

ニカルパスの作成とその適否の検証を行なう必要がある。

参考文献

- 1) Kumamoto T: Pilot study on prevention of neurological disorders in the elderly in a community. *Neurology and Public Health in Japan* (Kondo K, ed), pp 185-189, WHO, Geneva, 1997.
- 2) 熊本俊秀、三宮邦裕、森 敏雄、上山秀嗣、津田富康：在宅難病患者の QOL 向上のための専門病院のかかわりー神経難病患者に対する在宅ケア処方せん。厚生省特定疾患調査研究「特定疾患に関する QOL 研究班」平成 10 年度研究報告、pp 109-113, 2000.
- 3) 熊本俊秀、三宮邦裕、佐藤紀美子、成迫智子、長尾紳一郎、津田富康：在宅難病患者の療養支援における特定機能（専門）病院の役割。厚生省特定疾患調査研究「特定疾患患者の生活の質（Quality of Life, QOL）の向上に関する研究班」平成 11 年度研究報告、pp 50-57, 2001.
- 4) 熊本俊秀、三宮邦裕、上山秀嗣、藤本 伸、木村昭子、荒川竜樹、花岡拓也、中村憲一郎：神経難病患者の QOL 向上における特定機能病院の役割：神経筋疾患診療におけるクリニカルパス。厚生労働省特定疾患対策研究「特定疾患の生活の質（Quality of Life, QOL）の向上に資するケアの在り方に関する研究」平成 14 年度総括・分担研究報告書、pp 133-136, 2003.

表 1

在 院 日 数

	DPC導入前(日)	DPC導入後(日)
全神経疾患	-----	23.3 ± 16.3
全神経筋疾患患者	74.8 ± 70.7	22.8 ± 14.1 ^{***}
ミオパチー	87.0 ± 80.8	20.3 ± 18.5 ^{***}
ニューロパチー	83.4 ± 70.6	30.3 ± 7.8 ^{***}
ALS	46.8 ± 40.3	22.3 ± 4.2 ^{***}

***: P<0.001

表 2

介護保険およびDPC導入前後における在院日数の変化

	介護保険導入前(日)	介護保険導入後(日)	DPC導入後(日)
全神経疾患	---	---	23.3 ± 16.3
全神経筋疾患患者	88.1 ± 77.7	53.3 ± 50.6	22.8 ± 14.1 ^{*#}
ミオパチー	103.4 ± 91.0	56.1 ± 42.7	20.3 ± 18.5 ^{*#}
ニューロパチー	98.7 ± 75.6	60.1 ± 60.6	30.3 ± 7.8 ^{*#}
ALS	49.2 ± 27.8	44.5 ± 51.7	22.3 ± 4.2 ^{*#}

介護保険導入前 VS DPC導入後 *: P<0.001

介護保険導入後 VS DPC導入後 #: P<0.05, ##: P<0.001

図 1

DPC導入後の病棟業務の変化(I)

対象医師: 18人(男性 14人、女性 4人)、平均年齢 33.9歳(25~48歳)

1) 全体の仕事量について: 全員が増えたと回答

《増えた内容》

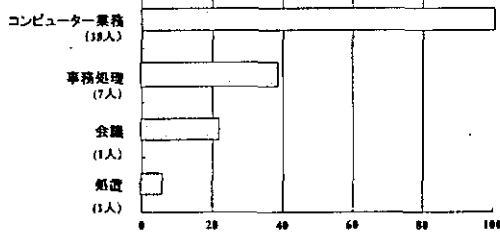


図 2

勤務時間内におけるコンピューター業務の占める割合

(アンケート調査結果: 回収率68.4%)

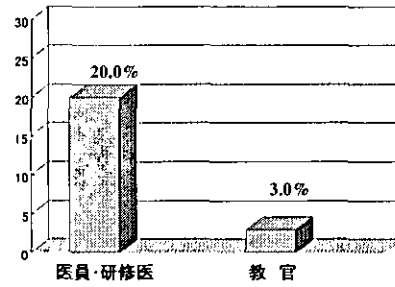


図 3

DPC導入後の病棟業務の変化(II)

