研究報告

『看護師が測定する心肺停止状態にある患者家族ニーズ表』の作成 —信頼性・妥当性の検討—

Development of “Family Needs of Cardiopulmonary Arrest Patients Inventory that Nurses Measure”
— The Examination of Reliability and Validity —

中谷美紀子¹⁾   黒田裕子²⁾
Mikiko Nakaya   Yuko Kuroda

本研究の目的は、『看護師が測定する心肺停止状態にある患者家族ニーズ表(Family Needs of Cardiopulmonary Arrest Patients Inventory that Nurses Measure；以下 FNCPAI-NM と略す)』を作成し、信頼性・妥当性を検討することである。この尺度は、看護師が重要と認識してもニーズを満たすケア実践ができない家族ニーズを明らかにするものである。

既存の2つの家族ニーズ表と、看護師より得た情報をもとに暫定版を作成し、専門家による内容妥当性、パイロットスタディによる探索的因子分析で概念構成妥当性を検討した。その結果4因子が抽出され、「待っている間の家族の心身の安寧・安楽を求めるニーズ」「家族の存在を保証するニーズ」「患者ケアに責任ある言動を求めるニーズ」「医療者に真摯な対応を求めるニーズ」と命名された。これらは搬送から死亡に至る特徴的なプロセスに存在する家族を捉えることが可能であるといえる。内的整合性を表すクロンバックの α 係数は、全体で0.85、それぞれの因子で0.82～0.68となり、十分な信頼性を確保した。最終的に4因子20項目の『FNCPAI-NM』が完成した。

キーワード：救急看護、家族ニーズ、スケール、尺度開発

Key words：emergency nursing, family needs, scale, development of scale

I. 問題の背景と目的

心肺停止状態に陥り3次救命救急センターに搬送され心肺蘇生(cardiopulmonary resuscitation；以下 CPR と略す)を受ける患者は、その甲斐もなく死亡するケースが多い。救命から終末期ケアへと大きく移行するプロセスにあるこのような患者の家族は状況的危機状態に陥る場合があるため、自らのニーズに気づくことは困難である。したがって、危機状態の緩和や悲嘆過程の促進のため家族ニーズを満たすケア提供が重要である。しかし、救命を優先とした治療、環境の物理的障害、看護師自身の苦手意識などにより¹⁾、看護師のケア提供の困難さが明らかにされている。

集中治療室に入室する患者の家族を対象に開発され、世界的に広く活用されている The Critical Care Family Needs Inventory(以下 CCFNI と略す)²⁾をはじめ、近年、独自に開発されたさまざまな尺度が用いられて^{3～6)}、救急看護領域における家族ニーズ調査が盛んに行われている。これらの尺度を用いて看護師を対象に家族ニーズに対する重要性和実践度に関する研究を概観すると^{7～9)}、重要と認識していても実践できない家族ニーズの存在が明らかになっている。しかし、これらは救急病棟に「入院する患者の家族ニーズ」を対象に看護師のケア提供の実態を調査したものであり、心肺停止にある患者の家族ニーズに対するものとは異なる。また、患者の家族を対象に作成された尺度を一部修正したうえで活用されており、その尺度の信頼性と

妥当性には疑問が残る⁵⁾。さらに、救急領域に CCFNI をそのまま適用するのは適切ではないとも指摘されている¹⁰⁾。つまり、心肺停止状態で搬送された患者の家族ニーズに焦点をあて、どの程度重要と看護師は認識し、どの程度ニーズを満たすケアを行っているのかという実態を明らかにするには、新しい尺度の開発が必要である。この尺度を活用した調査を行うことで、看護師が家族ニーズを満たすケア実践ができない心肺停止状態の患者の家族ニーズとケア実践に影響を及ぼす要因が明らかとなり、看護の示唆を得ることができる。と考える。

したがって本研究の目的は、『看護師が測定する心肺停止状態にある患者家族ニーズ表(Family Needs of Cardiopulmonary Arrest Patients Inventory that Nurses Measure; 以下 FNCPAI-NM と略す)』を作成し、信頼性・妥当性を検討することである。この尺度は、看護師が重要と認識しても家族ニーズを満たすケア実践ができない、心肺停止状態の患者の家族ニーズを明らかにするものである。

