**JAIST Repository**
https://dspace.jaist.ac.jp/

| | |
|---|---|
| Title | 外来がん看護師の不安軽快化のためのメタ認知スキル育成手法 |
| Author(s) | 岩間, 裕司 |
| Citation | |
| Issue Date | 2020-03 |
| Type | Thesis or Dissertation |
| Text version | author |
| URL | http://hdl.handle.net/10119/16329 |
| Rights | |
| Description | Supervisor: 池田 満, 先端科学技術研究科, 修士(知識科学) |

JAIST
JAPAN
ADVANCED INSTITUTE OF
SCIENCE AND TECHNOLOGY

Japan Advanced Institute of Science and Technology

# 第１章

# 序論

外来がん治療の場における食事指導が適切に行われ、患者の関心・動機づけが高まれば、患者の QOL(Quality of Life)が大きく改善する。これを支える看護業務が外来がん看護である。近年では、がんの治療安全性が向上したことにより、通院による治療が可能になり、外来がん患者の数は急速に増している(厚生労働省,2014)。治療形態が変わったことで、外来治療の患者にとって苦痛の無い自由な療養生活の場面が増えてはいないのが実情であり、患者はがんの治療に伴って発生する様々な困難に直面する。

がん患者の食事指導の問題は、医師・看護師・栄養士が協働するチーム医療がもっともよく機能しうる問題と考えられる。しかし、その問題の様相は、入院がん患者の食事指導と外来がん患者の食事指導では大きく異なっている。入院患者に対しては、入院している間はチームとして常に患者の寄り添い、様々な治療・ケアをチームとしてカンファレンスで相談し、計画・実施することができ、チーム医療の力をよく発揮できる。一方で、外来がん患者の場合は、短時間ではあるが、患者との接触が直接的で厚い外来看護師が中心的な役割を担わざるを得ない。外来看護の食事指導において、患者に寄り添いながらチーム医療の力を駆動するのは看護師であり、増加する外来がん患者に対する食事指導は、看護師に期待される新たな役割である。食事指導の知識の中核は栄養学的な知見であり、看護師は研修を受講したり、栄養士から助言を受けるなどして、専門知識を獲得し、実践に結び付ける努力をしている。その努力によって、外来がん看護師に必要な栄養学の知識の習得はすすんでいるものの、外来がん患者固有の問題、例えば、患者が栄養に関する知識を自宅で学び、実践することをどのように支援するか、患者の複雑な状況に対して辛い気持ちをいかに安定させ、療養を導くか、といった現場の状況に適応する思考スキルの学習環境が整っているとはいい難い。

外来がん看護の食事指導場面では、看護師は、自分が持つ知識・スキルで解決可能な範囲で、患者がおかれている医療的・生活的状況に応じて、患者中心に指導プランを考え、患者にとっての合理性を最優先とした指導を行う。看護プランの策定は通常医療チームの集合知に基づいてなされる。医学・看護学の専門用語と業務用語を用いて患者の状況の見立てとそのケアプランについて多様な観点から議論が尽くされ、患者を安心・安全な治癒へと導き、そこで生み出された知見はそれぞれの看護師の知識として積み上げられている(金井・楠見,2012)。

残念なことに外来がん看護の食事指導場面では、このような実践と知識の蓄積が適切に働かない状況がある。それは、

- 患者の望む生活と医療者が考える望ましい生活の対立構造があり、最適な解を決めづらい状況
- 患者にプランが与える影響予測が困難な状況
- その対応に時間的余裕がない状況

である（佐藤ほか,2004;宮下ほか,2014)。このような構造をもつ看護問題を以下では悪構造性のある問題と呼ぶ。看護師は、外来診療で患者と接することのできるわずかな時間において、患者の真意と医療者の思いの不一致を解き明かし、患者の生活を想像しながら患者との合意点を見出して看護の方向性を定めていく必要がある。あくまで、患者の生活が安楽な方向へと進むように支援する役割であるが、この支援の方向性を誤ると、患者との関係性を損なうこともある。経験の浅い看護師にとっては、その不確実性から漠然とした不安が生じうる(宮下ほか,2014; 佐藤ほか,2018)。不安によって、治療効果・患者の希望よりも、安全性を必要以上に優先した消極的な看護プランを策定することにつながっている(Maguire,1985)。このことが、悪構造性のある問題に対する知識の蓄積を損ねており、不安は学習に有効な経験のチャンスを減らし、看護師の熟達の阻害要因となっていると考えられる。

看護師の不安蓄積はバーンアウトにつながると言われており、それを抑止することを主目的として、マインドフルネスなどの事後的な不安解消の手法がなされてきた(Chiesa A.& Serretti A.,2010; Khoury B. et al.,2015 など)。しかし、これらの試みは、不安を蓄積しないことには有効に働くとされているものの、不安を発生する場面における態度の変化には影響がないことも示唆されている。

不安のとらえ方は個人によって異なる。不安を軽快化できるようになるには、

自分が感じている不安に気づき、軽快化する考え方を自発的に身につけていかなくてはならない。本研究が扱う不安軽快化の知識は言葉で言い表すことが困難な、見えない知識である。こうした見えない知識を教えようとするのではく、学習者による学びを適切に支えることを目指す立場は構成主義的学習観と呼ばれている。構成主義的学習観は、学習経験を通して、学習者の知識と対象の知識が結びつき、対象の見えない知識の概念が学習者の中で構成されていくという考え方である。

構成主義の立場にある典型的な教育手法は、「例」を「操作」する過程で自ら知識を構築する環境を提供することである。ハーバード・ビジネススクールで発展したケースメソッド(McNair,1954)（以下では、ケースメソッドという名詞、広義の事例を使った教育方法をさすものではなく、ハーバード・ビジネススクールで開発されたものを指すために限定的に使う）での「例」は過去に現実に起こった経営問題であり、「操作」は合理的な経営プランを求めた議論である。教員は、経営理論を熟知した学生が、解の合理性を吟味する批判的論争を通じて、頑強な経営概念を学習者が自ら構成できるような素材を探し出し、それを教材化する。一方、仲林の手法(2015)は、大学初年度の教養課程の学生に、経営理論・認知理論の価値を構成的に学ばせるために、「例」としてプロジェクト X のビデオ、「操作」は理論に基づく主人公の思考過程の分析し、その結果とナレーションの内容とのギャップについて考えることである。この経験を通じて、「偉人の振る舞いは理論に整合している」という驚きを学習者に与え、理論の学びへの動機づけを与えることを目指している。この二つの方法は、学習者の専門性は対照的であるが、理論の意義の理解を深めることを目的としている点が共通である。そして、ある意味当然であるが、そこで使われる理論は学術的に正当化された真の意味で理論である。本研究の狙いは、看護師の振る舞いを「例」とし、認知プロセスを分析する「操作」を通じて、不安に対処する能力の形成を促すことにある。ここで課題となるのは、分析の基礎として使える粒度の学術的に正当化された「理論」がないことである。そこで、本研究では、教育的意図をもって構成した仮説的な認知モデルを基礎にして、不安を認知し、軽快化する方法を学習者に構成させる教育プログラムの構成を目指すことにした。

以下、第 2 章では、認知モデルを構成するための不安軽快化に関わる重要概念についての文献調査について論じる。第 3 章では、重要概念を組み入れた不安を

軽快化する認知モデルの構成について論じる。第 4 章では、認知モデルと対応づけて学ぶ教材とするシナリオを構成するための基礎情報収集として行った現場看護師への調査について述べ、結果と認知モデルとの対応付けについて示す。第 5 章では、事例収集によって得られた、現場看護師の不安思考事例をもとに、モデルとの対応を明確にしながら構成したシナリオ教材について論じ、モデル・シナリオを活用した教育プログラムについて述べる。第 6 章では、本研究の成果を総括し、今後の展望を論じる。

# 第 2 章

# 関連研究

## 2.1 緒言

本章では、看護師が自己の思考様式や学びに目を向ける足場となる認知モデルに組み入れるべき重要概念についての文献調査、および提案手法に関連する教育手法に関する先行研究について論じる。

２．２節では、本研究における不安について定義した後に、がん患者に対応する看護師が感じる看護への困難感とその対処について研究した佐藤(2018)の成果から、看護師の不安を感じる要因について分析する。２．３節では、不安発生プロセスを明らかにした松浦(2014)の研究をもとに、看護師のがん看護場面における不安発生プロセスについて分析し、不安の軽快化につながる認知の要素について論じる。２．４節では、熟達者と呼ばれる人々の困難場面での知識・スキルの発揮、および熟達支援の研究を紹介しつつ、熟達における学びの課題について論じる。最後に２．５節では、見えない知識を自発的に学ぶことを支援する構成主義的学習の立場をとる教育手法について論じる。

## 2.2 がん看護における不安が看護師へもたらす影響

### 2.2.1 不安の定義

不安は不快感を伴う情動の１つである(古畑・岡,2002)。対象が観念的であることや、対象があっても、対処方法が決まっていないとき、さらにはある個人に

とって脅威となるような出来事が起こるかもしれないと予測されたときに生じる(田代,2004)。不安には具体的に「病気に対する不安」「学生生活不安」「成功不安」「老いの不安」などがあり、人間のライフサイクルの中で様々な状況で見られる問題である。これらの不安は併存することが多く、明確に区別することが困難であることが言われている(松浦,2014)。

田代(2004)は不安について「様々な状況において対処方法が定まらず、自分にとって脅威となることが予測される際に生じる漠然とした不快な情動」と定義している。この定義は、がん患者への看護に困難性を感じる看護師が漠然と感じる情動をとらえている点で本研究の目的とよく整合していることから、本研究では田代の定義に則ることとした。

### 2.2.2　がん看護師の抱える不安と学びへの影響

がん看護は、患者が「がんの宣告」をうけた直後から始まる。告知直後からがん患者に専門的な介入を行う目的は、患者ががんを抱えながらも安心して療養生活を送れるようにすることである。この目的達成のために告知早期から患者を支援するべく、医療提供体制が各病院で整えられつつある。一方で、看護師は動揺が強く病気を受け止め切れない状態にある患者に対して、どのような支援を行うべきか決めきれない難しさや、完治を期待して治療に臨む患者に対して、患者の希望する療養を実現する支援がないことによる支援の難しさといった、支援への困難を感じている（佐藤,2018)。がん患者への支援の困難は、看護師と患者との関わりが生じる場での困難感に留まらず、精神的消耗感が高まることでバーンアウトにつながることが示唆されている(Alacaciouglu,2009)。

佐藤ら(2018)はそうした困難場面において、経験の少ない看護師や苦手意識をもつ看護師に対して、困難感を解消しながら看護を提供するための支援を目指し、がん患者への緩和ケアに関する要望を聴取する際の看護師の困難感とその対処について看護師(平均臨床経験年数 7.8 年)を対象とした調査・質的分析を行った。調査を通じて看護師の困難感を表すカテゴリーとして以下が明らかになった。

- 緩和の話をするタイミング
- 緩和に対する患者の理解度
- 患者家族間と看護師との思いの相違

- 緩和に対する看護師の知識・経験不足
- がん・緩和に対する看護師の抵抗感
- 緩和ケアに対する看護師の苦手意識
- 患者の病状認識
- 緩和をすすめることでの看護師の葛藤
- 看護師の時間的・精神的余裕の有無

これらの看護師の困難感に対して看護師行っている対処として明らかになったカテゴリーは、

- 指導パンフレットの活用
- 緩和についての誤解を払拭
- 患者への精神的支援
- 患者・家族からの要望を適切に聴取
- 他部門や専門チームとの協働
- 看護師間での情報共有
- 緩和介入についての前向きな気持ち

であった。

佐藤らが明らかにした困難感を表すカテゴリーからわかることは、患者や家族が十分病気について理解し、受け入れられているか不明な状況において、

- 対応に十分な知識・経験を持っていないこと(困難①)
- 患者や家族の思いと医療者の思いに生じるズレがある中での看護を行っていくこと(困難②)
- 患者へ看護を行った際の反応予測が困難であること(困難③)
- それらを十分余裕のある時間をもって対応をすること(困難④)

に困難を感じていることである。

対処についてわかることは、

- 既存のパンフレットを活用することや看護チーム、他職種との相談を通じて、知識・経験の不足を補おうとしていること(対処①)
- 患者や家族の誤解を解消し積極的に寄り添うこと(対処②)
- 困難な状況でも前向きに取り組むこと(対処③)

である。

困難感のうち、困難①の知識や経験の不足については、パンフレットの活用や、

コメディカルとの連携によって対処行動がとられていることがわかる(対処①→困難①)。困難②については、緩和ケアについての知識を患者に与えることや、要望に応えることによってズレを修正しようとしている(対処②→困難②)。困難③④については、佐藤らの調査の限りでは有効な対処は行われていないことがわかる。佐藤らは、患者と医療者の思いのずれがある場合や、患者の反応が予測できない場合に対して困難感や不安を抱えたまま患者と向き合っている看護師が多いことを明らかにしている。看護師の対処として、ごく低い割合の看護師が対処③の困難な状況に前向きに取り組んでいることが示唆されている。これは、既存の形式化された知識の活用やチームとの協働による解決を目指しても解消しきれない看護師にとっての困難性と、そこで発生する不安に対して、乗り越えるための意識づけを行うことができる看護師がいることを示唆している。

佐藤らの研究は、明確な解のないがん患者への支援における課題に対する看護師の困難や対処に対して、看護師は自身の中に抱える困難を乗り越えられないまま向き合わざるをえない、という現状を浮き彫りにしている。苦手意識や困難・不安を抱えた状態での支援においては、積極性や柔軟な思考が失われ、看護師自身の経験からの学びのチャンスを損ねることにつながる。また、不安を乗り越えられない状態のまま行われる支援は患者にとって有効なものとなりづらいと考えられ、看護師・患者双方にとって望ましくない状態が存在すると言える。

### 2.2.3 考察

佐藤らの研究から、がん看護において看護師にとっての解消されない困難性として、患者と医療者の思いの対立があること、医療者の支援に対する患者の反応予測が困難であること、患者支援を短時間で取り組まなければならないこと、の 3 点があることがわかった。これらの性質を併せ持った問題を悪構造性のある問題と本研究では呼び、看護師が、不安を軽快化することの第一歩として、問題の難しさを漠然と認識する状態から、問題の悪構造性を陽に認識するようになることが重要であると考えられる。

## 2.3 不安が生じる要因

### 2.3.1 不安発生モデル

松浦(2014)は、不安が発生する仕組みについて、Carver & Scheier (1981)の様々な感情の発生と変化に関してまとめられた制御理論を基盤に、心理社会的な要因に着目して様々な種類の不安を包括して表現するモデルを構築した(図2-1)。

松浦は不安発生によって、不安が発生している状況にはまってしまう「自己没入」の状態から脱することをはじめのステップとし、そのうえで、適切さの基準と現実の一致を図り「不安はない方が望ましい」と考える基準から「不安はあって構わない」という形に修正すること、不安に対する対処可能感を向上させること、脅威刺激に対して関わっていくことを軸として不安に対する介入モデルを構成した。松浦の研究は、従来「不安から気をそらす」や、「不安自体を軽減する」ことを主眼とした支援方法が行われてきたことに対し、それらがかえって不安の軽減にはつながらず、むしろ不安を受容し、不安に向き合うことによって解消しうることを示したところに重要性がある。

