

彦先生)によって既に調査されているクリニカル・パス調査の情報(35病院分)を用い、記述的な分析を行いその過程における条件を検討することによりクリニカル・パス調査のデータからコスト計算が可能であるか否かについて試行的な分析を行った。

(倫理面への配慮)
該当しない。

C. 研究結果(資料参照) 大うつ病性障害急性期の想定例に対して一定の達成目標に到達するために行われている診療行為を12週退院群と8週退院群を比較することにより検討した。診療行為の実施に伴う労働投入量に関する情報が入手できないため、実施された診療行為のみを比較した。分析の結果、次の点が明らかにされた。

(1) 12週退院群では状態によってmECTを考慮すると答えた病院の比率が高い。(2) 12週退院群では看護ケアに関する書き込みが多い。(3) 12週退院群では作業療法の導入比率が低い。

D. 考察

12週退院群ではmECT、看護ケアへの信頼が

相対的に高いのかもしれない。それゆえ、これらのケアをより多く投入しようと考えているのかもしれない。他方、12週退院群想定例を8週退院群の病院よりも重症だと捉えている病院が多いのかもしれない。どちらの解釈によって立つかによってこの結果がもたらす意味は180度変わり得るため、再入院率の違いなどの評価に関わる情報が無ければ解釈を行うことは難しい。

E. 結論

今回検討したなかで明らかにされた制約条件を取り除くことができれば、そしてそれは可能であると考えられるが、クリニカル・パスを用いた診療行為の原価計算が実施可能であると考えられる。これは新たにタイムスタディを行うよりは費用が低いことは明らかである。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

なし

(発表誌名巻号・ページ・発行年等も記入)

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし。

クリニカル・パス調査データによるコスト計算の可能性について

国立社会保障・人口問題研究所

泉田信行

1.はじめに

オイルショック以後、いわゆる医療費適正化を目的とする施策が数々行われてきた。平成9年以後、バブル崩壊後の長期にわたる不況の影響も受け、強力な施策がいくつも行われてきた。大きく分ければひとつは患者自己負担率の引き上げによる、患者を適切な医療サービス利用へ誘導するという施策であり、もうひとつは医療機関の行動を変容させることを目的とする診療報酬による誘導である。特に精神科について言えば、入院にかかる診療報酬の包括化があげられよう。

精神科における診療報酬の包括化は、特に世界的に見ても長いとされている精神科の平均在院日数を短縮化するインセンティブを医療機関に与えるために行われたと言えよう。しかしながら、包括化が有効であるのは医療提供者が現実に平均在院日数を削減する手段を持ち得る場合のみであり、このような手段を持たない場合には単に医療機関の収入を削減するだけか、再入院率の増大という副効果(adverse effect)をもたらすだけに終わる可能性が高い。

すると、平均在院日数を削減することは可能か、可能であるとすればどのような方法によるのか、そしてそれはそもそも医療機関にとってどのような意味を持つのか、という点が問題となる。最後の問題が最も重要である。例えば、一定期間の診療内容が包括化された場合、もし包括化された診療報酬が診療原価を上回っていれば、平均在院日数を短縮化しようとする医療機関のインセンティブは余り大きくない。他方、包括化された診療報酬が診療原価を下回っていれば、医療機関は非常に強い平均在院日数短縮化のインセンティブを持つことになる。

このため、平均在院日数短縮化を包括化によって行う場合には、診療原価と診療報酬の相対的な大きさが非常に重要な意味を持つが、現実的には診療を行う医療機関ですら診療原価を知らない可能性がある。これは会計が不適切であるというよりは、患者の多様性の結果として、ケースごとに診療内容が異なることが多く、診療原価を推定することのコストが非常に高くなるため、医療機関は診療原価に関する詳細な情報を作成することを割に合わないと思われるかもしれない。もちろん診療原価を知らないことは医療機関経営を不安定にする要因であるが、原価を調べるための費用・便益が明確でない場合は平均在院日数の適正化以外の他の手段によって収益を確保するかもしれない。

個別の医療機関としては診療原価を正確に知らないことは問題ないかもしれないが、政策を実施する際には非常に問題となる。診療原価の情報が無い場合には実際に原価と報酬

のどちらが高いのか、について判断することができず適切な報酬水準を設定することができない。平均在院日数短縮化のインセンティブは報酬と原価の相対的な大きさによって決まるため、平均在院日数短縮化のインセンティブが適切な水準にあるのか否かが判断できないことになる。

それゆえ、診療管理の観点からも政策の観点からも診療コストを把握することは重要である。診療コストを把握する際に有効であると考えられるのがクリニカル・パスである。クリニカル・パスは診療の標準化のためのツールであり、標準化された治療が適用できる患者に対して標準化された治療を行うことにより治療の質の担保を図るのがそもそもの目的である。それゆえ一見、診療原価の計算とクリニカル・パスの使用は接点を持たない。しかしながらクリニカル・パスを用いているということは、診療内容が標準化されており、診療に投入されている資源量を測定することが相対的に容易であり、その結果、診療原価を推計することが簡単になることを意味する。しかしながら、精神科においてはその方法論が確立されているわけではない。そこで、本研究においてはクリニカル・パス調査データによるコスト計算の方法論について検討する。クリニカル・パスに沿って行われている診療行為の内容に関するデータを用いることによって、診療にかかっているコストを概算することが可能か、という点を検討する。

2.クリニカル・パスデータからの原価の計算－概念整理－

診療に必要な資源は時間経過とともに変動する。抽象的に診療に必要な資源量と時間経過の関係を図示したのが図 1 である。これは必要な資源量と時間経過の関係のひとつの例である。ある疾病の治療の冒頭は外来受診があり、そこでの診療は問診や検査、診断が行われる。その後入院治療が必要であるならば、入院治療の初期に膨大な医療資源の投入が行われ、それは入院期間が経過するほど低下していき、退院直前に多少増加するというパターンを示している。

このような資源投入量の時間経過はかなり説得力を持つと考えられるが、実際にそれを示そうとするとかなり困難である。ある一定の期間（例えば一日）ごとの資源投入量を測定し、それを退院まで継続しなければならないためである。一日あたりの投入資源は図 2 のように、労働投入量と設備使用に大別できる。労働投入量はさらに労働の目的により分類することが可能である。設備使用について、行動範囲・場所とあるが、仮にデイケアなどを実施するとすればデイケアを実施する場所が必要となる。どのような場所でもデイケアを実施することができるわけではなく、そのための場を確保する必要がある。そのような場はデイケアの場として用いるだけでなく、代替的な用途があることが普通である。代替的な用途に使った場合に得られるものを犠牲にしてデイケアを行うことになれば、犠牲にしたものが費用、経済学で言うところの機会費用、となる。

図 1 : 医療資源投入量の経時的变化 (概念図)

