



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	大学病院における改訂版退院支援スクリーニング票の妥当性の検証
Author(s)	鷺見, 尚己; 奥原, 芳子; 安達, 妙子 他
Citation	看護総合科学研究会誌, 10(3), 53-64
Issue Date	2007-12-31
DOI	https://doi.org/10.14943/33876
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/35485
Type	journal article
File Information	sumi.pdf



大学病院における改訂版退院支援スクリーニング票の妥当性の検証

鷲見尚己¹⁾ 奥原芳子²⁾ 安達妙子²⁾ 浅野弘恵²⁾ 佐藤由佳²⁾

1) 北海道大学医学部保健学科看護学専攻

2) 北海道大学病院 地域医療連携福祉センター

Validity of a Revised Screening Tool for Identifying Patients in Need of Discharge Planning at a University Hospital

Naomi SUMI

(Division of Nursing, Department of Health Sciences, School of medicine, Hokkaido University)

Yoshiko OKUHARA, Taeko ADACHI, Hiroe ASANO, Yuka SATO

(Department of Nursing, Hokkaido University Hospital)

要 旨

本研究は、高齢患者用退院支援スクリーニング票をもとに改訂版退院支援スクリーニング票を作成し、妥当性を検討したものである。高齢患者用退院支援スクリーニング票は、退院支援のニーズに関連した7つの指標で構成され、10点以上の患者を退院支援が必要なハイリスク患者と判定するものである。今回、新たに「年齢」の項目を追加し、各項目の選択肢を具体的な表現に変更し改訂版退院支援スクリーニング票を作成した。

大学病院に入院した20歳以上の435名を対象にスクリーニングした結果、スクリーニング票のカットオフ値を10点として、ハイリスク患者の特定に対する感度、特異度は77.3%、84.3%であった。また、スコア10点以上の患者は、10点未満の患者に比べ、自宅外退院や退院支援を受ける割合が有意に高かった。

以上より、本スクリーニング票は、ハイリスク患者について判別可能であり、臨床活用上で有用なツールであると考えられた。

キーワード：退院支援，スクリーニング，妥当性，大学病院

I. 緒言

1. 退院支援の重要性

近年の医療改革に伴い、病院機能がより明確にされ、急性期病院における在院日数の短縮化や在宅療養への積極的な移行への取り組みが急速に進められている。平成18年度の診療報酬改訂の基本方針として、「地域の医療機能の適

切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅医療への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者のQOLを高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間が短くなる仕組みを作ることが必要である」¹⁾と明示された。このことは、適切な時期にスムーズに

かつ安心して退院を迎えることを目的とした「退院支援」の必要性がより示されたものといえる。さらに、平成20年度の診療報酬改訂では、在宅医療の推進のもとで退院支援の評価が見直される予定である。訪問看護との連携を中心とした切れ目のない支援の充実を求めている、病院での退院支援の取り組みが必須になっていると言える²⁾。

患者と病院双方にとって必要な「退院支援」には4つのプロセスがある³⁾。そのプロセスとは、「ハイリスク患者の早期発見」「ニーズアセスメント」「プランニング・実施」「フォローアップ」に分けられる。このうち、「ハイリスク患者の早期発見」では、入院早期に行うスクリーニングによる退院困難患者の抽出が重要であるとされている³⁾。スクリーニングを実施しない従来の方法では、退院直前に医師や看護師、あるいは患者・家族自身が退院に際して不安や困難を感じ、退院調整を実施するという問題や³⁾、短時間で退院調整を実施した結果、患者や家族の気持ちの沿わないままで退院を向かえるという問題が生じる可能性がある。このような問題を回避するためには、スクリーニングによりハイリスク患者を把握し、入院早期から退院支援の必要性を予測しながら、退院準備を進めることが必要である。

2. スクリーニングについての現状

近年のスクリーニングに関する報告では、退院におけるハイリスク基準やスクリーニング票の精度に関する問題、退院支援の業務および院内の支援体制の問題、スクリーニング導入による医療スタッフへの意識付けへの効果などがある⁴⁻⁸⁾。また、多くの医療施設で退院支援の重要性を認識し、独自にスクリーニング票やチェック表を作成するなど、退院支援の積極的な取り組みに関する報告がされるようになった。しかし、スクリーニングツールに関する研究報告に焦点をあてると、信頼性・妥当性が検証されたスクリーニングツールは少ない現状である。⁹⁻¹²⁾

