

平成 10 年度厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）研究報告書

**早期退院と継続ケアを可能にするケアプラン・  
システム・マネジメントに関する研究**

**主任研究者 島内 節**

**（東京医科歯科大学医学部保健衛生学科）**

平成 10 年度厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）研究報告書

**早期退院と継続ケアを可能にするケアプラン・  
システム・マネジメントに関する研究**

**主任研究者 島内 節**

**（東京医科歯科大学医学部保健衛生学科）**

## 研究者名

主任研究者	島内節	(東京医科歯科大学 医学部 保健衛生学科)
分担研究者	丸茂文昭	(東京医科歯科大学 医学部 )
	石井英禧	(石心会狭山病院)
	杉山孝博	(石心会川崎幸病院)
	中澤典子	(石心会狭山病院)
	設楽美佐子	(石心会狭山病院)
	友安直子	(東京医科歯科大学 医学部 保健衛生学科)
研究協力者	千葉由美	(東京医科歯科大学大学院 医学系研究科)
	乗越千枝	(東京医科歯科大学大学院 医学系研究科)

## 目 次

はじめに	.....	1
1. 研究の概要	.....	1
1). 研究年次別目的		
2. モデル病院の概要	.....	1
1). モデル病院の概要と特徴		
2). モデル病院でのディスチャージコーディネーターの実践活動経過及び状況		
3). 問題点と課題		
3. 平成 10 年度研究目的	.....	3
4. 用語の操作的定義	.....	3
5. 研究 I : ディスチャージプランニング ハイリスクスクリーニング票の開発	.....	4
1). 研究 I の目的		
2). 研究 I の方法		
(1). 先行研究の概要		
(2). 精度調査		
(3). 信頼性の検討		
3). 研究 I の結果		
4). 研究 I の考察		
6. 研究 II : ディスチャージプランニング プロセスの明確化	.....	11
1). 研究 II の目的		
2). 研究 II の方法		
3). 研究 II の結果		
4). 研究 II の考察		
7. 平成 10 年度研究の結論	.....	12
8. 平成 11 年度への課題	.....	15
9. 引用・参考文献	.....	16
資料	.....	17

早期退院と継続ケアを可能にするケアプラン・システム・マネジメントに関する研究

主任研究者 島内 節（東京医科歯科大学医学部保健衛生学科）

要旨 本研究は早期退院と継続ケアのための組織開発を目的とし、ディスチャージプランニングハイリスクスクリーニング票の開発とプロセスの明確化を行った。

はじめに

わが国で進行中の病床整備の方向から、一般病床の機能は、急性期病床と慢性期病床に区分され、とりわけ急性期病床については在院日数の設定が病気機能を決定する基準のひとつとして明示されている。<sup>1)</sup>

こうした流れの中で求められるのは、急性期疾患を持った患者が、病院の入退院後もケアを要する場合にあらゆるケアの場で患者が安心して継続的にケアを受けられることである。早期退院と継続ケアを可能とする病院組織を開発するためのプログラムは、医療の質を確保し、患者と家族が不安を残さず、満足した退院へと結び付けていくことに大きく寄与すると考える。現在試行段階にあるケアマネジメントに関する一連のシステム作りは不可欠かつ急務である。また、諸外国においてはディスチャージプランニングの専門部門を設け、CNS（クリニカルナーシングスペシャリスト）等の看護スペシャリストが専門職としてマネジメントしている病院が数多く<sup>2)</sup>、今後日本においてもこれらの看護職の専門性を明確化することは非常に重要である<sup>3)</sup>と考える。

1. 研究の概要

本研究の目的は、入院から退院後の患者への質の高い継続的なケアを保障するために、病院が果たすべき役割内容を具体的に明示するとともに、病院機能に応じた組織を開発するための一連のプログラムを提示し、病院内の機能や様々な職種の役割を実践的側面と研究的側面から、ディスチャージプランニングに必要な組織構成、プロセスに必要な要因、評価となる指標、地域における他の機関とのネットワークづくり・連携といった多角的視点を検討することにある。実際に複数の地域中核病院において、組織を開発するためのプロ

平成 10 年 4 月の診療報酬改定時を境にして近隣の 200 床の以上の当院と同規模の 2 施設が、ケアミックス型に転換し病床数を減少させるという動きがみられた。そのため一定の地域を全体でみた場合、救急患者（特に高齢者）を受け入れる

ラム（以下組織開発プログラム）を用いケアプラン、システム、マネジメント内容の検証を行う。

1). 研究年次別目的（表 1）

早期退院と継続ケアのためのディスチャージプランニングの組織開発を下記の計画に従い、遂行する。

(1) 平成 10 年度目的

- ①ディスチャージプランニング要否判定アセスメント票完成。
- ②ディスチャージプランニングプロセスの明確化。

(2) 平成 11 年度目的

- ①ディスチャージプランニングが実施できるシステム作り（病院組織の再編、新たな職種の創設、ディスチャージプランニングを行うチーム作りと教育訓練、地域との連携推進）。
- ②クリティカルパスの作成・精選・完成。

(3) 平成 12 年度目的

- ①院内システム評価。
- ②ディスチャージプランニングの評価。
- ③ディスチャージプランニング遂行マニュアル完成。

2. モデル病院におけるディスチャージプランニングにおける条件と課題

1) モデル病院の概要と特徴

S病院は、埼玉県南西部の狭山市にあり、都下 50 km 圏のベッドタウンに位置し、許可病床数 288 床の急性期病床を指す一般病院（表 2）である。

二次救急の受け入れから、在宅療養、訪問看護に至るまで組織的に活動し、地域の中核病院として機能している。こうした中で、入院時から退院後の日常生活までを見込んだ諸問題を抱えた患者にアプローチしていくディスチャージコーディネーターの必要性が認識され、平成 4 年に設けられた。

ベッドが不足し、第 2 次救急病院として 24 時間患者を受け入れている S 病院では、高齢で合併症を有した救急及び重症患者の受診率が上昇し入院患者も増加している。

