日本語版親用退院準備性尺度（Japanese Readiness for Hospital Discharge Scale-Parent Form）の信頼性と妥当性
-沖縄県のNICUから退院する乳児の親への応用可能性-

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2022-01-21 キーワード (Ja): 退院準備性, NICU, 早産児, 親 キーワード (En): 作成者: 上原, 和代 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.50872/0000000391

平成 27 年度

博士（看護学）学位論文

日本語版親用退院準備性尺度（Japanese Readiness Hospital Discharge Scale–Parent Form）の信頼性と妥当性

－沖縄県の NICU から退院する乳児の親への応用可能性－

Reliability and validity of Japanese Readiness Hospital Discharge Scale–Parent Form : Adaptation to parents with their infants being discharged from NICU in Okinawa

沖縄県立看護大学大学院

保健看護研究科　博士後期課程

320001　上原　和代

平成 27 年度

博士（看護学）学位論文

日本語版親用退院準備性尺度（Japanese Readiness Hospital Discharge Scale–Parent Form）の信頼性と妥当性

－沖縄県の NICU から退院する乳児の親への応用可能性－

Reliability and validity of Japanese Readiness Hospital Discharge Scale–Parent Form : Adaptation to parents with their infants being discharged from NICU in Okinawa

沖縄県立看護大学大学院　保健看護研究科　博士後期課程

専門領域：母子保健看護

学籍番号：320001

氏　　名：上原　和代

指導教授：前田　和子

要　　旨

要　旨

【題名】日本語版親用退院準備性尺度（Japanese Readiness Hospital Discharge Scale–Parent Form）の信頼性と妥当性：沖縄県の NICU から退院する乳児の親への応用可能性

【背景】在院期間が 1 年以上の長期入院児が新生児集中治療室（以下、NICU とする）の病床の 7.7%を占め（楠田ら,2008）、深刻な病床不足が生じている現在、国は施設医療から在宅医療へ大きく舵を切った。在宅医療先進国の米国では NICU からの早期退院が 1970 年代から始まったがその結果、乳児の再入院や救急外来受診の増加をもたらした（Wescobar ら,2006: Spicer ら, 2008)。米国小児科学会（1998,2008）は、ハイリスク新生児の退院基準を示したが、それは主に子ども側の条件であった。一方、1990 年代よりケアを引き継ぐ家族側の条件を含めた退院準備性尺度の開発研究がさまざまな状態にあるクライエント別になされ始めたが、NICU から退院する乳児の親用に開発された尺度はまだ国外にもない。

【目的】目的は、Weiss(2008）が開発した療養中の子どもの親用退院準備性尺度（Readiness for Hospital Discharge Scale-Parent Form : RHDS-PF）を日本の NICU から退院する乳児の親に応用できるか確かめることであった。具体的には日本語版 RHDS-PF（以下、JRHDS-PF）を作成し、NICU 退院児の親を参加者に自記式質問紙調査によりデータを収集し、JRHDS-PF の信頼性と妥当性を検討した。

【方法】本研究は退院前 1 週と退院後 1 週、1 か月の計 3 回、質問紙調査を行う縦断的研究デザインである。調査票は参加者ごとに連結可能とし、回収箱への投函か郵送による回収とした。研究参加者は沖縄県内 4 施設の NICU から退院する乳児の親、約 100 人を予定し、調査期間は 2014 年 8 月～8 か月間である。調査内容は Meleis(1994,2000,2010)の移行理論に基づき作成し、退院前の調査票には基本属性、JRHDS-PF、親のケア参加、退院調整状況、育児技術指導とその習得度を、退院後の調査票には、育児技術の習得度、医療機関の利用状況、退院後の親の心配と挑戦尺度（Transition Questionnaire : TQ）の日本語版を含めた。日本語版 TQ（以下、JTQ）は Kenner（1994)が NICU 看護分野で開発した尺度で、JRHDS-PF の基準関連妥当性を確かめるために用いた。研究に先立ち、両尺度の開発者から尺度の翻訳と使用の許諾を、研究計画は筆者の所属機関及び調査施設の倫理審査委員会から承認を得た。

【結果】調査票は 165 部配布し、各回の有効回答数（率）は、退院前 108 人(65.5%)、退院後 1 週 61 人(37.0%)、退院後 1 か月 44 人(26.7%)であった。参加者 108 人の基本属性は、年齢 31.9 歳（19-53,SD 5.83)、母親 105 人 (97.2%)、既婚者 103 人(95.4%)、初産 53 人（50.5%)、核家族 92 人(85.2％)、里帰り予定 47 人(43.5％)であった。乳児の平均出生体重は 2030g(範囲 594-4135,SD748.8)、平均出生週数は 33.9 週(範囲 23-41,SD4.1)、平均入院日数は 40.7 日(範囲 7-183,SD33.4)であり、退院後も医療的ケアが必要な乳児は 56 人(51.9%)であった。

JRHDS-PF の各項目の回答率は 92.6～100％で、総得点の平均値は 216.9 点（範囲 140-284,SD31.3)、総得点は正規分布した。JRHDS-PF は原版より一つ少ない 4 因子構造で最も適切なモデルが得られ、内部一貫性が高かった（Cronbachα=.90)。親子の退院準備ができている群、経産婦群、育児指導に満足した群、育児技術の習得度が高い群、入院中の子どものケアに十分参加した群、退院調整が十分であった群は、それぞれそれ以外の群に比べ、JRHDS-PF 総得点が有意に高く、構成概念妥当性が確認された。JRHDS-PF 得点を四分位法で高得点群と低得点群に分け、両群の JTQ 得点を比較したところ、高得点群は低得点群に比べ、JTQ 総得点が有意に高く、基準関連妥当性が確認された。なお、JTQ の因子構造は原版と同じ 5 因子であった。内部一貫性が高く（Cronbachα=.89)、退院後 1 週と 1 か月時点での下位尺度間の相関が強く(r=.76～.83,p=.00)、JRHDS-PF の基準として信頼性のある尺度であることを事前に確認した。退院後の乳児の予定外受診・再入院の有無により JRHDS-PF 総得点に有意差はなく、予測的妥当性は確認できなかった。

【結論】JRHDS-PF は NICU から退院する乳児の親の退院準備性を測るのに有用な尺度であった。かし、本研究は沖縄県の NICU から退院する親子 100 余名という限定された参加者で、調査期間が退後 1 か月までという範囲で行った。今後は、層化された参加者で行うこと、さらに複数の地域でデーを集積することで日本の標準値を得て、NICU から退院する親子の準備性に応じた支援計画や退院時の設定、ケアのアウトカム評価に役立つものとしたい。

目　　次

目次

第一章 ..... 序　論　1
１．１　研究課題の言明 1
１．２　研究目的 6
１．３　理論的パースペクティブ 6
１．４　研究設問と仮説 6
１．５　用語の定義 8
１．６　範囲と限界 10
1.6.1　本研究の範囲 10
1.6.2　本研究の限界 10
１．７　本研究の重要性と意義 12
1.7.1　本研究上の意義 12
1.7.2　実践上の意義 12
本章のまとめ 13

第二章　文献レビュー 14
２．１　患者のケア提供者の退院準備性の尺度 14
2.1.1　検索過程 14
2.1.2　検索結果の概要 14
2.1.3　ケア提供者の退院準備性に関する先行研究 16
2.1.4　ケア提供者の退院準備性尺度の比較 20
２．２　移行理論 25
2.2.1　移行の概念 25
2.2.2　Meleis の移行理論 27
2.2.3　NICU から自宅へ退院する乳児の親への移行理論の適用 28
２．３　JRHDS-PF の妥当性の検討のための変数と仮説 30
2.3.1　親子の退院準備状態に関する親の知覚 30
2.3.2　参加者の特性 30
2.3.3　育児指導の満足度 31
2.3.4　育児技術の習得度 32
2.3.5　NICU での親のケア参加の程度 33
2.3.6　退院調整の程度 33
2.3.7　退院後のヘルスケアサービスの利用 34
2.3.8　退院後の親の心配と挑戦 34
本章のまとめ 36

第三章　方法 37
３．１　研究デザイン 37
３．２　研究場所・期間・研究体制 37
３．３　研究参加者 38
３．４　測定用具 39
3.4.1　調査票の構成 39
3.4.2　JRHDS-PF 40
3.4.3　JTQ 41
３．５　データ収集 41
３．６　データ分析 42
3.6.1　JRHDS-PF の信頼性の分析方法 42
3.6.2　JRHDS-PF の妥当性の分析方法 43
３．７　倫理的配慮 45

第四章　結果 46
４．１　回収率 46
４．２　参加者の特性 47
4.2.1　親の特性 47
4.2.2　家族の特性 47
4.2.3　文化的特性 48
4.2.4　子どもの特性 48
4.2.5　療養上の特性 48
4.2.6　参加者の特性に関する変数間の関係 49
４．３　JRHDS-PF の信頼性 50
4.3.1　JRHDS-PF の項目毎得点 50
4.3.2　JRHDS-PF の因子構造 50
4.3.3　JRHDS-PF の内部一貫性 51
4.3.4　JRHDS-PF 得点の標準値と分布 52
４．４　JRHDS-PF の妥当性 53
4.4.1　JRHDS-PF の構成概念妥当性 53
4.4.2　JRHDS-PF の基準関連妥当性 55
4.4.3　JRHDS-PF の予測的妥当性 59
４．５　親子の特性と JRHDS-PF 61
4.5.1　JRHDS-PF 得点と親・家族・文化・療養上の特性 61
4.5.2　JRHDS-PF 得点と子どもの特性 61
４．６　本調査で使用した測定ツール 63
4.6.1　NICU での親のケア参加と退院調整の程度 63
4.6.2　育児指導の受講状況と満足度 64
4.6.3　育児技術の習得度 65
4.6.4　退院後のヘルスケアサービスの利用状況 66
本章のまとめ 67

第五章　考察 68
５．１ JRHDS-PF の信頼性と妥当性の検証 68
5.1.1　JRHDS-PF の NICU から退院する乳児の親への適合度 68
5.1.2　支持されなかった仮説の検証 69
５．２　JRHDS-PF の看護実践への活用 71
5.2.1　親と医療者の退院準備性の評価の違い 71
5.2.2　親の退院準備性を多次元尺度で測定するメリット 71
5.2.3　看護実践の評価尺度としての JRHDS-PF の活用 72

六章　結論 73

研究の限界と今後の課題 74

謝辞 76

引用文献 77

図一覧 88
図 1　退院準備性尺度の種類－評価者と評価対象による四分割－ 88
図 2　Meleis の移行理論の枠組み 89
図 3　RHDS 開発時の Weiss の調査変数間の関係 90
図 4　本研究における理論的枠組み - 移行理論の適用 - 91
図 5　JRHDS-PF　総得点の分布 92
図 6　JRHDS-PF‘育児の知識とスキル’下位尺度得点の分布 92
図 7　JRHDS-PF‘親の個人的状態’下位尺度得点の分布 93
図 8　JRHDS-PF‘期待される支援’下位尺度得点の分布 93
図 9　JRHDS-PF‘子どもの個人的状態’下位尺度得点の分布 94
図 10　育児技術の習得度の‘まあできる”よくできる’を合わせた割合の退院前後の変化 . 94

表一覧 95
表 1　施設から自宅へ退院する患者のケア提供者の知覚する退院準備性尺度の構成要素と開発の背景 95
表 2　移行理論の枠組み・調査内容・調査変数との関連 98
表 3　調査票の種類・調査時期・調査票の見出し・調査内容のクロスリファレンス 99
表 4　研究者間の役割分担と調査票の配布・回収の流れ 100
表 5　JRHDS-PF の妥当性の仮説に用いた変数 101
表 6　調査回毎の施設別配布数・有効回答数（有効回答回収率）・有効回答率 102
表 7　研究参加者の特性 103
表 8　JRHDS-PF の項目得点 104
表 9　JRHDS-PF の因子構造 105
表 10　JRHDS-PF の下位尺度ごとの項目全体相関係数・重相関係数の 2 乗・Cronbachα 係数 106
表 11　JRHDS-PF の基本統計量 107
表 12　親の退院準備状態と JRHDS-PF 得点 107
表 13　乳児の退院準備状態と JRHDS-PF 得点 108
表 14　親子の退院準備状態と JRHDS-PF 得点 108
表 15　家族形態と JRHDS-PF 得点 108
表 16　産後の里帰りと JRHDS-PF 得点 109
表 17　出産経験と JRHDS-PF 得点 109
表 18　退院指導の満足度と JRHDS-PF 得点 109
表 19　退院前の育児技術の習得度と JRHDS-PF 得点 110
表 20　NICU でのケア参加の程度と JRHDS-PF 得点 110
表 21　退院後のサービス調整の程度と JRHDS-PF 得点 110
表 22　TQ の総得点と下位尺度得点 111
表 23　JTQ の項目得点 112
表 24　JTQ の因子分析結果 113
表 25　JTQ の下位尺度毎の項目全体相関係数・重相関係数の 2 乗・Cronbachα 係数および日本語版と原版の下位尺度の比較 114
表 26　JTQ の基本統計量 115
表 27　JTQ の下位尺度得点および総得点の退院後 1 週と 1 か月の相関 115
表 28　JRHDS-PF 得点と退院後 1 週・1 か月の JTQ 総得点との相関 115
表 29　JRHD-PF 得点と退院後 1 週の JTQ 得点 116
表 30　JRHDS-PF 得点と退院後 1 か月の JTQ 得点 116
表 31　退院後 1 か月までの予定外の受診・救急外来受診・再入院の経験と JRHDS-PF 得点 116
表 32　退院後 1 週の育児技術の習得度と JRHDS-PF 得点 117
表 33　退院後 1 か月の育児技術の習得度と JRHDS-PF 得点 117
表 34　親・家族・文化・療養上の特性と JRHDS-PF 得点 118
表 35　子どもの特性と JRHDS-PF 得点 119

表 36　NICU でのケア参加と退院調整に関する親の知覚 120
表 37　NICU での育児指導の受講経験 120
表 38　育児技術の習得度の退院前後の変化 120
表 39　退院後の育児で困ったときの対処方法 121
表 40　RHDS-PF の原版と日本語版の下位尺度の比較 122

付録

付録 A-1,2　研究協力依頼書　施設長用
付録 B　研究参加者募集の掲示
付録 C-1,2　研究参加者識別番号リスト、フォーム
付録 D　研究協力のお願い
付録 E-1,2　調査協力の同意書　参加者用、研究者控え
付録 F　アンケート用紙の配布と回収の流れ　参加者用
付録 G　アンケート回収箱の表示

本　　文

第一章　序　論

序論では筆者が本研究に取り組むようになった動機から研究課題を説明し、研究目的、理論的パースペクティブ、研究設問、用語の定義、範囲と限界、本研究の重要性と意義について先行研究を交えて説明する。

１．１　研究課題の言明

私が新生児集中治療室（Neonatal Intensive Care Unit 以下、NICU とする）に勤務していたのは 15 年程前である。NICU 内は室温と湿度が高く、ハイテク機器に囲まれ、狭い割に人口密度が高く、初めて入った人にはなじみにくい空間である。集中治療が必要な新生児は、出生週数 37 週未満の早産児、2500g 未満の低出生体重児の他、分娩時のストレスで呼吸・循環障害をきたした正期産児、重篤な先天性疾患をもつ新生児など様々である。NICU 看護チームによって家族背景や乳児の予後を踏まえた看護計画が個別に綿密に練られ、乳児の状態に合わせてタイミングよい計画の修正と変更される。

私はある早産児とご家族を入院から退院まで継続して受け持つことになった。人工呼吸器による管理が必要であったが、無事に急性期を脱した。母親は自分でも‘心配性’という性格であったが、すぐに打ち解けて子どものことから日常のことまでいろいろな話をするようになった。子どもは夫婦にとって第一子であった。夫婦仲は良く、共に子どもの受け入れは良好で、母親は毎日 NICU に通い、3 時間おきに子どもに行われる経管栄養の間に 1 回搾乳をはさんで 4、5 時間を保育器のそばで過ごすのが日課となっていた。子どもは人工呼吸器から離脱した後、経口哺乳の開始、哺乳量の増量、NICU から継続保育室（Growing Care Unit 以下、GCU という）への移動と、皮膚トラブルには悩まされたものの、着々と退院の準備を整えているかのようであった。退院に向けて子どもの日常的ケアの指導を母親へ計画していた頃、母親の表情が暗くなることが多くなった。理由をたずねると母親は、「子どもを自宅へ連れて帰って本当にうまく育てられるでしょうか？『もうすぐ退院ですね。楽しみですね』と皆さんから笑顔で言われることがプレッシャーで…」と、さらに「そのように感じる自分は母親としてどうでしょうか？」と話した。私は 2 カ月余りの間、母親の気持ちに寄り添いケアをすすめてきたと思っていたが、早産児を自宅に連れ帰る母親の気持ちは単純に‘楽しみ’ではなく、複雑な思いが入り混じっていることに気づかされた。その後も NICU 勤務の間、多くの子どもが NICU から自宅へ退院していったが、退院が近くなった頃の親の心情は実に様々であった。この経験から私は、親の退院準備はどのように整うのか、どのようにすれば NICU から自宅への退院がスムーズに行くか、と意識し始めた。しかし、これらの疑問に対し明快な回答がないまま、現在、日本では NICU からの早期退院が推進されている。

日本の人口動態統計によると出生数の減少が続く中、出生体重 2500g 未満の低出生

体重児の割合は 1975 年の 5.1%を最低に上昇し続け、2005 年以降は 9.6%前後で推移している。NICU で長期入院加療が必要な出生体重 1500g 未満の極低出生体重児と 1000g 未満の超低出生体重児を合わせると約 9000 人が毎年、日本全体で出生し、2000g 未満の新生児と周産期に特異的な呼吸障害で加療が必要な新生児を含め、給付される未熟児養育医療の認定数は年間 3 万件を超える（厚労省,2010）。藤村ら（2007）がハイリスク児の出生数と NICU 在室期間から試算した NICU 必要病床数は、2007 年において出生 1000 あたり 3 床で、1994 年の調査の 1.5 倍に増加している。また、医療度が高いなどの理由で NICU 在院期間が 1 年以上である長期入院児が利用している病床割合は、NICU 病床の 3.9%、GCU 病床の 3.8%で、退院が困難な重症児は増加している（楠田ら,2008）。現在、NICU は常に病床不足で、自宅や長期療養施設への退院支援が重要な課題となっている（田村,2013）。

一方、包括医療費支払い制度（Diagnosis Procedure Combination 以下、DPC）が 2003 年に日本に導入されて以来、NICU も例外なく在院日数の短縮と医療費抑制を迫られている（佐野,平田,諫山,2010）。例えば、呼吸器管理が必要な重症児の NICU での医療費は、在宅療養した場合の約 5 倍に相当する（田村,2013）。厚生労働省は 2010 年の診療報酬改定にて新生児特定集中治療室退院調整加算を新設し、2012 年には点数を 2 倍にした。また出生体重 1000g 未満など長期入院が見込まれる患者については退院調整に係る業務に専従する看護師 1 名以上または専任の看護師と専従の社会福祉士が各 1 名いる条件で、退院支援計画作成加算と退院加算が付加された（厚生労働省保健局医療課,2010,2012）。日本新生児看護学会は退院調整過程の標準化に関する全国調査を基に NICU からの退院パスの試案を報告し（落合,宇藤,長内ら,2012,2015）、NICU から退院する乳児を受け入れる地域の側からも、市町村保健師向けの NICU 退院後の地域支援に関する保健指導マニュアル（佐藤,2012）が報告されている。一方で、在宅療養を支援する専門職や小児在宅医療サービスが不十分なままに、NICU からの早期退院がすすめられているとの指摘がある（金野,2015）。日本において NICU からの乳児の退院に関する統一された基準はなく、施設ごとの基準や主治医に任されているのが現状である。しかし、NICU 退院後に乳児の世話を引き受ける家族の基準や準備性のアセスメントに関する文献は見当たらず、この課題に関する研究は着手されていなかった。

では、海外ではどうか。米国では 1970 年代に他国に先駆けて、中心静脈ライン、栄養チューブ、呼吸器などをつけて保育器収容のまま、NICU から退院し自宅でケアを継続する「ハイリスク児の早期退院モデル」が導入された。さらに 1983 年に医療費抑制のため導入された診断別定額払い方式（Diagnosis Related Group/Prospective Payment System 以下、DRG/PPS）により、各医療施設では患者一人当たりのコストの削減をはかるため、在院日数の短縮にむけたクリニカルパスウェイの開発（Vecci, Vasquez, Radin and Johnson,1996；Campbell,2006)、退院調整を担うケースマネージャーの配置が急速にすすみ、看護師がその推進役を担った（李,1998）。しかし当時は乳児を受け入れる親や家庭の準備性についてはあまり論じられず、無呼吸発作予防を目的に処方されたテオフィリンの中毒による乳児の死亡例も報告された（Strauss, Modanlou and Komatsu,1985）。Merritt と Raddish（1998a,b）は NICU からの退院

ガイドラインをレビューし、乳児の退院後の投薬、無呼吸への対応、効果的な栄養方法といった、退院後に家族が引き継ぐ医療的ケアの基準や家族の養育能力を高める方法について、十分な議論がされていないと述べ、逼迫する医療経済を背景に早産児の早期退院が推し進められる現状に警告した。同時期に、アメリカ小児科学会（American Academy of Pediatrics 以下、AAP とする）（1998）は、ハイリスク新生児の病院からの退院ガイドラインを提案し、乳児、ホームケア計画、家族と家庭環境、地域とヘルスサービスについて、それぞれの準備性を提示した。中でも、乳児の準備性は体温保持、体重増加、哺乳量、各種検査などで、退院前にクリアすべき身体的基準が中心で、それらは客観的評価が可能であり、評価者は新生児科医師であった。一方、家族の準備性は曖昧な記述が多く「二人以上世話ができる同居者がいること」以外の養育者の評価方法や評価者は明示されなかった。2000 年代に入っても NICU 退院後の乳児の再入院率が、超低出生体重児で 5 割、35～36 週の問題の少ない早産児においても 27%に上るなど、NICU からの早期退院による弊害は継続して報告された（Wescobar, Clark and Greene, 2006； Spicer et al, 2008)。

このように米国では日本より 20 年も早く、NICU からの早期退院とその弊害を経験しており、今後、日本においても同様の課題に直面する可能性は大きいといえよう。AAP はハイリスク新生児が適切なタイミングで退院できるよう、退院時期と退院後の計画に「親と医療者の両者が同意していること」を書き加えた（AAP,2008)。親はどのような状態であれば退院準備ができたといえるだろうか。

NICU 看護の研究では NICU からの乳児の退院を「移行 transition」と捉え、退院前後の親の変化に注目した研究者たちが誕生した（Kenner,1988,1990 ; Hutchinson S. W., 2002 ; Jackson K., Ternestedt B.-M. & Schollin J.,2003； Raines D.A. & Brustad J.,2012,2013)。NICU から自宅への退院の特徴は、成人のように以前に生活していた自宅へ再び戻るのではなく、乳児の生活の場が病院から初めて自宅へ移行することであり、さらに自宅で必要となる乳児へのケアが NICU 看護師の手から親の手へと移行することである。乳児の NICU 入院中の両親は「私は親ではない」と感じ、自宅に退院した後、乳児のケアを担う中で「完全な親となった」と語り（Hutchinson, 2002)、NICU からの退院は乳児の親期の内在化の過程において重要なターニングポイントである（Jackson, Ternestedt and Schollin, 2003)。また量的調査では、母親は NICU で経験した手技であっても自宅で医療的なケアを実施する自信が低い（Raines & Brustad,2012）と報告している。親が自宅へ乳児を連れ帰り、親子の生活が安定するまでには、退院前後の支援が必要で、親がどのような種類の支援を必要としているか同定できるような指標は有用である。Kenner（1994）は退院後 1 か月の母子を家庭訪問して得たインタビュー結果から、Transition Questionnaire（以下、TQ、日本語版 TQ を JTQ とする）を開発した。TQ は NICU 退院後の乳児の親の心配と挑戦を測定する多次元尺度で、退院後の親に不足しているカテゴリーを同定することができる。彼女は著書の中で、親が子どもの退院をどのように予測しているか、退院前のアセスメントと支援に利用できる NICU から自宅への移行に関する正確な尺度が必要であると主張した（Boykova and Kenner,2012)。しかし、NICU から退院する乳児の親の退院準備状態を明らかにした研究は少ない。小児科医の Smith らは NICU からの退院当

日に退院準備について親へ質問紙調査を行った結果、「退院準備が整っていない」親は12～13％であると報告した（Smith, Young, Pursley, McCormick and Zupancic, 2009；Smith, Dukhovny, Zupancic, 2012）。しかし、彼の使用した質問項目は退院準備の程度1項目と、子どもの健康と成熟への信頼3項目、ケア技術の習得度11項目をリッカート尺度で問うもので、自施設の退院教育や経験から作成されたものであった。また Sneath（2009）は NICU での退院教育が親の退院準備性へどのように影響したかを明らかにするために、親の知覚を含む質的研究13件をレビューしたが、情報が少なく親の退院準備性は明らかでなかったと結論づけた。

このように、NICU から自宅へ退院する子どもの親の退院準備性を測定するのに適切な尺度は、NICU および新生児看護の先行研究からは見つけられなかった。そのため NICU 以外の分野において有用な退院準備性の尺度がないかを、国内外の文献データベース、学術団体、教育・研究機関・公的機関の公開ホームページで提供されている研究成果やガイドラインを含めて収集したところ、Readiness for Hospital Discharge Scale-Parent Form（以下、RHDS-PF とする）が唯一、親の退院準備性を測るために開発された尺度であることがわかった。RHDS-PF は、Weiss らが開発した療養中の子どもの親用退院準備性尺度で、急性疾患、慢性疾患、日帰り手術など様々な療養状況にある0～18歳の子どもの親を対象になされた。これらの参加者の中には、NICU から退院する乳児の親も含まれていたが、わずか3%に過ぎなかった。RHDS-PF は親の個人的状態、子どもの個人的状態、知識、コーピング能力、期待される支援の5つの下位尺度、29項目で構成され、信頼性が確認された尺度である（Weiss, Johnson , Malin, 2008）。

他方、日本国内においては、療養中の子どもの親の退院準備性をテーマにした研究は13件あったが、その多くは質的記述的な調査で退院準備性のアセスメントや評価に関する論文はない(堤,前田, 2013)。子どもに限定せず退院準備に関するアセスメント、評価または尺度を検索語とし、医中誌 WEB と Google Scholar を用いて検索した。結果、24件の文献が抽出されたが、既存の精神症状評価尺度の日本語版の作成2件（下里,松本,北野,2012；井上,西田,西村,梶木,岡崎,2006）を含む、精神保健看護分野18件、リハビリテーション分野3件（上山,内田,小泉,2012；植松,猪飼,2002）、後期高齢者2件、退院調整看護師の活動評価1件で、親の退院準備性に関する文献はなかった（2013年1月検索、2015年11月再検索）。

NICU 看護師は親子の退院に向けて個別に退院計画を立て、親に対し退院教育を提供し、最もよい情報源と親から評価されている（Kowalski, Leef, Mackley, Spear, Paul, 2006）。また NICU 看護師は乳児の入院期間中、その役割を乳児のプロフェッショナルなケアギバーから親の役割モデル、親の支援者へと意図的に変化させていく（Fegran, Fagermoen, Helseth, 2008）。24時間体制で働く NICU 看護師は面会に来る親のそばにいつも存在し、観察および相互作用しているので、彼らの退院準備性を査定し、準備が整うよう支援するのに最も適した職種といえる。現在、NICU からの退院基準は、乳児の基準と医療経済的基準しか示されていない。しかし、乳児の NICU 退院に際して主たる養育者である親はキーパーソンである。親の知覚する退院準備性が可視化され、退院時期の決定や退院支援の内容に反映されることは、親子の安心と安全に加え、

医療経済的にも適正な医療を提供することにつながる。このように、NICU から退院する乳児の親の退院準備性は、NICU 看護・医療にとって重要な研究課題と言えよう。

１．２　研究目的

本研究の目的は、移行理論（Meleis,1994,2000）に基づき、様々な療養状況にある 0～18 歳までの子どもの親を対象に Weiss（2008）が開発した、退院準備性を測定する尺度、すなわち RHDS-PF が、沖縄県の NICU から退院する乳児の親に応用可能かを検証するために、日本語版 RHDS-PF（以下、JRHDS-PF という）を作成し、尺度の信頼性と妥当性を確認することであった。

１．３　理論的パースペクティブ

本研究では、Meleis（1994,2000,2010）の移行理論（Transition Theory）を基盤に作成された RHDS-PF（Weiss，2008）を用いる。よって、本研究の理論的パースペクティブも Meleis の移行理論を用いることとした。Meleis は 310 編の看護研究から移行理論をモデル化し、移行の種類を、①発達的移行、②状況的移行、③健康 - 病気の移行、④組織的移行の 4 つにタイプ分けした。本研究では NICU から自宅への退院を、乳児と家族の生活の場が移行すること、ケアの担い手が看護師から親へ移行することの二側面に焦点を当てたため、 4 つの移行のタイプのうち「状況的移行」と捉えた。移行理論については第二章二節で詳しく述べた。

１．４　研究設問と仮説

本研究の主たる研究設問は、JRHDS-PF は日本の NICU から退院する乳児の親の退院準備性を測定するのに有用か、である。さらに補助的研究設問を 4 つ設定し、それぞれに仮説を設けた。補助的研究設問と仮説は以下のとおりであった。なお、仮説については第二章三節で詳しく述べた。

補助的研究設問 1

JRHDS-PF は NICU から退院する乳児の親の退院準備性を測定するのに、信頼性のある尺度か。

仮説 1-1）JRHDS-PF を構成する項目は適切である。

仮説 1-2）JRHDS-PF の因子構造は多次元である。

仮説 1-3）JRHDS-PF は内部一貫性がある。

仮説 1-4）JRHDS-PF の総得点は正規分布である。

補助的研究設問 2

JRHDS-PF は NICU から退院する乳児の親の退院準備性を測定するのに、構成概念妥当性がある尺度か。

仮説 2-1）自身の退院準備ができていると回答した親ではそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

仮説 2-2）乳児が退院してよい時期にきていると回答した親ではそうでない親に比

べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

仮説 2-3）親子の退院準備ができていると回答した親ではそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い

仮説 2-4）拡大家族の親は核家族の親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

仮説 2-5）NICU 退院後に里帰りする親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に低い。

仮説 2-6）経産婦は初産婦に比べ、JRHDS-PF の総得点が統計的に有意に高い。

仮説 2-7）育児指導に満足した親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

仮説 2-8）退院前の育児技術の習得度が高い親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

仮説 2-9）入院中の乳児のケアへ参加が十分であった親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF の総得点が統計的に有意に高い。

仮説 2-10）退院調整が十分された親ではそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

補助的研究設問 3

JRHDS-PF は NICU から退院する乳児の親の退院準備性を測定するのに、基準関連妥当性がある尺度か。

仮説 3-1）本研究の参加者において、JTQ は信頼性のある尺度である。

仮説 3-2）JRHDS-PF の総得点と JTQ の総得点は正の相関がある。

仮説 3-3）JRHDS-PF 高得点群は低得点群に比べ、退院後 1 週の JTQ 得点が高い。

仮説 3-4）JRHDS-PF 高得点群は低得点群に比べ、退院後 1 か月の JTQ 得点が高い。

補助的研究設問 4

JRHDS-PF は NICU から退院する乳児の親の退院準備性を測定するのに、予測的妥当性がある尺度か。

仮説 4-1）退院後 1 か月までに乳児の予定外の受診・救急外来受診・再入院を経験した親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF の総得点が有意に低い。

仮説 4-2）退院後 1 週の育児技術の習得度が高い親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

仮説 4-3）退院後 1 か月の育児技術の習得度が高い親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

１．５　用語の定義

本調査では以下の 6 つの用語を定義した。

1)　退院準備性

教育心理学辞典によればレディネスとは、ある行動の習得と必要条件が用意されている状態で、身体・神経の成熟、知識や技能、興味や動機が備わっていることを言い、準備性、用意性ともいう（辰野,1996）。また看護大辞典によればレディネスとは、学習が効果的に行われるために不可欠な個体の内的準備状態あるいは準備性（和田,南,2009）とされる。本調査では NICU から退院する乳児の親の退院準備性を、自宅で乳児の世話を引き受ける前の親の心身の準備状態と親の知覚する乳児の準備状態に加え、育児の知識・スキル・利用可能な支援の準備状態を含めた多面的な退院準備状態とし、親本人の回答する JRHDS-PF で測定できるものとした。

2)　NICU

NICU とは Neonatal Intensive Care Unit の略称である。早産児や低出生体重児、何らかの疾患のある新生児を集中的に管理・治療する部門で通常、新生児集中治療室と翻訳される。また、日本の診療報酬上は新生児特定集中治療室と表記される。調査施設では NICU と、急性期を脱し状態が安定した新生児および乳児が継続してケアを受ける GCU（Growing Care Unit）が、同じ病棟単位である施設が多かった。そのため本調査では GCU を含めて NICU を用いた。

3)　信頼性

信頼性とは測定値の安定性や一貫性のことである（村上,2006）。信頼性係数には、再テスト法による 2 回のテストの相関係数、折半法による 1 つのテスト項目を等質に分割したテスト間の相関係数、内的整合性を示す Cronbach'α係数がある。一般に、尺度開発の過程では項目分析による予備的な項目の選択、因子分析による最終的な項目群の決定の後に信頼性係数を求める。本調査では項目分析と因子分析の過程を含めて信頼性の検討とした。

4)　構成概念妥当性

構成概念妥当性とは尺度得点の解釈や意味に影響するあらゆる証拠を集成し、統合したものである。妥当性の高い心理尺度を作成するには尺度構成時に外部基準や関連するデータを同時に収集すべきである（村上,2006）。本調査では十分に先行研究を検討し、構成概念妥当性を確認するための複数の関連データを JRHDS-PF と同時に収集し、JRHDS-PF との相関を検討した。

5)　基準関連妥当性

基準関連妥当性とは測定値と問題にしている特性や行動の直接の測度になると考えられる複数の外部変量（基準変量）との間の相関係数や回帰係数で評価される（村上,2006）。本調査では JRHDS-PF の外部変量として JTQ を採用し、相関係数で評価した。

6）　予測的妥当性

予測的妥当性とは基準関連妥当性に含まれ、尺度得点が個人の将来をどの程度予測するか（村上,2006）という観点からの外部基準である。本調査では基準関連妥当性とは分けて定義した。

１．６　範囲と限界

1.6.1　本研究の範囲

本研究で設定した場所は日本の沖縄県にある NICU4 か所であった。参加者は 7 日間以上入院した後に自宅へ退院する乳児の親で、平易な日本語の読み書きができ、精神疾患がなく、18 歳以上の者とした。これは自記式質問紙という調査方法上、必要な条件であった。乳児の条件は入院日数以外に設けなかった。在胎週数、出生体重、合併症の有無は医療者にとっては重要だが、親にとっては乳児が NICU に入院することそのものが衝撃であるし、NICU 入院児の条件により親の知覚を比較した研究は少ない。また、NICU に入院する乳児は全出生数の 3%未満で非常に母集団が小さい。そのため、乳児と母親の条件を層化することは研究の実現可能性上、現実的でなかった。

本研究で捉える親の退院準備性の範囲は、退院前の 1 週間以内の親の知覚で、JRHDS-PF により測定できるものとした。長期にわたる乳児の入院期間中、親は乳児の病状の変化や許可されるケアの拡大を経験し、彼らの退院準備性を変化させるだろうが、本調査では乳児の入院から退院までの変化は論点としなかった。それは、RHDS-PF が退院当日の退院準備性を測定する尺度として作成され、途上の退院準備性を測定するのにそぐわない質問項目が含まれているためでもである。

日本の NICU 看護で行われる退院前の親の評価として、沐浴や調乳の指導など予定の退院指導が完了したかどうかがあるが、それらは業務的な側面を含んでいる。また育児の支援者がいるか、育児用品がそろっているかなどが確認されるが、それらは家庭環境に関する評価といえる。つまり、従来の評価は個々の親の退院準備性を測るものではない。

1.6.2　本研究の限界

本研究の限界は以下の 5 つであった。

第一に、8 か月の調査期間に約 100 人の参加者を得るため、沖縄県の NICU に入院した乳児および親の属性を層化せず、参加者を募ったことであった。従って、尺度を沖縄県民用に絞ったとしても、NICU から退院する乳児の親の代表性が確実ではなく、無条件に一般化できない。

第二に、退院当日に使用する JRHDS-PF の測定時期を、乳児の退院 7 日前から当日までと幅を持たせたことである。退院前の 1 週間は在宅療養に関する親への教育や退院カンファレンスなどが急ピッチで行われることが多く、親の退院準備性は大きく変化する可能性があったが、退院当日の親の負担と調査の実現可能性を考慮した。

第三に、退院後調査票を NICU 退院前にまとめて配布し郵送法で回収したことである。これにより、退院後調査票の回収率が少なくなるのは予想されたことであった。これは、参加者の匿名性を担保するために必要であった。

第四に、JRHDS-PF の基準関連妥当性を検討するために用いた JTQ を同時進行で開発したことである。本来ならば JTQ に代わる標準化された尺度を用いる、あるいは JTQ の

標準化の後に JRHDS-PF の開発に着手するのが望ましい。しかし、日本には JTQ に代わる尺度はなく、また限られた研究期間で遂行する必要があった。

第五に、調査期間を退院後 1 か月までとしたことである。退院後 1 か月では乳児の救急外来受診や再入院などの健康状態に関連した JRHDS-PF の予測的妥当性を検証するのに期間が十分ではない可能性があった。限られた研究期間で遂行するため期間を限定した。

１．７　本研究の重要性と意義

1.7.1　本研究上の意義

本研究上の意義は第一に、国内外においてまだなかった NICU から退院する乳児の親の退院準備性という主題にとりくみ、母子あるいは小児看護研究の分野を拡張したこと、第二に、NICU から退院する乳児の親向けの日本語版退院準備性尺度親用の開発に着手したことである。様々な療養状況にある子どもの親の退院準備性を測定する RHDS-PF が、NICU から退院する乳児の親の退院準備性に応用可能であるかを検証したこと、並びに、米国で開発された尺度を用いて日本人を対象にデータ収集、分析したことで退院準備性の文化的差異に関する知識を追加できたことは、研究上の意義が大きいといえる。

1.7.2　実践上の意義

NICU からの退院の目安は、一般的には乳児の身体的な準備が整うことで、親の準備がどの程度整っているかを親の視点で測ることはこれまで注目されてこなかった。NICU からの退院に際して、乳児の評価に並行して、乳児のケアを引き受ける親の退院準備性を評価することは、適切なタイミングでの乳児の退院と退院後の親子の健康と医療経済に貢献する。本研究の実践上の意義は以下の 4 つである。

第一に、NICU から退院する乳児の親の退院準備性を適切かつ簡便に評価できる JRHDS-PF の利用が始まることで、従来、クリニカルパスや退院指導のチェックリスト方式で一律になりがちであった退院計画に、個々の親子に応じた退院準備性のアセスメントが加わり、個別のニーズに応じた支援計画を立てることができる。第二に、JRHDS-PF は多次元尺度であるため下位尺度得点から対象の親に不足している退院準備性の次元を特定することができ、具体的なケアに結びつけやすい。第三に、退院教育や退院前の母児同室などの前後で JRHDS-PF に回答を得ることで、ケアの評価ができ、ケアの質向上に役立つ。第四に、親は JRHDS-PF への回答を通して自身の退院準備性の変化に気づき、自信を持つ、あるいは、退院準備状態を高める行動を自ら起こすきっかけになる。これらの理由から、JRHDS-PF の実践上の意義は大きいといえる。

本章のまとめ

医療費の増大や NICU 病床不足を背景に日本では現在、NICU からの乳児の早期退院がすすめられているが、在宅医療先進国である米国では、早期退院後のハイリスク児の高率な救急外来受診や再入院が報告されている。NICU からの退院基準は現在、医師が評価する乳児の身体的基準、クリニカルパスウェイや在院日数など医療経済的な基準があるが、乳児の親の退院準備性の尺度やアセスメントツールはなく、評価者は明確でない。NICU 看護師は親にとって最も良い情報源で、自宅でのケア提供者としての親の役割獲得を NICU 入院時から継続的に支援し、医療制度上も退院調整の担い手として役割が期待されている。療養中の子どもの親の退院準備性尺度として RHDS-PF があった。本研究の目的は、移行理論に基づき、RHDS-PF が NICU から退院する乳児の親に応用可能かを検証するため、JRHDS-PF を作成し、尺度の信頼性と妥当性を確認することであった。NICU から退院する乳児の親の退院準備性は、NICU 看護・医療にとって重要な研究課題であり、本研究に着手することは研究上、実践上ともその意義は大きい。

第二章　文献レビュー

本章では、まず、NICU から退院する乳児の親の退院準備性尺度に応用可能な尺度として、RHDS-PF を選定した過程と理由を述べ、次に、Meleis の移行理論を説明する。さらに、先行研究から導き出された JRHDS-PF の妥当性を検討するための仮説を、移行理論の枠組みを用いて述べる。

２．１　患者のケア提供者の退院準備性の尺度

NICU 医療および看護分野において親の退院準備性尺度が見当たらなかったため、NICU からの退院に限定せず、医療施設から退院する患者およびそのケア提供者の退院準備性を測定する尺度に関する文献レビューを行った。本レビューの目的は、NICU から自宅へ退院する乳児の親の退院準備性を測定する尺度に応用可能性のある尺度を探すこと、退院準備性尺度の妥当性の検討に利用可能な関連因子を見つけることであった。

2.1.1　検索過程

検索データベースは PubMed と CINAHL で、検索式は 〝discharge″ に 〝readiness″ または 〝preparedness″をそれぞれ and 検索した結果に〝scale″を追加した（〝discharge″&〝readiness″&〝scale″ or 〝discharge″&〝preparedness″&〝scale″）。公表年の限定はせず、言語は英語のみとした。検索日は 2013 年 5 月 24 日であった。なお、日本の文献については医中誌 web と Google Scholar にて同様に検索したが、収集した 24 件のうち信頼性の確認された尺度に関する報告は、精神症状評価尺度の日本語版の開発 2 件のみ（下里ら,2012；井上ら,2006）で、NICU から退院する乳児の親の退院準備性尺度に応用できそうな尺度は見当たらなかった（検索日：2013 年 1 月、再検索日：2015 年 11 月）。

2.1.2　検索結果の概要

検索結果から重複文献を削除し得られた文献の総数は 45 件で、公表年は 1993 年から 2012 年の間であった。文献を病院から自宅へ退院する患者の状況により分類すると、外科手術後の患者 11 件、慢性疾患があり介護が必要な患者 9 件、正期産の新生児と正常分娩後の母親 6 件、乳児から 18 歳未満の療養中の子ども 6 件、精神疾患をもつ患者 3 件、その他の入院患者 5 件、施設への入院患者でなかったもの 3 件であった。なお、慢性疾患があり介護が必要な患者に関する文献はそのケア提供者の退院準備性を、療養中の子どもと親に関する文献はそのケア提供者である親の退院準備性をそれぞれ測定した研究が含まれた。その他、準備性の対象がヒトでないものは 3 件あり、空軍における戦時下の救急搬送

の備え（Gerhardt,et al.,2001）、病院における大規模緊急事態への備え（Wisniewski, 2004）、ナーシングホームにおけるハリケーンへの備え（Blanchard and Dosa,2009）であった。

文献数が最多であった外科手術後の患者の退院準備性は、日帰り手術に関連した麻酔からの覚醒度評価尺度 Home Readiness（Hadzic, Arliss, Quinn , Weaver and Beck，1993；Malviya, et al., 2004）や呼吸障害の評価尺度 the postoperative physiotherapy discharge scoring tool （POP-DST）（Brooks, et al.,2002）が、無作為抽出試験で検討され尺度の信頼性が確認されている。各尺度は疾患、術式、麻酔方法などに特異的で、患者の生理学的指標や身体機能を医療者が評価する尺度であった。

患者本人が評価する尺度は 2 件報告され、外科手術後患者の退院準備性尺度 Readiness for Hospital Discharge（以下 RHDS とする）（Weiss, et al., 2007）と股関節置換術後の退院スコアリング尺度 the Post Total Hip Replacement Discharge Scoring Scale（PTHRDSS）（Wong, Wong, Brooks, Yabsley,1999）があった。どちらも患者の身体機能に加えて、セルフケア能力、ADL、心理社会的側面を含んだ多次元尺度で、開発者は看護師であった。

精神疾患をもつ患者用尺度においては長期にわたる治療や入院の終了時期をアセスメントするための精神症状の評価尺度が主であった。より簡便で多職種が利用できる尺度の開発を目的に、Discharge Readiness Inventory（DRI）や Community Adjustment Potential (CAP) が信頼性の高い Brief Psychiatric Rating Scale（BPRS）に代わる尺度であるかを検証する研究が、二重盲検法などの設定下で行われ（Hogarty and Ulrich,1972；Carmin and Ownby, 1994；Kelly, Watson, Raboud and Birsker, 1998）、精神保健分野は精神症状に関する尺度開発が進んでいた。