Ⅱ. 用語の操作的定義

尺度とは、「構成概念」を測定するものである¹¹⁾。本研究では、重要と認識しても満たすことができない家族ニーズを明らかにするため、多くの家族ニーズ測定尺度の基盤となっている CCFNI²⁾で抽出された「保証」「接近」「情報」「サポート」「安寧・安楽」の5つの因子を家族ニーズの構成概念と定義し、それぞれのニーズに対し看護師の重要性認識度と実践度を測定する。また、心肺停止状態にある患者が搬送された3次救命救急センターに患者と同乗、あるいは CPR 中に来院した、18歳以上の重要他者を家族と定義した。ただし、蘇生に至り入院する患者の家族を除外した。

Ⅲ. 『FNCPAI-NM』暫定版作成

既存の2つの家族ニーズ表と看護師からの情報をもとに『FNCPAI-NM』の暫定版を作成した。ここでは、これらのニーズ表の説明と作成過程を記述する。

1つ目の The Critical Care Family Needs Inventory-Japanese Version⁶⁾(以下 CCFNI-J と略す)は、CCFNI²⁾をもとに作成、翻訳と逆翻訳、専門家による妥当性、さらに項目－全体(以下 IT と略す)相関係数と

Cronback の α 係数をもとに項目の整理が行われた。36項目の α 係数 0.93, IT 相関係数 0.35~0.69 と有意な相関により信頼性を確保したものである。暫定版を作成するにあたり、この CCFNI-J から、患者が入院した場合の面会や情報提供、転棟、家族の食事に関する CPR を受ける患者の家族ニーズに適さないと思われる項目を削除、かつ、すでに IT 相関係数が低いため削除された項目のうち、上記の削除基準以外の2項目「予想される患者の病態・予後を知ること」、自分以外の家族への連絡のために必要と思われる「待合室の側に電話があること」を再検討、CPR を受けている患者の家族にとって重要なことであると判断したうえで追加し、全 27 項目を抽出した。

救急領域に適用するため Redley と Beanland¹²⁾が CCFNI²⁾を改訂した Revising the Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department(以下 R-CCFNI-ED と略す)は、CCFNI より 16 項目を抽出、14 項目を修正、そして家族のインタビューより 10 項目を新たに加えた全 40 項目で構成されている。内容妥当性の検討、Cronback の α 係数 0.90、評価者間信頼度 0.90 によって信頼性と妥当性を確保している。この 40 項目には、CPR を受ける患者の家族ニーズに適さない項目に加え日本の文化に合わない項目も含んでいたため、項目を検討・削除し、全 31 項目を抽出した。このニーズ表の翻訳の妥当性は、英語圏の大学で看護学士を修め、10年以上の臨床経験をもち、クリティカルケア看護学修士課程修学中の筆者が翻訳し、指導者のスーパーバイズを受けることで確保した。

ネットワーク標本抽出にて初療に携わる看護師を募り、面接調査協力の意思を示した2年目から24年目の看護師5名に対し、CPR 時の家族への対応と家族ニーズについて半構成的面接法を用いて得たデータを逐語化し、看護師が CPR 時の家族ニーズと認識したものを抽出しカテゴリーに分類、命名した。そのうち、CCFNI-J⁶⁾と R-CCFNI-ED¹²⁾の項目と重複しない新たな7項目を得た。

抽出した CCFNI-J の 27 項目、R-CCFNI-ED の 31 項目、そして看護師からの情報から得た7項目を統合した結果、「保証」9項目、「接近」6項目、「情報」8項目、「安寧・安楽」7項目、そして「サポート」15項目を得て、最終的に5つの構成概念 45 項目で構成された暫定版『FNCPAI-NM』を作成した。

IV. 研究方法

1. 内容妥当性の検討

内容妥当性とは、尺度が構成概念の内容領域をどの程度代表しているか専門家による評価で検討するものである¹³⁾。日本救急看護学会学会員もしくは日本クリティカルケア看護学会学会員であり、修士課程修了以上の学歴と救急看護領域の研究で著名な看護専門家は暫定版『FNCPAI-NM』の45項目それぞれを5つの構成概念に振り分けてもらい、70%項目一致度で項目ごとに検定し、修正版とした。

