

日本版高齢者アセスメントツールによる退院時のニーズ領域判定 2名の看護婦による再現性の検討

近森栄子, 宮田さおり, 鈴木学美, 片山京子, 中田康夫*, 早川ちず子^{2*},
安藤桂子^{2*}, 大沼香代^{2*}, 天井紀代美^{2*}, 西垣千尋^{3*}, 上原喜久代^{3*},
森まさよ^{3*}, 沼本教子, 岡本祐三

神戸市看護大学, *神戸大学大学院医学系研究科, ^{2*}中央市民病院, ^{3*}神戸リハビリテーション病院

Use of the “Japanese Assessment and Care Plan for Long-Term Care” in the Concluding Assessment Protocol of a patient planning to be discharged to home : Examination of reliability by the results of two assessments

Eiko Chikamori, Saori Miyata, Manami Suzuki, Kyoko Katayama,
Yasuo Nakata, ^{2}Chizuko Hayakawa, ^{2*}Keiko Ando, ^{2*}Kayo Onuma,
^{2*}Kiyomi Amai, ^{3*}Chihiro Nishigaki, ^{3*}Kikuyo Uehara, ^{3*}Masayo Mori,
Kyoko Numoto, Yuzo Okamoto,

Kobe City College of Nursing,

*Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, Kobe University,

^{2*}Kobe City General Hospital, ^{3*}Kobe Rehabilitation Hospital

Abstract

In order to be more accountable for the resources nurses offer and the results we achieve, there is a need to use an integrated assessment process that will contribute to a better understanding of the services we deliver.

The purpose of this study was to examine the reliability of the “Japanese Assessment and Care Plan for Long-Term Care” developed by the Japan Visiting Nursing Foundation. Using this assessment instrument, two nurses assessed the same patient in order to investigate what factors caused differences between their results.

The characteristics of the differences in the assessments were compared. However, there were no significant differences. The findings of the two nurses were in substantial agreement in terms of the following : 1. Consideration of falls ; 2. Consideration of bowel and bladder control ; 3. Consideration of infection, fever, and other such physical problems. As for these agreed on, both nurses picked up on the above physical problems using the assessment instrument.

It is important to promote this assessment instrument as a package in order to support equity of access to continuing care services, reduce duplication of effort in assessment, and provide the necessary information by which nurses can continually evaluate and improve our continuing care services.

Key words : アセスメント・ツール (Assessment tool), 信頼性 (Reliability), 在宅移行期 (Period to Shift Home Care)

はじめに

高齢化, 疾病構造の変化, 医療の高度化及び専門化にともない, 医療に関する需要も同時に変化していることを受け, 1997年12月に介護保険法, 第3次医療法改正が成立した¹⁾。これらは, 患者の病態にふさわし

い医療を提供することを目的とし, 要介護高齢者の社会的入院を是正し, 高騰する医療費を抑制することも目的としている。高齢化にともなう医療費の高騰は, 先進国共通の保健・医療の課題であり, 適正医療のためにクリティカル・パス, ディスチャージ・プランなどのツールが開発されてきた²⁾。これらのツールは,

医療の標準化や効率化、入院日数の減少と患者・家族の生活の質（QOL）と満足度、看護婦の満足感を高めることに貢献していると言われている³⁾。また、これらの先進国では病院における変革と同時に継続ケアを保証する方法も確立され、継続ケア・プログラムに看護婦が配置され、看護職の役割は大きいといえる⁴⁾。

日本の平均在院日数は他の先進国と比較して長く、36日を越える。また地域によって在院日数に差がみられ、同一疾患に限っても大きな差があり、わが国の医療が標準化されていないことが明らかにされている⁵⁾。このような現状のなかで早期退院によって医療・介護が中断しないようなシステムを構築することが課題となり、さまざまな取り組みがなされてきた⁶⁻¹⁰⁾。しかしながら現状をみると、準備が十分とはいえない状況で、重症患者が在宅ケアに移行せざるを得ない状況が生じている。アメリカにおいても、病院からの早期退院の圧力のために、長期ケアの場に急性期状態の患者が増加して、医療ニーズの変化が見落とされるといった問題が生じている¹¹⁾。これらの問題は、病院から施設、あるいは在宅に移行する時点での医療・看護の非連続性により生じている。

