時間
1 退院調整の現状報告と事例検討	グループ討論により、退院調整の現状を報告するとともに、事例検討を通して退院調整を振り返る	①施設別グループによる、退院調整の現状報告と情報交換 ②グループ内で1事例選択し、「演習記録」にそって検討する ③グループ別に配置されたファシリテーターの助言を受けながら、議論を進めていく。	演習 2時間
2 退院調整の課題	事例検討を通して、病院内の連携システムや社会資源活用に対する課題を明らかにする	①退院調整を推進していくうえでの、病院内の連携システムの課題 ②退院調整を推進していくうえでの、社会資源活用に関する問題 ③グループ別に配置されたファシリテーターの助言を受けながら、議論を進めていく	演習 2時間
3 退院調整のまとめ	退院調整の現状と課題を整理し、総括する	①グループによる発表を聞くことで、現状と課題を共有化する。 ②ファシリテーターによる助言を受けながら、退院調整の現状と課題を整理する	演習 2時間

6-2:退院調整看護師養成プログラムのタイムテーブル

日 程	プロ グ ラ ム 内 容	標準目安時間	備 考
第1日目	開講 1. ケアマネジメントとは～退院調整との関連～ 2. 退院調整のプロセス 3. 社会資源とは何か 4. 社会資源の実際	講義 1 時間 講義1時間 30 分 講義1時間 講義 2 時間	
第2日目	1. 退院調整が求められる背景 2. 病院全体としての退院調整 3. 看護師が行う退院調整の特徴 4. 退院調整に必要な訪問看護の知識 5. 在宅医療と退院調整 6. 退院調整看護師の機能と役割	講義 30 分 講義 30 分 講義 30 分 講義+演習2時間 講義1時間 講義1時間 30 分	事例を用いて訪問看護との連携を学ぶ
第3日目	1. 基本事例による退院調整のプロセスの理解 1-1:アセスメント 1-2:退院支援計画作成 1-3:カンファレンス 1-4:モニタリング・評価 2. 特別なニーズを持つ事例の退院調整 2-1:神経難病 2-2:小児 2-3:終末期 2-4:事例検討の発表	演習:3時間 演習:3時間 発表:1時間	基本事例は統一事例を用いて全員が展開する。演習の形態は個人またはグループ 特別なニーズを持つ事例を一つ選択して、退院調整のポイントを理解。演習の形態はグループ
第4日目	1. 退院調整のシステム構築 1-1:病院内の連携システムの課題 1-2:システムの構築へのアクションプラン 2. 退院調整看護師の配置・業務の検討 2-1:専門部署に専任で配属する場合 2-2:病棟看護師と兼務する場合 3. 臨床実習オリエンテーション	演習:3時間 演習:2時間 講義:1時間	病院内の連携システムの課題については、研修前に調査表を用いて調査をしておく
臨床実習	臨床実習 病院において10日程度の実習を行う 事例を用いて退院調整のプロセスを展開する	10日間程度	特定機能病院、一般病院、回復期リハ病棟などで実習する
フォローアップ研修	1. 退院調整の現状報告と事例検討 1-1:退院調整の現状報告 1-2:退院調整の事例検討 2. 退院調整の課題 2-1:病院内システムの課題 2-2:社会資源活用の課題 3. 退院調整のまとめ	演習:2時間 演習:2時間 演習:2時間	グループ演習による実習報告および事例検討をファシリティターの助言を受けながら進める

II . 退院調整看護師養成プログラム作成結果

1. プログラム第1日目:退院調整の意義、目的、プロセス、社会資源の活用方法

1) 講義の目標

- ①ケアマネジメントの概念、目的、プロセスについて理解する。
- ②退院調整とケアマネジメントの関係性について理解する。
- ③退院調整の意義、目的、プロセスを理解する。
- ④社会資源の定義、種類、活用のポイントについて整理する。
- ⑤社会資源の情報収集と整理、および医療ソーシャルワーカーとの協働方法について検討する。
- ⑥退院調整に必要な社会資源について、サービス内容や提供方法について理解する。

2) 講義の概要と進め方

項目	目的	内容	形態 時間
1. ケアマネジメントとはー退院調整との関連で	ケアマネジメントとは何かを理解し、退院調整との関連を理解する。	<p>① 退院調整は、ケアマネジメントの方法論を適用したものであることを念頭に、ケアマネジメントの概念について学習する。ケアマネジメントが「人々のニーズの充足を目的に、最も効果的かつ効率的に人々と資源を結び付ける」手法として解説するとともに、その際のニーズとは医学的・看護ケア・リハビリテーションといった領域から心理的・社会的・環境的な領域まで包括的にとらえる必要があることを理解する。</p> <p>② ケアマネジメントの過程、すなわち(1)ケアマネジメント実施に関する情報の利用者等への提供、(2)受理：ニーズに関する情報収集と整理およびアセスメントレベルの決定、(3)ニーズのアセスメント、(4)支援計画づくり、(5)支援計画の提供・実施、(6)モニタリングまでの展開を理解する。また、これらの展開過程は利用者の参加と共同作業を前提に進められることを確認する。</p> <p>③ ケアマネジメント担当者（退院調整担当者）の役割、技能を理解する。病院内の作業過程である退院調整がケアマネジメントの過程に適合すること、そして地域におけるケアマネジメントに連動していくことを理解する。</p>	講義 60分
2. 退院調整のプロセスー「退院計画プログラム」について	退院計画プログラムを実施するための前提、一般的な展開のプロセス、各過程のポイントを理解する。	<p>① 退院計画プログラムが重要視されてきた背景をケアマネジメントの場合と関連づけながら理解し、意義を確認する。</p> <p>② 退院計画プログラムの定義を確認し、ケアマネジメントとの関連で概要を理解する。</p> <p>③ 退院計画プログラムの展開過程を理解する。すなわち、(1)退院調整実施に関する周知、(2)対象となる患者の選定／特定（選定のための調査等活動も含む）、(3)患者の退院後に想定される状況の理解とニーズのアセスメント、(4)ニーズ充足のための退院支援計画づくりと患者・家族との合意形成、(5)計画のためのサービス手配・調整と計画実施、(6)モニタリングとフォローアップ、(7)事後の評価までの過程を理解する。</p> <p>④ 退院計画プログラムが実施されるための諸条件を確認し、前提として、利用者である患者およびその家族の参画と共同作業の確立、組織における退院支援の重要性の理解促進、医師や関係職種の参画と職種間協働体制の重要性、地域における関係機関とのネットワークの重要性などに触れる。</p>	講義 90分

3. 社会資源とは何か	社会資源とは何か、また活用の留意点を理解する。	<p>① 社会資源とは何か、フォーマルおよびインフォーマルの整理、対応するニーズと供給源ごとの整理、環境の中に資源を見出す視点について理解する。</p> <p>② 社会資源の活用について、ケアマネジメントの過程に沿って理解する。</p> <p>③ 社会資源活用の支援における留意点、とりわけ患者や家族の自助能力の尊重、意思の尊重とインフォームド・チョイス、合意形成と契約的重要性などを理解する。退院計画プログラムにおける社会資源の活用について、想定される資源情報の収集と整理、医療ソーシャルワーカーとの協働方法について理解する。</p>	講義 60分
4. 社会資源の実際	退院調整において重要な社会資源について、実態を理解する。	<p>① フォーマルな社会資源として、社会保障制度体系全体を理解する。社会保険制度、社会福祉制度の種別、各制度の目的と対象となる人あるいは状況、各制度にかかる公私／官民のセクターを含む実施機関・職種などを確認する。</p> <p>② 介護保険制度の体系とサービスの種類を理解する。</p> <p>③ 身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神障害者保健福祉法、障害基本法をふまえ、身体／知的障害児者、精神障害者に対する支援費制度について理解する。</p> <p>④ 生活保護法の体系と法に基づく支援内容について理解する。</p> <p>⑤ 難病者に対する支援制度について理解する。</p> <p>⑥ 児童福祉法をふまえ、疾病／障害をもつ児童に対する支援制度について理解する。</p> <p>⑦ 在宅ケアに関連するNPO、ボランティア、セルフヘルプグループなどを理解する。</p>	講義 120分

2. プログラム第2日目：看護師が行う退院調整の特徴・機能と役割・看看連携の効果

1) 講義の目標

- ①退院調整が求められる背景を複眼的に整理する。
- ②病院全体で取組む退院調整の意義と退院調整看護師の配置の必要性を理解する。
- ③看護師が行う退院調整の特徴、看看連携の効果について理解する。
- ④訪問看護制度や在宅医療に関する基礎知識を理解し、具体的な連携方法について理解する。
- ⑤退院調整看護師に求められる役割と機能を理解する。

