

対象は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 72 名、准看護婦 8 名、合計 80 名。現在、病棟ではチームナーシングを基盤にしているが、看護婦が患者を受け持ち看護活動を行っている。准看護婦も患者を受け持ち、チームリーダーである看護婦が指導援助して看護活動を行っているので調査対象とした。調査期間は、平成 11 年 12 月 27 日～平成 12 年 1 月 4 日

(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。ディスチャージプランニングが必要な事例を実例をもとに用意した。事例には、日本訪問看護振興財団が開発した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。その内容は「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」「23. 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」であった。その事例に対する退院前の問題点及びニーズをアセスメントしケアプランを作成し、無記名自記式で記入して回収箱に投函してもらった。看護婦の背景を見るために病棟、経験年数、資格も調査項目に含めた。

(3) 分析

分析は、看護婦のアセスメントとケアプラン作成能力をみるために上記の問題・ニーズ領域の記入の有無と、問題・ニーズ領域別で能力に違いがあるのかを、統計ソフト SPSS を使用し χ^2 検定を行った。

C. 結果

1) 患者・家族の退院準備状況の研究結果

(1) 対象の属性

平成 12 年 1 月 11 日～3 月 10 日までに質問紙を渡した事例は 54 事例で、そのうち回収できた事例は 45 名で有効回答は 44 事例 (回収率 83.3%、有効回答率 81.4%) であった。平均年齢は、73.30 歳 \pm 1.51 であった。性別は男性が 17 名 (38.6%)、女性 27 名 (61.4%) であった。調査対象の平均在院日数は、30.52 日 \pm 5.09、家族形態は、独居 10 名 (25.5%)、高齢者夫婦 (65 歳以上の夫婦) 10 名 (25.5%)、配偶者同居 3 名 (7.5%)、2 世代同居 11 名 (27.5%)、3 世代同居 6 名 (15.0%) であった。主疾患名はうっ血性心不全が最多で 7 名 (17.5%) 次に脳梗塞 5 名 (12.5%)、肺炎 4 名 (10.0%) であった。

(2) 患者の退院準備状況

いずれの患者にも必要な退院準備の事項とそれに対する退院時の準備状況は表 3 のとおりであり、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、「全くできない」= 1 と点数化した結果、平均値が最も高かった項目は、「13. 搬送」(3.86 \pm 0.59 : M \pm SD)、次に高かったのは「6. 人間関係」(3.77 \pm 0.56) で、最も低かった項目は「10. 急変時の対応」(3.23 \pm 0.83) であった。また、年齢からみた各退院準備の事項では、「医療処置の方法」に有意な差 ($p < 0.05$) がみられ、年齢が高いほど準備ができていなかった。

患者によって必要とされる退院準備の事項と、退院時の準備状況は、表 7 のとおりであった。同じように点数化した場合、平均値が最も高かった項目は、「生活・福祉用具の入手・利用」(3.41 \pm 1.00) で、最も低かった項目は「医療・衛生材料の確保」(2.67 \pm 1.37) であった。

表6 いずれの患者にも必要な退院準備事項とそれに対する退院時の準備状況

n=44

項目	できている 4点	ややできている 3点	あまりできていない 2点	全くできていない 1点	M	SD
1. コミュニケーション	36 (81.5%)	5 (11.4%)	3 (6.8%)	0 (0.0%)	3.75	.57
2. 病状の安定	24 (54.5%)	13 (29.5%)	5 (11.4%)	2 (4.5%)	3.34	.86
3. ADL の理解	24 (54.5%)	13 (29.5%)	5 (11.4%)	2 (4.5%)	3.34	.86
4. ADL の受容	27 (61.4%)	12 (27.3%)	4 (9.1%)	1 (2.3%)	3.47	.76
5. 家事能力	32 (72.7%)	6 (13.6%)	2 (4.5%)	4 (9.1%)	3.50	.95
6. 人間関係	36 (81.8%)	7 (15.9%)	0 (0.0%)	1 (2.3%)	3.37	.56
7. 役割遂行	36 (81.8%)	6 (13.6%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)	3.75	.61
8. 経済的問題	29 (65.9%)	8 (18.2%)	4 (9.1%)	3 (6.8%)	3.43	.92
9. 排泄の問題	28 (63.6%)	10 (22.7%)	5 (11.4%)	1 (2.3%)	3.47	.79
10. 急変時の対応	20 (45.5%)	15 (34.1%)	8 (18.2%)	1 (2.3%)	3.23	.83
11. 内服管理	33 (75.0%)	4 (9.1%)	5 (11.4%)	2 (4.5%)	3.54	.87
12. 精神的援助	34 (77.3%)	8 (18.2%)	2 (5.0%)	0 (0.0%)	3.72	.54
13. 搬送手段の確保	40 (90.9%)	3 (6.8%)	0 (0.0%)	1 (2.3%)	3.86	.50

表7 患者によって必要とされる退院準備の事項と、それに対する退院時の準備状況

n=44

項目	必要				不要	
	できている	ややできている	あまりできていない	全くできていない		
1. 居住環境の整備			必要 18 (40.9%)		26	(59.1%)
	9 (50.0%)	4 (22.2%)	1 (5.6%)	4 (22.2%)		
2. 福祉・生活用具の入手・利用			必要 17 (38.6%)		27	(61.4%)
	11 (64.7%)	4 (23.5%)	0 (0.0%)	2 (11.8%)		
3. 在宅サービスの利用			必要 17 (38.6%)		27	(61.4%)
	8 (18.2%)	2 (11.8%)	4 (23.5%)	3 (6.8%)		
4. 医療処置の方法			必要 13 (29.5%)		31	(70.5%)
	6 (13.6%)	2 (15.4%)	3 (23.1%)	2 (15.4%)		
5. 医療衛生材料の確保			必要 12 (27.3%)		32	(72.7%)
	5 (41.7%)	2 (16.7%)	1 (8.3%)	4 (33.3%)		

表8 看護婦のアセスメントとケアプラン作成能力の評価

n=80

問題点・ニーズ領域	①アセスメントができケアプラン作成もできている人数	②アセスメントができケアプラン作成ができていない人数	③アセスメントもケアプラン作成もできていない人数
コミュニケーション・聴覚障害	39 (48.8%)	34 (42.5%)	7 (8.8%)
ADL・IADLの低下・リハビリ	31 (38.8%)	45 (56.3%)	4 (5.0%)
転倒の危険性	29 (36.3%)	48 (60.0%)	3 (3.8%)
生活用具・住居環境	49 (61.3%)	27 (33.8%)	4 (5.0%)
心理社会的孤立・生活意欲	43 (53.8%)	31 (38.8%)	6 (7.5%)
対人関係	14 (17.5%)	26 (32.5%)	40 (50.0%)
栄養状態・食事療法	45 (56.3%)	31 (38.8%)	4 (5.0%)
歯・口腔ケア	33 (41.3%)	36 (45.0%)	11 (13.8%)
排泄ケア・コントロール	21 (26.3%)	57 (71.3%)	2 (2.5%)
問題兆候・病状の安定性	8 (10.0%)	27 (33.8%)	45 (56.3%)
薬の管理・服薬	48 (60.0%)	23 (28.8%)	9 (11.3%)
家族介護力・家族機能	29 (36.3%)	43 (53.8%)	8 (10.0%)
家事機能	22 (27.5%)	34 (42.5%)	24 (30.0%)
社会資源利用	47 (58.8%)	29 (36.3%)	4 (5.0%)

