

一般口演 | 第40回医療情報学連合大会（第21回日本医療情報学会学術大会） | 一般口演

一般口演20 看護情報システム

2020年11月22日(日) 14:00 ~ 15:23 B会場 (コンgresセンター3階・31会議室)

[5-B-2-04] 構造化されたアセスメント情報を含む看護実施データの分析による退院支援の評価

*福田 ゆかり^{1,3,4}、宇都 由美子^{1,2}、岩穴口 孝^{1,2}、花原 康代^{2,4}、市村 カツ子⁴（1. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 医療システム情報学, 2. 鹿児島大学病院 医療情報部, 3. 鹿児島大学病院 地域医療連携センター, 4. 鹿児島大学病院 看護部）

*Yukari Fukuda^{1,3,4}, Yumiko Uto^{1,2}, Takashi Iwaanakuchi^{1,2}, Yasuyo Hanabaru^{2,4}, Katsuko Ichimura⁴（1. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 医療システム情報学, 2. 鹿児島大学病院 医療情報部, 3. 鹿児島大学病院 地域医療連携センター, 4. 鹿児島大学病院 看護部）

キーワード：DPC (Diagnosis Procedure Combination), Nursing Plan Master, Assessment, Discharge support

【背景・目的】入院期間の短縮に伴う看護計画の作成時間や記録時間の効率化を目指し、鹿児島大学版 DPC対応看護計画マスタを作成し、2019年10月より使用を開始した。本マスタは、我が国初のアセスメントの視点を盛り込んだ看護計画立案ができ、入院時から退院時を見通した看護計画の作成を可能とした。筆者らの先行研究では、退院支援を実施した患者の看護計画や実施データを、退院支援の進捗に影響を及ぼす要因別（入院期間・年齢階級・転帰）に、ケアの提供状況とアセスメントの視点の関連性を分析した結果、患者の特性に応じたアセスメントの傾向が明らかとなった。今回は、退院支援を実施した患者の看護計画や実施データから見た病棟看護師のアセスメントの視点と、退院支援看護師が実施した支援内容との関連性を明らかにし、評価したので報告する。

【方法】期間：2019年10月1日～2020年1月31日、対象：期間中に1入院履歴を有し、退院支援を実施した患者の看護計画と実施データ、並びに退院支援スクリーニングと実施した退院支援の内容。方法：①鹿児島大学総合病院情報システム（THINK）に蓄積された看護計画及び実施データ、並びに退院支援スクリーニングと退院支援の内容を看護記録から抽出する。②抽出データを MDC別に分類し、患者数の多かった DPCについて分析する。③退院支援看護師による退院支援スクリーニングの内容と実施した退院支援の内容をもとに、病棟看護師が立案した看護計画のアセスメントの視点との関連性を分析する。

【結果及び考察】退院支援を実施した患者の看護計画や実施データには要支援患者の特性に応じたケア項目が反映されていた。さらに、要支援患者の退院困難な要因に対して退院支援看護師が実施した支援内容は、病棟看護師が立案した看護計画のケア項目と共通点が多く、看護計画に基づく情報共有や具体的な退院支援内容との関連性が明らかになった。

構造化されたアセスメント情報を含む看護実施データの分析による 退院支援の評価

福田 ゆかり^{*1*3*4}、宇都 由美子^{*1*2}、岩穴口 孝^{*1*2}、花原 康代^{*4}、市村 カツ子^{*4}

*1 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科医療システム情報学、*2 鹿児島大学病院医療情報部、
*3 鹿児島大学病院地域医療連携センター *4 鹿児島大学病院看護部

Evaluation of discharge support through analysis of nursing practice data, including structured assessment information

Yukari Fukuda^{*1*3*4}, Yumiko Uto^{*1*2}, Takashi Iwaanakuchi^{*1*2}, Yasuyo Hanabaru^{*4}, Katsuko Ichimura^{*4}

*1 Dept. of Medical Information Sciences, Graduate School of Medical Dental Sciences, Kagoshima University,

*2 Dept. of Medical Informatics, Kagoshima University Hospital,

*3 Dept. of Regional Medical Collaboration Center, Kagoshima University Hospital,

