

博士学位論文

医療ニーズの高い高齢者のケア移行における情報共有実践尺度の開発

島根大学大学院医学系研究科看護学専攻 博士後期課程

木村千尋

指導教員

津本優子 教授

目次

I	研究の背景	1
II	研究の目的と意義	5
III	研究の概念枠組み	6
IV	用語の定義	7
V	研究方法	6
	1. 研究デザイン	8
	2. 尺度項目の開発	8
	3. 横断的質問票調査	19
	4. 分析方法	21
	5. 倫理的配慮	22
VI	結果	
	1. 回答数	23
	2. 対象者の概要	23
	3. 項目分析、因子分析	23
	4. 確認的因子分析、関連尺度との相関	30
	5. 信頼性（内的一貫性）	32
	6. 尺度得点と背景要因との関連	32
VII	考察	
	1. データの適切性	35
	2. 尺度の信頼性の検討	36
	3. 尺度の妥当性の検討	36
	4. 尺度得点と個人背景要因の関連	40
	5. 本尺度の意義と活用性	41
VIII	研究の限界	43
IX	結論	44
	謝辞	46
	Appendix	47
	引用文献	53

I 研究の背景

1. 慢性疾患をもつ高齢者におけるケア移行の状況

人口高齢化の急速な進展を背景に保健医療制度の改革が各国で進む中、本邦においても「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続ける」ことを理念とする地域包括ケアシステムが構築され、地域ケア会議や情報共有シートの活用、地域連携パス等を用いた情報共有をはじめ、医療・介護・福祉の連携がすすめられてきた(厚生労働省, 2014)。このような地域連携が求められる背景に、認知症や慢性疾患等を患う高齢者では、疾患の増悪や合併症による入院、また日常生活で介護が必要となり高齢者施設やデイサービスを利用するなど、療養生活の場所を移動することが多いといことがある(Mitsutake et al., 2021; Nakanishi et al., 2014)。このようにケアの提供者や場所が変わることを「ケア移行」といい(AHRQ, n.d.)、ケア移行の過程で薬剤有害事象や合併症の発現、また再入院などに代表される患者安全リスクが高いことが知られている(Coleman et al., 2004; Kapoor et al., 2019; Mitsutake et al., 2021)。そのため各国において様々なケア移行への介入が試みられてきた。米国では1990年代に退院前アセスメントと退院後フォローを行う看護職主導のプログラムが開発され(Naylor et al., 1999)、その後も多職種による継続的、複合的な介入が行われ、再入院の減少や医療費抑制、また患者のQOLや満足度の向上などのアウトカムが示されてきた(Berthelsen et al., 2024; R. Li et al., 2022; Rochester-Eyeguokan et al., 2016)。具体的な介入内容としては、ハイリスク患者の同定、病院と在宅関係者のコミュニケーションと情報共有の促進、患者・家族への指導、同一医療職による継続的なケア提供や在宅サービス調整などがある (Berthelsen et al., 2024; Morkisch et al., 2020)。本邦においても病院と在宅の継続したケアを推進するため、入退院支援として専門部門や専任看護師の設置、入院後早期の退院支援計画作成、また退院カンファレンス等における共同指導、退院前後の訪問指導などが診療報酬の対象となるなど、政策面においてもケア移行への介入が進められてきた(厚生労働省, 2016; 宇都宮, 2022)。

2. ケア移行における情報共有に関する研究の動向

このようなケア移行において、本人や家族、またケア関係者間での情報共有は、その安全性や質を左右する重要な要因とされてきた(Arbaje et al., 2019; Berthelsen et al., 2024; WHO, 2016)。各国のケア移行に関するガイドラインにも情報共有に関する記載は多く(AHRQ, n.d.; RANO, 2023)、先行研究でも退院時の薬剤情報提供書(Chiewchantanakit et al., 2020; Redmond et al., 2018)、セルフケア指導(J. Li et al., 2022)、そして患者家族の個別ニーズに合わせた情報共有(Hannum et al., 2021)などより効果的な情報共有の方法が検討されてきた。しかし、多くの介入が試みられてきたにも関わらず、依然として薬剤情報の間違いは多く(Ebbens et al., 2019)、最近のシステマティックレビューでも、高齢者の再入院の50人に1人は予防可能な薬剤関連事象が

原因だったと報告されている(Prasad et al., 2024)。さらに病状や生活上の注意に関わる情報(Gilmore-Bykovskyi et al., 2017; Hays et al., 2017; Hestevik et al., 2019; Sun et al., 2023)や社会的背景などの情報の不足により必要な医療が継続されない(Arbaje et al., 2019; Markiewicz et al., 2020)といった報告は多い。本邦においても同様に、退院時の処方間違い(日本医療機能評価機構, 2016)や療養生活に必要な情報の不足(水原 et al., 2020; 阿部 et al., 2022)などが指摘されてきた。このように、国内外を通じて、ケア移行における情報共有への介入は一定の改善を示すものの、その効果は必ずしも安定しておらず(Lee et al., 2022)、従来のアプローチのみでは限界があることが示唆されている

こうした状況を踏まえ Aase らはケア移行に関する先行研究を概観し、今後の研究において考慮すべき本質的課題を整理している。すなわち、ケア移行は多様な人や場が相互作用するプロセスであり、予測困難な事象が生じやすい「複雑性 (不測性)」を内包するとともに、異なる専門職や組織の間に存在する物理的、また社会文化的な「境界」への対応が不可欠であるとされる(Aase & Waring, 2020)。このような複雑性は特に医療ニーズの高い高齢者のケア移行では顕著である。高齢者の状態は、症状のみならず、居住環境や介護体制、社会資源の利用状況といった要因が相互に影響しながら変化するため、ケア移行の経過を事前に予測することは容易ではない。その結果、従来の原因と結果を直線的に捉えた情報の共有方法では、変化への柔軟な対応が難しいことが指摘されている(Aase et al., 2017; Augustinsson & Petersson, 2015; Geary et al., 2012)。医療安全分野では、このような複雑性や変化への適応力を「レジリエンス」として概念化し、実践的な介入へと発展させてきた(Anderson et al., 2020; Hollnagel, 2017)。近年では、このレジリエンス概念をケア移行に応用し、本人や家族、ケア提供者の適応力に焦点をあてた介入が行われている(Anderson et al., 2020; Fylan et al., 2019; O'Hara et al., 2020)。具体的には、家族のモニタリングが早期対応を可能とすること、また内服やケアの自己調整の支援することで状態悪化を防ぐことなどが報告されており、ケア移行の安全性を高める可能性が示されている(Bergerød et al., 2020; Penney et al., 2018)。

ケア移行が内包するもう一つの課題である「境界」とは、ケア関係者の間にある知識や価値観の違い、また施設や制度といった構造的な障壁を意味し、Aase らはこれらの境界を明らかにし、適切な方策を講じる必要性を指摘している(Aase & Waring, 2020)。例えば、情報提供書が届かない、またカンファレンスへの参加が困難といった物理的・時間的な障壁に対してはデジタルツールの使用が一定の効果を示している(Qi et al., 2023)。一方で、価値観や優先事項の違いにより関係者の意見の調整が難しい場合には、「本人にとって大切なこと」という共通の目的を明確化することで合意形成がすすむことが報告されている(Baxter et al., 2020; Bergerød et al., 2020; Olsen et al., 2021)。

上記に加え、ケア移行で特に重要な「境界」として、Aase らは関わる人々の知識背景の違いをあげている (Aase & Waring, 2020)。ケア移行に伴う変化への柔軟に対応するためには、共有された情報をもとに「行動や判断の基準となる知識」(Ackoff, 1989)を形成することが必要である。しかし、ケア移行に関わる人々の専門性や知識背景の違いによって共有された情報の解釈や理解が異なり、必要な知識として共有されない状況が多く報告されてきた (Adler-Milstein et al., 2021; Holen-Rabbersvik et al., 2018; Mannsåker & Vågan, 2023; Waring et al., 2019)。この問題に対して、患者・家族のニーズを言語化し、そのニーズへの対応を（患者・家族が）自分ごととして理解可能な形で説明・情報共有することで共通理解が進み、セルフケアが促進されることが報告されている (Geary et al., 2012; Gilmore-Bykovskyi et al., 2017; Hestevik et al., 2019)。このような実践は、相手の理解度やニーズを踏まえて情報を整理・翻訳し、実践可能な知識として共有するという点で「知識の仲介」(Bornbaum et al., 2015)の機能を有すると考えられる。ケア移行では従来より医療ソーシャルワーカーや退院コーディネーター、移行期ケア担当看護師が仲介役を担ってきたが (Adler-Milstein et al., 2021; Naylor et al., 1999; Waring et al., 2019)、近年では、病棟看護師をはじめ、本人や家族も日常的に知識をつなぐ仲介の役割を担っており、その実践がケア移行の安全性に寄与していることが報告されている (Baxter et al., 2020; Bergerød et al., 2020; Dyrstad & Storm, 2017; Waring et al., 2019)。これらの知見は、本人や家族、ケア関係者による知識の仲介機能に注目した介入は、専門職間や組織間に存在する境界を越えた知識共有を促進し、その結果としてケア移行の安全性を高める可能性があることを示唆している。

3. 本邦でのケア移行における情報共有の課題

本邦では退院時の情報共有は主に情報提供書（サマリー）や退院前カンファレンス、退院指導などを通して行われており、これまで、関連職種のニーズを踏まえた情報提供書の内容 (Iokawa et al., 2019; 川嶋 et al., 2017) や、カンファレンスの方法 (中谷 et al., 2022; 豊嶋 & 長岡, 2019) に関する検討が重ねられてきた。しかし、依然として十分な情報が共有されず必要なケアが継続されないという状況が指摘されている。

このような問題は先にあげた Aase らの指摘する「複雑性」と「境界」の2つの側面から整理できる。特に医療ニーズの高い高齢者のケア移行では退院後の変化を見越した情報共有が求められるが、退院時の情報提供書には退院後に予測される課題に対応する情報が十分に含まれていないという指摘が多い (Arazoe, 2019; リトン et al., 2017; 加藤, 2022; 森本 et al., 2019; 清永 et al., 2017)。また、カンファレンス等においても退院後の課題や状況が十分に把握されず、具体的な支援に結びつかないという状況が報告されている (Arazoe, 2019; Mizuma et al., 2020; 丸山 & 湯浅, 2016; 加藤, 2021; 甲斐 & 大野, 2021)。これらの報告からは、ケア移行の過程で生じる多様で予測の難しい変化に適応するための情報が十分に共有されていないことが示唆される。

次に、ケア移行に関わる場や人々の間にある「境界」が障壁となり情報共有が阻害されているという状況がある。まず構造的な障壁として、対面カンファレンスの実施における時間的・空間的制約(中谷 et al., 2022; 加藤, 2021)や、在宅と病院間の連携役割・窓口の不明確さ(小山 et al., 2019; 水原 et al., 2020)、共有可能な電子カルテの不備など(Kinugasa et al., 2021)などが挙げられる。このような問題に対し、お薬手帳や地域連携パス、またオンラインカンファレンスなどデジタル媒体の活用(Sumikawa & Yamamoto-Mitani, 2021; 厚生労働省, 2024; 安川 et al., 2024)等が進められている。しかし、関係職種で必要な情報が異なるためパスが十分に活用されない(Arakawa et al., 2016; 安浪 et al., 2024)、またオンラインツールを用いても相互理解が不十分な状況では有効な情報共有が難しい(Ohta et al., 2020)といった報告がある。このような指摘は、デジタル媒体などの手段によって情報は物理的・時間的制約を超えることが出来るが、実践に結びつく知識となるには、前提として次に述べる文脈や状況の共通理解が必要であることを示唆している(Carlile, 2004; Holen-Rabbersvik et al., 2018)。

さらに関係者間の知識や価値観の違いにより、共有された情報であってもその理解や解釈が異なり、その結果として必要なケアが継続されない状況が生じることが指摘されている。特に病状や予後予測に関する情報は、本人や家族、ケア関係者の間で多様に解釈されやすく、退院後に必要なケアが継続されず、ケア移行の安全性が損なわれている状況が報告されていた(加藤, 2021; 水原 et al., 2020; 清永 et al., 2017; 鈴木 & 田城, 2023)。対面のカンファレンスは、異なる背景の人々の間で状況認識を共有し、解釈や理解のずれを調整するという点で重要な情報共有の場である(坂本 et al., 2023)。一方で、医療の視点が中心となって進められ、患者・家族の要望や不安が十分に共有されず、価値観の相違がうめられないまま、共通知識が形成されない状況も報告されている(中谷 et al., 2022; 水原 et al., 2020; 清永 & 永田, 2023)。

以上のような「複雑性」および専門職や立場の違いに由来する「境界」という課題に対応するため、先行研究では、退院後の変化に伴うニーズを予測し適応するための情報を提供すること(中谷 et al., 2022; 坂本 et al., 2023; 樽矢 et al., 2015)、また相手が理解し実行できる形で共有すること(Arazoe, 2019; 中谷 et al., 2022; 樋口 et al., 2013; 清永 et al., 2017; 石橋 et al., 2021)、といった実践の重要性が示されてきた。また、これまでに開発された退院支援に関する実践指標にも、退院後に予測される事態や問題点の明確化、それらへの対応方法や必要なケアや処置の指導といった実践内容が含まれている(Sakai et al., 2016; 坂井, 2021; 山本 & 百瀬, 2017; 戸村 et al., 2013; 瀧上 et al., 2012)。しかし、これらの研究や指標は、個別の実践内容を示すにとどまり、退院後の生活に生じる変化や予期しない事態に対して本人・家族・ケア関係者が共通理解のもとで対応できるよう、情報を行動につなげる知識として意味付けして共有するという一連の実践を包括的に示したものは見当たらない。

本邦のケア移行においても、本人や家族、ケア関係者など背景の異なる多様な人々によって情報共有が行われている(Arazoe, 2019; 中谷 et al., 2022; 清永 et al., 2017; 磯 & 飯島, 2016)。なかでも、特にリスクの高い局面である退院に関わる看護師は、医療と生活という異なる文脈をつなぐ情報共有の要となる役割を担い、その情報共有の在り方がケア移行の安全性に大きく影響することが指摘されている(丸山 & 湯浅, 2016; 加藤, 2021; 戸塚 & 上谷, 2020; 森本 et al., 2018)。したがって、多様な人々の間で行われる情報共有実践を視野にいれつつも、まずは退院時の情報共有で中核的役割を担う病院看護師に焦点を当て、退院後の変化への適応を支えるために必要な情報の内容と、その共有のあり方を理論的に整理し、測定可能な形で可視化することが求められている。

II 研究の目的と意義

本研究の目的は、医療ニーズの高い高齢者の退院に際するケア移行の安全性を支える情報共有の実践尺度を測定する尺度を開発することである。具体的には、退院時の情報共有において要となる病院看護師を対象とし、開発した尺度の妥当性と信頼性を検証するとともに、情報共有実践と背景要因との関連を検証する。

本研究で開発された実践尺度は、退院時の情報共有実践の可視化と評価を可能にし、教育内容の検討や質向上活動の根拠となる指標として活用できる。また教育的介入や質向上活動の前後で介入の効果を示す指標となる。さらに尺度の各項目は、推奨される実践として情報提供書や退院時のカンファレンスなどの情報共有フォーマットを検討・改善する際の基礎資料となる。

本尺度の意義は、これまで十分に体系化・言語化されてこなかった、退院後の生活に生じる変化や不確実性に対して、本人・家族・ケア関係者が共通理解のもとで適応していくことを支える情報共有実践を、測定可能な評価指標として提示する点にある。これは、ケア移行における患者安全性、すなわちレジリエンスの観点からの実践評価を可能にするという点で、既存の退院支援評価尺度とは異なる意義を有する。

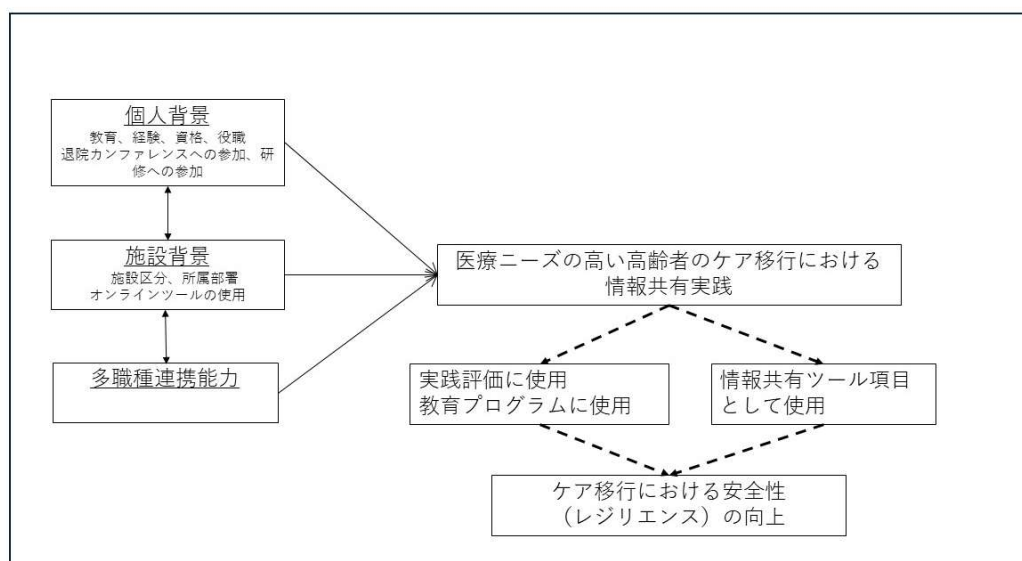
また副次的な目的として、尺度の得点と看護師の背景要因との関連の分析から、ケア移行における教育的介入、また人的資源の配置についての示唆を得ること、また病院の在宅連携における特性（施設・病棟区分）や、今後利用の増加が見込まれるオンラインコミュニケーションツールの利用がケア移行の情報共有に与える影響について探索的に検討することである。本研究における尺度開発は、今後さらなる増加が予測される医療ニーズの高い高齢者のケア移行において、安全で持続可能な支援体制の構築に資する基盤的知見を提供するものとする。

Ⅲ 研究の概念枠組み（図1）

以下に本研究の概念枠組みを示す。本研究で開発した情報共有実践尺度は、医療ニーズの高い高齢者の退院というケア移行に伴う変化に適応するために必要な知識を、ケア移行に関わる高齢者本人、家族、ならびにケア関係者の間で共有する実践を測定可能な形で示したものである。本概念枠組みにおいては、病院看護師による情報共有実践を中心的要素と位置づけ、当該実践の質が向上することで、退院後の療養生活における安全性、すなわちケア移行におけるレジリエンスが高まると仮定した。本尺度を実践評価や情報共有ツールの内容として用いることで病院の看護職の情報共有実践の質が向上し、退院後の療養生活の安全性が高まると考えられる。

情報共有実践に関連する要因については、先行研究において本邦の退院支援の実践能力と関連が示されている個人要因および環境要因をもとに設定した。個人要因としては、経験年数(山本 et al., 2021; 山路 et al., 2020) 退院支援研修(成島 et al., 2020; 木場 & 齋藤, 2017; 西山 & 関井, 2019)カンファレンスへの参加(山本 et al., 2021; 有田 & 後藤, 2021; 木場 & 齋藤, 2017)などが示されている。なかでも退院支援研修については、多くの文献で実践能力との関連が示されていることから、特に情報共有で重要な意志決定支援、また多職種連携研修を情報共有実践に影響を与える重要な要因と仮定した。一方、環境要因としての所属組織やオンラインツール使用と退院支援能力との関連を検証したものは限られているため、これら要因との関連についても検証することとした。また異なる背景を持つ集団間の情報共有に関しては多職種連携能力が重要であり、多職種連携に関する研修、および併存する関連尺度による多職種連携能力を情報共有実践の関連要因と位置けた。

図1 背景：研究の概念枠組み



IV 用語の定義

「ケア移行」

医療サービスを受ける場とケア提供者が変わること。本研究においては状況の変化に対する情報共有が特に重要となる、病院から在宅（自宅、施設）という場の移行、もしくは病院の医療職から高齢者本人や家族、在宅ケア関係者へケアの担い手が移ることを示す。

「医療ニーズが高い高齢者」

疾患による症状が重く不安定、医療機器の使用や医療デバイス（カテーテル等）を装着する、または褥瘡などにより、頻繁に医療や介護が必要な状態にある 65 歳以上の成人。

「情報共有実践」

ケア移行に伴う変化へ適応するために必要な情報を判断、整理し、相手が理解できる形にして、本人・家族を含むケア関係者で口頭、または書面（デジタル媒体を含める）を通じてお互いに伝え共有すること。

「ケア移行の安全性」

ケア移行に伴って生じる想定内、または想定外の状況の変化に適応し、必要とされる行動を行い、高齢者本人、またケア関係者にとって意図した、望ましい結果を得ることができること。

