

平成12年度

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）総括研究報告書
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
—ディスチャージプランニングへの看護部門の再編と意識改革—

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）総合研究報告書
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 教授）
分担研究者	石井英禧 （石心会狭山病院 院長）
	中沢典子 （石心会狭山病院 看護部長）
	設楽美佐子 （石心会狭山病院 ディスチャージコーディネーター）
	丸茂文昭 （東京医科歯科大学医学部教授）
	杉山孝博 （石心会川崎幸クリニック院長）
	友安直子 （東京医科歯科大学医学部 非常勤講師）
研究協力者	乗越千枝 （東京医科歯科大学大学院 後期博士課程）

平成12年度 厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
総括研究報告書

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
—ディスチャージプランニングへの看護部門の再編と意識改革—

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 教授）

研究要旨 3年間にわたりディスチャージプランニングに必要な組織改変から地域へのネットワークづくりまでを視野に入れた取り組みを行った。病院の組織（構造）、ケア提供の仕方（プロセス）を変えることにより、ディスチャージプランニングの大きな成果と考えられる「患者の退院準備」（アウトカム）に良い変化がみられた。

分担研究者

石井英禧 石心会狭山病院 院長
中沢典子 石心会狭山病院 看護部長
設楽美佐子 石心会狭山病院
ディスチャージコーディネーター
丸茂文昭 東京医科歯科大学医学部教授
杉山孝博 石心会川崎幸クリニック院長
友安直子 東京医科歯科大学医学部
非常勤講師

研究協力者

乗越千枝 東京医科歯科大学大学院
後期博士課程

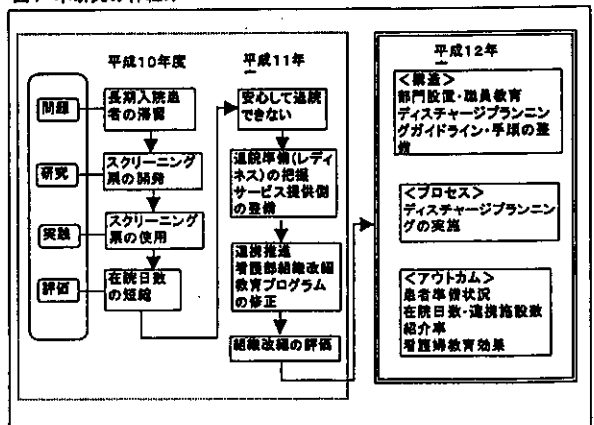
A. 研究目的

わが国においても、ここ数年ディスチャージプランニングに関する研究が盛んにおこなわれるようになってきた。しかし、研究計画に基づき病院に介入し改革・改善を行い、その成果まで明らかにした試みは少ない。本研究は特にディスチャージプランニングにおいて中核的な役割の一端を担う看護部門に焦点を絞って、ディスチャージプランニング室の設置・入院初日の患者スクリーニング実施・ディスチャージコーディネーター主導の調整会議定例化・チームによるケア提供・ディス

チャージプランニングを視野に入れた看護教育等を導入し、ディスチャージプランニングの成果を上げることを目的とした。なお、こうした実践成果を明確に示すために調査研究を行い裏付けるデータとした。さらに必要であれば、これらの経過を他の機関でも応用し実践できるようディスチャージプランニング導入のためのプログラムを提示した。

これまでの本研究の取り組みは、図1のとおりである。研究と実践の具体的な成果の一部として、まず平成10年に開発したディスチャージプランニングの要否判定票がある（巻末資料 1参照）。この開発経緯については10年度報告書でのべた。この年には病院内においてディスチャージプラン

図1 本研究の枠組み



ニングをいかに行っていくかの道筋をつけ関係者の合意を得た。平成 11 年度にはこの道筋に沿って組織の再編を行い看護部にディスチャージ室を創設し専任職員をおいた。また病院内の医療処置を主としたケアに関心が集中しがちであった看護婦に、地域・在宅に関する関心を喚起しディスチャージプランニングに参化できるよう教育プログラムを改革し、それに則った教育訓練を実施し、その成果を測定した。こうした具体的な流れの中で地域の諸施設との連携推進、ディスチャージプランニング要否判定票と他諸票（記録）との統一化、さらにクリニカルパスの必要性、等が生じたのでできるだけ対応した。この間の経緯については平成 11 年度報告書でのべた。

最終年である平成 12 年度はこれまで二年間に行ったさまざまな研究と実践の試みが、患者が退院するに際しての身体的・精神的・社会的準備状態にどのような成果を上げたかを評価し、なおディスチャージプランニングをスムーズに行うために残された問題を明らかにするための調査研究を行なった。また、このような取り組みがディスチャージに取り組む看護婦のケアの提供の仕方にもどのような変化をもたらしたかについても調査研究した。本稿はそれらの調査研究結果を中心に述べることにする。さらに加えて、本研究に取り組む以前と比べ、こうした研究・実践がはたして患者の早期退院に貢献したかを具体的にみるために当該病院の平均在院日数の変化、および継続ケアを可能にしたかをみるために間接的ではあるが地域における連携施設数の変化、平均紹介率、等も示した。

