

2018 年 2 月 20 日

2017 年度 聖路加国際大学大学院博士論文

**「看護師の患者アドボカシー概念に基づく
治療選択における意思決定支援力測定尺度」の開発**

Scale for Competency in ‘Shared Decision-Making for
Treatment’ Based on Patient Advocacy in Nursing
Concepts: Psychometric Measurement Development

13DN012 松尾 尚美

目次

第Ⅰ章 序論.....	1
1. 諸言	1
2. 研究目的.....	3
3. 研究目標.....	3
4. 研究の意義	3
5. 研究のプロセス	4
第Ⅱ章 文献検討.....	6
1. 看護師の患者アドボカシー	6
1) 歴史的背景.....	6
2) 看護理論家による患者アドボカシー理論.....	6
3) 批判と現在.....	7
4) 看護師による患者アドボカシーの実際に関する研究.....	7
5) 我が国における患者アドボカシー（患者の権利擁護）概念.....	9
6) 患者の権利とは何か.....	9
7) 我が国における看護師の患者アドボカシーの重要性.....	14
2. 患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援.....	14
1) Shared Decision-Making に関する尺度開発.....	15
2) 意思決定支援における看護師の課題.....	16
3. 看護における患者アドボカシーの概念分析	17
4. 看護師の患者アドボカシーの尺度開発	19
5. 看護師の患者アドボカシーの基盤となる概念.....	20
1) エンパワメント	20

2) ケアリング	21
6. 看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援の構造化	21
第Ⅲ章 予備研究	22
1. 目的	22
2. 方法	22
3. 結果	23
1) 研究協力者の特性	23
2) 分析結果	23
3) 各カテゴリー間の関係性	29
4. 尺度開発に向けて	29
5. 本研究に向けた概念枠組みの再構成	30
6. 用語の定義	33
1) 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」	
33	
第Ⅳ章 研究方法	34
1. 本研究への示唆	34
1) 患者の価値観を明確にしていく支援の必要性	34
2) 患者に選択肢に関する全ての情報を伝える必要性	35
3) 患者にとって重要な他者を含めた、幅広い対象にサポートを行うことの重要性	
35	
4) 患者が選択し、決定した後の支援の重要性	35
5) 看護師による患者の主治医への関わりの重要性	36
2. 研究デザイン	36

3. 研究方法.....	36
1) 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の尺度構成の決定.....	36
2) 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力測定尺度」と同時に測定する「個人的および環境的因子質問紙」の構成.....	39
3) 尺度開発の流れ.....	40
4) 倫理的配慮.....	45
第Ⅴ章 結果.....	46
1. 専門家による内容的妥当性の検討.....	46
1) 参加した人数.....	46
2) 項目選定の基準.....	46
3) その他の欄へのコメントによる修正や追加.....	46
2. 被験者の代表による内容的妥当性の検討.....	49
1) 参加した人数.....	49
2) 回答所要時間.....	49
3) 質問紙回答への負担感の検討.....	49
4) その他の欄へのコメントによる修正や追加.....	49
3. 本調査.....	51
1) 質問紙配布と回収について.....	51
2) 対象者の属性.....	51
4. 項目分析：各項目の平均値と標準偏差の検討.....	52
5. 尺度の信頼性の検討.....	52
6. 尺度の信頼性の再検討：概念モデルの修正.....	53

1) 探索的因子分析.....	53
2) 確認的因子分析.....	56
7. 尺度の妥当性の検討	57
1) 収束的妥当性.....	57
2) 予測的妥当性.....	57
8. 信頼性の検討 <尺度の内的一貫性>	59
9. 下位概念ごとの相関	59
10. 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計得点と各因子の平均値、標準偏差、ひと項目あたりの平均得点.....	59
11. 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の下位概念と各関連因子の検討.....	60
12. 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計点と各関連因子の検討.....	61
1) 個人的因子との検討.....	61
2) 環境的因子との検討.....	63
3) 重回帰分析による各関連要因との検討	66
第Ⅵ章 考察.....	68
1. 標本の特徴	68
2. 尺度開発過程における構成概念の変化と尺度の特徴	69
3. 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度の信頼性・妥当性の検証	72
1) SEMによる因子的妥当性.....	72
2) 尺度の信頼性の検討：内的一貫性の確認.....	72

3) 妥当性の検討	73
4. 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力の関連 要因74	
5. 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺 度の特徴.....	79
6. 尺度の活用への提言	79
1) 臨床看護師への適用	79
2) 看護基礎教育への適用	80
3) 研究への適用	80
7. 研究の限界と今後の課題.....	81
第 VII 章 結論	83

図の目次

図 1 患者アドボカシー概念分析結果	18'
図 2 質的帰納的研究により導き出した看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援 概念図	28'
図 3 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力「看護の対象となる人をエンパワメントする」に焦点化した概念枠組み	32'
図 4 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」開発過程の手順・研究計画の概要	36'
図 5 確認的因子分析	52'
図 6 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度 確認的因子分析	56'
図 7 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力の概念枠組み	67''

表の目次

表 1 看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援 カテゴリーおよびサブカテゴリー表	23'
表 2 看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援 カテゴリー・サブカテゴリー・コード表	23''
表 3 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力 尺度 原案	36''
表 4 個人的因子	39'
表 5 環境的因子	39''

表 6 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援尺度 Ver.2.....	48 ^I
表 7 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺 度 Ver.3	50 ^I
表 8 調査対象属性.....	51 ^I
表 9 項目分析.....	52 ["]
表 10 因子分析：パターン分析	53 ^I
表 11 6 因子構造となったパターン行列.....	54 ^I
表 12 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測 定尺度 最終版	56 ["]
表 13 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測 定尺度」と「看護実践の卓越性自己評価尺度」との相関.....	58 ^I
表 14 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測 定尺度」と「看護師の職業満足測定尺度」との相関	58 ^I
表 15 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測 定尺度」と「看護師の職業的アイデンティティ尺度」との相関.....	58 ^I
表 16 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測 定尺度」のアルファ係数、平均値、標準偏差、ひと項目あたりの平均得点.....	59 ^I
表 17 下位概念ごとの相関.....	59 ^I
表 18 下位概念Ⅰと個人的因子との関連.....	60 ^I
表 19 下位概念Ⅱと個人的因子との関連.....	60 ["]
表 20 下位概念Ⅲと個人的因子との関連.....	60 ["]

表 21 下位概念Ⅳと個人的因子との関連.....	60 ^{""}
表 22 下位概念Ⅴと個人的因子との関連	60 ^{""}
表 23 下位概念Ⅵと個人的因子との関連.....	60 ^{""}
表 24 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の合計と個人的因子との関連	64 [']
表 25 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計点と環境的因子との関連.....	64 ["]
表 26 尺度合計点の予測要因（重回帰分析）強制投入法.....	67 [']

第I章 序論

1. 諸言

近年、我が国ではインフォームド・コンセントという言葉が普及し、患者中心の医療へとパラダイムシフトしている。同時に、すべて人は十分な情報提供とわかりやすい説明を受け、自らの納得と自由な意思に基づき自分の受ける医療行為に同意、選択、あるいは拒否する権利を有する患者の自己決定権（患者の権利法をつくる会,2004）が重視されてきている。また、医療技術は目覚ましく進歩し、様々な検査や治療が開発されていると同時に、情報通信技術（Information and Communication Technology 以下 ICT）の発展により、患者はインターネットやソーシャル・ネットワーキング・サービス（Social Network Service 以下 SNS）を通して医療に関する情報を簡単に入手できる時代になった。多様な選択肢が可能になった反面、情報の多さは、患者にとって逆に選択を困難にさせている。

患者の自律した意思決定と患者アドボカシー

病気は患者に脆弱性をもたらし、治療は患者の人生や生活を左右する。日常生活では判断に困ったことのない患者であっても、病気になると自分が受ける医療行為を選択し決定することが難しくなる（清水, 2012）。また、自分の生活スタイルや価値観に合った治療を納得した上で決めていくことが難しいのが現状である（池永, 2013）。患者が生活や価値観に合った選択ができることは患者の権利（リスボン宣言, 2005）であるものの、実現には至らない現状がある。

このような状況にある患者を支援する、患者アドボカシーとしての看護師の役割がある。看護師の患者アドボカシーとは、患者にとって最も大事なものを認識させ、患者が自己決定を行うのを助けること（Gadow, 1978）である。言い換えると、患者が自身の生活や価値観に合った選択をし、自律した意思決定が行えるように支援することが患者アドボカシーである。

意思決定とは二つ以上の選択肢から一つを選ぶことである（中山, 2012）。一方、自己決定とは自らの納得と自由な意思に基づき自身の受ける医療を決定することであり（患者の権利法をつくる会, 2014）、自己決定は患者の自律した意思決定と言える。二つ以上の選択肢のうちから一つを選ぶ意思決定は、自身で決めるという「自己決定」なしには存在し得ない。患者が自身の生活や価値観に合った治療を選択し、自律した意思決定が行えるように支援する

ことは患者アドボカシーであり、この患者の自己決定権を護ることは、看護師の患者アドボカシーの根幹である。

患者アドボカシーと看護職の役割

看護師による患者アドボカシーは、専門職の理念および‘道徳的使命’として広く認知されている（Fry, 2010; Grace, 2001）。患者アドボカシーはすべての看護職の役割（Curtin, 1979）、看護師のアイデンティティとなる中心的な役割である（Benner, 2011）とも言われ、看護実践における重要な概念である（ICN, 2012）。

患者アドボカシーの研究

患者アドボカシーの研究は 1970 年代から行われ、患者アドボカシーを測定する尺度も開発されているものの、どのようなことを実践することが患者アドボカシーなのかを表し、患者アドボカシーを可視化できる尺度は不足している（Bu, 2008）。

本研究では、患者が自身の生活や価値観に合った選択をし、自律した意思決定が行えるように支援する看護師の患者アドボカシーを、看護師による患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力と定義し、概念化を図り可視化する。加えて、看護師が患者アドボカシー概念に基づく患者の治療選択における意思決定支援力を自己評価できる尺度を開発する。

看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力はコンピテンシーである。コンピテンシーとは、高い成果を生み出すための行動特性と言われ、成果を生み出す行動を単に知っている、あるいは理解しているという点にとどまらず、行動となって表れる特性のことである（武村, 2014）。本研究では、看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力を具体的な行動として示すことにより、看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力というコンピテンシーを測定できる。

コンピテンシーがもたらす成果とは、本研究の場合、患者が自律した意思決定ができることである。成果を挙げるためには自分を客観的に評価することが必要とされ（武村, 2014）、本研究で開発する尺度は、看護師自身が患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力を客観的に評価できるものとして有用である。

2. 研究目的

本研究は、看護師が患者の治療選択における患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力を測定する「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」を開発することを目的とする。

看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力が言語化され測定できれば、患者アドボカシーに関する具体的な情報共有が可能となり、アドボカシー概念に基づく実践を高める教育が具体的に実施できるようになる。看護師が尺度を用いて測定することにより、自己の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力を把握できる。副次的には、測定に参加することを通して、看護師は、どのようなことが患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力であるか、尺度から具体的に理解することができ、どのように実践していくか認識することが可能となる。集団で実施すれば、より所属組織へ還元される可能性が高まるとともに、患者への看護実践の質維持向上を実現することが可能となる。

以上の目的を達成するために、次の目標を掲げる。

3. 研究目標

1. 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」とは何か、概念化し可視化を図る
2. 看護師が自身の「患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」を評価できる信頼性・妥当性のある尺度を開発する
3. 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」と看護師個人の特性、看護実践力および職場環境との関連を明らかにする

4. 研究の意義

従来の研究では、患者アドボカシーとは何か、あいまいな表現に留まり具体的な実践として説明できる指標はなかった。患者アドボカシーは看護師の専門職の理念として重要な概念である。それゆえに、説明し実践できる必要がある。看護師が実践する「患者アドボカシー

概念に基づく治療選択における意思決定支援力」とは何か明らかにすることは、患者の自律した意思決定を可能にするためのコンピテンシーを明らかにすることである。本研究は、看護師の患者アドボカシーを具現化する一つの方法を意思決定支援と定めたことにより、アドボカシーを抽象的な概念に留めることなく具体的にとらえることを可能にした点で意義がある。

本研究では看護師が自己評価できる尺度を開発する。看護師が日々の実践を客観的な指標で評価できることは、実践力を高め、患者が受ける医療の質に貢献し得る。また、どのような実践が「患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」と言えるのか、可視化できる尺度は、経験が浅い看護師にとって実践につながる有用なものとして利用できるだけでなく、経験の豊富な看護師にとっても日頃の実践を振り返る機会になる。

本研究は「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」を明らかにし、看護師自身が評価できる尺度を作成する。本研究は、看護の専門性追求と同時に、患者が受ける最善の医療に貢献できるものとして研究の意義がある。

5. 研究のプロセス

研究のプロセスは以下のとおりである。

1. 看護師の患者アドボカシー、意思決定支援について文献検討を行う。
2. 予備研究を行い、看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援とはどのような実践であるかを調査する。
3. 文献検討および予備研究の結果から、看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力の概念化を図る。
4. 文献検討および予備研究の結果から、病院に就業する「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」を構成する下位概念、および関連する個人的、環境的因子を抽出する。
5. 専門家と被験者代表による内容的妥当性の検討を行い、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」項目の精錬を行う。

6. 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の信頼性および妥当性の検討を行い、尺度と個人的および環境的因子との関連を検討する。
7. 以上の結果を踏まえ「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」の向上に対する看護基礎教育、労働環境について検討し考察する。

第II章 文献検討

1. 看護師の患者アドボカシー

1) 歴史的背景

米国では 1960 年代に生じた患者の権利を主張する動きを受け、看護の文献には 1970 年代初頭より Patient Advocacy という用語が登場し始めた。同時に、患者を擁護する advocate) ことは看護師の役割の一つであるとし、患者アドボカシーは看護師の新しい役割概念として注目された (Mallik, 1997)。以降 1970 年代後半から 1980 年にかけて、各看護理論家によって看護師の患者アドボカシー役割について大いに議論された (Mallik, 1997)。

2) 看護理論家による患者アドボカシー理論

Curtin (1979) は、患者アドボカシーは看護の道徳的技術であり哲学的基礎であると述べ、アドボカシーは全ての看護職の役割であり、教育や臨床経験を通じて個々の基盤として備えるべきものであると主張している。Gadow (1979) は、患者アドボカシーは患者と看護師関係の本質的特徴であると論じ、看護師が患者を擁護することにより、患者は健康の価値を見出して自己決定を下すことができる、と述べている。Curtin (1979) と Gadow (1979) は、看護師による患者アドボカシーを看護の基盤となるものとして捉えている点では共通である。しかし、Curtin (1979) が、看護師による患者アドボカシーを看護師が患者を理解し尊重するという患者との関係性についての論述に留めたのに対し、Gadow (1979) は、看護師が行う患者アドボカシーの帰結に言及し、患者が自身の健康の価値を見だし自己決定を下すことにより、自分で決めるという自由を患者に保証する行為という意味を含むと述べている。

Kohnke (1982) は、ある人 (アドボカシーの対象となる人) が自分自身のために最善の決定ができるように情報を提供しサポートしていく行為と定義づけ、自己決定の支援ということを強調している。最善の決定について具体的な内容の記述はないが、対象が自身の生活や価値観に合った選択をし、納得した上で自己決定できること、つまり、自立した自己決定への支援をアドボカシーとしているものと理解できる。Fry (2000) は看護師の患者アドボカシーについて、患者が自分の生活や価値観に合った選択をできるように支援すること、と述べており、単なる自己決定を支援することではなく、患者にとって最善の決定ということに意味があるといえるだろう。Corcoran (1988) は、アドボカシーの対象となる人が、情報が与えられて自己決定できるように助けること、自主的でいられるように助けることと定義づけている。Kohnke (1982) と Corcoran (1988) は看護師による患者アド

ボカシーについて、患者の自己決定を支援することと定義づけていると同時に、患者が自律した存在であることを前提としている。

一方、Fowler（1989）は社会的アドボカシーモデルを提示し、看護師による患者アドボカシーとは、全ての患者が十分な看護ケアが受けられ平等にヘルスケアにアクセスできるように社会に働きかけること、そのために変革を起こしていくことと定義している。

以上を踏まえると、看護師による患者アドボカシーの概念とは患者が自身にとって最善の決定ができるように自律した意思決定を支援することである。最善の決定とは患者の生活や価値観に合った自己決定ができるということに他ならない。さらに、患者がヘルスケアに平等にアクセスできるように働きかけ、変革を起こしていくことと言える。また、これらは患者を尊重することを基盤として行われる看護師の行為であると言えよう。

3) 批判と現在

看護師の患者アドボカシー役割は現在では広く認知されているものの、歴史的には批判された過去をもつ（Malik, 1997）。Advocacy の語源は 15 世紀に遡り、「弁護する、もしくは支援する」（Oxford, 2000）という意味を持つ。【Ad】は「～へ」、【Vocate】とは他者のもとに「呼ばれる者」、特に裁判で人の弁護をするために呼ばれた人のことを意味し（Mallik, 1997）、Advocacy の語源は法にある。法律分野での特殊な意味と用法のためにかつては医療分野に転用することへの批判もみられたが（Grace, 2001）、現在では多くの病院が患者の権利を保護し支持するためにアドボカシーの概念を取り入れている。また、看護師にとって患者アドボカシーは専門職としての理念および道徳的使命として広く認知され（Fry, 2010; Grace, 2001）、看護師のアイデンティティとなる中心的な役割である（Benner, 2011）とも言われ、看護実践における重要な概念となっている（ICN, 2012）。

4) 看護師による患者アドボカシーの実際に関する研究

看護師による患者アドボカシーに関する文献の多くは総説であり、文献検討を基にアドボカシーに対する研究者の見解が述べられているものが多い。CAPD（Central auditory processing disorders；中枢性聴覚処理障害）をもつ患児の看護について書かれた論文では、CAPD の検査を通して明らかになる患児のニーズや診断に対して、患児や親と話し合うこと、ヘルスケアプロバイダーに尋ねるべきことをアドバイスすること、CAPD のスクリーニング、診断、マネジメントの情報を得たうえでヘルスケアプランを記録し、モニタリングし、評価すること、親とパートナーシップを組むことについて Advocating という言葉で表現されている（Foli, 2010）。また、ポストゲノム時代を迎えた現在、看護師が患者に対

して遺伝に関する教育を実施し、すべての患者が遺伝に関する情報にアクセスできるように働きかけることも Advocate (Hamilton, 2009) と表現されている。

退院調整を行う専門看護師のアドボカシーに関する論文では、アドボカシーの属性は、フレンドシップ、カウンセリング、ティーチングと示され、看護師が患者にとって親しみやすい存在であり、患者に情報を伝え、患者の価値観を踏まえた生活習慣の改善などの教育ができることであると表現される (Tahan, 2005)。しかし、看護によるアドボカシーは専門看護師に特化した役割ではなく、コーチ、ガイド、他職種との橋渡しや教師のような役割であり、ベッドサイドにいるからこそ担える看護の役割である (Schlairet, 2009) とも言われる。また、アドボカシーは特別な看護行為ではなく、ジェネラリストとしての看護師にも身についていることが期待されている (Vaartio et al., 2009; Park M, 2009)。これらはアドボカシーが看護師の専門職としての理念および道徳的使命 (Fry, 2010; Grace, 2001) であるとの指摘に合致する。また、欧米のみならず中東 (イラン)、東欧 (ハンガリー)、アフリカ (タンザニア) においても、看護師は患者アドボカシーとして「情報を与え」、「教育をし」、「(患者の) 尊厳を守り」、「身体的、精神的、経済的サポート」としての役割があることが認識され (Häggström et al., 2008; Negarandeh et al., 2008)、いずれの場合においても患者が治療や治療に伴う療養生活を選択できるように教育やカウンセリングを通して支援していることとして表現されている。看護師による患者アドボカシー役割は世界的に共通認識があると言える。

また、看護師が、患者が受けるヘルスケアの不平等さに対して行動を起こしていくことも患者アドボカシーとされ、具体的には政策に対して直接発言すること、政策に働きかけていくことである (Bu, 2008)。政府への具体的な働きかけ方が述べられた論文もみられる (Manning et al., 2011; Stokowski et al., 2010)。

アドボカシーを実施する帰結について、看護師の満足 (Baldwin, 2003; Hanks, 2007; Mallik, 1997; Vaartio, 2006)、達成感 (Hanks, 2007) や成長 (Vaartio, 2006) が挙げられている一方、多くの文献では、アドボカシーを実施したことによるリスクな結果について指摘されている (Segesten, 1993; Grace, 2001; Baldwin, 2003; Hanks, 2007; Chafey, 1998; Foley, 2000; Bsc, 1996; Hewitt, 2002)。患者の希望を叶えることを支援する看護師が患者のアドボカシーを実施した結果、職場を失うことに対する恐怖、疲労、フラストレーション、バーンアウト (Hanks, 2007; Chafey, 1998) などの精神的苦痛に加え、実際に職場を辞めざるを得ない結果に陥るリスクについても表されている他、アドボカシーを実践する上での困難さが報告されている他、アドボカシーを実践する上での障害についての概念分析も行われている (Hanks, 2010)。

アドボカシーは偶然に行われるのではなく、意識的に行われるものであり、その技術は臨床に出てからロールモデルを通して学ぶことが多いとされる (Gosselin-Acomb et al.,

2007; Rai SD, 2007) もの、実際にどのような教育が必要であるかは明らかになっていない。アドボカシー実践にはリスクを伴うという面からも、アドボカシー教育に関する体系的な学習プログラムが求められている (Day et al., 2010 ; Park, 2009 ; Keatley, 2008; Esterhuizen, 2006)。

5) 我が国における患者アドボカシー (患者の権利擁護) 概念

我が国の看護界でアドボカシーが大きく取り上げられたのは 1996 年の看護科学学会であり (李&武井, 1999)、日本の看護におけるアドボカシーの歴史は浅い。我が国では「患者アドボカシー」は「患者の権利擁護」と訳されている。看護師の患者アドボカシーの必要性は論じられ、その役割について基礎看護教育のテキストにも記載されているものの、アドボカシーについての本質的な議論、体系的な研究、アドボカシーの役割について明確な指針はなく (足立, 2010 ; 高田, 2011)、看護師が実践しているアドボカシーの実態は明確にされていない (佐藤, 2013)。我が国と欧米諸国では医療制度が大きく異なっており、欧米の医療制度の中で構築されたアドボカシーモデルを、安易に我が国に取り入れることは、实际的にそぐわない (佐藤, 2013) との指摘もある。しかしながら、看護基礎教育課程の卒業到達目標には、看護の対象となる人々の尊厳と権利を擁護する能力として、既に下記の 3 つが提示されている。一つ目は「人間や健康を総合的に捉え説明できる」という能力、二つ目は「多様な価値観・信条や生活背景をもつ人を尊重した行動を取ることができる」能力、三つ目は「人間の尊厳及び人権の意味を理解し、擁護に向けた行動を取ることができる」能力である (大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会, 2011)。看護師には一人一人の患者に必要な情報の提供や個々の患者の生活や価値観に合わせた援助を行い、患者の人権を尊重し擁護できる能力が求められており、我が国において、看護師の患者アドボカシー (患者の権利擁護) はどのような実践であるか、明らかにしていく必要がある。

6) 患者の権利とは何か

我が国では、いまだに患者の権利が当然のものとして認識されていないことがある (隈本, 2006)。一方、アメリカにおける患者の権利は、1960 年代の公民権運動や女性解放運動など人権運動の一環として生じたことに始まり (林, 2006)、1972 年には全米に先駆けベス・イスラエル病院 (現ベス・イスラエル ディーコネスメディカルセンター) が医療機関として初めて「患者としてのあなたの権利 (Your Rights and Responsibilities as a Patient)」を掲げ、1973 年には米国病院協会が「患者の権利章典」を制定し、1970 年代には米国の多くの州で患者の権利が法制化されるようになっている (George, 1988; 上

原,1992)。米国では、看護師による患者アドボカシー役割の概念はすでにこの頃より登場している (Mallik, 1997)。ヨーロッパ各国では 1980 年代以降に患者の権利に関連する法律を制定する動きが始まり (林, 2006)、世界保健機構ヨーロッパ地域事務所は、患者の権利は全ての市民の権利であることを明示している (WHO Regional Office for Europe, 1994)。このように欧米諸国では、患者の権利は当然の権利として認識されているといえるだろう。

我が国では、患者の権利に関する国際的な基準である「リスボン宣言」が患者の権利保障と回復を目的とする医療者の行動指針として示されている他 (林, 2006)、「患者の権利法をつくる会 (2004)」が患者の諸権利を定める法律案要綱を示しており、近年では人々の権利意識の高まりとともに、患者の権利を明らかにし、権利を求める動きが少しずつ存在している (池永, 2013)。しかし、医療者も含め多くの人が患者の権利とは何か、具体的な内容を把握していないのが現実であると指摘されており (隈本, 2006)、看護師が患者アドボカシーの役割を担うためには、患者の権利とは何かを看護師自身が理解しておく必要があるだろう。下記に患者の権利について挙げていく。

① 良質の医療を受ける権利

患者には「1. 良質の医療を受ける権利」がある (リスボン宣言, 2005)。すべて人は差別なく適切、平等かつ安全で最善の医療が受けられる権利を有する (患者の権利宣言, 2012)。ここでは、患者に対する医療提供の際、多職種と協同することが義務付けられている。看護師も同様である。看護師には、多職種と協同して患者に良質な医療を提供する義務がある (看護師の倫理綱領, 2003)。

② 選択の自由

患者には「2. 選択の自由」がある (リスボン宣言, 2005)。患者は医師及び病院もしくは保健サービス機関を選択し、自由に変更する権利を有する。また、患者は現治療のいかなる段階にあっても、他の医師の意見を聞く権利 (セカンド・オピニオンなど) を有する。患者の権利宣言 (2012) においても、患者は自己に対する医療行為に関していつでも同一医療機関の別の医療従事者、あるいは他の医療機関の医療従事者からの意見を求めることができる」と述べられており、患者が医療を選択することは当然の権利として存在している。

③ 自己決定権

第三に患者には「3. 自己決定権」がある (リスボン宣言, 2005)。この自己決定権は患者の権利において、極めて重く中核を成すものと捉えられている (隈本, 2006)。患者は自分のことを自分で決める権利があり、医療者はこれをサポートすべきという考え方である。自己決定権は日本国憲法第 13 条幸福追求権によっても保障されている (吉岡, 2006)。し

かしながら、患者になるということは治療や予後などの不確定要素の多い状況に身を置くことであり（岡本, 2014）、その中で患者が自律した意思決定を行っていくことはやはり困難さを伴う（池永, 2013）。現実にはいまだ医療者のパターナリズムが存在し、自己決定権は常に脅かされやすい状態にある（隈本, 2006；佐藤, 2013）。

患者が自己決定権を用いるには医療者側の「必要かつ十分」な「わかりやすい」情報の提供が前提とされ（吉岡, 2006）、医療者の情報提供の方法も十分な配慮が必要である。医療者の一方的な情報提供の上に成り立つ患者の自己決定ではなく、患者が治療や療養生活に関する様々な選択肢の中から選び決定するプロセスが重要である（池永, 2013）。そのプロセスは患者の尊厳を守ることであり、患者の良質な医療を受ける権利を擁護することであるといえるであろう。

④ 意識のない患者の権利

第四は「4. 意識のない患者の権利（リスボン宣言, 2005）」である。患者が意識不明など自己の意思を表明できない場合、可能であれば必ず法的な代理権を有する者がインフォームド・コンセントを得なければならないとされている（水野, 1990）。患者に法的な代表権を有する者がいないが直ちに医療的な介入が必要な場合は、患者の従前の明白な意思表示や信念が考慮される必要がある（隈本, 2006）。自己の意思を表明できない患者はより脆弱な状態にあり、看護師の患者アドボカシーが求められる（Chafey, 1998）。

⑤ 法的無能力の患者の権利

第五に「5. 法的無能力の患者の権利」がある（リスボン宣言, 2005）。患者が未成年者である等、法的に無能力である場合、法律により法定代理人が定められているときはその者のコンセントを要する（リスボン宣言, 2005）。その場合にも当該患者の理解度や発達に応じてわかりやすい説明を行い、能力の許す限り意思決定に参加させる必要がある。つまり、未成年者の医療や医学研究の参加に対して、親へのインフォームド・コンセントを基本としながらも、子どもの権利の観点から子ども自身の賛意（assent）の有無を尊重することが必要とされている（小児集団における医薬品の臨床試験に関するガイダンス, 2001）。前述の「意識のない患者の権利」同様、患者は脆弱な状態であり、看護師の患者アドボカシーが重要であるといえるだろう。

⑥ 患者の意思に反する処置に関する権利

第六に「6. 患者の意思に反する処置に関する権利」（リスボン宣言, 2005）がある。患者の意思に反する診断や治療行為は法律によって特別に許され、医療倫理原則に合致する例外的な場合にのみ許されている。看護師は、患者が医療従事者によって治療や看護が阻

害されている時や不適切な判断や行為に気づいた時には人々を保護するために働きかけ、適切な手段を用いて解決を試みる事が求められている（ICN, 2006）。

⑦ 情報に対する権利

第七は「7. 情報に対する権利」である（リスボン宣言, 2005）。患者はあらゆる医療記録に記録された自身に関する情報の提供を受ける権利、及び自身の健康状態について容体に関する医学的な事実を含め完全な情報を提供される権利を有する（患者の権利宣言, 2012）。

前述のように、患者が自己決定権を行使できるためには医療者の情報提供の方法が重要である。情報はその患者の文化にしたがい、患者が理解できるような方法で提供される必要があり（リスボン宣言, 2005）、医療者側の説明の工夫を要する。

患者は自身の希望により情報提供を受けないようにする権利、つまり「知る権利をいつでも自由に放棄できる権利」がある（リスボン宣言, 2005; 患者の権利宣言, 2012）。これは、患者自身が持つ知る権利を放棄できる権利であり、患者に知らせない権利ではなく、患者自身が知るあるいは知ることを放棄するという権利である。患者に病名を告げることで患者の不安や混乱が増強すると述べる家族の主張も根強いが（隈本, 2006）、患者を自律した存在と捉え患者が理解できるように情報を提供し、情報提供した後の支援をどのようにするか、考えていくことが重要である（池永, 2013）。看護師の患者アドボカシーの属性には情報提供が挙げられているが（戸田, 2009；松尾, 2014）、患者の状態を十分捉えた上での情報提供が重要であり、患者が自律した意思決定ができるに値する看護師の支援力が求められるといえるだろう。

⑧ 学習権

患者の権利宣言（2012）には、患者の知る権利と学習権について言及されており、すべて人は自らの生命、身体、健康などにかかわる状況を正しく理解し、最善の選択をなすために、必要なすべての医療情報を知り、かつ学習する権利を有するとある。WHO（1998）も患者への教育の必要性について述べているが、患者の権利を確立するためには患者自身の学習も求められると同時に、患者が学習できるように支援していくことが重要である。看護師による患者教育の機会はここに活かせるだろう。その際、看護師は患者の理解力に合わせた説明をしていくと共に、提供された情報が理解でき受け入れることができているか常に確認し支援することが不可欠である。また、患者が意思表示しやすい場づくりや医療従事者や家族等の周囲の環境との調整を行っていくことが求められている（看護師の倫理綱領, 2004）。看護師の患者アドボカシーの属性にはエンパワメントが挙げられ、その下位概念には患者を教育することが示されている（Chafey,

1998; SeLiin, 1995)。患者自身が対処できるように教育をすることとして表現されており (McFarlane, 1997; Schille, 2000)、患者が自律した意思決定ができるために看護師は患者の学習権を十分に理解しておく必要がある。

⑨ 守秘義務に対する権利

第八に「8. 守秘義務に対する権利」がある (リスボン宣言, 2005)。患者に関する全ての情報が守られる権利であり、我が国では 2005 年に施行された個人情報保護法によって法律で保障されている。当然ながら、看護師には守秘義務を遵守し個人情報の保護に努める義務があり (看護師の倫理綱領, 2004)、患者の家族に対する情報提供の際も本人の承諾を得るよう最大限の努力を払う義務がある。患者の情報はあくまでも個人のものであり、守秘を保障していく必要がある。

⑩ 健康教育を受ける権利

第九に「9. 健康教育を受ける権利」がある (リスボン宣言, 2005)。すべて人は、自己の健康及び利用しうる保健サービスに関して自ら自己決定をするために役立つ保健教育を受ける権利を有する。患者が自身の健康に関して学習することは権利であり、義務であることが述べられ、医師は教育活動に参加する義務を負う。医師だけでなく、看護師ら医療従事者も同様である。患者が学習へ参加することが義務であると同時に、患者がその義務を果たせるように医療従事者が患者への健康教育を行っていくことが必要である。

患者の権利宣言 (2012) には、患者の知る権利と学習権について言及されており、すべて人は自らの生命、身体、健康などにかかわる状況を正しく理解し、最善の選択をなそうするために、必要なすべての医療情報を知り、かつ学習する権利を有するとある。WHO (1998) も患者への教育の必要性について述べているが、患者の権利を確立していくことは患者自身の学習も求められると同時に、患者が学習できるように支援していくことが重要である。

⑪ 尊厳に対する権利

第十に「10. 尊厳に対する権利」がある (リスボン宣言, 2005)。患者の尊厳及びプライバシーの権利は、その患者の文化や価値観と同じく、医療行為や教育のあらゆる場面において尊重される必要がある。言い換えれば、患者がその人らしくあることが守られる権利であり、個別性のある看護援助を提供する意味がここにある。病気の治療を受けると生活のどこかを犠牲にしなければならないことも少なくない。その患者にとって最良の治療法であるかどうかは、患者自身の人生観、世界観はもとより生活習慣なども影響し、その時

