

高齢入院患者の家族が評価するスピリチュアルケア評価の構成概念妥当性の検討

實金栄* 井上かおり* 小薮智子** 白岩千恵子** 岡本宣雄*** 竹田恵子**

要旨 本研究は、看護師が行うスピリチュアルケアについて、患者家族が評価できる尺度を開発することを目的とした。

調査対象は医療療養型病床および介護療養型医療施設に入院する65歳以上の患者の家族295人。分析対象は評価項目に欠損値のない71人とした。統計解析では、スピリチュアルケア評価尺度(22項目)の因子モデルとして一次因子を「基本的ケア」「スピリチュアリティの表出を支えるケア」「患者との関係保持」「他者との関係保持」の4因子、二次因子を「スピリチュアルケア」とした4因子二次因子を仮定し、そのモデルのデータへの適合度を確認的因子分析により検討した。結果、適合度指標CFI=0.996、RMSEA=0.035であった。なお信頼性は ω 信頼性係数を算出したところ0.962であった。

4因子二次因子モデルを仮定した、高齢入院患者の家族によるスピリチュアルケア測定尺度の構成概念妥当性の適合度指標は統計学的許容水準を満たしていた。このことは因子構造の側面から見た構成概念妥当性が検証されたことを意味する。また本尺度の信頼性も適切な数値を示していた。

キーワード: スピリチュアルケア、高齢者家族、看護師、構成概念妥当性

I. 諸言

現在我が国は、高齢者人口の増加に伴い、死亡者数も増加し「多死社会」^{1,2)}とも言われている。そしてその死に場所の約8割が病院³⁾である。日本社会は、在宅ケアを推進してはいるが、現在でも介護老人保健施設では病状の悪化等による「病院・診療所」への退所が40.6%となっており、自宅等への退所より多い⁴⁾。さらに介護老人福祉施設における「死亡」退所は72.7%⁴⁾、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅では41.5%となっており、他の理由に比べ最も多い⁵⁾。このことからわかるように、在宅ケアを推進し、介護保険制度が導入され15年を経た現在においても住み慣れた自宅ではなく病院や施設内での看取りが多いことがわかる。高齢者自身も、日常生活において軽微な介助が必要となった場合では66.6%が現在の自宅での介護を希望しているが、歩行が困難となり排泄や入浴に介助が必要になると、現在の自宅での介護希望は27.0%と減少する⁶⁾。

加えて、わが国の平均世帯人員は2.51人であり、65歳以上の者がいる世帯の56.2%が独居または夫婦のみ世帯⁷⁾であることを勘案すると、住み慣れた自宅でのケアの担い手は十分でない。したがって在宅ケアの推進とともに新たな住まいである施設内での看取りケアの質の向上も今後の重要な課題であると考えられる。

高齢者医療においては、加齢変化を加味すると治療が苦痛を増し、自然な死を妨げると考えられる場合があり、看取りケアにおける様々な課題が指摘されている。したがって、治療が望めない進行性疾患や退行性疾患への罹患、虚弱化などにより確実に死に向かっている人にとっては積極的治療から、よりよい死へのギアチェンジが必要となる場合もある⁸⁾。その虚弱化から看取りに向かう時期を高齢者にとっての人生の最終段階(End-of-Life)⁹⁾と捉えるならば、人生の最終段階は長い時間の経過をたどる¹⁰⁾。そして人生の最終段階には、様々な出来事つまり危

* 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

** 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科

*** 川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科

機（ライフサイクルに伴って起こる変化に起因する危機、人生での予想外の出来事や状況変化に起因する危機）¹¹⁾を高齢者は経験する。そして人は、人生の危機に出会うとスピリチュアリティが触発され顕現しやすいと言われている¹¹⁾。その一方でスピリチュアリティは個人の生きる根源的エネルギー¹²⁾であり、生きる意味や目的を見つけ出せるよう機能する¹³⁾とも言われている。したがって人生の最終段階というライフサイクルに伴う危機に対峙している高齢者が、自らのスピリチュアリティを発揮し、新たな自己存在の意味を見出せるよう支援すること、すなわちスピリチュアルケアが人生の最終段階には重要となる¹⁴⁾。

