原 著

患者の治療決定における看護支援の 振り返り尺度の信頼性・妥当性の検討

～日常的に治療決定の看護支援を行う看護師に着目して～

Investigation of the Reliability and Validity of a Scale to Reflect on Nursing Support
in Patients' Treatment Decisions
—Focusing on Nurses Who Provide Nursing Support for Patients' Treatment Decisions
on a Daily Basis—

尾形裕子^{1),*}

Yuko Ogata

キーワード：治療決定，看護支援，振り返り

Key words：treatment decision, nursing support, reflection

Abstract

Aim: To investigate the reliability and validity of a scale to reflect on nursing support in patients' treatment decisions by nurses who provide nursing support for treatment decisions on a daily basis.

Methods: A self-administered questionnaire was distributed to nurses, and were collected by mail. The contents of the survey include the attributes of the subjects, the background of nursing support in the treatment decision for the patient, the scale that reflects the nursing support in patients' treatment decisions, their orientation toward social critical thinking scale, and a moral sensitivity test for clinical nurses.

Results: We received 539 (39.7%) effective responses. The items and exploratory factors were analyzed, and the structure of 21 items and 5 factors was confirmed. Model fit by confirmatory factor analysis, and the correlation with external criteria is Admitted. Cronbach's α coefficient was .935 for all items and .875 to .696 for each factor.

Conclusions: This scale has a certain reliability and validity, making it is possible for nurses to do self-evaluation of their judgment in giving support of treatment decisions in clinical settings.

要 旨

目的：日常的に治療決定の看護支援を行う看護師を対象とした患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度の信頼性と妥当性を検討する。

方法：対象者に、自記式質問紙を配布し郵送法にて回収した。調査内容は、対象者の属性、患者の治療決定における看護支援の背景、患者の治療決定における看護支援の振り返り、社会的クリティカルシンキング志向性、臨床看護師の道徳的感性である。

受付日：2021年3月25日 受理日：2021年6月25日

1) 北海道文教大学人間科学部看護学科 Hokkaido Bunkyo University, Faculty of Human Sciences, Department of Nursing

* E-mail: y-ogata@do-bunkyo.ac.jp

結果：有効回答は 539 部 (39.7%) であった。項目分析と探索的因子分析により 21 項目 5 因子構造を確認した。確認的因子分析によるモデル適合を行い、外的基準との相関が認められ、Cronbach の α 係数は項目全体では .935、因子別では .875～.696 であった。

考察：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の自己評価として用いることが可能である。

I. はじめに

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る。看護師の行う臨床判断は、患者ケアの状況を熟慮し決定することである (Corcoran, 1990)。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おり、振り返りが臨床における判断力育成の手がかりとなる。振り返りとは、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。そして、振り返りには“行為の後の振り返り”と、“行為しながらの振り返り”の 2 つのスタイルがあり、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 (Tanner, 2011)。看護実践における行為の振り返りの特徴として、状況依存が関与する。池西ら (2007) は、看護実践は、対象者やその人が置かれている状況により、具体的援助内容が変化するという状況依存の要素が強いため、科学技術の合理的適用のみでは直面する複雑な状況や問題に満足 of いく対処を行うのは難しいという側面を持ち合わせていると述べ、状況依存性による臨床判断の困難さを言及している。一方、佐藤 (1989) は臨床判断に関して、把握した状況を切り捨てることなく、判断に反映させていることであり、迷いがあることから責任を自覚し、判断を振り返るきっかけにしていることであると述べている。Tanner (2011) もまた、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。したがって、迷いが生じながらも自分の行為を決定し、その行為が看護者としての責任に結び付けて考える場面に置かれることで、振り返りは明確化されると考えた。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等の治療決定が困難となる患者への支援と考える。今日では、高度先進医療と医療に求められる価値の多様化により、看護師は患者とその家族の治療決定を支援するという役割を担っている。治療決定の

支援とは、患者が医師から提案された治療を行うか否かを意思決定するにあたり、必要となるケアを直接的・間接的に行うことである。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 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。患者とその家族は、治療の意思決定のプロセスで多くの葛藤や苦悩を伴い、看護師もまた自ら取るべき行為を決定するためには、葛藤と苦悩を経験する。このような状況にある患者への看護支援を振り返ることは、臨床での新たな知識の修得と判断力向上の学習方略に加え、看護師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。