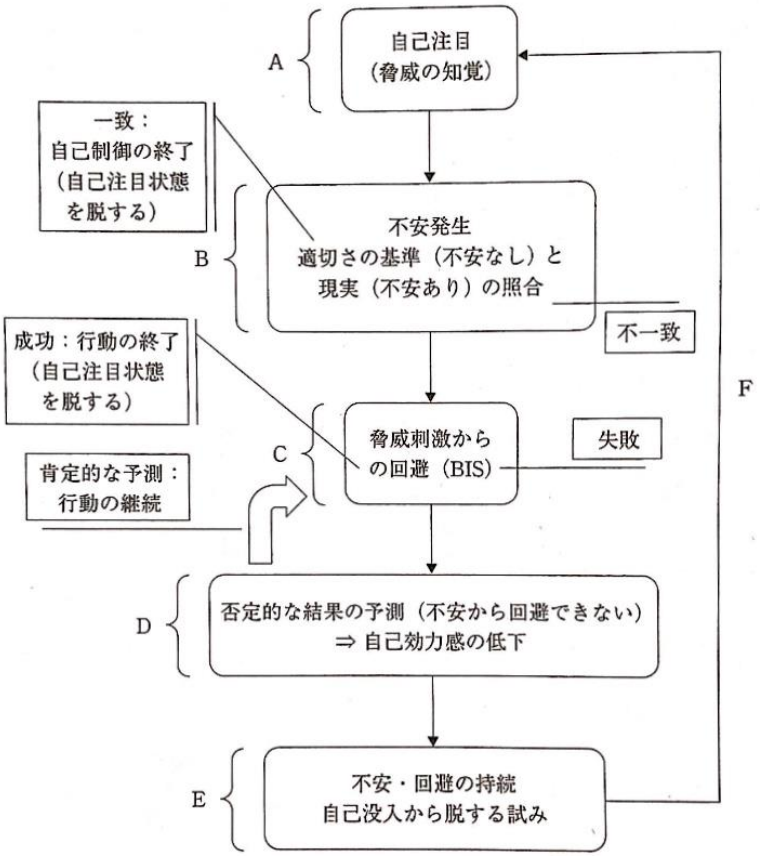


図 2-1 不安発生モデル(松浦, 2014 より引用)

松浦(2014)の不安発生モデルに基づいて、外来がん看護師の不安発生について以下に示す。松浦の示した不安発生モデルの説明(斜体が対応)に続き、看護師が漠然とした不安を感じる状況に当てはめた場合の看護師の不安発生(➢が対応)を述べる。

**自己注目と不安発生(図 2-1 A,B)**

*人は不安を誘発するような外的(人前での視線、人込みなど)あるいは内的(体調不良、心臓の動悸など)刺激に晒されると自己の不快感に注意が集中し不安が生じる。*

➢ **看護師の不安**

外来における看護師はがんを宣告された患者の思いと医療者の思いのズレという刺激に晒されながら、それを乗り越えて対処しなければならないという難しさに直面する。この不快感へと注意が集中することによって不安が生じる。

**不安解消の試みと自己効力感の低下(図 2-1 C,D)**

*不安を感じた者は「不安がない」状態を理想と考えるが、現実には「不安がある」状態に置かれるため、理想と現実の乖離した状態に陥る。人はこのような理想と現実が乖離した状態に置かれると、理想の状態に近づけるか否かを見積もるが、多くは不安に対して適切に対処ができないと否定的な見積を行い、「ある具体的な状況において適切な行動を成し遂げられるという予期、および確信」と定義される「自己効力感」が低下した状態に陥るとともに、不安が生じることを事前に予測して恐れる「予期不安」を抱えるに至る。*

➢ **看護師の不安解消試み**

看護師は患者の思いと医療者の思いの相違を乗り越えて対処することについて、自分にできるかどうかを考える。多くの場合、よい解決案は思い浮かばず、自分には対処がしきれないと見積もる。自分に対処しきれないという感覚から自己効力感は低下する。それとともに、自分には対処のしきれない看護を行うことに予期的な不安を感じる。

**不安への対処行動(図 2-１ E)**

*こうなると人は不安を感じる状況を避けようと様々な回避行動を取ろうとする。例えば人前で視線を感じることを不安に思う場合は人混みに出ない、あるいはサングラスをかけるなどである。*

➢ **看護師の対処行動**

不安を解消するために、チームで関わる余裕がある場合には、他の看護師やコメディカルに相談してよりよい解決策を他者の意見を取り入れて考える。しかし、多くの場合外来においては患者が滞在するわずかな時間において対処することが求められ、十分に相談する時間がない。その場合には、自分が能力を超えて対処しようとすることによって、患者に生じる不都合(患者に適さない生活指導など)を与えるよりも、患者の気持ちに寄り添って励ますという行動によって、自分の責務を果たすことで、責務のすり替えを行う。

**対処行動の効果(図 2-1 F)**

*しかし、心理学的にはある感情を感じないようにするとかえってその感情が強く意識される「リバウンド効果」が生じるため、不安を感じないようにするための回避行動は一時的安心しか得られず、不安は減少しない。かつ、ネガティブな感情は自己への注意を増すため、不安を感じると再び自己に注意が向かい、不安が減じることなく維持される。*

➢ **看護師の対処行動の効果**

対処行動を責務のすり替えとして寄り添うといった行動をとり続けることで、同様の場面において、予期される不安は発生する。

## 2.3.2 不安への対処と困難性

不安に対しては、マインドフルネス(Chiesa A.& Serretti A.,2010; Khoury B. et al.,2012 など)や Attention Training(Wells,1990)や自己効力感を高める介入(Williams, Dooseman & Kleifield, 1984 など)が行われてきた。これらは、事後的に不安を抑制し、業務に再び望む活力を高めるという意味でその有効性がしめされてきた。しかし、不安から注意をそらしたり、不安を感じないように抑圧するといった方略をとって不安の軽減を望むとかえって不安が高まる現象が観察されている。これらは、松浦の引用にもあるように、あることを考えないようにするとかえって頭の中にその思考が浮かんでしまうというリバウンド効果が思考抑制の逆説的効果として生じるからである(Hofmann & Asmundson, 2008)。

## 2.3.3 考察

看護現場においては、看護師が不安を感じるような場面において、不安を回避しようとするのではなく、不安に向き合って不安を解消するということを自ら行うことができるようになることが望ましい。不安の発生要因である、目標の認知と達成可能性のギャップに関心を向け、目標の調整を行うことや、自己の能力を再認することによって達成可能性の見積もりを高めるなどが不安軽快化に重要であると考える。

## 2.4 熟達のための思考

### 2.4.1　熟達化とリフレクション

外来のわずかな時間において、患者の思いと医療者の思いに相違があり、また看護への反応が予測できないといった不安を生じるような場面においても、知識・スキルを活かして役割発揮をしている看護師はいる(Benner,2001)。看護のような特定の領域における長期の経験を通して、高度な知識やスキルを獲得する過程を「熟達化」と呼ぶ(楠見,2003)。不安に向き合い、不安を乗り越えていくことができる看護師を熟達看護師とするならば、熟達看護師はどのように学び、熟達することができたのだろうか？これが本研究の根幹となる疑問である。

熟達者の持つ知識は大きく二つに区分することが可能である。一つは「事実としての知識」であり、「A は B である」という命題の形で表すことができる。もう一つの知識は「やり方の知識」であり、人間が身につけている技能やスキルがこれに相当する(松尾,2005)。熟達者はこうしたふたつのタイプの知識を組み合わせて問題解決を行っている。

特定の分野において、世界的に優れた業績をあげるには、最低 10 年の準備期間が必要であるという「10 年ルール」がいわれている(Ericsson,1996)。さらに、10 年の経験を経れば自動的に専門知識やスキルが身につくわけではなく、「よく考えられた練習」を積み上げることが重要であると言われている(Ericsson,1993)。こうした背景から、熟達化に関する研究では、熟達者と初心者の違いを示すものから、次第に熟達化するためのプロセスに着目されるようになっていった。

教育哲学者の Dewey(1998)は「経験をリフレクティブ思考のプロセスを通して学習することによって、人の理解力、あるいは思考力は向上し、磨かれ成長す

る」と述べるように、成長のための経験を振り返ることの重要性を述べた。Schon(1983)は Dewey の教育哲学に基づいて研究をさらに深め、専門家が直面している不確実で固有で価値の対立をはらむ状況において、実践者に暗黙に作用している巧みな認識に着目した。すなわち、実践課程においてリフレクションを行うところに、専門家の暗黙に作用する巧みな認識があるとし、「Reflective Practitioner Model」を提唱した。Reflective Practitioner Model によると、専門家は自分のそれまでの知識や技術、スキル、価値観を越える問題に直面した時に不安を感じる。この状況を突破するために、それまでの経験を総動員して何らかの行動を起こし、直面する状況に変化をもたらす。直面した状況を評価し、教訓を導き出す。この繰り返しによって状況と対話し、行為の中の省察(Reflection-in-Action)を通じて、自ら学び、解決策を身につけ、成長していく。看護教育においては、Schon のモデルを基盤として、Burns & Bulman(2000)が Reflective Practice in Nursing による新たな看護師専門家像を提示してから、実践知の形成を目的として、リフレクション支援の取り組みがなされてきた。

### 2.4.2　看護師の熟達のためのリフレクション支援

がん患者に対する看護師の困難感が徐々に明らかになりつつあるものの、看護師が困難感をいかに乗り越えるか、という実践に根差したリフレクションについての研究は緒に就いたばかりであり管見の限り、飯岡ら(2019)の研究以外に見当たらない。

飯岡ら(2019)は、がん終末期にある患者の支援に「何もできない」と不全感や困難感を感じ、看護師がその経験から学び成長することができない状況に着目し、経験の意味を見出して学びにつなげるためのリフレクション支援プログラムを構成した。プログラムは 2 種類で、看護学分野で活用されることの多い Gibbs のリフレクティブサイクルを基盤とした、ファシリテーション主導のプログラム(Facilitator-based Reflection Program: FRP)と、Kolb の経験学習サイクルを基盤としたカードを用いたリフレクションプログラム(Card-based Reflection Program: CRP)であり、それぞれ異なる学習者を対象としてその効果検証を行った。学習者はがん看護の経験があり、がん看護コアカリキュラム看護師教育プログラムの受講経験がある者である。FRP では、学習者 4 名で構成されるグループ単位で行われる。学習者はファシリテーター主導のもと Gibbs の枠組み(事実

→感情→評価→分析→結論→行動計画)に沿って、自身の終末期患者との関わりの事例をもとにリフレクションを行う。ファシリテーターは適宜「その時の気持ちは？」「それにはどんな意味があると思うか？」といった問いかけをし、受講者はそれに応じて思考しながらリフレクションを行うという流れである。CRP では、FRP を受けていない看護師を対象として、同様に 4 名 1 グループごとにディスカッション形式で行われる。リフレクションはテーマ、問い、フィードバック、共有の 4 種類のカードを用いる。それぞれのカードには
「なぜそう考えたり、判断するのだと思いますか？」などの設問が記されており、その設問に回答することで、リフレクションを促進することを狙いとしている。ディスカッションを終えた後に、ワークシートを用いて、受講者は気づきやフィードバックを記載する。評価は知識・態度・困難感の尺度を用いて研修の前、直後、3 か月後に行われた。FRP においてプログラムから 3 か月後にかけて困難感の低下がみられるものの、CRP ではいずれの指標においても有意な変化は認められなかった。FRP ではファシリテーターの支援によって学習の視点が明確になることが、学習を促進させることにつながっていると考えられる。一方で、CRP では学習効果は示されていないものの、他者からのフィードバックを受けることによって自分の看護の意味を再認識することや、意識の変化などのポジティブな意見を多く得ており、ディスカッション形式による相互のポジティブフィードバックが学びの動機づけへと関連しうることを示唆していると考えられる。

飯岡らの試みは、終末期看護における知識・スキル・態度を高めるための支援効果としてファシリテーションの有効性を示すのみならず、実践活用の汎用性の高い、カードを用いたディスカッション形式での効果を示したという点で重要な研究である。

### 2.4.3　思考の学びにつながるリフレクションの難しさ

飯岡らの研究では、FRP、CRP いずれの方法においても、実践における行為の中のリフレクション(Reflection-in-Action)についての態度の有意な変化は認められていない。プログラム内でのリフレクションの枠組みを実践の場に適用することの困難性が態度の変容につながりづらい要因の一つと考えられる。リ

フレクションを通した学びの態度形成の困難性については、看護領域に限らず示唆されている。廣松＆尾澤(2019)は組織における「伸び悩んでいる」中堅社員を対象として、その内省プロセスを質的調査によって明らかにした。そこでは、リフレクションを深化させていないことが伸び悩む原因となっており、さらにその深化させることができないことの要因として、自身のリフレクションに関する認識にあることを示した。伸び悩む中堅社員の特徴はリフレクションを「仕事の振り返り」に留めており、「仕事をめぐる思考の振り返り」ととらえていないことが明らかになった。

中堅社員は問題発生時には、原状回復のための即時的な対応を中心的役割として任される。問題解決が最優先となり、出来事の意味を探索することは二の次となっていることが「仕事をめぐる思考の振り返り」がされづらい原因であると考えられる。看護現場においても、主な業務内容は問題解決の繰り返しであり、リフレクションの対象は問題解決自体となりがちである。そのため、仕事をめぐる思考の振り返りに焦点があたりづらいという問題がある。

飯岡ら(2019)、廣松＆尾澤(2019)の研究から、振り返りが習慣となっていても、「思考」の振り返りは行われづらいことが課題となっており、また、思考に着目させても、それがプログラム後の態度の変容につながりづらいことがわかる。

本教育プログラムでは、学習者にモデルの思考の枠組みを活用して、不安の軽快化が埋め込まれたシナリオについて分析させることによって、思考に着目することの重要性に気づかせ、さらにプログラム後にも不安の軽快化を看護現場で直面する場面を思考訓練の題材として考えられるような、動機づけを与える構成とする。

### 2.4.4　概念的知識獲得に向けたメタ認知思考

どのようにして熟達者はリフレクションについての概念的理解を得るのか。学習者が初心者から熟達者になる際に通過する発達プロセスについて注目されている。熟達化研究の第一人者である波多野は、熟達化に向けた学びを重ねる人の実践知には次の特徴があるとした(波多野,2001)。

A）仕事に関する手続き的知識とその深い理解を可能にする概念的知識から構成されている。

B）概念的知識によって、人は、問題状況を適切に解釈してその問題状況に

関わる本質や原理に関する概念的知識を自動的に働かせることができる。

C) メタ認知的知識と省察が、通常の知識よりも通常の知識よりも一段高いメタ水準から知識や行動をコントロールしている。

波多野の指摘からわかることは、人は経験によって獲得した手続き的知識を実際に適用する中で、その意味を考え、それに対応する概念的知識を獲得しており、その経験や知識の適用のプロセスにおいて「メタ認知が働くことで、概念獲得が促進されている」ということである。看護師が不安を感じるような場面で熟達していけるかどうかの分かれ道は、その不安を感じる経験をメタ認知的に認識し、不安をもたらす認知を制御することのできる実践的な知識を獲得できるかどうかにかかっていると考えられる。

