

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2009年度 在宅医療助成 一般公募（後期）
完了報告書

在宅医療の速やかな開始に向けた退院支援看護師の能力開発方法
－自己評価のためのツール開発を通して－

<申請者>

戸村ひかり

東京大学大学院 医学系研究科 地域看護学分野 大学院生（博士課程）

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

<共同研究者>

鈴木樹美 （東京大学医学部附属病院 看護師長）

永田智子 （東京大学大学院 医学系研究科 地域看護学分野 講師）

村嶋幸代 （東京大学大学院 医学系研究科 地域看護学分野 教授）

提出日：2011年2月24日

目次

I. 緒言	
1. 在宅療養推進における退院支援の必要性	1
2. 退院支援看護師(DPN)の実践能力を評価するツール開発の必要	1
3. 目的	1
4. 用語の定義	1
II. 方法	
1. 開発する尺度の概念枠組みの設定	2
2. 開発する尺度の項目案の作成、選定	2
3. 尺度の開発、信頼性と妥当性の検討	2
4. 倫理的配慮	3
III. 分析方法(本調査)	
1. 尺度の開発	3
2. 妥当性の検討	4
3. 信頼性の検討	5
IV. 結果(本調査)	
1. 対象者の選定	5
2. DPN の概要	5
3. 尺度の開発	6
4. 妥当性の検討	6
5. 信頼性の検討	7
V. 考察	
1. 開発した尺度の信頼性と妥当性	8
2. 開発した尺度の実用性	8
3. 本研究の限界と意義	8
VI. 結論	9
謝辞	9
文献	9

図表

図 1: 本調査 対象者のフロー図

表 1: 本調査 退院支援看護師の概要

表 2: 退院支援看護師の個別支援における職務行動の遂行能力評価尺度

I. 緒言

1. 在宅療養推進における退院支援の必要性

近年、日本では急速な少子高齢化による医療費の高騰を抑制するために、在院日数を短縮し、在宅療養を推進する動きが強まっている¹⁾。在院日数を短縮させる対策の一つとして、2003年に急性期入院医療における診療群分類別包括評価(DPC)が導入された²⁾。DPC 支払協力者病院は年々拡大しており、今後も在院日数は短縮していくと考えられる。しかし、在院日数の短縮に伴い、退院後も医療管理や介護を要する患者が増えている。一方で、患者を支える家族介護力は低下している。その理由としては、核家族化や高齢者世帯の増加など家族構成の変化や、家族の意識の変化、経済状況の悪化などがあげられる。そのため、退院後、在宅で療養するために、様々なサービスを利用する必要のある患者が増えている^{1) 3)-5)}。医療・看護の質を担保しながら患者が適切な時期に病院を退院し、在宅で療養生活を続けられるようにするためには、退院支援が重要である。

2. 退院支援看護師の実践能力を評価するツール開発の必要性

退院支援の専任者のうち、退院支援看護師(discharge planning nurse: DPN)は、医療と介護の両方のニーズを持つ複雑なケースの退院支援をすることができるため、現在の医療を取り巻く環境において、必要性が高まっている⁶⁾⁻¹¹⁾。2010年の診療報酬改定により、DPNとソーシャルワーカーの両職種を退院支援の専従者として配置することで、病院はより高い加算額を得られるようになったため¹²⁾、DPNは今後さらに増えると予測される。DPNは、正確な病状予測、地域資源の知識、家族介護力の見積もり、患者・家族の退院に対する認識の理解等の専門的な能力を要する¹³⁾。しかし、診療報酬で加算を得るにあたり、DPNとしての条件は設けられていない。新任者が急速に増える中、DPNによる支援の質を保証するためには、DPNの実践能力を適切に評価できるツールを開発する必要がある。

退院支援実施者の実践内容を評価する指標としては、多職種チームでの役割を経年別にリストアップしたものがある¹⁴⁾。しかし、その内容は、DPNに言及しておらず、信頼性や妥当性も保証されていない。病棟看護師による退院支援プロセスを評価する尺度¹⁵⁾はあるが、退院支援の専門職であるDPNによる支援内容を網羅しているとは言えない。また、DPNの実践能力を適切に評価できる尺度を開発するためには、理論を用いて測定する能力を明確に定義づける必要がある。

3. 目的

本研究では、退院支援看護師の実践能力を評価する尺度を開発し、信頼性と妥当性を検証することを目的とした。

4. 用語の定義

本研究では、各用語を以下のように定義した。

・退院支援: 患者とその家族が退院後の適切なケアプランをつくるのを助けるために利用可能でなくてはならない、部門を越えた病院全体としてのプロセス(American Hospital Association: AHA)

16)

- ・退院支援業務:以下の2つの業務を指し¹⁷⁾、病棟で看護師が行う退院指導等とは区別する。
 - ・患者・家族のニーズにあった退院先の選定と確保
 - ・退院に際して必要な、教育指導や諸サービス調整等の支援
- ・退院支援部署:病棟以外で、“退院支援業務”を行うスタッフが配置されている院内の部署¹²⁾¹⁷⁾
- ・退院支援看護師(**discharge planning nurse: DPN**):退院支援部署等において、主に退院支援業務を行っている専任または兼任の看護職員⁷⁾¹²⁾。なお、以下の者はDPNには含まない。
 - ・病棟で「プライマリ看護師」として、受け持ち患者の退院支援を行う者
 - ・「病棟の退院支援係」として、その病棟に入院している患者の退院支援を行うが、主な職務は一般の看護業務である者
- ・病院スタッフ(もしくは病院内スタッフ):患者に関与する病院の医師、病棟看護師、理学・作業療法士等の総称
- ・地域スタッフ(もしくは病院外スタッフ):患者に関与する地域の医療機関や、在宅サービス提供者の総称