近年、大学病院などの特定機能病院では、

DPC 導入により、適切な入院期間の確保が求められる、在院日数はますます短縮傾向にある¹⁾。要退院支援者を把握するための入院時スクリーニングの導入は、短い入院期間の中で退院支援を確実に実施することにつながると考えられる。大学病院では、退院支援におけるハイリスク患者と考えられる高齢者はもちろんのこと、悪性腫瘍や難病などの疾患を有する患者も多く、医療依存度が高い傾向にある¹³⁾。その結果、患者の背景や支援内容が多様となり、在宅療養支援や転院調整も複雑になることが多く¹³⁾、退院後の療養生活においても不安を抱えていることが報告されている¹⁴⁾。このように、患者特性を考慮すると、複雑な調整内容が必要となる退院支援になるほど支援に時間を要するため、入院早期に対象者を特定し支援を開始する必要があると言える。

以上より、大学病院における退院支援の特徴を踏まえ、退院支援を必要とするハイリスク患者を把握することを目的とした、妥当性のあるスクリーニングツールを検討することは臨床上の意義が大きいと考える。

II. 研究目的

本研究では、大学病院において20歳以上の患者を対象とし、すでに妥当性が検証されている高齢患者退院支援スクリーニング票を用いて、実用的な改訂版退院支援スクリーニング票を検討することを目的とした。

III. A 大学病院における退院支援の状況

A 大学病院は、広大な医療圏を有する地域の中核となる特定機能病院である。病院機能の特徴から、悪性疾患、ターミナル期の患者、難病などの医療依存度の高い患者が多い¹⁵⁾。院内には、退院支援を行う専門部署が設置されている。部署の設置当初は訪問看護を中心に行っていたが、近年は、退院支援を主として活動している。医師3名、看護師長1名、副看護師長1名、看護師1名、医療ソーシャルワーカー1名、事務

担当2名の体制で、年間約300件（相談業務を除く）を超える退院支援を実施している。退院支援実施数は年々増加しており、他の特定機能病院と同様に、医療依存度の高い患者や高齢患者が増加している傾向がある。支援内容としては、各種の居宅サービスの調整を主な支援とする在宅療養支援と転院調整の割合はそれぞれ50%であるが、最近ではターミナル患者のホスピスへの調整なども増えている。また、外来患者への療養生活支援や相談、外来から入院への移行などに伴う支援も多く実施している。

IV. 方法

1. 対象

A 大学病院に入院した20歳以上の患者435名である。専門部署による退院支援を実施した実績が比較的多い病棟（内科病棟2ヶ所、外科病棟4ヶ所）を対象とした。

2. 研究期間

2004年7～8月。

3. 研究方法

1) 高齢患者用退院支援スクリーニング票について

高齢患者は、身体的機能低下や認知障害などにより医療ニーズ以外に保健福祉ニーズを複合的に有し、療養生活の移行に際して、本人の状況のみならず家族や社会的問題を含むさまざまな問題を抱えやすく、退院支援に対するニーズも高い。2005年に開発された高齢患者用退院支援スクリーニング票（以下、高齢患者用SC票）は、退院支援を必要とする可能性の高い高齢患者を把握するためのスクリーニングツールであり、退院支援を必要とする患者の判別については、感度85.0%、特異度88.5%と精度が高く、妥当性が検証されている^{9, 10)}。

スクリーニング項目は、退院困難患者の特徴として指摘されているADL低下、家族介護問題、認知機能等の患者要因などを参考に¹²⁾、身体的機能、認知機能、家族形態および家族介護力、退院後も継続して必要となる医療処置の有

無、退院先の希望（自宅かそれ以外か）、介護保険認定関連等の7項目で構成されている。各項目の配点には重み付けがされており、退院支援に強く関連している項目には高い配点がされているのが特徴である。各項目について「なし」「あり」または「該当する選択肢」に○を付け、合計点を算出し、10点以上の場合に退院支援が必要なハイリスク患者であると判定する。合計点は0から26点であり、10点以上の患者は退院支援を必要とするハイリスク患者と判定する。記入時間も5～10分程度と短時間で記入の負担も少ないツールである。

2) 改訂版退院支援スクリーニング票の作成

退院支援専門部署のスタッフとともに高齢患者用SC票における課題などについて話し合い、高齢患者用SC票を改訂し改訂版退院支援スクリーニング票（以下、改訂版SC票）を作成した。

(1) スクリーニング項目の追加

高齢患者用SC票にある7項目は、患者の年齢に関係なく共通する問題であり、介護保険に関する項目も、45歳以上の第2号保険者でターミナル期あるいは特定15疾患の場合に該当する項目であると考え、改訂版SC票の項目としてそのままとした。

高齢患者用SC票は65歳以上の高齢患者を対象に開発されているが、今回は、小児を除く全患者をスクリーニング対象にすることを前提としていることから、退院に関してハイリスク基準の1つである「年齢」の項目を追加した。高齢になるほど療養上の問題を抱えやすく退院困難になるリスクが高まることはすでに報告されており、大学病院でも50%以上が65歳以上である¹⁴⁾といった、年齢と退院支援の必要性との関連が明らかにされているからである。追加した年齢の項目の配点は、後期高齢者のリスクの大きさを考慮し³⁾、「65歳未満は0点」「65～74歳は1点」「75歳以上は2点」とした。