(3) 家族の退院準備状況

34名の家族から回答を得られた。その家族の性別は、男性14名(41.2%)女性20名(58.8%)、平均年齢は、56.58歳±11.98である。患者との続柄は、子供17名(50.0%)、妻10名(29.4%)、夫6名(17.6%)、婿1名(2.9%)であった。退院準備に関する項目のうち平均値が最も高かった項目は、「患者との関係調整」(3.58±0.67)で、最も低かった項目は「介護方法の準備」(2.63±0.78)であった。(表5)

2) 看護婦のアセスメントとケアプラン作成の評価研究の結果

(1) 対象の属性

資格は、看護婦・士が72名(90.0%)、准看護婦・士が8名(10.0%)であった。看護婦の経験月数は、5ヶ月から216ヶ月で、平均月数は70.58ヶ月(SD=59.25)であった。

(2) 患者の退院後の生活に対する看護婦のアセスメントとケアプラン作成能力の評価

①アセスメントとケアプラン作成能力の評価

看護婦がアセスメントとケアプラン作成の能力を持っているのかを、「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・生活意欲の「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」の各問題・ニーズ領域で、事例に対して行ったアセスメントとケアプラン作成を①「アセスメントができケアプラン作成もできている。」②「アセスメントができケアプラン作成ができていない。」③「アセスメントもケアプラン作成もできていない。」で評価したところ、表7のような結果になった。問題点及びニーズを捉えられているか否かは、その領域を選択したかどうかで判断し、ケア計画が立てられているか否かは、三人の専門職によって、特に「教

育・指導・連携・相談・依頼・調整・検討・評価・工夫」の単語をキーワードにして、作成した回答モデルを参考に三人の評価者によってすべての項目を検討し、判断した。

②看護婦のアセスメントとケアプラン作成における問題ニーズ領域別難易度

看護婦が、どの問題点・ニーズ領域でアセスメントができ、ケアプラン作成でき易いのか、でき難いのかを、①「アセスメントができケアプラン作成もできている看護婦が多い領域」②「アセスメントができケアプラン作成ができていない看護婦が多い領域」③「アセスメントもケアプラン作成もできていない看護婦が多い領域」の3区分で見たところ表8で、両方ともできないニーズ領域は対人関係、問題兆候、家事援助であった。

3) 石心会狭山病院の病院医療統計から平均在院日数、病床稼働率、紹介入院率の平成10年度と平成12年2月現在の推移をみると、平均在院日数は19.7日(平成10年度)から17.7日(平成12年2月現在)へ短縮し、病床稼働率は90.4%(平成10年度)から95.24%(平成12年2月現在)に、紹介入院率は32.9%(平成10年度)から41.5%(平成12年2月現在)に増加した。

D. 考察

1) 患者・家族の退院準備状況について

(1) 急変時の対応への強化と医療衛生材料確保のためのシステムの確立

「搬送の手段の確保」は、「できている」90.9%であったが、「急変時の対応」では、「できている」は45.5%にとどまった。救急患者を多く受け入れ(救急車受け入れ台数8台/日)急性期患者を対象にしているS病院にとっては退院準備において強化すべき内容と考える。

在宅でケアが必要と考える患者は半数以下であったため、再検討が必要であるが、在宅ケアが必要と答えた患者で、「生活・福祉用具の入手・利用」

は64.7%ができていたが、「医療衛生材料の確保」については、33.3%ができていなかった。ともに物品の準備ではあるが、その内容によって準備状況に差が出た。急性期病院において退院を促進するためには、医療衛生材料が確保できるシステムの確立が欠かせず、退院前に入手経路を明示する必要があると考える。

(2) 家族の介護力強化への支援

家族の「患者との関係調整」は退院までに行われており、人間関係を円滑にする意識が高いことが考えられる。一方、「介護方法の準備」はあまりできていないことから、家族には、介護方法がわからない、もしくは不安が残っていると考えられる。したがって、家族介護力を評価し、実情に合った介護指導を行う必要がある。具体的には介護教室やわかりやすいパンフレットの工夫、介護指導内容の検討し、指導する必要がある。

2) 看護婦のアセスメントとケアプラン作成の能力

(1) アセスメントとケアプラン作成能力の評価

①「アセスメントができケアプラン作成もできている。」問題・ニーズ領域は、「生活用具・居住環境」「社会資源活用」があったが、これは実際に入院した全患者にフィジカルアセスメントによって身体・運動機能不全のアセスメントを行っていること、その領域が在宅ケアに関係するものであるため、アセスメントしやすかったのではないかと考えられる。実際に作成されたケアプランを見ると、「PT への身体機能評価と家屋評価の依頼」「MSW への介入依頼」をあげているものが多く、通常病棟では、運動機能に問題のある患者には、医師、PT、MSW と患者の予後や退院までのリハビリテーションのゴールを設定していることなどから、実際にケア計画を作成・実施しているためではないかと

考えられる。同じように、「栄養状態・食事療法」「薬の管理・服薬」は、ほとんどの患者に対してアセスメントしている。これは入院中に栄養士・薬剤師の介入もあることからではないかと考えられる。

②「アセスメントができケアプラン作成ができていない。」問題・ニーズ領域は、「ADL・IADL の低下・リハビリテーション」「転倒の危険性」「排泄ケア・コントロール」があったが、これらのケア計画の内容を見てみると、「リハビリテーションを行う。」「ベットサイドの環境整備をする。」「四点柵を設置する。」「ポータブルトイレへの移動時にナースコールを押すよう指導する。」など入院中のベットサイドでの直接ケアにとどまっているものが多く、患者・家族教育や退院後の生活を考えたケアプランの作成は難しかったのでは考えられる。

③「アセスメントもケアプラン作成もできていない。」問題・ニーズ領域は、「対人関係」「問題兆候・問題の安定性」「家事援助」であったが、問題点・ニーズ領域の定義がわかりにくく、また、他の領域との判別ができにくかったのではないかと考えられる。またその必要性の理解に問題があると考えられる。

(2) アセスメントとケアプラン作成能力を向上させるための教育計画

ディスチャージプランニングを展開していくためには、ソーシャルワーカーや看護婦の退院計画のアセスメントとケアプラン作成の能力の向上の必要性³⁾があるが、今回の調査結果から、看護婦への教育プログラムの内容に、心理社会的問題がアセスメントできるように、ケアプランがベッドサイドにとどまらないディスチャージプランの作成方法を教育することで、より能力の向上が期待できると考える。

具体的にはディスチャージコーディネーターが、各病棟ごとに病棟のカンファレンス時間(約1時間程度)を利用して、対象の病棟看護婦に、今回

の事例に対するアセスメントとケアプランのモデルを提示して解説し、在宅ケアが必要な患者家族に対するアセスメントのポイントと、検討すべき問題点・ニーズにどのようなケアを提供すればよいのかを説明した。また、今回の調査結果を看護管理会議で提示し、教育カリキュラムの内容の検討を行った。またディスチャージプランニングのスクリーニング票を導入後、看護婦がディスチャージコーディネーターへディスチャージプランニングに関する相談を行う事例が増加しているなど、現在のディスチャージプランニングの取り組みは、取り組みそのものがディスチャージプランニングの看護婦の意識の変化⁵⁾をもたらしている可能性は高いと考える。

