

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 24 日現在

機関番号：35308

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2012～2014

課題番号：24792478

研究課題名(和文) 終末期医療で働く看護師のための信念対立評価システムの開発

研究課題名(英文) Development of assessment of belief conflict for nursing in palliative medicine

研究代表者

京極 真 (Kyogoku, Makoto)

吉備国際大学・保健医療福祉学部・准教授

研究者番号：50541611

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,000,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、終末期医療で働く看護師の信念対立を定量化できる評価システム(Assessment of Belief Conflict in Relationship, ABCR)を開発することであった。ABCR試作版を作成した後、1683名の看護師を対象に、ABCRを心理統計学的に検討し、妥当性の高い尺度構成を行った(以下ABCR-14)。次に、終末期医療で働く看護師148名を対象にABCR-14を検討し、妥当性の高さが確認された。ABCR-14は、終末期医療で働く看護師の信念対立を定量化するために使用できる。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study was to develop a scale to measure the belief conflict of the nurse in palliative medicine, named the Assessment of Belief Conflict in Relationship (ABCR), on the basis of Dissolution Approach for Belief conflict (DAB). The first step of the study has developed item pool and the concept of a pilot study. Second, ABCR was used in 1683 nursing practitioners of working in various hospitals. Third, we analyzed the psychometric properties of ABCR by nursing practitioner (n=148) of those being employed in palliative medicine. The ABCR-14 illustrated good psychometric properties for nursing belief conflict in palliative medicine.

研究分野：信念対立解明アプローチ

キーワード：信念対立 信念対立解明アプローチ 尺度開発 緩和ケア 終末期患者 看護師

1. 研究開始当初の背景

信念対立は、チーム医療の機能を低下させる問題である。信念対立とは、考え方が異なるため生じる争いであり、怒り、不安、葛藤などの感情体験を経た後に不信任、不干渉へと至る。現代医療において、チーム医療は必要不可欠である。信念対立の実態について把握し、具体的対策を考えていく必要がある。

信念対立に関する研究は、患者とその家族、医療者を対象にした質的研究、および信念対立解明アプローチなどの構築に関する理論的研究が中心であり、信念対立を定量化する尺度を開発する研究は皆無であった。

本研究において申請者は、自身が開発した信念対立解明アプローチに基づき、医療現場で生じる信念対立を定量的に評価できる新しい評価システムの開発に取りくむことにした。それにあたって、申請者は信念対立という問題が体験されやすいと予想される終末期医療においてチーム医療に携わる看護師を対象に、信念対立評価尺度を開発することにした。

2. 研究の目的

本研究の目的は、終末期医療で働く看護師がチーム医療で体感する信念対立の程度を定量的に把握する尺度である信念対立評価評価システム(Assessment of Belief Conflict in Relationship、以下 ABCR)を開発することであった。

(1)終末期医療で働く看護師を含む様々な領域で働く看護師を対象に尺度特性を検討し、ABCR のロバスト性を高める。

(2)終末期医療で働く看護師を対象に、(1)で開発した ABCR の尺度特性を検討する。

本研究は(1)と(2)の目的を達成することによって、終末期医療における看護師のための信念対立評価尺度を開発した。

3. 研究の方法

本研究は、多段階からなる尺度開発法を採用した。

(1)構成概念の構築

(2)関連尺度のレビュー

(3)専門家会議

(4)尺度構成のためのデータ解析

項目分析

天井効果と床効果が認められた項目、ポリシリアル相関は 0.2 以下の項目は削除した。

因子妥当性

探索的カテゴリーカル因子分析(ロバスト重み付き最小二乗法)で項目の削除と因子構造を生成し、基準を満たさない項目は削除した。

構造的妥当性

確認的カテゴリーカル因子分析(ロバスト重み付き最小二乗法)を行い、データに対する因子構造の適合度を確認した。

仮説検証

Multitrait scaling 解析を行い、平均分散抽出と因子間相関の平方を求めて、弁別的妥当

性と収束的妥当性を検討した。

併存的妥当性

ABCR の因子得点と職業性ストレス尺度 (Job Content Questionnaire、以下 JCQ) の因子得点との関連性を、ピアソンの相関分析を用いて調べた。

識別力と困難度

項目反応理論および多次元項目反応理論で各項目の識別力と困難度を求め、基準を満たさない項目は削除した(ロバスト最尤法)。

4. 研究成果

(1)主な結果

本研究は、構成概念の構築、関連尺度のレビュー、専門家会議を通して、3 因子 45 項目からなる ABCR 試作版を構築した。試作版を基に、尺度構成のためのデータ解析を行い、最終版(以下 ABCR-14)が完成した(表 1)。完成版は 3 因子 14 項目から構成された。