(2) スクリーニング項目の表記の修正

A 大学病院で看護情報に使用している用語を参考にし、スクリーニング項目の選択肢の表現を具体的にした。これにより、スクリーニング実施者にとって、選択肢に関して判断しやすくなるという利点がある。特に、院内で看護情報の用語を使用することにより、入院時に収集した看護情報をもとにスクリーニングすることが可能となり、スムーズに実施できると考えた。具体的には、認知障害の有無については、「診断あり」「疑いあり」「なし」としていたが、「認知症等の診断あり」「記憶力/記名力の低下」などの具体的な症状や状況を表記した。家族介護の項目では、入院時点で対象者側から退院後について相談にくるケースが実際にあるため、選択肢の中に対象者自身の「支援希望の有無」を追加した。退院後に必要な医療処置についても「あり」「なし」の選択肢だったが、在宅療養で専門的ケアが必要になりやすい医療処置内容について、「ターミナルケア」「リハビリテーション」を含めて具体的に表記した。退院先の希望については、高齢患者用 SC 票では、新規の転院・施設入所はリスクありの「5 点」配点であるが、すでに他院に入院中あるいは施設入所中である患者の場合、治療が終了した後はもとの病院や施設に戻ることが確定している場合などは、「0 点」とした。介護保険については、介護保険の該当者は 65 歳以上であるが、40 歳以上で介護保険適応になる特定 15 疾患あるいはターミナル期の患者については、介護保険についてチェックを促すような但し書きを追加した。また、スクリーニングの実施欄は入院時以外に継続的に記入できるように、3ヶ所の記入欄を設けた。これらの手順によって、全患者を対象とした改訂版 SC 票を作成した(表 1)。

3) 改訂版 SC 票を用いたスクリーニングの実施と退院時および退院後調査

調査期間に対象病棟に入院した 20 歳以上の全患者に対し、病棟看護師が入院 1 週間以内に改訂版 SC 票に患者情報を記入し、スクリーニ

ングを実施した。調査時点ですでに入院している患者に対しては、調査開始から 1 週間以内に研究者自身が看護記録および看護師の聞き取りを実施してスクリーニング票に情報を記入した。また、退院先、健康状態、在院日数などの退院時状況、退院支援の実施の有無、退院後 1 ヶ月以内の再入院の有無について、看護記録から把握した。

なお、対象患者に対して専門部署による退院支援を実施する場合は、主治医や看護師からの依頼、あるいは患者家族本人の希望により支援を実施するという従来の手順に沿って実施した。

4. 倫理的配慮

本調査は、看護部および退院支援専門部署の部長の許可を得て実施した。患者データについては、退院支援の専門部署の鍵付保管庫に入れて厳重に保管し、プライバシーの保護に努めた。使用したスクリーニング票は分析後には速やかに処分した。

V. 結果

1. 対象者の特徴

435 名の平均年齢は 57.7 ± 16.7 歳、65 歳以上の患者は 177 名 (40.7%) である。在院日数の平均は、 36.1 ± 33.1 日であり、31 日未満は全体の 61.4% である。退院支援を実施した 22 名の在院日数の平均は、 60.2 ± 37.7 日と大きく延長していた。退院先は自宅が 404 名 (92.9%)、病院および施設が 24 名 (5.5%) で A 大学病院ではほとんどの患者が自宅退院していた。435 名中、専門部署による退院支援を必要とした患者は 22 名であった(表 2)。

2. 退院支援の特徴

435 名のうち悪性腫瘍の患者は 50% を占めていた。実施に退院支援を必要とした患者は 22 名であり、うち 16 名が悪性腫瘍の患者であった。また、退院支援を実施した患者の 11 名は 65 歳以上の高齢患者であり、75 歳以上は 6 名であった。

実際に専門部署が退院支援を実施した 22 名

表 1. 改訂版退院支援スクリーニング票

ID										
氏名										
1内 2内 3内 循内 血内 腫内 1外 2外 心外 整外 泌尿 形外 スポーツ 神内 眼 耳鼻 皮膚 神外 麻酔 リハ 婦人 放 核医 歯科										
入院日 年 月 日 退院日 年 月 日										
① 月 日 記入者() ② 月 日 記入者()										

1. スクリーニング項目について

①患者・家族の『家族介護』は、あてはまるものをすべて選択してください。複数に該当する場合でも得点は「4点」です。
 「主介護者の就労」は他と違い「2点」です。『同居者』については、18歳未満の就学者は除いてください。