こうした背景をふまえて入院時からのディスチャ

表1 早期退院と継続ケアを可能にするケアプラン・システム・マネジメントに関する研究計画

年度	平成10年度 (平成10年4月～ 11年3月)	平成11年度 (平成11年4月～ 12年3月)	平成12年度 (平成11年4月～ 13年4月)
研究内容	1. ディスチャージプランニングハイリスクスクリーニング票の開発 1) 先行研究(項目の選定・振り分けの選定) 2) 精選 3) 信頼性 2. ディスチャージプランニングのプロセスの明確化	1. 病院及び地域のシステム作り 2. クリティカルパスの作成・精選・完成 1) 患者退院時の現状調査 2) 専門職チームによるクリティカルパスの目的、サービス内容の明確化 3) 疾患の選定	1. システム及びクリティカルパスの評価 3. ディスチャージプランニング遂行マニュアルの作成

表2. S病院の概要

医療法人財団〇〇会S病院	
診療科目	病院組織図参照
基準看護	新看護体系2.5:1+A加算+看護補助10:1
職員数	医師48名, 看護婦220名, その他151名, 合計419名
一日平均外来患者数	746/日
一日平均入院患者数	227.3/日
一日平均救急車台数	8台/日
平均在院日数	19.7日
病床稼働率	90.4%

表3. S病院転院患者数

退院患者数	4175名
転院患者数(施設入所も含む)	130名
H10年3月～11年2月末現在	

ージプランニングの必要性は、ますます高くなってきている。S病院では、すでに専任者として位置づけているディスチャージコーディネーターの専門性を確立し、患者にもっとも適した環境を整える役割をはたすことが求められている。

## 2). モデル病院でのディスチャージコーディネーターの実践活動経過及び状況

最初は、業務担当婦長が兼務、平成6年からは、ディスチャージコーディネーターを専任者として設けた。しかし組織的再編成過程にあり、専任者はベットコントロールを行う一方で少しずつ困難な患者へのアプローチを始めた。その業務の中から患者が医療を受ける上での問題や退院に関する問題が少しずつ提起されるようになった。

MSWとの連携はなかったが、在宅介護支援センターの開設にあたり情報交換の場が必要となり、毎週2回調整会議が開かれることになった。ここでは各分野からケースの紹介があり、入院中の医療を提供する機関と在宅で医療保健福祉を提供する機関とが意見を交換し、情報交換や問題の明確化、ディスチャージプランについての検討が行われ、退院後のケアマネジメントを協議・調整している。ディスチャージコーディネーターのインテイク方法は、おおむね以下の通りになっている

(1) 入院時インテイク：病棟日誌と外来部門の看護婦からの情報による。具体的には、対象者は65歳以上の骨折・脱水・誤嚥性肺炎のケースや年齢に関係なく脳血管障害、褥創、薬物中毒、自殺企図、うつ病、入退院を繰り返している人などの身体的・精神的に、問題や障害を残すことが予測されるケースである。

(2) 長期入院患者のインテイク：毎月医事課コンピューターから出力したものに、主病名を追加入力した名簿の中から病名に対して平均的な在院日数が特に長期であるケースや60日以上入院しているケースに対して行う。

(3) 他職種から：調整会議で紹介されたり、退院が困難となることが予測される患者が対象になった時点で連絡がある。

(4) 病棟看護婦から：家族が在宅療養の困難を申し出たり、退院先が決められない場合、および医師や他の専門職との連携が上手くいっていない時などに相談として情報が入る。

### 3) 問題点と課題

S病院の入院患者の年齢をみると65歳以上が全体の44%を占め、中でも後期高齢者は22%に

及んでいる。S病院から直接、他の医療機関や福祉施設に転院した患者は5%に満たず(表3)、90%以上の患者は、家庭に帰っている。

高齢者の利用できる社会資源は拡大してきているが、行政上や福祉施設によってサービスの内容や運営の仕方は異なり、社会資源自体も量的・質的には不足しているのが現状である。そのため必然的に早期介入が重要となるが、従来のインテイク方法では対象となる数が多く、対象の絞り込みのための情報収集に費やす時間が大きく、本来のディスチャージプランニングの展開が十分にできない状態であった。そこで病院の状況に適したディスチャージプランニングのスクリーニング票が必要となった。

また、調整会議に参加している各専門職種は、それぞれ別の様式の患者ファイルを作成しており、プランニングの際にも全職種に共通するクリティカルパスのような基準がないため、効果的な運営ができていない。また地域の福祉サービス機関・施設との情報交換や開業医とのネットワークの開発・拡張も必要である。こうした問題を解決するためには、記録類とディスチャージプランニングのシステム化が必要と考えた。これからの在院日数の適正化と公的介護保険制度を踏まえ、急性期病院におけるディスチャージプランニングの充実に向け、前述した「I. 本研究の概要」での短期目標を設定し、平成10年度の研究を行った。

### 3. 平成10年度研究目的

平成10年度の研究目的は、研究I：ディスチャージプランニングのハイリスクスクリーニング票の開発することと、研究II：ディスチャージプランニングプロセスの明確化を行うことを目的とする。

### 4. 用語の操作的定義

研究を行うにあたり、以下の用語の操作的定義を行った。

- ・ディスチャージプランニング (Discharge Planning)：ここでは、米国病院協会による定義である「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としてのプロセス」<sup>4)</sup>とする。
- ・ディスチャージコーディネーター (Discharge Coordinator)：退院に関するケア及びマネジ

メントを行う専門職。

- ・ディスチャージプランニングハイリスクスクリーニング票：ディスチャージプランニングを必要とする患者（退院に際して問題が予測される、リスクの高い特性を持つ）と、必要としない患者（スムーズな退院が可能、患者と家族による問題解決が十分可能）を振り分けるツール。
- ・平均在院日数：次の式を用いて算出した。
$$\frac{\text{年(月)間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年(月)間新入院患者数} + \text{年(月)間患者退院数})}$$
<sup>5)</sup>
- ・早期退院：病院がその患者に期待する在院日数をクリアして退院すること。
- ・継続ケア：生活する場所が変化しても必要な継続して受けるケア。
- ・クリティカルパス：ここでは Goodwin が定義する「特定の診断名を有する患者が達成すべきアウトカムを含む医療チームの資源投入の集積で、事前に定められた時間帯を指定されている」<sup>6)</sup>とする。

