

原著

認知症高齢者との
コミュニケーションスキル自己評価尺度の開発Development of a self-assessment scale for
communication skills with older people with dementia.膽畑敦子
Atsuko Ihata

要旨

【目的】認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度を作成し、信頼性と妥当性を検証することを目的とした。

【方法】先行研究および文献に基づき、34項目の認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度原案を作成した。尺度の技術項目にはユマニチュード[®]の技術を活用した。A県の訪問看護師380名を対象に郵送による無記名自記式質問紙調査を実施し、信頼性と妥当性を検証した。

【結果】148名(回収率38.9%)より回答があり、欠損のない133名(有効回答率35.0%)を分析対象とした。探索的因子分析の結果、認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度の構成要素は、5因子24項目にて構成されていることが明らかになった。5因子はそれぞれ【認知症高齢者の尊厳の尊重】【認知症高齢者の心身機能への配慮】【認知症高齢者への情報の伝達】【認知症高齢者へ安心感を与える】【認知症高齢者と信頼関係を結ぶ】と命名した。クロンバック α 係数は尺度全体にて.897であり、各因子と外的基準ENDCOREsとの相関係数は.634であった。

【結論】本開発尺度は5因子24項目からなり、ある程度の信頼性と妥当性を備えた尺度であることが確認された。本尺度は認知症高齢者とのコミュニケーションスキルの自己評価や認知症高齢者とのコミュニケーション学習の評価にも寄与する。さらに尺度の精度を高めるために検討する必要性があることも示唆された。

キーワード：認知症、訪問看護師、コミュニケーションスキル、ユマニチュード[®]、尺度開発

1) 静岡県立大学経営情報イノベーション研究科
経営情報イノベーション専攻 博士後期課程

受領日：2022年 8月 31日
採択日：2023年 1月 4日
英文誌名：Tokyo Journal of Dementia Care Research

責任著者：膽畑敦子
静岡県立大学看護学部看護学科
〒422-8021 静岡県静岡市駿河区小鹿 2-2-1
E-mail : atsuko-i @ u-shizuoka-ken.ac.jp
(@を半角に換えてください。)

はじめに

わが国の高齢化率は28.9%¹⁾となり、高齢化に伴わない認知症高齢者も増加している。厚生労働省は「認知症施策推進大綱」²⁾において、“生活上の困難が生じた場合でも住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す”と述べている。認知症高齢者が地域での生活をする際に重要な役割を果たすことが期待されているのが訪問看護師である³⁾。令和4年4月1日現在のわが国の訪問看護ステーション稼働数は14,304か所⁴⁾であり、その数は年々増え続けている。しかし、訪問看護事業所が介入する認知症高齢者は在宅認知症高齢者のうち4%程度であり、認知症が中、重度になってからの介入が多いと報告されている⁵⁾。認知症高齢者は疾病の進行とともに記憶障害や見当識障害が出現し、徐々にコミュニケーションが困難になる。コミュニケーションを取ることが困難になれば信頼関係の構築に支障をきたし、支援に繋げることを困難にすると考えられる。訪問看護における認知症看護の困難として、家に入ることができない、限られた時間での援助に苦慮するという報告がある⁶⁾。訪問看護師は療養者の生活の場に入って支援を行うという特性があるため、療養者や家族と信頼関係の構築をすることが重要である。限られた訪問時間で信頼関係を構築し、必要な支援を行うにはコミュニケーションをスムーズに行うためのスキルが必要とされる。

コミュニケーションスキルの習得を可能にするためには学習の整備が必要である。訪問看護師の現任教育の課題について丸山ら⁷⁾は、非常勤職員が半数を占める雇用形態に考慮した教育体制の構築や個々の訪問看護師が自己評価できるような教育方法の作成、段階的に経験し学習を促進できるような教育プログラムが必要であると報告している。訪問看護師は一人で実践を行うことが多いため、実践の場における他者評価は困難であり、学習した内容を実践に活かすことができているのか自己評価できる指標が必要である。訪問看護師の認知症ケアに関する評価指標として、山本⁸⁾は「高齢者訪問看護質指標」を開発している。この

指標は高齢者訪問看護の基本となる指標と、高齢者に一般的に必要なとされる15領域から構成されている⁹⁾。本指標における訪問看護師と認知症高齢者のコミュニケーションの内容についてみていくと、「序. 高齢者訪問看護の基本」¹⁰⁾において、人間としての尊重という訪問看護の基本や認知機能障害の有無に関わらず、ことばやふれあいによる温かいコミュニケーションをケアの基盤とする項目がある。また、「15. 認知症ケア」¹⁰⁾におけるコミュニケーションの項目として本人の認知機能や視力・聴力に応じたコミュニケーション方法を探索し活用する項目が含まれている。しかし、認知症ケア全般の評価表のため、コミュニケーションにおいて評価する部分は限られている。鈴木ら¹¹⁾は急性期病院の認知症高齢者に対するパーソン・センタード・ケアをめざした看護実践の内容を明らかにし、看護師の自己評価尺度を開発している。この尺度では認知症高齢者に必要となる本人の視点を重視したり意思や価値を尊重した項目にて構成されている。しかし、急性期病院に入院する認知症高齢者を対象にしているため、地域で生活をする認知症高齢者にも使用できるコミュニケーションスキル尺度が必要であると考えられる。大田¹²⁾は、訪問看護師は対人関係技術に関する教育を望んでいる一方で、人的資源や時間制約により教育ニーズは十分に満たされておらず、病院に従事している看護師と同様の教育アプローチでは対応困難であることが推測されると報告している。このため、訪問看護師にはその継続教育の課題に合わせた独自の認知症高齢者とのコミュニケーション学習方法が必要であり、コミュニケーションスキルの評価と学習効果の検証のために認知症高齢者とのコミュニケーションスキル尺度の開発が必要である。