また、現代医療によっても治癒が望めない疾患の患者は、自分の最期をどのように迎えるかという、最も根源的な課題に直面し、生活の質、医療が保証された上で住み慣れた家での生活を望むことが多くなった。このような背景をうけて、継続する医療・看護を保証するシステムを構築することが必須となった。そして看護職は、継続看護に対して責任を負っているのである。

継続看護は単に伝達様式ではなく、対象のおかれた環境、およびケアを提供される状況やケア提供者の活動の相違を認識した上で、看護機能の継続性を目的として効果的な方法を編み出していくものである。退院を迎え在宅ケアに移行する人々を支えていくためには、退院時のアセスメントを地域で活動する看護職に客観的に、かつ共通言語で伝えることが必要である。欧米の老年医学研究者は、病や障害を持った高齢者の、全人的評価の理想に少しでも近づくために、多角的な評価手法を組み合わせ、再現性のある標準化された「総合的評価」による、高齢者ニーズの理解と評価の方法論の開発を試みてきた¹²⁾。この観点に立って開発されたツールが、高齢者ケアプラン（RAI：Resident Assessment instrument：MDS-RAPS）

である。施設用であったこのツールを在宅ケアの場に適合するように開発されたものが（RAI-HC：RAI-Home Care：MDS-HC/CAPS）である（J.N. モリス、池上直己編著、在宅ケアアセスメントマニュアル）。そしてこの方式によるケアプラン手法は、退院患者に対しても退院計画として活用できるとされている¹³⁾。わが国では介護保険制度の成立とともない、高齢者のアセスメントツールは全国社会福祉協議会、日本訪問看護振興財団などにより開発されてきた¹⁴⁾。在宅ケアを効率的にかつ個人の特性に応じて提供し、その効果判定を行うためには標準化されたツールが必要不可欠である。どのツールを使用するにせよ、在宅ケア提供に際し、確実に共有される情報と総合的に統一されたアセスメント結果が望まれる。退院直後は、病院からみれば退院後であり、地域からみれば病院の責任領域と捉えられ、空白期間となる可能性がある。病院から地域ケアの専門職へ、あるいは必要に応じて地域ケアの専門職から病院へと連続するケアを提供するためにも共通のツールが必要となる。

そこで、本報では訪問看護振興財団により開発された「日本版 成人・高齢者用在宅ケアアセスメント」を取り上げ、同一対象者に対して複数の看護婦がアセスメントを行い、その不一致の原因を探ることによりアセスメント票の信頼性を検討すること、および退院時に不可欠な社会的サービス必要度を判定するための基礎となる資料を得ることを目的に調査を行った。

研究方法

我が国の在宅ケアに適合するように開発された「日本版 成人・高齢者用在宅ケアアセスメント」（以下、アセスメント票）を用い、第3次救急体制をとっているK病院入院中の同一対象者に対して、臨床看護婦2名によってニーズ・問題領域（以下ニーズ領域）の判定を行う。

1. 調査対象者および調査期間

K病院（病床数1,000床）に入院中で、協力の得られた神経内科および消化器病棟で調査を行った。退院後、社会資源を使いながら、在宅で療養する予定の患者を対象とした。他の病院への転院、他施設への入所を予定している患者は除外した。患者、家族に対して研究の趣旨を説明し、拒否する自由を保証した上で、文章により承諾を得た。調査対象であ

表1. 対象者の属性および調査日

事例	病名	年齢	性別	調査日	
1	十二指腸平滑筋肉腫術後・肺転移	63	男	1998/9/8	1998/9/6
2	筋緊張性ジストロフィー・肺炎	56	男	1998/10/2	1998/10/2
3	胃癌・腎不全	80	男	1998/10/18	不明
4	子宮癌・胃癌・肝門部癌・癌性腹膜炎	50	女	1998/11/11	1998/11/11
5	膀胱腫瘍・右股関節転移	73	男	1998/11/3	1998/11/4
6	筋萎縮性側索硬化症・痴呆・頸椎症	不明	女	不明	1998/11/23
7	胃癌・逆流性食道炎・消化管出血	62	男	不明	1998/11/28
8	喉頭癌・左肺癌	69	男	1998/11/30	1998/11/30
9	上咽頭癌・脳腫瘍・敗血症	66	男	1999/1/23	1999/1/26
10	胃癌・直腸癌・癌性腹膜炎・水腎症	68	男	不明	不明
11	食道癌	67	男	不明	2000/5/21