②『退院後も継続する医療処置』は、在宅療養指導管理料の算定ができる項目を主としています。
 * あくまで入院時点での予測ですので、退院後に必要になると考えられる医療処置・ケアを選択してください
 * なお、入院経過において医療処置の必要性が明確になった場合、その時点で再判定してください。

③介護保険の対象者は、65歳以上、40歳以上の特定15疾患およびターミナル患者となります。

診断名							記入月日		
							/	/	/
年齢	75歳以上	2	65-74歳	1	65歳未満	0			
活動	移動動作	全介助	3	一部介助	2	自立	0		
	排泄	全介助	3	一部介助	2	自立	0		
感覚	認知状況	記憶力/記憶力低下	2	理解力低下	2	認知症(診断あり)	2		
		見当識障害	2	意識障害	2	正常	0		
患者 家族	同居者	なし	2	1人	2	2人以上(成人)	0		
	家族介護 ※ 現時点での状況 でチェックしてください	主介護者の有無	見守りや介護が必要な状態だがない、または遠方である				4		
		介護意思	現時点において、自宅での介護をする意思がない				4		
		介護上の問題	介護者に健康問題がある				4		
			介護者が高齢である(おおむね70歳以上)				4		
			介護することに不安が強い、あるいは患者の不安が強い				4		
			入院前の生活の中で療養(介護)上に何らかの問題が生じた				4		
		介護協力者	主介護者に対する協力者がいない				4		
主介護者の就労	現在、就労している				2				
退院支援の希望	ない	0	ある		4				
社会資源	介護保険 該当者: 65才以上、 40歳以上の15疾患および ターミナル期の患者	未申請	2	申請中	1	該当なし (自立者・64才以下)	0		
活用状況		認定済み	1	⇒ 自立/要支援/要介護(1 2 3 4 5)					
退院後に必要な医療処置 およびケア * 可能性の予測で良い	自己注射	5	創処置(褥創含む)	5	在宅酸素療法	5			
	中心静脈栄養	5	経鼻・胃瘻管理	5	持続陽圧呼吸	5			
	人工呼吸器	5	吸引(気管)	5	血液透析	5			
	リハビリテーション	5	服薬管理	5	ターミナル	5			
	その他	5							
退院先の希望	新規病院・施設 への転院	5	自宅	0	紹介元病院へ転院	0			
	わからない	0							
判定(合計)							点	点	点

退院支援専門部署の使用欄		
外来での初回コンタクト	月	日
初回の病棟訪問	月	日
次の病棟訪問	月	日
支援終了日	月	日

表 2. 対象者の入院時および退院時の状況（スクリーニング結果を含む）

n=435

		専門部署による退院支援の有無		全体	
		なし n=413	あり n=22	n=435	
		n	n	n	(%)
病棟	A	80	4	84	(19.3)
	B	82	9	91	(20.9)
	C	101	4	105	(24.1)
	D	51	1	52	(12.0)
	E	37	2	39	(9.0)
	F	62	2	64	(14.7)
年齢	mean±SD	58.7±15.1	67.7±10.5	57.7±16.7	**
年齢区分	40 歳未満	63	0	63	(14.5) **
	41-64 歳	184	11	195	(44.8)
	65-74 歳	111	3	114	(26.2)
	75 歳以上	55	8	63	(14.5)
退院先区分	自宅	389	15	404	(92.9) ***
	病院	16	6	22	(5.1)
	施設	2	0	2	(0.5)
	転科	1	0	1	(0.2)
	入院中	1	0	1	(0.2)
	死亡	4	1	5	(1.1)
在院日数	mean±SD	35.4±32.8	60.2±37.7	36.1±33.1	(8-203) ***
日数区分	31 日未満	260	7	267	(61.4) ***
	32-62 日未満	92	4	96	(22.1)
	63 日以上	61	11	72	(16.6)
家族形態	独居	45	3	48	(11.0) ns
	2人世帯	182	15	197	(45.3)
	3人以上	186	4	190	(43.7)
移動	見守り	49	9	58	(13.3) ***
	要介助	18	4	22	(5.1)
排泄	見守り	20	9	29	(6.7) ***
	要介助	11	2	13	(3.0)
認知障害	疑いあり	21	2	23	(5.3) *
	診断あり	9	2	11	(2.5)
家族介護状況	不在、遠方である	32	6	38	(8.7) *
	意思がないまたは不明	13	2	15	(3.4) ns
	健康問題がある	35	4	39	(9.0) ns
	介護者が高齢	38	5	43	(9.9) ns
	介護することに不安大	7	3	10	(2.3) ns
	入院前生活に問題あり	2	3	5	(1.1) *
	日常的な協力者なし	44	6	50	(11.5) ns
	現在就労している	74	7	81	(18.6) ns
介護保険	該当なし、申請中	296	8	304	(69.9) ***
	認定済み	7	4	11	(2.5)
	未申請	125	10	135	(31.0)
身体障害者手帳	認定済み	42	7	49	(11.3) **
退院先希望（自宅外）	あり	15	2	17	(3.9) ns
退院後も継続する医療処置の予測	あり	33	6	39	(9.0) **
高齢患者用スクリーニングスコア		4.5±4.1	11.1±3.8	4.8±4.4	***
改訂版スクリーニングスコア		5.1±4.5	12.5±4.8	5.4±4.8	***

