

長寿医療研究開発費 2021年度 総括研究報告（総合報告）

日本で活用可能な中間ケアの質測定指標の開発-指標の信頼性と妥当性の検証-
に関する研究（20-44）

主任研究者 後藤 友子 国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部(研究員)

研究要旨

当研究は、日本の中間ケアの臨床現場において、中間ケアの評価指標の妥当性、信頼性を検証するためのデータ収集を行うことを目的とした。

日本では、在宅への退院後訪問指導を中心とする移行期ケア、地域包括ケア病床や回復期病床での入院ケア、老人保健施設入所ケアの4領域で中間ケアが提供されている。当研究開始と共にCOVID-19のパンデミックが発生したことから、当センター内のみでデータ収集調査へと計画変更した。2021年9月に倫理審査での承認を経て、2022年10月から移行期ケアでの調査を開始し、2022年12月から地域包括ケア病棟での調査を開始したが閉棟により2021年11月末日で調査終了し、2021年1月から回復期リハビリテーション病棟での調査を開始した。現在も質問紙回収中ではあるが、概念構成の確認を目的として試行的に信頼性と妥当性の評価を行った。PREM概念は残差相関をもつ2因子構造であり、共有意思決定支援との明確な併存概念性を確認した。Cronbach α 係数は0.77であり、十分ではないが最低限の信頼性と妥当性が確認できた。引き続きデータを集積し、改めて分析を行い信頼性と妥当性の検証を行う必要がある。

主任研究者

後藤 友子 国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部（研究員）

分担研究者

山田 小桜里 国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部

（副地域医療連携室長）

三浦 久幸 国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部（部長）

研究期間 2020年4月1日～2022年3月31日

A. 研究目的

当研究は日本の中間ケア現場(地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、移行期ケア)にて、海外で開発され日本語に翻訳された中間ケア評価指標の信頼性と妥

当性を検証するためのデータ収集調査を行う研究である。

中間ケアとは、療養ケアと患者の意思を急性期と暮らしの場(自宅や施設、療養病床など)の間でつなぐ介入である。欧州を中心に発展しており、英国やカナダでは中間ケアを医療政策に位置付けている。海外の先行研究により中間ケアのアウトカムは「避けられる短期間(退院後1か月～3か月程度)での再入院」や「患者の自立促進(患者の意思に基づく日常生活の継続や機能維持)」効果が明らかになっている。

当主任研究者が作成した、NHSが開発し医療評価に用いている中間ケア質評価指標(Patient Reported Experience Measure: PREM)の日本語版の信頼性と妥当性を検証する。中間ケアとは自宅での生活を継続するために、体調やADL、社会サポートを整えるケアである。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

質問紙による横断的調査研究

2. 質問紙

1) 質問紙1は、属性質問紙

2) 質問紙2は、日本語版PREM(中間ケア評価指標) ※2パターンあり

病棟では病棟用日本語版PREMを用いて調査を実施

退院後看護師訪問では、在宅用日本語版PREMを用いて調査を実施

3) 質問紙3は、ケア決定における共有意思決定支援評価指標

3. 中間ケアの評価指標(日本語版PREM)

英国の国民保健サービス(NHS)で実際に利用されている15問の中間ケア評価指標であるPREM(Patient reported experience measure)の日本語版を作成し、日本の中間ケアを提供している臨床現場において調査を行う。日本語版PREMの作成は、英国国民保健サービスの中間ケア研究機関(Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust)の研究代表者Elizabeth Teale氏の承認を得て実施している。

この中間ケア評価指標は、「患者中心のケア」(Pickerの8原則)を測定しており、英国では全てのヘルスケア事業評価において「患者中心のケア」による患者回答調査を実施し、ケアの質を可視化している。

病棟用と在宅用の2種類の日本語版PREMがあり、病棟用日本語版PREMは地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟で用いる。在宅用日本語版PREMは退院後看護師訪問で用いる。

当研究で使用する日本語版PREMは翻訳尺度開発ガイドラインに基づき、順翻訳と逆翻訳を繰り返し、尺度開発研究に経験を持つ研究者、退院支援の専門家、日本の看護管

理者や患者代表者、そのご家族、介護支援専門員と共に、言葉の意味合いの精査や現存する日本の看護場面での用語の正確性を確認しながら作成した。

15 問の質問回答は 2 から 5 のリッカート式回答である。

4. ケア決定における共有意思決定支援評価指標

(暮らしを支える治療、介護、ケアを一緒に決めるための共有意思決定質問紙)

ドイツのハンブルグ大学エッペンドルフで開発された治療決定における医師と患者の共有意思決定支援評価指標 (SDM-Q-9/SDM-Q-Doc) を日本語版から、日本のケア専門職用に当研究者らが開発した、ケア決定における共有意思決定支援評価指標である。この評価尺度は共有意思決定支援概念を測定しており、当研究者らは日本において信頼性と妥当性、日本語版 SDM-Q-9 (治療決定における共有意思決定支援評価尺度) との等質性を確認している。1 因子構造 9 項目で構成され、6 段階のリッカート回答である。

