

回復期リハビリテーション病棟の看護師による 退院支援の質評価指標作成の試み

山本さやか¹, 百瀬由美子²

Creation of a Quality Evaluation Index for Discharge Support by Rehabilitation Ward Nurses

Sayaka Yamamoto¹, Yumiko Momose²

目的:回復期リハビリテーション病棟の看護師における退院支援実践の質を評価する指標(以下,質指標)を作成した。
方法:先行研究からの項目抽出および専門家4名の意見より,質指標原案(40項目)を作成した。デルファイ法を用いて退院支援に精通する資格保有者106名対象に質問紙調査を2回実施した。項目精選は,第1回調査Item-level Content validity index(以下,I-CVI),第2回調査は項目同意率(採択基準80%)を算出し,内容妥当性を検討した。
結果:回収数は第1回調査31部,第2回調査26部であった。第1回調査はI-CVI0.90~1.00となり,結果を基に修正を行った。第2回調査の項目同意率は,81~100%と採用基準をすべて満たし,障害受容への精神的支援やADL拡大,生活の楽しみ・役割に対する社会的な支援を含む36項目となった。
結論:質指標は内容妥当性が確認され,8つの構成要素から成る36項目となった。

キーワード:退院支援,質指標,リハビリテーション看護,病棟看護師

I. 緒言

近年,医療提供体制の病床機能の分化・連携の推進により,回復機能をもつ病床機能が重視されている(厚生労働省,2019)。回復期機能を有する病棟の一つとして,回復期リハビリテーション病棟(以下,回リハ病棟)があり,脳血管疾患や骨折等の治療を受けた重度の障害をもつ高齢者が多い(回復期リハビリテーション病棟協会,2016)。回リハ病棟では,限られた入院期間に重度の障害をもつ患者・家族への適切な治療・ケアのみならず,退院後の生活を再構築し,療養生活を継続できるようサポートする退院支援は重要性を増している。

回リハ病棟における退院支援の特徴では,入院患者に対し,身体の回復に向けてADL向上が進められる上に,患者・家族の障害受容,これまでの生活等のケースに応じた様々な背景の理解が求められる。また,病棟

看護師には患者・家族の自宅での生活を見通すだけでなく,地域で暮らす対象であることをふまえた幅広い視点での社会的支援も必要である。一般病棟における退院支援では,退院支援の具体的実践方法や実践の質を評価するツールが開発されていたが(千葉,2005;戸村他,2013;坂井他,2010;山本・百瀬,2017;山岸他,2015),回リハ病棟の特徴を包含したツールはなかった。回リハ病棟では,急性期を経てすぐに退院できない要因をもつ疾患の特性や地域での生活を考慮したケアの実施を総合的に提供できるよう努めなければならず,必要なケアを落とすことなく実施できるようツールの活用は不可欠であるものの,一般病棟とは異なる支援を含むことから,一般病棟のツールを活用する難しさがあった。そこで,本研究では,退院調整が困難な複合的要因を有する患者に対する回リハ病棟の看護師による退院支援活動を明らかにし,回リハ病棟において適用可能な退院支援を評価できる指標の作成を試みることにした。それによ

¹日本福祉大学看護学部,²愛知県立大学看護学部(老年看護学)

り、回リハ病棟における看護実践の現状把握および課題、評価の視点が明確になり、退院支援の質保証が期待される。

II. 研究目的

本研究の目的は、「回復期リハビリテーション病棟の看護師による退院支援の質評価指標（以下、質指標）」を作成することとした。

III. 用語の操作的定義

回リハ病棟における退院支援とは、「重度な障害をもつ患者の退院後の生活を豊かにしていくために、患者・家族が望む生活の場やサポート体制を決定し、患者・家族が最大限に力を発揮して最善の選択を行っていけるように支援すること」とした。

IV. 研究方法

1. 本研究の質指標開発手順

質指標開発に向けた項目の精選は、3段階（Phase1～3）で行う構成とした。

1) phase1：文献検討による質指標項目原案の抽出

回リハ病棟の退院支援に関する研究より、「退院支援」の抽出を行った。国内文献は医学中央雑誌の文献検索システムにより、2000年～2016年の文献を原著に限定せず検索した。キーワードは、「退院」「回復期リハビリテーション病棟」とし、25件を選定した。海外文献は、CINAHL with Full Textにより、2007～2017年に発表された学術専門誌を検索した。キーワードは「recovery rehabilitation ward」「discharge」「nursing care」「hospital」とし、7件を選定した。有本・田高（2014）の文献検討を参考に、文献中の記述から、活動内容、活動上の課題の各々を抽出し、質的に分析した。該当する記述は、質的研究や活動報告の場合は、結果や考察から抽出し、質問紙調査の場合は文献の主張を捉えて調査項目および本文から抽出した。分析は、記述した内容を最小単位とし、さらに類似性や対極性に着目しながら抽象化して「構成要素」とした。その結果、「退院支援」は8つの構成要素から成る43項目となった。

