

■特集 第2回日本慢性看護学会学術集会記録1（会長講演より）

慢性看護の基盤となる患者教育研究のとりくみ —熟練看護師による慢性疾患看護の実践知—

河口てる子*

I. 患者教育の変遷

1. 「KABモデル」のみの時代

30年前臨床看護・看護教育領域では、患者教育は看護の仕事として重要であるとされていた。しかし、重要だとされていたもののそれに対して詳細な研究や検討がされていたかという点、そうではない状態であった。慢性疾患が増えつつあったが、系統的な患者教育はされておらず、患者は外来受診時医師から「腹八分目に食べるように」と言われるだけで、自己判断で食べるか、書店に行って関連書籍を購入し自己学習で食事療法を実施している状態であった。

病棟内では、POS記録が採用され始めた時期で、先進的な病院では看護計画が立てられケアされていたが、患者教育を系統的に行っているところはほとんどなかった。また、看護師が患者教育をするにあたって、その教育方法を検討することもなかった。そのため実際に実施された教育方法は、通常看護師自身が学校教育で受けてきた「患者に必要な疾患・治療の情報を患者に提供する」という方法であった。これは、教育方法で言うと、「KABモデル」と呼ばれるもので、対象者に疾患や治療、自己管理などの知識（Knowledge）を与えると、対象者の健康に対する考え方・態度（Attitude）が変わり、行動（Behavior）が変わるという理論である（図1）。もちろん看護師自身は、これが教育方法の1つであると自覚して使っていたわけではなく、学校教育での教授方法は、ほとんど看護学生に系統的に医学的な知識・情報を与えるものであったから、この手法で多くの看護師は、患者教育を実施していたのである。看護師は、患者に対して系統的に疾患・治療に関する知識を与えれば、患者の行動は健康的な方向に変わるということを信じていたのである。

患者に疾患の知識・技術を与えることが悪いわけではない。患者には疾患や治療の情報が必要であり、情報なしに自己管理をすることは不可能であったから、情報を与えることそのものに問題があるわけではない。問題は、患者に自己管理に必要な情報を与えれば、患者に行動変容が起こ

ると考えたことが問題であったのである。実際、患者に自己管理に必要な情報を与え、患者に十分な知識があっても、行動変容は起こらなかった患者が多数いたのである。

ほとんどの患者は、慢性疾患の治療のために、たとえば食事療法や運動療法が必要で、「やらなければいけないもの」と認識してはいるが、実際、やれずにいるというのが通常であった。しかし、ほとんどの看護師をはじめ医療従事者は、病氣と診断されたのであるから、患者は疾患の自己管理をすべきで、必要な情報を与えたら、当然自己管理をするであろうと思いついていた。

2. 「KABモデル」のみに依存した教育の結果

慢性疾患患者に対して患者教育を開始した看護師達は、患者にKABモデルに依拠した疾患や自己管理に関する情報を与えた。それこそ熱意をもって患者教育にあたったのである。何人かの患者は、看護師の熱意に答え、指導された食事療法や運動療法を実施し、日常生活行動を健康的なものに変えたが、看護師が問題だと思っていた、入退院を繰り返す、合併症が起きてきた患者の行動は変わらなかった。熱心に指導する看護師に対して、患者は行動変容という患者教育での成果（ご褒美）を看護師に与えなかったのである。看護師や医師らは何度もカンファレンスを行い、指導する看護師を変えてみたりするなどいろいろと試してみるが、患者の行動に変化は見られなかった。看護師にも医師にも名案は浮かばず、堂々巡りの末に、「やる気のない患者」という「レッテル」「ラベル」を貼って、問題が患者にあると患者のせいにしてきた。そのように思わないと看護師は、熱心にやっているだけに耐えられなかったのである。看護師は、患者の行動に不満と不信をもち、行動が変わらない、すなわち患者教育の成果がでないことがストレスになった。熱心にやっても成果がでないことにより、看護師はBurn Outし、やる気をなくし、退職したり、ローテーション希望をだすなどした。患者教育のシステムは機能しても、看護師のやる気はでてこなかったのである。