5. 調査領域

国立長寿医療研究センター内

地域包括ケア病棟 (2021 年 11 月 30 日に閉棟) /

回復期リハビリテーション病棟/

地域医療連携室 退院後看護師訪問チーム (TCT)

6. 調査対象者

※イタリア語版の開発論文をもとにサンプルサイズを決定した

当調査の研究対象者は国立長寿医療研究センターの中間ケアを受けた患者/家族である。患者本人が記述できない状況の場合は、その家族や担当介護支援専門員が研究対象者として回答可能である。

1) 組み入れ基準

① 国立長寿医療研究センターの中間ケアを受けた患者/家族

② 日本語版 PREM の質問紙に回答可能な日本語能力を保持している者

※患者/家族が回答できない場合は担当の介護支援専門員が回答可能

2) 除外基準

① 患者/家族/担当介護支援専門員全員が研究内容の理解が難しい場合

② 患者/家族/担当介護支援専門員全員が質問紙への回答 (記入) が難しい場合

7. 研究データの収集方法

患者は中間ケアを受けた後、退院直前や退院後看護師訪問が終了する直前に、当研究の質問紙を受け取り、退院後や退院後看護師訪問が終了した後に質問紙に記入し返信用封筒に入れて、投函する。(郵送法)

当研究対象者は、患者や家族が質問紙に回答できない人や、死亡退院患者、一般病棟への転院患者、検査入院患者を対象外とする。

当調査の目標データ数は、先行研究のデータ数を参考に設定し、地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟の退院患者は各 150 名、退院後看護師訪問を受けた患者は 100 名を目標とした。

8. 研究期間

2020 年 12 月～現在も質問紙の回収中である。

9. 統計分析

属性データは記述統計にてデータを整理する。

日本語版 PREM(中間ケア評価指標) について、15 問の回答方式は 2 から 5 つのリッカート回答方式となっている。そのため、回答選択肢の数を分母として、選択した回答を分子にして回答を数値化した。15 問あり合計最大値は 15 となる。合計最大値を 100 になるように各設問回答値に 20/3 をかけて算出した。

「わからない」は「いいえ」と同等の回答とみなした。

表 1 病棟用日本語版 PREM 質問内容と回答選択肢、回答点数一覧

1. 入院、入所するまでの待機時間は妥当でしたか		
はい (数値化 1/2)	いいえ (数値化 1/2)	
2. 看護師は紹介元の医療者から私の状況や病気に関する必要な全ての情報を伝えられていましたか		
はい (数値化 1/2)	わからない(数値化 1/2) ※「いいえ」同等	いいえ(数値化 1/2)
3. あなたは自分自身のケア目標を明確に認識することができましたか		
はい (数値化 1/2)	わからない(数値化 1/2) ※「いいえ」同等	いいえ(数値化 1/2)
4. あなた自身が、退院後/退所後の在宅ケアの目標を一緒に考えることができましたか		
いつも考えた (数値化 1/3)	時々考えた (数値化 1/3)	考えなかった (数値化 1/3)
5. あなたが入院/入所中の部屋や共有の場所は清潔でしたか		
とても清潔だった (数値化 1/3)	まあまあ清潔だった (数値化 1/3)	あまり清潔ではなかった (数値化 1/3)
6. 入院/入所中に、他の利用者や訪問者から、不快なことをされたり、怖さなどを感じたりすることがありましたか		
なかった(数値化 1/2)	あった(数値化 1/2)	

7. あなたが抱く色々な疑問に看護師は十分に答えてくれましたか				
答えてくれた (数値化 1/4)	ある程度 答えてくれた (数値化 1/4)	質問する必要がなかった (数値化 1/4)	答えてくれなかった (数値化 1/4)	
8. あなたは看護師を信頼することができましたか				
信頼できた (数値化 1/3)		ある程度信頼できた (数値化 1/3)	信頼できなかった (数値化 1/3)	
9. あなたはケアや治療に関する意思決定において、納得できるまで関わりましたか				
はい (数値化 1/2)		いいえ (数値化 1/2)		
10. あなたは、いつ住まいに帰るのか、について決定に関わりましたか				
充分に関わった (数値化 1/4)	ある程度関わ った (数値化 1/4)	関わる必要がなかった (数値化 1/4)	関われなかった (数値化 1/4)	
11. 住まいでのケア計画を立てる際、看護師はあなたの家族や家の状況を考えてく れましたか				
充分に 考えてくれた (数値化 1/4)	ある程度 考えてくれた (数値化 1/4)	考えてもらう 必要はなかった (数値化 1/4)	わからない (数値化 1/4) ※0 とみなす	考えてくれ なかった (数値化 1/4)
12. 看護師は、家族や親しい人にあなたのケアに必要な情報を十分に伝えてくれまし たか				
充分に伝えて くれた (数値化 1/4)	ある程度 伝えてくれた (数値化 1/4)	伝えてほしく なかった/ 必要がなかった (数値化 1/4)	伝えて くれなかった (数値化 1/4)	
13. 住まいでの療養のために、補助具や医療機器の導入の必要性について、看護師と 話し合うことができましたか				
話し合うことができた (数値化 1/3)		話し合う必要がなかった (数値化 1/3)	話し合いたいと思ったが、 話し合えなかった (数値化 1/3)	
14. 退院/退所した後、他のケアや支援を受ける必要性について、看護師と十分に話 し合うことができましたか				
話し合うことができた (数値化 1/3)		話し合う必要がなかった (数値化 1/3)	話し合いたいと思ったが、 話し合えなかった (数値化 1/3)	