B. 研究方法

狭山市にある石心会狭山病院において一連のディスチャージプランニングのための施策が退院患者に及ぼした影響を明らかにした（患者・家族の

退院準備状況の評価研究）。施策の一環である看護教育改革が看護婦に及ぼした影響を明らかにした（看護婦に対する教育効果研究）。

1. 患者・家族の退院準備状況の評価研究

1) 対象

①平成 12 年 1 月 11 日から平成 12 年 4 月 10 日の 3 ヶ月間に狭山病院に入院した全患者の中で、ディスチャージプランニング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定され、なおかつ調査対象となることの承諾を得られた患者あるいは家族 83 名。②平成 12 年 11 月 10 日から平成 13 年 1 月 10 日の 3 ヶ月間に狭山病院に入院した全患者の中で、ディスチャージプランニング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定され、なおかつ調査対象となることの承諾を得られた患者あるいは家族 75 名。

2) 調査方法

患者・家族の退院時準備状況を明らかにするために、患者・家族の退院準備状況に関する質問項目で作成された自記式の質問紙を用いて調査した（巻末資料 2 参照）。患者・家族の退院準備の調査項目は、日本訪問看護振興財団の日本版在宅ケアアセスメントに基づいて作成したもので、患者に対する質問項目は 18 項目あり、4 段階で回答をもとめた。質問紙は 20 事例についてプレテストを行った後に用いた。この質問 18 項目の信頼性係数を求めたところ、 α 係数 = 0.885 であった。

対象のところで述べたように、同一の質問紙を用いてディスチャージプランニングを実施する以前の患者・家族群と、実施した患者・家族群にその退院準備がどの程度進展しているかを尋ね比較することで、体制およびケア提供の仕方の変化がもたらした影響を明らかにしようとした。

研究協力への承諾がえられた患者・家族には承諾書に署名してもらい、退院の 3 日前までに調査員が、質問紙の記入方法の説明を行い、質問紙と筆

記具、封筒をわたした。質問紙への記入は退院時に行ってもらい、記入した質問紙は患者・家族別別の封筒に入れ、病棟毎に設置した質問紙用回収箱に各自投函してもらった。視力障害や運動障害があり、自分で記入できない患者に対しては、調査員が約 15 分程度で質問紙を読み上げてかわりに質問紙に記入した。

退院時期が未定の場合は、患者のカーデックスに退院連絡票のカードを挟み、退院日が決定次第、病棟看護婦がカードに退院日を記入し、ディスチャージコーディネーターへカードをわたし、それをうけて調査員が質問紙をわたして記入をもとめた。

以上の手続きは2回の調査に際して同じようにおこなわれた。また、患者と家族には必ず調査の目的を説明し、調査への協力承諾書に署名してもらったうえで調査を実施した。回収した調査票は内容が外部に漏れないよう厳重に管理する、等倫理面には十分な配慮をした。

3) 分析

分析は両群患者・家族の退院準備状況の違いをみるために、各質問項目に対する回答をそれぞれ点数化し、質問事項毎に両群の平均値を求め、その差をノンパラメトリック (Mann-Whitney test) 検定した。また両群を総合的にみるため両群の退院準備の達成度を明らかにした。分析には統計ソフト SPSS10.0J を使用した。

2. 看護婦に対する教育効果研究

看護婦が患者の退院後の生活に関する視点を持ってアセスメント・ケアプランを作成できるかを、組織改変に伴う教育実施前後に、全看護婦に対してそれぞれその能力を評価することで、教育による効果を明らかにした。

1) 対象

第1回目の評価を平成11年12月27日から平

成12年1月4日に、狭山病院に勤務するICU病棟を除く全病棟(5病棟)の常勤の看護婦・士78名に対しておこなった。第2回目の評価を平成13年2月15日から平成13年2月23日に、狭山病院に勤務するICU病棟を除く全病棟(5病棟)の常勤の看護婦・士90名に対しておこなった。この間に教育を実施し、同一の調査票を用いて教育効果を評価した(巻末資料3参照)。

2) 調査方法

病棟看護婦のアセスメントとケアプラン能力を事例を用いて評価した。

事例はディスチャージプランニングが必要な事例を基に作成し、その事例についてディスチャージプランナーを含むケアプラン作成経験者が協議しモデルプランニングを作成した。まず、本研究担当者等が開発した日本訪問看護財団「日本版在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン(成人・高齢者用)」の在宅ケアアセスメント票の問題・ニーズ30領域から、当該事例に必要な問題・ニーズ領域を抽出した。それらは、「コミュニケーション・聴覚障害」「ADL・IADLの低下、リハビリテーション」「転倒の危険性」「生活用具・居住環境改善」「心理社会的孤立・生活意欲」「対人関係」「栄養状態・食事療法」「歯・口腔ケア」「排泄コントロール」「問題兆候・病状の安定性」「薬の管理・服薬」「家族介護力・家族機能」「家事援助」「社会資源活用」等であった。つぎに、それらの問題領域に対する退院前の問題点及びニーズを考慮しケアプランを作成した。