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行われている (大久保・小西, 2001; 尾沼ら, 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 (牛久保ら, 2008; 西尾・藤井, 2011) や、役割葛藤 (渡邊ら, 2004) など、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。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見あたらない。また、治療決定が困難な患者への支援は、状況や対象者自身の特性による個別的な結果となるため、援助の良し悪しを一般化することはできず、自身のケアを評価することは難しい。しかし、どのようなことをよく考えて支援を決めたのかという、看護師の熟考の程度を評価することは可能と考える。

本研究の目的は、日常的に治療決定の看護支援を行う看護師に着目して、患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討することである。開発された尺度を使用して看護師

が自身の看護実践を振り返り自らの実践を評価することは、判断力向上と専門的な知識の探求につながる事ができると考える。

Ⅱ. 用語の定義

1. 振り返り

振り返りとは、自分の行為を結果と結び付けて考えることで、臨床判断を構成する要素の一つである。振り返りには“行為の後の振り返り”と、“行為しながらの振り返り”の2つのスタイルがあり、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。

2. 臨床判断

患者ケアについて決定を下すことである。それには、認知的な熟考及び直感的な過程が関与する。適切な患者のデータ、臨床的な知識及び状況に関する情報が考慮される。気づき、解釈、対応、振り返りといった要素からなる。

3. 患者の治療決定の支援を日常的に実施している看護師

がん疾患や難病、救命救急患者などが、医師から提案された治療の変更、継続、中止に対する意思決定する場面でケアを行っている看護師。

Ⅲ. 研究方法

尺度開発は、以下の構成概念の検討、試作版作成、予備調査を経て本調査を行った。

1. 構成概念の検討と尺度の試作版作成

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10名を対象に、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い逐語記録を作成し、振り返りについて語られているデータを抽出した。抽出されたデータの意味を損なわないようにコード化し、類似するコードをカテゴリー化して、カテゴリーの関連を対象者毎のデータから解釈した。分析結果は、【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53項目6下位概念(カテゴリー)を創出した。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ことを踏まえ、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るため“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」を問うものとした。選択肢の表現は、振り返り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。専門家会議とパイロットスタディでは、回答の質問の内容や表現、負担感、所要時間を確認して、50項目で構成された試作版を作成した。

2. これまでの調査

予備調査として、1度目の調査は看護実践経験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。項目分析により8項を削除し残った42項目を用いた因子分析を行い、5因子21項目が抽出された。次の調査は、前回の調査と同様条件で、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。項目分析で削除する項目はなく全21項目で因子分析を行い、20項目、5因子が抽出された。

3. 本調査

これまでの調査での課題を検討し、尺度の洗練化に向けた本調査を行った。これまでの質問内容には、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といった課題があり、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修正した。また、調査施設が少なく回答に偏りが生じている可能性を踏まえて調査施設を拡げることとした。そして、予備調査の2度目の調整で削除した項目の〈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〉は、尺度全体の安定性に欠くため削除の対象としたが、1度目の調査の結果では因子負荷量も十分あったため、再度検討するためにも尺度は1度目の調査の21項目の質問による調査とした。

1) 研究デザイン

量的関係探索研究

2) 調査期間

2019年2月～4月

3) 研究対象者及びデータ収集方法

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。対象施設は個人・施設の特定回避のために複数の施設とし、全国のがん診療連携拠点病院、難病医療拠点病院、救命救急センターをもつ施設とした。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した。139施設に所属する1,359名の看護師に調査用紙を配布した。

4) 調査内容

(1) 対象者の属性及び患者の治療決定の背景

対象者の属性は、性別、年齢、実務経験年数、部署経験年数、看護実践能力の評価方法であるクリニカルラダーのレベルとした。患者の治療決定の背景は、治療決定の支援の実際に関する先行文献を参考に、場の特性、患者が受けているもしくはこれから受ける治療、医師が提案した治療方針、支援の対象、行った支援を示す内容の選択肢を設け、複数回答可とした。

(2) 患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度

「患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度」は21項目からなり、得点が高いほど看護支援についてよく振り返ることができていると解釈する。「常に考えていた」(4点)から「全く考えていなかった」の4件法で回答を得た。

