〔原　　著〕

慢性疾患患者の「家族マネジメント力測定スケール」の開発

長戸　和子[1)]　　野嶋佐由美[1)]

要　　旨

本研究の目的は，慢性疾患患者の「家族マネジメント力」を測定するスケールを開発し，その信頼性と妥当性を検討することである．スケールの作成にあたっては，経営学領域，看護学領域の文献を広く検討し抽出された「家族マネジメント力」の構成要素から質問項目を作成した．内容妥当性，表面妥当性の検討を繰り返し行い，予備調査を経て57項目５段階リッカート尺度のスケールを作成した．慢性疾患患者の家族員を対象として調査を実施し，得られた319名の有効回答について，統計的に不適切な10項目を除外し因子分析（主因子法，オブリミン回転）を行った．その結果，「家族マネジメント力」として６因子が抽出された（累積寄与率63.8％，信頼性係数Cronbach's α＝0.98）．また，日本版Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales Ⅱ（FACESⅡ），家族対処行動に関する質問紙Ⅱ（43項目版）を用いた併存妥当性，弁別妥当性の検討結果から，作成したスケールは，さらに検討の必要性はあるが，一定の信頼性，妥当性を有していることが示された．

キーワード：スケール，家族マネジメント力，慢性疾患，家族

Ⅰ．はじめに

高齢化社会の進展と慢性疾患患者の増加に伴う医療費増大という社会背景を受けて，医療費適正化の方策として，生活習慣病予防が重要な社会的課題となっている．そのひとつの取り組みとして，「特定健診・保健指導」が国家的な政策として掲げられ，生活習慣病予防活動は，健康問題を専門家に委ねるのではなく，自分でコントロールし悪化を防いでいく主体的なあり方を支援していくために，人々の認識に働きかける営みである[1)]と言われている．すなわち，医療サービスの受け手である国民の立場から考えると，国民ひとりひとりに，健康を管理し健康生活をマネジメントしていく責任が課せられており，その責任と役割は，単に個人の問題としてだけでなく，ともに生活する人々の問題としても意識づけられていると言えよう．このような社会的状況であるが故に，慢性疾患患者とその家族が主体的に健康の維持・回復に取り組んでいくための力を明らかにすることは，家族看護学における重要な課題である．

家族看護学は，家族の健康な生活を維持・増進することを目的として，家族を対象とする看護介入方法を発展させてきてはいるが，ユニットとしての家族全体や家族の力をとらえる方法論，実証的な看護介入方法はまだ解明の途上にある[2)]．Hansonら[3)]のFS^{3}IやGottliebら[4)]のマッギール看護モデル，村田ら[5)]のハイモビックモデルの応用による家族長期ケアモデルなどの中に，家族が有している力や強みを包括的にとらえようとする視点は見出されるが，家族が療養生活に必要なことがらを生活の中に再構築し適応していくために必要な力やその中で獲得している力を明らかにしている研究はみられない．また，家族への最適なケアを選択し提供するために必要なアセスメント・ツールや測定道具の開発が必要であり，研究もなされてきてはいるが，臨床や研究に適用できるものをさらに開発していくことが求められている．

1)高知女子大学看護学部

このような背景から，本研究では，慢性疾患患者の家族が，家族としての生活を維持しながら，症状のコントロール方法や療養行動を組み込んだ新たな家族生活を構築していくために用いる力を「家族マネジメント力」ととらえ，「家族マネジメント力」を把握できる測定道具の開発と，その信頼性と妥当性の検証を目的とした．「家族マネジメント力」という視点は，家族看護実践において病者の家族のもつ力を活かし，家族の健康を促進するための看護介入に寄与するものであると考える．

II．「家族マネジメント力測定スケール」の開発プロセス

1.「家族マネジメント力」の概念定義

「マネジメント（management）」は，経営学の領域で発展してきた概念である．看護学領域においては，疾患の医療的な側面での管理や，看護サービスの管理に関して用いられており，病者の家族の取り組みを「マネジメント」ととらえた研究は，Knaflらの「家族マネジメント」に焦点を当てた一連の研究[6)-8)]と，それらを基盤とした研究が散見されるのみである[9)10)]．その中では，病者の家族が病気や障害からの影響に対応し適応するための行動をマネジメントととらえ，その結果，状況をコントロールできるというmasteryの感覚を獲得していることが示されているが，「家族マネジメント力」については概念化されていない．そこでまず，経営学領域におけるマネジメントの定義と構成要素の検討を行い，その上で，病者の家族の反応に焦点を当てた看護学領域の文献を広く検討し，「家族マネジメント力」の概念の明確化を進めることとした．

1）経営学領域・看護学領域における「マネジメント」に関する文献検討

経営学領域では，マネジメントはプロセスであり，目標とその達成に必要なシステムを作ることを中核とし，参加者のコミュニケーション，動機づけとエンパワーメント，進捗状況のモニタリングなどが重要な要素とされている[11)-13)]．

看護学領域では，Knaflら[6)7)]が，病児の家族が状況の認知や目標達成，病気管理の実行において，家族員がそれぞれに責任を引き受け，主体的に参加することをマネジメントとしてとらえている．

Clarke-Steffen[10)]は，対処（coping）は，病気とその成り行きから生じるストレスを扱うときに用いられる行動や考えであり，その中には成功やmasteryは含まれていないと述べ，家族の適応の過程においては，家族員が相互作用しながら主体的に参加することによってmasteryの感覚がもたらされ，対処に含まれる行動以上のものが含まれるとの立場から，マネジメントという概念を用いて，子どもの病気に対する家族の適応の過程で家族が用いているマネジメントの方略を明らかにしている．

