

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2016年度（前期）一般公募「在宅医療助成」完了報告書

訪問看護師が支援する在宅精神障害者介護の質評価プログラムの構築
—在宅精神障害者の介護評価尺度の開発—

申請者：森田 牧子

所属機関：

訪問看護ステーション保木間 看護師

首都大学東京大学院人間健康科学研究科 地域精神看護領域 博士後期課程

提出日： 2017年8月31日

共同研究者

習田 明裕 首都大学東京大学院人間健康科学研究科 看護管理倫理学 教授

渡辺 多恵子 日本保健医療大学保健医療学部看護学科 公衆衛生看護学 准教授

森 真喜子 国立看護大学校看護学部 精神看護学 教授

浅野 麻由美 訪問看護ステーション保木間 所長

吉野 亨 訪問看護ステーション保木間 看護師

目次

I. 諸言

- 1. 在宅精神障害者における現状と訪問看護における課題 1
- 2. 訪問看護師が在宅精神障害者の介護状態を評価するツール開発の必要性 1
- 3. 目的 2
- 4. 用語の定義 2

II. 方法

- 1. 在宅精神障害者の介護状態評価尺度の概念枠組みの設定 2
- 2. 尺度項目の作成 2
- 3. 本調査における尺度の開発と信頼性,妥当性の検討 3
- 4. 倫理的配慮 5

III. 結果 (本調査)

- 1. 統計解析の対象について 5
- 2. 看護師の基本属性 5
- 3. 想起した精神障害者の基本属性 5
- 4. 尺度の開発 5

IV. 考察

- 1. 妥当性の検討 7
- 2. 信頼性の検討 8
- 3. 在宅精神障害者の介護状態評価尺度の開発に関して 8
- 4. 本研究の限界と意義 9

謝辞 9

文献 9

図表

表 1 : 看護師, ケースの基本属性

表 2 : 構成概念妥当性に関する因子分析

表 3 : 因子分析にて採用した上位尺度, 下位尺度のクロンバック α と基本統計量

I. 諸言

1. 在宅精神障害者における現状と訪問看護における課題

日本における障害者虐待防止法は障害の定義や対象となる場等の特殊性により制定が遅れ、平成 24 年 10 月「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」¹⁾として施行された。

平成 25 年障害者白書²⁾によると、精神障害者総数は 320.1 万人であり、在宅精神障害者は 287.8 万人である。近年の精神医療政策は入院治療中心から在宅医療に重きを置く施策にシフトしており、在宅精神障害者は増加すると予測されている。厚生労働省³⁾によると、精神科退院患者 28,843 人のうち家庭復帰は 21,287 人であり、訪問看護利用者は 21 年度は 17,240 人、23 年度は 21,920 人と増加傾向にある。

平成 21 年度に実施した障害者自立支援調査研究プロジェクト⁴⁾では、地域で生活する精神障害者の 8 割は家族と同居しており、多くの家族が精神障害者の退院後における地域生活を支えている結果であった。思春期に障害が発生して以来、家庭の中で介護を永続的に担うことは養護者にとって負担感を生じていることが推察される。

在宅精神障害者への訪問看護では疾患の状態観察から日常生活支援、そして家族支援という多岐にわたる看護内容を提供しており⁵⁾、家庭内という密室の中で生じる不適切な介護状態や虐待という場面に遭遇することもある。虐待事例の先行研究で訪問看護における障害者を対象とした調査は法施行間もないためにまだ少なく、高齢者領域において多く報告されている^{6)・10)}。研究者が調査した首都圏における訪問看護ステーション実態調査では、多くの訪問看護師が精神障害者の介護状態において、虐待に至る可能性がある過程のどの時点で介入するべきか、介護の不適切状態を判定する指標を必要としている記載が多くみられた¹¹⁾。

2. 訪問看護師が在宅精神障害者の介護状態を評価するツール開発の必要性

現在、障害者虐待における指標は、全国社会福祉協議会による早期発見チェックリスト¹²⁾と、障害者虐待サインリスト¹³⁾といったチェックリストが存在する。いずれも身体、知的、精神の 3 障害を含めた内容であり、小児虐待リストを基に作成したために精神障害者特有のサインが反映されておらず、精神障害者虐待の把握は未だチェックリストの段階である。訪問看護の現場でこのようなチェックリストを活用している看護師は少なく、実態調査でチェックリストを使用していた看護師は 157 人中 2 人であった。一方、看護師が介護状態をアセスメントし、必要時には支援することで養護者の介護負担が軽減したり、家族関係が機能することで、虐待に進行することを予防していることが自由記載から明らかとなった¹¹⁾。こうした精神障害者が養護者から受けている介護状態をチェックリストで虐待か否かと判断するだけでなく、質として介護状態の程度を測定することは、虐待に至る前のグレーゾーンにある不適切な介護状態を評価することが可能となる。虐待に至る前に看護師が適切にツールを用いて評価することで、的確な予防介入が可能となる。精神障害者の在宅生活を安