2) 患者さんと接する時間:

減った	減っていない
44.4%	55.6%

3) 業務内容の変化:

変わった	変わらない
61.1%	38.9%

4) 医療の質は向上したか:

向上した	向上していない
5.6%	94.4%

図 4

DPC導入後の病棟業務の変化(III)

5) DPC導入について:

良い	以前と変わらない	悪い	無記入
0%	50.0%	44.4%	5.6%

《DPC導入の悪い点》

- ・パソコン業務(事務処理)が増加
- ・主病名以外の治療、検査が省略される
- ・他科への対応がしにくくなった
- ・医療の向上にはつながっていない
- ・在院日数、早期退院推進ばかりが前面にでて、医療サービスの向上がなおざりにされがち
- ・ニューロパチーでは、治療内容が異なるのに、高価医療となることもある

各論 5 DPC 導入と看護

牛込三和子（群馬大学医学部）、川村佐和子（東京都立保健科学大学）、酒井美絵子（同）、野本悦子（群馬大学医学部附属病院）、岡本幸市（群馬大学大学院医学系研究科）

はじめに

特定機能病院において、DPC が開始されて 1 年経過した。DPC において、看護は、患者 2 人に対し看護師 1 人が配置されている看護体制であることを前提に、ホスピタルフィーとして位置づけされている。DPC における神経系難病患者の入院実態および看護の課題を明らかにすることを目的に、一特定機能病院神経内科入院患者について実態を調査し、DPC 導入と看護について検討した。また、ALS 患者の看護の必要量について、タイムスタディ調査をもとに検討した。

I. 神経系難病患者入院の実態と看護の必要度

1. 目的

DPC における神経系難病患者の入院実態を明らかにし、看護の課題を検討する。

2. 対象と方法

G 病院神経内科を調査対象病院とし、2003 年 4 月 - 2004 年 3 月の 1 年間に入院し、2004 年 4 月末までに退院した患者のうち、特定疾患治療研究対象疾患の多発性硬化症、重症筋無力症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患、脊髄小脳変性症、多系統萎縮症 6 疾患の患者について、診断群分類、在院日数、入院時の病気の状態、退院後の療養場所について、診療録等を資料とし、調査した。

3. 結果と考察

1) 神経系難病患者入院の実態

1 年間の延べ入院患者数は、多発性硬化症 17 人、重症筋無力症 11 人、筋萎縮性側索硬化症 17 人、パーキンソン病 4 人、大脳皮質基底核変性症 1 人、脊髄小脳変性症 2 人、多系統萎縮症 5 人であった。

診断群分類ごとの対象者数、入院期間分類別人数を表 1 に示した。

多発性硬化症の患者の在院日数は、診断群分類における入院期間分類 I 未満は 4 人 (23.5%)、I 以上 - II 未満が 8 人 (47.1%)、II 以上が 5 人 (29.4%) で、特定入院期間を越える例はなかった。

重症筋無力症患者の在院日数は、I 未満が 3 人 (27.3%)、I 以上 II 未満が 4 人 (36.4%)、II 以上が 3 人 (27.3%) で特定入院期間を越えた人が 1 人あった。この 1 人は、クリーゼによる入院で、入院中に人工呼吸器装着となり、その離脱が困難で時間を要していた。

筋萎縮性側索硬化症患者の在院日数は、I 未満が 3 人 (17.6%)、I 以上 II 未満が 7 人 (41.2%)、II 以上が 4 人 (23.5%) で、特定入院期間を越える入院が 3 人 (17.6%) あった。この 3 人は、診断確定目的検査入院の患者であった。

パーキンソン病と大脳皮質基底核変性症患者の在院日数は、I 未満が 1 人 (20%)、I 以上 II 未満が 1 人 (20%)、II 以上が 3 人 (60%) であった。

脊髄小脳変性症患者の在院日数は、I 以上 II 未満と II 以上が各 1 人であった。

多系統萎縮症では、I 以上 - II 未満が 1 人 (20%)、II 以上が 4 人 (80%) であった。

全体では、I 未満は約 20% で、I 以上 II 未満が 39%、II 以上が 35% で、この入院期間分類の入院が多かった。特定入院期間を越える入院が 7% あった。