15. 総合的に見て、あなたは入院中/入所中、看護師から敬意をもってケアを受けたと感じることができましたか		
常に感じられた (数値化 1/3)	時々感じられた (数値化 1/3)	感じられなかった (数値化 1/3)

ケア決定における共有意思決定支援評価指標は9問全てが6段階のリッカート回答方式であり、1問につき最大が5になるように数値化し、全9問あり合計最大値が45となる。次に、合計の最大値が100になるように各設問回答値に20/9をかけて算出した。

日本語版 PREM とケア決定における共有意思決定支援評価指標は、それぞれ全体の30%以上の欠損を含むデータを削除した。20%以下の欠損値は、中央値代入法にて、その項目の全体の中央値を代入して分析対象に含めた。

日本語版 PREM の信頼性は内的一貫性を評価することで検証した。Cronbach α 係数を算出し、PREM のオリジナル版開発研究を参考に α 値を 0.7 以上で内的一貫性ありと評価した。

日本語版 PREM の妥当性は因子分析と構造方程式モデリングにより構成概念妥当性を確認することで検証した。モデルの適合度評価は χ^2 値、RMSEA、GFI、AGFI、ACI で評価する。併存概念(共有意思決定支援)との Spearman 相関分析により相関係数を算出し併存妥当性を確認した。相関係数は $r \geq 0.3$ で相関関係ありと判断した。

分析ソフトは IBM SPSS Statistics28 と IBM SPSS Amos Graphics28 を用いた。

(倫理面への配慮)

当研究の倫理審査は国立長寿医療研究センター倫理・利益相反委員会への承認を得た上で実施している。(2020年9月14日承認済み、No, 1434)

研究対象者や研究協力者に生じる負担並びに予測されるリスクについては、身体又は精神に対する傷害又は負担の可能性は低いが、問い合わせを掲示して個別に精神的負担に対応する。

(リクルートとインフォームド・コンセントを受ける手続き)

当研究のフィールド(地域医療連携室：移行期ケアチーム、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟)に主任研究者が出向き、研究資料を用いて各看護管理者(看護師長、看護副師長)に個別に当研究の説明と研究協力を行った。

各看護管理者から当研究協力同意が得られたのちに、調査資料を用いて各組織の看護スタッフや病棟クランクに対して複数回の当研究説明を行った。

中間ケアを受けた患者が退院直前、もしくは退院後看護師訪問の終了直前に看護師もしくは病棟クランクから当研究の調査セットを受け取り、当研究の協力の同意した患者/家族は自身の意思で質問紙に記入し、返信用封筒に入れて投函する。

当研究への協力同意は、質問紙の提出をもって研究同意が得られたとみなすことを、研究説明書に明記している。

調査質問紙には回答者個人が特定される病名や個人名、年齢などの情報は含まれていない。

研究は全て無記名で連結不可能なデータを収集することから、回答が記述された質問紙を当研究者が郵送にて受け取った時点で研究協力同意とみなすことも説明してもらう。

(個人情報の取り扱い)

得られた資料はすべて無記名である。

当研究以外に、現象の追求のため研究者が今回収集されたデータを二次的に利用する場合も当研究のデータは匿名データのみであり個人情報となる情報はない。

C. 研究結果

2022年5月11日（水）までに患者から提供されたデータは、在宅用日本語版 PREM が 38、病棟用日本語版 PREM は 2 病棟合わせて 124 であった。

そのうち、日本語版 PREM もしくは、ケア決定における共有意思決定支援評価指標において 30%以上の欠損値があるデータを削除した結果、在宅用日本語版 PREM は 33、病棟用 PREM は 107 のデータ集積であった。

1. 在宅用日本語版 PREM

在宅用日本語版 PREM については、15 項目の評価指標において信頼性や妥当性を検討するサンプル数に到底達していないことや、今後も回収される見込みが低いことから分析するに至らなかった。

2. 病棟用日本語版 PREM

1) 属性

病棟用日本語版 PREM についても、15 項目の評価指標において信頼性や妥当性を検討する十分なサンプル数ではないが、傾向把握のため試行として分析を行った。

回答者は、患者が 53 人、患者家族が 51 人、回答無しが 3 人であった。

中間ケアを受けた患者の年代は、49 歳以下が 3 人、50 歳代が 16 人、60 歳代が 12 人、70 歳代が 32 人、80 歳代が 35 人、90 歳以上が 8 人であった(表 2)。

表 2 調査対象の患者の年代

患者の年代	回答者数(人)	全回答者に占める割合(%)
49 歳以下	3	3
50 歳代	16	15
60 歳代	12	11
70 歳代	32	30
80 歳代	35	33
90 歳代以上	8	7
無回答	1	1
合計	107	100