## 5. 研究Ⅰ：ディスチャージプランニングのハイリスクスクリーニング票の開発

早期退院と継続ケアを可能にするためには病院内の効率的な連携システムの確立とタイムリーなディスチャージプランニングが必要とされる。ここでは、ディスチャージプランニングを必要とする患者（退院に際して問題が予測される、リスクの高い特性を持つ）と、必要としない患者（スムーズな退院が可能、患者と家族による問題解決が十分可能）を振り分けるスクリーニング票の（以下ハイリスクスクリーニング票とする）開発を目的とする。（図1）

### 1). 研究目的

- 1) 先行研究で作成したハイリスクスクリーニング票の精度調査を検討し精選する。
- 2) 1) で精選し作成したハイリスクスクリーニング票が利用可能かどうか信頼性の検討を行う。
- 3) 1), 2) よりディスチャージプランニングハイリスクスクリーニング票の開発を行う。

### 2). 研究方法

(1) 先行研究の概要：ハイリスクスクリーニング票項目の選定

先行研究は、ハイリスクスクリーニング票の項目選定を目的として、平成10年3月13日～15日の間に実施した。対象は平成7年～平成9年

の間にディスチャージコーディネーターが、ディスチャージプランニングのインタビューを行った患者100名であり、ディスチャージコーディネーターの記録用紙と、ディスチャージコーディネーターのインタビュー資料をもとに複数の専門家によって作成した調査票に転記した（資料1）。その結果、単純集計から出現頻度がある程度みられた項目、1項目の回答の割合が25%以上の出現率があった項目を選び、この項目内容をさらに複数の専門家が検討した結果、調査票31項目から17項目をスクリーニング票の項目として選定した（表4）。

次にクロス集計で5%以上の有意差がみられた項目よりその内容を検討し、それをスクリーニング時の要否の振り分けをする際の項目として選定した（表5）。

こうして作成されたスクリーニング票を改めて先の対象者に用い、ハイリスク者として拾い上げることができるか検討し、該当項目数の数によってその要否を判断する事とした。結果、3項目以上に該当する場合をハイリスク患者として判断すると、100%拾い上げることができ、4項目以上該当者では99.0%、5項目以上では95.0%となった。こうして作成されたハイリスクスクリーニング票（資料2）を用いて、次の精度調査を行うことにした。

## (2) ディスチャージプランニングハイリスクスクリーニング票の精度調査

### A. ハイリスクスクリーニング票の精度調査の方法

先行研究で作成したハイリスクスクリーニング票を用いて、同一患者に対して、ディスチャージコーディネーターとその患者の入院時に関わった病棟看護婦が患者入院後24時間以内に別個にスクリーニングを行った。

対象：1ヶ月間内にモデル病院に新規に入院した全患者361名

期間：平成10年5月20日から平成10年6月19日

### B. ディスチャージプランニングハイリスクスクリーニング票の精度調査の結果

#### a. 対象者の基本属性（表6）

男性194名（53.7%）、女性167名（46.3%）であった。年齢は、65歳以上が157名（43.5%）、65未満が204名（56.5%）であった。主疾患は



図1 ディスチャージプランニングの入院から退院までの流れ

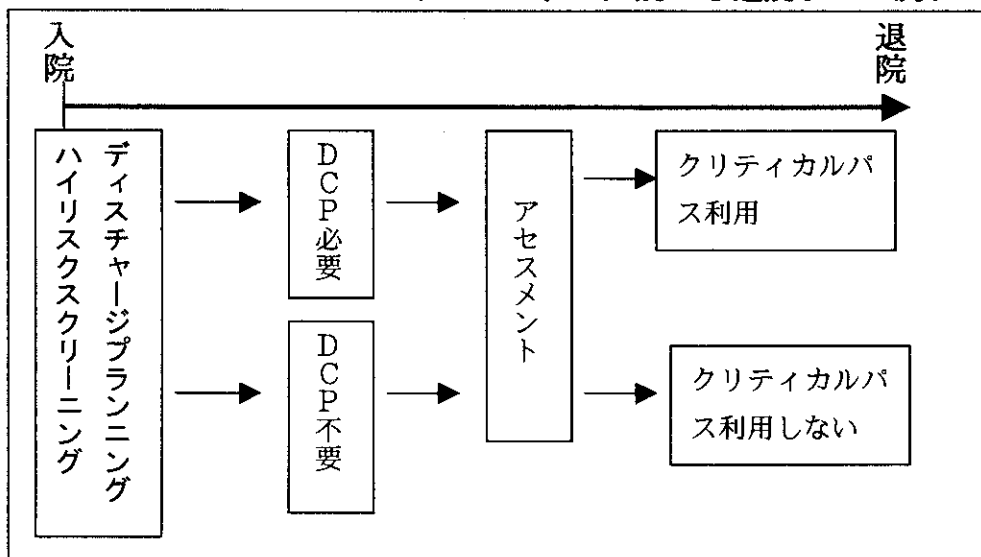


表4 ディスチャージプランニングのスクリーニング項目  
選定調査で25%以上の出現率のあった項目

1. 年代
2. 主疾患
3. 家族構成
4. 入院形態
5. 入院判断理由
6. 入院前の前居所
7. 退院希望先
8. 治療の継続
9. 健康度
10. 便尿失禁、排泄介助
11. コミュニケーション障害
12. 役割遂行
13. 介護力の不足
14. 家族の健康問題
15. 患者と家族の関係
16. 住宅問題
17. 経済問題

表5 ディスチャージプランニング要否判定振り分け項目選定調査結果(部分)

スクリーニング項目	振り分け項目	p値
1. 年代	65歳以上	0.0151 *
2. 主疾患	脳血管疾患	0.0056 **
3. 家族構成	同居人あり	0.0043 **
4. 入院形態	初回緊急	0.0101 *
	再入緊急	0.0088 *
5. 入院判断理由	検査	0.0007 ***
6. 入院前の前居所	自宅	0.0135 *
7. 退院希望先	老人保健施設	0.0002 ***
8. 治療の継続	ある	0.0221 *
9. 健康度	厚生省分類11.10.9	0.0126 *
10. 便尿失禁、排泄介助	終日	0.0186 *
11. コミュニケーション障害	全くできない	0.0033 **
12. 役割遂行	全くできない	0.0471 *
13. 介護力の不足	独居・長時間独居	0.0021 **
14. 家族の健康問題	ある	0.0187 *
15. 患者と家族の関係	拒絶	0.0229 *
16. 住宅問題	—	—
17. 経済問題	生活困難	0.0054 **

