

特定機能病院における病棟看護師の判断を基にした 退院支援スクリーニング項目の検討

大竹まり子, 田代久男*, 井澤照美*, 佐藤洋子*, 赤間明子, 鈴木育子,
小林淳子, 細谷たき子, 佐藤千史**, 木村 理***, 叶谷由佳

山形大学医学部看護学科地域看護学

*山形大学医学部附属病院

**東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

***山形大学医学部消化器・一般外科分野

(平成19年9月28日受理)

要 旨

背景：医療制度改革では、医療の質の向上と効率化を図るため、病院の機能分化が進められており、特に特定機能病院では在院日数の短縮化が求められている。在院日数の短縮化には、長期入院となるリスクの高い患者を早期に把握し退院支援を開始することが必要であり、リスクの高い患者をスクリーニングするためのツールが求められる。そこで、本研究では、特定機能病院の老年病科1病棟を元に開発された既存のスクリーニング票を用いた試行を実施し、看護師が重視するスクリーニング項目を明らかにすることを目的とした。

方法：対象は一大学附属病院のA・Bの2病棟に入院した60歳以上の患者で師長の判断で必要と思われた者で、患者の入院から1週間以内に病棟看護師がスクリーニングすることとした。スクリーニング票は14のチェック項目で構成されている。

結果：210名に対しスクリーニングが実施され、168名を分析対象とした。規定の判定基準で「リスクあり」の判定だったのは99名で、看護師判断で「リスクあり」と判定されたのは42名であった。実際に地域医療連携センターで退院支援が実施されたのは21名であった。

看護師判断によるリスクの有無で2群に分類しオッズ比を算出し、有意なオッズ比が得られた変数を独立変数としてロジスティック回帰分析を行った。その結果「介護力」「介護保険の認定状況」「入院前の住居」「排泄の自立」「認知症の有無」の項目においてリスクがない場合よりリスクがある場合の方が看護師は専門部署による退院支援が必要と判断していた。

結論：看護師が重視したスクリーニング項目は「介護力」「介護保険の認定状況」「入院前の住居」「排泄の自立」「認知症の有無」の5項目であった。

キーワード：退院支援スクリーニング票、スクリーニング項目、特定機能病院、
地域連携専門部署、看護師判断

別刷請求先：大竹まり子（山形大学医学部看護学科地域看護学）〒990-9585 山形市飯田西2-2-2

1. 緒 言

わが国の医療を取り巻く環境は、医療技術の進歩と疾病構造の変化、少子高齢化の進展、家族介護力の低下、医療費の高騰、国民の医療に対する意識の変化などにより、大きく変化している。医療制度改革では、医療の質の向上と効率化を図るため、在院日数の減少と在宅ケアへの移行が積極的に進められている¹⁾。その一環として1993年の医療法改正に伴い、医療機関の機能の分化が明確化され¹⁾、特定機能病院は、急性期医療の中でも高度な医療技術の提供が求められ、地域の病院と連携することで、その機能を果たすことが要求されている。急性期入院医療においては、2003年から診断群別分類を活用した包括支払制度(DPC: Diagnosis Procedure Combination)の導入が始まり²⁾、さらに、在院日数の短縮化が図られている³⁾。DPCでは、診断名と治療経過によって診療報酬が決定され、さらに重症患者や救急患者の受け入れ実績、高度先進医療の実績、教育研修や地域医療との連携(紹介率、逆紹介率、専門外来)や入院日数が考慮される。そのため、病院の収益を増収するためには、地域医療との連携が必須であり、地域連携の専門部署を設置する病院が増加している。国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会会報⁴⁾によれば、全国の国立系大学に付設する42病院のうち38病院に地域医療・退院支援関連部門が設置されており、その設置時期は平成14年が10校、平成15年が13校である。

在院日数の適正化と逆紹介率の増加に必要なことは後方地域連携のシステム化である。後方地域連携には、疾病の管理のみではなく、それ以外の要因を考慮しなければ目標達成は不可能である。そのため、早い段階から長期入院となるリスクの高い患者を把握し退院支援を開始する退院支援システム、つまり退院計画を遂行することが必要であり、リスクの高い患者をスク

リーニングするためのツールが求められる。早期に退院支援を行うことによって、在院日数の短縮⁵⁾、入院の長期化の防止⁶⁾、再入院の減少⁷⁾、患者・家族の退院後の不安感が軽減されることが報告されている⁶⁾。そのため、入院早期から退院後複雑なケアを必要とする患者や退院困難が予測される患者・家族を漏れなく早期に発見・特定することが重要であり^{8),9)}、様々なスクリーニングツールが活用されている。アメリカにおいては、ナーシングホーム入所および長期入院を予測するスクリーニング⁷⁾や、急性疾患高齢患者が入院後にADLが低下することを予測するスクリーニング¹⁰⁾などのスクリーニングツールが開発・評価され、それらを使用した退院支援介入研究が多く行われている¹¹⁾⁻¹⁶⁾。日本においても、急性期病院における退院計画の必要性を判断するためのスクリーニング票の開発が行われているが¹⁷⁾、スクリーニング票の評価や退院支援介入へスクリーニングを活用した報告は少ない¹⁸⁾。

