

〔研究報告〕

訪問看護導入を円滑にするための病棟訪問と退院支援スクリーニングシートの作成及び活用への検討

加藤 由香里¹⁾ 黒江 ゆり子²⁾

Study of Creating and Utilizing a Screening Sheet Based on Ward Visits to Facilitate a Smooth Transition from Hospital Care to Home Visiting Care

Yukari Kato¹⁾, Yuriko Kuroe²⁾

要旨

本研究は、訪問看護ステーション看護師の立場から、併設病院入院患者で訪問看護が必要な患者を早期に把握し、訪問看護につながる方法を明らかにすることを目的とした。

そこで、訪問看護師によるモデル病棟A病棟への訪問と、入院時にモデル病棟A及びBの全患者に対し記載する退院支援スクリーニングシートを作成・提案した。また、作成した退院支援スクリーニングシートの活用促進をめざし、検討と修正を行った。

訪問看護師によるA病棟への定期的な病棟訪問は、6か月実施し15人の患者を検討したが、訪問看護導入に至ったのは1人であり、訪問看護が必要な患者を十分把握するのは困難であった。

31項目からなる退院支援スクリーニングシートを作成し、A及びB病棟においてスクリーニングシートを導入し、スクリーニングシート内容と患者の状況等を確認した。スクリーニングシートにて把握され、退院後に訪問看護が導入になった患者のスクリーニング該当項目は5～12項目で、7～12項目ある患者が92%であった。自施設訪問看護利用者についても、同様のスクリーニングシートを用いて、訪問看護利用者の特性の確認を行った。スクリーニング該当項目は5～15項目で、7～12項目ある患者が83%を占めていた。訪問看護が必要な患者は、スクリーニング該当数や介護保険サービス利用中であること、家族が介護に負担や不安を抱えていること、嚥下が良くない等の特性を持つことが明らかになり、病棟看護師にも認識された。

スクリーニングシートは、退院支援が必要な患者を漏れなく把握できる点で有効であり、得られたチェック該当数及びチェック項目は訪問看護が必要な患者を判断する重要な視点である。また、病棟看護師によるスクリーニングシートの記載や訪問看護師との退院支援の関わりを通して、病棟看護師による退院支援の可能性や訪問看護への関心の高まりが示唆された。

キーワード：退院支援、スクリーニングシート、在宅療養、訪問看護師

I. 研究目的

医療機関での在院日数が短縮化し、一方で在宅介護を

推進する介護保険の定着により、短い入院期間で治療し、医療依存度が高い状態で在宅へ移行していく傾向がある。

1) 岐阜中央病院 Gifu Central Hospital

2) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学領域 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2004年度より、亜急性期入院医療管理料が新設され在宅復帰等を目的として行う入院医療管理が評価されるようになり、専任の在宅復帰支援を担当する者を1人以上配置することが明記されるなど、退院支援を業務として行う必要性が認められている。そのような現状の中、退院支援を行う部署や退院調整看護師を新たに配置する病院が各地にみられ始めており、入院早期に退院支援を開始する必要性は認識されている。更に2007年4月の医療法の改正においては、病院又は診療所を退院する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と連携を図り、適切な環境の下での療養の継続への配慮等の医療施設の責務が見直された。しかし、短い入院期間の中では、入院の目的疾患に関連した処置・ケアを中心とした病棟看護が展開されるため、病棟看護師は在宅の人的・物理的環境を考慮して退院後のケアを調整していくのが困難な状況となっている。

筆者の所属する訪問看護ステーションにおいても、併設病院入院患者の訪問看護依頼が退院前日にあり、患者・家族への十分な在宅準備支援がなされておらず、患者・家族から医療処置方法や医療材料の調達に関する不安や困惑を訴えられることがある。また、入院中の患者であるが院内からの情報はなく、院外の居宅介護支援事業所から退院直前に連絡がありその患者の存在を知ったという現状がある。

そこで本研究では、併設病院における退院支援に関わる課題をふまえ、退院後に訪問看護が必要な患者を早期に把握して、訪問看護に繋がる方法を明らかにすることを目的とする。なお、本取組みは3年間に亘る看護実践研究としての取組みであり、筆者は、併設病院を持つ訪問看護ステーションの訪問看護師として取組みを行った。

