

博士〈保健看護学〉論文

高齢療養者の医療処置を担う介護者への
訪問看護師のケアリング行動に関する研究

2020年3月

山形 真由美

川崎医療福祉大学大学院
医療福祉学研究科保健看護学専攻

要旨

本学位論文では、高齢療養者の医療処置を担う介護者の心身の安定に資する訪問看護の質向上をねらいとし、訪問看護師のケアリング行動尺度および訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知尺度を開発すること、また、ケアリング行動への介護者の認知が介護負担感に与える影響を検証することを目的とした。

第1段階では、高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動を明らかにした。対象者は、訪問看護経験5年以上の訪問看護師10名であった。医療処置を担う介護者に対する関わり方について半構造化面接を実施し、Krippendorffの内容分析の手法でケアリング行動について分析した。その結果、【受け入れられる関係性を育む】【元からある生活を守る】【気持ちをやわらげる】【医療処置の力を引き出す】【医療処置の自信を与える】【休息との安心ために連携する】【療養者の安楽を守る】の7カテゴリが導き出された。

第2段階では、高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動尺度を開発し、その信頼性、妥当性を検討することを目的とした。調査対象は、47都道府県毎に無作為抽出した訪問看護ステーション470カ所の訪問看護師各3名、合計1,410名とし、分析対象は、回収535名（回収率37.9%）のうち訪問看護師のケアリング行動に欠損値の無い497名とした。調査内容は、基本属性と第1段階の結果を基に作成した訪問看護師のケアリング行動40項目、看護師の共感援助尺度16項目の質問項目で構成した。探索的因子分析の結果、「関係性を育む」「医療処置の力を引き出す」「肯定的感情を共にする」「元からある生活を守る」「気持ちをやわらげる」「安心を気づかい介入する」の6因子32項目が抽出された。この6因子2次因子モデルは、確認的因子分析の結果統計学的な許容水準を満たしており、訪問看護師のケアリング行動尺度として信頼性、妥当性を有することが確認された。本尺度は看護実践領域や文化的背景の特徴をふまえた構成要素が抽出できており、訪問看護師のケアリング行動評価に加え、訪問看護初心者の実践指標にもなることが示唆された。

第3段階では、訪問看護師のケアリング行動へ的高齢療養者の医療処置を担う介護者の認知尺度を開発し、介護者の認知が介護負担感に与える影響を検証することを目的とした。調査対象は、75歳以上の療養者の医療処置を担う、調査票に記入可能な介護者各3名、合計1,410名とした。対象者の選定は、第2段階で選出した訪問看護ステーションの管理者に依頼した、分析対象は、回収218名（回収率15.4%）のうち、ケアリ

ング行動への介護者の認知に欠損値が無い175名とした。調査内容は、基本属性、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知40項目、全般的介護負担感10項目で構成した。訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知40項目は、第2段階で選定した訪問看護師のケアリング行動40項目を、介護者に回答可能な語尾に変更して作成した。まず、訪問看護師のケアリング行動40項目の項目得点について、訪問看護師と介護者、両群の平均ランクを比較するため、Mann-Whitney U検定を行った。その結果、40項目中32項目に有意差があり、そのうち31項目は、訪問看護師のケアリング行動実施頻度よりも、ケアリング行動を「してくれる」と思う介護者の認知の方が有意に高かった。つまり、本研究の対象となった介護者は、訪問看護師よりもケアリング行動を高く認知している結果であった。次に、40項目について探索的因子分析を行い、「信頼」「安心」「共通理解への配慮」「気持ちの癒し」の4因子24項目が抽出された。この4因子2次因子モデルは、確認的因子分析の結果統計学的な許容水準を満たしており、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知尺度として信頼性、妥当性を有することが確認された。さらに、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知と介護負担感に関する因果関係モデルの適合度について、構造方程式モデリングにて検証した。その結果、因果関係モデルは統計学的許容水準を満たしており、介護者の認知から介護負担感には有意な負の関連が示された。その説明率は11.5%であった。ゆえに、訪問看護師のケアリング行動を介護者が認知することは、介護負担感の軽減につながることを示唆された。

以上の結果から、本学位論文で開発した訪問看護師のケアリング行動尺度は、現任教育としての自己評価に加え訪問看護初心者の行動指標にも活用でき、相手を気づかうケアリング行動を意識した訪問看護師育成が期待できる。また、介護者がケアリング行動を高く認知することは、介護負担感軽減に影響することが示唆されたため、ケアリング行動尺度を指標として、個々の訪問看護師が意識的にケアリング行動の質を維持向上していくことが重要と考える。

限界と課題は、介護者調査は回収率が低く、データ数が十分とは言えない。また、訪問看護ステーションの管理者に介護者の選択を依頼したため選択バイアスが生じた可能性もある。今後は介護者の認知尺度を用いて、訪問看護ステーション経由ではない調査も含め、規模を広げて調査することが課題である。そして、訪問看護師のケアリング行動尺度を用いて、ケアリング行動が訪問看護師自身に与える影響を検証し、訪問看護師が満足してケアリング行動を行えるよう検討することも課題である。

目次

第1章 序論	
第1節 研究の背景	
1. 社会的背景	1
2. 医療処置を担う介護者の現状と先行研究	2
3. 訪問看護の現状	3
第2節 ケアリングについての文献検討	
1. ケアリングの来歴	4
2. ケアリングに関する理論	5
3. ケアリングに関する課題	6
4. ケアリングの概念分析	8
5. ケアリングの測定用具	9
6. ケアリングの文献検討から得られた知見	12
7. 小括	13
第3節 本研究の目的と研究の構成	
1. 研究の目的	13
2. 研究の構成	14
3. 用語の定義	14
4. 倫理的配慮	15
第2章 本論	
第1節 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動	
1. 目的	18
2. 研究方法	18
3. 研究結果	19
4. 考察	26
5. 結論	30
第2節 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動 尺度の開発	
1. 目的	31
2. 研究方法	31
3. 研究結果	33
4. 考察	41
5. 結論	44
第3節 訪問看護師のケアリング行動へ的高齢療養者の医療処置を担う介護者の 認知と介護負担感の関連	
1. 目的	45
2. 研究方法	45
3. 研究結果	47
4. 考察	57
5. 結論	65
第3章 総括	
1. 研究のまとめ	66
2. 研究の意義	66
3. 研究の限界と今後の課題	67
文献	68
謝辞	73
資料	74

第1章 序論

第1節 研究の背景

1. 社会的背景

日本の高齢化は先進諸国で最も高い水準にあり、2018年には75歳以上人口が65～74歳人口を上回り、今後も増加し続けると見込まれている。健康寿命は、2016年時点で男性が72.14年、女性が74.79年であり、75歳以上は要支援・要介護認定者の8割以上を占める状況である¹⁾。つまり、75歳以上になると健康状態に支障が生じることが推測される。在宅医療の現状を見ても、訪問診療の利用者全体に占める割合は75歳以上が約90%²⁾、訪問看護ステーションの利用者は総数で80歳以上が51.5%³⁾と半数を占め、75歳以上の高齢者の在宅医療のニーズが高いことが窺われる。このような高齢化の急速な進展を受け、高齢期における適切な医療の確保を図るため、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（2014、高齢者医療確保法）が策定された。この施策の一環として、慢性疾患や障害がありながらもできるだけ住み慣れた地域で生活することを目指し、質が高く効率的な医療提供体制が整備されている⁴⁾。そして、経管栄養や吸引などの医療処置を有しながらも、介護者が処置を担うことで在宅療養を続ける高齢者も増加している。

訪問看護ステーションで行われる医療処置をみると、要介護度4～5では経管栄養・褥瘡処置・吸引などが多く⁵⁾、日常的には家族介護者が担っていることが考えられる。要介護者等と同居している主介護者の内、75歳以上の療養者を介護する介護者をみると、50～70歳代と幅がある。そのため、主介護者は、介護離職や老老介護の問題を抱えているとされているが⁶⁾、医療処置を有する要介護度が高い療養者の場合、レスパイトの利用ができないケースもある^{6) 7)}。加えて、医療処置を有する療養者の場合、ケアマネジャーが連携の中心にいたとしても、医療処置に対する苦手意識があることが報告されている^{8) 9)}。主介護者は、介護を担う役割の前に、一人の生活者であり、生活者としての自己実現は守られる権利がある。家族に医療処置が必要となり、主介護者としてそれを担うことを選択し、療養者と共に暮らすことが希望であるならば、その希望に沿った生活を守る支援が必要である。

在宅サービスの中の医療職として、命に係わる医療処置を担う家族介護者の生活を守り介護継続を支えるには、訪問看護師一人一人のケアの質が問われる。Mayeroffによ

ると、ケアとは相手が成長し、自己実現することを助けることである¹⁰⁾。訪問看護師には、このケアを本質とした介護者の自己実現を助けるケアリング行動が重要であるが、1人で訪問することへの不安や、家族や家での生活まで看ることの大変さなどの困難感が報告されている¹¹⁾。ゆえに、訪問看護師のケアリング行動の指標となり、自己評価が可能な尺度を作成し、ケアリング行動の維持向上を目指す必要があると考える。

2. 医療処置を担う介護者の現状と先行研究 (図 1)

医療処置を担う介護者は、約 70%が半日以上介護しており、約 80%が身体的・心理的負担を感じている。さらに、64%の介護者が 3 年以上介護している¹²⁾。また、ケア発生の時間帯も 24 時間全体に及ぶ¹³⁾。つまり、医療処置を担う介護者は、時間的拘束や不安を抱えた生活を長期に継続していることになる。一方、医療処置を担う介護者は在宅で看るという動機や、自己成長感・積極的受容という肯定感が高い¹⁴⁾。しかし、家族介護意識の高さは、介護負担を抱え込む要因にもなることも指摘されている¹⁵⁾。

また、医療処置を担う介護者の介護の安定化には、一定のプロセスがあることも明らかにされている。医療処置初期の介護者は、入院中に指導を受け理解したつもりでも、自宅という生活の場で療養者を見た時には、特異な共棲者・変わってしまったと感じている¹⁶⁾¹⁷⁾。また、医療処置に慣れるまでは緊張と疲労が蓄積している¹⁸⁾。このような時期に介護者は、訪問看護師に医療処置を管理してほしいという被管理願望を持つとされている¹⁶⁾。これらの研究では、特に医療処置初期の介護者は、未知への不安が強くとされている¹⁵⁾。そして、介護者は、医療処置をすることに恐怖感を感じながらも¹⁷⁾訪問看護師をロールモデルとすることで療養者に近づいていく¹⁶⁾。介護者が在宅での医療処置に慣れると、療養生活を守る介護者としての責任と誇りが生じ¹⁸⁾、介護者が医療処置のイニシアティブを取得できるとされている¹⁶⁾。訪問看護師は、このような介護の安定化プロセスを、介護者の緊張や不安を察知し、介護者としての誇りを育む支援をしていると推測できる。

小野らは、訪問看護師が人として家族に寄り添いともにある関係性を育む支援を行っていることを報告している¹⁹⁾。そして、支援に労力が必要な医療処置を担う介護者の場合、訪問時間の内平均 25%を専ら介護者支援に充てるという現状もあり、限られた訪問時間内に家族ケアを行うことにしづらさを抱えていることも報告されている¹²⁾。法律上の訪問看護の対象者は、「居宅要介護者 (介護保険法第 8 条第 4 項)」、「居宅にお

いて療養を受ける状態にある者（健康保険法第 88 項第 1 項）」、つまり、療養者本人と規定されている。したがって、決められた時間枠で療養者に必要な看護をすることが前提にあり、介護者への援助はその枠に組み込んで行うことになる。そこには、療養者の介護を担う人としての関わりだけでなく、人としての介護者に寄り添う訪問看護師の看護の在り様がある。在宅医療の最大の目的は在宅療養の継続であり、その在宅療養を支えるために家族の存在は大きい。したがって、訪問看護師の家族支援について、介護者に寄り添い、その自己実現を目指すケアリングの観点から実践可能な指標を作成することは、訪問看護の質向上につながり、介護者の介護継続に資すると考えられる。

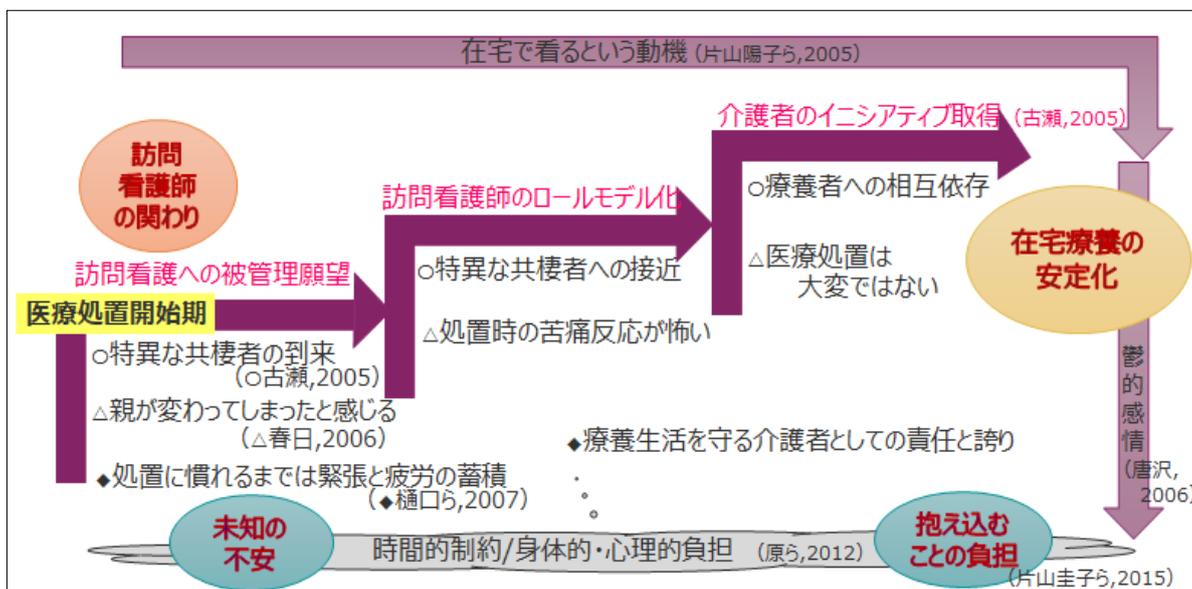


図 1 医療処置を担う介護者の先行研究
 (片山ら,2005 古瀬,2005 唐沢,2006 春日,2006 樋口ら,2007 原ら,2012 片山ら,2015)

3. 訪問看護の現状

1992 年に老人保健法の一部改正により老人訪問看護ステーションが事業化されてから、25 年目を迎える。2019 年 4 月 1 日現在の訪問看護ステーション数は 11,161 か所、サテライト事業所数は 1,496 か所で、いずれも年々増加傾向にある²⁰⁾。しかし、人口 10 万人当たりの都道府県別訪問看護ステーション数では、全国平均 7.0 に比べ、5.0 未満が 4 県ある²¹⁾。2014 年に創設された、重症患者への対応や 24 時間対応などを行い地域の状況をマネジメントする機能強化型訪問看護ステーションは、全国で 438 か所であり増加はしているが、大都市に多い傾向にある²²⁾。つまり、訪問看護ステーションの立地は、都道府県ごとの地域差が大きく安定的な供給とは言えない現状にある。従事する看護職員数は、2016 年 46,977 人 (2.8%) で、2008 年の 2.1% から微増であり、

このままの経過では 2025 年に向けた需要に応じられない可能性が高い²³⁾。また、訪問看護ステーションの従業員は、5 人以上のステーションが徐々に増えているが、5 人未満の中規模～小規模ステーションが約半数を占める²²⁾。訪問看護師不足に対応するための方策の 1 つとして、日本看護協会は、新卒看護師を訪問看護事業所で採用することに取り組んでいる²⁴⁾。これを受け、各地で新卒訪問看護師育成に関する報告がなされている^{25) 26)}。

研修・勉強会への参加について、常勤職員のステーション（または法人）内では、「参加する」が 96.6%を占めるが、「非常勤の職員も原則常勤同様である」としている割合は、事業所 1 か所運営では 56.0%で、参加に差があることが報告されている²⁷⁾。したがって、ケアリングに基づく看護実践の知見を集積し、どのような規模のステーションであっても、一定の質を確保することは重要であると考えられる。

第 2 節 ケアリングについての文献検討

1. ケアリングの来歴

佐藤によると、看護においてケアリングがはじめて論文として発表されたのは、1976 年に発表されたマデリン・レイニンガー（Madeleine M. Leininger）の「Caring: The essence and central focus of nursing」とされている²⁸⁾。レイニンガーは、その著書「Culture Care Diversity and Universality, A Theory of Nursing（1991/2006）」で、1950 年中頃から 1970 年代半ばまでは、高度科学技術により医学的モデルを中心とする看護実践の効率化が重要視され、ケアリングよりもキュアリングに高い価値をおき人間主義的ケアが失われていたことを記している²⁹⁾。しかし、レイニンガー自身は 1950 年代中頃から、文化を超えた看護、および看護の本質としてのケアに着目し、開発に向けた地道な活動を始め、1978 年には「全国研究ケア協議会（National Caring Research Conference）」を設立した。これは、1988 年に国際ヒューマンケアリング協会と改名された。そして、この頃から看護におけるケアリングの研究が普及し始めた。

また、筒井によると、日本では 1989 年に日本看護科学学会第 1 回国際看護学術セミナー「ヒューマン・ケアリングと看護」が開催され、1992 年には「ヒューマン・ケアリング」のテーマで、国際看護学術集会が開催され、ケアリングが広まっていったということである³⁰⁾。

2. ケアリングに関する理論

ケアリングの定義については、Benner は、ラザルスのストレス認知理論³¹⁾を基盤とし、「病気」とは、「自分の生活の円滑な営みを可能にしていた意味ないし理解が錯乱されていると感じるストレス」であり、「疾患」と区別している。そして、「看護実践とは、患者が病気というストレスに対処していくのを手助けする営みである」「看護実践を可能にする根本条件は気づかい（ケアリング）である」「そこで用いられる科学は、人を気づかい責任を引き受けるという道徳的技能（moral art）とその倫理によって統制される」と述べている³²⁾。つまり、患者への気づかいは、道徳的技能を伴う援助によって、ストレスへの対処が手助けできる、それがケアリングということである。道徳的技能は、「傷つきやすく苦悩する人を助ける際の有益性と非有害性という専門職としての基準としての善³³⁾」と言い換えることができる。また、Leininger は、ケアリングを「人間の条件や生活様式を改善したり高めようとするあるいは死に対処しようとする明白なニーズあるいは予測されたニーズをもつ個人あるいは集団を援助したり、支持したり、あるいは能力を与えたりすることを目指す行動」と定義しており、「文化的なケアの価値と信念」に対する知識をもってケアすることが重要と述べている³⁴⁾。したがって、ニーズに基づく援助的、支持的看護行為を、その人が生活する生活様式や価値観などに合わせて行うことがケアリングということになる。さらに安井は、Noddings のケアリングの倫理を「他者のためになりたいという無意識で根本的な『自然なケアリング (natural caring)』と自然なケアリングによって引き起こされる他者と道徳的に接する『倫理的なケアリング (ethical caring)』を合わせもつ」と概説し、ケアリングがケアをするときの倫理的行動の基盤になるとしている³⁵⁾。Watson は、患者と看護者の過去・現在・未来が重なりあい一つになって、共に影響を与え合う「トランスパーソナル」な関係によって「癒し」と「健康」を与えられると述べ、Mayerof と同様に「互いに成長しあう」ケアリングにおける関係性を重視している³⁶⁾。また、Swanson は、ケアリングは、共にあること＝喜びでも悲しみでも感情を共有することとしている³⁷⁾。したがって、ケアリングは、専門的な看護技術を提供しながら、対象者と看護師との相互作用を通して、互いに影響を与え合う関係性を育ててこそ行える看護行為と言える。

以上から、ケアリングには、根本にもつ自然な人への気づかい、専門職として対象の有益性を基準に行動する倫理、対象の生活様式や価値観などの文化に合わせたニーズに基づく援助的・支持的看護行為、対象者と看護師との相互作用を通して互いに影響を与

え合う関係性が包含されている。そして、ケアリングは、対象がもつ病気というストレスへの対処をサポートするものである。

3. ケアリングに関する課題

ケアリングに関する課題として、「感情労働」による燃え尽き症候群の可能性が指摘されている³⁸⁾。「感情労働 (emotional labor)」とは、Hochschild³⁹⁾が労働の中に感情という要素を取り上げたものである。片山らは、Hochschildの言う「感情労働」を、「他者の感情状態を変化させたり維持したりすることを目的として、適切であると見なす感情を声や表情や身体動作によって表現し、自分自身の感情を調整する仕事」と提示し、看護師の感情労働を「患者にとって適切であると見なす看護師の感情を患者に対して表現する行為」と定義している⁴⁰⁾。つまり、不安や緊張のある患者に、看護師の受容的共感的感情を表現する行為ということであり、ケアリング行動と共通するものである。そして、片山らが作成した看護師の感情労働尺度には、看護師として自然な感情と場に応じて抑制する感情が因子として抽出されている⁴⁰⁾。三原は、「感情労働」にあるのは真摯な交流ではなく演技された交流であり、心からではなく擬装された「共感」とみており、否定的な応答ばかりをしてくる患者に対しては、それが精神的防御策となり得ることも指摘している⁴¹⁾。看護師も生活者であるので、いつも一定の感情ではいられない。それでも対象へのケアリングにおいては、相手にとっての適切な感情を推し量りながら関わっていると推察される。それが共感的疲弊にならないようにするために、「感情労働」で自分自身の感情を調整する力も、ケアリングには必要な側面と考えられる。

また、ケアリングによる燃え尽き症候群については、Bennerも言及している。Bennerは、ケアリングが行きつくところは燃えつきではないかという問いに対し、患者との間に距離を置いて防御することが、ケア提供者を守る最善の方法ではない。ケアリングによって苦痛を体験しても、同時に力強さと肯定感も体験できる。回避するアプローチからは得られない積極的な関わりから獲得した資源こそが、ケア提供者を守るとしている⁴²⁾。また、Montgomeryは、ケアリングに関する情緒的危険性は、患者の死等につながる個人的な喪失と自分の能力を超えて状況を調整しようとして起こる情緒的負担の二つがあるとしている。Bennerと同じく、情緒的に危険な状況であっても、深い満足感が得られるケア提供者がいることを指摘しており、それはケアリングの動機づけと強化につながると述べている。情緒的な負担への対処として、一つには、満たされない欲求

を満たすための、現実を無視した義務感や能力とのバランスをもち、解決ではなく変化を与えることを考えるという個人的資源がある。二つ目には、ケア提供者を支える外的サポート資源があり、患者中心の支援とケア提供者中心の支援の両方が行える環境を用意する必要があると述べている⁴³⁾。したがって、ケアリングによる情緒的要求がケア提供者に生じた時、個人的資源と外的サポート資源を活用し、対処することができたら、燃え尽きに至るのではなく、自己成長をもたらすという可能性があると考えられる。

また、Leininger³⁴⁾、Watson³⁶⁾などの著書を翻訳した稲岡は、第16回日本看護科学学会学術集会基調講演（1997）において、「ここで述べるヒューマンケアリングはWatson、Leiningerが論じるものと同じではない」として、日本の文化や生活習慣に密着した独自のヒューマンケアリング理論を構築することが重要と説いている。そして、和文献を引用し、「ささえあう」関係とは重荷をもつ患者を精神的に一人ぼっちにしないこと、一人ひとりの患者をみてその人らしさのリズムに合わせ理論や知識を生かしていくこと、技は技だけで身につくものではなく技と心は一緒に進歩していくもの、などをヒューマンケアリングの神髄として説明している⁴⁴⁾。つまり、日本文化や生活習慣をふまえたケアリングを看護実践に取り入れて、日本のケアリングの質を高めていくことは課題と考えられる。

さらに、城ヶ端らは、ケアリングには、概念の不明確さ、看護職の独自性の不明確さ、文化や民族による違いなどの課題を指摘している⁴⁵⁾。最も直近にケアリングについての総説を発表した西田（2018）も、ケアリングは看護の中核概念として認識されているが、本質的把握が十分でないことを指摘している。そして、看護におけるケアリングは、相手に「寄り添いたい、寄り添わねばならない」という能動的な「願いや思い」を根底にもった看護実践全体であると、再定位している。相手に「寄り添いたい、寄り添わねばならない」という思いは、看護師の場合は、職業的責務に起因する倫理感として生まれ、それをもちあわせるからこそ看護師として患者の前に立ち、ケアすることが許されている。そして、患者の心が動かされるのは、言葉かけや行為という表象上の言動ではなく、その根底に相手に向かう能動的な感情が存在するからであると述べている。加えて、ケアリングは、知識と技能で身につくものではなく、看護場面の相互作用の中で、看護師が自身の内にある患者への願いや思いを感じとり、看護師としてどうあるべきか自問しつつ高めていくことが根底にあることを論じている⁴⁶⁾。つまり、西田によると、ケアリングは看護実践という自己表現であり、看護師として患者にどのように向き合う

か自身のあり方が問われるものと言える。西田が再定位したケアリングを実践に応用するには、職業的責務に起因する倫理観、看護師の患者への願いや思いという感情、その感情に引き起こされる行為などを、一つ一つ具現化していくことが必要と考える。

以上、ケアリングをめぐる課題を検討した。筆者は、看護師として対象に関わる時、看護師自身がその時どのような感情であろうとも、その感情は対象に向かわねばならないと考える。それが関わった結果に責任をもつという職業倫理であろう。先述の「感情労働」が表面上の関わりのみでは、対象が自分にとって最善の選択をし、それを継続することは難しいと考える。そこには状況に合わせて、その人にとっての最善を考え、導いてくれる信頼できる専門職が必要であり、それこそが専門職のケアリングと言えよう。したがって、ケア提供者にケアリングによる燃え尽きが生じることは、対象者にとっての損失でもあり、検討すべき重要課題と考える。

4. ケアリングの概念分析 (表 1)

ケアリングの概念分析について、広く用いられている Morse et al⁴⁷⁾、国内の概念分析 3 文献 (筒井³⁰⁾、操ら⁴⁸⁾、永島⁴⁹⁾) について検討した。

これらのケアリングの概念分析によると、ケアリングの要素には「看護師 (人間) の特性」「看護専門職としての知識・技術」「道徳的な要求」「ニーズに応じた看護活動」「患者—看護師間の関係性 (相互作用)」「ともにいる状況としての存在」「ケアリングによってもたらされるアウトカム (個人/集団の自己実現・看護師自己実現)」などが明らかになっていた。