全に継続する為には,在宅介護状態の質を客観的に評価するツールの開発が必要である。

3. 目的

本研究では,訪問看護師が支援する在宅精神障害者の養護者による不適切な介護状態を評価する尺度を開発し,信頼性と妥当性の検証を目的とする。

4. 用語の定義

- 1) 虐待とは「障害者虐待防止法」において定義された5定型¹⁰⁾とする。
- 2) 不適切な介護状態とは,看護師が訪問時に虐待分類¹⁰⁾には属さないが,倫理的に問題のある行為と認識したグレーゾーンな状態とする。
- 3) 家族とは在宅精神障害者の日常生活の世話をを行う者を総括した名称である。

II. 方法

1. 在宅精神障害者の介護状態評価尺度の概念枠組みの設定

本研究では,制定された虐待定義に含まれない倫理的に問題のある不適切な介護状態を測定することを目的としている。そこで,介護者における「不適切」の概念を明らかにすることを目的に概念分析を行った。分析には Walker&Avant の概念分析のアプローチ法を用いた。結果,介護者における「不適切」に先行して生じているとされる先行要件,「不適切」の内容となる属性,「不適切」により生じた結果となる帰結が抽出された。本研究では先行要件と属性を採用し,概念枠組みの基礎とした。基礎の枠組みとして,「家族の精神疾患の捉え方」「主たる世話をを行う家族の要因」「家族全体の力量と支援の不足」「利用者の要因」「尊厳保持の危うさ」「能力と個別性の査定不足」「医療を受ける権利の不足」「経済や社会資源の活用不足」が抽出された。

2. 尺度項目の作成

1) 尺度の項目案の作成

尺度の概念枠組みを基に,首都圏の訪問看護師に実施した先行調査(調査期間:2015年9-11月,136名,有効回答率86.6%)と先行文献を検討し,項目案8下位尺度63項目を作成した。開発する尺度の回答選択肢は,(5:とても当てはまる,4:よく当てはまる,3:まあまあ当てはまる,2:あまり当てはまらない,1:全く当てはまらない)の5段階のリッカートスケールとした。

2) 尺度項目案における概念枠組みと内容妥当性の検討

作成した尺度項目案における概念枠組みと内容妥当性の調査を,同意の得られた訪問看護ステーションの所長,主任クラスの看護師で同意の得られた5名と看護学の研究者(大学教員と大学院生)9名を対象に実施した。尺度の質問項目で理解しにくい点や回答しにくい点,概念に即した項目であるか否かについて質問紙で確認した。訪問看護ステーションの

所長,主任には質問紙の回答後に面接で確認した(調査期間 2016 年 12 月～2017 年 1 月)。調査の結果と訪問看護の研究者間で検討し,対象者から指摘のあった項目 5 項目を削除し,概念枠組みを「家族の心身の状態」「家族の生活」「利用者の状態」「家族の精神疾患の理解」「家族の利用者への関わり」「社会的資本に関する問題」の 6 領域 58 項目とした。

次に予備調査として 85 名の訪問看護師を対象に質問紙調査を行い(調査期間 2017 年 5 月～6 月,有効回答 81 名 (95.3%)),設定した概念枠組みと項目の内容妥当性を確認し,質問の答えにくさや不適切な介護状態を評価する表現となるように修正を行った。また,項目分析(回答分布の確認,平均値±標準偏差を基準に天井床効果の確認),I-T 相関分析(項目ごとにその項目と,項目を除外した下位尺度得点との相関係数)を行った結果,項目案 41 項目を選定した。

以上より,暫定版在宅精神障害者の介護状態評価尺度を作成した。

3. 本調査における尺度の開発と信頼性,妥当性の検討

1) 対象

全国訪問看護事業協会に掲載されている地域において施設数 300 以上の 6 エリアから無作為抽出した 600 施設の管理者に本研究の参加の同意を郵送にて依頼し,同意の得られた施設の訪問看護師である。訪問看護師のうち,担当する在宅精神障害者で不適切な介護状態の経験を有する者とした。

