

原著論文

病院看護師による在宅療養移行支援質指標の 信頼性・妥当性の検討

丸岡直子^{1§}, 武山雅志¹, 石川倫子¹, 林 静子², 吉田千文³,
樋口キエ子⁴, 田村幸恵¹, 中嶋知世¹, 林 一美¹

要 旨

本研究の目的は病院看護師による在宅療養移行支援の質指標を開発することである。質指標は外来用と病棟用とした。外来看護師および病棟看護師を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。探索的因子分析により、外来用では【退院後の在宅療養の確認と支援】【患者・家族への心理的支援】【入院する患者の課題共有】【入院前の生活アセスメント】の4因子30項目となり、病棟用では【在宅療養の課題アセスメント】【在宅療養維持力への支援】【院内外での多職種との連携】【患者・家族への心理的支援】の4因子38項目となった。外来用と病棟用の質指標のクロンバックの α 係数は.09以上を示した。病棟用の在宅療養移行支援質指標では弁別的妥当性は認められたが、外来用では認められなかった。適合度指数値は十分な値を得ることができなかった。在宅療養移行支援質指標の信頼性・妥当性はある程度認められたが、さらなる精度を高めるための検討の必要性が示唆された。

キーワード 在宅療養移行支援, 退院支援, 質指標, 外来看護師, 病棟看護師

1. はじめに

地域包括ケア体制の整備が進められている中、病院にはよりよい在宅療養支援に向けた取り組みが期待されている。医療と介護の狭間で生活を余儀なくされる高齢者の増加、医療の高度化と在院日数の短縮化、診療報酬における退院支援の評価拡大を背景として、患者が生活の場（自宅以外の生活の場も含む）で継続可能な医療を入院中から構築する必要性が高くなっている。多くの病院では退院調整部門を設置し、退院支援看護師や病棟看護師が中心となって在宅療養に向けての支援が行われている。患者・家族にとっては、病気の発症、治療のための入院から退院、その後の療養生活の開始に至る一連のプロセスは、状況の変化に取り込まれ生活の仕方や場が移り変わる「移行」を体験する時期でもある。この時期に看護師は、患者・家族の入院・退院をめぐる「移行」を捉え、病や障害とともに生きる患者とその家族を支援する役割がある。

近年では、病気発症により入院が決定した時期

から外来看護師や入院予定の病棟看護師が退院後の生活を見据えて、早期にかかわることの重要性が指摘¹⁾され、実践報告^{2,6)}もみられる。さらに、退院後の療養生活支援における外来看護への期待も高まっており^{7,8)}、外来-病棟連携による入院患者の在宅療養移行支援のシステム構築が求められている。これらの動きは、2018年の診療報酬の改定による入退院支援加算の新設⁹⁾が後押ししている。このように、病棟看護師だけでなく、外来看護師にも患者に対する在宅療養移行支援力の向上が求められている。

在宅療養移行支援を評価する尺度や指標¹⁰⁻¹³⁾は開発されているが、退院支援看護師や病棟看護師を対象としたものであり、入院・退院における患者・家族の移行体験や外来-病棟の連携に対応したものではない。さらに、在宅療養への移行時期にある患者・家族に看護師はどのような姿勢で関わるかという視点はみられない。

医療サービスの質評価にはドナベディアン¹⁴⁾のモデルである「構造」「過程」「結果」に依拠する場合が多い。在宅療養移行支援の質を評価する場合、「構造」は入退院支援部門や退院支援看護師の設置、支援マニュアル整備などから評価でき

¹石川県立看護大学

²富山県立大学看護学部

³聖路加国際大学

⁴群馬医療福祉大学看護学部

[§]責任著者

る。「結果」は患者が希望する場所で、どのように退院後の療養生活を維持しているかによって評価できる。このような「結果」は、看護師が患者・家族と対話を繰り返しながら、在宅療養移行への課題をアセスメントし、多職種と協働して自立に向けた支援や環境調整によってもたらされると考える。このような患者の在宅療養移行に対する看護内容を行動レベルの指標として示すことは、在宅療養移行支援における看護師の行動指針となり、併せてその行動を評価して質向上につなげる手掛かりとなりうると考える。

そこで本研究では、病院の外来や病棟に勤務する看護師による在宅療養移行支援質指標を作成し、その信頼性・妥当性を検証することを目的とする。開発する在宅療養移行支援質指標は看護師の在宅療養移行支援の行動指針や評価として活用することができる。

2. 方法

2.1 質指標原案の作成

在宅療養移行支援の質指標原案は、病棟看護師や退院支援看護師の退院支援行動を示している先行研究¹⁰⁻¹⁴⁾ および外来-病棟連携による入院前・退院後における看護師による在宅療養移行支援の実践報告¹⁵⁻¹⁹⁾ から抽出した。

在宅療養移行支援の質指標原案は図1に示したように、患者が入院・退院という療養過程で遭遇する課題²⁰⁾ に対する病院看護師の在宅療養移行支援プロセスを前提として作成した。つまり、在宅療養移行支援は患者が外来を受診し入院が決定した時点から始まり、入院後に継続して支援が提供され、退院後も新たな療養生活への移行支援が続けられる療養過程への支援である。この継続し

た支援は外来-病棟連携によって実施されるものと考えた。しかし、医療施設においては外来部門と病棟部門に分かれた看護提供体制をとっている。よって、開発する質指標は患者の療養行動を入院前(外来)・入院中(病棟)・退院後(外来)と連続性のあるものとしてとらえ、入院前・入院後の在宅療養移行支援を担う外来部門、入院中の在宅療養移行支援を担う病棟部門の2つに分けて作成することとした。

入院前および退院後の患者に対する外来における在宅療養移行支援の質指標(以後、外来用移行支援質指標とする)の原案は、①移行を支援する看護師の姿勢:9項目、②チームで関わるための情報共有:5項目、③不安の理解:6項目、④病状や生活状況の把握:10項目、⑤在宅療養に向けた課題の明確化:6項目、⑥評価と再調整:9項目の計45項目とした。

病棟における在宅療養移行支援の質指標(以後、病棟用移行支援質指標とする)の原案は、①移行を支援する看護師の姿勢:11項目、②チームで関わるための情報共有:8項目、③不安の理解:6項目、④在宅療養の課題の明確化:16項目、⑤意思決定への支援:5項目、⑥自立に向けた指導と環境整備:15項目、⑦支援の評価:5項目の計66項目とした。