(3) 社会的クリティカルシンキング志向性及び臨床看護師の道徳的感性

池西ら(2007)によると、振り返りのコアとなる要素は“批判的分析”とされておりクリティカルシンキングとは、自分の推論過程を意識的に吟味する反省的な思考(楠見孝, 1996)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可能である。「社会的クリティカルシンキングの志向性尺度」は、クリティカルシンキングを対人的・社会的な状況をカバーする為に“社会的”に着眼した尺度で、27項目7下位尺度からなる。7下位尺度は、「要点理解」「多様性理解」「論理・証拠の重視」「他の理解」「真正性」「脱軽信」「決断力」である。「非常になりたい」(7点)から「全くなりたくない」(1点)の7件法で回答を得る尺度である。得点が高いほど、社会的クリティカルシンキングの志向性が高いことを示す(中西ら, 2006)。

また、振り返りには、状況への問題意識や関心、看護実践の中で印象に残った困難や不確かさ、事象に伴う感情などの看護師自身の“感性や感情”といった内的動機付けが関与するため(池西ら, 2007)、本尺度と看護師の道徳的感性とは関連があると考えられる。「臨床看護師の道徳的感性尺度」は、「患者の理解」「責任・安全」「葛藤」「規則遵守」「患者の意思尊重」「忠誠」「価値・信念」「内省」「正直」「自律」「情」の11要素34項目からなる。「全くそう思う」(6点)～「全くそう思わない」(1点)の6件法で回答を得る尺度である。「臨床看護師の道徳的感性尺度」の調査結果は、合計点を出すものではなく、各項目の中央値または平均値と比較し、各項目に関する感性が高い、低いと評価し、臨床看護師の道徳観の傾向を知ることが可能とされている。本尺度とは、患者の理解や、責任、葛藤、患者の意思尊重、価値・信念を示す項目との関連があると予測する(中村ら, 2003)。尺度の使用にあたっては、尺度開発者の使用許諾を得ている。

5) 分析方法

統計解析プログラム SPSS 25.0 for Microsoft Windows, SPSS Amos Version 25.0 for Microsoft Windows を使用し次の分析を行った。「患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度」は、尺度の項目分析を、歪度、尖度、天井効果(平均+標準偏差>4)・床効果(平均-標準偏差<1)、項目間の相関係数(.7以上)、I-T相関分析(.4未満)から検討した。次いで、探索的因子分析ならび確認的因子分析を行った。探索的因子分

析は、共通性が.10以上、因子負荷量が.35以上かつ2因子以上にまたがらないことを基準に採用を検討した。確認因子分析によるモデル適合性では、GFIとAGFIは.90以上、 $GFI \geq AGFI$ を基準とした。CFIは1に近いほど当てはまりがよい、ROMSEAは.05以下であれば当てはまりがよく.1以上であれば当てはまりが悪いと判断する。内的整合性ではCronbachの α 係数を算出し基準を.70以上とした。基準関連妥当性では外的基準として「社会的クリティカルシンキングの志向性尺度」と「臨床看護師の道徳的感性尺度」を用いてSpearmanの順位相関係数を算出し、基準を.20以上の弱い相関から～.07未満の中程度の相関までとした。

6) 倫理的配慮

本研究は、筆者の所属する北海道文教大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号30018）。対象者には研究の趣旨、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、結果は研究発表や学術論文として公表されることを文書にて説明した。対象者には、所属長を通じて質問用紙を配布し、研究協力の意思確認については、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。回収したデータは、研究以外の目的で口外せず、研究者が保管場所を固定し厳重に管理し個人情報保護を保護した。

Ⅳ. 結 果

1. 対象の概要

調査では672部（回収率49.4%）を回収し、属性以外の質問項目に欠損値を含むデータを対象外とした有効回答は539部（有効回答率39.7%）であった。対象者の性別は女性が92.2%で男性7.8%、平均年齢は38.25歳（ $SD \pm 8.95$ ）、実務経験年数の平均値は15.20（ $SD \pm 8.45$ ）、部署経験年数の平均値は4.27（ $SD \pm 3.11$ ）、ラダーレベルの平均値は3.26（ $SD \pm 1.06$ ）であった。治療決定の支援の背景で多かったのは、疾病の場合は、がん疾患病棟（42.9%）、一般外来（24.9%）、難病；神経難病等（14.3%）であった。患者が受けているもしくはこれから受ける治療では、化学療法（51.0%）、緩和ケア（40.8%）、手術療法（33.4%）、薬物療法（33.4%）であった。医師が提案した治療方針では、治療の開始（52.9%）、治療の変更や継続（46.2%）、緩和ケアへの移行（40.8%）であった。行った支援では、情報提供

