〔原　　著〕

慢性病児・障害児の家族支援のためのアセスメント質問紙開発とその信頼性・妥当性・臨床応用の検討

村田　惠子[1)]　　内　正子[2)]

要　　旨

本研究の目的は，慢性病児・障害児の家族を支援するために，慢性の健康障害が家族に及ぼす影響と適応状態を総合的・継続的に把握し，看護ニーズを査定するアセスメント質問紙の開発と，その妥当性・信頼性，および看護実践での活用可能性を検討することである．

Hymovich's Modelの応用による家族長期ケアモデルを概念枠組みとし，慢性の健康障害が家族に及ぼす影響の媒介変数（家族ストレス認知，家族の捉え方，家族対処，家族の強み・資源）と家族の適応状態を示す家族機能レベルの５尺度を含むアセスメント質問紙を構成した．これを慢性病児・障害児の85家族の家族員115人に実施し，項目分析および因子分析の結果から，最終的に74項目が選定された．

妥当性は，小児・家族看護学を専門とする大学教員と臨床看護師等により表面妥当性と内容妥当性が検討された．構成概念妥当性は各尺度の因子分析の結果から，基準関連妥当性は家族ストレス認知，家族機能レベルの２尺度で確認された．信頼性の検討は，各尺度のCronbach's α信頼性係数より内的一貫性が，安定性は家族の強み・資源と家族機能レベルの２尺度で反復信頼性が支持された．さらに，本質問紙を小児外来の看護相談と在宅ケアで慢性病児・障害児の家族に活用し，面接結果との整合性と看護実践における意図した家族アセスメントが可能なことを確認した．

以上の結果から，本質問紙は使用可能な妥当性と信頼性を備え，看護実践にも活用可能な慢性病児・障害児の家族支援のためのアセスメント質問紙であることが検証された．

キーワード：家族支援，アセスメント質問紙，家族長期ケアモデル，慢性病児，障害児

Ⅰ．緒　言

小児医療の進歩やノーマライゼイション理念の普及により，慢性疾患や障害のある子どもを家庭で養育し，共に生活する家族が増加している．これは病児・障害児のQOLの向上と家族の発展に寄与するが，今日の家族の小規模化・脆弱化の中で，家族員や家族システム全体に長期の負担を課することも否めない．こうした状態を予防し，家族の適応や家族機能の向上を支援するためには，慢性の健康障害をもつ子どもの養育が家族に及ぼす影響と家族の取り組みを総合的・継続的に把握し，看護ニーズと援助指針を導く家族看護モデルとそれに基づくアセスメント用具が必要である．

今日，看護実践に有効な家族アセスメントおよび介入モデルが，北米を中心としてわが国でも開発・紹介されているが，その理論背景や適用にはそれぞれ特徴があり，万能と言えるものはない[1)2)]．家族アセスメント用具も多く開発されているが，殆どが特定要素に関し，多数の項目を含む，一般家族に適用可能な研究用尺度である．従って，本課題とするわが国の慢性病児・障害児を養育し，共に生活する家族の適応と家族機能の向上を継続的に支援するための家族看護モデルおよびアセスメント用具は存在し

1)国際医療福祉大学小田原保健医療学部
2)兵庫県立大学大学院

なかった．

そこで筆者らは，まず慢性の健康障害を抱える養育期家族の理解と援助指針を導く概念モデルの作成を試み，米国のHymovichによる Contingency Model of Long-Term Careを応用した家族長期ケアモデルを試作し，その妥当性と有効性を確認した[3)-8)]．次の段階としての本研究の目的は，慢性の健康障害をもつ子どもの家族を支援するためのアセスメント用具を開発することとした．すなわち，1）家族長期ケアモデルに基づき，慢性的な健康障害が家族に及ぼす影響と家族の適応を総合的・継続的に把握し，看護ニーズと援助指針を系統的に導くアセスメント質問紙を作成する．2）アセスメント質問紙を構成する主要な尺度の妥当性と信頼性および看護実践での活用可能性を検証することである．