2) 講義の概要と進め方

項目	目的	内容	形態 時間
1. 退院調整が求められる背景	退院調整が求められる背景を複眼的に整理する。	①平均在院日数の短縮化や適正化 ②亜急性期入院医療管理料など診療報酬上の評価 ③在宅医療の推進 ④地域社会資源の活性化⇒地域完結型医療へ ⑤医療機関の機能分化と医療費の適正配分 ⑥再入院の回避や社会的入院の解消	講義 30分
2. 病院全体としての退院調整	病院全体で取組む退院調整の効果・メリットを理解する	①他職種によるチームケアの促進 ②安心できる退院は病院の責務 ③医療・看護の継続 ④自己完結型医療から地域完結型医療へ⇒地域貢献 ⑤収益向上（入院・外来単価のアップ） ⑥患者・家族の不安軽減と満足度の向上	講義 30分
3. 看護師が行う退院調整の特徴	医学的ニーズのある患者の退院調整を、看護師が行うことの利点を看看連携の視点から理解する	①医学的ニーズのある患者の、退院後の生活を見据えたアセスメントや退院支援計画の作成が可能 ②介護予防、生活習慣病のフォローアップ、在宅医療や終末期ケアまで幅広い退院調整が可能 ③医師、PT、OT等とともに教育指導内容を作成し、調整ができる ④訪問看護師や保健師との看看連携によって、退院後の継続看護が可能 ⑤在宅医療が必要な場合、モノ（器具や材料）、人、お金、情報の調整が可能	講義 30分
4. 退院調整に必要な訪問看護の知識	退院調整に必要な訪問看護制度の概要を学び、訪問看護の活用や連携について事例を通して理解する	①訪問看護制度の概要を理解する（種類・法的根拠・役割・対象者・サービス内容・回数・費用） ②訪問看護ステーションが行う訪問看護 - 訪問看護ステーションとは - 依頼からサービス提供までの仕組み - 訪問看護ステーションとの連携のポイント ③訪問看護ステーションとの連携の実際 例）特定機能病院：医学的管理が必要な事例 例）回復期リハビリ：継続リハビリが必要な事例 例）一般病院：終末期ケアが必要な事例	講義 + 演習 2時間

5. 在宅医療の導入と退院調整	主な在宅医療の概要を学び、導入方法、教育・指導内容、連携について事例を通して理解する	<p>①主な在宅医療の概要：在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養法、胃瘻、人工呼吸、疼痛管理など</p> <p>②在宅医療導入までのプロセス、教育・指導内容については事例提示して検討する</p> <p>③②について典型的な1事例を展開したものをモデル教材として使用し、次の内容を学ぶ。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医、訪問看護ステーションとの連携 ・医療器具メーカー、ホームヘルパー等との連携 ・モノ（薬品・衛生材料・器具）とお金の流れ ・患者または家族への教育指導 	講義 1時間 モテル 事例 使用
6. 退院調整看護師の機能と役割	退院調整の目的を理解し、個々の患者・家族に最適な退院調整を提供するための退院調整看護師の機能・役割を理解する	<p>1) 退院調整の目的： 「患者・家族の主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育指導を提供したり、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化された活動・プログラム」である。</p> <p>2) 退院調整看護師に求められる機能と役割：</p> <ul style="list-style-type: none"> ①<u>スクリーニング機能</u>：退院にあたって援助が必要な患者や家族を漏れなく、早期に発見・特定し、支援を開始する。発見にあたっては、スクリーニング基準を作成し、発見ルートの開拓を行う。 ②<u>コミュニケーション機能</u>：患者や家族との面接や相談を通して、信頼関係を構築し、本人と家族関係の調整を行ったりする。 ③<u>アセスメント・退院支援計画作成機能</u>：包括的なアセスメントにより生活ニーズを分析し、カンファレンスを通して退院支援計画を作成する。 ④<u>教育機能</u>：自立した生活を送るために必要な教育指導プログラムを作成し、他職種に依頼する ⑤<u>調整機能</u>：院内の他職種と連携してチーム医療を推進したり、看看連携により継続看護を行う。さらに、地域のサービス事業者や施設と連携し、相互間の調整を行い、様々な支援が総合的に行われるよう調整する。 ⑥<u>エンパワメント機能</u>：患者や家族が持つ本来の強さ（セルフケア能力）を一つの資源（内的資源）としこれらを引き出し、活用する機能。また、社会資源（外的資源）を開発する機能。 ⑦<u>社会資源の情報収集・活用機能</u>：フォーマルまたはインフォーマルサービスの情報収集、管理（更新）を定期的に行い、患者・家族の生活ニーズにあった社会資源を活用する。 ⑧<u>評価機能</u>：退院支援計画のモニタリングやフォローアップ調査により退院調整のプロセス評価やアウトカム評価を行い、退院調整の質の向上を図る。 	講義 1時間半

3)退院調整看護師に求められる機能と役割～具体的な内容～

NO	カテゴリー	機能／役割	主な内容
1	スクリーニング機能	対象者の早期発見と特定	①退院調整が必要な患者や家族を漏れなく、早期に発見・特定し、支援を開始する。 ②発見にあたっては、スクリーニング基準を作成し、発見ルートの開拓や組織的な展開を行う。
2	コミュニケーション機能	相談・面接	①患者・家族の退院・転院に伴う悩みや葛藤等を受けとめ、相談援助すると共に、自らが解決できるよう支援する。 ②傾聴を基本とした面接を行う。 ③初回（インテーク）面接、継続面接、最終面接など場面に適した面接を行う。
		信頼関係の構築と家族関係の調整	①患者・家族の意向や希望を尊重し、十分な話し合いを展開しながら問題解決に導く。 ②家族間で異なる意向や情緒的感情を受け止めながら、よりよい方向に向かって家族関係を調整する。
3	アセスメント・退院支援計画作成機能	包括的アセスメント	①包括的アセスメントを行い、患者・家族の生活ニーズを整理分析する。 ②院内の他職種とともに、生活ニーズを整理分析する。 ③出来ない部分のみに着目するのではなく、残存機能や潜在的機能を活用する。
		退院支援計画作成	①在宅支援のための退院支援計画案を作成する。 ②転院支援のための退院支援計画案を作成する。 ③院内カンファレンスを開催し、他職種との意見交換を通して退院支援計画を作成する。
4	教育機能	患者・家族への教育プログラムの作成と実施	①自立した生活を送るために必要な教育指導についてプログラムを作成し、他職種に依頼する。 ②看護・介護技術を患者・家族に指導する。 ③医療行為について患者・家族に指導する。
5	調整機能	院内のネットワーク形成とチーム医療の推進	①他職種・他部門との連携を通してチーム医療を推進する。
		看護連携と継続看護	①病棟・外来・訪問看護の連携による継続看護の実施
		地域社会とのネットワーク形成とサービスの調整	①地域のサービス事業者とサービス内容の確認を行い、必要に応じてサービスの調整を行う。 ②地域の医療機関や介護保険施設とサービス内容の確認を行い、必要に応じてサービスの調整を行う。 ③退院前にサービス担当者会議（拡大カンファレンス）を行い、退院支援計画の合意を得ると共に、役割分担を行い、円滑な退院・転院を支援する。
6	エンパワメント機能	エンパワメントの促進	①患者・家族・環境が本来持っている強さ（セルフケア能力）を一つの資源（内的資源）とし、それらに働きかけることで自立支援を促進する。 ②残存機能を活用したり、潜在能力を引き出すことで、自ら問題解決したり、困難を克服するというエンパワメントが促進される。

7	社会資源情報収集・活用機能	社会資源情報収集・管理(更新)	①介護保険情報などフォーマルサービスの情報収集および管理（更新）を行う。 ②ボランティア組織などインフォーマルサービスの情報収集および管理（更新）を行う。 ③医療・介護保険制度や福祉制度など基本的な社会制度の概要を理解し、情報収集や管理（更新）を行う。
		社会資源情報活用	①フォーマルサービスおよびインフォーマルサービスの具体的な提供状況とその特徴を理解し、患者・家族が活用するための助言を行う。 ②医療・介護保険制度や福祉制度など基本的な社会制度の状況を理解し、患者・家族が活用するための助言を行う。
8	評価機能	退院調整の評価	①ケアプランのモニタリングやフォローアップ調査 ②退院調整サービスを受けた患者のデータ蓄積 ③退院調整サービスの満足度調査、紹介率や平均在院日数などアウトカム調査 ④退院調整のプロセス全体を評価し、課題を整理する。