V 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、医療ニーズの高い高齢者のケア移行における情報共有実践を測定する尺度の開発と検証を目的とした段階的研究である。尺度開発研究においては、対象や状況を拡張する前に、測定対象となる実践が比較的明確に観察される文脈において、尺度の基礎的特性を検証することが求められる。本研究では、ケア移行の中でも特に安全性リスクが高く、情報共有が集中的に行われる退院時に着目し、医療と生活の両側面をつなぐ情報共有の中核的役割を担う病院看護師を対象として、情報共有実践尺度の妥当性および信頼性を検討した。

研究の手順として、まず尺度の測定概念を明確化し、次に文献検討および専門家との意見交換を通して測定概念を構成する尺度項目を作成した。次に、作成した「医療ニーズの高い高齢者のケア移行における情報共有実践尺度」を用いて、全国の病院に勤務する看護職を対象とし、WEB上質問票を用いた横断的調査を実施した。得られたデータに基づき、尺度の信頼性および妥当性を検討するとともに、尺度得点と個人背景要因との関連を分析し、情報共有実践に関連する要因について検証した。

2. 尺度項目の開発

1) 尺度の測定概念

本研究で開発する尺度が示す概念は、退院というケア移行の過程で生じる変化や不測の事態に対し、多様な関係者が共通理解のもとで対応できるよう、必要な情報を整理し、意味付けを行い、行動や判断の基盤となる知識として共有するという一連の実践である。これは、単なる情報伝達にとどまらず、関係者が状況を理解・解釈し、適切に対応することを可能にする実践である。そのため、本研究では、この測定概念を構成する理論的基盤として「レジリエンス」、および「知識の仲介」の概念を用いた。

レジリエンスとは、変化や不確実性の高い状況下においても、システムが意図した結果を達成する機能であり、その成立には4つの潜在的能力が必要であるとされている(Braithwaite et al., 2017; Hollnagel, 2017; Safi et al., 2022; 中島, 2019)。すなわち、①何に注意をするべきか知っており、パフォーマンスに影響する内的、外的要因を継続的に把握する「モニター」、②経験から学び、必要に応じて行動の基盤となる目的や価値観を新にする「学習」、③予測を行い、起こりうる制約や混乱、好機に備える「想定」④不測の変化や状況に応じた柔軟に適応する「対応」である。本研究では、退院というケア移行に関わる人と場を一つのシステムと捉え、本人や家族、またケア関係者がこれら4つの能力を支える情報を共有することで、ケア移行の安全性が高まると仮定した。

またケア移行では専門性や立場、所属組織や療養の場が異なる多様な人々が相互に関わりながら、意図した、望ましい結果を得ることが求められる。そのためには、必要な

情報を単に伝達するのではなく、異なる集団間で知識として活用可能な形で共有する仲介機能が必要になる。先行研究では、知識の仲介機能として以下の三側面が示されている (Bornbaum et al., 2015; Boucher et al., 2022; Glegg & Hoens, 2016)。すなわち必要な情報を収集・整理し、相手が知識として活用できる形で共有する「知識マネジメント」、集団間の共通目的を見出し、相互理解と協働を促進する「関係性構築」、そして個人や組織が新たな知識を取り入れ、継続的に活用できるよう支援する「キャパシティ・ビルディング」である。これらは異なる集団間で行われるケア移行の情報共有においても重要な機能と考えられる。以上を踏まえ、尺度の測定概念を「ケア移行に伴う変化や不測性に本人や家族、ケア関係者が対応できるよう、必要な情報を整理・意味付けし、関係者間で共通に理解・活用可能な知識として共有する一連の実践」とした。

2) 尺度項目抽出のための文献検討

尺度項目作成のため、退院支援を中心としたケア移行における情報共有実践について、ガイドライン、実践尺度・指標、ならびに研究論文を対象とした文献検討を行った。

海外のガイドラインに関しては、CINAHL を用いて検索を行い 390 件の文献を抽出した (Appendix 1)。タイトル、および抄録についてあらかじめ設定した除外基準に基づきスクリーニングを実施した結果、36 文献を選定した。これらの全文を精読し、①高齢者を対象としていること、②情報共有に関する内容を含むこと、③病院と在宅、在宅施設間のケア移行を対象としていること、を組み入れ基準として適用した。その結果、2 件のガイドラインが選定された。加えて関連する学術団体からのハンドサーチにより 3 件を追加した。選定した 5 件のガイドラインについて、AGREE II ツール (AGREE, 2017) を用いて質評価を行い、本研究のテーマと文脈で適切と考えられた 3 件を参考文献として採用した。

国内のガイドラインについては医学中央雑誌医を用いて検索を行い、171 件の文献を抽出した (Appendix 1)。その結果、本研究のテーマに合致するガイドラインは見当たらなかったが、病院と在宅間のケア移行における実践指標の開発を扱った 4 件の文献が得られた。これらは本邦における望ましい実践を示すものと判断し検討対象とした。さらにハンドサーチによる 3 件を追加し、計 7 文献について全文を精読した。本研究のテーマとの適合性、および妥当性・信頼性の検討状況をふまえ最終的に 4 件の実践指標を選択した。

次に、ケア移行情報共有実践に関する海外文献について、PubMed、CINAHL、Medline を用いて検索を行った (Appendix 2)。除外基準によるスクリーニングの後、組み入れ基準に適合した 22 件の文献を選定した (Appendix 3)。これらに、国内のケア移行に関する研究の文献検討から組み込み条件を満たした 2 件を加え、計 24 文献について各種評価ツールを用いて質評価を行い、16 文献を選定した。最終的にはこれら 16 文献にガイドラインおよび実践尺度・指標 7 件を合わせ、23 文献を選択した (表 1)。選定した 23 文

献を精読し、ケア移行におけるレジリエンス能力に資する、あるいは知識の仲介機能を有すると考えられる59の情報共有実践を抽出した。

2) 尺度項目作成

まず、文献検討から抽出された実践59項目を本邦のケア移行の文脈を考慮し、項目の整理、統合を行った。尺度開発の経験豊富な看護教員の指導を受けながら、尺度項目として適切な表現となるよう項目の統合および文章の修正を行い37項目とした。続いてケア移行の経験が豊富で修士課程を修了している訪問看護師2名を対象に、内容妥当性の検討を行った。訪問看護師は退院後の課題を最もよく把握し、病院から提供された情報が実際のケアにどのように活用されるかを評価できる立場にあるため、病院看護師による情報共有実践の妥当性を検討する専門家として適切であると判断した。項目について関連性（内容は適切か）、包括性（必要な実践が欠けてないか）理解性（表現がわかりやすいか）の観点から意見交換を行った。意見交換はそれぞれ約40分間であった。その結果、追加すべき実践としては「看取り対応の役割分担」が指摘され、これを「緊急時対応」に関する項目に組み入れた。また項目を情報共有の内容に統一した方が理解しやすいという意見を踏まえ、1項目を修正し2項目はガイドラインにおける推奨度が高いことから該当項目を維持した。その他、表現がわかりにくいと指摘された項目については表現の修正を行った（表2）。これらの修正を経て最終的に36項目を得た。

作成された36の尺度項目はレジリエンスの枠組みに基づき分類し、病院看護師による退院支援のプロセスを参考に整理した。その結果、①ケア移行後の生活の予測、②問題や対応の判断基準となるケアの方向性・意思決定、③ケアの方向性に基づく学習、④ケア移行後のリスクへの継続的なモニター、⑤変化への対応、に必要な情報共有実践のカテゴリーとなった。以上の過程を経て作成された36項目の実践尺度は、レジリエンスの4つの能力、および仲介機能の3つの側面を包含する情報共有実践として構成された（表3）。

3) 質問票の作成

項目配置に関してはカテゴリーの順番とした。カテゴリー1は16項目と多く、項目の前半はケア移行後の生活に影響すると考えられる本人の内的要因、後半は環境や外的な要因とした。項目28「緊急対応が必要な症状や状況と、緊急性の理由を共有する」は学習、又は対応の両カテゴリーに属すると考えられたが、今回は病棟看護師が対象のため、学のカテゴリーにいった。項目36「相手が理解しやすい用語や形式（口頭、書面、実践など）を用いて情報を共有する」は全てのカテゴリーに当てはまるため最後の質問とした。

抽出された項目の多くはすでに推奨されている実践であり、本尺度は実践状況を測定するものであるため、重要性に関する意見ではなく行動を尋ねる実体的質問とし、過去1年間の実践頻度をリッカートスケールで尋ねることとした。上記で作成した36項目につ

いて「全くしなかった」（１点）から「常にした」（５点）の５段階で評価をすることとした。質問票はマイクロソフト FORMS を用いて作成した。さらに、回答のしやすさについて FORMS 質問票の形で、病棟と診療所での勤務経験のある看護師１名（経験年数２５年）に回答してもらった。「情報共有方法はどのようなことを含むかわかりにくい」という意見があったので、「伝え方は、口頭、書面、デジタル形式など方法は問わない」の一文を FORMS 質問票の文面に加えた。項目内容についてはわかりにくい箇所はなく、回答時間は約１０分であった。

表 1 情報共有尺度項目の実践内容 文献検討

	タイトル	著者、年	評価	Y=選 択 N=非 選択	評価ツ ール
1	Transition in care and Services: Second Edition	Registered Nurses' Association of Ontario(RA NO, 2023)	GRADE アプローチに基づき Good Practice Recommendation が多い。介入適応性の記載は少ない。	Y	AGREE II
2	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016	(Cameron et al., 2016)	ケア移行に特化していないが対象集団としては本研究と共通が多い。介入による害や介入適応性の記載は少ない。	Y	AGREE II
3	Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs	National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2015)	介入の適応性やツール等に関する記載が豊富。外部審査の有無が不明。2023 時点改定なし	Y	AGREE II
4	Reducing risks in complex care transitions in rural areas: a grounded theory	(Winqvist et al., 2023)	GTA 分析。データが豊富に示されており、結果がわかりやすい。対象者の背景は本研究と共通	Y	CAPS-QL
5	A qualitative analysis of communication workflows between adult day service centers and primary care providers.	(Zhong et al., 2022)	連携経験のない被験者が 5 割で対象者が適切でない可能性。データの量と分析は充分だが、相反するデータの提示なし。	Y	CASP-QL
6	Experiences of patients with heart failure with medicines at transition intervention: Findings from the process evaluation of the ISCOMAT programme	(Powell et al., 2022)	インタビュー時期が遅く介入を覚えていない対象者のデータ信頼性に疑問だが、薬局データも用いて Triangulation となっている。	Y	CASP-QL
7	Effectiveness of a care transitions intervention for older adults discharged home from the emergency department: A RCT	(Jacobsohn et al., 2022)	ITT と PP での解析結果、介入群の患者背景の違いについての考察より結果の汎用性が高まっている。	Y	CASP-RCT
8	Testing a two-step nursing intervention focused on decreasing rehospitalizations and nursing home admission post discharge from acute care	(Rosted et al., 2013)	介入は低侵襲で分析は ITT で行っており、有意な効果はうつ症状改善のみ。	Y	CASP-RCT
9	Post-discharge medicines management: the experiences,	(Tomlinson et al., 2020)	2 病院での Maximum Variation Sampling だ	Y	CASP-QL

	perceptions and roles of older people and their family carers		が、人種の偏りがある。構築したフレームワークで分析。文化的背景の違いもあるが、薬剤やセルフケアに関する情報共有についての実践が示されている。		
10	A transitional care intervention for hypertension control for older people with diabetes: A cluster RCT	(Tu et al., 2020)	多くの指標が介入群で有意に改善。コストや害についての記載がないが、介入の多くは実行性がある。パッケージ効果のリスク	Y	CASP-RCT
11	'Handing over to the patient': A FRAM analysis of transitional care combining multiple stakeholder perspectives	(O'Hara et al., 2020)	本分析はその前の豊富な質的研究のデータに基づいている。レジリエンスの概念に基づく FRAM 分析でエビデンスの評価は難しい。	Y	N/A
12	The effect of a pharmacy-led transitional care program on medication-related problems post-discharge: A before-After prospective study.	(Daliri et al., 2019)	薬剤関連問題は自己申告のためバイアスがあるかもしれないが、分析方法は明確なバイアスなし。	Y	JBICoasi
13	Improving the seniors' transition from hospital to the community: a case for intensive geriatric service workers.	(McAiney et al., 2017)	スタッフと患者の対象者バイアスの可能性。双方の分析の齟齬についての考察が少ないが、他の分析は明確。	Y	MMAT
14	Intensive care discharge summaries for general practice staff: a focus group study	(Bench et al., 2016)	在宅の受け手が必要な情報のデータ分析十分にされている。情報共有内容についてはカルテ調査等他の調査も必要。対象者バイアスのリスク。	Y	CASP-QL
15	Transitional care in skilled nursing facilities: a multiple case study	(Toles et al., 2016)	それぞれの結果を統合して分析している。チャートレビューより施設背景等も検討している。	Y	MMAT
16	A multidisciplinary intervention for reducing readmissions among older adults in a patient-centered medical home.	(Stranges et al., 2015)	社会的要因や認知症など再入院のハイリスク層が介入から脱落した可能性は否定できないが、As-Treatedとして分析されている。	Y	JBICohort
17	The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital	(Andreasen et al., 2015)	高齢フレイルを対象としていたが、8名が脱落しておりサンプルバイアスの可能性。一方相反するデータも十分に分析されている。	Y	CASP-QL
18	Not quite seamless: transitions between home and inpatient hospice	(Lysaght Hurley et al., 2014)	脆弱性の高い患者層で本研究と共通。対象者の選択に関する記載が少ない。研究者と対象者の関係性が明記されていない。	Y	CASP-QL

19	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	(戸村 et al., 2013)	開発より評価尺度として多く用いられ、本邦のケア移行実践を示すものとして普遍性が高いと考えられる。退院支援看護師を対象としていることから推奨される実践が多い。	Y	N/A
20	外来看護師の在宅療養移行支援実践評価尺度の妥当性・信頼性の検証	(坂井, 2021)	退院を含め外来での継続性の視点からの実践指標であり、本研究の目的に適している。	Y	N/A
21	病棟看護師の退院支援における包括的評価指標の作成	(山本 & 百瀬, 2017)	多くの日本の文献検討に基づき指標項目を作成しており本研究の背景に合致する。対象が3年目以上の看護師で、調査対象が広い。	Y	N/A
22	訪問看護師が認識する在宅移行時の連携促進要因と阻害要因	(樋口 et al., 2013)	推奨される実践がわかりやすく記載されている。データの信頼性も確保されている。	Y	CASP-QL
23	Developing an instrument to self-evaluate the Discharge Planning of Ward Nurses	(Sakai et al., 2016)	尺度開発では任意の6施設の急性期病院の看護師を対象としており、選択バイアスの可能性。病棟看護師の基本的な実践を多く示している	Y	N/A
	Making Healthcare Safer III: A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices	Agency for Healthcare Research and Quality(2020)	アウトカムのレビューであり、情報共有プロセスについての記述少ない。	N	N/A
	退院サマリー作成に関するガイダンス	日本診療情報管理学会(2019)	テンプレートのため具体的な情報項目なし。医学的視点が多い。	N	N/A
	Transitions of care in heart failure: a scientific statement from the American Heart Association.	Albert NM, et al.(2015)	文献検討とエキスパートコンセンサスからなる推奨実践。医学的視点が強い。	N	N/A
	「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	山岸 暁美、他(2015)	調査は3施設(任意)で選択バイアスリスク。項目作成時の文献検討は海外のものが多い。	N	N/A
	認知症を有する人の退院支援ニーズ評価尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討	瀧上 恵子、他(2013)	退院時のニーズ評価に関するものであり、本研究の目的に十分に合致しない。	N	N/A
	Enhancing Care for Long-Term Care Residents Approaching End-of-Life: A Mixed-Methods Study Assessing a Palliative Care Transfer Form.	Baetz-Dougan., et al. (2021)	複数の調査結果の統合が乏しい。研究者と対象者が同施設のためバイアスのリスクが高い。	N	MMAT
	Patients' perceptions of medicines information received at	Svensberg K., et al. (2021)	幅広い年齢層の対象者。半数以上が不参加だが理由記	N	CASP-QL

hospital discharge in Norway: a qualitative interview study		載がない。コーピング概念に基づき分析しているが、被験者との分析結果の確認がない		
Resilience From a Stakeholder Perspective: The Role of Next of Kin in Cancer Care	Bergerød IJ., et al. (2020)	インタビューに家族は含まれず対象者が不適切。また、インタビューだけでは疑問に対し不十分	N	CASP-QL
Effects of a nurse-led transitional care programme on readmission, self-efficacy to implement health-promoting behaviors, functional status and life quality among Chinese patients with coronary artery disease: A RCT	Zhang P.M et al. (2018)	複合介入による効果の特定困難。分析はPPのみ（脱落は約15%）集中的で資源投入が多い介入だが、コストや害の考察がない。	N	CASP-RCT
"Unexpected and Distressing": Understanding and Improving the Experience of Transferring Palliative Care Inpatients to Residential Care	Kallianis V., et al. (2017)	研究者と被験者の関係性もあり客観性に問題がある。またインタビューの引用がなく結果の妥当性について確認難しい。	N	CASP-QL
Interprofessional Collaboration to Improve Discharge from Skilled Nursing Facility to Home: Preliminary Data on Postdischarge Hospitalizations and Emergency Department Visits	Reidt S.L. et al. (2016)	介入が介入群とコントロール群の双方に影響した可能性についての検討が少ない。	N	JB-Quasi
Preparing general practitioners to receive cancer patients following treatment in secondary care: a qualitative study	Guassora AD., et al.(2015)	セミナー参加者を対象とし患者は含まれておらず対象者バイアスの可能性。	N	CASP-QL
退院前カンファレンスにおける訪問看護師によるケアの継続に向けたアセスメントのプロセス	樽矢 裕子、ら (2015)	GTAでテーマがどのようにできたかわかりにくい。分析課程が不明で結果がわかりにくい。	N	CASP-QL

Critical Appraisal Tools:

AGREE II=The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE, 2017)

CAPS=Critical Appraisal Skills Programme, QL=Qualitative Checklist, RCT=Randomised Controlled Trial Checklist (CASP, 2023)

JB- The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist, Quasi=Quasi-Experimental Studies(Barker et al.) Cohort=Cohort studies (Moola et al., 2020)

MMAT=Mixed Methods Appraisal Tool (Hong et al., 2018)

表2：専門家との意見交換による項目修正

番号	当初の内容	変更	変更後の内容	備考
14	本人とケア提供者の関係性とサポート力	修正	ケア提供者の介護力、また本人との関係性	介護力の方が一般的でわかりやすい
17	本人、ケア提供者の情報共有に対する考えや意向について共有する。	修正	情報共有に対する、本人や家族の意向について共有する。	情報共有の同意は入院包括同意があるがその範囲が不明なため意向として残した。
20	現状（疾患の進行度）や今後の方向性について担当医など専門職の見解を共有する。	修正	疾患の進行ステージと治療・ケア方針について、担当医など専門職の見解を共有する。	「進行度」「方向性」がわかりにくい。「進行ステージ」「ケア方針」が一般的。
21	本人やケア提供者の学習ニーズを捉えるため、これまで療養生活の継続が困難となった理由を共有する。	修正	これまで療養生活の継続が困難となった状況や理由を共有する。	学習ニーズを捉えるため、がわかりにくく、記載は必ず必要ではない。
22	本人やケア提供者の新たな学びに対する準備状況（レディネス）や理解力に関する情報を共有する。	修正	本人や介護者（家族や介護職員など日常的に介護をする人）の学習に対する、身体的・精神的な準備状況や理解力に関する情報を共有する。	準備状況（レディネス）がわかりにくい、とのことで「身体的・精神的な準備状況や理解力」とした。
23	ケアの方向性からみて問題になると予測される事柄について共有する。	修正	ケアの方向性に照らし合わせて、今後問題になると予測される変化や状況について共有する。	「問題になると予測される事柄」を具体的にしたほうが良い、との意見
26	本人・ケア提供者へ医療的処置と管理の指導を行う際には、その目的と方法を共有する。	修正	本人と介護者へ医療処置やセルフケアを指導する際は、方法とその行為の目的を共有する。	医療手技だけでなく、日常のセルフケアでも目的的理解が必要
27	情報共有の際には、（理解状況の確認のため）相手自身の言葉で共有した内容を説明してもらう。		相手自身の言葉で共有した内容を説明	情報方法であり、他との統合性がないとの指摘があったがエビデンスが高く残した
28	緊急対応が必要な症状について、緊急性の理由と対応方法を共有する。	修正	緊急対応が必要な症状や状況と、緊急性の理由を共有する。	多くの項目が入っているという指摘から、対応に関しては項目33の状態変化時の項目にまとめた。
30	移行直後や薬剤変更時など問題の起こりやすい時期には、重点的に症状や生活状況の変化を観察する。	修正	生活環境の変化や薬剤変更時、疾患の増悪時など、問題の起こりやすい時期について共有する。	他の項目に合わせ、～について（を）共有する、という文章に変えたほうが良い。
31	介護状況を確認するため、生活環境や保清状況、ケア提供者の状況に関する情報を共有する。	削除	本人の状態（バイタルサインや症状など）や生活状況のモニター方法と介護者の役割を共有する。	「介護状況の確認」ではなく「本人の状態」の確認として、項目31とした
31	実施可能な観察方法とケア関係者の役割について共有する。	修正	本人の状態（バイタルサインや症状など）や生活状況のモニター方法と介護者の役割を共有する。	観察内容と役割分担に関する情報を項目31とした
33	時間が限られている場合、急変時の対応と連絡方法の情報は優先的に共有する。	修正	看取りも含めた状態変化時の連絡と対応方法、ケア関係者の役割を共有する。	時間が限られている場合は不要。緊急時には「看取り対応」も追加した方がよい。時間の限定は不要。
34	今後必要となる保険サービスや医療費助成利用のために必要な情報を共有する。	修正	近いうちに必要になると予測される、医療・介護サービスに関する情報を共有する。	「医療費助成利用」より「医療・介護サービス利用」が一般的。ケア移行なので「今後」より「近いうち」がよい。
35	それぞれの対応能力に応じて、症状に合わせた内服、処置・ケアの調整方法を共有する。	修正	本人や介護者の対応能力に応じて、症状に合わせた内服や医療処置の自己調整方法を共有する。	「調整方法」は「自己調整」としたほうがわかりやすい。それぞれがわかりにくい。
36	相手にわかりやすい用語や方法（口頭・書面・実践）を用いて情報を共有する。			情報方法のため、他との統合性がないとの指摘があったがエビデンスが高く残した