E. 結論

本年度の研究で得られた成果は以下のとおりである

- 1) 患者の退院準備状況の評価により、「急変時の対応」と「医療衛生材料の確保」の準備に問題があることが明らかになったので、これら2点への対応は早急に取り組むこととなった。家族の退院準備では、「介護方法」の準備に問題が残っているため、看護婦への教育によりアセスメント力を養い、家族に介護方法の指導ができるようにすること、およびディスチャージコーディネーターが地域との連携によりサービス提供が受けられるようにする必要がある。
- 2) 看護婦のアセスメントとケアプラン作成に関しては、心理社会的問題に対するアセスメント能力が特に低く、ケアプランでは病院内のベットサイドでの看護計画にとどまる傾向があることが明らかになった。
- 3) 組織改編の中でも専門部門を設置するだけでなく、ディスチャージプランニングをよりよく展開できるように全看護職への教育や

患者の退院準備のために行うべき事項の確認と、その行動のための能力を養う必要がある。そこで、院内での看護過程の展開を中心にしてきた教育プログラムに、上記1) 2)の内容を考慮した教育内容を加えることにした。

平成12年度研究成果

A. 研究目的

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することとした。(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することを目的とした。(看護婦に対する教育効果研究)。

B. 研究方法

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試みた。

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 SPSS10.0 J 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。

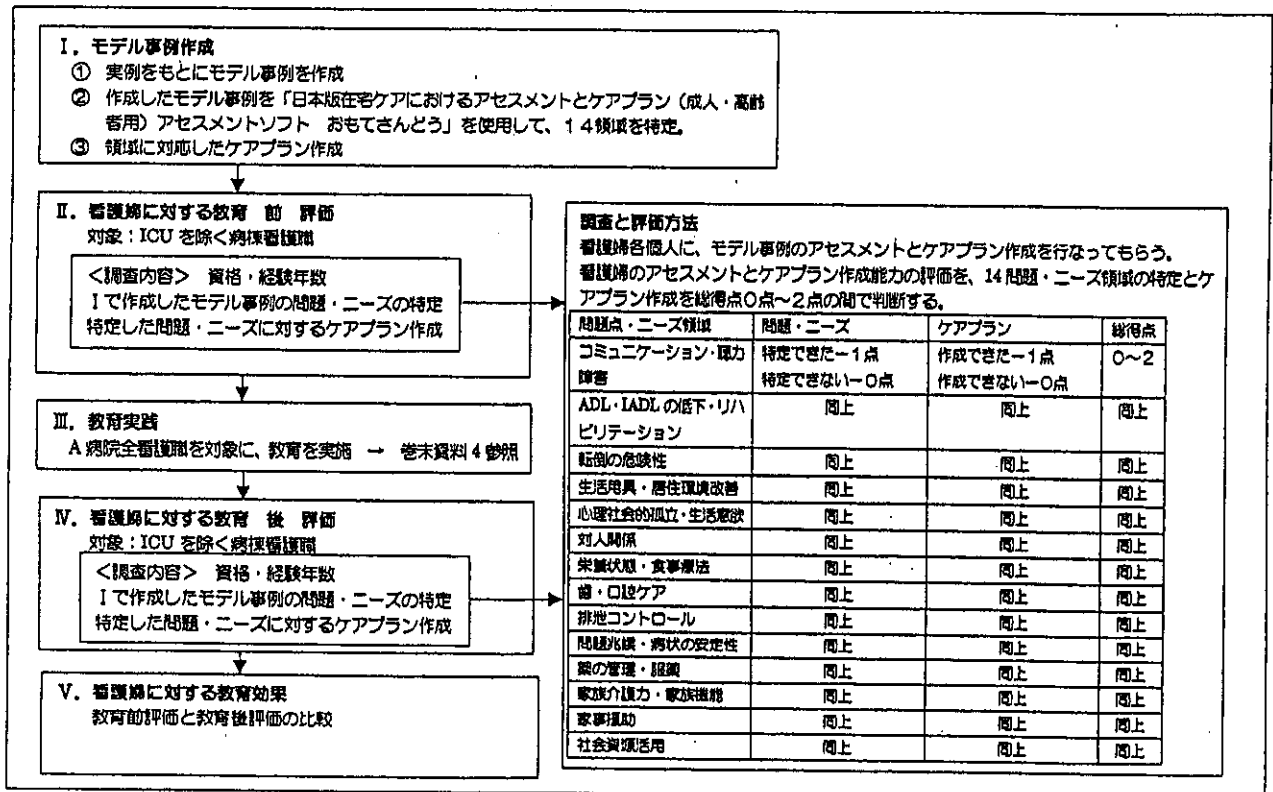
(図2) この評価を教育実施をはさんで二回行った。実施した教育内容に関しては巻末資料4の教育プログラムを参照。調査対象者には無記名自記

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SPSS10.0 Jをもちいた。

図2 看護婦に対する教育効果研究の手順と方法



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 9 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 9 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ため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 10 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 9 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%
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%

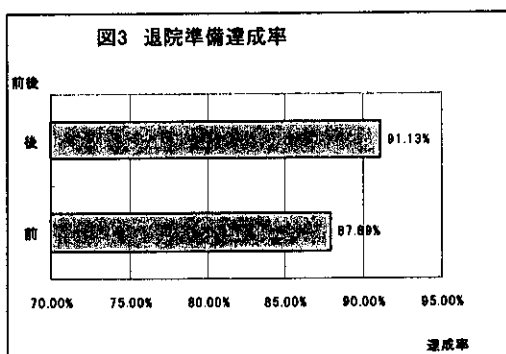
表 10 A 病院の組織改編前後の退院準備状況

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	0.870
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

2. 看護婦に対する教育効果研究結果

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。経験年数等は表11のとおりである。

表 11 看護婦の基本属性

	n=78 (%)		n=90 (%)	
	前	後	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。経験年数等は表11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表12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表12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 12 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 13 のとおりであった。
- 2) 平均病床稼働率は表 13 のとおりであった。
- 3) 平均紹介入院率は表 13 のとおりであった。

表 13 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 14 のとおりであった。

表 14 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。

まとめ

平成 12 年度より介護保険制度が導入され、本研究にも少なからぬ影響があったことを付け加えておきたい。理論的には我々の取り組みは、表題に掲げたとおり早期退院を可能にするはずであった。しかし、狭山病院が所在する地域に療養型病床群が増え、(その結果入院患者が増える)、地域の介護サービス基盤が整わないため調整に多大な時間を要し、入院患者が介護保険申請待ちのために動けない、等の状況が発生してしまった。病院としても急性期病院として存続していくために病床増加、診療科の削減、重症度の高い患者を受け入れる、等戦略変更余儀なくされた。我々の取り組みは三年間の研究結果からみても明らかのように、それなりに有意義なものであったといえる。しかし大きな医療保険福祉制度の変革の波の中で、十分にその目的を果たすことはできなかった。だが、ディスチャージプランニングというテーマの重要性は否定されたわけではなく、今後ますます大きくなっていくと考えられる。方法を練り直し現場と手を組み再度挑戦していきたい。

引用文献

- 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) 厚生統計協会：地域医療基礎統計 1996 年度版，p4，1996
- 5) 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
- 6) Schuman J.E , et.al: Discharge Planning in an acute hospital, Arch Phys Med Rehabil vol.57, p343-347 July 1976

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 trail, 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) Schuman J.E, et.al: Discharge
Planning in an acute hospital,
Arch Phys Med Rehabil vol.57,
p343-347 July 1976
- 9) 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
- 10) 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
- 11) 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) 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
- 16) Kennedy L et.al: Effective
Comprehensive Discharge Planning
for Hospitalized Elderly, The
Gerontological Society of America,
Vol.27, No5 p577-588 1987
- 17) Rehr H et.al: Screening for high
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