3. プログラム第3日目: 看護師が行う退院調整の実際

3-1. 基本事例の展開

1) 演習の目標

- ①典型的な生活ニーズ(医学的管理、リハビリ、住環境改修、介護力調整、家事)を持つ患者・家族への退院調整の過程を学ぶ。
- ②患者・家族の意向や望む生活を尊重しつつ、自立支援を目指した退院調整を行う。
- ③包括的なアセスメントを行い、生活ニーズを抽出する。
- ④生活ニーズに対応した目標を設定し、目標を達成するためのサービスや社会資源について理解する。
- ⑤模擬カンファレンスなどを通して、退院調整におけるチームアプローチの手法を学ぶ。

2) 演習の進め方

基本事例をもちいて退院調整の各過程（アセスメント～退院支援計画～カンファレンス～モニタリング・評価）を学ぶ。具体的な進め方（内容・方法・時間等）は次の通りである。

プロセス	内 容	資料	方法	時間
事例紹介	①事例紹介やアセスメント表など、演習に必要な用紙を配布する。 ②事例について説明する。	事例紹介 アセスメント表 (別紙①)	個 人ワ ーク	10 分
アセスメント	アセスメント表に提示された情報を整理分析する。 ★アセスメントの考え方 ①退院後の生活の意向を確認する(どこで、どのように暮らしたいのか)。 ②身体・精神心理・社会的な側面でアセスメントし、これらは相互関係にあることを認識する。 ③アセスメントから得た情報について専門的な判断を加えて生活ニーズを抽出する。 ④基本事例でもちいるアセスメント表は、厚生労働省が推奨している「課題分析標準項目」(23 項目)を一部修正したものを使用する。 ⑤退院調整の目的は自立支援である。そのためできない部分(マイナス面)のみに注目しないで、残存機能や潜在的機能(プラス面)にも着目する。	アセスメント表 (別紙①)	個 人ワ ーク+GW	60 分
病院内カンファレンスによる情報の共有化・合意形成・看看連携	①アセスメントの結果、本人・家族の意向を踏まえて病院内の多職種によるカンファレンスを行う。 ②カンファレンスの目的は、情報を共有化するとともに、多職種からの意見を加味し、方向性を確認したり、微調整を行うものである。 ③院内の看看連携(病棟看護師と退院調整看護師、外来や訪問看護師との連携)を行う。	カンファレンス記録	模 摳 カ ンファレン ス	20 分

生活ニーズの抽出・目標の設定・社会資源の検討 ⇒ 退院支援計画書の原案作成	①アセスメントで確認された情報と、患者・家族の意向を確認し、生活ニーズを抽出し、それぞれに目標を検討する。 ②目標を達成し、自立支援をサポートするための社会資源について検討する。 ③退院支援計画書に、本人・家族の意向、生活ニーズ、目標、利用できる社会資源を記載する。	退院支援計画書(別紙②)	ブレインストーミング + 発表と質疑応答	40分
拡大カンファレンスによる退院支援計画書の作成とサービスの調整	①退院支援計画書に記載された計画の原案について、拡大カンファレンスを行う。 ②参加者は、病院内のスタッフ、本人・家族、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護員、通所リハビリの理学療法士など。 ③カンファレンスを通して計画の修正や変更などを行い、合意を得る。 ④他機関・他職種とサービスの調整を行う。 ⑤退院支援計画書として患者・家族に説明し、交付する。	拡大カンファレンスのビデオ 例)サービス担当者会議の開き方・進め方(中央法規)	ビデオ	20分
モニタリング評価	①退院調整のモニタリングの時期・方法・項目の理解 ・目標の達成度、サービスの充足度、サービスの適切性など ②退院調整における評価の視点を提示する ・患者満足度、在院日数、1ヶ月以内の再入院率、逆紹介率や紹介率、社会資源の利用状況など		講義	20分
まとめ	①基本的な退院調整演習(アセスメント～カンファレンス～ケアプラン作成～拡大カンファレンス～モニタリング～評価)を通しての質疑応答 ②講師からのコメントと総評		講義	10分

3) 演習の具体的展開

基本事例の展開は、典型的な生活ニーズ(医学的管理、リハビリ、住環境改修、介護力調整、家事)を持つ患者とする。高度な医療ニーズや複雑な生活ニーズを持つ、いわゆる援助困難事例の展開をすることではない。目的は退院調整の各プロセスを学ぶことであり、特にアセスメントの思考過程(アセスメント情報を専門的な視点から判断して生活ニーズを把握する過程)についてガイドラインを示す。

(1) 事例紹介：10分

Aさん(80歳)、女性。専業主婦として生活していたが、2ヶ月前に脳梗塞を発症し、保存的治療を行う。現在回復期リハビリテーション病棟に入院している。右片麻痺と軽い構音障害がある。糖尿病と高血圧を合併しており、再梗塞を予防するためにも薬物療法や生活指導など医学的管理は今後も必要である。リハビリで利き手交換をしており、食事・更衣・排泄など日常生活動作はゆっくり行

えばできる。T杖+短下肢装具を使用すればトイレまで歩行できる。介護者は夫(82歳)。分譲マンションに夫婦と2人暮らし。退院の準備を始めている。本人も夫も在宅を希望しているが、住宅環境や夫の介護技術に不安を持っている。できる限り自立し、少しでも家事を行って夫を助けたい。

(2)アセスメント表の説明:10分

アセスメント項目には様々なものが紹介されているが、基本事例では厚生労働省が推奨する「課題分析標準項目」(23項目)を一部修正したものを使用する。この項目は身体・心理・精神・社会・環境を包括的に捉えたものであり、アセスメントをするうえで最低限の項目を示したものである。

(3)アセスメント～生活ニーズの把握:30分

■展開1:患者・家族の主訴や意向の確認

- ① 患者と家族で主訴や意向が異なる場合は別々に記載
- ② 生活の方向性を確認する。

■展開2:アセスメント情報の整理

- ① アセスメント表を読み込み、そこから判断できる情報と、必要と思われる(あるいは不足している)情報を整理する。
- ② 事例から判断できる情報を手がかりにして、身体・精神心理・社会面に分類し整理する。
- ③ 自立した生活を困難にしているもの、問題点(マイナス面)と、残存機能や潜在機能(プラス面)を整理する。特に看護職は問題解決型思考が身についているので、マイナス面(問題点)の発見だけにとどまらず、プラス面の発見にも着目する。基本事例で整理すると次のようになる。

⇒マイナス面:右片麻痺で杖+短下肢装具を使用しなければ歩けないため、自宅での生活が困難である

⇒プラス面は:麻痺はあるが、利き手交換をしており、ゆっくりであればADLは自立できる。または住宅改修や福祉用具の活用によって自立度が高まる可能性がある(環境の力を強める)。

- ④ これらの作業は、最初は個人ワークで行い、その後グループワークに切り替え、事例のイメージを明確にし、アセスメント情報を整理する。

■展開3:整理されたアセスメント情報を専門的視点で判断し、生活ニーズを抽出する

- ① 整理されたアセスメント情報には、マイナス面とプラス面があり、生活ニーズとして抽出するためには、専門的な視点で判断をする。

⇒右片麻痺の改善は困難であり、麻痺側の筋力も低下しているので、主な動作は左手で行うことが望ましい。左手でゆっくりとした動作を行い、住宅改修や福祉用具を活用すれば(環境への働きかけ)日常生活だけでなく、家事の一部(洗濯物をたたむ、掃除機をかける)などの行為は可能と思われる。

