

## 介護技術評価尺度の開発

原野かおり\* 出井涼介\*\* 桐野匡史\* 谷口敏代\* 中嶋和夫\*\*\*

**要旨** 本研究は介護技術に関する測定尺度を開発し、その妥当性と信頼性を検討することを目的とした。X県内の介護保険施設に従事する主任および管理者を対象にインタビューを行い尺度の原案を作成した。その後X県内すべての特別養護老人ホームおよび老人保健施設に勤務する介護福祉士を対象に郵送法による自記式質問紙調査を行った。統計解析では「介護技術評価尺度」を構成する10領域を第一次因子、介護技術を第二次因子とする10因子二次因子モデルを仮定し、因子構造の側面から見た構成概念妥当性を確認的因子分析により検討した。分析には各項目に欠損値を有さない750人分のデータを使用した。「介護技術評価尺度」の10因子二次因子モデルのデータに対する適合性及びCronbachの $\alpha$ 信頼性係数は統計学的に支持された。「介護技術評価尺度」は、介護関連施設等に従事する介護労働者の介護技術を測定可能な尺度であることが示唆された。

**キーワード**：介護技術、尺度開発、介護福祉士、介護人材育成

### I. 諸言

介護技術とは生活行為の中から行われるものから医師の指示の下に行われるものまで幅広く、知識に裏づけられた行為であり生活を支援すること<sup>1)</sup>であるとされている。また、介護という用語が使われたのは、昭和38年制定・公布された老人福祉法であり、第十一条第一項第三号に「六十五歳以上の者であつて、身体上又は精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なものを当該地方公共団体の設置する特別養護老人ホームに収容し、又は当該地方公共団体以外の者の設置する特別養護老人ホームに収容を委託すること。」とある。以上の介護を担っていたのは「寮母」や「老人家庭奉仕員」であり、国家資格として介護福祉士が制度化されたのは、1987(昭和62)年「社会福祉士法および介護福祉士法」が制定されてからである。その資格取得の方法は、実務者経験3年以上または福祉系高校卒業による国家試験受験資格、または介護福祉士養成施設卒業することであったが、「社会福祉士及び介護福祉士法」の改正により、平成28年の国家試験より実務経験者への実務者研修の修了、平成29年度からは介護

福祉士養成校卒業者の国家試験受験が導入されることになった。

しかしながら、介護労働者は年齢を問わず無資格者でも就労できることや、介護福祉士の資格取得ルートが複数あることから、介護技術等のレベルに差があることは推測できる。平成27年度の国家試験からは実務者研修の受講が義務付けられることや、平成24年から介護プロフェッショナルキャリア段位制度が開始され<sup>2)</sup>、介護職員の質の向上、職場定着や実践キャリアアップにつながる事が期待されている。そのためには介護技術を測定することが必要である。ただし、現在ある介護技術を測定する尺度のうち介護プロフェッショナルキャリア段位制度の評価は他者評価であり、的確な評価が得られる可能性はあるものの、現時点では、質問調査等によって介護技術を測定することは困難である。また、自己評価による測定尺度は、ヘルパーの職業能力測定のための尺度<sup>3)</sup>、ダイヤ式介護技術チェックシート<sup>4)</sup>や、介護福祉士養成課程における技術習得度評価等の基準策定<sup>5)</sup>、その他独自に作成したチェックリスト等があるが、ヘルパーに限定されていることや、訪問介護員養成研修2級課程の基本介

\* 岡山県立大学保健福祉学部保健福祉学科

〒719-1197岡山県総社市窪木111

\*\* 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科

\*\*\* 両備地域ケア総合研究所

護技術の内容に依拠していることから、より広角かつ簡便に介護技術を測定し、介護労働者の介護技術を明らかにする必要があると考えた。

そこで、本研究においては、介護技術に関する基礎的資料を得ることをねらいとして、介護の現場における介護技術を簡便に測定可能な尺度を開発し、妥当性と信頼性を検討することを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 項目の準備