II. 研究の背景

1. 自施設の現状

所属している訪問看護ステーションは、併設病院が新築移転した翌年から開設されており、筆者は2000年より訪問看護師として勤務している。

現状分析を行った2004年において、看護師は主任1人、看護師4人で、訪問看護には主任以下5人があっており、作業療法士3人が病院と兼務で訪問リハビリを担当して

いる。訪問看護ステーションの看護師は、約300床を有する併設病院の看護部にも属しており、主任が師長会に参加し、看護部や病院の研修会等には訪問看護ステーション看護師も参加している。併設病院では往診を行わなくなったため、退院後は近隣の開業医が主治医となることがほとんどである。

併設病院には退院調整を担当する看護師の配置はなく、医療ソーシャルワーカー（以下MSWとする）2人は主治医の依頼箋に基づき介入を行う。そのため、入院患者に対する訪問看護の利用依頼は、併設病院のMSWからもあるが、院外の居宅介護支援事業所のケアマネジャーからが多い。また患者と家族は、入院中に退院後の生活に向けて、病棟看護師やリハビリスタッフ、MSW等の関わり状況により個々に相談する場合があるが、総合的に退院後の具体的な生活や医療を踏まえた看護に関して相談する窓口がないため、訪問看護ステーションに相談に来る患者・家族がある。

病棟と訪問看護ステーション間での情報共有は、訪問看護利用者が入院した場合は、看護サマリーを病棟へ持参して継続が必要なケアを依頼し、入院中も経過と患者状況の確認のため病棟訪問を行っている。しかし、患者の状況確認や家族の意向についての代弁にとどまり、依頼したケアが継続されていないため患者の状態が悪化し家族が不安を持っていたり、病棟訪問では十分な問題の解決が困難であった。病棟からも退院時に看護サマリーが渡されるが、相互の看護サマリーが十分活用されているかどうかについては確認されていない。

このような現状から、併設病院から自施設訪問看護ステーションを利用した在宅療養へつなげるためには、まず①訪問看護が必要な患者の早期把握が必要であり、対象が把握されたら②自宅退院に向けた支援内容の明確化、更には③併設病院内での入院から退院までの支援の流れの確立が必要となると考えられた。

そこで、2003年頃より、併設病院入院患者で訪問看護が必要な事例や、訪問看護等在宅サービスが整えば退院できる事例を円滑に訪問看護に結びつけるため、訪問看護に関するファイル（訪問看護が適用となる状況、訪問看護利用までの手続き、必要な書類等を一式にしたファイル）を自施設にて病棟用に作成し、各病棟に説明後設置した。しかし設置後に訪問看護の依頼や相談等の反応

はみられなかった。また、訪問看護の合間に不定期に病棟を回り、病棟看護師や師長に訪問看護が必要になりそうな患者の有無を尋ねたが、十分に応えられる看護師は少なかった。また、訪問看護の合間での病棟訪問のため、訪問看護が忙しくなると訪問ができなくなり継続性に乏しい状況であった。

2. 他施設の現状

自施設の所在する県内において、併設病院を持つ訪問看護ステーションと病棟との連携について現状を把握するために、近隣の訪問看護ステーション5事業所に、病棟との連携について問い合わせ、3事業所からの回答を得た(2004年10月)。その結果、ケアの継続のため病棟への訪問看護サマリーの提出や入院中の利用者への病棟訪問、ケアマネジャーとの情報交換など行っているが、退院時に病棟からの看護サマリーが得られない、退院が急に決まり退院指導がなされていないという現状があることが把握された。

病院と訪問看護ステーションの連携については、文献では2003年から取り組みの報告がみられており、病棟内や医療相談などから訪問看護ステーションへつながる場合、病棟及び医療相談担当者が訪問看護の必要性を判断できる方法が課題であり、ケアマネジャーを経由して患者の退院の情報を得ることもあるが、それよりも前に病棟から情報提供がされることが訪問看護の開始をスムーズにすると指摘されている¹⁾。また、同一法人内の病院と訪問看護ステーション間での連携をとるための取り組みとして、入院中の事前連絡、退院直前連絡、初回訪問と今後の予定連絡などの連絡を密にとる取り組み²⁾や、「入院時介護評価表」、「看護サマリー・介護評価表」「訪問看護要約」「退院指導チェックリスト」などやり取りする書式の作成と活用や、退院前サービス調整会議や初回訪問後カンファレンスを開催する取り組み³⁾が報告されている。看護基礎教育では1997年度入学生から「在宅看護論」が新設され、訪問看護ステーションでの実習体験をしているが、病棟で中核を担っている看護師の多くは、在宅療養の実際を学習する機会がほとんどない。このことから、看護師教育の一環として病棟看護師を系列の訪問看護ステーションで訪問看護研修する取り組み⁴⁾、更に病院内において訪問看護経験者による「看護相談室」を開設する取り組み⁵⁾などが行われている。しかし、これらの取り組み