患者の性別は女性が 66 人、男性が 40 人、無回答が 1 人であった。

患者の最終学歴は、中学校卒が 21 人、高等学校卒が 53 人、高等専門学校卒が 6 人、大学/大学院卒が 18 人、無回答が 9 人であった(表 3)。

表 3 患者の最終学歴

患者の最終学歴	人数(人)	全回答者に占める割合(%)
中学校	21	20
高等学校	53	50
高等専門学校	6	5
大学/大学院	18	17
回答せず	9	8
合計	107	100

患者の世帯構成は、一人世帯が 12 人、配偶者との二人世帯が 30 人、配偶者と子どもと同居している 2 世代世帯が 7 人、親との 2 世代世帯が 12 人、子どもとの 2 世代世帯が 33 人、親と子どもとの 3 世代世帯が 5 人、それ以外と無回答が 8 人であった(表 4)。

表 4 患者の世帯構成

患者の世帯構成	人数(人)	全回答者に占める割合(%)
一人世帯	12	11
配偶者との二人世帯	30	28
配偶者と子供との 2 世代世帯	7	7

親との2世代世帯	12	11
子どもとの2世代世帯	33	31
親と子どもとの 3世代世帯	5	5
その他、無回答	8	7
合計	107	100

2) 日本語版 PREM 回答数と割合

日本語版 PREM の回答は表5の通りであった。

表5 日本語版 PREM 回答選択肢別の数と割合

PREM	質問	回答選択肢 (n, %)				
1	入院、入所するまでの待機時間は妥当でしたか	はい 98人, 92%		いいえ 6人, 5%	無回答 3人, 3%	
2	看護師は紹介元の医療者から私の状況や病気に関する必要な全ての情報を伝えられていましたか	はい 72人, 68%	わからない 29人, 27%	いいえ 2人, 2%	無回答 4人, 3%	
3	あなたは自分自身のケア目標を明確に認識することができましたか	はい 81人, 75%	わからない 22人, 21%	いいえ 3人, 3%	無回答 1人, 1%	
4	あなた自身が、退院後/退所後の在宅ケアの目標と一緒に考えることができましたか	いつも考えた 56人, 53%	時々考えた 41人, 38%	考えなかった 9人, 8%	無回答 1人, 1%	
5	あなたが入院/入所中の部屋や共有の場所は清潔でしたか	とても清潔だった 45人, 42%	まあまあ清潔だった 57人, 53%	とてもあまり清潔ではなかった 3人, 3%	無回答 2人, 2%	

6	入院/入所中に、他の利用者や訪問者から、不快なことをされたり、怖さなどを感じたりすることがありましたか	いいえ 89 人, 83%		はい 13 人, 12%	無回答 5 人, 5%	
7	入院/入所中に、他の利用者や訪問者から、不快なことをされたり、怖さなどを感じたりすることがありましたか	答えてくれた 58 人, 54%	ある程度答えてくれた 40 人, 37%	質問する必要がなかった 7 人, 7%	答えてくれなかった 2 人, 2%	
8	あなたは看護師を信頼することができましたか	信頼できた 77 人, 72%	ある程度信頼できた 29 人, 27%	信頼できなかった 1 人, 1%		
9	あなたはケアや治療に関する意思決定において、納得できるまで関わりましたか	はい 84 人, 79%		いいえ 22 人, 20%	無回答 1 人, 1%	
10	あなたは、いつ住まいに帰るのか、について決定に関わりましたか	充分に関わった 53 人, 50%	ある程度関わった 34 人, 32%	関わる必要がなかった 9 人, 8%	関われなかった 11 人, 10%	
11	住まいでのケア計画を立てる際、看護師はあなたの家族や家の状況を考えてくれましたか	充分に考えてくれた 60 人, 56%	ある程度考えてくれた 29 人, 27%	考えてもらう必要はなかった 8 人, 7%	わからない 7 人, 7%	考えてくれなかった 2 人, 2%
						無回答 1 人, 1%

12	看護師は、家族や親しい人にあなたのケアに必要な情報を十分に伝えてくれましたか	十分に伝えてくれた 50 人, 47%	ある程度伝えてくれた 45 人, 42%	伝えてほしくなかった/ 必要がなかった 7 人, 7%	伝えてくれなかった 4 人, 3%	無回答 1 人, 1%
13	住まいでの療養のために、補助具や医療機器の導入の必要性について、看護師と話し合うことができましたか	話し合うことができた 60 人, 56%	話し合う必要がなかった 35 人, 33%	話し合いたいと思ったが、話し合えなかった 9 人, 8%	無回答 3 人, 3%	
14	退院/退所した後、他のケアや支援を受ける必要性について、看護師と十分に話し合うことができましたか	話し合うことができた 63 人, 59%	話し合う必要がなかった 31 人, 29%	話し合いたいと思ったが、話し合えなかった 12 人, 11%	無回答 1 人, 1%	
15	総合的に見て、あなたは入院中/入所中、看護師から敬意をもってケアを受けたと感ずることができましたか	常に感じられた 75, 70%	時々感じられた 28 人, 26%	感じられなかった 3 人, 3%	無回答 1 人, 1%	

3) ケア決定における共有意思決定支援評価指標の回答数と割合 (人, %)

