

原著

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信頼性・妥当性の検討

山形真由美*¹ 波川京子*²

要 約

本研究は、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。調査内容は、基本属性と訪問看護師のケアリング行動に関する先行研究をもとに作成した40項目の質問項目で構成した。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ヵ所の訪問看護師各3名、合計1410名とし、分析対象は、40項目に欠損値が無い497名とした。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、全体のCronbach α 信頼性係数は0.967で内的整合性が示された。この結果を基に6因子二次因子モデルのデータへの適合性を、構造方程式モデリングにより検討した。結果、適合度指標は統計学的な許容水準を満たしており、本尺度は信頼性、妥当性を有することが確認された。

1. 緒言

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¹⁾。要支援・要介護認定者の8割以上(2018)¹⁾、訪問診療利用者の約90%(2014)が75歳以上であり²⁾、心身機能が低下した高齢療養者が住み慣れた自宅で生活できるよう、在宅サービス提供体制の整備が進められている。そのため、経管栄養や吸引などの医療処置を有しながらも、訪問看護師の支援のもと、介護者が処置を担うことで在宅療養を続けている高齢者も増加している。

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³⁾。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ことも報告されている⁴⁾。75歳以上の療養者を介護する介護者の年齢をみると、主に50～70歳代であり⁵⁾、介護離職や老々介護の問題を抱えていることが指摘されている¹⁾。つまり介護者には、療養者の命に関わる医療処置を続けることへの肯定的感情と、医療処置による自身の生活への負担が併

存している。訪問看護師は、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ながらも³⁾、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うことで⁶⁾、介護者の介護継続を支えている。そこには、医療と生活の両面から介護者に寄り添う、訪問看護師ならではのケアリング行動があると考えられる。

ケアリングは、ベナー、ワトソンらの理論家により、看護の中核概念として研究が進められてきた。ワトソン⁷⁾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。そこに紹介されているLarsonのThe Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (CARE-Q)、WorfのCaring Behaviors Inventory (CBI)、Cronin & HarrisonのCaring Behaviors Assessment Tool (CBA)は、いずれも和訳され、日本でもケアリング尺度として活用されている⁸⁻¹⁰⁾。しかしながら、これらの尺度の概念は海外の理論をベースにしたものであり、日本文化を反映した質問項目が追加されているものの、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に焦点化し

*1 岡山県立大学 保健福祉学部 看護学科

*2 川崎医療福祉大学 保健看護学部 保健看護学科

(連絡先) 山形真由美 〒719-1197 岡山県総社市窪木111 岡山県立大学

E-mail : yamagata@fhw.oka-pu.ac.jp

た尺度ではない。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¹¹⁾、医療処置を担う介護者に特徴的な指標ではない。

在宅サービスの中で医療職として、命に係わる医療処置を担う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。メイヤロフによると、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り¹²⁾、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¹³⁾。また、ケアリング行動の促進には、ケアリング行動の重要性を看護師自身が認識することが重要とされている⁸⁾。訪問看護師には、介護者の自己実現を助けるケアリング行動が重要であり、自身のケアリング行動を正確に認識し評価することが必要と考える。

そこで、本研究では、訪問看護師のケアの質向上をねらいに、75歳以上の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。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歳以上に限定した。介護者については、高齢療養者の医療処置を担う全ての介護者に活用できる尺度とするため、年齢、性別は不問とした。

2. 方法

2.1 用語の定義

医療処置とは、口腔・鼻腔吸引、胃瘻管理、膀胱留置カテーテル管理、人口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。

ケアリングとケアリング行動は、先行研究¹³⁻¹⁷⁾を参考にして著者らが定義した。

ケアリングとは、人との関わりから体得した個人的特性専門職としての知識・技術・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。

ケアリング行動とは、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。

2.2 項目の選定

質問項目は、著者らが訪問看護師10名を対象に半構造化面接行った結果を基に作成した。これは39サブカテゴリーをから成り、【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】【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カテゴリーに集約されたものである。質問項目作成に際し、訪問看護に精通する管理者と地域看護学領域の研究者で検討し、先行研究^{6,11)}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¹⁸⁾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(以下訪看ST)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に文言を修正した。そして、高齢療養者の医療処置を担う介護者(以下介護者)への訪問看護師のケアリング行動40項目を選定した。

2.3 本調査

2.3.1 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(以下高齢療養者)への訪問看護経験がある訪問看護師とした。

2.3.2 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ヵ所、合計470ヵ所の訪看STを無作為抽出した。具体的には、都道府県毎に全訪看ST数を10で除した数の間隔で、記載順に10ヵ所を抽出した。抽出した訪看ST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看STを選択した。抽出した訪看ST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。