X 県介護福祉士会に協力を得て、従事する主任および管理者であって指導的立場の介護福祉士 8 名を対象に 90 分間のインタビュー（半構造化面接）を行った（表 1）。インタビューの内容は、ヘルパーの職業能力測定のための尺度<sup>3)</sup>、ダイヤ式介護技術チェックシート<sup>4)</sup>、介護福祉士養成課程教育に含む事項<sup>5)</sup>、介護プロフェッショナルのキャリア段位制度の評価基準<sup>2)</sup>を参考に、介護技術を評価する際の視点とした（表 2）。また、インタビュー調査の内容は録音後テープ起こしをした後に、研究連携協力者 3 名で項目選定を行った。

なお、インタビュー調査を行うにあたり、岡山県立大学倫理委員会の承認（受付番号 274）を得た後、対象となる個人のプライバシーの保護、個人情報の保護、不利益及び危険性と研究上の利益の予測、同意および撤回について口頭および文書にて説明して調査協力者より同意を得て行った。

表 1 インタビュー対象者の属性

対象者	所属	年齢	職位	性別	実務経験年数
A	老人保健施設	28	管理者	女性	5
B	老人保健施設	29	主任	女性	9
C	老人保健施設	36	主任(実習指導者)	女性	16
D	特別養護老人ホーム	42	介護士長	女性	13
E	訪問介護事業所	42	管理者(統括)	女性	16
F	グループホーム	34	管理者	男性	16
G	グループホーム	42	管理者(統括)	女性	23
H	通所事業所	42	管理者	女性	22

表 2 各尺度等の項目一覧

ヘルパーの職業能力測定のための尺度	ダイヤ式介護技術チェックシート	介護福祉士養成課程教育に含む事項	介護プロフェッショナルのキャリア段位制度の評価基準
食事介助	おむつ交換	生活支援	入浴
排泄介助	嚥下困難者への食事介助	居住環境の整備	食事
更衣介助	ベッド上での洗髪	身じたくの介護	排泄
入浴介助	車椅子への移乗	食事の介護	移乗・移動・体位変換
清拭		入浴・清潔の介護	状況の変化
ベッドメイク		排泄の介護	コミュニケーション
体位変換		家事の介護	介護過程展開
移乗介助		睡眠の介護	感染症対策・衛生管理
外出介助		終末期の介護	事故発生防止
調理			身体拘束廃止
掃除			緊急対応
買い物			終末期ケア
健康チェック			リダーシップ
緊急対応			
説明			
関係構築			
情報収集と判断			
協働			

### 2. 調査対象

調査対象は、X 県内のすべての特別養護老人ホームおよび老人保健施設に対して文書にて依頼し、協力の得られた施設の介護福祉士を対象とした。調査票は施設に送り施設等を通じて配布を依頼したが、各介護福祉士は自己意志により調査に協力することとし、郵送法による自記式質問調査を実施した。なお、本調査を行うにあたり、岡山県立大学倫理委員会の承認（受付番号 344）を得、各介護福祉士に対しては文書にて調査の趣旨、個人の意思において参加・不参加可能であること、個人のプライバシーの保護、個人情報保護、不利益及び危険性と研究上の利益の予測等について説明し、調査票の返信を持って同意を得たこととした。

調査期間は、平成 25 年 10 月から 12 月までとした。

### 3. 調査の内容

調査内容は対象者の性別、年齢、臨床経験期間に加えて「介護技術評価尺度」で構成した。

「介護技術評価尺度」はインタビュー調査の結果を基礎に、「食事」は 3 項目（xa1. 何が食べたいか聞く、無理やり介助しない等、意思を尊重した支援ができている xa2. 利用者のタイミングに合わせて適切な食事介助ができる xa3. 食事に関するアセスメントは、科学的根拠に基づいてできる）、「排泄」は 3 項目（xb1. プライバシーの保持、意思に反した援助ではない等、利用者の意思を尊重した支援ができている xb2. 安全の配慮ができる xb3. 排泄に関するアセスメントは、科学的根拠に基づいてできる）、「更衣」は 3 項目（xc1. 衣類の選択等、意思を尊重した支援ができている xc2. 脱健着患の基本を常に意識している xc3. 利用者の能力を含め、更衣に関するアセスメントができる）、「入浴」は 3 項目（xd1. 環境を整え、羞恥心に配慮する等、利用者の意思を尊重した入浴介助ができている xd2. 入浴したい気持ちが高まるケアの方法が実践できる xd3. 危険性を理解することを含め、入浴に関するアセスメントができる）、「体位変換」は 3 項目（xe1. 常に声をかけておこなっている xe2. 安楽な体位変換を行うための方法が実践できる xe3. それぞれの利用者の体位変換の必要性を理解することを含め、体位変換に関するアセスメントができる）、「移乗」は 3 項目（xf1. 移乗介助の際に利用者の意思を尊重し、常に承諾を得て行っている xf2. 利用者の障害に応じ