表1 ケアリングの概念分析

著者	発表年	対象文献の年代	対象	ケアリング要素				
				人間の特性	道徳的な要求	情感	患者—看護師間の人的相互作用	治療的な介入
Morse et al	1990	1976~1989	ケアリングに関する25人の研究者の文献	人間の特性	道徳的な要求	情感	患者—看護師間の人的相互作用	治療的な介入
筒井真優美	1993	1966~1992	海外文献 ケアリングの理論家の文献	<先行要件> 看護専門職としての知識・技術・態度	<定義>個人または集団の生活上のニーズに応じて専門職としてかかわる(援助・支援・能力を与える・監督・保護など)こと	<結果> ・個人/集団の自己実現 ・看護師自己実現		
操 華子 他	1996	1974~1995	英語圏における47件の文献	看護婦の特性	看護活動	患者—看護婦(ケア提供者)の関係性	ケアリングによってもたらされるアウトカム	その他
永島すえみ	2013	1989~2000 2000~2012	和文献16文献 和文献66文献	被ケア者を理解する<<知識>>	被ケア者へのケアリング行為である<<欲求の充足>>と<<充足方法>>	ケア者と被ケア者がともにいる状況としての<<存在>>	ケアリングの目的<<目標>>としての支え(サポート)	

5. ケアリングの測定用具

1) ケアリングの測定用具（以下質問紙）の文献検討（表 2）

本稿では、和訳されている海外のケアリング質問紙に関する文献を中心に検討する。Watson は、ケアリングの哲学的／存在論的な次元の不明瞭さを認め、ケアリング実践に関する明確な領域を明らかにするための測定用具を紹介している⁵⁰⁾。この著書にある質問紙において、和訳されたものは 3 件、以下の (1) ～ (3) である。

(1) The Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (CARE-Q) : Larson PJ et al

この質問紙は、がん患者のケアリングニーズに関する看護師のケアリング行動の認識を測定するものである。Watson によると、看護文献で引用された最初の質問紙であり、50 項目のケアリング行動は、6 つのサブスケール（近づきやすさ・説明と事を容易にすること・安楽・予測・信頼関係・監視と最後までやり遂げること）に整理されている。CARE-Q は、患者と看護師によるケアリング行動への重要度（Most Important～ Not Important）の認識について、相違や類似を測定することを目的としている。Kyle のレビュー論文では、CARE-Q で測定した重要なケアリング行動について、看護師は心理社会的なスキルに焦点を当てており、患者は専門的スキルに焦点を当てているとされている⁵¹⁾。後にこの CARE-Q をもとに、回答にビジュアルアナログスケールを用い 29 項目に短縮した「Care Satisfaction Questionnaire(CARE/SAT)」を Larson と Ferketich が作成している⁵²⁾。しかし、いずれも回答への指示の難しさなどから、完了するまでに時間を要することが指摘されている⁵⁰⁾。国内においては、重久らが、CARE-Q をもとに「がん患者へのケアリング行動質問紙」を作成している⁵³⁾。この質問紙を用いて、がん患者に対する看護師のケアリング行動は、看護師の自律性（看護師が行うべき看護業務を自律的に行う能力）」と相関があること⁵⁴⁾、その実践には性差が無いことが報告されている⁵⁵⁾。また、CARE-Q を和訳して用いた水野らによると、看護専門学校・看護短大を卒業した看護師は「患者の話に耳を傾ける」を、看護系大学卒業・看護系大学院修了の看護師は「患者も個別性を持つ人間であることを良く理解している」を最も重要と認識しており、教育背景による認識の差が報告されている⁵⁶⁾。

(2) Caring Behaviors Assessment Tool (CBA) : Cronin SN, Harrison B

この質問紙は、63 項目の看護師のケアリング行動で構成されている。これもケアリング行動の重要度（Much Importance～Little Importance）について、5 段階のリッカートスケールを用いて質問している。63 項目は、Watson の 10 のケア因子を基盤とし

た7つのサブスケールに分けられる。Croninらは、心筋梗塞の患者を対象にCBAを作成し、患者は、身体的ケアとモニタリングに焦点を当てた看護行為を最も重要視したと報告している⁵⁷⁾。国内では、佐原らが出産後の褥婦を対象にして、CBA日本語版(CBA-J)を作成している。これを用いた調査でも、分娩期の女性が最も重要であると認知したケア項目の上位は、「安心させてくれる」「医療器具の扱いに習熟している」「助産師は自分の行っていることがよくわかっている」などであり、Croninらと同様の結果を得ている。佐原らは、いずれの対象者も自身のコンディションに関心が高い時期にあるため、看護ケアの中の医療行為に近いものについての関心が高くなったと考察している⁵⁸⁾。また、操ら(1996)もCBAを和訳し、患者と看護師が重要と思うケアリング行動を比較検討している。その結果、重要と認識したケアリング行動の上位3項目は、患者が「注射や点滴のやり方をよく知っている」「機器類の取扱いを知っている」「明るく朗らか」であり、看護師は「安心させてくれる」「話をよく聞いてくれる」「説明してからやってくれる」であり、両者には相違があったとされている⁵⁹⁾。CBAによる国内外の結果は、(1)で述べたKyle(1995)⁵¹⁾のレビュー論文と一致した結果であった。

(3) Caring Behaviors Inventory (CBI) : Worf ZR et al

この質問紙は、Watsonのトランスパーソナル・ケアリング理論を根拠とし、患者と看護師の両者におけるケアリング行動に対する認知を測定するものである。42項目には5つのサブスケール(他者に敬意を表した尊敬・人間存在の確実性・肯定的な結びつき・専門的な知識と技術・他者の存在に対する思いやり)がある⁶⁰⁾。リッカートスケールは、ケアリング行動への認知(agree~disagree)を問うもので、当初の4段階から後に6段階に変更されて用いられている。WorfらはCBIを用いて、患者による看護師のケアリング行動への認知と患者満足度には、強い正の相関($r = 0.78$ 、 $p < 0.01$ 、 $R^2 = 61.46\%$)があるという結果を得ている⁶¹⁾。しかし、42項目では患者に実施するには負担があるため、後に短縮版が作成され、その信頼性と妥当性が検証されている⁶²⁾⁶³⁾。CBIの短縮版24項目を使用した、がん化学療法中の患者・介護者・看護師の比較では、患者・介護者よりも看護師がケアリング行動を有意に低く評価しており、すべてのグループにおいて「知識と技術」の得点が最も高いという結果を得ている⁶⁴⁾。一方、外科手術を受けた患者と看護師のケアリング行動比較では、患者の得点が看護師の得点より低く、患者は「保証(療養に伴う精神的身体的保証)」、看護師は「知識と技術」の得点が最も高いという結果を得ている⁶⁵⁾。CBIは認知を問うものであり、2文献とも、専門的

な知識・技術の提供あるいはそれによる保証の認知は、看護師にも患者にも高いという結果であった。しかし、ケアリング行動に対する認知の総得点は、患者と看護師のいずれが高得点を示したかにおいて、2文献で異なる結果であった。患者の状態や患者・看護師を取り巻く背景により、差が生じることが考えられる。国内においては、田村らがCBI42項目を和訳し、病院看護師を対象にして看護師のケアリング行動を測定し、因子分析の結果、42項目から6因子を抽出している⁶⁶⁾。

(4) Human Caring Meaning Questionnaire (HCMQ) : Boonyanurak P et al

Watson が紹介した質問紙以外で和訳して用いられているケアリング質問紙として、小澤ら⁶⁷⁾ 竹尾⁶⁸⁾ のヒューマンケア行動質問紙 HCMQ 日本語版がある。これは、ブーニャヌラク et al が作成したヒューマンケア行動調査票 35 項目を和訳したものである⁶⁹⁾。6 因子 29 項目からなり、ケアリング行動の実施頻度について、5 段階のリッカートスケールで問うものである。小澤らの HCMQ 日本語版を用いた病院看護師を対象とした研究では、職位が上がるほど、また年齢や臨床経験が増すほど HCMQ スコアが高くなることが示されており、この結果は HCMQ が作成されたタイにおける 4 年課程の教育を受けたナースと同じ傾向であることを報告している⁶⁷⁾。

表2 国内のケアリング質問紙を用いた文献

<p><領域を特定しない質問紙></p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師の行うケアに関する調査用紙(操ら,1996) 患者と看護師が認識するケアリング行動の比較分析 (東京および近郊の患者281名) ・ヒューマンケア行動質問紙HCMQ日本語版(竹尾,2005) ・看護師のケアリング行動(田村ら,2013)
<p><特定の領域の質問紙></p> <ul style="list-style-type: none"> ・分娩期にある女性のケアリング尺度CBA-J(佐原ら,2010) ・がん患者へのケアリング行動質問紙(重久ら,2012)

2) 検討した文献からの考察

最も重要とするケアリング行動については、患者は専門的スキル、看護師は心理社会的スキルであり、重要度の認識に相違があった。そして、ケアリング行動の認知についても相違はあるが、患者と看護師で共に「知識と技術」の得点が高い傾向にあった。以上の結果は、国内外で同様の傾向であった。本来治療を目的としている患者が確実な医療行為を求めているのは自明であり、専門的スキルを重要視する認識もその認知も高いことは当然の結果と考える。医療行為を安全に的確に行うことはもちろん重要ではあるが、それだけでは患者が病気というストレスを乗り越えることはできないであろう。だ

からこそ看護師は、患者にとって病気がいかなる意味をもつかを理解するため、心理社会的な面に焦点を当てたケアリング行動を重視しているのだと考える。しかしながら、今回の検討では、看護師も心理社会的なケアリング行動への認知が低い傾向にあった。ケアリングは広範な領域を持つ概念であり、概念を明確にして実践に有用としていかねならない⁷⁰⁾。ゆえに、看護師一患者相互の精神面での関わりを含めたケアリング行動の指標を作成し、看護師が重要としているケアリング行動の認知を高め、実践に活かしていくことが求められると考える。

また、ケアリング行動への認知の得点を患者と看護師で比較した結果は、研究論文によって、高得点群に相違があった。これは、患者の状態や患者・看護師を取り巻く背景によるニードの相違から、ケアリングの認知にも相違が生じることが考えられる。**Leininger** は、看護師は、すべてのクライアントを同じように扱うのではなく、文化に特有なケアの価値観と慣習を看護実践の指標として用いることが重要と説いている³⁴⁾。したがって、ケアリング行動質問紙を実践の指標にするには、その文化における価値観を汲み取り、文化に沿った満足できるケアリング行動を抽出することが重要と考える。

6. ケアリングの文献検討から得られた知見

- 1) ケアリングには、根本に自然的な人への気づかいをもち、専門職として対象の有益性を基準に行動する倫理、対象の生活様式や価値観などの文化に合わせたニードに基づく援助的・支持的看護行為、対象者と看護師との相互作用を通して互いに影響を与え合う関係性が包含されている。そして、ケアリングは、対象がもつ病気というストレスへの対処をサポートするものである。
- 2) ケアリングによる情緒的疲弊の要求がケア提供者に生じた時、個人的資源と外的サポート資源を活用して対処することができたら、燃え尽きに至るのではなく、自己成長をもたらすという可能性がある。
- 3) ケアリングは、海外の理論と同一とは言えないので、日本の文化や生活習慣に密着した独自のケアリングを、看護実践場面から具現化していくことは課題である。
- 4) ケアリングは、看護師として患者に向き合う自己表現でもあり、〈相手に寄り添いたい、寄り添わねばならない〉と真に感じとる能動的な「願いや思い」を根底にもった看護実践全体と言え、看護師としての自身のあり方を自問し高めていくことが重要である。
- 5) ケアリングの概念分析によると、ケアリングの要素には「看護師（人間）の特性」

「看護専門職としての知識・技術」「道徳的な要求」「ニーズに応じた看護活動」「患者—看護師間の関係性（相互作用）」「ともにいる状況としての存在」「ケアリングによってもたらされるアウトカム」などが明らかになっていた。

6) 国内外のケアリング質問紙による患者と看護師の比較では、最も重要とするケアリング行動は、患者は専門的スキル、看護師は心理社会的スキルで、重要度の認識に相違があった。ケアリング行動への認知の程度得点にも相違はあるが、患者と看護師共に「知識と技術」の得点が高い傾向にあった。つまり、看護師は、心理社会的スキルを重要視しているが、知識や技術的なケアリング行動をより高く認知していた。したがって、個々の看護師がケアリング行動を評価でき、知識・技術のみならず心理社会面も考慮したケアリング行動を強化できる指標の作成が求められる。

7. 小括

ケアリングの文献検討の結果、医療処置を担う介護者に対する訪問看護師のケアリング行動に焦点化した尺度は見当たらなかった。高齢者訪問看護における家族支援質指標が開発されているが⁷¹⁾、これも医療処置を担う介護者の特徴を捉えた指標ではない。また、国内で用いられているケアリング質問紙は、日本文化を反映した質問項目を検討されているが、海外の質問紙をベースにしたものであった。さらに、Bennerの理論にある「ケアリングが患者（本研究では介護者）の病気（本研究では介護）というストレスの手助けができる³²⁾」ということを検証した研究は見当たらない。75歳以上の高齢療養者は、今後増々在宅医療ニーズが高くなると予測されている。その在宅療養を支える医療処置を担う介護者には、医療と介護両面から関わる訪問看護師のケアリングが不可欠と考える。したがって、個々の看護師がケアリング行動を評価でき、有意義なケアリング行動を行えるよう指標となる尺度を作成すること、さらにそのケアリング行動の効果を検証することは、介護者の心身の安定に資する重要な課題と考える。

第3節 本研究の目的と研究の構成

1. 研究の目的

高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動尺度および訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知尺度を開発する。そして、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知の側面から、ケアリング行動が介護負担感に与える影響

を検証することを目的とする。本研究により、訪問看護師のケアリング行動に関する客観的指標が得られ、介護者の心身の安定に資する訪問看護の質向上への一助となると考えられる。

2. 研究の構成

- ・第1段階：高齢療養者の医療処置を担う介護者（以下タイトル以外の文中は介護者と称す）への訪問看護師のケアリング行動を質的研究にて明らかにする。
- ・第2段階：第1段階で得られた結果および先行研究を基に介護者への訪問看護師のケアリング行動尺度を開発する。
- ・第3段階：第2段階と同様の方法で、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知尺度を開発する。介護者の認知尺度を用いて、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知が介護負担感に与える影響について検証する。
- ・介護負担感への影響については、先行研究から得られた患者と看護師のケアリング行動に関する認知は同一ではないという結果を受け、介護者のデータから介護者独自の認知尺度を開発して検証する。
- ・本研究の対象は、療養者については、在宅医療ニーズが高く、一般的に就学や就労の影響が無い75歳以上に限定する。介護者については、高齢療養者の医療処置を担う主家族介護者とし、広範に活用できる尺度とするため、年齢、性別は不問とする。

3. 用語の定義（図2）

用語の定義に先立ち、Swanson³⁷⁾ Montgomery⁴³⁾ Benner³²⁾などのケアリング理論、操⁵⁹⁾ 筒井³⁰⁾ 西田⁴⁶⁾などの国内のケアリングに関する文献を参考にして、普遍的なケアリングの全体構造を、「先行要件」「ケアリング行動」「結果」という三層構造に図式化した（図1）。ケアリングには、人との関わりから体得した個人的特性と、専門職としての知識・技術・態度が「先行要件」にある。「ケアリング行動」は、その先行要件を本質にもち、関係性を育みながら、癒しを与え、力を引き出す援助行動である。また、対象者にとっての最善を判断した、ケア提供者の自己表現でもある。そして、ケアリング行動の「結果」として、対象者の身体的・精神的健康やQOL向上が得られ、ケア提供者の自己成長も得られるという構造と考えた。そして、ケアリングは、受ける対象者とケア提供者の両者を支える環境を築いたうえで行われることが望ましいと考えた。

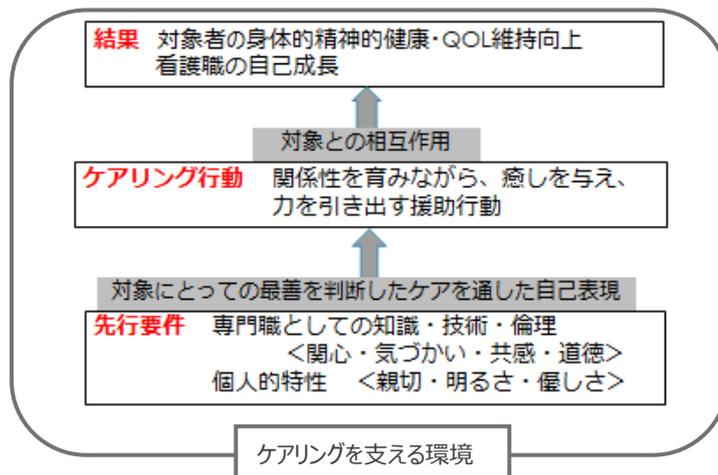


図2 普遍的なケアリングの全体構造
 (参考) Swanson,1991 Montgomery,1995 Benner,1999
 筒井,1993 操,1996 西田,2018

- ・医療処置：口腔・鼻腔吸引、胃瘻管理、膀胱留置カテーテル管理、人工呼吸器管理など在宅で療養者、家族が実施可能な医療処置とする。
- ・ケアリング：人との関わりから体得した個人的特性と専門職としての知識・技術・倫理的態度を基にしたケアリング行動を通して、対象者の身体的・精神的健康や QOL の維持向上を目指す看護実践の総称。対象者との相互作用を経験することで、援助者の自己成長も得られるものとする。
- ・ケアリング行動：対象者への関心と思いやりをもち、関係性を育みながら、癒しを与え、力を引き出す援助行動とする。
- ・介護負担感：介護によって生じる身体的・精神的・社会的・経済的負担に対する介護者の感情とする。

4. 倫理的配慮

1) 対象となる個人の人権の擁護のための配慮

- ・川崎医療福祉大学倫理委員会の承認を得てデータ収集を開始した(承認番号 17-074)。
- ・調査結果の分析は、全て研究者が行うこと、研究以外の目的で活用しないことを約束した。
- ・研究依頼文書には、調査の趣旨として研究目的・意義・方法、倫理的配慮として調査参加の任意性・中断の自由・不利益の回避・個人情報保護・研究目的のみのデータの使用・データの保管と保護・研究結果公表について明記した。

2) 対象者に同意を得る方法

・第1段階

- (1) A 県訪問看護ステーション連絡協議会会長に研究の趣旨を口頭で説明して、訪問看護ステーションの紹介を受けた。紹介を受けた訪問看護ステーションの管理者、および研究者既知の管理者に、研究依頼文書にて研究の趣旨を説明し、承諾を得られた管理者に研究対象者の選定を依頼した。
- (2) 研究対象者となった訪問看護師に、研究者から直接、研究の趣旨と倫理的配慮について面接調査依頼文書を用いて説明し、研究参加の同意を得られたら、同意書にサインを依頼した。インタビュー内容の録音や記述は許可を得たうえで録音・記述した。録音・記述の許可が得られなかった対象者は無かった。
- (3) 同意を得てインタビューを開始していても同意を撤回できることを説明した。

・第2段階

- (1) 介護サービス情報公表システムに掲載された全国の訪問看護ステーションから47都道府県毎10ヵ所の訪問看護ステーションを無作為抽出した。抽出した訪問看護ステーションの管理者宛てに研究依頼文書と無記名自記式調査票3部を送付した。
- (2) 訪問看護ステーションの管理者に、自薦、他薦による対象者の選定と、選定された対象者への研究依頼文書および調査票の配布を依頼した。調査票には同意のチェック欄を設け、同意が確認できたものを分析対象とした。また、調査票は個別に封をして返送するよう対象者に依頼した。

・第3段階

- (1) 第2段階で選定した訪問看護ステーションの管理者宛てに、研究依頼文書を添えて無記名自記式調査票3部を送付した。
- (2) 対象者の選定は、高齢療養者の医療処置を担う介護者で、調査票に記入が可能なことを選定条件とし、訪問看護ステーションの管理者に依頼した。対象となった介護者には、訪問看護師から研究依頼文書と調査票を配布するよう依頼した。調査票には同意のチェック欄を設け、同意が確認できたものを分析対象とした。また、記入した調査票は、個別に封をして投函するよう対象者に依頼した。

3) 研究により生じる対象者への不利益及び危険性への配慮

- ・研究同意を得てのうえでの実施であるが、研究協力により、訪問看護業務や介護および生活に要する時間を拘束するという不利益が挙げられる。したがって、研究協力は任意であり、いつでも研究参加を中止できること、研究に関することが今後の業務に何の影響も与えないことを、研究依頼文書に明確に記入して、保証した。
- ・訪問看護師へのインタビューについては、訪問看護ステーションの面談室・研究者所属大学の面接室などのプライバシーが守れる場所を、研究者から提案して決めた。また、訪問看護師の職務に差支えの無い日程を相談して設定した。録音することの許可をいただき、答えにくい質問や答えたくない内容は、無理に回答を求めないようにした。
- ・高齢介護者への研究依頼文書および調査票は、読みやすさとわかりやすさに留意して作成した。調査票の返送は、介護や生活への影響も考慮して、介護者が返送できない場合のみ、訪問看護師に依頼した。
- ・対象者からの問い合わせに関しては、研究代表者が対応すること、問い合わせの連絡先について、研究依頼文書に記載した。

4) データ収集、管理、破棄

- ・データ入力および分析は、インターネットに接続していない、パスワードで管理しているパソコンを用いて行った。
- ・データの保存はパスワードで管理している USB メモリに保存し、パソコン本体には保存しない。
- ・データ保存した USB メモリの保管は、研究期間中および研究終了後 5 年間、指導教員の居室の鍵のかかるキャビネットに保管する。
- ・データの破棄は、指導教員の立ち合いのもとに、主任研究者が行う。インタビューを録音した IC レコーダーのデータは USB メモリに保存したのち、完全に消去する。USB メモリは、読み取りが不可能になるように上書き保存したうえで、物理的に破壊処分する。紙媒体はシュレッダーを用いて粉砕処分する。依頼文書及び調査票送付用封筒と調査票返信用封筒もシュレッダーを用いて粉砕処分する。破棄した日時、破棄者および立ち合い者名を破棄帳簿に記載し、同帳簿を指導教員の居室に保管する。

第2章 本論

第1節 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動(第1段階)

1. 目的

高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 研究対象者

Benner は、類似の診療科を 2～3 年以上経験すると、意識的に目標を立てて自分の看護実践を捉えられる⁵⁵⁾と述べており、自らの経験としてケアリング行動を語るには、訪問看護師経験 3 年以上が必要と考えた。そこで、介護者が医療処置を担う、医療処置のある 75 歳以上の療養者への訪問看護経験があり、訪問看護師経験 3 年以上の訪問看護師を研究対象者とした。

対象者の選定として、A 県内訪問看護連絡協議会に所属する訪問看護ステーション 7 か所の管理者に、研究の趣旨と対象者の選定基準について、研究代表者が研究依頼文書を用いて説明した。承諾を得られた管理者から、選定基準に基づく対象候補者として、管理者自薦 6 名と管理者所属ステーションの訪問看護師 4 名の推薦を受けた。推薦を受けた 10 名の対象候補者に、研究代表者が、研究の趣旨と倫理的配慮について面接調査依頼文書を用いて説明し、すべての候補者から同意が得られたため、この 10 名を対象者とした。

2) データ収集

(1) 方法

データ収集期間は、2018 年 1 月～10 月で、30 分～1 時間程度の半構造化面接法を実施した。面接の最初に、本研究のケアリング行動の定義と対象とする介護者について文書にて確認し合った。そして、訪問看護師の属性を質問したのち、インタビューガイドに沿って半構造化面接を実施した。インタビューに際しては、適時「気づき」「関わり」「ケア」「ケアリング行動」などの言葉を補足して、対象者と共通認識するようにし

た。インタビュー内容は、事前に許可を得て録音した。実践しているケアリング行動を抽出するため、ケアリング行動が困難であった事例についての語りは、分析から除外した。面接内容から逐語録を作成し、データとした。

(2) インタビューガイド

- ・ 75 歳以上の療養者の医療処置を担う介護者（以下介護者）への訪問で、どのようなことに気配りをしているか。
- ・ 介護者との関わりで心に残っている事例はあるか。
(事例の内容・印象に残っている理由・行ったケアリング行動と介護者の反応)
- ・ 介護者の力を引き出すにはどのような関わり（ケアリング行動）が必要と思うか。
- ・ 介護者は訪問看護師にどのような関わり（ケアリング行動）を求めていると思うか。
- ・ 医療処置を担うという部分で、介護者への特徴的な関わり（ケアリング行動）はあるか。
- ・ 介護者との関わり（ケアリング行動）で日頃から大切にしていることは何か。

3) 分析方法

分析には Krippendorff の内容分析の手法を用いた。これは、データを切片化しないで分析の基礎とする記録単位を設定し、データの存在する文脈(ある事項の経験的環境)に関する特定の推論を行う技法である⁷²⁾。したがって、訪問看護師のケアリング行動を記録単位に設定し、文脈を重視しながら推論することに適していると考えた。

はじめに、個別分析として、生データの訪問看護師のケアリングに関する記述を、語られた状況ごとに分類し、状況の文脈を損なわないように、実践したケアリング行動に関する語りを抽出した。抽出した語りについて、一つのケアリング行動ごとに分類した文を一次コードとし、一次コードの本質的な意味を表す文を二次コードとした。次に、全体分析として、個別分析で得られたすべての二次コードの類似性、相違性を検討し、意味内容の類似性に基づきサブカテゴリーとし、抽象度を高めながらカテゴリーを抽出した。

分析の全過程において、2名の研究者間で、繰り返し分析内容の一致性を確認した。また、二次コードからサブカテゴリーを作成する時点で、訪問看護に精通した管理者と共に、サブカテゴリーが現場の状況に対応しているかどうかを確認した。

3. 結果

1) 対象者の概要 (表 3)

対象者は、10名であり、すべて女性であった。対象者の平均年齢は51.5±8.0歳、看護師経験年数は平均31.4±7.9年、訪問看護師経験年数は平均11.4±5.4年であった。勤務形態は全員常勤で、管理者6名、常勤訪問看護師4名であった。勤務する訪問看護師テーションは、都市部9名、山間部1名であった。介護者が担う医療処置は、口腔・鼻腔吸引、胃瘻管理、膀胱留置カテーテル管理、人工呼吸器管理などであった。

表3 対象者の概要

	年齢 (歳代)	看護師 経験年数	訪問看護 経験年数	職位	介護者が担う医療処置
A	60	44	17	管理者	CVポート・胃瘻・膀胱瘻管理
B	30	18	6	常勤	人工呼吸器・胃瘻・膀胱留置カテーテル管理
C	50	29	7	常勤	在宅酸素・皮下輸液管理、口腔・鼻腔吸引
D	50	34	14	常勤	胃瘻管理、口腔・鼻腔吸引
E	50	32	14	常勤	口腔・鼻腔吸引、膀胱留置カテーテル管理
F	40	18	9	管理者	人工呼吸器・胃瘻管理、インシュリン施注
G	50	30	20	管理者	褥瘡処置、口腔・鼻腔吸引
H	50	33	20	管理者	口腔・鼻腔吸引
I	40	30	11	管理者	口腔・鼻腔吸引、胃瘻・膀胱留置カテーテル管理
J	40	19	4	管理者	口腔・鼻腔吸引、点滴管理
平均±SD	51.5±8.0	31.4±7.9	11.4±5.4		