2.3.3 調査期間

データ収集は、2018年11月~2018年12月に実施した。

2.3.4 調査項目

調査内容は、属性(年齢、性別、看護師経験年数、訪問看護師経験年数、所属訪看STの立地場所)と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（以下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¹⁹⁾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 Scale²⁰⁾の基準関連妥当性において「共感」を用いたことに依拠する。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。

2.4 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、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、本研究に適すと考え採用した²¹⁾。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²¹⁾。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²²⁾。

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

2.5 倫理的配慮

本研究は、研究者所属大学の倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号17-074）。調査対象者には、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、データの保管と破棄、研究結果公表について研究依頼文書と調査票に明記した。また、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調査対象とした。調査対象者の秘密厳守のため、個別に投函できるように封筒を配付した。

3. 結果

調査票は1410部配布し、閉鎖及び精神科専門訪看護ST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38%）。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。

3.1 対象者の属性

対象者の属性は（表1）に示した。

3.2 回答分布

訪問看護師のケアリング行動指尺度の回答分布を表2に示した。回答分布では「5：いつも・ほとんどそうしている（76～100%）」「4：かなりそうしている（51～75%）」の回答が多い傾向にあった。「2：あまりそうしていない（1～25%）」「1：全くそうしていない（0%）」の合算が多い項目のうち、「x35同様な経験をしている介護者と話す機会をつくっている」「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」「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」は、連携調整に関わる項目であった（表2）。

3.3 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

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

表1 対象者の基本属性

		n = 497	
項目		人数	%
年齢	平均±SD	47.3±9.2	
	20～29歳	12	2.4
	30～39歳	81	16.3
	40～49歳	201	40.6
	50歳以上	201	40.6
	無回答	2	
性別	女性	479	96.4
	男性	17	3.4
	無回答	1	
看護師 経験年数	平均±SD	21.7±10.3	
	5年未満	17	3.5
	5～10年未満	41	8.3
	10～20年未満	143	29.1
	20～30年未満	179	36.4
	30～40年未満	79	16.1
	40年以上	33	6.7
	無回答	1	
訪問看護師 経験年数	平均±SD	7.1±6.1	
	5年未満	223	45.2
	5～10年未満	119	24.1
	10～20年未満	119	24.1
	30年以上	31	6.3
	無回答	5	
立地場所	都市部	410	82.5
	山間部	71	14.3
	島嶼部	7	1.4

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、「関心」がケアリング行動として明確な(x23)を採用し(x24)を削除した。(x33と x34)は働きかけの対象者が異なるため両方採用した。また、CITCが0.4未満であった1項目(x35)を削除した。以上の2項目を除いた38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6項目(x6, x12, x19, x29, x30, x37)を削除し、32項目を採用した(表3)。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。

3.4 妥当性の検討

3.4.1 構成概念妥当性

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。パス係数は、いずれも正值で、0.714-0.919の範囲にあり、すべて統計学的に有意な水準にあった(図1)。

表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に関する各項目の回答分布

n = 497

番号	項目内容	1 全くそうして いない	2 あまりそうし ていない	3 まあまあそう している	4 かなりそうし ている	5 いつも・ほとんど そうしている
x 1	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 (0.0)	0 (0.0)	37 (7.4)	179 (36.0)	281 (56.5)
x 2	笑顔で元気を与えられるように関わっている	0 (0.0)	2 (0.4)	39 (7.8)	158 (31.8)	298 (60.0)
x 3	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)
x 4	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 (0.0)	2 (0.4)	52 (10.5)	223 (44.9)	220 (44.3)
x 5	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 (0.0)	1 (0.2)	59 (11.9)	208 (41.9)	229 (46.1)
x 6	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っている●	0 (0.0)	10 (2.2)	98 (19.7)	224 (45.1)	165 (33.2)
x 7	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)
x 8	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	1 (0.2)	6 (1.2)	96 (19.3)	222 (44.7)	172 (34.6)
x 9	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 (0.0)	5 (1.0)	94 (18.9)	243 (48.9)	155 (31.2)
x 10	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)
x 11	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)
x 12	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)
x 13	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、伝えて帰っている	1 (0.2)	8 (1.6)	78 (15.7)	223 (44.9)	187 (37.6)
x 14	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)
x 15	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	2 (0.4)	15 (3.0)	80 (16.1)	224 (45.1)	176 (35.4)
x 16	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	1 (0.2)	34 (6.8)	143 (28.8)	205 (41.2)	114 (22.9)
x 17	できていることには、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)
x 18	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)
x 19	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)
x 20	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)
x 21	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)
x 22	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)
x 23	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)
x 24	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)
x 25	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)
x 26	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)
x 27	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)
x 28	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)
x 29	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)
x 30	休息のためにサービスを使っていいと思えるような言葉を、介護者にかけている●	1 (0.2)	6 (1.2)	80 (16.1)	221 (44.5)	189 (38.0)
x 31	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)
x 32	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	1 (0.2)	11 (2.2)	126 (25.4)	233 (46.9)	126 (25.4)
x 33	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)
x 34	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)
x 35	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)
x 36	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)
x 37	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)
x 38	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)
x 39	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)
x 40	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(6因子32項目)因子分析結果