た方法で、自立支援を配慮し、タイミングを図って移乗介助を行うこと xf3. 移乗に関する生活機能を理解した上で、状況に応じた移乗介助ができる)、「健康チェック」は3項目 (xg1. 利用者とのコミュニケーションから体調を確認できる xg2. 何らかの介助の前・介護中・介護後には観察を行い、体調を把握すること xg3. 利用者の障害や疾病等からリスクを予測すること)、「緊急対応」は3項目 (xh1. 緊急時の物品がどこにあるかわかる xh2. 緊急時の対応方法について口に出して説明できる xh3. 緊急時に落ち着いて対処できる)、「関係構築」は3項目 (xi1. 正しい敬語を使うことができる xi2. 必要な時は、いつでもだれからでも情報提供・協力を求めることができる xi3. 自分のやり方や考え方を利用者や家族に押し付けることなく、利用者や家族の理解ができる)、「協働」は3項目 (xj1. 正確に記録することができる xj2. 問題点を各所属で共有し、自分の意見を述べる xj3. 利用者個人に応じた介護計画が立案でき、他職種との連携が図れる) の計10領域30項目で構成した。尺度の回答の数量化については「0点：できない」「1点：ほとんどできない」「2点：だいたいできる」「3点：かなりできる」「4点：確実にできる」とし、点数が高いほど、介護技術が高いことを意味するよう設定した。

#### 4. 分析の方法

統計解析では、本研究で用いた30項目で構成される「介護技術評価尺度」10因子二次因子モデルの妥当性と信頼性の検討を行った。尺度の妥当性は因子構造の側面から見た構成概念妥当性を構造方程式モデリングによる確認的因子分析により検討し、信頼性はCronbachの $\alpha$ 信頼性係数により検討した。

前述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、パラメータの推定は重み付け最小二乗法の拡張法(WLSMV)<sup>6,7)</sup>を採用した。一般にCFIは0.9以上であればモデルがデータに当てはまっているとされ、RMSEAは0.1を超えていなければ、モデルのデータに対する適合性は悪くないと判断される<sup>8)</sup>。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。以上の統計

解析には、IBM SPSS Statistics 21、Mplus 7.11を使用した。

本研究では、最終的に1,291人分の調査票配布数に対し、820人の介護福祉士より回答を得た(回収率63.5%)。ただし、統計解析にはこれらのデータのうち分析に必要なすべての調査項目に欠損値を有さない750人分のデータを使用した。

### III. 結果

#### 1. 分析対象者の属性の分布

分析対象者の属性の分布を表3に示した。分析対象とした介護福祉士750人の内訳は「男性」198人(26.4%)、「女性」552人(73.6%)であった。「年齢」は平均37.5歳(標準偏差:11.03、範囲:18-68歳)であり、「臨床経験期間」は平均118.2か月(標準偏差:60.30、範囲1-372か月)であった。

表3 分析対象者の属性の分布 (n=750)

			単位:人 (%)
性別	男性	198	( 26.4 )
	女性	552	( 73.6 )
年齢	平均±標準偏差(範囲)	37.5±11.03歳	( 18-68 )
臨床経験期間	平均±標準偏差(範囲)	118.2±60.30か月	( 1-372 )

#### 2. 「介護技術評価尺度」の妥当性・信頼性

介護技術の回答分布を表4に示した。30項目で構成される「介護技術評価尺度」の因子構造の側面から見た構成概念妥当性を確認的因子分析で検討したところ、10因子二次因子モデルのデータに対する適合度指標はCFI=0.953、RMSEA=0.097であった(図1)。また「介護技術評価尺度」の信頼性をCronbachの $\alpha$ 信頼性係数で評価したところ、信頼性係数は0.968であった。