そこでスピリチュアルケアの内容をみると、特定の状況に限らない「基盤となるケア」と「特定の霊的実存的苦痛に対する個別的なケア」があると考えられている¹⁵⁻¹⁷⁾。「基盤となるケア」とは「傾聴＝援助的コミュニケーション」(共にいる、タッチング、共感と理解)といったケアであり、この基盤となるケアをベースに、スピリチュアルケア独自の価値観の転換、新しい存在と意味の回復をもたらすかわり¹⁸⁾といった「特定の霊的実存的苦痛に対する個別的なケア」を実践するとされている。またスピリチュアルケアはある特定の専門家だけが提供するというものではないが、提供には専門の知識と技術の修得が必要であることも述べられている¹⁹⁾。このことを鑑みると、多くの看護師がスピリチュアルケアについて「特定の霊的実存的苦痛に対する個別的なケア」が実践できているとは言い難く、まずは「基盤となるケア」実践の向上が求められる。

以上のことから本研究においては、高齢者がどのように生き、どのように生を閉じていくなに対峙する期間を支えるスピリチュアルケアに関して、特定の苦痛に対する個別的ケアでなく、その前提となる「基盤となるケア」を評価できる尺度を開発することをねらいとした。しかしながら高齢患者本人にスピリチュアルケアを評価してもらうことは、認知機能や身体機能の低下により困難な場合が多い²⁰⁾。そこで、家族は患者にとって重要他者であり、看護師が患者のスピリチュアリティを理解するためにも、またスピリチュアルケアの提供においても重要な存在である²¹⁾ことから、患者家族が評価できる評価項目を開発することを目的とした。

II. 方法

1. 調査対象者

調査対象は、療養病床をもつ医療施設および介護療養型医療施設（以降、療養病床）に7か所に入院する65歳以上の患者295人の家族を対象とした。回答は82人（回収率27.8%）の家族から得られ、分析対象は分析項目に欠損のない71人（有効回答率86.6%）とした。

2. 調査方法と期間

調査は無記名による自記式質問紙により行った。調査票は協力施設の職員を介して、高齢入院患者の家族（以降、患者家族）に配布した。回収は個別郵送法により行った。

3. 調査内容

調査内容は、基本的属性として高齢患者の入院期間、患者家族（回答者）の年齢、性、続柄とスピリチュアルケアの評価を調査した。

なお患者家族が評価するスピリチュアルケアの評価項目は開発されていないことから、先行文献^{20, 22, 23)}を参考に、高齢者看護を専門分野とする臨床看護師と研究者らとでブレインストーミングを行い「基本的ケア」8項目、「スピリチュアリティの表出を支えるケア」6項目、「患者との関係保持」4項目、「他者との関係保持」4項目の22項目の評価項目を準備した。回答と得点化は「全くその通りでない」、「その通りでない」、「どちらかというとその通りでない」を「その通りでない」とし0点、「どちらかというとその通り」、「その通り」、「全くその通り」を「その通り」とし1点とした。

4. 分析方法

分析は、「基本的ケア」と「スピリチュアリティの表出を支えるケア」、「患者との関係保持」、「他者との関係保持」の4因子を一次因子、「スピリチュアルケア」を二次因子とし、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による確認的因子分析により検討した。信頼性については内的整合性に着目し、 ω 信頼性係数²⁴⁾を算出し検討した。

「スピリチュアルケア」の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)²⁵⁾を採用した。一般的にCFIは0.9以上²⁶⁾、

RMSEA は 0.08 以下²⁷⁾であればデータに対するモデルの当てはまりが良いと判断される。以上の統計解析には、IBM SPSS Statistics 22、Mplus 7.4 を使用した。

5. 倫理的配慮

調査はまず調査対象施設の看護管理者に、研究の趣旨、倫理的配慮について説明し、同意を得られた施設を調査協力施設とした。患者家族への調査票の配布は、調査協力施設の職員から行った。患者家族への説明は、調査票に研究の趣旨、倫理的配慮を記載した文書で行った。調査への同意は調査票の返送をもって得たものとした。本研究は筆者が所属する機関の倫理審査委員会の承認（受付番号 417）を得た。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の基本的属性

