

【原著】

看護職者の「患者指導技術評価尺度」の開発

小倉能理子*¹ 一戸とも子*² 齋藤久美子*¹ 佐藤真由美*¹
工藤ひろみ*¹ 藤田あけみ*¹ 會津桂子*¹

(2017年10月11日受付, 2018年2月10日受理)

要旨: 本研究の目的は、看護職者が自己および他者の患者指導技術について客観的に評価できる「患者指導技術評価尺度」を作成し、信頼性および妥当性を検証することである。方法は、認定看護師および看護師を対象にした質問紙法であり、調査内容は、研究者らが導き出した患者指導に関する87項目である。結果、信頼性および妥当性が確保された8下位尺度、63項目からなる尺度を開発した。尺度を構成する下位概念は、「患者の自己管理能力のアセスメント」、「家族や必要な社会資源のアセスメント」、「指導内容・方法に関する実施計画の立案」、「わかりやすさに配慮した指導の実践」、「指導目標の設定と達成度の評価」、「指導過程のふり返り」、「共感的な指導姿勢」および「他医療従事者との協働」であった。開発した「患者指導技術評価尺度」は、看護職者が自己および他者の患者指導技術を評価するために活用可能である。

キーワード: 看護師, 患者指導技術, 評価尺度, 患者教育

I. はじめに

糖尿病をはじめとする生活習慣病患者は年々増加しており、疾病の悪化予防や健康回復に向けては、患者の生活改善が求められる。患者が自身の健康を管理するためには、セルフケア能力を高める必要があり、医療職者による生活指導が重要である。患者指導の効果に関する研究としては、退院前に理学療法士と看護師が患者教育を行うことで心不全増悪による1年以内の再入院率を低下させた研究¹⁾、有効な退院支援として、個別性を重視した看護師のアセスメントをもとに患者の能力にあわせた指導を繰り返し行った研究²⁾などが報告されている。医療職の中でも看護職者の指導的役割は大きく、また、高い指導能力が求められる。看護基礎教育においても、1996年のカリキュラム改正では、患者のセルフケア能力を高めるために必要な教育的役割を強化する必要性を掲げている³⁾が、系統だった教育が行われているとは言い難い現状にある。

これまでの患者指導に関する研究は、事例研究や実態調査が多く、指導方法に関する系統だった研究が少ない。また、特定の疾患に関する患者指導の研究が多く、患者指導を必要とする患者に対して広く一般化して使うことは難しい。加えて、介入効果が退院指導など短期的にしか評価されておらず、信頼性および妥当性が検証されていない独自の尺度で評価している⁴⁾ことも報告されている。また、患者教育研究会⁵⁻¹⁷⁾は、患者教育の方法に関する理論、技法

の構築を目的に、継続的・系統的に研究を続けているが、すべての看護領域での患者指導技術を評価できる尺度の開発はされていない。

このような現状の中、我々は、現職看護職者の患者指導に関する教育的能力を高めるための教育プログラムおよび教育・指導技能評価ツールの開発を目的に研究に取り組んできた。信頼性および妥当性の確保された患者指導技術評価尺度によって、自身の患者指導技術を自己評価するだけでなく他者評価も行うことにより、看護職者が日頃の指導技術を客観的に振り返ることができ、また教育プログラムの効果判定が可能となる。

そこで、本研究の目的を、看護職者が自己および他者の患者指導技術について客観的に評価できる「患者指導技術評価尺度」を作成し、信頼性および妥当性を検証することとした。

II. 対象と方法

1. 対象

対象者は、患者指導技術が高いと予測される全国の糖尿病看護または皮膚・排泄ケアの認定看護師389名、およびその認定看護師の所属する施設で、専門看護師・認定看護師の資格を持たない看護職者1167名、計1556名である。認定看護師は、その役割の中に指導が含まれており、指導技術が高いと予測され、また、特に指導機会が多い、つまり患者指導技術得点がより高いと予測される、糖尿病看護および皮膚・排泄ケア分野の認定看護師を対象者として選定した。

2. 方法

方法は無記名自記式の質問紙法である。調査依頼は、対象者および対象者の所属する施設の看護部門の責任者に文

*1 弘前大学大学院保健学研究科
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences
〒036-8564 青森県弘前市本町 66-1 TEL:0172-39-5907
66-1, Honcho, Hirosaki-shi, Aomori, 036-8564, Japan

*2 青森中央学院大学
Aomori Chuo Gakuin University
〒030-0132 青森県青森市横内神田 12-1 TEL:017-728-0121
12-1, Yokouchi Kanda, Aomori-shi, Aomori, 030-0132, Japan
Correspondence Author oug1224@hirosaki-u.ac.jp

書により行った。調査依頼文・質問紙・返信用封筒は看護部門責任者を通じて個々の対象者に配布し、記載後に対象者自身が個別に投函する方法により回収した。

尺度開発にあたっては、舟島¹⁸⁾の測定用具の開発過程を参考に進めた。測定用具の開発は、1. 理論的枠組みの構築、2. 尺度の構成、3. 測定用具の信頼性および妥当性検証、の3段階の過程を要する¹⁸⁾。