* 日本赤十字看護大学

連絡先：河口てる子 〒150-0012 東京都渋谷区広尾4-1-3
日本赤十字看護大学
Tel: 03-3409-0898 Fax: 03-3409-0992
2008年12月9日受理
日本慢性看護学会誌第2巻第2号（2008年）p.66-71

K= Knowledge 知識	→	A= Attitude 態度	→	B= Behavior 行動
--------------------	---	-------------------	---	-------------------

図1 KABモデル

3. アメリカからのモデル・理論の導入時代

アメリカから後述するような患者教育関連の多くの理論やモデル、たとえばモデリング、自己効力、保健信念モデル (Health Belief Model) などが紹介され、それらは患者教育の領域に新しいアプローチをもたらした。有意義な面も多かったが、モデルを患者に当てはめるだけの取り入れ方が多く、患者の行動変容はもたらされず、看護師の不全感も強く残った。

1) モデリング

人はどのように新しい行動を修得するのかの命題を説明した理論であり、A. バンデューラらが新しい行動の獲得や行動変容を説明する理論として体系づけた社会的学習理論 (後には社会的認知理論, 1986) の中心的概念の1つとして用いているものである。この理論では、人間の行動の形成や変容、発達に社会的条件が果たす役割を他のどの学習理論より重視している。そして、外的直接的強化 (つまり、しかってやらせたり、ほめたりプレゼントで釣ったりする) による意図的学習よりも、模倣によるモデリング学習が重要であるとしている。すなわち、モデル (それは、兄や友人の行動であったり、他の患者さん、時には看護師であったりする) の行動を見ることによって、モデルの行動の型や特性を獲得していったり、既存の行動が修正・除去されると考えるものである。

人は、新しい行動を修得する時に、多くはモデルとなる人の行動を見て行動を修得するというモデリングにより修得している。しかしそのモデルの行動をまるごと覚えて、行動に移っているわけではない。

2) 自己効力 (セルフ・エフィカシー: Self-Efficacy)

バンデューラによれば、人が行動変容するには、2つの先行要因が必要であるとされている。1つは、「その行動をすれば意味ある結果がもたらせられる」と人が思っていることであり、これを「結果予期、または結果期待」と言う。そして2つ目が、「この行動を自分は今うまくやり遂げられるか」という行動に対する自信である。これを「効力予期」と言い、この「効力予期」が、「自己効力」の本体である。この「結果期待」と「自己効力」の2つが揃わないと行動変容にはいたらないとされている。

Self-Efficacy (自己効力) は、自己可能感、自己効力感、自己確信、自信等の訳がある。自己認知を反映し、その人がものごとをどれくらいできているかを示すものである。自己の行動についての予期、すなわち適切な行動をうまくできるかどうかの予期であり、人は、ある行動によって望ましい結果を得ることを信じたとしても、その必要とされる行動をうまく実行する自信がないならば、実際行動に影響しない (行動しない)。言い換えると、人はある行動をすることに自信と能力を自覚すればするほど、実際にもその行動を成し遂げるだろうという理論である。人は、ある行動によって望ましい結果を得ることを信じたとしても、その必要とされる行動をうまく実行する自信がないならば、実際行動に影響しない (行動しない)。

この効力予期は、自己効力の大きさ (難易度、具体的行動目標を実際にどこまで達成できそうか)、効力予期の強

さ (どのくらい確実にできそうか)、一般性 (ある対象・状況・行動に関する自信が他の対象・状況・行動へどれだけ影響をもつか) の3次元により変化するとされる。

3) 保健信念モデル (ヘルスビリーフモデル: Health Belief Model)

M. H. ベッカーらによって発表された保健行動モデルであり、保健に関する信念 (Health Belief) により予防的行動をする可能性を予測しうるとされる。勧められた予防行動をとる可能性は、ある病気に罹るかもしれない (罹患性) という恐れと罹ったら大変だ (重大性) という本人の認識の強さ、すなわち脅威の強さとその予防行動をとることがどれだけ予防に役立つか (有益性) からその行動することに伴う「時間がかかる」「難しい」といった障害の認識を引いたものであるとした。