その他，家族員の病気に対する家族の反応と適応の過程に焦点を当てた文献から家族の取り組みを抽出，整理した結果，マネジメントの領域とマネジメントの行動が見出された．マネジメントの領域には，病気に対する認知，療養行動やケアの提供などの病気に関連するタスクと，家族関係，責任と権限，将来の見通しなど家族ユニットの維持に関連するタスクがあった．マネジメントの行動は，家族がこれらのタスクを達成し，新たな家族生活に適応していくための行動であり，病気や家族がおかれている状況を意味づける，ゴールを設定する，モニタリングする，家族で役割や責任を分かち合う，療養方法を工夫し試す，時間を組み立て日課の中に療養行動を組み込む，変化を起こす，基盤となるルールを設定する，交渉する，境界を設定する，情報の流れをマネージするなどがあった[6)7)9)10)14)-17)]．

以上の文献検討から，病者の家族のマネジメントとは，家族が，家族員の病気から生じるさまざまな影響を緩和し，日常生活に統合して新たな家族生活に適応していくために，家族の内部・外部に対して，主体的に認知的・行動的な取り組みを行うことであるととらえられた．

2）本研究における「家族マネジメント力」の定義と構成要素

本来経営学領域から発達してきた概念を「家族」「病者の家族」に適用し，その特徴を明確にすることを念頭におき，「家族マネジメント力」の定義と構成要素を明らかにしていった．

文献検討から抽出されたマネジメントの領域と行動を基盤としながら，慢性疾患患者，認知症患者，障害児の家族などを対象とした研究やこれらの家族の手記，研究者の臨床経験の中からも，新たな家族生活に適応するための家族の取り組みを抽出し，統合，修正を繰り返した．その結果，本研究における「家族マネジメント力」を「病気から生じるさまざまな影響を緩和し，日常生活に統合し新たな家族生活に適応していくために，家族の内部・外部に対して，個々の家族員であるいは家族全体で認知的・行動的な取り組みを行っていく力」と定義した．構成要素として，【マネジメントの領域】と【マネジメント力】があり，【マネジメントの領域】は，〈病気管理〉と〈家庭生活〉とした．【マネジメント力】は，〈共有する力〉〈方向づける力〉〈準備性を維持する力〉〈補い合う力〉〈志気を高める力〉〈方法を学ぶ力〉〈現状を変革する力〉〈家族を護る力〉〈安定させる力〉の9つに集約された．本研究は第一次段階の測定道具の開発を目指しているため，概念の検討を行いつつ多様性を活かし，早急な集約化はさけることを基本的な姿勢とし，9つの【マネジメント力】を用いて予備調査を行うことにした．

2.測定道具の作成に関わる予備調査

1）アイテム・プールの作成と質問項目の選択

慢性疾患患者，認知症患者，障害児の家族などを対象とした研究やこれらの家族の手記，研究者が実際に経験した患者・家族とのかかわりなどを参考にしながら，2つの【マネジメントの領域】の各々について，9つの【マネジメント力】に関する質問項目220を作成した．そして，各質問項目が「家族マネジメント力」を表しているか，という視点から質問項目の修正と削除，追加を繰り返し行った．作成した質問項目について，家族看護に関する研究に精通しており，病者の家族を対象とした質問紙開発を行った経験のある研究者1名に内容妥当性の検討を依頼した．その結果，質問項目は166項目に削減された．

2）質問項目の修正・削減

166項目版の質問紙について，臨床経験3年以上で慢性疾患患者の看護経験のある看護者7名，慢性疾患患者の家族員と生活をともにしている看護者10名を対象とした予備調査を行い，100項目に削減した．さらに，100項目の質問項目について，修士以上の学位を有している家族看護の教育者，研究者，臨床の看護職者13名に内容妥当性の検討を依頼し，そのデータに基づいて，9つの【マネジメント力】の定義との整合性を考えながら修正，削除を行い，その結果，76項目へと削減を行った．

3）76項目版に対する予備調査

A県内にあり，家族看護への関心の高い3病院に通院中の患者の家族を対象として予備調査を行った．44名から回答が得られ，各質問項目の回答分布の偏り，質問項目間の相関，各質問項目とその質問項目を含む構成要素の合計点との相関，総点との相関を統計的に分析し，著しい偏りのある項目や，それぞれ弱い相関しかもたない項目，負の相関を示した項目を抽出し，各構成要素における内的整合性を検討した．これらの検討で問題があると思われた項目について「家族マネジメント力」の定義，9つの【マネジメント力】の定義と照らし合わせながら，修正，削除を行い，57項目に削減した．

以上の過程を経て，9つの【マネジメント力】について，〈病気管理〉の【マネジメントの領域】に関する28項目，〈家庭生活〉の【マネジメントの領域】に関する29項目の合計57項目からなる5段階リッカート尺度の「家族マネジメント力測定スケール57項目版」を開発した．

III．「家族マネジメント力測定スケール」の信頼性と妥当性の検証に関する調査

1．調査目的

「家族マネジメント力測定スケール57項目版」について，その信頼性と妥当性の検証を目的として調査を実施した．

2．研究方法

1）対象者とアクセス方法

本研究は，「家族マネジメント力測定スケール」の開発を目的とした研究の初期段階であるので，患者との続柄や疾患は限定せず，長期間の経過観察や治療，療養行動の継続が必要な慢性的な健康障害をもつ成人の家族を対象とした．また，日本語でのコミュニケーションが可能で，日本語で書かれた質問紙や説明文書を読み回答できる人を対象者とした．