る患者の特性は表1に示した。調査期間は1998年9月から2000年5月である。

2. 評定者（臨床看護婦）と評定方法

病棟婦長から臨床経験3年以上の看護婦の推薦を受けた。看護婦に研究方法を説明し、調査協力の承諾を得、評定者とした。使用する「アセスメント票」は、基本情報を含む323項目の情報収集により、在宅ケアを受ける高齢者の機能、健康、家族支援およびサービス利用の各側面を包括的に把握するように工夫されているツールである。該当する項目を選択、あるいは回答する形で進み、最終的にニーズ領域が特定（以下トリガー）される。調査にあたり、アセスメント票の記入方法、情報収集の範囲を理解しておくことが必要である。そこで評定者に対して事前にアセスメント票の使用方法を説明し、アセスメント票を用いて1回訓練を行った。アセスメント票に基づいて、同一調査対象者に評定者である看護婦（以下、評定者）2名が情報収集を行った。2回の情報収集は、可能な限り1週間以内に実施した。評定者は、各々別々にアセスメント票を記載した。評定者の一覧を表2に示した。ただし事例1と2の評定者は、同一看護婦である。

3. 分析方法

同一対象に対して2名の評定者が収集した情報により、トリガーされた30のニーズ領域について、2名とも一致してトリガーされている、あるいはトリガーされていない領域とトリガーされた領域が不一致である領域について、一致・不一致の率を確認した。

結果

評定者の平均年齢は30.2歳で、看護婦歴は2年7ヶ月から20年6ヶ月、平均8.5年であった。患者の平均

表2. 調査者の看護婦歴

事例NO	年齢	看護婦歴
1-A	31	9年6ヶ月*
1-B	33	12年7ヶ月**
2-A	31	9年6ヶ月*
2-B	33	12年7ヶ月**
3-A	35	14年6ヶ月
3-B	43	20年6ヶ月
4-A	27	3年4ヶ月
4-B	24	2年7ヶ月
5-A	29	7年8ヶ月
5-B	39	17年8ヶ月
6-A	23	1年7ヶ月
6-B	22	1年7ヶ月
7-A	25	3年7ヶ月
7-B	25	3年7ヶ月
8-A	33	10年9ヶ月
8-B	30	8年9ヶ月
9-A	33	10年
9-B	32	10年10ヶ月
10-A	25	2年7ヶ月
10-B	24	2年7ヶ月
11-A	39	13年3ヶ月
11-B	30	9年6ヶ月

※および**は、同一の評定者

年齢は65.4歳で、癌患者が9名、難病患者が2名であった。

11事例に対してそれぞれ2名の評定者が323項目の情報を収集し、トリガーされた30のニーズ領域について分析した。2名の評定者によって一致してトリガーされるニーズ領域は、トリガーされて一致している場合と、トリガーされない一致がある。すなわち、ニーズ領域としてケア・プランを立案するにあたって、検討が必要な場合と不必要な場合である。表3は、2名の評定者双方によってトリガーされたニーズ領域の多い順に並べ替えたものである。

ニーズ領域「6. 転倒の危険性の検討」「16. 排泄コントロールの検討」「25. 感染・発熱の兆候の検討」は、ほぼ全事例で検討が必要となるニーズ領域であった。「5. ADL・IADLの低下・リハビリの検討」「13. 栄養状態・食事療法の検討」「14. 脱水状態・水分補給の検討」「27. 家族介護力・家族機能の検討」「29. 社会資源活用の検討」は、11事例中9事例でトリガーされた。

一致してトリガーされたニーズ領域の総数をみると、最も多くトリガーされたのは、事例9の26領域であり、次いで事例8の25領域であった。逆に最も少なかったのは事例11の12領域であり、平均すると17.8領域がトリガーされた結果であった。