調査対象者には事例について同様に問題領域選定、問題点・ニーズの特定、ケアプラン作成をしてもらって、モデルプランと比較することで、プラン作成能力を評価した。問題領域が特定できプランが立てられる場合を2点、問題領域が特定できる場合を1点、両方できない場合は0点とした。

(図2) この評価を教育実施をはさんで二回行っ

た。実施した教育内容に関しては巻末資料4の教育プログラムを参照。調査対象者には無記名自記入してもらい回収箱に投函してもらった。対象者の背景を見るために病棟、経験年数、資格も調査項目にふくめた。二回の調査結果とも関係者以外に情報が漏れないよう調査票は厳重に保管している。

3) 分析

標準化されたモデルプランの回答を点数化したものと、個々の対象者の回答とつきあわせた。評定者が各回答をよみ、領域がどれくらい選定されているか、領域に対応して立てられたケアプランには規定したキーワードが含まれているか、領域とケアプランの関係は適切か、等の視点から吟味し個々の回答を点数化した。その上で、教育実施前と後の対象者のケアプラン作成能力の変化をみた。両群の差についてはノンパラメトリック (Mann-Whitney test) 検定をおこなった。分析には統計ソフト SPSS10.0J をもちいた。

C. 研究結果

1. 患者・家族の退院準備状況の評価研究結果

1) ディスチャージプランニング実施前の患者・家族の退院準備状況評価研究の調査票は調査の承諾がえられた対象 83 名に対して配布され、そのうち有効回答は 73 名であり、有効回答率は 87.9% であった。ディスチャージプランニング実施後の調査票は調査の承諾がえられた対象 75 名に対して配布され、そのうち有効回答は 71 名であり、有効回答率は 94.6% であった。