4. 患者教育関連理論導入の結果

各種理論やモデルが導入されるようになったが、基本的にアプローチは、患者の意識や行動に着目し、患者の意識や行動をどうしたら治療に効果のある行動に変えることができるかの視点で見ていた。そこには「治療のための自己管理は続けるべきことで、アプローチが適切であれば実行できるはずである」という考え方からの変化はなく、「どのように患者を説得するか」から「どのように患者にアプローチするか」に変わっただけであった。

II. 治療のための自己管理行動の現実

【患者はどの程度食事療法を実行しているか】

患者教育を受けた患者の自己管理行動は、実際どのようなものであろうか。図2は数の多い糖尿病患者を対象に、糖尿病教育を受けた患者が食事療法等をどの程度実施しているかの調査結果である。糖尿病の診断を受けた患者が、初診時から1年間食事療法をどの程度守っているのかを明らかにする研究である (河口, 1994)。糖尿病と診断され、栄養士・看護師から食事療法の指導を受けた65歳未満の患者168名を対象に質問紙調査を実施した。

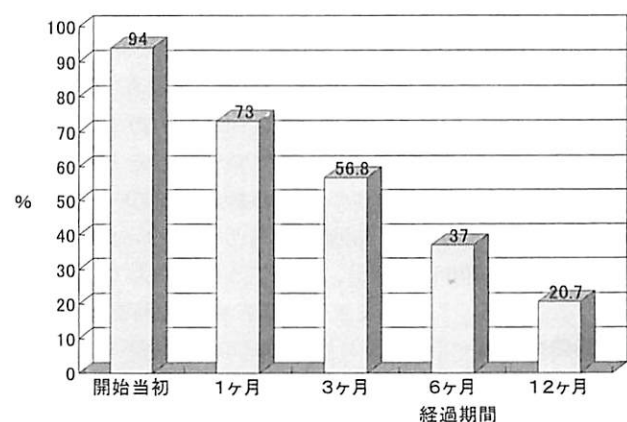


図2 糖尿病食事療法実行度の推移

食事療法の実施程度は、患者の自己評価から得たが、食事内容と自己評価の結果を照合し、ほぼ妥当な評価であると判断できた患者のものである。医師からの指示カロリーと摂取カロリーの差が±200kcal内、大幅なカロリー超過は月に2回以内を「良好な食事療法実行度群」とし、守れた患者の割合を表示した。

その調査の結果、9割の患者は食事療法を開始したが、良好な食事療法の実行度を維持した患者は、1か月後には7割に減少し、3か月後には6割弱、6か月後には4割、1年後には2割になった。ほとんどの患者は、初診時は糖尿病と診断されたことにショックを受け、続いて糖尿病になった不安や恐怖を感じた。その時医師や看護師、栄養士から糖尿病が食事療法や運動療法によりコントロールできること、コントロールができると健康な人と同じ寿命が得られ、仕事や日常生活が今まで通りにできると説明され、不安から食事療法を開始したのである。けれども、今まで自由にたくさん食べてきた食習慣から、制限がきついと感じる食事療法に行動を変え、自力で長期間がんばれる患者はそう多くはなかった。

糖尿病と診断された患者の不安は完全には消滅しないものの、日常生活行動を変えるまでのパワーにはなっていなかった。しかし、糖尿病と診断され、医学的知識を与えれば、患者は自己管理をするであろうという医療者の期待や思い込みは、事実を直視しない、あるいは直視したくない医療者によって、医学的知識を与えるだけの教育を長く続けさせた。医師の指示する食事療法を実行し続ける患者が6か月も経つとほとんどいなくなるという事実は、「患者教育は効果がない」という証拠であり、それは患者教育の重要性を説く医療者にとって、受け入れ難い事実であったからである。