両者が一致してトリガーしなかったニーズ領域を表

表3. 2名ともトリガーしたニーズ領域

項目	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9	事例10	事例11	合計
6. 転倒の危険性の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
16. 排泄コントロールの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
25. 感染・発熱の兆候の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
5. ADL・IADLの低下・リハビリの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
13. 栄養状態・食事療法の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
14. 脱水状態・水分補給の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
27. 家族介護力・家族機能の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
29. 社会資源活用の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
3. せん妄の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
4. 痴呆の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
17. 問題兆候・病状の安定性の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
19. 睡眠障害の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
28. 家事機能の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
7. 生活用具・住居環境の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
8. 心理社会的孤立・生活意欲の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
20. 褥瘡・皮膚・清潔のケアの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
23. 薬の管理・服薬の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
26. 医療的処置の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
9. 気分落ち込、憂鬱、情緒不安定の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
12. 対人関係の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
24. 呼吸状態・呼吸機能変動の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
10. 特異(問題)行動の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
21. 痛みのコントロールの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
1. コミュニケーション・聴覚障害の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
11. 役割遂行維持の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
30. ターミナルケアの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
18. 健康管理・セルフケアの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
15. 歯・口腔ケアの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
2. 視覚障害の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
22. ケア対象者への虐待防止の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
合計	15	15	23	17	17	17	16	25	26	13	12	196

*: 2名ともトリガーした領域を示す

表4. 2名ともトリガーしなかったニーズ領域

項目	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9	事例10	事例11	合計
22. ケア対象者への虐待防止の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
2. 視覚障害の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
1. コミュニケーション・聴覚障害の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
11. 役割遂行維持の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
15. 歯・口腔ケアの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
9. 気分落ち込、憂鬱、情緒不安定の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
21. 痛みのコントロールの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
24. 呼吸状態・呼吸機能変動の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
10. 特異(問題)行動の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
18. 健康管理・セルフケアの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
30. ターミナルケアの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
3. せん妄の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
4. 痴呆の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
7. 生活用具・住居環境の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
23. 薬の管理・服薬の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
26. 医療的処置の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
28. 家事機能の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
12. 対人関係の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
13. 栄養状態・食事療法の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
14. 脱水状態・水分補給の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
16. 排泄コントロールの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
17. 問題兆候・病状の安定性の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
19. 睡眠障害の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
20. 褥瘡・皮膚・清潔のケアの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
29. 社会資源活用の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
5. ADL・IADLの低下・リハビリの検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
6. 転倒の危険性の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
8. 心理社会的孤立・生活意欲の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
25. 感染・発熱の兆候の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
27. 家族介護力・家族機能の検討	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
合計	6	7	2	12	8	7	4	3	3	14	8	74

*: 2名ともトリガーしなかった領域を示す

4に示した。殆どの事例でトリガーされなかったニーズ領域、すなわちケア・プランを立案する際に、ニーズ領域としてあがってこない領域は、「22. ケア対象者への虐待防止の検討」「2. 視覚障害の検討」であった。

次に評定者2名のアセスメント結果にずれが生じ、不一致を示した領域を表5に示した。全体をみると、不一致を示した領域は散在しているものの、全ての事例で不一致のニーズ領域が存在した。事例別に見ると、最も不一致が少なかったのは、1領域のみが不一致であった事例4と9であった。最も不一致が多かったのは、10の領域に不一致がみられた事例7と11であった。平均すると5.4のニーズ領域に不一致がみられた。

不一致率の高い事例と一致率の高い事例の特性を比較したが、病名やアセスメント票に記載された状態の安定性に大きな差はなく、ともに癌の術後の転移によって入院している患者であった。

次に各ニーズ領域に注目すると、「18. 健康管理・セルフケアの検討」は11事例中5事例で不一致であり、最も不一致率が高いニーズ領域であった。ついで「8. 心理社会的孤立・生活意欲の検討」、「12. 対人関係の検討」、「30. ターミナルケアの検討」が不一致率が高

く、それぞれ事例のおよそ4割が不一致であった。

逆に各ニーズ領域で不一致が少なかった領域は、「6. 転倒の危険性の検討」「16. 排泄コントロール」の2つのニーズ領域であり、不一致率は0であった。また、11事例の中で、1事例のみが不一致であったニーズ領域は、「3. せん妄の検討」「4. 痴呆の検討」「9. 気分落込、憂鬱、情緒不安定の検討」「13. 栄養状態・食事療法の検討」「14. 脱水状態・水分補給の検討」「22. ケア対象者への虐待防止の検討」「24. 呼吸状態・呼吸機能変調の検討」「25. 感染・発熱の兆候の検討」「28. 家事機能の検討」「29. 社会資源活用の検討」の10のニーズ領域であり、全体の3分の1であった。