II. 方法

1. 開発する尺度の概念枠組みの設定

本研究では、開発する尺度の理論的基盤に「コンピテンシー理論」を採用し、DPNの実践能力のうち、“個別支援における職務行動の遂行能力を評価する尺度”を作成することとした。筆者による、熟練のDPNの支援内容を構造化した質的研究¹³⁾をはじめ、先行文献^{6)16)21)~25)}をもとに、“DPNの個別支援における職務行動”の概念枠組みを、〈領域Ⅰ:退院支援が必要な患者の特定、情報収集、アセスメント〉、〈領域Ⅱ:患者・家族が合意した計画立案〉、〈領域Ⅲ:実施(自宅退院に向けた準備)〉、〈領域Ⅳ:病院内外のスタッフとの連携〉の4領域とした。開発する尺度の項目の回答方法は、“1. 全くできていない”、“2. あまりできていない”、“3. どちらともいえない”、“4. だいたいできている”、“5. 十分できている”の5段階のリッカートスケールとした。

2. 開発する尺度の項目案の作成、選定

開発する尺度の概念枠組みに従い、先行文献を検討し、項目案283項目を作成した。それをもとに、退院支援の研究者間で検討し、72項目を選定した。次に、DPN7名へのインタビュー調査(調査期間:2010年2~4月)と140名への質問紙調査(予備調査)を行い(調査期間:2010年4月、有効回答:118名(84.3%))、設定した尺度の概念枠組みや項目の内容妥当性を確認するとともに、DPNが普段思考する際に用いている言葉になるよう項目の表現を修正し、項目案62項目を選定した。

3. 尺度の開発、信頼性と妥当性の検討

本研究に先行して実施された全国の一般病床が100床以上の病院2600施設を対象とした「病

院の退院支援の現状に関する調査」(回答のあった病院 940 施設、回答率 36.2%)にて、「退院支援担当の看護師がいる」と回答した病院 476 施設 (931 名)のうち、看護部長より本研究の参加の同意が得られた病院 409 施設の退院支援担当の看護師 819 名に対し、尺度の作成と信頼性・妥当性を検討するために、項目案 62 項目を使って 2010 年 8 月に質問紙調査(本調査)を行った。そのうち、個人が特定できた 536 名については、1 ヶ月後(2010 年 9 月)に再調査を行った。

4. 倫理的配慮

質問紙調査対象者には、調査の主旨、協力の任意性、匿名性の保持等を書面にて説明し、返送をもって同意とみなした。また、インタビュー調査協力者には、上記内容を書面と口頭で説明し、書面にて同意を得た。なお、本研究は、東京大学医学部倫理委員会の承認を受けた。

Ⅲ. 分析方法(本調査)

1. 尺度の開発

項目を選定し、尺度を作成するために、以下の解析を行った。

1) 項目分析

項目案 62 項目の回答分布を確認し、欠測数が多い項目(許容範囲:2%以内)や、回答が 1 つの選択肢に集中(90%以上)する項目を除外することとした²⁶⁾。次に、尺度項目の 5 つの選択肢を、1 点~5 点に点数化し、項目の平均値と標準偏差(SD)を出した。平均が不均衡な項目がないか確認し、平均値+SD>5 点(天井効果)もしくは平均値-SD<1 点(床効果)の項目は、除外することとした^{26)~29)}。

2) G-P 分析

62 項目の合計得点を算出し、得点の上位群(上位 25%)と下位群(下位 25%)にケースを分けた。次に、上位・下位群別に、各項目の得点の平均値を算出し、t 検定で両群に差があるか確認した。差がない項目を除外することとした²⁸⁾³⁰⁾。

3) I-T(項目-全体)相関分析

尺度の項目ごとに、その項目と、その項目を除外した下位尺度得点との Pearson の相関係数を算出し、0.40 未満の項目を除外することとした²⁶⁾²⁹⁾。

4) 項目間の相関の確認

項目案 62 項目間の相関を確認した。項目の冗長を避けるため、相関が高い項目ペア(Pearson の相関係数で 0.60 以上)の一方を削除した。その際、DPN の実践能力として重要な内容を落とさぬよう、退院支援を専門とする研究者とともに内容をみながら項目を選定した。

5) 探索的因子分析

上記 1)~4)で基準を満たした項目を用いて探索的因子分析を行い、尺度を作成した。その際、所属因子の因子負荷量が 0.40 未満の項目と、所属因子以外の因子負荷量が 0.35 以上の判別力の低い項目を除いて分析を繰り返し、尺度項目を精選した²⁷⁾。

2. 妥当性の検討

1) 内容妥当性

開発した尺度の内容について、退院支援の研究者と実践者に確認した。

2) 構成概念妥当性

探索的因子分析により作成した尺度の因子構造が、理論的に予想した構造に適合するか確認した。さらに、確証的因子分析を行い、想定した因子モデルがデータに適合するか確認した。モデルの適合度の評価基準は、GFI (Goodness of Fit Index)、AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)、CFI (Comparative Fit Index) がそれぞれ 0.90 以上、RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) が 0.05 以下であれば、適合度が高いと判断した³¹⁾³²⁾

