

2020 年度

札幌市立大学大学院

看護学研究科 博士論文

クリティカルケア看護専門看護師の
直接ケアコンピテンシー評価指標の開発

Development of Direct Care Competency Assessment Measures
for Critical care Certified Nurse Specialist

学籍番号 1875301 氏 名 菅原美樹

目 次

第1章 序論	1
第2章 文献検討	3
I. コンピテンシー概念の歴史的変遷	3
II. 教育分野におけるコンピテンシーの捉え方	4
III. 医学・看護学教育におけるコンピテンシーの捉え方	4
IV. 看護コンピテンシーと看護実践能力の関連	5
V. わが国の看護師のコンピテンシーに関する研究の動向	6
VI. 高度実践看護師の役割とコアコンピテンシー	7
VII. 日本における専門看護師のコンピテンシー	8
VIII. クリティカルケア領域の専門看護師のコンピテンシー	9
IX. 評価指標の開発に関する研究	10
X. 文献検討の総括	11
第3章 研究方法	12
I. 研究目的	12
II. 研究の意義	12
1. 学術的意義	12
2. 実践的意義	12
3. 社会的意義	12
III. 用語の概念規定	13
1. クリティカルケア看護	13
2. クリティカルケア看護専門看護師	13
3. コンピテンシー	13
4. 直接ケアコンピテンシー	13
5. 評価指標	13
IV. 研究の構成	14
1. 研究期間	14
2. 研究デザイン	15
3. 研究の概念枠組み	15
4. 研究の概要	16
第4章 第1研究 CCNS の直接ケアコンピテンシー項目の抽出	19
I. 研究目的	19
II. 実施期間	19
III. データ収集方法	19

1. 対象文献の選択	19
2. 分析方法	19
3. 倫理的配慮	21
IV. 結果	21
1. 看護過程の展開に関するコンピテンシー群	21
2. 役割遂行に関するコンピテンシー群	25
3. 実践を促進するコンピテンシー群	27
V. 考察	28
1. 看護過程の展開に関する CCNS のコンピテンシーの特徴	28
2. 役割遂行に関する CCNS のコンピテンシーの特徴	28
3. 実践を促進する CCNS のコンピテンシーの特徴	29
VI. 結論	30
第5章 第2研究 CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案の作成	31
I. 研究目的	31
II. 実施期間	31
III. 実施方法	31
1. 対象	31
2. 対象の選定方法	31
3. FGD の方法	32
4. 分析方法	32
5. データの信用性と妥当性の確保	32
6. 倫理的配慮	33
IV. 結果	34
1. 対象者の概要	34
2. FGD の結果	35
3. CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案	38
V. 考察	41
1. FGD の適切性と妥当性	41
2. CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案の内容妥当性	41
3. FGD の限界と今後の課題	42
VI. 結論	43
第6章 第3研究 CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標の開発	44
I. 研究目的	44
II. 調査期間	44
III. 調査方法	44

1. 対象	44
2. 対象の選定理由と選定方法	44
3. 調査内容	45
4. 調査手順と方法	46
5. 分析方法	47
6. 倫理的配慮	48
IV. 結果	50
1. 対象者（パネルメンバー）の背景	50
2. デルファイラウンド1：1回目 Web 調査	51
3. パネルミーティング	56
4. デルファイラウンド2：2回目 Web 調査	62
V. 考察	67
1. 修正デルファイ法活用の適切性	67
2. CCNS の直接ケアコンピテンシーの米国との比較	67
3. CCNS の直接ケアコンピテンシーの難易度と獲得時期	68
VI. 結論	69
第7章 総括	70
I. 研究総括	70
1. CCNS の直接ケアコンピテンシーの特徴	70
2. CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標の内容妥当性	71
3. CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標の汎用性	71
II. 研究の限界と課題	74
III. 結論	75
謝辞	76
引用文献	77

第 1 章 序論

わが国の専門看護師制度は、1994 年に日本看護協会によって発足した(佐藤, 1991)。この制度は、当時の厚生省が 21 世紀に向けた看護制度改革の基本的方向を示した看護制度検討会報告書を契機に検討された。医療技術の進歩や高度化、国民の健康に対する関心の高まり、価値観の多様性などの変化が、複雑かつ高度な看護業務を増加させている状況に対応するために専門看護師の育成が提言された(厚生省健康政策局看護課, 1987)。専門看護師制度の目的は、複雑かつ解決困難な看護問題を持つ個人や家族・集団に対して水準の高い看護ケアを効率的に提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師(Certified Nurse Specialist 以下、CNS とする)を社会に送り出すことで、保健医療福祉の発展と看護学の向上を図ることである。CNS には、卓越した実践・教育・相談・調整・研究・倫理調整の 6 つの役割を発揮することが求められており、これまでに特定の看護分野において、看護ケアの質の向上や健康・療養生活の質の向上に貢献してきた。