 χ^2 -test, t-test * : p<.05, ** : p<.01, *** : p<.001, ns: not significant

に対する支援の内容は、転院調整が4件、訪問看護の導入が8件、介護保険申請準備が2件、情報提供および相談対応が5件、その他4件であった。

3. スクリーニング結果について

1) スクリーニングスコアについて

オリジナルの高齢患者用 SC 票と改訂版 SC 票を用いた場合でのスクリーニングスコアを比較した。スクリーニングスコアの平均は、高齢患者用 SC 票では 4.8 ± 4.4 点、改訂版 SC 票では 5.4 ± 4.8 点であった。実際に退院支援を受けた患者の改訂版 SC 票のスコアは、 12.5 ± 4.8 点となり、支援を受けなかった患者の 5.1 ± 4.5 点に比べ有意に高くなっていた。

スクリーニングスコアと在院日数および退院時・退院後の状況の関連について散布図を作成した (図1)。スコア10点以上の患者では、自宅外退院、退院支援の実施、入院中の死亡など、退院に関してハイリスクな状況にある患者が多く分布していた。

退院時の状況とスクリーニングスコアとの関連を見ると、自宅外退院する場合に、退院支援の有無にかかわらずスコアが高くなり、順に死亡退院、社会資源を活用しながら自宅へ退院する場合にスコアは低下していた (図2)。退院

支援を受けて自宅外退院した場合の方が、支援なしで自宅外退院した場合よりも、スコアのばらつきが小さくなっていた。

2) スクリーニング票の感度と特異度

高齢患者用 SC 票の開発段階における感度、特異度はそれぞれ 85%、88%であった。今回、改訂版 SC 票の評価に用いる基準には、実際に「専門部署による退院支援を受けた」「死亡退院」「退院支援の有無に関係なく自宅外退院であった」「退院後1ヵ月以内の予定外の再入院があった」など、「退院に関してハイリスクな状態」に関する項目を設定した。しかし、「長期入院」については、今回の判定基準には設定しなかった。「長期入院」は、明らかに退院支援に関するリスク要因であるが、A大学病院は特定機能病院であり、専門的治療の実施等により3ヶ月以上の入院も生じるケースが比較的多く考えられ、本分析における判定基準からは除外した。

435名の患者を対象に、高齢患者用 SC 票を用いた場合、カットオフ値を10点とすると感度 65.3%、特異度 93.0%であった。一方、改訂版 SC 票では、感度 77.3%、特異度 84.3%であった。

