

目次

第1章 序論.....	1
I. 研究の背景.....	1
II. 研究目的と目標.....	3
III. 研究の意義.....	3
IV. 用語の操作的定義.....	4
第2章 文献の検討.....	6
I. 対象国の概要.....	6
II. 看護実践能力に基づく教育とその評価.....	8
III. クリティカルシンキング.....	11
第3章 予備研究.....	16
I. 研究目的.....	16
II. 研究デザイン.....	16
III. 研究方法.....	16
IV. 結果.....	18
V. 考察.....	27
VI. 本研究への示唆.....	29
第4章 方法.....	31
I. 研究デザイン.....	31
II. 研究参加者（パネル）.....	33
III. デルファイ調査開始方法と分析の方向性.....	34
IV. クリティカルシンキング力評価ツールの素案作成と翻訳.....	35
V. データ収集と分析.....	37
VI. 模擬評価による評価者間一致率の検証.....	41
VII. 形成評価.....	44
VIII. 倫理的配慮.....	45
第5章結果.....	47
I. デルファイ調査.....	47
II. 模擬評価による評価者間一致率の検証.....	70
III. 形成評価.....	73
6章 考察.....	75
I. ラオス学士課程看護学生のクリティカルシンキング力評価ツールの特徴.....	75
II. 評価ツールの信頼性の検証.....	80
III. 形成評価からみた評価ツール導入の可能性.....	87

IV. デルファイ法について	88
V. 本研究の限界と今後の展望	91
7章 結論	92
文献	エラー! ブックマークが定義されていません。
図	エラー! ブックマークが定義されていません。
表一覧	エラー! ブックマークが定義されていません。
別添資料一覧	エラー! ブックマークが定義されていません。
謝辞	

第1章 序論

I. 研究の背景

世界保健機関 (World Health Organization, 以下WHO) によると、多くの国において看護職は保健医療労働者の約50%以上を占め、保健医療サービスの中核であり、質の良い教育と高い実践能力をもつ看護師が必要とされている (WHO, 2016)。このため、WHOは国民の保健ニーズに合った看護実践能力を定めて教育カリキュラムの基盤とし、看護教育課程を修了した者は必要とされる能力を実践できることを提言している (WHO, 2009)。

看護教育は訓練から教育への変化の一環として、1980年から1990年代にかけて世界的に看護実践能力に基づく教育へと移行した (Pijl-Zieber, Barton, Konkin, Awosoga & Caine, 2014)。看護実践能力に基づく教育の定義は学習者が教育課程の進捗に沿って学びのアウトカムを実践できることである (Gravina, 2017)。看護教育における看護実践能力のアセスメントは、ひとつのパラダイム (模範) になっているが、看護実践能力を測定するゴールスタンダードはない (Franklin & Melville, 2015)。信頼性のある評価ツールは学生の成長を助けるため、ルーブリックが広く活用されており、実践能力の高い看護師養成に有効であると報告されている (Shipman, Roa, Hooten & Wang, 2012)。教育学の領域で開発されたルーブリックは、学習者の達成度を示すための基準を意味し (山口, 2013)、評価観点、評価尺度、評価基準のすべてを表形式で配置している (Stevens & Levi, 2013 佐藤・井上・俣野訳 2014)。ルーブリックは、総括的評価の公平性、客観性を増大させるだけでなく、学生への事前提示やフィードバックにより形成的評価にも有効とされている (沖, 2014)。日本の看護教育においても、2010年に厚生労働省が実習評価の考え方として自己学習力の向上という観点からルーブリック評価を行う必要があると示している (厚生労働省, 2010)。

ラオス人民民主共和国 (以下ラオス) は、人口約670万 (WHO, 2018a)、インドネシア半島の中心に位置する後発開発国のひとつであり、1975年の建国以降、社会主義型の一党支配体制である。WHOは2006年に、保健医療人材 (医師・看護師・助産師) が危機的に不足している国のひとつとしてラオスを挙げており (WHO, 2006)、保健医療人材の量 (数) と質の課題は、ラオスの保健分野における優先課題のひとつである (WHO, 2018b)。ラオスの保健医療専門職の養成は、公的機関のみで実施されており、保健省の管轄下にある (WHO, 2018b)。どの専門職にも免許登録制度はなく、2015年に免許登録制度開発戦略が策定された段階にある (MOH-Laos, 2015)。

2012年のラオス全国の看護師数は5,582名であり、保健医療人材 (医師・看護師・助産師・歯科医師・薬剤師・技師・衛生士) 全体数12,755名の約44%を占め (WHO, 2013)、看護師はラオスの保健医療サービスの中核といえる。ラオスの看護分野は、2006年の

「ASEAN看護サービス相互承認協定」締結後の10年間で、急速に看護に関する法規整備と看護教育の高等化が進んだ（橋本，2015）。2005年にラオスの保健医療制度と保健医療専門職を規制するヘルスケア法が公布され、看護師は保健医療専門職として位置づけられ規定された。2007年には、保健医療専門職における初の規則となる保健大臣令「看護助産規則」が公布され、専門職として看護師の名称・業務の範囲・教育が規定された（橋本，2018）。2011年には看護学士課程が開設され、2013年に保健大臣令「免許保有の看護師のための国家看護実践能力（National Competencies for Licensed Nurses in Lao P. D. R.）」が公布された（MOH-Laos, 2013）。ラオスの看護実践能力は、サービスマインド、管理、リーダーシップ、達成意欲、看護倫理、看護過程の実施、教育とカウンセリング、積極的予防的なサービス、分析的思考の9つが定められた。この保健大臣令による看護実践能力の規定の目的として、① ラオスで看護実践のための免許取得・保有に必要な看護師の能力のアセスメントに用いられること、② 看護教育プログラム、看護学生、新人看護師の能力のアセスメントに用いられること、③ ラオスで看護師として看護実践を希望する外国人の能力のアセスメントに用いられること、の3点が記載されている。2014年には、保健省は看護実践能力を基盤として看護教育プログラムの一部のカリキュラムを改定した（JICA, 2016a）。卒業生は看護実践能力の修得が期待されているが、学生が修得する実践能力の評価基準はない。ラオスの看護教育においては、2017年に首都の保健科学大学看護学部が実習の目的や目標を明確にして「看護学士課程の実習要項」を作成し、実習病院も含めて関係者へ配布した。また、一部の領域ではあるが、学生が修得する看護技術のチェックリストによる評価が導入された。

このように実践能力の高い看護師の養成が期待されているが、ラオスの看護教育に関する研究は極めて限られている。高い実践能力をもつ看護師の養成には、教員による学生の実践能力に係る適切なアセスメントとフィードバックが不可欠であるが、信頼性が確立されたラオスの状況に適した実装性のある評価ルーツに関する研究は皆無である。特に、ラオスの看護師は専門職としての分析的思考に関する経験が浅く、看護教員が学生の分析的思考の発達をアセスメントするためのツール開発が望まれる。松尾・Mouioudomde・赤澤（2017）は、ラオスの看護教育の変遷をまとめ、現職の看護師の看護的視点での思考の不十分さを指摘している。本研究の予備研究によると、ラオスの教員は、【学生の考える力を育む】ことを大切にしているが、学生の考える力に関する到達目標や評価基準に関しては個々の教員に任されており、《評価基準がないことによる困惑》や《不適切な学生評価》を引き起こしていた。予備研究によって、ラオスの看護教員が学生の思考力をアセスメントするための基準や標準化された評価ツール開発へのニーズが確認された。

ラオスの看護実践能力のひとつ「分析的思考」の定義は、保健大臣令による「健康上の問題を理解するための概念と理論の使用、ならびに帰納的、演繹的および仮説的推論を通して問題を解決するための看護知識の応用」であるが、以下の理由により、本研究では、ラオスの看護実践能力のひとつである「分析的思考」をクリティカルシンキングとする。

- ① 予備研究の結果より、予備研究に参加した看護教員は看護師という専門職としての思考の発達を看護教育において大切にしているが、Analytical Thinking と Critical Thinking は同じような概念としてとらえていたこと。
- ② Analytical Thinking は MEDLINE データベースのシソーラスにおいてほとんど検出できないこと。
- ③ クリティカルシンキングの定義は様々であるが、看護における概念分析では、分析、論理的推論および臨床的判断を含み問題解決を目指すとしてされており (Carbogim, Oliveira & Püschel, 2016)、また属性として知識の獲得と応用や分析があることから (Von Colln & Giuliano, 2017)、ラオス保健省令による分析的思考の定義と重複や類似点があること。
- ④ 文献検討より、クリティカルシンキングは高等教育ならびに専門職の実践には不可欠であり、看護教育においては、クリティカルシンキングに加えて臨床的論証や対話的論証など複数の思考法が推奨されており (Benner, et al./早野 ZITO 訳, 2009/2015)、クリティカルシンキング力は臨床看護教育のアウトカム評価や学生の適切なアセスメントのための研究が求められていることから (Carter, Creedy & Sidebotham, 2015)、実践的かつ発展性があること。

以上より、ラオスにおける看護実践能力の高い看護師の養成への貢献を目指して、看護教員が学生のクリティカルシンキング力をアセスメントするための実装性のある評価ツールの開発を行う。

II. 研究目的と目標

ラオスにおける看護実践能力の高い看護師の養成への貢献を目指して、看護教員が学生のクリティカルシンキング力をアセスメントするための実装性のある評価ツールの開発を目的とする。目標は以下である。

1. ラオスの看護教員が学士看護学生のクリティカルシンキング力を評価するための評価ツールを合意形成のプロセスを経て開発する。
2. 開発した評価ツールを用いて模擬学生のクリティカルシンキング力の評価を行い、評価者間の一致率を検証する。

III. 研究の意義

研究の意義は次の4点である。

1. 本研究によって実践能力の高い看護師養成に有効である学生のクリティカルシンキン

グ力の評価ツールを開発することにより、ラオスの保健医療サービスの中核をなす看護師の教育評価の標準化を図り、ラオスの看護教育と保健医療サービスの向上に実質的に貢献する。

2. 看護領域固有性に注目して、実践能力のひとつとしてのクリティカルシンキング力の可視化を図ることにより、実学である看護の発展に寄与する。
3. 保健医療専門職となる学生のクリティカルシンキング力に関する評価ツールの開発は、保健医療専門職としての不可欠な領域であり、看護人材だけでなくラオスの保健医療専門職として必要な思考の教授と評価に関する研究への発展性がある。
4. ラオスの看護教員をパネルとするデルファイ法を用いた合意形成のプロセスは、ラオスの看護教員が評価ツールの開発に深くかかわるため、次の実装へ貢献する。

IV. 用語の操作的定義

1. 看護実践能力

看護の知識、技術ならびに態度の効果的な適用である。個人の専門職としての活動において定期的かつ継続的に実証することができる。看護実践能力は各個人で測定することができ、看護の業務範囲の中で適用されるものである。

(引用文献：ラオス保健省令「免許保有の看護師のための国家看護実践能力」)

2. クリティカルシンキング

看護師に必要な思考形態のひとつであり、客観的、多面的にものごとをとらえ、意識的な内省をとともなう熟慮的な思考である。専門家としての責任や看護ケアを考えるあたり必須の要件であり、認知的技術と思考習慣の2つの側面をもち、相互に関連しあっている。

(参考文献：Benner, et al./早野 ZITO 訳, 2009/2011, 楠見&津波古, 2017, Scheffer & Rubenfeld, 2000)

3. クリティカルシンキングの認知的技術

看護師がクリティカルシンキングのために実践で使う認知的技術をさす。次の7要素から成る。分析、基準の適応、識別、情報の探究、論理的推論、予測、知識の変換。

(参考文献：Scheffer & Rubenfeld, 2000)

4. クリティカルシンキングの思考習慣

クリティカルシンキングをする看護師がもつ思考の習慣である。次の10要素から成る。自信、文脈的把握、創造性、柔軟性、知的好奇心、知的誠実さ、直観、開かれた心、追求心、省察。

(参考文献：Scheffer & Rubenfeld, 2000)

5. クリティカルシンキング力

ラオスの看護師に必要とされる看護実践能力のひとつであり、教育によって育成され習熟する思考力である。クリティカルシンキング力は、分析、基準の適応、識別、情報の探究、論理的推論、予測、知識の変換の7つの要素から構成される認知的技術と、自信、文脈的把握、創造性、柔軟性、知的好奇心、知的誠実さ、直観、開かれた心、追求心、省察の10の要素から構成される思考習慣の2つの側面がある。クリティカルシンキング力の習熟は、相互の側面の育成が関連しあっている。

第2章 文献の検討

I. 対象国の概要

1. 社会状況

ラオスは 2020 年までに後発開発途上国からの脱却を目標としているが、2016 年の名目国内総生産は、約 138 億ドルで国際通貨基金の統計 190 ヶ国中 121 位であり、国際連合の基準では後発開発途上国とされている（阿南，2017）。人間開発指数 189 ヶ国中 139 位（UN，2018）、15 歳以上の識字率は男性 89.96%、女性 79.35%（UNESCO，2015）である。

ラオスは多民族国家であり、ラオス政府は 49 の民族がいると 2000 年に発表しているが正式に確定されたものではない。各民族が自身の文化習慣を保有する権利を憲法は謳っている（安井，2015）。公用語は人口の半数以上を占めるラオ族の言葉であるラオ語とされているが、語彙や発音の地域差が著しく、ラオス国内の言語分布はよくわかっていない。その一方、ラオ語の使用分布はラオスの他、東北タイであり、また、陸路で通じる隣国からの物資やマスメディアの流出と共にタイ語が入ってきているため、タイ語を理解できる者も珍しくはない（鈴木，2015）。

2. 保健医療と保健医療人材の概要

男女の平均余命は 65.8 歳、平均健康余命は 57.9 歳（WHO，2018）と近隣国と比較しても低い。

一般政府予算から保健セクターへの支出は 2000 年から 2010 で 4%から 8%を推移し、WHO 西太平洋地域で最下位である。保健医療制度は、2015 年に改定されたヘルスケア法にて、公的システムと民間システムにわかれて規定されたが、民間病院の進出は現在のところ多くはない（JICA，2016b）。民間病院で勤務するラオス人の看護師の報告はない。

保健医療人材の能力強化は保健医療制度構築の要とされており、2010 年には首相令として「2020 年までの保健人材開発戦略」が策定された。「第 8 次保健セクター 5 年計画（2016-2020 年）」ならびに「2025 までの保健セクターリフォーム戦略とフレームワーク」においても保健医療人材は優先領域のひとつであり、ユニバーサルヘルスカバレッジ達成を目指して、保健医療人材の量（数）と質の拡充が大きな課題となっている。保健医療専門職の質の担保への取り組みとして、2015 年に保健医療専門職の質の保証に関する政策文書が保健省より発出され、各養成機関は質保証委員会の設置が義務づけられた。2017 年に保健医療専門職評議会（カウンシル）が設立された。保健医療専門職評議会の傘下に医師・歯科医師・看護と助産の各委員会も設立され、2019 年の国家試験に基づく免許制度と登録制度開始を

目指して各指針等が検討されている (WHO, 2018b)。社会主義国のラオスでは保健人材は全て公務員であるため、現在は公務員の登録を通して保健省は保健人材数や配置を把握している。

保健医療人材の養成は全て公的機関で実施されており、私立校はない。養成・配置・管理の監督責任機関は保健省である。2011年にWHOの支援を受けてラオス国立保健科学大学の管轄下に教育開発センターが設置された。その目的は、大学の組織能力強化、教授基準の向上、保健専門職教育におけるリソースセンターとされており、海外の大学との協定により活動が進められているが (WHO, 2018b)、支援・協力の中心は医学教育である。2015年に教育法が改定され「監査と評価」の章が「質の保証」に代わったものの具体的な規定はほとんどない (岩品, 2017)。

3. 看護教育

ラオスの看護職は、看護教育課程を修了した看護師、助産教育課程を修了した助産師、看護と助産の統合教育課程を修了した看護助産師の3種があるが、看護助産師の養成は2010年の卒業生をもって終了した。保健医療専門職は教育期間によって上級・中級・初級の3つのレベルに区分され、給与体系が異なる。初級レベルの看護職の養成は2004年に中止された (橋本, 2018)。現在は、上級レベルの学士課程の学士看護師と学士助産師と Higher Diploma 課程の上級看護師と上級助産師が養成されており、12年間の基礎教育修了者を対象としたダイレクトエントリーコース (学生課程4年間と Higher Diploma 課程3年間がある) と現職の看護師を対象とした編入コースがある。

看護職の養成機関は、首都にある保健科学大学、ラオスの地理別分類となる北部・中部・南部地域の主要となる県にある保健科学短期大学が3つ、地方にある4つの公衆衛生学校と1つの看護学校の計9つである。首都の保健科学大学では主に4年間の学士課程を実施し、地方の短期大学では主に3年間の Higher Diploma 課程を実施している。地方の公衆衛生学校と専門学校は、2.5年間の Technical Diploma 課程を実施してきたが、2017年度に Technical Diploma 課程の中止が決定し、Higher Diploma 課程への移行期である。看護学修士課程ならびに博士課程は国内にはなく、隣国のタイで取得している。

ラオスでは、学士や Higher Diploma といった学位に対する必要な教育の規定は教育法および教育・スポーツ省の省令にて規定されているが、看護師養成施設としての認可基準や看護教育内容の規定はない (橋本, 2018)。ラオス語の教科書は限られている。海外からの支援により作成された Technical Diploma 看護課程用の教科書と基礎看護技術用ガイドブックのみであり、各養成校と実習病院に配布されている。教科書の多くはタイ語で、図書館で管理されており、教員や学生は、これらの教科書をコピーして使っている (JICA, 2012)。

松尾・赤澤 (2017) は、看護教育制度とカリキュラムの変遷をまとめ、2014年から開始

されたHigher Diploma看護課程に看護過程が加わったことや、学士課程に看護理論や看護倫理の科目が増えた点から基礎専門科目内で看護系科目が増え看護的視点での知識を得ることが可能になったと述べている。その一方、現職の看護師の教育背景は多様であり、特徴として看護的視点で思考するための知識不足を指摘している。

4. ファカルティ・デベロップメント

2011年にラオス国立保健科学大学の管轄下に設置された教育開発センターは、「2025までの保健セクターリフォーム戦略とフレームワーク」において、2016年-2020年の目標として、国家的な研修・教育機関としての能力強化が挙げられている。2018年の教育開発センターの目標は、ファカルティ・デベロップメントや学生のアセスメントに関する活動であるが（WHO, 2018b）、顕著な活動報告はない。

ラオス保健省が実施した保健医療専門職の教員能力強化に関する報告書によると、国立保健科学大学看護学部の教員や実習施設からの外部教員の多くは、教授法や医学的な教育を受けた経験や臨床経験がなかった（MOH-Laos, 2017）。ラオス国立大学はアセアン大学ネットワークに加盟しており、アセアン大学ネットワークおよびアジア開発銀行支援のもと、ラオス国立大学とラオス国立保健科学大学は教育プログラムの質管理マニュアルを策定した（AUN, 2016）。マニュアルによると、ルーブリックによる学生のアセスメントや学生へのタイムリーなフィードバックが記されているが、具体的な報告はない。

2017年にWHO西太平洋地域主催によるカンボジア・中国・ラオス・ベトナムを対象とした保健医療専門職教育会議に参加したラオス医師（教育開発センター長ら）や看護師（看護行政官ら）から構成されるラオス代表者は、ラオスの保健医療専門職教育の主たる課題は、教員の能力不足、教材不足、実習施設の不足等を挙げており、学生のアセスメント強化のためにアセスメント方針や臨床技術アセスメントブック開発計画があることを述べている（WHO-Western Pacific Region, 2017）。

予備研究では、国立保健科学大学看護学部の副学部長ならびに看護科の科長もファカルティ・デベロップメントの重要性を述べ、教員を対象にした看護診断や看護過程に関する研修計画が伝えられた。予備研究に参加した教員13名（看護学部専任教員6名と臨床教員7名）全員が、国立保健科学大学看護学部主催による教授法や教員の役割に関する研修を受講していた。

II. 看護実践能力に基づく教育とその評価

1. 実践能力に基づく教育の起源と発展

実践能力に基づく教育という概念の起源は、Frederick Winslow Taylor が 1911 年に発表した「科学的管理法の原理」にあるとされており、目標とする実践能力の効果的な教育として考えられた（青木，2017）。Taylor のこのアプローチは、アメリカでは 1940 年代には教育分野に取り入れられ、1960 年代後半に学生の学びを直接的に測定できるとして実践能力に基づく教育が正式に認められている（Curry，2017）。

WHO は 1978 年に「医学教育における実践能力に基づくカリキュラム開発 Competency Based Curriculum Development in Medical Education」を紹介している（WHO，1978）。2009 年には WHO は「専門職としての看護師と助産師の基礎教育におけるグローバル基準 (Global standards for the initial education of professional nurses and midwives)」を発出しており、その目的を根拠と実践能力に基づく教育基準とアウトカムの保証としている（WHO，2009）。

2. 看護分野における実践能力に基づく教育とその評価

看護教育は世界的に看護実践能力に基づく教育へと 1980 年から 1990 年代にかけてと移行したと述べられる一方（Piji-Zieber et al.，2014）、看護実践能力の定義づけや測定の難しさ、関係者の意見の相違等の理由から実践能力に基づく教育の実施に時間を要しているとの意見もある（Fan, Wang, Chao, Jane & Hsu, 2015）。

実践能力に基づく教育は、教育と職場での仕事とのギャップを軽減させ費用対効果の高いアウトカムベースアプローチとして注目されており（Fan et al.，2015）、世界的に受け入れられているものの実践能力のアセスメントには課題が残されたままである（Carney, 2008）。看護教育だけでなく教育や医学などのように実践に基盤をもつ専門職にとって世界的な課題となっている（Hunt, McGee, Gutteridge & Hughes, 2012）。先行研究では、実践能力のアセスメントは学生と指導者の両方にとって複雑であり（Butler et al.，2011）、評価者の研修が不足している（Franklin & Melville, 2015）等が指摘されている。

青木（2017）は、実践能力に基づく教育とは、あらかじめ定義された実践能力を個々の学習者にあった方法やペースで修得し、授業時間ではなく学修成果を評価するもので、適切に評価するには実践能力を定義し可視化したルーブリックが必須であると述べている。看護実践能力に基づく教育を先駆的に行っているアメリカでは、全米大学協会（Association of American Colleges and Universities）が複数の機関で共通に活動できる評価のためのルーブリックを開発している（青木，2017）。看護教育においても信頼性のある評価ツールは学生の成長を助けるため、ルーブリックが広く活用されており、実践能力の高い看護師養成に有効であると報告されている（Shipman, 2012）。

わが国の看護実践能力の考え方は、看護技術力との区別が認識されていなかったが、文部科学省や厚生労働省の提言を受けて、看護実践能力は看護技術の習得という一面だけでなく、看護実践に必要な倫理観や看護管理能力の保持、および専門職としての学習態度など、

多面的な要素を含んだ総合能力としてとらえる考え方にシフトしてきた(高瀬・寺田・宮腰・川田, 2011)。看護実践に関する研究は、2000年以降行われ始め(金久保・小山内・船木・塚本, 2017)、国内外の研究動向に注目したものや、看護実践能力向上を目指した授業評価に関する研究、2010年には総説として海外文献を対象とした概念や定義に焦点を当てた文献研究が発表されるなど看護分野での関心が高まっている(徳永・野本・三好・高橋・毛利・森, 2014)。松谷ら(2010)は、看護実践能力に関する英文の研究論文を対象に文献検討を行い、看護実践能力を「知識や技術を特定の状況や背景の中で統合し、論理的で効果的な看護を行うための主要な能力を含む特質であり、複雑な活動で構成される全体的概念である」と定義づけた。看護教育においては、文部科学省による看護教育検討会が開催され、2004年に「看護学教育の在り方に関する検討会」にて学士課程で育成する5つの領域に区分される19項目の看護実践能力と卒業時到達目標が提示された(文部科学省, 2004)。2010年には、厚生労働省が実習評価の考え方として自己学習力の向上という観点からルーブリック評価を行う必要があると示し(厚生労働省, 2010)、近年、積極的なルーブリック評価の動向にある(森田, 2017)。

このような背景をふまえ、国内の文献を対象に Rodgers の概念分析アプローチ法を用いて「看護実践能力」の概念分析を行った。対象年度は、2012年から2017年とし、学問領域は看護学、論文種類は原著論文である。検索データベースは医中誌 Web を用いた。283 文献が検索され、抄録があるものは240 文献だった。すべて論文名と抄録から、その適切性を判断して23 文献に絞った。論文が入手可能だった18 文献において、繰り返し引用されている2 文献を加え、最終的に計20 文献を対象に概念分析を行った。その結果、「看護実践能力」とは、専門職としての教育によって段階的に発展し、知識、技術、判断力、対人関係力、価値観、倫理観の多面的要素が特定の状況の中で統合され、問題を解決し、効果的な看護を提供していく行動特性」と定義することができた。先行要因は、【環境因子】と【個人因子】の2つのカテゴリに分けられた。【環境因子】は《教育方法の工夫》、《専門職としての看護教育》、《豊かな教育内容》から構成され、【個人因子】としては、〈日常生活経験、コミュニケーション力、人間関係力〉の《社会性》だった。属性は、【多面的要素や能力を含む】、【効果的な看護を提供する】、【特定の状況の中で統合される】、【段階的に発展する】の4つのカテゴリが導き出された。帰結は、【看護の質の向上】、【教育成果】、【質の高い看護師の育成】、【看護専門職としての基盤・発展】の4つのカテゴリが導き出された。以上より、看護実践能力の向上には教育が不可欠であることが明らかになった。看護実践能力は段階的に発展するため、段階に応じた看護実践能力の測定と評価の必要が示唆されるものの、看護実践能力を構成する要素は多面的であり、特定の状況の中で統合されるため、概念の性質に測定の難しさを含意していると考えられる。

Ⅲ. クリティカルシンキング

1. クリティカルシンキングの起源とその発展

古代ギリシャ哲学に起源をもつとされるクリティカルシンキングは、アメリカの教育領域で発展した。クリティカルシンキングの育成は1940年代に始まり、1970年代の大学の大量化に伴う学生の学力低下と教育改革の状況から重要視された。さらに、クリティカルシンキングは、看護学、心理学、経営学などの専門分野でも重要視されるだけでなく、専攻にかかわらず大学教育で習得すべき学士力の構成要素として位置づけられた。学士力の構成要素であるクリティカルシンキングは論理的思考力、問題解決力をはじめとする多くの能力にかかわり、大学教育における成果指標としてアメリカ大学修業評価や経済協力開発機構の高等教育におけるアウトカム評価に含まれた。(楠見, 2017)。日本においては、1990年代後半から心理学や教育学の領域でクリティカルシンキング能力の育成が着目され、看護学、経済学、法学などの領域でもクリティカルシンキング能力の育成への取り組みへと発展した(尾形, 2015)。

2. クリティカルシンキングの定義と構成要素

クリティカルシンキングの定義は複数あるが、心理学者の楠見は、どの領域にも共通する3つの定義として次のようにまとめている。第1に客観的で多面的にものごとをとらえる思考、第2に意識的な内省を伴う熟慮的な思考、第3に汎用的な思考力である(楠見, 2017)。クリティカルシンキングには態度や傾向性といった情緒的側面と能力やスキルといった認知的側面があり、クリティカルシンキングを行うには片方だけではうまくいかず、両方が必要であるとされている(平山, 2004)。

尾形(2015)によると、E. B. zechmeister と J. E. johnson はクリティカルシンキングは問題に対して注意深く観察し熟考しようとする態度、論理的探究法や推論の方法に関する知識、それら方法を用いる技術の3つがあり、態度が最も重要であるとしている。

アメリカの教育学者 Ennis (1985) は、クリティカルシンキングを「何を信じ、何を行動するか決定に焦点をあてた省察的で合理的な思考」と定義し、クリティカルシンキングに関するカリキュラムデザインや教育と評価においては、能力 Ability と傾向性 Disposition に分ける必要性を述べている。能力としては、明確化、推論、推論の基盤の固定、問題解決力を提示しており、傾向性としては、開かれた心、状況全体を考慮する、理由を求める、広い見識をもつように努めることを提示している。そして、クリティカルシンキングの能力とプロセスも述べている。楠見(2015)は、Ennis の考えを基に、クリティカルシンキングの4つのプロセス(情報の明確化、推論の土台の検討、推論、行動決定)と構成要素のフレームワークを提示し、クリティカルシンキングの各プロセスを支えている態度(論理的、探究