点における患者や家族の全生活状況の中で判断されるものである（池永, 2013）。患者の尊厳とは、治療を受ける患者の全てが尊重されることにある。患者が自己決定できること、かつ自身の価値観にあった選択ができることは患者の尊厳を守ることになる。患者の価値観には患者の人生観や世界観が反映されており（清水, 2012）、価値観はすぐに見出せるものでもない。自分は何に価値を置いているか、今までの人生経験で価値づけてきたことは何か、どのような生活をしているか、どのような生活をしていきたいか、看護師はこれらのことを踏まえて患者の価値観を捉えていく必要がある。誰しもがその人なりの価値観を持っているが、日ごろから無意識的に表出している人もいれば、時間をかけて振り返って初めて自身の価値観について表出できる人もいる。患者それぞれである。患者が自身の生活や価値観に従った選択をし、自律した意思決定ができることを看護師が支援することは患者アドボカシーであり、患者の尊厳を守ることを基盤とした行為である（松尾, 2014）。

7) 我が国における看護師の患者アドボカシーの重要性

患者の権利とは上記に挙げた内容である。患者の権利を主張することを当然のこととして認識している欧米諸国の人々に比べ、我が国では権利を主張すると周りから白い目で見られるとの理由で主張を差し控えることが多く（川島, 1967）、このような日本人の気質も影響し、我が国では患者の権利への主張はまだ低い（隈本, 2006）。しかしながら、患者の価値が Evidence-Based Medicine のひとつとして捉えられ（Straus, 2010）、「患者中心の医療」という概念の重要性も唱えられている中（Epstein, 2011）、「患者の権利」は患者がもつ当然の権利として存在し、今後ますます重要になってくると言えるだろう。患者が自身の生活や価値観に従った選択をし、自律した意思決定ができるという患者の権利を護ることができる看護師の患者アドボカシーが不可欠である。

2. 患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援

患者が自身の生活や価値観に合った選択をし、自律した意思決定が行えるように支援することは、患者アドボカシーである。

よりよい意思決定とは、患者が十分に情報を得て自身の価値観と一致した決定をし、満足していると表現することとされる（O'Connor, 1995）。よりよい意思決定の方法として、Shared Decision-Making（以下 SDM とする）がある。SDM とは、当事者を巻き込みながら、当事者を含む関係者が相互に影響しあう動的な決定のプロセス（辻, 2007）である。SDM では、医師（医療者）は選択肢を提示し、医学的エビデンスを患者と共有し、患者は決定に関わる価値観を医療者と共有し、話し合いを重ねて意思決定に至る（Elwyn, 2013）。医

療で提示される選択肢は「プラスの結果とマイナスの結果の両方があること」、「それぞれの選択肢によってプラスの結果が異なる」という特徴がある（O'Connor, 2007）。望みすべてが満たされる選択肢は存在せず、リスクのない選択肢は存在しないがゆえにその決定には慎重である必要がある。意思決定支援は「何もしないという決定を含め、どの選択肢を選ぶかを決めるプロセス」と定義され（O'Connor, 2007）、患者自身が何らかの決定をするということ自体に重みがあると言えるだろう。ここで重要なのは、患者が自律した意思決定が行えるように、患者の自己決定権を擁護することである。患者が治療方針を決めるということは患者の生活や生命にも影響する程に重要な問題である。決めるべきことが何かを焦点化し、なぜ決めようと思ったのか、どのように、何を用いて決めたいか、あるいは決めることに時間があるかなど、「決める」という行為だけでも様々な方向から考えていく必要がある（O'Connor, 2007; Kriston, 2010）。

また、よりよい決定には患者の理解力に合わせた情報提供だけでなく、患者が選択肢の重要度を整理できるような関わりも必要となってくる（O'Connor, 2007; Kriston, 2010）。さらに、決める上で患者が十分なサポートが得られているか、患者が気になっていることをきちんと表出できているか、決めた後にはその決定に納得できているか

（O'Connor, 2007; Kriston, 2010）などあらゆる側面から患者の決定を支援することが求められる。また、意思決定の際には医療者側の前提を押しつけていないこと、患者がプレッシャーを受けていないことが重要とされ（Hilaey, 2009）、患者が自律した状態にあるかどうかを確かめること、あるいは自律した状態への支援も必要である。

よりよい意思決定とは、患者が自身の生活や価値観に合った自律した意思決定が行えることを意味し、患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援と言えるであろう。

1) Shared Decision-Making に関する尺度開発

SDM を支援する尺度が開発されている。オタワ意思決定ガイド（Ottawa Personal Decision Aids）（O'Connor, 2012）は、意思決定を阻む障害を評価して患者の意思決定を支援するためのツールである。オタワ意思決定ガイドは患者がまず決めるべきことは何かを記述して明確にする。続いて選択肢の長所や短所を挙げ、自身にとってどの長所や短所が重要かを整理する。さらに、各選択肢の長所や短所が生じる確率を把握するなど各選択肢に関する十分な知識を得た上で決定ができるという手引きになっている。

患者の意思決定の葛藤を測定する尺度、Decisional Conflict Scale（O'Connor, 1995）も存在する。選択肢の中から何を選んだらよいか明確でない、情報が得られない、選択する上での価値観がわからない、サポートが得られないなど、意思決定の際に何が問題になっている

るのが把握できる。問題を解決することで、患者の価値観に基づいた選択、選択への満足感につながっている。

主治医と患者がどの程度、意思決定を共有できたか、あるいは決定に納得できているかを測定する尺度（The 9-item Shared Decision Making Questionnaire; SDM-Q-9）（Kriston, 2010）も開発されている。

意思決定には患者の参加が不可欠であるが、医療者が患者をどの程度巻き込んでいるか、医療者が患者を意思決定に参加させる（巻き込む）ことも重要であり、第三者が観察してその程度を評価する尺度（Observing patient involvement evaluating the extent that clinicians involve patients in decisions: OPTION）も開発されている。

これらの意思決定ガイドは、患者が与えられた情報に対して思考を整理するのに役立つと同時に、価値観を明確化していくのに有用とされ（Stacey, 2011）、患者が十分な情報や意思決定をサポートされている感覚、価値観が明確になる感覚を得ることは、意思決定の満足度を上げる（O'Connor, 2010）ことにつながっている。

意思決定を支援する様々な尺度が開発されつつあり（NHS, 2012）、尺度の質を担保するための基準も作成されている（International Patient Decision Aid Standards Collaboration 以下 IPDAS）。

意思決定に関する尺度開発では、多くは患者が自身の意思決定を評価するものであり、看護師の患者に対する意思決定支援力を測定する尺度は開発されていない。

2) 意思決定支援における看護師の課題

意思決定支援において、患者に寄り添った支援（瀬沼, 2013）、人間らしさや患者への関心、気遣いなど共感的関わりが重要であるとされるものの（福田, 2011）、抽象的な概念で表現されているにすぎず、どのように支援しているのか具体的に示されているものはない。

看護師は意思決定ガイドを用いて患者と話し合い、決定を手助けする Decision coaching としての役割を担う場合もある（Stacey, 2011）とされるものの、その役割をどのように担うのか、具体的には明らかになっていない。看護師がどのように支援したら患者のよりよい意思決定となるのか、看護師の具体的な実践は明らかになっていない。

以上のことから、患者の意思決定に対する看護師の実践を調査する必要がある。

3. 看護における患者アドボカシーの概念分析

戸田（2007）は看護における患者アドボカシーの概念分析において、属性を「保護する」「支える」「伝える」「エンパワメントする」「仲裁する」「調整する」という 6 つの概念を抽出している。患者、家族の権利や利益やプライバシーを「保護する」役割には、患者や家族を代弁することも含まれ、患者や家族に付き添い保護することで彼らの人間性を保ち、患者の声として代弁することも含まれている。患者、家族が選択できるように支援する、自己決定を「支える」役割には、本人の意思や思いを把握し、意思が反映できるように支援することも含まれている。また、患者や家族に情報を与えるインフォームド・コンセントを行う「伝える」役割、患者や家族を教育し患者自身が自己対処（管理）できるように教育する「エンパワメントする」役割がある。さらに、患者と家族や医療者の間を「仲裁する」役割があり、それには医師への説明の依頼、不明点や疑問点の確認も含まれている。患者情報を医療チームに報告して調整し、連携を図る「調整する」役割についても示されていた。属性としては患者、家族と医療チームへの 2 方向への働きかけが抽出されている。また、先行要件と帰結は共に患者、看護師、職場環境の 3 領域の内容が抽出されている。患者アドボカシーの属性として 6 つの概念が挙げられており、看護師による患者アドボカシーは幅広い概念であることが示されている。

Bu（2007）は病院と地域を対象とした看護師の患者アドボカシーについて概念分析を行っている。患者アドボカシーの属性には「患者の自律性を守ること」、「患者の味方として行動すること」、「ヘルスケア提供において社会的正義を擁護すること」を挙げている。これらは、患者は自己決定できる能力を有し、必要な情報を得ることで患者が自分自身で行動できるよう支援することを指す。また、患者の権利や利益が危険にさらされた時に看護師が患者の味方となり、代理人や保護者として行動することを指す。さらに、「ヘルスケア提供において社会的正義を擁護すること」によって、看護師は病院や地域の人々の健康や教育、幸福に関係する事項に大きな影響力を与えるという。先行要件、帰結ともにマクロソーシャル・レベル、ミクロソーシャル・レベルからの視点で抽出され、看護師による患者アドボカシーは、対患者のみならず、患者を取り巻く環境を調整する役割でもあることが示されている。これらの帰結として、ネガティブな結果についても述べられており、患者アドボカシーにはリスクが生じる可能性が示されている。ここでのリスクの意味は、前述の Hanks（2010）のものと共通している。Bu（2007）の概念分析においても、患者アドボカシーは多くの概念を内包した包括的な概念であることが示されている。

看護師による患者アドボカシーは、患者が自己決定できる存在であり、患者の自律性が前提とされている（Kohnke, 1982; Corcoran, 1988）。幼少の頃から自律性を育てられ、自律性を前提とする欧米社会と、自律性を強調しない日本とでは、患者アドボカシーについても文化の違いがあると考えられる。また、患者アドボカシーを実践する看護師にも自律的な

主体として存在することが求められているなど (Kuhse, 1997)、アドボカシーには文化的背景も大きく影響する (戸田, 2007) ことから、日本の文献に絞り、看護師の患者アドボカシー (患者の権利擁護) に関する概念分析を行った (松尾, 2014)。日本の看護師による患者の権利擁護 (患者アドボカシー) の属性として、【患者を尊重する】、【情報を提供する】、【エンパワメント】、【家族、他職種、環境との調整を図る】の 4 つが挙げられた。先行要件と帰結は、看護師、患者、家族、職場環境の 4 領域から抽出された。

看護師の先行要件は【倫理観】、【専門的知識】、【責任感】、【行動力】、【正義感】が挙げられた。帰結は【達成感】、【成長】、【葛藤】であった。患者の先行要件は【脆弱性】、【治療や生活スタイルの選択】、【個人特性】、【意思／希望】、帰結は【自己決定】、【納得】、【安心／安全】が導き出された。

家族の先行要件は【意思／希望】、【不安／心配】、帰結として【納得】が導き出された。

職場環境の先行要件は【職場風土】帰結として【成長／成熟】が導き出された (図 1)。

以上により、日本の看護師による患者アドボカシー (患者の権利擁護) は、「患者が自分自身の意思やありたい姿を見だし、自分らしい方法で課題に取り組み解決することを看護師が周囲との調整を図りながら支援するというプロセスを含む包括的概念」と定義した。

Kohnke (1982) は患者アドボカシーについて「情報を伝える」、「支援する」と定義し、Baldwin (2003) は伝える (自己決定に関わる患者の権利を保証する、インフォームド・コンセント)、調整する (患者と家族や重要他者、医療従事者との間の調整を行う) と定義づけ、Hank (2010) は「行動する (患者の味方として行動する)」、「エンパワメントする (教育を行う)」と述べており、松尾 (2014) が示した包括的概念は、欧米文献でのアドボカシー概念をほぼ網羅していると考えられた。

海外文献では、看護師による患者アドボカシー実践の帰結として、危険や失敗というネガティブな概念が含まれていたが、松尾 (2014) による概念分析には示されなかった。

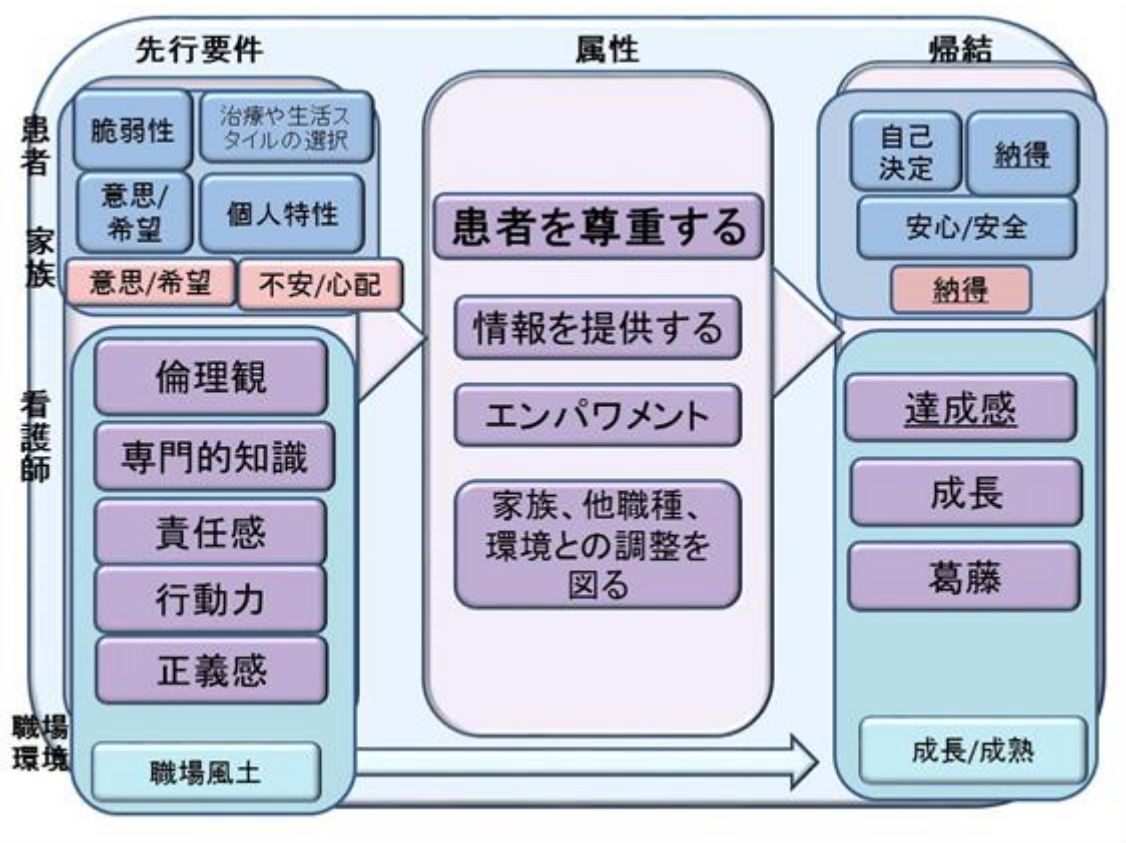


図1 患者アドボカシー概念分析結果

単に、論文に書かれていない可能性もあるが、海外文献に見られた「患者のために声を挙げる」という属性はみられなかったことによる影響とも考えられる。看護師が患者に対して【情報を提供する】、【患者を尊重する】、【エンパワメント】、【家族、他職種、環境との調整を図る】ことにより、患者は【自己決定】に至るという点が見出された。この帰結を見ると、患者が何らかの選択をする場面で、情報を与え、エンパワメントし、患者を尊重し、患者を取り巻く環境を調整することで、患者の自己決定を支援するアドボカシーは行われると言える。

看護師が患者の自己決定を支援するために、どのように情報を提供し、尊重したかわかりをし、エンパワーしているのか、かつ環境を調整しているのか、具体的な行動について質的なデータを収集していく必要がある。

4. 看護師の患者アドボカシーの尺度開発

Hank (2010) は看護師のアドボカシー行動を起こす自律性や周りのサポートを測定する尺度 **Protective Nursing Advocacy Scale (PNAS)** を開発している。患者の権利擁護者としての役割だけでなく、患者をエンパワメントし、多職種と患者の橋渡しをすることも患者アドボカシー行動として捉え、患者アドボカシー実践を幅広く捉えている。尺度項目のいくつかは「アドボケイト」と表記されており、看護師が実施するアドボカシーの具体的な行動については表記されていない。

Bu (2009) は患者に向かう姿勢を測定する尺度 **Attitude toward Patient Advocacy Scale (APAS)** を開発し、看護師が患者アドボカシーに向かう態度を各項目に挙げている。態度は行動に結び付くという Aizen & Fishbein (1980) の理論が基盤となっており、アドボカシーとしての態度を問うことで、看護師自身が患者アドボカシーとしてどの程度行動しているかを評価できる尺度となっている。この尺度は、看護師の患者アドボカシーにはミクロソーシャルとマクロソーシャルそれぞれのレベルがあり、患者に一番近い立場で患者の権利を擁護するミクロソーシャル・レベルでのアドボカシー、患者が受けるヘルスケアの不利益の為に社会に向かって声を上げるといったマクロソーシャル・レベルの二つのレベルの違いを示したことに特徴がある。また、患者が受けている不利益に対して社会に声を上げ変革を起こすことについて項目を設けていることが特徴である。尺度の項目には「患者の権利」、という表記が多く全体的に表現の抽象度が高く、患者アドボカシーとはどのように行動することなのか、具体的な行動としては示されていない。

Vaartio (2008) は患者の痛みに対する看護師のアドボカシー行動について測定する尺度を開発している。この尺度は看護師用だけでなく患者用の尺度も作成されたことが特徴的である。看護師がアドボカシー実践を行う対象は患者であり、本来患者のアウトカムを測定する必要がある。しかし、患者アドボカシーとはどのように行動することなのか明らか

にされていないことを考えると、まず看護師による患者アドボカシーの具体的な行動を尺度にすることが望まれる。

5. 看護師の患者アドボカシーの基盤となる概念

看護師の患者アドボカシーの基盤となる概念として、エンパワメントとケアリングがある。下記に挙げる。

1) エンパワメント

戸田（2007）はアドボカシー概念の属性の一つにエンパワメントを挙げている。エンパワメントは患者のセルフアドボカイトへの支援として知られている（Falk, 1995）。アドボカシーの語源から考えると、患者のために医師と対立しても患者の権利を守るという看護師のイメージがある。患者の希望や心配事を医師に伝えること、あるいは看護師が気がかりとしていることを医師や家族に伝えることはアドボカシーの中でも“パターナリスティックアドボカシー”と言われ、代弁とも表現される（Falk, 1995）。一方、「代弁」に対して強調されてきたのは、エンパワメントの概念を含む「患者のセルフアドボカシーへの支援」といわれている（Gibson, 1995）。Gibson（1995）はエンパワメントを「自らのニーズを満たしたり、問題を解決したりするための能力を認識し、かつ促進し、強めていく社会的なプロセスであり、自分自身が生活をコントロールしていると実感できるように必要な資源を集め活用すること」と定義づけている。患者をエンパワメントする関わり方として、安酸（2010）は患者のパワーが十分に発揮されるように環境を整え、必要な資源、技術や知識を提供することとし、重要なことは対象者である患者自身のパワーを十分に発揮できるようにすることである、と述べている。つまり患者が自身の権利を認識し実施するパワーを強化するかかわりである。エンパワメントの概念を含む「患者のセルフアドボカシーへの支援」では、看護師は情報提供者であり、意思決定の環境を整える調整者であり、カウンセラーに近い役割があると表現できる。高田（2001）は看護師と患者はアドボカシーの提供者と対象者に分かれ、弱い立場にある患者にアドボカシーを提供するのではなく、むしろエンパワーし合う関係であると述べ、アドボカシーが代弁ではなくエンパワメントであるという考え方を支持している。看護師による代弁には、それを危惧する意見もある。代弁する際に患者の望みを間違えて受け取り、患者の望みが変わる可能性があることもあるという点である（Hamric, 2000）。また、病院組織における看護職の地位は従属的であり、特に医師や病院側に対する患者の権利擁護はトラブルメーカーとされてしまう危険性があるという（Daniel, 1996 ; Hamric, 2000）。患者の意識が不明瞭で看護師が患者の代弁をしなければならない状況、あるいは看護師による患者の意思を尊重する行動が医師や病院の見解と異なる場合には、医師や病院との対立が避けられないことが生じると言われている（Hamric, 2000）。

以上を考えると、看護師による患者アドボカシーは、患者が自らの意思を主張できる場合にはエンパワメントが効果的であるが、それが難しい場合、患者の権利を擁護するにはさらに代弁や積極的な主張が必要であると言える。

2) ケアリング

患者アドボカシーはケアリングを含む (Hank, 1999) と言われる。Mayeroff (2001) はケアリングの基本的概念について、人間対人間の関係性を主軸に、ケアする人とされる人との相互関係性によって、双方が成長していく関係性と述べている。Leininger (1988) は、ケアは看護の本質であり、ケアリングは看護の心と魂であり、人々が専門職看護師と医療サービスから最も期待するものであると述べている。高田 (2003) は、看護師はケアリングによってあたかも当事者のように患者の体験を共有でき、この経験の共有によって看護師は患者の辛い闘病への勇気を学び、看護師自身がエンパワーされると述べる。看護師にとって、ケアリングは患者への尊重、尊厳を守ることにつながっているといえるだろう。看護師は患者の最も身近なところで 24 時間を支え、患者の苦悩や喜び、ありのままの患者の姿を見ている。このことが患者の権利が守られているか常に目を配り、脅かされていれば患者に代わって声を上げるという患者アドボカシーを看護師にさせるのではないかと考える。

患者アドボカシーの類似概念であるエンパワメント、ケアリングについて以下のようにまとめられる。エンパワメントは患者が納得し満足のいく自律した意思決定ができるために、患者の力を引き出し、支援するという点において患者アドボカシーに含まれる概念である。ケアリングは患者と看護師の相互関係で成り立つものであり、看護師が患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援をする上で基盤となる概念であると言える。

6. 看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援の構造化

患者が自身の生活や価値観に従った意思決定ができることは患者の権利である。その際、患者が他者のプレッシャーを受けず、自律した意思決定ができることが重要であり、看護師の患者アドボカシーとしての役割が不可欠である。

看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援とは、患者に情報提供し、エンパワメントし、患者を尊重すること基盤として行われることであるが、どのように実践されているのか明らかにされておらず、具体的に明らかにしていく必要がある。

第III章 予備研究

第Ⅱ章の文献検討の結果、看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援とはどのように実践されているのか明らかにしていく必要性が示された。

以上のことから、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援」をテーマに、病院に勤務する看護師を対象として質的帰納的に探索していくことにした。

1. 目的

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援」における具体的な援助、および実践する上での個人的・環境的因子との関係性を明らかにし、看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援や看護基礎教育への示唆を得ることを目的とした。

2. 方法

病院に勤務する看護師から研究協力を得て、インタビュー法（1名あたり約60分）を用いてデータ収集を行った。研究協力者のリクルート方法は、研究者が直接連絡をとることができる友人や知人で研究協力者としての条件を満たす方に、研究協力依頼書を用いて研究の概要、研究協力への自由意思・倫理的配慮を説明し、同意が得られた方を対象としてインタビューを行った。

サンプリング方法は雪玉式標本抽出法を用いた。

研究協力者の選定基準は、5年以上の臨床経験を有し現在関東近郊にある一般病院に勤務している者とした。インタビューでは、「看護師は患者自身が患者にとって重要である何かを決めるときに、患者さんを尊重して希望をたずねたり、相手が必要とする情報を伝えたり、環境を調整して、患者さんの希望がかなうように支援をします。このような看護のはたらきを、本研究では患者アドボカシー（患者さんを擁護すること）にとらえています。看護師としてこのようなかわりをした事例をお話してください。」と伝えた。また、「そのように行動しようと思った理由」、「支援する際に難しかったこと、どのようなことが難しかったか」等を適宜質問した。

収集したデータは逐語録化し、データを意味のまとまりごとに切片化した後コード名をつけ、類似性と差異性に着目しながら抽象化を行い、サブカテゴリー化、およびカテゴリー化を行った。最後に、各カテゴリー間の関係性を示すために構造化を行った。

3. 結果

1) 研究協力者の特性

協力が得られた協力者は 18 名であった。男性 3 名、女性 15 名。年齢は 28 歳から 52 歳（平均 37.9 歳）。臨床経験年数は平均 14.4 年であった。職位は、主任が 6 名、スタッフナースが 11 名、その他が 1 名。協力者のうち、3 名が専門看護師、1 名が診療看護師、2 名が認定看護師であった。

2) 分析結果

データの分析結果から、5 つのカテゴリーと 19 のサブカテゴリーを抽出した（表 1）。

以下に、カテゴリーおよびサブカテゴリーの定義について説明を行う。【 】はカテゴリーを、《 》はサブカテゴリーを、< > はコードを指す（表 2）。

(1) 【看護の対象となる人を理解する】

【看護の対象となる人を理解する】は、《患者や家族の意思や希望を理解する》、《患者の脆弱性を理解する》から成る。看護師が患者や家族それぞれが意思や希望をもつ存在であり、彼らを理解し、患者がもつ脆弱性を理解できる能力を示す。

表 1 看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援 カテゴリーおよびサブカテゴリー表

I.看護の対象となる人を理解する
1. 患者や家族の意思や希望を理解する
2. 患者の脆弱性を理解する
II.看護の対象となる人をエンパワメントする
1.患者が意思を明確にしていくプロセスを支援する
2.患者に情報を伝える
3.患者の理解を確かめる
4.患者に教育をする
5.患者の考えを確かめる
6.家族が意思を明確にしていくプロセスを支援する
7.家族に情報を伝える
8.家族の理解を確かめる
III.患者や家族の尊厳を守る
1.患者を尊重する
2.家族を尊重する
IV. 患者を取り巻く環境を調整する
1. 看護師間の良好な関係性を構築する
2. 医師と良好な関係性を構築する
3. 多職種間の良好な関係性を構築する
V.アドボカシー実践に関連する因子
1. 患者の身近な専門職者としての認識
2. 意図的な患者の意思の理解
3. ありのままの患者の受容
4. 患者の治療状況を判断する力

表 2 看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援 カテゴリー・サブカテゴリー・コード表

Ⅰ.看護の対象となる人を理解する	
サブカテゴリー	コード
1. 患者や家族の意思や希望を理解する	患者それぞれが意思や希望をもっていることを認識する
	患者が日常の中で示している価値観に気づく
	患者の発言を表情や行動も合わせて考える
	業務を優先させるのではなく、患者の気持ちになって考える
	患者と家族それぞれの意思や希望を観察し、確認する
	患者と家族間の意思や希望にはギャップが生じることがあることを理解する
	患者や家族の気持ちは変化することを前提とする
	患者や家族の立場になって考える
2. 患者の脆弱性を理解する	患者が自分自身の気持ちを伝えるのは難しいことがあると認識する
	患者にとって大事なことを考えるには時間がかかるということを認識する
	患者は何がわからないかがわからないことがあると理解している
	患者が意識不明もしくはそれ以外の理由により自己の意思を表明できない場合は必然的に脆弱な状態にあることに気づく
	医師からの病状や治療説明の際には、患者は緊張することを知っている
	医師からの病状や治療の説明の時には、患者はわかったつもりになることがあると知っている
	病気は本来の患者の性格を変えてしまうこともあると理解している
Ⅱ.看護の対象となる人をエンパワメントする	
サブカテゴリー	コード
1. 患者が意思を明確にしていくプロセスを支援する	意思決定の場面では患者は選択を迫られる場面があることを理解している
	患者の訴えを否定せず、話せる雰囲気、質問できる雰囲気をつくりだす
	患者が自身の混沌とした気持ちを整理し、希望を顕在化できるように計らう
	患者に選択肢を提示し、患者が自身にとって最善の方法を選択できるように計らう
	患者が自身にとって最善の選択ができているか振り返る
	患者や家族が決めたことに納得するまで待つ
2. 患者に情報を伝える	患者に行われる治療、処置、ケアの内容と効果、副作用について患者に情報を提供する
	患者に行われる治療、処置、ケアの内容と効果、副作用について患者が情報を提供されているかを確認する
	患者にとって必要だと思う情報を提供する
	患者の状態の変化に応じて、その都度情報提供をする
3. 患者の理解を確かめる	医師の患者への病状や治療説明に同席する、あるいは説明の内容を確かめる
	患者が医師の説明が理解できたか、患者が理解できる内容、ペースであったかを観察し、確かめる
4. 患者に教育をする	患者ができているところは認め、できていることを伝える
	患者ができないところは習得できるように繰り返し練習できる機会を設ける
	患者が医師に意見や質問ができるように計らう
	患者が家族や他者に意見を言えるように計らう
5. 患者の考えを確かめる	患者が納得できたか患者本人に尋ねる
6. 家族が意思を明確にしていくプロセスを支援する	家族の訴えを否定せず、話せる雰囲気、質問できる雰囲気をつくりだす
	家族の表情や言動を観察する
	家族間の気持ちの確認をする
7. 家族に情報を伝える	患者の許可があれば、または患者の意識がない場合、家族に対し、患者に行われる治療、処置、ケアの内容と効果、副作用について情報を提供する
8. 家族の理解を確かめる	家族の医師の説明に対する理解、受け止めの程度を確かめる
	家族が医師に意見や質問ができるよう計らう
Ⅲ.患者や家族の尊厳を守る	
サブカテゴリー	コード
1. 患者を尊重する	患者の苦痛の姿をみて、患者の尊厳が守られていないことに気づく
	患者の苦痛を受け止め、対処する
	寝たきりの患者や言葉を発しない患者など、どのような患者であっても声をかける
	患者の羞恥心に配慮する
	患者のプライバシーを守るために環境を整える
2. 家族を尊重する	家族が患者のことを大事に思っているという場をつくるようにしている
Ⅳ. 患者を取り巻く環境を調整する	
サブカテゴリー	コード
1. 看護師間の良好な関係性を構築する	感情のレベルを一定に保つ
	アサーティブに他者に意見を伝える
	同僚から相談されやすい関係をつくるように心がける
	何の意図をもってその援助をするかを明確にして同僚に伝える
	同僚が患者にレッテルを貼らないように患者の行動の意味を情報提供することがある
	看護師同士が患者の治療や行われているケア、今後行うケアについて相談できる環境である
2. 医師と良好な関係性を構築する	患者に行われている治療について医師と話し合い、治療方針の共通認識を得る
	患者に行われている治療について医師同士が話し合える環境をつくる
	医師の立場を尊重する
3. 多職種間の良好な関係性を構築する	患者にとっていいケアについてカンファレンスを開催する
	患者にかかわっている多職種をまとめていく
Ⅴ. アドボカシー実践に関連する因子	
サブカテゴリー	コード
1. 患者の身近な専門職者としての認識	看護師は患者の一番身近な存在であることを意識する
	患者の状態を連続して看ていることを意識する
2. 意図的な患者の意思の理解	患者の身体の状態を常に観察し、状態を把握している
	患者の状態や状況をみて患者の意思や希望を聞くタイミングを見計らっている
	積極的に患者と話をすることで普段から信頼関係を意図的に築くことを心がけている
3. ありのままの患者の受容	正義感をもつ
	自分の固定概念を覆すことができる柔軟な思考をもつ
	物事に対して創造的に取り組む
	患者にレッテルを貼らない
4. 患者の治療状況を判断する力	患者の状況を判断できる知識をもつ
	患者に行われている治療が患者に適しているか判断する
	患者に対する治療において葛藤が生じた場合には生命倫理の基本原則を用いて検討する

① 《患者や家族の意思や希望を理解する》

《患者や家族の意思や希望を理解する》は、患者や家族それぞれが意思や希望をもつ存在であり、彼らを理解することを表す。

看護師は、それぞれの患者が意思や希望をもっている存在であることを意識し、患者が日常の中で示している価値観に気づこうとしていた。患者が意思や希望を発言した場合は、その発言を表情や行動も合わせて考えることで、患者の本心を確認していた。業務優先ではなく、まず患者の気持ちになって考えるよう行動することで多忙な業務に流されることなく患者の気持ちを捉えられるように意識的な行動を図っていた。

また、患者と家族それぞれの意思や希望を観察・確認し、患者と家族の間では意思や希望のギャップが生じる可能性があることを認識しながら関わっており、患者と家族は別々の存在であることを意識的に認識していた。さらに、患者や家族の気持ちは変化することを前提とし、状況の変化に伴ってそれぞれの意思や希望は変化するものであることを認識していた。加えて、看護師が＜患者や家族の立場になって考える＞ことで、患者や家族が最善の状態になれるよう行動していた。

② 《患者の脆弱性を理解する》

《患者の脆弱性を理解する》は病が患者を脆弱な状態にさせることで、患者であるがゆえの脆弱性を理解することを示す。

患者は自分の気持ちを表出すること、自身にとって重要なことを考えるには時間を要する場合があること、患者は何がわからないかわからないことがあることを理解した上で患者にかかわっていた。医師の病状や治療説明の際には患者は緊張すること、わかったつもりになることもあることも認識していた。意識がない、あるいは呼吸器を装着しているなど患者自身が意思を表出できない場合は、特に患者は脆弱な状態にあることを認識していた。さらに、病気は本来の患者の性格を変えてしまうこともあることを理解していた。

(2) 【看護の対象となる人をエンパワメントする】

【看護の対象となる人をエンパワメントする】は、《患者が意思を明確にしていくプロセスを支援する》、《患者に情報を伝える》、《患者の理解を確かめる》、《患者に教育をす