退院時の状況をスクリーニングのカットオフ値10点前後の2群で比較すると、高齢患者用

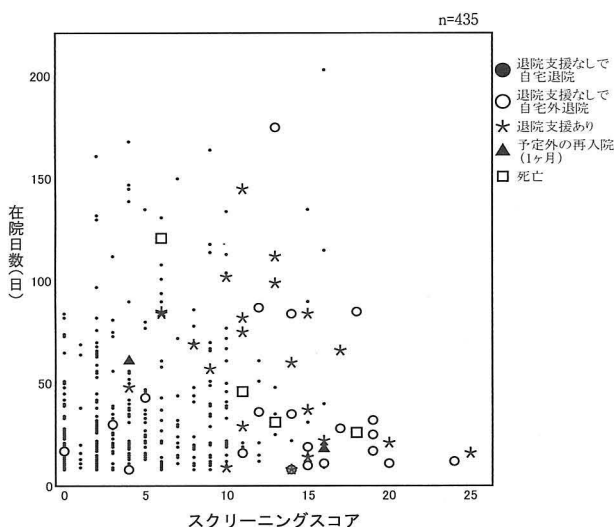


図1. スクリーニングスコア (改訂版 SC 票) の分布と在院日数および退院時の状況

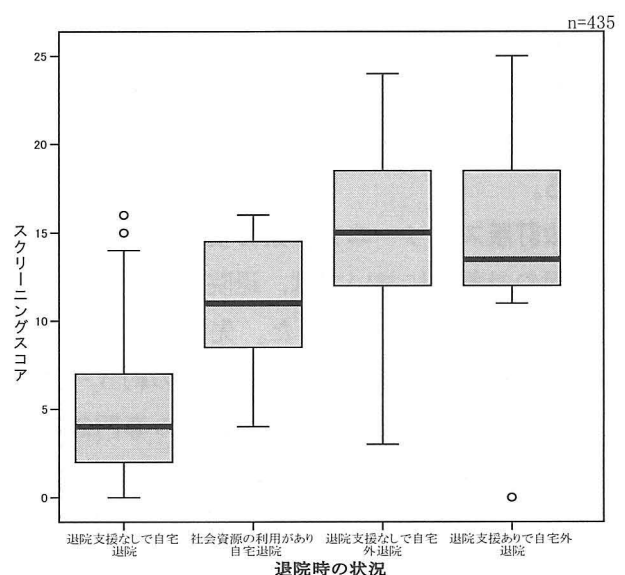


図2. スクリーニングスコア (改訂版 SC 票) と退院時の状況との関連

表 3. スクリーニングスコア別の退院時の比較

		n=435					
		自宅外退院	社会資源 の調整	予定外の再入院 (1ヶ月以内)	死亡退院	退院支援 の実施	
高齢患者用スクリーニング スコア	10 点未満	9	6	1	1	***	7
	10 点以上	18	10	1	3		15
改訂版スクリーニング スコア	10 点未満	6	4	1	1	***	5
	10 点以上	21	12	1	3		17

 χ^2 -test, ***: p<.001

と改訂版 SC 票のどちらにおいても、10 点以上の患者は 10 点未満の患者に比べて、自宅外退院や社会資源の調整など、退院支援が必要な状況であった（表 3）。

3) スクリーニング票の記入について

担当した看護師からは、「退院後の医療処置の可能性」の予測が難しいという意見があったが、スクリーニング項目の内容の分かりにくさなどの意見は聞かれなかった。

VI. 考察

1. 対象者の特徴

435 名の患者の特徴は、悪性腫瘍の患者が多く、他の大学病院での患者の特徴と一致していた¹⁶⁾。さらに、退院支援に関連する特徴についても、高齢患者が 50% 近くを占め、在宅支援と転院調整がそれぞれ 50% 前後であるなど、先行研究の報告と一致した結果であった¹³⁾。在院日数については、院内全体の在院日数ではないため、先行研究の結果とは比較ができないと考える。

2. 改訂版スクリーニング票の妥当性と有用性

今回の対象者においては、退院支援の実施率が 4.8% と低い結果であった。先行研究における退院支援の実施率は全体の患者数の約 5 - 6% 程度であること¹⁷⁾、A 大学病院での専門部署による退院支援の実施実績は約 20 - 25 件/月であることから見て、本調査期間での退院支援の実施率は少ない状況にあったと考えられる。この理由としては、明らかな原因は特定できないが、対象病棟を限定していることにより、退

院支援の実施率に偏りが生じた可能性も考えられた。この点については、継続的な検討が必要と考える。

スクリーニング票の項目については、先行研究でのハイリスク患者の要件と一致しており、一定の妥当性はあると考えられる³⁻⁷⁾。スクリーニング票における感度・特異度については、今回検討した改訂版 SC 票は、カットオフ 10 点として感度 77.3%、特異度 84.3% であり、同じ対象者に高齢患者用 SC 票を用いた場合に比べ、特異度は低下したが、高い感度が得られた。また、高齢患者用 SC 票の開発時における感度は 85%、特異度は 88% であったが^{9, 10)}、退院支援のニーズが高い高齢患者を対象としたものであり、20 歳以上の患者を対象とした本結果においては、感度、特異度もおおむね同等であると評価でき、判定能力についての妥当性は認められると考える。さらに、改訂版 SC 票を使用した場合、スコア 10 点以上と 10 点未満の 2 群に分け退院時の患者の状況を比較すると、「自宅外退院」や「退院支援の実施」、「入院の死亡」などにおいて有意な差が認められることから、退院支援の必要なハイリスク患者として判別するためのカットオフ値を 10 点とすることは、一定の妥当性があると考えられる。

一方で、スクリーニングにおいては「特異度」についての課題があると考えられる。先行研究においても、全患者の 25% がハイリスク患者に判定され実務的に前介入は困難であるという報告がある¹²⁾。退院支援の目的からみて、できるだけリスクを抱える患者を漏らさず支援すること

を第一に目指すとすれば、スコア 10 点以上の患者を介入の必要性が高い患者として位置づけ、入院後の継続的なモニタリングや専門部署でのカンファレンスを実施し、入院時スクリーニング結果を生かした退院支援をプランニングすることが重要と考える。しかし、対象施設における退院支援の実施率が 5 % 前後であることや院内での専門部署の支援体制などを考慮しながら、カットオフ値の再設定に関して検討する必要性も考えられる。