2. パイロットスタディ

1) 対象者と標本抽出方法

パイロットスタディへの協力に同意を示した首都圏内にある3つの3次救命救急センター看護部門管理者に、当該センターに勤務する初療担当経験満2年以上の看護師のうち調査に協力できる対象者の選択を依頼し、59名を対象者として抽出した。また、回収率を考慮しサンプル数を確保するため、簡便サンプリングを併用し、看護師31名を加え、90名の看護師を対象とした。ただし、救命救急センター看護管理者の役割を担っている看護師は除外した。

2) データ収集期間

2008年8月1日～8月31日。

3) データ収集方法

郵送法を用いた。パイロットスタディ概要と修正版『FNCPAI-NM』とデモグラフィック変数で構成される調査用紙を各看護管理者に対象者人数分送付し配布を依頼した。対象者には、回答後同封した返信用封筒に密封、対象者自身によって投函してもらった。同様に、簡便サンプリングによって調査研究協力に承諾を得られた看護師にも調査用紙を郵送した。回収方法は郵送法と留置法とした。回答された調査用紙の返信をもって同意を得たものとしてデータとした。

4) 項目の尺度化とニーズ実践得点

各項目に対する回答は、看護師の重要性認識度、実践度とも4段階リッカート尺度で評価し、得点が高いほど看護師はその家族ニーズを重要と認識している、また、頻繁に実践していることを表す。

家族ニーズに対して「重要であるにもかかわらず実

践できない」という看護師の評価を指標化するため、ニーズ実践得点を設定し重みづけを行った。ニーズ実践得点は、内閣府¹⁴⁾の調査方法を参考に、(ニーズ実践得点)=(重要性認識度得点)×(5-実践度得点)で算出されるものである。この得点範囲は、1項目につき1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 12, 16点の離散データである。最高得点16点は、「とても重要だが、全く行っていない」を意味し、「対応の必要性」が高いことを示す。

5) デモグラフィック変数

対象者の特徴を捉えるため、年齢、性別、婚姻状況、看護基礎教育卒後の正看護師経験年数、初療経験年数、最終学歴、職位と役割、そして医療系取得資格の有無、対象者が従事している勤務体制や初療における人員配置などを調査用紙に加えた。

6) 分析方法

それぞれの項目についてニーズ実践得点を算出し項目分析を行い、天井効果とフロア効果を確認した。さらに、Spearmanの順位相関係数を算出し、冗長性を有する項目の検討を行った。その後IT相関係数が|0.2|未満の項目を無相関な項目とした¹⁵⁾。そのうえで、主因子法バリマックス回転による探索的因子分析を行い、因子の決定と因子負荷量|0.4|未満の項目を削除することで、構成概念妥当性を検討した。抽出した因子と『FNCPAI-NM』の内的整合性を検定するため、Cronbackの α 係数を求め信頼性を確認した。データ分析には、統計解析用ソフトSPSS 17.0J for Windowsを用いた。また、調査用紙には自由記入欄を設け、対象者に自由に意見を記載していただき、項目表現の参考とした。

3. 倫理的配慮

研究者が所属する施設の研究倫理委員会に申請し承認を得て実施した。また、CCFNI-J⁶⁾とR-CCFNI-ED¹²⁾の開発者に使用許可を得た。本研究協力に対しクリティカルケア看護専門家や対象施設の救命救急センター看護管理者の承諾を得たうえで、倫理的配慮について文書を対象者に配布する調査用紙に添付した。その文書には、自由意思による研究への参加、無記名による個人情報の保護、研究参加における利益・不利益、データの管理方法およびデータ分析後の破棄などを記載した。

V. 結果

1. 内容妥当性の検討

クリティカルケア看護専門家 13 名中回答を返信した 11 名のデータを分析の対象とした。70%項目一致度で検定した結果、「保証」「接近」「情報」「安寧・安楽」ニーズの一致度は 71.6～81.8%だったが、「サポート」が 47.3%と低かったため尺度全体も 66.3%にとどまった。そこで、専門家からの意見を参考に、項目の削除、表現の再検討、修正を加え、「保証」9項目、「接近」5項目、「情報」10項目、「安寧・安楽」7項目、そして、「サポート」6項目から構成される計 37 項目の修正版『FNCPAI-NM』が完成、全体の一致度が 81.5%となり、修正版『FNCPAI-NM』の内容妥当性の確保とした。