III. 看護の教育的関わりモデルの開発

「熟練看護師の高度な教育実践を実践知に」

このように患者教育がまだ混とんとしているなか、患者教育方法の改善をめざす看護研究者と実践家が共同で14年前患者教育研究会（河口てる子代表）を結成し、「効果的な患者教育」を模索しはじめた。研究の糸口となったのは、「熟練看護師が行なっている教育では、しばしば患者が自己管理に向かって（自主的に）行動変容している」「しかも、患者はその看護師に絶対の信頼を置くようになる」という気づきであった。つまり、行動変容のきっかけとなった熟練看護師の患者教育を記述、分析すれば、効果的な患者教育の方法を明らかにできるのではないかと考えたのである。そのため、まずはこれら熟練看護師の「技」を記述、分析し、その要素を抽出することになった（河口、2001、2003、2005、2006）。

1. 開発の手順

看護師による患者教育事例を158事例収集し、それらを1つ1つ看護研究者・臨床看護師集団が事例分析した。分析に用いられた事例は、プロセスレコードのようなフォー

マットで記述され、用紙は薄井坦子氏（平成9年3月まで会員）の事例用紙を修正し使用したものである。用紙のフォーマットは、「患者の反応」をA、「看護師の判断、及びその根拠となったデータ・情報」をB、「看護師の行動・ケア（教育）」をCとし、患者の反応を中心に患者行動・心理、及び看護師との関わりをトピック・場面単位で記載した。患者の反応では言動・表情・状況他を記入し、看護師の判断では看護師が感じたこと、考えたこと、その意図、及びその根拠となったデータ・情報を記載、看護師の行動・ケアは、実際に行なった教育内容を記載するように用紙設定した。

分析を行った会員は延べ54名であり、現在の会員数は24名である。1回の分析に集まる会員数は、最少5名最多20名、平均すると15名であった。看護研究者（教育分野）が6割、臨床看護師が4割程度であるが、会員の身分は14年の間に移り変わり、臨床看護師が大学院や教育分野に移動するなどかなりの入れ替えがあった。

患者教育研究会の結成は1994年7月であり、事例収集の後、翌年1995年から分析を開始し、現在14年を経過している。分析を行う患者教育研究会は、毎月1回東京で開き、年に1回は東京以外で開催している。また、2泊3日の合宿研究会にて集中的な分析も毎年行っている。

分析は、教育事例から帰納的に行われたが、準備された事例用紙に記載されたものだけでなく、分析討議の中で、研究者・臨床看護師自身の臨床経験、教育事例も同時に出され、一緒に分析された。また、研究者による文献検討が同時に行われ、分析時には患者教育に関する先行研究や学習理論等も紹介され検討されたため、帰納的分析と演繹的分析の両方を行き来しながら分析が行われる結果となった。討議は、不思議と常に活発で看護師による患者教育の現状への嘆きや憤りなども表出されながら続けられた。

2. 研究プロセス

第1期：「とっかかり言動」

研究するにあたって最初に注目した事項は、患者の行動変容に結びつくきっかけとなった患者および看護師の言動であった。われわれは、それを仮に「とっかかり言動」と命名し、分析を始めた。「ある熟練看護師が行なうと、なぜか患者が行動変容する」その時のきっかけとなった言動を分析した（小林、2003）。この時期の特徴は、とっかかり言動に着目して事例分析を始めたことである。

「とっかかり言動に該当するものは何か」に注目し分析したが、その中で抽出されたものは、数個の「とっかかり言動」と既存の教育方法、多くは欧米で開発、研究されている理論・モデルと同じものであった。教育方法では、ユニークな教育方法と考えられるものはほとんどなかったが、一方で患者の努力を評価しない医療者の態度や言動など、否定的な医療者の言動が多く抽出された。それらは、教育方法以上に教育の効果を左右していると判断された。また、当然のことながら、医学的な知識・技術、療養内容に関する専門的知識の高さは、患者の専門家に対する信頼感の源となっており、患者に安心感を与えるとともに、学習意欲