心、証拠重視、客観的・多面的、熟慮)が備わっていなければ、クリティカルシンキングは大事な場面で発揮できないと述べている。また、楠見(2017)は、複数の研究が汎用的な思考スキルだけを訓練するよりも具体的な場面で教える方が学習効果は高いことを示していることを紹介している。

アメリカの哲学者 Facione は、アメリカ哲学協会の要請を受け、哲学・教育学・社会科学・物理学の分野の研究者 46 名をパネルとして 1988 年から 1989 年にかけてデルファイ法による 5 回の調査を実施した。その結果、クリティカルシンキングは「意図的で自己制御的な判断。それは解釈、分析、評価、推論となる。あるいはその判断基盤となる証拠、概念、方法、判断基準、文脈についての思考の説明をもたらす」と定義され、6 つの認知的技術と良いクリティカルシンキングをする人 Good Critical Thinker の傾向として 12 の素質が明らかになった (Facione, 1990a)。Facione はこの研究に基づき、主に大学生のクリティカルシンキングの評価を目的とした 5 つの認知的技術から構成されるカリフォルニアクリティカルシンキングスキルテスト California Critical Thinking Skills Test : CCTST (Facione, 1990b) と 7 つの素質から構成されるカリフォルニアクリティカルシンキング傾向性尺度 California Critical Thinking Disposition Inventory : CCTDI を作成した (Facione & Facione, 1994)。5 つの認知的技術は解釈・分析・評価・推論・説明である。7 つの素質は真理の探究、開かれた心、分析性、系統性、推論への自信、知的好奇心、成熟性である。

アメリカでは、Facione の研究結果が看護教育や多くの分野で活用されて研究が続けられた。クリティカルシンキングは看護認証評価基準の対象ともなり看護実践学の領域固有性が注目された (津波古, 2017)。Scheffer & Rubenfeld (2000)は、Facione が実施したデルファイ調査のパネルに看護学の研究者が入っていなかったため、看護分野におけるクリティカルシンキングについて、世界 9 か国 (ブラジル、カナダ、イギリス、アイスランド、日本、韓国、ニュージーランド、タイ、アメリカ)の看護学におけるクリティカルシンキングの専門家をパネル (最終的に 55 名) にして、1995 から 1998 年に 5 回のデルファイ調査を行った。その結果、「看護におけるクリティカルシンキングは、専門家としての責任や看護ケアを考えるのに必須の要件であり、認知的技術 (Cognitive Skills) と思考習慣 (Habits of the Mind) の 2 つの側面をもち、相互に関連しあっている」との定義が合意され、看護におけるクリティカルシンキングとして、7 つの認知的技術と 10 の思考習慣も合意された。認知的技術は、分析、基準の適応、識別、情報の探索、論理的推論、予測、知識の変換である。思考習慣は、自信、文脈的把握、柔軟性、創造性、知的好奇心、知的誠実さ、直観、開かれた心、追求心、省察である。Scheffer & Rubenfeld は看護分野のクリティカルシンキングには、創造性と直観が重要である点を述べている (Scheffer & Rubenfeld, 2000)。Allen, Rubenfeld & Scheffer は Scheffer & Rubenfeld の研究による看護におけるクリティカルシンキングの要素は、Facione らの調査によるアメリカ哲学協会が提示するクリティカルシンキングの要素と重複したものもあるが、違いとして次のように指摘している。認知的技術で

ある「予測」は、Facione の研究ではクリティカルシンキングの定義の一部として倫理的思考に属しているが、看護においては「予測」は重要であり、それ自体がクリティカルシンキングの認知的技術となること。そして「創造性」と「直観」「知識の変換」は、Facione の研究ではクリティカルシンキングの要素から削除されたが、これらの要素は臨床家として成功するには不可欠であると述べている (Allen, Rubenfeld & Scheffer, 2004)。

3. 看護教育におけるクリティカルシンキングとそのアセスメント

クリティカルシンキングが教育に取り入れられた前提には、思考は教育によって鍛えることが可能という考えがある (グレッグ他, 2009)。クリティカルシンキングは全ての保健医療専門職を横断する実践能力の鍵とされている (Rapp et al., 2014)。

クリティカルシンキングが看護教育に早期に導入された背景には、1960 年代に実学としての医療科学・生理学・看護学が急激に発展したことで、医療・看護現場における実践の可視化への取り組みやクリティカルシンキングと看護過程の類似性がある。看護実践の可視化は、アセスメント・診断・計画・実施・評価で構成される看護過程の形をとり、アメリカでは 1960 年代から看護過程が教授された。1970 年代には、看護学の知識体系に基づく看護診断が登場し、看護独自の認知過程が注目された (津波古, 2017)。1980 年代には看護教育の学部教育への導入に伴い、看護教育におけるカリキュラム開発や研究も始まった (尾形, 2015)。看護教育課程認定を行うアメリカ看護連盟 (National League for Nursing) は、1989 年に、学士看護課程におけるクリティカルシンキングカリキュラムと成果評価を義務づけた (Bowles, 2000)。尾形は日本の看護におけるクリティカルシンキングに関して、アメリカでクリティカルシンキングが看護教育において発展した経緯と同様に、看護学教育の大学化が契機となり 1990 年代後半から発展したと述べている (尾形, 2015)。

世界的にクリティカルシンキングは看護実践において不可欠で優先されるべきものであり (Chao, Liu, Wu, Clark & Tan, 2013)、患者のアウトカムを向上させることができることから (Chan, 2013)、学士看護課程の重要な教育的アウトカムと認識されている (Hunter, Pitt & Roche, 2014)。オーストラリア看護助産評議会はクリティカルシンキングを看護実践能力のひとつとしている (National competency standards for registered nurses)。その一方、Benner らは「実践家の看護師には複数の思考形態が必要である」ことを指摘しており (Benner, et al./早野 ZITO 訳, 2009/2011)、看護教育における変革として「排他的なクリティカルシンキングの強調から臨床的論証と複数の思考法へ」の移行を推奨している (Benner, et al./早野 ZITO 訳, 2009/2015)。

Zuriguel らの PRISMA 基準を用いた 1999 年から 2013 年の期間の看護分野におけるクリティカルシンキングに関する文献検討によると (Zuriguel et al., 2015)、クリティカルシンキングの定義は多様であったが、最も多く活用されていたのは Facione らの定義だった。関連する概念として、臨床推論、臨床判断、問題解決、臨床における意思決定および看護過

程などだった。楠見 (2015) は、クリティカルシンキングと看護過程のプロセスと構成要素の類似性にふれ、Ennis (1985) が提示する「情報の明確化」「推論の土台の検討」「推論」「行動決定と問題解決」は、「アセスメント」「分析」「診断、計画」「看護介入と評価」という看護過程と対応づけることができると述べている。クリティカルシンキングと関連する概念に関しては、Journal of Nursing Education の編集者 Tanner (2000) は「Critical Thinking: Beyond Nursing Process」と題し、クリティカルシンキングが、看護過程や臨床判断、臨床における意思決定を同義と理解されていることへの懸念を示している。Merle-Kataoka & Saylor (1994) は、臨床判断はクリティカルシンキングの結果であると述べている。津波古 (2017) は、Alfaro-Lefevre の書籍を引用しながらクリティカルシンキングあるいは臨床推論はプロセスであり、そのアウトカムが臨床判断（結論、決定、あるいは意見）であるとしている。そして、クリティカルシンキングは看護の問題解決、臨床判断の基礎となると述べるとともに、看護全体のコンセンサスを得た定義は見出されていないとまとめている。

Zuriguél らの文献検討によると、看護学生や看護師のクリティカルシンキング力の測定尺度として最も使われているのは、Facione らの研究結果に基づくカリフォルニアクリティカルシンキングスキルテスト (CCTST) とカリフォルニアクリティカルシンキング傾向性尺度 (CCTDI) であった。Billing& Halstead (2005) は、CCTST や CCTDI も含めてクリティカルシンキングの測定のための調査票における留意点として、主に白人の中流階級集団を対象として開発されてきたため、多様な母集団に使われる場合は、うまく機能しない可能性を挙げている。いくつかの研究では、代案としてルーブリックなどが使われており、2000 年以降はインタビュー等による質的調査によるクリティカルシンキングの評価が注目されているとまとめられている。効果的な育成方法としてはシミュレーションを用いた教育であったと述べられている (Zuriguél et al., 2015)。

看護分野におけるクリティカルシンキングに関する研究は、既存の測定用具を用いて看護師資格認定試験や大学の成績評価値 (Grade Point Average : GPA) との関連 (Searing & Kookan, 2006; Ip et al., 2000) や、認知的スキルと傾向性との関連が世界的に実施されている (Profetto, 2003; Shin, 2006)。CCTDI を用いたクリティカルシンキングの傾向性に関する研究では、日本、韓国、中国の看護学生や看護師を対象に測定されているが、Facione らの研究結果と比較して点数が低く、文化的な要因の影響が考察されている (Kawashima & Petrini, 2004; Shin, Lee, Ha & Kim, 2006; Ip et al, 2000)。文献レビューにおいても CCTDI における看護学生のスコアはアジア系は充分ではないが、アジア系以外の学生は十分に高いスコアであることから、クリティカルシンキングの傾向性の発達には環境や教育方法および文化の違いの影響が検討されている (Salsali, Tajvidi & Ghiyasvandian, 2013)。その一方、CCTDI や CCTST はアメリカで開発されたものであり、他の母集団で使われる場合には機能しない可能性も指摘されている (Billings & Halstead, 2011 奥宮監訳 2014)。看護の専門性に特化した信頼性のあるクリティカルシン

キング力の測定用具の開発はなく、その必要性が指摘されている (Shipson & Courtney, 2002, Carter, A. G., Creedy, D. K., & Sidebotham, M., 2018)。

日本におけるクリティカルシンキングの看護教育への導入について、津波古 (2017) は定着が鈍いと表現し、その理由を次の4つに集約している。ひとつは文化的背景である。クリティカルシンキングの邦訳「批判的思考」に誤解が生じやすく、「批判的思考」に対して受け入れがたいイメージがあると述べている。また、日本と欧米との文化的な差として、思考が「直線型か渦巻き型か」「白か黒か、それとも灰色か」などの思考スタイルの違いに関する先行研究も紹介している。2つ目は「翻訳語」の問題を挙げている。異文化で創出された新しい概念を取り入れる際は、最初は翻訳語を通して理解し、実践的活用へのプロセスを踏み、翻訳語を超えた必要概念として定着するのは時間を必要とすると述べている。そして日本においては、クリティカルシンキングの概念は日本文化のコンテキストで解釈されるプロセスの中にあるとしている。3つ目はクリティカルシンキングの概念の多様性を述べ、4つ目として日本の看護教育の必要概念としての学術的取り組みの遅れを指摘している。

後発開発途上国のラオスの看護分野におけるクリティカルシンキングに関する研究は皆無である。

我が国とラオスの関係は1955年の外交関係樹立に始まり、我が国からのラオス看護分野への支援は、1968年に日本の看護師2名が海外協力隊員として派遣したことに始まる (橋本, 2010)。ラオスの看護教育制度は政情に大きく左右されてきた歴史があり、教育背景は様々である (松尾ら, 2017)。看護サービスにおいては、看護師の知識不足が深刻な問題であることから、ラオス政府は我が国に看護教育の改善に係る技術協力を要請し、2005年 - 2010年の5年間と2012年 - 2016年の4年間の政府開発援助による技術協力プロジェクトが実施された。プロジェクトの支援を受け、ラオス政府は看護と助産の拠りどころとなる法規整備と、看護教育の向上を目指し看護基礎技術に関する研修の開発、看護実践能力の策定と看護実践能力に基づく看護カリキュラム改定を実施した (JICA, 2016a)。2000年初頭は、医学系科目が占めていた看護教育カリキュラムから2011年以降の看護教育カリキュラムは基礎知識の応用や看護系科目の増加と変化したしたが (松尾ら, 2017)、学生の看護実践能力や思考に関するアセスメントや評価への調査や研究報告はない。予備研究に参加したラオスの看護教員は、学生の「考える力」の育成を大切にしているが、学生のアセスメントや評価の方法の困難を抱えていた。ラオスには看護に関する学会は設立されていない。

第3章 予備研究

ラオスの看護学生の分析的思考実践能力の効果的なアセスメントツール開発を予定していることから、予備研究ではラオスの看護教員の看護教育に関する考えや状況を知るために調査を行い、本研究への示唆を得ることを目的とした。

I. 研究目的

ラオスの教員がもつ看護教育への考えと看護学生の分析的思考実践能力をアセスメントする際の教育的困難や教員の学習ニーズを探索する。

II. 研究デザイン

半構造的インタビュー法を用いた質的記述的研究。

III. 研究方法

1. 研究協力者

研究協力者は、ラオス国立保健科学大学看護学部の専任教員と実習施設である2ヶ所の教育病院からの外部教員（臨床教員）のうち「選択基準」を満たす15名とした。協力者数は、2016年のラオス国立保健科学大学看護教員（臨床教員含）139名の約10%を研究協力者数として算出した。

1) 選択基準

(1) ラオス国立保健科学大学看護学部所属の専任教員

- ① 看護師である
- ② 5年以上の教育経験がある
- ③ 過去1年以内に看護学生のアセスメントを行った

(2) 外部教員（臨床教員）：実習病院所属の看護師

- ① 5年以上の外部看護教員（臨床教員）としての教育経験がある
- ② 過去1年以内に看護学生のアセスメントを行った

2) 研究協力者の選定手順

研究協力者の選定手順として、まず、研究者は研究協力者が所属する保健科学大学看護学部長および実習病院の看護部長に、研究目的、方法、倫理的配慮、研究協力者の「選択基準」

について英語とラオス語の文書を用いて口頭で説明し、本研究への協力と研究協力者の選定を依頼した。研究協力者は看護学部の専任教員 7 名、臨床教員 8 名（各実習病院から 4 名）とした。その後、選択基準に基づき所属先の長から選出された研究協力者に研究目的、方法、倫理的配慮についてラオス語の文書を用いて口頭で説明し、研究協力への同意を得た。なお、各説明は研究者がラオス語と日本語の通訳を介して行った。

2. データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構造インタビューを行った。

1) インタビューガイド

① 教育活動について

- ・ 看護教育に関する具体的な活動内容
- ・ 看護教育についてどのような関心や満足をもっているか
- ・ 看護教育を行ううえで大切にしていること
- ・ 看護教育についてどのような困難をもっているか
- ・ 自分の臨床経験が看護学生を教えるうえで役立つと思うか
- ・ どのように自分の臨床経験が看護学生を教えるうえで役立つと思うか。

②看護学生の実習のアセスメントについて

- ・ 看護学生の最初の実習、2年生の時の実習、3年生の最後の実習をアセスメントする際のポイント
- ・ 看護学生のアセスメントの際の迷い、悩み、困難。
- ・ 学生の実習をアセスメントする際の迷い、悩み、困難。
- ・ 学生実習をアセスメントする際の困難を解決するためのアイデア

③分析的思考実践能力のアセスメントについて

- ・ ラオス保健省が定めたラオスの看護師の実践能力を聞いたことがあるか
- ・ ラオス保健省が定めたラオスの看護師の実践能力のひとつである分析的思考実践能力の視点で学生のアセスメントをしたことがあるか
- ・ 学生の分析的思考実践能力のアセスメントに関するアイデア

2) インタビュー調査の実施

インタビューは 2018 年 7 月 31 日から 2018 年 8 月 9 日の期間において、研究協力者より指定された日時および面接室にて、ラオス語と日本語の逐次通訳を介して研究者が実施した。インタビュー中は、研究協力者、研究者（インタビュアー）、通訳者以外の立ち合いはなく、研究協力者より指定された面接室は独立しており、プライバシーが保たれた。インタビュー時間はひとりあたり 39 分から 99 分で平均 70.9 分あった。

インタビューの内容は、研究者によるインタビューメモの他、研究協力者の同意があった14名においてはICレコーダーによる録音も行い音声データとした。研究協力者の属性についてはインタビュー開始時にラオス語の自記式質問票を用いて情報収集を行った。

3. データ分析方法

研究協力者15名のうち2名は選択基準に合致していなかったため分析対象から除外し、分析対象者は看護学部専任教員6名と臨床教員7名の計13名とした。

分析は、研究者のインタビューメモと分析対象者の音声データの日本語のみを文字起こした逐語録から13名の記述データを作成し、質的な内容分析を行った。まず、記述データを繰り返し注意深く読み込み、ラオスの教員がもつ看護教育への考えとして、看護教育で大切にしていることと看護教育における課題や困難を分析の視点とした意味のあるまとまりでコード化を行った。次に、このコードを相違点、共通点について継続比較して分類した。同類の複数のコードが集まったものをサブカテゴリーとし、同様にサブカテゴリーからカテゴリを生成した。そして、カテゴリ間の関連性を吟味しながら関連図を作成した。分析の全過程において指導教授からスーパーバイズを受けながら進めた。

4. 倫理的配慮

聖路加国際大学の研究倫理審査委員会（番号18-A003）とラオス国保健セクター倫理委員会（番号080）の承認を得て実施した。

本研究の研究協力者は所属先の長による紹介となるが、インタビュー開始時に、研究者は研究協力者に対して、次の事項をラオス語の文書を用いながらラオス語と日本語の逐次通訳を介して十分に説明した。研究概要と研究参加の有無は本人の自由意思であり、上司には伝えないこと、協力者はいつでも不利益を受けることなしに研究参加を拒否する権利または参加の同意を撤回する権利があること、研究結果は関連する学会での発表や雑誌への投稿を予定しているが決して個人が特定されることはないこと、研究者ならびに通訳者も含めてインタビューで知り得た内容を他言することはないこと。

通訳からは研究活動を通して知り得た情報に関する守秘義務の同意を口頭および文書で得た。

IV. 結果

1. 研究協力者の属性（表1）

分析対象とした看護学部専任教員6名と臨床教員7名の計13名を最終的な研究協力者とした。女性が11名、男性2名（いずれも看護学部専任教員）、年齢は37歳から56歳（平均45.5歳）だった。教員としての経験年数は、6-10年が5名、11-15年が5名、20年以上が3名（いずれも学部専任教員）だった。13名全員がディプロマ取得後に卒後教育として2.5年間の看護学士継続教育コースにて看護学士を取得しており、そのうち5名（いずれも看護学部専任教員）は修士号を取得していた。

看護学部専任教員6名のうち1名は全く臨床経験がなかった。職位は管理者レベルが1名、講師が5名だった。

臨床教員7名は所属する看護部部長から口頭で臨床教員を任命されていた。その役割は、看護や助産学生の他、医学生の実習も担当しており、これら臨床における指導と評価の他、新人看護師の教育も担っていた。7名のうち1名は学生の臨床指導や新人教育に加えて看護学部での講義も実施していた。職位は、看護師長が4名、副看護師長が3名だった。

2. 看護教育で大切にしていること（表2）

分析の結果、研究協力者が看護教育で大切にしていることとして、37のコードから14のサブカテゴリーと4つのカテゴリ【学生中心の教育を行う】【学生の考える力を育む】【学生の臨床実践能力を育てる】【効果的な教授法への努力】が抽出された。ここでは、カテゴリは【 】, サブカテゴリーは《 》、コードは< >、インタビューで語られた言葉は「 」, 語りの中でわかりにくいところは（ ）の中に言葉を補い、各カテゴリを説明する。

1) 【学生中心の教育を行う】

カテゴリ【学生中心の教育を行う】は5つのサブカテゴリー《参加型授業の工夫》《非権威的態度への心がけ》《多様な学生への個別的な指導》《学生ニーズの重視》《学生の反応から教授法を改善する》から構成された。

(1) 《参加型授業の工夫》

サブカテゴリー《参加型授業の工夫》は5つのコード<学生にフィードバックする><グループワークを試みる><学生も授業に参加できるようにする><学生と一緒に考える><リーダー役を交代制にする>を含んだ。

<学生と一緒に考える>

「卒業したらこの問題に遭ったらどういふふうに対応すればいいのか、授業の中で一緒に考えています。」:D教員

(2) 《非権威的態度への心がけ》

サブカテゴリー《非権威的態度への心がけ》は4つのコード<学生が自信をもてるようにする><学生と教員の壁をつくらない><学生を傷つけない><手を添えて教える>を含

んだ。

＜学生と教員の壁をつくらない＞

「教員と学生との壁をつくるようなことはせず、親近感がもてるように学生とコミュニケーションをとるようにしている。そうすることによって学生は臨床教員を恐がったりせず、わからないときには聞いたり、きちんと報告するようになる。そうすることが良い看護師を育てることになると思う。」：J 教員

(3) 《多様な学生への個別的な指導》

サブカテゴリー《多様な学生への個別的な指導》は4つのコード＜学生の特徴を把握して教え方を工夫する＞＜学生ひとりひとりをアセスメントする＞＜学生の理解に合わせて課題をかえる＞＜ラオス語を正す＞を含んだ。

＜学生ひとりひとりをアセスメントする＞

「学生には差があるので、病院で理論も教えるときもある。ベットサイドで学生を教えることが多いが、学生ひとりひとりをみるようにしている。そして、この学生だったらひとりでも大丈夫とか、この学生はもう少し頑張れないといけなとかアセスメントするようにしている。」：J 教員

＜ラオス語を正す＞

「(地方出身の異なる言語をもつ民族の学生が) ラオス語ができないといっても、ラオス語を全く書けないのではなくて、学生は標準語と自分の言葉を混ぜながら書いているので、これは標準語ではこう書いてるんだよとか、ひとつひとつ見ながら指導しています。」：D 教員

(4) 《学生ニーズの重視》

サブカテゴリー《学生ニーズの重視》は2つのコード＜学生が何を学びたいかを大切にす>と＜学生がどういうふうに学びたいかに応える>を含んだ。

＜学生がどういうふうに学びたいかに応える＞

「学生がどういうふうに必要としてるのか、どういうふうに学び方とかやりたいのか、学生を中心に授業を行なうようにした。」：A 教員

(5) 《学生の反応から教授法を改善する》

サブカテゴリー《学生の反応から教授法を改善する》は3つコード＜学生にわかりやすく教える＞＜学生が覚えるのではなく理解する教え方＞＜学生の反応から教授法を改善する>を含んだ。

＜学生の反応から教授法を改善する＞

「本を読んで学生に書かせたが、学生があまりわかっていない、理解できていないということがわかった。それで、パワーポイントを使って教えるようにしたが、文字ばかりが多くて学生はわかっていないように感じたので、学生にプレゼンしてもらおうようにした。」：A 教員

2) 【学生の考える力を育む】

カテゴリー【学生の考える力を育む】は3つのサブカテゴリー《理由や根拠を問う》《知識の連結を促す》《学生の思考能力を記録・発言で確認する》から構成された。研究協力者は【学生の考える力を育む】ために《理由や根拠を問う》ことや《知識の連結を促す》ことを行い、その結果として学生の考える力が育っているかどうかを《学生の思考能力を記録・発言で確認する》行為を行っていた。

(1) 《理由や根拠を問う》

サブカテゴリー《理由や根拠を問う》は2つのコード〈学生が考える機会を創出する〉と〈学生に問いかける〉を含んだ。

〈学生に問いかける〉

「教え方で心がけていることは、なぜそうするのか、なぜかということをして学生にいつも問いかける。」: B 教員

(2) 《知識の連結を促す》

サブカテゴリー《知識の連結を促す》は2つのコード〈学生の分析や研究を促す〉と〈学生が知識どうしを関連づけて考えることができるようにする〉を含んだ。

〈学生が知識どうしを関連づけて考えることができるようにする〉

「例えば、肺気腫だったら、呼吸困難などの症状を挙げて、この症状だったら診断を考える。肺気腫とわかったら、じゃあ治療計画はどうなるか、看護師として何をするか、その患者にどう対応するかをつなげて考えるようなやり方、関連付けて考えるというやり方をとっている。」: A 教員

(3) 《学生の思考能力を記録・発言で確認する》

サブカテゴリー《学生の思考能力を記録・発言で確認する》は2つのコード〈ケーススタディでみる〉と〈ケースカンファレンスを行っている〉を含んだ。これらは《学生の思考能力を記録・発言で確認する》ための具体的な行為だった。

〈ケーススタディでみる〉

「それ（学生の考える力は）ケーススタディーを通して評価しています。」: F 教員

3) 【学生の臨床実践能力を育てる】

カテゴリー【学生の臨床実践能力を育てる】は4つのサブカテゴリー《臨床のイメージを提供する》《症状から学びを導く》《現場（模擬）で患者とのかかわりを評価する》《患者と学生の安全を守る》から構成された。

(1) 《臨床のイメージを提供する》

サブカテゴリー《臨床のイメージを提供する》は2つのコード〈学生が実際に見られる、触れられるようにする〉と〈自分の臨床経験を話す〉を含んだ。

＜学生が実際に見られる、触れられるようにする＞

「教科書の内容も教えて、同時に実際の現場などのビデオを見せて、ラボも含めて、学生が実際に見られる、感じられるように行なっています。」：F 教員

(2) 《症状から学びを導く》

サブカテゴリー《症状から学びを導く》には2つのコード＜ケースシナリオを活用する＞と＜自分の経験から看護倫理を教える＞を含んだ。

＜自分の経験から看護倫理を教える＞

「教科書の中では倫理的っていいですか、看護師でしたらこういう思いやりをしなきゃいけないんだよという本では読んだことはあるんですけど、自分の経験を生かして、学生がさらに深く理解、なぜ思いやりとかあったかい気持ちで見守らなければならないのか、そういうのを実例を挙げながら説明しています。」：F 教員

(3) 《現場（模擬）で患者とのかかわりを評価する》

サブカテゴリー《現場（模擬）で患者とのかかわりを評価する》は2つのコード＜受け持ち患者との関係性を評価する＞と＜OSCE（客観的臨床能力技術試験）をやる＞を含んだ。

＜受け持ち患者との関係性を評価する＞

「その学生がどれぐらいその患者さんに近い関係、近づいていって、どういうふうに患者さんをケアしているのか、その患者さんはどんな問題を抱えているのか、その問題を解決するためにはどういうふうになればいいのか、（患者さんへの）健康教育をどれぐらい行なっているのか、どれぐらいその患者さんと話し合っていて、コミュニケーションをどれぐらい取ってるのか、それを評価しています。」：F 教員

(4) 《患者と学生の安全を守る》

サブカテゴリー《患者と学生の安全を守る》は2つのコード＜患者と学生の安全を考えた対応をする＞と＜臨床教員として学生を見極める＞を含んだ。

＜患者と学生の安全を考えた対応をする＞

「注射の実習をしている学生に対して、臨床教員が大きな声で『あなた何をしているの』と言ったら、学生もびっくりするし自信もなくなる。患者さんも怖くなる。研修を受けて、臨床教員として適切な態度を意識するようになった。」：J 教員

4) 【効果的な教授法への努力】

カテゴリー【効果的な教授法への努力】は、2つのサブカテゴリー《教授方法を磨く》と《教育目標によって教授法を選択する》から構成された。

(1) 《教授方法を磨く》

サブカテゴリー《教授方法を磨く》には、3つのコード＜教授方法の研究や情報交換を行

う><学習者として経験を活かす><教員としての知識の獲得と定着を心がける>を含んだ。

<学習者として経験を活かす>

「(自分が看護学士継続教育コースに在籍した際の実習で) 看護師にキツイ態度をされたり、ちゃんと教えてもらえなかったりしたので、学生の目標にそって教えないといけないと思った。」: M 教員

(2) 《教育目標によって教授法を選択する》

サブカテゴリー《教育目標によって教授法を選択する》は2つのコード<学習過程に沿って教育手法を変化させる>と<知識レベルか行動レベルかを区分して教える>を含んだ。

<学習過程に沿って教育手法を変化させる>

「教えるときのポイントは学生に考える機会を与えることだが、教える時期によっても違う。例えば、1年生と2年生の学生には、全部教えないといけない、全部を話さないといけない。学生の自己学習はあまり多くはない。3年生と4年生の学生には、教員はあまり話さず、学生は自己学習を多くしないといけない。」: B 教員