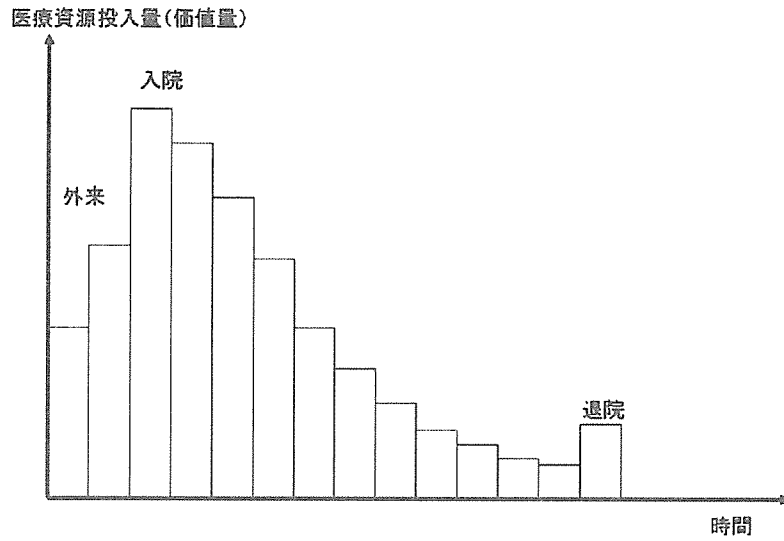
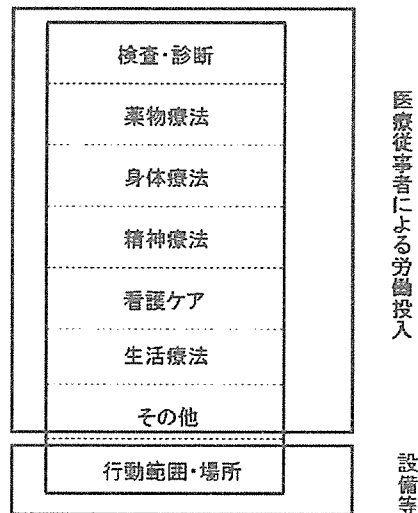


図 2 : 1 日の医療資源投入量 (概念図)



このように診療に必要な資源は幾つかに分類できるが、それを詳細に調査することは非常にコストのかかる作業である。しかしながら、クリニカル・パスの内容がもし調査され

ていれば、タイムスタディなどの費用のかかる調査を省くことが可能である。本研究では次節で説明するとおり既に調査されたクリニカル・パス調査データを用いて期間ごとの資源投入内容を調査する方法論について述べる。

3.使用したデータ

本研究で使用するクリニカル・パス調査データは、厚生労働科学研究費障害保健福祉総合研究事業『精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究』（主任研究者樋口輝彦先生）の報告書に掲載されているものである。このクリニカル・パス調査データは、精神疾患の想定例に対して到達すべき治療達成目標を与え、それを達成するとした場合に各施設で行われる診療パターンを回答するか、クリニカル・パスが存在すればそれを回答するか、を依頼している。精神疾患の想定例として、大うつ病性障害急性期、統合失調症急性期、興奮状態による隔離室使用について調査している。

以下では、大うつ病性障害急性期、の調査結果を使用し検討する。大うつ病性障害急性期は次のようなケースを想定している。

大うつ病性障害急性期の想定例（※）

59歳女性。主婦。3人の子供をもっている。半年前に28歳になる娘夫婦が長年の不仲の末離婚することになり、実家に戻ってきた。その前から彼女は娘の相談にのり何とか夫婦仲を取り直そうと努力を続けてきたが、結局破談に終わったことを大変苦しんでいた。娘が実家に戻った頃から、自分は娘に何もしてやれなかった、そもそも結婚させた私が悪いのだ、娘の人生を台無しにしたのは私だ、などといって自分を責め、誰が何を言っても気持ちは変わらず、日に日に具合が悪くなっていった。夜もよく眠れず、食欲もだんだん落ち、3ヶ月で体重が5kgもやせる状態であった。また、昼から横になっていることが多く、家事、買い物も娘に任せきりな状態になった。以前好んで参加したダンススクールなどにも、楽しくないし億劫で行く気がしないといって全く参加しなくなった。時として自分を責める気持ちが強くなり、イライラして歯を噛みしめてうなり声をあげたり、娘に死んでわびたいとこぼすこともあった。この数週間はほとんど家に閉じこもっている。

初診時、声は弱々しく、表情の変化の乏しい抑うつ的な顔貌で、憔悴の色が濃く、実際より老けてみえた。「線路に飛び込んで自殺することを常に考え、線路のそばに足を運んでは引き返したことが幾度かあった」といった。見当識や記憶に障害はなかった。

（※）上記報告書より引用。

このような事例に対して次の達成目標を与えている。

<達成目標>

睡眠 7時間半以上の連続した睡眠が得られる。最低でも6時間。

食事 空腹感があり、自発的に自力で食事できる。体重が増加しはじめる。甘いものを好んで食べる。

排泄・清潔維持 適量の下剤で毎日排便がある。尿閉なし。洗面・入浴に介助不要。女性の場合、化粧。

行動制限 攻撃的行動なし。自傷・自殺の危険性なし。病室は開放病棟で可能。

治療同盟 進んで積極的に参加・協力する。現在受けているものが医療サービスであることをはっきり認識している。医療者を安心して信頼している。

現実との関係 外的現実との関係がおおむね維持され、目前のこと（新聞を読む、会話をするなど）に10分以上集中できる。時間・場所のオリエンテーションがほぼ正確。病棟内の医療スタッフを複数知っている。

意図と実現 身体運動は思ったとおりにほぼスムーズにでき、表情はほぼ病前に復す。ある程度長いセンテンスが話せ、会話を楽しめる。日常動作はほぼできる。退院後の生活についての計画・目論見ができる。

このような設定を設けた上で精神科病院に回答を求めた結果、47施設から記入済み調査票の返送を得ている。そのうち、想定例をもとに作成された回答は35例であり、施設に既存のクリニカル・パスを回答した事例は8例であった。ここでは、比較が簡単な想定例をもとに作成された回答（35例）を用いる。

4.分析結果

想定例をもとに作成された回答は35例を見ると、退院までの設定期間の最頻値は12週間であり、次に多いのは8週間である。もちろん退院までの期間はこの他にもあるが、まずは12週間で退院するとした病院の診療行為と8週間で退院するとした病院の診療行為を比較する。この単純な比較により診療行為の内容と平均在院日数の長さの関係、原価の計算に関する方法論にかかわる基礎的な検討を行う。

比較をする際の技術的な問題としては、病院間の比較可能性を確保しようとするところある程度情報の集約化を行わなければならないということである。薬物治療でもSSRIを用いる場合やTCAを用いる場合が見られたが、それらの投与量の大小比較はサンプルが少ないこともあり難しい。それゆえ、薬物治療では極めて幅広く分類して抗うつ剤の投与と睡眠薬の投与、という形でまとめている。情報の集約化は情報を捨てていることと同義であるが、

議論を単純化することによりその筋道を見通すためには有利な方法でもある。そのような一定の情報の集約化を行ったうえで入院日時点の資源投入量について既述したのが図 3 である。