表3 情報共有実践尺度の原案 各尺度項目に関連するレジリエンスの潜在能力と知識仲介機能、および実践を抽出した文献番号（表1）を示す。

項目	レジリエンス		能力		知識の仲介機能			抽出した文献番号 (表1)
	想定 (予測)	学習	モニター	対応	マネジ メント 知識	関係性 構築	キャパシ ティ・ ビルディ ング	
1. 生活に影響すると予測される、本人の身体症状とその病態について共有する。	✓				✓			1. 11. 12. 14. 17. 20. 23
2. 不安やうつなどの精神症状に関する情報を（該当なしも含めて）共有する。	✓				✓			2. 8. 17.
3. 認知機能や周辺症状に関する情報を（該当なしも含めて）共有する。	✓				✓			1. 2. 5. 23
4. 視覚や聴覚などの感覚機能に関する情報を共有する。	✓				✓			1. 2. 3.
5. 歩行などの運動機能と身体活動レベルに関する情報を共有する。	✓				✓			1. 2. 20.
6. 食事と水分摂取、嚥下機能に関する情報を共有する。	✓				✓			1. 23
7. 排泄に関する情報を共有する。	✓				✓			
8. 飲酒と喫煙に関する情報を（使用なしも含めて）を共有する。	✓				✓			1. 3.
9. 感染症とアレルギーに関する情報（既往なしも含めて）を共有する。	✓				✓			1. 2.
10. 処方薬の適応と作用機序、使用方法について情報を共有する。	✓				✓			1. 2. 6
11. 本人と介護者の薬剤管理能力に関する情報を共有する。	✓				✓		✓	1.
12. 居住環境と交通手段に関する情報を共有する。	✓				✓			1. 2. 5. 16. 19. 21. 23
13. 経済状況と介護保険など公的サービスに関する情報を共有する。	✓						✓	1. 2. 3. 4. 13. 23
14. 介護者（家族や介護職員など）の介護力と本人との関係性に関する情報を共有する。						✓	✓	1. 2. 3. 17. 19. 23
15. 共通の評価方法や評価指標に基づく情報を共有する。		✓			✓		✓	1. 2. 16.
16. 疾患の進行期では、緩和ケアが必要となる症状や状態について共有する。	✓			✓	✓			1. 3.
17. 情報共有に対する、本人や家族の意向について共有する。						✓	✓	1. 2. 9.
18. 病状や治療に対する本人や家族の認識や理解状況について共有する。					✓		✓	1. 2. 3. 9. 19. 20. 23

項目	レジリエンス能力				知識の仲介機能			抽出した文献番号 (表1)
	想定	学習	モニター	対応	知識 マネジメント	関係性構築	キャンペーン・ ビルディング	
19. 今後の生活や治療に対する、本人や家族の意向と懸念について共有する。		✓				✓	✓	1. 3. 4. 16. 18. 19. 20. 22. 23
20. 疾患の進行ステージと治療・ケア方針について、担当医など専門職の見解を共有する。	✓	✓			✓			1. 2. 14. 23
21. これまでに療養生活の継続が困難となった状況や理由を共有する。		✓			✓			1. 2. 12. 17. 18. 20. 21.
22. 本人や介護者（家族や介護職員など日常的に介護をする人）の学習に対する、身体的・精神的な準備状況や理解力に関する情報を共有する。		✓					✓	2. 8. 9.
23. ケアの方向性に照らし合わせて、今後問題になると予測される変化や状況について共有する。	✓		✓		✓			18. 20. 23
24. 予測される問題を防ぐために、本人や介護者と考えた実行可能な生活方法について共有する。		✓			✓		✓	2. 20.
25. 本人や介護者が安全に行えるよう、できるだけシンプルな内服方法や医療処置の方法を考え共有する。		✓					✓	9. 12. 15. 19. 23
26. 本人と介護者へ医療処置やセルフケアを指導する際は、方法とその行為の目的を共有する。		✓			✓		✓	1. 2. 19.
27. 情報共有の際には相手自身の言葉で共有した内容を説明してもらう。		✓					✓	1. 2. 12.
28. 緊急対応が必要な症状や状況と、緊急性の理由を共有する。			✓		✓			1. 6. 7. 11. 10. 14. 18.
29. ADL や食欲の低下、認知機能や意識状態の変化などの非特異的な症状と、その観察の必要性を共有する。			✓		✓			2. 10. 23
30. 生活環境の変化や薬剤変更時、疾患の増悪時など問題の起こりやすい時期について共有する。			✓				✓	3. 9. 12. 16. 18
31. 本人の状態（バイタルサインや症状など）や生活状況のモニター方法と介護者の役割を共有する。			✓			✓		5. 6. 8. 9. 10. 13. 15
32. 本人の状態や生活状況をケア関係者間で確認する時期と場（受診時や介護サービス利用時、担当者会議など）について共有する。			✓			✓		2. 3. 5. 6. 11. 12. 14 20
33. 看取りも含めた状態変化時の連絡と対応方法、ケア関係者の役割を共有する。				✓		✓		2. 11. 13. 14. 18. 23
34. 近いうちに必要になると予測される、医療・介護サービスに関する情報を共有する。	✓			✓			✓	1. 2. 3. 4. 6. 13. 19. 20. 21. 23
35. 本人や介護者の対応能力に応じて症状に合わせた内服や医療処置の自己調整方法を共有する。				✓			✓	2. 9. 18. 22.
36. 相手が理解しやすい用語や形式（口頭、書面、実践など）を用いて情報を共有する。					✓			1. 2. 3. 12. 20. 22.

3. 横断的質問票調査

1) 研究対象

(1) 研究対象者の条件

今回開発する実践評価尺度は医療ニーズの高い高齢者のケア移行の情報共有を想定しており、予測されるリスクや不測の事態への対応、また専門職間の役割分担といった必要情報を収集、整理、共有するのに十分な専門的知識を要する情報が含まれる。そのため患者の受け持ちとして退院支援を数年経験したと考えられる、経験年数5年目以上の看護師を対象とした。准看護師は医療、介護、福祉の総合的知識に基づく自律的な看護実践の教育が限られるとの報告があり(中山, 2018; 小川 et al., 2017)対象外とした。またケア移行として病院から在宅への退院を想定したため、退院時看護情報提供書の作成、または退院前多職種カンファレンスへの参加し退院支援に関わる病棟看護師、または組織横断的に活動する部門(地域連携部門など)で退院支援に関わる看護師とした。

(2) 対象施設の選定

在宅への退院支援を行うことの多い、一般病床を有する200床以上の病院とした。200床以上の施設とした理由は、退院事例が十分にあると考えられること、また本研究の対象とする組織横断部署所属、または各種資格を有する看護職が一定数存在する可能性が高いと考えられたためである。また、精神科病棟からの退院では、特有の社会文化的要因が強く関連するため、精神科単科の病院は除くこととした。これらの条件のもと、分析時に立地条件や地域による影響を抑える為、日本病院会の会員病院リストにある全国の病院を7つの地域区分に層化し無作為抽出した。

(3) サンプルサイズと依頼数

因子分析に必要なサンプル数は、尺度項目や因子負荷など多くの条件によって影響を受けるが、データが集まる場合には経験則として項目数の5から10倍のデータ数(Streiner et al., 2024; 松尾 & 中村, 2002)と言われており、本研究では項目数が36のため、目標サンプルサイズを400名とした。アンケート送付数については、ウェブ調査は回収率が10%から20%との報告があり(上元 & 大西, 2023; 伊藤 et al., 2024)、まずは回収率2割を見込み、100施設(1施設20名)へ依頼書を送付したが、有効回答数が400名に満たなかったため、施設リストから送付した施設を除外し、再度100施設を無作為抽出し依頼書を送付した。

2) 調査方法

抽出された病院の看護管理者宛てに研究協力依頼書、回答書とともに、研究説明書と調査項目票をそれぞれ20部郵送した。研究協力を承諾する場合、看護管理責任者より、研究対象候補者へ研究説明書を配布してもらい、研究対象者は説明書に掲載されたWeb上アンケート用QRコードから回答することとした。アンケートは情報管理上の安全性が保障され

た Microsoft 社の Forms を用いた。調査機関は 2024 年 11 月 20 日～2025 年 2 月 15 日の 3 か月間とした。

3) 調査内容

調査内容は対象者の基本属性および教育背景、組織体制、ケア移行の情報共有実践、多職種連携行動とした (Appendix 4)。

(1) 対象者の属性、教育背景

本邦の退院支援実践へ関連する要因として、経験年数 (山本 et al., 2021; 山路 et al., 2020) やカンファレンスへの参加 (山本 et al., 2021; 有田 & 後藤, 2021; 木場 & 齋藤, 2017) などが示されている。そのため、基本属性として、看護師経験年数、最終看護教育課程 (4 年制大学、3 年制看護専門学校、3 年制看護短期大学、5 年一貫看護学校、その他)、認定資格 (保健師、専門看護師、認定看護師、診療看護師、介護支援専門員)、役職についてたずねた。また、退院支援研修への参加が実践を促進するとの報告はすでに多いため (成島 et al., 2020; 木場 & 齋藤, 2017; 西山 & 関井, 2019)、知識の仲介機能を高めると考えられる多職種連携に関する研修参加の有無、また尺度項目のカテゴリーとなった意思決定支援に関する研修参加の有無を尋ねることとした。

(2) 組織体制

環境要因としての所属組織の特徴 (所属施設の区分、所属部署) やオンラインツール使用との関連を検証したものは少ないが、先行文献で情報共有実践への影響要因としてあげられていた共通オンラインツールの使用、また所属部署と役職について尋ねた。

(3) ケア移行における安全性を目的とした情報共有実践

開発した実践尺度の 36 項目について、過去 1 年間に担当した医療ニーズの高い高齢者の退院症例での実践について 1. 全くしなかった 2. あまりしなかった 3. 時々した 4. だいたいたした 5. 常にした の 5 段階で評価することとした。この質問項目に関しては無効回答による分析への影響を抑えるため回答を必須とした。

(4) 「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度」 (藤田 et al., 2015)

当該尺度は在宅ケアにおける多職種連携の実践を評価する 5 因子 17 項目からなる尺度であり、信頼性と妥当性が検証されている。作成において、病院と在宅領域の看護職を含む多職種が含まれており、また連携事例には終末期、または医療ニーズの高い在宅療養者を想定していることから、本研究の文脈と一致していると考えられ、また関連する概念を測定しているものと考えられた。回答は、自身の経験した事例での多職種連携行動を、1. 全く当てはまらない 2. あまり当てはまらない 3. どちらともいえない 4. まあ当てはまる 5. とても当てはまる、の 5 段階で評価する。なお、尺度作成者に本尺度の病棟看護師への使用が適切であることを確認し、本研究における使用について許可を得た。

4. 分析方法

データの解析には、マイクロソフト Excel 2512、統計ソフト SPSS Ver 22、共分散構造分析ソフト AMOS Ver. 19 を使用した。

(1) データの記述統計

回答数については、マイクロソフトフォームへの回答を Excel にダウンロードし、同意のあったデータを回答数とした。また、依頼した施設からの同意の回答が返送されたものを同意施設の数とした。その後、全ての調査項目について記述統計を算出した。経験年数に関しては、2009 年に在宅看護が統合分野の一科目としてより実践的な科目として教育課程に組み込まれたことより、経験年数 10 年未満の層では在宅看護をより総合的に学んでいると推測されたこと、また経験年数による実践能力にはプラトーがあるが 20 年目以降には再度能力の向上が見られるとの報告があり(辻 et al., 2007)、5-9 年、10-19 年、20-29 年、30 年以上の 4 群とし算出した。

(2) 項目分析

天井効果・フロアー効果の確認、項目間相関分析 (Spearman 相関)、Item-Remainder (IR) 相関分析、Good-Poor (GP) 相関分析を行った。GP 相関分析では、尺度合計点の 25 パーセンタイル (131 点) 以下を下位グループ、75 パーセンタイル (163 点) 以上を上位グループとし、各項目の中央値について Mann-Whitney の U 検定を行った。

(3) 構成概念妥当性の検討

尺度因子の一次元性と構造的妥当性の検討のため探索的因子分析をおこなった。その後、尺度得点について記述統計を算出し、Shapiro-Wilk 正規性の検定を行った。つぎに、抽出された因子の構造的妥当性の検討のための確認的因子分析を行った。探索的因子分析で抽出された因子を 2 次因子、情報共有実践を 1 次因子とするモデル、また因子間の関係性を想定したモデルの適合性について評価指標を用いて評価した。また仮説検証として、藤田らの作成した多職種連携行動尺度(藤田 et al., 2015)を関連する尺度とし、因子間の相関係数を算出した。

(4) 信頼性 (内的統合性) : 各因子を構成する項目間の内的一貫性を検討するため、Cronbach の α 係数を算出した。

(5) 尺度得点と個人特性との関連検証 : 背景要因ごとの尺度得点の差の検定を Mann-Whitney の U 検定、要因が 3 つ以上の場合は Kruskal-Wallis 検定を行った。多重比較には Bonferroni の方法を用いて検討した。分析のため以下の群化を行った。

基礎教育課程 : 4 年制大学と他の教育課程の 2 群 (不明 52 名を除く)

所属組織 : 緩和ケア病棟、療養病棟、ICU は数が少なく在宅への退院も少ないと考え一つの群にまとめ、一般病棟、組織横断型部門との 3 群とした。その他と管理部門は除いた

役職 : 看護管理者 (2 名) は師長と同じ群とし、一般スタッフ、副師長・リーダーの 3 群とした。その他 7 名は除いた。

退院カンファレンスの参加：「ほとんど参加しない」と「あまり参加しない」を一つの群とし、「時々参加している」、「ほぼ参加している」の3群とした。

次に、要因間の関連の検証のため、尺度得点に有意差のみられた要因と他の要因の関連についてカイ二乗検定を用いて検討した。その際、3以上の変数どうしの関係性については、調整済み残差が1.96以上、-1.96以下を基準として差の大小を判断した。

5. 倫理的配慮

本研究は島根大学医学部看護研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号第430号）。

（1）対象者への同意をとる方法：研究協力に同意した施設の看護管理者から「研究説明書」を配布してもらい、研究依頼を行った。研究説明書には、研究の主旨、研究協力の利益と不利益、研究参加の自由意思、不参加によって不利益は受けないことを明記し、個人情報保護の方法、データ管理方法、また学会などでの公表の可能性、またアンケートフォームのはじめにある研究参加への同意欄にチェックが入っていることで研究への同意とみなすことを説明書に明記した。

（2）研究協力の任意性確保について：研究協力は自由意思であること、回答の最後にアンケートフォームを送信までは途中で撤回することができることを明記した。また研究への参加は、個別の依頼書に印刷されているQRコードから回答を行うことで、看護管理責任者や上司からの圧力などの影響をかからないようにした。

（3）個人情報保護の方法：調査は無記名とし、回答の組み合わせで対象者が特定される質問項目は設けなかった。また、情報管理上の安全性が保障されたMicrosoft社のFormsによる無記名Web上のアンケートフォームを用いた。また、調査で得られたデータはWeb上のフォーム、または質問紙からパスワード認証の必要なUSBに移し、閲覧やダウンロードは、研究者のみに権限を付与し、第三者が閲覧収集できない設定とした。また、公表後、分析データの保管USBメモリは厳重に10年間保管し、その後、データを削除、物理的に破棄することとし、説明書に明記した。

（4）研究参加による不利益を防止、最小にする方法：対象者の負担を軽減するため、回答時間が20分を超えないよう質問票の項目を必要最小限とし、調査項目は可能な限り選択肢で構成し、自由記載は設けないこととした。また、問い合わせ先を説明書に明記し、問い合わせに速やかに対応することとした。

VI. 結果

1. 回答数

200 施設、合計 4000 人を対象に質問票 QR コードを送付し、64 施設 357 名から回答を得た（回収率 8.9%）。同意のない 4 名を除く 353 件を有効回答数として分析に用いた（有効回答率 8.8%）。

2. 対象者の概要 （表 4）

1) 経験年数

無効回答を除いた 346 名の平均は 18.9 ± 8.8 年で最小 5 年、最大 48 年と幅広い層にわたり、10 年-29 年が約 7 割を占めていた。

2) 教育背景

看護基礎教育課程は、3 年制の専門学校が 56.4%、次に 4 年制大学が 12.2%、短期大学 8.8%であった。また保有する資格では、診療看護師が全体の 11.6%、保健師 11.0%であり、その他の資格は 1 割以下であった。また、多職種連携に関する研修への参加経験は 70.5%が有し、意思決定支援研修は 62.6%の人に参加経験があった。

3) 所属組織に関する背景

一般病院が 71.4%、地域医療支援病院が 18.4%、特定機能病院は 9.3%であった。所属部門は一般病棟が 56.4%、次いで組織横断型部門が 19.5%を占めていた。役職は一般スタッフが 56.1%と多く、副師長・リーダーが 30.3%であった。

4) 退院支援に関わる実践

自身の担当する患者の退院支援カンファレンスへの参加頻度は、「ほぼ参加している」（31.4%）、「時々参加している」（47.0%）、「あまり参加していない」と「ほとんど参加していない」回答者を合わせると 21.3%であった。他施設とのオンラインコミュニケーションツールを使用していると回答した人は全体の 17%であった。

3. 項目分析 （表 5）

1) 得点分布

得点分布は正規性を示さず、尺度原案の全体の平均得点（標準偏差）は 4.01 ± 1.01 で、項目 8「飲酒と喫煙に関する情報を共有する」が 3.2 と最も低く、項目 5「歩行などの運動機能と身体活動レベルに関する情報を共有する」が 4.59 で最も高い平均点となっていた。尺度原案の平均点は正規分布を示さず、中央値は「4. だいたい実践した」であった。各項目の共通性は 0.397 から 0.857 を示し、明らかに低い項目はなかった。

2) 識別力の検討

全ての項目において、床効果はみられず、天井効果を15の項目で認めた。これらの項目は主に、リスク予測（第1カテゴリー）と意思決定（第2カテゴリー）に含まれ、既存のガイドラインで推奨される実践内容も多く必要な情報共有実践と考えられ、分析に残した。一方、GP 相関ではすべての項目において、上位と下位グループで有意な差を示した。

3) 尺度項目間の相関

各項目間の相関係数は0.293から0.831であった。相関係数は0.4～0.7で互いに関連のある相関を示し、0.7以上ではかなり高い相関とされる(対馬, 2016)。I-R 相関係数は0.538から0.848であった。項目間の重複性を示唆する相関係数0.7以上の項目について検討した。その結果、項目17の「情報共有に対する、本人や家族の意向について共有する」については、項目19「今後の生活や治療に対する、本人や家族の意向と懸念について共有する」と相関が高く（相関係数0.755）、含まれると考え除いた。その他にも相関係数が0.8以上の項目を検討したが、いずれも重複する内容ではなくこれらの項目を残し、その後の分析へ用いた。P