考 察

「日本版 成人・高齢者用在宅ケアアセスメント」を用いて、2名の評定者によるアセスメント結果の不一致を確認した。11事例のうち7事例(63.6%)は一致率が8割以上である結果であった。完全にニーズ領域が一致している事例はなかったが、おおむね2名の評定者が一致してニーズ領域をトリガーしたと考えら

表5. ニーズ領域の不一致

項目	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9	事例10	事例11	合計
18. 健康管理・セルフケアの検討	*	*	*			*		*				5 45.5%
8. 心理社会的孤立・生活意欲の検討	*	*			*						*	4 36.4%
12. 対人関係の検討	*	*			*		*					4 36.4%
15. 歯・口腔ケアの検討			*			*				*	*	4 36.4%
30. ターミナルケアの検討			*			*	*				*	4 36.4%
2. 視覚障害の検討			*			*	*					3 27.3%
10. 特異(問題)行動の検討		*					*				*	3 27.3%
20. 褥瘡・皮膚・清潔のケアの検討	*						*				*	3 27.3%
1. コミュニケーション・聴覚障害の検討		*							*			2 18.2%
5. ADL・IADLの低下・リハビリの検討								*			*	2 18.2%
7. 生活用具・住居環境の検討				*			*					2 18.2%
11. 役割遂行維持の検討	*		*									2 18.2%
17. 問題兆候・病状の安定性の検討		*				*						2 18.2%
19. 睡眠障害の検討						*			*			2 18.2%
21. 痛みのコントロールの検討					*						*	2 18.2%
23. 薬の管理・服薬の検討									*	*		2 18.2%
26. 医療的処置の検討	*						*					2 18.2%
27. 家族介護力・家族機能の検討					*						*	2 18.2%
3. せん妄の検討		*										1 9.1%
4. 痴呆の検討		*										1 9.1%
9. 気分落込、憂鬱、情緒不安定の検討	*											1 9.1%
13. 栄養状態・食事療法の検討	*											1 9.1%
14. 脱水状態・水分補給の検討										*		1 9.1%
22. ケア対象者への虐待防止の検討							*					1 9.1%
24. 呼吸状態・呼吸機能変調の検討	*											1 9.1%
25. 感染・発熱の兆候の検討							*					1 9.1%
28. 家事機能の検討					*							1 9.1%
29. 社会資源活用の検討						*						1 9.1%
6. 転倒の危険性の検討												0 0.0%
16. 排泄コントロールの検討												0 0.0%
合計	9	8	5	1	5	6	10	2	1	3	10	60
	30.0%	26.7%	16.7%	3.3%	16.7%	20.0%	33.3%	6.7%	3.3%	10.0%	33.3%	

*: 1名のみトリガーした領域を示す

れる。2名の評定者がともにトリガーし、極めて高い一致率を示したニーズ領域は、「転倒の危険性の検討」「排泄コントロールの検討」であった。これらのニーズは身体的なニーズであり、生存機能のコントロールあるいは、危機回避のために優先されるべきニーズである。また「転倒の危険性の検討」「排泄コントロールの検討」「感染・発熱の兆候の検討」は、ほぼ全事例で検討が必要となるニーズ領域であった。これは、調査対象者が医学的なニーズが高い事例であったためと考えられる。これらが一致してトリガーされたことは、身体的な問題についてアセスメントのものがなく、確実性を示している。退院計画のために必要なツールに求められる事項は、客観性、系統性、共有性、実用性があげられる¹⁵⁾。2名の評定者が一致してニーズ領域をトリガーしたことは、ツールの客観性を示したといえる。

一方、一致してトリガーされたニーズ領域の総数は、26領域が最も多かった。平均すると30の領域中、17.8領域がトリガーされた結果であった。これは、各事例でかなりのニーズ領域について検討が必要とされ、対象となる領域を見過ごすことは少ないと考えられる。本研究における対象が、進行癌や難病であったために、ニーズ領域が多岐にわたったとも考えられる。しかし、各領域の関連性や優先順位などを決定していくにあたって、多くの情報を分析する能力が必要となることが示された。