メタ認知の実践的知識は、人それぞれが経験を通して獲得するものである。人の持つ知識や技術は異なるために、同じ経験を通してもその経験のとらえ方、感じ方は人によって異なる。看護の実践場面では、不安を感じる場面において、自分が何に対して不安を感じているのか、漠然ととらえることはできるものの、その漠然とした対象がどのようにして不安を感じるに至っているのかを明確に問題点としてとらえることは難しい。さらに不安に対してどういう行動をとるかということはその人の価値観によって無意識的に判断がなされている(久保田,2000)。このために不安を克服していくことへの困難性があると考えられる。「考えることを考える(Fravell, 1976)」プロセスは、価値観に基づいた無意識的な判断を冷静にとらえ、自分が何に不安を感じたのか、その対象はどのような関係で不安をもたらすのか、自分はその不安を感じる場面でどのように行動しようとしているのかということを思考することのきっかけになると考える。

## 2.4.5 考察

熟達者の特徴として、メタ認知によって思考や行動をモニタリングし、適切な方向へとコントロールを行っていることが言える。メタ認知の枠組みで考えると、メタ認知によって不安を発生させる要因である悪構造性や困難性を認識し、それらの解消が合理的な意思決定につながり、また、不安を軽快化することにつながると考えられる。

## 2.5 見えない知識の自発的な学びを促す構成主義的教育

本研究は、見えない知識の自発的な学びを促すことを目指す構成主義的学習の立場にあり、事例に知識を教育的意図をもって埋め込み、それを学習者が見出す学習過程を設計することを目的としている。構成主義的な立場をとる教育設計の試みは近年盛んに行われているが、以下では、構成主義的な手法の特性を際立たせて示すことができる先行研究を２つとりあげ、それとの本研究のアプローチの対比を示す。

一つ目は、ハーバード・ビジネススクールで行われているケースメソッドと呼ばれる教育方法である(McNair,1954)。ケースメソッドの特徴は、問題に関係するすべての理論を精密に理解していたとしても、必ずしも解を導けない複雑なケースを教材とすることにある。ケースの設計者は、ビジネス界の未来を先導するであろう優秀な学生が、その教材の解をもとめて、理論で吟味されるパラメータを推定し、適用する理論に優先順位を与え、最大化するべき結果を選ぶ過程を学ぶ。それぞれの学生が、推定するパラメータ、理論の優先順位、最大化目標などを、独自の視点で設定することで、グループディスカッションの段階で、熾烈な論争が行われ、その議論の中で理論の現実問題への適用において、どのような視点・価値観がどのように結論に影響を与えるのかを学ぶことになる。教材としてのケースの設計者はケースの選択・シナリオの記述においてが見出す様々な仮説と、それらの対立する争点を予測し、ケースの個別分析と議論での論証形成の過程で、何について、どのように学び、どのような学習成果が得られるかを吟味する。ケースメソッドにおけるケースが満たすべき基準は、理論を複雑な事象にあてはめ、相対的に合理的な解を見出す能力を形成する土台となりうることである。

もう一つは、仲林のビデオ教材を用いた理論適用演習(2015)である。理論と現実を構成的に結び付ける点ではケースメソッドと共通性を見出すことができるが、対象とアプローチは全く異なっている。大学生である学習者にとって、この講義は教育科目であり、教育の対象となる理論は専門科目ではなく、理論の導入的な内容が短時間で教示されるにすぎない。教材は、NHK のプロジェクト X のような特別番組であり、理論の適用が精緻に議論されるようなものでもない。こ

の教育のねらいは、番組のナレーションで一般向けに演出された主人公の卓越した振る舞いが、経営理論・認知理論で説明できることを、学習者が見出し、理解を深めることにより、見えない思考過程への理論の適用に驚き・感動を誘導し、理論と現実のあてはめへの関心を高め、学びを動機づける点にある。例えば、起業家の卓越した意思決定・社員に対する求心力の背景は、番組では強烈な個性によるものとの演出が多いが、実はその背景に経営理論に依拠した意思決定が多くみられる事例がある。他にも、塾生の個性を尊重し、自ら学びを深め、成績をあげていく過程を導いている能力の背景には、番組では学習者の個性を包括する教師の人間性によるものとの演出が強いが、実は自己調整学習に基づいて、学習者自身による、自己の学習のモニタリングとコントロールへの関心を自己調整理論に基づいて誘導しているとみなせる事例、などが教材として選ばれている。この教育方法の特徴は、大人数の教室講義であり、ケースメソッドのようなグループ学習の形態はとらないが、学生ひとりひとりの気づきを表すレポートを共有することで、理論の現実問題へのあてはめへの他者の気づきが、学習者間で伝播しながら洗練されるような場が提供されていることである。仲林の教育方法においては、ビデオの演出と理論のあてはめのギャップが学習の動機づけにつながるような内容であり、かつ、ビデオのナレーションが人間の認知という不可視な対象への理論のあてはめの手がかりをよりよく与えるものが選ばれており、学習者集団により自発的な気づきの可能性を高める工夫が教材設計者に求められる。このように、ケースメソッドが理論の専門家による高度に専門的な理論運用スキルを目標とした個別・グループ学習の教材構成であるのに対して、仲林の方法は、理論の直感的イメージを、現実に起こった事象にあてはめ、番組の印象から得られる特殊性・偶発性と、理論に基づく一般性・蓋然性とのギャップの認識を促し、理論の学びを深め、それを自分の認知活動の改善につなげることを目標とした、集合講義の教材構成であることが大きく異なる。

この二つの教育方法は見えない知識の自発的な学びを促すことを目指す構成主義的学習の立場にあり、そのための学習環境には、事例にうめこまれた知識を学習者が見出す過程が教育的な意図をもって組み入れられている。理論の理解の度合い、事例の精密さ、分析の精密さ、議論の精密さは、それぞれの学習目標・学習者の特性・教育形態に応じて合理的に設計されている。

本研究で構成する教育手法は、これらの二つの方法と、見えない知識の自発的な学びを促すことを目指す構成主義的学習の立場をとる点では共通しているが、

より詳細な設定は大きく異なっている。

第一に、学習者が事例にあてはめるものは、理論ではなく、正当化もされていない、教育のために恣意的に構成された認知モデルであること、第二に、学習者がとりくむ事例は実例ではなく、仮想的なシナリオであることが、上述の二つの手法とは大きく異なる。この違いの背景には、本研究が対象とする不安と学習の関係についての理論はあるが、振る舞いを説明する粒度・抽象度ではないために事例へのあてはめが難しいこと、理論のあてはめ自体は学習目標ではなく、事例の分析を通じて、自分の認知過程を見直すことを動機づけることを目標としているという特性がある。

ケースメソッド(McNair,1954)も仲林の手法(2015)も、実問題を教材とすることが学習者の学びへの関心と効果の持続性を期待している。本論文で提案する手法は、この効果を期待することはできないが、見えない知識の自発的な学びを促すことを目指す構成主義的学習の立場をとることで、学習者の関心を集め、学んだことを印象づける効果をもたらすことを期待している。

## 2.6 結言

本章では、認知モデルに組み入れるべき重要概念の調査を行った。

佐藤ら(2018)の調査から、がん看護師において、解消されない困難性として、患者と医療者の思いの対立があること、医療者の支援に対する患者の反応予測が困難であること、患者支援を短時間で取り組まなければならないこと、の 3 点があることがわかった。これらの性質を併せ持った悪構造性のある問題は、不安軽快化の第一歩として認識すべき重要概念である。

不安の発生要因として、対象の目標の認知と達成可能性のギャップがあることによって困難性を感じ、ギャップが解消されないことによって困難性は持続し、不安へとつながることが松浦によって示されたことを述べた(松浦, 2014)。不安に直結する困難性は重要概念であり、ギャップを縮めることが不安の制御につながりうる。

飯岡ら(2019)、廣松＆尾澤(2019)らの研究から、組織の問題解決を日常的に担う役割の人々の振り返りは業務の振り返りとなる傾向にあり、自分らの思考には着目されにくい傾向にあることが示されたことを述べた。思考に着目できる仕組みを教育プログラムに組み入れる工夫が重要であると言える。

熟達者の特徴から、経験をメタ認知によってとらえ、経験自体を概念化してとらえることで、学びを積み重ね熟達していることが示されたことを述べた(波多野, 2001)。「考えることを考える(Fravell, 1976)」というメタ認知の概念をモデルに組み入れることで、不安を軽快化することを概念的に学ぶことの支援につながるのではないかという考えを述べた。

見えない知識の自発的な学びを促すことを目指す構成主義的な立場の教育の先行事例として、ケースメソッド(McNair, 1954)と仲林の手法(2015)を論じた。両手法との対比を受けて、本教育手法の特徴は、看護師の不安思考を捉えるための理論の代わりとなるモデルを構成すること、そして、分析を通して軽快化思考を学びとるシナリオを構成していくことを述べた。

# 第 3 章

# 不安を軽快化する看護師の認知モデル

## 3.1 緒言

本研究は、学習者が自己の不安に目を向け、不安軽快化に向けた思考を構成的に学ぶことを支援する教育手法を構成することを目的としている。見えない知識の自発的な学びを促すことを目指す構成主義的学習の立場の教育では、ケースメソッド(McNair,1954)や仲林(2015)のように理論を事例に当てはめて、理論の活用の仕方を学ぶといった手法がとられている。本研究の対象とする不安の軽快化では、それを学ぶための理論は存在しないという難しさがある。

本研究では、不安を軽快化する看護師の思考モデルを構成することで、モデルを通した事例の解釈を通じて不安軽快化の思考を学ばせることができると考えた。本章では、前章で調査した、不安軽快化の重要概念をもとに構成した看護師の認知モデルについて論じる。

## 3.2　学習目標認知スキル

前章の調査から、看護師が不安を軽快化する思考として、問題の悪構造性を認識すること(佐藤,2018)、困難性を認識すること(松浦, 2014)、メタ認知によって悪構造性、困難性が解消されるように思考をコントロールすること(波多野, 2001)が重要な概念として働いていると考えられた。

本研究では、これらの概念を踏まえ、不安軽快化に向けた学習目標として設定したメタ認知スキルは以下の 4 点である。これらのスキルを学習者が自身の思考様式において構成的に獲得することによって、各々が不安軽快化に向けた思

考を行えるようになっていくと考えている。

（ア）問題の難度の感知をきっかけとして、問題のもつ悪構造性を認識する。

（イ）問題への困難感の感知をきっかけとして、問題のもつ困難性を認識する。

（ウ）悪構造性・困難性の特性を冷静にとらえ、合理的なプラン策定へと決定を制御する。

（エ）悪構造性・困難性をもたらす要因への対処を考えることで不安を制御する。

以下にそれぞれの認知についての詳細を述べる。

ア）問題の難度の感知をきっかけとして、問題のもつ悪構造性を認識する。

問題の難度を感覚的にとらえているだけの状態では、何が原因となってその問題を難しくしているのか考えてはいない。患者と医療者の考えの対立、患者への看護の影響予測が困難な状況、対応の時間的余裕がない状況といった外来がん看護業務に特徴的な問題（佐藤, 2018）を意識的にとらえることが難しさの原因の認識に必要である。

イ）問題への困難感の感知をきっかけとして、問題のもつ困難性を認識する。

困難感を感覚的に感知しているだけの状態では、その問題にどのような困難感を感じているのかを考えてはいない。困難性は自分が行おうとする行動の目標基準と、現実がその基準に届いているかどうかの差にある(松浦,2014)とされている。困難感をきっかけとして、目標と達成可能性の差を意識的にとらえることが困難性の認識に必要である。

ウ）悪構造性・困難性のもつ特性を冷静にとらえ、合理的なプラン策定へと決定を制御する。

問題の悪構造性、問題の困難性を認識することが、行動決定を合理的に制御するうえでの基礎になる。難しさをもたらしている患者と医療者の考えの対立の解消策を考えること、患者の反応予測が困難であれば、様々な考え得る反応への対策の検討をすること、時間制約において行い得る最大の方法を検討することなどが考えられる。そのような特性をとらえ、行動目標を達成可能な目標に修正する自己調整的な思考の基礎とする。

（エ）悪構造性・困難性をもたらす要因への対処を考えることで不安を制御する。

問題の悪構造性、困難性を踏まえて、目標の調整や行動決定を合理的に制御すること、これらを不安が生起しうる場面で行うことによって、自己効力感を高め、不安を軽快化する。

## 3.3 不安を軽快化する看護師の認知モデル教材

前節で論じた、4 点の学習目標であるメタ認知スキルを、学習者にいかにして学ばせるか、という課題に対して、学習目標を使って看護師の振る舞いを分析するという方法を考えた。すなわち、学習目標を埋め込んだ、振る舞いを分析する枠組みとなるモデルを構成し、モデルを活用した分析課題を与えれば学習目標を学ばせることができると考えた。

モデルの満たすべき条件として、前節で述べた 4 つの学習目標が埋め込まれていること、また、看護師にとって蓋然性のある構成とすることを考えた。看護師は、アセスメント、看護問題特定、看護プラン策定、実施、評価のサイクルを回すことによって、看護の質向上を図っており(Kuiper et al.,2017)、その一連の看護師の思考を組み入れたモデル構成とした。この要件を満たす形で、教材として構成したのが「不安を軽快化する看護師の認知モデル(図 3- 1 )」である。図 3-１を教材として学習者に提示し、教示することの概要を以下で説明する。

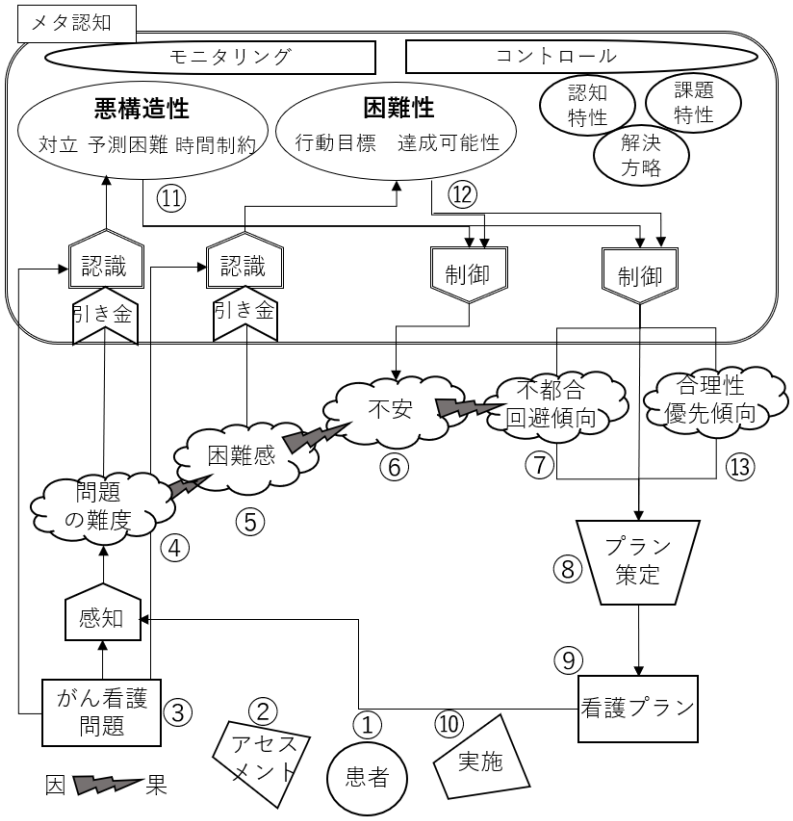


図 3- 1　不安を軽快化する看護師の認知モデル教材

## モデルに関する教示概要

### ■　学習目標との対応

モデル上部のメタ認知の枠内で、五角形で示された「認識」と「制御」が学習目標の認知スキルに相当しており、図内の番号と学習目標は以下のように対応している。

（ア）問題の難度(④)の感知をきっかけとして、問題(③)のもつ悪構造性(⑪)を認識する。

（イ）問題への困難感(⑤)の感知をきっかけとして、問題(③)のもつ困難性(⑫)を認識する。

（ウ）悪構造性(⑪)・困難性(⑫)の特性を冷静にとらえ、合理的(⑬)なプラン策定(⑧)へと決定を制御する。

（エ）悪構造性(⑪)・困難性(⑫)をもたらす要因への対処を考えることで不安(⑥)を制御する。

■　モデルの概要説明

モデルは看護師が患者と対面した場面における、看護師の直感的な認知と、意識的なメタ認知を表している。モデル下部の環状で表現しているのが、不安を直感的に回避している認知で、上部の角丸の大枠でくくられた部分は、意識的に働くメタ認知を表している。