図 3：入院時点での診療行為（調査結果に基づく概念図）

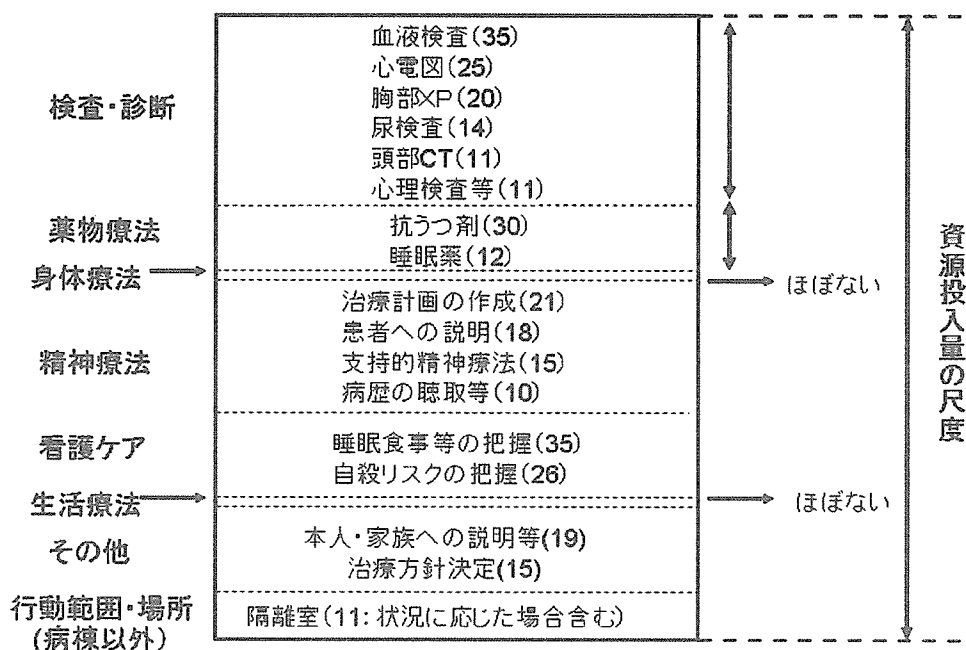


図 3 は図 2 の資源投入量を臨床的・パス調査データにもとづいて行われた診療行為をカッコ内の病院数とともに記載したものである。行われた診療行為は血液検査のように 35 病院で実施されているものもあれば、1 病院でしか行われていないものもある。このように選択される幅がある場合には、必然的に行われる診療行為であるのか否かについて判断する必要があると考えた。つまり、ある特定の病院のルーチンの診療行為であっても、それが他の病院との比較において一般性をもたない場合があると考えた。何が一般的な診療行為か、を判断するのは難しい行為であるが、ここでは仮に 11 ないし 12 病院が行っている診療行為とした。これは診療行為のうち 11 ないし 12 以上の病院が選択しているもの以外はバリエーションが非常に大きく（選択している病院数が非常に小さい）ものとなるからである。その意味では図 3 に挙げられている内容は共通性の高いものである。

さて、診療行為は幾つかのカテゴリーの資源投入に分類されている。診療行為の多さでカテゴリー別の資源投入の量を相対的な大きさを記述している。身体療法や生活療法は入院初日にはほとんど行われていないため、相対的な大きさが非常に小さくなっている。他

方、検査は行われる種類が多いため相対的な大きさが大きくなっている。また、精神療法も選択されている種類が多くなっている。

この図について注意すべき点は、診療行為を実施している病院数を記載することにより診療行為の量を測定している点である。これは各診療行為が同じ資源量を必要とすることを前提していることを意味する。厳格に比較するためには、各診療行為が必要とする資源量を確定し、その上でそれらを金銭評価することが必要となる。しかしながら、試行的な段階では診療行為の有無のみを検討することも意義があると考え、以下の検討を行う。

1 時点の資源投入については上記のとおり記述できるが、12 週間で退院する群と 8 週間で退院する群の診療行為を比較するためには複数時点での比較が必要であると考えられる。時点間で資源投入量の大小が変化する可能性があるためである。すると、どの時点の資源投入量を比較するのか、が次の検討課題となる。本研究では入院当初の資源投入量と入院 4 週目の資源投入量を比較することとした。入院当初の資源投入は 12 週間退院群と 8 週間退院群でほとんど変わりは無かった。4 週目以外にも幾つかの期間について比較を行うべきであるが、それは今後の課題とする。

図 4：入院時点と第四週での診療行為の比較（12 週退院群）

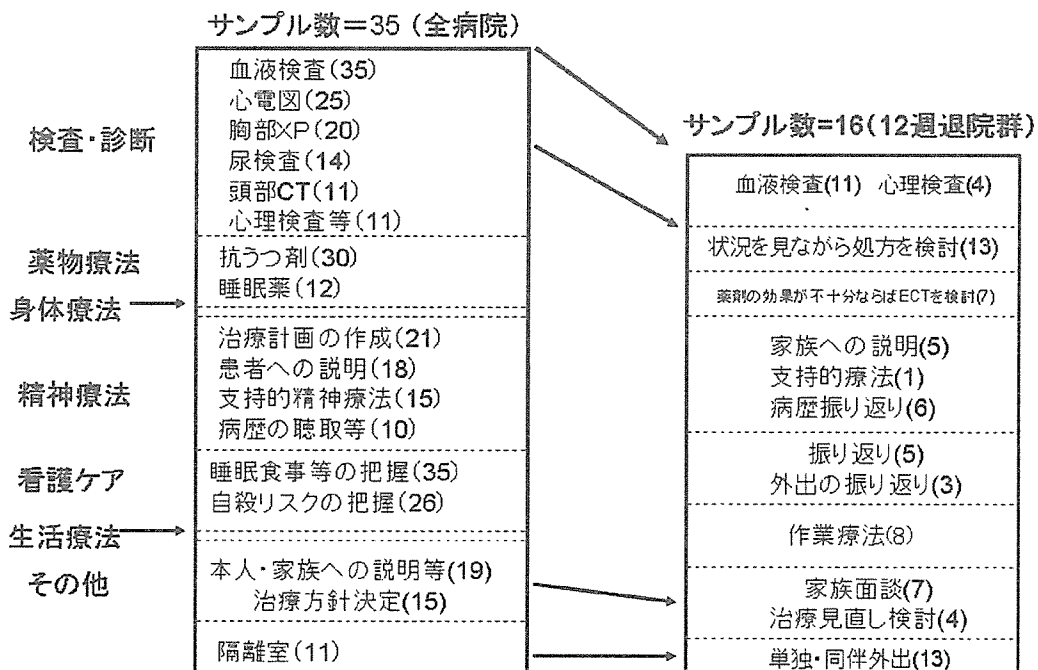
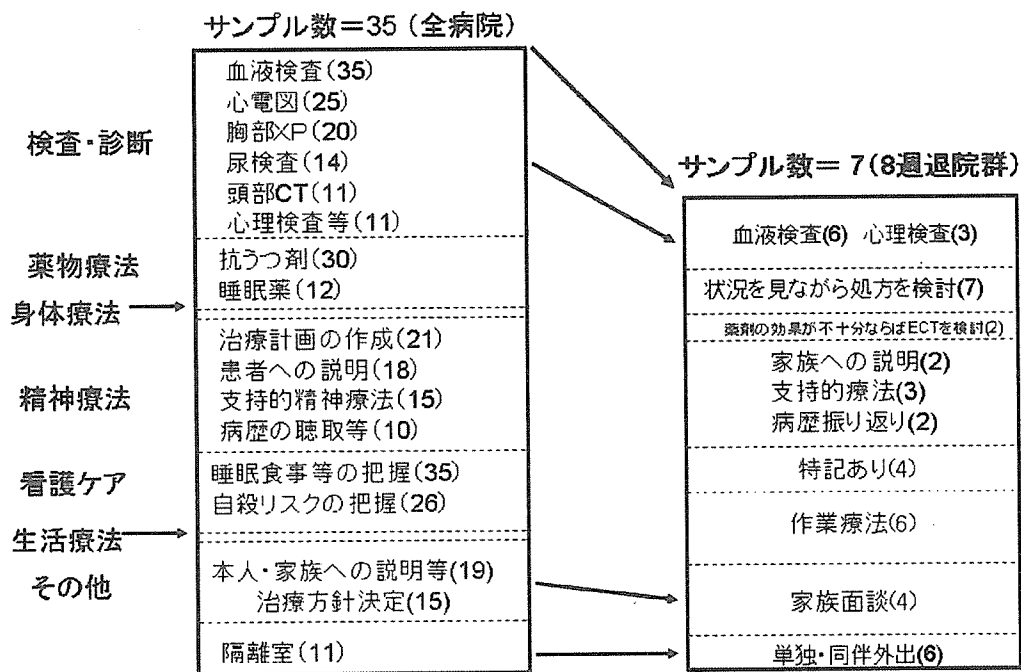