\*\*\*<0.001, \*\*<0.01, \*<0.05

表6. 研究1：精度調査における対象者の基本属性

		(n=361)	
		n	%
性別	男	194	53.7
	女	167	46.3
年齢	65歳未満	200	55.4
	65歳以上	161	44.6
主疾患	心疾患	48	13.3
	悪性新生物	33	9.1
	脳血管疾患	24	6.6
	眼及び付属器の疾患	20	5.5
	その他の消化器系疾患	20	5.5
	骨折	15	4.2
	肺炎	15	4.2
	慢性腎不全	14	3.9
	その他の尿路性器系疾患	14	3.9
	筋骨系及び結合組織の疾患	13	3.6
	糖尿病	12	3.3
	ヘルニア及び腸閉塞	9	2.5
	薬物中毒	6	1.7
	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	5	1.4
	頭部外傷	5	1.4
	肝疾患	5	1.4
	その他の神経系疾患	4	1.1
	大動脈瘤及び解離	3	0.8
	感染症	3	0.8
	胸膜炎	3	0.8
	その他の循環器系疾患	3	0.8
髄膜炎	3	0.8	
その他	79	21.9	
	N.A	5	1.4

心疾患 48 名 (13.3%)、悪性新生物 33 名 (9.1%)、脳血管疾患 24 名 (6.6%) が多かった。

b. ディスチャージコーディネーターと病棟看護婦のスクリーニング票の項目の回答の一致率 (表 7)

「年代」では、一致率は 100%であり、不明の回答はなかった。一致率は 85.5%である。

「主疾患」では、脳血管疾患 25 (6.9%) が一番多く、その他が多く多疾患に及んでいた。

「家族構成」一致率が 90%で、同居者ありの対象者が多かった。不明率は病棟看護婦が 5.3%、ディスチャージコーディネーターが 3.3%である。

「入院形態」一致率が 72.3%で、初回緊急入院患者が多くみられた。ディスチャージコーディネーターと病棟看護婦ともに、不明の回答が低かった。

「入院判断理由」一致率が 76.0%で、不明の回答率はディスチャージコーディネーター 0.8%で病棟看護婦が 5.2%であった。

「入院前の前居所」一致率が 95.6%で、入院前居者は自宅が多かった。ディスチャージコーディネーターと病棟看護婦ともに、不明の回答が低かった。

「退院希望先」一致率が 85.6%で、自宅が高かった。不明の回答はディスチャージコーディネーター 10.2%、病棟看護婦 8.0%であった。

「治療の継続」一致率が 69.8%で、ディスチャージコーディネーター 7.2%と病棟看護婦 13.9%とともに、不明の回答が高かった。

「健康度」一致率が 55.7%で低かった。不明の回答が、ディスチャージコーディネーター 3.9%よりも病棟看護婦 13.9%と高かった。

「便尿失禁・排泄介助」一致率が 80.3%で、不明の回答がディスチャージコーディネーターと病棟看護婦ともに、約一割であった。

「コミュニケーション障害」一致率が 93.4%で高かった。不明の回答が、ディスチャージコーディネーターと病棟看護婦ともに低かった。

「役割遂行」一致率が 71.3%であるが、不明の回答が、ディスチャージコーディネーターが 13.9%、病棟看護婦が 15.2%でともに高かった。

「介護力の不足」一致率が 77.3%で低かった。不明の回答が、ディスチャージコーディネーターが 8.0%、病棟看護婦が 11.4%であった。

「家族の健康問題」一致率が 75.6%、不明の回答は、病棟看護婦 15.0%とディスチャージコー

ディネーター 8.0%よりも高かった。

「患者と家族の関係」一致率が 72.8%で低かった。不明の回答は、ディスチャージコーディネーター 18.3%が病棟看護婦 13.9%よりも高かった。

「住宅問題」一致率が 74%で、不明の回答が病棟看護婦 19.9%とディスチャージコーディネーターの 9.1%よりも高かった。

「経済問題」一致率が 50.7%で全項目の中で一番低く、不明の回答がディスチャージコーディネーター 33.5%も病棟看護婦 28.8%も高かった。

「判定結果」一致率は 91.5%であった。

各項目のディスチャージコーディネーターと病棟看護婦の回答の一致率は 55.7%~95.5%であり、総体的な判断の一致率は 81.5%であった。また、項目の判断における不明の割合は、病棟看護婦の方がディスチャージコーディネーターよりも多くあげられた。

このスクリーニング票で、ディスチャージプランニングが必要と判断された患者は 102 名であり、全体の 28%にあたる。実際にディスチャージコーディネーターが、インテイクした患者は 23 名で、スクリーニングであげた内の 22.5%であった。しかし、反対にインテイクされた患者は全て、ハイリスクスクリーニング票で拾うことができ、必要なのに拾えなかった患者はいなかった。

### C. ディスチャージプランニングハイリスクスクリーニング票の精度調査の考察

ハイリスクスクリーニング票の各項目のディスチャージコーディネーターと病棟看護婦の回答の一致率にはばらつきがあったが、総体的な判断の一致率が 81.5%となった。これは、項目数が多かったことによると考える。すなわち、個々の看護婦の判断に差が見られても患者を多方面からみることによってディスチャージプランニングの必要な患者を拾い上げることができたと考える。さらに、この一致率を引き上げる項目内容の理解や判断基準の徹底といったスタッフ教育が必要である。一つ一つの項目についての判断では、ディスチャージコーディネーターと病棟看護婦では病棟看護婦の方が不明の率が高かったのは、判断能力の差ではないかと考える。これは、ディスチャージコーディネーターとして機能していくためには判断できる能力が必要であることもわかる。とりわけ問題なのは、「ADL」「治療の継続」のケアに影響力

表7 精度調査におけるディスチャージコーディネーター(DC)と病棟看護婦のハイリスクスクリーニング項目の回答一致率と不明の率

(単位:%)