専門看護師制度の発足から 25 年以上が経過し、わが国では変化する医療状況に対応するため、CNS をグローバル水準の高度実践看護師として育成し、その制度化に向けた検討が行われた(日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会, 2011)。日本看護系大学協議会(2014)は、高度実践看護師を個人、家族、集団に対して、ケアとキューアの融合による高度な看護学の知識、技術を駆使して、疾病の予防および療養過程の全般を管理・実践できる者と定義し、その役割・機能を強化する教育を推進している。つまり、CNS には高度実践看護師として、時代のニーズに即した新たな役割や裁量権の拡大が期待されている。

クリティカルケア看護の CNS(Critical care Certified Nurse Specialists 以下、CCNS とする)には、不慮の事故や急性疾患または慢性疾患の急性増悪により、緊急度や重症度の高い患者に対して集中的な看護を提供し、患者本人とその家族の支援、医療スタッフ間の調整などを行い、最善の医療が提供されるよう支援する役割が期待されている(日本看護協会, 2014)。2014 年度の診療報酬改定の基本方針によると、「7 対 1」の看護体制をとる病院の入院基本料の基準が厳格化され、看護体制の他に医療行為などの条件も加えることで、より高度な急性期医療を担う病院とそうでない病院とに機能分化されつつある(厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会, 2013)。これは、急性期患者に対して状態の早期安定化に向けた診療密度の濃い医療を提供する機能が高度急性期病院に求められていることになる。こうした背景からみても、CCNS には医師を含む多職種と連携し、その卓越した看護実践能力をより一層、発揮することが期待されている。

その一方で、わが国の CNS の教育上の課題として、①実践力の強化、②修了時のコンピテンシーの明確化、③質の担保と量のバランスの確保、④専門的実践力と幅広い素養のバランスの確保、⑤実践能力と研究能力のバランスの確保、などが明らかにされている(日本看護系大学協議会広報・出版委員会, 2010)。クリティカルケア看護の範疇は、救命救急処置や集中治療が提供される超急性期から呼

吸・循環動態が比較的安定する急性期を包含する。そのため、CCNSを志す看護師の大学院入学前の臨床経験は、救急・集中治療部門に限定されず、周術期を含む一般病棟など多様である。その実践能力については、個々の看護師が臨床でどのように看護実践経験を積み重ねてきたか、その実践内容の質と量に個人差がある。個々の看護師の背景を把握し、CNS教育課程においてCCNSとしての実践力を育成・強化していくには、CCNSに期待される役割を果たすために必要なコンピテンシーを明示する必要がある。CCNSが具備すべきコンピテンシーを明確に示し、教育・評価に活用することは、実践力の水準を一定に保つことにつながる。

海外では、1980年代から看護師のコンピテンシーに関する研究が行われており（Blažun, Kokol, & Vošner, 2015）、CNSのコンピテンシーや実践能力を明示した教育が行われている。米国CNS協会（The National Association of Clinical Nurse Specialists, 以下NACNSとする）のクリニカルナーススペシャリストのコア・コンピテンシー2008「Clinical Nurse Specialist Core Competencies 2008」には、修士課程修了者およびCNS教育課程修了者に期待されるCNSへのエントリーレベルの総合的なコンピテンシー（National CNS Competency Task Force, 2008）が示されている。米国クリティカルケア看護師協会（American Association of Critical Care Nurses, 以下AACNとする）が作成したCNSの臨床実践の基準と専門職行動の基準「AACN Scope and Standards for Acute Care Clinical Nurse Specialist Practice, 2014」には、クリティカルケアを含む急性期ケアCNSの臨床実践と専門職としての行動の基準が示されている。米国のCNSのコア・コンピテンシーや臨床実践の基準等は、日本のCNSの能力やコンピテンシーを検討する参考資料になり得るが、医療提供体制や看護師の裁量権の範囲が異なるため、既存のものをそのまま活用することは困難であると考えられる。