2) 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動 (表 4)

高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動は、2次コード159、39サブカテゴリとなり、抽象度を高め「受け入れられる関係性を育む」「元からある生活を守る」「気持ちをやわらげる」「医療処置の力を引き出す」「医療処置の自信を与える」「休息との安心ために連携する」「療養者の安楽を守る」の7カテゴリが抽出された。以下カテゴリごとに結果を記載する。「」はカテゴリ、「《 》」はサブカテゴリ、斜字は生データ、生データの最後に付したアルファベットは対象者IDを示す。

(1) 受け入れられる関係性を育む

このカテゴリは、訪問看護師が入っていくことを介護者に受け入れられ、関係性を育んでいくケアリング行動を示しており、4つのサブカテゴリで構成された。

《介護者に受け入れられているかどうか様子を見ながら関わる》には、『入ってくる人に対する身構えとか、慣れるまでに壁を一枚ずつ小さく小さくはいでいく』という語りがあり、外から入る訪問看護師に身構えている介護者の、受け入れに合わせて関わっ

ていくことであった。また、信頼を得るため《安心を得られる言葉のかけ方をする》《介護者の立場に立って丁寧に向き合う態度で関わる》《医療面も生活面も何でも相談できるような態度で関わる》など、訪問看護師として、人として、誠実な態度で介護者に向き合う関わりがあった。

上から目線になっちゃいけないって。医療職ってなりがちですよ。どうしてですか、みたいな感じで、聞いていく必要はあると思うんですよ。(中略) 医療的な目線での、指導というよりもアドバイスみたいな感覚の方がご家族にも受け入れやすいかなと思うし。F

私たちよそ者だから、入ってくる人に対する身構えとか、慣れるまでに壁を感じるというか、一枚あるなというのは。(中略) そこを一枚ずつ小さく小さくはいでいく、近寄っていくまでの距離をちょっとずつ、時間がいるかなって感じはします。B

(2) 元からある生活を守る

このカテゴリーは、その家で生活を続けてきた人としての介護者に関心を持ち、その人らしい生活を守るためのケアリング行動を示しており、6つのサブカテゴリーで構成された。

《何気ない関わりから介護者の人柄を知るようにする》は、生活者としての介護者に関心を持ち、理解を深めることであった。《水道・光熱・物品に無駄のないよう配慮した援助をする》《飲食・清潔・排泄の援助は、その家の事情に合うように工夫する》では、療養者の病状に差し支えない程度で、経済面や生活様式を考慮した援助の工夫があった。《介護者が大切にしていることを理解して、同じように大切にすること》は、介護者の価値観のもとで、大切にしている事象や信条を尊重した関わりをすることであった。その関わりを通して、介護者の介護の良い部分を訪問看護師が感じ取り、言葉にして伝え、《うちで介護することの良さを感じながら、介護できるように関わる》ことで肯定的な介護に導いていた。《介護者の体調をいつも気にかけて、健康を守れるよう配慮する》は、療養者と同様に介護者の健康にも配慮し、その生活を守る関わりであった。

関心を持って関わると色々な話を言ってくださるようになってくる。そういうところからどんどん把握ができてくる。介護者とかご本人さんの関係だけではなくて、その方の置かれてる状況、今までの歴史とかがわかる、わかってくる。F

みんな年金生活。いつ介護がおわるかわからんが。(中略) 長期戦でいく難病とかは医療費もかかるし、そこんところを大事に思うたげて、無駄のないような物の提供とか、物を大切にすることかいうのを絶対忘れたらいけん。A

家族が処置をすると声掛けも多分違うし、「するよ、これからするね」って言葉でも、やっぱり通ずるものが違うということもあるので。そのことを伝えると、家族も自分でやってることがいいことと思える。B

(3) 気持ちをやわらげる

このカテゴリーは、医療処置を続ける介護者が、負担を抱え過ぎることがないように、話を聴き、気持ちを癒すケアリング行動を示しており、6つのサブカテゴリーで構成された。

《日常のことを何でも話していいと促す》《訪問時はいつもねぎらいの言葉をかける》《笑顔で元気を与えられるように関わる》《何気ない会話で気分をやわらげるようにする》は、何でも話せる相手となって、毎回の訪問の中に介護者の心をほぐす関わりを組み込むことであった。また、訪問看護師が介護者の非言語的メッセージを受け取って《負担や不安を察したら、療養者を気にせず話せる場で、聴く時間をとる》と、意図的に話を聴く関わりがあった。《介護者が言葉にできない気持ちを抱えている時は、寄り添う態度を示す》は、介護者の話を聴きながら精神的苦痛を感じ取った時、側で寄り添う気持ちを示す関わりであった。

介護者が望んでいることはやっぱり話を聞いてくれることかな。私たちが行ってケアだけして、「じゃっ」というよりも、なんかこうちょっとたわいない話でも聞いてくれる、愚痴でも聞いてくれる人がいるっていうのが。ため込んでくるといけないので、それもあるのかなあと。H

表情が暗かったり、ため息が多かったりしたら、ケアがとりあえず終わってお話したりとかしてる時に、そばに行ってお話ししたり、立ち話であっても一生懸命聞いたりすることを心掛けてはいます。いい言葉が出てこないですが、さすったりタッチングしたり。D

嫁姑問題が介護に影響して精神的に負担を感じているとかになると解決できない。そういう時にはこちら側も気持ちを共有して、わかってあげれる相手になるって感じですね。F

(4) 医療処置の力を引き出す

このカテゴリーは、介護者が生活に合わせて習慣的に医療処置を行えるよう、介護者に潜在するケアの力を引き出すケアリング行動を示しており、8つのサブカテゴリーで構成された。

在宅で医療処置を開始した時期には《医療処置に対する恐怖心が強い時は、無理なくくていいように配慮する》関わりがあった。そして、介護者が生活に無理なく安全に医療処置を行うために《医療処置が生活の中でやりやすいように、方法や環境を調整する》

《医療処置で守るべき手技は、介護者に合わせて、納得されるまで説明する》などの調整や説明があった。また、《療養者に苦痛の少ない手技で、介護者に医療処置ができるよう、方法を説明する》は、介護者がよく知っている療養者の特性を活かしながら、苦痛の少ない手技に導くことであった。

しかし、介護者が医療処置に慣れると、『(腹膜透析に) 慣れてきたら手洗いも消毒もしないでカテーテルの接続をする』と、誤った方法で手技を確立する可能性があることが語られた。《介護者の医療処置でトラブルが予測されたら、自信を失わないような言葉かけで気づいてもらうようにする》は、処置をしていることをまず認めて、確立した介護スタイルをなるべく崩さず行動修正を促す関わりであった。

《困った時は迷わず、訪問看護に連絡していいと思えるような説明をする》《次の訪問までの間に、介護者が予防的にしておくべきことを、伝えて帰る》は、訪問看護師がいない時でも介護者が安心して介護するための言葉かけであった。《状態の変化に応じた選択が必要な時、情報提供しながら一緒に考える》は、介護者を主体とした自己決定への支援であった。

病院で習ってきたことをそのままうちでもしないといけないと思っておられる方は多い。だからそれは、家に帰ったら家の時間でいって。よく話をしながらその人の生活時間に合わせてできるように言う。H

『奥さんできましたね。だけどこのぐらいしか(吸引チューブを)入れないでくださいね。お父さんしんどいから』っていう感じで、処置をしながら奥さんとお父さんを一緒に近づけるってそんな感じで。お父さんの今までの性格とか思い出してもらいながら。C

介護者が慣れたら、「病院の時にあんな訓練しても、適当にしとつてもなりゃーせん(感染しない)」となる。「お父さんようしてあげようが」とか、まずほめて、「日頃どうしょん、ちょっと見せて」とか言って見せてもらう。そのやってる様子で私らが判断して、見逃さないようにもう一回繰り返してアドバイスをしていって、感染を起こさんようにする。A

解決できないことであっても、基本そうあっても、最終的に決めていけないといけないのはその人自身のことではあるから、そこを一緒に考えていくしかないですね。あなたがどう考えてますかっていうところを語ってもらうしかないですね。客観的な情報はお伝えするけど、しゃべる中で整理していってもらう。I

(5) 医療処置の自信を与える

このカテゴリーは、介護者を賞賛して、医療処置の自信を与え、自立を支えるケアリング行動を示しており、4つのサブカテゴリーで構成された。

訪問看護師は《できていることには、必ずほめる言葉をかける》《医療処置を一緒にしながら自信をつけるように関わる》ことで、常に介護者を称賛し、介護者に自信ができてくると、《介護者にできている医療処置は、手を出し過ぎず、見守る》と、自立を支える関わりをしていた。《医療処置をしていることのやりがいを感じられるように関わる》は、介護者から医療処置のやりがいを引き出し、満足感につながることを目指す関わりであった。

(医療処置が)一つできると次の自信につながる。だからもうとりあえずほめる。できたことを一緒に喜ぶ。だけどちょっとこのへんが濡れたとか、もう問題ないですよって、できなかったことではなくて、できたことだけを言う。C

医療処置がある人はやりがいを感じるとよ。看護師さんが日頃することをここまで努力して、お母さんに尽くすことができたことが満足につながっていく。「吸引も最後のほうには上手になったんよ」そういうふうになれるように(訪問看護師が)もっていったげんといけん。A

(6) 休息と安心のために連携する

このカテゴリーは、介護者の休息を確保するためのサービスの調整と、介護者には伝えきれない思いを仲介するケアリング行動を示しており、6つのサブカテゴリーで構成された。

介護者には、介護による負担が顕在していても、経済的事情や療養者の拒否、代替者の不在などで、休息のためのサービス利用として、レスパイトを適切に使えていないという現状が語られていた。そのため、《休息のためにレスパイトを使っていいと思えるような言葉を、介護者にかける》ことで、レスパイトを使わない介護者の事情に配慮しながらも、介護者が利用に心が動くよう、タイミングを判断して後押しする関わりがあった。また、レスパイト中の医療処置に不安をもつ介護者の思いを汲んで《医療処置ができるサービスを主体的に調整して、介護者の休息の時間を作る》関わりがあり、『訪問看護の時に外出してもらおう』『デイサービスの看護師と連携して処置を継続する』など語られた。連携においては《療養者・介護者の希望を中心に、支援者がつながるように連携する》という基本姿勢があった。

また、《主治医と介護者の考えが通じ合うように、両者に働きかける》《介護者の思いを察して、療養者・家族に思いを伝える橋渡しをする》などの、介護者と主治医や療養者・家族との意思疎通を図る関わりがあった。さらに、《同じような経験をしている介護者と話す機会をつくる》と、介護者間のつながりをつくる関わりもあった。

環境がきれいじゃない、食事が変わってきた、介護者の人の皮膚が今まできれいな人だったのにとか、疲れているとかいう言動とか、そういう風なことを思ったときに、「お母さん休む方法がありますよって、少し休まれたらどうですか、お泊りがありますよ、お父さんちょっとお泊りしてみませんか」って、レスパイトを勧めたりとか、「訪問回数を少し考えますか」とか、そういうふうな方法で介護負担を軽減していく。C

レスピレーターの管理をして10年近いALSの介護者の方、サービスが入ってるから自分のことができる。でも完全に自分の時間にはならない。ケアマネさんとか、市役所の保健師さんとか、支援事業みたいな県の方とか、そういう方にも関わってもらいつつ、うまく制度を組み合わせる時間をとるといふようなところもやっぱり必要だと思います。F

家族も納得、本人も納得というところがないといけないから、納得をどっちかしていないのかっていうところが見えてきたら並行線なので。お互いがちゃんと話できているのか、そこどっちと話しするかなってとこですね。近すぎてきちっと話してない。しょっちゅうです。だからそういうのが、その辺の気づきが介入どころだと思う。G

(7) 療養者の安楽を守る

このカテゴリーは、看護師として専門的技術を提供して療養者の安楽を守ること、介護者の安心を得るケアリング行動を示しており、5つのサブカテゴリーで構成された。

《介護者が訪問看護に希望している医療処置を、苦痛の少ない技術で行う》《療養者への医療処置について、なぜそうするかを、その場でわかるように伝える》は、介護者の安心を得られる医療処置を行い、その根拠を説明して介護者の理解を得る、専門的援助であった。また、《緊急と判断したら、なるべく早く訪問し、安心されるような対応をする》《訪問看護師の誰もが、療養者に合わせた医療処置を、同じようにできるようにする》など、緊急時の適切な対応と訪問看護の手技統一への配慮があった。そして、《介護者に自然な感謝を感じられるような言葉を療養者にかける》は、介護者への労いをさり気なく療養者に伝える言葉かけであった。

看護師にしっかり痰をとってほしいと要望がある家では、その前の排痰援助とかをして苦痛が少ないように確実に吸痰します。ただすぐ咽に入れてやるのとしっかり身体を動かして、痰をできるだけ取りやすい状況にしてからやるのだと全然違いますよね。I

「(介護者の抜針の仕方を) お父さんこれでよかったですね」って、お父さんにも返す。「奥さんがちゃんと(抜針)できるからよかったですね。おうちに一緒におれますね。」って。C

3) カテゴリー間の関係性

抽出された7カテゴリーは、関わりの内容から「介護者個人の生活を支えるケアリング行動」と「介護を続ける力を引き出すケアリング行動」に大別された。「介護者個人の生活を支えるケアリング行動」は、介護者との関係性を育みながら、その人らしく生活できるよう支えるケアリング行動を示しており、「受け入れられる関係性を育む」「元からある生活を守る」「気持ちをやわらげる」の3カテゴリーが含まれた。「介護を続ける力を引き出すケアリング行動」は、介護者のニーズを察知し、療養者・介護者にとっての最善を判断した支援により、介護者の持つ力を引き出すケアリング行動を示しており、「医療処置の力を引き出す」「医療処置の自信を与える」「休息との安心ために連携する」「療養者の安楽を守る」の4カテゴリーが含まれた。

表4 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動

分類	カテゴリー(7)	サブカテゴリー(39)
介護者個人の生活を支える	受け入れられる関係性を育む	介護者に受け入れられているかどうか様子を見ながら関わる 安心を得られる言葉のかけ方をする 介護者の立場に立って丁寧に向き合う態度で関わる 医療面も生活面も何でも相談できるような態度で関わる
	元からある生活を守る	何気ない関わりから介護者の人柄を知るようにする 水道・光熱・物品に無駄のないよう配慮した援助をする 飲食・清潔・排泄の援助は、その家の事情に合うように工夫する 介護者が大切にしていることを理解して、同じように大切に うちで介護することの良さを感じながら、介護できるように関わる 介護者の体調をいつも気にかけ、健康を守るよう配慮する
	気持ちをやわらげる	日常のことを何でも話していいと促す 訪問時はいつもねぎらいの言葉をかける 笑顔で元気を与えられるように関わる 何気ない会話で気分をやわらげるようにする 負担や不安を察したら、療養者を気にせず話せる場で、聴く時間をとる 言葉にできない気持ちを抱えている時は、寄り添う態度を示す
介護を続ける力を引き出す	医療処置の力を引き出す	医療処置に対する恐怖心が強い時は、無理なくいいように配慮する 医療処置が生活の中でやりやすいように、方法や環境を調整する 医療処置で守るべき手技で、介護者に合わせて、納得されるまで説明する 療養者に苦痛の少ない手技で、介護者に医療処置ができるよう、方法を説明する 介護者の医療処置でトラブルが予測されたら、自信を失わないような言葉かけて 気づいてもらうようにする 困った時は迷わず、訪問看護に連絡していいと思えるような説明をする 次の訪問までの間に、介護者が予防的にしておくべきことを、伝えて帰る 状態の変化に応じた医療処置の選択が必要な時、情報提供しながら一緒に考える
	医療処置の自信を与える	できていることには、必ずほめる言葉をかける 医療処置を一緒にしながら自信をつけるように関わる 介護者にできている医療処置は、手を出し過ぎず、見守る 医療処置をしていることのやりがいを感じられるように関わる
	休息と安心のために連携する	休息のためにレスパイトを使っていいと思えるような言葉を、介護者にかける 医療処置ができるサービスを主体的に調整して、介護者の休息の時間を作る 療養者・介護者の希望を中心に、支援者がつながるように連携する 主治医と介護者の考えが通じ合うように、両者に働きかける 介護者の思いを察して、療養者・家族に思いを伝える橋渡しをする 同じような経験をしている介護者と話す機会をつくる
ケアリング行動	療養者の安楽を守る	介護者が訪問看護に希望している医療処置を、苦痛の少ない技術で行う 療養者への医療処置について、なぜそうするかを、その場でわかるように伝える 緊急と判断したら、なるべく早く訪問し、安心されるような対応をする 訪問看護師の誰もが、療養者に合わせた医療処置を、同じようにできるようにする 介護者に自然な感謝を感じられるような言葉を、療養者にかける

4. 考察

介護する家族には、ケアを行うことで影響を受ける人であると同時にケアの提供者であるというニーズがあるとされている⁷³⁾。本研究で2つに大別されたケアリング行動は、介護者個人の生活と介護者の介護を続ける力を支えるものであった。これは先行研究を裏付ける結果であり、介護者のニーズに即したケアリング行動と考えられる。以下、この2つの関わりの視点から、高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動の具体的内容について考察する。

1) 介護者個人の生活を支えるケアリング行動

「受け入れられる関係性を育む」には、「入ってくる人に対する身構えとか慣れるまでの壁を小さくはいでいく」という語りがあった。このことから訪問看護師は、介護者の身構えの壁に立ち入り過ぎないように配慮して、自立とプライバシーを守る誠実な態度で関わることで、受け入れられる関係性を育んでいると考えられた。Holmberg は、在宅で看護を受ける患者・家族は、家としての独立性とプライバシーを維持しながら、ケアを受け入れるという両義性に対処する必要があると述べている⁷⁴⁾。訪問看護師はケアリング行動により、療養者・家族のもつ両義性への対処を助勢し、ケアを受け入れられる関係性を育んでいると考える。

このような関わりの過程で訪問看護師は、「元からある生活を守る」ために、生活者としての介護者に関心をもって関わっていた。介護者は、家族成員との関係性や培ってきた生活様式や価値観、楽しみなど多くの面をもつ。訪問看護師は、「何気ない関わりから介護者の人柄を知る」ことで、介護者らしさへの理解を深めていた。Bennerによると、世界は人それぞれの関心に照らして理解される³²⁾。訪問看護師が関心をもって介護者に関わることで、介護者の生活がみえてきて、経済面や生活様式などの個別の生活に配慮したケアが可能になると考える。

「気持ちをやわらげる」の《療養者を気にせず話せる場で聴く時間をとる》《寄り添う態度を示す》などのケアリング行動は、Swanson がケアリングの一つとしている、共にいること＝喜びでも悲しみでも感情を共有すること³⁷⁾と一致すると考えられた。また、小澤は、“自分をわかってくれた”と思える存在になることは、苦しみをもつ人の苦しみに気づき、理解者になれると述べている⁷⁵⁾。介護者の話を聴き、感情を共有することは、訪問看護師が介護者の負担に気づき、理解者として支援するために重要なケアリング行動と言える。

2) 介護を続ける力を引き出すケアリング行動

「医療処置の力を引き出す」では、「処置をしながら奥さんとお父さんを近づける。お父さんの性格とか思い出してもらいながら。」と語られた。この語りから訪問看護師は、医療処置のある療養者に近寄り難く感じている介護者に、慣れ親しんだ家族としての療養者を思い起こせる言葉をかけ、お互いを近づける関わりをしていると推察された。春日は、医療処置初期の介護者は、療養者の変化を受け入れるつらさや、療養者の苦痛反応への恐れがある¹⁷⁾と報告している。訪問看護師は、介護者の思いを理解して、医療処置を一緒にしながら、介護者だから知っている療養者の特性を活かして、苦痛の少ない手技に導いていると考えられた。また、Bennerは、身体には文化的・社会的に習得された習慣的身体が備わっており、その潜在的能力を引き出すことで、熟練した習慣的仕方で反応できるようになると述べている³²⁾。介護者は、高齢療養者と長く暮らす中で、病気やストレスなどの様々な問題に対し家族としてケアしケアされる機会があり、その中で培ってきたケアの潜在的能力があると言えよう。訪問看護師は、恐怖心に配慮し、医療処置を可能にする環境を整え、納得できる説明を行うことで、介護者が医療処置を習慣的に行えるよう、介護者のもつケアの潜在的能力を引き出していると考えられた。

しかし、介護者が医療処置を習慣的に行えるようになっても、慣れによる誤った手技という問題や、様々な事情によりレスパイトを使えないという問題が生じていた。《介護者の医療処置でトラブルが予測されたら自信を失わないような言葉かけをする》《休息のためにサービスを使っていいと思える言葉かけをする》は、このような問題に対する訪問看護師の判断をそのまま助言するのではなく、状況の緊急度に応じて、介護者が決定し受け入れられることを重視した関わりと考えられた。Kuhseは、看護師は価値観や信念をもつ患者が最善と判断するものを中心とし、それに合わせて倫理的に反応していくべきであると主張している⁷⁶⁾。訪問看護師が最善と考える判断を介護者に押し付けることなく、療養者と介護者にとっての最善を共に考え、介護者が決定し実行できるように関わるケアリング行動が、問題解決には必要と考える。

「医療処置の自信を与える」では、訪問看護師は、一緒に医療処置をすることで不安を緩和し、常に称賛して自信を与え、自立に導いていた。介護者が医療処置をしているからこそ療養者が安心して過ごせていることを、訪問看護師が言葉にして称えることは、介護肯定感につながるケアリング行動と考える。

「安心と休息のために連携する」では、レスパイトを利用しない介護者の事情を受け止めつつも、休息の時間の確保のため、訪問看護師が主体的な調整を行っていた。社会資源の調整には、ケアマネジャーを始めとする多職種の連携が不可欠である。介護者の身近で負担を察知できる訪問看護師が、介護者の希望と現状に相違が無いかを見極め、支援者間で発言することは、介護者の休息のために必要なケアリング行動と考える。また、訪問看護師には仲介というケアリング行動があることが考えられた。「家族も納得、本人も納得というところがないといけない。その気づきが介入どころ」とあるように、介護者とその相手との間で橋渡しをするには、介護者を気づかい、介入すべき思いに気づかねばならない。さらには、侵してはならない部分があることも考えられる。しかし、家族間の人間関係の調整については、8割以上の訪問看護師が必要と思いつつも6割以上が実施できていないという結果もある⁷⁷⁾。プライベートな家族間の調整には、互いの関係性を崩さないように気づかうケアリング行動が必要と言えよう。

「療養者の安楽を守る」というカテゴリーは、訪問看護師の専門性の高い援助で、介護者の安心も得るケアリング行動であった。患者が最も重要とする訪問看護師のケアリング行動は、専門的技術による具体的ケアという報告もあり⁷⁸⁾、訪問看護師だからこそ重要視されるケアリング行動と考えられる。また、「介護者に自然な感謝を感じられるような言葉を療養者にかける」は、療養者から介護者への情緒的サポートにつながると考えられた。被介護者からの情緒的サポートは、すべての続柄の介護者に介護充実感をもたらすことが報告されており⁷⁹⁾、このケアリング行動は、介護者に介護充実感をもたらすことが期待される。

3) 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動の構造 (図 3)

訪問看護師のケアリング行動には、介護者に【受け入れられる関係性を育(む)】みながら、寄り添う態度での傾聴や言葉かけで【気持ちをやわらげ(る)】、生活者としての介護者に関心をもった関わりで【元からある生活を守る】などの、[介護者個人の生活を支えるケアリング行動]が基盤にある。それを基盤に、【医療処置の力を引き出す】【医療処置の自信を与える】ことを中心に据え、負担を察知して連携・仲介する【休息と安心のために連携する】、専門的援助で介護者の安心も得る【療養者の安楽を守る】などの、[介護を続ける力を引き出すケアリング行動]がある。7つのケアリング行動は、介護者にいつも提供できるように、訪問看護師の中で循環していると考えられる。

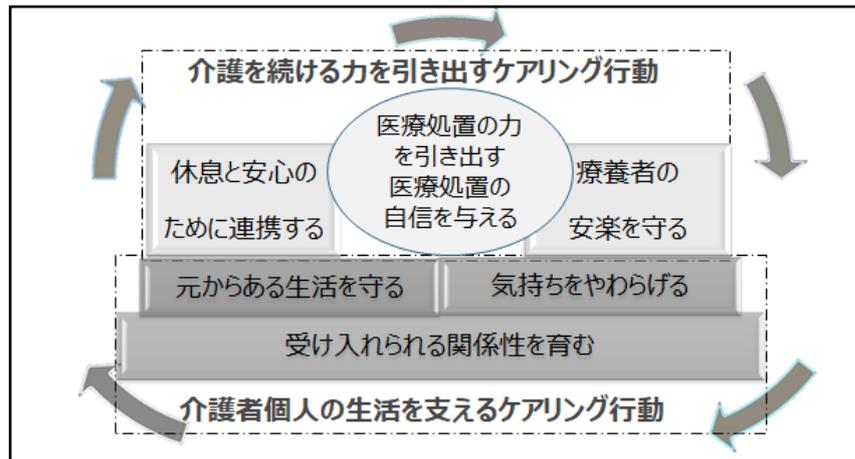


図 3 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動の構造

3) 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動と Benner の援助役割の比較 (表 8、第 2 段階に記載)

訪問看護師のケアリング行動として得られた 7 カテゴリーは、Benner の援助役割 7 項目⁸⁰⁾と、意味内容の共通性が見られた。Benner の援助役割は、クリティカルな状況にある患者への看護師の看護実践における語りから導かれている。したがって、訪問看護師のケアリング行動を抽象化したカテゴリーは、国籍と対象を超えた普遍性があると考えられる。そして、本研究の結果は、Benner の援助役割に収束したことから、概念的に支持されたと考える。

5. 結論

1) 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動として、[介護者個人の生活を支えるケアリング行動]に含まれる「受け入れられる関係性を育む」「元からある生活を守る」「気持ちをやわらげる」、[介護を続ける力を引き出すケアリング行動]に含まれる「医療処置の力を引き出す」「医療処置の自信を与える」「休息との安心のために連携する」「療養者の安楽を守る」が導き出された。

2) 訪問看護師のケアリング行動として導き出された 7 カテゴリーは、Benner の援助役割 7 項目と意味内容の共通性が見られ、概念的に支持された。

3) 訪問看護師のケアリング行動により介護負担軽減や介護肯定感が得られる可能性が示唆された。

第 2 節 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動尺度の開発（第 2 段階）

1. 目的

高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動尺度を開発し、その信頼性、妥当性を検討することを目的とした。