これら退院準備性尺度は、誰の準備性か？という（準備性の測定対象）軸と、だれが評価するか？という（準備性の評価者）軸の二次元で、4 分割できた。つまり、退院準備性尺度は、①「医療者の評価する患者の準備性」、②「患者（本人）の評価する患者の準備性」、③「医療者の評価するケア提供者の準備性」、④「ケア提供者（本人）の評価するケア提供者の準備性」の 4 種類あり、図 1 のように分類された。

エビデンスレベルの高いデザインの研究が多かった外科手術後の成人患者や精神疾患をもつ患者の退院準備性尺度はいずれも、①「医療者の評価する患者の準備性」で、検索過程で追加した、看護師用 RHDS（RHDS-RN）（Weiss et al.,2010）を加え、5 件が得られた。これらは臨床の場面で繰り返し試行され、信頼性と妥当性の確認された尺度が多かった。患者の退院準備性を医療者が測ることは、医療安全の観点からもニーズが高く、尺度開発が進んだと考えられた。一方、NICU から退院する乳児の親の退院準備性に応用可能な尺度は、④「ケア提供者（本人）の評価するケア提供者の準備性」に分類されるが、尺度そのものが少なく、また、くりかえし引用されている尺度はほとんどなかった。つまり、これまでケア提供者の準備性は医療現場では注目されてこなかったと考えられた。なお、③「医療者の評価するケア提供者の準備性」尺度はなかった。次節では、ケア提供者本人が評価する退院準備性尺度に焦点を当て、分析結果を述べる。

2.1.3　ケア提供者の退院準備性に関する先行研究

本節では、ケア提供者の退院準備性尺度に関する研究の背景、研究デザイン、使用されたケアギバーの退院準備性尺度について述べる。退院準備性の表現は原文の語感や解釈を損なわないよう、各文献で使用されている英語表記を一部併記した。

1）慢性疾患があり介護が必要な患者のケア提供者

慢性疾患があり介護が必要な患者に関する文献は 9 件で、このうちケア提供者の退院準備性尺度ではない 4 件を除外した 5 件の内訳は脳血管疾患後の患者 3 件、要介護の高齢者 1 件、がんサバイバー1 件で、いずれも患者とケア提供者を一組にした調査であった。

Ostwald らは自宅へ退院後 1 年間の脳血管疾患後の本人（平均 66.4 歳）とケア提供者である配偶者（女性 74.8%）159 組を参加者とし、ストレスレベルの変化とストレスの予測因子を明らかにするために、退院後 12 か月までの前方視的コホート調査を行った。調査項目には、The Perceived Stress Scale (PSS-10) （Cohen, Kamarck and Mermelstein, 1983)、ケア提供者の準備性尺度である短縮版 The Preparation for Caregiving Scale（以下 PCS とする）（Archbold, Stewart, Greenlick, 1990）が含まれ、PCS 得点がケア提供者のストレスレベルの最も強い予測因子であると報告された（Sharon,et al., 2009)。

Shyu らは高齢の脳血管疾患後患者（平均 74 歳,男性）とそのケア提供者（配偶者 2 割, 子ども 7 割）への退院計画プログラムの効果を測定するために、参加者をランダム割り付けし、介入群 75 組、従来ケア（対照）群 86 組とし、介入前後と退院後 1 カ月で効果測定をした。調査項目は、PCS、満足度、競合するニーズのバランス、日常生活動作などであった。ケア提供者への効果は、介入群における PCS 得点と満足度得点の有意な上昇から確認できたが、仕事の調整が課題で、競合するニーズのバランスに肯定的な変化はなかったと報告した（Shyu, Chen M., Chen S.,Wang and Shao, 2008)。

Dale らは、脳血管疾患患者のケア提供者の準備性の知覚を明らかにするために前方視的コホート調査を行った。調査対象は 26 人の脳血管疾患患者の家族ケア提供者で、調査時期は退院後 3 日、2 週、3 ヶ月、調査項目は準備の程度（5 段階評価）を含む独自に作成した 9 項目で、10 分程度の電話訪問でデータ収集した。結果、初めてのケア提供者の方が経験のある者よりも準備性が高いことが報告された（Dale et al., 1997)。

Hendrix らは入退院を繰り返す 60 歳以上の高齢患者（96%男性）とそのケア提供者（92%女性）33 組に退院前の個別トレーニング提供し、効果測定のために退院前、退院後 1 週、4 週にケア提供者の PCS（Archbold,1990）と自己効力感 modified Lorig's self-efficacy scale（Loring,1989）を測定した。結果、ケア提供者では両尺度とも教育前よりも教育後で得点が上昇し退院後 4 週まで維持した（Hendrix, Cristina and Hastings, 2011)。

Scherbring（2002）は、固形腫瘍あるいは血液がん治療後の患者（半数が 60 代）とケア提供者（86%配偶者）57 組を参加者とし、ケアの負担感と準備性の退院前後の変化をみるために退院後 30 日までに 3 回調査を行った。ケアの負担を Robinson's Caregiver Strain Index、ケア提供者の準備性を PCS （Archbold et al.,1990）で測定した結果、有意差はなかったもののケア提供者の準備性が高いほど負担感が少ない傾向にあった。

上述した、介護が必要な患者の退院準備性に関する研究は、患者とケア提供者を一組にした前方視的縦断的デザインや前後評価のある介入研究が主で、調査期間は退院前から退院後 1 年までと長期間であった。退院準備性尺度は 5 件中 4 件が PCS （Archbold et al,1990）を使っていた。調査場所は US が主で患者とケア提供者の関係は配偶関係で高齢女性が主であったが、Shyu らの台湾での調査は 3/4 が親子関係でケア提供者は労働者世代あった。国や文化的背景により患者とケア提供者の関係性が異なり、それはケア提供者の準備性に影響していた。海外の尺度を日本で利用する際には文化的背景の違いを十分考慮する必要がある。

2）産後の母子

産後の母子に関する 6 文献は、全て出産のために入院した医療施設から自宅への母子の退院の準備性に関する研究であった。自宅への母子の退院準備性の評価者は母親、小児科医、産科医であり、母親評価が含まれた研究は 5 件で 2 組の研究グループによる報告であった。

Bernstein は、正期産の母子が施設から退院する当日の退院レディネスについて 55 人の母親と退院診察を担当した小児科医へ自記式質問紙による調査をした。結果、‘準備ができていない’（以下、未準備）と回答した母親は 20%であり、小児科医の評価と一致したのは 92%であった。未準備の母親は、最終学歴が高校以下で退院後の電話相談が 2 倍となり、うつぶせ寝率が有意に多かった（Bernstein et al.,2002）。その後、Bernstein は産後の母親と小児科医、産科医の三者を一組とした前向きコホート調査を行った。これは AAP の支援で米国の 49 の州とコロンビア、プエルトリコ、カナダの一部の地域で実施され、4300 組の母子が参加した大規模なものであった。この調査は医療費と産後の母子の退院決定に関する三者のギャップを明らかにすることが目的で、The Life Around Newborn Discharge（LAND）study と呼ばれた。経膣分娩した 8 割の母親（平均入院期間 46±13.0 時間、48 時間以内退院 46%）において退院時 に‘未準備’と評価したのは、母親 11-12%、小児科医 5%、産科医 1%で、合計 16-17%であった。‘未準備’の母親の特性は、白人あるいはヒスパニック系以外の人種、初産、慢性疾患の既往、妊娠中のケアの不十分、時間外分娩（19～7 時）、退院教育受講数 1～4 回（範囲 0－17）と乳児の健康上の問題であった（Bernstein, et al., 2007）。

Weiss らは 1192 人の経膣分娩の母子の退院レディネスを評価するために、AAP とアメリカ産婦人科学会（America College of Obstetricians and Gynecologists; ACOG）による周産期ケアガイドラインを基に 9 項目からなる Perceived Readiness for Discharge After Birth Scale（以下 PRDBS とする）を作成し、アメリカ中西部にある 3 次周産期施設において横断的調査をした。産後の母子の入院期間を 18-30 時間（早期退院群）、31-42 時間（中間群）、43-45 時間（後期群）の 3 群に分け、退院当日に母親が知覚する退院準備性 readiness と個人的特性との関係を調査した。その結果、早期退院群は後期群に比べ、有意に退院準備性が低く、若年、経産、低い社会経済的状態、公的保険、既婚、母乳育児の希望と関連があった。Weiss は追加調査により PRDBS を母親の「個人的要因」7 項目とセルフケアの「知識」2 項目の 2 下位尺度 9 項目とした。母親の「個人的要因」は身体的心理的問題と予定外のヘルスサービスの利用を、「知識」は産後の小児科への電話相談を予測したと報

告した（Weiss, Ryan, Lokken and Nelson, 2004 ; Weiss, Ryan and Lokken, 2005）。さらに Weiss は外科手術後の患者の退院準備性尺度として開発した RHDS を産後の母親にも利用可能か検証した。その結果、入院中に母親が受けた退院教育の内容と授乳方法は RHDS 得点を 25%説明し、RHDS 得点は 1 カ月後の母親のコーピングを 22%説明した。さらに、母子の予定外のヘルスケア利用は、RHDS 得点と直接関係せず、コーピングの困難さと若年母親が関係したことが明らかとなった(Weiss & Lokken , 2009)。

産後の母子の退院準備性研究は、米国における産後の入院期間の短縮化がその背景にあった。米国では医療保険の範囲や経済的負担などが関与し、産後の入院は 1 泊 2 日～2 泊 3 日が一般的で、母親の退院準備性に関わらず退院となる。Bernstein らの調査では母親、小児科医、産科医で退院当日の母親の退院準備の評価が異なり、母親自身が「未準備」と回答する率が最も高かったが、調査項目は母子各 1 項目で退院当日の準備状態を問うものであった。Weiss は産後の母子に特異的な退院準備性の尺度として AAP/ACOG のガイドラインから PRDBS を開発し、その信頼性を確認した。また、RHDS を産後の母子に適用し使用に問題はなかったと、報告している。RHDS は外科手術後の患者の退院準備性尺度として開発されたが、産後の母親の状況は新生児の世話という追加はあるものの、産後の自身のセルフケアが必要な状況は似ている。母親の退院準備性の影響要因は産後の入院期間と看護師の退院教育の内容、授乳方法で、母親の退院準備性は退院後の母親のコーピングに影響した。

3）療養中の子どもと親

乳児から 18 歳までの療養中の子どもケア提供者である親の退院準備性を測定した研究は、NICU 入院児、療養中の子ども、心臓手術後の乳児の親に関する 4 件であった。

小児科医の Smith ら（2009）は NICU に入院する乳児の親の知覚する退院準備性と看護師の評価する退院準備性を比較し､家族の退院準備性に貢献する要素を見出そうとした。調査施設は自身の勤務する周産期医療施設（2～3 次）で、NICU に 2 週間以上入院した乳児の母親と退院調整をした看護師を一組として 867 組に自記式質問紙調査を行った。質問紙は上述した LAND Study を NICU から退院する乳児と家族用へ改良したものであった。退院準備性 discharge prepardness は 1 項目 9 ポイントリッカートで測定し､7 以上を「準備ができた（準備群）」と作業定義した。合わせて乳児の世話の技術の習得度 11 項目と情緒的準備性 3 項目をたずねた。親と看護師 867 組の結果を比較すると「準備ができていない（未準備群）」とどちらかが評価した親は 13%あり、評価者による内訳は親 3%、看護師 9%と差があった。準備群に関連した親子の特性は、退院時の乳児の体重が重い、医学的な複雑さ（胃チューブ、中心静脈ラインなど）がある、かかりつけの小児科があることであった。さらに、準備群では乳児の世話の技術および情緒的準備得点が高かった。Smith ら（2012）のその後の調査でも、未準備率は 12%と同レベルであり、電話訪問により収集した未準備の理由は、退院サマリーがない、授乳用品や人工乳の入手困難であった。

Weiss らは、療養中の子どもの親 135 名へ RHDS-PF を用いて退院当日の親の退院準備性 discharge readiness を測定した。その他の調査項目は、看護師による退院教育の内容と提供、ケア調整で、退院後 3 週で予定外のヘルスケアサービスの利用状況と母親のコーピングの困難さを測定した。子どもの平均年齢は 7.0 歳、平均入院期間 10.9 日、自宅にい

る子どもの数は平均 1.2 人、初回入院 37.0%であった。看護師からの退院教育の提供は RHDS-PF 得点を 18%説明し、母親の RHDS-PF 得点が低いほど退院後のコーピングが困難であった。RHDS-PF 得点は退院後のヘルスケア利用に間れしなかったが、コーピングの困難さが高い場合、退院後のヘルスケア利用が 1.04～1.06 倍となったと報告した。また、同居の子どもの数が多いほど RHDS-PF 得点が高い傾向にあったが、統計的に有意ではなかった（Weiss , Johnson , Malin, 2008）。

Stinson らは乳児の心臓手術において母親が重要とする情報を検討するために、心臓手術予定の乳児の母親 30 人を対象に退院の 3～10 日前のインタビューと退院後約 5 か月の家庭訪問あるいは電話訪問によるインタビューを行った。インタビューは母親の情報ニーズ尺度 Mother's Information Needs Instruments（MINI ; MINI I 退院前、MINI II 退院後）を用いた構成的な質問と自宅での乳児ケアの快適さ/準備性の線形アナログセルフアセスメント尺度（Comfort/Readiness Linear Analogue Self Assessment Scale : Comfort/Readiness LASA）への記入に加え、乳児ケアの準備についてどのように感じているかを open-ended な質問でたずねた。その結果、退院前の母親たちは MINI I を構成する 33 の情報項目のうち 26 項目をとても重要とし、退院後は 2/3 の項目でとても理解できていた。また自宅での乳児のケアの快適さ/準備性尺度の平均値は、退院前 77.3 から退院後 89.46 へ上昇した。（Stinson & McKeever, 1995）。

療養中の子どもの退院準備性尺度の研究では、退院後の主たるケア提供者は母親であった。Smith らの調査は NICU から退院する乳児の親の退院準備に注目した大規模な調査であったが、退院準備性は 1 項目のリッカート尺度で測定された。親子の未準備率は 13%であるが看護師評価において未準備率が高く、両者は一致しなかった。退院準備性の関連因子は乳児の体重、医学的問題、かかりつけ医、乳児の世話の技術の習得度と情緒的安定であったが、これらは看護師評価との関連が強いと考えられ、「親の未準備」に何が影響したかは明らかでない。Weiss の調査は、RHDS を親用に改良したものが使用され、子どもの年齢や疾患を特定せず汎用性が高いと思われた。RHDS-PF 得点は、入院中の退院教育が関係し、退院後のコーピングの困難さに影響した。しかし、RHDS-PF 得点は退院後のヘルスケアサービスとの関係は間接で、コーピングの困難さが仲介した。Stinson らの調査では、乳児のホームケアの親の「準備性」と「快適さ」がひとまとめにビジュアルアナログスケールで測定されたが、退院後 5 か月で増加することが明らかとなった。

以上より、ケア提供者の退院準備性尺度のうち多次元尺度であるのは、介護が必要な患者のケア提供者の退院準備性の尺度である PCS（Archbold et al.,1990）、産後の母子の退院準備性の尺度である PRDBS（Weiss et al.,2004,2005）、療養中の子どもの親の退院準備性尺度である RHDS - PF（Weiss et al.,2008）の 3 つであった。

2.1.4　ケア提供者の退院準備性尺度の比較

ケア提供者の退院準備性を測定する尺度のうち多次元尺度で信頼性の確認されたのはPCS、PRDBS、RHDS-PF の 3 つであったが、NICU から退院する乳児の親の退院準備性尺度への応用可能性を探るのに有益となる情報を得るため、周産期および小児期に利用された測定ツールを含めて 6 種類を比較検討した。各尺度および測定ツールは、引用された文献数の多いものから PCS 4 件、LAND Study の質問紙 3 件、PRDBS 2 件、Smith のオリジナルの質問紙 2 件、RHDS-PF 1 件、Comfort/Readiness LASA 1 件であった。

これらに関して追加収集した研究論文、開発者への問い合わせなどで入手できた資料を含めて検討した結果を、各尺度別に、その構成要素、尺度開発と利用、理論的背景、用語の定義について説明する（表 1)。

1）PCS

PCS は 4 つの文献で使用された（Hendrix et al., 2011；Sharon et al.,2009；Shyu et al.,2008；Scherbring, 2002)。PCS は 1992 年に Archbold らにより、病弱な高齢者のケアを提供する家族の相互関係 mutuality と準備性 prepardness を簡便にアセスメントするための尺度として、Mutuality Scale と対で開発された。PCS は 8 項目からなり、①身体的ニーズへのケア提供の準備、②情緒的ニーズへのケア提供の準備、③必要なサービスを整え探す準備、④ケア提供で受けるストレス対処の準備、⑤お互いがケア提供の活動に楽しみを作る準備、⑥緊急対応への準備、⑦ヘルスケアシステムから必要な助けや情報を得る準備、⑧全般的な準備を、0：全く準備できていない～4：とてもよく準備できている、までの 5 段階リッカート尺度で回答する。8 項目版の内部一貫性が高いことは PCS を利用した研究で示されている（Cronbach'α＝0.83～0.93）（Hudson and Karl, 2005：Schumacher et al.,2007：Ostwald, 2009)。

PCSの開発時にArchboldらが家族によるケア提供の概念枠組みとして用いたのは家族の役割理論におけるシンボリック相互作用（Burr, Leigh, Day, & Constantine, 1979）で、ケア提供者の準備性preparednessをケア提供者のタスクとストレスへの準備の程度、と定義した。

ケア提供者の準備性と両者の相互関係はケア提供者の役割負担を説明すると仮説を立て、3つの尺度を含むfamily caregiving inventory（148項目）を作成し、日常生活動作に不自由がある65歳以上の高齢者と自宅でのインフォーマルなケア提供者78組に退院後6週と9か月の2時点で調査を行った。結果、ケア提供者の役割負担は、相互関係で12%、準備性で6%説明され、特に相互関係は9か月時点でも影響したと報告した。

その後、Archboldらはアルツハイマー病をもつ高齢者とそのケア提供者を対象に、5項目から成る簡易版PCSを使用し、構成概念妥当性と内容妥当性を確認しており、信頼性は内部一貫性で示した（Cronbach'α＝0.71～0.72）(Archbold et al, 1992)。

彼らは、尺度開発の後にケア提供者の能力を高めることを目的に、自宅移行期（退院前後）の看護介入プログラム-PREP システム-を開発した。プログラムは各尺度の下位尺度が高まるよう構成されており、その有効性を報告した（Archbold et.al.,1995)。

要介護高齢者の自宅介護者用に開発された PCS は、心筋梗塞後、脳血管疾患後、がん治

療後など患者の年齢や疾患を問わず広く使用されている。また、PCS は family caregiving inventory の一部であるが、PCS 単独で利用されることが多く、8 項目版と短縮版（5 項目）ともに信頼性が確認されている。2012 年に第 2 版へ更新された、ケア提供者アセスメント尺度集：保健医療従事者向け（Selected Caregiver Assessment Measures: A Resource Inventory for Practitioners）には信頼性と妥当性が確保された実用的な、成人・高齢者の家族内ケア提供者のアセスメント尺度が 194 件収録されているが、退院準備性に関する尺度は Archbold の PCS のみであった。Zwicker（2010）は、PCS は退院予定の患者のケア提供者のケアギビングの準備性のスクリーニングとしては簡便で利用しやすいが、ケア提供者の知識とスキルに特化していると指摘している。

以上より、PCS は 8 項目で簡便に利用でき、身体的ニーズ、情緒的ニーズ、サービス調整、ストレス対処、ケアの楽しみ、緊急対応、情報収集の 7 項目は要介護高齢者以外でも共有できる準備性の構成要素であることが示された。高齢者へのケア提供者は長期に及び ADL や機能は徐々に低下するが、NICU から退院する乳児の場合、退院時に最も依存度が高く、徐々に自立度が高まる点で異なる。ケア提供者と受け手の相互関係は NICU から退院する乳児と親の場合、親子の愛着の程度と類似する要因と考えられ、退院後の育児負担に影響することが推測されたが、ケア提供者の準備性に影響したという報告はなかった。

2）LAND-Study

LAND-Studyの自記式質問紙は母親へ「あなた（母親）が今日病院から退院することをどう思うか」「あなたの赤ちゃんが今日病院から退院することをどう思うか」に「もっと早く帰りたい」「もっと長くいたい」「ちょうどよい」の3つから選択してもらい、「もっと早く帰りたい」「もっと長くいたい」の場合はさらに下位の選択肢から理由を選択させた。つまり、退院準備性の設問は「退院時期」の適切さを問うものであった。

本調査の概念枠組みや理論は示されていなかったが、その背景には逼迫する US の医療経済を背景に 1960 年代から産後の早期退院が加速したことが挙げられる。1945 年頃、米国において出産の 80%が病院出産で産後の入院期間は 3～5 日間が一般的であったが、1992 年には平均在院日数は 2.1 日となった。Britton ら（1998）による全国調査（調査年は 1996）では小児科医の 43%が産後早期退院に関連した新生児の健康問題を経験しており、新生児と母親の健康を守る活動、the Newborn's and Mother's Health Protection Act of 1996（NMHPA）が全米で起こり、いくつかの州議会を巻き込んだ活動へ拡大、米国議会が提示した産後の母子の最低限の入院期間は、経膣分娩 48 時間、帝王切開 96 時間で、現在も同様である。

米国では母親の加入する医療保険の種類によって個人の医療費負担が異なること、人種の多様さ、社会経済的状況の格差など、日米の正期産の母子の背景は大きく異なるが、NICUにおいても退院基準に医療経済が関係することは、序論で述べたとおりである。全般的な退院準備性について、退院当日に親子それぞれが退院してよい時期かを問うことは「退院準備ができているか」という問いよりも具体的で答えやすいかもしれない。しかし、「もっと早く帰りたい」という選択肢を「親の退院準備が十分整っている」ことと同義で解釈することはできない。なぜなら、産後の母親が早く帰りたい理由には、経済的理由や自宅に残した子どもの心配など、退院準備性以外の様々な背景が想定されるからである。

3）PRDBS

Weiss は、the Readiness for Discharge After Birth Scale（Weiss ら,2004）を改良し、PRDBS（Weiss, Ryan P, Lokken L., 2006a）を作成した。産後の母親の知覚する退院準備性を測定する PRDBS は、「痛み」「強さ」「エネルギー」「気分」「機能的能力」「セルフケアの知識」「乳児ケア」「乳児ケアの知識」の 8 項目と全般的な準備性「あなたは退院準備ができていますか？」の 9 項目に 0－10 段階リッカート尺度で回答し、総得点（0～90）で評価する。因子分析の結果、母親の個人的因子 7 項目（準備状況、痛み/不快、気分、強さ、エネルギー、セルフケアの身体的機能、乳児ケアの身体的機能）と知識因子 2 項目（セルフケア、乳児ケア）に分けられ、信頼性が確認された（Cronbach'α＝.86～.88、項目全体相関係数＝.41～.83）。PRDBS 総得点は初経、分娩様式には相関がなく退院後 6 週までのヘルスケアサービスの利用を予測し、入院期間が長いほど得点が上昇する。背景となる理論はないが、尺度は AAP と ACOG が共同で提示した正期産児の産後の母子の退院ガイドライン（2002）を基に作成された。

PRDBS は産褥期にある母親自身の身体的心理的状況とセルフケアに注目して測定しているのが特徴で、新生児のケア提供者としての準備状況に関する項目は、乳児ケアとその知識の二項目であった。新生児の健康問題は親の退院準備性に影響するため（Bernstein et al., 2007）、NICU から退院する乳児の場合は二項目では不十分と思われた。退院準備性を二次元で説明するには不足で下位尺度の項目数もアンバランスであったが、親の個人的状態がケア提供者としての準備性の重要な因子であることが示唆された。

4）NICUから自宅へ退院する乳児の家族の退院準備性に関する質問紙

Smithの質問紙は、LAND Study、AAP（1998,2008）のハイリスク新生児の退院ガイドライン、Sheikhらの示したNICUから退院する乳児の親の養育能力を参考に、NICUから退院する乳児の親用へ改良された（Sheikh, O'Brien and McCluskey-Fawcett, 1993）。質問紙は退院当日に回答し親の回答項目とと看護師の回答項目がある。親の項目は、全般的な退院の準備性を、0；まったく準備できていない～9；十分準備できたの10ポイントリッカートで測定し、技術の習得度11項目（哺乳瓶での授乳、母乳育児、乳児ケア、排便排尿の予測、薬の知識、与薬方法の知識、発熱・疾患時の対応、小児科医の選定、早産児の特別なプログラム、ベッドの準備、自宅での支援の調整）を4ポイントリッカートで、情緒的準備3項目（乳児の呼吸と心拍数が安全であるという自信、乳児の健康と成熟への自信、乳児は家に帰る準備が十分にできた）を3ポイントリッカートで測定した。看護師の項目は、親の技術の習得度と情緒的準備の各1項目をそれぞれ0～9の10ポイントリッカートで測定した。作業定義は親の評価する全般的な退院準備性と看護師の評価する親の技術の習得度および情緒的準備が、全て、7ポイント以上である場合を「準備ができた」とし、親あるいは看護師のどちらかが、7ポイント未満である場合を「準備ができていない」とした。理論的背景は示されなかった。

Smithの質問紙では、親の回答する退院準備性は全般的な準備状態として1項目、看護師評価は親の育児技術の習得度と情緒的準備の各 1 項目で測定された。異なる項目で評価された結果を単純に比較することはできないが、結果で示されたように、看護師評価は親評

価よりも「未準備」率が高く、看護師と親では退院準備性を構成する因子が異なることが予想された。Smithは経験的に退院準備性の構成因子として、親の育児技術の習得度と情緒的準備を含めたが、これらは身体的に不安定で医療的ケアを含め、自宅でのケアを必要とするNICU退院児の親の退院準備性を測るのに、重要な因子であると思われた。

5）RHDS-PF

RHDS-PF は外科手術後の患者の退院準備性を測定する RHDS を療養中の子どもの親用に改良した尺度で、RHDS の 4 つの下位尺度に「子どもの個人的状態」を加えている。そのため、ここでは RHDS の構成要素と理論的背景を先に示す。

RHDS の開発時、Weiss は臨床看護師を含む専門家から意見収集し、4 下位尺度 23 項目で RHDS の原案を構成した。急性期病棟に入院した成人と療養中の子どもの親へパイロットテストを行い、内容妥当性を確認した後、産後の母親 122 人、入院する子どもの親 113 人、外科疾患で入院する成人本人 121 人を対象に本調査を行った。因子分析の結果、RHDS は 4 下位尺度と 21 の項目で再構成され、内部一貫性が確認されている（Cronbach'α＝.90）。各下位尺度と質問項目は、「個人的状態」: 身体的準備、痛み/不快、強さ、エネルギー、情緒的準備、身体能力/セルフ/子どもケア、ストレスの 7 項目、「知識」: セルフ/子どもケア、医学的ニーズ、合併症、問題発生時の連絡、制限、フォローアップ計画、資源の 8 項目、「コーピング能力」: 要求への対処、セルフケア/子どもケアの実行、医療処置の実行の 3 項目、「期待される支援」: 情緒的支援、自宅でのケアの支援、家事の支援、医療的ケアの支援の 4 項目である（Weiss ら, 2006）。RHDS-PF は、これに「子どもの個人的状態」の 8 項目が追加され、内部一貫性が高い（Cronbach'α＝.85）。各項目は、0：まったくない～10：完全にある、の 11 ポイントリッカート尺度で評価され、スコアリング方法が示されているが、カットオフポイントは示されていない。調査の参加者は、急性疾患から慢性疾患まで様々な療養状況にある、0～18 歳までの子どもの親で、うち 3%が NICU 入院児の親で、子どもの平均入院期間は 10.9（範囲 1～98）日であった。

Weiss は、どのような患者特性あるいは療養特性が患者の退院レディネスを予測するか？ 患者の知覚した退院レディネスは退院後のコーピングの困難さとヘルスサービスの利用を予測するか？という 2 つのリサーチクエスチョンを検証した。仮説は、患者あるいは患者のケア提供者の退院準備性が高いほど、退院後の困難さによく対処し、退院後の予定外のヘルスケアサービスの利用が少なくなる、である。そのため Weiss の研究デザインは縦断的で退院当日の質問紙で RHDS、退院教育の内容および提供 Quality of Discharge Teaching Scale（QDTS)、ケア調整 Care Coordination Scale（CCS)を、退院後 3 週の電話訪問でコーピングの困難さ Postdischarge Coping Difficulty Scale（PDCDS)、救急外来の利用や再入院などのヘルスサービスの利用状況を測定した。また、理論的背景は移行理論で（Meleis and Trangenstein, 1994、Meleis, et al.,2000）、医療施設から自宅への退院を「状況的移行」のタイプで捉えた。また調査項目を移行理論の構成要素で説明した。

RHDS-PF は子どもの年齢や療養状況を問わずそのケアを引き受ける親の退院準備性を測定することができる多次元尺度で、開発時の調査に 3%の NICU 退院児の親も含まれており、NICU から退院する乳児の親の退院準備性尺度として応用可能性が高いと思われた。しかし、日本の NICU で応用する際には、出生直後の入院で親子分離となること、平均在

院日数が極低出生体重児で 84 日、超低出生体重児では 100 日を超える（藤村ら,2007）、長期入院児を含むこと、NICU における支持的、教育的な親への支援により NICU 入院児と親との関係性の独自のプロセス（橋本,2000）があることなどを考慮する必要がある。なお、開発時の調査では子どもの療養状況による RHDS-PF 得点の比較はされていない。

また、Weiss はこの尺度の限界として、医療者による客観的な評価とは異なる可能性があると述べた。最近の Weiss の調査では成人患者の退院準備性尺度である RHDS の看護師評価用が作成され、看護師の RHDS 得点の平均点は外科手術後の成人患者本人の評価よりも高く、両者の得点に相関はなかったこと、看護師評価がより患者の退院後の救急外来受診と再入院を予測したと報告した（Weiss, et al., 2010）。なお、RHDS-PF の看護師評価用は 2016 年 1 月時点で公表されていない。

6）Comfort/Readiness Linear Analogue Self Assessment Scale

Stinsonらが心臓手術後の乳児の母親への調査に用いたMINI Ⅰ・Ⅱは患者学習ニーズ尺度Patient Learning Needs Scale；PLNS（Bubela et al.,1989）を基に開発された心臓手術をする乳児の母親の情報ニーズとその理解度を測定する尺度である。退院前と退院後1週時点でMINI Ⅰ・Ⅱと共に調査されたComfort/Readiness LASAは、100mmの直線を用いたビジュアルアナログスケールで、この方法は信頼性と妥当性が認知されている。

1970-80年代、心臓手術後の乳児は長期入院をしていたが1990年代以降は早期退院が進み在宅で家族がケアを担うようになった。しかし乳児のケア提供者である母親が特別なケアを学ぶことの重要さをどのように認知し、どの程度よく理解し、乳児のケア提供の責任をどのように準備しているかは明らかでなかった。

この調査の理論的背景はLazarus and Folkman（1984）のストレスとコーピングの認知理論cognitive theory of stress and copingである。必要な情報を得ることは母親のストレスを軽減し母親の準備性を促進することが理論的仮説である。

退院前後で、母親が予測する自宅での乳児へのケアの快適さ／準備性を測定した。結果、退院後で快適さ／準備性が増加したが、情報ニーズとの関連は明確ではなく、LASAのアンカーワードが二種類あり、退院準備性を測定しているとは言えなかった。

本節のまとめ

6つの尺度／測定ツールの比較より、WeissのRHDS-PFが、NICUから退院する乳児の親の退院準備性に応用可能な尺度として、最適と判断した。RHDS-PFは様々な療養中の子どもの親を参加者とし、うちNICUから退院する乳児が3%含まれ、退院準備性を多次元尺度で測定し、信頼性が確認され、理論的背景が示されているという理由からである。ただし、応用する際には、RHDS-PFが米国で開発された尺度であり、日本とは文化的、医療制度的な背景が異なること、子どもの年齢が0～18歳で概ねNICU入院児よりは短期入院であるため親子の特性が大きく異なること、に留意する必要があった。

２．２　移行理論

「移行」とは一般的に用いられる用語で、ある状態から他の状態へ移っていくことである。移行の概念は 1930 年以降、心理学、社会学、教育学において発展し、看護分野に取り入れられたのは 1990 年頃である。本章では「移行 transition」の概念が看護以外の分野を含めて、どのように捉えられ、研究や実践に利用されてきたか、看護の中範囲理論として Meleis が開発した移行理論、本調査への移行理論の応用について述べる。

2.2.1　移行の概念

1）諸理論における移行の捉え方

1930 年代以降、心理学者の Bühler や Erikson は、人間の乳児期から老年期までの生涯を発達的な視点で理論化した。人生はいくつかの段階に分けられ、各段階には特有の課題があり、それらを解決して次の段階へ進む、漸成説である（上田,2008）。1960 年代以降、人間の寿命が延び、社会構造や家族形態が多様化すると、社会学者らの調査により、人間の人生は年齢に沿って段階をすすむというより、時間、文脈、プロセス、発達的意味付けや家族の生活により影響され､人々の選択により様々なライフコースがあると証明された。（山元,Wapner, 1992）ライフコース理論の主要な概念は「軌跡 trajectory」「移行 transition」「転機 turning point」である。なかでも「危機的移行 critical transition」は、病気や受傷､死別など､大きなストレスや混乱をきたすイベントに関連して生じる移行で、そのプロセスと対処の結果、新たな環境や状況において個人が適応する、あるいは適応に失敗するとされる。

Moos & Schaefer（1986）は著書 Coping with Life Crisis で子ども期、青年期、キャリア選択と親期、離婚と再婚、中年期と退職、死と死別に分けて一般的な人生の移行を編集する一方で、非日常的な危機 - 家族成員の在宅療養（アルコール中毒の夫の場合）、移民、災害、テロ、戦争などで生じる危機的移行についても収録した。

1940 年頃から社会学者の間で議論されてきた役割理論 role theory においても移行は重要な概念である。Cottrell（1942）によると、「役割移行 role transitions」とは、社会システムの中のある役割から他の役割へ移動する過程で役割が変化するだけでなく、加わったり終わったりすることも含む。役割理論を利用した報告は、女性が結婚して妻役割を得ること、学生時代の延長が成人役割の獲得を遅らせること（いわゆるモラトリアム）、組織の中での管理者と従業員の役割、育児役割の分担 role sharing などがある。Burr（1972,1976）は多くの経験的な役割に関する報告から、バリエーションに富んだ事象を演繹的に説明できるよう役割理論の再構築を試み、Biddle（1986）は、これまでの報告を機能的、シンボリック相互作用、構造的、組織的、認知的の 5 つに整理した。「移行」の概念は、発達理論、役割理論、危機理論で発展し利用されていた。

2）保健・医療への移行の概念の応用

保健・医療分野へ移行の概念が導入され始めたのは 1950 年代からで、個人の発達やストレスに関連して述べられた。例えば Tyhurst（1957）は移行の定義を、「場所・状況・活動や一連の事情が他へ移動あるいは変化すること」とし、すべての移行には、騒動のフェーズ、身体機能・情緒・認知の障害、精神的なストレス症状、変化した時間の視点という共通の特徴があるとした。また Parkes（1971）は移行の定義を、「人々がその居場所や世界観を変えざるを得ないような継続的な変化のプロセスにおいて、新たな生活空間で個人が対処し有能になるのに権力やスキルの発達を必要とするもの」とした。個人にとって移行とは、安定した状態から不安定な状態を経て再び安定した状態へ至るまでのプロセスで、心身にストレスをもたらすが、移行が成功した場合、個人は新たな能力を得る。NICU から退院する乳児の親の移行に焦点を当てた研究には、親期への移行（Hutchinson, 2002）、看護師から親へのケア提供役割の移行（Jackson ら,2003）などがあった。

小児医療の分野における移行の概念に「移行期医療」がある。最もよく知られる例は先天性心疾患のある子どもの小児医療から成人医療への移行である。1953 年に米国で初めて心房中隔欠損をもつ乳児への開心術による心臓の再建が成功し、その多くが小児期に死亡していた先天性心疾患をもつ乳児たちは、9 割以上が成人期まで生きるようになった。その数は 2004 年時点では 80 万人に膨れ上がった。2004 年の Nursing Clinics of North America に 7 編の先天性心疾患をもつ小児の成人医療への移行に関する提言と報告が掲載された。報告の論点は成人医療への移行に必要な本人への教育で、学童期のセルフケア、青年期の問題行動・避妊教育、就労支援などで、成人科移行までのケアプランが提案された。日本においても、先天性心疾患をもつ成人は 2014 年時点で 45 万人、年間 1 万人ずつ増加の予測である（丹羽,2013）。米国同様、日本においても小児医療から成人医療への移行の必要性が学会等で認識されているが、2013 年の調査では成人先天性心疾患専門外来を有する施設は 8 施設と少ない（落合,八尾,永井,丹羽,白石,2014）。

日本の小児看護の分野では 1990 年以降、在宅医療が必要な子どもの病院から在宅への移行に関する報告が増加した。在宅移行時の看護師向けの手引書が 2001 年に国立小児病院（現在の国立成育医療センター）看護部により編集出版されている（谷川,地藏,山元, 2001）。その内容は自己注射療法、在宅酸素療法、在宅経管栄養療法など手技別の退院指導マニュアルが収録されたもので、在宅への移行を支援するための親への退院指導であった。2012 年より地域包括ケアシステムが始動し、施設看護と在宅看護の両方の立場から、小児においても在宅医療への移行の必要性が述べられている（花木,永坂,2014）。現在、訪問診療の利用者は 85 歳以上の高齢者 12.7 万人に対し、小児は 100 分の 1 の 1207 人である。NICU から退院する乳児の数％は医療度が高いまま自宅へ退院し、それぞれの地域で在宅診療・在宅訪問看護を利用することになるが、在宅医療を提供する診療所の 42％は医療者の専門性や経験不足から小児の受け入れができない。現在、厚生労働省の主導で小児在宅医療連携拠点事業が 9 県のモデル地区を選定して実施されているが、NICU から在宅への移行は医療サービスの不足という点でも課題が大きい（厚生労働省医政局, 2014,2015）。移行期医療と在宅医療への移行における論点は、小児科から成人科、施設から在宅といった「場の移行」であった。また移行に伴いケアの担い手も移行するため、教育がその促進因子となることが先行研究でも示された。

2.2.2　Meleis の移行理論

Meleis は、移行に注目することは次のような四つの枠組みを提供すると述べた。一つめは看護の普遍的側面を認識する枠組み、二つ目はアイデンティティとライフパターンの支援において看護師の潜在能力を高める枠組み、三つめは変わりゆくシステムと社会に看護師が関心を向けるよう支援する枠組み、四つめは肯定的な経験と健康的な帰結を支援する看護介入を開発するよう看護師に挑戦させる枠組みである（Meleis et al.,1994；Meleis, 2010,p68）。Meleis は、看護のミッションの一つは看護の対象の移行を促進することであるとし、移行理論を看護の中範囲理論としてモデル化した（Meleis et al., 2000）。

Chick & Meleis が 1986 年に述べた移行の概念は、ある人生の段階、状況、地位などから他へ移ること passage で個人と環境の複雑な相互作用のプロセスと結果の両方を言い、プロセス・タイムスパン・知覚の要素を含む多面的なもの、であった（Meleis,2010,p25）。その後、Schumacher と Meleis は 1986 年から 1992 年までに公表された「移行」を含む看護文献 310 編をレビューし、看護分野における移行を、①発達的移行 Developmental Transition（個人 Individual /家族 Family）、②状況的移行 Situation Transitions、③健康‐病気の移行 Health‐Illness Transition、④組織的移行 Organizational Transition、の 4 つのタイプに分けた。そして、健康的な移行の成功を示す 3 つの指標は、主観的健康観、熟達、良好な関係性であるとした（Schumacher & Meleis,1994；Meleis,2010）。移行理論は「移行の本質」「移行の状況」「看護介入」「反応のパターン」の 4 つのカテゴリーを主要概念としている（図 2）。以下に各カテゴリーについて説明する。

1）移行の本質 Nature of the Transition

移行の本質は先述した発達的、状況的、健康/病気、組織的の 4 つのタイプと、単一、多重、順次、同時、関係、無関係の 6 つのパターンに分けられた。さらに移行の本質には特性が示されおり、それらは、気づき、没入、変化と相違、移行のタイムスパン、重要な時期と出来事で、移行そのものの特性を主に示していた。プロパティは後述する移行の状況によって適宜削除される可能性があるものである。また「移行の本質」は、「移行の状況」と「看護介入」のそれぞれと相互作用するものと仮定される。

2）移行の状況 Transition Conditions

移行の状況は、個人、コミュニティ、社会で構成され、健康的な移行の促進因子としても阻害因子としても作用する。個人の状況はさらに詳しく示されており、その内容は意味づけ、文化的信念と態度、社会経済的状態、準備状況と知識であった。個人、コミュニティ、社会はそれぞれ関係しあい、また「移行の状況」は「移行の本質」「看護介入」「反応のパターン」のそれぞれと相互作用するものと仮定される。

3）看護介入 Nursing Therapeutics

看護介入の具体例は、心疾患をもつ高齢患者の移行ケアモデル、新たに親になる者への役割習得計画、看護師のインシデントストレスに関するふりかえりの有用性、などの研究が引用されている。「看護介入」は、「移行の本質」「移行の状況」「反応のパターン」のそ

れぞれと相互作用するものと仮定される。

4）反応のパターン Patterns of Response

反応のパターンは「発展指標 Progress Indicators」と「結果指標 Outcome Indicators」の二つで構成された。発展指標には、「連帯感」「相互作用」「ある状況に落ち着くこと」「自信とコーピングの発達」が含まれる。医療者と患者の心地よいつながりや患者のセルフケアと家族のケアギビングが互いに調和する状況では、肯定的な移行がすすむ。また、好ましい移行の結果、患者が自信をもち、累積的に知識を得、重要なターニングポイントが理解できる、生きた経験から知恵を得る、などの発達がみられる。結果指標には、「熟達」「流動的なアイデンティティの統合」が含まれた。移行が安定期を経て、健康的に完了を迎える際は、個人が新しい状況や環境でそれらを管理するのに必要なスキルや行動の熟達がある。移行の結果は、アイデンティティの再構成に特徴づけられる。それは安定しておらず動的で個体よりも液体に例えられる。「反応のパターン」は「移行の状況」および「看護介入」との間に相互作用があると仮定された。

2.2.3　NICU から自宅へ退院する乳児の親への移行理論の適用

1）Weiss の RHDS と移行理論

Meleis（2010）の著書に収録された 50 編のうち、外科手術後の成人患者向けの RHDS 開発時の論文が「状況的移行」の章に収録されていた（pp153-170）。Weiss は RHDS を開発した翌年、外科手術後の患者の知覚する退院準備性とその関連要因を明らかにするために移行理論を概念枠組みとした量的調査を行った。Weiss の退院当日の調査では、患者の退院準備性に加え、患者および療養上の特性、退院に向けたケア調整、提供された退院教育の内容と提供状況を質問紙にてデータ収集した。さらに退院後 3 週目にヘルスケアサービスの利用状況、コーピングの困難さを構成的な電話インタビューで得た。調査変数は移行理論の枠組みに沿って設定され、「移行の状況」として患者特性を、「看護介入」として退院教育を、「反応のパターン」の発展指標として RHDS-PF、結果指標として退院後の対処の困難さおよびヘルスケアサービスの利用状況を測定した。Weiss の調査変数間の関係性は図 3 のとおりである。

2）本調査への移行理論の適用

筆者は NICU から自宅への乳児の退院を「移行」と捉え、移行期の親子の準備性を明らかにするために適切な変数を得るために、本調査においても Meleis（2010）の移行理論を適用することとした。まず、4 つの移行のタイプのどれで考えるのが適当か検討した。乳児の疾患の経過に焦点を当てると「健康 - 病気の移行」、医療的にハイリスクな乳児の親あるいは家族になることに焦点を当てると親あるいは家族の「発達的移行」、NICU から自宅へ退院することで乳児と家族の生活の場と状況が変化することに焦点を当てると「状況的移行」で「組織的移行」には該当しない。

Meleis の著書に収録された移行理論を使用した多くの研究論文の中に NICU に関する

研究が 1 編あった。この研究は乳児が NICU に入院した韓国人母親 10 名への縦断的なインタビューの結果をまとめた質的研究で「発達的移行」の章にあった（Hyunjeong Shin, Rosemary White-Traut, 3 章 3 節、pp104-113）。親期への移行を母親役割の獲得（Mercer,1995）として捉えることは一般によく知られており、前述したように役割理論と移行理論は重なり合う。一方で NICU という新生児の集中治療を目的にした環境は、親にとっては、耳障りな音、多すぎる医療者、息が詰まるほどの暑さ（Lijeblad,1993）として経験され、その特殊な環境が親に急性ストレス症候群を起こすことが知られている（Shaw,RJ., Deblois,T.,Ikuta,L.et.al.,2006）。医療者による 24 時間の集中ケア提供体制である NICU から自宅へ乳児が退院することは、看護師から親へのケアの担い手の移行に加え、環境の大きな変化を伴い、単純に親期への発達的移行としにくい。よって本研究では NICU から自宅への退院を「状況的移行」と捉え、理論的枠組みを作成した（図 4）。なお、本研究において移行理論に基づいて調査変数間の関連性を設定する際には、以下の留意点が考えられた。