わが国では、2006年以降に看護師のコンピテンシー研究が散見されるようになったが、CNSのコンピテンシーとして公表されているのは、日本版ANPコア・コンピテンシー案（日本看護系大学協議会高度実践看護師制度推進委員会, 2008）のみである。これは米国のナース・プラクティショナーのコア・コンピテンシーを基に検討・修正を加えて作成されているが、それらがCNSの教育に活用されているとは言い難い。CNSのコア・コンピテンシーは、すべての専門領域のCNSに共通するものであるが、特定の専門領域のCNSを教育するには、その専門領域に特化した独自のコンピテンシーを明らかにする必要がある。他の専門領域では、がん看護専門看護師が実践を行う際に必要な能力（林田, 田中, 吉田, 山口, 2012）が明らかにされているが、CCNSに焦点化したコンピテンシー研究は皆無である。

そこでCCNSが6つの役割をどのように機能させながら患者や家族、集団に対して直接ケアを実践しているのかに焦点化し、CCNSの直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発することができれば、CCNSの複雑で見えにくい高度な実践が可視化され、コンピテンシーを基盤とした教育や評価に貢献できると考え、評価指標を開発するに至った。

第2章 文献検討

I. コンピテンシー概念の歴史的変遷

コンピテンシー (competency) とは、高業績者の行動特性を示す能力概念である。1950年代の米国で心理学用語として使用され、のちに経営管理の分野で実用化され、高等教育や職業教育などの教育分野にも影響を与えている概念である。経営・人事管理へのこの概念の導入は、ハーバード大学の心理学者である MaClelland (1973) がコンピテンス (competence) という概念を提唱したことに始まる。MaClelland は米国国務省外交官に関する適性研究で、外交官に採用された人材のなかでも成果にバラつきがあることに注目し、成果につながる個人資質に注目した。コンピテンスには、読解力、文章力、計算力のように認知できる伝統的なものと、コミュニケーション能力、忍耐力、目標設定、自尊心の発達のようなパーソナリティ変数の2つがあり、MaClelland は後者をコンピテンスとした (加藤, 2011)。職業上の成果を達成するために必要な個人要件を知識・スキル・適性などで評価するのではなく、成果を上げる人材が持つ行動特性や動機、自己像、価値観などの要素に注目した。その後コンピテンスは、コンピテンシー (competency) という用語に統一され、1990年代から企業の人事管理や人材育成に応用・活用されることになった。コンピテンシーは多義的な概念であるため、一言で言い表すことは難しいとされ、企業や研究らによって様々に定義されている。Boyatzis (1982) によれば、個人が高業績を達成するには個人のコンピテンシーが重要であるとし、ある職務において効果的で優れた業績を生む人の根源的な特性であるとしている。Spencer ら (1993) は、ある職務や状況に対し、基準に照らして効果的あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的な特性であり、それは動因(動機)、特性、自己概念、知識、スキルである、と説明している。Mirable (1997) は、ある職務における高業績に関わっている知識、スキル、能力 (ability)、その他の特徴で、問題解決、分析的思考、リーダーシップ、動因 (動機)、信念、価値観をも含むとしている。

日本には 1990 年代半ばから企業の経営管理に導入された。しかし、コンピテンシーの定義や捉え方は米国と同様に多様であり、「行動に表れる能力」(人事院, 2006)、「職務遂行能力」(古川, 2002)、「行動特性」(ウィリアム・マーサー社, 2000; 相原, 2002) など様々である。日本で最も多く引用されている Spencer ら (1993) のコンピテンシーの定義と範囲図によれば、人間は知識やスキルだけでなく、個人の特性や価値観と合わせて行動するため、スキルや知識だけではなく、価値観や特性を含めた全体を反映した行動のうち、成果につながる行動をコンピテンシーとしている。つまり、可視化できるスキルや知識と、可視化できない自己概念や特性を、別のものとして考えるのではなく、それらが統合された結果としての行動を重要視するという考え方である。このように、企業の人事管理や人材育成では、高い業績や優れた業績に注目してその能力や行動特