2. パイロットスタディ対象者の背景

調査用紙を配布した 90 名のうち回答の返信は 50 名(55.6%)だった。そのうち初療経験 2 年未満や経験年数を記載していなかった 5 名の回答を無効とし、45 名(有効回答率 50.0%)のデータを分析した。このサンプル数は項目数を超えており因子分析が可能と判断した¹⁶⁾。対象者の概要を表 1 に示す。

3. 項目分析

回収した 45 名のデータより、重要性認識度と実践度からニーズ実践得点を算出した。天井効果およびフロア効果が認められた項目はなかった。また、項目間の相関はすべて 0.7 を下回り、冗長性を有した項目はなかった。IT 相関係数 $|0.2|$ 未満だった 7 項目を削除し 30 項目が残った。

4. 概念構成妥当性の検討

まず、全 30 項目に対し探索的因子分析を行った。主因子を採用し、固有値 1.0 以上、累積寄与率 50.0%以上、そしてスクリープロットを参考に因子数を検討した。スクリープロットのグラフの傾きだけで判断すると 3 因子が示唆されたが、累積寄与率が 44.0%と低かったこと、また、定義した家族ニーズの構成概念が 5 つだったため因子解釈可能性を考慮し 4 因子を採択した。その後、主因子法、バリマックス回転で因子分析を繰り返し、因子負荷量 $|0.4|$ 以上を基準に項目の

検討を行い、9 項目を削除した。残った 21 項目について IT 相関係数が 0.2 以下の 1 項目を削除とした。最終的に 4 因子 20 項目を採択し、累積寄与率は 51.3%となった(表 2 参照)。なお、 $|0.4|$ 以上の因子負荷量を 2 つもつ項目は、因子負荷量の大きい因子に分類した。

各因子を以下のように解釈した。第 1 因子は 7 項目で構成され、待合室で待っている間の心身ともに安寧を求める項目において高い負荷量を示したため、「待っている間の家族の心身の安寧・安楽を求めるニーズ」と命名した。第 2 因子は 5 項目で構成されており、患者の死という現実を受け止め、家族の存在の安定を求める項目において高い負荷量を示したため、「家族の存在を保証するニーズ」と命名した。第 3 因子は 4 項目からなり、患者の治療処置に専念し、予後などの情報を正確に伝える医療者の態度を求める項目について高い負荷量を示したことから、「患者ケアに責任ある言動を求めるニーズ」と命名した。第 4 因子は 4 項目で構成され、突然死という事実に向き合うことができるよう、家族の状態に応じた対応を求める項目において高い負荷量を示したため、「家族に対する医療者の真摯な対応を求めるニーズ」と命名した。なお、自由記載欄に記述された対象者からの意見を参考に各項目の表現を見直し、一部変更した。

5. 信頼性の検討

Cronback の α 係数を算出した結果、全体の α 係数は 0.85、各因子の α 係数は、第 1 因子=0.82、第 2 因子=0.75、第 3 因子=0.73、第 4 因子=0.68 と、ある程度の信頼性は確保された。IT 相関係数は、0.27 から 0.70 の正の相関が認められたため、内的整合性が保たれていると判断した(表 2 参照)。以上の手続きを経て、4 因子 20 項目からなる完成版『FNCPAI-NM』を作成した。

VI. 考察

1. 内容妥当性

クリティカルケア看護専門家 11 名には、項目をそれぞれ 5 つの構成概念に振り分けてもらい、70%一致度で項目を検討した結果、81.5%に達したため妥当性を確保した。また、内容妥当性とは記述の適切さ、正確さ、代表性を専門家が判断することであると述べら