2) phase2：4分野の専門家による質的な内容妥当性の検討

回リハ病棟の退院支援に精通する専門家4名（リハビリテーション看護に関する研究者、回リハ病棟における看護管理者、訪問看護認定看護師、退院支援に関する研究者）にPhase1で作成された項目に関するスーパーバイズを受けた。各分野の専門的な視点より、回リハ病棟における看護師が行う退院支援として適切かつ実施可能であり、患者・家族への退院後の豊かな生活の質に関連する内容かどうかを評価した。その結果、内容の重なりがあった3項目を削除し、質指標原案は、8つの構成要素から成る40項目となった。

3) phase3：臨床の立場からの専門家による量的な内容妥当性の検討

(1) 研究対象者

回リハ病棟の勤務または携わった経験をもち、5つの資格等（脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師、回復期リハビリテーション看護師、退院調整看護師）のいずれかを有する者、計106名とした。条件を満たす可能性がある対象は、日本看護協会分野別都道府県別登録者検索より、回リハ病棟を有する病院の所属者は、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師28名、認知症看護認定看護師48名であった。老人看護専門看護師は、老年看護学会ホームページより、回リハ病棟を有する病院所属者は16名となった。回復期リハビリテーション看護師は、回復期リハビリテーション病棟協会の認定資格を持ち、修士号取得あるいは論文投稿や学会発表を行っていることを基準に6名、退院調整看護師は、回リハ病棟を有する病院の勤務者10名とした。これらすべての対象に研究依頼文書および質問紙調査票を送付し、条件を満たす場合に返送を依頼した。

(2) 調査方法

デルファイ法を用いて、専門家に質問紙調査を繰り返すことにより、コンセンサスを得ていく方法をとった。

第1回調査では、妥当性は肯定的評価の割合を確認するContent validity index（以下、CVI）を計算する手続き（Polit, D. F. et al, 2007）を参考に、質指標項目の適切性・重要性の観点から調査を行った。適切性では、回リハ病棟における看護師の退院支援の質指標として内容が適切であるか、重要性では、その活動は退院支援の質に大きな影響を与えるかについて4段階評価を依頼し

た。適切性は、「1:全く適切ではない」「2:あまり適切ではない」「3:まあ適切である」「4:非常に適切である」とし、重要性についても同様に回答を依頼した。同時に、項目の表現方法および補足に関する自由記述欄を設けて意見を得た。また、所有資格と所有してからの経験年数、最終学歴、回りハ病棟に関わった年数とその際の職位、看護師通算経験年数を調査した。

第2回調査では、第1回調査後の分析結果と修正した質指標項目に関する説明を含めた質問紙調査票を送付した。各項目の真の特性値を明瞭にする必要性により、質指標項目の内容や項目表現について同意できるか否かを2択で回答を依頼した。同意できない場合には、その理由について記述を求めた。

(3) 分析方法

第1回調査の項目選定では、4段階評価で3または4と回答した専門家の割合を項目ごとに計算してCVI at the item level (以下、I-CVI) を算出した。次いで、各構成要素および質指標全体においては、I-CVIの平均値を計算してScale's Content Validity Index (以下、S-CVI/Ave) を算出した。項目精選の基準は、Polit, D. F. et al (2007) の推奨するI-CVIが0.78以上、かつS-CVIが0.90以上として、内容的妥当性を検討した。その他、自由記述の内容についても検討し、質指標項目が的確に表現されるように修正を行った。内容の補足に関する自由記述がある場合は、質的に分析して、項目を検討した。

第2回調査の項目選定では、質指標項目の同意率を算出した。Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011) は推奨される同意率は寛大なる51%からより慎重な70%までであるとしており、本研究では80%を基準とし、厳格なレベルでの合意を求めて内容妥当性を検討した。同意が得られない場合の理由に関する自由記述がある場合は、質的に分析して項目を検討した。

その後、Phase1: 4分野の専門家4名により、質指標の内容妥当性を最終的に確認した。すべての本研究の過程では、所属機関の研究者3名と共に検討した。

2. 倫理的配慮

研究対象者には、文書を用いて研究目的、概要、意義、データ取り扱いと破棄方法、研究成果の公表、問合せ先、匿名堅持や自由意思による回答、データの連結可能匿名化の倫理的配慮を明示した文書を同封し、専門家には承諾書の返送を依頼した。質問紙調査票には、自由意思での回答および研究協力同意の有無のチェック欄を設