ケア決定における共有意思決定支援評価指標の回答は表 6 の通りであった。

表6 ケア決定における共有意思決定支援評価指標の回答選択肢別の回答数と割合

SDM1. 治療、介護、ケアを提供する方は、治療、介護、ケアについて、 決定しなければならない事があるということを明確に伝えてくれた						
全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかと言えば当てはまる	おおむね当てはまる	よく当てはまる	
3 人, 3%	4 人, 3%	5 人, 5%	22 人, 21%	40 人, 37%	33 人, 31%	
SDM2. 治療、介護、ケアを提供する方は、 私がどのように決定に関わりたいかを丁寧に確認をしてくれた						
全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかと言えば当てはまる	おおむね当てはまる	よく当てはまる	
4 人, 4%	1 人, 1%	12 人, 11%	20 人, 19%	39 人, 36%	31 人, 29%	
SDM3. 治療、介護、ケアを提供する方は、 私に、様々な治療、介護、ケアの選択肢があることを伝えてくれた						
全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかと言えば当てはまる	おおむね当てはまる	よく当てはまる	
4 人, 4%	4 人, 4%	11 人, 10%	21 人, 20%	38 人, 36%	29 人, 26%	
SDM4. 治療、介護、ケアを提供する方は、それぞれの選択肢のメリット(利点)とデメリット(欠点)について明確に説明してくれた						
全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかと言えば当てはまる	おおむね当てはまる	よく当てはまる	無回答
4 人, 4%	6 人, 6%	14 人, 13%	27 人, 25%	27 人, 26%	28 人, 26%	1 人, 1%
SDM5. 治療、介護、ケアを提供する方は、 私が説明された情報を充分理解できるように助けてくれた						
全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかと言えば当てはまる	おおむね当てはまる	よく当てはまる	
3 人, 3%	3 人, 3%	9 人, 8%	26 人, 24%	34 人, 32%	32 人, 30%	

SDM6. 治療、介護、ケアを提供する方は、私がどの選択肢を希望するのか訊いてくれた						
全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおむね当てはまる	よく当てはまる	
5 人, 5%	5 人, 5%	9 人, 8%	21 人, 19%	35 人, 33%	32 人, 30%	
SDM7. 治療、介護、ケアを提供する方と私は、 それぞれの治療、介護、ケアの選択肢について入念に比較検討した						
全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおむね当てはまる	よく当てはまる	無回答
6 人, 9%	5 人, 8%	11 人, 10%	22 人, 14%	40 人, 37%	22 人, 21%	1 人, 1%
SDM8. 治療、介護、ケアを提供する方と私は、一緒に治療、介護、ケアを選択した						
全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおむね当てはまる	よく当てはまる	
6 人, 6%	6 人, 6%	6 人, 6%	31 人, 18%	32 人, 30%	26 人, 24%	
SDM9. 治療、介護、ケアを提供する方と私は、 これからの治療、介護、ケアの進め方について確認し合った						
全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおむね当てはまる	よく当てはまる	無回答
5 人, 5%	6 人, 6%	10 人, 9%	22 人, 20%	35 人, 33%	27 人, 25%	2 人, 2%

4) 記述統計

日本語版 PREM の 15 問をそれぞれ PREM1～15 と表記した。

ケア決定における共有意思決定支援評価指標の 9 問をそれぞれ SDM1～9 と表記した。

そして、欠損値にその項目の中央値を代入した。

日本語版 PREM の記述統計は表 6 の通りであった。

表 7 日本語版 PREM 記述統計 (n=107)

	中央値	最小値	最大値	平均値	標準偏差
PREM1	6.667	0	6.667	6.293	1.541

PREM2	6.667	0	6.667	4.735	3.038
PEWM3	6.667	0	6.667	5.109	2.834
PREM4	6.667	0	6.667	4.829	2.159
PREM5	3.333	0	6.667	4.642	1.818
PREM6	6.667	0	6.667	5.857	2.188
PREM7	6.667	0	6.667	5.422	1.561
PREM8	6.667	0	6.667	5.701	1.587
PREM9	6.667	0	6.667	5.296	2.707
PREM10	4.447	0	6.667	4.902	2.174
PREM11	6.667	0	6.667	5.172	2.087
PREM12	4.447	0	6.667	5.173	1.692
PREM13	0	0	3.333	1.090	1.571
PREM14	0	0	3.333	0.966	1.519
PREM15	6.667	0	6.667	5.607	1.749

ケア決定における共有意思決定支援評価指標の記述統計は表 8 の通りであった。

表 8 ケア決定における共有意思決定支援評価指標 記述統計 (n=107)

	中央値	最小値	最大値	平均値	標準偏差
SDM1	8.889	0	11.11	8.411	2.679
SDM2	8.889	0	11.11	8.224	2.751
SDM3	8.889	0	11.11	8.017	2.876
SDM4	8.889	0	11.11	7.622	3.008
SDM5	8.889	0	11.11	8.204	2.720
SDM6	8.889	0	11.11	8.017	3.033
SDM7	8.889	0	11.11	7.622	3.008
SDM8	8.889	0	11.11	7.664	3.041
SDM9	8.889	0	11.11	7.788	3.028