性を示したものをコンピテンシーとし、顕在化する知識やスキルだけでなく、潜在化する自己概念や特性をも含む総合的な能力をコンピテンシーと捉えている。

Ⅱ．教育分野におけるコンピテンシーの捉え方

教育分野では 2000 年代に「生きる力」や「リテラシー」、「キー・コンピテンシー」、「学士力」、「社会人基礎力」などに代表される新しい能力概念が取り上げられるようになった。このうち、教育に大きな影響をもたらしたのは、経済協力開発機構（OECD）の「キー・コンピテンシー」である（松下，2011）。コンピテンシーは、単なる知識や技能だけではなく、技能や態度を含む様々な心理的・社会的なリソースを活用して、特定の文脈の中で複雑な要求（課題）に対応することができる力であり、人生の成功や社会の発展にとって有益であること、さまざまな文脈の中でも重要な課題に対応するために必要であること、特定の専門家ではなくすべての個人にとって重要であること、といった性質を持つものをキー・コンピテンシーとしている（Rychen & Salganik, 2003）。文部科学省は、この OECD のキー・コンピテンシーに基づき、初等教育から高等学校や大学等の高等教育において育成すべき資質や能力を明確化したうえでその能力をどのように育成・教育していくか検討している（文部科学省，2014）。

Ⅲ．医学・看護学教育におけるコンピテンシーの捉え方

医学教育では、米国が 1970 年代からコンピテンシー基盤型教育に着手し、医療専門職のコンピテンシーとそれを修得する教育プログラムを開発してきた（田川，2013）。わが国でも医学生の実践的臨床能力の修得とその評価の必要性が認識され、2000 年以降、問題基盤型学習や共用試験システムが普及し、コンピテンシー基盤型教育に移行されてきている。医療専門職業人のコンピテンシーは、知識、技能、価値観、態度などの要素が統合されたものであり、観察可能なため、それを測定・評価し、習得することを保証できるとされている（Frank et al., 2010）。一人前の医師に求められる能力をコンピテンスと定義し、「知識、技術を統合してある状況において専門職業人として業務を行う能力であり、倫理観や態度も含む」と説明している（田川，田邊，2006）。医学教育においては、コンピテンスを教育プログラムの到達目標とし、コンピテンスの下位概念にコンピテンシーを位置付けている。知識の応用や実践力レベルに応じて観察・評価可能な能力をコンピテンシーと捉えていることがわかる。

看護教育では、1980 年代からコンピテンシーの研究がされ、米国、英国、豪州が多くの研究を行なっている（Blažun et al., 2015）。米国のオレゴン看護教育連盟では、2003 年以降にコンピテンシー基盤型の教育カリキュラムを開発し、教育を行っている。コンピテンシーの考え方を示したうえで 10 のコア・コンピテンシーとコンピテンシーレベルを策定し、各々のコンピテンシーに対して組織的な枠組みを設定している。コンピテンシーには専門職コンピテンシーと看

護ケアコンピテンシーの2つが存在するとし、看護ケアコンピテンシーとは、「クライアントや同僚と協働するために必要な人間関係能力であり、職務を遂行するうえで必要な知識および技術あり、幅の広いヘルスケアシステムを網羅する」と定義づけている。この看護ケアコンピテンシーには実際の看護実践に関連するコミュニケーションやチームワーク、クリニカルジャッジメント、エビデンスベースの実践が含まれている（Curriculum Basics, 2016；野嶋, 2011）。

わが国では、上田（2006）が著書の中で看護大学・大学院教育の到達目標をコンピテンシーと表現している。それは「知識、理解、判断のコンピテンシー」「知的な技術のコンピテンシー」「個人の積極的な気質や態度」に反映されると説明している。一方で、野嶋（2010）による「看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム導入に関する調査研究」の報告書では、「コンピテンシー」ではなく「看護実践能力」が用語として使用されている。また、日本看護協会が示している看護師の能力開発・評価のシステムの1つである看護師のクリニカルラダー（日本看護協会, 2016）においても「看護実践能力」が使われていることから、わが国の看護教育においては、コンピテンシーを教育の到達目標とする考え方にはコンセンサスが得られていない現状にあると考えられる。

IV. 看護コンピテンシーと看護実践能力の関連

わが国ではコンピテンシーに類似した概念として「看護実践能力」という用語が使用されている。国民に対して質の高い看護を提供することは看護師の社会的責任である。したがって、看護師に必要な看護実践能力とは何かを明確にすることは看護師の能力育成に重要であることから、これまでに多くの研究が行なわれている。しかし、看護実践能力という概念はコンピテンシーと同様にその定義は多岐におよび、共通認識して活用できるレベルの概念ではないことが指摘されている（神原他, 2008）。