なお、質指標原案の作成過程において、内容妥当性については、項目と在宅療養移行支援の概念および各構成概念が合致しているかを研究メンバーによって検討した。また、表面妥当性については、退院調整部門に所属し、5年以上の退院支援看護師の経験を有する看護師3名に、所要時間、答えやすさ、負担感の検討を依頼し、修正後、調査を実施した。

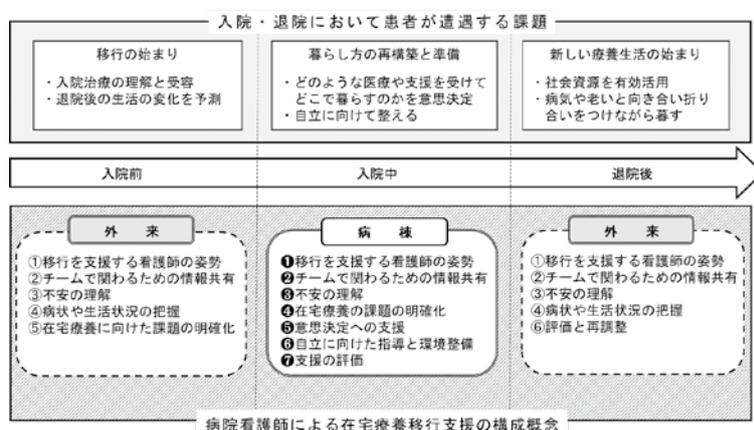


図1 入院・退院における患者が遭遇する課題に対する病院看護師の在宅療養移行支援の構成概念

2.2 予備調査

質指標原案の項目の統合と取捨選択を行い、項目の精練化を検討するために下記の方法で調査を行った。

(1) 調査期間

調査期間は2016年4月～5月である。

(2) 対象

対象は退院支援部門を設置し複数の外来診療科を有する病院の外来看護師と病棟看護師である。調査協力の承諾を得た病院の看護部長より外来看護師配置状況と各病棟に4～5名の調査協力を想定した看護師数の情報を得た。また、対象数は、回収率60%を想定して因子分析が可能となる調査項目数の3倍以上の回答数を見越し、外来看護師は225名以上、病棟看護師は330名以上を確保できるよう調査協力病院の確保に努めた。その結果、10病院から協力を得ることができ、外来看護師225名、病棟看護師390名を調査対象とした。

(3) 調査方法と内容

無記名の自記式郵送質問紙調査とした。

外来看護師には患者の入院前・退院後における在宅療養移行支援45項目の実施状況を、病棟看護師には患者の入院中における在宅療養移行支援66項目の実施状況を5件法(5:いつも行っている～1:行っていない)で回答を求め、5～1点を付して得点化した。看護師の属性として、性別、看護師経験年数、所属病院の病床数を調査した。なお、外来看護師には外来看護経験年数、病棟看護師には退院支援経験事例数を調査した。

(4) 分析方法

調査項目ごとに記述統計を行った。次に、記述統計と信頼性の評価に基づく採択項目を決定するために、以下のことを行った。各項目の平均値、標準偏差、項目間相関、I-T(項目-全体)相関の算出、G-P(Good-Poor)分析を行った。さらに、質指標全体と各下位概念の信頼性係数(クロンバック α)を算出した。これらの分析結果を研究者間で検討して採択項目を決定した。

統計解析にはSPSS for Windows(Ver.22.0)を用いた。

2.3 本調査

予備調査の結果により精練化した質指標の構成概念の妥当性と信頼性を検討するために、以下の方法で調査を行った。

(1) 調査期間

調査期間は2017年1月～2月である。

(2) 対象

対象は退院支援部門を設置し複数の外来診療科を有する病院の外来看護師と病棟看護師である。なお、予備調査との重複を避け、外来看護師への調査は12病院、病棟看護師への調査は4病院の協力を得た。予備調査と同様な基準で対象者の確保に努めた。その結果、外来看護師259名、病棟看護師642名を調査対象とした。

(3) 調査方法と内容

無記名の自記式郵送質問紙調査とした。

予備調査によって、外来用移行支援質指標は37項目に、病棟用移行支援質指標は41項目となり、本調査版とした。なお、予備調査による項目の精練化については、結果で後述する。

外来看護師には患者の入院前・退院後における在宅療養移行支援37項目の実施状況を、病棟看護師には患者の入院中における在宅療養移行支援41項目の実施状況を5件法(5:いつも行っている～1:行っていない)で回答を求め、5～1点を付して得点化した。看護師の属性として、性別、看護師経験年数、所属病院の病床数を調査した。なお、外来看護師には外来看護経験年数、病棟看護師には退院支援経験事例数を調査した。

(4) 分析方法

本調査版(外来用および病棟用)の構成概念妥当性の検討は、探索的因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行い、因子構造の最終決定と因子の命名を行った。

弁別的妥当性の検討では、外来看護師を対象とした調査では、看護師経験年数および外来看護師経験年数の平均値から2群に分け、各因子の平均得点の等分散を確認したうえで対応のないt検定あるいはWelchのt検定により検討した。病棟看護師を対象とした調査では、看護師経験年数および退院支援経験事例数の平均値から2群に分け、各因子の平均得点を前述と同様の方法で検討した。

信頼性は信頼性係数(以後、クロンバック α とする)とGuttmanの折半法による信頼係数を算出して検討した。

確認的因子分析を行い、探索的因子分析で抽出された各因子と項目の適合度を検討した。

統計解析にはSPSS for Windows(Ver.22.0)及びSPSS Amos for Windows(Ver.22.0)を用いた。

2.4 倫理的配慮

調査協力病院の看護部長および調査対象者には、調査の趣旨・方法、任意性・匿名性の保証、学会等で発表することなどを説明した文書を郵送した。看護部長からの研究協力承諾書および質問紙調査票の返送をもって同意を得たものとした。なお、本研究は、所属大学の倫理委員会の承認（看大第1156号）を得て実施した。