3) 基準関連妥当性

(1) 併存妥当性

開発した尺度と、2 つの既存尺度との相関 (Pearson の相関係数) を確認した。以下、使用した既存尺度について説明する。

・「ディスチャージプランニングプロセス評価尺度 (Discharge Planning-Process Evaluation Measurement: DCP-PEM)」¹⁵⁾

病棟看護師による退院支援プロセスの実践内容を評価する指標である。5 領域 (スクリーニング、アセスメント、ケアプランニング、実施、モニタリング)、合計 26 項目で構成されたリッカート 5 件法スケールで、得点が高いほど能力が高いと評価する。内的整合性は、クロンバック α が全体で 0.96、各領域も 0.76~0.90 と高い。複数の研究者による内容妥当性の検討や、既存尺度との相関により基準関連妥当性 (併存妥当性) の検討は行われている。構成概念妥当性は、退院支援を積極的に行っている病院の看護師と、通常の看護業務の一貫として退院支援を行っている病院の看護師間で尺度の得点差を検証している。本研究では、下位尺度のうち、「アセスメント」「ケアプランニング」「実施」の 3 つを使用した。

・「患者中心のケアを推進する看護リーダーシップ実践の診断指標 (Self-Assessment Inventory of Leadership role for staff nurses: SAIL)」³³⁾

5 領域 (ケア目標の共有、関係の意識化、柔軟なケア提供、多職種との連携、専門職としての認識)、合計 20 項目で構成されたリッカート 5 件法スケールで、得点が高いほど実施できているとみなす。内的整合性は、クロンバック α が全体で 0.90、各領域も 0.73~0.83 と高い。調査対象者による内容妥当性の検討や、既存尺度との相関により基準関連妥当性 (併存妥当性) の検討が行われている。さらに、探索的因子分析により因子構造を確認し、最初に想定した概念枠組みと比較することで、構成概念妥当性も検討されている。本研究では、尺度全体と、5 つの下位尺度を使用した。

開発する尺度の概念枠組み (以下、仮説枠組み) と、2 つの既存尺度との関係は、次の通り予測した。既存尺度の DCP-PEM の「アセスメント」は、仮説枠組みの〈領域 I : 退院支援が必要な患者の特定、情報収集、アセスメント〉と、「実施」は〈領域 III : 実施 (自宅退院に向けた準備)〉と関連性が高いと予測した。「ケアプランニング」については、〈領域 I 〉と〈領域 II : 患者・家族が合意した計

画立案)の内容が混在しているため、両領域との関連性が高いと予測した。なお、仮説枠組みの〈領域Ⅱ〉については、SAIL の下位尺度の「ケア目標の共有」と、「関係性の意識化」との関連も高いと予測した。また、SAIL の「多職種との連携」は、仮説枠組みの〈領域Ⅳ:病院内外のスタッフとの連携〉と関連性が高いと予測した。

さらに、退院支援業務の全体的な「達成度」と「自信の程度」を 10 段階で尋ね、開発した尺度の得点との相関を確認した。

(2) 弁別妥当性

DPN と病棟の退院支援係との尺度の得点を比較した。

3. 信頼性の検討

1) 内的整合性

クロンバック α を算出した。指標の判断基準は、0.80 以上とした。²⁶⁾³⁴⁾³⁵⁾

2) 再現性

再テストを実施し、尺度全体および下位尺度の得点について級内相関係数 (intraclass correlation coefficient: ICC) を算出した。指標の判断基準は 0.70 以上とし、0.60 以上であれば許容内とした。²⁶⁾²⁷⁾

分析は、統計パッケージとして、確証的因子分析には Amos17.0 を、その他の解析には SPSS 18.0J for Windows を用いた。統計学的有意水準は 5%とした。

IV. 結果 (本調査)

1. 対象者の選定

対象者のフロー図を図 1 に示す。退院支援担当の看護師 819 名に調査票を郵送し、670 名から回答を得た (回収率 81.8%)。そのうち、退院支援担当者ではない者や、退院支援担当者ではあるが退院支援業務に関与していない者など 16 名を除外し、654 名を有効回答 (有効回答率 79.9%) とした。そして、退院支援業務に従事する立場により、DPN とそれ以外に分けて、DPN490 名を本研究の対象者とし、さらに、項目案 62 項目に欠測のなかった 461 名 (有効回答率 56.3%) を解析対象とした。

2. DPN の概要 (表 1)

DPN の基本属性は、女性が 457 名 (99.1%) で、平均年齢 (mean \pm SD) は 47.1 \pm 7.7 歳、看護職としての経験年数は 23.9 \pm 8.1 年であった。役職がある者は 309 名 (67.2%) で、在宅・地域ケア系の資格は 211 名 (45.9%) が所有し、ケアマネジャーの資格が 181 名 (39.3%) で一番多かった。在宅・地域ケアの経験者は 127 名 (27.6%) で、訪問看護師の経験者が 100 名 (21.8%) で最も多く、ケアマネジャーは 49 名 (10.7%) であった。

DPN としての経験年数は 2.4 \pm 2.5 年で、1 年未満の者が 113 名 (24.5%) で最も多く、一方 10

年を超える者は9名(2.0%)であった。

DPNが所属する病院の合計許可病床数は 452.3 ± 253.8 床で、一般病床の平均在院日数は 16.4 ± 12.2 日、DPCの対象病院は324名(79.0%)であった。