対象者へのアクセスは，A県とB県にある病院で，家族看護のケア検討会や院内教育で研究者とかかわりがあり，家族看護への関心の高い7つの病院とA県の保健センターを通じて行った．これらの病院，病院併設の訪問看護ステーションやデイ・ケア，デイ・サービスを利用している慢性疾患患者の家族，保健センターの保健師がかかわっている慢性疾患をもつ人の家族を対象者とし，病院管理者および看護部長，保健センターの管理責任者に研究の主旨，方法を説明し，許可を得て依頼した．対象者および患者に対して，可能な限り直接研究者が，不可能な場合は外来部門の看護師，または保健師・看護師の資格を有する大学院生から，研究の主旨，方法を口頭および文書で説明し，同意が得られた対象者に対して質問紙を手渡し，郵送にて回収した．研究者以外の者に説明を依頼する場合は，研究者自身が行う説明内容との統一を図るため，必ず書面を用いて説明を行うよう依頼した．

2）データ収集と分析方法

「家族マネジメント力測定スケール57項目版」の併存妥当性の検証に「日本版Family Adaptability and Cohesion Evaluation ScalesⅡ（FACESⅡ）」を，また弁別妥当性の検証に「家族対処に関する質問紙Ⅱ（43項目版）」を用い，平成15年5月から8月にデータ収集を行った．得られたデータは，統計パッケージSPSS Ver.11を用いて分析を行った．

①Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales Ⅱ（FACESⅡ）

FACESⅡは，Olsonの円環モデルに基づき開発された30項目5段階リッカート尺度の自記式質問紙である．家族の凝集性と適応力の2つの次元からなり，それぞれの次元の4つのレベルの組み合わせから合計16タイプの家族に分類される．2つの次元が直線的な関係にあるのではなく，ともに中程度のバランスの取れた状態である方がより健康的であるとされる[18]．先行研究[19)-22)]の結果から，家族として適度な凝集力や適応力をもつ家族は，マネジメント力が高い家族であることが示唆される．そこで，「FACESⅡ」を「家族マネジメント力測定スケール」の併存妥当性を検討するための測定道具として選択した．原版は，米国において開発されたものであるため，本研究においては，野嶋ら[19)23)]が日本語訳し，慢性疾患患児を抱える家族を対象としてその信頼性と妥当性（内部一貫性信頼性係数は，適応力0.79，凝集力0.80）が確認されている「日本版Family Adaptability and Cohesion Evaluation ScalesⅡ」（30項目）を用いた．

②家族対処行動に関する質問紙Ⅱ（43項目版）

Clarke-Steffenが述べているように，マネジメントという概念には，対処に含まれる行動に加えて成功やmasteryの感覚が含まれており，マネジメントと対処とは類似しているが異なる概念であると理解できる．したがって，本研究における弁別妥当性の検討に「家族対処行動に関する質問紙Ⅱ（43項目版）」を用いることとした．これは，野嶋ら[24)25)]によって開発されたものに村田ら[26)]が修正を加えた5段階リッカート尺度の自記式質問紙である．野嶋らの慢性疾患患児の家族を対象とした研究では，統合的対処，方策的対処，ノーマリゼーション的対処，危機対処の各パターンからなり，内部一貫性信頼性係数（Cron-

bach's α）は0.73～0.88という結果が得られている[25]．原版は，慢性疾患患児の家族を対象として開発されたものであるため，質問文中の「病児」「育児」などの表現は，開発者の了解を得て，「病人」「病人の世話」と改めた．

③社会的望ましさ

質問紙によるデータ収集の際しばしば生じる問題のひとつとして，「社会的望ましさ」による回答のゆがみがあり，自記式質問紙の開発に際しては，社会的望ましさとの相関が高い項目や下位尺度について変更・除外することが望ましい[27]とされており，本研究でもこの影響を検討することとした．「社会的望ましさ尺度」[28]は，野嶋による翻訳版（33項目），さらにそのうちの13項目を用いたInoueの研究[29]などにより，信頼性が確認されている．本研究では，Inoueが用いている13項目を用いることとした．

3）倫理的配慮

研究依頼に際しては，口頭と文書で以下の説明を行い，必ず同意を得た．

①対象者となる家族と患者の両者から同意を得られた場合のみ対象者とする．

②研究参加は対象者および患者の自由意思であり，病院および医師や看護者，利用しているサービスとは無関係であること，また，参加・不参加の如何にかかわらず，以後の診療やサービスには何ら影響がないことを伝える．

③研究に参加することの利益と不利益について伝える．

④質問紙は無記名であり，データ処理はID番号を用いて回答者が特定されないようにすること，回答用紙やデータは書庫等に施錠して保管し，研究者以外がアクセスできないようにすること，結果の公表に際しても回答者が特定されないよう施設名や地域などを匿名にすることなど，プライバシーを保護する方法を伝える．

⑤回答は，本研究の目的以外には使用しないことを伝える．

表1．対象者および患者の特性

		対象者	患　者
年齢		57.5歳（18～84歳） SD=13.3	70.9歳（17～99歳） SD=14.3
性別	男性	53名（16.6%）	178名（55.8%）
	女性	262名（82.1%）	135名（42.3%）
	無回答	4名（1.3%）	6名（2.2%）
続柄（対象者から見た）			患者の健康問題（複数回答）
	配偶者	167名（52.4%）	脳血管障害　66名
	実親	89名（27.9%）	がん　59名
	配偶者の親	34名（10.7%）	糖尿病　52名
	その他（子ども・祖母など）	29名（9.1%）	心疾患　44名
			呼吸器疾患　42名

3．研究結果

1）対象者および患者の特性

「家族マネジメント力測定スケール57項目版」に対しては319名（回収率51.4%，有効回答率89.8%）から，「日本版FACESⅡ」に対しては153名（回収率51.0%，有効回答率80.3%）から，「家族対処行動に関する質問紙Ⅱ（43項目版）」に対しては166名（回収率51.7%，有効回答率92.2%）から有効回答を得ることができた．これらの対象者および患者の特性を表1に示す．