3. 看護教育における課題や困難 (表3)

研究協力者が抱えている看護教育における課題や困難として30のコードから12のサブカテゴリーと4つのカテゴリ【学生評価の質への懸念】【不十分な臨床実習】【多様な学生への教育的対応の困難】【教材不足による教育的制限】が抽出された。ここでは、カテゴリは【 】、サブカテゴリーは《 》、コードは< >、インタビューで語られた言葉は「 」、語りの中でわかりにくいところは()の中に言葉を補い、各カテゴリを説明する。

1) 【学生評価の質への懸念】

カテゴリ【学生評価の質への懸念】は、3つのサブカテゴリー《評価基準がないことによる困惑》《資源不足による学生アセスメントへの影響》《不適切な学生評価》のから構成された。

(1) 《評価基準がないことによる困惑》

サブカテゴリー《評価基準がないことによる困惑》は5つのコード<教員共通の基準がないことによる評価の不透明さ><学生アセスメント基準がないので他の人に任せられない><評価基準がないので迷う><教員の分析的思考能力の懸念><多項選択式の問題の質が良くない>を含んだ。

<学生アセスメント基準がないので他の人に任せられない>

「副看護師長業務もあり忙しいが、他の人に任せると自分と同じような基準

でやるかわからないで頑張っている。」: J 教員

＜教員の分析的思考能力の懸念＞

「ラオスでは開発途中でまだできなくて、まずは、先生が学生が分析的思考になれるように質問の仕方なども勉強しなければならない。」D 教員

(2) 《資源不足による学生アセスメントへの影響》

サブカテゴリー《資源不足による学生アセスメントへの影響》は2つのコード＜教員不足によるいきわたらない学生のアセスメント＞と＜物品がない演習室での学生のアセスメントの困難＞を含んだ。

＜物品がない演習室での学生のアセスメントの困難＞

「大学の演習室は小さくていろいろなものがないので、演習室での学生のアセスメントは難しい。」: B 教員

(3) 《不適切な学生評価》

サブカテゴリー《不適切な学生評価》は2つのコード＜評価基準がないことによる課題が認識されていない＞と＜不適切なアセスメント基準＞を含んだ。

＜不適切なアセスメント基準＞

「30点満点で30点をつけると学生は、自分はまだ看護師としてできると勘違いしてしまうので、高くても27とか25にしている。」: H 教員

2) 【不十分な臨床実習】

カテゴリー【不十分な臨床実習】は4つのサブカテゴリー《人員不足による不十分な実習指導体制》《教育と臨床のギャップ》《現職看護師の不適切な言動や技術》《学生の実質的な臨床経験の減少》から構成された。

(1) 《人員不足による不十分な実習指導体制》

サブカテゴリー《人員不足による不十分な実習指導体制》は2つのコード＜教員不足で学部教員が実習中の学生のフォローができない＞と＜看護業務もあり学生指導の時間の確保が難しい＞を含んだ。

＜教員不足で学部教員が実習中の学生のフォローができない＞

「大学の教員のフォローもないので学生の指導が十分ではないと思う。」: J 教員

(2) 《教育と臨床のギャップ》

サブカテゴリー《教育と臨床のギャップ》は3つのコード＜教育内容と看護実践現場での違いによる学生の混乱＞＜教育機関と実習病院の連携不足＞＜不統合な老年看護の講義と臨地実習＞を含んだ。

＜不統合な老年看護の講義と臨地実習＞

「老年看護の授業があり、講義をして実習もある。実習のフォームがあって評価フォームもあるが、病院で働いている看護師は老年看護に関する知識はな

い。大学は学生に老年看護の実習をやらせたくていろいろ送ってくるが、こっちは知識とかないので対応ができないことがある。老年看護や新しい分野がでてきて、実習が必要であれば、事前に知らせてほしい。」：H 教員

(3) 《現職看護師の不適切な言動や技術》

サブカテゴリー《現職看護師の不適切な言動や技術》は2つのコード<現職看護師の間違った看護技術>と<現職看護師の学生へのキツイ言動>を含んだ。

<現職看護師の間違った看護技術>

「(課題は) 現職の看護師の知識や技術が低いこと。病棟の看護師は決まった手順で行っておらず長くやっている自分の手順で行っている。学生が混乱するので改善しないといけないが、長くやっていることなので時間がかかる。」：L 教員

(4) 《学生の実質的な臨床経験の減少》

サブカテゴリー《学生の実質的な臨床経験の減少》は2つのコード<学生数が多くて患者さんに触れられない学生がいる>と<教育内容や制度の変化による学生の浅い臨床経験>を含んだ。

<教育内容や制度の変化による学生の浅い臨床経験>

「看護記録の書き方とかそういう書き方の授業が多いので、3年生になっても臨床の経験が少ない。以前は、看護学校(ディプロマ)しかなく、次のステップとして大学(ディプロマ保有者を対象とした2.5年間の看護学士コース)があったが、今は、いきなり大学になっているので、勉強する時間が短くなって、臨床経験が浅くなってきている。」：A 教員

3) 【多様な学生への教育的対応の困難】

カテゴリー【多様な学生への教育的対応の困難】は3つのサブカテゴリー《モチベーションがない学生への指導の苦慮》《民族の違いにより基礎学力に差がある学生への教育的対応の困難》《学生の特徴に応じた指導への苦慮》から構成された。

(1) 《モチベーションがない学生への指導の苦慮》

サブカテゴリー《モチベーションがない学生への指導の苦慮》は3つのコード<看護への関心がない学生への懸念><フィードバックしても改善しない学生への指導の困難感><何もわからないまま実習にくる学生への困惑>を含んだ。

<看護への関心がない学生への懸念>

「モチベーションがない学生が一部にいる。自分は看護業務が好きでいろんなことをプライドをもって嬉しく仕事をやっているが、最近の一部の学生は、看護の仕事を好きでない人もいる。」：H 教員

(2) 《民族の違いにより基礎学力に違いがある学生への教育的対応の困難》

サブカテゴリー「民族の違いにより基礎学力に差がある学生への教育的対応の困難」は2つのコード「基礎学力の違いに応じた看護教育への困難」と「基礎学力の差から生じる別建ての評価基準の検討」を含んだ。

＜基礎学力の違いに応じた看護教育への困難＞

「この大学だと色々な地方からの色々な民族の学生がいるので、ラオス語もまだうまく書けてない、読めない、うまく話せない人もいるので、その人が理解できる、勉強についていけるように、専門用語を説明しながら教えなければならぬので、それが一つの自分の中の課題だと思っています。」：D 教員

(3) 「学生の特徴に応じた指導への苦慮」

サブカテゴリー「学生の特徴に応じた指導への苦慮」は2つのコード「多様な教育課程への苦慮」と「学生の理解度に応じたケアプラン立案の指導の難しさ」から構成された。

＜多様な教育課程への苦慮＞

「普通のダイレクトの学生たち（12年間の基礎教育後に4年間の看護学士課程に入学した学生）は若い方たちが多いので学びが早いですけど、継続コース（ディプロマ取得後に臨床経験を得て看護学士や準学士課程で学んでいる学生）で、少し年を取っている方だと、その資料の書き方とかあまりうまく分からないとか。なので、継続コースのほうがちょっと難しいですね。」：M 教員

4) 【教材不足による教育的制限】

カテゴリー【教材不足による教育的制限】は2つのサブカテゴリー「演習室や実習物品の不足」と「学生の限られた自己学習資源」から構成された。

(1) 「演習室や実習物品の不足」

サブカテゴリー「演習室や実習物品の不足」は3つのコード「演習室が小さく教材が少ない」「病院に実習のときの物品がない」「教室の教材の不足」を含んだ。

＜演習室が小さく教材が少ない＞

「(課題は) 演習室のこと。小さくて教材の数が少ない。学生全員ができない。学生は見学だけの場合もあり、それは演習とはいえない。」：C 教員

(2) 「学生の限られた自己学習資源」

サブカテゴリー「学生の限られた自己学習資源」は2つのコード「少ない図書とコンピューター」と「学生負担のインターネット」を含んだ。

＜少ない図書とコンピューター＞

「学生を中心にすると、学生が自分自身で勉強しなければならないですね。自分で考え、例えばケースとか宿題をあげて自分で研究して、自分で考えていかなければならないですけど、ただし大学の教育環境は限られてるんですね。例えばコンピューター、インターネット、図書館などのツールが限られていて、学生を中

心と言っても先生たちからの指導も必要になります。」：E 教員

4. カテゴリ間の関係（構造）

研究協力者が看護教育で大切にしていることとして抽出された4つのカテゴリ【学生中心の教育を行う】【学生の考える力を育む】【学生の臨床実践能力を育てる】【効果的な教授法への努力】と、看護教育における課題や困難として抽出された4つのカテゴリ【学生評価の質への懸念】【不十分な臨床実習】【多様な学生への教育的対応の困難】【教材不足による教育的制限】の関連を図に表した（図1）。

研究協力者にとって【学生中心の教育を行う】は教育方針として、そして【学生の考える力を育む】と【学生の臨床実践能力を育てる】は教育目標として看護教育で大切にしていることの中心にあった。研究に協力した看護教員は【学生の考える力を育む】のアセスメントを臨床実習中のケーススタディやケースカンファレンスを通して実施しており、教育目標の【学生の考える力を育む】と【学生の臨床実践能力を育てる】は連動していた。【効果的な教授法への努力】は、教育方針や教育目標を実施するための教員としての基本的な姿勢だった。

看護教育における課題や困難として抽出されたカテゴリは、研究協力者が看護教育で大切にしていることを妨げている関係にあった。【不十分な臨床実習】は教育目標のひとつである【学生の臨床実践能力を育てる】や【学生の考える力を育む】機会の創出を妨げていた。

【教材不足による教育的制限】と【多様な学生への教育的対応の困難】は教育方針【学生中心の教育を行う】に反し、教育目標を目指した教授活動を妨げていた。そして、研究に協力した看護教員は、教育方針の実施や教育目標を目指して個々に【効果的な教授法への努力】も行っているが、看護教育や教員としての個々の努力のアウトカムを測定する基準がないために【学生評価の質への懸念】を抱えていた。

V. 考察

看護教育に関する活動や看護学生のアセスメントに関する半構造インタビューを通して、研究に参加したラオスの看護教員は教育方針として【学生中心の教育を行う】や教育目標として【学生の考える力を育む】【学生の臨床実践能力を育てる】ならびに教員としての姿勢【効果的な教授法への努力】を大切にしていた。【学生中心の教育を行う】【学生の考える力を育む】【学生の臨床実践能力を育てる】は、ラオス国立保健科学大学の看護学士カリキュラムに記されている教育理念等と合致していた。研究に参加した看護教員は、これら教育理念等に基づく個々の具体的な教育活動を行うために【効果的な教授法への努力】を行っていると考えられる。【学生中心の教育を行う】【学生の考える力を育む】【学生の臨床実践能力

を育てる】は研究協力者が所属する機関の理念等と一致しているものの、それらの文言を諳んじたものではなく、彼らの教育活動に関する語りから生成されたものであり、教員としての中核を成すものであると考える。

【学生中心の教育を行う】については、日本では「学生中心の看護教育」として1985年の看護教育セミナーにて既にその重要性が話されており（波多野，1986）、米国では、2003年に全米看護連盟が、全ての看護師養成機関に対して学生の学びを最大にするために学習者中心の教育に取り込むことを強く推奨している（Colley, 2012）。ラオス国立大学とラオス保健科学大学はアセアン大学連合（AUN）に加盟しており、教育の質の向上を図るためのマニュアル「ラオス国の教育プログラムの質の管理」を作成している（AUN, 2016）。そのマニュアルの中では、【学生中心の教育を行う】ことが教育アプローチとして推奨されている。研究に協力した看護教員は、【学生中心の教育を行う】ことに関して、ラオス国立保健科学大学看護学部が主催する教員対象の研修にて学んだと述べていた。ラオスの看護教育分野においても、他国や地域の取り組みを参考に【学生中心の教育を行う】を積極的に取り入れて看護教育の質の向上を図っていると考察できる。

一方、【不十分な臨床実習】【多様な学生への教育的対応の困難】【教材不足による教育的制限】は、研究に協力した看護教員が大切にしている教育方針や教育目標を実施する妨げになっており、彼らにとっては困難や課題ととらえられていると考えられる。研究に協力した看護教員は、教育目標として【学生の考える力を育む】ことと【学生の臨床実践能力を育てる】ことを大切にしており、【効果的な教授法への努力】を行っているものの、学生の考える力や臨床実践能力に関する明確な到達目標やアセスメントの方法、評価基準がないため、【学生評価の質への懸念】という課題を抱えている。また、【学生評価の質への懸念】のサブカテゴリー「評価基準がないことによる困惑」を構成するコード「教員の分析的思考能力の懸念」や「多項選択式の問題の質が良くない」は教員の学習ニーズであるが、サブカテゴリー「不適切な学生評価」も潜在的な教員としての学習ニーズと解釈できる。

研究に参加したラオスの看護教員が抱える課題や困難として抽出された【多様な学生への教育的対応の困難】は米国でも指摘されている。Morton (2013) は看護の労働力はその多様性の重要を認めているが、看護教員は多様な学生への教育や指導に困惑していると述べている。Fuller & Smith (2017) は、看護教員と言語や文化においてマイノリティとなる学生の両方に調査を行い、教員と学生が共通して抱える最も大きな課題は言語が違うことであり、それにより、授業や試験内容を理解するための作業が増え何事にも時間を必要とすることが負担となっていることを明らかにしている。また、学生にとっての一番の課題は、言語の違いによる教員や同級生との関係づくりの難しさや疎外感だった。多民族国家であるラオスには、民族によっては固有の文字や文化・習慣をもっており、今後、それらの保存対策をどうしていくかは政府によって議論されるべきことであるが、看護教員と学生が抱える言語や文化の違いによる課題解決には先行研究が役立つと思われる。【多様な学生への教育的対応の困難】を構成するサブカテゴリー「モチベーションがない学生への指導の苦慮

》や、民族的な違いに起因するものではないものの〈基礎学力の違いに応じた看護教育への困難〉は日本の看護教育においても課題として挙げられている（板垣，2015）。また、日本でも看護師や助産師の養成には様々な教育課程があることから、〈多様な教育課程への苦慮〉にみられるような学生の多様な背景と経験を活かした学生の支援も心がけられている（小笹，2013）。その他、【不十分な臨床実習】にある〈教育内容や制度の変化による学生の浅い臨床経験〉と類似した教育内容の変化による臨床実習の減少による課題や臨床現場との乖離《教育と臨床のギャップ》も我が国の看護教育の課題として指摘されている（松下・岡部，2009）。このように、研究に参加したラオスの看護教員が抱える課題や困難は我が国をはじめ他国との類似性や共通性がある。

看護教育は世界的に実践能力基盤教育と移行したが(Pijl-Zieber et al., 2014)、実践能力の確立された測定方法や評価方法はない(Franklin & Melville, 2015)。学生の実践能力のアセスメントは、教育や医学など実践に基盤をもつ専門職にとって世界的な課題である(Hunt et al., 2012)。看護実践能力は実習中の学生を観察することによってアセスメントされることが多いが、成績評価値(GPA)などの量的側面とポートフォリオなどの質的側面の総合的なアプローチがとられるべきである(Yu Fan, 2015)。実習評価ではカンファレンスや記録において観察される学生の行動と行動レベルで挙げられた具体的な到達目標を比較してその達成度が評価されている。そして、実習評価の意義は、実習目標の達成度の判定よりもむしろ、学生の意欲や関心、知識の理解度、表現力、思考力、判断力などを高めることにある(小笠原, 2014)。近年、パフォーマンス評価を通じて思考力、判断力、表現力等の評価に適しているとされ、評価者・被評価者の認識の共有、複数の評価者による評価の標準化等の利点があるルーブリックを用いた評価が看護教育でも積極的に取り入れられている(森田, 2017)。信頼性のある評価ツールは学生の成長を助けるため実践能力の高い看護師養成に有効であると報告されている(Shipman, 2012)。ラオスにおいても、「ラオス国の教育プログラムの質の管理」(AUN, 2016)にて、ルーブリックを用いた学生のアセスメントが推奨されているが、その取り組みは皆無である。

VI. 本研究への示唆

研究に協力した看護教員が抱える課題や困難のうち、研究にて解決できと考えられるのは【学生評価の質への懸念】である。研究に協力した看護教員は、教育目標として【学生の考える力を育む】【学生の臨床実践能力を育てる】を大切にしているが、学生の考える力や臨床実践能力の明確な到達目標やアセスメントの方法、評価基準がないため、【学生評価の質への懸念】という課題を抱えている。学生の考える力や臨床実践能力の到達目標やアセスメントの方法、評価基準を明確にすることは、【学生評価の質への懸念】を構成する《評価基準がないことによる困惑》や《不適切な学生評価》にある教員が抱える課題や学習ニー

ズへの取り組みになる。

研究協力施設であるラオス国立保健科学大学看護学では、2016年度より実習ガイドラインの作成に取り組み、実習にて修得すべく看護技術のチェックリスト等が段階的に作成され活用され始めた状況にある。臨床実践能力の基礎となる看護技術と学生の到達目標は各領域で言語化され関係者に合意形成されてきているが、実践能力は、知識や技術を特定の状況に統合した複雑な活動となるため、学生の考える力や理解する力、人間関係をつくる力などの育成も必要とする。つまり、【学生の臨床実践能力を育てる】ためには【学生の考える力を育む】ことも必要である。しかしながら、【学生の考える力を育む】に関する到達目標や評価基準等に関しては個々の教員に任されており、《評価基準がないことによる困惑》や《不適切な学生評価》を引き起こしている。

【学生の考える力】はラオス保健省が定める看護実践能力のひとつである分析的思考実践能力と解釈でき、予備研究によって、ラオスの看護学生の分析的思考実践能力をアセスメントするための信頼できるツール開発の意義が確認された。

本研究にて分析的思考実践能力のアセスメントツールを開発することは、ラオスの看護教員が抱える学生評価の困難と質への懸念を解決し、看護学生の教育評価の標準化と実践能力を備えた看護教育へ寄与するとともに、我が国をはじめ他国の看護・助産教育における学生の実践能力修得度のアセスメントおよび評価に係る研究へ貢献すると考える。

第4章 方法

I. 研究デザイン

デザインは、観察研究であり記述調査デザインである。

方法は、研究参加者グループ（専門家パネル）へ意見を求めることで、項目に関する専門家（パネル）の意見を集約して合意を得るデルファイ法を主として用いた。

1. デルファイ法

デルファイ法は、ある特定の研究課題に対してその分野の専門家から意見や情報を必要とし、先行研究がない場合の優先度の査定や合意形成に適している (McPherson & Wendler, 2018)。特に議論の余地のある分野のパフォーマンス指標の開発に適しており (Thangaratinam & Redman, 2005)、看護分野においても、研究課題の優先付け、教育カリキュラム・管理ツール・看護基準の開発等にデルファイ法が使われている (Wilkes, 2015)。デルファイ法の調査回数は特に決まりはないが、多くの研究は2回から3回の調査が実施されており、研究目的によってフォーカスグループ等他の調査デザインとの組み合わせも推奨されている (Wilkes, 2015)。

デルファイ法は会議にみられる権威などへの追従傾向の欠点をカバーするとされている (今村, 1997)。その一方、研究を実施するにたり、デルファイ法における信頼性と妥当性の議論がある (Thangaratinam & Redman, 2005)。Wilkes (2015) は方法論としての厳密さの点から内的妥当性と外的妥当性を得ることは難しい点を紹介している。Hasson, Keeney & McKenna (2000) は、デルファイ法の信頼性は科学的根拠がなく、研究に参加する専門家の知識と関心がデルファイ法による内容的妥当性を高めると述べている。今村 (1997) は、事実予測のデルファイ法は反復調査により回答の分散は次第に収束し、平均値は正確さを加えるという社会学者 Dalkey の研究を紹介している。しかしながら、価値判断に応用した場合は、反復調査による合意が必ずしも正しい方向に向くとは限らない点を指摘し、デルファイ法を価値判断の問題に応用する場合は、応用可能な領域や結果の信頼性と妥当性に関して基礎研究が必要と述べている。

ラオスの看護教育に関する情報や研究は極めて限られている。看護教員の看護教育や教育評価に関する関心や意欲は高く評価ツールの開発のニーズがあるものの、看護学生の教育評価やクリティカルシンキングに関する先行研究はない。よって、本研究では、先行研究がない場合の合意形成、特にパフォーマンス指標の開発に適した方法であるデルファイ法を用いた。

2. 本研究におけるデルファイ法を用いた調査概要

ラオスの看護学生のクリティカルシンキング力の評価ツールは、Scheffer & Rubenfeldの研究(2000)にある看護分野におけるクリティカルシンキングの認知的技術と思考習慣を基に、デルファイ法によってラオスの看護教育の専門家をパネルとして合意形成のプロセスを経て開発した。具体的には、Scheffer & Rubenfeldの研究によって合意された看護分野におけるクリティカルシンキングの認知的技術7要素と思考習慣10要素を評価観点として、各評価観点の評価基準(特徴的な言動)について3回の反復調査によるデルファイ法によって合意形成を行った。このプロセスを経て、先行研究によって既に合意されたクリティカルシンキングの評価観点に本研究によって合意された各評価観点にみられる学生の特徴的な言動を示した評価基準から構成される評価ツールを開発した。

3. デルファイ法における方法論としての短所を補う工夫

デルファイ法の方法論としての短所を補うために先行研究を参考にして、次の工夫を行った。

1) 内容的妥当性

研究者が作成した初期リスト(評価基準素案)に対してパネルから意見を募り、自由に項目を修正してもらうことで、パネルの関心を強化・維持し、内的妥当性を高めた(Wilkes, 2015)。初期リストである評価基準素案は、文献を参考に研究者が作成し、看護教育学の専門家の指導を受けながら最終化した。調査の分析と分析に基づく内容的妥当性の検討は、日本人の看護教育専門家からのスーパービジョンを受けながら行った。

2) 研究に参加する専門家グループ(パネル)

Keeneyらはデルファイ法におけるパネルは、研究結果に大きく影響し研究のバイアスになるため、「専門家」としてのパネルの選定の重要性を挙げている(Keeney, Hasson & McKenna, 2006)。本研究のパネルは、看護教育への知識、関心、責任感をもつラオスの看護教員および臨床実習責任者とし、後述するパネルとしての組み入れ基準を設けた。また、パネルはラオスの看護教育に携わる専門家だが、ラオスの看護教育における学生の思考に関する調査は初めてであるため、初期リストである評価基準素案の提示によってパネルの学生の思考に関する意見構築と意見表出を促すことを意図した。

Keeneyらは留意点として、パネルには記述的技術と基本統計の解釈も必要とされるが、必ずしもパネルが十分な技術や知識を持ち合わせているとは限らないことも指摘している(Keeney, Hasson & McKenna, 2006)。本研究のパネルは、質問紙調査の回答として自己の考えを記述することや基本統計の解釈は不慣れなことが予測されたため、研究者は調査票

の回収時に各調査の主目的に沿ってパネルの回答の意図の確認を含めた個別の補足インタビュー（face to face interviews）を実施した。調査後のフィードバックは結果の概要説明をラオス語の資料を用いながら通訳を介して面談によって実施した。個別インタビューや面談によるフィードバックは、パネルの研究参加意欲を維持するとともに、パネルからの高い回答率を得るのに有効である上、パネルの回答が評価基準案にどのようにフィードバックされたかを個別に示す“personal touch”の機会となった（Keeney, Hasson & McKenna, 2006, McKenna, 1994）。

3) 信頼性

信頼性に関しては、開発したクリティカルシンキング力評価ツールを用いた模擬評価を行い、評価者間の一致率を算出し、評価ツールとしての信頼性を検証した。

II. 研究参加者（パネル）

本研究では、デルファイ法による調査に参加する者をパネルとした。

1. パネル対象者

パネル対象は、看護教育への知識、関心、責任感をもつラオスの看護教員および臨床実習責任者とし、ラオス国立保健科学大学看護学部教員およびラオス国立保健科学大学看護学部の臨床実習病院の学生実習責任者から、次の組み入れ基準を満たすものとした。なお、臨床実習病院のパネル対象選出施設は、教育病院として最も長い歴史をもち、学士や修士を保有する看護師の割合が最も多く、看護師が副院長を務める総合病院の一ヶ所に依頼した。

パネル組み入れ基準

(1) 国立保健科学大学看護学部教員

- ① 学士以上を保有する看護師である
- ② 3回の反復調査（約3ヶ月間を予定）にパネルとして参加できる
- ③ 5年間以上の看護学生評価実施の経験もつ専任教員である

(2) 臨床実習病院の看護学生実習の責任者

- ① 学士以上を保有する看護師である
- ② 3回の反復調査（約3ヶ月間を予定）にパネルとして参加できる
- ③ 5年間以上の看護学生評価実施の経験をもつ

2. パネル予定数

デルファイ法のパネル数は研究目的により、決まりはないが、多くの先行研究では同じ専門分野の場合は少数が望ましく、8名 - 12名や10-15名が推奨されている (Wilkes, 2015; Trevelyan & Robinson, 2015)。本研究では、看護学部教員8~10名 (基礎、母性、小児、成人、老年、地域、精神、管理の各領域から少なくとも1名を選出した8名を予定した。ただし、施設長には研究参加の任意性を勘案し2名を追加した計10名の紹介を依頼した) と臨床実習病院の看護学生実習責任者は異なる診療科から4~5名 (施設長には研究参加の任意性を勘案し5つの異なる診療科から各1名の計5名の紹介を依頼した) の計12名~15名を予定した。

ラオスは一政党体制の社会主義国であることから、党員上層部である施設長からパネル対象者として紹介された者 (党員) が研究参加を断ることは推測し難い。党員である看護師にとって党員上層部である施設長から外国人が実施する研究にパネルとして紹介されることは、看護領域の専門性に加え党員としても信頼を得ていることになる。よって、施設長から紹介されたパネル対象者は研究参加の意思を示す者が多いと思われた。なお、党員ではない看護師が施設長から紹介されることはない。本研究では、研究倫理として研究参加の任意性も勘案し、看護学部教員10名と臨床実習責任者5名の計15名の推薦をパネル対象者として各施設長に依頼した。これにより、パネルとして同意が得られる者はパネル数として推奨されている8名を下回ることはなく、かつ、上限の15名を上回ることもないと考えた。

3. パネルのリクルート方法

組み入れ基準に基づくパネル対象者の推薦を各施設長へ依頼した。依頼は、研究目的、方法、倫理的配慮、パネルの組み入れ基準を記した英語とラオス語の文書を用いて、研究者がラオス語と日本語の通訳を介して行った (大学宛依頼書: 別添資料1、病院宛依頼書: 別添資料2)。ラオス保健科学大学看護学からは10名、臨床実習病院からは5名のパネル対象者の推薦を得た。このうち、ラオス保健科学大学看護学からの推薦者1名はパネル組み入れ基準に合致していなかったため、ラオス保健科学大学看護学からの推薦者9名と臨床実習病院からの推薦者5名の計14名をパネル対象者とした。

研究者はパネル対象者に対して、ラオス語と日本語の通訳を介して研究目的、方法、研究参加の任意性や個人情報の保護など倫理的配慮についてラオス語の文書 (別添資料3) を用いながら説明した。

Ⅲ. デルファイ調査開始方法と分析の方向性

1. デルファイ調査開始方法

第1回目の調査の目的は主題に対する幅広い意見収集のため、文献検討に基づく自由回答式のパネルへの質問から開始するという意見もあるが (McPherson et al., 2018)、文献検討に基づく焦点化された初期リストや質問への回答が望ましい場合もあるため、調査開始の最も良い方法の決まりはないとされている (Wilkes, 2015)。Trevelyan & Robinson は第1回目の調査は自由回答式の質問か、研究者が作成した初期リストや初期声明をパネルの意見から発展させる方法を推奨している (Trevelyan & Robinson, 2015)。この方法はパネルの関心を強化あるいは維持をもたらすとされている (Wilkes, 2015)。