3. 尺度の開発

1) 項目の選択

尺度を作成するにあたり、判別力の低い項目を除外するため、項目案62項目について、各項目の欠測数を確認した結果、0~8個(0~1.6%)で基準を満たしていた。なお、これ以降の解析は、DPN490名のうち、項目案62項目に欠測のなかった461名のみを用いた。次に、各項目の回答分布を確認した。各項目の平均点は3.23~4.12点で、天井・床効果ともなかった。全項目とも「4.だいたいできている」の回答が最も多かった(38.8~75.9%)が、90%を超える項目はなかった。

I-T(項目-全体)相関分析で項目ごとに、その項目と、その項目を除外した項目案全体との相関係数を算出した結果、 $r=0.497 \sim 0.739$ で基準を満たしていた。G-P分析で、得点の上位群と下位群との各項目の平均点を比較した結果は、全項目で上位群の平均点が有意に高値であった。

項目案62項目間の相関を確認した結果、 $r=0.60$ 以上の相関があったペアが61項目あったため、そのペアが残らないように内容をみながら、34項目を選定した。

2) 探索的因子分析(表2)

次に、選定した項目案34項目を使って、探索的因子分析(一般化した最小二乗法、プロマックス回転)を行い、4因子24項目の尺度を作成した。

本研究では、“退院後のケアバランス”を、「患者が退院後に必要とする医療管理やケアと、まかなえる家族の介護力と地域資源とのバランス」と定義し、抽出された4つの因子(下位尺度)に名前をつけた。下位尺度の内訳は、第1因子:「B.患者・家族と合意形成する力」が7項目、第2因子:「A.患者の退院後のケアバランスを見積もる力」が6項目、第3因子:「C.入院中に、ケアバランスを調整する力」が6項目、第4因子:「D.療養場所を滞りなく移行できるように準備する力」が5項目であった。

各因子に属する項目の因子負荷量は $0.46 \sim 0.84$ で、4因子の累積寄与率は53.95%であった。尺度全体と各下位尺度との相関(Pearsonの相関係数)は $r=0.848 \sim 0.870$ で、下位尺度間の相関マトリックスは $r=0.621 \sim 0.732$ であった

下位尺度の得点は、項目の合計得点を項目数で割った平均点とし、第1因子(mean±SD)が 3.82 ± 0.49 点、第2因子が 3.75 ± 0.55 点、第3因子が 3.48 ± 0.63 点、第4因子が 3.93 ± 0.55 点であった。尺度全体の得点は、4つの下位尺度の得点を合計し、 14.98 ± 1.90 点であった。

4. 妥当性の検討

1) 内容妥当性

内容妥当性は、退院支援の研究者と実践者から承認を得た。

2) 構成概念妥当性

(1) 探索的因子分析(表 2)

探索的因子分析により開発した尺度の4つの因子と、最初に設定した仮説枠組み4領域とを比較した。開発した尺度の第1因子:「B.患者・家族と合意形成する力」には、仮説枠組みの〈領域II:患者・家族が合意した計画立案〉の項目が、第2因子:「A.患者の退院後のケアバランスを見積もる力」には、仮説枠組みの〈領域I:退院支援が必要な患者の特定、情報収集、アセスメント〉の項目が含まれた。

残りの2つの因子(第3因子、第4因子)には、仮説枠組みの〈領域III:実施(自宅退院に向けた準備)〉の項目と〈領域IV:病院内外のスタッフとの連携〉の項目が混在した。第3因子:「C.入院中に、ケアバランスを調整する力」には、〈領域III〉から、病院内のケア調整に関する項目が入った。〈領域IV〉からは、退院支援に必要な病院スタッフを選定して、目標を共有する項目(Q55, Q56)と、地域スタッフへの働きかけに関する項目(Q58)が含まれた。

第4因子:「D.療養場所を滞りなく移行できるように準備する力」には、仮説枠組みの〈領域III〉から、退院後に利用する制度や地域スタッフの確保に関する項目(Q41, Q43)や、退院するための準備に関する項目(Q47, Q50)が含まれた。〈領域IV〉からは、合同カンファレンスに関する項目(Q59)が含まれた。

(2) 確証的因子分析

確証的因子分析で、開発したモデルの適合性を検証した。その結果、「Q10.患者が退院後に必要とする医療管理やケアを提供できる医療機関や訪問看護の情報を迅速につかむ」と「Q43.退院後に必要な医療管理やケアが出来る医療機関や訪問看護をタイムリーに確保する」との誤差変数間と、「Q55.患者の状況に応じて、病院スタッフの中から、退院支援のために必要なメンバーを選定する」と「Q56.患者の退院支援に関与する病院スタッフ間で、退院に向けた目標を共有する」との誤差変数間に共分散を仮定したモデルの指標が、GFI: 0.907、AGFI:0.886、CFI:0.945、RMSEA:0.053で、適度な適合性が示されたため、このモデルを採択した。

3) 基準関連妥当性

併存妥当性を検討は、2つの既存尺度との相関を確認した。開発した尺度全体および下位尺度と、DCP-PEMの下位尺度との相関は $r=0.598\sim 0.781$ で、SAIL全体および下位尺度との相関は $r=0.264\sim 0.569$ であった。また、2つの既存尺度の下位尺度のうち、本尺度の概念枠組みの区分と相関が高いと想定したものは、予測通り高い相関を示した。