る」、《患者の考えを確かめる》、《家族が意思を明確にしていくプロセスを支援する》、《家族に情報を伝える》、《家族の理解を確かめる》から成る。看護師が患者や家族に教育的役割を果たすことにより、エンパワメントされることを示す。

① 《患者が意思を明確にしていくプロセスを支援する》

《患者が意思を明確にしていくプロセスを支援する力》は、患者が自身の潜在的、顕在的な意思を明確にしていくプロセスを支援することである。

患者は治療方針の決定や今後のことなどを決める際に、自己決定を求められる。看護師は患者が選択を迫られる重要な場面であることを認識し、かかわっていた。その際には、患者が自身の希望を話せるようにと伝えることで混沌とした気持ちを整理し、希望を顕在化できるように、患者の訴えを否定せず、質問できる環境を作ることを心がけていた。さらに、選択肢を提示し、患者が最善の方法を選択できるように計らい、患者が自身にとって最善の選択ができているかを振り返っていた。また、患者や家族が決定したことに対して納得がいくまで待つことという行動を行っていた。

② 《患者に情報を伝える》

《患者に情報を伝える》は、患者に必要な情報を提供すること、情報が提供されているかを確認することである。患者の状態は日々変化する。それらを踏まえた上で患者の状態に応じた情報を提供していた。

③ 《患者の理解を確かめる》

《患者の理解を確かめる》は、患者がどの程度理解できているかを確かめることである。看護師は、医師から行われる病状や治療方針の説明内容を患者が理解できる内容であったか、話すペースは患者に合っていたかを確かめていた。また、医師による説明が行われる際には、同席する、あるいは同席することができない場合には、患者が説明内容を理解できたかを患者に確かめる行動をとっていた。

④ 《患者に教育をする》

《患者に教育をする》は、患者が知識を得て自身でできることを増やすなど、患者の成長を促すことである。看護師は、患者ができているところは認め、できていることを伝え、できないところは習得できるまで練習する機会を設け、患者が何かを修得することを支援していた。また、患者が疑問に感じたことやわからないことを医師に質問する機会を設け、患者が自身のことは自身で考える習慣をつけることや患者自身の知識習得を支援していた。さらに、患者が家族や他者に自身の意見を言えるように計らっていた。

⑤ 《患者の考えを確かめる》

《患者の考えを確かめる》は、患者自身が選択しようとしていることや状況に納得できているかを確かめることである。看護師は、患者に意識的に問うことによって、患者自身の考えを確かめていた。

⑥ 《家族が意思を明確にしていくプロセスを支援する》

《家族が意思を明確にしていくプロセスを支援する》は、家族それぞれの意思を明確にしていくプロセスを支援することを示す。看護師は、家族の訴えを否定せず耳を傾け、家族が臆することなく発言し、質問できる雰囲気を作りだしていた。その際には、家族の表情や言動を観察していた。さらに、家族間の気持ちの確認をしていた。

⑦ 《家族に情報を伝える》

《家族に情報を伝える》は、家族に対して患者に行われる治療や処置、ケアの内容と効果、副作用について情報を提供することである。ただし、患者の情報は患者のものであるため、患者の許可があった場合や患者の意識がない場合に限って行われていた。

⑧ 《家族の理解を確かめる》

《家族の理解を確かめる》は、家族が医師からの説明が理解できたか、あるいは受け止める程度を確かめることである。さらに、家族が意見や疑問があれば、医師に質問できるように計らっていた。

(3) 【患者や家族の尊厳を守る】

【患者や家族の尊厳を守る】は、《患者を尊重する》、《家族を尊重する》から成る。看護師が患者や家族を尊重し、彼らの尊厳を守ることである。

① 《患者を尊重する》

《患者を尊重する》は、患者を尊重することである。看護師は、患者が苦痛の姿をみて、患者の尊厳が守られていないことに気づくこと、患者の苦痛を受け止めること、鎮痛剤を投与し、睡眠がとれるように図るなど、患者の苦痛に合った方法で患者の安楽を導くことで患者の尊厳が守られるように図っていた。

また、寝たきりの患者や言葉を発しない患者など、どのような状態にある患者に対しても声をかけ、体位変換や清拭などの援助や治療、処置を行う前には必ず声をかけてから実施していた。援助や治療、処置を実施する際には、患者の羞恥心に配慮し、プライバシーの保護に努めていた。

② 《家族を尊重する》

《家族を尊重する》は、家族を尊重することである。看護師は、家族が、家族にとって大事な存在である患者のことを大事に思えるように、また、家族が患者のことを心配するのは当然であるというメッセージを送ることで家族の意思を尊重していた。

(4) 【患者を取り巻く環境を調整する】

【患者を取り巻く環境を調整する】は《看護師間の関係性を構築する》、《医師と関係性を構築する》、《多職種間の関係性を構築する》から成る。看護師が患者を取り巻く環境を調整することである。

① 《看護師間の良好な関係性を構築する》

《看護師間の良好な関係性を構築する》は、看護師が患者アドボカシー実践の際に、看護師間において良好な関係性の構築を図ることである。患者が受けるケアの質を保つためには、同僚の力が欠かせない。看護師は、周囲を巻きこむために感情のレベルを一定に保ち、

アサーティブに他者に意見を伝え、同僚から相談されやすい関係をつくるように心がけ、同僚との良好な関係構築を図っていた。また、患者に実践するケアの意図を明確にし、患者に行われる質の確保を意図的に行っていた。看護師は、患者の状況や患者の行動の意味を同僚に情報提供をし、同僚が情報を共有して患者にレッテルを貼らない倫理的な配慮も行っていた。看護師同士が患者の治療やケア、今後のことについて相談し合える環境も作られていた。

② 《医師と良好な関係性を構築する》

《医師と良好な関係性を構築する》は、看護師が患者アドボカシー実践の際に、医師と良好な関係性を構築することである。患者に行われている治療について医師と話し合い、治療方針の共通認識を得ることや患者を担当する医師同士が治療について話し合える環境をつくっていた。医師の立場を考慮することで、患者にとっていい治療が行われるような配慮がなされていた。

③ 《多職種間の良好な関係性を構築する》

《多職種間と良好な関係性を構築する》は、看護師が患者アドボカシー実践の際に、患者を取り巻く多職種間の良好な関係性を構築することである。看護師は患者にとって最善の医療が提供されるように、患者に関わっている多職種をまとめる働きも行っていた。

(5) 【アドボカシーの実践に関連する因子】

【アドボカシーの実践に関連する因子】は、《患者の身近な専門職者としての認識》、《意図的な患者の意思の理解》、《ありのままの患者の受容》、《患者の治療状況を判断する力》から成る。

看護師が患者アドボカシーの実践をする際に関連する因子のことを指す。

① 《患者の身近な専門職者としての認識》

《患者の身近な専門職者としての認識》は、看護師が患者にとって身近な医療専門職者として認識していることを示す。看護師は、看護師は患者にとって一番身近な存在であることを意識し、患者の状態を連続して看ていることを意識していた。

② 《意図的な患者の意思の理解》

《意図的な患者の意思の理解》は、看護師は患者が身体的・精神的にどのような状況にあるのかを意図的に関わることで理解することを示す。看護師は患者の状態を常に観察し、状態の把握に努めている。患者の状態や状況を見ているからこそ、患者の意思や希望を聞けるタイミングを見計らっていた。また、ベッドサイドに行くなど、積極的に患者と話をする機会を持つことで、普段から信頼関係を意図的に築いていた。

③ 《ありのままの患者の受容》

《ありのままの患者の受容》は、看護師がありのままの患者を受け入れていることを示す。看護師は、私情を超える正義感を持ち、自分の固定観念を覆すことができる柔軟な思考をもち、直面する物事に対して創造的に取り組んでいた。また、患者にレッテルを貼らず、ありのままの患者を受け入れる力があることを指す。

④ 《患者の治療状況を判断する力》

《患者の治療状況を判断する力》は、看護師個人が有している治療状況を判断できる力のことである。看護師は、患者の治療状況を判断できる知識をもち、行われている治療がその患者に適しているか判断できる能力を有していた。また、臨床上の倫理的困難事例が生じた場合は、倫理学の知識を用いて調整にあたることが可能であった。

3) 各カテゴリー間の関係性

各カテゴリー間の関係性を示した概念図を示す（図2）。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援」において、核となる概念は【看護の対象となる人をエンパワメントする】ことである。

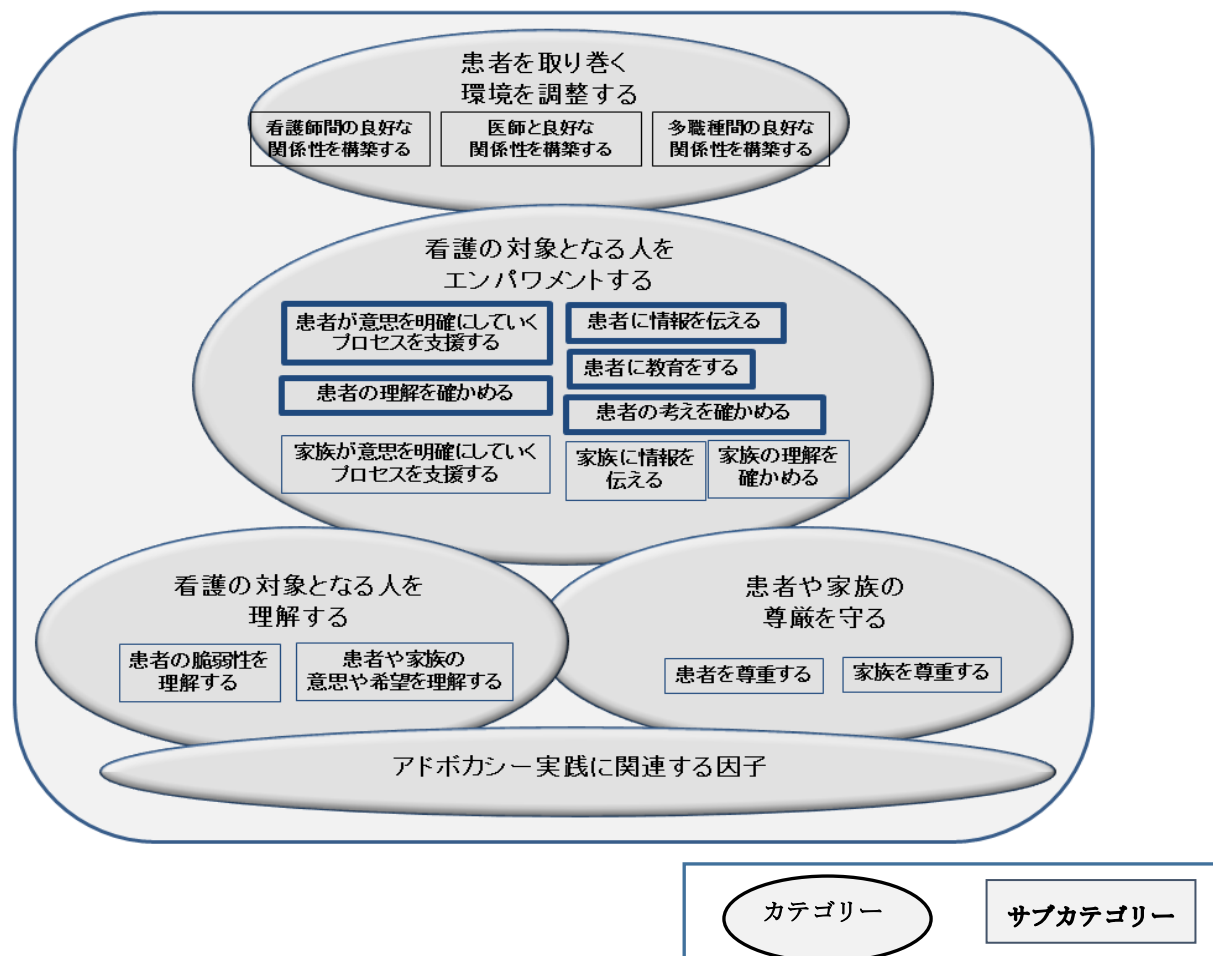


図 2 質的帰納的研究により導き出した看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援 概念図

【看護の対象となる人をエンパワメントする】ことは、【看護の対象となる人を理解する】こと、【患者や家族の尊厳を守る】ことによって成り立つ。

【看護の対象となる人をエンパワメントする】ことは、患者や家族は意思や希望をもった人であり、このように《患者や家族の意思や希望を理解する》こと、病むということは患者の心身共に脆弱な状況に陥ることがあるという《患者の脆弱性を理解する》ことが不可欠であり、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援」では、看護師の対象を理解する力が求められる。

また、【看護の対象となる人を理解する】ことは、【患者や家族の尊厳を守る】ことでもある。これらを基盤として【看護の対象となる人をエンパワメントする】ことが成り立つ。さらに、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援」では【患者を取り巻く環境を調整する】ことが実施されている。これらの【看護の対象となる人を理解する】、【患者や家族の尊厳を守る】、【看護の対象となる人をエンパワメントする】、【患者を取り巻く環境を調整する】は、【アドボカシー実践に関連する因子】があって初めて成り立つものである。

4. 尺度開発に向けて

患者が自身にとって重要である何かを決める際、患者の意思を明確にしていくプロセスは行われていたものの、すべての事例において看護師が意識的に行っていたわけではなかった。

看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援を示すものは範囲が広いために、患者の治療選択の場面に限定し、尺度を作成することとする。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」を可視化できる項目は看護師の意識的な実践へと期待できる。

本研究で開発する尺度は、病院に勤務する看護師を対象としており、臨床の看護師にとって理解しやすい具体性のある尺度である必要がある。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」には、看護師個人の経験年数や役割などの個人的因子、労働環境などの環境的因子が影響していると考えられる。これら個人的、環境的因子に関する項目を作成して関連をみていくこととする。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」の本来のアウトカムは患者の自律した意思決定が納得・満足いくものであること、葛藤のないことであり、アウトカムは患者側にある。しかし、現在「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」を測定する尺度は存在しないことから、本研究でその尺度を開発する。将来的には患者のアウトカムを測定できる尺度の開発が必要である。

5. 本研究に向けた概念枠組みの再構成

本研究の概念枠組みの再構成までのプロセスを下記に示す。

概念分析を行った結果、患者アドボカシーとは、患者を尊重する、情報を提供する、エンパワメントする、家族・他職種・環境との調整を図ることであり、患者は自己決定に至る（図 1, p. 17'）。図 1 が示すように、看護師の患者アドボカシーは幅広い概念である。

Gadow（1978）の主張を踏まえると、看護師の患者アドボカシーとは、患者が自身の生活や価値観に合った選択をし、自律した意思決定が行えるように支援することであると定義づけられ、看護師の患者アドボカシーとはどのような構造であるのか、その実践を具体的に明らかにするために予備研究を実施した。

予備研究では患者アドボカシーについて「看護師は患者自身が患者にとって重要である何かを決めるときに、患者さんを尊重して希望をたずねたり、相手が必要とする情報を伝えたり、環境を調整して患者さんの希望がかなうように支援すること」と説明し、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援である」と定義づけ質的帰納的に探索した。

予備研究の結果、導き出した概念図が図 2（p. 28）である。患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援は、アドボカシー実践に関する因子、看護の対象となる人を理解する、患者や家族の尊厳を守る、看護の対象となる人をエンパワメントする、患者を取り巻く環境を調整する、これらの 5 つの概念から成り立つことが明らかになった（図 2）。

看護師の患者アドボカシーの帰結、患者が自律した意思決定ができるという点を踏まえ、本研究では図 2 より概念「看護の対象となる人をエンパワメントする」を抽出し、概念枠組みの再構成を図った。看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援という実践を示すものは範囲が広いために、患者の治療選択の場面に限定し、尺度を作成することとした。患者にとって治療の選択は生活や人生を左右するほど重要なことであり、看護師のアドボカ

シー概念に基づく意思決定支援が特に必要とされるという点を踏まえた。よって、治療における意思決定支援に限定し、文献検討、および予備研究の結果を加え、再構成した概念枠組みを図3 (p. 32) に示す。

看護師の患者アドボカシーに基づく治療選択における意思決定支援力における看護師の帰結は職務満足、看護師のアイデンティティとし、妥当性の検討として、看護師の職務満足度尺度（撫養, 2014）、看護師の職業的アイデンティティ尺度（佐々木, 2006）を用いた。看護師の職務満足度尺度（撫養, 2014）は、「仕事に対する肯定的な感情」、「上司からの適切な支援」、「働きやすい労働環境」、「職場での自らの存在意義」の4因子構造からなる尺度であり、専門職としての自らの能力を発揮する看護実践を通して得られる職務満足から成る内容で構成されている。看護師の患者アドボカシーの帰結として、実践を通して得られる達成感や成長が挙げられている点で看護師の職務満足と言えることから、妥当性の検討に看護師の職務満足度尺度を用いる。看護師の職業的アイデンティティ尺度（佐々木, 2006）を用いる。ケアするということは、自らのアイデンティティを保ちながら他者の価値観を認めていくことが求められ（Mayeroff, 1971）、ケアをする者として、看護師は看護師としての確固たるアイデンティティを獲得していくことが、よりよいケアを行ううえで重要とされている（佐々木, 2006）。Quinby（1971）は看護師が自身のアイデンティティを獲得していくプロセスの中で職業的な成熟を獲得することや、自らの自尊心を強めることを明らかにしており、看護師の職業的アイデンティティの獲得は看護師の達成感や成長につながっている。看護師の患者アドボカシーの帰結として、実践を通して得られる達成感や成長（Hanks, 2007; Vaartio, 2006）が挙げられており、これらはアイデンティティの構築につながることから、看護師の職業的アイデンティティと患者アドボカシーは関連があると言える。したがって、妥当性の検討として看護師の職業的アイデンティティ尺度を用いる。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」は、【Ⅰ.患者が決めるべきことに対して行動する力】、【Ⅱ.患者の決める過程を支援する力】、【Ⅲ.医師に対して働きかける力】、【Ⅳ.専門的な知識をもつ力】から構成される（表3, p.32'）。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力」は、患者アドボカシーを実践する個人的因子、労働環境などの環境的因子と関連がある。また、「看護師の患者アドボカ

「シー概念に基づく意思決定支援力」と職務満足、看護師の職業的アイデンティティには関連があるという概念枠組みを作成した。

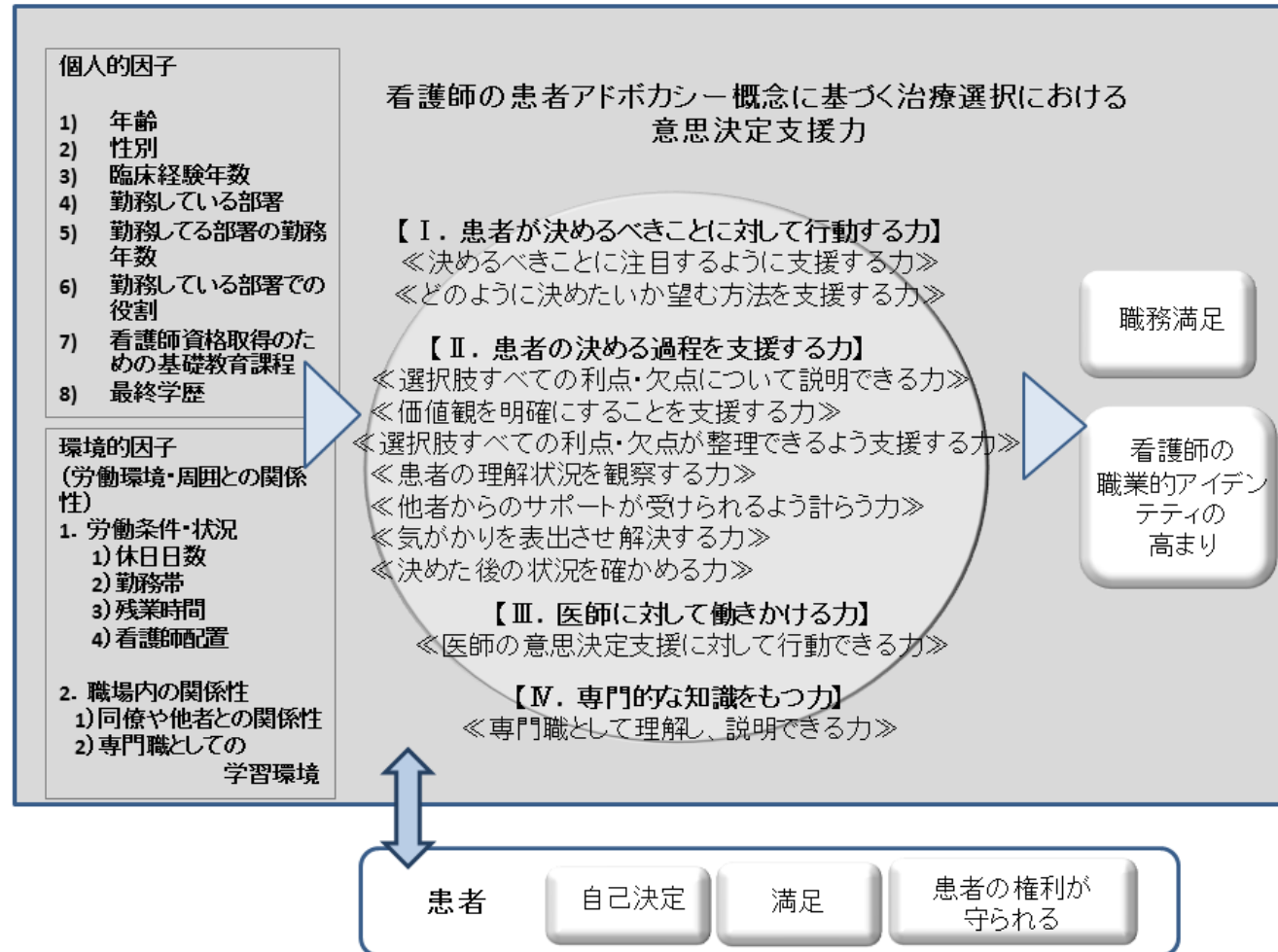


図3 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力「看護の対象となる人をエンパワメントする」に焦点化した概念枠組み

表3 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」の構成概念

概念	下位概念	下位概念の定義
I 患者が決めるべきことに対して行動する力	決めるべきことに注目するように支援する力	決めることに対する患者のレディネスを把握し、何をいつまでに決めるべきか、決めること自体に注目するようかかわる力のこと
	どのように決めたいか望む方法を支援する力	どのように、どの程度関わって、どのような方法で決めることができるかかかわる力のこと
II 患者の決める過程を支援する力	選択肢すべての利点・欠点について説明する力	すべての治療の選択肢とその利点と欠点について、選択しないということも含めて、すべての選択肢に時間をかけ丁寧に説明する力のこと
	価値観を明確にすることを支援する力	患者が治療の選択肢すべてを理解したうえで、自分にとって重要であることを見出すことを支援する力のこと
	選択肢すべての利点・欠点が整理できるよう支援する力	患者が治療の選択肢すべての利点と欠点が整理できるように支援する力のこと
	患者の理解状況を観察する力	治療の選択肢に関する情報について十分理解した上で選択ができるか患者の理解状況を観察する力のこと
	他者からのサポートが受けられるように計らう力	治療の選択をする際に家族や友人から十分な支援が得られ、同じような経験をした人の選択について情報が得られるように計らう力のこと
	気がかりを表出させ解決する力	心配ごとや関心がどこにあり、表出できているか確かめ、解決できるように計らう力のこと
	決めた後の状況を確認する力	患者が自分自身で決め、決めたことに迷わず、自信があるかを確認する力のこと
III 医師に対して働きかける力	医師の意思決定支援に対して行動できる力	患者が主治医から決めるべきこと、すべての治療の選択肢とその利点と欠点について十分な説明を受けた上での選択をし、合意に至っているか確認し、不十分と判断すれば行動できる力のこと
IV 専門的な知識をもつ力	専門職として理解し、説明できる力	患者が受ける治療の選択肢すべてとその利点・欠点、危険性・副作用について理解し、説明できる力のこと

6. 用語の定義

1) 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援」とは、看護師が、患者が治療方針を決める際に、決めるべきことが見出せるよう支援し、すべての選択肢とそれらの利点と欠点を提示し、患者が自身の生活や価値観に合った自律した意思決定ができるように支援し、主治医から適切な意思決定支援が行われているかを観察して行われていなければ患者が受けられるように行動することである。また、これらは看護師の専門的な知識を基盤として行われることを指す。下位概念の定義は表3に示した。

第IV章 研究方法

本研究は「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の開発を行い、その信頼性と妥当性を検討することを目的としている。

1. 本研究への示唆

看護師に対するインタビューを実施し、看護師がどのように「患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援」を行っているか具体的な内容を抽出した。この研究により、次のような示唆を得た。

1) 患者の価値観を明確にしていく支援の必要性

患者の状況を理解し、患者の本心としてどのような気持ちでいるのか、何を望んでいるのか、顕在化しているものだけでなく潜在的な思いや考えをもつ存在であることを認めてそれを引き出し、患者に必要な情報を提供するというプロセスが必要である。

患者の自己決定は患者の権利であり、いくつかの選択肢の中から自らの生活や価値観に合った選択をし、決定することが重要である。

予備研究において看護師が関わった患者は、自ら進んで自己決定できた患者ばかりではなかった。自らの意思や希望を把握し、表現できる患者は多くはない。治療や療養生活に関する様々な選択肢の存在、疾患や外傷によってもたらされる脆弱性によって自らの意思や希望の表出を困難にさせていた。疾患や自身が置かれている状況に対するショックから何を決めればいいのかわからないという事態すら生じていた。

患者が意思表示できない、あるいは要求すら伝えられない場合も、患者が何か表出しているものはないか、気になっていることを表出できているか常に観察する必要があるだろう。患者が常にその人らしくいられるか、患者の価値観を捉えて患者が自身にとっての最善の選択ができているか否か観察を行うことは、意思決定支援において重要な点である。

2) 患者に選択肢に関する全ての情報を伝える必要性

患者への選択肢の提示にあたり、長所や短所は何か、それぞれの副作用やこれらが生じる可能性はどの程度であるか、選択肢に関する全ての情報を説明する必要がある。意思決定支援ではこれらの説明に加えて「選択しない」という選択肢も加えた上での説明

(O'Conner, 2007) が求められる。

予備研究では、患者に治療に関する情報を伝え、患者自身が知識を得ることを支援していく教育的なかわりがみられた。これらは意思決定支援において選択肢に関する情報を伝えることと合致する。予備研究では治療の副作用を含めた詳細な内容まで具体的に説明している結果は見出せなかったが、治療に関する全ての情報を伝えた上で、患者が選択できる必要がある。

また、患者が何をいつまでに決めなければならないのか、どの程度まで決めているのか、決めることに対してどれだけ関わりたいかなど、決定することにおける患者の状況を把握する必要がある。

3) 患者にとって重要な他者を含めた、幅広い対象にサポートを行うことの重要性

患者にとって家族や重要な他者に対し、幅広くサポートすることが重要である。

予備研究において、看護師は患者にとって重要なサポートが誰であるか把握し、患者がサポートを得られるように図っていた。意思決定支援では、患者が十分な支援が得られているか確認し支援が受けられるように図るだけでなく、患者が以前同じような選択をしたことがある人へ相談することや他者が何を重視して決定したのか等、他者が選択した情報も得た上で選択できるよう、幅広い支援が必要である。

4) 患者が選択し、決定した後の支援の重要性

患者が選択肢からの選択をし、自己決定した後の支援も重要である。

予備研究では、患者が選択した後の結果までは見出せなかった。決めた後に気持ちが揺れ動くこともあり、その決定に満足しているか、あるいは納得した上での決定であるのか、自己決定したことに対して多方向からアセスメントすることも加えていく必要があるだろう。

5) 看護師による患者の主治医への関わりの重要性

看護師には、患者が主治医からどのような説明を受けているか、話し合うことができるか、あるいは合意に達しての決定であるのか詳細に観察し、実施されていなければ医師に対して説明を要求するなど声を挙げていくことが求められる。

予備研究では看護師は医師と良好な関係を築くなどの行動が見出されたものの、医師に対して積極的に声を挙げるという行動は顕著に見られなかった。医師に対してどのように働きかけていくことが、患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援であるのかを具体的に示していく必要がある。

2. 研究デザイン

本研究は病院に就業している看護師を対象とした「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」を開発する横断的研究である。

3. 研究方法

本研究の開発過程の手順を図4に示す。

1) 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の尺度構成の決定

尺度項目は既存の看護師の患者アドボカシーを測定する尺度、意思決定支援に関する尺度文献検討、および予備研究の結果を基盤に作成した（表4）。各下位概念の定義を下記に挙げる。

(1) 【1.患者が決めるべきことに対して行動する力】

患者が決めるべきことに対して行動する力は、《決めるべきことに注目するように支援する力》、《どのように決めたいか望む方法を支援する力》の2つの下位概念から構成される。

① 《決めるべきことに注目するように支援する力》

《決めるべきことに注目するように支援する力》は、決めることに対する患者のレディネスを把握し、何をいつまでに決めるべきか、決めること自体に注目するようかわることができ力という看護師の自己評価を6項目4件法で測定する。

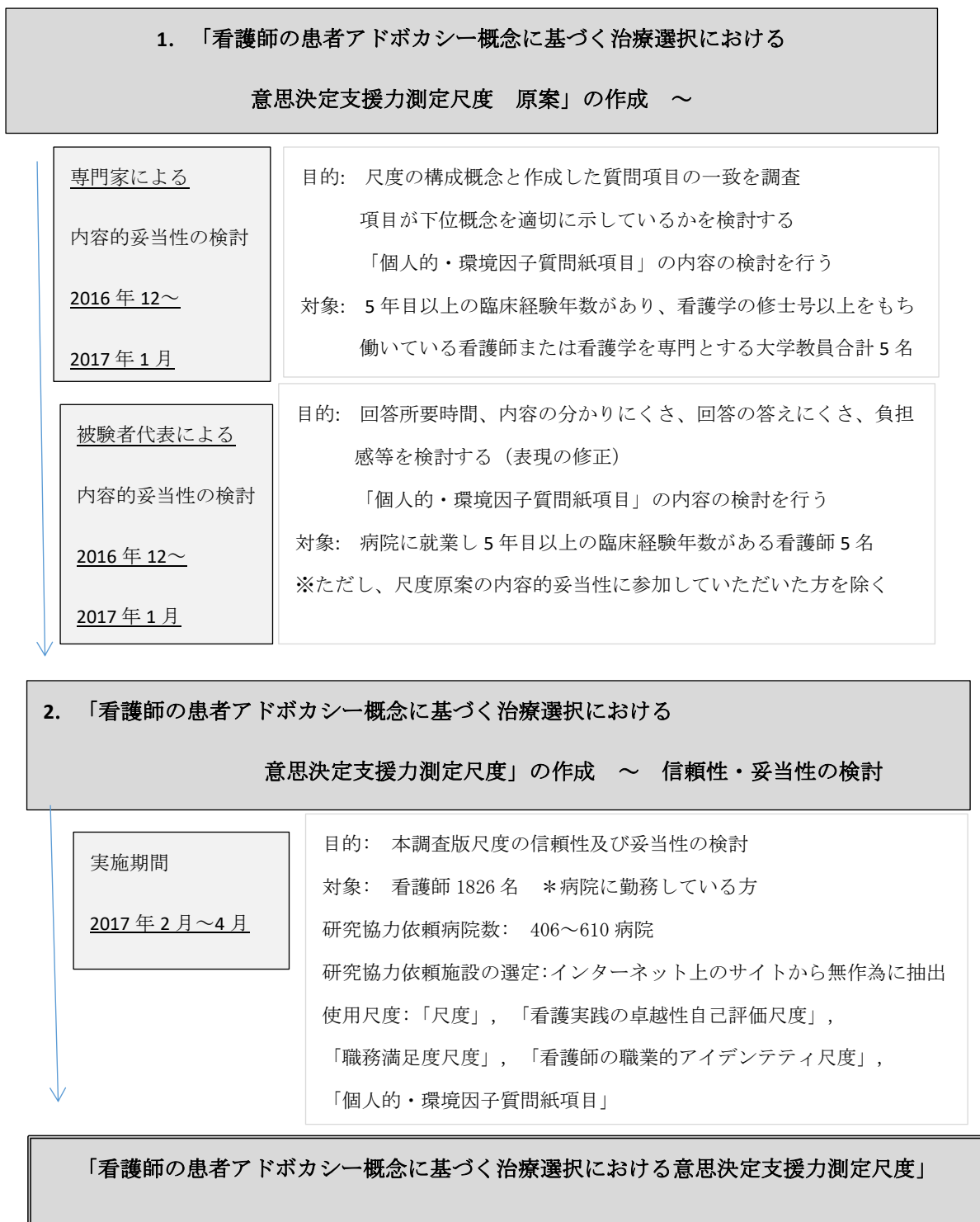


図 4 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」開発過程の手順・研究計画の概要

表 3 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力 尺度 原案

Ⅰ 患者が決めるべきことに対して行動する力	決めるべきことに注目するように支援する力	1 患者が何を決めなければならないか常に把握している
		2 患者が決めようと思った理由を常に把握している
		3 患者がいつまでに決めなければならないか常に把握している
		4 患者が決めることについてどの段階（どのような選択肢があるかまだ十分に知らない、もう少しで決められる、選択肢の中でどれを選ぶか迷っている、もう決めている）にいるか常に把握している
		5 患者がどのような決め方をしたいか常に把握している
		6 患者にとって問題となっていることに注目するように常に関わっている
	どのように決めたいか望む方法を支援する力	7 患者にとって問題となっていることを自身で決めることができるということ常に伝えている
		8 患者にとって問題となっていることに関わりたくないと決める権利があることを常に伝えている
		9 患者が治療方針を決めることにどれだけ関わりたいか必ず確認している
		10 治療に関するどの選択肢が利用可能であるか常に把握している
		11 患者が情報を受け取る際にどのような方法（例；ディスカッション、資料を読む、図式化されたデータを見る、DVDなどのメディア素材を用いるなど）を好むか常に考えている
		12 患者が情報を受け取るために好む方法（例；ディスカッション、資料を読む、図式化されたデータを見る、DVDなどのメディア素材を用いるなど）を利用している
Ⅱ 患者の決める過程を支援する力	選択肢すべての利点・欠点について説明する力	13 治療の選択肢があることを提示している
		14 治療の選択肢を提示する際、選択肢の中に「選択しない」ということも含ませている
		15 治療の選択肢すべての利点と欠点について、時間をかけ丁寧に説明している
		16 治療を選択しない場合の利点と欠点について、時間をかけ丁寧に説明している
		17 治療の選択を今決めなければならないか、あるいは時間があるかについて必ず説明している
		18 患者が治療の選択肢の中で最も良いものを選択することに自信があるか常に把握している
	価値観を明確にすることを支援する力	19 患者が治療の選択肢の中でどの利点を最も重視するか明確にすることを常に支援している
		20 患者が治療の選択肢の中でどの危険性と副作用を最も重視するか明確にすることを常に把握している
		21 患者が治療の選択肢の中で有益性、危険性、副作用のどれを重視するか明確にすることを常に支援している
		22 患者がどの選択肢が最も良いと思っているか常に把握している
		23 患者が何を選択すべきか自信があるか否かを常に把握している
		24 患者が決めたことは患者にとって何が重要かを示すものであることを常に意識している
	選択肢すべての利点・欠点が整理できるよう支援する力	25 患者が治療の選択肢すべての利点と欠点が整理できるように常に関わっている
		26 患者が治療の選択肢すべての利点と欠点の重要度が整理できるように常に関わっている
		27 患者が治療の選択肢すべての利点と欠点を理解しているか常に把握している
		28 患者が治療の選択肢すべての利点と欠点が実際に起こる可能性（確率）について調べているか常に把握している
		29 治療の選択肢すべての利点と欠点の中で、患者にとってどれが一番重要か明確にすることを常に支援している
	患者の理解状況を観察する力	30 患者が得た情報について理解しているか常に確認している
		31 患者が十分な情報を得た上で治療を選択したか常に把握している
	他者からのサポートが受けられるように計らう力	32 患者が家族や友人から十分な支援が得られているか常に把握している
		33 患者が自身にとって何が一番重要かについて、他者と話し合えているか常に把握している
		34 患者がかつて同じような選択をした人に話を聞くことができること、について情報提供している
		35 患者が他者は何を重要視して決めたのか書かれたものを読むことを情報提供している
	気がかりを表出させ解決する力	36 患者が気になっていることを表出できているか常に把握している
		37 患者が気になっていることを表出できるように常に支援している
		38 患者が治療の選択肢の利点と欠点が生じた場合にどうなるかについて主治医に聞くことができているか常に把握している
		39 患者が気になっていることに対してどのように解決しようと思っているか、常に探っている
		40 患者の関心や心配がどこにあるか常に探求している
		41 患者が質問できる機会を常に提供している
Ⅲ 医師に対して働きかける力	医師の意思決定支援に対して行動できる力	42 患者が治療を受けるか否か決めることに難しさを感じていないか常に把握している
		43 患者が他者からの圧力を受けることなく選択しているか常に把握している
		44 患者が決めたことに対して変わることはないと思っているか常に把握している
		45 患者が決めたことに対してゆらぎはないか常に観察している
		46 患者が自身の決定に満足しているか常に観察している
		47 患者が治療方針を決めた後、その決定で良いか必ず尋ねている
	患者の主治医が患者に決めるべきことを説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている	48 患者の主治医が患者に決めるべきことを説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている
		49 患者の主治医が患者に治療の選択肢があることを説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている
		50 患者の主治医が患者に治療の選択肢すべての利点と欠点について詳細に説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている
		51 患者の主治医が患者に全ての情報を理解できるように説明していない時、説明する必要があることを医師に常に伝えている
		52 患者の主治医が患者にどの治療を選択したいか尋ねていない時、尋ねる必要があることを医師に常に伝えている
		53 患者の主治医と患者が治療の選択肢について徹底的に話し合っているか常に観察している
	患者の主治医と患者が治療の選択の際、意思が一致したか常に確認している	54 患者の主治医と患者が治療の選択肢を選ぶ際、意思が一致したか常に確認している
		55 患者の主治医と患者が治療の継続について同意に達しているか、常に確認している
Ⅳ 専門的な知識をもつ力	専門職として理解し、説明できる力	56 治療の選択肢すべてについて常に把握している
		57 治療の選択肢すべての利点と欠点について常に把握している
		58 治療の選択肢すべての危険性と副作用を常に把握している