〔NICU から自宅へ退院する乳児の親へ移行理論適用する際の留意点〕

① 「移行の状況」の患者特性には、入院中の乳児とその親の両方の特性が含まれる。
② 「看護介入」には、NICU に特有の退院教育や退院調整の項目を設定する必要がある。
③ 「反応のパターン」としてのコーピングの困難さは、NICU から退院する乳児の親に特有の心配とそれへの対処の程度を測定する必要がある。

ところで、移行がどの時点で始まり、完了するかは移行研究の重要な課題である。NICU から自宅へ退院する乳児の親の移行はどの時点を完了とするのがよいか。これは、退院準備性の評価時期に関係する。Meleis & Trangenstein（1994）は、「移行の構成は開始 entry、通過 passage、完了 exit で、人が以前そうであったことに比較して成長を通してより破たんが少ない、あるいはより安定した期間に達したことを示す」と述べた。早産児の親は NICU から GCU への転床、自宅近くの小児病棟のある医療施設への転院、自宅への退院を乳児の進歩 progress と捉えると同時に、壊れやすい過程 fragile process であると知覚しており（Rowe J., Gardne r G. & Gardner A.,2005）、少なくとも NICU からの退院時点を移行の「完了」とすることはできない。また、母親の育児不安が大きいのは、退院後 1 週（岡崎,2000）、2 週間以内（笠井,2004；野村,吉川,大内,小池,村田,2010）、1 か月以内（米村,入江,谷口,2008）とする報告が多いが、正期産児との比較研究では対児感情尺度得点に差がなくなるのは退院から 1 年後である（山口,山口,前田,2007）。NICU 入院児の親の移行の完了時期は明確ではなかったことと、調査の実現可能性から、本研究の調査期間は退院後 1 か月までとした。

２．３　JRHDS-PF の妥当性の検討のための変数と仮説

本節では、RHDS-PF 開発時の調査変数、移行理論の枠組み、NICU 看護に関する先行研究から、JRHDS-PF の妥当性の検討に適した変数を見つけ、仮説を検討した。表 2 は、本調査の調査票に含めた調査内容と調査変数を移行理論の枠組みに沿って示したものである。

Meleis が述べた、移行が成功するための 3 つの指標である「主観的健康観」「熟達」「健康な関係性」を NICU から退院する乳児の親で考えると、「主観的健康観」とはケア提供者である親自身の健康の知覚と乳児が健康であるという知覚、「熟達」とは乳児に必要な医療的ケアを含む育児技術の習熟、「健康な関係性」とは家族、親せき、友人、職場、地域などから支援を得やすい関係にあることと解釈した。理論的にはこれらが NICU から退院する乳児の親の移行、つまり、親の退院準備性に影響すると予想された。

2.3.1　親子の退院準備状態に関する親の知覚

RHDS-PF では「親は自宅に子どもを連れ帰る準備ができているか」「子どもは退院してよい時期であるか」の 2 項目が質問の最初に置かれいるが、RHDS-PF のスコアには含まれていない。同様の質問は、先に比較した 6 つのケア提供者の退院準備性尺度の全てみみられた（Weiss,2004,2006,2008 ; Bernstein,2002,2007 ; Smith,2009,2012 ; Stinson,1995 ; Archbold,1986,1990,1992,1994）。本調査でも、親の知覚する退院準備状態を、JRHDS-PF の構成概念妥当性の変数に採用した。

移行理論の「親の主観的健康観」に含まれる、親子の退院準備状態に関する親の知覚に関する、JRHDS-PF の構成概念妥当性の仮説を、以下のとおりとした。

仮説 2-1）自身の退院準備ができていると回答した親ではそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

仮説 2-2）乳児が退院してよい時期にきていると回答した親ではそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

仮説 2-3）親子の退院準備ができていると回答した親ではそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い

2.3.2　参加者の特性

参加者の特性は、親、家族、文化、子ども及び療養上の特性に分け、先行研究を参考に決定した。親の特性は年齢、性別、最終学歴、就労形態、婚姻状況、初経産、主な養育者の 7 項目とした。家族の特性は、家族形態、同居中の大人の数と子どもの数、経済的状況、育児の支援者、他の子どもの健康度の 6 項目、文化的特性は日本において特徴的な産前産後の里帰りを考慮し、退院後の住まい 1 項目をたずねた。子どもの特性は、出生体重と退院時体重、出生週数、在院日数、疾患、退院後に継続する医療ケアの 7 項目とした。療養上の特性は、分娩様式、妊娠中の母親の入院、救急搬送、乳児の NICU への入院予測、自

宅と病院の所要時間、面会頻度の 6 項目とした。

ハイリスク新生児の医療施設からの退院基準の一つに育児の支援が期待できる同居の大人が本人を含め 2 人以上いることが AAP（2008）のガイドラインに示されており、Weiss（2006）の成人用 RHDS 開発時の調査結果でも、同居の大人の育児支援者がいる群ではいない群に比べ RHDS 得点が有意に高得点であった。また、RHDS-PF 開発時の調査結果では、親の同居する子どもの数が RHDS-PF を予測する可能性が示唆された。

日本においてはシングルマザーの割合が米国ほど多くないこととから同居の大人の数は親の退院準備性の関連因子になりにくいことが予測された。日本においては、核家族世帯の増加と子育て世代の孤立化が育児不安や虐待との関連から課題となっており（内閣府,2005）、さらに文化的慣習から、産後の母親の身体的な回復と育児支援を目的とした産後の里帰りが 3～4 割程度の母親で行われることから（木村,田村,倉持、2003；南,小原,武藤、2006）、「家族形態」と「退院後の住まい（里帰り）」を調査項目に含めた。また、同居の子どもの数を母親の子育て経験と解釈し、本調査では「初経産」でたずねることとした。なお、移行理論の枠組みのうち、「移行の状況」に含まれている、地域および社会のカテゴリーについては、回答しやすい調査項目数に収めることと、日本の医療制度や育児支援体制などの公的サービスにおいては個人差が少ないと考え、今回の調査に含めなかった。

移行理論の「移行の状況」に含まれる、親の特性、家族の特性、子どもの特性、文化的特性に関する、JRHDS-PF の構成概念妥当性の仮説は、以下のとおりとした。

仮説 2-4）拡大家族の親は核家族の親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

仮説 2-5）NICU 退院後に里帰りする親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に低い。

仮説 2-6）経産婦は初産婦に比べ、JRHDS-PF の総得点が統計的に有意に高い。

2.3.3　育児指導の満足度

Weiss（2008）の調査では育児指導と RHDS-PF の関係を検討するために、Quality of Discharge Teaching Scale（以下、QDTS）を使用した。QDTS は退院指導の‘内容’と‘提供’の 2 つの下位尺度、18 項目で構成され、‘提供’の下位尺度が RHDS-PF 得点と関連した。しかし、質問項目の公開されておらず育児指導の項目はわからなかった。

本調査でいう‘育児指導’とは、NICU から退院後に自宅で必要となる子どもの世話や医療的ケアの技術指導とし、親のケア参加とともに、移行理論の看護介入の調査内容に位置づけた。親への育児指導は先行研究が多く、医療者の関心が高いテーマであるため、先行研究から育児指導の項目を抽出した。

米国の新生児科医である Smith は NICU から退院する乳児の親の準備性を親のケアスキルの習得度と情緒的準備から説明できると仮定し、AAP（1998,2008）のハイリスク新生児の退院ガイドラインと先行研究および自施設の退院教育の項目を参考に、調査項目を抽出した（Smith et al.,2009,2012）。彼が調査したケアスキルは、ほ乳瓶での授乳、母乳での授乳、ベビーケア（入浴・おむつ交換・更衣など）、排便排尿の予測、在宅で使用する薬の知識、与薬方法の知識、発熱・疾患時の対応、小児科医の選定、早産児の特別なプログラム、ベッドの準備、自宅での支援の調整の 11 項目であった。本調査では先行研究で

見出された育児技術項目に加えて、AAP（2007）が安全で健康な始まり改善プロジェクト（Safe and Healty (SHB) Improvement Project）のホームページで医療者向けに配信している、新生児の退院準備チェックリストの健康と安全の相談・助言 10 項目を参考に選定した。日本では心肺蘇生法やカーシート教育が 100%実施されているわけではない現状に合わせて、NICU でも実施率の高い、ほ乳瓶での授乳、母乳での授乳、清潔（入浴・おむつ交換・更衣など）、排泄の予測、与薬、発熱・疾患時の対応、早産児の特別なプログラム、安全なベッドの準備の 8 項目を選定し、育児指導の受講の有無をたずねた。また育児指導の満足度は 1 項目とし、5 ポイントリッカート尺度でたずねた。育児指導の満足度のみを JRHDS-PF の構成概念妥当性を検討する変数としたのは、育児指導はルーチンで提供されることが多いため差が出にくいと予想されたこと、Weiss の調査でも退院指導の‘内容’よりも‘提供’が JRHDS-PF 得点に関連したためである。

移行理論の「看護介入」に含まれる、育児指導の満足に関する JRHDS-PF の構成概念妥当性の仮説は、以下のとおりとした。

仮説 2-7）育児指導に満足した親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

2.3.4　育児技術の習得度

育児技術の習得度は、先に述べた育児技術 8 項目について、退院前調査票と退院後調査票の両方に含め、1 : 全くできない～5 : 十分できる、の 5 ポイントリッカートでたずねた。母乳のみあるいはミルクのみで育児をしている場合や退院後の与薬がない場合などに、指定の育児技術を自宅で行う必要がない参加者がいるため、質問項目の下に、該当しない場合のチェックボックスを追加した。

3 回の調査で測定した育児技術の習得度はその時期によって退院準備性との関係が異なる。退院前の育児技術の習得度は退院準備性を高める要因と考えられるため移行理論の「反応パターン」の発展指標に位置付けた。一方、退院後の習得度は「反応パターン」の結果指標」とした。退院前の育児技術の習得度は、JRHDS-PF の構成概念妥当性、退院後の育児技術の習得度は予測的妥当性を検討する変数とした。

移行理論の「反応パターン」の発展指標に含まれる、育児技術の習得度に関する JRHDS-PF の構成概念妥当性の仮説は、以下のとおりとした。

仮説 2-8）退院前の育児技術の習得度が高い親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

移行理論の「反応パターン」の結果指標に含まれる、育児技術の習得度に関する JRHDS-PF の構成概念妥当性の仮説は、以下のとおりとした。

仮説 4-2）退院後 1 週の育児技術の習得度が高い親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

仮説 4-3）退院後 1 か月の育児技術の習得度が高い親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

2.3.5　NICU での親のケア参加の程度

本調査では NICU での「親のケア参加」を、子どもの退院に向けての「情報共有」「ケア参加」「医療者との話し合い」「退院計画への意見の反映」の 4 項目でたずね、1：まったくそう思わない～5：とてもそう思う、の 5 ポイントリッカート尺度で回答を得た。これらは患者と家族中心のケア協会（Institute for Patiet-and Family-centered Care）の 4 つのコア概念である、尊重、情報共有、参加、協働の概念を基に、親が答えやすい表現で作成した。NICU での親のケア参加は、移行理論の構成概念の一つである「看護介入」の調査内容に位置づけ、JRHDS-PF の構成概念妥当性の検討に用いた。

家族中心のケア（以下 FCC）とは、患者の家族が情緒的・社会的・発達的な支援の提供において活動的な役割をとるときに患者の健康の結果が最適化されるという信念に基づいた医療現場でのアプローチで、1970 年代にその概念が起こり 2000 年前後にアメリカ全土に拡大、NICU へは 1993 年に Helen Harrison がその方針を紹介している（Gooding J., Cooper L., Blaine A., Franck L., Howse J. and Berns S., 2011）。NICU 入院早期から日々提供される、FCC に基づくケアは、NICU から自宅への移行に影響すると推測された。FCC を測定する尺度には、Rosenbaum らが 2001 年、2003 年に開発した FCC 実践尺度（Measure of Process of Care for Service Providers: MPOCSP）と FCC 信念尺度（Measure of Beliefs about Participation in Family-Centered Care: MBP-FCS）があり、浅井ら（2009）が日本語版を報告したが、これらは看護師が回答するものであったたため本調査の項目に採用しなかった。その後、Rosenbaum の研究仲間である King らが 2004 年に開発した MPOC-20（Measure of Process of Care-20）は親が回答する FCC の理念に基づいた看護実践尺度で、清水（2010）が日本語版を報告した。しかし、MPOC-20 は項目数が 20 あり、本調査票に含めた場合の参加者の負担が懸念されたため、本調査に採用しなかった。

移行理論の「看護介入」に含まれる、家族中心の看護に関する JRHDS-PF の構成概念妥当性の仮説は、以下のとおりとした。

仮説 2-9) 入院中の乳児のケアへ参加が十分であった親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF の総得点が統計的に有意に高い。

2.3.6　退院調整の程度

Weiss(2008)の調査では退院調整と RHDS-PF の関係を検討するために、退院に向けたケア調整を Care Coordination Scale（以下、CCS）で測定していた。CCS は 5 項目で構成される尺度であるが Cronbach α係数が.58 と低く、内容が示されていなかった。また、重回帰分析の結果では RHDS-PF との有意な関連はなかった。しかし、近年日本においても、学会等でクリニカルパスが作成され、診療報酬でも退院調整加算がついており、退院後のサービス調整がされているかどうかは退院準備性に影響すると考え構成概念妥当性を検討する変数として含めることとした。

宇都宮（2013）によると退院調整とは、入院から 48 時間以内に行われる‘スクリーニングとアセスメント’、入院期間を通して行われる‘受容と自立の支援’、退院までに行わ

れる‘サービス調整’の 3 段階に分けられる。海外の先行研究でも、退院計画と調整は NICU へ入院した時から開始されるとされ（AAP,1998；Griffin T. and Abraham M.,2006）、クリニカルパスウェイなど退院までの道筋が見えやすい文書を親と共有することや、多職種によるラウンドカンファレンスに親が参加することは、子どもの経口哺乳の開始や集中ケアからの移行、退院時期を親に予測させ、時期ごとに求められるタスクの理解をすすめると報告された（Vecchi et al.,1996：Campbell ,2006：Mills, Marla, Debra,Sims and Jacob.,2006）。しかし、子どもの入院時点から行われる退院調整は方法も内容も幅広く、それらを客観的に測定する尺度は見当たらなかったため、本調査票では 1 項目でたずねることとした。

移行理論の「看護介入」に含まれる、退院調整に関連した JRHDS-PF の構成概念妥当性の仮説は、以下のとおりとした。

仮説 2-10）退院調整が十分された親ではそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

2.3.7　退院後のヘルスケアサービスの利用

本調査でいう「ヘルスケアサービス」は、退院後の子どもの健康問題を解決するために親子が利用するフォーマル・インフォーマルを問わない保健・医療・福祉サービスやその他の手段とした。退院後のヘルスケアサービスの利用は、移行理論の構成概念の一つである反応のパターンの結果指標の調査内容に位置づけた。

Weiss は入院中に退院準備が十分に整うことで退院後の予定外のヘルスケアサービスの利用は少なくなると仮定し、証明した。NICU からの早期退院と費用対効果に関する文献レビューにおいても、早産児の再入院や救急外来受診による不利益が議論されないままに早期退院によるコスト削減が強調されていることが指摘されている（Raddish,1998：Merritt, 1998）。本調査では NICU から退院後に親が利用したヘルスサービスについて Weiss の調査項目を参考に、友人や家族への電話、専門職への電話、病院への電話、予定外の外来利用、救急外来の利用、再入院の 6 項目に分け、経験の有無をたずね、ありの場合は調査時点までの利用回数をたずねた。このうち、日本においては退院後の電話相談が一般的な育児支援の方法であるため（田中,佐藤, 2007）、JRHDS-PF の予測的妥当性に利用するのは、予定外の外来利用、救急外来の利用、再入院の 3 項目とした。

移行理論の「反応パターン」の結果指標に含まれる、予定外のヘルスケアサービスの利用に関連した JRHDS-PF の予測的妥当性の仮説は、以下のとおりとした。

仮説 4-1）退院後 1 か月までに乳児の予定外の受診・救急外来受診・再入院を経験した親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF の総得点が有意に低い。

2.3.8　退院後の親の心配と挑戦

Weiss ら（2008）の調査では、退院後の親子の適応の困難さが Post-Discharge Coping

Difficulty Scale（以下、PDCDS）で測定された。RHDS-PF 得点は 1 か月後の PDCDS 得点（高得点ほど困難が大きい）と負の相関があり、PDCDS 得点が高い場合はヘルスケアサービスの利用が増加した。つまり、親の退院準備性は退院後の困難さに直接関係し、退院後のヘルスケアサービスの利用には間接的に関係した。PDCDS は内容が公開されておらず、外科手術後の成人本人にも使用されており（Weiss,2006）、NICU から退院した乳児の親の退院後の育児の困難さを測定するのに適切な項目か確認できなかった。そのため、NICU 看護に関する先行研究から TQ（Kenner,1994）を選定し、JRHDS-PF の外的基準とした。TQ は NICU 看護分野で開発された、NICU 退院後の親の育児の心配と挑戦を測定する尺度である。なお、JTQ の作成と信頼性を確認については、第三章で詳しく述べる。

移行理論の「反応パターン」の結果指標に含まれる、退院後の親のコーピングに関連した JRHDS-PF の構成概念妥当性の仮説を以下のように設定した。

仮説 3-2）JRHDS-PF の総得点と JTQ の総得点は正の相関がある。

仮説 3-3）JRHDS-PF 高得点群は低得点群に比べ、退院後 1 週の JTQ 得点が高い。

仮説 3-4）JRHDS-PF 高得点群は低得点群に比べ、退院後 1 か月の JTQ 得点が高い。

本章のまとめ

退院準備性尺度に関する 45 の先行研究を検討した結果、NICU から退院する乳児の親の退院準備性尺度はなかったが、応用可能性のある尺度として、Weiss（2008）の RHDS-PF があった。療養中の子どもの親の退院準備性を測定する RHDS-PF は「親の個人的状態」「子どもの個人的状態」「知識」「コーピング能力」「期待される支援」の 5 つの下位尺度 29 項目から構成され、信頼性が確認された尺度であった。

RHDS-PF は Meleis（1994）の移行理論を理論的背景として調査され、退院準備性の関連因子として、親子の特性、療養上の特性、退院教育、退院後のコーピングの困難さ、退院後のヘルスケアサービスの利用状況が調査変数としてデータ収集された。本調査では JRHDS-PF の NICU から退院する乳児の親への応用可能性を検討するにあたり、NICU から自宅への移行に注目して現象をとらえるため、移行理論の「状況的移行」のタイプを理論的パースペクティブとして用いることとした。

NICU 看護の先行研究から導かれた JRHDS-PF の構成概念妥当性を検討するための変数は、参加者の特性のうち「初経産」と「家族形態」、文化的特性として「産後の里帰り」、看護介入として「NICU でのケア参加度」「育児技術指導の満足度」「退院調整の程度」、反応パターンの発展指標として「退院前の育児技術の習得度」、結果指標として「退院後の救急外来受診と再入院」「退院後の親の心配と挑戦」「退院後の育児技術の習得度」を選定した。また、親の知覚する退院準備状態の外的基準として JTQ を用いることとした。

第三章　方　法

本研究は量的記述的研究で退院前、退院後 1 週と 1 か月の 3 回の調査時期をもつ縦断的なデザインである。各節で、研究デザイン、場所・期間・研究体制、参加者、測定用具、データ収集、データ分析、倫理的配慮について述べる。

本調査に先立ち、JRHDS-PF とその基準として用いる JTQ の内容妥当性を小児看護の専門家および NICU の共同研究者らと検討した。また、子育て中の一般の親と NICU から退院した乳児の母親へパイロットテストを行い、JRHDS-PF と JTQ を含む、使用予定の調査票の表面妥当性を高めた。パイロットテストは平成 26 年度沖縄県立看護大学学長奨励研究費の助成を受け、結果を沖縄県立看護大学紀要第 15 号に投稿した（上原,前田,2015）。なお、調査場所は NICU と GCU の二つのユニットに分かれていたが、以降は両方を合わせて NICU と表記する。また研究責任者とは筆者である。

３．１　研究デザイン

研究デザインは多因子で構成された調査票を用いた縦断的量的記述的研究デザインであった。NICU から自宅へ退院することは、療養場所が病院から自宅へ移行するのに加えて、養育者が医療者から子どもの養育を引き受ける移行のプロセスを含んだ。

本研究の理論的パースペクティブには移行理論を採用し、移行のタイプを状況的移行と捉えた。親子をとりまく環境がどのようであれば、NICU から自宅への移行がスムーズに進むかを把握するために、移行の主体の一つである親の退院準備性から検討した。その移行は単に、養育者の発達的移行や子どもの健康 - 病気の移行では説明できない。NICU から自宅への状況的移行は、多重で順次的で関係性のあるパターンをもつ。つまり、乳児が NICU から自宅へ退院するという出来事自体と、親の個人的要因、看護介入、移行の帰結の関係性は時間経過を含めて捉える必要があった。また調査票の構成は、先行研究を基に仮説を立て調査変数を選定する、演繹的な方法で検討した。

３．２　研究場所・期間・研究体制

本調査は沖縄本島および離島にある NICU をもつ 4 つの施設で実施した。各施設長へ本研究の趣旨を口頭と文書で説明し、承諾を得た後に、NICU 医長と看護師長から研究協力の同意を得た。研究協力が得られた NICU は、総合周産期医療施設 1 か所と地域周産期医療施設 3 か所で、NICU 病床数は合計 60 床、調査期間は平成 26 年 8 月から平成 27 年 3 月までの 8 か月間であった。（付録 A）

本研究は筆者の他に共同研究者として、4 施設の各 NICU 看護師長らが推薦した主任以上の NICU 看護師 9 人を含めた体制で行った。乳児の退院前に転棟となる可能性

がある新生児室やフォローアップが行われる外来が NICU 看護師長の所管でない場合は、各部署を管理する看護師長へも本研究について説明し協力を得た。筆者および共同研究者の役割は以下のように分担した。

［研究責任者（筆者）の役割］
・研究の計画的遂行
・調査票の作成
・会議の開催、意見収集、共同研究者からの相談対応
・参加候補者への説明と同意書の手続き
・調査票の回収、データ入力、分析
・執筆、報告

〔NICU 勤務の共同研究者の役割〕
・研究参加候補者の選定と決定
・識別番号（参加者ごとの番号）の記入と保管
・研究参加者への調査票の配布
・NICU に設置した鍵付き回収箱の管理
・施設と筆者との連絡役
・研究計画、実施、分析結果への意見

〔外来勤務の共同研究者の役割〕
・第 3 回調査票の再配布（必要時）
・外来に設置した鍵付き回収箱の管理

３．３　研究参加者

研究参加者は沖縄県内の NICU に子どもが入院しており退院の目途がついている親 100 人程度とした。因子分析に適したサンプル数について、150 以上とする（DeVellis,2012）、また心理尺度においては調査項目数の 3 倍程度でよい（山上,倉知,2003）などの考えがあるが、本調査では、研究参加者の母集団の規模が非常に小さいので、後者の基準を採用した。JRHDS-PF 29 項目の 3 倍強の 100 人をサンプル数とし、因子分析が可能と考えた。参加者の条件は以下のとおりであった。

① NICU に 7 日以上入院した（あるいは予測される）子どもの親
② 年齢が 18 歳以上であること
③ 子どもが NICU から自宅へ退院すること（実家への里帰りを含む）
④ 退院後に子どもと同居し直接子どもの世話をすること
⑤ 平易な日本語の読み書きができること
⑥ 研究への参加が可能な心身の状況であること
（共同研究者と相談し、同意書の手続きや調査票の配布時に確認する）

NICU 入院児の親に対する研究実施の周知は、各 NICU 看護師長が指定する場所への掲示で行った。（付録 B）

参加者募集から調査票配布までの流れは以下のとおりとした。

① 調査期間中に NICU 入院児の親のうち参加条件を満たす者を、NICU 共同研究者が研究参加候補者としてリストアップした。（付録 C）

② 参加候補者が NICU に面会に来た際に、筆者が本調査の趣旨、協力内容、倫理的配慮について口頭と紙面で説明した。（付録 D）

③ 参加候補者に協力の意思があった場合、同意書二部に署名を得て、双方が研究終了時まで同意書を保管した。（付録 E-1,2）

④ NICU 入院児の退院決定後、共同研究者は参加候補者の心身の状況に問題がないことを確認し、退院の順に識別番号を付与し、同番号の調査票一式を退院前に配布した。

NICU 入院児の両親が研究へ参加する場合、父親、母親それぞれの退院準備性を図るため個別に同意書を得て調査票に回答してもらった。また双胎が共に NICU に入院している場合、乳児それぞれの退院に向けた親の準備性を測るため、それぞれの退院時に調査票へ回答してもらった。退院予定の乳児が退院前に NICU から新生児室や小児病棟へ移動した場合は、参加候補者に継続して研究に参加してもらった。

３．４　測定用具

本研究で使用する調査票には、米国で開発された RHDS-PF（Weiss,2008）と TQ（Kenner,1994）のそれぞれを日本語に翻訳した JRHDS-PF と JTQ を含めた。本節では各調査票の概要と、2 つの尺度の構成、スコアリング、日本語版の作成過程のみ述べる。

3.4.1　調査票の構成

退院前の第 1 回調査で使用する「退院前調査票」と退院後の第 2 回および第 3 回調査で使用する「退院後調査票」の二種類を作成した。質問文は平易な日本語の単文で表現し、パイロットテストを経てさらに参加者が回答しやすいものとなった。退院前調査票は、Ⅰ．基本属性 26 項目、Ⅱ．JRHDS-PF 31 項目、Ⅲ．退院調整と育児技術 22 項目で構成し、合計 80 項目であった。パイロットテストの参加者が報告した平均回答所要時間は 13.1（8～23）分であった。退院後調査票は、Ⅰ．JTQ 36 項目、Ⅱ．育児技術の習得度 8 項目、Ⅲ．退院後のヘルスケアサービスの利用 6 項目で構成し、合計 50 項目であった。パイロットテストの参加者が報告した平均回答所要時間は 6.9（4～14）分であった。調査票の種類、調査時期、調査票の見出し、調査内容のクロスリファレンスを示した。（表 3）

なお、両調査票の最後には、本調査への要望・意見に関する自由記述欄を設けた。また緊急に支援が必要な参加者へ対応するため、筆者あるいは共同研究者からの連絡を希望する際のチェックボックスを設けた。これは調査票の回収時点で育児相談や家庭訪問など早

急に必要とされる支援につなげるためのものであった。

3.4.2　JRHDS-PF

RHDS-PF は Weiss らが 2006 年に開発した外科手術後の患者の退院準備性の尺度である RHDS を、2008 年に療養中の 0～18 歳の子どもの親用に改変したもので「親の個人的状態 Personal status/parent」7 項目、「子どもの個人的状態 Personal status/child」6 項目、「知識 Knowledge」9 項目、「対処能力 Coping Ability」3 項目、「期待される支援 Expected Support」4 項目の 5 つの下位尺度 29 項目で構成される。29 項目に回答する前に、「あなたは予定された日に子どもを連れて帰る準備ができているか」「子どもは退院してよい時期にきていると思うか」の 2 つの質問に「はい/いいえ」で回答するよう調査票は設計されている。親の直観的な退院準備状況を問うこれら 2 つの質問は、RHDS-PF の尺度得点に含めない。29 項目は、0～10 の 11 ポイントリッカート尺度でそれぞれの項目に合ったアンカーワードがおかれている。総得点の範囲は 0～290 点、高得点ほど準備性が高いことを示す。原版尺度全体の統計的な内部一貫性は高く（Cronbachα=.85）、総得点と下位尺度の統計量は示されたが、何点以上で退院準備が整ったと特定するかを決める、カットオフポイントは示されていない。なお、開発時の調査へは 135 人が参加し、親の平均年齢は 35（範囲：18～59）歳、子どもの平均年齢は 7.0（範囲：0～18）歳、平均入院期間は 10.9（範囲：1～98）日であった。また、子どもの入院理由は急性疾患 41.5%、慢性疾患 46.5%であり、NICU 入院児は 3%にすぎなかった。

JRHDS-PF は、Weiss から日本語版への翻訳許可と使用承認を得て（2014 年 4 月 21 日付，E メール）、筆者が作成したものである。その際、Weiss から成人用 RHDS がすでに日本語版へ翻訳されているという情報を得て、その翻訳者らへ連絡を取り、承諾を得て日本語訳された成人用 RHDS を入手し（2014 年 3 月 15 日，E メール，翻訳者：橋本瑞希）、参考にした。日本語版成人用 RHDS は未公開であるが、その作成過程は共同研究者によりすでに公表されている（永田,2010）。RHDS-PF の日本語への翻訳過程では、米国で新生児ナース・プラクティショナー（Neonatal Nurse Practitioner 以下、NNP）として勤務している日本人から助言を得た。彼女は TQ の開発者である Kenner の研究仲間で、NICU 看護に関する英語の質問紙や書籍を日本語へ翻訳した経験があった。まずは、筆者と小児看護の専門家 2 名で RHDS-PF を日本語に訳し、NNP から原版の解釈と日本語訳への助言を得て、日本の医療制度や文化的背景にあった質問紙を作成した。再び、NNP から日本語訳の校閲を得た後、パイロットテストにて表面妥当性を検討した。

パイロットテストの結果、NICU から退院した乳児を育てる母親から、子どもの医療的ケアに関する質問（19,27,31 番）に答えにくい、という意見を得た。先行研究からも日本の NICU から退院する乳児は米国に比べ、医療的ケアを自宅で継続する割合が少ないと予想されたため、JRHDS-PF では、自宅での子どもの医療的ケアに関する 3 項目に「該当しない」場合のチェック欄を設けた。得点を算出する際は各項目の平均値を代入することとした。また、原版では「親の個人的状態」と「子どもの個人的状態」が、体力、活気などの項目毎に交互に配置されているが、日本語版では、親への質問か子どもへの質問かが分かりづらいという意見があった。回答しやすさを考慮し、「親の個人的状態」と「子どもの個人的状態」の項目がそれぞれひとまとめになるように並び替え、通し番号を付け直した。

JRHDS-PF は原版から一部書式の変更をしたが、内容の変更はなく、表面妥当性が確認された（上原,前田,2015）。なお、変更点は開発者へ報告した。

3.4.3　JTQ

TQ は病院から退院した乳児の両親の複雑な移行の現象を測定するために Kenner らが 1994 年に開発した多次元尺度で、「情報ニーズ Informational Needs」6 項目、「ストレス・コーピング Stress and Coping」14 項目、「親子の役割発達 Parent-Child Role Development」9 項目、「悲嘆 Grief」4 項目、「社会相互作用 Social Interaction 」3 項目の合計 36 項目、5 つの下位尺度で構成されている。36 項目は 5 ポイントリッカート尺度で、アンカーワードは 1：強く同意しない～5：強く同意する、である。総得点の範囲は 36～180 点、高得点ほど退院後の心配が少なく育児によくとりくめていることを示す。内部一貫性は下位尺後毎に低～中程度（Cronbachα=.57～.74）と報告されている（Boykova & Kenner,2012）。統計量およびカットオフポイントなどの得点の解釈や使用方法は示されていないが、NICU 退院後の親の不安に関する質的な先行研究のレビューから内容妥当性が確認されている（McKim E.,Kenner C.,Frandermeyer L.,1995）。

JTQ は Kenner からオリジナル版（英語）の日本語版への翻訳許可と使用承認を得て（2014 年 4 月 25 日付，E メール）、筆者が JRHDS-PF の基準関連妥当性を確認するために翻訳したものである。すでにタイと韓国での使用が報告されているため（Boykova and Kenner, 2012）、アジア地域での翻訳上の留意点や米国との統計量の違いについて問い合わせたが、未公開であった。日本語への翻訳過程では、JRHDS-PF 同様の手続きをとった。

パイロットテストの結果、子育て中の一般の親から答えにくいという意見を 3 項目（17,20,35 番）で得た。17 番は日本語訳を再検討し修正した。「20. 子ども（NICU 入院児）のきょうだいの存在がストレスになっている」「35. 子どもを亡くしてしまいそうで怖い」については参加者の答えにくさが翻訳によるものではなく、「他の子どもをストレスと感じること」への後ろめたさや、「子どもが亡くなる」という表現が不謹慎に感じられたためであることが、参加者との面談からわかった。一方で NICU から退院した乳児を育てる母親の参加者においては、これらの質問を不適切とする意見はなかったため、今回の調査では原版の 36 項目を維持した。JTQ は原版からの内容の変更はなく、表面妥当性が確認された（上原,前田,2015）。

３．５　データ収集

調査票の記入と回収時期は、退院 7 日前から当日までに 1 回と、退院後 1 週、1 か月の計 3 回であった。研究参加者ごとに 3 回の調査票を連結可能とする一方で、参加者の匿名性の確保のため、調査票の配布は乳児の NICU 入院中に 3 回分を配布した。

NICU 共同研究者は参加候補者の選定と参加者の識別番号を含む最終的な参加者の決定をするが、調査票の記入内容を見ることはできない。筆者は参加候補者へ研究の説明と同意書の手続き、調査内容の入力と分析をするが、参加者の識別番号を知ることはできない。それぞれの役割を示す。（付録 F、表 4）

子どもの NICU からの退院予定について医師から説明された親へ、筆者が本調査に

ついて説明し同意書の手続きをした後、NICU の共同研究者が退院 7 日前から退院当日までの間に研究参加者を確定し、識別番号リストに識別番号を記入し（付録 C 再掲）、同じ番号の付された退院前調査票を配布した。記入後の調査票は参加者自身が封をして、退院までに NICU 内に設置されている鍵付き回収箱に投函した（付録 G）。

NICU の共同研究者は、退院当日までに参加者へ、退院後に予定されている 2 回の調査について再度説明し、退院前調査票と同じ識別番号の付された退院後調査票（第 2 回と第 3 回各一部）の入った封筒を参加者へ配布した。第 2 回調査は退院後 7 日、第 3 回調査は退院後 1 か月を目安に、参加者が自宅で回答し、郵便ポストあるいは退院後に受診する外来に設置された鍵付き回収箱へ投函した。なお、各回の調査票の郵送の際の費用が参加者の負担とならないよう、料金受取人払い制度の手続きをし、すべての封筒に郵便局指定のバーコードと承認番号を表示した。

３．６　データ分析

各研究設問の仮説に沿って分析方法を設定した。分析には解析ソフト SPSS Statistics19.0 を使用した。

3.6.1　JRHDS-PF の信頼性の分析方法

補助的な研究設問 1「JRHDS-PF は NICU から退院する乳児の親の退院準備性を測定するのに信頼性のある尺度か」について 4 つの仮説の分析方法は以下のとおりとした。なお、因子分析の手続きは、多変量解析を行った 73 編の論文を集積した図書（柳井,繁桝,高木,岩崎,2013）のうち、特に心理尺度に関する手法を参考にした（青木,2013,p541-564）。

仮説 1-1）JRHDS-PF を構成する項目は適切である。

まず、項目毎の回答率、平均得点、標準偏差、最小値、最大値を算出した。不適切条件を、①回答率が 9 割未満、②項目毎平均得点が 1 以下あるいは 9 以上、③標準偏差 1.0 未満、とし①～③をすべて満たす項目を不適切項目として JRHDS-PF から除外することを検討した。不適切条件は、聖路加看護大学の学位論文のうち尺度開発に関する論文の尺度化の手続きで示された尺度項目の記述統計により項目を削除する基準（柳井,伊部,2012）を参考に設定した。

仮説 1-2）JRHDS-PF の因子構造は多次元である。

因子構造の検討には主因子法、バリマックス回転を用いた探索的因子分析を行った。因子数の決定にはスクリー法と、芝（1981）の質問項目数による経験的な因子数を参考にした。各項目の因子負荷量は｜.35｜以上を基準として、下位尺度を構成する項目の内容を検討し累積寄与率を求め、最終のモデルを決定し、各因子を命名した。

仮説 1-3）JRHDS-PF は内部一貫性がある。

尺度全体と下位尺度毎の Cronbach's α 係数、下位尺度毎の項目全体相関を求めた。尺度の安定性の確認として再テスト法が一般的に利用されるが、参加者は NICU からの乳児の

退院に際して不安が大きい時期にあり、短期間のうちに 2 回同じ調査を行うのは負担が大きい。よって今回は行わなかった。なお、下位尺度項目数を確認し折半法を検討することとした。

仮説 1-4）JRHDS-PF の総得点は正規分布である。
最終的な因子構造にて総得点および下位尺度得点の平均値、標準偏差、各分布を求めた。

3.6.2　JRHDS-PF の妥当性の分析方法

JRHDS-PF の妥当性の検討は、先行研究から導かれた 10 の仮説に基づき構成概念妥当性を、JTQ との関連から 4 つの基準関連妥当性を、退院後の予定外の受診と再入院、育児の習得度の関係から 3 つの予測的妥当性をそれぞれ検討した。それぞれの妥当性の検討毎に独立変数と従属変数の一覧を示した（表 5）。仮説に沿って分析方法を示す。

1）構成概念妥当性

仮説 2-1）「自身の退院準備ができていると回答した親ではそうでない親に比べて、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。」

JRHDS-PF の質問番号 1「あなたは、予定された日にお子さまを連れて帰る準備ができていますか」に「はい」と回答した者を親準備群、「いいえ」と回答した者を「親未準備群」とし、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差の検定を行った。

仮説 2-2）「子どもが退院してよい時期にきている」と回答した親ではそうでない親に比べて、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

JRHDS-PF の質問番号 2「お子さまは退院してよい時期にきていると思いますか」に「はい」と回答した者を乳児準備群、「いいえ」と回答した者を「乳児未準備群」とし、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差の検定を行った。

仮説 2-3）「親子の退院準備ができている」と回答した親ではそうでない親に比べて、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い

JRHDS-PF の質問番号 1 と 2 の両方に「はい」と回答した者を親子準備群、そうでない者を「親子未準備群」とし、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差の検定を行った。

仮説 2-4）拡大家族の親は核家族の親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。
仮説 2-5）NICU 退院後に里帰りする親は、そうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に低い。
仮説 2-6）経産婦は初産婦に比べて、JRHDS-PF の総得点が統計的に有意に高い。

仮説 2-4～6）は特性毎に二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差の検定を行った。

仮説 2-7）育児指導に満足した親は、そうでない親に比べて、JRHDS-PF 総得点が統計的

に有意に高い。

育児指導の満足度を 1～5 段階でたずね、4 以上を満足群、4 未満をふつう～不満足群の二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差の検定を行った。

仮説 2-8）退院前の育児技術の習得度が高い親は、そうでない親に比べて、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

退院前の 8 つの育児技術の習得度をそれぞれ 1～5 段階でたずね集計し、平均得点以上を習得群、平均得点未満を未習得群の二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差の検定を行った。

仮説 2-9）入院中の子どものケアへ参加が十分であった親は、そうでない親に比べて、JRHDS-PF の総得点が統計的に有意に高い。

4 つの子どものケア参加の状況をそれぞれ 1～5 段階でたずね集計し、平均得点 4 以上を十分群、4 未満をふつう～不十分群の二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差の検定を行った。

仮説 2-10）退院調整が十分された親では、そうでない親に比べて、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

退院調整の程度を 1～5 段階尺度でたずね、4 以上を十分群、4 未満をふつう～不十分群の二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差の検定を行った。

2）基準関連妥当性

仮説 3-1）JTQ は本研究の参加者において、信頼性が確認できる。

退院後 1 週と 1 か月時点の JTQ を合算できるか検討するために、まずは原版 TQ の下位尺度得点と総得点を求め、二時点の平均得点に統計的に有意な差があるかを検討した。二時点の JTQ を等質とみなした場合、合算データにより JTQ の因子構造を決定し、内部一貫性を Cronbach'α係数で確認した。さらに、退院後 1 週と 1 か月で JTQ の再テスト法とみなして分析した。なお、予定している再テストまでの期間は 3 週間を想定しており、適正範囲であった（市川,1991）。仮説 3-1）が支持された場合、基準関連妥当性に関する以下の仮説を検討することが可能となる。

仮説 3-2）JRHDS-PF の総得点と JTQ の総得点は正の相関がある。

ピアソンの積率相関係数にて検討した。

仮説 3-3）JRHDS-PF 高得点群は、低得点群に比べ、退院後 1 週の JTQ 得点が高い。

仮説 3-4）JRHDS-PF 高得点群は、低得点群に比べ、退院後 1 か月の JTQ 得点が高い。

仮説 3-3,4）では、JRHDS-PF の第 3 四分位以上を高得点群、第 1 四分位以下を低得点群とし、退院後 1 週と 1 か月の JTQ の総得点と下位尺度得点の平均値の差の検定を行った。

3）予測的妥当性

仮説 4-1）退院後 1 か月までに子どもの予定外の受診・救急外来受診・再入院を経験した親はそうでない親に比べて、JRHDS-PF の総得点が有意に低い。

退院後 1 か月までの子どもの予定外の受診・救急外来受診・再入院の経験あり群となし群の二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差の検定を行った。

仮説 4-2）退院後 1 週の育児技術の習得度が高い親は、そうでない親に比べて、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

仮説 4-3）退院後 1 か月の育児技術の習得度が高い親は、そうでない親に比べて、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い。

退院後 1 週および 1 か月の 8 つの育児技術の習得度をそれぞれ 1～5 段階でたずね集計し、平均得点以上を習得群、平均得点未満を未習得群の二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差の検定を行った。

３．７　倫理的配慮

研究参加者への倫理的配慮として、研究参加の任意性、利益と不利益、連結可能匿名化、同意の撤回と中断の自由、公表の方法と個人情報の保護について調査協力の同意書および毎回の調査票に明記した。研究参加候補者への研究依頼と同意書のとりかわし、調査結果の入力と分析は筆者が行い、識別番号リストの管理と調査票の配布は NICU の共同研究者が行うため、参加者の匿名性は保護された。研究協力の同意書は初回の調査前に得たが、毎回の調査協力は調査票の回収箱あるいは郵便ポストへの投函をもって完了とした。なお、施設内の回収箱は参加者のプライバシーが守られやすい場所に設置した。

パイロットテストの結果より、次子を妊娠している母親とその夫が参加者となった場合、NICU 共同研究者の仲介を得て心理的ストレスの有無を確認することとした。参加候補者が条件を満たさなくなった場合（例. 子どもの死亡や乳児院への入所など）、著しく参加者の心身の状況が悪化した場合（例. 親自身の入院など）は調査を中止し、共同研究者らと相談の上、最善の対応（例. 封書での研究参加の中止のご報告、育児相談、専門機関の紹介など）をとることとした。

本研究は筆者の所属する施設の研究倫理審査委員会へ提出し、2014 年 5 月 22 日に条件付き承認を受けた。一部修正後、同年 6 月 17 日に承認を得た（沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会承認番号 14001）。また同年 7 月には、各研究協力施設の求めに応じて、倫理審査に該当する委員会等への計画書の提出、審査を経てそれぞれ承認を得て研究を開始した。

第四章　結　果

本章では回収率、参加者の特性を述べた後、JRHDS-PF の信頼性、妥当性について研究設問と仮説に沿って述べる。さらに、JRHDS-PF と本調査で使用した測定ツールから得られた結果について述べる。

４．１　　回収率

調査票の配布数は 165、各回の回収数（率）は第 1 回 117（70.9%）、第 2 回 67（40.6%）、第 3 回 54（32.7%）であった。未記入が多いもの、NICU 在院日数が 7 日未満のもの、退院前調査票の記入日が退院 7 日前よりも早いもの、第 2 回調査票の記入日が退院後 28 日を超えるもの、第 3 回調査票の記入日が退院後 56 日を超えるものを除外したところ、有効回答数（回収率）は、第 1 回 108 人（65.5%）、第 2 回 61 人（37.0%）、第 3 回 44 人（26.7%）であった。3 回の調査全てに回答した参加者は 41 人（24.8%）、有効回答率は第 1 回 92.3%、第 2 回 91.0%、第 3 回 81.5%であった。（表 6）

調査回毎の参加者の回答のタイミングは、第 1 回調査では退院より平均 2.3 日前（0～7,SD 1.2）、最頻値は退院前日、第 2 回調査では退院後平均 9.5 日目（2～20,SD3.23）、第 3 回調査では退院後平均 33.1 日目（23～54,SD 6.29）であった。

４．２　参加者の特性

1~3 回に連続して回答した 41 人と調査途上で脱落した 67 人とで参加者の特性を比較したところ、学歴のみ有意差があり、脱落者では連続回答者よりも高校卒業までの割合が統計的に有意に多かった（80.5% vs 19.5%, χ^2＝11.86, df=2, p=.003）。その他の特性はいずれも有意差がなかったため、第 1 回調査において有効回答であった参加者 108 人の特性（親、家族、文化的、子ども、療養上）を表 7 に示した。