先行研究^{5-15,19-21)}を参考に研究者間で討論を重ね、まずは理論的枠組みを定めた(図1)。看護師が患者の個別性に合わせたアセスメントを行い、そのアセスメントに基づき教育的に関わる行動を包含する概念として、「対象者のアセスメント」、「計画立案」、「実施」、「指導後の評価」、「看護師の態度」の5つの概念が創出²⁰⁾された。

尺度項目の選定にあたっては、創出された5つの概念に基づき、患者指導技術に含むべき内容の検討を行い、140項目を抽出した。1項目に1内容を原則とし、文章を簡潔に表し、できるだけ平易な言葉となるよう努めた。また、尺度タイプはリカート法とした。行動の程度を測定するには、サーストン法またはリカート法が適していると考えられるが、サーストン法は判定カテゴリ名に空白があり、調査対象者がその空白をどう解釈するか判断がゆだねられるため、判定カテゴリ名に空白がないリカート法を選択し、「できている」、「ある程度できている」、「あまりできていない」、「できていない」の4段階で回答を求めた。これは、5段階で行った調査で、4点判定が多く1点判定が少ないという偏りが起きた²²⁾報告があり、また、4段階以上の段階判定項目であれば間隔尺度として扱っても多くの場合は結果が大きくゆがむことがない²³⁾とされているためである。この140項目について、看護師または保健師として3年以上の勤務経験を持つ看護教員、および個別指導または集団指導をしたことがある臨床経験5年以上の看護職者、計8名による専門家会議を行った後に、10名の看護師によるパイロットスタディを経て、87項目を決定した。専門家会議

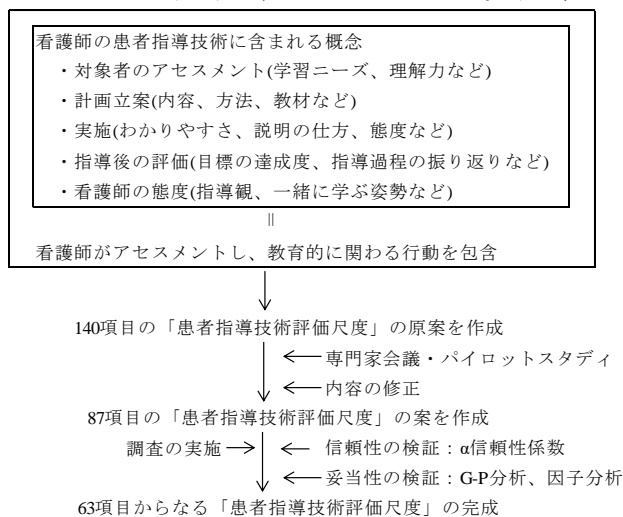


図1. 理論的枠組み

では、質問項目・内容の妥当性、質問表現の適切性、および質問項目数の適切性について、検討を依頼した。

なお、本研究では「患者指導」を「患者(家族を含む)」を対象に、健康の保持増進や健康回復のために望ましい行動の獲得や行動変容を可能とする援助」と定義した。

倫理的配慮として、調査依頼文には、プライバシーの保持、参加の自由意思の尊重、協力しない場合も不利益を被らないこと、研究結果の公表時の配慮等を記載した。なお、実施にあたっては所属大学大学院医学研究科倫理委員会の承認を得た。

3. 分析方法

SPSS 17.0J for Windows を用い、尺度の信頼性および妥当性を検証した。信頼性については、Cronbach の α 信頼性係数を求め、妥当性については、G-P 分析、主因子法によるプロマックス回転を用いた因子分析、認定看護師群と専門看護師・認定看護師の資格を持たない看護職者群の得点比較を t 検定により行った。因子分析は、スクリープロットにより固有値 1 以上で因子抽出し、当該因子にのみ 0.4 以上の因子負荷量を示した項目群を使用した。

III. 結果

1. 回答者の属性

回答者数は 477 名、回収率は 30.7% であった。このうち、患者指導技術評価尺度の 87 項目すべてに回答している 400 名を分析対象者とした。内訳は、認定看護師 96 名 (24.0%)、専門看護師・認定看護師の資格を持たない看護職者 304 名 (76.0%) であった。以下、分析対象者となった認定看護師 96 名を認定群、専門看護師・認定看護師の資格を持たない看護職者 304 名を一般群と表記する。認定看護師の分野は、糖尿病看護が 41 名 (42.7%)、皮膚・排泄ケアが 55 名 (57.3%) であった。分析対象者は、平均年齢 36.5 ± 8.1 歳、平均勤務年数は 14.2 ± 7.7 年、女性が 98.0% であり、96.8% が看護師として勤務していた。勤務場所は 72.0% が病棟であり、66.0% が役職のないスタッフであった。所属する施設の種類の、公的医療機関が 42.3%、病床数は 600 床以上が 42.5%、看護師配置は 7:1 が 81.3% とそれぞれ最も多かった(表 1)。