5) 日本語版 PREM の探索的因子分析

まず、主因子法にて因子分析を行い、1 因子構造であると仮定した(図 1)。

しかし、相関分析により項目間の相関関係を確認したところ、一部の因子間での相関関係が確認できなかった。

次に 2 因子構造であると仮定し、因子数を 2 に肯定して、因子寄与率を確認した(表 9)。

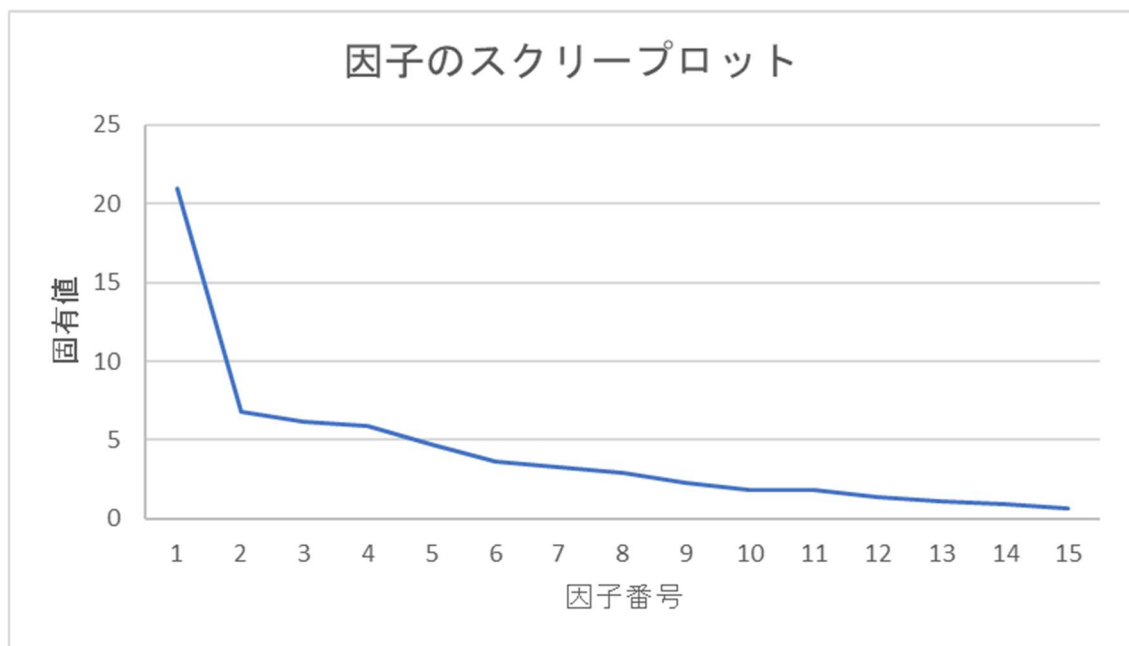


図 1 日本語版 PREM の因子スクリープロット

表 9 日本語版 PREM の因子寄与率

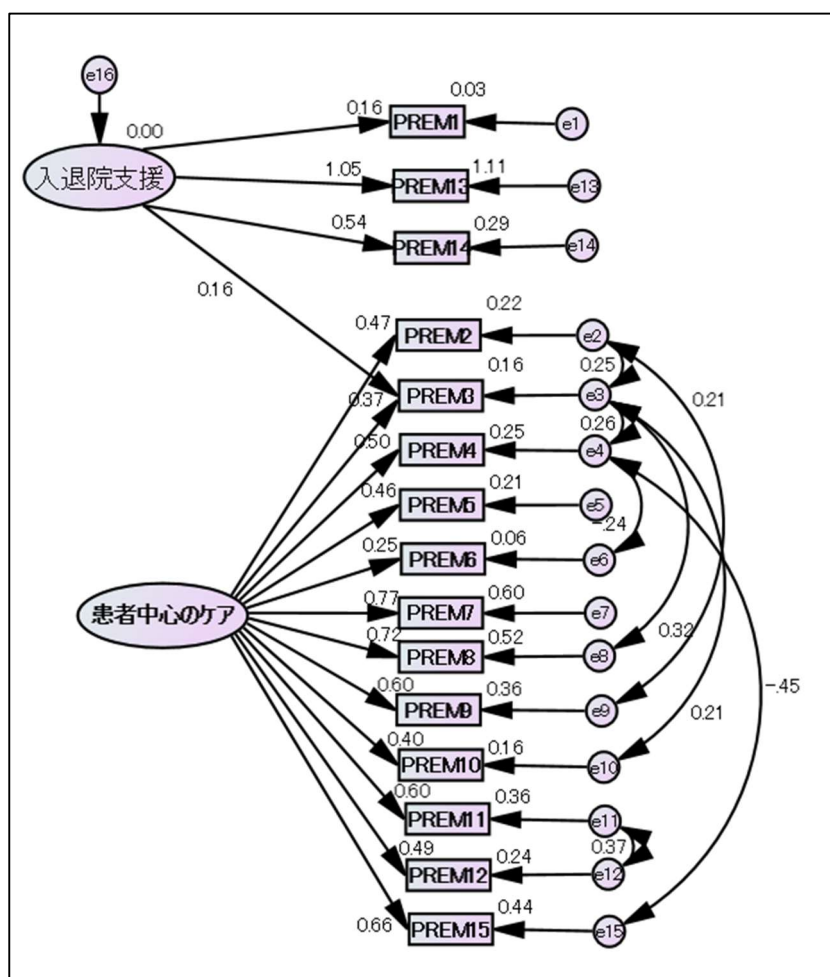
	因子 1	因子 2
PREM7	0.699	-0.356
PREM8	0.670	-0.084
PREM9	0.623	-0.143
PREM11	0.603	-0.476
PREM2	0.588	-0.057
PREM12	0.566	-0.493
PREM15	0.565	-0.113
PREM3	0.528	0.130
PREM4	0.510	-0.230
PREM5	0.488	0.086
PREM10	0.428	-0.130
PREM6	0.130	0.006
PREM14	-0.136	0.668
PREM13	-0.080	0.621
PREM1	0.058	0.150