表4 調査対象者の概要

項目	度数	%
経験年数 (平均±SD 18.9±8.8)	5-9 年	15.3
	10-19 年	35.7
	20-29 年	34.3
	30 年以上	12.7
	欠損値	2.0
基礎教育課程	3 年制看護専門学校	56.4
	4 年制大学	12.2
	3 年制看護短期大学	8.8
	5 年一貫看護学校	7.4
	その他	14.4
	欠損値	0.8
保有資格	保健師	11.0
	専門看護師	6.5
	診療看護師	11.6
	認定看護師	3.7
	介護支援相談員	8.2
所属組織	一般病棟	56.4
	組織横断型部門	19.5
	地域包括ケア病棟	6.2
	回復期リハビリテーション病棟	5.1
	緩和ケア病棟	2.3
	療養病棟	2.3
	集中治療、ハイケアユニット病棟	1.4
	管理部門	0.3
	その他	6.5
役職	一般スタッフ	56.1
	副師長・リーダー	30.3
	師長	8.5
	看護管理責任者	0.6
	その他	2.0
	欠損値	2.5
多職種連携に関わる研修への参加経験	あり	70.5
	なし	29.2
	欠損値	0.3
意思決定支援に関わる研修への参加経験	あり	62.6
	なし	37.4
退院支援カンファレンス	ほぼ参加している	31.4
	時々参加している	47.0
	あまり参加していない	14.2
	ほとんど参加していない	7.1
	欠損値	0.3
所属施設区分	一般病院	71.4
	地域医療支援病院	18.4
	特定機能病院	9.3
	その他	0.6
	欠損値	0.3
オンラインツールの使用	あり	17.0
	なし	83.0

表5 項目分析

尺度項目 (略)	M±SD	天井効果	I-R 相関	項目間相関係数 (Spearman 相関)
問1 身体症状と病態	4.44 (±0.785)	5.23	0.685	0.694~0.267
問2 精神症状	4.16 (±0.919)	5.08	0.672	0.727~0.349
問3 認知症状	4.45 (±0.764)	5.21	0.716	0.727~0.218
問4 感覚機能	4.12 (±0.914)	5.03	0.695	0.694~0.375
問5 運動機能と活動レベル	4.59 (±0.718)	5.31	0.661	0.748~0.180
問6 食事と水分摂取、嚥下機能	4.51 (±0.758)	5.27	0.713	0.765~0.236
問7 排泄	4.54 (±0.734)	5.27	0.662	0.765~0.216
問8 飲酒と喫煙	3.2 (±1.264)	4.46	0.538	0.532~0.180
問9 感染症とアレルギー	3.9 (±1.148)	5.05	0.563	0.552~0.309
問10 処方薬の適応作用使用方法	3.82 (±1.077)	4.9	0.67	0.542~0.334
問11 薬剤管理能力	4.01 (±0.955)	4.97	0.704	0.629~0.377
問12 居住環境と交通手段	3.71 (±1.089)	4.8	0.687	0.693~0.364
問13 経済状況と公的サービス	4.02 (±1.018)	5.04	0.72	0.715~0.312
問14 介護力と関係性	4.18 (±0.932)	5.11	0.795	0.715~0.342
問15 共通の評価方法	3.36 (±1.205)	4.57	0.56	0.530~0.216
問16 緩和ケアの必要性と症状	3.87 (±1.114)	4.98	0.655	0.596~0.349
問17 情報共有に対する意向	4.33 (±0.85)	5.18	0.77	0.791~0.293
問18 病状認識や理解	4.24 (±0.84)	5.08	0.821	0.813 ~0.368
問19 生活や治療の意向と懸念	4.24 (±0.848)	5.09	0.812	0.813 ~0.340
問20 疾患治療に対する専門職の見解	3.95 (±1.038)	4.99	0.723	0.678~0.357
問21 療養生活の継続が困難となった理由	4.12 (±0.903)	5.02	0.783	0.734~0.344
問22 学習への準備状況	3.96 (±0.962)	4.92	0.801	0.783~0.438
問23 問題になると予測される状況	4.1 (±0.874)	4.97	0.848	0.831 ~0.409
問24 問題を予防する為の実行可能な生活 方法	3.96 (±0.959)	4.92	0.834	0.831 ~0.401
問25 シンプルな内服方法や医療処置	3.95 (±0.964)	4.91	0.736	0.804 ~0.328
問26 指導時には方法とその行為の目的を 共有	4.05 (±0.908)	4.96	0.733	0.804 ~0.280
問27 共有内容を自身の言葉で説明しても らう	3.63 (±1.059)	4.69	0.694	0.678~0.276
問28 緊急性の症状や状況と理由	3.96 (±0.986)	4.95	0.766	0.683~0.382
問29 非特異的な症状と観察の必要性	4.1 (±0.939)	5.04	0.798	0.717~0.348
問30 問題の起こりやすい時期	3.76 (±1.015)	4.78	0.776	0.773~0.332
問31 生活状況モニター方法と介護者の役 割	3.8 (±1.029)	4.83	0.782	0.773~0.357
問32 生活状況を確認する時期と場	3.81 (±1.048)	4.86	0.732	0.734~0.338
問33 状態変化時の連絡と対応役割	3.76 (±1.131)	4.89	0.72	0.769~0.350
問34 必要になる医療・介護に関する情報	3.86 (±0.973)	4.83	0.799	0.769~0.381
問35 内服や医療処置の自己調整方法	3.83 (±1.038)	4.87	0.759	0.732~0.380
問36 相手が理解しやすい用語や形式	4.15 (±0.837)	4.99	0.781	0.686~0.288
全体	4.01 (±1.01)			

4) 探索的因子分析

尺度の構成概念の妥当性の検討するため探索的因子分析を行った。はじめに、得られた 35 項目についてデータが因子分析に適しているかどうかを確認した。Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は 0.967 であり、独立変数間の関与は良好だった。バルトレットの球面性検定は $p < 0.01$ であり、独立変数間に有意な相関を示し、因子分析を行うことの妥当性が保証された。次に、最尤法を用いて因子を抽出し、Kaiser の正規化を伴うプロマックス法で回転した。結果、カイザーガットマン基準（固有値 1 以上）で 4 因子が抽出された。

因子負荷が 0.3 以下の項目、複数因子に同程度の負荷を示す項目、また因子の解釈を困難にする項目について検討を行った。その結果、8 項目が削除された。項目削除ごとに因子分析を繰り返し、また Cronbach α 係数を確認した（表 6）。

最終的に 27 項目について最尤法で因子分析を行い、Kaiser の正規化を伴うプロマックス法で回転した。因子数については、複数回の因子分析を繰り返して引き出された解釈を踏まえ（松尾 & 中村, 2002）、4 因子構造を保つこととし因子数を 4 に強制して分析を行った。結果、因子の固有値は第 1 因子 15.582、第 2 因子 2.111、第 3 因子 1.23、第 4 因子 0.874 であった。

最後に抽出された 4 因子について、尺度測定概念に照らし合わせ項目内容の解釈から因子名を決めた。第 1 因子は、患者・家族を含め、ケア関係者がケア移行後の変化を予測し、意向に沿った結果を得るための対応を考え共有する実践と考えられ、因子名を＜望ましい生活にむけた対応の共有＞とした。第 2 因子はケア移行後の変化予測に必要な情報の中でも、精神的・身体的な症状等、本人に内在する情報の共有を現していると考え、＜予測のための状態・症状の共有＞とした。第 3 因子はケア移行後の生活に影響する、本人をとりまく環境的・社会的要因の情報共有を示し、因子名を＜予測のための外的要因の共有＞とした。第 4 因子は、何を問題とし、どのようにその問題に対応するか、という意思決定に必要な関係者の現状の認識や意向の共有であり、因子名を＜意思決定に影響する認識と意向の共有＞とした（表 7）。

表 6 削除項目の内容

番号	項目内容	カテゴリー	削除理由
17	「情報共有に対する、本人や家族の意向について共有する」	他項目との重複	項目 19「今後の生活や治療に対する、本人や家族の意向と懸念について共有する」と相関が高く（相関係数 0.755）内容が重複する。
16 第 1 因子 負荷量 0.292	「疾患の進行期では、緩和ケアが必要となる症状や状態について共有する」	因子負荷低い	因子負荷量が低く、項目 23「ケアの方向性に照らし合わせて、今後問題になると予測される変化や状況について共有する」（相関係数 0.586）に含まれる内容と判断。
36 第 1 因子 負荷量 0.477	「相手が理解しやすい用語や形式を用いて情報を共有する」	複数因子へ同等の負荷、 項目間の等質性、 解釈が困難	第 1 因子および第 2 因子（0.409）の双方に同程度の負荷を示す。他項目が情報内容であるのに対し、この項目は情報共有の方法に関するものであり、因子の等質性を損ない解釈も難しくなると判断。
27 第 1 因子 負荷量 0.728	「情報共有の際には、相手自身の言葉で共有した内容を説明してもらう」	項目間の等質性、 因子の解釈が困難	同因子内と内容の一貫性が乏しく、解釈が難しくなるため除いた。
15 第 3 因子 負荷 0.549	「共通の評価方法や評価指標に基づく情報を共有する」	因子の解釈が困難	第 2 因子の内容とも考えられ、因子解釈を困難にするため除いた。
22 第 1 因子 負荷量 0.398	「本人や介護者の学習に対する、身体的・精神的な準備状況や理解力に関する情報を共有する。」	複数因子へ同等の負荷、 他項目に包含	第 4 因子とも同等の因子負荷（0.396）を示した。IR 相関が >0.8 、項目 18、21、23、24 と高い相関（ >0.7 ）を示したことから、項目 24「予測される問題を防ぐために、本人や介護者と考えた実行可能な生活方法について共有する。」や、項目 18「病状や治療に対する本人や家族の認識や理解状況について共有する。」に包含されると判断し除いた。
24 第 1 因子 負荷量 0.5	「予測される問題を防ぐために、本人や介護者と考えた実行可能な生活方法について共有する」	複数因子へ同等の負荷 他項目に包含	第 4 因子に同等の負荷量を示し（0.433）、項目 23「ケアの方向性に照らし合わせて、今後問題になると予測される変化や状況について共有する」をはじめ、項目 19、22 など複数の項目と相関が高く（ >0.7 ）、IR 相関も >0.8 であり、内容の重複と判断し除いた。
10 第 3 因子 負荷量 0.398	「処方薬の適応と作用機序、使用方法について情報を共有する」	他項目に包含	項目 35 の「本人や介護者の対応能力に応じて、症状に合わせた内服や医療処置の自己調整方法を共有する」の前提となる情報であり、包含されると考え除いた。
9 第 3 因子 負荷量 0.315	「感染症とアレルギーに関する情報を共有する」	因子の解釈が困難	因子分析では第 3 因子に分類され解釈を妨げるため除いた。

表 7 探索的因子分析

項目	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子	共通性
	有むけた対応の共有	望ましい生活に 態・症状の共有	予測のための 的要因の共有	予測のための の共有	意思決定に影響 する認識と意向
30 生活環境の変化や薬剤変更時、疾患の増悪時など、問題の起こりやすい時期について共有する。	0.974	0.006	0.009	-0.139	0.783
31 本人の状態（バイタルサインや症状など）や生活状況のモニター方法と介護者の役割を共有する。	0.89	0.028	0.018	-0.077	0.746
32 本人の状態や生活状況をケア関係者で確認する時期と場（受診時や介護サービス利用時、担当者会議等）について共有する。	0.822	-0.013	0.148	-0.138	0.67
33 看取りも含めた状態変化時の連絡と応方法、介護者とケア関係者の役割を共有する。	0.795	-0.144	0.165	-0.02	0.658
28 緊急対応が必要な症状や状況と緊急性の理由を共有する。	0.707	0.112	-0.059	0.088	0.658
35 本人や介護者の対応能力に応じて、症状に合わせた内服方法や医療処置の調整方法を共有する。	0.702	-0.106	0.122	0.125	0.669
29 ADL や食欲の低下、認知機能、意識状態の変化等、非特異的症状とその観察の必要性を共有する。	0.692	0.232	0.003	-0.02	0.714
26 本人や介護者への医療処置やセルフケアの指導では、方法とその行為の目的を共有する。	0.628	0.196	-0.274	0.261	0.654
34 必要になると予測される、医療・介護サービスについての情報を共有する。	0.556	-0.098	0.266	0.178	0.702
25 本人や介護者が安全に行えるよう、出来るだけシンプルな内服や医療処置、ケアの方法を考え共有する。	0.532	0.078	-0.163	0.368	0.622
7 排泄に関する情報を共有する。	0	0.914	-0.087	-0.007	0.733
3 認知機能や周辺症状に関する情報を共有する。	-0.025	0.875	0.025	0.009	0.778
5 歩行等の運動機能と身体活動レベルに関する情報を共有する。	-0.201	0.817	0.028	0.193	0.745
6 食事と水分摂取、嚥下機能に関する情報を共有する。	0.03	0.807	-0.025	0.063	0.736
1 生活に影響すると予測される本人の身体症状とその病態について共有する。	0.061	0.792	0.063	-0.076	0.667
2 不安やうつなどの精神症状についての情報を（該当なしも含め）共有する。	0.15	0.712	0.1	-0.16	0.582
4 視覚や聴覚などの感覚機能に関する情報を共有する。	0.127	0.629	0.102	-0.04	0.572
12 居住環境と交通手段に関する情報を共有する。	0.094	0.015	0.806	-0.073	0.691
13 経済状況と介護保険等公的サービスに関する情報を共有する。	-0.09	0.052	0.754	0.172	0.73
11 本人と介護者（家族や介護職員など日常的に介護をする人）の薬剤管理能力に関する情報を共有する。	-0.03	0.251	0.536	0.096	0.603
8 飲酒と喫煙に関する情報（使用なしも含め）を共有する。	0.231	-0.032	0.522	-0.118	0.354
14 介護者（家族や介護職員など）の介護力と本人との関係性についての情報を共有する。	0.08	0.219	0.487	0.175	0.729
18 病状や治療に対する本人や家族の認識や理解状況について共有する。	0.037	0.067	0.033	0.818	0.846
19 今後の生活や治療に対する、本人や家族の意向と懸念について共有する。	0.047	0.073	0.025	0.804	0.835
21 これ迄療養生活の継続が困難となった状況や理由を共有する。	0.168	0.069	0.163	0.505	0.671
23 ケアの方向性に照らし合わせて、今後問題になると予測される変化や状況に関する情報を共有する。	0.426	0.077	0.008	0.448	0.775
20 疾患の進行ステージと治療・ケア方針について、担当医など専門職の見解を共有する。	0.302	0.009	0.107	0.397	0.55
Cronbach の α 係数	0.951	0.933	0.878	0.927	
因子相関行列	第 1 因子	0.635	0.672	0.74	
	第 2 因子		0.636	0.754	
	第 3 因子			0.684	
平均値	3.89	4.40	3.82	4.13	
±標準偏差	±0.84	±0.68	±0.86	±0.79	
中央値	4.0	4.57	4.0	4.0	
25 パーセンタイル	3.4	4.0	3.4	3.8	
75 パーセンタイル	4.5	5.0	4.4	4.8	

因子抽出:最尤法 回転: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

4. 構成概念妥当性の検討

(1) 確認的因子分析

探索的因子分析で作成した4因子構造について実際のデータとの適合性を検証するため確認的因子分析を行った。まず、27項目を観測変数とし、抽出した4因子を一次因子、尺度概念であるケア移行における情報共有実践を二次因子と仮定したモデルを設定し高次因子分析を行った。修正指数をもとに誤差間に3つの相関関係を加えた。二次因子と項目間のパス係数は0.548から0.969でありすべて有意であった。一次因子と二次因子間のパス係数もすべて有意だった。モデルとデータの適合指数は、 $X^2=1041.12$ ($p<0.001$)、GFI=0.814、CFI=0.919、RMSEA=0.81であった(図2)。

次に、4因子の関係性と構造を検討した。レジリエンス理論と退院などのケア移行支援過程を想定し、ケア移行後の第2因子<予測のための状態・症状の共有>と第3因子<予測のための外的要因の共有>を互いに影響しあう説明変数とした。次に、それらの情報を基盤とした第4因子<意思決定に影響する認識と意向の共有>を想定した。さらにその意思決定が、何が望ましいか、またはリスクや問題かということに直接影響すると仮定し、<望ましい生活にむけた対応の共有>実践を可能とすると考え、第1因子を予測変数としたモデルを想定し分析した。モデル適合指標、および推定値を参考に、最も適合度の高いモデルを採用した。その結果、<予測のための状態・症状の共有>と<意思決定に影響する認識と意向の共有>へのパス係数が0.38と最も低く、その他はおおむね0.7以上(最大0.899)であった。またすべてのパスは統計的に有意であった。モデルの適合度については、 $X^2=1037.722$ ($p<0.001$)、GFI=0.814、CFI=0.919、RMSEA=0.8であった(図3)。

(2) 関連尺度との相関(表8)

「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度」(藤田 et al., 2015)は、関連する概念を持つ尺度として、本尺度との間に中程度の正の相関を示すという仮説を事前に設定し検証を行った。両尺度の合計点、および各因子の得点についてSpearmanの順位相関係数を算出し相関分析を行った。その結果、両尺度の因子間の相関係数は0.420~0.727の範囲にあった。特に、第1因子<望ましい生活にむけた対応の共有>は多職種連携行動尺度の「予測的判断の共有」に高い相関を示し($r=.727$)第4因子<意思決定に影響する認識と意向の共有>は多職種連携行動尺度の「意思決定支援」に高い相関($r=0.704$)を示した。

図2 確認的因子分析（高次因子分析）

高次因子分析

GFI=0.814

AGFI=0.779

CFI=0.919

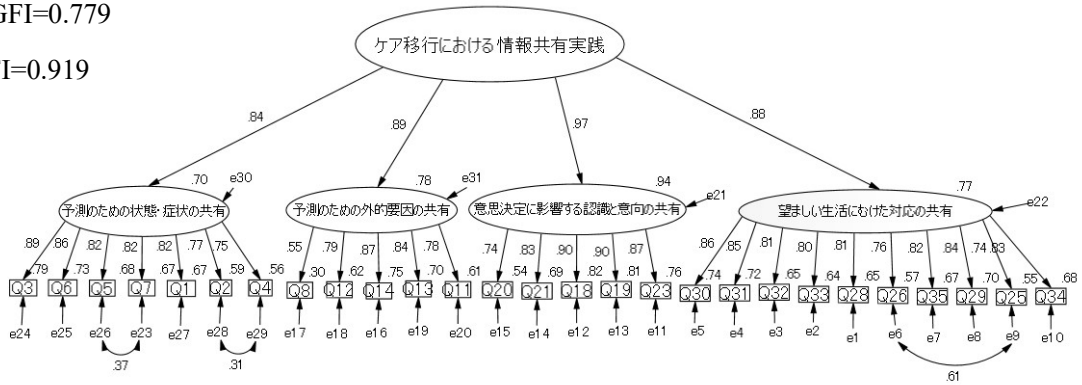


図3 確認的因子分析（因子間構造の確認）

因子間の構造分析

GFI=0.814

AGFI=0.778

CFI=0.919

RMSEA=0.080

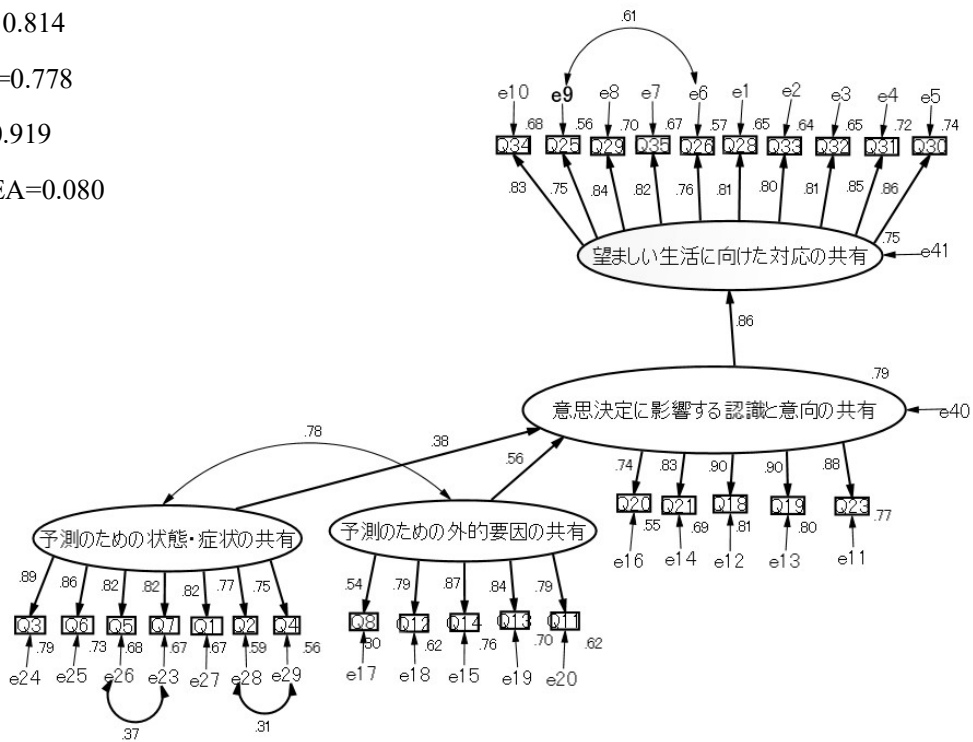


表 8 「医療ニーズの高い高齢者のケア移行における情報共有実践尺度」と「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度」得点の相関