2) 疾患別入院患者の入院実態と看護の必要度

パーキンソン病および大脳皮質基底核変性症、多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症について、入院患者の状態と入院期間分類別入院日数を表 2 に示した。

パーキンソン病および大脳皮質基底核変性症の患者では、検査入院はなく、全員が悪性症候群、薬物療法調整等の治療目的入院であった。5人全員が70歳以上の高齢者であり、また、5人全員が移動動作に介助を要する状態で、転倒リスクのある患者が2人あった。症状では、嚥下障害が2人、構音障害が1人あり、膀胱直腸障害の1人は膀胱カテーテルを留置していた。また、妄想・夜間譫妄のある患者が1人いた。

パーキンソン病患者の看護においては、薬物療法における薬効の観察を24時間の生活のなかで観察すること、日常生活動作の安全性を配慮した援助、夜間譫妄のある場合はその観察と対処が必要である。

多系統萎縮症の患者では、検査入院はなく、治療目的の入院であった。6人全員が日常生活全般に介助を必要とする状態で、転倒リスクの状態であった。症状では、構音障害が全員にあり、コミュニケーション方法について工夫が必要であり時間を要すること、また、日常のいろいろな場面で、援助を必要とする状態であった。嚥下障害は3人にあり、経管栄養（胃瘻造設を含む）の2人はその管理が、排尿障害の3人は膀胱カテーテル留置の管理が必要であった。また、睡眠時無呼吸の症状が1人にあった。

多系統萎縮症患者においては、運動失調症状に加えて、構音障害（コミュニケーション障害）、嚥下障害、自律神経障害による起立性低血圧および排尿障害、声帯外転麻痺による睡眠時無呼吸などがある。とくに、夜間の無呼吸は突然死に結びつく可能性もあり、モニターによる観察などが必要となる。これらの状態は、患者の24時間の観察、日常生活の安全についての看護を必要とする。

筋萎縮性側索硬化症の患者では、17人中11人が診断確定目的の初回入院であった。治療目的の入院は、胃瘻造設、気管切開、併発疾患の治療などであった。初回入院の患者でも、すでに食事や移動の介助が必要な患者、構音障害、嚥下障害、呼吸障害のある患者があった。事例16の患者は、

診断未確定の状態での入院したが、入院時、すでに呼吸不全状態にあり、入院4日後に死亡している。

筋萎縮性側索硬化症患者の場合、症状を自覚してから、専門医療機関にたどりつくまでに時間を要しており、入院時には症状が進行している場合が少なくない。検査入院であっても入院期間が長期化している背景には、このような患者の病状の進行があると推察される。検査目的で入院する場合でも、すでに病気が進んでおり、日常生活に介助を要する状態、構音障害によるコミュニケーション障害、嚥下障害の状態などあり、診断確定のための検査等の援助にとどまらない看護が必要である。また、診断確定後、患者は病気についての告知、病気説明等を医師より受ける。患者は、病気説明を受けた後、病気を受けとめ、今後の療養生活を考えていくスタートにある。患者のフォローアップ開始としての看護の支援も必要である。

4.まとめ

1) DPC導入後の神経系難病患者の在院日数は、DPCにおける入院期間分類Ⅰ未満は20%と少なく、Ⅰ以上Ⅱ未満39%、Ⅱ以上特定入院期間の分類35%で多かった。特定入院期間を越える入院は、重症筋無力症患者のクリーゼ治療目的の入院、筋萎縮性側索硬化症患者の検査入院においてあった。

2) パーキンソン病および大脳皮質基底核変性症、多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症の各疾患患者の入院時の状態は、食事・排泄行動、移動等の動作に介助を要する状態、構音障害（コミュニケーション障害）、嚥下障害、呼吸障害の状態、胃瘻造設、気管切開、人工呼吸器装着などの医療処置管理状態の患者が多かった。パーキンソン病においては夜間譫妄状態、多系統萎縮症では睡眠時無呼吸、ALSでは検査入院でも呼吸障害等24時間の看護観察を必要とする患者があった。これらのことから、神経系難病患者の入院では、看護の必要度が高いことが示唆された。