矢印は認知の流れを示している。台形の箱で表しているのは、基本的な看護プロセスの構成要素である(②, ⑧, ⑩)。

行為の前後の構成要素は行為の入力と出力の関係になっている。例えば③から④にかけて、がん看護問題が感知行為に入力されることで問題の難度が出力されるという認知の流れを示している。雲形の箱は、看護師のぼんやりとした認知を示している(④, ⑤, ⑥, ⑦, ⑧)。矢印形の引き金は、その線で結ばれるもとの認知が発生すると、認識行為を行うことのきっかけとなることを示している。例えば、③④⑪について、④問題の難度を感知することで、がん看護問題をメタ認知するきっかけとなる。がん看護問題がメタレベルの認識の入力になり、悪構造性が出力される。メタ認知のうち楕円形で示されているものは、メタ認知的知識を表している。

熟達できる看護師は、下部のサイクルで思考することはあっても、難度の感知や困難感の感知をきっかけとして、メタ認知の思考を働かせ、不安を軽快化する認知の制御を行うことを試みる。そうした認知制御の経験を重ね、不安を軽快化することを徐々に会得するようになり、不安を発生する場面であっても、熟達に向けた学びを積み重ねるようになっていくことを想定している。一方熟達できない看護師は、モデル下部のサイクルで思考することによって、毎回不都合回避傾向の思考でプランを策定するために、不安を発生する場面から学びを得て成長することができないと想定している。

■　モデルの内容説明

学習者がモデルを活用して、看護師の振る舞いを分析できるようにするために、モデルで表していることの説明を学習者に教示する。以下に図 3-1 の構成概念のつながりが意味する内容を示す。学習目標が発揮されることを示すために、該当箇所には**【不安を軽快化できる看護師】**と太字で示し、学習目標が発揮されないことによる箇所には**【不安を軽快化できない看護師】**と示している。

患者・アセスメント・がん看護問題（①→②→③）

患者の情報からアセスメントによって、がん看護問題を考える。

**問題難度・困難感・不安の知覚（③→④→⑤→⑥）**

がん看護問題を考えることで、その問題が難しい問題であることを知覚する。その問題が自分には解消できない問題かもしれないと困難感を感じる。自分が対処することによって、かえって患者を混乱させたり、患者に不利益を被ることといった否定的な想像をし、解消されないまま看護に臨むことに不安を感じる。。

**難度の感知・悪構造性の認識（④→⑪）【不安を軽快化できる看護師】**

問題が難しいことを感知したことをきっかけとして、何が問題を難しくしているのかを考える。アセスメントによって導いたがん看護問題から、問題の悪構造性として、患者と医療者の思いの対立、想定する看護とそれに対する患者の反応予測困難、対応への時間的制約の性質を認識する。

**困難感の感知・困難性の認識（⑤→⑫）【不安を軽快化できる看護師】**

対処することへの困難感を感じることをきっかけとして、困難感の要因を考える。がん看護問題について、達成しようとしている目標と、自分の能力による達成可能性の差が大きいことによって困難感が発生していることを認識する。

**プラン策定制御（⑪⑫→⑬→⑧）【不安を軽快化できる看護師】**

悪構造性として認識したことへの対処を考える。また、困難性として、達成しようとする目標と、達成可能性の差を考える。悪構造の性質それぞれに対して、対立を解消する方策、反応予測困難であることを踏まえた、あらゆる反応への心的準備、時間制約のある中で実施可能な看護の検討を行う。また、それらの達成しようとする目標の調整をし、自分の過去の経験を参照し、実行できることを考えることを通して、プラン策定を行う。

**不安制御（⑪⑫→⑥）【不安を軽快化できる看護師】**

悪構造性、困難性の性質に対して、それぞれ解消方法を考えることによって、問題の難しさへの抵抗や困難感が解消される。達成可能な目標に調整することや、自分の能力を評価して実行可能なことを考えることによって、自己効力感が高まり、不安は制御される。

**不都合回避思考によるプラン策定（⑥→⑦→⑧）【不安を軽快化できない看護師】**

不安を制御できないまま、悪構造性のある問題へ対応しなければならない状況になると、患者にとって合理的と考えられる看護を行うのではなく、患者に寄り添うことといった、置き換えや合理化の自己防衛機制が働く。

## 3.4 結言

本章では、不安軽快化思考の獲得に向けた、学習者の学習目標である、問題の悪構造性を認識すること、困難性を認識すること、悪構造性・困難性の特性から合理的なプラン策定へと決定を制御すること、悪構造性・困難性への対処を考えることで不安を制御すること、これらの 4 点のメタ認知スキルを埋め込んだ、教材としての看護師の認知のモデルを示した。

モデルは、思考の振り返りに目を向けづらいという学びの困難性がある看護師が、看護師の振る舞いの分析をするよりどころとして活用され、看護師それぞれの内面の思考様式に着目させ、不安軽快化に働くメタ認知を学ぶことの足場となる。

# 第 4 章

# シナリオ教材構成のための事例収集

## 4.1 緒言

本研究で学習者がモデルを当てはめて分析するシナリオ教材は、ケースメソッド(McNair,1954)や仲林の手法(2015)が扱ったような実例ではなく、仮想的なシナリオである。仮想シナリオとすることで、不可視性の高い、不安軽快化が発揮される看護師の思考に学習者を集中して学ばせることができる。

本章では、モデルを適応して分析するシナリオを、看護師にとって蓋然性が高く、モデルとの対応が明確で、学習目標の認知スキルを発見的に学べる教材とするために、行った事例収集について論じる。

４．２節では、事例収集の対象者や収集方法および質問内容について説明する。４．３節では、調査対象者の属性および、得られたデータと、学習目標認知スキルとの対応について論じる。

## 4.2 事例収集の方針

ケースメソッドでは、ケース設計者は、経営の専門化であるビジネススクールの学生があらゆるパラメータや条件に様々な理論を精緻に適用して多様な最適解が出される中で、相対的な最適解を議論によって導くことが可能な事例を採用した。仲林の手法(2015)は大学生でも直感的にハイパフォーマンスであることが分かり、理論によってその行動が説明できることを基準で事例が選択されている。本研究のシナリオ構成の基礎として、モデルと対応し、学習目標の認知スキルを満たしていることである。

## 4.3 事例収集の概要・方法

### 事例収集対象者

対象者の条件は、日本看護協会に登録されているがん専門看護師、がん認定看護師、がん看護領域で 5 年以上の臨床経験がある看護師である。多くの悪構造性のある問題に直面した経験があり、さらに不安の対処についての考え方を示すことができると思われることが理由である。

### 事例収集方法

調査は、郵送による質問紙調査と、インタビュー調査を行った。

質問紙調査は、日本看護協会に登録されているがん専門看護師、がん化学療法看護認定看護師を対象として、該当者の勤務する施設を経由して本人宛に質問紙の郵送を行った。対象者には、質問紙に研究の意義・目的、方法、倫理的配慮について記載した研究説明書を同封し、書面での説明を行った。返信用封筒を同封し、回答をもって、研究への同意をしたとみなした。

インタビュー調査は、研究協力依頼を看護師に行い、スノーボールサンプリングによって協力者を募った。対象者には、事前に質問紙を電子メールにて送付し、回答済の質問紙をもとにインタビューを実施した。対象者には、開始前に研究説明書を用いて、質問紙調査同様に研究の意義等を説明し、同意書への署名を得た。インタビュー内容は、対象者の了解を得たうえで IC レコーダーにて録音を行った。

### 実施期間

2019 年 10 月～2019 年 11 月に調査を実施した。

### 質問項目

質問紙は、個人特性の選択質問(性別、年代、看護師経験年数、がん看護経験年数)と、以下の自由回答質問項目から構成される（付録 C)。

① 外来における食事指導場面で悩んだ事例について教えてください
② ①の状況においてどのような悩みを感じたのか教えてください
③ ②で悩みを感じたときにどのように対処したかを教えてください
④ ③の対処行動に至った自分の思考について教えてください

⑤ ②で答えたような悩みを持ったことが、よく似た状況の患者の食事指導の遂行への不安を増大させたり、食事指導への苦手意識につながったりしていますか？(はい、いいえの二択質問で「はい」ならば⑥を、「いいえ」ならば⑦を回答する。)

⑥ 不安や苦手意識について、どのような不安や苦手意識につながっているか教えてください

⑦ 不安を増大させたり、苦手意識につながらなかった理由、あるいはつながらないように意図的に行った工夫があれば教えてください

**予備調査**

質問紙を通して、モデルとの対応が明確で、学習目標である認知スキルに沿った事例を収集できる質問紙の設計とするために、2019 年 7 月～2019 年 8 月の期間において、外来がん看護経験のある 4 年目～6 年目の中堅看護師 4 名を対象として予備調査を行った。予備調査では、対象者に質問紙に回答してもらい、質問項目の不明瞭な点や、モデルとの対応のある事例を収集することを促進する言葉などをインタビューによって調査し。予備調査の結果をもとに、質問紙の改訂を図った。

**倫理的配慮**

本研究は看護師を対象として、個人の看護師経験年数や、取得資格などのプライバシー情報を取得する。調査開始前に北陸先端科学技術大学院大学ライフサイエンス委員会の研究実施の承認を得た(承認番号：人 01－003)。

## 4.4 教材構成のための事例収集結果

### 4.4.1 調査対象者

質問紙は、80 名の対象者へ郵送し、13 名からの回答をえた(回収率 16%)。インタビュー調査は 6 名の看護師を対象に行った。インタビュー平均時間は 39.3 分であった。対象者の属性は以下である。

表 4- 1　質問紙調査対象者の属性(n=13)

| 項目 | 人(%) |
|---|---|
| **性別** | |
| 女性 | 12人(92.3%) |
| 男性 | 1人(7.7%) |
| **年齢** | |
| 20代 | 0人(0.0%) |
| 30代 | 4人(30.7%) |
| 40代 | 6人(46.1%) |
| 50代 | 3人(23.0%) |
| 60代 | 0人(0.0%) |
| **看護師経験年数** | |
| 6～10年 | 0人(0.0%) |
| 11～15年 | 4人(30.7%) |
| 16～20年 | 2人(15.3%) |
| 21年～ | 7人(53.8%) |
| **がん看護経験年数** | |
| 6～10年 | 1人(7.7%) |
| 11～15年 | 4人(30.7%) |
| 16～20年 | 2人(15.3%) |
| 21年～ | 6人(46.1%) |

表 4-2　インタビュー対象者の属性(n=6)

| 対象者 | 性別 | 年齢 | 看護師経験年数 | がん看護経験年数 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 女性 | 30代 | 16~20年 | 16～20年 |
| 2 | 男性 | 40代 | 16~20年 | 16～20年 |
| 3 | 女性 | 40代 | 21年～ | 16~20年 |
| 4 | 女性 | 50代 | 21年～ | 21年～ |
| 5 | 女性 | 40代 | 16年～20年 | 16年～20年 |
| 6 | 女性 | 40代 | 16年～20年 | 16年～20年 |

## 4.4.2 収集した事例の分析結果

インタビュー調査によって得られた録音データより逐語録を作成した。質問紙調査によって得られた記述データおよびインタビュー調査によって得られた逐語録と、モデルとの対応について内容分析を行った。対象者 19 名の回答のうち、学習目標の 4 つの認知スキルをすべて満たしたのは 3 例(15.8%)であった。得られた 3 例の事例は、モデルとの対応を示すことができ、シナリオ構成の基礎として活用することができる。

## 4.4.3 収集した事例と学習目標の対応

本節では、収集した事例のうち、特にモデルとの対応付けられる箇所が多い例を挙げ、学習目標との対応を示す。

以下の説明では、分析の過程でモデルと対応付けた部分にモデル中の番号を ()で示している。そのうち、学習目標との対応が見いだせた部分は下線で強調している。

■　回答データの抜粋

✓　学習目標との対応の説明

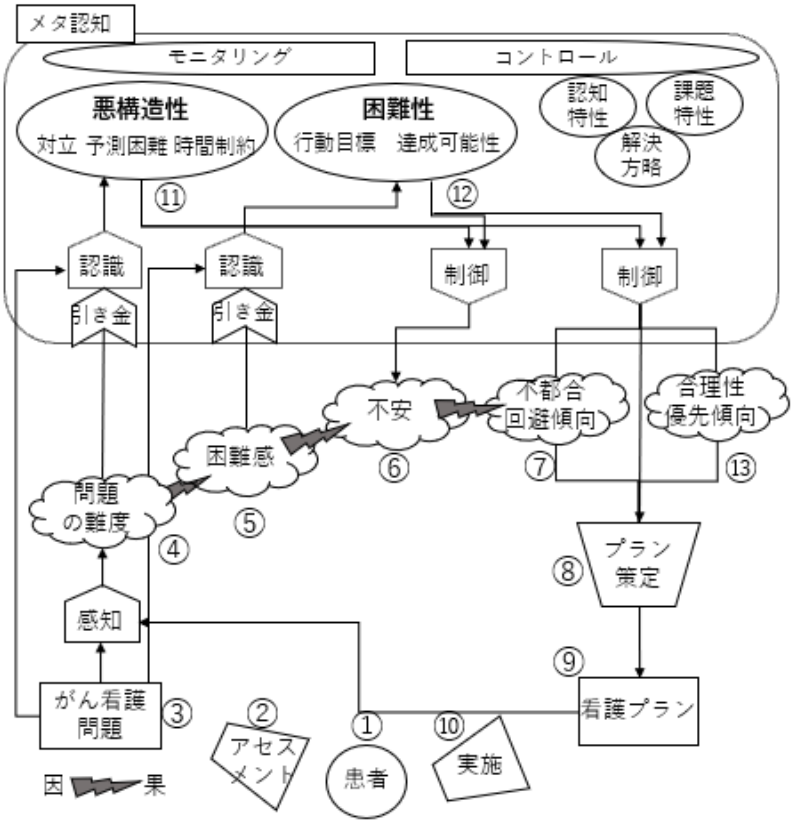


図 4- 1 不安を軽快化できる看護師の認知モデル

### （ア） 問題の難度の感知をきっかけとして、問題のもつ悪構造性を認識する

■ 回答データ

*30 歳代女性の方で、直腸がん末期の診断を受けている方です(①)。職場復帰を目指していた(①)のですが、病気のために食事がとれず、復帰をするには高カロリー輸液のための点滴ポートを造設するか、人工肛門を作らなくてはならない状況で (③)、難しい事例だと思いました (④)。本人は職場にそうしたストレスなく戻りたいという思いを持っており、長期的に考えたときの医学的理想と、本人の理想が異なる状態でした(ア-1,⑪)。若くて復帰への思いが強いことが伺えたので、その気持ちを削いでしまうのではないかと思い、意思決定を求めていくのは難しかったですね(ア-2,⑤→⑪)。外来で会えるわずかなタイミングでできることが何か模索した事例でした(ア-3,⑪)。*