対象者の基本的属性を表 1 に示した。性別は女性が 47 人 (66.2%) と半数以上を占めていた。続柄は娘 22 人 (31.0%)、息子 19 人 (26.8%) と実子が

57.8% と半数以上を占めていた。平均年齢 ± 標準偏差は 65.0 ± 13.1 歳であり、32 人 (45.1%) が 65 歳以上であった。

表 1 回答者の基本的属性

	人	(%)
性別		
男	24	(33.8)
女	47	(66.2)
続柄		
娘	22	(31.0)
息子	19	(26.8)
配偶者	14	(19.7)
嫁	12	(16.9)
婿	1	(1.4)
孫娘	1	(1.4)
めい	1	(1.4)
その他	1	(1.4)
	平均 ± SD	(範囲)
年齢	65.0 ± 13.1	(31-64) 歳
入院期間	2.9 ± 3.2	(0.2-20.0) 年

2. スピリチュアルケアの構成概念妥当性の検討

スピリチュアルケアの回答分布を表 2 に示した。評価項目に対する「その通り」の回答に着目する

表 2 スピリチュアルケアの回答分布

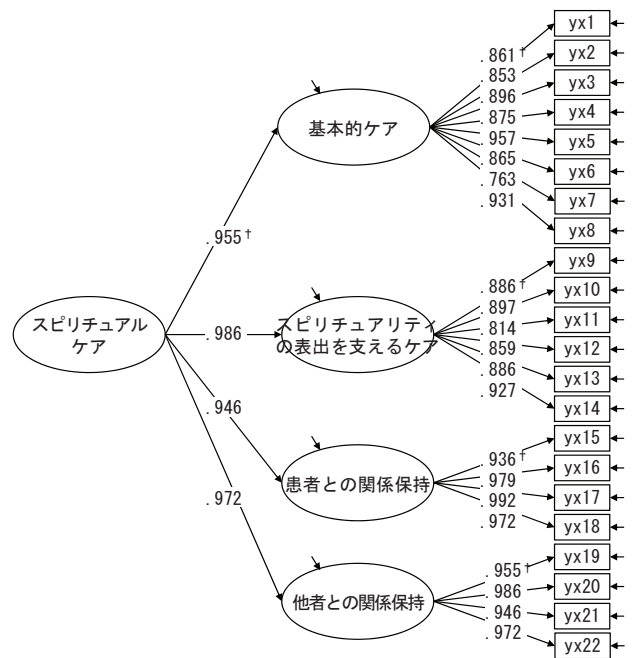
	その通りでない	その通り
基本的ケア		
** x1. 看護師は、配偶者(患者・利用者)のケアを、いつも丁寧に行ってくれる。	5 (7.0)	66 (93.0)
** x2. 看護師は、配偶者(患者・利用者)なりの、やり方や習慣を尊重してくれる。	7 (9.9)	64 (90.1)
** x3. 看護師は、私の生活に無理のない、配偶者(患者・利用者)とのかかわりを考えてくれる。	8 (11.3)	63 (88.7)
x4. 看護師は、配偶者(患者・利用者)に対して、私が行えることを教えてくれる。	15 (21.1)	56 (78.9)
x5. 看護師は、私に配偶者(患者・利用者)の体調について、わかりやすく説明してくれる。	16 (22.5)	55 (77.5)
x6. 看護師は、看護や介護・かかわりに対する、私なりのやり方や習慣を尊重してくれる。	12 (16.9)	59 (83.1)
x7. 看護師は、私の体調を気にしてくれる。	16 (22.5)	55 (77.5)
x8. 看護師は、私の事をねぎらってくれる。	13 (18.3)	58 (81.7)
スピリチュアリティの表出を支えるケア		
* x9. 看護師は、配偶者(患者・利用者)の寿命をどのようにまっとうするか、あるいはまっとうしたいかについて、私や配偶者(患者・利用者)の話を聴いてくれる。	23 (32.4)	48 (67.6)
** x10. 看護師は、配偶者(患者・利用者)の体調が悪化した時のこと(看取りも含む)も考えてかかわってくれる。	8 (11.3)	63 (88.7)
x11. 看護師には、配偶者(患者・利用者)の心の声を聴こうとする態度や行動がみられる。	14 (19.7)	57 (80.3)
x12. 看護師は、配偶者(患者・利用者)の話をしっかりと聴いてくれる(話ができない場合は、気持ちをくみとろうと丁寧にわかってくれる)。	15 (21.1)	56 (78.9)
* x13. 看護師は、配偶者(患者・利用者)が生きがいや生きる意味を見出せるようなかかわりをしてくれる。	24 (33.8)	47 (66.2)
* x14. 看護師は、配偶者(患者・利用者)が楽しみになるようなことを見出し、かなえようとしてくれる。	23 (32.4)	48 (67.6)
患者との関係保持		
x15. 看護師は、私と配偶者(患者・利用者)が穏やかに過ごせる時間をつくってくれる。	14 (19.7)	57 (80.3)
* x16. 看護師は、配偶者(患者・利用者)の思いを代弁して、私に伝えてくれる。	23 (32.4)	48 (67.6)
x17. 看護師は、私の希望を前向きに考え、何とかしようとしてくれる。	17 (23.9)	54 (76.1)
** x18. 看護師は、私と配偶者(患者・利用者)との良い関係を保とうとしてくれる。	11 (15.5)	60 (84.5)
他者との関係保持		
* x19. 看護師は、私の思いを他の家族に伝えてくれる。	27 (38.0)	44 (62.0)
x20. 看護師は、私と他の家族との、良い関係を保とうとしてくれる。	20 (28.2)	51 (71.8)
x21. 看護師は、私の思いを他の専門家(医師や相談員、ケアマネージャなど)に伝えてくれる。	21 (29.6)	50 (70.4)
x22. 看護師は、私と他の専門家(医師や相談員、ケアマネージャなど)の間で、考えや思いのずれがあった時、ずれが修正されるようにしてくれる。	21 (29.6)	50 (70.4)