医療ニーズの高い高齢者のケア移行における情報共有実践尺度					
	1.望ましい生活にむけた対応の共有(10)	2.予測のための状態・症状の共有(7)	3.予測のための外的要因の共有(5)	4.意思決定に影響する認識と意向の共有(5)	合計(27)
多職種連携行動尺度	1.意思決定支援(4)	.641	.653	.527	.682
	2.予測的判断の共有(3)	.727	.587	.545	.704
	3.ケア方針の調整(3)	.698	.603	.535	.649
	4.チームの関係性構築(5)	.610	.600	.520	.621
	5.24時間支援体制(2)	.572	.420	.465	.502
	合計(17)	.740	.664	.591	.726

Spearman 順位相関係数

* () 内は項目数を示す

5. 信頼性 (表 7)

尺度の内的統合性を示す Cronbach の α 係数は、尺度全体では 0.97 であったが、各因子は 0.878 から 0.951 であった。9 項目削除による α 係数は第 2 因子で変化はなく、第 1 因子で 0.013、第 2 因子で 0.012 とほぼ変化はみられなかった。

6. 尺度得点と背景要因の関連

(1) 尺度得点

開発された尺度について因子ごとに Shapiro-Wilk 正規性の検定を行った結果、全ての因子で正規分布を示さなかった。それぞれの下位尺度 (因子) ごとに中央値は第 2 因子 < 予測のための状態・症状の共有 > が 4.5、その他の因子は 4 点であった (表 7)

(2) 尺度得点と背景要因との関連 (表 9)

尺度得点に有意な差を示した背景要因についてまとめた。カンファレンス参加の多さは全ての因子の尺度得点に有意に関連しており、特にほぼ参加している場合に得点が有意に高かった。意思決定支援に関する研修参加の経験がある人は全ての因子で参加経験がない場合に比べて有意に点数が高かった。また、多職種協働研修への参加経験者は参加していない人と比べ、第 1, 3, 4 因子の得点が有意に高かった。さらに、組織横断型部門に所属している場合、第 3 因子、第 4 因子の得点が一般病棟の看護職よりも優位に高く、また、第 3 因子に関しては、地域包括ケア・回復期リハビリ病棟に比べても有意に高い得点を示していた。オンラインツールの使用は第 3 因子の得点のみ有意な差を示した。資格に関しては、診療看護師の資格を有する場合、第 3 因子の得点が有意に高く ($P=0.049$)、その他の資格ではどの因子に関しても有意差は示さなかった。

表9 個人背景要因ごとの尺度得点の差 マン-ホイットニーのU検定。得点に有意差のみられた要因のみ掲載。

因子 (平均値±SD)		第1因子 望ましい生活に向けた対応の共有 (3.89±0.84)				第2因子 予測のための状態・症状の共有 (4.4 ± 0.68)			第3因子 予測のための外的要因の共有 (3.82 ± 0.86)			第4因子 意思決定に影響する認識と意向の共有 (4.13 ± 0.79)		
		度数	中央値 (p25-p75)	P (Bonferroni補正後)	P	中央値 (p25-p75)	P (Bonferroni補正後)	P	中央値 (p25-p75)	P (Bonferroni補正後)	P	中央値 (p25-p75)	P (Bonferroni補正後)	P
全体		353	4(3.4-4.5)			4.57(4-5)			4(3.4-4.4)			4(3.8-4.8)		
診療看護師 資格	なし	312	4(3.4-4.5)			4.57(4-5)			4(3.4-4.4)			4(3.8-4.8)		
	あり	41	4(3.8-4.7)			4.57(4-4.86)			4(3.6-4.69)		.049	4.4(4-4.8)		
多職種連携研 修への参加	なし	103	4(3.25-4.2)		.027	4.57(4-4.86)			3.8(3.2-4.2)		.01	4(3.6-4.4)		.006
	あり	249	4(3.5-4.6)			4.57(4-5)			4(3.4-4.4)			4.2(3.8-5)		
意思決定支援 研修への参加	なし	132	3.9(3.1-4.3)		.002	4.36(4-4.79)		<.001	3.8(3-4.2)		<.001	4(3.6-4.4)		<.001
	あり	221	4(3.6-4.6)			4.71(4-5)			4(3.6-4.6)			4.2(4-5)		
退院支援カン ファレンスへ の参加	1.参加少ない	75	3.5(3-4.1)	.024	<.001	4.14(3.79- 4.86)	<.001	<.001	3.6(2.8-4)	.042	<.001	4(3.2-4.2)	.001	<.001
	2.時々参加	166	4(3.4-4.3)			4.57(4-4.86)			3.8(3.4-4.4)			4(3.8-4.8)		
	3.ほぼ参加	111	4.3(4-4.75)			4.86(4.29-5)			4.2(3.8-4.6)			4.6(4-5)		
オンライン ツールの使用	なし	293	4(3.4-4.4)			4.57(4-5)			4(3.2-4.4)		.008	4(3.8-4.8)		
	あり	60	4(3.45-4.65)			4.71(4-5)			4.2(3.8-4.6)			4.4(4-5)		
所属部署	1.組織横断型 組織	69	4.1(3.9-4.6)			4.71(4.14-5)			4.2(4-4.6)	<.001	<.001	4.4(4-5)	.012	
	2.一般病棟	199	4(3.35-4.4)			4.57(4-4.86)			3.8(3.2-4.2)			4(3.6-4.8)		
	3.地域包括ケア 回復期リハビリ	40	3.95(3.35-4.65)			4.43(4-5)			3.8(3.2-4.8)			4(3.6-4.9)		.015
	4.緩和、療養 ICU	21	4(3.8-4.5)			4.86(4.43-5)			4(3.8-4.6)			4(4-4.8)		

経験年数、基礎教育課程、役職や施設区分では、どの得点に関しても有意な得点差はみられなかった。

次に、第3因子の得点に有意差のみられた一般病棟と組織横断型部門看護師の経験年数と研修やカンファレンスの参加の特徴、およびオンラインツール使用にどのような特徴があるかクロス集計を用いて検討した。一般病棟では経験年数5-9年が多く ($\chi^2=24.043$, $p=0.004$, 調整済み残差=4.2)、組織横断型部門では経験年数30年以上の人が多かった (調整済み残差2.3)。また、意思決定支援研修への参加経験は、一般病棟看護師で有意に少なく ($\chi^2=24.172$, $p<0.001$, 調整済み残差-2.6)、組織横断型部門の看護師で多かった (調整済み残差4.8)。退院カンファレンスへほぼ参加していると回答した人は組織横断型部門では多かったが ($\chi^2=85.623$, $p<0.001$, 調整済み残差=9.1)、一般病棟看護師は少なかった (調整済み残差=-6.6)。一方、カンファレンスにはほぼ参加している人は、多職種連携への参加も多く ($\chi^2=10.977$, $p=0.001$, $\phi=0.177$, 調整済み残差3.3)、意思決定支援の研修参加経験も多かった ($\chi^2=18.219$, $p<0.001$, $\phi=0.228$, 調整済み残差4.3)。

一方、オンラインツールの使用は、組織横断部署所属 ($\chi^2=20.255$, $p<0.001$, $\phi=0.248$, 調整残差4.5)、専門看護師資格 ($\chi^2=5.516$, $P=0.019$, $\phi=0.125$)、診療看護師資格 ($\chi^2=4.951$, $p=0.028$, $\phi=0.118$)、多職種連携研修への参加 ($\chi^2=5.543$, $P=0.019$, $\phi=0.16$)、意思決定支援研修への参加 ($\chi^2=15.484$, $p<0.001$, $\phi=0.209$)がある場合、使用している看護職が多かった。

VII. 考察

医療ニーズの高い高齢者のケア移行では、退院後の変化や予期しない事態に適応できるよう、情報を行動につなげる知識として共有する実践が求められる。本研究では、レジリエンスと知識の仲介の概念を枠組に、先行研究、また専門家の意見から情報共有実践を抽出し、「医療ニーズの高い高齢者のケア移行における情報共有実践尺度」を作成した。尺度項目の実践頻度を、全国の退院支援に関わる看護師を対象としたアンケート調査を実施し、その結果から尺度項目の検討を経て最終的に 27 項目 4 因子を得た。尺度項目はケア移行に際して変化を予測、モニターし、望ましい生活になるよう適応するための、本人の内在的・外的情報、また意向や認識に関する情報共有実践を示し、因子構造の妥当性も示された。尺度としての識別力はやや弱いものの、内的統合性は良く、また関連する尺度得点との関連性から構造概念の妥当性が支持された。以下、開発した尺度の妥当性と信頼性について考察する。

1. データの適切性

1) データの基本的性質

本研究に使用したデータは尺度得点における欠損値はなく、個人背景における欠損値は 3% 以下で分析結果への影響は限定的であると判断した。

尺度得点に関しては 15 項目で天井効果を認めたが、これらの項目は情報共有実践において重要な内容と判断し除外せずに分析を行った。このことにより必要な実践が網羅された尺度構成となった反面、高得点への偏りにより、項目間相関に基づく因子構造に一定の影響を及ぼした可能性は否定できない。一方、識別力については、Good-Poor 分析で個人差の識別力が確認され、さらに所属病棟や研修経験などの個人背景による得点の有意な差も示された。これらの結果から、本尺度は天井効果を伴いながらも、実践の違いを一定程度識別しうる測定特性を有していると考えられる。

2) 対象サンプルの代表性

分析の対象となったサンプル数 ($n=353$) は因子分析に必要とされるデータ数を満たしており統計的には構造分析の実施に十分なサイズであった。しかし回収率が 8.9% と低く、結果がケア移行に関心の高い看護師へ偏り、尺度得点へ影響した可能性は否定できない。

対象者の基本属性に関しては、経験年数において、想定される 50 歳以上の割合が全国統計(厚生労働省, 2022) よりやや低かった。しかし研究対象者は退院支援に直接関わる看護職であり、50 歳以上では管理職が多い点を踏まえると、本研究が想定する対象の看護師の経験年数を概ね反映していると考えられる。所属では一般病棟勤務が約 5 割を占め、看護職全体の傾向と一致している。一方、対象者の教育背景は大学卒が 1 割と全国平均の約 4 割より低く、3 年制課程卒が 6 割以上を占めていた。今回、教育基礎課程による得点の差

はみられず、大学教育で培われる学際的・社会的視点がケア移行の情報共有にどのように反映されるかは今後検証が必要である。また、資格を持つ看護師が一定数含まれていたが、資格の有無による尺度得点の有意差は示されなかった。各資格の保有割合は全国平均よりも大幅に少なく(日本看護協会)、サンプル数の少なさによる検出力不足の影響が考えられる。一方で診療看護師の割合が全国平均に比べて高く、教育背景や資格の分布の偏りが構成概念への影響した可能性も否定できない。

2. 尺度の信頼性の検討

尺度項目の内的整合性を示す α 係数は全ての因子で0.85以上を示し、項目削除による大きな変化はみられなかった。これは因子間項目の統合性、等質性を示す一方で、 α 係数が0.9以上、またIR相関が0.8以上では項目間の重複の可能性があり(Lindig et al., 2020; Streiner et al., 2024)、本尺度の第1因子で特にこの傾向を示した。サンプル数によって α 係数も高くなるものの、項目間の重複性は尺度の測定感度が低下する可能性を示している。第1因子は測定概念上も重要な実践項目を含む反面、内容の冗長性がないか、項目内容の精査などの検討を考慮する。

3. 尺度の妥当性の検討

1) 内容妥当性

尺度項目の関連性、網羅性、理解性の観点から検討する。まず、関連性に関しては、尺度項目は、文献より抽出された情報共有実践を、測定概念を構成するレジリエンス能力、及び知識の仲介機能の観点から整理された結果得られたものである。このような演繹の手続きにより、それぞれの尺度項目は測定概念の理論的枠組みと整合性を持ち、概念への妥当性を担保すると考えられた。また抽出された項目の多くは、数多くの文献や患者家族を含む幅広いステークホルダーとのインタビューから作成された各種ガイドラインや研究、また多くの看護職のインタビューを含め作成された本邦の実践尺度に含まれ、さらに在宅看護の専門家との意見交換からも各項目は重要、かつ適切であることが確認された。そのことから、本邦の一般的なケア移行の文脈にも適合していることを示しており、尺度項目の関連性は理論的・文脈的に支持されたと言える。

尺度項目の網羅性については、二つの理論枠組みを併用することにより、ケア移行における情報共有実践の主要な構成要素を多面的に抽出することができ、概念的な網羅性はおおむね担保できたと考えられる。加えて、臨床的妥当性の確認として、訪問看護師および看護教員を含む3名による内容確認を実施した。専門家パネルの人数については、5名以上とする推奨もあるが(Mokkink et al., 2024)本研究では国内外のガイドライン、実践指標、ならびに先行研究を幅広く参照し、体系的に項目抽出を行っていることから、内容妥当性は一定水準を満たしていると判断した。一方で、本尺度は主に情報の選択、整理、翻訳といった認知的プロセスに焦点をあてた項目が多く、因子の一元性および構成概念の明

確化を重視した結果「相手が理解できるように、どのように情報を共有するか」といった行動レベルの項目（15、27、36）が除外された（表6）。これにより構成概念の等質性が高まった反面、除外によって測定概念にある「共通理解のための実践」が限定された可能性がある。これらの行動レベルの実践はガイドライン等でも推奨されており、共有方法の側面を補完的な実践として再検討を考慮する。

質問としての理解性（適切性）については、専門家との意見交換で分かりにくい表現や、尺度全体の整合性の面から用語の修正、抽象度の高い実践内容の具体化、また項目どうしの統合を行った。特に、モニターと対応のカテゴリーでは、既存の実践指標にない項目も含まれており、用語に関しては専門家のフィードバックも含め検討し、理解しやすい文章へと修正を行った。その結果、プレテストでは特に解りにくい箇所の指摘はなく、看護職への理解性は確保されていると判断する。一方、認知症のBPSDがわかりにくい判断し、周辺症状という用語を用いたが、今後は「行動・心理症状」を用いる必要がある。

2) 構造的妥当性

(1) 探索的因子分析

4因子構造が抽出され、すべての項目で因子負荷は0.3以上を示したことから、因子構造として一定の妥当性をもつと判断された(Mokkink et al., 2024)。以下、理論的基盤であるレジリエンス能力、および知識の仲介機能に照らし、退院支援の過程にそって因子の概念的妥当性について検討する。

まず、第1因子＜望ましい生活にむけた対応の共有＞は、特に疾患進行期において重要となる「なにが望ましいか」という意思決定後のケアの方向性を前提に、その方向性に沿って留意すべきことや適応行動に必要な情報共有を示している。本因子は、レジリエンスを構成する学習、想定、モニター、対応の能力に向けた実践が含まれており、これらが相互に関連した一連の実践として因子化されたと解釈できる。この結果は、レジリエンス能力が相互に独立したものではなく互いに密接に関連しながら発揮されとする中島の指摘と整合する(中島, 2019)。また、看護実践においては、これらの能力への支援は看護過程として統合的に行われることが多く、その実態が反映された結果と考えられる。

さらに本因子には、情報を「行動につながる知識」として共有するための知識の仲介機能を持つ項目が多く含まれていた。具体的には、症状観察や処置の方法に加え、その必要や目的、背景を伝えることで情報の意味付けをおこなう知識マネジメント（項目26、28、29、30）や、退院後も主体的に変化へ適応する力を支えるキャパシティ・ビルディング（項目25、30、32、34、35）が該当する。さらに、変化に対するモニタリングや対応の役割調整のための関係性構築機能（項目31、32、33）が含まれていた。

次に第2因子＜予測のための症状・状態の共有＞および第3因子＜予測のための外的要因の共有＞は、ケア移行後に生じる変化を予測するために、本人や家族、ケア関係者間

で高齢者の病状や生活機能、療養環境などについて共通認識を形成するための情報共有実践を示している。第2因子の項目の多くで平均値が高く、識別力は限定的であったが、いずれも高齢者の状態変化に関与する重要な要素であり、対象者間の差異を測定する項目というよりも、ケア移行後の変化を予測するために広く共有されるべき基本的情報を反映していると考えられた。医療ニーズの高い高齢者では、病態や状況の理解不足がケアの中断につながるという報告からは(水原 et al., 2020; 清水 et al., 2016; 鈴木 & 田城, 2023)、これらの情報を網羅的に共有する重要性が示唆される。一方、第3因子<予測のための外的要因の共有>も標準的な項目で構成されるものの、得点は他の因子に比べ低かった。先行研究においても同様に、病院看護師による社会的要因への介入の困難さが指摘されており(Sakai et al., 2016; 小野, 2020)、その背景に外的要因に関する情報共有の不全が影響している可能性が考えられる。一方で、意思決定支援や他職種連携に関わる研修の参加者経験者や組織横断部門所属で本因子の得点が高かったことから、本因子を構成する外的要因の情報共有は質の高いケア移行を支える重要な実践であることが示唆される。

第4因子<意思決定に影響する認識と意向の共有>では、ケア移行において不可欠な意思決定を支える情報共有の実践を包含する因子である。意志決定そのものはレジリエンスの構成要素ではないが、Wiig らが指摘するようにレジリエンスを考える上では「何のためのレジリエンスか」という目的の明確化が重要である(Wiig et al., 2020)。特に疾患進行期や人生の終末期にある高齢者にとって、ケア移行の目的は再入院や薬物有害事象の予防といった患者安全の確保にとどまらず、本人が望む生活をいかに再構築し継続でできるかという点が重要になる(Sinuff et al., 2015; 大濱 & 福井, 2019; 宇都宮, 2022)。このような文脈において、本人や家族の意向の共有(項目19)は既存の推奨実践においても重視されている(Sakai et al., 2016; 山本 & 百瀬, 2017)。本因子の特徴は、こうした意向の共有に加え、ケアの方向性を踏まえて、今後問題となる可能性のある変化や状況についての情報を共有すること(項目23)を含めている点にある。すなわち、本因子はケアの方向性や意向といった共通認識をレジリエンスの目的として位置づけ、ケア移行における判断や行動の基盤となる情報の共有を示している。さらに、知識の仲介機能としては、療養生活の継続が困難になった理由(項目21)や、本人家族の意向や懸念(項目19)、認識や理解状況(項目18)を明らかにするといった、隠れたニーズや暗黙知を言語化する知識マネジメントの機能、および、多様な認識や意向を共有し、同意形成へと繋げる関係性構築の機能が含まれている。なお、本因子の固有値は0.87であり統計的安定性には留意を要するものの、各項目の因子負荷量および理論的背景からは独立した因子として解釈可能であると考えられる。

以上より、抽出された因子および尺度項目は、本尺度の測定概念である「ケア移行に伴う変化や不測性に本人や家族、ケア関係者が対応できるよう、必要な情報を整理・意味付

けし、関係者間で共通に理解・活用可能な知識として共有する一連の実践」を、臨床的、また理論的にも概ね適切に捉えていると考えられる。

（２）確認的因子分析

４因子を２次因子、情報共有実践を１次因子としたモデルについて確認的因子分析を行った。X²検定は有意だったが、一般にサンプルサイズが 200 以上では有意になりやすく、また GFI, および AGFI ともに観測変数が多い場合に低下しやすい指標であることから、本研究では、CFI、また RMSEA を主要な適合度指標として評価した(中山, 2018)。その結果、CFI=0.919 (0.9 以上で許容範囲) RMSEA=0.081 (<0.08 許容範囲) で２次因子構造のモデル適合性は高いとは言えないものの、おおむね許容範囲と考えられる。

次に、探索的因子分析に基づき、４因子の関係性を仮定した確認的因子分析を行った(図 4)。その結果、第 2 因子<予測のための状態・症状の共有> (パス係数 0.38)、および第 3 因子<予測のための外的要因の共有> (パス係数 0.56) から第 4 因子<意思決定に影響する認識と意向の共有>へ正のパスが認められた。このことから、意思決定に影響する認識や意向の共有においては、症状や状態に関する情報に加え、療養環境や社会的要因に関する情報の共有が重要である可能性が示唆された。さらに、第 4 因子<意思決定に影響する認識と意向の共有>は、第 1 因子<望ましい生活にむけた対応の共有>に対して強い影響を示しており (R²=.75、パス係数 0.86) 意思決定に関わる認識や意向の共有が、その後の対応行動に関する情報共有と密接に関連していることが示された。この結果は、ケア移行における具体的な対応行動の共有が、本人の意向やケアの方向性に関する共通認識を基盤として形成されることを示唆している。一方、第 2 因子<予測のための状態・症状の共有>から第 1 因子<望ましい生活にむけた対応の共有>への直接パスは負の値を示し、第 3 因子<予測のための外的要因の共有>からのパスも低い値にとどまった。これらの結果は、予測のための情報共有は、それ自体が直接的に対応行動の共有へと結びつくのではなく、意思決定に影響する認識や意向の共有を介して、すなわち共通認識のもとで将来を見据えた同意形成を経て、はじめて機能している可能性が示唆された。なお、適合度指標は CFI=0.919, RMSEA=0.080 であり、想定モデルとデータの適合が許容範囲にあることが確認された。