のある患者では、行動変容に決定的な差がでていた。

第2期：「Professional Learning Climate」

とっかかり言動抽出を手がかりにして効果的な患者教育の検討を行なった中で、前述の患者の努力を評価しない医療者の態度や言動など、否定的な医療者の言動がたくさん抽出された。それらは、看護師の「患者の自己管理に対する考え方」や「健康に対する価値観・信念」によるものと判断され、それが看護師の指導方法を左右していると考えられた。やがてそれらは、指導方法のみでなく、看護師の持つ雰囲気にも影響していた。この雰囲気は、特に自己管理に対して無力感をもっている患者や疾患を受け入れられない患者にとっては、看護師の言葉を聞こうとするか否かに対して決定的な因子になっていると考えられた。このような看護師が持つ価値観、態度等が醸し出す雰囲気は、教育効果を左右していた。この雰囲気は、患者にとっては一種の学習環境でもあるので、これを「Professional Learning Climate」と命名した(安酸・大池・東ら, 2003)。この命名に関しては、「Learning」ではなくて、「Teacher's」ではないかとの意見も出たが、患者にとっては看護師も1つの学習に対する環境であり、その学習環境が教育効果に影響していると考えられる方が、主体者＝患者の考え方に相応しいと判断された。

この時点で、効果的な患者教育に影響する要素は、「とっかかり言動」「療養内容に関する知識・技術」「患者教育方法に関する知識・技術」と教える側の看護師の醸し出す、雰囲気、すなわち「Professional Learning Climate」であると考えられた。

第3期：「患者教育のための看護実践モデル Version 1」

患者の行動変容を「とっかかり言動」を手がかりに検討していく中で、要素間の関係性が討議されるようになった。やがて、それは「患者教育のための看護実践モデル」(図3)として集約された。看護実践モデル Version 1は、Aの「とっかかり言動とその解釈」を中心として、B-1：「療養に関する知識・技術」、B-2：「教育方法に関する知識・技術」、C：「Professional learning climate」、D：「患者教育アプローチの効果」の要素で構成されている。

モデル Version 1では、患者の言動を何か変だと感じ専門的知識や技術によって対処していくときの最初のきっかけをA：「とっかかり言動とその解釈」とし、看護師が患者の言動を何か変だと感じる前提となる知識や技術という

要素もAの「とっかかり言動とその解釈」に含ませた。また、「とっかかり言動」は、その言動が存在しているだけでなく、熟練看護師はその言動を一瞬にして解釈し、それを手がかりに次の言葉かけを行い、アプローチの選択をしていた。その解釈は自らの経験を元に直感的になされており、なぜそのような言葉かけ、アプローチを行ったかは、多くは自覚されないままであった。無意識的にされた判断は、改めて問われないと説明できないが、一旦自覚すると、次回は意図的にその判断とアプローチを使えるようになり、他の看護師にも説明ができるようになっていた。

第4期：「生活者の視点を中心とした看護実践モデル Version 2」

患者教育のための看護実践モデルを検討し、モデル中の概念を定義し、内容を明確化していく中で、看護の専門性が問題にされた。患者の行動変容に至ったケースは、何れも看護師が患者の生活習慣や患者の価値観(患者が大切にしていること)に配慮し、それに基づいて療養生活をアドバイスした時、行動変容していた。しかし、Version 1モデルで、この現象は、それぞれの要素の中、たとえば「療養内容に関する知識・技術」「患者教育方法に関する知識・技術」に埋没し、表面には出てこなかった。検証事例分析の結果からも、モデル Version 1の「療養に関する知識・技術」と「教育方法に関する知識・技術」における知識・技術に生活者に関する要素が含まれていることが明らかであった。そこで、その現象を新しい要素「生活者に関する知識・技術」として明文化した。この生活者に関する要素は、患者教育の実践において最重要と考えられることから、Version 2では「生活者に関する知識・技術」の要素として独立させ、新たにBの要素として追加した(下村・河口・林ら, 2003)。