そこで、本研究では、診療科にかかわらず特定機能病院において早期に退院支援を行うための退院支援スクリーニング票を開発する目的で、特定機能病院の老年病科1病棟を元に開発された既存のスクリーニング票を用いたスクリーニングを試行し、特定機能病院の臨床の看護師が重視するスクリーニング項目を明らかにすることを目的とした。

2. 対象と方法

1) 対象病院の概要と特徴

C大学医学部附属病院は昭和51年に設置され、診療を通じ医学に貢献する教育と研究の一体化と地域貢献、高度な先進医療の提供をしている特定機能病院である。病床数は604床で、診療科は17科。看護部は22看護単位、3交代制勤務で、平成17年4月現在の常勤看護職員数は319名である。平成15年度の1日平均外来患者数は966.1名、平均在院日数は24.2日である。

退院支援スクリーニング項目の検討

平成15年に日本医療機能評価機構 Ver 4 の認定を受け、平成16年2月にISO9001の認定を受けている。

より一層の地域連携をすすめるため、地域連携専門部署として地域医療連携センター（以下専門部署とする）が平成14年2月に設置された。調査時点での専門部署の主な業務は、前方連携業務として、地域医療連携業務、医療福祉・医事相談業務があり、医事課事務パート職員2名が担当している。後方連携業務として、継続看護相談業務があり、専任の看護師長1名と併設大学医学部看護学科教員（兼務）3名が輪番制で担当している。専門部署運営委員会の構成メンバーとして看護学科教員が参加している。

2) 調査対象病棟の概要

A病棟は外科系の混合病棟で病床数50床、B病棟は消化器外科・歯科口腔外科の混合病棟で病床数46床であり、どちらも外科系の病棟である。

3) 病棟看護師の属性

A・B病棟とも、師長1名、副師長2名、看護師19名で、性別はA病棟の看護師1名が男性で、その他は全員女性である。平均年齢、および、看護師経験年数、当該病棟経験年数を表1に示した。

4) 調査対象

C大学医学部附属病院A、B病棟に下記の期間に入院した患者で60歳以上の患者のうち、病棟師長および副師長によって早期退院支援スクリーニングが必要と判断された患者。

- 5) 期間：A病棟 平成15年6月1日から平成16年3月31日（10ヶ月間）
B病棟 平成16年6月14日から10月

13日（4ヶ月間）

6) 調査項目：

スクリーニング票による調査項目^{6),19)}

- ・患者属性（年齢、性別）
- ・スクリーニング票のチェック項目である14項目（詳細はスクリーニング票の概要に記載）病院統計資料、専門部署の業務日誌による調査項目
- ・調査期間中の当該病棟の入院患者数、60歳以上の入院患者数
- ・地域医療連携センター紹介患者数

7) スクリーニングの実施方法

病棟師長およびスタッフの了解を得た2病棟の看護師に対し、実施要項に基づいてスクリーニング票の記載方法を説明し実施を依頼した。スクリーニングの結果、退院支援リスクありの判定であった場合、専門部署による退院支援が必要かどうかを病棟師長もしくはチームリーダーを含めたスタッフで検討してもらうこととし、専門部署による退院支援が必要な場合、専門部署に紹介するよう依頼した。また、退院支援リスクの有無に関わらず、スクリーニング票は専門部署に提出するよう依頼した。

実施時期：患者の入院から1週間以内

実施方法：個別面接質問紙調査

スクリーニングの実施：入院患者を担当した看護師が実施し、リスクの有無を判断した。

専門部署への退院支援の依頼：A病棟は病棟師長が依頼した。B病棟は入院患者のチームリーダー（副師長含む）が依頼した。

8) 分析方法

患者の属性、スクリーニング票のリスク14項目の有無について単純集計を行った。

看護師が重要視するスクリーニング項目につ

表1. 看護師の属性

職 位	人 数	平均年齢	平均看護 経験年数	当該病棟 平均経験年数	性 別
師 長	2名	48.5(± 2.1)	27.5(± 2.1)	1.5(± 0.7)	女性
副 師 長	4名	43.5(± 10.3)	21.8(± 10.2)	2.5(± 1.3)	女性
看 護 師	38名	29.1(± 7.8)	7.4(± 8.0)	3.0(± 1.8)	女性37名、男性1名

いての分析は、看護師判断によるリスクの有無で2群に分類しオッズ比を算出し、有意なオッズ比が得られた変数を独立変数としてロジスティック回帰分析を行った。その際、項目間に強い相関を認めたものはオッズ比の高い項目を選択した。

9) スクリーニング票の概要(資料1)

スクリーニング票は驚見試案(2000年)^{6),19)}の退院困難のハイリスク患者アセスメント項目による入院時リスク・スクリーニング票を一部改正したものを使用した。改正した内容は、スクリーニング票を患者と共有することを考慮し、「入院時リスク・スクリーニング」を「地域医療連携センター入院時調査」とし、判定結果の「リスク」を「情報提供必要」と変更した。「情報提供必要」とは、専門部署による地域にある社会資源情報提供の必要性のことである。

また、該当した項目によってリスクを判断するチェックの数が異なるため、視覚的に判断しやすいよう判定基準の記載等、表の枠組みを変更した。以上2点の改正については開発者の許可を得て行った。