2）「家族マネジメント力測定スケール」の妥当性に関する結果

（1）因子分析による構成概念妥当性に関する結果

得られた回答について，因子分析（主因子法，固定値1以上のものについてオブリミン法）を行い，因子負荷量0.35以下の項目，家族マネジメント力総点との相関が低い項目計10項目を削除し，47項目版のスケールとして再度因子分析（主因子法，固定値1以上のものについてオブリミン法）を行った．その結果，6因子が抽出された（累積寄与率63.8%，表2）．各因子の合計点の平均値と獲得得点率を表3に示す．

①第1因子；志気を高め家族生活を変化させる力

第1因子は，〈家庭生活〉領域の13項目が含まれていた．この因子は，家族が家庭生活領域で派生する課題に対して，互いの志気を高め，現状を変革するように，ともに取り組んでいる様相を表しており，『志気を高め家族生活を変化させる力』と命名し，「病者を抱える家族生活の中で，家族員が互いを尊

表2．「家族マネジメント力測定スケール47項目版」因子分析の結果（主因子法オブリミン回転）

項　　目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6
家庭生活の中で意見が異なったとしても，お互いを尊重することができている	0.827	0.073	-0.036	0.023	0.134	0.105
家庭生活の中で，お互いの気持ちを気遣うことができている	0.802	0.150	-0.094	0.070	-0.031	-0.015
家庭生活の中で，お互いのがんばりをほめあうことができている	0.727	0.058	-0.041	0.084	-0.031	-0.035
家庭生活の中で，お互いの行動や状況に注意を払うことができている	0.715	-0.017	0.090	0.139	0.084	0.057
家庭生活の中で誰かが困難にぶつかったとき，家族でその困難を分かち合うことができている	0.681	0.021	0.123	-0.050	-0.022	-0.105
家庭生活の中で不満や葛藤があっても，それらを解決することができている	0.675	-0.006	0.105	0.034	0.162	0.001
家庭生活の中で，お互いを勇気づけることができている	0.661	-0.015	0.077	0.189	-0.038	-0.066
家庭生活の中で，それぞれがなんらかの責任を引き受けることができている	0.594	0.187	-0.052	-0.023	0.002	-0.214
家庭生活の約束ごとを守ることができている	0.568	0.020	0.124	0.004	0.073	-0.014
家庭生活をうまく送るために，お互いに譲り合ったり交渉したりすることができている	0.514	0.094	0.030	-0.018	0.268	-0.138
家庭生活にとってよいと思うことを，お互いに実行することができている	0.432	-0.037	0.139	0.134	0.172	-0.169
家庭生活をうまく送るための方法を工夫して編み出すことができている	0.382	-0.073	0.166	0.081	0.344	-0.172
お互いの意見が異なったとしても，妥協点を見つけながら家庭生活を送ることができている	0.360	0.176	-0.003	0.128	0.164	-0.282
病気の管理に関して，それぞれがなんらかの責任を引き受けることができている	0.093	0.686	0.098	-0.012	-0.073	-0.143
病気の管理に関して，お互いに譲り合ったり交渉したりすることができている	0.212	0.633	-0.031	0.055	0.084	-0.030
病気の管理に関して，お互いに妥協し，歩み寄ることができている	0.167	0.566	0.028	0.099	0.191	0.001
病気の管理に関して，病人ががんばりすぎないように配慮できている	0.013	0.526	0.276	0.160	0.095	0.230
病気の管理に関するお互いの気持ちや考えを伝え合うことができている	0.211	0.524	-0.023	0.120	-0.007	-0.158
病気の管理に関して，病人が深刻に考えすぎないように配慮できている	-0.022	0.513	0.101	0.218	0.191	0.082
生活の一部として病気の管理を行うことができている	0.079	0.449	0.172	0.186	0.137	-0.032
お互いの能力や状況に合わせて，病気の管理を分担して行うことができている	0.028	0.425	0.303	0.038	-0.151	-0.386
病気の管理に伴う不満や葛藤があっても，それらを解決できている	0.018	0.351	0.076	0.180	0.168	-0.317
病気の管理のしかたが病人に合っているかどうか検討できている	0.030	0.262	0.224	0.222	0.156	-0.165
家庭生活に緊急の事態が生じたとき，あわてずに対応できるように準備できている	0.189	-0.040	0.759	-0.108	0.039	-0.106
病状が急に変化したとき，あわてずに対応できるように準備できている	0.032	0.123	0.720	-0.021	0.026	0.029
病気が悪くなったときを想定して，心の準備ができている	-0.145	0.121	0.663	0.044	0.025	-0.025
病状が変わっても，家庭生活にさしさわりがないように準備できている	0.212	-0.065	0.569	-0.017	0.129	-0.088
病状の変化を想定して，いろいろな管理方法を準備できている	0.042	-0.100	0.508	0.441	-0.082	-0.018
病気の管理に必要な方法を学ぶことができている	0.033	0.193	0.465	0.213	0.148	0.150
病人が体調を維持できるように助けることができている	0.018	0.003	0.063	0.757	0.008	0.045
病人がやる気をもてるように，勇気づけることができている	0.095	0.049	-0.013	0.718	-0.114	-0.126
病人が安定した気持ちで過ごせるように，配慮できている	0.183	0.003	0.047	0.595	-0.068	-0.041
病人にとってよいと思うことを，実行させることができている	-0.017	0.175	-0.087	0.538	0.180	-0.051
病気を悪化させるような病人の行動をやめさせることができている	0.010	0.132	-0.062	0.477	0.243	-0.059
病人が体験している困難を家族で分かち合うことができている	0.147	0.220	0.070	0.407	-0.077	-0.099
病気の管理がうまくいっているか，確認できている	0.119	0.255	0.144	0.372	0.160	0.098
目標を定めて病気の管理を行うことができている	0.015	0.234	0.269	0.331	0.058	-0.066
病気を特別なこととは思わずに家庭生活を送ることができている	0.036	0.114	0.130	-0.076	0.686	-0.050
病気を持ちながらも，バランスをとりながら家庭生活を送ることができている	0.197	0.048	-0.001	-0.003	0.585	-0.041
家庭生活をうまく送るコツをつかむことができている	0.317	-0.069	0.101	0.075	0.409	-0.221
安定した気持ちで家庭生活を送ることができている	-0.047	-0.040	0.075	0.146	0.359	-0.544
家族の和を乱すような行動は，お互いに修正することができている	0.175	0.061	0.049	0.192	0.139	-0.494
今の生活のしかたが家族に合っているかどうか検討できている	0.224	0.026	0.060	0.208	0.133	-0.452
家庭生活上の問題を解決できている	0.247	0.081	0.112	0.051	0.182	-0.426
お互いの能力や状況に合わせて，家庭の中での役割を分担して行うことができている	0.411	0.251	0.037	-0.108	-0.060	-0.425
家族としての目標を定めて家庭生活を送ることができている	0.309	0.060	0.234	0.076	0.017	-0.390
お互いに助け合って家庭生活を送ることができている	0.352	0.081	-0.026	0.184	0.107	-0.361