② 生活ニーズとして抽出する。

⇒右片麻痺はあるが、利き手交換や環境整備を行うことで日常生活動作は自立できるまたは、

⇒右方麻痺があり、日常生活が自立し、かつ安全な生活を送るために住宅改修など環境整備が必要である。

③ これらの作業はグループワークで議論しながら進める。

(4)病院内カンファレンスによる情報の共有化:20分

■展開1:情報および生活ニーズの共有化

① 患者・家族の主訴と意向を病院内の多種職と共有化する。

② アセスメントで確認された情報と、抽出された生活ニーズを列挙して共有化する。

■展開2:カンファレンスによる検討

① 共有化した情報と生活ニーズについて、多職種と意見交換をする。

② 多職種の見立て（判断）や手立てを加味したうえで、方向性を確認したり、微調整を行う。

(5)退院支援計画の作成:40分、拡大カンファレンスの開催:20分

■展開1:退院支援計画の原案作成

① 抽出された生活ニーズと患者・家族の意向を刷り合わせて、生活ニーズ毎に支援目標を設定する。

② 目標を達成し、自立支援をサポートするための社会資源について検討する。

③ 退院支援計画に位置付けられたサービスについては、予めサービスの担当者にカンファレンスへの参加を依頼しておく。

■展開2:拡大カンファレンスによる検討

① 作成された退院支援計画の原案について、拡大カンファレンスを行う。

② カンファレンスの進め方はビデオ教材で学習する。

⇒司会（ファシリテーター）の役割、専門職との意見交換のし方、本人・家族の参加への配慮と意見の引き出し方

⇒司会のポイントとして、意見を引き出す、まとめる、意見交換を促進する、議論の方向性を確認する、結論と残された課題を明確にするなどがある。

⇒退院支援計画合意形成のためのカンファレンスである。

③ 意見を集約し、本人・家族の同意を得て退院支援計画を修正する。

(6)モニタリング:20分

① モニタリングの時期・項目・方法を提示する

⇒退院支援におけるモニタリングの時期は、診療報酬上では1ヶ月以内とされている。患

者や家族の状況に応じて行う。

⇒モニタリングの項目は、目標の達成度、サービスの充足度、サービスの適切性など

⇒モニタリングの方法は、退院調整者が自宅訪問するなど直接行っても良いが、外来受診時を利用したり、訪問看護師や介護支援専門員にヒアリングをするなど、様々な方法があるので、患者・家族と相談をし、適切な方法を選択する。

②退院調整における評価：プロセス評価とアウトカム評価がある。

⇒プロセス評価は、スクリーニング～モニタリングまでの一連のプロセスを振り返ること。

⇒アウトカム評価は、患者満足度、在院日数の変化、1ヶ月以内の同一病名による再入院率、逆紹介や紹介率の変化、社会資源の利用状況など

(7)まとめ:10分

①質疑応答

②講師からのコメントと総評

基本事例におけるアセスメント項目と主な内容

●基本情報に関する項目

NO	アセスメント項目	主な内容例
1	利用者基本情報	①Aさん、80歳、女性、○○市△△町9-5 ②連絡先：長男 ○○株式会社 △△△-△△△△△-△△△△△△ ③平成16年11月21日 B棟2階入院中
2	生活状況	家族関係図（ジェノグラム作成） 専業主婦、夫（82歳）とふたり暮らし。夫は元会社役員。 厚生年金や貯蓄等で比較的ゆとりある生活を送っている。 趣味は陶芸で、月2回陶芸教室に通っていた。
3	被保険者情報	医療保険：国民健康保険 介護保険：現在申請中 身体障害者手帳：今後申請予定
4	現在利用しているサービスの状況	現在受けているサービスはない
5	障害老人の日常生活自立度	ランク：B-2
6	痴呆性老人の日常生活自立度	ランク：正常
7	主訴	本人：構音障害があり、聞き取りにくいが、筆記や文字板などを利用すればコミュニケーションは可能。在宅介護を希望している。可能であれば簡単な家事（洗濯物たたみ）を行って夫を助けてたい。 夫：長年連れ添った妻の介護をすることは、夫として当然である。82歳と高齢ではあるが健康状態は良好である。妻は糖尿病や高血圧など合併症のため食事療法が必要となるが、調理は長年妻に任せきりであったため自信がない。インシュリン注射やリハビリの技術に不安がある。定期的に専門職の指導を受けたい。
8	疾患・治療	疾病名：脳梗塞・高血圧は薬物治療、 糖尿病は食事療法（1,200キロカロリー）とインシュリン注射
9	服薬内容	バファリン 81mg アダラート ペンフィルN30単位

●アセスメントに関する項目

NO	アセスメント項目	主な内容例
10	主な症状	①主な症状：手足のしびれ ②バイタルサイン：体温は正常、脈拍68~80、血圧146/90 ③機能障害：右片麻痺、軽い構音障害、知覚障害
11	ADL（かっこ内はしているADL）	①寝返り：自立（自立） ②起きあがり：自立（自立） ③移乗：見守り（一部介助） ④歩行：見守り（一部介助）

		⑤更衣：見守り、ただしボタンかけのみ介助（一部介助） ⑥整容：見守り（一部介助） ⑦入浴：一部介助（一部介助） ⑧排泄：自立（一部介助）
12	IADL（かっこ内はしている IADL）	①調理：一部介助、味つけなど（病院内ではお茶を入れている） ②掃除：一部介助、簡単な拭き掃除可（病院内ではシーツ交換や枕カバーの交換を一部手伝っていた） ③買物：一部介助（病院では売店で買物を行っている） ④洗濯：一部介助（病院ではコインランドリーで洗濯を行う） ⑤金銭管理：見守り（一部介助） ⑥服薬状況：見守り（一部介助） ⑦交通機関の利用：一部介助（病院では実施せず）
13	認知	日常の意思決定は問題ないが、計算に時間がかかる。電卓使用可
14	コミュニケーション能力	①意思の伝達：構音障害があり、ゆっくりと話すことで理解可能。利き手交換をしており、左手で字が書ける。文字板など代替コミュニケーションは可能。 ②視力：年齢相応 ③聴力：問題なし
15	社会との関わり	①社会活動への参加意欲：通所リハを利用して、リハビリを継続し、いざれは趣味である陶芸教室に通いたい。 ②社会との関わりの変化：現在のところ変化は見られない ③喪失感や孤独感：主婦としての役割を喪失するのではないか、自分は家族にとって役に立たない人間になってしまったのではないかという焦りがみられる
16	排尿・排便	①排尿排便方法はトイレ（洋式）で行える。 ②排尿回数：6～7回／日、夜間のみリハビリパンツ使用 ③排便回数：便秘傾向で緩下剤を2日に1回服用している ④排泄後の後始末はビデ・乾燥機能のある便座を使用すればほぼ自立できる
17	褥瘡・皮膚の問題	皮膚はやや乾燥している。褥瘡はない。
18	口腔衛生	①歯：部分入れ歯で、入れ歯の手入れは見守りができる ②口腔内の状態：特に問題ない
19	食事摂取・栄養	利き手交換をしており、左手ではしを使用して食事ができる
20	問題行動	なし
21	介護力	介護者は夫で、在宅介護の意思は強い。ただし、調理など家事一般に対する負担を心配している。隣町に住む長女はフルタイム勤務であるが、週末は家事・介護を手伝うことができる
22	居住環境	①福祉用具：短下肢装具、T杖、シャワーチェア、滑り止めマット、簡易スロープ ②住宅改修：段差解消（浴室）、手すりの設置（トイレ、玄関、浴室）
23	医学的処置	インシュリン自己注射 糖尿病食事療法

3. プログラム第3日目: 看護師が行う退院調整の実際

3-2. 神経難病患者の在宅支援

1) 演習の目標

- ① 病状進行に伴う生活障害を予測したアセスメントを行い、実際に退院支援計画を立てる。
- ② 患者自身が、疾病・病状を受け止め、生活目標を持ち、主体的に退院支援計画に参加できるよう支援する。
- ③ 残存機能を活用した日常生活動作訓練を行い、可能な限り自立支援を援助するとともに介護力の軽減を図る
- ④ 利用できる社会資源を活用し、地域支援体制の導入を図る
- ⑤ 保健所の保健師、訪問看護師、病棟看護師、外来看護師、退院調整看護師との看看連携のあり方と役割分担について検討する。

2) 演習の進め方

プロセス	内 容	資料	方法	時間
事例紹介	① 事例紹介やアセスメント表など、演習に必要な用紙を配布する。 ② 事例について説明する。	事例紹介	個人ワーク	10 分
アセスメント 退院支援計画立案	① 患者情報から、アセスメント表を使って整理・分析をする。 ② 大きく『医療問題』『ADL 評価からの身体介護・家事援助問題』に整理し、患者・家族の意向に合わせたニーズの確認作業を行う。 ③ 退院支援計画書に記載する。	アセスメント表 (別紙①) 退院支援計画書 (別紙②)	個人ワーク	60 分
看看連携と役割分担	① 保健所の保健師、訪問看護師、病棟看護師、外来看護師、退院調整看護師の役割分担を整理する。 ② 看看連携のシステム構築上の課題: いつ、誰が、どのように、連携するのか、課題は何か。		GW 発表と意見交換	50 分
発表	① 神経難病における退院調整について発表し、意見交換をする。 ② 他のグループの発表を聞き、退院調整のポイント・課題など共有化する。 ③ まとめ		発表	60 分

