

【原著】

看護職者の「患者指導技術評価尺度（短縮版）」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1月25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、日常において活用しやすい「患者指導技術評価尺度（短縮版）」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、研究者らが開発した「患者指導技術評価尺度」をもとに、複数の研究者で検討し導き出した33項目についての質問紙調査であり、対象は、認定看護師および看護師である。結果、信頼性および妥当性が確保された4下位尺度、30項目からなる尺度を開発した。下位尺度は、「アセスメント」、「計画立案」、「実践」および「評価」である。短縮版の下位尺度は、患者指導技術評価尺度の8下位尺度を4下位尺度に統合したものとなり、看護過程および患者指導過程の構成要素と一致している。加えて、項目数も減り、日常の患者指導の際の評価基準として十分使用可能と考える。

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

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、その結果を指導が必要とされる全ての患者に広く活用することは難しい。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¹⁾ことも報告されている。その中で、患者教育研究会²⁻¹⁴⁾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・系統的研究を続けてきているが、すべての看護領域での患者指導技術の評価できる尺度の開発はされていない。

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、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ると考え、「患者指導技術評価尺度」を開発した。しかし、この尺度は、日常の患者指導場面で使用するには全63項目と項目数が多い。そこで、日常の指導場面で使用しやすい、より項目数が少なく、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と考えた。

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、日常において活用しやす

い「患者指導技術評価尺度（短縮版）」（以下、短縮版）を作成し、信頼性および妥当性を検証することである。

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503名、およびその認定看護師の所属施設で、専門看護師・認定看護師の資格を持たない看護職者1509名、計2012名である。

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。質問紙の内容は、対象者および施設の属性、患者指導技術に関する33項目である。この33項目は、研究者らが開発し、すでに信頼性および妥当性が確保された「患者指導技術評価尺度」の8下位尺度・63項目をもとに、複数の共同研究者で繰り返し検討して導き出したものである。検討の際には、「患者指導技術評価尺度」の8下位尺度、①患者の自己管理能力のアセスメント、②家族や必要な社会資源のアセスメント、③指導内容・方法に関する実施計画の立案、④わかりやすさに配慮した指導の実践、⑤指導目標の設定と達成度の評価、⑥指導過程のふり返り、⑦共感的な指導姿勢および⑧他医療従事者との協働、を説明できる内容となるよう留意した。また、類似する項目をあわせても、もとにした各項目の意味を損なわない表現となるように慎重に検討した。それらについて、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年以上の看護職者による専門家

*1 弘前大学大学院保健学研究科

Hirosaki University Graduate School of Health Sciences
〒0368564 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 ou1224@hirosaki-u.ac.jp

表 1. 対象者の属性

	一般群 n=368	認定群 n=123	合計 n=491	名(%)
年齢	20歳代	114 (31.0)	2 (1.6)	116 (23.6)
	30歳代	138 (37.5)	49 (39.8)	187 (38.1)
	40歳代	84 (22.8)	63 (51.2)	147 (29.9)
	50歳代以上	30 (8.2)	9 (7.3)	39 (7.9)
	無回答	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (0.4)
	M±SD	35.5±8.5	40.9±5.9	36.9±8.2
経験年数	1-10年	168 (45.7)	11 (8.9)	179 (36.5)
	11-20年	126 (34.2)	63 (51.2)	189 (38.5)
	21-30年	56 (15.2)	41 (33.3)	97 (19.8)
	31年以上	8 (2.2)	4 (3.3)	12 (2.4)
	無回答	10 (2.7)	4 (3.3)	14 (2.9)
	M±SD	13.2±7.8	18.9±6.2	14.6±7.8
性別	男性	9 (2.4)	1 (0.8)	10 (2.0)
	女性	358 (97.3)	122 (99.2)	480 (97.8)
	無回答	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.2)
職種	保健師	1 (0.3)	2 (1.6)	3 (0.6)
	助産師	8 (2.2)	0 (0.0)	8 (1.6)
	看護師	357 (97.0)	121 (98.4)	478 (97.4)
	准看護師	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.2)
	無回答	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.2)
勤務場所	外来	50 (13.6)	43 (35.0)	93 (18.9)
	病棟	304 (82.6)	43 (35.0)	347 (70.7)
	看護部	0 (0.0)	22 (17.9)	22 (4.5)
	その他	13 (3.5)	15 (12.2)	28 (5.7)
	無回答	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.2)
役職	あり	101 (27.4)	73 (59.3)	174 (35.4)
	なし	267 (72.6)	50 (40.7)	317 (64.6)
	無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
設置主体	国	57 (15.5)	29 (23.5)	86 (17.5)
	公的医療機関	163 (44.3)	48 (39.0)	211 (43.0)
	社会保険関係団体	35 (9.5)	8 (6.5)	43 (8.8)
	医療法人	27 (7.3)	6 (4.9)	33 (6.7)
	その他	83 (22.6)	31 (25.2)	114 (23.2)
	無回答	3 (0.8)	1 (0.8)	4 (0.8)
病床数	0-199床	19 (5.2)	7 (5.7)	26 (5.3)
	200-399床	68 (18.5)	23 (18.7)	91 (18.5)
	400-599床	102 (27.7)	31 (25.2)	133 (27.1)
	600床以上	167 (45.4)	61 (49.6)	228 (46.4)
	無回答	12 (3.3)	1 (0.8)	13 (2.6)
看護師配置	7:1	316 (85.9)	97 (78.9)	413 (84.1)
	10:1	46 (12.5)	26 (21.1)	72 (14.7)
	13:1以下	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (0.4)
	無回答	4 (1.1)	0 (0.0)	4 (0.8)