n = 497						
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> $\alpha = 0.879$						
x1	.73	.12	.01	.17	.03	-.03
x2	.83	-.09	.13	-.08	.17	-.09
x3	.76	.15	-.17	.01	.10	.04
x4	.66	.29	-.08	.03	.05	-.01
x5	.54	.38	.07	.00	.05	-.03
第2因子<医療処置の力を引き出す> $\alpha = 0.920$						
x7	.16	.60	.03	.11	-.01	.11
x8	.21	.57	-.13	-.03	-.02	.19
x9	.17	.75	.01	-.02	-.05	.09
x10	.09	.72	.03	.08	-.04	.04
x11	.02	.70	.03	.19	.07	-.01
x13	-.01	.42	.04	.28	.16	.06
x14	.05	.46	.15	.25	.10	.03
x15	-.09	.60	.37	.00	-.03	.14
第3因子<肯定的感情を共にする> $\alpha = 0.769$						
x16	-.10	.33	.42	-.09	.02	.31
x17	.01	.12	.87	.05	.03	-.12
x18	.12	.06	.61	.02	.20	-.02
第4因子<元からある生活を守る> $\alpha = 0.831$						
x20	-.06	.11	.06	.74	-.02	.06
x21	.06	.13	-.08	.82	-.02	.04
x22	.06	.03	.08	.53	.24	.06
第5因子<気持ちをやわらげる> $\alpha = 0.860$						
x23	.13	.02	.01	.39	.51	-.05
x25	-.05	.11	.17	-.02	.43	.24
x26	.17	-.09	-.03	.11	.81	.02
x27	.12	-.01	.09	-.21	.63	.26
x28	.05	.02	.04	.05	.47	.39
第6因子<安心を気づかい介入する> $\alpha = 0.908$						
x31	-.08	.13	.00	-.02	.30	.60
x32	-.03	.11	-.01	-.01	.29	.61
x33	-.16	.19	-.12	.06	.08	.82
x34	-.08	.19	-.18	-.06	.20	.82
x36	.08	.17	-.02	.27	-.02	.48
x38	.27	.01	.16	.17	.22	.48
x39	.23	-.23	.12	.25	-.10	.54
x40	.18	-.11	0.12	-.03	.07	.66
因子間相関						
	第1	第2	第3	第4	第5	第6
第1	-					
第2	.60	-				
第3	.59	.58	-			
第4	.60	.63	.59	-		
第5	.50	.50	.53	.57	-	
第6	.56	.62	.61	.64	.60	-