2. 妥当性

G-P 分析では全 87 項目の得点に有意差を認めしたが、天井効果のあった 6 項目を除いた 81 項目について因子分析を行った。KMO(Kaiser-Meyer-Olkin)による標本妥当性の測度は 0.969 であり、Bartlett の球面性検定は $p < 0.001$ (近似 $\chi^2 = 21427.239$, $df = 1953$) となり、因子分析を本研究のデータに適応させることが妥当であることが確認された。因子分析の結果、8 因子、63 項目が抽出された(表 2)。8 因子を 8 下位尺度とし、因子 1 を「患者の自己管理能力のアセスメント」、因子 2 を「家族や必要な社会資源のアセスメント」、

表 1. 回答者の属性

	名(%)			
	一般群 (n=304)	認定群 (n=96)	合計 (n=400)	
年齢	20歳代	88 (28.9)	1 (1.0)	89 (22.3)
	30歳代	133 (43.8)	40 (41.7)	173 (43.3)
	40歳代	60 (19.7)	48 (50.0)	108 (27.0)
	50歳代以上	22 (7.2)	6 (6.3)	28 (7.0)
	無回答	1 (0.3)	1 (1.0)	2 (0.5)
M±SD	35.3±8.2	40.3±6.2	36.5±8.1	
経験年数	1-10年	139 (45.7)	9 (9.4)	148 (37.0)
	11-20年	111 (36.5)	51 (53.1)	162 (40.5)
	21-30年	48 (15.8)	32 (33.3)	80 (20.0)
	31年以上	4 (1.3)	3 (3.1)	7 (1.8)
	無回答	2 (0.7)	1 (1.0)	3 (0.8)
M±SD	13.0±7.7	18.3±6.0	14.2±7.7	
性別	男性	8 (2.6)	0 (0.0)	8 (2.0)
	女性	296 (97.4)	96 (100.0)	392 (98.0)
	無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
職種	保健師	1 (0.3)	1 (1.0)	2 (0.5)
	助産師	5 (1.6)	0 (0.0)	5 (1.3)
	看護師	293 (96.4)	94 (98.0)	387 (96.8)
	准看護師	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.3)
	無回答	4 (1.3)	1 (1.0)	5 (1.3)
勤務場所	外来	44 (14.5)	26 (27.1)	70 (17.5)
	病棟	247 (81.3)	41 (42.7)	288 (72.0)
	看護部	6 (2.0)	20 (20.8)	26 (6.5)
	その他	6 (2.0)	9 (9.4)	15 (3.8)
	無回答	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.3)
役職	あり	76 (25.0)	58 (60.4)	134 (33.5)
	なし	226 (74.3)	38 (39.6)	264 (66.0)
	無回答	2 (0.7)	0 (0.0)	2 (0.5)
設置主体	国	39 (12.8)	22 (22.9)	61 (15.3)
	公的医療機関	130 (42.8)	39 (40.6)	169 (42.3)
	社会保険関係団体	20 (6.6)	7 (7.3)	27 (6.8)
	医療法人	25 (8.2)	7 (7.3)	32 (8.0)
	その他	86 (28.3)	20 (20.8)	106 (26.5)
無回答	4 (1.3)	1 (1.0)	5 (1.3)	
病床数	0-199床	18 (5.9)	3 (3.1)	21 (5.3)
	200-399床	71 (23.4)	15 (15.6)	86 (21.5)
	400-599床	89 (29.3)	30 (31.3)	119 (29.8)
	600床以上	122 (40.1)	48 (50.0)	170 (42.5)
	無回答	4 (1.3)	0 (0.0)	4 (1.0)
看護師配置	7:1	254 (83.6)	71 (74.0)	325 (81.3)
	10:1	44 (14.5)	25 (26.0)	69 (17.3)
	13:1以下	3 (1.0)	0 (0.0)	3 (0.8)
	無回答	3 (1.0)	0 (0.0)	3 (0.8)

因子 3 を「指導内容・方法に関する実施計画の立案」、因子 4 を「わかりやすさに配慮した指導の実践」、因子 5 を「指導目標の設定と達成度の評価」、因子 6 を「指導過程のふり返り」、因子 7 を「共感的な指導姿勢」、因子 8 を「他医療従事者との協働」と命名した。各下位尺度間の相関係数は、0.28~0.71 を示した。

また、すべての下位尺度において、認定群は一般群よりも有意に得点が高かった (表 3)。

3. 信頼性

尺度全体の α 信頼性係数は 0.98, 各下位尺度は 0.81~0.96 の範囲にあった (表 4)。

IV. 考察

1. 患者指導技術評価尺度の信頼性と妥当性

我々は、現職看護職者の患者指導に関する教育的能力を高めるための教育プログラムの開発を目的に研究に取り組んできた。教育プログラムを実施し、その効果を判定するには評価が必要である。そのため、看護師が行う患者指導技術を評価する尺度を探したが見当たらなかった。そこで、本研究では、看護職者が行う患者指導に着目し、その指導技術を評価できる尺度の開発を行った。これまで、すべての看護領域において汎用できる患者指導技術の評価尺度はなく、患者指導技術の評価に活用することはもちろん、看護師が受けた患者指導・患者教育に関する研修や教育の受講前後の尺度得点を比較することにより、その研修や教育の効果判定にも活用できると考える。以上のことから、開発の意義があると考えられる。