開発した尺度全体および下位尺度と、退院支援業務の全体的な「達成度」と「自信の程度」との相関係数は、いずれも0.5~0.6台であった。

弁別妥当性は、DPNの方が病棟の退院支援係より尺度全体、各下位尺度で得点が有意に高かった。

5. 信頼性の検討

信頼性については、内的整合性は、尺度全体のクロンバック α が0.942で、下位尺度は0.827~

0.885であった。

再現性は、再調査の有効回答者で、1回目の調査と照合できた DPN315名について、ICCを算出した結果、尺度全体は 0.806、下位尺度は 0.650～0.770 であった。

V. 考察

1. 開発した尺度の信頼性と妥当性

統計解析等の結果、開発した尺度は一定の信頼性と妥当性を有していることが確認された。以下に、検討した内容を示す。

1) 妥当性の検討

内容妥当性は、コンピテンシー理論を基盤として尺度を作成し、退院支援の研究者と実践者から承認を得た。

基準関連妥当性については、併存妥当性は、既存尺度の下位尺度のうち、本尺度の概念枠組みの区分と相関が高いと予測したものは、高い相関を示した。弁別妥当性も、DPN は病棟の退院支援係りより尺度得点が高値で、予測通りの結果を得られたため、十分有していると判断した。

構成概念妥当性については、探索的因子分析と確証的因子分析により、4 因子構造であることが検証された。開発した尺度の下位尺度のうち、第 3 因子と第 4 因子には、仮説枠組みの〈領域Ⅲ〉と〈領域Ⅳ〉の項目が混在したが、第 3 因子と第 4 因子の項目の内容は、仮説枠組みを設定する際に用いた質的研究の下位概念¹³⁾²¹⁾²³⁾と合致していた。従って、最初に設定した概念枠組みは妥当であると判断した。

2) 信頼性の検討

尺度全体と全ての下位尺度のクロンバック α は 0.8 以上で、十分な内的整合性を有していた。再現性については、尺度全体の ICC は 0.806 で、十分な再現性が認められた。下位尺度の ICC は 0.650～0.770 で、許容内ではあるが、再現性はそれほど高くなかった。リテストの期間など、さらに検討する必要がある。

2. 開発した尺度の実用性

本尺度は、実践者の中でもベテランの DPN の意見を反映し、普段 DPN が思考する際に用いている、抽象度が低い言葉で項目を作成した。そのため、新任の DPN であっても自身の能力を適切に自己評価することができ、さらに、その結果をもとに技術を改善して、DPN として成長できる。

開発した尺度は、10 分程度で回答でき、尺度全体および下位尺度のいずれの値でも使うことができる。また、本尺度の得点は、下位尺度は平均点(5 点満点)、尺度全体は下位尺度の合計点(20 点満点)で算出する。DPN の職務行動の遂行能力を、リッカートスケールの得点として、一目で把握できるため、DPN は自身の能力の向上の程度を把握し易く、また、教育介入の効果も分かりやすい。以上より、本尺度の実用性は高いと考える。

3. 本研究の限界と意義

本研究の限界としては、1点目に、本研究の本調査は項目案 62 項目で実施し、最終的に 24 項目の尺度を作成したが、作成した尺度による調査は実施していない。尺度の項目数が減ることや、出題する順番が変わることにより、対象者の回答傾向が変動する可能性があると考えられる。また、本調査の対象者は、DPN としての経験年数が浅い者が多く、偏りがみられた。DPN は近年急増している職種であり、母集団自体、経験年数が浅い方に偏っているため、この対象者で尺度を作成したことは妥当であったと考えるが、今後、作成した尺度の 24 項目で再調査を行う必要がある。2 点目に、横断研究の結果から尺度を作成したため、尺度の得点が教育効果により変化するか不明である。今後、介入研究等を行い、尺度得点に変化するか確認する必要がある。

以上の限界はあるものの、本研究では、コンピテンシー理論を用いて測定する能力を明確に定義づけた上で、DPN の実際の行動をもとに、DPN の個別支援における職務行動の遂行能力を評価する尺度を開発した。そして、尺度の下位尺度として、先行文献と合致する DPN に特徴的な 4 つの能力を抽出できた。また、本尺度には、全体として一定の信頼性と妥当性があることが確認された。本尺度は、DPN の実践能力に関する研究が、今後発展、蓄積されるための基盤として活用できると考える。

VI. 結論

本研究では、コンピテンシー理論を用いて、退院支援看護師の実践能力のうち、個別支援における職務行動の遂行能力を評価する尺度を開発した。

探索的因子分析の結果、「A.患者の退院後のケアバランスを見積もる力(第 2 因子)」、「B. 患者・家族と合意形成する力(第 1 因子)」、「C.入院中に、ケアバランスを調整する力(第 3 因子)」、「D.療養場所を滞りなく移行できるように準備する力(第 4 因子)」の 4 つの下位尺度をもつ 24 項目の尺度が得られ、一定の信頼性と妥当性があることが確認された。

謝辞

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて行われた。

本研究の実施にあたり、多忙な中、貴重な時間を割いて調査にご協力頂いた退院支援担当の看護師の皆様に深くお礼申し上げます。

文献

1. 首相官邸ホームページ:医療制度改革大綱. 平成 17 年 12 月 1 日 政府・与党社会保障改革協議会(アクセス日 2010.12.1) <http://www.jimin.jp/jimin/seisaku/2005/pdf/seisaku-014>.
2. 厚生労働省ホームページ:平成 22 年度診療報酬改定の概要(DPC 関連部分). 平成 22 年 3 月 5 日 厚生労働省保険局医療課(アクセス日 2010.12.1) http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/setumei_04.pdf
3. 厚生労働省ホームページ:医療制度改革の課題と視点. 平成 13 年 3 月 厚生労働省 高齢者医療制度等改革推進本部事務局(アクセス日 2010.12.1)

