



急性期病院での退院支援の ケアパッケージ作成に向けた開発研究

永田 智子（ながた さとこ）

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野 准教授

（助成時：東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野 講師）

【ポスター -1】

近年、在院日数が非常に短縮される中で、退院支援の重要性が増しています。退院支援の専門部署も診療報酬の算定要件の中に取り入れられるということで、各病院での部署の設置や専門スタッフの配置も促進されています。このように部署やスタッフが増える中で、今度は退院支援の質の担保というものが非常に重要と考えられます。その質の担保のためには、ある程度支援内容を明確化してケアをパッケージ化していくことが一つ必要と考えられるのと、それから、今も在院日数の短縮とか患者さんのケアの満足度等、いくつか支援の質の測定指標が提案されてはいるのですが、患者さん自身による支援の評価指標は今までに作成されていないので、質の担保に向けて、そのようなものが必要と考えました。

この研究では、以下の2つを行っています。

ケアパッケージの作成（研究1）と、それからその評価指標である（ポスターには略語の元を掲載し忘れていますが）RHDSとQDTSという2つの尺度の日本版の作成（研究2）を目的としました。

【ポスター -2】

まず、研究1ですが、文献データベースから、自宅退院に向けた退院支援の経過を詳細に記載している事例が掲載されている文献を選択して、その文献の中から、ポスターに書かれているような対象事例の概要と、開始の経緯、そして実際に行われている退院支援について抜き出しました。例えば、患者さんに退院する先の選

ポスター 1

目的

- 在宅医療が推進され、在院日数が短縮される中、退院支援の重要性は、広く認められつつある。
- 退院支援専門部署が診療報酬の算定要件となり、各病院での部署の設置・専門スタッフの配置が促進されている。
 - 全国の100床以上の病院を対象とした研究の結果、2001年に約30%の病院が部署を設置していたが、2010年には70%以上の病院が部署を有していた（Nagata et al. 2012）。
- 部署やスタッフが増える中、支援の質の担保が必要である。
 - 様々なバックグラウンドを有する支援者が等しく一定以上のレベルで支援を行えるよう、患者の特性に応じた支援内容を明確化し、ケアのパッケージ化を進める必要がある。
 - 質担保に向け、支援の質の測定指標の1つとして、患者自身による支援の評価指標を作成する必要がある。
- そこで、本研究では、以下の2つを行った。
 - 研究1. 患者特性に応じたケアパッケージ作成
 - 研究2. 患者による退院支援の評価指標である、RHDS及びQDTS日本語版の信頼性・妥当性の検討

ポスター 2

研究1. 患者特性に応じたケアパッケージ作成:方法

- 国内の文献データベースによる検索およびハンドサーチにより、精神科を除く成人患者に対し、自宅退院に向けた退院支援の経過を詳細に記載している文献を選択
- 各文献について、以下を記述
 - 書誌事項
 - 対象事例の概要（年齢、性別、疾患、家族構成、ADL、介護保険や福祉制度・サービスの活用状況、医療の状況、退院に向けた本人・家族の意向）
 - 退院支援開始の経緯
 - 在院日数、支援開始までの日数
- 各事例の退院支援について、1つ1つの行為を抽出し、以下の軸で整理
 - 行為前の状況
 - 行為の実施者
 - 行為の対象
 - 行為の内容
 - 行為の目的
 - 行為の結果

択肢について説明するとか、ご家族に連絡を取って、来てもらってカンファレンスを開く等、一つひとつの行為について、どういう行為前の状況であって、その行為を誰がしたのか（退院支援ナースや病棟のナース、あるいは医師だったりするのですが、そのケアの実施者）、相手が患者さんなのか家族なのか、あるいはスタッフ間同士が対象であるのか、それからその行為の内容と目的、そしてその結果がどうなったか、ということをして抜き出す作業を行いました。