*4 Dept. of Nursing, Kagoshima University Hospital

Abstract

(Background and Purpose) The Kagoshima University DPC-compatible nursing plan master was created with the aim of streamlining the time spent on nursing plans and records due to prolonged hospital stays. The master was first used in October 2019. In our previous study, we analyzed nursing care plans and implementation data for patients who received discharge support, from the perspective of the relationship between care provision and assessment, based on factors that affected the progress of discharge support (length of hospital stay, age group, and outcome). The study clarified assessment trends according to patient characteristics. (Methods) In this study, we analyzed the relationship between the perspective of assessment by ward nurses from the viewpoint of nursing plans and implementation data, and the content of support provided by discharge support nurses. (Results and Discussion) The results of the study clarified that the care items based on patient characteristics are reflected in the nursing plans and implementation data for patients who receive discharge support. It was observed that there are many common factors between the support provided by discharge support nurses and care items in nursing care plans formulated by ward nurses that make patients' discharge difficult, thereby demonstrating the association between information sharing based on nursing plans and specific details of support.

Keywords: DPC (Diagnosis Procedure Combination), Nursing Plan Master, Assessment, Discharge support

1. 背景および目的

入院期間の短縮に伴う看護計画の作成時間や記録時間の効率化を目指し、鹿児島大学版 DPC 対応看護計画マスタを作成し、2019 年 10 月より使用を開始した。本マスタは、「何のためにその観察・測定・ケアを行うのか」という視点で、構造化されたアセスメント情報を含む看護計画の立案を可能とし、我が国初の試みとして取り組んだ。

急性期病院における退院支援では、DPC 入院期間Ⅱ以内の退院を目標に、入院時から退院を見通した効率的な退院支援を実施するため、患者背景を適切にアセスメントし、入院目的に応じた看護計画を立案する視点が必要となる。筆者らの先行研究では、退院支援を実施した患者の看護計画や実施データを、退院支援の進捗に影響を及ぼす要因別（入院期間・年齢階級・転帰）に、ケアの提供状況とアセスメントの視点の関連性を分析した結果、退院支援が必要な患者の特性に応じたアセスメントの傾向が明らかとなった。

今回は、退院支援を実施した要支援患者の看護計画や実施データから見た病棟看護師のアセスメントの視点と、退院支援看護師が実施した退院支援スクリーニングの内容と退院支援の内容との関連性を明らかにし、評価したので報告する。

2. 研究の背景

2.1. 先行研究で明らかになったこと

我々の先行研究¹⁾では、退院支援を実施した患者の看護計画や実施データを、退院支援の進捗に影響を及ぼす要因別に、ケアの提供状況とアセスメントの視点の関連性を分析した。

DPC 入院期間別では、DPCⅡ以内に退院した患者には、「呼吸状態の改善を図る」「循環動態の改善を図る」「消化器症状の改善を図る」「感染を予防する」という手術患者に対する標準的な項目が挙げられた。DPCⅢ以降に退院した患者には、「栄養状態の改善を図る」「自己管理ができる」という入院が長期化する要因を捉えたアセスメントの視点が項目に反映されていた。また、年齢階級別では、回復過程の違いに対する特徴を捉えたアセスメントの視点で、褥瘡予防や摂食嚥下機能の改善などのケア項目が適切に選択されていた。転帰別では、転医(院)した患者のほとんどは療養の継続が必要であり、その特徴を捉えたアセスメントの視点が挙げられており、退院支援が必要な患者要因の特性に応じたアセスメントの傾向が明らかとなった。

2.2. 鹿児島大学版 DPC 対応看護計画マスタの内容

DPC の普及により入院目的が明確となり、疾患や術式、医

療安全上のリスク毎に看護計画を立案することの合理性が高まった。そこで、鹿児島大学病院では2018年に看護計画を立案する際に看護行為ごとのアセスメントを構造化して蓄積するというマスタ開発に着手した。アセスメントの分類法については、日本医療情報学会の課題研究会で検討されたアセスメントの視点の大分類(身体、精神、社会、信念)と30種類のアセスメントの視点を利用した。鹿児島大学版DPC対応看護計画マスタを用いると、患者に提供したケアが、アセスメントに基づく行為であるという根拠とともに蓄積されていく。「どのようなケアを提供するか」という視点ではなく、「何のためにこのケアを実施するのか」というデータが蓄積される²⁾。