### IV. 考察

本研究は、介護の現場における介護技術を簡便に測定が可能な尺度を開発し、妥当性と信頼性を検討することを目的に行った。

本研究で得られた結果は、あらかじめ仮定した「食事」、「排泄」、「更衣」、「入浴」、「体位変換」、「移乗」、「健康チェック」、「緊急対応」、「関係構築」、「協働」の10領域を第一次因子、「介護技術」を第二次因子とする10因子二次因子モデルのデータに対する適合度指標が統計学許容水準を満たしており、構成概念妥当性が統計学的に支持されるもの

であった。また、「介護技術評価尺度」の信頼性については、内的整合性の観点から Cronbach の  $\alpha$  信頼性係数を用いて尺度を構成する 30 項目全体で検討した。その結果、信頼性係数は十分な内的整合性を意味する数値が得られたことから、本尺度の内的整合性は満たされているものと判断した。これらを勘案すると、本研究において開発された「介護技術評価尺度」は統計学的に妥当性・信頼性の支持されるものであると言えよう。

介護福祉学は、「介護福祉理論」が発展途上であり、未だ介護福祉学が構築されていない。別言するならば、介護福祉の領域では、ニーズや QOL の観点から介護そのものについての議論はなされているものの、介護福祉学の根幹をなす介護の定義やその技術については十分に検討されていない。今回尺度を作成する上で、介護を構成する内容や介護の定義について従来の研究を概観したところ、是枝は、介護を構成する要素を「人間」、「生活」、「社会」、「健康」、「環境」「福祉」とし整理し<sup>9)</sup>、また石野は、マズローの基本的欲求の考え方から介護を必要とする 7 つのニーズをまとめた上で介護過程の展開について論じていた<sup>10)</sup>。さらに黒澤は、生活支援を人間科学の立場から論じ、生活支援の基本的構造を価値、制度、知識、方法であると述べていた<sup>11)</sup>。

以上のような従来の研究に加え、ヘルパーの職業能力測定のための尺度、ダイヤ式介護技術チェックシート、介護福祉士養成教育の教育に含むべき事項として挙げられた生活支援技術(介護技術)、介護プロフェッショナルのキャリア段位制度の評価基準を参考に、著者らは介護技術に関する尺度項目を選定した。その際、前記 4 種類の尺度に共通する内容を選択し、さらに「移乗」、「体位変換」、および「更衣」は、あらゆる技術に加わっているという理由から独立した項目として追加した。さらに、黒澤が「生活支援の基礎理論」で「生活支援の科学性は人間関係の科学性を考察することである。」という人間関係の形成の必要性を述べていることから、共通項目に加えて「関係構築」と「協働(連携)」を追加した。ただし、今回除外した項目に「睡眠」と「終末期ケア」がある。この 2 項目を除外した理由は、非常に重要な技術ではあるが、勤務形態や事業所によっては経験することがない場合もあることに依る。

なお、今回作成した「介護技術評価尺度」の特徴

として 3 点があげられる。1 点は比較的簡易な尺度ということである。生活支援という広い範囲から介護技術を測定することは非常に困難であるが、他の介護技術評価尺度の項目数に比べれば、比較的簡便な尺度であり、自己評価尺度であるため簡易に測定できることに特徴がある。2 点目は介護技術の手順や方法を忠実に再現するものではないということである。これまでの尺度やチェックシートは、細かな手順やチェック式であったが、平成 19 (2007) 年社会福祉士および介護福祉士法の一部改正で入浴、排せつ、食事その他の介護から心身の状況に応じた介護に変更された理由も考慮して、アセスメントすることや各技術のポイントを問うことに特徴を置いた。3 点目は ICF (生活機能分類) の考え方に基づいた構成になっているということである。尺度の項目は、インタビュー内容から整理した経緯については前述したとおりであるが、その内容が、黒澤の生活支援の基本的構造の「価値」「制度」「知識」「方法(技術)」のうち、制度を除いた価値(尊厳)・知識・方法(技術)に分類できた。さらに、ICF の考え方は、生命(心身機能・身体構造)、生活(活動)、人生(参加)を包括的に理解するというものであることから、生命は知識、生活は方法、人生は価値とも置き換えることが可能であり、ICF の考えにも基づいた構成になるよう配慮した。