以下に ABCR-14 の主たる心理統計的な根拠の詳細を示す。結論を先に述べておくと、ABCR-14 は終末期医療で働く看護師の信念対立を定量化できる尺度として高い妥当性を有していた。

表 1 ABCR-14 の項目

番号	項目
1	同じ職種でも世代(年齢)の違う人が多く、お互いの協力関係を作りにくいと感じることがある
2	理解し合えない他職種がいて働きにくいと感じることがある
3	患者の気持ちはわかるが、痛みやいらいらで当り散らされて辛い時がある
4	同じ職種の人たちから協力が得られず、連携がなかなかできない
5	他職種とは考え方が食い違って連携しにくいことがある
6	悲観的な訴えをくり返す患者・家族のケアがストレスに感じる時がある
7	同職種では私の好むような親しみなどが少ない
8	業務中に、他職種から自分勝手なことや無理なことを言われる時がある
9	話し好きの患者・家族に長時間拘束されてしまい、仕事が進まずイライラすることがある
10	同じ職種内では上司と部下の間で意思疎通が取りにくいことがある
11	”私の主張に耳を傾けない”というような他職種の態度に接することがある
12	不安の訴えが多い患者をケアするが辛いと感じることがある
13	同職種内にはチームとしての一体感がない
14	”すぐ怒る”、”話にならない”などといった他職種の態度に嫌気がさすことがある

(2)研究 1

対象者の属性

対象の看護師は 1683 名(女性 93.1%、男性 6.0%、その他 0.4%) だった。平均年齢±標準偏差は 35.9±10.4 だった。平均経験年数±標準偏差は 13.0±10.4 だった。週休形態は完全週休 2 日制(1 週に必ず 2 回休)が 33.7%、月 2 回週休 2 日制(4 週 6 休を含む)が 4.4%、何らかの週休 2 日制が 52.5%、月 1 回週休 2 日制(4 週 5 休を含む)が 0.4%、月 3 回週休 2 日制(4 週 7 休を含む)が 1.8%、週休 1 日制(4 週 4 休)が 0.1%、その他が 7.1 % だった。チーム医療別は栄養サポートチームが 4.8%、呼吸ケアサポートチームが 5.1%、リハビリテーションチームが 10.9%、摂食・嚥下チームが 4.5%、糖尿病チームが 5.9%、褥瘡対策チームが 12.5%、感染症対策チームが 12.6%、救急医療チームが 5.7%、緩和ケアチームが 9.3%、医療安全チーム 11.7%、その他が 11.7% だった。配偶者有は 43.1%、喫煙者は 12.5%、飲酒ありは 47.6% だった。

ABCR-14 の尺度特性

因子 1 は患者・家族と医療者の信念対立、因子 2 は他職種間の信念対立、因子 3 は同職種間の信念対立と命名された。以下に示すように、ABCR-14 の良好な尺度特性が認められた。終末期医療を含む様々な領域で働く看護師を対象に高い妥当性が認められたことから、本研究で開発した ABCR-14 のロバスト性が確認された。なお項目分析で削除された項目はなかった。

表 2 因子的妥当性

	F1	F2	F3	UF
3	0.779*	0.077*	-0.039	0.364
6	0.788*	-0.031	0.033	0.381
9	0.719*	0.055	0.007	0.449
12	0.740*	-0.009	0.064*	427
2	-0.035	0.795*	0.110*	0.285
5	-0.001	0.738*	0.137*	0.331
8	0.021	0.706*	-0.002	0.492
11	0.038*	0.684*	0.063	0.461
14	0.142*	0.669*	-0.066	0.513
1	0.070*	-0.011	0.800*	0.334
4	-0.003	0.135*	0.795*	0.237
7	0.006	-0.021	0.776*	0.413
10	0.037*	0.012	0.770*	0.38
13	-0.017	0.088*	0.745*	0.375

因子間相関

F1	1		
F2	0.352*	1	
F3	0.279*	0.532*	1

適合度

RMSEA	0.067
CFI	0.986
TLI	

F1 は因子 1、F2 は因子 2、F3 は因子 3、UF は独自性、*は危険率 5%を示す。

表 3 構造的妥当性

	推定値	SE	Est/SE	危険率
F1	BY			
3	0.794	0.012	68.106	0.000
6	0.769	0.012	61.688	0.000
9	0.753	0.013	57.095	0.000
12	0.764	0.013	58.697	0.000
F2	BY			
2	0.844	0.009	91.117	0.000
5	0.834	0.009	92.14	0.000
8	0.691	0.013	53.569	0.000
11	0.736	0.012	61.808	0.000
14	0.669	0.015	45.561	0.000
F3	BY			
1	0.807	0.009	91.672	0.000
4	0.889	0.007	120.204	0.000
7	0.746	0.011	67.722	0.000
10	0.781	0.01	81.338	0.000
13	0.792	0.01	77.846	0.000
因子間相関				
F2	WITH			
F1	0.639	0.014	44.531	0.000
F3	WITH			
F1	0.345	0.022	15.765	0.000
F2	0.426	0.022	19.809	0.000
適合度				
RMSEA	0.061			
CFI	0.984			
TLI	0.98			