【ポスター -3】

ポスターは抜粋です。今、継続中の部分がありますので、今日は一部しかお示しができていません。2002年から2011年までに、40件の該当する文献を抽出しました。対象者によってケアの内容が異なると考えられたので、特にがん末期の事例33件に着目をして分析を進めています。

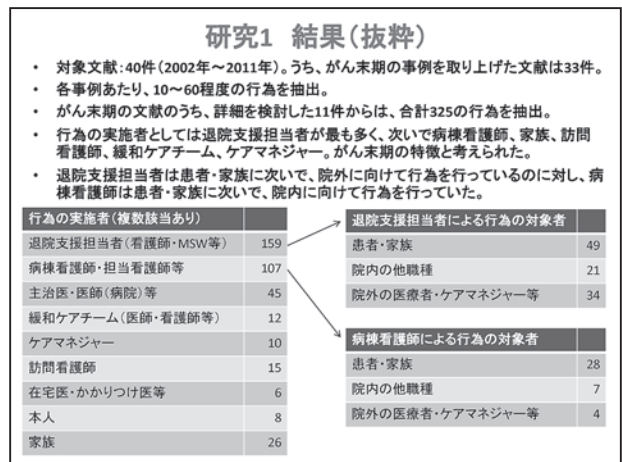
各事例当たり10から60程度細かい行為が抽出できており、その内、現在継続中なので11件のみからの結果で分析したものをお示ししているのですが、その11件の中から325の行為を抽出しています。

行為を誰がやっているかということを見ると、退院支援を担当している看護師等が一番多いのですが、他に病棟看護師等が担当しています。

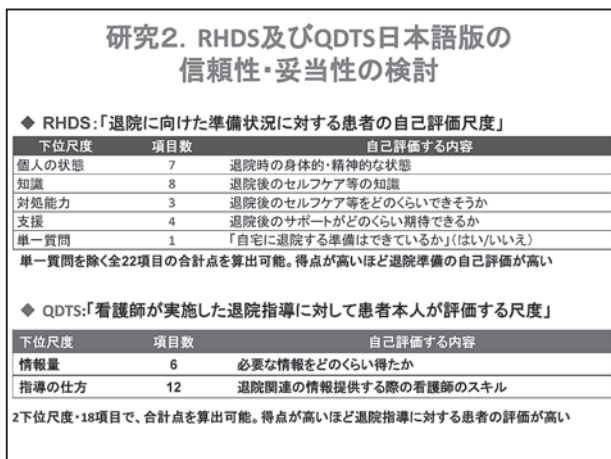
退院支援担当者が行為をする相手としては、患者さんご家族が多いのは当然なのですが、その他、院内の他職種に働きかけたり、院外の人に働きかけたりしています。院外の方が多くなっています。

病棟の看護師に関しては、患者さん家族への働きかけが一番多くなっていて、その他の

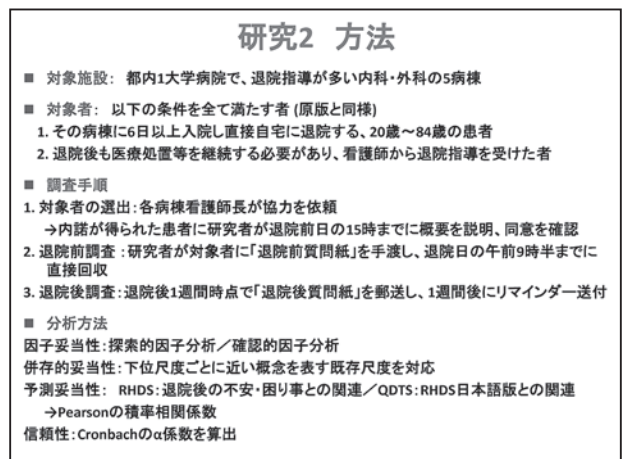
ポスター 3



ポスター 4



ポスター 5



働きかけはそんなに多くありません。ということで、退院支援のナースが院外に積極的に働きかけて、カンファレンスの開催を呼びかけたりとか、そういう具体的な行為をしていることが、とりあえず分かっています。