により、患者や家族の不安の軽減の声が聞かれたという成果がみられたものもあるが、どの取り組みにおいても十分な連携が取れないという結論に至っている。

2005年以降の文献においては、病棟・訪問看護師間の連携のために、病棟看護師と訪問看護師が同行訪問を行うことで、病棟看護師が在宅での生活実態や訪問看護の役割を理解でき、在宅療養に向けた取り組みに関心が高まり、同行訪問が連携強化に有効であったという報告⁶⁾や、訪問看護師が併設病院に定期的に病棟訪問を行うことで、訪問看護依頼件数が増加し、病棟訪問の場が病棟看護師との話し合いの場となっており、患者・家族の不安が少なく在宅療養に移行するために病棟訪問は有効であるという報告⁷⁾がみられ、その取り組みと効果が確認されつつある。更には、急性期病院において併設訪問看護ステーションの訪問看護師が主導し、ハイリスク患者に対し退院までの調整を行っていくシステムを構築した取り組みで、4年間の実績を積み、退院調整を訪問看護師が行う利点が明らかになり、従来の訪問看護事業に加えて退院調整も病院と訪問看護ステーションが一体となった新しいサービスとして病院内でも認められ、患者にも周知されているという成果の見られた取り組み⁸⁾も報告されている。

Ⅲ. 研究方法

1. 病棟訪問による訪問看護を必要とする患者の把握

①病棟から在宅への移行を円滑にする取り組みとして、訪問看護師が病棟に定期的に訪問することについて併設病院の看護部長に提案する。併設病院を持つ訪問看護ステーションとして入院患者で訪問看護導入の可能性のある患者への支援の必要性を共通認識し、病棟訪問の情報を訪問看護ステーション内で共有できるようにする。

②モデル病棟A病棟の病棟師長と打ち合わせを行い、週1回の定期病棟訪問を実施する。訪問看護が必要となる患者の有無を確認し、訪問看護の利用の可能性、退院に向けた準備等について病棟看護師の相談にのる。

2. 退院支援に関わるスクリーニングシートの提案と活用促進

①スクリーニングシートを作成し、併設病院の7病棟のうち看護部長が推薦し、協力の得られたA、Bの2病棟を対象に、対象病棟の全入院患者について病棟看護師

にチェックを依頼する。それを参考に訪問看護の必要性を判断する。

- ②自施設訪問看護を利用している利用者について、スクリーニングシートでチェックし、当該シートにおいて訪問看護が必要な患者の特性を検討する。

3. 倫理的配慮

本研究は岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文倫理審査部会の承認（17-A002-2）を受けて行った。病棟看護師には、対象病棟の全看護師が集まる機会に、訪問看護師には当該訪問看護ステーション看護師全員に、MSWには個別に、本研究の目的・方法・期待される成果、研究協力の自由、協力はいつでも中断できること、結果の公表については匿名性を確保すること等を文書を用いて説明し同意を得た。

IV. 研究結果

1. 訪問看護師による病棟訪問

2004年4月より、病棟から在宅への移行の円滑化の取組みとして、訪問看護師が病棟に定期的に訪問することについて看護部長と話し合いを持ち、モデル病棟を設定し関わることになった。看護部長が推薦し、病棟師長が同意したA病棟をモデル病棟として、2004年9月より2005年3月まで、週1回定期的に病棟訪問を開始した。訪問看護ステーションとしても、病棟から退院する患者で在宅療養に向けて準備が必要な患者に、在宅側からもサポートした方が良いという同意が得られた。

2004年9月21日、A病棟の病棟看護師が集まる病棟会において、訪問看護師による病棟訪問について説明会を実施した。病棟でどの看護師が対応したらよいかという質問があり、検討の結果、患者が決まっている場合は、受け持ち看護師かその日の担当の看護師が対応し、新規に訪問看護が必要と思われる患者についての相談は、その日のチームリーダー又は師長で対応することで同意が得られた。

週1回の病棟訪問を開始し、訪問看護が必要な可能性があると感じた患者について、病棟看護師と話し合い、訪問看護の必要性を判断した。表1に示したように、病棟訪問期間6か月間に検討した患者は15人あり、そのうち訪問看護導入に至ったのは1人であった。自施設訪問看護ステーション利用者が治療のため入院した患者は5

人で、訪問看護師よりケア継続依頼や病状確認、退院目的の確認を行った事例であった。更にその内1人は、訪問看護師が退院日を家族から聞き、当日病棟に確認したが看護サマリーが必要という認識もされていなかった。