2) データ収集方法

暫定版在宅精神障害者の介護状態評価尺度について無記名自記式質問紙を郵送し,データ収集した。調査項目は(1)看護師の属性:開設主体,年齢,訪問看護師経験年数,看護師経験年数,不適切な支援状態の経験の程度,(2)想起したケースの属性:性別,年代,疾患名,合併症の有無,居住形態,家族構成,主たる支援を行う家族の属性,訪問期間,(3)在宅精神障害者宅における支援全般から受ける印象についての評価(5 項目)(4)利用者の精神症状(17 項目)「簡易精神症状評価尺度看護師版」(下里,2012),(5)家族の生活力量(17 項目)家族の生活力量モデル(島内,2002)の下位尺度である「介護者または養育力」「社会資源を活用する力」を用いた。

回答にあたり,担当する在宅精神障害者で不適切な介護状態にある事例を 1 事例想起するよう依頼した。

3) データ分析方法

調査内容は,SPSS Ver.24 for Windows を使用し,以下の分析を行った。

(1) 尺度の開発

① 項目分析

項目案 41 項目の回答分布(平均値および標準偏差)を確認し,回答が 1 つの選択肢に偏

っている項目を除外として確認した。次に、尺度項目を点数化し、項目ごとの平均値と標準偏差（SD）を算出した。次に、平均値±標準偏差を基準に、平均値±SDが5点以上を天井効果、1点以下を床効果として項目を除外する天井床効果を確認した³⁰⁾。

② I-T 相関分析

各項目と尺度全体の内的一貫性を検証するため、尺度の項目ごとに、その項目と項目を除外した下位尺度得点との Pearson の相関係数を算出し、0.3未満の項目を除外することとした。

③ G-P 分析

各項目の弁別力を検証するため、項目案41項目の合計得点を算出し、総得点の上位25%を上位群、下位25%である下位群の2群間における各項目の平均値の差をt検定により比較し、有意差がない項目を除外することとした。

④ 項目間の相関

項目間における質問内容の重複を避けるために項目案41項目間における相関を確認した。相関の高いペア（ $r=0.7$ 以上）が認められた場合、在宅精神障害者の不適切にある介護状態を評価する重要な内容かどうか、削除の検討を行った。

⑤ 探索的因子分析

上記(1)–(4)で除外基準に該当する項目を除いた暫定版在宅精神障害者の介護状態評価尺度を用いて探索的因子分析を行った。因子分析は所属因子に0.4未満の因子負荷量を示す項目、複数の因子に0.4以上の負荷量を示す項目、どの因子にも0.4以上の負荷量を示さない項目、また下位尺度との関連が解釈困難な項目を除外し、最適解が得られるまで因子分析を行った。

(2) 信頼性の検討

内的整合性を検証するために各因子および尺度全体のクロンバックの α 係数を算出した。

(3) 妥当性の検討

① 内容妥当性

開発した尺度内容の検討を実践者と在宅看護の研究者に確認した。

② 基準関連妥当性

併存妥当性の検証のため、開発した在宅精神障害者の介護状態評価尺度と「在宅精神障害者宅における支援全般から受ける印象についての評価」、 「簡易精神症状評価尺度」¹⁴⁾、「家族の生活力量モデル」¹⁵⁾との尺度得点間の相関係数（Pearsonの相関係数）を確認した。

4. 倫理的配慮

研究対象者には、書面にて研究の目的と方法、協力の任意性、プライバシーの保護、資料保

管・廃棄方法,研究成果の公表について明示説明し,同意へ返送により確認した。また,面接協力者には上記内容を書面と口頭で説明し,書面にて同意を得た。本研究は平成 28 年度首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会の承認を得た後に実施した。

Ⅲ. 結果

1. 統計解析の対象について

全国訪問看護事業協会に掲載されている地域において施設数 300 以上の 6 エリアから無作為抽出した 600 施設の管理者に本研究の参加の同意を郵送にて依頼し,同意の得られた 84 施設の訪問看護師 324 名に配布し,180 枚回収 (回収率 55.6%) した。そのうち,項目案 41 項目の欠測があるもの,また回答に不備のあった 26 票を除き 154 名 (有効回答率 88.5%) を解析の対象にした。

2. 看護師の基本属性 (表 1)