った3項目が除かれ、4因子、30項目を抽出した(表2)。

4因子を4下位尺度とし、「アセスメント」、「計画立案」、「実践」および「評価」と命名した。各下位尺度間の相関係数は、0.58~0.67を示した。全ての下位尺度において、認定群は一般群よりも有意に高得点であった(表3)。

3. 信頼性

尺度全体の α 信頼性係数は0.96、各下位尺度は0.85~0.95の範囲にあった(表4)。

4. 患者指導技術評価尺度との関連

患者指導技術評価尺度は8下位尺度から構成され、短縮版は4下位尺度となった。患者指導技術評価尺度の「因子1:患者の自己管理能力のアセスメント」および「因子2:家族や必要な社会資源のアセスメント」が短縮版では「因

会議を行い、看護師によるパイロットスタディを経て33項目を決定した。この33項目に対して、「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。

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、参加の自由意思を尊重し、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、実施にあたり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検定で行った。因子分析は、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543名、回収率は27.0%であった。このうち、患者指導技術の33項目すべてに回答している491名を分析対象者とした。内訳は、認定看護師が123名(25.1%)、専門看護師・認定看護師の資格を持たない看護職者が368名(74.9%)であった。以下、分析対象者となった認定看護師123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368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58名(47.2%)、皮膚・排泄ケアが65名(52.9%)であった。分析対象者は、平均年齢36.9±8.2歳、平均経験年数14.6±7.8年で、480名(97.8%)が女性であった。347名(70.7%)が病棟に勤務しており、317名(64.6%)が役職のないスタッフであった。所属施設の設置主体は公的医療機関が221名(43.0%)、病床数は600床以上が228名(46.4%)とそれぞれ最も多かった(表1)。

2. 妥当性

G-P分析では、全33項目において得点に有意差を認めた。天井効果およびフロア効果がないことを確認し、33項目を対象に因子分析を行った。KMO(Kaiser-Meyer-Olkin)による標本妥当性の測度は0.965であり、Bartlettの球面性検定は $p<0.001$ (近似 $\chi^2=10812.026$, $df=435$)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、因子負荷量が0.4に満たなか