✓ 学習目標との対応

患者の身体的・精神的・社会的状況と、医学的に推定される患者が直面しなければならない現実の状況、看護師の置かれた状況から、患者の思いと医学的

な現実の思いの不一致（ア-1,⑪,【患者と医療者の思いの対立】)、意思決定支援に対する難度の感知と反応予測困難認知(ア-2,⑪,【患者反応予測困難】)、時間制約の中で信頼関係の構築と望ましい意思決定の支援を両立することの難しさ(ア-3,⑪,【対応時間の制約】)といった問題の持つ悪構造性を認識している。

### （イ）　問題への困難感の感知をきっかけとして、問題のもつ困難性を認識する

■　回答データ

*食事があまりとれておらず、身体的にはなるべく早く点滴ポートを作るか、人工肛門にするか決断をした方がよく(②)、はじめは積極的な意思決定支援をした方がよいと考えました(イ-1,⑫)。しかし同時に患者はまだ若く、どちらの選択も辛いだろうという思いもありました（②)。早期に意思決定を支援していくことが、果たして患者にとってよいことなのか、身体的な状況と精神的な状況をすぐに解消するのは難しいと思いました（イ-2,⑤→⑫)。*

✓　学習目標との対応

患者の身体的な状況悪化を防ぐことを優先とした行動をしようとしていることを認識している(⑫、【目標の認知】)。また同時に、患者の精神的な状況を考慮することによって、自分に解消できる問題であるかどうかを考え(【⑫、達成可能性の見積もり】)、問題の困難性として認識している。

### （ウ）　悪構造性・困難性のもつ特性を冷静にとらえ、合理的なプラン策定へと決定を制御する

■　回答データ

*意思決定をすぐに求めるのではなくて、まず患者が大事にしていることを知ることが大事だと思いました(ウ-1,⑫)。自分の意思をあまり表出できない方でした（②)。潜在化している患者の気持ちを、こうじゃないの？と助言しながら大切にしていることを表出させて、少しずつ思いを寄せていくようにしていました(ウ-2,⑪→⑬)。反応が読めないから曖昧にしてしまうことってあるかと思うんですけど、それは患者のために結局ならないと思ってダイレクトに聞くようにしました（ウ-3,⑪→⑬)。そうやって、毎回の面談で少しずつ気持ちを探っていきましたね(ウ-4,⑪→⑬)。*

✓　学習目標との対応

治療選択の意思決定を早急に支援するという目標から、患者の大事にしていることを引き出すという目標へと修正している(ウ-1,⑫,【目標の修正】)。悪構造性のある状況で、患者の反応予測が困難でありながらも、長期的な患者の利益を優先する信念によって曖昧にすることをせずに(ウ-3,⑪→⑬,【反応予測困難の解消】)、徐々に気持ちを寄せていくプラン策定をしている(ウ-2,⑪→⑬,【患者と医療者の思いの対立の解消】)。関係性を作ることによって、短時間でも継続的に歩み寄っていける状態を作っている(ウ-4,⑪→⑬,【時間制約による難しさの解消】)。

**(エ)　プラン決定の思考を合理的に制御し、悪構造性・困難性への対処を考えることで不安を制御する**

■　回答データ

*患者が大事にしていることを知ったうえで、意思決定を進めていかないといけないと思ったのは、患者が後悔するようなことがあったら本末転倒と考えたからです(エ-1,⑫→⑬)。私はこれまで患者の気持ちを表出させる、ラポールっていうんですかね、そうしたことをたくさん経験してきました。なので、この時もそうやっていけばきっと大丈夫と思ったんです(エ-2,⑫→⑥)。*

✓　学習目標との対応

自分の行おうとする行動を、患者の長期的な利益につながるかどうかの視点でとらえ直し、目標の再設定を行っている(エ-1,⑫→⑬,【目標の修正】)。さらに、自分の過去の経験を参照し、自分に実行可能なことを考えることによって、自己効力感を高め不安を制御している(エ-2,⑫→⑥,【目標と達成可能性の差の縮小化】)。

# 4.5 結言

本章では、学習者がモデルを当てはめてメタ認知を発見的に学ぶためのシナリオを構成するために、その基礎となる事例の収集について、収集方法の概要や質問紙の構成、得られたデータについて論じた。

収集した事例については、学習目標認知スキルとの明確な対応が得られた。

シナリオ教材においては、認知スキルが発現されている事例を活用しつつ、認知モデルで示される思考プロセスとの整合性を考慮して構成する必要がある。

# 第５章

# 不安軽快化思考スキル獲得のための教育プログラムの構成

## 5.1 緒言

本研究で構成する教育手法は、ケースメソッド(McNair,1954)、仲林の手法(2015)と見えない知識の自発的な学びを促すことを目指す構成主義的学習の立場をとるところでは共通しているが、モデル構成およびシナリオ構成の設定の点で大きく異なっている。

第 2 章で述べたように、不安と学習との関係を説明できる理論は存在するものの、看護師の不安に対する振る舞いを説明する粒度・抽象度ではなく、理論の事例へのあてはめが難しい。事例分析のよりどころとするモデルを適用することで、判断をもたらす思考に関心が当たりづらいという学びの困難性を発見的に分析することができるシナリオを構成できれば、学習者ひとりひとりの思考様式と学びに目が向き、見えない知識の自発的な学びを実現できるのではないかと考えた。

本章では、第 4 章で論じた実践場面に即した学習目標との対応が明確な現場看護師の事例を活用し、事例に埋め込まれた知識を学習者が発見的に見出すことをデザインしたシナリオ構成、および、教育プログラムの概要について論じる。

５．２節では、教育プログラムの対象者の特徴や学習目標、教材の役割について論じる。５．３節では、５．２節での教材の位置づけをしたうえで、シナリオ構成の詳細について論じる。

## 5.2 教育プログラムの概要

### 5.2.1 教育対象者の特徴と教育目的、学習目標

本研究における教育プログラムの対象者と教育目的を以下のように定めた。

**対象者**

外来がん看護に携わる看護師

**教育形式**

医療組織内で実施する研修で 1 クールあたり 3～4 名の参加者

**教育目的**

外来がん看護における不安を発生する場面において、不安軽快化することの重要性に気づかせ、不安軽快化につながるメタ認知的思考を構成的に学ばせること

熟達に向けた不安を軽快化する思考を学ぶ教育プログラムを構成するにあたり、本研究では、以下の学習目標を設定した。

**大目標**

悪構造性のある問題における熟達をしていくには、発生する不安を制御しながら看護に臨む必要があることに気づく。不安を制御するためには、メタ認知によって、不安の発生要因をとらえ、軽快化につながる認知制御を行う必要があることに気づく。

この目標を達成するために以下の中目標を設定した。

**中目標１** メタ認知やモデルについての講義を通して、看護師の思考をメタ認知的に分析する方法についての理解を深める。

**中目標２** モデルを活用したシナリオの分析を通して、学習目標の認知スキルによって不安の軽快化がなされていることに気づき、実践における思考様式や学びに目を向ける重要性に気づく。

**中目標３** 自己の経験について振り返り、自分自身の思考様式や学びの傾向に気づく。

「考えることを考える」メタ認知スキルを活用し、不安を軽快化できるように

なることは、実践の場における長期的な訓練が必要であり、本プログラムを通してすぐに軽快化につながる思考を会得することは目指していない。本プログラムでは、モデルで示される看護師の認知や、学習目標となる認知スキルについての理解を深め、シナリオを分析することを通して、自分自身の思考様式や学びに目を向けること、いわば、不安軽快化するメタ認知スキルを会得するための素養を得ることを目標においている。

現場における悪構造性のある問題への看護経験を通じて、不安を軽快化する思考を自ら形成していけるようにするため、実践における思考様式や学び方に目を向けることの意義を理解し、自己の経験と結びつけて考えることを体験できるプログラムとなることが重要であると考えた。以下に、これらを踏まえた教育プログラム設計と、シナリオ構成について述べる。

## 5.2.2 教育プログラムの設計

中目標に基づいて、それぞれの達成手段を検討し、思考スキルの育成プログラムを設計した。中目標２の達成を核として、中目標１がその手段として、モデルの活用・シナリオ分析の手段の理解を深める準備段階である。中目標３は、自分の経験と結びつけて考えることによって、実践における思考法実践の動機づけにつなげる段階と考えている。本プログラムは大きく３つのフェーズから構成される。中目標１の達成に向けた思考準備フェーズ、中目標２の達成に向けた深掘りフェーズ、中目標３の達成に向けた振り返りフェーズである。本節では、その具体的な講義や議論の内容について述べる。

**中目標１達成のための教育プログラム**

中目標１達成ための思考準備フェーズでは、以下の内容について講義および、課題を行う。深掘りフェーズにおいて行うシナリオ分析を有意義にするために、モデルで示される４つの認知スキル(悪構造性の認識・困難性の認識・意思決定の制御・不安の制御)の理解を深めることを副目標として設定する。

- 自分自身の不安への対処についての考え方の質問紙回答(付録Ａ)
- メタ認知に関する基礎的知識、モデルにおける学習目標の認知スキル(悪構造性の認識・困難性の認識・合理的意思決定制御・不安制御)の講義

自分自身の不安への対処についての考え方を回答することによって、思考に

ついて関心の向きづらい学習者に、自分が普段どのように不安について考えているのかを認識させる狙いがある。また、振り返りフェーズにおいて、プログラムを経た学びによって自己の認知傾向について考える教材ともなる。

**中目標２達成のための教育プログラム**

深掘りフェーズでは、以下の内容を行う。

- 不安軽快化の認知モデルを活用して、シナリオにおける看護師の思考内容を分析する
- 学習者が取り組んだ課題について、研究者が講評し他の学習者とも共有しながら提示し、その後に研究者による思考記述を例示しメタ思考を解説する

学習目標である認知スキルが埋め込まれたシナリオについて、モデルを活用して分析することによって、学習者の発見的なスキルの学びを促すことを意図している。他者の分析の講評や研究者による思考記述の例示は、他者の思考様式を知ることによって、学習者それぞれの思考様式や学びに対する考え方を拡張的に学ばせる狙いがある。

**中目標３達成のための教育プログラム**

振り返りフェーズでは、以下の内容を行う。

- ルーブリックによる自己評価
- 振り返りシート(付録Ｂ)を活用して、思考準備フェーズで回答した自身の不安への対処についての思考についての気づきを回答する

後に詳細を論じるが、振り返りでルーブリックを用いることによって、不安軽快化思考をより深く学ばせることと、プログラム終了後の現場で不安軽快化思考を実践することの動機づけを狙いとしている。

振り返りシートは事前課題シートに回答した内容を振り返る構成となっている。ルーブリックに回答し、不安軽快化についてのメタ認知の思考を考えられるようになった状態で、事前回答した自分の不安経験について振り返ることで、自分の思考の傾向をメタ認知させるとともに、プログラム終了後の現場実践での動機づけを狙っている。なお、評価は事前に回答したことが良い悪いという質の評価をするものではない。

学習プログラムにおける、学習者が行う行動について表 5-1 に示す。

表 5 -1　学習者の学習行動

| フェーズ | 学習者の学習行為 |
|---|---|
| 思考準備フェーズ | 学習目標の共有、教育プログラムの進行について研究者より説明をうける |
| | 事前課題シートに回答する |
| | メタ認知、不安を軽快化する看護師の認知のモデルについての講義を受ける |
| 深掘りフェーズ | シナリオをモデルを活用して分析し、不安を軽快化できる看護師とそうでない看護師の認知について考える |
| | 他の学習者の回答内容について、研究者の講評を聞く。<br>研究者の思考記述例示を読み、メタ思考の解説を聞く。 |
| 振り返りフェーズ | ルーブリックにて自己評価する |
| | 振り返りシートに回答し、学んだことと、自分の行動の結びつけについて考える |

### 5.2.3　学習効果の評価方法

本プログラムの最後に、学習者の意識や態度の変化の自己認識を促す目的で、ルーブリックを用いる(表 5-2)。ルーブリックは、振り返りフェーズにて学習者が自己評価する。分析結果の自己評価、これまでの自分の評価、これからの学習目標の観点から成っている。分析結果の自己評価の項目には、不安の軽快化を構成的に獲得するヒントとなる言葉が埋め込まれており、項目を読むことで、不安軽快化スキルの学びを強化する狙いがある。これまでの自分の評価の観点は、思考に意識を向けづらいという学習者の困難性を解消することを狙っている。項目は、不安についての思考のメタ説明となっている。学習者はこれまでの自分の評価の項目を読むことによって、不安を感じる状態のメタな表現を学びつつ、自分の傾向を捉えることを狙いとしている。これからの学習目標には、これまでの自分の評価の項目と同様に、不安制御思考についてのメタ説明が書かれている。これまでの自分の評価でメタな言葉で自分の状態を認識した学習者が、メタな

言葉で目標を考えさせることを狙いとしている。これにより、不安を制御する考え方について構成的に学ぶことに加えて、プログラム終了後に現場において思考することの動機づけとなることも意図している。

表5-2 ルーブリック

| | | 4 | 3 | 2 | 1 | 選択 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 分析結果の自己評価 | シナリオ分析による学習成果について、最もあてはまるものを選んでください。 | 二つのシナリオをモデルに基づいて分析することで、不安の認知のプロセスの違いを説明することができた。また、それが、どのように学習に影響を与えているかをモデルに基づいて説明することができた。さらに、二つのシナリオとの対比で、自分の不安の認知のプロセスを分析することができた。 | 二つのシナリオをモデルに基づいて分析することで、不安の認知のプロセスの違いを説明することができた。また、それが、どのように学習に影響を与えているかをモデルに基づいて説明することができた。 | 二つのシナリオの違いの根底に不安の認知の違いがあることを直感的に指摘することはできたが、モデルに基づいて精密に説明することはできなかった。 | 二つのシナリオに違いがあることを認識できるが、そのなかで不安の認知がどのような意味をもっているか理解できなかった。 | |
| これまでの自分の評価 | この学習経験を踏まえて、今までの自分の不安に対する態度を評価し、最もあてはまるものを選んでください。 | 患者リスク回避と、患者によりそう立場とのバランスのとれた看護を目指して、看護スキルの習得に加えて、不安を制御する能力の獲得を心がけてきた。失敗を極端におそれずに、学びの機会も適度に持つことができていた。さらに、自分の熟達の状態を認知し、よりよい熟達の方法を常に意識的に考えてきた。 | 患者リスク回避と、患者によりそう立場とのバランスのとれた看護を目指して、看護スキルの習得に加えて、不安を制御する能力の獲得を心がけてきた。失敗を極端におそれずに、学びの機会も適度に持つことができていた。 | 患者のリスク回避と、患者によりそうこ立場とのバランスをとるために、看護スキルの習得を常に心がけていた。失敗を回避する傾向があったが、看護スキルの学びによって問題を克服してきた。 | 不安がある場面では、患者に与えるリスクを回避することを常に最優先に考えていた。そのため、失敗を回避する傾向が強く、学びのチャンスを失ったことがあった。 | |
| これからの学習目標 | この学習経験を踏まえて、これからの学びの目標、身に着けたい不安に対する態度について、最もあてはまるものを選んでください。 | 患者リスク回避と、患者によりそう立場とのバランスのとれた看護を目指して、看護スキルの習得に加えて、不安を制御する能力の獲得を心がける。さらに、自分の熟達の状態を認知し、よりよい熟達の方法を常に意識的に考える。 | 患者リスク回避と、患者によりそう立場とのバランスのとれた看護を目指して、看護スキルの習得に加えて、不安を制御する能力の獲得を心がける。 | 患者のリスク回避と、患者によりそう立場とのバランスをとるために、看護スキルの習得を常に心がける。 | 不安がある場面では、患者に与えるリスクを回避することを最優先に考えるることができる。 | |