II．研究方法

1．アセスメント用具の開発手続きと調査票の作成

1）アセスメント用具の概念枠組み

アセスメント用具は，先行研究による家族長期ケアモデルを概念枠組みとして作成した．本モデルの構成要素を図1に，また，これらの操作的定義を以下に示した．

①システムとその特徴：家族生活に関連する個人・家族・地域・社会のシステム

②時間：子どもの発病から現在・未来に至る家族の生活時間と時期

③子どもの慢性的な健康障害が家族に及ぼす影響の媒介変数：

a.家族ストレス認知：子どもの病気・障害に伴う家族の生活に関る心配・困難の認知

b.家族の病の捉え方：子どもの病気・障害の影響に対する家族の捉え方（信念・態度）

c.家族対処：家族が上記のストレスを処理・克服するための認知・行動的努力・工夫・資源の活用

d.家族の強み・資源：家族の潜在的な可能性を助長し，まとまりと団結を導く能力・要素（家族の強み）および家族が利用し得る家族内・地域・社会の資源（家族の資源）

e.家族ニーズ：家族が困難を乗り越え，家族機能維持のために他者に支援を求める動機

④家族機能レベル：家族の発達課題と状況課題の達成度で，家族の適応レベルを示す

⑤看護ケア：家族システムのニーズの充足を助けるための看護アセスメントと援助

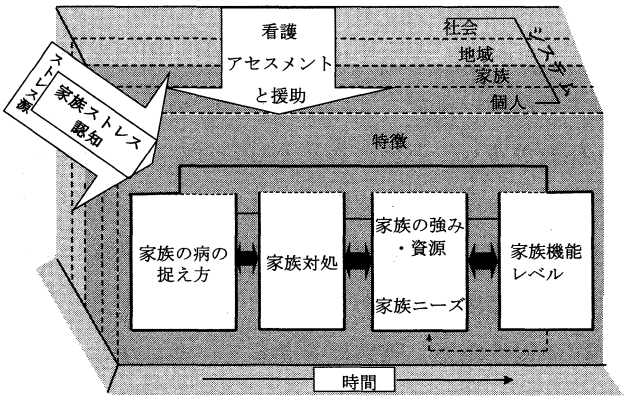

図1．概念枠組み－家族長期ケアモデル（ハイモビックモデルの応用）

2）アセスメント用具としての質問紙原案と調査用質問紙の作成

アセスメント用具としての質問紙は，上記モデルの構成要素の内，最終段階の⑤看護ケアを除く4要素の全てを把握するものである．しかし，本論文では，紙面の制約から，研究目的の中核となる③慢性の健康障害が家族に及ぼす影響の媒介変数としての「家族ストス認知」「家族の病の捉え方」「家族対処」「家族の強みと資源」，および④家族の適応レベルを示す「家族機能レベル」を把握する5つの尺度に主眼を置いた．

作成手続きは，先行研究の家族長期ケアモデル試作のための調査[4)5)]で用いた全項目を生データに基づき妥当性・信頼性・明晰性・有用性，家族の理解度・負担度を再検討した．項目ごとの回答率・得点分布・項目間の相関・因子分析による因子パターンと因子負荷量・共通性・累積寄与率，構成概念妥当性と信頼性係数，面接情報との整合性を評価し，不適切お

よび類似項目を削除または表現の修正を行った．さらに看護相談による臨床データと文献検討から新たな項目を追加した．これらを臨床看護師の意見と患児の家族へのプレテストにより修正を加え，質問項目の原案とした．これらの構成は，システムとその特徴，時間，健康障害が家族に及ぼす影響の媒介変数である家族ストレス認知・家族の病の捉え方・家族対処・家族の強みと資源，適応状態を捉える家族機能レベルであった．

これらの質問項目への回答方式は，システムとその特性および時間に関しては該当する回答の選択，健康障害が家族に及す影響の媒介変数および結果変数を測定する各尺度に関しては，各項目5段階（全くそうではない：0点，少しそうである：1点，中位そうである：2点，かなりそうである：3点，全くそうである：4点）のリカート尺度で回答を求め得点を与えた．

調査用質問紙の構成には，上記のアセスメント質問紙原案とこれらの基準関連妥当性を検討（後述）するための既成の尺度として「日本語版燃えつき尺度」(Pines)[9]と「家族アプガー」(Smilkstein)[10)11)]を加えた．

2．調査対象家族とデータ収集

調査対象は，慢性的な健康障害がある子どもを家庭で療育する家族とした．データ収集は関西圏の大学病院・総合病院・診療所の小児科外来を通院，または肢体不自由養護学校に在籍する慢性病児・障害児の親および他の成人家族員で，研究への協力同意が得られた方に，その場または自宅で記述を依頼し，直接または郵送により回収を得た．

倫理的配慮は，医療施設では施設および主治医，養護学校では教育委員会および校長から倫理面を含めた承認を得た後，対象家族に口頭と文書（または文書のみ）により研究趣旨・方法・任意の参加・プライバシー保護について説明し，同意が得られた者に実施した．

表1．家族アセスメント尺度の構成と項目数・項目例

構成要素	項目数	質問項目例
家族ストレス認知	16	病気・障害による兄弟・姉妹の精神面や発達の影響 家事・育児や健康管理への家族の協力 近所づきあいや地域活動への参加
家族の病の捉え方	7	病気により家族の絆が強められていると思う 家族は子どもの病気に悩まされている
家族対処	21	家族内の役割の分担がうまくいくようにする 病気や障害があっても、家族の生活は普通に行う 公共のサービス（役所への相談・保健婦等）を利用する
家族の強み・資源	17	家族が共に分かち合える価値や信念がある 必要時の友人・親戚・知人からの支え
家族機能レベル	13	家族が情緒的（幸福感）に満たされている 家族のメンバーが役割を果し合い、協力体制が整っている 職場・学校・近所など社会とのつながりがうまく保たれている