海外文献を対象として看護実践能力を概念分析した松谷ら（2010）によれば、「看護実践能力とは、知識や技術を特定の状況や背景の中に統合し、倫理的で効果的な看護を行うための主要な能力を含む特質であり、複雑な活動で構成される全体的統合的概念である」と定義し、「潜在的能力コンピテンスを前提とした基準を満たす行為コンピテンシー」とであると説明している。同様に海外文献を基に諸外国の看護実践能力の概念を検討した高瀬ら（2011）は、「看護実践における専門的責任を果たすために必要な個人適性、専門的姿勢・行動、そして専門知識と技術に基づいたケア能力という一連の属性を発揮できる能力」を看護実践能力と定義している。つまり、看護実践能力とは、専門的知識や看護技術に加え、特定の文脈の中で看護専門職としての責任を果たすための個人適性や姿勢、倫理観、行動特性などを含むものであると解釈できる。

海外の看護コンピテンシー研究に関する文献研究では、看護コンピテンシーの定義は統一されておらず、新たに定義する必要性があることが示されている（Blažun et al., 2015）。しかし、諸外国の研究らが開発した看護師のコンピテン

シー尺度(Liu et al.,2006 ; Cowan et al.,2008 ; Maretoja et al.,2004)の構成要素に注目すると、Clinical care (臨床実践)、Readership (リーダーシップ)、Relationship (対人関係)、Ethical practice (倫理的実践)、Teaching/Coaching (ティーチング/コーチング)、Critical thinking (クリティカルシンキング)、Diagnosis (診断)、Situation Management (状況マネジメント)、Quality Assurance (質の保証)、Job performance (業務遂行)などの能力概念が抽出されている。これらは看護実践能力を構成する要素に含まれる能力と同じであることから、看護コンピテンシーと看護実践能力は類似している概念と捉えることができる。

V. わが国の看護師のコンピテンシーに関する研究の動向

海外の研究者らによる看護師のコンピテンシーに関する研究では、コンピテンシー評価尺度の開発が散見される(Robb et al.,2010 ; Liu et al.,2006 ; Cowan et al.,2008 ; Maretoja et al.,2004)。しかし、コンピテンシーの定義は個々の研究によって異なり、国際的な合意は得られていない(Nilsson et al.,2014)。そのため汎用されている尺度は殆どないことが報告されている(Wangensteen et al.,2014)。

わが国の看護師のコンピテンシー研究の現状を把握するために、医学中央雑誌Web版を用いて、1980年から2016年の範囲で文献を検索した(検索日:2015年8月)。「看護師」と「コンピテンシー」をAND検索すると1,879件あり、さらに原著論文に絞りこむと790件が得られた。これらの文献のテーマには「看護実践能力」「能力」「精神的能力」「臨床能力」「行動特性」「コンピテンシー」「看護技術」「スキル」というキーワードが含まれていた。看護師が優れた実践をするための総合的な能力をコンピテンシーと捉え、それらの解明・明確化を目的とした文献に絞り込むと26件であった。このうち、コンピテンシーを明らかにした原著論文は11件であった。それらを概観すると、特定の職務にある看護師のコンピテンシーを明らかにした研究は7件で、一般病棟看護師(林, 益, 小林, 平尾, 山口, 山本, 八木, 山本, 西浦, 鰐坂, 2014)、外来看護師(鈴木, 前川, 宮本, 小野, 谷口, 長町, 高田, 2010)、看護中間管理者(井上,2014)、中堅看護師(細田, 星, 藤原, 石井, 2011)、主任看護師(市川, 櫻庭, 坂本, 北川, 2006)、精神科認定看護師(山根, 東, 草地, 南迫, 川村, 高田, 2010)、皮膚・排泄ケア認定看護師(西津, 真田, 萱間, 2008)を対象にしていた。ある特定の状況で発揮される看護師のコンピテンシーを明らかにした研究は4件で、災害時にリーダーシップを発揮する看護師、(早野, 河原, 小原, 佐藤, 黒田, 石田, 菅野, 2010)、救急初療に働く看護師(坂口, 作田, 新井, 中嶋, 田村, 木川, 村井, 2006 ; 作田, 坂口,2008)、リスクを察知して安全行動がとれる看護師(岩本, 内海, 細原, 孝壽, 2014)のコンピテンシーであった。これらの定義をみると、山根ら(2010)は「看護師の役割に対して期待される成果を導く上での行動特性」、早野ら(2010)は「課業や職責を有能に果たすために必要とされる一連の行動パターンであり、