看護師の所属する機関は営利法人 (株式・合名・合資・有限会社) が 67 名 (44.1%) で最も多かった。平均年齢 (mean±SD) は 46.3±8.6 歳,看護職としての経験年数は 24.7±8.6 年,訪問看護の経験年数は 9.1±3.0 (範囲 1-35) 年であった。不適切な介護を経験した件数は平均 4.6±5.2 (範囲 1-30) 件であり,虐待に関する研修を受講したことがあるひとは 94 名 (57.7%) であった。

3. 想起した精神障害者の基本属性

看護師が評価にあたり想起した利用者の疾患 (複数回答) は,統合失調症が最も多く 78 名 (47.9%),次いで認知症 42 名 (25.8%) であった。性別は男性 48 名 (29.4%),女性 115 名 (70.6%) であり,年齢は 54.7±19.9 歳であった。居住形態は同居が 148 名 (90.8%) であり,主たる介護をしている者は配偶者 47 名 (28.8%) で最も多く,次に母親 43 名 (26.4%),娘 22 名 (13.5%) であった。

4. 尺度の開発

1) 項目の選定

項目案各項目 (41 項目) の回答分布を確認した。全項目とも回答の偏りはなく「3 まあまああてはまる」の回答が最も多かった (27.7~40.1%)。各項目の平均点は 2.09~3.09 点であり,天井床効果では 2 項目が該当したが,両項目ともに標準偏差は 1 を超え,回答のバラツキが確保されていることから除外はしないことにした。

I-T (項目-全体) 相関分析は,6 項目が 0.3 未満を示し,これらの項目は以降の検証から除外することにした。

G-P 分析で,得点の上位群 (上位 25%) と下位群 (下位 25%) との各項目の平均値の比較では,上位群の平均値が有意に高値であることが認められた ($p<0.05$)。

項目案 41 項目の相関では、 $r=0.7$ 以上の相関があったペアは認められなかった。
以上より、尺度項目案 35 項目にて因子分析を行った。

2) 探索的因子分析 (表 2, 表 3)

構成概念妥当性に関する因子分析 29 項目 (主因子法, プロマックス回転) の結果を表 2 に示す。因子数について、スクリープロットは因子数 4~5 で傾きが変わっていたこと、また累積寄与率は因子数 5 において累積寄与率が 50% を超えることから 5 因子を採用した。各項目についてスクリーニングの条件に抵触した 6 項目を除外した。「Ⅲ_23 家族は他者から世話を受けたくないと思っている」は複数の因子に 0.4 以上の負荷量を示したが尺度上重要なので除外しなかった。また、「Ⅲ_32 利用者は同じことを何度も確認する」は、因子負荷量が 0.39 であるが尺度上重要なので除外しなかった。各因子に属する項目の因子負荷量は、0.39~0.85 であった。因子分析にて採用した項目の上位尺度、下位尺度のクロンバック α 係数を表 3 に示す。下位尺度 5 を除きクロンバック α 係数は 0.7 以上の値を示した。

以上より、5 因子 29 項目の在宅精神障害者の介護状態評価尺度を作成した。抽出された 5 因子 (下位尺度) 各々に命名した。第 1 因子は家族の介護に対する信念と、家族の生活が介護により影響を受ける内容であると解釈し、「家族の介護生活と信念」(10 項目) とした。第 2 因子は家族の利用者に対する態度や姿勢を表現している内容であると解釈し、「家族の利用者への関わり」(6 項目) とした。第 3 因子は家族の公共サービスに対する価値観や理解を表現しており、「社会的資本に関する問題」(5 項目) とした。第 4 因子は利用者に備わっている能力を表現していると解釈し、「利用者の能力」(4 項目) とした。第 5 因子は利用者の精神症状の悪化が表現されており、「利用者の精神症状」(4 項目) とした。

上位尺度と下位尺度の尺度得点の分布である基本統計量を表 3 に示す。

3) 妥当性の検討

(1) 内容妥当性

内容妥当性は訪問看護師と研究者から尺度の内容に関して検討を行った。

(2) 基準関連妥当性

併存妥当性の検討は、研究者が作成した妥当性を検討する変数「虐待に発展するリスク」は、下位尺度すべてに相関が認められた ($r=0.291\sim0.455$)。「利用者の尊厳がまもられていたか」は、因子「家族の利用者への関わり」、「社会的資本に関する問題」と負の相関を認めた ($r=-0.285\sim-0.423$)。「家族の疲労の程度」は因子「家族の介護生活と信念」と正の相関が認められた ($r=0.578$)。「家族の生活の充実」は下位尺度すべてと負の相関を認めた ($r=-0.205\sim-0.456$)。既存尺度との妥当性では、BPRS は因子「利用者の能力」、「利用者の精神症状」と正の相関を認めた ($r=0.192\sim0.544$)。そして、島内らの尺度では「介護力」は因子「家族の利用者への関わり」「社会的資本に関する問題」と負の相関を認めた