以上のことから、本研究において作成した「介護技術評価尺度」は、介護関連施設に従事する介護労働者の介護技術を測定可能な尺度であることが示唆された。

## V. おわりに

今後は「介護技術評価尺度」を利用することによって、介護技術の実態、介護継続意向等との関連性や介護技術向上のための方法について検討し、介護の現状を明らかにしていく必要がある。また、「介護技術評価尺度」は自己評価尺度であるが、他者評価との比較等についても今後検討していくことが必要であろう。

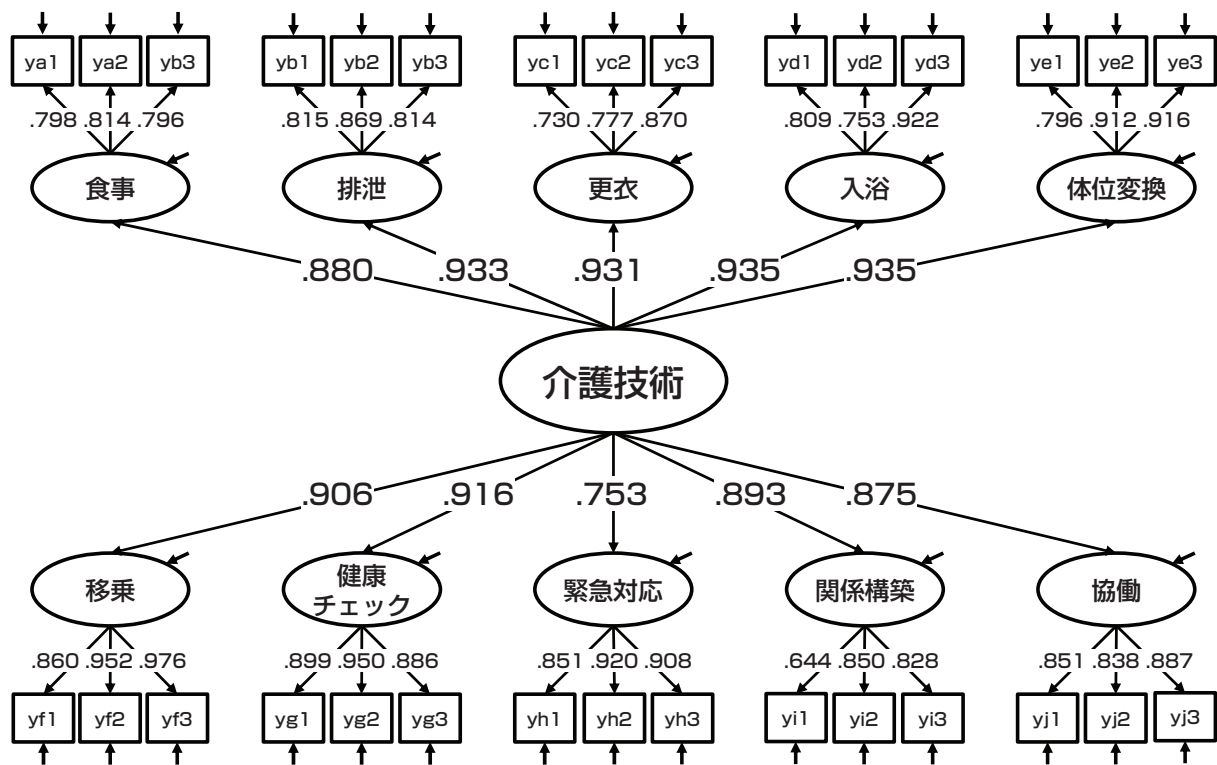
本研究は JSPS 科研費 24530710 の助成を受けたものである。

謝辞：本研究の調査にあたり、インタビュー調査および調査にご協力いただきました皆様に心から感謝申し上げます。

表 4 介護技術に関する項目の回答分布

単位：人 (%)