この概念を加えた改訂版モデル「生活者の視点を中心とした『看護実践モデル Version 2』」が作られ、内容が検討された。「療養に関する知識・技術」は生活者の要素の部分を除外することから、「病気と治療に関する知識・技術」と修正した。モデル Version 2では、「とっかかり/手がかり言動」を看護師は直感で捉えていると考え、「とっかかり/手がかり言動とその直感的解釈」を最初に置き、それを支持する知識・技術として「生活者に関する知識・技術」を中心とし、「病気と治療に関する知識・技術」と「教育方法に関する知識・技術」を置いた。

第5期：看護実践モデル Ver.3

その後の分析により、Professional Learning Climateは他の構成要素のようにある程度独立して機能しているのではなく、他の構成要素に強く影響を与えながらモデルの全体を包み込み機能していることが明確となった。そのため Professional Learning Climateを現すモデルを長方形からリング状のものとした。

第6期：看護の教育的関わりモデル

モデルの精練目的で2005年8月(東京)および2006年3月(弘前)に公開講座を開催し、臨床看護師の方々に、モデルの適応性、利便性を問うた。その結果、モデルの名称は内容をイメージできることが重要であるとの指摘か

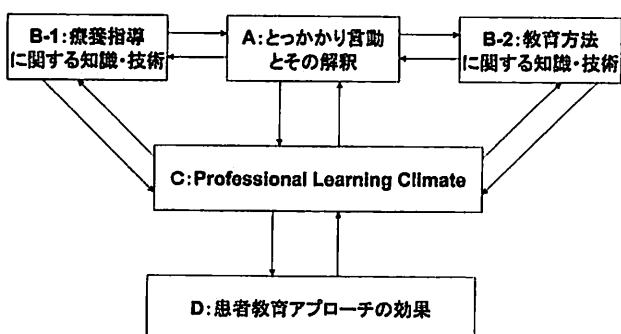


図3 患者教育のための「看護実践モデル」Version 1

ら、モデル名を「患者教育のための看護実践モデル」から「看護の教育的関わりモデル ver.4.2」(図4)へと変え、生活は「生活者としての事実とその意味のわかちあい」、教育方法は「協同探索型関わり技法」、疾患の知識・技術は「疾患・治療に関する知識・技術の看護仕立て」、Professional Learning Climateの日本語名を「患者教育専門家として醸し出す雰囲気」とした。

14年間事例の分析を続けた結果、熟練看護師の高度な教育実践を可視化したモデル「看護の教育的関わりモデル ver.6.1」(図5)が開発された。高度な実践では、看護師が患者と相互主体的に関わりあいながら、患者の生活者としての価値観を尊重し、看護の専門的能力を駆使して、生活と健康を支援していた。

「看護の教育的関わりモデル」は、看護職者の教育実践力を高めることを目的に、熟練看護師の高度な教育実践を可視化したモデルである。このモデルは、「患者は①主体的な存在である、②一人ひとりとは異なっている、③自分自身で変わる存在である」という患者観に基づいている。このモデルにおいて看護職者は、患者と相互主体的に関わり

あいながら、患者の生活者としての価値観を尊重し、看護の専門的能力を駆使して、生活と健康を支援する。

このモデルは、「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」「生活者としての事実とその意味のわかちあい」「疾患・治療に関する知識・技術の看護仕立て」「協同探索型関わり技法」「患者教育専門家として醸し出す雰囲気」の5つの概念で構成される。

「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」は、「生活者としての事実とその意味のわかちあい」「疾患・治療に関する知識・技術の看護仕立て」を発展させる糸口である。「生活者としての事実とその意味のわかちあい」により浮き彫りになった生活者としての事実とその意味が尊重されて、「疾患・治療に関する知識・技術の看護仕立て」につながる。「協同探索型関わり技法」は、これらの3つの概念の中で活用される具体的な技法であり、「患者教育専門家として醸し出す雰囲気」は、それぞれの機能を増幅させ促進する役割を果たす。このモデルを活用した実践により、患者に直接的・間接的に変化をもたらすことが期待できる。