３）構成概念妥当性

開発した尺度と関連する概念を持つ「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度」(藤田 et al., 2015)を用いて、本尺度の構成概念妥当性の検討を行った。その結果、相関分析の結果、本尺度と当該尺度の因子間の相関係数は 0.42~0.77 を示し、中程度から高い正の相関が確認されたことから、本尺度は在宅ケアにおける多職種連携行動との間に一定の関連性を有していると判断された。多職種連携行動尺度の因子のうち、「予測的判断の共有」「意思決定支援」「ケア方針の調整」は本尺度全体と 0.7 以上の相関を示し、

また、本尺度の第1因子〈望ましい生活にむけた対応の共有〉および第4因子〈意思決定に影響する認識と意向の共有〉と当該尺度全体得点の相関係数は0.7以上であった。これらの結果は、在宅ケアにおいて今後起こりうる変化を共有し、意思決定やケアの方向性の合意形成をする行動が、ケア移行における適応的対応を支える情報共有実践と関連していることを示している。この点はレジリエンスの「予測」および「対応」の機能に着目した本尺度の理論的枠組みと整合しており、両尺度間には収束的妥当性が示されたと解釈できる。

一方、本尺度の第2および3因子は、ケア移行後の変化を予測するために必要な本人の状態や生活環境、また社会的背景といった情報の共有を示す因子だが、これらの実践状況は、多職種連携行動の合計得点との相関が相対的に低い傾向にあった。この結果は、本尺度が多職種連携行動そのものよりも、行動の前提となる情報を共通に理解・解釈できる形で共有する実践に測定概念を焦点化していることを反映している可能性がある。以上より、本尺度は多職種連携行動と関連を示しつつも、情報共有という独自の概念を捉えている尺度として一定の妥当性を有すると考えられる。

4. 尺度得点と個人背景要因の関連について

退院カンファレンスの参加の多さ、意思決定支援や多職種連携に関する研修への参加、ならびに組織横断型部署所属ことは、本尺度の得点が有意に高いことと関連していた。退院支援カンファレンスは情報共有の主要な場であり(出原 & 篠田, 2021)、カンファレンスへの参加が全因子に関連していたことは、ケア移行に関わる多面的な情報が共有されている可能性を示唆している。また研修に関しては、先行文献においても退院支援研修の参加は退院支援実践に関連しており(山本 et al., 2021; 金城 et al., 2021)、本研究にでも同様の結果が示され、特に意思決定支援への研修参加は全ての因子の得点が有意に高いことと関連していたため、意思決定支援の継続学習がケア移行の情報共有実践の充実に寄与する可能性がある。

一般病棟の看護師は、日常業務の中で多くの関係者と情報共有を行う機会も多く、退院支援の重要な役割を担っているとされる(Waring et al., 2019; 金城 et al., 2021)。しかし本研究では、組織横断型組織所属の看護師に比べ、第3因子〈予測のための外的要因の共有〉および第4因子〈意思決定に影響する認識と意向の共有〉の得点が有意に低かった。対象者の背景をみると、一般病棟所属の看護師は、組織横断型所属の場合にくらべ、臨床経験が短く、カンファレンスや研修への参加も少なかった。この結果から研修による知識の獲得と、カンファレンスでの実践的経験の双方が情報提供実践を高める可能性が示唆される。

さらにオンラインツールを使用している場合、第3因子〈予測のための外的要因の共有〉の得点が高く、その使用は診療看護師と専門看護師の資格を持つ看護師、組織横断型所属、また研修に多く参加している場合など、ケア移行の実践能力が高いと考えられる対象

者で有意に多かった。このことは、居住環境や介護サービス情報など、第3因子に含まれる情報共有は、Carlileが示すように、比較的認識のずれが生じにくい知識領域に位置付けられ、共通ツールの活用で共有が促進されやすい情報である可能性がある(Carlile, 2004)。また、このような情報特性を踏まえ、実践能力の高い看護師がオンラインツールを選択的に活用している可能性が示唆される。

5. 本尺度の意義と活用性

1) 本尺度の新規性と意義

本研究で開発した尺度の新規性は、情報共有への焦点化、情報の意味付けを通じた必要な知識の共有、ケア移行に伴う変化への主体的な適応の推進の3点に整理できる。第一に、本尺度はケア移行の安全性に大きく影響するという情報共有に焦点をあて、具体的かつ包括的に情報共有実践を示した点に特徴がある。既存の本邦の退院支援評価尺度の多くが退院支援全般を広く捉えており、情報共有はその一要素として含まれていた。一方、本尺度は、入院期間の短縮や複雑性の高い高齢者の増加を背景に、ケア移行時に共有すべき情報の内容や共有の在り方を具体的に示した。これにより、ケア移行における患者安全性の確保という観点を、情報共有実践としてより明確に可視化した点に独自性があると考えられる。

第二に、本尺度は単に情報を受け渡しするのではなく、個々の状況や将来の想定を踏まえて情報の意味を再構成し、そこで得られた新たな知識を共有するという実践を具体化した。既存の評価尺度にも情報提供を通じて理解や行動を促す実践が含まれるが、多くは退院後の注意点や実際の方法の提示にとどまっており、なぜその情報や対応が必要か、という情報の意味付けを行う実践は十分に示されてこなかった。本尺度では、なぜその対応が必要なのかという理由や背景を共有する実践を項目に含めることで、知識の翻訳・創造といった知識マネジメント(Carlile, 2004; Nonaka, 1994)を、ケア移行という実践的文脈で具体化した点が特徴的である。

第三に、本尺度は、変化への主体的な適応をすすめる情報共有実践を明確に捉えている。特に第1因子<望ましい生活にむけた対応の共有>は、望ましい生活の実現に向けて、変化の起こりやすい時期やモニター方法、役割分担、対応の調整方法などを共有する実践を含んでおり、本人、家族、またケア移行関係者が主体的に適応行動をとることを支える情報共有を示している。これは、リスクと介入を直線的に捉える従来の退院支援実践とは異なり、変化の中で本人、家族、またケア移行関係者が主体的に適応し続けることを前提とした実践と位置付けられる。

以上より、本尺度は、ケア移行における情報共有を、情報の意味付けを通じた知識の共有として捉え、その結果として関係者の主体的な適応を支える実践を測定可能にした点に新規性がある。このような実践はメレイスがその移行理論で示した移行の促進要因として

の「準備性と知識」、すなわち移行中の事象を予測し、それを管理するための方法を考えるという看護介入、また新たな状況を管理する能力の獲得といった移行アウトカム(メレイス, 2019)とも方向性を同じくしており、ケア移行における安全性、および患者中心性を検討するための新たな視点を提示するものと考えられる。

2) 尺度の活用の可能性

本研究では、病院看護師を対象に尺度の妥当性を検討した。そのため、まずは看護職の退院支援の実践を可視化、評価するための指標としての活用が期待される。特に一般病棟看護師は日常的に患者に接し退院支援を行う機会が多い一方で、在宅ケアに関する実践経験や知識が十分でないということが指摘されている(恩幣 et al., 2022; 戸塚 & 上谷, 2020; 永田, 2015)。本研究でも一般病棟に所属する看護師の尺度得点が組織横断型部門に比べて低く、カンファレンスへの参加も少ない傾向が示された。従って、一般病棟看護師が本尺度の各項目を参照することで、ベッドサイドでの支援にとどまらず、退院カンファレンスや情報提供書の作成を含め、高齢者の退院後の安全性を支えるために必要な情報をより意識的かつ体系的に共有できる可能性が示唆される。

次に、教育的活用については、尺度を用いて看護師自身の実践を評価し、得点状況に応じた学習支援を行うことができる。例えば、第2因子では身体アセスメントや病態理解、第3因子では在宅医療や地域資源に関する知識、また第4因子では意思決定支援に関する学習が適している。一方、第1因子の実践は総合的な知識を用いるため、症例検討などが適していると考えられる。評価の時期については、複数の事例を振り返る必要があり、半年から1年ごとの評価が妥当と考えられる。

さらに本尺度の27項目は、ケア移行情報共有ツールを検討する際の基礎資料として活用できる可能性がある。今後、退院や施設間のケア移行に関わる情報はデジタルツールの使用が増加すると予想される(Rodriguez et al., 2024; 厚生労働省, 2024)。しかし、本研究で示されたように医療ニーズの高い高齢者のケア移行に関わる情報は、それぞれの文脈に依存した意味付けが必要なことが多い。そのため、デジタルツールを用いて情報共有をする際にも、本尺度項目が示すように「なぜその行為を行うのか」という意図や背景を合わせて共有することにより、変化への適応行動に資するより有用な情報共有につながると考えられる。

VIII. 研究の限界

本研究には以下の限界がある。

第一に、本研究は回収率が8.9%と低く、回答者バイアスの可能性がある。回答者の属性からは、基礎教育課程と保有資格を除き、本邦の看護師の特性を反映していると考えられたが、ケア移行に関心の高い看護職への偏り、あるいはデジタルツールに不慣れな層を反映していない可能性があり、結果の一般化には限界がある。今後は回答負担を軽減した調査設計や、施設への協力の強化、さらに教育背景を考慮した層化サンプリングを検討する。

第二に、本研究の調査対象を病院看護師に限定した点が挙げられる。本研究は尺度開発の初期段階として、退院時の情報共有において中核的役割を担う病院看護師の実践に基づき、尺度の妥当性および信頼性の検討を行った。しかし、退院時の情報共有は病院と在宅の双方にまたがる実践であり、本尺度が在宅領域のケア関係者の文脈においても同様に適用可能であるかについては検証されていない。今後は、訪問看護師、介護支援専門員、在宅領域の医療・介護専門職等を対象とした量的研究を通じて、本尺度の妥当性をさらに検証していく必要がある。

第三に、本尺度の項目作成にあたり、高齢者や家族などの介護者といった当事者の視点からの実践は海外文献に基づいており、本邦の医療・介護制度や文化的背景を十分に反映できていない可能性がある。ケア移行における当事者の視点の重要性を踏まえると、今後はインタビュー調査等の質的研究を通じて本邦の実態に即した視点を補完し、尺度項目の内容的妥当性のさらなる検討を行うことが求められる。

第四に、本尺度の測定安定性について、再テスト法による信頼性検証を行っていない点が挙げられる。本研究では内的一貫性を中心に信頼性を検討したが、時間的安定性については未検証である。今後は、一定期間を空けた再測定により再テスト信頼性を検証し、尺度の安定性を確認する必要がある。

第五に、本研究は尺度開発研究として、測定尺度の妥当性と信頼性の検証を焦点にあてており、本尺度が示す情報共有実践とアウトカムとの関連は検討していない。ケア移行における情報共有実践は、多様な関係者の意思決定や適応行動を支えるプロセスの一部であり、再入院や有害事象の減少といった遠位アウトカムとの直接的な関連の検証することには限界がある。今後は、関係者間の共通理解の推進や不測の変化への準備能力といった近位アウトカムを設定し、患者自身によるケア移行評価指標等を用いた調査により、本尺度の予測的妥当性の検証していく必要がある。

XI. 結論

本研究は、医療ニーズの高い高齢者の退院時のケア移行における情報共有実践を示す尺度を開発し、以下の結論を得た。

1. 医療ニーズの高い高齢者の退院をはじめとするケア移行は複雑性が高く、不測の事態がおきやすいが、情報共有においては多様な関係者の人々の知識や価値観の違いから情報の理解や解釈が異なり、ケアの継続性や安全性の問題が生じていた。そこでケア移行の安全性を高める情報共有実践を具体化し、測定可能なものとする尺度の開発を行った。
2. レジリエンスと知識の仲介の概念を基に、尺度の測定概念を「ケア移行に伴う変化にケア関係者が対応できるよう、必要な情報を整理、意味付けし、共通に理解・活用可能な知識として共有する一連の実践」とした。すなわち、高齢者本人と家族、ケア関係者が変化に適応し、意図した（望ましい）結果を得るための4つの能力（学習、予測、モニター、対応）に資する情報を共有すること、またその共有は知識マネジメント、関係性構築、キャパシティ・ビルディングという「知識の仲介」機能を通じることで、知識背景や価値観の異なる集団間の情報共有が行われると仮定した。
3. 尺度測定概念をもとに、ケア移行時に共有すべき情報の内容や知識共有の在り方という観点から国内外のケア移行に関するガイドライン、実践尺度、研究論文を概観し、評価した結果、国外ガイドライン3件、国内実践指標4件、国内外の研究論文16件、計23件を選択した。
4. 抽出された情報共有実践を、レジリエンス能力と知識の仲介機能を基に整理、再構成し、専門家との意見交換から36の尺度項目を得た。レジリエンスの4つのカテゴリーに加え、「ケアの方向性と意思決定」のための情報共有を加えた5カテゴリーとし「高齢者のケア移行における情報共有実践」尺度の原案とした。
5. 尺度開発の第一段階として、退院時の情報共有の中心的役割を担う病院看護師を対象に尺度の信頼性と妥当性の検証を行うため、無作為抽出した全国の病院の退院支援に関わる経験年数5年以上の看護師へ尺度原案の質問票と個人背景に関する調査を行い、353件の有効回答を得た。
6. 項目分析で抽出された35項目を用いて探索的因子分析を行い、最終的に27項目からなる4因子を抽出した。各因子の内容を解釈し、第1因子を＜望ましい生活にむけた対応の共有＞、第2因子＜予測のための状態・症状の共有＞、第3因子＜予測のための外的要因の共有＞、第4因子＜意思決定に影響する認識と意向の共有＞と命名した。
7. 尺度の各因子のCronbachの α 係数は0.878から0.951であり、内的統合性が確認された。

8. 構成概念妥当性の検討のため確認的因子分析を行った。27 項目を観測変数とし、抽出した 4 因子を一次因子、尺度概念であるケア移行における情報共有実践を二次因子と仮定したモデルを設定し高次因子分析を行った。モデルの適合指数は、 $X^2=1041.12$ ($p<0.001$)、GFI=0.814、CFI=0.919、RMSEA=0.81 であった。次に、第 2 因子＜予測のための状態・症状の共有＞と第 3 因子＜予測のための外的要因の共有＞を基盤に第 4 因子＜意思決定に影響する認識と意向の共有＞が行われ、そこで形成されたケアの方向性にそった第 1 因子＜望ましい生活にむけた対応の共有＞が行われるとしたモデルを想定し分析を行った。 $X^2=1037.722$ ($p<0.001$)、GFI=0.814、CFI=0.919、RMSEA=0.8 と適合度は高くないが、許容範囲であった。
9. 構成概念妥当性の検証のため、「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度」を関連併存尺度として本尺度との相関係数を算出した。Spearman の順位相関係数は 0.420 から 0.727 であった。比較的強い相関が意思決定と予測に関する因子間でみられ、収束的妥当性が確認された。
10. 個人背景要因との関連では、意思決定支援研修への参加、カンファレンスへの参加している場合に全ての因子の得点が有意に高く、研修による知識の獲得とカンファレンスでの実践的経験の双方が、情報提供実践を高める可能性が示された。
11. 本研究で開発された尺度の内容妥当性、構成概念妥当性、信頼性が一定の範囲で確認された。今後は在宅領域のケア関係者を対象とした量的手法による妥当性検証を通じて、尺度の妥当性をさらに検証する必要がある。また尺度の再現性、および予測的妥当性の検証が求められる。
12. 本尺度は、医療ニーズの高い高齢者のケア移行で生じる変化に対し、本人や家族、ケア提供者が適応し、望ましい生活をおくるための情報を共通に理解・解釈できるよう共有する実践を示した。情報の意味付けを行うこと、また各人の主体的な適応を支援する実践が特徴的であった。

謝辞

はじめに、本研究の実施、また調査にご協力をいただきました、全国の医療機関の看護管理者様、そしてアンケートにご回答いただきました看護師の皆様のご理解とご協力いただきましたこと、心より感謝を申し上げます。また、尺度項目の内容の妥当性について、丁寧にご検討いただいた訪問看護師の方々にも心より御礼申し上げます。

主指導教員として、研究テーマの決定から論文作成までの全ての課程において、的確なご指導と多大なるご支援を承りました島根大学医学部基礎看護学講座 津本優子教授に深く感謝を申し上げます。

また、研究テーマや対象者の選定、研究デザインに関するご指導をいただきました、島根大学医学部基礎看護学講座 古賀美紀教授に心より感謝申し上げます。そして、本研究の基礎的概念について、幅広い観点からご指導いただきました天理医療大学 内田宏美教授に心より感謝を申し上げます。最後に、研究課程において、多方面からの貴重なご意見をいただきました、島根大学大学院医学系研究科看護学専攻博士後期ゼミの皆様にも心より御礼申し上げます。

Appendix 1 ケア移行のガイドライン、実践指標の文献検索

① CINHAL (via EBSCOhost)

((MM “Transitional Care”) OR (MM “Continuity of Patient Care”) OR (MH “Discharge Planning”) OR (MM “Transfer, Discharge”))

AND

(MH "Practice Guidelines" OR MH “Hospital Policies” OR MH “Consensus” OR TI (best practices or best practice) OR AB (best practices or best practice) OR TI (quality indicator or Quality indicators) or AB (quality indicator or quality indicators) OR TI (recommendations for practice) OR AB (recommendations for practice)

NOT

(pediatric or child or children or infant or adolescent)

NOT

(midwifery or midwives or midwife or maternity)

検索日：2024年1月4日

制限：期間 2010年以降、小児母性分野を除く、言語は英語のみ

② 医学中央雑誌

((“移行期ケア”/TH) or (“在宅移行”/TH) or (“退院”/TH))

and

((“患者アウトカム評価”/TH) or (“看護評価”/TH) or (“過程評価(保健医療)”/TH) or ((評価基準/TH or 評価尺度/AL))

検索日：2024年1月4日

制限：期間は2010年以降。抄録あり、原著論文のみ、会議録、症例報告、事例を除く。成人、中年、高齢者に限定。

Appendix 2 情報共有実践項目抽出のための文献検索式

検索データベース

① PUBMED

検索日：2023 年 12 月 18 日

((("Hospital to Home Transition"[Majr]) OR ("Patient Handoff"[Majr]) OR ("Patient Discharge"[Majr]) OR ("Patient Transfer"[Majr]) OR ("Transitional Care"[Majr]))

AND

((("Knowledge Management"[Majr]) OR ("Interdisciplinary Communication"[Majr]) OR ("Health Information management"[Mesh]) OR (knowledge trans*) OR (boundary*) OR (broker*)))

NOT

((("Adolescent") OR (young*) OR (pediatric) OR (Child*)))

制限：期間は 2010 年以降。青年小児分野を除く。言語は英語のみ。

② CHINAL

検索日：2024 年 1 月 2 日

((MM "Transitional Care" OR MM "Continuity of Patient Care" OR MH "Discharge Planning" OR MH "Transfer, Discharge"))

AND

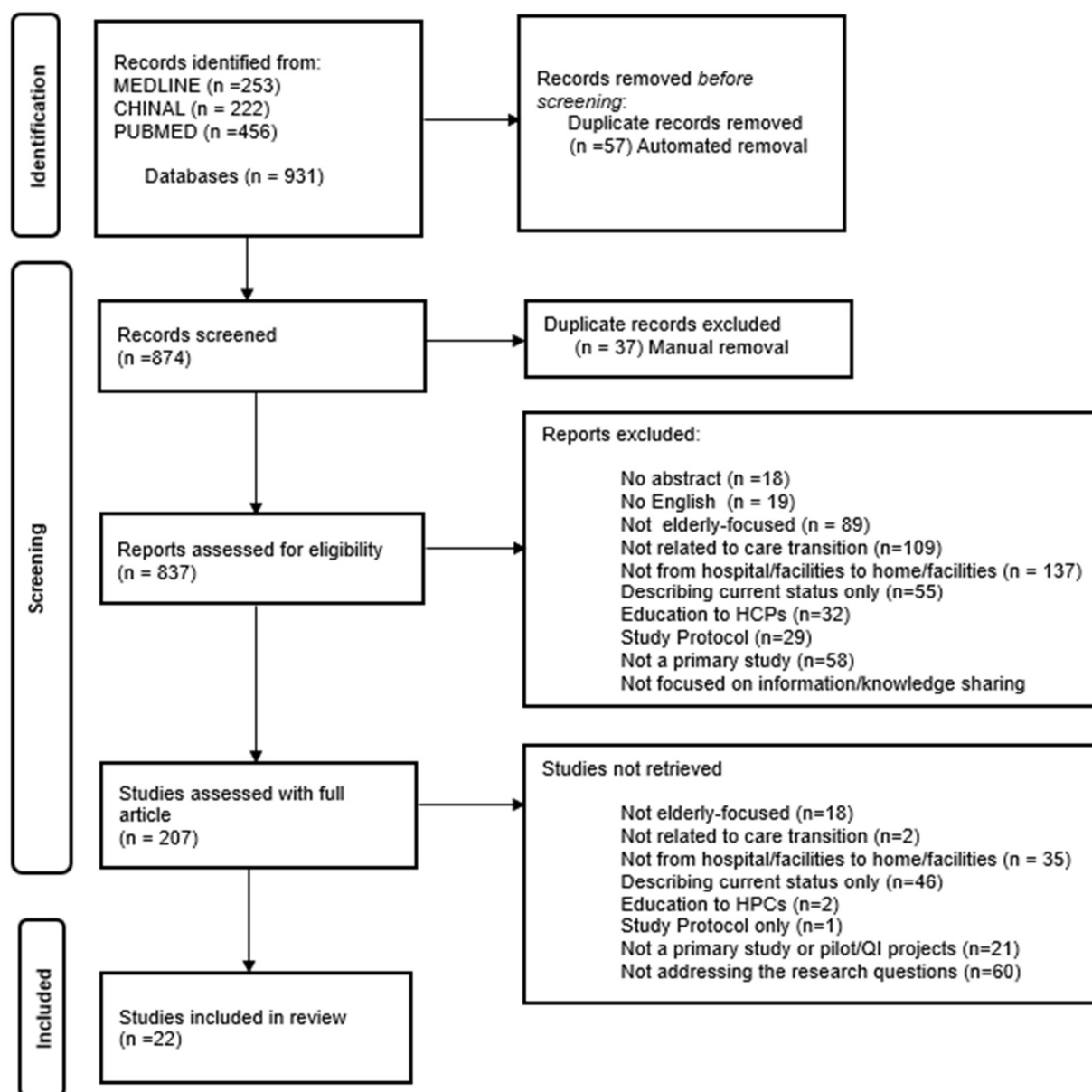
((MH"knowledge management" OR MH"interdisciplinary communication" OR MH "health information management" OR (knowledge sharing or knowledge transfer or information transfer) OR "boundary spanning" OR "knowledge broker*"))

