

宮城大学大学院
看護学研究科博士後期課程

循環器疾患患者の患者教育に携わる
看護師の患者教育能力評価尺度の開発

**Development of evaluation scale for nurse's patient education
ability involved with cardiovascular disease patients.**

2016 年度

分 野：生涯健康支援看護学分野

学 籍 番 号：21254005

氏 名：瀬戸 初江

宮城大学大学院
看護学研究科博士後期課程

循環器疾患患者の患者教育に携わる
看護師の患者教育能力評価尺度の開発

**Development of evaluation scale for nurse's patient education
ability involved with cardiovascular disease patients.**

2016 年度

分 野：生涯健康支援看護学分野

学 籍 番 号：21254005

氏 名：瀬戸 初江

研究指導教員：吉田 俊子

要旨

【目的】

本研究では、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度を開発し、その信頼性・妥当性を検証することを目的とした。

【方法】

本研究の尺度開発のプロセスは、第1段階と第2段階で設定した。第1段階は、循環器疾患患者の患者教育に必要とされる能力を創出するために、A県の300床以上の循環器科を標榜している急性期の診療施設3施設で循環器疾患患者の患者教育に携わっている看護師14名を対象にフォーカス・グループインタビュー法を用い質的帰納的に分析した。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力について、先行文献や専門家よりスーパーバイズを受け尺度の原案を作成した。

第2段階は、A地方の循環器科を標榜している急性期の診療施設の循環器疾患患者の患者教育に携わっている看護師183名を対象に、自記式質問紙調査による予備調査を実施し探索的因子分析を行った。尺度の本調査は、全国の循環器疾患患者の患者教育に携わっている看護師673名を対象に、質問紙調査を実施し探索的因子分析を行い、同データを用いて確認的因子分析を行った。併存妥当性は、定廣らが開発した看護問題対応行動自己評価尺度を活用し検討した。本研究は宮城大学看護学部・看護学研究科倫理委員会と研究協力施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

第1段階の結果から、9つのカテゴリーと34のサブカテゴリーと53のコードが得られた。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の原案60項目を作成し、予備調査の結果、探索的因子分析を行い48項目とした。併存妥当性は、作成した尺度との相関係数は $r = 0.792$ を示した。また、信頼性については、全体のCronbach α 係数は0.964であった。本調査は、探索的因子分析で8因子構造、48項目とし、最終的に41項目とした。信頼性については、全体のCronbach α 係数は0.955であった。確認的因子分析では、第一次因子として、第I因子「患者との良好なコミュニケーションスキル」、第II因子「看護過程を展開する能力」、第III因子「家族へ対応する能力」、第IV因子「再発予防を目的に教育する能力」、第V因子「患者教育のためのスキル」、第VI因子「循環器領域の専門性への自己研鑽能力」、第VII因子「多職種と協働する能力」、第VIII因子「循環器領域の専門知識の習得」の8因子構造とした。第二次因子は、「看護師の患者

教育能力」の構造モデルを設定し、適合度指数として $CFI = 0.881$, $PCFI = 0.787$,
 $RMSEA = 0.06$, $AIC = 2591.346$ が得られた。

【結論】

本研究において、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度は一定の信頼性と妥当性が確認された。今後は、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度を活用し、患者教育の自己評価や看護師の教育プログラムの構築へ発展させることが望まれる。

キーワード：循環器疾患患者 患者教育 看護師教育 尺度開発

Development of evaluation scale for nurse's patient education ability involved with cardiovascular disease patients

Purpose

In the present study, we have developed evaluation scale for nurse's patient education ability involved with cardiovascular disease patients and aimed to examine its reliability and validity.

Study method

The processes for scale development in the study were set as the first and second step. For the first step, we qualitatively/inductively made an analysis with use of a focus group interview method by targeting 14 nurses providing patient education for cardiovascular disease patients at 3 acute phase medical facilities with over 300 beds in Prefecture A, advocate of cardiovascular field as creating ability required in patient education for cardiovascular disease. We prepared a draft for scale in reference to prior literatures and supervision of specialists regarding nurse's patient education ability involved with cardiovascular disease patients.

For the second step, we conducted preliminary research with self-administered questionnaire survey and exploratory factor analysis for 183 nurses providing patient education for cardiovascular disease patients at acute phase medical facilities in Region A, advocate of cardiovascular field. In the main research for scale, we conducted the questionnaire survey and exploratory factor analysis for 673 nurses providing patient education for cardiovascular disease patients in Japan, then confirmatory factor analysis was also conducted with the data. The study examined concurrent validity with use of the Self Evaluation Scale of Oriented Problem Solving Behavior in Nursing Practice (OPSN) developed by Sadahiro et al. The present study was conducted with approval from the ethics committee of the school of nursing, Miyagi University, and the ethics committee of the research cooperation facilities.

Result

We obtained 9 categories, 34 subcategories, and 53 codes from the results in the first step. The study prepared 60 draft items for evaluation scale for nurse's patient education ability involved

with cardiovascular disease patients, then the number of those items was reduced to 48 items through exploratory factor analysis with the consideration of the preliminary research results. For concurrent validity, correlation coefficient with the prepared scale was $r=0.792$. For reliability, total Cronbach's coefficient alpha was 0.964. The survey obtained 8 factor structures and 48 items after exploratory factor analysis, but the number of those items was reduced to 41 items. Reliability was confirmed with total coefficient alpha 0.955.

8 factor structures were established in confirmatory factor analysis; “Good communication skill with patients (the first-order factor)”, “Ability to achieve nursing process (the second-order factor)”, “Ability to deal with family (the third-order factor)”, “Ability to educate for recurrence prevention (the forth-order factor)”, “Skill for patient education (the fifth-order factor)”, “Self-improvement ability for specialty in cardiovascular field (the sixth-order factor)”, “Ability to collaborate with multiple occupations (the seventh-order factor)”, and “Learn expertise of cardiovascular field (the eighth-order factor)”. The second-order factor sets a structure model for “Nurse’s patient education ability” and obtained CFI=0.881, PCFI=0.787, RMSEA=0.06, and AIC=2591.346 as fit index.

Conclusion

In the present study, constant reliability and validity were confirmed in terms of evaluation scale for nurse’s patient education ability involved with cardiovascular disease patients. In future, it desires to develop a self-evaluation for patient education and nurse’s educational program structure while utilizing evaluation scale for nurse’s patient education ability involved with cardiovascular disease patients.

Keyword: cardiovascular disease patients, patient education, nurse education, scale development

—目次—

第Ⅰ章 序論	1
1. はじめに	1
2. 本研究の目的	4
3. 本研究の意義	4
4. 用語の定義	5
1) 循環器疾患	5
2) 患者教育能力	5
3) 看護師教育	5
4) 患者教育	5
第Ⅱ章 文献検討	6
1. 教育の概念と患者教育の定義	6
2. 患者教育と健康教育	7
3. 患者教育に関する医療者側の問題点	8
4. 患者教育に関する看護師教育の研究	10
5. 循環器疾患患者教育の現状と課題	11
6. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の必要性 ...	13
7. 文献検討より得られた示唆	14
第Ⅲ章 研究方法	15
1. 尺度開発のプロセス	15
2. 内容的妥当性の検討	15
3. 基準関連妥当性（併存妥当性）の検討	16
4. 質問項目の尺度化	17
第Ⅳ章 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に必要とされる患者教育能力 の構造の検討及び評価尺度原案作成（第1段階）	18
1. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に必要とされる患者教育能力の構造 ..	18
1) 目的	18
2) 対象	18
3) 調査方法	18
4) 分析方法	20

5) 倫理的配慮	20
6) 結果 (第1段階)	22
2. 内容妥当性の検討とスーパーバイズ	27
3. 考察 (第1段階)	28
第V章 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度開発	
(第2段階)	33
1. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度に関する	
予備調査	33
1) 目的	33
2) 対象	33
3) 調査方法	33
4) 分析方法	34
5) 倫理的配慮	35
6) 予備調査の結果 (第2段階)	37
2. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度に関する	
本調査	40
1) 目的	40
2) 対象	40
3) 調査方法	40
4) 分析方法	41
5) 倫理的配慮	43
6) 本調査の結果 (第2段階)	45
7) 結果のまとめ	49
3. 考察 (第2段階)	50
1) 対象集団の特徴	50
2) 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の信頼性 と妥当性の検討	52
3) 確証的因子分析によるモデル適合度の検討	53
4) 患者教育能力に命名した8因子の特徴	54
5) 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の実践	

への示唆	57
第VI章 総合考察	59
第VII章 研究の限界と今後の課題	63
第VIII章 結論	64
謝辞	65
文献	66
表	73
図 1 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度 モデル...	90
資料 1 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の開発 に関する調査（予備調査）	i
資料 2 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の開発 に関する調査（本調査）	viii

第 I 章 序 論

1. はじめに

循環器疾患によるわが国の死亡率は、悪性新生物に次いで第 2 位であり、平成26年の全死亡率の15.5%を占めている（国民衛生の動向，2016）。循環器疾患の発症の多くは、生活習慣に起因し、急激におこり重症化する場合や慢性期に移行し再入院を繰り返す特性がある。循環器疾患患者は、冠危険因子をコントロールし、生活習慣の改善を図り自己管理することにより、再発予防や長期予後が改善することが示されている（心血管疾患における心臓リハビリテーションに関するガイドライン，2012）。急性期診療施設においては、自己管理がうまくいかず重症化し緊急入院する患者や再入院を繰り返す患者が多くみられる。循環器疾患患者への看護は、生涯にわたり冠危険因子をコントロールし再発を阻止するような関わりや病状が重症化しないように支援することである。

急性期診療施設に入院してくる患者は、重症度も高く救命処置が優先的に行われる場合が多く、患者教育は患者の病状が落ち着いた段階から開始している状況にある。したがって、看護師は、病状が落ち着いた時点から退院までの限られた時間で患者教育を行わなければならない、十分な教育機会を持つことが困難になっている。

さらに、近年、循環器疾患に対する治療は、高度化や低侵襲化により、急性期診療施設における入院期間も短くなっている。日本循環器学会の循環器疾患診療実態調査によると、2011年の在院日数は、21.4日に対し、2015年は14.8日と短縮している現状にある（日本循環器学会．循環器疾患診療実態査．http://www.j-circ.or.jp/jittai_chosa/jittai_chosa2012web.pdf，2015）。急性期の診療施設に入院した患者は、在院日数が短いことから、冠危険因子の是正に向けて生活習慣の改善を目指した自己管理に対する動機づけが不十分なまま退院に至っている。患者は、急性期診療施設を退院後に外来、または地域の診療施設や、医療機関や福祉施設で継続した治療を受ける。しかしながら、地域との連携が不十分なために、冠危険因子の是正に向けた生活習慣の改善への継続したモニタリングや、患者に教育の継続がなされていないことが推測される（角口，2010；齋藤，2012；平松・野田，2011）。

松本の行動変容理論によると、患者が自分自身の生活習慣を改善し望ましい生活習慣を獲得するには、行動変容をはじめてから 6 ヶ月以上の期間を要すると言われている（松本，2002）。黒田らの虚血性心疾患患者を対象とした自己管理に関する研究では、患者は、発

症から6ヶ月は生活習慣に対する自己管理意識が高いという結果であった(黒田・船山, 2000)。しかしながら, Fernandezらは, 循環器疾患患者の発症から1年以上経過した患者の冠危険因子に関連したデータを調査した結果, 身体活動の低下, BMIの上昇, 高血圧, 高脂血症などの悪化が認められたと報告している(Fernandez, Griffiths, Juergens, Davidson, Salamonson. 2006)。したがって循環器疾患患者に携わる看護師は, 急性期の治療が終了後も継続して自己管理ができるように介入を行い, 支援していくことが重要である。

循環器疾患患者に対する患者教育の現状は, 急性期診療施設では在院日数が短いことから, 患者への動機づけが不十分なまま在宅療養に移行している。また, 在宅療養における患者教育についても, 入院中の教育が継続して行われていないことが明らかとなっており今後の課題となっている。森山らの研究においても, 全国の病院を対象に虚血性心疾患や心不全の患者教育の状況を調査した結果, 入院中の患者教育を実施している割合が低く, 外来においてはほとんど実施されていない現状が報告されている。

急性期の診療施設の患者教育の実施率が低い理由として, 教育プログラムを実施する上でスタッフ不足や専門の看護師の不足によるところが大きく, さらに, 看護師が患者教育に関して教育の必要性を認識していないことも考えられる。また, 循環器疾患患者の患者教育は, 診療報酬上の算定対象にならないことが実施率に影響していると言われている(森山ら, 2006)。

専門的知識を持つ多職種による退院後の生活に対する患者教育の方法として, 冠危険因子の是正, および教育カウンセリングからなる包括的心臓リハビリテーションが有効とされている。包括的心臓リハビリテーションの効果は, 運動耐容能の増加, 再発の予防, 死亡率の減少などがすでに報告されている(心血管疾患における心臓リハビリテーションに関するガイドライン, 2012)。しかしながら, 後藤らの心臓リハビリテーションの普及実態の調査では, 冠動脈インターベンションを実施している病院は全国で1240施設, そのうち心臓リハビリテーション認定施設基準を取得しているのはわずか12%であると報告している(後藤, 2008)。患者教育を効果的に進める上で心臓リハビリテーションの普及は欠かせないとされているが, 施設基準を取得できない理由として, マンパワー不足や診療報酬上の問題が影響していると考えられる。

循環器疾患患者の患者教育に関する現状は, 吉田らは, 日本循環器学会認定の循環器専門医研修施設の看護職を対象に患者教育に関する調査を実施した結果, 急性期施設におけ

る患者教育は看護職が担当していることを明らかにしている。循環器疾患患者に携わる看護職は、患者教育の担当をしてはいるものの退院後の患者教育についての評価は、継続して実施されていないことが報告されている。循環器疾患患者への継続した患者教育を実践していくには、包括的心臓リハビリテーション施設の普及や、入院から外来へさらに地域へと継続した教育プログラムの構築の必要性を挙げている。さらに加えて継続した支援を行うための専門性の高い人材育成の確保が課題であることを示唆している。また、患者教育を実施している施設は調査対象施設全体の80%を占めているのに対し、患者教育能力を向上させるための看護職への教育プログラムを有する施設は8%にしか過ぎない現状も報告されている（吉田ら，2010）。

小倉らの、看護職者の患者指導に関する調査からは、看護者による指導は重要であると認識していながらも、患者指導の実施は、十分に行われていない現状があると報告されている（小倉ら，2009）。その要因の一つは、臨床現場において看護師は、患者教育の必要性は認識してはいるものの、患者教育を行う期間が限られていることや患者教育を行う知識や技術が不足していることが考えられる。患者指導に関する教育的機能を高めるためには、教育方法の理論・技術に関する基礎知識、教育の基本原則などを看護基礎教育や新人教育の中に盛り込む必要があると報告している。循環器疾患患者に対する看護師の役割として、患者が生涯にわたり、冠危険因子をコントロールしセルフケア能力を獲得していくための継続した介入が求められている。しかしながら、循環器疾患患者に対する患者教育の現状から、循環器の専門的知識を身につけた看護師の不足や患者教育に対する必要性の認識不足が指摘されており、患者教育に関する看護師教育の必要性が浮き彫りになっている。臨床現場の看護師のための現任教育においては、患者教育の基本や理論、教育スキルに関する教育プログラムを組み入れているところは少ない。また、近年、専門的な循環器疾患患者の看護の実践者として、慢性心不全看護認定看護師などの活躍も期待されてはいるが、全国でも2017年現在 296名と他の領域の専門領域の看護師と比較しても十分な数には達していない（日本看護協会，2017）。すなわち、循環器疾患患者の患者教育を担う看護師は、専門的な知識や技術を身につけ効果的な指導を行うことが求められており、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に対する教育が重要な課題である（松谷ら，2010）。その課題を達成するには、看護師教育のための教育プログラムの構築や体制づくりが必要である。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の教育内容を検討するには、循環器疾患患者の患者教育に必要とされる能力を明らかにしておくことが必要であると考えた。先

行研究において、患者教育に関する教育スキル等については、研究が行われている。しかしながら、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力に関する研究は見当たらなかった。

以上のことから、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の課題は、急性期に入院治療した患者が、退院後に在宅あるいは、外来通院中においても冠危険因子の是正にむけて継続した教育を受けられるように支援していくことである。看護師は、急性期治療施設の入院中から冠危険因子をコントロールし生活習慣改善に取り組むための動機づけができるように患者教育能力の向上を図ることが重要である。患者教育するための教育能力を高めるには、患者教育に必要な能力を明らかにすることが求められている。しかしながら、本邦において患者教育のための看護師教育の能力を示したものがなく、循環器領域に特有のものは、見当たらなかった。そこで、患者教育能力を明らかにし、循環器疾患患者の患者教育に関する看護師の自己の振り返りができ、自己評価する指標が必要であると考えた。

また、看護師の教育を評価する指標として患者教育能力に関する尺度が必要であると考えた。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力を評価する尺度は、看護師の患者教育を実践する上で具体的かつ客観的に評価をすることを可能とすることができ、患者教育能力の向上を図る指標ともなり得ると考えた。

本研究は、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度を作成し、その信頼性・妥当性を検証するとして、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力が向上することにより、循環器疾患患者の生涯にわたるセルフケア能力の獲得を支援し、疾患の再発予防や患者のQOLの向上に貢献できると考えた。

2. 本研究の目的

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度を作成し、その信頼性・妥当性を検証する。

3. 本研究の意義

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の課題は、急性期に入院治療した患者が、退院後在宅あるいは、外来通院中においても冠危険因子の是正に向けて継続した教育ができるように支援していくことである。また、患者が退院後も冠危険因子をコントロールし生活習慣改善に取り組むことができるように、急性期治療施設の入院中から動機づけを行う

ことである。そのためには、循環器疾患患者に携わる看護師が患者に対して、生活習慣改善にむけて適切な患者教育を行えるように患者教育能力の向上を図ることが課題である。

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度を開発することにより、臨床の看護師が患者教育を行う場合、教育能力の評価に活用できる。さらに、患者教育能力を評価した結果を踏まえ、循環器疾患患者の患者教育の課題を見出し、看護師の患者教育能力を身につけるための継続教育プログラムの基盤を構築することに寄与することができる。循環器疾患患者に対し専門的な知識や技術を身につけ効果的な指導を行うことにより、生涯にわたり冠危険因子をコントロールするためのセルフケア能力の獲得への支援が可能となり、さらに、疾患の再発予防や QOL の向上に貢献できると考える。

4. 用語の定義

1) 循環器疾患

本研究では、循環器疾患を虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）、不整脈、心不全とし、これらの患者を循環器疾患患者とする。

2) 患者教育能力

看護における患者教育能力とは、患者教育を実践する上で必要な情報収集からアセスメント、計画・実施・評価までの一連の過程を踏み、患者が自分自身で健康管理できるように教育・指導する能力である（廣瀬・中西・青山・奥村・二渡，2003）。

3) 看護師教育

本研究では循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師のための教育とする。

4) 患者教育

疾患に対する病態の知識や治療内容の理解などを含むレディネスを把握し、患者が治療やリハビリテーション、退院後の日常生活の自己管理が積極的に行えるように支援することである（廣瀬ら，2003）。

第 II 章 文 献 検 討

1. 教育の概念と患者教育の定義

教育とは、日常の中で自然に使われており、学校教育、子供の教育、生涯教育、卒後教育など対象も様々で、教えること、あるいは教わることなど、非常に広義な範囲で使われていて言語的表現が難しいとされている。しかしながら、教育は意図的な働きかけであることや人と人との関わりであること、主役はあくまで学修者であることが前提である。教育には行う側（教育する人）と受ける側（教育される人）の関係および習得と訓練の概念が存在することが示されている（田島，2002；東，2001；紺野・走井・小池・清多・奥井，2011）。

さらに、患者教育の概念は広く、患者教育（patient education）と患者指導（patient teaching）はほとんど同義語であり、患者に与える情報（patient information）と同じ意味にも使われている。患者教育の目指すところは、患者に情報提供を与えるだけでは不十分であり、教育は成り立たないとされている。教育する側の役割として、最終的に勧められた内容のうち何を実践するかは患者自身が判断し、患者が自立していく段階で手を差しのべることで示されている（ファルヴォ，1992）。Wolleの提唱している患者教育は、急性あるいは慢性疾患を持った患者が治療やリハビリテーションに積極的かつ的確なやり方で参加できるように働きかける行為であるとしている（Wolle，1974）。また、VerstraeteとMeierは、各患者の社会的背景、心理的状況、教育歴、社会・経済的立場、文化的背景といったことを包括的に理解し患者ごとのニーズを汲み上げる必要があるとしている（Verstraete and Meier，1973）。

患者教育において、必要な情報は患者が自分の状態や治療内容を理解するというだけでなく、健康増進につながるような順応や行動変容を視野にいれたものでなければならないとしている（ファルヴォ，1992）。行動変容をもたらすためには、医療者は患者のニーズ、経験、態度、健康管理に必要な情報を知っていなければならない。つまり、患者教育は、教育する側とされる側との協同作業とも言える。

田島は、教育の概念と、看護には共通した構成要素があると述べている。共通している点としては、人が人に関わる、望ましい方向への変化を期待する、自立及び自律のためのプロセスに関わる、人が人に影響を与える、相手の身になって関わる、相互関係の中で成長・発展している、相手を変化させるための技術を必要とする、日常生活の生活過程が関

連する、関係者の協力を必要とすることが挙げられており、このような教育と看護の要素には共通点がある。つまり、この10の要素は、教育を効果的に進めることができる要素でもある。本研究において患者教育、看護師教育の両者の視点からもこの要素に留意して検討すべき内容であると理解した（田島，2002）。

以上のことより、患者教育の概念は、教育をする側、受ける側の相互作用、あるいは協同作業により行われるものである。また、教育と看護には共通した構成要素があり、教育する際には、10の要素を踏まえ行うことが重要であることを確認した。

2. 患者教育と健康教育

ファルヴォは、患者教育とは、全人的、包括的な患者に対するケアの一部であり、病気の一般的な予防のみならず患者が罹患している病気そのものについての教育や、その治療についての説明までを包含すると定義している。さらに、患者教育は入院患者、外来患者を問わずヘルスケアの一環でもあり、患者のニーズを踏まえた計画的かつ組織的な活動とも言われている。患者教育は患者の権利でもあり、医療者の義務でもある。また、患者教育の最終目標は、単に情報伝達だけではなく、患者の健康に益するような行動変容をもたらすようであればならない。循環器疾患患者においても、患者のニーズを踏まえて最終目標である患者の行動変容に向けた支援が必要とされている。

一方、健康教育の定義は、「健康教育とは、既に知られた健康の理想的実践と現実的実践の乖離を埋めるための試み」であるとしている（Griffiths，1972）。健康教育の目的は、「個人、集団、さらに大きな集団の行動を、健康を害すると考えられるものから、現在あるいは将来の健康を作り上げるものへと変えることである」と定義した。病気の予防のためには、健康習慣と健康増進に対する教育が保健医療には欠かせない要素であると提唱しており。看護の役割の1つとして健康教育の重要性はすでに何年にもわたり認識されている（Whitman，Graham，Gleit，Boyd，1992／1996）。しかしながら、1960年代にPohlは、看護師自身の教育が統一されていないことや、教育的背景が不足していることを報告している（Pohl，1965）。同様にSimondsは、健康教育を行うことを看護師に期待しているのであれば、それに見合った健康教育に関する教育が行われるべきであることを指摘している（Simonds，1976）。

健康行動に関するモデルとして、看護師が患者教育の過程を構築するために適しているWhitmanの専門職看護モデルがあり、患者教育をするために必要な能力についても示され

ている。専門職看護モデルは、教育過程の枠組みとして看護実践における専門職看護の4つの要素で構成されている。その概念は、①社会的福祉の概念、②クライアントの状態、③実践の環境、④看護実践の方略である（Whitman et al, 1992/1996）。患者教育を実践する場合は、これらの4つの要素を含んで考えることが必要とされ、患者教育を考える過程においては欠かせない概念である（Whitman et al, 1992/1996）。社会的福祉の理念の特徴は、専門職としての精神が表現されており、業務や役割よりもクライアントを重視している点である。すなわち、看護師による健康教育の目標は、患者ができる範囲で最高のウェルネスに到達し、生活の質を高められるように援助することである。患者個別の目標に対し看護過程を展開していくことの重要性が示されている。

次に、クライアントの状態の特徴として、クライアントは、看護職の対象そのものであり、クライアントについて健康状態、健康維持のニーズ、サポートシステム、心理的状态の知識は欠かせない。看護職は、クライアントについて知識に基づきアセスメントを行い、教育内容を計画し、方策を講じて、教授—学習の相互関係を効果的に進めることができることを示していた。

看護実践の環境の特徴は、病院で患者への教育を行う場合、他の職種、医師などと共同で取りかからなければならない。健康教育は、地域、病院、診療所などチーム全体から影響を受けているため、地域との連携を十分に図っていくことの重要性を提示している。

看護実践の方略の特徴は、患者教育そのものの本幹を示すものとなっており、教育技能、コミュニケーション、アセスメント技能と用具の使用、管理やリーダーシップの方略と看護師が患者教育に使われる知識、技術、技法に関する知識の総体を示している。

以上のように4つの概念から、患者教育に携わる看護師に必要とされる能力について、具体的な要素を確認することができる。

以上のことより、患者教育と健康教育は、両者とも同じ意味を持ち、看護職者として患者教育を実践していくことは看護師としての役割でもある。また、患者教育のための看護師教育については、統一した認識がなされていないことも明らかにされていた。さらに、患者教育に必要な能力を導き出すには、Whitmanらの専門職看護モデルを参考に4つの概念と具体的な項目から検討していくことが示された。

3. 患者教育に関する医療者側の問題点

我が国の疾病構造は、感染症中心から欧米化した食生活や運動不足、高齢化とともに生

活習慣病へと変化し、健康状態の維持にはセルフケア行動が求められている。そのため、医療者がセルフケア行動を獲得する支援として生活習慣改善を図るための患者教育の機会も増えている。しかしながら、患者教育に関する医療者への教育は系統化されているとは言い難い。患者教育の方法として、臨床実践へ出るための準備は、模擬患者を相手に実習し患者教育の技法を身につけることも行われている（大西，2010）。看護師の患者教育に関わってきた歴史は長く、患者指導に関する役割については、American Journal of Nursing の論文で患者教育における看護師の責任については認識しているが、実際にどのような役割を担うべきか不明確であることも報告されている（EJ. Moore，1990）。1975年に米国看護協会 ANA（American Nurse Association）においては、看護専門職と患者教育に関する看護士の責任のあらましを提示した。それによると「医療提供者として、看護専門職についている人はすべからず、患者およびその家族が良質な看護を受けられるように責任を持たねばならない。その責任の中には、患者やその家族に必要な健康管理上の種々のことを教育することや、適切な行動変容を促すことなども含まれる。」と公式に見解を出している。つまり、患者教育は、患者への情報提供にだけにはおさまらず、患者の行動変容を目指し関わるのが重要であることを強調している。

看護の領域の患者教育は、本邦では、河口らの看護の教育的関わりモデル（TKモデル）で熟練看護師の高度な教育実践を可視化したモデルがある。このモデルは、患者と相互主体的に関わりあいながら、患者の生活者としての価値観を尊重し、看護の専門能力を駆使して生活と健康を支援する。患者教育の概念として、「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」「生活者としての事実とその意味のわかちあい」「疾患／治療に関する知識・技術の看護仕立て」「協同探索型関わり技法」「患者教育の専門家として醸し出す雰囲気」の5つで構成されている（河口，2010）。河口は、患者の行動変容には看護師の対応が大きく影響している。つまり患者が行動変容しないのは患者が悪いのではなく、看護師の関わりが重要で変容しなければならないのは看護師であることを示している。また、これまでの看護職者は、教える内容については学習しているが、患者への効果的なアプローチ・指導方法は学んでいないため「どのように教えるか」に自信が持てないと指摘している。このことから看護者に対する「患者指導の方法」に関する知識や技術の教育が必要である。看護基礎教育においても「どのように指導するか」は書籍に示されているが、学習理論や教育理論に基づいた説明は十分であるとは言えない（河口，2010）。

以上のことより、患者教育に関する現状は、医学教育においても系統立てたものではなく、

現在は思考錯誤で行われている現状がある。看護の領域においても同様であり、患者への教育を行う内容に関しては理解されているが、具体的なアプローチの方法や、指導方法については看護師教育を受ける機会が少なかったことから、今後患者の行動変容へアプローチを含めた看護師教育の重要性が明らかとなった。

4. 患者教育に関する看護師教育の研究

看護教育制度と臨床看護は、社会の変化とともに移り変わり医療の発展とともに複雑化してきている。その中で、基礎教育における看護実践能力は重要な課題となっている（丸山・松成・中山ら，2011）。

看護の基礎教育においても1996年カリキュラムの改正により、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示している（小倉・阿部・斉藤ら，2009；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，2011）。入院期間の短縮に伴い、看護師は短期間のうちに対象者の状況を判断し、専門性の高い指導力が求められている。しかしながら、一般の病院で働く看護師は、専門性を確立することよりもジェネラリストとしてどの科でも看護を実践できる力が求められており、このようなシステムではエキスパートを育成することは難しい。近年、看護師の個々の志向性を考慮したキャリア開発を目指す継続教育計画を実施している施設が増えている（中川，2008；厚生労働省，看護教育内容と方法に関する検討会報告書，2011）。