3) 神経系難病の特徴は、病気により、四肢の運動機能の障害、構音障害、嚥下障害、排尿障害、呼吸障害、自律神経障害などがおこり、進行するということである。筋萎縮性側索硬化症では、とくに、その進行が早く、診断確定時にすでに症状が進んでいる例もあり、看護の必要度は高い。また、治療目的の入院は、病状が進行した状態での急性期医療の必要からの入院であり、さらに看護の必要度は高くなる。このような特徴から、入院が検査目的であれ、治療目的であれ、また、入院時であれ、入院期間が長期化した時期であれ、看護必要度はかわらない。神経系難病の看護体制については、患者1に対し看護師1または1.25が必要との調査結果がある²⁾³⁾。神経系難病においては、DPCにおいて、看護の必要度を加味することについて検討することが課題である。

II. 入院中の筋萎縮性側索硬化症(神経難病)患者の看護の特徴

1. 目的

筋萎縮性側索硬化症(神経難病)で入院中の患者に対する看護の特徴を明らかにするために、既存のタイムスタディ資料を基に急性期の患者の看護提供状況を用いて検討した。

2. 対象と方法

対象は「厚生省特定疾患 難病のケア・システム調査研究班平成2年度報告⁴⁾」にある入院中のALS患者2名(事例A, B)、および、「平成14年度厚生労働省保健局医療課による委託事業 看護必要度導入に関する研究⁵⁾ 報告書」にある特定集中治療室(以下、ICUという)入室中の患者3名(事例C, D, E)とした。

対象5事例の背景について表5に示した。ICU入室中の事例は、報告書中の15事例の中から、1日の看護提供時間が筋萎縮性側索硬化症(以下、ALS)の事例に近い3事例とし、3事例とも別の患者となるよう選んだ。

調査の方法は、いずれの報告書もタイムスタディ法で24時間の調査を行っていた。分類の項

目は、A、Bの調査で日本看護協会看護婦機能委員会の看護業務区分表を用いていたため、事例C、D、Eの業務表のデータも看護業務区分表に置き換え、あらためて時間を算出した。今回用いたデータは、前者のALS患者の調査に合わせ、看護業務区分表の「看護行為1から16」の16項目について検討を行なった。

3. 結果

ICU入室患者の看護行為所要時間の合計を表6、事例Aから事例Eの看護行為別所要時間を表7に示した。

ICU入室中の患者の看護行為所要時間は、18,211秒から60,058秒であった。全体の看護提供時間に占める割合は58.8%から79.3%であった(表6)。一方、ALSの患者、事例Aおよび事例Bは、25,260秒、31,020秒であった。

1日の看護時間(表7)で多くの時間を要している項目は、事例Aでは「安楽」「食事の世話」「身体の清潔」「排泄の世話」、事例Bは「呼吸管理」「安楽」「身体の清潔」、事例Cは「測定」「安楽」「診察・治療の介助」「呼吸管理」、事例Dは「診察・治療の介助」「測定」「呼吸管理」「安楽」、事例Eは「診察・治療の介助」「測定」「呼吸管理」であった。

4. 考察

1) 看護行為所要時間について

今回使用したICU入室患者のタイムスタディは、「その調査日に入室している患者の中で最も手のかかる患者」を対象としたものである。よって、より重症度が高い人への看護提供を反映しているデータであると考えられる。このような患者への看護提供時間とALS患者の看護提供時間とをみると、15事例中4事例がALSの患者の看護提供時間31,020秒より少なく、その中の2事例は25,000秒以下であった。18,211秒であった事例は、看護提供時間が総看護時間の58.8%であり、今回対象としなかった「看護行為17以降(記録、連絡、管理業務等)」の時間が多くとられていた。

ICUの特徴として、患者の観察や測定を行いその記録を行ったり、看護師間や医師との連絡調整を行ったりしたためと考えられるが、全体としては、ALSの患者への看護は、ICUに入室する重症度の高い患者と同程度の時間数での看護の提供を行なっているということがいえる。