そこで本研究では、認知症高齢者をケアする上で必要になるコミュニケーションスキルを評価するために認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度を開発し、信頼性、妥当性の検証を行うことを目的とした。本尺度の開発にあたっては訪問看護師を対象に尺度開発を実施した。訪問看護師は一人で療養者宅に訪問して看護を提供するため、信頼関係が構築できていなければ看護に繋がらない。また、療養者宅にて看護を

提供するため、より本人の尊厳を大切にしたい関わりが必要とされるためである。本尺度を開発することにより、認知症高齢者とのコミュニケーションスキルを自己評価でき、認知症高齢者とのコミュニケーション学習の評価にも寄与すると考える。

対象と方法

1. 尺度作成のプロセス

質問項目を作成するにあたって、看護師を対象とした認知症高齢者へのコミュニケーション方法を含む既存の尺度に関する論文^{8,11)}より訪問看護師と認知症高齢者へのコミュニケーションスキルに関する内容を7項目抽出した。また、基礎看護技術のテキスト「系統看護学講座」¹³⁾「新体系看護学全書」¹⁴⁾における訪問看護師と認知症高齢者とのコミュニケーションスキルに関する記述を9項目抽出した。技術項目にはユマニチュード[®]の技術を活用した。

技術項目として選定した理由は、ユマニチュード[®]は人と人との関係性に着目したケアの技法であり、実践技術から成り立っている¹⁵⁾からである。人との信頼関係の構築の上に成り立つケアを行うために、ユマニチュード[®]は必要な技術であると考えた。ユマニチュード[®]の技術を項目に使用することについては、日本ユマニチュード[®]学会代表理事の本田美和子氏の許可を得た。技術項目に使用するユマニチュード[®]の技術内容については「ユマニチュード入門」¹⁵⁾「家族のためのユマニチュード」¹⁷⁾より29項目抽出した。その結果、認知症高齢者とのコミュニケーションスキルには3つの概念がみられ、それぞれ〔尊厳を尊重するコミュニケーションスキル〕15項目、〔信頼関係を構築するコミュニケーションスキル〕14項目、〔安心感を提供するコミュニケーションスキル〕15項目の全44項目を認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度原案とした。全44項目の原案において、認知症高齢者とのコミュニケーションスキルを表す調査項目について、わかりやすく回答しやすい表現であるか、意味内容に重複した項目はないか、ユマニチュード[®]の技術についての項目が、ユマニチュード[®]

を知らない対象者も評価可能な表現であるかについて、訪問看護師2名とユマニチュード[®]インストラクター1名とともに検討した。その結果10項目を削除し、認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度(原案)として34項目を設定した。尺度原案に対して『あなたが普段行っている認知症高齢者とのコミュニケーションに該当する内容について教えてください』と質問し、回答はリッカート尺度を用い、「行っていない:1」「あまり行っていない:2」「どちらともいえない:3」「行っている:4」「常に行っている:5」の5件法を採用し、順に1点から5点を得点とした。本尺度の得点が高いことは、認知症高齢者とのコミュニケーションスキルが高いと評価できると考えた。

2. 用語の定義

- (1) 認知症高齢者: 65歳以上の認知機能低下のみられる高齢者。認知症診断の有無は問わず、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上の高齢者とする。
- (2) コミュニケーションスキル: 人間の間で行う知覚・感情・思考の双方向の伝達であり、繰り返すことで人間相互の関係を成立、発達させる技術として使用する。

3. 調査対象

A県訪問看護ステーション協議会に所属する訪問看護事業所のうち小児科や精神科に特化した訪問看護事業所を除き、ランダムに選定した55か所の訪問看護事業所に勤務する訪問看護師380名を対象とした。認知症高齢者の尊厳を尊重することや、認知症高齢者や家族と信頼関係を構築して支援を行うことは、すべての看護職に必要であるため、尺度内容の多くはすべての看護職にとって共通のものであると考えられる。しかし、療養者宅で訪問看護を行う訪問看護師は、認知症高齢者との信頼関係が成り立たなければ支援につながらないため、本研究では訪問看護師を対象とした。

4. 調査時期

2021年11月～12月

5. 調査内容

- (1) 個人属性：所属する訪問看護ステーションの運営形態、年齢、性別、専門・認定看護師資格、職位、看護師経験年数、訪問看護師経験年数、認知症高齢者とのコミュニケーション研修参加の有無、ユマニチュード®研修参加の有無
- (2) 認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度 34項目
- (3) 外部基準：ENDCOREs¹⁷⁾24項目とした。ENDCOREsは既存のコミュニケーションスキルに関する因子を自己統制、表現力、解読力、自己主張、他者受容、関係調整の6因子に分類し、各スキルに4種類の下位概念を想定した24項目からなる尺度であり、看護師を対象とした研究にも使用されている^{18,19)}尺度である。