4.2.1　親の特性

108 人中 105 人（97.2%）が母親、3 人（2.7%）が父親であった。108 人中 103 人（95.4%）が既婚者で、婚姻状況に限らず現在、配偶者あるいはパートナーと同居している者は 100 人（92.6%）であった。

年齢の範囲は 19～53 歳で平均 31.9 歳（SD 5.83）、年代別の人数は 10 代 1 人（0.9%）、20 代 36 人（33.3%）、30 代 61 人（56.5%）、40 代 9 人（8.3%）、50 代 1 人（0.9%）で、20 代と 30 代を合わせると 9 割を占めた。

最終学歴は中学校卒 4 人（3.7%）、高等学校卒 37 人（34.3%）、短大・専門学校卒 45 人（41.7%）、大学卒以上 22 人（20.3%）であった。

現在の就労状況は、産休育休中を含む常勤 39 人（36.1%）、非常勤あるいはパートタイム 20 人（18.5%）、主婦を含む無職 46 人（42.6%）であった。

母親の出産経験は、初産 53 人（50.5%）、経産 52 人（49.5%）であった。回答時点で、NICU 入院児の他に医療機関での定期受診が必要な子どもがいる参加者は 11 人（10.2%）で、NICU に入院した経験のある子どもがいるのは 6 人（5.6%）であった。

4.2.2　家族の特性

家族形態は核家族 92 人（85.2%）、拡大家族 14 人（12.9%）であった。世帯の 1 年間の収入は 200 万円未満 20 人（18.5%）、200-399 万円 43 人（39.8%）、400-599 万円 26 人（24.1%）、600-799 万円 7 人（6.5%）、800 万円以上 5 人（4.7%）であった。参加者本人を含む同居中の大人の数は 1 人が 5 人（4.7%）、2 人が 45 人（42.1%）、3 人が 44 人（40.7%）、4 以上が 13 人（12.1%）、平均 1.71 人（SD1.05）であった。NICU 入院児を含まない同居中の子どもの数は 0 が 56 人（52.3%）、1 が 27 人（25.2%）、2 が 17 人（15.9%）、3 以上 7 人（6.5%）で、範囲は 0～6 人で平均 0.8 人（SD1.1）あった。

退院後の子どもの主な養育者は複数回答で、母親 105 人（97.2%）、父親 24 人（22.2%）、祖父母 8 人（7.4%）であった。また、母親 105 人の回答による育児支援者は複数回答で、夫/パートナー93 人（86.1%）、実親 68 人（63.0%）、夫/パートナーの親 33 人（30.6%）、きょうだい 10 人（9.3%）、親戚 3 人（2.8%）、専門職 1 人（0.9%）であった。

参加者 1 人当たりの支援者の種類は、1 種類 40 人（37.0%）、2 種類 40 人（37.0%）、3 種類以上 28 人（25.9%）で、平均 1.93（1～5、SD 0.87）、支援者なし、とした者はいなかった。また、母親 105 人の回答による、子どもの養育に関わる者の組み合わせは多いものから、夫婦のみ 29 人（27.6%）、夫婦と実親 27 人（25.7%）、夫婦と両家の親 22 人（21.0%）、

母親（自分）と実親 10 人（9.5%）、夫婦と夫方の親 5 人（4.8%）、夫婦ときょうだい・親戚 3 人（2.9%）、その他の組み合わせ 3 人（2.9%）となった。

4.2.3　文化的特性

産後の里帰りを把握するため、子どもの NICU 退院後の育児の場所をたずねたところ、自宅 57 人（52.8%）が最も多く、実家 47 人（43.5%）、夫/パートナーの実家 4 人（3.7%）であった。

4.2.4　子どもの特性

NICU に入院した子どもの出生体重は平均 2030g（594～4135、SD 748.8）であった。出生体重別分布は超低出生体重（1000g 未満）8 人（7.5%）、極低出生体重（1000～1499g）55 人（51.4%）、低出生体重（1500g～2499g）7 人（15.9%）、2500g 以上 27 人（25.2%）であった。退院が近づいた、退院前調査票記入日の子どもの体重は平均 2863g（2100～4620、SD 529.0）であった。

子どもの出生週数は平均 33.9 週（23～41、SD 4.06）であった。出生週数別分布は超早産（28 週未満）8 人（7.5%）、早産（28～37 週未満）66 人（61.7%）、正期産（37 週以上）33 人（30.8%）であった。28 週以上の早産 66 人の内訳は、極早産（28~33 週）36 人（33.6%）と後期早産（34~36 週）30 人（28.0%）であった。子どもの胎数は、単胎 96 人（91.4%）、双胎 9 人（8.6%）であった。

予定在院日数は平均 40.7 日（7～183、SD 33.4）であった。予定在院日数別分布は、14 日以内 20 人（19.0%）、15～28 日 25 人（23.8%）、29～56 日 37 人（35.2%）、57～84 日 14 人（13.3%）、85 日以上 9 人（8.6%）であった。

低出生体重あるいは早産以外の疾患で退院後も受診が必要な子どもは 37 人（34.3%）で、疾患の種類は多いものから、血液疾患（未熟児貧血など）11 人（10.3%）、心疾患（先天性心疾患など）9 人（8.3%）、呼吸器疾患（慢性肺疾患、無呼吸発作など）および未熟児網膜症が各 7 人（6.5%）、神経筋疾患（脳室周囲白質軟化症など）5 人（4.6%）、遺伝子・染色体異常、消化器疾患および内分泌・代謝性疾患が各 2 人（1.9%）、その他 3 人（2.7%）であった。疾患数は、1 つ 29 人（26.9%）、2 つ以上 8 人（7.4%）、最大 4 疾患であった。

退院後も医療的ケアがある子どもは 56 人（51.9%）で、ケアの種類は多いものから、注射以外の薬 48 人（44.4%）、注射・点滴 6 人（5.6%）、経鼻酸素 4 人（3.7%）、経管栄養 4 人（3.7%）、人工呼吸器 2 人（1.9%）、吸引および胃瘻・人工肛門のケアはなかった。医療的ケアの数は、1 つ 57 人（52.8%）、2 つ以上 7 人（6.7%）、最大 3 種類であった。

4.2.5　療養上の特性

出産方法は普通分娩（経腟）47 人（43.5%）、帝王切開 60 人（55.6%）、吸引・鉗子分娩 1 人（0.9%）であった。妊娠中に母親が産科へ入院した者は 79 人（73.1%）、救急搬送を経験した者は 14 人（13.0%）、子どもの NICU 入院を予測した者は 54 人（51.4%）であった。

妊娠中に入院を経験した 79 人の入院日数は、平均 21.1 日（1～100、SD 25.6）で、入院期間別分布は、7 日以内 28 人（35.4%）、8～28 日 33 人（41.8%）、29～56 日 8 人（10.1%）、

57 日以上 10 人（12.7%）であった。

NICU 入院児への 1 週間当たりの面会回数は平均 8.3 回（3～21、SD 3.37)、最頻値は 7 回、76 人（70.4%）であった。自宅から NICU までの所要時間は片道平均 24.7 分（5～90、SD14.8）で、分布は 15 分以内 35 人（32.7%)、16～30 分 57 人（52.8%)、31～45 分 9 人（8.4%)、46～60 分 4 人（3.7%)、60 分以上 2 人（1.9%）であった。85%の親が 30 分以内で面会に来ることができる距離に居住していた。

4.2.6　参加者の特性に関する変数間の関係

参加者の特性に関する変数間の関係をみるために、χ^2 検定、相関分析、t 検定、一元配置分散分析を行った。

初産婦では経産婦に比べ、妊娠中の入院率が統計的に有意に高く（87.2%vs63.3%, χ^2=8.17,df=1,p=.004)、実家へ里帰りする割合が統計的に有意に高く（62.7%vs37.3%, χ^2=5.97, df=1, p=.015)、退院後に継続して受診の必要な子どもの疾患（早産、低出生以外）がある割合が統計的に有意に低かった（36.4%vs63.6%, χ^2＝6.03,df=1,p=.014)。

妊娠中の入院を経験した母親では入院しなかった母親に比べ、子どもの NICU 入院を予測する割合が統計的に有意に高かった（20.0%vs57.9%, χ^2=11.11, df=1, p<.01、Fisher の直接法)。

親の学歴を高校卒業まで、短大・専門学校卒、大学卒以上の三区分、世帯収入を 200 万円未満、200~599 万円、600 万円以上の三区分として親の学歴と世帯収入を比較したところ、高卒までで年収 200 万円未満である割合が統計的に有意に高く（65.0%vs25.0%vs10.0%, χ^2=30.45, df=4, p＝.00)、短大・専門学校卒で 200-599 万円、大学卒以上で 600 万円以上である割合がそれぞれ有意に高かった。また学歴三区分と有職か無職かを比較したところ、高校卒までで無職である割合が統計的に有意に高く（64.1% vs44.4%vs4.8%, χ^2=17.87, df=2, p＝.00)、大学卒以上で有職の割合が有意に高かった。

子どもの特性では、出生体重と出生週数の間に強い正の相関が（r=.84,p=.00)、出生体重と在院日数で中程度の負の相関があり（r=－.70,p=.00)、出生週数と在院日数で強い負の相関があった（r=－.80,p=.00)。

退院後の医療的ケアあり群となし群で、出生体重、出生週数、在院日数、退院時体重を比較したところ、医療的ケアあり群がなし群に比べ、出生体重（2427 vs 1655, t=6.28,df=106,p=.00)、出生週数（36vs31, t=6.55,df=106,p=.00）は統計的に有意に少なく、在院日数は統計的に有意に多く（21.8 vs 58.8, t=－7.08 , df=106,p=.00)、退院時体重は統計的には有意差がなかった（2809 vs 2911, t=6.28,df=106,n.s.)。

早産及び低出生体重以外の疾患について、なし群、1 疾患群、複数疾患群で、出生体重、出生週数、在院日数、退院時体重を一元配置分散分析したところ、在院日数と（F(2,105)=11.34,p=.00)、退院時体重（F(2,105)=4.23,p=.017）で、統計的に有意差があった。群間差の分析の結果、在院日数は疾患なし群で（M＝31.7,SD21.0)、1 疾患群（M=57.5,SD46.4）および複数疾患群（M=69.1,SD31.2）より有意に短く、退院時体重は疾患なし群で（M=2757.1,SD469.5)、1 疾患群（M=3076.2, SD457.7）より有意に少なかった。

４．３　JRHDS-PF の信頼性

研究設問 1「JRHDS-PF は NICU から退院する乳児の親の退院準備性を測定するのに信頼性のある尺度か」について、以下の 4 つの仮説の全てが支持された。仮説ごとに結果を記述する。

仮説 1-1）JRHDS-PF に不適切な項目はない。

仮説 1-2）JRHDS-PF の因子構造は多次元である。

仮説 1-3）JRHDS-PF は内部一貫性がある。

仮説 1-4）JRHDS-PF の総得点は正規分布である。

4.3.1　JRHDS-PF の項目毎得点

JRHDS-PF ではパイロットテストを経て、自宅での子どもの医療的ケアに関する質問「19.医療的ケアの知識」「27.医療的ケアの実施」「31.医療的ケアへの周囲からの支援」に、「該当しない」場合のチェック欄を設けた。チェックがあった参加者を除外し算出した。

平均回答率は 99.4%（92.6～100.0）、項目毎の平均得点は 7.48 点（5.52～9.30）、標準偏差の平均は 2.15（1.37～3.33）、最小値は 0～5、最大値はいずれも 10 であった。参加者の回答はリッカート尺度の中央値より平均 2.48 ポイント高く、全体的に 10 ポイント側に偏った分布であった。尺度項目の不適切条件である、①回答率が 9 割未満、②項目毎平均得点が 1 以下あるいは 9 以上、③標準偏差 1.0 未満の全てに該当する項目はなく、回答が極端に偏った質問項目はなかった。しかし、親向けの質問項目である「10.日常生活は体力的にどのくらいできるか」は、平均得点 9.3、10 ポイントを選択した者が 72.2%を占めた。天井効果が認められた項目はこれを含めて 12 項目あった（質問番号 3,4,8,10,11,14,15,19,27,29,30,31）。今回はデータ数が少なく、初めて日本語版を作成するため、項目の除外はせず分析を進めることとした。またフロア効果が認められた項目、項目間相関が.7 以上となった組み合わせはなかった。（表 8）

自宅での子どもの医療的ケアに関する質問に‘該当しない’とした参加者は、19 番 36 人（33.6%）、27 番 34 人（31.8%）、31 番 35 人（32.7%）で、3 項目が一致したのは 31 人（28.9%）であった。一方、親子の背景で退院後の在宅での子どもの医療的ケアの種類を 1 つ以上選択したのは 54 人 50.0%で、両者には差があった。回答に不一致があった参加者は、医療的ケアが必要な場合を想定して回答した可能性がある。

4.3.2　JRHDS-PF の因子構造

本調査で得られたデータを基に、探索的因子分析にて JRHDS-PF の因子構造を検討した。因子負荷の推定には主因子法、因子の回転はバリマックス回転を用いた。Bartlett の球面性検定の有意確率 0.00、Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性 0.79（middling）で、因子分析に適合したデータであることを事前に確認した。

スクリー法では固有値 1.0 以上で 7 因子が得られ、累積寄与率は 59.4 となったが、第 7 因子が 1 項目で構造的に問題があった。6 因子では解釈しにくい下位尺度ができ、5 因子では構造的なおさまりが悪かった。4 因子に収束させた結果、各下位尺度への因子負荷量｜.35｜以上、累積寄与率 49.6%、各下位尺度の Cronbachα が 0.8 以上となり、4 因子構

造が最も適切と判断した。（表 9）
次に、JRHDS-PF の 4 因子の命名について、質問項目を「　」、下位尺度を〈　〉で示し説明する。第 1 因子は 13 項目から構成された。退院後の一般的な育児の知識として「16.子どもケアの知識」「17.子どもの日常的な世話（おふろ、おむつかえ、授乳、あそびなど）の知識」「18.成長発達を促す援助の知識」「24.地域サービスの知識」の 4 項目に加え、医療的な知識として「20.異常の見分け方の知識」「22.医学的に許容される活動範囲の知識」「21.異常時の連絡先と方法の知識」「19.医療的ケアの知識」「23.退院後の治療計画の知識」の 5 項目があった。さらに「9.子どもの機嫌や行動への対応の困難さ」「26.子どもの世話の実施度」「27.医療的ケアの実施度」といった退院後の子どもの世話と医療的ケアに関するスキルの習得度や自信に関する 3 項目が含まれた。NICU から退院する乳児の親は子どもの退院準備として、医療的ケアを含めた育児の知識とスキルを同じ次元で捉えていると解釈し、第 1 因子を〈育児の知識とスキル〉と命名した。第 1 因子は親の退院準備性の 19.9%を説明した。
第 2 因子は子どもの退院に向けた親自身の準備を問う 7 項目から構成された。親の「6.元気さ」「3.体調」「5.体力」「4.痛み・不快」「10.日常生活の遂行」といった身体面の 5 項目に加え、「7.ストレスの程度」「25.家庭での役割遂行」が含まれた。子どもの退院に向けた親自身の身体、心理、社会を包括した準備を問う因子と解釈し、第 2 因子は原版と同じ〈親の個人的状態〉と命名した。第 2 因子は親の退院準備性の 11.4%を説明した。
退院に向けた親の「8.気もちの準備」は第 1 因子の 13 項目のうち最も低い負荷量 0.37 で、第 2 因子にも 0.34 と同等の負荷量を示した。この項目は親の心理的準備をたずねるため、第 2 因子〈親の個人的状態〉に含めた方がより適切に解釈できた。よって最終的な JRHDS-PF の因子構造では、「8.気もちの準備」を第 1 因子から第 2 因子へ移動した。
第 3 因子は、退院後の「29.子どもの世話の支援」「31.子どもの医療的ケアの支援」「30.家事支援」「28.親への心理的支援」といった退院後に期待できる周囲からの支援 4 項目で構成された。よって原版と同じ〈期待される支援〉と命名した。第 3 因子は親の退院準備性の 9.6%を説明した。
第 4 因子は退院に向けた子どもの身体的準備について、「14.元気さ」「15.年齢に応じた一般的な活動」「13.体力」「11.体調」「12.痛み・不快」の 5 項目から構成された。。第 4 因子は原版と同じ〈子どもの個人的状態〉と命名した。第 4 因子は親の退院準備性の 8.7%を説明した。

4.3.3　JRHDS-PF の内部一貫性

JRHDS-PF の信頼性の検討として内部一貫性を下位尺度ごとの項目全体相関係数、重相関係数の 2 乗、Cronbachα 係数、各当該項目を除外した場合の Cronbachα 係数で求めた。
項目全体相関における各項目の相関係数は、第 1 因子〈育児の知識とスキル〉では 0.51～0.78、第 2 因子〈親の個人的状態〉では 0.36～0.71、第 3 因子〈期待される支援〉では 0.62～0.84、第 4 因子〈子どもの個人的状態〉では 0.50～0.67 であり、それぞれ中程度から強い相関がみられた。
因子毎の重相関係数の 2 乗は、第 1 因子 0.51～0.77、第 2 因子 0.25～0.66、第 3 因子 0.41～0.73、第 4 因子 0.32～0.48 となった。0.2 未満の項目はなく、除外項目はなかった。

29 項目全体の Cronbachα 係数は 0.90 で内部一貫性が高く信頼性のある尺度であった。各因子の Cronbachα 係数は、第 1 因子 0.91、第 2 因子 0.81、第 3 因子 0.87、第 4 因子 0.79 で、すべての因子で Cronbachα が 0.8 以上となり、尺度全体に加えて因子別の内部一貫性も高かった。さらに因子別に、当該項目を除外した場合の因子別 α 係数を求めたところ、当該項目の除外により α 係数が増加する項目はなかったため、除外すべき項目はないと判断した。（表 10）

4.3.4　JRHDS-PF 得点の標準値と分布

参加者 108 人の JRHDS-PF の総得点の平均値は 216.9 点(最小 140、最大 284、SD 31.3)、各下位尺度得点の平均値は〈育児の知識とスキル〉では 83.8 点（最小 39、最大 117、SD 18.2)、〈親の個人的状態〉では 61.7 点(最小 24、最大 80、SD 10.7)、〈期待される支援〉では 29.5 点（最小 7、最大 40、SD 8.5)、〈子どもの個人的状態〉では 41.8 点（最小 26、最大 50、SD 6.5）であった。（表 11）

Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定をしたところ、JRHDS-PF の総得点と第 1 因子〈育児の知識とスキル〉、第 2 因子〈親の個人的状態〉は正規分布であった。（図 5～9）

<u>まとめ</u>

以上よりについて、仮説 1-1）不適切項目はない、1-2）因子構造は多次元である、1-3）内部一貫性がある、1-4）総得点は正規分布である、の全ての仮説が証明され、研究設問 1 に対して「JRHDS-PF は NICU から退院する乳児の親の退院準備性を測定するのに信頼性のある尺度である」ことが証明された。

４．４　JRHDS-PF の妥当性

作成した JRHDS-PF 妥当性の検討は構成概念妥当性、基準関連妥当性、予測的妥当性に分け、それぞれの仮説に基づいて行った。

4.4.1　JRHDS-PF の構成概念妥当性

JRHDS-PF の構成概念妥当性を検討するために先行研究から導かれた、親の退院準備性に関連する、親の知覚と特性および看護介入にの 10 の仮説のうち、親の特性を除く 8 つが本研究参加者のデータで支持された。以下に、結果を示した。

1）親の知覚的退院準備と JRHDS-PF 得点

仮説 2-1)「自身の退院準備ができていると回答した親ではそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い」について検討した。第 1 回調査の JRHDS-PF の質問 1「あなた（親）は、予定された日にお子さまを連れて帰る準備ができていますか」に「はい」と回答した群（以下、親準備群)、「いいえ」と回答した群（以下、親未準備群）別に分類し、JRHDS-PF 総得点と下位尺度得点の平均値を比較した。結果、親準備群は親未準備群に比べ、JRHDS-PF 総得点と 4 つの下位尺度のうち〈親の個人的状態〉得点で、統計的に有意に高得点であった（219.3vs195.6,t=2.48,df=106,p=.015；53.8vs40.8, t=4.35, df=106, p=.000)。また親未準備群の総得点と〈親の個人的状態〉得点の平均値は、それぞれ第 1 四分位以下であった。（表 12）

2）親の知覚的な乳児の退院準備と JRHDS-PF 得点

仮説 2-2)「子どもが退院してよい時期にきていると回答した親ではそうでない親に比べて、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い」について検討した。第 1 回調査の JRHDS-PF の質問 2「子どもは退院してよい時期にきていますか」に「はい」と回答した群（以下、乳児準備群）と「いいえ」と回答した群（以下、乳児未準備群）別に分類し、JRHDS-PF 総得点と下位尺度得点の平均値を比較した。結果、乳児準備群は乳児未準備群に比べ、JRHDS-PF 総得点と 4 つの下位尺度のうち〈育児の知識とスキル〉〈子どもの個人的状態〉得点で、統計的に有意に高得点であった（217.9vs181.5,t=2.01,df=106,p=.047；92.1vs68.7,t=2.08,df=106,p=.040；42.1vs32.3,t=2.61,df=106,p=.010)。また、乳児未準備群の〈育児の知識とスキル〉〈子どもの個人的状態〉平均得点は、それぞれ第 1 四分位以下で、総得点の平均値は 10%タイル値であった。（表 13）

3）親の知覚的な親子の退院準備と JRHDS-PF 得点

仮説 2-3)「親子の退院準備ができていると回答した親ではそうでない親に比べて、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い」について検討した。仮説 2-1)、2-2）で述べた親子の知覚的な退院準備の両方に「はい」と回答した群（以下、親子準備群）と、どちらか一方あるいは両方に「いいえ」と回答した群（以下、親子未準備群）別に分類し、JRHDS-PF 総得点と下位尺度得点の平均値を比較した。結果、親子準備群は親子未準備群

に比べ、JRHDS-PF 総得点と 4 つの下位尺度のうち〈親の個人的状態〉得点のみで、統計的に有意に高得点であった（219.7vs195.9,t=2.65,df=106,p=.009；53.8 vs 42.2, t=4.21, df=106, p=.000）。（表 14）

4）家族形態と JRHDS-PF 得点

仮説 2-4）「拡大家族の親は核家族の親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い」について検討した。親の家族形態を拡大家族群と核家族群の二群に分け、JRHDS-PF 総得点と下位尺度得点の平均値を比較した。結果、拡大家族群と核家族群の総得点の平均値に有意差はなく、4 つの下位尺度のうち〈期待される支援〉のみで、統計的に有意に高得点となった（34.2 vs 28.8, t=2.17, df=104, p=.032）。（表 15）

5）産後の里帰りと JRHDS-PF 得点

仮説 2-5）「NICU からの乳児の退院後の生活場所が実家である（里帰り）親は自宅である親に比べ、JRHDS-PF 得点が統計的に有意に高い」について検討した。母親 105 人に限り、退院後の生活場所が実家である群（以下、里帰り群）と自宅である群（以下、自宅群）の二群に分け、JRHDS-PF 総得点と下位尺度得点の平均値を比較した。結果、里帰り群と自宅群の総得点に有意差はなく、4 つの下位尺度のうち〈子どもの個人的状態〉で、自宅群が里帰り群に比べ、統計的に有意に高得点であった（43.1 vs 40.3, t=2.37, df=103, p=.025）。（表 16）

6）母親の子育て経験と JRHDS-PF 得点

仮説 2-6）「経産婦は初産婦に比べ、JRHDS-PF の総得点が統計的に有意に高い」について検討した。母親 105 人に限り、経産群と初産群の二群に分け、JRHDS-PF 総得点と下位尺度得点の平均値を比較した。結果、JRHDS-PF 総得点（224.1vs210.3, t=2.27, df=103, p=.025）と 4 つの下位尺度のうち〈育児の知識とスキル〉（90.2vs 78.8, t=3.46, df=103, p=.001）のみで、経産群は初産群に比べ、統計的に有意に高得点であった。（表 17）

7）育児指導の満足度と JRHDS-PF 得点

仮説 2-7）「育児指導に満足した親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い」について検討した。育児指導の満足度を 1～5 段階でたずね、4 以上を満足群、4 未満をふつう～不満足群の二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値を比較した。結果、満足群はふつう～不満足群に比べ、JRHDS-PF 総得点（222.5vs203.0,t=3.03,df=105,p=.003）と 4 つの下位尺度のうち、〈親の個人的状態〉（54.3vs 47.9,t=2.71,df=42.81,p=.010）〈子どもの個人的状態〉（43.0 vs 38.7, t=2.76, df=42.75, p=.009）で満足群がふつう～不満足群に比べ、統計的に有意に高得点であった。（表 18）

8）退院前の育児技術の習得度と JRHDS-PF 得点

仮説 2-8）「退院前の育児技術の習得度が高い親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い」について検討した。、退院前に育児技術 8 項目について 1～5

段階でたずね、平均得点以上を習得群、平均得点未満を未習得群の二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値を比較した。結果、習得群は未習得群に比べ、JRHDS-PF 総得点（230.3 vs 203.4, t=4.93, df=106, p=.000）と 4 つの下位尺度のうち、〈育児の知識とスキル〉(93.4 vs 74.2, t=6.49, df=106, p=.000)、〈期待される支援〉(31.4 vs 27.4 ,t=2.27, df=106, p=.025)、〈子どもの個人的状態〉（43.1 vs 40.4 , t=2.19 , df=106 , p=.031）で、統計的に有意に高得点であった。（表 19）

9）入院中の乳児のケアへの参加の程度と JRHDS-PF 得点

仮説 2-9)「入院中の乳児のケアへ参加が十分であった親はそうでない親に比べ、JRHDS-PF の総得点が統計的に有意に高い」について検討した。NICU 入院中の乳児のケア参加に関する 4 項目、オープンな話し合い、ケア参加、退院後の計画の話し合い、の平均得点 4 以上を十分群、4 未満をふつう～不十分群の二群に分け、JRHDS-PF 総得点と下位尺度得点の平均値を比較した。結果、十分群は、ふつう～不十分群に比べ、JRHDS-PF の総得点（221.3vs 202.2,t=3.39,df=58.8,p=.001)、下位尺度得点のうち〈期待される支援〉（30.6 vs 26.2, t=2.33, df=106, p=.022)、〈子どもの個人的状態〉(42.6 vs 39.3, t=2.23, df=106, p=.028）で、統計的に有意に高得点であった。（表 20）

10）退院調整の程度と JRHDS-PF 得点

仮説 2-10)「退院調整が十分された親ではそうでない親に比べ、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い」について検討した。退院調整の程度を 1～5 段階でたずね、4 以上を十分群、4 未満をふつう～不満足群の二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値を比較した。結果、十分群はふつう～不十分群に比べ、JRHDS-PF の総得点（225.4 vs 204.4, t=3.63, df=103, p=.000)、下位尺度のうち、〈育児の知識とスキル〉 （95.4 vs 85.3, t=2.70, df=103, p=.008)、〈親の個人的状態〉 （54.4vs 49.9,t=2.30,df=103,p=.024)、〈子どもの個人的状態〉(43.4 vs 39.7, t=2.80, df=83.3, p=.006）において、統計的に有意に高得点であった。（表 21）

4.4.2 JRHDS-PF の基準関連妥当性

本研究では JRHDS-PF の基準関連妥当性を確認するための外的基準として、NICU から自宅へ退院後の親の育児上の心配と挑戦尺度である JTQ を用いた。まずは本研究の参加者において JTQ は信頼性のある尺度であることが証明された。続いて、JTQ と JRHDS-PF の関係を 3 つの仮説に沿って検討し、全てで支持された。結果を以下に述べる。

1）JTQ の信頼性

仮説 3-1) JTQ は本研究の参加者において信頼性が確認できる、について JTQ の項目毎得点、因子構造、内部一貫性及び再現性を検討した結果、JTQ は信頼性のある尺度であることを確認できた。以下、信頼性の検討の手続きに沿って結果を示す。

JTQ を含む第 2 回の回答数は 61、第 3 回は 44 と少なかった。各回の回答の合算が可能か検討するため、まずは、調査回毎に総得点と原版の下位尺度得点の平均値を比較した。

結果、総得点（122.9 v.s. 126.7, t＝1.173,df＝103;n.s.）、〈情報ニーズ〉（20.8 v.s. 21.3, t＝.644, df＝103, n.s.）、〈ストレスと対処〉（47.9v.s. 49.2, t＝.893, df＝103, n.s.）、〈親子の役割発達〉（30.4 v.s. 31.6, t＝1.476, df＝103,n.s.）、〈悲嘆〉（12.0 v.s. 12.9, t＝1.048, df＝103,n.s.）、〈社会的相互作用〉（11.8 v.s. 11.7, t＝.110, df＝103,n.s.）のいずれも、統計的に有意な差がなかった。よって、JTQ の因子構造の検討は二時点のデータを合算した 105 人のデータで行うこととした。105 人の JTQ 総得点の平均は 124.5 点(85～163、SD 15.7）であった。また、原版の尺度全体の Cronbachα 係数は.89 下位尺度毎は.59～.80 であった。なお、未記入の項目には該当項目の平均値を代入した。（表 22）

（1）JTQ の項目毎得点

JTQ の項目毎の度数、回答率、平均得点、標準偏差、最小値、最大値を求めた。平均回答率は 99.8%（97.1～100)、項目毎の平均得点は 3.5 点（2.1～4.2）、標準偏差の平均は 0.96（0.67～1.20)、最小値は 1～2、最大値は 4～5 であった。回答率が 9 割未満のものはなく、参加者が答えにくい項目はなかった。平均得点は中央値より 0.5 ポイント高いが、1 または 5 に回答が偏るような、不適切な項目はなかった。項目毎平均得点が 4 以上のものが 6 項目あったが、項目平均値と標準偏差の和が 5 点を超え、天井効果を示した項目はなかった。概ね適切な質問項目であると考え、項目の除外はしなかった。（表 23）

（2）JTQ の因子構造

105 人のデータを基に、探索的因子分析にて JTQ の因子構造を検討した。因子負荷の推定には主因子法、因子の回転はバリマックス回転を用いた。Bartlett の球面性検定の有意確率は 0.00、Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は 0.73（middling）で、因子分析に適合したデータであることを事前に確認した。

スクリー法では固有値 1.0 以上で 10 因子が得られ、累積寄与率は 69.8%であった。しかし、第 6、7、8、10 因子の項目数は 1~2 つずつであったため、解釈の適切さと原版の因子数、質問項目数による経験的な因子数を参考に 5 因子で再度、因子分析を行った。各下位尺度への因子負荷量が｜.37｜以上、累積寄与率 44.7%、各下位尺度の Cronbach α が 0.75 以上となり、5 因子構造が最も適切と判断した。なお欠損値に平均値を代入した場合と欠損値を除外した場合とで最終の因子構造が一部異なったため、完全回答であった 98 人で最終の因子構造を確認した。（表 24）

第 1 因子は 8 項目で構成された。「2.子どもに何をどのくらいのませるかわかる」「1.子どものケア方法がわかる」「33.子どものケアに自信がある」「6.子どもの世話に慣れた」「8.子どもの泣きへの対応」「22.医師へ連絡するタイミングがわかる」「31.家庭訪問があれば安心」「35.他人の方が子どものことをわかっている」の 8 項目で、退院後の子どもとの生活をとおした育児の自信の一方、自身の育児能力への不信感を反映した項目を含んだ。ケアへの自信と不信を同じ次元で捉え、第 1 因子を〈育児の自信〉と命名した。第 1 因子は退院後の親の心配と挑戦の 13.3%を説明し､各項目の因子負荷量は 0.42～0.82 であった。

第 2 因子は 9 項目で構成された。「36.看護師は支援的」「7.看護師は話を聞いてくれる」「23.医師の説明・指示への理解」「15.担当医師は相談しやすい」など医療者との関わりに加え、親がこれまでに受けた養育に関する「32.教育に満足」「14.情報が役立った」「3.ケ

ア情報を書面で持っている」「13.地域のサポートグループがある」育児資源の活用状況に関する項目と「28.親の責任を理解している」が含まれた。第 2 因子を〈育児への資源の活用〉と命名した。第 2 因子は、退院後の親の心配と挑戦の 9.8%を説明した。

第 3 因子は 8 項目で構成された。「11.子どもをあずけるのは罪悪感がある」「17.退院後の生活の変化がストレス」「27.気もちの理解者はいない」「20.きょうだいがストレス」「9.孤独である」「18.ケアの変更に医師の許可要る」「16.子どもを預けるのは怖い」「4.子どもが心配で眠れない」はいずれも育児ストレスに関する項目であった。第 3 因子は〈育児ストレス〉と命名した。第 3 因子は、退院後の親の心配と挑戦の 8.2%を説明した。

第 4 因子は 5 項目で構成された。「24.子どもが病気になってしまわないか心配」「26.ミスをして子どもが病気にならない心配」「34.子どもを亡くしてしまいそうで怖い」は子どもの健康や子どもそのものの喪失への不安の一方で、「29.子どもの行動の情報がほしい」「5.子どもの健康を保つ情報がほしい」という情報ニーズが含まれた。退院したばかりの脆弱な子どもの様子から喪失の不安を感じ、子どもの健康を維持するために情報ニーズが高まる状況と解釈し、第 4 因子を〈喪失の不安と情報ニーズ〉と命名した。第 4 因子は退院後の親の心配と挑戦の 7.3%を説明した。

第 5 因子は 6 項目から構成された。「21.子どものケアの責任を共有できる人がいる」「12.同居している人は私に協力的」など育児への周囲からの協力と「10.毎日自分の時間をもつ」「19.配偶者との時間をもつ」など個人や夫婦の生活の維持、「30.子どもは健康」が含まれた。健康な子どもを、ゆとりをもって育てている状況と解釈し、第 5 因子を〈ゆとりのある育児〉と命名した。第 5 因子は、退院後の親の心配と挑戦の 6.0%を説明した。

因子分析の結果、第 2 因子に含まれた「23.医師の説明や指示を理解できる」と「28.親として私に求められている責任を理解している」は、第 1 因子にも.455、.442 と因子負荷量が高く、〈育児の自信〉をたずねた質問と解釈できた。また、第 5 因子に含まれた「25.子どもの健康を守ることができない」についても、第 1 因子への負荷量が.341 と同程度で〈育児の自信〉と解釈するとおさまりが良かった。よって、質問項目 23、25、28 を各因子から第 1 因子へ移動させた。

（3）JTQ の内部一貫性

JTQ の信頼性の検討として内部一貫性を下位尺度ごとの項目全体相関係数、重相関係数の 2 乗、因子毎の Cronbach α 係数とその項目を除外した場合の Cronbach α 係数で求めた。（表 25）

因子毎の項目全体相関係数は、第 1 因子〈育児の自信〉0.35～0.75、第 2 因子〈育児への資源の活用〉0.39～0.57、第 3 因子〈育児ストレス〉0.36～0.63、第 4 因子〈喪失の不安と情報ニーズ〉0.50～0.74、第 5 因子〈ゆとりのある育児〉0.38～0.55 で、それぞれ中程度から強い相関があった。

因子毎の項目全体重相関係数の 2 乗は、第 1 因子 0.15～0.64、第 2 因子 0.17～0.43、第 3 因子 0.11～0.47、第 4 因子 0.50～0.74、第 5 因子 0.38～0.55 となった。0.2 未満は 7 項目あったが、各因子からこれらの項目を除外するには本調査のデータ数が十分でないと考え、原版の項目を安易に削除することは控えた。

36 項目全体の Cronbach α 係数は 0.89 で内的一貫性が高く信頼性のある尺度であった。

各因子の Cronbach α係数は、第 1 因子 0.88、第 2 因子 0.75、第 3 因子 0.77、第 4 因子 0.79、第 5 因子 0.73 で、すべての因子で Cronbach α係数が 0.7 以上となり、尺度全体に加えて因子別の内部一貫性も高かった。さらに因子別に、当該項目を除外した場合の因子別α係数を求めたところ、当該項目の除外によりα係数が増加する項目はなかったため、除外すべき項目はないと判断した。

（4）JTQ 得点の標準値と分布

参加者 105 人の JTQ 総得点の平均値は 124.4 点(最小 85、最大 163、SD 15.6)、各下位尺度得点の平均値は〈育児の自信〉では 40.3 点（最小 24、最大 54、SD 6.4)、〈育児への資源の活用〉では 26.1 点(最小 17、最大 35、SD 4.0)、〈育児ストレス〉では 28.0 点（最小 16、最大 38、SD 5.1)、〈喪失の不安と情報ニーズ〉では 13.0 点（最小 5、最大 24、SD 4.0)、〈ゆとりのある育児〉では 17.4 点（最小 8、最大 25、SD 3.5）であった。（表 26）

Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定をしたところ、JTQ 総得点と第 1 因子〈育児の自信〉、第 2 因子〈育児の資源の活用〉、第 4 因子〈喪失の不安と情報ニーズ〉は正規分布であった。

（5）JTQ の再現性

JTQ を測定した二時点の平均記入日の間隔は 23.6 日で再現性を検討するのに適していた。第 2 回と第 3 回の両方の調査に回答した参加者 42 人に限り、各回の JTQ 総得点と下位尺度得点間でピアソンの積率相関相関係数を求めたところ、総得点間は強い相関があった（r=0.83, p=.00)。また各下位尺度は、第 1 因子〈育児の自信〉(r=0.81,p=.00)、第 2 因子（r=0.74,p=.00)、第 3 因子（r=0.82, p=.00)、第 4 因子（r=0.79, p=.00)、第 5 因子（r=0.76, p=.00）で、どの組み合わせにおいても高い相関があった。JTQ は再現性の高い尺度であった。（表 27）

2）JRHDS-PF 得点と JTQ 得点の相関

仮説 3-2)「JRHDS-PF の総得点と JTQ の総得点は正の相関がある」について検討した。調査回毎に JRHDS-PF と JTQ の関係をみるために、両尺度の総得点間と JRHDS-PF 下位尺度と JTQ 総得点間において、相関分析を行った。結果、JRHDS-PF と退院後 1 週 JTQ（r=.69,p=.00)、退院後 1 か月 JTQ（r=.64,p=.00）の総得点間において中程度の相関があった。（表 28）

3）JRHDS-PF 高得点群と低得点群での退院後 1 週 JTQ 平均得点の比較

仮説 3-3)「JRHDS-PF 高得点群は、低得点群に比べ、退院後 1 週の JTQ 得点が高い」について検討した。JRHDS-PF の第 3 四分位以上を高得点群（236 点以上)、第 1 四分位以下を低得点群（195 点以下）とし、二群間で JTQ の平均得点を比較した。結果、退院後 1 週では、JTQ の総得点（139.6vs 111.4, t=5.77, df=31, p=.000)、「育児の自信」(45.9 vs 34.6, t=5.60, df=31, p=.000)、「育児への資源の活用」(29.1 vs 23.4, t=4.89, df=31, p=.000)、「育児ストレス」(30.9 vs 26.5, t=3.29, df=26.8, p=.003)、「ゆとりのある育児」(20.0 vs

15.2, t=4.91, df=31, p=.000）において、高得点群は低得点群に比べ JTQ の得点が統計的に有意に高かった。（表 29）

4）JRHDS-PF 高得点群と低得点群での退院後 1 か月 JTQ 平均得点の比較

仮説 3-4)「JRHDS-PF 高得点群は、低得点群に比べ、退院後 1 か月の JTQ 得点が高い」について検討した。JRHDS-PF の第 3 四分位以上を高得点群（236 点以上）、第 1 四分位以下を低得点群（195 点以下）とし、二群間で JTQ の平均得点を比較した。結果、退院後 1 か月では JTQ の総得点（142.5vs 116.3, t=5.24, df=24, p=.000）、「育児の自信」（49.1vs39.7,t=1.04,df=24, p=.000）「育児への資源の活用」（28.2 vs 23.5, t=3.72, df=24,p=.001）、「育児ストレス」（31.8 vs 27.0, t=3.00, df=24, p=.006）、「喪失の不安と情報ニーズ」（15.7 vs 12.6, t=2.11, df=24, p=.046）、「ゆとりのある育児」（20.3 vs 15.8, t=3.75, df=24, p=.001）、全ての下位尺度において、高得点群は低得点群に比べ JTQ の得点が統計的に有意に高かった。（表 30）

4.4.3 JRHDS-PF の予測的妥当性

JRHDS-PF の予測的妥当性を検討するために先行研究から導かれた 3 つの仮説のうち、2 つが本研究参加者のデータで支持された。以下に、結果を示した。

1）JRHDS-PF 得点と退院後の予定外の受診・救急外来受診・再入院

仮説 2-15)「退院後 1 か月までに子どもの予定外の受診・救急外来受診・再入院を経験した親はそうでない親に比べて、JRHDS-PF の総得点が有意に低い」について検討した。退院後 1 か月までの子どもの予定外の受診・救急外来受診・再入院の経験あり群となし群の二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差を比較した。結果、総得点および全ての下位尺度で有意差がなかった。なお、退院後 1 か月までに予定外の受診、救急外来受診、再入院を経験した親子は 7 人であった。（表 31）

2）JRHDS-PF 得点と退院後 1 週の育児技術の習得度

仮説 2-16)「退院後 1 週の育児技術の習得度が高い親はそうでない親に比べて、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い」について検討した。退院後 1 週の 8 つの育児技術の習得度を 1～5 段階でたずね集計し、平均得点以上を習得群、平均得点未満を未習得群の二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差を比較した。結果、習得群は未習得群に比べ、JRHDS-PF 総得点（237.3 vs 198.8, t=5.55, df=57, p=.008）と 4 つの下位尺度のうち、〈育児の知識とスキル〉（94.9 vs 72.8, t=4.88, df=57, p=.000）、〈親の個人的状態〉（66.3 vs 59.5 ,t=2.73, df=57, p=.008）、〈期待される支援〉（32.4 vs 25.9 ,t=2.95, df=57, p=.005）で統計的に有意に高得点であった。（表 32）

3）JRHDS-PF 得点と退院後 1 か月の育児技術の習得度

仮説 2-17)「退院後 1 か月の育児技術の習得度が高い親はそうでない親に比べて、JRHDS-PF 総得点が統計的に有意に高い」について検討した。退院後 1 か月の 8 つの育児

技術の習得度を 1～5 段階でたずね集計し、平均得点以上を習得群、平均得点未満を未習得群の二群に分け、JRHDS-PF の総得点と下位尺度得点の平均値の差を比較した。結果、習得群は未習得群に比べ、JRHDS-PF 総得点（229.9 vs 198.4, t=3.55, df=40, p=.001）と 4 つの下位尺度のうち、〈育児の知識とスキル〉（92.3 vs 71.3, t=3.59, df=40, p=.001）のみで統計的に有意に高得点であった。（表 33）

まとめ

以上より、JRHDS-PF の構成概念妥当性の 10 の仮説のうち 8 つ、基準関連妥当性の 4 つの仮説のうち 4 つ、予測的妥当性の 3 つの仮説のうち 2 つで仮説が支持され、研究設問 2 に対して「JRHDS-PF は、NICU から退院する乳児の親の退院準備性を測定するのに妥当性のある尺度である」ことが証明された。

構成概念妥当性の結果からは、JRHDS-PF 得点は親の特性ではなく親の退院準備の知覚と看護介入においてより関連があることが分かった。

基準関連妥当性の結果からは、JRHDS-PF は外的基準として利用した JTQ との関連が強く、退院時に準備ができている親ほど、退院後の育児の心配が少なくよく挑戦できていることが明らかになった。

予測的妥当性の結果からは、JRHDS-PF 得点は退院後の子どもの健康障害や親の不安などにより生じる予定外の医療機関の利用を予測しないことがわかった。また、退院時に JRHDS-PF 得点が高い親では、退院後 1 か月までの育児技術の習得度も高くなった。

４．５　親子の特性と JRHDS-PF

参加者の特性と JRHDS-PF 得点との関係を、親・家族・文化的特性と子どもの特性に分けて述べる。

4.5.1　JRHDS-PF 得点と親・家族・文化・療養上の特性

親・家族・文化・療養上の特性毎に JRHDS-PF 得点の平均値の差の検定を行った。年齢、性別、最終学歴、就労状況、年収、婚姻、別居と同居、家族形態、里帰り、育児の支援者、母親の出産経験、母親の妊娠中の入院、年長のきょうだいの養育経験のうち、JRHDS-PF の総得点の差が有意であったのは、すでに妥当性の検討で述べた母親の出産経験のみであった。（表 34）

次に、下位尺度毎に平均得点の差を比較したところ、〈育児の知識とスキル〉では母親の方が父親よりも（84.5 vs 60.7, t(106)=2.28, p=.025）、既婚者の方が未婚者よりも（84.4 vs 71.3, t(106)=4.32, p=.002）、定期受診が必要な年長のきょうだいがいる親の方がそうでない親よりも（95.3 vs 82.5, t(106)=2.26, p=.026）、それぞれ有意に高得点であった。

〈期待される支援〉では親の最終学歴（F(2,105)=3.12,p=.048）と拡大家族と核家族（34.2 vs 28.8, t(104)=2.17,p=.032）が影響していた。JRHDS-PF と家族形態との関係ついては、妥当性の検討でも述べた。