単位 人(%)

** : 「その通り」との回答が多かった上位5項目, * : 「その通りでない」の回答が多かった上位5項目

と、最も多かったのは「x1.看護師は、配偶者（患者・利用者）のケアを、いつも丁寧に行ってくれる」66人（93.0%）であり、次いで「x2.看護師は、配偶者（患者・利用者）なりの、やり方や習慣を尊重してくれる」64人（90.1%）、「x3.看護師は、私の生活に無理のない、配偶者（患者・利用者）とのかかわりを考えてくれる」63人（88.7%）、「x10.看護師は、配偶者（患者・利用者）の体調が悪化した時のこと（看取りも含む）も考えてかかわってくれる」63人（88.7%）、「x18.看護師は、私と配偶者（患者・利用者）との良い関係を保とうとしてくれる」60人（84.5%）の順となっていた。逆に「その通り」との回答が最も少なかった項目は、「x19.看護師は、私の思いを他の家族に伝えてくれる」44人（62.0%）、次いで「x13.看護師は、配偶者（患者・利用者）が生きがいや生きる意味を見出せるようなかかわりをしてくれる」47人（66.2%）、「x9.看護師は、配偶者（患者・利用者）の寿命をどのようにまっとうするか、あるいはまっとうしたいかについて、私や配偶者（患者・利用者）の話聴いてくれる」48人（67.6%）、「x14.看護師は、配偶者（患者・利用者）が楽しみになるようなことを見出し、かなえようとしてくれる」48人（67.6%）、「x16.看護師は、配偶者（患者・利用者）の思いを代弁して、私に伝えてくれる」48人（67.6%）となっていた。

因子構造の側面からみた構成概念妥当性を「基本的ケア」と「スピリチュアリティの表出を支えるケア」、「患者との関係保持」、「他者との関係保持」を一次因子、「スピリチュアルケア」を二次因子とする4因子二次因子モデルを仮定し、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る確認的因子分析により検討した。適合度指標は $\chi^2 = 222.951$ 、 $df = 205$ 、 $CFI = 0.996$ 、 $RMSEA = 0.035$ であった（図1）。変数間の関連性に着目すると、因子構造モデルにおいて仮定した関連性はすべて統計学的に有意な関連性を示していた。このときの第二次因子から第一次因子に対するパス係数、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あり、具体的には、第二次因子から第一次因子へのパス係数は0.946 - 0.986の範囲にあった。第一次因子から観測変数への具体的なパス係数は、「基本的ケア」は0.763 - 0.957、「スピリチュアリティの表出を支えるケア」は0.814 - 0.927、「患者との関係保持」は0.936 - 0.992、「他者との関係保持」は0.942 - 0.986



n=71, RMSEA=0.035, CFI=0.996, $\chi^2=222.951$, $df=205$
 推定法 WLSMV
 モデル識別のために制約を加えたパスには†（短剣符）を付した