2. 研究方法

1) 項目の選定

質問項目は、第 1 段階の訪問看護師 10 名を対象に半構造化面接を行った結果を基に作成した。質問項目作成に際し、訪問看護に精通する管理者と研究者で検討し、先行研究^{71) 81)}を基に「介護者の生活の中の楽しみが続けられるよう配慮している」の 1 項目を追加した。質問項目の語尾は、訪問看護師のケアリング行動の実施頻度を問うため、「～している」という形式で成文化した。回答は、竹尾の HCMQ 日本語版⁶⁸⁾と同様に、「いつも・ほとんどそうしている (76～100%)」「かなりそうしている (51～75%)」「まあまあそうしている (26～50%)」「あまりそうしていない (1～25%)」「全くそうしていない (0%)」の 5 件法とし、実施頻度の高い順に 5 点～1 点を配点した。調査票には、本研究のケアリング行動の定義を提示して回答者に理解を促したうえで、過去半年間におけるケアリング行動の平均的な実施頻度を尋ねた。

本調査の前に、A 県の訪問看護ステーションの訪問看護師 6 名にプレテストを行い、質問項目が理解できるか、回答しづらい部分はないかなどについて意見を求めた。いくつかの質問項目についての意味の難解さなどの指摘を基に、先述の管理者と研究者で質問項目を検討し、難解な部分を具体的に理解できるよう文言を修正した。そして、介護者への訪問看護師のケアリング行動 40 項目を選定した。

2) 本調査

(1) 調査対象者

介護者が医療処置を担う、医療処置のある 75 歳以上の療養者への訪問看護経験がある訪問看護師とした。

(2) データ収集方法

介護サービス情報公表システムから、47 都道府県毎 10 ヶ所、合計 470 ヶ所の訪問看

護ステーションを無作為抽出した。具体的には、都道府県毎に全訪問看護ステーション数を 10 で除した数の間隔で、記載順に 10 ヶ所を抽出した。抽出した訪問看護ステーションが、精神科訪問看護専門の名称の場合、医療処置が必要な利用者が少ないと考え除外し、その次に記載されている訪問看護ステーションを選択した。抽出した訪問看護ステーションの管理者宛に、研究依頼文書と無記名自記式調査票 3 部を郵送し、自薦、推薦による対象者の選定と調査票配布を依頼した。

(3) 調査期間

データ収集は、2018 年 11 月～12 月に実施した。

(4) 調査項目

調査内容は、訪問看護師の属性（年齢、性別、看護師経験年数、訪問看護師経験年数、所属訪問看護師ステーションの立地場所）と介護者への訪問看護師のケアリング行動 40 項目で構成した。加えて、基準関連妥当性の検討として、上野らが作成した看護師の共感援助尺度⁸²⁾について、作成者の許諾を得て調査した。この尺度を用いたのは、Swanson が Caring Professional Scale の基準関連妥当性において「共感」を用いた⁸³⁾ことに依拠する。共感援助尺度における共感援助は、患者の気持ちに寄り添って理解しながら援助する看護師の行為とされており、尺度の構成概念妥当性が確認されている。16 項目 3 因子から成り、「共感」（「患者と話をすることでその患者に安らぎを与えている」などの 7 項目）、「こころの接近」（「患者が心を開けるように何気ない声掛けをしている」などの 6 項目）、「全人的理解」（「私は患者が今まで歩んできた人生を把握している」などの 3 項目）について 7 件法で調査するものである。

(5) 分析方法

内容的妥当性の検討として、まず、訪問看護師のケアリング行動 40 項目間の多分相関係数について、0.8 以上の項目ペアの内容を照合し、ケアリング行動に類似性がある場合はどちらか一方を削除対象として検討した。修正済み項目合計相関係数 (Corrected Item Total Correlation : CITC) が 0.4 未満を示した項目については、尺度の内的整合性を低下させるため削除対象とした。次に残った項目で、順序尺度の推定法である重み付け最小二乗法拡張法 (Weighted Least Squares Means and Variance Adjusted : WLSMV)、プロマックス回転にて探索的因子分析を行い、尺度を構成する因子および項目を検討した。WLSMV は、データの非正規性、モデルの複雑さなどの条件においても、正確な統計量やパラメータ推定値を導くとされており、本研究に適すると考え採用

した⁸⁴⁾。因子数決定にはガイザーガットマン基準を用い、固有値 1 を基準に検討した。因子負荷量については、いずれかの因子に 0.4 以上の因子負荷量を示す項目を採用の基準とした。ただし 2 つ以上の因子に 0.4 以上の因子負荷量を示す項目は削除するものとした。

次いで、探索的因子分析で得られた結果を基礎に、訪問看護師のケアリング行動尺度の因子構造の側面からみた構成概念妥当性を、構造方程式モデリングを用いた確認的因子分析で検討した。因子構造モデルのデータへの適合性は、適合度指標である Comparative Fit Index (CFI) と Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) で判定し、重み付け最小二乗法 (WLSMV) によりパラメータの推定を行った。適合度については、一般的に CFI は 0.9 以上が良い適合、RMSEA は 0.05 以下が良い適合・0.05~0.10 が中程度の適合とされている⁸⁴⁾。分析モデルにおける標準化推定値 (パス係数) の有意性は、非標準化推定値を標準誤差で除した値の絶対値が 1.96 以上 (5%有意水準) を示したものを統計学的に有意とした。基準関連妥当性の検討としては、訪問看護師のケアリング行動尺度と看護師の共感援助尺度について、Spearman の順位相関係数を算出し、妥当性を検討した。また、内的整合性の確認のため、尺度全体および各因子の Cronbach の α 信頼性係数を算出し、0.7 以上を基準とした⁸⁵⁾。

以上の統計解析には、SPSS Statistics 25、M-Plus 7.3 を使用した。

3. 結果

調査票は 1,410 部配布し、閉鎖及び精神科専門訪問看護ステーションで医療処置が無いと返送された 3 部を除き、535 名の回答が得られた (回収率 37.9%)。このうち、同意チェックが有り訪問看護師のケアリング行動に欠損が無い 497 部を分析対象とした (有効回答率 35.2%)。

1) 対象者の属性 (表 5)

性別は、女性 479 名 (96.4%)、男性 17 名 (3.4%) であり、大多数が女性であった。平均年齢は 47.3±9.2 歳、看護師経験年数は平均 21.7±10.3 年、訪問看護師経験年数は平均 7.1±6.1 年であった。勤務する訪問看護ステーションの立地場所は、都市部が 410 名 (82.5%)、山間部が 71 名 (14.3%)、島嶼部 7 名 (1.4%) で、大多数が都市部であり、特に島嶼部が少ない結果であった。

項目			項目				
項目	人数	%	項目	人数	%		
年齢	平均±SD	47.3±9.2	看護師	平均±SD	21.7±10.3		
	20~29歳	12	2.4	経験年数	5年未満	17	3.5
	30~39歳	81	16.3		5~10年未満	41	8.3
	40~49歳	201	40.6		10~20年未満	143	29.1
	50歳以上	201	40.6		20~30年未満	179	36.4
無回答	2		30~40年未満		79	16.1	
性別	女性	479	96.4	40年以上	33	6.7	
	男性	17	3.4	無回答	1		
	無回答	1		訪問看護師	平均±SD	7.1±6.1	
訪問看護 ステーション	都市部	410	82.5	経験年数	5年未満	223	45.2
	山間部	71	14.3		5~10年未満	119	24.1
立地場所	島嶼部	7	1.4		10~20年未満	119	24.1
					30年以上	31	6.3
					無回答	5	

2) 回答分布 (表 6)

「5: いつも・ほとんどそうしている (76~100%)」または「4: かなりそうしている (51~75%)」のいずれかに回答した者の合算が最も多いのは、「x12 困った時は迷わず訪問看護に連絡していいと思えるような説明をしている」であり、94.4%の訪問看護師が5または4と回答していた。次いで、「x1 介護者の立場に立って丁寧に向き合う態度で関わっている」が92.5%、「x17 できていることには、必ずほめる言葉をかけている」が92.3%であった。

「2: あまりそうしていない (1~25%)」または「1: 全くそうしていない (0%)」のいずれかに回答した者の合算が最も多いのは、「x35 同じような経験をしている介護者と話す機会をつくっている」であり、57.1%の訪問看護師が2または1と回答していた。次いで、「x16 医療処置をしていることのやりがいを感じられるように関わっている」が7.0%、「x33 主治医と介護者の考えが通じ合うように、両者に働きかけている」が5.6%であった。

回答分布では、5または4の回答が多い傾向にあった。歪度においても、1項目「x35 同じような経験をしている介護者と話す機会をつくっている」のみ正の値をとり、残る39項目は全て負の値であり高得点に分布が偏っていた。Shapiro-Wilk (シャピロ-ウィルク) 検定では、全ての項目が正規分布に従わなかった。

3) 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動因子の抽出
(表 6、表 7)

訪問看護師のケアリング行動に関する項目群において、多分相関係数が 0.8 以上のペアは 4 ペアであった。これについて研究者間で討議し、(x23 と x24) は「関心」に類似性があると判断した。「関心」は、その療養者と家族にとって何が重要なのかを見極め、微妙な変化に気づく可能性を生み出す³³⁾ケアリング行動の基本となるものである。したがって、「関心」がケアリング行動として明確な (x23) を採用候補とした。(x33 と x34) は、(x33) は主治医、(x34) は療養者・家族への働きかけであり、対象者が異なるため両方を採用した。また、CITC が 0.4 未満であった 1 項目 (x35) は、内的整合性が低下するため削除した。

そして、(x35) の 1 項目を削除し、(x23) (x24) について各項目・両項目を残す 3 パターンで探索的因子分析を行った。その結果、(x35) の 1 項目を削除し、採用候補としていた (x23) のみを残すパターン以外は、内容的妥当性が得られなかった。そこで、(x24) (x35) の 2 項目を除いた 38 項目で分析を進めた。因子数は、カイザーガットマン基準から 6 因子と判断した。因子負荷量が 0.4 未満の 6 項目 (x6, x12, x19, x29, x30, x37) を削除し、32 項目を採用した。各因子の解釈と命名は、第 1 因子 (5 項目) は、訪問看護師が介護者に受け入れられ関係性を育んでいくケアリング行動と解釈し、「関係性を育む」と命名した。第 2 因子 (8 項目) は、介護者が生活に合わせて習慣的に医療処置を行えるよう、潜在的な力を引き出すケアリング行動と解釈し、「医療処置の力を引き出す」と命名した。第 3 因子 (3 項目) は、介護者を称賛、肯定し、医療処置のやりがいを共有するケアリング行動と解釈し、「肯定的感情を共にする」と命名した。第 4 因子 (3 項目) は、介護者が大切にしてきた生活習慣や価値観を守るためのケアリング行動と解釈し、「元からある生活を守る」と命名した。第 5 因子 (5 項目) は、介護者に関心をもち、負担を察知して、気持ちを癒すケアリング行動と解釈し、「気持ちをやわらげる」と命名した。第 6 因子 (8 項目) は、連携・仲介・専門的技術介入により、介護者と療養者の安心を支えるケアリング行動と解釈し、「安心を気づかい介入する」と命名した。

表6 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動に関する回答分布

n=497

番号	項目内容	1	2	3	4	5
		全くそうしていない	あまりそうしていない	まあまあそうしている	かなりそうしている	いつもほとんどそうしている
x1	介護者の立場に立って丁寧に向き合う態度で関っている	0(0.0)	0(0.0)	37(7.4)	179(36.0)	281(56.5)
x2	笑顔で元気を与えられるように関っている	0(0.0)	2(0.4)	39(7.8)	158(31.8)	298(60.0)
x3	声のトーンを工夫して、ゆっくり、わかりやすく言葉かけをしている	0(0.0)	0(0.0)	53(10.7)	206(41.4)	238(47.9)
x4	介護者に受け入れられているかどうか様子を見ながら関っている	0(0.0)	2(0.4)	52(10.5)	223(44.9)	220(44.3)
x5	医療面も生活面も何でも相談できるような態度で関っている	0(0.0)	1(0.2)	59(11.9)	208(41.9)	229(46.1)
x6	うちで介護することの良さを感じながら介護できるように関っている●	0(0.0)	10(2.2)	98(19.7)	224(45.1)	165(33.2)
x7	医療処置が生活の中でやりやすいように、方法や環境を調整している	0(0.0)	4(0.8)	85(17.1)	242(48.7)	166(33.4)
x8	医療処置に対する恐怖心が強い時は、無理しないでいように代行している	1(0.2)	6(1.2)	96(19.3)	222(44.7)	172(34.6)
x9	介護者の医療処置でトラブルが予測されたら、自信を失わないような言葉かけて気づいてもらうようにしている	0(0.0)	5(1.0)	94(18.9)	243(48.9)	155(31.2)
x10	医療処置で守るべき手技は、介護者に合わせて、納得されるまで説明している	0(0.0)	2(0.4)	83(16.7)	230(46.3)	182(36.6)
x11	療養者に苦痛の少ない医療処置が、介護者にできるよう、方法を教えている	0(0.0)	4(0.8)	70(14.1)	244(49.1)	179(36.0)
x12	困った時は迷わず訪問看護に連絡していいと思えるような説明をしている●	0(0.0)	3(0.6)	25(5.0)	133(26.8)	336(67.6)
x13	次の訪問までの間に、介護者が予防的しておくべきことを、伝えて帰っている	1(0.2)	8(1.6)	78(15.7)	223(44.9)	187(37.6)
x14	状態の変化に応じた選択が必要な時、情報提供しながら介護者と一緒に考えている	0(0.0)	5(1.0)	68(13.7)	212(42.7)	212(42.7)
x15	医療処置を一緒にしながら自信をつけるように関っている	2(0.4)	15(3.0)	80(16.1)	224(45.1)	176(35.4)
x16	医療処置をしていることのやりがいを感じられるように関っている	1(0.2)	34(6.8)	143(28.8)	205(41.2)	114(22.9)
x17	できていいことには、必ずほめる言葉をかけている	0(0.0)	2(0.4)	36(7.2)	172(34.6)	287(57.7)
x18	訪問時はいつもねぎらいの言葉をかけている	0(0.0)	2(0.2)	51(10.3)	167(33.6)	278(55.9)
x19	介護者にできていることは、手を出し過ぎず見守っている●	1(0.2)	10(2.0)	92(18.5)	234(47.1)	160(32.2)
x20	水道・光熱・物品に無駄のないよう配慮した援助をしている	0(0.0)	12(2.4)	112(22.5)	201(40.4)	172(34.6)
x21	飲食・清潔・排泄の援助は、その家の事情に合うように工夫している	0(0.0)	2(0.4)	73(14.7)	218(43.9)	204(41.0)
x22	介護者が大切にしていることを理解して、同じように大切にしている	0(0.0)	4(0.8)	62(12.5)	203(40.8)	228(45.9)
x23	何気ない会話から介護者の人柄を知るようにしている◎	0(0.0)	3(0.6)	64(12.9)	219(44.1)	211(42.5)
x24	介護者の体調をいつも気にかけ、健康を守るよう助言をしている◎	0(0.0)	1(0.2)	64(12.9)	213(44.1)	219(44.1)
x25	負担や不安を察したら、療養者を気にせず話せる場で、聴く時間をとっている	0(0.0)	14(2.8)	109(21.9)	219(44.1)	154(31.0)
x26	世間話などの何気ない会話で気分をやわらげるようにしている	0(0.0)	2(0.4)	54(10.9)	210(42.3)	231(46.5)
x27	日常のことを何でも話していいと促している	0(0.0)	24(4.8)	97(19.5)	205(41.2)	171(34.4)
x28	介護者の生活の中の楽しみが続けられるよう配慮している	1(0.2)	19(3.8)	113(22.7)	220(44.3)	144(29.0)
x29	言葉にできない気持ちを抱えている時は寄り添う態度を示している●	1(0.2)	11(2.2)	89(17.9)	228(45.9)	168(33.8)
x30	休息のためにサービスを使っていると見えるような言葉を、介護者にかけている●	1(0.2)	6(1.2)	80(16.1)	221(44.5)	189(38.0)
x31	医療処置ができるサービスを主体的に調整して、介護者の休息の時間を作っている	2(0.4)	19(3.8)	143(28.8)	224(45.1)	109(21.9)
x32	療養者・介護者の希望を中心に、支援者がつながるように発言をしている	1(0.2)	11(2.2)	126(25.4)	233(46.9)	126(25.4)
x33	主治医と介護者の考えが通じ合うように、両者に働きかけている◎	2(0.4)	26(5.2)	135(27.2)	212(42.7)	122(24.5)
x34	介護者の思いを察して、療養者・家族に思いを伝える橋渡しをしている◎	2(0.4)	17(3.4)	145(29.2)	210(42.3)	123(24.7)
x35	同じような経験をしている介護者と話す機会をつくっている●	99(19.9)	185(37.2)	112(22.5)	73(14.7)	28(5.6)
x36	介護者が訪問看護に希望している援助を、苦痛の少ない技術で行っている	1(0.2)	9(1.8)	136(27.4)	231(46.5)	120(24.1)
x37	療養者への援助について、なぜそうするかを、その場でわかるように伝えている●	1(0.2)	7(1.4)	88(17.7)	253(50.9)	148(29.8)
x38	緊急と判断したら、なるべく早く訪問し、安心されるような対応をしている	2(0.4)	2(0.4)	40(8.0)	211(42.5)	242(48.7)
x39	訪問看護師の誰もが、療養者に合った援助を、同じようにできるようにしている	0(0.0)	13(2.6)	111(22.3)	244(49.1)	129(26.0)
x40	介護者に自然な感謝を感じられるような言葉を、療養者にかけている	1(0.2)	16(3.2)	113(22.7)	223(44.9)	144(29.0)

(注) △はCITC0.4以下の項目、◎は多分相関係数が0.8以上のペア、●は探索的因子分析の因子負荷量0.4未満の項目

太い字体は回答4と5の合算上位5項目、下線付き太い字体は回答1と2の合算上位5項目、網掛けは除外8項目

表7 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動尺度(6因子32項目)因子分析結果 n=497

因子名	Cronbach α係数	項目番号	項目内容	因子負荷量					
				第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
第1因子<関係性を育む>Cronbach α = 0.879 平均4.41 SD±0.55									
x1			介護者の立場に立って丁寧に向き合う態度で関わっている	0.728	0.116	0.006	0.173	0.026	-0.030
x2			笑顔で元気を与えられるように関わっている	0.833	-0.093	0.134	-0.083	0.174	-0.087
x3			声のトーンを工夫して、ゆっくり、わかりやすく言葉かけをしている	0.755	0.149	-0.167	0.012	0.096	0.035
x4			介護者に受け入れられているかどうか様子を見ながら関わっている	0.657	0.282	-0.079	0.032	0.046	-0.007
x5			医療面も生活面も何でも相談できるような態度で関わっている	0.538	0.375	0.070	0.004	0.048	-0.030
第2因子<医療処置の力を引き出す>Cronbach α = 0.920 平均4.17 SD±0.60									
x7			医療処置が生活の中でやりやすいように、方法や環境を調整している	0.156	0.600	0.028	0.113	-0.006	0.106
x8			医療処置に対する恐怖心が強い時は、無理しなくていいように代行している	0.213	0.568	-0.133	-0.029	-0.015	0.186
x9			介護者の医療処置でトラブルが予測されたら、自信を失わないような言葉かけで気づいてもらうようにしている	0.167	0.747	0.014	-0.018	-0.054	0.085
x10			医療処置で守るべき手技は、介護者に合わせて、納得されるまで説明している	0.092	0.717	0.026	0.076	-0.038	0.044
x11			療養者に苦痛の少ない医療処置が、介護者にできるよう、方法を教えている	0.015	0.697	0.028	0.194	0.066	-0.007
x13			次の訪問までの間に、介護者が予防的しておくべきことを、伝えて帰っている	-0.013	0.424	0.043	0.275	0.161	0.060
x14			状態の変化に応じた選択が必要な時、情報提供しながら介護者と一緒に考えている	0.049	0.458	0.154	0.251	0.101	0.027
x15			医療処置を一緒にしながら自信をつけるように関わっている	-0.088	0.597	0.365	0.000	-0.025	0.142
第3因子<肯定的感情を共にする>Cronbach α = 0.769 平均4.25 SD±0.61									
x16			医療処置をしていることのやりがいを感じられるように関わっている	-0.096	0.330	0.422	-0.086	0.022	0.306
x17			できていることには、必ずほめる言葉をかけている	0.010	0.118	0.867	0.050	0.032	-0.122
x18			訪問時はいつもねぎらいの言葉をかけている	0.115	0.056	0.610	0.019	0.197	-0.018
第4因子<元からある生活を守る>Cronbach α = 0.831 平均4.22 SD±0.65									
x20			水道・光熱・物品に無駄のないよう配慮した援助をしている	-0.059	0.114	0.060	0.736	-0.018	0.060
x21			飲食・清潔・排泄の援助は、その家の事情に合うように工夫している	0.055	0.134	-0.076	0.823	-0.015	0.044
x22			介護者が大切にしていることを理解して、同じように大切にしている	0.064	0.028	0.083	0.532	0.240	0.058
第5因子<気持ちをやわらげる>Cronbach α = 0.860 平均4.14 SD±0.63									
x23			何気ない会話から介護者の人柄を知るようにしている	0.126	0.018	0.005	0.387	0.514	-0.051
x25			負担や不安を察したら、療養者を気にせず話せる場で、聴く時間をとっている	-0.051	0.109	0.168	-0.017	0.430	0.235
x26			世間話などの何気ない会話で気分をやわらげるようにしている	0.171	-0.088	-0.025	0.110	0.802	0.021
x27			日常のことを何でも話していいと促している	0.123	-0.009	0.092	-0.207	0.631	0.260
x28			介護者の生活の中の楽しみが続けられるよう配慮している	0.046	0.023	0.039	0.050	0.473	0.388
第6因子<安心を気づかい介入する>Cronbach α = 0.908 平均3.98 SD±0.62									
x31			医療処置ができるサービスを主体的に調整して、介護者の休息の時間を作っている	-0.076	0.128	0.002	-0.017	0.300	0.602
x32			療養者・介護者の希望を中心に、支援者がつながらるように発言をしている	-0.027	0.105	-0.014	-0.008	0.285	0.609
x33			主治医と介護者の考えが通じ合うように、両者に働きかけている	-0.157	0.194	-0.120	0.057	0.080	0.820
x34			介護者の思いを察して、療養者・家族に思いを伝える橋渡しをしている	-0.081	0.193	-0.179	-0.015	0.202	0.816
x36			介護者が訪問看護に希望している援助を、苦痛の少ない技術で行っている	0.081	0.167	-0.015	0.269	-0.016	0.480
x38			緊急と判断したら、なるべく早く訪問し、安心されるような対応をしている	0.266	0.006	0.161	0.171	-0.219	0.482
x39			訪問看護師の誰もが、療養者に合った援助を、同じようにできるようにしている	0.231	-0.225	0.122	0.252	-0.092	0.539
x40			介護者に自然な感謝を感じられるような言葉を、療養者にかけている	0.180	-0.108	0.118	-0.028	0.073	0.657
尺度全体 Cronbach α = 0.967 平均4.17 SD±0.53									
因子間相関				第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
				第1因子	—				
				第2因子	0.602	—			
				第3因子	0.585	0.581	—		
				第4因子	0.600	0.625	0.588	—	
				第5因子	0.503	0.496	0.528	0.571	—
				第6因子	0.558	0.619	0.612	0.642	0.603

* WLSMV プロマックス回転

4) 妥当性の検討

(1) 構成概念妥当性 (図 4)

探索的因子分析の結果を基に作成した、6 因子 32 項目から構成される二次因子モデルのデータへの適合度は、CFI=0.971、RMSEA=0.065 であり、統計学的許容水準を満たしていた。第二次因子から第一次因子へのパス係数、第一次因子から観測変数へのパス係数は、いずれも正值で、「関係性を育む」は 0.765-0.919、「医療処置の力を引き出す」は 0.714-0.882、「肯定的感情を共にする」は 0.821-0.846、「元からある生活を守る」は 0.808-0.902、「気持ちをやわらげる」は 0.764-0.894、「安心を気づかい介入する」0.713-0.883 の範囲にあり、すべて統計学的に有意な水準にあった。

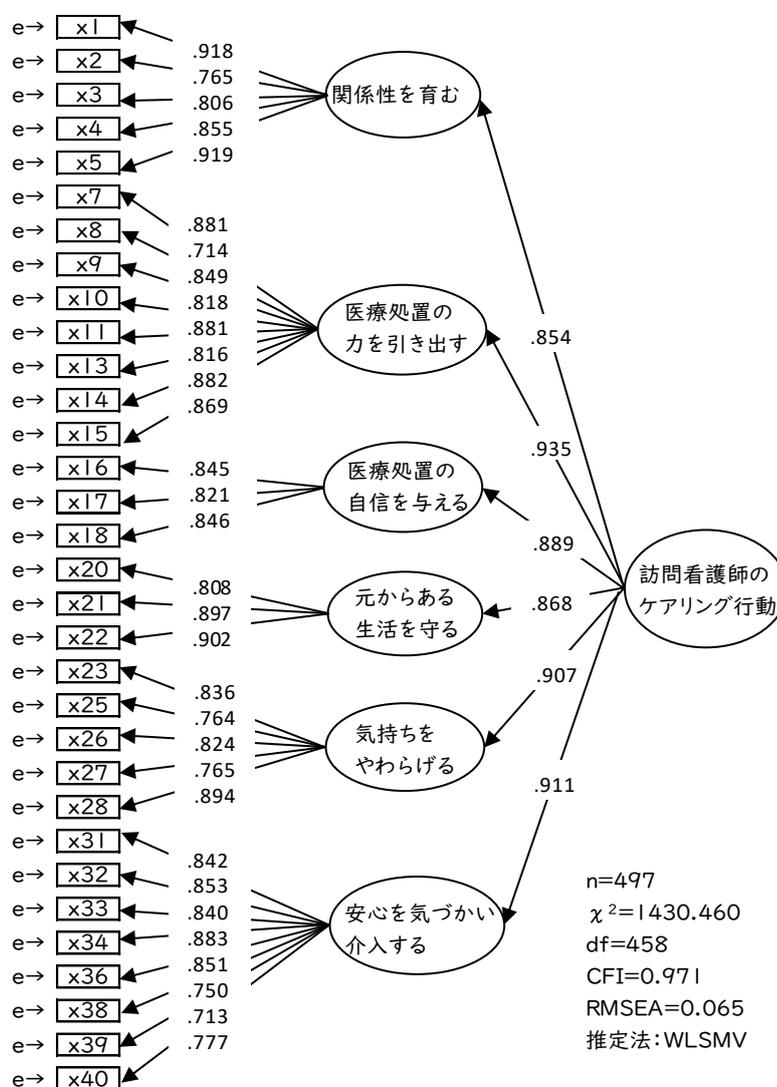


図4 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動尺度の構成概念妥当性

(2) 基準関連妥当性 (表 8)