病棟訪問活動により訪問看護が必要な患者が把握できることもあったが、①週1回の訪問時に病棟看護師が多忙で情報が取れない時がある、②看護師により患者の把握状況や、どのような患者が訪問看護の対象になるかというものの理解にばらつきがあり、選定患者に漏れがある、③筆者がカルテを1冊ずつ読んでいくにはかなり時間がかかり、限られた病棟訪問時間で全ての患者がみられない、という課題があり、十分な支援対象の把握が困難であった。

表1 病棟訪問で検討した患者内訳

(2004.9.21～2005.3.24)	
入院前から訪問看護利用者	5人
訪問看護不要と判断	5人
情報提供を受けたが、その後転院	2人
情報提供を受けたが、その後施設入所	1人
情報提供を受けたが、その後死亡	1人
訪問看護を新規に導入	1人
検討患者数合計	15人

2. 退院支援に関わるスクリーニングシートの提案と活用

1) スクリーニングシートの作成

病棟訪問における課題から、訪問看護の対象となる可能性が高い患者を判断するきっかけとなり、病棟看護師にとっても訪問看護対象者を理解する助けとなるものはないかと考え、退院調整や退院支援にかかわるスクリーニングシートを検討することにした。

退院調整や退院支援にかかわるスクリーニングシートとして、表2に示す文献等で報告されているものは、それぞれの施設で独自に作成されたものであった。それらのシートの項目及び構成を参考に独自の退院支援スクリーニングシート（以下スクリーニングシートとする）を作成した。

スクリーニングシート作成にあたっては、①訪問看護による看護の継続の必要性の視点、②入院時点で情報収集可能な内容、③シートが継続使用できるようチェックの簡便さに重点をおいた。作成したスクリーニングシートは図1に示すように、年齢要素2項目、家族構成要素3

表2 文献から確認された退院調整や退院支援にかかわるスクリーニングシート

スクリーニングシート名	作成(年度)	特性
「ハイレスクシート」の ハイレスク・スクリーニング基準 ⁹⁾	京都大学医学部 付属病院医療部(2004)	入院時スクリーニングシート9項目中1つ以上該当時、8項目のハイレスクスクリーニング基準(年齢、再入院、世帯、介護者、ADL、認知、医療処置、末期)にかけ、退院支援を開始。
退院調整スクリーニング票 ¹⁰⁾	青森県立中央病院 看護相談室(2004)	患者情報(医療処置、セルフケア能力、介護者の状況、住宅状況、経済面、医療・福祉制度利用)15項目のチェック式と依頼内容の自由記載欄、備考欄からなり、退院調整必要時に記載。
医療社会事業課連絡票	高山赤十字病院 医療社会事業部(2004)	「年齢・世帯」「障害」「疾病」「その他」計14項目のチェック式で、全患者入院7日以内に記載。
退院調整用 ハイレスクスクリーニング票	JA岐阜厚生連 東厚生病院(2004)	「客観的状況」「問題状況」計13項目のチェック式で、全患者入院24時間以内に記載。
退院計画スクリーニングシート	松波総合病院 看護部(2002)	「身体・精神面」「介護面」「経済面」計15項目のチェック式とメモ欄からなり、全患者入院3日以内に記載。

項目、入院時の主疾患8項目、身体状況13項目、排泄状況3項目、認知状況2項目で、計31項目からなるチェック式とし、入院時に病棟看護師が全入院患者に記載するものとした。

2) 自施設訪問看護ステーション利用者についてのスクリーニング結果

訪問看護が必要な患者のスクリーニング状況を確認するため、自施設訪問看護ステーション利用者を対象として、訪問看護師5人が担当利用者計30人の状況についてスクリーニングシートVer.1にて確認を行った(2005年8月13日)。表3に示す通り、訪問看護利用者のスクリーニングシートチェック項目数は5～15項目に限定され、そのうち7～12項目が83%を占め特に多かった。これは対象病棟におけるスクリーニング結果とも一致するものであった。

3) スクリーニングシートの対象病棟への導入

対象病棟であるA病棟及びB病棟においてスクリーニングシートを導入した。また、筆者が週1回程度病棟訪問し、スクリーニングシート内容と患者の状況等を確認した。

2005年5月10日～2006年1月5日の期間に対象病棟における入院患者数は延べ306人で、内202人(66%)の患者のスクリーニングシートが回収された。それらの患者のうち2006年1月5日時点で退院している延べ119人のスクリーニングシートについてVer.1の31項目について分析し、チェック数と退院後の経緯を表4に示した。これらの患者のうち、入院前から訪問看護を利用していた者が再開した者及び新たに訪問看護が導入になった者は延べ