特定の状況下で成果に結びつけることのできる個人の行動や思考特性」、林ら（2014）は「ハイパフォーマー（優れた実践によって成果を出している看護師）に見出される顕在能力を行動特性として捉えたもの」、細田ら（2011）は「職務に卓越した者の行動特性」と定義していた。これらの定義の共通点は、実際に成果をあげている具体的な実践行動から導き出されるハイパフォーマー看護師の行動特性をコンピテンシーと定義していた点である。看護管理学領域のコンピテンシー研究をみると、看護管理者のコンピテンシーの明確化、コンピテンシーモデルの開発・運用、コンピテンシー評価による能力開発支援が行なわれている（宗村,2007；虎の門病院看護部, 2013；武村,2014）。

看護師のコンピテンシーや看護実践能力を評価する方法については、看護師の自己評価と他者評価の両方を用いたもの（真下，中谷，陣田，市川，佐藤，高橋，大水，坂本，菅田，2011）と海外では看護師自身の自己評価のみの方法（Meretoja et al., 2004; Wangensteen et al., 2014）がみられた。自己評価は主観的であり、看護師個人が認識しているコンピテンシーと実際の実践のコンピテンシーの評価が必ずしも一致するとは限らない。しかし、自己の学業、行動、性格、態度などについて何らかの指標をもとに情報を得て、その後の学習や行動を改善、調整する一連の行動（橋本，1983）を自己評価と捉えれば、自己の看護実践を俯瞰して評価する意味がある。自己認識したコンピテンシーは行動に影響を与える（Desbiens & Fillion, 2011）ため、看護職として能力開発・発展を遂げるには、必要なコンピテンシーを認識し、その獲得状況を他者評価と自己評価を用いて評価することが有用であるといえる。

VI. 高度実践看護師の役割とコアコンピテンシー

日本の高度実践看護師（Advanced Practice Nurse；APN）は、専門看護師（Certified Nurse Specialist；CNS）と ナースプラクティショナー（Certified Nurse Practitioner；CNP）である。日本の高度実践看護師の原型は、米国の Clinical Nurse Specialist（CNS）と、Nurse Practitioner（NP）である。米国にはこれらに加え、Certified Registered Nurse Anesthetist（CRNA）と Certified Nurse Midwife（CNM）の4種類の高度実践看護師（Advanced Practice Registered Nurse；以下 APRN とする）が存在する。APRN は、州によって業務の範囲、教育や認定のプログラムが異なっているため、質保証の観点から全米の看護組織と看護州委員会（National Council of State Boards of Nursing；NCSBN）の合意により、APRN の定義や業務の範囲、教育プログラムなどの一本化が現在も進められている（上月，2013）。

日本の CNS は、1996 年に米国で提唱された Hamric's model of advanced practice nursing（ハムリックの高度実践看護モデル）を基盤に役割開発をしてきた。Hamric(2014)のこのモデルでは CNS の根本的な基準として、大学院教育を修了し、資格認証を受け、患者と家族に焦点を当てた実践を行うことを円の中核とし、その中心的なコンピテンシーに Direct clinical practice（直接的臨床実践）

を位置付けている。さらにそれを取り巻くコンサルテーション、エビデンスに基づく実践、リーダーシップ、他 3 つのコアコンピテンシーが CNS の多様な実践環境に広がっていくように示されている。しかし、このモデルは抽象度が高く、開発された米国と日本では CNS がおかれている状況は異なるため、実践モデルとしてとらえにくく、他の看護師や医療スタッフ、CNS をめざす大学院生らと共有するには限界があることが指摘されている（井部，大生，2015）。米国、英国、カナダの高度実践看護師のコアコンピテンシーとわが国の CNS の役割を比較した報告によると、「教育」、「相談」、「調整」、「倫理調整」、「研究」には殆ど相違はないが、「実践」の内容と位置付けに差異があるとし、実践力強化が重要であることを指摘している（日本看護系大学協議会 高度実践看護師制度推進委員会，2011）。