表3．47項目版の各因子の合計点の平均値・獲得得点率・信頼性係数

構成要素	合計点平均値（得点可能範囲）	標準偏差	獲得得点率(%)	信頼性係数（Chronbach's α）
第1因子	44.25（14～70）	8.96	63.2	0.96
第2因子	33.54（10～50）	7.01	67.1	0.94
第3因子	18.77（ 6～30）	4.28	62.6	0.87
第4因子	27.21（ 8～40）	5.25	68.0	0.89
第5因子	10.25（ 3～15）	2.10	68.3	0.81
第6因子	23.55（ 7～35）	5.33	67.3	0.93
家族マネジメント力総点	157.57（47～235）	28.98	67.1	0.98

重し志気を高めながら，現状を改善するように接点を見出し，家族生活を変化させる力」と定義した．この力の特徴としては，獲得得点率が2番目に低く，家族にとっては獲得が困難なマネジメント力であると言える．

②第2因子；折り合いをつけて取り組む力

第2因子には，〈病気管理〉の領域の10項目が含まれていた．この因子は，家族が病気の管理から派生してくる課題に対して，家族を護り支え合いながら，現状を変えていくように取り組んでいる様相を表しており，『折り合いをつけて取り組む力』と命名し，「家族員が相互に尊重し譲り合いながら，病気の管理に関して現状を変えていくように取り組む力」と定義した．

③第3因子；変化への準備性を高める力

第3因子には，〈病気管理〉領域と〈家庭生活〉領域の6項目が含まれていた．この因子は，〈病気管理〉と〈家庭生活〉の両方の領域において緊急の

事態に備え，不確かな状況の中で，可能な限り予測性をもって準備を整えておく力，そのための方法を身につける力であるが，病者と生活をともにする家族にとっては，これら2つの領域は明確に区別できるものではなく，ひとつの因子として解釈できた．したがって，この因子を『変化への準備性を高める力』と命名し，「病気から派生する影響に対して，家族として常に対応できる状況を整え高める力」と定義した．この力の特徴としては，獲得得点率が最も低く，家族にとっては獲得が困難なマネジメント力であると言える．

④第4因子；病気の管理を方向づける力

第4因子には，〈病気管理〉領域の8項目が含まれていた．この因子は，家族が病気の管理に関して改善を目指して方向づけ，安定させるように取り組んでいる様相を表しており，『病気の管理を方向づける力』と命名し，「病者を抱える家族が，病気の管理に関する目標を定め，その達成に向けて取り組む力」と定義した．

⑤第5因子；家族生活を安定させる力

第5因子には，〈家庭生活〉領域の3項目が含まれていた．この因子は，〈家庭生活〉領域を安定させる力で構成されており，『家族生活を安定させる力』と命名し，「病気から派生する影響を家族の生活の一部として取り入れ，安定した家族生活を維持する力」と定義した．この力の特徴としては，獲得得点率が最も高いことであった．

⑥第6因子；協調して家族生活を方向づける力

第6因子には，〈家庭生活〉の領域の7項目が含まれていた．これらは，家族生活の目標を定め，生活の営みをモニタリングしながら，目標達成のために必要があればお互いの行動を修正したり，家族員が役割を分担し，問題解決に取り組んだりする力であると解釈できた．したがって，この因子を『協調して家族生活を方向づける力』と命名し，「病者を抱える家族生活をどのように送るか目標を定め，お互いに協調し補い合いながら進める力」と定義した．

表4．FACESⅡの型別にみた家族マネジメント力総点の平均値の比較

	ケース数	家族マネジメント力総点の平均値	標準偏差	F値	有意確率
				13.77	0.000
バランス型	31	201.58	28.11		
中間型	24	200.78	33.64		
極端型	46	167.86	33.19		
合計	101	186.03	35.67		

（2）併存妥当性に関する結果

FACESⅡを組み合わせて作成した質問紙は，300名に配布し，153名から有効回答を得た．信頼性係数（Chronbach's α）は，全体で0.93，凝集性の次元0.88，適応力の次元0.86であり，Olsonら[18]の原版のスケール，野嶋ら[23]の日本語版と同程度の内部一貫性を有していた．

FACESⅡは，2つの次元と4つのレベルの組み合わせから，2次元がともに中程度のバランスの取れた「バランス型」，両次元がともに高いまたは低い，あるいは一方が低くもう一方が高い「極端型」，それぞれの次元がその中間に位置する「中間型」の3群に分けられる．そこで，本研究の対象者についても178名の回答のうち欠損値のあったものを除く101名の結果について，これらの3群で家族マネジメント力総点の平均値の比較を行った（表4）．その際，日本人を対象としたFACESⅡの基準値は明らかにされていないため，米国におけるデータ[18]を参考にした．