（67.9%）、医師の説明の補足（67.5%）、多職種との連携（53.2%）、苦痛症状の緩和（52.1%）であった（表1）。

表1 対象の概要

		<i>n</i> = 539	
		<i>n</i>	%
性別	女性	497	92.2
	男性	42	7.8
年齢 (平均 38.25 歳)	23～29 歳	118	21.9
	30～39 歳	160	29.7
	40～49 歳	202	37.5
	50 歳以上	59	10.9
経験年数 (平均 15.20 年)	1～9 年	153	28.4
	10～19 年	204	37.8
	20 年以上	182	33.8
部署経験年数 (平均 4.27 年)	1～4 年	350	64.9
	5～9 年	143	26.5
	10 年以上	46	8.5
ラダーレベル (平均 3.26)	1	28	5.2
	2	91	16.9
	3	179	33.2
	4 以上	216	40.1
	無回答	25	4.6
場の特性	がん疾患病棟	231	42.9
	難病（神経難病等）病棟	77	14.3
	一般外来	134	24.9
	救急外来	26	4.8
	救急救命センター	31	5.8
	ICU	18	3.3
	その他の病棟	78	14.5
	手術療法	180	33.4
患者が受けている、 もしくは、 これから受ける治療	薬物療法	180	33.4
	化学療法	275	51.0
	放射線療法	134	24.9
	緩和ケア	220	40.8
	リハビリテーション	79	14.7
	呼吸器管理	98	18.2
	栄養管理	108	20.0
	その他	17	3.2
	治療の開始	285	52.9
	治療変更や継続	249	46.2
医師が提案した 治療方針	治療の中止	140	26.0
	緩和ケアへの移行	220	40.8
	その他	12	2.2
支援の対象者	患者自身	250	46.4
	患者の家族	174	32.3
	患者自身と家族	313	58.1
	その他	4	0.7
行った支援	情報提供	366	67.9
	医師の説明の補足	364	67.5
	基本的な生活行動の支援	248	46.0
	苦痛症状の緩和	281	52.1
	生活行動のセルフケア	172	31.9
	処置や薬物管理のセルフケア指導	148	27.5
	面談（対話）	156	28.9
	多職種との調整	287	53.2
	その他	23	4.3

2. 「患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度」の信頼性と妥当性

1) 項目分析

「患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度」の項目分析では、尖度、歪度共に+2.0を超えた項目はなし。天井効果では平均値+標準偏差>4が6項目認められた。この6項目、[治療決定に関わる人々（患者、家族、医療者）の間に、対話をもっているか] [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] [患者が、治療を受ける（やめる）ことで起こる症状や副作用について] [患者の、これまでどのような治療経過をたどったか] [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] [患者や家族が、大切にしていることは何か] は、ケアの内容や治療状況に関する欠かせない内容であることを重視して削除を行わないこととした。床効果では平均値-標準偏差<1の項目はなく、項目間の相関係数では.7以上、I-T相関では.4未満の項目はなかったため全21項目を残した。

2) 尺度の信頼性・妥当性の検討

因子分析（主因子法・プロマックス回転）を行った。共通性では.10未満の項目は無く、因子負荷量では[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] (.345) [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] (.346) の2項目が.35に満たなかったが、他の因子での因子負荷量では.2未満となっていることから他の因子に関与していないこと、共通性ではそれぞれ.388, .381であることを考慮し残すこととした。また、[自分は、患者や家族の価値観を知ることができているか] は2因子 (.396) と5因子 (.409) にまたがっていたが、5因子の他の項目内容に関連し、同様の内容を示す項目が無いことから削除はせずに5因子に残し、21項目5因子構造とした。1因子〈医療チーム状況の把握〉、2因子〈看護師の役割認識〉、3因子〈患者・家族の背景の把握〉、4因子〈治療状況の把握〉、5因子〈患者・家族の意向の吟味〉と命名した。信頼性の検討ではCronbachの α 係数は項目全体では.935、因子別では.875～.696であり（表2）、確認的因子分析によるモデル適合では $\chi^2 = 681.60$, $df = 179$, $p = .000$, GFI = .891, AGFI = .859, CFI = .914, RMSEA = .072であった（図1）。

基準関連妥当性の検討では、「患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度」と「社会的クリティカル