〈子どもの個人的状態〉では、退院後の住まいとして自宅を選択した親の方が実家を選択した親（里帰り）よりも有意に高得点であった（43.2 vs 40.2, t(106)=2.37,p=.020）。JRHDS-PF と退院後の里帰りとの関係ついては、妥当性の検討でも述べた。参加者の約半数が実家での育児、いわゆる里帰りを予定していたが、その決定には子どもの体調や元気さが退院に向けて十分でないと感じていることが影響した。

なお、〈親の個人的状態〉に有意差を示した特性はなかった。

日本において NICU を有する周産期医療施設は、三次医療を担う総合周産期医療施設と二次医療を担う地域周産期医療施設があり、調査地の沖縄県も同様である。調査協力施設を総合周産期医療施設と地域周産期医療施設の二群に分け、親子の退院準備の有無を χ^2 検定で、JRHDS-PF 得点差を t 検定でみた。

親の準備状況の有無（χ^2=0.17, df=1, p=0.76）、子どもの準備状況の有無（χ^2 =0.29 ,df=1,p=1.0）においては、どちらも施設間の差はなかった。

JRHDS-PF の総得点においても有意差はなかった（ t =0.79,df=105,n.s.）。下位尺度得点のうち〈子どもの個人的状態'のみ有意差があり、地域周産期医療施設は総合周産期医療施設よりも高得点であった（ t =2.43,df=105,p=0.02）。

4.5.2　JRHDS-PF 得点と子どもの特性

子どもの特性毎に JRHDS-PF 得点の平均値の差の検定を行った。出生体重、出生週数、在院日数、胎数、退院後継続する疾患の数、医療処置の有無のいずれにおいても、

JRHDS-PF の総得点に有意な差はなかった。（表 35）

下位尺度毎に平均得点の差を比較したところ、〈親の個人的状態〉では、胎数（62.5 vs 54.2, t(106)=2.40,p=.018）と子どもの在院日数（F(4,103)=2.53,p=.045）で有意な差があった。双子の親では一人の子どもの親よりも低得点で、退院後に向けて自身の体調や体力、役割遂行に不安があり退院準備が整いにくいことが分かった。また子どもの在院日数について多重比較した結果、14 日以内よりも 85 日以上、15～28 日以内よりも 85 日以上でそれぞれ得点が高く、退院準備が整うようであったが、二群間の比較では有意差はみられなくなった。また、子どもの出生体重や出生週数と JRHDS-PF はどちらも関係しなかった。

４．６ 本調査で使用した測定ツール

本節では NICU でのケア、育児技術の習得度、退院後のヘルスケアサービスの利用状況を述べる。移行理論では移行の状況と移行帰結の両方に影響する因子として「看護介入」が示されている。本調査では NICU における看護介入を、親のケア参加度、退院調整の程度、育児指導の受講状況に分け、退院前の調査でたずねた。また、移行の結果として生じる「反応のパターン」として、親の育児技術の習得度を全調査回で、ヘルスケアサービスの利用状況と TQ を退院後の 2 回の調査で、縦断的にデータ収集した。

4.6.1 NICU での親のケア参加と退院調整の程度

子どもの NICU 入院中に親が経験したケア参加の程度は、1.「十分な説明を受けてオープンに話し合えた」、2.「子どものケアへ十分参加できた」、3.「退院後の計画について話し合いが十分だった」、4.「退院後の計画に家族の意見が十分反映された」の 4 項目に分けてたずねた。退院調整の程度については 5.「退院後の保健医療福祉サービスが十分調整された」の 1 項目でたずねた。回答方法はいずれも、‘まったくそう思わない’‘あまりそう思わない’‘どちらともいえない’‘まあそう思う’‘とてもそう思う’の 5 段階リッカート尺度とした。

NICU でのケア参加について‘とてもそう思う’‘まあそう思う’を合わせた肯定的な回答をしたのは、1.十分な説明と話し合い 97 人（90.6%）、2.子どものケアへの参加 97 人（90.7%）、3.退院後の計画の話し合い 82 人（76.6%）、4.退院後の計画への意見の反映 86 人（80.4%）、であった。また、5.退院調整について肯定的な回答をした親は 59 人（55.1%）と半数であった。(表 36)

家族中心の看護の重要な概念である、情報共有とケア参加について、9 割以上の親が肯定的な経験しており、NICU の臨床現場において、家族中心の看護の実践が普及していることが推察された。しかし、退院計画に関連した親の参加の程度に限ると肯定的な回答が 7～8 割へ低下し、スタッフが行った退院後のサービス調整について十分としなかった親が 4 割程度となった。

本調査では NICU に入院した子どものうち、正期産児は 30.8%、出生体重 2500g 以上は 25.2%であった。母子保健法で定められた制度には、低体重児（出生体重 2500g 未満）の届け出、出生体重 2000g 以下あるいは生活力が特に薄弱である乳児への未熟児養育医療の給付、37 週未満の乳児への未熟児訪問指導がある。しかし、2500g 以上あるいは 37 週以上の子どもたちは障がいがない場合、利用できる制度は正期産児と同じである。このような乳児と親は、出生後早期の一時的な集中治療を経験するが、比較的短期に子どもの全身状態が回復しローリスクとして NICU を退院する。

通常、乳児のいる家庭への公的サービスの開始は生後 4 か月までに行われる乳児家庭全戸訪問で、母親の不安が最も高い 1 か月以内の訪問率は 16.8%（厚生労働省,2013）と低い。医療者側が‘ローリスク’として NICU から送り出している子どもと家族の中には、

自宅に帰ってからのケアや利用できるサービスについて、不安を感じながら退院していく親子が少なくないことが推測された。

さらに、低体重児とその家族の利用できる母子保健サービスは、平成 25 年 4 月より都道府県から市町村へ権限移譲されており、訪問時期、人員、質、医療機関との連携において市町村でばらつきがあることが報告されている（衛藤,堤,岩田, 2013)。低体重児の退院後の公的サービスの利用手続きや提供状況が、親の居住する市町村で異なる現状では、医療機関に所属する NICU 看護師が、子どもと家族の居住地で利用できるサービスに応じた情報提供をするのに、限界があるように思われた。

4.6.2　育児指導の受講状況と満足度

NICU において医療者から親へ提供される育児指導は、退院後早期から退院当日、個別から集団教育、ハンドオンからハンドオフ、パンフレット指導のような講義形式から親子同室のような実践形式のものまで、様々な内容、段階、形態が想定されるが、本調査では退院後に必要となる育児技術 8 項目に限定し、育児指導を受けた経験を、‘受けた・受けていない・不要（該当しない)’のいずれか 1 つを選択する方法で、退院前の調査票に含めた。育児指導の項目は「哺乳びんでミルクを与えること」「直接母乳を与えること」「体を清潔に保つこと（おふろ、おむつかえ、おきがえなど)」「おしっこやうんちの異常に気づくこと」「発熱など急な体調の悪化に対応すること」「お薬を与えること」「安全なベッド（寝床）やお部屋を整えること」「発達を促す援助やリハビリ」の 8 種類とした（以下、哺乳びんでの授乳、母乳での授乳、清潔、排泄の異常の発見、体調悪化への対応、与薬、安全な環境の調整、発達援助、と省略する)。また、教育の満足度は‘不満足’から‘満足’までの 5 段階リッカート尺度、1 項目で回答を得た。

育児指導 8 項目について‘受けた’割合は多いものから、母乳での授乳 103 人（96.3%)、清潔 101 人（94.4%)、哺乳びんでの授乳 98 人（91.6%)、排泄の異常の発見 84 人（78.5%)、体調悪化への対応 62 人（57.9%)、与薬 54 人（50.5%)、安全な環境の調整 37 人（34.6%)、発達援助 31 人（29.0%）であった。(表 37)

退院教育の満足度は‘満足’40 人（37.1%)、‘やや満足’36 人（33.6%)、‘ふつう’27 人（25.2%)、‘やや不満足’3 人（2.8%)、‘不満足’1 人（0.9%）で、‘満足’‘やや満足’を合わせると 76 人（70.7%）であった。

調査項目とした乳児のお世話の技術は AAP（2007）が、安全で健康な始まり改善プロジェクト（Safe and Healty (SHB) Improvement Project）のホームページで医療者向けに配信している、新生児の退院準備チェックリストの健康と安全の相談・助言（Health and Safety Counseling）10 項目と、NICU からの退院に関する先行研究を参考に選定した。各項目において‘該当しない’を選択した参加者が多かったのは、発達援助 39 人（36.4%)、与薬 36 人（33.6%)、安全な環境調整 20 人（18.7%)、であった。与薬については退院後継続して処方がない場合は該当しないが、発達を促し、安全な環境を整えることは、正常成熟新生児においても医療者からの助言が推奨される項目である。本調査は参加者の回答によるため、実際に NICU で提供された教育が十分に反映されていないことも考えられるが、本結果は NICU における退院準備教育の項目を再検討する一助になるかもしれない。

例えば、NICU では呼吸の補助を目的に乳児をうつぶせ寝にすることが多いが、退院に向けた教育で‘いつも’仰向け寝を指導している看護師は 52%で、乳児突然死症候群（SIDS）予防教育が統一されていないことが報告されている（Aris et al,2006）。また、退院前に親へ SIDS 予防教育を行ったとしても、親は NICU 看護師の日々の実践を見ることで子どものポジショニングや就寝環境について学習しており、退院後の子どもの世話に影響しているという（Grazel, Phalen and Polomano, 2010）。NICU での SIDS 予防教育の実施率を高め、親が SIDS ハイリスクである乳児の安全を自宅でも守ることができるよう、1）回復期にある早産児の仰向け寝への移行のレディネスを看護師がアセスメントし NICU 内で意図的にあおむけ寝へ移行すること、2）家庭と NICU との環境の違いを親へ説明すること、3）病棟や施設の方針が明確であること、が提言されている。

4.6.3　育児技術の習得度

育児技術の親の習得度は、受講状況でたずねた 8 つの育児技術について退院前から退院後までの全調査回でたずねた。回答方式は‘全くできない’から‘十分できる’までの 5 段階リッカート尺度で、それぞれ‘該当しない’の選択肢も設けた。

退院前の調査において、技術項目毎に‘該当しない’を選択した者を除き、‘十分できる’‘まあできる’と回答した者の合計とその割合を算出したところ、習得の割合が高いものから順に、哺乳びんでの授乳 92 人（88.5%）、清潔 92 人（86.0%）、安全な環境調整 81 人（75.7%）、母乳での授乳 74 人（73.3%）、排泄の異常の発見 76 人（71.0%）、与薬 45 人（70.3%）、体調悪化への対応 54 人（51.4%）、発達援助 22 人（48.9%）となった。‘該当しない’を選択した参加者が多かったのは、与薬 43 人（40.2%）、発達援助 62 人（57.9%）であった。（表 38）

母親は NICU において経験したことのあるケアであっても家庭での医療的なケアの実施者としての自信が低い（Raines D. A. and Brustad J.,2012）ことが報告されている。退院直後は自宅という医療者不在の環境で、親が子どものケア提供者の全責任を担うことが求められ、不安が増すためである。ここでは、各育児技術の ‘まあできる’‘十分できる’と回答した者の割合について、退院前、退院後 1 週、1 か月の推移を図示した。（図 10）

習得度が退院前よりも退院後で増加した項目は、哺乳びんでの授乳、清潔、安全な環境調整、排泄の異常の発見、与薬の 5 項目で、退院後 1 か月時点で 8 割の親が‘まあできる’‘十分できる’と自己評価していた。これらは実施の頻度が高い技術であり、育児に慣れて習得度が高まる様子が推測された。与薬は医療的ケアであるが退院前の調査から ‘まあできる’ ‘十分できる’の増え幅が最も大きかった。退院前の調査で収集した、退院後に継続して必要な子どもの医療的ケアの内訳をみると、‘注射以外の薬の服用’が最も多かったことから、想定される与薬は手技が比較的容易で定期的な内服薬や塗布薬などでと考えられた。医療的ケアの中でも技術が比較的容易である場合は、退院後早期に習得度が高まり、自信がつくことが推測された。

一方、習得度が退院前よりもいったん低下し、増加率が少なく、退院後 1 か月時点においても習得度が 7 割に満たなかった項目は、母乳での授乳、発達援助、体調悪化への対応の 3 項目であった。母乳育児は NICU 入院中から積極的に取り組まれているものの、退院後 1 か月以内では母親が 24 時間の授乳に慣れず疲労したり、子どもの哺乳力にむらがあ

ったりと、不安定な時期であることが習得度を低下させた理由と推測された。発達援助および体調悪化への対応は、退院指導を受けた者の割合が 50.5%、57.9%と低かった。退院指導の受講の有無と退院前の習得度について、それぞれピアソンの$\chi 2$ 検定を行った。結果、発達援助では、退院指導を受けた群は受けていない群に比べ、‘まあできる’‘十分できる’と回答した割合が有意に高く（$\chi 2$＝23.089,df=1.p=.000）、体調悪化への対応でも同様に、退院指導を受けた群では受けていない群に比べ、‘まあできる’‘十分できる’と回答した割合が有意に高かった（$\chi 2$＝5.060,df=1.p=.034）。発達援助と体調悪化への対応は、そもそも方法がわからないことが、習得度が増加しない理由の一つかもしれない。

なお、退院前から退院後 1 か月の親の育児技術の習得度の変化は、3 回の調査全てに回答した 41 名の縦断的なデータにおいても同様の変化がみられた。

育児技術の習得度 8 項目について ‘全くできない’を 1 点～‘十分できる’を 5 点とし、参加者が‘該当しない’と回答した項目を除外して平均得点を算出したところ、退院前の第 1 回調査 108 人の平均得点は 4.06 点（SD 0.75、最小 2、最大 5）、退院後 1 週の第 2 回調査 59 人の平均得点は 4.07 点（SD 0.62、最小 2.75、最大 5.0）、退院後 1 か月の第 3 回調査 42 人の平均得点は 4.13 点（SD 0.57、最小 3.0、最大 5.0）であった。正規性の検定をした結果、退院後の習得度の平均得点は正規分布したが、退院前の平均得点は正規性がなかった。退院前、退院後 1 週、退院後 1 か月の育児技術の習得度の平均得点に差があるかをクラスカルウォリスの検定でみたところ、各回間で有意差はなかった（χ^2=0.116,df=2,p=.944）。さらに、全調査回に回答した 41 人に限定してフリードマン検定したところ、退院前 3.9 点、退院後 1 週 4.0 点、退院後 1 か月 4.1 点と有意に増加した（χ^2＝10.53,df=2,p=.005）。さらにデータを集積し検証する必要があるが、育児技術の習得度は概して時間経過により増加すると考えられた。

4.6.4　退院後のヘルスケアサービスの利用状況

退院後のヘルスケアサービスの利用状況を、友人や家族への電話相談、入院した施設以外の保健・医療機関への電話相談、入院していた NICU への電話相談、予定外の外来受診（診療時間内）、救急外来受診、再入院に分け、回答日までに経験した回数をたずねた。結果を利用回数の多かったものから順に示す。

退院後平均 9.4 日目に 60 人が回答した第 2 回調査では、友人や家族への電話相談 11 人（18.3%）のべ 22 回、NICU への電話相談 13 人（21.7%）のべ 15 回、予定外の外来受診 2 人（3.3%）2 回、保健・医療機関への電話相談 1 人（1.7%）1 回、救急外来受診、再入院はいずれも 0 人であった。退院後平均 33.4 日目に 42 人が回答した第 3 回調査では、友人や家族への電話相談 12 人（28.6%）のべ 37 回、NICU への電話相談 13 人（30.1%）のべ 15 回、予定外の外来受診 3 人（7.1%）、保健・医療機関への電話相談 2 人（4.8%）、.救急外来受診 2 人（4.8%）、再入院 1 人（2.4%）であった。(表 39)

退院後平均 9.4 日目の第 2 回調査と退院後平均 33.4 日目の第 3 回調査の期間でヘルスケアサービスの利用回数を日割りすると、第 2 回調査までの期間は、第 2 回調査から第 3 回調査までの期間よりも、友人や家族への電話相談が約 1.4 倍、NICU への電話相談が 2.6 倍と高率であった。NICU から自宅への移行後 1 週以内では、特に親の育児不安が高まり、親は何らかの対処をとる様子が推測された。

本章のまとめ

本研究の目的は、沖縄県の NICU から退院する乳児の親において、作成した JRHDS-PF の信頼性と妥当性を確認することであった。有効回答数（回収率）は、第 1 回 108 人（65.5%）、第 2 回 61 人（37.0%）、第 3 回 44 人（26.7%）であった。3 回の調査全てに回答した参加者は 42 人（25.5%）であった。

JRHDS-PF の信頼性は、項目分析、因子分析、内部一過性、得点分布で検討した。JRHDS-PF の項目分析では、項目毎の平均得点が 7.48 点と 10 ポイントに偏り、天井効果が認められる項目もあったが、回答率 9 割未満、項目毎平均得点 1 未満あるいは 9 以上、標準偏差 1.0 未満の 3 つの不適切条件をすべて満たすものはなく、除外項目はなかった。探索的因子分析の結果、原版から 1 因子少ない 4 因子構造が最も適切であった。内部一貫性は、29 項目全体で Cronbach α係数＝0.90、各因子では 0.8 以上、項目全体相関は 0.36～0.84 で中程度から強い相関があり、内部一貫性が高かった。また、総得点の分布は正規分布であった。これらより、JRHDS-PF は信頼性のある尺度であることを確認した。

JRHDS-PF の妥当性の検討は、構成概念妥当性、JTQ を外的基準とした基準関連妥当性、予測的妥当性に分けて検討した。構成概念妥当性の 10 の仮説のうち、親の知覚的な退院準備状態に関する 3 つ、親の特性のうち 1 つ（初経産）、看護介入（育児指導の満足度、入院中の乳児のケアへの参加度、退院調整の程度）に関する 3 つ、親の発展的な変化 1 つ（退院前の育児技術の習得度）の合計 8 つの仮説が支持された。支持されなかった仮説は、家族の特性（家族形態）と文化的特性（産後の里帰り）であった。基準関連妥当性では、まず、JTQ の信頼性を 36 項目全体の内部一貫性（Cronbach' α係数＝0.89）と再現性（(r=0.83, p=.00）で事前に確認した。JRHDS-PF と JTQ は中程度の相関があり（退院後 1 週（r=.69,p=.00）、退院後 1 か月 JTQ（r=.64,p=.00））、JRHDS-PF 高得点群は、低得点群に比べ、退院後 1 週と 1 か月の JTQ 得点が統計的に有意に高かった。予測的妥当性の 3 つの仮説のうち、2 つ（退院後 1 週と 1 か月の育児技術の習得度）が支持された。支持されなかった仮説は、退院後の予定外の受診・救急外来受診・再入院であった。

JRHDS-PF は本調査の参加者において、信頼性と妥当性のある尺度であった。

第五章　考　察

前章では、JRHDS-PF が原版とは異なる 4 因子で構成され、内部一貫性が高く、信頼性があること、並びに、構成概念妥当性の 10 の仮説のうち 8 つ、基準関連妥当性の 3 つの仮説すべて、予測的妥当性の 3 つの仮説のうち 2 つで支持されたことを述べた。本章では、JRHDS-PF の信頼性と妥当性の結果に関連して、①本調査の参加者における因子構造の適合の程度、②支持されなかった仮説の検証、について述べる。さらに、JRHDS-PF の看護実践への活用について、①親と医療者の退院準備性評価の違い、②親の退院準備性を多次元尺度で測定するメリット、③看護実践の評価尺度としての JRHDS-PF の活用、について考察する。

５．１ JRHDS-PF の信頼性と妥当性の検証

5.1.1　JRHDS-PF の NICU から退院する乳児の親への適合度

原版 RHDS-PF は 5 因子構造であったが、JRHDS-PF は探索的因子分析の結果、4 因子構造となった。ここでは下位尺度間の項目の移動を示しながら、違いが生じた理由を考察する。（表 40）

原版の下位尺度のうち〈親の個人的状態〉〈対処能力〉〈知識〉の 3 因子が、JRHDS-PF の第 1 因子〈育児の知識とスキル〉と第 2 因子〈親の個人的状態〉へ再構成された。JRHDS-PF の第 3 因子〈期待される支援〉と第 4 因子〈子どもの個人的状態〉は、原版と同じ項目から構成されたため、下位尺度名もそのまま使用した。

JRHDS-PF において〈対処能力〉が下位尺度として維持されなかった理由は二つ考えられた。理由の一つめは、原版の〈対処能力〉が 3 項目と少ない項目数で構成されていたためである。下位尺度あたりの項目数が 5 未満である場合、その下位尺度は有用性に課題がある（青木,2002）。元より不安定な下位尺度である RHDS-PF の

〈対処能力〉が J HDS-PF の因子構造では維持できなかったことが考えられた。

二つ目は親が退院後の親子の生活をどの程度具体的にイメージできたか、である。Weiss（2008）の調査参加者の子どもの平均年齢は 7 歳（0-18 歳）で、入退院のイベントまでにいくらか親子での生活経験がある。それに比べ、本調査の子どもは出生直後の入院で、さらに 50.5%が第一子であり、親にとっては初めて親役割を担う、また経産婦においては複数の子どもの親役割への変更を経験する。〈対処能力〉は「子どもの世話をどのくらいできそうか」「家庭生活の中で自分の役割をどのくらいこなせそうか」「子どもの医療ケアをどのくらいできそうか」の 3 項目で退院後の求められる育児、家事、新たに加わった医療的ケアの遂行能力が問われる。NICU から初めて乳児を自宅に連れ帰り、新たな生活を始める場合、親の経験が少なく、自身の対処能力を査定して回答することが難しい。その結

果、〈対処能力〉の項目は〈知識〉「～を知っているか」の問いと同次元にとらえられたと推測した。以上より、NICU から退院する乳児の親の退院準備性を測る JRHDS-PF は 4 因子構造が適切と考えた。

5.1.2　支持されなかった仮説の検証

1）家族形態および産後の里帰りと JRHDS-PF 得点

日本の父親の育児参加時間は 1 日当たり 30 分で欧米の約 1/2 である(厚生労働省,2010)。父親の育児参加があまり期待できない日本では、親（祖父母）との同居や近居を選択する子育て世帯が多い。2010 年の全国出生動向基本調査によると、子育て世帯の住まい方は親と同居 18%、両親宅から同市区内の近居 37%で、6 割弱の子育て世帯が親世代からの支援を受けている（佐々井,2013）。

本調査の参加者の家族形態の内、親との同居を含む拡大家族は 12.9%、育児の支援者数は、1 人が 40 人（37.0%）、2 人が 40 人（37.0%）、3 人以上 28 人（25.9%）で、「なし」と回答した者はいなかった。親との同居率は全国平均よりも少ないものの、全ての参加者が退院後の育児に複数の人的資源をもっていた。また、本調査の参加者の里帰り率は 47.2%で、関東圏の里帰り出産率 52.5%（南ら、2006）や国内の複数地域における初産婦の里帰り出産率 41.9%（木村ら、2003）とほぼ一致した

筆者が本研究の一部を学会（上原,前田,2015 年 11 月,日本新生児看護学会）で発表した際に「支援者がいない人が 0 人なんて都市部では考えられない」という意見をある病院の管理者からいただいた。今回は親世帯との居住場所の遠近を調査項目としなかったが、沖縄県は他府県と海を隔てており、同県内での結婚が多く、親・きょうだい・親せきが近隣に居住し、里帰りするにしてもその距離は日本の他の地域よりも近距離である。つまり、拡大家族や里帰りによらずとも、容易に支援を得やすい環境にあると推測する。

日本のように人種、民族、生活水準、教育、医療保険制度、文化的な背景が比較的均質な集団においては、親や家族の特性の退院準備性への影響は表れにくい。また、今回は調査地を沖縄県に限定しており、調査結果はより均質な参加者を反映した。よって、JRHDS-PF に親の特性が関連しないとするにはデータ不足である。都市部と地方など特徴の異なる地域を選定して調査し、日本の標準値を得て検討する必要がある。

2）JRHDS-PF 得点と退院後の予定外の受診・救急外来受診・再入院

JRHDS-PF は乳児の退院後の予定外の受診・救急外来受診・再入院（以下、退院後の再入院等、とする）を予測しなかった。Weiss（2008）の調査では、RHDS-PF と退院後の再入院等を含む、ヘルスケアサービスの利用に直接の関係はなく、コーピング能力が両変数に介在し間接的な関係が報告された。本調査でも JTQ が JRHDS-PF と退院後の再入院等を介在するか分析したが、JTQ との間に統計的に有意な関係はなかった。

JRHDS-PF の予測的妥当性が支持されなかった理由は 3 つ考えられた。第一に、退院後 1 か月調査まで継続した参加者が 42 人と少なかったこと、第二に、乳児の再入院などを経験した親が参加者から脱落した可能性、第三に、退院後の調査期間が短かったこと、第四に、日本の NICU から退院した乳児の再入院率等が低いこと、である。

Weiss(2008)によると、小児科を退院した親子 119 組が退院後 3 週までにヘルスケアサービスを利用した割合は、「予定外の外来受診」23.4%、「救急外来受診」16.0%、「再入院」15.1%であった。一方本調査においては、これらの利用率の合算が 6%と、米国の 1/9 であった。小児科からの退院と NICU からの退院という条件の違いがあるため単純に比較はできない。しかし、米国の Smith ら（2009,2012）の調査では、NICU から退院した乳児の退院時週数は 36～37 週、退院時体重は 2600～2700g で、本調査の参加者の乳児の方が、退院が 3 週間遅く（平均週数 39.8 週）、退院時の体重が 200g 重かった（平均体重 2862g）。また、米国の NICU から退院後 1 か月までの早産児を対象にした調査の再入院率は 10%前後である（Swanson and Naber,1997 ; Merrit TA.,2003）。つまり、日本の NICU は米国に比べ、子どもが十分に成熟してから退院させており、これが退院後のヘルスケアサービスの利用が米国よりも少ない理由の一つであった。

しかし、早産児は呼吸器感染症に罹患し重症化しやすく、退院準備性の帰結として乳児の健康度は特に重要な変数である。医療機関への受診や再入院を退院後 1 か月という短期で評価するよりも、年単位の長期的な評価とする方が予測妥当性の検討に適切であろう。また、乳児が再入院等した場合、親は調査への協力が困難となる。より正確な情報を得るためには医療機関からもデータ収集するなど、調査方法の改善が必要である。

５．２　JRHDS-PF の看護実践への活用

5.2.1　親と医療者の退院準備性の評価の違い

退院後に再入院等を経験した 7 人の乳児の親と再入院等を経験しなかった乳児の親の JRHDS-PF 得点を比較したところ、統計的に有意な差はなかった。7 人の乳児の特性は、超低出生体重児 2 人、2000g 未満 4 人、医療処置あり 5 人、退院後継続フォローの必要な疾患あり 3 人で、このうち 2 人は疾患を重複し、双胎 1 人が含まれた。乳児の特性から退院後の救急外来受診や再入院の可能性が高い集団であると、医療者は予想するだろう。従来、医療者が提案してきた NICU からの退院基準が乳児の条件中心であるのは、このような客観的情報から退院後のリスクが予測をしているからである。Weiss＆Bobay（2010）は、看護師用 RHDS を開発した研究で、外科手術後の患者評価の RHDS 得点と看護師評価の RHDS 得点に相関はないこと、看護師評価の方が退院後の救急外来受診と再入院を予測したことを報告した。つまり、患者の状態を査定し正確に退院後のリスクを予測するのは患者本人ではなく看護師であった。

本調査でも、親の回答した JRHDS-PF 総得点は、医療者が重視する乳児の特性のいずれにも統計的に有意な差はなく（表 35）、親の育児経験、育児指導の満足度、育児技術の習得度、NICU 入院中のケア参加度、退院調整などに関連した。つまり、親の退院準備は子どもの出生体重や疾患、医療的ケアに左右されず、看護実践を中心とする要因に緩衝され、子どもを引き受けていけるように整うことが推測された。NICU から自宅への移行には、医療者による査定と同等に、親の退院準備性の査定が重要で、それらは全く別ものであるという、医療者の認識が必要である。

5.2.2　親の退院準備性を多次元尺度で測定するメリット

先行研究では親子の退院準備状態を 1 項目ないしは親子各 1 項目で、「はい/いいえ」の二肢択一やリッカート尺度でたずねていた。これらは一次元尺度であるため、整わない親子にどのような支援をすればよいかケア方針が示されない。JRHDS-PF は 4 因子構造をもつ尺度であるため回答することで、どの因子で準備が整っていないかを知ることができ、ケア方針を立てることが可能となる。

本調査の結果から、親の知覚する自身の退院準備状態に関連したのは 4 つの下位尺度のうち〈親の個人的状態〉であった（表 12）。親自身の準備が整わない場合は、親の体力や体調など身体的な充実を図り、ストレスが少なく心理的準備が整うよう話を聞き、自宅での役割がうまく遂行できるよう工夫を考えるといった、ケアアプローチが必要である。一方、親の直感的な乳児の退院準備状態に関連したのは 4 つの下位尺度のうち〈育児の知識とスキル〉〈子どもの個人的状態〉であった（表 13）。乳児の準備が整わない場合は、親へ乳児の身体的安定や機能の成熟を説明し、親自身の子育ての知識とスキルの習得度が高まるよう繰り返し技術指導をするとよいだろう。

「退院するのが心配」と親が話した時に、多次元尺度で個別に退院準備性を査定するこ

とで、退院準備性を高めるのに適した看護介入に連動させることができ、親子のニーズに合ったケア方針を決定することができる。JRHDS-PF のような多次元尺度を用いる利点は、子どものレディネスに注目しがちな医療者の視点を、多角的にすることである。親子の準備性が高まった状態で退院を迎えることで、生じる可能性のある退院後の問題を少なくすることができるだろう。

5.2.3　看護実践の評価尺度としての JRHDS-PF の活用

コクランの新生児ケアチームによる最新のシステマティッレビューは、経管栄養を併用した早期退院群と全量経口摂取後に退院した群で、経管栄養期間の感染率、退院後 1 年間の体重増加率、母乳育児率、再入院率に有意差がなかったと報告した（Collins, Makrides and McPhee,2015）。臨床応用に向けてはさらにデータの集積が必要としながらも、医療的ケアをもちながらの早期退院モデルに肯定的な結果を出しており、今後は日本でも、医療政策的に早期退院がすすめられる根拠となる。退院時の子どもの週数や体重が現在よりも小さく、医療的ケアが必要で、呼吸や循環が不安定なまま退院時期を迎える場合、親子の退院準備性を客観的に査定することはさらに重要となるだろう。

クリニカルパスなどに沿って、適切な時期に退院指導や検査をすすめ、適切な在院日数で退院することが医療経済的に求められている。スタンダードなケアに加えて、親自身の退院準備性を、親子の NICU 入院中の節目や看護実践の前後評価に活用することが可能である。NICU 入院時から退院を見据えたケアを提供する（AAP,2008）、とよく言われるが、NICU 入院から退院までの期間に、親の退院準備性がいつどのタイミングで高まるかを量的に示した先行研究はない。質的研究によると NICU 入院中の親の節目とは NICU から GCU への移床、保育器の使用の終了、退院時である（Jackson ら,2003）。親子の NICU 入院中の節目に加え、退院指導や母児同室、外泊など看護実践の前後で親自身の評価を確認することは、看護実践に対する利用者（受け手）評価を得ることである。利用者評価は医療者主導の退院支援・退院調整になるのを回避し、親子のペースを考慮したオリジナルで最適な退院スケジュールに修正するきっかけとなる。

日本の NICU においても欧米同様、家族中心の看護は重要な概念として浸透しつつある（木下,2001 ; 清水,2010）。NICU の場合、乳児の親の意見がケア計画や支援内容に反映され（尊重と尊厳）、医療者と親子の双方が情報共有し、親子がケアや意思決定に参加することが、親子の健康を最適化する。特に情報共有は医療者から患者家族への情報提供という一方通行ではなく、親が乳児の入院・治療に対する自身の考えや思いを医療者に伝えることも重要である。本調査の参加者の一人が「この質問に答えたことで、今の自分の状況が把握できた」と感想を寄せてくださった。JRHDS-PF は親の退院準備性を医療者が一方的に数量化するものではなく、親が自身の思いを再認識し、看護師が親の思いをケアに活用することを可能にさせる尺度である。JRHDS-PF は親が自身の気もちを整理し言語化する一つのツールにもなりえる。

看護実践への活用に向けた今後の課題として、JRHDS-PF の利用目的を明確にすること、使用時期、総得点や下位尺度得点の解釈、カットオフポイントの設定など統一した利用手続きを設定すること、得点に対応した支援方法の開発・提供など検証する必要がある。

六章　結論

JRHDS-PF は 29 項目、4 下位尺度「育児の知識とスキル」「親の個人的状態」「子どもの個人的状態」「期待される支援」で構成され、親の退院準備性を 49.6%説明した。尺度全体の Cronbach's α は 0.90 で、十分に内部一貫性が高い尺度であった。

JRHDS-PF の構成概念妥当性は、親・子ども・親子の退院準備状態に関する親の知覚、親の育児経験、退院指導の満足度、NICU 入院中の乳児のケアへの親の参加度、退院調整の程度、退院前の育児技術の習得度、に関する 8 つの仮説において支持された。基準関連妥当性は、NICU 退院後の親の育児心配と挑戦を測定するのに適切で信頼性の確認された、外的基準である JTQ により支持された。予測的妥当性は、退院後の育児の習得度に関する 2 つの仮説において支持された。妥当性を検討する 17 の仮説のうち、14 が支持され、JRHDS-PF は概ね、妥当性のある尺度であった。

本研究で作成した JRHDS-PF は、沖縄県内の NICU から退院する乳児の親において、退院準備性を測定するのに信頼性と妥当性のある尺度であった。

今後の課題と研究の方向性

本研究の限界と今後の課題は以下のとおりである。

1）尺度の一般化に必要な規模の標準的な参加者を得ること

本調査の参加者は退院前調査で 100 人余り（有効回答率 65.5%）、退院後 1 か月まで継続して回答したのはこのうち 4 割（有効回答率 24.8%）であった。NICU へ入院する乳児は出生数のおよそ 3.6%（新生児医療連絡会,2010）と母集団そのものが少ない。脱落も加味して十分な規模の参加者が得られるよう、データ収集の方法を検討する必要がある。

また、本調査は沖縄県という日本の限られた地域での調査であり、また参加者のほとんどが母親であった。JRHDS-PF の尺度の一般化のためには日本の代表値が得られるよう、国内の複数の調査地域を選定し、父親のデータも含めて集積する必要がある。

2）標準値を得ること

JRHDS-PF 得点がいくつであれば親子の退院準備性が整ったと評価するかは、退院教育や退院調整を実際に行う看護師にとっても、医療経済的にも関心が高いだろう。標準値を得るには 1）で述べたように、なるべく大きく、代表性があるサンプルで素点を得て、JRHDS-PF の総得点が正規分布することを確認し、Z 得点による標準化をして得られた標準得点と順位を基に統計的に決定するのが一般的である（村上,2006,pp94-95）。しかし、JRHDS-PF を臨床で活用できる尺度にするためには得点とその後の親子に生じた結果との関連性についてさらに検証する必要がある。米国の調査で退院後の結果指標として用いられたヘルスケアサービスの利用は、本調査では退院後 1 か月以内の医療機関の利用そのものが少なく有用な結果指標ではなかった。米国と比較して十分成熟してから退院となる日本の NICU では結果指標として利用しにくいと思われたが、年間をとおしてみると早産児の呼吸器感染症などによる再入院も累積されることから、調査期間を 1 年など長期に設定することも検討すべきである。また今後は日本においても早期退院が進むことが予想され、これらの指標が活用できる可能性はある。一方で、親の退院準備性は乳児の体重や疾患、医療的ケアの有無に関連せず、退院後の親の心配と支援ニーズは母乳育児、離乳食、発達、就学などである（中山,2005）。これらを考慮すると、退院後の親の心配事の数や資源の活用状況、JTQ のように親の育児のとりくみの知覚を測定する尺度などが結果指標としてより有用かもしれない。JRHDS-PF のような心理尺度において、何点以上で退院に適当かといった、明確なカットオフポイントを得ること難しいが、退院準備性の予測的妥当性の検討に適切な結果指標との関連から、標準値を決定することが JRHDS-PF の実用化に向けて必要である。

3）信頼性の検討の余地

本調査では、JRHDS-PF の信頼性を内部一貫性の検討のみで行った。尺度開発においては一般的には再テスト法、平行法、折半法などで尺度の信頼性を検討する必要がある。しかし、本調査では短期間で複数回の調査に協力する参加者の負担に加えて、退院が一時点のイベントであるため、再テストの時期を設定することが難しかった。退院準備性が入院

中に徐々に高まるものと考えれば、同じ参加者に時期を変えて再テストをしても、尺度の信頼性を検討することにならない可能性がある。また、平行法に適切な尺度はなく、29 項目という少ない項目数を、下位尺度を考慮して等質に折半することの困難さもある。尺度の信頼性を確認する適切な方法について検討の余地がある。

4）臨床看護への活用

親子の退院準備が整うよう、看護師は子どもの入院時点から親子の状況を査定し、計画的に必要な教育を提供し、退院を調整する。しかし、クリニカルパスウェイに沿って、標準的な看護を提供し、親が自宅で必要な子どもへの医療的ケアのスキルを十分に習得できていても退院に乗り気でない場合を経験する。親が子どもとの生活を「自宅でやっていけそうだ」と感じられなければ、退院は困難となる。

JRHDS-PF の標準値はまだ提供できないが、個人得点や見出された因子構造を臨床看護への活用することが可能である。例えば母児同室や退院教育の前後で親に JRHDS-PF に回答してもらい個人得点を比較することで、介入の評価ができる。さらに下位尺度毎の得点率を比較することで、不足している因子が「育児の知識とスキル」「親の個人的状態」「子どもの個人的状態」「期待される支援」のどれかを特定することができ、それは看護師が親子に応じた退院支援の方向性を決定し、支援内容に生かすことを可能にさせる。

謝　　辞

謝辞

本論文は筆者が沖縄県立看護大学大学院 保健看護学研究科 生涯発達保健看護分野 母子保健看護領域 博士後期課程在籍中の研究成果をまとめたものです。

同研究科教授（現在は特任教授）前田和子先生には、指導教員として本研究の遂行に終始ご指導をいただきました。研究指導の際に先生は、わき道にそれて時に迷子になっていることさえ気づかない私の話を、まずはじっと聞いてくださり、そしていつも答えではなく、行く道を照らしてくださいました。そして、魚ではなく魚の釣り方を教えるのは、研究者として独り立ちするための力をつけてほしいからよ…とにこやかにおっしゃいます。6 年間という長期にわたった研究活動でしたが、いつも的確なご指導と、落ち込んだ時もほっと安心できる笑顔をくださったことに、厚くお礼を申し上げます。また、副指導教員の永島すえみ先生、神里みどり先生、金城芳秀先生には、たいへん読みにくい初稿の論文から最終稿までブラッシュアップするための助言をいただきました。合わせて感謝申し上げます。

RHDS-PF の開発者であり日本語版の作成許可をいただきました Marquette 大学の Marianne Weiss 先生、TQ の開発者であり日本語版の作成許可をいただきました New Jersey 大学看護学部長の Carole Kenner 先生に感謝申し上げます。また、日本語版への翻訳にご協力くださいました、新生児ナース・プラクティショナーの Eklund さん、日米の違いから度々湧き出る疑問にロシアンジョークを交えて気さくに E-mail でお返事くださった Kenner 先生の教え子の Boykova さん、両名からは、海を隔てた研究者同士がつながることの大切さを教わり、日本の看護界が世界へ向けて情報発信することへの期待と励ましをいただきました。

研究を引き受けてくださった沖縄県内の 4 つの施設の NICU の共同研究者として、本研究へご協力くださった看護師長、主任看護師の 9 名の皆様は、日々の臨床のお忙しい中、入院中の子どもたちのご両親へお一人お一人、お声かけくださいました。7 か月間で 108 名のご協力が得られたのは、日々の NICU でのケアが丁寧にされているからと思われました。研究成果をお返しするのが大変遅くなりましたことを、お詫び申し上げます。

最後に、パイロットテストと本調査へご協力くださったお子さまとご両親へ、心より感謝申し上げます。まだ、形になったばかりの JRHDS-PF が、これから NICU へ入院する親子が、安心してそれぞれの家庭へ退院し、自宅での生活がひと段落するまでの手助けとなるよう、さらに尺度として洗練させ、実用化に向けた努力をしたいと思います。

本研究の一部は JSPS 科研費 15K20742（平成 27～29 年度）の助成を受けました。

引用文献

引用文献

American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn（1998）. Hospital Discharge of the High-Risk Neonate-Proposed Guidelines, Pediatrics, 102, 2, 411-417.

American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death, S. (2005). The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. Pediatrics, 116(5), 1245-1255. doi: 10.1542/peds.2005-1499

American Academy of Pediatrics , the Child Health Corporation of America and The Joint Commission (2007). Healthy Beginnings Newborn Discharge: A Readiness Checklist https://www.aap.org/en-us/professional-resources/quality-improvement/Quality-Improvement-Innovation-Networks/Pages/Safe-and-Healthy-Beginnings-A-Resource-Toolkit-for-Hospitals-and-Physicians-Offices.aspx#sthash.9oTmhxho.dpufSafe and

American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. (2008). Hospital discharge of the high-risk neonate. Pediatrics, 122(5), 1119-1126. doi: 10.1542/peds.2008-2174

青木繁信（2013）. 49.質問紙調査における尺度構成，柳井晴夫，岡太彬訓，繁桝算男，高木廣文，岩崎学 編．多変量解析実例ハンドブック（pp541-564）．東京：朝倉書店.

Archbold Patricia G., Stewart Barbara J., Merwyn R. Greenlick, Theresa A. Harvath,(1992), The Clinical Assessment of Mutuality and Preparedness in Family Caregivers to Frail Older People,32,328-339

Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Res Nurs Health, 13(6), 375-384.

Archbold, P. G., Stewart, B. J., Miller, L. L., Harvath, T. A., Greenlick, M. R., Van Buren, L., . . . et al. (1995). The PREP system of nursing interventions: a pilot test with families caring for older members. Preparedness (PR), enrichment (E) and predictability (P). Res Nurs Health, 18(1), 3-16.

Aris, C., Stevens, T. P., Lemura, C., Lipke, B., McMullen, S., Cote-Arsenault, D., & Consenstein, L. (2006). NICU nurses' knowledge and discharge teaching related to infant sleep position and risk of SIDS. Adv Neonatal Care, 6(5), 281-294. doi: 10.1016/j.adnc.2006.06.009

浅井宏美（2009）. NICU における看護師のファミリーセンタードケアに関する実践と信念．日本新生児看護学会誌, 15(1), 10-19.

Bernstein, H. H., Spino, C., Baker. A., Slora. E. ., Touloukian. C. L., McCormick, M. C. (2002). Postoartum Discharge: Do Vrying Perceptions of Readiness Impact Health Outcomes? Ambulatory Pediatrics, 2(5), 388-395.

Bernstein, H. H., Spino, C., Finch, S., Wasserman, R., Slora, E., Lalama, C., . . . McCormick, M. C. (2007). Decision-making for postpartum discharge of 4300 mothers and their healthy infants: the Life Around Newborn Discharge study. Pediatrics, 120(2), e391-400. doi: 10.1542/peds.2006-3389

Biddle J.B.(1986). Recent Developments in Role , Theory, Annual Review of Sociology 12: 67-92

Blanchard G. and Dosa D.(2009). A comparison of the nursing home evacuation experience between Hurrican Katrina (2005) and Gustav (2008) , Journal of the American Medical Directors Association109(6), 39-643.

Bobay K. L., Jerofke T. A. Weiss M. E. and Yakusheva O. (2010), Geriatric Nursing, 3(13), 178-187

Boykova M.(2008). Follow-up care of premature babies in Russia: evaluating parental experiences and associated services. infant. 4,4,126-130.

Boykova, M., & Kenner, C. (2012). Transition from hospital to home for parents of preterm infants. J Perinat Neonatal Nurs, 26(1), 81-87; quiz 88-89. doi: 10.1097/JPN.0b013e318243e948

Britton, J. R., Britton, H. L., & Gronwaldt, V. (1999). Early perinatal hospital discharge and parenting during infancy. Pediatrics, 104(5 Pt 1), 1070-1076.

Brooks, D., Parsons, J., Newton, J., Dear, C., Silaj, E., Sinclair, L., & Quirt, J. (2002). Discharge criteria from perioperative physical therapy. Chest, 121(2), 488-494.

Burr,W.R. (1972). Role Transitions: A Reformulation of Theory. Journal of Marriage and the family. August 407-416.

Burr,W.R.,Leigh,G.K.,Day,R.D.,& Constantine,J.(1979).Symbolic interaction and the family contemporary theories about the family In E.R.Burr, R.Hill, F.I.Nye, I.L.Reiss(Eds.), Vol.2. Contemporary theories about family, pp42-111, New York: Free Press

Campbell, M. A. (2006). Development of a clinical pathway for near-term and convalescing premature infants in a Level II nursery. Adv Neonatal Care, 6(3), 150-164. doi: 10.1016/j.adnc.2006.02.004

Carmin, C. N., & Ownby, R. L. (1994). The relationship between discharge readiness inventory scales and the brief psychiatric rating scale. Hosp Community Psychiatry, 45(3), 248-252.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav, 24(4), 385-396.