2.3. 退院支援スクリーニングの流れ

入院日に病棟看護師が退院支援スクリーニング(一次)を実施する。入院後3日以内に退院支援看護師が患者・家族と面談を行い、退院支援シートによる評価(二次)を実施し、要支援患者を抽出した後、退院支援計画の立案に着手する(図1)。

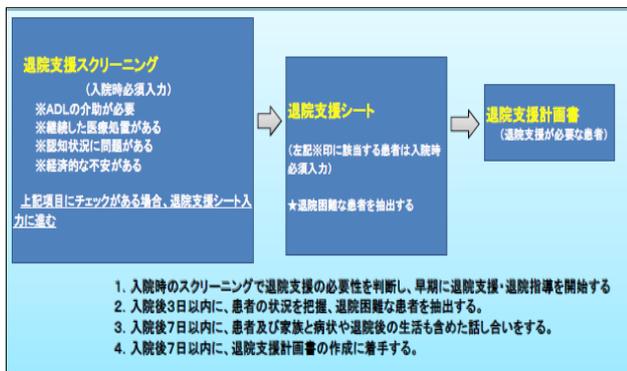


図1 退院支援スクリーニングの流れ

3. 方法

3.1. 調査期間

2019年10月1日～2020年1月31日

3.2. 調査対象

上記期間中に1入院履歴を有し、退院支援を実施した患者の看護計画と実施データ、並びに退院支援スクリーニングの内容と実施した退院支援の内容

3.3. 調査方法

- 鹿児島大学総合病院情報システム(THINK)に蓄積された看護計画及び実施データ、並びに退院支援スクリーニングの内容と退院支援の内容を看護記録から抽出する。
- 抽出データをMDC別に分類し、我々の先行研究と同じく、最も患者数の多かった診断群のMDC 06「消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」のDPC 060010「食道の悪性腫瘍(頸部を含む)」について分析する。
- 退院支援看護師による退院支援スクリーニングの内容と実施した退院支援の内容をもとに、病棟看護師が立案した看護計画のアセスメントの視点との関連性を分析する。
 - 患者背景から見た退院困難な要因の傾向
 - 退院支援の進捗や入院期間に影響を及ぼす患者要因(ADL・認知症状の有無・医療処置の有無・介護力)の状況
 - 病棟看護師の看護計画のアセスメントの視点と、退院支援看護師が実施した退院支援の内容との関連性

3.4. 倫理的配慮

本研究は、鹿児島大学疫学研究等倫理委員会において承認を受けている(170362(697) 疫-改1)。

4. 結果

4.1. 患者背景

DPC 060010の対象者の属性は、男性35名、女性5名であった。平均年齢は、男性69.9歳(SD8.7)、女性70.8歳(SD8.0)、入院期間は30.0日(SD29.7)であった。手術の有無は、手術あり34名、手術なし6名で、ほとんどが手術目的の入院であった。退院時の転帰は、転医(院)が22名と最も多かった(表1)。

表1 DPC060010 対象者の属性 n=40

1. 性別	男性 35名	女性 5名
2. 年齢	男性 69.9歳±8.7SD	女性 70.8歳±8.0SD
3. 入院期間	30.0日±29.7SD	
4. 手術	有 34名	無 6名
5. 転帰	軽快 9名	転医(院) 23名 不変 6名 死亡 2名

4.2. 看護計画のアセスメントの視点と退院支援の内容との関連性

1) 入院時の退院支援スクリーニングにおける退院困難な要因の傾向

今回の分析対象 DPC 060010 では、全員が悪性腫瘍の患者であった。また、手術患者が多く、退院困難な要因として、身体の回復状況に関する項目「カ 入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要である(必要と推測される)」が31名と多かった。次いで、胃瘻等の栄養管理に関する項目「ケ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと」が11名であった(表2・図2)。