図1 スピリチュアルケアの確認的因子分析

の範囲にあった。また、スピリチュアルケア評価尺度の信頼性を ω 信頼性係数で検討したところ、値は0.962であった。なお、下位因子毎の ω 信頼性係数は「基本的ケア」が0.917、「スピリチュアリティの表出を支えるケア」が0.901、「患者との関係保持」が0.880、「他者との関係保持」が0.937であった。「スピリチュアルケア」の平均値±標準偏差（範囲）は17.0 ± 6.4（0 - 22）であり、下位因子では「基本的ケア」6.7 ± 2.1（0 - 8）、「スピリチュアリティの表出を支えるケア」4.5 ± 2.0（0 - 6）、「患者との関係保持」3.1 ± 1.3（0 - 4）、「他者との関係保持」2.7 ± 1.7（0 - 4）であった。

IV. 考察

本研究で考案した「基本的ケア」、「スピリチュアリティの表出を支えるケア」、「家族との関係保持」、「他者との関係保持」の4因子から構成されるスピリチュアルケア評価の因子構造の側面からみた構成概念妥当性、ならびに ω 信頼性係数で検討した信頼性（内的整合性）は統計学的に支持された。

尺度開発にあたっては通常、妥当性は内容的妥当性、構成概念妥当性、基準関連妥当性の側面が重視

され、統計学的方法との関連で言うなら、内容的妥当性は探索的因子分析による因子の抽出、構成概念妥当性は確証的因子分析による因子構造モデルのデータへの適合性、基準関連妥当性は重回帰分析や判別分析により予測精度の確認が課題となっている²⁸⁾。ただし、探索的な因子分析や多変量解析はあくまでもデータに依存した結果しか得られず²⁹⁾、因子数やそれぞれの因子が何を表すか、各因子がどの変数に影響を及ぼすかといった仮説をおいていないため³⁰⁾、その普遍性は確証的因子分析等の構造方程式モデリングによって確認する必要がある。加えて近年では、妥当性はひとつに統合されるべきで、構成概念妥当性が一番重要だと言われている³¹⁾。このようなことを踏まえると、本研究においては、先行研究による知見と、老年看護学を専門とする研究者および看護師らでブレインストーミングを行い、内容的妥当性を検討し、仮定したスピリチュアルケアの因子構造モデルのデータへの適合性を確認的因子分析で検討したことは、妥当であったと考えられる。さらに本研究では標本数が71と少なかった。そこで推定法として標本数や観測変数の数、潜在変数の正規性にかかわらず、安定して正しい推定値を出力することができるWLSMV²⁵⁾を推定法に用いたことも妥当であった。しかしながら、標本数がN<200であって複雑なモデルの場合は解釈を慎重に行う必要がある³²⁾。したがって他の対象での交差妥当性等を今後検討していく必要がある。

森田ら¹⁵⁾は、スピリチュアルケアの具体的方法として「基盤となるケア」には、①患者との関係を確立する、②現実を受け入れることを援助する、③感情を受け入れることを援助する、④ソーシャルサポートを強化する、⑤くつろげる環境や方法を提供する、⑥積極的に症状緩和を行う、⑦医療チームをコーディネートする、の7つをあげている。筆者らはスピリチュアルケアとして第1因子「基本的ケア」、第2因子「スピリチュアリティの表出を支えるケア」、第3因子「患者と家族の関係保持」、第4因子「患者と他者との関係保持」の4因子を設定した。第1因子「基本的ケア」は森田らが示す①患者との関係を確立する、⑥積極的に症状緩和を行うに、第2因子「スピリチュアリティの表出を支えるケア」は②現実を受け入れることを援助する、③感情を受け入れることを援助するに、第3因子「患者との関係保持」と第4因子「他者との関係保持」は