Collins C, Makrides M, McPhee A (2015) Early discharge with home support of gavage feeding for stable preterm infants who have not established full oral feeds, Cochrane Library Datbase of Systematic Reviews（2015 年 7 月 24 日検索） http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD003743.pub2

Dale, L., Gallant, M., Kilbride, L., Klene, D., Lyons, A., Parnin, L., . . . Wilder, S. (1997). Stroke caregivers: do they feel prepared? Occup Ther Health Care, 11(1), 39-59.

doi: 10.1080/J003v11n01_03
DeVellis F. R.（2012）. Scale Development: Theory and Applications, Third Edition. SAGE, California. pp108-114,157
衞藤隆、堤ちはる、岩田力　他（2013）未熟児養育医療および未熟児訪問指導移管後の市町村母子保健活動の現状調査、日本子ども家庭総合研究所紀要第 50 集 http://www.aiiku.or.jp/aiiku/kiyo/50pdf
FAMILY CAREGIVER ALLIANCE, National Center on caregiving, BENJAMIN ROSE INSTITUTE ON AGING, The Margaret Blenkner Research Institute,(2012), Selected Caregiver Assessment Measures: A Resource Inventory for Practitioners2nd Edition December 2012 http://caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs/SelCGAssmtMeas_ResInv_FINAL_12.10.12.pdf（検索日,2013 年 8 月 22 日）
Fegran L., Fagermoen M. S. and Helseth S.,(2008). Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units -- from closeness to detachment. Journal of Advanced Nursing. 64,4,363-371
Flandermeyer, A., Kenner, C., Spaite, M. E., & Hostiuck, J. (1992a). Recommendation for practice, Part III. Neonatal Netw, 11(6), 84-85.
Flandermeyer, A., Kenner, C., Spaite, M. E., & Hostiuck, J. (1992b). Transition from hospital to home. Part II. Neonatal Netw, 11(5), 62-63.
藤村正哲、楠田 聡、杉浦正俊、多田 裕、網塚貴介、内山 温、大木 茂、和田和子、平成 19 年 厚科子ども家庭周産期ネット藤村班、厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）、「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価とフォローアップ・介入による改善・向上に関する研究、NICU の必要病床数の算定に関する研究 総括研究報告書
藤村正哲、楠田聡、杉浦正俊、多田裕、網塚貴介、内山温、大木茂、和田和子、NICU の必要病床数の算定に関する研究　総括研究報告書、平成 19 年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価とフォローアップ・介入による改善・向上に関する研究 http://nrn.shiga-med.ac.jp/DOC/NRNcommon/hokokusho/H19/H19HOKOKUSHONICUBED.pdf
Glenys Boxwell 著、沢田健、エクランド源稚子、監訳、新生児集中ケアハンドブック、医学書院、2013
Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. Semin Perinatol, 35(1), 20-28. doi: 10.1053/j.semperi.2010.10.004
Grazel, R., Phalen, A. G., & Polomano, R. C. (2010). Implementation of the American Academy of Pediatrics recommendations to reduce sudden infant death syndrome risk in neonatal intensive care units: An evaluation of nursing knowledge and practice. Advances In Neonatal Care: Official Journal Of The National Association

Of Neonatal Nurses, 10(6), 332-342.
Griffin T., Abraham M.,（2006）. Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process, J Perinat Neonatal Nurs, 20, 243-9; quiz 250-1
Griffin, T. (2006). Family-centered care in the NICU. J Perinat Neonatal Nurs, 20(1), 98-102.
Guyatt, G. H., Osoba, D., Wu, A. W., Wyrwich, K. W., Norman, G. R., & Clinical Significance Consensus Meeting, G. (2002). Methods to explain the clinical significance of health status measures. Mayo Clin Proc, 77(4), 371-383. doi: 10.1016/S0025-6196(11)61793-X
Hadzic, A., Arliss, J., Kerimoglu, B., Karaca, P. E., Yufa, M., Claudio, R. E., . . . Thys, D. M. (2004). A comparison of infraclavicular nerve block versus general anesthesia for hand and wrist day-case surgeries. Anesthesiology, 101(1), 127-132.
花木真寿美、永坂晴子（2014）．第 5 章子どもと養育者への在宅療養移行支援．宇都宮宏子、山田雅子編、看護がつながる在宅療養移行支援（pp177-217）．東京：日本看護協会出版会.
長谷川昭彦（1973）：嫁の里帰り慣行．姫岡　勤，土田英雄 長谷川昭彦（共編）、むらの家族，ミネルヴァ書房、183-204
橋本洋子、NICU とこころのケア、メディカ出版、2000、pp114-115
Hendrix Cristina C.,.Nicole S Hastings, Courtney Van Houtven, Karen Steinhauser, Jennifer Chapman, Terry Ervin, Linda Sanders, Morris Weinberger, (2011), Nursing Research, 60(6), 436-441
Hendrix, C. C., Landerman, R., & Abernethy, A. P. (2013). Effects of an individualized caregiver training intervention on self-efficacy of cancer caregivers. West J Nurs Res, 35(5), 590-610. doi: 10.1177/0193945911420742
Hogarty, G. E., & Ulrich, R. (1972). The discharge readiness inventory. Arch Gen Psychiatry, 26(5), 419-426.
Hudson Peter L., Karl Hayman-White, (2005), Measuring the Psychosocial Chrcteristics of Family Caregivers of Palliative Care Patients: Psychometric Properties of Nine Self-Report Instruments, Journal of Pain and Symptom Management, 31(3), 215-228
Hutchinson, S. W. (2002). Parental experiences during their infants' transition process from a neonatal intensive care unit (NICU) to home. (Ph.D.), University of New Orleans. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2004090700&lang=ja&site=ehost-live Available from EBSCOhost cin20 database.
市川伸一 編著（1991）．心理測定法への招待 - 測定から見た心理学入門 - ．梅本堯夫、大山正 監修、新心理学ライブラリ 13．サイエンス社、東京．pp104-114,278-280.
井上顕,西田淳志,西村幸香,梶木直美,岡崎祐士（2006.4）．Discharge Readiness Inventory(DRI)日本語版の作成における信頼性および妥当性の検討．精神医学,48

（4）,399-404.
INSTITUTE FOR PATIENT-AND FAMILY-CENTERED CARE http://www.ipfcc.org/about/index.html（2015 年 8 月 13 日検索）
Jackson, K., Ternestedt, B. M., & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. J Adv Nurs, 43(2), 120-129.
Jhon W. Creswell 著、操華子、森岡崇訳、研究デザイン-質的・量的・そしてミックス法、日本看護協会出版会、2007
鎌原雅彦、宮下一博、大野木裕明、中澤潤（1998）．心理学マニュアル質問紙法．北大路書房．東京．pp66-75.
金野大（2015）. NICU 入院児の在宅移行を促進する 「新生児特定集中治療室退院調整加算」の 導入契機となった懇談会議事録の検証 －在宅移行を見据えた議論の不足とその帰結について－.立命館人間科学研究,32,55-83.
笠井美紀(2004). NICU 退院後の母親の育児環境および育児不安の実態と育児支援の課題. 日本新生児看護学会講演集. 14,210-21.
Kelly, A., Watson, D., Raboud, J., & Bilsker, D. (1998). Factors in delays in discharge from acute-care psychiatry. Can J Psychiatry, 43(5), 496-501.
Kenner C, Lott W.(1990). Parent Transition After Discharge from the NICU. Neonatal Network. 9,2,31-37.
Kenner C. (1990). Caring for the NICU parent. J Perinat Neonatal Nurs.4,3,78-87.
Kenner C., Flandermeyer A., Spangler L., et al..(1993). Transition from Hospital to Home for Mothers and Babies. Neonatal Network. 12,3,73-77.
Kenner C., Lott JW. (2013). Comprehensive NEONATAL NURSING CARE FIFTH EDITION. Springer Publishing Company.791-800
Kenner, C. A. (1988). Parent transition from the newborn intensive care unit (NICU) to home. (D.N.S.), INDIANA UNIVERSITY SCHOOL OF NURSING. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=1990109938&lang=ja&site=ehost-live Available from EBSCOhost cin20 database.
木村恭子,田村毅,倉持清美.(2003).出産・育児体験が親の成長と夫婦関係に与える影響（5）：里帰り分娩との関係.東京学芸大学紀要.第 6 部門.技術・家政・環境教育.55,123-131
木下千鶴. (2001). NICU におけるファミリーセンタードケア．日本新生児看護学会誌, 8(1), 59-67.
小林由希子、陳省仁（2008）：出産に関わる里帰りと養育性形成、北海道大学大学院教育学研究院紀要、106、pp119-134
国立社会保障・人口問題基本調査（2014.8.8 公表）．第 5 回全国家庭動向調査結果の概要、pp3-7.　www.ipss.go.jp/ps-katei/j/NSFJ5/NSFJ5_gaiyo.pdf
小塩真司,西口利文.(2007).質問紙調査の手順,ナカニシヤ出版
厚生労働省保健局医療課. (2012).平成 24 年度診療報酬改定について. www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/.../dl/h24_01-02.pdf .(2014 年 4 月 10 日検索)
厚生労働省、乳児家庭全戸訪問事業の実施状況について　www.mhlw.go.jp
厚生労働省保健局医療課．(2010).平成 22 年度診療報酬改定について．

www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/…/dl/setumei_03.pdf. (2014 年 4 月 10 日検索)
厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室（2014）．平 26 年度 小児等在宅医療連携拠点事業、平成 26 年 7 月 9 日． /Downloads/0000071084.pdf
厚生労働省（2015）．平成 27 年度小児慢性特定疾病児童成人移行期医療支援モデル事業の公募について http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077833.html
Kowalski, W. J., Leef, K. H., Mackley, A., Spear, M. L., & Paul, D. A. (2006). Communicating with parents of premature infants: who is the informant? J Perinatol, 26(1), 44-48. doi: 10.1038/sj.jp.7211409
楠田聡,松波聡子,川口千晴.（2006）.「早産児に対する鉄剤投与のガイドライン」周産期医学.36（6）,767-778.
牧野 カツコ，船橋 惠子，中野 洋恵，渡辺 秀樹（2010.4）．国際比較にみる世界の家族と子育て，ミネルヴァ書房
Malviya, S., Voepel-Lewis, T., Ludomirsky, A., Marshall, J., & Tait, A. R. (2004). Can we improve the assessment of discharge readiness? ：A comparative study of observational and objective measures of depth of sedation in children. Anesthesiology, 100(2), 218-224.
McKin E., Kenner C., Flandermeyer A., Spangler L., Darling-Thornburg P., Spiering K., (1995). The transition to home for mothers of healthy and initially ill newborn babies. Midwifery, 11, 184-194.
Meleis Afaf Ibrahim, Trangenstein Patricia A., (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the nursing Mission, Nursing Outlook, 42, 255-259
Meleis Afaf Ibrahim, Sawyer Linda M., Eun-Ok Im, DeAnne K. Hilfinger Messias, Karen Schumacher. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory, Advanced Nursing Science, 23, 112-28.
Meleis Afaf Ibrahim.(2010). editor, Transitions Theory-Meddle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice, Springer Publishing Company, LLC, : Ch.1. Theoretical Development of Transitions, Afaf Ibrahim Meleis,pp13-51, : Ch.2. Transition Theory, Afaf Ibrahim Meleis, Linda M . Sawyer, Eun-Ok Im, Deanne K. Hilfinger Messias, Karen Schumacher, pp52-64, : Ch.3. Developmental Transitions: Hyunjeong Shin, Rosemary White-Traut,pp104-113 : Ch.4. Situational Transitions: Discharge and Relocation, Marianne E. Weiss, Linda B. Piacentine, Lisa Lokken, Janice Ancona, Joanne Archer, Susan Gresser, Sue Baird Holmes, Sally Toman, Anne Toy, Teri Vega-Stromberg, pp153-170
Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. Res Nurs Health, 18(4), 333-343.
Merritt, T. A., & Raddish, M. (1998). A review of guidelines for the discharge of premature infants: opportunities for improving cost effectiveness. J Perinatol, 18(6 Pt 2 Su), S27-37.
Mills, Marla M. Debra C. Sim, Jack Jacob, U2006). Implementation and Case-Study Results of Potentially Better Practice to improve the Discharge Process in the

Neonatal Intensive Care Unit, Pediatrics, 118,2,s124-33.
南貴子,小原敏郎,武藤安子.（2006）．育児初期の母親の育児支援のあり方に関する検討 - 「産後の里帰り」経験に焦点を当てて - ,日本家政学会誌 57（12）,807-817.
Moos R.H.and Schaefer J.A.(1986). Life Trnsition and Crisis　A Conceptual Overview. In Moos R.H.and Schaefer J.A (Eds.), COPING WITH LIFE CRISIS An Integrated Approach(pp3-28).New York：Pleum Press.
村上宣寛（2006）.心理尺度のつくり方,北大路書房,pp51-97,京都.
永田智子、急性期病院での退院支援のケアパッケージ作成に向けた開発研究、平成 22 年ファイザー研究助成セッション 1/ポスターセッション http://www.pfizer-zaidan.jp/fo/business/pdf/forum19/fo19_1_03.pdf（平成 26 年 1 月 20 日検索）
内閣府（2005）．少子化白書、第 5 章社会全体の意識改革 www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/.../w.../i1050110.pdf（2015 年 12 月検索）
中山英樹．（2005）．解説レポート NICU で育つ赤ちゃんの育児支援 http://www.aiikunet.jp/exposion/manuscript/8997.html#bunken
National Association of Neonatal Nurses（2014）．Baby Steps to Home : A Guide to Prepare NICU Parents for Home http://babystepstohome.com/（2015 年 12 月検索）
New York 大学看護学部ホームページ www.hartfordign.org and/or www.ConsultGeriRN.org.　（検索日,2013 年 7 月 13 日）
日本循環器学会，日本胸部外科学会，日本産科婦人科学会，日本小児循環器学会（2011）．日本心臓病学会成人先天性心疾患診療ガイドライン(2011 改訂版),2015.2 更新 www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2011_niwa_h.pdf
丹羽公一郎．（2013 年 9 月）．成人先天性心疾患の問題点と将来、日本循環器学会プレスセミナー講演記録、東京．http://www.j-circ.or.jp/about/jcs_ps7th/index.html
野村佐.,吉川恵.,大内麻.,小池里.村田佐.(2010). NICU 退院後の母親の不安に関する実態調査　不安の内容と不安が増強する時期に焦点をあてた面接法による調査(中間報告), 名古屋市立大学病院看護研究集録, 41-45
Nursing Clinics of North America（2004）．39(4) ,pp.681-789
沖縄県の母子保健、平成 26 年度刊行（平成 24 年度資料）、母子保健の主なる統計、沖縄県ホームページ http://www.pref.okinawa.lg.jp/site/hoken/kenkotyoju/toukei24.html（平成 26 年 1 月検索、平成 27 年 3 月再検索）
沖縄県福祉保健部健康増進課、沖縄県周産期保健医療体制整備計画、2011 http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/kenkotyoju/boshi/syuusanki.html
沖縄県周産期保健医療体制整備計画、資料 1 周産期医療の体制、2013. http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/kenkotyoju/boshi/syuusanki.html（2015 年 12 月検索）
落合直美、宇藤裕子、長内佐斗子他（2012.11）．NICU・GCU における退院調整プロセス標準化への試み、平成 23 年度厚生労働科研補助金「周産期医療体制の推進に関する研究」、池ノ上　克、分担研究報告書「新生児の退院支援業務に係る調査と評価」に関す

る研究の一部．第 22 回新生児看護学会にて示説．
落合亮太，八尾厚史，永井良三，丹羽公一郎，白石公.(2014).日本成人先天性心疾患学会雑誌,3(2). 25-34.
Premji, S. S., Young, M., Rogers, C., & Reilly, S. (2012). Transitions in the early-life of late preterm infants: vulnerabilities and implications for postpartum care. J Perinat Neonatal Nurs, 26(1), 57-68. doi: 10.1097/JPN.0b013e31823f8ff5
Raddish, M., & Merritt, T. A. (1998). Early discharge of premature infants. A critical analysis. Clin Perinatol, 25(2), 499-520.
Raines, D. A., & Brustad, J. (2012). Parent's confidence as a caregiver. Adv Neonatal Care, 12(3), 183-188. doi: 10.1097/ANC.0b013e318256efd5
Raines, D. A. (2013). Mothers' Stressor as the Day of Discharge From the NICU Approaches. Adv Neonatal Care, 13(3), 181-187.
李啓充．(2003)．アメリカ医療の光と影,医学書院、東京．79-112
Reis, M. D., Rempel, G. R., Scott, S. D., Brady-Fryer, B. A., & Van Aerde, J. (2010). Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 39(6), 675-683. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01189.x
Rowe, H., McCallum, S., Le, M. T., & Vittorino, R. (2012). Admission to day stay early parenting program is associated with improvements in mental health and infant behaviour: A prospective cohort study. International Journal Of Mental Health Systems, 6(1), 11-11. doi: 10.1186/1752-4458-6-11
佐野博之，平田克弥，諫山哲哉．(2010)．新生児集中治療室(NICU)における DPC 導入後の医療費，日本未熟児新生児学会雑誌，22(3)，553.
佐々井司（2013）．子育て環境と子育て支援．人口問題研究，69（2），35-52.
佐藤拓代（2012.12）．低出生体重児の訪問指導に関する研究　低出生体重児保健指導マニュアル~小さく生まれた赤ちゃんの地域支援～,平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金,重症新生児のアウトカム改善に関する多施設共同研究．厚生労働省ホームページ．（2013 年 9 月 22 日検索）
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/dl/kenkou-0314c.pdf
Scherbring, M. (2002). Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. Oncol Nurs Forum, 29(6), E70-76. doi: 10.1188/02.ONF.E70-E76
Schumacher K L., Stewart B J. , Archbold P G., Caparro M, Mutale F, Agrawal S. (2008), Effects of Caregiving Demand, Mutuality, and Preparedness on Family Caregiver Outcomes During Cancer Treatment, Oncology Nursing Forum, 35(1), 49-56
Sharon K. Ostwald, Maria P. Bernal, Stanley G. Cron, Kyler M. Godwin, (2009), Topics In Stroke Rehabilitation, 16(2), 93-104
Sheikh, L., O'Brien, M., & McCluskey-Fawcett, K. (1993). Parent preparation for the

NICU-to-home transition: staff and parent perceptions. Child Health Care, 22(3), 227-239. doi: 10.1207/s15326888chc2203_5

清水彩（2010）．NICU で受けた看護実践に対する家族の認識 - ファミリーセンタードケアとエンパワメントに焦点を当てて - 、日本新生児看護学会誌、16(2)、6-16.

下里誠二,松本賢哉,北野進（2012）．看護師による精神症状評価のための Brief PsychiatricRating Scale Nursing Modification(BPRS-NM)日本語版の開発：臨床使用における日本語版の評定者間信頼性および医師評価との関連．日本精神保健看護学会誌,21（2）,31-38.

Shyu, Y. I., Chen, M. C., Chen, S. T., Wang, H. P., & Shao, J. H. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. J Clin Nurs, 17(18), 2497-2508. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02450.x

Smith VC, Dukhovny D, Zupancic J.A F. et al. (2012). Neonatal Intensive Care Unit Discharge Preparedness: Primary Care Implications. Clinical Pediatrics. 51,454-461.

Smith, V. C., Young, S., Pursley, D. M., McCormick, M. C., & Zupancic, J. A. (2009). Are families prepared for discharge from the NICU? J Perinatol, 29(9), 623-629. doi: 10.1038/jp.2009.58

Sneath, N. (2009). Discharge teaching in the NICU: are parents prepared? An integrative review of parents' perceptions. Neonatal Netw, 28(4), 237-246.

Spicer A, Pinelli J, Saigal S, Wu YW, Cunningham C, DiCenso A. (2008). Health status and health service utilization of infants and mothers during the first year after neonatal intensive care, Adv Neonatal Care, 8(1), 33-41.

Stinson, J., & McKeever, P. (1995). Mothers' information needs related to caring for infants at home following cardiac surgery. J Pediatr Nurs, 10(1), 48-57. doi: 10.1016/S0882-5963(05)80098-3

Strauss, A. A., Modanlou, H. D., & Komatsu, G. (1985). Theophylline toxicity in a preterm infant: selected clinical aspects. Pediatric Pharmacology (New York.), 5(3), 209-212.

杉浦正俊、新生児医療連絡会資料、新生児医療の課題と解決策‘不足する NICU と新生児科医の現状’平成 20 年 11 月 25 日．http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1125-4f.pdf（2014 年 9 月 23 日検索）

Swanson, S. C., & Naber, M. M. (1997). Neonatal integrated home care: nursing without walls. Neonatal Network: NN, 16(7), 33-38.

田村正徳、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、講演会資料、2013 年 3 月

田中美樹、佐藤香代（2007）．NICU 退院児と母親に対する育児支援に関する研究～NICU 看護師のインタビューを通して～(第 1 報)、福岡県立大学看護学研究紀要、4(1)、23-34.

谷川睦子、地蔵愛子、山元恵子（2001）．臨床看護セレクション 11．小児在宅移行指導マニュアル、東京：へるす出版

辰野千寿、高野清純、加藤隆勝、福沢周亮、編（1986）．多項目教育心理学辞典、教育出版.

The American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines（2008）. ACC/AHA 2008 Guidelines for the Management of Adults With Congenital Heart Disease
http://circ.ahajournals.org/content/118/23/e714.full

堤梨那（2013.3）. NICU から退院する乳児をもつ母親の退院準備性プロセスー医療的ケア提供者としての役割に焦点を当ててー（館内閲覧のみ,沖縄県立看護大学・大学院,修士論文）

上田礼子（2013）.生涯人間発達学　改定第 2 版増補版、三輪書店、東京. p14.

上原和代,前田和子（2015.11）. NICU 退院直後の子どもをもつ母親の知覚する育児上の心配と挑戦. 示説，第 25 回日本新生児看護学会学術集会，盛岡.

上原和代,前田和子（2015.3）. 日本語版退院準備性尺度親用の開発（RHDS-PF） パイロットテストによる表面妥当性の検討. 沖縄県立看護大学紀要,16,125-132.

植松海雲,猪飼哲夫（2002.6）. 高齢脳血管疾患患者が自宅退院するための条件 Classification and regression trees (CART)による解析,リハビリテーション医学,39（7）,396-402. http://doi.org/10.2490/jjrm1963.39.396

Vecchi, C. J., Vasquez, L., Radin, T., & Johnson, P. (1996). Neonatal individualized predictive pathway (NIPP): a discharge planning tool for parents. Neonatal Network: NN, 15(4), 7-13.

和田攻、南裕子（2010）. レディネス、看護大辞典第二版、医学書院

Weiss M, Johnson L. N, Malin S, et al. (2008). Readiness of Discharge in Parents of Hospitalized Children. Journal of Pediatric nursing. 23,4,282-295.

Weiss, M. E., & Lokken, L. (2009). Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 38(4), 406-417. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01040.x

Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. J Nurs Meas, 14(3), 163-180.

Weiss, M. E., Costa, L. L., Yakusheva, O., & Bobay, K. L. (2014). Validation of patient and nurse short forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and their relationship to return to the hospital. Health Serv Res, 49(1), 304-317. doi: 10.1111/1475-6773.12092

Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., . . . Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. Clin Nurse Spec, 21(1), 31-42.

Weiss, M. E., Ryan, P., & Lokken, L. (2006). Validity and reliability of the Perceived Readiness for Discharge After Birth Scale. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 35(1), 34-45. doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00020.x

Weiss, M., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C., & Sherburne, E. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized children. J Pediatr Nurs, 23(4), 282-295. doi: 10.1016/j.pedn.2007.10.005

Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M. (2004). Length of stay after vaginal

birth: sociodemographic and readiness-for-discharge factors. Birth, 31(2), 93-101. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00286.x

Weiss, M., Yakusheva, O., & Bobay, K. (2010). Nurse and patient perceptions of discharge readiness in relation to postdischarge utilization. Med Care, 48(5), 482-486. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181d5feae

Wescobar G J, McCormick M C, F Zupancic J A, Coleman - Phox K, Armstrong M A, Greene J D, Eichenwald E C, and Richardson D K（2006）. Unstudied infants: outcomes of moderately premature infants in the neonatal intensive care unit, Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2006 Jul; 91(4): 238–244. 10.1136/adc.2005.087031

Wisniewski.R. (2004). Emergency preparedness competencies: assessing nurses' educational needs, Journal of Nursing Administration, 34(10), 475-480.

Wong, J., & Wong, S. (1999). Criteria for determining optimal time of discharge after total hip replacement. Clin Perform Qual Health Care, 7(4), 161-166.

山上曉，倉知佐一.（2003）.要説心理統計法、北大路書房、京都.

山口裕子，山口知恵子，前田明.（2007）.未熟児室退院後の母子ケアに関する研究　電話訪問を実施して，日本看護学会論文集：小児看護, 37, 230-232.

山元多喜司, Wapner ,S. (1992). 人生移行の発達心理学、北大路書房、京都.

柳井晴夫，井部俊子.（2012）.看護を測る　因子分析による質問紙調査の実際、朝倉書店、東京.

柳井晴夫，繁桝算男，高木廣文，岩崎学.（2013）.多変量実例ハンドブック.朝倉書店.

米村幸子、入江亜矢、谷口さつき(2008). NICU へ入院した児をもつ母親の退院 1 ヵ月後の育児支援の検討. 日本看護学会論文集：小児看護. 38,158-160.

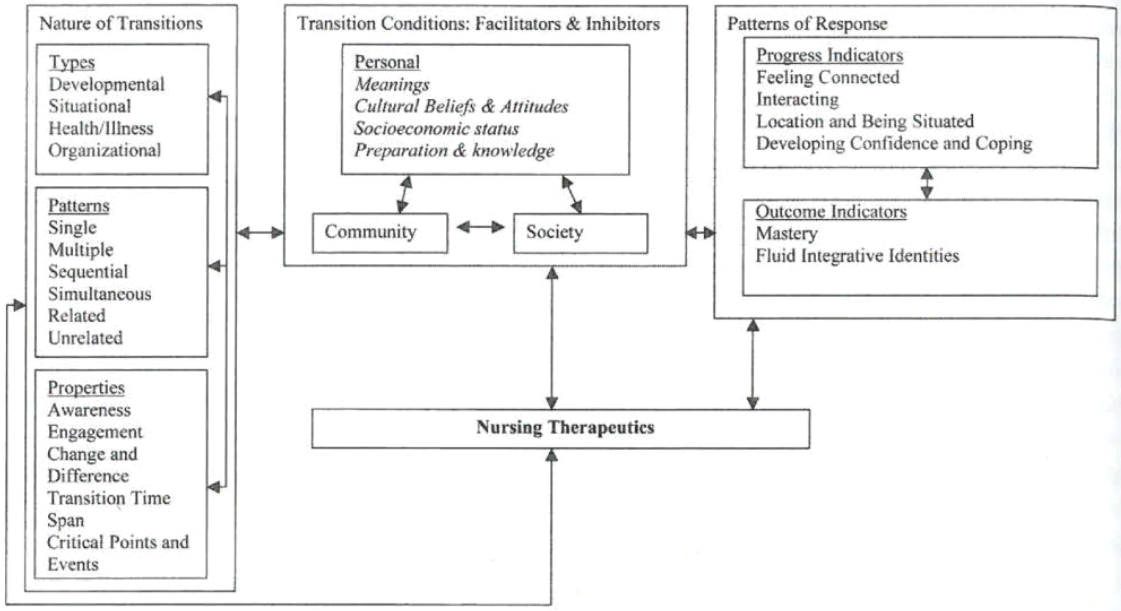
Zwicker DeAnne, Preparedness for Caregiving Scale, (2010), try this: Best Practice in Nursing Care to Older Adults, From The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University , College of Nursing, Issue Number 2

図・表・付録

図一覧

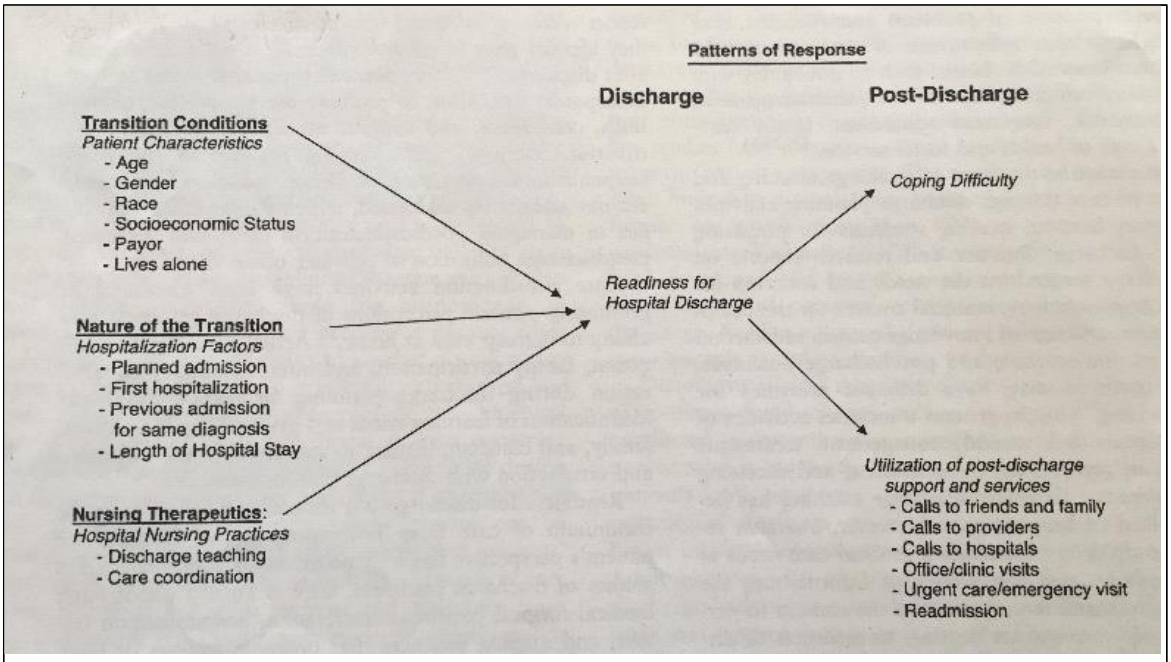
①「医療者の評価する 患者の退院準備性	②「患者（本人）の評価する 患者の退院準備性
・BPRS（Overall & Gorham,1962） ・DRI（Kelly et.al,1998） ・Home Readiness （Marshall & Chung（1997） ・POP-DST（Brooks, et.al., 2002） ・RNRHDS（Weiss, et.al., 2010）	・PTHRDSS（Wong & Wong,1997） ・RHDS（Weiss,2006）
・該当なし	・PCS（Archbold, 1990） ・PRDBS(Weiss,2004,2005) ・RHDS-PF(Weiss,2008)
③医療者の評価する ケア提供者の退院準備性	④ケア提供者（本人）の評価する ケア提供者の退院準備性

図 1　退院準備性尺度の種類－評価者と評価対象による四分割－



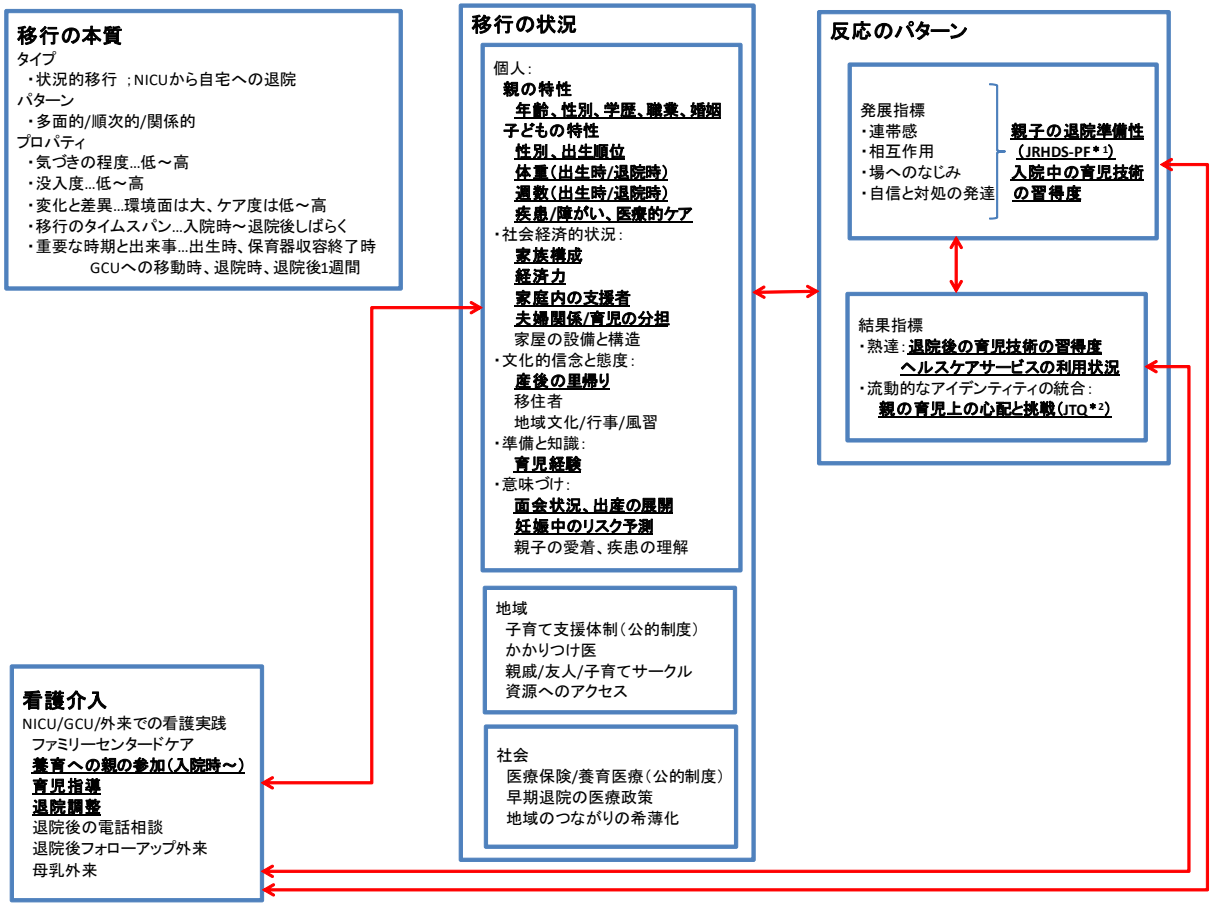
A.I.Meleis.(2010). Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theries in Nursig Reserch and Practice. SPRINGER　PUBLISHING COMPANY. p56.　Figure2.1.1　Transitiions: A middle-range theory.

図 2　Meleis の移行理論の枠組み



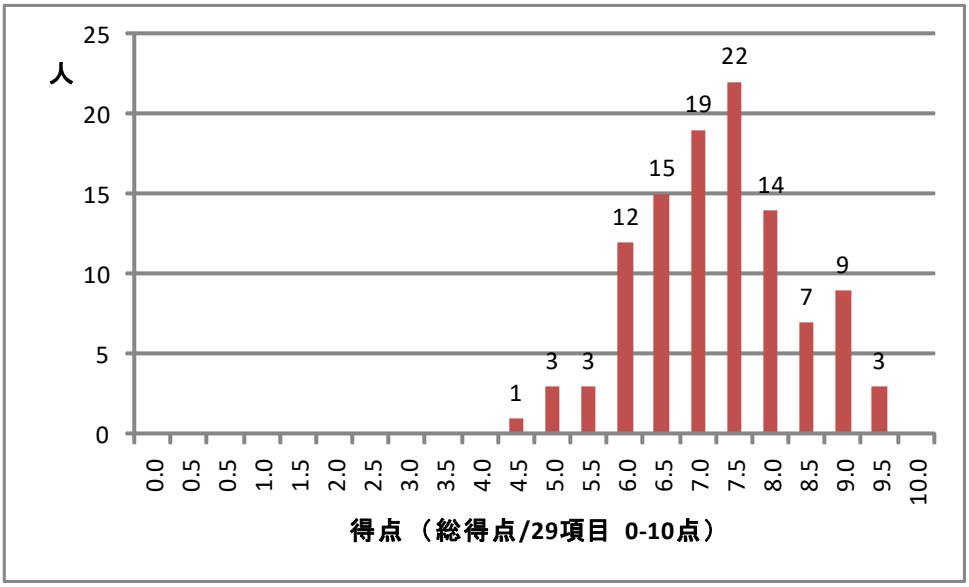
M.E.Weiss, L.B.Piacentine, J.Ancova, S.Gresser, S.Toman, T.Vega-Stromberg.(2007).Clinical Nurse Specilist, 21(1), pp34 Figure1. Proposed relationships between study varibles.
Weissより許可を得て転載。

図 3　RHDS 開発時の Weiss の調査変数間の関係



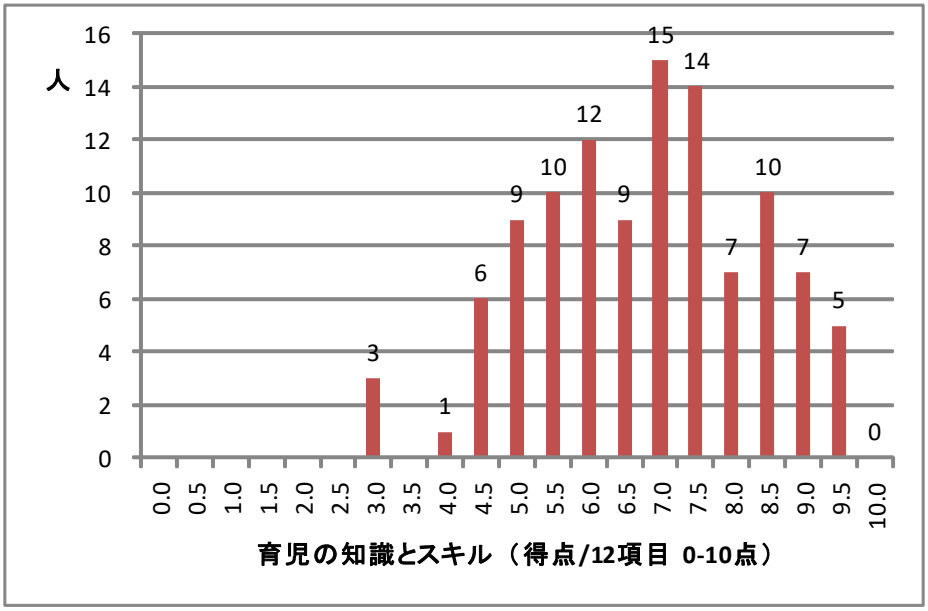
Meleisの移行理論の枠組み(日本語訳)を基に、本調査の理論的枠組みを示した。**太字**が本調査項目である。
＊1　日本語版療養中の子どもの退院準備性尺度親用(Japanese Readiness for Hospital Discharge Scale－Parent Form)
原版はWeiss(2008)
＊2　日本語版親の育児上の心配と挑戦尺度(Japanese Transition Questionnaire)　原版はKenner(1994)

図 4　本研究における理論的枠組み - 移行理論の適用 -



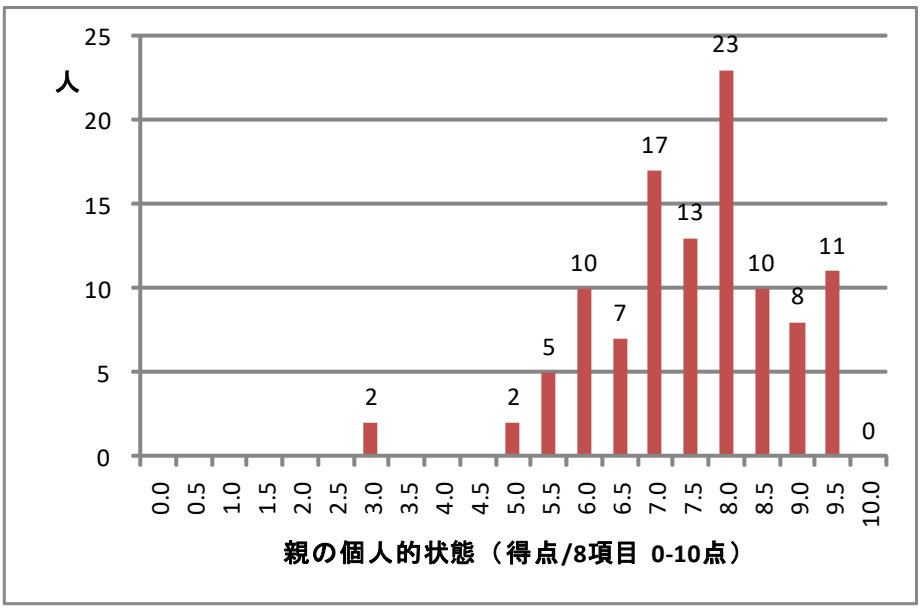
注）RHDS-PFの総得点（0-290点）を29項目で割り、
項目得点（0-10点）で分布を示した。

図 5　JRHDS-PF　総得点の分布



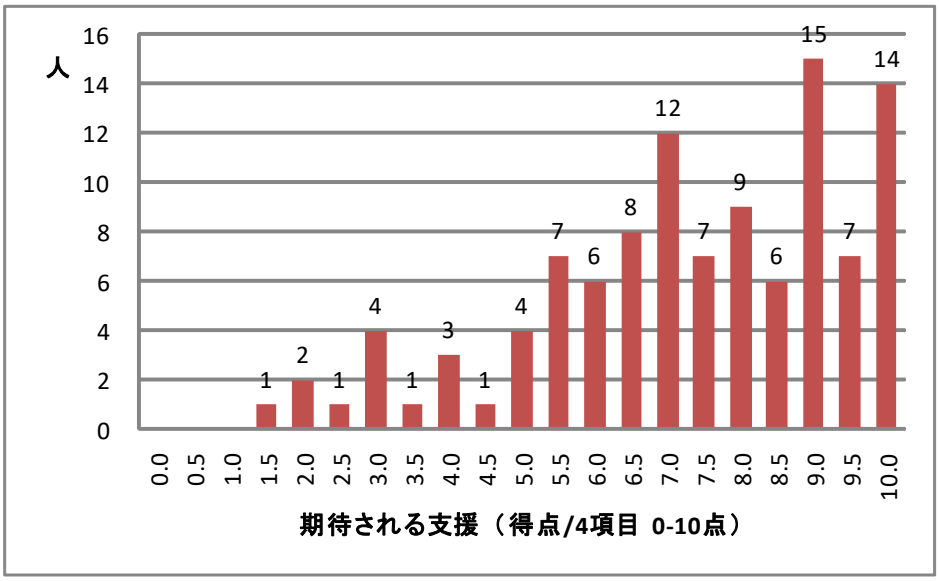
注）育児の知識とスキルの合計得点（0-120点）を12項目で割り、
項目得点（0-10点）で分布を示した。

図 6　JRHDS-PF‘育児の知識とスキル’下位尺度得点の分布



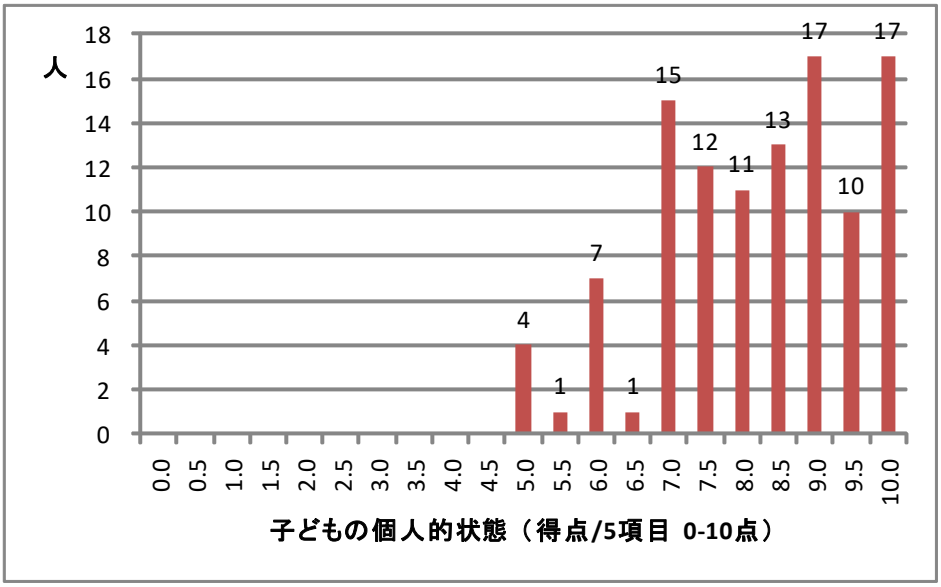
注）親の個人的状態の合計得点（0−80点）を8項目で割り、
項目得点（0−10点）で分布を示した。