表2. 因子負荷量と因子相関行列

	因子1	因子2	因子3	因子4	共通性
因子1: アセスメント					
q01 患者の理解力、記憶力、感覚機能障害のアセスメント	0.844	-0.250	0.103	0.049	0.634
q03 患者の疾患の受け止め方、心理状態のアセスメント	0.787	-0.034	0.055	-0.014	0.628
q07 患者の病態、治療内容のアセスメント	0.759	-0.017	-0.011	-0.011	0.538
q02 患者の生活習慣、健康管理、コーピングのアセスメント	0.750	-0.064	0.104	0.011	0.620
q04 患者が持っている知識、知りたい知識・技術のアセスメント	0.687	0.191	0.070	-0.101	0.651
q09 家族への指導の必要性を判断	0.618	0.009	0.128	0.006	0.516
q05 患者が改善すべき生活習慣を予測できているかのアセスメント	0.591	0.308	-0.076	-0.032	0.572
q08 患者の療養に対する家族の思い、心配事、協力のアセスメント	0.569	0.089	0.009	0.093	0.496
q10 患者に必要な社会資源のアセスメント	0.533	0.120	-0.062	0.136	0.460
q06 患者が医療者に対して持っている思いのアセスメント	0.465	0.286	-0.151	0.131	0.478
因子2: 計画立案					
q13 導入時に患者の興味・関心をひく内容・方法	-0.055	0.756	0.257	-0.104	0.683
q12 指導は導入・展開・まとめで組み立て	0.021	0.694	0.027	0.087	0.616
q11 指導目的にあった形式、時間設定	0.102	0.590	0.018	0.031	0.483
q15 患者に適した教材を選択・工夫	-0.091	0.524	0.261	0.159	0.580
因子3: 実践					
q16 わかりやすさに配慮した指導	0.013	0.078	0.730	0.003	0.623
q17 一方的な押しつけにならない指導	0.097	0.037	0.664	-0.014	0.557
q18 指導中の患者の反応を確認し進める	0.080	0.115	0.657	0.021	0.643
q30 共感的な姿勢で指導	0.080	0.021	0.647	0.045	0.553
q31 自分の指導観や対象者観を意識	0.065	0.235	0.415	0.054	0.451
因子4: 評価					
q26 指導の実施の適切性を評価	0.001	-0.205	0.077	0.966	0.795
q25 指導実施計画の適切性を評価	-0.007	-0.165	0.081	0.963	0.823
q28 計画・実践・目標の評価方法の妥当性を評価	0.015	0.043	-0.072	0.869	0.751
q24 患者のアセスメントの適切性を評価	0.104	-0.117	-0.018	0.853	0.705
q21 目標の設定は妥当であったか評価	0.051	0.184	-0.136	0.715	0.644
q22 指導ごとに達成度を評価し、目標や計画を修正	-0.046	0.198	-0.028	0.694	0.620
q23 指導計画(目標、内容、方法)を記録に残す	-0.130	0.118	0.079	0.688	0.539
q29 評価の結果を次回の指導に生かす	-0.014	-0.023	0.250	0.644	0.626
q20 明確な基準で、短期・長期目標の達成度を評価	0.068	0.286	-0.181	0.632	0.625
q27 指導内容を患者がどう実践しているか評価	0.097	0.004	0.113	0.618	0.583
q19 達成可能な短期・長期目標および評価日を設定	0.038	0.280	-0.010	0.468	0.498
因子相関行列					
	因子1	因子2	因子3	因子4	
因子1: アセスメント	1	0.666	0.653	0.655	
因子2: 計画立案	0.666	1	0.591	0.649	
因子3: 実践	0.653	0.591	1	0.584	
因子4: 評価	0.655	0.649	0.584	1	

表3. 一般群と認定群の得点比較

(点, M±SD)

	一般群 n=368	認定群 n=123	t 値	自由度	有意確率 (両側)
因子1: アセスメント (10-40点)	29.60±4.73	33.92±4.56	28.78	489	0.000
因子2: 計画立案 (4-16点)	9.96±2.46	12.42±2.44	9.64	489	0.000
因子3: 実践 (5-20点)	15.29±2.39	17.54±2.17	9.25	489	0.000
因子4: 評価 (11-44点)	28.78±6.76	32.33±6.87	5.02	489	0.000

表 4. 信頼性係数

	項目数	α 係数
因子1: アセスメント	10	0.92
因子2: 計画立案	4	0.86
因子3: 実践	5	0.86
因子4: 評価	11	0.95
全体	30	0.96

表 5. 患者指導技術評価尺度との関連

患者指導技術評価尺度	短縮版
因子1: 患者の自己管理能力のアセスメント	因子1: アセスメント
因子2: 家族や必要な社会資源のアセスメント	
因子3: 指導内容・方法に関する実施計画の立案	因子2: 計画立案
因子4: わかりやすさに配慮した指導の実践	因子3: 実践
因子7: 共感的な指導姿勢	
因子5: 指導目標の設定と達成度の評価	因子4: 評価
因子6: 指導過程の振り返り	
因子8: 他医療従事者との協働	—

子1: アセスメント」となり、同様に「因子4: わかりやすさに配慮した指導の実践」および「因子7: 共感的な指導姿勢」が「因子3: 実践」に、「因子5: 指導目標の設定と達成度の評価」および「因子6: 指導過程の振り返り」が「因子4: 評価」にまとまった（表5）。