- <http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0306-1/h0306-1.html>
4. 厚生労働省ホームページ:平成 22 年度診療報酬改定の基本方針. 平成 21 年 12 月 8 日 社会保障審議会医療保険部会及び社会保障審議会医療部会 (アクセス日 2010.12.1)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1208-4a.pdf>
 5. 永田智子. 特集 病棟ナースが行う患者・家族のニーズに応える退院支援事例集 退院支援とは何か、なぜ必要なのか. 臨床看護 36(1), 2-8, 2010
 6. Rorden JW & Taft ED. Discharge planning guide for nurses. W. B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania, 1990
 7. 篠田道子編集. ナースのための退院調整 -院内チームと地域連携のシステムづくり (社団法人全国訪問看護事業協会監修). 日本看護協会出版会, 東京, 2006
 8. 森山美知子. ナーシング・ケースマネジメント 退院計画とクリティカルパス. 医学書院, 東京, 1998
 9. 永田智子. 特集 退院支援と看護ケアネットワークング 退院支援における看護ケアネットワークングの重要性と課題. 保健の科学 51(4), 220-224, 2009
 10. Carroll A, Dowling M. Discharge planning: communication, education and patient participation. British Journal of Nursing 16(14), 882-886, 2007
 11. Bayard JM, Calianno C, Mee CL. An assessment of discharge planning models: communication in referrals for home care. Orthopaedic Nursing 12(4), 41-9, 1993
 12. 厚生労働省ホームページ:平成 22 年度診療報酬改定における主要改定項目について. 中央社会保険医療協議会 (アクセス日 2010.12.1)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-003.pdf>
 13. Tomura H, Yamamoto-Mitani N, Nagata S, Murashima S, Suzuki S. Creating an Agreed Discharge: Discharge Planning for Clients with High Care Needs. Journal of Clinical Nursing 20(3), 444-453, 2011
 14. NHS. Achieving timely 'simple' discharge from hospital: A toolkit for the multi-disciplinary team. Department of Health, 2004
 15. 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. 日本科学会誌 25(4), 39-51, 2005
 16. Volland PJ. Evolution of discharge planning. Discharge planning: An interdisciplinary approach to continuity of care (Volland PJ ed.), National Health Publishing, Owings Mills, Maryland, pp. 3-18, 1988
 17. Nagata S, Tabata M, Ooshima H, Murashima S, Sumi N, Haruna M. Current status of discharge planning activities and systems: National survey of discharge planning in Japan. Japan Journal of Nursing Science 1, 87-97, 2004
 18. Spencer LM & Spencer SM. Competence at work: models for superior performance. John Wiley & Sons, the United States, 1993

19. アンダーセン. 図解 コンピテンシーマネジメント. 東洋経済新報社, 東京, 2002
20. McClelland, D C. Testing for competence rather than for "intelligence". *American Psychologist* 28(1), 1-14, 1973
21. Bull MJ, Roberts J. Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing* 35(4), 571-581, 2001
22. 宇都宮宏子. 退院支援のプロセスを学ぼう. 特集 一冊まるごと退院支援. *看護学雑誌* 74(5), 6-31, 2010
23. 平成 18 年度老人保健健康増進等事業 退院準備から在宅ケアを結ぶ支援(リエゾンシステム)のあり方に関する研究 報告書. 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構, 2007
24. Almborg A-H, Ulander K, Thulin A, Berg S. Patients' perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. *Journal of Clinical Nursing* 18(2), 199-209, 2008
25. Zarle NC. *Continuing care: The process and practice of discharge planning*. An Aspen Publication, USA, 1987
26. Fayers PM & Machin D. *Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes -2nd ed.* John Wiley & Sons Inc. England, 2007
27. 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎, 池田俊也編集. *臨床のための QOL 評価ハンドブック*. 医学書院, 東京, 2001
28. 村上宣寛. *心理尺度のつくり方*. 北大路書房, 京都, 2006
29. 小塩真司. *事例研究で学ぶ SPSS と Amos による心理・調査データ解析*. 東京図書株式会社, 東京, 2005
30. 堀洋道監修, 松井豊編. *心理測定尺度Ⅲ -心の健康をはかる<適応・臨床>-*. サイエンス社, 東京, pp.397-408, 2001
31. 豊田英樹. *共分散構造分析 入門編: 構造方程式モデリング*. 朝倉書店, 東京, pp.173-177, 1998.
32. 山本嘉一郎. *共分散構造分析とその適用. Amos による共分散構造分析と解析事例 第 2 版* (山本嘉一郎, 小野寺田孝義編). ナカニシヤ出版, 京都, pp. 1-22, 2002
33. 大場みゆき. 患者中心のケア提供を実行する看護師のリーダーシップ役割に関する指標と評価. *日本看護管理学会誌* 13(2), 21-30, 2009
34. 堀洋道監修, 吉田富二雄編. *心理測定尺度Ⅱ -人間と社会のつながりをとらえる<対人関係・価値観>-*. サイエンス社, 東京, pp.436-453, 2001
35. 堤明純. 心理社会的要因の測定(1)「心理特性 I 信頼性」. *日本公衆衛生雑誌*, 56(4), 271-274, 2009