3) 演習の具体的展

神経難病の在宅支援は、病状が進行したり、合併症を併発することから、医学的管理が十分提供されるよう主治医、訪問看護ステーションとの連携が重要である。残存機能を活用した日常生活動作訓練を行い、生活機能が低下しないよう自立支援を図るとともに、介護力の調整を行う。また、保健所、訪問看護師、外来看護師、病棟看護師と連携を図り、利用できる社会資源し、地域支援体制の導入を図る。

(1) 事例紹介：10分

Bさん(65歳)男性 禁萎縮性側索硬化症(ALS) 妻と二人暮らし。2年前から、指先が動きにくい、ボタンがかけられないといった症状出現し、精査入院し確定診断を受けた。今年に入り、呼吸状態が不安定、嚥下機能の低下も見られ今後の方針決定のため入院となる。

経口摂取のみでは、栄養管理が不十分で一日一回の経鼻栄養開始、夜間のみマスク式人工呼吸器装着する事になる。運動機能は両上肢のみ障害あり。病棟看護師より退院調整依頼が入り、支援開始される。

(2) 演習方法: 展開1は60分、展開2は50分

■ 展開1: 神経難病患者の在宅ケア導入時における退院支援計画のポイントについて、拡大 カンファレンスで検討する。以下にポイントを例示する。

- ①現在の病状と今後の進行状況から必要な医学的管理について検討する。
 - ②残存機能を活用し、可能な限り自立支援を目指すとともに、介護負担が最小限ですむ日常生活動作をリハビリスタッフとともに検討する。
 - ・できるADLに着目し、
 - ・できないADLおよび今後できなくなると予想されるADLについては、福祉機器や介護用品を活用するなど可能な限り自立を支援するとともに、介護力の負担軽減を図る。
 - ③医療行為および看護技術の検討
 - ④保健所等と連携し、利用できる社会資源を活用し、地域支援体制の導入を図る
 - ・保健所：難病医療費助成等および難病重症度認定の申請、地域リハビリテーションの導入の検討
 - ・市町村：身体障害者福祉制度および支援費制度の利用
 - ・介護支援専門員：要介護認定の更新依頼、ケアプランの作成検討
 - ⑤家事および家族介護力の調整
 - ・家事担当者、主介護者、キイバーソンの役割分担
 - ・家族介護力のアセスメントと介護力の調整
- ##### **■ 展開2: 保健所の保健師、訪問看護師、病棟看護師、外来看護師、退院調整看護師との看護連携のあり方と役割分担について検討する。以下に役割分担を例示する。**
- ①看護職の役割分担を整理する
 - ・保健所保健師：難病相談および難病医療制度給付の支援、保健所による訪問リハビリの検討、地域リハビリテーション事業の調整、在宅療養環境整備の支援

- ・訪問看護師：主治医との連携、定期的な病状観察、医療および看護技術の実施と家族への指導、日常生活動作の維持向上への援助、在宅療養環境整備の支援（保健師や理学療法士との協働作業）、家族支援
- ・病棟看護師：医療および看護技術の実施と指導（訪問看護師と共に）、日常生活の留意事項の整理と指導
- ・外来看護師：主治医および訪問看護師と連携して在宅療養を支援、家族会や患者会の開催や相談
- ・退院調整看護師：患者および家族の意向の確認、全体の調整、退院支援計画の作成、カンファレンスの主宰と司会

②看看連携のあり方を検討する

- ・いつ、だれが、どのように連携するか。
- ・連携上の課題は何か

③発表

- ・神経難病における退院調整について発表し、意見交換をする
- ・他のグループの発表を聞き、退院調整のポイント・課題などを共有化する
- ・まとめ

3. プログラム第3日目: 看護師が行う退院調整の実際

3-3. 終末期患者の在宅支援

1) 演習の目標

- ①終末期にある癌患者の在宅支援のポイントを学ぶ
- ②病状を予測した医学的管理をアセスメントする
- ③24時間安心できる在宅サービス体制を構築する
- ④在宅医療導入の過程を学ぶ(在宅指導管理料、物、お金の流れ)
- ⑤患者・家族の「どう生きるか、どうありたいか」という想いを共有し支援ができる

2) 演習の進め方

プロセス	内 容	資料	方法	時間
事例紹介	①事例紹介やアセスメント表など、演習に必要な用紙を配布する。 ②事例について説明する。	事例紹介	個 人ワ ーク	10 分
退院支援計画立案～拡大カンファレンス	①拡大カンファレンスの場面を想定し、退院支援計画を検討し、在宅サービス事業者との連携を構築する。 ②患者・家族への告知内容、看取りへの希望や意向を確認し、これらを尊重した終末期ケアを前提とする。 ③主治医・病棟看護師と共に、医療ニーズについてのアセスメント、在宅での医療提供、看護ケアの必要性から退院支援計画の原案を作成する。 ④拡大カンファレンスを開催し、24時間安心できる在宅サービス体制を検討する。 ⑤主治医や訪問看護師との連携のポイントを整理する。	退院支援計画	G.W	60 分
在宅中心静脈栄養管理導入を学ぶ	①患者用ビデオや資料を参考に導入過程を学ぶ ②退院指導の役割分担を行う (主治医・病棟看護師・薬剤師・退院調整看護師) ③在宅医・ポンプレンタル業者・調剤薬局への連絡等、外部との連絡内容の確認 ④訪問看護への継続看護内容の確認 ⑤退院時の準備物品確認、退院後の材料調達方法確認、指導管理料の請求	早期退院ガイドライン(日本看護協会出版会) 在宅療養指導とナーシングケア(医歯薬出版) 在宅医療点数の手引き(全国保険医団体連合会)	G.W	50 分
発表	①終末期ケアにおける退院調整について発表し、意見交換をする。 ②他のグループ発表を聞き、退院調整のポイント・課題など共有化する ③まとめ		発表	60 分

3) 演習の具体的展開

終末期における在宅支援で患者・家族が最も不安を感じる時期は、退院前後である。また終末期は時間が限定されていることから、短時間で効果的な退院支援計画を作成し、地域の在宅サービス事業者（特に主治医と訪問看護師）と連携し、24時間安心できる在宅終末期ケア体制を構築することが必要である。本演習では、患者・家族の看取りへの希望や意向を尊重した退院支援計画と連携のポイントを学ぶ。さらに、在宅中心静脈栄養法を例に在宅医療の導入過程、役割分担、モノ・人・お金等の流れを理解する。

(1) 事例紹介：10分

Cさん（50歳）、女性、夫・長女と同居　主婦

2年前、膀胱癌、膀胱全摘、回腸導管造設術受ける。その後化学療法受けていたが、効果なく腸への浸潤によりイレウス状態となり中心静脈栄養管理となる。

『治療法がない事』『癌の進行により経口摂取が困難になっている事』を主治医から聞いて「これからどうしたらしいのか」と病棟看護師に日々不安を訴える。本人・家族ともに在宅ケアを希望しているが、出来るかどうか不安なため、迷っている。主治医・病棟看護師より退院調整看護師に相談依頼となる。

(2) 演習方法：展開1は60分、展開2は50分

■展開1：終末期ケアにおける退院支援計画のポイントについて、拡大カンファレンスで検討する。以下に文献を参考した、在宅支援のポイントを例示する。

①本人と家族が望む看取りへの支援

- ・希望する看取りの場の確認
- ・家族の役割と介護負担時の対応方法

②24時間安心できる在宅終末期ケアの体制づくり

- ・後方病院（バックベッド）との連携
- ・予測される緊急事態と連絡方法
- ・主治医の医学的管理の確認（往診・訪問診療の内容・頻度・連絡方法）
- ・訪問看護師による医学的管理の確認（訪問看護の内容・頻度・連絡方法）

③予測される症状変化と対応方法

- ・現在現れている症状と対応方法（疼痛コントロールを含む）
- ・中長期的に現れる症状と対応方法
- ・予後予測の合意
- ・緊急入院の基準（どこまで在宅ケアで対応するのか）