定し、その回答を確認して同意が得られたものとした。本研究は、愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った(29愛県大学情第6-20号)。

V. 結 果

1. 第1回調査結果

1) 研究対象者の概要

質問紙調査票は106名に送付し、回収数は31部(回収率29.2%)で、すべてを分析対象とした。資格等では、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師17名、認知症看護認定看護師6名、老人看護専門看護師2名、回復期リハビリテーション看護師3名、退院調整看護師3名、計31名となった。看護師通算経験年数平均±標準偏差(以下、SD)は 24.8 ± 5.2 年、回りハ病棟の勤務経験年数は 7.6 ± 1.5 年であった。研究対象者の概要詳細は、表1に示す。

表1. 研究対象者の概要 (N=31)

項目	n	平均値±SD(年)
資格等とその取得年数		
脳卒中リハビリテーション看護認定看護師	17	4.0±1.6
認知症看護認定看護師	6	4.5±2.6
老人看護専門看護師	2	6.5±2.1
回復期リハビリテーション看護師	3	9.0±2.0
退院調整看護師	3	4.0±2.2
最終学歴		
専門学校	19	
短期大学	2	
大学	6	
大学院	4	
看護師の通算経験年数		24.8±5.2
回りハ病棟の勤務経験年数 (n=28)		7.6±1.5
その際の職位		
師長	2	
副師長・主任など	14	
スタッフナース	6	
無回答	6	

2) 質指標のI-CVIおよびS-CVIによる項目修正・選定

質指標のすべての項目で有効な回答が得られた。各項目のI-CVIは、適切性0.90～1.00、重要性0.90～1.00となり、削除基準の0.78未満はなかった(表2)。また、質指標内容の補足に関する自由記述はなかったため、項目は追加しなかった。項目表現は、自由記述の内容をふまえて、回りハ病棟の看護師における退院支援の実践として適切で、かつ分かりやすい表現となるように修正した。その結果、1項目削除、13項目修正、2項目を1項目に