② 《どのように決めたいか望む方法を支援する力》

《どのように決めたいか望む方法を支援する力》はどのように、患者が決めるべきことに対してどの程度関わり、どのような方法で決めることができるかにかかわる力のことである。看護師の積極的なかかわりが含まれる。これら看護師の自己評価を6項目4件法で測定する。

(2) 【Ⅱ.患者の決める過程を支援する力】

患者の決める過程を支援する力は、《選択肢すべての利点・欠点について説明する力》、《価値観を明確にすることを支援する力》、《選択肢すべての利点・欠点が整理できるよう支援する力》、《患者の理解を観察する力》、《他者からのサポートが受けられるように計らう力》、《気がかりを表出させ解決する力》、《決めた後の状況を確認する力》の7つの下位概念から構成される。

① 《選択肢すべての利点・欠点について説明する力》

《選択肢すべての利点・欠点について説明する力》は、すべての治療の選択肢とその利点と欠点について、選択しないということも含めてすべての選択肢に時間をかけ丁寧に説明する力のことである。看護師の自己評価を5項目4件法で測定する。

② 《価値観を明確にすることを支援する力》

《価値観を明確にすることを支援する力》は、患者が治療の選択肢すべてを理解したうえで、自分にとって重要であることを見出すことを支援する力のことである。看護師の自己評価を7項目4件法で測定する。

③ 《選択肢すべての利点・欠点が整理できるよう支援する力》

《選択肢すべての利点・欠点が整理できるよう支援する力》は、患者が治療の選択肢すべての利点と欠点が整理できるように支援する力のことである。看護師の自己評価を5項目4件法で測定する。

④ 《患者の理解状況を観察する力》

《患者の理解状況を観察する力》は患者が治療の選択肢に関する情報について十分理解した上で選択ができるか、患者の理解状況を観察する力のことである。看護師の自己評価を 2 項目 4 件法で測定する。

⑤ 《他者からのサポートが受けられるように計らう力》

《他者からのサポートが受けられるように計らう力》は治療の選択をする際に家族や友人から十分な支援が得られ、同じような経験をした人の選択について情報が得られるように計らう力のことである。看護師の自己評価を 4 項目 4 件法で測定する。

⑥ 《気がかりを表出させ解決する力》

《気がかりを表出させ解決する力》は患者が選択肢を選び、決定する際に心配ごとや関心がどこにあり、表出できているか確かめ、解決できるように計らう力のことである。看護師の自己評価を 7 項目 4 件法で測定する。

⑦ 《決めた後の状況を確認する力》

《決めた後の状況を確認する力》は患者が選択肢を選んだ後、決めたことに迷わず、自信があるかを確認する力のことである。5 項目 4 件法で測定する。

(3) 【Ⅲ.医師に対して働きかける力】

医師に対して働きかける力は、《医師の意思決定支援に対して行動できる力》という 1 つの下位概念から構成される。

① 《医師の意思決定支援に対して行動できる力》

《医師の意思決定支援に対して行動できる力》は、患者が主治医から決めるべきこと、すべての治療の選択肢とその利点と欠点について十分な説明を受けた上での選択をし、合意

に至っているか確認し、不十分と判断すれば行動できる力のことである。看護師の自己評価を8項目4件法で測定する。

(4) 【IV.専門的な知識をもつ力】

専門的な知識をもつ力は、《専門職として理解し、説明できる力》という1つの下位概念から構成される。

① 《専門職として理解し、説明できる力》

《専門職として理解し、説明できる力》は、患者が受ける治療の選択肢すべてとその利点・欠点、危険性・副作用について理解し、説明できる力のことである。看護師の自己評価を3項目4件法で測定する。

2) 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力測定尺度」と同時に測定する「個人的および環境的因子質問紙」の構成

「個人的および環境的因子質問紙」の尺度構成は文献検討、予備研究として実施した質的研究より抽出した（表4, 5）。

表4 個人的因子

個人的因子 8項目		
1) 年齢	あなたの年齢はいくつですか。	歳
2) 性別	性別について	1. 女性 2. 男性
3) 臨床経験年数	あなたの臨床経験年数は何年ですか。 (常勤・パート問わず)	年
4) 現在勤務している部署	現在勤務している部署について教えてください (例) 消化器外科病棟, 糖尿病外来	
5) 現在勤務している部署の勤務年数	現在勤務している部署での勤務年数を教えてください	年
6) 現在勤務している部署での役職について	現在勤務している部署での役職を教えてください	1. スタッフナース 2. 管理職 3. 専門看護師 () 4. 認定看護師 () 5. その他 ()
7) 看護師資格取得のための看護基礎教育課程	看護師資格取得のための看護基礎教育課程について教えてください	1. 専門学校 2. 短大 3. 大学 4. その他 ()
8) 最終学歴について	最終学歴について教えてください	1. 専門学校 2. 短大 3. 大学 4. 大学院 (修士課程) 5. 大学院 (博士課程) 6. その他 ()

表 5 環境的因子

環境的因子（労働状況・職場の関係性）15項目		
1) 労働状況（4項目）	1 前月の休日日数をお答えください	日
	2 あなたの前月の勤務帯について	1. 2交代勤務 2. 3交代勤務 3. 日勤のみ 4. 準夜勤のみ 5. 夜勤のみ 6. その他
	3 日勤の時、1日平均何時間ぐらい残響しますか（準夜勤・夜勤のみの勤務の方は、その時の残業時間をお答えください）	時間 分
	4 あなたが現在就業している医療施設の看護師配置について	1. 7:1看護師配置体制 2. 10:1看護師配置体制 3. その他
2) 職場の関係性（13項目）	あなたが所属する部署について以下についてどの程度当てはまりますか。該当する番号を1つだけ選び○で囲んでください。	
同僚や他職種との関係性	1 患者が治療方針を決めることについて、話し合える同僚がいる	1. まったくあてはまらない 2. あまりあてはまらない 3. あてはまります 4. かなりあてはまる 5. 非常にあてはまる
	2 目標となる上司や先輩がいる	
	3 患者が治療方針を決めることについて、相談できる上司や先輩がいる	
	4 患者が治療方針を決めることについて、話しやすい病棟の環境である	
	5 患者が治療方針を決めることについて医師と話し合いやすい雰囲気がある	
	6 患者が治療方針を決めるについてケアやわからないことについて薬剤師や栄養士、理学療法士などの他職種と話し合いやすい雰囲気がある	
	7 職場の環境には満足している	
専門職としての学習環境	8 病棟単位での勉強会はよく開催されている	
	9 病棟単位での勉強会はよく参加する	
	10 病棟での意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている	
	11 病院内の勉強会はよく開催されている	
	12 病院内での意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている	
	13 病院内の勉強会はよく参加する	

3) 尺度開発の流れ

(5) 内容的妥当性の検討

内容的妥当性とは、尺度の項目が測定すべき領域をどの程度適切にカバーしているかを示す概念である（鎌原ら, 1998）。概念の定義と作成した質問項目が合致しているかどうかを判定してもらう方法を用いることとし（鎌原ら, 1998）、測定しようとしている概念について看護研究の専門家および被験者の代表に概念の定義と質問項目を明示、質問項目の各々がその概念の定義に合致しているか検討を依頼した。下位概念の定義を明記し、その下位概念に該当する項目が定義に合致するか否かを判定してもらった。項目選定の基準は、文献（鎌原, 1998）を参考とし、判定者 3 名に対して 2 名以上の同意、4 名であれば 3 名以上の同意が得られた項目を選定する基準を用いた。また、回答所要時間、内容のわかりにくさ、負担感について意見を聞いた。

専門家については 5 年目以上の臨床経験、看護学の修士号以上をもち臨床で働いている看護師看護学を教えている大学教員 4 名に依頼し、被験者の代表については 5 年目以上の経験をもつ病院で就業する看護師 4 名に依頼した。

調査期間は、2016 年 12 月～2017 年 1 月とした。

(6) 本調査

専門家と被験者の代表による内容的妥当性の検討の結果、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」を作成した。そこで本尺度の信頼性・妥当性の検討を行い、さらに、看護師の個人的および環境的因子との関係性を検討した。

① 対象

調査依頼時点で、病院に勤務している看護師を対象とした。

② 必要対象者数の算出

探索的研究で必要とされるサンプルサイズは調査項目数の 2 倍程度とされている

(高木, 2006)。一方、石井 (2005) は、尺度を開発する場合、必要な被験者数の目安として、項目数の 5～10 倍の値であると述べている。本研究では石井 (2005) を参考とし、必要な被験者数を項目数の 5 倍と設定した。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」58 項目、個人的・環境的因子質問紙」の 25 項目、「看護実践の卓越性自己評価尺度」35 項目、「職務満足測定尺度」28 項目、「看護師のアイデンティティ尺度」20 項目、合計 166 項目であり、石井 (2005) を参考とすると、830 名からの有効回答が必要である。

看護師を対象とし、郵送法を用いて質問紙を回収した先行研究を参考にして回収率 50% と見積もると 1660 名への配布が必要となる。有効回答数を 90% と見積もり、1826 名に配布することを目指し、協力を依頼した。

③ 実施期間

2017 年 2 月～2017 年 4 月

(7) 本調査の実施方法

① 協力依頼施設の抽出

本研究と同様、無作為に対象施設を抽出し、看護師を対象とした先行研究 (三浦, 2011) では、一施設当たりの平均配布部数は 37 部であった。就業看護師数の少ない病院があることを考慮し、平均配布部数を 30 部と仮定すると、約 61 施設の協力が必要である。また、無作為に対象医療施設を抽出した別の先行研究 (菱沼, 2009) を参考にすると、協力が得られる病院の割合は 10～15% であった。そこで本研究は、406～610 病院への協力依頼を行う必要があった。

協力依頼施設の抽出は、独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療総合サイト WAMNET 内の「医療」の「サービス提供機関の情報 (医療機能情報)」から、全国の病院を抽出した。北海道・東北地区、関東地区、中部地区、近畿地区、中国四国地区、九州・沖縄地区の 7 ブロックに分け、200 床以上の病院を抽出し、合計 300 病院を質問紙配布対象とした。ひと病院につき質問紙配布の上限を 50 部とした。

② 対象施設の決定

抽出した施設の看護部責任者に対し、研究の趣旨および実施手順について説明した文章を送付して研究協力を依頼し、調査協力の諾否を回答してもらった。文書には、連絡の窓口になる担当者の氏名と連絡先、配布可能な質問数を記載する欄を設けた。

③ 質問紙の配布と返却

研究協力の得られた病院の担当者宛てに、文書に指定された数の質問紙を送付した。調査の対象となる看護師には、研究の概要、協力依頼および倫理的配慮を記載した研究協力依頼文、返信用封筒を施設担当者より配布してもらった。研究協力者へは、研究協力が強制されることではないこと、自由意思による協力であると倫理的配慮を研究協力依頼文に明記した。質問紙の返却は協力者から直接研究者に郵送してもらった。

④ 実施手順

調査は本研究の質問紙のうち「尺度」、「個人的および環境的因子」、「看護実践の卓越性自己評価尺度」、「職務満足度尺度」および「看護師の職業的アイデンティティ尺度」で構成される。内容への回答を依頼した。

(8) 分析方法 【尺度の信頼性・妥当性の検討】

回収した「本調査版尺度」は統計パッケージ SPSS23.0、および AMOS24.0 を使用し、下記の項目について統計学的に分析を行った。

① 探索的因子分析

「尺度」における因子構造の確認を行うために、探索的因子分析を行った。因子の抽出には最尤法、因子軸の回転にはプロマックス法を用いた。

② 確認的因子分析

構造方程式モデリング (Structural Equation Modeling、以下 SEM) を用いた確認的因子分析を行い、「尺度」の各下位概念間の構造を確認した。

③ 妥当性の検討

因子的妥当性、収束的妥当性、予測的妥当性を得た。

A 因子的妥当性の検討

探索的因子分析後、SEMによる確認的因子分析を行った。

B 収束的妥当性の検討

収束的妥当性を検討するために「看護実践の卓越性自己評価尺度」（亀岡,2009）を使用した。この尺度は、病院に就業する5年目以上の臨床経験をもつ看護師が看護実践の卓越性を自己評価するものである。「看護実践の卓越性自己評価尺度」は、探索的因子分析において主因子法、バリマックス回転を用いて分析を行っており、35項目より構成されている。各下位尺度のクロンバック α 係数は、0.84から0.90の範囲にある。内的一貫性という点で信頼性を有していると考えられる。さらに、因子分析による各因子の寄与率は7.2%～10.8%の範囲にあり、累積寄与率は61.0%を示している。各下位尺度を構成する5質問項目は、同一の因子に0.4以上の因子負荷量を示していた。これにより、この尺度は構成概念妥当性を確保していることが示されている。

「看護実践の卓越性自己評価尺度」の「VI.患者の人権尊重と尊厳の遵守」の項目には、「26.患者自身の習慣を尊重しながら日常生活を援助している」、「27. 患者自身の意向を確認しながら日常生活を援助している」、「28.患者はその人らしく日々を過ごせるように援助している」、「29.患者や家族の希望を最大限取り入れて援助している」ことが設けられており、患者の価値観に合った、患者を尊重した援助を行っているかを問う項目が設定されている。これらは看護実践の卓越性として表現されている。「看護実践の卓越性」と「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力」は、卓越した看護実践力として関連があることで等質である。尺度の使用に関しては、開発者の承諾を得た。

C 予測的妥当性の検討

予測的妥当性を得るために「職務満足測定尺度」、「看護師の職業的アイデンティティ尺度」を用いた。

文献検討により、患者アドボカシーの帰結は看護師の専門職としての満足、看護師の職業的アイデンティティにつながっている。

- ・「職務満足測定尺度」（撫養, 2014）

この尺度は病院に就業する看護師が職務満足を自己評価するために開発されている。

探索的因子分析において、主因子法によるプロマックス回転を用いて分析を行っており、28項目より構成される。各下位尺度のクロンバック α 係数は、0.74 から 0.93 の範囲にある。内的整合性の支持には、信頼係数が 0.7 以上であれば許容されるため、この尺度は基準をクリアしているといえ、内的整合性が支持されている。尺度の使用に関しては、開発者の承諾を得た。

- ・「看護師の職業的アイデンティティ尺度」（佐々木, 2006）

この尺度は病院に就業する看護師が看護師としての職業アイデンティティを自己評価するために開発されている。

探索的因子分析において、主因子法によるプロマックス回転を用いて分析を行い、20項目で構成されている。20項目第1因子に所属し、クロンバック α は 0.84 を示し、尺度の信頼性が確認されている。尺度の使用に関しては、開発者の承諾を得た。

④ 信頼性の確認

概念および下位概念における信頼係数、クロンバック α を算出し、内的一貫性の確認を行った。内的一貫性の確認を行った。

⑤ 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力測定尺度」合計点と各関連因子の検討

得られた尺度の合計点数と下位概念ごとの合計点数と各関連因子の検討を行い、得点と因子の関連性をみた。

4) 倫理的配慮

本調査を実施するにあたり、以下の倫理的配慮を行った。

(1) 自由意思による参加の保証

研究協力依頼文書には、自由意思による協力であること、不参加によって不利益が生じるものではないこと、協力の中止はいつでも可能であることとその方法を明記した。

(2) プライバシーの保持

① 参加者の施設名や匿名性を保護し、分析や結果の公表の際には施設や個人が特定されないことを説明文に明記した。

② 質問紙の回答は無記名で行い、さらに、郵送法で回答を行うことで、回答者個人が特定されないように保証した。

③ 研究協力依頼施設からの返信はがきと、回答2回目を了承する文書には、個人情報が記載されている。そのため、個人情報保護シールの添付やシュレッダーでの破棄により、プライバシーの保護に努めた。

(3) データの管理

① 回収された質問紙は、鍵のかかる保管場所で保管し、研究の分析や結果の公表に必要な期限に留意して責任をもって管理した。保管が必要な期限が終了した際には、適切な方法で破棄を行う。

② 回収したデータを入力した電子ファイルは、暗証番号の設定を行った。本研究関係者以外は見ることのできないようにし、保管が必要な期限が終了した後は、適切に破棄を行った。

③ 回収したデータは、本研究の目的のみに使用した。

(4) 研究協力者への説明

研究依頼書には以上を記載し、同意が得られた場合のみ質問紙の回答に協力していただくこととし、質問紙の回収をもって参加への同意が得られたものとした。

第V章 結果

1. 専門家による内容的妥当性の検討

1) 参加した人数

4名に依頼し、3名から回答を得た。

2) 項目選定の基準

4人中2名が項目と概念が合致していないと判断した項目はなかった。

3) その他の欄へのコメントによる修正や追加

I の概念【患者が決めるべきことに対して行動する力】

下位概念1「決めるべきことに注目するように支援する力」では、決めるべきことや患者の状態を最初から把握していることが「決めるべきことに注目するように支援する力」であるかのように受け取れる、看護師は患者の「決めるべきこと」について一緒に引き出していくのではないかとの意見があった。看護師は患者と共に考え、患者の意見を引き出していく役割があることから考えると、項目の「把握している」という表現を「関心をもっている」、「理解しようとしている」などの表現に変更することが望ましいと考え、表現を変更した。

II の概念【患者の決める過程を支援する力】

下位概念1「選択肢すべての利点・欠点について説明する力」17「治療の選択を今決めなければならないか、あるいは時間があるかについて必ず説明している」は、決定までに時間の余裕があるのかという指摘があった。この項目は患者が決定しなければならない時までの時間的余裕についての説明という点であり、解釈に誤解が生じる可能性があった。「治療の選択を今決めなければならないか、いつまでに決めなければならないかについて必ず説明している」に変更した。

下位概念2「価値観を明確にすることを支援する力」は患者が治療の選択肢すべてを理解したうえで、患者自身にとって重要であることを見出すことを支援する力のことを表す。

20「患者が治療の選択肢の中でどのような危険性と副作用を最も重視するか明確にすることを常に把握し支援している」では、「把握している」は最初からわかっているという意味に読めるという指摘があり、「支援している」という表現に変更した。

下位概念3「選択肢すべての利点・欠点が整理できるよう支援する力」にある25「患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点が整理できるように常に関わっている」では、「関わる」と「支援する」はどう使い分けているのかという意見があった。「関わる」は関係をもつ、関係する、一方「支援」とは力を貸して助ける、という意味をもつ（広辞苑）。「支援」の方が能動的である。下位概念3は「選択しすべての利点・欠点が整理できるように支援する力」であり、その下位項目であることを考えると「関わる」を表記とする。「関わる」「把握する（把握した上で関わっている）」ことで支援につながることを提示する。

29「治療の選択肢のすべての利点と欠点の中で、患者にとってどれが一番重要か明確にすることを、常に支援している」は25、26の実施を踏まえた上での（一歩進んだ）かわり方であることを考え、「支援する」の表現のままとした。

下位概念4「患者の理解状況を観察する力」にある31「患者が十分な情報を得た上で治療を選択したか常に把握している」では、「治療を選択したか」だけでなく、「または治療しないことを選択したか」を入れたほうが良いという意見があった。この概念は「患者の理解状況を観察する力」であり、患者が十分な情報を得た上で「治療」を選択するだけでなく、「治療をしない」選択をしたかもある。そのため、31は「治療をしないことを選択したか」も入れることにした。

下位概念5「他者からのサポートが受けられるように計らう力」では、34「患者がかつて同じような選択をした人に話を聞くことができることについて、情報提供している」は、患者が望まないから情報提供しないということはないかという意見があった。この概念は「（患者が）他者からのサポートが受けられるように計らう力であり、『患者がかつて同じような選択をした人に話を聞くことができること』を情報提供しているか否かを問うている。情報提供したほうが良いかは患者が判断することであり、患者は自身に関する情報は提供される権利があることを考え、この項目を残した。

Ⅲの概念【医師に対して働きかける力】

下位概念1「医師が行う意思決定支援に対して行動できる力」にある48「患者の主治医が患者に決めるべきことを説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている」は、医師が患者に決めるべきことがある、と説明するのか、あなた（患者）が決めてよいのですよと説明するのかどちらか、という意見があった。この項目で表現したかったことは、医師が患者に情報提供した上で「この治療を受けるか受けないか決めてくださいと」ということと「あなたが決めていい」ということの両者である。患者に関することを決めるのは患者（自身）であるということが基本的な概念であるため、表記は変更しなかった。54「患者の主治医と患者が治療の選択肢を一緒に選んだか、常に確認している」は患者と主治医の意見の一致をみることが患者のアドボカシーなのか、という質問があった。この項目は、医師が一方的に決めるのではなく、患者と一緒に選んだかどうかという意味であるため、項目は残した。

Ⅳの概念【専門的な知識をもつ力】

下位概念1「専門職として理解し、説明できる力」は、この三つで説明できるか疑問である、この概念下で少し異なるものを二つ足し、因子分析の時に良い項目が選ばれるようにしたほうがよいのでは、という意見があった。59「治療の選択肢すべてについて常に理解しようとしている」、60「治療の選択肢すべてについて常に確認している」を加えた。

以上の検討から、60項目からなる「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度 Ver.2」を作成した（表6）。

表 6 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援尺度 Ver.2

		変更前	変更後
I 患者が決めるべきことに対して行動する力	決めるべきことに注目するように支援する力	1 患者が何を決めなければならないか常に把握している	患者が何を決めなければならないか常に <u>関心をもっている</u>
		2 患者が決めようと思った理由を常に把握している	患者が決めようと思った理由を常に <u>理解しようとしている</u>
		3 患者がいつまでに決めなければならないか常に把握している	患者がいつまでに決めなければならないか常に <u>意識している</u>
		患者が決めることについてどの段階（どのような選択肢があるかまだ十分に知らない、もう少しで決められる、選択肢の中でどれを選ぶか迷っている、もう決めている）にいるか常に把握している	患者が決めることについてどの段階にいるか常に <u>確認している</u>
		5 患者がどのような決め方をしたいか常に把握している	患者がどのような決め方をしたいか常に <u>理解しようとしている</u>
		6 患者にとって問題となっていることに注目するように常に関わっている	そのまま
	どのように決めたいか望む方法を支援する力	7 患者にとって問題となっていることを自身で決めることができるということ常に伝えている	そのまま
		8 患者にとって問題となっていることに関わりたくない決める権利があることを常に伝えている	そのまま
		9 患者が治療方針を決めることにどれだけ関わりたいか必ず確認している	そのまま
	価値観を明確にすることを支援する力	10 治療に関するどの選択肢が利用可能であるか常に把握している	患者の治療に関してどのような選択肢が利用可能であるか常に把握している
		11 患者が情報を受け取る際にどのような方法（例：ディスカッション、資料を読む、図式化されたデータを見る、DVDなどのメディア素材を用いるなど）を好むか常に考えている	そのまま
		12 患者が情報を受け取るために好む方法（例：ディスカッション、資料を読む、図式化されたデータを見る、DVDなどのメディア素材を用いるなど）を利用している	患者の好む方法を使って患者に情報を提供している
II 患者の決める過程を支援する力	選択肢すべての利点・欠点について説明する力	13 治療の選択肢があることを提示している	そのまま
		14 治療の選択肢を提示する際、選択肢の中に「選択しない」ということも含ませている	そのまま
		15 治療の選択肢すべての利点と欠点について、時間をかけ丁寧に説明している	治療の選択肢それぞれの利点と欠点について、時間をかけ丁寧に説明している
		16 治療を選択しない場合の利点と欠点について、時間をかけ丁寧に説明している	そのまま
		17 治療の選択を今決めなければならいか、あるいは時間があるかについて必ず説明している	治療の選択をいつまでに決めなければならないか について必ず説明している
	価値観を明確にすることを支援する力	18 患者が治療の選択肢の中で最も良いものを選択することに自信があるか常に把握している	患者が治療の選択肢の中で <u>最も良いものを自信をもって選択しているか</u> を常に意識している
		19 患者が治療の選択肢の中でどの利点を最も重視するか明確にすることを常に支援している	そのまま
		20 患者が治療の選択肢の中でどの危険性と副作用を最も重視するか明確にすることを常に把握している	患者が治療の選択肢の中で <u>どのような危険性と副作用を最も重視するか</u> 明確にすることを常に支援している
		21 患者が治療の選択肢の中で有益性、危険性、副作用のどれを重視するか明確にすることを常に支援している	そのまま
		22 患者がどの選択肢が最も良いと思っているか常に把握している	患者がどの選択肢が最も良いと思っているかを常に <u>意識している</u>
		23 患者が何を選択すべきか自信があるか否かを常に把握している	そのまま
		24 患者が決めたことは患者にとって何が重要かを示すものであることを常に意識している	そのまま
	選択肢すべての利点・欠点が整理できるような支援する力	25 患者が治療の選択肢すべての利点と欠点が整理できるように常に関わっている	そのまま
		26 患者が治療の選択肢すべての利点と欠点の重要度が整理できるように常に関わっている	患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点の重要度を整理することができるように、常に関わっている
		27 患者が治療の選択肢すべての利点と欠点を理解しているか常に把握している	患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点を理解しているか、常に <u>意識している</u>
		28 患者が治療の選択肢すべての利点と欠点が実際に起こる可能性（確率）について調べているか常に把握している	患者が治療の選択肢の <u>すべての利点と欠点が生じる可能性について</u> 調べているか、常に <u>確認している</u>
		29 治療の選択肢すべての利点と欠点の中で、患者にとってどれが一番重要か明確にすることを常に支援している	そのまま
	患者の理解状況を観察する力	30 患者が得た情報について理解しているか常に確認している	そのまま
		31 患者が十分な情報を得た上で治療を選択したか常に把握している	患者が十分な情報を得た上で治療を選択したか、 <u>または治療しないことを選択したか</u> 常に確認している
	他者からのサポートが受けられるように計らう力	32 患者が家族や友人から十分な支援が得られているか常に把握している	患者が家族や友人から十分な支援が得られているか、常に <u>確認している</u>
		33 患者が自身にとって何が一番重要かについて、他者と話し合えているか常に把握している	患者が自身にとって何が一番重要かについて他者と話し合えているか、常に <u>確認している</u>
		34 患者がかつて同じような選択をした人に話を聞くことができること、について情報提供している	そのまま
		35 患者が他者は何を重要視して決めたのか書かれたものを読むことを情報提供している	そのまま
	気がかりを表出させ解決する力	36 患者が気になっていることを表出できているか常に把握している	患者が気になっていることを表出できているか常に <u>確認している</u>
		37 患者が気になっていることを表出できるように常に支援している	患者が気になっていることを表出できるように常に <u>関わっている</u>
		38 患者が治療の選択肢の利点と欠点が生じた場合にどうなるかについて主治医に聞くことができるか常に把握している	患者が治療の選択肢の利点と欠点が生じた場合にどうなるかについて主治医に聞くことができるか、常に <u>確認している</u>
		39 患者が気になっていることに対してどのように解決しようと思っているか、常に探っている	そのまま
		40 患者の関心や心配がどこにあるか常に探求している	そのまま
		41 患者が質問できる機会を常に提供している	そのまま
		42 患者が治療を受けるか否か決めることに難しさを感じていないか常に把握している	患者が治療を受けるか否か決めることに難しさを感じていないか、常に <u>確認している</u>
	決めた後の状況を確認する力	43 患者が他者からの圧力を受けることなく選択しているか常に把握している	患者が他者からの圧力を受けることなく選択しているか、常に <u>確認している</u>
		44 患者が決めたことに対して変わることはないと思っているか常に把握している	患者が決めたことに対して変える意思がないか、常に <u>確認している</u>
		45 患者が決めたことに対してゆらぎはないか常に観察している	患者が決めたことに対してゆらぎはないか、常に確認している
		46 患者が自身の決定に満足しているか常に観察している	患者が自身の決定に満足しているか、常に <u>確認している</u>
		47 患者が治療方針を決めた後、その決定で良いか必ず尋ねている	そのまま
		48 患者の主治医が患者に決めるべきことを説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている	そのまま
		49 患者の主治医が患者に治療の選択肢があることを説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている	そのまま
III 医師に対して働きかける力	医師の意思決定支援に 対して行動できる力	50 患者の主治医が患者に治療の選択肢すべての利点と欠点について詳細に説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている	そのまま
		51 患者の主治医が患者に全ての情報を理解できるように説明していない時、説明する必要があることを医師に常に伝えている	そのまま
		52 患者の主治医が患者にどの治療を選択したいか尋ねていない時、尋ねる必要性があることを医師に常に伝えている	そのまま
		53 患者の主治医と患者が治療の選択肢について徹底的に話し合っているか常に観察している	患者の主治医と患者が治療の選択肢について <u>患者が納得するまで話し合っているか</u> 常に観察している
		54 患者の主治医と患者が治療の選択肢を選ぶ際、意思が一致したか常に確認している	そのまま
		55 患者の主治医と患者が治療の継続について同意に達しているか、常に確認している	患者の主治医と患者が治療の継続について <u>合意</u> に達しているか、常に確認している
		56 治療の選択肢すべてについて常に把握している	そのまま
		57 治療の選択肢すべての利点と欠点について常に把握している	そのまま
IV 専門的な知識をもつ力	専門職として理解し、説明できる力	58 治療の選択肢すべての危険性と副作用を常に把握している	そのまま
		59	治療の選択肢すべてについて常に理解しようとしている
		60	治療の選択肢すべてについて常に確認している