図 4 は 12 週退院群について、図 5 は 8 週退院群について入院時点と第四週での資源投入量を比較したものである。当然ながら、両群ともに行われる診療行為に変化が生じている。

検査のウェイトが低下し、精神療法や看護ケアのウェイトが高まっている。さらには入院当日にはウェイトがほぼゼロであった生活療法が作業療法という形で行われている。さらには、「場」も隔離室使用が単独・同伴外出に変化している。

図5：入院時点と第四週での診療行為の比較（8週退院群）



12週退院群と8週退院群を比較すると次の点が指摘できるかもしれない。(1)12週退院群では状態によってmECTを考慮すると答えた病院の比率が高い。(2)12週退院群では看護ケアに関する書き込みが多い。(3)12週退院群では作業療法の導入比率が低い。これらの結果は2通りの解釈があり得る。12週退院群ではmECT、看護ケアへの信頼が相対的に高いのかもしれない。それゆえ、これらのケアをより多く投入しようと考えているのかもしれない。他方、12週退院群想定例を8週退院群の病院よりも重症だと捉えている病院が多いのかもしれない。どちらの解釈によって立つかによってこの結果がもたらす意味は180度変わり得る。前者の解釈では12週退院群では資源を投入しすぎだとみなすことになり、後者の解釈では単に想定例をより重症に捉えているだけの意味しか持たない。再入院率が同じであるといった情報があれば、12週退院群では資源を投入しすぎだとみなすことが可能になる。

5. 結語

精神科病院における平均在院日数適正化のためには適切なインセンティブ（＝診療報酬）を設定する必要がある。診療報酬の包括化の下で診療原価と報酬額との相対的な大きさにより平均在院日数適正化に対する病院のインセンティブは強さが異なる。この「適切なインセンティブ」を発揮させるためには早期に患者さんを社会復帰させることに対して高い評価を与える必要がある。これは経済学の分野では、早期に患者さんを社会復帰させるという目的に対して医療機関が整合的に行動するインセンティブをもたせるという意味で、誘因整合的な条件（Incentive Compatibility）と呼ばれている。本研究の検討課題は、現在様々な経済問題について誘因整合的なシステムの整備が要求されてきていることのひとつであるとみなすことが可能である。精神科入院患者について早期退院できる誘因整合的なシステムを適切に構築するためには少なくとも診療原価情報を医療機関・政策実施者がもつ必要がある。

診療原価を知るひとつの方法がクリニカル・パス調査データによるコスト計算であると言える。この方法の長所は既に調査されたデータが存在し、調査する側のコストも調査される側のコストも不要である点にある。短所としては、調査内容から必要資源量を算定する際に困難が存在することである。本研究は試行的なものであるため、必要資源量の計算は行わず、診療行為の実施構造のみを検討した。診療原価の計算のためには診療行為の実施に伴う労働投入量、設備の使用に伴うコスト（減価償却費等）、薬剤などの使用量、といった必要資源量を把握した上で、これらを市場価格で評価し必要ならば管理部門の費用を上乗せした形で原価計算を行わなければならない。

本研究ではクリニカル・パス調査の情報を用いてコスト計算が可能であるか否かについて試行的な分析を行った。大うつ病性障害急性期の想定例に対して一定の達成目標に到達するために行われている診療行為を12週退院群と8週退院群を比較することにより検討した。診療行為の実施に伴う労働投入量に関する情報が入手できないため、実施された診療行為のみを比較した。その結果として次の結果を得た。（1）12週退院群では状態によってmECTを考慮すると答えた病院の比率が高い。（2）12週退院群では看護ケアに関する書き込みが多い。（3）12週退院群では作業療法の導入比率が低い。

12週退院群と8週退院群では行う診療行為に違いがある。極めて単純に考えれば、12週退院群が8週退院群と同じ行動をとるように診療行為を評価すれば良い。しかしながらそのような結論を導くためには本研究は様々な制約条件に直面している。

第一に12週間（ないしは8週間）の入院期間の資源投入の比較に際して入院当日と第4週の比較しか行っていない点である。この点は保有する情報を利用してより詳細に検討する必要がある、解決し得るものである。次に、既述のとおり本研究では診療行為の実施有無だけを測定し、診療行為の実施に伴う資源投入量の把握とその金銭評価を行っていない点である。これらは、精神科専門家からヒアリングするか、実際にタイムスタディを行うことにより診療行為に必要な資源投入量を把握する作業を行う必要がある、さらには職種

別の労働時間をそれぞれの賃金で評価すること、薬剤使用量を購入・管理費用で評価すること、必要な間接コストを加えること、といった作業を行う必要がある。これらの点は比較的大きな作業量を伴うものである。

これらの作業を行った上で、クリニカル・パスを用いた診療行為の原価計算が実施できたことになるが、これは新たにタイムスタディを行うよりは費用が低いことは明らかである。

本年度の検討課題は試行的なものであり、本研究を継続して実施することにより、得られる成果が大きいと思われる。例えば、退院調整については現実に必要な労働投入が多いと言われているにもかかわらず、診療報酬で適切に評価されているかを判断するための資料を提供することは可能であろう。ただし、精神科入院に関する平均在院日数を抑制する場合に、病院だけに Incentive を与えればよいのか否かは別途検討する余地のある課題である。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

－精神保健医療における診療報酬のあり方に関する研究－

精神科訪問看護の実態に関する研究－同行訪問と退院前訪問に焦点をあてて－

分担研究者 萱間 真美 聖路加看護大学 教授

研究要旨：本研究では、入院医療から地域生活への移行を支える有効なサービスとして評価され、その普及が進んでいる精神科訪問看護に焦点を当て、複数の専門職による同行訪問と、退院前訪問について現時点での実態を把握・分析し、今後の診療報酬のあり方を検討することを目的として行った。