表 2. 質指標 (40 項目) の I-CVI および項目精選の検討結果

No.	項目	I-CVI		検討結果	
		適切性	重要性	第 1 回調査	第 2 回調査
a. 障害受容の段階に応じた精神的支援：5 項目					
1.	患者・家族が疾病・障害の現状に関する心情・揺らぎを表出できるようにかかわる	1.00	1.00		
2.	患者・家族が現状認識できるように病状や心身の状態に関する情報を提供する	1.00	1.00		
3.	患者・家族が退院に向けて主体的に取り組む力を引き出せるようにかかわる	0.94	0.97	修正	
4.	患者・家族が身体機能の変化をふまえた退院後の生活をイメージできるようにかかわる	0.97	1.00		
5.	患者・家族が退院に向けての行動目標を具体的にもてるようにかかわる	0.97	0.97	削除	—
b. 意思尊重を基盤とした家族間調整：5 項目					
1.	患者・家族のそれぞれの立場から退院後の生活に関する事情や意向が表出できているか確認する	0.97	1.00		
2.	患者・家族の勢力関係やキーパーソンを確認する	1.00	0.97		修正
3.	患者・家族間の退院後の療養先や生活における方向性の相違を確認する	1.00	1.00		
4.	患者・家族間で良好な関係を維持するための役割分担や協力体制がつくれているか確認する	0.94	1.00		
5.	患者・家族のそれぞれの立場での意向が尊重されるように調整する	0.94	0.97	修正	
c. 患者・家族の望む生活に向けたケア計画の立案：8 項目					
1.	患者の日々の心身機能を確認する	0.97	0.97	修正	
2.	患者の今後の心身機能の回復の見込みを確認する	0.94	0.97	修正	
3.	患者・家族の既往や合併症に対する理解とこれまでの対処法を確認する	0.97	1.00		
4.	患者・家族の退院後の生活に必要な技術の習得力や対処能力を確認する	1.00	1.00		統合
5.	患者・家族の疾病・障害の回復への期待・希望と現状との差を確認する	1.00	0.97		
6.	患者・家族の退院後に継続する看護上の課題と望む生活をふまえた目標を明確にする	0.97	1.00		
7.	患者・家族の退院後の生活環境に合わせて継続可能な医療処置・ケア方法を検討する	1.00	1.00		修正
8.	患者・家族にとって身体・精神的、経済的に負担の少ない医療処置・ケア方法を検討する	1.00	1.00		修正
d. 疾病のリスク管理・ケア獲得と定着への支援：4 項目					
1.	患者・家族に退院後に起こり得る異常の早期発見方法と応急対応に関する情報を提供する	0.97	1.00		
2.	患者・家族が再発・合併症予防に向けた生活スタイルや生活環境の見直しができるようにかかわる	0.94	0.97		
3.	患者が心身機能の回復状況に応じた再発・合併症予防のための自己管理行動をとれるようにかかわる	0.94	0.97	修正	修正
4.	患者・家族が退院後の療養環境で医療処置・ケアを実施できるように入院中からかかわる	1.00	1.00	修正	修正
e. 退院後の生活を見据えた ADL 拡大への支援：4 項目					
1.	患者・家族が退院後に生活する自宅・施設の構造や地域を含めた生活環境を確認する	1.00	1.00		2 項目に分ける
2.	患者・家族の生活や心身機能に応じた次の療養先の生活環境やリハビリ継続方法を確認する	0.97	0.97		
3.	患者・家族の心身機能と退院後の環境に合わせて入院中から最大限の力が発揮できるようにかかわる	0.90	0.90	修正	
4.	患者・家族が退院後の患者の転倒転落予防に向けて知識・技術の習得ができるようにかかわる	0.97	1.00		削除
f. 生活の楽しみ・役割の継続・開発への支援：5 項目					
1.	患者・家族の生活の楽しみ（他者との交流、趣味、日課、職業）や役割を確認する	0.97	1.00		
2.	患者・家族の退院後の社会活動や役割遂行に関する意向や希望を確認する	0.94	0.97		
3.	患者の心身機能の回復状況に応じて生活の楽しみや役割を入院中から行えるようにかかわる	0.90	0.97		
4.	患者・家族の退院後の生活の楽しみや役割を拡大していける機会や可能性を確認する	0.94	0.94		
5.	患者・家族が退院後に生活の楽しみや役割を行えるようにかかわる	0.94	0.97		
g. 退院に向けた院内チームでの共通認識の形成：4 項目					
1.	患者の疾病・障害に応じた退院目途・目標について院内チームで情報共有する	1.00	1.00	修正	
2.	患者・家族が退院後の生活への意向を変えた場合に院内チームで情報共有する	0.97	0.97	修正	
3.	退院までの目標について院内チームで情報共有して看護の方向性を明確にする	0.97	1.00	修正	削除
4.	患者の疾病・障害に応じて必要な制度・支援の調整時期を院内チームで情報共有する	0.97	1.00	修正	
h. 患者・家族に適した社会資源の活用：5 項目					
1.	患者・家族に心身機能や回復経過に応じて退院後に必要となる社会資源に関する情報を提供する	0.97	1.00		
2.	患者・家族にかかわる院外職種に退院後も必要な継続支援について情報を提供する	0.94	1.00	修正	
3.	患者・家族が退院後に必要な医療機器や福祉用具を入院中から利用できるように準備する	1.00	1.00	修正	
4.	患者・家族が知人等のインフォーマルなサポートを活用できるようにかかわる	0.94	0.94		削除
5.	患者・家族に退院後に困った場合の相談窓口を紹介する	0.90	0.97		修正
項目数合計				38 項目	36 項目

表 3. 回復期リハビリテーション病棟の看護師における退院支援の質評価指標修正版 (36 項目)