狭山病院ディスチャージプランニング (DCP) 用

ハイリスクスクリーニング票

入院日 平成 年 月 日

* 各質問項目に該当する番号に、○を1つのみお付けください。

1. 客観的状況

Q1. 年代	1. 65歳以上	2. 64歳以下
Q2. 入院時の主疾患	1. 脳血管疾患 2. がんの臨床期を含む他病 3. 慢性腎疾患 4. 心不全 5. 慢性呼吸不全 6. 骨折 7. 肺炎 8. 脱水症	7. その他 ()
Q3. 家族構成	1. 独居	2. 同居人あり
Q4. 入院形態	1. 緊急(初回/再)入院	2. 予約初回入院 3. 初回転院 4. 予約再入院 5. 転院再入院
Q5. 入院判断理由	1. 特別ハイリスク 2. 社会的入院	3. 治療 4. 検査 5. その他()
Q6. 入院前の居所	1. 自宅以外(施設(病院、老人ホームなど))	2. 自宅
Q7. 希望退院先	1. 自宅以外(施設(病院、老人ホームなど)) 2. 未定	3. 自宅

2. 問題状況

Q1. 治療(処置)の継続 (HOT・経管栄養・インスリンなど)	1. ある(内服は除く)	2. ない 3. 不明
Q2. 現時点日常生活自立度	1. A(1・2) : ほとんど自力 2. B(1・2) : かなりの介助が必要 3. C(1・2) : 一部介助が必要	4. J(1・2) : ほぼ自立 5. JJ : 自立
Q3. 便尿失禁・排泄介助	1. 終日必要	2. 夜間のみ・必要なし 3. 不明
Q4. コミュニケーション障害 (嚥下・失語・高聴障害など)	1. 意思疎通が困難である	2. 意思疎通できる(何かの方法の使用も含) 3. 不明
Q5. 役割遂行 (親・夫・妻など)	1. 年齢に応じた家庭内・社会的な役割 遂行ができない	2. できる 3. 不明
Q6. 介護力の不足	1. 専任者・代行者・協力者がいない	2. 不足していない 3. 不明

○の個数

このシートは、1. 客観的状況と2. 問題状況の両面から患者を見ることで、漏れなくDCPが必要か否かを判断するものです。条件(網掛け)に○が3つ以上つければDCPが必要です。患者入院後24時間以内に、現時点での判断で判断し、○をおつけ下さい。

必要・必要なし

記入者サイン

石心会狭山病院 退院計画ガイドライン

(アメリカ病院協会病院ソーシャルワーカー部長会調査書、および狭山美智子・診療計画をめぐめる新し、動きと調査書、EXSPERT NURSE, 13(7), 28-29, 1997 を参考に作成)

定義

入院初期より患者さん帰って行く最適な場所を検討し、退院後の起こりうるであろう問題を予測しながら、それら起こさないように予防的ケアアセスメントし、専門家とタイアップしながら協同して問題解決してゆくプロセスである。そして、良質な患者の継続性、入院が必要な他の患者にとつての病室資源の利用可能性、および資源の適切な利用を保障することである。

目的

退院計画の目的は、入院患者に対して、生活の場が変わっても良質なケアを継続して提供していくこと、また退院後に必要な社会資源が受けられるように保障することである。

退院計画の原則

退院計画のプロセスは、退院後のケアについての患者の希望とニーズ、セルフケアの能力、生活状況のアセスメント、退院後の食費やケアの保障に必要な保健・社会的なケア資源の特定、患者・家族が退院後のケアに備えるためのカウンセリングを含むものである。退院計画は、様々な地域資源および病棟の有効利用のための活動と連携しながら進められなければならない。

退院計画における位置

患者家族に退院計画を提供するために、病棟看護婦とティスチャージコーディネーターは次のことを行う。

<病棟看護婦>

1. 退院に際して問題が生じると予測される患者の早期特定 (スクリーニング) を行う。
2. どのような家庭・施設に退院するのかを検討し、ケアニーズをアセスメントする。
3. アセスメントにて特定されたケアニーズについてプランを策定する。
4. 患者・家族とともに策定したプランを実施する。
5. 患者・家族が退院後に必要となる知識や技術を習得するための教育を行う。

<ティスチャージコーディネーター>

1. スクリーニングした患者の情報をアセスメントする。
2. 退院後のニーズが複雑であったり、問題のある患者・家族に対して退院計画を患者・家族と他の医療福祉関係者とともに行う。
3. 多様な社会資源を必要とする患者・家族の退院計画を患者・家族と他の医療福祉関係者ともに行う。
4. 医療の継続や社会資源の利用のある患者・家族の場合には、院内外の関係職種との連絡調整を行う。
5. 関係職種に対して退院計画に関する確認・助言・指導を行う。
6. 長期入院患者の治癒・ケアの内容を検討し、退院を促進する。
7. 医療継続のある患者の退院後のフォローアップを行う。
8. 対象患者に関する、ケアマネージャーなどの外部の医療保健福祉の窓口の役割を担う。

石心会狭山病院 退院計画業務内容一覧

行動 [使用および記入用紙]	48 時間前～病状安定期	病状安定期～退院	退院後
患者・家族	入院～48 時間	退院前確認、社会資源利用の手続き 疾患管理、在宅医療相談、介護方法等の学習	
スクリーニング [クリニニング] 退院計画アセスメント [フローチャート アセスメントツール]		次回受診日の確認 退院時処方と必要物品の受け取りと確認	
病棟看護婦	退院計画の立案と実施 [病棟用退院計画票 患者教育計画票]	退院計画の評価 [病棟用退院計画票 患者教育計画票]	
ティスチャージ	退院時間発生時のティスチャージコーディネーターへの依頼 [依頼]	退院日を各職種に連絡確認 次回受診日の確認 退院時処方と必要物品の受け取りの確認 対象患者情報を外来看護婦へ連絡 [マニラ]	対象患者のフォローアップ [ティスチャージ 部門用退院計画票]
	患者の情報収集と確認 [ティスチャージ 部門用退院計画票]		
	ハイリスク患者の介入を察知に迅速 [クリニニング]		
	退院計画の展開 (計画の立案と実施、院内外各職種との連絡調整、病棟との連絡調整、助言) 等、病棟との連絡調整、助言) [ティスチャージ 部門用退院計画票]		

退 院 計 画 票

病棟 : _____ 氏名 : _____ (_____ 歳) 退院予定日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名 : _____ 担当看護婦名 : _____ 担当医師名 : _____ 担当 MSW 名 : _____
 担当 PT/OT 名 : _____ / _____ ケアマネージャー名 : _____ (所属 _____) [ディスチャージコーディネーター 介入・非介入]

退院計画の目標 : 生活の場所が変わっても、良質なケアを継続して受けられる

内容	1 段階		2 段階		3 段階		評 価 (問題と留意点・特記事項)
	目標日	終了日	目標日	終了日	目標日	終了日	
<input type="checkbox"/> 1 入院期間							
<input type="checkbox"/> 2 退院後の居所							
<input type="checkbox"/> 3 疾患管理							
<input type="checkbox"/> 4 薬剤管理							
<input type="checkbox"/> 5 食事・水分							
<input type="checkbox"/> 6 排泄							
<input type="checkbox"/> 7 移動・移乗							
<input type="checkbox"/> 8 清潔							
<input type="checkbox"/> 9 社会資源							
<input type="checkbox"/> 10 痴呆							
<input type="checkbox"/> 11 家族関係							
<input type="checkbox"/> 12 医療継続							
<input type="checkbox"/> 13 在宅ターミナル							