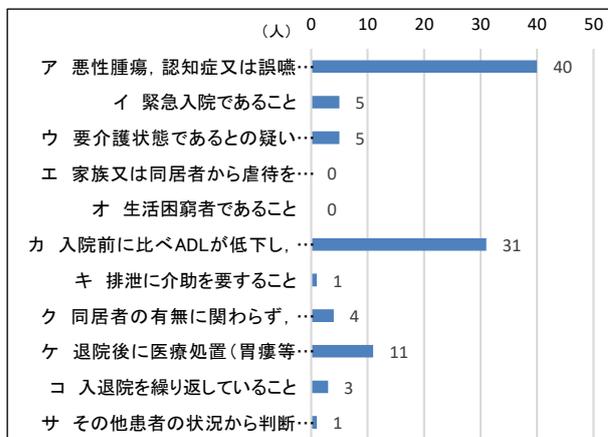


図2 DPC 060010 退院困難な要因(複数該当あり) n=40

表2 退院困難な要因(11項目)	
ア	悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
イ	緊急入院であること
ウ	要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること
エ	家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ	生活困窮者であること
カ	入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)
キ	排泄に介助を要すること
ク	同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
ケ	退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと
コ	入退院を繰り返していること
サ	その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

2)退院支援の進捗に影響を及ぼす患者要因(ADL、認知症状の有無、医療処置の有無、介護力)の状況

DPC 060010 の患者は、手術の有無に関わらず、入院時のADLは自立が多かった(表 3)。

表 3 DPC 060010 ADL の状況 n=40

ADL	手術有	手術無
自立	30	4
要観察・部分介助	3	2
全介助	1	0

DPC 060010 の患者のほとんどに認知症状はなかった。認知症状がある3名のうち、要介護認定がある者は、「手術有」のなかの1名であった(表 4)。

表 4 DPC 060010 認知症状の有無 n=40

認知症状	手術有	手術無
あり	2	1
なし	32	5

DPC 060010 の患者で、入院時に医療処置があった患者は7名であり、栄養管理目的の胃瘻や経鼻胃管であった(表 5)。

表 5 DPC 060010 医療処置の有無 n=40

医療処置	手術有	手術無
あり	6	1
なし	28	5

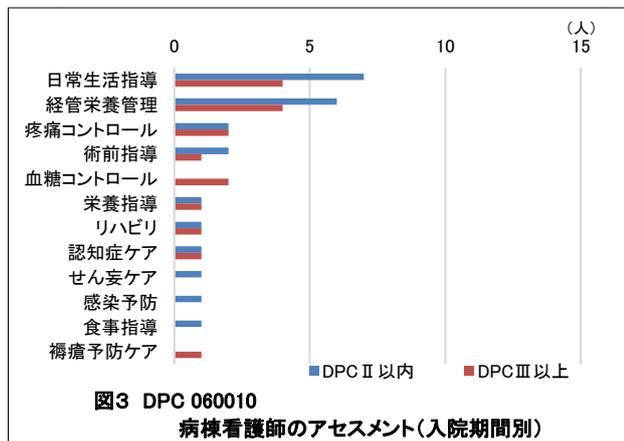
DPC 060010 の患者の介護者の状況は、主介護者がいる患者がほとんどであった(表 6)。しかし、介護上の問題として挙げられた理由は、「昼間あるいは夜間に患者がひとりの時間帯がある」4名、「介護者が75歳以上の夫婦世帯」2名、「同居家族が病気を患っている」1名、「介護することに不安が大きい」1名であった(表 6)。

表 6 DPC 060010 介護力の状況 n=40

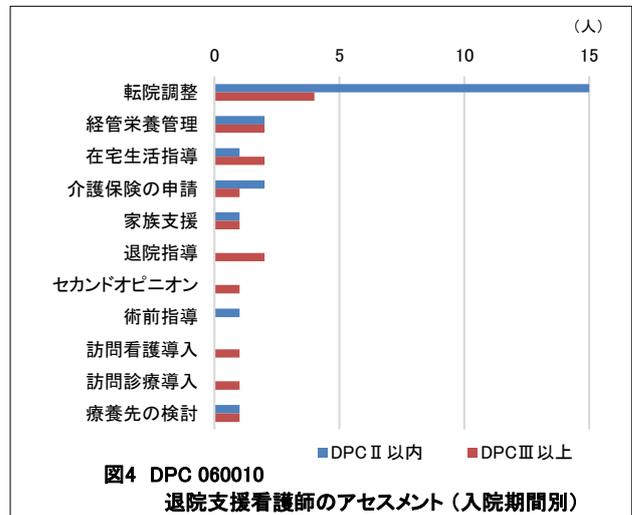
介護者の状況	有	無
主介護者	35	5
介護上の問題	8	32
介護協力者	33	7