次にケア・プランを立案する際に、ニーズ領域としてあがってこない領域をみると、「ケア対象者への虐待防止の検討」「視覚障害の検討」であった。今回の対象では、これらのニーズ領域にトリガーされる状態でなかったため、トリガーされていない。在宅ケアの分野は、①生存機能の危機回避のための支援や受け入れ、②生存機能コントロールのための支援、③健康・障害機能の自立・向上のための支援、④生活環境の改善・生活手段の向上のための支援、⑤生活行動の拡大や教育参加のための支援、⑥趣味や人間関係、社会交流・参加のための支援である¹⁶⁾。トリガーされたニーズ領域を専門職が分析し、これらの6分野について優先順位を検討し、ケアプランを立案していく。虐待防止は、生存機能の危機回避のための支援であり、また視覚障害は、生活環境の改善・生活手段の向上、生活行動の拡大や教育参加、趣味や人間関係、社会交流・参加のための支援となるであろう。これらが抜けるこ

となくニーズ領域としてあげられている事は、在宅ケアにおける生活の質を保証するために重要であると考ええる。これらの結果を考えると、今後対象の幅を広げて検討する課題が残された。

鎌田は、臨床の看護婦は退院後の家庭生活についての想像力が不足しており、また家族、介護者の問題についてどのように評価していけばよいのかについて、ノウハウをもっていないと述べ、このことが看護婦をして退院計画・指導の取り組みを消極的にさせ、また効果的な退院計画・指導ができていない大きな原因だと考えている¹⁶⁾。ニーズをアセスメントする場合、それを行う個々人の実践経験や能力によるのではなく、どのような条件であれ、同じ結果が望まれる。アセスメントツールはそのため開発されたものであり、在宅ケアに移行する患者に対して公平かつ系統的にアセスメントが実施できる。したがって、臨床の看護婦がこのツールを用いることで、生活について想像しにくい、あるいは抜け落ちる側面について、アセスメントしていく示唆が得られると考えられる。

次に不一致率の高かったニーズ領域を見ると、「健康管理・セルフケアの検討」「心理的社会的孤立・生活意欲の検討」「対人関係の検討」「ターミナルケアの検討」である。それぞれの領域において、社会的・心理的側面のアセスメントが必要な領域となっている。これらの項目においては、トリガーするための情報について、より客観的に一致する情報内容の検討が必要と示されたといえる。

病院では、在院日数の短縮が図られ、迅速かつ質の高い在宅ケアへの移行が望まれている。しかし、現段階で退院時に総合的なアセスメントを行い在宅ケアが提供されるシステムは立ち後れている状況である。在宅ケア移行後、必要とされている項目についての迅速なアセスメントを効率的かつ効果的に行うためにも、看護職が共通して用いるこのようなツールが重要である。

介護保険が開始され、ケアマネジャーの役割が大きく問われ始めている。訪問看護ステーションや病院などで看護婦のケアマネジャーが活躍している。専門職として共通の言語をもち、問題解決志向を学んだ看護職にとって、病院から連続する看護ケアを患者に保証することは、困難な課題ではないと思われる。病院から在宅移行期の援助としては、介助方法、観察ポイント、リハビリテーションなどの教育的援助が最も多く、

他の支援者との連絡調整や社会資源の説明は低い事が知られている¹⁷⁾。連絡票を用いて、施設間での看護婦のネットワークづくりなどの取り組み¹⁸⁾も見られており、全国で共通のツールをもつことは、非常な強みになるであろう。

また、アメリカでは、高騰する医療費を抑制するための試みとして、ケースマネジメントがシステムを構築するために有効であるといわれている¹⁹⁻²¹⁾。わが国においても、専門職としてケアマネジャーが誕生し、在宅ケアにおいて、効率的に個人の周囲にシステムを築くことが可能となった。本調査では、平均すると17.8のニーズ領域がトリガーされている。在宅ケアに移行する患者が非常に多くのニーズをもち、支援を必要としていることが明らかになった。アメリカでは、癌患者を支えるために非常に多くの職種が関わっている²¹⁾。調査対象者の殆どが進行癌であり、広範囲にわたるニーズをもつことを考えると、トリガーされたニーズ領域にどのような職種が関わるのが適切かの検討も必要である。ことに心理療法士や宗教家など日本の文化に適用していくためには、まだ多くの課題がある。これらを細やかにアセスメントできるツールを用いて、解決に結び付けていくことも必要である。