No.	項目
A. 障害受容の段階に応じた精神的支援：4 項目	
1.	患者・家族が疾病・障害の現状に関する心情・揺らぎを表出できるようにかかわる
2.	患者・家族が現状認識できるように病状や心身の状態に関する情報を提供する
3.	患者・家族が退院に向けて自ら意欲的に取り組む力を引き出せるようにかかわる
4.	患者・家族が身体機能の変化をふまえた退院後の生活をイメージできるようにかかわる
B. 意思尊重を基盤とした家族間調整：5 項目	
1.	患者・家族のそれぞれの立場から退院後の生活に関する事情や意向が表出できているか確認する
2.	患者・家族の力関係やキーパーソンを確認する
3.	患者・家族間の退院後の療養先や生活における方向性の相違を確認する
4.	患者・家族間で良好な関係を維持するための役割分担や協力体制がつけられているか確認する
5.	患者・家族間の意向をすり合わせ最善の選択ができるようにかかわる
C. 患者・家族の望む生活に向けたケア計画の立案：7 項目	
1.	患者の日々変化する心身機能をアセスメントする
2.	患者の今後の心身機能の回復の見込みをアセスメントする
3.	患者の障害に応じて退院後の生活課題に対処できる患者・家族の力量をアセスメントする
4.	患者・家族の疾病・障害の回復への期待・希望と現状との差を確認する
5.	患者・家族の退院後に継続する看護上の課題と望む生活をふまえた目標を明確にする
6.	患者・家族の退院後の環境（住まい、介護状況、活用できる制度）に合わせて継続可能な医療処置・ケア方法を検討する
7.	患者・家族にとって身体・精神的に負担の少ない安全な医療処置・ケア方法を検討する
D. 疾病のリスク管理・ケア獲得と定着への支援：4 項目	
1.	患者・家族に退院後に起こり得る異常の早期発見方法と応急対応に関する情報を提供する
2.	患者・家族が再発・合併症・事故予防に向けた生活スタイルや生活環境の見直しができるようにかかわる
3.	患者が再発・合併症・事故予防のための行動をとれるように心身機能の回復状況に応じてかかわる
4.	患者・家族が退院後に行う必要のある医療処置・ケアを入院中から実施できるようにかかわる
E. 退院後の生活を見据えた ADL 拡大への支援：4 項目	
1.	患者・家族が退院後に生活する自宅・施設の構造を確認する
2.	患者・家族が退院後に生活する自宅の周辺環境を確認する
3.	患者・家族の生活や心身機能に応じたりハビリ継続方法を確認する
4.	患者・家族の心身機能と退院後の環境に合わせて入院中からもてる力が発揮できるようにかかわる
F. 生活の楽しみ・役割の継続・開発への支援：5 項目	
1.	患者・家族の生活の楽しみ（他者との交流、趣味、日課、職業）や役割を確認する
2.	患者・家族の退院後の社会活動や役割遂行に関する意向や希望を確認する
3.	患者の心身機能の回復状況に応じて生活の楽しみや役割を入院中から行えるようにかかわる
4.	患者・家族の退院後の生活の楽しみや役割を拡大していける機会や可能性を確認する
5.	患者・家族が退院後に生活の楽しみや役割を行えるようにかかわる
G. 退院に向けた院内多職種での共通認識の形成：3 項目	
1.	患者の疾病・障害に応じた退院目途・目標について院内多職種で情報共有する
2.	患者・家族の退院後の生活への意向の変化に合わせて院内多職種で情報共有する
3.	患者の疾病・障害に応じて必要な制度・支援の調整時期を院内多職種で情報共有する
H. 患者・家族と共にすすめる院外多職種との合意形成と社会資源の活用：4 項目	
1.	患者・家族の心身機能や回復経過に応じて退院後に必要となる保健医療福祉サービスに関する情報を提供する
2.	患者・家族にかかわる院外多職種と退院後に必要な継続支援について合意形成する
3.	患者・家族が退院後に必要な医療機器や福祉用具を入院中から利用できるようなかかわる
4.	患者・家族に応じた退院後に困った場合の病院や地域の相談窓口を紹介する

統合し、計38項目となった。

【a. 障害受容の段階に応じた精神的支援】では、表2: No, a-3の「主体的」との表現が理解しにくいとの意見から、「自ら意欲的に」と修正した(表3: No, A-3)。この構成要素では、障害受容の段階に応じた精神的側面を整える内容に限定し、表2: No, a-5は【c. 患者・家族の望む生活に向けたケア計画の立案】の中での表現されることが適切であると判断し、削除した。【b. 意思尊重を基盤とした家族間調整】の構成要素では、看護師は

患者・家族間の調整を行いながら、患者・家族が納得しながら最善の選択ができるように関わることを目指す。表2: No, b-5は、その内容を表現できるように修正した(表3: No, B-5)。【c. 患者・家族の望む生活に向けたケア計画の立案】は、ケア計画の立案に向けて、得られた情報より方向性を分析していくことが重要である。表2: No, c-1では、「確認する」との表現が看護過程の情報収集に留まっており、アセスメント全体を示す必要があるとの意見があった。その他、表2: No, c-2でも

同様の意見があり、「アセスメントする」と修正した(表3: No, C-1, No, C-2). さらに, 表2: No, c-3, No, c-4は, どちらも患者・家族の対処力に関する内容であったため, 項目を統合した(表3: No, C-3). 【d. 疾病のリスク管理・ケアの獲得と定着への支援】の表2: No, d-3およびNo, d-4では, 患者・家族への自己管理の強制力を感じるとの意見があり, 表2: No, d-3は, 患者の心身機能の回復に応じて行うことが強調されるようにした(表3: No, D-3). また, 表2: No, d-4も, 患者・家族が行う必要のあるケアが対象であることが表現されるようにした(表3: No, D-4). 【e. 退院後の生活を見据えた活動の促進】の表2: No, e-3では, 患者・家族が最大限の力でなく, もつ力を発揮することが重要であるとの意見より, それが表現されるように修正した(表3: NoE-4). 【g. 退院に向けた院内チームでの共通認識の形成】は, 院内の多職種との連携に関する内容であり, 表2: No, g-1, No, g-2, No, g-3, No, g-4および構成要素名の「院内チーム」との表現を「院内多職種」と変更した. また, 表2: No, g-2では, 患者・家族の意向は変わるものであることが前提にあるため, 意向の変化に合わせて対応することが分かるように表現を修正した(表3: No, G-2). 【h. 患者・家族に適した社会資源の活用】の表2: No, h-2の「情報を提供する」では, 看護師から院外職種への一方的な活動となっていることから, 継続支援を相互に確認し合うことが表現されるように, 「合意形成する」と修正した(表3: No, H-2). 表2: No, h-3は, 看護師の役割としては, 医療機器や福祉用具の準備より, 患者・家族が医療機器等を退院後に活用できるように, 患者・家族が早期に適応できるように入院中の生活から取り組むことができるようにすることであり, それ分かるように表現を修正した(表3: No, H-3).