④ソーシャルサポートを強化する、⑦医療チームをコーディネートするに該当すると考えられる。

評価項目の回答分布に着目すると「その通り」との回答が多かった項目は「基本的ケア」に含まれる項目に多く、「その通り」との回答が少なかった項目は「スピリチュアリティの表出を支えるケア」に含まれる項目が多かった。つまり「x1. 看護師は、配偶者（患者・利用者）のケアを、いつも丁寧に行ってくれる。」「x2. 看護師は、配偶者（患者・利用者）なりの、やり方や習慣を尊重してくれる。」「x3. 看護師は、私の生活に無理のない、配偶者（患者・利用者）とのかかわりを考えてくれる。」など看護の基本となるケアについては、患者家族からケアができていたとの評価を得られたものと考えられる。しかしながら「x9. 看護師は、配偶者（患者・利用者）の寿命をどのようにまっとうするか、あるいはまっとうしたいかについて、私や配偶者（患者・利用者）の話を聴いてくれる。」「x13. 看護師は、配偶者（患者・利用者）が生きがいや生きる意味を見出せるようなかかわりをしてくれる。」「x14. 看護師は、配偶者（患者・利用者）が楽しみになるようなことを見出し、かなえようとしてくれる。」などの「患者のスピリチュアリティの表出を支えるケア」に所属する項目についてケアの評価が低かった。ただし同じ「患者のスピリチュアリティの表出を支えるケア」に所属する項目の中でも「x10. 看護師は、配偶者（患者・利用者）の体調が悪化した時のこと（看取りも含む）も考えてかかわってくれる。」については、その評価は高かった。この結果はx10のように、体調が悪化した時のことについてはかかわりができているが、体調が悪化するまでの期間をどのように生きるか、あるいはどのように人生を閉じていくかに関わるx9、x13、x14についてのかかわりは今後取り組んでいく必要があることが示唆されたものと考えられる。スピリチュアルケアは専門的な教育の必要性があることから、多くの看護師がその教育を受けているとは言えない現状にある。しかし「特定の苦痛に対する個別的なケア」までには至らなくとも、「患者のスピリチュアリティの表出を支えるケア」の実践、すなわち患者のスピリチュアリティを理解しようとするかかわりと、そのかかわりを通して患者や患者家族が患者のスピリチュアリティを明確化していけるようにすることを、まづもっての目標としたいところである。

さらに「x19.看護師は、私の思いを他の家族に伝えてくれる。」「x16.看護師は、配偶者（患者・利用者）の思いを代弁して、私に伝えてくれる。」の項目は「その通り」との回答が少なかった。このことから、患者がどのように人生を生き、閉じていきたいと考えているのかについて、専門家、家族とともに考える機会を持つことや情報共有も今後の課題と思われた。人生の最終段階においては、患者の意思を尊重し、家族が代理決定する機会も多い。しかし先述したように、認知機能などの低下により、事前に高齢患者自身が明確に意思表示することは難しい場合が多い。さらに看護職者は高齢患者の人生の最終段階のケアの問題として「終末期に入ってから家族との話し合いでは、家族の適切な判断は望めない」、「本人や家族の意識が医師の方針で妨げられる」³³⁾と認識している。しかしながらネガティブなニュースを伝えるときの対応や、生きがい、生きる意味に共感するコミュニケーションスキルに関して看護師は課題を持っていることが指摘されている³⁴⁾。スピリチュアルケアは、専門職が一人で出来るのではなく、スタッフが互いの役割を理解しながら協力し³⁵⁾、チームケアが必要¹¹⁾とされている。したがって患者にとって人生の最終段階と考えられる時期の早期から、人生をどのように生き、閉じていくのかについて、患者と会話し、また家族や専門職と会話していくことが重要であり、そのためのコミュニケーションスキルの習得が看護師には望まれる。