表1 対象者の概要

N=45

項目(平均±SD)	人数	%	項目(平均±SD)	人数	%
・年齢(3.8±3.7歳)			・センターの勤務体制		
20歳代	17	37.8	2交代(変則含)	37	82.2
30歳代	26	57.8	3交代	8	17.8
40歳代	2	4.4	・対象者の勤務体制		
・性別			日勤夜勤両方	43	95.6
男性	9	20.0	日勤のみ	1	2.2
女性	36	80.0	夜勤のみ	1	2.2
・婚姻			・夜勤回数(月平均)		
未婚	29	64.4	日勤夜勤両方		
既婚	15	33.3	2交代制(n=36)		
無回答	1	2.2	1～5回	17	37.8
・看護師経験年数(9年2カ月±3年7カ月)			6～7回	11	24.4
5年未満	3	6.7	8～10回	4	8.9
5年以上10年未満	26	57.8	11回以上	1	2.2
10年以上15年未満	11	24.4	無回答	2	4.4
15年以上	5	11.1	3交代制(n=8)		
・初療経験年数(4年8カ月±2年5カ月)			6～7回	1	2.2
3年未満	8	17.8	8～10回	3	6.7
3年以上5年未満	21	46.7	11～15回	3	6.7
5年以上8年未満	9	20.0	それ以上	1	2.2
8年以上	7	15.6	夜勤専従(n=1)		
・最終学歴			8～10回	1	2.2
看護専門学校	35	77.8	・心肺停止状態にある患者1人を担当する人員数		
看護短大(2年制)	2	4.4	看護師		
看護短大(3年制)	4	8.9	日勤		
看護大学(4年制)	2	4.4	1人	22	48.9
その他	1	2.2	2～3人	23	51.1
無回答	1	2.2	夜勤		
・職位・役割			1人	24	53.3
スタッフ	21	46.7	2～3人	21	46.7
リーダー	7	15.6	医師		
チームリーダー	5	11.1	日勤		
主任	10	22.2	1～5人	34	75.6
夜勤専従	1	2.2	6～9人	11	24.4
その他(チームサブリーダー等)	1	2.2	夜勤		
・資格			1～5人	45	100.0
なし	27	60.0			
救急看護認定看護師	3	6.7			
呼吸療法認定士	5	11.1			
複数	2	4.4			
その他	2	4.4			
無回答	6	13.3			

れている¹⁷⁾。したがって、適切な表現方法など今後検討の余地がある。

2. 構成概念妥当性

まず、探索的因子分析を行ううえで、相関係数|0.2|未満、因子負荷量|0.4|未満を基準に項目の削除を行った結果、累積寄与率は51.3%となった。この値は決して低いものではなく、探索的因子分析の手順

は妥当であり、4因子で構成された『FNCPAI-NM』は活用可能と考える。

構成概念妥当性の検討は、測定していると仮定した構成概念を尺度が実際に測定しているか判定することを指す¹⁸⁾。『FNCPAI-NM』を作成するにあたり、活用した2つのニーズ表のもととなったCCFNI²⁾の「情報」「接近」「保証」「安寧・安楽」「サポート」の5つの構成概念を家族ニーズとして定義した。しかし、因子分析を

表2 『FNCPAI-NM』因子分析結果

(主因子法, バリマックス回転) N=45

項目内容	1	2	3	4	共通性
第1因子：待っている間の家族の心身の安寧・安楽を求めるニーズ($\alpha=0.82$)					
待合室に一番近いトイレを家族が教えてもらうこと	.836	.087	-.007	-.084	.714
患者がどのように治療を受けているのか家族が知ること	.724	.100	.287	.272	.690
待合室で座り心地のよい椅子を家族が勧めてもらうこと	.667	.217	-.039	-.060	.497
最善のケアが患者になされていると家族が確信すること	.598	-.075	.104	.259	.441
待合室が患者の近くであると家族が知っていること	.594	-.129	.202	.321	.514
病院内で飲み物を入手できる場所を家族が教えてもらうこと	.550	.012	.164	.055	.333
患者が安楽な状態であると家族が確信すること	.458	.223	.281	-.029	.339
第2因子：家族の存在を保証するニーズ($\alpha=0.75$)					
病院内にいる間、1人になれる場所を家族が教えてもらうこと	.232	.811	-.180	.005	.744
患者の死後、患者の身体的なケア(死後処置)を家族が手伝うこと	-.187	.806	.087	.259	.759
他の家族がそろうまで、家族がCPRを続けてもらうこと	-.116	.615	.235	.214	.493
動揺しているとき静かな場所に家族が案内してもらうこと	.195	.507	.313	-.169	.421
家族が医療スタッフと感情を共有すること	.231	.505	.105	.106	.331
第3因子：患者ケアに責任ある言動を求めるニーズ($\alpha=0.73$)					
医療スタッフが患者のことを気遣ってくれていると家族が感じること	.054	.141	.787	.059	.645
患者の死の可能性について家族が医療スタッフと話すこと	.126	.220	.658	.060	.501
予想される患者の病態・予後に関して家族が理解していること	.226	-.161	.524	.304	.444
家族が医師と話すこと	.404	.041	.476	.095	.400
第4因子：家族に対する医療者の真摯な対応を求めるニーズ($\alpha=0.68$)					
家族の健康を気遣ってくれる人(医療スタッフ、他の家族、友人を含む)を家族が側におけること	-.085	.120	.072	.757	.600
CPR後初めて患者に面会する間、家族が医療スタッフに側で付き添ってもらうこと	.485	.127	.222	.616	.680
誰が患者をケアし、情報提供できるのか、家族が教えてもらうこと	.325	.072	-.063	.500	.365
病院到着時に家族が医師あるいは看護師に会うこと	.044	.215	.305	.455	.348
固有値	3.67	2.51	2.15	1.93	10.26
寄与率	18.34	12.56	10.75	9.65	51.30
累積寄与率	18.34	30.89	41.65	51.30	