スクリーニングの項目、リスクの有無の判断基準はそのまま使用した。以下にリスク項目の判定基準を述べる。なお、以下本論文では、スクリーニング各項目のリスクを「リスク」とし、スクリーニングの結果退院困難ハイリスク患者として抽出された場合のリスクを「退院支援リスク」と表記する。

「年齢」は75歳以上がリスクあり、75歳未満がリスクなしである。「入院時の主疾患」は脳血管疾患、パーキンソン病を含む難病、心不全、肺炎・脱水・低栄養、骨折、認知症(疑いを含む)、悪性疾患、他の長期療養を必要とする疾患に該当するとリスクありとなり、それ以外の疾患はリスクなしである。「家族構成」は独居、配偶者のみの世帯がリスクありで、配偶者以外の同居家族ありがリスクなしである。「入院形態」は緊急入院がリスクありで、予定入院がリスクなしである。「入院

前の住居」、「退院先の希望」はどちらも自宅以外(病院・施設)がリスクありで、自宅がリスクなしである。「経済的問題」は問題ありがリスクありで、問題なしがリスクなしである。「医療処置を継続する可能性」はありがリスクありである。「排泄の自立度」、「移動の自立度」はいずれも要介助がリスクありで、自立がリスクなしである。「認知症の有無」、「コミュニケーション障害の有無」はいずれもありがリスクありである。「介護力」は介護者不在、介護拒否、介護力が小さい、主介護者が仕事をしている、本人の自宅退院への意欲が低い、本人または家族が不安や問題を出している場合、リスクありとなる。日常的な介護協力者がいる場合、介護者に介護または療養の世話をする意思がある場合はリスクなしとなる。「介護保険認定状況」は認定あり、認定が必要だが未申請の場合、リスクありとなる。申請の必要がない場合はリスクなしとなる。経済問題については入院時での判断が難しいとの看護師の指摘により、「生活保護の受給者」、「本人または家族が入院費の支払いに対する不安を訴えている」などが入院時に把握できた場合、問題ありとする判定基準を独自に設定した。

14項目のうちリスクありに3個以上チェックがあると退院支援リスクありと判定される。チェックが2個以下でも、退院先、医療処置、介護保険に1つでもチェックがあれば退院支援リスクありの判定であり、75歳以上(年齢)、独居(家族構成)の場合は2つ以上チェックがあれば退院支援リスクありと判定するようになっている。

10) 用語の定義

退院支援

本研究では、退院支援を手島の退院計画の定義⁹⁾を参考に「個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を支援すること」とする。

退院支援スクリーニング項目の検討

地域医療連携センター入院時調査票

(資料1)

記入日： 月 日

記入者： (内線)

氏名	年齢 () 歳 男・女	入院日： 年 月 日
ID 番号	病棟：	診療科：
項目	情報提供の必要あり	必要なし
年齢	1. 75 歳以上	2. 75 歳未満
入院時の主疾患名	1. 脳血管障害 2. パーキンソン病を含む難病 3. 心不全 4. 肺炎・脱水・低栄養 5. 骨折 6. 認知症 (精査目的も含む) 7. 悪性疾患 8. 他の長期療養を必要とする疾患	9. その他
家族構成	1. 独居 2. 配偶者のみ	3. 配偶者以外の同居者あり
入院形態	1. 緊急入院	2. 予定入院
入院前の住居	1. 自宅以外 (病院・施設)	2. 自宅
退院先の希望	1. 自宅以外 (病院・施設)	2. 自宅
経済的問題	1. あり	2. なし
通常医療者が行う医療処置*を継続する可能性	1. あり (内容：)	2. なし
排尿・排便の自立度	1. 要介助	2. 自立
身体移動の自立度	1. 要介助	2. 自立
認知症の有無	1. あり	2. なし
コミュニケーションの障害	1. あり	2. なし
家族関係・介護力	1. 介護する人がいない、もしくは介護する意思がない (介護者不在、介護拒否) 2. 介護者はあるが高齢、介護の協力者がいないなどの問題がある (介護力が小さい) 3. 主介護者が現在仕事をしている 4. 本人 (患者) が家族による介護を拒否している (本人の自宅退院への意欲が低い) 5. 本人または家族が不安や問題を表出している	6. 日常的な介護協力者あり 7. 介護者に介護または療養の世話をする意思がある
介護保険認定状況	1. 認定あり (要支援・要介護 1・2・3・4・5) 2. 必要な状態だが未申請	3. 申請の必要なし

*吸引、経管栄養、褥創処置、人工呼吸器管理、在宅酸素療法、在宅 IVH など

判定基準 1. 情報提供必要あり欄の項目に 3 つ以上チェックあれば「あり」 2. チェックが 2 つ以下の場合 ・退院先、医療処置、介護保険に 1 つでもあれば「あり」 ・「75 歳以上」「独居」は 2 つで 「あり」	スクリーニング結果
	1. 情報提供必要あり 2. 情報提供必要なし

(東大 鷲見 試案 2004 一部改変)

地域医療連携センター

資料1. 地域医療連携センター入院時調査票

早期退院支援スクリーニング(以下スクリーニング)