3. 今後の課題

患者教育において、患者の準備状態に着目したアプローチの方法を研究したものは多いが、教育する側に着目した研究や理論・モデルは少ない。本モデルは、14年以上の分析過程を経て、現実に即応し、看護師にとって理解のしやすいものとなった。モデルの実践的な有効性や取り入れの容易さ、現実に有効なケアをしている看護師の患者教育行為を側面から支持することにより、看護師に自身の教育に対する「承認」が得られ、看護行為への自信とさらなるケアへの積極的な推進が期待できる。同僚や後輩へのケアの説明も自信をもって行え、患者教育指導にもより一層積極的になり、よりよいケアへ推進する一助となろう。

モデルの精製では、教育方法に未完成な部分があり、今後も引き続き検討を行うが、現在施行しているアクション・リサーチの分析より、このモデルを使った勉強会や事例検討会、カンファレンスが看護師の患者教育に対する認知と行動にどのような変化をもたらすかを検討する。看護師にとって、このモデルがどのような存在であるのか、看護師の患者教育に対する認知や行動変容に変化をもたらすのであろうか。このアクション・リサーチが、これらの回答のヒントを与えてくれると信じている。

モデルや理論は、開発するだけでは、その有効性をアピールすることができない。モデル全体の有効性を検証することはできなくても、その一部だけでも有効であることを検証することが、モデルにより一層の信頼が寄せられ、活用する看護師が増加するであろう。特に、このモデルの中心概念である「生活の事実とその意味」の有効性を検証することが、看護師の「生活」の価値が他の概念に比して重いのであるから、その検証は優先順位が高いであろう。日常生活で普段は気がつかないでいる人の「こだわり」、その「こだわり」を看護職が理解し、共有し、その信念を尊重することで、有効で確実な自己管理への第一歩となるこ

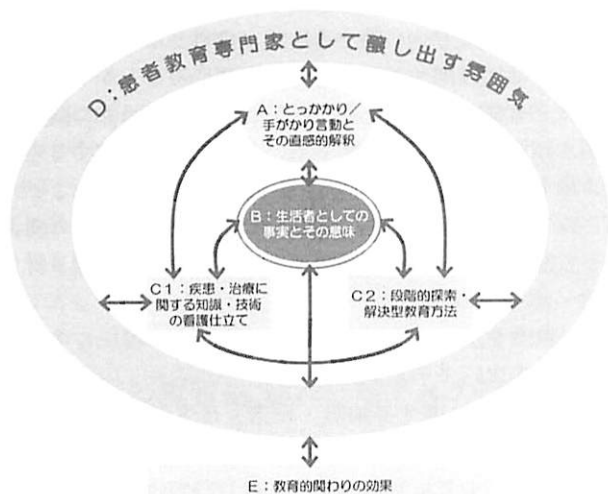


図4 看護の教育的関わりモデル Version4.1 (通称：TKモデル)

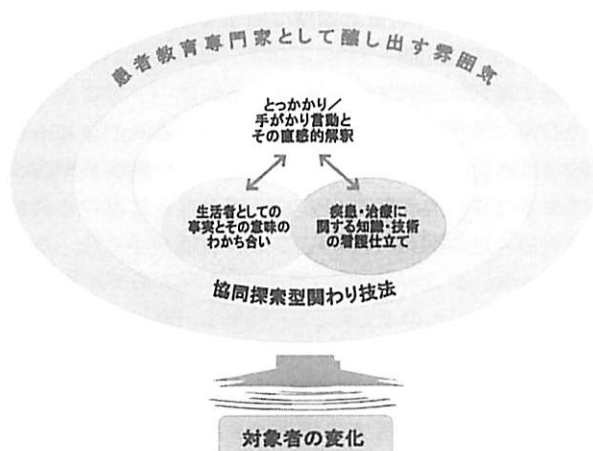


図5 看護の教育的関わりモデル Version6.1 (通称：TKモデル)