本研究では、Trevelyan & Robinson が推奨するように、研究者が先行研究に基づき看護学生のクリティカルシンキング力評価ツールの素案として初期リスト (評価基準素案) を作成し、パネルの意見に基づき初期リスト (評価基準素案) を加筆修正して発展させる方法を選択した。理由は、①初期リスト (評価基準素案) を作成し、パネルの意見に基づき初期リスト (評価基準素案) を加筆修正して発展させる方法は妥当性を高めるために必要なパネルの関心の強化や維持をもたらす、②初期リスト (評価基準素案) はパネルの意見構築と意見表出を促し、パネルの看護学生のクリティカルシンキング力の評価ツールのイメージづくりを助けることを意図したためだった。これにより、ラオスの看護学生のクリティカルシンキング力評価ツールとしての妥当性と実装性の強化を図った。

2. 評価基準案精製のプロセス

デルファイ法における同意率の設定に確立したものはなく、研究目的に沿って決める (Hasson et al., 2000)。分析は、質的データは内容分析を行い、名義尺度は中央値、平均値、最頻値、標準偏差を算出することが多い (McPherson et al., 2018)。

本研究では、反復調査の各調査次の目的に合わせて同意率を設定し、質的データは内容分析を行った。方向性としては、第1次調査結果よりパネルの意見を初期リスト (評価基準素案) に加え修正して評価基準案を拡充し発展させ、第2次調査で同意率に基づき評価基準案の収束の方向を得て、第3次調査にて評価基準案の合意を得る流れとした。

IV. クリティカルシンキング力評価ツールの素案作成と翻訳

1. クリティカルシンキング力評価ツールの素案作成

評価観点は、Scheffer & Rubenfeld (2000) によって明らかにされた看護におけるクリティカルシンキングの認知的技術7要素 (分析、基準の適応、識別、情報の探索、論理的推論、

予測、知識の変換)と、思考習慣 10 要素(自信、文脈的把握、柔軟性、創造性、知的好奇心、知的誠実さ、直観、開かれた心、追求心、省察)とした。

看護におけるクリティカルシンキング認知的技術 7 要素と思考習慣 10 要素の用語の定義日本語訳は小笠原・江本・久米 (監訳, 2002) の書籍中にある Scheffer & Rubenfeld (2000) による看護におけるクリティカルシンキングの認知的技術 7 要素と思考習慣 10 要素の定義を引用した。

第 1 次デルファイ調査票の各評価観点の初期リスト(評価基準素案)は、森田・上田(2018)、舟島 (監訳, 2001)、楠見・津波古(2017)、細田・根岸・ラサター(2018)の文献を参考に研究者が作成し、看護教育学の専門家の指導を受けながら最終化した。評価基準は、学士看護学生の最終学年の総括評価における最高レベルを想定した。

クリティカルシンキング力を構成する評価観点と各評価観点における初期リスト (評価基準素案) からなる評価ツール素案のうち、認知的技術評価ツール素案を別添資料 4、思考習慣評価ツール素案を別添資料 5 に示す。

2. ラオス語への翻訳と等価性の確認

初期リスト(評価基準素案)はラオス語に訳し、逆翻訳法により等価性を確認した。ただし、看護教育分野における評価ツールの日本語からラオス語への翻訳は翻訳業者によるものでは正確性に欠け、また実装性の面からもラオス人看護教育者による翻訳が望ましいと考えた。そこで、まず日本語版から英語版への翻訳を研究者が行い、次に英語版からラオス語版への翻訳版の作成を、ラオス国立保健科学大学看護学部副学部長が行った。副看護学部長は英語が堪能であり、ラオスの看護職の中で唯一、博士の学位をもち(看護学、看護教育専攻)、本研究の現地アドバイザーの役割も担った。

具体的な手順は次のように行った。

- (1) 研究者が作成したオリジナルを日本語の質問票 J-0 版として、研究者は英訳して英語版 E-0 版を作成した。英訳はネイティブチェックを受けた。
- (2) 英語と日本語のバイリンガルで、看護系雑誌の編集者でもあり翻訳の専門家でもある日本人に E-0 版から日本語への逆翻訳を依頼し、J-1 版を作成した。J-0 版と J-1 版の等価性が最高になるまで翻訳(日本語から英語)と逆翻訳(英語から日本語)の作業を繰り返した。J-0 版と J-1 版の等価性が確認された英語版を E-1 とした。
- (3) 英語版 E-1 版からラオス語へ翻訳をラオス国立保健科学大学看護学部副学部長が行った(ラオス版 L-0 版)。
- (4) ラオス語と日本語の翻訳者にラオス語版 L-0 版から日本語への逆翻訳を依頼し、J-2 版を作成した。J-0 版と J-2 版の等価性が最高になるまで翻訳(英語からラオス語)と逆翻訳(ラオス語から日本語)の作業を繰り返した。J-0 版と J-2 版の等価性が確認されたラオス語版を L-1 とし、第 1 回調査にて使用した。

V. データ収集と分析

ラオスでは公的郵便システムは機能しておらず、インターネットも不安定なので、研究者が直接調査票の配布と回収を行った。具体的な調査票配布と回収方法、ならびに補足インタビューに関する日時や場所は、パネルとパネルが所属する組織の長と相談して決定した。

補足インタビュー用に指定された部屋は個室で、パネル・研究者・通訳の3名のみだった。インタビューは研究者がラオス語の通訳を介して行った。同意を得てICレコーダーにインタビュー内容を録音し、音声データとした。音声データの日本語の部分から逐語録を作成した。

調査票の回答は得点化し記述統計にて分析した。調査票の自由記載欄のコメントは、本研究の通訳を介してラオス語から日本語に翻訳された。調査票の自由記載欄の記述とインタビューの内容は専門家の指導を得ながら質的内容分析を行った。

パネルには調査票回答における不明点やコメントの意図を個別インタビューにて確認するため、各パネルへの調査票には研究者だけが各パネルと連結できる番号等をふり管理した。番号とパネルの氏名との対応表は、研究者が調査票とは別に管理し、電子データは連結可能な匿名化として管理した。各次調査結果はパネルには毎回フィードバックを行うが決して個人が特定されない点など倫理的配慮に関して文書（別添資料3）を用いて説明した。第3次調査となるパネル会議までは各パネルの氏名は他のパネルには公表しなかった。

パネルには、各次の調査票配布時に、各次の調査の目的と具体的な依頼内容をラオス語の文書と通訳を介して口頭でも説明した。

各次の調査結果の分析と分析結果に基づく次回の調査票（評価基準）への反映は日本人専門家のスーパービジョンのもとで行った。

1. 第1次デルファイ調査

1) 目的

第1次調査はパネルの意見聴取を主目的とした。

2) パネルの属性の確認

パネルを対象に、下記事項に関して無記名自記式質問票（別添資料6）による調査を行った。

①性別、②年齢、③最終学歴、④所属先、⑤職位、⑥看護教育における主な役割、⑦看護教育に携わっている年数

3) 第1次調査票の各項目の評価測定

パネルには、初期リスト（評価基準素案）から構成される第1次調査票（認知的技術：

別添資料 7、思考習慣：別添資料 8) だけでなく、パネルの評価ツールのイメージ作りを助けるため、評価ツール素案（別添資料 4 と別添資料 5）も配布した。

調査票の各項目の評価測定は、ラオスの学士看護学生のクリティカルシンキング力の評価基準として「賛成しない」「どちらともいえない」「賛成する」とした。調査票の自由記載欄には、修正案や調査票の項目以外で学生のクリティカルシンキング力をアセスメントするに適切と思われる項目があれば記入する点もパネルへ依頼した（別添資料 9）。

4) 調査票の配布と回収

同意を得られたパネルから随時、第 1 次調査票を配布した。記入済調査票の回収方法はパネルとパネルが所属する長と相談し、次のように行った。各パネルは、記入済みの調査票を各封筒に入れて、その封筒を回収専用大封筒に提出した。回収専用大封筒は、臨床実習施設では看護部に設置してもらった。看護学部では、看護学部からのパネルとの連絡調整役を引き受けてくれたパネルの研究室に、回収専用大封筒を設置してもらった。研究者は、回収専用大封筒を管理する看護部長ならびに連絡調整役のパネルより連絡を受け、記入済調査票が提出された大封筒を随時回収した。

5) 調査票回収後の補足個別インタビュー

補足個別インタビューの日時と場所は、パネルの所属する看護部長、あるいは連絡調整役のパネルより連絡を受けて、研究者はその指定通りに実施した。研究者はインタビュー開始時に、各パネルに個別にインタビューの目的を説明し、パネル・研究者・通訳の 3 名で、そのパネルが記入した調査票をみながら通訳を介して下記の内容のインタビューを行った。

- ① 質問票の回答で不明な点の確認
- ② 「賛成する」の回答の項目で思い浮かぶ学生の具体的な言動や場面
- ③ 「賛成しない」「どちらともいえない」の回答理由
- ④ 加えたい評価基準や修正したい表現も含めて代替案

インタビュー終了時には第 2 次調査時期、内容、及び調査方法の概要を説明した。

6) 分析方法と第 2 次調査票への反映

第 1 次調査は初期リスト（評価基準素案）の項目の取捨選択ではなく探索的にパネルの意見に基づく初期リスト（評価基準素案）の発展である。このため、探索的な加藤・山内（2015）の研究を参考に、80%以上のパネルが「賛成しない」項目は「賛成しない」へ高い同意が得られたとした。加えて、初期リスト（評価基準素案）のパネルの同意の程度をみるため、調査票の 3 件法の回答において、「賛成する」を 2 点、「どちらともいえない」を 1 点、「賛成しない」を 0 点として得点化した。合計 0-28 点として、評価基準案の各項目へ賛成への同意率を算出した。

質問票のコメント欄の記述とインタビューの内容は専門家の指導を得ながら質的内容分析を行った。初期リスト（評価基準素案）への同意の程度、質的内容分析結果、日本人専門家からの意見を踏まえて、学生のクリティカルシンキング力評価基準案となる第2次調査票を作成した。

7) パネルへのフィードバック

第2次調査票配布の際に、各項目における「賛成しない」「どちらともいえない」「賛成する」意見の割合と内容分析の結果について文書を用いてパネルに個別に説明した。

2. 第2次デルファイ調査

1) 目的

看護学生のクリティカルシンキング力評価基準案への合意形成へむかう

2) 第2次調査票の各項目の評価測定

第1次調査結果に基づき修正した評価基準案から構成される第2次調査票（ラオス語）を用いた。認知的技術に関する第2次調査票の日本語と英語版を別添資料10、思考習慣に関する第2次調査票の日本語と英語版を別添資料11に示す。

第2次調査質問票の各項目の評価測定には4段階リッカートスケール法とした。4段階の表現は、学士看護学生のクリティカルシンキング力評価基準として「全く賛成しない」「どちらかといえば賛成しない」「どちらかといえば賛成する」「完全に賛成する」を予定したが、現地アドバイザーの看護学部福学部長の助言により、次のように賛成の度合いを0～100%の数値も目安として加筆した。回答選択肢は、「完全に賛成する（100%賛成）」「どちらかというと賛成する（70%程度賛成）」「どちらかというと賛成しない（30%程度賛成）」「全く賛成しない（0%賛成）」より回答してもらった。また、修正案や代替案があれば質問票のコメント欄への記入も依頼した。

3) 調査票の配布と回収

各パネルへの調査票の配布と回収方法は第1次調査と同様に行った。各パネルには、第2次調査票の他、回答方法の説明も含めた第2次調査票依頼文、第1次調査結果（各評価基準案の同意率とパネルからの意見）、本研究におけるラオス語と英語の用語の操作的定義（看護実践能力、クリティカルシンキング、クリティカルシンキングの認知的技術、クリティカルシンキングの思考習慣、クリティカルシンキング力）一覧を一式として配布した。

4) 調査票回収後の確認個別インタビュー

実施は第1次調査と同じ要領で行った。インタビューは主に下記の内容を行った。

- ① 質問票の回答で不明な点の確認
- ② 「完全に賛成する」の回答の項目で思い浮かぶ学生の具体的な言動や場面
- ③ 「どちらかといえば賛成しない」「どちらかといえば賛成する」の回答理由
- ④ 加えたい評価基準や修正したい表現も含めて代替案

5) 分析方法と第3次調査票への反映

調査票の回答の4段階リッカートスケールに1から4の得点をつけた。「完全に賛成する(100%賛成)」を4点、「どちらかという」と賛成する(70%程度賛成)」を3点、「どちらかという」と賛成しない(30%程度賛成)」を2点、「全く賛成しない(0%賛成)」を1点として、中央値による同意の程度を評価した。中央値2.0以上の項目を合意されたとみなした。

調査票のコメント欄の記述とインタビューの内容は第1次調査と同様に質的内容分析を行った。

第1次調査結果に基づく第2次調査票作成時と同様に、質的分析結果も判断材料として日本人専門家からの意見を踏まえて第3次調査票(パネル会議協議資料)を作成した。

6) パネルへのフィードバック

各項目の同意率と質的内容分析の結果を各パネルへフィードバックした。

3. 第3次デルファイ調査

1) 目的

ラオス語版看護学生のクリティカルシンキング力評価基準案を協議し、ラオス語の正確さも含めて最終合意を行う。

2) 実施方法

第3次調査としてパネル会議を開催した。司会進行は現地アドバイザーの看護学部副学部長によって行われた。研究者は、パネル会議の目的、方法と会議資料について説明し、第2次調査結果のフィードバックとして、評価基準案への同意の程度の中央値とパネルの意見を報告した。協議は、ひとつひとつの評価基準案についてラオス語によって実施された。パネルは手元の会議資料をみながら協議し、会議室のスクリーンに投影されるラオス語の評価基準案の加筆修正を行った。会議中に研究者は通訳を介して協議の様子を把握した。

3) パネル会議資料

パネル会議の資料として、研究者は、第2次調査結果から修正した評価基準案、第2次調査時にパネルから提案されたラオス語/ラオス語文章の修正案、第2次調査時の評価基準案の新たなラオス語版、第2次調査結果から得られた評価基準案の協議ポイントを作成し、そ

それぞれの評価基準案ごとにまとめて一覧表にした。パネルからの希望により、評価基準案にはラオス語だけでなく英語も併記した。資料は、各パネルに配布するとともに、会議中に協議の進捗に合わせて投影した。

第2次調査時の評価基準案の新たなラオス語版とは、第2次調査時の評価基準案英語版を新たにラオス語へ訳したものを示す。これは、初期リスト（評価基準素案）をラオス語へ翻訳した看護教員とは別の看護教員によって訳されたものである。

新たに評価基準案の翻訳を実施した看護教員は、タイで教育学修士を取得しており、教員として20年以上の経験をもつ管理者である。評価基準案のラオス語版を協議するための参考資料として準備した。

VI. 模擬評価による評価者間一致率の検証

第3次調査（パネル会議）に参加したパネルを対象に、合意された評価基準からなる評価ツールを用いた模擬評価と模擬評価実施後のフォーカスグループインタビューを実施した。

1. 模擬評価

1) 概要

パネルは評価者となり、デルファイ法により合意された評価基準から構成されるクリティカルシンキング力評価ツールを用いて、クリティカルシンキング力を問う試験問題（別添資料12）に対する模擬学生A（クリティカルシンキング力に優れた学生を想定）の模擬解答A（別添資料13）と模擬学生B（クリティカルシンキング力が十分ではない学生を想定）の模擬解答B（別添資料14）の評価を行った。ただし模擬評価は、後述する理由により、クリティカルシンキング力の認知的技術のみとした。クリティカルシンキング力評価ツール認知的技術を用いた模擬評価の結果から、参加したパネル（評価者）の評価者間の一致率をクリッペンドルフの α 係数によって検証した。模擬評価実施後に、模擬評価に参加したパネルを対象にパネルの評価結果のばらつきの原因等についてフォーカスグループインタビューを行った。

2) 模擬評価の対象をクリティカルシンキング力評価ツールの認知的技術のみとした理由

クリティカルシンキング力評価ツールの一致率検証の対象は次の3つの理由からの認知的技術のみとした。

- ① 日本におけるクリティカルシンキングの看護教育への定着の経験より、ラオスの看護教育においても翻訳語を超えた必要概念として定着するのは時間を必要とすることが推測される。津波古（2017）は、クリティカルシンキングの日本の看護教育への定

着に関して、欧米の直線的な思考スタイルと日本の渦巻き型の思考スタイルといった文化的背景や「批判的思考」という受け入れがたいイメージを生じやすい翻訳語の問題から時間を要しており、定着が鈍いと述べている。異文化で創出された新しい概念を取り入れる際は、最初は翻訳語を通して理解する。そして、実践的活用のプロセスを踏み、翻訳語を超えた必要概念として定着するのは時間を必要とすると述べている。翻訳語を超えた必要概念として定着するには、その国の文化の中で解釈されるプロセスが必要であり、時間を要し、日本は、現在そのプロセスの中であると意見している。ラオスではクリティカルシンキングに対応するラオス語として「批判的に考える」という言葉はあるが、ラオスの看護教員は「クリティカルシンキング」「分析的思考」「考える力」は区分することなく使っている。よって、本研究の操作的用語の定義としてのクリティカルシンキングは、パネルにとっては、異文化で創出された新しい概念に近いと考える。このため、まずは、クリティカルシンキングは翻訳語を通して理解され、実践的活用のプロセスを踏みながらラオスの文化の中で解釈されるプロセスを必要とし、定着するには時間を要することが推測される。

- ② クリティカルシンキングは認知的技術と傾向性（思考習慣）の2つの側面があるが、傾向性（思考習慣）の発達には環境や教育方法および文化の違いが影響するとされている（Salsali, Tajvidi & Ghiyasvandian, 2013）。外国人の研究者が評価ツールの信頼性を検証するための題材の選定を行うには、認知的技術の評価ツール検証のための題材の方が思考習慣の評価ツールの信頼性の検証の題材の選定よりも妥当性への懸念が少ない。クリティカルシンキング力の思考習慣評価ツール用の題材は、ラオスの看護教員にとって翻訳語の概念を超える段階になって、ラオスの看護研究者とともに開発することが望ましい。
- ③ クリティカルシンキングの認知的技術と看護過程は、そのプロセスと構成要素において類似性があり、クリティカルシンキングの態度（思考習慣）は認知的技術のプロセスを土台として支えるものである（楠見, 2015）。また、クリティカルシンキングの教授は領域固有の知識の中で教えていく方が効果的である（楠見, 2005）。ラオスでは2014年から看護過程に関する教育が開始されている（松尾, 2017）。よって、ラオスにおいて初となるクリティカルシンキング力の評価ツールの模擬評価は、看護過程の知識を題材としてまず認知的技術の側面から着手することが現実的であると考えた。

3) 模擬評価用の試験問題と解答

模擬評価用の試験問題と解答は、Oermann & Gaberson(舟島監訳, 2001)と任(編著, 2009)の文献を参考に研究者が作成した。模擬評価用の試験問題と解答は看護教育の専門家の指導を受けて最終化した。

模擬評価用の試験問題と解答のラオス語への翻訳は、まず、日本で医療経済の修士を取得

し、日本語検定1級をもつ本研究の通訳が、日本語からラオス語に翻訳した。次に、翻訳されたラオス語を現地アドバイザーの看護学部副学部長が主に医療・看護分野のラオス語を修正した。修正されたラオス語版は、臨床教員のパネルが所属する臨床実習病院の看護部長によって、臨床実践家にとってもよりわかりやすく修正され、それを最終案とした。最後に、最終案のラオス語版と研究者が作成した日本語版との等価性が本研究の通訳によって確認され最終化した。

模擬評価用調査票、模擬評価用の問題と解答を用いた模擬評価のプレテストは、第2次調査終了時点で現地アドバイザーの看護学部副学部長を対象に実施した。研究者は、看護学部副看護部長にメールを通して実施手順の説明と模擬評価用調査票、模擬評価用の問題と学生AとBの解答を送った。模擬評価用の課題と模擬学生AとBの解答のラオスにおける妥当性、実施手順の説明や模擬評価調査票のわかりやすさ、模擬評価実施の感想、模擬評価に必要なとした時間に関するフィードバックを依頼した。模擬評価実施後のフィードバックは、模擬評価の手順や調査票の修正の必要性はなく実施可能との返事だった。また「学生Aはクリティカルシンキングがとてもできているが、学生Bはあまりできていない。」のコメントもあった。

4) データ収集

パネル会議にて、研究者ならびに現地アドバイザーの看護学部副学部長は評価者間一致率検証の目的と手順をパネルに説明した。評価基準案からなる模擬評価用調査票の回収は、調査票配布後2日後で合意された。

パネル会議にて最終合意された評価基準案のラオス語と日本語の等価性は通訳を介して確認した。その後、研究者は合意されたクリティカルシンキング力評価ツールから構成された模擬評価用の無記名自記式調査票を作成した(別添資料15)。調査票は合意された認知的技術の評価基準30項目ごとに「できている」「できていない」「判断材料が不十分」の選択肢をつけた。「判断材料が不十分」は、評価基準の項目に対して、模擬学生の解答からでは「できている」か「できていない」のか判断できない場合の選択肢とした。

模擬評価用の問題と解答、ならびに調査票の配布と回収はデルファイ調査と同様の手順で実施した。

5) 分析

模擬評価用調査票の回答の「できている」を3点、「できていない」を2点、「判断材料が不十分」を1点として、クリッペンドルフの α 係数を算出した。クリッペンドルフの α 係数は、名義尺度の3名以上の評価者間の一致率に用いられ、サンプルサイズを問題としない(Hayes & Krippendorff, 2007)。

分析は、参加したパネル全体の評価者間一致率と、臨床教員と学部教員に区分した場合のそれぞれの評価者間一致率を求めた。統計ソフトはSPSS(Version 25.0)を使用した。パネ

ル全体の評価者間一致率(クリッペンドルフの α 係数)が高い評価基準や低い評価基準の項目においては、パネル13名の評価結果回答の内訳の百分率も求めた。

2. フォーカスグループインタビュー

1) 方法

模擬評価に参加したパネルを対象に次の3つをテーマに、パネルの都合に合わせて10月24日と25日にフォーカスグループインタビューを実施した。

フォーカスグループインタビューには模擬評価に参加した13名中11名(臨床教員3名と学部教員8名)が参加した。パネル11名は参加可能な日時から3つのグループに分かれ、その構成は、臨床教員3名、学部教員5名、学部教員3名だった。インタビューは、形成評価のインタビューと合わせて実施し、各グループ1時間程度だった。研究者は通訳を介して模擬評価における研究者からのフィードバックとして、評価結果にばらつきがあったことを伝え、同意を得て、インタビュー内容をICレコーダーに録音した。

- ① 模擬評価における模擬学生AとBの特徴
- ② 模擬学生AとBにおける看護師としての望ましさ
- ③ 模擬評価における評価者間の結果のばらつきの原因と思われる点

フォーカスグループインタビューの日時、場所、対象となるパネルのグループ分けは、デルファイ調査と同様にパネルの臨床教員が所属する看護部長ならびに看護学部の連絡調整役のパネルより連絡を受け、指定通りに実施した。

2) 分析

録音した音声データの日本語の部分から逐語録を作成し文字データとした。グループごとに質的内容分析を行った。

VII. 形成評価

1) 目的

実装性の視点による形成評価

2) 方法

模擬評価まで参加したパネルを対象に、形成評価として無記名自記式質問紙調査とフォーカスグループインタビューを実施した。その実施は、模擬評価結果に関するフォーカスグループインタビューと合わせて10月24日と25日に実施した。参加したパネルとグループ構成も同じで、パネル11名(臨床教員3名と学部教員8名)が参加し、臨床教員3名、学

部教員 5 名、学部教員 3 名から構成された 3 つのグループだった。自記式質問紙調査は、パネルの都合に合わせて、フォーカスグループインタビューの前後に実施した。

3) 調査内容

無記名自記式質問紙の調査項目は、Bowen et. al. (2009) が提唱する実装研究の要点とアウトカムの例を参考に、受容性・必要性・実用性の 3 つの視点から次の①～⑤の 5 項目とした。質問紙を別添資料 16 に示す。

受容性：①パネリストとしての満足度、②合意した評価ツールへの満足度

必要性：③看護学生のクリティカルシンキング評価ツールの必要性（ニーズとの合致）

実用性：④合意された評価ツール使用の実用性、⑤専門領域での使用の見込み

回答は、「大変満足した」「満足した」「あまり満足しなかった」「全く満足しなかった」の 4 件法とした。

フォーカスグループインタビューは、開発した評価ツールを使ってクリティカルシンキング力を評価した感想（模擬評価の感想）、評価ツールの利点・難点、修正が必要だと思われる点について、通訳を介して研究者がインタビューを行った。インタビューは同意を得て、IC レコーダーに録音し、音声データとした。音声データの日本語部分から逐語録を作成し文字データとした。

4) 分析

分析は、質問紙調査の 5 項目において、回答の「大変満足した」を 4 点、「満足した」を 3 点、「あまり満足しなかった」を 2 点、「全く満足しなかった」を 1 点と得点化して、各項目の平均値を算出した。

質問紙の自由記載欄のデータとフォーカスグループインタビューから得られたデータは質的内容分析を行った。質問紙調査の 5 項目を分析の視点として、相違点、共通点を比較し、同類の意味を示す発言内容をカテゴリとした。

VIII. 倫理的配慮

1) 研究参加者の個人の人権擁護と研究参加の任意性

「ヘルシンキ宣言」「人を対象とする医学研究に関する倫理指針」を遵守して人権擁護に配慮する。本研究の参加者（パネル）は所属先の長による紹介となるが、研究参加の有無は本人の自由意志により決定される。研究参加への任意性を保つために、以下の配慮を行った。

(1) 研究の参加は完全に任意であって、不参加であっても何ら不利益を被らないことを口頭と文書で説明した。

(2) 研究に参加した後でも、好きな時に研究参加をやめることができることを口頭と文

書で説明した。

- (3) 本研究の参加対象者（パネル対象者）は所属長からの紹介となるが、研究参加の有無については所属長には知らせないことも説明した。

2) 研究参加対象者へのインフォームドコンセント

第1次デルファイ調査と評価者間一致率調査開始前に、研究者は研究参加対象者に対し、研究目的と意義、調査の進め方、研究参加の自由、調査期間中のいずれの時点でも同意の撤回は可能であり、同意の撤回による不利益はなんら生じないこと、研究結果は公表するが個人の情報が特定されることは決してないことをラオス語と日本語の逐次通訳を介し、ラオス語の文書（別添資料3）を用いながら十分に説明した。

3) 個人情報の保護

得られた情報は全て匿名として、電子データ化した。回収した質問紙等研究活動に伴う紙媒体は研究者が鍵のかかるロッカーにて管理しており、研究終了後はシュレッター処理を行う。電子媒体は、研究者のみがアクセスできるようにパスワード管理を徹底し、また、盗難・情報の漏洩に十分注意する。研究終了後は復元不可能な状態にして破棄する。本研究で得られた情報は研究目的以外に使用しない。なお、ラオス語の通訳者には、研究を通して得た情報の守秘義務遵守に関して文書（別添資料17）を用いて同意を得た。

第5章結果

I. デルファイ調査

1. 研究参加者（パネル）

パネル対象者である臨床教員5名と学部教員9名の計14名全員からパネルとしての研究参加の同意を得た。

第1次調査と第2次調査にはパネル14名が参加した。第3次調査のパネル会議には、第2次調査まで参加した14名中13名が参加した。合意されたクリティカルシンキング評価ツールを用いた模擬評価には第3次調査に参加したパネル13名が参加した。模擬評価後に実施したフォーカスグループインタビューと調査票を用いた形成評価には模擬評価に参加した13名のうち11名が参加した。

パネルの属性を表4に記す。第1次調査と第2次調査のパネルの平均年齢と標準偏差(SD)は48.3歳(SD: 4.8)、看護教育者としての経験平均年数は16.5年(SD:7.5)だった。臨床実習指導者は、学士取得者等の院内看護部規定の臨床指導者になる条件を満たした看護師が院内にて承認されるため、臨床指導者となってからの年数を看護教育者としての年数とした。パネル14名の学位は、学士取得者6名(42.9%)、修士取得者8名(57.1%)だった。臨床教員5名は看護師長で、一般内科、整形外科、小児感染科、救急、小児科にて勤務していた。学部教員9名の職位は、専任講師7名、学部管理者2名だった。学部教員の専門領域は、地域2名、母性2名、小児・精神・成人・管理・基礎から各1名の7領域だった。第3次調査では、整形外科に勤務する臨床教員が不参加となった。模擬評価後のフォーカスグループインタビューと形成評価には、救急に勤務する臨床教員と母性を専門とする学部教員が不参加となった。

第1次から第3次までの反復調査中にパネルの属性に大きな変動はなかった。

2. デルファイ調査概要

デルファイ法によるパネルへの反復調査は、2019年8月から10月に3回実施した。調査概要を表5に示す。

第1次調査は、2019年8月5日から8月16日に初期リスト（評価基準素案）の探索的な発展を目的として、パネル14名を対象に初期リスト（評価基準素案）から構成される第1次調査票からなる自記式質問紙調査と補足インタビューを実施した。初期リスト（評価基準素案）は82%以上の同意率であったが、調査票の自由記載と補足インタビューの内容分析からは【不支持】の意見もあった。パネルの意見となる第1次調査分析結果に基づき初期リ

スト（評価基準素案）の加筆修正を行い、第2次調査を9月6日から9月20日に実施した。評価基準案の収束の方向性を探ることを目的に、第1次調査と同様にパネル14名を対象にして第2次調査票と補足インタビューによりデータ収集を行った。評価基準案への同意の程度は4件法による調査票の回答から算出した。中央値は4.0を示し、全ての評価基準案が同意された。その一方、評価基準案のラオス語の加筆修正案が複数提示され、また、調査票の自由記載と補足インタビューの質的内容分析からは【評価基準への懸念】もパネルから示された。第3次調査は、学士看護学生のクリティカルシンキング力評価ツールとして、より適切なラオス語への協議とパネルによる最終案の承認を目的として10月9日にパネル会議を開催した。パネル13名の参加を得て、会議の司会進行は本研究の現地アドバイザーでもあるラオス保健科学大学看護学部副学部長が担った。パネル会議では、第2次調査結果から得られた評価基準案への複数のラオス語の修正案と【評価基準への懸念】など評価基準としての妥当性も協議された。修正された評価基準を用いたクリティカルシンキング力評価ツールは看護学部副学部長同席のもとパネルより承認された。

3回の反復調査におけるクリティカルシンキング力評価基準の変化の過程を、認知的技術に関しては表6に、思考習慣に関しては表7に示す。各次の調査結果分析に基づく加筆修正点を表6と表7においては、斜体下線で示す。

評価基準案の項目数の変化は、認知的技術に関しては、初期リスト（評価基準素案）の29項目から30項目になった。第1次調査結果に基づき評価観点「5. 論理的推論」の評価基準案が再構成されて30項目となったためである。思考習慣の評価基準案の項目数の変化は、初期リスト（評価基準素案）の34項目から32項目になった。第1次調査結果に基づき評価観点「3. 創造性」と「8. 開かれた心」の評価基準案が再構成されて32項目となったことによる。

合意されたクリティカルシンキング評価ツールの認知的技術版を別添資料18、思考習慣を別添資料19に示す。

3. 第1次調査

第1次調査は2019年8月5日から8月16日に実施した。パネルとして研究参加の同意が得られた臨床教員5名と学部教員9名の計14名が参加した。

記入済み調査票回収は各パネルへの調査票配布から3日目と4日目だった。

通訳を介して実施した補足個別インタビュー時間は40分から60分間だった。パネル14名中4名は、自分が回答した調査票のコピーを持参してインタビューに参加した。

1) 結果概要

認知的技術に関する調査分析結果を表8に示す。思考習慣に関する調査分析結果を表9に

示す。

第1次調査は初期リスト（評価基準素案）の項目の取捨選択ではなく探索的にパネルの意見に基づく初期リスト（評価基準素案）の発展であるため、加藤・山内（2015）の研究を参考に80%以上（11名以上）のパネルが「賛成しない」項目は「賛成しない（反対する）」へ高い同意が得られたとした。認知的技術ならびに思考習慣の初期リスト（評価基準素案）において、「賛成しない（反対する）」に高い同意を示した項目はなかった。初期リスト（評価基準素案）への同意率は、認知的技術と思考習慣において、ともに82.1%-100%だった。

調査票の自由記載欄には、パネル14名中9名（64.3%）から賛成する理由、加筆修正案、学生の現状等のコメントがあったが、5名（35.7%）は、認知的技術と思考習慣のすべての初期リスト（評価基準素案）に「賛成する」と回答し、調査票の自由記載欄にコメントはなかった。

調査票の自由記載欄への記載はないが、補足インタビューから得られたパネルの意見は、表8と表9において（補足インタビュー）と付記する。

調査票の自由記載欄に記載されたデータと補足インタビューから得られたデータは質的内容分析を行い、同様の主旨のものをひとつの意見とした。認知的技術の初期リスト（評価基準素案）には37個の意見（表8中の自由記載と補足インタビューに基づく意見①～⑳）、思考習慣の初期リスト（評価基準素案）には48個の意見（表9中の自由記載と補足インタビューに基づく意見①～㉔）を得た。パネルからの意見は具体的な記載や発言を記載し、意見の要点は解釈として【 】で記載する。

2) 認知的技術

認知的技術に関する評価基準案の調査結果と分析を述べる（表8）。

初期リスト（評価基準素案）に「賛成しない（反対する）」との回答は、「7. 知識を変換する/Transforming knowledge」の7-3「学修した看護理論、概念、看護技術を実習で看護診断、看護計画立案、看護ケアの提供、省察として実践できる/Be able to convert nursing theory, concepts, and nursing skills that the student has already learned」に対して、1名（7.1%）だけだった。よって、初期リスト（評価基準素案）に対して「賛成しない（反対する）」に高い同意を示した項目はなかった。

調査票の回答から得た同意の程度を示す得点は23点-28点となるが、パネルの回答の平均は26.9点だった。同意率は82.1%から100%、その平均は96.2%だった。

最も同意率が低い項目は、パネル1名が「賛成しない」と回答した7-3で、同意率は82.1%だった。パネルからの回答の内訳は、「賛成しない」が1名、「どちらともいえない」が3名、「賛成する」が10名で、得点は23点だった。7-3に関して7名のパネルからコメントを得た。これらコメントは表8の意見㉒～㉔に区分したが、共通する主旨は「理論や概念を変えることはできない」だった。調査票は英語からラオス語へ翻訳されたが、この評価

基準素案の英訳である「Be able to convert nursing theory, concepts, and nursing skills that the student has already learned」の部分の「convert」に該当するラオス語が「変化/change」の意味をも含むラオス語が使われていた。このため、7-3に対して「賛成しない」と回答したパネルは1名であったが、パネルによっては「賛成する」と回答していても、補足インタビューでは【ラオス語修正案の提示】を示した。

調査票の自由記載欄に記載されたコメントと補足インタビューの質的内容分析の結果、認知的技術を構成する29の評価基準に関する意見として37個に区分した(表8中の「自由記載と補足インタビューに基づく意見」①~⑳)。37個の意見は、「適切である」等のコメントで評価基準素案への同意を示した【同意】、評価基準素案からイメージする学生の行動や学修内容を示した【支持】、評価基準素案と関連した看護ケアや看護師の役割への考えが述べられた【看護の理解】、【評価時期の提案】、【現状の提示】、評価基準素案への修正案が示された【加筆修正案の提示】、ラオス語の修正の必要性の指摘はあるが具体的な修正案の提示はない【ラオス語修正の必要性】、具体的なラオス語の修正案の提示がある【ラオス語修正案の提示】、【不支持】の9つに分類した。このうち、【現状の提示】【加筆修正案の提示】【ラオス語修正の必要性】【ラオス語修正案の提示】【不支持】を各評価基準素案の同意の程度とともに、第1次調査結果に基づく第2次調査票の修正への着眼点とした。

3) 思考習慣

思考習慣に関する評価基準素案の調査結果と分析を述べる(表9)。

初期リスト(評価基準素案)に対して「賛成しない(反対する)」との回答は、「8. 開かれた心 open-mindedness」の8-2「他者の考えを積極的に知ろうとしている/Be able to make efforts to know others' way of thinking」に対して1名(7.1%)、8-3「自己の考えをもっているが、偏見や価値、信念が自己の考えに影響していることを自覚している/Be able to recognize that one's own thoughts are affected by one's prejudice, values and beliefs」と8-4「自己の偏見や価値、信念を考慮しながら他者の考えをどのように捉えているかを認識できる/Be able to recognize how to understand other people's way of thinking to keep in mind of one's own biases, values and beliefs」に対して2名(14.2%)だった。よって、初期リスト(評価基準素案)に「賛成しない(反対する)」へ高い同意を示した項目はなかった。

調査票の回答から得た同意の程度を示す得点は23点-28点となるが、パネルの回答の平均は27.1点だった。同意率は82.1%から100%、その平均は96.2%だった。

最も同意率が低い項目は、パネル2名が「賛成しない」と回答した8-3と8-4で、同意率は82.1%だった。パネルの回答の内訳は、8-3と8-4において、ともに「賛成しない」2名、「どちらともいえない」1名、「賛成する」11名で、得点は23点だった。「8. 開かれた心」の4つの評価基準素案のうち、8-1「他の人の発言に耳を傾けて考えを尊重することができる

/Be able to listen to other people and respect their way of thinking」は全てのパネルが「賛成する」と回答し、その得点は28点（同意率100%）だったが、8-2「他者の考えを積極的に知ろうとしている/Be able to make efforts to know others' way of thinking」、8-3、8-4の評価基準素案は23点-25点（同意率89.1%-82.1%）だった。「8.開かれた心」の4つの評価基準素案のうち、8-1以外の3つの評価基準素案に「わかりにくい」というコメントを得た。

調査票の自由記載欄に記載されたコメントと補足インタビューの質的内容分析の結果、思考習慣を構成する34の評価項目に関するコメントは、48の意見に区分した（表9中の「自由記載と補足インタビューに基づく意見」①～④⑧）。48の意見は、【同意】【支持】【評価時期の提案】【学生の現状】【評価の場面】【加筆修正の必要性】【ラオス語修正の必要性】【加筆修正案の提示】【ラオス語修正案の提示】【不支持】【評価基準への懸念】の12に分類した。このうち【学生の現状】【評価の場面】【加筆修正の必要性】【ラオス語修正の必要性】【加筆修正案の提示】【ラオス語修正案の提示】【不支持】【評価基準への懸念】を各評価基準素案の同意の程度とともに、第1次調査結果に基づく第2次調査票の修正への着眼点とした。

4) その他

各評価基準素案ではなく評価ツール全体に関する意見もあった。分析の結果、【評価者の研修の必要性】【評価基準としての妥当性】【評価対象と評価時期】【適切な評価ツールの分量】【実践的な評価ツールへの改良への提案】の5つに分類した。

【評価者の研修の必要性】

- ・ 評価ツールを使える教員と使えない教員がいると思うので、使う前に教員の研修が必要である。
- ・ 情報を集めて分析的に考えることは教員も慣れていない。
- ・ 評価者は学士以上ではないと評価ツールを使うことは難しいだろう。
- ・ 学生の評価だけでなく私たちも評価ツールを読んで勉強になる。

【評価基準としての妥当性】

- ・ 学生が勉強していることととても関連がある。
- ・ 看護過程と関連している。

【評価対象と評価時期】

- ・ 学士の看護学生は2年生で看護過程を習うので評価ツールの一部は使えるが、4年生で研究法を学修した後でないとクリティカルシンキングは難しい。Higher Diplomaの学生も看護過程は学修するが研究法は深くは学修しないのでクリティカルシンキングは難しい。

- ・ 一回の実習や科目が終わっても全部の評価はできない。一部しか評価できないが、1年生とか使えるときから使い始めて、3年生、4年生の実習でいろいろな事を経験して、4年生のときに全部できるようになる。クリティカルシンキングができるようになるには、多くの知識と経験が必要になる。

【適切な評価ツールの分量】

- ・ 文章が長い、短くすると意味が変わってくる。学生の評価をするツールなので、これくらいの分量になると思う。

【実践的な評価ツールへの改良への提案】

- ・ ラオスには新しいことなので、ラオス語の修正が必要。完璧なものを求めるのではなく、使いながら修正していく方が良い。

5) 第1次調査結果に基づく第2次調査用評価基準案の修正

(1) 認知的技術

同意率と質的内容分析から得られた解釈【不支持】【ラオス語修正案の提示】【加筆修正案の提示】【ラオス語修正の必要性】【学生の現状】を着眼点として、評価基準素案の加筆修正を行った。【加筆修正案の提示】においては、評価観点「5. 論理的推論」について、各評価基準素案の加筆修正ではなく、評価基準全体を「論理的推論」の定義に沿って検討して評価基準案を再構成した。結果として、「論理的推論」の評価基準案は7項目であったが8項目となり、認知的技術全体の評価基準案は、29項目から30項目に増えた。

【不支持】【ラオス語修正案の提示】【加筆修正案の提示】【ラオス語修正の必要性】【学生の現状】において、パネルの意見(表8)に基づきどのように修正したかについて述べる。加筆修正した箇所を斜体下線で示す。加筆修正した結果の評価基準案の変化の一覧は表6「反復調査における評価基準の変化の過程：認知的技術」にある。

【不支持】への対応

【不支持】は最も同意率が低かった(同意率82.1%)評価基準案7-3「学修した看護理論、概念、看護技術を実習で看護診断、看護計画立案、看護ケアの提供、省察として実践できる/Be able to convert nursing theory, concepts, and nursing skills that the student has already learned」に示された。その理由は、「Be able to convert nursing theory」のconvertに該当するラオス語が「変化する/change」の意味も持ち合わせる言葉が使われていたことに起因していた。このため、ラオス語の修正は【ラオス語修正案の提示】のパネルの意見³⁶(表8)を反映させてラオス語を修正した。加えて、意味を明確にするために、評価基準案の日本語と英語も「学修した看護理論、概念、看護技術を用いて実習で看護診断、看護計画立案、看護ケアの提供、省察として実践できる/Be able to

apply nursing theory, concepts, and nursing skills that the student has already learned」に修正した。

【ラオス語修正案の提示】への対応

【ラオス語修正案の提示】は、7-3 の他、5-5 「看護の知識基盤やデータの分析から隠れた患者のニーズや価値観、事実を推論できる/Be able to infer from data analysis and nursing knowledge the patient's hidden needs and values and facts」と6-1 「看護の知識や患者の状況から収集すべき必要な情報を予測できる/Be able to predict from nursing knowledge and the patient's situation what information is necessary to collect」に示された。5-5 は「推論」に対応する翻訳がラオス語ではなくタイ語になっている（パネルの意見⑳）、6-1 は「予測」が学問分野では使用しない訳語が使用されている（パネルの意見㉑と㉒）という明確な指摘で、ラオス語の具体的修正案が提示されていたため全てパネルの意見を第2次調査票に取り入れた。「予測」を用いている6-2 と6-3 のラオス語も修正した。

【加筆修正案の提示】への対応

【加筆修正案の提示】は、7-3 の他に、2-2、3-1、3-3、4-5、5-7、7-1 にあった。

2-2. 「適切な基準を選択できる/Be able to select the appropriate standard」は【加筆修正への提案】のパネルの意見㉓と㉔を取り入れて、「目的に応じて適切な基準や参考文献を選択できる/Be able to select the appropriate standard or references according to purpose」に修正した。

3-1. 「既知（学修、経験）の類似の状況との相違点を示すことができる/Be able to explain differences and similarities from similar cases based on nursing knowledge and experience」は、パネルの意見㉕を取り入れ、「既知（学修、経験）の類似の状況との相違点を説明できる（英文は変更なし）」とした。

3-3. 「問題に関係ある情報と関係ない情報を識別できる/Be able to discriminate between information related to and not related to problem」はパネルの意見㉖を参考にした。意見㉖は、「看護診断に関係する情報と関係しない情報を識別できる」を修正案として提示しているが、「看護診断」とすると評価内容が「看護診断」に限定されてしまい評価ツールの用途が狭くなるので、「患者の健康問題に関係ある情報と関係ない情報を識別できる/Be able to discriminate between information related to and not related to Patient's health problem」と修正した。

4-5. 「見落としているデータの有無を確認できる/Be able to confirm whether there are missing data or not」は【加筆修正案の提示】のパネルの意見㉗を取り入れて「見落としている患者に関するデータの有無を確認できる/Be able to confirm whether there are missing data or not related to the patient」に修正した。

5-7「アセスメントから必要な看護ケアを導ける/Be able to lead necessary nursing care based on assessment」は【加筆修正案の提示】として、パネルの意見⑳「アセスメントのアウトプットとして必要な看護ケアを決めることができる」を得た。しかしながら、「アセスメントのアウトプットとして必要な看護ケアを決めることができる」とすると看護過程におけるアセスメントと混同する懸念が生じることからパネルの意見㉑で示された加筆修正案のままを取り入れることはしなかった。そして、「アセスメント」という表現をもちいると、思考過程の全てがアセスメントに含まれるため、「アセスメント」という表現は用いずに評価観点「推論」の定義「正当化された推論や結論を導き出す」の思考過程の可視化を試みた。「正当化された推論や結論を導き出す」の主要な思考過程としては、看護教育専門家と協議し次の8つとした。「重要な手がかりに基づく看護課題の推論」「推論と矛盾するデータの確認」「事実と解釈の区別」「論理的系統的な考えの整理」「知識やデータ分析に基づく患者の隠れたニーズへの推論」「データに基づく帰納的な看護課題の解明」「看護課題の優先順位付」「根拠に基づき必要な看護ケアの決定」。そして、これらを学生の言動として文章化し、評価観点「推論」の評価基準案の8項目とした。

7-1「得られた情報を統合して患者の状態を説明できる/Be able to integrate a obtained information and explain a patient's condition」においては、【加筆修正案の提示】としてパネルの意見㉒「“得られた情報を統合して患者の状態を説明できる”は2つのことを示しているので、“得られた情報を統合できる”と“統合した情報から患者の状態を説明できる”の2つに分けた方が良い。」を得た。しかしながら、7-1「得られた情報を統合して患者の状態を説明できる」は「情報を統合する」と「患者の状態を説明する」と2つの作業を意味するのではなく、情報を統合することによって患者の状態を理解することを要点としていた。このため、意見㉒との区別を図るため、「Be able to integrate a obtained information and explain a patient's condition」から「Be able to integrate a obtained information to explain a patient's condition」と英文とラオス語を修正した。日本語は修正しなかった。

【学生の現状】への対応

【学生の現状】は、4-1、4-3、5-1の3つの評価基準案に示された。このうち、4-3「重要な主観的データは患者や患者の家族とかかわることから収集できる/Be able to collected important subjective data from interactions with patients and their families」においてパネルの意見を参考に加筆修正した。4-3に関して、パネルは「学年によってポイントが違う。1年生には必要な情報を集めるための患者さんへの聴き方を教えないといけない。」(意見㉓)と学生の年次の違いによる到達度の違いを具体的に指摘していた。この具体的な【学生の現状】を参考に、学士看護学生最終年次の評価基準として明確になるように次のように加筆修正した。「重要な主観的データは患者や患者の家族と適切にかかわることから収集できる/Be able to collected important subjective data

from *appropriate* interactions with patients and their families」。4-1 と 5-1 においては、パネルの各意見（意見⑰と⑳）から評価基準案の加筆修正となるような学生や教員の具体的な言動の違いの指摘はなく、また同意率も 4-1 は 100%、5-1 は 96.4%であるため修正はしなかった。

（２） 思考習慣

同意率など質的内容分析から得られた解釈【不支持】【評価基準への懸念】【ラオス語修正案の提示】【加筆修正案の提示】【ラオス語修正の必要性】【加筆修正の必要性】【学生の現状】を着眼点として、評価基準案の加筆修正箇所を行った。【不支持】が示された中で、評価観点「創造性」と「開かれた心」はパネルからの意見を参考に評価基準全体を再構成した。評価観点「創造性」の評価基準案は 3 項目から 2 項目になり、評価観点「開かれた心」の評価基準案は 4 項目から 3 項目となった。よって、思考習慣に関する評価基準案は、34 項目から 32 項目に減少した。

【不支持】【評価基準への懸念】【ラオス語修正案の提示】【加筆修正案の提示】【ラオス語修正の必要性】【加筆修正の必要性】【学生の現状】について、パネルの意見（表 9）に基づいて各評価基準案をどのように加筆修正したかを述べる。加筆修正した箇所を斜体下線で示す。加筆修正した結果の評価基準案の変化の一覧は表 7「反復調査における評価基準の変化の過程：思考習慣」にある。

【不支持】への対応

【不支持】は、3-2、3-3、4-2、6-3、8-2、8-3、8-4、9-5、10-5 にあった。このうち、8-2、8-3、8-4 には「賛成しない」の回答もあった。

3-2「問題解決に必要なアイデアを積極的に提案する/Be able to actively propose ideas to solve problems」へのパネルとして、意見⑨（表 9）「学生は恥ずかしがり屋なので 4 年生にも難しいではないか」という【不支持】があった。しなしながら、同意率は 96.4%で「賛成しない」パネルはいないことから、【学生の現状】のパネルの意見⑧の意見「新しいことを提案できる人もいるが、できない人もたくさんいる」を参考に、「積極的に」を削除し、「問題解決に必要なアイデアを提案する/Be able *to propose* ideas to solve problems」と修正した。

3-3「解決策について新たな考えを提案する/Be able to suggest new ideas for solutions」は修正した 3-2「問題解決に必要なアイデアを提案する」と同様の意味であり、パネル⑨の意見と同様の主旨のパネルの意見⑩もあることから、3-3 は修正した 3-2 に統合させた。

結果として、「3. 創造性」の評価基準案は 3 つから 2 つの項目とした。

4-2「患者の反応によって看護ケアの変更や処置の変更の調整を行う/Be able to

coordinate changes in the nursing care plan or treatment based on patient response] はパネルの意見⑮を取り入れて、「患者の反応によって看護ケアの変更や処置の変更の必要性を教員に報告できる/Be able to report to the nursing educator on necessary of the changes in the nursing care plan or treatment based on patient response」と修正した。

6-3 「自己の見解に合致する情報と合致しない情報の両方を集めている/Be able to gather both information that matches with one's own views and that disagrees with one's own view」はパネルの意見⑲「意味がわからない」とあるが、「賛成しない」と回答したパネルはおらず、同意率は 96.4%であり、また具体的な加筆修正案もないことから修正はしなかった。

8-2、8-3、8-4 の【不支持】への共通の理由は、パネルの意見⑳、㉑、㉒、㉓、㉔にあるように、わかりにくさがパネルから指摘されていた。加筆修正の方向性は、パネルの意見㉕「思考習慣 8 はわかりにくいと思う。読んだ後に考えないといけない。(中略)、偏見や価値、信念とかだと難しいので“平等に他の人の意見を受け取る”など簡単にして文章も短くするとわかりやすいのではいか」を参考に、「8. 開かれた心/open-mindedness」の定義「異なる見方を尊重したり偏見に敏感なことを特徴とする視点」を学生の単純な言動として表現することを試みた。各評価基準案は連動していることから、8-2、8-3、8-4のみを修正するのではなく、「8. 開かれた心」全体を再検討し、次のように修正した。8-1 「他の人の発言に耳を傾けて考えを尊重することができる/Be able to listen to other people and respect their way of thinking」は同意率 100%であったが、パネルの意見㉖「いろいろな人の意見を聴くとその人の価値観がわかるので必要なこと」を参考に、「いろいろな人の考えを積極的に聴くことができる/Be able to actively listen to ideas of various people」に修正した。8-2 は「他者の考えを積極的に知ろうとしている/Be able to make efforts to know others' way of thinking」は修正した 8-1 と類似しているため削除した。

8-3 「自己の考えをもっているが、偏見や価値、信念が自己の考えに影響していることを自覚している/Be able to recognize that one's own thoughts are affected by one's prejudice, values and beliefs」はパネルの意見㉗『「偏見」は良いことばではないので削除した方が良い。偏見を除くと評価項目としては良い』を取り入れて「偏見」を削除し、「自分の信念や価値観を自覚している。/Be able to recognize one's own values and beliefs」
と修正した。8-4 もパネルの意見㉘を取り入れて「偏見」を削除した。これらの修正より、評価観点「開かれた心」は、初期リスト（評価基準素案）では 4 つの評価基準の項目案から構成されていたが、「人の意見を聴く」「自分の信念や価値観の自覚」「自分の他者理解における特徴の認識」の 3 つの評価基準の項目案とした。

9-5 と 10-5 は調査票のラオス語印刷版に誤植があった。このため「わからない。」というパネルの意見（㉙と㉚）があり、同意率も低かったと考えられることから、初期リスト（評価基準素案）そのものへの加筆修正は実施しなかった。

【評価基準への懸念】への対応

【評価基準への懸念】のパネルの意見⑦「創造性は教員にとっても難しく、評価するのも難しいと思う。教員がどんどん新しい考えを出していく姿勢がないと学生はできるようにならない」は評価観点「3. 創造性/Creativity」への意見だった。しかしながら、学士課程の看護学生の評価観点や評価基準としての妥当性はあることと、【不支持】への対応として修正して評価基準を3項目から2項目に減らしていることから、さらなる修正はしなかった。

【ラオス語修正案の提示】への対応

【ラオス語修正案の提示】は2-2、5-4、6-2、6-4、8-1、9-2に指摘された。全てのパネルの意見(⑥、⑰、⑱、㉑、㉒、㉓、㉔)は修正理由が具体的で明確であり、修正案も提示されていたため、パネルの意見に従い修正した。

【加筆修正案の提示】への対応

【加筆修正案の提示】は5-5、8-3、9-4に示された。

5-5「文献、教室における学習、実習、あるいは課題を通じた学びを提示できる/Be able to present what was learned through literature, classroom learning, practice, or tasks」はパネルの意見⑲「学んだことを説明できる」を取り入れ「文献、教室における学習、実習、あるいは課題を通して 学んだことを説明できる/Be able to explain what was learned through literature, classroom learning, practice, or tasks」に修正した。

8-3は、【不支持】への対応にて修正した際に、パネルの意見㉖も取り入れた。

9-4は、パネルの意見㉗にて organize より manage を提案されたが、修正は行わなかった。理由は、organize を用いた基準案に対して同意率100%だったことと、複雑な状況でも分析して整理する意図から manage よりも organize の方が好ましいと考えたためである。

【ラオス語修正の必要性】への対応

【ラオス語修正の必要性】は、2-1、6-2、「8. 開かれた心」、「9. 追求心」

2-1「多角的で複数の視点で課題を挙げることができる/Be able to consider issues from multiple perspectives」はパネルの意見⑤「この課題は何の課題を指しているのかその理解は人さまざまだと思う。」の指摘から「多角的で複数の視点で 看護における課題を挙げることができる/Be able to consider nursing issues from multiple perspectives」に修正した。

「8. 開かれた心」のラオス語の修正の必要性が指摘されたが(パネルの意見㉘「開かれた心の項目はラオス語の修正が必要」)、具体案の提示がなかったため、パネルから「開かれた心」の修正の必要性が指摘されたことを第1次調査結果のひとつとしてパネルへフィー

ドバックするのみとし、修正は行わなかった。

「9. 追求心」もラオス語の修正の必要性が指摘されたが（パネルの意見⑩「追求心の項目はラオス語の修正が必要」）、具体案の提示がなく、調査票に誤植があった 9-5 以外は同意率 100%であったため、パネルから「追求心」の修正の必要性が指摘されたことを第 1 次調査結果のひとつとしてパネルへフィードバックするのみとし、修正は行わなかった。

【加筆修正の必要性】への対応

【加筆修正の必要性】は 6-1、8-1、10-5 に対して指摘された。

6-1 「対立する意見も含めて、賛否両方の立場からじっくり考える/Be able to think carefully with consideration of both pros and cons, including conflicting opinions」はパネルの意見⑩「意味がわからない。誰が対立する意見をもつのか、誰が対立するのかわからない」の指摘から、「看護に関する対立する意見も含めて、賛否両方の立場からじっくり考える/Be able to think carefully with consideration of both pros and cons, including conflicting opinions regarding nursing issue」に修正した。