④安楽で快適な療養環境づくり

⑤安全で安楽な看護・介護技術の提供

⑥過不足なくモノ・サービスを供給するシステムづくり

⇒この部分は展開2「在宅医療の導入過程」と重複する

- ・在宅指導管理料を算定する医療機関の確認
- ・衛生材料等の供給方法
- ・医療器具を使用する場合は取り扱い業者との連携

■展開2：在宅医療の導入過程について、ビデオなど視聴覚教材を用いて具体的なイメージを持ちながら整理する。本演習では在宅中心静脈栄養法の導入過程を例示する。

- ① 主治医・病棟看護師・薬剤師・退院調整看護師の指導内容を整理し、役割分担を行う
- ② 在宅医・ポンプレンタル業者・調剤薬局への連絡等、外部との連絡内容の確認
- ③ 訪問看護への継続看護内容の確認
- ④ 退院時の準備物品確認、退院後の材料調達方法確認、指導管理料の請求

3. プログラム第3日目: 看護師が行う退院調整の実際

3-4. 小児の在宅支援

1) 演習の目標

- ①小児の在宅支援における特徴的な問題を理解し、利用できる制度・提供可能な社会資源の現状を把握する。
- ②介護者(主に母親)の苦悩や不安を受け止め、主体的に退院調整に参加できるよう支援する。

2) 演習の進め方

プロセス	内 容	資料	方法	時間
事例紹介	①事例紹介やアセスメント表など、演習に必要な用紙を配布する。 ②事例について説明する。	事例紹介 アセスメント表 (別紙①)	個人ワーク	10分
アセスメント 退院支援計 画立案	①「医療上の問題」、「介護負担による生活上の問題」「児の成長発達に応じた教育・療育上の問題」「医療費等の経済的な問題」といった小児に特徴的な問題別にどのような支援が必要かを検討する。 ②支援提供のための、地域で活用できる制度・社会資源について調べる。	アセスメント表 (別紙①)	個人ワーク GW	60分
退院前共同 指導場面の 想定	①退院前共同指導の場面を『拡大カンファレンス』開催として模擬的に実践する。 ②情報共有の場面として、主治医からの病状説明、病棟看護師から現在提供している看護内容と家族への教育・指導内容説明。家族の不安な所、希望について ③退院時共同指導の場面として、経管栄養、気管内吸引、気切部消毒、カニューレ交換 ④退院後の方向性確認として、外来受診について、緊急時対応、消防署との連携、吸引器・パルスオキシメーター手配、日常的な介護体制の確認 ⑤訪問看護の説明(内容、料金説明、日程調整) ⑥保健師との連携確認(退院後の相談窓口として機能)		模擬カンファレンス	50分
発表	①小児の在宅支援における退院調整について発表し、意見交換をする。 ②他のグループの発表を聞き、退院調整のポイント・課題などを共有化する。 ③まとめ		発表	60分

3) 演習の具体的展開

小児の在宅支援は、成人と比較して対応できる制度や社会資源が少ない事、児の成長と合わせて主に母親を中心とした家族に対する支援が中心になる。

小児の発達段階や特徴を理解し、アセスメントを行い退院支援計画を家族と共に立案する。社会資源についても、地域差もあるため、自分たちの地域の実情を学ぶ。

(1) 事例紹介：10分

出生時、低体重、早期産で誕生（35週、アプガースコア1分8点・5分9点）。声門下狭窄があり、気管内挿管となる。状態安定に伴い挿管チューブ抜管試みるも呼吸困難と酸素化障害認め、5カ月後気管切開術施行。

以後、状態安定し、今後の声門下狭窄の改善状況によって閉鎖の可能性あり。経管栄養も継続するが、スプーンでの食事摂取も開始。知能・発達段階には問題ない。家族状況は元看護師の母親、勤務医の父親。両親の実家の協力は困難、

(2) 演習方法

- 展開1：患者情報から、アセスメントシートを使ってどのような支援が必要かを検討する。
- 展開2：利用できる制度、社会資源について研修1日目の復習をかねてグループで検討する。
- 展開3：訪問看護師が退院前に病院で主治医・看護師と実施する『退院時共同指導』の場面を『拡大カンファレンス』もかねて模擬的に実施する。
情報提供、退院に向けた確認事項を整理する。

4. プログラム第4日目：院内の退院調整システム構築と臨床実習オリエンテーション

1) 演習目標

- ① 院内における退院調整の現状と課題を整理する。
- ② 訪問看護や外来看護との連携を進めるための院内における課題を整理する。
- ③ 退院調整看護師の業務内容について検討する。
- ④ 効果的な院外連携システムの構築（アクションプラン）を検討する。
- ⑤ 臨床実習における目的・方法・内容・記録についてオリエンテーションを受ける

2) 演習の具体的な進め方

■課題1：所属する病院・施設において実際に行われている退院調整の現状を把握し、効果的な院内連携システムについて検討する。

- ① 研修の事前学習である「退院調整調査表」に基づいて、所属する病院・施設の現状を整理する。
- ② 病院機能毎にグループになり、各自が自院における現状と課題を発表し、効率的な院内連携システムについて検討する。
- ③ 退院調整看護師の業務内容について検討する（専任で退院調整看護師を配置した場合と、病棟看護師を兼務した場合に分けて）

■課題2：早期在宅支援のためのガイドライン活用・看護サマリーの充実・外来看護と訪問看護の連携方法等について検討する。

- ① 訪問看護、外来看護との連携について、所属する病院・施設の現状を整理する。
- ② 訪問看護、外来看護との連携を促進するためのツール、ガイドラインや看護サマリー等について検討する。

■課題3：効果的な連携システム作りにおけるアクションプランを立てる。

課題1および2を整理し、自院における効果的な連携システム作りにおけるアクションプランを立案する。

■課題4：臨床実習オリエンテーション

- ① 臨床実習の目的・方法・内容について理解する。
- ② 臨床実習における記録物の種類と記載方法について理解する。

退院調整調査表

氏名：

1. 勤務している病院（施設）では、誰が「退院調整」を担当していますか。

- () 特別な部署は設置せず、受け持ち看護師が実施している
- () 特別な部署は設置せず、病棟師長または主任が実施している
- () 特別な部署は設置していないが、病棟に退院調整看護師を配置して実施している
- () 『相談室』『地域連携室』等を設置し、主に医療ソーシャルワーカーが実施している
- () 『相談室』『地域連携室』等を設置し、主に退院調整看護師が実施している
- () その他

2. 貴施設で実施されている『退院調整』について現状と課題について記載して下さい。

3. これまで『退院調整』を実施した経験はありますか。

はい　　いいえ

4. 3で、「はい」と回答した方は、「退院調整」ではどのようなことが大変を感じましたか。（複数回答可）

- ① 病棟の看護業務と退院調整に関する業務の時間的配分が大変であった。
- ② 利用できる地域の社会資源の情報収集が困難であった。
- ③ 介護保険制度等、制度に関する知識が不足していたため、適切なアドバイスができなかった。
- ④ 医師の理解が得られなく、調整が困難であった。
- ⑤ 看護師やコメディカルの理解が得られなく、調整が困難であった。
- ⑥ 訪問看護師や外来看護師との連携が困難であった。
- ⑦ 患者本人と家族意見が異なる場合、調整が困難であった。
- ⑧ 介護支援専門員など地域のサービス担当者との連携が困難であった。
- ⑨ その他

5. 院内の連携を円滑にするために、貴院ではどのようなツールを活用していますか。

例) 連携クリニカルパスなど

5. 臨床実習

1) 実習目標

臨床で退院調整プロセスを経験することによって、退院調整看護師の役割を明確に認識し、今後の課題を明確にする。

2) 実習方法

- ①病棟において、1名ないし2名の患者を受け持ち、退院調整過程を踏む。
- ②実施した退院調整について、実習先の指導者の指導を受けながら、退院調整実習記録として作成する。
- ③退院調整を受けた、患者・家族の評価を受ける。
- ④実習を行った病棟における管理者から評価を受ける。

3) 実習場所

一般病棟または回復期リハビリテーション病棟が望ましい。

また、自分が所属している施設であることが望ましい。

4) 実習期間

10日程度

5) 実習内容

- ①関係機関との情報交換を通して、患者・家族が必要としている退院調整の方向性（退院先、退院時期、退院後必要とされるサービス、経済的基盤など）を導き出す。
- ②病棟看護師と協力して退院支援計画を立案する。
- ③退院支援計画に基づき、病院スタッフと協力して退院調整を行う。
- ④退院後の生活状況を評価する（モニタリングの一部実施）
- ⑤実施した退院調整について、患者・家族・第三者より評価を受け、今後の自分の課題を明確にする。