とが承認されれば、このモデルの妥当性が認められるであろう。

また、モデルの検証とともに、モデルの利便性、理解を助ける教育教材が必要である。患者教育専門家の醸し出す雰囲気 (Professional Learning Climate) は、技術・知識のように明確に示すことができないものであるから、そのロールプレイをDVDとして作成し、看護職に提示できれば有効性は高まるであろう (現在作成中)。

今後、このモデルの全国展開は、モデルの公開、研修、各学会での発表、医師への浸透に対する戦略、つまり実践でこのモデルを使った患者教育が広まるように学問領域での検証研究とともに、実践面での活動を推進していく。

注)

この「看護の教育的関わりモデル (TKモデル)」は、平成9～12年度 (基盤研究B 課題番号09470533)、平成13～16年度 (基盤研究B 課題番号13470537)、および平成17～20年度日本学術振興会科学研究費補助金 (基盤研究A 課題番号17209071) の助成を受けて行われた研究の一部であり、下記患者教育研究会により行われたものである。(研究代表者は、いずれも河口てる子)

患者教育研究会

河口てる子 (代表)、安酸史子、大池美也子、林優子、下村裕子、小林貴子、岡美智代、近藤ふさえ、小長谷百絵、横山悦子、井上智恵、東めぐみ、小平京子、太田美帆、道面千恵子、伊波早苗、山田栄実、恩幣宏美、滝口成美、伊藤ひろみ、小田和美、長谷川直人、丹下幸子

文 献

河口てる子 (1994) : 糖尿病患者における食事療法実行度の推移とその要因, 日本赤十字看護大学紀要 第8号, 59-74.
 河口てる子 (2001) : 慢性疾患患者の主体性, 自己決定とセルフケア推進のための患者教育方法の開発, 平成

9年度-平成12年度科学研究費補助金 (基盤研究B2) 研究成果報告書 (河口てる子代表), 1-110.
 河口てる子 (2003) : 患者教育研究会, 患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み, 看護研究, 36 (3) : 3-12.
 河口てる子 (2005) : 看護の教育的機能向上のための「看護実践モデル」の検証および患者教育の体系化, 平成13年度-平成16年度科学研究費補助金 (基盤研究B1) 研究成果報告書 (河口てる子代表), 1-105.
 河口てる子, 患者教育研究会 (2006) : どこでも糖尿病患者さんに遭遇する時代のアドバンスドケア「看護職者の教育的関わりモデル」を使ったケア, 看護学雑誌, 70 : 68-72.
 河口てる子 (2006) : 糖尿病教育のための「看護の教育的関わりモデル Ver.4.2」— 熟練看護師のアドバンスドケアを可視化する —, プラクティス, 23 (5), 511-518.
 小林貴子 (2003) : 小長谷百絵, 小平京子, 井上智恵, 横山悦子, 伊藤ひろみ, 土屋陽子, 患者教育研究会. 「看護実践モデル」における「とっかかり/手がかり言動とその直感的解釈」, 看護研究, 36 (3) : 13-23.
 下村裕子, 河口てる子, 林優子, 土方ふじ子, 大池美也子, 患者教育研究会 (2003) : 看護が捉える「生活者」の視点 対象者理解と行動変容の「かぎ」, 看護研究, 36 (3) : 25-38.
 下村裕子, 林優子, 井上智恵, 河口てる子 (2006) : 看護が生活者の視点でかわるといふこと-糖尿病患者の理解と行動変容の「かぎ」-. プラクティス, 23 (5), 525-531.
 安酸史子, 大池美也子, 東めぐみ, 太田美帆, 患者教育研究会 (2003) : 患者教育に必要な看護職者の Professional Learning Climate. 看護研究, 36 (3) : 51-62.
 横山悦子, 小林貴子, 小平京子, 小長谷百絵, 伊藤ひろみ (2006) : 行動変容に困難をきたしている糖尿病患者への教育的かかわりの入口-とっかかり/手がかり言動とその直感的解釈-. プラクティス, 23 (5), 519-524.