6) 日本語版 PREM の確証的因子分析

共分散構造分析により 2 因子構造であることを確認した。

1 因子目を「患者中心のケア」と命名し、2 因子目を「入退院支援」と命名した。
 それぞれの因子に項目を割り当て分析したところ、 $\chi^2=155.146$ ($p \leq 0.05$)、
 RMSEA=0.083、GFI=0.835、AGFI=0.780、ACI=215.146 であり、モデルの当てはまりがよ
 くなかった。
 そのため、患者残差相関を仮定したところ、 $\chi^2=92.261$ ($p=0.206$)、RMSEA=0.034、
 GFI=0.896、AGFI=0.848、ACI=168.261 となり、当てはまりのよいモデルとなった。
 さらに、「入退院支援」因子から PREM3 の項目「あなたは自分自身のケア目標を明確
 に認識することができましたか」の関連性を仮定したところ、 $\chi^2=87.825$ ($p=0.283$)、
 RMSEA=0.028、GFI=0.901、AGFI=0.854、ACI=165.825 であり、当てはまりの良いモデル
 となった。

図 2 日本語版 PREM の概念構造パス図



7) 日本語版 PREM の併存妥当性の検証

日本語版 PREM の合計点とケア決定における共有意思決定支援評価指標の合計点を Spearman の相関分析を行い、 $r=0.431$ ($p \leq 0.05$) であり有意な相関関係を確認した。

8) 日本語版 PREM の内的一貫線の検証

日本語版 PREM において Cronbach の α 係数を算出し、0.77 であった。

D. 考察と結論

1. 日本語版 PREM の信頼性と妥当性について

当研究は、英国で開発され、すでに他の国の言語翻訳版が開発されている中間ケア評価指標の日本語版開発を目的とした研究である。そのため、中間ケアを受けた日本語によるコミュニケーションや質問紙回答に支障のない患者家族から回答を得る調査を実施し、データを収集した。そのサンプルサイズは他国の先行研究に基づいて設定したが、目標データ数の 35% の集積状態で研究終了に至っている。そのため、15 問の質問紙の信頼性と妥当性を検証するための十分なサンプル数ではない状況で、試行的な分析を行っている。因子構造や併存概念との関連性など試行的な分析として確認できたことにより、今後も引き続きデータ回収を行う上で力強い根拠を得ることができたことは、長期間のデータ回収を行う当研究において有益な成果であったと考える。

信頼性においては、 α 係数が 0.77 であり、追加のデータと共に更なる検証が必要であると考えられる。また、PREM1 の「入院、入所するまでの待機時間は妥当でしたか」については、2 因子それぞれに対する寄与率が低く、日本の中間ケア評価項目としては妥当ではない可能性が示唆された。

また、PREM6 の「入院/入所中に、他の利用者や訪問者から、不快なことをされたり怖さなどを感じたりすることがありましたか」についても因子へのパス係数が 0.3 以下であり、日本の中間ケアにおけるケアの評価としては妥当ではない可能性が示唆された。

また、「患者中心のケア」について十分な教育が行われていない日本の中間ケアを受けた患者の回答から、「患者中心のケア」の核と言われている共有意思決定支援と日本語版 PREM の相関が明確に示されたことは、非常に重要な示唆であるといえる。

今回の当研究は、全研究期間において COVID-19 のパンデミック下での調査であり、家族や担当介護支援専門員の面会や、ケア専門職と患者家族の対話が非常に限定されていた異例的环境下での調査データを分析しており、他国などの研究結果と比較し、データの偏りが生じている可能性を十分に考えて取り扱う必要性を感じており、更なるデータの集積が必要であると考えられる。

2. 患者視点による中間ケア評価の必要性

近年の日本においても少しずつ「当事者視点」に寄り添う医療やケアのあり方が求められており、今回の調査結果は今後の専門職教育や「Patient centered care:患者中心のケア」を含めた医療運営において重要な情報になると考える。

患者の価値観を把握しながら患者とともに意思決定を行い、医療やケアを提供する「Advance care planning」が日本においても国策として推進されていることから、患者満足度調査や事故調査などではなく、患者がどのようなケアを受けたと認識しているのか、患者の経験に基づきケアの質を確認する評価の仕方は日本ではほとんど行われていない。しかし、患者のための医療やケアであるという考え方にに基づき、患者からの情報を積極的に収集する動きは欧米を中心に広がってきており、今後の医療やケア評価の根本を変える重要な要素であるといえる。

