

子どもに携わる看護師の 子どもの権利擁護実践能力尺度の開発： 信頼性・妥当性の検証

*Development of the ability scales of regarding child advocacy for pediatric nurses:
Analysis of reliability and validity*

高橋 衣¹ 瀧田 浩平¹

Kinu TAKAHASHI

Kouhei TAKITA

キーワード：小児看護、子どもの権利擁護、尺度開発

Key words : pediatric nursing, child advocacy, scale development

本研究は、子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検証する。先行研究を基に尺度案を抽出し、小児看護教育、小児看護に携わる教員・看護師を対象に、尺度項目およびスケールの内容妥当性を検討し31項目の尺度案を作成した。さらに尺度案を関東圏内の小児専門病院5施設および関東圏内大学病院25施設計30施設の627名に無記名自記式質問紙調査票で調査を実施した。有効回収率は58.2%であった。項目分析、因子分析の結果、【子どもと家族を理解し支援する力】【子どもの権利を擁護していない医療スタッフと調整する力】【子どもへの説明と意思を変更確認する力】の3因子19項目が抽出された。Cronbach's α 係数は0.86と、ある程度の内容妥当性が示された。調査対象を変更拡大し尺度項目・基準関連妥当性の検討課題があるが、精度を高める事で、妥当性と信頼性を確保し実用性のある尺度となる可能性が確認できた。

This study aimed to develop a scale assessing pediatric nurses' ability to achieve practice that advocates for children's rights and verify its reliability and validity. The draft scales were extracted from previous studies and their items and validity were examined by teachers and nurses engaging in pediatric nursing and education. Thirty one items of the draft scales were prepared. Furthermore, anonymous self-administered questionnaire survey using these items was conducted with 627 pediatric nurses in 30 health care facilities in the Kanto region, including 25 university and 5 pediatric hospitals. The effective recovery rate was 58.2%. Based on item analysis and factor analysis, nineteen items were classified into three factors: "ability to understand and support children and their family," "ability to adjust medical staff who did not advocate for children's rights" and "ability to explain to the child and confirming his or her own view." Cronbach's α coefficient for the overall reliability was 0.86 and its content validity was presented. However, there are additional challenges to study the items of the scales and criterion-related validity for another enlarged object of survey. It was confirmed that the scales could be practicable by improving accuracy of the scales.

I. はじめに

日本における子どもの権利に関する法律・制度は、第二次世界大戦後に日本国憲法を根拠として児童福祉

法・児童憲章・母子保健法・学校保健安全法が制定改訂され現在に至っている。さらに、1994年には「子どもの権利条約」¹⁾が批准され24年が経過している。また、日本看護協会では、「子どもの権利条約」批准

1 東京慈恵会医科大学医学部看護学科 The Jikei University School of Medicine

後、1999年に小児看護領域の看護業務基準「小児看護で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」(p. 12)²を作成し、小児看護に携わる看護師への子どもの権利擁護に関する周知を図っている。しかし、批准以降も小児医療において子どもの権利擁護が実践されていないという指摘が法的立場や臨床哲学の立場から論じられてきた³⁻⁴。加えて、看護においても、子どもに携わる看護師が意識的に倫理問題を捉えて実践していないということから、日本小児看護学会は「小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針」⁵を作成し、小児看護に携わる看護師が、倫理的思考から倫理実践へ行動化する指針とし、子どもの権利擁護に関する実践力を高めようと努めようとしている。

実際、子どもに携わる看護師が子どもの権利擁護実践に至るプロセスは容易なことではない。伊藤は、対象が子どもであるという特徴から、患者1人あたりの1日総看護時間数は成人病棟の6.5倍であり、業務量を基準にした場合の不足看護師数は各勤務帯で8~10人、さらに直接看護業務時間は、昼夜を問わず莫大に要するという、業務は多岐にわたり煩雑であることを明らかにしている⁶。加えて川名らは、小児病棟の看護活動にみられる相互行為が、看護師-子どもと家族、看護師-看護師という二重の表舞台をもって展開し、常に期待に添う役割が求められると述べている⁷⁻⁸。また、子どもの権利擁護の実践には、看護師の内面に形成されている子ども観、医師や先輩看護師との関係性、医療者への子どもの権利擁護の必要性を伝える力が関係することが明らかとなっている⁹。子どもに携わる看護師は、多忙な勤務状況の中で、自ら子どもの権利擁護の実践をしようと、さまざまな方略を使い時間をかけ、努力を積み重ねている⁹。そのため、著者らは、子どもの権利擁護の実践に対して、自らの実践能力を客観的に測定することができる尺度を開発し、権利擁護の実践について学習と経験を意味あるものとしていくことが、より早期に権利擁護の実践を可能にすると考えた。

看護師の倫理的行動測定に関連する尺度は、中村らが臨床看護師を対象に開発した道徳的感受性尺度およびMoral Sensitivity Test (日本語版)¹⁰⁻¹²、Lütznらが開発した道徳的感受性質問紙 (rMSQ)¹³をもとに前田らが翻訳・改訂した道徳的感受性質問紙日本語版 (J-MSQ)¹⁴、大出が開発した看護師の倫理的行動尺度¹⁵、滝沢らが開発した道徳的感受性質問紙日本語版 (J-MSQ) の学生版¹⁶、Hojatらが翻訳・改訂した医師-看護師間の協働に対する態度を測定する尺度 (JSAPNS)¹⁷をもとに小味らの医師-看護師間の協働に対する態度を測定する尺度日本語版¹⁸⁻¹⁹、長谷川らが開発した患者尊厳尺度日本語版²⁰、角らが開発した臨床看護師の倫理的感受性尺度の開発²¹などがある。

子どもの権利擁護に関連した尺度としては、西原らが開発した看護学生の子どもの理解評価尺度²²が開発されているが、子どもに携わる看護師に特化した子どもの権利擁護実践能力を評価する尺度は存在していない。以上のことから、子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力を高める一助として「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」を開発し、その信頼性と妥当性の検証を行うこととした。

II. 用語の定義

〔子ども〕

0~15歳。子どもとは、権利の主体者であり子どもの権利条約に位置づけられた存在。発達段階と認知レベルに合った解りやすい説明によって、その子の能力に応じた力で意思表示できる存在。健康レベルを問わず日常生活の世話を必要とする存在。

〔子どもの権利擁護〕

子どもを権利の主体者として認め、子どもの立場に立って最善の利益を保証するために、考える姿勢を持ち支援すること。

〔子どもの頑張る力〕

発達段階と認知レベルに合った解りやすい説明によって、その子の能力に応じた力で意思表示でき状況に対応しようと努力する力

〔子どもの権利擁護実践能力〕

子どもの権利擁護実践能力とは、筆者の先行研究「小児看護に携わる看護師の子どもの権利擁護実践に至るプロセス」⁹より明らかとなった、コアカテゴリー【子ども中心に考える力】であり、子どもが置かれている環境や実施されている医療行為が、子どもの権利と小児の意思に沿っているのかを子どもの立場に立って考え、沿っていない場合には調整しようと支援する能力である。

III. 方法

本研究方法は3段階で構成した。第1段階は子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度の尺度項目案 (以下、尺度案とする) の作成、第2段階は尺度案の内容妥当性の検討、第3段階は尺度の信頼性・妥当性の検証を行った。本稿は、第3段階を報告する。

1. 尺度案の作成

尺度案の作成は、筆者らの先行研究⁹を基に行った。先行研究では、小児看護師経験5年以上の者14名を対象にグラウンデッド・セオリー法を用いて「小児看護に携わる看護師の子どもの権利擁護実践に至るプロセス」を明らかにした。子どもの権利擁護実践に至るプロセスは、コアカテゴリー【子ども中心に考える力】の発展プロセスとして明らかとなり、そのプロ

セスに影響する、小児看護師に必要な3つの能力として、《子どもの力の確信》《子どもの力を伝える工夫力》《子どもに引き寄せられる思い》が明らかとなった。小児看護に携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力を高める一助として、そのデータからの小児看護に携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度項目抽出が必須であると考えられ、データを再度分析し、《子どもの力の確信》9項目、《子どもの力を伝える工夫力》10項目、《子どもに引き寄せられる思い》18項目、全37項目を抽出した。

子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践の基盤には、看護師と子どもを取り巻く人々との相互作用があり、看護師の内面に形成されている子ども観、医師・先輩看護師との関係性、医療者への子どもの権利擁護の必要性を伝える力が関係することが明らかとなり、本尺度の基盤となっている。

2. 尺度案の内容妥当性についての検討

看護系大学の小児看護学教育者10名と小児看護実践者15名、計25名を対象に、郵送法にて尺度項目の内容妥当性(I-CVI)およびスケールの内容妥当性(S-CVI)を検討した。対象者の条件は、現在小児看護教育あるいは子どもに携わっている教員・看護師とした。「妥当性がない」「どちらともいえない」と解答のあった項目の検討を繰り返し修正や削除を行い、31項目を尺度項目とした。

3. 尺度の信頼性・妥当性の検証

1) 調査対象者

関東圏内の平成28年度日本小児総合医療施設協議会会員施設小児専門病院5施設、および関東圏内大学病院25施設計30施設の627名に回答を依頼した。対象者の条件は、現在小児看護に携わっている看護師とした。

2) 調査方法

施設代表者に研究計画書・同意説明書・調査用紙を郵送したうえで、電話で内容説明し、協力いただけるかの可否と人数を確認した。了解いただいた数の無記名自記式調査票を郵送し、回収は研究者に個別に郵送していただくこととした。調査票の返信をもって研究への同意とみなした。調査期間は、平成29年7~11月である。

3) 調査内容

調査内容は、対象者の属性として、看護師の経験年数、小児看護師としての経験年数、最終学歴、役職、婚姻の有無、子どもの有無とした。尺度案31項目は、「非常に当てはまる」5点、「当てはまる」4点、「どちらともいえない」3点、「当てはまらない」2点、「全く当てはまらない」1点の5件法リッカート尺度とした。基準関連妥当性を確認するために、大出氏が開発した

「看護師の倫理的行動尺度」¹⁵ 22項目「非常に当てはまる」6点、「わりと当てはまる」5点、「どちらかといえば当てはまる」4点、「どちらかといえば当てはまらない」3点「あまり当てはまらない」2点、「全く当てはまらない」1点の6件法リッカート尺度を用い、別の調査票で実施した。この尺度は、臨床看護師の倫理的行動を測定する尺度であり、「自律尊重尺度」「公正尺度」「無危害善行尺度」の3因子で構成され、Cronbach's α 係数は開発時0.88と信頼性・妥当性が検証されている尺度である。小児看護に携わる看護師の子どもの権利擁護実践に求められる能力とも類似性があることから外的基準とした。尺度の使用については、作成者大出氏の了解を得た。加えて、既知集団妥当性の検証も行った。

4) 分析方法

選択肢の回答割合や分布を算出し、項目分析として平均値および標準偏差による天井効果、床効果の検討、項目間の相関、Item-Total Correlation Analysis (I-T分析)、Good-Poor分析(GP分析)を行い、削除項目を検討した。信頼性の検討は、折半法Spearman-Brown法とCronbach's α 係数を求めた。併存妥当性の検討は、尺度案と既存尺度を得点化しSpearmanの相関係数を求めた。対象の勤務先の属性は、Mann-WhitneyのU検定、Kruskal-Wallisの検定を行った。分析には、SPSS Version22.0 for Windows (IBM Corp, NY, USA)を使用した。また、因子の検討は、主因子法とプロマックス回転による探索的因子分析を行った。

5) 倫理的配慮

本研究は、東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を得て行った。承認番号28-178(8421)。質問紙は無記名として、研究の意義と目的、利益相反の有無、研究協力の辞退、個人情報保護、データの取り扱いと破棄、研究成果の公表、研究者の連絡先と問い合わせ先について文書を用いて説明した。加えて、個人情報保護のための匿名性と守秘義務をまもり、自由意思に基づく研究参加であり、一旦承諾いただいても調査票の返信をしないことによって辞退が可能であること、無記名アンケートであるため、調査票をご返信いただいた後は、同意撤回できないことを、文書を用いて説明した。また、質問紙の返送をもって研究参加への同意とみなした。

VI. 結果

配布数627名中、390名の回収(62.2%)が得られ、このうち尺度案すべてに回答した365名(58.2%)を有効回答として分析に用いた。

1. 対象の属性

対象者の属性は、表1に示したとおりである。性別

表1 子どもに携わる看護師の属性

項目	N	M±SD	%
性別	女性	353	96.7
	男性	12	3.3
年齢 (歳)	(中央値)	31	33.3±9.1
	看護師の勤務年数(年) (中央値)	8	11.0±8.7
小児看護師としての 経験年数(年)	(中央値)	5	7.3±6.9
	最終学歴		
	高校専攻	1	0.3
	専門学校	203	55.6
	短期大学	39	10.7
	大学	118	32.3
	修士	4	1.1
役職			
	師長	16	4.4
	主任	62	17.0
	スタッフ	287	78.6
婚姻の有無			
	無	232	63.6
	有	133	36.4
子どもの有無			
	無	266	72.9
	有	99	27.1

N= 365

M=平均値；SD=標準偏差

では、女性が353人(96.7%)と大半を占めていた。平均年齢33.3±9.1歳であり中央値は31歳であった。看護師としての平均勤務年数11.0±8.7年であり中央値は8年、小児看護師としての平均勤務年数は平均7.3±6.9年であり中央値は5年であった。学歴は、専門卒が最も多く203人(55.6%)であり、大学以上は118人(32.3%)であった。役職は、スタッフ287人(78.6%)と最も多く、師長16人(4.4%)、主任62人(17%)であり、主任以上の管理職は21.4%であった。婚姻の有無は、有が36.4%、無が63.6%であった。子どもの有無は、有が27.1%、無が72.9%であり、7割前後が婚姻をしておらず、子どもがいないという属性の特徴があった(表1)。

2. 削除項目の検討

尺度項目の回答状況と項目分析を表2に示す。平均値は1.52~4.44点、標準偏差は0.51~0.98点であり、尺度全体の合計の平均値と標準偏差は3.69±0.71であった。尺度案31項目への回答は、平均値±標準偏

差が最大値を超える項目は1項目(A03子どもには頑張る力があると確信している)あり、天井効果が認められた。加えて、最小値を下回る項目は2項目(A13子どもに対する好き嫌いでケアを丁寧にしないことがある)(A14子どもに対する好き嫌いで、本人の意思の確認をしないことがある)あり、床効果が認められた。したがって、3項目を削除した。

また、項目間相関として、全項目間の相関係数を算出した。各項目間で相関係数が0.7以上であった項目は、A05とA06、A15とA16の2組4項目であった。A05とA06については、(A05倫理的な問題場面があった際、子どもの権利について倫理原則や知識を使って看護師間で検討している)(A06倫理的な問題場面があった際、子どもの権利について倫理原則や知識を使って他職種間で検討している)というように、検討する集団が看護師間と他職種間とで異なる内容であった。さらに、A15とA16については、(A15自分の体調や感情を整え子どもに関わっている)(A16自分の体調や感情を整え、家族に関わっている)というように、対象が子どもと家族と異なる内容であった。以上のように、相関係数が0.7以上であった2組4項目については、全項目において意味内容が異なる内容であったため、双方の項目を残すこととした。

尺度全体の合計点で調査対象者を上位群(25%)と下位群(25%)に分けたG-P分析では全項目で得点の高い群の得点が高かった。IT分析において各項目と尺度全体の相関係数は、0.61~0.34であった(表2)。

3. 因子の検討

28項目に対して主因子法とプロマックス回転による探索的因子分析を行い、因子負荷量が0.4以下であった9項目(A01、A02、A04、A10、A22、A28、A29、A30、A31)を除外し最終的な尺度項目を19項目とした。19項目を因子選定条件に従って検討した結果3因子を採用した。3因子の寄与率は、28.04%、8.50%、6.72%であり、累積寄与率は43.25%であった。第1因子は子どもの言動・サインを理解し、家族の話の聴く機会をもつように努め、支援していたため【子どもと家族を理解し支援する力】と命名、第2因子は子どもの立場になってケアを行っていない看護師や医師に対し意見交換をして調整したり、倫理的問題場面について倫理原則や知識を使って調整していたため【子どもの権利を擁護していない医療スタッフと調整する力】と命名、第3因子はケアの際に子どもの理解できる言葉や方法で説明し子どもの意思の確認をしたり、看護師間で子どもの意思を共有しているため【子どもへの説明と意思の確認する力】と命名した(表3)。

表2 尺度項目の回答状況と項目分析

n = 365

項目	回答分布 (%)					項目分析					
	全く当てはまらない	当てはまらない	どちらともいえない	当てはまる	非常に当てはまる	平均値±標準偏差	項目間相関	IT分析 Pearson	GP分析		
									*1	平均値の差	
A01_常に子どもの立場になって考えるようにしている。	0 (0)	5 (1.4)	45 (12.3)	239 (65.5)	76 (20.8)	4.06±0.62	0.17~0.61	0.57	3.52±0.19 4.40±0.23	0.88	**
A02_子どもの最善のケアとは何かを考えながら関わっている。	0 (0)	3 (0.8)	34 (9.3)	243 (66.6)	85 (23.3)	4.12±0.59	0.17~0.61	0.61	3.51±0.19 4.40±0.23	0.89	**
A03_子どもには頑張る力があると確信している。	1 (0.3)	2 (0.5)	15 (4.1)	164 (44.9)	183 (50.1)	4.44±0.63	0.08~0.53	0.41	3.48±0.19 4.38±0.24	0.90	**
A04_子どもの頑張る力を引き出すように関わっている。	0 (0)	5 (1.4)	49 (13.4)	225 (61.6)	86 (23.6)	4.07±0.65	0.10~0.58	0.56	3.51±0.19 4.41±0.23	0.90	**
A05_倫理的な問題場面があった際、子どもの権利について倫理原理や知識を使って看護師間で検討している。	1 (0.3)	29 (7.9)	125 (34.2)	177 (48.5)	33 (9.0)	3.58±0.78	0.09~0.72	0.48	3.54±0.20 4.43±0.23	0.89	**
A06_倫理的な問題場面があった際、子どもの権利について倫理原則や知識を使って他職種間で検討している。	3 (0.8)	57 (15.6)	136 (37.3)	140 (38.4)	29 (7.9)	3.37±0.87	0.05~0.72	0.46	3.54±0.20 4.42±0.23	0.87	**
A07_子どもの立場になって医療行為を行っていない医師に対し、意見交換をして調整している。	11 (3.0)	52 (14.2)	127 (34.8)	153 (41.9)	22 (6.0)	3.34±0.90	0.09~0.68	0.49	3.55±0.20 4.41±0.23	0.86	**
A08_子どもの立場になってケアを行っていない看護師に対し、意見交換をして調整している。	6 (1.6)	36 (9.9)	95 (26.0)	193 (52.9)	35 (9.6)	3.59±0.86	0.10~0.68	0.52	3.52±0.19 4.41±0.23	0.89	**
A09_ケアの際に、子どもの理解できる言葉や方法で説明し、本人の意思を確認している。	3 (0.8)	5 (1.4)	30 (8.2)	196 (53.7)	131 (35.9)	4.22±0.72	0.09~0.54	0.46	3.51±0.20 4.41±0.23	0.90	**
A10_説明しても言うことを聞かない子供への関わりが面倒になる。	36 (9.9)	127 (34.8)	149 (40.8)	46 (12.6)	7 (1.9)	2.62±0.90	0.00~0.42	0.35	3.55±0.20 4.41±0.24	0.86	**
A11_子どもの意思に沿ったケアでない時、子どもの理解できる言葉や方法でケアの必要性を説明している。	5 (1.4)	6 (1.6)	37 (10.1)	244 (66.8)	73 (20.0)	4.02±0.70	0.05~0.54	0.37	3.50±0.20 4.41±0.23	0.91	**
A12_医療行為やケアの際に、本人の意思を確認しないことがある。	52 (14.2)	143 (39.2)	110 (30.1)	55 (15.1)	5 (1.4)	2.50±0.96	0.04~0.36	0.34	3.52±0.19 4.41±0.23	0.90	**
A13_子どもに対する好き嫌いでケアを丁寧にしたくないことがある。	198 (54.2)	145 (39.7)	16 (4.4)	4 (1.1)	2 (0.5)	1.54±0.69	0.05~0.78	0.38	3.48±0.20 4.38±0.24	0.90	**
A14_子どもに対する好き嫌いで、本人の意思の確認をしないことがある。	208 (57.0)	131 (35.9)	19 (5.2)	6 (1.6)	1 (0.3)	1.52±0.70	0.07~0.78	0.42	3.49±0.19 4.38±0.24	0.89	**
A15_自分の体調や感情を整え子どもに関わっている。	5 (1.4)	10 (2.7)	55 (15.1)	218 (59.7)	77 (21.1)	3.96±0.77	0.10~0.84	0.40	3.52±0.19 4.42±0.23	0.91	**
A16_自分の体調や感情を整え、家族に関わっている。	4 (1.1)	10 (2.7)	49 (13.4)	214 (58.6)	88 (24.1)	4.02±0.77	0.07~0.84	0.42	3.52±0.20 4.42±0.23	0.90	**
A17_看護師間で子どもの意思を共有している。	4 (1.1)	4 (1.1)	49 (13.4)	243 (66.6)	65 (17.8)	3.99±0.68	0.04~0.68	0.51	3.51±0.19 4.41±0.23	0.90	**
A18_他職種間で子どもの意思を共有している。	5 (1.4)	22 (6.0)	98 (26.8)	202 (55.3)	38 (10.4)	3.67±0.80	0.00~0.68	0.45	3.54±0.20 4.41±0.23	0.87	**
A19_医療スタッフに子どもの頑張る力を引き出すかわり方を指導している。	23 (6.3)	67 (18.4)	124 (34.0)	134 (36.7)	17 (4.7)	3.15±0.98	0.08~0.49	0.44	3.55±0.20 4.44±0.23	0.89	**
A20_子どもの成長発達をうながしている。	0 (0)	6 (1.6)	103 (28.2)	212 (58.1)	44 (12.1)	3.81±0.66	0.05~0.43	0.50	3.54±0.22 4.40±0.26	0.86	**
A21_子どもの安全について予測して配慮している。	0 (0)	1 (0.3)	11 (3.0)	222 (60.8)	131 (35.9)	4.32±0.54	0.12~0.49	0.52	3.50±0.20 4.40±0.23	0.90	**
A22_遊びの要素を取り入れケアを行っている。	1 (0.3)	16 (4.4)	78 (21.4)	220 (60.3)	50 (13.7)	3.83±0.72	0.04~0.43	0.47	3.51±0.19 4.40±0.23	0.89	**
A23_子どもの不安や苦痛を最小限にしようと努めている。	0 (0)	1 (0.3)	20 (5.5)	238 (65.2)	106 (29.0)	4.23±0.55	0.17~0.63	0.59	3.51±0.20 4.38±0.24	0.87	**
A24_子どもの言動・サインを理解しようとしている。	0 (0)	0 (0)	14 (3.8)	237 (64.9)	114 (31.2)	4.27±0.53	0.13~0.63	0.60	3.48±0.19 4.41±0.23	0.92	**
A25_子どもの話を聴く機会を持つように努めている。	3 (0.8)	2 (0.5)	34 (9.3)	246 (67.4)	80 (21.9)	4.09±0.63	0.07~0.53	0.54	3.51±0.19 4.41±0.23	0.90	**
A26_家族の話を聴く機会を持つように努めている。	0 (0)	1 (0.3)	10 (2.7)	249 (68.2)	105 (28.8)	4.25±0.51	0.14~0.59	0.51	3.50±0.20 4.38±0.24	0.88	**
A27_家族が子どもの状況に応じて適切な関りができるように支援している。	1 (0.3)	2 (0.5)	37 (10.1)	273 (74.8)	52 (14.2)	4.02±0.54	0.07~0.51	0.55	3.51±0.20 4.40±0.23	0.89	**
A28_入院中の遊ぶ機会・学習の機会が保障されるように支援している。	0 (0)	12 (3.3)	116 (31.8)	197 (54.0)	40 (11.0)	3.73±0.70	0.14~0.43	0.57	3.51±0.20 4.41±0.23	0.90	**
A29_面会の制限、家族の付添について、子どもと親の希望に応じて支援している。	2 (0.5)	15 (4.1)	76 (20.8)	219 (60.0)	53 (14.5)	3.84±0.74	0.11~0.42	0.41	3.51±0.20 4.41±0.23	0.90	**
A30_子どもの抑制・拘束は、必要最小限にしている。	1 (0.3)	6 (1.6)	46 (12.6)	222 (60.8)	90 (24.7)	4.08±0.68	0.10~0.45	0.39	3.51±0.20 4.41±0.23	0.90	**
A31_子どものプライバシーの保護に努め支援している。	1 (0.3)	8 (2.2)	47 (12.9)	232 (63.6)	77 (21.1)	4.03±0.67	0.12~0.45	0.51	3.51±0.20 4.40±0.23	0.89	**

■: 最終的に採用された19項目

*1: (上段) 合計得点の下位群 (25%) の平均値±標準偏差、(下段) 合計得点の上位群 (25%) の平均値±標準偏差

** p < 0.01

表3 因子分析

子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度：19項目 (Cronbach's $\alpha = 0.86$)	因子負荷量		
	第1因子	第2因子	第3因子
第1因子 (8項目) 「子どもと家族を理解し支援する力」 $\alpha = 0.83$			
A16_自分の体調や感情を整え、家族に関わっている。	0.87	-0.09	-0.22
A15_自分の体調や感情を整え子どもに関わっている。	0.78	-0.10	-0.14
A24_子どもの言動・サインを理解しようとしている。	0.58	-0.01	0.22
A26_家族の話や聴く機会を持つように努めている。	0.57	-0.08	0.23
A21_子どもの安全について予測して配慮している。	0.50	0.14	0.04
A27_家族が子どもの状況に応じて適切な関りができるよう支援している。	0.49	0.18	0.04
A23_子どもの不安や苦痛を最小限にしようと努めている。	0.48	0.10	0.18
A20_子どもの成長発達をうながしている。	0.40	0.33	-0.11
第2因子 (5項目) 「子どもの権利を擁護していない医療スタッフと調整する力」 $\alpha = 0.82$			
A07_子どもの立場になって医療行為を行っていない医師に対し、意見交換をして調整している。	-0.07	0.77	0.01
A06_倫理的な問題場面があった際、子どもの権利について倫理原則や知識を使って他職種間で検討している。	-0.04	0.69	0.02
A08_子どもの立場になってケアを行っていない看護師に対し、意見交換をして調整している。	0.02	0.68	0.01
A05_倫理的な問題場面があった際、子どもの権利について倫理原則や知識を使って看護師間で検討している。	0.06	0.66	-0.06
A19_医療スタッフに子どもの頑張る力を引き出すかわり方を指導している。	-0.02	0.66	-0.02
第3因子 (6項目) 「子どもへの説明と意思を確認する力」 $\alpha = 0.76$			
A25_子どもの話を聴く機会を持つように努めている。	0.16	-0.15	0.77
A11_子どもの意思に沿ったケアでない時、子どもの理解できる言葉や方法でケアの必要性を説明している。	-0.16	-0.05	0.70
A09_ケアの際に、子どもの理解できる言葉や方法で説明し、本人の意思を確認している。	-0.08	-0.03	0.70
A17_看護師間で子どもの意思を共有している。	0.05	0.14	0.54
A18_他職種間で子どもの意思を共有している。	-0.06	0.24	0.50
A12_医療行為やケアの際に、本人の意思を確認しないことがある。	0.01	0.02	-0.41
回転後の負荷量平方和	4.24	3.74	3.83
寄与率 (%)	28.04	8.50	6.72
累積寄与率 (%)	28.04	36.53	43.25
因子間相関	第1因子	—	0.44**
	第2因子	—	0.42**
	第3因子	—	—

因子分析：主因子法 プロマックス回転

** $p < 0.001$

4. 信頼性の検討

折半法 Spearman-Brown法の信頼係数は0.78であり、Cronbach's α 係数は0.86であった。3因子のCronbach's α 係数0.83、0.82、0.76であった。

5. 妥当性の検討

基準関連妥当性は、既存尺度と3因子との相関係数は0.25~0.70の範囲であり、第2因子は0.25以上の弱い相関であった。既知集団妥当性は、第1・第3因子

はスタッフと師長に有意に差が見られ、師長の得点が高かった。第2因子は看護勤務経験5年以上・小児看護経験年数3年以上が有意に高かった(表4, 表5)。

V. 考察

1. 開発した尺度の信頼性と妥当性

本尺度の信頼性は、折半法 Spearman-Brown法の信頼係数0.78、Cronbach's α 係数0.863、3因子のCronbach's α 係数0.83、0.82、0.76ということから、

表4 既存尺度との相関
 子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度と既存尺度との相関 (Speaman相関係数)

尺度名	子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度				
	下位尺度	第1因子	第2因子	第3因子	尺度全体
看護師の倫理的行動尺度	自立尊重尺度	0.53**	0.51**	0.59**	0.70**
	公正尺度	0.40**	0.25**	0.39**	0.40**
	無危害善行尺度	0.63**	0.42**	0.48**	0.65**

注1) 既存尺度：「看護師の倫理的行動尺度」(2014大出)

** : $p < 0.01$

表5 既知集団の役割別・経験年数別との尺度得点の比較

項目+A1:O12	全体												
	第1因子 子どもと家族を 理解支援する力				第2因子 子どもの権利を 擁護していない 医療スタッフと 調整する力				第3因子 子どもへの説明と 意思を確認する力				
	回答数	中央値	四分位 範囲	P値	中央値	四分位 範囲	P値	中央値	四分位 範囲	P値	中央値	四分位 範囲	P値
役職													
師長	16	77	12.5	} 0.000**	34.5	6.5	} 0.041*	22	3	} 0.000**	22	3	} 0.018*
主任	62	70	9		33	4		18	4		18	4	
スタッフ	287	66	11		32	3		17	4		17	4	
看護師の勤続年数													
3年以内	80	63	9.5	} 0.034*	32	3	} 0.637	15.5	4	} 0.000**	15.5	4	} 0.964
3年~5年	49	65	10		32	5		17	4		17	4	
5年超え	236	68	10		32	4		18	4		18	4	
小児看護師の経験年数													
3年以内	138	64.5	9	} 0.007**	32	3	} 0.102	16	4	} 0.000**	16	4	} 0.735
3年~5年	57	68	12		32	4		17	4		17	4	
5年超え	170	69	9		33	3		18	4		18	4	

n: 365

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

十分な内的一貫性を有していることが確認された。妥当性の検討では、尺度案作成段階の第2段階において、看護系大学の小児看護学教育者と小児看護実践者を対象に、尺度案の内容妥当性について確認した。それによって、尺度項目およびスケールの内容妥当性について不適切な項目は排除したことから、客観性を確保できたと考えられる。さらに、構成概念妥当性は、当初予定していた先行研究⁹と類似し、3因子構造であることが検証された。第1因子【子どもと家族を理解し支援する力】、第2因子【子どもの権利を擁護していない医療スタッフと調整する力】、第3因子【子どもへの説明と意思の確認する力】が明らかとなり、子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践として、特徴的な支援項目とともに、その実践の基盤にあ

る看護師と子どもを取り巻く人々との相互作用、そして子どもの権利が擁護できていない場合の調整力や調整する場を設定することの重要性が、解りやすく表現されている尺度となったと考える。

第1因子【子どもと家族を理解し支援する力】は、看護師自身の体調や感情を整えつつ、子どもの言動やサインを理解するとともに、家族の話や聴くように努め、安全を守りつつ、苦痛を最小限にしながら、成長発達を促しているという小児看護に携わる看護師の特徴的な支援項目となった。第2因子【子どもの権利を擁護していない医療スタッフと調整する力】は、子どもの権利擁護が実践できていない医師・看護師との意見交換や指導、倫理的問題場面についての検討会、さらに子どもへの関わり方というように、調整的要素が

多く盛り込まれた項目となった。第3因子は【子どもへの説明と意思を確認する力】は、子どもへの解りやすい説明と意思の確認を本人と行い、それを看護師間あるいは他職種間で共有する重要性が盛り込まれた項目となった。子どもの権利条約¹では、子どもの権利として「生きる権利」「育つ権利」「まもられる権利」「参加する権利」が保障されている。特に「参加する権利」は、どんな場合でもその子の理解力に合わせた説明をして意思の確認が必要であることを述べている。小児医療の場においては、治療の決定は医療者と代諾者としての保護者が中心に行われるが、「参加する権利」から考えると、治療の決定の場にも子どもを参加させ、本人の意思を確認する必要がある。入院を辛い体験として終わるのではなく、頑張った体験として子どもの人格的成長につなげるためにも、一つひとつの医療行為・看護行為に対して説明と意思の確認が大切であるとされる。今回の尺度項目は、そうした子どもの権利擁護の前提に立った項目であった。これら3因子は、小児看護師の役割実践、子ども観、看護師と子どもを取り巻く医療者間の調整力の必要性を示すものであると考えられる。しかしながら、累積寄与率43.25%と低く、子どもの権利擁護実践をすべて網羅した尺度ではないことを裏づけている。その要因としては、第一段階の尺度項目の精選において、研究参加者の偏りや人数の少なさが考えられる。したがって、これらを是正したうえで、さらに尺度項目の検討を行う必要があると考える。

基準関連妥当性については、既存尺度である「看護師の倫理的行動尺度」¹⁵との相関において、下位尺度の「公正尺度」と本尺度の第2因子との相関を除いて因子間において相関がみられた。大出の「看護師の倫理的行動尺度」の因子は、自律尊重尺度・公正尺度・無危害善行尺度からなり倫理原則を基盤とした既存尺度である。本尺度は、子どもの権利擁護実践能力を測定する尺度であるが、看護師の倫理的行動と相関が得られたことによって妥当性が高いと考える。しかし、大出の「看護師の倫理的行動尺度」の第2因子「公正尺度」と本尺度の第2因子【子どもの権利を擁護していない医療スタッフと調整する力】が0.25と弱い相関であった。この点において、大出が第2因子「公正尺度」について、「公正尺度の質問項目の構成においては、4つの質問での公正尺度の妥当性はまだ十分とは言えず改善の余地がある」¹⁵と述べている。したがって、今後は、既存尺度の特徴も考慮しつつ、ほかの尺度との妥当性も探る必要があると考える。

また、既知集団妥当性については、役職別・勤務年数別との尺度得点の比較を行い、表5に示した。第1、第2、第3因子すべてにおいて、役職ではスタッフ看護師よりも看護師長が、看護師勤務年数・小児看護師勤務年数ともに、看護勤務年数5年以上・小児看護勤

務年数3年以上が有意に高いということは、経験を積み重ねることによって、子どもの権利擁護実践能力が高まることを裏づけていると考える。また、因子別の比較で、第1因子【子どもと家族を理解し支援する力】、第3因子【子どもへの説明と意思の確認】では、スタッフ看護師よりも看護師長が有意に高いということは、子どもの理解、家族支援、説明と意思確認の大切さなど、小児看護の特徴的な支援内容を看護師長が能力として身に付けていることが推察された。加えて、第2因子【子どもの権利を擁護していない医療スタッフと調整する力】では、看護師勤務年数・小児看護師勤務年数ともに、3年以内の看護師に比べ5年超えの看護師が有意に高いことは、医療スタッフとの調整というコミュニケーション能力が高まっていることにより、経験によって倫理的な調整する能力が高まっていることが推察された。これらの事は、先行研究⁹より、子どもの権利擁護実践に至るプロセスにおいて、子ども中心に考える力を形成し権利擁護を実践しようと一歩踏み出す段階に至るまでに、対象の14名では小児看護に携わって1年から7年間必要であったことから、個人差はあるが、数年の経験が必要とする先行研究と矛盾しない結果であった。

2. 尺度の実用性

本研究で開発した尺度項目は、子どもに携わる看護師の語りから抽出されており、解りやすいカテゴリーと具体的な下位尺度からなり、使いやすい尺度項目になっていると考える。開発した「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」を使用することによって、子どもに携わる看護師自身が、子どもの権利擁護実践能力をどの程度獲得しているのかを把握でき、体験や教育の必要性を判断することができる。加えて、現任教育で行われる研修の前後においても効果ツールとして活用でき、研修内容の有効性についても評価できる。しかし、Cronbach's α 係数などから十分な内的一貫性を有してはいるものの、既存尺度との比較の結果、弱い相関因子項目があったこと、先行研究のサンプルサイズの問題などから、妥当性・信頼性には疑問が残り、現時点では妥当性・信頼性を確保するには至らなかった。今回の検討結果を踏まえた修正を行い、精度を高める必要があると考える。

3. 本研究の限界と課題

本研究で開発した「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」は、先の考察でも述べたように下記の項目を課題として検証していく必要がある。

(1) 累積寄与率は43.25%であった。この結果は、第一段階において、対象を大学病院の小児病棟で働く看護師15名と限定しており、職場環境が類似していた

ことが挙げられる。子どもに携わる看護師の職場は、小児専門病院・小児クリニック・総合病院など多岐に渡る。調査対象を変更拡大して尺度項目の検討を継続することによって、さらに精度の高い尺度開発を行う必要がある。

(2) 基準関連妥当性の第2因子0.25と弱い相関に関しては、既存尺度の特徴も考慮しつつ、ほかの尺度との妥当性も探る必要がある。

加えて本尺度は、0～15歳の子どもの携わる看護師を対象とすることを目的としているが、質問項目には、子どもへの説明と意思を確認する場面が多いことから、0～15歳の子どもの携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力を測定する尺度を測定するには限界があると考えられる。

VI. 結論

本研究により、子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力を測定する尺度の基本的な枠組みが得られた。本尺度の特徴は、1) 【子どもと家族を理解し支援する力】【子どもの権利を擁護していない医療スタッフと調整する力】【子どもへの説明と意思を確認する力】の3因子から構成されていた。2) 折半法 Spearman-Brown法の信頼係数0.78、Cronbach's α 係数0.863、3因子のCronbach's α 係数0.83、0.82、0.76であることから、ある程度の内容妥当性と基準関連妥当性が示された。3) 基準関連妥当性は弱い相関項目があったことから、調査対象を変更拡大しての尺度項目の検討、基準関連妥当性の検討の必要性が課題である。以上のことから、「子どもに携わる看護師の子どもの権利擁護実践能力尺度」は、精度を高めることで、妥当性と信頼性を確保し、実用性のある尺度となる可能性が確認できたと考えられる。

謝辞

本研究の調査を行うにあたり快く承諾をいただきました対象施設の看護管理者の皆様、対象者の皆様により感謝申し上げます。

助成

本研究は、著者の平成27年所属機関からの研究助成を受けて実施したものである。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

1. 日本ユニセフ協会. 子ども権利条約全文 [インターネット]. [検索日2017年4月5日] https://www.unicef.or.jp/about_unicef/about_rig_all.html
2. 日本看護協会編. 小児看護領域の看護業務基準—

小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為. 東京: 日本看護協会出版会: 1999.

3. 栃木県弁護士会「医療における子どもの人権を考えるシンポジウム」実行委員会. 医療における子どもの人権. 明石書店. 2007.
4. 西村高宏. 「保護主義的子ども観」を超えて—日本の医療における子どもの権利を考える. 医療・生命と倫理・社会. 2009; 8(1): 39-55.
5. 日本小児看護学会編. 小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針. 日本小児看護学会倫理委員会. 2010.
6. 伊藤龍子. 小児看護に要する看護時間と適正人員配置に関する研究. 小児保健研究. 2007; 66(6): 797-802.
7. 川名るり. 小児病棟の組織文化と看護実践—患者が子どもであることによる困難さ. 看護研究. 2012; 45(5): 492-504.
8. 川名るり, 筒井真優美, 江本リナ他. 小児看護の実践知を創造する組織の要件. 小児保健研究. 2012; 71(5): 681-688.
9. 高橋衣. 小児看護に携わる看護師の子どもの権利擁護実践に至るプロセス. 日本小児看護学会誌. 2016; 25(2): 8-15.
10. 中村美知子, 石川操, 比江島欣慎他. Moral Sensitivity Test (日本語版) の信頼性・妥当性の検討 (その1). 山梨大学紀要. 2000; 17: 52-57.
11. 中村美知子, 西田文子, 比江島欣慎, 石川操, 伊達久美子, 西田頼子. Moral Sensitivity Test (日本語版) の信頼性・妥当性の検討 (その2)—臨床看護婦 (士) に焦点をあてて. 山梨医科大学紀要. 2001; 18: 41-46.
12. 中村美知子, 石川操, 西田文子, 伊達久美子, 西田頼子. 臨床看護師の道徳的感性尺度の信頼性・妥当性の検討. 日本赤十字看護学会誌. 2003; 3(1): 49-58.
13. Lützn K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*. 2006; 13(2): 187-196.
14. 前田樹海, 小西恵美子. 改訂道徳的感受性質問紙日本語版 (J-MSQ) の開発と検証: 第1報. 日本看護倫理学会誌. 2012; 4(1): 32-37.
15. 大出順. 看護師の倫理的行動尺度の開発. 日本看護倫理学会誌. 2014; 6(1): 3-11.
16. 滝沢美世志, 太田勝正. 改訂版道徳的感受性質問紙日本語版 (J-MSQ) の学生版第1版の開発. 日本看護倫理学会誌. 2015; 7(1): 7-10.
17. Hojat M, Fields SK, Veloski JJ, et al. Psychometric properties of an attitude scale

- measuring physician nurse collaboration. *Evaluation & Health Professions*. 1999; 22(2): 208-220.
18. 小味慶子, 大西麻未, 菅田勝也. Collaborative Practice Scales日本語版の信頼性・妥当性と医師—看護師間の協働的実践の測定. *日本看護管理学会誌*. 2010; 14(2): 15-21.
 19. 小味慶子, 大西麻未, 菅田勝也. 医師と看護師の協働に対する態度—Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration日本語版の開発と測定. *医学教育*. 2011; 42(1): 9-17.
 20. 長谷川奈々子, 太田勝正. 患者尊厳測定尺度日本語版の開発と信頼性・妥当性の検討. *日本看護倫理学会誌*. 2017; 9(1): 12-21.
 21. 角智美, 森千鶴. 臨床看護師の倫理的感受性尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. *日本看護学倫理学会誌*. 2018; 10(1): 36-44.
 22. 西原みゆき, 山口桂子. 看護学生の「子ども理解」評価尺度の開発—3年課程看護専門学校学生を対象として. *日本看護研究学会雑誌*. 2012; 35(1): 127-136.