スクリーニングとは、試験、検査、その他の方法で、本人が自覚していない疾病または異常を識別することであるが²⁰⁾、本研究では「退院支援が必要であると予測される患者・家族を入院早期に発見・特定すること」をスクリーニングの目的とする。

11) 倫理的配慮

研究を遂行するにあたって、データの入力に専門部署内で行い、病院内にデータを持ち出さないようにした。データ入力にあたっては、患者個人の名前が特定化されることのないように暗号化して入力した。データの管理については、研究者以外の目に触れることがないように厳重に管理した。本論文は山形大学医学部倫理委員会の承認を得た。

3. 結 果

調査対象時期のA・B病棟の入院患者数は750名で、そのうちスクリーニングの対象となる60歳以上の入院患者数は431名、スクリーニングを実施されたのはそのうち210名(48.7%)で、42名のスクリーニング票が回収不能となり、分析対象とされたのは168名(39.0%)であった。

1) スクリーニング対象患者の属性(表2)

分析対象となった患者は168名で年齢は60~96歳、平均年齢75.9(±7.2)歳であった。性別は男性91名(54.2%)、女性76名(45.2%)で、平均年齢はそれぞれ74.6(±6.7)歳、77.5(±7.6)歳であった。主な疾患は悪性疾患72名(42.9%)で、半数近くをしめ、2番目に多い

のが脳血管疾患8名(4.8%)であった。

2) スクリーニングの結果(表2~4)

リスク個数は0~11個で、平均リスク個数は2.8(±2.4)個であった。

スクリーニング項目のうち最もリスクありのチェックが多かったのは年齢のリスクで、リスクありの判定となる75歳以上が88名(52.4%)で半数以上を占めた。次いで多いのが疾患のリスクで、リスクありの判定となったのは87名(51.8%)であった。疾患の詳細は悪性疾患が最も多かった。リスクありのチェックが最も少なかったのは経済的問題で、リスクありの該当者がいなかった。次に少ないのは、退院先の希望、認知症の有無で、リスクありにチェックされたのはそれぞれ12名(7.1%)であった。その他のリスク項目の集計結果を表3に示した。また、それぞれの項目の詳細を表4に示した。

3) スクリーニング対象者の経過(図1)

スクリーニングが実施された168名のうちリスクありの判定だったのは99名(58.9%)、リスクなしが69名(41.1%)であった。リスクありと判定された99名のうち、看護師がリスクありと判断したのは42名(42.4%)であった。スクリーニングによってリスクなしと判定された69名は看護師判断でも全員リスクなしであった。看護師判断でリスクありと判定された42名のうち専門部署へ退院支援依頼があったのは21名(50.0%)で、残り21名は病棟で退院支援が可能と判断されていた。看護師がリスクなしと判断した57名のうち専門部署へ支援依頼されたのは1名で、手術後の状態変化により、退院支援が必要となり依頼された事例だった。

同期間中にA・B病棟から従来の依頼票で専門部署に依頼された退院支援は12名で、1名は

表2. スクリーニング対象者の年齢およびリスク個数

		n	平均	S D	中央値	最小	最大
年 齢	全体	168	75.9	±7.2	75.0	60	96
	男性	91	74.6	±6.7	74.0	60	92
	女性	76	77.5	±7.6	77.0	60	96
リスク個数		168	2.8	±2.4	2.0	0	11

退院支援スクリーニング項目の検討

スクリーニング開始前の入院であった。スクリーニング開始後に依頼のあった11名のうち9名は入院時スクリーニング未実施で退院が近づいてから転院支援、在宅療養支援のために専門部署に依頼され、支援を実施していた。1名は再入院のため、スクリーニングせず依頼されており、1名は専門部署を患者自身が訪室した事例だった。

4) スクリーニングの結果

驚見試算²⁰⁾の判定基準によれば、退院支援リスクありが99名(58.9%)、退院支援リスクなしが69名(41.1%)であった。看護師判断による退院支援リスクありは42名(25.0%)、リスクなしが126名(75.0%)で、実際に専門部署に退院支援を依頼され、退院支援を実施したのは22名

表3. 早期退院支援スクリーニング票1次

集計		n = 168	
		n	(%)
性別	男性	91	(54.2)
	女性	76	(45.2)
年齢	75歳以上	88	(52.4)
	75歳未満	79	(47.0)
疾患	リスクあり	87	(51.8)
	リスクなし	69	(41.1)
入院形態	緊急入院	64	(38.1)
	予定入院	102	(60.7)
家族構成	独居・配偶者	48	(28.6)
	同居あり	114	(67.9)
排泄の自立	要介助	36	(21.4)
	自立	128	(76.2)
移動の自立	要介助	34	(20.2)
	自立	130	(77.4)
介護保険認定	リスクあり	30	(17.9)
	リスクなし	116	(69.0)
家族関係・介護力	リスクあり	16	(9.5)
	リスクなし	135	(80.4)
入院前の住居	自宅以外	14	(8.3)
	自宅	151	(89.9)
コミュニケーション障害	あり	14	(8.3)
	なし	151	(89.9)
医療処置	あり	13	(7.7)
	なし	145	(86.3)
退院先の希望	自宅以外	12	(7.1)
	自宅	150	(89.3)
認知症の有無	あり	12	(7.1)
	なし	150	(89.3)
経済問題	あり	0	(0.0)
	なし	162	(96.4)