尺度の開発にあたっては、妥当性と信頼性の確保が求められる。信頼性には、安定性、内的整合性、同等性という側面がある¹⁸⁾。安定性は、同じ測定用具による測定を同一対象に期間において同一条件で複数回実施したとき、どの程度同じ測定値が得られるかを示すもの¹⁸⁾である。安定性を確認するために行う再テスト法は、2 回目のテストを行うまでに少なくとも 1~2 か月、長ければ 1 年の期間を置く必要があり、その期間を短くしすぎると前回の回答を覚えていて 2 回目の測定にその影響が出る恐れがあること、期間が長すぎると個人の特性が変化する恐れがあること、同一被験者に複数回協力を依頼するため負担が大きいなどの短所がある²⁴⁾とされる。また、同等性は、同じ測定用具を用いて 2 人以上の観察者が独立して同時に同じ現象を測定したとき、どの程度一致した測定値が得られるかを示すもの¹⁸⁾である。同等性を確認するために行う評定者間信頼性は、2 人以上の評価者のデータの相関係数で求められる。この検者間信頼性係数を適用するには、データが無作為抽出であること、データが正規分布であること、条件を満たす必要がある²⁵⁾。正規分布という条件を満たすには、相応のデータ数を収集しなければならず、被験者への負担の大きさ、所要時間の長さが問題となる。この尺度は看護職者のスキルを測定するものであり、再テスト法を行うために期間を開けてしまうと個人の特性が変化する可能性があること、同等性を確認する評定者間信頼性を行うには時間がかかることから、信頼性は、測定用具を構成する項目が互いに同じものを測定しているかを示す内的整合性¹⁸⁾が適していると判断した。また、妥当性に関しては、内容的妥当性、構成概念妥当性、弁別妥当性を確認した。基準関連妥当性は、問題としている測定概念と関連のある基準 (外部変数) が高度に対応しているかを示す¹⁸⁾ものであり、初めて開発される本尺度と高い相関を示す尺度の特定が困難であるため、行わなかった。