以上より, 第1回調査では質指標38項目となった. 構成要素および質指標項目全体のS-CVI/Aveの算出では, 各構成要素は適切性0.93~0.98, 重要性0.96~0.99であった. 質指標項目全体では適切性0.96, 重要性0.98となり, いずれも0.90以上のS-CVI/Aveで構成された.

2. 第2回調査結果

回収数は26部(第1回調査からの回収率83.8%)で, すべてを分析対象とした. 資格等では, 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師14名, 認知症看護認定看護師5名, 老人看護専門看護師2名, 回復期リハビリテー

ション看護師3名, 退院調整看護師2名, 計26名となった.

各項目の同意率は81~100%であり, すべて80%以上であった. 質指標38項目の内, 同意率80%台4項目, 90%台17項目, 100%は17項目であった.

構成要素別同意率平均値は, 【A. 障害受容の段階に応じた精神的支援】99.0%, 【B. 意思尊重を基盤とした家族間調整】93.8%, 【C. 患者・家族の望む生活に向けたケア計画の立案】98.8%, 【D. 疾病のリスク管理・ケア獲得と定着への支援】98.0%, 【E. 退院後の生活を見据えたADL拡大への支援】97.0%, 【F. 生活の楽しみ・役割の継続・開発への支援】98.4%, 【G. 退院に向けた院内多職種での共通認識の形成】94.0%, 【H. 患者・家族に適した社会資源の活用】88.2%であった. 項目に関する自由記述の意見を加味し, 以下の通り修正した.

構成要素の【b. 意思尊重を基盤とした家族間調整】では, 表2: No, b-2の「勢力関係」との表現を回答者がなじみのある言葉に修正し, 「力関係」とした(表3: No, B-2). 【c. 患者・家族の望む生活に向けたケア計画の立案】では, 表2: No, c-7の「生活環境」との表現が人によって解釈が変わる可能性があることから, 「生活環境」を具体的に示すこととし, その他の表現も修正した(表3: No, C-6, No, C-7). 【d. 疾病のリスク管理・ケア獲得と定着への支援】では, 看護師が行う疾病のリスク管理は, 再発・合併症予防だけでなく, 身体的な障害をもつ患者・家族の健康上の安全を守る事故予防の役割も重要であるため, 表2: No, d-2およびNo, d-3の「再発・合併症予防」の表現は, 「再発・合併症・事故予防」に修正した(表3: No, D-2, D-3). それにより, 「転倒転落予防」は事故予防に含まれるため, 【e. 退院後の生活を見据えたADL拡大への支援】の表2: No, e-4を削除した. また, 表2: No, e-1は, 項目に多くの要素を含むことから, 回答者が回答しにくさがあったため, 2項目に分けることとした(表3: No, E-1, E-2).

【g. 退院に向けた院内多職種での共通認識の形成】の表2: No, g-3は, すでに定着している活動であると考えられたため, 質指標としては削除した. 【h. 患者・家族に適した社会資源の活用】では, 看護師に求める内容として高度な活動ではあるが, 回りハ病棟では, 必要に応じて外来受診の方法や地域包括支援センターの活用が必要な患者がいることが予測された. 看護師の実施可能性を加味して, 表2: No, h-4は削除, 表2: No, h-5を修正した(表3: No, H-4). 構成要素の命名では, 【h. 患者・家族に適した社会資源の活用】との表現が,

各項目の内容が反映されていない可能性があったことから、【H. 患者・家族と共にすすめる院外多職種との合意形成と社会資源の活用】とした。

そして、第2回調査後に修正した項目を含めて、Phase1：回りハ病棟の退院支援に精通する4分野の専門家4名に修正された内容は妥当であるかを確認し、質指標の同意得られた。