IV. 考察

1. 短縮版の信頼性と妥当性

研究者らは、看護職者が行う患者指導に着目し、患者指導技術評価尺度を開発したが、項目数が多く日常使用に適しているとは言い難かった。より簡便に評価でき、信頼性および妥当性が確保された短縮版を開発することに意義はあると考える。

尺度作成にあたっては、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が、本尺度では、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¹⁵⁾を確認した。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。

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、得られた全33項目のデータを対象に、G-P分析を行い、t検定により有意差があることを確認した。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¹⁶⁾である。具体的には、①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 群として群分けする、②Good 群－Poor 群の得点を項目ごとに比較する、③群間の有意差を確認する、という方法で行う。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おり構成概念を測定するために妥当なものと判断できる。本調査では、全ての項目に有意差があった。また、全33項目について、因子分析を行った結果、4因子30項目が抽出された。この4因子は、看護過程および患者指導過程の構成要素¹⁷⁾と一致している。G-P分析で全項目に有意差を認めたこと、因子分析により因子構造が明らかになったことにより、構成概念妥当性が確認されたと考える。

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。クライテリオン群として選択した認定看護師は、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)」、「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¹⁸⁾がある。そして、認定看護師の中でも指導機会が多く、患者指導技術が高いと考えられる、糖尿病看護分野および皮膚・排泄ケア分野の認定看護師を対象者として選定した。そして、一般群との得点比較をしたところ、認定群の得点が高く、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0.96、各下位尺度は0.86～0.95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¹⁹⁾と言われている。本尺度の α 信頼性係数は、十分に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. 患者指導技術評価尺度との関連

患者指導技術評価尺度は8下位尺度から構成され、短縮版は4下位尺度となった。患者指導技術評価尺度の「因子8: 他医療従事者との協働」は短縮版では削除された。これは、本調査では「他医療従事者との協働」にあたる項目が2項目しかなく、共通性が低かったため因子分析で除外されたと考える。

3. 臨床での活用可能性

臨床では、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。自己評価として、自分が行った患者指導の振り返りや職業生活の節目での成長の評価に活用でき、また、他者評価としては、新人・同僚看護師が行った患者指導あるいは学生が行った患者指導の振り返り、および管理者が行うスタッフの目標管理・成長評価にも活用できると考える。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・情報収集のめりはらないか、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。加えて、個別

指導・集団指導の別なく、どのような疾患の患者の指導にも活用できると考える。

V. 本研究の限界と課題

短縮版の信頼性および妥当性は確保されたと考える。短縮版は、患者指導技術評価尺度の8下位尺度を4下位尺度に統合したものとなった。今後は、本尺度の使用をかさねて、さらに精度を上げていきたい。

VI. 結語

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(短縮版)」を開発した。結果、信頼性、妥当性が確認された4下位尺度、30項目からなる尺度が得られた。下位尺度は、「アセスメント」、「計画立案」、「実践」および「評価」である。

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) 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.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 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 治療の看護士として. Nursing today, 26(6): 29-33, 2011.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) 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—心の健康をはかる<適応・臨床>—. 397-408, サイエンス社, 東京, 2007.
- 17) 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.
- 18) 日本看護協会: <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn> (2017年9月28日)
- 19) 吉田富二雄: 信頼性と妥当性—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—人間と社会のつながりをとらえる<対人関係・価値観>—. 436-453, サイエンス社, 東京, 2009.

【Original article】

**Development of a “Patient Coaching Skill Evaluation Scale
(Short Version)” 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 January 25, 2017)

Abstract: The objective of this research is to develop a “patient coaching skill evaluation scale (short version)” that allows nursing staff to objectively evaluate their own and other’s patient coaching skills and is easily used in everyday practice, and to verify its reliability and suitability. The method was a questionnaire survey of 33 items derived from study by multiple researchers. Certified nurses and other nurses were surveyed. The research resulted in the development of a reliable and suitable scale consisting of 4 lower-level scales and 30 items. The lower-level scales were “assessment,” “drafting plans,” “practice,” and “evaluation.” To create the lower-level scales of the short version, the 8 lower-level scales of the patient coaching skill evaluation scale were integrated into 4 lower-level scales, which have the same components relating to the nursing process and patient coaching process. As there are fewer items on the questionnaire, we consider that it is fully usable as an evaluation standard for patient coaching in everyday practice.

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