訪問看護師のケアリング行動尺度の下位尺度全体平均点および下位尺度の平均点と、看護師の共感援助尺度の下位尺度全体および下位尺度の平均点との Spearman の順位相関係数を検討した。その結果、すべてに有意な正の相関が示された。

表8 医療処置を担う介護者への訪問看護師の
ケアリング行動尺度と看護師の共感援助行動尺度との関連 n=497

共感援助尺度	訪問看護師のケアリング行動尺度						
	尺度全体	関係性	力を引き出す	自信を与える	元からある生活	気持ちやわらげる	安心
尺度全体	.54**	.43**	.46**	.39**	.34**	.52**	.52**
共感	.49**	.38**	.42**	.39**	.30**	.57**	.50**
こころの接近	.48**	.45**	.40**	.33**	.34**	.49**	.43**
全人的理解	.54**	.30**	.36**	.31**	.24**	.39**	.45**

*Spearmanの順位相関係数 P<0.01

(3) 信頼性の検討 (表 7)

訪問看護師のケアリング行動尺度の Cronbach α 信頼性係数は、尺度全体では 0.967、下位尺度の「関係性を育む」は 0.879、「医療処置の力を引き出す」は 0.920、「肯定的感情を共にする」は 0.769、「元からある生活を守る」は 0.831、「気持ちをやわらげる」は 0.860、「安心を気づかい介入する」は 0.908 で、統計学的許容水準を満たしていた。

5) 自由記述 (表 9)

調査票に設けた自由記述欄に記載があったのは、99 名であった。自由記述の内容について、意味内容が類似しているものを集めて集約した。結果、「訪問看護師が抱えている困難感」「介護者が抱えている困難感」「介護者の医療処置上の課題」「介護者支援の時間的制約の課題」「病棟看護師との連携上の課題」「ケアマネジャーとの連携上の課題」「連携における制度上の課題」「介護者同士の交流についての意見 (x35 の項目について)」「ケアリング行動」の 9 つに分類された。そのうち、「介護者同士の交流についての意見 (x35 の項目について)」には、15 名の自由記載があり、守秘義務があり行えない・介護者がその時間をとれない・講演会などを紹介しているなどの意見があった。

表9 自由記載内容の分類と抜粋

n=99

訪問看護師が抱えている困難感
<ul style="list-style-type: none"> ・まだ訪看の仕事について2か月強なので、個人の開業医院での経験しがなく、アウェイでの難しさに心理的にアップダウンが激しい。 ・笑顔で接することは常に意識しているが、言葉一つ一つ適切な言葉を見つけないのが、私の中では一番困難。 ・利用者と介護者の関係が良くない場合は、現状だけではなく、今までの経過があるため、難しい。 ・老老・認認・介護のための離職での介護者が増加しており、相談を受けても内容が重く、返答が分からない時がある ・自分はコミュニケーション能力がないと思うし、この仕事に向いてないと思う。だけど、不快にさせないよう、クレームが来ないよう細心の注意を払っている。でも疲れしました…。早く辞めたいと思っている。
介護者が抱えている困難感
<ul style="list-style-type: none"> ・老々介護が増え介護者の負担がかなり大きいという家庭が増えてきていると痛感している。市街地ではあるが、地形上坂や階段が多く、受診・買い物など外出困難な方が多い。緊急時・通常受診のタイミングなど難しく感じるが多い。 ・介護者の高齢化、子供世帯も他府県に在住あるいは共働きが多く、在宅で医療処置を担うことが困難になっていると感じられる。 ・介護者がサービスを使うことに対し、拒否的な場面が多く思う。昔の人なのか、自分がしようと思えばできる（自分のからだを壊してでも）と思う人が本当に多い。
介護者の医療処置上の課題
<ul style="list-style-type: none"> ・自己流だったり、プライドが高いと、助言もなかなか聞き入れられず、効果的なケアにできない。 ・介護する側、される側が高齢となり、（手技について）何度説明しても理解されなかったり、次回訪問すると前回と違った意見を出されたりと、なかなか思うようにいかないことが増えてきた。 ・介護期間が長くなると、介護者の疲労が増し、（手技が）雑になったり、言葉が乱暴になったり、変化していくことがあり、療養者・介護者が共に在宅で生活する（続ける）ことが難しい。
介護者支援の時間的制約の課題
<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険対応の方には心を配るが、次の訪問が続いているので、次回の訪問の時間をかせてくださいと言ったり、自分の休憩時間をそれに当てることも多い。 ・どうしても患者さんに必要なケアが最優先になってしまうので、限られた時間の中で十分お話を聴いたり、状況を把握するのは難しいと感じている。（思いとは裏腹に） ・金銭的な問題で4回/週から2回ほどにされる患者もいる。短い時間の中でいかに患者様介護者様のニーズに応えていくかが課題。
病棟看護師との連携上の課題
<ul style="list-style-type: none"> ・点滴や腹膜透析など高齢者であっても必要であれば導入となり、自宅で管理を継続することは増えており、訪問看護の力を上手に利用してほしいが、導入した医療側にそのノウハウが周知されていないことを強く感じる。 ・できるだけ介護者の力量に合わせて指導しているが、退院時には病院での指導が十分でないこと、また、在宅と病棟看護師の連携が十分でない。
ケアマネジャーとの連携上の課題
<ul style="list-style-type: none"> ・サービス導入についての調整はケアマネさんの考え方や家族の考え方の板挟みになり、多職種が関わるほど難しさを実感している。 ・介護保険の対応では、介入方法はまずケアマネが答えを出すのであって、先に助言をするとケアマネとの関係に支障を来すことがある。
連携における制度上の課題
<ul style="list-style-type: none"> ・ショートステイに関しては、医療依存度の高い療養者は受け入れ困難な場合もあり（夜間看護師不在など）、施設が限られている。 ・病院受診は、タクシー代も高かったり、移動が大変なため、家族の方も疲れてしまう方が多い。安定されている方は、内服だけ受け取れるシステムや、インターネットを利用したシステムなど、本人家族が按針して在宅で過ごせるようになってよい。地域に訪問医が増えてほしい。 ・家族は医師に率直な意見を述べるのができないこともあり、橋渡しすることが重要なので、医師の訪問診療日に必ず参加している。これが診療報酬につながるの残念。 ・家族ケアに時間と労力をかなりとっている。話も聞くようにしているが、限られた時間の中では難しく、ラインやメールでもサポートしている。介護者が負担なく相談できるには、それが有効と思うが、その部分は何もコストがとれないし、個人情報が出てしまう可能性もある。
介護者同士の交流についての意見
<ul style="list-style-type: none"> ・介護者同士が話す機会については、市の事業の中で行われており、訪問看護師から声かけを行ったりはしていない。療養者により違いがあるので、介入は難しいと思う。 ・介護者同士が話す機会はないが、患者会や講演会のような場を紹介することはある。 ・介護者同士が話す機会が必要と思うが、二人暮らしの場合や副介護者がいない場合は、介護者も行くことができないので難しい。 ・介護者同士の輪が持てるよう関わりたいと思うが、守秘義務の事を考えると行うことができるのか？と考えてしまう。
ケアリング行動
<ul style="list-style-type: none"> ・いつも、ナイチンゲールの「環境から…」を重要視している。一步そのうちに入れば、「支えるところは??」と観て！生活がしやすいように、時間内で支援している。相手の身になって、もし、自分だったらと考え、訪問させていただいている。 ・病気や療養以外の事でも話していくことをかさねると、その人の今までの人生や家族関係、価値観などを知ることができ、時間をかけて心を開いてくれることの大切さやうれしさを感じている。介護者に対しての指導もよりいっそう気持ちを傾け、在宅医療でよかったと思えるように支援していきたいと思う。 ・自分の思いを聞いてくれる人がいる、理解しようと寄り添ってくれる人がいると感じられることが、自信となり、療養者さんへの良い介護につながると思う。療養者と介護者のそれぞれの間に温度差を感じられたら、少しずつ折り合いがつけられるように、色々な場面においての意思決定の支援に努めている。 ・日常生活、家事仕事をするのも大変だと話される方が多くいる中、医療処置のある療養者を抱えての介護が入ると、不安な気持ちになる。入院中に療養指導や処置の指導をされても、自宅に帰ってから不安やストレスは大きい。大丈夫と言われても、さりげなく処置の仕方をみて助言している。コミュニケーションの中で、外での出来事や花が咲いたなどたわいのない話もつつ、笑顔が出るよう声かけをしている。

4. 考察

1) 対象者の特性

本研究対象者の平均年齢と平均看護師経験年数は、日本看護協会による訪問看護師実態調査結果（2014）⁸⁶⁾ とほぼ一致していた。平均訪問看護師経験年数は、前述調査よりも本研究の対象者が 2.0 年低く、男性比率は本研究の対象者が 1.6%高かった。本研究の対象者は 5 年未満の訪問看護師経験年数が半数近くあり、これが平均年齢の低さに影響していると考えられた。しかし、実態調査と比較して、30 年以上の経験者や男性の比率が高いことから、幅広い対象者からの結果が得られたと考える。訪問看護ステーションの立地は 82.5%が都市部であり、中山間・島嶼部の訪問看護ステーションの対象者選定については今後検討の必要がある。

2) 医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動尺度の妥当性と信頼性

探索的因子分析により、質問項目の基にした半構造化面接結果の 7 カテゴリーのうち【休息と安心のために連携する】【療養者の安楽を守る】の 2 つのカテゴリーは、訪問看護師のケアリング行動尺度においては「安心を気づかい介入する（第 6 因子）」に統合されて、全 6 因子として抽出された。2 つのカテゴリーが統合された第 6 因子には、介護者の安心のために介護者と療養者の両者を気づかう介入が含まれていた。第 6 因子を除いた 5 因子は、先述の 2 つのカテゴリーを除く 5 カテゴリーと一致していることから、本尺度の内容的妥当性が得られる結果であった。加えて、第 1 段階と同じく、Benner の援助役割 7 項目⁸⁰⁾ から概念的な裏付けが得られたと考える。（表 10）

また、探索的因子分析の結果による 6 因子 32 項目から構成される二次因子モデルは、確認的因子分析により良好な適合度が得られた。つまり、本尺度の因子構造の側面からみた構成概念妥当性は、統計学的に支持された。また、本尺度と看護師の共感援助尺度⁸²⁾ には、すべてに中等度の正の相関が認められたため、基準関連妥当性を確保できた。これは、ケアリング行動実施頻度が高い訪問看護師は、介護者の気持ちに寄り添う共感援助能力が高いことを意味する。Cronbach α 信頼性係数は、尺度全体では 0.967、下位尺度では 0.769–0.920 を示し、内的整合性を有しているため、本尺度の信頼性は確認された。

表10 高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動とBennerの援助役割の比較

訪問看護師のケアリング行動 (第1段階 7カテゴリ)	訪問看護師のケアリング行動尺度 (第2段階 6因子)	援助役割 (Benner)
受け入れられる関係性を育む	I 関係性を育む	1.ヒーリングの関係:癒しの環境を作り、癒しのためのコミットメントを確立する
元からある生活を守る	IV元からある生活を守る	2.患者が疼痛や衰弱に直面した時に安楽を与え、患者の人間性・価値観・尊厳を守る
気持ちをやわらげる	V気持ちをやわらげる	3.付き添い:患者の側にいる
医療処置の力を引き出す 医療処置の自信を与える	II 医療処置の力を引き出す III 肯定的感情を共にする	4.患者自身の関与を最大限に引き出し、自律しているという自覚と自信を与える
療養者の安楽を守る	VI 安心を気づかい介入する	5.痛みの種類を見極め、疼痛管理とコントロールの適切な対応策を選択する
気持ちをやわらげる	V気持ちをやわらげる	6.触れることによって安楽をもたらし、コミュニケーションを図る
医療処置の力を引き出す 休息と安心のために連携する	II 医療処置の力を引き出す VI 安心を気づかい介入する	8.情緒的な変化や状況の変化に応じて患者を指導する 状況に合わなくなった対応策を取りやめ、新たな選択肢を提供する

*本研究は家族介護者対象のため「7.患者の家族を情緒面と情報面で援助する」は、すべてに含まれるので除外した

3) 医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動尺度の特徴と活用性

本尺度の特徴について、Bennerの援助役割7項目⁸⁰⁾を援用して考察する。第1因子「関係性を育む」は、Bennerの「癒しの環境を作り、癒しのためコミットメントを確立する」と共通していると考えられた。プライベートな領域に立ち入る訪問看護師は、施設内看護とは異なった振る舞い方が要求されると言われている⁸⁷⁾。訪問看護師は、「x1 介護者の立場に立って丁寧に向き合う態度で関わっている」とあるように、介護者の状況に身を置き、専門職としての指導的立場ではなく、人として真摯に向き合う態度で、プライベートな場に受け入れられる関係性を育んでいると考える。ゆえに、第1因子は、癒しのコミットメントのために、家庭内に受け入れられ、信頼を得られるように丁寧に関わるケアリング行動と考える。

第2因子「医療処置の力を引き出す」第3因子「肯定的感情を共にする」は、Bennerの「情緒的な変化や状況の変化に応じて患者を指導する」「関与を最大限に引き出し、自律しているという自覚と自信を与える」と共通していると考えられた。私宅というアウェイの場でのケアは、患者の希望や生活習慣に合わせるべきという規範を意識せざるを得ないとされている⁸⁸⁾。「x7 医療処置が生活の中でやりやすいように、方法や環境を調整している」「x9 医療処置でトラブルが予測されたら、自信を失わないようトラブルに対し予防的に関わる」は、原則的な医療処置を第一義としていない。介護者の独自の手技を認め、「x15 医療処置を一緒にしながら自信をつけるよう」称賛しながら共に行うことで、介護者の生活に組み込まれた医療処置を編み出し、自立に導いていると考え

る。また、クラインマンは⁸⁹⁾、慢性疾患の患者は、その疾患から何らかの学びを得て、その学びから自分をケアするようになると述べており、これは、継続した医療処置の管理が必要な介護者にも当てはまると考える。介護者は、医療処置を習得し、共に暮らしてきた療養者の命を守るという新たな、そして終わりの見えない経験をしている。第2.3因子では、ケアリング行動により介護者から単に医療処置の技術力を引き出すのではなく、医療処置を続けることの意味やそこからの学びを引き出すことが含まれていると考える。つまり、「x16 医療処置をすることのやりがいを引き出すように関わっている」は、介護者が身に付けた技術力のみならず、介護者独自の経験からの学びやその意味を引き出せて初めて、やりがいという肯定的感情も引き出されると考える。

第4因子「元からある生活を守る」は、Bennerの「患者の人間性・価値観・尊厳を守る」と共通していると考えられた。介護者が培ってきた生活には、衣食住や生活行動における価値観や大切にしてきた事象がある。「x22 介護者が大切にしていることを理解して、同じように大切にしている」とあるように、訪問看護師は、介護者が大切にしている事象に関心を持ち、それを理解し、尊重することを基本姿勢に持っていると考えられる。しかしながら、医療処置を続けるということは、全く元通りの生活ができるとは言えない。生活習慣の変更を余儀なくされることもあると推察される。「x21 飲食・排泄・清潔の援助は、そのうちの事情に合うように工夫している」とあり、訪問看護師は、療養者の病状に影響が無い範囲を判断して、工夫することで、一人の生活者として生きてきた介護者の生活のあり様を守っていると考える。介護者が訪問看護師のケアリング行動を認知できたら、介護者も一人の人として自分自身をケアして生きられるのではないかと期待する。さらに、「x20 水道・光熱・物品に無駄のないよう配慮した援助」は、「もったいない」という日本の規範に該当すると考える。吉村は「もったいない」は、物事にケチケチするというのではなく、ありがたい（感謝）・畏れ多い（謙虚）・生かし切る（大切）という心掛け・思いやりを総じて表す言葉で、古来の日本人なら誰でも持っていた行動規範としている⁹¹⁾。「x20」は、経済的負担に配慮したケアリング行動であると同時に、大切に扱うという心掛けを含むのではないかと考えられる。

第5因子「気持ちをやわらげる」第6因子「安心を気づかい介入する」は、Bennerの「患者の側にいる」「安楽をもたらす」「新たな選択肢を提供する」と共通していると考えられた。Bennerによると、看護師は患者がどのような来歴を背景にしているか、何を気づかっているかなどを考慮に入れると、患者自身による対処への手助けが増え、

可能性が開けてくる³²⁾。したがって、第 5.6 因子は、介護者個人を知って気持ちを癒し、連携や仲介により新たな継続への可能性を開くケアリング行動と考えられた。また、第 5 因子「x25 不安や負担を察したら聴く時間をとっている」第 6 因子「x34 介護者の思いを察して橋渡しする」（「」内は一部抜粋）には、「察する」というケアリング行動があった。石黒は、「察する」を日本文化に存在するという意思疎通と述べている。そして、日本人の「察する」を、メッセージの言語化に消極的とされる否定的側面ではなく、メッセージの意味を読み取る推察力、他者に対して配慮、共感できる能力を養成する特質を持つと捉えている⁹⁰⁾。これは、ケアリングの概念と共通するものである。生活の中で特殊な医療処置を担う介護者は、代替者がいないという思いで継続していると考えられ、潜在している様々な思いがあることが推察される。それを「察して」ケアリング行動として介入することは、介護者の介護負担の抱え込みを未然に防ぐことにつながる。それは、日本人だからこそ必要なケアリング行動と考える。そして、第 6 因子「安心を気づかい介入する」にある「x36 介護者が訪問看護に希望している援助を、苦痛の少ない技術で行っている」は、Benner の「疼痛管理と適切な対応策を選択する」に共通する、療養者の苦痛を最小限にするケアリング行動と考えられた。

また、医療処置を担う介護者に特徴的な困難として、田邊らは、医療処置実施に関する困難と医療処置を担うことによる社会資源利用上の困難を挙げている⁹²⁾。本尺度の第 2・第 3・第 6 因子には、介護者に合わせて医療処置習得に導きながら、負担を抱え込まないよう連携調整するケアリング行動が含まれており、医療処置に特徴的な困難感の軽減につながることが期待できる。（「」内のサブカテゴリーは一部抜粋）

よって、本尺度は、訪問看護実践の領域や日本文化をふまえたケアリング行動の構成要素が含まれており、訪問看護現任者や初心者の自己評価や実践指標として活用可能と考える。

5. 結論

1) 「関係性を育む」「医療処置の力を引き出す」「肯定的感情を共にする」「元からある生活を守る」「気持ちをやわらげる」「安心を気づかい介入する」を一次因子、訪問看護師のケアリング行動を二次因子とする、高齢療養者の医療処置を担う介護者に対する訪問看護師のケアリング行動尺度の信頼性および妥当性が確認された。

2) 本尺度は、訪問看護現任者や初心者の自己評価や実践指標として活用が期待できる。

第3節 訪問看護師のケアリング行動への高齢療養者の医療処置を担う介護者の認知と介護負担感の関連

1. 目的

訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知尺度を開発し、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知が介護負担感に与える影響について検証する。

2. 研究方法

1) 項目の選定

尺度項目は、第2段階で選定した訪問看護師のケアリング行動40項目を基に、介護者に回答可能な語尾に変更して、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知40項目の調査項目を用いた。質問項目の語尾は、訪問看護師のケアリング行動の「～している」を、本尺度項目（介護者の認知）では「～してくれる」に変更して成文化した。ケアリング行動への認知の質問は、訪問看護師の関わり方について最も当てはまるものを選ぶよう教示した。回答は、「5：非常にそう思う」「4：少しそう思う」「3：どちらとも言えない」「2：あまりそう思わない」「1：全くそう思わない」の5件法とし、ケアリング行動への認知の程度が高い順に5点～1点を配点した。

本調査の前に、A県の訪問看護ステーションを利用する高齢療養者の医療処置を担う介護者3名にプレテストを行い、質問項目が理解できるか、回答しづらい部分はないかなどについて意見を求めた。いくつかの質問項目についての意味の難解さなどの指摘を基に、先述の管理者と研究者で質問項目を検討し、難解な部分を具体的に理解できるよう文言を修正した。そして、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知40項目を選定した。

2) 本調査

(1) 調査対象者

研究対象は、75歳以上の療養者の医療処置を担う、調査票の記入可能な主介護者とした。

(2) データ収集方法

第2段階（第2章第2節）と同一の訪問看護ステーションに、無記名自記式調査票3部を同封して配布した。介護者が医療処置を担うことを条件にして、対象者選定は管理

者に依頼した。

(3) 調査期間

データ収集は、2018年11月～12月に実施した。

(4) 調査項目

調査内容は、介護者の属性（年齢・性別・副介護者の有無・健康状態・就業状況・医療処置の内容）、療養者の属性（年齢・要介護度・認知症の有無）、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知40項目、介護負担感スケール⁹³⁾で構成した。介護負担感への影響の検討には、中谷らによって開発された介護負担感スケール⁹³⁾を使用した。この尺度は、「全般的介護負担感（10項目）」「介護継続意思（2項目）」の12項目2因子について、「4：非常にそう思う」「3：少しそう思う」「2：あまりそう思わない」「1：全くそう思わない」の4件法で調査するものがある。本尺度は心理測定尺度集Ⅲ⁷¹⁾に掲載されており、信頼性、妥当性が確認されている。尺度使用に際しては出典論文を読み、その背景を理解して使用することが示されている。中谷らによると、負担感のひとつの側面を構成すると考えられた「介護継続意思」は、負担感を構成するものではなく、独立していることが報告されている⁹³⁾。そのため、坂田は、「介護継続意思」と「全般的介護負担感」を別々の従属変数として扱い、それぞれに対して関連する独立変数を検証している⁹⁴⁾。したがって、本研究においても介護負担感の測定は、12項目の介護負担感スケールのうち、＜全般的介護負担感（10項目）＞を用いることとした。統制変数とする介護者の属性には、人口学的要因である年齢・性別に加え、中谷ら⁹³⁾坂田⁹⁴⁾により介護負担感に関連があるとされた副介護者の有無・健康状態・就業状況を用いた。統制変数とする療養者の属性には、櫛ら⁹⁵⁾により介護負担感に関連があるとされた要介護度・認知症の有無を用いた。

(5) 分析方法

まず、第2段階の訪問看護師と第3段階の介護者を対象とした自記式質問紙の訪問看護師のケアリング行動40項目について、訪問看護師のケアリング行動実施頻度とケアリング行動への介護者の認知、両群の平均ランクをMann-Whitney U検定を用いて比較検討した。

次に、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知40項目について、第2段階（第2章第2節）に準じて、信頼性・妥当性を分析した。そして、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知尺度を開発した。開発した尺度を用いて、Bennerの「ケアリン

グは、「患者が病気というストレスを切り抜けていくのを手助けする」を理論的根拠に、Cohen s et al⁹⁵⁾、桐野ら⁹⁶⁾を参考にして、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知を独立変数、介護負担感を従属変数、基本属性を統制変数とする因果関係モデルを仮定し、そのモデルの適合性と変数間の関連性について構造方程式モデリングを用いて解析した。(図 5)

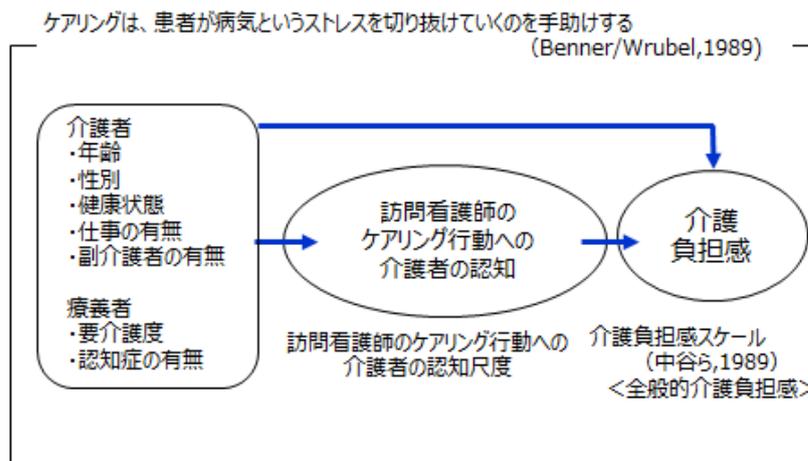


図 5 訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知と介護負担感に関する因果関係モデル

3. 結果

調査票は 1,410 部配布し、218 名の回答が得られた (回収率 15.4%)。このうち、同意チェックが有り介護者による訪問看護師のケアリング認知に欠損が無い 175 部を分析対象とした (有効回答率 12.4%)。

1) 対象者の属性 (表 11) (表 12)

性別は、女性 138 名 (78.9%)、男性 37 名 (21.2%) であった。平均年齢は 64.3±11.4 歳、最も多いのは 70～79 歳代で 54 名 (30.9%) であった。副介護者は無し 59 名 (33.7%)、有り 114 名 (65.1%) であった。身体状態は定期受診しているが 97 名 (55.4%) で最も多く、受診無しは 37 名 (21.2%) であった。仕事は無職が 122 名 (69.7%) で、約 7 割を占めていた。対象者が担う医療処置は、胃瘻 28.6%、口鼻吸引 25.1%、排便 25.1%、褥瘡処置 22.3% の順に多く、医療処置・管理が 2 つまたは 3 つ以上を合わせると 62.8% であった。被介護者の要介護度は要介護 4 と 5 を合わせると 67.5% であった。被介護者の認知症は有りが 38.3%、無しが 40% であった。

表11 対象者の基本属性 n=175

項目	人数	%
年齢	平均±SD	64.3±11.4
	30~49歳	18 10.3
	50~59歳	45 25.7
	60~69歳	47 26.9
	70~79歳	54 30.9
	80歳以上	11 6.3
性別	女性	138 78.9
	男性	37 21.2
副介護者の有無	無し	59 33.7
	有り	114 65.1
	欠損値	2
身体状態	受診無し	37 21.2
	調子悪い時受診	40 22.9
	定期受診	97 55.4
	欠損値	1
仕事の有無	常勤	27 15.4
	パート	23 13.1
	無職	122 69.7
	欠損値	3
療養者	無し	4 2.3
要介護度	支援2	3 1.7
	介護1	8 4.6
	介護2	16 9.1
	介護3	21 12.0
	介護4	29 16.6
	介護5	89 50.9
	欠損値	5 2.9
療養者	無し	70 40.0
認知症有無	有り	67 38.3
	どちらともいえない	38 21.7

表12 対象者が担う医療処置 n=175

医療処置(複数回答)	人数	%
レビンカテーテル	8	4.6
胃瘻	50	28.6
口鼻吸引	44	25.1
気管吸引	21	12.0
浣腸	27	15.4
摘便	44	25.1
人工肛門	9	5.1
尿留置カテーテル	33	18.9
導尿	18	10.3
在宅酸素	12	6.9
人工呼吸器	5	2.9
点滴管理	17	9.7
褥瘡処置	39	22.3
その他	21	12.0

医療処置回答数	人数	%
処置・管理 1つ	65	37.1
処置・管理 2つ	50	28.6
処置・管理 3つ以上	60	34.2

2) 回答分布 (表 13)