項目	回答カテゴリ	回答分布				
		できない	ほとんどできない	だいたいできる	かなりできる	確実にできる
食事	xa1 何が食べたいか聞く、無理やり介助しない等、意思を尊重した支援ができています	7 (0.9)	53 (7.1)	456 (60.8)	181 (24.1)	53 (7.1)
	xa2 利用者のタイミングに合わせて適切な食事介助ができます	5 (0.7)	36 (4.8)	432 (57.6)	212 (28.3)	65 (8.7)
	xa3 食事に関するアセスメントは、科学的根拠に基づいてできる	28 (3.7)	141 (18.8)	452 (60.3)	108 (14.4)	21 (2.8)
	xb1 プライバシーの保持、意思に反した援助ではない等、利用者の意思を尊重した支援ができています	4 (0.5)	36 (4.8)	444 (59.2)	210 (28.0)	56 (7.5)
排泄	xb2 安全の配慮ができます	2 (0.3)	15 (2.0)	239 (31.9)	282 (37.6)	112 (14.9)
	xb3 排泄に関するアセスメントは、科学的根拠に基づいてできる	21 (2.8)	98 (13.1)	425 (56.7)	163 (21.7)	43 (5.7)
	xc1 衣類の選択等、意思を尊重した支援ができています	15 (2.0)	110 (14.7)	386 (51.5)	180 (24.0)	59 (7.9)
更衣	xc2 脱着順序の基本を常に意識している	4 (0.5)	11 (1.5)	213 (28.4)	221 (29.5)	301 (40.1)
	xc3 利用者の能力を含め、更衣に関するアセスメントができる	5 (0.7)	45 (6.0)	359 (47.9)	237 (31.6)	104 (13.9)
入浴	xd1 環境を整え、羞恥心に配慮する等、利用者の意思を尊重した入浴介助ができています	6 (0.8)	46 (6.1)	391 (52.1)	221 (29.5)	86 (11.5)
	xd2 入浴したい気持ちが高まるケアの方法が実践できる	13 (1.7)	116 (15.5)	448 (59.7)	141 (18.8)	32 (4.3)
	xd3 危険性を理解することを含め、入浴に関するアセスメントができる	8 (1.1)	43 (5.7)	392 (52.3)	227 (30.3)	80 (10.7)
体位変換	xe1 常に声をかけておこなっている	4 (0.5)	35 (4.7)	315 (42.0)	243 (32.4)	153 (20.4)
	xe2 安楽な体位変換を行うための方法が実践できる	5 (0.7)	41 (5.5)	390 (52.0)	225 (30.0)	89 (11.9)
	xe3 それぞれの利用者の体位変換の必要性を理解することを含め、体位変換に関するアセスメントができる	8 (1.1)	73 (9.7)	400 (53.3)	198 (26.4)	71 (9.5)
移乗	xf1 移乗介助の際に利用者の意思を尊重し、常に承諾を得ている	9 (1.2)	58 (7.7)	388 (51.7)	204 (27.2)	91 (12.1)
	xf2 利用者の障害に応じた方法で、自立支援を配慮し、タイミングを図って移乗介助を行うこと	6 (0.8)	44 (5.9)	391 (52.1)	227 (30.3)	82 (10.9)
	xf3 移乗に関する生活機能を理解した上で、状況に応じた移乗介助ができる	6 (0.8)	38 (5.1)	401 (53.5)	223 (29.7)	82 (10.9)
健康チェック	yg1 利用者とのコミュニケーションから体調を確認できる	4 (0.5)	33 (4.4)	388 (51.7)	249 (33.2)	76 (10.1)
	yg2 何らかの介助の前・介護中・介護後には観察を行い、体調を把握すること	4 (0.5)	30 (4.0)	402 (53.6)	227 (30.3)	87 (11.6)
	yg3 利用者の障害や疾病等からリスクを予測すること	9 (1.2)	82 (10.9)	433 (57.7)	182 (24.3)	44 (5.9)
緊急対応	xh1 緊急時の物品がどこにあるかわかる	13 (1.7)	85 (11.3)	349 (46.5)	185 (24.7)	118 (15.7)
	xh2 緊急時の対応方法について口に出して説明できる	23 (3.1)	146 (19.5)	388 (51.7)	140 (18.7)	53 (7.1)
	xh3 緊急時に落ち着いて対応できる	36 (4.8)	142 (18.9)	394 (52.5)	135 (18.0)	43 (5.7)
関係構築	xi1 正しい敬語を使うことができる	20 (2.7)	104 (13.9)	429 (57.2)	165 (22.0)	32 (4.3)
	xi2 必要な時は、いつでもだれからでも情報提供・協力を求めることができる	11 (1.5)	48 (6.4)	403 (53.7)	211 (28.1)	77 (10.3)
	xi3 自分のやり方や考え方を利用者や家族に押し付けることなく、利用者や家族の理解ができる	5 (0.7)	62 (8.3)	451 (60.1)	181 (24.1)	51 (6.8)
協働	xj1 正確に記録することができる	11 (1.5)	64 (8.5)	452 (60.3)	167 (22.3)	56 (7.5)
	xj2 問題点を各所属で共有し、自分の意見を述べる	14 (1.9)	11 (1.5)	424 (56.5)	150 (20.0)	51 (6.8)
	xj3 利用者個人に応じた介護計画が立案でき、他職種との連携が図れる	25 (3.3)	103 (13.7)	416 (55.5)	159 (21.2)	47 (6.3)