『FNCPAI-NM』の Cronback's α coefficient=0.85

行った結果4因子が抽出され、異なる結果となった。第1因子の「待っている間の家族の心身の安寧・安楽を求めるニーズ」は、精神的な側面と身体的な側面両方の「安寧・安楽」を指しており、待合室での家族の特徴が見出された。第2因子の「家族の存在を保証するニーズ」は、初療室で突然死に直面する衝撃の渦中にある家族に存在し、特に危機介入や悲嘆作業に関するニーズであり、5つの構成概念にはないニーズとして新たに抽出された。第3因子の「患者ケアに責任ある言動を求めるニーズ」には、「情報」の意味が含まれており、関心の中心は患者の状態や治療、予後にある。第4因子である「家族に対する医療者の真摯な対応を求めるニーズ」は、治療や処置に対して疑いのない正確な情報提供と対応を他者に求めるニーズである。つまり、これらの4因子は、CPR時の家族ニーズとして特化した項目が加わったことで、搬送から死に直面するプロセスにある家族の特徴を捉えることができる

といえる。

3. 信頼性

『FNCPAI-NM』の内的整合性を検討するため、Cronbackの α 係数を求めた。結果は、全体で0.85、因子別では0.82~0.68だった。通常 α 係数は0.80以上が望ましく、新しく開発された測定用具の場合0.70の信頼係数は許容できる数値であり¹⁹⁾、下位尺度レベルの係数であれば0.70前後でも妥当である¹⁷⁾といわれている。しかし、測定している概念や項目数などの影響を受けるため、絶対的な基準は存在しないと小塩²⁰⁾は述べている。『FNCPAI-NM』において、第4因子の α 係数は0.68だったが、項目数が4つと少なかったことが影響していると思われ、新しい測定尺度としてはある程度の信頼性を確保した。

4. 『FNCPAI-NM』の有用性

クリティカルケア看護領域において、重症患者の家族ニーズを把握し家族ケアを提供するため、さまざまな調査や研究が行われてきた。しかし、クリティカルケアユニットに入院する患者の家族を対象にして開発されてきた尺度を、CPR から死に至る特徴的な経過をもつ初療室での家族ニーズのアセスメントに適用するには限界があった。本研究で作成した『FNCPAI-NM』はこの場面に焦点をあて、家族ケアの現状を把握できるものとして有用と考える。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、まずパイロットスタディの対象者数が45名と少なかったことである。研究者によって標本数の定義が異なるが^{16,20,21)}、本研究のパイロットスタディの人数が十分だったとはいえない。今後さらなる検証を加え、妥当性・信頼性を高める必要がある。

加えて、初療に携わる看護師を対象にデータ収集したため、これらのニーズがどの程度家族にとって重要なのか検証していない。倫理的な側面を考慮した研究方法で家族を対象に『FNCPAI-NM』の検証を行うことで、家族ケアの向上につながると考える。

VIII. 結語

本研究では、看護師が重要と認識してもニーズを満たすケア実践ができない、心肺停止状態にある患者の家族ニーズを明らかにする目的で、『FNCPAI-NM』を作成し、信頼性と妥当性を検討した。