($r=-0.271\sim-0.441$)。「経済力」は因子「社会的資本に関する問題」と負の相関を認めた($r=-0.295$)。以上より、下位尺度と概念枠組みにおいて高い相関を示すと予測したものは、予測通り相関を認めた。

また、尺度全体では、「虐待に発展するリスク」「家族の疲労の程度」「家族の生活の充実」BPRS と相関を認めた ($r=-0.260\sim-0.544$)。

4) 信頼性の検討

在宅精神障害者の介護状態評価尺度全体のクロンバックの α 係数は0.882であり、下位尺度は0.687~0.891であった。

5) 完成版在宅精神障害者

本研究で完成した在宅精神障害者の介護状態評価尺度の評価基準は以下のように評価する。在宅精神障害者の介護状態を利用者、家族の側面からアセスメントし、設問に対して「5点：とても当てはまる、4点：よく当てはまる、3点：まあまあ当てはまる、2点：あまり当てはまらない、1点：全く当てはまらない」を加算し評価する（範囲29-145点）。

本尺度は、得点が高いほど不適切な介護状態であることを示している。

本調査の結果は以下の通りであった。

- ・高得点：102点以上
- ・中得点（標準）：86±16点
- ・低得点：70点以下

IV. 考察

本研究は在宅精神障害者を支援する訪問看護師が、訪問時に虐待に至る前の段階である不適切な介護状態を認識した際にリスクの程度を測定できる尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検証することを目的とした。開発した尺度は5因子29項目となった。以下に信頼性と妥当性の検討内容を示す。

1. 妥当性の検討

内容妥当性に関しては、概念分析より概念枠組みを抽出し実践者への質問紙調査と面接から項目を選定し、決定する際には在宅看護や精神科看護の研究者と訪問看護師と検討を行った。そして、尺度の最終版に関しては再度、研究者と実践者に確認を行い完成した。

基準関連妥当性の併存妥当性については、概念枠組みの各概念領域と相関が高いと仮定した既存尺度や研究者が作成した項目は、高い相関を示していた。

構成概念妥当性については、探索的因子分析によって5因子構造が検証された。概念分析により抽出された概念は8領域であったが、内容妥当性を検討する過程で6領域に概念が統合され、最終的に5因子構造と洗練された。開発した尺度の下位尺度は仮設枠組みの「家族の精神疾患の理解」と「家族の生活」「家族の心身の状態」が<家族の介護生活と信念>に

統合され、「利用者の状態」が「利用者の能力」と「利用者の精神症状」に分けられた。＜家族の利用者への関わり＞と＜社会的資本に関する問題＞は下位概念と一致した。概念枠組みが統合整理されたことで、より介護者の「不適切な介護状態」を表現した尺度となり、現場の実践者からは支持を得ることができた。

本研究で開発した尺度は、虐待とは異なる虐待に発展するかもしれないリスク状態にある家庭に生じている現象を捉えた尺度である。新規性が高いため参考とする文献や尺度もなく、日々実践している訪問看護師からの意見が基礎となり、尺度項目の洗練過程にもそれらが反映されている。評価にあたっては利用者だけでなく介護者の状態も評価することにより、介入のバリエーションが増えることを期待している。

2. 信頼性の検討

在宅精神障害者の介護状態評価尺度全体のクロンバックの α 係数は0.882であり、下位尺度は0.687~0.891であり、内的整合性は認められた。今後は再現性に向けてリテストや級内相関等を検討する必要がある。

3. 在宅精神障害者の介護状態評価尺度の開発に関して

開発した在宅精神障害者の介護状態評価尺度は、5つの下位尺度からなる。「家族の介護生活と信念」は家族の精神疾患への偏見や精神障害者を介護する思いをベースに、介護が始まり変化する家族の生活や自身の心身状態を評価する。「家族の利用者への関わり」は精神疾患への理解をもとに今までの家族史を反映した利用者への関わり方を評価する。関わり方には個人としての尊厳の保持も含んでいる。「社会的資本に関する問題」は、家族が行政や福祉、社会サービスに対してどのような価値観をもっているか、そして家族の経済状況も含めて評価する。「利用者の能力」は、精神障害者である利用者がどのような力を持っているか、セルフケアや依存、言語的コミュニケーションの程度といった側面から評価する。「利用者の精神症状」は精神障害者が不安定にある際に多くみられる症状を評価する。