項 目	DCと病棟看護婦との回答の一致率	不 明	
		D	C 病棟看護婦
1. 年代	100.0	0.0	0.0
2. 主疾患	85.8	0.3	0.3
3. 家族構成	90.0	3.3	5.3
4. 入院形態	72.3	0.3	1.7
5. 入院判断理由	76.0	0.8	2.2
6. 入院前の前居所	95.6	1.4	1.4
7. 退院希望先	85.6	10.2	8.0
8. 治療の継続	69.8	7.2	13.9
9. 健康度	55.7	3.9	13.9
10. 便尿失禁、排泄介助	80.3	9.1	10.2
11. コミュニケーション障害	93.4	2.2	2.5
12. 役割遂行	71.3	13.9	15.2
13. 介護力の不足	77.3	8.0	11.4
14. 家族の健康問題	75.6	8.0	15.0
15. 患者と家族の関係	72.8	18.3	13.9
16. 住宅問題	74.0	9.1	19.9
17. 経済問題	50.7	28.8	33.5
判定結果	91.5	0.0	0.0

の大きいと考えられる項目に病棟看護婦が判断できなかったケースが多かったことである。また、「経済問題」を加えてこれらの項目は、入院後 24 時間以内には、「情報収集することが困難である」「急性期には状態の変化が著しい事例もある」との意見があり、早期に判断することの難しさが考えられた。よって、回答率の低い 4 項目「家族の健康問題」「患者-家族関係」「住宅問題」「経済問題」を除いた。また、ADL については、厚生省分類の「健康度」を使用していたが、「わかりにくい」という意見から介護保険法の導入を見据え、厚生省分類の「日常生活自立度」に変更することとした。振り分けは健康度の厚生省分類と対比させている。複数の専門家とともに検討し、精選したハイリスクスクリーニング票を作成した(資料 2)。また、急性期は ADL の変化があるとの意見により入院時点での判断を行うこととし、「現時点日常生活自立度」とした。

この作成したハイリスクスクリーニング票が利用可能であるかどうか信頼性を検討することとなった。

### (3) ハイリスクスクリーニング票の信頼性の検討

#### A. ハイリスクスクリーニング票の信頼性の検討の方法

同一患者に対して、ディスチャージコーディネーターとその患者の入院時に関わった病棟看護婦が精選したハイリスクスクリーニング票を用いて、別個にスクリーニングを行った。

対象：2 週間内にモデル病院に新規に入院した全患者 176 名

期間：平成 10 年 11 月 16 日から平成 10 年 11 月 30 日

#### B. ハイリスクスクリーニング票の信頼性の検討の研究結果

##### a. 対象者の基本属性(表 8)

男性 82 名(46.6%)、女性 94 名(53.4%)であった。主疾患は、その他 110 名(62.5%)肺炎 18 名(10.2%)、脳血管疾患 16 名(9.1%)が多かった。

b. ディスチャージコーディネーターと病棟看護婦が入院時に実施したスクリーニングの回答項目の一致率(表 9)

「年代」項目回答の一致率は 97.8%であり、不明率は病棟看護婦、ディスチャージコーディネーターともに低かった。

「主疾患」その他の疾患が多く、項目回答の一致率は 79.7%であった。

「家族構成」項目回答は同居人ありが多く、一致率は 86.4%であった。不明率は病棟看護婦が 7.4%で、ディスチャージコーディネーターの 2.3%よりも高かった。

「入院形態」緊急入院が一番多く、項目回答の一致率は 81.3%であった。不明率は病棟看護婦が 2.3%で、ディスチャージコーディネーターはなかった。

「入院判断理由」項目回答の一致率は 86.4%で、不明率は病棟看護婦が 7.4%で、ディスチャージコーディネーターの 2.3%よりも高かった。

「入院前の前居所」自宅が多く、項目回答の一致率は 94.3%で高かった。不明率は病棟看護婦が 2.8%で、ディスチャージコーディネーターの 1.1%よりも高かった。

「退院希望先」項目回答の一致率は 85.2%で、不明率は病棟看護婦が 2.8%で、ディスチャージコーディネーターのほうが 4.0%で高かった。

「治療の継続」項目回答の一致率は 55.7%で低く、不明率は双方とも高く病棟看護婦が 21.8%で、ディスチャージコーディネーターは 14.8%であった。

「現時点日常生活自立度」項目回答の一致率は 62.0%で、不明率は病棟看護婦が 8.0%で、ディスチャージコーディネーターの 2.3%よりも高かった。

「便尿失禁・排泄介助」項目回答の一致率は 76.7%で、不明率は病棟看護婦が 14.2%で、ディスチャージコーディネーターの 6.3%よりも高かった。

「コミュニケーション障害」項目回答の一致率は 90.4%と高く、不明率は病棟看護婦が 5.1%で、ディスチャージコーディネーターの 1.7%よりも高かった。

「役割遂行」項目回答の一致率は 68.7%で、不明率は病棟看護婦が 22.2%で、ディスチャージコーディネーターの 10.8%よりも高かった。

「介護力の不足」項目回答の一致率は 71.0%で、不明率は病棟看護婦が 19.9%で、ディスチャージコーディネーターの 10.8%よりも高かった。

「判定結果」項目回答の一致率は 84.1%で、不明率は病棟看護婦が 0.6%で、ディスチャージコーディネーターはなかった。

表8 ハイリスクスクリーニング票信頼性の検討における  
対象者の基本属性

(N=176)

		n	%
性別	男	82	46.6
	女	94	53.4
年齢	45歳未満	35	19.9
	45-55歳未満	19	10.8
	55-65歳未満	25	14.2
	65-75歳未満	43	24.4
	75-85歳未満	33	18.8
	85歳以上	18	10.2
	N.A.	3	1.7
主疾患	脳血管疾患	16	9.1
	難病(パーキンソン病含)	1	0.6
	慢性腎不全	6	4.4
	心疾患(不全)	9	5.1
	慢性呼吸不全	2	1.1
	骨折	12	6.8
	肺炎	18	10.2
	脱水症	1	0.6
	その他	110	62.5
	N.A.	1	0.6

表9 ハイリスクスクリーニング票信頼性の検討におけるディスチャージコーディネーター(DC)と病棟看護婦のハイリスクスクリーニング票項目の回答一致率と不明の率

(単位%)