2. 被験者の代表による内容的妥当性の検討

専門家による内容的側面からの妥当性の検討後に作成した尺度「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度 Ver.2」を用い、被験者の代表による内容的側面からの妥当性の検討を行った。

1) 参加した人数

4名から回答を得た。

2) 回答所要時間

対象者4名による回答所要時間は、平均18分であった。

3) 質問紙回答への負担感の検討

質問紙を回答する際の負担感について、「全く負担に感じなかった」1点、「あまり負担に感じなかった」2点、「やや負担に感じた」3点、「とても負担に感じた」4点を問う選択肢から回答を得た。その結果、1名が4点、2名が3点、1名が2点と回答し、平均3点であった。本研究で開発する尺度は負担感を感じさせる質問項目であるため、回答者から得たコメントも参考にして表現の修正を行うこととした。提示したい内容は変更せず、理解しやすい言葉に書き換えた。

4) その他の欄へのコメントによる修正や追加

質問の言葉遣いが難しいように思った、質問の内容が似ていて判断に困った、との意見があった。また、ICUや脳外科病棟に勤務している回答者からは、患者が意思決定できるかは意識レベル等によるという意見があった。前述のように、本研究で開発する尺度は患者が自身で治療方針を決める場合であると設定し、看護師としてどのように関わっているかを問っている。本研究の質問紙回答者は、脳外科やICU等の部署問わず、病院に勤務するすべての看護師を対象としており、対象となる回答者の変更はないものとした。

以上の検討と反転項目を作成して 60 項目からなる「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度 ver.3」を作成した（表 7）。

表 7 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度 Ver.3

	まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	あてはまる	かなりあてはまる
1 患者が何を決めなければならないかに、いつも関心を寄せている	1	2	3	4
2 患者が決めようと思った理由を、常に理解しようとしている	1	2	3	4
3 患者がいつまでに決めなければならないか、ほとんど意識していない	1	2	3	4
4 患者が治療方針決定までのどの段階で迷っているか、いつも患者に尋ねている （※段階とは：まだ考えていない、もう少しで決められる、考えている、もう決めているなどのことを指します）	1	2	3	4
5 患者がどのような決め方をしたいか、常に理解しようとしている	1	2	3	4
6 患者にとって問題となっていることに注目するように、常に関わっている	1	2	3	4
7 患者にとって問題となっていることは、患者自身が決めることができるということを、常に患者に伝えている	1	2	3	4
8 患者にとって問題となっていることに患者自身がかかわりたくないと決める権利があることを、患者に伝えている	1	2	3	4
9 患者が治療方針を決めることにどれだけ関わりたいか、患者に確認していない	1	2	3	4
10 患者の治療に関してどのような選択肢があるか、常に把握している	1	2	3	4
11 患者が情報を受け取る際にどのような方法を好むか常に考えている（例；話し合う、資料を読む、データを見る、DVDなどのメディア素材を使う、など）	1	2	3	4
12 患者の好む方法で情報を提供していない	1	2	3	4
13 治療の選択肢があることを患者に提示していない	1	2	3	4
14 患者に治療の選択肢を説明する際、「どれも選択しない」という選択もあることを説明している	1	2	3	4
15 治療の選択肢それぞれの利点と欠点について、患者に時間をかけ丁寧に説明している	1	2	3	4
16 治療を選択しない場合の利点と欠点について、患者に時間をかけ丁寧に説明している	1	2	3	4
17 治療についていつまでに決めなければならないか、今すぐ決める必要があるか、患者に説明している	1	2	3	4
18 患者が自分にとって最善の治療であると納得して選択しているか、いつも気にかけているとはいえない	1	2	3	4
19 患者が治療の選択肢の中でどの利点を最も重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している	1	2	3	4
20 患者が治療の選択肢の中でどのようなリスクと副作用を最も重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している	1	2	3	4
21 患者が治療の選択肢の中で有益性、リスク、副作用のどれを重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している	1	2	3	4
22 患者がどの選択肢が最も良いと思っているかを常に意識している	1	2	3	4
23 患者が自分の選択に納得しているか、常に意識している	1	2	3	4
24 患者が決めたことはその患者にとって何が重要かを示すものであることを、常に意識している	1	2	3	4
25 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点が整理できるように、常に関わっている	1	2	3	4
26 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点の重要度を整理することができるように、常に関わっている	1	2	3	4
27 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点を理解しているか、常に意識している	1	2	3	4
28 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点が生じる可能性について調べているか、確認していない	1	2	3	4
29 それぞれの治療の選択肢の利点と欠点のうち、患者が患者自身にとってどれが一番重要か明確にできるように、し	1	2	3	4
30 患者が得た情報を理解しているか、常に患者に確認している	1	2	3	4
31 患者が十分な情報を得た上で治療を選択したか、または治療しないことを選択したか、常に患者に確認している	1	2	3	4
32 患者が家族や友人から十分な支援が得られているか、常に患者に確認している	1	2	3	4
33 患者自身にとって一番重要なことを誰かと話し合っているか、あまり確認していない	1	2	3	4
34 患者がかつて同じような選択をした人に話を聞くことができることについて、常に情報提供している	1	2	3	4
35 他の患者が何を重要視して決めたのか書かれたものを読むことができることを、患者に伝えている	1	2	3	4
36 患者が気になっていることを表出できているか、患者に確認していない	1	2	3	4
37 患者が気になっていることを表出できるように、常に関わっている	1	2	3	4
38 患者が治療の選択肢の利点や欠点が生じたらどのような状態になるかについて主治医に質問できているか、いつも確認している	1	2	3	4
39 患者が気になっていることに対してどのように解決しようと思っているか、常に探っている	1	2	3	4
40 患者の関心や心配がどこにあるか、常に探求している	1	2	3	4
41 患者が質問できる機会を常に提供している	1	2	3	4
42 患者が治療を受けるか否か決めることに難しさを感じていないか、常に患者に確認している	1	2	3	4
43 患者が他者からの圧力を受けることなく選択しているか、常に患者に確認している	1	2	3	4
44 患者が決めたことに対して変える意思がないか、常に患者に確認している	1	2	3	4
45 患者が決めたことに対してゆらぎはないか、患者に確認していない	1	2	3	4
46 患者が自身の決定に納得しているか、常に患者に確認している	1	2	3	4
47 患者が治療方針を決めた後、その決定で良いか必ず患者に尋ねている	1	2	3	4
48 患者の主治医が患者に決めるべきことは何かを説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている	1	2	3	4
49 患者の主治医が患者に治療の選択肢があることを説明していない時、説明する必要性を医師に伝えていない	1	2	3	4
50 患者の主治医が患者に治療の選択肢すべての利点と欠点について詳細に説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている	1	2	3	4
51 患者の主治医が患者に全ての情報を理解できるように説明していない時、説明する必要があることを医師に常に伝えている	1	2	3	4
52 患者の主治医が患者にどの治療を選択したいか尋ねていない時、尋ねる必要性があることを医師に常に伝えている	1	2	3	4
53 患者の主治医と患者が治療の選択肢について患者が納得するまで話し合っているか、観察していない	1	2	3	4
54 患者の主治医と患者が治療の選択肢を一緒に選んだか、常に確認している	1	2	3	4
55 患者の主治医と患者が治療の継続について合意に達しているか、常に確認している	1	2	3	4
56 患者の治療の選択肢すべてについて常に把握している	1	2	3	4
57 患者の治療の選択肢すべての利点と欠点について常に把握している	1	2	3	4
58 患者の治療の選択肢すべてのリスクと副作用は把握していない	1	2	3	4
59 患者の治療の選択肢すべてについて常に理解しようとしている	1	2	3	4
60 患者の治療の選択肢すべてについて常に確認している	1	2	3	4

3. 本調査

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定力測定力尺度 ver.3」 60項目を用いて調査をし、尺度の信頼性、妥当性の検討を行った。

1) 質問紙配布と回収について

(1) 質問紙の配布協力が得られた病院

63 施設（21%）であった。内訳は北海道・東北地区が 20 施設、関東地区が 12 施設、中部地区が 12 施設、近畿地区が 8 施設、中国四国地区が 4 施設、九州沖縄地区が 6 施設であった。配布数は合計 1698 部、一施設当たりの平均配布部数は 27 部であった。

(2) 質問紙回収率と有効回答

返送された質問紙は 755 部であった（回収率 44%）。有効回答は、属性以外の項目（問 13～問 17）において 10 以下である質問紙とし、745 部とした（有効回答率 98.7%）。

2) 対象者の属性

対象者の属性を表 8 に示す。

表 8 調査対象属性

		(N=745)	
カテゴリー		(人)	(%)
年齢	20～24歳	41	5.5
	25～29歳	109	14.6
	30～34歳	92	12.3
	35～39歳	124	16.6
	40～44歳	141	18.9
	45～49歳	119	16.0
	50～59歳	119	16.0
	無回答	0	0.0
性別	女性	697	93.6
	男性	38	5.1
	無回答	10	1.3
臨床経験年数	0～5年	121	16.2
	6～10年	109	14.6
	11～15年	112	15.0
	16～20年	147	19.7
	21～25年	117	15.7
	26～30年	79	10.6
	31～35年	42	5.6
	36～45年	18	2.4
	無回答	0	0.0
	平均	16.7±9.5年	
現在勤務している部署	外科系病棟	237	31.8
	内科系病棟	201	27.0
	集中治療系病棟(ICU, CCU, HCUなど)	53	7.1
	緩和ケア病棟	9	1.2
	精神科病棟	11	1.5
	手術室	27	3.6
	外来	77	10.3
	その他	126	16.9
	無回答	4	0.5
現在勤務している部署での勤務年数	0～5年	287	38.5
	6～10年	133	17.9
	11～15年	89	11.9
	16～20年	78	10.5
	21～25年	73	9.8
	26～30年	43	5.8
	31～35年	25	3.4
	36～45年	11	1.5
	無回答	6	0.8
	平均	11.6±9.6	
現在勤務している部署での役割 (複数回答)	スタッフナース	439	54.6
	管理職	272	33.8
	専門看護師	19	2.4
	認定看護師	51	6.3
	その他	23	2.9
	無回答	0	0.0
看護師資格を取得した看護基礎教育課程	専門学校	518	69.5
	短期大学	89	11.9
	大学	118	15.8
	大学院修士	20	2.7
	無回答	0	0.0
最終学歴	専門学校	472	63.4
	短期大学	75	10.1
	大学	144	19.3
	大学院修士	27	3.6
	大学院博士	3	0.4
	その他	24	3.2
	無回答	0	0.0
勤務帯	2交代勤務	378	50.7
	3交代勤務	194	26.0
	日勤のみ	106	14.2
	準夜勤のみ	1	0.1
	その他	63	8.5
	無回答	3	0.4
現在就業している医療機関の看護師配置	7:1看護師配置体制	631	84.7
	10:1看護師配置体制	67	9.0
	その他	45	6.0
	無回答	2	0.3

4. 項目分析：各項目の平均値と標準偏差の検討

平均得点に標準偏差をプラスした値、マイナスした値は尺度の上限値、下限値を超えることはなかった。したがって、天井効果、フロア効果のある項目はなかった。また、尖度は1.702～-0.422、歪度は ± 1 の範囲にあった（表9）。

5. 尺度の信頼性の検討

文献検討と予備研究により4因子構造を想定していたため、確認的因子分析でモデルの当てはまりを確認した。結果、CFI=.745、RMSEA=.072であり（図5）、当てはまりが悪いため因子構造の再検討を行うこととした。

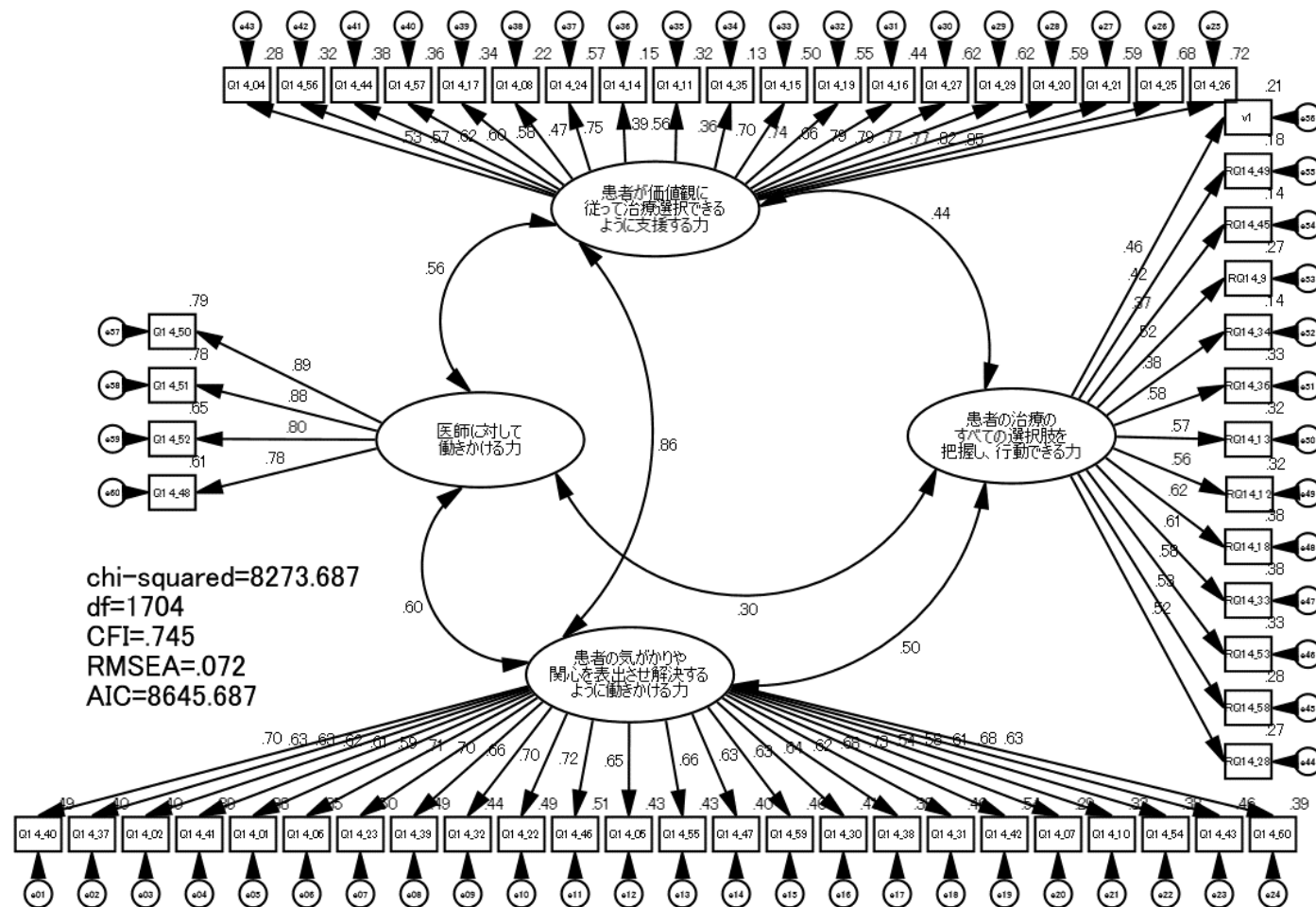


図 5 確認的因子分析

表 9 項目分析

					N=745	
項目	平均値	標準偏差	歪度	尖度	平均+標準偏差	平均-標準偏差
問14-1 患者が何を決めなければならないか、いつも関心を寄せている	2. 032	. 5526	. 208	. 928	2. 585	1. 480
問14-2 患者が決めようと思った理由を、常に理解しようとしている	1. 964	. 5084	-. 001	1. 121	2. 472	1. 455
問14-3 患者がいつまでに決めなければならないか、ほとんど意識していない	2. 909	. 6126	-. 267	. 489	3. 522	2. 297
問14-4 患者が治療方針決定までのどの段階で迷っているか、いつも患者に尋ねている	2. 417	. 6229	. 063	-. 247	3. 040	1. 794
問14-5 患者がどのような決め方をしたいか、常に理解しようとしている	2. 097	. 5556	. 179	. 556	2. 652	1. 541
問14-6 患者にとって問題となっていることに注目するように、常に関わっている	1. 999	. 5208	. 056	. 927	2. 519	1. 478
問14 患者にとって問題となっていることは、患者自身が決めることができるということを、常に患者に伝えている	2. 164	. 6117	. 106	. 020	2. 776	1. 552
問148 患者にとって問題となっていることに患者自身がかわりたくないとする権利があることを、患者に伝えている	2. 606	. 6860	-. 136	-. 153	3. 292	1. 920
問14-9 患者が治療方針を決めることにどれだけ関わりたいか、患者に確認していない	2. 651	. 6720	-. 147	-. 108	3. 323	1. 979
問14-10 患者の治療に関してどのような選択肢があるか、常に把握している	2. 244	. 5606	. 137	-. 121	2. 805	1. 683
問14-11 患者が情報を受け取る際にどのような方法を好むか常に考えている	2. 681	. 6285	-. 220	. 006	3. 310	2. 053
問14-12 患者の好む方法で情報を提供していない	2. 698	. 6428	-. 081	-. 142	3. 340	2. 055
問14-13 治療の選択肢があることを患者に提示していない	2. 989	. 6463	-. 410	. 681	3. 636	2. 343
問14-14 患者に治療の選択肢を説明する際、「どれも選択しない」という選択もあることを説明している	2. 717	. 7348	-. 094	-. 309	3. 452	1. 983
問14-15 治療の選択肢それぞれの利点と欠点について、患者に時間をかけ丁寧に説明している	2. 392	. 6441	. 177	-. 117	3. 037	1. 748
問14-16 治療を選択しない場合の利点と欠点について、患者に時間をかけ丁寧に説明している	2. 465	. 6471	. 115	-. 207	3. 112	1. 818
問14-17 治療についていつまでに決めなければならないか、今すぐ決める必要があるか、患者に説明している	2. 310	. 6217	. 414	. 254	2. 931	1. 688
問14-18 患者が自分にとって最善の治療であると納得して選択しているか、いつも気にかけているとはいえない	2. 695	. 6223	-. 048	-. 194	3. 317	2. 073
問14-19 患者が治療の選択肢の中でどの利点を最も重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している	2. 329	. 5964	. 225	-. 077	2. 926	1. 733
問14-20 患者が治療の選択肢の中でどのようなリスクと副作用を最も重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している	2. 364	. 6226	. 259	-. 042	2. 986	1. 741
問14-21 患者が治療の選択肢の中で有益性、リスク、副作用のどれを重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している	2. 369	. 6173	. 181	-. 131	2. 986	1. 752
問14-22 患者がどの選択肢が最も良いと思っているかを常に意識している	2. 150	. 5764	. 324	. 652	2. 727	1. 574
問14-23 患者が自分の選択に納得しているか、常に意識している	2. 098	. 5756	. 296	. 779	2. 674	1. 523
問14-24 患者が決めたことはその患者にとって何が重要かを示すものであることを、常に意識している	2. 194	. 5756	. 352	. 538	2. 769	1. 618
問14-25 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点が整理できるように、常に関わっている	2. 389	. 6081	. 161	-. 207	2. 997	1. 781
問14-26 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点の重要度を整理することができるように、常に関わっている	2. 424	. 6221	. 071	-. 249	3. 046	1. 802
問14-27 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点を理解しているか、常に意識している	2. 310	. 5673	. 386	. 047	2. 877	1. 742
問14-28 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点が生じる可能性について調べているか、確認していない	2. 552	. 6482	. 075	-. 255	3. 200	1. 904
問14-29 それぞれの治療の選択肢の利点と欠点のうち、患者が患者自身にとってどれが一番重要か明確にできるように、いつも支援している	2. 328	. 5733	. 311	-. 088	2. 902	1. 755
問14-30 患者が得た情報を理解しているか、常に患者に確認している	2. 132	. 5794	. 276	. 591	2. 711	1. 553
問14-31 患者が十分な情報を得た上で治療を選択したか、または治療しないことを選択したか、常に患者に確認している	2. 307	. 5616	. 115	-. 354	2. 868	1. 745
問14-32 患者が家族や友人から十分な支援が得られているか、常に患者に確認している	2. 190	. 5919	. 312	. 455	2. 781	1. 598
問14-33 患者自身にとって一番重要なことを誰かと話し合えているか、あまり確認していない	2. 840	. 5942	-. 245	. 387	3. 434	2. 246
問14-34 患者がかつて同じような選択をした人に話を聞くことができることについて、常に情報提供している	2. 444	. 7242	-. 069	-. 300	3. 168	1. 719
問14-35 他の患者が何を重要視して決めたのか書かれたものを読むことができることを、患者に伝えている	2. 833	. 7308	-. 250	-. 143	3. 563	2. 102
問14-36 患者が気になっていることを表出できているか、患者に確認していない	2. 941	. 5588	-. 346	1. 209	3. 500	2. 382
問14-37 患者が気になっていることを表出できるように、常に関わっている	2. 001	. 5256	. 281	1. 702	2. 527	1. 476
問14-38 患者が治療の選択肢の利点と欠点が生じたらどのような状態になるかについて主治医に質問できているか、いつも確認している	2. 258	. 5832	. 133	-. 084	2. 842	1. 675
問14-39 患者が気になっていることに対してどのように解決しようと思っているか、常に探っている	2. 241	. 5846	. 225	. 127	2. 825	1. 656
問14-40 患者の関心や心配がどこにあるか、常に探求している	2. 109	. 5729	. 261	. 657	2. 682	1. 536
問14-41 患者が質問できる機会を常に提供している	2. 048	. 5416	. 291	1. 244	2. 590	1. 507
問14-42 患者が治療を受けるか否か決めることに難しさを感じていないか、常に患者に確認している	2. 306	. 5891	. 234	-. 033	2. 895	1. 717
問14-43 患者が他者からの圧力を受けることなく選択しているか、常に患者に確認している	2. 432	. 6252	. 026	-. 265	3. 057	1. 807
問14-44 患者が決めたことに対して変える意思がないか、常に患者に確認している	2. 450	. 6031	-. 157	-. 422	3. 053	1. 846
問14-45 患者が決めたことに対してゆらぎはないか、患者に確認していない	2. 682	. 6282	-. 418	. 236	3. 310	2. 054
問14-46 患者が自身の決定に納得しているか、常に患者に確認している	2. 258	. 5826	. 177	-. 010	2. 840	1. 675
問14-47 患者が治療方針を決めた後、その決定で良いか必ず患者に尋ねている	2. 255	. 6199	. 243	. 143	2. 875	1. 636
問14-48 患者の主治医が患者に決めるべきことは何かを説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている	2. 262	. 6770	. 281	. 098	2. 939	1. 585
問14-49 患者の主治医が患者に治療の選択肢があることを説明していない時、説明する必要性を医師に伝えていない	2. 767	. 6957	-. 276	. 052	3. 463	2. 071
問14-50 患者の主治医が患者に治療の選択肢すべての利点と欠点について詳細に説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている	2. 350	. 6862	. 223	-. 060	3. 037	1. 664
問14-51 患者の主治医が患者に全ての情報を理解できるように説明していない時、説明する必要があることを医師に常に伝えている	2. 319	. 6905	. 149	-. 124	3. 010	1. 629
問14-52 患者の主治医が患者にどの治療を選択したいか尋ねていない時、尋ねる必要があることを医師に常に伝えている	2. 437	. 6858	. 242	-. 137	3. 122	1. 751
問14-53 患者の主治医と患者が治療の選択肢について患者が納得するまで話し合っているか、観察していない	2. 907	. 6053	-. 356	. 774	3. 513	2. 302
問14-54 患者の主治医と患者が治療の選択肢と一緒に選んだか、常に確認している	2. 330	. 6101	. 316	. 066	2. 940	1. 720
問14-55 患者の主治医と患者が治療の継続について合意に達しているか、常に確認している	2. 227	. 5781	. 482	. 646	2. 805	1. 649
問14-56 患者の治療の選択肢すべてについて常に把握している	2. 546	. 6076	-. 196	-. 287	3. 154	1. 939
問14-57 患者の治療の選択肢すべての利点と欠点について常に把握している	2. 523	. 6113	-. 052	-. 325	3. 134	1. 912
問14-58 患者の治療の選択肢すべてのリスクと副作用は把握していない	2. 767	. 6081	-. 156	. 039	3. 376	2. 159
問14-59 患者の治療の選択肢すべてについて常に理解しようとしている	2. 166	. 5430	. 396	. 786	2. 709	1. 623
問14-60 患者の治療の選択肢すべてについて常に確認している	2. 388	. 5967	. 059	-. 333	2. 985	1. 791

6. 尺度の信頼性の再検討：概念モデルの修正

前述の結果を受け、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」の概念モデルを修正することとなった。以下に概念モデルの修正過程を示す。

1) 探索的因子分析

固有値 1 以上を基準とし、10 因子構造として成り立つことが明らかになった（表 10）。しかし、第Ⅵ因子、第Ⅶ因子にはいずれもほとんどの逆転項目が入る構造であり、その他の項目とは別のものを測っている可能性があった。これら第Ⅵ因子、第Ⅶ因子の項目は「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」の下位概念として成り立たないと考え削除した。

表 10 因子分析：パターン分析

		成分									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I	問14-25 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点が整理できるように、常に関わっている	.845	.026	-.106	-.054	.123	.001	.014	.040	-.072	.113
	問14-26 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点の重要度を整理することができるように、常に関わっている	.840	.042	-.156	-.028	.107	-.029	-.006	.061	-.033	.127
	問14-21 患者が治療の選択肢の中で有益性、リスク、副作用のどれを重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している	.782	-.140	.024	-.008	-.018	-.001	-.036	.096	.171	-.073
	問14-20 患者が治療の選択肢の中でどのようなリスクと副作用を最も重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している	.767	-.066	.059	.045	-.034	.007	.018	.050	.127	-.024
	問14-27 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点を理解しているか、常に意識している	.754	.137	-.080	-.030	.117	.000	.057	.048	-.154	.061
	問14-19 患者が治療の選択肢の中でどの利点を最も重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している	.713	-.105	.120	.071	-.039	.004	.011	.040	.151	.019
	問14-22 患者がどの選択肢が最も良いと思っているかを常に意識している	.656	.160	.199	.003	-.109	.067	-.072	-.080	-.107	-.139
	問14-29 それぞれの治療の選択肢の利点と欠点のうち、患者が患者自身にとってどれが一番重要か明確にできるように、いつも支援している	.639	.122	-.035	.036	-.050	-.009	-.005	.185	-.003	.126
	問14-24 患者が決めたことはその患者にとって何が重要かを示すものであることを、常に意識している	.623	.144	.208	-.030	-.039	-.012	.044	.006	.020	-.080
	問14-23 患者が自分の選択に納得しているか、常に意識している	.578	.251	.260	-.011	-.087	.053	-.031	-.155	-.085	-.122
II	問14-46 患者が自身の決定に納得しているか、常に患者に確認している	.127	.707	-.132	.009	.073	.110	-.157	-.091	.042	-.026
	問14-40 患者の関心や心配がどこにあるか、常に探求している	.001	.689	.266	-.055	.062	-.034	.092	-.095	-.055	.068
	問14-44 患者が決めたことに対して変える意思がないか、常に患者に確認している	.109	.677	-.177	.099	.004	-.066	-.010	-.126	.284	-.026
	問14-39 患者が気になっていることに対してどのように解決しようと思っているか、常に探っている	.063	.668	.128	.070	-.026	-.081	.098	-.077	.071	.039
	問14-41 患者が質問できる機会を常に提供している	-.070	.661	.212	-.058	.118	.087	-.059	-.143	-.090	.039
	問14-37 患者が気になっていることを表出できるように、常に関わっている	-.063	.658	.221	.003	-.016	.031	.010	.019	-.230	.099
	問14-47 患者が治療方針を決めた後、その決定で良いか必ず患者に尋ねている	-.068	.631	.003	.046	-.103	.076	-.115	.103	.144	-.228
	問14-43 患者が他者からの圧力を受けることなく選択しているか、常に患者に確認している	.085	.627	-.057	-.034	.110	-.086	.006	-.116	.329	-.034
	問14-32 患者が家族や友人から十分な支援が得られているか、常に患者に確認している	.038	.601	.032	-.090	-.001	-.058	.035	.228	-.086	.001
	問14-42 患者が治療を受けるか否か決めることに難しさを感じていないか、常に患者に確認している	.163	.599	.008	.023	.022	-.053	-.033	-.075	.183	-.038
III	問14-38 患者が治療の選択肢の利点や欠点が生じたらどのような状態になるかについて主治医に質問できているか、いつも確認している	-.084	.574	.108	.264	-.065	-.074	.123	.067	-.022	.026
	問14-31 患者が十分な情報を得た上で治療を選択したか、または治療しないことを選択したか、常に患者に確認している	-.003	.471	.021	-.120	-.011	-.004	-.166	.294	.112	-.082
	問14-30 患者が得た情報を理解しているか、常に患者に確認している	.272	.370	.031	.095	.007	.174	-.129	.042	-.221	.105
	問14-2 患者が決めようと思った理由を、常に理解しようとしている	.059	.174	.769	.021	-.031	-.087	.189	-.060	.020	-.054
	問14-1 患者が何を決めなければならないかに、いつも関心を寄せている	-.006	.171	.741	.030	-.033	-.034	.181	.011	.089	-.025
	問14-6 患者にとって問題となっていることに注目するように、常に関わっている	-.020	.132	.666	-.060	.095	.005	-.009	.019	-.030	.111
	問14-5 患者がどのような決め方をしたいか、常に理解しようとしている	.144	.020	.606	.004	.018	.029	-.022	.065	.145	-.034
	問14-7 患者にとって問題となっていることは、患者自身が決めることができるということを、常に患者に伝えている	.027	-.027	.508	-.017	.086	.225	-.227	.034	.217	.111
	問14-4 患者が治療方針決定までのどの段階で迷っているか、いつも患者に尋ねている	-.187	.116	.451	.068	-.056	-.058	-.030	.297	.293	.185
	問14-50 患者の主治医が患者に治療の選択肢すべての利点と欠点について詳細に説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている	.029	-.012	.016	.908	-.010	.012	.006	-.009	-.019	-.029
IV	問14-51 患者の主治医が患者に全ての情報を理解できるように説明していない時、説明する必要があることを医師に常に伝えている	-.002	.089	-.037	.879	-.069	.048	-.035	.027	-.038	-.026
	問14-48 患者の主治医が患者に決めるべきことは何かを説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている	-.081	.028	.056	.827	.090	.048	-.067	-.018	-.074	.053
	問14-52 患者の主治医が患者にどの治療を選択したいか尋ねていない時、尋ねる必要性があることを医師に常に伝えている	.063	.097	-.042	.761	.039	-.070	.087	-.004	.046	.078
V	問14-57 患者の治療の選択肢すべての利点と欠点について常に把握している	.056	-.045	.032	.040	.877	-.021	.062	-.061	.084	.044
	問14-56 患者の治療の選択肢すべてについて常に把握している	-.026	.012	.022	.022	.865	.000	.033	-.044	.082	.003
	問14-60 患者の治療の選択肢すべてについて常に確認している	.083	.164	-.045	-.046	.670	.000	-.011	.025	-.017	-.056
	問14-59 患者の治療の選択肢すべてについて常に理解しようとしている	.086	.217	.175	-.041	.561	.022	.087	-.097	-.094	-.172
	問14-54 患者の主治医と患者が治療の選択肢を一緒に選んだか、常に確認している	-.014	.221	-.083	.049	.423	.028	.042	.189	.116	-.407
	問14-55 患者の主治医と患者が治療の継続について合意に達しているか、常に確認している	-.123	.345	-.045	.110	.409	.108	-.015	.170	-.014	-.406
VI	問14-28 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点が生じる可能性について調べているか、確認していない	.027	-.168	.070	.089	.032	.665	.075	.043	-.158	-.149
	問14-34 患者がかつて同じような選択をした人に話を聞くことができることにについて、常に情報提供している	-.037	-.030	.011	-.034	.082	.640	-.042	.117	-.381	-.042
	問14-45 患者が決めたことに対してゆらぎはないか、患者に確認していない	.007	.052	.055	.001	.071	.626	-.082	-.169	-.014	.115
	問14-58 患者の治療の選択肢すべてのリスクと副作用は把握していない	-.028	.265	-.097	.009	-.437	.524	.119	.184	-.029	.141
	問14-33 患者自身にとって一番重要なことを誰かと話し合えているか、あまり確認していない	.164	-.167	-.191	.059	.024	.452	.202	-.100	.115	.065
	問14-49 患者の主治医が患者に治療の選択肢があることを説明していない時、説明する必要性を医師に伝えていない	-.095	.334	.001	-.410	-.061	.421	.098	-.025	.170	.118
VII	問14-13 治療の選択肢があることを患者に提示していない	-.030	.019	.191	.050	-.023	.008	.754	-.186	.189	.136
	問14-12 患者の好む方法で情報を提供していない	-.036	.000	.140	-.060	-.079	.067	.712	.044	-.032	-.270
	問14-9 患者が治療方針を決めることにどれだけ関わりたいか、患者に確認していない	.117	-.046	.007	-.038	.059	.030	.705	.062	-.200	.032
	問14-3 患者がいつまでに決めなければならないか、ほとんど意識していない	-.098	.035	-.151	-.046	.205	.039	.483	-.006	.058	.295
	問14-18 患者が自分にとって最善の治療であると納得して選択しているか、いつも気にかけているとはいえない	-.189	-.118	.044	.073	.105	.336	.421	.057	.043	.001
	問14-36 患者が気になっていることを表出できているか、患者に確認していない	.107	-.288	-.106	-.021	.148	.295	.327	.028	.168	.067
VIII	問14-16 治療を選択しない場合の利点と欠点について、患者に時間をかけ丁寧に説明している	.220	-.038	-.017	-.036	-.053	-.100	.088	.736	.241	-.005
	問14-15 治療の選択肢それぞれの利点と欠点について、患者に時間をかけ丁寧に説明している	.283	-.094	-.017	.002	-.020	-.088	.038	.725	.126	.015
	問14-17 治療についていつまでに決めなければならないか、今すぐ決める必要があるか、患者に説明している	-.012	-.053	.071	.042	-.037	.142	-.171	.704	.139	-.047
IX	問14-14 患者に治療の選択肢を説明する際、「どれも選択しない」という選択もあることを説明している	.021	-.048	.205	-.095	-.001	-.148	.160	.246	.630	-.071
	問14-8 患者にとって問題となっていることに患者自身がかかわりたくないと決める権利があることを、患者に伝えている	.053	-.216	.425	-.015	.125	.142	-.240	.002	.533	.111
	問14-35 他の患者が何を重要視して決めたのか書かれたものを読むことができることを、患者に伝えている	.011	.221	-.285	.022	.068	.026	.003	.227	.434	.156
X	問14-53 患者の主治医と患者が治療の選択肢について患者が納得するまで話し合っているか、観察していない	.074	.057	.006	.063	-.205	.419	.224	-.060	.044	.491
	問14-11 患者が情報を受け取る際にどのような方法を好むか常に考えている	.054	.039	.175	.041	.107	-.052	-.079	.216	.259	.390
	問14-10 患者の治療に関してどのような選択肢があるか、常に把握している	.091	.105	.276	.047	.152	-.070	.032	.269	-.166	.293
	因子抽出法：最尤法 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法 ^a										
	a. 12 回の反復で回転が収束しました。										