3. 結果

3.1 予備調査の結果

(1) 外来用移行支援質指標原案の検討結果

予備調査では、外来看護師182名（回収率80.9%）から回答があり、項目案45項目に欠損のなかった有効回答155名（68.9%）を分析とした。

全項目で天井・床効果はみられなかった。

G-P分析では全項目で上位群の平均値が有意に高く、I-T相関分析の結果では $r = .349 \sim .797$ であった。しかし、項目間相関分析では $r \geq .70$ の相関がみられたペアが6組あり、そのペアが残らないように項目内容をみながら、「①移行を支援する看護師の姿勢」から2項目を、「③不安の理解」から1項目、「⑥評価と再調整」から3項目の計6項目を削除した。

以上の分析を経て39項目を用いて探索的因子分析（主因子法、プロマックス回転）を行った。因子数はスクリープロットや解釈可能性も検討した上で、固有値1以上を基準に4因子に決定した。また、因子負荷が.40以上であること、複数の因子に.40以上の因子負荷を示さないこと基準に採択項目を検討した。その結果、4因子31項目の質指標を作成した。仮の因子名を因子1：入院する患者の在宅療養課題アセスメント、因子2：退院後の在宅療養環境整備、因子3：移行を支援する看護師の姿勢、因子4：病棟看護師への情報提供とした。4因子全体のクロンバック α は.950であり、各因子のクロンバック α は.666～.914であった。よって、採択された31項目からなる質指標を本調査版外来用在宅療養移行支援質指標とした。

(2) 病棟用移行支援質指標原案の検討結果

予備調査では、病棟看護師262名（回収率67.2%）から回答があり、項目案66項目に欠損のなかった有効回答243名（有効回答率62.3%）を分析した。

全項目で天井・床効果はみられなかった。

G-P分析では全項目で上位群の平均値が有意に高く、I-T相関分析の結果では $r = .311 \sim .766$ であった。項目間相関分析では $r \geq .70$ の相関がみられたペアが14組あったが、項目内容を検討して、「④在宅療養の課題の明確化」から1項目、「⑦支援の評価」から1項目の計2項目を削除した。

以上の分析を経て64項目を用いて探索的因子分析（主因子法、プロマックス回転）を行った。因子数はスクリープロットや解釈可能性も検討した上で、固有値1以上を基準に4因子に決定した。また、因子負荷が.40以上であること、複数の因子に.40以上の因子負荷を示さないこと基準に採択項目を検討した。その結果、4因子41項目の質指標案を作成した。仮の因子名を因子1：在宅療養課題アセスメント、因子2：移行を支援する看護師の姿勢、因子3：医療管理・介護方法の指導、因子4：情報の共有と連携とした。4因子全体のクロンバック α は.960であり、各因子のクロンバック α は.817～.932であった。よって、採択された41項目からなる質指標を本調査版病棟用移行支援質指標とした。

3.2 本調査の結果

(1) 外来用移行支援質指標

本調査では、外来看護師173名（回収率66.8%）から回答があり、項目案31項目に欠損のない有効回答165名（有効回答率63.7%）を分析した。分析対象者の性別は女性162名、男性3名であり、看護師経験年数は 23.3 ± 10.2 (M \pm SD)年、外来経験年数は 7.0 ± 5.7 年であった。所属病院の病床数は表1に示したとおりである。

表1 外来看護師の概要 n=165

性別	女性：162名(98.2%) 男性：3名(1.8%)
看護師経験年数	23.3 \pm 10.2年
外来経験年数	7.0 \pm 5.7年
所属病院の病床数	20～199床 51名(30.9%) 200～299床 21名(12.7%) 300～499床 53名(32.1%) 500床～ 38名(23.0%)

①妥当性の検討（表2、表3）

外来用移行支援質指標の構成概念妥当性を検討するためにプロマックス回転を用いた主成分分析を行った。固有値1.00以上であることを基準に因子数を決定した結果、本調査では4因子30項目が抽出された。抽出された4つの因子所属の項目内容を検討し、第1因子（9項目）を【退院後の在宅療養の確認と支援】、第2因子（9項目）

表2 外来における在宅療養移行支援質指標の因子分析結果

項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
退院後の在宅療養の確認と支援				
退院患者の初回受診時，看護サマリーから医療上の課題をとらえる	.965	-.186	-.077	.148
退院患者の初回受診時，看護サマリーから生活・介護上の課題をとらえる	.946	-.193	.017	.088
退院後の医療・介護竿ビスの利用が適切かどうかを見極める	.784	.161	-.028	-.086
入院中に実施された指導内容の理解度や技術修得度を患者（家族）に確認する	.782	.036	.158	-.051
退院した患者に必要な療養指導を実施する	.758	-.033	.119	.095
退院した患者の状況を院内の医療チームメンバーと情報共有する	.705	.157	.096	-.032
ケアマネジャーや訪問看護師と患者の療養生活について相談し合う	.669	.305	-.076	-.066
退院した患者の家族に対する療養相談や介護相談に対応する	.651	.262	.023	-.010
退院後の療養生活で患者（家族）が困難と感じていることをとらえる	.622	.138	-.026	-.299
患者・家族への心理的支援				
患者が家族とともに今後の療養生活の過ごし方を話し合える機会をつくる	.102	.850	-.092	-.102
患者（家族）と一緒に退院後の療養生活を考える	.058	.846	-.121	.014
入院する患者が抱えている退院後の予期的な不安をとらえる	-.004	.778	.071	-.008
患者の心身の状況変化をとらえながら，先を見通した支援を考える	.045	.763	-.118	.144
生活の仕方や療養の場の変化に伴う患者・家族の葛藤や不安を受け止める	-.146	.761	-.087	.340
在宅療養移行支援に活かすために患者（家族）への関りを振り返る	.202	.751	.021	-.138
入院する患者の家族が抱えている患者の退院後の予期的な不安をとらえる	.022	.674	.231	-.064
在宅で患者が行っていたセルフケア行動に承認の言葉を伝える	-.175	.533	.202	.240
患者の療養生活を支えている家族にねぎらいの気持ちを伝える	-.257	.439	.246	.370
入院する患者の課題共有				
入院前の在宅療養での医療上の課題を病棟看護師に伝える	-.066	-.078	.864	.109
入院前の在宅療養で生活・介護上の課題を病棟看護師に伝える	-.020	-.080	.858	.096
家族（介護者）の医療管理能力を見極める	.067	-.003	.817	-.030
入院する患者の医療管理能力を見極める	.067	-.028	.800	.009
すでに設置されている医療機器と使用上の課題を確認する	.114	.084	.727	-.207
入院する患者の予測される退院後の課題を病棟看護師に伝える	.228	.294	.494	-.200
入院前の生活アセスメント				
入院の目的を確認する	-.002	-.054	-.092	.899
患者の言動から ADL をとらえる	.149	-.006	-.196	.814
患者の言動から IADL をとらえる	.075	.124	-.077	.706
入院する患者の認知レベルをとらえる	-.049	-.106	.424	.605
患者・家族やケアマネジャーなどから在宅生活情報（食事，排泄など）を得る	.041	.245	-.046	.555
再入院の場合，その原因をとらえる	.213	-.105	.245	.522
因子寄与率（％）	48.80	7.37	6.57	4.83
累積寄与率（％）	48.80	56.18	62.75	67.58
因子間相関	I	II	III	IV
第1因子：退院後の在宅療養の確認と支援	—	.645	.624	.448
第2因子：患者・家族への心理的支援		—	.565	.498
第3因子：入院する患者の課題共有			—	.521
第4因子：入院前の生活アセスメント				—