また、事例A、事例Bとも、入院から1年3ヶ月、4年9ヶ月と多くの時間が経過しているにもかかわらず、看護の時間は多くかかっていた。これは、病気の進行と共に看護やケアを必要としていくという、神経難病における看護の特徴であり、急性期を過ぎたら自立し、看護の提供時間が減少していく疾患とは同等で看護を考えていくことは出来ない。

2) 看護行為の内容について

ICUに入室中の患者は、生命の危機状態に直面していることが多く、モニタリング用の機器類や、生命維持装置の装着、生命兆候の観察(バイタルサインチェック、in-outチェック等)などを行なうことが最優先される。そのため、ALSの患者とICU入室中の患者とでは、同じような看護提供時間の中でも多くの時間を費やす項目には、違いが現れており、ICUの患者は診療・治療の介助、測定(尿量、T.P.R、血圧、CVP等)、呼吸管理が中心となっているが、ALSの患者では安楽や呼吸・食事・排泄等の日常生活支援が中心となっている。「安楽」の項目は、体位変換、体位の工夫、患者を安心させるための会話・行為、睡眠への配慮等が含まれており、身体を自力で自由に動かすことが出来ないALSの人々には非常に重要であり、時間を十分に使い対応することが看護の大切な役割である。

また、ALSの疾患の状態によっても対応の方法や看護の時間のかかり具合に違いがある。事例Aと事例Bでは、患者の背景(表5)から、主に、栄養方法、レスピレーター装着の有無、コミュニケーションの方法、排泄方法に違いがあり、経口摂取を行なっているA事例は「食事の世話」の時間が多く、排泄の時間も多くなっているのがわかる。

一方、事例Bはレスピレーターを装着しており、呼吸管理に費やす時間が多くなっている。

この他、A、B事例について、「構音障害が強いためコミュニケーションに時間がかかる、ナースコールを適切に取り付けるのに時間がかかる、頻回に体位変換を希望する、口腔内の吸引を頻回に希望する」⁴⁾という問題点も「安楽」「呼吸管理」の時間の多さに関係していたと考えられる。しかし、これらのことは今回使用した事例に特徴的なことではなく、神経難病の人への看護は、より個人の状態や意向、生活を反映させた援助、じっくりと向き合う手厚い看護が必要となるのである。このようなことが、診療の介助や測定・観察のようなルティーン業務との違いであると考えられる。

3) 病院に入院しているALS(神経難病)患者に対する看護

ALSの患者が病院に入院する場合、一般病棟もしくは療養病棟に入院することが多いと考えられ、特に大学病院では、一般病棟への入院がほとんどであると考えられる。DPC導入後は、看護体制が入院患者対看護職員配置が2対1以上であり、多くの病院が2対1以上の配置をしていると思われる。今回検討対象としたICUにおいては、常時2対1の看護配置であることが診療報酬算定上の要件となっており、昼夜問わず常に患者2名に対して看護師が1名配置されている治療室である。

手厚い配置のICUで提供している看護と同じ時間数の看護を一般病棟で1患者に提供することは、看護師への負担が大きくなることが予測される。そのため、病棟全体の安全を確保し必要な看護の提供を行なうためには、看護師の配置数の工夫、増員等の管理上の工夫が必要となると考えられる。

また、これらの看護はホスピタルフィーとして包括された部分であり、個別の患者の状態を反映した看護の評価のありようも、今後、検討が必要ではないかと考えられる。

5.まとめ

ALSで入院中の患者2名とICUに入室している急性期の患者3名のタイムスタディの結果を用いてALSの看護の特徴について検討した結果、次のことがわかった。

- ①ALSの患者への1日の看護行為所要時間は、ICUに入室している重症度の高い患者と同程度の時間を要していることもある。
- ②ALSの患者の看護行為は、「安楽」「食事の世話」「排泄」「呼吸管理」という、日常生活の援助が主であり、ICU入室患者の「診察・治療の介助」「測定」「呼吸管理」「安楽」という治療・処置やルティーン業務が中心の看護行為とは異なったものであった。
- ③ALSの患者の看護は、入院から時間が経過していても、必要な看護行為には多くの時間を要していた。
- ④ALS等の神経難病の人の疾患および看護の特徴から、看護の体制や評価の方法等の管理上の工夫の必要性和示唆された。