その結果，これらの3群間で家族マネジメント力総点の平均値には，有意差があり（$P<0.01$），「バランス型」が最も高く，「極端型」が最も低いことが明らかになった．すなわち，家族として適度な凝集性と適応力を有している家族は，そうでない家族に比べ，高い家族マネジメント力を有していると言え，併存妥当性は支持された．

（3）弁別妥当性に関する結果

家族対処行動に関する質問紙Ⅱ（43項目版）を組み合わせた質問紙は，321名に配布し，166名から回答を得た．信頼性係数（Cronbach's α）は，全体では0.87で既存の研究[26]と同じ値であった．

家族対処行動の総合点と家族マネジメント力の総

点との相関係数は0.41，家族対処行動の総合点と6因子別合計点の相関係数は0.30～0.44であった．対処パターンごとでは，統合的対処パターンは6因子すべてと中程度の正の相関（r=0.41～0.66），持久パターンおよび危機対処パターンと6因子すべて，方策的対処パターンと2つの因子，常態化パターンとひとつの因子間では弱い正の相関，資源利用パターンと3つの因子で弱い負の相関がみられた．すなわち，対処行動と家族マネジメント力とは，類似しているが，異なる概念であると言え，弁別妥当性は支持された．

4.「家族マネジメント力測定スケール」の信頼性の結果

因子分析の結果抽出された6因子の信頼性係数（Chronbach's α）は，表3に示すとおりであった．全体の値が高かったのは質問項目数の多さが影響していると考えられ，全体的な質問項目，特に第1，第2，第6因子について検討の必要性が示唆された．

5. 社会的望ましさの影響に関する結果

社会的望ましさスケールの内的一貫性は0.71（Cronbach's α）であり，既存の研究結果[29]と同じ値であった．社会的望ましさの得点と，47項目との相関係数は，0.07～0.29で，47項目中42項目と1％水準で，3項目と5％水準で有意な正の相関があり，12項目で相関係数が0.25以上であった．

Ⅳ．考　察

本研究では，病者と生活をともにする家族の主体的な取り組みやmasteryの感覚，自己効力感を含む概念として「家族マネジメント力」を取り上げ，慢性疾患患者の家族が有する家族マネジメント力を測定する道具の開発を行った．諸外国でも，家族マネジメント力は注目されており，慢性疾患患者[30]やパーキンソン病患者[31]，がんの子ども[32][33]とともに生活をする家族のマネジメントやマネジメントスタイルを記述した研究，文化による影響を探索した研究[34]がなされている．本研究と同様に測定道具を開発した研究[35]や家族マネジメントの向上を目的とした介入に関する研究[36][37]も報告されている．

ここでは，慢性疾患患者の家族の「家族マネジメント力」の特徴，「家族マネジメント力測定スケール」の信頼性，妥当性に関する検討結果，今後の研究への展望について述べる．

1．慢性疾患患者の家族の「家族マネジメント力」の特徴

本研究の結果，「家族マネジメント力」として『志気を高め家族生活を変化させる力』『折り合いをつけて取り組む力』『変化への準備性を高める力』『病気の管理を方向づける力』『家族生活を安定させる力』『協調して家族生活を方向づける力』が抽出された．

これらのうち，マネジメントの目標を設定し，それに向かって状況をモニタリングしながら進める「方向づけ」は，経営学領域のマネジメントの要素として[11][12]，また看護学領域における家族のマネジメントに関する研究結果[6][7][9][10][14][15]においても示されていたものであった．

一方，「折り合いをつける」「志気を高め変化させる」という力は，家族という集団の特徴を反映していると考えられる．経営学領域のマネジメントの重要な要素として，利害関係者との対峙・交渉があげられるが，本研究の結果，家族マネジメント力としては，家族員が相互に思いやり志気を高めながら，折り合いをつけて変化させていく力として見出された．障害児の家族において親子双方の心理的距離の獲得が安定を生み出していたという研究結果[38]や，在宅ターミナルケアにおいて，家族は療養者の意向に沿う一方で，自己表出をしながら情緒的に支え合い，介護者役割を引き受けるという対処を行っていることを明らかにした研究結果[39]が示しているように，家族は互いの心身の状況を見極めながら，適度な距離感をもって助け合い勇気づけ合い，意見が異なるときには妥協点を見つけ，情緒的な絆で結ばれた家族という集団を維持している．このような家族の特徴を考えると，病者を抱える家族生活の中で生

じる利害関係はより複雑であり，企業やプロジェクトで求められる対峙し交渉する力とは異なった「折り合いをつける」力が見出されたことは，家族のマネジメントに特徴的なことと言えるであろう．

また，『変化への準備性を高める力』は，慢性疾患患者の家族の特徴を反映していると考えられる．将来を見通しにくい慢性疾患患者の家族が，病気から生じる家族の生活への影響を最小にするためには，可能な限り予測を立てて準備することや，予測不能な状況に陥っても柔軟に対応できる体制を整えておくことが重要である．したがって，この力は，慢性疾患患者の家族の特徴を反映したものであると言えるだろう．

小児を対象とした研究ではあるが，平林[40]は，在宅療養を行う家族の在宅移行初期から個別化された生活調整期に至る過程における家族の経験を明らかにしている．家族は，周囲の支援を得ながら家族なりの方法を模索しつつ徐々にケアに慣れ，安定感を認識するが，その中でも新たな緊張への対応や備えをもつことが必要であり，家族にあわせて継続して生活のあり方を変化させていこうとする姿勢を持ち，家族なりのペースをつくる，すなわち「安定」「適応」に至ることを示している．この過程における家族の経験を見ると，本研究で明らかになった6つの家族マネジメント力を家族が発揮しながら家族生活を安定させるように取り組んでいる様相として理解することができる．