1. 既存の2つの家族ニーズ表と看護師に対する半構面面接法によって得られたデータを基盤に作成した『FNCPAI-NM』は、4因子20項目からなる。
2. 『FNCPAI-NM』は、内容妥当性の検討とパイロットスタディを経て作成され、因子分析の結果4因子を抽出し、「待っている間の家族の心身の安寧・安楽を求めるニーズ」「家族の存在を保証するニーズ」「患者ケアに責任ある言動を求めるニーズ」「家族に対する医療者の真摯な対応を求めるニーズ」と命名した。累積寄与率51.3%となった。
3. 『FNCPAI-NM』のCronbachの α 係数は、全体で0.85、因子別では0.82～0.68と十分に高い値を示し、内的整合性を確保した。

謝辞：本調査に参加していただきました救命救急センター看護師の皆様、クリティカルケア看護専門家の皆様、また、『FNCPAI-NM』作成の基盤とさせていただいた『R-CCFNI-ED』開発者 Deakin 大学 Dr. Redley, B. と、『CCFNI-J』開発者の神戸常磐大学福田和明講師にご快諾いただき、心より感謝いたします。

本論文は、2008年度北里大学大学院看護学研究科に提出した修士論文に加筆・修正を加えたものであり、この要旨は第35回日本看護研究学会学術集会で発表した。

文献

- 1) 本木佳恵, 倉石哲也. 救急治療室ターミナル・ケアにおけるナースの意識について. ホスピスと在宅ケア. 2003; 11(3): 309-13.
- 2) Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. Heart & Lung. 1991; 20(3): 236-44.
- 3) 山勢博彰, 山勢善江, 石田美由紀, 他. 完成版 CNS-FACE の信頼性と妥当性の検証. 日本救急看護学会雑誌. 2003; 4(2): 29-38.
- 4) 善家里子, 吉永喜久恵, 田中靖子, 他. 救急入院患者の家族のニーズに関する研究, その1: 家族が重要であると認識しているニーズの特性. 神戸市看護大学短期大学部紀要. 1999; 18: 17-25.
- 5) 辰巳有紀子, 羽尻充子, 中村尚美, 他. ICU 患者家族のニーズの抽出とニーズ測定尺度の開発. 日本集中治療医学会雑誌. 2005; 12(2): 111-7.
- 6) 福田和明, 黒田裕子. 重症患者家族のニーズに関する看護師の認識の実態と関連要因の探索. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2007; 3(2): 56-65.
- 7) 善家里子, 田中靖子, 吉永喜久恵. 救急入院患者の家族のニーズに関する研究, その2: 家族が重要と捉えているニーズは満たされているか. 神戸市看護大学短期大学部紀要. 2000; 19: 45-54.
- 8) 川上千善美, 松岡緑. 救急患者のニーズに対する看護実践度の比較. 九州大学医学部保健学科紀要. 2006; 7: 41-50.
- 9) 棚橋美紀, 金井美樹, 中村美鈴. 看護師が認識する救急重症患者の家族ニーズと家族援助の実態. 日本救急看護学会雑誌. 2006; 7(2): 17-26.
- 10) Redley B, LeVasseur SA, Peters G, et al. Families' needs in emergency departments: Instrument development. Journal of Advanced Nursing. 2003; 43(6): 606-15.
- 11) 小塩真司. 日本青年心理学会第14回大会. SPSSによる調査データ解析の要点と盲点. http://psy.isc.chubu.ac.jp/~oshiolab/workshop/0609YAP_lecture/index.html.
- 12) Redley B, Beanland C. Revising the critical care family needs inventory for the emergency department. Journal of Advanced Nursing. 2004; 45(1): 95-104.
- 13) Burns N, Grove S. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence (6th ed.). St. Louis: Saunders; 2009. p. 381-2.
- 14) 内閣府国民生活局. 平成17年国民生活選好度調査. 2006; 1-8.
- 15) 小塩真司. SPSSとAmosによる心理・調査データ解析: 因子分析・共分散構造分析まで. 東京: 東京図書; 2004. p. 25-40.

- 16) 田中敏. 実践心理データ解析：問題の発想・データ処理・論文の作成. 東京：新曜社；1998. p.225-6.
- 17) Polit DF, Beck CT. Nursing research：Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia：Lippincott Williams & Wilkins；2008. p. 449-73.
- 18) 前掲書 13). p. 224-5.
- 19) 前掲書 13). p. 371-94.
- 20) 前掲書 15). p. 143-50.
- 21) 河口てる子. 第 24 章測定尺度の開発. 松木光子, 小笠原知枝編. これからの看護研究：基礎と応用. 東京：廣川書店；2000. p. 347-54.