NOT

(pediatric or child or children or infant or adolescent) OR (maternity or obstetrics or perinatal or postpartum or maternal or childbirth)

制限：期間は 2010 年以降。母性・小児分野を除く。抄録のあるもの、Peer Review

Appendix 3 情報共有の実践尺度項目



The diagram template was created from: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n7

Appendix 4 調査項目

1. 本研究の説明文書をお読みいただき、ご協力の諾否をご検討下さい。ご協力いただける場合、以下の同意文をお選びいただくことで、研究にご同意いただいたものとさせていただきます。
 - (1) 私は、本研究の主旨を理解しましたので、以下の質問に回答することに同意します。
 - (2) 同意しません。
2. 看護師としての経験年数（○年目）をお選びください。
3. あなたの看護基礎教育課程をお選びください。
 - (1) 4年制大学
 - (2) 3年制看護専門学校
 - (3) 3年制看護短期大学
 - (4) 5年一貫看護学校
 - (5) その他
4. 以下のうち、保有している資格・免許をお選び下さい。（複数回答可）
 - (1) 保健師
 - (2) 専門看護師
 - (3) 診療看護師
 - (4) 認定看護師
 - (5) 介護支援専門員
5. 現在所属する部署、または病棟をお選び下さい。
 - (1) 組織横断型部署（地域連携部門など）
 - (2) 管理部門
 - (3) 一般病棟
 - (4) 地域包括ケア病棟
 - (5) 回復期リハビリテーション病棟
 - (6) 緩和ケア病棟
 - (7) 療養病棟
 - (8) 集中治療室、ハイケアユニットなど
 - (9) その他
6. 現在の役職をお選び下さい。
 - (1) 看護管理責任者
 - (2) 師長
 - (3) 副師長、または主任・チームリーダー
 - (4) スタッフ
 - (5) その他
7. 多職種連携に関わる研修への参加経験がありますか？
 - (1) あり
 - (2) なし
8. 意思決定支援に関わる研修への参加経験がありますか？
 - (1) あり
 - (2) なし
9. あなたが担当する患者の退院前カンファレンスの参加について、最も当てはまるものをお選び下さい。
 - (1) ほぼ参加している
 - (2) 時々参加している
 - (3) あまり参加していない
 - (4) 参加していない
10. 所属する施設区分をお選び下さい。
 - (1) 一般病院

- (2) 特定機能病院
- (3) 地域医療支援病院
- (4) その他

11. 現在、連携する他施設との間でオンラインコミュニケーションツール（Line や Medical Care Station など）を使用していますか？

- (1) 使用あり
- (2) 使用なし

Ⅱ 退院時ケア移行における在宅ケアチームとの情報共有について

医療ニーズの高い高齢者（医療機器の使用、カテーテルの装着、重篤かつ不安定な症状、褥瘡などで頻繁に医療や介護が必要な状態）の退院時の在宅ケアチームとの情報共有についてうかがいます。

* 項目にある「(情報などを) 共有する」とは、必要な情報を判断、収集し、本人や介護者（家族や介護職など）、および医療・福祉・介護の在宅ケア関係者に伝えることを指します。伝え方は、口頭、書面、デジタル形式など方法は問いません。

12. 以下の項目に関して過去1年間のご自身の実践で最も当てはまるものをお選び下さい。

1：全くしなかった 2：あまりしなかった 3：時々した 4：だいたいたした 5：常にした

- (1) 生活に影響すると予測される、本人の身体症状とその病態について共有する。
- (2) 不安やうつなどの精神症状に関する情報を（該当なしも含めて）共有する。
- (3) 認知機能や周辺症状に関する情報を（該当なしも含めて）共有する。
- (4) 視覚や聴覚などの感覚機能に関する情報を共有する。
- (5) 歩行などの運動機能と身体活動レベルに関する情報を共有する。
- (6) 食事と水分摂取、嚥下機能に関する情報を共有する。
- (7) 排泄に関する情報を共有する。
- (8) 飲酒と喫煙に関する情報を（使用なしも含めて）を共有する。
- (9) 感染症とアレルギーに関する情報（既往なしも含めて）を共有する。
- (10) 処方薬の適応と作用機序、使用方法について情報を共有する。
- (11) 本人と介護者（家族や介護職員など日常的に介護をする人）の薬剤管理能力に関する情報を共有する。
- (12) 居住環境と交通手段に関する情報を共有する。
- (13) 経済状況と介護保険など公的サービスに関する情報を共有する。
- (14) 介護者（家族や介護職員など）の介護力と本人との関係性に関する情報を共有する。
- (15) 共通の評価方法や評価指標に基づく情報を共有する。
- (16) 疾患の進行期では、緩和ケアが必要となる症状や状態について共有する。
- (17) 情報共有に対する、本人や家族の意向について共有する。
- (18) 病状や治療に対する本人や家族の認識や理解状況について共有する。
- (19) 今後の生活や治療に対する、本人や家族の意向と懸念について共有する。
- (20) 疾患の進行ステージと治療・ケア方針について、担当医など専門職の見解を共有する。
- (21) これまでに療養生活の継続が困難となった状況や理由を共有する。
- (22) 本人や介護者（家族や介護職員など日常的に介護をする人）の学習に対する、身体的・精神的な準備状況や理解力に関する情報を共有する。
- (23) ケアの方向性に照らし合わせて、今後問題になると予測される変化や状況について共有する。
- (24) 予測される問題を防ぐために、本人や介護者と考えた実行可能な生活方法について共有する。
- (25) 本人や介護者が安全に行えるようできるだけシンプルな内服方法や医療処置の方法を考え共有する。

- (26) 本人と介護者へ医療処置やセルフケアを指導する際は、方法とその行為の目的を共有する。
- (27) 情報共有の際には、(理解状況の確認のため) 相手自身の言葉で共有した内容を説明してもらう。
- (28) 緊急対応が必要な症状や状況と、緊急性の理由を共有する。
- (29) ADL や食欲の低下、認知機能や意識状態の変化などの非特異的な症状とその観察の必要性を共有する。
- (30) 生活環境の変化や薬剤変更時、疾患の増悪時など、問題の起こりやすい時期について共有する。
- (31) 本人の状態 (バイタルサインや症状など) や生活状況のモニター方法と介護者の役割を共有する。
- (32) 本人の状態や生活状況をケア関係者間で確認する時期と場 (受診時や介護サービス利用時、担当者会議など) について共有する。
- (33) 看取りも含めた状態変化時の連絡と対応方法、ケア関係者の役割を共有する。
- (34) 近いうちに必要になると予測される、医療・介護サービスに関する情報を共有する。
- (35) 本人や介護者の対応能力に応じて、症状に合わせた内服や医療処置の自己調整方法を共有する。
- (36) 相手が理解しやすい用語や形式 (口頭、書面、実践など) を用いて情報を共有する。

Ⅲ 多職種連携行動について

過去1年以内にあなたが関わった終末期、または医療ニーズの高い (医療機器やカテーテルの装着、重篤かつ不安定な症状、褥瘡などで頻繁に医療や介護が必要な状態) 事例を一つ想定してください。なお、ここでの利用者とは患者のことを言い、またチームとは院内外のケア関係者を示すこととします。該当事例における以下の項目に関するご自身の行動について、最も当てはまるものをお選びください。

- 1. 全く当てはまらない 2. あまり当てはまらない 3. どちらともいえない
- 4. まあ当てはまる 5. とても当てはまる

- (1) チームを組んだ他職種と気後れせずに何でもきける関係を築いた。
- (2) 他職種が提供しているサービスの具体的な内容を情報収集した。
- (3) 自身が提供しているサービスの具体的な内容を他職種に伝えた。
- (4) 他職種に対してねぎらいの言葉や肯定的評価を伝えた。
- (5) 普段から定期的に他職種との顔合わせの機会をもった (勉強会やカンファレンスなど)。
- (6) 利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて他職種へ伝えた。
- (7) 利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて他職種から情報収集した。
- (8) 今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種へ伝えた。
- (9) 今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種から情報収集した。
- (10) 今後起こりうる利用者の病状の変化 (例: 病気の進行に伴って生じる 症状の出現など) について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた。
- (11) 今後起こりうる利用者の生活状況の変化 (例: 食事の摂取量や排泄の自立度の低下など) について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた。
- (12) 今後起こりうる家族の状況の変化 (例: 家族の気持ちや介護負担の増強など) について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた。
- (13) ケア方針・ケア計画について他職種と意見交換した。
- (14) ケアの方針・ケア計画についてチーム全体で合意を図った。
- (15) 病状の変化に応じてケアプランの変更 (他職種のサービス内容や頻度も含め) をチームを組んだ他職種に提案した。
- (16) 平常時においてチームを組んだ他職種間で情報共有できる体制をとった (連絡網や情報交換ツール等)。
- (17) 緊急時においてチームを組んだ他職種間で即座に連絡が可能な体制をとっていた。

引用文献

- Aase, K., & Waring, J. (2020). Crossing boundaries: Establishing a framework for researching quality and safety in care transitions. *Appl Ergon*, 89, 103228.
- Aase, K., Waring, J., & Schibevaag, L. (2017). *Researching quality in care transitions: international perspectives*. Palgrave Macmillan.
- Ackoff, R. L. (1989). From Data to Wisdom. *Journal of Applied Systems Analysis*, 16, 3-9
- Adler-Milstein, J., Raphael, K., O'Malley, T. A., & Cross, D. A. (2021). Information Sharing Practices Between US Hospitals and Skilled Nursing Facilities to Support Care Transitions. *JAMA Netw Open*, 4(1), e2033980.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (n.d.). *Transitions of care*. Retrieved 2024.09.30 from <https://www.ahrq.gov/topics/transitions-care.html>
- AGREE Next Steps Consortium (2017). The AGREE II Instrument [Electronic version]. Retrieved 2024.09.30 from <http://www.agreetrust.org>.
- Anderson, J. E., Ross, A. J., Back, J., Duncan, M., Snell, P., Hopper, A., & Jaye, P. (2020). Beyond 'find and fix': improving quality and safety through resilient healthcare systems. *Int J Qual Health Care*, 32(3), 204-211.
- Andreasen, J., Lund, H., Aadahl, M., & Sørensen, E. E. (2015). The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 10, 27370.
- Arakawa, T., Kumasaka, L., Nakanishi, M., Nagayama, M., Adachi, H., Ikeda, K.,...Goto, Y. (2016). Regional Clinical Alliance Path and Cardiac Rehabilitation After Hospital Discharge for Acute Myocardial Infarction Patients in Japan - A Nationwide Survey. *Circ J*, 80(8), 1750-1755.
- Arazoe, M. (2019). Communication Gaps in Interprofessional Collaboration between Medical and Welfare Professionals. *Total Rehabilitation Research*, 7, 1-21.
- Arbaje, A. I., Hughes, A., Werner, N., Carl, K., Hohl, D., Jones, K.,...Gurses, A. P. (2019). Information management goals and process failures during home visits for middle-aged and older adults receiving skilled home healthcare services after hospital discharge: a multisite, qualitative study. *BMJ Quality & Safety*, 28(2), 111-120.
- Augustinsson, S., & Petersson, P. (2015). On discharge planning: dynamic complex processes – uncertainty, surprise and standardisation. *Journal of Research in Nursing*, 20(1), 39-53.
- Barker, T., Habibi, N., Aromataris, E., Stone JC, L.-B. J., Sears K, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias quasi-experimental studies. *JBI Evid Synth*. 2024, & 22(3):378-88.
- Baxter, R., Shannon, R., Murray, J., O'Hara, J. K., Sheard, L., Cracknell, A., & Lawton, R. (2020). Delivering exceptionally safe transitions of care to older people: a qualitative study of multidisciplinary staff perspectives. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 780.
- Bench, S., Cornish, J., & Xyrichis, A. (2016). Intensive care discharge summaries for general practice staff: a focus group study. *Br J Gen Pract*, 66(653), e904-e912.
- Bergerød, I. J., Braut, G. S., & Wiig, S. (2020). Resilience From a Stakeholder Perspective: The Role of Next of Kin in Cancer Care. *J Patient Saf*, 16(3), e205-e210.

- Berthelsen, C., Møller, N., & Bunkenborg, G. (2024). Transitional care model for older adults with multiple chronic conditions: An evaluation of benefits utilising an umbrella review. *J Clin Nurs*, 33(2), 481-496.
- Bornbaum, C. C., Kornas, K., Peirson, L., & Rosella, L. C. (2015). Exploring the function and effectiveness of knowledge brokers as facilitators of knowledge translation in health-related settings: a systematic review and thematic analysis. *Implementation Science*, 10(1), 162.
- Boutcher, F., Berta, W., Urquhart, R., & Gagliardi, A. R. (2022). The roles, activities and impacts of middle managers who function as knowledge brokers to improve care delivery and outcomes in healthcare organizations: a critical interpretive synthesis. *BMC Health Serv Res*, 22(1), 11.
- Braithwaite, J., Churrua, K., Ellis, L., Long, J., Clay-Williams, R., Damen, N.,...Ludlow, K. (2017). *Complexity Science in Healthcare – Aspirations, Approaches, Applications and Accomplishments: A White Paper*. Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University, Sydney. ISBN 978-1-74138-456-7.
- Cameron, J. I., O'Connell, C., Foley, N., Salter, K., Booth, R., Boyle, R.,...Committees.(2016) Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016. *Int J Stroke*, 11(7), 807-822.
- Carlile, P. R. (2004). Transferring, Translating, and Transforming: An Integrative Framework for Managing Knowledge Across Boundaries. *Organization Science*, 15(5), 555-568.
- CASP. (2023) *Critical Appraisal Skills Programme(CASP) checklists* Retrieved 2025.12.12 from <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Chiewchantanakit, D., Meakchai, A., Pituchaturont, N., Dilokthornsakul, P., & Dhippayom, T. (2020). The effectiveness of medication reconciliation to prevent medication error: A systematic review and meta-analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 16(7), 886-894.
- Coleman, E. A., Min, S. J., Chomiak, A., & Kramer, A. M. (2004). Posthospital care transitions: patterns, complications, and risk identification. *Health Serv Res*, 39(5), 1449-1465.
- Daliri, S., Hugtenburg, J. G., Ter Riet, G., van den Bemt, B. J. F., Buurman, B. M., Scholte Op Reimer, W. J. M.,...Karapinar-Çarkit, F. (2019). The effect of a pharmacy-led transitional care program on medication-related problems post-discharge: A before-After prospective study. *PLoS One*, 14(3), e0213593.
- Dyrstad, D. N., & Storm, M. (2017). *The Role of Next of Kin in Care Transitions* (K. Aase, J. Waring, & L. Schibevaag, Eds.). Palgrave Macmillan Cham.
- Dyrstad, Dagrunn N., and Marianne Storm. (2017). *The Role of Next of Kin in Care Transitions.Researching Quality in Care Transitions: International Perspectives* edited by Aase K., Waring J., Schibevaag L.Palgrave Macmillan Cham.
- Ebbens, M. M., Errami, H., Moes, D. J. A. R., van den Bemt, P. M. L. A., van der Boog, P. J. M., & Gombert-Handoko, K. B. (2019). Prevalence of medication transfer errors in nephrology patients and potential risk factors. *Eur J Intern Med*, 70, 50-53.
- Fylan, B., Marques, I., Ismail, H., Breen, L., Gardner, P., Armitage, G.,...Team, I. P. (2019). Gaps, traps, bridges and props: a mixed-methods study of resilience in the medicines management system for patients with heart failure at hospital discharge. *BMJ Open*, 9(2), e023440.

- Geary, R., C., & Schumacher, K. L. (2012). Care Transitions Integrating Transition Theory and Complexity Science Concepts. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 236-248.
- Gilmore-Bykovskiy, A. L., Roberts, T. J., King, B. J., Kennelty, K. A., & Kind, A. J. H. (2017). Transitions From Hospitals to Skilled Nursing Facilities for Persons With Dementia: A Challenging Convergence of Patient and System-Level Needs. *Gerontologist*, 57(5), 867-879.
- Glegg, S. M., & Hoens, A. (2016). Role Domains of Knowledge Brokering: A Model for the Health Care Setting. *J Neurol Phys Ther*, 40(2), 115-123.
- Hannum, S. M., Abebe, E., Xiao, Y., Brown, R., Peña, I. M., & Gurses, A. P. (2021). Engineering care transitions: Clinician perceptions of barriers to safe medication management during transitions of patient care. *Appl Ergon*, 91, 103299.
- Hays, R., Daker-White, G., Esmail, A., Barlow, W., Minor, B., Brown, B.,...Bower, P. (2017). Threats to patient safety in primary care reported by older people with multimorbidity: baseline findings from a longitudinal qualitative study and implications for intervention. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 754.
- Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A., & Bye, A. (2019). Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 224.
- Holen-Rabbersvik, E., Thygesen, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., & Slettebø, Å. (2018). Barriers to exchanging healthcare information in inter-municipal healthcare services: a qualitative case study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 18(1), 92.
- Hollnagel, E. (2017) *Epilogue: RAG—the resilience analysis grid. Resilience engineering in practice*: CRC Press.London. doi.org/10.1201/9781317065265
- Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P.,...Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34(4), 285-291.
- Iokawa, K., Hasegawa, K., & Ishikawa, T. (2019). Usefulness of the Daily Life Performance Transfer Sheet in Care Management of People With Stroke. *Am J Occup Ther*, 73(4), 7304205080p1-p7.
- Jacobsohn, G. C., Jones, C. M. C., Green, R. K., Cochran, A. L., Caprio, T. V., Cushman, J. T.,...Shah, M. N. (2022). Effectiveness of a care transitions intervention for older adults discharged home from the emergency department: A randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*, 29(1), 51-63.
- Kapoor, A., Field, T., Handler, S., Fisher, K., Saphirak, C., Crawford, S.,...Gurwitz, J. H. (2019). Adverse Events in Long-term Care Residents Transitioning From Hospital Back to Nursing Home. *JAMA Intern Med*, 179(9), 1254-1261.
- Kinugasa, Y., M. Saitoh, T. Ikegame, A. Ikarashi, K. Kadota, K. Kamiya,... Isobe, and Research Team for the Provision of Heart Failure Care Centered on General Practitioners in the Community. (2021) "Differences in Priorities for Heart Failure Management Between Cardiologists and General Practitioners in Japan." *Circ J* 85 (9): 1565-1574.
- Lee, J. Y., Yang, Y. S., & Cho, E. (2022). Transitional care from hospital to home for frail older adults: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr Nurs*, 43, 64-76.