これに関して、ポスター9のまとめに記載した通り、もう少し分析を進めているということと、あと、文献では省略されてしまっている部分もあるので、これからインタビューを行なって、各事例で実際にどういうことをしたのかというのを詳細に聞き取り、そこからケアパッケージを作っていく作業を、現在も継続しています。

【ポスター -8】

もう一つの研究の2です。

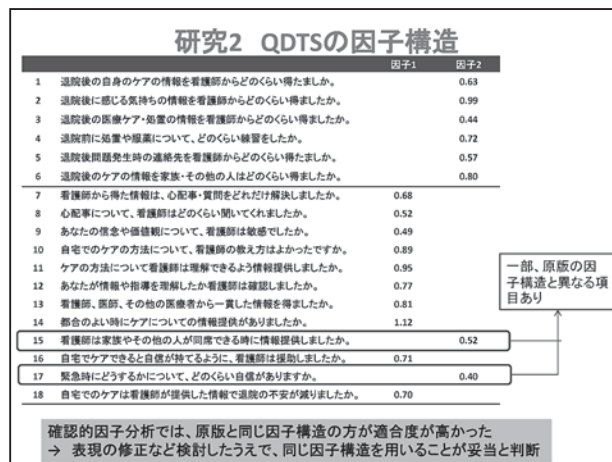
RHDSはReadiness for Hospital Discharge Scaleで、退院に向けた準備状況に対する患者の自己評価尺度です。QDTSというのはQuality of Discharge Teaching Scaleで、看護師が実施した退院指導に対して、患者本人が評価する尺度です。RHDSは退院するときに患者さんが、「もう自分は準備が整っている。退院できるな」と思えるような状況かどうかということの測る尺度で、QDTSは、看護師が行った退院指導で十分情報が得られたか、そしてそのときのスキルがどうだったかというのを患者さんが評価するスケールで、アメリカの研究者が開発したスケールです。こちらを翻訳の手順に則って、順翻訳・逆翻訳を行って日本語版を開発しました。そしてその信頼性・妥当性を検証したわけです。

結果として、まず因子構造を見てみますと、最初の方の因子は、患者さんの準備がどのくらいできているかという現在の状況を主に見るような項目と、どれくらい知識が十分得

ポスター 6



ポスター 7



ポスター 8

研究2 RHDS、QDTSの妥当性・信頼性

| 妥当性 | | | r | p |
|--|----------------|------------|------------|-----|
| RHDS | | 対応する指標 | | |
| 併存妥当性 | | | | |
| 下位尺度：個人の状態 | SF-36 | | 0.50 | *** |
| 下位尺度：知識 | 疾患に関する対処行動の積極性 | | 0.33 | *** |
| 下位尺度：対処能力 | 疾患に関する対処行動の積極性 | | 0.47 | *** |
| 下位尺度：支援 | 村岡式ソーシャルサポート尺度 | | 0.48 | *** |
| 予測妥当性(総得点) | 退院後の困りごと | | 0.60 | *** |
| QDTS | | 対応する指標 | | |
| 併存妥当性 | | | | |
| 下位尺度：得た情報量 | 退院計画への満足度尺度 | | 0.57 | ** |
| 下位尺度：指導の仕方 | 看護ケア満足度尺度 | | 0.50 | *** |
| 予測妥当性(総得点) | RHDS日本語版 | | 0.50 | *** |
| *p < 0.05 **p < 0.01 ***p < 0.001; r: Pearsonの積率相関係数 | | | | |
| 信頼性 | | | | |
| RHDS | Cronbach α | QDTS | Cronbach α | |
| 総得点 | 0.90 | 総得点 | 0.97 | |
| 下位尺度：個人の状態 | 0.79 | 下位尺度：得た情報量 | 0.91 | |
| 下位尺度：知識 | 0.81 | 下位尺度：指導の仕方 | 0.95 | |
| 下位尺度：対処能力 | 0.78 | | | |
| 下位尺度：支援 | 0.94 | | | |