また、第Ⅸ因子にある3つの項目はいずれも、第Ⅱ因子に含まれる内容であると考え、第Ⅸ因子全て削除とした。また、第Ⅹ因子にある3項目は、それぞれ、問 14-46、問 14-5、第Ⅴ因子に含まれる内容であると考え、第Ⅹ因子を全て削除とした。以上、第Ⅵ因子、第Ⅶ因子、第Ⅸ因子、第Ⅹ因子の項目は削除し、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」は6因子構造と設定した。

6因子構造として、残された因子を用いて探索的因子分析を行った。因子の抽出には最尤法、因子軸の回転にはプロマックス法を用いた。結果、第Ⅰ因子 10項目、第Ⅱ因子 13項目、第Ⅲ因子 5項目、第Ⅳ因子を 6項目、第Ⅴ因子 4項目、第Ⅳ因子 4項目、合計 42項目となった（表 11）。

次に、各因子の項目を見て内容が重複する項目や言葉の表現がわかりにくい項目、因子負荷量が 0.40 以下のものを項目の取捨選択の基準とし、尺度項目の検討を行った。因子負荷量が低い項目は、因子負荷量のみ注目するだけではなく、概念を検討した上で削除対象とした。さらに、各因子の項目と因子が上位概念、下位概念として成り立つかを検討した。また、項目を示す概念名を検討した。下記に示す。

(1) 第Ⅰ因子

第Ⅰ因子は治療の選択肢のすべての利点、欠点について、患者がそれらを理解して整理できるように説明し、治療の選択肢すべての利点と欠点の重要度を整理してどれを重視するのかを明確にすることを支援することである。第Ⅰ因子は「治療の選択肢の情報提供と患者が価値観を明確にすること」であり、第Ⅰ因子を「選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力」とした。「問 14-23」、「問 14-22」、「問 14-20」、「問 14-19」、「問 14-29」は内容を検討した上で削除し、第Ⅰ因子は5項目となった。

表 11 6 因子構造となったパターン行列

			成分					
			1	2	3	4	5	6
I 「選択肢の情報提供と価値観 の明確化を支援する力」	1	問14-26 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点の重要度を整理することができるように、常に関わっている	. 826	.057	-.175	.057	-.029	.120
	2	問14-25 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点が整理できるように、常に関わっている	. 821	.050	-.149	.069	-.032	.063
	3	問14-22 患者がどの選択肢が最も良いと思っているかを常に意識している	. 768	.051	.230	-.087	.065	-.249
	4	問14-27 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点を理解しているか、常に意識している	. 766	.080	-.072	.092	.000	-.034
	5	問14-21 患者が治療の選択肢の中で有益性、リスク、副作用のどれを重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している	. 752	-.139	.016	.064	-.043	.210
	6	問14-20 患者が治療の選択肢の中でどのようなリスクと副作用を最も重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している	. 731	-.113	.068	.034	-.001	.170
	7	問14-23 患者が自分の選択に納得しているか、常に意識している	. 700	.145	.255	-.091	.040	-.285
	8	問14-24 患者が決めたことはその患者にとって何が重要かを示すものであることを、常に意識している	. 674	.105	.175	-.043	-.013	-.016
	9	問14-19 患者が治療の選択肢の中でどの利点を最も重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している	. 670	-.160	.138	.017	.027	.200
	10	問14-29 それぞれの治療の選択肢の利点と欠点のうち、患者が患者自身にとってどれが一番重要か明確にできるように、いつも支援している	. 623	.162	-.031	-.084	.040	.190
II 「十分なサポートとよりよい 決定を支援する力」	1	問14-44 患者が決めたことに対して変える意思がないか、常に患者に確認している	.096	. 747	-.305	.024	.022	.135
	2	問14-46 患者が自身の決定に納得しているか、常に患者に確認している	.186	. 737	-.159	.075	-.033	-.060
	3	問14-37 患者が気になっていることを表出できるように、常に関わっている	-.076	. 716	.219	-.131	.024	-.075
	4	問14-42 患者が治療を受けるか否か決めることに難しさを感じていないか、常に患者に確認している	.050	. 684	-.049	.038	-.040	.161
	5	問14-43 患者が他者からの圧力を受けることなく選択しているか、常に患者に確認している	.032	. 679	-.168	.159	-.116	.189
	6	問14-41 患者が質問できる機会を常に提供している	-.116	. 672	.236	.071	-.068	-.121
	7	問14-40 患者の関心や心配がどこにあるか、常に探求している	-.057	. 660	.270	.029	-.052	-.072
	8	問14-39 患者が気になっていることに対してどのように解決しようと思っているか、常に探っている	-.022	. 659	.088	-.017	.054	.063
	9	問14-47 患者が治療方針を決めた後、その決定で良いか必ず患者に尋ねている	.063	. 642	-.013	-.058	.068	.012
	10	問14-38 患者が治療の選択肢の利点や欠点が生じたらどのような状態になるかについて主治医に質問できているか、いつも確認している	-.147	. 575	.086	-.090	.290	.093
	11	問14-31 患者が十分な情報を得た上で治療を選択したか、または治療しないことを選択したか、常に患者に確認している	.069	. 533	.094	.024	-.120	.199
	12	問14-32 患者が家族や友人から十分な支援が得られているか、常に患者に確認している	.090	. 526	.141	.012	-.085	.080
	13	問14-30 患者が得た情報を理解しているか、常に患者に確認している	.360	. 396	.054	-.087	.123	-.152
III 「不安や不確実性がないこと を支援する力」	1	問14-2 患者が決めようと思った理由を、常に理解しようとしている	.000	.038	. 770	.028	.022	.011
	2	問14-1 患者が何を決めなければならないかに、いつも関心を寄せている	-.017	.005	. 741	.019	.035	.091
	3	問14-6 患者にとって問題となっていることに注目するように、常に関わっている	-.008	.075	. 694	.020	-.052	.086
	4	問14-5 患者がどのような決め方をしたいか、常に理解しようとしている	.123	-.073	. 661	.065	-.027	.219
	5	問14-7 患者にとって問題となっていることは、患者自身が決めることができるということを、常に患者に伝えている	.093	-.012	. 521	.036	-.099	.234
IV 「選択肢の情報提供と医師と 協同して意思決定することを 確認する力」	1	問14-56 患者の治療の選択肢すべてについて常に把握している	-.008	-.084	-.001	. 923	-.009	.016
	2	問14-57 患者の治療の選択肢すべての利点と欠点について常に把握している	.040	-.116	-.007	. 887	.023	.047
	3	問14-60 患者の治療の選択肢すべてについて常に確認している	.105	.062	-.001	. 736	-.017	-.049
	4	問14-59 患者の治療の選択肢すべてについて常に理解しようとしている	.087	.096	.196	. 631	-.005	-.219
	5	問14-54 患者の主治医と患者が治療の選択肢を一緒に選んだか、常に確認している	-.030	.158	.034	. 580	.071	.013
	6	問14-55 患者の主治医と患者が治療の継続について合意に達しているか、常に確認している	-.128	.288	.073	. 530	.160	-.067
V 「医師からの意思決定支援を 交渉する力」	1	問14-50 患者の主治医が患者に治療の選択肢すべての利点と欠点について詳細に説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている	.017	-.080	.003	.035	. 912	.034
	2	問14-51 患者の主治医が患者に全ての情報を理解できるように説明していない時、説明する必要があることを医師に常に伝えている	.004	.037	-.030	-.045	. 902	.026
	3	問14-48 患者の主治医が患者に決めるべきことは何かを説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている	-.034	-.010	.028	.066	. 828	.004
	4	問14-52 患者の主治医が患者にどの治療を選択したいか尋ねていない時、尋ねる必要があることを医師に常に伝えている	.057	.011	-.096	.052	. 785	.097
VI 「選択肢の情報提供と意思決 定の時期を説明する力」	1	問14-16 治療を選択しない場合の利点と欠点について、患者に時間をかけ丁寧に説明している	.164	.047	.049	-.039	.015	. 726
	2	問14-15 治療の選択肢それぞれの利点と欠点について、患者に時間をかけ丁寧に説明している	.218	-.011	.078	-.002	.061	. 660
	3	問14-17 治療についていつまでに決めなければならないか、今すぐ決める必要があるか、患者に説明している	.022	.091	.130	-.058	.091	. 613
	4	問14-4 患者が治療方針決定までのどの段階で迷っているか、いつも患者に尋ねている	-.152	.061	.449	-.021	.013	. 533
因子抽出法: 最尤法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法								

※最終的に削除した項目はグレーのハイライトとした

(2) 第Ⅱ因子

第Ⅱ因子は患者が十分なサポートを受けること、患者が自身の決定に納得・満足し、その選択を変える意思がないこと」を支援することである。第Ⅱ因子は「十分なサポートとよりよい決定を支援する力」とした。

「問 14-30」「問 14-42」、「問 14-38」、「問 14-41」、「問 14-47」を削除し、第Ⅱ因子は7項目となった。

(3) 第Ⅲ因子

第Ⅲ因子は患者が何を決めなければならないか、その治療の選択肢を決めようと思った理由は何か、どのような決め方をしたいかを支援することである。第Ⅲ因子は「不安や不確実性がないことを支援する力」とした。

「問 14-7」、「問 14-6」はこの概念名に合致しないと考えて削除した。第Ⅲ因子は3項目となった。

(4) 第Ⅳ因子

第Ⅳ因子は患者に対する治療の選択肢それぞれの利点や欠点の情報の確認と患者が医師と協同して意思決定を行ったかを確認する項目で成り立つ。

第Ⅳ因子は「選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力」とした。

「問 14-59」、問 14-56」、「問 14-55」を削除し、第Ⅳ因子は3項目となった。

(5) 第Ⅴ因子

第Ⅴ因子は患者が主治医から治療の選択肢すべての利点や欠点について説明されていない場合、すべての選択肢が理解できるように説明されていない場合に交渉する力である。

第Ⅴ因子は「医師からの意思決定支援を交渉する力」とした。

4項目全て内容が異なり、因子負荷量も0.5以上と十分であるため、全て残した。第Ⅴ因子は4項目である。

(6) 第Ⅵ因子

第Ⅵ因子は「患者に治療の選択肢それぞれの利点や欠点について説明し、意思決定の猶予期間について説明する力」でまとめられた。第Ⅵ因子は「選択肢の情報提供と意思決定の時期を説明する力」とした。

「問 14-4」を削除し、第Ⅵ因子は 3 項目となった。

2) 確認的因子分析

尺度を 6 因子構造とし、SEM を用いて確認的因子分析を行い各因子の項目の係数、モデル適合度をみて最終的な尺度を検討した。CFI=.944、RMSEA=0.058（図 6）となった。

構成概念から各因子に対する標準化係数は 0.624～0.918、因子から各項目に対する標準化係数は 0.600～0.924 であり、いずれも統計的に有意（ $p < 0.001$ ）であった。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」は因子の妥当性が得られたと考え、ここで確認的因子分析を行った 25 項目で確定とした（表 12）。

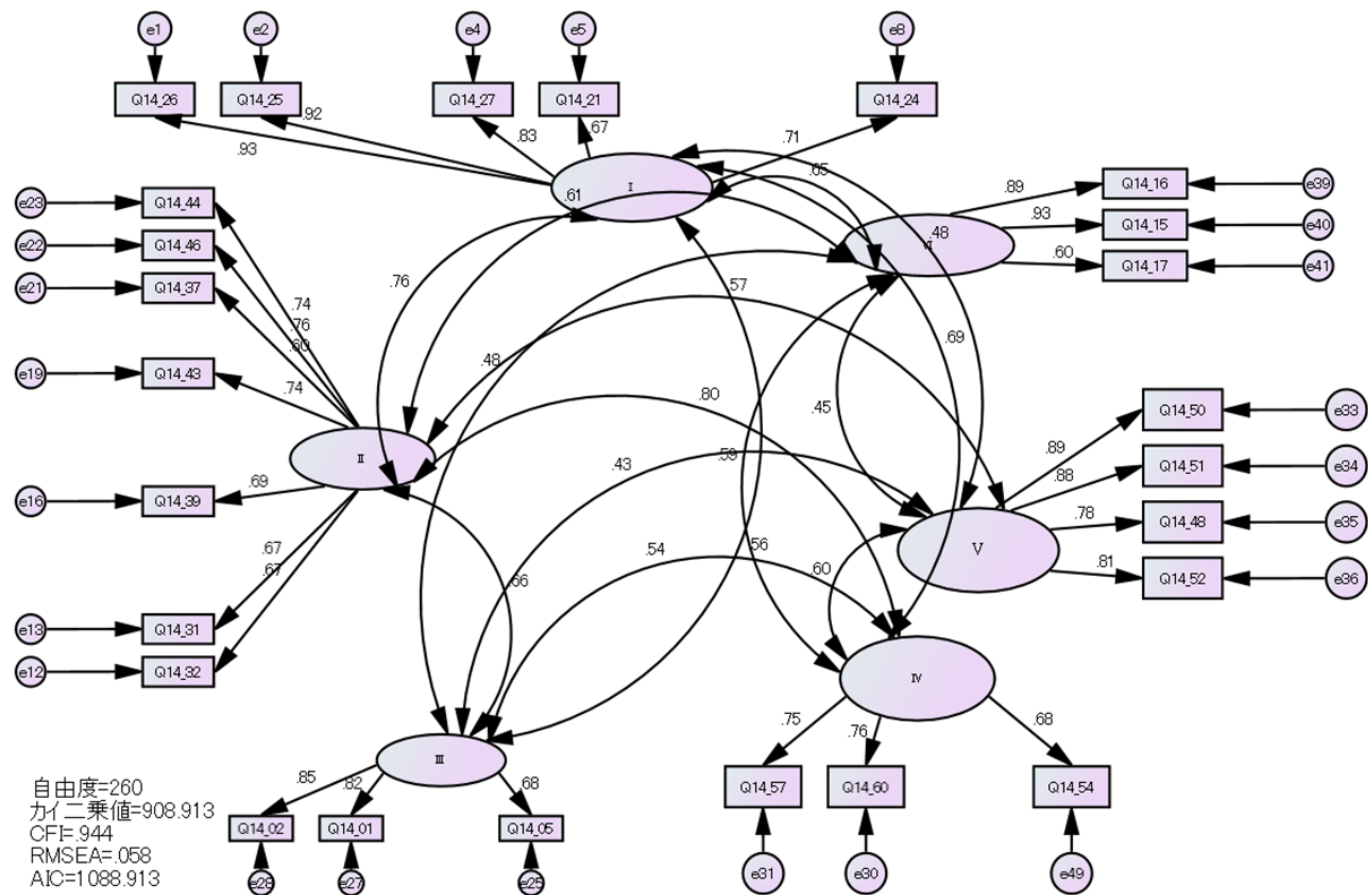


図6 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度 確認的因子分析

表 12 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度 最終版

概念名	項目
I 【選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力】	問14-26 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点の重要度を整理することができるように、常に関わっている
	問14-25 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点が整理できるように、常に関わっている
	問14-27 患者が治療の選択肢のすべての利点と欠点を理解しているか、常に意識している
	問14-21 患者が治療の選択肢の中で有益性、リスク、副作用のどれを重視するか、患者自身が明確にすることを常に支援している
	問14-24 患者が決めたことはその患者にとって何が重要かを示すものであることを、常に意識している
II 【十分なサポートとよりよい決定を支援する力】	問14-44 患者が決めたことに対して変える意思がないか、常に患者に確認している
	問14-46 患者が自身の決定に納得しているか、常に患者に確認している
	問14-37 患者が気になっていることを表出できるように、常に関わっている
	問14-43 患者が他者からの圧力を受けることなく選択しているか、常に患者に確認している
	問14-39 患者が気になっていることに対してどのように解決しようと思っているか、常に探っている
III 【不安や不確実性がないことを支援する力】	問14-31 患者が十分な情報を得た上で治療を選択したか、または治療しないことを選択したか、常に患者に確認している
	問14-32 患者が家族や友人から十分な支援が得られているか、常に患者に確認している
	問14-2 患者が決めようと思った理由を、常に理解しようとしている
	問14-1 患者が何を決めなければならないかに、いつも関心を寄せている
	問14-5 患者がどのような決め方をしたいか、常に理解しようとしている
IV 【選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】	問14-57 患者の治療の選択肢すべての利点と欠点について常に把握している
	問14-60 患者の治療の選択肢すべてについて常に確認している
	問14-54 患者の主治医と患者が治療の選択肢を一緒に選んだか、常に確認している
V 【医師からの意思決定支援を交渉する力】	問14-50 患者の主治医が患者に治療の選択肢すべての利点と欠点について詳細に説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている
	問14-51 患者の主治医が患者に全ての情報を理解できるように説明していない時、説明する必要があることを医師に常に伝えている
	問14-48 患者の主治医が患者に決めるべきことは何かを説明していない時、説明する必要性を医師に常に伝えている
	問14-52 患者の主治医が患者にどの治療を選択したいか尋ねていない時、尋ねる必要があることを医師に常に伝えている
	問14-16 治療を選択しない場合の利点と欠点について、患者に時間をかけ丁寧に説明している
VI 【選択肢の情報提供と意思決定の時期を説明する力】	問14-15 治療の選択肢それぞれの利点と欠点について、患者に時間をかけ丁寧に説明している
	問14-17 治療についていつまでに決めなければならないか、今すぐ決める必要があるか、患者に説明している

7. 尺度の妥当性の検討

1) 収束的妥当性

収束的妥当性の検討として「看護実践の卓越性自己評価尺度（亀岡, 2009）」を使用し、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」との相関関係について検討した。

なお、本研究の尺度と看護実践の卓越性自己評価尺度の欠損値に対してリストワイズ法を用いた。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」と「看護実践の卓越性自己評価尺度（亀岡, 2009）」の Pearson の積率相関係数は 0.597 であり統計的に有意（ $p < 0.001$ ）であった（表 13）。

2) 予測的妥当性

予測的妥当性の検討として「職務満足測定尺度（撫養, 2014）」、「看護師の職業的アイデンティティ尺度（佐々木, 2009）」を使用し、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」との相関関係について検討した。

(1) 「職務満足測定尺度」との関連性

本研究で開発した「患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」の帰結として、看護師の「職務満足」が得られると仮説としている。予測的妥当性が得られるか検討した。

なお、本研究の尺度と職務満足測定尺度看護実践の欠損値に対してリストワイズ法を用いた。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」と「職務満足測定尺度（撫養, 2014）」の Pearson の積率相関係数 0.380 であり統計的に有意（ $p < 0.001$ ）であった（表 14）。

(2) 「看護師の職業的アイデンティティ尺度」との関連性

本研究で開発した「患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」の帰結として、看護師の「看護師の職業的アイデンティティ」が予測されることを仮説としたため、予測的妥当性が得られるか検討した。

なお、本研究の尺度と看護師の職業的アイデンティティ尺度の欠損値に対してリストワイズ法を用いた。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」と「看護師の職業的アイデンティティ尺度（佐々木, 2009）」の Pearson の積率相関係数は $r=0.427$ であり統計的に有意（ $p<0.001$ ）であった（表 15）。

表 13 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」と「看護実践の卓越性自己評価尺度」との相関

		「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計	「看護実践の卓越性自己評価尺度」合計
「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計	Pearson の相関係数	1	.597**
	有意確率（両側）		p<.01
「看護実践の卓越性自己評価尺度」合計	Pearson の相関係数	.597**	1
	有意確率（両側）	p<.01	
**. 相関係数は 1% 水準で有意（両側）です。			
b. リストごと N=699			

表 14 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」と「看護師の職業満足測定尺度」との相関

		「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計	「職務満足度尺度」合計
「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計	Pearson の相関係数	1	.380**
	有意確率（両側）		p<.01
「職務満足度尺度」合計	Pearson の相関係数	.380**	1
	有意確率（両側）	p<.01	
**. 相関係数は 1% 水準で有意（両側）です。			
b. リストごと N=692			

表 15 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」と「看護師の職業的アイデンティティ尺度」との相関

		「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計	「看護師の職業的アイデンティティ尺度」合計
「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計	Pearson の相関係数	1	.427**
	有意確率（両側）		p<.01
「看護師の職業的アイデンティティ尺度」合計	Pearson の相関係数	.427**	1
	有意確率（両側）	p<.01	
**. 相関係数は 1% 水準で有意（両側）です。			
b. リストごと N=705			

8. 信頼性の検討 ＜尺度の内的一貫性＞

「患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の信頼性の検討として、内的一貫性の確認を行った。「患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度 Ver.3」の 60 項目によって測定した値から抽出した 6 因子 25 項目を尺度とした場合、第 I 因子～第 VI 因子における Cronbach のアルファは 0.770～0.907 であり、尺度全体の信頼係数は、0.945 であった（表 16）。

以上により「患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」は内的整合性が高いと判断できる。

9. 下位概念ごとの相関

「患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の下位概念、【Ⅰ. 選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力】、【Ⅱ. 十分なサポートとよりよい決定を支援する力】、【Ⅲ. 不安や不確実性がないことを支援する力】、【Ⅳ. 選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】、【Ⅴ. 医師からの意思決定支援を交渉する力】、【Ⅵ. 選択肢の情報提供と意思決定の時期を説明する力】における Pearson の相関係数は、.380～.711 であり、互いに有意な正の相関を示した（表 17）。

10. 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」

合計得点と各因子の平均値、標準偏差、ひと項目あたりの平均得点

25 項目の「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の合計点と各因子における平均値、標準偏差、ひと項目あたりの平均得点を表 16 に示した。

表 16 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」のアルファ係数、平均値、標準偏差、ひと項目あたりの平均得点

				N = 745
	アルファ係数	得点可能範囲	平均値	標準偏差
尺度全体 (25項目)	0.945	25－100	67.41	9.98
I 【選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力】	0.907	5－20	13.31	2.56
II 【十分なサポートとよりよい決定を支援する力】	0.866	7－28	19.1	3.03
III 【不安や不確実性がないことを支援する力】	0.817	3－12	8.9	1.38
IV 【選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】	0.77	3－12	7.75	1.5
V 【医師からの意思決定支援を交渉する力】	0.903	4－16	10.63	2.4
VI 【選択肢の情報提供と意思決定の時期を説明する力】	0.843	3－12	7.83	1.67

表 17 下位概念ごとの相関

	I 【選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力】	II 【十分なサポートとよりよい決定を支援する力】	III 【不安や不確実性がないことを支援する力】	IV 【選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】	V 【医師からの意思決定支援を交渉する力】	VI 【選択肢の情報提供と意思決定の時期を説明する力】
I 【選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力】		.711**	.561**	.604**	.451**	.642**
II 【十分なサポートとよりよい決定を支援する力】			.587**	.660**	.500**	.566**
III 【不安や不確実性がないことを支援する力】				.451**	.380**	.466**
IV 【選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】					.508**	.505**
V 【医師からの意思決定支援を交渉する力】						.428**
VI 【選択肢の情報提供と意思決定の時期を説明する力】						

**. 相関係数は 1% 水準で有意（両側）です。

b. リストごと N=720

11. 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」
の下位概念と各関連因子の検討

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の下
位概念と個人的関連因子の検討を行った

(表 18～23)。本検討は一独立したサンプルの t 検定、元配置分散分析ならびに多重比較を
行った。

表 18 下位概念 I と個人的因子との関連

	影響因子	カテゴリー	n	M±SD	F 値	p	多重比較
	個人的因子						
下位概念 I 【選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力】	<年齢>	20代 (1)	150	13.24±2.31	4.14	0.006	(2) < (4) *
		30代 (2)	215	13.45±2.55			(3) < (4) *
		40代 (3)	258	13.55±2.53			
		50代 (4)	119	12.60±2.79			
	<性別>	女性 (1)	694	13.32±2.54	1.27	0.26	
		男性 (2)	38	12.84±2.60			
	<経年数>	0-3年 (1)	70	13.44±2.13	1.13	0.33	
		4-10年 (2)	159	13.23±2.29			
		11-20年 (3)	257	13.51±2.76			
		21年以上 (4)	257	13.11±2.56			
	<現在勤務している部署>	外科系病棟	236	13.39±2.48	0.87	0.53	
		内科系病棟	200	13.32±2.33			
		集中治療系病棟 (ICU, CCU, HCU など)	53	13.47±3.01			
		緩和ケア病棟	8	12.50±1.77			
		精神科病棟	11	14.09±3.50			
		手術室	27	12.51±2.80			
		外来	77	13.01±2.98			
		その他	126	13.40±2.48			
	<現在勤務している部署での勤務年数>	0-3年 (1)	197	13.12±2.57	2.11	0.09	
		4-10年 (2)	222	13.11±2.43			
		11-20年 (3)	166	13.50±2.63			
		21年以上 (4)	152	13.67±2.61			
	<現在の役職>	スタッフである (1)	437	13.14±2.46	4.31	0.038	
		スタッフではない (2)	305	13.54±2.67			
		管理職である (1)	277	13.38±2.65	0.34	0.558	
		管理職ではない (2)	465	13.26±2.50			
		専門看護師である (1)	16	16.25±3.31	22.18	0.000	
		専門看護師でない (2)	726	13.24±2.50			
		認定看護師である (1)	50	14.26±2.14	7.43	0.007	
		認定看護師でない (2)	692	13.24±2.57			
		その他の役職ある (1)	23	14.21±2.17	2.98	0.084	
		その他の役職なし (2)	719	13.28±2.56			
	<看護師資格を取得した基礎教育機関>	専門学校 (1)	515	13.21±2.59	2.61	0.05	
		短期大学 (2)	89	13.86±2.42			
		大学 (3)	118	13.45±2.49			
		その他 (4)	20	12.40±2.34			
	<最終学歴>	専門学校 (1)	469	13.14±2.58	4.29	0.001	(1) < (4) *
		短期大学 (2)	75	13.88±2.27			(3) < (4) *
		大学 (3)	144	13.35±2.35			(6) < (5) *
		大学院修士 (4)	27	14.88±3.14			
		大学院博士 (5)	3	15.66±2.08			
		その他 (6)	24	12.50±2.44			
	<勤務帯>	2交代制 (1)	376	13.26±2.56	0.306	0.874	
		3交代制 (2)	193	13.30±2.63			
		日勤のみ	106	13.53±2.43			
		準夜勤のみ	1	12.00			
		その他	63	13.26±2.56			
	<現在就業している医療施設の看護師配置>	7:1看護師配置体制 (1)	629	13.31±2.48	1.36	0.257	
		10:1看護師配置体制 (2)	67	13.00±2.95			
		その他 (3)	44	13.81±2.90			
							**p<.001
							*p<.05

表 19 下位概念Ⅱと個人的因子との関連

	影響因子	カテゴリー	n	M±SD	F 値	p	多重比較
下位概念Ⅱ 【十分なサポート とよりよい決定を 支援する力】	個人的因子						
	<年齢>	20代 (1)	150	19.08±2.70	2.31	0.075	
		30代 (2)	215	19.28±2.99			
		40代 (3)	257	19.26±3.07			
		50代 (4)	118	18.45±3.36			
	<性別>	女性 (1)	693	19.15±3.01	5.28	0.022	(1) > (2) *
		男性 (2)	38	18.00±3.20			
	<経験年数>	0-3年 (1)	70	19.30±2.76	2.32	0.073	
		4-10年 (2)	159	19.09±2.67			
		11-20年 (3)	257	19.42±3.28			
		21年以上 (4)	254	18.73±3.03			
	<現在勤務している部署>	外科系病棟 (1)	237	19.31±3.02	2.4	0.02	(1) > (6) *
		内科系病棟 (2)	199	19.07±2.76			(8) > (6) *
		集中治療系病棟 (ICU, CCU, HCU など) (3)	52	19.09±3.47			
		緩和ケア病棟 (4)	9	19.33±1.87			
		精神科病棟 (5)	11	20.36±3.04			
		手術室 (6)	27	17.44±3.02			
		外来 (7)	76	18.38±3.32			
		その他 (8)	125	19.40±3.05			
	<現在勤務している部署での勤務年数>	0-3年 (1)	196	18.79±2.86	1.44	0.229	
		4-10年 (2)	221	19.07±2.94			
		11-20年 (3)	165	19.34±3.13			
		21年以上 (4)	152	19.38±3.25			
	<現在の役職>	スタッフである (1)	437	18.84±2.92	8.18	0.004	(1) < (2) *
		スタッフではない (2)	303	19.48±3.14			
		管理職である (1)	275	19.33±3.12	2.54	0.111	
		管理職ではない (2)	465	18.96±2.97			
		専門看護師である (1)	15	22.00±3.72	14.15	0	
		専門看護師でない (2)	725	19.04±2.99			
		認定看護師である (1)	49	19.93±2.91	3.95	0.047	
		認定看護師でない (2)	691	19.04±3.03			
		その他の役職ある (1)	23	19.34±2.51	0.149	0.699	
		その他の役職なし (2)	717	19.09±3.05			
	<看護師資格を取得した基礎教育機関>	専門学校 (1)	514	18.92±3.06	3.092	0.026	(1) < (2) *
		短期大学 (2)	88	19.92±3.06			
		大学 (3)	118	19.35±2.83			
		その他 (4)	20	18.85±2.88			
	<最終学歴>	専門学校 (1)	469	18.91±3.01	3.406	0.005	? どこ?
		短期大学 (2)	74	19.77±2.96			
		大学 (3)	144	19.18±2.95			
		大学院修士 (4)	26	20.50±3.36			
		大学院博士 (5)	3	22.66±3.21			
		その他 (6)	24	18.29±2.92			
	<勤務帯>	2交代制 (1)	377	19.21±2.88	0.419	0.795	
		3交代制 (2)	193	19.04±3.35			
		日勤のみ	104	19.00±2.95			
		準夜勤のみ	1	17			
		その他	62	18.83±3.12			
	<現在就業している医療施設の看護師配置>	7:1看護師配置体制 (1)	628	19.09±2.93	2.144	0.118	
		10:1看護師配置体制 (2)	66	18.69±3.75			
		その他 (3)	44	19.90±3.29			
							**p<.001
							*p<.05

表 20 下位概念Ⅲと個人的因子との関連

	影響因子	カテゴリー	n	M±SD	F 値	p	多重比較
	個人的因子						
下位概念Ⅲ 【不安や不確実性 がないことを支援 する力】	<年齢>	20代 (1)	150	8.48±1.24	7.6	0	(1) < (2) *
		30代 (2)	215	8.93±1.36			(1) < (3) *
		40代 (3)	258	9.14±1.33			
		50代 (4)	119	8.86±1.56			
	<性別>	女性 (1)	694	8.90±1.38	1.18	0.27	
		男性 (2)	38	8.65±1.41			
	<経験年数>	0-3年 (1)	70	8.38±1.21	6.704	0	(1) < (3) *
		4-10年 (2)	160	8.67±1.21			(1) < (4) *
		11-20年 (3)	256	9.05±1.46			(2) < (3) *
		21年以上 (4)	256	9.03±1.39			(2) < (4) *
	<現在勤務している部署>	外科系病棟 (1)	236	8.85±1.42	2.54	0.014	(6) < (5) *
		内科系病棟 (2)	200	8.80±1.27			
		集中治療系病棟 (ICU, CCU, HCUなど) (3)	52	9.11±1.46			
		緩和ケア病棟 (4)	9	9.33±1.11			
		精神科病棟 (5)	11	10.09±1.51			
		手術室 (6)	27	8.40±1.11			
		外来 (7)	77	8.80±1.42			
		その他 (8)	126	9.08±1.43			
	<現在勤務している部署での勤務年数>	0-3年 (1)	196	8.64±1.28	7.252	0	(1) < (3) *
		4-10年 (2)	222	8.77±1.28			(1) < (4) *
		11-20年 (3)	166	9.10±1.52			(2) < (4) *
		21年以上 (4)	152	9.23±1.41			
	<現在の役職>	スタッフである (1)	437	8.65±1.33	34.89	0	(1) < (2) *
		スタッフではない (2)	305	9.25±1.38			
		管理職である (1)	277	9.20±1.34	21.01	0	(1) > (2) *
		管理職ではない (2)	465	8.72±1.37			
		専門看護師である (1)	16	10.37±1.45	18.9	0	(1) > (2) *
		専門看護師でない (2)	726	8.87±1.36			
		認定看護師である (1)	50	9.74±1.42	20.03	0	(1) > (2) *
		認定看護師でない (2)	692	8.84±1.36			
		その他の役職ある (1)	23	9.00±1.24	0.113	0.737	
		その他の役職なし (2)	719	8.90±1.38			
	<看護師資格を取得した基礎教育機関>	専門学校 (1)	515	8.86±1.40	4.589	0.003	(1) < (2) *
		短期大学 (2)	89	9.35±1.37			(3) < (2) *
		大学 (3)	118	8.83±1.28			(4) < (2) *
		その他 (4)	20	8.35±1.08			
	<最終学歴>	専門学校 (1)	469	8.80±1.38	3.576	0.003	(1) < (4) *
		短期大学 (2)	75	9.24±1.32			
		大学 (3)	144	8.93±1.33			
		大学院修士 (4)	27	9.59±1.44			
		大学院博士 (5)	3	10.33±1.52			
		その他 (6)	24	8.62±1.37			
	<勤務帯>	2交代制 (1)	376	8.80±1.37	1.68	0.153	
		3交代制 (2)	194	8.89±1.43			
		日勤のみ	105	9.13±1.27			
		準夜勤のみ	1	10			
		その他	63	9.11±1.47			
	<現在就業している医療施設の看護師配置>	7:1看護師配置体制 (1)	629	8.88±1.36	1.53	0.21	
		10:1看護師配置体制 (2)	67	8.82±1.44			
		その他 (3)	44	9.25±1.54			
							**p<.001
							*p<.05