シンキング志向性尺度」27項目7因子とのSpearmanの順位相関係数では、以下の相関が認められた。尺度全体と〈要点理解〉〈多様性理解〉〈理論・証拠の重視〉〈他の理解〉〈決断力〉($p = .219 \sim .346$)、下位尺度とも有意な正の相関を認められた ($p = .203 \sim .312$)。また、「患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度」と「臨床看護師の道徳的感性尺度」34項目とのSpearmanの順位相関係数では、以下の相関が認められた。尺度全体と《入院患者に接することは日常のもっとも重要なことである》《広く患者の状態について理解していることは、専門職としての責任である》《葛藤状態の時や、患者にどのように対応するか判断が困難な時に、いつも相談できる人がいる》《患者の言動から、患者が私を受け入れていると思う》《価値観や信念が自分の行動に影響するだろうと時々思う》《目標設定に関する観点が異なる時、患者の意志を最優先する》($p = .214 \sim .246$)と正の相関が認められた。また、尺度全体と《嫌いな患者により看護を行うことは難しいと思う》《最も良い行動と判断するのが難しい時、主治医に判断を任せる》《回復する見込みのほとんどない患者に、よい看護を行うことは難しいことだと思う》《看護・医療の仕事は個人的には適していないと、しばしば感じる》($p = -.224 \sim -.238$)と負の相関が認められた（表3）。

V. 考 察

1. データの適切性

本研究の対象者は、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とした。対象施設は全国のがん診療連携拠点病院、難病医療拠点病院、救命救急センターをもつ施設とした。これらの条件を満たす対象者として所属長より推薦を受けた看護師の平均年齢やラダーレベルから、一人前から中堅以上の看護師が大半を占めたといえる。Benner (1984) のドレイファスモデルの看護への適応の段階からの解釈では約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。中堅者は経験に基づいて全体状況を認識することができるため、その場その時の状況を把握する力は備わっている。本調査の対象者は、経験したことを振り返るための状況把握はできている集団であったといえる。治療決定の支援の背景で多かったのは、疾病の場では、がん疾患病棟、一般外来、難病；神経難病等であった。患者が受けているもしくはこれ

表2 患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度の探索的因子分析 項目分析

n = 539

調査項目	因子負荷量					共通性	平均点	SD	天井効果	床効果	歪度	尖度	I-T相関
	1	2	3	4	5								
【1 因子：医療チーム状況の把握】(α = .875)													
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	.923	-.101	-.070	.017	.055	.747	3.33	.69	4.02	2.65	-.77	.39	.73
2 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	.906	.023	.026	-.127	-.021	.727	3.23	.72	3.95	2.51	-.65	.13	.73
3 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	.697	.007	-.059	.044	.084	.567	3.42	.66	4.08	2.76	-.81	.11	.69
4 治療決定の支援の役割は、医療者間で調整されているか	.603	.230	.175	-.037	-.233	.534	3.13	.74	3.87	2.40	-.58	.15	.67
5 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	.440	.016	-.062	.138	.327	.599	3.3	.68	3.98	2.62	-.64	.03	.73
6 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	.345	.001	.070	.140	.163	.388	3.17	.76	3.93	2.41	-.60	-.12	.63
【2 因子：看護師の役割認識】(α = .844)													
7 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	-.044	.839	-.139	.053	.042	.605	3.16	.75	3.91	2.41	-.56	-.17	.66
8 自分は、熟練した技術でセルフケア不足を補っているか	.013	.833	.076	.098	-.224	.658	2.93	.76	3.69	2.17	-.32	-.26	.69
9 自分がもつ、治療決定に対する価値観を意識しているか	.020	.647	.025	-.128	.230	.609	3.01	.76	3.77	2.25	-.30	-.48	.71
10 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	-.003	.617	-.062	-.032	.261	.560	3.21	.73	3.94	2.48	-.52	-.36	.69
11 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	.121	.346	.141	.171	-.057	.381	3.14	.79	3.93	2.35	-.59	-.28	.63
【3 因子：患者・家族の背景の把握】(α = .798)													
12 患者と家族の、経済状態について	-.060	-.109	.855	-.011	.091	.645	2.86	.86	3.72	2.0	-.24	-.73	.64
13 患者と家族の、住む地域の医療や福祉の体制について	.053	.047	.776	-.036	-.095	.588	2.51	.92	3.43	1.59	.05	-.82	.65
14 患者や家族の、家庭や社会での役割について	.038	-.054	.532	.032	.293	.572	3.17	.76	3.93	2.41	-.55	-.33	.71
15 患者や家族の、身近な人の治療体験について	-.053	.114	.420	.114	.074	.347	2.45	.92	3.37	1.53	.18	-.78	.59
【4 因子：治療状況の把握】(α = .696)													
16 患者が、治療を受ける（やめる）ことで起こる症状や副作用について	-.066	.041	-.040	.715	.050	.499	3.47	.66	4.13	2.81	-1.07	.80	.52
17 患者の、これまでどのような治療経過をたどったか	-.010	-.016	.045	.715	.026	.550	3.5	.59	4.09	2.91	-.82	.29	.56
18 医師は、どのように治療を検討したのか	.226	.024	.035	.370	.030	.357	3.21	.75	3.96	2.46	-.62	-.14	.58
【5 因子：患者・家族の意向の吟味】(α = .784)													
19 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	.160	.071	-.043	.071	.616	.647	3.3	.71	4.01	2.59	-.73	.11	.74
20 患者や家族が、大切にしていることは何か	-.044	.00	.123	.073	.606	.493	3.49	.68	4.17	2.81	-1.15	.73	.64
21 自分は、患者や家族の価値観を知ることができているか	.029	.396	.145	-.146	.409	.601	3.08	.75	3.83	2.33	-.40	-.40	.73
因子相関行列													
第 1 因子	1												
第 2 因子	0.694	1											
第 3 因子	0.614	0.647	1										
第 4 因子	0.603	0.486	0.538	1									
第 5 因子	0.691	0.637	0.603	0.592	1								