6. データの収集方法

対象施設55か所に対してWeb上に公開されている訪問看護師数の調査票を配布した。調査票には訪問看護師宛の依頼文および返信封筒を同封し、依頼文の内容に同意する者のみ個人に返送を依頼した。

7. データの分析方法

統計解析にはSPSS Statistics27を用いて分析を行った。項目分析には各項目の度数分布と平均値・標準偏差による天井効果・フロア効果を確認した。その後、探索的因子分析を行った。因子分析方法は、重みなし最小二乗法・プロマックス回転を用いた。また、既存尺度(ENDCOREs)とのSpearmanの順位相関係数、クロンバック α 係数の算出を行った。また、分析後の尺度について看護師経験年数との相関、訪問看護師経験年数との相関をSpearmanの順位相関係数にて確認した。さらに、認知症高齢者とのコミュニケーション研修参加なし群、ユマニチュード以外の認知症高齢者とのコミュニケーション研修参加あり群、ユマニチュード研修参加あり群の3群に分けてKruskal-Wallis検定での群間比較を行った。その後、3群のうちそれぞれ2群の平均値比較をMann-WhitneyのU検定にて行った。

8. 倫理的配慮

A県訪問看護ステーション協議会の承認を得て、訪問看護師宛に研究についての説明文書、依頼文書を同封した自記式質問紙調査を送付した。研究の説明文書には研究の主旨、研究への参加は自由であること、プライバシーの保護、研究の結果公表についての説明を明記した。質問紙には個人が特定できる情報を含まず、質問紙には同意欄をもうけた。同意欄に記入のある質問紙の返送をもって同意が得られたとみなした。本研究は静岡県立大学倫理委員会の承認を得て実施した(承認日：2021年10月29日 受付番号：3-31)。

結果

1. 回収率と対象者の基本属性

A県内の訪問看護事業所55か所の訪問看護師380名に尺度案を送付した。148名(回収率38.9%)より調査票を回収し、欠損値がない133名(35.0%)を分析対象とした。対象者の所属する訪問看護事業所の設置主体は、株式・有限・合資会社42名(31.6%)、医療法人28名(21.1%)の順に高かった。また、男性2名(1.5%)と女性131名(98.5%)であり、年齢は20代が4名(3.0%)、30代が22名(16.5%)、40代が46名(34.6%)、50代が38名(28.6%)、60代が22名(16.5%)、70代が1名(0.8%)であった。看護師経験年数平均は23.1±10.0年、そのうち訪問看護師経験年数は7.3±6.4年であった。回答者には、訪問看護認定看護師、在宅ケア認定看護師、緩和ケア認定看護師が各1名みられた。回答者のうち21名(15.8%)が所長、2名(1.5%)が副所長、110名(82.7%)がスタッフであった。

認知症高齢者とのコミュニケーション研修参加の有無については、参加あり64名(48.1%)、参加なし69名(51.9%)であった。また研修参加あり64名のうち、ユマニチュード®研修への参加あり18名(28.1%)、参加なし46名(71.9%)であった(表1)。

2. 項目の選定

各項目の平均値は3.46から4.75であった。平均値が最も高かった項目は「私は高齢者のことを

表1 対象者の属性

		n = 133	
項目	内訳	人数	%
訪問看護事業所の設置主体	株式・有限・合資会社	42	31.6
	医療法人	28	21.1
	社会福祉法人	16	12.0
	社団法人・財団法人	27	20.3
	農業協同組合連合会	10	7.5
	農協共済	9	6.8
	看護協会	1	0.7
年齢	20～29歳	4	3.0
	30～39歳	22	16.5
	40～49歳	46	34.6
	50～59歳	38	28.6
	60～69歳	22	16.5
	70歳以上	1	0.8
性別	男性	2	1.5
	女性	131	98.5
専門・認定看護師資格	専門看護師	0	0.0
	認定看護師	3	*2.3
	なし	130	97.7
職位	所長	21	15.8
	副所長	2	1.5
	スタッフ	110	82.7
認知症高齢者との コミュニケーション研修参加	あり	64	48.1
	なし	69	51.9
ユマニチュード*研修参加 (n=64)	あり	18	28.1
	なし	46	71.9

* 訪問看護認定看護師、在宅ケア認定看護師、緩和ケア認定看護師各1名

大切に思っにかかわる」であり、最も低かった項目は「私はケアをする時に可能な限り高齢者の上体を起こしてかかわっている」であった(表2)。因子分析に先立って天井効果、フロア効果を確認した。その結果「私は高齢者のことを大切に思っにかかわる」「私は必ず高齢者の合意を得てケアを行う」「私は高齢者の笑顔を確認している」「私は高齢者と次回会う約束をしている」「私はケアが成立しなかった場合、家族や介護者にケアを繋ぐことができるようにかかわっている」の項目に天井効果がみられた。天井効果のみられた項目のうち「私はケアが成立しなかった場合、家族や介護者にケアを繋ぐことができるようにかかわっている」の項目は、認知症高齢者とのコミュニケーションスキルとして具体的に何を示しているのか解釈が個々で異なりやすく評価にばらつきが出る可能性が高いため、項目から削除した。それ以外