訪問看護師が日々実践するなかで、「なにかおかしい」と感じる経験は誰もがしているであろう。病棟看護師と異なり、単独で看護を行う看護師にとってグレーゾーンにある介護を独自の価値観で判断するには限界がある。そのため、新人の訪問看護師であっても評価できるツール開発を目指して行った。この結果は多職種連携においても活用することができる。尺度は15分程度で回答できる。また、下位尺度の値だけでも使用が可能である。不適切な介護状態の家庭に介入し、その効果測定として使用することも可能であり、本尺度の実用性は高いと考える。

4. 本研究の限界と意義

本研究の限界として、対象とした精神疾患が統合失調症の次に認知症が多く、他の疾患は同等の人数が収集できなかったことである。不適切な介護を評価する、という点で回収に時

間を要し期間内に回収率を上げることは難しく,更なる調査を続ける必要がある。しかし,本研究は訪問看護師が捉える不適切な介護状態という新規性の高さでは今後の在宅精神障害者の増加と課題の解決に寄与できると考える。また,訪問看護の経験年数や虐待の講習の受講状況といった看護師自身の知識や価値観に関しては本研究では一部しか捉えていないため,尺度得点に反映する要因となるかを今後検討していく必要がある。

しかしながら,本研究では「不適切」の概念分析をもとに不適切な介護を定義し,訪問看護師の捉えている不適切な介護をもとに介護状態を評価する尺度を開発した。そして,本尺度は全体として信頼性と妥当性があることが確認された。今後は本尺度をもとに介入プログラムを開発し,現場の看護師が簡易に使用介入でき,在宅精神障害者の生活のしやすさの一助となるよう研究を発展させていきたいと考える。

謝辞

本研究は,公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて行われた。本研究の実施にあたり,ご多忙な中,貴重なお時間を割いて調査にご協力頂いた訪問看護師の皆様へ深くお礼申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省：平成 23 年障害者虐待防止法,
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/gyakutaiboushi/index.html
- 2) 内閣府：平成 25 年障害者白書,
[http:// www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h25hakusho/zenbun/index-w.html](http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h25hakusho/zenbun/index-w.html)
- 3) 厚生労働省：平成 27 年度都道府県・市区町村における障害者虐待事例への対応状況等,
<http:// www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000145882.html>
- 4) 厚生労働省：障害者福祉：平成 21 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト,
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyou/jiritsushien_project/seika/research_09/
- 5) 瀬戸屋 希, 萱間 真美, 角田 秋,他: 精神科訪問看護における家族ケアの実施状況と家族ケアに関連する利用者の特徴. 日本社会精神医学会雑誌.20,1:17-25,2011.
- 6) 猪熊律子:高齢者虐待防止法の成立の経緯.高齢者虐待防止研究,2,1:6-10,2006.
- 7) 萩原清子: 高齢者虐待防止法施行後 1 年の検証から見えてきたもの.高齢者虐待防止研究.4,1:54-57,2007.
- 8) 半澤節子,田中悟郎,後藤雅博:統合失調症患者の母親の介護負担感に関連する要因—家族内外の支援状況と家族機能の関連—.日本社会精神医学会誌,16:263-274,2008.
- 9) 柴尾慶次:施設内における高齢者虐待の実態と対応.老年精神医学雑誌,19(12): 1325-1332,2008.