本研究のPhase1～3の手続きにより、質指標は8つの構成要素から成る36項目となった（表3）

VI. 考 察

1. 本研究における専門家の妥当性

回りハ病棟の退院支援に関する先行研究が少なかったことから、臨床の立場からの専門家によるデルファイ法とその前後に4分野の専門家4名からのスーパーバイズを得て、内容妥当性が確保できるようにした。デルファイ法では、回りハ病棟に携わるより多くの分野からの専門家より回答を得たことは、内容を多面的に検討でき、有用であったと考える。また、内容妥当性の検討において、CVIでは少なくとも3人の専門家で構成され、構成概念が複雑な場合は、人数が多い方が望ましいとされている（Polit, D. F.・Beck, C. T., 2014/2011）。Green & Kreuter（2004/2005）は、デルファイ法における参加者数について、30名以上の回答者があれば結果に大差はないと述べている。また、回りハ病棟における看護という特定分野に限定される場合には、多数の対象者を募ることに限界もある中で、本研究でのデルファイ法では内容妥当性を検討するための必要な回答数は得られたと考える。また、脳卒中リハビリテーション認定看護師の回収率が高い結果は、項目精選の際に偏りある影響を与える可能性もある。しかし、回りハ病棟においては脳血管疾患患者の割合が最も多く、退院困難となりやすいことから、疾患の特性をふまえた多様な意見が反映できたと考える。さらに、本研究での専門家の条件では、特定分野の経験年数や資格を有する等の取り決めを行うことで、対象者の質の確保を図ることができ、本研究の質指標作成するための専門家として適切であったと考える。

2. 質指標の内容妥当性

質指標は、8つの構成要素36項目で構成された。

専門家における各項目の評価では、構成概念という点において関連し、適切か（ふさわしいか）どうか、そし

て、項目が構成概念のすべての次元を十分に測定しているかどうかを検討することが示されている（Polit, D. F.・Beck, C. T., 2014/2011）。本研究では先行研究より、回りハ病棟における退院支援の概念を表現する記述は可能な限り抽出できるようにし、Phase1：4分野の専門家4名からのスーパーバイズでは、個々の項目が退院支援の質指標としてふさわしいか、退院支援の概念を十分に捉えることができているのか、新たな視点はないのかを専門家に個別に具体的に確認したことで、内容妥当性の向上につながったと考える。この過程を丹念に進めたことで、デルファイ法第1回調査では、質指標はI-CVIおよびS-CVI/Aveの基準を満たし、第2回調査の同意率も高い数値となったことから、内容妥当性が量的にも適切に評価された。その上で、さらに再度、4分野の専門家4名により、質指標項目の同意が得られたことにより、内容的妥当性が確保できたと考える。

これらの手順を踏んだことで項目内容や表現が吟味され、回りハ病棟における看護師の退院支援として適切で重要な活動内容を含む、質指標として十分な内容的妥当性を備えた質指標が作成できたと考える。

3. 回りハ病棟の看護師による退院支援の特徴

質指標では、一般病棟と共通する活動はあるものの、回りハ病棟の看護師の退院支援として、以下のような特徴があった。

回りハ病棟における看護の対象は、重度な障害をもつ患者・家族であり、退院支援の基盤として、【A. 障害受容の段階に応じた精神的支援】に示されるような障害受容の促しや現実を受け止めながら、今後の生活を捉えられるように支援することがより求められる。また、【B. 意思尊重を基盤とした家族間調整】【C. 患者・家族の望む生活に向けたケア計画の立案】【D. 疾病のリスク管理・ケア獲得と定着への支援】では一般病棟での退院支援と共通要素も多いが、患者・家族の特性として心身機能の変化や合併症発生率が高い疾患をもつ者であることより、回りハ病棟の多くの患者・家族が必要としている支援である（小野, 2007；宮地・福家, 2013）。一般病棟では在院日数の短縮化から、心身の回復に重きが置かれる中で、回りハ病棟では退院後の豊かな生活の再構築への関わりが重要となる（原田・奥村, 2016）。そのため、【E. 退院後の生活を見据えたADL拡大への支援】【F. 生活の楽しみ・役割の継続・開発への支援】のさらなる活動の浸透により、患者・家族のQOLも高

まると考える。【G. 退院に向けた院内多職種での共通認識の形成】【H. 患者・家族と共にすすめる院外職種との合意形成と社会資源の活用】では、回りハ病棟において定期的なカンファレンスの開催が定着している現状もある（回復期リハビリテーション病棟協会，2017）。しかし、回りハ病棟に関わる職種の多さ、障害に関する制度活用等の難しさもあり、多職種と連携が不可欠であり、看護師には院内外の多職種や社会資源活用を意識した退院支援が望まれる。