図 7　JRHDS-PF‘親の個人的状態’下位尺度得点の分布



注）期待される支援の合計得点（0−40点）を4項目で割り、
項目得点（0−10点）で分布を示した。

図 8　JRHDS-PF‘期待される支援’下位尺度得点の分布



注）子どもの個人的状態の合計得点（0−50点）を5項目で割り、
項目得点（0−10点）で分布を示した。

図 9　JRHDS-PF‘子どもの個人的状態’下位尺度得点の分布

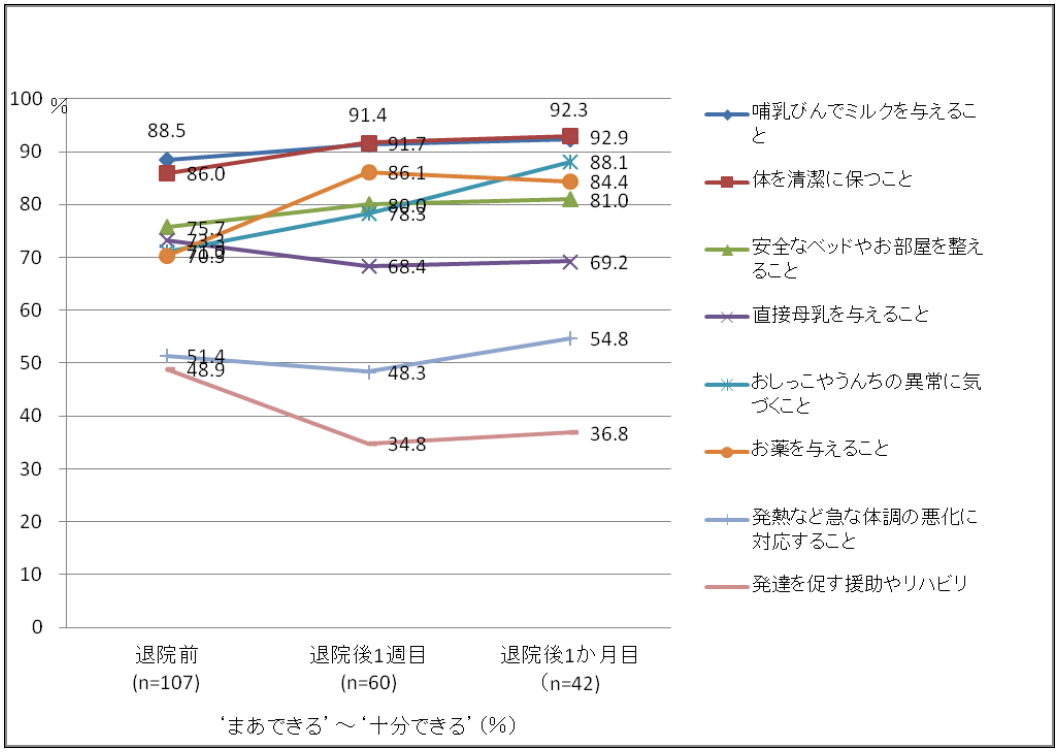


図 10　育児技術の習得度の‘まあできる’‘よくできる’を合わせた割合の退院前後の変化

表一覧

表 1　施設から自宅へ退院する患者のケア提供者の知覚する退院準備性尺度の構成要素・開発の背景・関連因子

尺度名	Readiness for Hospital Discharge Scale Parent-form (RHDS-PF)	Percieved Readiness for Discharge after Birth Scale (PRDBS)	Readiness Qestions from the Life Around Newborn Discharge Study (LAND-Study)	オリジナルの質問紙	The Comfort/Readiness Scale	Preparedness for caregiving Scale (PCS)
作成者(出版年)	Weiss ME（2008）	Weiss ME（2004,2006a）	Bernstein HH（2002,2007）	Smith V.C（2009,2012）	Stinson.J and McKeever.P（1995）	Archbold PG（1986,1990,1992,1994）
全般的な準備性	自宅へ子どもを連れ帰る準備(yes/no)ready 子どもの退院の全般的な準備(yes/no)ready	How ready（母親の）準備状況		全般的な準備性 子どもはうちに帰る準備が十分にできたvery ready	ready準備できている程度	5)全般的な準備状況
親の個人的状態	Physically ready 親の身体的準備状況		・母親自身の医療的ケアニーズ I need more medical care. ・昨日から医学的に安定している I was medically stable yesterday.			
	Pain/discomfort　親の痛み/不快	Pain/discomfort(母親の)痛み/不快				
		Mood(母親の)気分				
	Strength　親の強さ	Strength(母親の)強さ				
	Energy　親のエネルギー	Energy(母親の)エネルギー	・母親の疲労 I am too tired to care for the baby or mayself.	なし	なし	
	Stress　親のストレス					4)自身のケアギビングのストレスへの準備
	emotionally 親の情緒的					6)ケアの楽しみの活動への準備
	Physical ability for Self 親の生活上の身体的活動	(母親の)Self-careの身体的能力				8) 助けや情報を求めること
ケアの知識		(母親の)Self-careの知識				
	Knowledge of child-care 親の子どもケアの知識	(母親の)Baby-careの知識	・ベビーケアについての教育ニーズ ・授乳についての教育ニーズ I need more education about baby care or feeding.	ボトル授乳 直接母乳 ベビーケア（入浴・おむつ交換・更衣） 排便排尿の予測 ベッドの準備		
	Knowledge of peronal needs 親の子どもの個人的なニーズの知識					
	knowledge of growth and development 成長発達の知識					
	Knowledge of medical needs 医療的ニーズの知識			発熱・疾患時の対応 薬の知識 与薬方法の知識	なし	なし
	Knowledge of complications 合併症の知識					
	Knowledge of calling for problems 問題発生時の問合せ方法					
	Knowledge of restrictions 許可範囲（禁止事項）の知識					
	Knowledge of follow-up plan フォローアップ計画の知識			早産児の特別なプログラム		
	Knowledge of resouses 資源の知識					

尺度名	Readiness for Hospital Discharge Scale Parent-form (RHDS-PF)	Perceived Readiness for Discharge after Birth Scale (PRDBS)	Readiness Qestions from the Life Around Newborn Discharge Study (LAND-Study)	自作の質問紙	The Comfort/Readiness Scale	Preparedness for caregiving Scale (PCS)
作成者(出版年)	Weiss ME (2008)	Weiss ME (2004,2006a)	Bernstein H.H (2002,2007)	Smith V.C (2009,2012)	Stinson,J. and McKeever,P (1995)	Archbold PG (1986,1990,1992,1994)
ケアの実践力	Ability to handle demands 子どもの要求へ応える能力	(母親の)Baby-careの身体的能力	・授乳にまだ不慣れである I do not comfortable with brestfeeding yet.	ボトル授乳* 直接母乳* ベビーケア(入浴・おむつ交換・更衣)* 排便排尿の予測* ベッドの準備*	comfortale 子どもへのケアについて慣れている (自宅での母親のケアリングの自信と子どもの健康度が高いことの両方にもあてはまる)	1)身体的ケアニーズへの準備 2)情緒的ケアニーズへの準備 7) 緊急対応
	Ability to perform personal care 個別ケアの実施能力					
	Ability to perform medical treatments 医療的ケアの実施能力			発熱・疾患時の対応*		
周囲からの支援と調整	Emotional support at home 自宅での情緒的支援	なし	・自宅での助けがない I do not help at home.	自宅での支援の調整	なし	3)必要な資源を見つけ整える
	Help with personal care 自宅での個人的ケアの支援					
	Help with household activity 自宅での家事の支援		・他の子どもの世話が必要 I need to care for other children.			
	Help with medical care 自宅での医療的ケアの支援			かかりつけの小児科医の選定		
子どもの個人的状態	Physically ready 子どもの身体的準備状況	なし	・子どもに医療的ケアニーズがある My baby need more medical care.	・子どもの呼吸と心拍数が安定しているという自信 confident	comfortale* 子どもへのケアについて慣れている (自宅での母親のケアの自信と子どもの健康度が高いことの両方にあてはまる)	なし
	Pain/discomfort 子どもの痛み/不快					
	Strength 子どもの強さ			・子どもの健康と成熟への自信confident		
	Energy 子どものエネルギー					
	emotionally 子どもの情緒					
	Physical ability for Sel 子どもの生活上の身体的活動		・子どもがまだうまくのめない My baby dosen't feed well yet.			
退院日のタイミング	子どもは退院してよい時期にきているか	なし	・退院日のタイミング(子ども) ・退院日のタイミング(母親)	なし	なし	なし
経済的準備性	なし	なし	・保険の保証範囲内かどうか心配 I am concerned about insurance coverage.	なし	なし	なし
その他			・家のほうが好き I would have preferred it.			

尺度名	Readiness for Hospital Discharge Scale Parent-form (RHDS-PF)	Perceived Readiness for Discharge after Birth Scale (PRDBS)	Readiness Qestions from the Life Around Newborn Discharge Study (LAND-Study)	自作の質問紙	The Comfort/Readiness Scale	Preparedness for caregiving Scale (PCS)
作成者(出版年)	Weiss ME（2008）	Weiss ME（2004,2006a）	Bernstein HH（2002,2007）	Smith V.C（2009,2012）	Stinson J and McKeever P（1995）	Archbold PG（1986,1990,1992,1994）
背景	・親の特性 ・子どもの特性 ・療養上の特性	・親の特性 ・子どもの特性 ・周産期の特性 ・入院期間	・子どもの特性 ・母親の特性 ・妊娠中・周産期・産後の特性	・子どもの特性 ・親/家族の特性 ・看護上の特性	・母親の特性 ・子どもの特性	・患者の特性 ・ケアギバーの特性（配偶関係など）
関連因子と測定方法	入院中の看護実践 ・Quality of Discharge Teaching Scale −delivery scale　12項目 −contet scale　6項目 退院教育の提供（質）と内容に分けてリッカート尺度で測定する。 ・Care Coordination Scale ケア調整状況（5項目）	授乳と身体的安定 ・フィーディング方法 ・臨床的な退院レディネス クリニカルパスウェイなどの記録から抽出	医師による親子の退院準備状況の評価 ・小児科医師の評価する新生児の退院準備状況 ・産科医師の評価する母親の退院準備状況	看護師による親子の退院準備状況の評価 ・技術と情緒の2項目を9ポイントリッカートで測定し、親の評価との一致率をみた。(prepared ≧7)	情報ニーズ ・Mother's Information Needs Instruments(MINI) I (退院前) 追加が必要な情報は何か。	ケア提供者とケアの受け手の親密さ ・mutuality scale　15項目 1(否定的)-4(肯定的)の4ポイントリッカート。どの程度彼/彼女を親密に感じるか、よき日の思い出話を楽しむか、愛着の程度など。
帰結と測定方法	退院後の親子の適応 ・Post-Discharge Coping　Difficulty Scale 退院後のコーピングの困難さ（10項目） ・Utilization of post-discharge support and services 退院後の支援とサービスの利用回数 a.友人への電話 b.医療者への電話 c.病院への電話 d.予定外の外来受診 e.救急外来受診 f.再入院	退院後の親子の適応 ・退院後の支援とサービスの利用 ・母親の身体的、心理社会的問題 ・子どもの健康問題 電話相談の回数と内容から抽出	退院時期の再評価 ・心配事の数の退院後の経過日数による変化 ・1か月後の退院のタイミングの再評価 (母親、小児科医)	退院後に困ったこと ・フォローアップ電話による調査	情報ニーズ ・Mother's Information Needs Instruments(MINI) II (退院後) 追加が必要な情報は何か。	ケアギバーの役割負担 ・role strain scale ケアギバー役割の遂行においてケアギバーが感じる負担感 9分類 直接ケア(38)、資源の不足（6）、心配worry(10)、役割葛藤(15)、経済的負担(4)、期待とのミスマッチ(3)、緊張感（4）、操作されている感じbeing manipulated(4)、全般的なストレス(4)・直接ケアの数

＊再掲項目

表 2　移行理論の枠組み・調査内容・調査変数との関連

移行理論の枠組み	移行の状況 Transition Conditions	看護介入 Nursing Therapeutics	反応のパターン Patterns of Response:
	Personal Community Society		Process Indicators Outcome Indicators
調査内容	・親の特性 ・家族の特性 ・文化的特性 ・子どもの特性 ・療養上の特性	・育児技術指導 ・退院調整 ・親のケア参加	・親の退院準備性（JRHDS-PF） ・育児技術の習得度（退院前） ・退院後の親の心配と挑戦（JTQ） ・育児技術の習得度（退院後） ・退院後のヘルスケアサービスの利用
調査変数	・親の特性 a. 年齢 b. 性別 c. 学歴 d. 就労 e. 婚姻状況 f. 初産経産 g. 主な養育者 ・家族の特性 a. 家族形態 b. 同居の大人数 c. 同居の子ども数 d. 経済的状況 e .育児の支援者 f.他の子どもの健康度 ・文化的特性 a. 退院後の住まい(里帰り) ・子どもの特性 a. 体重(出生時/退院時) b. 週数(出生時) c. 在院日数 d. 胎数 e. 疾患 f. 退院後継続する医療ケア ・療養上の特性 a. 分娩様式 b. 妊娠期の入院 c. 母体/新生児搬送 d. NICU への入院の予測 e. 自宅 - 病院の所要時間 f. 面会頻度	・育児技術指導の受講 a. ボトル授乳 b. 直接母乳 c. 清潔(入浴・おむつ交換・更衣など) d. 排泄の予測 e. 与薬 f.発熱・疾患時の対応 g. 早産児の特別なプログラム h. 安全なベッドの準備 ・育児技術指導の満足度 ・退院調整の実施度 ・親のケア参加 a. 情報共有の程度 b. ケア参加の程度 c. 話し合いの程度 d. 親の意見の反映の程度	・親の退院準備性 a. 親の退院準備への同意（JRHDS-PF 1 番） b. 乳児の退院時期への親の同意（JRHDS-PF 2 番） c. JRHDS-PF（3～31 番）（29 項目） ・退院後の親の心配と挑戦 a. JTQ（36 項目） ・育児技術の習得度（退院前/後） a. ボトル授乳 b. 直接母乳 c. 清潔(入浴・おむつ交換・更衣など) d. 排泄の予測 e. 与薬 f. 発熱・疾患時の対応 g. 早産児の特別なプログラム h. 安全なベッドの準備 ・退院後のヘルスケアサービスの利用 a. 友人や家族への電話 b. 専門職への電話 c. 病院への電話 d. 予定外の外来利用 e. 救急外来の利用 f. 再入院

RHDS-PF：Readiness for Hospital Discharge Scale parent form (Weiss,2008)

TQ：Transition Questionnaire (Kenner, 1994)

表 3　調査票の種類・調査時期・調査票の見出し・調査内容のクロスリファレンス

調査票の種類	退院前調査票	退院後調査票
調査時期	退院前１週間以内（第１回調査）	退院後１週（第２回調査） 退院後１か月（第３回調査）
調査票の見出し	Ⅰあなた･お子さま･ご家族について(26) Ⅱ退院準備状況　親用（31） Ⅲお子さまの退院調整とお世話の技術について(22)	Ⅰ退院後の親の気持ち（36） Ⅱお世話の技術について(8) Ⅲ退院後の困った時の親の対処方法(6)
調査内容	・親の特性(7)→Ⅰ ・家族の特性(6) →Ⅰ ・文化的特性(1)→Ⅰ ・子どもの特性(7)→Ⅰ ・療養上の特性(6)→Ⅰ- ・JRHDS-PF(31)→Ⅱ ・親の育児技術指導の受講（8)→Ⅲ ・親の育児技術指導の満足度(1)→Ⅲ ・親の育児技術の習得度(8)→Ⅲ ・退院調整の実施度(1)→Ⅲ ・親のケア参加(4)→Ⅲ	・JTQ(36)→Ⅰ ・親の育児技術の習得度(8)→Ⅱ ・退院後のヘルスケアサービスの利用(6)→Ⅲ

（　）調査項目数

調査票の見出しはローマ数字とした。

調査内容の→以降のローマ数字は調査票の見出しに対応する。調査内容の詳細は表３を参照。

表 4　研究者間の役割分担と調査票の配布・回収の流れ

時期	子どもの病状安定後	退院１週間前 ～当日	退院当日	退院後１週目	退院後４週目
調査		１回目調査 留め置き法		２回目調査 郵送/留め置き法	３回目調査 郵送/留め置き法
作業分担	研究参加候補者の選定 （N 共同研究者） 調査説明と同意書のとりかわし (研究責任者、NICU と外来以外に所属する共同研究者)	識別番号リストの記入と１回目調査用紙配布 (N 共同研究者、研究責任者)	識別番号の確認後、２回目・３回目調査用紙の配布 (N 共同研究者、研究責任者)		必要時、調査用紙の再配布。識別番号を N 共同研究者へ問い合わせ用紙に記入。 (外来共同研究者)

注）入院中の配布であれば１回目調査用紙と 2，３回目調査用紙の配布が同時になってもよい。

注）N 共同研究者とは NICU 共同研究者を示す。

注）外来共同研究者とは退院後のフォローアップ検診が行われる外来の共同研究者を示す。

表 5　JRHDS-PF の妥当性の仮説に用いた変数

妥当性の種類	独立変数	従属変数
構成概念妥当性	親の知覚的退院準備性（親/乳児/親子） 家族形態 退院後の住まい（里帰り） 初経産 育児指導の満足度 育児技術の習得度（退院前） 入院中の子どもケアへの参加の程度 退院調整の程度	JRHDS-PF 総得点（下位尺度得点）
基準関連妥当性	JRHDS-PF 総得点 JRHDS-PF 高得点群/低得点群	JTQ 総得点（下位尺度得点）
予測的妥当性	JRHDS-PF 高得点群/低得点群	予定外の受診・救急外来受診・再入院の有無 育児技術の習得度（退院後）

表 6　調査回毎の施設別配布数・有効回答数（有効回答回収率）・有効回答率

	第 1 回	第 2 回	第 3 回
配布数	165	165	165
回収数（率）	117（70.9）	67（40.6）	54（32.7）
有効回答数（率）	108（65.5）	61（37.0）	44（26.7）
有効回答率	92.3	91.0	81.5

注：単位は人（%）

表７　研究参加者の特性

親の特性	人数	割合
年齢		
18～29歳	37	34.3
30～39歳	61	56.5
40歳以上	10	9.3
性別		
女性	105	97.2
男性	3	2.8
最終学歴		
中学校卒	4	3.7
高等学校卒	37	34.3
短大・専門学校卒	45	41.7
大学卒以上	22	20.4
就労形態		
常勤	39	36.1
非常勤・パートタイム	20	18.5
なし	46	42.6
未記入	3	2.8
婚姻		
既婚	105	97.2
未婚	3	2.8
出産経験a		
初産	53	50.5
経産	52	49.5
家族の特性		
家族形態		
核家族	92	85.2
拡大家族	14	13.0
未記入	2	1.9
世帯収入		
200万円未満	20	18.5
200～399万円	43	39.8
400～599万円	26	24.1
600万円以上	12	11.1
未記入	7	6.5
主な養育者（複数回答）		
母親	105	97.2
父親	24	22.2
祖父母	8	7.4
その他	2	1.9
育児の支援者a（複数回答）		
夫/パートナー	93	86.1
実の親	68	63.0
夫/パートナーの親	33	30.6
きょうだい	10	9.3
親戚	3	2.8
専門職	1	0.9
年長の子どもの健康状態		
定期受診が必要	11	10.2
NICUに入院経験あり	6	5.6

a 母親（n=105)の回答による。

文化的特性	人数	割合
退院後の住まいa		
自宅	54	51.4
実家	47	44.8
夫/パートナーの実家	4	3.8
子どもの特性		
出生時体重		
1000g未満	8	7.4
1000～1499ｇ	17	15.7
1500～2499g	55	50.9
2500g以上	27	25.0
未記入	1	0.9
出生時週数		
28週未満	8	7.4
28～33週	36	33.3
34～36週	30	27.8
37週以上	33	30.6
未記入	1	0.9
在院日数		
14日以内	20	18.5
15～28日	26	24.1
29～56日	38	35.2
57～84日	15	13.9
85以上	9	8.3
胎数		
単胎	96	88.9
双胎	9	8.3
退院後継続する疾患数		
なし	71	65.7
1つ	29	26.9
2つ以上	8	7.4
退院後子どもに必要な医療処置		
なし	52	48.1
あり	56	51.9
療養上の特性		
分娩様式		
普通分娩	47	43.5
帝王切開	60	55.6
母親の妊娠中の入院a		
なし	25	23.1
あり	79	73.1
NICU入院の母親の予測a		
なし	51	48.6
あり	54	51.4
自宅からNICUまでの所要時間		
30分以内	92	85.2
31～60分	13	12.0
1時間以上	2	1.9
面会頻度（1週間当たり）		
7回未満	6	5.6
7～14回	91	84.3
15回以上	6	5.6

表 8　JRHDS-PF の項目得点

番号	質問項目	N	回答率	M	SD	最小値	最大値
3	子どもの退院に向けて、体調はどのくらい整っていますか	108	100.0	8.32	1.93	0	10
4 逆	痛みや不快感はどのくらいありますか	107	99.1	8.22	2.31	1	10
5	体力はどのくらいありますか	108	100.0	6.79	2.20	0	10
6	どのくらい元気ですか	108	100.0	7.69	1.79	2	10
7 逆	どのくらいストレスを感じていますか	108	100.0	5.99	2.92	0	10
8	子どもの退院に向けて、どのくらい気もちの準備ができていますか	108	100.0	8.57	1.68	1	10
9 逆	退院後、子どもの機嫌や行動への対応をどのくらい難しいと感じますか	108	100.0	4.68	2.44	0	10
10	日常生活は体力的にどのくらいできますか	108	100.0	9.30	1.41	4	10
11	退院に向けて、体調はどのくらい整っていると思いますか	108	100.0	8.68	1.56	0	10
12 逆	痛みや不快感はどのくらいあると思いますか	108	100.0	8.24	2.36	1	10
13	体力はどのくらいあると思いますか	107	99.1	7.78	1.82	2	10
14	どのくらい元気だと思いますか	108	100.0	8.67	1.37	5	10
15	年令に応じた一般的な活動（ほ乳など）は、どのくらいできていますか	108	100.0	8.44	1.76	3	10
16	退院後の子どものケアについて、どのくらい知っていますか	108	100.0	7.53	1.72	3	10
17	退院後の子どもに必要なお世話を、どのくらい知っていますか	108	100.0	8.32	1.53	5	10
18	退院後の子どもの成長や発達を促す援助をどのくらい知っていますか	106	98.1	6.75	2.11	1	10
19	退院後の子どもに必要な医療的ケアをどのくらい知っていますか	71	100.0	7.63	2.42	0	10
20	自宅での子どもの異常の見分け方をどのくらい知っていますか	108	100.0	6.34	2.25	0	10
21	自宅での子どもの異常への対応をどのくらい知っていますか	108	100.0	6.77	2.47	0	10
22	退院後医学的許可される活動内容や程度をどのくらい知っていますか	106	98.1	6.62	2.56	0	10
23	退院後、子どもへの治療や処置の計画をどのくらい知っていますか	100	92.6	6.68	2.74	0	10
24	退院後に利用できるサービスや情報をどのくらい知っていますか	107	99.1	5.52	2.92	0	10
25	退院後の家庭生活で、あなたは自分の役割をどのくらいこなせそうか	107	99.1	6.85	1.98	1	10
26	退院後の子どものお世話を、どのくらいできそうですか	108	100.0	8.50	1.48	5	10
27	退院後の子どもの医療ケアを、どのくらいできそうですか	74	100.0	8.45	1.87	3	10
28	退院後、あなたへの気持ちの面でのサポートはどのくらいありますか	108	100.0	7.56	2.17	2	10
29	退院後、子どものお世話を周囲からどのくらい手伝ってもらえそうか	108	100.0	7.71	2.47	1	10
30	退院後、家事を、周囲からどのくらい手伝ってもらえそうですか	108	100.0	7.42	2.67	0	10
31	退院後、子どもの医療ケアを周囲からどのくらい手伝ってもらえそうか	73	98.2	6.80	3.33	0	10
			99.4	7.48	2.15		

注　番号欄の「逆」、は逆転項目、質問文は一部省略した。
原版 1、2 の質問項目は親子それぞれの退院準備状況を 1 項目でたずねるが、RHDS-PF の因子構造に含まれないためここでは示していない。
19、27、31 の質問項目は、子どもへの医療的ケアに該当しないものの回答を除外して回答率を計算した。

表 9　JRHDS-PF の因子構造

（主因子法,バリマックス回転,N=108）

質問項目	M	SD	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	共通性
第1因子：育児の知識とスキル （α＝.91）							
20 自宅での子どもの異常の見分け方をどのくらい知っているか	6.35	2.26	**.841**	.001	.062	.084	.719
16 退院後の子どものケアをどのくらい知っているか	7.51	1.72	**.746**	-.002	-.086	.236	.620
22 医学的に子どもに許されている活動範囲を知っているか	6.67	2.53	**.746**	.022	.068	.250	.624
17 退院後の子どもに必要な世話をどのくらい知っているか	8.32	1.54	**.733**	.130	.012	.213	.600
21 子どもの異常に気づいた時の連絡先と方法を知っているか	6.81	2.43	**.732**	-.005	.178	-.028	.568
18 子どもの成長や発達を促す援助をどのくらい知っているか	6.78	2.09	**.680**	.124	.126	.130	.511
19 退院後の子どもの医療的ケアをどのくらい知っているか	7.66	1.99	**.664**	.040	.147	-.017	.464
27 子どもの医療ケアをどのくらいできそうか	8.41	1.54	**.556**	.127	.191	.019	.362
23 退院後の子どもの治療・処置計画をどのくらい知っているか	6.66	2.74	**.554**	.167	.117	.208	.392
9 子どもの機嫌や行動へ対応するのはどのくらい難しいか	4.72	2.41	**.545**	.113	-.063	.149	.336
26 子どもの世話をどのくらいできそうか	8.49	1.48	**.540**	.411	.220	.090	.517
24 地域で利用できるサービスや情報をどのくらい知っているか	5.57	2.88	**.447**	.106	.234	.251	.329
8 子どもの退院に向けてどのくらい気もちの準備ができているか	8.59	1.68	**.370**	.341	.228	.142	.325
第2因子：親の個人的状態 （α＝.81）							
6 あなたはどのくらい元気か	7.68	1.79	.072	**.796**	.080	.009	.645
3 あなたの体調はどのくらい整っているか	8.31	1.93	.130	**.786**	.044	.160	.663
5 あなたの体力はどのくらいあるか	6.78	2.20	.065	**.732**	.076	-.010	.546
4 あなたは痛みや不快感がどのくらいあるか	8.26	2.29	.002	**.515**	-.010	.091	.273
25 家庭生活の中で自分の役割をどのくらいこなせそうか	6.83	1.97	.389	**.498**	.186	.059	.437
7 あなたはどのくらいストレスを感じているか	6.03	2.91	.083	**.451**	.177	.013	.242
10 あなたは日常生活が体力的にどのくらいできるか	9.29	1.41	.017	**.430**	-.103	.269	.269
第3因子：期待される支援 （α＝.87）							
29 子どもの世話を周囲からどのくらい手伝ってもらえそうか	7.70	2.48	.170	.117	**.887**	.025	.829
30 家事を周囲からどのくらい手伝ってもらえそうか	7.39	2.67	.105	-.011	**.839**	-.034	.716
31 子どもの医療ケアを周囲からどのくらい手伝ってもらえそうか	6.92	2.67	.096	.052	**.682**	.068	.482
28 気持ちの面でのサポートはどのくらいあるか	7.54	2.18	.221	.343	**.638**	.010	.574
第4因子：子どもの個人的状態 （α＝.79）							
14 子どもはどのくらい元気だと思うか	8.68	1.37	.199	.086	.081	**.742**	.604
15 子どもは年令に応じた一般的な活動をどのくらいできるか	8.44	1.77	.059	-.010	.049	**.656**	.436
13 子どもの体力はどのくらいあると思うか	7.78	1.83	.214	.017	.050	**.639**	.457
11 子どもの体調はどのくらい整っているか	8.67	1.56	.237	.233	-.154	**.591**	.483
12 子どもの痛みや不快感はどのくらいあると思うか	8.24	2.37	.107	.164	.025	**.566**	.359
因子負荷量の平方和			5.78	3.30	2.78	2.52	
因子の寄与率（%）			19.92	11.38	9.60	8.69	
累積寄与率（%）			19.92	31.31	40.91	49.60	

注）質問項目は意味を損なわない程度に一部省略して表記した。

注）α はクロンバックα係数である。

表 10　JRHDS-PF の下位尺度ごとの項目全体相関係数・重相関係数の 2 乗・Cronbachα 係数

29項目のCronbach'α係数=.90、N=108

質問番号	質問項目	項目全体相関	項目全体重相関2乗	削除した場合のクロンバックα	クロンバックα	サブスケール
20	自宅での子どもの異常の見分け方をどのくらい知っているか	.78	.77	.88	.91	育児の知識とスキル
16	退院後の子どものケアをどのくらい知っているか	.69	.63	.89		
22	医学的に子どもに許されている活動範囲を知っているか	.76	.67	.88		
17	退院後の子どもに必要な世話をどのくらい知っているか	.71	.65	.89		
21	子どもの異常に気づいた時の連絡先と方法を知っているか	.67	.57	.89		
18	子どもの成長や発達を促す援助をどのくらい知っているか	.70	.59	.89		
19	退院後の子どもの医療的ケアをどのくらい知っているか	.61	.59	.89		
27	子どもの医療ケアをどのくらいできそうか	.53	.43	.90		
23	退院後の子どもの治療・処置計画をどのくらい知っているか	.59	.51	.89		
逆9	子どもの機嫌や行動へ対応するのはどのくらい難しいか	.54	.37	.90		
26	子どもの世話をどのくらいできそうか	.56	.47	.90		
24	地域で利用できるサービスや情報をどのくらい知っているか	.51	.37	.90		
※8	子どもの退院に向けてどのくらい気もちの準備ができているか	.40	.32	.79	.81	親の個人的状態
6	あなたはどのくらい元気か	.69	.66	.75		
3	あなたの体調はどのくらい整っているか	.71	.56	.75		
5	あなたの体力はどのくらいあるか	.63	.58	.75		
逆4	あなたは痛みや不快感がどのくらいあるか	.44	.29	.79		
25	家庭生活の中で自分の役割をどのくらいこなせそうか	.52	.39	.77		
逆7	あなたはどのくらいストレスを感じているか	.43	.25	.80		
10	あなたは日常生活が体力的にどのくらいできるか	.36	.29	.79		
29	子どもの世話を周囲からどのくらい手伝ってもらえそうか	.84	.73	.77	.87	期待される支援
30	家事を周囲からどのくらい手伝ってもらえそうか	.78	.66	.79		
31	子どもの医療ケアを周囲からどのくらい手伝ってもらえそうか	.62	.41	.87		
28	気持ちの面でのサポートはどのくらいあるか	.63	.47	.86		
14	子どもはどのくらい元気だと思うか	.67	.48	.71	.79	子どもの個人的状態
15	子どもは年令に応じた一般的な活動をどのくらいできるか	.57	.36	.73		
13	子どもの体力はどのくらいあると思うか	.55	.43	.73		
11	子どもの体調はどのくらい整っているか	.54	.32	.74		
逆12	子どもの痛みや不快感はどのくらいあると思うか	.50	.34	.77		

注）質問項目は原文を損なわない程度に省略した。

注）※8.子どもの退院に向けてどのくらい気もちの準備ができているか、は第1因子から第2因子へ移動させた。

注）逆は逆転項目である。

注）項目全体相関係数、重相関係数の2乗、項目を削除した場合のクロンバックα係数及びクロンバックαは因子毎に求めた。

表 11　JRHDS-PF の基本統計量

N=108

	日本語版サブスケール得点				総得点
	育児の知識とスキル	親の個人的状態	期待される支援	子どもの個人的状態	
平均値	83.8	61.7	29.6	41.8	216.9
標準偏差	18.2	10.7	8.5	6.5	31.3
分散	330.8	113.6	72.0	42.9	978.7
歪度	-0.2	-0.7	-0.7	-0.6	0.02
尖度	-0.5	1.2	-0.1	-0.5	-0.3
最小値	39	24	7	26	140
最大値	117	80	40	50	284
25%タイル値	70	56	25	37	195
50%タイル値	85	63	30	43	216
75%タイル値	97	69	37	48	236

表 12　親の退院準備状態と JRHDS-PF 得点

	親 準備群（n=97）		親未準備群（n=11）		t値	p値
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	92.3	19.40	84.4	20.74	1.27	.208
親の個人的状態	53.8	8.91	40.8	12.56	4.35	.000
期待される支援	29.9	8.40	26.3	8.91	1.36	.177
子どもの個人的状態	41.9	6.43	41.3	7.80	0.28	.782
総得点	219.3	30.40	195.2	32.04	2.48	.015

注）親の準備ができたと回答した者を準備群、準備ができていないと回答した者を未準備群と表記した。

表 13　乳児の退院準備状態と JRHDS-PF 得点

	乳児準備群（n=105）		乳児未準備群（n=3）		t値	p値
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	92.1	19.19	68.7	23.72	2.08	.040
親の個人的状態	52.5	10.18	49.0	4.58	0.60	.551
期待される支援	29.6	8.34	29.7	15.37	0.02	.982
子どもの個人的状態	42.1	6.39	32.3	5.51	2.61	.010
総得点	217.9	30.67	181.5	39.03	2.01	.047

注）乳児の準備ができたと回答した者を準備群、準備ができていないと回答した者を未準備群と表記した。

表 14　親子の退院準備状態と JRHDS-PF 得点

	親子準備群（n=95）		親子未準備群（n=13）		t値	p値
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	92.5	19.47	83.9	19.44	1.50	.137
親の個人的状態	53.8	8.96	42.2	12.06	4.21	.000
期待される支援	29.7	8.39	28.2	9.36	0.63	.528
子どもの個人的状態	42.1	6.25	39.6	8.39	1.28	.322
総得点	219.7	30.40	195.9	30.75	2.65	.009

注）親と乳児の両方の準備ができたと回答した者を準備群、準備ができていないと回答した者を未準備群と表記した。

表 15　家族形態と JRHDS-PF 得点

	拡大家族群（n=13）		核家族群（n=93）		t値	p値
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	90.2	20.7	92.0	19.6	0.32	.750
親の個人的状態	54.3	9.2	52.1	10.3	-0.74	.463
期待される支援	34.2	6.8	28.8	8.6	-2.17	.032
子どもの個人的状態	41.7	6.7	41.8	6.6	0.03	.976
総得点	222.5	33.7	216.2	31.4	-0.67	.507

表 16　産後の里帰りと JRHDS-PF 得点

	自宅群（n=54）		里帰り群（n=51）		t値	p値
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	85.4	19.0	83.5	16.5	.15	.600
親の個人的状態	61.5	10.7	61.3	10.6	.39	.926
期待される支援	28.2	8.4	31.0	8.6	-1.73	.090
子どもの個人的状態	43.1	6.5	40.3	6.4	2.37	.025
総得点	218.2	31.8	216.1	31.8	.24	.740

表 17　出産経験と JRHDS-PF 得点

	初産群（n=53）		経産群（n=52）		t値	p値
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	78.8	16.4	90.2	17.36	3.46	.001
親の個人的状態	59.9	10.7	62.9	10.42	1.44	.153
期待される支援	30.7	7.5	28.4	9.50	-1.35	.182
子どもの個人的状態	40.9	7.0	42.6	6.09	1.27	.208
総得点	210.3	29.4	224.1	32.57	2.27	.025

表 18　退院指導の満足度と JRHDS-PF 得点

	退院指導の満足度				t値	p値
	満足群（n=76）		ふつう～不満足群（n=31）			
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	92.9	20.2	88.0	18.2	1.17	.244
親の個人的状態	54.4	8.6	47.9	12.1	3.12	.002
期待される支援	30.5	8.4	27.2	8.4	1.86	.065
子どもの個人的状態	43.0	5.5	38.7	7.8	2.76	.009
総得点	222.5	30.9	203.0	28.9	3.03	.003

表 19　退院前の育児技術の習得度と JRHDS-PF 得点

	退院前の育児技術の習得度				t値	p値
	習得群（n=54）		未習得群（n=54）			
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	93.4	14.7	74.2	16.2	6.49	.000
親の個人的状態	62.4	11.0	61.1	10.4	0.62	.538
期待される支援	31.4	8.2	27.7	8.5	2.27	.025
子どもの個人的状態	43.1	6.6	40.4	6.3	2.19	.031
総得点	230.3	29.6	203.4	27.1	4.93	.000

表 20　NICU でのケア参加の程度と JRHDS-PF 得点

	NICUでのケア参加得点				t値	p値
	十分群（n=83）		ふつう～不十分群（n=25）			
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	93.4	19.4	85.1	19.3	1.88	.063
親の個人的状態	53.2	10.6	49.9	7.9	1.43	.155
期待される支援	31.4	8.1	26.9	8.4	2.33	.022
子どもの個人的状態	42.6	6.0	39.3	7.6	2.23	.028
総得点	221.3	32.4	202.2	21.9	3.39	.001

表 21　退院後のサービス調整の程度と JRHDS-PF 得点

	退院調整の程度				t値	p値
	十分群（n=59）		ふつう～不十分群（n=46）			
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	95.4	19.5	85.3	18.1	2.71	.008
親の個人的状態	54.4	10.1	49.9	9.5	2.30	.024
期待される支援	30.7	9.0	27.2	8.4	1.81	.074
子どもの個人的状態	43.4	5.7	39.7	7.3	2.80	.006
総得点	225.4	31.2	204.4	26.8	3.63	.000

表 22　TQ の総得点と下位尺度得点

（原版の因子構造による）

		原版サブスケール得点 （項目数）					総得点 (36)
		情報ニーズ (6)	ストレスと対処(14)	親子の役割発達(9)	悲嘆 (4)	社会相互作用（3）	
第2回 n=61	平均値（SD）	20.8(3.6)	47.9(7.0)	30.4(4.7)	12.0(3.3)	11.8(2.3)	122.9(16.0)
	最小値	11.0	35.0	18.0	5.0	3.0	85.0
	最大値	27.0	62.0	42.0	19.0	15.0	163.0
第3回 n=44	平均値（SD）	21.3(2.7)	49.2(6.6)	31.6(4.9)	12.9(3.6)	11.7(2.1)	126.7(15.7)
	最小値	16.0	36.0	21.0	4.0	7.0	91.0
	最大値	27.0	63.0	42.0	20.0	15.0	163.0
第2、3回 n=105	平均値（SD）	21.0(3.2)	48.5(6.8)	31.1(4.7)	12.5(3.4)	11.8(2.2)	124.5(15.7)
	項目平均値（SD）	3.5(0.9)	3.5(1.0)	3.5(0.9)	3.1(1.1)	3.9(1.0)	3.5(0.9)
	最小値	11.0	35.0	18.0	4.0	3.0	85.0
	最大値	27.0	63.0	42.0	20.0	15.0	163.0
	クロンバックα	.68	.73	.78	.80	.59	.89

表 23　JTQ の項目得点

番号	質問項目	N	回答率	M	SD	最小値	最大値
1	子どものケアの方法がわかっている	104	99.0	3.85	0.72	1	5
2	子どもに何を、どのくらいのませるかわかっている	105	100.0	3.90	0.78	2	5
3	子どものケアに関する情報を書面でもっている	104	99.0	3.42	1.20	1	5
4 逆	子どもが心配で夜ねむれない	105	100.0	3.61	1.00	1	5
5 逆	子どもの健康を保つための情報がもっとほしい	105	100.0	2.28	0.94	1	4
6	子どもの世話にもう慣れている	105	100.0	3.40	1.02	1	5
7	看護師は、私の気もちを聞いてくれた	105	100.0	4.00	0.78	1	5
8	子どもが泣いたら、何をしてあげたらよいかわかっている	105	100.0	3.78	0.92	1	5
9 逆	孤独を感じている	105	100.0	3.95	0.96	1	5
10	毎日、自分のための時間をもつようにしている	105	100.0	2.81	1.01	1	5
11 逆	誰かに子どもをあずけるのは罪悪感がある	105	100.0	2.88	1.19	1	5
12	同居している人は、私に協力的だ	105	100.0	4.29	0.81	1	5
13	私をサポートしてくれる地域のグループがあることを知っている	105	100.0	3.60	1.13	1	5
14	私が受けた情報は、退院後に子どもの世話をするのに役立った	105	100.0	4.02	0.76	1	5
15	子どもの担当医師は子どものことで困ったときにいつでも相談しやすい	105	100.0	4.02	0.87	1	5
16 逆	ベビーシッターなど誰かに子どもをあずけるのがこわい	105	100.0	2.47	1.05	1	5
17 逆	子どもの退院後に起こった生活の変化がストレスでまいっている	105	100.0	3.55	1.03	1	5
18 逆	毎日のケアの些細な変更も医師から許可を得なければならない	105	100.0	3.71	0.93	1	5
19)	配偶者またはパートナーと、二人だけの時間をもつようにしている	102	97.1	2.59	1.17	1	5
20 逆	子どものきょうだいの存在がストレスになっている [a]	103	98.0	4.18	0.97	1	5
21	子どものケアの責任を共有できる人がいる	104	99.0	3.92	1.05	1	5
22	どのような状況で医師に連絡すべきかわかっている	105	100.0	3.70	0.92	1	5
23	医師の説明や指示を理解できる	105	100.0	4.20	0.67	2	5
24)逆	子どもが病気になってしまわないか、心配である	105	100.0	2.11	1.09	1	5
25)逆	子どもの健康をまもることができない	105	100.0	3.79	0.90	1	5
26 逆	私が何かミスをして、子どもを病気にならないかと心配である	105	100.0	2.87	1.18	1	5
27 逆	私の気もちを本当に理解している人はいない	105	100.0	3.74	1.11	1	5
28	親として私に求められている責任を理解している	105	100.0	4.17	0.74	2	5
29 逆	子どもの行動についてもっと情報がほしい	105	100.0	2.12	0.95	1	5
30	私の子どもは健康で異常がない	105	100.0	3.77	0.96	1	5
31 逆	看護師の家庭訪問があれば、もっと安心できると思う	105	100.0	2.55	0.99	1	5
32	子どものケアと養育について受けている教育に満足している	105	100.0	3.41	0.76	2	5
33	子どものケアに自信をもっている	105	100.0	3.15	0.87	1	5
34 逆	子どもを亡くしてしまいそうで怖い	105	100.0	3.62	1.19	1	5
35 逆	他人の方が私より子どものことをよくわかっていると感じる	105	100.0	3.88	1.03	1	5
36	看護師は私を支援してくれる	105	100.0	3.66	0.93	1	5
			99.8	3.47	0.96		

注　番号欄の「逆」、は逆転項目、質問文は一部省略した。

[a] 子どもが一人目の場合は 1「まったくそう思わない」に○　原版の指示による。

表 24　JTQ の因子分析結果

（主因子法,バリマックス回転）

質問番号	質問項目	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	因子 5	共通性
第1因子：育児の自信　（α=.86）							
2	子どもに何をどのくらいのませるかわかっている	**.801**	.052	.025	.024	.210	.689
1	子どものケアの方法がわかっている	**.780**	-.010	-.064	.070	.114	.630
33	子どものケアに自信をもっている	**.742**	.259	.095	.231	.043	.683
6	子どもの世話にもう慣れている	**.731**	-.028	.194	.097	-.006	.582
8	子どもが泣いたら何をしてあげたらよいかわかっている	**.655**	.224	.097	.039	.120	.504
22	どのような状況で医師に連絡すべきかわかっている	**.584**	.399	-.010	.188	.194	.573
31逆	看護師の家庭訪問があればもっと安心できると思う	**.430**	-.009	.037	.275	-.015	.262
35逆	他人の方が私より子どものことをよくわかっていると感じる	**.424**	.056	.052	.115	.085	.206
第2因子：育児への資源の活用　（α=.80）							
36	看護師は私を支援してくれる	.016	**.698**	.150	-.030	-.088	.518
7	看護師は、私の気もちを聞いてくれた	-.135	**.679**	.155	-.002	-.064	.507
14	私が受けた情報は子どもの世話をするのに役立った	.136	**.572**	.072	-.146	.079	.378
23	医師の説明や指示を理解できる	.455	**.491**	.044	-.074	-.002	.455
15	子どもの担当医師は困ったときにいつでも相談しやすい	.113	**.489**	.041	-.040	.068	.260
28	親として私に求められている責任を理解している	.442	**.467**	.023	.019	.221	.463
32	子どものケアと養育について受けている教育に満足している	.361	**.446**	-.070	.129	.120	.365
3	子どものケアに関する情報を書面でもっている	.266	**.424**	-.051	.223	.216	.350
13	私をサポートしてくれる地域のグループがあると知っている	.061	**.403**	.058	.299	.147	.280
第3因子：育児ストレス　（α=.77）							
11逆	誰かに子どもをあずけるのは罪悪感がある	.015	.042	**.684**	.081	.146	.498
17逆	退院後の生活の変化がストレス、まいっている	.462	.173	**.614**	.033	.039	.622
27逆	私の気もちを本当に理解している人はいない	.015	.204	**.539**	.109	.336	.457
20逆	子どものきょうだいの存在がストレスになっている	-.026	.225	**.531**	-.123	-.037	.350
9逆	孤独を感じている	.184	.196	**.518**	.078	.264	.416
18逆	子どものケアの些細な変更でも医師から許可が必要	.134	.111	**.467**	.229	-.153	.324
16逆	ベビーシッターなど誰かに子どもをあずけるのがこわい	-.063	-.113	**.456**	.122	.187	.274
4逆	子どもが心配で夜ねむれない	.005	-.035	**.392**	.247	.126	.232
第4因子：喪失の不安と情報ニーズ　（α=.79）							
5逆	子どもの健康を保つための情報がもっとほしい	.122	.162	.073	**.710**	-.094	.559
26逆	私が何かミスをして子どもが病気にならないか心配	.235	-.240	.354	**.648**	.216	.705
24逆	子どもが病気になってしまわないか心配である	.144	-.083	.208	**.641**	.153	.506
29逆	子どもの行動についてもっと情報がほしい	.171	.011	.017	**.583**	-.055	.372
34逆	子どもを亡くしてしまいそうで怖い	.082	-.238	.327	**.432**	.212	.402
第5因子：ゆとりのある育児　（α=.75）							
19	配偶者と二人だけの時間をもつようにしている	.059	.063	.064	.195	**.616**	.429
21	子どものケアの責任を共有できる人がいる	.222	.492	.111	-.141	**.541**	.616
10	毎日、自分のための時間をもつようにしている	.202	-.046	.241	-.044	**.536**	.391
12	同居している人（家族以外を含む）は私に協力的	.068	.365	.206	-.260	**.484**	.482
30	私の子どもは健康で異常がない	.248	.067	.249	.121	**.384**	.290
25逆	子どもの健康をまもることができない	.341	.099	.322	.292	**.375**	.456
	因子負荷量の平方和	7.658	3.201	2.556	1.543	1.130	
	因子の寄与率（%）	13.332	9.804	8.225	7.322	6.006	
	累積寄与率（%）	13.332	23.135	31.360	38.682	44.688	