表 2. 因子負荷量および因子相関行列

	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	因子7	因子8	共通性
因子1: 患者の自己管理能力のアセスメント									
q01 患者の理解力のアセスメント	0.932	-0.244	-0.112	0.092	-0.080	0.143	-0.056	0.029	0.606
q02 患者の記憶力のアセスメント	0.848	-0.226	-0.024	0.068	-0.012	0.158	-0.193	0.013	0.503
q03 患者の感覚機能障害のアセスメント	0.762	-0.061	-0.131	0.177	0.032	0.000	-0.123	-0.043	0.450
q05 患者が持っている疾患等の知識のアセスメント	0.719	-0.024	0.149	-0.027	0.054	-0.130	0.041	0.011	0.614
q07 患者の疾患・治療の受け止めのアセスメント	0.711	0.060	-0.050	-0.051	-0.018	0.009	0.169	-0.006	0.643
q06 患者の現在の疾患管理についてのアセスメント	0.667	0.020	0.056	-0.051	0.078	-0.153	0.178	0.037	0.626
q04 患者の病態、治療内容のアセスメント	0.611	0.163	-0.040	0.105	0.090	-0.069	-0.100	0.005	0.522
q10 患者が知りたい知識・技術等のアセスメント	0.587	0.099	0.177	-0.069	0.027	0.038	0.044	-0.112	0.605
q12 患者の生活習慣のアセスメント	0.545	0.193	0.099	-0.015	-0.025	-0.157	0.144	-0.045	0.548
q08 患者の心理状態のアセスメント	0.541	0.138	0.019	-0.067	-0.108	0.130	0.137	0.082	0.614
q13 患者の日常のコーピングのアセスメント	0.540	0.110	-0.024	-0.199	0.107	0.163	0.051	0.076	0.587
q09 患者の生活習慣改善への干渉のアセスメント	0.528	0.178	0.173	-0.121	0.059	-0.122	0.064	0.004	0.548
q14 患者の医療者に対する思いのアセスメント	0.480	0.184	0.056	-0.159	-0.023	0.190	-0.056	0.084	0.508
因子2: 家族や必要な社会資源のアセスメント									
q18 患者の療養への家族の協力のアセスメント	0.156	0.739	-0.139	0.110	-0.066	0.044	0.021	-0.015	0.685
q17 家族の心配事・負担のアセスメント	0.015	0.735	-0.044	-0.050	-0.048	0.096	0.069	0.023	0.605
q19 必要な社会資源の有無・内容のアセスメント	0.082	0.663	0.056	0.087	0.107	-0.028	-0.089	-0.099	0.574
q15 家族への指導の必要性のアセスメント	0.358	0.556	-0.098	0.215	-0.090	-0.044	-0.147	-0.007	0.569
q16 疾患等に対する家族の受け止めのアセスメント	0.228	0.527	-0.123	-0.086	0.020	0.065	0.017	0.130	0.521
因子3: 指導内容・方法に関する実施計画の立案									
q33 導入時に興味・関心をひくような計画立案	0.057	-0.021	0.750	0.024	-0.153	0.051	-0.002	0.097	0.608
q34 指導内容、理解力等を考慮した指導時間の設定	-0.131	0.005	0.669	0.073	-0.157	0.216	0.001	0.161	0.602
q32 導入・展開・まとめて組み立て	-0.005	-0.197	0.662	-0.090	0.150	0.139	0.060	0.046	0.591
q31 内容を段階的に組み立て	0.053	-0.021	0.638	0.163	0.068	0.155	-0.142	-0.161	0.572
q35 患者に適した教材の選択・工夫	0.046	0.017	0.544	0.061	-0.088	0.127	-0.110	0.205	0.502
q36 指導形式の選択	0.074	-0.065	0.521	0.034	0.078	0.063	-0.102	0.283	0.587
q30 内容を盛り込みすぎない組み立て	0.036	-0.033	0.496	0.289	0.081	0.052	0.051	-0.190	0.571
因子4: わかりやすさに配慮した指導の実践									
q47 適切な声の大きさ・スピードで指導	0.004	-0.013	-0.019	0.747	0.027	-0.037	0.118	0.128	0.713
q46 患者にとって理解できる言葉を用いて指導	-0.053	0.016	0.032	0.732	0.041	-0.005	0.100	0.058	0.708
q49 重要な点は強調して指導	0.034	0.041	0.046	0.684	0.017	-0.043	0.096	0.070	0.681
q44 指導ができる状態が患者に確認	-0.088	0.123	0.123	0.503	-0.025	-0.001	0.073	0.115	0.466
q51 指導中に患者の理解度、疲労感等をアセスメント	0.231	0.076	0.031	0.472	-0.107	0.119	0.065	0.024	0.593
q48 一方的な押しつけにならないような指導	0.153	-0.033	0.120	0.442	-0.013	-0.002	0.219	-0.003	0.576
因子5: 指導目標の設定と達成度の評価									
q61 計画した評価日に短期目標の達成度を評価	-0.034	-0.152	-0.184	0.045	0.856	0.076	0.043	0.068	0.640
q62 目標設定の妥当性の評価	-0.105	0.045	-0.082	-0.016	0.727	0.232	0.032	-0.004	0.683
q26 指導目標達成の期日の明確化	0.116	-0.006	0.132	-0.118	0.692	-0.095	0.060	0.002	0.588
q60 計画した評価日に長期目標の達成度を評価	-0.012	-0.034	-0.221	0.091	0.650	0.171	-0.017	0.165	0.578
q23 患者指導の長期・短期目標の設定	0.184	-0.028	0.090	-0.028	0.646	-0.093	0.017	0.002	0.550
q25 指導目標の達成基準の明確化	0.081	0.147	0.158	-0.011	0.641	-0.035	-0.066	-0.066	0.629
q24 患者が達成可能な指導目標の設定	0.062	0.040	0.294	0.141	0.553	-0.068	-0.015	-0.197	0.599
q75 目標達成度の評価結果により目標や計画を修正	-0.021	0.016	-0.031	0.019	0.497	0.372	0.019	-0.022	0.614
q63 毎指導後に学習目標の達成度を評価	0.014	-0.033	-0.093	-0.022	0.480	0.363	0.023	0.083	0.579
q38 指導計画の紙面化	-0.090	0.048	0.067	0.018	0.443	0.126	-0.059	0.123	0.378
因子6: 指導過程のふり返り									
q69 指導時の雰囲気の評価	-0.051	0.064	0.100	0.019	-0.125	0.929	-0.001	-0.104	0.760
q68 説明技術の評価	0.061	-0.017	-0.028	-0.012	-0.024	0.894	0.036	-0.075	0.741
q70 指導時間や時間配分の評価	0.029	-0.035	0.077	0.003	-0.092	0.893	0.026	-0.034	0.769
q67 指導内容・量の評価	0.057	-0.049	0.084	0.025	0.020	0.854	-0.039	-0.078	0.767
q73 指導場所の適切性の評価	-0.025	-0.069	0.100	-0.080	0.009	0.799	0.080	-0.028	0.666
q66 指導方法の評価	0.087	-0.041	0.051	0.005	0.103	0.748	-0.044	-0.027	0.716
q65 指導に必要な知識の不足についての評価	0.010	0.053	-0.018	0.093	0.087	0.723	-0.086	0.018	0.671
q72 計画立案、実践の評価方法の妥当性の評価	-0.044	0.001	-0.070	-0.074	0.294	0.630	0.045	0.074	0.687
q71 目標達成度の評価方法の妥当性の評価	-0.089	-0.013	0.047	-0.086	0.240	0.588	0.088	0.094	0.673
q74 指導の反省を次の指導に活用	0.023	-0.002	0.101	0.095	0.025	0.581	0.024	0.000	0.564
q64 患者のアセスメントの適切性の評価	-0.030	0.239	-0.055	-0.020	0.251	0.548	-0.071	0.038	0.665
q78 指導後の患者の実践をアセスメント	0.063	0.194	0.087	-0.003	-0.082	0.502	0.077	0.015	0.550
q77 指導に不足していた情報・知識を学習	-0.019	0.106	0.123	0.007	0.001	0.495	0.086	-0.020	0.476
因子7: 共感的な指導姿勢									
q83 一緒に学ぶ姿勢	-0.120	0.003	-0.020	0.129	0.032	0.016	0.792	-0.058	0.635
q81 患者が話しやすい雰囲気での応対	0.147	-0.085	-0.205	0.171	0.021	0.057	0.755	-0.038	0.681
q84 患者の考えや行動の受容	-0.056	0.046	0.066	0.125	0.033	-0.027	0.728	-0.040	0.690
q80 患者の語の傾聴	0.090	-0.026	-0.157	0.211	-0.003	0.118	0.665	-0.072	0.642
q85 自分の対象者への思いを意識	0.012	0.052	0.092	-0.033	-0.037	0.065	0.585	0.084	0.529
q79 指導観の確立	0.050	-0.091	0.324	-0.081	0.006	0.020	0.468	0.105	0.516
因子8: 他医療従事者との協働									
q41 他医療職者と情報共有・協同して計画作成	0.048	-0.035	0.117	0.090	0.088	-0.028	-0.025	0.708	0.697
q40 目標達成に向けて必要な指導者の選定	-0.039	0.015	0.229	0.099	0.139	-0.072	0.010	0.511	0.534
q42 患者の情報・指導計画を医療職者が共有	0.050	0.055	-0.002	0.230	0.174	0.007	-0.109	0.476	0.508
因子相関行列									
因子1 患者の自己管理能力のアセスメント	1								
因子2 家族や必要な社会資源のアセスメント	0.708	1							
因子3 指導内容・方法に関する実施計画の立案	0.665	0.599	1						
因子4 わかりやすさに配慮した指導の実践	0.524	0.467	0.546	1					
因子5 指導目標の設定と達成度の評価	0.547	0.515	0.617	0.423	1				
因子6 指導過程のふり返り	0.568	0.542	0.632	0.472	0.687	1			
因子7 共感的な指導姿勢	0.634	0.558	0.637	0.580	0.492	0.583	1		
因子8 他医療従事者との協働	0.418	0.450	0.453	0.279	0.520	0.587	0.322	1	