# 5.3　シナリオの構成

## 5.3.1 シナリオの構成指針

実践における判断に影響する認知に関心が向きづらく、不安をもたらす認知についての振り返りが行われづらい傾向にある看護師に対して、教材としてのシナリオは、モデルを活用して分析することで不安軽快化につながる学習目標である認知スキルを発見的に学べるものであること、不安を軽快化できる看護

師とできない看護師の思考の違いを比較してとらえられるものであること、また、特定の知識や経験の差が解釈や分析、学習の動機づけに負の影響を可能な限りもたらさないようにすること、さらに、プログラム終了後も現場業務において直面する悪構造性のある問題を、思考の教材としてとらえられるような、身近に感じられる内容とすることは重要な要件である。本研究では、

1. 学習目標の認知スキルである、看護師の悪構造性の認識や困難性の認識、意思決定や不安の制御が看護師の思考として埋め込まれ、モデルで示す概念と対応付けて考えられるものであること
2. 不安を軽快化できる看護師とできない看護師の思考の違いが比較してとらえられるものであること

をシナリオ構成の指針とした。1 により、学習者はモデルの枠組みをシナリオに当てはめて不安の軽快化を考えることで、学習目標である認知スキルを発見的に学ぶことができる。2 により、不安を軽快化できない看護師との差異に気づくことによって、学習者が自身の思考様式と照らして考えることの動機づけに働くと考えている。

### 5.3.2 シナリオの構成

学習者に提示するシナリオの枠組みを図 5-1 に示す。シナリオは、患者事例と不安を軽快化できる看護師が対応した場合の思考、看護師に共通して認識されている問題、および軽快化できない看護師が対応した場合の思考が記載されている。

モデルとの関連として、患者事例には悪構造の性質が埋め込まれており、不安を軽快化できる看護師の思考には、悪構造性や困難性を認識しつつも、合理的な意思決定を行い、不安を制御する、すなわちモデルのメタ認知が働くサイクルで思考している様子が埋め込まれている。学習者はモデルの枠組みでシナリオを分析することによって、悪構造性の構成要素や困難性の構成要素を、患者事例および、不安を軽快化できる看護師の思考と対応からとらえられ、意思決定の制御と不安の制御がなされていることを発見することができる設計となっている。他方、不安を軽快化できない看護師の思考には、不安を漠然ととらえ、置き換えの自己防衛機制が働くことで不安を回避する、すなわちモデルで示したメタ認知が働かないサイクルで思考している様子が埋め込まれている。学習者は、悪構

造の性質や困難性について捉えることはできず、不安が漠然と対処されていることに気づくことができる設計となっている。

<table>
<tr><td colspan="2">患者事例</td></tr>
<tr><td colspan="2">架空の患者と家族のライフストーリー<br>治療の経過、闘病に伴う苦悩<br>患者からの相談</td></tr>
<tr><td>不安を軽快化できる看護師</td><td>不安を軽快化できない看護師</td></tr>
<tr><td>メタ認知で不安を軽快化している<br>思考と対応</td><td>感覚的に不安を捉えている<br>思考と対応</td></tr>
</table>

図 5- 1 シナリオの概要

シナリオは、患者が悩みを抱え、看護師に相談をしたという設定になっており、悩みが病気の症状による身体的な原因だけでなく、家族や会社といった社会的な側面から、パーソナリティに関わる精神的な側面といった複雑な原因によってもたらされていることが描かれている。患者事例と、不安を軽快化できる看護師の思考は、第 4 章で論じた事例収集調査の結果を活用しており、学習目標の認知スキルと対応した内容となっている(図 5-2)。

| 患者事例 |
| --- |
| **Aさん 大腸がんステージⅣ**<br>Aさんは、東京都内で事務用品の販売に就いている。年齢は35歳で、女性。仕事一筋で生活してきており、平日フルタイム勤務で土日を休むという生活。未婚で両親と同居している。2か月前に体調不良のために検査したところ大腸がんがみつかった。さらに遠隔転移もしており、ステージは最も予後の悪いとされるⅣと診断され、余命は無治療であれば1年ほどと宣告された。手術は困難で、化学療法が行われた。<br>**不調と宣告**<br>経過観察のために受診した際に、食事をとっても嘔吐してしまうという訴えがあり、CT検査をした、ところがん性腹膜炎によって通過障害が発生している状況であった。そこで医師から提案されたのは、障害部を切除し人工肛門を造設するか、ポートを前胸部に造設して高カロリー輸液を行うようにするか、の2択であった。ポート造設を選択する場合、通過障害は解消されないため、食事を口からとることは難しい。人工肛門を造設する場合は、食事は口からとれるようになるが、パウチの管理や整容の面のストレスがある。Aさんは、ショックで涙を流し、今後どうしたらよいかわからないという思いを話していた。Aさんの母親は「娘にはとにかく長生きしてほしい。そのためにどの選択がいいのだろうか。自分が決めるわけにはいかないし…」と語っていた。<br>**Aさんと母親の関係**<br>Aさんは10代のころより潰瘍性大腸炎を患っている。潰瘍性大腸炎の治療や生活習慣などについて、母親は熱心にAさんに支えようとしていた。ところが、10代のAさんにとっては、母親に様々指示されるという感情を抱いており、そのために母親を拒絶するようになった。同居は続けていたが、33歳ごろより、ようやく関係が修復されるようになっていった。それでも世間でよくある親子関係というほど親身な関係には至っていなかった。<br>**Aさんからの相談**<br>腹膜炎が判明して1週間後に、経過観察と治療意思の確認のために受診した。Aさんは心の整理が十分ついていない様子で、看護師に対して「どの選択が一番いいんでしょうか？仕事復帰することを考えると、どちらも嫌に思えてしまって…」と相談があった。 |

| 不安を軽快化できる看護師 | 不安を軽快化できない看護師 |
| --- | --- |
| 職場復帰のためにストレスのない方法を選びたいという A さんの思いと、身体状況の悪化を避けるために、どちらかを選択してもらわなければならない。Aさんは若く、多様な悩みを抱えているだろう。話を進めてどんな反応をするのだろうか。<br>それでも現実を受け止め切れない A さんに対してなんと声をかけるべきだろうか。他者による意思決定の誘導は、10代のころの母親との関係から、Aさんが納得しないことにつながらないだろうから、急いだ決定は求めない方がよいかもしれない。<br>患者の思い、母親の思い、医学的状況、治療選択による予測される変化を整理して、Aさんが本心で考えていることを一対一で直接訪ねた方がよさそうだ。<br>Aさんの潜在的な思いをより確かにとらえるために、臨床心理士に面談を依頼しつつ、看護チームにおいて支援方法について話合いを行うことにしよう。 | 職場復帰を思う気持ちと、どちらもストレスの大きな選択を迫られている状況はさぞ辛いだろう。Aさんは若いし、どんな思いで過ごしているだろうか。<br>現実を受け止め切れない A さんに対してなんと声をかけるべきだろうか。下手なことを言って、余計に A さんを悩ませてしまったり、傷つけたりしてしまわないだろうか。<br>辛い思いを話してもらうことで、Aさんの心は整理されるのではないか。思いに寄り添って話を傾聴することに努めよう。落ち着いたら、治療選択についての理解について確認し、誤解を補うようにしよう。<br>状況を受け止め切れていない状況や、意思決定に困難を抱えていることについて看護チームでの共有を行うようにしよう。 |

図 5-2 学習者に提示するシナリオ

図 5-3 は、学習者がシナリオを分析して、それぞれの看護師認知について回答する用紙の枠組みである。不安を軽快化できる看護師の分析からは、モデルで示している悪構造性の認識、困難性の認識、意思決定の制御、不安の制御に関して回答されることが期待される。一方、不安を軽快化できない看護師の方は、モデルを適用してもメタ認知的な働きが、確認できない内容となっているため、困難や不安をについて無意識的に対処していることについて回答されることが期待される。

| メタ認知的解釈<br>(モデルとの関連) | 不安を軽快化できる看護師の思考と対処 | 不安を軽快化できない看護師の思考と対処 | メタ認知的解釈 |
|---|---|---|---|
| | | | |

図 5-3 学習者の分析用紙例

学習者が、シナリオをモデルに基づいて分析・回答した用紙(図 5-3)をもとに、研究者は各学習者の回答を講評し、他の学習者と共有する。そのあとに、研究者による思考記述を例示し、研究者のメタ思考を解説する(図 5-4)。複数の他者の思考記述を見ることによって、自分では気づけなかった視点に気づき、モデルの枠組みの思考を深めることを狙いとしている。

| メタ認知的解釈 | 熟達できる看護師 | 熟達できない看護師 | メタ認知的解釈 |
|---|---|---|---|
| 【悪構造性の認識】<br>患者が職場復帰を目指すにあたり身体的・精神的に負担のかかる方法を避けたいという思いと、現実的な栄養改善の手段から悪構造性として、両者の思いの対立を認識している。また、意思決定をめぐる母親との関係性から、医療者の発現への反応が予測しづらいこと、また短時間でそれらの問題を解消しなければならない、という悪構造性を認識している。<br>【困難性の認識】<br>患者の心理状況や、情報不足であるという看護師の状態から、早期に意思決定を促すという目標と、それを看護師が達成できない可能性が高いというギャップがあり、それが問題の困難性であることを認識している。<br>【意思決定の制御】<br>患者の年齢や、医学的な理想と本人の意思の差異、患者の社会的背景から、長期的にみた患者が納得できる適切な意思決定プロセスを進めることを優先に考えている。潜在的な患者の思いを引き出すことが、プロセスを進めることにつながるとし、過去の経験から自分に可能な方法を考え、行動の決定を行っている。<br>【不安の制御】<br>他の医療職者の力も借りながら、患者と医療者の考えの差異を解消することを意識的に行っている。また目標の再設定を患者との対話プロセスにおいて行い、目標と達成可能性の差を縮める思考を行っている。それによって、初めは患者に対してどうしたらよいかみえない状況の解消がなされている。 | 職場復帰のためにストレスのない方法を選びたいという A さんの思いと、身体状況の悪化を避けるために、どちらかを選択してもらわなければならない。A さんは若く、多様な悩みを抱えているだろう。話を進めてどんな反応をするのだろうか(**悪構造性の認識に対応**)。<br>それでも現実を受け止め切れない A さんに対してなんと声をかけるべきだろうか。他者による意思決定の誘導は、10 代のころの母親との関係から、A さんが納得しないことにつながらないだろうから、急いだ決定は求めない方がよいかもしれない(**困難性の認識に対応**)。<br>患者の思い、母親の思い、医学的状況、治療選択による予測される変化を整理して、A さんが本心で考えていることを一対一で直接訪ねた方がよさそうだ(**意思決定の制御に対応**)。<br>A さんの潜在的な思いをより確かにとらえるために、臨床心理士に面談を依頼しつつ、看護チームにおいて支援方法について話合いを行うことにしよう(**不安抑制に対応**)。 | 職場復帰を思う気持ちと、どちらもストレスの大きな選択を迫られている状況はさぞ辛いだろう。A さんは若いし、どんな思いで過ごしているだろうか(**解釈①に対応**)。<br>現実を受け止め切れない A さんに対してなんと声をかけるべきだろうか。下手なことを言って、余計に A さんを悩ませてしまったり、傷つけたりしてしまわないだろうか(**解釈②に対応**)。<br>辛い思いを話してもらうことで、A さんの心は整理されるのではないか。思いに寄り添って話を傾聴することに努めよう。落ち着いたら、治療選択についての理解について確認し、誤解を補うようにしよう(**解釈③に対応**)。<br>状況を受け止め切れていない状況や、意思決定に困難を抱えていることについて看護チームでの共有を行うようにしよう(**解釈④に対応**)。 | 【解釈①】<br>患者の辛い思いや、苦悩に思いを巡らせてはいるが、問題の何が難しいかという具体的なことはとらえていない。<br>【解釈②】<br>A さんの示す感情的な様子に対して、漠然とした対応への困難を感じている。自分の行動の意味や、A さん特有の状況をとらえられていないため、行動の選択する基準が曖昧になっている。<br>【解釈③】<br>患者の意思決定を支援するということではなく、患者の思いに寄り添い話を聞くことで、自分の役割を果たすようにすり替えて考えている。<br>【解釈④】<br>自分に対処困難であることを、他者に支援を求めることで状況の解消をしようとしている。 |

図 5-4 シナリオメタ説明の例

## 5.4 結語

本章では、看護師が悪構造性のある場面において熟達していくためのメタ認知スキルの獲得にむけた教育プログラムについて述べた。短期的なプログラムでありながら、学習者の学習困難性や特性を踏まえて、それらを乗り越えるプログラムを構成した。

外来がん看護では、問題解決自体の難しさがあることから、問題解決と同時にメタ認知について学ぶことは思考負荷が大きく、看護の質低下にもつながる可能性があるために、メタ認知に集中して学ぶ環境を構成することが望ましい。そこで、現場の状況を模したシナリオを構成し、自分ではない他者の看護師の思考について考えさせるという手法とした。さらに、看護師の行為が基本的に患者優先で行われるために、不安を回避する傾向にあっても望ましい行為であるようにみえるため、看護師の行動を見るだけでは認知の違いがわからないという課題があった。これに対して、熟達できる看護師と熟達できない看護師の思考を準備し、それらをモデルに基づいてメタに解釈したうえで、両者を比較するということを通じて、認知の違いによる熟達の違いに気づかせるという方策をとった。

また、自己の認知に気づきづらいという看護師の特徴に対して、事前に自分の不安体験についてその時の様子や思考について回答させ、プログラム修了時に学んだことを踏まえ、同じ事例について解釈を拡張できるように質問設定をした振り返りシートを構成した。

構成した認知モデルの言葉を使わずに現場実践において、看護師が不安を軽快化し、経験から学び続けることができるようにするために、自分自身の不安に対する「これまで」と「これから」について認識させるルーブリックを構成した。

# 第６章

# 結論

## 6.1 本研究の成果

本研究は、外来がん看護の悪構造性のある問題において、看護師の学習の障壁となっている不安を、看護師が実践の中で乗り越えていくための考え方・学び方にいかに意識を向けさせるか？という疑問に端を発している。看護師それぞれの内面にある実践場面での思考様式と学びに目を向けることを支援するため、不安を軽快化する看護師の思考を学ぶことの足場として構成した、仮説的な思考枠組みとしてのモデルを教材とする教育プログラムを構成した。