2) 対象の属性

ディスチャージプランニング実施前の患者・家族群 73 名の性別、年齢、家族形態、主疾患、痴呆、ADL、は以下の表 1 のとおりである。

同じくディスチャージプランニング実施後の患者・家族 71 名の性別、年齢、家族形態、主疾患、痴呆、ADL、は以下の表 1 のとおりである。

両群とも女性が多く、高齢者同士の世帯と

図2 看護婦に対する教育効果研究の手順と方法

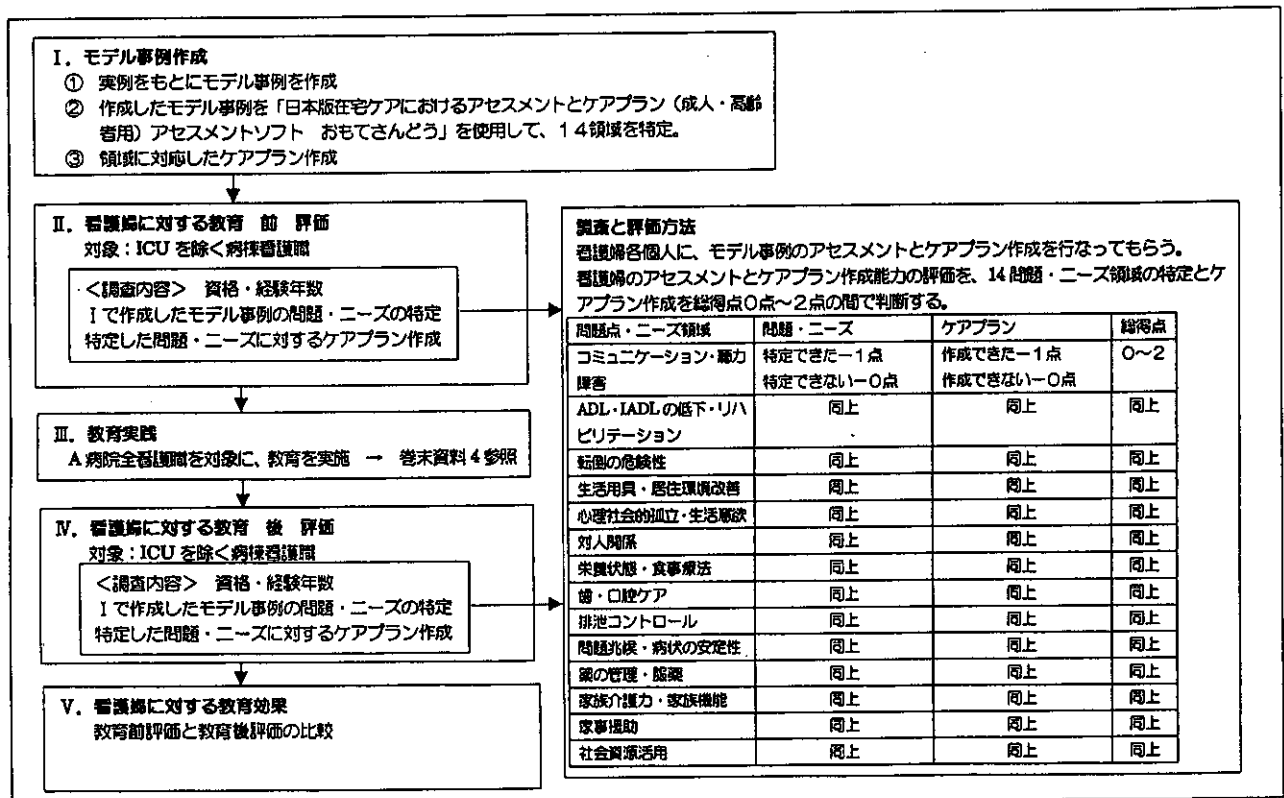


表1 患者の基本属性

		前		後	
		n=73	%	n=71	%
性別	男	35	47.9%	33	45.8%
	女	38	52.1%	39	54.2%
年齢	55歳以上 65歳未満	9	12.3%	7	9.7%
	65歳以上 75歳未満	21	28.8%	22	30.6%
	75歳以上 85歳未満	29	39.7%	29	40.3%
	85歳以上 95歳未満	11	15.1%	14	19.4%
	95歳以上	3	4.1%	0	0.0%
世帯構成	独居	15	20.8%	14	19.4%
	高齢者夫婦世帯	20	27.8%	11	15.3%
	2世代同居世帯	18	25.0%	20	27.8%
	3世代同居世帯	16	22.2%	22	30.6%
	夫婦世帯	3	4.2%	5	6.9%
主疾患	脳血管疾患	18	25.4%	24	33.3%
	心疾患	14	19.7%	17	23.6%
	呼吸器疾患	14	19.7%	13	18.1%
	その他	25	35.2%	18	25.1%
痴呆 (柄澤式)	正常	47	65.3%	41	56.9%
	軽度	4	5.6%	11	15.3%
	中等度	10	13.9%	10	13.9%
	重度	6	8.3%	8	11.1%
	最高度	5	6.9%	2	2.8%
ADL (バーサル インデックス)	0-45	21	29.6%	26	22.2%
	50-85	13	18.3%	23	31.9%
	85-100	37	52.1%	33	45.8%

二世帯同居世帯が多くみられた。主疾患には脳血管疾患、心疾患、呼吸器系疾患、等が多くみられた。対象の属性については両群で有意な差がみられたものはなかったので比較に問題はなかった。

3) 患者の退院準備状況

ディスチャージプランニング実施前の患者・家族群 73 名の退院時の準備状況は以下の表 2 のとおりである。同じくディスチャージ実施後の患

者・家族 71 名の退院時の準備状況は以下の表 2 のとおりである。

回答を「できている」=4、「ややできている」=3、「あまりできていない」=2、「まったくできていない」=1 と点数化した結果、前後とも平均値が高かった項目は「搬送」「人間関係」「役割遂行」等であり、もっとも低かった項目は「医療処置の方法」「病状の安定」等であった。

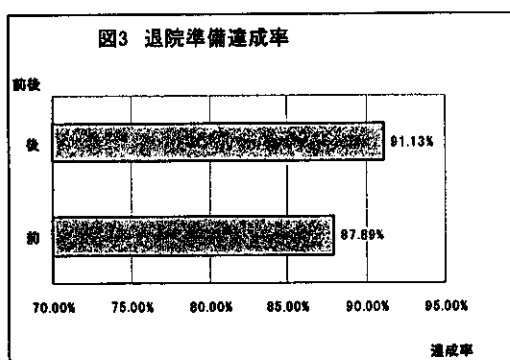
ディスチャージプランニング実施前とディスチャージプランニング実施後の変化をみると、ほとんどの項目で実施後の方が平均値が高く、患者の退院準備状況が好転したといえる。とりわけ「急変時の対応」「居住環境の準備」「日常生活用具の準備」「ADL の理解」「ADL の準備」には有意な差がみられた。

表2 A 病院の組織改編前後の退院準備状況

退院準備項目	前(n=73)	後(n=71)	有意確率
1 コミュニケーション	3.64±0.65	3.80±0.52	0.055
2 病状の安定	3.27±0.82	3.48±0.75	0.079
3 ADL の理解	3.25±0.83	3.51±0.79	0.022 *
4 ADL の受容	3.30±0.83	3.55±0.75	0.028 *
5 家事能力	3.64±0.79	3.66±0.75	0.875
6 人間関係	3.81±0.52	3.82±0.52	0.819
7 役割遂行	3.78±0.54	3.80±0.52	0.819
8 経済的問題	3.36±0.91	3.54±0.83	0.166
9 排泄の問題	3.46±0.85	3.56±0.75	0.451
10 急変時の対応	3.10±0.91	3.35±0.88	0.048 *
11 内服管理	3.58±0.82	3.62±0.83	0.515
12 精神的援助	3.73±0.65	3.69±0.67	0.670
13 搬送手段の確保	3.85±0.55	3.94±0.23	0.331
14 居住環境の整備	3.26±1.08	3.81±0.48	0.016 *
15 日常生活用具の準備	3.34±1.08	3.80±0.41	0.142
16 在宅サービスの利用	3.20±1.13	3.48±0.79	0.581
17 医療処置の方法	2.77±1.07	3.42±0.90	0.038 *
18 医療衛生材料の確保	2.77±1.19	3.32±1.06	0.103