教 育 (実施するものに○を付ける)

教育内容	対象者	修了日	教育内容	対象者	修了日	教育内容	対象者	修了日
<input type="checkbox"/> 食事:調理方法・栄養・食事介助方法・誤嚥時の対応・その他 ()			<input type="checkbox"/> 疾患管理 ()			<input type="checkbox"/> 医療処置 ()		
<input type="checkbox"/> 排泄:介助方法・おむつ交換・排泄コントロール・準備と後始末・その他 ()			<input type="checkbox"/> 薬剤管理 ()			<input type="checkbox"/> コミュニケーション:失語・痴呆への対応・その他 ()		
<input type="checkbox"/> 移動・移乗:体位交換・介助方法・事故防止・その他 ()			<input type="checkbox"/> リハビリテーション ()					
<input type="checkbox"/> 清潔:入浴方法・ベッドバス・随時洗浄・更衣・介助方法・マウスケア・その他 ()								

退院時チェック 初回受診(住診日)確認 退院時処方確認 必要物品確認

退 院 依 頼 票

(_____) 病棟 患者氏名 _____ (_____ 歳)

主疾患名 _____ 依頼者名 _____

担当者氏名 _____ 看護婦 _____ 医師 _____

P T _____ MSW _____

1. 依頼内容 (該当番号に○)
- ①入院期間 ②退院後の居所 ③疾患管理 ④薬剤管理 ⑤食事・水分 ⑥排泄
 ⑦移動・移乗 ⑧清潔 ⑨社会資源 ⑩痴呆・問題行動 ⑪家族関係 ⑫医療継続 ⑬ターミナル
 ⑭その他 (.....)

2. 連絡内容.....

3. 患者・家族の希望 (あれば記入).....

4. 医療者側の見解 (あれば記入).....




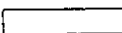



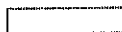
狭山病院 退院計画フローチャート

1. 目的 病棟での看護課程の展開における退院計画の方法をフローチャートによって、補佐していく。

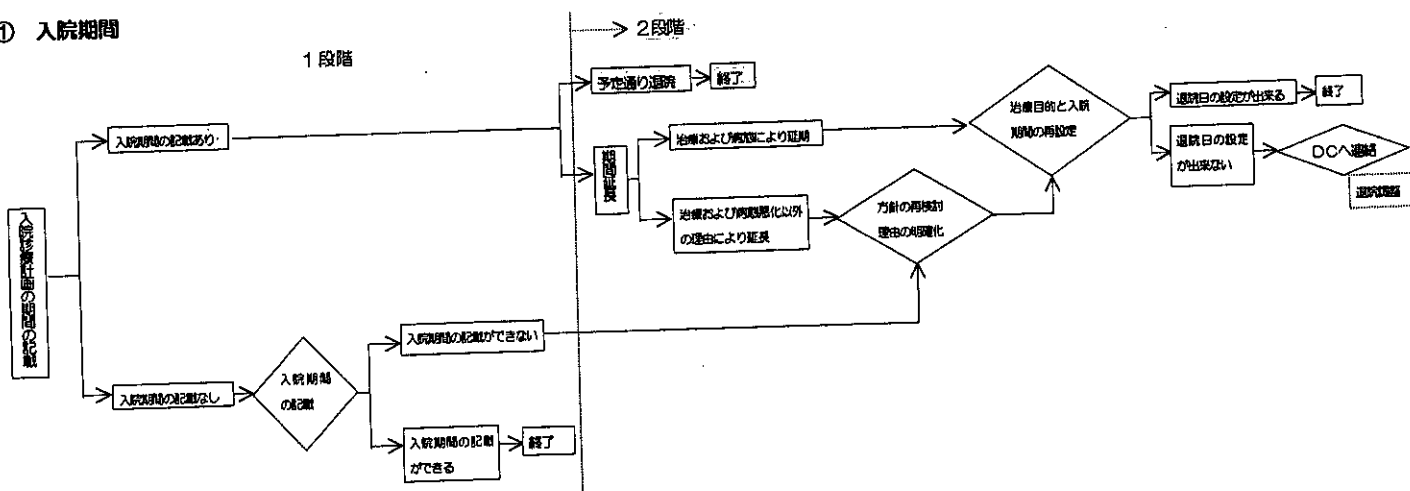
2. 内容 退院計画の主要な項目について以下の内容を掲載
 アセスメントすべき内容と利用できるツール
 退院計画で行うべき教育内容
 ディスチャージコーディネーターや関係職種への依頼・相談すべき対象者

- 項目：
- ① 入院期間
 - ② 退院後の居所
 - ③ 疾患管理
 - ④ 薬剤管理
 - ⑤ 食事・水分
 - ⑥ 排泄
 - ⑦ 移動・移乗
 - ⑧ 清潔
 - ⑨ 社会資源
 - ⑩ 痴呆・問題行動
 - ⑪ 家族関係
 - ⑫ 医療継続
 - ⑬ 在宅ターミナル

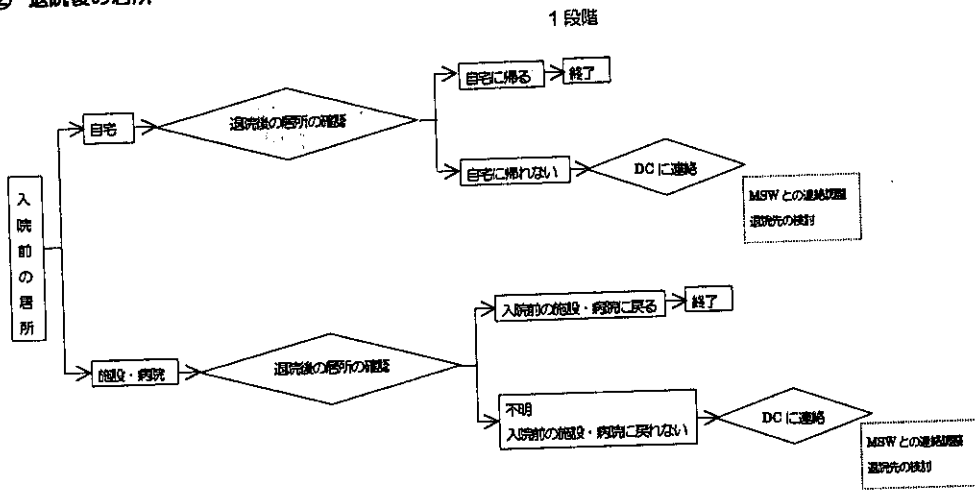
3. 使用方法 病棟看護婦が担当患者の看護展開において利用する。フローチャートの記号については下記の表のとおりである。

1段階 2段階 	経時的に退院計画の展開内容を分けるため、基本的に3段階に分割している。段階に分けることによって、目標達成日を明確にすることがねらいである。		看護婦の行動内容を表す。水色は、退院に際して問題が発生するリスクの低いものをあらわす
	第1段階～第3段階の時間の経過を分ける。		患者家族の状態や事柄、決定事項をあらわす
	順序・経路をあらわす		患者家族の状態や事柄、決定事項をあらわす。水色は、退院に際して問題が発生するリスクの低いものをあらわす
	看護婦の行動内容を表す。		依頼された職種がとる行動内容を示している。