項目	DCと病棟看護婦の回答一致率	不明	
		D	C
1. 年代	97.8	0.6	1.7
2. 入院時の主疾患	79.7	0.6	2.8
3. 家族構成	86.4	2.3	7.4
4. 入院形態	81.3	0.0	2.3
5. 入院判断理由	80.7	0.6	0.6
6. 入院前の居所	94.3	1.1	2.8
7. 希望退院先	85.2	4.0	2.8
8. 治療(処置)の継続	55.7	14.8	21.6
9. 現時点日常生活自立度	62.0	2.3	8.0
10. 便尿失禁・排泄介助	76.7	6.3	14.2
11. コミュニケーション障害	90.4	1.7	5.1
12. 役割遂行	68.7	10.8	22.2
13. 介護力不足	71.0	11.4	19.9
判定結果	84.1	0.0	0.6

ディスチャージコーディネーターと病棟看護婦が入院時に実施したスクリーニングの回答項目の中で、一致率の高かった項目は「年代」「入院前の居所」「コミュニケーション障害」であった。

項目の減少のために精度の低下が見られないかを検討するために、II-2. のハイリスクスクリーニング票の精度調査と今回の回答一致率を $\chi^2$ 検定した結果、「治療の継続」のみ有意差がみられた。(p<0.05)。また、ディスチャージプランニングの必要ありとスクリーニングされたのは、全体の 25.0%であったが、このうち入院時にこのスクリーニング票でスクリーニングされず、入院中にディスチャージプランニングが必要となったのは 1 名であった。この患者は、入院中に病態が急変し、急激に憎悪したため、入院時には把握できなかったことがあげられる。

### C. ハイリスクスクリーニング票の信頼性の検討の考察

結果から精選されたハイリスクスクリーニング票に、特に明確な精度の低下はみられなかった。また、判断結果の一致率が高いとはいえないが(表 10)、ディスチャージプランニングの必要性を判断するために、本研究のハイリスクスクリーニング票は十分な利用価値があると思われる。

また、ハイリスクスクリーニング票の項目は、看護婦が入院時に情報収集するアナムネーゼの内容と重複する。これは、入院中の看護のみならず退院後の患者の生活を考えた看護を提供する上で、スクリーニング票の項目は収集すべき情報と考えられる。また、患者入院後 24 時間以内にスクリーニングを行うことを設定したのは、入院時の情報収集時に一括してに行うことで業務を複雑化させないためである。S病院は急性期病院であり、また救急患者の受け入れも多いため、看護婦が入院時に行う看護記録業務の合理化をするためには入院時の情報収集用紙とハイリスクスクリーニング票の一体化などを目指す必要がある。

### 3) 研究 I : ディスチャージプランニングのハイリスクスクリーニング票の開発の結論

本研究で作成したハイリスクスクリーニング票はS病院での患者スクリーニングに十分利用可能であることが分かった。今後、各項目の重みづけの検討を行う必要がある。

## 6. 研究 II. ディスチャージプランニングプロセスの明確化

ディスチャージプランニングのハイリスクスクリーニング票を作成し、スクリーニング票を使用することで入院時に、ハイリスク患者を拾い上げることができる初期のディスチャージプランニングのプロセスが遂行され、病棟看護婦が、ディスチャージプランニングについての必要性を認識できることが考えられる。

その後のプロセスとしてハイリスクスクリーニング票で拾い上げた患者に対しては、実際にその患者・家族にアセスメントを行い、必要とアセスメントされた対象者にディスチャージプランを作成・実施し、モニタリング、評価、フォローアップと続く。<sup>4)</sup>

現在、院内では調整会議が週 1 回行われ、退院時に問題の予測される患者・家族については多職種とディスチャージプランを作成しており、入院から退院までのディスチャージプランニングのプロセスの一つとしてこの調整会議が位置づけられる。参加職種は院内 MSW、在宅介護支援センターの MSW 及び看護婦、リハビリテーション室室長、ディスチャージコーディネーター、医事課長、事務次長、訪問看護ステーションのスタッフである。MSW 及びディスチャージコーディネーターが問題のある入院患者の事例を提起するが、ここではそれぞれが、患者家族のニーズを知るためのアセスメントを行っている。そこで実際に、患者・家族にどのような退院時のニーズがあるのかまたどのような問題点があるのかを明らかにすることで、ディスチャージプランニングのプロセスが遂行されるための病院内、地域システムでの構造における改善すべき点、またアセスメントの視点を検討することとした。

### 1). 研究目的

患者の退院時に解決する必要のある内容を明らかにする。

### 2). 研究方法

1 カ月間、調整会議に同席し観察法によって出された問題を記録し、KJ法によって分類した。

期間：平成 10 年 12 月 2 日～平成 10 年 12 月 29 日

対象：一ヶ月内の調整会議で提起された事例 73 例

### 3). 研究結果

(1) 対象者の基本属性 (表 11)

男性 41 名 (56.2%)、女性 32 名 (43.8%) であった。年齢は 65 歳以上の高齢者が 43 名 (58.9%) で半数以上を占めた。また、主疾患では脳血管疾患が 30 名 (41.1%) と最も多く、次いで心疾患 10 名 (13.7%) であった。

#### (2) 退院時解決する必要がある内容

調整会議に出た解決する必要性のある内容は、25 に分類され、大項目として「退院先」「患者の要因」「家族の要因」「患者・家族の背景」「スタッフ側の要因」に分類された (表 12)。

#### 4) 研究Ⅱ：ディスチャージプランニングプロセスの明確化の考察

今回の研究から、プロセスの一部についてのものである。さらにプロセス全体の流れを総括して検討することが必要である。

具体的に把握できた内容は、患者家族へのインフォームドコンセントに問題があることがわかる。現在、患者・家族の意思決定を明確にする機会や場、方法はない。まず、ディスチャージプランニングでの患者・家族の意思決定<sup>5)</sup>をどう尊重するかを考えていく必要があるだろう。

また、「退院先が決まっていない」「今後の治療の方針が決まっていない」あるいは「患者の身体上の問題がある」といった今後の方針に関するものがあがっている。退院先の問題で、「入所待ちの状態である」事例が見られたが、これは、転院(施設)を希望する患者が早期に申請を行なうことができるように援助することためにやはりディスチャージプランニングの必要があることが再認識させられた。そのためには他機関との連携の推進が欠かせない。S 病院から転院先施設は 60 施設を数え、9 市、1 町にまたがる。(表 13, 図 2)

また、年々紹介率が上昇(資料 3)しており、今後も転院先の病院・施設が多様になると考える。そうなると転院時の患者の身体状態や自立度のレベルによって受け入れ規準や、その施設を退所、退院するときの状態が異なるため、患者の希望の連携病院の査定が必要と考える。