3．データ分析と最終アセスメント尺度の構成

データ分析は質問紙の回答の統計的な解析を実施した．まず，項目反応分布，項目－全体相関の検討を行い，平均値＋標準偏差が評定尺度の上限以上となった項目（顕著な偏り）および各項目得点と全体得点の相関が0.3以下の項目を除外した．その後，因子分析（主因子法－バリマックス回転）を実施し，各尺度の因子パターンの抽出と下位尺度を作成した．この際，共通性が0.2以下，因子負荷量が0.3以下の項目を除外した．

最終の家族アセスメント尺度の構成と項目数，質問例を表1に示した．

4．最終アセスメント質問紙の妥当性・信頼性と看護実践での活用の検討

1）妥当性の検討

表面妥当性および内容妥当性は，小児・家族看護学の教育・研究者，看護師，養護教諭に意図する概念と質問項目との整合性の検討を依頼し，また慢性病・障害児の親への予備調査で確認した．構成概念妥当性は各尺度の概念と因子分析から抽出された因子との整合性を検討した．基準関連妥当性の検討は，家族ストレス認知に関しては，家族介護等の対人ストレス疲労の反映も報告されている「日本語版燃えつき尺度」との相関を検討した[9)12)]．家族機能レベルに関しては「家族アプガー」[10)11)]との相関を検討した．

2）信頼性の検討

内的整合性はアセスメント質問紙を構成する各尺度のCronbach's α信頼性係数を算出した．反復信頼性の検討は，本対象家族では困難のため，次善の

策として病児・障害児の統合保育実施中の保育園・幼稚園通園児の親（N:67名）を対象に，適応可能な「家族の強み・資源」および「家族機能レベル」の2尺度について，3週間の間隔で調査を2回実施し，1回目と2回目の相関係数を検討した．

3）看護実践での活用の検討

アセスメント質問紙を小児外来家族相談と在宅ケアで慢性病児・障害児の家族に活用し，記述内容と面接および観察結果との整合性，並びに，看護実践において，本質問紙の意図した家族アセスメントが可能かどうかを検討した．

Ⅲ．結　果

1．対象家族と病児・障害児の特性（システムの特性）

有効回答は85家族の成人家族員115名で，患児の母83名（72.2%），父29名（25.2%），祖母3名（2.6%）であった．核家族が80%で，78.0%に同胞がいた．患児の年齢は1～18歳で，平均11.0±4.5歳，疾患・障害は脳神経・筋疾患68.2%，内臓疾患27.1%で，運動の不自由，身体発育・生活習慣の遅れが過半数に見られた．罹病期間は9.9±5.2年で，在宅での医療的ケアは，吸引31.7%，経管栄養28.0%，酸素療法8.6%に実施されていた．

2．アセスメント質問紙の構成尺度とその妥当性および信頼性

1）家族ストレス認知尺度（表2）

因子分析の結果，最終的に4因子から構成される16項目が採択され，各々「病気・治療の家族への影響と対応」「療養による家族生活への影響」「家族内の関係」「家族の社会活動」と命名し，下位尺度とした．累積寄与率は53.2%であった．

妥当性は，因子構成と本研究の家族ストレス認知の概念・定義との整合性が認められ，構成概念妥当性が支持された．また，本尺度の総得点と燃えつき尺度との相関係数r：0.54（$p<0.01$）で，中程度の相関を示し基準関連妥当性が支持された．α信頼性係数は，尺度全体0.89，各下位尺度の全てが0.77～0.89の範囲で内的整合性も支持された．

表2． 家族ストレス認知尺度の因子構造とCronbach's α信頼性係数

家族ストレス認知項目	病気・治療の家族への影響と対応	療養による家族生活への影響	家族内の関係	家族の社会活動	共通性
病気や治療に関する判断や決定	0.734				0.714
病気や治療に関する知識や情報の不足	0.620				0.475
医療者等とのコミュニケーション	0.503				0.467
社会資源に関する情報不足や利用困難	0.488				0.453
子どもの現在及び将来の成長・発達や育児	0.483				0.449
子どもの不安や苦労	0.476				0.499
家計への負担	0.361				0.273
兄弟や姉妹の精神面や発達の影響	0.352				0.275
生活リズムのくずれや計画が立ちにくい		0.693			0.741
家族員の健康状態や健康管理		0.589			0.510
入院することや治療の変更		0.585			0.408
療養上の世話の方法・技術		0.541			0.626
配偶者との時間の共有や理解を深めること			0.725		0.677
家事・育児・治療や健康管理への家族の協力			0.697		0.730
家族の団らんやレクレーションの機会が設け難い				0.671	0.786
近所付き合いや地域活動への参加				0.483	0.441
因子負荷量の2乗和	2.376	2.538	2.053	1.258	
因子の寄与率	16.736	15.859	12.828	7.860	
累積寄与率	16.726	32.585	45.413	53.273	
Cronbach's α信頼性係数	0.84	0.79	0.84	0.77	0.89