6. フォローアップ研修

1) 研修目標

講義、演習から学習したことを活用し、実際の臨床の場において退院調整看護師としての役割を發揮した事例を通して、体験を振り返り、今後の退院調整看護師としての技術向上に対する課題を明確にする。

2) 方法

ファシリティターの指導の下、以下のことを行う。

■施設ごとのグループを作り、グループワークを行う。

①施設ごととは、特定機能病院・一般病院、老人保健施設、その他の施設に勤務する者をそれぞれ同じグループ内に編成するということ。施設によって対象となる退院調整のタイプや組織内での課題が異なっていると考えられるため、施設横断的なグループにすると、同じ次元で討議がしにくいと考える。

②グループのメンバーは、4名ないし5名程度

③各メンバーが1事例ずつ、体験したことの要約してグループ内で発表する。

④各グループで討議していく事例を1事例決定する。

決定方法はグループに任せる。

⑤事例を「退院調整実習記録」を用いて分析する。

分析の要点は以下の通り。

- ・退院調整に際しての、院内システムの問題・課題
- ・退院調整に際しての、院外の社会資源活用に関する問題・課題
- ・退院調整看護師としての今後の課題と解決に向けての方向性

■分析結果をグループごとに発表する。

注) ファシリティターについて

・本研修におけるファシリティターには、病院内で退院調整に当たっている看護者あるいは訪問看護ステーションに勤務している看護者が望ましい。

・ファシリティターの役割は、グループ内の討議が円滑に行えるよう活動するものであり、検討内容の方向性や評価表の活用方法などについて適宜助言するものである。また、分析結果の発表に対して、参加者が今後前向きに取り組んでいけるような課題を整理し、気がつかなかった事柄について追加の情報提供を通して、最後に総括を述べることが期待される。

・ファシリティターは、10グループに対して1名程度が望ましい。

3) 退院調整実習記録(資料4)に基づき研修内容を記載する

4) 時間配分(例)

各自グループ内での事例紹介・・・100分(9:30~11:10)

事例の検討・・・120分(11:30~14:00)途中昼休みを含む

事例発表・・・90分(14:30~16:00)

総評・・・30分(16:00~16:30)

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

資料

資料 1

資料1

退院調整看護師養成プログラム：用語の定義

●退院計画

- ①アメリカ病院協会（1984年）の定義：患者とその家族が退院後の適切なプランをつくるのを助けるために利用可能でなくてはならない、部門を超えた病院全体としてのプロセス。
- ②手島他（1996年）：個々の患者、家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように病院内においてシステム化された活動・プログラムである。
- ③篠田（2004年）：退院後も様々なニーズや問題を持つ患者・家族に対し、そのニーズや問題に応じて適切な退院先を確保したり、安定した療養生活を送るための教育指導を行ったり、諸サービスの適切な活用を援助するために、患者・家族の主体的参加を前提とした、院内外においてシステム化された活動・プログラムである。

●退院調整

退院調整看護師養成プログラム作成委員会（2005年）：患者・家族の主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育指導を提供したり、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化された活動・プログラムである。

●退院調整看護師

退院調整を行う看護師の総称。地域医療連携質など専門の退院調整部署に配属されている専任看護師だけでなく、病棟で看護業務を兼務している看護師も含む。

●退院支援計画

退院調整が必要な患者に対し作成される計画。患者・家族の意向を尊重し、カンファレンスで合意を得て交付される。

●退院指導

疾患や障害の種類別に、病院内で他職種によって行われる、食事・服薬・運動・日常生活の過ごし方などの教育指導である。必ずしも組織的に行われるものではなく、他機関との連携は弱く、社会資源の活用までには至っていない。

●援助(help)と支援(support)』

「援助」とは、具体的なかたちのある働きかけであり、やや上下関係が存在し、経済的保障の対象になる場合もある。「支援」は、具体的なかたちがないもの（励まし）なども含み、相手の力を信頼する平等の関係を強調し、経済的保障には馴染まない場合がある。本人の本来持っている力を最大限に發揮したり成長を促がすこと（エンパワメント：empowerment）が支援の目的もある。

●調整(coordination:コーディネーション)

- ①筒井他（1998年）：二者あるいはそれ以上の個人、機関、施設、団体などの間に對等の関係を作り、各々が最大限にその特性を発揮できるよう調整・調和を図ること。
- ②野中（1997年）：利用者へのサービスが調和した状態で一貫して提供できるように、複数

の関係機関に働きかけること。調整において重要な視点は、利用者の生活を支えるために、関係者が対等な立場で協力することである。

③福富（2000年）：3つの調整機能がある。

- i) ニーズと社会資源との間の調整
- ii) サービス調整機関との間の調整
- iii) 利用者本人と家族との間の調整

退院計画における調整機能とは、「退院に際し、複数のニーズを持っている利用者に対し、そのニーズに最適なサービスを結びつけるよう、複数の関係機関に働きかけること」「関係機関がそれぞれの立場から協力関係を結べるように調整すること」

●ケアコーディネーション

①保健婦雑誌（1994年、VOL50>No10）：個別援助としてのケースマネジメントの活動を中心として、集団的なアプローチや地区活動などの地域ケアを統合的に調整する活動であり、疾病や障害を持つ人々を対象にするだけでなく、健康増進、疾病予防から、リハビリテーション、ターミナルケアの必要な人々を含む

②ケアコーディネーションの機能に関する研究報告書（1996年）：住民が自らの健康問題を主体的に解決できるように、個々の住民に最適なサービスの種類・程度を判断し、様々な提供主体によるサービスを調整し、適切な時期に総合的に提供すること」とされ、さらに2000年の地域保健法改正で「ケアコーディネーション」は「総合調整」の機能に位置付けられ、利用者本人への直接的な援助だけでなく、援助を支える地域活動の組織化、地域住民の理解の促進、行政政策への反映などを含む総合的かつ統合的な活動であるとされた。ケアコーディネーション（総合調整）の対象者は、乳幼児から高齢者まで、年齢を問わず、健康のレベル、障害の程度によらず、調整された各種サービスによる支援を必要とするすべての住民、としている。

●ケアマネジメント（Care Management）

①白澤（1994年）：利用者の生活課題（ニーズ）と社会資源とを調整、あるいは結びつけることにより、地域での生活を継続的に支援していくこと

②MOXLEY（1989年）：ある人（またはチーム）が複数のニーズを持った人々の社会生活機能や福祉を最大限享受できることを目的として、フォーマルおよびインフォーマルサービスや支援のネットワークを組織化し、調整し、維持すること。

③介護支援専門員実務研修テキスト（2003年）：「地域社会の中で、人々が地域社会による見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持継続を阻害するさまざまな複合的な課題に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源を活用し、総合的かつ効率的に課題解決を図っていくプロセスと、それを支えるシステム」または、「自立した日常生活を営むうえで、複合的な生活課題を持つ人に対して、保健、医療および福祉の分野にまたがるさまざまなサービスを効果的に組み合わせ、利用することにより、生活の目標の実現を図ること。

※ケアマネジメントのプロセスは、①スクリーニング、②アセスメント、③ケアプランの作成、④ケアプランの実施と調整、⑤モニタリング、⑥再アセスメント、である。ケアマネジメントのすべてのプロセスに利用者または家族が参加することが望ましい。

※※ケアマネジメントはチームで行うものであり、3つの方法に分かれる。

①アセスメントをチーム全体で行い、ケアプランの作成～サービスの調整～モニタリングまでを一人のケアマネジャーが行う。これはオーストラリアの ACAS（高齢者アセスメントサービス）に代表される。

②アセスメントは一人の専門家が行うが、ケアプランの作成はカンファレンスなどで専門職が協同で作成する。これは日本の介護保険の介護支援サービスに代表される。

③アセスメントもケアプラン作成もチーム全体で行う。カナダのマニトバでみられるような保健師とソーシャルワーカーが協同で行う。

退院計画の対象者は、医療ニーズの高い患者が多いため、ケアマネジメントでは医学的知識が求められる。院内では、医師・薬剤師・リハビリ職・栄養士・SW等と連携をとり、目標や方向性、内容について合意を得ておくこと。ケアプラン作成にあたっては、主治医や訪問看護師との連携、看護と介護の役割分担、医療機器等に関する業者との調整、患者・家族への教育・指導など、専門的かつ広範囲な調整能力が求められている。自院でサービスが完結する自己完結型から、地域完結型サービスに発展させていく能力が必要。