*WLSMV プロマックス回転

* α はCronbach α を示す 尺度全体 $\alpha = 0.967$

3.4.2 基準関連妥当性

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〈共感〉〈こころの接近〉〈全人的理解〉

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($P < 0.01$) (表4)。

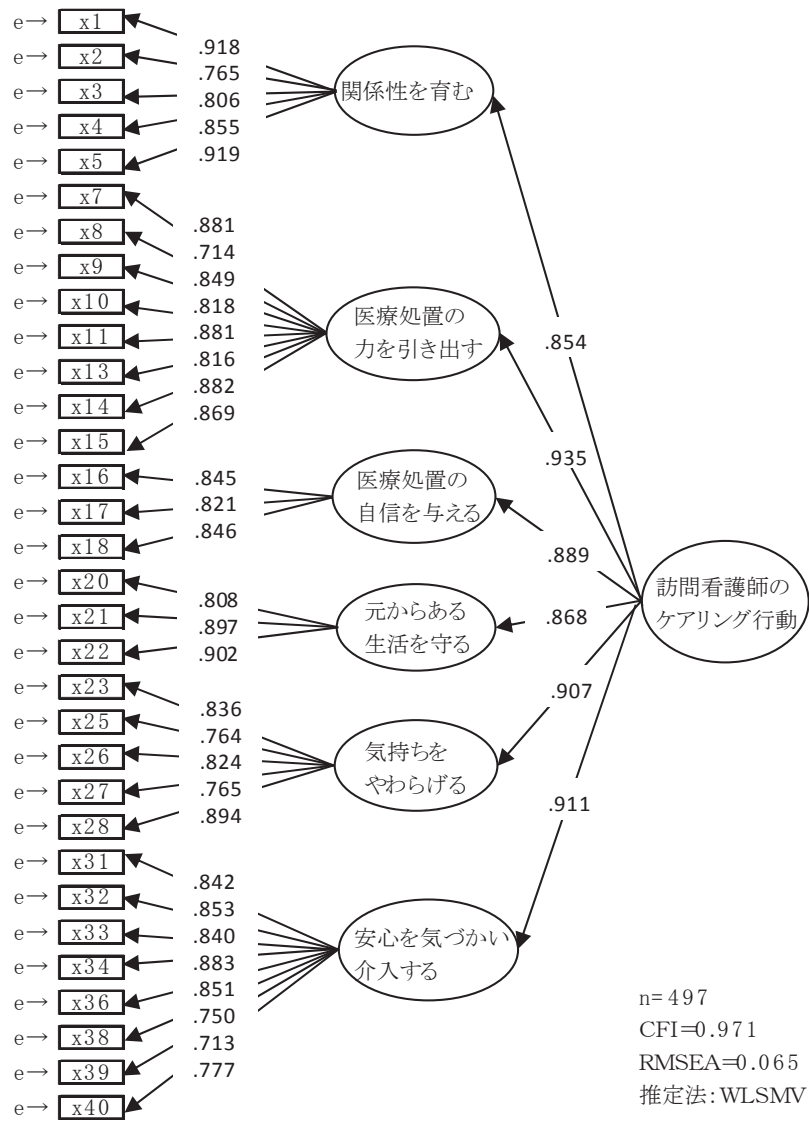


図1 医療処置を担う介護者への訪問看護師のケアリング行動尺度の構成概念妥当性

表4 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尺度との関連

	共感援助尺度			
	尺度全体	共感	こころの接近	全人的理解
訪問看護師のケアリング行動尺度	.535**	.494**	.482**	.436**

(注) Spearmanの順位相関係数 P<0.01**

3.4.3 信頼性の検討

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。

4. 考察

4.1 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)²³⁾とはほぼ一致していた。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。訪看STの立地は82.5%が都市部であり、中山間・島嶼部の訪看STの対象者選定については今後検討の必要がある。

4.2 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、全6因子として抽出された。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おり、本尺度の内容的妥当性が得られる結果であった。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を得られた。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²⁰⁾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。

4.3 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、わかりやすく説明し、称賛しながら共に行い、自信を失わないよう予防的に関わることで、介護者が自立して医療処置を行う力を引き出すケアリング行動であった。第6因子「安心を気づかい介入する」は、医療処置を継続する介護者の思いを汲み取り、専門職として気づかう主体的な介入で、安心感を得るケアリング行

動であった。田邊と嶋津²⁴⁾は、医療処置を担う介護者に特徴的な困難として、医療処置実施に関する困難と社会資源利用上の困難を挙げている。第2・3・6因子のケアリング行動は、介護者の医療処置に特徴的な困難の軽減につながることを期待できる。また、本尺度には、第1因子「x1介護者の立場に立って丁寧に向き合う」、第4因子「x20水道・光熱・物品に無駄のないよう」第5因子「x25不安や負担を察したら」(「」内は一部抜粋)など、指導的ではなく介護者の状況に身を置き、生活を守り、潜在的な思いを察知する項目が含まれていた。第1・4・5因子のケアリング行動には、その人が携えている意味とそれまでに形成した習慣と関心に適合した働きかけ¹⁴⁾、日本文化に存在する「勿体ない」という規範²⁵⁾や「察する」という意思疎通²⁶⁾などに由来する、訪問看護師個人が培ってきた特性が基盤にあると考えられる。

よって、本尺度は、訪問看護の実践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抽出できしており、訪問看護師の自己評価や実践指標として活用可能と考える。

5. 本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、都市部の訪看ST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、回答分布から、訪問看護師はケアリング行動の実施頻度を高く認識していた。しかし、訪問看護の時間内に介護者へのケアまで行うことには困難感も伴うという報告もある³⁾。本尺度を活用し、介護者へのケアリング行動による訪問看護師の業務面や精神面への影響を検討していくことも課題と考える。合わせて、実施頻度が低い連携調整に関する項目(x31, 33, 35)についても、その要因を検討することが必要である。

6. 結論

本研究の結果、「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」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尺度の信頼性および妥当性が確認された。