図1 本調査 対象者のフロー図

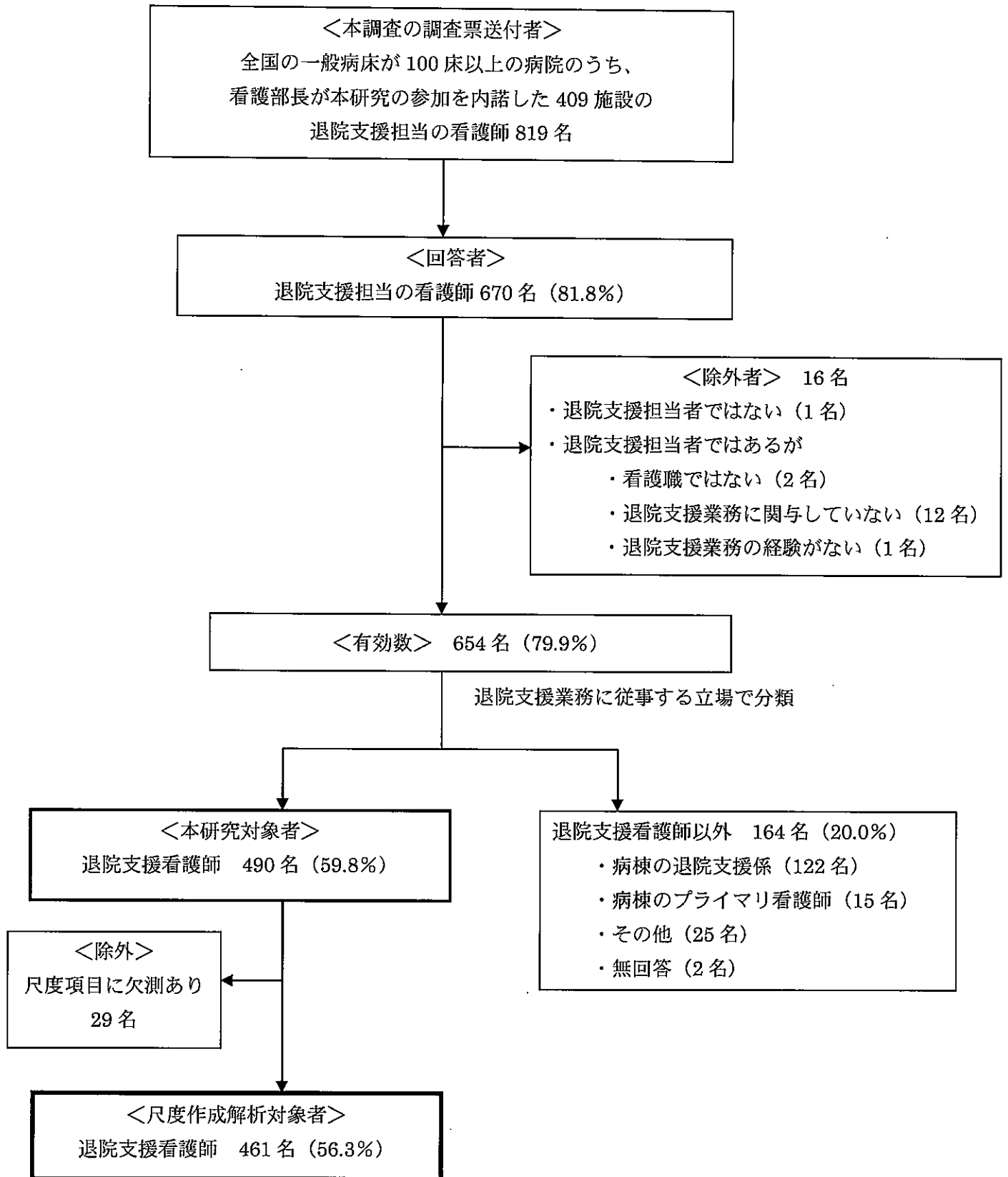


表1 本調査 退院支援看護師(DPN)の概要

		n		n=461	
		mean±SD	(range)	mean±SD	(range)
1. DPNの基本属性					
性別					
女性		457	99.1		
男性		4	0.9		
年齢	(歳)	47.1±7.7	(27-64)		
看護職としての通算経験年数	(年)	23.9±8.1	(4-43)		
病院の看護師としての通算経験年数	(年)	22.0±9.0	(0-43)		
DPNとしての通算経験年数	(年)	2.4±2.5	(0-14)		
1年未満		113	24.8		
1年以上2年未満		89	19.5		
2年以上3年未満		83	18.2		
3年以上5年未満		91	20.0		
5年以上10年未満		71	15.5		
10年以上		9	2.0		
DPNとしての通算経験月数	(月)	5.2±1.9	(1-11)		
(n=113 経験年数1年未満の者のみ)					
2か月未満		1	0.9		
2か月以上4か月未満		6	5.3		
4か月以上6か月未満		83	73.5		
6か月以上8か月未満		8	7.1		
8か月以上10か月未満		6	5.3		
10か月以上12か月未満		9	8.0		
役職					
役職なし		151	32.8		
役職あり		309	67.2		
役職の種類(複数回答)					
主任		67	14.6		
看護師長・副師長		199	43.3		
看護部長・副部長		29	6.3		
その他		25	5.4		
在宅・地域ケア系の資格					
資格なし					
資格あり		211	45.9		
具体的な内容(複数回答)					
保健師		49	10.7		
ケアマネジャー		181	39.3		
社会福祉士		13	2.8		
在宅・地域ケアの経験					
経験なし		333	72.4		
経験あり		127	27.6		
在宅・地域ケアを経験した立場(複数回答)					
訪問看護師		100	21.8		
ケアマネジャー		49	10.7		
保健師		14	3.1		
その他		9	1.7		
在宅・地域ケアの通算経験年数	(年)	5.3±4.2	(0-20)		
2. 所属病院の概要					
設置主体					
国		36	8.0		
自治体		131	29.0		
その他公的機関		48	10.6		
医療法人		51	11.3		
公益法人		17	3.8		
学校法人		40	8.9		
会社		5	1.1		
その他法人		90	20.0		
その他		33	7.3		
合計許可病床数	(床)	452.3±253.8	(100-1308)		
入院基本料区分					
7対1入院基本料		294	64.1		
10対1入院基本料		151	32.9		
13対1入院基本料		4	0.9		
15対1入院基本料		8	1.7		
特別入院基本料		2	0.4		
一般病床の平均在院日数	(日)	16.4±12.2	(8.7-237.8)		
(2010年3月)					
病院の特徴					
地域医療支援病院		165	40.2		
開放型病院		110	26.8		
特定機能病院		66	16.1		
緩和ケア病棟あり		34	8.3		
回復期リハビリテーション病棟あり		37	9.0		
DPC対象病院		324	79.0		
在宅・地域ケア系の併設施設					
なし		345	74.8		
あり		116	25.2		
併設施設の種類(複数回答)					