退院時解決する必要性のある内容の中で一番多くの項目を占めたのが「スタッフ側の要因」であった。これは、ディスチャージプランニングに関する基準がない、また院内の専門職種の業務内容また役割が明示されていないこと、専門職種間の連絡方法などの問題があると考えられる。また、明確なディスチャージプランニングに関するクライテリ

アや、同時に患者のアウトカムを作成することで改善できると考える。<sup>7)</sup>

#### 7. 平成 10 年度研究の結論

平成 10 年度に行った研究から以下の結果が得られた。

- 1). 信頼性の高いハイリスクスクリーニング票の完成:ハイリスクスクリーニング票項目の選定、精度調査利用の可能性の検討の 3 段階の研究を経て、誰が(経験年数、職種を問わず)用いてもディスチャージプランニングの必要な患者はもれなく選定できることができるようになった。使用に際しては早期に短時間での選定が可能であった。
- 2). ハイリスクスクリーニング票開発過程を通じて病院内、とりわけ病棟看護婦、MSW、PT、等のディスチャージプランへの関心が高まり共有化が進んだ。
- 3). ハイリスクスクリーニング票開発過程を通じて一連のディスチャージプランニングに関わる業務改善への意欲が生まれた。すなわち、アナムネ用紙、ハイリスクスクリーニング票、看護記録を統一した書式作成である。この具体化は次年度に持ち越された。
- 4). さらにハイリスクスクリーニング票による選定後の具体的なクリティカルパスの作成が早急に必要とされ、現在数種のクリティカルパスを作成中である。
- 5). ディスチャージプランニングプロセスそれぞれのプロセスの実施方法の検討をすすめるうちに、S 病院の当地域における位置づけが明確になるとともに、早期退院を可能にするには後方病院及び中間施設との連携が欠かせないことを強く認識し、その結果、積極的に連携を推進し、紹介率、連携施設数が上昇、増大した。
- 6). S 病院のこうした変化を受け、当該地域における他病院の急性期患者搬入が増大した。

#### 8. 平成 11 年度への課題

平成 11 年に残された課題は以下の通りである。

- 1). 病院内で行うこと
  - (1) ディスチャージプランニング実施内容におけるクライテリアの作成。
  - (2) ディスチャージプランニングに関わる業務の整合性をはかり、関連業務がシステムとして機能するよう改善していく。
  - (3) 業務改善を明確化するためアナムネ用紙、



表11 研究Ⅱ：ディスチャージプランニングプロセスの明確化の研究における対象者の基本属性

(N = 73)

	n	%
性別		
男	41	56.2
女	32	43.8
年齢		
45歳未満	2	2.7
45-55歳未満	12	16.4
55-65歳未満	16	21.9
65-75歳未満	13	17.8
75-85歳未満	17	23.3
85歳以上	13	17.8
主疾患		
脳血管疾患	30	41.1
精神疾患	2	2.7
難病(パーキンソン病含)	1	1.4
髄膜炎	1	1.4
ALS	1	1.4
眼疾患	1	1.4
肝疾患	1	1.4
慢性閉塞性肺疾患	3	4.1
心疾患	10	13.7
悪性新生物	7	9.6
糖尿病	2	2.7
慢性腎不全	3	4.1
筋骨系・大腿骨頸部骨折	4	5.5
筋骨系・その他骨折	4	5.5
栄養疾患	1	1.4
脱水症	2	2.7

表10 ハリススクリーニング票信頼性の検討におけるディスチャージコーディネーター(DC)と病棟看護婦の要否判定結果

病棟看護婦 \ DC	DC			
	必要あり	必要なし	不明	合計
必要あり	44(25.0)	16(9.1)	1(0.6)	61(34.7)
必要なし	11(6.3)	104(59.1)	0(0.0)	115(65.3)
合計	55(31.3)	120(68.2)	1(0.6)	176(100.0)

表 12 研究Ⅱ：調整会議に出た解決する必要性のある内容

項目の分類	解決する必要性 のある内容	入院 時から 介入 可能な 項目	入院 →退院 迄に 介入 可能な 項目	項目 に ある 内容	自宅 退院 事例	施設 入所・ 転院 事例
退院先	退院先が決まっていない	△	○	○		
	入所・転院待ちの状態である		○			○
患者の要因	施設入所に向けて患者の身体上の問題がある	○	○	△		○
	在宅への退院に向けて患者の身体上の問題がある	○	○	△	○	
	患者自身が服薬管理できない		○		○	○
	患者に問題行動がある	△	○	○	○	○
	患者の死への漠然とした不安がある		○		○	○
	精神症状（ヒステリー・自殺企図など）がある	▲	○	○	○	○
	アルコール依存症がある	▲	○	○	○	○
家族の要因 (介護者)	介護疲れにより在宅介護の継続が困難である		○		○	
	介護者が決まっていない	△	○	○	○	
	家族の在宅介護への不安がある		○		○	
患者・家族 の背景	経済的な問題がある	○	○	○	○	○
	患者や家族の疾病の理解が不十分である	○	○	○	○	△
スタッフ側 の要因	今後の治療の方針が決まっていない		○		○	○
	今後のリハビリテーションの方針が決まっていない		○		○	○
	予後の明示がされていない		○		○	○
	医師—家族の関係が悪い		○		○	○
	医師から医師への手続きの不備がある		○		△	○
	日常生活用具の調整ができていない		○		○	
	人的サービスの調整ができていない		○		○	
	住宅修繕（改造）の調整ができていない		○		○	
	具体的な介護方法についての説明がされていない		○		○	
	退院に向けての試験外泊の調整ができていない		○		○	
他機関との調整ができていない		○		○	○	