13人であった。13人の患者のスクリーニングシートチェック項目数は31項目中5～12項目に限定され、そのうち7～12項目該当した患者が92%(12人)を占め特に多かった。また、13人に多くみられたチェック項目は、「介護保険サービスを利用している」9人、「家族が介護

17.5.10シート

退院支援スクリーニングシート Ver.1
(現在の状況で該当する□に○)

入院日: 平成 年 月 日
 記載日: 平成 年 月 日
 記載者: []

年齢
☐ 80歳以上
☐ 介護保険サービスを利用している
 (ケアマネジャー:)
 (訪問看護、訪問介護、訪問入浴、デイケア、デイサービス)

家族構成
☐ 一人暮らし
☐ 高齢者(65歳以上)のみの世帯
☐ 家族が介護に負担や不安を抱えている印象がある

入院時の主疾患
☐ 脳血管疾患
☐ パーキンソン症候群を含む難病
☐ 慢性呼吸不全
☐ 骨折
☐ 肺炎
☐ 慢性腎疾患
☐ 脱水症
☐ 心不全

身体状況
☐ 嚥下が良くない
☐ 胃瘻の可能性がある
☐ 痰の吸引が必要
☐ 気管切開がある
☐ 人工呼吸器が必要
☐ 褥瘡がある
☐ インシュリン自己注射が必要
☐ 在宅酸素が必要
☐ 腹膜透析が必要
☐ 食事制限や水分制限が必要 (食)
☐ 内服薬がきちんと飲めていない
☐ 移動動作に介助が必要
☐ 入退院を繰り返している

排泄
☐ 膀胱留置カテーテルを入れている
☐ 尿失禁がある
☐ 緩下剤を使用している

認知
☐ 看護師の質問に答えるのが難しい
☐ 情緒的に不安定である

図1 退院支援スクリーニングシートVer.1

表3 訪問看護利用者スクリーニング結果

スクリーニング項目における チェック項目数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
該当人数(単位:人)	0	0	0	0	1	2	5	6	4	2	4	4	1	0	1	30

表4 入院患者スクリーニング結果 (単位:人)

スクリーニング項目に おけるチェック項目数		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計
退院後の経緯	施設入所	0	1	1	5	6	3	3	2	0	0	0	0	0	21
	自宅(訪問看護なし)	19	24	12	8	13	4	3	0	1	0	0	0	1	85
	自宅(訪問看護利用)	0	0	0	0	0	1	0	2	3	3	3	0	1	13
計		19	25	13	13	19	8	6	4	4	3	3	0	2	119

に負担や不安を抱えている印象がある」8人、「入退院を繰り返している」7人、「高齢者のみの世帯」「嚥下が良くない」「痰の吸引が必要」等が各6人であった。

チェック項目数7以上の患者の退院後の状況を確認すると、チェック項目数7以上の患者は16人おり、その12.5%が施設、12.5%が訪問看護を利用せず自宅に退院、75%が訪問看護対象であったことから、7以上の患者に訪問看護の必要性が高いと考えられた。

4) スクリーニングシートの修正と活用への検討

スクリーニングシートの2つのモデル病棟での継続的な活用と、全病棟への普及のため、スクリーニングシートの内容と訪問看護師による病棟での退院支援の取組みについて、病棟看護師、病棟師長、訪問看護ステーションスタッフと表5に示すような、意見の確認や検討を行っていくことが必要であった。

第1回目の検討(2005年8月)では、対象病棟で月1回行われる定例の病棟会において、スクリーニングシートの記載や訪問看護スタッフが病棟で退院支援を行うことについての意見を確認した。その結果、新たに「施設から入院、または退院後入所予定」、「医療相談の介入が必要な印象がある(内容記載)」、「認知症」の3項目(全34項目)と、「その他(気になること)」の自由記載欄が追加された。

第2回目の検討(2006年2月)では、第1回の病棟会での意見聴取で十分な意見聴取が困難な雰囲気があったため、無記名の質問紙に記載してもらう形で意見を確認し、全スタッフ18名のうち16名から回収された。その結果、シートを記載することが「面倒」という意見もあったが、

「内容が簡単なので今後の参考になるなら良い」という意見も見られた。また、シートを記載し始めてから、「患者が在宅でどのような支援を受けていたかを知ること、退院後の支援に関心を持たなくては」や「訪問看護を身近に感じるようになった」等、意識や行動に変化が見られたとの回答もあった。スクリーニングシートの項目のうち「入退院を繰り返している」は、表現上判断に迷うという意見があったため、「1か月以内に入退院している(同一疾患に限らず)」と表現方法を修正した。更に、現在筆者が行っている役割を病棟師長が行った場合の退院支援の流れ図を病棟師長に提示し、スクリーニングシートの内容と今後の活用について検討した。その結果、「チェック数合計(記載者が記入)」欄と確認者(師長、MSW、訪問看護)署名欄を設けた。また、訪問看護導入患者のスクリーニングチェック数の分析から、「7点以上は訪問看護など在宅準備支援の可能性が高い」とシート内に追記した。

第3回目の検討(2006年9月)では、筆者と訪問看護ステーション管理者、訪問看護ステーション主任で検討を行った。管理者から、筆者が作成したスクリーニングシートを病院全体で使用して、病院から退院した患者の訪問看護を拾い上げていきたいという意向があった。また、MSWとの協働も必要であると思われたため、MSWにスクリーニングシートの活用を提案したが、活用していく意思はないことが確認されたため、確認者署名欄を変更(MSWを削除)した。

第4回目の検討(2007年3月)は、病院全体としてスクリーニングシートを使用していくためには、看護部業務

表5 スクリーニングシートの修正に向けた検討のプロセス

検討会 (年月)	検討の内容	スクリーニングシート 修正内容
第1回 (2005年8月)	定例の病棟会において意見聴取 1) スクリーニングシートの記入についての意見確認 『「その他」の項目又は気になることを自由に書ける項目があった方がよい』、「施設から入所した場合にチェックする項目がない」、「病棟では入院時に訪問看護が必要かまではわからないかもしれないが、『MSWが必要』という方がわかりやすいかもしれない」、他 2) これまで出された71人のシートの内容を一覧し気づいたことを検討 ①チェック項目数の多い医療依存度の高い人や介護量の多い人は、今まで病棟では在宅療養は難しいと思っていたが、チェック項目が多くても自宅退院していることを認識した。②「入院時の主疾患」の項目には入っていないが、「認知症」が書き込まれていたシートが多数あった、他	・「その他(気になること)」自由記載欄を追加 ・「施設から入院、または退院後入所予定」項目を追加 ・「医療相談の介入が必要な印象がある」項目を追加 ・疾患の項目に「認知症」を追加
第2回 (2006年2月)	1) スクリーニングシートについて質問紙(無記名)による意見把握(回収数16)と、その結果についての検討 (1) シートをチェックすることについての意見 ①面倒(6人)、②記入するのに時間がかかることではなく、内容はごく簡単なので、今後の参考になるなら良い(3)、他 (2) シートの各項目についての意見 ①自由記載を活用している(2)、②「入退院を繰り返している」という項目は、同一疾患のみ、あるいはどんな理由での入院も含めるか(1)、他 (3) シートを付け始めて意識や行動に何か変化したこと ①在宅でどのような支援を受けていたかを知り、退院してそのような支援が必要になるかもっと関心を持たなくてはと感じた(1)、②シートが存在することで訪問看護を身近に感じるようになった(1)他 2) 病棟師長に今後のシートの活用について検討 ①スクリーニングシート内に支援の流れに沿ったサインや面接の確認がわかるようにした方がよい、②チェック項目数の合計欄があった方がよい	・「入退院を繰り返している」から「1か月以内に入退院している(同一疾患に限らず)」へ修正 ・シート内に確認者署名欄を設ける ・チェック項目数の合計欄を設ける
第3回 (2006年9月)	訪問看護ステーション管理者、主任、筆者でシートの今後の活用について検討 「訪問看護主任がスクリーニングシートにて把握する役割を取ろうと計画しており、スクリーニングシートを全病棟で活用できないか」、「本来は病棟の仕事なので、期間を決め始めは訪問看護側で行い、慣れてきたら病棟師長に役割を移行していく」「MSWに相談をかけてみたが、連携し一緒にやる様子はなかった」、他	・スクリーニング確認者署名欄のMSWを削除
第4回 (2007年3月)	病院全体でスクリーニングシートを使用するために看護部業務委員会の看護手順に掲載することとなり、業務委員会、訪問看護ステーション管理者、筆者で検討。 ①退院支援全体を考慮した退院支援の手順を図式した「退院支援フローチャート」「在宅療養情報シート」「在宅支援経過記録」を作成、②「退院支援フローチャート」に沿ってシートの運用を師長が行うのなら確認者署名欄は要らないことで合意	・確認者署名欄を削除し記載者署名欄のみとした

委員会作成の看護手順に入れてから運用することになり、業務委員会、訪問看護ステーション管理者、筆者で検討した。退院に向けた支援の実践から出た退院支援の流れをもとに、訪問看護導入だけの目的ではなく、退院支援全体を考慮した「退院支援」の手順、それを図式化した「退院支援フローチャート」、「在宅療養情報シート」、「在宅支援経過記録」を作成した。スクリーニングシートについては、確認者署名欄を削除し記載者署名欄のみに変更した。

4回の検討の間もモデル病棟では、スクリーニングシートの活用は継続され、変更毎に修正したシートに差し替え使用された。

V. 考察

1. 訪問看護が必要な患者の把握

病棟入院患者で退院後に訪問看護が必要となる患者を早期に確認するため、訪問看護師による病棟訪問を行ったが、頻度として週1回であること、その場にいた1病棟看護師からの情報収集であること、訪問看護師である筆者が1回の病棟訪問で読めるカルテには限りがあること、等により十分な成果が得られなかった。

より合理的かつ病棟看護師とともに確認していく方法として病棟看護師が記載する退院支援スクリーニングシートを提案・活用した。そのスクリーニングシートの活用において、実際に訪問看護が必要な患者を把握することができ、訪問看護導入の支援にも至ることができた。

訪問看護対象者をスクリーニングするにあたり、今回作成したスクリーニングシートにおいては、チェック該当数7以上で訪問看護利用可能性の高い患者を特定できると考えられた。

スクリーニングシートのチェック項目内容は、訪問看護が必要になる患者の状況が多岐に渡るため、ある特定の項目のみで訪問看護の必要性を判断することは困難であるが、訪問看護導入患者に多く見られた「介護保険サービスを利用している」「家族が介護に負担や不安を抱えている印象がある」「嚥下が良くない」「痰の吸引が必要」等の項目のうち複数が該当する場合は、訪問看護を導入すれば自宅退院が可能であると捉えることができる。また、これらの項目のうち「家族が介護に負担や不安を抱えている印象がある」は感覚的であいまいな表現であるが、専門職である看護職者は、入院時に情報を取るわずかな関わりの中でもこのような印象を感じ取ることができるので、それを意識化することで、重要な支援につながる情報になっていくと考える。

退院支援スクリーニングシートの活用は、あくまでスクリーニングであるので、シートのチェックのみですべてを判断解決するものではなく、目的疾患の治療や緊急状況にある入院時から、退院後のサポートの必要性について全入院患者を予測的に捉える手段である。しかし、スクリーニングにより在宅療養支援患者を決定する判断材料として有効活用できる¹¹⁾という報告もあり、今回スクリーニングを実施したモデル病棟師長からも、「誰が担当しても支援が必要な患者を漏れなく拾い上げる一定の質を保つためにスクリーニングシートは有効である」という意見が得られ、全入院患者を視野に入れた上で、退院支援が必要な患者を把握できるという点で、スクリーニングという考え方は必要であると考えられた。

2. スクリーニングシートの発展的な活用のための方略

病棟看護師がスクリーニングシートを記載する過程で、第2回目のシートの検討時に、「再び在宅へ戻ることを思うと、患者様が在宅でどのような支援を受けていたか知り、これから退院してそのような支援が必要になるか、もっと関心を持たなくてはと感じた」「シートが存在することで、訪問看護を身近に感じるようになった」という意見が得られた。シートの記載やそこからの退院支援の介入を通して、以前は医療依存度が高く介護量が多い

状況の患者は、自宅へ帰ることが困難だと考えていた病棟看護師が、医療依存や介護量が多い患者の自宅退院の可能性や、訪問看護への関心を高めることができたと考えられた。徳田ら¹²⁾の調査においてもスクリーニングを導入後繰り返しチェックすることで、病棟看護師が退院支援の必要性の有無を判断するためのアセスメント項目が理解でき、そのことが退院支援に早期に介入しなければならないという意識の変化を及ぼしており、スクリーニングをきっかけに病棟看護師による退院支援の意識の高まりが期待できると考えられる。

スクリーニングシートは項目や形式において共通する部分はあるが、同一なものではなくどの施設においても独自に作成されており、今回の取組みにおいても併設病院の体制、病棟看護の状況、患者の特徴等から、より利用しやすくするため独自に作成するに至った。また、作成後も記載する病棟看護師の意見を反映するため検討と修正を繰り返した。検討・修正することにより、スクリーニングシートがより病棟看護師に利用しやすいものになり、更に前述のように病棟看護師が退院支援に関心を寄せたり、退院支援の担い手としての意識を高めることにつながった。今後も常に検討と修正が必要であると考え

る。また、坂井ら¹³⁾は、スクリーニングシートに加え、患者家族と医療者の方向性を確認するシート、退院に向けた病棟ケア内容を表示したシートを使用することで、退院支援に必要な支援の手順書として、経験の浅い看護師の実践力の不足を補う可能性を見出しており、退院支援をシステム的に行うために、今回作成したスクリーニングシートの持つ役割は、単なる初期の支援対象の特定だけではなく、退院支援の基礎情報として活用していけると考えている。

謝辞

本稿は平成19年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科修士論文にもとづきまとめたものである。研究に協力いただきました皆様に心より深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 島田千穂：同一法人内の連携システム, CARE, 5(11); 29-34, 2003.

- 2) 曾木はま子：患者・家族の安心を生む訪問看護の看護記録整備，看護展望，29(2)；195-200，2004.
- 3) 藤原泰子：病院とステーションの連携，訪問看護と介護，8(3)；174-190，2003.
- 4) 藤原泰子：訪問看護ステーションから見た看護連携の方法とその課題，看護展望，27(2)；160-166，2002.
- 5) 前掲3) .
- 6) 瀬戸広子，佐藤福恵，佐々木紫，他：病院・訪問看護師間の連携のための病棟看護師との同行訪問の試み，日本看護学会論文集37回地域看護；135-136，2006.
- 7) 篠原かおる，小野友子，寺内早苗，他：併設病院への定期的な病棟訪問を試みて－顔の見える連携－，癌と化学療法，33；332-334，2006.
- 8) 野田京子，生野秀子，三重野悦子，他：訪問看護師主導型「退院調整システム」，看護，57(13)；96-100，2005.
- 9) 植村康子：看護相談室専任者と各病棟の連絡委員の連携による退院調整，看護展望，29(11)；991-990，2004.
- 10) 徳田ゆかり，池美保，藤田晴久：退院支援に対する看護師の早期介入をめざした取組み入院時スクリーニングシート導入効果の検討－，日本看護学会論文集 看護総合，41；169-172，2010.
- 11) 前掲9) .
- 12) 前掲10) .
- 13) 坂井志麻，篠聡子，大堀洋子，他：特定機能病院において退院支援ツール使用前後における病棟看護師の退院支援にかかわる認識の変化，癌と化学療法，37；169-171，2010.

(受稿日 平成24年 9月20日)

(採用日 平成25年 2月 1日)

Study of Creating and Utilizing a Screening Sheet Based on Ward Visits to Facilitate a Smooth Transition from Hospital Care to Home Visiting Care

Yukari Kato¹⁾, Yuriko Kuroe²⁾

1) Gifu Central Hospital

2) Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

Abstract

This study aimed to clarify the method to identify which patients need home visiting care from the standpoint of visiting nurse.

Concerning these points, the visiting nurses visited model ward A, and created the screening sheet for supporting discharge that would be used for all patients in model wards A and B at the time of admission. The nurses continued to revise the screening sheet to improve its practical application.

The visiting nurse assessed 15 patients over a six-month period during regular visits to ward A, and one patient was connected to visiting nursing. It was difficult to assess sufficiently which patients need home visiting care.

A 31-item screening sheet for discharge support was created and introduced on A and B wards, and then aspects including screening sheet content and patient condition were confirmed. Ascertaining the contents of the screening sheet, 5 to 12 items pertained to screening for patients who would have visiting nursing, with 7 to 12 items accounting for 92% of the patients.

The visiting nurse assessed persons who use visiting nursing by the same screening sheet to confirm the features of visiting nursing users. The relevant screening items ranged from 5 to 15, with 83% of users accounting for 7 to 12 items. It was discovered, and the nurses confirmed, that the patients that needed home visiting care have a number of relevant screening items and use nursing insurance services; their families worried about the burden and insecurity of care; and patients' problems included difficulty swallowing.

The screening sheet was effective in every case for assessing patients who needed discharge support, with the relevant number and items checked as important points for determining those patients who needed visiting nursing. Moreover, the ward nurses' entries in the screening sheets and the visiting nurses' concern for discharge support implied that ward nursing staff would show greater interest in the potential for discharge support and visiting nursing.

Keywords: discharge support, screening sheet, home care, visiting nurse