第３章では、学習活動としてのシナリオ分析のよりどころであり、学習者それぞれの内面の思考様式や学びに目を向けることの足場として働く認知モデルを、外来がん看護に特徴的な問題の悪構造性、松浦(2014)の示した不安制御のプロセス、および熟達看護師の意思決定に特徴的と考えられるメタ認知スキルを統合して構成した。第 4 章ではシナリオ教材を構成するために行った熟達看護師からの事例の収集結果および、その分析結果について説明した。第５章では、シナリオ教材の構成と、看護師の不安の認知についてのモデルを用いた、不安を軽快化するための思考スキルを養成する教育プログラムの構成について論じた。

本研究によって得られた成果は、以下のとおりである。

- 学習者の内面の思考様式に目を向けさせる足場としての不安を軽快化する看護師の認知モデル
- 看護師の不安の認知と熟達の関係を発見的に学ぶためのシナリオの構成

**学習者の内面の思考様式に目を向けさせる足場としての不安を軽快化する看護師の認知モデル**

本研究の対象者である看護師にとっての不安は、ケースメソッド(McNair,1954)におけるビジネススクールの学生にとっての経営学のような専門領域ではなく、また仲林の手法(2015)における大学生にとっての教養科目ほど抽象性のある概念でもない、現場業務で日常的に経験しうる身近な感覚である。熟達看護師の様相から、自己の思考をとらえ、思考を修正することに不安を軽快化する思考の妙があると考え、それをいかに教育できる形にするかというのが、本研究のチャレンジであった。
見えない知識の自発的な学びを促すことを目指す構成主義的学習の立場をとり、学習者が不安の軽快化を考えるための足掛かりとなるモデルを構成することができれば、モデルを通して実践のあり様を解釈することによって、不安軽快化につながる思考スキルの構成的な学びをもたらすことができるのではないかと考えた。

モデルは、看護師の不安を軽快化する思考がいかに働いているのか、特にメタ認知スキルとして、悪構造性の認識、困難性の認識、意思決定の制御、不安の制御が働いていることに気づかせるようなシナリオを教育的に構成する基礎として、看護学、心理学、認知心理学の知見に基づいて構成概念が意図的に埋め込まれている。

**看護師の不安の認知と熟達の関係を発見的に学ぶためのシナリオの構成**

看護師が不安を軽快化する思考が描かれたシナリオを構成した。シナリオで描かれる看護師の不安軽快化の振る舞いは、不可視性が高いために、観測によって収集することは極めて困難であった。この問題を回避し、教育方法を成立させるために、現場看護師の不安経験の事例を活用して、不安軽快化に働くメタ認知スキルを、モデルとの対応が明確になるように意図的にシナリオに埋め込んだ。

モデルを通してシナリオを分析することによって不安軽快化に関わる思考を発見することができるよう設計したことで、学習者に内面の思考様式に発見的に着目させる機能が実現できた。これにより、不可視性の高い不安軽快化に関わるメタ認知スキルを構成的に学ぶ手法を構成することができた。。

実際の看護師の経験を用いることで、学習者である看護師にとって蓋然性を認めやすい内容とすることができ、プログラム終了後にも、看護師が直面する悪構造性のある場面を学習した思考スキル発揮の場ととらえ、経験から学びを重ねていくことの動機づけとなると考えている。

## 6.2 今後の展望

がん患者は増加の一途をたどり、現在では世界中における死因の 2 位を占めている（WHO,2020）。他方医療の発展により寿命は延伸しており、増加するがん患者、増加する悪構造性のある問題に対して、不安を軽快化しながら、学びを積み重ねていくことは、医療・看護の質の維持・向上の観点から非常に重要である。

本研究では、看護師の不安軽快化に関わるメタ認知スキルを学ぶことの足場となる仮説的なモデルと、モデルに対応した学習目標が埋め込まれたシナリオを組み合わせることによって、見えない知識を発見的に学ぶ教育手法を提案した。今後は現場看護師を対象に本プログラムを実践し、教育効果を示し、教育方法論として確立していくことが期待される。そのために、以下のような問いに答えるための調査・研究が行われることが望まれる。

- 学習者はシナリオの迫真性をどのように感じるのか？
- 迫真性を高めるシナリオが満たすべき条件は何か？
- 学習者はモデルの意味を理解し、シナリオの分析にそれを適切に当てはめることができるか？あてはめが適切に行われないとすれば、事前のモデルに関する講義、シナリオに使う言語、ルーブリックの内容のうち、どれをどう改善すべきか？
- この学習プログラムを通じて、熟達の阻害要因としての不安を軽快化できるようになる学習者と、できない学習者の特性にはどのような違いがあるか？
- 不安を軽快化できるようになる学習者は、事前の講義、シナリオの分析、ルーブリック、自己の経験の振り返りのうち、どの部分のどの設計が、思考様式に目を向けることに有効であると感じるか？
- 学習者が現場において、思考訓練を行おうとすることの動機づけにつながる条件は何か？

本プログラム受講によってメタ認知スキルを獲得した看護師の振る舞いが、組織における集団への影響を及ぼすことが予測される。特に、カンファレンスなどの医療スタッフ同士の議論場面で、他者の発言や振る舞いの背後にある思考を明らかにするような振る舞いを発揮することで、その思考が他の医療スタッフへと波及し、集団の議論の質的変化がもたらされることが期待される。見えな

い知識の自発的な学びを促す個人を対象とした範囲の研究にとどまらず、組織学習としての研究に発展することが期待される。

# 謝辞

本研究の全過程を通して、懇切なるご指導、ご鞭撻を賜った北陸先端科学技術大学院大学知識科学系　池田満教授に衷心より感謝の意を表します。

本研究に関して貴重なご教示をいただきました北陸先端科学技術大学院大学知識科学系　内平直志教授、敷田麻美教授、橋本敬教授に衷心より感謝の意を表します。

副テーマの遂行に当たり、ご指導いただいた、インド工科大学ガンディナガール校　Jaison Manjaly 博士に深く感謝いたします。

質問紙調査およびインタビュー調査にご協力いただきました、すべての看護師の皆様に深く感謝いたします。

また、日頃から多大なご支援をいただいた北陸先端科学技術大学院大学知識科学系　森田海氏、山田奈津子氏、村本睦子氏をはじめとする池田研究室の諸氏に深く感謝の意を表します。

最後に、終始温かく見守り励ましてくれた両親、ならびに妻翔子に深く感謝申し上げます。

# 参考文献


Alacacioglu A. et al. (2009) Burnout in nurses and physicians working at an oncology department, Phychooncology, 18, pp.543-548.

Arends J. et al. (2017) ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients, Clinical Nutrition, 36, pp,11-48.

Benerjee S.C. et al. (2016) Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study, Nurse Education Practice, 16(1), pp.193-201.

Benner P.(2001) FROM NOVICE TO EXPERT: EXCELLENCE AND POWER IN CLINICAL NURSING PRACTICE, COMMEMORATIVE EDITION, 1st Edition, Prentice-Hall, pp.310, New Jersey.

Burns S. & Bulman C. (2000) Reflective Practice in Nursing: The Growth of the Professional Practitioner, Blackwell Science, pp.199.

Carver C.S. & Sheier M.F. (1990) Origins and Functions of Positive and Negative Affect: A Control-Process View, Psychological Review, 97(1), pp.19-35.

Chiesa A., Serretti A.(2010) A systematic review of neurobiological and clinical feature s of mindfulness meditations, Psychol Med, 40, pp.1239-1252.

Cupak I. et al. (2016) The impact of a sense of self-efficacy on the level of stress and the ways of coping with difficult situations in Polish nursing students, Nurse Education Today, 45, pp.102-107.

de Groot A.(1978) Thought and choice in chess second edition, Monton Publisher, The Hauge, pp.463.

Dewey J.(1928) Experience and Education, Kappa Delta Pi, pp.181.(邦訳; 市村尚久訳 (2004), 経験と教育, 講談社, pp.176.)

Edwards D. & Burnard P. (2003) A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses, Journal of Advanced Nursing, 42(2),

pp.169-200.

Fravel J. H. (1976) Metacognitive aspect of problem solving, in Resnick L(Ed.), The nature of Intelligence, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, pp.231-235.

古畑和孝,岡隆(2002) 社会心理学小辞典, 有斐閣, pp.346.

Goldberg D. & Huxley P. (1992) Common mental disorders: A bio-social model, London. (中根允文(訳) (2000), 一般診療科における不安と抑うつ コモン・メンタル・ディスオーダーの生物・社会的モデル, 創造出版, 東京)

濱田珠美(2006) 化学療法を受けるがん患者・家族へケアを実践する看護師の対処と困難, 看護総合科学研究会誌, 9(2), pp.17-28.

波多野 誼余夫(2001) 適応的熟達化の理論をめざして, The Annual Report of Education Psychology in Japan, 40, pp.45-47.

廣松ちあき・尾澤重知(2019) 内省支援が必要な中堅社員の内省プロセスの特徴の質的研究, 日本教育工学会論文誌, 42(4), pp.297-312.

Hofmann S. & Asmundson G. (2008) Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?, Clinical Psychology Review, 28, pp.1-16.

Hopkinson J.B. (2015) The nursing contribution to nutritional care in cancer cachexia, Proceedings of the Nutrition Society, 74, pp.413-418.

飯岡由紀子ほか(2019) End-of-Life Care の実践を支援するリフレクションプログラムの開発, Palliative Care Research, 14(2), pp.89-95.

金井壽宏・楠見孝(編)(2012) 実践知-エキスパートの知性, 有斐閣, 東京,pp.370.

鹿取廣人ほか編(2015) 心理学 第 5 版, 東京大学出版会, pp.363, 東京.

数間恵子(2017) The 外来看護 時代を超えて求められる患者支援, 日本看護協会出版会, pp.218, 東京.

Khoury B. et al. (2015) Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis, Journal of Psychosomatic Research, 78, pp.519-528.

厚生労働省(2014) 平成 26 年患者調査の概況, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/, 2020 年 1 月 28 アクセ

ス.

厚生労働省(2017) 緩和ケアについて,
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou¥kenkou/gan/gan_kanwa.html, 2019 年 12 月 5 日アクセス.

久保田賢一(2000) 構成主義パラダイムと学習環境デザイン, 関西大学出版部, pp.192.

Kuiper R., O'Donell S.M., Pesut D.J., Turrise S.L. (2017) The Essentials of Clinical Reasoning for Nurses: Using the Outcome -Present-State-Test Model for Reflective Practice, Sigma Theta Tau International, Indianapolis, pp.448.

楠見孝(2003) 暗黙知: 経験による知恵とはなにか(小口孝司・楠見孝・今井芳昭(編)) エミネントホワイト: ホワイトカラーへの産業・組織心理学からの提言, 北大路書房, 東京, pp.212.

松尾睦(2006) 経験からの学習-プロフェッショナルへの成長プロセス, 同文館出版, 東京, pp.272.

Maguire P.(1985) Barriers to psychological care of the dying, British Medical Journal, 291, pp.1711-1713.

松浦隆信(2014) 不安の発生要因と介入モデルに関する臨床社会心理学的検討, 風間書房, pp.164, 東京.

McNair P. (1954) The Case Method at The Harvard Business School, Mcgraw-Hill Book Company, pp.292.(邦訳; 慶應義塾大学ビジネススクール訳(1977) ケース・メソッドの理論と実際, 東洋経済新報社, 東京, pp.244.)

宮下光令,小野田麻衣,熊田真紀子,大桐規子,浅野玲子,小笠原喜美代,後藤あき子,柴田弘子,庄子由美,仙石美枝子,山内かず子,門間紀子(2014) 東北大学病院の看護師のがん看護に関する困難感とその関連要因, Palliative Care Research, 9(3), pp.158-166.

仲林清(2015) 組織における問題解決を主題とするビデオとオンラインレポートを活用した授業実践, 教育システム情報学会誌, vol.32(2), pp.171-185.

Puhringer P. et al. (2015) Current nutrition promotion, beliefs and barriers among cancer nurses in Australia and New Zealand, PeerJ, 3, e1396, DOI: 10.7717/peerj.1396.

Rosenberg M. et al. (1995) Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes, American Sociological Review, 60(1), pp.141-156.

三宮真智子(2008) メタ認知 学習力を支える高次認知機能, 北大路書房, pp.257, 京都.

佐藤まゆみほか(2004) がん患者の主体的療養を支援する上での外来看護の問題と問題解決への取り組み, 千葉大学看護学部紀要, 25, pp.37-44.

佐藤未季, 藤井俊子, 湯村智子, 名越恵美(2018) がん患者に対して緩和ケアに関する要望を聴取する際の看護師の困難感と対処, インターナショナル Nursing Care Research, 17(1), pp.1-8.

Sawyer K.(2005) The Cambridge Handbook of Learning Science, Cambridge University Press, Cambridge, pp.650.

Schon D. (1983) The Reflective Practitioner-How Professionals Think in Action, Ingram Publisher, New York, pp.384.

瀬田和久ほか(2013) 思考外化と知識共創によるメタ認知スキル育成プログラム -大学初年次生を対象として-, 教育システム情報学会, 30(1), pp.77-91.

Sharour L.A.(2019) Improving oncology nurses' knowledge, self-confidence, and self-efficacy in nutritional assessment and counseling for patients with cancer: A quasi-experimental design, Nutrition, 62, pp.131-134.

田代信雄(2004) 不安と葛藤-神経症性障害と身体表現性障害, 九州大学出版会, pp.210.

Uster A. et al (2013) Influence of a nutritional intervention on dietary intake and quality of life in cancer patients: A randomized controlled trial, Nutrition, 29, pp.1342-1349.

Wells A. (1990) Panic disorder in association with relaxation-induced anxiety: An attentional training approach to treatment, Behavior Therapy, 21, pp.273-280.

WHO (2020) Global Health Observatory (GHO) data, Life Expectancy, https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/, 2020 年 1 月 27 日アクセス.

Williams S., Dooseman G. & Kleifield E. (1984) Comparative effectiveness of guided mastery and exposure treatments for intractable phobias, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, pp.237-247.