●ケアカンファレンス(ケースカンファレンス)

ケアマネジメントのプロセスにおいて、適切な支援やサービスを行っていくために、利用者や関係者が集まって行う会議のこと。会議は2つの機能を持つ。

①ケアプランの作成：利用者の生活課題を整理分析し、援助目標やサービスの内容等を記載したケアプランをチームで作成すること。ただし、この場合はケアマネジャーが予めケアプランの原案を作成し、その原案についてチームで検討する場合が多い。

②情報共有と協働の確認：利用者や地域の施設・事業所に関する情報をチームで共有し、役割分担を行いながらも協働で支援していくことを確認する。さらに、作成したケアプランの同意を行う。

●ケアプラン

①白澤(1998年)：各要援護者に即した個別化された社会資源のパッケージを計画すること。支援を必要とする人々に提供されるサービスは、総合的かつ効果的であることが求められることから、パッケージ化となった。

②LEONARD(1979年)：明確化されたクライエントの問題、達成されるべき目標、求められるサービスについて、ワーカーとクライエント間での合意による記述されたサービス計画。

資料 2

資料2 退院調整におけるアセスメント項目と主な内容

●基本情報に関する項目

NO	アセスメント項目	主な内容例
1	利用者基本情報	①氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、連絡先、職業 ②家族の基本情報 ③利用者受付情報（受付日時、受付経路、受付方法）
2	生活状況	家族構成（ジェノグラム図）、生活状況、生活歴、経済状況（生計や年金受給について）
3	被保険者情報	利用者の被保険者状況（医療保険、介護保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）
4	現在利用しているサービスの状況	利用者が現在受けているサービスの状況
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について
6	痴呆性老人の日常生活自立度	痴呆性老人の日常生活自立度について
7	主訴	利用者・家族の主訴や要望について
8	疾患・治療	疾病名、既往歴、治療内容
9	服薬内容	服薬している薬剤名

●アセスメントに関する項目

NO	アセスメント項目	主な内容例
10	主な症状	主な症状、バイタルサイン、機能障害（麻痺、拘縮、知覚障害、欠損、変形など）
11	ADL	寝返り、起きあがり、移乗、歩行、更衣、整容、入浴、排泄等に関する項目を「できる ADL（能力）」と「している ADL（実行）」に分けて記載する
12	IADL	調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況、交通機関の利用等に関する項目を「できる IADL（能力）」と「している IADL（実行）」に分けて記載する
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感に関する項目

16	排尿・排便	排尿・排便方法、排尿・排便頻度、コントロール状態、排尿・排便後の後始末に関する項目
17	褥瘡・皮膚の問題	褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取・栄養	栄養状態、食事内容、水分量に関する項目
20	問題行動	暴言・暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等に関する項目
21	介護力	介護者の有無・介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する項目
22	居住環境	福祉用具の必要性、住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境に関する項目
23	医学的処置	経管栄養、酸素療法、自己注射、中心静脈栄養など医学的処置に関する項目

資料 3

資料3 退院支援計画書

【退院支援計画書】

作成年月日：

氏名： 様

作成者：

患者・家族の生活の意向

【本人】

【家族】

総合的な支援の方針

生活ニーズ

目標

- ①
- ②
- ③

- ①
- ②
- ③

利用できる社会制度・資源

【介護保険】

【医療保険】

自己負担額：

自己負担額：

【身体障害者福祉制度】

【その他】

自己負担額：

自己負担額：

資料 4

資料4 退院調整実習記録

退院調整実習記録

1. 基本情報に関する項目

NO	アセスメント項目	主な内容
1	利用者基本情報	① ② ③
2	生活状況	
3	被保険者情報	
4	現在利用しているサービスの状況	
5	障害老人の日常生活自立度	
6	痴呆性老人の日常生活自立度	
7	主訴	
8	疾患・治療	
9	服薬内容	

2. アセスメントに関する項目

NO	アセスメント項目	主な内容
10	主な症状	
11	ADL	
12	IADL	
13	認知	
14	コミュニケーション能力	
15	社会との関わり	

16	排尿・排便	
17	褥瘡・皮膚の問題	
18	口腔衛生	
19	食事摂取・栄養	
20	問題行動	
21	介護力	
22	居住環境	
23	医学的処置	

3. 退院調整開始のきっかけ

--

4. インテーク(初回)面接

対象者：本人・家族（本人との間柄： ）
 その他（ ）
 実施日： 年 月 日
 面接時間： 時 分～ 時 分

5. ニーズ評価

医療ニーズ 病状： <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	医療ニーズ 医療処置の必要性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (具体的に・・・)
本人・家族で対応： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	本人・家族で対応： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能
身体介護のニーズ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (具体的に・・・)	家事援助のニーズ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (具体的に・・・)
家族で対応： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	家族で対応： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能

6. 退院調整計画

目標： 月 日頃までに、自宅退院・転院・介護施設転院（ ）・その他（ ）に向けて支援する。
目標達成に向けて退院調整担当者が注目すべき事項・・・

7. 活用できる社会制度・資源について

1. 介護保険	2. 医療保険 在宅医療指導管理料・訪問診療・訪問看護など
3. 身障	4. ほか()

8. 院内/施設内関係職種における調整の実際

職種（職位）	調整内容	調整結果
医師()		
看護師()		
()		

9. 自宅退院後活用すべきサービス調整の実際

① 施設種類 ②職種 ③手段	調整内容	調整結果
① ② ③□電話 □ FAX □ メール □ 訪問 □ ほか		
① ② ③□電話 □ FAX □ メール □ 訪問 □ ほか		
① ② ③□電話 □ FAX □ メール □ 訪問 □ ほか		
① ② ③□電話 □ FAX □ メール □ 訪問 □ ほか		

10. 自宅退院後の支援計画:週間ケアプラン

		日	月	火	水	木	金	土
朝	時間							
	サービス名							
	内容							
午前	時間							
	サービス名							
	内容							
午後	時間							
	サービス名							
	内容							
夕/夜	時間							
	サービス名							
	内容							

*費用について・・・月間の自己負担は_____円

11. 自宅退院後必要な物品調達・家屋改修に関する調整の実際

	品目	必要個数	退院時入手方法	退院後入手方法・五行など	利用できる制度	月額費用の自己負担額
1						¥
2						¥
3						¥
4						¥
5						¥
6						¥
7						¥
8						¥
9						¥
10						¥

*費用について・・・月間の自己負担は_____円

12. 他の施設へ転院した際の調整の実際

アプローチした施設	調整内容	調整結果
		<input type="checkbox"/> 転院可能 条件： <input type="checkbox"/> 転院困難 理由：
		<input type="checkbox"/> 転院可能 条件： <input type="checkbox"/> 転院困難 理由：
		<input type="checkbox"/> 転院可能 条件： <input type="checkbox"/> 転院困難 理由：

13. 退院調整終了

終了日： 年 月 日
転 帰： 自宅退院 転院 死亡 継続 他 ()

14. 退院調整自己チェック表 該当する枠内に を記入してその理由や根拠を述べてください。

		はい	いいえ	わからぬ い	必要 なかつた	理由・根拠
1	患者の希望を聞き良好な関係をもてた。					
2	家族の希望を聞き良好な関係をもてた。					
3	自宅退院に向けた積極的なかわりができた。					
4	施設内の医師と良好な関係を持てた。					
5	施設内の看護職と良好な関係を持てた。					
6	施設外の医師と良好な関係を持てた。					
7	施設外の看護職と良好な関係を持てた。					
8	介護支援専門員と良好な関係を持てた。					
9	必要となる社会制度をもれなく検討できた。					
10	必要となる人的サービスをもれなく検討できた。					
11	必要となる物品をもれなく検討できた。					
12	自己負担金額を最低限に抑えたプランを立てることができた。					
13	退院・転院後に必要な支援計画を継続することができた。					
14	期間内に退院・転院することができた。					
15	退院・転院後に本人・家族からクレームがなかった。					

15. 退院調整プロセスは円滑であった？ はい いいえ

その理由は何？

院内外のシステム上の問題点、あるいはあなたの課題について考察してください。

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

IV. 研究成果の刊行物・別刷り

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

なし

IV. 研究成果の刊行物・別刷り

なし