8-1 に対するパネルの意見⑩は、【不支持】への対応による「8. 開かれた心」の評価基準案の再構成の際に取り入れた。

10-5 は調査票のラオス語版に誤植があったことから、誤植の訂正を行い、評価基準案の修正はしなかった。

【学生の現状】への対応

【学生の現状】は 1-1、3-2 に対して指摘された。

1-1 「自己の考えの根拠をデータや知識、理論に結び付けて説明できる/Be able to explain the rationale of own thoughts using data, knowledge and theory」に対してパネルからは、学生にはできない（パネルの意見②と④）という意見と評価基準としての妥当であるという意見（パネルの意見①や③）の双方があった。このため、評価基準案の修正はせず、双方の意見を第 1 次調査結果のひとつとしてパネルにフィードバックするのみとした。

3-2 のパネルの意見⑧「新しいことを提案できる人もいるが、できない人もたくさんいる。」は、3-2 の【不支持】の対応の際に取り入れた。

6) 第 1 次調査小括

初期リスト（評価基準素案）への同意率は高かった。具体的な修正案として提示されたラオス語の修正案は全てパネルの意見を取り入れた他、パネルの意見を基に評価基準案への加筆修正を行った。大きな変更は、認知的技術の評価観点「5. 論理的推論」と思考習慣の評価観点「3. 創造性」と「8. 開かれた心」の 3 つ評価観点において、評価基準案を再構成

した点である。その結果、認知的技術全体の評価基準案は 29 項目から 30 項目に増え、思考習慣に関する評価基準案は 34 項目から 32 項目に減少した。

4. 第 2 次調査

第 2 次調査は 2019 年 9 月 6 日から 9 月 20 日に実施した。第 1 次調査に参加したパネル 14 名（臨床教員 5 名と学部教員 9 名）が第 2 次調査にも参加した。

記入済み調査票は各パネルへの調査票配布から 7 日目までに 14 名のパネル全員から提出された。

補足個別インタビュー時間は 30 分から 50 分間だった。第 1 次調査と同様にパネル 14 名中 4 名は、自分が回答した調査票のコピーを持参してインタビューに参加した。

1) 分析結果

(1) 概要

認知的技術に関する調査結果を表 10 に示す。思考習慣に関する調査結果を表 11 に示す。表 10 と表 11 中の評価基準案の斜体下線部は、第 1 次調査結果に基づいて第 2 次調査用に修正した箇所を示す。

調査票の回答において「全く賛成しない」の回答は認知的技術の側面と思考習慣の側面の双方になかった。中央値は全ての評価基準案に 4 を示した。調査票の自由記載欄には第 1 次調査結果と同様にパネル 14 名中 9 名（64.3%）はなんらかのコメントを記していたが、5 名（35.7%）はコメントがなかった。コメントがないパネル 5 名のうち、4 名は全ての評価基準案に対して「完全に賛成する」と回答していた。

調査票の自由記載欄に記載されたデータと補足インタビューから得られたデータの質的内容分析の結果、認知的技術の評価基準案には 33 個の意見（表 10 中の自由記載と補足インタビューに基づく意見①～③③）、思考習慣の評価基準案には 26 個の意見（表 11 中の自由記載と補足インタビューに基づく意見①～②⑥）を得た。

パネルは全ての評価基準案に高い同意を示したが、内容分析の結果からは、ラオス語の修正のみならず評価基準案のラオス語全体の修正案や【評価基準案への懸念】等も示した。このため、内容分析の結果にそって各評価基準案を検討し、加筆修正を行った。パネルの意見の中には、ラオス語の文章全体の修正や、ひとつの評価基準案に対して複数のラオス語修正案の提示もあり、さらなるパネルの判断と合意を必要とした。

補足インタビューの際に、看護学部で連絡調整役になっているパネルから「評価基準案は賛成するが、ラオス語がわかりにくい。より適切なラオス語に修正したいので他のパネルと相談したい」とパネル会議開催の希望が伝えられた。他のパネルは、補足インタビューにて、「全体的にラオス語が難しく、何回も読まないといけない。」という発言もあつ

た。その他、補足インタビュー中に、パネルは通訳とラオス語の修正案について相談するなどの状況も観察され、より適切なラオス語を検討するための会議の必要性が示唆された。

(2) 認知的技術

33個の意見は【同意】【学生の現状】【具体例】【提案】【ラオス語修正の必要性】【ラオス語修正案の提示】【加筆修正案の提示】【評価基準案への懸念】に区分した。このうち、【学生の現状】【具体例】【提案】【ラオス語修正の必要性】【ラオス語修正案の提示】【加筆修正案の提示】【評価基準案への懸念】に関して評価基準案の加筆修正を検討した。

(3) 思考習慣

26個の意見は【同意】【具体例】【学生の現状】【臨床看護師の現状】【評価基準への懸念】【加筆修正の必要性】【ラオス語文章の複数の修正案の提示】【ラオス語修正案の提示】【ラオス語文章修正案の提示】【ラオス語修正の必要性】【不支持】に区分した。このうち、【具体例】【学生の現状】【臨床看護師の現状】【評価基準への懸念】【加筆修正の必要性】【ラオス語文章の複数の修正案の提示】【ラオス語修正案の提示】【ラオス語文章修正案の提示】【ラオス語修正の必要性】【不支持】に関して評価基準案の加筆修正を検討した。

2) 第2次調査結果に基づく第3次調査用評価基準案の修正

(1) 認知的技術

【評価基準案への懸念】【加筆修正案の提示】【ラオス語修正案の提示】【ラオス語修正の必要性】【提案】【具体例の提示】【学生の現状】において、パネルの意見(表10)に基づきどのように修正したかについて述べる。加筆修正した箇所を斜体下線で示す。加筆修正した結果の評価基準案の変化の一覧は表6「反復調査における評価基準の変化の過程：認知的技術」にある。第2次調査結果に基づき、第3次調査を通してパネルの意見を確認すべき事項は《第3次調査時確認事項》と記す。

【評価基準案への懸念】への対応

【評価基準案への懸念】は評価観点「2. 基準の適応」に対する次の意見である。「『基準の適応』はどちらかというと医師が中心になってやるので、できる学生は少ない」(表10のパネルの意見⑥)。また、2-1や2-2には【学生の現状】として「できる人は少ない」

という意見もあった（パネルの意見⑦と⑩）。その一方、調査票に基づく同意の程度は4件法にて中央値4を示し、内容分析においても「2. 基準の適応」の評価基準案に対してはパネルの意見⑧、⑪、⑫にみられるように【同意】も示された。「2. 基準の適応」においては、同一の評価基準に対して【評価基準案への懸念】と【同意】の双方の意見があるため、第3次調査を通して、ラオスの学士課程の看護学生の評価観点ならびに評価基準としての妥当性をパネルに確認する《第3次調査時確認事項》とした。

【加筆修正案の提示】への対応

【加筆修正案の提示】は4-5「見落としている患者に関するデータの有無を確認できる/Be able to confirm whether there are missing data or not related to the patient」に示された。パネルの意見⑧「確認するではなく、教員に報告できるでも良いのではないか。」に基づき、「見落としている患者に関するデータの有無を教員に報告できる/Be able to report to nursing educator whether there are missing data or not related to the patient」に修正し、「学生がデータの有無を確認する」ことを具体的に表現した。

【ラオス語修正案の提示】への対応

【ラオス語修正案の提示】は2-1、3-3、4-1、4-3、5-1、5-4、5-7、7-1、7-3に示された。修正案の具体的提示があったため、全てパネルの意見を取り入れた。ただし、4-3は後述の【具体例】への対応に記すように評価基準案の加筆修正を行ったため、4-3のパネルの意見⑦「Interactionがタイ語になっている」の指摘と修正案はパネル会議で共有することとした。

【ラオス語修正の必要性】への対応

【ラオス語修正の必要性】は1-1、2-3、3-3に示された。1-1に対するパネルの意見⑤「ラオス語が不自然」と2-3にある「逸脱」に対応するラオス語の指摘（パネルの意見⑬と⑭）は具体的なラオス語の修正案がないため評価基準案の修正はできなかった。このため、第2次調査結果のパネルの意見としてパネル会議で共有することとした。3-3のパネルの意見⑯は、評価基準案にある「識別」に対応するラオス語の修正の必要性であるが【ラオス語修正案の提示】（パネルの意見⑮）にて対応した。

【提案】への対応

【提案】は1-1に示されたが、パネルの意見④「易しい項目から難しい項目に並べているとわかりやすいと思う」は評価基準案全体に対する意見である。このため、第2次調査結果のパネルの意見としてパネル会議で共有し、パネルとして必要な視点として提案することとした。

【具体例】への対応

【具体例】は4-3と4-4に示された。

4-3「重要な主観的データは患者や患者の家族と適切にかかわることから収集できる/Be able to collect important subjective data from appropriate interactions with patients and their families」の具体例として「適切にコミュニケーションがとれているかどうかであり、とても重要である。例えば、他の民族の人が来た時に通訳を通して話をして情報を得ているかどうかにも含まれる。」が示された（パネルの意見⑱）。ラオスの状況を表した具体的な例であるため、パネルの意見⑱を取り入れて「重要な主観的データは患者や患者の家族と適切にかかわること（文化、言語、看護倫理）から収集できる/Be able to collect important subjective data from appropriate communication (culture, language, nursing ethic etc.) with patients and their families」と修正した。修正前の「適切にかかわる/appropriate interaction」のinteractionに対応する翻訳にはラオス語ではなくタイ語が使われているというパネルの意見⑲もパネル会議で共有することとした。

4-4「看護の知識基盤に基づき客観的データを精査できる/Be able to carefully examine objective data based on nursing knowledge」については「データを精査する」の具体例としてパネルの意見⑳～㉔が示された。これは、研究者がパネルに対して、学生がデータを精査できているかどうかを学生のどのような言動で判断するのかについて補足インタビューで尋ねたからである。尋ねた理由は、4-4は、第1次調査時の同意率は100%であり、第1次と第2次調査のどちらにおいてもパネルからの意見がないため、調査票の同意の程度の算出からのみでは得られにくい「データの精査」に関するパネルの意見を確認したためである。結果としては、補足インタビューにて意見を求めたパネルからはそれぞれに具体例が示され、評価基準案は、ラオスの学士看護学生を教員が評価するに実装性があると判断した。

【学生の現状】への対応

【学生の現状】は1-1、2-1、2-2、4-5に示された。

1-1「現象を理解するために見聞きしたことを情報として分類できる/Be able to classify information that has been observed and/or heard in order to understand phenomenon」へのパネルの意見として①「学生の能力によっては達成できない学生もいる」と②「1年生には難しいが3年生からできるようになる」が示された。1-1には【同意】のパネルの意見③「4年生の学生はできないといけない」もあるため、学士看護課程の評価基準としての妥当性確認する《第3次調査時確認事項》とした。

2-1と2-2については、評価観点「2. 基準の適応」に対して【評価基準案への懸念】が示されているため、2-1と2-2にある「できない学生もいる」という【学生の現状】（パネ

ルの意見⑦と⑩)を含めて、【評価基準案への懸念】への対応にあるように、第3次調査(パネル会議)で、学士看護学生の評価基準としての妥当性を再度、確認することとした。

4-5「見落としている患者に関するデータの有無を確認できる」には【学生の現状】として「学生が自分ひとりでデータがないことに気付くのは難しく、教員が尋ねると学生はできると思う」(パネルの意見⑳)があった。4-5については、【加筆修正案の提示】(パネルの意見㉔)もあった。このため、修正案としては【加筆修正案の提示】への対応に記すようにパネルの意見㉔を取り入れた「見落としている患者に関するデータの有無を教員に報告できる」を示し、パネルの意見㉔は【学生の現状】を示す意見として、パネル会議でパネルに共有することとした。「見落としている患者に関するデータの有無」について、「確認する」とするのか、「教員に報告できる」とするのか、「教員が尋ねると学生は確認できる」とするのか、別の代替案も含めてパネル会議で、どの程度を学士看護課程最終年次までの到達目標とするかについて《第3次調査時確認事項》とした。

(2) 思考習慣

【不支持】【評価基準への懸念】【加筆修正の必要性】【ラオス語文章修正案の提示】【ラオス語文章の複数の修正案の提示】【ラオス語修正案の提示】【ラオス語修正の必要性】【学生の現状】【臨床看護師の現状】【具体例】において、パネルの意見(表11)に基づきどのように修正したかについて述べる。加筆修正した箇所を斜体下線で示す。加筆修正した結果の評価基準案の変化の一覧は表7「反復調査における評価基準の変化の過程：思考習慣」にある。調査結果に基づき、パネルの意見を確認すべき事項は《第3次調査時確認事項》と記す。

【不支持】への対応

【不支持】は6-1、8-3、10-1に示された。同じパネルからの意見で「読んでも意味がわからない」という主旨だった(表11中のパネルの意見⑭、⑰、㉒)。そのパネルは、調査票の回答には6-1に対しては「完全に賛成」、8-3に対しては「どちらかといえば賛成」、10-1に対しては「どちらかといえば反対」と回答していた。別のパネルからは評価基準案のラオス語のわかりにくさの意見があることから、6-1、8-3、10-1に限らず、より理解しやすいラオス語への修正作業を通して、評価基準案の妥当性を再考し、適切なラオス語による評価基準案への合意形成の必要性が示唆された。

【評価基準への懸念】への対応

【評価基準への懸念】は3-2「問題解決に必要なアイデアを提案する/Be able to propose ideas to solve problems」に示された。パネルの意見は「病院では医師の指示

が優先される。看護師のアイデアがどれくらい必要とされるか微妙なところもある。働いている看護師にも難しいので、学生には難しいのではないか」(パネルの意見②)だった。3-2には、【臨床看護師の現状】として「ラオスの看護師は自分ができることや自分の考え、アイデアを表現するのは苦手」(パネルの意見④)や【学生の現状】として「4年生でも自分の考えを表せない学生もいる」(パネルの意見③)もあった。一方、パネルの意見⑤「できるようにならないといけない」という【同意】もあった。このため、現職看護師にも難しい「アイデアの提案」から、「問題解決に必要なアイデアを表現できる/Be able to describe one's own ideas to solve problems」と修正し、学士看護学生の最終年次の到達目標としての妥当性をパネル会議で確認する《第3次調査時確認事項》こととした。

【加筆修正の必要性】への対応

【加筆修正の必要性】は3-1「患者に最適になるようにいろいろな工夫をする/Be able to generate various ideas that are optimal for the patient」に、「学生は何かを実施する前に指導者に伝えないといけない」(パネルの意見①)と示された。この意見から「工夫をする」という行動の前に「工夫を計画する」と修正し、評価観点「3. 創造性」の議論から「いろいろな」を削除して、「患者に最適になるような工夫を計画できる/Be able to make plans that are optimal for the patient」とした。

【ラオス語文章修正案の提示】と【ラオス語文章の複数の修正案の提示】への

【ラオス語文章修正案の提示】は4-3、5-2、5-5、6-1、6-4、8-2、9-5に示された。【ラオス語文章の複数の修正案の提示】は3-2にあった。評価基準のラオス語の文章全体の修正は、評価基準としての内容の変更も含まれているかどうかの判断が外国人である研究者には難しく、また、複数の修正案の提示があってもそれらの相違が研究者にはつかめないため、パネルの意見に基づく評価基準案の修正はせず、パネルからの意見としてパネル会議で提示することにした。

【ラオス語修正案の提示】への対応

【ラオス語修正案の提示】は4-1、5-3、8-1、9-1、10-1、10-3に示された。

4-1、5-3、10-3に対するパネルの意見は、それぞれタイ語使用の指摘と具体的修正案の提示であったため(パネルの意見⑦、⑫、⑳)、パネルの意見を取り入れて修正した。

8-1と9-1に記載されたパネルの修正案(パネルの意見⑲と㉔)は、評価観点「8. 開かれた心」「9. 追求心」のラオス語の修正案の提示であった。通訳によると修正案はどちらも造語だったため、修正はせず、修正案のひとつとしてパネル会議で提示することとした。

10-1「実践の中で自分の言動のモニタリングができる/Be able to monitor one's own

behavior in practice」に対して、パネルからは「モニタリングができる」に対応するラオス語の修正案として、monitorではなくrealizeの意味のラオス語の提示があった（パネルの意見⑤）。このため、「実践の中で自分の言動を自覚できるBe able to realize one's own behavior in practice」に修正した。しかしながら、ラオス語の修正だけでなく、10-1は、realizeという瞬間の認知的状況を意図するのではなく、実践の過程において自分の言動をモニタリングするという継続的なメタ認識を意図するため、パネルは評価基準としてのどのような内容をイメージしているのかパネル会議で確認する《第3次調査時確認事項》とした。

【ラオス語修正の必要性】への対応

【ラオス語修正の必要性】は4-3、5-1に示された。

4-3に対するパネルの意見⑨は、単語としてタイ語が使用されている指摘である。別のパネルからは評価基準案のラオス語の修正案の提示もあったため（パネルの意見⑧）、パネル会議で文章全体の中で検討する際に確認するとした。

5-1「なぜだろうとその理由や根拠を求める（調べる、質問する）/Be able to search for the reason or evidence (investigate or ask questions)」に対してパネルから「『調べる』に対応するラオス語は警察が使うような厳しいラオス語が使われている。検索するかそのようなラオス語が良いのではないか。」の意見があった（パネルの意見⑩）。このため、ラオス語の単語としての修正に加えて、学生の「検索する」言動をより具体的にして、「なぜだろうとその理由や根拠を求める（質問する、本やインターネットで調べる）/Be able to search for the reason or evidence (ask questions, look it up in the books/ on the internet)」と修正した。

【学生の現状】と【臨床看護師の現状】への対応

【学生の現状】と【臨床看護師の現状】は、3-2に示された（パネルの意見③と④）。3-2に示された【評価基準への懸念】への対応にあるように、現職の臨床で働く看護師や学生の現状を参考に、3-2の修正を行った。

【具体例】への対応

【具体例】は8-1「いろいろな人の考えを積極的に聴くことができる/Be able to actively listen to ideas of various people」に2つ挙げられた。ひとつは「違う民族や宗教の患者さんでも看護師は平等にみないといけない。」（パネルの意見⑰）だった。もうひとつは「いろいろな人の考えを積極的に聴く」ことは「平等に聴くということ」だった（パネルの意見⑱）。ともに具体的であり汎用性もあるため、評価基準案にそれぞれの意見を取り入れて、「民族や宗教が異なっても人の考えや意見を平等に聴くことができる/Be able to listen to people's opinions and/ or ideas equally even if their

ethnicity and religion are different」と修正した。

3) 第2次調査小括

第2次調査にて、ラオス学士看護学生のクリティカルシンキング力の評価基準である認知的技術の30項目と思考習慣の32項目はパネルに合意された。しかしながら、質的内容分析からは、ラオス語/ラオス語文章の修正の必要性の他、認知的技術の「2. 基準の適応」においては同一の評価基準案に【評価基準案への懸念】と【同意】の相反する意見の存在、思考習慣の「3. 創造性」においては【評価基準案への懸念】や【加筆修正の必要性】の提示などさらなるパネルの合意形成の必要性が示された。ラオス語の評価基準案への合意形成はパネル会議による協議が期待された。

5. 第3次調査/パネル会議（10月9日、パネル13名）

第3次調査として2019年10月9日にパネル会議を実施した。参加したパネルは、臨床教員4名と学部教員9名の13名だった。臨床教員1名は出張のため参加できなかった。

司会進行を務めた看護学部副学部長は、パネル会議の冒頭に評価基準はパネルが協議して決定すべきことであることをパネルに伝え、会議中に協議内容に関して意見することはなかった。

ラオス学士看護学生のクリティカルシンキング力評価基準は、パネル会議の司会進行を務めた本研究の現地アドバイザーでもある看護学部副学部長同席のもと、パネルにより最終合意され、承認された。

1) 調査結果

知的技術と思考習慣の評価基準案のラオス語は、主に語彙や助詞あるいは重言の修正や主語の明確化、文章全体の構成などが修正された。英語が得意なパネルが英語版の意味を説明してラオス語の修正がされる場合もあった。

結果では、初期リスト（評価基準素案）の翻訳者とは別の者が実施した第2次調査時の評価基準案のラオス語訳を第2次ラオス語訳と表記する。

(1) 認知的技術

結果を表12に示す。

学士看護課程の評価基準としての妥当性を問う《第3次調査時確認事項》の1-1、2-1、

4-5における合意事項を述べる。

1-1「現象を理解するために見聞きしたことを情報として分類できる」について

- ・ 1年生には難しいが最終年次の4年生の前に修得しておくべきことであり、評価基準として適切で妥当である。
- ・ 最終学年前に到達すべき項目であっても、主要な項目は評価基準として評価ツールに記載する。
- ・ 【提案】にあるように評価基準は易しい項目から高度な項目の順に並べる。

2-1「適切な基準(正常値、人間の基本的ニーズ、解剖生理学、疾病過程、正常発達、文化)を知っている」について

- ・ 「基準の適応」は医師もやるが、看護師も適切な基準は知っていなければならないので、学士看護課程の学生として評価基準として適切で妥当である。

4-5「見落としている患者に関するデータの有無を確認できる」について

- ・ 見落としている患者に関するデータの有無について教員に聴かれたら学生が答えるのではなく、学生は自分で見落としている患者に関するデータの有無を確認できないといけない。「見落としている患者に関するデータの有無を教員に報告できる」は教員が質問したら学生が報告するとも解釈できるので「見落としている患者に関するデータの有無を確認できる」が良い。

第2次調査結果に基づく評価基準の修正案4-3と4-5においては、同意は示されず、第2次調査時の評価基準案の採択で合意された。

その他の評価基準としての修正は1-1と4-1の2つだった。

1-1「現象を理解するために見聞きしたことを情報として分類できる」

ラオス語の「現象phenomenon」に対応する語は一般的に使われていないため、「状況situation」として「状況を理解するために見聞きしたことを情報として分類できる」となった。

4-1「看護の知識基盤に基づき焦点を絞った観察や情報収集ができる/Be able to conduct focused observation and information gathering based on nursing knowledge」

学士課程の看護学生の到達度としては「焦点を絞った観察や情報収集ができる」から「看護の知識に基づく観察や情報収集ができる/Be able to observe and to gather information based on nursing knowledge」で合意された。

最も長く協議されたのは、2-3「看護の知識に基づき基準からの逸脱を認識できる」だった。「逸脱」に対応するラオス語の合意に至るまで、修正が繰り返された。会議中に、研究者は「逸脱/deviation」は日本語や英語においてはやや硬い表現で、日常的には「外れる/go off」が使われる。ラオス語においても硬い表現として訳すのではなく、理解しやすい言葉が良いのではないかということを発表した。パネルからは、研究者に対して、このような場合は、「逸脱」というのかという質問がきた。例えば「子供が病気になって医師より看病の仕方が説明されたが、それには従わず、母親が独自の方法で子供の看病をしている場合も、“逸脱”となるのか」という質問だった。

(2) 思考習慣

結果を表13に示す。

学士看護課程の評価基準としての妥当性を問う《第3次調査時確認事項》の3-2と10-1における合意事項を述べる。

3-2「問題解決に必要なアイデアを提案する」について

第2次調査結果に基づく修正案「問題解決に必要なアイデアを表現できる/Be able to describe one's own ideas to solve problems」で合意された。

10-1「実践の中で自分の言動のモニタリングができる/Be able to monitor one's own behavior in practice」について

自分の言動をモニタリングするためには、まずは自分の言動を自覚することができる必要があるため、学士課程の看護学生の評価基準としては第2次調査結果に基づく修正案「実践の中で自分の言動を自覚できるBe able to realize one's own behavior in practice」で合意された。

3-1「患者に最適になるようにいろいろな工夫をする/ Be able to generate various ideas that are optimal for the patient」は、第2次調査結果に基づく修正案を基にパネル会議で議論が発展し、評価基準案が修正された。第2次調査結果に基づく修正案「患者に最適になるような工夫を計画できる/Be able to make plans that are optimal for the patient」においては、学生にとっては「患者に最適になるような工夫を計画する」ことは難しく、評価基準としては適切でないというパネルからの意見への同意が示された。このため、「工夫を考えつことができる」の評価基準案が協議され、学部教員からは「患者に最適になるようないろいろな工夫を考えつことができる」が提案された。しかしながら、臨床教員からは学生が「いろいろな」工夫を思いつくことは難しいとの懸念

が示され、「患者に最適になるような工夫を考えつくことができる/ Be able to *generate* ideas that are optimal for the patient」の評価基準で合意された。

会議終了前の休憩時間に、臨床教員4名から3-2「問題解決に必要なアイデアを提案する」と3-1「患者に最適になるようにいろいろな工夫をする」は学部教員と意見が違っていたことが研究者に直接報告された。

第2次調査結果に基づく評価基準案の5-1と8-1はパネル会議で合意された。

第2次調査にて提案されたラオス語の評価観点「8. 開かれた心」と「9. 追求心」は修正案から議論が発展し、パネル会議で修正された。「8. 開かれた心」のラオス語は動詞をつなぎ「自分の心を開いて、そして、自分と違う意見を取り入れる」という意味のラオス語で合意された。「9. 追求心」においては、適切なラオス語がないため「我慢する」と「頑張る」の意味のラオス語の造語で合意された。

2) 小括

第3次調査のパネル会議では、より適切なラオス語への修正の他、評価基準としての協議は主に2つの内容に区分され、学士看護学生の評価基準として合意形成された。

- ① 認知的技術の1-1と4-5ならびに思考習慣の3-1と10-1にみられる看護業務範囲や看護領域内における学士看護学生の到達目標としての適切さからの議論と合意形成
- ② 認知的技術の2-1ならびに思考習慣3-2にみられる医師と看護師の業務範囲や専門性を考慮した学士看護学生の到達目標としての議論と合意形成

6. デルファイ調査結果のまとめ

クリティカルシンキング力の認知的技術と思考習慣の評価基準案は、63項目の初期リスト（評価基準素案）から3回の反復調査を通して加筆修正を行い、62項目が合意された。評価基準案への同意率は第1次調査で82%以上を示し、第2次調査では全ての評価基準案が4件法による中央値4.0と高い同意が示された。また、調査票の自由記載と補足インタビューから得られたデータの質的内容分析結果に基づき、認知的技術の評価観点「5. 論理的推論」ならびに思考習慣の評価観点「3. 創造性」と「8. 開かれた心」の3つ評価観点の評価基準案を再構成し、評価基準案は拡充した。

一方、第2調査の時点で評価基準案は全て合意され収束にむかったが、よりわかりやすいラオス語の検討の必要性と、質的内容分析からは学士看護学生の評価基準案としての妥当性の検討の必要性も示された。このため、第3次調査はパネル会議を開催した。

パネル会議では、評価基準案の各項目がひとつひとつ協議された。評価基準案は、より適切なラオス語への修正の他、看護の専門性と看護師の役割を含めて学士看護学生の評価基準案としての妥当性について学部教員と臨床教員において協議され、最終合意された。

II. 模擬評価による評価者間一致率の検証

1. 模擬評価による評価者間一致率の検証

模擬評価にはパネル会議に参加したパネル13名（臨床教員4名と学部教員9名）が参加した。調査票は2019年10月10日に各パネルへ配布し、2019年10月13日までに13名のパネル全員から回答を得た。結果を表14に示す。

1) パネル13名の評価者間一致率

認知的技術の側面のクリティカルシンキング力評価ツールのパネル13名のクリップドリフの α 係数は0.4791だった。

最も高い α 係数は0.5098で、その評価基準は、1-2「表情など非言語的メッセージも分析の対象として提示できる」と5-4「分析結果を論理的、系統的に関連づけて自分の考えを整理できる」だった。その回答の内訳は、学生Aに対しては、13名全員が「できている」と回答していた。学生Bに対しては臨床教員1名と学部教員3名の計4名（30.7%）が「できている」と回答し、臨床教員3名と学部教員6名の計9名（69.2%）が「できていない」と回答としていた。

最も低い α 係数は0.0385で、その評価基準は、5-6「データから看護上の課題を帰納的に見つけ出す」だった。その回答の内訳は、学生Aに対しては、11名（84.6%）が「できている」と回答し、臨床教員1名と学部教員1名の計2名（15.4%）が「できていない」と回答としていた。学生Bに対する回答は、7名（53.8%）が「できている」、学部教員4名（30.8%）が「できていない」、臨床教員2名（15.4%）が「判断材料が不十分」と回答していった。