(13.1%)であった(表5)。

規定の判定基準で退院支援リスクありと判定され、看護師が退院支援リスクなしと判定した57名の主な状況は以下のものであった。

表4. スクリーニング結果詳細 n = 168

疾患(複数回答)	n(%)
悪性疾患	72(42.9)
脳血管障害	8(4.8)
認知症(検査目的も含む)	5(3.0)
パーキンソンを含む難病	1(0.6)
心不全	1(0.6)
骨折	1(0.6)
肺炎・脱水・低栄養	0(0.0)
他の長期療養を必要とする疾患	6(3.6)
その他(リスクなし)	69(41.1)
家族構成	
独居	17(10.1)
配偶者のみ	31(18.5)
同居家族あり(リスクなし)	114(67.9)
自宅以外の住居	
入院前の住居	病院施設 5(3.0)
退院先希望	病院施設 2(1.2)
	9(5.4)
医療処置	
在宅酸素療法	2(1.2)
褥瘡処置	2(1.2)
在宅IVH	1(0.6)
自己注射	1(0.6)
尿管留置カテーテル	1(0.6)
スト-マ管理(ウロストミー、コロストミー)	1(0.6)
創傷処置	1(0.6)
家族関係・介護力(複数回答)	
<リスクあり>	
介護者不在、介護拒否	11(6.5)
主介護者が仕事	3(1.8)
介護力が小さい	1(0.6)
本人または家族が不安表出	1(0.6)
本人の退院意欲が低い	0(0.0)
<リスクなし>	
日常的介護協力者あり	115(68.5)
介護意思あり	45(26.8)
介護保険認定状況	
認定あり	21(12.5)
要支援	2(1.2)
要介護1	5(3.0)
要介護2	4(2.4)
要介護3	2(1.2)
要介護4	3(1.8)
要介護5	1(0.6)
必要な状態だが未申請	9(5.4)
申請必要なし(リスクなし)	116(69.0)

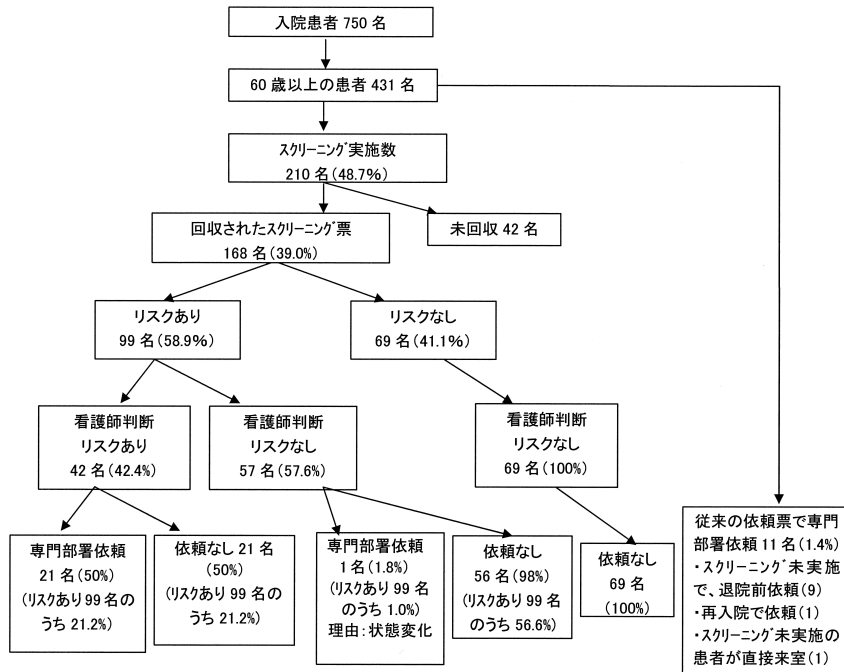


図1. スクリーニング対象者の経過

表5. スクリーニング結果

		n (%)
退院困難 リスク	リスクあり	99(58.9)
	リスクなし	69(41.1)
看護師 判断	リスクあり	42(25.0)
	リスクなし	126(75.0)
専門部署 依頼	あり	22(13.1)
	なし	146(86.9)

規定の判定基準では年齢にリスクがある場合、リスクの個数が2個以上で退院支援リスクありと判定される。年齢でリスクありが52.4%を占めたことから、年齢との組み合わせで退院支援リスクありと判定される事例が多かった。年齢と、悪性疾患（疾患でリスクあり）との組み合わせで、退院支援リスクありとなった場合、実際は定期的な化学療法を目的とした入院で退院支援が不要な状況であったため、看護師は退院支援リスクなしと判断していた。家族構成にリスクがある場合もリスクの個数が2個以

上で退院支援リスクありと判定される。同居家族が配偶者のみ（リスクあり）でも、本人のADLが自立している場合、もしくは配偶者に介護力がある場合、看護師は退院支援リスクなしと判断していた。

5) 看護師が重要視したスクリーニング項目 (表6)