- Li, J., Mays, G., Clouser, J. M., Du, G., Stromberg, A., Jack, B. W.,... Williams, M. V. (2022). Information exchange among providers and patient-centeredness in transitional care: A five-year retrospective analysis. *Healthcare*, 10(2), 100626.
- Li, R., Geng, J., Liu, J., Wang, G., & Hesketh, T. (2022). Effectiveness of integrating primary healthcare in aftercare for older patients after discharge from tertiary hospitals-a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 51(6).
- Lindig, A., Hahlweg, P., Christalle, E., & Scholl, I. (2020). Translation and psychometric evaluation of the German version of the Organisational Readiness for Implementing Change measure (ORIC): a cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(6), e034380.
- Lysaght Hurley, S., Strumpf, N., Barg, F. K., & Ersek, M. (2014). Not quite seamless: transitions between home and inpatient hospice. *J Palliat Med*, 17(4), 428-434.
- Mannsåker, I., & Vågan, A. (2023). Strengthening the relationships between different parties: Boundary-spanning competencies in hospital social work. *Qualitative Social Work*, 23, 147332502311678.
- Markiewicz, O., Lavelle, M., Lorencatto, F., Judah, G., Ashrafian, H., & Darzi, A. (2020). Threats to safe transitions from hospital to home: a consensus study in North West London primary care. *Br J Gen Pract*, 70(690), e9-e19.
- McAiney, C. A., Hillier, L. M., Paul, J., McKinnon Wilson, J., Tersigni Phelan, A., Wagner, F., & O'Connor, S. (2017). Improving the seniors' transition from hospital to the community: a case for intensive geriatric service workers. *International Psychogeriatrics*, 29(1), 149-163.
- Mitsutake, S., Ishizaki, T., Tsuchiya-Ito, R., Furuta, K., Hatakeyama, A., Sugiyama, M.,...Ito, H. (2021). Association of cognitive impairment severity with potentially avoidable readmissions: A retrospective cohort study of 8897 older patients. *Alzheimers Dement (Amst)*, 13(1), e12147.
- Mizuma, K., Amitani, M., Mizuma, M., Kawazu, S., Sloan, R. A., Ibusuki, R.,...Owaki, T. (2020). Clarifying differences in viewpoints between multiple healthcare professionals during discharge planning assessments when discharging patients from a long-term care hospital to home. *Eval Program Plann*, 82, 101848.
- Mokkink, L. B., Elsmann, E. B. M., & Terwee, C. B. (2024). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures version 2.0. *Quality of Life Research*, 33(11), 2929-2939.
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R.,...Mu, P.F. (2020). *Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk*. *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI. Retrieved 2025.12.12 from <https://synthesismanual.jbi.global>
- Morkisch, N., Upegui-Arango, L. D., Cardona, M. I., van den Heuvel, D., Rimmele, M., Sieber, C. C., & Freiberger, E. (2020). Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC Geriatr*, 20(1), 345.
- Nakanishi, M., Hattori, K., Nakashima, T., & Sawamura, K. (2014). Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence? *J Am Med Dir Assoc*, 15(1), 76.e71-76.
- Naylor, M. D., Broton, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V., & Schwartz, J. S. (1999). Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 281(7), 613-620.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *NICE and SCIE guidelines (NG27) transition between inpatient hospital settings and community or care home settings*. Retrieved 2025.1.12 from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27>
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5(1), 14-37.
- O'Hara, J. K., Baxter, R., & Hardicre, N. (2020). 'Handing over to the patient': A FRAM analysis of transitional care combining multiple stakeholder perspectives. *Applied Ergonomics*, 85, 103060.
- Ohta, R., Ryu, Y., Katsube, T., & Sano, C. (2020). Rural Homecare Nurses' Challenges in Providing Seamless Patient Care in Rural Japan. *Int J Environ Res Public Health*, 17(24).
- Olsen, C. F., Bergland, A., Bye, A., Debesay, J., & Langaas, A. G. (2021). Crossing knowledge boundaries: health care providers' perceptions and experiences of what is important to achieve more person-centered patient pathways for older people. *BMC Health Services Research*, 21(1), 310.
- Penney, L. S., Nahid, M., Leykum, L. K., Lanham, H. J., Noël, P. H., Finley, E. P., & Pugh, J. (2018). Interventions to reduce readmissions: can complex adaptive system theory explain the heterogeneity in effectiveness? A systematic review. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 894.
- Powell, C., Ismail, H., Davis, M., Taylor, A., Breen, L., Fylan, B.,...Alldred, D. P. (2022). Experiences of patients with heart failure with medicines at transition intervention: Findings from the process evaluation of the Improving the Safety and Continuity of Medicines management at Transitions of care (ISCOMAT) programme. *Health Expect*, 25(5), 2503-2514.
- Prasad, N., Lau, E. C. Y., Wojt, I., Penm, J., Dai, Z., & Tan, E. C. K. (2024). Prevalence of and Risk Factors for Drug-Related Readmissions in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs Aging*, 41(1), 1-11.
- Qi, K., Koike, T., Yasuda, Y., Tayama, S., & Wati, I. (2023). The effects on rehospitalization rate of transitional care using information communication technology in patients with heart failure: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100151.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RANO) (2023). *Transitions in care and services*. 2nd ed. Toronto (ON). Retrieved 2025.1.12 from <https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care>
- Redmond, P., Grimes, T. C., McDonnell, R., Boland, F., Hughes, C., & Fahey, T. (2018). Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8).
- Rochester-Eyeguokan, C. D., Pincus, K. J., Patel, R. S., & Reitz, S. J. (2016). The Current Landscape of Transitions of Care Practice Models: A Scoping Review. *Pharmacotherapy*, 36(1), 117-133.
- Rodriguez, J. A., Rudin, R. S., & Dalal, A. K. (2024). Digitally powered care transitions: A paradigm shift for hospital medicine. *Journal of Hospital Medicine*, 19(8), 739-743.
- Rosted, E., Poulsen, I., Hendriksen, C., Petersen, J., & Wagner, L. (2013). Testing a two step nursing intervention focused on decreasing rehospitalizations and nursing home admission post discharge from acute care. *Geriatr Nurs*, 34(6), 477-485.

- Safi, M., Thude, B. R., Brandt, F., & Clay-Williams, R. (2022). The application of resilience assessment grid in healthcare: A scoping review. *PLoS One*, 17(11), e0277289.
- Sakai, S., Yamamoto-Mitani, N., Takai, Y., Fukahori, H., & Ogata, Y. (2016). Developing an instrument to self-evaluate the Discharge Planning of Ward Nurses. *Nursing Open*, 3(1), 30-40.
- Sinuff, T., Dodek, P., You, J. J., Barwich, D., Tayler, C., Downar, J.,...Heyland, D. K. (2015). Improving End-of-Life Communication and Decision Making: The Development of a Conceptual Framework and Quality Indicators. *J Pain Symptom Manage*, 49(6), 1070-1080.
- Stranges, P. M., Marshall, V. D., Walker, P. C., Hall, K. E., Griffith, D. K., & Remington, T. (2015). A multidisciplinary intervention for reducing readmissions among older adults in a patient-centered medical home. *Am J Manag Care*, 21(2), 106-113.
- Streiner, D., Norman, G., & Cairney, J. (2024). *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use* (6th Ed.). Oxford University Press. ISBN-13 978-0192696311
- Sumikawa, Y., & Yamamoto-Mitani, N. (2021). Transitional care during COVID-19 pandemic in Japan: Calls for new strategies to integrate traditional approaches with information and communication technologies. *Biosci Trends*, 15(1), 55-57.
- Sun, M., Liu, L., Wang, J., Zhuansun, M., Xu, T., Qian, Y., & Dela Rosa, R. (2023). Facilitators and inhibitors in hospital-to-home transitional care for elderly patients with chronic diseases: A meta-synthesis of qualitative studies. *Front Public Health*, 11, 1047723.
- Toles, M., Colón-Emeric, C., Naylor, M. D., Barroso, J., & Anderson, R. A. (2016). Transitional care in skilled nursing facilities: a multiple case study. *BMC Health Serv Res*, 16, 186.
- Tomlinson, J., Silcock, J., Smith, H., Karban, K., & Fylan, B. (2020). Post-discharge medicines management: the experiences, perceptions and roles of older people and their family carers. *Health Expect*, 23(6), 1603-1613.
- Tu, Q., Xiao, L. D., Ullah, S., Fuller, J., & Du, H. (2020). A transitional care intervention for hypertension control for older people with diabetes: A cluster randomized controlled trial. *J Adv Nurs*, 76(10), 2696-2708.
- Waring, J., Bishop, S., Marshall, F., Tyler, N., & Vickers, R. (2019). An ethnographic study comparing approaches to inter-professional knowledge sharing and learning in discharge planning and care transitions. *J Health Organ Manag*, 33(6), 677-694.
- Wiig, S., Aase, K., Billett, S., Canfield, C., Røise, O., Njå, O.,...RiH-team. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 330.
- Winqvist, I., Näppä, U., Rönning, H., & Häggström, M. (2023). Reducing risks in complex care transitions in rural areas: a grounded theory. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 18(1), 2185964.
- World Health Organization (WHO) (2016). *Technical Series on Safer Primary Care: Transitions of care* ISBN 9789241511599 Retrieved on 20250909 from <https://www.who.int/publications/i/item/transitions-of-care>
- Zhong, J., Boafo, J., Brody, A. A., Wu, B., & Sadarangani, A. T. (2022). A qualitative analysis of communication workflows between adult day service centers and primary care providers. *J Am Med Inform Assoc*, 29(5), 882-890.

- 安浪小夜子, 田代清美, 野村一俊, 武藤 正樹, 坂本すが, 勝尾信一, 藤本俊一郎, 片
 渕茂, 宮崎久義. 2024. "日本におけるクリティカルパスの普及に関する実態調査
 報告(第4報)." *日本医療マネジメント学会雑誌* 24 (4): 280-289.
- 阿部 紀之, 細矢貴宏, 松田雅弘, 2022. 生活期脳卒中後遺症者の装具管理状況と装具処
 方時に受けた指導内容に関する実態調査. *支援工学理学療法学会誌*, 1(1), 55-
 63.
- 有田 久美, 後藤 妙子. 2021. "急性期地域医療支援病院での「在宅の視点のある病棟看
 護」の実施実態とその関連要因." *福岡大学医学紀要* 48 (1): 1-8.
- 石橋 みゆき, 雨宮 有子, 伊藤隆子, 林弥生, 吉田 千文, 諏訪部高江, ら 2021. "療養の
 場の移行支援方法論構築に向けた退院支援に係る看護技術の体系化." *千葉看護
 学会会誌* 26 (2): 83-94.
- 磯 玲子, 飯島 節. 2016. "高齢者の病院退院時における多職種・諸機関間連携へのクライ
 アントの参加と意思決定についての現状と課題." *国際医療福祉大学学会誌* 21 (1):
 10-20.
- 出原 弥和, 篠田かおる. 2021. "多職種連携退院支援カンファレンスにおいて看護師が果
 たしている役割." *太成学院大学紀要* 23: 1-6.
- 伊藤 歩美, 有紀子 宮崎 ら 2024. "新型コロナウイルス感染症パンデミックによる女性看護
 職の業務と生活への影響ー日本ナースヘルス研究・WEB 特別調査よりー." *日本健
 康学会誌* 90 (5): 141-154.
- 上元 達仁, 大西 麻未. 2023. "訪問看護師を対象とした職場環境測定尺度の開発と信頼
 性・妥当性の検討." *日本看護科学会誌* 43: 143-153.
- 宇都宮 宏子. 2022. *退院支援看護師からみたケア移行*. Edited by 小坂 慎太郎, 松村真
 司. 外来・病棟・地域をつなぐ ケア移行実践ガイド【電子版】. ISBN 978-4-260-
 64885-1 東京: 医学書院.
- 大濱 悦子, 福井 小紀子. 2019. "国内外のアドバンスケアプランニングに関する文献検討
 とそれに対する一考察." *Palliative Care Research* 14 (4): 269-279.
- 小川 美恵, 上田伊佐子, 森田 敏子. 2017. "看護師養成所2年課程の教育制度の歴史
 的変遷と教育的課題 准看護師の誕生から准看護師を看護師にするための教育の
 取り組み." *徳島文理大学研究紀要* (94): 151-159.
- 小野 麻由子. 2020. "地域包括ケアシステムにおける看護職の在宅シフト支援コンピテン
 シー尺度の開発." *日本看護管理学会誌* 24 (1): 32-42.
- 恩幣 宏美, 中西啓介, 佐名木勇, 小林寛子. 2022. "中小規模病院における病棟看護師
 の退院支援の実践内容." *日本在宅ケア学会誌* 26 (1): 83-92.
- 甲斐 由香里, 大野 貴子. 2021. "地域包括ケア病棟における多職種で実施する退院前カン
 ファレンスの現状分析と課題." *看護実践研究学会誌* 2 (1): 45-55.
- 加藤 智子. 2022. "病院と訪問看護ステーションにおける看護職間連携の実態と課題." *聖
 隷浜松病院医学雑誌* 22 (1): 8-14.
- 加藤 由香里. 2021. "患者と家族の思いに沿った退院支援(その2) 先駆的に退院支援を
 実践している退院調整看護師及び地域資源担当者の退院支援における関わりか
 ら." *岐阜県立看護大学紀要* 21 (1): 151-163.

- 川嶋 元子, 森昌美, 磯邊厚子. 2017. “訪問看護師が初回訪問までに行う在宅療養移行患者の情報収集の実態.” *聖泉看護学研究* 6: 75-81.
- 木場, しのぶ, 智江 齋藤. 2017. “急性期病院におけるがん患者への退院支援 病棟看護師と退院調整看護師の協働との関連性.” *日本看護科学会誌* 37: 298-307.
- 清永 麻子, 千鶴 永田. 2023. “認知症高齢者と在宅復帰支援に向けた地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師の連携・協働の実態.” *山口医学* 72 (3): 97-110.
- 清永 麻子, 千鶴 永田, 堤 雅恵. 2017. “認知症患者の在宅復帰に向けた退院時看護要約の検討: 介護支援専門員が回復期リハビリテーション病棟看護師に求める内容.” *日本リハビリテーション看護学会誌 第7巻 第1号* 7 (1): 50-58.
- 金城 李郎, 當山裕子, 當山 紀子, 外間知香子. 2021. “病棟看護師が実践する退院支援とその関連要因.” *琉球医学会誌* 40 (1-4): 17-24.
- 厚生労働省. 2014. “地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要.” Retrieved 2025.09.15. from <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/k2014.pdf>.
- 厚生労働省. 2016. *地域包括ケアシステム推進のための取組の強化 ⑩*. Retrieved 2025.09.15. from <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115980.pdf>
- 厚生労働省. 2022. “令和4年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況.” Accessed 20250915. Retrieved 2025.09.15. from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/22/>.
- 厚生労働省. 2024. “医療 DX について” Retrieved 2025.09.20. from <https://www.mhlw.go.jp/stf/iryoudx.html>.
- 小山 裕子, 森本悦子, 石橋みゆき. 2019. “一般病院に通院する後期高齢がん患者への医療専門職連携における取組と課題.” *関東学院大学看護学会誌* 6 (1): 1-8.
- 坂井 志麻. 2021. “外来看護師の在宅療養移行支援実践評価尺度の妥当性・信頼性の検証.” *日本看護科学会誌* 41: 241-249.
- 坂本 幸恵, 表志津子, 理恵 岡本 理恵, 高橋 裕太郎, 池内 里美. 2023. “高齢者の退院支援における地域包括ケア病棟看護師と介護支援専門員の連携活動の実態と認識の特徴.” *日本在宅医療連合学会誌* 4 (2): 22-31.
- 清水 恵, 青山真帆, 森田 達也, 恒藤 暁, 志真 泰夫, 宮下 光令. 2016. “遺族による終末期がん患者への緩和ケアの質の評価のための全国調査 the Japan Hospice and Palliative Care Evaluation 2 study(J-HOPE2 study).” *Palliative Care Research* 11 (4): 254-264.
- 鈴木 耕平, 田城 孝雄. 2023. “地域連携クリティカルパスを通した退院支援時の情報提供に生じる認識の不一致と課題.” *日本医療マネジメント学会雑誌* 24 (3): 156-161.
- 瀧上 恵子, 田高 悦子, 臺 有桂. 2012. “認知症を有する人の退院支援ニーズ評価尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討.” *日本地域看護学会誌* 15 (2): 18-26.

- 樽矢 裕子, 濱本 洋子, 佐藤 鈴子. 2015. "退院前カンファレンスにおける訪問看護師によるケアの継続に向けたアセスメントのプロセス." *日本看護研究学会雑誌* 38 (4): 25-35.
- 辻 ちえ, 小笠原 知枝, 竹田 千佐子, 片山 由加里, 井村 香積, 永山 弘子. 2007. "中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因." *日本看護研究学会雑誌* 30 (5): 5_31-5_38.
- 対馬 栄輝. 2016. *SPSSで学ぶ医療系データ解析 第2版*. 東京: 東京図書
- 戸塚 恵子, 上谷いつ子. 2020. "病棟看護師の在宅療養に向けた退院支援の現状と課題" *日本在宅ケア学会誌* 24, no. 1: 65-73.
- 豊嶋 直美, 長岡 真希子. 2019. "介護支援専門員から見た急性期病院における退院前カンファレンスの評価 介護支援専門員の背景・多職種連携要因・カンファレンスの構成要素と達成度との関連." *秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要* 27 (2): 105-116.
- 戸村, ひかり, 智子 永田, 幸代 村嶋, 樹美 鈴木. 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_3-3_13.
- 中島 和江. 2019. *レジリエント・ヘルスケア入門: 攪乱とせいやくかで柔軟に対応する力【電子版】* 東京: 医学書院.
- 中谷 友里恵, 澤田佑季, 若林 晶, 恭子 松井 恭子, 加藤 千夏, 松井 優子. 2022. "急性期病院において入院時に開催する退院支援カンファレンスプレ面談の効果 患者・家族・ケアマネジャー・看護師を対象に." *看護実践学会誌* 34 (1): 63-75.
- 永田 智子. 2015. "療養場所の円滑な移行に向けた退院支援方策の開発とその評価." *看護科学研究* 13 (1): 18-21.
- 中山 和弘. 2018. *看護学のための多変量解析入門[電子版]*. 東京: 医学書院.
- 成島 沙織, 大竹まり子, 松田友美. 2020. "慢性疾患患者の退院支援における病棟看護師の意思決定支援の実践." *北日本看護学会誌* 23 (1): 29-37.
- 西山 和代, 関井愛紀子. 2019. "病棟看護師の退院支援実践力とチームアプローチとの関連." *日本看護管理学会誌* 23 (1): 1-10.
- 日本医療機能評価機構. 2016. *薬局ヒヤリ・ハット事例の分析 退院時等に継続された処方に関する事例*. Accessed 2025.09.15 from https://www.yakkyoku-hiyari.jcqhcc.or.jp/pdf/year_report_2016_T007.pdf
- 日本看護協会. "資格認定制度." Accessed 2025.09.15 from <https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/>
- 樋口キエ子, 山崎 恵子, 玄永春奈, 和田登喜子, 斉藤 聡子. 2013. "訪問看護師が認識する在宅移行時の連携促進要因と阻害要因." *医療看護研究* 10 (1): 38-44.
- 藤田 淳子, 福井小紀子, 池崎澄江. 2015. "在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発." *厚生指標 = Journal of health and welfare statistics* 62 (6): 1-9.
- メレイス. アフアフィブラハム (2019). *移行理論と看護: 実践, 研究, 教育*. 監・訳/片田 範子 片田、学研メディカル秀潤社. 東京. ISBN-10 4780913314

- 松尾 太加志, 中村知靖 . 2002. *誰も教えてくれなかった因子分析*. 京都: 北大路書房.
- 水原 美地, 石井 美紀代, 鹿毛 美香. 2020. "慢性疾患をもつ高齢者の退院調整にかかわる職種が感じる困難感." *西南女学院大学紀要* 24: 35-45.
- 丸山 優, 湯浅 美千代 . 2016. "高齢患者の急性期病床から療養病床への継続療養に関する課題 療養病床の看護師が転入に関して困難を認識する状況と対処から." *老年看護学* 21 (1): 50-58.
- 森本 悦子, 石橋みゆき, 小山裕子. 2018. "一般病院に通院する後期高齢がん患者の療養支援における専門職の課題と取り組み." *高知女子大学看護学会誌* 43 (2): 62-69.
- 森本 明見, 久保陽子, 長谷川真樹, 瀬山由美子. 2019. "地域包括ケア病棟が取り組む退院支援における情報提供の検討 訪問看護師と介護支援専門員への質問紙調査より." *日本看護学会論文集: ヘルスプロモーション* (49): 7-10.
- 安川 乃里子, 加藤 隆寛 , 竹内正幸, 大西正文 . 2024. "救急入院患者におけるお薬手帳の活用状況と有用性の評価." *日本臨床救急医学会雑誌* 27 (1): 16-22.
- 山路 朋子, 前田修子 , 村角直子. 2020. "病棟看護師の終末期がん患者に対する退院支援の実践自己評価と関連要因の検討." *日本看護科学会誌* 40: 562-571.
- 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): 5_837-5_848.
- 山本 多恵子, 小川典子 , 酒井太一, 美ノ谷新子 . 2021. "退院支援教育が病棟看護師の退院支援行動におよぼす影響." *順天堂保健看護研究* 9: 1-13.
- リトン 佳織, 堀越 政孝, 原 祥子 . 2017. "病院からの退院時看護サマリーの必要項目と問題 点の抽出 文献検討." *群馬保健学研究* 37: 101-110.