多崎らの糖尿病患者教育に携わっている看護師の実践に対する思いについての研究報告では、糖尿病患者の取り組むべき課題について考えていることや、看護師が努力目標を持って実践していることが明らかにされている。患者教育がうまくいかない理由として「指導能力不足」「指導方法に問題」が挙げられ、看護師が患者教育方法を十分に学んでいないことが考えられる。この研究から、現場では患者教育を行うモデルとなる指導者が不在であることが明らかとなり、患者の持てる力を見出すことができる指導的立場の看護師を育成する必要があるとしている（多崎・稲垣・松井・村角，2006；Tasaki, Inagaki. Et al. 2006）。また、医療機関における看護師の指導の実態を明らかにした研究では、経験年数を重ねるごとに患者の個別性や主体性を考慮して知識や技術を教え、医療チームの一員として指導の機能を果たすと報告している（中村・金子・清水・石川，2005）。

小倉らの看護者の患者指導に関する考えと実施の調査報告では、看護者の指導は重要であるとしていながら実施状況は不十分であるとの結果であった。その要因として学習理論

を含む教育方法に関する知識・技術が不十分であることが挙げられた。患者指導に関する教育的機能を高めるためには、教育方法の理論・技術に関する基礎知識、教育の基本原則などを看護基礎教育や新人教育の中に盛り込む必要があると報告している（小倉ら，2009）。

患者教育は、看護実践の中でも重要なものではあるが、看護実践過程の一側面にしか過ぎず、教育的役割は多くの要因の影響を受けている。看護師が患者教育にあたる際は、患者個別の背景や患者の持つニーズを十分に把握し行わなければならない。定廣らは、看護実践においては、患者の問題を適切にとらえ、患者が持つ看護問題を解決・回避することで看護目標の達成につながることを示し、看護問題対応行動自己評価尺度を作成した（定廣・舟島・杉森，1997）。患者教育においては、患者の看護問題を適切にとらえ、対応する能力を高めることが患者教育能力と関連するのではないかと考えた。

以上のことより、患者教育を行う看護師の教育に関しては、未だ十分に行われていないことが報告されている。看護師教育を行う看護師の具体的な教育内容としては、基礎教育や新人教育の中で学習理論、行動変容理論、あるいは指導方法などが挙げられる。また、患者の個別の問題を適切にとらえ対応するための能力を獲得することは、患者教育能力を高めることに関連していることが推測された。

5. 循環器疾患患者教育の現状と課題

循環器疾患患者は急性期治療が終了しても、生涯にわたり疾患管理が必要とされ再発予防に努めていかなければならない。しかしながら、在院日数の短縮により十分な教育がなされないため、生活習慣の改善を図る動機づけがないままに退院に至っている現状がある。

循環器疾患患者に対する患者教育は、運動療法に加え、冠危険因子の是正、および教育カウンセリングからなる長期的な包括的心臓リハビリテーションプログラムにより行われている。包括的心臓リハビリテーションにより運動耐容能の増加、再発の予防、死亡率の減少などの効果も報告されている（泉，2004；Redman，1997；心血管疾患における心臓リハビリテーションに関するガイドライン，2012）。平松らは、循環器専門医研修施設 708 施設において、緊急 PCI 実施施設は91%と極めて高率であるのに対し、退院後の外来心臓リハビリテーション実施施設は18%と低く、心臓リハビリテーションを実施している施設が少ないことが明らかになっている（平松・野田，2011）。心臓リハビリテーション施設では、患者教育のプログラムを有しており、多くの施設では、心臓リハビリテーション学

会の認定資格である心臓リハビリテーションの指導士により患者教育は実施されている。しかしながら、退院後は地域のかかりつけ医あるいは施設などへ転院した場合は、継続した患者教育が行われていない可能性があると言われている（角口，2010）。地域医療機関を対象とした虚血性心疾患の予防を目指した看護師による患者指導の研究では、病院に比べ診療所では、生活指導の時間や頻度が限られている。また、看護師の患者指導への関心度は高いが、看護師自身が指導に満足していないことが報告されている（大井山・松田・北村・松原・多久，2012）。

吉田らの、日本循環器学会認定の循環器専門医研修施設の看護職を対象とした患者教育に関する調査結果では、急性期患者を対象とした教育を中心として行われており、継続した教育の評価が行われていないことが報告されている。また、継続した患者教育の実施には回復期リハビリテーションの普及とともに、入院から外来や地域へと継続した教育プログラム、早期退院患者のフォローアップに向けた教育プログラムの開発、継続した支援を行う人材育成と確保が課題であることを報告している（吉田ら，2010）。

森山らの全国の診療所及び20床から500床までの病院を対象に慢性疾患患者の教育プログラムの整備状況を調査した結果では、虚血性心疾患や心不全に関しては、患者教育の割合も低くなり、外来においてはほとんど実施されていない現状であった。教育プログラムを実施する上での問題点としてスタッフ不足・専門看護師数の不足、さらに看護師の実力不足や、看護師による教育が診療報酬対象とならないこと、教育の必要性についてスタッフの理解不足などが挙げられている（森山・拓殖・古井ら，2006；菊池，2013）。

循環器疾患患者への継続した患者教育により、再入院率の減少や、生存率の増加が報告されているが、急性期施設の外来や地域の診療所においても生活指導の時間を確保することが困難な現状であった（大井山ら，2012；Stromberg，2003）。

継続した患者教育の方法として定期的な訪問、電話による支援、information technology（IT）を用いた介入による効果が評価されているが、このような教育方法の導入には、環境の整備や費用の確保、さらには専門的知識を有した看護師の確保が難しいとされ、容易に取り入れることが困難であることが報告されている（高見・森山・中野ら，2008；吉田ら，2010）。

以上のことから、循環器疾患患者の患者教育に関する現状は、循環器疾患患者に対する患者教育の機会は限られており、急性期の診療施設においても在院日数に短縮により教育の機会が少ないことや、通院する診療所などでも教育の頻度が限られている。さらに、心

臓リハビリテーション施設での患者教育の機会も認定施設が少ないことから教育の機会が少ないことが予測される。また、急性期診療施設に入院する患者に関しては、在院日数の短縮、教育する看護師の技術の不足、マンパワーの不足、診療報酬点数への加算がないことが要因となり患者教育が進まない現状にある。さらに、在宅療養においても継続した教育が行われない背景があることが明らかになった。

6. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の必要性

循環器疾患患者に対する治療は、めざましい発展を遂げており、急性期治療においては早期再灌流療法により長期予後が改善している。また、心不全や不整脈に対しても薬物療法に加え、積極的にデバイス治療が行われている。外科的治療においては、低侵襲性の手術療法が行われ、生命予後や患者のQOLの向上に寄与している。医療技術の進歩により早期にリハビリテーションが開始され、在院日数も短縮したが、その一方で十分な生活指導を受けずに退院となる。その結果、患者自身も病気を軽く考えて生活習慣の改善に取り組めないことが危惧されている。循環器疾患患者の患者教育においては、急性期から回復期、維持期へと長期的に継続した患者教育が重要であることが示されている。しかしながら、患者教育を行っている施設の看護師を対象にした吉田らの調査では、患者教育を実施している施設は全体の80%を占めているのに対し、看護師の患者教育能力を向上させるための看護職への教育プログラムを有する施設は、8%にしか過ぎない現状も報告されている（吉田ら，2010；菅原ら，2010）。

以上のことより、循環器疾患患者の患者教育における今後の課題は、看護師の患者教育のためのプログラムの開発をはじめ、患者教育能力を持つ看護師の人材育成が必要とされる。しかしながら、循環器疾患患者の患者教育プログラムは存在しているが、循環器疾患患者教育に必要とされる看護師の教育能力や看護師教育に関する研究は見当たらなかった。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力を高めていくには、自分自身の患者教育に関する能力を評価し、教育する能力を身につけるためにどのような内容が不足しているか確認することが必要である。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度を開発することにより、患者教育に関する能力の評価のみならず、患者教育のプログラムの構築や修正を行う場合の指標としても役立つのではないかと考えた。これらのことにより、患者教育を行う看護師自身の教育能力を高めることにつながるのではないかと考えた。

7. 文献検討より得られた示唆

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の開発に関する研究の文献検討から得られた示唆として以下のことが挙げられた。循環器疾患患者は、急性期治療の高度化や低侵襲化に伴い在院日数が短縮され、患者は冠危険因子をコントロールする生活習慣を身につけないまま在宅療養となる。循環器疾患患者に携わる看護師は、患者に対して冠危険因子をコントロールする生活習慣を身につけることができるような患者教育をすることが重要な役割とされている。しかしながら、急性期の臨床現場においては、看護師の教育能力の不足やマンパワーの不足により十分な教育が行われていないことが示唆された（真下・中谷・陣田，2011）。また、循環器疾患患者に携わる看護師の教育プログラムは存在しているものの教育を実施する上での自己評価の指標がないことが明らかとなった。

第 III 章 研究方法

1. 尺度開発のプロセス

本研究は第 1 段階・第 2 段階の研究プロセスで構成した。

第 1 段階で循環器疾患患者の患者教育に必要とされる能力を構成する概念の創出を行うために、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師を対象にフォーカス・グループインタビュー法を用いデータ収集を行った（安梅，2001；彦・佐々木・金川・吉森，2010）。第 1 段階で得られたデータから、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力を質的帰納的に分析し、カテゴリーを抽出した。循環器疾患患者の患者教育に必要とされる能力を構成する要素は、先行文献を参考に質問紙項目を作成した。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の原案作成においては、第 1 段階で分析したカテゴリーを基盤とし、循環器疾患領域のエキスパートよりスーパーバイズを受け原案を作成した。

第 2 段階は、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の開発過程として、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師を対象に自記式質問紙調査による予備調査を実施した。収集したデータをもとに探索的因子分析を繰り返し行い、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度を作成した。

本調査は、全国の循環器科を標榜している 250 施設を抽出し、循環器疾患患者の患者教育に携わっている看護師 300 名以上を対象に、質問紙調査を実施した。収集したデータは探索的因子分析を行い、因子を確定し命名した。次に探索的因子分析で得られた因子構造を、同データを用いて確証的因子分析を用い評価した。

2. 内容的妥当性の検討

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の内容的妥当性の検討に際しては、患者教育に関する専門的立場の方からスーパーバイズを受けた。研究者の勤務する循環器科病棟看護師 3 名，集中ケア認定看護師 1 名，慢性心不全看護認定看護師 3 名の計 7 名より、循環器領域の専門的な知識や患者教育の実践者としての意見を得た。また、糖尿病認定看護師 1 名から、糖尿病患者の患者教育の専門家として意見を得た。さらに看護学を専門とする教員 3 名，うち 1 名は質的研究の専門家と研究指導教員 2 名に専門的な見地からスーパーバイズを受け修正を行った。

3. 基準関連妥当性（併存妥当性）の検討

尺度開発における妥当性の検討は、定廣らが開発した「看護問題対応行動自己評価尺度」を用いた。開発しようとする尺度の測定概念と外的基準との関連性を確認することにより、作成した尺度の妥当性が検証できる。本研究で作成した尺度との相関を分析し検討した。本研究においては、作成した尺度の測定と同時期に測定するため外的基準となる既存の尺度を質問紙に加え調査した。看護問題対応行動自己評価尺度は、情報の組織化と活用による問題の探索と発見、問題解決・回避のための患者生活・治療行動代行、症状緩和、生活機能維持、促進と個別化、問題解決に向けた相互行為の円滑化、問題克服に向けた患者への心理支援、問題解決への自己評価の5つの因子から構成されている。

この尺度の解釈は、尺度全体の総得点39点～125点の範囲にあり、高得点領域が112点以上、中得点領域が81点～111点以下、低得点領域は80点以下が指標となっており、各得点領域により看護師の看護問題の解決・回避を目指す行動の質に対し示唆を得ることができるとしている。看護問題対応行動自己評価尺度は、5段階リッカート法により尺度化されており、「いつも行っている（5点）」、「ほとんど行っている（4点）」、「時々行っている（3点）」、「あまり行っていない（2点）」、「全く行っていない（1点）」となっている。また、本尺度は、5下位尺度25質問項目から構成されCronbach α 係数も0.95と高く信頼性の高い尺度であることが確認されている（定廣・舟島，2011）。「看護問題対応行動自己評価尺度」の質問紙の使用については、開発者へ承諾の手続きを行い、使用許可を得て使用した。

併存妥当性として看護問題対応行動自己評価尺度を使用した理由は、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師は、疾病とそれに伴う多様な問題と日々対応している中で患者の抱えている問題を患者と相互にとらえ解決していく能力が必要とされている。看護問題対応行動自己評価尺度質問項目の下位項目には、個別の患者・家族を理解するための要素や看護師が看護目標の達成に向けて問題解決・回避を目指す行動を評価する項目が含まれており、看護の実践能力と直結していると言われている。患者教育は、看護師と患者との相互行為で成り立っており、看護問題に対応できる能力が高いほど患者により実践的な患者教育を行えているのではないかと考え、看護問題対応行動自己評価尺度を使用することとした。

4. 質問項目の尺度化

循環器疾患患者に携わる看護師に必要とされる能力として設定した質問項目は、回答者が理解しやすい表現、語句や構成の表現について精選を重ねた。尺度は回答が簡便で点数化が容易なリッカート法が適していると考えた。一般的にリッカート法は3件法から7件法が用いられている。4段階以上の段階評定項目であれば、間隔尺度として扱うことができ、結果に大きなゆがみがないと言われている。また、日本人の特徴として中性カテゴリーに反応するとも言われているため（脇田，2007），本研究では、選択肢数は中性カテゴリーを避け、「全く当てはまらない」を1点、「あまり当てはまらない」を2点、「やや当てはまる」を3点、「かなり当てはまる」を4点とし4件法を採用した。

第 IV 章 循環器疾患患者の患者教育に携わる 看護師に必要とされる患者教育能力 の構造の検討及び評価尺度原案作成 (第 1 段階)

本研究の第 1 段階は、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に必要とされる患者教育能力の構造を検討し、さらに尺度の原案を作成した。

1. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に必要とされる患者教育能力の構造

1) 目的

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に必要とされる患者教育能力を明らかにすることを目的とする。

2) 対象

対象は A 県の 300 床以上の循環器科を標榜している急性期の診療 3 施設で循環器患者教育に携わっている看護師（病棟・ICU・外来看護師を含む 3～5 名、新人看護師は除く）とした。

3) 調査方法

(1) リクルート方法

対象者の選定は、各病院の看護部長や循環器病棟の看護師長に対して、研究の目的や方法について研究者が直接説明し、研究者が作成した募集要項をもとに循環器患者教育に携わっている看護師（病棟・ICU・外来看護師を含む 3～5 名、新人看護師は除く）に参加を募集した。対象となる参加者が決まり次第、研究者は、参加者へ目的、方法、倫理的配慮、問い合わせ先を記載した書類を送付し参加協力の承諾を書面で得た。その後、インタビューの実施の日時と場所については代表者と相談し決定した。

(2) 調査期間

調査期間は、平成 24 年 12 月～平成 25 年 2 月であった。

(3) フォーカス・グループインタビュー法

看護師は、臨床で多くの患者教育に携わっている。しかしながら、患者教育の体験については複数で話す機会がなく、優れた指導方法も自分の中だけに納まっていることが多い。本研究では、循環器疾患看護に携わる看護師同士が安心した環境下で指導における成功体験など交えて自由にディスカッションを行うことで、患者教育に関する看護師に必要とされる能力について様々な情報が収集できることを期待し、フォーカス・グループインタビュー法（以下 FGI）を選択した。

(4) インタビュー・ガイド

循環器疾患患者の患者教育をする上で必要とされる看護師の能力についてインタビューを行った。その他（患者教育の現状、患者教育を行う上で心がけていること、患者教育での成功体験）属性は、年齢、看護師職経験年数、循環器科経験年数、所属、職位について質問した。

(5) FGI の実施方法

FGI の実施にあたっては以下の準備を行った。

司会者は、研究者が行うこととし、研究者は管理職であることから参加者に圧力がかからないように注意し行った。記録者は、筆記記録 1 名で ICレコーダを使用した。インタビューの対象者は 3～5 名で所要時間はおよそ 2 時間以内とした。

インタビューを行う場所は、病院内の静かな個室を準備し参加者へ名前の代わりに「番号札」を用意しメンバーの名前が表に出ないことを保証し、安心感を持って発言できるようにした。

(6) インタビューの手順

インタビューの手順は、研究者が集まっていたことへのお礼の挨拶を行い簡潔に所属と自己紹介をした。次に、FGI 法の目的として本研究の概要、本日討論していただくテーマを具体的に説明した。討論中は番号を表示した名札を配布し番号で呼び合うことも加えた。また、記録をとることの了承を得、分析が終わったら完全に消去することを説明した。

4) 分析方法

データ分析には、専門家と共に、インタビュー内容を逐語的に記録し、データの中から患者教育能力に関連した重要な内容を拾い出し、類似のものをまとめて分析しサブカテゴリーを抽出した。さらに、サブカテゴリーの抽象度を明確にするためにカテゴリーを汲み出した。

5) 倫理的配慮

(1) 倫理委員会の承認について

本研究は、宮城大学看護学部・看護学研究科倫理委員会の承認（承認番号 2012026）を得て実施した。協力施設に倫理委員会が設置されている場合は、必要時施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

(2) 研究者への協力依頼・同意を得るための手続きと方法

研究への協力依頼は、対象者が所属する病院の看護管理責任者に口頭で説明を行い協力へ同意が得られたら文書を郵送した。郵送文書は看護管理責任者への研究協力依頼書、研究参加者募集要項、対象者用への研究協力依頼書、研究方法説明書、研究参加・協力の同意書2部、研究協力者控え研究者用、研究者用控え、研究への参加・協力への撤回書とした。看護管理責任者への研究協力依頼書には、施設に倫理委員会が設置されている場合、倫理委員会に承認を得る事を明記した。尚、看護管理者の保管用として、調査対象者用の研究協力依頼書、調査方法の説明書、研究への参加・協力の同意書2部（研究協力者控え、研究者用）、研究への参加・協力への撤回書一式を渡した。

研究協力依頼書及び研究方法説明書には、研究の趣旨、研究目的、研究方法、研究協力は自由意思の尊重と研究協力を辞退しても不利益を伴わないこと、研究への参加・協力同意後の辞退の自由と辞退方法、個人情報の保護（情報の保守、得られたデータと結果は本研究以外の目的には使用しないこと、匿名性の保持、得られたデータの保管方法と破棄）、研究に参加、協力することによって期待される利益、研究によって生じうる不利益に対する配慮、研究成果の公表方法、質問や疑問への対応方法と連絡先（研究者、指導教員、宮城大学看護学部・看護学研究科倫理委員会委員長）を明記した。

(3) 対象者が研究に参加・協力することによって得られる利益と不利益

本研究に参加・協力することによって得られる利益として、対象者は、これまで行ってきた患者教育において自ら指導方法や役割について振り返ることができる。一方予想される不利益としては、約2時間程度要するため、対象者の業務時間あるいは生活の一部を費やしてしまうことは否めない。しかしながら、約2時間のFGI方法や内容は、対象者に直接的な身体的・心理的負担をかけるものではないと考える。対象者の予想される不利益を最小限にするため、面接時間は業務や生活に支障がないような時間帯を選んで調整すること、FGIの時間の変更が必要な場合は、いつでも変更可能であること、面接開始後、取り組まなければならない業務が発生した場合や負担になる場合は、FGIの途中でであっても自由に辞退可能であることなどの配慮を行った。

(4) 個人情報の保護

参加者へFGIで知り得た情報は、他者に口外しないように事前の説明時に行うこととした。録音したICレコーダは、符号化したラベルを貼り保管した。録音内容に個人名や施設名などプライバシーに関わる内容がある場合は、その部分を全て符号化し逐語録を作成した。逐語録を保存したファイルや使用する全ての電子媒体（USBなど）は、符号化するとともに、暗証番号を設定した。録音したICレコーダ、面接の過程で得られた資料やメモ、逐語録を保存した電子媒体、分析結果を保存した電子媒体等、得られた全てのデータは、施錠可能な場所に保管した。また、データの分析を行う場合は、大学の研究室で行い、研究者および指導教員以外が見ることができないように厳重に管理した。得られたデータは、研究成果の発表後かつ博士後期課程修了後に、電子媒体のデータ消去とシュレッダー裁断により破棄することとした。また、研究者は対象者に対して、知り得た情報を固く守秘することを説明書に明記した。

(5) 研究参加・協力の自由意思の尊重

研究者は、対象者に対して、研究参加・協力は、自由意思であること、辞退しても不利益を被らないことを保障した。また、研究参加・協力への同意が得られた後でも、いつでも自由に辞退でき、辞退したことで不利益を被らないことを保障した。研究参加・協力へ同意した後に辞退したい場合は、研究者あるいは指導教員へ連絡をもらうか、研究への参加・協力の撤回書に記入し、返信してもらうこととした。

(6) 研究結果の公表方法

研究結果は、学会・学術誌、学位論文等で公表し、研究目的以外には使用しないこととした。

6) 結果 (第1段階)

第1段階の対象者の結果は表1に示す。

第1段階の調査の結果、対象者は、A県内の300床以上の循環器科標榜3施設、4～5名の3グループ14名にインタビューを実施した。3グループの個々の属性については、年齢、看護師経験年数、対象者の平均年齢 33.5 ± 6.5 歳、看護師経験年数は 11.5 ± 6.7 歳であった。所属はICU2名、病棟看護師12名であった。役職は係長1名、スタッフ13名であった。インタビュー時間は平均90分であった(表1)。

循環器疾患患者の患者教育において看護師に必要とされる能力については表2に示す(表2)。

患者教育に必要な看護師に必要な能力は9のカテゴリーと34のサブカテゴリー53のコードで構成されていた。質的帰納的に分析した結果は、以下にカテゴリー【】、サブカテゴリーは<>で示す。

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に必要とされる患者教育能力として9つのカテゴリーが抽出され、それらは、患者個々の<リスクファクター>・<心疾患の特徴>・<背景要因>などに応じて指導する【個別性への対応能力】、<カンファレンス>・<記録>による他スタッフとの【情報共有能力】、<わかりやすく>・<イメージしやすく>・<双方向性>という【教育スキル能力】、<信頼関係づくり>・<雰囲気づくり>・<傾聴と共感>という【コミュニケーション能力】、<患者の準備状態を整える>・<要点を絞る>・<飽きないようにする>・<否定しない>・<根拠を説明する>・<早期から自己管理を習慣づける>という【患者の意欲促進能力】、<再入院しやすい患者と家族の特性の理解>・<早めに声をかける>という【再発阻止能力】、<家族の対応能力の査定>・<必要時、家族への指導を行う>という【家族対応能力】、<多職種との役割分担>・<必要時、多職種に指導を依頼>・<多職種の指導後の確認>という【多職種連携能力】、<自分で勉強>・<患者との対応から身につける>・<他の看護師や先輩、多職種から学ぶ>という【自己研鑽能力】であった。

(1) 個別への対応能力

【個別性への対応能力】は、患者個々の状況を十分に把握した上で疑問に答えたり、指導できる能力である。これは、＜患者個々の疑問に答える＞、＜患者個々の理解力や必要性に応じて指導する＞、＜患者個々の疾患の特徴に応じて指導する＞、＜患者個々のリスクファクターに応じて指導する＞、＜患者個々の特性に応じて指導する＞という5つのサブカテゴリーが抽出された。

＜患者個々の疑問に答える＞とは、患者特有の背景や循環器疾患の状況を把握した上で、患者1人1人の疑問に応じ患者の不安に答えようとするものである。＜患者個々の理解力や必要性に応じて指導する＞とは、事前に患者の理解度を十分に確認しておき、患者個々の理解度に合わせて関わる重要性を認識し、また指導する時期も患者個々の必要性に応じて決めることができることである。＜患者個々の疾患の特徴に応じて指導する＞とは、患者の心機能を理解し、現在の患者の病態を理解し患者に必要な内容を選択していくことである。＜患者個々のリスクファクターに応じて指導する＞とは、循環器疾患患者の現在のリスクファクターの状況や家族背景・性格・生育過程・生活習慣・病気になった経緯など過去の生活習慣のリスクファクターに関連した情報収集し、教育内容に含み指導を行うことである。＜患者個々の特性に応じて指導する＞とは、患者の病態、年齢、家族背景、理解度を確認し患者の特性をとらえ指導にあたることである。

(2) 情報共有能力

【情報共有能力】は、患者教育に必要な情報を医療チームで共有し患者教育に生かしていく能力である。これは、医療者が＜情報共有の重要性の理解＞をし、＜カンファレンスでの情報共有＞や＜記録による情報共有＞をしながら患者の情報を共有していくという3つのサブカテゴリーが抽出された。

＜情報共有の重要性の理解＞とは、医療チームのそれぞれの職種が患者教育に必要な情報を収集し、チームで共有することを認識することである。＜カンファレンスでの情報共有＞とは、それぞれの職種で情報を共有する手段としてカンファレンスを活用し患者に必要な指導内容を検討し役割分担をしていくことである。＜記録による情報共有＞とは、患者の状態や患者教育に必要な情報が看護記録には記載されているため、誰でも閲覧できチームで共有できる貴重な情報源である。

(3) 教育スキル能力

【教育スキル能力】は、患者教育を行うために患者に直接対応する技術のことを示しており、その対応する能力のことである。これは、患者教育を行う場合は、患者に〈わかりやすい工夫〉をし、家での生活が〈イメージしやすい工夫〉について〈一方的にならない〉ように対応する能力の3つのサブカテゴリーが抽出された。

〈わかりやすい工夫〉とは、看護師が指導を行う場合、患者が理解しやすい言葉で話し、視覚的な教材を使用し、患者の特性に合わせ工夫することである。また、医師からの説明についても理解されたかどうかの確認することも必要である。家での生活が〈イメージしやすい工夫〉とは、患者が自分の病気を理解し、家に帰った後、気を付けなければいけないことや、家での生活をイメージできるような説明を工夫することである。〈一方的にならない〉とは、患者指導は、一方的に看護師から話すことが多いため、患者の反応を見ながら初めに指導の中で大切な要点を示し、患者が教育内容に関心が持てるような対応を行うことである。

(4) コミュニケーション能力

【コミュニケーション能力】とは、患者ケア全てにおいて、患者の情報を収集する場面や実際の指導の場面でも患者との信頼関係を築けるような能力のことである。これは、患者教育において、〈患者が話しやすい雰囲気を作る〉ように関わり、〈患者の反応に傾聴し共感する〉姿勢を大切に〈患者との信頼関係を作りながら必要な情報を引き出す〉ことの3つのカテゴリーが抽出された。

〈患者が話しやすい雰囲気を作る〉とは、患者の特性をとらえ、患者が自分のことを話してくれるような雰囲気を作るための環境を整えることである。〈患者の反応に傾聴し共感する〉とは、患者の話を聞くときは患者の反応を確認しながら、患者の話に耳を傾けることで患者の思いや考えを知ることである。〈患者との信頼関係を作りながら必要な情報を引き出す〉とは、患者とのコミュニケーションを良好にすることができれば、信頼関係を築くことができ、患者教育に必要な情報も得られ、教育に役立てることができるということである。

(5) 患者の意欲促進能力

【患者の意欲促進能力】とは、患者が自分自身の疾患を理解し、回復しようとする意欲や、退院後の生活に対しても意欲的に取り組むことができることである。これは、患者教育をする上で＜要点を絞る＞、＜患者が飽きないようにする＞、＜否定しない＞、＜根拠を説明する＞、＜早期に始める＞、＜患者の準備状態を整える＞の6つのカテゴリーが抽出された。

＜要点を絞る＞とは、患者指導内容を初めから終わりまで全てを説明するのではなくその患者に必要なことの要点を絞ることで、指導内容を受け入れることができるということである。＜患者が飽きないようにする＞とは、指導している途中で患者の集中力が途切れるサインを見逃さないようにし、患者が飽きたようであれば一旦中止し患者が指導に対する意欲を失わないようにすることである。＜否定しない＞とは、これまでの患者の生活習慣に関してあれもだめこれもだめと制限せずに、一旦は傾聴し患者が関心を失わないようにすることである。＜根拠を説明する＞とは、パンフレットで一方向的に読み聞かせのように指導するのではなく、患者へ何故必要なのかといった根拠についても説明をすることである。＜早期に始める＞とは、患者の退院間際の指導では、患者がどの程度理解したのか確認できないため罹患後早期に始めることで患者の理解度も確認できるということである。＜患者の準備状態を整える＞とは、患者が現在どの程度疾患に関して理解しているのかまたは、今後どのような生活習慣の改善を目指しているのかを患者の準備状態をアセスメントすることで、患者の回復意欲を促進することにつながるということである。

(6) 家族対応能力

【家族対応能力】とは、家族が患者とどのような関わりをしているのかあるいは、家族の支援状況をアセスメントする能力である。これは、＜家族がどのくらい患者の生活を支えられるかを査定する＞、＜必要時、家族への退院指導を行う＞の2つのカテゴリーが抽出された。

＜家族がどのくらい患者の生活を支えられるかを査定する＞とは、家族の協力および家族への指導が必要な場合は、家族構成と健康状態の把握や誰が食事を作るのか家族の協力は得られるのかについてアセスメントすることである。＜必要時、家族への退院指導を行う＞とは、本人が理解できない場合、自己管理できないようであれば家族への指導も行い

家族とのスケジュール調整を行い必要時家族への指導を行うことである。

(7) 再入院阻止能力

【再入院阻止能力】とは、疾患の特性から再入院を繰り返すことが多いとされているため再発し入院しないように支援していく能力である。これは、＜再入院しやすい患者の特性を理解している＞、＜退院後に家族のことを聞かず、困っている家族に十分に配慮する＞、＜患者の不安や疑問には早々に対処するように促す＞、＜本人がどうしたいのかを話し合う＞の4つのカテゴリーが抽出された。