しかし、30領域のうち3割を越えて不一致がみられた事例が存在したことは、アセスメントツールとしてなお改良が必要な部分があることを示したといえる。今後、退院時に適切な情報が取り上げられているかどうかの検証、アセスメント票をもちいて継続されるケアの評価が課題である。

おわりに

訪問看護振興財団では、訪問看護ステーションによるアセスメントの実際を評価し、ツールの改良を重ねている。今回使用したアセスメントツールは、平成9年度改訂版であり、本調査で指摘した問題点について、改訂が進んでいることをお断りしておく。

多忙な勤務のなか、調査に協力して下さった看護婦の皆さま、また様々な症状があるにもかかわらず、研究の趣旨にご賛同くださり、情報提供をして下さった、患者、家族の皆さまにあつくお礼を申し上げます。

本研究は、平成10年度臨床協同研究費の助成を受けて行った。

引用文献

- 1) 稲浪弘彦：民間中小病院での在院日数短縮化の試み－クリニカルパスを活用した退院計画，日本医事新報，3842号，71-72，1977.
- 2) Barbara Stover Gingerich, Deborah Anne Ondeck：Discharge planning for home health care - A multi-disciplinary approach, An Aspen Publication, 1-16, 1994.
- 3) Sandra Kangas, Carolyn C. Kee, Rebecca McKee-Waddle：Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care, JONA, 29 (1), 32-41, 1999.
- 4) Abraham Monk and Carole Cox：Home care for the elderly, An International perspective, 松田美智子訳：在宅ケアの国際比較－欧米7か国にみる高齢者保健福祉の新機軸，第5章マンパワー，115-140, 1992.
- 5) 山崎摩耶：早期退院の必要性と医療－変革期における看護の課題：看護，49 (12), 46-54, 1997.
- 6) 松井征男，鳥羽克子：聖路加国際病院における早期退院の要因と，それに向けての支援体制，病院，56 (10), 948-952, 1997.
- 7) 石垣靖子：早期退院計画システムモデル化パイロット・スタディと今後の課題，看護，49 (12), 55-66, 1997.
- 8) 押川真喜子：継続した医療を保証するために看護職に求められるセンス，看護学雑誌，60 (2), 114-117, 1996.
- 9) 山崎麻耶，新津ふみ子他著：行動する継続看護－実践的継続看護論，継続看護の現状，6-61. 看護の科学社，1984.
- 10) 岩見宣子他：退院計画を立案するための継続看護の課題：日本公衆衛生雑誌，44 (10), 455-455, 1997.
- 11) Lubinski R & Frattali C.：Nursing home reform. The resident assesment instrument. ASHA Jan., 1993. 35 (1) 59-62.
- 12) 岡本祐三：MDS-RAP s と「高齢者総合評価」(CGA) 医療と福祉の共通言語を目指して，(岡本祐三)，高齢者医療福祉の新しい方法論，1-33, 医学書院，1998.
- 13) 鎌田ケイ子：MDS/H Cを用いた退院計画の作成，臨床看護，24 (1), 101-110, 1998.
- 14) 森山美和子：高齢者のアセスメントツールを整理する：訪問看護と介護，2 (4), 235-244, 1997.
- 15) 福島道子：退院計画（ディスチャージプランニング）の

- 導入方法とツール, (京極高宣), 退院計画ディスチャージプランニング導入ガイド, 28-35, 日経研出版, 名古屋, 2000.
- 16) 前掲13)
- 17) 千田みゆき: 病院から在宅へつなぐ看護: 臨床看護, 24 (1), 9-17, 1998.
- 18) 加藤ハマ子: 「連絡票」を活用し, 各施設間での看護職のネットワーク化を図る - 先駆的保健活動交流推進事業からの成果: 看護, 49 (12), 80-91, 1997.
- 19) Kathryn D. Haslanger: Is Case Management of any value? What is the evidence?, *Journal of Long-Term care*, 14 (2), 261-267, 1995.
- 20) 阿部俊子: 米国におけるケース・マネジメントの実際: インターナショナルナーシングレビュー, 18 (4), PP. 22-25. 1995.
- 21) Sue L. Frymark: Rehabilitation resources within the team and community, *Seminars in Oncology Nursing*, 8 (3), 212-218, 1992.