By は因子、WITH は相関、SE は標準誤差、Est/SE は標準化得点を示す。

表 4 仮説検証

	AVE	SCC		
		F1	F2	F1
F1	0.593	1		
F2	0.574	0.408	1	
F3	0.647	0.119	0.181	1

AVE は平均分散抽出、SCC 因子相関の平方を示す

表 5 識別力と困難度

	α	β1	β6
F1	BY		
3	1.473	-1.61	2.263
6	1.236	-1.794	2.055
9	1.384	-1.676	2.125
12	1.558	-1.551	1.964
F2	BY		
2	1.253	-1.78	1.894
5	1.419	-1.65	1.793
8	1.27	-1.766	1.865
11	1.325	-1.721	2.087
14	1.424	-1.646	1.573
F3	BY		
1	1.489	-1.598	2.04
4	1.722	-1.445	2.409
7	1.402	-1.662	2.171
10	1.435	-1.638	1.941

13	1.527	-1.572	2.17
情報量基準			
AIC	66379.782		
BIC	66857.475		

多次元項目反応理論の分析結果である。
は識別力、 は困難度を示す。

表6 ABCR-14とJCQの相関

	F1	F2	F3
仕事要求度	.203**	.195**	.143**
技術の幅	-.02	-.033	-.109**
意思決定範囲	-.087**	-.135**	-.188**
仕事の制御	-.019	-.069**	-.144**
上司の支援	-.146**	-.291**	-.420**
同僚の支援	-.156**	-.348**	-.516**
社会支援	-.171**	-.348**	-.525**
ストレイン	.182**	.222**	.238**

** = $p < .01$, * = $p < .05$

(3)研究2

対象者の属性

対象者は、緩和ケアチームで働く看護師148名(女性97.9%、男性2.21%)だった。平均年齢±標準偏差は38.634±10.297だった。平均経験年数±標準偏差は16.165±10.635だった。看護配置基準は7対1が78.99%、10対1が14.29%、15対1が1.68%、その他が5.04%だった。週休形態は完全週休2日制(1週に必ず2回休)が35.07%、月2回週休2日制(4週6休を含む)が3.73%、何らかの週休2日制が55.97%、月1回週休2日制(4週5休を含む)が0.75%、月3回週休2日制(4週7休を含む)が0.75%、週休1日制(4週4休)が3.73%だった。気分転換の機会の平均値±標準偏差は2.407±0.933、健康状態の平均値±標準偏差は2.378±0.999、配偶者有は52.94%、喫煙者は8.82%、飲酒ありは44.85%だった。

終末期医療におけるABCR-14の尺度特性

終末期医療で働く看護師を対象に、ABCR-14の良好な尺度特性が認められた。

表7 因子的妥当性

番号	F1	F2	F3	UF
12	0.708*	0.001	0.312*	0.378
3	0.687*	0.365*	-0.021*	0.283
9	0.572*	0.320*	0.051	0.457
6	0.743*	-0.005	0.315*	0.329
14	0.042	0.718*	-0.004	0.472
11	-0.037	0.709*	0.024	0.489
8	0.019	0.885*	-0.184*	0.361
5	-0.208*	0.865*	0.032	0.263
2	-0.101	0.890*	-0.025	0.265
13	-0.014	0.097	0.782*	0.293
7	0.030	-0.034	0.758*	0.451
1	0.034	0.036	0.871*	0.200
10	-0.023	-0.026	0.705*	0.524
4	0.000	0.113	0.744*	0.337

因子間相関

F1	0		
F2	0.063	0	
F3	0.127	0.113	0

適合度

RAMSEA	0.092
CFI	0.977
TLI	0.959

F1は因子1、F2は因子2、F3は因子3、UFは独自性、*は危険率5%を示す。

表8 構造的妥当性

	推定値	SE	Est/SE	危険率
F1 BY				
12	0.833	0.041	20.442	0.000
3	0.772	0.036	21.623	0.000
9	0.759	0.050	15.189	0.000
6	0.758	0.040	19.157	0.000
F2 BY				
14	0.857	0.031	27.906	0.000
11	0.832	0.035	24.044	0.000
8	0.759	0.036	21.333	0.000
5	0.730	0.037	19.775	0.000
2	0.742	0.039	19.210	0.000
F3 BY				
13	0.893	0.024	37.138	0.000
7	0.829	0.037	22.580	0.000
1	0.721	0.042	17.094	0.000
10	0.664	0.044	15.132	0.000
4	0.850	0.028	30.466	0.000
F2 WITH				
F3	0.597	0.047	12.600	0.000
F1 WITH				
F3	0.408	0.061	6.639	0.000
F2	0.479	0.051	9.331	0.000