因子抽出法：主因子法 回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法 α：Cronbachのα係数

から受ける治療では、化学療法、緩和ケア、手術療法といったがん疾患に特化した治療や、薬物療法といった難病患者に特化した治療であった。行った支援では、情報提供、医師の説明の補足、多職種との連携、苦痛症状の緩和であり、困難な治療を決定する患者への直接的・間接的なケアが反映していたといえる。これらのことから、適切なデータ取ることができたと解釈する。

2. 尺度の信頼性と妥当性

項目分析では、天井効果の平均値+標準偏差>4の基準に該当した6項目を削除せずに残すこととした。これらは、尺度の構成概念の下位概念の中の【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】を示す項目であり、測定には欠かせない内容であると捉えて因

子分析に進め、因子分析の結果からは共通性と因子負荷量が確認されたため、妥当な内容であると判断した。探索的因子分析は、共通性が.10以上、因子負荷量が.35以上かつ2因子以上にまたがらないことを基準に採用を検討したが、[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][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][自分は、患者や家族の価値観を知ることができているか]は、因子負荷量がやや少ない、もしくは2因子以上にまたがっていたが、確認因子分析に進めると、モデル適合では $X^2 = 681.60$, $df = 179$, $p = .000$, $GFI = .891$, $AGFI = .859$, $CFI = .914$, $RMSEA = .072$ となった。確認因子分析によるモデル適合性では、 GFI と $AGFI$ は.90以上、 $GFI \geq AGFI$ を基準とし、 CFI は1に近いほど当てはまりがよく、 $RMSEA$ は.05以下であれば当てはまりがよく.1以上であれば当てはまりが悪いと判断できるため、おおむね良好であるといえ、構成概念妥当性は確保でき

図 1 確認的因子分析の結果 (N=539)

表 3 患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度と社会的クリティカルシンキング志向性及び臨床看護師の道徳的感性との関連