このように，「家族マネジメント力」は，経営学領域において発展してきたマネジメントという概念や看護学領域での病者の家族の反応に関する研究結果などを基盤としながら，家族という集団の特徴，さらには慢性疾患患者を抱える家族の特徴が反映されたものであることが明らかになった．また，既存の研究に示されている病者の家族の経験において，家族が病者との新たな生活に適応していく過程では，これらの力を駆使していることが示唆された．

2.「家族マネジメント力測定スケール」の信頼性と妥当性に関する検討

本研究の結果から，慢性疾患患者の家族の家族マネジメント力を測定するスケールとして，47項目，5段階評価，6つの下位尺度からなる「家族マネジメント力測定スケール」を開発することができた．家族マネジメント力総点とFACESⅡの総点の関係，また，家族マネジメント力総点と家族対処行動の総点，対処パターンとの相関関係の検討結果から，併存妥当性，弁別妥当性ともに基本的には指示されたと考える．しかし，47項目版の6因子の信頼性係数（Cronbach's α）は，0.81～0.96，全体では0.98と高いことから，質問項目を洗練するとともに，これら既存の質問紙の構成概念との関係についてはさらに検討する必要があると考える．

また，本研究の重要な基盤となった先行研究であるKnaflらの「家族マネジメントスタイルの枠組み」に基づいて開発されつつある測定道具[35)36)]との比較検討も今後の課題である．

さらに，疾患や家族背景による相違の検討や，看護介入の必要性やその効果を判定するための判断根拠となるような基準値を明らかにする研究を進めていく課題が残されている．

3. 本研究の限界

本研究の結果から，家族マネジメント力を構成する6つの力，そしてそれらを測定することのできる測定道具を提案できたことにより，家族看護の発展に貢献できるであろう．しかし，対象者数が限られていたこと，対象者の背景が多様であったこと，回収率が低かったことなど，この結果を一般化することには限界を抱えている．

看護実践では，これらの限界を踏まえつつ，6つの力を意識した家族マネジメント力のアセスメントや，6つの力に焦点をあてた家族マネジメント力を強化する意図的な働きかけを行うことで，Alderferが指摘しているように[36]効果的な看護介入方法を開発していくこともできるであろう．

V．結　論

慢性疾患患者の家族の家族マネジメント力を測定するスケールとして，47項目，5段階評価，6つの下位尺度からなる「家族マネジメント力測定スケール」を開発した．

家族マネジメント力として，『志気を高め家族生活を変化させる力』『折り合いをつけて取り組む力』『変化への準備性を高める力』『病気の管理を方向づける力』『家族生活を安定させる力』『協調して家族生活を方向づける力』の6つが抽出された（累積寄与率63.8%）．また，慢性疾患患者の家族にとって，『家族生活を安定させる力』が最も基本的な家族マネジメント力であり，『変化への準備性を高める力』は最も獲得することが困難な力であることが明らかになった．

本測定道具の6因子の信頼性係数（Cronbach's α）は0.81～0.96であり，測定道具としての信頼性は保障された．また，併存妥当性は，「日本版FACES Ⅱ」の「バランス型」に属する家族とそれ以外の家族との間で家族マネジメント力総点の平均値に有意な差があり（$P<0.01$），弁別妥当性については，「家族対処行動に関する質問紙Ⅱ（43項目版）」の総点と中程度の正の相関（$r = 0.41$）が認められたことより，基本的には支持された．

本研究は，家族マネジメント力に着目したアセスメントの視点を提供できたことや，家族マネジメント力を促進する介入を開発できることなどにより，看護実践の質の向上に寄与する可能性がある．

（受付　'07.03.15
採用　'08.01.10）

文　献

1）井伊久美子：生活習慣病予防におけるポピュレーションアプローチ，看護，59（1）：69-72，2007
2）野嶋佐由美：第1章　家族看護学と家族看護エンパワーメントモデル，野嶋佐由美監修，家族エンパワーメントをもたらす看護実践　第1版，1-15，へるす出版．東京，2005
3）Hanson，S.M.H.：家族アセスメント・介入モデルとFS³I（家族システム・ストレス因子と強みの調査票），早野真佐子訳，家族看護，2（2）：32-55，2004
4）Gottlieb，L.N. & Rowat，K.：McGill model of nursing A practice-derived model，Advances in Nursing Science，9：51-61，1987
5）村田惠子，宮内環，内正子，他：ハイモビックモデルの応用による家族長期ケアモデル，家族看護，2（2）：96-106，2004
6）Knafl,K.A.,Deatrick,J.A.：Family Management Style：Concept Analysis and Development，Journal of Pediatric Nursing，5（1）：4-14，1990
7）Knafl，K.，Breitmayer，B.，Gallo，A.，et. al.：Family Response to Childhood Chronic Illness：Description of Management Styles，Journal of Pediatric Nursing，11（5）：315-326，1996
8）Gallo,A.M.：Family Management Style in Juvenile Diabetes：A Case Illustration，Journal of pediatric Nursing，5（1）：23-32，1990
9）McCarthy,S.M.,Gallo,A.M.：A Case Illustration of Family Management Style，Journal of Pediatric Nursing，7（6）：395-402，1992
10）Clarke-Steffen,L.：Reconstructing Reality：Family Strategies for Managing Childhood Cancer，Journal of Pediatric Nursing，12（5）：278-287，1997
11）早津明彦，大西二郎，高橋保人，他：共働によるマネジメントの基本，2-14，88-131，産能大学出版部，東京，1997
12）Drucker,P.F./上田惇生：エッセンシャル版　マネジメント　基本と原則，119－216，ダイヤモンド社，東京，2001
13）福沢恒：プロジェクト・マネジメント　実践的技法とリーダー育成，ダイヤモンド社，東京，2001
14）Bunting，S. M.：Persons With AIDS and Their Family Caregivers：Negotiating the Journey，Journal of Family Nursing，2（4）：399-417，1996
15）Jerrett,M.D.,Costello,E.A.：Gaining Control：Parents' Experiences of Accommodating Children's Asthma，Clinical Nursing Research，5（3）：294-308，1996
16）Wuest，J.：Negotiating with Helping Systems：An Example of Grounded Theory Evolving Through Emergent Fit，Qualitative Health Research，10（1）：51-70，2000a
17）Wuest，J.：Repatterning care：Women's Proactive Management of Family Caregiving Demands，Health Care for Women International，21：393-411，2000b
18）Olson,D.H.,Portner,J.,Bell,R.Faces Ⅱ：Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales，Family Social Science University of Minnesota，1982
19）野嶋佐由美，中野綾美，宮井千恵：慢性疾患患児を抱えた家族のシステムの力と家族対処の分析，日本看護科学会誌，14（1）：28-37，1994
20）Woods，N. F.，Lewis，F. N.：Women with chronic illness：their families' adaptation：Health Care Women Int，16（2）：135-148，1995