【文献】

- 1) 牛込三和子、他 筋萎縮性側索硬化症(ALS)の療養者における療養行程モデルの作成—治療法選択までの行程と看護支援— 特定疾患対策研究事業「特定疾患の生活の質の向上に資するケアの在り方に関する研究」平成15年度研究報告書(印刷中)
- 2) 久保伴江、他 ALS患者の長期療養施設について—マンパワー— 厚生省特定疾患「難病のケア・システム」調査研究班(班長 宇尾野公義)平成元年度研究報告 47-52 1990
- 3) 西三郎、川村佐和子、牛込三和子、水谷智彦 神経筋疾患を対象とした長期療養施設・機能とそのあり方と施設・機能の統括に関する研究 厚生省特定疾患「難病のケア・システム」調査研究班(班長 宇尾野公義)平成4年度研究報告 79-82
- 4) 水谷智彦、斉藤真理子、川村佐和子、牛込三和子、秋村純江、角田和江、西三郎 筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者の長期ケアにおける問題点

の検討—ALS入院事例についての1日の看護時間調査— 厚生省特定疾患 難病のケア・システム調査研究班平成2年度報告 1991

5) 筒井孝子、山内豊明 「看護必要度導入に関する調査研究」報告書、平成14年度厚生労働省保険局医療課による委託事業 2003

表1 診断群分類別入院期間

臨床診断名	診断群分類		入院期間分類					転院 施設 死亡
	番号	傷病名	手術 対象者数	I	I-II	II	特定入院 期間以上	
多発性硬化症	0100901xxxxxxx	多発性硬化症(検査入院)	4		3	1		
	0100903xxxx0xx	多発性硬化症	8	3	3	2		
	0100903xxxx1xx	多発性硬化症	5	1	2	2		
小計			17 (100)	4 (23.5)	8 (47.1)	5 (29.4)	0 (0.0)	
重症筋無力症	0101303xxxxxxx	重症筋無力症, 神経障害(その他)(検査入院)	1	1				
	0101303x01xxxx	重症筋無力症, 神経障害(その他)あり	2			1	1	
	0101303x99x0xx	重症筋無力症, 神経障害(その他)	5	2	3			
	0101303x99x1xx	重症筋無力症, 神経障害(その他)	3		1	2		
小計			11 (100)	3 (27.3)	4 (36.4)	3 (27.3)	1 (9.1)	
筋萎縮性側索硬化症	0101501xxxxxxx	運動ニューロン病、脳血管疾患(その他)(検査入院)	7		3	1	3	
	0101503x970xxx	運動ニューロン病、脳血管疾患(その他)	2	1		1		1 1
	0101503x99x0xx	運動ニューロン病、脳血管疾患(その他)	3		2	1		
	0101503x99x1xx	運動ニューロン病、脳血管疾患(その他)	5	2	2	1		2 1
小計			17 (100)	3 (17.6)	7 (41.2)	4 (23.5)	3 (17.6)	
パーキンソン病	0101603x99x0xx	パーキンソン病	2	1		1		
	0101603x99x10x	パーキンソン病	2		1	1		
小計			5 (100)	1 (20.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	
大脳皮質基底核変性症	0101701xxxxxxx	基底核等の変性疾患	1			1		
	小計			5 (100)	1 (20.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	0 (0.0)
脊髄小脳変性症	0101903xxxx0xx	遺伝性運動失調症	1			1		
	0101903xxxx1xx	遺伝性運動失調症	1		1			
小計			2 (100)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	
多系統萎縮症	0102203xxxx0xx	痴呆性疾患(アルツハイマーを除く)	2			2		
	0102203xxxx1xx	痴呆性疾患(アルツハイマーを除く)	3		1	2		1
小計			5 (100)	0 (0.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	
計			57 (100)	11 (19.3)	22 (38.6)	20 (35.1)	4 (7.0)	