注）項目番号の「逆」は逆転項目を示す。

表 25　JTQの下位尺度毎の項目全体相関係数・重相関係数の２乗・Cronbachα係数および日本語版と原版の下位尺度の比較

36項目のCronbach'α係数=.89、N=96

質問番号	質問項目	項目全体相関	項目全体重相関2乗	削除した場合のクロンバックα	クロンバックα	サブスケール
2	子どもに何をどのくらいのませるかわかっている	.75	.64	.85	.88	育児の自信
1	子どものケアの方法がわかっている	.67	.56	.85		
33	子どものケアに自信をもっている	.72	.58	.85		
6	子どもの世話にもう慣れている	.62	.57	.86		
8	子どもが泣いたら何をしてあげたらよいかわかっている	.70	.50	.85		
22	どのような状況で医師に連絡すべきかわかっている	.65	.48	.85		
31逆	看護師の家庭訪問があればもっと安心できると思う	.43	.15	.87		
35逆	他人の方が私より子どものことをよくわかっていると感じる	.35	.15	.88		
※23	医師の説明や指示を理解できる	.53	.34	.86		
※28	親として私に求められている責任を理解している	.51	.42	.86		
※25逆	子どもの健康をまもることができない	.49	.23	.87		
36	看護師は私を支援してくれる	.57	.43	.67	.75	育児への資源の活用
7	看護師は、私の気もちを聞いてくれた	.52	.38	.69		
14	私が受けた情報は子どもの世話をするのに役立った	.49	.29	.70		
15	子どもの担当医師は困ったときにいつでも相談しやすい	.39	.24	.71		
32	子どものケアと養育について受けている教育に満足している	.42	.17	.71		
3	子どものケアに関する情報を書面でもっている	.43	.18	.72		
13	私をサポートしてくれる地域のグループがあると知っている	.40	.17	.72		
11逆	誰かに子どもをあずけるのは罪悪感がある	.63	.47	.72	.77	育児ストレス
17逆	退院後の生活の変化がストレス、まいっている	.59	.39	.73		
27逆	私の気もちを本当に理解している人はいない	.49	.26	.75		
20逆	子どものきょうだいの存在がストレスになっている	.36	.13	.77		
9逆	孤独を感じている	.53	.35	.74		
18逆	子どものケアの些細な変更でも医師から許可が必要	.42	.21	.76		
16逆	ベビーシッターなど誰かに子どもをあずけるのがこわい	.40	.27	.76		
4逆	子どもが心配で夜ねむれない	.37	.11	.77		
5逆	子どもの健康を保つための情報がもっとほしい	.52	.35	.77	.79	喪失の不安と情報ニーズ
26逆	私が何かミスをして子どもが病気にならないか心配	.74	.59	.69		
24逆	子どもが病気になってしまわないか心配である	.60	.42	.74		
29逆	子どもの行動についてもっと情報がほしい	.50	.33	.78		
34逆	子どもを亡くしてしまいそうで怖い	.53	.37	.77		
19	配偶者と二人だけの時間をもつようにしている	.50	.31	.68	.73	ゆとりのある育児
21	子どものケアの責任を共有できる人がいる	.55	.54	.65		
10	毎日、自分のための時間をもつようにしている	.51	.35	.67		
12	同居している人（家族以外を含む）は私に協力的	.52	.51	.68		
30	私の子どもは健康で異常がない	.38	.18	.72		

注）質問項目は原文を損なわない程度に省略した。

注）※23,28は第2因子から第1因子へ移動させた。

注）※25は第5因子から第1因子へ移動させた。

注）逆は逆転項目である。

注）項目全体相関係数、重相関係数の2乗、項目を削除した場合のクロンバックα係数及びクロンバックαは因子毎に求めた。

表 26　JTQ の基本統計量

	日本語版TQサブスケール得点					総得点
	育児の自信 (11)	育児への資源の活用 (7)	育児ストレス (8)	喪失の不安と情報ﾆｰｽﾞ (6)	ゆとりのある育児 (4)	
度数	104	104	103	105	101	98
平均値	40.3	26.1	28.0	13.0	17.4	124.4
標準偏差	6.4	4.0	5.1	4.0	3.5	15.6
最小値	24.0	17.0	16.0	5.0	8.0	85.0
最大値	54.0	35.0	38.0	24.0	25.0	163.0
25%タイル値	36.3	24.0	26.0	10.0	15.0	113.0
50%タイル値	40.0	26.0	28.0	13.0	18.0	125.5
75%タイル値	45.0	28.0	31.0	16.0	19.5	133.3

(　)はそのサブスケールに含まれる項目数。

表 27　JTQ の下位尺度得点および総得点の退院後 1 週と 1 か月の相関

3回目調査　(n=42)

		育児の自信	育児への資源の活用	育児ストレス	喪失の不安と情報ﾆｰｽﾞ	ゆとりのある育児	総得点
2回目調査	育児の自信	**.814****	.492**	.310*	.475**	.245	.665**
	育児への資源の活用	.465**	**.744****	.309*	.039	.310*	.518**
	育児ストレス	.421**	.365*	**.822****	.344*	.329*	.644**
	喪失の不安と情報ﾆｰｽﾞ	.337*	-.036	.333*	**.785****	.017	.406**
	ゆとりのある育児	.576**	.304	.388*	.286	**.757****	.623**
	総得点	.777**	.550**	.619**	.561**	.435**	**.825****

**p<.001 (両側)、*p<.05 (両側)

表 28　JRHDS-PF 得点と退院後 1 週・1 か月の JTQ 総得点との相関

	JRHDS-PF				
	育児の知識とスキル	親の状況	期待される支援	子どもの状況	総得点
JTQ総得点(退院後1週)	.559**	.382**	.611**	.348**	.687**
JTQ総得点(退院後1か月)	.484**	.388*	.502**	.342*	.640**

*p<.05、**p<.01 (両側)

表 29　JRHD-PF 得点と退院後 1 週の JTQ 得点

	JRHDS-PF				t値	p値
	高得点群(n=16)		低得点群(n=17)			
JTQ（第2回調査）	M	SD	M	SD		
育児の自信	45.94	5.81	34.59	5.83	5.60	.000
育児への資源の活用	29.06	3.45	23.35	3.26	4.89	.000
育児ストレス	30.87	2.80	26.47	4.62	3.29	.003
喪失の不安と情報ニーズ	14.19	4.59	11.71	3.50	1.75	.089
ゆとりのある育児	20.00	3.01	15.24	2.56	4.91	.000
総得点	139.63	14.13	111.35	14.01	5.77	.000

表 30　JRHDS-PF 得点と退院後 1 か月の JTQ 得点

	JRHDS-PF				t値	p値
	高得点群(n=11)		低得点群(n=15)			
JTQ（第3回調査）	M	SD	M	SD		
育児の自信	49.09	5.79	39.73	5.86	4.04	.000
育児への資源の活用	28.18	3.40	23.53	2.95	3.72	.001
育児ストレス	31.82	4.42	27.00	3.74	3.00	.006
喪失の不安と情報ニーズ	15.73	4.50	12.60	3.09	2.11	.046
ゆとりのある育児	20.27	3.50	15.80	2.60	3.75	.001
総得点	142.45	14.20	116.33	11.25	5.24	.000

表 31　退院後 1 か月までの予定外の受診・救急外来受診・再入院の経験と JRHDS-PF 得点

	予定外受診・救外受診・再入院				t値	p値
	あり群（n=7）		なし群（n=35）			
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	87.5	24.8	89.7	23.2	0.23	.822
親の個人的状態	51.6	4.7	53.5	9.8	0.51	.610
期待される支援	24.1	9.2	29.3	8.8	1.41	.167
子どもの個人的状態	42.3	7.9	41.6	6.5	-0.24	.808
総得点	208.5	28.5	216.1	33.1	0.57	.574

表 32　退院後 1 週の育児技術の習得度と JRHDS-PF 得点

	退院後1週の育児技術の習得度				t値	p値
	習得群（n=28）		ふつう～未習得群（n=31）			
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	94.9	15.3	72.8	19.1	4.88	.000
親の個人的状態	66.3	8.2	59.5	10.4	2.73	.008
期待される支援	32.4	8.5	25.9	8.5	2.95	.005
子どもの個人的状態	43.7	6.0	40.7	6.9	1.79	.078
総得点	237.3	24.3	198.8	28.4	5.55	.000

表 33　退院後 1 か月の育児技術の習得度と JRHDS-PF 得点

	退院後1か月の育児技術の習得度				t値	p値
	習得群（n=21）		ふつう～未習得群（n=21）			
	M	SD	M	SD		
育児の知識とスキル	92.3	18.6	71.3	19.3	3.59	.001
親の個人的状態	64.0	8.5	60.9	10.8	1.04	.304
期待される支援	29.9	9.3	26.2	8.1	1.38	.176
子どもの個人的状態	43.7	4.7	40.0	7.8	1.84	.075
総得点	229.9	32.4	198.4	24.6	3.55	.001

表 34　親・家族・文化・療養上の特性と JRHDS-PF 得点

		n	日本語版RHDS-PF														
			総得点			育児の知識とスキル			親の個人的状態			期待される支援			子どもの個人的状態		
親の特性			M	SD	統計量	M	SD	統計量	M	SD	統計量	M	SD	統計量	M	SD	統計量
年齢	18歳-20代	37	215.4	34.5	n.s.	82.7	16.9	n.s.	60.2	12.4	n.s.	31.4	7.7	n.s.	41.0	6.7	n.s.
	30代	61	218.2	30.1		84.0	18.3		62.8	8.4		29.1	9.0		42.3	6.4	
	40代	10	214.4	28.6		86.9	23.1		60.5	15.7		25.3	6.4		41.7	7.3	
性別	女性	105	217.2	31.6	n.s.	84.5	17.8	t(106)=2.28	61.4	10.6	n.s.	28.7	5.0	n.s.	44.0	4.4	n.s.
	男性	3	206.3	10.0		60.7	21.5	p=.025	73.0	3.0		29.6	8.6		41.7	6.6	
学歴	高校卒業まで	41	222.9	32.9	n.s.	86.2	17.1	n.s.	62.8	11.2	n.s.	31.8	7.9	F(2,105)	42.2	6.5	n.s.
	短大・専門学校卒	45	212.8	28.6		84.0	17.0		60.5	10.6		27.3	8.4	=3.12	40.9	6.9	
	大学卒以上	22	213.9	33.1		79.0	22.0		62.2	9.9		29.9	8.9	p=.048	42.8	5.8	
就労状況	常勤	39	215.0	24.3	n.s.	80.9	17.2	n.s.	62.2	9.2	n.s.	30.0	7.5	n.s.	42.0	6.2	n.s.
	非常勤・パート	20	224.4	30.9		89.1	18.3		62.5	8.1		29.7	9.8		43.2	6.0	
	主婦	46	214.2	36.5		83.8	19.2		60.8	12.6		28.6	8.8		41.0	7.1	
年収	200万円以下	20	229.3	35.6	n.s.	88.6	16.7	n.s.	65.4	10.6	n.s.	32.6	6.9	n.s.	42.7	7.0	n.s.
	201～599万円	69	214.1	29.0		83.5	17.6		60.0	10.2		28.6	8.5		41.9	6.5	
	600万円以上	12	206.7	34.6		74.9	22.4		63.0	10.7		26.7	10.1		42.1	5.4	
婚姻関係	未婚	5	200.1	16.5	n.s.	71.3	5.4	t(106)=4.32	57.6	9.4	n.s.	28.8	7.9	n.s.	42.4	3.6	n.s.
	既婚	103	217.7	31.6		84.4	18.4	p=.002	61.9	10.7		29.6	8.6		41.8	6.7	
夫婦の住まい方	同居	100	217.0	32.0	n.s.	84.4	18.5	n.s.	61.7	11.0	n.s.	29.2	8.4	n.s.	41.8	6.7	n.s.
	別居	8	215.3	21.1		76.8	12.4		62.5	3.3		33.9	9.3		42.1	3.9	
家族形態	核家族	93	216.2	31.4	n.s.	84.3	18.3	n.s.	61.4	11.0	n.s.	28.8	8.6	t(104)=2.17	41.8	6.6	n.s.
	拡大家族	13	222.5	33.7		83.0	18.6		63.5	9.2		34.2	6.8	p=.032	41.7	6.7	
退院後の住まい	自宅	57	217.5	31.1	n.s.	84.1	19.7	n.s.	62.1	10.7	n.s.	28.2	8.3	n.s.	43.2	6.4	t(106)=2.37
	実家	51	216.1	31.8		83.5	16.5		61.3	10.6		31.0	8.6		40.3	6.4	p=.020
育児の支援者[a]	一人	40	213.7	30.9	n.s.	83.2	17.5	n.s.	60.6	12.4	n.s.	28.5	9.2	n.s.	41.3	7.1	n.s.
	複数	68	218.7	31.6		84.2	18.7		62.4	9.5		30.1	8.0		42.1	6.2	
出産経験	初産	56	210.1	28.7	t(106)=2.37	77.8	17.0	t(106)=3.75	60.6	10.9	n.s.	30.6	7.4	n.s.	41.1	6.9	n.s.
	経産	52	224.1	32.6	p=.020	90.2	17.4	p=.000	62.9	10.4		28.4	9.5		42.6	6.1	
妊娠中の母親の入院	なし	25	222.3	24.1	n.s.	87.5	14.6	n.s.	61.8	10.3	n.s.	30.7	7.3	n.s.	42.4	5.3	n.s.
	あり	79	213.3	32.3		81.6	18.8		61.2	10.7		29.1	8.7		41.4	6.8	
出産方法	経腟分娩	47	216.3	29.5	n.s.	82.8	15.5	n.s.	62.0	9.9	n.s.	29.2	8.1	n.s.	42.3	6.2	n.s.
	帝王切開術	61	217.3	32.9		84.6	20.1		61.5	11.3		29.8	8.8		41.4	6.8	
要受診の子ども[b]の養育	なし	97	216.0	31.4	n.s.	82.5	18.0	t(106)=2.26	61.7	10.8	n.s.	29.8	8.2	n.s.	42.0	6.6	n.s.
	あり	11	224.4	30.4		95.3	16.6	p=.026	62.2	10.3		27.3	11.1		39.6	5.7	
子ども[b]のNICU入院経験	なし	102	216.9	31.2	n.s.	83.2	18.0	n.s.	62.0	10.5	n.s.	29.7	8.3	n.s.	41.9	6.5	n.s.
	あり	6	217.1	35.3		93.3	19.7		57.8	13.2		26.3	11.2		39.7	7.6	

支援者[a] 回答する親本人を含めない人数。 子ども[b] 今回出生した子どもの年長のきょうだい。

表 35　子どもの特性と JRHDS-PF 得点

			日本語版RHDS-PF														
			総得点			育児の知識とスキル			親の個人的状態			期待される支援			子どもの個人的状態		
子どもの特性		n	M	SD	統計量	M	SD	統計量	M	SD	統計量	M	SD	統計量	M	SD	統計量
出生体重	1000g未満	9	220.2	41.3	n.s.	84.8	24.6	n.s.	67.0	10.4	n.s.	30.4	8.7	n.s.	38.0	8.5	n.s.
	1000～1499g	17	215.4	39.0		81.2	21.2		61.1	15.9		30.0	10.5		43.1	5.6	
	1500～2499g	55	213.7	30.1		83.0	17.4		61.0	9.1		28.6	8.7		41.1	6.6	
	2500g以上	27	223.1	25.0		86.7	16.1		61.9	9.9		30.9	6.7		43.6	5.7	
出生週数	28週未満	11	228.9	38.4	n.s.	89.6	21.3	n.s.	69.5	8.9	n.s.	29.5	11.3	n.s.	40.2	8.9	n.s.
	28～33週	34	215.8	35.5		82.1	20.1		61.1	12.5		30.3	9.2		42.3	6.6	
	34～36週	30	212.7	29.1		81.8	17.6		60.9	9.7		27.7	7.4		42.3	5.0	
	37週以上	33	217.7	26.1		85.4	15.6		60.5	9.3		30.4	7.7		41.4	7.0	
在院日数	14日以内	20	210.1	23.9	n.s.	79.0	12.0	n.s.	59.5	10.4	F(4,103)	30.8	6.6	n.s.	40.8	7.2	n.s.
	15～28日	26	217.5	25.0		84.9	16.6		59.8	8.8	=2.53	29.3	6.8		43.5	4.4	
	29～56日	38	221.0	34.4		86.0	19.1		62.9	9.0	p=.045	29.3	9.7		42.8	6.5	
	57～84日	15	205.2	33.2		78.0	20.7		59.6	15.6		27.5	10.0		40.1	6.3	
	85日以上	9	232.2	40.9		92.0	23.8		71.0	9.3		31.7	9.2		37.5	9.1	
胎数	単胎	98	218.2	32.0	n.s.	84.2	18.5	n.s.	62.5	10.2	t(106)=2.40	29.7	8.5	n.s.	41.7	6.6	n.s.
	双胎	10	203.7	20.4		79.6	15.3		54.2	12.8	p=.018	27.6	8.5		42.3	6.1	
継続する疾患の有無[a]	なし	71	212.8	30.2	n.s.	81.5	17.5	n.s.	60.2	10.0	n.s.	29.1	8.5	n.s.	42.0	6.4	n.s.
	1つ	29	226.0	30.4		89.4	18.3		64.1	12.0		30.4	8.0		42.1	6.2	
	重複	8	219.3	40.3		83.6	21.7		66.5	9.6		30.3	10.6		39.0	8.9	
医療処置の有無[a]	なし	52	215.2	28.6	n.s.	82.5	16.4	n.s.	60.9	9.7	n.s.	29.1	7.5	n.s.	42.7	6.2	n.s.
	あり	56	218.4	33.7		85.0	19.8		62.5	11.5		29.9	9.3		41.0	6.8	

[a]退院後に継続するもの。

表 36　NICU でのケア参加と退院調整に関する親の知覚

質問項目	度数	全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらとも言えない	まあそう思う	とてもそう思う
1. 十分な説明を受けてオープンに話し合えた	108	1 (0.9)	1 (0.9)	8 (7.4)	59 (54.6)	39 (36.1)
2. 子どものケアへ十分参加できた	108	0 (0.0)	2 (1.9)	9 (8.3)	52 (48.1)	45 (41.7)
3. 退院後の計画について話し合いが十分だった	108	1 (0.9)	3 (2.8)	21 (19.4)	57 (52.8)	26 (24.1)
4. 退院後の計画に家族の意見が十分反映された	108	1 (0.9)	2 (1.9)	19 (17.6)	45 (41.7)	41 (38.0)
5. 退院後の保健医療福祉サービスが十分調整された	105	2 (1.9)	4 (3.8)	40 (38.1)	38 (36.2)	21 (20.0)

表 37　NICU での育児指導の受講経験

育児指導内容	受講経験			
	n	受けた	受けていない	不要
母乳での授乳	107	103 (96.3)	0 (0.0)	4 (3.7)
体を清潔に保つこと（おふろ、おむつかえ、おきがえなど）	107	101 (94.4)	2 (1.9)	4 (3.7)
哺乳びんでの授乳	107	98 (91.6)	2 (1.9)	7 (6.5)
おしっこやうんちの異常に気づくこと	105	84 (80.0)	18 (17.1)	5 (4.8)
発熱など急な体調の悪化に対応すること	105	62 (59.0)	36 (34.3)	7 (6.7)
お薬を与えること	106	54 (50.9)	16 (15.1)	36 (34.0)
安全なベッド（寝床）やお部屋を整えること	104	37 (35.6)	47 (45.2)	20 (19.2)
発達を促す援助やリハビリ	104	31 (29.8)	34 (32.7)	39 (37.5)

表 38　育児技術の習得度の退院前後の変化

nは各設問の有効回答数

	1回目調査（退院前）107人				2回目調査（退院前）60人				3回目調査（退院前）42人			
	n	まあできる できる（%）	ふつう （%）	あまり できない 全くできない （%）	n	まあできる できる（%）	ふつう （%）	あまり できない 全くできない （%）	n	まあできる できる（%）	ふつう （%）	あまり できない 全くできない （%）
哺乳びんでミルクを与えること	104	92 (88.5)	11 (10.6)	1 (1.0)	58	53 (91.4)	4 (6.9)	1 (1.7)	39	36 (92.3)	1 (2.6)	2 (5.1)
体を清潔に保つこと（おふろ、おむつかえ、おきがえなど）	107	92 (86.0)	14 (13.1)	1 (0.9)	60	55 (91.7)	5 (8.3)	0 (0.0)	42	39 (92.9)	3 (7.1)	0 (0.0)
安全なベッド（寝床）やお部屋を整えること	107	81 (75.7)	22 (20.6)	4 (3.7)	60	48 (80.0)	12 (20.0)	0 (0.0)	42	34 (81.0)	8 (19.0)	0 (0.0)
直接母乳を与えること	101	74 (73.3)	17 (16.8)	10 (9.9)	57	39 (68.4)	8 (14.0)	10 (17.5)	39	27 (69.2)	6 (15.4)	6 (15.4)
おしっこやうんちの異常に気づくこと	107	76 (71.0)	23 (21.5)	8 (7.5)	60	47 (78.3)	12 (20.0)	1 (1.7)	42	37 (88.1)	4 (9.5)	1 (2.4)
お薬を与えること	64	45 (70.3)	15 (23.4)	4 (6.3)	36	31 (86.1)	4 (11.1)	1 (2.8)	32	27 (84.4)	4 (12.5)	1 (3.1)
発熱など急な体調の悪化に対応すること	105	54 (51.4)	38 (36.2)	13 (12.4)	60	29 (48.3)	19 (31.7)	12 (20.0)	42	23 (54.8)	17 (40.5)	2 (4.8)
発達を促す援助やリハビリ	45	22 (48.9)	13 (28.9)	10 (22.2)	23	8 (34.8)	9 (39.1)	6 (26.1)	19	7 (36.8)	9 (47.4)	3 (15.8)

表 39　退院後の育児で困ったときの対処方法

困ったときの対処方法	退院後9.4日目まで(2回目調査時点)				退院後33.4日目まで(3回目調査時点)			
	n	延べ利用回数	一人当たりの利用頻度 最小-最大	1回以上利用した人数（%）	n	延べ利用回数	一人当たりの利用頻度 最小-最大	1回以上利用した人数（%）
友人や家族へ電話相談	60	22	0-6	11(18.3)	42	37	0-10	12(28.6)
入院していたNICUへ電話相談	60	15	0-2	13(21.7)	42	15	0-3	13(30.1)
予定外の受診（診療時間内）	60	2	0-1	2(3.3)	42	3	0-1	3(7.1)
入院していた病院以外の保健・医療機関へ電話	60	1	0-1	1(1.7)	42	2	0-1	2(4.8)
救急外来受診	60	0	0	0(0)	42	2	0-1	2(4.8)
再入院	60	0	0	0(0)	42	1	0-1	1(2.4)

表 40　RHDS-PF の原版と日本語版の下位尺度の比較

質問番号	質問項目	サブスケール名	
		日本語版	原版
20	自宅での子どもの異常の見分け方をどのくらい知っているか	育児の知識とスキル	知識
16	退院後の子どものケアをどのくらい知っているか		知識
22	医学的に子どもに許されている活動範囲を知っているか		知識
17	退院後の子どもに必要な世話をどのくらい知っているか		知識
21	子どもの異常に気づいた時の連絡先と方法を知っているか		知識
18	子どもの成長や発達を促す援助をどのくらい知っているか		知識
19	退院後の子どもの医療的ケアをどのくらい知っているか		知識
27	子どもの医療ケアをどのくらいできそうか		対処能力
23	退院後の子どもの治療・処置計画をどのくらい知っているか		知識
逆9	子どもの機嫌や行動へ対応するのはどのくらい難しいか		親の個人的状態
26	子どもの世話をどのくらいできそうか		対処能力
24	地域で利用できるサービスや情報をどのくらい知っているか		知識
8	子どもの退院に向けてどのくらい気もちの準備ができているか	親の個人的状態	親の個人的状態
6	あなたはどのくらい元気か		親の個人的状態
3	あなたの体調はどのくらい整っているか		親の個人的状態
5	あなたの体力はどのくらいあるか		親の個人的状態
逆4	あなたは痛みや不快感がどのくらいあるか		親の個人的状態
25	家庭生活の中で自分の役割をどのくらいこなせそうか		対処能力
逆7	あなたはどのくらいストレスを感じているか		親の個人的状態
10	あなたは日常生活が体力的にどのくらいできるか		親の個人的状態
29	子どもの世話を周囲からどのくらい手伝ってもらえそうか	期待される支援	期待される支援
30	家事を周囲からどのくらい手伝ってもらえそうか		
31	子どもの医療ケアを周囲からどのくらい手伝ってもらえそうか		
28	気持ちの面でのサポートはどのくらいあるか		
14	子どもはどのくらい元気だと思うか	子どもの個人的状態	子どもの個人的状態
15	子どもは年令に応じた一般的な活動をどのくらいできるか		
13	子どもの体力はどのくらいあると思うか		
11	子どもの体調はどのくらい整っているか		
逆12	子どもの痛みや不快感はどのくらいあると思うか		

注）質問項目は原文を損なわない程度に省略した。
注）逆は逆転項目である。

施設名
施設長　〇〇殿

平成　　年　　月　　日

研究協力依頼

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

NICU（新生児特定集中治療室）から子どもが適切な時期に退院することは、子どものその後の成長・発達に加えて、子どもを受け入れる家族の健康、在院日数や退院後の再入院などの医療経済と、多くの課題に関連しています。日本において子どもの退院基準は多くの施設ですでに整備されていますが、子どもの両親がどの程度、子どもを自宅へ迎え入れる準備を整えたかどうかを客観的に測ることはされてきませんでした。本研究では、すでに海外で利用が始まっている、**療養中の子どもの親の退院準備性尺度**（Readiness for Hospital Discharge Scale-Parent Form：Weiss,2008）**を日本の NICU で標準化すること**を目的としています。

貴施設におかれましても、退院教育、退院調整など多くのご努力をされているところと存じます。ぜひ本研究へご協力いただけますよう、お願い申し上げます。

研究課題
　日本語版　退院準備性尺度親用（RHDS-Parent Form）の作成と標準化
　－NICU から退院する子どもの親への応用可能性－
協力内容
・NICU/GCU および退院後のフォローアップが行われる外来の管理者からの協力
・NICU/GCU に勤務する看護師が共同研究者となることの許可
・NICU/GCU に入院した子どもの親を研究参加者とすることの許可

依頼に先立ち、NICU の関係者ならびに看護部との調整をさせていただきましたことをご報告いたします。本研究の実施にあたり必要な手続き、ご質問等がある場合には下記へご連絡ください。

研究責任者：上原和代　沖縄県立看護大学大学院　保健看護学研究科　博士後期課程
住所：〒902-0076　**沖縄県那覇市与儀** 1-24-1　**沖縄県立看護大学**
Tel　**代表**　098(833)8800　、E-mail　k-uehara@･･･
研究課題：「日本語版退院準備性尺度親用（RHDS-Parent Form）の作成と標準化」

研究概要

1. 研究課題

日本語版 退院準備性尺度親用（RHDS-Parent Form）の作成と標準化
－NICU から退院する子どもの親への応用可能性－

2. 研究者と所属

研究責任者：上原和代　沖縄県立看護大学大学院　保健看護学研究科　博士後期課程院生
共同研究者：上原幸代　貴施設　GCU 看護師、當間紀子　貴施設　4 階小児病棟副看護師長
研究指導教員：前田和子　沖縄県立看護大学大学院　保健看護学研究科　教授
研究指導補助教員：永島すえみ　　同上　　保健看護学研究科　教授

3. 目的

日本語版退院準備性尺度親用（RHDS-Parent Form）を作成し、沖縄県内の NICU で標準化すること

4. 方法

1）研究参加者

沖縄県内の NICU および GCU に 7 日間以上入院した子どもの親 60～90 名程度

2）調査期間

平成 26 年 8 月 1 日～平成 27 年 2 月 28 日　（7 ヶ月間）

3）調査概要

調査方法：自記式質問紙法を用いた縦断的量的調査
調査時期：子どもの退院 6 日前~当日、退院後 1 週目、退院後 4 週目の計 3 回
調査内容：親子の基本情報、子どもの退院に向けた調整状況、親の退院準備状況、
子どもの世話の技術の習得度、退院後の親の気持ち、退院後の医療機関の利用状況
調査時期と配布回収作業の分担（参加者の退院までの流れに沿って表示）：

時期	子どもの病状安定後	退院 6 日前～当日	退院当日	退院後 1 週目	退院後 4 週目
調査		1 回目調査 留め置き法		2 回目調査 郵送法	3 回目調査 郵送または留め置き法
作業分担	研究参加候補者の選定 （N 共同研究者） 調査説明と同意書のとりかわし （研究責任者、NICU と外来以外の共同研究者）	識別番号リストの記入と 1 回目調査用紙配布 （N 共同研究者）	識別番号の確認と 2 回目・3 回目調査用紙の配布 （N 共同研究者）		必要時、調査用紙の再配布をする。 識別番号は N 共同研究者へ問い合わせて記入する。 （外来担当者）

注）N 共同研究者＝NICU 共同研究者　　外来担当者の協力＝子どものフォローアップ検診が行われる外来

3）倫理的配慮

調査概要に加え、以下の項目について調査前に研究責任者より参加者へ説明し同意書をとりかわす。また調査用紙にも明記する

・調査への参加は自由であることおよび同意後も辞退可能なこと
・調査へ不参加の場合も子どもの療養と退院後の施設利用に不利益がないこと
・個人情報の保護
・NICU 医療に資する目的で関係学会への公表予定があること　　以上

NICUから退院されるお子さまの
ご両親の準備状況に関するアンケート

(実施期間：2014/8/1~2015/2/28)

現在NICUの協力の下、お子さまの退院前のご両親の準備状況と退院後の心配事に関するアンケートを行っております。結果は今後の退院前後のご家族への支援に役立てられます。

ご面会中のみなさまへ、担当者からお声かけさせていただいております。

お忙しいことと存じますが、ご協力をお願い申し上げます。

協力してほしい方　：　NICUに7日以上入院しているお子さまのご両親

方法　：　アンケート　（10～15分程度）
記入後は、NICU内/外来のカギ付き回収箱へ（郵送可）

内容　：　退院準備状況、退院後の心配ごと他

時期　：　退院前、退院後1週目と4週目　（合計3回）

【お問合せ先】
沖縄県立看護大学･大学院　保健看護研究科
院生 上原和代 Tel : 098(833)8847 E-mail : k-uehara@okinawa-nurs.ac.jp
NICU/GCU　看護師　〇〇〇〇、 看護師長　〇〇〇〇

日本語版 退院準備性尺度親用（RHDS-Parent Form）の作成と標準化
研究参加者識別番号リスト

本リストは本研究の共同研究者である NICU 看護師が記入、保管してください。

研究参加者への調査用紙の配布手順：

①NICU 共同研究者は、子どもの病状が安定してから、以下の参加条件を満たす入院中の子どもの親をリストアップする。→子どもの氏名欄へ記入

〔参加条件〕
- □ NICU に７日以上入院した(あるいは予測される)子どもの父親あるいは母親
- □ 年齢が 18 歳以上である
- □ NICU あるいは GCU から直接自宅へ退院予定である
  （親の生家または配偶者の生家、いわゆる実家、へ退院する場合も含む）
- □ 退院後に子どもと同居し直接子どもの世話をする予定である
- □ 平易な日本語の読み書きができる
- □ 本調査用紙へ回答可能な心身の状況である
  （リストアップ、同意書のとりかわし、調査用紙の配布時に適宜確認する）

②研究責任者あるいは NICU/GCU に所属しない共同研究者は、定期的に NICU/GCU を訪問し、リストアップされた方へ研究の説明/協力依頼をし同意書を得る。→同意書欄へ○

③NICU/GCU の共同研究者は、同意されたご両親へ１回目調査用紙を配布する。

※配布時期は、退院予定日の 6 日前~退院当日の期間（退院日を含め１週間以内）です。

※配布順に本リストへ識別番号 1、2、3…と記入し、同じ番号が表示された１回目調査用封筒（うす緑色）を研究参加者へ配布します。→識別番号欄、１回目配布済欄へ✔

※調査用紙の提出先は NICU 内に設置された鍵付き回収箱です。

④NICU/GCU の共同研究者は、2 回目と 3 回目調査用紙を合わせて配布する。

※配布時期は退院当日（前日でも可）です。

※本リストに記入した識別番号と同じ番号が表示された 2 回目（クリーム色）と 3 回目（さくら色）の調査用封筒を研究参加者へ配布します。→2,3 回目配布済欄へ✔

※調査用紙の提出時期は、2 回目調査が退院後 7 日目（約 1 週目）、3 回目調査が退院後 28 日目（約 4 週目）です。提出方法は郵便ポストへの投かんあるいは、フォローアップ健診時に外来に設置されているカギつき回収箱へ提出となります。

識別番号リストの記入例

識別番号	子ども氏名	研究参加者	同意書	1 回目配布済✔	2,3 回目配布済✔	備考
A-1	島かんご	母親	済	✔	✔	
A-	〃	父親	済			同意なし
A-2	沖	母親	済	✔	✔	双子
A-3	ゆい・ちゅら	父親	済	✔	✔	退院時は来られず、母親へ渡す。

注）赤字の識別番号、子どもの氏名、配布済✔は N 共同研究者で記入　　黒字の同意書欄は研究責任者らで記入

本調査について、ご不明な点やご質問がありましたら、以下へお問い合わせください。

研究責任者：上原和代　沖縄県立看護大学大学院　保健看護学研究科　博士後期課程
住所：〒902-8513　沖縄県那覇市与儀 1-24-1　沖縄県立看護大学
Tel　**代表**　098(833)8800、E-mail　k-uehara@•••
研究課題：「日本語版退院準備性尺度親用（RHDS-Parent Form）の作成と標準化」

識別番号リスト　　枚目

施設名：□□
施設の記号：　A
共同研究者氏名：NICU　○○○○
調査期間：平成　　年　　月　　日～平成 27 年　　月　　日

識別番号	子ども氏名	研究研究参加者	同意書	1 回目配布済 ✔	2,3 回目配布済 ✔	備考
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			
A-			済			

NICU から退院されるお子さまのご両親の準備状況に関するアンケート調査

ご協力のおねがい

お子さまが NICU・GCU へ入院となり、ご両親におかれましてはご心配の多いことと存じます。

お子さまの体調が安定・回復しご自宅への退院が近づくことは、ご両親にとって大きな喜びであると同時に、退院後の子育て等について新たな心配ごとがでてくるものかもしれません。お子さまの退院に向けてご両親の準備が整うよう支援することは、NICU の看護師の重要な役割と考えております。

このアンケートは、お子さまの NICU からの退院前に、お子さまを自宅へ迎え入れるご両親の準備状況、また退院後についてはご両親の心配ごとなどについて知るためのものです。アンケートの結果は今後の退院へ向けた準備や退院後の支援に役立てられます。

何かと落ち着かず、お忙しいときとは存じますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

記

協力いただきたい方：

お子さまが NICU および GCU へ 7 日間以上入院したご両親 （ご夫婦、別々にご協力ください）

協力いただきたい内容：

3 回のアンケートへのご協力（退院前 1 週間以内、退院後 1 週目、4 週目）

提出方法は鍵付き回収箱への投函か郵送です。アンケートには通し番号が付きますが無記名です。

調査内容：

ご両親・お子さま・ご家族について、お子さまの退院へむけた調整状況、ご両親の退院準備状況

お子さまの世話の技術、退院後のご両親の気持ち、退院後の医療機関の利用状況、など

みなさまへのお約束：

・参加はあなたの任意で、同意いただいた後でも辞退が可能です。

・調査へ参加しない場合でも NICU および退院後に施設から提供される医療サービスにおいて、あなたとお子さまが不利益を受けることは一切ありません。

・調査は無記名です。得られた情報は統計的に処理され個人が特定されることはありません。

・アンケートの内容をご両親の許可なく、NICU 看護師など施設の職員が直接見ることはありません。

・調査結果は NICU 医療に役立てる目的で関係学会への発表を予定しています。

以上

本依頼書は、調査終了まで同意書とともに保管してください。

本調査について、ご不明な点やご質問がありましたら、以下へお問い合わせください。

研究責任者：上原和代　沖縄県立看護大学大学院　保健看護学研究科　博士後期課程

住所：〒902-8513　沖縄県那覇市与儀 1-24-1　沖縄県立看護大学

Tel　098(000)0000、E-mail　k-uehara@・・・

施設の窓口：NICU 看護師　○○○○　　NICU 看護師長○○○○

研究課題：「日本語版退院準備性尺度親用（RHDS-Parent Form）の作成と標準化」

（研究参加者控え）

調査協力の同意書

私は、「NICU から退院されるお子さまのご両親の準備状況に関するアンケート調査」への参加に同意します。同意にあたり、以下の点について研究者から説明を受けました。

☐ 私は、書面と口頭で本調査の目的、調査内容、協力方法、連絡先について説明を受けました。

☐ 私は、調査で私に約束されること、について説明を受けました。

年　　月　　日

研究参加者　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

年　　月　　日

説明者　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

本同意書は、調査終了まで同意書とともに保管してください。
本調査について、ご不明な点やご質問があれば以下へお問い合わせください。

研究責任者：上原和代　沖縄県立看護大学大学院　保健看護学研究科　博士後期課程
住所：〒902-8513　沖縄県那覇市与儀 1-24-1　沖縄県立看護大学
Tel　098(000)0000、E-mail　k-uehara@•••
施設の窓口：NICU 看護師　〇〇〇〇　　NICU 看護師長〇〇〇〇
研究課題：「日本語版退院準備性尺度親用（RHDS-Parent Form）の作成と標準化」

（研究者控え）

調査協力の同意書

私は、「NICU から退院されるお子さまのご両親の準備状況に関するアンケート調査」への参加に同意します。同意にあたり、以下の点について研究者から説明を受けました。

☐ 私は、書面と口頭で本調査の目的、調査内容、協力方法、連絡先について説明を受けました。

☐ 私は、調査で私に約束されること、について説明を受けました。

年　　月　　日

研究参加者　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

年　　月　　日

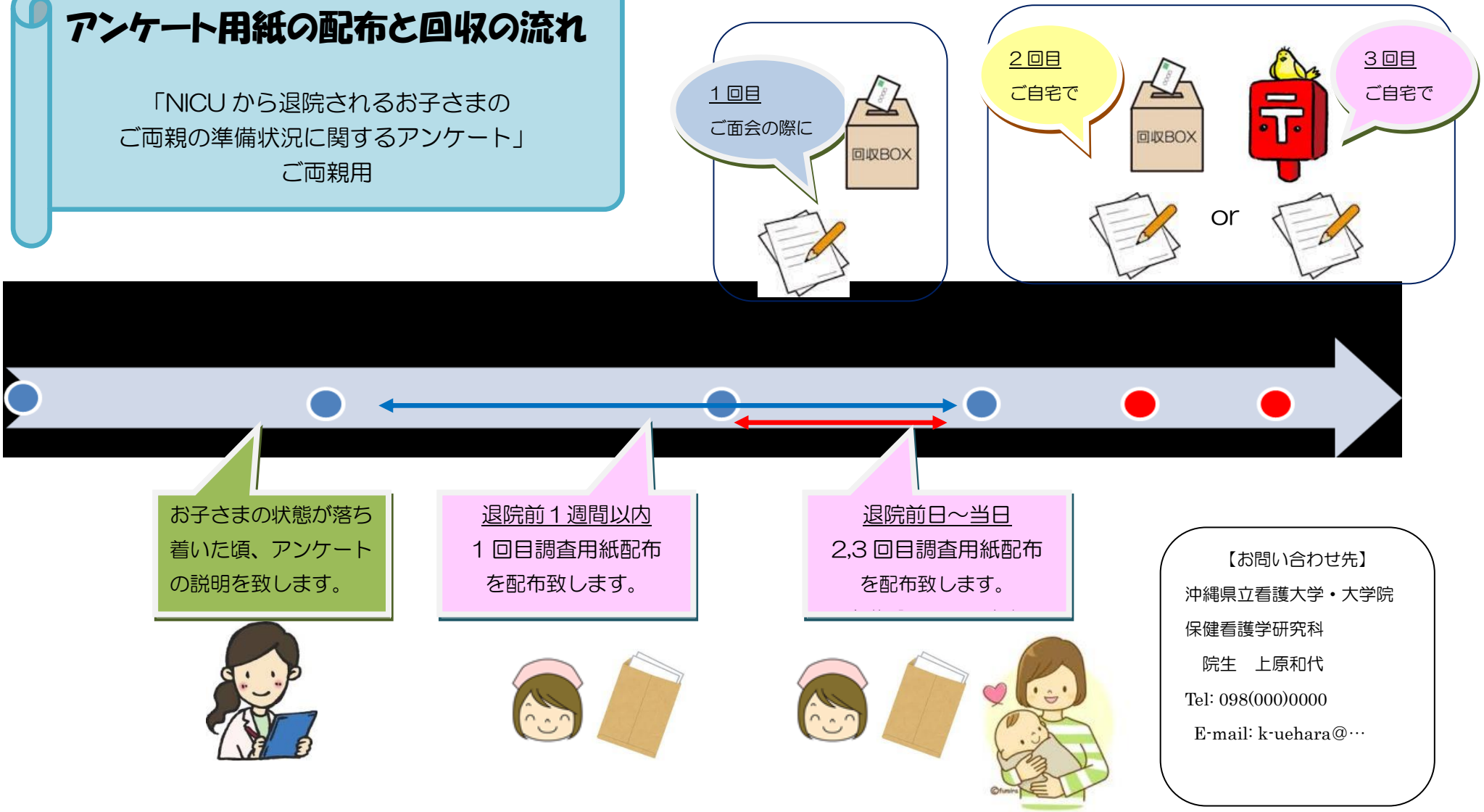
説明者　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

本同意書は、調査終了まで同意書とともに保管してください。
本調査について、ご不明な点やご質問があれば以下へお問い合わせください。

研究責任者：上原和代　沖縄県立看護大学大学院　保健看護学研究科　博士後期課程
住所：〒902-8513　沖縄県那覇市与儀 1-24-1　沖縄県立看護大学
Tel　098(000)0000、E-mail　k-uehara@•••
施設の窓口：NICU 看護師　〇〇〇〇　　NICU 看護師長〇〇〇〇
研究課題：「日本語版退院準備性尺度親用（RHDS-Parent Form）の作成と標準化」

アンケート用紙の配布と回収の流れ

「NICU から退院されるお子さまの
ご両親の準備状況に関するアンケート」
ご両親用



【お問い合わせ先】
沖縄県立看護大学・大学院
保健看護学研究科
院生　上原和代
Tel: 098(000)0000
E-mail: k-uehara@…

ご協力を、どうぞよろしくお願い致します。

NICUから退院されるお子さまの
ご両親の準備状況に関するアンケート
ご協力のお願い

アンケート回収箱

調査期間：
2014/8/1~2015/2/28

回収に関するご質問は…
GCU看護師　〇〇〇〇
NICU看護師長　〇〇〇〇
調査に関するご質問は…
沖縄県立看護大学・大学院　上原和代
小児保健看護研究室　098(000)0000
k-uehara@・・・

平成 27（2015）年度
博士（看護学）学位論文
沖縄県立看護大学大学院
保健看護学研究科　博士後期課程
320001　上原和代
2016 年 3 月作成