表3 経験年数別による弁別的妥当性の検討結果（外来用） (M±SD)

	看護師経験年数（年）		外来看護師経験年数（年）	
	24> (n=94)	24≤ (n=71)	8> (n=102)	8≤ (n=63)
第1因子 退院後の在宅療養の確認と支援	2.7±1.1	2.8±1.1	2.8±1.1	2.7±0.9
第2因子 患者・家族への心理的支援	3.2±0.7	3.1±0.8	3.2±0.7	3.1±0.7
第3因子 入院する患者の課題共有	3.2±0.8	3.3±0.8	3.2±0.8	3.3±0.7
第4因子 入院前の生活アセスメント	3.8±0.7	3.8±0.6	3.8±0.6	3.8±0.6
30項目合計	95.8±20.4	95.3±22.5	96.5±22.9	94.1±18.5

(注) 対応のない t 検定

を【患者・家族への心理的支援】、第3因子（6項目）を【入院する患者の課題共有】、第4因子（6項目）を【入院前の生活アセスメント】と命名した。因子間の相関は $r = .448 \sim .645$ であった。

適合度指数は GFI (Goodness of Fit Index) = .676, AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) = .622, CFI (Comparative Fit Index) = .791, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) = .115 であった。

弁別的妥当性を検討するために、看護師経験年数および外来看護師経験年数の平均値から2群に分け、各因子の平均得点を比較した。その結果、表3に示したように、経験年数の違いによる差は認められなかった。

②信頼性の検討（表4）

内的整合性は、尺度全体のクロンバック α が .963 で、各因子は第1因子より順に .952, .917, .892, .863 であった。また Guttman の折半法信頼係数は、第1因子より順に .917, .867, .894, .816 であった。

(2) 病棟用移行支援質指標

本調査では、病棟看護師 465 名（回収率 72.4%）から回答があり、項目案 41 項目に欠測のない有効回答 447 名（有効回答率 69.6%）を分析した。分析対象者の性別は女性 411 名、男

性 36 名であり、看護師経験年数は 16.5 ± 12.1 (M \pm SD) 年であった。回答者自身が中心となって進めた退院支援経験事例数は、5 例以下が 200 名 (44.7%) で 6 例以上が 247 名 (55.3%) であった。所属病院の病床数は表5に示したとおりである。

①妥当性の検討（表6、表7）

病棟用移行支援質指標の構成概念妥当性を検討するためにプロマックス回転を用いた主成分分析を行った。固有値 1.00 以上であることを基準に因子数を決定した結果、本調査では 4 因子 38 項目が抽出された。抽出された4つの因子所属の項目内容を検討し、第1因子（14項目）を【在宅療養の課題アセスメント】、第2因子（9項目）を【在宅療養維持力への支援】、第3因子（8項目）を【院内外の多職種との連携】、第4因子（7項目）を【患者・家族への心理的支援】と命名した。因子間の相関は $r = .360 \sim .686$ であった。

適合度指数は GFI=.744, AGFI=.712, CFI=.832, RMSEA=.083 であった。

弁別的妥当性を検討するために、看護師経験年数および退院支援経験事例数から2群に分け、各因子の平均得点を比較した。看護師経験年数 17 年以上の群は 17 年未満の群と比べて、各因子の平均得点および 38 項目合計得点はいずれにおいても有意に高かった。また、退院支援経験事例数の 6 事例以上の群は 5 事例以下の群に比べて、各因子の平均得点および 38 項目合計得点はいずれにおいても有意に高かった。

②信頼性の検討（表8）

内的整合性は、尺度全体のクロンバック α が .965 で、各因子は第1因子より順に .924, .939, .896, .886 であった。また Guttman の折半法信頼係数は、第1因子より順に .917, .894, .876, .842 であった。

4. 考察

4.1 在宅療養移行支援質指標の妥当性の検討

(1) 外来用移行支援質指標

外来用移行支援質指標の構成概念は探索したところ、第1因子：【退院後の在宅療養の確認と支援】、第2因子：【患者・家族への心理的支援】、第3因子：【入院する患者の課題共有】、第4因子：【入院前の生活アセスメント】の4因子構造となった。

第1因子【退院後の在宅療養の確認と支援】は、原案の「評価と再調整」の退院後の患者の医療上と生活・介護上の課題を退院後の初回受診時に把

表4 信頼性の検討結果（外来用）

因子名	Cronbach の α 係数	Guttman の折半法信頼係数
第1因子 退院後の在宅療養の確認と支援	0.952	0.917
第2因子 患者・家族への心理的支援	0.917	0.867
第3因子 入院する患者の課題共有	0.892	0.894
第3因子 入院前の生活アセスメント	0.863	0.816
全体	0.963	—

表5 病棟看護師の概要 n=447

性別	女性：411名(91.9%) 男性：36名(8.1%)
看護師経験年数	16.5 \pm 12.1年
退院支援経験事例数	0名：29名 1～3名：102名 4～5名：69名 6～10名：55名 11名以上：189名 5 \geq 200名(44.7%) 6 \leq 247名(55.3%)
所属病院の病床数	20～199床 48名(10.3%) 200～299床 88名(19.7%) 300～499床 311名(69.6%)