* p < 0.05

なお、前後での総合的な退院準備達成率は、図3のとおりである。



2. 看護婦に対する教育効果研究結果

1) 回収率は教育実施前・後ともに100%であった。有効回答は、教育実施前が78名(有効回答率86.6%)で、教育実施後は90名(有効回答率100%)であった。

2) 対象の属性

教育実施前の看護婦群78名のうち看護婦・士が69名と多数を占めたが准看護婦・士も少数みられた。経験年数等は以下の表3のとおりである。

表3 看護婦の基本属性

		n=78 (%)		n=90 (%)	
		前		後	
資格	看護婦・士	69	88.5%	87	96.7%
	准看護婦・士	8	10.3%	3	3.3%
	無回答	1	1.3%	0	0.0%
経験年数	1年未満	14	17.9%	22	24.4%
	1年以上3年未満	17	21.8%	18	20.0%
	3年以上5年未満	12	15.4%	13	14.4%
	5年以上10年未満	18	23.1%	23	25.6%
	10年以上15年未満	10	12.8%	7	7.8%
	15年以上	7	9.0%	3	3.3%
	無回答	0	0.0%	4	4.4%

同じく教育実施後の看護婦群90名についても看護婦・士が87と多数を占めたが准看護婦・士も少数みられた。経験年数等は以下の表4のとおり

である。

対象の属性については両群で有意な差がみられたものはなかったので比較に問題はなかった。

3) 看護婦に対する教育効果

教育実施前の看護婦群78名のアセスメントとケアプラン作成能力は以下の表4のとおりである。同じく教育実施後の看護婦群90名のアセスメントとケアプラン作成能力は以下の表4のとおりである。先に述べた方法でこの結果を比較すると全体に教育実施後に平均値が高くなっておりアセスメントとケアプラン能力の向上がみられた。とりわけ、「コミュニケーション・聴力障害の検討」「ADL・IADLの低下、リハビリテーションの検討」「転倒の危険性の検討」「歯・口腔ケアの検討」「排泄コントロール」等の領域選定とそれに関するケアプラン策定については教育実施前後で有意な差がみられた。

表4 看護婦のアセスメントとケアプラン作成能力

領域	前 (n=78)	後 (n=90)	p値
コミュニケーション・聴力障害の検討	1.38±0.67	1.55±0.72	0.035 *
ADL・IADLの低下・リハビリテーションの検討	1.35±0.55	1.63±0.53	0.001 **
転倒の危険性の検討	1.32±0.55	1.56±0.58	0.004 **
生活用具・居住環境の改善の検討	1.58±0.59	1.69±0.53	0.190
心理社会的孤立・生活意欲の低下の検討	1.47±0.64	1.51±0.69	0.522
対人関係の検討	0.68±0.76	0.80±0.88	0.464
栄養状態・食事療法の検討	1.51±0.60	1.54±0.64	0.574
歯・口腔ケアの検討	1.27±0.70	1.56±0.67	0.003 **
排泄ケア・コントロールの検討	1.23±0.48	1.61±0.57	0.000 **
問題兆候・病状の安定性の検討	0.51±0.66	0.72±0.80	0.119
薬の管理・服薬の検討	1.49±0.70	1.58±0.65	0.377
家族介護力・家族機能の検討	1.26±0.63	1.40±0.70	0.100
家事援助の検討	0.96±0.76	1.03±0.78	0.545
社会資源活用の検討	1.54±0.60	1.48±0.60	0.481

* p<0.05, ** p<0.01

3.指標の変化

- 1) 平均在院日数は表5のとおりであった。
- 2) 平均病床稼働率は表5のとおりであった。
- 3) 平均紹介入院率は表5のとおりであった。

表5 平均在院日数・病床稼働率・平均紹介入院率

	平成10年度	平成11年度	平成12年度
平均在院日数	19.7日	17.7日	20.0日
平均病床稼働率	90.40%	95.24%	89.80%
平均紹介入院率	32.90%	41.50%	29.86%

- 4) 連携施設数は表6のとおりであった。

表6 連携医療保健福祉機関

施設種類	施設・病院数
病院(療養型病床群)	24
病院(ケアミックス)	9
一般病院	17
精神病院	3
特定機能病院	6
リハビリテーションセンター	3
老人保健施設	7
特別老人養護施設	7
療護施設	1
ケアハウス	4
計	81