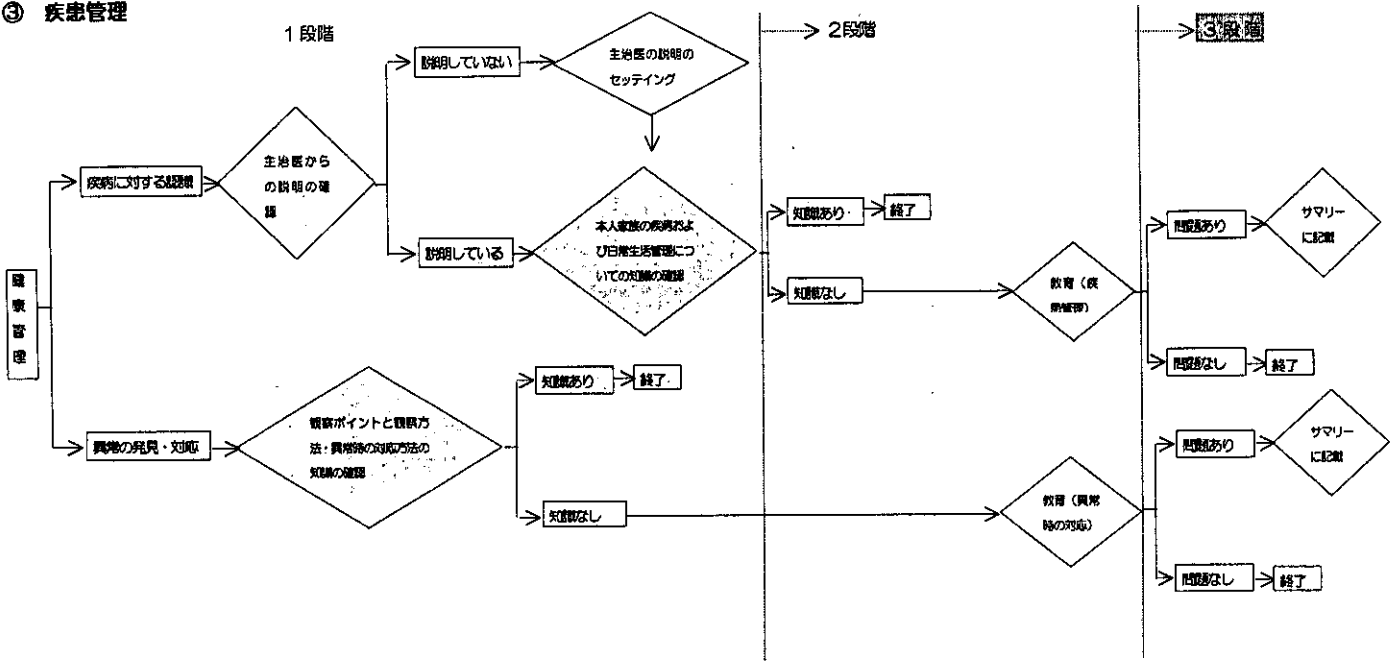
① 入院期間



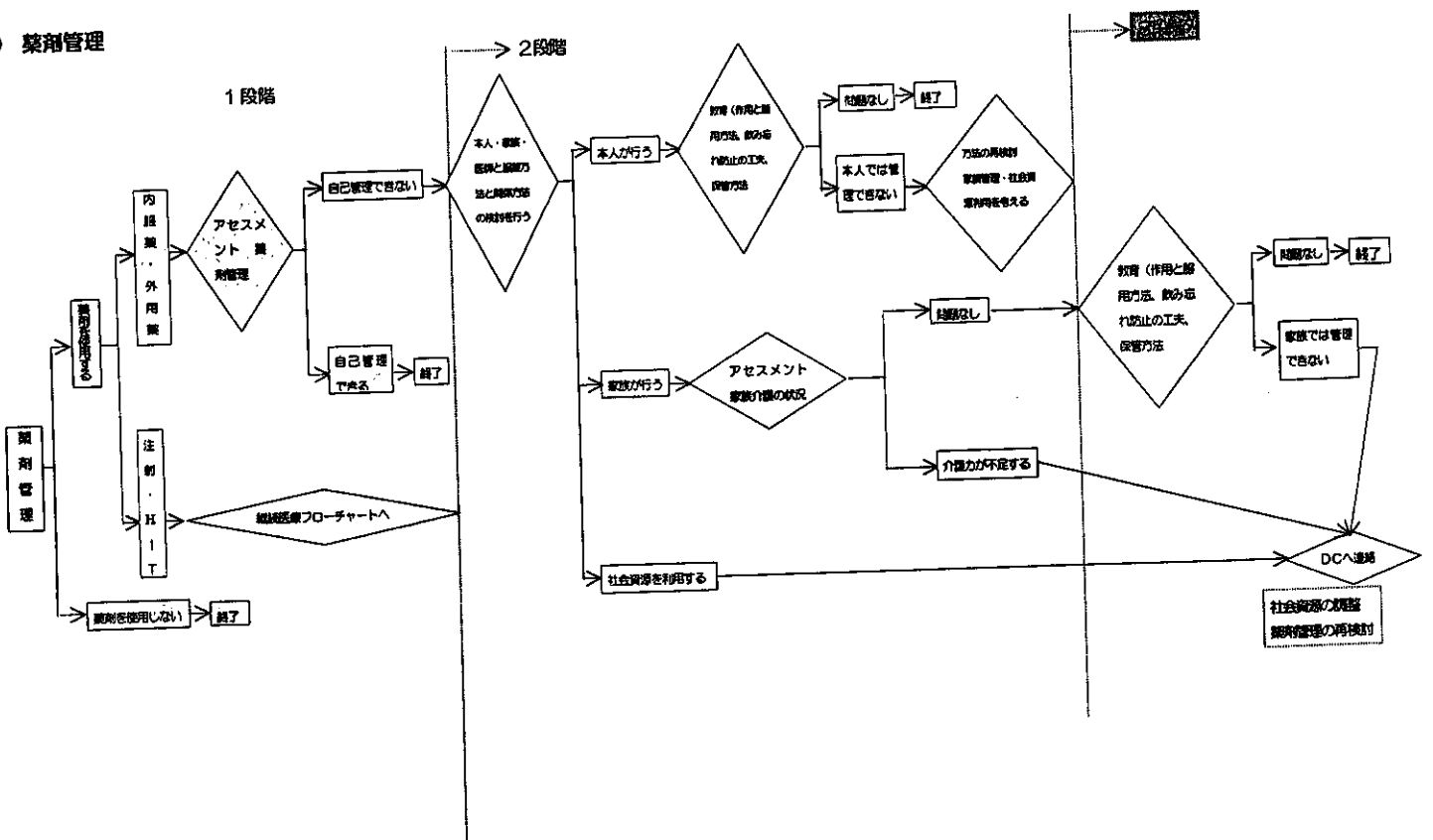
② 退院後の居所