表6 病棟における在宅療養移行支援質指標の因子分析結果

項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
在宅療養の課題アセスメント				
入院する患者の認知レベルをとらえる	.867	.000	-.236	.117
病状の変化から今後の医療上の課題をアセスメントする	.727	-.018	.076	.004
入院前の介護保険・訪問看護の利用状況をとらえる	.717	.017	-.103	.009
入院の目的を確認する	.715	.001	.062	-.195
再入院の場合、その原因を確認する	.710	.027	.128	-.142
患者の言動から ADL をとらえる	.707	-.109	-.022	.109
患者(家族)から入院前の生活状況(食事、排泄、清潔、移動など)の情報を得る	.700	.052	-.207	.064
病状や社会背景から、今後の生活・介護上の課題をアセスメントする	.662	.030	.086	.077
患者の医療管理能力を見極める	.662	.152	-.148	.096
外来からの患者情報(診療情報提供書や外来看護記録など)の内容を確認する	.624	-.066	.057	-.074
患者のキーパーソンと他の家族員との関係をとらえる	.551	-.091	.165	.114
患者の言動から IADL をとらえる	.546	-.080	.084	.178
すでに使用している、あるいは今後使用する医療機器の利用上の課題を確認する	.444	.118	.292	-.090
患者の家族介護力をとらえる	.403	-.005	.197	.293
在宅療養維持力への支援				
患者(家族)に処置や服薬管理方法を指導する	.105	.943	-.122	-.092
家族(介護者)に介護方法を指導する	-.205	.930	.040	.033
患者にセルフケア方法を指導する	-.084	.890	-.104	.162
入院中に実施している処置が退院後も必要かを検討する	.300	.787	-.148	-.074
患者の体調不良時や緊急時の対処方法を患者(家族)に説明する	-.052	.678	.176	.053
退院後にも患者(家族)が実行可能なケア方法を提供する	.045	.669	.053	.070
シンプルな薬剤管理となるよう医師や薬剤師と検討する	-.066	.605	.020	.133
食生活、掃除、洗濯などの日常生活援助の必要性を患者(家族)と話し合う	.307	.517	.094	-.012
自宅内や屋外での移動方法を患者(家族)や関係職種と話し合う	.310	.458	.067	-.018
院内外の多職種との連携				
退院後の患者の療養生活から患者(家族)に行った在宅療養移行支援を振り返る	-.238	.061	.787	.084
訪問看護師やケアマネジャーなどが参加するカンファレンスを企画・運営する	.050	.110	.751	-.156
訪問看護師やケアマネジャーと相談し合う	.115	.176	.690	-.160
在宅での医療・介護サービスに必要な書類や物品を確認する	-.027	.227	.663	-.054
予測される患者・家族の退院後の課題を外来看護師から情報を得る	-.058	-.328	.627	.153
退院前に患者・家族の退院後の生活への自信や期待を支援する	.007	.129	.590	.191
継続検討が必要な課題(医療や生活・介護)を地域の医療・福祉関係者に伝える	.008	.280	.535	-.051
退院後の経済的支援の必要性をアセスメントする	.234	-.015	.492	.116
患者・家族への心理的支援				
生活の仕方や療養の場の変化に伴う患者(家族)の葛藤や不安を受け止める	.109	-.048	-.052	.748
入院前の在宅における患者のセルフケア行動に承認の言葉を伝える	-.125	.050	.035	.732
患者の心身の状況の変化をとらえながら、先を見通した支援を考える	.146	.049	-.075	.554
患者や家族が有する退院後の生活を再構築する力を認めて関わる	.032	.182	.067	.511
患者が家族とともに今後の療養生活の過ごし方を話し合える場をつくる	-.128	.094	.344	.472
退院後の療養生活を目指した患者(家族)の取り組みを支持する	.143	.159	.042	.469
患者がどこで、どのように生活したいかを語るができるよう関わる	.178	-.041	.264	.431
因子寄与率 (%)	43.02	5.83	3.63	2.40
累積寄与率 (%)	43.02	48.85	52.48	54.87
因子間相関	I	II	III	IV
第1因子：在宅療養の課題アセスメント	—	.719	.592	.641
第2因子：在宅療養維持力への支援		—	.734	.586
第3因子：院内外の多職種との連携			—	.577
第4因子：患者・家族への心理的支援				—

表7 経験年数および退院支援経験事例数別による弁別的妥当性の検討結果（病棟用）

(M±SD)

	看護師経験年数（年）		退院支援経験事例数（例）	
	17> (n=244)	17≤ (n=203)	5≥ (n=200)	6≤ (n=247)
第1因子 [†] 在宅療養の課題アセスメント	3.8±0.6	4.0±0.6	3.7±0.6	4.0±0.5
第2因子 [†] 在宅療養維持力への支援	3.5±0.7	3.8±0.8	3.4±0.8	3.9±0.6
第3因子 院内外の多職種との連携	3.2±0.8	3.4±0.8	3.0±0.7	3.5±0.7
第4因子 [†] 患者・家族への心理的支援	3.5±0.6	3.7±0.6	3.4±0.6	3.8±0.5
38項目合計	135.5±21.8	143.3±22.3	130.0±21.5	146.4±20.3

(注) 対応のない t 検定 (†: Welch の t 検定)

** p<0.01 *** p<0.001

表8 信頼性の検討結果（病棟用）

因子名	Cronbach の α 係数	Guttman の 折半法信頼係数
第1因子 在宅療養の課題アセスメント	0.924	0.917
第2因子 在宅療養維持力への支援	0.939	0.894
第3因子 院内外の多職種との連携	0.896	0.876
第3因子 患者・家族への心理的支援	0.886	0.842
全体	0.965	—