介護老人保健施設		46	10.0		
介護老人福祉施設		17	3.7		
訪問看護ステーション		93	20.2		
訪問介護事業所		31	6.7		
通所介護事業所		29	6.3		
認知症高齢者グループホーム		5	1.1		
有料老人ホーム・軽費老人ホーム		13	2.8		
居宅介護支援事業所		69	15.0		
地域包括支援センター		25	5.4		
病棟の退院支援係の配置					
配置なし		254	55.8		
配置あり		201	44.2		

注1) 無回答は除く

表2. 退院支援看護師の個別支援における職務行動の遂行能力評価尺度

下位尺度	項目		項目内容
	仮説 枠組	No	
A. 患者の退院後のケアバランスを見積もる力 (第2因子)	I	Q 3	支援早期に退院までの支援の全体像や流れをイメージする
	I	Q 6	退院後に患者が必要とする医療管理や日常生活援助を予測する
	I	Q 8	患者の退院後の経過を考慮した上で、家族の介護の継続可能性を予測する
	I	Q 9	患者の退院後の住環境を把握する
	I	Q 10	患者が退院後に必要とする医療管理やケアを提供できる医療機関や訪問看護の情報を迅速につかむ
	I	Q 14	患者が退院後に必要とする医療管理やケアを、家族の介護力と地域資源でまかなえるか、アセスメントする
B. 患者・家族と合意形成する力 (第1因子)	II	Q 18	患者の病状と退院後の経過について、患者・家族がどのように理解しているかを確認する
	II	Q 20	患者・家族の退院に伴う不安の内容を把握する
	II	Q 24	患者・家族が、退院後に担う介護負担量を理解できるように情報を提供する
	II	Q 26	家族が介護を行う意思があるか把握する
	II	Q 27	患者・家族の意向を考慮して、実現可能な支援計画をたてる
	II	Q 28	患者・家族が、退院の計画や準備について主体的に意思決定できるように働きかける
C. 入院中に、ケアバランスを調整する力 (第3因子)	III	Q 36	病院スタッフとともに、患者・家族の退院後の負担が減るよう、入院中に医療管理やケアを調整する
	III	Q 37	病院スタッフとともに、入院中に患者の自立度(ADLやセルフケア能力)が最大限上がるように支援する
	III	Q 39	患者・家族が医療管理やケアの手技を習得しやすいよう、病院内外のスタッフとともに指導方法を工夫する
	IV	Q 55	患者の状況に応じて、病院スタッフの中から、退院支援のために必要なメンバーを選定する
	IV	Q 56	患者の退院支援に関与する病院スタッフ間で、退院に向けた目標を共有する
	IV	Q 58	地域スタッフが、未経験の医療管理やケアの技術をマスターできるように調整する
D. 療養場所を滞りなく移行できるように準備する力 (第4因子)	III	Q 41	医療・福祉制度を利用する場合、必要な手続きの手配を、認定に要する期間を考慮して行う
	III	Q 43	退院後に必要な医療管理やケアが出来る医療機関や訪問看護をタイムリーに確保する
	III	Q 47	退院までに退院後の療養環境を整えられるよう、家族や介護支援専門員(ケアマネジャー)と調整する
	III	Q 50	患者の状況に応じて、退院時に患者を自宅へ移送する手段を選定する
	IV	Q 59	合同カンファレンスの目的を達成するために、患者・家族および必要な病院内外のスタッフが参加できるように調整する

注) 仮説枠組み: 最初に設定した、開発する尺度の概念枠組み

領域 I: 退院支援が必要な患者の特定・情報収集・アセスメント、 領域 II: 患者が合意した計画立案

領域 III: 実施(自宅退院に向けた準備)、 領域 IV: 病院内外のスタッフとの連携