研究方法：対象は平成 17, 18 年度に訪問看護振興財団が看護協会の委託を受けて行った訪問看護・家庭訪問基礎調査から、精神科訪問看護における複数訪問実施の実態、および退院前訪問の実態について分析した。

結果：精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションでは、82.2%が複数の看護師による同行訪問を実施し、その理由として、ケア対象者の安全確保に加え、暴力行為があることが挙げられた。また、訪問看護ステーションの多くで、退院前訪問および退院前カンファレンスへの参加を行っていた。

まとめ：精神科訪問看護における同行訪問は、利用者とケア提供者双方の安全感を保障し、訪問ケアによって対応可能な対象者の症状のレベルを広げることができる手段であると言える。訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の適応が広がっている現状を考えると、訪問看護ステーションからの同行訪問が診療報酬化される必要性は極めて高いといえる。

また、退院から地域ケアの移行を円滑に進めるためには、訪問看護ステーションの看護師が退院前訪問を積極的に行うことが必須であり、訪問看護ステーションからの退院前訪問は、精神科入院患者の退院促進を行ううえで重要であるといえる。

以上の精神科訪問看護の実態から、訪問看護ステーションからの同行訪問と退院前訪問が診療報酬化されることは、精神障害者の退院促進を行う上で必須であるといえる。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

瀬戸屋 希（聖路加看護大学 講師）
赤江 麻衣子（聖路加看護大学大学院）

佐藤 美穂子（訪問看護振興財団 常務理事）
田久保 恵美子（訪問看護振興財団 事業部長）
吉武 久美子（訪問看護振興財団 主任研究員）

はじめに

精神科訪問看護は、入院医療から地域生活への移行を支える有効なサービスとして評価され、その普及が進んでいる。精神科訪問看護は当初精神科を標榜する医療施設からのスタッフのアウトリーチ活動として始められた。そのため、診療報酬制度では複数の専門職による訪問や退院前に生活環境を整える退院前訪問は医療機関からの訪問看護に限定して算定されている。精神科医療機関は、近年の医療制度の改革によっ

で急性期の有効な医療を提供することに特化した施設も増加している。このような施設では、精神科訪問看護は地域の訪問看護ステーションに委ねられることになる。こうした対象者には、従来は医療機関からの訪問にのみ算定されていた複数訪問や退院前訪問の提供が必要かつ有効であることも多いと考えられる。以上のような認識に立ち、現在行われている精神科訪問看護の実態を把握・分析することが必要である。

この研究では、平成 17, 18 年度に訪問看護振興財団が看護協会の委託を受けて行った訪問看護・家庭訪問基礎調査(全国の 550 訪問看護ステーション、350 病院に配布)から、訪問看護ステーションおよび精神科医療機関からの①精神科訪問看護における複数訪問実施数および実施率の実態とその理由、②退院前訪問の実施数および実施率の実態とその理由について明らかにすることを目的とした分析を行ったので報告する。

A. 研究の背景と目的

近年、精神障害者の地域ケアへの移行は急速に進められており、その中で重要な役割を担っている精神科訪問看護サービスの質、量の充実にを図ることは急務となっている。

研究者らが行った統合失調症患者についての研究では、訪問看護サービスを受け始めた前後 2 年間で、精神科への総入院日数や 1 回の入院あたりの入院日数が大幅に減少することが示され、地域生活の継続を効果の指標とした場合、精神科訪問看護は一定の効果を有することが明らかになった¹⁾。

このような背景を受けて、2004 年の診療報酬改定では、精神科医療機関からの精神科訪問看護の点数に改定があった。精神科退院前訪問指導料が複数回行われる際の要件が削除されたこと、複数の職種の共同による指導に対して新たに 320 点の加算が認められたことである。また、複数の保健師、看護師、作業療法士または精神保健福祉士による訪問、あるいは准看護師が保健師または看護師の訪問に同行した場合に 450 点の加算が認められた。

このような改定の方向は、精神障害者の社会復帰を促進するためには退院前からきめ細やかな準備が必要であること、さらに複数の職員で訪問看護を行うことが必要な症状や生活レベルの患者に対しても地域で訪問ケアを提供する体制を整えることを目指しているように見受けられる。

しかし、これらの加算は、医療機関からの訪問看護に限られており、訪問看護ステーションからの訪問看護では認められていない。精神科医療機関は、近年の医療制度の改革によって急性期の有効な医療を提供することに特化した施設も増加しており、精神科訪問看護は地域の訪問看護ステーションに委ねられることとなる。したがって、訪問看護ステーションからの訪問看護は、これからの精神障害者の地域生活を支援する上で、重要な役割を担っていくと考えられる。

そこで、本研究では、精神科訪問看護の実態調査を再検討し、訪問看護ステーションからの精神科訪問看護の実態を明らかにすることで、今後必要とされる診療報酬改定について考察することを目的とした。

B. 研究方法

平成 17 年度、18 年度に看護協会が実施した訪問看護・家庭訪問基礎調査のデータを用いて、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションでの、同行訪問の実施状況、同行訪問の理由、退院前カンファレンスへの参加状況、退院日の訪問の実施状況について、その実態を把握した。

また、精神科訪問看護を行っている訪問看護ステーションと、精神科訪問看護を行っていない訪問看護ステーションで、上記について比較を行い、精神科訪問看護を行う上での特徴を明らかにし、訪問看護ステーションからの精神科訪問看護がより効果的に行われるために必要な診療報酬の改定について考察した。

C. 研究結果

1. 調査対象施設の概要

訪問看護振興財団が看護協会の委託を受けて実施した平成 17、18 年度の訪問看護・家庭訪問基礎調査(全国の 550 訪問看護ステーション、350 病院に配布)である。

2. 訪問看護ステーションからの同行訪問の実態

平成 18 年度の調査結果より、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの 82.2%が、看護師以外の関連職種による同行訪問を実施していることが明らかとなった。

(表 1、図 1)

これに対し、精神科訪問看護を実施していない訪問看護ステーションにおける関連職種との同行訪問の実施割合は 58.1%であった。

また、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションでは、複数の看護師による同行訪問を実施割合が、88.3%であるのに対し、精神科訪問看護を実施していない訪問看護ステーションでは、78.4%であった。看護職による複数同行訪問を必要とする理由についての回答は、ケア対象者の安全確保や提供するケアの内容が複数の看護師を必要とする場合が多いとされたが、精神科病院の 16%が、利用者からの暴力行為があることを挙げていた。

(表 2、図 2)

表 3、図 3 に示すのは、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションで、実際に訪問看護従事者が被害者となった暴力の内訳である。また、精神科病院からの訪問において訪問看護従事者が被害にあった暴力の内訳を表 4、図 4 に示す。

(表 3、図 3)

(表 4、図 4)

平成 17 年度の同調査でも、関係職種による同行訪問を実施している訪問看護ステーションの割合は 73.8%であり、病院による同行訪問実施の割合が 61.2%であるのに比べ、統計的に有意

に上回っていた ($p < 0.01$)。

(表 5、図 5)