られていて安心できる状態になっているかということ、対処能力として自分がどのくらいできそうかということと、退院後にどのくらい支援が受けられそうかということ、という形で全部で4つで、原版と同じ下位尺度にほぼ分けられました。しかし一部ちょっと因子構造と異なる部分があり、そちらについて、そのまま原版と同じ因子構造にした場合としない場合とで確認的な因子分析を行っていますが、原版と同じでほぼ大丈夫ということが分かったので、そちらを使いたいと思っています。

QDTSの方も、一部ちょっと異なる項目があったのですが、ほぼ原版通りの下位尺度で大丈夫ということが、因子分析で分かっております。

妥当性・信頼性も、ポスターに示す通り、一応確認できたということで、この2つの尺度に関しては、今後、患者さん自身による退院支援の評価スケールとして活用の可能性があると考えております。

ポスター 9

まとめ

研究1:

- 退院支援に関する文献を、がん末期の事例を中心に検討した結果、退院支援看護師・病棟看護師などの働きかけの特徴が一部明らかになった。
- 現在、文献検討を継続している。また、文献では実施者や対象者、時期、内容の詳細等が明らかにならない部分があるため、今後は、退院支援担当者への事例に関するインタビュー調査等も行ったうえで、ケアパッケージの作成につなげたい。

研究2:

- RHDSおよびQDTS日本語版を作成し、退院後も医療処置を継続する患者91名に対して検証したところ、概ね、原版通りの尺度構成で、信頼性・妥当性を有することが確認された。
- 本尺度は、患者による退院指導・退院支援の評価尺度として、活用可能と考えられる。今回は、自ら回答が可能な患者に対して調査を行ったので、今後は対象を広げての活用可能性を検討する必要がある。

ご支援ありがとうございました。

質疑応答

座長: そうすると一番大事な因子は何ですか？

永田: 準備状況に関してですか。

座長: それぞれについてです。

永田: 項目数等を見ても、患者さんの知識というのが一番大きく出ています。つまり、患者さんが実際、家に帰ってやれるようなセルフケアを行える知識を十分に得たなど思っているということが一番大きな因子として出てきています。

会場: 2つ質問があります。1つは、急性期病院を今回は対象にされていますが、自宅に退院される割合がどれくらいいらっしゃるのかということと、もう1つは、退院された後に、この病院の外来に今後も通院される方用の退院支援のケアパッケージなのか、違う施設に行くのか、あるいは他の訪問看護とかを入れるのか。それによってもかなり違うのではないかなと思いますが、そのへんはどんな開発

の方向性でしょうか。

永田： 今現在は、まずはご自宅に帰る方に向けてのケアパッケージということを考えています。他のサービスを使う方とセルフケアで行っている方、両方を含めた形にはなっているのですが、質の患者さんによる評価という点の尺度開発に関しては、今回は主に患者さん自身がお答えできる状態の方を対象としています。従って、ある程度セルフケアを行えるような状態の方に対して、この尺度は信頼性・妥当性が証明されたと思っているのですが、他のサービスを受けて生活する必要がある方に関しては、家族が答えるとか、そのへんを今後もう少し検討しないといけないと思っています。

会場： このケアパッケージの使い方ですが、支援時期というか時の観点が退院の支援を始めるのに大事だと思うのですが、このパッケージの中で、時の観点というのはどういうところに出てきますか？

永田： そちらについては、今日はお示しができていません。発表はその後の、全部終わってからの評価です。ケアパッケージに関しては、患者さんの退院支援の必要性が分かって、それからその後ケアされて退院するまでの時系列で、全部分析はしています。時期によってどんなケアが必要か、どのタイミングで何の支援がされていたかというのは、今日はまだお示しができていないので、今後また出していきたいと思っています。

会場： よく臨床で、特に急性期ではいつの時期から始めるかを悩むという話を聞くので、こういうパッケージでガイドがあれば役に立つのではないかなと思いました。

永田： ありがとうございます。