握することや、退院後の在宅療養状況から入院中に実施された在宅療養移行支援を評価して、院内外の多職種と「情報を共有」しながら、在宅療養維持に必要な支援を示す指標で構成されていた。この指標の内容は、入院中における在宅療養移行支援を退院患者の在宅療養状況から評価し、必要に応じて療養支援を行う内容で構成されていた。これは、外来における在宅療養移行支援としては重要な意味を構成要素であると考え、第2因子【患者・家族への心理的支援】は原案の「移行を支援する看護師の姿勢」と「不安の理解」で構成されていた。入院前においても、退院後においても患者・家族は病気や障害とともに生活を送ることになり、病状の進行や将来の生活上に対する予期的な不安は継続して存在すると考える。また、在宅療養を維持していくには患者本人と家族の努力は大きいことが指摘²¹⁻²³⁾されおり、これらの心理的状況も受け止めながら在宅療養移行支援に関わる必要がある。よって、患者の在宅療養移行

を支援する看護師としては重要な構成概念と考える。第3因子【入院する患者の課題共有】は入院前に予測される患者の病態や治療内容に起因する「療養生活の課題の明確化」と予測される課題を病棟看護師と「情報の共有」を図ることを示す指標で構成されていた。このことは、外来-病棟連携による在宅療養移行支援の質向上には重要な指標であると思われる。第4因子【入院前の生活アセスメント】は、原案の「病状や生活状況の把握」で構成されていた。外来における入院前の情報収集は、入院後以降の在宅療養移行支援を早期に開始するためには必要なことであり、患者の入院前における外来看護師の役割を示していると考え、以上より、新たな在宅療養生活を始めようとする患者・家族を心理的に支援しながら、外来-病棟部門と連携しながら継続看護を実践することを可能にする在宅療養移行質指標であると考え、

適合度指数においては、GFI=.676, AGFI=.622,

CFI=.791 とある程度高い数値を示している。しかし、RMSEA は .05 以下が望ましい²⁴⁾とされており、本研究では .115 と高い値となり、質指標を改良するための検討の必要が示唆された。

弁別的妥当性の検討では、看護師経験年数 24 年未満と 24 年以上の 2 群で、各因子の平均得点および項目全体の合計得点のいずれにおいても、有意差は認められなかった。また、外来看護経験 8 年未満と 8 年以上の 2 群で、各因子の平均得点および項目全体の合計得点のいずれも、有意差は認められなかった。外来部門における在宅療養移行支援は、2018 年の診療報酬改定⁹⁾により入院前からの支援の評価されるようになったばかりであり、本研究における調査時期では一般的ではなかった。それゆえ、違いがみられなかったと考える。中村ら²⁴⁾による退院支援を担う看護師の役割に関する国内文献の検討では、退院支援看護師や病棟看護師の役割に言及しており、外来看護師の役割は示されていない。在宅療養移行支援における外来看護師の役割が期待される中、本研究においてその行動指針を示す質指標を開発したことは意義があると考えられる。

(2) 病棟用移行支援質指標

病棟用移行支援質指標の構成概念は、第 1 因子【在宅療養上の課題アセスメント】、第 2 因子【在宅療養維持力への支援】、第 3 因子【院内外の多職種との連携】、第 4 因子【患者・家族への心理的支援】の 4 因子構造となった。

第 1 因子【在宅療養上の課題アセスメント】は、原案の「在宅療養の課題の明確化」が主な指標として構成されていた。この指標には宇都宮²⁶⁾が示している在宅療養に向けた医療上の課題と生活・介護上の課題を明確にする項目が含まれており、かつ退院後の療養生活を支える家族介護力や家族関係をとらえる指標から構成されていた。患者の在宅療養上の課題には介護力の状況に起因するものあり、家族介護力や家族関係に関する内容が統合されたものと考えられる。第 2 因子【在宅療養維持力への支援】には、原案の「自立に向けた指導と環境整備」と「在宅療養の課題の明確化」を図るために患者・家族と日常生活支援の必要性や方法を関係職種と話し合うことが含まれた。これらはすべて、退院後の在宅療養生活を維持していくために必要なことであり、かつ患者・家族が退院後の生活を再構築するためには重要な要素であると考えられる。第 3 因子【院内外の多職種との連携】は、原案の「情報の共有」である訪問看護師やケ

アマネジャーとの連携、外来看護師から情報収集、継続支援が必要となることへの関係職種への情報提供などから構成されていた。患者の在宅療養移行支援は病院完結型医療では成しえず、地域の医療・福祉職と連携する内容が含まれたと考える。第 4 因子【患者・家族への心理的支援】は、病気発症により生活の仕方や療養の場の変更を余儀なくされる可能性に対する葛藤や不安を受け止めつつ、退院後の療養生活を目指そうとする患者・家族の取り組みを支持する指標から構成されていた。入院患者に提供される在宅療養移行支援は自立支援や退院後の療養場所の決定にとどまらず、入院・退院に伴う移行という課題²⁰⁾に遭遇する患者・家族への心理的支援は重要である。

第 1 因子【在宅療養上の課題アセスメント】と第 2 因子【在宅療養維持力への支援】間、第 2 因子【在宅療養維持力への支援】と第 3 因子【院内外の多職種との連携】間においてかなり強い相関が認められた。これは、患者の退院後の在宅療養を目指して、患者の病状や生活状況をアセスメントしながら院内外の多職種と連携し患者の在宅療養維持力への支援を行う過程において、医療上や生活・介護上の課題解決が共通するために強い相関がみられたと考える。

適合度指数はある程度高い数値を示しているが、GFI と AGFI は .090 以上が目安とされており²⁷⁾、さらなる検討の必要性が示唆された。

弁別的妥当性の検討では、看護師経験年数が長い看護師、および退院支援経験事例を多く経験している看護師の平均得点が有意に高い結果であった。病棟における退院支援は 2008 年度の診療報酬改定で退院調整加算が新設され、現在にいたるまでに病棟における退院支援が診療報酬で評価されており、病棟看護師の退院支援に対する取り組みも実績を積み重ねてきている。よって、看護師としての経験や中心的に関った退院支援事例が多い看護師は、平均得点が高くなったと考えられる。

4.2 在宅療養移行支援質指標の信頼性

外来用および病棟用移行支援質指標において、質指標全体と各因子のクロンバック α はすべて .80 以上であった。また、折半法による検討では、外来用および病棟用在宅療養移行支援質指標の各因子の信頼係数は .80 以上であった。項目数が多い場合にクロンバック α 係数は高くなる²⁸⁾といわれており、本研究で開発した質指標の各因子の項目が多いため高い値を示したと考える。一般的

に信頼性係数では .07 以上の値であることが望ましい²²⁾。よって、本指標は外来用、病棟用の在宅療養移行支援質指標とも、十分な内的一貫性を有しているといえる。

4.3 開発した質指標の活用可能性

外来-病棟連携や外来-病棟一元化による「つながる看護」の充実を図り、看護組織横断的な在宅療養移行支援体制を整備し、入院前・入院中・退院後の患者の療養過程に沿った在宅療養移行支援の実践報告^{29,31)}がみられる。本研究で開発した質指標は外来用と病棟用の2つに分かれているが、入院が決定した患者の入院前、入院中、退院後の療養過程にそった指標で構成されている。現在の病院では、1人の看護師は一つの看護単位に所属して、その役割を果たしている。外来部門で患者に関わる看護師は外来用移行支援質指標を手がかりとして、入院前・退院後の患者に関わることができる。また、入院中は病棟用移行支援質指標を手がかりとして患者に関わることができる。さらに、在宅療養移行支援は病院だけで完結するものではなく、地域の医療・福祉職と連携する必要があり^{32,33)}、それらの内容を示した指標も盛り込まれている。よって、本研究で開発した質指標は患者の療養過程に沿いながら、看護師が配属された部署において活用することができるものであると考えられる。また、外来-病棟と組織横断的に活動している退院支援看護師の行動指針としても、外来用・病棟用移行支援質指標は活用できると考える。

病気の発症、治療のための入院から退院、その後の療養生活の開始に至る一連のプロセスは、患者・家族にとって生活の仕方や場が移り変わる「移行」を体験する時期²⁰⁾である。漠然とした不安や葛藤を抱きながらも退院後の療養生活への意思決定と自立を目指す患者にとって、その状況を受け止め、患者・家族と対話しながら進める看護師の患者・家族に関わる姿勢は重要なことである。本研究で開発した質指標には、外来用においても病棟用においても因子【患者・家族への心理的支援】に対する指標は含まれている。移行支援に関わる看護師の姿勢を意味しており、この因子は本研究で開発した質指標の特徴でもある。在宅療養移行支援を進めるための課題アセスメントや自立支援や療養環境整備を実施するための基盤となる行動指針であると考えられる。

さらに、この質指標は看護師の在宅療養移行支

援力を評価することに活用できると考える。具体的には、質指標の実施状況調査や患者ごとに質指標の項目に対する実施の有無を調査することで、在宅療養移行支援の課題の明確化と改善を検討する資料を提示することが可能となると考える。開発した質指標は在宅療養移行支援のプロセスそったものであり、医療の質評価¹⁴⁾における「過程」評価において活用できると考える。

4.4 本研究の限界と課題

本研究は、病院に勤務する外来看護師と病棟看護師から得たデータをもとに在宅療養移行支援質指標の開発を試みた。患者の入院前・退院後の療養場所は多様であり、一医療機関に所属する看護師だけから在宅療養支援を受けているわけではない。今後は、入院前・退院後の患者に関わる診療所や医療福祉施設に勤務する看護師からのデータも加えて検討する必要がある。また、在宅療養移行支援質指標の妥当性・信頼性はある程度確認できたが、適合度指数値は十分な値を得たとは言い難い。今後は、開発した質指標の精度を高めるために基準関連妥当性や弁別的妥当性のさらなる検討が必要であると考えられる。

5. 結論

病院看護師による在宅療養移行支援質指標を開発し、その妥当性・信頼性を検討した。在宅療養移行支援質指標は外来用と病棟用の2種類とした。

外来用の在宅療養移行支援質指標の開発では、外来看護師を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。探索的因子分析により【退院後の在宅療養の確認と支援】9項目、【患者・家族への心理的支援】9項目、【入院する患者の課題共有】6項目、【入院前の生活アセスメント】の4因子30項目構造となり、因子全体のクロンバック α は .963 であった。

病棟用の在宅療養移行支援質指標の開発では、病棟看護師を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。探索的因子分析により【在宅療養の課題アセスメント】14項目、【在宅療養維持力への支援】9項目、【院内外との多職種との連携】8項目、【患者・家族への心理的支援】7項目の4因子38項目構造となり、因子全体のクロンバック α は .965 であった。

開発した在宅療養移行支援質指標は信頼性のある質指標であることが示唆された。因子分析によ

り構成概念妥当性は示されたが、弁別的妥当性については外来用在宅療養移行支援質指標では認められなかった。また、適合度指数値も十分な値を得ることができなかった。よって、さらなる質指標の精度を高めるための検討の必要性が示唆された。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました病院の看護部長の皆様、質問紙調査にご協力いただきました外来看護師・病棟看護師の皆様にご感謝申し上げます。

本研究は、日本学術振興会科学研究費助成事業（基盤研究（C）課題番号 26463286）の助成を受けて行った研究の一部である。

利益相反

なし

引用文献

- 1) 宇都宮宏子：病院から地域への療養移行期の看護マネジメントを体系化する－地域包括ケアの推進に向けた現状と課題。看護管理, 23(12), 986-1001, 2013.
- 2) 奥出有香子, 丸山正恵, 他2名：外来と病棟との連携を強化した乳腺センターにおける退院支援システム。看護, 63(10), 76-81, 2011.
- 3) 宮本雅子, 勝本裕子：よりよい療養生活のための病棟と外来の継続看護—頭頸部がん患者への支援から。看護管理, 23(12), 996-1001, 2013.
- 4) 大橋睦子, 露無祐子, 岡田知子：外来看護師からアプローチをした入院前からの退院支援の実際。地域連携入退院支援, 4(2), 2011.
- 5) 五味美春, 板垣伸子：東京慈恵会医科大学葛飾医療センターにおけるPFMの取り組み—そのしくみと事例にみる退院支援の実際。看護展望, 39(11), 974-981, 2014.
- 6) 橋睦子, 露無祐子, 岡田知子：外来看護師からアプローチをした入院前からの退院支援の実際。地域連携入退院支援, 4(2), 9-15, 2011.
- 7) 宇都宮宏子：生活を支える医療につなぐ看護マネジメントの体系化。日本在宅看護学会誌, 2(1), 10-16, 2013.
- 8) 及川良子：地域基幹病院における外来患者への在宅療養支援。看護管理, 23(12), 1008-1014, 2013.
- 9) 厚生労働省：平成30年度診療報酬改定の概要。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000207112.pdf> (accessed 2019/9/10)
- 10) 山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子, 他5名：「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」の開発および信頼性・妥当性の検証。看護管理, 25(3), 248-254, 2015.
- 11) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 他1名：退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発。日本看護科学学会誌, 33(3), 3-13, 2013.
- 12) 千葉由美：ディスチャージプランニングのプロセス評価尺度の開発と有用性の検証。日本看護科学学会誌, 25(4), 39-51, 2005.
- 13) 丸岡直子, 洞内志湖, 川島和代, 他4名：病棟看護師による退院調整活動の実態と課題-退院調整活動質指標を用いた調査から。石川看護雑誌, 8, 29-39, 2011.
- 14) Avedis Donabedian, 東尚弘訳：医療の質の定義と評価方法。認定NPO法人健康医療評価研究機構 (iHope), 84-91, 2007.
- 15) 川原理香, 貝瀬友子：手術後患者の生活の再構築を支える看護援助体制—病棟看護師と外来看護師の役割分担の再考から。東京医療保健大学紀要, 1, 1-7, 2013.
- 16) 奥出有香子, 丸山正恵, 三好裕子, 他1名, 外来と病棟との連携を強化した乳腺センターにおける退院支援システム, チーム医療における外来看護師の役割を意識化するためのアプローチ。看護, 63(10), 76-81, 2011.
- 17) よりよい療養生活のための病棟と外来の継続看護—頭頸部がん患者への支援から。看護管理, 23(12), 996-1001, 2013.
- 18) 大橋睦子, 露無祐子, 岡田知子：外来看護師からアプローチした入院前からの退院支援の実際。地域連携入退院支援, 4(2), 9-15, 2011.
- 19) 益永愛, 佐藤里美, 中村真美, 他3名：外来看護師の在宅支援充実の取り組み。日本看護学会論文集(地域看護), 43, 15-18, 2013.
- 20) 吉田千文：退院をめぐる看護倫理-家族看護の視点から。家族看護, 9(2), 26-41, 2011.
- 21) 吉川照美, 中尾三千代, 山野多恵子, 他1名：外来患者の在宅療養上のニーズに関する調査。香川労災病院雑誌, 16, 95-99, 2010.
- 22) 平原優美, 河原加代子：外来化学療法中のがん患者の在宅療養生活と思い。日本保健科学学会誌, 15(4), 2013.
- 23) 田邊暁美, 嶋津多恵子：医療処置が必要な在宅療養者を介護する家族の介護上の困難および困難を軽減する要因：文献検討。国立看護大学校研究紀要, 17(1), 36-46, 2018.
- 24) 小塩真司：研究事例で学ぶSPSSとAmosによる心理調査データ解析。東京出版, 267, 2005.

- 25) 中村円, 大日向輝美: 退院支援を担う看護師の役割に関する国内文献の検討. 札幌保健科学雑誌, 7, 55-59, 2018.
- 26) 宇都宮宏子: 退院支援・退院調整を理解するための3段階プロセス. 宇都宮宏子, 三輪恭子: これからの退院支援・退院調整. 日本看護協会出版会, 10-40, 2011.
- 27) 小塩真司: SPSSとAmosによる心理・調査データ解析 - 因子分析・共分散構造分析まで. 東京出版, 143, 2008.
- 28) 畑中美穂: 心理測定尺度の尺度構成. 宮本聡介, 宇井美代子: 質問紙調査と心理測定尺度. サイエンス社, 159-160, 2014.
- 29) 崎田智美: 入院から退院後の地域での療養までワンストップで提供する体制づくり. Nursing BUSINESS, 12(11), 8-13, 2018.
- 30) 山元智穂: 入院前の生活をアセスメントし高齢者とその環境に働きかける. 看護, 68(7), 76-78, 2016.
- 31) 塩田美佐代: 地域包括ケアを推進する外来・病棟連携の入退院支援体制. Nursing BUSINESS, 13(1), 13-18, 2019.
- 32) 奥田清子: 入退院支援加算とこれからの看護業務. 宇都宮宏子: 看護がつなぐ「在宅ケア移行支援」の実践-入退院支援パーフェクトガイド. メディカ出版, 8-16, 2019.
- 33) 田中いずみ, 内田智美, 御家瀬真由, 他1名: 外来機能を活用した入退院支援. 宇都宮宏子: 看護がつなぐ「在宅ケア移行支援」の実践-入退院支援パーフェクトガイド. メディカ出版, 47-58, 2019.

Reliability and Validity of Quality Indicators in Transitional Care by Hospital Nurses

Naoko MARUOKA, Masashi TAKEYAMA, Noriko ISHIKAWA, Shizuko HAYASHI, Chifumi YOSHIDA, Kieko HIGUCHI, Yukie TAMURA, Tomoyo NAKASHIMA, Kazumi HAYASHI

Abstract

The purpose of this study was to develop quality indicators of transitional care provided by hospital nurses. In this study, we developed quality indicators for outpatient nurses and ward nurses. An anonymous self-administered questionnaire survey was conducted for outpatient and ward nurses. Because this was an exploratory factor analysis, the outpatient transitional care quality indicators had a structure of 4 factors and 30 items. The outpatient transitional care quality indicators comprised "life assessment before hospitalization," "communication issues of patients to be hospitalized," "confirmation and support of home care after discharge," and "psychological support for patients/families." The ward transitional care quality indicators had a structure of 4 factors and 38 items. The ward transitional care quality indicators comprised "assessment of home care issues," "support for home care maintenance force," "cooperation with multiple occupations inside and outside the hospital," and "psychological support for patients/families." The Cronbach's alpha coefficient of the quality indicators for outpatient and ward was $>.09$. The discrimination validity was recognized in the quality index for transitional care for ward patients but not for outpatients. The fitness index value was not sufficient. Although the reliability and validity of the transitional care quality indicators were recognized in this study to some extent, further studies should be performed to improve the accuracy.

Keywords transitional care, discharge support, quality indicator, outpatient nurse, ward nurse