表 21 下位概念Ⅳと個人的因子との関連

	影響因子	カテゴリー	n	M±S D	F 値	p	多重比較
	個人的因子						
下位概念Ⅳ 【選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】	<年齢>	20代 (1)	150	7.83±1.36	5.29	0.001	(1) > (4) **
		30代 (2)	214	7.85±1.56			(2) > (4) **
		40代 (3)	260	7.85±1.52			(3) > (4) **
		50代 (4)	118	7.25±1.43			
	<性別>	女性 (1)	94	7.75±1.49	0.66	0.41	
		男性 (2)	38	7.55±1.73			
	<経験年数>	0-3年 (1)	70	7.75±1.25	2.45	0.06	
		4-10年 (2)	160	7.95±1.42			
		11-20年 (3)	257	7.82±1.64			
		21年以上 (4)	255	7.56±1.45			
	<現在勤務している部署>	外科系病棟	236	7.79±1.49	2.02	0.05	
		内科系病棟	200	7.84±1.39			
		集中治療系病棟 (ICU, CCU, HCU など)	53	7.98±1.62			
		緩和ケア病棟	9	7.22±1.56			
		精神科病棟	11	8.00±1.41			
		手術室	27	7.07±1.79			
		外来	76	7.38±1.59			
		その他	126	7.84±1.51			
	<現在勤務している部署での勤務年数>	0-3年 (1)	197	7.69±1.43	0.59	0.62	
		4-10年 (2)	222	7.77±1.51			
		11-20年 (3)	165	7.89±1.60			
		21年以上 (4)	152	7.71±1.47			
	<現在の役職>	スタッフである (1)	437	7.73±1.48	0.31	0.57	
		スタッフではない (2)	305	7.79±1.54			
		管理職である (1)	277	7.75±1.52	0.001	0.97	
		管理職ではない (2)	465	7.75±1.49			
		専門看護師である (1)	16	8.56±2.12	4.71	0.030	(1) > (2) *
		専門看護師でない (2)	726	7.73±1.48			
		認定看護師である (1)	50	8.12±1.52	3.13	0.07	
		認定看護師でない (2)	692	7.72±1.50			
		その他の役職ある (1)	719	7.69±1.32	0.03	0.84	
		その他の役職なし (2)	23	7.75±1.51			
	<看護師資格を取得した基礎教育機関>	専門学校 (1)	516	7.63±1.49	5.44	0.001	(1) < (2) **
		短期大学 (2)	88	8.29±1.45			
		大学 (3)	118	7.90±1.55			
		その他 (4)	20	7.55±1.27			
	<最終学歴>	専門学校 (1)	470	7.62±1.48	4.27	0.001	(1) < (2) **
		短期大学 (2)	74	8.29±1.40			(1) < (4) *
		大学 (3)	144	7.72±1.46			
		大学院修士 (4)	27	8.51±1.86			
		大学院博士 (5)	3	8.66±0.57			
		その他 (6)	24	7.75±1.62			
	<勤務帯>	2交代制 (1)	376	7.77±1.52	0.53	0.71	
		3交代制 (2)	194	7.80±1.53			
		日勤のみ	105	7.71±1.49			
		準夜勤のみ	1	7.00			
	<現在就業している医療施設の看護師配置>	その他	63	7.52±1.35			
		7:1看護師配置体制 (1)	628	7.75±1.48	1.57	0.2	
		10:1看護師配置体制 (2)	67	7.55±1.72			
		その他 (3)	45	8.06±1.42			
							**p<.001
							*p<.05

表 22 下位概念Vと個人的因子との関連

	影響因子	カテゴリー	n	M±SD	F 値	p	多重比較
	個人的因子						
下位概念V 【医師からの意思 決定支援を交渉 する力】	<年齢>	20代 (1)	150	10.33±2.21	3.86	0.009	
		30代 (2)	214	10.63±2.40			
		40代 (3)	257	11.00±2.52			
		50代 (4)	118	10.23±2.30			
	<性別>	女性 (1)	691	10.68±2.39	7.68	0.006	(1) > (2) **
		男性 (2)	38	9.57±2.43			
	<経験年数>	0-3年 (1)	70	10.30±1.93	1.72	0.16	
		4-10年 (2)	159	10.35±2.38			
		11-20年 (3)	256	10.73±2.58			
		21年以上 (4)	254	10.80±2.34			
	<現在勤務している部署>	外科系病棟	235	10.77±2.37	1.56	0.41	
		内科系病棟	200	10.77±2.24			
		集中治療系病棟(ICU,CCU,HCUなど)	53	10.75±2.60			
		緩和ケア病棟	9	9.88±1.69			
		精神科病棟	11	11.00±2.44			
		手術室	26	10.15±2.05			
		外来	76	9.89±2.70			
		その他	125	10.67±2.52			
	<現在勤務している部署での勤務年数>	0-3年 (1)	197	10.33±2.35	2.85	0.03	(1) < (4) *
		4-10年 (2)	221	10.52±2.33			
		11-20年 (3)	164	10.78±2.59			
		21年以上 (4)	151	11.04±2.35			
	<現在の役職>	スタッフである (1)	437	10.37±2.30	12.95	0	(1) < (2) **
		スタッフではない (2)	302	11.01±2.50			
		管理職である (1)	274	10.98±2.48	9.26	0	(1) > (2) **
		管理職ではない (2)	465	10.43±2.34			
		専門看護師である (1)	16	11.37±2.44	1.54	0.210	
		専門看護師でない (2)	723	10.61±2.40			
		認定看護師である (1)	49	11.59±1.97	8.34	0.004	(1) > (2) **
		認定看護師でない (2)	690	10.56±2.42			
	<看護師資格を取得した基礎教育機関>	専門学校 (1)	513	10.54±2.42	3.09	0.02	(1) > (2) *
		短期大学 (2)	89	11.35±2.43			
		大学 (3)	117	10.49±2.28			
		その他 (4)	20	10.65±2.27			
	<最終学歴>	専門学校 (1)	469	10.52±2.40	2.51	0.029	
		短期大学 (2)	75	11.25±2.34			
		大学 (3)	141	10.56±2.33			
		大学院修士 (4)	27	10.96±2.50			
		大学院博士 (5)	3	14.00±2.00			
		その他 (6)	24	10.54±2.62			
	<勤務帯>	2交代制 (1)	377	10.92±2.26	3.24	0.012	
		3交代制 (2)	193	10.21±2.47			
		日勤のみ	102	10.38±2.56			
		準夜勤のみ	1	12.00			
	<現在就業している医療施設の看護師配置>	その他	63	10.52±2.64			
		7:1看護師配置体制 (1)	626	10.65±2.40	3.14	0.044	(1) < (3) *
		10:1看護師配置体制 (2)	66	10.06±2.46			
		その他 (3)	45	11.20±2.28			
							**p<.001
							*p<.05

表 23 下位概念VIと個人的因子との関連

	影響因子	カテゴリー	n	M±S D	F 値	p	多重比較
	個人的因子						
下位概念VI 【選択肢の情報提供と意思決定の時期を説明する】	<年齢>	20代 (1)	149	7.89±1.55	0.96	0.41	
		30代 (2)	211	7.85±1.65			
		40代 (3)	257	7.88±1.70			
		50代 (4)	119	7.59±1.77			
	<性別>	女性 (1)	690	7.84±1.64	0.66	0.41	
		男性 (2)	36	7.61±2.03			
	<経験年数>	0-3年 (1)	69	8.05±1.51	0.58	0.62	
		4-10年 (2)	158	7.86±1.54			
		11-20年 (3)	254	7.76±1.78			
		21年以上 (4)	255	7.81±1.67			
	<現在勤務している部署>	外科系病棟	234	7.78±1.59	1.21	0.29	
		内科系病棟	199	7.87±1.53			
		集中治療系病棟 (ICU, CCU, HCUなど)	51	8.09±1.72			
		緩和ケア病棟	9	8.00±1.11			
		精神科病棟	11	8.00±2.00			
		手術室	27	7.07±2.11			
		外来	76	7.68±1.87			
		その他	125	7.93±1.72			
	<現在勤務している部署での勤務年数>	0-3年 (1)	196	7.73±1.68	0.62	0.6	
		4-10年 (2)	220	7.78±1.66			
		11-20年 (3)	163	7.87±1.72			
		21年以上 (4)	152	7.96±1.61			
	<現在の役職>	スタッフである (1)	434	7.79±1.70	0.44	0.5	
		スタッフではない (2)	302	7.88±1.62			
		管理職である (1)	275	7.80±1.56	0.15	0.69	
		管理職ではない (2)	461	7.85±1.73			
		専門看護師である (1)	16	9.18±1.86	10.92	0.000	(1) > (2) *
		専門看護師でない (2)	720	7.80±1.65			
		認定看護師である (1)	50	7.78±1.66	8.68	0.003	(1) > (2) *
		認定看護師でない (2)	686	8.50±1.61			
		その他の役職ある (1)	22	8.13±1.58	0.755	0.38	
		その他の役職なし (2)	714	7.82±1.67			
	<看護師資格を取得した基礎教育機関>	専門学校 (1)	512	7.80±1.67	0.823	0.48	
		短期大学 (2)	88	7.98±1.54			
		大学 (3)	116	7.90±1.72			
		その他 (4)	20	7.40±1.69			
	<最終学歴>	専門学校 (1)	467	7.76±1.63	1.62	0.150	
		短期大学 (2)	74	7.95±1.60			
		大学 (3)	141	7.90±1.78			
		大学院修士 (4)	27	8.37±1.77			
		大学院博士 (5)	3	9.33±1.577			
		その他 (6)	24	7.41±1.71			
	<勤務帯>	2交代制 (1)	372	7.80±1.60	1.85	0.11	
		3交代制 (2)	192	7.83±1.79			
		日勤のみ	106	8.09±1.64			
		準夜勤のみ	1	5.00			
	<現在就業している医療施設の看護師配置>	その他	62	7.54±1.66	3.028	0.04	(1) < (3) *
		7:1看護師配置体制 (1)	623	7.78±1.65			
		10:1看護師配置体制 (2)	67	7.92±1.91			
		その他 (3)	44	8.40±1.36			
							**p<.001
							*p<.05

12. 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」

合計点と各関連因子の検討

本検討は独立したサンプルの t 検定、一元配置分散分析ならびに多重比較を行った (表 24, 表 25)。

1) 個人的因子との検討

〔年齢〕 ($F(3, 741) = 3.78, p < 0.01$)

40 歳代の看護師は、50 歳代の看護師よりも尺度合計点の平均点が有意に高かった ($P < 0.01$)。

〔性別〕 $t = 1.370, df = 709, p = 0.17$

男女の比較では有意差はなかった。

〔経験年数〕 ($F(3, 741) = 0.55, p = 0.64$)

0-3 年、4-10 年、11-20 年、21 年以上の経験年数では有意差はなかった。

〔現在勤務している部署〕 ($F(7, 733) = 2.39, p = 0.2$)

外科系病棟、内科系病棟、集中治療室系病棟、緩和ケア病棟、精神科病棟、手術室、外来、その他において有意差はなかった。

〔現在勤務している部署での勤務年数〕 ($F(3, 735) = 2.97, p < 0.01$)

0-3 年勤務している看護師よりも、21 年以上勤務している看護師の方が尺度合計点の平均点が有意に高かった ($p < 0.01$)。

〔現在勤務している部署での役職〕

〔スタッフ〕 ($F(1, 743) = 20.34, p < 0.01$)

スタッフである場合、スタッフでない場合では、スタッフでない場合の方が尺度合計点の平均値が有意に高かった。

〔管理職〕 ($F(1, 743) = 3.24, p = 0.072$)

管理職である場合、ない場合と比較して尺度合計点の平均値の有意差はなかった。

〔専門看護師〕 ($F(1, 743) = 14.02, p < 0.01$)

専門看護師である場合、専門看護師でない場合と比較して尺度合計点の平均値は有意に高かった。

〔認定看護師〕 ($F(1, 743) = 9.77, p < 0.01$)

認定看護師である場合、認定看護師でない場合と比較して尺度合計点の平均点は有意に高かった。

〔その他〕 ($F(1, 743) = 0.73, p = 0.3$)

その他の役割をもつ看護師ともたない看護師と比較して尺度合計点の平均値の有意差はなかった。

〔看護師資格を取得した基礎教育機関〕 ($F(3, 741) = 4.976, p < 0.01$)

短期大学で看護師資格を取得した看護師は、専門学校で看護師資格を取得した看護師よりも尺度合計点の平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。大学、その他では有意差がなかった。

〔最終学歴〕 ($F(5, 739) = 4.754, p < 0.01$)

最終学歴を短期大学とする看護師は、専門学校を最終学歴とする看護師よりも平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。また、修士課程を最終学歴とする看護師は、専門学校を最終学歴とする看護師よりも尺度合計点の平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。大学、博士課程を最終学歴とする看護師では有意差はなかった。

〔勤務帯〕 ($F(4, 737) = 0.29, p < 0.88$)

2交代制、3交代制、日勤のみ、準夜勤のみ、その他において、尺度合計点の平均値に有意差はなかった。

〔現在就業している医療施設の看護師配置〕 ($F(2, 240) = 3.56, p < 0.05$)

その他の看護師体制と 7 : 1 看護師配置体制では、その他の看護師配置体制の方が尺度合計点の平均値が有意に高かった。その他の看護師体制と 10 : 1 看護師配置体制では、その他の看護師配置体制の方が尺度合計点の平均値が有意に高かった。

2) 環境的因子との検討

〔「問 13-1 患者が治療方針を決めることについて、話し合える同僚がいる」〕

($F(4, 739) = 24.977, p < 0.01$)

「患者が治療方針を決めることについて、話し合える同僚がいる」場合、
「非常にあてはまる」と答えた看護師は「まったくあてはまらない」、「あてはまらない」、「あてはまる」、「かなりあてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった ($P < 0.01$)。

〔「問13-2 患者が治療方針を決めることについて、相談できる上司や先輩がいる」〕

($F(4, 739) = 22.352, p < 0.01$)

「患者が治療方針を決めることについて、相談できる上司や先輩がいる」場合、
「非常にあてはまる」と答えた看護師は「まったくあてはまらない」、「あてはまらない」、「あてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。

〔「問 13-3 患者が治療方針を決めることについて、話しやすい病棟の環境である」〕

($F(4, 733) = 22.643, p < 0.01$)

「患者が治療方針を決めることについて、話しやすい病棟の環境である」部署の場合、
「非常にあてはまる」と答えた看護師は「まったくあてはまらない」、「あてはまらない」、「あてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。

〔「問 13-4 患者が治療方針を決めることについて医師と話しやすい雰囲気がある」〕

($F(4, 736) = 17.674, p < 0.01$)

「患者が治療方針を決めることについて医師と話しやすい雰囲気がある」場合、
「非常にあてはまる」と答えた看護師は「まったくあてはまらない」、「あてはまらない」、「あてはまる」、「かなりあてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった
($p < 0.01$)。

〔「問 13-5 患者が治療方針を決めるについてケアやわからないことについて薬剤師や栄養士、

理学療法士などの他職種と話し合いやすい雰囲気がある」部署〕

($F(4, 739) = 17.553, p < 0.01$)

「患者が治療方針を決めるについてケアやわからないことについて薬剤師や栄養士、理学療法士などの他職種と話し合いやすい雰囲気がある」部署の場合、

「非常にあてはまる」と答えた看護師は「まったくあてはまらない」、「あてはまらない」、「あてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。

〔「問 13-6 目標となる上司や先輩がいる」〕

($F(4, 740) = 8.582, p < 0.01$)

「目標となる上司や先輩がいる」部署の場合、

「非常にあてはまる」と答えた看護師は「あてはまらない」、「あてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。

〔「問 13-7 「職場の環境には満足している」〕

($F(4, 740) = 10.000, p < 0.01$)

「職場の環境には満足している」部署の場合、

「非常にあてはまる」と答えた看護師は「まったくあてはまらない」、「あてはまらない」、「あてはまる」、「かなりあてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。

表 24 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の合計と個人的因子との関連

影響因子	カテゴリー	n	M±SD	F 値	p	多重比較
個人的因子						
<年齢>	20代 (1)	150	67.05±8.68	3.78	0.01	(3) > (4) **
	30代 (2)	216	67.78±9.76			
	40代 (3)	260	68.67±9.84			
	50代 (4)	119	65.14±10.39			
<性別>	女性 (1)	697	67.62±9.77	1.95	0.162	
	男性 (2)	38	65.34±9.58			
<経験年数>	0-3年 (1)	70	67.43±8.46	0.557	0.64	
	4-10年 (2)	160	67.27±8.46			
	11-20年 (3)	259	68.14±10.77			
	21年以上 (4)	256	67.08±9.73			
<現在勤務している部署>	外科系病棟	237	67.85±9.52	2.39	0.2	
	内科系病棟	201	67.70±8.81			
	集中治療系病棟 (ICU, CCU, HCU など)	53	68.99±10.41			
	緩和ケア病棟	9	65.94±6.65			
	精神科病棟	11	71.54±11.71			
	手術室	27	62.50±10.38			
	外来	77	65.03±11.14			
	その他	126	68.27±9.91			
<現在勤務している部署での勤務年数>	0-3年 (1)	198	66.23±9.39	2.97	0.031	(4) > (1) **
	4-10年 (2)	222	67.11±9.35			
	11-20年 (3)	167	68.37±10.25			
	21年以上 (4)	152	69.04±10.02			
<現在の役職>	スタッフである (1)	439	66.57±9.35	10.34	0.001	(2) > (1) **
	スタッフではない (2)	306	68.89±10.12			
	管理職である (1)	278	68.35±9.92	3.24	0.072	
	管理職ではない (2)	467	67.02±9.60			
	専門看護師である (1)	16	76.47±12.29	14.02	0.000	(1) > (2) **
	専門看護師でない (2)	729	67.32±9.59			
	認定看護師である (1)	695	71.66±8.59	9.77	0.002	(1) > (2) **
	認定看護師でない (2)	50	67.22±9.75			
	その他の役職ある (1)	23	69.24±8.58	0.735	0.391	
	その他の役職なし (2)	722	67.47±9.77			
<看護師資格を取得した基礎教育機関>	専門学校 (1)	521	66.93±9.74	4.976	0.002	(2) > (1) **
	短期大学 (2)	89	70.87±9.97			
	大学 (3)	118	68.06±9.10			
	その他 (4)	17	64.25±9.37			
<最終学歴>	専門学校 (1)	471	66.73±9.73	4.754	0.000	(2) > (1) **
	短期大学 (2)	76	70.42±9.55			
	大学 (3)	150	67.81±8.99			
	大学院修士 (4)	27	72.13±11.39			
	大学院博士 (5)	3	80.66±6.11			
	その他 (6)	18	64.50±9.40			
<勤務帯>	2交代制 (1)	378	67.78±9.44	0.291	0.884	
	3交代制 (2)	194	67.21±10.55			
	日勤のみ	106	67.63±9.377			
	準夜勤のみ	1	63.00			
	その他	63	66.68±9.75			
<現在就業している医療施設の看護師配置>	7:1看護師配置体制 (1)	631	67.42±9.44	3.564	0.029	(3) > (1) *
	10:1看護師配置体制 (2)	67	66.19±12.22			(3) > (2) *
	その他 (3)	45	71.01±9.28			

表 25 「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計点と環境的因子との関連

影響因子	カテゴリー	n	M±SD	df	F 値	p	多重比較
環境的要因							
<「患者が治療方針を決めることについて、話し合える同僚がいる」>	まったくあてはまらない (1)	12	96±13.94	4	27.072	0.00	(4) > (5) > (1) *
	あまりあてはまらない (2)	79	45±10.54	739			(5), (4), (3) > (2) *
	あてはまる (3)	332	.89±8.36				(5), (4) > (3) < (2) *
	かなりあてはまる (4)	204	.95±8.50				(5) > (4) < (3), (2), (1) *
	非常にあてはまる (5)	117	.85±10.53				(5) > (4), (3), (2), (1) *
<「患者が治療方針を決めることについて、相談できる上司や先輩がいる」>	まったくあてはまらない (1)	12	00±14.47	4	22.352	0	(5) > (1) *
	あまりあてはまらない (2)	88	45±10.42	739			(5), (4), (3) > (2) *
	あてはまる (3)	312	.63±8.92				(5), (4) > (3) < (2) *
	かなりあてはまる (4)	224	.91±8.33				(5) > (4) < (3), (2) *
	非常にあてはまる (5)	108	62±10.09				(5) > (3), (2), (1) *
<「患者が治療方針を決めることについて、話しやすい病棟の環境である」>	まったくあてはまらない (1)	11	32±11.10	4	22.643	0	(5), (4) > (1) *
	あまりあてはまらない (2)	94	94±10.64	733			(5), (4), (3) > (2) *
	あてはまる (3)	325	.00±9.03				(5), (4) > (3) < (2) *
	かなりあてはまる (4)	212	.05±8.22				(4) > (3), (2), (1) *
	非常にあてはまる (5)	96	01±10.21				(5) > (3), (2), (1) *
<「患者が治療方針を決めることについて医師と話しやすい雰囲気がある」>	まったくあてはまらない (1)	28	37±15.27	4	17.674	0	(5), (4) > (1) *
	あまりあてはまらない (2)	206	.78±9.29	736			(5), (4), (3) > (2) *
	あてはまる (3)	339	.17±8.89				(5), (4) > (3) < (2) *
	かなりあてはまる (4)	134	.00±8.97				(4) > (3), (2), (1) *
	非常にあてはまる (5)	34	.98±8.71				(5) > (4), (3), (2), (1) *
<「患者が治療方針を決めるについてケアやわからないことについて薬剤師や栄養士、理学療法士などの他職種と話し合いやすい雰囲気がある」>	まったくあてはまらない (1)	11	77±12.16	4	17.553	0	(5), (4), (3) > (1) *
	あまりあてはまらない (2)	89	20±10.27	739			(5), (4), (3) > (2) *
	あてはまる (3)	331	.47±9.12				(5), (4) > (3) > (2), (1) *
	かなりあてはまる (4)	238	.57±8.33				(4) > (3), (2), (1) *
	非常にあてはまる (5)	75	45±11.43				(5) > (3), (2), (1) *
<「目標となる上司や先輩がいる」>	まったくあてはまらない (1)	33	41±14.04	4	8.582	0	(5), (4) > (2) *
	あまりあてはまらない (2)	148	.00±9.85	740			(5), (4) > (3) *
	あてはまる (3)	287	.98±9.46				(5) > (4) > (3) *
	かなりあてはまる (4)	194	.08±8.42				(5) > (3), (2) *
	非常にあてはまる (5)	83	.96±9.61				
<「職場の環境には満足している」>	まったくあてはまらない (1)	54	35±12.60	4	10.000	0	(5) > (1) *
	あまりあてはまらない (2)	236	.92±8.78	740			(5), (4), (3) > (2) *
	あてはまる (3)	315	.23±9.71				(5) > (3) > (2) *
	かなりあてはまる (4)	120	.46±8.16				(5) > (4) > (3) *
	非常にあてはまる (5)	20	92±12.32				(5) > (4), (3), (2), (1) *
<「病棟での意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている」>	まったくあてはまらない (1)	132	03±10.99	4	14.865	0	(5), (4), (3), (2) > (1) *
	あまりあてはまらない (2)	364	.95±8.69	739			(5), (4) > (2) > (1) *
	あてはまる (3)	183	.05±9.47				(5) > (3) > (1) *
	かなりあてはまる (4)	53	.94±9.14				(5) > (4) > (3), (2), (1) *
	非常にあてはまる (5)	12	66±11.14				(5) > (4), (3), (2), (1) *
<「病棟での勉強会はよく開催されている」>	まったくあてはまらない (1)	19	.08±8.60	4	6.204	0	(5) > (1) *
	あまりあてはまらない (2)	188	.04±9.48	737			(5) > (2) *
	あてはまる (3)	338	.32±9.91				(5) > (3) *
	かなりあてはまる (4)	149	.45±8.68				(5) > (4) *
	非常にあてはまる (5)	48	14±11.07				(5) > (4), (3), (2), (1) *
<「病棟単位での勉強会はよく参加する」>	まったくあてはまらない (1)	12	87±10.83	4	10.578	0	(5), (4) > (1) *
	あまりあてはまらない (2)	164	11±10.75	735			(5), (4) > (2) *
	あてはまる (3)	370	.33±9.08				(5) > (3) *
	かなりあてはまる (4)	146	.26±8.86				(4) > (2), (1) *
	非常にあてはまる (5)	48	.48±9.51				(5) > (3), (2), (1) *
<「病院内の意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている」>	まったくあてはまらない (1)	129	98±10.57	4	10.398	0	(5), (4), (3) > (1) *
	あまりあてはまらない (2)	363	.82±9.05	739			(5), (4) > (2) *
	あてはまる (3)	195	.71±9.82				(5) > (3) > (1) *
	かなりあてはまる (4)	48	.47±8.92				(4) > (2), (1) *
	非常にあてはまる (5)	9	.55±6.78				(5) > (4), (2), (1) *
<「病院内の勉強会はよく開催されている」>	まったくあてはまらない (1)	12	50±12.84	4	9.33	0	(5) > (2) *
	あまりあてはまらない (2)	76	72±10.86	739			(5), (4) > (3) *
	あてはまる (3)	300	.70±8.89				(5) > (4) > (3) *
	かなりあてはまる (4)	256	.56±8.75				(5) > (4), (2), (2) *
	非常にあてはまる (5)	100	78±11.48				
<「病院内の勉強会はよく参加する」>	まったくあてはまらない (1)	12	96±14.90	4	9.67	0	(5), (4) > (2) *
	あまりあてはまらない (2)	148	.60±9.92	740			(5), (4) > (3) *
	あてはまる (3)	387	.08±9.02				(5) > (4) > (3) *
	かなりあてはまる (4)	155	.12±9.81				(4) > (2), (1) *
	非常にあてはまる (5)	43	.56±9.65				(5) > (4), (3), (2) *

〔「問 13-8 「病棟での意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている」〕

($F(4, 739) = 14.865, p < 0.01$)

「病棟での意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている」場合、
「非常にあてはまる」と答えた看護師は「まったくあてはまらない」、「あてはまらない」、「あてはまる」、「かなりあてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。

〔問 13-9 「病棟での勉強会はよく開催されている」〕

($F(4, 737) = 6.204, p < 0.01$)

「病棟での勉強会はよく開催されている」場合、
「非常にあてはまる」と答えた看護師は「まったくあてはまらない」、「あてはまらない」、「あてはまる」、「かなりあてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。

〔問 13-10 「病棟単位での勉強会はよく参加する」〕

($F(4, 735) = 10.578, p < 0.01$)

「病棟単位での勉強会はよく参加する」場合、
「非常にあてはまる」と答えた看護師は「まったくあてはまらない」、「あてはまらない」、「あてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった ($P < 0.01$)。

〔問 13-11 「病院内の意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている」〕

($F(4, 739) = 10.398, p < 0.01$)

「病院内の意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている」場合、
「非常にあてはまる」と答えた看護師は「まったくあてはまらない」、「あてはまらない」、「かなりあてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。

〔問 13-12 「病院内の勉強会はよく開催されている」〕

($F(4, 739) = 9.33, p < 0.01$)

「病院内の勉強会はよく開催されている」場合、
「非常にあてはまる」と答えた看護師は「あてはまらない」、「あてはまる」、「かなりあてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。

〔問 13-13 「病院内の勉強会はよく参加する」〕

($F(4, 740) = 9.67, p < 0.01$)

「病院内の勉強会はよく参加する」場合、
「非常にあてはまる」と答えた看護師は「あてはまらない」、「あてはまる」、「かなりあてはまる」と答えた看護師よりも平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。

3) 重回帰分析による各関連要因との検討

個人的、内적および環境要因の全カテゴリーとの検討について、重回帰分析を用いて行った。重回帰分析では、独立変数が質的データであった場合にそのデータをダミー変数化し(石村,2011) 分析に用いた。

多変量解析を用いる際、結果に影響を及ぼすために相関が高い説明変数は使用しない(小塩,2004)。そこでカテゴリー間の相関係数を確認したところ、〔年齢〕と〔臨床経験年数〕の間に強い相関が認められたため ($r=0.845$)、〔年齢〕カテゴリーを分析から外した。また、〔問 13-1 患者が治療方針を決めることについて、話し合える同僚がいる〕と〔問 13-2 患者が治療方針を決めることについて、相談できる上司や先輩がいる〕、〔問 13-3 患者が治療方針を決めることについて、話しやすい病棟の環境である〕の間に強い相関が認められた。これらの3つは内容が類似しており、〔問 13-3 患者が治療方針を決めることについて、話しやすい病棟の環境である〕は他二つを含有すると考え、この項目のみ残し他2つは分析から外した。

強制投入法による重回帰分析を行い、尺度合計点数を目的変数、各個人的、環境的因子を説明変数に投入した。

決定係数 (R^2) は 0.249、重相関係数 (R) は 0.46 を示した (表 26)。

共線性診断の結果、モデル 6 において条件指数は 13.56 であった。また、共線性の統計量 (VIF) は 1.000～1.355 であった。

以上、本調査から導きだされた本研究の最終的な概念枠組みを図 7 に示す。

表 26 尺度合計点の予測要因（重回帰分析）強制投入法

	標準化係数 ベータ	t 値	有意確率
性別	-.030	-.873	0.383
経験年数	-.094	-1.974	0.049
病棟勤務年数	.097	2.285	0.023
<役職>スタッフ	-.135	-1.309	0.191
<役職>管理職	-.079	-.821	0.412
<役職>専門看護師	.152	4.007	p<.01
<役職>認定看護師	.106	2.658	p<.01
<役職>その他	.040	1.093	0.275
看護師資格を取得した看護基礎教育課程	.047	.921	0.357
最終学歴	-.024	-.471	0.638
勤務帯	-.060	-1.711	0.088
問13-3 患者が治療方針を決めることについて、話しやすい病棟の環境である	.176	3.952	p<.01
問13-4 患者が治療方針を決めることについて医師と話しやすい雰囲気がある	.091	2.188	p<.05
問13-5 患者が治療方針を決めるについてケアやわからないことについて薬剤師や栄養士、理学療法士などの他職種と話し合いやすい雰囲気がある	.065	1.509	0.132
問13-6 目標となる上司や先輩がいる	.008	.191	0.849
問13-7 職場の環境には満足している	-.071	-1.642	0.101
問13-8 病棟での意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている	.178	3.772	p<.01
問13-9 病棟での勉強会はよく開催されている	-.019	-.450	0.653
問13-10 病棟単位での勉強会はよく参加する	.074	1.542	0.124
問13-11 病院内の意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている	.037	.818	0.413
問13-12 病院内の勉強会はよく開催されている	.053	1.215	0.225
問13-13 病院内の勉強会はよく参加する	.058	1.168	0.243
強制投入法による計算で、決定係数(R2乗).249、決定係数(R2乗)のF検定は1%で有意			