付 記

本研究にご協力いただきました訪問看護師の皆様にご心よりお礼を申し上げます。
本研究における開示すべき利益相反は存在しない。

文 献

- 1) 内閣府：平成29年（PDF版）高齢社会白書。
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s_03.pdf, [2017].(2018.8.29確認)
- 2) 厚生労働省：第1回全国在宅医療会議 参考資料2 在宅医療の現状。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000129538.html>, [2016]. (2018.8.29確認)
- 3) 財団法人日本訪問看護振興財団：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。財団法人日本訪問看護振興財団，東京，2012。
- 4) 片山陽子，陶山啓子：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。日本看護研究学会雑誌，28(4)，43-52，2005。
- 5) 厚生労働省：平成28年（2016）国民生活基礎調査。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf>, [2018].(2018.8.29確認)
- 6) 小野若菜子，麻原きよみ：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)，34-42，2007。
- 7) ジーン・ワトソン著，筒井真優美監訳：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—。日本看護協会出版会，東京，2003。
- 8) 重久加代子：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)，19-29，2012。
- 9) 田村美子，中柳美恵子，久木原博子，荒井葉子，内田史江：看護師のケアリング行動。国際ナショナル Nursing Care Research，12(3)，45-53，2013。
- 10) 佐原玉恵，内藤直子：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。家族看護学研究，15(3)，47-54，2010。
- 11) 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：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)，37-45，2008。
- 12) ミルトン・メイヤロフ著，田村真，向野宣之訳：ケアの本質—生きることの意味—。ゆみる出版，東京，1987。
- 13) Swanson KM：Empirical development of middle range theory of caring. *Journal of Nursing Research*，40(3)，161-166，1991。
- 14) パトリシア・ベナー，ジュディス・ルーベル著，難波卓志訳：現象学的人間と看護。医学書院，東京，1999。
- 15) 筒井真優美：ケア／ケアリングの概念。看護研究，26(1)，2-13，1993。
- 16) 操華子，羽山由美子，菱沼典子，岩井郁子，香春知永：ケア／ケアリング概念の分析—質的・量的研究から導き出された所属性の構造—。聖路加看護大学紀要，22，14-27，1996。
- 17) 西田絵美：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)，8-15，2018。
- 18) 竹尾恵子：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)，13-17，2005。
- 19) 上野恭子：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），2017。
- 20) Swanson KM：Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path analysis based on the Lazarus paradigm. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*，9(2)，191-206，2000。
- 21) 伊藤大幸，谷伊織，平島太郎，村上隆，行廣隆次：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，2018。
- 22) 村上隆：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，30，282-285，2002。
- 23) 日本看護協会：2014年訪問看護実態調査報告書。
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/report/2015/homonjittai.pdf>, [2014].(2019.8.30確認)
- 24) 田邊曉美，嶋津多恵子：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—文献検討—。国立看護大学校研究紀要，17(1)，36-46，2018。
- 25) 吉村忠と志：『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，

2011.

- 26) 石黒武人：多文化関係における日本の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, 2006.

(令和元年12月18日受理)

Reliability and Validity of Visiting Nurses' Caring Behavior Scale for Assessing Caring for Caregivers Providing Medical Treatment to Elderly Patients

Mayumi YAMAGATA and Kyoko NAMIKAWA

(Accepted Dec. 18, 2019)

Key words : medical treatment, caregivers, visiting nurses, caring behavior scale

Abstract

Visiting Nurses' Caring Behavior Scale for assessing caring behavior for caregivers providing medical treatment to elderly patients was developed, and its reliability and validity were examined. The survey inquired about basic attributes, and also included 40 question items developed based on previous studies on visiting nurses' caring behaviors. The survey was conducted with visiting nurses (N=1,410) enrolled in visiting nursing stations (N=470) that were randomly extracted from 47 prefectures. Three nurses were selected from each nursing station, and those without missing values were analyzed (N=497). The results of exploratory factor analysis indicated the following six factors comprising 32 items: "Building relationships," "Bringing out abilities to provide medical treatment," "Sharing positive emotions," "Maintaining the past life," "Relieving the feelings," and "Intervening by considering the peace of mind." Cronbach's alpha of the complete scale was 0.967, which indicated the sufficient internal consistency of the scale. The goodness fit of the six-factor-secondary-factor model to the data was examined based on the above results by using Structural Equation Modeling, which indicated that the goodness of fit indices reached statistically acceptable levels. These findings confirmed the sufficient reliability and validity of the scale.

Correspondence to : Mayumi YAMAGATA

Department of Nursing Science
Faculty of Health and Welfare Science
Okayama Prefectural University
Soja, 719-1197, Japan

E-mail : yamagata@fhw.oka-pu.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.29, No.2, 2020 323-332)