一般病棟における退院支援の既存のツール（千葉，2005；戸村他，2013；坂井他，2010；山本・百瀬，2017；山岸他，2015）では、退院支援プロセスの部分的な評価に留まっており、回りハ病棟の退院支援を評価するには限界があった。しかし、本指標には、これまでのツールになかった【A. 障害受容の段階に応じた精神的支援】【E. 退院後の生活を見据えたADL拡大への支援】【F. 生活の楽しみ・役割の継続・開発への支援】の構成要素を包含する指標となった。以上のことから、本質指標は、回りハ病棟環境や患者・家族の特徴をふまえ、回りハ病棟における退院支援に活用可能な質指標となったと考える。

VII. 看護実践への示唆

本研究で作成された質指標は、障害受容段階に応じた精神的支援や患者・家族の生活の楽しみ・役割の継続・開発への支援等の既存のツールにはなかった視点が含まれた。回りハ病棟における看護師に特徴的な退院支援全体を捉え、適切なケアへの目標設定を可能とした。そして、実施状況を評価していくことにより、退院支援の弱点や課題が把握でき、教育体制の整備や教育支援が期待できる。さらに継続的な評価は、退院支援に困難を抱える看護師が多い現状の中で退院支援実践の変化を捉え、患者・家族への具体的な支援の方向性を導くものとなりうる。さらに、全国的な実態調査により、教育ニーズに合わせた適切なサポートを可能とし、教育体制の整備や教育支援への反映も可能である。

VIII. 研究の限界と今後の課題

時代と共に回りハ病棟の退院支援を取り巻く環境が変化し、看護師の役割変化や退院支援の質向上に必要な構成要素に新たな視点が含まれていく可能性があり、その

変化に応じて看護師の退院支援に必要な内容の検討を継続的に行っていく必要がある。また、今後は回りハ病棟に勤務している看護師を対象として退院支援の実態調査を行い、実情を加味した質指標を検討し、さらなる信頼性・妥当性の検討を行っていく必要がある。さらに、患者・家族へのアウトカムとの関連を検証していくことも課題である。

IX. 結 論

「回復期リハビリテーション病棟の看護師による退院支援の質評価指標」は、【A. 障害受容の段階に応じた精神的支援】【B. 意思尊重を基盤とした家族間調整】【C. 患者・家族の望む生活に向けたケア計画の立案】【D. 疾病のリスク管理・ケア獲得と定着への支援】【E. 退院後の生活を見据えたADL拡大への支援】【F. 生活の楽しみ・役割の継続・開発への支援】【G. 退院に向けた院内多職種での共通認識の形成】【H. 患者・家族と共にすすめる院外多職種との合意形成と社会資源の活用】の8つの構成要素36項目で構成され、内容妥当性が確認された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、ご協力くださいました対象者の皆様、ご指導くださいました先生方に心より深く感謝申し上げます。本研究は、愛知県立大学大学院看護学研究科博士前期課程博士論文の一部を加筆修正したものである。

文 献

- 有本梓，田高悦子．（2014）．児童虐待に対する保健師による活動内容と課題に関する文献検討，*日本地域看護学会誌*，17(2)，45-54.
- 千葉由美．（2005）．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，*日本看護科学会誌*，25(4)，39-51.
- Green, W. L., Kreuter, W. M. (2004) / 神馬征峰訳 (2005). *実践ヘルスプロモーション PRECEDE-PROCEED モデルによる企画と評価*，医学書院，東京.
- 原田めぐみ，奥村美奈子．（2016）．回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の生活の再構築

- 過程を支える援助方針と援助体制の検討, *岐阜県立看護大学紀要*, 16(1), 39-49.
- 回復期リハビリテーション病棟協会 (2017). *平成29年度回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書*, 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会, 東京.
- 厚生労働省ホームページ: 地域医療構想, Retrieved from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html> (検索日2019年8月2日)
- 宮地真由美, 福家妙子. (2013). レスパイト入院の患者・家族を支える, *香川県看護学会誌*, 4, 57-60.
- 小野美喜. (2007). 回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス, *日本看護研究学会雑誌*, 29(1), 97-105.
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2004) / 近藤潤子訳 (2011). *看護研究 原理と方法(第2版)*, 427-462, 医学書院, 東京.
- Polit, D. F., Beck, C. T., Owen, S. V. (2007). Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? *Appraisal and Recommendations, Research in Nursing & Health*, 30, 459-467.
- 坂井志麻, 篠聡子, 大堀洋子, 田中優子. (2010). 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.
- 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 鈴木樹美. (2013). 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, *日本看護科学会誌*, 33(3), 3-13.
- 山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子, 高橋則子, 鎌田良子, 福井小紀子, 石渡リキ, 森田達也. (2015). 「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.
- 山本さやか, 百瀬由美子. (2017). 病棟看護師の退院支援における包括的評価指標の作成, *日本看護研究学会雑誌*, 40(5), 837-848.