解決する必要性のある内容 ▲：問題解決が必要であることが明確な場合には行う

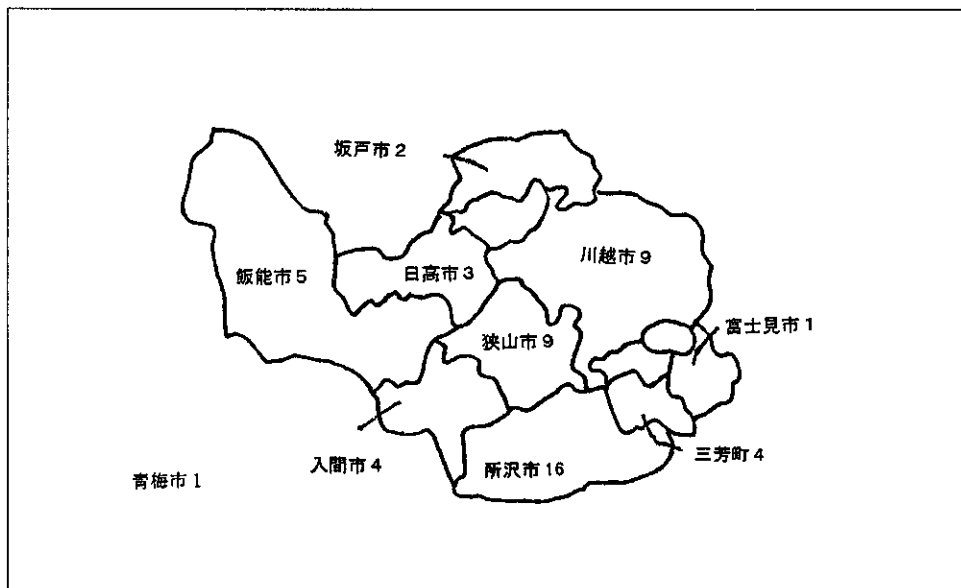
△：十分な把握が困難、時として把握が可能

表 13 S病院転院先リスト（地域・種類別施設数）

種 類 地 域	狭 山 市	入 間 市	所 沢 市	飯 能 市	川 越 市	日 高 市	その他	合 計
老人保健施設	2	2	2	2	4	1	三芳町 2	15
老人病院系（療養+リハ）	1	0	2	0	0	0	坂戸市 1 富士見市 1	5
老人病院系（療養目的）	1	1	4	1	3	0	三芳町 2 坂戸市 1	13
老人病院系（痴呆・精神）	1	0	4	2	0	0	青梅市 1	8
老人病院系（ケアミックス）	3	1	1	0	1	1	—	7
老人病院系（積極的リハ目的）	0	0	1	0	1	0	—	2
リハビリテーション病院	0	0	1	0	0	0	3	4
神経難病専門病院	1	0	0	0	0	0	2	3
透析長期入院病院	0	0	1	0	0	1	1	3
合 計	9	4	16	5	9	3	14	60

（平成 10 年 3 月～平成 11 年 2 月）

図 2 S病院からの転院先地域別施設



ハイリスクスクリーニング票、看護記録、クリティカルパスを使いやすいものに改良していく。

(4) こうした流れには全職種が参加していく必要がある。他職種と同一の足並みで進むことをよしとしない傾向が見られがちな医師の意識改革を積極的に呼びかける。まずは調整会議への参加を促す。

(5) ディスチャージプランニングに参加することで負担が増大したりしないよう、時間の負担が大きい、記録が多いことのないよう十分配慮した業務改善を行う。

## 2). 地域への働きかけ

(1) ディスチャージを推進するために、さらに関連施設等との連携をはかる。

(2) ディスチャージプランニングによる早期退院の結果、病床占有率が低下することを避けるためにもさらに紹介率を高める。

(3) 紹介率を高めるために逆紹介も積極的に行い、その際患者情報をきちんと提供する。

(4) 地域における連携推進のためにもともに早期退院の意義、連携におけるメリット等に関する学習会などを催し地域ぐるみの医療に関する意識改革を図っていく。

(5) S病院の後方施設となるところからも院内の調整会議に積極的に参加してもらい、S病院と地域との連携を深めていく。

## 9. 引用・参考文献

- 1) 大道久：これからの医療提供体制，社会保険旬報，p28-33，No. 2000，1998
- 2) Clemen-Stone S:Continuity of Care through Discharge Planning and the referral Process COMPREHENSIVE COMMUNITY HEALTH NURSING, p341-356, Mosby, 1995
- 3) 森山美知子他：急性期疾患治療病院に退院調整看護婦を設置する効果の研究（その2），病院管理 vol.33No. 2，p23-31，1996
- 4) 手島陸久編：退院計画，中央法規，1996
- 5) 厚生統計協会：地域医療基礎統計 1996 年度版，p4，1996
- 6) 森山美知子，済世会山口総合病院看護部：ナーシング・ケースマネジメント 退院計画とクリティカルパス，医学書院，1998
- 7) Schuman J.E, et.al: Discharge Planning in an acute hospital, Arch Phys Med rehabil

vol.57, p343-347 july 1976

- 8) 森山美知子：入院期間の短縮化及び患者・家族の QOL 向上に関する専門的援助の研究—退院患者の分析から—，病院管理 vol.33No. 1，p27-36，1996
- 9) クリティカルパス研究会：クリティカルパス作成・活用ガイド第2版，日総研，1999
- 10) Zander K, 山内豊明訳：クリティカル・パス最良の成果を上げるための新しいマネジメント，文光堂，1998
- 11) 中野真寿美，塚本整子：退院前における病棟訪問の実際と評価，第26回日本看護学会，地域看護 p5-7，1995
- 12) 上原ます子他：「高齢患者退院指導・継続のマニュアル」を用いた看護の継続性の検討（その1），看護管理 vol.7No.1，p56-63，1997
- 13) 池田敏子他：高齢者の自宅退院における問題点及びニーズの分析—退院時の実態調査から—，岡山大学医療技術短期大学紀要，p23-27，1994
- 14) 済世会熊本病院クリティカルパス編集委員会編著：クリティカルパス実例集，日総研，1999
- 15) Kennedy L et.al: Effective Comprehensive Discharge Planning for Hospitalized Elderly, The Gerontological Society of America, Vol.27, No5 p577-588 1987
- 16) Naylor M et.al: Comprehensive Discharge Planning for Hospitalized Elderly, Annals of Internal Medicine Vol.120, No12 p999-1006 1994
- 17) Rehr H et.al: Screening for high risk: principles and problems, Social Workers September p403-411 1987
- 18) Jackson M.F: Discharge Planning: issues and challenges for gerontological nursing. A critique of the Literature, Journal of Advanced Nursing No19 p492-502 1994

## 附. 研究発表

第18回日本看護科学学会学術集会，1998 発表