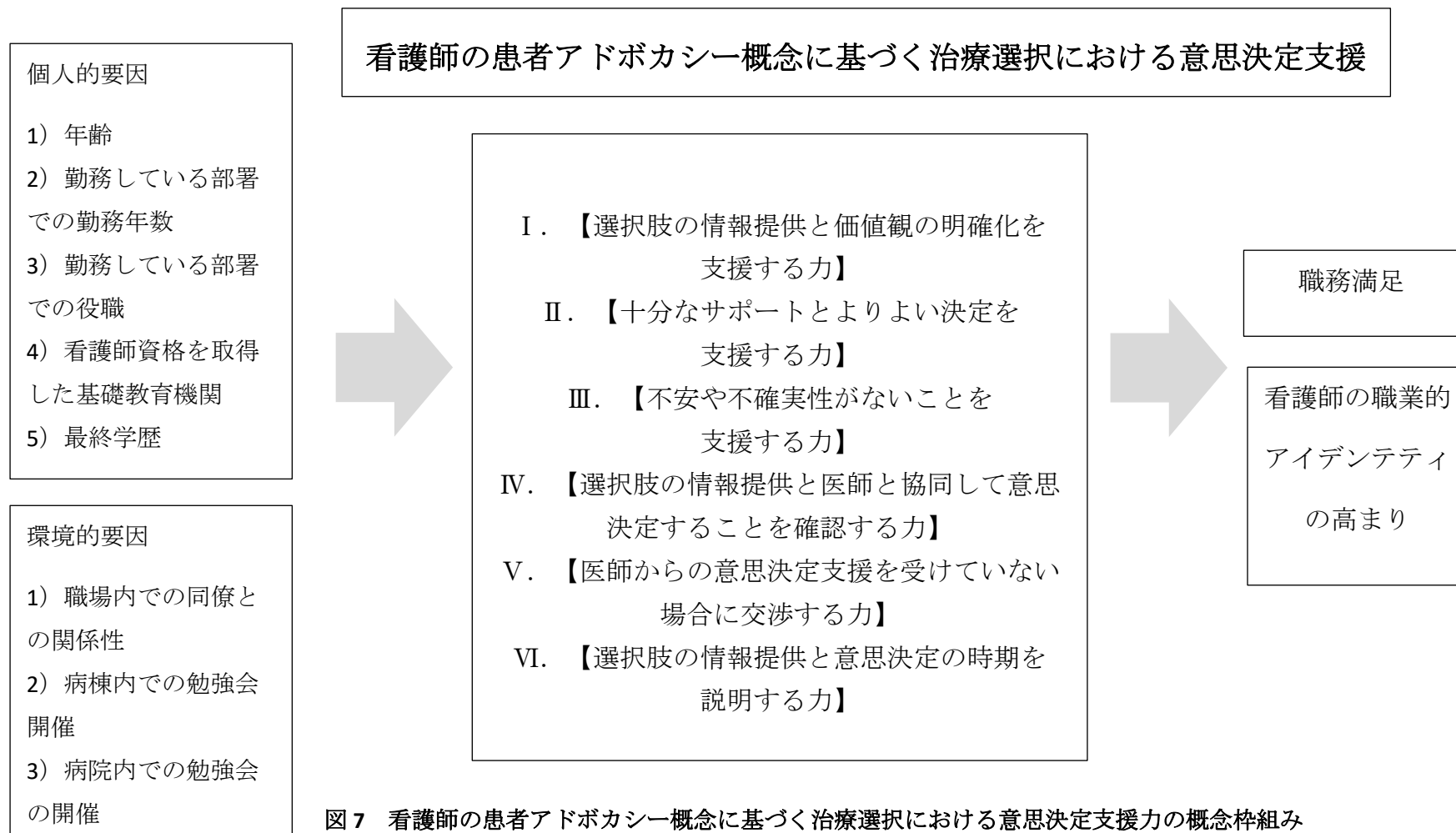


図7 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力の概念枠組み

第VI章 考察

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」を測定する尺度を開発し、信頼性と妥当性を確認した。

本章では標本の特徴、尺度開発過程における構成概念の変化と尺度の特徴、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の信頼性、妥当性の検証、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」における関連要因、および「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」の特色について考察を行い、尺度の活用への提言および研究の限界と今後の課題を述べる。

1. 標本の特徴

サンプリング方法は、独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療総合サイト WAMNET 内の「医療」から「サービス提供機関の情報（医療機能情報）」から、北海道、東北、関東、東京、中部、近畿、中国四国、九州沖縄の 8 地域区分からそれぞれ 37～38 病院ずつ、200 床以上の大規模病院を無作為に抽出し、合計 300 病院に質問紙調査への協力を依頼した。協力の承諾を得た病院は、北海道、東北、関東、東京、中部、近畿、中国四国、九州沖縄の全 8 地域に渡ることから、全国を対象として行った本研究には妥当な標本であるといえる。

本研究分析対象者の年齢階層比率は、20 代が 20.1%、30 歳代が 28.9%、40 歳代が 34.9%、50 歳代が 16.0%であった。性別比率は女性 93.6%、男性 5.1%（無回答 1.3%）であった。看護師の就業状況（日本看護協会, 2016）では、病院以外の就労状況を含む看護職全体での比率を算出しているため、直接比較することはできなかった。

サンプルサイズは尺度を開発する場合、項目数の 2 倍（高木他, 2006）、5～10 倍の被験者数が必要（石井, 2005）とされ、本研究では項目数の 5 倍の被験者への配布を目標とした。今回開発した尺度項目は当初 166 項目であり、分析対象となったのは 745 名であった。検定を行うためには十分なサンプルサイズであったと考える。

2. 尺度開発過程における構成概念の変化と尺度の特徴

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」は文献検討と予備研究から、【患者が決めるべきことに対して行動する力】、【患者の決める過程を支援する力】、【医師に対して働きかける力】、【専門的な知識をもつ力】の4つの概念から成り立つと考えられた。特に【患者の決める過程を支援する力】では、《選択肢すべての利点や欠点について説明する力》、《価値観を明確にすることを支援する力》、《選択肢すべての利点・欠点が整理できるよう支援する力》、《患者の理解状況を観察する力》、《他者からのサポートが受けられるように働きかける力》、《気がかりを表出させ解決する力》、《決めた後の状況を確認する力》の7つを下位概念とし、看護師の患者の決定プロセスに対する支援を細かく区別していた。しかしながら探索的因子分析の結果、4つの概念として抽出できなかった。これは、設問文の質問の仕方が解答に影響した可能性も考えられる。

以上の結果を受け、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力」の概念を再構築することとなった。

結果、導きだされた「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」の概念は【Ⅰ.選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力】、【Ⅱ.十分なサポートとよりよい決定を支援する力】、【Ⅲ.不安や不確実性がないことを支援する力】、【Ⅳ.選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】、【Ⅴ.医師からの意思決定支援を交渉する力】、【Ⅵ.選択肢の情報提供と意思決定の時期を説明する力】である。

【Ⅰ.選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力】は、患者が治療の選択肢すべての利点と欠点を理解し、それらを整理し、重要度の整理をすることを支援する項目が含まれた。又、患者が何を重要だと考えて選択したのかを考えながら支援する項目も含まれている。患者が治療に関する情報を得、自身の生活や価値観に従って選択することを支援する項目によって成り立ち、DCS (O'Connor,1995) の下位概念、情報提供 (Informed)、価値観の明確化 (Values Clarity) の双方にまたがる項目である。

当初の概念構想では「(治療の) 選択肢すべての利点・欠点が整理できるよう支援する力」と「価値観を明確にすることを支援する力」を区別していたが、【Ⅰ.選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力】として同じ概念に含まれた。意思決定支援では患者の価値

観に合わせた情報が伝えられることが重要であり、この【Ⅰ.選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力】は患者のよい決定につながるものである。

【Ⅱ.十分なサポートとよりよい決定を支援する力】は、「患者が家族や友人などの他者から十分なサポートを受けること、患者が自身の決定に納得・満足し、その選択を変える意思がないこと、他者からの圧力がないかを確認する項目が含まれた。

当初の概念構想では、これらの項目はそれぞれ別の概念に含まれていた。O'Conner (1995)によって開発されたDCSの【支援（自己決定できるための支援が受けられていること）】、【不安（自己決定することに不安がないこと）】、【よりよい決定（ができること）】の3項目にまたがる項目の支援内容が、本研究では【Ⅱ.十分なサポートとよりよい決定を支援する力】に統合されていた。Gadow (1978)は、看護師の患者アドボカシーは患者が自分で決めるという自由を保障することであると述べており、本研究での結果は患者の自己決定を支援するという看護師の患者アドボカシー概念が反映された結果といえる。

患者の権利において、自己決定権は最も重く中核をなす（リスボン宣言, 2005）。病院の環境下で弱い立場だと感じる患者（Benner, 2011）にとって、自己決定を保証することは重要である。二つ以上のものから選択するという「意思決定」（中山, 2012）と、人権や尊厳の意味を含んだ「自己決定」は意味が異なり、両者とも患者にとって重要な概念である。しかしながら、患者の自己決定が保証されないところでは意思決定は成り立たない。看護師が患者の脆弱性に気づき自己決定を保証することは患者アドボカシー実践であり、これが存在するところに患者の意思決定支援があるといえるだろう。看護師の患者に対する意思決定支援は患者アドボカシー概念によって成り立ち、本研究のテーマが「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」である理由が説明できる。

第Ⅲ因子は「患者がその治療の選択肢を決めようと思った理由、どのような決め方をしたか、何を決めなければならないか」を支援することであり、【不安や不確実性がないことを支援する力】とした。患者が決めようと思った理由、何を決めなければならない状況にあるのか、患者がどのような決め方をしたいか、患者の状況を把握する項目が含まれた。当初設定した概念【患者が決めるべきことに対して行動する力】の＜決めるべきことに注目するように支援する力＞と＜どのように決めたいか望む方法を支援する力＞に含まれていた項目である。【Ⅲ.不安や不確実性がないことを支援する力】としてまとめられた背景として、患

者が決めるべきことに対して行動するという以前に、患者がどのような状況にあるかを理解する看護師の実践力が反映されていると指摘できる。対象にある人がどのような状況にあり、何をどのように決めたいかに関心を寄せる、これら対象理解は看護の基本である。このように、患者の存在を認め関わろうとする（Mayerroff, 1978）ところに看護師のケアリングがみえる。患者アドボカシー概念はケアリングを含む（Hank, 1999）と言われ、看護師は患者がどのような状況にあるのか理解することで患者の体験を共有し、この経験が患者の意思決定を支援するように行動させるのではないだろうか。

第Ⅳ因子は「患者に治療の選択肢の情報を提供し、患者が医師と協同して意思決定意思決定を行ったかを確認する」項目で成り立ち、【Ⅳ. 選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】とした。看護師が患者の治療の選択肢すべての利点と欠点を把握していること、患者が主治医と治療の選択肢を共に選んだかを確認する項目が含まれている。これは、当初設定した概念【専門的な知識をもつ力】にあたる。当然ながら、看護師自身が患者の治療の選択肢を把握し理解しておかなければ、看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力の実施には至らないだろう。

主治医と患者が治療の選択肢を共に選ぶことが互いの信頼関係を構築させ、患者のよりよい決定につながる（Kriston, 2010）。看護師は、患者のよりよい決定のためには、患者と医師の関係性を把握し、患者が主治医と治療の選択肢を共に選んだかを確認することが必要である。

第Ⅴ因子は【Ⅴ. 医師からの意思決定支援を交渉する力】とした。患者の主治医が患者に治療の選択肢すべての利点と欠点について、患者が決めるべきことについて、あるいはどの治療を選択したいか尋ねていない時、さらに、患者が全ての情報を理解できるように説明していない時に医師に交渉するという項目が含まれた。この項目は【Ⅱ. 十分なサポートとよりよい決定を支援する力】同様、看護師の患者アドボカシー概念として特徴的である。患者には治療に関するすべての情報の情報を受ける権利があり、看護師は患者のアドボカシーの実践者として、これらの権利が守られていない時には医師に交渉することが求められる。

第Ⅵ因子は【Ⅵ. 選択肢の情報提供と意思決定の時期を説明する力】とした。これには、患者に治療の選択肢の利点や欠点、治療を選択しない場合の利点欠点、あるいはいつまでに決定しなければならないかについて説明するという看護師の説明力を問う項目が含まれた。看

護師には患者の治療選択肢を知っているというだけではなく、説明する力も求められる。治療の選択肢を説明できるということは、解剖生理学、病態生理学、薬理学、治療に関する知識など医学的な知識が必要である。看護師が患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援を実践するには、説明できる十分な知識が欠かせないだろう。

【Ⅰ. 選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力】と【Ⅱ. 十分なサポートとよりよい決定を支援する力】は、【Ⅲ. 不安や不確実性がないことを支援する力】、【Ⅳ. 選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】【Ⅵ. 選択肢の情報提供と意思決定の時期を説明する力】が基盤にあって初めて実行できるものである。さらに、【Ⅴ. 医師からの意思決定支援を交渉する力】は患者の権利擁護という点からも重要な概念である。

3. 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度の信頼性・妥当性の検証

1) SEMによる因子的妥当性

探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を実施した結果、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」は6因子からなる構造であった。SEMによる、本尺度に対する因子的妥当性を検討する。SEMでは推定したモデルの良さを評価するための手法として、適合度指標であるCFI（Comparative Fit Index）、RMSEA（Root Mean Square Error of Approximation）（豊田, 2003）を確認した。CFIは独立したモデルと分析したモデル双方の自由度を考慮した上で乖離度の比較を行う指標である。1.0に近いほど適合がよいと判断する（豊田, 2003）。RMSEAは1自由度あたりの乖離度の大きさを評価する指標であり、0.05よりも小さいとよいとされている（中山, 2018）。構造方程式モデリングで得られたモデルの適合度はCFI=0.944, RMSEA=0.058であり、モデルはデータを説明していることが示された。これにより、因子的妥当性は確保されたといえる。

2) 尺度の信頼性の検討：内的一貫性の確認

尺度の内的整合性が認められるには、一般的に信頼性係数（ α ）が0.70以上であることが望ましい（小塩, 2005）。本研究では、尺度全体の信頼性係数 $\alpha=0.945$ と十分な値を示

していた。加えて、これらを構成する6つの概念においても、信頼性係数は十分な値 ($\alpha = 0.770 \sim 0.907$) を示すことができている。以上により、本尺度は内的一貫性を有する尺度であることが支持されたといえる。

3) 妥当性の検討

(1) 併存的妥当性の検討

亀岡（2009）が開発した看護師の卓越性自己評価尺度を使用し、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の併存的妥当性を提示した。この尺度は、病院に就業する5年目以上の臨床経験をもつ看護師を対象とし、看護実践の卓越性を自己評価する尺度である。

「看護師の卓越性自己評価尺度」合計点と「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の合計点の相関係数は $r = 0.597$ ($p < 0.001$) であり、中程度の相関が認められた。以上により、併存的妥当性を提示できると考える。

(2) 予測的妥当性の検討

佐々木（2006）が開発した「看護師のアイデンティティ尺度」、撫養（2014）が開発した「職務満足測定尺度」を使用し、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の併存的妥当性を提示した。

「看護師のアイデンティティ尺度」合計点との相関係数を算出し $r = 0.427$ ($p < 0.001$) と中程度の相関がみられた。

「看護師の職務満足測定尺度」と「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計点との相関係数は $r = 0.380$ ($p < 0.001$) であり、弱い相関がみられた。相関はみられたものの、弱い相関であることから、看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援が、必ずしも看護師の職務満足につながらない可能性も示唆される。職務満足測定尺度が看護師の実務内容への満足感を問うものから、仕事とプライベートの調和などのワークライフバランスを問うものまで多岐に渡ることから、職務全体の満足度と「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支

援力」という場面の実践とは必ずしも強い相関を伴わない可能性あると考えられる。しかしながら、両尺度間に正の弱い相関がみられたことは、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援」は、看護師の職務満足と関係性があると考えられる。

本研究では、看護師の患者アドボカシーの帰結として実践を通して得られる達成感や成長が挙げられたことから、看護師が看護実践を通して得られる職務満足とアイデンティティとし、これらの尺度を予測的妥当性の検証に用いた。本尺度との相関が見られ、看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力と、職務満足および職業的アイデンティティとの間に関連があったと言える。しかしながら、看護師の患者アドボカシーは達成感や成長など必ずしもポジティブな結果だけではなく、疲労、バーンアウトなどの結果 (Segesten, 1993; Grace, 2001; Baldwin, 2003; Hanks, 2007; Chafey, 1998; Foley, 2000; Bsc, 1996; Hewitt, 2002) が報告されていることを考えると、これらの尺度のみで予測的妥当性を判断することが十分であったとは言い切れない。今後の課題としてとしてこれらのネガティブな結果との関連をみていく必要もある。

4. 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力の関連要因

本研究で開発した尺度は、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」であり、患者が治療の選択肢の全ての利点と欠点を理解した上で自身の価値観に従って選択し納得のいく決定ができることを、看護師がどの程度支援しているかを測る尺度である。

従って「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」には、患者の治療の選択肢全てを把握できる専門的知識力が欠かせない。治療を選択することは患者の人生や生活に大きな影響を与え、葛藤をもたらす (O'connor, 1997)。そのため、患者が自身の価値観を見出し、治療方針を決定するプロセスは、不安や揺れ動く患者の気持ちを受け止められる看護師の倫理観が求められる。患者一人一人の葛藤は異なることから、それぞれの患者に寄り添えるケアリング力、患者の反応に対して適切だと考える援助をその場で提供できる実践力が求められる。さらに、患者が医師からの意思決定支援を受けられていない時は、患者の権利を擁護する者として医師へ交渉する力も求められる。「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」は、専門的知識と経験を経て

積み上げられた臨床の知によって実施可能となる。看護師は患者の状況に合わせてどのように患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援を実施するか、臨床判断（Tanner, 2007）をしているといえるだろう。

先行要件と「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計点との関係を一元配置分散分析によって検討した結果、＜経験年数＞の群間に平均の差は有意に認められなかった。しかし、＜現在勤務している部署での勤務年数＞では「0-3年目」と「21年目以上」の群間に平均点の差が有意に認められた。同じ部署に長く勤めただけで、実践力が自然と磨かれていくわけではないが、同じ部署に長期間勤務することは、患者アドボカシー実践力：意思決定支援力の発揮へとつながることが示唆される。エキスパートナースであっても、病棟が変わることで一時的に下のレベルに戻るとも指摘されており（Benner, 1996）、長期同じ病棟で勤務することで積み重ねられた看護師の専門性と臨床の知は、看護実践として価値があると予測できる。

＜現在の役職＞として認定看護師であること、専門看護師であることは、該当しない群と比較して平均値の差が有意に認められている。認定看護師、専門看護師はそれぞれに高い実践力を期待されているスペシャリストであり、患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力においても実践力が発揮できる存在であることが示唆される。

特に専門看護師に求められている役割の一つ、倫理調整役割は、個人、家族および集団の権利を守るために倫理的な問題や葛藤の解決をはかること（日本看護協会, 2017）とある。患者が治療に関する情報提供を受け、自身の価値観に従って自律した意思決定ができることは患者の権利であり、意思決定の際に生じる葛藤の解決をはかることは専門看護師の役割だと解釈できる。本研究の結果は、専門看護師が倫理調整役割を発揮している結果の表れであり、看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力を発揮していることになるだろう。

環境的要因において、＜患者が治療方針を決めることについて、話し合える同僚がいる＞、＜患者が治療方針を決めることについて、相談できる上司や先輩がいる＞、＜患者が治療方針を決めることについて、話しやすい病棟の環境である＞、

＜目標となる上司や先輩がいる＞、＜職場の環境には満足している＞、＜患者が治療方針を決めることについて医師と話しやすい雰囲気がある＞、＜患者が治療方針を決めるについ

てケアやわからないことについて薬剤師や栄養士、理学療法士などの他職種と話し合いやすい雰囲気がある>、<病棟での意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている>、<病棟での勉強会はよく開催されている>、<病棟単位での勉強会はよく参加する>、<病院内の意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている>、<病院内の勉強会はよく開催されている>、<病院内の勉強会はよく参加する>の項目において、肯定した群間は否定した群間と比べて点数が高く、平均点の差が有意に認められた。これは、看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援の実施は、病棟の環境因子に大きく影響を受けるということを示す結果である。

先行要件と「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の下位尺度【Ⅰ.選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力】、【Ⅱ.十分なサポートとよりよい決定を支援する力】、【Ⅲ.不安や不確実性がないことを支援する力】、【Ⅳ.選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】、【Ⅴ.医師からの意思決定支援を交渉する力】、【Ⅵ.選択肢の情報提供と意思決定の時期を説明する力】それぞれの合計点との関係を一元配置分散分析によって検討した。

下位概念Ⅰ～Ⅵと先行要件を比較すると、40代、女性、11年～20年が高い傾向にあった。

<現在勤務している部署>によって、各下位概念の得点は異なる結果となった。Ⅰ【選択支援力】では「手術室」、「緩和ケア病棟」の得点が低かった。手術室ではすでに患者は手術という治療を選択しているという状態であり、治療の選択肢の利点と欠点を整理するという状況の患者を支援する頻度が低いことが影響した可能性がある。Ⅱ【自己決定支援力】では「緩和ケア病棟」の得点が高い一方で「手術室」、「外来」の得点が低かった。この下位項目は患者が自己決定に納得しているか、決定する際に気になっていることを表出できているか、どのように解決しようとしているかなど自律した意思決定を支援する項目である。緩和ケアでは終末期をどのように過ごすか、患者本人による決定を基本とするガイドラインが出されており（厚労省,2015）、緩和ケア病棟では比較的患者本人の意思決定を尊重する環境が整えられていることも影響しているのではないかと考えられる。【Ⅲ.不安や不確実性がないことを支援する力】、【Ⅳ.選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】においても、「手術室」が一番低い結果であった。【Ⅲ.不安や不確実性がないことを支援する力】は、患者が価値観に従って選択することを理解しようとする項目であり、【Ⅳ.選択肢の情報

提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】は看護師が患者の治療選択肢を把握している項目である。すでに手術という治療の選択肢を選んでいる状況の患者と接することの多い手術室では支援の機会がなかったことが影響していると考えられる。【V.医師からの意思決定支援を交渉する力】は「手術室」、「緩和ケア」、「外来」が低い。外来は医師の診療が主体であり、看護師配置が 30:1（厚生労働省, 2017）という人的環境の中で医師に交渉する時間が取れていないことも考えられる。緩和ケアで得点が低い理由として、意思決定支援が行われているがゆえに、医師が意思決定支援を実施していなければ交渉を図るこの項目は当てはまらなかった可能性もある。【IV.選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力】も「手術室」と「外来」が低い結果であった。

以上のように、下位概念 I～VIを通して、＜現在勤務している部署＞が「手術室」の場合、全体的に得点が低い傾向にあった。既述のように、患者は既に治療を選択していることになるため、治療選択の場面で支援が必要ではない、あるいは機会が少ないなどの原因が考えられる。妥当性の観点からはこの結果は妥当であるといえる。

＜現在勤務している部署の勤務年数＞では、いずれも年数が長いほど得点が高い傾向にあった。また、＜役職＞ではいずれの下位尺度においても「管理職」、「専門看護師」、「認定看護師」、「その他」の役職が有る方が、無い者と比較して得点が高い結果となった。役職をもつ場合、病院内で横断的に働いていることもあり得、患者の治療選択における意思決定支援を実施する時間を確保できることも影響すると考えられる。【V.医師からの意思決定支援を交渉する力】では「専門看護師」と「認定看護師」の得点が他と比べて高く、専門看護師と認定看護師は、患者のことにに関して医師と直接話し合う機会が多いことが予測される。

＜看護基礎教育＞ではすべてにおいて、「短大」を卒業したものが一番高く、「専門学校」と「大学卒」では、「大学卒」の方が「専門学校」卒よりも高い傾向にあった。＜最終学歴＞では、V【対医師交渉力】以外は学歴に従って得点が高い結果となり、「博士課程」は全ての下位尺度合計点で一番高い得点を示していた。＜勤務帯＞では各下位概念の合計点の大きな差はなかった。＜看護師配置＞では 7:1 看護師配置は 10:1 看護師配置よりも各下位概念の合計点は高い結果となり、＜現在勤務している部署＞の「外来」と答えた場合に各下位概念の合計点が低かったことと合わせて考えると、アドボカシー概念に基づく治療選択にお

ける意思決定支援力は、看護師配置も影響因子となる可能性もある。今後、さらに関連因子を探索していく。

重回帰分析によって関連要因を検討した結果では、個人的要因では、役職（専門看護師）、役職（認定看護師）、環境的要因ではなく患者が治療方針を決めることについて、話しやすい病棟の環境である＜こと、＜病棟での意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている＞こと、＜患者が治療方針を決めることについて医師と話しやすい雰囲気がある＞ことが、看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力を予測する因子として示されている（ $R=0.462$ 、決定係数（ R^2 ） $=0.249$ ）。この6つのカテゴリーのうち、環境的因子が4つと半数以上を示したことは注目する点である。

病棟の文化は、看護師の看護に対する信念や倫理的認識によって形成される（Tanner, 2006）という。つまり、患者が意思決定する際に葛藤している姿に寄り添い支援する看護師の姿は、病棟の看護師に浸透し、倫理的認識の高い病棟文化へと形成されていくだろう。また、看護師と病棟文化は相互作用があり、倫理的認識の高い病棟文化は病棟のそれぞれの看護師に影響を与えるであろう。アドボカシーの技術は臨床に出してからロールモデルを通して学ぶ（Gosselin-Aconb, 2007）と言われることから、患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援の実践には環境要因が大きく影響を及ぼすといえるだろう。

＜患者が治療方針を決めることについて、話しやすい病棟の環境である＞、＜病棟での意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている＞、＜患者が治療方針を決めることについて医師と話しやすい雰囲気がある＞これらは病棟の文化である。病棟の文化は看護師個人の信念や倫理的認識形成に大きな影響を及ぼし、看護師個人も病棟の倫理的認識の形成に影響し、病棟文化と看護師個人は相互に影響し合うものである。

看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力が発揮されるには、看護師個人への教育だけでなく、病棟の倫理的認識形成の双方を支援することが重要であることが示唆された。

5. 看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度の特徴

意思決定に関する患者の尺度は開発されているが、看護師の尺度は開発されていなかった。本研究で開発された尺度は、看護師の患者アドボカシー、意思決定支援に関する理論的な知識に加え、患者の意思決定尺度も参考とし、看護師の実践と患者のアウトカム双方を反映させていることに特徴がある。さらに、尺度項目の作成と精錬には、看護師へのインタビューの結果や臨床看護師、看護教育に携わる看護教員からの検討を得ており、理論的な知識だけでなく、実際の看護師が実践している患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援を反映したものである。また、各項目の表現を具体的な記述にしたことで、看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援の具現化につながることも価値がある。

6. 尺度の活用への提言

1) 臨床看護師への適用

本研究で開発した尺度を用いて自身の実践を評価し、患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援がどのようなものであるか認識できるものとして適用できる。新人看護師など実施できていない、あるいは実施していない看護師にとっても自身の評価として適用できるだけでなく、どのように実施したらよいのか、具体的な支援を知り実践につなげることができる考える。

また、病棟における患者の意思決定に関する話し合いの際、尺度を用いてどのように支援したらよいかを検討することで、病棟全体の看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力の向上、倫理的認識の形成にも役立てられる。

本研究では、看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力は、環境的因子に大きく影響を受けるという結果であった。本研究で開発した尺度は、コンピテンシーを測る尺度である。コンピテンシーはチームで共有することで成果（患者が納得し葛藤のない意思決定ができること）が得られる（武村, 2014）のであり、アドボカシーの技術は臨床に出たからロールモデルを通して学ぶ（Gosselin-Aconb, 2007）と言われることから、アドボカシーに基づく行動は、環境的因子に動機づけられ実践されると考えられる。看護師

が患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力を身につけていくためには、看護チーム全体に働きかけていくことが重要である。

前述のように認定看護師、専門看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力は高い。しかし、全体の看護師の割合からみても彼ら認定看護師、専門看護師の割合は低い

(日本看護協会, 2016)。患者の意思決定は日々行われ、意思決定しない患者などいない。患者の意思決定支援を特別な看護実践として位置付けてはならない。倫理調整を専門看護師だけに任せるのではなく、全ての臨床看護師が実践できることが、患者の権利を守る上で重要である。

2) 看護基礎教育への適用

看護師の卒業到達目標には、看護の対象となる人々の尊厳と権利を擁護する能力が挙げられている(大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会, 2011)。授業で患者が意思決定する場面を取り上げ、具体的にどのように行動することが患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力といえるのか、尺度を提示しながら考えさせることも可能である。尺度は看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援を教える教育ツールとして活用できる。

また、実習では看護師が「患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援」をする場面、もしくは、患者が必要とする場面に遭遇するであろう。これらの場면을尺度と照らし合わせながら、支援について検討していくこともできる。さらに、学生が患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援が必要な患者に実施されていない場面に気づくこともあるだろう。Benner (2011) は、患者アドボカシーは質の低い看護実践に遭遇した時に明白に教育されると述べる。そのような時に学生が尺度を用いて検討することは、質の低い看護実践を行った看護師に対する単なる批判ではなく支援のあり方を論理的に検討することにつながるであろう。

3) 研究への適用

看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援の最も重要な帰結は、患者が納得のいく選択ができることであり、患者側にある。看護師が尺度を用いた自己評価にて高い評価

を得たとしても、患者が満足していなければよい支援とは言えない。患者にとってより良い決定とは「葛藤がないこと」であり、DCSを用いてその程度を測定できる（O'conner,1996）。今後の研究として、意思決定の場面で看護師は本研究で開発した尺度を用いて、患者側はDCSを用いて双方で評価することも可能である。これにより、本研究の尺度をさらに精練させていくと同時に、看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援に関する概念のさらなる開発に寄与できると考える。

7. 研究の限界と今後の課題

本研究では、標本の対象として小規模の病院に就業する看護師は対象としなかった。結果の一般化可能性を高めていくために、今後小規模病院を加えた調査が必要である。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」に関連する要因として、個人的、環境的因子を検討した。これらの決定係数は0.24であり、高くはない。今後も研究を重ね、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」を予測する要因をさらに拡大して検討していく必要がある。これにより、看護師や学生の実践力を支援する際に、病院の教育担当者や看護基礎教育に携わる者にとって助けとなる知見が提示できると考える。

本研究は、自身で判断できる患者に対する支援の尺度である。意思能力が消失した認知症、重症患者、精神疾患患者に必要とされる代理意思決定では使用できない。今後の課題として、代理意思決定が必要とされる場面で、家族などを対象とした「患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」を測定できる尺度の開発も必要である。

また、本研究は病院看護師の実践をもとに開発し、患者の治療選択の場面に限局した看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援である。医師だけでなく薬剤師、理学療法士や栄養士などの医療従事者とのコラボレーションにおける看護師のアドボカシーを含んでいない。今後、看護師が実践している様々な患者アドボカシーを可視化していくことが課題である。

我が国は、情報社会、国民の権利意識の高まり、高齢社会による社会保障費や医療費のさらなる急増が予測され、2035年の展望として国民ひとりひとりが治療を含めたライフスタイルを主体的に選択できることが掲げられている（保健医療 2035, 厚生労働省）。2007年に発表

された「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省, 2015）が 2015 に改訂されるなど、患者が医療従事者から十分な情報と説明を受けた上で話し合い、患者本人による決定を基本とすることが求められている。従って、患者の自律した意思決定を支援できる看護師の存在は、ますます大きくなる一方である。看護師の臨床ラダーには看護の核となる実践能力として「意思決定を支える力」が示されるなど（日本看護協会, 2016）、時代に応じた看護援助が求められている。患者の自律を支援する患者教育も併せて重要になっている。看護師は患者のアドボカシーの実践者として、どのように「患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援」を実施すべきか、今後も研究を重ねていくことが、看護師の専門性を高めていく上で必要である。

第Ⅶ章 結論

本研究は、看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討した。

文献検討と予備研究から「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」の概念枠組みおよび項目を作成し、看護の専門家ならびに被験者の代表による妥当性の検討を得た後、調査を行った。調査後、探索的因子分析、確認的因子分析を実施したところ、概念の再構築が必要であった。再度探索的因子分析、確認的因子分析を実施した。その結果、25項目からなる「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」を作成した。

「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」は、「選択肢の情報提供と価値観の明確化を支援する力」、「十分なサポートとよりよい決定を支援する力」、「不安や不確実性がないことを支援する力」、「選択肢の情報提供と医師と協同して意思決定することを確認する力」、「医師からの意思決定支援を交渉する力」および「選択肢の情報提供と意思決定の時期を説明する力」という6つの概念で構成される4段階評定尺度である。本尺度の得点が高いほど、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力」が高いことを意味する。

探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を実施し、上記6概念を抽出した後、確認的因子分析によってモデルの適合度を確認したところ、モデルはデータを説明していることが示された（CFI=0.944, RMSEA=0.58）。また、信頼性係数は0.945であった。

続いて妥当性の検討を行った。収束的妥当性では、「看護師の卓越性自己評価尺度」合計点と「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計点との相関係数を算出し、 $r=0.597$ （ $p<0.001$ ）であり、中程度の相関が認められた。予測的妥当性では、「看護師のアイデンティティ尺度」と「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計点との相関係数を算出し $r=0.427$ （ $p<0.001$ ）と中程度の相関がみられた。「看護師の職務満足測定尺度」と「看護師の患者

アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計点との相関係数は $r=0.380$ ($p<0.001$) であり、弱い相関がみられた。

以上の検討により、「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」の信頼性と妥当性は得られたと確認した。

先行要件と「看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力測定尺度」合計点との関係を一元配置分散分析によって検討した結果、群間に平均点の差が有意に認められたカテゴリーは、個人的要因では年齢、現在勤務している部署での勤務年数、現在の役職、看護師資格を取得した基礎教育機関、学歴、就業している医療施設の看護師配置であった。環境的要因では、＜患者が治療方針を決めることについて、話し合える同僚がいる＞、＜患者が治療方針を決めることについて、相談できる上司や先輩がいる＞、＜患者が治療方針を決めることについて、話しやすい病棟の環境である＞、＜患者が治療方針を決めることについて医師と話しやすい雰囲気がある＞、＜患者が治療方針を決めるについてケアやわからないことについて薬剤師や栄養士、理学療法士などの他職種と話し合いやすい雰囲気がある＞、＜目標となる上司や先輩がいる＞、＜職場の環境には満足している＞、＜病棟での意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている＞、＜病棟での勉強会はよく開催されている＞、＜病棟単位での勉強会はよく参加する＞、＜病院内の意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている＞、＜病院内の勉強会はよく開催されている＞、＜病院内の勉強会はよく参加する＞であった。

また、影響要因との関連性を重回帰分析によって検討した結果、＜患者が治療方針を決めることについて、話しやすい病棟の環境である＞こと、＜病棟での意思決定支援に関する勉強会はよく開催されている＞こと、役職（専門看護師）、役職（認定看護師）、＜患者が治療方針を決めることについて医師と話しやすい雰囲気がある＞において、決定係数は 0.249 を示した。

本尺度は、看護師の患者アドボカシー概念に基づく治療選択における意思決定支援力を測定するツールとしての適応が期待できる。