V. 結論

以上、本研究においては高齢患者本人が評価することに難しさがある場合が多いこと、家族もスピリチュアルケアの担い手であり、ともにケアしていくことが重要であること、個別的なケアにつながる基盤となるケアがまずもっての実践目標となることから、患者家族が評価する基盤となるスピリチュアルケアについての評価項目の開発を行った。今後は、この評価項目を用いて、看護師が自らのスピリチュアルケアを振り返ることで、質の向上に寄与できるのではないかと考える。また、この評価尺度を用いてスピリチュアルケアへの関連要因を検討することで、スピリチュアルケアの質向上のための教育プログラム、実践環境の整備への示唆が得られるもの考える。

付記

本研究は本研究は JSPS 科研費 JP26463478 の助成を受けて行ったものである。

VI. 文献

- 1) 会田 薫子 (2007). 高齢者医療の問題点 多死社会における集中治療の役割 (特集 高齢者集中治療の最近の動向). ICUとCCU. 31 (10)、711-719.
- 2) 湯地 晃一郎、井元 清哉、山口 類 (2014). 人口動態に基づいた日本医療の未来予測：高齢多死社会の到来. 外科. 76 (5)、457-463.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成26年 (2014) 人口動態統計の年間推計 第1編 人口・世帯 第2章 人口動態. http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html. アクセス日：2015.7/31.
- 4) 厚生労働省. 平成25年介護サービス施設・事業所調査の概況 5. 介護保険施設の利用者の状況. www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/dl/kekka-gaiyou_05.pdf. アクセス日：2015.9.18.
- 5) 野村総合研究所 株式会社. 高齢者向け住まいが果たしている機能・役割等に関する実態調査. https://www.nri.com/~media/PDF/jp/opinion/r_report/syakaifukushi/20150410_report.pdf. アクセス日：2015.9.18.
- 6) 総務庁、内閣府 (2015). 高齢社会白書 平成27年版. 大蔵省印刷局.
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2014). 平成26年 国民生活基礎調査 (平成25年) の結果から. 厚生労働統計協会.
- 8) 岡本 充子、桑田 美代子、吉岡 佐知子、西山 みどり、山下 由香、戸谷 幸佳 (2015). エンド・オブ・ライフを見据えた"高齢者看護のキホン"100：看護管理者と創る超高齢社会に求められる看護とは. 東京：日本看護協会出版会.
- 9) 櫻井 智穂子、増島 麻里子、長江 弘子、谷本 真理子、池崎 澄江 (2013). 高齢がん患者が望むエンド・オブ・ライフ (終末期) の生き方に関わる要因. 第18回日本緩和医療学会学術大会、365. パシフィコ横浜.
- 10) 袖井 孝子 (2012). 高齢者の終末期ケア：QOLからQODへ. 生活福祉研究：明治安田生活福祉