また、日本では地域での患者の療養生活を後方支援する役割を求められる地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟のケアの質基準が揺れ動いている状況である。

今回の当研究において、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟のケアは、患者の生活や療養希望について相談し共有し、地域に繋ぐ機能を患者から求められていることが明らかになったと言える。

また、日本語版 PREM7 の「あなたが抱く色々な疑問に看護師は十分に答えてくれましたか」や日本語版 PREM8 の「あなたは看護師を信頼することができましたか」、日本語版 PREM15 の「総合的に見て、あなたは入院中/入所中、看護師から敬意をもってケアを受けたと感じることができましたか」が、中間ケア概念に強く影響していることや、入退院支援項目が別因子構造であることから、患者を一人の人として関わりケアで支える看護師のあり方と入退院支援とは併存していると考えられる。

現在の看護師教育において、「患者中心のケア」と「入退院支援」は併存的概念として教育は行われていない。しかし、診療報酬改定からも入退院支援の重要性は日本社会で認識されていることから、「患者中心のケア」と「入退院支援」の教育は同じベクトルで進めていく必要があることが示唆される。

結論としては、十分なサンプルサイズではないが、試行的に概念構造を探索する分析を行い、一定の信頼性と妥当性が示唆される傾向を確認できた。しかし、分析において適切なサンプル数を集めたうえで、最後確証的な分析を行う必要性がある。

また、日本で初めての地域包括ケア病棟などの中間ケア評価指標基盤が整えられた。

パンデミック下の異例の環境の中で当調査にご協力頂いた患者家族の皆様と、中間ケア提供者である看護師の皆様に謹んで厚く御礼申し上げます。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

2021年度

- 1) Goto Y, Yamaguchi Y, Onishi J, Miura H. Adapting the patient and physician versions of the 9-item shared decision making questionnaire for other healthcare providers in Japan. BMC Medical Informatics and Decision Making, 21(314), 2021.
- 2) Goto Y, Hisayuki Miura, Daisuke Son, Isabelle Scholl, Levente Kriston, Martin Härter, Kotaro Sato, Tesshu Kusaba, and Hidenori Arai. Association between physicians' and patients' perspectives of shared decision making in primary care settings in Japan: The impact of environmental factors. PLOS ONE, 16(2), e0246518, 2021.
- 3) 後藤友子、三浦久幸；人生 100 年時代における共有意思決定支援を取り入れた日本のアドバンス・ケア・プランニングの展開－対話による多様性重視の社会に向けた ACP 実践のための教育強化の必要性, 週刊医学のあゆみ, 279(5), 510-515, 2021.

2020年度

- 1) Goto Y, Hisayuki Miura, Daisuke Son, Hidenori Arai, Levente Kriston, Isabelle Scholl, Martin Härter, Kotaro Sato, and Tesshu Kusaba. Psychometric Evaluation of the Japanese 9-Item Shared Decision-Making Questionnaire and Its Association with Decision Conflict and Patient Factors in Japanese Primary Care. JMA Journal, 3(3), 208-215, 2020.
- 2) 後藤友子、三浦久幸. こんなときどうする？医師にとっての「地域包括ケア」疑問・トラブル解決 Q&A60(長尾和宏編) 第2章 M: 各地域での実践例, 日本医事新報社, 東京, 2020.
- 3) 後藤友子、三浦久幸. 【第11回】フォローアップ研修会の質疑応答～研修受講から地域づくり/組織開発を進めるエリアリーダーとしての人材発展「何をしたらよいのかわからなかった…」への回答～, Geriatric Medicine(老年医学), 58 (8), 757-761, 2020.
- 4) 山口泰弘、後藤友子. 【第10回】受講者の行動変容を促す教育戦略～実臨床で専門職が活動し患者の「生ききる」を支えるために～, Geriatric Medicine(老年医学), 58 (7), 655-658, 2020.
- 5) 後藤友子. 特集:高齢者呼吸器疾患の診断から看取りまで 臨床に役立つ Q&A 2. 慢性呼吸不全の患者と、将来のことの話し合いをどのように進めるとよいでしょうか、Geriatric Medicine(老年医学), 58 (4), 339-342, 2020.

2. 学会発表

2021年度

- 1) 後藤友子、三浦久幸. 医療介護福祉専門職を対象としたオンラインによる対話技能研修会から得た成果と課題、第75回国立病院総合医学会、2021、オンライン.
- 2) 後藤友子、三浦久幸. アドバンス・ケア・プランニング教育結果からの看護師の意思決定支援訓練への示唆ー看護師の共有意思決定支援技能を患者視点で評価するー、日本老年看護学会第26回学術集会、2021、オンライン.
- 3) 後藤友子、三浦久幸. 医療介護福祉専門職を対象としたオンラインによる対話技能研修会から得た成果と課題 第75回国立病院総合医学会 2021.10.23 we 開催

2020年度

- 1) 後藤友子. 地域包括ケアのしくみを活かせるアドバンス・ケア・プランニング(ACP) 人材の育成ー～あいち ACP プロジェクト～、令和元年度地域包括医療・ケア研修会、2020、東京.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし