

看護実践における行為の振り返り尺度の開発
～患者の治療決定の支援に焦点をあてて～

Development of a Reflection Scale Based on Nurses'
Support for Therapeutic Decision-making by the Patient

平成26年度

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科

看護学専攻

尾形裕子

目次

第1章 研究の背景と意義	4
第2章 文献検討	7
I. 看護実践での判断力と行為の振り返りとの関連	7
1. 看護教育における看護実践能力と判断力の位置づけ	7
2. Wiedenbach, Corcoran, 松谷他による看護実践能力における判断力の特性	8
3. 臨床判断を構成する一つの要素としての振り返り	9
II. 振り返りに関する見解と看護場面の設定	10
1. 振り返りの方法	10
2. 振り返りのスタイル	11
3. 振り返りの構成要素と影響する要因に関する見解	12
4. 振り返りを明らかにするための看護場面の必要性和場面設定に向けた見解	13
5. 看護場面「患者の治療決定のための看護支援」の振り返りの効果と見解	14
III. 判断力の育成に向けた学習方略と尺度開発	17
1. 振り返りの評価と判断力の育成に向けた学習方略	17
2. 看護実践における行為の振り返り尺度の開発に向けた方略	18
第3章 研究目的	21
第4章 研究方法	22
I. 研究の概要（研究のプロセス）	22
II. 用語の定義	22
III. 各段階での研究方法	23
1. 第1段階：	23
2. 第2段階	24
3. 第3段階	27
IV. 倫理的配慮	28
1. 倫理審査	28
2. 施設への協力依頼	28

3. 対象者への協力依頼	28
4. データの保管	29
第5章 結果	30
I. 第1段階の結果	30
1. 調査対象者の概要	30
2. 調査結果	30
3. 分析結果の厳密性の検討	35
II. 第2段階の結果	36
1. 質問項目の選定	36
2. 専門家会議の開催と質問内容の修正	38
3. パイロットスタディの実施	38
4. 予備調査の結果	39
5. 本調査の結果	43
III. 第3段階の結果	45
1. 対象者の概要と属性	45
2. 尺度の実用性の意見	46
第6章 考察	49
I. 本研究における対象者の特徴	49
II. 「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」尺度の検討	50
1. 信頼性	50
2. 妥当性	51
III. 行為の振り返りに影響する要因	56
IV. 実用可能性の検討	58
1. 尺度を使用する効果	58
2. 尺度を使用する対象と時期	59
第7章 研究の限界と今後の課題	62
第8章 結論	64
謝辞	65

文献	66
----------	----

第1章 研究の背景と意義

看護実践は、看護師がある目的を遂げるために、深い思慮を持って、患者中心に行われるものである (Wiedenbach, 1964). 看護師は、様々な看護場面において自らの行為を決定していく必要があり、一層の実践力の向上が求められている。今日では、高度先進医療と対象者の価値の多様化により、看護師は患者とその家族の治療の意思決定を支援するという役割を担っている。患者とその家族が治療が困難な状況においては、治療の開始や選択もしくは中止を意思決定するプロセスで多くの葛藤や苦悩が伴う。看護師もまた同様に、意思決定をどのように支援するかといった自ら取るべき行為を決定するためには、葛藤と苦悩を経験している。このような場面で適応できる知識の修得と、的確な判断は看護実践における新たな課題である。

看護師は、看護実践における行為の決定、すなわち臨床判断を日常的に行っている。臨床判断は、看護実践能力においては、“根拠に基づき看護を計画的に実践する能力”の1つとして位置付けられている (学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標, 2011). Corcoran (1990) は、臨床判断は患者ケアの状況を熟慮し決定を下すことであり、看護実践における看護師の認識であると定義した。臨床判断のプロセスは、一般的には知識に基づく推論をもって状況を把握し行為を決定する、論理的な思考として理解されていた。そのため、判断力を育成する学習方略は疾病や治療に関する医学知識や論理的な思考のスキルを伝達する形式の研修会が中心であった。しかし、臨床で実践される判断が論理的思考にとどまらず、その他の思考の仕方が存在することが徐々に明らかにされてきた (Corcoran, 1990; Tanner, 2000). 尾形 (2011) は、臨床判断のプロセスの前半に位置する “状況の把握” に焦点をあて、臨床判断で状況を把握するパターンを抽出した。明らかにされたパターンには、“状況を把握”して“行為”を決定するといった演繹的なプロセスの他に、“行為”の後に“振り返り”をして“状況の把握”をするといった帰納的なプロセスがあった。以上のことから

ら、看護師は実践した行為を振り返ることで判断と知識を統合させて、その場で起こっている状況を把握する手段としていることが明らかとなり、振り返りが臨床における判断力の育成の手がかりとなると考えた。振り返り（Reflecting）とは、自分の行為を結果と結びつけ考えることであり、臨床判断の構成要素の1つとされている

（Tanner, 2006, 2011）。専門職が自らの行為を振り返ることは、既習の知識や思考の習慣の見直しの機会となる（Schon, 1983）。したがって、看護実践における行為の振り返りについて明らかにすることは、臨床での新たな知識の修得と判断力の育成に向けた学習方略を見出すことができると考える。

看護実践における行為の振り返りを明らかにするには、構成概念の特徴を検討する必要がある。また、看護実践は看護場面によって行為が変化する状況依存的な性格をもち（池西・田村・石川, 2007）、判断に迷いが生じることで行為が意識化される傾向があるため（佐藤紀子, 1989）、看護実践における行為の振り返りの構成概念を明らかにするためには場面設定が必要と考える。判断に迷いが生じる場面とは、がん疾患や進行性の難病患者の治療決定の支援と考える。患者の治療決定とは、医師から提案された治療を行うか否かを患者が決めることである。がん疾患や進行性の難病患者は生命維持のために有効な治療開始までの期間が明確である一方で、治療によって対象者のQOLを著しく低下させることから治療が最優先であるとは言い難く、文字通り当事者の意思にゆだねられる場合がある。このような状況にある対象者への支援の振り返りは、臨床での新たな知識の修得と判断力の向上の学習方略に加え、看護者の責任感と役割意識を促進し専門性の探求に役立つと考える。

看護実践における行為の振り返りの構成概念が明らかになると、それを定量的に記述した尺度を作成することが可能になる。尺度を活用して自らの実践を評価するには、自己の課題を明確にして対策を講じることで判断力の向上が期待できることや、自分の行った行為を意味付け看護職に重要な知識の探求につなげることができると考え

る．加えて，看護実践における行為の振り返りに影響する要因が明らかになると，行為の振り返りが効果的に行える機会を，日常業務に反映させたシステムに組み込むことが可能となると考える．

第2章 文献検討

文献は、看護実践での判断力と行為の振り返りとの関連や、判断力の育成に関するものを検討するために、看護実践、判断力、振り返り、育成をキーワードとして検索を行った。文献検索には、主に Web 版医学中央雑誌（Ver.5）を使用した。振り返りに関しては、看護実践上で明らかにされている見解に重点をおいて文献検索を行った。看護師実践、判断力、育成に関しては、振り返りの文献検討から得た知見を関連付けて検索範囲を広げて、看護学・教育学・心理学等で用いられる書籍や学術雑誌からも文献検索を行った。

Web 版医学中央雑誌（Ver.5）による振り返りに関する検索では、2002～2011 年までの10年間で“振り返り”または“Reflection”をキーワードとして、原著論文、看護文献に絞り込み検索した。“振り返り”・原著論文・看護文献では1134件が、“Reflection”・原著論文・看護文献では67件が該当した。研究テーマと要旨の内容から、主要なテーマが“振り返り”または“Reflection”であり、研究の中心的概念とし位置付けていること、研究対象が看護学生・教員や患者を除くと115件が該当した。さらに、振り返りの概念化が研究成果とされている研究に絞込むと11文献が該当した。その他書籍や学術雑誌から13文献を選択した。

以上の方法で選択した書籍、雑誌、原著論文からテーマごとに共通する知見を得た。

I. 看護実践での判断力と行為の振り返りとの関連

1. 看護教育における看護実践能力と判断力の位置づけ

日本における看護実践能力の概念化は、Wiedenbach（1964）やBenner（1984）の文献の解釈から発展して、宮内（1987）や梶山他（1993）の「臨床能力」に関する研究によって進められてきた。しかし、その後は看護研究の実績として看護実践が

取り上げられなかったことから、看護実践の用語の定義や構造化は明確にされてこなかった経緯がある。看護研究による看護実践の概念化が停滞する一方で、看護学教育では日本の少子高齢化の到来と高度医療化や在宅医療の進展、介護・福祉分野の充実など、保健・医療・福祉を取り巻く社会情勢の変化に伴い、日本の学士課程が急激に増加していった。このような社会の変化による看護基礎教育の学士課程の充実に伴い、看護実践能力の概念化は進展した（尾形，2010）。平成16年3月に文部科学省は看護学教育の在り方に関する検討会を行い、看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の5つの到達目標を設定した。この5つ目標は実践能力の内容を示し、看護実践能力を構成する主要な概念として位置づけられた。そのひとつである“看護の計画的な展開能力”は、専門職者として提供する行為を計画的・意図的に展開するための判断に焦点をあてた能力といえる。さらに、2011年に「学生過程においてコアとなる看護実践能力と卒業時の到達目標」においては、“根拠に基づき看護を計画的に実践する能力”のなかの“根拠に基づいた看護を提供する能力”として、臨床判断が看護実践能力の一つとして明確に位置付けられている。

2. Wiedenbach，Corcoran，松谷他による看護実践能力における判断力の特性

Wiedenbach（1961）によると、「臨床看護実践は、ある目的を目指して行われるものであり、深い思慮を持って行われるものであり、患者中心のものである」（p 39）と述べ、＜目的性＞、＜思慮の深さ＞、＜患者中心＞を看護活動の3つの特性として位置付けた。これらの特性を踏まえて看護師が効果的に実践を勧めていくために身につける特性、すなわち看護実践の諸側面（Aspects of practice）には＜知識＞、＜判断＞、＜技術＞の3つの側面があるとしている。判断は看護実践の特性の1つであり、知識・技術と調和させて用いるときに、これらの価値は発揮されるとしている。Corcoran（1999）によると看護師は看護実践における行為の判断すなわち臨床判断を日常的に行っており、臨床判断は患者ケアの状況を熟慮し、決定を

下すといった看護師の認識を示すと述べている。Corcoran は、Wiedenbach と同様に看護場面で知識と判断を統合させるということは、看護実践能力の特性であることを言及している。また、松谷他（2010）は文献レビューから看護実践能力を構造化し、主要素の「人々・状況を理解する力」を「知識の適用（アセスメント）力」と「人間関係をつくる（コミュニケーション）力」で構成した。「知識の適用（アセスメント）力」は、情報を適切にとり扱い、クリティカルシンキングと分析および知識の統合を通してアセスメントを行う、臨床での判断力として位置付けた。以上の文献に共通した見解は、判断は看護実践能力の1つであると共に、知識と密接に関連してその能力を発揮するということである。

3. 臨床判断を構成する一つの要素としての振り返り

Tanner（2006）は、臨床判断の教育を視野に入れた以下の臨床判断モデルを紹介している。このモデルは“注目する（Noticing）” “分析する（Interpreting）” “反応する（Responding）” “振り返る（Reflecting）” の4つの側面から構成されており、互いに関連するプロセスとして説明している。佐藤紀子（1989）もまた、Tanner と同様に臨床判断に関する概念化を行い、“知識” “状況の把握” “行為” “行為の効力” “満足感” の5つの構成要素を時系列からなるプロセスで説明している。そのプロセスの前半に位置する“知識”と“状況の把握”は、行為を決定するために知識と判断を統合させた、狭義の判断そのものと捉えられる。プロセスの後半にある、“行為の効力”，“満足感”は、行為の結果について考察する“振り返り Reflecting ”といった解釈ができる。これらの研究成果をもとに、尾形（2011）は、臨床判断のプロセスの前半に位置する“状況の把握”に焦点をあて、臨床判断で状況を把握するパターンを抽出した。明らかにされたパターンは3つあり、そのうちの1つは“状況を把握”して“行為”を決定するといった問題解決に代表する演繹的なプロセスと解釈できる「経験による直行型」パターンである。他の2つは、

看護師は看護行為と患者の反応のやり取りを繰り返すことによって認識が変化する〔意味追及による反復型〕パターンや、看護行為をしてから状況を把握するといった〔行為先行型〕パターンが明らかとなった。看護師は実践した行為を振り返ることで判断と知識を統合させて、その場で起こっている状況を把握する手段としていくことが明らかとなり、Tanner や佐藤と同様に“振り返り”が臨床判断の構成要素の一つであるという共通の見解を持つことができた。

II. 振り返りに関する見解と看護場面の設定

1. 振り返りの方法

Tanner（2000 a）によると、振り返り（Reflecting）とは自分が行ったことについて考えてみることである。そして、看護実践を振り返ることは、責任感と自分の行為を結果と結びつけて考えることで、看護行為の結果として何が起こったかについて知る必要がある。したがって、看護実践における行為の振り返りは、自分の行為を結果と結びつけて看護専門職としての責務を全うしているか、その目的について考えることといった解釈ができる。Tanner（2000 b）は、「Reflecting とは、過去を振り返って深く考えるということであるが、問題となっているものを探索して思考・熟考することが大切である。これはまた、経験をもとにして考えるということである。」（p45）とも述べており、“振り返り（Reflecting）”には実践経験が基盤になっていることを示唆している。Wiedenbach（1964）もまた、看護師が行為の後に振り返ることに関連して次のように述べている。「再構成とは、看護婦が知覚したままの患者（あるいは個々人）の行動について、そしてまたそのとき看護婦が体験した思考や感情や、その結果として生じた行為について再収集し、時間を追って詳細に記述することによって表されるものである。それはまた体験あるいは体験の一部を、再び取り戻すための試みでもある。」（p 109）このように、

Wiedenbach は再構成という事例を評価する一手段によって、看護師が実際に経験した患者に対するケアを思い起こしたことを記述して、行為の成果を目的と照合することが、客観的な評価を得るための学びであることを言及した。振り返りは臨床で経験した出来事を、自ら振り返ることによって意味をもつことから、実践者に特有の学習方略であることが示唆されている。

2. 振り返りのスタイル

Wiedenbach (1964) は、振り返りの場や時期については次のように述べている。

「出来事の動きがすばやいその時その場の状況から離れ、その時にのみこまれ、時間的にも勢力的にも客観的に見返ることのできなかった詳細な事柄への“振り返り”が必要なのである。」 (p 110) Schon (1983) もまた、「実践者は、自分自身の行為の中の知の生成について (on) ふり返る。実践が終わった後の比較的静かな時間に、自分がとり組んだプロジェクトについて、過ごした状況について思いをめぐらし、事例を扱ったときにどのように理解したかを探求する。」 (p 64) と述べている。このように、振り返るには、出来事が起きたその時その場では時間的・勢力的にも客観的に見返ることができない場合もあるということである。そして、Tanner (2011) は振り返りの二つのスタイルについて次のように説明している。一つは行為の後に振り返ることであり、もう一つは行為しながら振り返るといったスタイルである。行為しながらの振り返りは、実際に行動しながら振り返ることで、看護師は患者の状態をモニタリングしてどのような反応がみられるかを考え、そして患者の反応を見ながら自分のとる行動を調整するといったことである。そして、行為しながらの振り返りは、事象が起きているその場その時に、専門家としての卓越した判断を可能にする実践的思考である。田村・津田 (2008) も同様に、「行為のなかのリフレクション (振り返り) は、看護実践家が出会う状況や問題を認識し、行為している中でそのことを考えるプロセスを意味する。」 (p 174) と、実践者

の特性としての行為の中での省察が起きることについて述べている。すなわち、行為しながら（行為の中）の振り返りは、行為の後の振り返りとあわせて、実践者が持つ思考スタイルとして提唱され、互いに関連し合い、実践した個別の状況に即した実践的な知識の獲得につながるとされている。

3. 振り返りの構成要素と影響する要因に関する見解

リフレクション（振り返り）に関する研究の動向としては、構成する要素、スキルなどが明らかにされている。池西他（2007）は、リフレクションを構成する9要素として、【状況の認識】【状況への問題意識】【状況への関心】【対話】【批判的分析】【問題意識の再構成】【実践】【実践に対する評価】【看護師の内面的変化】を抽出している。そして、この9要素の関連から、2つのリフレクションのパターンを検出した。1つは実践の中でリフレクションすることにより問題解決に至り、事後には看護師の内面的変化に至ったパターンで、もう1つは実践の中では問題解決に至らなかったが、事後のリフレクションにおいて経験からの学びを見出すことのできたパターンであった。2つのパターンの比較から、【批判的分析】（クリティカルシンキング）が、抑圧している自己の前提や経験、知識、考え方などを問い直し、意識変容の学習へと導いていたことを示唆した。このことから、クリティカルシンキングは、行為しながら振り返ることと、行為の後の振り返りを紡ぐ、リフレクションのコアとなる要素であるといった解釈がされている。Atkins（2000）は、リフレクションに必須のスキルとして、【自己への気づき】【表現】【クリティカルな分析】【評価】【総合】を明らかにしており、クリティカルシンキングはリフレクションのスキルの中でも中心的な概念として位置付けられている。

また、【自己への気づき】は、池西らが見出したリフレクションを構成する要素の【状況の認識】【状況への問題意識】【状況への関心】と同様に、看護師の出来事に対する認識の始まりの概念であり、振り返りの内的動機付けとして捉えること

ができる。そして、上田・宮崎（2010）は、リフレクションを促す方法からみた課題を3点述べている。1つ目の【リフレクションの内容】は、看護実践の中で印象に残った困難や不確かさ、事象に伴う感情、看護者の考えと行動の理由といった内的動機付けに相当する。他の2点【リフレクションを促す場】、【リフレクションを促す関わり】は、人もしくは環境によって与えられる“行為の振り返りの機会”といった外的動機付けと捉えることができる。したがって、振り返りに影響する要因は、実践経験を基盤として、内的動機付けと外的動機付けの双方を視野に入れる必要がある。

4. 振り返りを明らかにするための看護場面の必要性和場面設定に向けた見解

前述の池西他（2007）は、リフレクションを構成する要素の【状況の認識】【状況への問題意識】【状況への関心】に共通する要素は“状況”であり、状況とは看護場面そのものといった解釈ができる。したがって、看護場面は振り返りの動機付けと捉えることができる。

振り返りと看護場面に関する見解は、以下の3つとなる。

1つ目として、都留（1989）は判断における状況の特徴には、判断するものがその場において、自分が入り込んだ状態で状況を観察して、じかに得られる情報をもとにすることと述べている。一方、Tanner（1990）は、臨床判断によって決定された行為の評価には、シミュレーションテストが適用することを言及した。ここでいうシミュレーションテストとは、予め設定された看護実践場面の状況に対して、評価対象者が個別の回答を提示し、その回答の正確さを他者が評定する方法である。しかし、シミュレーションテストで設定した状況が、調査対象となる看護師の日常的な実践の場を反映するとは限らず、現実的な判断からズレが生じる可能性がある。したがって、振り返りはシミュレーションではなく看護師が過去に実際に行った場面での行為が望ましいと考える。

2 つ目は、Tanner（2011）が振り返りにはプロセスがあり、いくつかの層に分かれており、振り返りの始まりである動機と、振り返りの終わりである看護行為の結果として何が起こったかについて知ることが必要であると言及している。また、振り返ることの動機として、体験が内的な心地悪さの引き金になり、気にかかっていることを明らかにすることによって、問題となった出来事を広げて見直すことが求められる場合もあることを述べている。加えて、振り返りの動機として振り返りの場面そのものの影響があり、看護場面そのものが自分の行為と看護者としての責任感とを結び付けて考えるような状況を想定することが必要であることも述べている。池西他（2007）も、看護実践は対象者やその人がおかれている状況により、具体的な援助内容が変化するという状況的な要素が強いことを言及している。したがって、振り返りを促進するためには、内的動機付けとなるような印象に残る特定の場面設定が必要と考える。

3 つ目として、判断は迷いが生じることで意識化される傾向が示唆されている（佐藤紀子，1989）。判断の迷いとは判断できるだけの既習の知識を十分備えていることと、既習の知識を備えていてもその適応もしくは応用が困難なケアであることが条件と考える。つまり、臨床で判断が意識化されるには、状況に対する能動的な働きかけが必要となり、そのためにはケアの目的が明確に設定されていることや、ケアの結果が得られる期間が限られていることがあげられる。

5. 看護場面「患者の治療決定のための看護支援」の振り返りの効果と見解

振り返りを明らかにするための看護場面とは、以下の検討より「患者の治療決定のための看護支援」を行う場面が想定できる。日本では1997年医療法改正によって、医療者は適切な説明を行って、医療を受ける者の理解を得るよう努力する義務が初めて明記され、医療の場でのインフォームドコンセントが定着している。治療決定は医師が選択した治療を患者が従うといった従来の方法から、医師が提案した治療

を行うか否かを患者自身で決めることを求められる方法へと変化している。これに伴い、患者の意思決定に関する医療従事者の支援が重視されている。

治療が困難な状況での治療の開始や選択もしくは中止を意思決定するには、患者とその家族は多くの葛藤や苦悩を経験している。特にがん疾患や進行性の難病患者は、生命維持のために有効な治療開始までの期間が明確である一方で、治療によって対象者の QOL を著しく低下させることから治療が最優先であるとは言い難く、文字通り当事者の意思にゆだねる場合がある。高度医療の急激な発展に伴い、医療従事者は治療の専門的な理解や治療の実施と同時に、患者とその家族の意思決定をどのように支援すべきかといった、患者とその家族と同様の葛藤と苦悩を経験している。医療従事者の中でも、患者とその家族と療養生活の多くを共にする看護師は、治療を提案する医師と同様に直接的に意思決定を支援する立場にあるといえる。このような背景から、看護師は患者の治療決定の支援に迷いや困難を感じて、限られた期限の中でどのように支援を決めていくべきか思い悩み、意図的に振り返りを行いながら行為を決定していることが予測される。そして、患者の治療決定が行われた、もしくは終了した後も患者にとってどうであったかを振り返ることで、将来の看護場面で適応できる新たな知識を模索していることが考えられる。

患者の治療決定の支援に関して明らかにされている見解として、倫理的意思決定モデルを活用した患者支援がある。倫理的意思決定モデルは、倫理的対立に含まれる価値の側面と事実に基づく側面の両方を分析するための順序だった方法が示されている。代表的なモデルではジョンストンの道徳的モデル（1999）があり、（1）批判的・内容的な状況のアセスメント、（2）道徳的問題の明確化と診断、（3）明確になった問題に対応する適切な行為の計画、（4）計画した行為の実施、（5）行った行為の成果を評価し問題の本質を明確にして解決すること、といった5段階の要素から構成されている。また、倫理分析や意思決定のための RASPECT モデル（1996）は、

その人の関心や価値に配慮し尊重するための7つの要素から構成されている。これらの倫理的意思決定モデルの特徴は、価値対立に焦点をおいた問題解決のプロセスであり、プロセスを形成する個々の要素を実践と照合し事象の解釈と解決策を導き出すことを目的とした事例研究（橋本・松本・森田，2010）等に用いられている。これらの倫理的意思決定モデルを活用した研究成果によって実践で活用できる知識の普及が期待できる。しかし、倫理的意思決定モデルの解釈は、看護師個別の実践経験によって差が生じることが予測され、日常的に活用するにはモデルを熟知したスペシャリストの支援や、日常業務から離れて研修等で十分な時間を設けてモデルの理解と事例検討を行う必要があると考えられる。

また、治療決定の支援の実際に関しては、がん疾患や進行性の難病といった治療決定が困難な疾患を持つ患者に焦点をあてた研究が大半を占める（大久保・小西，2001；尾沼・鎌倉・長谷川・金田，2004；太田，2006；遊佐・牛久保，2008）。これらの研究は、患者・家族の意思決定の体験を明らかにしたものであり、その体験から看護師の役割や支援方法について検討がされている。また、看護師の支援の在り方（牛久保・飯田・大谷，2008）（西尾・藤井，2013）や、役割葛藤（渡邊・菊井・大橋，2004）について、看護師自身の体験から支援内容や影響する要因を明らかにした研究もあるがまだわずかである。以上の研究成果をまとめると、患者の治療決定の看護支援には、①治療決定に必要な情報提供や情報解釈、②アセスメント技術、③自己決定の支持や保証などの精神的支援、④副作用の対処や日常生活の負担を軽減する身体的支援、⑤気持ちの揺れや迷いへの対処や優しい言葉かけや傾聴する態度、⑥多職種との役割や関係調整などが明らかにされた。これらの研究では、患者の治療決定の看護支援の内容や要因については明らかにされているが、看護師がどのように支援を決定したかという看護師の思考を明らかにしたものはわずかである。治療決定が困難な対象者への支援の良し悪しを明らかにすることは難しいが、

どのように考えて支援を決めたのかを振り返ることで、看護師の思考を明らかにすることは可能と考える。看護実践の行為の振り返りによって実践の成果を自ら認識することで、役割意識の促進と新たな知識の探求に役立てることができると考える。

III. 判断力の育成に向けた学習方略と尺度開発

1. 振り返りの評価と判断力の育成に向けた学習方略

上田他（2010）によると、臨床看護師の看護実践における行為の振り返りを促進する方法は、①一人で実施する日記や記録、②他者との1対1の関わりにより実施する対話やケアを一緒に実践すること、③複数人が一同に会して実施するカンファレンス・事例検討会があることを述べている。振り返りは、自己省察であるといった特性を持つことから、①に着目した自ら振り返るための方略を検討することが必要であると考えられる。

Knowles（1980）によると、評価は成人教育のプログラムを運営していくうえで、肝要かつ避けることのできないものであり、賢明な運営者はみな、たえず、自分で達成できたと思っている事実や成果についての価値判断を下している。看護者は専門職としてたえず自身を評価し、評価によって何らかの行為に結びつけるといった、評価の成果を得るべく努力することで、専門性を深めるといった発展が期待されている。松谷他（2010）もまた、看護実践能力の評価については、他者評価でなく自己評価で行う有用性を主張する文献が複数存在し、自己評価は専門職者としての実践とリンクしており、省察的なプラクティスは専門職者としての実践の特性であり、自己学習やキャリア発達を促進するといった見解を述べている。看護師が自らの実践の成果についての価値判断をすることで、看護実践の行為を振り返ることに意味を見出し、日常的に行為を振り返る習慣をつけ、判断力の学習方略として活用することが期待できる。

舟島（2000）は看護実践の評価方法について、適切で誰でも同様に評価できる基準を備えた測定用具の作成が必須であると説明している。看護実践能力は、日常の業務の経験の積み重ねにおいて形成されるものであり、すべての実践者である看護師が対象となる。そのため、その評価のツールも、日常的に利用可能な簡便なものが有用と考えられる。尺度は、実用性・適応性という観点からは、多数の対象者に対して同時に使用でき、一般化された明確な基準のある、簡易に利用可能な測定用具である。したがって、看護実践における行為の振り返りの評価を可能にする尺度を開発する必要があると考える。

2. 看護実践における行為の振り返り尺度の開発に向けた方略

看護実践における行為の振り返りの尺度の開発は、開発された尺度の活用を見据えた、適切な開発方法を検討する必要がある。尺度は、心理・社会分野での開発が進んでいるが、看護においては「看護実践・教育のための測定用具ファイル 開発か知恵から活用までの実際まで」（舟島監修，2009）の中で、研究の実際から尺度開発のプロセスが紹介されている。この方法で開発された尺度は、看護実践や教育において活用されており、その実用可能性も実証されているため、本研究においては、この尺度開発のプロセスを参考にして研究を進めることとする。

また、尺度の基準関連妥当性を検証するために、すでに信頼性と妥当性が検証されている外的基準尺度を用いて相関をみる必要がある。本研究では、批判的思考という概念に着目した。振り返り（Reflection）と批判的思考の関連についてはいくつかの文献で検証されており、批判的思考は行為の振り返りの中核を担う概念とされている（池西他，2007；本田他，2009；Tanner，2011）ことから、批判的思考とは、自分の推論過程を意識的に吟味する反省的（reflective）な思考であり（楠見，2001），認識の仕方の特徴として捉えることができる。批判的思考の能力を測定する尺度に関して、Facion&Facion（1992）が作成した批判的思考の構成要素の1つ

である態度を測定する尺度 California Critical Thinking Disposition Inventory (CCTDI) は、複数の分野で広く活用されているが、日本版はいまだ確立されていない。廣岡・元吉・小川・斎藤 (2001) は、Facion & Facion と同様に批判的思考の志向性を測定する尺度を開発しており、この尺度は人間多様性理解、他者に対する真正性、論理的な理解、柔軟性、脱直観、脱輕信の 6 因子 30 項目 (39 項目) により構成されている。この中の要素である、人間多様性理解、他者に対する真正性、論理的な理解といった項目は、看護実践能力の構成要素である“人々・状況を理解する力”、“人々中心のケアを実践する力”、“看護の質を改善する力” (松谷他, 2010) の内容に相当する。このことから、廣岡他 (2001) の批判的思考の志向性を測定する尺度は、看護実践の評価に関連すると解釈できる。廣岡他 (2001) の尺度は、その後中西・廣岡・横矢 (2006) によって 27 項目に集約されており、信頼性・妥当性が検証されている。したがって、外的基準尺度には、中西他の「社会的クリティカルシンキングの志向性」尺度を用いることとする。

そして、看護実践における行為の振り返りに影響する要因が明らかになると、行為の振り返りが効果的に行える機会を、日常業務に反映させたシステムに組み込むことが可能となると考える。本研究では、先行文献で明らかにされている、看護場面や内的動機付けは、看護実践における行為の振り返りの要素の中に含まれるものとして明らかにしていく。“行為の振り返りの機会”といった外的動機付けは振り返りに影響する要因としてその内容を明らかにして、看護実践における行為の振り返りの尺度との関連を検証する。

開発する尺度は、その実用可能性を検討した上での完成を目指したい。そのために、本調査を行った尺度について実践的立場からそのように活用できるかについて検討する必要がある。前述にあるように、開発された尺度が看護の経験を問わず簡便なものであるか、もしくは評価を行うことで判断力の向上に向けた自己課題の抽

出につながるか，判断力育成の学習方略となるかに関して検討する必要がある．

第3章 研究目的

本研究の目的は、患者の治療決定の支援に焦点をあてた看護実践における行為の振り返り尺度の開発である。本研究では、以下のプロセスで調査、分析を行う。

1. 尺度の構成概念「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」の下位概念と、行為の振り返りの機会を質的帰納的研究によって明らかにする。
2. 質的帰納的研究によって明らかになった下位概念をもとに尺度の試案を作成して、信頼性・妥当性を検証し、その結果に基づき尺度を修正する。作成した尺度と影響する要因との関連を統計学的手法により検証する
3. 「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」尺度の実用可能性を検討する。

第4章 研究方法

I. 研究の概要（研究のプロセス）

本研究は、看護実践における行為の振り返り尺度の開発である。舟島他（2009）の看護実践・教育のための測定用具の開発過程を参考として、以下の段階に沿って調査、分析を実施する。（図1）

第1段階：尺度の構成概念「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」の下位概念と、行為の振り返りの機会を質的帰納的研究によって明らかにする。

第2段階：第1段階で明らかになった下位概念をもとに尺度の試案を作成して、信頼性・妥当性を検証し、その結果に基づき尺度を修正する。作成した尺度と影響する要因との関連を統計学的手法により検証する。

第3段階：第2段階で作成した尺度の実用可能性を検討する。

II. 用語の定義

本研究における用語は、Wiedenbach（1964）、およびTanner（2000 a）（2000 b）（2011）等の文献を参考に、以下のように定義する。

1. 看護実践

看護師がある目的を遂げるために、深い思慮を持って、患者中心に行う活動である。知識、判断、技能の3つの特性を持ち、それぞれの特性を調和させて用いるときに、これらの価値が発揮される。

2. 振り返り

自分の行為を結果と結びつけて目的と照合し考えることである。

3. 振り返りの方法

振り返ることは、過去を振り返って深く考えることで、問題となっているものを探求して考察・熟考することと、経験をもとにして考えることである。

4. 振り返りのスタイル

振り返りには2つのスタイルがあり、一つは実践が終わった後に、自分が取り組んだことやその時の状況とそれをどのように理解したかを探求する“行為の後に振り返ること”で、もう一つは、実際に行動しながら患者の状態をモニタリングして、その反応をみながら自分のとる行動を調整する“行為しながら振り返ること”である。この2つの振り返りは互いに関連し合い、既習の知識や思考の習慣を問い直すことで知識を構築する。

5. 患者の治療決定

医師から提案された治療の変更、継続、中止に対する患者の意思決定をいう。

III. 各段階での研究方法

1. 第1段階：

尺度の構成概念「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」の下位概念と、行為の振り返りの機会を質的帰納的研究によって明らかにする。

1) 研究対象者

看護基礎教育終了後の臨床経験3年以上で、がん疾患や進行性の難病患者の治療決定の支援を日常的に実施する機会の多い部署で1年以上勤務している看護師（以下“看護師”と略する）10名とする。抽出方法は、研究目的および内容について説明をして同意が得られ、所属長の推薦がある看護師とする。

2) 調査方法

患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返りに関して半構造的インタビューを行う。実践した行為は、がん疾患や進行性の難病患者の治療決定の支援

とする．ここでいう，治療決定の支援とは，医師から提案された治療変更，継続，中止に対する患者の意思決定に関する看護場面である．変更，継続，中止の要因は限定しない．インタビューは看護師が過去に実践して印象に残っている一場面について，振り返りの用語の定義を参考に，実践した行為，目的，結果について考えたことと，行為の振り返りの機会に関して以下の質問を行う．面接は，看護師個別に行い，プライバシーに配慮して個室にて行う．面接時間は一時間程度を設定する．面接内容は許可を得てICレコーダーに記録する．

質問内容：

- ① どのようなケアをしたか
- ② ①のケアはどのように考え決定したか
- ③ ①のケアに対する患者の反応はどうだったか
- ④ 実施したケアについてどう考えたか
- ⑤ 実施したケアについて，いつ，どのような場面で，どのように考えを持ったか
- ⑥ ⑤をした理由，もしくは出来なかった理由

3) 分析方法

面接内容から逐語記録を作成し，振り返りと，行為の振り返りの機会について語られているデータを抽出する．抽出されたデータの意味を損なわないようにコード化する．類似するコードをカテゴリー化する．カテゴリーの関連を対象者毎のデータから解釈し，解釈したカテゴリーの関連から振り返りのスタイルを検討する．

2. 第2段階

第1段階で明らかになった下位概念（カテゴリー）をもとに尺度の試案を作成して，信頼性・妥当性を検証し，その結果に基づき尺度を修正する．影響する要因との関連を統計学的手法により検証する．（図2）

1) 質問紙の作成

- (1) 第1段階で明らかにされた、患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返りの下位概念（カテゴリー）から下位尺度を構成して質問項目を作成する。看護実践の概念化に関する研究者に依頼し、質問内容について意見交換を行い、研究者が想定した下位尺度と項目内容が一致しないものや重複と捉えられるもの、文章表現については再検討し修正を行う。
- (2) (1)の後、実務経験のある看護師に対してパイロットスタディを実施して尺度の試案をする。
- (3) 第1段階で明らかになった行為の振り返りの機会について、統計学的にも関連がみられるかを検証するために、構造化質問紙を作成する。

2) 研究対象者

看護基礎教育終了後の臨床経験1年以上で、治療決定の支援を日常的に実践している看護師500名とする。なお、調査対象者は、個人の看護実践能力を定期的に評価している（キャリア開発ラダー等の導入）施設の所属する看護師とし、対象施設は個人・施設の特定回避のために、複数の施設に依頼する。

3) 調査方法

研究協力の承諾が得られた医療施設の所属長を通して推薦を受けた対象看護師に自記式質問紙を配布し、郵送法にて回収する。

4) 調査項目

予備調査および本調査は、①対象者の属性（年齢、実践経験年数、ラダーレベル）、②本研究で開発した「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」尺度、③「社会的クリティカルシンキングの志向性」尺度（中西他、2006）（表1）、④本研究第1段階で創出した16項目からなる「行為の振り返りの機会」について調査を行う。

5) 分析方法

統計解析プログラム SPSS 20.0 for Microsoft Windows, SPSS Amos Version22.0 for Microsoft Windows を使用し次の分析を行う

(1) 質問項目の取捨選択

①尖度, ②質問項目各々の反応分布, ③天井効果・フロア効果, ④項目間の相関係数, ⑤ I-T 相関分析から検討し, 削除する項目を決める. 残った項目で因子分析を行い最終項目を決定する.

(2) 信頼性の検討

尺度の信頼性には, 安定性, 内的整合性, 同等性がある. 本研究が目指す尺度は看護実践の行為の振り返りに関する内容であることから, 実践は時間経過の影響を受け, 個人に対する調査時期の変化は結果に影響する可能性を持つため, 再テスト法による安定性の検証には限界がある. また, 個人の評価を対象とするため同等性は本研究では検討を必要としていない. 本研究では, 内的整合性として Cronbach の α 係数を算出することで信頼性の検討を実施する.

(3) 妥当性の検討

① 内容的妥当性

看護実践の概念化に関する研究者に依頼し専門家会議を開催することと, 実務経験のある看護師に対してパイロットスタディを実施し, 項目の検討と修正を行い内容的妥当性を確保する. また, 因子分析で出てきた因子が果たして現象を解釈するのに十分であるかどうかを, 当該分野の知見に照らし合わせて解釈可能性の検討をする必要がある (松尾他, 2002). 統計的手法による質問項目の取捨選択でも, 看護実践における行為の振り返りを明確にするために重要である内容が削除されないように, 実践や研究的な専門家と共に質的帰納的研究による結果との照合を繰り返して内容的妥当性の確保に努める.

② 構成概念妥当性：

本研究では、尺度の項目分析を実施したうえで探索的因子分析ならび確認的因子分析を行う。

③ 基準関連妥当性

本研究では、基準関連妥当性を検証するために、すでに信頼性と妥当性が検証されている外的基準尺度を用いて相関をみる。外的基準尺度には、中西他（2006）の「社会的クリティカルシンキングの志向性」尺度を用いる。クリティカルシンキング（批判的思考）とは、自分の推論過程を意識的に吟味する反省的（reflective）な思考であり、振り返りをするための認識の仕方の特徴として捉えることができ、先行文献では関連性が検証されている。廣岡他（2001）が作成した「クリティカルシンキングに対する志向性の尺度」は、人間多様性理解、他者に対する真正性、論理的な理解、柔軟性、脱直観、脱軽信の6因子30項目（39項目）により構成されている。廣岡他（2001）の尺度は、その後27項目に集約されており（中西他，2006），本研究では尺度の使用にあたっては、現在尺度の管理を行っている中西氏より使用許可を受けた。

6) 質問紙の修正

データの分析結果を受けて質問紙の修正を行う。

7) 修正した尺度を用いた再調査と分析

調査対象者は200名とする。予備調査と同様に信頼性、妥当性の検証を行う。尺度と影響する要因について、統計学的検定により関連を検討する。

3. 第3段階

第2段階で作成した尺度の実用可能性を検討する。本調査に参加した看護師に協力を要請し、尺度と行為の振り返りに影響する要因についてインタビューを実施する。

1) 対象者

第2段階で調査を実施した1施設の看護師5,6名とする。

2) 調査方法

第2段階の結果を説明してから、尺度の内容の妥当性、尺度の使用感、尺度使用後の効果、尺度を使用する対象と機会と、行為の振り返りに影響する要因の意見・感想についてインタビューを行う。面接は、看護師個別に行い、プライバシーに配慮して個室にて行う。面接時間は30分間程度を設定する。面接内容は許可を得てICレコーダーに記録する。

IV. 倫理的配慮

1. 倫理審査

調査にあたっては本学看護福祉学部の研究倫理委員会に申告し承認を得た。本研究は、各段階で調査研究を行い前調査の結果を受けて質問用紙の作成やインタビューの内容と対象者の選定などの研究方法の詳細を決定する。したがって倫理審査は、各調査の開始前に行うこととした。各段階の調査は、倫理審査の承認を得て実施した。（平成23年6月7日受付番号23号で承認；平成25年3月11日受付番号35号で承認；平成25年5月21日受付番号12号で承認；平成26年6月4日承認番号14N013013）

2. 施設への協力依頼

倫理審査と並行し、対象となる看護師が所属する各施設の看護部門管理者に口頭にて研究の趣旨と方法について説明し、研究調査依頼の内諾を取る。倫理審査の承認後に調査依頼に関する書類を送付し、研究参加の判断を仰いだ。第1段階から第3段階まで施設に対する調査協力の依頼は同様の手続きを行った。

3. 対象者への協力依頼

第1と3段階の対象者には研究の趣旨と研究の参加や中断はあくまでも自由意思

でありいつでも協力を取りやめることができることを説明して文書にて同意を得た。インタビューはプライバシーが配慮される場を設定して許可を得てレコーダーを使用した。第2段階の対象者には研究協力の意思を確認したのちに質問用紙を配布し、回答の回収を持って研究参加の同意とすることを研究協力依頼の書面に明記した。全ての対象者に、以下の内容を明記した書面を配布した。

- 1) 研究の目的・方法及び協力依頼の内容
- 2) 調査により得られたデータは研究以外の目的で使用されることはなく、研究結果の公開時には匿名性は保持され、個人や施設が特定されないこと、また、データの管理は厳重に行われ、個人情報保護されること。
- 3) 研究協力は任意であり、いつでも協力を取りやめることができること。
- 4) 結果は研究発表や学術論文として公表されること。

4. データの保管

第1段階と第3段階でインタビューしたデータは個人が特定されないように、個人名とデータは別にして、鍵のかかる場所で保管する。データは研究以外の目的で口外せず、データは研究者が保管場所を固定し厳重に管理し個人情報を保護する。

第5章 結果

I. 第1段階の結果

看護実践における行為の振り返り尺度の開発に向けた第1段階として、「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」の下位概念と、行為の振り返りの機会を質的帰納的研究によって明らかにした。調査期間は平成24年7月18日～8月17日である。

1. 調査対象者の概要

調査対象の看護師（以下看護師）は、がん疾患や進行性の難病患者の治療決定の支援を日常的に実施する機会の多い部署に所属する10名である。看護師には、過去に実践して印象に残っているがん疾患や進行性の難病患者1事例の治療決定の支援について、インタビューをすることを事前に説明した。概要は以下の通りである。

- 1) 年齢：20代～50代
- 2) 実務経験年数：3年～30数年
- 3) 面談時間：24分～36分
- 4) 所属部署：婦人科病棟，脳神経外科病棟，皮膚科病棟，乳腺外科・神経内科外来の4部署
- 5) 治療決定の内容：化学療法を開始時期，気管切開の実施，手術療法の実施，治療の場の選択，BSCへ移行など

2. 調査結果

- 1) 患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返りの下位概念（カテゴリー）

看護師の“患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り”の語りを分析した結果，【治療決定の状況の把握】【患者が治療を決定する状況の吟味】【患者が治療を決定するために必要なことへの働きかけ】【患者の治療に関わる

人々への働きかけ】 【働きかけによる患者の変化】 【働きかけによる看護師自身の変化】 の 6 下位概念（カテゴリー）を創出した．この 6 つの下位概念は，その概念を構成するさらに下位の 53 概念（サブカテゴリー）からなる．文中ではカテゴリーは【 】, サブカテゴリーは[], 研究参加者の語りは「 」で示す．（表 2）それぞれの下位概念は，以下のように解釈して命名した．

- (1) カテゴリー 1 【治療決定の状況の把握】は，[患者の病名，性別，年齢，家族構成などの基本情報][患者のこれまでの治療経過] [患者の病状の進行や重症度][医師の治療に対する意向（する，しない，選んだ治療）] など 8 サブカテゴリーから構成される．治療決定に必要な医学的知識と情報収集による治療そのものの理解を示す概念である．
- (2) カテゴリー 【患者が治療を決定する状況の吟味】は，[患者と家族は現状をどのように理解しているか][患者と家族は治療を受ける（やめる）ことにどんな思いや期待をもっているか] [患者と家族が治療を受ける（やめる）ことで症状改善（悪化）や延命に対する期待の程度と治療の効果とのギャップはあるか] [患者と家族が希望する生活を実現するための実施可能な方法は何か] など 14 サブカテゴリーから構成される．患者とその家族の意向を理解するために必要な情報とそれについての看護師の熟考を示しており，“行為しながらの振り返り”の中心的な概念である．
- (3) 【患者が治療を決定するために必要なことへの働きかけ】は，[治療に伴う副作用や合併症への対策は説明できているか] [患者と家族の意向を明らかにするための対話を持ったか] [患者と家族の希望を支持する態度を示せているか][患者と家族に情報を提供する人選や場の設定ができているか] など 9 サブカテゴリーから構成される．患者と家族に直接提供する具体的な看護支援内容であり，患者の治療決定の支援そのものを示す概念がある．

- (4) 【患者の治療に関わる人々への働きかけ】は，「治療決定に関わる人々との対話を持っているか」「治療決定に関わる人々の意向の合致に向けて調整しているか」「治療決定に関わる人々の関係性に配慮しているか」など5サブカテゴリーから構成される．患者とその家族に関連する人々への介入内容といった，治療決定の間接的な看護支援を示す概念である．
- (5) 【働きかけによる患者の変化】は，「患者と家族は治療決定したことへの満足を表現しているか」「治療を受けながら患者と家族は実施可能なセルフケア行動をとっているか」「治療を受けて（やめて）患者と家族の感情は安定しているか」「患者と家族のこの治療を受けた（やめた）後の治療決定は円滑に進んだか」など6サブカテゴリーから構成される．看護介入の結果として患者が期待する結果を得たか否かを問う，看護実践の成果を示す概念である．
- (6) 【働きかけによる看護師自身の変化】は，「対話の持ち方，タイミングや問いかけ方はよかったか」「働きかけによって自分のとるべき役割を果たしていたか」「セルフケア不足を補う熟練した技術が提供できたか」など11サブカテゴリーからなり，【働きかけによる患者の変化】と同様に看護実践による成果と言える．看護実践能力の自己評価を示し，自分のとった行動について看護実践の成果と目的を結びつけて照合するといった，“行為の後の振り返り”の中核となる概念である．

2) 下位概念の関連より検討した振り返りのスタイル

6つの下位概念の関連を検討した結果，“行為しながらの振り返り”

（Reflection In action）と“行為の後の振り返り”（Reflection On action）の2つのスタイルが抽出された．

“行為しながらの振り返り”（Reflection In action）といったスタイルは，看護師は医学知識と情報収集による【治療決定の状況の把握】と，患者と家族の生活背

景や意向に合わせて【患者が治療を決定する状況の吟味】をしていた。そして、患者や家族の意向を明確にするための対話やセルフケア支援を行い、患者と家族にとってより良い選択ができるように【患者が治療を決定するために必要なことへの働きかけ】をしていた。また、治療決定に関わる人々が患者と家族に対して情報提供と支援ができるように、医療チームの一員として多職種間の調整をするといった【治療決定に関わる人々に働きかけ】をしていた。この4つのカテゴリーは互いに関連して、実際に行動しながら患者の状態をモニタリングして、その反応をみながら自分のとる行動を調整する実践的思考に相当したスタイルであると解釈できた。

“行為の後の振り返り”（Reflection On action）といったスタイルでは、看護師は、【働きかけによる患者の変化】と合わせて、役割、価値観、技術の熟練度、関係性など【働きかけによる看護師自身の変化】について述べていた。これは、事象の起きているその時その場面を離れて詳細に行為を振り返ることに相当するスタイルであると解釈できた。看護師は、事象が起きたその時その場で“行為しながらの振り返り”と共に、その時その場では考えられなかったことも意識化して“行為の後の振り返り”によって、自らの認識に変化が起きたことを語っていた。

3) A 看護師の患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り

A 看護師の患者の治療決定の看護支援に焦点をあてた振り返りの例を以下に示す。A 看護師は、50代の子宮がん患者の受け持ち看護師として、今後の治療内容の選択（もしくは治療を終了するか）治療を受ける場の決定についての看護支援を行った。その振り返りについての語りから抜粋して例を示す。

(1) “行為しながらの振り返り”の側面

① 【治療決定の状況を把握する】

「50代の子宮がんの女性〔患者の病名、性別、年齢、家族構成といった基本情報〕の受け持ちでした。頑張りたいという思いがあってずっと長い期間治療

を頑張ってきたが〔患者のこれまでの治療経過〕，化学療法ができるものがないようになってきたため〔患者の病状の進行や重症度〕，今後どこで過ごすのかを医師から問われていた〔医師の治療に対する意向〕．」

② 【患者が治療を決定する状況を吟味する】

「私のイメージとしては，結構頑張ってこられた方なので，治療ができないということにショックを受けるのではないかと思っていた〔患者と家族は治療を受ける（止める）ことにどんな思いや期待ともっているか〕．この方の希望としては，時々家に帰ってゆっくりしたりっていうのができるといい，そのように過ごすことができる場所がよいと考えた〔患者と家族が希望を支持する態度を示しているか〕．」

③ 【患者が治療を決定するために必要なことへの働きかけ】

「患者さんもいろいろ考えることがあるのではと思い，治療ができなくなったことに対する思いを聞いたり〔患者と家族の意向を明らかにするための対話は持ったか〕，今後どういうふうに過ごしたいかという希望を聞きつつどういうふうに調整したらよいかを本人と話し合った〔患者と家族の希望を具体的にするための対話を持ったか〕．」

④ 【治療決定に関わる人への働きかけ】

「希望する過ごし方ができる場所はどこなだろうと医師や同僚と相談したり〔治療決定に関わる人々と対話を持っているか〕，患者と医師が今後どこで過ごすかを話しあう場を設け同席した〔治療決定に関わる人々の意向の合意に向けて調整しているか〕．」

(2) “行為の後の振り返り”の側面

① 【働きかけによる患者の変化】

「ずっとこの病院で治療してきたけど，家に帰りやすいのは地元の病院だと

いうことが、話をしていく中で具体的になってきて、やっぱり地元の病院がいいよねということになったことや〔患者と家族は治療決定の落ち着きどころを医療者と申し合わせできたか〕、治療ができないことがショックという感じではなく、『やっぱりそうだよね』という感じで受け止められていた〔患者と家族の感情は安定しているか〕.」

② 【働きかけによる看護師自身の変化】

「岐路に立たされて色々な迷いが生じているときに看護師が関わることで、患者の本心を整理する手伝いになると思う〔働きかけによって自分の取るべき役割を果たしていたか〕. 最後どうしたいかっていうことは患者は話しづらいと感じることもあったが、できるだけ早めにそういう話をしていこうと思うようになった〔この患者との関わりは他の患者の関わりに足がかりになるか〕」

4) 行為の振り返りの機会

行為の振り返りの機会は、質的帰納的研究成果と先行文献の内容から検討し、16項目の内容を創出した。（項目内容は表3参照）

行為の振り返りの機会は、行ったケアの励ましやサポートする人の存在といった人的資源、意見交換をする場の確保や情報検索のしやすさといった学習環境、ケアや学習時間の確保といった時間的なことに関して述べられていた。

3. 分析結果の厳密性の検討

調査結果の確実性を高めるために、研究に参加した人々から研究結果を確認してもらいメンバーチェックを行い、厳密性を検討した。第1段階のインタビューの調査対象者10名に対して、調査結果の内容確認の目的で、再調査を依頼し6名より回答を得た。調査結果より創出された下位概念がインタビュー内容を反映しているかについて、質問紙により回答を得た。また、創出した下位尺度や実施した調査についての自由記載とした。調査結果は、「インタビュー内容を反映している項目

である」はすべての項目に同意を得た．自由記載では，インタビューを受けることで，振り返りの機会になったことや，これほどの内容を考えていた事実を認識した等の意見が寄せられた．

II. 第2段階の結果

第1段階で明らかになった「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」の下位概念をもとに，尺度の試案を作成して信頼性・妥当性を検証し，その結果に基づき尺度を修正する．影響する要因との関連を統計学的手法により検証する．

1. 質問項目の選定

第1段階の成果に基づき質問項目を以下のプロセスで作成した．また，第1段階で明らかになった，行為の振り返りの機会について統計学的にも関連がみられるかを検証するために，構造化質問紙を作成した．

1) 質問項目の作成準備

(1) 設問の検討と内容

構成概念（測定対象）は，「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」である．行為の振り返りのスタイルは“行為しながらの振り返り”と“行為の後の振り返り”があり，この2つの振り返りは互いに関連し合い，既習の知識や思考の習慣を問い直すことで知識は構築する．質問紙の回答時は，過去に経験したことを振り返っていると解釈することができ，“行為の後の振り返り”となる．開発する尺度は，看護実践能力の1つである判断力の評価とすることから，看護実践におけるその場その時の思考を対象とする “行為しながら振り返ること”を問うものである．したがって，設問は「患者の治療決定の支援を実施しているその時に（後で考えたことは含まない）考えた内容」を問うものとする．

(2) 質的帰納的研究の成果による活用

第1段階では、質的帰納的研究の成果として、「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」の6つの下位概念（カテゴリー）を創出した。下位尺度を構成する6概念個々は、さらに下位の概念（サブカテゴリー）から形成されており、これらは下位尺度を構成する概念よりも具体性を帯びているため、質問項目にはこの内容を活用し、患者の治療決定のための看護支援の振り返りを問うように作成した。

2) 質問項目数の決定

回答の時間として、回答者の負担に配慮し最大60分程度を予定する。1項目が1分程度の時間で回答できると仮定すると、質問項目数は60以下が目安になる。53サブカテゴリーのすべてを質問項目として設定し、質問項目は53項目とした。

3) 尺度化

尺度タイプは、本研究の測定対象は「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」であることから、意識や態度などを数量的に測定する場合に用いるリカート法を採用し、回答のし易さを考慮し1～4段階とした。

選択肢の表現は、振り返りの方法の用語の定義を活用し、問題となっているものを探求して考察・熟考する、「じっくりとよく考えること」の“程度”を問う表現用語を採用した。選択肢は「常に考えていた（4点）」、「時々考えていた（3点）」、「あまり考えていなかった（2点）」、「全く考えていなかった（1点）」とした。

4) レイアウト

質問項目を回答しやすいように、下位尺度（カテゴリー）が測定する側面から自己の傾向を把握できるように、下位尺度毎に質問項目を配置した。また、下位尺度や下位尺度内の質問項目（サブカテゴリー）は、行為の決定のプロセスを時間列で並べることで理解の容易さなどを考慮し、回答しやすい配列とした。

2. 専門家会議の開催と質問内容の修正

専門家より質問内容の改善点について指摘を受け修正し、予備調査版となる尺度を構成する

1) 専門家会議のメンバーと概要

専門家会議は、2012/10月～2013/1月に実施した。看護実践の研究者2名に依頼し、質問内容について意見交換を行い、研究者が想定した下位尺度と項目内容が一致しないものや重複と捉えられるもの、文章表現については再検討し修正を行った。次いで、患者の治療決定の支援を日常的に実施し指導的立場にある看護師1名に、内容の妥当性について意見交換を行った。

2) 専門家会議による質問内容の修正・追加・削除の検討（表4）

質問項目は、削除が必要と判断した項目はなかった。回答者の回答のし易さを考慮して、主語を明確にする、わかりやすい表現にするなど、13項目に内容の修正を行った。実践経験による意見や看護実践の先行文献からの再検討によりデータの見直しをして、19項目を追加した。追加した項目は、データから創出可能である内容であることを再度確認した。

以上の検討により質問項目は、53項目に19項目を追加して、合計72項目となった。

3. パイロットスタディの実施

1) パイロットスタディの概要

実務経験のある看護師にパイロットスタディを実施し、最終的な行為の振り返り尺度の試案をした。2013/2月に実施した。

① 調査対象者

看護基礎教育終了後の臨床経験3年以上で、同じ部署で1年以上勤務しており、がん疾患や進行性の難病患者の治療決定の支援を日常的に実践している看護師32名。なお、調査対象者は、個人の看護実践能力を定期的に評価している（キャリア開発

ラダー等の導入) 施設の所属する看護師とした。

② 調査方法

研究協力の承諾が得られた医療施設の所属長を通して推薦を受けた調査対象者に自記式質問紙を手交配布し、留め置きで回収した。

2) パイロットスタディの回答の所要時間と結果に基づく修正・削除 (表 5)

(1) 回答の所要時間

記載に要した平均時間は14.3分 (5～25分) であった。

(2) 質問項目の修正・削除の検討

回答に偏りがあり削除した項目はなし。回答しにくさの指摘があり削除した項目は22項目であった。回答しにくさの理由とその項目数は、治療決定のタイムラグを感じることで回答しにくさがあると判断した7項目、他の質問と重複していると考えられる12項目、漠然としていて回答のしにくさがある3項目であった。また、これらの項目修正の理由に関連して研究者自身が修正を必要と判断した項目は8項目であり、計30項目を修正した。以上の検討より、試作版は72項目より22項目を削除して、合計50項目となった。

4. 予備調査の結果

1) 対象者の選定

看護実践経験1年以上で、患者の治療決定の支援を日常的に実施する部署で勤務している看護師620名(12施設)に質問紙を配布した。回答の回収は206部、項目欠損値5%以下の対象者を分析対象とした。有効回答は190部(有効回収率30.7%)であった。

2) 対象者の属性

平均年齢 35 ± 8.47 歳(23～62歳)、実践経験年数 12.6 ± 7.63 (1～38年)、部署経験年数 4.4 ± 2.77 年(1～16年)、ラダーレベル 3.2 ± 1.06 (1～5:ただし最

大 4 段階と 5 段階の設定の修正はしないない) であった。

3) 分析結果

分析は、以下の (1) ～ (4) のプロセスで行った。なお、統計的な処理を行うにあたっては、心理学の尺度開発を専門としている研究者に、スーパーバイズを得ながら進めた。

(1) 項目の選定

50 項目のうち、項目欠損値 5 % 以下であることを確認した 190 名のデータを用いた。下記の項目分析①～⑤の分析より検討した。以下の検討の結果、8 項目を削除して42 項目を選択した。(表 6)

① 尖度

2 以上の該当項目 (項目番号: 2・3・5・7・13 の計 5 項目が該当)

② 天井効果とフロア効果を確認

天井効果は 24 項目 (項目 1 ～ 7, 12 ～ 17, 23, 25, 26, 28, 31 ～ 35, 39, 41),
フロア効果は該当なし。

③ 反応分布

回答 4 を選択し .5 以下の偏りがある項目は 11 項目が該当した。(1, 2, 3, 5, 6, 7, 12, 13, 14, 16, 26)

④ 項目間の相関

相関係数が .5 以上の項目は 3, 4 以外はすべてが該当し, .6 以上でも 36 項目が該当した。

⑤ I-T 分析

$r = .497 \sim .746$ で有意に高値であった。

以上の結果より, 削除の対象とする項目は, ①のすべての項目としたが, 3 は相関の強い項目がないことと内容を重視して残すこととした。(項目番号: 2・5・

7・13の計4項目が該当) ②の天井効果は該当が多いので③と重複する項目を削除とした。ただし、1は相関の強い項目がなく内容を重視して残すこととした(項目番号:12, 14, 16, 26)の計4項目が該当)。④は因子分析後の項目削除の参考とした。

(2) 探索的因子分析による尺度の作成

選択した計42項目を用いて因子分析を行った。因子の抽出には主因子法を用いた。因子数は、固有値1以上の基準を設け、スクリープロットの結果から因子の可能性も考慮して5因子とした。プロマックス回転を行い、削除基準の④を参考にしながら内容の重複と「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」の内容を重視して21項目を削除した。取捨選択の結果の21項目からなる尺度の因子パターンを表7に示す。因子負荷量が.40以上の項目を採用し、21項目を削除した。最終的に抽出した因子は5因子21項目となった。

抽出した因子は次の5因子である。第Ⅰ因子は【看護師の役割の認識】であり、5項目より構成されている。第Ⅱ因子は【患者・家族の背景の把握】であり、5項目より構成されている。第Ⅲ因子は【医療チームの状況の把握】であり、4項目より構成されている。第Ⅳ因子は【患者・家族の意向の吟味】であり、4項目で構成されている。第Ⅴ因子は【治療の状況の把握】であり、3項目より構成されている。(表7)各因子は以下の解釈より命名した。

① 第Ⅰ因子【看護師の役割の認識】

第Ⅰ因子には、自分は熟練した技術でセルフケア不足を補っているかが高い負荷量を示している。これは、看護専門職としての日常生活の負担を軽減し自己決定を後押しするサポートとしてセルフケア支援を行うことができているかを問うものである。すべての項目に共通しているのは看護師自身に関する問であり、自分自身が看護師としての職務を全うしているかといった自己評価を示している。

② 第Ⅱ因子【患者・家族の背景の把握】

第Ⅱ因子には、患者と家族の経済状態や、住地域の医療や福祉が高い負荷量を示している。すべての項目に共通していることは、患者と家族が予め備えている内容であり、患者と家族の背景といえる。＜患者と家族の治療決定に影響しているセルフケア不足は何か＞に関しては、疾病や治療の影響を加味すると他の因子に含まれる可能性を持つため、今後の検討の1つとする。

③ 第Ⅲ因子【医療チームの状況の把握】

第Ⅲ因子には治療決定に関わる人々（患者、家族、医療者）間で対話をもっているかが高い負荷量を示している。この因子は患者を中心とした医療チームがどのように機能しているかといった状態を知ること示している。

④ 第Ⅳ因子【患者・家族の意向の吟味】

第Ⅳ因子では上位3項目に因子負荷量の差が少なく、共通する内容として患者と家族の意向を看護師がどのように捉えているかを示している。看護師の熟考を表す内容であり、行為しながらの振り返りでは中心的な因子である。

⑤ 第Ⅴ因子【治療の状況の把握】

第Ⅴ因子は、共通する内容から、医学知識と情報収集による治療そのものの把握を中心とした因子である。

(3) 信頼性

項目全体のCronbach の α 係数は.933 ($n=190$), 因子別では.882～.751であった。

(表7)

(4) 妥当性

① 確認的因子分析

モデル適合では、 $X^2=308.228$, $df=179$, 有意確率 $=.000$, $GFI=.868$, $AGFI=.829$, $CFI=.937$, $RMSEA=.062$ であり適度な適合度が得られた。

② 基準関連妥当性

社会的クリティカルシンキングの志向性尺度と本尺度との総合点の Spearman の順位相関係数を算出した結果、 $\rho = .452$ とやや相関が認められた。

5. 本調査の結果

1) 対象者の選定

看護実践経験 1 年以上で、患者の治療決定の支援を日常的に実施する部署で勤務している看護師 452 名（12 施設）に質問紙を配布し、回答の回収は 190 部、項目欠損値 5 % 以下の対象者を分析対象とした。有効回答は 181 部（有効回収率 40.1 %）であった。

2) 対象者の属性

平均年齢歳 34.7 ± 8.23 （23～59 歳）、実践経験年数 12.1 ± 7.73 （1～36 年）、部署経験年数 4.6 ± 2.64 年（1～35 年）、ラダーレベル $2.64 \pm .89$ （ラダーレベルの最大 4 段階と 5 段階の設定の修正はしない）であった。

3) 分析結果

分析は、以下の（1）～（4）のプロセスで行った。なお、統計的な処理を行うにあたっては、心理学の尺度開発を専門としている研究者に、スーパーバイズを得ながら進めた。

(1) 項目の選定

21 項目のうち、項目欠損値 5 % 以下であることを確認した 181 名のデータを用いた。項目分析は①～⑤を行った。（表 8）

① 項目の尖度

2 以上のものを対象としたが、該当する項目はなし。

② 質問項目各々の反応分布

各回答の反応分布を確認し、選択肢 1～4 の回答数とその全対象者に占める割合

を算出した．回答に90%を超えるものはなかったため，削除した項目はなし．

③天井・フロア効果（平均±標準偏差）

4以上，1以下（尺度の回答が1～4段階であるため）となる項目を確認し削除の対象として検討した．フロア効果はなかった．天井効果は3項目が該当：1

（4.07），2（4.13），4（4.04）天井効果は4に近い数値であるため除外の対象とはしない．

④項目間相関係数の検討

項目間の相関で， $r = .50$ 以上の相関があったペアを確認して，そのペアが残らないように検討し，7ペアが該当：7-6（.516），11-12（.552），12-14

（.568），13-14（.578），14-15（.771），17-18（.505），17-21（.584）ペアの項目の相関では，質問内容が重複しないため除外の対象としない．

⑤I—T分析

I—T分析の結果は $r = .353 \sim .726$ で優位に高値であった．

以上より21項目中，削除する項目はなし．

(2) 探索的因子分析による尺度の作成

21項目にて因子分析（最尤法，固有値1以上の値についてプロマックス回転）を行った．因子負荷が1つの因子について.35以上で，かつ2因子にまたがって.35以上の負荷を示さない20項目を選択した．その結果5因子が抽出された．予備調査の結果とは因子パターンは異なるが，因子の項目がほぼ同じあるため，抽出された5因子は，予備調査と同様の命名をした．（表9）

(3) 信頼性

項目全体のCronbachの α 係数は.893（ $n=181$ ），因子別では.820～.668であった．（表9）

(4) 妥当性

① 確認的因子分析

モデル適合では、 $\chi^2 = 306.541$ ， $df = 87$ ， $p = .000$ ， $GFI = .858$ ， $AGFI = .814$ ， $CFI = .885$ ， $RMSEA = .071$ であり適度な適合度が得られた。（図3）

② 基準関連妥当性

本尺度と社会的クリティカルシンキング志向性の尺度の総合点のSpearmanの順位相関係数の算出では、 $\rho = .425$ と相関が認められた。

以上第2段階の結果、最終的に作成した尺度は表10で示す。

(5) 行為の振り返りに影響する要因との関連

行為の振り返りに影響する要因は、振り返りの基盤である実践経験を対象者の実践経験年数、ラダーレベルとした。外的動機付けである行為の振り返りの機会、第1段階で創出した“行為の振り返りの機会”16項目とした。“行為の振り返りの機会”16項目の平均値は2.24～3.45であった。（表3）

対象者の実務経験年数、ラダーレベルとのSpearmanの順位相関係数では、実務経験年数 $\rho = .263$ ，ラダーレベル $\rho = .207$ であり相関は認められなかった。“行為の振り返りの機会”16項目の総得点と尺度の総得点のSpearmanの順位相関係数の算出では、 $\rho = .234$ であり相関は認められなかった。

III. 第3段階の結果

1. 対象者の概要と属性

調査対象者は、第2段階の調査に参加した一施設の看護師（実践経験1年以上で、患者の治療決定の支援を日常的に実施する部署に勤務）6名である。

対象者の属性は実務経験年数2～26年、部署経験年数2～8年である。6名中5名の対象者は同一部署で勤務して、他の1名は認定看護師として特定の部署に所属せず活動している。

2. 尺度の実用性の意見

第2段階の本調査で得られた5因子20項目の尺度について、内容の妥当性、使用感、使用後の効果および本尺度を使用する対象や機会、行為の振り返りに影響する要因についてインタビューを行った。対象者からの意見・感想は以下の内容である。

1) 尺度の内容

下位尺度である治療決定の支援の振り返りの内容を示す20項目は、「実践している」「絶対にみる」「必要な項目である」「理解できる」といった、内容に対する肯定的な意見があった。対象者の6名中4名は実践経験の長い看護師であり、実践的な内容であることの確認ができた。また、なぜそう思ったかといった根拠となる実践の語りからも尺度の因子に相当する内容が確認できた。

2) 尺度の使用感

設問の問いかけに関しては、行為しながらの振り返り（行為しているその時に考えたこと）を問われているのがすぐに理解できなかったが、回答しているうちに徐々に理解ができた。振り返るということに意味を感じて回答できたという意見があった。また、評価の方法と項目数に関しては、4段階による選択は簡便であり迷わずにできることや、項目数が少ないので時間がかからず、回答は負担感なくできるといった意見があった。

第2段階の調査では、実践のイメージを持てるように、回答は1事例の看護実践における振り返りを対象としている。経験の多い看護師にとっては、対象となる患者の特徴（治療決定の状況、問題、情報量）によっては実践しながら考える内容にはよく考えることとあまり考えないことの差が生じ、すべての項目を同様に考える必要があるのかといった疑問が寄せられた。下位尺度の内容の解釈も経験により差が生じることが危惧され正確な測定の困難さが述べられた。一方で経験の少ない看護師は、下位尺度の内容に注目して、対象を一般化して自らの思考の傾向を認識す

るといった捉え方をして、回答することそのものに効果の実感があることが述べられた。

3) 尺度の回答後の変化とその内容

尺度回答後の変化では、「変化の実感がない」と回答した看護師は部署経験の長い看護師であり、自らの変化は感じないものの、これだけの内容を考えることはできていたという自己評価の機会となり「振り返る」ことに意味を持つことを言及していた。実践経験が長くても調査当時の部署経験が短い看護師は自らの実践振り返りに活用できたことを述べている。経験の短い看護師は、自らの思考と知識について振り返ることができており、実践へ動機付けとなっていた。

4) 尺度を使用する対象と機会

実践経験の少なく、回答後の変化の実感していた対象者は、その部署特有の看護をある適度経験した時期や、部署でリーダーシップをとる時期の実施に効果があると述べられていた。リーダーシップ経験の前後では大きく変化が期待できるため、自己評価として使用できると述べていた。また、治療決定の支援を共有するチームカンファレンス等の場面では、尺度の内容を知ることによって他者の思考や知識の理解につながったことから、経験の少ない看護師が使用しても役立つことを述べていた。

また、尺度は看護の対象と、回答の対象者となる看護師の経験により、使用方法にバリエーションが見出された。看護の対象としては、がん疾患患者の再発や医療者との見解の違いといった看護の対象が治療決定を困難としている状況で、実践に悩んだ看護師が自らの思考の整理を目的に使用することで有用となることが述べられた。また、個人の実践にとどまらず、集団としての傾向性の把握のために、他者評価の対象としても使用可能であることが述べられた。

5) 行為の振り返りに影響する要因

行為の振り返りに影響している要因は、「その人の感性」といった内的動機付け

も述べられたが、人的資源の確保や思考や知識を共有する機会など、外的動機付けの効果について述べられていた。調査した部署の特徴として、治療決定から結果までの一連のプロセスを共有するカンファレンスの定期的実施や、新人看護師の継続的なフォローアップ体制など、外的動機付けとなる支援の効果が述べられていた。

第6章 考察

考察では、対象者の特徴を概観した後に、本研究で開発した尺度の信頼性・妥当性と実用可能性について考察する。また、行為の振り返りに影響する要因との関連を検討し、看護師の判断力の育成に示唆を得る。

I. 本研究における対象者の特徴

予備調査は、第1段階の質的記述的研究の結果より、53項目の質問を作成して、専門家会議にて72項目に修正し、パイロットステディにて50項目に修正した質問項目を用いて行った。予備調査の対象者は、看護実践経験1年以上で、患者の治療決定の支援を日常的に実施する部署で勤務している看護師として、12施設 620 名に配布して、190 部が調査対象となった。予備調査の対象者 190 人の平均年齢は35歳、実践経験年数12.6年、ラダーレベル 3.2 であり、幅広い経験からなる対象へのデータ収集となった。予備調査および本調査の対象者が所属する施設は、大学病院や診療連携拠点病院、難病医療拠点病院といった高度で専門性の高い医療を提供する施設であり、治療決定が困難な患者とその家族へ日常的にケアを提供していた立場からの回答となっている。因子分析する調査での回答者の人数は、質問項目の5～10倍程度が必要と考えられている（松尾他，2002）。予備調査では、50の質問項目を設定したため対象者を500人で予定したが、回収は206名と予定の人数をみたしていない。これは、調査対象が、患者の治療決定の支援を日常的に実施する部署で勤務している看護師であるため、そのような実践している施設は限られており、対象となる施設も業務上の負担感から調査協力が困難な背景があり、配布数には限界があった。また、回答を依頼された看護師が、患者の治療決定を支援することは困難な看護実践でもあるといった実感があり、実践経験が少ないと回答ができないとい

った意見もあったことから、回答そのものの困難さがあったことが考えられる。また、本研究の調査では郵送による回収としていたため、回収率が期待できないこともあった。

本調査は、予備調査の結果より集約された21項目の質問項目にて調査を行った。本調査の対象者 181 人の平均年齢は34.7歳、実践経験年数12.1年、ラダーレベル2.64であり、予備調査と本調査では実務経験や実践レベルに差はみられず、同一の集団と捉えることができる。本調査では、回収率50%を見込み、予定していた配布数 200 部より増やして 452 部を配布した。予備調査同様に、配布可能な施設は限られており、回答する対象の負担感は予測されたが、回収は 190 部、有効回答は 181 部とほぼ予定の人数を確保し、分析に適切な項目数の 5 ～10 倍の人数という基準を満たすことができた。回答数の減少や質問用紙の構成の見直しなど、予備調査後の改善により回収率が上がったことも考えられる。

II. 「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」尺度の検討

「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」尺度開発のプロセスとして、第1段階では質的帰納的研究の成果から尺度の試案を作成し、第2段階で専門家会議とパイロットスタディを経て予備調査と本調査を行った。開発した

「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」尺度の信頼性・妥当性について考察する。

1. 信頼性

測定用具の内部整合性を判定するには Cronbach の α 係数 0.7 以上が基準となる（小塩，2004）。本調査での、項目全体の Cronbach の α 係数は.893（ $n=181$ ）であった。予備調査では、項目全体の Cronbach の α 係数は.933（ $n=190$ ）であったことから本調査と比較すると高値を示したが、本調査では項目の減少の関与も考えられ

る。また、各下位尺度では、第4因子までの下位尺度が.70以上であり、第5因子も.70に近い値であった。第5因子は他の因子と比較すると低いが、項目数が3項目と少ないことが関与したと考えられる。したがって、この尺度は尺度全体、下位尺度ともに内部一貫性が得られ信頼性を確保したといえる。

2. 妥当性

本研究は、内容的妥当性、構成概念妥当性（探索的因子分析ならびに確認的因子分析）、基準関連妥当性にて妥当性を検討した。それぞれの妥当性の結果を考察する。

1) 内容的妥当性

本尺度は、質的帰納的研究成果を基盤に質問項目を作成するとともに、専門家会議による検討会とパイロットスタディを実施し、項目の検討と修正を経て作成されている。第1段階の質的記述的研究の結果では、尺度の質問項目は53項目を設定したが、専門家会議では実践的な視点から質問が日常の実践と相違ないか、回答者が質問の意図を理解できる問いになっているかを中心に議論を重ね修正を行い、質問項目は72項目となり19項目増える結果となった。これは、パイロットスタディでは50項目となり22項目を削除する結果となったことから、質問の内容を重視したために同様の内容が重複していたことが考えられる。

また、因子分析でも、出てきた結果は一つの結果にすぎず、ここで出てきた因子が果たして現象を解釈するのに十分であるかどうかを数的な基準をもとにするのではなく、当該分野の知見に照らし合わせて妥当かどうかを、解釈可能性の検討する必要がある（松尾他，2002）。統計的手法による質問項目の取捨選択で最終的には20項目に集約されたが、看護実践における行為の振り返りを明確にするために重要である内容が削除されないように、実践や研究的な専門家と共に質的帰納的研究による結果との照合を繰り返し、尺度の試案を作成することで、この尺度の内的妥当

性の確保に努めた。本研究で抽出した「患者の治療決定の看護援助」の振り返りを、看護支援の振り返りに関する先行文献と比較・照合すると以下の解釈ができる。池西他（2007）は、リフレクションを構成する9要素として、【状況の認識】【状況への問題意識】【状況への関心】【対話】【批判的分析】【問題意識の再構成】【実践】【実践に対する評価】【看護師の内的変化】を抽出している。本研究では【治療の状況の把握】や【医療チームの状況の把握】および【患者・家族の背景の把握】といった因子が抽出されており、【状況の認識】の内容を具体的にしている。また、【対話】・【実践】は、情報提供や意向の確認、チームの調整など、各因子を構成する下位尺度の内容として包括された。第1因子【患者・家族の意向の吟味】は、患者の治療決定の看護支援において中核となる因子である。この因子を構成する質問項目には、看護師は治療決定が患者とその家族の“意向”に沿ったものであるかを熟考する内容が含まれており、【批判的分析】・【問題意識の再構成】・【実践に対する評価】をしていると解釈できる。また、がん疾患や進行性の難病といった治療決定が困難な疾患を持つ患者に焦点をあてた研究（大久保・小西，2001；尾沼・鎌倉・長谷川・金田，2004；太田，2006；遊佐・牛久保，2008）や、看護師の支援の在り方（牛久保他，2008）（西尾他，2013）や、役割葛藤（渡邊他，2004）について論じた研究では、患者の治療決定の看護支援は、①治療決定に必要な情報提供や情報解釈、②アセスメント技術、③自己決定の支持や保証などの精神的支援、④副作用の対処や日常生活の負担を軽減する身体的支援、⑤気持ちの揺れや迷いへの対処や優しい言葉がけや傾聴する態度、⑥多職種との役割や関係調整などが明らかにされた。これらは支援の具体的内容と治療決定に影響する要素であり、本研究の各因子の下位尺度の内容に含まれている。したがって、本尺度は支援の具体的内容と治療決定に影響する要素と、行為の振り返りの構成要素を包括していると解釈できる。

2) 構成概念妥当性

本尺度の構成概念妥当性の分析は、探索的因子分析と確認的因子分析を行った。

(1) 探索的因子分析

質的帰納的研究と予備調査の結果を比較すると、因子は6から5に減っている。これは、“行為しながらの振り返り”は、実際のケアの成果を含まないことから、第1段階で明らかにされた【働きかけによる患者の変化】が相当しないためと考える。【働きかけによる看護師自身の変化】も、【働きかけによる患者の変化】と同様に実際のケアの成果を含まないと捉えることができるが、開発した尺度にも【働きかけによる看護師自身の変化】の質問項目はいくつか残り、【看護師の役割の認識】を新たに構成した。尺度の質問は、“行為しながらの振り返り”を問う表現を用いているが、作成過程で【働きかけによる看護師自身の変化】の質問内容は、患者に対するケアを通して自分自身の役割を認識するといった内容に表現を変えたことで、新たな因子となったことが考えられる。

予備調査による探索的因子分析では21項目5因子が抽出され、本調査では予備調査で選択した21項目から1項目を削除して全20項目5因子となった。尺度に採用する項目は、＜患者と家族の治療決定に影響しているセルフケア不足は何か＞を削除の対象として検討した。この項目は、予備調査では第Ⅱ因子【患者・家族の背景の把握】に含まれ、疾病や治療の影響を加味すると他の因子に含まれる可能性を持つため今後の検討の1つとしており、本調査では因子負荷量が低く尺度全体の安定性に欠くため削除の対象とした。それ以外は十分な因子負荷量があり、因子全体との内容的な関連も説明可能なため削除の対象とはしなかった。因子数の検討では、因子分析の結果から予備調査及び本調査では同様の5因子が抽出され、各下位尺度を構成する全ての質問項目が同一の因子に.35以上の因子負荷量を示し、他の因子に示す因子負荷量に比べ高い値であることを明らかにした。これは、本尺度が5下位

尺度に概ね合致する因子構造を持っていることを表す。尺度の因子は5因子が妥当といった解釈ができる。ただし、第5因子は他の因子との相関が.256～.594であり、他の因子間と比較すると相関が強くはない。第5因子【治療の状況の把握】の質問項目1＜患者のこれまでの治療経過＞、質問項目2＜患者が治療を受ける（やめる）ことで起こる症状や副作用＞のそれぞれの平均値は3.48（SD.593）、3.45（SD.67）であり、他の平均値と比較して高い。治療決定の支援では【治療の状況の把握】をすることが当然のことであり、看護師の行為は疾病や治療に関する知識や情報収集が中心となることから、看護師独自の介入ではないといった解釈が起因しているのではないかと考える。

そして、第Ⅱ因子【看護師の役割の認識】の＜治療決定の支援の役割は、医療者間で調整されているか＞と、第Ⅳ因子【医療チームの状況の把握】の＜治療決定に必要な情報を、医療者が提供することを説明しているか＞は、第Ⅱ・第Ⅳ因子に重複し、.30以上の高い因子負荷を示す項目である。これは看護師が状況把握と役割遂行とのどちらに重点をおくかによるもので、項目間にまたがるのは否めない。また、第Ⅲ因子【患者・家族の背景の把握】の＜患者や家族の身近な人の治療体験＞と、第Ⅴ因子の【治療の状況の把握】の＜患者の、これまでの治療経過＞は、第Ⅰ因子【患者・家族の意向の吟味】と第Ⅲ・第Ⅴ因子それぞれと重複し、.30以上の高い因子負荷を示す項目である。第Ⅰ因子は、患者の治療決定の支援の内容を象徴する中心的な因子であり、他の因子への関連が強いことの影響と考えられる。以上の2因子に重複する項目は、該当する因子に十分な因子負荷量を示しているため削除せずに採用としたがさらなる検討は必要である。

(2) 確認的因子分析

因子分析で得られた仮説モデルの適合度を確認的因子分析により検討した。その結果、5因子を潜在変数とした場合の適合度は、GFI=.858、AGFI=.814、CFI=.885、

RMSAE=.071 であり、GFI > AGFI の基準をみたしていた。また、RMSEA は.071 であり .08 以下の基準をみたしていた。質問項目と因子間では.488 以上の妥当なパス係数が得られた。しかし、GFI・CFI は値が 1 に近いほどあてはまりがよいことを表しており、.9 以上必要といわれている（石井，2005）。この仮説モデルの結果では GFI，CFI とともに.9 に満たずモデルのあてはまりはよいとはいえないが、概ね基準を満たしており本尺度は、活用可能であると判断できる。項目間では、第 5 因子が他の因子間と比較して相関が認められないものもある。探索的因子分析の予備調査と本調査の因子パターンの比較でも、各因子を構成する質問項目に移動がある。質問項目が他の因子に含まれる可能性もあり、因子パターンが十分に安定とはいえないため、今後も調査を継続してモデルの検討が必要となる。

3) 基準関連妥当性

基準関連妥当性では、依存妥当性を検討するため本尺度と社会的クリティカルシンキングの志向性尺度との相関を確認した結果、 $\rho = .425$ 中程度の相関が認められた。本尺度のタイプは、本研究の測定対象が「患者の治療決定の支援における看護師の行為の振り返り」であることから、「じっくりとよく考えること」の“程度”を問う表現用語を採用し、選択肢は「常に考えていた」から「全く考えていなかった」とした。そして、意識や態度などを数量的に測定する場合に用いるリカート法を採用して数量的な測定対象としている。一方、社会的クリティカルシンキングの志向性尺度も本尺度と同様に意識や態度などを数量的に測定しているが、社会的クリティカルシンキングの志向性尺度は能力や傾向性を実際に持っているかどうかより、能力や傾向性に対して肯定的に同意するかという点を重視している（廣岡他，2001）。またクリティカルシンキングという概念は、振り返りの中核をなす概念であると同時に、振り返りを行うためのスキルといった捉えもある（Atkins，2000）。2 つの尺度が強い相関にならなかったのは、こういった問われている概念の違いが

関与すると考えられるが、クリティカルシンキングが振り返りには欠かせない概念であることは検証され、本尺度の妥当性確保と共に、看護師の判断力の育成にはクリティカルシンキングの能力や傾向性が関与することが示唆された。

III. 行為の振り返りに影響する要因

本研究では、振り返りに影響する要因は、実践経験を基盤として、内的動機付けと外的動機付けの双方を視野に入れた。統計的手法による分析は、実務経験年数、ラダーレベル、第1段階で創出した「振り返りの機会」との関連を確認した。

実践年数、ラダーレベルと尺度との関連を分析した結果、ラダーレベルとの関連が認められなかったことは、施設毎のレベルの設定の違いやレベルの偏りが考えられる。ラダーレベルと比較して、尺度は実務経験年数との関連の方が強いことから、それを裏付ける結果といえる。看護師の経験やラダーレベルに関して Bennis (1984) は、経験を積んだ実践家の技術修得に関するドレイファスモデルの看護への適用から5つの発展的レベルを提唱し、経験や熟練において技術は変容し、その変化が実践の向上をもたらすと述べている。本研究の調査では、平均年齢34.7 (± 8.23) ラダーレベル2.64 (± .89) とほぼ3以上であった。キャリア開発ラダーでは施設によって違いはあるが、レベル3は部署のリーダーシップや業務改善、同僚の教育指導ができる看護師と設定している (日本赤十字社事業局看護部編集, 2008)。Bennis (1984) のドレイファスモデルの看護への適応の段階から解釈では、約3～5年間類似した看護集団を対象に働いているナースたちに中堅者の実践がみられるとしている。したがって、本研究の対象者は経験年数やラダーレベルから中堅以上の看護師が多かったことがわかり、すでに行為の振り返りがよくできていたことの影響も考えられる。今後は、対象者を新人、一人前といったまだ十分に実践経験を持っていない看護師に関しても検討する必要がある。

動機付けと振り返りとの関連では、内的動機付けは、本研究では「患者の治療決定の支援」という看護場面の設定をすることで研究調査の条件の一つとして位置付けた。上田他（2010）によると、看護実践の中で印象に残った困難や不確かさ、事象に伴う感情、看護者の考えと行動の理由といったことがリフレクションを促す方法になるといった見解を述べている。患者の治療決定の支援では、治療によって対象者の QOL を著しく低下させることから治療が最優先であるとは言い難く、文字通り当事者の意思にゆだねる場合がある。そういった背景の理解によって、看護師は提供するケアに対して自身の判断に迷いが生じて、行為を振り返ることを意識的に行っていることが予測される。調査票を回答する前に実際に経験した看護場面を想起することで、質問項目の回答に反映することを狙った。本研究では、内的動機付けとの関連を明らかにしてはいないが、第3段階での実用可能性のインタビューでは尺度の回答が判断力の学習につながったという意見もあり、こういった判断が困難な看護場面を振り返る機会を設けることが、判断力育成の促進につながるといった見解を持つことはできた。そして、外的動機付けでは、人もしくは環境によって与えられる「行為の振り返りの機会」といった外的動機付けを分析対象として、行為の振り返りとの関連を明らかにした。外的動機付けとの関連があまり認められなかったことは、調査した施設がすでに外的動機付けとなる環境整備がされており、結果に反映されなかったことが考えられる。第3段階のインタビューでの語りからも、人的資源の確保や思考や知識を共有する場など、「振り返りの機会」といった外的動機付けが効果的であることが述べられていた。第3段階で調査した施設と部署の特徴として、治療決定から結果までの一連のプロセスを共有するカンファレンスの定期的実施や、新人看護師の継続的なフォローアップ体制など、外的動機付けの支援の実際による効果がうかがわれた。治療困難な対象をケアする施設では、手厚い人的資源の確保や、電子カルテの普及によるタイムリーな情報把握ができるシ

システムの利用など、誰もが振り返りを促進される環境整備は進められていると考えられる。また、「振り返りの機会」は第1段階の質的帰納的研究によって“行為の後の振り返り”に影響する内容で抽出されている。本尺度は“行為しながらの振り返り”を問う内容であり，“行為の後の振り返り”を促進することで、将来の実践に役立つ思考や知識の修得を期待するが、行為を決めるその時に「振り返りの機会」が直接影響するとは言い難く、関連を明らかにすることができなかったと考える。

その他、第3段階での実用可能性のインタビューの中で「その人の感性」が行為の振り返りに影響しているといったことも述べられた。まだ、本研究で検討していない要素もあることが予測され、行為している時に何がどのように影響しているか、その内容を明らかにすることは今後の課題となる。

IV. 実用可能性の検討

実用可能性の検討は、第2調査を実施した1施設の看護師6名に対して、第2段階の本調査で得られた5因子20項目の尺度について、内容の妥当性、使用感、尺度使用後の効果および本尺度を使用する対象や機会、行為の振り返りに影響する要因の意見・感想についてインタビューを行った。本尺度の臨床での実用性について考察する。

1. 尺度を使用する効果

看護実践における行為の振り返りをする方法として上田他（2010）は、①“一人で実施する日記や記録”，②“他者との1対1の関わりにより実施する対話やケアを一緒に実践すること”，③“複数人が一同に会して実施するカンファレンス・事例検討会”が、振り返りを促進する方法であることを述べている。本研究では、振り返りは自己省察といった特性を持つことから、①“一人で実施する日記や記録”に着目して尺度の開発を行った。本研究の調査の過程で、第1段階で行ったインタ

ビューが②“他者との1対1の関わりにより実施する対話やケアを一緒に実践すること”に相当しており、これも判断力育成の学習方略となることは確認できた。第1段階と同様に、第3段階の尺度使用後のインタビューでは、対象者の実践経験を具体的に語っていただく機会となり、今後の実践に向けた動機付けとなっていた。このように、インタビューによる実践の詳細な語りは、振り返りを促進する方法であるが、本尺度は簡便性も特徴となっており、本尺度を使用して振り返りを行うことは、語りの相手を必要とせず、時間や場所を問わずに行うことができる方法といえる。本尺度の使用により、下位尺度の内容に注目して自らの思考の傾向を数値の測定によって認識できるといった効果が確認された。本尺度は、忙しい勤務の中で十分に時間を取って実践した行為をじっくりと振り返ることは難しくても、項目をみながら自己チェックすることで、負担感がなく効果的に使用可能なツールであるといえる。また、上田他（2010）によると、カンファレンス・事例検討会は振り返りを促進する方法の1つである。第3段階のインタビューで、尺度の内容がカンファレンスの視点として活用でき、他者の思考の理解につながったとの意見があった。したがって、本尺度はカンファレンスや事例検討会で実践した行為を振り返るとき、他者と振り返りを共有するツールとして使用できることが示唆された。

2. 尺度を使用する対象と時期

本尺度は、実践者の経験を問わずに使用できるところに特徴がある。第3段階の調査対象となった看護師は様々な実践経験があり、それぞれの立場から実用方法の提案があった。経験の少ない新人レベルでは自ら判断を必要とする時期に、ある程度経験を積んだ1人前から中堅レベルの看護師は所属部署でリーダーシップをとるなど他者の指導に当たる時期に、また、実践経験の長い看護師でも治療決定の支援にあまり携わらない部署からの移動直後の時期に尺度を使用する効果があるといった意見が得られた。これらの時期は、看護師が業務上の役割や看護援助内容が変化

する時期であり判断力の発展が期待できるため、尺度使用前後では判断力の変化が数値として捉えることが可能と予測され、自己評価のためのツールとして有効に活用できると考えられる。また、困難事例の分析には、実践経験を問わず支援内容の視点として事例検討には有効であるとの意見も寄せられた。このことから、この尺度は対象者の実践経験を問わずに使用可能な尺度といえる。

一方で、患者の治療決定の看護支援を多く経験している看護師にとっては、対象となる患者の特徴（治療決定の状況、問題、情報量）によっては、実践しながら考える内容には対象の個別性が関与し、すべての項目を同様の頻度で考える必要があるのかといった疑問が寄せられた。また、下位尺度の質問に用いられている“価値”や“セルフケア”といった用語は抽象概念が高く、その解釈は経験により差が生じることも危惧され、正確な測定は難しいとの意見もあった。自己評価をする看護の経験と、行為を振り返る看護場面の対象者の個別化によって測定に対する課題はある。しかし、本尺度による看護実践における行為の振り返りの評価は、得点の高さを他者と競う相対評価ではなく、その人個人の成長に向けて自分の実践がどうかを認識するための絶対評価である。また、本尺度は数値化した自己評価のためツールであることに加えて、尺度の回答により「行為の後の振り返り」の動機づけも重視している。一般的に尺度はその数値の比較に意味を持つが、本尺度は回答によって下位尺度の内容を実践中に想起して“行為しながら振り返り”をする能力の発展と、“行為の後の振り返り”を自ら行う態度の形成を目的としている。尺度を使用することで、“行為の後の振り返り”を習慣化して、自分がどのように考えて援助を決めたのか、それによって期待する結果が得られたかを照合し、将来の“行為しながら振り返り”が適切に行われることを期待したい。今後は、本尺度が個人の能力査定ではなく、判断力育成の学習方略として使用できるように、使用目的を明らかにして、対象者や時期と使用方法を明確にしたガイドラインの整備も課題と

なる.

第7章 研究の限界と今後の課題

本研究で開発した尺度は、看護実践における行為の振り返りを患者の治療決定の支援に焦点をあてたものである。決定が困難な治療を患者がするという事は、患者を支援する看護師にとっても困難なケアとなり、自分が行ったことが本当に適切であったかといった自己評価に使える既存する尺度は見当たらなかった。本尺度は一定の信頼性と妥当性があることが確認されたため、看護師が臨床で治療決定の支援をする場面での判断力を自己評価するツールとして活用することが可能である。しかし、尺度使用後の変化については明らかにされていないため、今後は尺度使用前後の検証をすることで、測定ツールとしての有用性を確認する必要がある。そして、統計的手法による分析で一定の信頼性と妥当性があることは確認されたが、分析に必要な人数や施設数が十分であるとはいえず、予備調査と本調査では因子間を移動する項目もあった。安定した尺度の完成に向けて今後も検討を重ねる必要がある。質問内容に抽象度の高い概念を用いたことや、質問の語尾が体言止めや行動で示すなど問いかけが不ぞろいであるため、回答者が質問の意味を理解して回答できるように表現を検討する必要がある。

本尺度は限られた医療機関の対象者から得られた知見であり、患者の治療決定の支援に関心が高い看護師のみから回収された結果に基づいている可能性や、特定の患者の支援が中心となっている可能性もある。どんな看護師にも、どんな疾患の患者にも当てはまるのかわからないため、一般化のためには今後さらなる対象者での検証が必要となる。

本尺度は自己評価のためのツールであると同時に、評価によって“行為の後の振り返り”の機会を得て、自分自身の課題の明確化と今後の“行為しながらの振り返り”につながることを狙いとしている。得点の高さを他者と競う相対評価ではない

が、患者の治療決定を支援する場でのカンファレンスや集合研修などで、振り返りを他者と共有するツールとして使用できる可能性をもつ。尺度の実用性に向けて、尺度は使用目的を明確にして、方法と対象・時期を明確にしたガイドラインを整備することが課題となる。

また、本尺度は想定された振り返りに影響する要因との関連はみられなかったが、調査対象者や所属する部署の特性など、本研究で検討していない要素もあることが予測される。「振り返りの機会」は“行為の後の振り返り”に影響する内容で抽出されているため、“行為しながらの振り返り”に何がどのように影響しているかを明らかにすることは今後の課題となる。

第8章 結論

本研究では、患者の治療決定の支援に焦点をあてた看護実践における行為の振り返りを評価する尺度の開発と行為の振り返りに影響する要因を明らかにした。本尺度は3つの段階を経て「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」尺度を開発した。

第1段階では質的記述的研究結果により尺度の試案を作成した。第2段階では専門家会議とパイロットスタディを経て予備調査と本調査を行った。第2段階の調査分析から、第Ⅰ因子【患者・家族の意向の吟味】、第Ⅱ因子【看護師の役割の認識】、第Ⅲ因子【患者・家族の背景の把握】、第Ⅳ因子【医療チームの状況の把握】、第Ⅴ因子【治療の状況の把握】の5因子を見出した。開発した尺度は、Cronbachの α 係数による信頼性と、内容的妥当性・構成概念妥当性・基準関連妥当性にて妥当性を検討した結果、一定の信頼性と妥当性があることが確認された。

振り返りに影響する要因は、統計的手法による分析では、実務経験年数、ラダーレベル、第1段階で創出した“行為の振り返りの機会”との関連はみられなかった。

第3段階では、第2段階の本調査に参加した看護師に協力を要請し、尺度と行為の振り返りに影響する要因についてインタビューを実施して、作成した尺度の実用可能性を検討した。本尺度は、実践者であれば実践経験を問わず簡便に行える自己評価ツールであり、臨床での判断力の育成に活用可能なツールであることが実践している看護師より支持された。

以上より、本尺度は信頼性・妥当性を確保しており、看護師が臨床で治療決定の支援をする場面での判断力を自己評価するツールとして活用可能である。

謝辞

本研究に参加いただきました看護師の皆様と、お忙しい業務の中、調査にご協力下さった病院関係者の方々に心より感謝申し上げます。

本尺度の基準関連妥当性検討のためクリティカルシンキングの志向性尺度の使用を快くお認め下さいました三重大大学の中西良文准教授，多くの示唆とご指導いただきました北海道医療大学の野川道子教授，三國久美教授，森伸幸准教授，大阪大学の牧本清子教授にお礼申し上げます。また，北海道大学病院腫瘍センター化学療法部と北海道文教大学成人看護学講座の皆様には，これまでに至る過程で数々のご配慮を頂きました。その他多くの皆様からのご支援に感謝申し上げます。

最後になりましたが，指導教員として研究計画書の段階から本文の作成に至るまで多くの励ましとご指導を頂きました花岡眞佐子教授に心から感謝申し上げます。

文献

- Atkins, S. (2000). Developing underlying skills in the move towards reflective practice. In S. Burns & C. Bulman (Eds). *Reflective Practice in Nursing*, Blackwell Scienec, pp.28-51.
- Benner, P. (1984) / 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子 (訳) (1992). ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー. 第1版. 医学書院.
- Corcoran, S. A. (1990). 看護におけるクリニカルジャッジメントの基本的概念. 看護研究, 23 (6), 7-12.
- D. A. Schon. (1983) / 柳沢昌一, 三輪建二 (監訳) (2007). 省察的实践とは何か—プロフェッショナルの行為と思考—. 鳳書房.
- Ernestine Wiedenbach (1964) / 外口玉子, 池田明子 (訳) (1969). 実践 臨床看護とはなにか. 臨床看護の本質—患者援助の技術, 現代社, pp38-53.
- Facione, P. A., & Facione, N. C. (1992). The California Critical Thinking Disposition Inventory (CCTDI). test manual. Millbrae, CA. The California Academic Press.
- 舟島なをみ監修 (2009). 看護実践・教育のための測定用具ファイル開発過程から活用の実際まで. 第2版, 医学書院, 1-25.
- 橋本和子, 松本智津, 森田なつ子 (2010). Thompson, J. E. & Thompson, H. O の倫理的意思決定モデルを活用した事例の分析. 看護・保健科学研究誌. 10 (1), p120-128
- 廣岡秀一, 元吉忠寛, 小川一美, 斎藤和志 (2001). クリティカルシンキングに対する志向性の測定に関する探索的研究 (2) 三重大学教育実践総合センター 紀要20, 93-10.
- 本田芳香, 小原泉 (2009). がん看護実践能力を育成するためのリフレクシオン

- ロセス．自治医科大学看護学ジャーナル， 7， 13-24．
- 池西悦子，田村由美，石川雄一（2007）．臨床看護師のリフレクションの要素と構造 センズメイキング理論に基づいた‘マイクモメント・タイムラインインタビュー法’の活用．神大保健紀要， 23， p 105-126．
- 石井秀宗（2005）．統計分析のここが知りたい 保健・看護・心理・教育系研究のまとめ方．12共分散構造分析（pp204-221）．文教堂．
- 梶山紀子，久後文恵，河内陽子，宮々中秋子，宮築朝子，大町信子（1993）．看護婦の資質に関する調査—臨床能力の修得段階と発展過程．看護管理， 3（7）， 480 - 486．
- 厚生労働省（2011）大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 最終報告添付資料1 学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標．引用 www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r9852000001vbk2.pdf
- 楠見孝（1996）．思考第2章 帰納的推論と批判的思考．市川伸一（編），認知心理学4（pp.37-60）．東京大学出版会．
- Malcolm S. Konwles（1980）／堀薫夫，三輪建二（監訳）（2002）．第9章 包括的なプログラムの評価．成人教育の現代的実践—ベダゴジーからアンドラゴジーへ—（pp107-135）．鳳書房．
- 松尾太加志，中村知靖（2002）．誰も教えてくれなかった因子分析.2章因子分析を自分でする（pp31-126）．北大路書房．
- 松谷美和子，三浦友理子，平林優子，佐居由美，卯野木健，大隈 香…佐藤エキ子（2010）．看護実践能力：概念，構造，および評価．聖路加看護学会誌， 14（2）， p 18-28．
- 宮内美紀子（1987）．看護婦の臨床能力における熟練過程—その経験をつみかさねることの意味．日本看護科学学会誌， 7（2）， 72-73．

- 中西良文，廣岡秀一，横矢祥代（2006）．動機づけと社会的クリティカルシンキングとの関連：大学生の「感じる力」と「考える力」．三重大大学教育学部付属教育実践総合センター紀要，26，p 57-66．
- 日本赤十字社事業局看護部編（2008）看護実践能力向上のためのキャリア開発ラダー導入の実際．日本看護協会出版社．
- 西尾亜里沙，藤井徹也（2011）病棟看護師におけるがん患者の治療法の意味決定支援と影響要因に関する検討．日本看護科学会誌．31（1），14-24．
- 尾形裕子（2010）．看護実践の構造的把握－看護の各分野で使用されている看護実践に関するキーワードの検討から－．看護実践の科学，35（5），84-88．
- 尾形裕子（2011）．経験3年以上の看護師における臨床判断の検討－状況の把握に焦点をあてて－．日本看護教育学会誌，20（3），1－14．
- 尾形裕子（2012）．状況の把握に焦点をあてた臨床判断のパターン－経験3年以上の看護師における臨床判断の特徴－．北海道医療大学看護福祉学部学会誌．8（1），p 11-20．
- 大久保いく子，小西恵美子（2001）．放射線治療患者の治療体験と願い：パイロットスタディ．Quality nursing．7（12），11-18．
- 尾沼直美，鎌倉やよい，長谷川美鶴，金田久江（2004）．手術を受ける乳がん患者の治療に関する意思決定の構造．日本看護研究学会誌．27（2），p 45-57．
- 太田浩子（2006）．告知を受けたがん患者の治療選択における看護師の役割に関する研究－患者へのアンケート調査より－．新見公立短期大学紀要．27，p 101-110．
- 佐藤紀子（1989）．看護婦の臨床判断の「構成要素と段階」と院内教育への提言．看護，41（4），138．
- 社団法人 日本看護協会（編）（2006）．看護実践能力育成の充実に向けた大学卒

- 業時の到達目標（看護学教育の在り方に関する検討会報告）平成17年版 看護白書，日本看護協会．
- 田村由美，津田紀子（2008）．リフレクションとは何か その基本的概念と看護・看護研究における意義．看護研究，41（3），171-181．
- Tanner, C.A. (1990)．プログラム効果の評価ー臨床上の意志決定をする際の実践能力の測定ー．看護研究，23（1），63-76．
- Tanner, C.A. (2000)．clinical judgment in nursing practice. インターナショナルレビュー，23（4），66-77．
- Tanner, C.A. (2000)．学習者の個別性に応じた看護教育．日本看護教育学会誌，10（3），39-49
- Tanner, C.A. (2006)．Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing .*Journal of nursing education* , 45（6），204-211
- Tanner, C.A. (2011)．看護実践能力の育成・向上のための臨床教育方法の検討「臨床対話：臨床教育の再設計」，看護基礎教育の充実および看護職員卒業研究の制度化に向けた研究，p 1-18．
- 都留春夫（1990）．教育と相談の領域における臨床判断．看護研究，23（6），23-41．
- 上田修代，宮崎美砂子（2010）看護実践のリフレクションに関する国内文献の検討．千葉看護学会誌，16（1），61-68．
- 牛久保美津子，飯田苗恵，大谷忠広（2008）．在宅 ALS 療養者の人工呼吸器をめぐる意思決定支援のあり方に関する看護研究．Kitakanto Med J, 58，209-216．
- 渡邊美千代，菊井 和子，大橋 奈美（2004）意思決定を支える看護師の役割葛藤に関する看護倫理的考察 -ナラティブからの現象学的方法による分析．医療・生命と倫理・社会，3（2），62-77．

遊佐美紀，牛久保美津子（2008）．人工呼吸器不装着の筋萎縮性側索硬化症療養者を看取った配偶者における告知から死別後までの体験．日本難病看護学会誌，13（2），158-165．

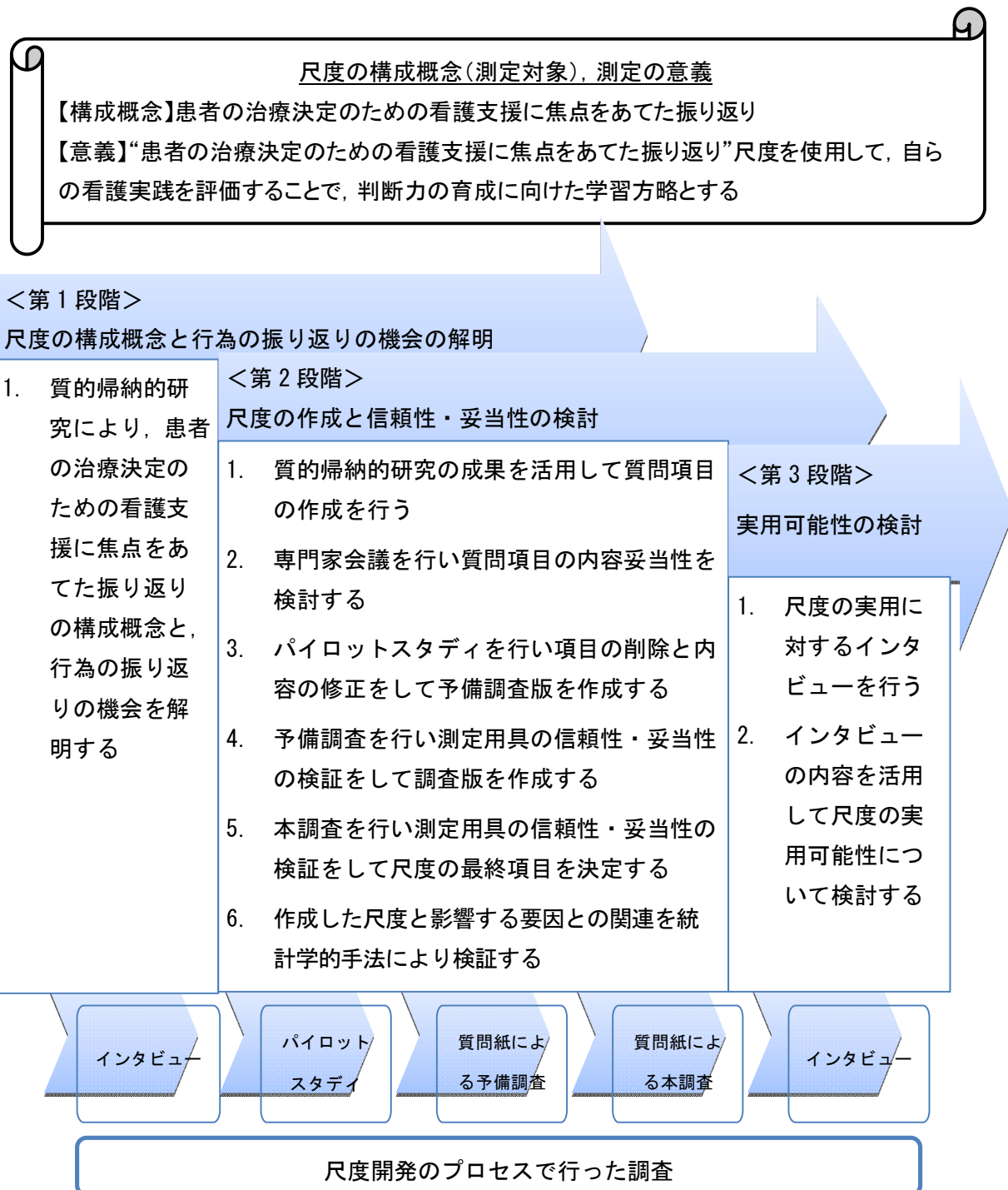


図 1. 研究の概要

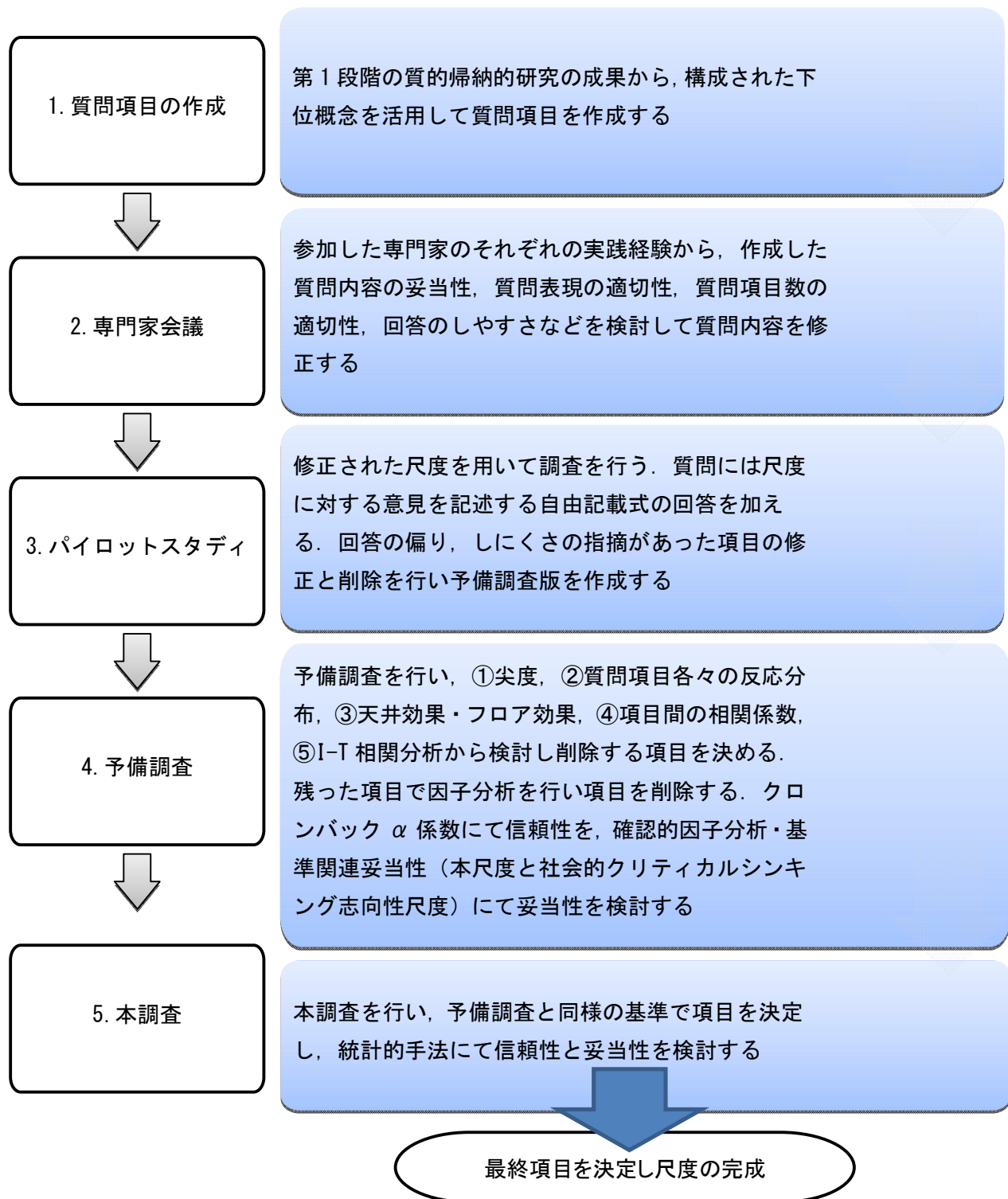


図2. <第2段階>尺度の作成と信頼性・妥当性の検討のプロセス



N=181. 数値は標準化推定値.

モデル適合度: $\chi^2=306.541$, $df=87$, $p=.000$, $GFI=.858$, $AGFI=.814$, $CFI=.885$, $RMSEA=.071$

図 3 確認的因子分析の結果

表1 「社会的クリティカルシンキングの志向性」尺度

日常業務の中での批判的思考(社会的クリティカルシンキング)についてお聞きします。あなたはここ 2～3 か月間で、以下のことをどれくらいしましたか。あてはまると思う数字 1 つに○を付けてください。
※選択肢は「頻回にした」～「全くしなかった」の 7 段階

質問項目	回 答						
1. 人の話のポイントをつかむ	7	6	5	4	3	2	1
2. 問題のポイントをつかむ	7	6	5	4	3	2	1
3. わかりやすく物事を伝える	7	6	5	4	3	2	1
4. 人が話していることの矛盾に気づく	7	6	5	4	3	2	1
5. たとえ意見が合わない人の話にも耳をかたむける	7	6	5	4	3	2	1
6. 人の意見にはバラエティがあるということを意識する	7	6	5	4	3	2	1
7. アドバイスをするときには、自分の意見を押し付けないようにする	7	6	5	4	3	2	1
8. 嫌いな人の意見でも、耳を傾ける	7	6	5	4	3	2	1
9. できるだけ多くの事実や証拠を調べる	7	6	5	4	3	2	1
10. ものごとの理屈を考える	7	6	5	4	3	2	1
11. 確たる証拠の有無にこだわる	7	6	5	4	3	2	1
12. 判断をくだす際には、事実や証拠を重視する	7	6	5	4	3	2	1
13. 他の人が出した優れた主張や解決策を受け入れる	7	6	5	4	3	2	1
14. 他の方の考えを尊重する	7	6	5	4	3	2	1
15. 自分とは違う意見も理解する	7	6	5	4	3	2	1
16. 必要に応じて妥協する	7	6	5	4	3	2	1
17. 友人に対してでも、悪いことは悪いと指摘する	7	6	5	4	3	2	1
18. 言わなければならないと思えば、友人に対してでも客観的なことを言う	7	6	5	4	3	2	1
19. 人が間違った考えをしている時には、それを指摘する	7	6	5	4	3	2	1
20. 人の良い面と悪い面の両方を見る	7	6	5	4	3	2	1
21. 何事も、少しも疑わずに信じ込まないようにする	7	6	5	4	3	2	1
22. 情報を、少しも疑わずに信じ込まないようにする	7	6	5	4	3	2	1
23. 身近な人の言うことだからといって、その内容を疑わずに信じ込まないようにする	7	6	5	4	3	2	1
24. うわさをむやみに信じないようにする	7	6	5	4	3	2	1
25. いったん決断したことは最後までやり抜く	7	6	5	4	3	2	1
26. 他の方があきらめても、なお答えを探し求め続ける	7	6	5	4	3	2	1
27. 積極的に新しいものにチャレンジする	7	6	5	4	3	2	1

表2 構成概念「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」の下位概念（カテゴリー）

カテゴリー	サブカテゴリー
I. 治療決定の状況の把握	1. 患者の病名、性別、年齢、家族構成といった基本情報 2. 患者のこれまでの治療経過 3. 過去の治療で行ったセルフケア行動 4. 患者の病状の進行や重症度 5. 患者が治療を受ける（やめる）ことで起こる症状や副作用 6. 治療を行う（治療をやめる）ことで必要となるセルフケア行動 7. 医師の治療に対する意向（する、しない、選んだ治療） 8. 医師以外の医療者の治療に対する意向（する、しない、選んだ治療）
II. 患者が治療を決定する状況の吟味	9. 患者と家族は現状をどのように理解しているか 10. 患者と家族は現状をどう受け止めているか 11. 患者と家族は治療を受ける（やめる）ことにどんな思いや期待をもっているか 12. 患者や家族は自分の思いや希望を表現できているか 13. 患者と家族が治療を受ける（やめる）に至った理由は明確になっているか 14. 患者と家族が治療を受ける（やめる）ことでの生活への影響は何か 15. 患者と家族が治療を受ける（やめる）ことで症状改善（悪化）や延命に対する期待の程度と治療の効果とのギャップはあるか 16. 患者と家族が希望する生活を実現するための実施可能な方法は何か 17. 患者と家族が治療（やめる）によって必要になるセルフケア行動をどのように実施することができるか 18. 治療に関する情報は誰が、何を、どの程度持っているか 19. 患者と家族が必要になる情報をだれが、だれに対して提供できるか 20. 患者と家族が治療決定を進めるペースはどうか 21. 患者・家族へ働きかけるタイミングはいつか 22. 患者と取り巻く人々の立ち位置、力関係はどうか
III. 患者が治療を決定するために必要なことへの働きかけ	23. 治療に伴う副作用や合併症への対策は説明できているか 24. 患者・家族の意向を明らかにするための対話を持ったか 25. 治療を受けた後の生活をイメージするための対話は持ったか 26. 治療によって必要となるセルフケア行動を医療者－患者・家族間で申し合わせできているか 27. 現在の患者のセルフケア不足は補われているか 28. 患者と家族が実施可能なセルフケア行動の方法を提案できているか 29. 患者と家族の希望を支持する態度を示せているか 30. 患者と家族に情報を提供する人選や場の設定ができているか 31. 患者と家族が最終的な治療決定を相談する機会はあるか
IV. 患者の治療に関わる人々への働きかけ	32. 治療決定に関わる人々は患者の希望を理解しているか 33. 治療決定に関わる人々と対話を持っているか 34. 治療決定に関わる人々の意向の合致に向けて調整しているか 35. 治療決定に関わる人々の関係性に配慮しているか 36. 治療決定に関わる人々と役割を調整できているか
V. 働きかけによる患者の変化	37. 患者と家族は治療決定したことへの満足を表現しているか 38. 患者と家族は治療と生活の兼ね合いがとれていることを表現したか 39. 患者と家族は治療決定の落ち着きどころを医療者と申し合わせできたか 40. 治療を受けながら患者と家族は実施可能なセルフケア行動をとっているか 41. 治療を受けて（やめて）患者・家族の感情は安定しているか 42. 患者と家族のこの治療を受けた（やめた）後の治療決定は円滑に進んだか
VI. 働きかけによる看護師自身の変化	43. 治療を受けて（やめて）から患者と家族から信頼される関係性をもてたか 44. 患者と家族が決定した方針を支持できていたか 45. 患者と取り巻く人々と関係性が深まったか 46. 患者への看護師自身の思いを意識したか 47. 対話の持ち方、タイミングや問いかけ方はよかったか 48. 患者が話をしようと思える態度を取れていたか 49. 自分は意欲的に働きかけていたか 50. 働きかけによって自分のとるべき役割を果たしていたか 51. セルフケア不足を補う熟練した技術が提供できたか 52. 患者に関わる人々の治療決定の意向や専門的な役割について意識したか 53. この患者との関わりは他の患者の関わりに足掛かりになるか

表 3 「行為の振り返りの機会」 平均値

	平均値	標準偏差
1. 行ったケアを励ましてくれる人が身近にいる	2.93	(.691)
2. 行うケアを手伝ってくれる人が身近にいる	3.39	(.628)
3. ケアで困っている時に一緒に考えてくれる人が身近にいる	3.45	(.618)
4. 行ったケアを認めてくれる人が身近にいる	3.10	(.719)
5. ケアの成果を問いかけてくれる人が身近にいる	2.96	(.702)
6. ケアの相談をする場が定期的に持たれている	3.01	(.742)
7. 医療スタッフが意見交換する場が定期的に持たれている	3.19	(.736)
8. 一人で情報や文献を検索できる環境が整っている	2.67	(.878)
9. 文献や資料を保管できる個人のボックスや棚などが設けられている	2.89	(.977)
10. 業務マニュアルや手順書はすぐ閲覧することができる環境が整っている	3.41	(.649)
11. じっくりと看護実践について振り返る時間がある	2.16	(.783)
12. 自分の看護実践の課題に応じて受け持ち患者は決められる	2.27	(.906)
13. 受け持ち患者に関わる時間を持てるように配慮されている	2.24	(.867)
14. 看護記録は日常業務で実施した内容を反映している	3.10	(.679)
15. 記載した看護記録を見直す時間がある	2.55	(.756)
16. 患者に関わった内容を語る研修がある	2.47	(.904)

※1 全くそう思わない, 2 あまりそう思わない, 3 そう思うこともある, 4 非常にそう思うの 4 段階で回答

表 4 【専門会議後】「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」尺度修正・追加質問項目一覧

第1段階 サブカテゴリーを残した質問項目 (40 項目)
1～10, 13～15, 18～22, 24～26, 28, 30, 31, 34～38, 40～45, 47, 48, 50, 51, 53
追加した質問項目 (19 項目)
①患者の身近な人の治療体験 ②患者や家族の住む地域の医療や福祉の体制 ③患者はこの先どのような経過をたどるか ④患者は治療決定に向けてどのような心理状態にあるか ⑤患者の治療決定に影響するセルフケア不足は何か ⑥患者や家族は治療を受ける（やめる）にあたって何を大切にしているか ⑦患者が治療を行う（やめる）ことで今までの役割がどうなるか ⑧患者が治療を行う（やめる）ことで経済状態はどうなるか ⑨患者と家族が最も良い治療決定をするために医療者が検討する姿勢を持てているか ⑩治療決定後にも治療決定に関しての迷いや変更を相談できることは保証しているか ⑪看護師が患者に代わって多職種への働きかけができることを示しているか ⑫看護師は患者に代わって質問や意見を述べているか ⑬治療決定に関わる人の意向が患者と家族にとってより良い決定になっているかを申し合わせることはできているか ⑭治療を受ける患者の身体状況を把握したうえで治療決定の支援ができたか ⑮治療を受ける患者の心理状況を把握したうえで治療決定を支援できたか ⑯患者と家族の価値を知ることができたか ⑰患者の治療に関わる人々の価値を知ることができたか ⑱自分自身のもつ価値を意識することができたか ⑲看護師としての専門的な役割を何であるかを意識したか
修正した質問項目 (13 項目)
11.患者と家族は治療を受ける（やめる）ことへ <u>どのような考えや期待をもっているか</u> 12.患者や家族は思いや考えを <u>どのように表現しているか</u> 16.患者と家族が <u>期待することや大切にすることは実現することが可能か</u> 17.治療を受ける（やめる）ことで患者と家族が必要になるセルフケア行動は <u>実施することが可能か</u> 23.治療に伴う副作用や合併症への対策を <u>説明することができているか</u> 27.治療決定に影響しているセルフケア不足は <u>補われているか</u> 29.患者と家族が大切にしていることを支持する姿勢を示せているか 32.治療決定に関わる人々は患者の <u>意向を理解しているか</u> 33.治療決定に関わる人々との間で対話を持っているか 39.患者と家族は治療の <u>最終決定を医療者と申し合わせできたか</u> 46.患者への看護師自身の <u>心理状態を意識したか</u> 49.自分は患者や家族、 <u>関わる医療者に意欲的に働きかけていたか</u> 52.患者に関わる人々の治療決定の意向や専門的な役割が <u>何であるかを知ることができたか</u>

※下線は修正箇所

表5 【パイロットスタディ後】

「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」尺度の質問項目

選考項目	専門会議までの質問項目番号と内容
1	2.患者のこれまでの治療経過
2	③.患者の今後の経過
3	5.患者が治療を受ける(やめる)ことで起こる症状や副作用
4	7.医師はどのように治療を検討したか
5	9.患者と家族は病状をどのように理解しているか
6	⑥.患者や家族が大切にしていることは何か
7	11.患者と家族は治療にどのような考えや期待をもっているか
8	①.患者と家族のもつ治療へのイメージや身近な人の治療体験
9	⑦.患者と家族の家庭や社会での役割
10	⑧.患者と家族の経済状態
11	②.患者や家族の住む地域の医療や福祉の体制
12	4.患者と家族は意思決定できる身体状況か
13	④.患者と家族は意思決定できる心理状況か
14	12.患者や家族は思いや考えを表現できているか
15	15.患者・家族がもつ治療のイメージと実際にギャップはあるか
16	16.患者と家族の期待と大切にすることは叶うのか
17	17.患者と家族は治療しながら(やめてから)必要なセルフケア行動はできるか
18	18.治療に関する情報は誰が、何を、どれくらい持っているか
19	20.患者と家族が治療決定を進めるペースはどうか
20	21.医療者が患者・家族の治療決定に働きかけるタイミングはどうか
21	22.治療決定に関わる人々(患者・家族・医療者)の関係はどうか
22	⑤.患者と家族の治療決定に影響しているセルフケア不足は何か
23	32.治療決定に関わる人々(患者・家族・医療者)は治療決定の意向を共有しているか
24	26.治療決定に関わる人々(患者・家族・医療者)は治療によって必要となるセルフケア行動を共有しているか
25	29.医療者は患者と家族が大切にしていることを支持する姿勢をみせているか
26	⑨.医療者が患者と家族にとって最良の治療決定にむけて検討する姿勢をみせているか
27	27.治療決定に影響しているセルフケア不足は補われているか
28	24.患者・家族の意向を明らかにするための対話は持っているか
29	25.治療を受けた後の生活を具体的に考えるための対話はもっているか
30	28.患者と家族に治療に伴うセルフケア不足への対処は提案しているか
31	⑩.治療決定後にも治療決定に関しての迷いや変更を相談できることを提示しているか
32	⑪.看護師が患者に代わって家族や医療者に働きかけすることを提示しているか
33	30.患者と家族が治療決定に必要な相談や情報提供の機会設定することを提示しているか
34	33.治療決定に関わる人々(患者・家族・医療者)の間で対話をもてているか
35	34.治療決定に関わる人々の意向の合致に向けた調整がされているか
36	35.治療決定に関わる人々の関係性は配慮されているか
37	36.治療決定に関わる人々間で治療決定の支援の役割は調整されているか
38	43.治療を受けることで自分は患者と家族から信頼される関係性をもてるか
39	44.患者と家族が決定した方針を自分は支持しているか
40	45.治療決定に関わる人々(患者・家族・医療者)の間で関係性はよくなるか
41	47.自分の対話、タイミング、場の設定、問いかけや聞き方はどうであるか
42	46.患者や家族に対する自分の思いを意識しているか
43	49.自分は患者や家族、関わる医療者に意欲的に働きかけているか
44	51.自分は熟練した技術を持ってセルフケア不足を補っているか
45	53.他の患者のケアの経験をこの患者のケアにいかしているか
46	⑬.患者と家族の価値観を知ることができている
47	⑭.治療決定に対する多職種がもつ価値観を知ることができているか
48	⑮.治療決定に対する自分のもつ価値観を意識しているか
49	⑯.看護師としての専門的な役割を何であるかを意識しているか
50	52.多職種の専門的な役割が何であるかを知ることができているか

※質問項目は第1段階の結果に専門家会議後修正を加えたもの1～53項目と追加の①～⑯項目より選抜

※下線はパイロットスタディ後に修正した項目

表6 【予備調査】質問項目の取捨・選択の検討

項目 分析 削除 項目 (8)	因子 分析 削除 項目 (21)	最 終 項目 (21)	項目	尖度 2<	分布 <50 ただし 4の項目	天井効 果 平 均+標 準偏差 >4	フロア 効果 平均 標準偏 差<1	I-T 分析	<60で相関が高い項目									
		○	1. 患者のこれまでの治療経過	1.339	60.8	4.19	2.86	0.55	2									
×			2. 患者の今後の経過	6.005	74.7	4.25	3.18	0.57	1	5								
		○	3. 患者が治療を受ける(やめる)ことで起こる症状や副作用	2.305	60.8	4.21	2.83	0.56										
		○	4. 医師はどのように治療を検討したか			4.06	2.51	0.57										
×			5. 患者や家族は病状をどのように理解しているか	2.773	63.2	4.17	3.02	0.58	2									
		○	6. 患者や家族が大切にしていることは何か	1.756	61.6	4.18	2.91	0.54										
×			7. 患者や家族は治療にどのような考えや期待をもっているか	2.129	64.8	4.21	2.95	0.56										
		○	8. 患者や家族の身近な人の治療体験			3.92	1.51	0.59										
		○	9. 患者や家族の家庭や社会での役割			3.85	2.22	0.71										
		○	10. 患者と家族の経済状態			3.65	1.94	0.6	22									
		○	11. 患者と家族の住む地域の医療や福祉の体制			3.33	1.47	0.5										
×			12. 患者や家族は意思決定できる身体状況か	1.466	55.3	4.15	2.74	0.66	13									
×			13. 患者や家族は意思決定できる心理状況か	3.623	62.1	4.2	2.93	0.65	14	12								
×			14. 患者や家族は考えや期待をいえているか	1.566	55.8	4.12	2.89	0.58	13									
		○	15. 患者や家族がもつ治療のイメージと実際にはギャップがあるか			4.07	2.48	0.62										
×			16. 患者と家族の期待することは叶うのか		50.5	4.82	2.72	0.64										
	×		17. 患者と家族は治療をする(やめる)ことで必要なセルフケア行動ができるか			4.04	2.41	0.68										
	×		18. 治療に関する情報は誰が、何を、どれくらい持っているか			3.78	2.28	0.71	19									
	×		19. 患者と家族が治療決定を進めるペースはどうか			3.75	2.11	0.71	20	18								
	×		20. 医療者が患者と家族の治療決定に働きかけるタイミングはどうか			3.94	2.39	0.67	19									
	×		21. 治療決定に関わる人々(患者, 家族, 医療者)の関係はどうか			3.99	2.55	0.67										
		○	22. 患者と家族の治療決定に影響しているセルフケア不足は何か			3.82	2.16	0.72	10	30	24	27						
	×		23. 治療決定に関わる人々(患者, 家族, 医療者)は方針を共有しているか			4.1	2.62	0.69	24									
	×		24. 治療決定に関わる人々(患者, 家族, 医療者)は、必要となるセルフケアを共有しているか			3.84	2.25	0.73	23	27	22							
		○	25. 医療者は患者と家族が大切にしていることを支持しているか			4.07	2.65	0.68	26	28								
×			26. 医療者は患者と家族にとって最良の治療決定になるよう検討しているか	1.437	56.8	4.14	2.87	0.69	25	27								
	×		27. 治療決定に影響しているセルフケア不足は補われているか			3.78	2.14	0.74	24	37	44	22						
		○	28. 患者・家族の意向を明らかにするための対話は持っているか			4.08	2.71	0.67	25	26								
	×		29. 治療を受けた後の生活を具体的に考えるための対話はもっているか			3.95	2.35	0.75	30									
	×		30. 患者と家族に治療に伴うセルフケア不足への対処を提案しているか			3.84	2.13	0.73	22	27	29							
	×		31. 治療決定後にも治療決定に関する相談ができることを説明しているか			4.04	2.38	0.65	32									
	×		32. 看護師が患者に代わり家族や医療者に働きかけられるのを説明しているか			4.02	2.24	0.68	31									
		○	33. 治療決定に必要な情報を、医療者が提供することを説明しているか			4.07	2.57	0.7	34	36	37							
		○	34. 治療決定に関わる人々(患者, 家族, 医療者)の間で対話をもてているか			4.07	2.57	0.7	33	37	35	36						
	×		35. 治療決定に関わる人々(患者, 家族, 医療者)の方針の調整はされているか			4.01	2.55	0.69	37	34	36							
		○	36. 治療決定に関わる人々(患者, 家族, 医療者)の関係性は配慮されているか			3.99	2.41	0.73	33	37	34	35						
		○	37. 治療決定の支援の役割は医療者間で調整されているか			3.92	2.32	0.72	33	34	35	36						
	×		38. 自分と、患者や家族との関係性は深まるか			3.82	2.17	0.64	40									
	×		39. 患者と家族が決定した方針を、自分は支持しているか			4.07	2.61	0.64										
	×		40. 治療決定に関わる人々(患者, 家族, 医療者)の間で関係性は深まるか			3.79	2.12	0.64	38									
	×		41. 自分の対話、タイミング、場の設定、問いかけや聞き方はどうであるか			4.05	2.7	0.57										
	×		42. 治療決定に関わる人々(患者, 家族, 医療者)に対する自分の感情を意識しているか			3.89	2.16	0.58										
	×		43. 自分は治療決定に関わる人々(患者, 家族, 医療者)に意欲的に働きかけているか			3.92	2.4	0.69										
		○	44. 自分は熟練した技術で、セルフケア不足を補っているか			3.69	1.96	0.73	27	45	47	49	50	48				
		○	45. 他の患者のケアの経験をこの患者のケアにいかしているか			3.89	2.33	0.65	44	47								
		○	46. 患者や家族の価値観を知ることができているか			3.82	2.3	0.71										
		○	47. 治療決定に対する自分がもつ価値観を意識しているか			3.76	2.08	0.67	44	45	48	49	50					
	×		48. 治療決定に対する多職種がもつ価値観を知ることができているか			3.58	1.83	0.68		47	44	50						
		○	49. 看護師としての専門的な役割を何であるかを意識しているか			3.88	2.34	0.69	44	47	50							
	×		50. 多職種の専門的な役割が何であるかを知らることができているか			3.7	2.01	0.71	44	47	48	49						

表 7 【予備調査】「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」因子構造
(主因子法、プロマックス回転後の因子負荷量)

仮説 枠組	因子	【因子名】 質問項目	(Cronbach の α 係数)	因子負荷量 (因子パターン係数)				
				1	2	3	4	5
第Ⅰ因子 【看護師の役割の認識】 (α=.878)								
Ⅵ	44.	自分は熟練した技術で、セルフケア不足を補っているか		.939	.130	-.094	-.122	-.036
Ⅵ	47.	治療決定に対する自分がもつ価値観を意識しているか		.770	-.069	.026	.082	-.045
Ⅵ	45.	他の患者のケアの経験をこの患者のケアにいかしているか		.761	.018	.009	-.021	-.026
Ⅵ	49.	看護師としての専門的な役割を何であるかを意識しているか		.625	-.112	.171	.042	.065
Ⅵ	46.	患者や家族の価値観を知ることができているか		.559	-.044	-.051	.117	.260
第Ⅱ因子 【患者・家族の背景の把握】 (α=.844)								
Ⅱ	10.	患者と家族の経済状態		-.005	.913	-.064	-.120	.066
Ⅱ	11.	患者と家族の住む地域の医療や福祉の体制		-.003	.806	.010	-.145	-.044
Ⅱ	8.	患者や家族の身近な人の治療体験		-.013	.540	.091	.138	-.035
Ⅱ	22.	患者と家族の治療決定に影響しているセルフケア不足は何か		.072	.528	.160	.027	.079
Ⅱ	9.	患者や家族の家庭や社会での役割		-.048	.507	-.056	.399	.045
第Ⅲ因子 【医療チームの状況の把握】 (α=.882)								
Ⅳ	34.	治療決定に関わる人々(患者,家族,医療者)の間で対話をもてているか		-.080	-.047	.980	-.136	.138
Ⅳ	36.	治療決定に関わる人々(患者,家族,医療者)の関係性は配慮されているか		-.044	.053	.841	.059	-.018
Ⅳ	33.	治療決定に必要な情報を、医療者が提供することを説明しているか		.117	-.045	.646	.060	.038
Ⅳ	37.	治療決定の支援の役割は医療者間で調整されているか		.169	.141	.605	.124	-.218
第Ⅳ因子 【患者・家族の意向の吟味】 (α=.791)								
Ⅲ	25.	医療者は患者と家族が大切にしていることを支持しているか		-.013	-.013	.006	.840	-.060
Ⅱ	6.	患者や家族が大切にしていることは何か		-.082	-.156	.039	.716	.110
Ⅲ	28.	患者・家族の意向を明らかにするための対話は持っているか		.130	-.044	-.046	.713	-.021
Ⅱ	15.	患者や家族がもつ治療のイメージと実際にはギャップがあるか		.043	.206	-.012	.426	.067
第Ⅴ因子 【治療の状況の把握】 (α=.751)								
Ⅰ	1.	患者のこれまでの治療経過		-.053	-.094	.020	.146	.731
Ⅰ	3.	患者が治療を受ける(やめる)ことで起こる症状や副作用		.099	.072	.035	-.133	.665
Ⅰ	4.	医師はどのように治療を検討したか		-.036	.168	.007	.091	.549
因子相関行列				因子 2	.585			
				因子 3	.638	.602		
				因子 4	.640	.605	.663	
				因子 5	.533	.559	.514	.647

※項目全体の Cronbach の α 係数 ($\alpha=.933$) ※仮説枠組み(第 1 段階質的帰納的研究で明らかにされた尺度の下位概念)

第Ⅰ因子【治療決定の状況の把握】、第Ⅱ因子【患者が治療を決定する状況の吟味】、第Ⅲ因子【患者が治療を決定するために必要なことへの働きかけ】、第Ⅳ因子【患者の治療に関わる人々への働きかけ】、第Ⅴ因子【働きかけによる患者の変化】、第Ⅵ因子【働きかけによる看護師自身の変化】

表 8 【本調査】 項目分析

	平均 値	標準 偏差	尖度	標準 誤差	天井 効果	フロア 効果
1. 患者の、これまでの治療経過	3.48	0.59	-0.50	0.36	4.08	2.89
2. 患者が、治療を受ける(やめる)ことで起こる症状や副作用	3.45	0.68	0.79	0.36	4.13	2.77
3. 医師は、どのように治療を検討したか	3.17	0.71	0.06	0.36	3.88	2.46
4. 患者や家族が、大切にしていることは何か	3.40	0.64	-0.60	0.36	4.04	2.76
5. 患者や家族の、身近な人の治療体験	2.39	0.79	-0.35	0.36	3.18	1.60
6. 患者や家族の、家庭や社会での役割	3.07	0.72	-0.73	0.36	3.79	2.36
7. 患者と家族の、経済状態	2.77	0.75	-0.66	0.36	3.53	2.02
8. 患者と家族の、住む地域の医療や福祉の体制	2.35	0.82	-0.44	0.36	3.17	1.53
9. 患者と家族がもつ、治療のイメージと実際にはギャップがあるか	3.09	0.71	0.01	0.36	3.80	2.39
10. 患者と家族の、治療決定に影響しているセルフケア不足は何か	3.16	0.72	0.02	0.36	3.88	2.44
11. 医療者は、患者と家族が大切にしていることを支持しているか	3.25	0.64	-0.06	0.36	3.89	2.61
12. 医療者は、患者と家族の意向を明らかにするための対話を持っているか	3.13	0.63	0.55	0.36	3.76	2.49
13. 治療決定に必要な情報を、医療者が提供することを説明しているか	3.22	0.66	-0.25	0.36	3.88	2.56
14. 治療決定に関わる人々(患者,家族,医療者)の間で、対話をもっているか	3.20	0.61	0.23	0.36	3.81	2.59
15. 治療決定に関わる人々(患者,家族,医療者)の、関係性は配慮されているか	3.09	0.70	1.02	0.36	3.80	2.39
16. 治療決定の支援の役割は、医療者間で調整されているか	3.06	0.68	0.21	0.36	3.75	2.38
17. 自分は、熟練した技術でセルフケア不足を補っているか	2.79	0.72	-0.15	0.36	3.51	2.07
18. 自分は、他の患者のケアの経験をこの患者のケアにいかしているか	3.08	0.66	0.60	0.36	3.74	2.42
19. 自分は、患者や家族の価値観を知ることができているか	2.99	0.60	-0.19	0.36	3.60	2.39
20. 自分ももつ、治療決定に対する価値観を意識しているか	2.83	0.74	-0.05	0.36	3.57	2.09
21. 自分は、看護師としての専門的な役割を何であるかを意識しているか	3.10	0.67	-0.77	0.36	3.78	2.43

※21 項目の平均値は 3.05

表 9 【本調査】「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」因子構造
(最尤法, プロマックス回転後の因子負荷量)

予備調査因子	因子	【因子名】 (Cronbach の α 係数) 質問項目	因子負荷量 (因子パターン係数)				
			1	2	3	4	5
IV	第 I 因子	【患者・家族の意向の吟味】 ($\alpha=.767$)					
I	19.	自分は、患者や家族の価値観を知ることができているか	.560	.245	-.067	-.006	.007
IV	12.	医療者は、患者と家族の意向を明らかにするための対話を持っているか	.558	-.054	-.045	.256	.022
IV	9.	患者と家族がもつ、治療のイメージと実際にはギャップがあるか	.549	-.047	.147	.023	.087
IV	4.	患者や家族が、大切にしていることは何か	.544	.117	-.038	-.052	.162
IV	11.	医療者は、患者と家族が大切にしていることを支持しているか	.485	-.062	.167	.116	.024
I	第 II 因子	【看護師の役割の認識】 ($\alpha=.756$)					
I	17.	自分は、熟練した技術でセルフケア不足を補っているか	.054	.801	.022	-.044	.027
I	21.	自分は、看護師としての専門的な役割を何であるかを意識しているか	.070	.622	.091	-.069	.069
I	18.	自分は、他の患者のケアの経験をこの患者のケアにいかしているか	.048	.563	.038	.040	-.125
III	16.	治療決定の支援の役割は、医療者間で調整されているか	-.258	.378	.029	.323	.177
I	20.	自分がもつ、治療決定に対する価値観を意識しているか	.259	.375	.174	-.006	-.164
II	第 III 因子	【患者・家族の背景の把握】 ($\alpha=.720$)					
II	7.	患者と家族の、経済状態	-.108	.045	.672	-.054	.211
II	6.	患者や家族の、家庭や社会での役割	.240	-.128	.571	.130	.084
II	8.	患者と家族の、住む地域の医療や福祉の体制	-.071	.200	.557	.069	-.039
II	5.	患者や家族の、身近な人の治療体験	.318	.035	.490	-.132	-.180
III	第 IV 因子	【医療チーム状況の把握】 ($\alpha=.820$)					
III	14.	治療決定に関わる人々(患者,家族,医療者)の間で、対話をもてているか	.230	-.086	-.067	.902	-.030
III	15.	治療決定に関わる人々(患者,家族,医療者)の、関係性は配慮されているか	.061	.063	.201	.690	-.118
III	13.	治療決定に必要な情報を、医療者が提供することを説明しているか	.217	.313	-.254	.382	.087
V	第 V 因子	【治療の状況の把握】 ($\alpha=.668$)					
V	2.	患者が、治療を受ける(やめる)ことで起こる症状や副作用	.095	-.005	-.011	-.101	.671
V	1.	患者の、これまでの治療経過	.318	-.064	-.014	-.081	.596
V	3.	医師は、どのように治療を検討したか	-.127	.031	.162	.140	.542
因子相関行列							
	因子 2		.513				
	因子 3		.504	.487			
	因子 4		.573	.57	.462		
	因子 5		.261	.305	.207	.309	

※項目全体の Cronbach の α 係数 ($\alpha=.893$)

※予備調査の因子 (第 I 因子【看護師の役割の認識】、第 II 因子【患者・家族の背景の把握】、第 III 因子【医療チームの状況の把握】、第 IV 因子【患者・家族の意向の吟味】、第 V 因子【治療の状況の把握】)

表 10 「患者の治療決定のための看護支援に焦点をあてた振り返り」尺度

<p>普段、あなたが患者の治療決定の支援を<u>実施しているその時に</u>（後で考えたことは含まない）、下記のことをどれくらい考えましたか。「常に考えていた」から「全く考えていなかった」までの4つの段階であてはまると思う数字1つに○を付けてください</p>	<p>1 全く考えていなかった 2 あまり考えていなかった 3 時々考えていた 4 常に考えていた</p>

質 問	回 答			
患者の、これまでの治療経過	4	3	2	1
患者が、治療を受ける（やめる）ことで起こる症状や副作用	4	3	2	1
医師は、どのように治療を検討したか	4	3	2	1
患者や家族が、大切にしていることは何か	4	3	2	1
患者や家族の、身近な人の治療体験	4	3	2	1
患者や家族の、家庭や社会での役割	4	3	2	1
患者と家族の、経済状態	4	3	2	1
患者と家族の、住む地域の医療や福祉の体制	4	3	2	1
患者と家族がもつ、治療のイメージと実際にはギャップがあるか	4	3	2	1
医療者は、患者と家族が大切にしていることを支持しているか	4	3	2	1
医療者は、患者と家族の意向を明らかにするための対話を持っているか	4	3	2	1
治療決定に必要な情報を、医療者が提供することを説明しているか	4	3	2	1
治療決定に関わる人々（患者、家族、医療者）の間で、対話をもっているか	4	3	2	1
治療決定に関わる人々（患者、家族、医療者）の、関係性は配慮されているか	4	3	2	1
治療決定の支援の役割は、医療者間で調整されているか	4	3	2	1
自分は、熟練した技術でセルフケア不足を補っているか	4	3	2	1
自分は、他の患者のケアの経験をこの患者のケアにいかしているか	4	3	2	1
自分は、患者や家族の価値観を知ることができているか	4	3	2	1
自分がもつ、治療決定に対する価値観を意識しているか	4	3	2	1
自分は、看護師としての専門的な役割を何であるかを意識しているか	4	3	2	1