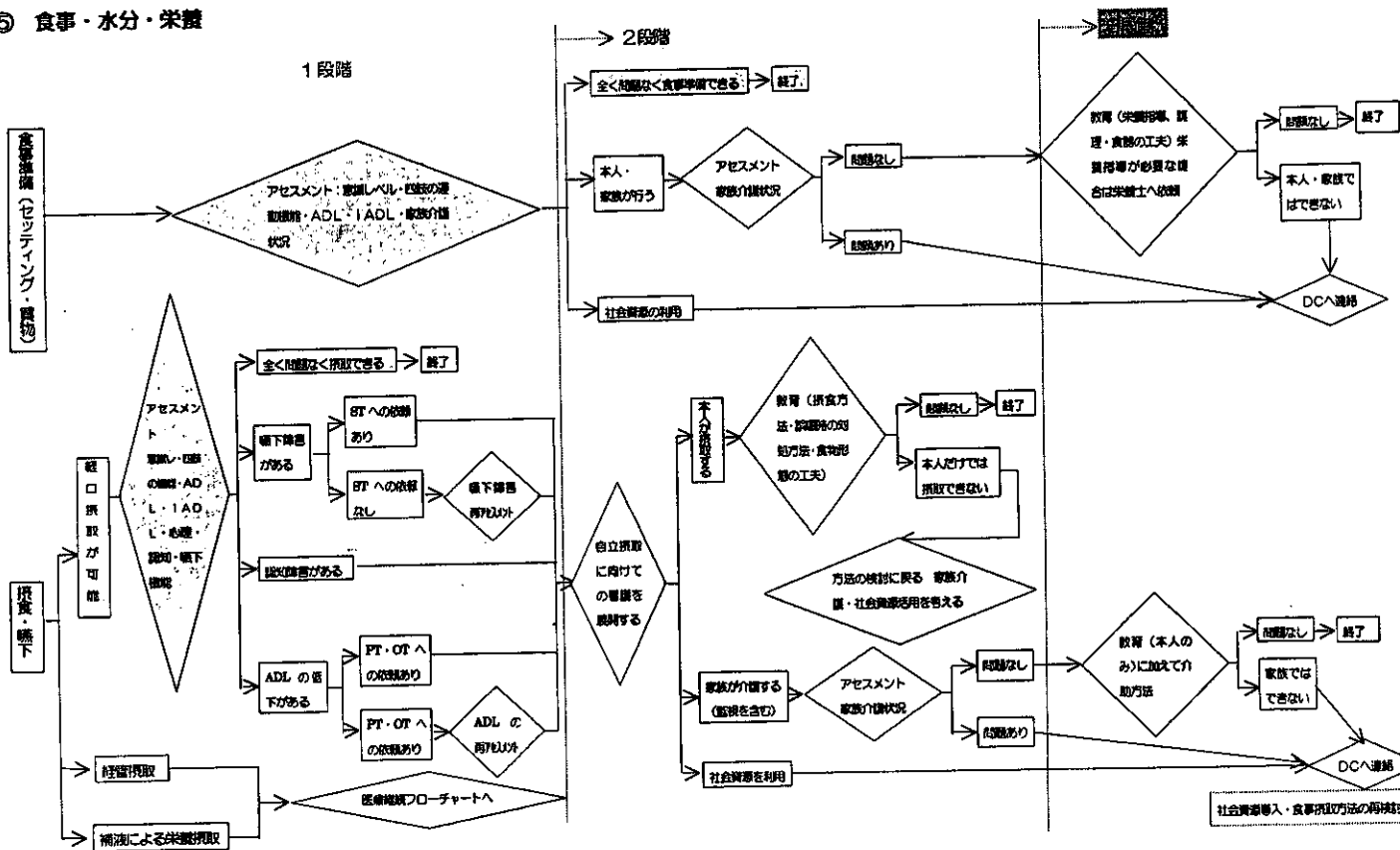
③ 疾患管理



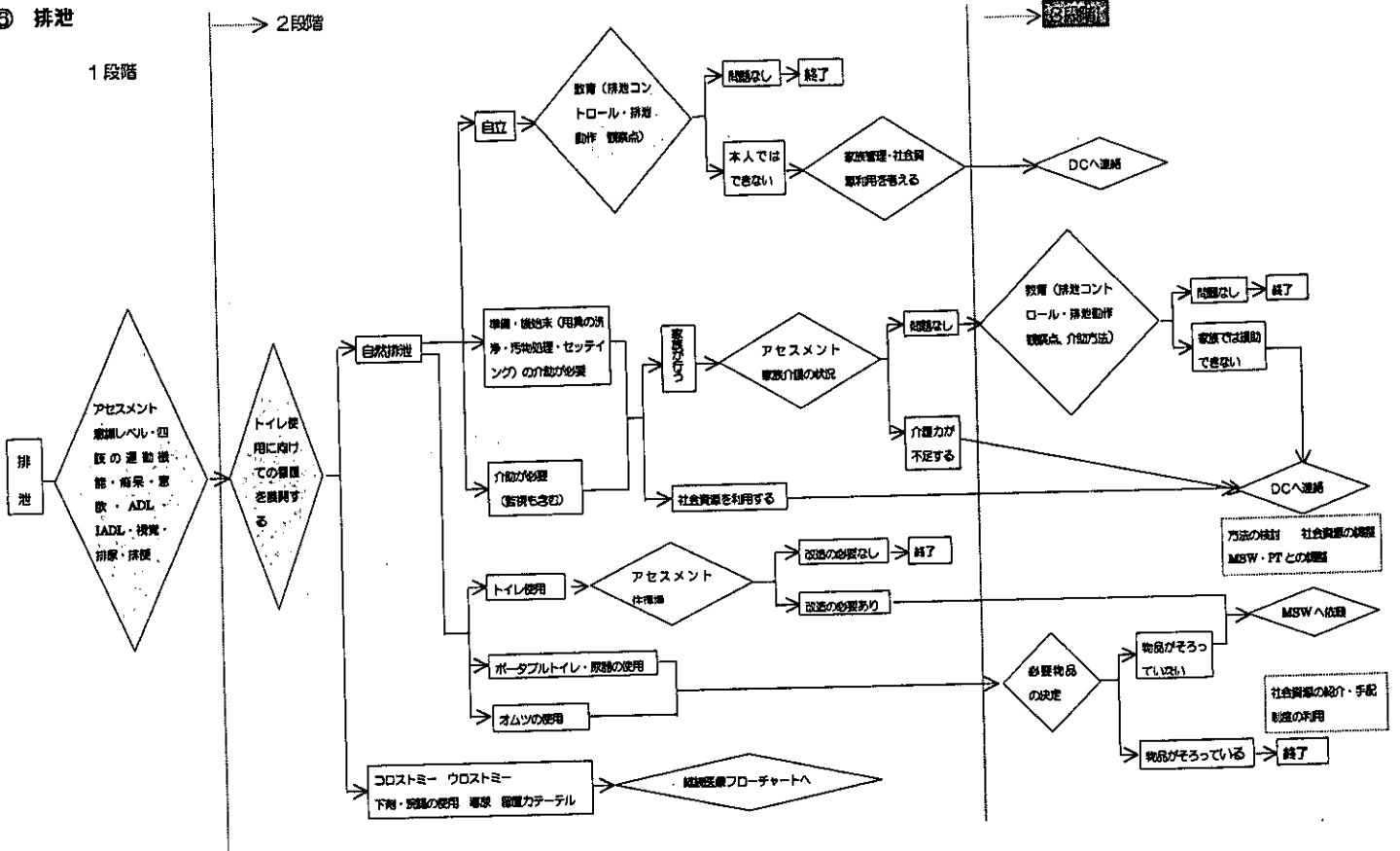
④ 薬剤管理



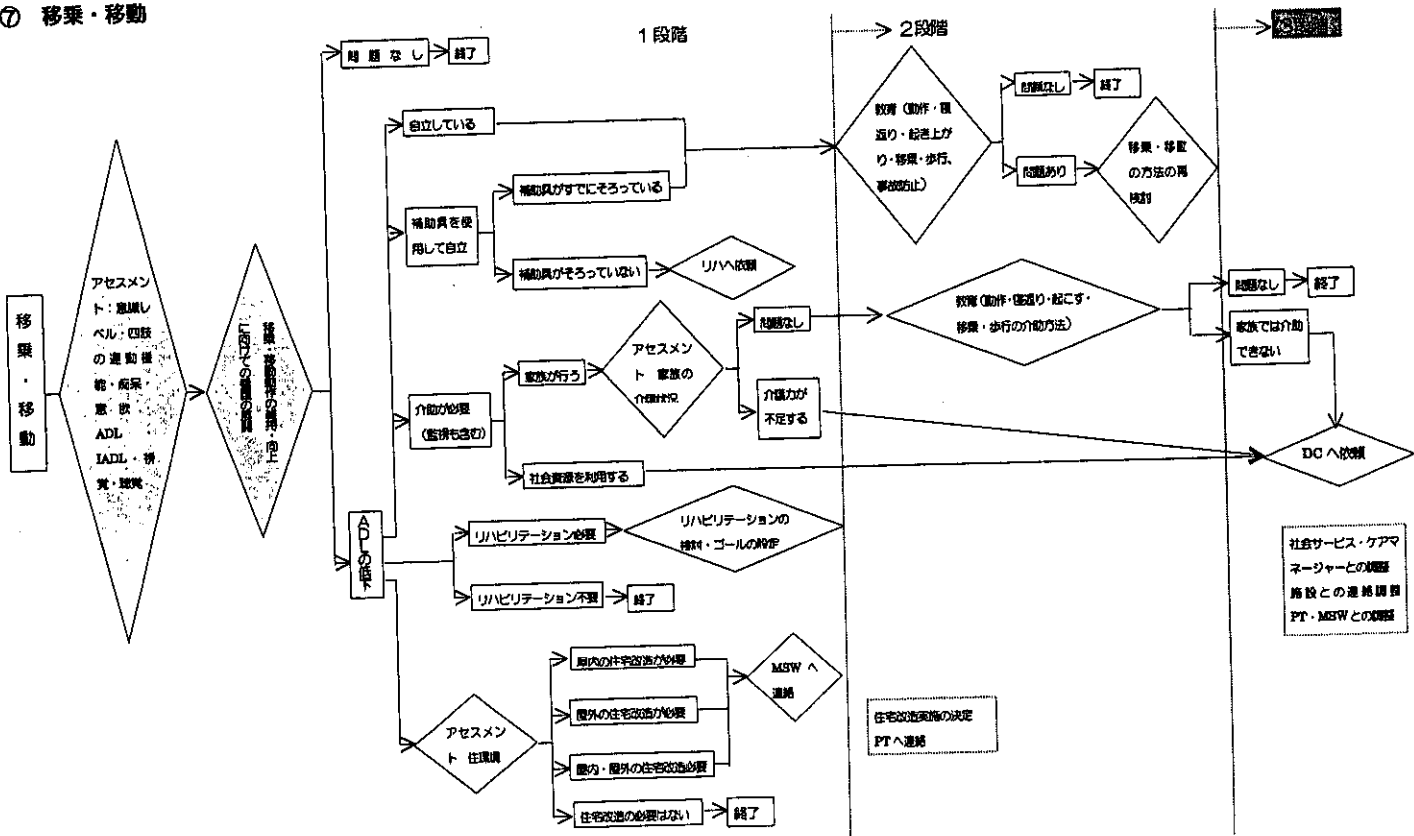