また、同年度の調査では、精神科病院からの訪問看護では、71.7%が看護職による同行訪問を実施しているのに比べ、一般病院の同行訪問実施の割合は 58.0%であり、精神科病院において同行訪問を実施する割合が有意に高いことが明らかとなった ($p < 0.1$)。

(表 6、図 6)

表 1 訪問看護ステーションにおける関連職種同行訪問実施の割合（H18）

	同行訪問あり	同行訪問無し
精神科訪問看護あり (n=107)	88 (82.2 %)	19 (17.8 %)
精神科訪問看護なし (n=147)	33 (71.7 %)	13 (28.3 %)

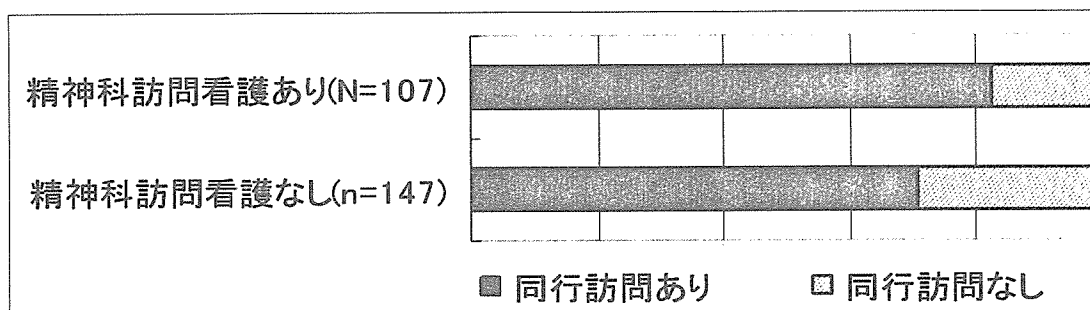


図 1 訪問看護ステーションにおける関連職種同行訪問実施の割合（H18）

表 2 医療機関からの訪問看護における看護職複数同行訪問の理由

	暴力行為があるため	医療依存度が高い	ケアに時間を要する	利用者の負担軽減・安全確保
一般病院 (n=67)	5 (7.5%)	26(38.8%)	31(46.23%)	33 (49.3%)
精神科病院 (n=25)	4 (16.0%)	8 (32.0%)	5 (20.0%)	10 (40.0%)

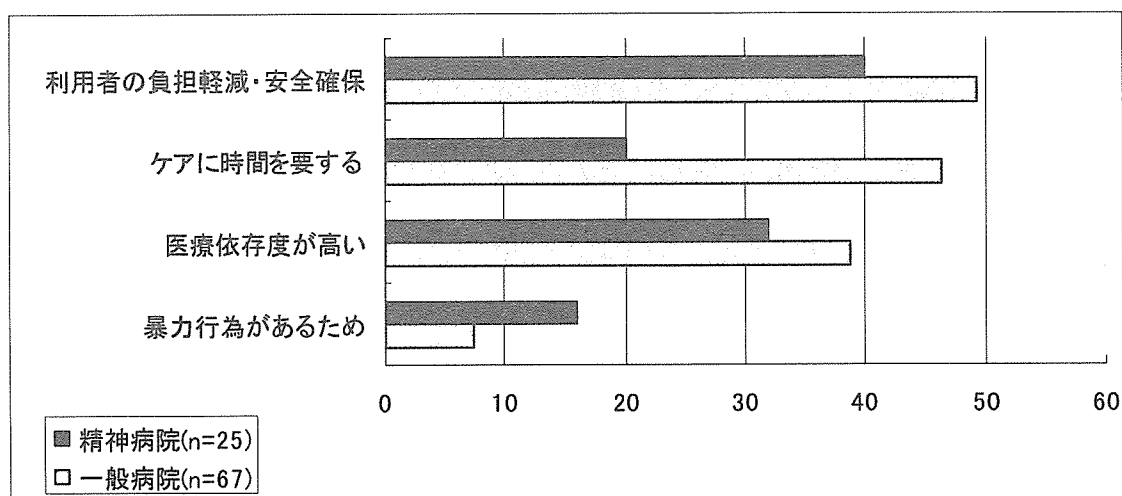


図 2 医療機関から訪問看護における看護職複数同行訪問の理由

表3 精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションで実際にあった
訪問看護従事者が被害者となる暴力の内訳（H18）

暴力の内容	件数 (n)	割合 (%)
殴る・掴む・噛むなどの身体的暴力	26	23.0
大声でどなる、悪口を言う、脅かされるなど言葉による暴力	32	28.3
つきまとう、電話をかけるなどストーカー的迷惑な行為	6	5.3
「裸になれ」などと強要する、身体にさわるなどセクシャル	14	12.4
監視される状況での看護など異様な体験	17	15.0
嘘をつかれるなどだまされた体験	4	3.5
一人で訪問していて身の危険を感じた体験	9	8.0
その他	5	4.4
無回答	56	49.6

(n=113)

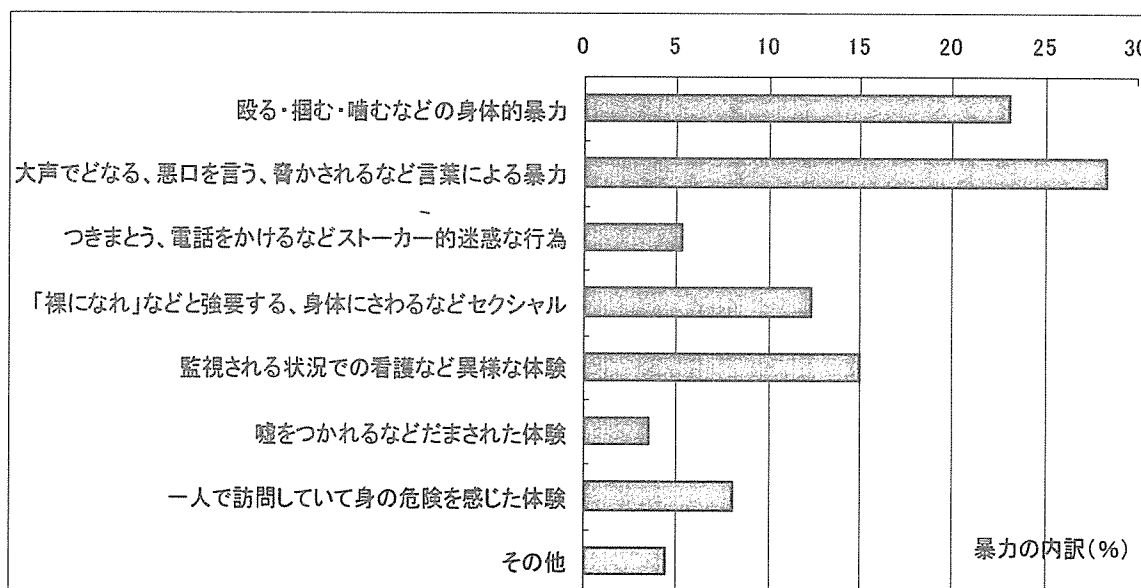


図3 精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションで実際にあった
訪問看護従事者が被害者となる暴力の内訳（H18）