- 10) 藤江慎二:高齢者虐待に困難を感じる援助者の虐待者や被虐待者に対する感情・認識. 大妻女子大学人間関係学部紀要,12:1299-107.2010.
- 11) 森田牧子: 在宅精神障害者の不適切な介護状態や虐待を認識した訪問看護師の困難感の分析. 日本看護科学学会学術集会講演集,36:491,2016.
- 12) 全国社会福祉協議会: 施設・地域における障害者虐待防止チェックリスト,
http://www.shakyo.or.jp/research/2010_pdf/10check_02.pdf#search=%27%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E8%99%90%E5%BE%85%E6%97%A9%E6%9C%9F%E7%99%BA%E8%A6%8B%E3%83%81%E3%82%A7%E3%83%83%E3%82%AF%E3%83%AA%E3%82%B9%E3%83%88%27
- 13) 宗澤忠雄: 成人期障害者の虐待または不適切行為に関する実態調査:やどかり出版,さいたま県,2008.
- 14) 日本精神科評価尺度研究会. BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)簡易精神症状評価尺度, <http://jsprs.org/scales/bprs.html>
- 15) 家族ケア研究会 (島内節) .(2002). 家族生活力量モデル アセスメントスケールの活用法: 医学書院.
- 16) 吉川悠貴: 施設・事業所における高齢者虐待の実態と防止のための教育. 日本認知症ケア学会誌 ,9(3):472-478,2010.
- 17) 武田卓也:「不適切な処遇」の概念枠組みに関する基礎的研究. 桃山学院大学社会学論集,43(2): 49-74,2010.
- 18) 医療経済研究機構:平成 19 年 高齢者虐待防止法施行後の高齢者虐待への対応状況に関する調査報告書.
- 19) 山口光治:高齢者放任に対する介護者の意味づけ.高齢者虐待防止研究, 1(1):69-77.200 5.
- 20) 新鞍真理子:家族介護者の要介護高齢者に対する身体的および心理的虐待の切迫感に関連する要因.老年社会科学,31,1:21-30,2009.
- 21) 眞野 典子: 高齢者虐待予防の観点からみた精神障害者支援の現状と課題. 神戸女子大学健康福祉学部紀要,5:11-24,2013.
- 22) 吉村 紋子,森口 妙子,山田 奈津子: 精神疾患患者の家族支援に関する一考察--精神科訪問看護の実践を通して. 日本精神科看護学会誌,48(2):23-27.2005.
- 23) 林裕恵:精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難.日本看護研究学会雑誌,32(2): 23-34.2009.
- 24) 堂田俊樹:地域包括支援センターにおけるコミュニティソーシャルワーク活動の動向と課題.ソーシャルワーク研究,32,3:68-73,2006.
- 25) 高崎絹子:高齢者虐待防止法の成立の意義と取り組みの現状.保健の科学,49(1):4-10.2007.
- 26) 大谷 昭: 高齢者虐待防止法の課題とソーシャルワーク.ソーシャルワーク研究,34(2):

15-21,2008.

- 27) 村上 宣寛. .心理尺度のつくり方. 北大路書房, 2006
- 28) 小塩真司.事例研究で学ぶ SPSS と Amos による心理・調査データ解析.東京図書株式会社,東京,2005

表1. 看護師、ケースの基本属性

	n	%
	mean±SD	(range)
1.看護師の基本属性		
所属施設		
広域連合	1	0.7
医療法人	39	25.7
医師会	12	7.9
看護協会	5	3.3
社団財団法人	14	9.2
社会福祉法人	5	3.3
営利法人	67	44.1
年齢	(歳) 46.3±8.6	(24-72)
看護師経験年数	(年) 24.3±8.6	(3-50)
訪問看護経験年数	(年) 9.1±3.0	(1-35)
不適切介護の経験数	(件) 4.6±5.2	(1-30)
虐待研修の受講		
あり	94	57.7
なし	69	42.3
2.精神障害者の基本属性		
性別		
男性	48	29.4
女性	115	70.6
年齢	(歳) 54.7±19.9	(10-94)
疾患		
統合失調症	78	47.9
気分障害	32	19.6
物質関連障害	19	11.7
神経症性障害	29	17.8
摂食障害	7	4.3
人格障害	6	3.7
認知症	42	25.8
居住形態		
同居	148	90.8
独居	13	8.0
グループホーム	1	0.6
主たる介護者		
配偶者	47	28.8
父親	9	5.5
母親	43	26.4
きょうだい	13	8.0
息子	19	11.7
娘	22	13.5
友田・恋人	3	1.8