表 3. 一般群と認定群の得点比較

		(点)				
		一般群 (n=304)	認定群 (n=96)	t 値	自由度	有意確率 (両側)
因子1	患者の自己管理能力のアセスメント (13-52点)	38.91	43.40	-6.438	398	0.000
因子2	家族や必要な社会資源のアセスメント (5-20点)	15.32	16.97	-5.761	398	0.000
因子3	指導内容・方法に関する実施計画の立案 (7-28点)	18.54	22.01	-7.634	398	0.000
因子4	わかりやすさに配慮した指導の実践 (6-24点)	19.58	21.57	-5.959	398	0.000
因子5	指導目標の設定と達成度の評価 (10-40点)	26.25	29.00	-3.995	398	0.000
因子6	指導過程のふり返り (13-52点)	34.14	38.93	-5.243	398	0.000
因子7	共感的な指導姿勢 (6-24点)	19.03	21.17	-6.168	398	0.000
因子8	他医療従事者との協働 (3-12点)	7.95	8.69	-3.252	398	0.001

表 4. 信頼性係数

	項目数	α 係数
因子1 患者の自己管理能力のアセスメント	13	0.87
因子2 家族や必要な社会資源のアセスメント	5	0.89
因子3 指導内容・方法に関する実施計画の立案	7	0.96
因子4 わかりやすさに配慮した指導の実践	6	0.90
因子5 指導目標の設定と達成度の評価	10	0.89
因子6 指導過程のふり返り	13	0.93
因子7 共感的な指導姿勢	6	0.92
因子8 他医療従事者との協働	3	0.81
全体	63	0.98

まず、内容的妥当性については、専門家会議およびパイロットスタディを経ることにより、担保をはかった。

次に、構成概念妥当性について、調査で得られたデータを対象に G-P 分析を行い、全 87 項目について t 検定により有意差を確認した。G-P 分析とは、特定の 1 つの項目の得点の動きが、全体得点の動きと関連しているかどうかを確認するものであり、全体が測定しようとしているものと同じものを測っているかを項目個々について調べる手法²⁴⁾である。具体的には、全項目の合計点の平均値を求め、平均値より高得点の者を Good 群、低得点の者を Poor 群として群分けし、Good 群-Poor 群間の得点を項目ごとに検定し比較する手法である。群間に有意差がある項目は、全体の変動と当該項目の変動が連動していると考えられ、構成概念を測定するために妥当な項目であると言える。また、天井効果があった 6 項目を除外し、81 項目を対象として因子分析を行った。その結果、因子構造が明らかとなり、8 因子 63 項目が抽出された。G-P 分析および因子分析により、構成概念妥当性が確認できたと考える。

加えて、クライテリオン群との比較により弁別妥当性の確認を行った。尺度得点が高くなると予測されるクライテリオン群として、認定看護師を選出した。認定看護師は、特定の看護分野において、「個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する（実践）」、「看護実践を通して看護職に対し指導を行う（指導）」および「看護職に対しコンサルテーションを行う（相談）」