n=750,  $\chi^2=3169.982$ , df=395, CFI=0.953, RMSEA=0.097 (推定法: WLSMV)

※図の煩雑化を避けるために誤差変数は省略した

図 1 「介護技術評価尺度」の構成概念妥当性の検討

## VI. 文献

- 1) 日本介護福祉学事典編集委員会 (2014). 介護福祉学事典. 116、株式会社ミネルヴァ書房.
- 2) 内閣府 (2014). 実践キャリアアップ作戦.
- 3) <http://www5.cao.go.jp/keizai/jissen-cu/jissen-cu.html>. 2015年8月31日
- 4) 佐藤博樹, 大木栄一, 堀田聰子 (2006). ヘルパーの能力開発と雇用管理. 勁草書房.
- 5) 滝波順子, 古谷野亘, 石橋智昭ほか (2005). 介護技術の測定 —ダイヤ式介護技術チェックシートの開発—. 老年社会科学, 27 (1): 24-33.
- 6) 社団法人 日本介護福祉養成施設協会 (2012). 介護福祉士養成課程における技術習得度評価等の基準策定に関する調査研究事業報告書.
- 7) Muthén, L.K., and Muthén, B.O (2012). Mplus User's Guide. Los Angeles, CA : Seventh Edition.
- 8) 小杉考司・清水裕士 (2014). M-plus と R による構造方程式モデリング入門. 北大路出版.
- 9) 小塩真司 (2008). はじめての共分散構造分析 —Amos によるパス解析. 東京図書.
- 10) 是枝祥子 (2011). 「介護福祉学」の構築に向けて—実践で培ってきたことを基盤に—. 介護福祉学, 18 (1): 65-70.
- 11) 石野育子 (2010). 最新介護福祉全書7 介護過程. メヂカルフレンド社.
- 12) 黒澤貞夫 (2010). 人間科学的な生活支援論. ミネルヴァ書房. 末廣 貴生子 (2012). 日本における介護福祉の歴史 (1) ~ 介護福祉の思想と実践の考察 ~. 静岡福祉大学紀要, 8: 135-150.

## Development of a care technique scale

KAORI HARANO\*, RYOSUKE DEI\*\*, MASAFUMI KIRINO\*,  
TOSHIYO TANIGUCHI\*, KAZUO NAKAJIMA\*\*\*

*\*Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University*

*\*\*Graduate School of Health and Welfare, Okayama Prefectural University*

*\*\*\*RYOBI General Research Institute of Community Care*

[Purpose] We aimed to develop a care technique scale and assess its reliability and validity. [Method] We conducted interviews with chiefs and administrators who have been engaged in long-term care insurance facilities in X prefecture to create a draft of our scale. Subsequently, we conducted self-administered surveys through mails for care workers in special nursing homes and healthcare facilities for elderly people in X prefecture. In the statistical analysis, we created a model with 10 second-order factors, where 10 regions comprising the care technique scale were set as the first-order factor and the care technique as the second-order factor. We also examined the validity of the constructive concepts observed from the viewpoint of the factor structure that was based on the confirmatory factor analysis. We used data from 750 subjects with no missing values in each item comprising the analysis. [Results] The adequateness of the data for our 10 factor second-order factor model and Cronbach's coefficient alpha of our care technique scale had a statistically acceptable level. [Discussion] We showed that our scale could measure the care techniques of care facility staff members.

**Keywords** : care technique, scale development, care worker, development of care worker human resources