表2. 構成概念妥当性に関する因子分析

項目	下位尺度1	下位尺度2	下位尺度3	下位尺度4	下位尺度5
	家族の介護生活と信念	家族の利用者への関わり	社会的資本に関する問題	利用者の能力	利用者の精神症状
Ⅲ_1 家族は趣味や学習をする時間がなくなった	0.826	-0.082	0.033	-0.022	0.006
Ⅲ_2 家族は自由な時間がない	0.790	-0.038	-0.018	0.060	-0.010
Ⅲ_11 家族は頑張り屋である	0.814	0.073	-0.246	-0.060	-0.082
Ⅲ_12 家族は利用者への世話が始まり自分自身の生活が変化した	0.621	0.054	-0.090	0.110	0.022
Ⅲ_13 家族は思うように働くことができない	0.631	-0.046	0.164	0.047	0.007
Ⅲ_22 家族は利用者を一置いて外出できない	0.654	-0.060	-0.024	0.076	0.057
Ⅲ_23 家族は他者から世話を受けたくないと思っている	0.465	0.119	0.369	-0.049	-0.057
Ⅲ_24 家族は日中のほとんどを利用者と過ごしている	0.554	-0.125	0.159	0.001	0.040
Ⅲ_36 家族は几帳面である	0.533	0.086	-0.024	-0.103	0.052
Ⅲ_37 家族は精神障害者の世話は家族がすべきだと考えている	0.508	0.091	0.074	0.006	-0.072
Ⅲ_3 家族は利用者の失敗を非難する	0.070	0.854	-0.028	-0.065	0.010
Ⅲ_4 家族は利用者の行動を言葉で指図している	0.059	0.800	-0.029	0.044	-0.087
Ⅲ_14 家族の利用者に対する口調が荒い	0.073	0.796	0.020	-0.096	0.088
Ⅲ_15 家族は利用者に支配的な態度をとっている	-0.049	0.840	-0.029	0.058	-0.013
Ⅲ_25 家族の利用者を見る表情が陰しい	0.006	0.548	0.016	-0.022	0.128
Ⅲ_26 家族は利用者の自己決定を無視している	-0.214	0.653	0.141	0.154	-0.054
Ⅲ_5 家族は福祉サービスにメリットを感じていない	0.085	-0.010	0.813	-0.142	0.025
Ⅲ_6 家族は必要な福祉サービスの種類を理解していない	-0.051	0.011	0.774	0.004	-0.003
Ⅲ_16 家族は医療者に不信感をもっている	-0.094	0.031	0.665	-0.035	0.169
Ⅲ_17 家族は行政に不信感をもっている	0.028	0.006	0.655	0.014	0.039
Ⅲ_39 家族は経済的理由で福祉サービスをいつも拒否する	0.006	-0.013	0.559	0.223	-0.254
Ⅲ_18 利用者は家族に頼りきりである	0.205	-0.018	-0.027	0.404	0.206
Ⅲ_19 利用者のセルフケア能力が低下してきた	0.102	0.048	-0.070	0.592	0.005
Ⅲ_30 利用者の意思決定を言葉で確認できない	-0.037	0.014	0.068	0.651	-0.117
Ⅲ_31 利用者は他者とコミュニケーションの困難さがある	0.007	-0.010	-0.026	0.602	0.143
Ⅲ_9 利用者は思考の柔軟性が低い	-0.171	-0.041	0.064	0.080	0.710
Ⅲ_20 利用者は不安が強くなった	0.071	0.033	0.018	0.044	0.712
Ⅲ_21 利用者は攻撃性が強まった	0.064	0.084	-0.075	-0.068	0.537
Ⅲ_32 利用者は同じことを何度も確認する	0.149	-0.002	0.012	-0.052	0.393

表3. 因子分析にて採用した上位尺度、下位尺度のクロンバック α と基本統計量

項目数	クロンバック α 係数	平均値	標準偏差	最大値	最小値	
上位尺度	29	0.882	86.06	16.37	125	38
下位尺度1	10	0.878	28.97	8.46	48	10
下位尺度2	6	0.891	18.10	5.51	30	6
下位尺度3	5	0.818	12.17	4.01	23	5
下位尺度4	4	0.708	13.01	3.41	20	4
下位尺度5	4	0.687	13.81	3.47	20	5

本研究を終了した感想

このたびは、勇美記念財団の助成を受けて無事、尺度開発を終えることができました。テーマの根幹となっている現象が「不適切な介護状態」であったため、大変な苦勞がありました。しかし、学会の発表では訪問看護師の方々から「ぜひ尺度化してほしい」という意見をいただき、また面接の場で虐待リスクにある困難事例がたくさん存在していること、そして、質問紙に励ましのメッセージや家族ケアの実情が書かれていたこと、これらの全てが研究を進める原動力となりました。訪問看護師が虐待リスクにある家族に対して介入を行っていること、それらの家族ケアはすべて報酬加算されていないことは今後の在宅看護の課題であると感じました。

研究を終えて、残念であることは質問紙の回収が思うように進まなかったことです。もう少し時間をかけて回収し、精神障害者の疾患も幅広く網羅することが今後の課題であると考えます。

訪問看護の現場でひとりで健闘している看護師が少しでも安心できる尺度を開発しました。この尺度をもとに在宅精神障害者の方がより生活しやすい、家族の方が安心して生活できる介入プログラムを今後は開発していきたいと思えます。

個人の研究では決して実施できることはできませんでした。勇美記念財団のお力添えがあったからこそ可能であったと感謝申し上げます。

森田 牧子