単位は人, ()内は%

表2 事例別入院期間(パーキンソン病, 基底核等の変性疾患)

事例	診断群分類	年齢(歳代)	ADL要介助状態				症状					医療処置			在院日数	入院期間分類					
			食事	排泄	移動	転倒リスク	歩行障害	嚥下障害	構音障害	膀胱直腸障害	妄想・夜間譫妄	膀胱カテーテル	胃瘻・経管栄養	その他		I	I-II	II	特定入院期間		
1	0101603x99x0xx	70		●	●				●								3	3			
2	0101603x99x0xx	70				●	●		●								28	10	10	8	
3	0101603x99x10x	80	●	●	●	●							●				33	14	14	5	
4	0101603x99x10x	70	●	●	●									●			24	14	10		
5	0101701xxxxxxx	70	●	●	●				●	●							23	9	10	4	

在院日数の単位 日

表3 事例別入院期間(多系統萎縮症:痴呆性疾患(アルツハイマーを除く))

事例	診断群分類	年齢(歳代)	ADL要介助状態				症状					医療処置			在院日数	入院期間分類					
			食事	排泄	移動	転倒リスク	歩行障害	構音障害	嚥下障害	膀胱直腸障害	呼吸障害	膀胱カテーテル	胃瘻・経管栄養	その他		I	I-II	II	特定入院期間		
1	0102203xxxx0xx	50	●	●	●	●	●	●									27	11	11	5	
2	0102203xxxx0xx	40	●	●	●	●	●	●	●								24	11	11	2	
3	0102203xxxx1xx	40	●	●	●	●	●	●									30	16	14		
4	0102203xxxx1xx	60	●	●	●	●	●	●	●		●	●					60	16	17	27	
5	0102203xxxx1xx	60	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●					53	16	17	20	
6	0703403x97xxxx	70		●	●	●	●	●	●		●						51	12	26	13	

在院日数の単位 日

表4 事例別入院期間(筋萎縮性側索硬化症:運動ニューロン病、脳血管疾患(その他))

事例	診断群分類	年齢(歳代)	ADL要介助状態				症状				医療処置				在院日数	入院期間分類					
			食事	排泄	移動	転倒リスク	上下肢運動障害	構音障害	嚥下障害	呼吸障害	膀胱カテーテル	胃瘻・経管栄養	呼吸	その他		I	I-II	II	特定入院期間		
1	0101501xxxxxxx	70					●										47	8	8	14	14
2	0101501xxxxxxx	60	●				●										16	8	8		
3	0101501xxxxxxx	70	●		●	●	●										28	8	8	12	
4	0101501xxxxxxx	70			●		●										31	8	8	14	1
5	0101501xxxxxxx	60					●	●									12	8	6		
6	0101501xxxxxxx	70					●										12	8	6		
7	0101501xxxxxxx	80		●	●	●	●	●									40	8	6	14	10
8	0101503x970xxx	70	●	●	●	●	●	●	●		●						15	15			
9	0101503x970xxx	70	●	●	●	●	●	●	●	●		TPPV					48	18	24	6	
10	0101503x99xx0x	60					●										30	9	18	3	
11	0101503x99x0xx	50			●		●										26	9	17		
12	0101503x99x0xx	80	●	●			●										18	9	9		
13	0101503x99x1xx	70	●	●	●	●	●		●	●		NPPV					54	15	15	24	
14	0101503x99x1xx	50	●	●	●		●	●	●								13	13			
15	0101503x99x1xx	60	●			●	●	●	●								20	15	5		
16	0101503x99x1xx	70	●	●	●	●	●	●	●			酸素	IVH				4	4			
17	0101503x99x1xx	50	●				●	●			●						22	15	7		