D. 考察

1. 一連のディスチャージプランニングのための取り組みは、全般的には患者・家族の退院準備状況に良い結果をもたらしたといえる。しかし「精神的な援助」「役割遂行」「人間関係」「家事能力」等の準備状況には変化をもたらすことができなかった。アセスメントやケアプランといういわば知的・技術的な教育からさらに踏み込んだ、いかに関係性を構築しアドバイスをしたらよいかというトレーニングがなされる必要がある。あるいは、それぞれの領域の専門家につないでいくことも必

要と考える。

2. ディスチャージプランニングの大きな目的は患者が安心して退院できる、継続ケアを可能にする、ことであった。看護婦に対する教育研修はディスチャージプランニングに対する目を開かせるには大きな成果をもたらした。ただしディスチャージプランニングのための教育プログラムと教育方法として今回の試みだけで最適十分であるとはいえず、検討が必要である。加えてスムーズな実施のためのシステム開発も重要である。

3. 今回のディスチャージプランニングの推進は必ずしも早期退院・在院日数の短縮にむすびつかなかった。ディスチャージプランニングが早期退院と結びつくためにはさらに他職種をも大幅に巻きこんだシステムと手法(例えばパス法の導入)についての検討が必要ではないかと考える。

E. 結論

1. ディスチャージプランニング導入は患者の退院準備状況の改善に効果をあげた。
2. ディスチャージプランニング導入のための教育訓練は看護婦のアセスメントとケアプラン作成能力向上に効果があった。
3. ディスチャージプランニング導入を契機として病院の諸指標に変化がみられた。

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 referral Process, Comprehensive Community Health Nursing, p341-356, Mosby, 1995
- 3) 手島陸久編：退院計画，p49-50 中央法規，1996
- 4) 森山美知子，済生会山口総合病院看護部：退院計画とクリティカルパス，p84-90，医学書

- 院, 1998
- 5) Naylor M et.al : Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly, A randomized clinical trial, *Annals of internal Medicine*, p999-1006, 120(12), 1994
- 6) 堀内由紀子 : 退院計画 (6) 大学病院における退院計画, *病院* 53 (3), 医学書院, 1994
- 7) 倉田和枝 : 早期退院に向けてのアプローチ (1) 退院調整専門看護婦の導入とその効果, *社会保険旬報* 1968, p10-17, 1997
- 8) 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*
- 9) Schuman J.E , et.al: Discharge Planning in an acute hospital, *Arch Phys Med Rehabil* vol.57, p343-347 July 1976
- 10) 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
- 11) 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
- 12) 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
- 13) 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
- 14) 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
- 15) Kennedy L et.al: Effective Comprehensive Discharge Planning for Hospitalized Elderly, *The Gerontological Society of America*, Vol.27, No5 p577-588 1987
- 16) Rehr H et.al: Screening for high risk: principles and problems, *Social Workers* September p403-411 1987
- 17) Jackson M.F: Discharge Planning: issues and challenges for gerontological nursing. A critique of the Literature, *Journal of Advanced Nursing* No19 p492-502 1994

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
総合研究報告書

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 教授）

研究要旨 3年間にわたりディスチャージプランニングに必要な組織改変から地域へのネットワークづくりまでを視野に入れた取り組みを行った。病院の組織（構造）、ケア提供の仕方（プロセス）を変えることにより、ディスチャージプランニングの大きな成果と考えられる「患者の退院準備」（アウトカム）に良い変化がみられた。

分担研究者

石井英禎 石心会狭山病院 院長
中沢典子 石心会狭山病院 看護部長
設楽美佐子 石心会狭山病院
ディスチャージコーディネーター
丸茂文昭 東京医科歯科大学医学部教授
杉山孝博 石心会川崎幸クリニック院長
友安直子 東京医科歯科大学医学部
非常勤講師

研究協力者

乗越千枝 東京医科歯科大学大学院
後期博士課程

はじめに

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証するためのプログラムを提示し実践することである。

わが国で進行中の病棟整備の方向から、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短縮が欠かせない条件となっている。¹⁾ 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、ケアを要する場合に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にするプログラムは、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。

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、看護職やソーシャルワーカーが専門職としてマネジメントしている病院が多い。²⁾ 日本においても専門部門を設け、看護職にこのような専門性を加えていくことが求められるようになってきている。また、在宅だけではなく病院や施設も生活の場と考え、変化する生活環境の中でどのようにケアを継続させるかを考えることも、看護婦の重要な役割である。このような看護に期待される役割を十分に遂行していけるか否かは、病院とりわけサブシステムである看護部門がディスチャージプランニングにかかわるために体制づくりを行うことが鍵となる。

そこで、このようなディスチャージプランニングに必要な組織改編から地域へのネットワークづくりまでを視野に入れた取り組みを行った。その結果、ディスチャージプランニングへの看護婦の意識の変化が見られた。また、ディスチャージプランニングの大きな成果と考えられる「患者の退院準備」に良い変化が見られた。