「5:非常にそう思う」「4:少しそう思う」のいずれかに回答した者の合算が最も多いのは、「y1 丁寧な態度で関わってくれる」「y2 笑顔で接してくれる」であり、いずれも 98.3%の介護者が 5 または 4 と回答していた。次いで、「y3 ゆっくり、わかりやすく言葉かけをしてくれる」が 95.4%であった。

「2:あまりそうしていない」「1:全くそうしていない」のいずれかに回答した者の合算が最も多いのは、「y35 同じような経験をしている介護者と話す機会をつくってくれる」であり、30.8%の介護者が 2 または 1 と回答していた。次いで、このうち、「y20 水道・電気・物品にむだがないように援助してくれる」が 8.6%、「y34 私の思いを察して、療養者や家族に伝えてくれる」が 8.5%であった。

回答分布では、5 または 4 の回答が多い傾向にあった。歪度においても、1 項目「x35

同じような経験をしている介護者と話す機会をつくっている」のみ正の値をとり、残る39項目は全て負の値であり高得点に分布が偏っていた。Shapiro-Wilk 検定では、全ての項目が正規分布に従わなかった。

表13 訪問看護師のケアリング行動への高齢療養者の医療処置を担う介護者の認知尺度の回答分布 n=175

番号	項目内容	1 全くそう 思わない	2 あまりそう 思わない	3 どちらとも いえない	4 少しそう 思う	5 非常に そう思う
y1	丁寧な態度で関わってくれる◎	0(0.0)	0(0.0)	3(1.7)	24(13.7)	148(84.6)
y2	笑顔で接してくれる◎	0(0.0)	0(0.0)	3(1.7)	24(13.7)	148(84.6)
y3	ゆっくり、わかりやすく言葉かけをしてくれる◎	0(0.0)	0(0.0)	7(4.0)	28(16.0)	139(79.4)
y4	私が訪問看護を受け入れているかどうか様子を見ながら関わってくれる	5(2.9)	2(1.1)	28(16.0)	32(18.3)	106(60.6)
y5	なんでもすぐに相談できる	0(0.0)	0(0.0)	10(5.7)	31(17.7)	134(76.6)
y6	家で介護することの良さを感じさせてくれる	0(0.0)	3(1.7)	34(19.4)	45(25.7)	93(53.1)
y7	医療的な世話が、生活の中でやりやすいように気をくばってくれる◎	0(0.0)	0(0.0)	12(6.9)	48(27.4)	115(65.7)
y8	医療的な世話がこわい時、無理しないでいいように手伝ってくれる◎	1(0.6)	0(0.0)	23(13.1)	42(24.0)	109(62.3)
y9	私の医療的な世話に危険があったら、私が自信を失わないような言葉かけて気づかせてくれる◎	1(0.6)	1(0.6)	29(16.6)	44(25.1)	100(57.1)
y10	医療的な世話で守るべきことは、私が納得するように説明してくれる◎	0(0.0)	1(0.6)	15(8.6)	54(30.9)	105(60.0)
y11	療養者の苦痛が少ないように医療的な世話ができる方法を教えてくれる◎	0(0.0)	2(1.1)	15(8.6)	50(28.6)	108(61.7)
y12	困ったときは迷わず訪問看護に連絡していいと思わせてくれる	1(0.6)	2(1.1)	8(4.6)	24(13.7)	140(80.6)
y13	次の訪問までの間に、私がしておくべきことを、伝えて帰ってくれる◎	1(0.6)	4(2.3)	32(18.3)	46(26.3)	92(52.6)
y14	状態が変わって決め事ができたとき、説明しながら一緒に考えてくれる◎●	1(0.6)	0(0.0)	9(5.1)	53(30.3)	112(64.0)
y15	医療的な世話を一緒にしながら自信をつけてくれる◎●	1(0.6)	3(1.7)	22(12.6)	56(32.0)	93(53.1)
y16	医療的な世話をしていることの、やりがいを感じさせてくれる◎	1(0.6)	4(2.3)	38(21.7)	57(32.6)	75(42.9)
y17	できていることに対して、必ずほめてくれる◎	1(0.6)	7(4.0)	28(16.0)	46(26.3)	93(53.1)
y18	いつも私にねぎらいの言葉をかけてくれる◎	1(0.6)	5(2.9)	18(10.3)	42(24.0)	109(62.3)
y19	私にできていることは、手出ししないで見守ってくれる●	1(0.6)	2(1.1)	29(16.6)	50(28.6)	93(53.1)
y20	水道・電気・物品におだがないように援助してくれる◎●	5(2.9)	10(5.7)	36(20.6)	47(26.9)	77(44.0)
y21	食事・おむつ・お風呂などの援助は、私の家に合わせて工夫してくれる◎	4(2.3)	5(2.9)	30(17.1)	45(25.7)	91(52.0)
y22	私が大切にしていることをわかってくれて、同じように大切にしてくれる	1(0.6)	2(1.1)	27(15.4)	43(24.6)	102(58.3)
y23	何気ない会話から私の人柄を知ろうとしてくれている◎	2(1.1)	3(1.7)	27(15.4)	68(38.9)	75(42.9)
y24	私の体調をいつも気にかけて、元気でいられるよう助言をしてくれる◎	1(0.6)	2(1.1)	14(8.0)	64(36.6)	94(53.7)
y25	大変さや不安が強いとき、療養者が気づかない所で話を聴いてくれる◎	1(0.6)	5(2.9)	29(16.6)	61(34.9)	79(45.1)
y26	世間話などの何気ない会話で、気分をよわらせてくれる◎	1(0.6)	3(1.7)	19(10.9)	46(26.3)	106(60.6)
y27	日常のことを何でも話していいと促してくれる◎	2(1.1)	5(2.9)	32(18.3)	49(28.0)	87(49.7)
y28	私の生活の中の楽しみが続けられるように気をくばってくれる◎	1(0.6)	9(5.1)	38(21.7)	54(30.9)	73(41.7)
y29	言葉にできない気持ちをかかえているとき、寄り添ってくれる◎	1(0.6)	10(5.7)	41(23.4)	57(32.6)	66(37.7)
y30	私の休息のためにサービスを使ってもいいと、感じさせてくれる◎	1(0.6)	7(4.0)	34(19.4)	43(24.6)	90(51.4)
y31	医療的な世話ができるサービスを整えて、私の休息の時間を作ってくれる◎●	2(1.1)	8(4.6)	49(28.0)	46(26.3)	70(40.0)
y32	私の希望を訪問看護以外のサービスの人に伝えてくれる	2(1.1)	6(3.4)	27(15.4)	56(32.0)	84(48.0)
y33	私と主治医の考えが通じ合うように、両者に働きかけてくれる	1(0.6)	9(5.1)	21(12.0)	52(29.7)	92(52.6)
y34	私の思いを察して、療養者や家族に伝えてくれる	6(3.4)	9(5.1)	44(25.1)	54(30.9)	62(35.4)
y35	同じような経験をしている介護者と話す機会をつくってくれる	20(11.4)	34(19.4)	66(37.7)	24(13.7)	31(17.7)
y36	私が訪問看護に望むことを療養者に苦痛の少ない方法でしてくれる◎	1(0.6)	7(4.0)	22(12.6)	66(37.7)	79(45.1)
y37	療養者への援助について、なぜそうするかわかりやすく教えてくれる◎	1(0.6)	4(2.3)	31(17.7)	58(33.1)	81(46.3)
y38	緊急の時はなるべく早く来てくれて、安心できる対応をしてくれる	1(0.6)	2(1.1)	15(8.6)	35(20.0)	122(69.7)
y39	訪問看護師の誰もが、療養者に合った援助を、同じようにしてくれる	4(2.3)	2(1.1)	26(12.9)	44(25.1)	99(56.6)
y40	私に自然な感謝を感じられるような言葉を、療養者にかけてくれる	3(1.7)	5(2.9)	29(16.6)	46(26.3)	92(52.6)

(注) △はCITCO.4以下の項目、◎は多分相関係数が0.8以上のペア、●は探索的因子分析の因子負荷量0.4未満の項目
太い字体は回答4と5の合算上位5項目、下線付き太い字体は回答1と2の合算上位5項目、網掛けは除外16項目

3) ケアリング行動 40 項目における、訪問看護師のケアリング行動実施頻度とケアリング行動への介護者の認知の比較 (図 6) (表 14-1 14-2)

まず、訪問看護師のケアリング行動実施頻度とケアリング行動への介護者の認知について、両群の平均ランクを Mann-Whitney U 検定にて比較した。その結果、訪問看護師のケアリング行動を「行っている」という実施頻度とケアリング行動を「してくれる」と思う介護者の認知には、40 項目中 32 項目に有意な差があり、そのうち 31 項目は介護者の認知の平均ランクが有意に高かった。介護者の平均ランクの方が低い項目は、40 項目中 3 項目であった。このうち有意に低い項目は、x17 (y17)「できていることには、必ずほめる言葉をかけている (かけてくれる)」のみで、x23 (y23)「何気ない会話から介護者の人柄を知るようにしている (してくれている)」、x29 (y29)「言葉にできない気持ちを抱えている時は、寄り添う態度を示している (くれる)」の 2 項目には有意差はなかった。

次に、ケアリング行動 40 項目の回答分布を比較した。ケアリング行動の実施頻度または認知が高いと考えられる 4~5 を合算した回答が多い順に、上位 10 項目の内容を比較した。一致した項目は 5 項目であり、関係性、緊急時対応、健康管理に関する項目であった。下位 10 項目で一致したのは、連携・仲介、生活の楽しみを守ることにに関する項目であった。各群で見ると、訪問看護師は、関係性を育む項目が多く、連携・仲介に関する項目の実施頻度が少ないと認識していた。介護者は、関係性に加え医療処置の助勢に関する項目が多く、連携・仲介に関する項目に関して認知が低かった。

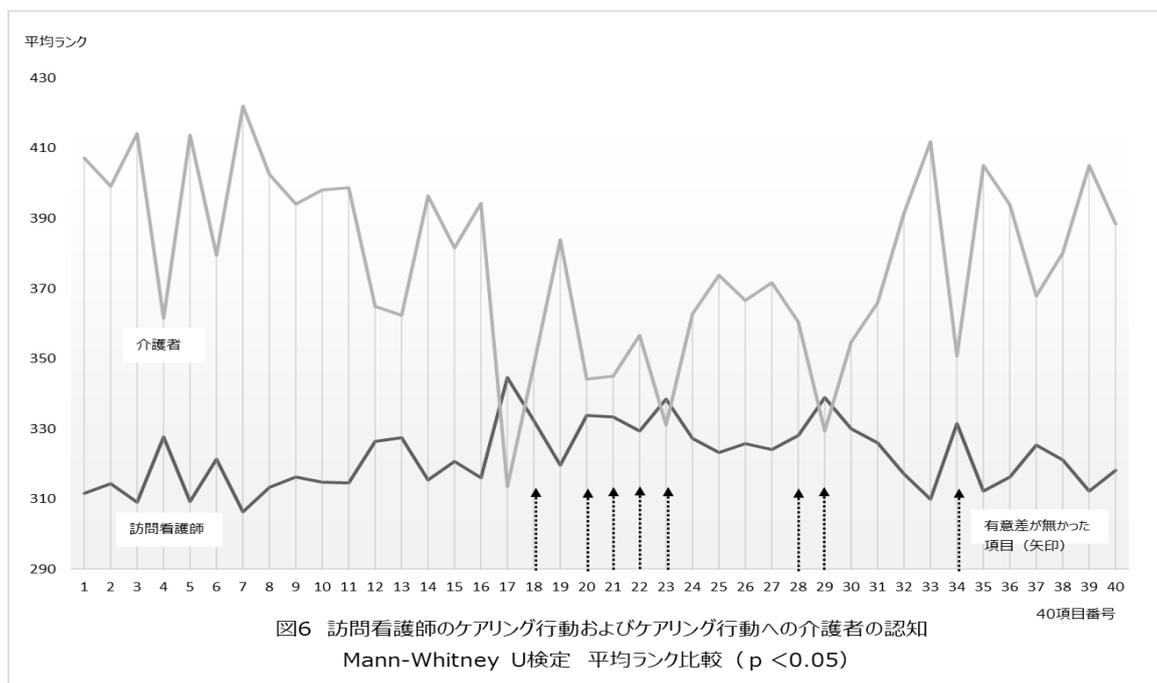


表14-1 ケアリング行動40項目の回答分布比較(4~5のいずれかに回答した者の合算 上位10項目)

順位	訪問看護師ケアリング行動		介護者ケアリング認知	
1	x12	困った時は迷わず訪問看護に連絡していいと思えるような説明をしている	y1	丁寧な態度で関わってくれる
2	x1	介護者の立場に立って丁寧に向き合う態度で関わっている	y2	笑顔で接してくれる
3	x17	できていることには、必ずほめる言葉をかけている	y3	ゆっくり、わかりやすく言葉かけをしてくれる
4	x2	笑顔で元気を与えられるように関わっている	y5	なんでもすぐに相談できる
5	x38	緊急と判断したら、なるべく早く訪問し、安心されるような対応をしている	y12	困ったときは迷わず訪問看護に連絡していいと思わせてくれる
6	x18	訪問時はいつもねぎらいの言葉をかけている	y14	状態が変わって決め事ができるとき、説明しながら一緒に考えてくれる
7	x3	声のトーンを工夫して、ゆっくり、わかりやすく言葉かけをしている	y7	医療的な世話が、生活の中でやりやすいように気をくばってくれる
8	x4	介護者に受け入れられているかどうか様子を見ながら関わっている	y11	療養者の苦痛が少ないように医療的な世話ができる方法を教えてくれる
9	x26	世間話などの何気ない会話で気分をよわらげるようにしている	y10	医療的な世話で守るべきことは、私が納得するように説明してくれる
10	x24	介護者の体調をいつも気にかけて、健康を守れるよう助言をしている	y24	私の体調をいつも気にかけて、元気でいられるよう助言をしてくれる

表14-2 ケアリング行動40項目の回答分布比較(1~2のいずれかに回答した者の合算 上位10項目)

順位	訪問看護師ケアリング行動		介護者ケアリング認知	
1	x35	同じような経験をしている介護者と話す機会をつくっている	y35	同じような経験をしている介護者と話す機会をつくってくれる
2	x16	医療処置をしていることやりがいを感じられるように関わっている	y20	水道・電気・物品におだがないように援助してくれる
3	x33	主治医と介護者の考えが通じ合うように、両者に働きかけている	y34	私の思いを察して、療養者や家族に伝えてくれる
4	x27	日常のことを何でも話していいと促している	y29	言葉にできない気持ちをかかえているとき、寄り添ってくれる
5	x31	医療処置ができるサービスを主体的に調整して、介護者の休息の時間を作っている	y28	私の生活の中の楽しみが続けられるように気をくばってくれる
6	x28	介護者の生活の中の楽しみが続けられるよう配慮している	y31	医療的な世話ができるサービスを整えて、私の休息の時間を作ってくれる
7	x34	介護者の思いを察して、療養者・家族に思いを伝える橋渡しをしている	y21	食事・おむつ・お風呂などの援助は、私の家に合わせて工夫してくれる
8	x40	介護者に自然な感謝を感じられるような言葉を、療養者にかけている	y17	できていることに対して、必ずほめてくれる
9	x25	負担や不安を察したら、療養者を気にせず話せる場で、聴く時間をとっている	y30	私の休息のためにサービスを使ってもいいと、感じさせてくれる
10	x39	訪問看護師の誰もが、療養者に合った援助を、同じようにできるようにしている	y40	私に自然な感謝を感じられるような言葉を、療養者にかけてくれる

*網掛けは訪問看護師と介護者で一致した項目番号

4) 訪問看護師のケアリング行動への高齢療養者の医療処置を担う介護者の認知因子の抽出 (表 13、表 15)

訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知に関する項目群において、多分相関係数が 0.8 以上のペアは、19 ペアであった。これらについて、ケアリング行動に類似性がある上に、介護者に項目内容の区別がつきにくいという判断基準のもと、研究者間で討議した。判断が難しい場合、訪問看護師のケアリング行動尺度に採用された項目を優先した。そして、13 ペアの方の項目 (y1と y2, y8 と y9, y9と y10, y10 と y11, y13と y15, y15 と y16, y17 と y18, y23 と y24, y24と y25, y26 と y27, y28 と y29, y30と y31, y36と y37) を除外し (下線が除外項目)、6 ペアは (y2 と y3, y7 と y8, y7 と y11, y14 と y15, y15 と y17, y20 と y21) 残すこととした。CITC が 0.4 未満の項目はなかった。次に、11 項目を除いた 29 項目について、探索的因子分析を行った。因子数は、カイザーガットマン基準から 6 因子と判断した。因子負荷量が 0.4 未満の項目 (y14, 15, 19, 20, 31,) を削除した。この削除により、多分相関係数 0.8 以上のペアは 3 ペア (y2 と y3, y7 と y8, y7 と y11) 残ることとなった。結果、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知として 24 項目を採用した (表 15)。各因子の解釈と命名は、第 1 因子 (4 項目) は、関係性を育む訪問看護師のケアリング行動から信頼を認知していると解釈し「信頼」と命名した。第 2 因子 (10 項目) は、介護者の潜在的な力を引き出すケアリング行動から助けや援助を認知していると解釈し「助勢」と命名した。第 3 因子 (3 項目) は、専門的で介護者には伝えにくく理解しにくいことについて連携・仲介するケアリング行動により共通理解への配慮を認知していると解釈し「共通理解への配慮」と命名した。第 4 因子 (7 項目) は、介護者の思いを察したケアリング行動から気持ちの癒しを認知していると解釈し「気持ちの癒し」と命名した。

5) 訪問看護師のケアリング行動への医療処置を担う介護者の認知の妥当性の検討

(1) 信頼性の検討 (表 15)

訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知尺度の Cronbach α 信頼性係数は、尺度全体では 0.952、下位尺度の「信頼」は 0.768、「助勢」は 0.907、「共通理解への配慮」は 0.831、「気持ちの癒し」は 0.899 で、統計学的許容水準を満たしていた。

表 15 訪問看護師のケアリング行動への高齢療養者の医療処置を担う介護者の認知尺度
(4因子24項目) 因子分析結果 n=175

因子名 Cronbach α 係数 項目番号 項目内容	因子負荷量			
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
第1因子<信頼>Cronbach α =0.768 平均4.54 SD\pm0.57				
y2 笑顔で接してくれる	0.774	-0.215	0.017	0.331
y3 ゆっくり、わかりやすく言葉かけをしてくれる	0.724	-0.144	0.023	0.236
y21 食事・おむつ・お風呂などの援助は、私の家に合わせて工夫してくれる	0.722	0.392	0.037	-0.099
y22 私が大切にしていることをわかってくれて、同じように大切にしてくれる	0.534	0.162	0.106	0.259
第2因子<助勢>Cronbach α =0.907 平均4.47 SD\pm0.56				
y6 家で介護することの良さを感じさせてくれる	0.084	0.196	0.153	0.451
y7 医療的な世話が、生活の中でやりやすいように気をくばってくれる	0.263	0.130	-0.048	0.695
y8 医療的な世話がこわい時、無理しないでいいように手伝ってくれる	0.012	0.158	-0.040	0.830
y10 医療的な世話で守るべきことは、私が納得するように説明してくれる	0.214	0.339	-0.143	0.610
y12 困ったときは迷わず訪問看護に連絡していいと思わせてくれる	0.009	-0.084	0.022	0.838
y14 状態が変わって決め事ができたとき、説明しながら一緒に考えてくれる	0.235	0.178	0.053	0.580
y15 医療的な世話を一緒にしながら自信をつけてくれる	0.127	0.110	0.114	0.688
y17 できていることに対して、必ずほめてくれる	0.254	-0.036	0.307	0.429
y38 緊急の時はなるべく早く来てくれて、安心できる対応をしてくれる	-0.123	-0.024	0.254	0.583
y39 訪問看護師の誰もが、療養者に合った援助を、同じようにしてくれる	-0.004	0.159	0.373	0.400
第3因子<共通理解への配慮>Cronbach α =0.831 平均4.26 SD\pm0.77				
y32 私の希望を訪問看護以外のサービスの人に伝えてくれる	0.000	0.730	0.245	0.066
y33 私と主治医の考えが通じ合うように、両者に働きかけてくれる	0.049	0.648	0.065	0.292
y37 療養者への援助について、なぜそうするか、わかりやすく教えてくれる	0.364	0.411	0.147	0.167
第4因子<気持ちの癒し>Cronbach α =0.899 平均4.03 SD\pm0.76				
y23 何気ない会話から私の人柄を知ろうとしてくれている	0.319	0.029	0.607	-0.002
y25 大変さや不安が強いとき、療養者が気づかない所で話を聞いてくれる	0.188	-0.015	0.615	0.121
y26 世間話などの何気ない会話で、気分をやわらげてくれる	0.332	-0.205	0.690	0.075
y28 私の生活の中の楽しみが続けられるように気をくばってくれる	0.263	0.246	0.622	-0.116
y34 私の思いを察して、療養者や家族に伝えてくれる	0.192	0.350	0.766	0.052
y35 同じような経験をしている介護者と話す機会をつくってくれる	-0.132	0.240	0.707	-0.021
y40 私に自然な感謝を感じられるような言葉を、療養者にかけてくれる	0.247	0.094	0.610	0.086
尺度全体 Cronbach α =0.952 平均4.32 SD\pm0.58				
因子間相関				
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
第1因子	—			
第2因子	0.375	—		
第3因子	0.573	0.473	—	
第4因子	0.593	0.459	0.660	—

* WLSMV プロマックス回転

(2) 構成概念妥当性 (図 7)

探索的因子分析の結果を基に作成した、4 因子 24 項目から構成される二次因子モデルのデータへの適合度は、CFI=0.980、RMSEA=0.063 であり、統計学的許容水準を満たしていた。第二次因子から第一次因子へのパス係数、第一次因子から観測変数へのパス係数は、いずれも正值で、「信頼」は 0.792-0.935、「助勢」は 0.645-0.901、「共通理解への配慮」は 0.801-0.926、「気持ちの癒し」は 0.700-0.902 の範囲にあり、すべて統計学的に有意な水準にあった。

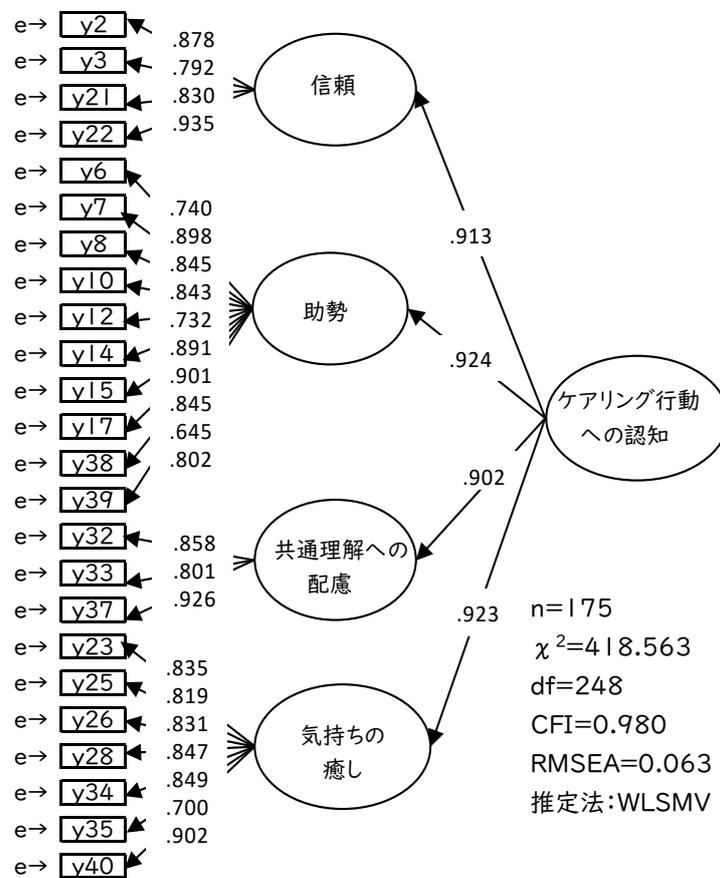


図7 訪問看護師のケアリング行動への
高齢療養者の医療処置を担う
介護者の認知尺度の構成概念妥当性

6) 全般的介護負担感（中谷ら，1989）⁹³⁾ の妥当性の検討（図 8）

全般的介護負担感 10 項目⁹³⁾ について、クロンバック α 信頼性係数および項目間相関を確認したところ、「b1 世話はたいした重荷ではない」の CITC が 0.122 であり、尺度の内的整合性を低下させると考えられた。大山ら⁹⁸⁾ も、主成分分析を行い、b1 を除いた 9 項目で尺度を用いていることから、本研究においても、全般的介護負担として 9 項目を用いることとした。b3 と b10 は項目間相関が 0.8 以上認められたので、項目誤差間に相関を認めるモデルを設定した。このモデルの構成概念妥当性は、CFI=0.967、RMSEA=0.097 であり、適合度は良いとはいえないが、統計学的許容範囲と判断した。観測変数へのパス係数は、いずれも正值で、0.528–0.815 の範囲にあり、すべて統計学的に有意な水準にあった。尺度の Cronbach α 信頼性係数は、0.857 であり、統計学的許容水準を満たしていた。介護負担感の合計平均値は、22.3±5.3 点であった。各項目の平均値は「b12 世話をしていると自分の健康のことが心配になってしまう」「b7 今後世話が私の手に負えなくなるのではないかと心配になってしまう」「b2 趣味・学習・その他の社会的活動などのために、使える時間がもてなくて困る」の順に高かった。

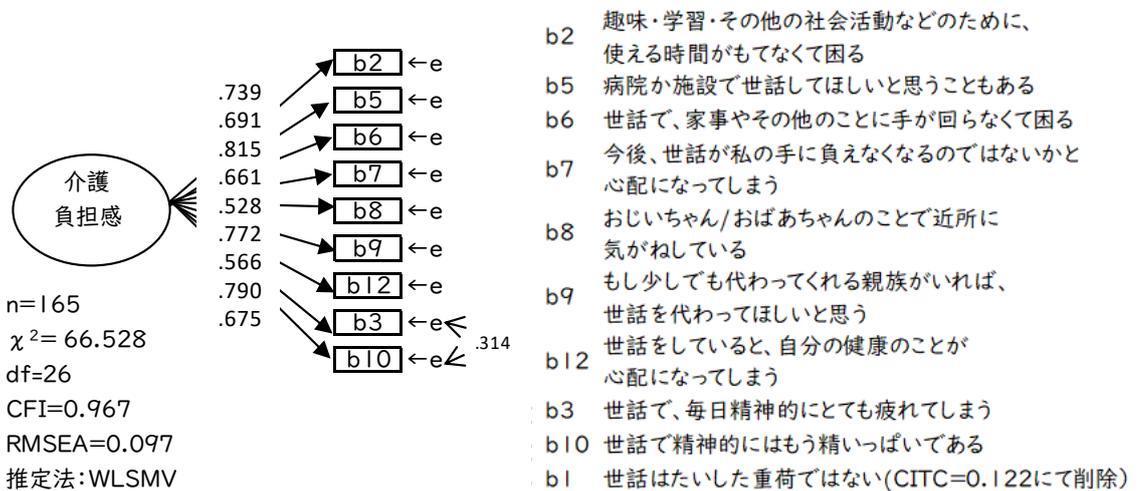


図8 全般的介護負担感9項目および構成概念妥当性

7) 訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知の介護負担感への影響 (図 9)

訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知と介護負担感に関する因果関係モデルの適合度は、CFI=0.980、RMSEA=0.039 で、統計学的許容水準を満たしていた。ケアリング行動への介護者の認知から介護負担感に向かうパス係数は-0.286 であり、有意な負の関連を示していた。ケアリング行動への介護者の認知の介護負担感への説明率は11.5%であった。統制変数(年齢、性別、副介護者の有無、健康状態、就業状況、要介護度、認知症の有無)と、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知および介護負担感に着目すると、ケアリングの認知と性別(パス係数 0.219)に有意な正の関連性が認められ、女性は男性よりケアリング行動を高く認知していた。他の統制変数に関しては、いずれの関連性も認められなかった。

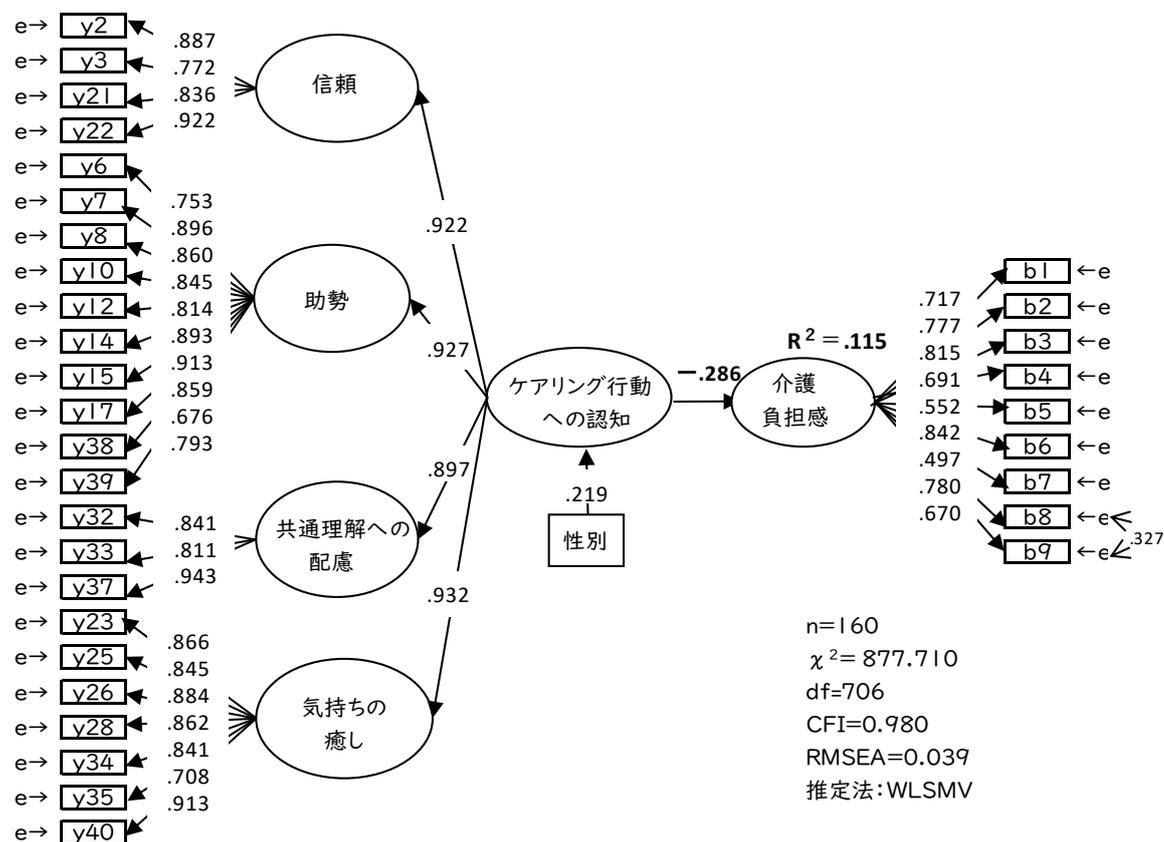


図9 訪問看護師のケアリング行動への高齢療養者の医療処置を担う介護者の認知と介護負担感との関連

8) 自由記述（表 16）

調査票に設けた自由記述欄に記載があったのは、80名であった。自由記述の内容は、「訪問看護師への感謝」「訪問看護師への要望」「自らの介護状況や療養者の状態」に大別された。自由記述には、上記が重複して記載されていた。

訪問看護師への要望と訪問看護師のケアリング行動が現れている記述について、自由記述から抜粋して（表 16）に示す。

表16 自由記載内容の分類と抜粋

n=80

訪問看護師への要望
<ul style="list-style-type: none"> ・指導という気持ち強い時ちょっと言葉がきつく感じる。 ・医療的なことも大きな不安であるが、介護者自身の生活も大きな不安となっている。うまく介護ができているか、順調に日々の生活ができているかを気にしてほしい。 ・サービスを利用する時は、自分一人ではきつくなっているからであり、「休みの日は娘さんでますね」という何気ない言葉にも傷つくことを知ってほしい。精神的に休みが無いことを理解してほしい。 ・同じ質問があるので情報交換をしてほしい。 ・訪問看護師さんと自然に会話できるように、話を出させてほしい。 ・気を使い過ぎて看護師さんの方がたいへん。働きすぎないでください。 ・困った時はいつでも連絡してよと言われるが、年末年始や盆などは休みとされており、連絡するのは申し訳ないと感じてしまう。364日稼働の事業所が、大変だと思うがあってほしいと思う。 ・世間話や介護の世話をしている人と、文通などできる手配してほしいと思う。 ・経験の浅い看護師は、何気ない会話でこちらが応えづらい質問をされることがあるが、医療的な世話はよくしてくれる。 ・同じ流れで同じことを何年もしてくれていて、サービスがマンネリ化していると思う時がある。時期によって乾燥するからクリームをぬるとかももう少し気配りが欲しいと時々思う。 ・夫がだんだん会話が無くなるので、何気なく話しかけてもらえるありがたい。 ・同病の方の介護をする人の様子を知りたいが、個人情報のことは言ってくれない。他の人のことがさっぱりわからない。 ・問39のように誰もが合った援助を同じようににしてくれること。 ・問23～37まではケアマネジャーの仕事だと思う。訪問看護師の皆さんは、とてもよくしてくれているがこまめではやってくれない。
訪問看護師のケアリング行動が現れている記述
<ul style="list-style-type: none"> ・感謝の気持ちしかない。6年目に入った。私にとっても母にとっても家族同然。それ以上の存在。残り少ない母の時間を、心をこめて、助けて頂きながら見守り、生活していきたいと思う。 ・訪問看護師の顔を見ると安心する。在宅介護にしようかと本当に思う。これからも笑顔できてほしい。 ・鼻の管が抜けた時や病院に伝えてほしいことは連絡すればつないでくれる。訪問の時は話を聞いてくれるから楽しみにしている。 ・夫が要介護4の時期を乗り越えて、今は要介護1になり、医師も驚いている。重度の時の訪問看護師の助言・訪問は、先行きが分からない介護者には心強い。 ・体調の変化があった時、電話を入れるとすぐに来てくれる。変わりがあれば、入浴サービスやケアマネに連絡してもらえる。かかりつけ医にも指示してくれる。大変心強く頼りにしている。 ・スーパの手当てをお願いしている。看護師が来た後は母が元気になる。看護師に望むとすれば、変わらずいてほしい。 ・気負って処置をしている時「不安ならいつでも連絡して」の言葉に救われる。これからの進行や今後の介護のあり方を明るく伝えてくれるだけで不安はやわらぐ。 ・90歳の母は、長年の床ずれが二人の訪問看護師が交代で来てくれて治った。体重も増え、声も出るようになり、手足の硬直がなくなった。昔の看護師さんとやり方が全然違うし、優しい。看護師は自分の考えで母に接してくれる。 ・訪問看護のおかげで、夫は15年間褥瘡ひとつなくきれいに穏やかに過ごしている。訪看さんは一人で他人の家へ行って、全責任を負って病人の全身を看ってくれる。研究者・行政の人など、在宅介護を実際に見て、訪看の地位・働く環境の向上を目指してほしい。

4. 考察

1) 対象者の特性

本研究対象者の最も多い年代は70～79歳代で、国民生活基礎調査(2016)⁹⁹⁾の同居の介護者で最も多い年代の60～69歳より高い傾向にあった。本研究が対象とする療養者を75歳以上に限定したことにより、同じ年齢階級である70歳代の介護者が多くなったと言えよう。性別は女性が78.9%であり、前述調査の女性66.0%と比較して多い傾向にあった。対象者が担う医療処置は、介護サービス施設事業所調査の訪問看護ステーションにおける医療処置にかかる看護内容(2016)⁵⁾に見られる幅広い内容であり、本研究の対象者は医療処置を担う介護者の代表性を有していると考えられる。

介護者が担う医療処置の上位4項目(胃瘻、口鼻吸引、排便、褥瘡処置)は、日本訪問看護振興財団の医療的ケアを要する要介護高齢者の介護者調査(2012)¹²⁾の上位4項目と一致していた。被介護者の要介護度も、本研究同様に要介護4および5で74.6%を占めていた。これら上位の医療処置は、要介護度の高い高齢療養者だからこそ必要となった処置であり、介護者が担っていると推測できる。そして、療養者の病状と直結するため、状態の判断を要し、継続的な実施が必要である。つまり、医療処置を担う介護者の生活には、処置に伴う時間的制約や緊張感があるという先行研究^{13) 18)}を支持する結果と考えられる。

副介護者については、医療処置を担う介護者を対象とした日本訪問看護振興財団¹²⁾および渡部¹⁰⁰⁾の両結果とも、有りが約60%、無しが約40%であり、本研究も一致していた。これらによると医療処置を担う介護者の約60%は副介護者がある状況と言え、医療処置を担う介護者には介護を助けてくれる近親者があることが示唆された。身体状態については、前述の両結果^{12) 100)}とも健康に不安がある・よくないが約60%であった。本研究では、約80%が医療機関を受診していた。これらから、医療処置を担う介護者の半数以上は、何らかの疾患を抱えながら介護していることが推測される。就労状況については、無しが86.6%¹²⁾、75.1%¹⁰⁰⁾、本研究は69.7%であった。本研究は50歳代の対象者も多いことが、就労者が若干多い結果となった一因であると考えられる。

全般的介護負担感9項目の合計平均値は22.3±5.3点であり、大山ら⁹⁸⁾の19.3±5.2点よりも高かった。大山らの研究では、66.9%が訪問看護の利用がなく、77.3%が日常生活自立度ランクJ～Aの療養者であったため、医療処置を担い要介護度の高い療養者を介護する本研究の介護者の方が、負担感が高い結果となったと考えられる。介護負担

感の平均値が高い項目は、「自分の健康上の心配」「世話が手に負えなくなる心配」「趣味や社会活動に使える時間がもてなくて困る」などであった。本研究では定期受診しながら介護を担う介護者も多く、現状において、健康上の心配が常にあることが推測される。加えて、自身の加齢による様々な変化や療養者の経年による状態の悪化も予測して、先行きへの、健康や介護継続の心配を抱えているのではないかと考える。中谷ら⁹³⁾の介護負担尺度をもとに作られたNFU介護負担尺度¹⁰¹⁾を用いた、胃瘻を管理する介護者の介護負担感の項目平均値も、「健康上の心配」や「時間がもてなくて困る」が上位にあり¹⁰²⁾、本研究と一致していた。ゆえに、医療処置を担う介護者は、休まず継続が必要であり、自身の健康上の心配や時間的制約への困難感を抱えていると言える。それでも継続せざるを得ない介護者の現実をふまえ、医療処置を担う生活が介護者の自己実現となるように、訪問看護師には、介護者に寄り添うことで負担の増大を察知し、予測的に介入するケアリング行動が求められると考える。

2) 訪問看護師のケアリング行動実施頻度と、ケアリング行動への介護者の認知の比較

Mann-Whitney U 検定結果から、訪問看護師がケアリング行動を「行っている」という実施頻度よりも、ケアリング行動を「してくれる」と思う介護者の認知の方が、有意に高い項目が多かった。つまり、本研究の対象となった介護者は、訪問看護師のケアリング行動を高く認知している結果であった。Cohen *s et al*によると、サポートが期待できれば、脅威的な状況をあまりストレスでないと評価できるとされている⁹⁶⁾。本研究の介護者は、ケアリング行動への認知が高いためサポートを期待でき、介護負担感を緩衝したことが考えられる。また、国内の先行研究の、看護師と患者のケアリング行動に関する比較では、患者についてはケアリングの「重要度」について回答する研究が多い^{53) 59) 78)}。したがって、訪問看護師のケアリング行動「頻度」より、ケアリング行動への介護者の「認知」が高いという結果が出たことは、訪問看護師のケアリング行動の介護者側からの評価となる新しい知見と言えよう。しかし、介護者の質問項目は、訪問看護師の質問項目を基に回答しやすいよう変更している部分があるため、比較にはバイアスを考慮する必要がある。

項目それぞれの回答傾向には、両群で共通する項目も多かった。両群とも高い傾向であったのは、「1 丁寧な態度で関わる」「2 笑顔で関わる」「3 わかりやすく言葉かけをする」など、関係性を育む態度を示すケアリング行動に関する項目であった。ケアリング

は、対象者との相互作用に基づく関係性のもとで行われるものであり³⁶⁾、訪問看護は受け入れられることから始まる⁷⁴⁾。これらのケアリング行動を介護者も高く認知していることは、介護者が訪問看護師を受け入れ、互いに影響し合う相互作用の一因になっていると考える。また、ケア提供者にはユーモア感覚が有用で、笑うことは、緊張を和らげ厳しさとのバランスが保たれる⁴³⁾とされており、笑顔であることは、介護者と訪問看護師双方に良い効果が得られると考える。一方、「31 医療処置ができるサービスを主体的に調整」「34 療養者・家族に思いを伝える橋渡し」「35 同じような経験をしている介護者と話す機会」など、連携・仲介に関する項目得点は低い傾向であった。先行研究においてもケアマネジャーとの連携の困難感¹⁰¹⁾や家族間調整の困難さ⁷⁹⁾が報告されている。本研究の訪問看護師の自由記載においても、時間的制約や、連携上の問題、守秘義務等の課題の記載があった(表 9)。また介護者の自由記載では、連携調整はケアマネジャーの役割と認識している記述があった(表 16)。要介護度が高い療養者の医療処置を介護者が担っている場合、ケアマネジャーが連携の中心になっていると言えよう。また、難病の療養者の場合保健師の存在も大きい。訪問看護師が療養者への援助にプラスした介護者支援を行うには、時間的制約もある。ゆえに、訪問看護師が連携の中で担う役割について、今後検討が必要と考える。

また、回答に有意差があった項目で、「y17 できていることには必ずほめる言葉をかける」は、訪問看護師の実践頻度は高かったが、介護者の認知は低かった。Mayeroff は、ケア提供者が対象者の成長から呼び起こされた称賛こそ、対象者の励ましになると述べている¹⁰⁾。介護者の努力を真に称賛し、心に届く支持的なケアリング行動について今後検討していくことが必要と考える。

3) 訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知尺度の信頼性・妥当性の検討

本研究は、訪問看護師のケアの質向上をねらいとし、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知が介護者の介護負担感に与える影響について、構造方程式モデリングを用いて検証することを目的とした。

検証に先立ち、訪問看護師のケアリングへの介護者の認知尺度を開発した。4 因子 2 次因子モデルを仮定したこの尺度の因子構造モデルへの適合性は、統計学的許容水準を満たしていた。したがって、24 項目 4 因子で構成される本尺度の構造的側面から見た構成概念妥当性が統計学的に支持された。Cronbach α 信頼性係数は、尺度全体では

0.952、下位尺度では 0.768–0.907 を示し、内的整合性を有しているため、本尺度の信頼性は確認された。

抽出された 4 因子を、訪問看護師のケアリング行動尺度の因子と比較して考察する(表 17)。4 因子のうちの第 1 因子「信頼」は、笑顔やわかりやすい言葉かけなど基本的な態度のもとで行うケアリング行動と、経済面や介護者が大切にしていることを理解した上で行えるケアリング行動への認知が含まれていた。訪問看護師のケアリング行動では、第 1 因子「関係性を育む」第 4 因子「元からある生活を守る」と共通しており、これらのケアリング行動を、介護者は「信頼」として認知していたと考える。小澤は、人は苦しみを抱えていたとしても、支えがあると穏やかになれる可能性があると述べている⁷⁵⁾。療養者の医療処置を担う人としてではなく、一人の生活者として介護者を理解し、わかり合える関係性を育むことで、訪問看護師は介護者の支えになり得ると考える。「信頼」は、訪問看護師が介護者の支えの一つとなり、介護者と共に歩むための基盤となるケアリング行動と言える。

第 2 因子「助成」は、在宅という医療環境が整わない場での不安を払拭し、医療処置が生活の中で無理なくできるように導くケアリング行動への認知が含まれていた。訪問看護師のケアリング行動では、第 2 因子「医療処置の力を引き出す」、第 3 因子「肯定的感情を共にする」、第 6 因子「安心を気づかい介入する」と共通しており、医療処置の習得や介護における安心感に関わる訪問看護師のケアリング行動を、介護者は「助勢」として認知していたと考える。介護者が「助勢」と認知したケアリング行動には、医療処置に対する専門的知識、個々の介護環境や介護力を見極める判断力、24 時間安心を与えられる看護実践力と看護体制が求められる。稲岡は、患者を尊び慈しむ心をもってケアし注意深く観察することで、患者の状態を的確に判断する能力が培われると述べている⁴⁴⁾。つまり、療養者・介護者への心あるケアリング行動により、訪問看護師自身も看護実践力を培い、介護者の介護継続を支える力を得ていると考える。また、「y6 家で介護することの良さを感じさせてくれる」は、訪問看護師自身が在宅介護の良さを認識していないと、“介護することの良さ”を感じ取ることができないと言え、訪問看護師個人の看護観が問われるケアリング行動であろう。

第 3 因子「共通理解への配慮」は、介護者の希望に沿えるようサービス提供者や主治医と介護者間の意思疎通を図り、介護者の理解・納得を支えるケアリング行動への認知が含まれていた。訪問看護師のケアリング行動では、第 6 因子「安心を気づか

い介入する」にある訪問看護師の関連職種との連携と共通しており、介護者は「共通理解への配慮」として認知していたと考える。療養者を中心とした支援者の中で、介護者には理解できない医学的内容や発言しにくいこともあると推測される。介護者は、訪問看護師が介護者の思いを察して多職種に向けて発言する役割を担ってくれると、認知していると言える。

第4因子「気持ちの癒し」は、介護者の人柄を知り傾聴や気分転換を行うケアリング行動と、介護者の思いを察して療養者・家族・共通の経験をしている介護者にその思いを橋渡しする機会をもつケアリング行動への認知であった。訪問看護師のケアリング行動では、第5因子「気持ちをやわらげる」、第6因子「安心を気づかい介入する」にある思いの橋渡しと共通しており、これらのケアリング行動を、介護者は「気持ちの癒し」として認知していたと考える。介護者の「介護に対する負の感情表出力」が高いと介護負担感も高いため、「つらい」などの感情表出は介護の危機的状況を孕んでいることが報告されている⁹⁵⁾。ゆえに、訪問看護師が介護者の思いを察知して介入していることを、介護者が「気持ちの癒し」として認知していることは、介護者の介護の危機的状況を未然に防ぐ一助となっていることが考えられる。

表17 訪問看護師のケアリング行動・ケアリング行動への介護者の認知尺度の比較

高齢療養者の医療処置を担う介護者への 訪問看護師のケアリング行動尺度 n=497	
第1因子<関係性を育む>	
c1	介護者の立場に立って丁寧に向き合う態度で関っている
c2	笑顔で元気を与えられるように関っている
c3	声のトーンを工夫して、ゆっくり、わかりやすく言葉かけをしている
c4	介護者に受け入れられているかどうか様子を見ながら関っている
c5	医療面も生活面も何でも相談できるような態度で関わっている
第2因子<医療処置の力を引き出す>	
c7	医療処置が生活の中でやりやすいように、方法や環境を調整している
c8	医療処置に対する恐怖心が強い時は、無理なくいいように代行している
c9	介護者の医療処置でトラブルが予測されたら、自信を失わないような言葉かけで気づいてもらうようにしている
c10	医療処置で守るべき手技は、介護者に合わせて、納得されるまで説明している
c11	療養者に苦痛の少ない医療処置が、介護者にできるような、方法を教えている
c13	次の訪問までの間に、介護者が予防的しておくべきことを、伝えて帰っている
c14	状態の変化に応じた選択が必要な時、情報提供しながら介護者と一緒に考えている
c15	医療処置と一緒にしながら自信をつけるように関わっている
第3因子<肯定的感情を共にする>	
c16	医療処置をしていることのやりがいを感じられるように関わっている
c17	できていることには、必ずほめる言葉をかけている
c18	訪問時はいつもねぎらいの言葉をかけている
第4因子<元からある生活を守る>	
c20	水道・光熱・物品に無駄のないよう配慮した援助をしている
c21	飲食・清潔・排泄の援助は、その家の事情に合うように工夫している
c22	介護者が大切にしていることを理解して、同じように大切にしている
第5因子<気持ちをやわらげる>	
c23	何気ない会話から介護者の人柄を知るようにしている
c25	負担や不安を察したら、療養者を気にせず話せる場で、聴く時間をとっている
c26	世間話などの何気ない会話で気分をやわらげるようにしている
c27	日常のことを何でも話していいと促している
c28	介護者の生活の中の楽しみが続けられるよう配慮している
第6因子<安心を気づかい介入する>	
c31	医療処置ができるサービスを主体的に調整して、介護者の休息の時間を作っている
c32	療養者・介護者の希望を中心に、支援者がつながるように発言をしている
c33	主治医と介護者の考えが通じ合うように、両者に働きかけている
c34	介護者の思いを察して、療養者・家族に思いを伝える橋渡しをしている
c36	介護者が訪問看護に希望している援助を、苦痛の少ない技術で行っている
c38	緊急と判断したら、なるべく早く訪問し、安心されるような対応をしている
c39	訪問看護師の誰もが、療養者に合った援助を、同じようにできるようにしている
c40	介護者に自然な感謝を感じられるような言葉を、療養者にかけている

訪問看護師のケアリング行動への 高齢療養者の医療処置を担う介護者の認知尺度 n=175	
第1因子<信頼>	
y2	笑顔で接してくれる
y3	ゆっくり、わかりやすく言葉かけしてくれる
y21	食事・おむつ・お風呂などの援助は、私の家に合わせて工夫してくれる
y22	私が大切にしていることをわかってくれて、同じように大切にしてくれる
第2因子<助勢>	
y6	家で介護することの良さを感じさせてくれる
y7	医療的な世話が、生活の中でやりやすいように気をくばってくれる
y8	医療的な世話がこわい時、無理しないでいいように手伝ってくれる
y10	医療的な世話で守るべきことは、私が納得するように説明してくれる
y12	困ったときは迷わず訪問看護に連絡していいと思わせてくれる
y14	状態が変わって決め事ができたとき、説明しながら一緒に考えてくれる
y15	医療的な世話を一緒にしながら自信をつけてくれる
y17	できていることに対して、必ずほめてくれる
y38	緊急の時はなるべく早く来てくれて、安心できる対応してくれる
y39	訪問看護師の誰もが、療養者に合った援助を、同じようにしてくれる
第3因子<共通理解への配慮>	
y32	私の希望を訪問看護以外のサービスの人に伝えてくれる
y33	私と主治医の考えが通じ合うように、両者に働きかけてくれる
y37	療養者への援助について、なぜそうするか、わかりやすく教えてくれる
第4因子<気持ちの癒し>	
y23	何気ない会話から私の人柄を知ろうとしてくれている
y25	大変さや不安が強いとき、療養者が気づかない所で話を聴いてくれる
y26	世間話などの何気ない会話で、気分をやわらげてくれる
y28	私の生活の中の楽しみが続けられるように気をくばってくれる
y34	私の思いを察して、療養者や家族に伝えてくれる
y35	同じような経験をしている介護者と話す機会をつくってくれる
y40	私に自然な感謝を感じられるような言葉を、療養者にかけてくれる

*両群に採用された項目番号を網掛けで示す

4) 訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知と介護負担感に関する因果関係モデルの検証

そして、本研究では、Benner³¹⁾の、ケアリングが、患者（本研究では介護者）の病気（本研究では介護）というストレスの手助けができるという理論を基に、Cohen *et al*⁷³⁾、桐野ら⁷⁴⁾を参考に、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知が、介護者の介護負担感に影響するという仮説を立て、その因果関係モデルを検証した。その結果、モデル適合度は良好であり、ケアリング行動の認知から介護負担感には有意な負の関連が示された。したがって、介護者が訪問看護師のケアリング行動を「してくれる」と認知することは、介護負担感の軽減につながっていることが示唆された。先行研究では、訪問看護師に特定したサポートの介護負担感への影響の報告はなく、本研究の結果は新しい知見と言える。しかし、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知の介護負担感への説明率は11.5%、パス係数は-0.286であった。村上ら⁸⁴⁾はCohen *J*¹⁰⁴⁾を引用し、効果量の目安を R^2 （説明率）が0.02程度で小さい、0.13程度で中程度、0.26程度で大きい効果を表すという基準を示している。同様にパス係数については、0.10程度で小さい、0.30程度で中程度、0.50程度で大きい効果と示している。これによると、本研究結果は説明率・パス係数共に中程度の効果であり、大きい効果とは言えなかった。本研究では先行研究に基づき7つの統制変数を投入したが、介護時間⁹⁵⁾、介護期間¹⁰⁵⁾等も影響するとされる文献もある。今後は、介護負担感に与える他の要因も検証していくことが必要と考える。また、本研究では、Bennerの理論に基づき介護負担感に着目したが、本研究結果から、ケアリング行動は介護者の肯定的感情を引き起こす可能性が示唆された。今後は介護肯定感も視野に入れて、訪問看護師のケアリング行動の、介護肯定感への影響を検討することも必要であろう。さらに、介護負担感を軽くする要因には、介護継続意思・主観的健康観⁹⁵⁾、被介護者からの情緒的サポート⁹⁷⁾、専門家への相談⁹⁸⁾などが報告されている。本研究のケアリング行動尺度を用いて専門的に関わることは、これらの要因を高め、結果的に介護負担感の軽減に寄与することが期待できる。