表 4 精神科訪問看護を実施している訪問部署で実際にあった
訪問看護従事者が被害者となる暴力の内訳（H18）

暴力の内容	件数 (n)	割合 (%)
殴る・掴む・噛むなどの身体的暴力	3	5.6
大声でどなる、悪口を言う、脅かされるなど言葉による暴力	11	20.4
つきまとう、電話をかけるなどストーカー的迷惑な行為	1	1.9
「裸になれ」などと強要する、身体にさわるとセクシャル	1	1.9
監視される状況での看護など異様な体験	0	0.0
嘘をつかれるなどだまされた体験	5	9.3
一人で訪問していて身の危険を感じた体験	6	11.1
その他	2	3.7
無回答	33	61.1

(n=54)

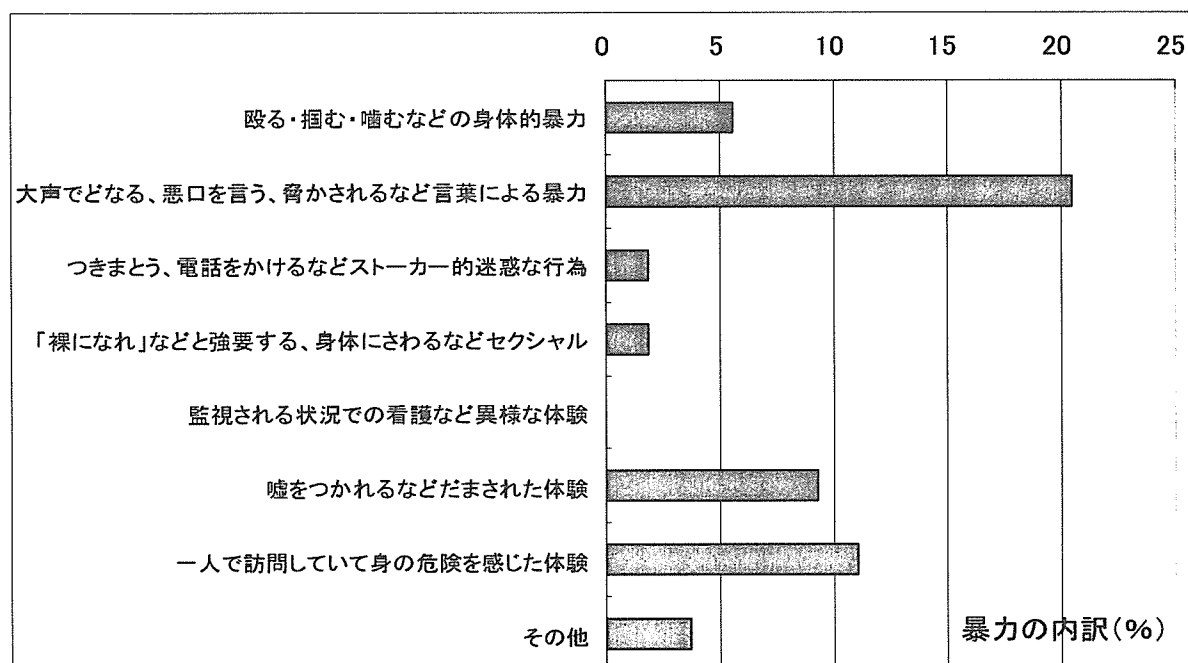


図 4 精神科訪問看護を実施している訪問部署で実際にあった
訪問看護従事者が被害者となる暴力の内訳（H18）

表5 訪問看護ステーションと病院における関連職種同行訪問実施の割合（H17）

	同行訪問の実施あり	同行訪問の実施無し
訪問看護ステーション (n=260)	192 (73.8%)	68 (26.2%)
病院からの訪問看護 (n=201)	123 (61.2%)	78 (38.8%)

p < 0.01

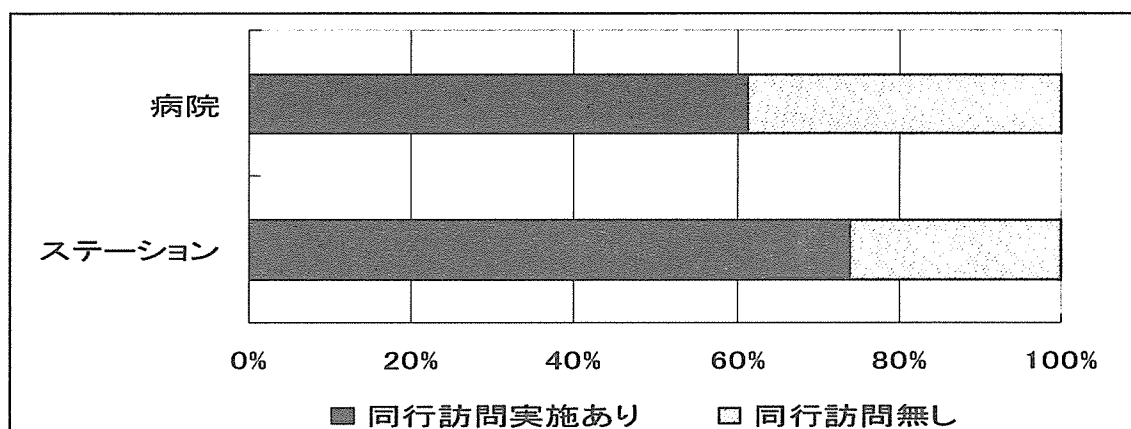


図5 訪問看護ステーションと病院における関連職種同行訪問実施の割合（H17）

表6 一般病院と精神科病院における関連職種同行訪問実施の割合（H17）

	同行訪問実施あり	同行訪問実施無し
一般病院 (n=150)	87 (58.0%)	63 (42.0%)
精神科病院 (n=46)	33 (71.7%)	13 (28.3%)

p < 0.01

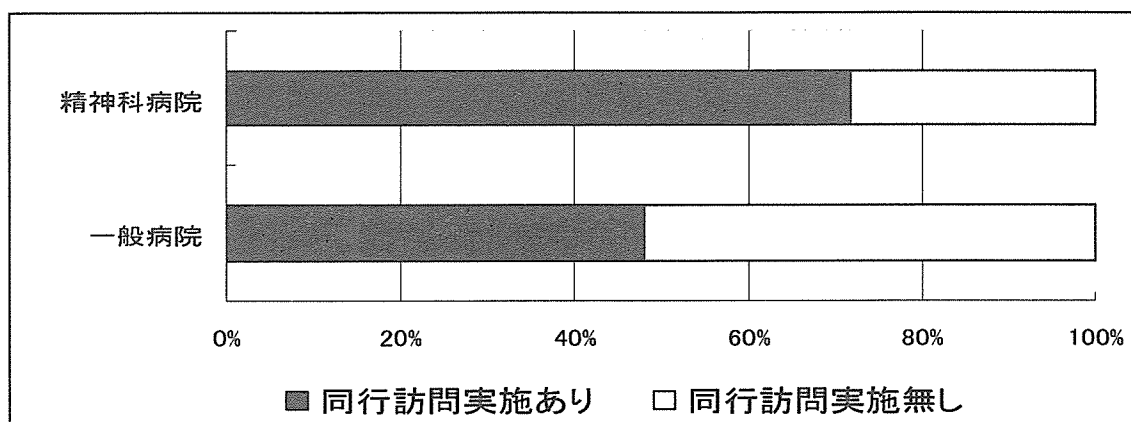


図6 一般病院と精神科病院における関連職種同行訪問実施の割合（H17）

2. 訪問看護ステーションからの退院前訪問

平成18年度の調査の結果、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションのうち77.8%が退院前訪問を行っていた。これに対し、精神科訪問看護を実施していない訪問看護ステーションによる退院前訪問の実施割合は58.1%であった。