# 付録Ａ

事前課題シート

| |
|---|
| ①外来がん看護において不安を感じたり、悩んだ事例について記述してください。 |
| 記載例：60 代男性、膵頭部がんステージⅣにて化学療法中。味覚障害があり「生きる楽しみがない」と経口摂取が減少傾向であった。家族は味付けや食べるものの工夫を行ったり、気分転換を取り入れたが、食べる意欲が低下し、食事指導も受け入れられなかった。 |
| |
| ②①の状況においてどのような悩みを感じたのか記載してください |
| 記載例：患者は栄養状態や食事の状況から、深刻な状態悪化が予測される状況であった。治療意欲も低下しており、食事指導へはやや不快な様子を見せていた。そのため指導を継続することによって患者との信頼を損ねるかもしれないという懸念があった。何か介入しなければ状態が悪化してしまうことも予測され、どうしたらよいか悩んだ。 |
| |
| ③①の悩みを感じたときにどのように対処したかを記載してください |
| 記載例： 患者と家族に味覚障害と抗がん剤の関連について説明をした。「味覚がおかしいから、食べない」という患者に対して食べないとどうなってしまうかを繰り返し説明した。そのたびに患者の思いに寄り添うように対処した。 |
| |
| ④③の対処に至ったご自身の思考について教えてください |
| 記載例： 意欲を失った患者に食事指導を継続して行うことで、患者が治療意欲をさらに損ねてしまう可能性に不安を感じたが、家族の支援状況や副作用持続期間の予測から、栄養改善のための支援をし続けた方が患者にとってメリットが大きいと考えた。指導が一方的なものと思われないように、患者の気持ちに寄り添うことを心掛けた。 |
| |

# 付録B

振り返りシート

| |
|---|
| ①外来がん看護において不安を感じたり、悩んだ事例について記述してください。 |
| 回答① |
| ②①の状況においてどのような悩みを感じたのか記載してください |
| 回答② |
| 振り返って、不安をもたらす状況についてメタ認知的にどのように認識できていましたか。また、どのように捉えることができたと思いますか？ |
| ③①の悩みを感じたときにどのように対処したかを記載してください |
| 回答③ |
| 振り返って、認識したことにどのように制御しようとしていましたか。 |
| ④③の対処に至ったご自身の思考について教えてください |
| 記載例： 意欲を失った患者に食事指導を継続して行うことで、患者が治療意欲をさらに損ねてしまう可能性に不安を感じたが、家族の支援状況や副作用持続期間の予測から、栄養改善のための支援をし続けた方が患者にとってメリットが大きいと考えた。指導が一方的なものと思われないように、患者の気持ちに寄り添うことを心掛けた。 |
| 振り返って、どのように制御することができたと考えられますか？ |

# 付録Ｃ

## 外来がん看護師の食事指導に対する不安とその対処に関する質問紙

◆この質問紙(計 3 ページ，所要時間約 20 分)では，がん患者への食事指導の経験についてお伺いします。

### １. あなたご自身について

該当する箇所に☑をつけてください。

| |
|---|
| ①　性別を教えてください |
| □女性　　□男性　　□それ以外 |
| ②　年齢を教えてください |
| □20 代　□30 代　□40 代　□50 代　□60 代 |
| ③　看護師としての臨床経験年数を教えてください |
| □0～2 年　□3～5 年　□6～10 年　□11～15 年　□16～20 年　□21 年～ |
| ④　がん看護に携わっている(いた)年数を教えてください |
| □0～2 年　□3～5 年　□6～10 年　□11～15 年　□16～20 年　□21 年～ |

## ２.外来における食事指導の場面で「悩んだ経験」について

◆食事指導とは，医師からの指示を受けて行うものに限らず，患者の待合室における時間や薬剤投与中などの時間での，患者への食事に関連する助言・相談も含みます。

◆「悩んだ経験」とは患者の精神・身体・社会的状況から，最適な助言を決定できないような経験を想定しています。例えば助言Ａが望ましいが，患者が助言Ａを好まず，助言Ｂを選ばざるを得ない。しかし，助言Ｂでは患者の状態悪化を防げないかもしれないといった状況です。

| ⑤　悩んだ事例について教えてください |
|---|
| 記載例：60 代男性、膵頭部がんステージⅣにて化学療法中。味覚障害があり「生きる楽しみがない」と経口摂取が減少傾向であった。家族は味付けや食べるものの工夫を行ったり、気分転換を取り入れたが、食べる意欲が低下し、食事指導も受け入れられなかった。 |
| |
| |
| |
| ⑥　⑤の状況においてどのような悩みを感じたのか教えてください |
| 記載例：患者は栄養状態や食事の状況から、深刻な状態悪化が予測される状況であった。治療意欲も低下しており、食事指導へはやや不快な様子を見せていた。そのため指導を継続することによって患者との信頼を損ねるかもしれないという懸念があった。何か介入しなければ状態が悪化してしまうことも予測され、どうしたらよいか悩んだ。 |
| |
| |
| |
| ⑦　⑥で答えた悩みを感じたときにどのように対処したかを教えてください |
| 記載例：　患者と家族に味覚障害と抗がん剤の関連について説明をした。「味覚がおかしいから、食べない」という患者に対して食べないとどうなってしまうかを繰り返し説明した。そのたびに患者の思いに寄り添うように対処した。 |
| |
| |
| |
| ⑧⑦の対処に至ったご自身の思考について教えてください |
| 記載例：　意欲を失った患者に食事指導を継続して行うことで、患者が治療意欲をさらに損ねてしまう可能性に不安を感じたが、家族の支援状況や副作用持続期間の予測から、栄養改善のための支援をし続けた方が患者にとってメリットが大きいと考えた。指導が一方的なものと思われないように、患者の気持ちに寄り添うことを心掛けた。 |
| |
| |

| ⑨⑥で答えたような悩みを持ったことが，よく似た状況の患者の食事指導の遂行への不安を増大させたり，食事指導への苦手意識につながったりしていますか？ |
| --- |
| □はい<br>□いいえ |

⑨で「はい」と回答した方におたずねします

| ⑩不安や苦手意識について，どのような不安や苦手意識につながっているか教えてください |
| --- |
| 記載例：患者さんの希望する療養と，医学的に望ましい療養が異なっている状況では，患者の意思を尊重するか，医療者として患者の身体にとって望ましい療養を指導すべきか，どのように指導をしたらよいか決めることが難しく苦手である。そのような状況では，どう対応すべきかわからないことへの不安を感じる。 |
| |
| |
| |

⑧で「いいえ」と回答した方におたずねします

| ⑪不安を増大させたり，苦手意識につながらなかった理由，あるいはつながらないように意図的に行った工夫があれば教えてください |
| --- |
| 記載例：どう看護したらよいのか決めきれないような難しい場面では，自分が大事にしている考え方を基準として状況判断するようにしている。その基準に基づいて，過去のうまくいった経験を参考にしながら，看護の方法を考えることを意識している。そうした工夫が不安や苦手意識を感じない理由ではないかと思う。 |
| |
| |

質問は以上です。ご回答ありがとうございました。

# 付録D

年月日

**「外来がん看護師の食事指導に対する不安要因の調査」の説明書**

北陸先端科学技術大学院大学の岩間裕司（いわまゆうじ）と申します。

本研究を次のように実施いたします。研究の目的や実施内容等をご理解いただき，本研究にご参加いただきますようお願いいたします。なお、本研究は北陸先端科学技術大学院大学倫理審査委員会の承認を得ております(承認番号：人 01-003)。

**1. 研究の意義・目的**

本研究は，外来がん看護の食事指導場面における，学習を阻む不安とその軽快化に着目した看護師の認知について明らかにすることを目的としています。不安を発生するような困難場面において経験から学びを得るということについては，従来個々の看護師の思考や実践に委ねられている実情があります。本研究で得られる看護師の認知に関する知見は，看護師が不安を軽快化し，学びを深めることができるようになるための学習プログラムの基礎として活用することができると考えております。

**2. 研究方法，研究期間**

この研究では，質問紙にご記入いただいた後，３０分程度のインタビューをさせていただきます。インタビュー内容は IC レコーダーで録音させていただきます。インタビューは 1 回を予定しておりますが，分析をするなかで，改めてお伺いしたいことが出てくることがあります。その場合，追加インタビューをお願いすることがあります。

**3. 研究への参加と撤回について**

研究への協力は任意です。一度参加を決めてから途中で辞退されることになっても，何ら不利益を被ることはありません。その際には，それまでに収集したデータを分析対象としてよいのか，廃棄を希望されるのかをお聞かせいただければ，それに従ってデータを取り扱います。

**4. 予測されるリスク**

調査内容に不安や困難を感じた事例内容を含みます。そのため，インタビューを進めるなかで過去の辛い経験を思い出されることがあるかもしれません。お話しになりたくないことが質問された場合は，無理にお話しいただかなくて結構です。また，お申し出いただきましたら，インタビューを中断いたします。

**5. 研究成果の公表の可能性**

この研究の成果は，修士論文としてまとめるとともに，学会等で発表する予定です。研究成果については，研究実施者に問い合わせることで入手できます。

**6. 守秘や個人情報，研究データの取り扱いについて**

この研究でお話しいただいた内容，逐語録を研究目的以外に用いることはなく，守秘をお約束いたします。また，個人情報を保護するため，逐語録のお名前は研究データから取り除き，暗号化して管理いたします。IC レコーダーの録音データは，逐語録を作成した後速やかに廃棄いたします。お名前と逐語録の対応表を作成いたしますが，逐語録と対応表はそれぞれにパスワードを設定した 2 つの異なる記録媒体に保存し，鍵のかかる棚にて厳重に保管します。匿名化し，個人が一切特定されない形にした研究データは，岩間裕司（研究実施者）の責任下にて，研究終了後 5 年間保管いたします。5 年経過後には同意書を含む，全ての調査データを廃棄いたします。

ご質問やご不明な点がございましたら，いつでも下記の連絡先にお問い合わせください。

**【連絡先】**
**研究実施者：岩間 裕司（いわま ゆうじ）**
北陸先端科学技術大学院大学
知識科学系 博士前期課程 2 年
住　所：〒923-1211 石川県能美市旭台 1-1
E-mail：〇〇 @jaist.ac.jp
電　話：〇〇-●●●●-〇〇〇〇

**研究指導教員(研究責任者)：池田 満（いけだ みつる）**
北陸先端科学技術大学院
大学
知識科学系教授
E-mail：〇@jaist.ac.jp

**【人権やハラスメントに関するお問い合わせ先】**
**知識科学系ハラスメント相談員：**
**敷田 麻実 （しきた　あさみ）**
E-mail:××@jaist.ac.jp

**キム ウニョン（きむ　うにょん）**
E-mail:×●@jaist.ac.jp

**研究倫理に関する知識科学系相談員：**
**ダム ヒョウ チ（だむ　ひょう　ち）**
E-mail:□@jaist.ac.jp

# 付録E

年月日

**研究ご協力のお願い**

北陸先端科学技術大学院大学の岩間裕司（いわまゆうじ）と申します。

がん療養の場が自宅中心となってきている中で，外来における患者への生活指導を含めた看護を行う機会が今後さらに増加することと存じます。一方で人員不足や多重業務により生活指導の質の向上を図れるような学習機会を得づらいということも事実かと存じます。このような状況を踏まえて，現在以下のように研究を行っております。つきましては，看護師の皆様には質問紙(計 3 ページ，所要時間約 20 分)に回答していただきたく，ご協力をお願いしたく調査票を送付させていただきました。

ご多忙のところ，誠に恐れ入りますが，研究の趣旨にご理解いただき，ご協力をお願いいたします。なお，本研究は，北陸先端科学技術大学院大学の研究倫理審査委員会において承認を受けております。

**4.　研究の意義・目的**

本研究は，外来がん看護の食事指導場面における，学習を阻む不安とその軽快化に着目した看護師の認知について明らかにすることを目的としています。不安を発生するような困難場面において経験から学びを得るということについては，従来個々の看護師の思考や実践に委ねられている実情があります。本研究で得られる看護師の認知に関する知見は，看護師が不安を軽快化し，学びを深めることができるようになるための学習プログラムの基礎として活用することができると考えております。

なお，ここでいう食事指導とは，医師からの指示に基づいて行うものに限らず，がん患者への食事に関連する助言や相談も含みます。

**5.　ご回答・ご返送方法**

大変恐れ入りますが，ご記入済みの質問紙は以下の方法でご返送をお願いいたします。

**・同封の返信用封筒に入れ，令和元年 10 月 14 日(月)までにご投函ください。**

**・返信用封筒にお名前・ご住所などをお書きいただく必要はございません。**

**6.　研究への参加と撤回について**

研究への協力は任意です。一度参加を決めてから途中で辞退されることになっても，皆様が不利益を被ることは一切ございません。ご回答・ご返送いただいた後に，辞退をされる場合には，それまでに収集したデータを分析対象としてよいのか，廃棄を希望されるのかをお聞かせいただければ，それに従ってデータを取り扱います。

**4. 予測されるリスク**

質問紙の中で不安や困難を感じた場面についてお伺いします。そのため，回答をする中で過去の辛い経験を思い出されることがあるかもしれません。その場合には，無理に回答をなさらず，中断していただいて構いません。

**5.　研究成果の公表の可能性**

この研究の成果は，修士論文としてまとめるとともに，学会等で発表する予定です。研究成果については，研究責任者に問い合わせることで入手できます。

**6.　守秘や個人情報，研究データの取り扱いについて**

この研究でご回答いただいた内容は研究目的以外に用いることはなく，守秘をお約束いたします。ご回答いただいた質問紙，またそれを入力した研究データは，岩間裕司（研究責任者）の責任下にて，研究終了後５年間保管いたします。５年経過後には同意書を含む，全ての調査データを廃棄いたします。

ご質問やご不明な点がございましたら，いつでも下記の連絡先にお問い合わせください。

**【連絡先】**

**研究実施者：岩間 裕司（いわま ゆうじ）**看護師
北陸先端科学技術大学院大学
知識科学系 博士前期課程２年
住　所：〒923-1211 石川県能美市旭台 1-1
E-mail：○@jaist.ac.jp

**研究指導教員(研究責任者)：池田 満（いけだ みつる）**
北陸先端科学技術大学院大学
知識科学系教授
E-mail：●@jaist.ac.jp

**【人権やハラスメントに関するお問い合わせ先】**

**知識科学系ハラスメント相談員：**
**敷田 麻実 （しきた　あさみ）**
E-mail:×@jaist.ac.jp

**キム ウニョン（きむ　うにょん）**
E-mail:□@jaist.ac.jp

**研究倫理に関する知識科学系相談員：**
**ダム ヒョウ チ（だむ　ひょう　ち）**
E-mail:△@jaist.ac.jp

# 付録 F

令和　　年　　月　　日

**同意書**

研究テーマ：外来がん看護師の食事指導に対する不安要因の調査

研究実施者　岩間裕司
所属機関　北陸先端科学技術大学院大学 知識科学系
連絡先　電話番号:○○○-●●●●-●●●●　E-mail: ○@jaist.ac.jp

研究指導教員　池田満
所属機関　北陸先端科学技術大学院大学　知識科学系教授
連絡先　E-mail: ikeda@jaist.ac.jp

私は、研究テーマ「外来がん看護師の食事指導に対する不安要因の調査」に関する以下の事項について、研究実施者より説明を受けました。

・研究目的、意義、方法について
・研究によってもたらされる利益について
・研究への参加の自由，同意の撤回について
・個人情報の守秘について
・結果の公表、プライバシーの保護について

これらの事項について説明を聞き、理解した上で、この研究に参加することに同意します。

令和　　年　　月　　日

本人　（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

北陸先端科学技術大学院大学
知識科学系
博士前期課程 2 年
説明者（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

# 付録G

## 研究への参加についての同意撤回書

北陸先端科学技術大学院大学
池田　満　殿
岩間　裕司　殿

私は，「外来がん看護師の食事指導に対する不安要因の調査」への協力に同意し，同意書に署名しましたが，再度検討した結果，その同意を撤回いたします。尚，現在まで提供した情報については，以下の通りとします。

□すべて廃棄

□研究に使用してよい

年　　月　　日

研究協力者（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

「外来がん看護師の食事指導に対する不安要因の調査」に関する調査研究について，研究への協力の同意を撤回されました。

年　　月　　日

確認者（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