3)退院支援が必要な患者の病棟看護師による看護計画のアセスメントの視点と、退院支援看護師が実施した退院支援の内容との関連性

病棟看護師が実施した支援の内容は、「日常生活指導」が11名と多く、「経管栄養管理」10名、「疼痛コントロール」4名、「術前指導」3名であった(図 3)。病棟看護師は、入院中の日常生活支援の中で、退院後の生活を意識した指導を行っていた。



退院支援看護師が実施した支援の内容は、「転院調整」が19名と最も多かった。次いで、「経管栄養管理」4名、「在宅生活指導」3名、「介護保険の申請」3名であった。退院後の療養生活に必要な支援が占めていた(図4)。退院支援看護師は、転院あるいは退院後の在宅(居宅)における生活を見据えた指導や支援を行っていた。



5. 考察

退院支援看護師による退院支援スクリーニングの内容と実施した退院支援の内容をもとに、病棟看護師が立案した看護計画のアセスメントの視点との関連性を分析した結果、以下のことが明らかとなった。

入院時の退院支援スクリーニングにおける退院困難な要因の傾向は、DPC 060010 の患者背景を捉え、手術後のADLの回復状況を予測した要因が挙げられた。また、経管栄養等の退院後の医療処置の必要性を見通してアセスメントしていた。

退院支援の進捗や入院期間に影響を及ぼす患者要因別(ADL、認知症状の有無、医療処置の有無、介護力)では、手術前のADLは自立した患者がほとんどで、認知症の患者も少なかったが、それらを予防するためのリハビリや認知症ケアなどの必要性がアセスメントされ、ケアとしても実施されていた。また、低栄養を来しやすい食道がん患者は、入院時から栄養管理を行っている患者や、退院後も継続した栄養管理が必要な患者がいるため、経管栄養管理や食事指導、日常生活指導などの関連したアセスメントの視点で支援が実施されていた。介護力では、主介護者の有無に加え、介護上の問題をアセスメントの視点として捉え、在宅生活指導や家族支援、介護保険の申請など、主に退院支援看護師のアセスメントにより、支援が実施されていた。

病棟看護師と退院支援看護師のアセスメントの傾向としては、病棟看護師は入院中の日常生活のなかで、周術期や退院後の生活を意識した視点で看護計画を立案し、ケアや指導を行っていた。一方、退院支援看護師は、転院あるいは退院後の在宅(居宅)における生活を見据えた指導や支援を行っていた。

今回、退院支援を実施した要支援患者の看護計画や実施データから見た病棟看護師のアセスメントの視点と、退院支援看護師が実施した退院支援スクリーニングの内容と退院支援の内容を分析することによって、病棟看護師と退院支援看護師のアセスメントの視点の違いは、入院中あるいは退院後(在宅)のどちらをより意識するかによって、その指導や支援内容は両者のアセスメントの違いに関連することが明らかとなった。

病棟看護師の看護計画や実施データから得られるアセスメント情報は、退院支援看護師にとって、入院中の経過を予測し、退院後に必要な支援内容を把握するために有益な情報となる。また、病棟看護師が得た情報を DPC 対応看護計画に反映させることにより、病棟看護師と退院支援看護師とのタイムリーな情報共有と、速やかな退院支援の実践に繋がると考える。

本研究の限界として、今回は症例数も少なかったため、今後は MDC 06 診断群の複数の DPC へ対象を拡大し、詳細な分析と検討を重ねていきたい。

6. おわりに

急性期病院の退院支援においては、短い在院日数のなか、多職種でタイムリーに患者情報を共有し、多角的な視点で支援内容を検討することが求められる。看護師の専門的な視点でアセスメントされた詳細な情報を活用し、新たな情報共有ツールとして、今後も着目し、更なる分析を進めていきたい。

参考文献

- 1) 福田ゆかり, 宇都由美子, 岩穴口孝, 花原康代, 市村カツ子: 構造化されたアセスメント情報を含む看護実施データを活用した退院支援患者の分析. 第21回日本医療情報学会看護学術大会論文集, 2020:00-00.
- 2) 宇都由美子. 電子カルテシステムの導入を契機とした看護情報の二次利用(大久保清子, 坂本すが編著). 看護記録の活用術, 2018:149-57.