(表7、図7)

また、退院前カンファレンスへの参加を行っている訪問看護ステーションは、精神科

訪問看護を実施しているステーションでは64.1%であり、精神科訪問看護の実施がないステーションでは51.3%であった。

(表8、図8)

さらに、訪問看護ステーションによる退院当日の住まいへの訪問実施割合は、精神科訪問看護を実施しているステーションで44.1%にのぼった。

(表9、図9)

表7 訪問看護ステーションにおける退院前訪問実施の割合 (H18)

	退院前訪問あり	退院前訪問無し
精神科訪問看護あり (n=108)	84 (77.8%)	24 (22.2%)
精神科訪問看護無し (n=148)	86 (58.1%)	62 (41.9%)

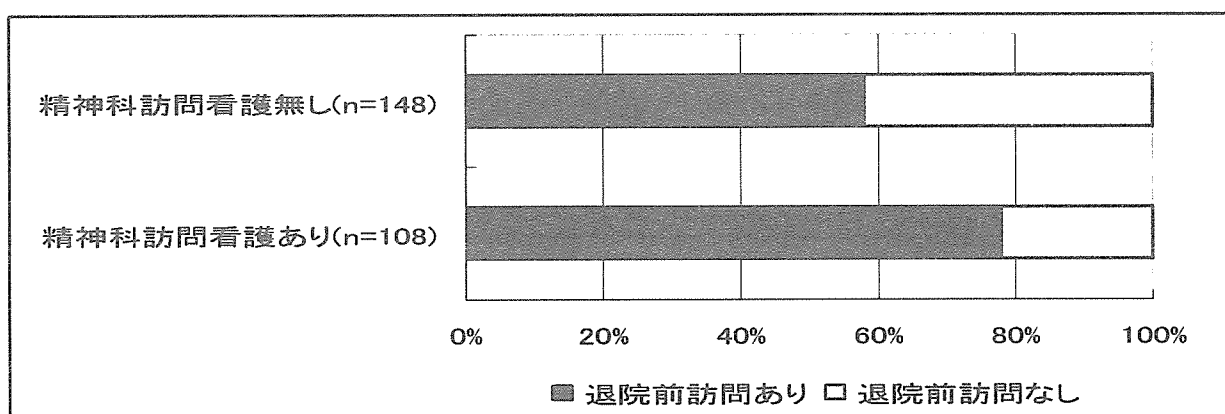


図7 訪問看護ステーションにおける退院前訪問実施の割合 (H18)

表 8 訪問看護ステーションにおける退院前カンファレンス参加の割合 (H18)

	参加実績あり	参加実績なし
精神科訪問看護あり (n=103)	66 (64.1 %)	37 (35.9 %)
精神科訪問看護無し (n=150)	77 (51.3 %)	73 (48.7 %)

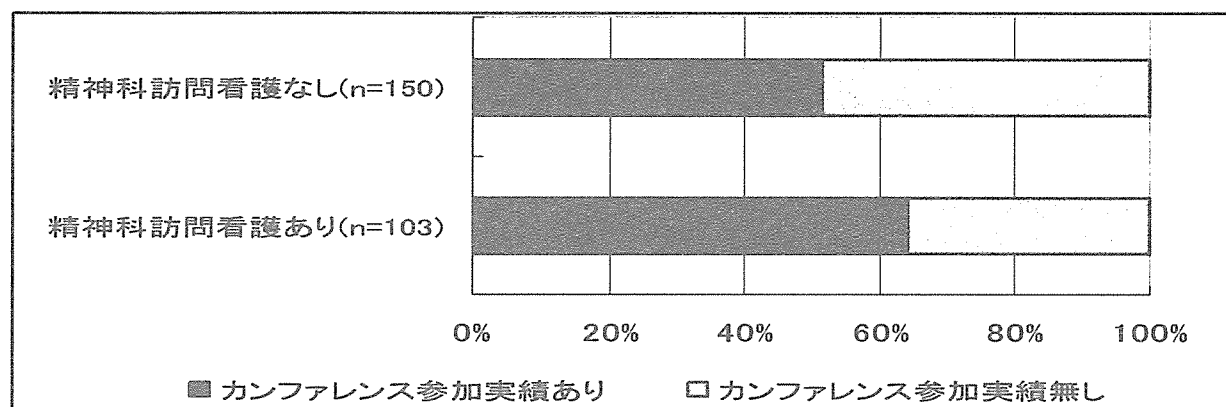


図 8 訪問看護ステーションにおける退院前カンファレンス参加の割合 (H18)

表 9 訪問看護ステーションにおける退院当日の住まいへの訪問実施の割合 (H18)

	参加実績あり	参加実績なし
精神科訪問看護あり (n=93)	41 (44.1 %)	52 (55.9 %)
精神科訪問看護無し (n=138)	41 (29.7 %)	97 (70.3 %)

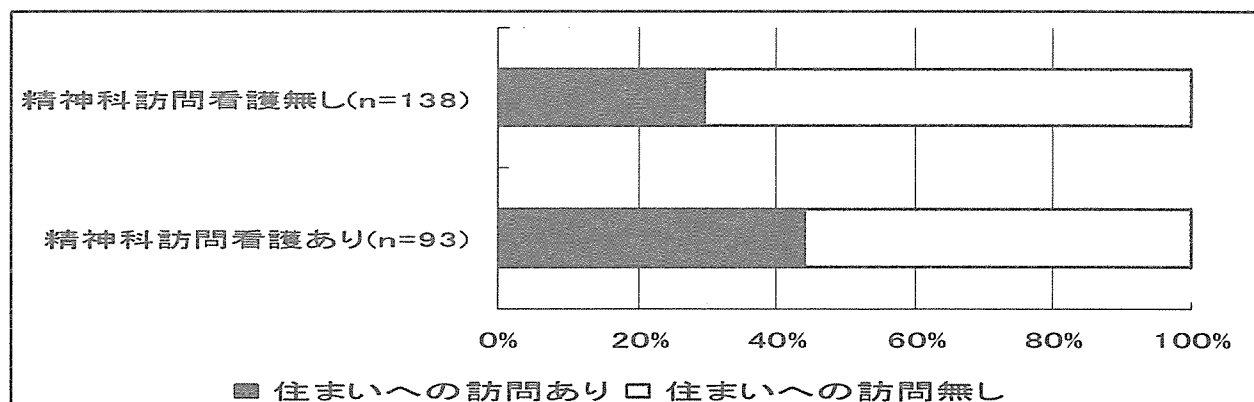


図 9 訪問看護ステーションにおける退院当日の住まいへの訪問実施の割合 (H18)