2）家族の病の捉え方尺度（表3）

因子分析の結果，最終的に2因子から構成される7項目が採択され，各々，「病の恵み」「病の試練」と命名し，下位尺度とした．累積寄与率は45.3%であった．

妥当性は，因子構成と病の捉え方の概念・定義との整合性が認められ，構成概念妥当性が支持された．α信頼性係数は尺度全体で0.66，下位尺度は0.78～0.63で，やや低いが，使用可能な内的整合性が認められた．

3）家族対処尺度（表4）

因子分析の結果，最終的に6因子から構成される21項目が採択された．各々を「肯定的・前向きな見通し」「家族のノーマライゼーションと家族統合」「家族員のノーマライゼイションと気晴らし」「子どもの受容と支持」「カタルシスと分かち合い」「病気治療に対する知識獲得と専門家等への相談」と命名し，下位尺度とした．これらの累積寄与率は48.6%であった．また，これらの構成因子と家族対処の概念・定義との整合性が認められ，構成概念妥当性が確認された．α信頼性係数は，尺度全体では0.78，下位尺度は第1から第5因子までは0.76～0.64で使用可能範囲の内的整合性が認められた．しかし，第6因子のみ0.53と低くかった．

4）家族の強み・資源尺度（表5）

因子分析の結果，5因子から構成される17項目が採択され，「身近な人の支え合い」「経済的基盤」「家族連帯」「公共資源」「家族の活力と知恵」と命名し，下位尺度とした．これらの累積寄与率は59.9%であった．また，この構成因子と家族の強み・資源の概念には整合性があり，構成概念妥当性が支持された．α信頼性係数は，尺度全体では0.90と高く，下位尺度も全て0.85～0.64で使用可能範囲の内的整合性が認められた．また，再検査信頼性は，1回目と2回目のSpearman相関係数r:0.73を示し，再現性が支持された．

5）家族機能レベル尺度（表6）

因子分析の結果，4因子から構成される13項目が採択され，「家族の生活の質」「家族の社会機能」「家族関係」「子どものウエルネス」と命名し，下位尺度とした．これらの累積寄与率は60.1%であった．この構成因子と家族機能レベルの概念・定義との整合性が認められ，構成概念妥当性が確認された．また，本尺度の総得点と「家族アプガー」との相関係数は0.53（$p<0.01$）で中程度の相関が認められ，併存妥当性が確認された．α信頼性係数は，尺度全体では0.91と高く，下位尺度も0.84～0.66で内的整合性が認められた．再検査信頼性は，1回目と2回目のSpearman相関係数がr:0.77を示し，再現性が確認された．

表3．家族の病の捉え方尺度の因子構造とCronbach's α信頼性係数

病の捉え方項目	病の恵み	病の試練	共通性
病気や障害を経験することは、人間的成長の機会となる	0.773		0.598
病気や障害をもつことで、人々の輪や関係が広がっている	0.750		0.586
家族は子どもの病気や障害によって新たな意味と学びを得ている	0.655		0.505
子どもの病気や障害によって家族の絆が強められている	0.528		0.291
病気や障害は子どもの成長や発達を妨げる		0.669	0.524
子どもの病気や障害によって家族の生活が制限されている		0.605	0.371
家族は子どもの病気や障害に悩まされている		0.508	0.301
因子負荷量の2乗和	1.992	1.184	
因子の寄与率	28.458	16.909	
累積寄与率	28.458	45.367	
Cronbach's α信頼性係数	0.78	0.63	0.66

表4． 家族対処尺度の因子構造とCronbach's α信頼性係数

家族対処行動項目	肯定的・前向きな見通し	家族のノーマライゼーションと家族統合	家族成員のノーマライゼーションと気晴らし	子どもの受容と支持	カタルシスと分かち合い	病気・治療に対する知識獲得と専門家等への相談	共通性
子どもの病気や障害は良くなると強く信じる	0.751						0.600
自分たちは必ず現状を乗り切れると信じる	0.714						0.585
この先、なにか良いこともあるだろうと希望を持つ	0.536						0.428
いつも病気や障害のある子どもの自立を促すように接する	0.518						0.380
子どもに病気や障害があっても家族の生活は普通に行う		0.741					0.630
家族が団結して困ったことに取り組む		0.594					0.577
家族内の人間関係がうまくいくように努力する		0.540					0.465
家族内でいつも励ましあう		0.420					0.446
仕事やつきあい、趣味等を普通に行う			0.588				0.588
家事や育児、病児の世話から離れて、自分の時間を持つ			0.489				0.423
お酒を飲んだりおいしい物を食べたりして気分転換をする			0.468				0.383
病気や障害のある子どもの気分を損ねないようにする				0.655			0.576
病気や障害のある子どもに頑張るように励ます				0.519			0.432
家族内の役割の分担がうまくいくようにする				0.465			0.365
いつも病気や障害のある子どもの世話を精一杯する				0.338			0.529
悩み事や心配事を友人・知人に話す					0.746		0.633
誰かにぐちをいう					0.661		0.661
病気や障害の治療に関する本を見たり講演をきいたりする						0.503	0.487
同じ病気や障害のある子どもの親や経験者に話しを聞く						0.501	0.482
病気や障害の治療について医療者に積極的に相談する						0.472	0.318
公共のサービスを利用する						0.324	0.222
因子負荷量の2乗和	2.556	1.831	1.642	1.451	1.407	1.323	
因子の寄与率	12.170	8.720	7.821	6.911	6.699	6.301	
累積寄与率	12.170	20.890	28.710	35.621	42.320	48.621	
Cronbach's α信頼性係数	0.75	0.74	0.66	0.64	0.76	0.53	0.78

表5． 家族の強み・資源尺度の因子構造とCronbach's α信頼性係数

家族の強み・資源項目	身近な人の支え合い	経済的基盤	家族連帯	公共資源	家族の活力と知恵	共通性
必要時の友人・知人からの支え	0.753					0.648
近所つきあいや支え合い	0.713					0.751
他人や他の家族を励ましたり助けたりすること	0.638					0.578
必要時に子どもを預ける人や施設	0.599					0.543
家族内での努力と家族外からの助けを得ることとのバランスのよさ	0.497					0.575
病気や障害のある子どもの家族との関わりや支え合い	0.448					0.388
家族の貯蓄や財産		0.836				0.797
家族の収入		0.742				0.706
職場での配慮や融通性		0.384				0.261
家族の幸せを強く求めること			0.620			0.680
お互いの個性を認め合うこと			0.603			0.596
家族が共に分かち合える価値や信念があること			0.578			0.715
苦労や困難を成長の糧にしていること			0.422			0.516
財政上の公共の援助				0.612		0.423
病院・福祉施設の活用				0.563		0.663
家族の頑張り、気力や活力					0.593	0.819
家族の知識や過去の経験					0.528	0.540
因子負荷量の2乗和	3.467	2.536	1.844	1.317	1.035	
因子の寄与率	20.393	14.918	10.849	7.745	6.087	
累積寄与率	20.393	35.310	46.160	53.904	59.991	
Cronbach's α信頼性係数	0.84	0.72	0.85	0.64	0.76	0.90

表6．家族機能レベル尺度の因子構造とCronbach's α信頼性係数

家族機能項目	家族の生活の質	家族の社会機能	家族関係	子どものウエルネス	共通性
家族が情緒的に満たされている	0.746				0.728
家族の個人個人が可能性を伸ばしあえている	0.718				0.653
家族の日常生活が順調にいっている	0.433				0.318
子どもの教育およびしつけがうまくいっている		0.713			0.611
家計のやりくりがうまくいっている		0.585			0.472
職場・学校などの社会とのつながりがうまくいっている		0.412			0.525
家族の中で状況に応じたｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝの調整ができている			0.778		0.819
家族のﾒﾝﾊﾞｰが役割を果し合い、協力体制が整っている			0.557		0.591
うれしい時もつらい時も気持ちをお互いに出し合える			0.510		0.680
子どもはその子の状態に応じた発達をしている				0.775	0.745
子どもはその子らしく生活し満たされている				0.580	0.578
子どもは自分に自信を持ち自分を大切にしている				0.512	0.577
子どもは世話をしてくれる人を信頼している				0.457	0.521
因子負荷量の2乗和	2.436	1.929	1.728	1.723	
因子の寄与率	18.741	14.836	13.293	13.256	
累積寄与率	18.741	33.577	46.869	60.125	
Cronbach's α信頼性係数	0.74	0.66	0.84	0.81	0.91

3．臨床への適用と看護実践での活用可能性

本質問紙を小児外来での家族相談と在宅ケアで家族アセスメントに活用し，記述内容と面接・観察との整合性，さらに，本質問紙の目的とした慢性の健康障害が家族に及ぼす影響・取り組み，適応状態の把握と看護ニーズの判断が可能かどうかを検討した．

同意の得られた家族に本質問紙への記述を依頼し，これに基づく面接と観察を通して，アセスメントと相談を行なった．この結果，質問紙への記述内容は，家族の成員間（父と母等）による差は見られたが，同一家族員における記述と面接・観察結果との不一致や項目間の記述の矛盾は認められなかった．多くの家族は質問紙への記述や面接を通じ，子どもの病気・障害の影響とそれへの取り組みや適応状況を振り返り，現状と問題や今後の課題を認識した．また，新たな対処法や家族の潜在的強み・資源に気づき，自己対処力や自信の向上を示した家族も認められた．これらの具体例の提示は紙面の制約から割愛した[6)-8)]．

一方，看護師は質問紙への家族の記述とこれを用いた面接により家族の量的・質的なアセスメント情報を多面的・系統的・継続的に得られ，これらを本質問紙の概念枠組みに基づく家族単位の記録様式に記述することでアセスメントが容易になることが確認できた．例示として，A家族(慢性腎不全により腹膜透析，その後腎移植を受けた病児の家族)における記録の要約の抜粋を示す．図2は2時点における父親と母親から見た家族ストレス認知と家族対処に関する因子得点の項目平均を示す．図3は父親と母親から見た子どもの慢性病が家族に及ぼす影響と取り組み（各尺度の総得点）および家族の適応状態（家族機能レベル：因子得点）の全体像を表すレーダチャートである．

看護師はこのように本アセスメント質問紙の活用

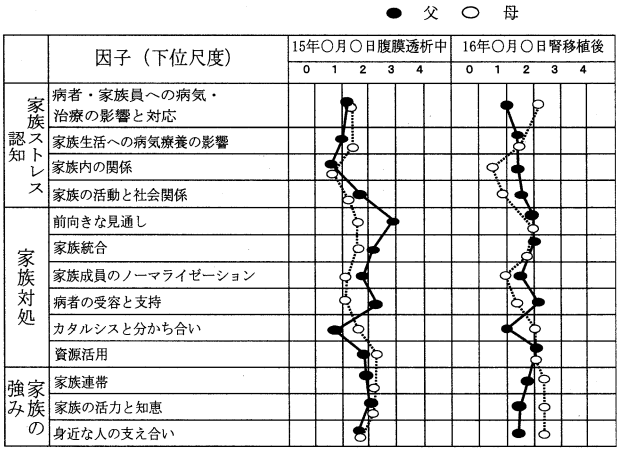

図2．A家族の2時点のアセスメント記録
（家族の影響・取り組みの一部抜粋）

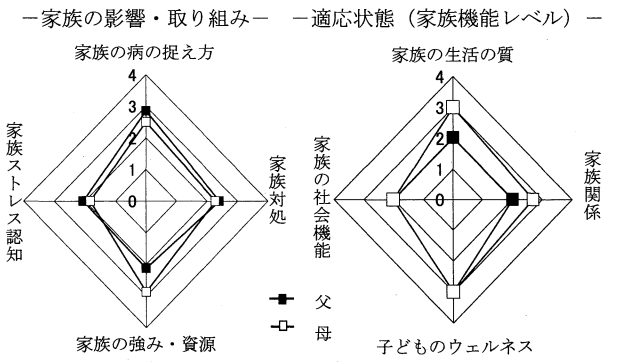

図3．A家族の腎移植後の影響・取り組みと適応状態（家族機能レベル）の全体像

とその記録によって，その目的とする家族アセスメント，すなわち，慢性の健康障害による家族の影響と取り組み，適応状態を総合的・継時的かつ視覚的に把握でき，家族と協働で看護ニーズの判断と解決の方向を見出せることが確認できた．また，家族成員間の認知の差，状況や時間経過による家族の変化の把握と家族相談の評価にも役立つことが認められた．

Ⅳ．考　察

1．慢性病児・障害児の家族支援のためのアセスメント用具開発の意義

本研究は慢性病児・障害児の家族に対する長期的支援のために，家族の影響と取り組み，適応状態を総合的・継続的に把握し，看護ニーズの判断とケア指針を系統的に導くアセスメント質問紙を開発し，その妥当性・信頼性と看護実践への活用を検討した．この意図は近年の家族が脆弱化する中で，慢性病児・障害児を養育し，共に生活する家族の適応を支え，危機を未然に防止し，病児と家族双方のQOLと家族機能の向上に資することである．この実現には，子どもの慢性的な健康障害が家族システムに長期に及ぼす影響とそれへの家族の取り組みや適応状態を多面的かつ適切に評価し，看護ニーズとケア指針を系統的に導くアセスメント用具が必要である．

今回開発した家族アセスメント質問紙は，家族と看護職の協働で，慢性病児・障害児の家族における上記の心理社会的適応を，多面的・組織的（家族ストレス認知・家族の病の捉え方・家族対処・家族の強みと資源・家族機能レベル），継続的に把握し，看護の必要性の判断とケア指針を導くことが可能なアセスメント用具と言える．

2．慢性病児・障害児の家族支援のためのアセスメント質問紙の妥当性と信頼性

適切な家族アセスメント用具は家族理論・モデルに基づくことが重要と言われている[1]．本アセスメント質問紙は，前述の“Hymovich's Model”を日本の家族看護に応用した“家族長期ケアモデル”を概念枠組みとして作成された．本モデルは筆者らの先行研究によりHymovich's Modelの限界でもあった患者の背景・親としての家族から，家族システム理論と家族ストレス対処理論の活用により，病児・障害児と共に生活する家族全体（家族システム・ユニット）まで拡大し，妥当性と有効性もほぼ確認されている[5)7)]．

従って，本アセスメント質問紙は，十分とは言えないまでも，前提としての家族理論・モデルに基づく家族アセスメント用具と言うことができよう．

本アセスメント質問紙を構成する各尺度の妥当性については，表面妥当性と内容妥当性は，小児・家族看護学の教育・研究者，実践者としての看護師・養護学校の養護教諭により確認された．また，構成概念妥当性も，各尺度に含まれる概念と因子分析から抽出された因子との整合性を検討し支持された．基準関連妥当性は，当該尺度の測定結果と比較可能な妥当性・信頼性のある測定用具が存在する「家族ストレス認知」「家族機能レベル」の2尺度について確認できた．家族ストレス認知尺度は，対人疲労ストレスを反映し，病児の家族や親子夫婦関係との関連性が明らかにされている「日本語版燃えつき尺度」と，また，家族機能レベル尺度は，家族機能のスクリーニング尺度「家族APGAR」と中程度の相関（r：.52）が認められ，これらは，アセスメント質問紙の主要な2尺度の基準関連妥当性を支持するものと言えよう．

信頼性に関しては，各尺度のCronback's α係数は「家族の病の捉え方」を除き，0.78～0.91で高い内的

整合性が確認された．特に，「家族ストレス認知」「家族の強み・資源」「家族機能レベル」の各尺度は，いずれも0.89以上，殆どの下位尺度でも内的整合性の基準0.7を確保し，高い信頼性が認められた．再検査信頼性は，慢性病児・障害児の家族での反復調査は，病状変化の影響と協力の点から困難であったが，次善の策として，幅広い対象に適応可能な「家族の強み・資源」と「家族機能レベル」の2尺度において，再現性の基準0.7以上をいずれも確保し，安定性が確認された．

以上の知見から本研究で開発されたアセスメント質問紙は，一部に限界はあるものの妥当性と信頼性を備えたアセスメント用具であると言えよう．

3．アセスメント質問紙の看護実践での活用可能性

本アセスメント質問紙を看護実践に活用した際の家族の状況と臨床的妥当性・信頼性ならびに目的とする家族アセスメントが可能かどうかは，小児科外来と在宅ケアにおける慢性病児・障害児の家族アセスメントと家族看護相談においてほぼ確認された．質問紙の記述と面接および観察との不一致や矛盾は家族の個人レベルでは殆どなく，臨床的整合性が認められた[6)-8)]．他の家族調査用紙と同様，家族成員間の記述に一部ずれが認められたが，これらは家族成員の役割や認識の相違を反映するものと考えられる[6)13)]．従って，複数家族の質問紙への記入と面接による，家族成員間のずれの評価を含む家族アセスメントが真の家族集団（システム）のアセスメントになるであろう．

家族は本質問紙への記入と面接を通して，子どもの病気・障害の影響と家族の取り組みや適応状況を振り返り意識化し，看護職に情報提供すると共に，現状を理解し自ら問題と援助の必要性に気づく場合も多いことが確認された．また，家族の潜在的な強み・資源に気づき，自己対処力や自信が向上した家族も認められた．すなわち，本質問紙は家族アセスメント情報の提供のみでなく，家族の適応へのセルフケアを促す可能性も示唆された．

看護職者は本質問紙と面接により家族の多面的な情報を短時間で系統的に得ることができ，家族との協働で家族の影響と取り組みおよび現状の適応状況を把握し，問題や援助の必要性の判断，すなわち家族アセスメントができる．また本質問紙から得られる情報が問題解決やその手段となり得る家族対処・家族の強み・資源を含むことで援助方法をも示唆している．すなわち，本アセスメント質問紙は，慢性的な健康障害をもつ子どもの家族支援のためのアセスメントと看護指針を導くことが可能と言える[6)-8)]．

4．本研究の限界と今後の課題

本アセスメント質問紙は，使用可能な妥当性と信頼性，臨床的整合性を有し看護実践で活用できることが確認された．しかし，基準関連妥当性と再検査信頼性の検討は，一部の尺度に限られている．また，Cronback's α信頼性において，「家族の病の捉え方」と「家族対処」の下位尺度の一部は内的整合性の基準0.7を満たしていない．

これらを解決し，本アセスメント質問紙をさらに洗練し有効性を高めること，また臨床応用を積み重ね，効果的な活用法を検討することが今後の課題である．

V．結　論

慢性の健康障害をもつ病児・障害児の家族支援のために，家族長期ケアモデルに基づき，病気・障害の影響への家族の適応状態と看護ニーズを把握するアセスメント質問紙を開発した．妥当性は，小児・家族看護学専門の大学教員と臨床看護師等により表面妥当性と内容妥当性が，また，慢性病児・障害児の家族に対する調査データの因子分析結果から各尺度の構成概念妥当性が確認された．基準関連妥当性は「家族ストレス認知」「家族機能レベル」の2尺度で支持された．信頼性は，Cronbach's α信頼性係数より，各尺度の内的整合性が，また「家族の強み・資源」「家族機能レベル」の2尺度では反復信頼性の検討から安定性が確認された．臨床応用に関する検討は，最終アセスメント質問紙を小児外来家族相談で活用し，面接結果との整合性および看護実践での有効性が確認された．

本研究で開発されたアセスメント質問紙は，慢性の健康障害をもつ病児・障害児の家族支援において使用可能な妥当性と信頼性を有し，看護実践で活用し得る有効なアセスメント用具であることが検証された．

謝　辞

本研究にご協力いただきました慢性病児・障害児のご家族様，諸施設の関係者の皆様に心より感謝申し上げます．また，本質問紙の看護実践への活用にご協力くださいました横山正子先生（神戸女子大学），宮内環先生（神戸市看護大学）にお礼申し上げます．

尚，本研究の一部は科学研究費補助金（基盤研究C研究課題番号11672326）の助成を受けて実施したものである．

（受付　'07.07.13
採用　'07.12.20）

文　献

1）Hanson, S.M.H.: Family nursing assessment and intervention. In Hanson, S.M.H., Gedaly-duff., & Kaakinen, J.R(Ed): Family Health Care Nursing, Theory, practice, and research. 3rd edition, 215-242, Philadelphia, FA Davis 2005

2）Hanson, S.M.H.：家族アセスメント・介入モデルとFP³I（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

3）Hymovich, D. P. & Hagopian, G.H.：Chronic Illnes in Children and Adults A Psychosocial Approach.W.B., Saunders Company, 11, 1992

4）村田惠子他：慢性疾患が養育期の家族に及ぼす影響と家族の対処－家族長期ケアモデル試案の提言，平成8－10年度科学研究費補助金（基盤研究B）研究成果報告書，1998

5）村田惠子，草場ヒフミ，小野智美，他：慢性病児を養育する家庭の家族機能レベルへの関連要因－Hymovich's Modelの応用による家族長期ケアモデルに基づく検討，家族看護研究，9(1):2-7，2002

6）村田惠子：家族長期ケアモデルから見た家族看護実践知，家族看護研究，9(3):136-138，2004

7）村田惠子，宮内環，内正子：Hymovich's Modelの応用による家族長期ケアモデル，家族看護，2(2)：96-106，2004

8）村田惠子，内正子，横山正子：慢性病児の家族支援のためのアセスメント用具開発と看護介入指針の試作－家族長期ケアモデルの臨床応用に向けて，平成11-13年度科学研究費補助金（基盤研究C）研究成果報告，35-47，2003

9）稲岡文昭：Burnout現象とBurnoutスケールについて，看護研究，21(2)：27-35，1988

10）Smilkstein G, Ashworth C: Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function, J Fam Pract 15(2)：303-311，1982

11）和田紀子：家族機能と幼児の行動および父母の育児問題，小児保健研究　58(1):49-57，1999

12）田尾雅夫，久保真人：バーンアウトの理論と実際，誠心書房，150-157，東京，1996

13）内正子，村田恵子，横山正子：慢性的な健康障害児を療育する家族ストレスと家族対処－母親と父親の認知を通して－家族看護学研究，8(1)：84，2002

Development and Validation of Assessment Questionnaire to Support Families of Children with Chronic Health Conditions

Keiko Murata　Masako Uchi
1)International University of Health　and Welfare
2)University of Hyogo Graduate School

Key words: family support, assessment questionnaire, the Long-Term Family Care Model
chronically ill children, handicap children

The purpose of this study was to develop and examine the validity and reliability of an assessment questionnaire to support the families of children with chronic illness or disability.

The questionnaire was based on the conceptual framework of The Long-Term Family Care Model, an application of Hymovich's Model. It was designed to assess the effects of chronic health conditions on family and their adjustments to the illness indicated by five scales consisting of family stress, family beliefs about illness, family coping, family strength and resources, and level of family functioning.

The questionnaire was conducted on 85 families(115 family members; mother, father, and grandmother) of children with chronic illness or disability at home. Item analysis and factor analysis was performed on five scales of questionnaire, and as a result, 74 items were selected.

In terms of validity, superficial validity, content validity, construct validity, and concurrent validity of the items were reviewed and confirmed.

The reliability of the scales was evaluated by Cronbach's α coefficient(internal consistency)and test-retest reliability (stability).

The results of this study suggest that the validity and reliability of this assessment questionnaire are sufficiently acceptable and can be used clinically. The questionnaire can therefore serve as a tool for assessing and supporting families of children with chronic health conditions.