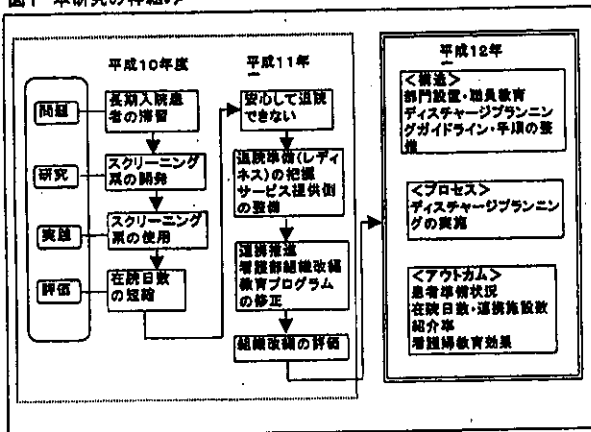
A. 研究目的

わが国においても、ここ数年ディスチャージプランニングに関する研究が盛んにおこなわれるようになってきた。しかし、研究計画に基づき病院に介入し改革・改善を行い、その成果まで明らか

にした試みは少ない。本研究は特にディスチャージプランニングにおいて中核的な役割の一端を担う看護部門に焦点を絞って、ディスチャージプランニング室の設置・入院初日の患者スクリーニング実施・ディスチャージコーディネーター主導の調整会議定例化・チームによるケア提供・ディスチャージプランニングを視野に入れた看護教育等を導入し、ディスチャージプランニングの成果を上げることが目的とした。なお、こうした実践成果を明確に示すために調査研究を行い裏付けるデータとした。さらに必要あれば、これらの経過を他の機関でも応用し実践できるようディスチャージプランニング導入のためのプログラムを提示した。

これまでの本研究の取り組みは、図1のとおりである。研究と実践の具体的な成果の一部として、まず平成10年に開発したディスチャージプランニングの要否判定票がある(巻末資料1参照)。この開発経緯については10年度報告書でのべた。この年には病院内においてディスチャージプラン

図1 本研究の枠組み



ニングをいかに行っていくかの道筋をつけ関係者の合意を得た。平成11年度にはこの道筋に沿って組織の再編を行い看護部にディスチャージ室を創設し専任職員をおいた。また病院内の医療処置を主としたケアに関心が集中しがちであった看護婦に、地域・在宅に関する関心を喚起しディスチャージプランニングに参化できるよう教育プログラ

ムを改革し、それに則った教育訓練を実施し、その成果を測定した。こうした具体的な流れの中で地域の諸施設との連携推進、ディスチャージプランニング要否判定票と他諸票(記録)との統一化、さらにクリニカルパスの必要性、等が生じたのでできるだけ対応した。この間の経緯については平成11年度報告書でのべた。(巻末資料2)

最終年である平成12年度はこれまで二年間に行ったさまざまな研究と実践の試みが、患者が退院するに際しての身体的・精神的・社会的準備状態にどのような成果を上げたかを評価し、なおディスチャージプランニングをスムーズに行うために残された問題を明らかにするための調査研究を行なった。また、このような取り組みがディスチャージに取り組む看護婦のケアの提供の仕方などどのような変化をもたらしたかについても調査研究した。本稿はそれらの調査研究結果を中心に述べることとする。さらに加えて、本研究に取り組む以前と比べ、こうした研究・実践がはたして患者の早期退院に貢献したかを具体的に見るために当該病院の平均在院日数の変化、および継続ケアを可能にしたかをみるために間接的ではあるが地域における連携施設数の変化、平均紹介率、等も示した。

1. 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50km圏のベッドタウンに位置し、許可病床数288床の急性期病床を目指す一般病院である。

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。この対象病院のある医療圏では、複数の病院がケアミックス型や療養型病床群に転換し、病床数を減少させるという動きが見られた。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入院時からのディスチャ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ディスチャ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。

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2)、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。

平成 10 年度研究成果

- 研究 1 : 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
- 研究 2 : ディスチャージプランニングプロセス
の明確化

研究 1. 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。

A. 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。

B. 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 1-1）。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。

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 1）。

表 1 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. 便秘失禁、排泄介助	終日	0.0188 *
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

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は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1-2）を用いて、次の精度調査を行うことにした。

2) ハイリスクスクリーニング票の精度調査

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ヶ月以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

3) ハイリスクスクリーニング票の信頼性の検討

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

4) 用語の操作的定義

- ・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」³⁾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

$$\frac{\text{年(月)間在院患者延数}}{1/2(\text{年(月)間新入院患者数} + \text{年(月)間患者退院数})}$$

・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」⁵⁾とする

C. 研究結果

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精度調査

(1) 対象者の基本属性

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。

(2) 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

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。

2) 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

(1) 対象者の基本属性 (表7)

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。

(2) 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

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(表2)。

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、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 χ^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。