＜再入院しやすい患者の特性を理解している＞とは、疾患の特性や患者の長年の生活習慣や治そうとする意欲がなく再入院してくる患者の特性を理解し対応することである。＜退院後に家族のことを聞かず、困っている家族に十分に配慮する＞とは、高齢者は、家族の介護を受けていることが多い。治そうとする意欲がなく家族から言われることも好まず、自己流の生活を送っており、病状の悪化を招いている。つまり、家族への配慮を十分に行うことが必要である。＜患者の不安や疑問には早々に対処するように促す＞とは、患者の病状が悪化する前に、患者の不安や疑問に早々に答え対処していくことにより重症に早期に対応できるようになることである。＜本人がどうしたいのかを話し合う＞とは、症状が落ち着くと楽観的になる人が多いことから、患者が自分の病気をどうとらえているのか本人と話し合い周囲は理解しておくことが必要だということである。

(8) 多職種連携能力

【多職種連携能力】とは、患者を取り巻く専門職種が協同し、循環器疾患患者への教育を行うために調整していく能力である。これは、＜各職種との役割分担が整っている＞、＜必要時、多職種に指導を依頼する＞、＜多職種からの指導終了後に患者に確認する＞の3つのカテゴリーから抽出された。

＜各職種との役割分担が整っている＞とは、患者を取り巻く専門職種の役割分担が明確に示されており、多職種との指導マニュアルを作成して活用しお互いの役割を理解しながら患者の教育に関わることである。＜必要時、多職種に指導を依頼する＞とは、患者教育は、医師、看護師だけではなく専門的な立場からの教育も必要なため多職種に指導を依頼することである。＜多職種からの指導終了後に患者に確認する＞とは、多職種に依頼した指導内容を患者に確認し、更に多職種とのカンファレンスで教育計画の修正を図ることである。

ある。

(9) 自己研鑽能力

【自己研鑽能力】とは、循環器疾患の専門領域や看護師としての患者教育をするための知識や技術について自己研鑽し患者教育に生かすことができる能力のことである。これは、〈自分で勉強する〉、〈患者との対応で身につける〉、〈他看護師や先輩から学ぶ〉、〈多職種から学ぶ〉、〈資格取得〉の5つのカテゴリーが抽出された。

〈自分で勉強する〉とは、自ら知識や技術の不足に気付き学習しようとするものである。〈患者との対応で身につける〉とは、患者との関わりの中で一つ一つの事例を振り返り、患者教育に関して自己の課題を見つけることである。〈他看護師や先輩から学ぶ〉とは、患者教育を行っている実践の場面では、患者への指導が上手くできている先輩看護師から学ぶ、あるいは、先生が行う患者への説明を聞き、直接先生に聞く機会を活用し学ぶことである。〈多職種から学ぶ〉とは、患者教育の内容は、多職種で行われる教育は、看護師が気付かない視点の教育も行われていることから多職種から吸収し学ぶことである。〈資格取得〉とは、循環器疾患のエキスパートとして様々な資格を取得し、自分自身の成長や他の看護師への教育に生かすことができることである。

2. 内容妥当性の検討とスーパーバイズ

第1段階の調査 FGI により得られた内容をカテゴリー化し、分類整理を行った。分類された内容を代表するような文章をもとに60の質問項目を作成した。質問紙作成に際して文献検討や循環器疾患の患者教育に携わる看護師、糖尿病などの患者教育に携わる看護師、心臓リハビリテーション指導士、循環器領域の研究者など循環器疾患患者の患者教育のエキスパートにスーパーバイズを受け項目を検討し、循環器疾患患者に携わる看護師の患者教育能力の評価尺度の原案を作成した。本研究の第1段階で行った FGI により、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育に必要とされる能力として9つのカテゴリーが抽出された。抽出されたカテゴリーは、個別性への対応能力、情報共有能力、教育スキル能力、コミュニケーション能力、患者の意欲促進能力、家族対応能力、再入院阻止能力、多職種連携能力、自己研鑽能力であった。9つのカテゴリーをもとに、サブカテゴリー、コードを基盤とし、52の質問項目の検討を抽出した。9つのカテゴリーから作成した原案についてスーパーバイズを受け検討した結果、8項目を追加した。患者教育の能力として

用語の定義で患者教育を実践する上で情報収集からアセスメント、計画、実施、評価までの一連の過程を踏み患者が自己管理できるように教育、指導すると定義していることから看護過程の一連の6項目を追加した。看護過程の6項目は「Q1患者の病態を把握している」、「Q2患者の個々の冠危険因子を情報収集している」、「Q4患者個々の問題点を抽出している」、「Q5患者個々の教育計画を立案している」、「Q6患者個々の教育計画を実践している」、「Q7患者個々の教育計画を評価している」である。看護過程の展開の必要性については、Whitmanの専門職看護モデルの社会福祉の理念にも示しており、患者教育には必要な能力であると考えた。

更に文献検討より、患者教育における看護師教育の課題は、患者教育の理論についての知識や技術が不足していることが挙げられている。患者教育において、行動変容理論を活用することは、重要であることが示されている。しかしながら、第1段階の質的帰納的分析において、行動変容理論に関する項目は確認できなかったため、「Q13患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている」、「Q21行動変容理論を活用して教育している」の2項目を質問項目に追加した。表3に示す(表3)。

最終的に循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度案の質問項目は60項目とした。

3. 考察(第1段階)

本研究の第1段階より、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に必要とされる患者教育能力として9つのカテゴリーが導き出された。それらは、【個別性への対応能力】、【情報共有能力】、【教育スキル能力】、【コミュニケーション能力】、【患者の意欲促進能力】、【家族対応能力】、【再入院阻止能力】、【多職種連携能力】、【自己研鑽能力】という9つの能力であった。

【個別性への対応能力】は、循環器疾患患者の特性上、非常に重要な意義を持つ。それは、循環器疾患患者は急激に発症しその後は生涯にわたり冠危険因子をコントロールしていくための自己管理が必要な疾患であるためである。循環器疾患患者への指導においては、患者個々が持つリスクファクターとして脂質異常、肥満、高血圧、喫煙など様々な個別の因子を持ち、それらの因子に関連した内容を盛り込むことが必要となる。また、患者個別の心機能の状態によって、日常生活における動作に対する負荷量も違ってくるため個別対応は必須となる。さらに循環器疾患の患者は高齢者や一人暮らしの患者も増加している

ことから、個別に対応する能力は重要である。

【情報共有能力】は、個々の循環器疾患患者の状況を日々関わる看護師同士が共有し、適切な指導を行うために欠かせない能力である。特に循環器疾患患者の治療や療養の方針などは多職種との連携により決定されることも多く、カンファレンスや看護記録などによる看護師間での情報共有は欠かせない。多職種より情報を得て、患者教育の計画の立案、あるいは、実施後の評価にも生かすことができる。特に循環器疾患患者の生活習慣の改善に対する患者の行動変容を目指した教育を行うには、アセスメントの段階が重要であり、情報収集を系統的かつ徹底的に行うことが学習ニーズの同定と目標設定、実施可能な計画立案の基礎となる（安酸，1997）。情報収集は患者教育過程の中で最も重要であり、患者教育進めていく上では次のステップに影響することが考えられる。

【教育スキル能力】は、どの疾患の患者においても重要な側面ではあるが、循環器疾患患者においては、自分の疾患を理解することが重要である。特に高齢者やこれまでの長年の生活習慣を変えられないなどの問題を抱えている患者が多いことから教育を行う時は、患者にとってわかりやすい工夫をすることが大切である。また、循環器疾患患者は退院後も長期にわたって日常生活での注意が重要となるため、家での療養をイメージできるような工夫は欠かせない。さらに患者自身の生活を理解した上で工夫点を共に探す姿勢も重要であるため、一方的にならないことも循環器疾患患者に対する看護師の教育能力として十分に気を付けるべき点である。患者が教育内容を覚えやすいように工夫するには、医療者が教育内容を組織立てて構成すること、内容を明確に具体的にすること、重要な点を繰り返し要点を絞ること、図示したり、印刷物を使うなどの工夫が必要である（ファルヴォ，1992）。看護師が教育スキルを高めて、患者個々にあった方法を選択していくことは、患者が生活習慣の改善に向けた動機づけのきっかけにつながるのではないかと考える。

【コミュニケーション能力】は、患者教育に限ったことではなく日々の看護ケアの相互関係からも築かれることであり、良好なコミュニケーションが図れていれば患者教育に関しても患者に受け入れられる。患者と普段からのコミュニケーションが良好であることや、患者と話しやすい雰囲気づくり、信頼関係を作ることが必要であると考えた。患者との信頼関係を築くには、良好なコミュニケーションを図り、患者のニーズを把握することが大切である。循環器疾患は再入院を繰り返すことが特性として挙げられていることから、患者が抱えている問題や、解決方法を共に考えていくことで再発予防へつながっていくと考えられる。患者教育におけるコミュニケーションは、患者と医療者との間での相互のやり

とりから成り立っており、患者のニーズを見出すだけでなく、患者とのやりとりの中から患者にあった教育の方法を見出すことができるとも言われている（ファルヴォ、1992）。患者教育において看護師が、個々の患者との信頼関係を築くためには、コミュニケーション能力は重要であり、患者にあわせた教育の方策を模索し実践していると考えられる。

【患者の意欲促進能力】は、患者が自分自身の疾患を理解し、罹患後は回復に向けて、生活習慣の改善に取り組むことができるよう回復意欲を促進するような支援をしていくことである。患者は急性期に自分の病気の回復に向けて意欲を高めることにより、退院後も継続した自己管理ができ再発予防が図れると考える。看護師は、患者の反応を見ながら患者がどれだけ自分の病気に関心を寄せているか、自分の病気をどのように認識しているか、つまり患者の学習の準備状態をアセスメントしているか否かにかかっていると見える（松本、2002）。急性期の診療施設における患者教育は、患者が在宅あるいは、通院や開業医などで治療を継続し、生活習慣の改善に向けた自己管理行動ができるよう動機づけをしていくことが重要な課題である。

【家族対応能力】は、循環器疾患患者に対する患者教育の現状からは、対象患者の背景は高齢者が多く自己管理が難しい患者が増えている。そのため、患者本人への指導を行うことは勿論であるが、家族への教育を実施する能力を必要とする。家族から情報を得て家での生活の様子や本人あるいは、家族が病気をどのように受け止めているか情報を収集することにより、教育計画に生かすことができる。また、高齢者でも独居、あるいは老老介護の場合は、地域医療や介護との連携の必要性が現状として浮かび上がっている。地域と病院をつなぐ退院支援は、病院から地域へシームレスなケアの継続を行えるように病院と地域との双方向での連携を構築していくことが、一貫した医療ケアの質を保証するとしている（池戸・杉山・松本・中条、2006）。このように循環器疾患患者の患者教育の現状では、急性期の施設のみでは、十分に指導を行うことは困難であり、退院後は地域の医療機関や福祉施設と共に、家族や多職種のサポート体制に関して十分に検討していくことが課題である。

【再入院阻止能力】は、循環器疾患患者の疾患の特性から再入院を繰り返すと言われている。再入院を繰り返すことにより、心機能の低下やQOLの低下を招き生命予後にも影響すると言われている（心血管疾患における心臓リハビリテーションに関するガイドライン、2012）。再入院を繰り返す要因として患者が生活習慣の改善に取り組むことができないことや、重症化する前に早めに病院を受診する行動がとれないなど患者への教育が十分行わ

れないことにより再入院に至る。つまり患者が再入院しないように、急性期の患者に対し生活習慣の改善や早期の受診行動を動機づけることが重要なことである。吉田は、急性期の患者教育では、退院後の患者アウトカムの評価を行い、入院中の患者教育の動機づけが重要であることを示している（吉田ら，2010）。また，再入院を阻止する対策として，患者は急性期診療施設を退院した後は地域の病院へ通院することになるため，地域との患者情報の交換や緊急時の対応も連携しておくことが必要であると考えられる。しかしながら，治療の継続性は行われていることが推測されるが，看護に関連する外来や診療所との連携については，行われていないことが考えられる（角口，2010）。循環器疾患患者の再入院を阻止するためには，地域と連携し患者が継続した治療や看護が受けられるように支援していくことが今後の課題であると考えられる。

【多職種連携能力】とは，患者教育に関わる職種は，看護師，医師の他に理学療法士，栄養士や臨床心理士などの様々な専門職種があり，看護師は，それぞれの専門性や役割を理解し，多職種と共同し調整していく能力が求められている。循環器疾患に特有の多職種が連携し行う包括的心臓リハビリテーション（心血管疾患における心臓リハビリテーションに関するガイドライン，2012）は心疾患の再発予防や長期予後に寄与することがすでに明らかにされている。循環器疾患患者の患者教育は，多職種と連携して教育を行うことにより，患者により質の高い教育につながっていくことが考えられ，ひいては再発予防や自己管理行動の獲得につながっていくと考えられた。

【自己研鑽能力】とは，患者教育に必要とされる能力を身につけるためには，循環器疾患に関して主体的に学習する能力や専門的な資格取得を目指すことにより，患者教育に生かすことができると考える。患者教育は，疾患や病態生理あるいは治療処置に加え，患者教育を行うために必要な学習理論についても学習することが重要である（小倉，2009）。特に循環器疾患患者の特徴として，急性期の診療施設での患者教育は在院日数が短いため患者への動機づけが十分に行われないことが考えられる。このことから患者教育のための理論の動機づけについては，学習する必要性が示された。患者教育に関しては，疾患別にみると一般的に糖尿病患者に対する患者教育が入院・外来ともに行われている。とりわけ糖尿病は，患者教育の中でも行動変容理論を活用し教育している背景がある。しかし，多崎らの研究報告においても，糖尿病患者の指導が上手くいかない理由として指導力不足，指導方法に問題といった看護師が教育方法を十分に学び得ていないことによる自信のなさ

にあるとしている（多崎・稲垣・松井・村角，2006）．患者教育に対する自己研鑽能力については，専門的知識を学習する必要性は理解してはいるものの患者教育のための行動変容理論については，今回のインタビューの語りには，表現されていなかった．このことから，患者教育の実践は，臨床現場では行われているにも関わらず，患者教育の理論については，学習されていない可能性が推測された．

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に必要とされる患者教育能力評価尺度の原案作成において，循環器疾患患者の患者教育に携わっている看護師のインタビューから分析し患者教育能力の項目を導き出した．9つのカテゴリーから質問項目を作成する過程では，1つの質問項目に問いとなる項目が2つ以上入らないように留意し，できるだけ回答者がわかりやすい文章になるように表現した．循環器疾患患者に携わる看護師の患者教育能力の評価項目は，循環器疾患の専門領域以外の糖尿病の認定看護師や集中ケア認定看護師，循環器看護領域の研究者よりスーパーバイズを受け，広い領域の専門家よりアドバイスを受けることで，項目の偏りや不足な部分が補うことができた．

さらに，先行文献からも患者教育と健康教育は同様の意味合いを持つことが確認されていることから，Whitmanらの専門職看護のモデルを参考に検討することができ，質問項目をより内容を深めることにつながったのではないかと考える．最終的に，スーパーバイズや文献を参考に52項目に看護過程と学習理論の8項目を追加し，60項目の循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度案を作成することができ，第2段階の尺度開発の基盤となると考えられた．

第 V 章 循環器疾患患者の患者教育に携わる 看護師の患者教育能力評価尺度開発 (第 2 段階)

1. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度に関する予備調査

1) 目的

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度開発の質問項目の精選を行うことを目的とした。

2) 対象

日本循環器学会のホームページの循環器専門医研修施設から A 地方の循環器科を標榜している83の急性期の診療施設を無作為に抽出し、循環器疾患患者の患者教育に携わっている看護師（新人を除く）に調査した。

（日本循環器学会. http://www.j-circ.or.jp/jittai_chosa/jittai_chosa2012web.pdf, 2015)

3) 調査方法

(1) データ収集方法

研究対象施設の看護管理者へ研究協力依頼書、研究協力への可否記載書（返信用）、研究説明書、質問紙を送付し研究協力を依頼した。看護管理者より、研究協力への可否と循環器疾患患者の患者教育に携わっている看護師の人数、および施設の倫理委員会申請の必要性の有無について返信用封書で返送し、施設の研究協力の承諾が得られた後、看護管理者へ研究協力依頼書研究同意書、撤回書、研究協力依頼書、研究説明書、質問紙、返信用封筒を送付した。看護管理者へは、研究同意書2通への署名と返送を依頼し、返信された研究同意書に研究者が署名し、1部を研究協力機関保管用として看護管理者へ郵送した。その後、看護管理者より研究対象者に、研究依頼書、研究説明書、質問紙、返信用封筒を配布し、研究対象者は、回答後返信用封筒にて研究者へ返送し回収とする。回答は、無記名、自記式法で行う。本研究は、質問紙の返信をもって対象者の同意が得られたものとした。

(2) 調査期間

調査期間は平成27年9月～平成27年11月であった。

(3) 調査内容

調査内容は、対象者の所属している施設設置主体区分、病床数、心大血管リハビリテーション施設認定の有無は、循環器疾患患者教育の現状に違いがあることが示されており患者教育能力に影響すると考えられたため項目として質問に含んだ。中村らの先行研究によると看護師は経験年数を経ることによって患者の個別性や主体性を考慮して知識や技術を教え、医療チームの一員としての機能を果たすとされている(中村・金子・清水, 2005)。これらをふまえ看護師の属性として、性別、年齢、看護師経験年数、循環器領域経験年数、専門資格取得の有無、卒業した看護基礎教育課程、現在所属している部署、役職有無について質問項目を設定した。

(4) 循環器疾患患者に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の質問紙

循環器疾患患者に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の質問紙は資料1に示す。

循環器疾患患者に携わる看護師の患者教育能力評価質問紙は、60項目で構成し、回答は4段階のリッカート尺度とした(資料1)。

(5) 基準関連性(併存妥当性)の検討

作成した循環器疾患患者に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の併存妥当性の検証として「看護問題対応行動自己評価尺度」との関連性を検討した。その理由として、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師は、患者の抱えている問題を患者と相互にとらえ解決していく能力が必要とされている。さらに、看護師が看護目標の達成に向けて問題解決・回避を目指す行動は、看護の実践能力と直結していると言われている。つまり患者教育は、看護実践能力のひとつであると考え、定廣らが開発した「看護問題対応行動自己評価尺度」の25項目の質問紙で構成され5段階リッカート法によるものを使用した。

4) 分析方法

予備調査で得られたデータは、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価の原案が、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力の内容とばら

つきの程度を測定できる尺度になっているかを検討した。統計ソフト IBM SPSS Statistics (ver.23) を用いて記述統計量を算出し、得点分布、天井効果とフロア効果を確認した。

(1) 項目分析

欠損値の頻度、天井効果とフロア効果の確認、各項目間相関分析、I-T 相関、G-P 分析を行った。I-T 相関では、相関係数 0.3 以下の項目は、測定しようとしているものとの関係が低いと判断した。

(2) 探索的因子分析

最尤法による探索的因子分析を実施し、質問項目の因子負荷量を確認した。因子負荷量は 0.4 未満を値が低いと判断し項目の削除対象とした。

(3) 予備調査の結果と専門家で尺度項目の修正の検討

予備調査の結果、探索的因子分析による因子負荷量から、「循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度」の質問項目について、循環器看護専門家 1 名、看護学の専門家 1 名で検討した。すべての因子に対して 0.4 未満の負荷量を示す質問項目と、複数因子に対して 0.4 以上の負荷量を示す項目については、その理由を考察し、項目の除外を検討した。

5) 倫理的配慮

本研究は、厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づいて実施した。研究の実施にあたっては、宮城大学研究倫理専門委員会の承認（承認番号 753 号）を得て実施した。協力施設に倫理委員会が設置されている場合は、必要時施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

(1) 研究参加・協力の自由意思の尊重

対象者、研究対象施設、医療者への研究説明に際しては、研究への参加・協力は自由意思によって行い、いつでも自由に協力の撤回や辞退ができること、それによって不利益が生じない事を書面に記載した。今回の研究では、質問紙の返送をもって対象者の同意を得

られたものとした。

(2) 研究参加・協力することにより期待される利益

研究対象者は、これまで行ってきた患者教育において、自ら指導方法や役割について振り返ることができる。また、循環器疾患患者の患者教育を行うための能力向上に寄与できると考えた。

(3) 研究参加・協力することによる生じる不利益に対する配慮

本研究は、回答には20分程度時間を要すること、質問内容で答えたくない場合は拒否してもかまわないことを明記した。

(4) 個人情報の保護

質問紙は、所属施設や個人が特定できないようプライバシーの保護に努める。質問紙から得られた質問紙データや電子媒体によるデータは、鍵付きのロッカーに研究者が責任をもって保管し、厳重に管理した。データの分析を行う際は、大学の研究室で行い、研究者および研究指導教員以外が見ることができないよう厳重に管理した。得られたデータは、本研究以外には使用せず、研究成果の発表後、研究終了から5年間鍵付きのロッカーに保管したのち、電子媒体の消去とともにシュレッダー裁断により破棄することとした。また、研究者は、研究対象者に対して知り得た情報を固く守秘することを説明書に明記した。

(5) 研究参加・協力の自由意思と辞退の尊厳

研究者は、研究対象者に対して、研究参加・協力は自由意思であること、辞退しても不利益を被らないことを保障した。また、研究参加・協力への同意が得られた後でもいつでも自由に辞退でき、辞退したことで不利益を被らないことを保障した。研究参加・協力へ同意した後に辞退したい場合は、研究者あるいは研究指導教員へ連絡いただくことを明記した。

(6) 研究結果の公表方法

研究結果は、博士論文をまとめ、学会・学会誌・などで公表させていただき、研究目的以外には使用しないこと、また、研究結果を知りたい場合は、研究者あるいは研究指導教

員へ連絡してもらうことを明記した。

(7) 研究を通しての対応

研究開始から終了まで、倫理的な質問がある場合は、宮城大学研究倫理専門委員会に、研究に関しては、研究者や研究指導教員に問い合わせができるように連絡先を明記した。

6) 予備調査の結果 (第2段階)

(1) 質問紙調査の回収率

質問紙調査は、A地方の循環器科を標榜している急性期の診療施設18施設に研究協力を依頼し9施設より研究協力の同意が得られた。研究協力が得られた9施設の看護師を対象に201部の質問紙を郵送した。そのうち183名より回答が得られた(回収率91%)。有効回答率は100%であった。

(2) 対象者の概要

対象者の概要は表4に示す(表4)。

所属する設置主体は、公的医療機関63名(34.4%)、公益法人32名(17.5%)、学校法人30名(16.4%)であった。

病床数は、500床以上105名(57.4%)、300～499床57名(31.1%)、199床以下19名(10.4%)であった。

心臓リハビリテーション施設認定の有無は、施設基準Ⅰを算定している施設133名(72.7%)、施設基準Ⅱを算定している施設6名(3.3%)、施設基準を算定していない施設44名(24.0%)であった。

性別は、男性10名(5.5%)、女性173名(94.5%)であった。

年齢は、20代73名(39.9%)、30代63名(34.4%)、40代37名(20.2%)であった。

看護師経験年数は、10年以上80名(43.7%)、2～4年未満35名(19.1%)、4～6年未満27名(14.8%)、6～8年未満22名(12.0%)であった。

循環器経験年数は、1～3年未満65名(35.5%)、7年以上46名(24.6%)、3～5年未満43名(23.5%)であった。

専門資格の有無は、無し170名(93.0%)、有り12名(0.7%)で、有している資格は、慢性心不全看護認定看護師、心臓リハビリテーション指導士などであった。

卒業した基礎教育は、専門学校（3年課程）94名（61.4%）、大学（4年制看護系）42名（23.0%）であった。

所属する部署は、混合病棟87名（48.9%）、循環器科外来34名（19.1%）、循環器単科病棟7名（3.9%）であった。

役職の有無は、無し146名（79.8%）、有り37名（20.2%）であった（表4）。

（3）循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度に関する結果

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の記述統計量を表5に示す（表5）。患者教育能力の総合計得点は240点であり、予備調査では、平均値179.97±SD24.28点であった。各項目の平均得点で「Q60 循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している」が2.01点、「Q58 循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している」が2.30点と低値を示していた。一方、「Q11 診療記録により情報を共有している」が3.36点、「Q41 患者のキーパーソンを把握している」が3.36点と高値を示していた。

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の得点において、天井効果、フロア効果は認められなかった。

（4）基準妥当性（併存妥当性）の検討

併存妥当性の結果は、定廣らが開発した「看護問題対応行動自己評価尺度」を使用し測定した結果を表6に示す（表6）。看護問題対応行動自己評価尺度の総合得点の平均点は92.34±SD17.04点であった。各下位項目の平均値は、「情報の組織化と活用による問題の探索と発見」は18.25点、「問題解決・回避のため患者生活・治療行動代行、症状緩和、生活機能維持、促進と個別化」は18.37点、「問題解決に向けた相互行為の円滑化」は18.82点、「問題克服に向けた患者への心理支援」は19.59点、「問題解決への自己評価」は17.35点であった。

患者教育能力得点と看護問題対応行動自己評価尺度と相関分析は表7に示す（表7）。患者教育能力得点と看護問題対応行動自己評価尺度とのピアソンの相関係数は全て統計学的に有意で、合計得点では0.792を示し、各下位尺度は、「情報の組織化と活用」は0.725、「問題解決・回避」は0.729、「相互行為の円滑化」は0.741、「心理支援」は0.673、「自己評価」0.665であった。

(5) 項目分析

I-T 相関では、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育評価尺度の各項目得点と、全体の合計得点との相関係数は、 $r = 0.316 \sim 0.769$ の値を示していたため削除対象はなかった。また、G-P 分析は、患者教育能力評価尺度全質問項目の平均値を高得点群と低得点群に二分し両群の差を比較した結果、高得点群と低得点群で有意差 ($P = 0.001$) が認められたため削除対象はなかった。

(6) 探索的因子分析

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の探索的因子分析を表 8 に示す。

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育自己評価尺度 60 項目を使って最尤法によるプロマックス回転の探索的因子分析を行った。第 1 回目は、固有値 1 以上を基準に 13 因子構造とし表 8 に示す (表 8)。

因子負荷量が 0.4 未満の 10 項目「Q4 患者個々の問題点を抽出している」、「Q8 患者の病期 (急性期・回復期・維持期) にあった指導内容を選択している」、「Q9 教育に関する情報共有の重要性を理解している」、「Q11 診療記録により情報共有している」、「Q17 患者・家族の不安や疑問をいつでも解決できる機会をつくっている」、「Q18 指導は患者の理解力に応じて繰り返し行っている」、「Q20 患者が頑張っていることを認めて励ましている」、「Q23 病気とどのようにつきあいたいのか本人と話し合っている」、「Q31 患者にあった教材を選択している」、「Q47 患者が家族と共にこれまでの生活を振り返ることができる機会をもつことができるように支援している」を削除し 50 項目とした。2 回目は、50 項目を最尤法によるプロマックス回転の探索的因子分析を行った。その結果、10 因子構造が抽出された。3 回目の中から因子負荷量 0.35 未満の 2 項目「Q50 多職種連携において看護の役割を理解している」、「Q51 必要に応じ多職種に教育を依頼している」を削除し、最終的に全 48 項目の尺度とした表 9 に示す (表 9)。

(7) 信頼性の検討

信頼性 (内的整合性) の確認のため、尺度全体と下位尺度因子の Cronbach α 係数は表 10 に示す。

信頼性（内的整合性）の確認のため、尺度全体と下位尺度因子のCronbach α 係数を求めた。尺度全体の α 係数は、0.961 であり、下位尺度ごとの α 係数は、第 I 因子は 0.896、第 II 因子は 0.889、第 III 因子は 0.839、第 IV 因子は 0.848、第 V 因子は 0.827、第 VI 因子は 0.915、第 VII 因子は 0.797、第 VIII 因子は 0.791、第 IX 因子は 0.813、第 X 因子は 0.809 であった表10に示す（表10）。

2. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度に関する本調査

1) 目的

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度を作成し、その信頼性・妥当性を検証することを目的とした。

2) 対象

日本循環器学会のホームページの循環器専門医研修施設から全国の循環器科を標榜している2537の急性期の診療施設から 250 施設を無作為に抽出し、循環器疾患患者の患者教育に携わっている看護師（新人を除く）に調査した。

（日本循環器学会. http://www.j-circ.or.jp/jittai_chosa/jittai_chosa2012web.pdf, 2015)

3) 調査方法

(1) 対象の選定方法

循環器科を標榜している急性期の 250 施設の看護管理者へ研究協力依頼書、研究協力への可否記載書、研究説明書、質問紙を送付した。看護管理者より、研究協力への可否と循環器疾患患者の患者教育に携わっている看護師の人数、および施設の倫理委員会申請の必要性の有無について返信を依頼した。施設の研究協力の承諾が得られた後、看護管理者へ研究協力依頼書、同意書、撤回書、研究対象用の研究協力依頼書、研究説明書、質問紙、返信用封筒を送付した。看護管理者へは、研究同意書 2 通への署名と返信を依頼し、返信された研究同意書に研究者が署名し、1 部を研究協力機関保管用として看護管理者へ郵送した。その後、看護管理者へ、研究対象者へ研究依頼書、研究説明書、質問紙、返信用封筒を配布し、研究対象者は回答後返信用封筒にて返信を依頼した。本研究の回答は、無署名、自己記入式で行い、質問紙の返信をもって対象者の同意が得られたものとした。

(2) 調査期間

期間は平成27年12月～平成28年2月とした。

(3) 調査内容

調査内容は、対象者の基本属性として、対象者の所属している施設設置主体区分、病床数、心大血管リハビリテーション施設認定の有無を項目とした。その理由として、循環器疾患患者教育の現状の違いがあることや、患者教育能力に影響すると考えられたため項目として質問に含んだ。看護師の属性として、性別、年齢、看護師経験年数、循環器領域経験年数、専門資格取得の有無、卒業した看護基礎教育課程、現在所属している部署、役職有無について質問項目とした。中村らの先行研究によると看護師は経験年数を経ることによって患者の個別性や主体性を考慮して知識や技術を教え、医療チームの一員としての機能を果たしている(中村・金子・清水, 2005)。看護師の属性要因としては、患者教育を行う上で、看護師としての経験年数や教育背景、専門の資格の有無、所属している部署の年数などが影響することが考えられたため項目として設定した。循環器疾患患者に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の原案として、予備調査の分析結果をもとに48項目の質問内容で構成した循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度は質問紙を作成し、回答は4段階のリッカート尺度とした。質問紙は資料2に示す。

さらに、作成した尺度の併存妥当性の検証として循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師は、患者の抱えている問題を患者と相互にとらえ解決していく能力が必要とされている。看護師が看護目標の達成に向けて問題解決・回避を目指す行動は、看護の実践能力と直結していると言われている。患者教育は、看護実践能力の1つであると考え、定廣らが開発した「看護問題対応行動自己評価尺度」の25項目の質問紙で構成され5段階リッカート法によるものを使用した。

4) 分析方法

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の信頼性と妥当性を検討するため、収集したデータの統計学的処理には統計ソフト IBM Statistics SPSS (ver. 23) を用い、確証的因子分析には IBM SPSS Amos (ver. 23) を用い、すべての検定の有意水準は両側5%で分析を行った。

(1) 対象者の概要

対象者の概要は、施設区分、看護師の属性は単純集計を行った。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度及び看護問題対応行動自己評価尺度は記述統計量を算出した。

(2) 項目分析

欠損値の頻度、天井効果とフロア効果の確認、各項目間相関分析、I-T分析、G-P分析を行った。I-T相関では、相関係数0.3以下の項目は、測定しようとしているものと関係が低いと判断した。

(3) 因子数の決定

因子数の決定には堀によるMAP、平行分析(SMC)による分析を参考に決定した(堀, 2005)。

(4) 探索的因子分析

探索的因子分析においては、最尤法プロマックス回転による因子分析を行った。確証的因子分析においては、共分散構造分析による二次因子モデルの適合分析を行った。

(5) 確証的因子分析

探索的因子分析により抽出された因子を潜在変数、それに属する項目を観測変数としてモデルを作成し、共分散構造分析によりモデルの適合度を検証する確証的因子分析を行った。確証的因子分析にはIBM SPSS Amos (ver.23)を用い、モデルの適合度の判定には、適合度指標(Goodness of Fit Index, 以下GFIとする)、修正適合度指標いずれの値も0.9以上(Adjusted Goodness of Fit Index, 以下AGFIとする)、残差平方平均平方根0.1未満(Rott Mean Square Error of Approximation, 以下RMSEAとする)をもって適合度がよいと判断した。

(6) 信頼性の検討

信頼性(内的整合性)の確認のため、尺度全体と下位尺度のCronbach α 係数を求めた。

(7) 妥当性の検討

構成概念の妥当性の検討は、測定概念が測定用具によって適切に測定するか検討する方法の1つであり、本研究においては、探索的因子分析を行い複数の変数の中から、共通の特徴を持つ因子を抽出した。探索的因子分析は、最尤法、プロマックス回転による「循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度」の因子構造を確認し、構成概念妥当性を検討した。因子の解釈や削除の選択は各因子の寄与率および累積寄与率各項目の因子負荷量や共通性を検討した。

基準関連妥当性（併存妥当性）の検討は、尺度の測定概念と外的基準との関連性を確かめることにより測定時期や時間も同時であることから併存妥当性を用い検討した。本研究で作成した「循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度」と定廣の「看護問題対応行動自己評価尺度」との相関関係を確認し妥当性を検討した。

5) 倫理的配慮

本研究は、厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づいて実施した。研究の実施にあたっては、宮城大学研究倫理専門委員会の承認（承認番号 753 号）を得て実施した。協力施設に倫理委員会が設置されている場合は、施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

(1) 研究参加・協力の自由意思の尊重

対象者、研究対象施設、医療者への研究説明に際しては、研究への参加・協力は自由意思によって行い、いつでも自由に協力の撤回や辞退ができること、それによって不利益が生じない事を書面に記載した。今回の研究では、質問紙の返送をもって対象者の同意を得られたものとした。

(2) 研究参加・協力することにより期待される利益

研究対象者は、これまで行ってきた患者教育において、自ら指導方法や役割について振り返ることができる。また、循環器疾患患者の患者教育を行うための能力向上に寄与できると考えた。

(3) 研究参加・協力することによる生じる不利益に対する配慮

本研究は、回答には20分程度時間を要すること、質問内容で答えたくない場合は拒否してもかまわないことを明記した。

(4) 個人情報の保護

質問紙は、所属施設や個人が特定できないようプライバシーの保護に努めた。質問紙から得られた質問紙データや電子媒体によるデータは、鍵付きのロッカーに研究者が責任をもって保管し、厳重に管理した。データの分析を行う際は、大学の研究室で行い、研究者および研究指導教員以外が見ることができないよう厳重に管理した。得られたデータは、本研究以外には使用せず、研究成果の発表後、研究終了から5年間鍵付きのロッカーに保管したのち、電子媒体の消去とともにシュレッダー裁断により破棄することとした。また、研究者は、研究対象者に対して知り得た情報を固く守秘することを説明書に明記した。

(5) 研究参加・協力の自由意思と辞退の尊厳

研究者は、研究対象者に対して、研究参加・協力は自由意思であること、辞退しても不利益を被らないことを保障した。また、研究参加・協力への同意が得られた後でもいつでも自由に辞退でき、辞退したことで不利益を被らないことを保障した。研究参加・協力へ同意した後に辞退したい場合は、研究者あるいは研究指導教員へ連絡いただくことを明記した。

(6) 研究結果の公表方法

研究結果は、博士論文をまとめ、学会・学会誌・などで公表し、研究目的以外には使用しないこと、また、研究結果を知りたい場合は、研究者あるいは研究指導教員へ連絡してもらうことを明記した。

(7) 研究を通しての対応

研究開始から終了まで、倫理的な質問がある場合は、宮城大学研究倫理専門委員会に、研究に関しては、研究者や研究指導教員に問い合わせができるように連絡先を明記した。

6) 本調査の結果 (第2段階)

(1) 質問紙調査の回収率

全国の循環器科を標榜している急性期の診療施設 250 施設を抽出し、84施設より研究参加への協力が得られた。調査票は1427部配布し、673名より回答が得られた (回収率 47.1%)。

(2) 対象者の概要

対象者の概要は表11に示す (表11)。

所属する設置主体は、公的医療機関 292名 (43.4%)、国46名 (6.8%)、医療法人 108名 (16.0%)、学校法人67名 (10.0%)、公益法人38名 (5.6%)、その他 102名 (15.2%)、未記入20名 (3.0%) であった。

病床数は、199床以下90名 (13.4%)、200～299床71名 (10.5%)、300～499床 189名 (28.1%)、500床以上 313名 (46.5%)、無回答 4名 (0.6%)、未記入 6名 (0.9%) であった。

心臓リハビリテーション認定施設の有無は、施設基準Ⅰを算定している施設 287名 (42.6%)、施設基準Ⅱを算定している施設28名 (4.2%)、施設基準を算定していない施設 219名 (32.5%)、未記入 139名 (20.7%) であった。

性別は、男性55名 (8.2%)、女性 618名 (91.8%) であった。

年齢は、20代 227名 (33.7%)、30代 270名 (40.1%)、40代 139名 (20.7%)、50代 35名 (5.2%)、未記入 2名 (0.3%) であった。

看護師経験年数は、2～4年未満 130名 (19.3%)、4～6年未満78名 (11.6%)、6～8年未満63名 (9.4%)、8～10年未満64名 (9.5%)、10年以上 338名 (50.2%) であった。

循環器経験年数は、1～3年未満 220名 (32.7%)、3～5年未満 143名 (21.3%)、5～7年未満 106名 (15.8%)、7年以上 200名 (29.9%)、未記入 3名 (0.4%) であった。

専門資格の有無は、有り48名 (7.1%) で、有している資格は、慢性心不全看護認定看護師10名、心臓リハビリテーション指導士 9名、集中ケア認定看護師 6名、専門看護師 (慢性看護、急性看護) 2名、その他22名は呼吸療法指導士、糖尿病療養指導士などであった。専門資格無し 603名 (89.6%)、その他 2名 (0.3%)、未記入20名 (3.0%) で

あった。

卒業した基礎教育は、専門学校（2年課程）91名（13.5%）、専門学校（3年課程）372名（56.2%）、短期大学（3年課程）54名（8.0%）、大学（4年制看護系）132名（19.6%）、その他14名（2.1%）、未記入4名（0.6%）であった。

所属する部署は、循環器内科（単科）185名（27.5%）、心臓血管外科（単科）19名（2.8%）、ICU47名（7.0%）、一般内科22名（3.3%）、救急室4名（0.6%）、循環器・心臓血管外科混合278名（41.3%）、CCU25名（3.7%）、循環器科外来13名（1.9%）、その他77名（11.4%）、未記入3名（0.4%）であった。

役職の有無は、有りが111名（16.5%）で主に看護師長、副看護師長、主任、係長であった。また、無しは558名（82.9%）、未記入が4名（0.6%）であった（表11）。

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の記述統計量を表12に示す（表12）。

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価総得点の平均値は137.34 ± SD19.39点であった。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の各項目の平均値で、「Q48 循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している」が1.97点、「Q47 循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している」が2.13点と低値を示していた。一方、「Q8わかり易い言葉で説明している」が3.42点、「Q13 患者の話を傾聴し共感する姿勢をもつことができる」が3.37点で高値を示していた。

看護問題対応行動自己評価尺度の記述統計量は表13に示す。

看護問題対応行動自己評価尺度の得点の平均値は 91.80 ± SD16.55 点であった（表13）。

（3）項目分析

I-T 相関では、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育評価尺度の各項目得点と、全体の合計得点との相関係数は、 $r = 0.355 \sim 0.691$ の値を示していたため削除対象項目はなかった。また、G-P 分析は、患者教育能力評価尺度全質問項目の平均値を高得点群と低得点群に二分し両群の差を比較した結果、高得点群と低得点群で有意差（ $P = 0.001$ ）が認められたため削除対象に該当する項目はなかった。

（4）基準関連妥当性（併存妥当性）の検討

患者教育能力得点と看護問題対応行動自己評価尺度と相関分析は表14に示す（表14）。

基準関連妥当性の検討は外的基準となる定廣らが開発した「看護問題対応行動自己評価尺度」を使用した。患者の抱えている問題を的確にとらえ、それらに対応していく能力が高い人は、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力も高いことが予測され、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度48項目と患者問題対応行動自己評価尺度25項目の合計得点による相関係数を算出した結果、ピアソン相関係数は、 $r = 0.632$ ($P = 0.01$)であった。表14に示す(表14)。

(5) 探索的因子分析結果

探索的因子分析は表15に示す(表15)。

本調査では、予備調査の結果を踏まえ、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度48項目とし、最尤法によるプロマックス回転の探索的因子分析の結果8因子構造とした。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度48項目から因子負荷量0.35未満の7項目を削除対象とした。但し、因子負荷量が0.35未満の「Q43の患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている」の項目については、患者教育を行う上で重要なアセスメント項目と考え質問項目に加えることとした。

因子分析の結果より削除した質問項目は、「Q1再入院しやすい患者の特性を理解している」、「Q44 チームで患者教育計画を評価している」、「Q28 ソーシャルサポートについて家族と検討している」、「Q41 家族と指導日のスケジュールを調整している」、「Q42 教育内容は患者の趣味や嗜好などを取り入れている」、「Q31 患者との関わりについて他の看護師の関わりから学んでいる」、「Q6カンファレンスにより情報共有している」、7項目を削除対象とし41項目とした。

(6) 探索的因子分析と因子命名

探索的因子分析と因子命名は、表16に示す(表16)。

本調査で得られた41項目で作成された尺度は、累積寄与率は、34.0%で固有値1以上は8因子であり各因子に命名をした。第Ⅰ因子は7項目、第Ⅱ因子が4項目、第Ⅲ因子が7項目、第Ⅳ因子が6項目、第Ⅴ因子が6項目、第Ⅵ因子が4項目、第Ⅶ因子が4項目、第Ⅷ因子3項目因子名で8つの因子に対し内容に合わせそれぞれに命名した。

第Ⅰ因子は、患者教育をする場面において患者とのコミュニケーションのスキルや教育する側の姿勢に関する項目から構成されていることから「患者との良好なコミュニケーション

ョンスキル」と命名した。第Ⅱ因子は、患者の病状や患者教育に関して、抱えている問題を明らかにし、教育計画立案のための項目で構成されていることから「看護過程を展開する能力」と命名した。第Ⅲ因子は、患者教育は、患者本人に対する場合あるいは、家族を含めた教育が必要な場合の背景を考慮し対象に合わせた教育の必要性が求められていることから「家族へ対応する能力」と命名した。第Ⅳ因子は、循環器疾患の患者は急性期を脱しても生涯に渡り冠危険因子を是正していく生活習慣の獲得が重要でありその結果、再発の防止へとつなげていくことができると考え「再発予防を目的に教育する能力」と命名した。第Ⅴ因子は、患者教育を行う上で教育内容の精査、理論を用いた教育の手法に関する項目で構成されていることから「患者教育のためのスキル」と命名した。第Ⅵ因子は、循環器疾患に関する専門的知識は、日々最新の知識を得るために研究会や学会の参加し自己研鑽に必要な項目で構成されていることから「循環器領域の専門性へ自己研鑽能力」と命名した。第Ⅶ因子は、循環器疾患患者の回復過程においては、医師、看護師以外に心臓リハビリテーションを実施する理学療法士や、栄養士、薬剤師などあらゆる職種からのアプローチが必要とされている。また、急性期治療が終了後は、地域の施設で継続した治療や看護支援を必要とする患者も多く、多職種との連携は欠かせない内容となっていることから「多職種と協働する能力」と命名した。第Ⅷ因子は、患者教育を行う上では、循環器疾患に関する最新の知識を習得し患者教育にあたるための項目で構成されているため「循環器領域の専門知識の習得」と命名した。表16に示す（表16）。最終的に、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度は、表17に示す（表17）。

（7）信頼性の検討

信頼性の検討は、表16に示す（表16）。

信頼性（内的整合性）の確認のため、尺度全体と下位尺度因子のCronbach α 係数を求めた。尺度全体の α 係数は 0.955 であり、下位尺度ごとの α 係数は、第Ⅰ因子は 0.848、第Ⅱ因子は 0.924、第Ⅲ因子は 0.875、第Ⅳ因子は 0.882、第Ⅴ因子は 0.878、第Ⅵ因子は 0.858、第Ⅶ因子は 0.753、第Ⅷ因子は 0.813 であった（表16）。

（8）確証的因子分析の結果

確証的因子分析の結果は、図1に示す（図1）。

探索的因子分析で得られた8因子、41項目を最終モデルとし確証的因子分析を行った。

第Ⅰ因子「患者との良好なコミュニケーションスキル」、第Ⅱ因子「看護過程を展開する能力」、第Ⅲ因子「家族へ対応する能力」、第Ⅳ因子「再発予防を目的に教育する能力」、第Ⅴ因子「患者教育のためのスキル」、第Ⅵ因子「循環器領域の専門性へ自己研鑽能力」、第Ⅶ因子「多職種と協働する能力」、第Ⅷ因子「循環器領域の専門知識の習得」の各因子を第一次因子、「看護師の患者教育能力」を第二次因子とする二次因子構造モデルを設定し、確証的因子分析によりそのモデルに対しデータの適合性を検証した。

分析の結果は、適合度指数として $CFI = 0.881$ 、 $PCFI = 0.787$ 、 $RMSEA = 0.061$ 、 $AIC = 2591346$ が得られた。モデル各部の適合指数についても、全てのパス係数は 0.4 以上であり、統計学的に有意であることが確認された。これらの結果から、仮説モデル適合度指数は統計学的許容水準を満たしており、探索的因子分析を支持する結果が得られた。

7) 結果のまとめ

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の作成、及び妥当性と信頼性に関しては以下の結果が得られた。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に必要とされる患者教育能力を臨床現場にいる看護師から FGI により導き出し、質的帰納的に解析し、9つのカテゴリーに集約した。9つのカテゴリーを基礎資料とし循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価項目60項目を作成した。

予備調査として 183 名より回答が得られ、探索的因子分析を行った結果、固有値 1 以上、因子負荷量 0.4 未満を削除項目とし、48項目を選定した。妥当性の検討には定廣らの看護問題対応行動自己評価尺度を使用し、併存妥当性を検証した。その結果、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度との相関係数は $r = 0.792$ を示し、相関が得られ尺度の妥当性が確認された。また、信頼性（内的整合性）については、全体の α 係数は 0.964 と信頼性も確認できた。

本調査では、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価項目48項目を調査項目とし、673 名より回答が得られた。予備調査同様に探索的因子分析を行った結果、8 因子構造48下位項目とし因子負荷量0.35未満を項目削除対象とし7項目を削除し41項目とした。妥当性の検討には定廣らの看護問題対応行動自己評価尺度を使用し、併存妥当性を検証した。その結果、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度との相関係数 $r = 0.632$ を示し、高い相関が得られ尺度の妥当性が確認された。また、信頼性（内的整合性）については、全体の α 係数は 0.955 と信頼性も検証された。最

後に確証的因子分析を行った。分析の結果、第一次因子として、第Ⅰ因子「患者との良好なコミュニケーションスキル」、第Ⅱ因子「看護過程を展開する能力」、第Ⅲ因子「家族へ対応する能力」、第Ⅳ因子「再発予防を目的に教育する能力」、第Ⅴ因子「患者教育のためのスキル」、第Ⅵ因子「循環器領域の専門性へ自己研鑽能力」、第Ⅶ因子「多職種と協働する能力」、第Ⅷ因子「循環器領域の専門知識の習得」の8因子構造とした。第二次因子は、「看護師の患者教育能力」をとした。二次因子構造モデルを設定し適合度を検討した結果、適合度指数としてCFI = 0.881, PCFI = 0.787, RMSEA = 0.061, AIC = 2591346 が得られた。確証的因子分析はモデル各部の適合指数についても、全てのパス係数は0.4以上であり、統計学的に有意であることが確認された。

3. 考察（第2段階）

本研究は、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度を開発し、尺度の信頼性と妥当性を検証することを目的とした。循環器疾患患者に携わる看護師が患者教育をする上でどのような能力が必要であるかを明確にするためにFGIにより、臨床現場の看護師を対象に調査し、質的帰納的に分析した。

その結果、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力に関する因子構造を検討し9つのカテゴリーが抽出された。抽出されたカテゴリーは、循環器疾患の特徴を示す内容として、患者個々のリスクファクターの理解、循環器疾患に特有の再発予防や再発を阻止していく能力が抽出された。第1段階の結果は、循環器疾患の患者教育を実践している看護師に対してのFGIのデータであったことから、臨床現場の詳細な患者教育の現状について明らかになったのではないかと考える。尺度開発においては、探索的因子分析を用いた検討が多く実施されているが、本研究においては、尺度のデータを改めて得たときに、因子が妥当と言えるか再度検証する目的で確証的因子分析の手法を用い尺度開発を行った。

1) 対象集団の特徴

本研究における調査の回収率は47.1%と比較的高い回収率を示した。また、調査対象は、全国の循環器科を標榜している施設を無作為に抽出し、調査を行った。調査の結果、全国の500床以上の急性期型の病院から回答が得られ、本研究が目的とした循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育の能力を測定するには、対象の集団として適していた

と考えられた。本研究で回答を得た病院で心臓リハビリテーション認定施設Ⅰ、Ⅱを取得している施設は、約半数を占めており、多職種と共同し患者教育が行われていることが考えられた。一方、専門資格の有無では、資格なしが89.6%を占めており、全国の慢性心不全看護認定看護師数が未だ不十分であるというデータからも循環器領域の専門性を有している人材が少ないことが明らかとなった（日本看護協会，2017）。

対象者の役職の有無に関しては、有りが16.5%であり、本調査はほとんどが現場で実践している看護師が対象であった。この点からも得られたデータは本尺度の調査に適していたと考えられる。

対象者の属性においては、看護師経験10年目以上の看護師が50%を占めており、Bennerのドレイファスモデルによると達人のレベルにある看護師が多かった（Benner，2002）。Bennerの提唱している達人のレベルは、状況を理解し適切な行動と結び付けていく際もルールやガイドラインには頼らずに問題解決していくと言われている。つまり、臨床の看護師は、患者教育を行う際は、臨床実践での経験知を生かし十分に発揮し活動していることが考えられた。一方では、看護師としての経験は達人のレベルに達してはいるが、循環器を経験している年数は1～3年未満の看護師32.7%と最も多く、循環器に関する知識や技術の習得に関して、未経験であることが多いと考えられた。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師は、本研究の尺度の項目の平均値から、患者の話に共感したり、わかりやすい言葉で説明したり患者と関わりを持ちながら患者教育を実践していることが伺えた。しかしながら、患者教育のための循環器の最新ケアの学習や、資格取得に関する学習に関しては、積極性に欠けるといった側面が推測された。また、患者教育は、患者の背景を把握し、患者が学習をするための準備状態についてアセスメントして関わることにより、学習への動機づけにつながり行動変容へつながるとされている（松本，2002）。しかしながら、第1段階でのFGIの分析では、患者教育に対して行動変容理論を活用して行っているというデータは得られなかった。高橋らの報告においても、看護師は、患者教育に有効である理論についても認識不足であり、患者教育の理論を看護計画に取り入れられていないことを明らかにしていた（高橋，2010）。本研究からも看護師教育として、患者教育の基礎となる行動変容理論などを取り入れ、効果的に患者教育を支援していく必要性が示唆された。

2) 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の信頼性と妥当性の検討

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の信頼性の検討においては、基準値 (0.80~0.90) 以上の信頼性係数は、予備調査 0.961, 本調査 0.955 (α 係数) が得られ、尺度の信頼性は保証されたと考える (Deverllis, 2003)。

妥当性の検討においては、尺度原案の作成段階における内容妥当性を検討した。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度原案の内容は、各項目について、患者教育に携わる循環器専門領域のエキスパートの看護師, あるいは、集中ケア認定看護師, 患者教育を数多く実践している糖尿病認定看護師からスーパーバイズを受けた。その結果、専門的な知識や技術を含んだ内容となり実践の場でも活用しやすい内容となったと考える。さらに、教育の専門家である教員の立場から教育の基本や概念を含めた内容のアドバイスを受けることができ、よりきめ細かな教育の内容を尺度の原案に盛り込むことができたと考える。

第2段階の調査分析で探索的因子分析により抽出した8因子と、第1段階のFGIによる質的帰納的分析により得られたカテゴリーを比較した結果、循環器疾患に特徴的な再発予防を目的に教育する能力、家族へ対応する能力、多職種と協働する能力、患者との良好なコミュニケーションスキル、患者教育のためのスキル、循環器領域の専門性への自己研鑽能力については第1段階で得られたカテゴリーと一致した。一方、第1段階と第2段階での相違は、個別性への対応能力、情報共有能力であった。しかしながら、この2つのカテゴリーは、看護過程を展開する能力に包含されたと考える。その理由として、看護過程の展開する上では、情報収集し情報を共有すること、さらに個別性を踏まえた看護過程を展開することが基本であることから看護過程を展開する能力に含まれたと考えられた。第1段階の患者の意欲促進能力においては、看護師は、冠危険因子をコントロールし自己管理していく意欲を促進できるように教育することが必要となるため、再発予防を目的に教育する能力に含まれたと考える。第1段階で得られた9つのカテゴリーは、第2段階の本調査において患者教育能力を十分に網羅しており、FGIによる調査が効果的であったことが示唆された。

次に、基準関連妥当性 (併存妥当性) の検討においては、定廣らが開発した看護問題対応行動自己評価尺度を使用した。本研究において看護問題対応行動自己評価尺度の総得点の平均点は91.80点であり、中得点領域を示していた。中得点領域にある看護師は、看護

問題行動の質が標準的であり、看護問題の解決・回避に向け適切に行動するための課題や問題点を把握するとともに、それを改善することにより高得点へ移行が期待できることが示されている。本研究の循環器疾患患者に携わる看護師の背景として、看護問題行動の質は標準的であることが示唆された。定廣らが開発した看護問題対応行動自己評価尺度と本研究で開発した循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度との関連では、有意な相関が得られた。特に看護問題対応行動自己評価尺度の心理支援との相関係数が最も大きく、患者教育をする、問題を乗り越えようとする患者の意欲を認める、問題に取り組む姿勢に関心示すなど、患者の動機づけに働きかけることが患者教育を行う能力に有意に働くことが明らかになった。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の基準関連妥当性（併存妥当性）の検証に看護問題対応行動自己評価尺度は妥当であったことが示された。

3) 確証的因子分析によるモデル適合度の検討

本研究における確証的因子分析においては、適合度指数は、 $CFI = 0.881$ 、 $PCFI = 0.787$ 、 $RMSEA = 0.061$ 、 $AIC = 2591346$ を示し、患者教育能力を高次因子とする二次因子モデルの適合度が確認された。患者教育能力と各因子間にはパス係数0.4以上を示し、因子と各項目間の関係性において、統計学的な説明力を有することが示唆された。しかしながら、患者教育能力と第VI因子の循環器領域の専門性の自己研鑽能力とのパス係数は0.54であり、他の因子と比較すると最も低い値であった。つまり、臨床で実践している看護師は、循環器疾患領域の専門性に関して自己研鑽する能力との関連性が弱いことが示された。第VI因子の循環器領域の専門性の自己研鑽能力は、循環器ケアに必要な資格取得を目指すことや学会・研究会に積極的に参加すること、学んだことを他のスタッフに伝えるなどの内容が網羅されている。すなわち、循環器疾患の学習に参加する機会が少ないことや参加しても現場に活用する機会が少ないことが推測される。松尾らは、欧米では循環器疾患分野では専門看護師 CNS (Certified Nurse Specialist) や NP (Nurse Practitioner) が活動しているが、我が国では、循環器分野の専門性看護師は十分ではないことを指摘している。循環器疾患のような日常生活に起因した疾患に対する継続的な介入を行っていくためには、循環器分野の専門的な知識、患者教育や多職種との連携について、専門的な教育を受けた人材を養成していくことが重要であると報告している（松尾・岩岡・井口，2010）。本研究で作成したモデルは、循環器疾患患者の患者教育する構成要素が看護師の人材育成

においても活用することができると考えた。

4) 患者教育能力に命名した8因子の特徴

確証的因子分析により、第一次因子として、8つの因子に命名し、第二次因子として「看護師の患者教育能力」と命名した。命名した8つの因子の特徴について述べる。

循環器疾患患者に携わる看護師に必要とされる患者教育能力として第Ⅰ因子「患者との良好なコミュニケーションスキル」は、患者との信頼関係を築き、患者教育を始める上では最初に配慮すべきスキルである。患者教育を行うためには、日々の患者ケアを通じて信頼関係をつくり患者の思いや退院後の生活についても情報得ることが大切である。ファルヴォは、患者教育におけるコミュニケーションは、患者と医療者との間での相互のやり取りから成り立っており、患者のニーズを見出すためには、なくてはならない過程である。また、患者の言語的、非言語的サインに気付くこと、つまり患者のわずかな反応に気付き適切に反応し教育に生かしていくこと大切であると述べている（ファルヴォ, 1992）。本尺度の項目においても、患者とコミュニケーションを図る上で配慮することは、プライバシーの保護、話しやすい雰囲気を作ることや、患者のわずかな反応にも見逃さないようにすることが挙げられている。さらに重要な点は、看護師として患者から質問があったときはすぐに答えられるようにするための知識や技術が求められることを念頭に置く必要があることも挙げられている。患者教育を行うためには、コミュニケーション技術は不可欠であり、患者個々の状況に合わせ、患者にニーズをいかに引き出し、信頼関係を築いていくかが患者教育の大切な技術であると考えられる。

第Ⅱ因子「看護過程を展開する能力」においてBoydは、教育過程は、アセスメント、計画、実施、評価と看護過程と同じステップを踏み患者が学習する機会を多く持てるようにするために看護師が行う計画的で、目的のある活動であることを示している（Boyd, Barbara, Carol, Whitman, 1992）。個々の教育計画を立案し実施、評価していく一連の流れを、臨床看護師は、日々体験し患者教育は重要であることを認識している。さらに、看護過程を展開する上では、教育する内容についての根拠についても説明することが重要である。患者教育は成人期から老年期の患者が対象であり、ノールズの成人学習理論である動機づけや主体的に学習することが特徴として考えられる（ノールズ, 堀訳, 2002）。すなわち、患者は教育内容について根拠を理解し、納得し学習への参加していくことが予測されるため、教育する内容について根拠を説明することは欠かせないと言える。

第Ⅲ因子「家族へ対応する能力」については、近年、人口構造の変化に伴い、高齢者が増加し患者教育においても、患者に対する教育のみでは、退院後の自己管理が難しいケースが増えている（深田・鎌倉・坂上ら、2012）。自己管理を効果的にするためには、家族の協力がどの程度得られるのか、家族構成はどうか、また、家族の健康状態に関する情報も必要とされる。循環器疾患の特性から食事や服薬管理などの管理が不十分な場合、入退院を繰り返す患者も少なくない。家族から注意しても患者から理解が得られず家族が困り不安を抱えているといったことも第1段階の質的分析においても示されていた。したがって、患者教育の実施には患者のみならず家族協力は欠かせないものとなっている。看護師は、家族の不安に対するケアも行っていくこと重要であることが示されており、家族のサポートの有無では、家族のサポートを受けている人ほど自己管理行動が有意に高いという結果が出されている（川上・松岡・樗木ら、2006）。このことから、患者教育を行っていくためには、患者・家族への対応も欠かせない能力と言える。

第Ⅳ因子「再発予防を目的に教育する能力」については、循環器疾患は、再発を繰り返すことにより心機能の低下や予後に影響を及ぼし、ひいては患者のQOLの低下を招くことにつながる。そのため、再発予防に関する教育として、退院前に退院後の生活をイメージできるように説明することや、退院前後で血圧や体重、脈拍の自己管理をセルフモニタリングできるように教育プログラムに盛り込むことが必要である。服部らは、外来通院心不全の患者へセルフモニタリングの支援を継続的に行った結果、再入院する患者の減少につながったことを報告している（服部・多留・宮脇、2016）。

循環器疾患は急に発症し重症化する例も多くみられるため、患者、家族に症状を重症化する前に受診するタイミングを説明し理解してもらうことも再発予防への一助につながると言える。また、重症化する症状については、患者だけではなく家族にも説明し、連絡方法や対処の方法についても教育しておくことが重要であると考えられる。

第Ⅴ因子「患者教育のためのスキル」に必要な内容としては、教育に関して患者から同意を得ることが挙げられる。患者教育を効果的に行うには、医療者が患者に向かって一方的に話すのではなく、患者とともに話し合い、一緒に目標を設定することが必要である（ファルヴォ、1992）。患者教育のためのスキルとして、学習理論を活用し教育する方法がある。しかしながら、本研究結果では「Q33 行動変容理論を活用して教育している」平均値2.32、「Q43 患者の準備状態が整っているかアセスメントしている」平均値2.64と低値を示していた。また、河口は、看護基礎教育においても、書籍では学習理論は示されて

いるが、実際の患者教育においては、十分な説明が行われていないことを報告している（河口，2010）。患者教育に携わる看護師は、様々な学習理論を学習し、効果的に患者教育を行うことが今後の課題である。

第VI「循環器領域の専門性への自己研鑽能力」については、循環器疾患領域は、高度化や低侵襲化に伴い治療方法も進歩を続けている。循環器看護においても最新の治療法を理解し治療に対応する看護が求められている。循環器疾患に関する専門性を高めていくには、関連する学会への参加や、参加した場合は、スタッフ間での共有していくことも循環器領域の看護の質を高めることにつながると言える。しかしながら、「Q47 循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している」平均値2.13、「Q48 循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している」平均値1.97と低値を示しており、循環器疾患に関連した学会への参加する機会が少ないことが要因であることが推測される。資格取得に関しては、専門分野として現在は慢性心不全看護認定看護師制度が認められているのみで、専門性に関する資格制度が明確化されていないことが考えられた。このような課題が示されていることから循環器領域の専門性への自己研鑽能力は患者教育能力の評価に必要な能力であると考えられる。

第VII「多職種と協働する能力」においては、循環器疾患は、生活習慣に起因していることから予防が重要であり、重症化した場合は急性期治療を行い、さらに回復期から維持期へと生涯にわたり継続した治療がなされる疾患である。近年、循環器疾患の看護は、患者の高齢化に伴い、治療が一段落した患者の速やかな在宅復帰に向けて、多職種と連携して患者自身のセルフケア能力を向上する支援が求められている。また、地域との連携を図り、外部機関と調整することも看護師の役割である。

そのためには、多職種連携の必要性を理解する能力や入院中に行った教育内容を地域の保健・医療・福祉機関へ引き継ぐことができることが求められている。

これらの理由から、看護師は、看護の専門的視点から多職種に患者の情報提供を行い、または情報を共有していく能力が必要となる。さらには、急性期の施設にとどまらず、福祉施設や在宅領域の職種とも連携を図り、患者が切れ目のない医療が受けられるように支援していく能力が求められていると考える。

第VIII「循環器領域の専門知識の習得」については、臨床現場の看護は、循環器疾患特有の急性期治療から慢性期治療に至るまで、さらには、終末期における緩和医療、最新のデバイス治療など幅広く多岐にわたっている。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師は、循環器疾患の病態の理解、循環器疾患の基本的な知識の習得は勿論ではあるが、個々

の患者の冠危険因子を把握し患者教育に生かしていくことが必要である。また、入退院を繰り返すことが多い慢性心不全の病態の理解や、重症化を予防するためのアセスメント能力が求められている。このように循環器疾患患者の看護は多岐にわたり、複雑性を増している状況から循環器領域の専門知識の習得する能力は重要な能力であると言える。

5) 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の実践への示唆

本研究において作成した尺度は、調査対象者が、臨床の場で患者教育に携わっている看護師であったこと、信頼性や妥当性が得られたことから、看護師が日々の患者教育の実践場面を通して自己の行動を振り返り評価することができる尺度として活用できる可能性があると考えられる。本尺度の特徴として、看護過程の展開をはじめ、患者教育の理論の行動変容理論を用いた点、あるいは、循環器疾患患者の看護に特徴的な再発予防の視点や、多職種連携などを組み入れたことで、臨床現場の患者教育によりきめ細やかな評価できる内容と言える。

臨床の看護師は、基礎教育において患者教育理論は学習してきたはいるものの、実際の臨床においては、患者教育に対する不安や力不足を感じている看護師もいる状況が報告されている（高橋，2010）。このような点からも本尺度を活用し、患者教育の課題を見出し、患者教育に関して不足している知識や技術を看護師の教育プログラムに組み入れていくことが可能であることが示唆された。

看護学教育における看護実践能力を示す能力として、患者教育は、根拠に基づき看護を計画的に実践する能力の項目に位置づけられており、アセスメントする力やセルフマネジメントが教育の目標に掲げられている（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，2011）。つまり、基礎教育においても、患者教育に必要な能力としてアセスメントやマネジメント力について示している。本尺度においてもアセスメントやマネジメントについて項目を入れたことで、患者教育能力を示す指標となったと考えられた。また、日本看護協会が提示している卒後教育では、看護師教育の柱としてクリニカルラダーをレベルⅠ～Ⅴまでを示し、ニーズをとらえる力、ケアする力、協働する力、意思決定を支える力、の4つを看護師教育の項目として示している（日本看護協会・看護師クリニカルラダー，2016）。これらの看護師教育の4つの要素は、患者教育を行う上では欠かせない内容であり、本研究で開発した尺度においてもニーズをとらえる力、ケアする力、協働する力、意思決定を支える力は十分に表現されていると考えられた。

しかしながら、循環器疾患患者の患者教育に特徴的で必要な能力については、明らかにされていないため、本尺度において患者教育に必要とされる能力を具体化し、臨床現場の日々の患者教育の評価や、看護師教育の評価などに活用できるのではないと考えた。

臨床における現任教育では、患者教育については、具体的に示しているものが少なく、患者教育に関しては、日本看護協会の各ラダーのレベルに合わせ、現任教育プログラムを計画することができる。本研究で作成した尺度は、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師を対象とした患者教育評価尺度として、看護師の教育プログラムの作成、実践した患者教育の評価として活用できるのではないかと考える。さらに看護師の患者教育の課題を明らかにし、各ラダーレベルに応じた教育プログラムの構築にも活用できるのではないかと考える。松岡は、循環器疾患患者の患者教育の基本は、患者の心理を理解し、心理的プロセスに応じた患者教育を行う必要がある、循環器疾患患者に対しどのような時期に健康教育・患者教育を行うかは適切な患者教育モデルを選択することが不可欠であることを示している。また、患者教育で重要なことは、患者主体、参加型で患者の意思決定を重要視すること、患者自身が問題解決能力を身につけるように看護師が支援することにあると述べている（松岡，2009）。これらのことから、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力を評価し高めていくことは勿論であるが、患者教育のアウトカムは患者の再発予防や長期予後に貢献することである。本研究で作成した尺度を臨床現場の看護師教育に適応させていくと同様に、患者のアウトカムに対する検討も重ねていく必要があることが知見として得られた。

第 VI 章 総合考察

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に必要とされる患者教育能力において本研究で開発した尺度は、8因子41項目で構成されており、一定の信頼性と妥当性を得ることができた。循環器疾患患者の対象は、予防の段階から急性期、回復期、維持期の患者が幅広く対象となり、患者教育においては、それぞれの時期に合わせて継続した支援が重要である。臨床における看護職者に求められる能力として、患者個別の【看護過程を展開する能力】を発揮し、【患者との良好なコミュニケーションスキル】や【患者教育のためのスキル】を駆使し、【家族へ対応する能力】や【再発予防を目的に教育する能力】を用い患者教育を実践していくことが必要とされている。さらに、効果的な患者教育を実践する能力として【循環器領域の専門性への自己研鑽能力】、【多職種と協働する能力】、【循環器領域の専門知識の習得】が必要とされる。

本研究で得られた8因子は、循環器疾患患者に特有な内容として患者に冠危険因子をコントロールしていくための支援や、循環器疾患特有の再発予防、循環器領域に専門性の領域に関する内容、継続看護を目指した多職種連携が挙げられ、循環器疾患の患者教育として重要な因子を示すことができたと考える。第1段階で得られた FGI のほかに、専門職看護モデルを参考にし、さらに専門家によるスーパーバイズを受けたことがよりきめ細やかな尺度項目になったと考えられた。循環器疾患の発症の多くは、生活習慣に起因し、生涯にわたり冠危険因子をコントロールすることで、再発予防や長期予後が改善することが示されている。そのためには、看護師は患者が冠危険因子をコントロールし自己管理が継続できるよう支援することが重要とされる。循環器疾患患者の急性期診療施設における在院日数が短縮し、入院中に十分な患者教育の時間を持っていない傾向にあり、急性期においては、二次予防教育の全てを目指すのではなく最小限の事項を教育するにとどめることが望ましいとしている。急性期に実施すべき最小限の事項として、緊急対処方法と二次予防行動への動機づけが2大教育目標であることが示されている（心血管疾患における心臓リハビリテーションに関するガイドライン、2012）。すなわち、循環器疾患患者に携わる看護師の課題は、急性期に入院治療した循環器疾患患者が冠危険因子の是正にむけて継続した教育を受けられるように支援していくための患者教育能力の向上を図ることである。本研究において、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に必要とされる患者教育能力を明らかにした。患者に効果的な教育を行うためには、看護職者は、患者への効果的なアプローチ

の方法を学習する必要がある。看護職者に必要な知識・技術として、対象者の学習の準備状態を十分にアセスメントする能力や有用な理論として自己効力理論や行動連合理論、認知理論などを学習することが重要とされている（河口，2003）。循環器疾患患者の患者教育の現状の課題を踏まえ、看護職としてこれから取り組むべき内容として本尺度の項目に「Q43 患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている」、「Q33 行動変容理論を活用して教育している」という患者教育の理論の学習の重要性を組み入れた。今後、看護職の患者教育の実践力を高めるためには、重要な項目であると考えた。

循環器疾患患者の患者教育に必要なとされる能力は、急性期診療施設において二次予防に対する行動ができるような動機づけを支援する必要性が示されていた。患者教育に関して糖尿病患者の場合は、患者教育のロールモデルとして、専門的な患者ケア能力、看護実践の基盤となる能力、チーム育成能力の3カテゴリーが抽出されていた（多崎・稲垣・松井・村角，2007）。本尺度においても糖尿病疾患患者と比較してみると同様の項目が抽出されていた。しかし、本尺度の特徴として循環器疾患患者に特有の再発予防を目的に教育する能力や看護の継続性を目指して多職種連携能力を尺度項目に取り入れた。今後は、作成した尺度の特徴を踏まえ、循環器領域の患者教育の臨床の場でさらに検証していく必要があることが示された。

急性期の診療施設の看護師は、退院時には患者教育は行ってはいるものの教育した内容の習得状況を確認できないまま退院に至るケースも少なくない。つまり、患者が入院中に受けた教育のみでは、患者への動機づけが不十分であり、外来あるいは地域と連携を行い、継続した患者教育の支援が重要であると考えられる。本邦の循環器看護における患者教育の現状においては、回復期以降の患者教育の介入の効果は明確であるにも関わらず、回復期以降の患者教育の報告は少なく、退院後の継続した患者教育の実施が課題となっている。

退院後の患者に対し継続的な介入を可能とするために、急性期の患者教育について退院後の患者アウトカムの評価を行い、入院中の患者教育が有効な動機づけとなるよう実施していくことが重要である（菅原ら，2010）。本研究の尺度の項目においても看護職者が入院中に教育した内容を地域や福祉機関に引き継ぎ継続して患者の支援ができるように評価できる項目として「Q26 入院中に行った教育内容を地域保健・医療・福祉機関へ引き継ぐことができる」を入れた。この項目は、看護の継続性や地域との連携の必要性を認識することにつながり、患者のセルフケア能力の向上に貢献できると考えられた。

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の有用性については、

本調査は、急性期診療施設の看護師を対象とした。急性期且つ500床以上の病院の協力が得られたことは、研究の目的に適した背景であった。このことから、本調査で得られた結果は、急性期の循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の特徴を示していると考えられた。日常行っている患者教育は、患者とのコミュニケーション、家族への対応、看護過程の展開等については、よい結果が得られ、十分に行えていることが推測された。一方では、学習理論の習得や学会への参加、専門知識の習得、看護の継続性などについては、十分とは言えず課題が残る結果であった。今回、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度を用いた結果、自施設の患者教育の現状の把握、あるいは、組織として患者教育能力の評価ができ、さらに、組織の課題や個人の目標設定にも役立てることができると考える。

患者教育に関する尺度は、糖尿病、慢性疾患患者、心不全患者のセルフケアと患者を対象とするものに多くみられる。しかしながら、看護師の患者教育を対象とした尺度は見当たらず、さらに循環器疾患患者に特有のものはなかった。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力を評価する尺度の開発は、今後の看護師の患者教育の評価として有用であると考ええる。

本研究で開発した循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度を用いることにより、看護師の患者教育の現状や課題を把握することができる。また、看護師の患者教育能力の自己評価に用いることができる。さらに、自己評価のみならず、他者評価にも用いることができる可能性も考えられた。本尺度を用い患者教育能力を評価し、例えば、看護過程の展開の不足や再発予防を目的に教育する能力の不足などが示された場合は、それらの能力を高めるための取り組みについて検討し、教育プログラムなどの作成に活用することも可能であると考ええる。

本研究に取り組むにあたり、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力を高めていくためには、看護師教育は不可欠であり、看護師教育で不足している部分や、強化すべき点などを明確にできる1つの指標となると考えた。ひいては、看護師教育のための教育プログラムの構築に発展し、看護師の患者教育能力の向上につながることを示唆された。

すなわち、本研究を通して開発された循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度は、看護師の循環器疾患患者への患者教育能力の向上に寄与することが可能であり、この尺度の活用を通して、循環器疾患患者の自己管理行動の獲得、ひいては

循環器疾患の再発予防に貢献できると考える.

第 VII 章 研究の限界と今後の課題

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力の評価指標としての妥当性は、横断的データによる基準関連妥当性（併存妥当性）の確認は行ったが、予測的妥当性や判別的妥当性が不十分であったことが本研究の限界として挙げられた。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度は、最終的に探索的因子分析の結果、41項目で確定された。今後は、本研究で開発した尺度を循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育や看護師教育プログラムの評価に活用していきたいと考える。

第 VIII 章 結 論

本研究において、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の開発を行った。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師に必要とされる能力に関して臨床の看護師を対象にインタビューを行い、質的帰納的分析を基盤として、質問項目を作成した。循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度の48項目を全国の循環器疾患患者に携わる看護師に調査し、探索的因子分析を行い、最終的に8因子41項目の尺度とした。本尺度は、8因子で構成され【患者との良好なコミュニケーションスキル】、【看護過程を展開する能力】、【家族へ対応する能力】、【再発予防を目的に教育する能力】、【患者教育のためのスキル】、【循環器領域の専門性への自己研鑽能力】、【多職種と協働する能力】、【循環器領域の専門知識の習得】と命名した。本研究において、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度は一定の信頼性と妥当性が検証された。

謝 辞

本研究を行うにあたり，研究に快く同意し協力いただきました研究対象者の方々に深く感謝申し上げます。また，本研究を進めるにあたりご理解とご協力を頂いた学校法人東北医科薬科大学病院院長をはじめ，看護局の方々へ心より感謝申し上げます。

そして，宮城大学大学院看護学研究科の吉田俊子教授には，本学博士課程入学から本研究の計画，論文作成に至るまで叱咤激励と多大なるご教示いただきました。さらに，本文作成にあたり副研究指導教員としてご指導いただきました高橋和子教授，質的分析においては，塩野悦子教授，統計学の視点よりご教授頂きました山田嘉明教授に感謝申し上げます。

最後になりましたが，現在所属している東北医科薬科大学病院は，本学に在職中に設置母体が変わり，看護管理者としての立場もあり学業に集中できないこともたくさんあり，何度も挫折しそうになりました。しかしながら，研究を継続することを支え助けていただいた先生方，大学院生の皆様，心配してくれた友人，家族に心より感謝申し上げます。

文 献

- 東ますみ．（2001）．看護職者の糖尿病患者に対する認識とその関連要因．大阪市立大学看護短期大学紀要．第3巻．1-7.
- 安梅勅江著．（2001）．ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開 第1版，医歯薬出版.
- Barbara Klug Redman. (1997) . *The practice of patient education* (third ed.) .
United States of America.
- 文部科学省．（平成23年3月11日）．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
出典
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/_icsFiles/afieldfile/201103/11/1302921_1_1.pdf
- DeVellis, R. F. (2003) . *Scale development theory and applications* (2nd ed.) .
pp. 94-96 , Thousand Oaks , CA:Sage.
- D.Verstraete and M.Meier. (1973) .Patient Education in a Health Sciences Center. *Minnesota Medicine*. 56. suppl. 2. pp135.
- ドナR. ファルブオ．津田司（監訳）(1992). 上手な患者教育の方法，医学書院
（Donna R. Falvo , R. N. , Ph. D. 1985. *EFFECTIVE PATIENT EDUCATION*. First ed.
Maryland. Aspen Publishers , Inc.） pp4-5 , 39-46 , 73, 152-153 .
- EJ. Moore. (1990) . Visiting Nursing American Journal of Nursing. 1. pp17-21.
- Fernandez RS1 , Griffiths R , Juergens C , Davidson P , Salamonson Y. (2006) .
Persistence of coronary risk factor status in participants 12 to 18 months
after percutaneous coronary intervention. *J Cardiovasc Nurs* , 21 (5) .
- 深田順子・鎌倉やよい・坂上貴之・百瀬由美子・布谷麻耶・藤野あゆみ・横矢ゆかり．
（2012）．地域高齢者における保健行動に関連した自己制御尺度の開発．日本看護科学学会誌，32（3）．85-95.
- 舟島なをみ監修．（2011）．看護実践・教育のための測定用具ファイル．医学書院．
- 後藤葉一．（2008）．わが国における急性心筋梗塞の診療に関する実態調査 PCIと心臓リハビリテーションの普及実態．日本冠疾患学会学会雑誌. 14.
- 服部美香・舟島なをみ．（2010）．看護師の問題解決行動自己評価尺度の開発．千葉看護

- 学会会誌, 16 (1) .9-16.
- 服部容子・多留ちえみ・宮脇郁子. (2010) 心不全患者のセルフモニタリングの概念分析. 日本看護科学学会誌. 30 (2)
- Griffiths, W. (1972) .Health Education Definitions, Problems, and Philosophies. *Health Education Monographs*, 31.12-14.
- 彦聖美・佐々木順子・金川克子・吉森由香利. (2010) . 糖尿病熟練看護師の語る実践しているケア. 石川看護雑誌, 7.23-33.
- 平松義博・野田善. (2011) . 地域連携の現状と課題. 日本心臓リハビリテーション学誌, 16 (1) .81-84.
- 廣瀬規代美・中西陽子・青山みどり・奥村亮子・二渡玉江. (2003) . 成人看護学実習におけるグループによる集団教育の学び. 群馬県立医療短期大学紀要, 10. p42-43.
- 堀啓造. (2005) . 因子分析における因子数決定法 - 平行分析を中心にして-. 香川大学経済論叢, 77 (4) .
- 池戸初枝・杉山裕章・松本佐恵子・中条郁子. (2006) . 病院・施設と在宅をつなぐ継続看護 月刊 総合ケア, 16, pp42-44
- 石岡薫・一戸とも子・阿部テル子・斎藤久美子・小倉能理子・西沢義子, ... 會津桂子. (2009) . 看護師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) .p85.
- 泉唯史. (2004) . 虚血性心疾患患者の生活の質 (Quality of Life) . 鈴鹿医療科学大学紀要, 11.
- J.M. Wollé. (1974) .Patient Education. *Journal of American College Health Association*, 22.231.
- 角口亜紀子. (2010) . 切れ目のない患者教育をめざして. 日本心臓リハビリテーション学会誌, 15 (1) .52-56.
- 加藤尚子. (2011) . 循環器疾患におけるセルフケアを考える, HEART1 (1) .165-174.
- 河口てる子. (2003) . 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, 生活者の視点, 教育の理論と技法, そして Professional Learning Climate, 看護研究, 36 (3), 3-11
- 河口てる子. (2010) . 患者教育の実践研究事例, 看護の教育的関わりモデル. インターナショナルナーシングレビュー, 33 (3) .116-121.

- 川上千普美・松岡緑・樗木晶子・長家智子・赤司千波・篠原純子・原頼子. (2006).
冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者の自己管理行動に影響する要因,
29 (4)
- Keiko Tasaki, Michiko Inagaki. Et al. (2006) .Development of a self-evaluation
tool for the teaching style of nurse in diabetes patient education-For
educational intercession with the goal of cultivating abilities of nurse who
are involved in professional diabetes nursing care- , *Journal of Tsuruma
Health Science Society Kanazawa University*, 30 (1) .41-53.
- 菊池昭江. (2013) . 専門看護師 (CNS) における職務上の自律性尺度の開発. 国際医療
福祉学会誌, 18 (2) .2235.
- 紺野裕・走井洋一・小池孝範・清多英羽・奥井現理. (2011) . 「教育」の概念の分析と
再構築に関する研究 (1) . 秋田大学教育文化学部紀要, 66, 25-26.
- 国民衛生の動向. (2016) . 厚生労働統計協会, 62 (9) .p68.
- 厚生労働省 (2010) 看護教育内容と方法に関する検討会報告書. (2011年3月23日)
出典
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf>
- 黒田裕子・船山美和子. (2000) . 在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者の生活管理意
識の実態と関連要因の探索, 日本看護研究学会誌23 (5) .13-26.
- 丸山育子・松成裕子・中山洋子・工藤真由美・石井邦子・石原昌, ... 黒田るみ.
(2011) . 看護系大学卒業時の看護実践能力を測定する「看護実践能力自己評価尺度
(CNCSS)」の適合度の検討. 福島県立医科大学看護学部紀要, (13) .11-18.
- 菅原亜希・吉田俊子・佐藤ゆか・大池真樹. (2010). 本邦の循環器看護における患者教
育の現状と課題. 13 (1) . 宮城大学看護学部紀要.
- Marlyn Duncan Boyd, Barbara A. Graham, Carol J. Gleit, Nancy I. Whitman. (1992) .
HEALTH TEACHING in NURSING PRACTICE (3rd. ed) .Stamford , CT.
- 松本千明. (2002) . 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎生活習慣病を中心
に. 医歯薬出版株式会社. P22-33.
- 松岡緑. (2009) . 循環器看護におけるヒューマンケアリング- 疾病の予防と治療をささ
える看護-. 日本循環器看護学会誌. 16 (1) .pp8-12 .
- 松尾尚美・岩岡美樹・井口巴・佐藤ゆか・大池真樹・吉田俊子. (2010). 欧米における

- 循環器疾患患者教育と看護師の役割 - 循環器患者教育に関する文献検討を通して - . 宮城大学看護学部紀要, 13 (1). 63.
- 松谷美和子・三浦友理子・平林優子・佐居由美・卯野木健・大隅香, ... 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), 18-27.
- マルカム・ノールズ. (1980/2002). 堀薫夫, 三輪健二 (監訳). 鳳書房.
- Mary N. Walsh, Ross J. Simpson, George JWan, Thomas W. Weiss, Charles M. Alexander, Leona E. Markson... and Thomas A. Pearson. (2002). Do Disease Management Programs for Patients With Coronary Heart Disease Make a Difference? Experiences of Nine Practices. *The AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE*. 937-946.
- 真下綾子・中谷喜美子・陣田泰子. (2011). 急性期施設における看護実践能力尺度の開発. 日本看護管理学会誌. 15 (1).
- 峯肇・井上映子・斎藤やよい. (2005). 看護職者の患者教育実施目的の捉え方と価値づけ. *The KITAKANTO medical journal* 55 (3), 235-241,
- 森山美知子・拓殖直子・古井祐司・中野真寿美・田久浩志・岩本晋. (2006). 医療機関における患者教育の実態及び疾病管理サービス利用意向に関する調査. 病院管理, 43 (1). 47-58.
- 中川雅子. (2008). 臨床看護教育の課題と展望. 京府医大誌, 117 (12). 941-946.
- 中村悦子・金子史代・清水みどり・石川操. (2005). 看護師の患者指導の機能に関する研究. 新潟青陵大学紀要, (5). 359-371.
- ナンシーI. ホイットマン・バーバラA. グレアム・キャロルJ. グレイト・マーリン ダンカン ボイド. 安酸史子 (監訳). (1996). ナースのための患者教育と健康教育. (pp9-19). 医学書院. (Barbara Klug Redman. (1997). *The practice of patient education* (third ed.) .United States of America.)
- 野原隆司. (2015年1月14日). 心血管疾患における心臓リハビリテーションに関するガイドライン. 出典 <http://www.j-circ.or.jp/guideline/index.htm>
- 日本看護協会 (2014年5月20日) 看護師クリニカルラダー
出典 <http://www.nurse.or.jp/nursing/jissen/kaihatsu/index.htmlsyutttemn>
- 日本看護協会 (2017年1月3日) 認定看護師
出典 <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>

- 日本循環器学会．（2015.1.23）循環器疾患診療実態調査
 出典 http://www.j-circ.or.jp/jittai_chosa/jittai_chosa2012web.pdf ,
- 小笠原知枝・松木光子．（2013）．これからの看護研究．ヌーヴェルヒロカワ.p63-64, 125-130.
- 小川久雄（平成28年12月2日）循環器疾患診療実態調査
 出典 日本循環器学会 <http://www.j-circ.or.jp/guideline/index.htm>
- 小倉能理子・阿部テル子・斉藤久美子・石岡薫・一戸とも子・工藤せい子，… 小林朱実（2009）．看護職者の患者指導に対する認識と実施状況．日本看護研究学会誌，32（2）.75-83.
- 岡谷恵子・河口てる子．（1996）．尺度・測定用具開発のプロセス，および日本版作（日本語訳）の手順．日本看護科学会誌，16（1）.21-27.
- 大池真樹・吉田俊子・佐藤ゆか・松尾尚美・岩岡美樹・井口巴，… 小山妙子．（2010）．わが国における患者教育に関する看護研究の動向と課題．宮城大学看護学部紀要，13（1）.37-43.
- 大井山果・松田愛美・北村佐和子・松原勇・多久和典子．（2012）．虚血性心疾患の予防を目指した看護職者による患者指導の研究－地域の医療機関を対象とした調査から－.石川看護雑誌，9.p40 .
- 大西弘高．（2010）．患者教育に関する医療者教育をどう改善すべきか．家庭医療，15（2）.46-53.
- Patricia Benner.井部俊子・井村真澄・上泉和子（訳）．（2002）．ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー，第1版第11刷，医学書院，（Patricia Benner.（1984）. *From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practic* , Addison-Wesley Publishing Company , Menlo Park.） .
- Pohl, M.L.Teaching activities of the nurse practitioner.Nursing Research, Winter 1965, 4（1）.4-11.
- P.Paul Heppner, Chris H.Petersen.（1982）.The Development and Implications of a Parsonal Problem-Solving Inventory. *Journal of Counseling Psychology* , 29（1） .
- 定廣和香子，舟島直美，杉森みど里．（1997）．看護場面における看護婦（士）行動に関する研究．千葉看護学会誌，3（1）.1-7.
- 定廣和香子・山下暢子．（2002）．看護問題対応行動自己評価尺度（OPSN）の開発．看護

- 研究, 35 (6) .15-26.
- 齋藤訓子. (2012) . 変わる! 地域医療のあり方. 看護, 64 (1) . 日本看護協会出版会. 38-42.
- 佐藤紀子・牛田貴子・内藤理英・出口昌子・土佐千栄子. (2007) . 「キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度 ver.3」の試み. 日本看護管理会誌, 10 (2) .3239.
- 関美奈子. (2009) . 代謝循環器系外来患者の健康認知を評価する簡易質問紙の開発. 日本看護研究学会雑誌, 32 (5) .63-73.
- Shirley Ann Clare , Michael Paul Sandys. (2002) . *Professional Nurse*.18. (1) .
- Simonds , S. (1976) .Health Education in the Mid-1970s:State of the Art. *In Preventive Medicine USA*.New York:Prodist.
- 高橋容子. (2010) . 看護師の患者教育実践力とその要因. 看護教育研究収録, 35 (3) .105-112.
- 高見知世子・森山美知子・中野真寿美・黒江ゆり子・任和子・森川浩子, ... 林静子. (2008) . セルフマネジメントスキルの獲得を目的とした2型糖尿病疾病管理プログラムの開発過程と施行の効果. 日本看護科学会誌, 28 (3) .59-68.
- 高瀬美由紀・寺岡幸子・宮腰由紀子・川田綾子. (2011) . 看護実践能力に関する概念分析 国外文献レビューを通して. 日本看護研究学会誌.34 (4) .
- 田島桂子. (2002) . 看護実践能力育成に向けた教育の基礎. 医学書院, p 75-76.
- 谷村千華, 森本美智子, 萩野浩. (2014) . 変形性膝関節症患者のセルフケア能力尺度の開発. 日本看護科学学会誌. 34.
- 多崎恵子・稲垣美智子・村井希代子・村角直子. (2007) . 看護師の糖尿病教育におけるロールモデルの存在と実践意欲の実態. 金大医保つるま保健学会 .30 (2) .pp61-69.
- 多崎恵子・稲垣美智子・松井希代子・村角直子. (2006) . 糖尿病患者教育に携わっている看護師の実践に対する思い. 金大医保つるま保健学会 .31 (1) .pp210-230.
- 戸村ひかり・永田智子・村嶋幸代. (2013) . 退院支援看護師の個別支援における職務行動能力評価尺度の開発. 日本看護科学学会誌.33 (3) .
- 筒井孝子・東野定律. (2012) . 地域包括ケアシステムにおける保険者機能評価するための尺度開発. 保健医療科学.61 (2) .pp4-112.
- 上野栄一. (2005) . 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発. 日本看護科学会誌, 25 (2) .

上野治香・山崎喜比古・石川ひろの．（2014）．日本の慢性疾患患者を対象とした服薬アドヒアランス尺度の信頼性及び妥当性の検討．日建教誌，22（1）．

脇田貴文．（2007）．尺度項目をつくる．質問紙調査の手順．ナカニシヤ出版．pp45-53.

吉岡さおり・小笠原知枝・中橋苗代・伊藤朗子・池内香織・河内文．（2009）．終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の開発．日本看護科学会誌，29.
（2）．

吉田俊子・佐藤ゆか・池亀俊美・大池真樹・瀬戸初江・柴崎可奈，…伊藤春樹.

（2010）．心臓リハビリテーションにおける患者教育と看護職の参画についての検討．日本心臓リハビリテーション学会誌．15（2）．

表 1. 対象者の背景

項目	
対象施設	A 県内300床以上循環器科標榜3施設
対象看護師	14名 (4~5名の3グループ)
平均年齢	33.5±6.5歳
看護師経験年数	11.5±6.7年
循環器経験年数	9±2年
所属	ICU 2名, 病棟 12名
役職	係長 1名, スタッフ 13名
インタビュー時間	平均90分

表 2. 循環器疾患の患者教育において看護師に必要とされる能力

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
1 個別性への対応能力	患者個々の疑問に答える	・集団指導ではなく、個別に対応する ・患者1人1人の疑問に応じる
	患者個々の理解力や必要性に応じて指導する	・事前に患者の理解度を確認する ・患者個々の理解力に応じて指導する ・患者個々の必要性に応じて時期を決める
	患者個々の疾患の特徴に応じて指導する	・患者の心疾患の特徴を理解する ・患者の心機能を理解する
	患者個々のリスクファクターに応じて指導する	・血圧・体重・水分・喫煙など
	患者個々の特性に応じて指導する	・家族背景・性格・生育過程・生活習慣・病気になった経緯など
2 情報共有能力	情報共有の重要性の理解	・指導をする際、患者の情報を共有することの重要性を理解している
	カンファレンスでの情報共有	・カンファレンスで患者情報を共有する ・カンファレンスで必要な指導について共有する ・カンファレンスで実施された指導について共有する
	記録による情報共有	・看護記録に記載され、誰もが情報を把握できる ・ICU～病棟～外来の継続した情報を記録している
3 教育スキル能力	わかりやすい工夫	・わかりやすい言葉で説明する ・医師の説明をわかりやすく解説する ・視覚的教材を用いる ・最初に話す要点を示す
	イメージしやすい工夫	・家での生活をイメージできるように説明する ・家での生活をイメージできるように質問する
	一方的にならない	・一方的にならないようにする ・押しつけないようにする
4 コミュニケーション能力	患者との信頼関係を作りながら必要な情報を引き出す	
	患者が話しやすい雰囲気を作る	
	患者の反応に傾聴し共感する	
5 患者の意欲促進能力	要点を絞る	・患者に必ず守ってもらいたいことだけを話す ・指導内容を最低限に抑える
	患者が飽きないようにする	・患者の集中力が途切れるサインを見逃さない ・患者が飽きたサインがあれば、指導を一旦やめる ・パンフレットの読み聞かせをしない
	否定しない	・あれもダメこれもダメと制限をしない ・患者が生活習慣について制限されていることを配慮する
	根拠を説明する	・指導内容を守らねばならない理由を説明する ・わかるまで繰り返し説明する
	早期に始める	・早期から血圧・体重等の自己管理記録をつけてもらう
	患者の準備状態を整える	・十分に休息をとっているか確認する ・事前に指導のインフォームドコンセントをする ・こちらの都合を押し付けない
6 家族対応能力	家族がどのくらい患者の生活を支えられるかを査定する	・家族構成と健康状態の把握 ・誰が食事を作るのか ・家族の協力は得られるのか
	必要時、家族への退院指導を行う	・自己管理できないようであれば家族への指導も行う ・家族とのスケジュール調整を行う ・家族の協力および家族への指導が必要な場合
7 再入院阻止能力	再入院しやすい患者の特性を理解している	・高齢者（長年の生活環境を配慮する、治す必然性がない）の特性を配慮する
	退院後に家族のいうことを聞かず、困っている家族に十分に配慮する	・症状が落ち着くと楽観的になる人が多いことを考慮する
	患者の不安や疑問には早々に対処するように促す	・家族から家での状況を把握する
	本人がどうしたいのかを話し合う	・重症にならないうちに早期に対応できるように働きかける
8 多職種連携能力	各職種との役割分担が整っている	・各職種の役割を理解している ・多職種における看護の役割を理解している ・多職種との指導マニュアルを作成して活用している
	必要時、多職種に指導を依頼する	
	多職種からの指導終了後に患者に確認する	
9 自己研鑽能力	自分で勉強する	・基本的知識の学習を積み重ねる ・本を読む
	患者との対応で身につける	
	他看護師や先輩から学ぶ	
	多職種から学ぶ	・先生の患者への説明を聞いたり、直接先生に聞いて、自分の判断力を養う ・栄養士、薬剤師、SWなど
	資格取得	

表 3. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度原案

第1段階原案	追加項目
<p>3 患者個々の社会背景、家族背景を情報収集している</p> <p>8 患者の病期(急性期・回復期・維持期)にあった指導内容を選択している</p> <p>9 教育に関する情報共有の重要性を理解している</p> <p>10 カンファレンスにより情報共有している</p> <p>11 診療記録により情報共有している</p> <p>12 チームで患者教育計画を評価している</p> <p>14 教育内容は患者の趣味や嗜好などを取り入れている</p> <p>15 教育内容の根拠について説明している</p> <p>16 患者に実行可能な内容を具体的に伝えている</p> <p>17 患者・家族の不安や疑問をいつでも解決できる機会をつくっている</p> <p>18 指導は患者の理解力に応じて繰り返し行っている</p> <p>19 患者と一緒に目標設定している</p> <p>20 患者が頑張っていることを認めて励ましている</p> <p>22 再入院しやすい患者の特性を理解している</p> <p>23 病気とどのようにつきあいたいのか本人と話し合っている</p> <p>24 症状が重症化する前に受診するタイミングを説明している</p> <p>25 患者とともに病状悪化の原因を考えている</p> <p>26 患者・家族へ病状悪化時の対応について説明</p> <p>27 退院前・退院後に血圧・脈拍・体重・症状に関するセルフモニタリングできるよう働きかけている</p> <p>28 教育を行うための同意を得ている</p> <p>29 患者が家での生活をイメージできるように説明している</p> <p>30 初めに教育内容の要点を示すようにしている</p> <p>31 患者にあった教材を選択している</p> <p>32 患者が話しやすい雰囲気をつくっている</p> <p>33 患者のプライバシーを配慮している</p> <p>34 患者のわずかな反応を見逃さないようにする</p> <p>35 患者の話を傾聴し共感する姿勢をもつことができる</p> <p>36 患者の疑問に答える姿勢を示すことができる</p> <p>37 わかり易い言葉で説明している</p> <p>38 患者の思いを引き出しながらコミュニケーションを図っている</p> <p>39 患者から質問があったときはすぐに答えられるようにしている</p> <p>40 家族構成を把握している</p> <p>41 患者のキーパーソンを把握している</p> <p>42 家族の健康状態を把握している</p> <p>43 家族の協力がどの程度得られるのか把握している</p> <p>44 家族が抱える不安について把握している</p> <p>45 家族が患者の病状について理解しているか確認している</p> <p>46 家族と指導日のスケジュールを調整している</p> <p>47 患者が家族と共にこれまでの生活を振り返ることができる機会をもつことができるように支援している</p> <p>48 ソーシャルサポートについて家族と検討している</p> <p>49 循環器疾患患者に関連する多職種連携の必要性を理解している</p> <p>50 多職種連携において看護の役割を理解している</p> <p>51 必要に応じ多職種に教育を依頼している</p> <p>52 多職種とカンファレンスしている</p> <p>53 入院中に行った教育内容を地域の保健・医療・福祉機関へ引き継ぐことができる</p> <p>54 循環器疾患の基本的な知識や技術を自ら学習している</p> <p>55 患者との関わりについて他の看護師の関わりから学んでいる</p> <p>56 多職種から知識・技術を学んでいる</p> <p>57 専門性の高い学会・研究会に積極的に参加している</p> <p>58 循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している</p> <p>59 学会・研究会で学んだことをスタッフと共有している</p> <p>60 循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している</p>	<p>1 患者の病態を把握している</p> <p>2 患者個々の冠危険因子を情報収集している</p> <p>4 患者個々の問題点を抽出している</p> <p>5 患者個々の教育計画を立案している</p> <p>6 患者個々の教育計画を実践している</p> <p>7 患者個々の教育計画を評価している</p> <p>13 患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている</p> <p>21 行動変容理論を活用して教育している</p>

表 4. 対象者概要 予備調査

n=183

項目		n	%
設置主体	公的医療機関	63	34.4
	国	1	0.5
	医療法人	14	7.7
	学校法人	30	16.4
	公益法人	32	17.5
	その他	43	23.5
病床数	199床以下	19	10.4
	200～299床	2	1.1
	300～499床	57	31.1
	500床以上	105	57.4
心リハ有無	施設基準Ⅰ	133	72.7
	施設基準Ⅱ	6	3.3
	施設基準無し	44	24.0
性別	男	10	5.5
	女	173	94.5
年齢	20代	73	39.9
	30代	63	34.4
	40代	37	20.2
	50代	7	3.8
	60代	3	1.6
看護師経験年数	2－4年未満	35	19.1
	4－6年未満	27	14.8
	6－8年未満	22	12.0
	8－10年未満	19	10.4
	10年以上	80	43.7
循環器経験年数	1－3年未満	65	35.5
	3－5年未満	43	23.5
	5－7年未満	29	15.8
	7年以上	46	24.6
専門資格有無	有り	12	7.0
	無し	170	93.0
有りの主な資格	慢性心不全看護認定看護師	4	33.3
	心臓リハ指導士	7	58.0
卒業した基礎教育	専門学校（2年課程）	30	16.4
	専門学校（3年課程）	94	61.4
	短期大学（3年課程）	10	5.5
	大学（4年制看護系）	42	23.0
	その他	6	3.3
所属する部署	内科病棟	19	10.7
	外科病棟	2	1.1
	混合病棟	87	48.9
	循環器科外来	34	19.1
	ICU	4	2.2
	救急室	25	14.0
	循環器単科病棟	7	3.9
役職有無	有り	37	20.2
	無し	146	79.8

表 5. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度

記述統計量 予備調査

n=183

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度 項目	度数	平均値	標準偏差
1 患者の病態を把握している	181	3.20	.502
2 患者個々の冠危険因子を情報収集している	181	3.22	.564
3 患者個々の社会背景、家族背景を情報収集している	181	3.21	.568
4 患者個々の問題点を抽出している	180	3.18	.541
5 患者個々の教育計画を立案している	181	2.98	.662
6 患者個々の教育計画を実践している	181	2.98	.645
7 患者個々の教育計画を評価している	179	2.91	.651
8 患者の病期（急性期・回復期・維持期）にあった指導内容を選択している	181	3.00	.667
9 教育に関する情報共有の重要性を理解している	181	3.28	.561
10 カンファレンスにより情報共有している	181	3.19	.622
11 診療記録により情報共有している	181	3.36	.567
12 チームで患者教育計画を評価している	181	2.85	.721
13 患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている	179	2.91	.656
14 教育内容は患者の趣味や嗜好などを取り入れている	181	2.69	.718
15 教育内容の根拠について説明している	179	3.02	.691
16 患者に実行可能な内容を具体的に伝えている	181	3.10	.676
17 患者・家族の不安や疑問をいつでも解決できる機会をつくっている	181	2.99	.645
18 指導は患者の理解力に応じて繰り返し行っている	181	3.13	.694
19 患者と一緒に目標設定している	181	2.71	.773
20 患者が頑張っていることを認めて励ましている	180	3.30	.642
21 行動変容理論を活用して教育している	180	2.51	.758
22 再入院しやすい患者の特性を理解している	181	3.05	.652
23 病気とどのようにつきあいたいのか本人と話し合っている	180	2.59	.658
24 症状が重症化する前に受診するタイミングを説明している	181	3.23	.729
25 患者とともに病状悪化の原因を考えている	181	2.99	.675
26 患者・家族へ病状悪化時の対応について説明	181	3.14	.684
27 退院前・退院後に血圧・脈拍・体重・症状に関するセルフモニタリングできるよう働きかけている	181	3.20	.743
28 教育を行うための同意を得ている	181	2.83	.806
29 患者が家での生活をイメージできるように説明している	181	3.03	.678
30 初めに教育内容の要点を示すようにしている	181	2.78	.735
31 患者にあった教材を選択している	181	2.57	.754
32 患者が話しやすい雰囲気をつくっている	181	3.17	.556
33 患者のプライバシーを配慮している	181	3.10	.625
34 患者のわずかな反応を見逃さないようにする	181	3.03	.536
35 患者の話を傾聴し共感する姿勢をもつことができる	181	3.25	.507
36 患者の疑問に答える姿勢を示すことができる	181	3.28	.507
37 わかり易い言葉で説明している	181	3.32	.534
38 患者の思いを引き出しながらコミュニケーションを図っている	180	3.24	.500
39 患者から質問があったときはすぐに答えられるようにしている	180	3.19	.560
40 家族構成を把握している	181	3.17	.646
41 患者のキーパーソンを把握している	181	3.36	.585
42 家族の健康状態を把握している	181	2.90	.700
43 家族の協力がどの程度得られるのか把握している	181	3.13	.581
44 家族が抱える不安について把握している	180	2.86	.577
45 家族が患者の病状について理解しているか確認している	181	2.90	.654
46 家族と指導日のスケジュールを調整している	181	2.86	.790
47 患者が家族と共にこれまでの生活を振り返ることができる機会をもつことができるように支援している	179	2.69	.655
48 ソーシャルサポートについて家族と検討している	179	2.70	.667
49 循環器疾患患者に関連する多職種連携の必要性を理解している	178	3.30	.600
50 多職種連携において看護の役割を理解している	179	3.20	.575
51 必要に応じ多職種に教育を依頼している	178	3.26	.739
52 多職種とカンファレンスしている	179	3.07	.804
53 入院中に行った教育内容を地域の保健・医療・福祉機関へ引き継ぐことができる	178	2.53	.838
54 循環器疾患の基本的な知識や技術を自ら学習している	179	3.16	.588
55 患者との関わりについて他の看護師の関わりから学んでいる	179	3.28	.553
56 多職種から知識・技術を学んでいる	178	3.13	.697
57 専門性の高い学会・研究会に積極的に参加している	179	2.55	.862
58 循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している	179	2.30	.785
59 学会・研究会で学んだことをスタッフと共有している	179	2.45	.801
60 循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している	179	2.01	.887
合計		179.97	24.28

表 6. 看護問題対応行動自己評価尺度 記述統計量 予備調査

n=183

看護問題対応行動自己評価尺度 項目	度数	平均値	標準偏差
1) 情報の組織化と活用による問題の探索と発見	177	18.25	3.71
1 家族や同僚から得た情報と観察した患者の状況を照らし合わせる	178	3.70	0.88
2 治療方針を考慮した上で、患者の要望を満たすように援助方法を決定する	178	3.56	0.80
3 患者に生じる問題を予測しながら援助する	177	3.74	0.85
4 事前に把握した情報を活かして援助方法を工夫する	178	3.76	0.81
5 家族の意見を取り入れながら援助方法を工夫する	178	3.51	0.87
2) 問題解決・回避のため患者生活・治療行動代行、症状緩和、生活機能維持、促進と個別化	178	18.37	3.92
6 患者自身が運動機能を発揮できるように日常生活を援助する	178	3.63	0.87
7 治療が円滑に進むように配慮しながら日常生活援助を行う	178	3.76	0.84
8 患者の知覚機能を刺激しながら日常生活を援助する	178	3.43	0.89
9 患者が入院生活になじめるように配慮しながら日常生活援助を行う	178	3.64	0.93
10 日常生活援助が患者の症状悪化の原因とならないようにする	178	3.90	0.88
3) 問題解決に向けた相互行為の円滑化	177	18.82	3.98
11 同席している家族にも援助の方法や内容を説明する	178	3.58	0.98
12 援助を実施する直前には患者や家族の意思を確認する	178	3.67	0.95
13 患者が理解しやすい言葉や表現を使って説明する	177	4.07	0.83
14 患者の発達段階を意識しながら話しかける方法や内容を選ぶ	177	3.79	0.91
15 非言語的コミュニケーションも活用して意思を伝える	177	3.71	0.93
4) 問題克服に向けた患者への心理支援	177	19.59	3.60
16 問題に取り組む患者の姿勢に関心を示す	177	3.77	0.84
17 問題をのりこえようとする患者の意欲を認める	177	3.90	0.82
18 意図的に患者の話す内容に耳を傾ける	177	3.99	0.76
19 患者の苦痛や恐怖に対し、いたわる態度を示す	177	3.99	0.78
20 患者が穏やかな気持ちになるような工夫をする	177	3.93	0.77
5) 問題解決への自己評価	176	17.35	3.82
21 患者の反応に手ごたえを感じる場合、その理由を検討する	177	3.37	0.90
22 援助方法が患者にあったかどうかを検討する	177	3.50	0.85
23 初めて出会った問題への対応方法を評価する	176	3.27	0.93
24 問題解決が困難な原因を明らかにする	177	3.50	0.83
25 援助の効果を示す患者の言動を観察する	177	3.71	0.82
合計	174	92.34	17.04

表 7. 患者教育能力評価尺度と看護問題対応行動相関分析

予備調査

n=183

看護問題対応行動自己評価総得点	0.792**
1) 情報の組織化と活用	0.725**
2) 問題解決・回避	0.729**
3) 相互行為の円滑化	0.741**
4) 心理支援	0.673**
5) 自己評価	0.665**

**P<0.01

表 8. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度

探索的因子分析（最尤法，プロマックス回転）予備調査

n=183

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度 項目	因子												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	X I	X II	X III
Q12.35 患者の話を傾聴し共感する姿勢をもつことができる	.835	.006	.041	-.022	.073	-.034	-.046	-.189	.108	.065	.093	.029	-.061
Q12.38 患者の思いを引き出しながらコミュニケーションを図っている	.823	-.270	-.001	.016	.045	.003	-.044	.155	.056	.063	.073	.066	-.086
Q12.36 患者の疑問に答える姿勢を示すことができる	.810	.125	-.016	-.023	.003	.032	-.055	-.102	-.097	.054	.005	.017	.114
Q12.37 わかり易い言葉で説明している	.714	.086	.043	-.096	-.090	.061	-.128	.088	.040	-.033	.006	-.019	.110
Q12.33 患者のプライバシーを配慮している	.680	-.170	.036	-.085	.040	-.069	.136	-.195	-.080	.077	.396	.017	.004
Q12.34 患者のわずかな反応を見逃さないようにする	.618	-.057	.072	.124	-.004	-.007	-.013	.082	-.149	-.188	.148	.072	.057
Q12.32 患者が話しやすい雰囲気をつくっている	.530	-.045	-.020	-.008	-.019	-.074	.037	.113	.065	.054	.251	.050	.077
Q12.39 患者から質問があったときはすぐに答えられるようにしている	.519	.149	-.055	.194	.085	.064	-.062	.107	.023	-.100	-.131	.264	-.333
Q12.22 再入院しやすい患者の特性を理解している	.438	.351	-.067	.122	.058	.072	.158	-.035	.159	-.264	-.130	-.115	.007
Q12.26 患者・家族へ病状悪化時の対応について説明している	-.107	.962	.103	.037	-.042	.001	-.013	-.043	-.003	-.118	.083	-.060	-.015
Q12.24 症状が重症化する前に受診するタイミングを説明している	.012	.898	-.110	.008	-.016	.017	-.002	-.094	.087	-.088	-.012	.043	.020
Q12.27 退院前・退院後に血圧・脈拍・体重・症状に関するセルフモニタリングができるよう働きかけている	-.117	.877	.035	.018	.059	-.031	-.155	-.088	.077	.105	.093	-.080	.024
Q12.25 患者とともに病状悪化時の原因を考えている	.193	.726	-.006	.056	.011	.011	.089	-.094	-.001	-.120	.086	-.012	-.065
Q12.16 患者に実行可能な内容を具体的に伝えている	-.040	.479	-.151	.013	-.048	.069	-.101	.432	-.070	-.004	.090	.184	.073
Q12.29 患者が家で生活をイメージできるように説明している	.148	.416	.016	.035	-.033	-.111	.087	.047	-.040	.180	.112	.140	-.110
Q12.20 患者が頑張っていることを認めて励ましている	.197	.370	-.135	-.061	-.045	-.134	.203	.092	-.075	.205	-.075	.017	.138
Q12.18 指導は患者の理解力に応じて繰り返して行っている	.093	.292	-.018	-.149	.087	.078	.010	.126	.020	.179	-.082	.217	.109
Q12.17 患者・家族の不安や疑問をいつでも解決できる機会をつくっている	.101	.248	.071	-.091	-.013	.044	.187	.168	.040	-.125	-.075	.202	.134
Q12.44 家族が抱える不安について把握している	.064	-.188	.748	-.055	.009	.031	-.019	.101	.057	-.013	.186	.157	-.002
Q12.45 家族が患者の病状について理解しているか確認している	.045	-.061	.746	-.052	-.069	.014	.044	.097	-.067	.105	-.036	.155	.118
Q12.48 ソーシャルサポートについて家族と検討している	-.041	.209	.407	-.067	.045	.073	-.092	-.007	.096	.055	.215	.020	-.077
Q12.46 家族と指導日のスケジュールを調整している	.053	.208	.403	-.266	.025	-.010	.095	-.073	.045	-.038	.081	.131	.086
Q12.2 患者個々の冠危険因子を情報収集している	.026	-.038	-.141	.809	-.008	.033	.103	-.002	-.039	.171	-.016	.186	-.096
Q12.1 患者の病態を把握している	.141	.020	-.087	.693	.000	-.015	.088	-.089	-.043	.221	-.122	.081	.022
Q12.3 患者個々の社会背景、家族背景を情報収集している	-.242	.188	.009	.606	.125	-.083	.039	-.114	.047	-.006	.068	.139	.272
Q12.7 患者個々の教育計画を評価している	.057	.010	-.006	-.098	.892	.035	.003	.079	-.050	-.025	.004	.058	-.085
Q12.6 患者個々の教育計画を実践している	.004	.044	-.031	.052	.826	.008	-.030	.139	-.146	.100	.095	-.080	-.004
Q12.5 患者個々の教育計画を立案している	.023	-.075	.015	.095	.817	-.051	.124	.099	-.011	-.020	.031	-.143	.040
Q12.8 患者の病期(急性期・回復期・維持期)にあった指導内容を選択している	.033	.103	.111	.167	.362	.105	-.042	.123	-.006	-.037	-.065	.013	.233
Q12.4 患者個々の問題点を抽出している	.056	.057	.021	.296	.341	-.070	-.045	-.053	.097	.019	.126	-.010	.308
Q12.57 専門性の高い学会・研究会に積極的に参加している	.015	-.067	.064	-.049	.058	.854	-.094	-.117	-.008	.243	-.029	-.026	.096
Q12.59 学会・研究会で学んだことをスタッフと共有している	.038	.027	-.015	-.076	-.002	.804	.042	.007	.061	.001	-.009	-.010	.085
Q12.58 循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している	-.025	-.009	.050	.035	-.013	.776	.242	.001	-.015	-.132	.030	-.094	-.077
Q12.60 循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している	-.009	.034	-.038	.076	-.042	.643	-.021	.080	-.151	-.022	.274	.059	-.088
Q12.19 患者と一緒に目標設定している	-.059	-.073	-.104	-.069	.034	.015	.859	-.021	.141	-.163	-.069	.247	.197
Q12.21 行動変容理論を活用して教育している	-.093	-.088	-.027	.166	.035	.107	.847	-.012	.037	-.145	-.071	.017	-.049
Q12.30 初めに教育内容の要点を示すようにしている	-.074	.050	.215	.060	.056	-.102	.472	.324	-.043	.257	-.174	-.109	-.178
Q12.28 教育を行うための同意を得ている	.008	.267	.202	-.088	.031	-.027	.439	-.130	-.058	.396	-.041	-.196	-.164
Q12.31 患者にあった教材を選択している	.168	-.082	.146	.112	-.057	.051	.393	-.152	-.035	.100	.273	.071	.042
Q12.23 病気とどのようにつきあいたいのか本人と話し合っている	.312	.096	-.029	-.017	.006	.073	.354	.255	-.058	-.147	.150	-.237	.102
Q12.47 患者が家族と共にこれまでの生活を振り返ることができる機会をもつことができるように支援している	-.127	.246	.277	.115	-.022	-.031	.318	-.085	-.099	.110	.124	-.028	.117
Q12.13 患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている	-.048	-.092	.089	-.086	.185	.050	-.012	.731	.112	-.105	-.080	.114	-.010
Q12.12 チームで患者教育計画を評価している	.107	-.170	.020	-.086	.215	-.065	-.049	.705	.011	-.024	-.004	-.191	.087
Q12.15 教育内容の根拠について説明している	-.019	.263	-.010	.040	-.084	.012	-.028	.625	-.141	.146	.042	-.004	.062
Q12.14 教育内容は患者の趣味や嗜好などを取り入れている	-.203	-.050	.075	.024	-.099	.090	.300	.555	.111	-.108	.218	-.005	.047
Q12.10 カンファレンスにより情報共有している	.039	-.039	.009	.035	-.034	-.121	-.047	.396	-.017	.057	-.056	.187	.227
Q12.49 循環器疾患患者に関連する多職種連携の必要性を理解している	.033	.074	.055	-.009	-.188	-.046	.061	-.021	.869	-.005	-.095	.024	.141
Q12.51 必要に応じ多職種に教育を依頼している	-.087	.077	-.017	-.110	.119	-.042	.113	.066	.508	.201	.071	.111	-.055
Q12.50 多職種連携において看護の役割を理解している	.201	.111	.105	.135	-.156	-.100	-.163	.227	.479	.147	.272	-.216	.038
Q12.52 多職種とカンファレンスしている	-.089	-.036	-.104	-.040	.180	.054	.114	-.040	.404	.219	.290	.069	-.016
Q12.55 患者との関わりについて他の看護師の関わりから学んでいる	.006	-.089	.048	.208	.032	-.017	-.117	-.020	.085	.951	-.056	-.222	.112
Q12.56 多職種から知識・技術を学んでいる	.028	-.003	-.103	.186	-.016	.165	.007	.023	.238	.571	.085	.022	-.149
Q12.54 循環器疾患の基本的な知識や技術を自ら学習している	.126	-.066	.082	.271	-.134	.268	-.082	-.090	.017	.471	-.131	.038	.224
Q12.53 入院中に行った教育内容を地域・医療・福祉機関へ引き継ぐことができる	.082	.269	.224	-.068	.068	.095	-.170	.070	.047	-.116	.651	-.065	-.074
Q12.11 診療記録により情報共有している	.252	-.021	.007	.156	.034	-.081	.013	.175	.020	.205	-.314	.003	.232
Q12.41 患者のキーパーソンを把握している	.145	-.050	.177	.219	-.112	-.016	.082	-.061	.015	-.218	-.046	.822	-.058
Q12.40 家族構成を把握している	.024	-.079	.238	.310	-.070	-.056	-.016	.072	.009	-.040	-.006	.592	-.041
Q12.43 家族の協力がどの程度得られるか把握している	.026	.092	.373	.071	.112	-.077	-.028	-.099	.092	-.013	-.080	.588	-.139
Q12.42 家族の健康状態を把握している	-.037	.146	.277	.096	.045	.036	-.061	-.026	-.101	-.116	.155	.517	.001
Q12.9 教育に関する情報共有の重要性を理解している	.101	.053	.030	.066	-.008	.029	.022	.175	.082	.083	-.081	-.088	.637

因子	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	X I	X II	X III
I	.619												
II	.500	.521											
III	.467	.386	.345										
IV	.534	.569	.382	.357									
V	.249	.232	.189	.283	.202								
VI	.488	.663	.492	.122	.492	.195							
VII	.582	.682	.467	.379	.523	.321	.584						
VIII	.439	.501	.347	.379	.403	.246	.233	.469					
IX	.595	.619	.401	.278	.426	.252	.527	.519	.463				
X	.147	.340	.217	.038	.282	.151	.396	.275	.232	.389			
X I	.534	.655	.394	.282	.536	.171	.493	.583	.460	.666	.330		
X II	.355	.477	.256	.251	.440	.093	.360	.340	.323	.392	.301	.483	

表 9. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度

探索的因子分析（最尤法，プロマックス回転）予備調査

n=183

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度 項目	因子									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Q12_38 患者の思いを引き出しながらコミュニケーションを図っている	.833	-.233	.030	-.001	.010	.191	.009	-.060	.091	.000
Q12_35 患者の話を傾聴し共感する姿勢をもつことができる	.822	.045	.033	-.048	-.019	-.097	.057	-.041	.104	-.020
Q12_36 患者の疑問に答える姿勢を示すことができる	.791	.118	-.070	.002	.025	-.104	.017	.078	-.002	.012
Q12_37 わかり易い言葉で説明している	.728	.092	.011	.036	-.082	.121	-.115	-.101	-.011	.042
Q12_39 患者から質問があったときはすぐに答えられるようにしている	.534	.038	.027	.060	.309	.092	.021	-.090	-.167	.053
Q12_34 患者のわずかな反応を見逃さないようにする	.532	-.015	.128	-.006	.106	.025	.088	-.075	-.158	.037
Q12_33 患者のプライバシーを配慮している	.523	-.037	.165	-.030	-.162	-.197	.160	.116	.137	-.056
Q12_32 患者が話しやすい雰囲気をつくっている	.461	.123	.058	-.072	-.050	.130	.038	.026	.185	-.049
Q12_22 再入院しやすい患者の特性を理解している	.442	.352	-.091	.102	.137	.001	.009	.064	-.218	-.005
Q12_26 患者・家族へ病状悪化時の対応について説明している	-.041	.917	.081	-.026	.062	-.031	-.081	.077	-.112	-.081
Q12_24 症状が重症化する前に受診するタイミングを説明している	.069	.878	-.134	-.010	.056	-.032	-.030	.014	-.053	.013
Q12_27 退院前・退院後に血圧・脈拍・体重・症状に関するセルフモニタリングできるよう働きかけている	-.066	.803	-.043	-.044	.042	-.091	.014	.052	.143	-.008
Q12_25 患者とともに病状悪化時の原因を考えている	.227	.746	.035	-.014	.079	-.044	-.010	.065	-.095	-.123
Q12_16 患者に実行可能な内容を具体的に伝えていく	-.001	.455	-.076	.037	.059	.433	-.013	-.077	.068	.022
Q12_29 患者が家での生活をイメージできるように説明している	.153	.386	-.094	-.074	-.057	.045	-.053	.265	.161	.190
Q12_53 入院中に行った教育内容を地域の保健・医療・福祉機関へ引き継ぐことができる	.029	.376	.322	.151	-.222	.002	.099	-.146	.125	-.044
Q12_44 家族が抱える不安について把握している	.079	-.144	.989	-.023	.008	.065	-.034	-.010	.003	-.086
Q12_45 家族が患者の病状について理解しているか確認している	.077	-.118	.798	-.032	.082	.011	-.100	.199	-.020	.037
Q12_48 ソーシャルサポートについて家族と検討している	.006	.206	.566	.073	-.046	-.036	-.019	-.067	.100	-.097
Q12_43 家族の協力がどの程度得られるか把握している	.074	.045	.400	-.100	.125	-.013	.057	-.012	.003	.330
Q12_46 家族と指導日のスケジュールを調整している	.054	.174	.351	.012	-.278	-.089	.064	.164	-.043	.236
Q12_58 循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している	-.013	.007	.088	.825	.046	.001	-.011	.092	-.196	-.089
Q12_57 専門性の高い学会・研究会に積極的に参加している	.016	-.138	-.075	.812	.005	-.102	.027	.019	.240	.103
Q12_59 学会・研究会で学んだことをスタッフと共有している	.052	-.011	-.015	.807	-.045	.062	.003	-.041	.044	.019
Q12_60 循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している	-.059	.051	-.003	.678	-.010	.005	.015	-.027	.010	.049
Q12_2 患者個々の冠危険因子を情報収集している	.010	.029	-.054	.027	.785	-.016	.056	-.022	.137	.028
Q12_1 患者の病態を把握している	.132	.021	-.065	-.029	.714	-.108	.040	.051	.152	.046
Q12_3 患者個々の社会背景・家族背景を情報収集している	-.246	.345	.123	-.091	.538	-.102	.219	-.153	.129	.072
Q12_13 患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている	.043	-.098	.036	.030	-.058	.787	.093	-.035	-.041	.085
Q12_12 チームで患者教育計画を評価している	.134	-.153	-.071	-.077	-.104	.650	.160	.019	.051	-.037
Q12_14 教育内容は患者の趣味や嗜好などを取り入れている	-.175	.128	.202	.094	-.061	.601	-.062	.113	.023	-.098
Q12_15 教育内容の根拠について説明している	.031	.206	-.023	-.007	.062	.501	-.067	.167	.081	-.020
Q12_10 カンファレンスにより情報共有している	.020	.020	-.111	-.117	-.045	.378	.011	-.026	.145	.330
Q12_6 患者個々の教育計画を実践している	.017	-.005	.006	.017	.130	.055	.850	.017	.046	-.111
Q12_5 患者個々の教育計画を立案している	.036	-.048	-.042	-.024	.111	.061	.829	.068	-.012	-.033
Q12_7 患者個々の教育計画を評価している	.104	-.045	-.051	.034	-.031	.095	.817	-.004	-.025	.046
Q12_28 教育を行うための同意を得ている	.009	-.117	-.018	.001	-.118	-.132	-.012	.758	.201	.011
Q12_30 初めに教育内容の要点を示すようにしている	-.026	-.019	.124	-.087	.126	.264	-.014	.608	.045	-.070
Q12_21 行動変容理論を活用して教育している	-.115	.045	.066	.139	.095	.131	.119	.446	-.148	-.062
Q12_19 患者と一緒に目標設定している	-.086	.196	-.045	.054	-.144	.170	.141	.392	-.034	.188
Q12_55 患者との関わりについて他の看護師の関わりから学んでいる	.049	-.136	.030	-.073	.261	-.037	.000	.158	.800	-.110
Q12_56 多職種から知識・技術を学んでいる	.051	.022	-.050	.137	.185	.097	-.061	.067	.644	-.061
Q12_52 多職種とカンファレンスしている	-.087	.214	.041	.046	-.092	.128	.190	-.102	.497	-.064
Q12_54 循環器疾患の基本的な知識や技術を自ら学習している	.125	-.061	.048	.218	.347	-.110	-.122	.044	.393	.080
Q12_49 循環器疾患患者に関連する多職種連携の必要性を理解している	.073	.252	.168	-.052	.080	.143	-.162	-.216	.307	.055
Q12_41 患者のキーパーソンを把握している	.081	-.035	-.068	.063	.033	-.003	-.074	-.009	-.156	1.015
Q12_40 家族構成を把握している	-.056	-.107	.087	-.004	.206	.046	-.021	.009	.016	.733
Q12_42 家族の健康状態を把握している	-.090	.166	.268	.039	.059	-.061	.125	-.011	-.065	.386
I										
II	.553									
III	.580	.448								
IV	.568	.671	.412							
V	.216	.220	.196	.207						
VI	.547	.684	.484	.639	.291					
VII	.459	.532	.317	.471	.163	.539				
VIII	.468	.456	.358	.448	.150	.451	.346			
IX	.516	.581	.318	.552	.297	.480	.342	.242		
X	.413	.446	.434	.404	.136	.445	.240	.258	.383	

表 10. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の
患者教育能力評価尺度の信頼係数 予備調査

n=183

	Cronbach α 係数	項目数
第 I 因子	0.896	9
第 II 因子	0.889	7
第 III 因子	0.839	5
第 IV 因子	0.848	4
第 V 因子	0.827	3
第 VI 因子	0.915	5
第 VII 因子	0.797	4
第 VIII 因子	0.791	4
第 IX 因子	0.813	5
第 X 因子	0.809	3
全体	0.961	48

表 11. 対象者概要 本調査

n=673

項目		n	%
設置主体	公的医療機関	292	43.4
	国	46	6.8
	医療法人	108	16.0
	学校法人	67	10.0
	公益法人	38	5.6
	その他	102	15.2
病床数	199床以下	90	13.4
	200～299床	71	10.5
	300～499床	189	28.1
	500床以上	313	46.5
心リハ有無	施設基準Ⅰ	287	42.6
	施設基準Ⅱ	28	4.2
	施設基準無し	219	32.5
性別	男	55	8.2
	女	618	91.8
年齢	20代	227	33.7
	30代	270	40.1
	40代	139	20.7
	50代	35	5.2
看護師経験年数	2－4年未満	130	19.3
	4－6年未満	78	11.6
	6－8年未満	63	9.4
	8－10年未満	64	9.5
	10年以上	338	50.2
循環器経験年数	1－3年未満	220	32.7
	3－5年未満	143	21.3
	5－7年未満	106	15.8
	7年以上	200	29.9
専門資格有無	有り	48	7.1
	無し	603	89.6
有りの主な資格	慢性心不全看護認定看護師	11	22.9
	心臓リハ指導士	9	18.7
卒業した基礎教育	専門学校（2年課程）	91	13.5
	専門学校（3年課程）	372	56.2
	短期大学（3年課程）	54	8.0
	大学（4年制看護系）	132	19.6
	その他	14	2.1
所属する部署	循環器内科（単科）	185	27.5
	心臓血管外科（単科）	19	2.8
	ICU	47	7.0
	一般内科	22	3.3
	救急室	4	0.6
	循環器・心臓血管外科混合	278	41.3
	CCU	25	3.7
	循環器科外来	13	1.9
その他		77	11.4
役職有無	有り	111	16.5
	無し	558	82.9

表 12. 循環器疾患患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度 記述統計量 本調査 n=673

循環器疾患患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度 項目	度数	平均値	標準偏差
Q12_1 再入院しやすい患者の特性を理解している	665	3.17	.519
Q12_2 患者が話しやすい雰囲気をつくっている	665	3.19	.506
Q12_3 患者のわずかな反応を見逃さないようにする	665	3.06	.535
Q12_4 患者のプライバシーを配慮している	666	3.24	.569
Q12_5 患者から質問があったときはすぐに答えられるようにしている	666	3.20	.550
Q12_6 カンファレンスにより情報共有している	665	3.10	.654
Q12_7 患者のキーパーソンを把握している	666	3.20	.591
Q12_8 わかり易い言葉で説明している	666	3.42	.526
Q12_9 患者の疑問に答える姿勢を示すことができる	665	3.37	.522
Q12_10 家族の協力がどの程度得られるのかを把握している	666	3.01	.612
Q12_11 家族が患者の病状について理解しているか確認している	666	2.94	.631
Q12_12 家族が抱える不安について把握している	665	2.80	.614
Q12_13 患者の話を傾聴し共感する姿勢をもつことができる	665	3.37	.531
Q12_14 家族構成を把握している	666	2.94	.663
Q12_15 循環器疾患の基本的な知識や技術を自ら学習している	665	3.17	.549
Q12_16 患者個々の社会背景、家族背景を情報収集している	663	3.02	.592
Q12_17 患者の病態を把握している	665	3.20	.522
Q12_18 患者個々の冠危険因子を情報収集している	666	3.08	.602
Q12_19 患者が家での生活をイメージできるように説明している	670	2.97	.634
Q12_20 患者とともに病状悪化の原因を考えている	670	2.90	.645
Q12_21 退院前・退院後に血圧・脈拍・体重・症状に関するセルフモニタリングできるように働きかけている	668	3.02	.749
Q12_22 症状が重症化する前に受診するタイミングを説明している	668	3.15	.700
Q12_23 患者・家族へ病状悪化時の対応について説明している	669	3.04	.723
Q12_24 患者の思いを引き出しながらコミュニケーションを図っている	669	3.14	.595
Q12_25 循環器疾患患者に関連する多職種連携の必要性を理解している	670	3.25	.591
Q12_26 入院中に行った教育内容を地域の保健・医療・福祉機関へ引き継ぐことができる	668	2.56	.805
Q12_27 家族の健康状態を把握している	670	2.53	.699
Q12_28 ソーシャルサポートについて家族と検討している	668	2.66	.711
Q12_29 多職種とカンファレンスをしている	669	2.91	.759
Q12_30 多職種から知識・技術を学んでいる	668	2.84	.684
Q12_31 患者との関わりについて他の看護師の関わりから学んでいる	668	3.21	.574
Q12_32 患者と一緒に目標設定をしている	670	2.69	.730
Q12_33 行動変容理論を活用して教育をしている	667	2.32	.778
Q12_34 初めに教育内容の要点を示すようにしている	670	2.49	.755
Q12_35 教育を行うための同意を得ている	670	2.53	.837
Q12_36 患者に実行可能な内容を具体的に伝えている	670	2.89	.687
Q12_37 患者個々の教育計画を立案している	662	2.71	.765
Q12_38 患者個々の教育計画を実践している	662	2.70	.746
Q12_39 患者個々の教育計画を評価している	661	2.67	.760
Q12_40 教育内容の根拠について説明している	661	2.62	.772
Q12_41 家族と指導日のスケジュールを調整している	662	2.53	.803
Q12_42 教育内容は患者の趣味や嗜好などを取り入れている	660	2.54	.763
Q12_43 患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている	661	2.64	.714
Q12_44 チームで患者教育計画を評価している	664	2.60	.824
Q12_45 専門性の高い学会・研究会に積極的に参加している	661	2.30	.807
Q12_46 学会・研究会で学んだことをスタッフと共有している	664	2.29	.801
Q12_47 循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している	662	2.13	.804
Q12_48 循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している	663	1.97	.880
合計	626	137.34	19.39

表 13. 看護問題対応行動自己評価尺度 記述統計量 本調査

n=673

看護問題対応行動自己評価尺度 項目	度数	平均値	標準偏差
1) 情報の組織化と活用による問題の探索と発見			
1 家族や同僚から得た情報と観察した患者の状況を照らし合わせる	651	3.63	0.89
2 治療方針を考慮した上で、患者の要望を満たすように援助方法を決定する	650	3.54	0.85
3 患者に生じる問題を予測しながら援助する	652	3.71	0.84
4 事前に把握した情報を活かして援助方法を工夫する	652	3.69	0.84
5 家族の意見を取り入れながら援助方法を工夫する	652	3.41	0.91
2) 問題解決・回避のため患者生活・治療行動代行、症状緩和、生活機能維持、促進と個別化			
6 患者自身が運動機能を発揮できるように日常生活を援助する	652	3.68	0.84
7 治療が円滑に進むように配慮しながら日常生活援助を行う	652	3.81	0.81
8 患者の知覚機能を刺激しながら日常生活を援助する	652	3.46	0.90
9 患者が入院生活になじめるように配慮しながら日常生活援助を行う	651	3.59	0.90
10 日常生活援助が患者の症状悪化の原因とならないようにする	652	3.86	0.88
3) 問題解決に向けた相互行為の円滑化			
11 同席している家族にも援助の方法や内容を説明する	652	3.63	0.94
12 援助を実施する直前には患者や家族の意思を確認する	652	3.73	0.92
13 患者が理解しやすい言葉や表現を使って説明する	652	4.07	0.79
14 患者の発達段階を意識しながら話しかける方法や内容を選ぶ	651	3.77	0.92
15 非言語的コミュニケーションも活用して意思を伝える	651	3.68	0.91
4) 問題克服に向けた患者への心理支援			
16 問題に取り組む患者の姿勢に関心を示す	663	3.71	0.88
17 問題をのりこえようとする患者の意欲を認める	663	3.83	0.87
18 意図的に患者の話す内容に耳を傾ける	663	3.94	0.79
19 患者の苦痛や恐怖に対し、いたわる態度を示す	663	3.97	0.80
20 患者が穏やかな気持ちになるような工夫をする	663	3.86	0.83
5) 問題解決への自己評価			
21 患者の反応に手ごたえを感じる場合、その理由を検討する	663	3.34	0.97
22 援助方法が患者にあったかどうかを検討する	664	3.53	0.91
23 初めて出会った問題への対応方法を評価する	663	3.31	0.94
24 問題解決が困難な原因を明らかにする	664	3.48	0.88
25 援助の効果を示す患者の言動を観察する	664	3.62	0.85
合計	642	91.8	16.55

表 14. 患者教育能力評価尺度と看護問題対応行動相関分析
本調査 n=673

看護問題対応行動自己評価総得点	0.659**
1) 情報の組織化と活用	0.576**
2) 問題解決・回避	0.525**
3) 相互行為の円滑化	0.600**
4) 心理支援	0.835**
5) 自己評価	0.584**

**P<0.01

表 15. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度

探索的因子分析（最尤法，プロマックス回転） 本調査

n=673

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度 項目	因子							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Q12_4 患者のプライバシーを配慮している	.793	.080	-.166	-.153	.122	-.019	-.030	-.102
Q12_9 患者の疑問に答える姿勢を示すことができる	.667	-.030	.139	-.056	-.008	-.099	.087	.109
Q12_8 わかり易い言葉で説明している	.632	-.004	.075	.028	-.126	-.054	.048	.119
Q12_2 患者が話しやすい雰囲気をつくっている	.620	-.103	-.004	.116	.118	.015	-.110	-.055
Q12_13 患者の話を傾聴し共感する姿勢をもつことができる	.611	-.028	.118	-.078	.067	-.058	.049	.090
Q12_5 患者から質問があったときはすぐに答えられるようにしている	.584	.089	.047	-.041	-.091	.037	.043	.114
Q12_3 患者のわずかな反応を見逃さないようにする	.541	-.002	.066	.057	-.084	.105	-.030	-.001
Q12_1 再入院しやすい患者の特性を理解している	.231	-.019	.120	.190	-.086	.009	.033	.145
Q12_37 患者個々の教育計画を立案している	-.019	.997	.019	.016	-.112	-.011	-.018	.025
Q12_38 患者個々の教育計画を実践している	.013	.977	.001	.039	-.046	-.033	-.014	.010
Q12_39 患者個々の教育計画を評価している	.031	.887	.013	-.033	.038	-.055	.023	.007
Q12_40 教育内容の根拠について説明している	.005	.471	-.015	.139	.210	.039	-.007	.025
Q12_44 チームで患者教育計画を評価している	.016	.314	-.071	.073	.219	.131	.146	-.053
Q12_10 家族の協力がどの程度得られるのかを把握している	.169	.018	.872	-.089	-.119	.001	-.070	-.056
Q12_14 家族構成を把握している	-.080	.013	.807	-.053	-.121	.011	.051	.171
Q12_11 家族が患者の病状について理解しているか確認している	.143	.032	.765	.002	.002	.052	-.200	-.031
Q12_12 家族が抱える不安について把握している	.147	.030	.698	.063	-.014	.024	-.157	-.121
Q12_7 患者のキーパーソンを把握している	.023	.006	.693	-.074	-.119	-.110	.077	.143
Q12_16 患者個々の社会背景、家族背景を情報収集している	.008	-.060	.635	.002	.052	-.009	.029	.230
Q12_27 家族の健康状態を把握している	-.052	-.032	.440	.073	.141	.040	.222	-.095
Q12_22 症状が重症化する前に受診するタイミングを説明している	-.004	.046	-.128	1.088	-.169	-.014	-.077	.086
Q12_23 患者・家族へ病状悪化時の対応について説明している	-.098	.043	.100	.967	-.037	-.054	-.157	.003
Q12_21 退院前・退院後に血圧・脈拍・体重・症状に関するセルフモニタリングできるように働きかけている	.067	.082	-.126	.770	.029	-.019	-.039	.013
Q12_24 患者の思いを引き出しながらコミュニケーションを図っている	.315	-.058	.048	.427	.130	-.003	-.029	-.039
Q12_20 患者とともに病状悪化の原因を考えている	.011	-.028	.129	.395	.292	.011	-.059	.059
Q12_19 患者が家での生活をイメージできるように説明している	.111	-.092	.152	.388	.208	-.034	.001	-.009
Q12_28 ソーシャルサポートについて家族と検討している	-.162	-.063	.324	.327	.071	-.041	.325	-.147
Q12_34 初めに教育内容の要点を示すようにしている	-.065	-.035	-.101	-.039	.983	-.022	.001	.128
Q12_35 教育を行うための同意を得ている	.046	.068	-.149	-.116	.902	-.060	-.012	-.012
Q12_33 行動変容理論を活用して教育をしている	.018	-.047	-.001	-.104	.810	.164	-.076	.055
Q12_36 患者に実行可能な内容を具体的に伝えている	.092	.036	-.085	.298	.518	-.075	-.003	.078
Q12_32 患者と一緒に目標設定をしている	-.010	.042	.096	.162	.413	.023	.103	-.011
Q12_43 患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている	-.060	.246	.014	.157	.342	.050	.075	.092
Q12_41 家族と指導日のスケジュールを調整している	-.089	.156	.180	.041	.250	.028	.217	-.157
Q12_42 教育内容は患者の趣味や嗜好などを取り入れている	-.075	.213	.128	.128	.244	.150	.041	-.002
Q12_45 専門性の高い学会・研究会に積極的に参加している	-.015	-.075	.019	-.006	-.120	.915	.092	.087
Q12_46 学会・研究会で学んだことをスタッフと共有している	.079	.012	-.024	-.004	-.075	.879	.015	-.071
Q12_47 循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している	.047	.102	-.041	-.045	.069	.770	-.096	-.035
Q12_48 循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している	-.137	-.071	.008	-.066	.154	.674	-.067	.171
Q12_29 多職種とカンファレンスをしている	.027	.068	-.046	-.157	.038	-.114	.883	.004
Q12_30 多職種から知識・技術を学んでいる	.076	-.002	-.067	-.167	-.021	.076	.838	.020
Q12_25 循環器疾患患者に関連する多職種連携の必要性を理解している	.182	-.037	-.161	.351	-.228	.064	.486	.166
Q12_26 入院中に行った教育内容を地域の保健・医療・福祉機関へ引き継ぐことができる	-.039	.007	.163	.120	.108	.043	.359	-.274
Q12_31 患者との関わりについて他の看護師の関わりから学んでいる	.274	-.115	-.052	.060	.136	-.038	.333	.035
Q12_6 カンファレンスにより情報共有している	.261	.128	.118	-.104	-.035	.013	.284	.077
Q12_17 患者の病態を把握している	.259	.038	.101	.044	.125	.005	.013	.546
Q12_15 循環器疾患の基本的な知識や技術を自ら学習している	.270	-.017	-.053	.163	-.033	.133	.031	.496
Q12_18 患者個々の冠危険因子を情報収集している	.115	.057	.322	-.071	.224	.029	-.056	.468
	I							
	II	.346						
	III	.641	.456					
	IV	.575	.586	.696				
	V	.469	.668	.654	.761			
	VI	.360	.439	.427	.440	.604		
	VII	.539	.559	.629	.659	.620	.491	
	VIII	.375	.044	.227	.192	.034	.088	.178

表 16. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度

探索的因子分析（最尤法，プロマックス回転） 本調査

n=673

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度 項目 (α=0.955)		因子							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
第 I 因子 患者との良好なコミュニケーションスキル (α=0.848)									
Q12_4	患者のプライバシーを配慮している	.793	.080	-.166	-.153	.122	-.019	-.030	-.102
Q12_9	患者の疑問に答える姿勢を示すことができる	.667	-.030	.139	-.056	-.008	-.099	.087	.109
Q12_8	わかり易い言葉で説明している	.632	-.004	.075	.028	-.126	-.054	.048	.119
Q12_2	患者が話しやすい雰囲気をつくっている	.620	-.103	-.004	.116	.118	.015	-.110	-.055
Q12_13	患者の話に傾聴し共感する姿勢をもつことができる	.611	-.028	.118	-.078	.067	-.058	.049	.090
Q12_5	患者から質問があったときはすぐに答えられるようにしている	.584	.089	.047	-.041	-.091	.037	.043	.114
Q12_3	患者のわずかな反応を見逃さないようにする	.541	-.002	.066	.057	-.084	.105	-.030	-.001
第 II 因子 看護過程を展開する能力 (α=0.924)									
Q12_37	患者個々の教育計画を立案している	-.019	.997	.019	.016	-.112	-.011	-.018	.025
Q12_38	患者個々の教育計画を実践している	.013	.977	.001	.039	-.046	-.033	-.014	.010
Q12_39	患者個々の教育計画を評価している	.031	.887	.013	-.033	.038	-.055	.023	.007
Q12_40	教育内容の根拠について説明している	.005	.471	-.015	.139	.210	.039	-.007	.025
第 III 因子 家族へ対応する能力 (α=0.875)									
Q12_10	家族の協力がどの程度得られるのかを把握している	.169	.018	.872	-.089	-.119	.001	-.070	-.056
Q12_14	家族構成を把握している	-.080	.013	.807	-.053	-.121	.011	.051	.171
Q12_11	家族が患者の病状について理解しているか確認している	.143	.032	.765	.002	.002	.052	-.200	-.031
Q12_12	家族が抱える不安について把握している	.147	.030	.698	.063	-.014	.024	-.157	-.121
Q12_7	患者のキーパーソンを把握している	.023	.006	.693	-.074	-.119	-.110	.077	.143
Q12_16	患者個々の社会背景、家族背景を情報収集している	.008	-.060	.635	.002	.052	-.009	.029	.230
Q12_27	家族の健康状態を把握している	-.052	-.032	.440	.073	.141	.040	.222	-.095
第 IV 因子 再発予防を目的に教育する能力 (α=0.882)									
Q12_22	症状が重症化する前に受診するタイミングを説明している	-.004	.046	-.128	1.088	-.169	-.014	-.077	.086
Q12_23	患者・家族へ病状悪化時の対応について説明している	-.098	.043	.100	.967	-.037	-.054	-.157	.003
Q12_21	退院前・退院後に血圧・脈拍・体重・症状に関するセルフモニタリングできるように働きかけている	.067	.082	-.126	.770	.029	-.019	-.039	.013
Q12_24	患者の思いを引き出しながらコミュニケーションを図っている	.315	-.058	.048	.427	.130	-.003	-.029	-.039
Q12_20	患者とともに病状悪化の原因を考えている	.011	-.028	.129	.395	.292	.011	-.059	.059
Q12_19	患者が家での生活をイメージできるように説明している	.111	-.092	.152	.388	.208	-.034	.001	-.009
第 V 因子 患者教育のためのスキル (α=0.878)									
Q12_34	初めに教育内容の要点を示すようにしている	-.065	-.035	-.101	-.039	.983	-.022	.001	.128
Q12_35	教育を行うための同意を得ている	.046	.068	-.149	-.116	.902	-.060	-.012	-.012
Q12_33	行動変容理論を活用して教育をしている	.018	-.047	-.001	-.104	.810	.164	-.076	.055
Q12_36	患者に実行可能な内容を具体的に伝えている	.092	.036	-.085	.298	.518	-.075	-.003	.078
Q12_32	患者と一緒に目標設定をしている	-.010	.042	.096	.162	.413	.023	.103	-.011
Q12_43	患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている	-.060	.246	.014	.157	.342	.050	.075	.092
第 VI 因子 循環器領域の専門性への自己研鑽能力 (α=0.858)									
Q12_45	専門性の高い学会・研究会に積極的に参加している	-.015	-.075	.019	-.006	-.120	.915	.092	.087
Q12_46	学会・研究会で学んだことをスタッフと共有している	.079	.012	-.024	-.004	-.075	.879	.015	-.071
Q12_47	循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している	.047	.102	-.041	-.045	.069	.770	-.096	-.035
Q12_48	循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している	-.137	-.071	.008	-.066	.154	.674	-.067	.171
第 VII 因子 多職種と協働する能力 (α=0.753)									
Q12_29	多職種とカンファレンスをしている	.027	.068	-.046	-.157	.038	-.114	.883	.004
Q12_30	多職種から知識・技術を学んでいる	.076	-.002	-.067	-.167	-.021	.076	.838	.020
Q12_25	循環器疾患患者に関連する多職種連携の必要性を理解している	.182	-.037	-.161	.351	-.228	.064	.486	.166
Q12_26	入院中に行った教育内容を地域の保健・医療・福祉機関へ引き継ぐことができる	-.039	.007	.163	.120	.108	.043	.359	-.274
第 VIII 因子 循環器領域の専門知識の習得 (α=0.813)									
Q12_17	患者の病態を把握している	.259	.038	.101	.044	.125	.005	.013	.546
Q12_15	循環器疾患の基本的な知識や技術を自ら学習している	.270	-.017	-.053	.163	-.033	.133	.031	.496
Q12_18	患者個々の冠危険因子を情報収集している	.115	.057	.322	-.071	.224	.029	-.056	.468
	I								
	II	.683							
	III	.362	.423						
	IV	.608	.672	.574					
	V	.363	.395	.389	.406				
	VI	.496	.623	.639	.740	.574			
	VII	.550	.564	.509	.591	.449	.544		
	VIII	.444	.377	.156	.342	.180	.193	.332	

表 17. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度

1) 患者との良好なコミュニケーションスキル			やや当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
1	Q12_4	患者のプライバシーを配慮している	4	3	2	1
2	Q12_9	患者の疑問に答える姿勢を示すことができる	4	3	2	1
3	Q12_8	わかり易い言葉で説明している	4	3	2	1
4	Q12_2	患者が話しやすい雰囲気をつくっている	4	3	2	1
5	Q12_13	患者の話を傾聴し共感する姿勢をもつことができる	4	3	2	1
6	Q12_5	患者から質問があったときはすぐに答えられるようにしている	4	3	2	1
7	Q12_3	患者のわずかな反応を見逃さないようにする	4	3	2	1

2) 看護過程を展開する能力			やや当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
8	Q12_37	患者個々の教育計画を立案している	4	3	2	1
9	Q12_38	患者個々の教育計画を実践している	4	3	2	1
10	Q12_39	患者個々の教育計画を評価している	4	3	2	1
11	Q12_40	教育内容の根拠について説明している	4	3	2	1

3) 家族へ対応する能力			やや当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
12	Q12_10	家族の協力がどの程度得られるのかを把握している	4	3	2	1
13	Q12_14	家族構成を把握している	4	3	2	1
14	Q12_11	家族が患者の病状について理解しているか確認している	4	3	2	1
15	Q12_12	家族が抱える不安について把握している	4	3	2	1
16	Q12_7	患者のキーパーソンを把握している	4	3	2	1
17	Q12_16	患者個々の社会背景、家族背景を情報収集している	4	3	2	1
18	Q12_27	家族の健康状態を把握している	4	3	2	1

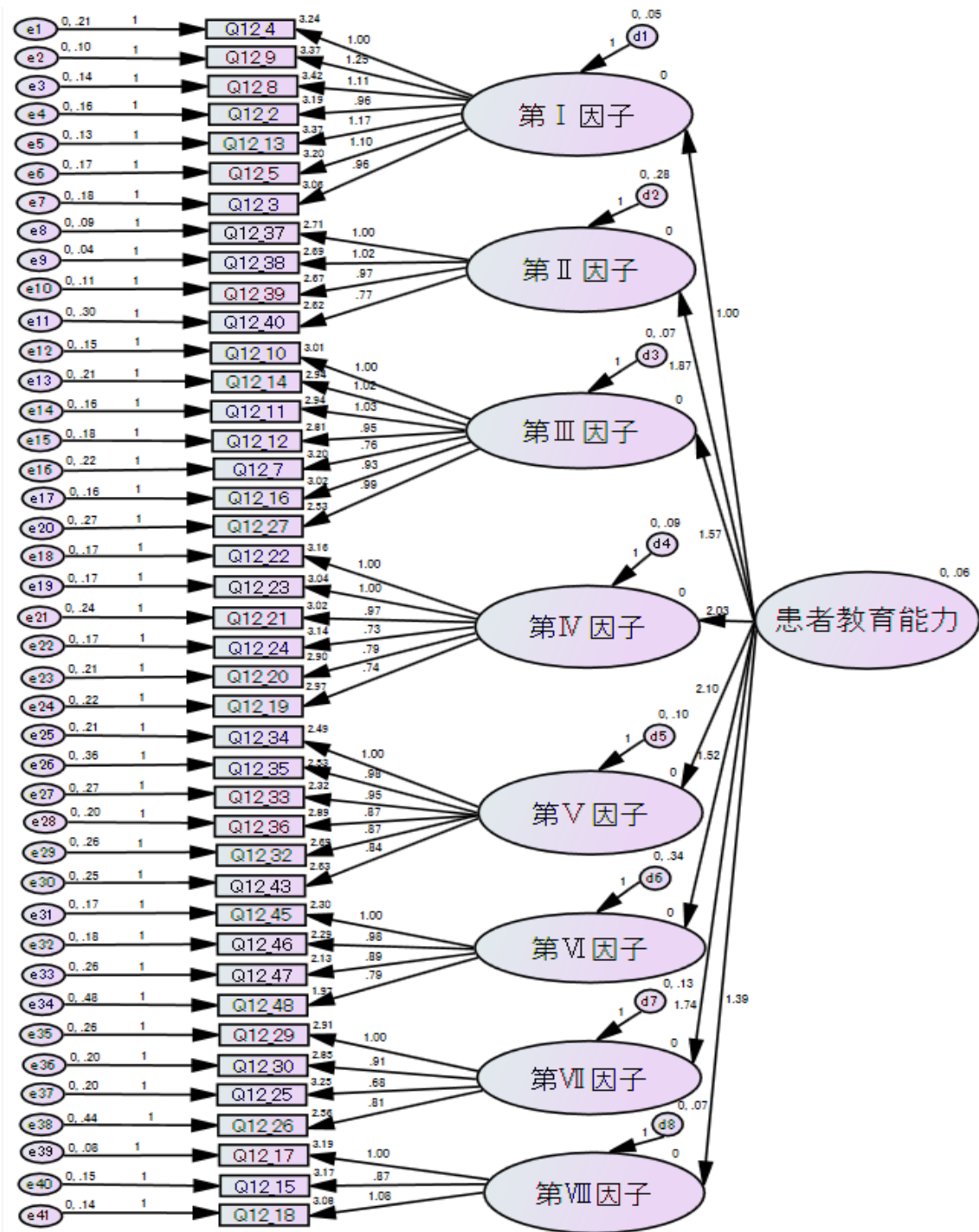
4) 再発予防を目的に教育する能力			やや当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
19	Q12_22	症状が重症化する前に受診するタイミングを説明している	4	3	2	1
20	Q12_23	患者・家族へ病状悪化時の対応について説明している	4	3	2	1
21	Q12_21	退院前・退院後に血圧・脈拍・体重・症状に関するセルフモニタリングできるように働きかけている	4	3	2	1
22	Q12_24	患者の思いを引き出しながらコミュニケーションを図っている	4	3	2	1
23	Q12_20	患者とともに病状悪化の原因を考えている	4	3	2	1
24	Q12_19	患者が家ででの生活をイメージできるように説明している	4	3	2	1

5) 患者教育のためのスキル			やや当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
25	Q12_34	初めに教育内容の要点を示すようにしている	4	3	2	1
26	Q12_35	教育を行うための同意を得ている	4	3	2	1
27	Q12_33	行動変容理論を活用して教育をしている	4	3	2	1
28	Q12_36	患者に実行可能な内容を具体的に伝えている	4	3	2	1
29	Q12_32	患者と一緒に目標設定をしている	4	3	2	1
30	Q12_43	患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている	4	3	2	1

6) 循環器領域の専門性への自己研鑽能力			やや当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
31	Q12_45	専門性の高い学会・研究会に積極的に参加している	4	3	2	1
32	Q12_46	学会・研究会で学んだことをスタッフと共有している	4	3	2	1
33	Q12_47	循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している	4	3	2	1
34	Q12_48	循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している	4	3	2	1

7) 多職種と協働する能力			やや当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
35	Q12_29	多職種とカンファレンスをしている	4	3	2	1
36	Q12_30	多職種から知識・技術を学んでいる	4	3	2	1
37	Q12_25	循環器疾患患者に関連する多職種連携の必要性を理解している	4	3	2	1
38	Q12_26	入院中に行った教育内容を地域の保健・医療・福祉機関へ引き継ぐことができる	4	3	2	1

8) 循環器領域の専門知識の習得			やや当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
39	Q12_17	患者の病態を把握している	4	3	2	1
40	Q12_15	循環器疾患の基本的な知識や技術を自ら学習している	4	3	2	1
41	Q12_18	患者個々の冠危険因子を情報収集している	4	3	2	1



- CFI = 0.881 PCFI = 0.787 RMSEA = 0.061 AIC = 2591346
- 第I因子「患者との良好なコミュニケーションスキル」
 - 第II因子「看護過程を展開する能力」
 - 第III因子「家族へ対応する能力」
 - 第IV因子「再発予防を目的に教育する能力」
 - 第V因子「患者教育のためのスキル」
 - 第VI因子「循環器領域の専門性へ自己研鑽能力」
 - 第VII因子「多職種と協働する能力」
 - 第VIII因子「循環器領域の専門知識の習得」

図1. 循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力評価尺度 モデル

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の 患者教育能力評価尺度の開発に関する調査

【調査目的】

本調査は、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力を評価する尺度作成にあたり、その基礎資料とすることを目的にしています。調査結果は、循環器疾患患者への患者教育能力の向上をはかる指標として患者教育に活用できると考えております。

お忙しい中恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

【ご回答について】

- ① 回答所要時間は20分程度です。
- ② 冊子は6ページ、個人要因11項目、患者教育能力項目の60項目、看護問題対応行動自己評価尺度25項目です。
- ③ 回答は無記名、自己記入式調査となっておりますので質問紙に直接ご記入ください。
- ④ 回答後は同封した封筒に入れ厳封しご投函ください。
- ⑤ 提出締切日は 月 日 () とさせていただきます。

【倫理的配慮について】

本調査は、宮城大学研究倫理専門委員会の承認（承認番号753号）を受け実施しております。

- ① この調査は決して強制ではございません。調査への参加・不参加が皆様の不利益につながることはありません。調査の目的以外に、データの使用はいたしません。
- ② 質問紙は無記名式となっており、調査内容は、統計的に処理されるため個人・所属部署・病院が特定されることはありません。
- ③ 回収後の質問紙は研究者以外の目に触れることがないように鍵付きのロッカーで厳重に管理いたします。
- ④ 調査終了後、調査データは5年間保存したのち破棄いたします。
- ⑤ 回答済みの質問紙のご提出をもって、調査協力にご同意いただけたものとします。

〔研究に関するお問い合わせ〕

研究者：宮城大学大学院看護学研究科
博士後期課程 瀬戸 初江
〒981-3298 宮城県黒川郡大和町学苑 1-1
E-mail：n1254005@myu.ac.jp TEL：022-259-1221
指導教員：宮城大学大学院看護学研究科
教授：吉田俊子
E-mail：yosidats@myu.ac.jp TEL：022-377-8242

〔研究倫理に関するお問い合わせ〕

宮城大学研究倫理専門委員会委員長：岩堀恵祐
〒981-3298 宮城県黒川郡大和町学苑 1-1
E-mail：iwahorik@myu.ac.jp
TEL：022-254-1411

下記の設問の該当するところに○, または, 該当する内容をご記入ください.

問1. あなたの所属する施設の設置主体についてお伺いします

- a. 公的医療機関 b. 国 c. 医療法人
d. 学校法人 e. 公益法人 f. その他 ()

問2. 病床数

- ①199床以下 ②200～299床 ③300～499床 ④500床以上

問3. 心大血管リハビリテーション施設認定の有無について伺います

- ①心大血管リハビリテーション施設基準 I
②心大血管リハビリテーション施設基準 II
③施設認定なし

<あなた自身についてお伺いいたします>

問4. あなたの性別

- ①男 ②女

問5. あなたの年齢

- ①20代 ②30代 ③40代 ④50代

問6. 看護師経験年数

- ①2-4年未満 ②4-6年未満 ③6-8年未満 ④8-10年未満 ⑤10年以上

問7. 循環器科領域経験年数

- ①1-3年未満 ②3-5年未満 ③5-7年未満 ④7年以上

問8. 専門資格取得の有無について伺います

- ①有 ②無

資格有の方

- a. 集中ケア認定看護師 d. 心臓リハビリテーション指導士
b. 慢性心不全看護認定看護師 e. 専門看護師 (CNS)
c. 救急認定看護師 f. その他 ()

問9. 卒業した看護基礎教育課程について伺います

- a. 専門学校 (2年課程) d. 大学 (4年制看護系)
b. 専門学校 (3年課程) e. その他 ()
c. 短期大学 (3年課程)

問10. 現在所属する部署について伺います

- a. 内科病棟 d. ICU
b. 外科病棟 e. 救急室
c. 混合病棟 f. 循環器単科病棟
g. 循環器科外来 h. その他

問11. 役職の有無

- ①有 (役職名:) ②無

問 12. あなたが日々の循環器疾患患者の患者教育について各項目の当てはまるものに
○をつけてください.

		やや当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
1	患者の病態を把握している	4	3	2	1
2	患者個々の冠危険因子を情報収集している	4	3	2	1
3	患者個々の社会背景、家族背景を情報収集している	4	3	2	1
4	患者個々の問題点を抽出している	4	3	2	1
5	患者個々の教育計画を立案している	4	3	2	1
6	患者個々の教育計画を実践している	4	3	2	1
7	患者個々の教育計画を評価している	4	3	2	1
8	患者の病期(急性期・回復期・維持期)にあった指導内容を選択している	4	3	2	1
9	教育に関する情報共有の重要性を理解している	4	3	2	1
10	カンファレンスにより情報共有している	4	3	2	1
11	診療記録により情報共有している	4	3	2	1
12	チームで患者教育計画を評価している	4	3	2	1
13	患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている	4	3	2	1
14	教育内容は患者の趣味や嗜好などを取り入れている	4	3	2	1
15	教育内容の根拠について説明している	4	3	2	1
16	患者に実行可能な内容を具体的に伝えている	4	3	2	1
17	患者・家族の不安や疑問をいつでも解決できる機会をつくっている	4	3	2	1
18	指導は患者の理解力に応じて繰り返し行こなっている	4	3	2	1
19	患者と一緒に目標設定している	4	3	2	1
20	患者が頑張っていることを認めて励ましている	4	3	2	1
21	行動変容理論を活用して教育している	4	3	2	1
22	再入院しやすい患者の特性を理解している	4	3	2	1

		やや当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
23	病気とどのようにつきあいたいのか本人と話し合っている	4	3	2	1
24	症状が重症化する前に受診するタイミングを説明している	4	3	2	1
25	患者とともに病状悪化の原因を考えている	4	3	2	1
26	患者・家族へ病状悪化時の対応について説明	4	3	2	1
27	退院前・退院後に血圧・脈拍・体重・症状に関するセルフモニタリングできるよう働きかけている	4	3	2	1
28	教育を行うための同意を得ている	4	3	2	1
29	患者が家での生活をイメージできるように説明している	4	3	2	1
30	初めに教育内容の要点を示すようにしている	4	3	2	1
31	患者にあった教材を選択している	4	3	2	1
32	患者が話しやすい雰囲気をつくっている	4	3	2	1
33	患者のプライバシーを配慮している	4	3	2	1
34	患者のわずかな反応を見逃さないようにする	4	3	2	1
35	患者の話を傾聴し共感する姿勢をもつことができる	4	3	2	1
36	患者の疑問に答える姿勢を示すことができる	4	3	2	1
37	わかり易い言葉で説明している	4	3	2	1
38	患者の思いを引き出しながらコミュニケーションを図っている	4	3	2	1
39	患者から質問があったときはすぐに答えられるようにしている	4	3	2	1
40	家族構成を把握している	4	3	2	1
41	患者のキーパーソンを把握している	4	3	2	1
42	家族の健康状態を把握している	4	3	2	1
43	家族の協力がどの程度得られるのか把握している	4	3	2	1
44	家族が抱える不安について把握している	4	3	2	1
45	家族が患者の病状について理解しているか確認している	4	3	2	1

		やや当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
46	家族と指導日のスケジュールを調整している	4	3	2	1
47	患者が家族と共にこれまでの生活を振り返ることができる機会をもつことができるように支援している	4	3	2	1
48	ソーシャルサポートについて家族と検討している	4	3	2	1
49	循環器疾患患者に関連する多職種連携の必要性を理解している	4	3	2	1
50	多職種連携において看護の役割を理解している	4	3	2	1
51	必要に応じ他職種に教育を依頼している	4	3	2	1
52	他職種とカンファレンスしている	4	3	2	1
53	入院中に行った教育内容を地域の保健・医療・福祉機関へ引き継ぐことができる	4	3	2	1
54	循環器疾患の基本的な知識や技術を自ら学習している	4	3	2	1
55	患者との関わりについて他の看護師の関わりから学んでいる	4	3	2	1
56	多職種から知識・技術を学んでいる	4	3	2	1
57	専門性の高い学会・研究会に積極的に参加している	4	3	2	1
58	循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している	4	3	2	1
59	学会・研究会で学んだことをスタッフと共有している	4	3	2	1
60	循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している	4	3	2	1

問 13. あなたは、患者さんの日常生活を援助する時、以下の行動をどの程度とっていますか。
質問項目の該当するところに○をつけてください。

1) 情報の組織化と活用による問題の探索と発見

		いつも行っている	ほとんど行っている	たびたび行っている	時々行っている	あまり行っていない
1	家族や同僚から得た情報と観察した患者の状況を照らし合わせる	5	4	3	2	1
2	治療方針を考慮した上で、患者の要望を満たすように援助方法を決定する	5	4	3	2	1
3	患者に生じる問題を予測しながら援助する	5	4	3	2	1
4	事前に把握した情報を活かして援助方法を工夫する	5	4	3	2	1
5	家族の意見を取り入れながら援助方法を工夫する	5	4	3	2	1

2) 問題解決・回避のための患者生活・治療行動代行、症状緩和、生活機能維持、促進と個別化

		いつも行っている	ほとんど行っている	たびたび行っている	時々行っている	あまり行っていない
6	患者自身が運動機能を発揮できるように日常生活を援助する	5	4	3	2	1
7	治療が円滑に進むように配慮しながら日常生活援助を行う	5	4	3	2	1
8	患者の知覚機能を刺激しながら日常生活を援助する	5	4	3	2	1
9	患者が入院生活になじめるように配慮しながら日常生活援助を行う	5	4	3	2	1
10	日常生活援助が患者の症状悪化の原因とならないようにする	5	4	3	2	1

3) 問題解決に向けた相互行為の円滑化

		いつも行っている	ほとんど行っている	たびたび行っている	時々行っている	あまり行っていない
11	同席している家族にも援助の方法や内容を説明する	5	4	3	2	1
12	援助を実施する直前には患者や家族の意思を確認する	5	4	3	2	1
13	患者が理解しやすい言葉や表現を使って説明する	5	4	3	2	1
14	患者の発達段階を意識しながら話しかける方法や内容を選ぶ	5	4	3	2	1
15	非言語的コミュニケーションも活用して意思を伝える	5	4	3	2	1

4) 問題克服に向けた患者への心理支援

		いつも行っている	ほとんど行っている	たびたび行っている	時々行っている	あまり行っていない
16	問題に取り組む患者の姿勢に関心を示す	5	4	3	2	1
17	問題をのりこえようとする患者の意欲を認める	5	4	3	2	1
18	意図的に患者の話す内容に耳を傾ける	5	4	3	2	1
19	患者の苦痛や恐怖に対し、いたわる態度を示す	5	4	3	2	1
20	患者が穏やかな気持ちになるような工夫をする	5	4	3	2	1

5) 問題解決への自己評価

		いつも行っている	ほとんど行っている	たびたび行っている	時々行っている	あまり行っていない
21	患者の反応に手ごたえを感じる場合、その理由を検討する	5	4	3	2	1
22	援助方法が患者にあったかどうかを検討する	5	4	3	2	1
23	初めて出会った問題への対応方法を評価する	5	4	3	2	1
24	問題解決が困難な原因を明らかにする	5	4	3	2	1
25	援助の効果を示す患者の言動を観察する	5	4	3	2	1

お忙しい中ご協力ありがとうございました。

循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の 患者教育能力評価尺度の開発に関する調査

【調査目的】

本調査は、循環器疾患患者の患者教育に携わる看護師の患者教育能力を評価する尺度作成にあたり、その基礎資料とすることを目的にしています。調査結果は、循環器疾患患者への患者教育能力の向上をはかる指標として患者教育に活用できると考えております。

お忙しい中恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

【ご回答について】

- ① 回答所要時間は20分程度です。
- ② 冊子は6ページ、個人要因11項目、患者教育能力項目の48項目、看護問題対応行動自己評価尺度25項目です。
- ③ 回答は無記名、自己記入式調査となっておりますので質問紙に直接ご記入ください。
- ④ 提出締切日は2月29日（月）とさせていただきます。

【倫理的配慮について】

本調査は、宮城大学研究倫理専門委員会の承認（承認番号753号）を受け実施しております。

- ① この調査は決して強制ではございません。調査への参加・不参加が皆様の不利益につながることはありません。調査の目的以外に、データの使用はいたしません。
- ② 質問紙は無記名式となっており、調査内容は、統計的に処理されるため個人・所属部署・病院が特定されることはありません。
- ③ 回収後の質問紙は研究者以外の目に触れることがないように鍵付きのロッカーで厳重に管理いたします。
- ④ 調査終了後、調査データは5年間保存したのち破棄いたします。
- ⑤ 回答済みの質問紙のご提出をもって、調査協力にご同意いただけたとします。

【研究に関するお問い合わせ】

研究者：宮城大学大学院看護学研究科
博士後期課程 瀬戸 初江
〒981-3298 宮城県黒川郡大和町学苑 1-1
E-mail：n1254005@myu.ac.jp Tel：022-259-1221
指導教員：宮城大学大学院看護学研究科
教授：吉田俊子
E-mail：yosidats@myu.ac.jp Tel：022-377-8242

【研究倫理に関するお問い合わせ】

宮城大学研究倫理専門委員会委員長：岩堀 恵祐
〒981-3298 宮城県黒川郡大和町学苑 1-1
E-mail：iwahorik@myu.ac.jp
Tel：022-254-1411

下記の設問の該当するところに○, または, 該当する内容をご記入ください.

問 1. あなたの所属する施設の設置主体についてお伺いします

- ①公的医療機関 ②国 ③医療法人
④学校法人 ⑤公益法人 ⑥その他 ()

問 2. 病床数

- ①199 床以下 ②200～299 床 ③300～499 床 ④500 床以上

問 3. 心大血管リハビリテーション施設認定の有無について伺います

- ①心大血管リハビリテーション施設基準 I
②心大血管リハビリテーション施設基準 II
③施設認定なし

<あなた自身についてお伺いいたします>

問 4. あなたの性別

- ①男 ②女

問 5. あなたの年齢

- ①20 代 ②30 代 ③40 代 ④50 代

問 6. 看護師経験年数

- ①2-4 年未満 ②4-6 年未満 ③6-8 年未満 ④8-10 年未満 ⑤10 年以上

問 7. 循環器科領域経験年数

- ①1-3 年未満 ②3-5 年未満 ③5-7 年未満 ④7 年以上

問 8. 専門資格取得の有無について伺います

- ①有 ②無

資格有の方

- ①集中ケア認定看護師 ②心臓リハビリテーション指導士
③慢性心不全看護認定看護師 ④専門看護師 (CNS)
⑤救急認定看護師 ⑥その他 ()

問 9. 卒業した看護基礎教育課程について伺います

- ①専門学校 (2 年課程) ②大学 (4 年制看護系)

- ③専門学校（3年課程） ④その他（ ）
⑤短期大学（3年課程）

問 10. 現在所属する部署について伺います

- ①循環器内科 ② I C U ③心臓血管外科
④救急室 ⑤混合病棟（循環器内科・心臓血管外科）
⑥ C C U ⑦循環器科外来 ⑧その他

問 11. 役職の有無

- ①有（役職名： ） ②無

問 12. あなたが日々の循環器疾患患者の患者教育について各項目の当てはまるものに

○をつけてください.

		非常に当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
1	再入院しやすい患者の特性を理解している	4	3	2	1
2	患者が話しやすい雰囲気をつくっている	4	3	2	1
3	患者のわずかな反応を見逃さないようにする	4	3	2	1
4	患者のプライバシーを配慮している	4	3	2	1
5	患者から質問があったときはすぐに答えられるようにしている	4	3	2	1
6	カンファレンスにより情報共有している	4	3	2	1

		非常に当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
7	患者のキーパーソンを把握している	4	3	2	1
8	わかり易い言葉で説明している	4	3	2	1
9	患者の疑問に答える姿勢を示すことができる	4	3	2	1
10	家族の協力がどの程度得られるのかを把握している	4	3	2	1
11	家族が患者の病状について理解しているか確認している	4	3	2	1
12	家族が抱える不安について把握している	4	3	2	1

		非常に当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
13	患者の話を傾聴し共感する姿勢をもつことができる	4	3	2	1
14	家族構成を把握している	4	3	2	1
15	循環器疾患の基本的な知識や技術を自ら学習している	4	3	2	1
16	患者個々の社会背景、家族背景を情報収集している	4	3	2	1
17	患者の病態を把握している	4	3	2	1
18	患者個々の冠危険因子を情報収集している	4	3	2	1

		非常に当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
19	患者が家ででの生活をイメージできるように説明している	4	3	2	1
20	患者とともに病状悪化の原因を考えている	4	3	2	1
21	退院前・退院後に血圧・脈拍・体重・症状に関するセルフモニタリングできるように働きかけている	4	3	2	1
22	症状が重症化する前に受診するタイミングを説明している	4	3	2	1
23	患者・家族へ病状悪化時の対応について説明している	4	3	2	1
24	患者の思いを引き出しながらコミュニケーションを図っている	4	3	2	1

		非常に当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
25	循環器疾患患者に関連する多職種連携の必要性を理解している	4	3	2	1
26	入院中に行った教育内容を地域の保健・医療・福祉機関へ引き継ぐことができる	4	3	2	1
27	家族の健康状態を把握している	4	3	2	1
28	ソーシャルサポートについて家族と検討している	4	3	2	1
29	他職種とカンファレンスをしている	4	3	2	1
30	多職種から知識・技術を学んでいる	4	3	2	1

		非常に当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
31	患者との関わりについて他の看護師の関わりから学んでいる	4	3	2	1
32	患者と一緒に目標設定をしている	4	3	2	1
33	行動変容理論を活用して教育をしている	4	3	2	1
34	初めに教育内容の要点を示すようにしている	4	3	2	1
35	教育を行うための同意を得ている	4	3	2	1
36	患者個々の教育計画を評価している	4	3	2	1

		非常に当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
37	患者個々の教育計画を実践している	4	3	2	1
38	患者個々の教育計画を立案している	4	3	2	1
39	患者に実行可能な内容を具体的に伝えている	4	3	2	1
40	教育内容の根拠について説明している	4	3	2	1
41	チームで患者教育計画を評価している	4	3	2	1
42	教育内容は患者の趣味や嗜好などを取り入れている	4	3	2	1

		非常に当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
43	患者の学習への準備状態が整っているかアセスメントしている	4	3	2	1
44	循環器疾患ケアに必要な資格取得を目指している	4	3	2	1
45	専門性の高い学会・研究会に積極的に参加している	4	3	2	1
46	学会・研究会で学んだことをスタッフと共有している	4	3	2	1
47	循環器疾患の最新のケアを教育機関で学習している	4	3	2	1
48	家族と指導日のスケジュールを調整している	4	3	2	1

問 13. あなたは、患者さんの日常生活を援助する時、以下の行動をどの程度とっていますか。質問項目の該当するところに○をつけてください。

1) 情報の組織化と活用による問題の探索と発見

		いつも行っている	ほとんど行っている	たびたび行っている	時々行っている	あまり行っていない
1	家族や同僚から得た情報と観察した患者の状況を照らし合わせる	5	4	3	2	1
2	治療方針を考慮した上で、患者の要望を満たすように援助方法を決定する	5	4	3	2	1
3	患者に生じる問題を予測しながら援助する	5	4	3	2	1
4	事前に把握した情報を活かして援助方法を工夫する	5	4	3	2	1
5	家族の意見を取り入れながら援助方法を工夫する	5	4	3	2	1

2) 問題解決・回避のための患者生活・治療行動代行、症状緩和、生活機能維持、促進と個別化

		いつも行っている	ほとんど行っている	たびたび行っている	時々行っている	あまり行っていない
6	患者自身が運動機能を発揮できるように日常生活を援助する	5	4	3	2	1
7	治療が円滑に進むように配慮しながら日常生活援助を行う	5	4	3	2	1
8	患者の知覚機能を刺激しながら日常生活を援助する	5	4	3	2	1
9	患者が入院生活になじめるように配慮しながら日常生活援助を行う	5	4	3	2	1
10	日常生活援助が患者の症状悪化の原因とならないようにする	5	4	3	2	1

3) 問題解決に向けた相互行為の円滑化

		いつも行っている	ほとんど行っている	たびたび行っている	時々行っている	あまり行っていない
11	同席している家族にも援助の方法や内容を説明する	5	4	3	2	1
12	援助を実施する直前には患者や家族の意思を確認する	5	4	3	2	1
13	患者が理解しやすい言葉や表現を使って説明する	5	4	3	2	1
14	患者の発達段階を意識しながら話しかける方法や内容を選ぶ	5	4	3	2	1
15	非言語的コミュニケーションも活用して意思を伝える	5	4	3	2	1

4) 問題克服に向けた患者への心理支援

		いつも行っている	ほとんど行っている	たびたび行っている	時々行っている	あまり行っていない
16	問題に取り組む患者の姿勢に関心を示す	5	4	3	2	1
17	問題をのりこえようとする患者の意欲を認める	5	4	3	2	1
18	意図的に患者の話す内容に耳を傾ける	5	4	3	2	1
19	患者の苦痛や恐怖に対し、いたわる態度を示す	5	4	3	2	1
20	患者が穏やかな気持ちになるような工夫をする	5	4	3	2	1

5) 問題解決への自己評価

		いつも行っている	ほとんど行っている	たびたび行っている	時々行っている	あまり行っていない
21	患者の反応に手ごたえを感じる場合、その理由を検討する	5	4	3	2	1
22	援助方法が患者にあったかどうかを検討する	5	4	3	2	1
23	初めて出会った問題への対応方法を評価する	5	4	3	2	1
24	問題解決が困難な原因を明らかにする	5	4	3	2	1
25	援助の効果を示す患者の言動を観察する	5	4	3	2	1

お忙しい中ありがとうございました。