という 3 つの役割²⁶⁾があり、現在は、「救急看護」「皮膚・排泄ケア」「集中ケア」「緩和ケア」等の 21 分野が特定²⁶⁾されている。認定看護師は、その役割の中に指導が含まれており、指導技術が高いと予測され、クライテリオン群として適切であると考えた。また、認定看護師の中でも特に指導機会が多い、つまり患者指導技術得点が高いと予測される、生活習慣等について指導を行う糖尿病看護分野およびストーマケアや褥瘡ケア等について指導を行う皮膚・排泄ケア分野の認定看護師を対象者として選定した。そして、それらの資格を持たない一般看護師との得点比較をしたところ、認定群の得点が全ての下位尺度で有意に高かった。有意差がなければ弁別性がないと判断されるが、クライテリオン群の得点が高かったことから、適切に弁別できていると言える。このことから、弁別妥当性を確保できたと考える。

信頼性については、Cronbach の α 信頼性係数が尺度全体では 0.98、各下位尺度は 0.81~0.96 の範囲にあった。 α 信頼性係数は 0.8 以上の値で、ある程度信頼性の高い尺度になる²⁷⁾と言われている。本尺度の α 信頼性係数は、高い数値となっているため、内的整合性が確保できたと考える。

2. 臨床での活用可能性

臨床での活用として、日常行っている患者指導の自己評価および他者評価に使用できる。本尺度を使用し評価することにより、自身または他者がすでにできていること、およびさらなる努力が必要なことが具体的に把握でき、患者

指導技術をより伸ばしていく際のガイドとなる。また、指導後の評価だけでなく、指導前の準備として、アセスメント・情報収集にもれはないか、計画に支障はないか、実践の際の留意点は何か、評価の視点は何であるか等について、患者指導を開始する前にチェックリストのように用いることも可能である。

V. 本研究の限界と課題

患者指導技術尺度の信頼性および妥当性は確保されたと考える。加えて、本尺度は看護職者が自己および他者の患者指導技術を評価するために活用可能である。しかし、全63項目の評価尺度は患者指導の際に毎回評価することを想定すると項目数が多いため、日常の使用に適しているとは言い難く、今回の研究の限界と課題である。今後は、項目を精選し、かつ、信頼性および妥当性が確保された尺度を開発したい。

VI. 結論

看護職者が自己および他者の患者指導技術について客観的に評価できる「患者指導技術評価尺度」を開発し、信頼性および妥当性が確認された8下位尺度、63項目からなる尺度が得られた。下位尺度は、「患者の自己管理能力のアセスメント」、「家族や必要な社会資源のアセスメント」、「指導内容・方法に関する実施計画の立案」、「わかりやすさに配慮した指導の実践」、「指導目標の設定と達成度の評価」、「指導過程のふり返り」、「共感的な指導姿勢」および「他医療従事者との協働」であった。

謝辞 本研究にご協力いただいた対象者の皆様に、謹んで感謝いたします。

利益相反 本論文において、他者との利益相反はありません。

引用文献

- 1) 中島宏樹, 大川保昭, 他: 慢性心不全患者に対する患者教育は心不全増悪による再入院率を低下させる. 理学療法学 Supplement2013: 741, 2014.
- 2) 原清江, 三井彩子, 他: 入退院を繰り返す高齢独居心不全患者の退院支援の有効性. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 42(1): 19-23, 2014.
- 3) 看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会: いよいよ新カリへ 看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会中間報告書全文. 看護教育, 37(5): 345-367, 1996.
- 4) 光岡明子, 平田弘美: 高齢者の慢性心不全患者の自己管理に関連した文献検討. 人間看護学研究, 13: 81-91, 2015.

- 5) 河口てる子, 土屋陽子, 他: 患者教育における行動変容への「とっかかり言動」と「看護ケア」の検討. 日本看護科学会誌, 17(3): 410-411, 1997.
- 6) 河口てる子, 患者教育研究会: 患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み—看護師によるとっかかり/手がかり言動とその直感的解釈, 生活と生活者の視点, 教育の理論と技法, そして Professional Learning Climate (焦点 患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み). 看護研究, 36(3): 177-185, 2003.
- 7) 河口てる子, 患者教育研究会: 糖尿病 advanced care—合併症を持つ人へのアプローチ(1)どこでも糖尿病患者さんに遭遇する時代のアドバンスドケア—「看護職者の教育的関わりモデル」を使ったケア. 看護学雑誌, 70(1): 68-72, 2006.
- 8) 小田和美, 下村裕子, 他: 糖尿病 advanced care—合併症を持つ人へのアプローチ(4)糖尿病と脳梗塞の微妙な関係—「糖尿病ってわからない」!?. 看護学雑誌, 70(4): 383-388, 2006.
- 9) 東めぐみ, 山本千恵子, 他: 糖尿病 advanced care—合併症を持つ人へのアプローチ(6)心筋梗塞の経過に沿った関わり—こんなに厳重な制限が必要なのかな. 看護学雑誌, 70(6): 535-540, 2006.
- 10) 近藤ふさえ, 滝口成美, 他: 糖尿病 advanced care—合併症を持つ人へのアプローチ(7)感染症には気をつけよう—「何かありそう. 何だろう」とひっかかりを感じたら. 看護学雑誌, 70(7): 665-670, 2006.
- 11) 小長谷百絵, 土屋陽子, 他: 糖尿病 advanced care—合併症を持つ人へのアプローチ(8)思春期の1型糖尿病患者—病気についてこんなに話すことができたのは初めて. 看護学雑誌, 70(8): 767-772, 2006.
- 12) 小平京子, 伊藤ひろみ, 他: 糖尿病 advanced care—合併症を持つ人へのアプローチ(9)糖尿病網膜症患者の“逃げたい”思いによりそう—こういう状況が逃げている感じになっている. 看護学雑誌, 70(9): 857-862, 2006.
- 13) 佐名木宏美, 岡美智代, 他: 糖尿病 advanced care—合併症を持つ人へのアプローチ(10)糖尿病腎症から透析となった患者へのアプローチ—血圧低下がある患者の看護から考えて. 看護学雑誌, 70(10): 957-962, 2006.
- 14) 横山悦子, 今野康子, 他: 糖尿病 advanced care—合併症を持つ人へのアプローチ(11)妊娠糖尿病初妊婦への関わり—血糖測定をやりたくない. 看護学雑誌, 70(11): 1055-1060, 2006.
- 15) 安酸史子, 患者教育研究会: 糖尿病 advanced care—合併症を持つ人へのアプローチ(12・最終回)「看護の教育的関わりモデル」の今後の展望—看護職者の教育実践力を高めるために. 看護学雑誌, 70(12): 1157-1160, 2006.
- 16) 小田和美, 下田ゆかり, 他: 【ナースが変わる! 患者教育改革 看護の教育的関わりモデル】 意思・病状・認知・生活に合わせた治療・療養法のアレンジをする 治療の看護仕立て. Nursing today, 26(6): 29-33, 2011.
- 17) 河口てる子, 患者教育研究会: 患者教育の新しい風: 看護の