スクリーニング項目と看護師によるリスクの有無の判断との関連を検討した結果、単変量では年齢、入院形態、入院前住居、退院先希望、排泄、移動、認知症、コミュニケーション障害、介護力、介護保険でリスクありに有意差を認め、チェックがある場合はチェックがない場合に比べ、看護師は有意にリスクありと判断していた。オッズ比は表6に示したとおりである。有意なオッズ比を示した項目を独立変数として回帰分析をするにあたり、各要因間の相関をSpearmanの相関係数を用いて検討した結果、

退院支援スクリーニング項目の検討

表6. 看護師が重視するリスク項目

n = 168

		看護師判断 リスクあり	看護師判断 リスクなし	計 (%)	単変量 OR (95%CI)	多変量 OR (95%CI)
年 齢	75歳以上	35(39.8)	53(60.2)	88(100)	6.8 (2.80- 16.47)***	3.1 (0.76- 12.81)
	75歳未満	7(8.86)	72(91.1)	79(100)		
疾 患	リスクあり	21(24.1)	66(75.9)	87(100)	0.8 (0.41- 1.72)	
	リスクなし	19(27.5)	50(72.5)	69(100)		
家族形態	独居・配偶者のみ	17(35.4)	31(64.6)	48(100)	2.1 (0.98- 4.32)†	
	同居家族あり	24(21.1)	90(78.9)	114(100)		
入院形態	緊急入院	23(35.9)	41(64.1)	64(100)	2.6 (1.27- 5.38)**	
	予定入院	18(17.6)	84(82.4)	102(100)		
入院前の 住所	自宅以外	12(85.7)	2(14.3)	14(100)	24.2 (5.14-113.95)***	3.0 (0.22- 38.95)
	自宅	30(19.9)	121(80.1)	151(100)		
退院先の 希望	自宅以外	10(83.3)	2(16.7)	12(100)	19.2 (4.00- 92.14)***	
	自宅	31(20.7)	119(79.3)	150(100)		
経済的問 題	あり	0(0.0)	0(0.0)	0(100)		
	なし	40(24.7)	122(75.3)	162(100)		
医療処置	あり	5(38.5)	8(61.5)	13(100)	2.1 (0.65- 6.92)	
	なし	33(22.8)	112(77.2)	145(100)		
排泄	要介助	29(80.6)	7(19.4)	36(100)	36.6 (13.41-100.13)***	3.9 (0.59- 25.71)
	自立	13(10.2)	115(89.8)	128(100)		
移動	要介助	26(76.5)	8(23.5)	34(100)	23.2 (8.96- 59.85)***	
	自立	16(12.3)	114(87.7)	130(100)		
認知症	あり	11(91.7)	1(8.33)	12(100)	45.9 (5.69-369.90)***	0.1 (0.01- 3.09)
	なし	29(19.3)	121(80.7)	150(100)		
コミュニ ケーショ ン障害	あり	12(85.7)	2(14.3)	14(100)	17.6 (3.65- 84.37)***	
	なし	30(19.9)	121(80.1)	151(100)		
介護力	リスクあり	12(75)	4(25)	16(100)	11.0 (3.29- 36.55)***	11.4 (1.83- 70.79)**
	リスクなし	29(21.5)	106(78.5)	135(100)		
介護保険	認定あり・要申請	24(80)	6(20)	30(100)	62.3 (19.20-202.01)***	33.1 (5.83-187.68)***
	申請必要なし	7(6.03)	109(94)	116(100)		

²検定, ロジスティック回帰分析

† p<0.1 **p<0.01 ***p<0.001

OR: オッズ比 95%CI: 95%信頼区間

退院先住居と入院前住居 (r=0.871)、排泄と入院前住居、退院先住居 (r=0.471, r=0.431)、移動と排泄 (r=0.819)、認知症と入院前住居、退院先住居、排泄、移動 (r=0.5, r=0.612, r=0.548, r=0.57)、コミュニケーション障害と入院前住居、退院先住居、排泄、移動、認知症 (r=0.453, r=0.460, r=0.576, r=0.597, r=0.871)、介護保険と排泄、移動 (r=0.758, r=0.638)に相関を認めた。相関係数0.8以上の

場合、オッズ比の高い項目を選択し、入院前住居と退院先住居では入院前住居を、排泄と移動では排泄を、認知症とコミュニケーション障害では認知症をそれぞれ選択した。

年齢、入院前住居、排泄、認知症、介護力、介護保険を独立変数としたロジスティック回帰分析では、介護保険 (OR=63.3;95% CI=6.98-573.54, p<0.001)、介護力 (OR=29.7;95% CI=3.44-256.23, p<0.001)、入院形態 (OR=

7.2; 95% CI = 1.11 - 45.98, $p < 0.05$) で有意差を認め、チェックがある場合はない場合に比べ、看護師は有意にリスクありと判断していた。

4. 考 察

1) 調査対象者の特徴

対象者のうち75歳以上が半数を超えていた。先行研究²¹⁾でも、退院困難事例の年齢は、70～79歳が最も多かったことから患者の高齢化が退院困難の背景にあると言える。対象病院は、3世代同居率が高い県にあり²²⁾、同居家族がいるものが67.9%で、介護力にリスクがあるのは9.5%に留まり、驚見²³⁾の調査より介護力に恵まれていた。その対象病院においてさえ、退院困難理由で最も多いのは介護力の問題で²³⁾、専門部署開設以来、退院支援の件数は増加している^{24)・26)}ことから、介護力を把握することは重要である。