スクリーニング項目の選択肢の表記を変更した点については、内容が分かりにくいなどの意見は聞かれなかったことから、記入のしやすさについては評価できると考える。今後、継続して使用した結果から再評価する必要があると考える。

以上の結果から、今回、高齢患者用 SC 票をもとに改訂した新しいスクリーニング票は、20 歳以上の全患者を対象に退院支援の必要性を判別する「入院時スクリーニングツール」として実用的に使用可能であると考ええる。

3. 改訂版スクリーニング票のスコアと退院支援の関連

改訂版 SC 票のスコアと退院支援の特徴との関連が明らかとなった。自宅外退院の群はスコア平均が高く、自宅退院する群が低いことについては明らかであると言えるが、退院支援を受けず自宅外退院した患者のスコアのばらつきが大きいことについては、患者の持つニーズの多様性ととも大学病院の各診療科における退院システムとの関連が考えられる。A 大学病院では、治療終了後の転院に関してマニュアル化されている診療科があり、その場合、退院支援専門部署の支援を受けずに転院していた。同様に、入院時点から転院先や施設入所先が確保されている場合は、専門部署の支援なしで退院することが可能であった。このようなケースの退院に関するリスクを考えた場合、治療経過に伴う身体状態の悪化や転院先の受け入れ状況の変化などによっては、予定通りの退院ができない可能

性も否定できない。したがって、退院に向けてのスケジュールが明らかにされている患者についても、スクリーニングの結果を踏まえながら、専門部署による退院支援の必要性について、継続的なモニタリングが必要であると考えられる。

次に、スクリーニングスコアと退院支援の実施との関連について検討した結果、社会資源を利用し自宅へ退院する場合は、自宅外退院よりもスコアのばらつきの幅は小さく 10 点前後に分布していた。一方で、退院支援を受けず自宅退院している場合も 10 点から 15 点の患者が含まれていることから、10 点前後のスコアの患者は、退院支援を必要とするか否かについては不確定な集団であると考えられる。これらの患者は、入院経過によっては支援を必要とする可能性の高い集団であると考え、病棟で継続的なモニタリング等を行う必要があるだろう。

これらの結果から、スクリーニングスコアは、リスク判定とともに、退院時の状況つまり退院支援の内容についても一定の予測が可能であると考えられた。なお、大学病院においては、治療に伴う医療ニーズが大きいことも特徴であるが¹⁶⁾、入院時に予測不可能な入院中のニーズ発生についてはスクリーニングの限界であると考ええる。

4. 入院時スクリーニングを導入への課題と取り組み

スクリーニングを実施する場合、入院時に看護師が担当することが想定される。その際、入院時に患者や家族から入院前の生活、入院時点での退院に向けた思い、家族介護問題などを話し合うことになるが、担当看護師にとっても退院を見通した看護アセスメントする機会となる。スクリーニングの導入は看護師への退院支援に関する教育的効果も報告されていることから⁸⁾、病棟看護師の退院支援に対する関心を高め、積極的に入院中の看護に生かされることも期待できる。また、患者・家族自身が入院期間、入院目的を理解し、主体的に退院を考えるきっかけとなることもスクリーニング導入の効果として

今後期待できる。

スクリーニングにより、10点以上のハイリスク患者と判定された場合には、医師、看護師ともに入院中の患者・家族の状態、退院への意向などに注意を向けながら、地域医療連携福祉センターとの早期連携を図り、計画的な支援が必要であると考えられる。また、10点以下の場合にも、入院期間中の継続的なスクリーニング（モニタリング）が必要であると考えている。入院経過によっては、スコアの上昇も考えられ、ハイリスク患者として支援が必要になるかもしれないからである。

一方、スクリーニングの実施により看護師の業務が増える可能性は避けられないが、スクリーニング項目も10項目であり、看護師が扱う看護情報と同じ表記であることから、改訂版SC票の記入については、比較的負担も少ないと考える。「医療処置の可能性」の項目の記入が難しいという意見もあるが、本項目についてはあくまで入院時点での予測であり、スクリーニングとしての限界であることを理解してもらうとともに、主治医と入院目的や見通しを共有することによって、予測できる面もあると考える。また、看護師年数に関係なく、スクリーニング票にある項目に注目することで、退院に向けてのアセスメントができるということもスクリーニング票の利点である。

現在、在宅療養推進の流れの中が強まっていることを背景に、病院と地域との連携のあり方がさらに重要になってくると考えられる¹⁸⁾。今後は、スクリーニング結果を生かしながら、病棟と専門部署との効果的な連携のあり方や退院支援プロセスについて検討する必要があると考えられる。

VII. 結論

高齢患者用退院支援スクリーニング票をもとに作成した改訂版退院支援スクリーニング票は、対象者を限定することなく利用可能であり、簡便にスクリーニングを実施できる。さらには、