- 研究所調査報. 80、21-30.
- 11) 窪寺 俊之 (2000). スピリチュアルケア入門. 東京：三輪書店.
 - 12) 河 正子 (2005). わが国緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者のスピリチュアルペイン. 死生学研究. 5、48-82.
 - 13) 窪寺 俊之 (2004). スピリチュアルケア学序説.
 - 14) 竹田 恵子 (2013). 高齢者のスピリチュアルペイン. ソーシャルワーク研究. 38 (4)、255-261.
 - 15) 森田 達也 (2001). 終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア：系統的レビューに基づく統合化. 緩和医療学. 3 (4)、444-456.
 - 16) 村田 久行 (2004). スピリチュアルケアを学ばれる方へ (特集 スピリチュアルケア 生きる意味への援助). 臨床看護. 30 (7)、1025-1029.
 - 17) 草島 悦子、河 正子、森田 達也 (2009). 緩和ケアとスピリチュアルケア. 緩和ケア. 19 (1)、43-48.
 - 18) 伊田 広行 (2004). スピリチュアルケアをめぐる議論を見渡す. 大阪経大論集. 54 (5)、333-364.
 - 19) 窪寺 俊之 (2012). スピリチュアルケアの実践家を育てる. 日本看護診断学会誌 (看護診断). 17 (1)、41-46.
 - 20) 實金 栄、竹田 恵子、小藪 智子、白岩 千恵子、岡本 宣雄、村松 百合香、常久 幸恵、原 節子 (2014). 言語的コミュニケーションに難しさのある高齢患者のこころの内面を知ろうとする看護師のかかわり. 岡山県立大学保健福祉学部紀要. 20 (1)、11-20.
 - 21) Taylor Elizabeth Johnston (2008). 本郷 久美子、江本 愛子、江本 新 (2008). スピリチュアルケア：看護のための理論・研究・実践. 医学書院.
 - 22) 田村 恵子、河 正子、森田 達也 (2012). スピリチュアルケアの手引き：看護に活かす. 東京：青海社.
 - 23) 大塚 美樹 (2007). 緩和ケア病棟の看護師におけるスピリチュアルケア. ホスピスケアと在宅ケア. 15 (3)、208-215.
 - 24) 岡田 謙介 (2011). クロンバックの α に代わる信頼性の推定法について —構造方程式モデリングによる方法・McDonald の ω の比較—. 日本テスト学会誌. 7 (1)、38-50.
 - 25) 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. 京都：北大路書房.
 - 26) 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：東京図書.
 - 27) 山本 嘉一郎、小野寺 孝義 (2002). Amos による共分散構造分析と解析事例. 第2版. ナカニシヤ出版.
 - 28) 實金 栄、太湯 好子、桐野 匡史、竹田 恵子、高井 研一、中嶋 和夫 (2010). 簡易版東アジア圏域用老親扶養意識測定尺度の開発. 川崎医療福祉学会誌. 20 (1)、189-195.
 - 29) 井上 俊哉 (2009). シリーズ臨床心理学研究と統計学 因子分析 (1) 探索的因子分析. 東京家政大学附属臨床相談センター紀要. 9、63-69.
 - 30) 狩野 裕、三浦 麻子 (2007). AMOS, EQS, CALIS によるグラフィカル多変量解析：目で見ると共分散構造分析. 増補版3刷. 京都：現代数学社.
 - 31) 尾崎 フサ子、金井 Pak 雅子、柳井 晴夫、上泉 和子、柏木 公一 (2011). 尺度開発の課題と今後の方向性. 日本看護管理学会誌. 15 (2)、175-184.
 - 32) 坂田 直美、原 敦子、小野 幸子、早崎 幸子、渡邊 ひとみ、野々村 好美、梶野 厚子、横井 恵子 (2003). 介護療養型医療施設における看護管理者が捉えた高齢者の終末期ケアの現状と課題. 岐阜県立看護大学紀要. 3 (1)、55-61.
 - 33) 青柳 道子、溝部 佳代 (2007). 終末期における看護師の患者および家族とのコミュニケーションに関する文献検討. 看護総合科学研究会誌. 10 (1)、81-94.
 - 34) 窪寺 俊之 (2009). スピリチュアルケアの源流と展開. 緩和ケア. 19 (1)、7-10.

Construct Validity of a Spiritual Care Evaluation Scale for the Families of Elderly Hospital Patients

SAKAE MIKANE*, KAORI INOUE*, TOMOKO KOYABU**,
CHIEKO SHIRAIWA**, NOBUO OKAMOTO***, KEIKO TAKEDA**

**Department of Nursing Science, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University*

***Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare*

****Department of Social Work, Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare*

Abstract This study developed a scale for patients' families to evaluate the spiritual care provided by nurses.

Subjects for the survey used in the study were 295 family members of patients over the age of 65 who were admitted for medical care in sanatoriums ward hospital or medical long-term care sanatoriums. There were 71 subjects with complete information for analysis. In the statistical analysis, we assumed a 4-factor secondary model of the primary spiritual care evaluation scale (22 items); there were four primary factors: "Basic care," "To support patients and families to express their feelings," "To sustain relationship with patient," and "To sustain relationship between others." The secondary factor was "spiritual care." Goodness of fit to this model's data was examined by confirmatory factor analysis. Results revealed CFI = 0.996 and RMSEA = 0.035. Note that the reliability coefficient ω revealed a reliability of 0.962.

The goodness of fit index for the construct validity of the evaluation scale met the acceptable statistical level. This indicates that construct validity from the perspective of factor structure was verified. In addition, appropriate values were found for this scale's reliability.

Keyword : Spiritual Care, Elderly People's Families, Nurse, Construct Validity