在院日数の単位 日

TPPV: 経気管陽圧式人工呼吸療法 NPPV: 非侵襲的陽圧人工呼吸療法 IVH: 中心静脈栄養法

表5 患者の背景

項目	事例A	事例B	事例C	事例D	事例E
疾患名	ALS	ALS	くも膜下出血	うっ血性心不全	心膜炎
年齢	50歳	61歳	54歳	76歳	46歳
性別	女性	男性	女性	女性	男性
罹病期間	6年	10年	3日	7日	2日
入院期間	1年3ヶ月	4年10ヶ月	3日	7日	2日
栄養方法	経口+経管	経管	IVH	IVH	IVH
レスピレーター	なし	あり	あり(挿管)	あり(挿管)	あり(挿管)
装着機器類 (主なもの)			脳圧モニター 心電図	心電図	心電図
コミュニケーション	会話	文字板	JCSⅢ100~200	スワングアンツカテーテル 意識は明瞭	スワングアンツカテーテル JCSⅡ-10
排泄	全介助で便器	留置+オムツ	尿留置	尿留置	尿留置

表6 1日の看護行為所要時間:ICU (看護業務区分表 看護行為1-16)

事例No	看護行為時間	事例No	看護行為時間
1	59,088 (74.8)	9	22,964 (67.3)
2	48,228 (71.6)	10	18,211 (58.8)
3	36,218 (70.4)	11	37,136 (73.5)
4	47,420 (71.3)	12	35,629 (71.7)
5	43,191 (79.3)	13	60,058 (70.2)
6	35,214 (67.6)	14	47,801 (67.8)
7	27,758 (70.6)	15	56,308 (73.4)
8	29,921 (74.3)		

看護行為時間は看護行為1から16の時間(秒), ()内は1日の看護時間に対する割合(%)
看護行為1から16は, 表7参照

表7 1日の看護時間 看護行為別所要時間

No	看護行為	事例A	事例B	事例C	事例D	事例E
1	身体の清潔	3000 (11.9)	3900 (12.6)	1677 (4.8)	2757 (9.9)	1835 (4.9)
2	入退院時の世話	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3	与薬	2100 (8.3)	1200 (3.9)	0 (0.0)	10 (0.1)	327 (0.9)
4	食事の世話	5100 (20.2)	1560 (5.0)	310 (0.9)	0 (0.2)	67 (0.2)
5	観察	120 (0.5)	600 (1.9)	374 (1.1)	10 (0.3)	284 (0.8)
6	輸送	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.4)	0 (0.0)
7	排泄の世話	3000 (11.9)	840 (2.7)	604 (1.7)	1032 (3.7)	550 (1.5)
8	身のまわりの世話	600 (2.4)	1560 (5.0)	1188 (3.4)	829 (3.0)	1344 (3.6)
9	安全の確保	300 (1.2)	1800 (5.8)	735 (2.1)	1022 (3.7)	310 (0.8)
10	安楽	7680 (30.4)	7080 (22.8)	8799 (25.0)	3971 (14.3)	3258 (8.8)
11	自立の援助	1200 (4.8)	300 (1.0)	57 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
12	終末看護処置	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
13	診察・治療の介助	240 (1.0)	600 (1.9)	4464 (12.7)	6714 (24.2)	14620 (39.4)
14	呼吸管理	780 (3.1)	10740 (34.6)	3890 (11.0)	4649 (16.7)	5010 (13.5)
15	測定	360 (1.4)	840 (2.7)	12789 (36.3)	4884 (17.6)	6194 (16.7)
16	諸検査	780 (3.1)	0 (0.0)	327 (0.9)	1880 (6.8)	3337 (9.0)
計		25260 (100.0)	31020 (100.0)	35214 (100.0)	27758 (100.0)	37136 (100.0)

単位は秒, ()内は%

厚生労働科学研究費補助金
厚生労働省難治性疾患克服研究事業
特定疾患の生活の質(Quality of Life, QoL)
の向上に資するケアの在り方に関する研究
報告書(別冊)

Diagnosis Procedure Combination(DPC)と神経・筋診療について

平成 16 年 3 月

主任研究者 中島 孝 国立療養所新潟病院 (現 独立行政法人国立病院機構新潟病院)

TEL : 0257(22)-2126 (代)

FAX : 0257(22)-2380

e-mail : nakajima@niigata-nh.go.jp

〒945-8585 新潟県柏崎市赤坂町 3 番 52 号

印 刷 深堀印刷所

新潟県上越市中央 2 丁目 9-14

TEL(025)543-2041 (代)