⑤ 食事・水分・栄養



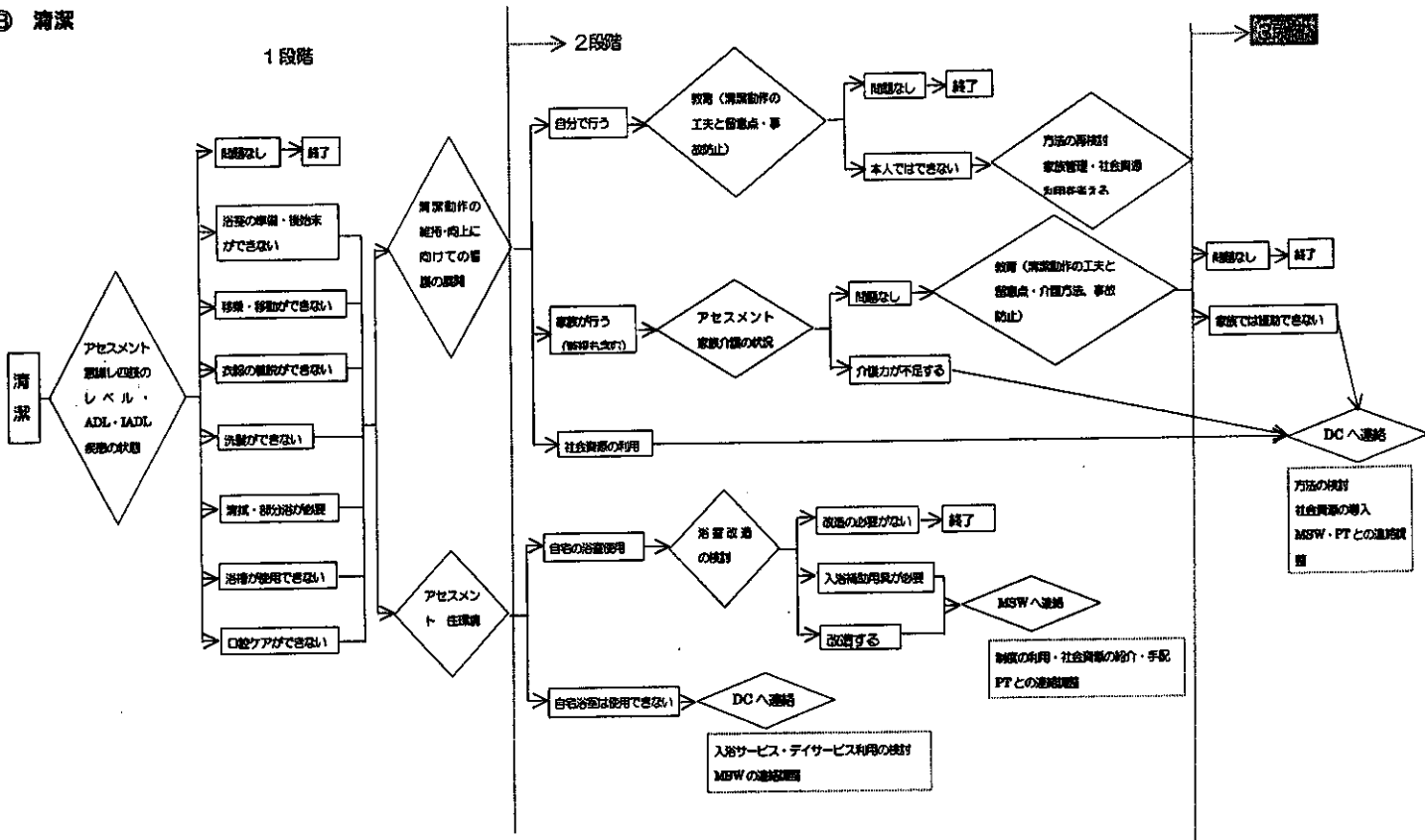
⑥ 排泄



⑦ 移乗・移動



⑧ 清潔



⑨ 社会資源 (インフォーマルサービス/施設も含む)