2) 臨床教員のパネルと学部教員のパネルに区分した場合の評価者間一致率

パネルの臨床教員4名と学部教員9名に区分した場合のクリップドリフの α 係数は、臨床教員4名においては0.6718、学部教員においては0.4014だった。

(1) 臨床教員のパネルの評価者間一致率

臨床教員における最も高い α 係数は0.5333で、8つの評価基準に示された。その8つの評価基準は、1-2「表情など非言語的メッセージも分析の対象として提示できる」、1-4「情報を客観的データ、意見（要望や訴えも含む）、理由や根拠、推測に識別できる」、3-1「既知（学修、経験）の類似の状況との相違点を説明できる」、3-2「情報の解釈と関連づけて状況や事柄を整理、区分（カテゴリ化）できる」、5-1「重要な手がかり（標準との比

較、検査結果、患者の症状や訴えなど) から看護上の課題を推測できる」、5-4「分析結果を論理的、系統的に関連づけて自分の考えを整理できる」、7-2「看護理論や概念を用いてケースを記述できる(ケーススタディ)」、7-3「学修した看護理論、概念、看護技術を用いて実習で看護診断、看護計画立案、看護ケアの提供、省察を実践できる」だった。これら8つの評価基準の回答の内訳において共通していたのは、学生Aに対する回答だった。臨床教員4名は、学生Aの評価として「できている」と回答していた。学生Bの評価において、8つ全ての評価基準に共通する回答パターンはなかった。

最も低い α 係数は-.0889だった。その評価基準は、6-3「患者の健康問題の解決に必要な計画を実施した場合の結果を予測できる」だった。6-3における臨床教員4名の回答の内訳は、学生Aに対しては、3名が「できている」と回答し、1名が「判断材料が不十分」と回答していた。学生Bに対しては、2名が「できている」と回答し、2名が「判断材料が不十分」と回答していた。 α 係数0.0000を示した評価基準も2つあった。それは1-5「看護モデル(ゴードンの11パターンなど)に基づき情報を分類できる」と5-8「根拠をもって(看護の知識、参考文献、データ)必要な看護ケアを決めることができる」だった。評価基準1-5と5-8における評価結果の内訳は、学生Aに対しては、4名とも「できている」と回答していたが、学生Bに対しては、3名が「できている」と回答し、1名が「できていない」と回答していた。

(2) 学部教員のパネルの評価者間一致率

学部教員における最も高い α 係数は0.4688だった。それは、1-2「表情など非言語的メッセージも分析の対象として提示できる」、4-1「看護の知識基盤に基づき焦点を絞った観察や情報収集ができる」、5-4「分析結果を論理的、系統的に関連づけて自分の考えを整理できる」の3つの評価基準に示された。その回答の内訳は、学生Aに対して学部教員9名全員が3つの評価基準において「できている」と回答していた。学生Bに対しては、3名が「できている」と回答し、6名が「できていない」と回答していた。

最も低い α 係数は0.211で、その評価基準は2-3「看護の知識に基づき基準からの逸脱を認識できる」だった。回答の内訳は、学生Aに対しては6名が「できている」と回答しており、3名が「できていない」と回答していた。学生Bに対する評価は、3名が「できている」、5名が「できていない」、1名が「判断材料が不十分」と回答していた。

2. フォーカスグループインタビュー

質的内容分析の結果を表15に示す。3つのグループの意見は異なっていた。ここでは、臨床教員3名のグループをグループ1、学部教員5名のグループをグループ2、学部教員3名のグループをグループ3と称する。

1) 模擬評価における模擬学生AとBの特徴

- (1) グループ1は、学生Aの特徴としては「患者の気持ちを考えているが、患者に(治療の必要性を)伝えていない」との意見だった。学生Bの特徴としては「患者に(治療の必要性を)直接伝えて、現実的な考えである。」と評し、「学生Aと学生Bは、どちらが良いか悪いかではなく、学生の価値観の違いによるもの。」との意見だった。
- (2) グループ2は、学生Aの特徴として、「患者情報を良く分析している」という意見もあるが、患者への対応について「看護の知識を使っていない」と評した。学生Bの特徴としては、治療の必要性を患者に明確に伝えて「看護の知識を使っている。」との意見だった。
- (3) グループ3は、学生Aについて「情報と原因を良く分析して、患者の問題に優先順位をつけている。看護師と医師の役割も理解している。」と評した。学生Bについては学生Aと比較し、更なる学習の必要性を述べた。

2) 看護師としての望ましさ

- (1) グループ1は「学生Aと学生Bは、プロセスは違うがどちらも患者を良くするという同じ目標をもっており、どちらが良いか悪いかではなく、学生の価値観の違いによるものである。学生Aと学生Bのどちらがいいのかは教員の判断によって違う。」という意見だった。
- (2) グループ2は「学生Aは看護の知識を使っておらず、学生Bは看護の知識を使っている。」という意見だった。
- (3) グループ3は「学生Aの方が望ましい。」という意見だった。「今のままだと、臨床現場では学生Bでも直接的で良いかもしれないが、患者に何も説明しておらず患者の満足は得られない。看護師は患者に説明もしなくてはならない。ラオスの看護師としては、現在は学生Bのような看護師が求められるかもしれないが、患者へのサービス向上の点から学生Aのような看護師が望ましい。」との意見だった。

3) 模擬評価結果のばらつきに関して

評価者間一致率が最も低かった 5-6「データから看護上の課題を帰納的に見つけ出す」(クリッペンドリフの α 係数0.0385)と次に低い2-3「看護の知識に基づき基準からの逸脱を認識できる」(クリッペンドリフの α 係数0.0470)を中心に、模擬評価の結果にばらつきがあった原因に関してグループインタビューを行った。

- (1) グループ1は、「模擬評価の課題として扱った糖尿病やゴードンの看護理論に関するパネルの理解の相違や、教員の価値観が評価結果に影響している」との意見だっ

た。「糖尿病に対する理解がパネル間で違った。糖尿病1型と2型だと治療が違うがパネルの専門が違うと課題文の理解が違う。」との意見もあった。評価者間一致率が低かった評価基準に特化した具体的な意見はなかった。

- (2) グループ2とグループ3の2-2「目的に応じて適切な基準や参考文献を選択できる」に関する意見は同じで、「模擬学生の解答をみても適切な基準や参考文献を使っているのかわからなかった」と模擬評価の問題と解答の不適切性を指摘した
- (3) グループ3からは、2-3「看護の知識に基づき基準からの逸脱を認識できる」と5-6「データから看護上の問題を帰納的にみつけだす」への意見も得られた。2-3については、評価基準中にある「逸脱」に対応するラオス語の難しさが指摘された。5-6については、模擬学生の解答から看護上の問題を機能的にみつけだしたと判断した教員と、模擬学生の解答に看護診断名が書かれていないため、看護上の問題をみつけだしていないと判断した教員がいるのではないかとの意見だった。

Ⅲ. 形成評価

4件法による質問紙の平均値（最低1点から最高4点）と質的内容分析の結果を表16に示す。

1) 研究参加への満足度

4点満点中平均値は4.00で最も高い項目だった。パネルは「またこのようなツール開発の機会があったら喜んで参加する。」という高い満足度を示した。

研究参加によるパネルの具体的な満足としては、質的内容分析から「ツール開発にかかわって自己開発にもなった。」や「ツール開発過程で各項目の基準の内容を勉強することができて、自分のクリティカルシンキング力が良くなった。」といった【自己開発】があった。「大学の教員と臨床教員と一緒に話して同じ理解をする貴重な機会だった。」という【学部教員と臨床教員の連携強化】もあった。

2) 評価ツールへの満足度

4点満点中平均値は3.73だった。

開発した評価ツールへのパネルの具体的な満足として、質的内容分析から「実際のケアを今までは習慣で行ってきたが、評価ツールができたことによって、学生は、常に考えないといけないことがわかる。」など【看護教育における有効性】や「利点は病院実習と大学の理論との両方に使えることである。」といった開発したツールの【汎用性】が示された。また「評価基準がやさしい項目から難しい項目と並んでいてステップになっているので評価しやすい。」など【評価しやすい構成】もあった。

その一方、「模擬評価の問題や解答を読んでも、その内容がどの評価項目に該当するのかわからなかった。」という【使用時の混乱】など満足しなかった点も提示された。

その他、【調査方法の有効性】にあるように、反復調査・パネル会議・模擬評価を組み合わせたことによって評価ツールへの理解が深まったことも示された。

3) ニーズとの合致

4点満点中平均値は3.64で調査5項目中最も低かった。

質的内容分析からは、「これまでその学生がどこまでできているのか評価がなかった。しかし、開発した評価ツールは、学生がどこまでできているのか、そして次に何をすればいいのか、何を、どこを集中的に教えればいいのか、何ができるようにあればいいのかわかり、とても重要である。」など【教員のニーズとの合致】が得られた。

4) 実用性

4点満点中平均値は3.73だった。

質的内容分析からは、「実際に使用しないとわからない」といった【不確かさ】や「ツールの項目の中に、難しくて何回も読まないで理解できない用語が入っている」など【わかりにくさ】が指摘された。

その一方、「大学の教員と臨床教員とは言葉が違う。どちらが良いのかは使ってみないとわからない。慣れるしかないと思う。」や「わかりくに用語はパネル会議を開催して、意見交換した方が良い。」などの【共通言語創出への努力】や、「学部教員と臨床教員が同じ考えをもっていないといけない。」という【学部教員と臨床教員の連携の重要性】も示された。「ツールはわかりやすいが評価する教員はクリティカルシンキングができないといけない。」「実際に使うためには教員の研修やオリエンテーションが必要」といった【教員の能力強化の必要性】も抽出された。

そして、【実用に向けての次の活動】としては在学生を対象とした評価ツールの使用が挙げられ、「学生のレポートを見たり、学生に聞いたりして、この評価ツールを使うことができると思う。」など、どのように評価ツールを使用するかという【ツールの使用方法への提案】も示された。【改善点】としては評価項目が多いことが指摘された。

5) 専門領域での使用の見込み

4点満点中平均値は3.73だった。

質的内容分析からは、「実際に使ってみたい」や「すぐに使える」などの【ツール使用への期待】が得られた。今後の【計画】として、専門領域におけるパネル会議の開催が示された。

6章 考察

ここでは、本研究で開発したラオス学士課程看護学生のクリティカルシンキング力評価ツールの特徴、信頼性の検証、形成評価からみた評価ツール導入の可能性、研究法として用いたデルファイ法、展望の5点について考察する。

I. ラオス学士課程看護学生のクリティカルシンキング力評価ツールの特徴

本研究で開発した評価ツールの特徴を実践能力の高い看護師養成に有効であると報告されているルーブリックと比較して考察する。また、評価ツールの特徴に至るまでのプロセスである概念の再定義についても考察する。

1. 評価ツールの構造的特徴と利点

ルーブリックについて、Stevens & Leviは、「ある課題について、できるようになってもらいたい特定の事柄を配置するための道具」と述べている(Stevens & Levi, 2013 佐藤・井上・俣野訳 2014)。ルーブリックの利点として、第一に学生へのタイミングの良いフィードバックを挙げ、学生の自己評価の形成に有効である点を紹介している。そして、読みやすさと採点しやすさからルーブリックは特殊な場合を除き1ページ以上にすべきでないと述べている。

Chowdhury (2019)によると、ルーブリックの種類は大きくは分析的(Aalytic)か全体的(Holistic)かと、包括的 (General)か課題固有(Task-specific)かの2つに分類され、学生の総合評価には分析的あるいは全体的ルーブリックが適していると述べている。分析的ルーブリックは各評価基準における質の違いを示す評価尺度をもつが、全体的ルーブリックは評価尺度をもたず最高の到達レベルを示すひとつの評価基準のみである。

本研究で開発した評価ツールは、評価尺度はなく、各評価基準が最高の到達レベルを示す「全体的ルーブリック」に近い形式である。本評価ツールは、クリティカルシンキング力を構成する7つの認知的技術と10の思考習慣を学士課程看護学生に修得してほしい能力として評価観点に提示し、その能力の段階的な習熟度を評価基準として学生の具体的なパフォーマンスで記述している。ひとつの評価観点における評価基準数は評価観点によって異なる。最も少ないものは、思考習慣の「1. 自信」で評価基準はひとつである。最も多いものは、認知的技術の「5. 論理的推論」で8つの評価基準をもつ。ひとつの評価観点における評価基準の配置は、到達が比較的容易な項目からより複雑な項目へと順を追っている。評価者は、学生が評価基準に到達したと判断した際に、評価基準を丸が込みするかチェックを入れる。このため、学生のクリティカルシンキング力の習熟度はチェックされた

評価基準数と比例する。つまり、開発した評価ツールは、評価観点における構造化された評価基準の段階的配列という特徴により、ループリックと同様に「ある課題について、できるようになってもらいたい特定の事柄を配置するための道具」の役割を果たす。また、開発した評価ツールの評価観点と評価基準は、学生への期待を明示し、評価の一貫性と公平性を確保していると考えられる。

パネルは評価ツールを用いた学生のクリティカルシンキング力評価について、第1次調査結果にあるように、【評価対象と評価時期】「1年生など低学年から継続的に行い、最終学年で学生は全ての項目の到達ができる」、【評価ししやすい構成】「評価基準はそれぞれに関連してひとつのストーリーになっているのでわかりやすく評価しやすい」、【教員ニーズとの合致】「これまでその学生がどこまでできているのか評価がなかった。しかし、開発した評価ツールは、学生がどこまでできているのか、そして次に何をすればいいのか、何を、どこを集中的に教えればいいのか、何ができるようにあればいいのかがわかる」と評している。教員は、評価ツールを用いることによって、学生の達成度を把握し、学生の状況に応じた教授方法を修正することもできると考えられる。

クリティカルシンキング力の習熟には、認知的技術と思考習慣の相互の側面の育成が関連している。本研究は、看護領域固有性に着目したクリティカルシンキング力の評価ツールの開発を目標としているため、認知的技術と思考習慣の計17要素を各評価観点として、計62項目の評価基準について合意形成された。具体的には、クリティカルシンキング力という思考の発達を評価するために、学士看護学生のクリティカルシンキング力の到達目標を62個の学生のパフォーマンスとして可視化した。

2. 開発した評価ツールの評価基準の特徴

本研究によって開発された評価ツールの評価基準の特徴として、看護領域固有性を視点として考察する。

本研究によって開発された評価ツールは、Scheffer & Rubenfeld (2000)の研究により抽出された看護領域の固有性に着目したクリティカルシンキングの構成要素を評価観点としている。Scheffer & Rubenfeldは看護領域における固有性のクリティカルシンキングの要素として「創造性」「直観」を挙げている。津波古 (2017) はScheffer & Rubenfeldの著書「Critical thinking tactics for nurses: achieving the IOM competencies 3rd ed.」を紹介しながら看護以外の分野にはない看護独自性のクリティカルシンキングの要素として「知識の変換」「創造性」「直観」を挙げている。ここでは、本研究で開発した評価ツールの特徴として看護領域固有性の「知識の変換」「創造性」「直観」の評価基準について考察する。「知識の変換」は認知的技術、「創造性」と「直観」は思考習慣にあたる。

1) 「知識の変換」

Scheffer & Rubenfeldは「知識の変換/Transforming knowledge」を、「文脈の中で概念の条件、本質、形態や機能などを変える、あるいは他へ転換させること」と定義している。認知研究においては、Transfer knowledgeは知識の転移として、「ある状況で獲得した知識が後の状況での問題解決や学習につながる現象」とされている（白水, 2012）。白水（2012）は学習科学的な認知研究において「部分的な知識であっても学習者が自ら使えるものをつかみ、それをほかの知識と関連付けて知識構造に編み入れることで転移が可能になる」として、学習者が既知の状況と似た場面を探し、あるいは自分の知識が使える場面に変えて転移を引き起こすことができるような研究の必要性を述べている。一方、教育心理学の研究においては、転移は難しいため、知識の活用が言われている（湯澤ら, 2017）。湯澤ら（2017）は、知識の活用の理論的基盤としてBloom's Taxonomyの教育目標を挙げ、「活用(application)」を「覚えた知識を使う」と位置付け、「活用」の育成を述べている。

本研究で開発した評価ツールにおける「知識の変換」は、3つの評価基準7-1「得られた情報を統合して患者の状態を説明できる」、7-2「看護理論や概念を用いてケースを記述できる（ケーススタディ）」、7-3「学修した看護理論、概念、看護技術を用いて実習で看護診断、看護計画立案、看護ケアの提供、省察を実践できる」をもつ。7-3は、第1次調査結果に基づき、学修した理論、概念、看護技術のchangeやtransfer, convertではなく、学修した理論等を活用する(apply)という点を明確にして評価基準は合意された。ラオスの学士課程の看護学生の到達目標は、学修した看護理論や概念、看護技術を活用して、実習において患者のアセスメントを行い、看護ケアを提供できることを意味している。

2) 「創造性」

Scheffer & Rubenfeldの研究は、「創造性/Creativity」を看護領域の固有性として「アイデアを創造し、発見し、再構築するために使われる知的な発明的能力： 代替を想像すること/Intellectual inventiveness used to generate, discover, or restructure ideas; imagining alternatives」と定義づけている。看護実践における創造性の重要性は、Fasnacht（2002）やXing, M., Yuanyuan, Y, Xue, W & Yuli, Z（2018）らも指摘している。Yang, Wang and Zangは創造性に影響する要因として、学修形態や思考形態などの内因性の要因と職場の問題や看護師不足などの外因性の要因を指摘している。

本研究で開発した評価ツールにおける「創造性」は、3-1「患者に最適になるような工夫を考えつることができる」と3-2「問題解決に必要なアイデアを表現できる」の2つである。「創造性」について、第1次調査結果では「学生は恥ずかしがりやで4年生でも難しいのではないか」といった【不支持】や「病院では医師の指示が優先されるため看護師のアイデアはもとめられない」といった【評価基準への懸念】が示され、評価基準の修正を行ったが、第2次調査の質的内容分析からは合意に至らなかった。パネル会議では、3-1において学部教員の「患者に最適になるようないろいろな工夫を考えつく」という意見と、臨

床教員の「いろいろな」を削除した「患者に最適になるような工夫を考えつことが出来る」案が検討された。最終的には、「いろいろな」を削除した臨床教員からの意見「患者に最適になるような工夫を考えつことが出来る」にて合意された。これをみると、パネルであるラオスの学部教員は内因性的な側面を視点として学士看護課程の「創造性」の評価基準を検討し、臨床教員は外因性の側面を視点として検討していたと思われる。この学部教員と臨床教員の視点の相違が「創造性」の評価基準の合意形成のプロセスに影響したと考察する。

ラオスの看護教員は、本研究にみられるように学生の看護師としての思考の発達に関心を持ち、学生への教育を行っている。このため、創造性に影響する内因性の看護学生の学習形態や思考形態は変化していくと思われる。一方、創造性に影響する外因性のうち、ラオスにおける大きな課題は、「病院では医師の指示が優先されるため看護師のアイデアはもとめられない」にあるような他職種における看護師の役割の認識である。これは看護教育だけで解決できる課題ではないため、病院の環境に身を置く臨床教員からは【評価基準への懸念】が示され、外因性の側面を視点として提案された臨床教員の案が合意されたと考える。

臨床教員と学部教員の意見の違いは、思考習慣の「柔軟性」にもみられた。3-1「患者に最適になるようにいろいろな工夫をする/ Be able to generate various ideas that are optimal for the patient」においては、学部教員からは「患者に最適になるようないろいろな工夫を考えつことが出来る」が提案された。しかしながら、臨床教員からは学生が「いろいろな」工夫を思いつくことは難しいとの懸念が示され、臨床教員の案が合意形成された。ラオスの臨床実践においても看護過程や看護診断が導入され、看護師の思考の強化が期待される一方、クリティカルシンキングを構成する要素である「柔軟性」や「創造性」の強化への期待は、職場環境の外因性の側面に影響を受けて看護実践をする臨床教員と、学修形態や思考形態などの内因性の側面に関して教授する学部教員には違いがあることが考察された。

3) 「直観」

Scheffer & Rubenfeldの研究は、「直観/Intuition」を「論理を意識することなく行われる洞察力/Insightful sense of knowing without conscious use of reason」と定義している。「直観」と意思決定に関する山田の文献レビューによると(山田, 2018)、意志決定のプロセスには直観と分析的思考の両方が関与しており、初心者から達人まであらゆるレベルの看護師が直観に基づく意志決定を行っている。直観と経験は関係なく、学生にも直観があり、患者との密接な関係性や関心を示す態度が直観を高める。また、意思決定の正確さと直観への信頼は正の相関がみられ、経験が浅い看護師は直観を抱く感覚に不安をもち、他者評価を気にして直観の言語化を恐れていた。臨床実践の場の看護師にとっては、常に意思決定を必要とされ患者に最適なケアを提供するために直観は重要な役割をも

つと報告している。

本研究において開発したツールの評価観点「直観」の評価基準は、7-1「自己が経験した直観を具体的に述べることができる」と「7-2. 気づきを自己の思考の出発点にすることができる」のふたつをもつ。「直観」の評価基準は第1次調査時にすべてのパネルが「賛成する」と回答し、特に議論なく評価基準は合意形成された。本研究で開発されたふたつの評価基準は、初心者レベルの看護師にみられる直観の課題に働きかけ、適切な意思決定を促すために効果的な到達目標となっていると考える。

3. 概念の解釈とラオスにおける再定義

評価ツールにある「追求心」や「開かれた心」のラオス語はパネル会議にて造語によりその意味が表現され合意された。

研究者は、Scheffer & Rubenfeld (2000)の研究におけるPerseveranceを、初期リスト(評価基準素案)作成時に「追求心」と訳したが、小笠原ら(監訳, 2002)は「忍耐力」と訳している。本研究のパネルはPerseveranceをその定義と自分たちが合意した評価基準から、最終的に「我慢して頑張る」と訳した。Perseveranceの定義は、「障害を乗り越え、決意をもって達成しようとする事」である。パネルが合意した評価基準は、「自ら進んで答えを探そうとする」「考え得る限りすべての事実や証拠を調べる」「ひとつのやり方で問題が解決しないときには、いろいろなやり方を試みる」「複雑な状況でも論理的に分析、整理し、解決に必要な手がかりを見つけ出す」、「それぞれが納得できるような解決に努める」の5項目が合意された。このことは、学生の具体的なパフォーマンスを協議することを通して、Perseveranceとその定義(概念)はパネルによって再定義されラオス語にて言語化されたと考える。パネルがラオス語として訳した「我慢して頑張る」の評価観点は、和訳としては「追求心」よりも「忍耐力」がより等しいと考える。

「開かれた心」の定義は、「異なる見方を尊重したり偏見に敏感なことを特徴とする視点」である。「開かれた心」open-mindednessは、Scheffer & Rubenfeld (2000)の研究においても形容詞「open」と名詞「mindedness」をハイフンで結んで名詞化している。和訳は、原文同様に形容詞「開かれた」に名詞「心」を合わせた「開かれた心」を使用した。明解国語辞典(2017)には「開かれた心」はないことから、日本語においても造語である。小笠原ら(監訳, 2002)はopen-mindednessを「偏見がないこと」と訳している。本研究のパネルはopen-mind and acceptという「心を開いて、そして、他の人の意見を取り入れる」の意味のラオス語がパネル会議で合意された。第1次調査において、「偏見は良い言葉ではないので削除した方が良い」という意見があり、本研究によって開発したツールの評価基準には「偏見」という言葉は使われていない。しかしながら、8-1「民族や宗教が異なっても人の考えや意見を平等に聴くことができる」は、「開かれた心」の定義の前半「異なる見方を尊重する」の具体的な行動であり、8-2「自分の信念や価値観を

自覚している」と8-3「自己の価値や信念を考慮しながら他者の考えをどのように捉えているかを認識できる」は「開かれた心」の定義の後半「偏見に敏感なことを特徴とする視点」の具体である。パネルは、「開かれた心」について、翻訳された初期リスト（評価基準素案）から「開かれた心」の概念の理解を試みた。そして、初期リスト（評価基準素案）にある学生の言動と自分が知るラオスの学生の言動を比較しながら、評価観点「開かれた心」における学生のあるべき言動（評価基準）を協議し、言語化することにより再定義したと考える。ラオスの文脈において解釈される過程で、多民族国家という文化的背景へのラオス国民の基本的思想が反映されて、評価基準8-1は「民族や宗教が異なっている人も人の考えや意見を平等に聴くことができる」の記述で合意されたと考える。

II. 評価ツールの信頼性の検証

1. 模擬評価による評価者間一致率

本研究では、クリッペンドルフの α 係数を用いた評価者間一致率により評価ツールの信頼性を検討した。クリッペンドルフの α 係数は-1から1の間の値をとり、1が完全一致で、-1が完全不一致である(井出, 2017)。1.000に近いほど高い信頼性を示し、0.000は信頼性がないことを示す。(Hayes & Krippendorff, 2007)。信頼性は α 係数0.800以上が望ましく、0.667を下限とする(Statistics How To)。本研究にて開発したクリティカルシンキング力評価ツールのうち、認知的技術の側面に関する評価ツールを用いた模擬評価の結果から得られたクリッペンドルフ α 係数は0.4791だった。下限よりもさらに低い α 係数であり、本研究により開発されたクリティカルシンキング力評価ツールは信頼性が低いことが示された。

2. 評価者間一致率に影響したと考えられる要因と評価ツール

1) 評価基準の項目と評価者の区分を視点とした考察

評価者間一致率が高かった評価基準あるいは低かった評価基準とパネルの区分にみるクリッペンドルフの α 係数から評価者間一致率に影響したと考えられる要因を考察する。

(1) 評価者間一致率が高かった評価基準

評価者間一致率が最も高かったのは、パネル全体(13名)、臨床教員のパネル(4名)、学部教員のパネル(9名)に共通して、評価基準1-2「表情など非言語的メッセージも分析の対象として提示できる」と評価基準5-4「分析結果を論理的、系統的に関連づけて自分

の考えを整理できる」だった。

研究者は、評価基準 1-2と5-4における模擬学生Aへの評価は「できている」、模擬学生Bへの評価は「できていない」を意図した。

パネルの回答の内訳は、評価基準1-2と5-4ともに、パネル13名全員が「できている」と回答していた。学生Bに対しては臨床教員1名と学部教員3名の計4名（30.7%）が「できている」と回答し、臨床教員3名と学部教員6名の計9名（69.2%）が「できていない」と回答と回答していた。

評価者間一致率に影響を与えたと考えられる要因を評価基準 1-2と5-4において考察する。

① 評価基準1-2「表情など非言語的メッセージも分析の対象として提示できる」

評価者間一致率が高かった要因のひとつは、模擬学生Aの解答にある「E氏は言葉や表情からインスリン注射に否定的感情があるが」という記述が、評価基準「表情など非言語的メッセージも分析の対象として提示できる」と結びつけやすかったと考える。形成評価において、パネルは【使用時の混乱】「模擬学生の解答をみても、その情報がツールのどの項目に該当するのか混乱した。」を挙げているが、評価基準1-2においては、評価者となったパネルの【使用時の混乱】は少なかったと考える。模擬学生Aの評価を通して、評価基準に応じた評価の判断は模擬学生の解答のどの部分に注目すべきなのかの要領を得れば、模擬学生Bの評価においても同様の記述の箇所を探れば良い。また、学生の解答の対比により評価判断の要点も得やすかったと考える。

二つ目は、模擬学生Aの解答にある「E氏は言葉や表情からインスリン注射に否定的感情がある」は評価基準「表情など非言語的メッセージも分析の対象として提示できる」を具体化した記述になっている。このため模擬学生Aの評価は「できている」と判断しやすく、パネル13名の評価は一致したと考える。

三つ目として、評価基準1-2はラオスの看護教員が同じイメージを持ちやすかったと考察する。形成評価結果の【ツール使用への期待】のひとつに「痛がっているのかなど患者の表情もみて、情報のひとつとしてアセスメントすることができるようになる。」がある。ラオスでは、2011年に開設された4年制の看護学士教育カリキュラムにて初めて看護系科目が加えられ、2014年から看護過程の学修が導入された（松尾ら、2017）。医学的な視点に基づく教育から看護学に基づく教育への変化の過程にあるラオスの教員にとって、「表情など非言語的メッセージも分析の対象として提示できる」は学生に期待する目標として具体的な同じイメージをもちやすかったと考える。