影響があった統制変数については、訪問看護師のケアリング行動を、性別では女性がより強く認識している結果であった。介護負担感の性差については、女性が高い結果¹⁰⁶⁾、性差はない結果など¹⁰⁷⁾、介護者や療養者の状況によって一定していない。本研究の場合は、女性は、医療処置以外にも家事全般を担っており、男性よりも家庭内役割が多い。それにより訪問看護師によるケアリング行動のニーズが高くなり、高く認知することに

つながったと推測される。しかし、逆に言うと、男性は医療処置に加え慣れていない家庭役割も担っていることになる。男性介護者には、身体介助や家事分担、困難状況を伝えることへの消極性などの課題があるとされている¹⁰⁸⁾。これらから、男性介護者のケアリング行動へのニーズを、訪問看護師が察知して関わることの重要性が示唆された。

本研究の対象者は、国民生活基礎調査（2016）⁹⁹⁾と比較して年齢構成に大きな隔たりはなかったが、回収率は15%と低い結果であり、尺度項目の多分相関係数が0.8以上を示すペアは、40項目全体の半分近くを占める19ペアあった。医療処置を担う介護と介護者本人の生活を両立している介護者には、介護や生活に忙しく、冗長性の高い項目を回答することは困難があったと推測され、回収率に影響したことが推測される。また、訪問看護師に対象者の選定を依頼したことから、選択バイアスが生じた可能性も否認できない。したがって、ケアリング行動をよく認知している介護者に偏った結果であることも否定できない。そのため、本研究の訪問看護師のケアリング行動が介護者の介護負担感を軽減するという結果は、ケアリング行動の効果を実証する有意義な知見ではあるが、解釈には慎重を要すると言えよう。今後は、本研究で作成した4因子24項目を用いて、さらなる検証をしていくことが必要と考える。

5. 結論

- 1) 訪問看護師がケアリング行動を「行っている」という実施頻度よりも、ケアリング行動を「してくれる」と思う介護者の認知の方が、有意に高い項目が多かった。
- 2) 「信頼」「助勢」「共通理解への配慮」「気持ちの癒し」を一次因子、訪問看護師のケアリング行動への認知を二次因子とする、訪問看護師のケアリング行動への高齢療養者の医療処置を担う介護者の認知尺度の信頼性および妥当性が確認された。
- 3) 訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知が介護負担感に影響するという因果関係モデルは統計学的に支持された。したがって、訪問看護師のケアリング行動を介護者が認知することは、介護負担感軽減に影響することが示唆された。

第3章 総括

1. 研究のまとめ

本学位論文では、高齢療養者の医療処置を担う介護者の心身の安定に資する訪問看護の質向上をねらいとし、訪問看護師のケアリング行動尺度および訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知尺度を開発すること、また、ケアリング行動への介護者の認知が介護負担感に与える影響を検証することを目的とした。

第1段階の質的研究を基に、第2段階で40項目のケアリング行動を選出し、6つの下位尺度「関係性を育む」「医療処置の力を引き出す」「肯定的感情を共にする」「元からある生活を守る」「気持ちをやわらげる」「安心を気づかい介入する」をもつ32項目の高齢療養者の医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動尺度を開発した。この尺度は訪問看護師の現任教育としての自己評価に加え訪問看護初心者の行動指標にも活用可能と考える。第3段階では、高齢療養者の医療処置を担う介護者による訪問看護師のケアリング行動認知尺度を開発し、介護者による訪問看護師のケアリング行動認知が介護負担感に影響するという因果関係モデルを検討した。訪問看護師のケアリング行動を介護者が認知することは、介護負担感軽減に影響することが示唆された。また、両群の平均ランク比較では、訪問看護師のケアリング行動の実施頻度より、ケアリング行動への介護者の認知の方が、40項目中31項目が有意に高かった。介護者のケアリング行動への認知の高さが、介護負担感を緩衝したと考えられる。以上の結果から、訪問看護師のケアリング行動は、介護者の心身の安定に有効であり、開発した尺度を用いて、個々の訪問看護師が意識的に質を維持向上することが重要と考えられた。

2. 研究の意義

超高齢化社会を迎え高齢者の世帯構造は、高齢者単身世帯や高齢夫婦のみの世帯がさらに増加すると見込まれている。また、社会保障費の増大により、公助・共助から、自助・互助の重要性が問われており、今後在宅で暮らす高齢者を介護する介護者も増加していくであろう。このような介護者を対象にする公的支援サービスは少ないため、療養者に対する介護保険あるいは医療保険制度の枠内で、多職種連携により介護者を支えているのが現状である。特に介護者が今までに経験したことが無い医療処置を担う場合、医療と介護両面から支援できる訪問看護師の果たす役割は大きい。どのような地域の、

どのような規模の訪問看護ステーションにおいても、介護者支援への質を保つことは重要と言え、訪問看護師のケアリング行動尺度は、その自己評価と実践指標として活用できると考える。また、訪問看護における家族支援をこれから始める新卒等の訪問看護師向けでも、相手を気づかうケアリング行動の尺度を活用することは、ケアリング概念を意識した訪問看護師育成に有用と考える。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究は、無作為抽出による全国調査を行ったが、訪問看護ステーションの立地場所として都市部を中心とするデータであり、訪問看護師全体に適用するには慎重さを要する。対象を広げて調査することは課題である。また、介護者の属性は限定していなかったため、介護者の性差や家族類型に特徴的なケアリング行動を言及するには限界がある。

訪問看護師の介護者支援は療養者への援助の時間内に行われている。医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動には自己実現につながる良い効果も期待できるが、思うように介護者への支援を行えないジレンマや、逆に療養者への支援が十分に行えないジレンマもあることが、自由記述からも推測された。筒井が「自分が支援されている環境にいなければケアリングは難しく、癒されていないならば人を癒すことは難しい」と述べているように¹⁰⁹⁾、ケアリングにはケア提供者が支えられていると感じられる環境が重要と考える。したがって、開発した尺度を用いて、ケアリング行動が訪問看護師自身に与える影響を検証し、訪問看護師が満足してケアリング行動を行えるよう検討していくことも必要と考える。また、介護者支援に関する訪問看護師の行っている工夫や、訪問看護体制への要望などを質的に検討していくことも課題と考えている。

本学位論文では、医療処置を担う介護者による訪問看護師のケアリング行動認知尺度の開発も試みた。本尺度は、信頼性、妥当性の得られた尺度ではあるが、対象者数が十分とは言えない。また、対象者の介護者は、訪問看護ステーションの管理者に選択を依頼したため、選択バイアスが生じた可能性もある。今後は、今回精選した24項目を用いて、訪問看護ステーション経由ではない調査も含めて、規模を広げて調査する必要がある。そして、訪問看護師のケアリング行動への介護者の認知の介護負担感への効果を検証し、その有益性を実証することで、訪問看護師のケアリング行動実践に役立てていきたいと考える。

文献

- 1) 内閣府. 2018年版高齢社会白書 [2018年3月6日検索]
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/pdf/1s2s_02_01.pdf
- 2) 厚生労働省. 第1回全国在宅医療会議 2016年7月7日開催 [2018年3月6日検索]
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000129546.pdf>
- 3) 厚生労働省. 介護サービス事業所調査. 2016年訪問看護ステーション利用者の状況 [2018年3月6日検索]
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_03.pdf
- 4) 厚生労働省. 2015年厚生労働白書第7章 [2019年6月7日検索]
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/15/dl/2-07.pdf>
- 5) 厚生労働省. 介護サービス施設事業所調査. 2016年訪問看護ステーション9月中の看護内容 [2017年1月15日検索]
https://www.e-stat.go.jp/stat_search/files?page=1&toukei=00450042&tstat=000001029805
- 6) 平野優子 (2010). 在宅人工呼吸療法を行うALS患者における身体的重症度別の医療・福祉サービスの利用状況. 日本公衆衛生雑誌, 57(4): 298-304.
- 7) 難波玲子 (2017). 神経難病 (amyotrophic lateral sclerosis) の地域連携の課題—臨床現場の問題点—. 神経治療学, 34(3): 269-272.
- 8) 下吹越直子, 八代利香 (2016). 介護職ケアマネジャーの訪問看護導入を判断する根拠. 日本職業・災害医学会会誌, 64(1): 46-53.
- 9) 永野淳子 (2011). 介護支援専門員による医療ニーズの把握の実態—フォーカスグループインタビュー調査から—日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学紀要, (15): 25-32.
- 10) Mayeroff, M. 田村真, 向野宣之訳 (1988). ケアの本質—生きることの意味. ゆみる出版. 東京.
- 11) 柴田滋子, 富田幸江, 高山裕子 (2018). 訪問看護師が抱く困難感. 日本農村医学会雑誌, 66(5): 567-572.
- 12) 財団法人日本訪問看護振興財団 (2012). 医療的ケアを要する要介護高齢者の介護を担う家族介護者の実態と支援方策に関する調査研究事業報告書: 51-74.
- 13) 大冨賀政昭, 筒井孝子, 東野定律 (2013). 在宅要介護高齢者における医療ニーズの状況とケア提供内容・時間の関連性に関する検討. 経営と情報, 26(1): 1-14.
- 14) 片山陽子, 陶山啓子 (2005). 在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析. 日本看護研究学会誌, 28(4): 43-52.
- 15) 唐沢かおり (2006). 家族メンバーによる高齢者介護の継続意志を規定する要因. 社会心理学研究, 22(2): 172-179.
- 16) 古瀬みどり (2005). 訪問看護師がとらえた医療依存度の高い療養者の在宅療養安定化のプロセス. 家族看護学研究, 10(3): 78-86.
- 17) 春日広美 (2006). 在宅で医療処置を行う家族介護者の経験. 日本在宅ケア学会誌, 10(1): 76-83.
- 18) 樋口キエ子, 丸井英二, 田城孝雄 (2007). 重度要介護者の家族介護者が医療処置に慣れる過程で体験する出来事の意味. 家族看護学研究, 13(1): 29-36.
- 19) 小野若菜子, 麻原きよみ (2007). 在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観. 日本看護科学会誌, 27(2): 34-42.
- 20) 全国訪問看護事業協会. 2019年訪問看護ステーション基本情報 [2018年4月5日検索]
<https://www.zenhokan.or.jp/new/topic/basic/>
- 21) 公益社団法人日本看護協会, 公益財団法人日本訪問看護財団, 一般社団法人全国訪問看護事業協会 (2025). 訪問看護アクションプラン [2018年4月5日検索]
<https://www.jvnf.or.jp/2017/actionplan2025.pdf>

- 22) 中央社会保険医療協議会 総会 (第 370 回) 議事次第 在宅医療その 4 (2017).
[2018 年 4 月 5 日検索]
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186845.pdf>
- 23) 厚生労働省. 平成 28 年看護関係統計資料集. [2018 年 4 月 10 日検索]
<https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei04.pdf>
- 24) 財団法人日本訪問看護振興財団 (2008), 平成 20 年新卒看護師の訪問看護ステーション受け入れおよび定着に関する調査研究事業報告書.
- 25) 檜原理恵, 西山ゆかり (2017). 新卒訪問看護師を支援するための職場環境. 四條畷学園大学看護ジャーナル : 37-44.
- 26) 高砂裕子 (2017). 新卒訪問看護師受け入れの実際—新卒教育は訪問看護ステーションとしてのチャレンジ. 訪問看護と介護 22(12) : 916-922.
- 27) 厚生労働省. 平成 24 年度老人保健健康増進等事業 訪問看護の基盤強化に関する調査研究事業. 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング, 208-209.
- 28) 佐藤聖一 (2010). 看護におけるケアリングとは何か. 新潟青陵学会誌, 3(1) : 11-20.
- 29) Leininger MM, McFarland MR (2006). Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory. Jones & Bartlett Learning.
- 30) 筒井真優美 (1993). ケア/ケアリングの概念. 看護研究, 26(1) : 2-13.
- 31) Lazarus RS, 林峻一郎 (1990). ストレスとコーピング—ラザルス理論への招待—. 星和書店. 東京.
- 32) Patricia Benner, Judith Wrubel (1999) 難波卓志訳 (2016). 現象学的人間と看護. 医学書院. 東京.
- 33) Benner P, Tanner CA, Chesla CA. 早野 ZITO 真佐子訳 (2015). ベナー看護実践における専門性—達人になるための思考と行動—. 東京.
- 34) Madeleine M Leininger (1995) 稲岡文昭他訳 (2016). レイニンガー看護論—文化ケアの多様性と普遍性—. 医学書院. 東京.
- 35) 安井絢子 (2012). ケアの倫理の倫理的規準—Noddings のケアリング理論における「倫理的理想」をめぐって—. 実践哲学研究, 35 : 1-40.
- 36) Watson J (1992) 稲岡文昭他訳 (2014). ワトソン看護論—ヒューマンケアリングの科学. 医学書院. 東京.
- 37) Swanson K M (1991). Empirical Development of Middle Range Theory of Caring. Journal of Nursing Research, 40(3) : 161-166.
- 38) 浜渦辰二 (2012). シリーズ生命倫理学第 14 巻 看護倫理. 丸善出版株式会社. 東京.
- 39) Hochschild AR, 石川准, 室伏亜希訳 (2000). 管理される心—感情が商品になるとき—. 世界思想社. 京都.
- 40) 片山由加里, 小笠原知枝, 辻ちえ, 井村香積, 永山弘子 (2005). 看護師の感情労働測定尺度の開発. 日本看護科学会誌, 25(2) : 20-27.
- 41) 三原利江子 (2004). 医療システムと倫理 「ケアの倫理」と臨床看護. 臨床倫理学, (3) : 101-118.
- 42) Benner P (1984) 井部俊子 (2005). ベナー看護論—初心者から達人へ (新訳版) —. 医学書院. 東京.
- 43) Carol Leppanen Montgomery (1995) 神郡博, 濱畑章子訳 (2009). ケアリングの理論と実践—コミュニケーションによる癒し—. 医学書院. 東京.
- 44) 稲岡文昭 (1997). 看護の叡智. 日本看護科学会誌, 17(2) : 1-10.
- 45) 城ヶ端初子, 樋口京子, 脇本澄子, 井上康子 (2008). ケア・ケアリング概念および看護理論の現状と展望. 大阪市立入学看護学雑誌, 4 : 1-10.
- 46) 西田絵美 (2018). 看護における〈ケアリング〉の基底原理への視座—〈ケアリング〉とは何か—. 日本看護倫理学会誌, 10(1) : 8-15.

- 47) Morse JM, Bottorff J, Neander W, Solberg S (1991). Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23(2) : 119-126.
- 48) 操華子, 羽山由美子, 菱沼典子, 岩井郁子, 香春知永 (1996). ケア/ケアリング概念の分析. 聖路加大学紀要, 22 : 14-28.
- 49) 永島すえみ (2013). わが国の看護における「ケアリング」論の導入と研究の動向. 佛教大学教育学部学会紀要, 12 : 99-111.
- 50) Watson, J. 筒井真優美監訳(2001). 看護におけるケアリングの探求 手がかりとしての測定用具 *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. 日本看護協会出版会. 東京.
- 51) Kyle TV (1995). The concept of caring—a review of the literature—. *Journal of Advanced Nursing*, 21(3) : 506-514.
- 52) Larson PJ, Ferketich SL, Wleczorek RR, Molzahn AE (1993). Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *Western Journal of Nursing Research*, 15(6) : 690-707.
- 53) 重久加代子, 渡辺孝子, 浜頭明和 (2007). がん患者のケアを担う看護師のケアリングを測定する質問紙の開発. *がん看護*, 12 (6) : 648-655.
- 54) 重久加代子. (2012). がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動の実践に影響する要因の分析. *国際医療福祉大学学会誌*, 17(1), 19-29.
- 55) 重久加代子 (2015). がん看護に重要なケアリング行動の実践の性差. *国際医療福祉大学学会誌*, 20(2) : 18-27.
- 56) Masayuki Mizuno, Mieko Ozawa, David R Evans, Ayako Okada, Keiko Takeo (2005). Caring Behaviors Perceived by Nurses in a Japanese Hospital. *J Nurs Studies CNJ* : 4(1), 13-19.
- 57) Cronin SN, Harrison B (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart & lung: the journal of critical care*, 17(4) : 374-380.
- 58) 佐原玉恵, 内藤直子 (2010). Caring Behaviors Assessment Tool 日本語版 (CBA-J) の信頼性・妥当性と活用に関する研究 一分娩期の女性のケアに焦点をあてて一. *家族看護学研究*, 15(3) : 47-54.
- 59) 操華子, 羽山由美子, 菱沼典子他 (1996). 患者・看護婦が認識するケアリング行動の比較分析-第2報-. *日本看護科学会誌*, 16(2) : 392-393.
- 60) Wolf, Z. R., Giardino, E. R., Osborne, P. A., & Ambrose, M. S. (1994). Dimensions of nurse caring. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2) : 107-112.
- 61) Wolf ZR, Colahan M, Costello A (1998). Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 7(2) : 99-105.
- 62) Coulombe KH, Yeakel S, Maljanian R, Bohannon RW (2002). Caring Behaviors Inventory: analysis of responses by hospitalized surgical patients. *Outcomes Management*, 6(3) : 138-141.
- 63) Wu Y, Larrabee JH, Putman HP (2006). Caring Behaviors Inventory: a reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research*, 55(1) : 18-25.
- 64) Karlou C, Papathanassoglou E, Patiraki E (2015). Caring behaviours in cancer care in Greece. Comparison of patients', their caregivers' and nurses' perceptions. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(3) : 244-250.
- 65) Meryem Kiliç, Gürsel Öztunç (2015). Comparison of Nursing Care Perceptions between Patients who had Surgical Operation and Nurses who Provided Care to those Patients.

- International Journal of Caring Sciences, 8(3) : 625-632.
- 66) 田村美子, 中柳美恵子, 久木原博子他 (2013). 看護師のケアリング行動. インターナショナル nursing care research, 12(3) : 45-53.
- 67) Ozawa M, Mizuno M, Evans DR, Takeo K (2004). An Investigation into the Nurses Behavior with regard to Human Caring in Japan. J Nurs Studies NCNJ, 3(1) : 20-26.
- 68) 竹尾恵子 (2005). “ヒューマン・ケアの看護実践への具現化”. 日本看護研究学会雑誌, 28(1) : 13-17.
- 69) Boonyanurak P, Ozawa M, Evans DR, Takeo K (2002). An investigation into nurses' behavior with regard to human caring. J Nurs Studies NCNJ, 1(1) : 11-16.
- 70) 中柳美恵子 (2000). ケアリング概念の中範囲理論開発への検討課題—看護学におけるケアリングの概念分析を通して. 看護学統合研究, 1(2) : 26-44.
- 71) 山本則子, 岡本有子, 辻村真由子, 金川克子, 正木治恵, 鈴木みずえ, 山田律子, 鈴木育子, 永野みどり, 緒方泰子, 岡田忍, 本田彰子, 赤沼智子, 根本敬子, 深田順子, 石垣和子 (2008). 高齢者訪問看護の質指標開発の検討. 日本看護科学会誌, 28(2) : 37-45.
- 72) Kluas. Krippendorff (1989) 三上俊二, 椎野信雄, 橋元良明訳 (2013). メッセージの分析の技法. 勁草書房, 東京.
- 73) 鈴木和子, 渡辺裕子 (2012). 家族看護学理論と実践. 日本看護協会出版会. 東京. 610.
- 74) Holmberg M, Valmari G, Lundgren SM (2012). Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. Scandinavian journal of caring sciences, 26(4) : 705-712.
- 75) 小澤竹俊 (2018). 死を前にした人に私たちができること. 訪問看護と介護, 23(4) : 240-246.
- 76) Helga. Kuhse. 竹内徹, 村上弥生監訳 (2000). ケアリング—看護婦・女性・倫理. メディカ出版. 東京.
- 77) 梶瑞紀, 塚崎恵子, 京田薫 (2017). 訪問看護師による家族支援を必要とする事例への支援実態と看護師の主観的効果の関連要因. 日本地域看護学会誌, 20(2) : 55-63.
- 78) 増田裕美, 濱耕子 (2012). 妊娠期に入院を経験した女性が認識する看護師のケアリング行動. 日本看護倫理学会誌, 4(1) : 22-31.
- 79) 西村昌記 (2017). 家族介護者へのソーシャルサポート・続柄別にみた介護への認知評価との関連. 老年社会科学, 38(4) : 410-417.
- 80) Patricia Benner (2005) 井部俊子監訳 (2015). ベナー看護論 (新訳版) 初心者から達人へ. 医学書院. 東京.
- 81) 小野若菜子, 麻原きよみ (2007). 在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観. 日本看護科学会誌, 27(2) : 34-42.
- 82) 上野恭子 (2017). 看護師の共感的援助能力養成に関する教育プログラムの開発と効果検証. 文部科学省科学研究費補助金基盤研究 (C) 研究成果報告書 (2013年度~2017年度).
- 83) Swanson KM (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path analysis based on the Lazarus paradigm. Journal of Women's Health & Gender-based Medicine, 9(2) : 191-206.
- 84) 村上隆, 行廣隆次, 伊藤大幸, 谷伊織, 平島太郎 (2018). 心理学・社会科学研究のための構造方程式モデリング—Mplusによる実践—. ナカニシヤ出版. 京都.
- 85) 村上隆 (2002). 心理測定の立場からみた因子分析と主成分分析. 日本行動計量学会大会発表抄録集, 30 : 282-285.
- 86) 公益社団法人日本看護協会 (2014). 訪問看護実態調査報告書 [2019年8月30日検索] <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/report/2015/homonjittai.pdf>
- 87) Öresland S, Määttä S, Norberg A, Jörgensen MW, Lützén K. (2008). Nurses as guests or professionals in home health care. Nursing ethics, 15(3) : 371-383.
- 88) 小林亜津子 (2016). 「自律の尊重」というカモフラージュ. 北里大学一般教育紀要, 21 :

27-38.

- 89) アーサー・クライマン, 江口重幸, 皆藤章, 皆藤章監訳著 (2016). ケアをすることの意味ー病む人とともに在ることの心理学と医療人類学ー. 誠信書房. 東京.
- 90) 石黒武人 (2006). 多文化関係における日本的コミュニケーションの可能性:「察し」に内蔵された肯定的側面. 多文化関係学, 3 : 151-160.
- 91) 吉村忠与志 (2011). 『もったいない』の日本文化・循環型社会の構築に向けて. 技術・教育研究論文誌, 18(2) : 61-70.
- 92) 田邊暁美, 嶋津多恵子 (2018). 医療処置が必要な在宅療養者を介護する家族の介護上の困難および困難を軽減する要因ー文献検討ー. 国立看護大学校研究紀要, 17(1) : 36-46.
- 93) 中谷陽明, 東條光雅 (1989). 家族介護者の受ける 負担ー負担感の測定と要因分析ー. 社会老年学, 29 : 27-36.
- 94) 坂田周一 (1989). 在宅痴呆性老人の家族介護者の介護継続意思. 社会老年学, 29 : 37-43.
- 95) 櫛直美, 尾形由起子, 江上史子 (2019). 家族介護者の介護力構造因子における関連要因と介護負担感への影響. 日本看護研究学会雑誌, 42(1) : 111-122.
- 96) Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH. 小杉正太郎, 島津美由紀, 大塚泰正, 鈴木綾子監訳 (2005). ソーシャルサポートの測定と介入. 東京.
- 97) 桐野匡史, 栗田菜摘, 出井涼介, 松本啓子 (2016). 在宅で高齢者を介護する家族のソーシャルサポートと介護負担感の関連性. 日本社会医学会機関誌, 33(2) : 51-60.
- 98) 大山直美, 鈴木みずえ, 山田紀代美 (2001). 家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析. 老年看護学, 6(1) : 58-66.
- 99) 厚生労働省. 国民生活基礎調査 (2016) [2019年11月20日検索]
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf>
- 100) 渡部洋子 (2012). 家族介護者の介護認知に影響をおよぼす要因 在宅療養者の医療処置・管理と肯定的認知における検討. 中京学院大学看護学部紀要, 2(1) : 19-32.
- 101) 久世淳子, 樋口京子, 門田直美, 奥村由美子, 加藤悦子, 梅原健一, 近藤克則 (2007). NFU 版介護負担感尺度の改定ー地域ケア研究推進センターにおける介護保険制度の政策評価と介護負担感ー. 日本福祉大学情報社会科学論集, 10 : 27-35.
- 102) 吉松恵子, 中谷久恵 (2013). 在宅療養における胃瘻への家族対処ー二重 ABCX モデルに基づく分析ー. 日本在宅ケア学会誌, 17(1) : 41-48.
- 103) 依田純子, 佐藤悦子, 泉宗美恵, 須田由紀, 井出成美 (2014). 訪問看護師がもつ介護支援専門員との連携の困難性と課題の構造ー管理職にある訪問看護師のフォーカス・グループインタビューー. 日本地域看護学会誌, 16(3) : 13-21.
- 104) Cohen J (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences Second Edition. LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES. Newyork.
- 105) 平松誠, 近藤克則, 梅原健一, 久世淳子, 樋口京子 (2006). 家族介護者の介護負担感と関連する因子の研究 (第1報). 厚生の指標, 53(11) : 19-24.
- 106) 堀田和司, 奥野純子, 深作貴子, 柳久子 (2010). 老老介護の現状と主介護者の介護負担感に関連する要因. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 33(3) : 256-265.
- 107) 藤原和彦, 上城憲司, 小池伸一 (2014). 在宅認知症高齢者の家族介護者における介護負担感とコーピングの性差の検討ー男性介護者・女性介護者の特徴ー. 日本作業療法研究学会雑誌, 17(1) : 31-40.
- 108) 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 (2011). 男性介護者に対する 支援のあり方に関する調査研究事業報告書. 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会.
- 109) 筒井真優美 (2011). 看護学におけるケアリングの現在ー概説と展望ー. 看護研究, 44(2) : 115-128.

謝辞

本研究のために、お忙しい時間を調整してインタビューを受けていただいた訪問看護ステーションの訪問看護師の方々に、心よりお礼を申し上げます。また、全国の訪問看護ステーションの管理者の方々、訪問看護師の方々、介護者の皆様には、貴重な時間を工面してアンケート調査にご協力いただきました。自由記載において、訪問看護師の方々からアンケートによってケアリング行動を振り返られたとお礼の言葉をいただいたこと、介護者の方々が介護の状況をお教えくださり研究に携わる者への期待の言葉をかけてくださったこと、大きな支えになりました。心より感謝を申し上げます。

この三年間様々なご指導、ご鞭撻を賜りました医療福祉学研究科保健看護学専攻の諸先生方に御礼を申し上げます。

最後に、地域における訪問看護師の在り方を基にしたケアリングについてご指導くださり、迷いが生じた時には的確なアドバイスをいただき、常に励ましてくださった波川京子教授に深く感謝を申し上げます。