n = 539

項目	平均値	SD	尺度全体	1 因子	2 因子	3 因子	4 因子	5 因子
社会的クリティカルシンキング志向性の因子との関連								
尺度全体 27～189 点 (27 項目)	154.71	15.95	.324**	.307**	.296**	.236**	.272**	.252**
要点理解 4～28 点 (4 項目)	25.22	2.37	.282**	.262**	.276**	.165**	.277**	.216**
多様性理解 4～28 点 (4 項目)	24.21	2.82	.346**	.304**	.306**	.254**	.254**	.312**
理論・証拠の重視 4～28 点 (4 項目)	21.22	3.66	.224**	.183**	.226**	.203**	.152**	.132**
他の理解 4～28 点 (4 項目)	24.01	2.88	.231**	.233**	.187**	.140**	.198**	.225**
決断力 3～21 点 (3 項目)	16.68	2.80	.219**	.172**	.186**	.233**	.175**	.169**
臨床看護師の道徳的感性との関連								
入院患者に接することは日常のもっとも重要なことである	5.04	.88	.223**	.201**	.187**	.145**	.181**	.223**
広く患者の状態について理解していることは、専門職としての責任である	5.30	.64	.246**	.222**	.223**	.154**	.203**	.210**
葛藤状態の時や、患者にどのように対応するか判断が困難な時に、いつも相談できる人がいる	4.44	.99	.215**	.186**	.190**	.178**	.164**	.182**
患者の言動から、患者が私を受け入れていると思う	4.28	.78	.214**	.178**	.238**	.130**	.152**	.223**
価値観や信念が自分の行動に影響するだろうと時々思う	4.63	.80	.244**	.206**	.239**	.181**	.149**	.256**
目標設定に関する観点が異なるとき、患者の意志を最優先する	4.23	.87	.245**	.203**	.207**	.238**	.119**	.228**
嫌いな患者により看護を行うことは難しいと思う	3.30	1.14	-.236**	-.258**	-.190**	-.155**	-.201**	-.201**
最も良い行動と判断するのが難しい時、主治医に判断を任せる	3.70	1.04	-.227**	-.264**	-.118**	-.178**	-.138**	-.247**
回復する見込みのほとんどない患者に、よい看護を行うことは難しいことだと思う	2.32	1.19	-.224**	-.251**	-.170**	-.101**	-.23**	-.197**
看護・医療の仕事は個人的には適していないと、しばしば感じる	3.06	1.27	-.238**	-.221**	-.225**	-.166**	-.217**	-.181**

Spearman の順位相関係数 * $p < .05$ ** $p < .01$

社会的クリティカルシンキング志向性尺度：27 項目 7 下位尺度「非常になりたい」(7 点)～「全くなりたくない」(1 点)の 7 件法
臨床看護師の道徳的感性尺度：34 項目「全くそう思う」(6 点)～「全くそう思わない」の 6 件法

たとえる。「患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度」は、外的基準である「社会的クリティカルシンキング志向性尺度」と「臨床看護師の道徳的感性尺度」とに相関が認められた。本尺度と関連が認めれた「社会的クリティカルシンキング志向性尺度」の下位尺度〈多様性理解〉は、看護は、患者の言動、看護師の反応、看護師の活動が関連し合うといった患者－看護師関係が影響し、医療の間では多職種との協働が必要となり、複雑な対人関係が関与する。〈多様性理解〉は看護における対人関係を基盤とした“人々を理解する力”と“人々中心のケアを実践する力”といった看護実践能力（松谷ら、2010）に関連する思考であると解釈できる。〈要点理解〉もまた、尺度全体とほとんどの下位尺度に関連が認められている。看護師は、看護師として多様なケースを経験することによって多くの情報を多角的にとらえ、今起こっている現状を的確にアセスメントできる能力が備わっている（原ら、2013）。自分が実際に判断した経験は、そのとき何を根拠にケアを決定したかといったアセスメントのプロセスや、その場に重要な視点をどのように絞りこんだのかといった要点を意識することとなり、刻一刻と判断を迫られる治療を決める患者を支援するには、必要な思考であると考え。そして、「患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度」全体及び多くの下位尺度と、臨床看護師の道徳的感性《広く患者の状態について理解していることは、専門職としての責任である》《価値観や信念が自分の行動に影響するだろうと時々思う》《目標設定に関する観点が異なるとき、患者の意志を最優先する》は相関が認められた。これらは患者の尊重や医療職としての責任を示す感性であり（中村ら、2000）、看護専門職としての役割遂行に関連した感性といえる。自ら決定した行為を振り返るときには、自分がそのような思いをもってケアを行ったかということと向き合うこととなり、看護師が持つ日常的な道徳的感性が本尺度と関連が確認され、基準関連妥当性が確保されたと考え。信頼性の検討では Cronbach の α 係数は項目全体では.935、因子別では.875～.696であり、基準である.7以上を概確保できたため、内的整合性が確認された。