② 評価基準5-4「分析結果を論理的、系統的に関連づけて自分の考えを整理できる」

模擬学生AとBともに、質の違いはあるが、課題の「必要と考える情報」や「最も優先的に解決すべき問題」という問いに対して自分の考えを解答していた。このため、評価基準

と模擬評価の設問ならびに学生の解答が呼応しており、評価基準1-2と同様に評価者は学生の解答と評価基準とを結びつけやすかったと考えられる。

③ 評価基準1-2と5-4からの考察

フォーカスグループディスカッションでは、グループ1（臨床教員4名）とグループ2（学部教員5名）は、看護師として望ましいのは模擬学生Bであるとの意見だった。グループ3（学部教員3名）は学生Aの方が望ましいという意見であった。しかしながら、本研究で開発した評価ツールを用いた模擬学生のクリティカルシンキング力の評価においては、評価基準1-2と5-4について、パネルの約7割が模擬学生Aはできている、模擬学生Bはできていないと評価していた。このことは、学生のクリティカルシンキング力は、本研究で開発した評価ツールを使うことによって、評価者だったパネルの価値観による評価ではなく、合意された評価基準に基づき評価されたことが示唆された。

一方、本研究で開発した評価ツールは、どの程度達成されたかを判別するためのレベルの目安をいくつかの段階に分けた評価尺度をもたないため、約7割のパネルが「できていない」と評価した模擬学生Bは、どの程度不十分なのかという点はわからない。また、模擬学生AとBの比較による程度の差によって相対的に「できている」と「できていない」の評価結果となった可能性もある。評価ツールとしては、学生へのフィードバックと評価の質の点から能力獲得状況を確認できる評価尺度をもつ方が望ましいと考える。

（2） 評価者間一致率が低かった評価基準

① パネル全体

評価基準5-6「データから看護上の課題を帰納的に見つけ出す」における研究者が想定する評価結果は模擬学生Aへの評価は「できている」、模擬学生Bへの評価は「できていない」だった。

パネルの評価結果の内訳をみると、模擬学生Aに関しては、パネルの約8割が「できている」と回答し、約2割が「できていない」と回答としていた。模擬学生Bに関しては、パネルの約5割は「できている」と回答し、約3割は「できていない」、約2割は「判断材料が不十分」と回答していた。

フォーカスグループインタビューにおいては、グループ3（学部教員3名）は評価基準5-6における評価のばらつきの原因について、「看護診断名がかかれていないので、看護上の問題をみつけないと判断した教員もいるかもしれない」と回答した。これは、「看護上の課題」とは看護診断と考え、「帰納的に見つけ出す」とは「看護診断名の記載の有無」と判断したパネルがいた可能性を伝えていると考える。模擬学生AとBはそれぞれに「糖尿病の受容ができていない」あるいは「治療拒否」といった看護上の課題と考えられるものを記載しているが、どちらも看護診断名は記載していない。しかしながら、模擬学

生AとBの両方に「できていない」と評価したパネルはいなかった。つまり評価者は看護診断名の記載の有無で評価基準5-6の評価を決めたのではないと推論できる。

パネル13名の回答の内訳をみると、6名（46.2%）は、模擬学生AとBの両方の学生に「できている」と評価していた。4名（30.8%）が模擬学生Aは「できている」、模擬学生Bは「できていない」と評価していた。1名が模擬学生Aは「できていない」、模擬学生Bは「できている」と評価していた。別の1名が模擬学生Aは「できている」、模擬学生Bは「判断材料がない」と評価していた。他の1名が模擬学生Aは「できていない」、模擬学生Bは「判断材料がない」と評価していた。

模擬学生の解答をみると、模擬学生Aは、患者の表情や訴え、検査データの変化等から、患者には投薬による血糖コントロールの効果がみられる一方、病気の受容ができておらず否定的な感情にあるとアセスメントしていた。そして否定的な感情にあるなかでの自己注射開始に伴う精神的負担の増強を看護上の課題としていた。一方、模擬学生Bは、医師の指示に従うことを最優先すべきで、患者の反応を治療拒否と考えて、この点を看護上の課題としていた。このように模擬学生AとBには、「データから看護上の課題を帰納的に見つけ出す」ことにおける質の違いがあるが、約5割のパネルは模擬学生AとBの両方に「できている」と評価していた。

評価者間一致率が最も高かった評価基準1-2と5-4の評価基準の要点は「非言語的メッセージも分析の対象としているか」「論理的、系統的に自分の考えを整理できているか」である。一方、評価者間一致率が最も低かった評価基準5-6「データから看護上の課題を帰納的に見つけ出す」は、「データから課題を帰納的にみつけたす」という論理的思考に加えて、データから何を「看護上の課題」とするかも重要である。評価者間一致率が最も高かった評価基準と評価者間一致率が最も低かった評価基準の相違点は、評価基準に看護上の課題は何かという考えを必要とするか否かであると考えられる。

松尾らは、ラオスの看護教育の歴史を振り返り、現職看護師の教育背景は多様であり、看護的視点で思考するための知識不足を指摘している。そして、ラオスの看護実践の向上のためには、看護的視点で思考し、ケアを実践する過程の導入が重要であると述べている（松尾ら、2017）。ラオスにおける看護の歴史を勘案すると、本研究のパネルは学士以上の看護師ではあるが、評価基準にあるように、実際に看護上の課題を帰納的に見つけ出し、看護上の課題解決を目指したケアの計画立案やケアの提供の経験は少ないと思われる。模擬評価のE氏の事例からパネルが考える具体的な看護上の課題や必要なケアは、看護師としての思考や知識の習熟度や教育背景の多様性からパネル間にも違いがあり、その結果、模擬学生の評価にもばらつきがでたと考察する。

フォーカスグループインタビューにおいて、看護師としての望ましさについては、「（模擬学生AとB）どちらも患者を良くするという同じ目標をもっている。どちらが良いかは教員の判断によって違う」（グループ1：臨床教員3名）、「学生Aは看護の知識を使っておらず、学生Bは看護の知識を使っている」（グループ2：学部教員5名）、「学生Aは看護師と医

師の役割も理解している。看護師は患者に説明しなくてはならず、学生Aの方が望ましい。」(グループ3: 学部教員3名) と異なる意見だった。フォーカスグループインタビューにおいて、グループ1は評価結果にばらつきがあった原因を次のように語っている。「ゴードンの11パターンのひとつひとつについて、学部教員と臨床教員の理解が違うことが原因ではないか。ゴードンの11パターンをどう理解しているかによって、評価も違ってくる。同じように理解していることが重要である」。これは、ゴードンの機能的11パターンについて語っているが、同様にパネルの評価基準の理解の違いも十分に推測される。パネルは看護診断の有無を看護上の課題の有無とは考えていないが、模擬評価の事例においてパネルが考える「データから帰納的に見つけ出す看護上の課題」も多様なことが推測される。この点が評価結果にばらつきをもたらした要因と考察する。

② 臨床教員のパネル

臨床教員のパネルにおける最も低かった評価基準6-3「患者の健康問題の解決に必要な計画を実施した場合の結果を予測できる」の α 係数は-0.0889とマイナスを示した。研究者は、模擬学生AとBの両方が「できている」との評価を想定した。臨床教員のパネル4名の評価結果の内訳をみると、模擬学生Aの評価においては「できている」と評価したパネルは3名、「判断材料が不十分」と評価したパネルは1名だった。模擬学生Bの評価においては「できている」と評価したパネルは2名、「判断材料が不十分」と評価したパネルも2名だった。1名は模擬学生AとBの両方に「判断材料が不十分」と評価していた。模擬学生の解答をみてみると、模擬学生AとBともに計画を実施した場合の予測とは述べてはいないが、問題解決に必要な計画を実施した場合の患者の望ましい姿を患者にとって重要な点として述べている。何を課題として、どのような患者の状態を望ましいと考えているかについては模擬学生AとBには違いがあるものの、評価者のパネルが学生の解答にある「患者の望ましい状態」を評価基準の「結果の予測」と解釈すれば、そのパネルは模擬学生AとBともに「できている」と評価すると考える。あるいは、評価者のパネルが、学生の解答にある「患者の望ましい状態」は評価基準の「結果の予測」ではないと判断すれば、そのパネルは模擬学生AとBともに「判断材料が不十分」と判断できると考えられる。 α 係数が比較的高かった評価基準1-2と違い、模擬学生の解答の記述は評価基準の記述をそのまま具体化したものではないため、形成評価結果に示された【使用時の混乱】「模擬評価の問題や解答を読んでも、その内容がどの評価基準に該当するのかわからなかった」の状態になっていた可能性もある。模擬評価の事例と課題は、研究者が、書籍にあるクリティカルシンキング力を問う問題とされている事例と課題を参考に、評価基準にある文言を模擬学生の解答にできるだけ反映させながら作成した。しかし、ひとつの事例に対し3つの課題で構成されているため、全ての評価基準の評価はできない。また、評価基準として並んでいる順番に沿って評価ができるとは限らない。このため、初めて評価をするパネルの【使用時の混乱】を導いたと考えられる。

クリッペンドルフの α 係数0.0000を示した評価基準は1-5「看護モデル（ゴードンの11パターンなど）に基づき情報を分類できる」と5-8「根拠をもって（看護の知識、参考文献、データ）必要な看護ケアを決めることができる」の2つだった。 α 係数0.0000を示したのは、統計的理由と考える。評価基準は1-5と5-8ともに、模擬学生Aに対する評価者の判断は「できている」と一致しているが、模擬学生Bに対する評価は、評価者4名中1名が「判断材料が不十分」と回答していた。

③ 学部教員のパネル

学部教員のパネルにおける最も低い評価者間一致率を示した評価基準は、2-3「看護の知識に基づき基準からの逸脱を認識できる」だった。この原因について、フォーカスグループインタビューでは、学部教員のグループ2はラオス語の「逸脱」の理解の難しさを指摘していた。ラオス語の「逸脱」は、パネル会議中も合意に至るまで長く議論されていたため、研究者は「逸脱」という単語ではなく、「基準から外れる」や「基準からずれる」などの類語を紹介した。パネルからは「逸脱」の具体例の質問もあった。「逸脱」の理解の難しさは、言葉の難易度ではなく、ラオスの社会や文化的な要因があるのかもしれない。

臨床教員のパネルにおいて、 α 係数0.0000を示した2つの評価基準1-5「看護モデル（ゴードンの11パターンなど）に基づき情報を分類できる」と5-8「根拠をもって（看護の知識、参考文献、データ）必要な看護ケアを決めることができる」における学部教員9名のパネルの α 係数をみておく。評価基準1-5の α 係数は0.2411、評価基準5-8の α 係数は0.2063だった。

評価基準1-5と5-8においては、模擬学生Aのように学生のパフォーマンス（解答）が到達目標を満たす場合は、評価結果は一致する。一方、模擬学生Bのように到達目標の途上を示す学生の評価については、評価基準に尺度（レベル）がないため、評価結果は「できている」と「できていない」に相反してしまう。例えば、「できている」「概ねできている」「できていない」の3つの尺度をもたせると、到達目標の途上にある学生の評価に対して相反する結果は減るのではないかと考える。その際、3尺度の中間、「概ねできている」に評価結果が集まる相対評価にならないように、各評価尺度にも、ルーブリックのようにその尺度の学生に特徴的なパフォーマンスの記述を設けるのが望ましい。

2) フォーカスグループインタビューと形成評価から考える評価者間のばらつきの要因

模擬評価で評価者となったパネルを対象として実施したフォーカスグループインタビューの結果と形成評価の結果から評価者間のばらつきの要因を考察する。

パネル全体のクリッペンドルフの α 係数が0.1239だった2-2「目的に応じて適切な基準や参考文献を選択できる」について、グループ2（学部教員5名）は「模擬学生は血糖値や

血圧などを書いているが適切な参考文献を選択したかどうかわからないので、その判断基準が教員によって異なった」と回答し、グループ1（臨床教員3名）の回答も同様の主旨だった。

パネルの発言から考察すると、評価者であるパネルが模擬学生の評価の判断をする分岐点はいくつもあったと思われる。

まず一つ目には、パネルの「患者さんの血糖値を書いているが、それを知っているというのは、参考文献を使ったという判断で良いのか」の発言にみられるように、何をもって適切な参考文献を選択したかという評価者の判断基準の違いである。二つ目は「基準の選択」や「参考文献の選択」といった評価基準「aやbができる」の場合の、aだけあるいはbだけが到達している場合はどう評価結果をつけるかという分岐点である。三つ目は『適切な「基準の選択」や「参考文献の選択」』という2-2全体としてどう評価するかという分岐点である。このように評価判断の分岐点による評価結果の違いが重なり評価者間一致率が低くなったと考える。評価者間のばらつきを減らすには、評価基準「適切にaができる」場合の評価者の「適切さ」の質の違いに関する統一と、評価基準「aやbができる」場合のaあるいはbの片方しか到達していない場合の評価結果の統一を必要とする。これらの統一には、評価基準が意図するところへの共通した理解が必要と考える。評価基準「aやbができる」は評価基準「aとbができる」と比較して、その意図により評価結果が異なると考える。ある場面の学生の到達度は「aもbもできている」を期待し、ある場面では「aかbのどちらかできていれば良しとする」と解釈できる。

フォーカスグループインタビューでは、グループ1（臨床教員3名）は考えられる模擬評価結果にばらつきがあった要因のひとつとして「糖尿病1型と2型だと治療が違うがパネルの専門が違うと課題文の理解が違う。」を挙げていた。模擬評価で用いた事例と課題は、Oermann & Gaberson(舟島監訳, 2001)の書籍のクリティカルシンキング力を問う問題等を参考に研究者が作成し、看護教育の専門家の指導を受けて最終化した。現地アドバイザーを対象にしたプレテストの結果やパネル所属先の看護部長によるラオス語版課題文の確認などから模擬評価の課題文における表面妥当性は高いと考える。しかしながら、フォーカスグループインタビューの結果に示されるように、課題文の理解の違いから評価結果にばらつきが出た可能性もある。模擬評価実施前に、パネルと課題文の読み合わせを行うなど評価者となるパネルの課題文への理解を整えるべきだったと考える。

形成評価では評価ツールの【使用時の混乱】「模擬評価の問題や解答を読んでも、その内容がどの評価項目に該当するのかわからなかった。」が挙げられた。研究者は、模擬評価の学生の解答には、評価基準の文言を用いるなど工夫はしたが、開発した評価ツールに合わせて作成したものではない。このため、模擬評価で評価ツールを使用した際に、【使用時の混乱】を招き、評価者の結果に影響を与えたとも考えられる。

3) 評価に関するガイダンスや評価者研修の必要性

貝谷ら（2017）は、評価者研修が評価者間一致率の向上に有効的であると報告している。Stuhlmannらの先行研究を紹介して、貝谷らの研究では、ルーブリック評価基準に関して事前に評価者間の打ち合わせを1回行うことで評価者間信頼係数が高くなることが示唆されたことを報告している。Allenら（Allen et al., 2004）は、看護教員が学生のクリティカルシンキングを評価する際、評価の基準となる学生の典型的なパフォーマンスと教員のコメントをウェブサイトに掲載すると同時に1日間の教員の研修も行った。

本研究においては、模擬評価方法の説明は行ったものの、評価に関する研修や事前の打ち合わせ、ガイダンスは実施しなかった。模擬評価の評価者は本研究のパネルとして評価ツールの評価基準を検討してきたが、開発した評価ツールを用いて評価を行うのは初めてだったため、評価者としてのパネルに評価ツールに関するガイダンスを行う必要があった。評価実施にあたるガイダンスや教員研修の必要性は、形成評価の結果にも【教員の能力強化の必要性】「実際に使うためには教員の研修やオリエンテーションが必要」として挙げられている。

Ⅲ. 形成評価からみた評価ツール導入の可能性

模擬評価まで参加したパネルを対象に実施した質問紙調査とフォーカスグループインタビューの結果を考察する。

形成評価結果から、パネルは研究に参加したことを【自己開発】の機会になったととらえており、研究参加の満足度はとても高かった。開発した評価ツールにおいても調査方法や看護教育における【有効性】や【評価しやすい構成】も示され高い満足度が示された。ニーズとの合致に関しては、最も低い得点を示したが、パネルの発言をみると、【教員ニーズとの合致】を示した。パネルは【ツールの使用方法】や【実用に向けての次の活動】の具体的なイメージをもっており、「実際に使ってみたい」といった【ツール使用への期待】も示していることから、次の実装へむけた準備的姿勢を築いたと考えられる。その一方、【使用時の混乱】【不確かさ】【わかりにくさ】【改善点】という開発した評価ツールの課題と、【教員の能力強化の必要性】という評価ツールの使い手となる教員への研修の必要性も示された。

本研究は、パネルの次の実装へむけた準備的姿勢だけでなく、【学部教員と臨床教員の連携強化】にあるように、評価ツール開発を通して学部教員と臨床教員のコミュニケーションと共通理解が深まったことも示した。パネルは【共通言語創出への努力】に示されるように、学部教員と臨床教員が看護学生のクリティカルシンキング力について話し合うことと話すために必要な言葉の必要性を示している。

Lasater（2007）は、ラサター臨床判断ルーブリックについて、臨床判断に関する学生、教員、実習指導者が話し合うためのLanguageを提供するものと述べている。本研究に

よる学部教員と臨床教員をパネルにした評価ツールの合意形成のプロセスは、看護師に求められるクリティカルシンキング力とその教育について話し合うためのLanguage創出へのプロセスであったとも考える。

今後、本研究によって開発した評価ツールを導入していくための課題である【使用時の混乱】【不確かさ】【わかりにくさ】【改善点】への解決や【教員の能力強化】を行うための話し合いに必要な共通言語が創出されたと考える。

IV. デルファイ法について

デルファイ法は先行研究がない場合の合意形成、特に議論の余地のある分野のパフォーマンス指標の開発に適している (Thangaratinam & Redman, 2005)。その一方、方法論としての限界も指摘されており、McKenna(1994)は、デルファイ法の限界として、専門家(パネル)の曖昧さ、回答率の低さ、匿名性による説明責任の欠如、科学的位置づけ (Scientific respectability) の4つを挙げている。

ここでは、本研究における専門家(パネル)の曖昧さ、回答率の低さを回避できた理由、パネルの説明責任を振り、本研究においてデルファイ法を用いた意義についても考察する。

1. 専門家(パネル)の曖昧さ

McKennaは、デルファイ法における「専門家/expert」の曖昧さを勧告している。「専門家」にこだわらず、研究に関するテーマに詳しく、継続的に議論に参加する意思をもつ者の選定が重要である点を述べている。

本研究は、ラオスにおいては初めての看護学生のクリティカルシンキング力評価ツールの開発となるが、ラオスには、クリティカルシンキングに関して詳しい者はいないため、看護教育の専門家をパネルとした。ラオス国立保健科学大学看護学部と臨床実習病院の長に、研究の目的と目標、ならびにパネルの組み入れ基準を明確に提示し、看護教育の専門家を選出してもらった。本研究のパネルの組み入れ基準は、看護教育への知識・関心・責任感をもち、5年間以上の看護学生評価実施の経験もがあり、約3ヶ月間の研究に参加できる看護教員/実習指導責任者とした。パネルは、約3ヶ月間にわたり、研究参加への意思を示し、パネルにとって異文化で創出されたクリティカルシンキング力評価ツールについて責任ある回答をもって継続的に研究に参加し、看護教育の専門家として十分な役割を果たした。パネルにとって異文化で創出された概念を扱う場合は、継続的に議論に参加する意思をもつ者という基準は不可欠であったと考える。

その一方、ラオスの看護の歴史的変遷から、現職看護師の教育的背景や思考の習熟度

は多様であり、パネルの組み入れ基準は満たしているものの、評価基準にあるような看護師としての思考の獲得度やその実践は多様であり、評価基準の解釈もパネルによって異なっていることが考察された。パネルは、本研究の用語の操作的定義にあるように、看護師に必要な思考形態のひとつとして定義した概念にふれる経験は極めて少なかったと考えられ、パネルとしての曖昧さは否めず、開発した評価ツールの信頼性に影響したことが示唆された。

2. 回答率の低さを回避できた理由

McKennaは、一般的にデルファイ法の回答率は低いが、デルファイ法の最も大きな限界は、最終調査次の回答率の低さであると述べている。これについては、第1次調査に直面によるインタビューを行うことが有効であり、研究者とパネルとの“personal touch”が好ましいとしている。

本研究は、14名のパネル数から開始し、最終となる第3次調査（パネル会議）には出張者を除く13名のパネルが参加した。本研究が高い回答率を得た要因は、調査票の配布や回収、補足インタビューの調整などパネルと研究者をつなぐ窓口が、パネルの上司である看護部長と看護学部副看護学長であったことが最も影響していると思われる。しかしながら、本来業務と研究参加に伴う時間との調整や調査への回答の意思は研究参加者次第である。パネルは形成評価結果に示されるように、研究参加に関して高い満足度を示していたことから、本研究で実施した補足インタビューが高い回収率に効果的な“personal touch”の役割も担ったと考察する。

3. パネルの説明責任

McKennaは、多くの研究では匿名性が一般的であるが、匿名性はパネルとしての説明責任の欠如、無責任な回答への可能性を指摘し、研究者だけがパネルを知る準匿名性の試みを述べている。

本研究においては、パネルとの補足インタビューの日時の調整、調査票回答（自由記載欄）のパネルへの確認から準匿名性とした。質問紙調査における準匿名性の具体は個々のパネルメンバーと相談し、それぞれの希望に応じて研究者と各パネルとの間で取り決めた。パネルはイニシャルや調査票配布時に使用した封筒番号などを用いて調査票に回答した。パネルは補足インタビューの際には、自分が回答した調査票のコピーを自ら作成して管理するなど、パネルとして責任ある回答を示す行動が見られた。

本研究のパネルには説明責任の欠如はみられなかった。これは匿名性と準匿名の違いによるものではなく、調査票の回答に基づく補足インタビューを個別に実施したことが大きく影響していると考えられる。

4. 本研究におけるデルファイ法の意義と学び

ラオスでは、看護分野におけるクリティカルシンキングや学生評価に関する研究は皆無である。先行研究がない場合のパフォーマンス評価開発に適した方法として選択した。また、ラオスの看護教員が評価ツールの開発に深くかかわるため、次の実装へ貢献も期待できると考えた。

本研究のパネルは、形成評価結果にみられるように看護学生の思考力を鍛錬しているが、パネルにとっては、看護師に必要な思考形態のひとつとして定義されたクリティカルシンキングの概念のもとに、学生のクリティカルシンキング力の発達を学生のパフォーマンスとして記述することは初めてだったと思われる。パネルは評価基準への合意形成の前段階として、異文化で創出されたクリティカルシンキング力評価ツールについて翻訳版を通して理解しなければならなかった。形成評価結果からは、パネル会議における意見交換や模擬評価の経験がクリティカルシンキング力評価ツールに関するパネルの理解を促進したことが考えられた。本研究からの学びとして、デルファイ法で取り扱う主題そのものの概念をパネルが翻訳版を通して理解する必要がある場合は、具体的な事例を題材にした協議を基盤とした方法を開発過程に取り入れることが推奨される。

本研究におけるデルファイ法の意義としては、(1) 質問紙調査だけでなく、質問紙調査結果に基づく補足的なインタビューを行ったことにより、翻訳語版を通して理解する過程にあるパネルから他者の意見の追従なく自由な意見を得ることができたこと、(2) 得た意見を匿名性の担保により公平にパネルへ提示できたこと、(3) パネル会議においてもパネルの意見が尊重されたことと考える。

(1) の具体例は、①パネル自身の認識の有無にかかわらず、調査票に基づく補足インタビューを行うことにより、各パネルからは、何らかの意見を必ず得ることができたこと。②事前に調査票への回答を得ているので、補足インタビュー時は、各パネルの回答やパネル全体の回答の傾向、あるいはパネルが話したがる内容から、60項目以上の評価基準案から選択的にパネルの意見を得ることができたこと、である。

(2) の具体例は、ラオスの看護師は異動がほとんどなく、人間関係の変化もあまりないこともあり、異なる意見への表明は好まない。本研究においては、匿名性の担保により【学生の現状】や【臨床看護師の現状】といった情報や、【評価基準への懸念】【不支持】【修正案】という異なる意見もパネル間で共有されたことである。

(3) の具体例は、パネル会議で司会進行を務めた看護学部副学部長が、パネル会議の冒頭に評価基準はパネルが協議して決定すべきことであることを伝え、会議中に協議内容に関して意見することはなかったことである。

V. 本研究の限界と今後の展望

1. パネルの評価基準の解釈の促進

次の実装を目指した活動として、第一にやるべきことは、実施した模擬評価の振り返りとパネルが考えるラオスの文脈における正しい評価結果への協議である。単なる答え合わせではなく、【教員の能力強化】の一環として、評価者間一致率を参考に模擬評価を振り返り、評価結果にばらつきが出たと思われる点や【使用時の混乱】【わかりにくさ】を感じた点をパネルで検討して評価基準の解釈を促進することである。

2. 実用のための特定の評価観点と評価場面の選択

ラオスでは初の評価ツールとなるため、ひとつの評価観点到絞って評価ツールの活用を開始し、使用しながら評価基準や評価場面の修正を行う。

3. 評価尺度の開発（分析的ルーブリックの開発）

学生へのフィードバックも含めて教育評価の質の観点から、評価基準には質の違いを示す評価尺度を設けた分析的ルーブリックの開発が望ましいと考える。

4. 思考習慣に関する評価ツールの信頼性の検証

開発した評価ツールのうち、思考習慣の側面に関する評価ツールは信頼性の検証は本研究では実施していない。どのように信頼性を検証するかは今後の研究課題である。

5. ラオスにおけるクリティカルシンキング

ラオスの看護師にも専門職としての思考力がもとめられている。クリティカルシンキングがラオスにおける看護師に必要な思考形態として定着していくためには、本研究により開発された評価ツールを用いた実践的活用のプロセスを踏みながらラオスの文化の中で評価基準が解釈されるプロセスを必要とすると考える。

7章 結論

本研究は、ラオスの看護学部教員と臨床教員をパネルとしたデルファイ法により学士看護学生のクリティカルシンキング力評価ツールを開発した。パネルは研究参加への意思のもとで約3ヵ月間にわたり継続的に協議し、ラオス初のクリティカルシンキング力評価ツールの合意形成に至った。開発した評価ツールはクリティカルシンキング力の認知的技術と思考習慣の双方の側面に各評価基準をもち、計62の評価基準の各項目は、学士看護課程における学生が到達すべきパフォーマンスとして記述された。

開発した評価ツールのうち認知的技術に関する評価項目の信頼性を検証するために、模擬評価を行ったところ、評価者間一致率を示すクリッペンドルフ α 係数は0.4791と信頼性を示す下限よりも低い値を示した。しかしながら、パネルによる研究参加満足度と評価ツール満足度は高かった。

評価者間一致率が低かった要因のひとつは、評価者の評価基準の解釈の違いであることが考察された。ASEAN加盟国による看護師の相互認証制度を筆頭に、ラオスの看護を取り巻く状況の変化は、国際的基準へのクリティカルシンキング力評価ツール開発への意欲を促進する。その一方、現職の看護師の教育背景は多様であり、看護に関する知識や看護師としての思考の習熟度も異なるため、模擬評価における評価基準の解釈はパネルの中でも違いが生じたと考察された。本研究によるクリティカルシンキング力評価ツール開発のプロセスで行われた議論と模擬評価の経験は、パネルの看護師に必要とされるクリティカルシンキング力の獲得と習熟を促したと考える。

次の実装をめざすには、まず、実施した模擬評価を振り返り、ラオスの看護の文脈における正しい評価結果を協議することが必要である。次に、ひとつの評価観点に絞って評価ツールの活用を開始し、使用しながら評価基準や評価場面の修正を行う。クリティカルシンキングがラオスにおける看護師に必要な思考形態として定着していくためには、本研究により開発された評価ツールを用いた実践的活用のプロセスを踏みながらラオスの文化の中で評価基準が解釈されるプロセスを必要とすると考える。

今後の研究課題としては、思考習慣に関する評価ツールの信頼性の検証と評価基準に質の違いを示す評価尺度を設けた分析的ルーブリックの開発が示唆された。