適合度

RAMSEA	0.082
CFI	0.974
TLI	0.968

Byは因子、WITHは相関、SEは標準誤差、Est/SEは標準化得点を示す。

表9 仮説検証

	AVE	SCC		
		F1	F2	F3
F1	0.889	1		
F2	0.885	0.773	1	
F3	0.883	0.638	0.692	1

AVEは平均分散抽出、SCC因子相関の平方を示す。

表10 識別力と困難度

番号	1	6
1	1.622	-1.367
2	1.107	-1.540
3	0.549	-1.806
4	1.484	-1.583
5	1.956	-1.831
6	0.589	-1.645

7	1.085	-1.711	2.027
8	0.791	-1.483	2.006
9	0.561	-1.910	1.882
10	0.985	-1.530	1.746
11	0.872	-1.314	2.197
12	0.551	-1.800	1.657
13	1.401	-1.492	1.996
14	0.899	-1.279	1.252

情報量基準

AIC 5856.959

BIC 6142.399

項目反応理論の分析結果である。は識別力、は困難度を示す。

表 11 ABCR-14 と JCQ の相関

	F1	F2	F3
仕事要求度	.201*	.159+	.031
技術の幅	-.027	-.117	-.188*
意思決定範囲	-.179*	-.117	-.176*
仕事の制御	-.165+	-.148+	-.228**
上司の支援	-.012	-.190*	-.361**
同僚の支援	-.253**	-.356**	-.582**
社会支援	-.136	-.311**	-.544**
ストレイン	-.115	-.097	-.190*

** = $p < .01$, * = $p < .05$, + = $p < .10$

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計 9 件)

Kyougoku M, Teraoka M Masuda N, Oura M, Abe Y, Development of the Assessment of Belief Conflict in Relationship-14, Plosone (採択済), 査読有, DOI: 10.1371/journal.pone.0129349

Kyougoku M, Teraoka M, The influence of belief conflict on stress and burnout syndrome in healthcare workers: using structural equation modeling in a cross-sectional study, Peerj preprint, 査読無, 3:e809v1, 2015, DOI: <https://dx.doi.org/10.7287/peerj.preprints.809v1>

京極真, 差別の人～信念対立解明アプローチ入門、治療、査読無、97(3)、2015、437-441

京極真, 上から目線の人～信念対立解明アプローチ入門、治療、査読無、97(2)、2015、269-273

京極真, ごまかす人～信念対立解明アプローチ入門、治療、査読無、97(1)、2015、137-140

寺岡睦、京極真、作業に根ざした実践と信念対立解明アプローチを統合した「作業に根ざした実践 2.0」の提案、作業療法、査読有、

33(3)、2014、249-258

京極真、嫌味の人～信念対立解明アプローチ入門、治療、査読無、96(12)、2014、1796-1800

京極真、べきの人～信念対立解明アプローチ入門、治療、査読無、96(11)、2014、1650-1653

京極真: 多職種連携の方法論としての信念対立解明アプローチ、日本糖尿病・看護学会誌、査読無、16(1)、2012、44-48

〔学会発表〕(計 3 件)

京極真、寺岡睦、増田典子、河野崇、小林夕子、信念対立評価システムの開発のための基礎研究、第 47 回日本作業療法学会、2013 年 6 月 28～30 日、大阪府大阪市

寺岡睦、京極真、OBP2.0 とは何か～信念対立に耐性のある作業療法理論の提案、第 47 回日本作業療法学会、2013 年 6 月 28～30 日、大阪府大阪市

織田靖史、京極真、マインドフルネスに基づく解明態度の方法論的補完・信念対立解明アプローチの臨床応用可能性を拓くため、第 47 回日本作業療法学会、2013 年 6 月 28～30 日、大阪府大阪市

〔図書〕(計 2 件)

京極真、誠信書房、医療関係者のためのトラブル対応術～信念対立解明アプローチ、2014、162 頁

京極真、中央法規出版、信念対立解明アプローチ入門～チーム医療・多職種連携の可能性をひらく、2012、195 頁

〔産業財産権〕
なし。

〔その他〕
ホームページ等

<https://sites.google.com/site/kyougokumakoto/>

6. 研究組織

(1) 研究代表者

京極真 (Kyougoku, Makoto)

吉備国際大学・保健医療福祉学部・准教授
研究者番号: 50541611