退院後も継続する医療処置がある患者は7.7%に留まったが、先行調査²³⁾では退院困難事例の84.7%が何らかの医療処置が必要であった。入院時に退院後も継続する医療処置があるかどうかを予測することは難しく、村松ら²⁷⁾も入院早期のスクリーニングだけでは対象者の把握が漏れる傾向があることを指摘している。退院支援システム構築にあたっては、医療処置の問題など、入院時以降に退院支援が必要なことが発生した時点で専門部署と連携できるシステムが同時に必要である。

3) 看護師が重視するスクリーニング項目の検討

スクリーニング票の14項目と看護師判断との関連を検討した結果、多変量解析で「介護保険の認定状況」と「介護力」に有意な関連があった。「介護保険の認定状況」は認定ありと、必要な状態だが未申請の場合がリスクありと判定される。介護保険等の社会資源を活用する場合、社会資源に精通していることが求められるが、

先行研究で病院に勤務する看護職の社会資源に関連する認知度は低いこと²⁸⁾、病棟スタッフは病院と地域との信頼関係も築きにくいこと²⁹⁾が指摘されている。既に介護保険認定済みの場合、ケアマネージャーやサービス事業所と連携することが必要であり、このような病院外の社会資源との連携こそ専門部署の役割であり、介護保険の認定状況はスクリーニングに欠かせない項目である。

次に多変量解析でオッズ比が高かったのは「介護力」である。同居家族がいても家族の介護意思が在宅ケアに影響していた³⁰⁾報告もあり、対象病院の先行調査²³⁾においても、退院困難理由で最も多かったのが介護力の問題であり、介護力は在宅療養継続の要である。

次に、単変量で有意差を認めなかった疾患、経済問題、医療処置について検討する。疾患は、悪性疾患の患者が多かったことは特定機能病院の特徴であるが、その多くはADLが自立していた。経済的問題と医療処置の問題は入院時に把握するのが難しい項目であり、問題を把握した段階で、専門部署と連携できるシステムが必要である。

以上より、早期退院支援スクリーニングには「介護力」「介護保険の認定状況」と単変量解析でオッズ比の高い「入院前の住居」「排泄の自立」「認知症の有無」を加えた5項目とすることが望ましいと考えられた。

すぐれたスクリーニング検査の条件としては、有効性(Validity)、信頼性が高く、簡便で、費用がかからないこととされている²⁰⁾。今回の早期退院スクリーニングの実施数は210名(48.7%)と低値であった。入院時に看護師が行う業務は煩雑であり、転倒のリスク・スクリーニング、褥瘡のリスク・スクリーニングなど入院時に判定しなければならないスクリーニングも増えており、試行としての取り組みでは期待した実施率を得られなかった。また、スクリーニング対象者の経過から、研究期間内に当該病棟から従来の依頼票で専門部署に退院支援

退院支援スクリーニング項目の検討

を依頼された患者はスクリーニング未実施の患者で、そのうち9名は退院が近づいてからの依頼であった。退院支援の必要性が表面化した時には支援のタイミングを逃してしまう²⁹⁾のが現状である。本道は³¹⁾退院支援の要は患者・家族の今後の療養生活に対する意思決定を支えることと述べており、退院支援は入院早期から取り組まれる必要があり、入院時に患者すべてに行なうことが必要であり、そのためにも、簡便で有効なスクリーニング票の開発が求められる。また、特定機能病院の特性として退院支援が必要な患者は高齢者のみではなく、0歳児も多く含まれていた³²⁾ことから、各年齢層の入院患者に対応できるスクリーニング票が必要である。介護力を養育者の有無、もしくは養護力と読み換え、今回抽出された5項目を含めたスクリーニング票を作成し、今後は新たなスクリーニング票の有効性を検討することが課題である。

本研究にあたり、調査にご協力いただいた対象者の皆様、大学病院スタッフの皆様、地域医療連携専門部署スタッフの皆様にご心から感謝申し上げます。本研究は医療経済研究機構第8回(研究代表者: 叶谷由佳)研究費の助成で実施したものである。

文 献

1. 厚生統計協会. 厚生 の 指 標 . 臨 時 増 刊 国 民 衛 生 の 動 向 2004; 51(9): 160-164
2. 中村健二. DPC開始に当たっての経過と今後の拡大について. 病院 2004; 63(8): 643-647
3. 宇都由美子. DPCで看護のマネジメントが変わる. 看護展望 2005; 30(1): 64-70
4. 国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会. 国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会会報 2004; 1: 9
5. Lledo R, et al. Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social and health care services. European Journal of Epidemiology 1997; 13: 903-907
6. 鷲見尚己, 他. 退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果に関する研究 特定機能病院老年科における準実験研究. 病院管理 2001; 38(1): 29-39
7. Evans RL, et al. Evaluating Hospital Discharge Planning; A Randomized Clinical Trial. Medical Care 1993; 31(4): 358-370
8. 森山美知子. 第1章退院計画とは何か. 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: 20-26
9. 手島陸久. 第1部 退院計画とは何か. 退院計画 病院と地域を結ぶ新しいシステム. 中央法規. 1996: 1-51
10. Sager MA, et al. Hospital Admission Risk Profile (HARP); Identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. Journal of the American Geriatrics Society 1996; 44: 251-257
11. Shepperd S, et al. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database System Review 2004
12. Richards S, et al. Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital; a systematic review. J Health Serv Res Policy 2003; 8(3): 171-179
13. Parker SG, et al. A Systematic review of discharge arrangements for older people. Health Technology Assessment 2002; 6(4): 1-183
14. Bull MJ, et al. A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. Appl Nurs Res 2000; 13(1): 19-28
15. Bull MJ, et al. Differences in family caregiver outcomes by their level of involvement in discharge planning. Appl Nurs Res 2000; 13(2): 76-82
16. Naylor MD, et al.: Comprehensive discharge planning and home follow-up hospitalized elders: a randomized clinical trial. JAMA 1999; 281(7): 613-620
17. 乗越千枝, 他. 一急性期病院におけるディス