の天井効果がみられた項目は認知症高齢者とのコミュニケーションに必要な項目であるため削除せず分析の対象とした。また、フロア効果の該当項目はみられなかったため、1項目を除いた33項目を因子分析の対象とした。

3. 妥当性の検証

(1) 探索的因子分析

構成概念妥当性を検証するため、重みなし最小二乗法(プロマックス回転)で因子分析を行った。固有値やスクリープロットの結果を基に因子数を5因子として、因子負荷量が0.4未満で複数因子にまたがる項目を除外しながら因子分析を行い、9項目を削除し、5因子24項目となった(表2)。最終項目のうち5項目が欠損値であった。しかし欠損値はすべて全体の1%以下であるため、項目削除の対象とはしなかった。探索的因子分析の結

表2 尺度原案34項目の平均値・標準偏差

	質問項目	平均値	標準偏差
1	私は高齢者と看護師としてかかわるのではなく人と人としてかかわる	4.17	.827
2	私は高齢者のことを大切に思っにかかわる	4.75	.514
3	私は高齢者の仕事歴、好きなことなどを知り、話の内容に取り入れる	4.40	.590
4	私は高齢者に幻覚が見えても否定しない	4.35	.640
5	私は高齢者の繰り返しの訴えにも丁寧に対応している	4.32	.678
6	私は高齢者の家族を会話に入れるようにしている	4.13	.792
7	私は高齢者をケアする方法の選択において、代わりに行わずに高齢者の持つ力を使った方法をとるようにしている	3.88	.675
8	私が行うケア内容は高齢者に有益である	3.70	.718
9	私はケアや会話を始める前に高齢者の瞳に自分の顔が映ることを確認して高齢者と視線を合わせている	3.95	1.032
10	私は高齢者の視線に合わせて正面から徐々に相手が認識できる距離まで近づいている	3.89	.959
11	私は同じ目線の高さで高齢者を見ている	4.24	.730
12	私は高齢者に優しく穏やかに話しかけている	4.36	.632
13	私は高齢者が発語不可能であっても話しかけ続ける	4.14	.786
14	私の話は明るく前向きな内容である	3.88	.769
15	私は高齢者に触れる時、触れる面積を広くし、柔らかく、ゆっくり、包み込むように触れている	4.01	.783
16	私は高齢者に触れる時、背中や上腕など抵抗感のない場所から触れている	4.02	.783
17	私は高齢者の腕や足を把持する時には、つかまないように下から支えている	4.15	.848
18	私はケアのない時でも高齢者との絆を結ぶために触れ続けている	3.54	.883
19	私はどのような状態にある高齢者にも、本人の上肢の筋力や関節の動き、立つ能力や歩く能力をアセスメントしている	3.96	.839
20	私は可能な限り高齢者の上体を起こしてかかわっている	3.46	.892
21	私は高齢者が立位可能な時には、その人が日常生活において立つ機会を作るようかかわっている	3.47	.892
22	私は高齢者の部屋に入る時にはノックをして返事を待ってから入っている	3.92	.974
23	私は高齢者の部屋に入ったら視線を合わせて鈍感な場所から触れ、笑顔で会いに来たことを伝えている	4.00	.913
24	私は高齢者に会った時には最初に仕事以外の話をしている	3.87	1.033
25	私は高齢者が好きな言葉を選んで使っている	3.82	.726
26	私は必ず高齢者の合意を得てケアを行う	4.26	.735
27	私は行うケアについて拒否があれば代替法を用意して交渉を行っている	4.26	.706
28	私はケア中に高齢者を見続ける、話し続ける、優しく触れ続けるのうち、同時に2つ以上を行っている	3.89	.823
29	私はケア中に高齢者の視覚、聴覚、触覚に伝える情報が全て前向きな内容であることをこころがけている	3.71	.886
30	私は行ったケアの名称や内容を実施後に高齢者と共に確認している	3.48	.997
31	私はケアが終了した時には、共に過ごした時間が心地良いものであったことを前向きな言葉で伝えている	3.80	.886
32	私は高齢者の笑顔を確認している	4.41	.675
33	私は高齢者と次回会う約束をしている	4.41	.798
34	私はケアが成立しなかった場合、家族や介護者にケアを繋ぐことができるようにかかわっている	4.30	.826

* 表中の濃い灰色は天井効果がみられたもののうち削除した項目

* 表中の淡い灰色は探索的因子分析の結果除外対象となった項目

果は表3の通りである。認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度と5因子の因子相関は.281～.559であった。

(2) 構成概念の命名

第1因子は9項目で構成され、認知症高齢者ありのまま受け入れ尊厳を尊重する内容から【1. 認知症高齢者の尊厳の尊重】と命名した。第2因子は4項目にて構成され、本人の持てる力を確認し「立つ」ことを支援する身体機能へのアプローチ、ノックをしてから返事を待つという配慮の

内容から【2. 認知症高齢者の心身機能への配慮】と命名した。第3因子は5項目にて構成され、見ること、話すこと、触れることを通して認知症高齢者に情報を伝達する内容から【3. 認知症高齢者への情報の伝達】と命名した。第4因子は3項目から構成され、認知症高齢者へこころやさや安心感を伝える内容から【4. 認知症高齢者へ安心感を与える】と命名した。第5因子は3項目にて構成され、本人の意思を大切に、信頼関係を構築する内容から【5. 認知症高齢者と信頼関係を結ぶ】と命名した。

表 3 認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度の探索的因子分析

	因子名	項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
1	認知症高齢者の 尊厳の尊重	私は高齢者と看護師としてかわるのではありません人と人としてかわる	0.562	0.052	0.153	-0.198	-0.027
		私は高齢者のことを大切に思っ	0.630	-0.167	0.125	0.014	0.178
		てかわる					
		私は高齢者の仕事歴、好きなこと	0.554	0.086	-0.136	-0.017	0.257
		を知り、話の内容に取り入れる					
		私は高齢者に幻覚が見えても否定	0.533	-0.181	-0.071	0.223	0.198
		しない					
		私は高齢者の繰り返しの訴えにも	0.499	0.021	-0.209	0.061	0.426
		丁寧に対応している					
		私は高齢者の家族を会話に入れ	0.518	0.086	-0.017	-0.012	-0.005
		るようにしている	0.510	-0.016	0.012	0.028	-0.088
		私は高齢者が発語不可能であ	0.508	0.262	0.239	-0.052	-0.249
		っても話しかけ続ける					
		私は高齢者に会った時には最初	0.524	-0.112	0.059	0.193	-0.070
		に仕事以外の話をしている					
2	認知症高齢者の 心身機能への配慮	私はどのような状態にある高	-0.051	0.522	-0.066	-0.017	0.374
		齢者にも本人の四肢の筋力や関					
		節の動き、立つ能力や歩く能力	0.102	0.841	-0.060	0.061	-0.045
		をアセスメントしている					
		私はケアや会話を始める前に	-0.040	0.742	-0.057	0.139	-0.021
		高齢者の瞳に自分の顔が映る	-0.303	0.441	0.024	0.270	0.051
		ことを確認して高齢者と視線	0.086	-0.164	0.699	0.056	-0.011
		を合わせて正面から徐々に相	-0.022	-0.106	0.846	-0.043	0.064
		手が認識できる距離まで近づ	0.048	0.219	0.416	0.251	-0.120
		いている					
3	認知症高齢者への 情報の伝達	私はケア中に高齢者を見続け	-0.049	0.284	0.531	-0.089	0.219
		る、話し続ける、優しく触れ	0.070	0.265	0.526	-0.105	0.150
		続けているのうち、同時に2つ	0.068	0.133	0.180	0.636	-0.048
		以上を行っている					
		私は高齢者に触れる時、触れ	0.017	0.110	-0.078	0.743	-0.050
4	認知症高齢者へ 安心感を与える	る時、背中や上腕など抵抗感	0.140	0.156	0.014	0.423	0.087
		のない場所から触れている					
		私は高齢者の笑顔を確認して					
		私は同じ目線の高	-0.170	-0.116	0.372	0.215	0.550
		さで高齢者を見ている					
5	認知症高齢者と 信頼関係を結ぶ	私は高齢者に優しく穏やかに	0.072	-0.035	0.139	-0.06	0.605
		話しかけている					
		私は必ず高齢者の合意を得て	0.076	0.367	-0.095	-0.148	0.486
		ケアを行う					
		因子寄与率 (%)	31.132	10.259	6.530	5.727	4.988
		累積寄与率 (%)	31.132	41.391	47.92	53.647	58.634
		因子間相関	I	II	III	IV	V
		第1因子：	—	0.365	0.370	0.357	0.482
		第2因子：	0.365	—	0.537	0.362	0.281
		第3因子：	0.370	0.537	—	0.559	0.290
		第4因子：	0.357	0.362	0.559	—	0.392
		第5因子：	0.482	0.281	0.290	0.392	—

因子抽出法：重みなし最小二乗法 回転法：プロマックス法

表4 認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度各因子と
ENDCOREs各因子相関

		認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度					
		項目全体	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
ENDCOREs	項目全体	.634**	.491**	.475**	.456**	.582**	.477**
	自己統制	.456**	.344**	.332**	.289**	.423**	.408**
	表現力	.432**	.310**	.326**	.355**	.429**	.311**
	解読力	.373**	.275**	.278**	.243**	.388**	.368**
	自己主張	.373**	.201*	.343**	.415**	.342**	.147
	他者受容	.496**	.492**	.289**	.237**	.414**	.437**
	関係調整	.563**	.500**	.408**	.361**	.452**	.395**

Spearmanの順位相関係数 $p < 0.01$ **表5 研修参加の有無による認知症高齢者とのコミュニケーションスキル
自己評価尺度の平均値・標準偏差

自己評価尺度の平均値・標準偏差				n=133
コミュニケーション研修参加の有無	人数	%	平均値	標準偏差
コミュニケーション研修参加なし群	69	51.9	99.62	10.36
ユマニチュード®以外のコミュニケーション研修参加あり群	46	34.6	96.35	10.38
ユマニチュード®研修参加あり群	18	13.5	103.89	8.46

(3) 基準関連妥当性

認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度と ENDCOREs それぞれの項目全体、各因子間の相関係数を求めた(表4)。項目全体では相関係数 $rs = .634$ と中等度の相関を認めた。各因子間においては、認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度の第5因子と ENDCOREs の「自己主張」のみ相関がみられなかった。それ以外の因子間においては $rs = .201 \sim .582$ と中等度の相関を認めた。認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度の第4因子と ENDCOREs の項目全体との相関が $.582$ と最も強い相関がみられ、因子間では認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度の第1因子と ENDCOREs の「関係調整」が $.563$ と最も高かった。

(4) 内容妥当性

看護師経験年数との相関を検討した結果、有意確率 $p = .306$ 、 $rs = .089$ で相関はみられなかった。一方、訪問看護師経験年数との相関を検討した結果、 $p = .010$ 、 $rs = .205$ と有意な弱い相関がみられた。

また、認知症高齢者とのコミュニケーション研修参加なし群、ユマニチュード®以外の認知症高齢者とのコミュニケーション研修参加あり群、ユマニチュード®研修参加あり群の3群に分けて Kruskal-Wallis 検定での比較を行った。その結果、 $p = .030$ で有意差があり、研修参加によってコミュニケーションスキル自己評価尺度の結果に相違があることが認められた。さらにそれぞれ2群間において Mann-Whitney の U 検定にて比較を行った結果、ユマニチュード®以外の認知症高齢者とのコミュニケーション研修参加あり群、ユマニチュード®研修参加あり群の2群においての

み $p=.010$ と有意差が認められた。3群の尺度合計点平均値を比較した結果、ユマニチュード®研修参加あり群、認知症高齢者とのコミュニケーション研修参加なし群の順に高く、ユマニチュード®以外の認知症高齢者とのコミュニケーション研修参加あり群が最も低かった(表5)。

4. 信頼性の検証

内的整合性を検証するため、尺度全体と下位尺度の因子についてクロンバック α 係数を算出した。第1因子の α 係数は.803、第2因子の α 係数は.824、第3因子の α 係数は.745、第4因子の α 係数は.748、第5因子の α 係数は.637であり、全項目では.897であった。いずれの項目も基準とする.7以上をほぼ上回った。項目が削除された場合にクロンバック α 係数が上昇する項目はみられなかったため、完成版は24項目とした。

考察

1. 認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度の妥当性

重みなし最小二乗法、プロマックス回転による探索的因子分析の結果、「認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度」は5因子にて構成された。質問項目を作成するにあたって初回に設定した44項目は「尊厳を尊重するコミュニケーションスキル」「信頼関係を構築するコミュニケーションスキル」「安心感を提供するコミュニケーションスキル」の3つの概念で構成されていたが、因子分析の結果明らかになった5因子24項目のうち、【1. 認知症高齢者の尊厳の尊重】と【2. 認知症高齢者の心身機能への配慮】の項目は、初回に設定した「尊厳を尊重するコミュニケーションスキル」に含まれていた。また、【3. 認知症高齢者への情報の伝達】と【5. 認知症高齢者と信頼関係を結ぶ】の項目は、初回に設定した「信頼関係を構築するコミュニケーションスキル」に含まれていた。【4. 認知症高齢者へ安心感を与える】項目は、「安心感を提供するコミュニケーションスキル」に含まれていた。

第1因子【認知症高齢者の尊厳の尊重】は、人として認知症高齢者を大切にかかわることや、認

知症高齢者の仕事歴や好きなことを知ること、幻覚や繰り返しの訴えにも対応することなど認知症高齢者の尊厳を尊重する項目にて構成されていた。これらの項目は、認知症高齢者とコミュニケーションをとる上で、まず相手を一人の人間として尊重するという認知症高齢者とのコミュニケーションには重要な意味を持つ構成要素である。内海ら²⁰⁾は、訪問看護師のアイデンティティ因子の一つに「利用者の尊厳の尊重」があることを報告している。「利用者の尊厳の尊重」は看護職共通のアイデンティティであるが、訪問看護師は療養者宅で看護を行うために意識化しているのではないかと述べている。また、ENDCOREs各因子と第1因子の相関(表4)において、他の因子に比べて「他者受容」.496、「関係調整」.563と高い相関がみられた。「他者受容」は相手の意見や立場への共感や友好的な態度で接すること、相手の意見を受け入れること、相手の意見や立場を尊重する項目で構成されており、「関係調整」は人間関係を第一に考えて行動することなど関係性の維持に努める因子である。これらは認知症高齢者をありのまま受け入れることで本人の尊厳を尊重する内容と通じていると考える。また、訪問看護師は生活の場に入って支援を行うという特徴から、本人のみならず家族に対する支援も必要である。堀田ら²¹⁾は家族が訪問看護師に求める支援に「認知症の理解と対応方法への助言」「訪問看護師の対応を見ることで得られる安心感」があると報告している。第1因子には「私は高齢者の家族を会話に入れるようにしている」の項目が含まれている。これは、療養者のみでなくその家族も看護の対象として捉えるという訪問看護の特徴を表している項目と考えられる。

第2因子【認知症高齢者の心身機能への配慮】は、認知症高齢者の立位や歩行能力をアセスメントし、立つ機会や上体を起こしてかかわる機会を作ることなどに関する項目にて構成されていた。ユマニチュード®は人が「立つ」ことでもたらされる身体的、生理的、心理的影響を最大限に発揮し、すべての人がその人生において健康で自律し、尊厳をもった暮らしが実現できることを目指している²²⁾。訪問看護の支援においては、本人の持つ強みを生かした支援が大切である。本人の持

つ身体機能をアセスメントし、可能な限り持つ力を活かした支援をすることは、すべての看護職に必要な支援内容ではある。しかし、可能な限り自立した生活を送る支援をすることで、療養者は地域での生活を継続していけるため、生活の場において支援を行う訪問看護師には特に必要な考えを表している因子といえる。

第3因子【認知症高齢者への情報の伝達】は、認知症高齢者とコミュニケーションを取る具体的な技術内容の項目にて構成されていた。第3因子は尺度原案作成時には「信頼関係を構築するコミュニケーションスキル」に含まれている。尺度原案作成時には訪問看護師より、具体的に学習した内容ではないが、多くの訪問看護師が療養者との信頼関係を結ぶために自然と行っている技術と類似していると語られていた。これらより、第3因子は情報の伝達のための基本的な技術であるが、信頼関係を構築することを大切にしている訪問看護師が、経験の中で自然と習得した技術にも近い項目であることが示唆された。

第4因子【認知症高齢者へ安心感を与える】は、触れ方や触れる場所に関する項目と認知症高齢者の笑顔を確認する項目より構成されている。触れることは安心感を与えると報告されており²³⁾、特に認知症の方は不安が強いため、安心感を与えるかかわりは大切である。また、第4因子には「私は高齢者の笑顔を確認する」という項目がある。自宅で生活をする認知症高齢者を対象としたおだやかスケールに「笑顔で喜びを示す」という項目がある²⁴⁾。笑顔がみられるということは、認知症高齢者が生活をする場で安心して穏やかに過ごせていることを意味するものであると考えられる。また、これは在宅で生活をする認知症高齢者を対象にした尺度特有の項目であるとも考えられる。

第5因子【認知症高齢者と信頼関係を結ぶ】は、目線を合わせること、穏やかに優しく話すこと、合意を得てケアを行う内容により構成されている。療養者や家族と信頼関係を構築することは訪問看護師に必要不可欠な要素である。

尺度作成において認知症高齢者とのコミュニケーションスキルには3つの概念がみられ、それぞれ「尊厳を尊重するコミュニケーションスキル」「信頼関係を構築するコミュニケーションスキル」

「安心感を提供するコミュニケーションスキル」として分類した。それぞれの内容は第2、4、5因子に含まれていた。これらのことから、作成した本尺度は認知症高齢者とのコミュニケーションスキルを含んだ尺度であると考えられる。

内容妥当性においては、訪問看護師経験年数と認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度の結果には有意な弱い相関がみられた。看護師経験年数と認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度の間には相関がみられていないことより、本尺度がより信頼関係の構築や本人の尊厳の尊重を大切にすることを求められる訪問看護師を対象として作成した尺度として内容妥当性があると考えられる。また、信頼関係の構築や、本人の尊厳の尊重はすべての看護師にも必要であるため、今後、訪問看護師以外への活用について検討する必要性もある。

基準関連妥当性においては、ENDCOREsの下位因子「自己主張」と、本研究尺度の第5因子以外のすべての因子において中程度の相関がみられた。ENDCOREsはコミュニケーションスキルの諸因子を階層構造にしたものであることより、正の相関がみられ、基準関連妥当性が確認された。また本尺度とENDCOREsの各因子のうち、「関係調整」と「他者受容」との相関が強い傾向がみられた。認知症高齢者をありのまま受け入れ、人間関係を良好に調整しながらコミュニケーションを取ることは、人の尊厳を尊重し、信頼関係を構築して支援を行う訪問看護師にとって必要なコミュニケーションスキルであり、そのスキルをもつことで、認知症高齢者の地域での生活を支援することを可能にする。本尺度はそのスキルを評価する項目を含む尺度であると考えられる。

研修参加の有無による3群比較の結果、有意差がみられ、認知症高齢者とのコミュニケーション研修参加の有無により認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度の結果に相違があることが認められた。しかし、3群の認知症高齢者とのコミュニケーションスキル平均値はユマニチュード®以外の認知症高齢者とのコミュニケーション研修参加あり群で最も低かった。本研究では参加した研修の詳細まで明らかにしておらず、今後どのような学習内容がコミュニケーションス

キルの向上に効果があるのか明確にしていく必要があると考えられた。3群のうちユマニチュード®研修参加のあり群の平均値が最も高かった。本研究の尺度においてユマニチュード®の技術項目を多く用いているため当然の結果といえるが、ユマニチュードを学習することで実践の場でのコミュニケーションスキルが高まる可能性も示唆された。

2. 認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度の信頼性

クロンバック α 係数は、全体では.897であったことから、本尺度の信頼性はおおむね確保できたと考える。以上のことより、認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度は認知症高齢者とのコミュニケーションスキルの自己評価や認知症高齢者とのコミュニケーション学習の評価に寄与すると考える。しかし、今回の調査は再調査による検証はできておらず、安定性においては今後の課題である。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究はA県における訪問看護師を対象に、認知症高齢者とのコミュニケーションスキル自己評価尺度を作成しているため、一般化には限界がある。作成段階より訪問看護師を対象として作成したが、尺度の因子から、全ての看護職に適応され则认为られる。また、コミュニケーションは双方向の関わりであるが、本研究においては訪問看護師のみを対象にしており、認知症高齢者にとっての評価はされていない。技術項目の一部にユマニチュード®の技術項目を用いているが、ユマニチュード®の技術は150以上あると言われており、本尺度に使用した技術は一部である。今後は広い地域やすべての看護職を調査対象とし、実証研究を行うことで尺度を評価し、さらに改良を検討していきたい。

本論文の著者はCOIに関する報告はない。

謝辞：本研究にご協力いただきましたA県訪問看護ステーション協議会ならびに訪問看護師の皆様、日本ユマニチュード®学会およびユマニ

チュード®インストラクターの皆様に深く御礼申し上げます。

文献

- 1) 内閣府：令和4年版高齢社会白書. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf, 2022.7.1アクセス.
- 2) 厚生労働省：認知症施策推進大綱(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定(概要)). <https://www.mhlw.go.jp/content/000519053.pdf>, 2021.7.20アクセス.
- 3) Kitamura T, Tanimoto C, Oe S, et al: Familial caregivers' experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone. *Psychogeriatrics* 19(1): 3-9, 2018.
- 4) 一般社団法人全国訪問看護事業協会. 令和4年度訪問看護ステーション数調査結果. <http://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r4-research.pdf>, 2021.10.31アクセス.
- 5) 松本令子、佐藤悦子、泉宗美恵：Y県における訪問看護師の認知症高齢者ケアに対する訪問看護実践の実態—認知症高齢者訪問看護質評価指標を用いて—. 山梨県立大学看護学部 看護学研究科研究ジャーナル 4: 51-65, 2018.
- 6) 山根友絵、山崎尚美、池俣志帆、他：訪問看護ステーションにおける認知症高齢者の支援時の訪問看護師の困難と対応. *日本看護福祉学会誌* 23(2): 175-185, 2018.
- 7) 丸山幸恵、後藤順子、叶谷由佳：訪問看護ステーションにおける訪問看護師の現任教育の実態と課題. *千葉科学大学紀要* 10: 101-108, 2017.
- 8) 山本則子：高齢者訪問看護の質指標の開発の意義とプロセス. *看護研究* 40(4): 301-308, 2007.
- 9) 訪問看護師応援サイト. 高齢者訪問看護の質指標, <http://plaza.umin.ac.jp/houmonkango/index.html>, 2022.10.5アクセス.
- 10) 訪問看護師応援サイト. 高齢者訪問看護の質指標序. 高齢者訪問看護の基本, <http://plaza.umin.ac.jp/houmonkango/qua000.pdf>, 2022.10.5アクセス.
- 11) 鈴木みずえ、吉村浩美、宗像倫子、他：急性期病院の認知障害高齢者に対するパーソン・センタード・ケアをめざした看護実践自己評価尺度の開発. *老年看護学* 20(2): 36-46, 2016.
- 12) 大田博：日本における訪問看護師の継続教育に関する文献レビュー. 四條畷学園大学看護ジャーナル 創刊号 1-7, 2017.
- 13) 茂野香おる：系統看護学講座 専門分野 基礎看護学 [2] 基礎看護技術 I . pp61-62 医学書院, 2021.

- 14) 深井喜代子編集：新体系看護学全書 基礎看護学 2 基礎看護技術 I . pp203-204, メジカルフレンド社, 2018.
- 15) 本田美和子、イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ：ユマニチュード入門. pp40-74, 医学書院, 2014.
- 16) イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ、本田美和子：家族のためのユマニチュード. pp86-103, 誠文堂新光社, 2018.
- 17) 藤本学：コミュニケーション・スキルの実践的研究に向けた ENDCORE モデルの実証的・概念的検討. パーソナリティ研究 22(2), pp156-167, 2013.
- 18) 山本正彦、吉岡さおり、岩脇陽子：がん専門看護師の役割行動能力とその関連要因の検討～育成環境とコミュニケーションスキルの側面から～. 日本 CNS 看護学会誌 8, 1-9, 2021.
- 19) 真鍋千香、當目雅代：「看護師ヒューマンスキル尺度」の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本看護研究学会雑誌 41(4), 637-649, 2018.
- 20) 内海恵子、松井妙子、沖亜沙美、他：訪問看護師の職業的アイデンティティ尺度開発の試みと信頼性・妥当性の検討. 香川大学看護学雑誌 21(1): 41-54, 2017.
- 21) 堀田純子、南部清美、野田富士子、他：BPSD を有する認知症高齢者の家族介護者が訪問看護師に求める支援. 日本看護学会論文集 精神看護 50: 94-97, 2020.
- 22) 本田美和子：「優しさを伝えるマルチモーダル・コミュニケーション・ケア技法：ユマニチュード」はなぜ有効なのか：情報学的・生理学的・哲学的考察. 認知症ケア研究誌 6: 28-39, 2022.
- 23) Tatsumi K , Adachi Y , Yokota Y , et al: Effects of body touching therapy on the elderly. Journal of International Society of Life Information Science 18(1): 246-253, 2000.
- 24) Tsujimura H , Iwanaga K , Sato Y : Application of 18-item DEOS for dementia elderly people living at home and its reliability and validity. The Kitakanto Medical Journal 67(3): 191-202, 2017.