- 教育的関わりモデル Ver.6.4 とは (特集 ナースが変わる! 患者教育改革: 看護の教育的関わりモデル). *Nursing today*, 26(6): 12-18, 2011.
- 18) 舟島なをみ: 測定用具の開発過程. 舟島なをみ, 監修. 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. 3-15, 医学書院, 東京, 2009.
- 19) 小倉能理子, 阿部テル子, 他: 看護職者の患者指導に対する認識と実施状況. *日本看護研究学会雑誌*, 32(2): 75-83, 2009.
- 20) 石岡薫, 一戸とも子, 他: 看護者の患者指導技術の構成要素と構造化の試み. *日本看護研究学会雑誌*, 32(4): 77-87, 2009.
- 21) 一戸とも子, 小倉能理子, 他: 看護職者の患者指導に関する研究: 指導技術評価項目の抽出. *保健科学研究*, 2: 85-95, 2012.
- 22) 三浦弘恵: 在宅看護の質自己評価尺度. 舟島なをみ, 監修. 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. 53-62, 医学書院, 東京, 2009.
- 23) 石井秀宗: 統計分析のここが知りたいー保健・看護・心理・教育系研究のまとめ方. 14-17, 文光堂, 東京, 2006.
- 24) 菅原健介: 心理尺度の作成方法. 堀洋道, 監修, 松井豊, 編. *心理測定尺度集Ⅲー心の健康をはかる<適応・臨床>ー*. 397-408, サイエンス社, 東京, 2007.
- 25) 対馬栄輝: 検者間・検者内信頼性係数. 対馬栄輝. *SPSS で学ぶ医療データ解析*. 195-214, 東京図書, 東京, 2007.
- 26) 日本看護協会: <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn> (2017年9月28日)
- 27) 吉田富二雄: 信頼性と妥当性ー尺度が備えるべき基本的条件. 堀洋道, 監修, 吉田富二雄, 編. *心理測定尺度集Ⅱー人間と社会のつながりをとらえる<対人関係・価値観>ー*. 436-453, サイエンス社, 東京, 2009.

【Original article】

**Development of a “Patient Coaching Skill Evaluation Scale” for
Nursing Staff**

NORIKO OGURA^{*1} TOMOKO ICHINOHE^{*2} KUMIKO SAITO^{*1}
MAYUMI SATO^{*1} HIROMI KUDO^{*1} AKEMI FUJITA^{*1} KEIKO AIDU^{*1}

(Received October 11, 2017 ; Accepted February 10, 2018)

Abstract: The objective of this research is to develop a “patient coaching skill evaluation scale” that allows nursing staff to objectively evaluate their own and other people’s patient coaching skills, and to verify its reliability and suitability. The method used is a questionnaire given to certified nurses and other nurses surveying 87 items relating to patient coaching which we have derived. The research resulted in the development of a reliable and suitable scale consisting of 8 lower-level scales and 63 items. The lower-level concepts of which the scale is composed are “assessment of the patient’s self-management ability,” “assessment of family and necessary social resources,” “drafting an execution plan for the content and method of coaching,” “taking ease of understanding into consideration when giving coaching in practice,” “selecting the objectives of coaching and evaluating degrees of achievement,” “reflecting on the coaching process,” “giving coaching with an empathetic attitude,” and “working in cooperation with other healthcare professionals.” The developed “patient coaching skill evaluation scale” can be used by nursing staff to evaluate their own and other people’s patient coaching skills.

Keywords: Nurse, Patient Coaching Skill, Evaluation Scale, Patient Education