大竹, 田代, 井澤, 佐藤(洋), 赤間, 鈴木, 小林, 細谷, 佐藤(千), 木村, 叶谷

- チャージプランニングの必要性判断のためのスクリーニング票の開発. 日本在宅ケア学会誌 2000; 4(1): 47-53
18. 永田智子, 村嶋幸代. 高齢者の退院支援. 日本老年医学会雑誌 2002; 39(6): 579-584
19. 鷲見尚己, 村嶋幸代, 柳沢愛子. 第3章3介護調整が必要な患者への援助. 退院支援. 杏林書院. 2002: 118
20. 坂田清美. 第8章 臨床疫学. 公衆衛生マニュアル. 南山堂. 2005: 柳川洋, 中村好一編. 59-60
21. 大竹まり子, 他. 山形大学附属病院における退院困難事例の特徴と地域医療連携センター退院支援部門の役割に関する検討. 山形医学 2004; 22(1): 57-69
22. 山形県高齢社会総合対策推進本部. 第6章3世代同居率. 目で見る高齢化マップ. 山形県健康福祉部長寿社会課. 2004: 21-22
23. 鷲見尚己, 村嶋幸代. 高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発(第一報) 病院管理 2005; 2(3): 37-48
24. 大竹まり子, 他. 特定機能病院の地域医療連携の現状と課題. 第30回山形県公衆衛生学会講演集. 2004: 85-86
25. 大竹まり子, 他. 特定機能病院地域医療連携センターにおける退院調整・継続看護相談業務の分析(第2報). 第8回日本在宅ケア学会学術集会講演集 2004: 74-75
26. 大竹まり子, 他. 一大学病院地域医療連携センターの利用に関する調査. 第9回日本在宅ケア学会学術集会講演集. 2005: 94-95
27. 村松恵子, 他. 病院における看護計画に地域支援チェックリストを用いた試み. 第9回日本在宅ケア学会学術集会講演集 2005: 86-87
28. 当目雅代, 上野範子, 木村みさか. 病院に勤務する看護職における社会資源に関連する認知度. 日本看護研究学会 1999; 22(5): 9-21
29. 永田智子, 村嶋幸代. 退院支援の現状と課題. 保健の科学 2002; 44(2): 95-99
30. 縦野佳苗, 他. 長期入院高齢者の家族の在宅ケア意向に影響する要因. 病院管理 2002; 4: 105-113
31. 本道和子. スムーズな退院支援を阻む要因とその対策. 看護展望 2000; 25: 17-21
32. 大竹まり子, 他. 特定機能病院地域医療連携センターにおける退院調整・継続看護相談業務の分析(第1報). 日本在宅ケア学会誌 2003; 6(2): 98-99

A Study on a Screening Questionnaire to Support Early Discharge at Special Functioning Hospitals

Mariko Ohtake, Hisao Tashiro*, Terumi Isawa*, Yoko Sato*, Akiko Akama, Ikuko Suzuki, Atsuko Kobayashi, Takiko Hosoya, Chifumi Sato, Wataru Kimura***, Yuka Kanoya**

Course of Community Health Nursing, Yamagata University School of Nursing

**Yamagata University Hospital*

***Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University*

****Department of Gastroenterological and General Surgery,*

Yamagata University School of Medicine

ABSTRACT

Purpose : To establish an effective screening method for early discharge at special functioning hospitals.

Methods : The targets of the study were hospital patients over the age of sixty years. The patients were subjected to screening performed by nurses.

Results and Discussion : A total of 210 patients were subjected to screening, and 168 of them were selected for analysis. Ninety-nine were determined to be at risk according to prescribed criteria, while 42 were considered to be at risk based upon the judgment of nurse. Twenty-one patients actually received post discharge support at a cooperative section with community.

The determinations of risk based upon the judgment of nurses were analyzed with logistic regression analyses. The results showed that those patients considered to be at risk in several categories, namely "family capacity for care", "approval for Long-Term Care Insurance", "residence prior to hospitalization", "degree of excretion independence" and "dementia" had more needs of post discharge support from specialists than those who were not considered to be at risk in those categories.

Conclusion : "Family capacity for care", "approval for Long-Term Care Insurance", "residence prior to hospitalization", "degree of excretion independence" and "dementia" are five important categories for screening performed by nurses.

Key words : screening questionnaires, support for early discharge, special functioning hospital, cooperative section with community, judgment of nurses