退院支援を必要とする患者の判別に関して、感度77.3%、特異度84.3%であり、妥当性も保証されていると考える。

本スクリーニング票は、入院早期に退院支援を必要とする患者を把握することが可能であり、臨床実践上で有用かつ実用的なスクリーニングツールであると考えられる。

引用文献

1. 厚生労働省ホームページ：平成18年度診療報酬改訂に係る通知等について，<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/tp0314-1.html>.
2. 厚生労働省ホームページ：平成20年度診療報酬改訂の基本方針，<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/12/dl/s1203-6a.pdf>
3. 手島陸久：退院計画－病院と地域を結ぶ新しいシステム，中央法規，31－51，1997.
4. 京極高宣：実践 退院計画導入ガイド，日総研，35，2000.
5. 森鍵祐子，叶谷由佳，大竹まり子，他：特定機能病院における早期退院支援を目的としたスクリーニング票の導入および妥当性の評価，日本看護研究学会誌，30(4)，27－35，2007.
6. 荻田みわ子，山本厚子，福永たか子，他：退院支援に有効なスクリーニングシートの検討－実用的なスクリーニングへの変更をめざして，日本看護学会論文集（地域看護），36，189－191，2006.
7. 大竹まり子，田代久男，齋藤明子，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，1，57－69，2004.
8. 五十嵐久枝，小原康子，佐藤一子，他：退院援助スクリーニングシート使用前後の看護師の意識の変化 退院支援における一考察，新潟県立がんセンター新潟病院看護部看護研究平成18年度，21－28，2007.
9. 乗越千枝，島内節，友安直子，他：急性期病院におけるディス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, 4(1), 47-53, 2000.
10. 鷺見尚己, 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1報), 日本病院管理学会誌, 42(3), 37-48, 2005.
 11. 鷺見尚己, 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2報), 日本病院管理学会誌, 42(4), 37-49, 2005.
 12. 設楽美佐子: 対象者に合った独自のスクリーニング票開発と退院計画のための体制整備. 看護展望, 26(13), 40-45, 2001.
 13. 柳澤愛子, 若林浩二: 特定機能病院からの退院支援. 保健の科学, 40, 113-118, 2002.
 14. 永田智子, 村嶋幸代: 高齢患者が退院前・退院後に有する不安・困り事とその関連要因, 病院管理, 44(4), 323-335, 2007.
 15. 大内尉義 (編): 日常診療に活かす老年病ガイドブック第8巻—高齢者の退院支援と在宅医療 退院支援の必要な患者のスクリーニング法の詳細, メヂカルビュー社, 28-35, 2006.
 16. Murashima S., Nagata S., Toba K., et al: Characteristics of patients referred for discharge planning for a geriatric ward at a national university hospital in Japan, Nursing and Health Science, 2(3), 153-161, 2001.
 17. 数間恵子 (代表): 平成16-18年度科学研究費補助金 基盤研究 (A) 研究成果報告書 病院看護の予防機能発揮による効果的・効率的医療の提供に関する研究 (課題番号16209064), 217-250, 2007.
 18. 川越博美: 病院と地域の連携を促進する早期退院支援ガイドライン, 日本看護協会, 10-33, 2003.

Validity of a Revised Screening Tool for Identifying Patients in Need of Discharge Planning at a University Hospital

Naomi SUMI

(Division of Nursing, Department of Health Sciences, School of medicine, Hokkaido University)

Yoshiko OKUHARA, Taeko ADACHI, Hiroe ASANO, Yuka SATO

(Department of Nursing, Hokkaido University Hospital)

Abstract

The purpose of the present study was to examine the validity of a revised screening tool for identifying patients who might require discharge planning at a university hospital. The original screening tool contained the following seven predictors based on elderly patients' needs for discharge planning: functional and mental status, medical treatment, living situation, arrangement for residence after discharge, problems regarding care at home, and application for Long-term Care Insurance. Total scores ranged from 0 to 26 and patients with scores greater than 10 were considered high-risk patients who should be referred to the discharge planning team. In the revised version, an age item was added and the contents of each predictor were modified concretely.

The screening tool was completed by 435 patients over the age of 20 years who were hospitalized in a university hospital. The results indicated that among patients who scored more than 10 points, a high proportion were discharged to a place other than their homes or received discharge planning. Furthermore, when the cut-off value of the screening tool was set at 10 points (total score range: 0 to 28), the sensitivity for "high-risk patients", i.e., those who were discharged to places other than their homes or received discharge planning was 77.3%, with a specificity of 84.3%.

The present results suggest that this revised screening tool could be used to identify "high-risk patients" at a university hospital and is valid for clinical use.

Key Words: discharge planning, screening tool, validity, university hospital