21) Doornbos, M.M.：The Strengths of Families Coping With Serious Mental Illness, Archives of Psychiatric Nursing, 10(4)：214-220, 1996
22) Saunders, J.C.：Family Functioning in Families Providing Care for a Family Member with Schizophrenia, Issues in Mental Health Nursing, 20：95-113, 1999
23) 野嶋佐由美：日本版「Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales Ⅱ」の検討，高知女子大紀要自然科学編，38：79-87，1990
24) 野嶋佐由美，中野綾美，足利幸乃：「家族対処行動に関する質問紙」の開発（第一報），高知女子大学紀要，35：65-77，1987
25) 野嶋佐由美，中野綾美，河野留理，他：「家族対処行動に関する質問紙Ⅱ」の開発（第2報），高知女子大学紀要自然科学編，40：67-77，1992
26) 村田恵子，小野智美，草場ヒフミ，他：慢性的な健康障害をもつ子どもを養育する家族の対処と関連因子－家族対処パターンと病児の健康状態・家族特性との関連－，神大医保健紀要，15：1-10，1999
27) 倉沢寿之：第2章 個人内 2. 動機づけ・欲求，堀洋道・山本真理子・松井豊編，心理尺度ファイル－人間と社会を測る 第1版，181-185，垣内出版株式会社，東京，1996
28) Crowne, D. P., Marlowe, D: A new scale of social desirability independent of psychopathology, Journal of Consulting Psychology, 24：349-54, 1960
29) Inoue, I.：Development of The Japanese Family Caregiving Inventory, Oregon Health Sciences University School of Nursing, Doctoral Dissertation, 95-96, 108-110, 1995
30) Grey, M., Knafl, K., McCorkle, R.: A framework for the study of self-and family management of chronic conditions, Nursing Outlook, 54 (5)：278-286, 2006
31) Bingham, V., Habermann, B.: The influence of spirituality on family management of Parkinson'sdisease, Journal of Neuroscience Nursing, 38 (6)：422-427, 2006
32) Deatrick, J. A., Thibodeaux, A. G., Mooney, K., et. al.; Family management style framework: a new tool with potential to assess families who have children with brain tumor, Journal of Pediatric Oncology Nursing, 23 (1)：19-27, 2006
33) Ogle, S. K.: Clinical application of family management styles to families of children with cancer, 23 (1)：28-31, 2006
34) Thibodeaux, A. G., Deatrick, J. A.: Cultural influence on family management of children with cancer, Journal of Pediatric Oncology Nursing, 24 (4)：227-233, 2007
35) Knafl, K. A., Deatrick, J. A.: Family Management Style and the challenge of moving from conceptualization to measurement, Journal of Pediatric Oncology Nursing, 23 (1)：12-18, 2006
36) Alderfer, M. A.: Use of Family Management Styles in family intervention research, Journal of Pediatric Oncology Nursing, 23 (1)：32-35, 2006
37) Knafl, K. A., Deatrick, J. A.: Further refinement of the family management style framework, Journal of Family Nursing, 9 (3)：232-256, 2003
38) 薬師神裕子：心身症に伴う行動障害を持つ子どもとその家族の再生過程と家族の耐久力の特徴，日本看護科学会誌，22 (3)：10-19，2002
39) 東清巳，永田千鶴：在宅ターミナルケアにおける家族対処の特徴と看護介入，日本地域看護学会誌，6 (1)：40-48，2003
40) 平林優子：在宅療養を行う子どもの家族の生活の落ち着きまでの過程，日本小児看護学会誌，16 (2)：41-48，2007

Development and Validation of a "Family Management Scale"
—The Competence to Manage Family Life while Living with Chronically Ill Individuals—

Kazuko Nagato　Sayumi Nojima
Kochi Women's University Faculty of Nursing

Key words: development of a scale, family management, chronic illness, families

The purpose of this study was to develop a "Family Management Scale" and to investigate its validity. Families living with a chronically ill individual have the ability to minimize the influence of the illness and to manage family life and we termed this competence "Family Management". Components were derived from a literature review about " management" in business administration and nursing research, and items were devised from operation of these components. Based on an examination for content validity and face validity of items, and by the results of pretesting, a final scale was developed comprising 57 items rated along a 5-point Likert scale. Datawere collected from 319 adult members of families living with chronically ill individuals. After excluding statistically inappropriate items from the study, factor analysis by oblimin rotation was performed. As a result of analysis, 6 factors were extracted as the competence to manage family life while living with chronically ill individuals. The cumulative proportion of variance explained was 63.8%, and Cronbach's alpha coefficient was 0.98. Further refinement of this scale is needed, as correlation assessments between scores on this scale and those for FACES II (Japanese version) and the Family Coping Behavior Inventory II (43 items) confirmed the reliability and validity of this scale to some extent.