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。³⁾

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

表2 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

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	88.4	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. 便秘失禁・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

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。

A. 研究目的

患者の退院時に解決する必要がある内容を明らかにする。

B. 研究方法

1 ヶ月間、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

C. 研究結果

1) 対象者の基本属性

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10)。

Ⅲ. 平成10年度研究考察

研究1. 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

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精度調査

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ばらつきがあったが、総合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で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)。そして、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。

2) ハイリスクスクリーニング票の信頼性の検

表 3 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 4 S病院転院先リスト（地域・種類別施設数）

種 類	地 域							合 計
	狭 山 市	入 間 市	所 沢 市	飯 能 市	川 越 市	日 高 市	其 他	
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）

討

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、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。

ディスチャージプランニングプロセスの明確化

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⁵⁾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の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4)

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。そうす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。⁶⁾

E. 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。

F. 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、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を行い、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。

平成 11 年度 研究成果

1. 研究目的

ディスチャージプランニングのための様々な取り組みがどのような成果をもたらすかを明らかにするための研究基盤をつくる。および実践と研究をスムーズに推進させるための体制づくりを行う。具体的な取り組みは表 5 のとおりである。

2. 研究方法

1) 患者・家族の退院準備状況の研究

(1) 対象

平成 12 年 1 月 11 日~平成 12 年 3 月 10 日の 2 ヶ月間の間に狭山病院 (288 床) に入院した全患者の中で、ディスチャージプランニング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 185 事例の中で、ディスチャージコーディネーターから退院準備状況の調査協力

表5 ディスチャージプランニング実施のための取り組み内容

大目標	小目標	※研究の実施、現場での実践内容
ディスチャージプランニングを実施ための院内システムの整備	院内システムのサブシステムの整備 ・看護部門の整備 (ディスチャージプランニング機能を担う部門を創設) ・管理部門・専門部門の整備	①ディスチャージプランニング機能の明確化 対象、提供者、活動内容 ②入退院調整主任(看護婦1名)と、在宅療養調整主任の配置(看護婦1名) ③ディスチャージプランニングの要否判定を含む入院患者情報用紙の整備し、全入院患者に看護婦が使用 入院時の患者情報の収集方法の改善(項目:主訴、既往歴、家族構成、生活パターン、排泄状態、栄養状態、睡眠、信仰など)、フィジカルアセスメント ※④看護婦のディスチャージのためのアセスメントとケアプラン作成能力の評価 ⑤ディスチャージプランニングを展開するために必要なアセスメントとケアプラン作成能力の向上のための教育 ※⑥ディスチャージプランニングの実施(実施数105事例) ※患者・家族の退院準備の評価 コミュニケーション、病状の安定、ADLの理解ADLの受容、IADL、人間関係、役割遂行、経済問題、排泄の問題、急変時の対応、内服管理、ソーシャルサポート、搬送、患者との関係、介護の経済的的、時間、負担、介護方法 ※⑧看護婦の教育プログラムの作成 ⑨在院日数、紹介率の変化、確認

依頼と目的説明を行い、承諾が得られた患者54名とその家族。有効回答は44名(回収率83.3%、有効回答率81.4%)であった。

(2) 調査方法

患者・家族の退院準備状況の意識について明らかにするために、患者・家族の退院準備状況に関する質問項目で作成された自記式の質問紙を用いて調査した。患者・家族の退院準備の調査項目は、日本在宅看護振興財団の日本版在宅ケアアセスメントに基づいて作成したもので、質問項目は患者に18項目、家族に4項目あり4段階で回答を求めた。質問紙については、20事例にプレテストを行った後に本調査で使用した。

研究協力への承諾が得られた患者・家族には承諾書に署名してもらい、退院の3日前までに調査員が、質問紙の記入方法の説明を行い、質問紙と筆記具、封筒を渡した。質問紙への記入は退院時に行ってもらい、記入した質問紙は、患者・家族別々の封筒に入れ、病棟ごとに設置した質問用紙回収箱に、各自投函してもらった。視力障害や運動障害があり、自分で記入できない患者に対して

は、調査員が、約15分程度で質問紙を読み上げて代わりに質問紙に記入した。

退院時期が未定の場合は、患者のカードに退院連絡票のカードを挟み、退院日が決定次第、病棟看護婦がカードに退院日を記入し、ディスチャージコーディネーターへカードを提出し、それを受けて調査員が質問紙を渡し、記入を求めた。

(3) 分析

分析は、患者の退院準備状況が退院準備事項によって違いがあるのかを、ノンパラメトリック検定を統計ソフトSPSSを使用して行った。

2) 看護婦のアセスメントとケアプラン作成の評価研究

看護婦が患者の退院後の生活にも視点を持ってアセスメント・ケアプランを作成できるかを、教育および組織改編前後に同一看護婦の能力を比較して、その変化があるか(相違がどのように生じるか)を明らかにするため、事前のアセスメントとケアプラン作成の能力を評価した。

(1) 対象