尺度の構成では、本尺度は5因子構造を確認している。1因子〈医療チーム状況の把握〉は複雑な治療や意思決定に向けたチーム医療の重要性を反映した因子である。2因子〈看護師の役割認識〉は看護師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。3因子〈患者・家族の背景の把握〉、4因子〈治療状況の把握〉は、支援のための基本的な情報収集であり看護実践に共通する基礎的能力といえる。そして、5因子〈患者・家族の意向の吟味〉は他の4要因との関連が強くあり、支援が対象にとってよりよきものとなっているかといった振り返りの重要な因子として捉えることができる。尺度の構成因子と構成概念とを比較すると、構成概念の下位概念【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】は、同様の内容を示す因子となった。そして、【働きかけによる患者の変化】と【働きかけによる看護師自身の変化】は、開発した尺度が実際のケアの成果を含まないことから、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〈看護師としての役割認識〉に包括されたと考える。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。池西ら（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〈治療状況の把握〉や〈医療チーム状況の把握〉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、これらは【状況の認識】の内容を具体的に示した因子である。【対話】・【実践】は、情報提供や意向の確認、チームの調整など、各因子の項目の内容となっている。5因子〈患者・家族の意向の吟味〉の項目には、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】をする思考と解釈できる。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の看護支援について論じた研究（牛久保ら、2008；西尾・藤井、2011；菅野ら、2019）では、治療決定に必要な情報提供や情報解釈の支援、患者の生活背景の把握、チームアプローチやサブサポート支援などが明らかにされており、これらは支援の具体的内容として本研究の各因子の項目に含まれている。本尺度は振り返りの要素と支援の具体的内容を包括していると解釈でき、内容的妥当性を確保したと考える。したがって、本尺度は一定の信頼性と妥当性があり、看護師が治療決定が困難な患者への意思決定支援の振り返

りを測定し、自ら判断力を評価するためのツールとして活用することが可能になると考える。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、有効回収率 39.7%であり本研究に回答した看護師は患者の治療決定の支援を積極的に行っていることが結果に影響していることも考えられ、対象者の選択方法、調査の回答・回収の方法については検討の余地がある。今後は、患者の治療決定の看護支援に影響する要因を明らかにし、介入する方略を検討すること、その効果を検証することが課題となる。

VII. 結 論

「患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度」は、〈医療チーム状況の把握〉、〈看護師の役割認識〉、〈患者・家族の背景の把握〉、〈治療状況の把握〉、〈患者・家族の意向の吟味〉の 5 因子構造を確認し、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の自己評価として用いることが可能である。

謝辞：本研究にご快諾頂きました、対象施設の看護職責任者の皆様、調査にご協力いただきました看護職員の方々に心より感謝申し上げます。本研究は 2018～2020 年度科学研究費助成事業（学術研究費助成基金助成金）若手研究課題番号：18K17433 科学研究費を受けて実施した。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

文 献

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、東京。
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、23(6), 7-12。
原明子、川北敬美、松尾淳子（2013）：看護師のクリティカルシンキング志向性と看護実践能力との関係、大阪医大看護誌、3, 58-68。
池西悦子、田村由美、石川雄一（2007）：臨床看護師のリフレクシオンの要素と構造—センス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、神戸大医保健紀、23, 105-126。
菅野範子、後藤あや、佐藤恵子、他（2019）：がん患者の手術療法の意味決定を支援する外来看護師の認識と実践、日プライマリケア連会誌、42(2), 78-84。
楠見孝（1996）：思考第 2 章 帰納的推論と批判的思考、市川伸一、認知心理学 4（第 7 版）、37-60、東京大学出版会、東京。
松谷美和子、三浦友理子、平林優子、他（2010）：看護実践能力：概念、構造、および評価、Med. Rehabil., 14(2), 18-28。
中村美知子、石川操、比江島欣楨（2000）：Moral Sensitivity Test（日本語版）の信頼性・妥当性の検討（その 1）、山梨医大紀、17, 52-57。
中村美知子、石川操、西田文子（2003）：臨床看護師の道徳的感性尺度の信頼性・妥当性の検討、日赤看護誌、3(1), 49-58。
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」、三重大学教育学部附属教育実践総合センター紀要、26, 57-66。
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、日看科会誌、31(1), 14-24。
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、Qual. Nurs., 7(12), 11-18。
尾沼直美、鎌倉やよい、長谷川美鶴、他（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、日看研会誌、27(2), 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—、新見短大紀、27, 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), 127-143。
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（Clinical conversations: Clinical Education Redesign）、厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業 看護基礎教育の充実及び看護職員卒後研修の制度化に向けた研究 平成 22 年度統括研究報告書、82-99。
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、日難病看会誌、13(2), 158-165。