米国と日本の CNS には業務や実践の範囲に相違はあっても、CNS として組織における看護実践のレベルを高める重要な役割を担うには、Hamric の高度実践看護モデルに示される **Direct clinical practice**(直接的臨床実践)に焦点化したコンピテンシーを獲得することは重要である。NACNS が作成した「**Clinical Nurse Specialist Core Competencies 2008**（クリニカルナーススペシャリストのコアコンピテンシー2008）」は、修士課程および CNS 教育課程修了者に期待される総合的な CNS へのエントリーレベルのコンピテンシーを 7 つ提示している。それらは、**Direct Care Competency**（直接ケアコンピテンシー）、**Consultation Competency**（コンサルテーションコンピテンシー）、**Systems Leadership Competency**（システムズリーダーシップコンピテンシー）、**Collaboration Competency**（コラボレーションコンピテンシー）、**Coaching Competency**（コーチングコンピテンシー）、**Research Competency**（リサーチコンピテンシー）、**Ethical Decision-Making, Moral Agency and Advocacy Competency**（倫理的意思決定、道徳的な選択と擁護のコンピテンシー）であり、すべての専門分野における CNS の実践行動を反映したものである。その中で **Direct Care Competency**（直接ケアコンピテンシー）は、「健康とウェルビーイングを促進し、生活の質を向上させるための患者、家族、およびグループとの直接的な相互作用であり、健康、疾患および病態の高度な看護管理における全体的な視点を特徴とする」と定義されている。この **Direct Care Competency** は 20 項目から構成され、その内容は全分野の CNS に共通するコアコンピテンシーである。

Ⅶ. 日本における専門看護師のコンピテンシー

日本での専門看護師のコンピテンシーに関する研究の現状を把握するために医学中央雑誌 Web 版で文献を検索した（検索日：2015 年 9 月）。「専門看護師」と「コンピテンシー」を and 検索した結果、86 件であった。文献種別は会議録、解説が多く、原著論文に絞りこむと 16 件と少ない現状であった。このうち、CNS の実践能力やコンピテンシーを研究した文献は 3 件であった。看護系大学院修了者支援プログラムに参加したがん看護と老人看護 CNS（資格受験前の者を含む）

のコンサルテーションに対する認識を明らかにしたもの（真嶋，佐藤，泰圓，楠，増島，岡本他，2015）、がん看護 CNS と教育課程の教員を対象にがん看護実践に必要な能力を明らかにしたもの（林田他，2013）、チーム医療を推進する能力（岡崎，神谷，遠藤，2012）に関する研究がみられた。林田ら（2013）の研究以外は CNS のコンピテンシーを明らかにしたものではなく、CCNS を対象としたコンピテンシーに関する研究は皆無であった。

日本看護系大学協議会高度実践看護師制度推進委員会が作成した日本版 ANP コア・コンピテンシー案（修正版）は、7 分野、121 項目から構成されている（日本看護系大学協議会広報・出版委員会編，2008）。このコア・コンピテンシーは米国の Nurse Practitioner（NP）のコンピテンシーを基盤に作成され、コンピテンシーの内容妥当性を 2 段階の調査を経て検討している（日本看護系大学協議会広報・出版委員会編，2008）が、調査当時は対象者である CNS 数が 180 名以下と少なく、十分に検証された内容とはいえない。

Ⅷ．クリティカルケア領域の専門看護師のコンピテンシー

American Association of Critical-Care Nurses (2000) が作成した AACN Synergy model for patient care（患者ケアのための相乗効果モデル）は、クリティカルケアにおける患者－看護師、看護師－看護師、看護師－システムの相互関係に着目して看護を記述したモデルである。これは患者の特性と看護師の特性(能力)がマッチした時に最も適切なアウトカムが相乗効果によって得られるという考え方を基本とした、臨床実践に根ざしたモデルである（卯野木，2009）。このモデルでは、臨床における看護師の能力が段階（レベル）別にレベル 1 からレベル 5 まで示されている。このうち、レベル 5 に示される能力は、個人、集団としての対象に最も適切なアウトカムを導く看護師の能力であり、高度実践看護師の能力に相当する。また、American Association of Critical-Care Nurses (2014) が作成した AACN Scope and Standards for Acute Care Clinical Nurse Specialist Practice（AACN 急性期ケア CNS の実践の範囲と基準）には、急性期ケア CNS の臨床実践の基準と専門職行動の基準が示されている。これは、学生、教員、実践家である CNS、専門職連携チームのメンバー、および他の同僚看護職を含めた急性期ケア CNS の専門職に関わるすべての人が活用することを意図して作成されたものである。その枠組みには、「看護過程」、「専門的实践」、「個人の实践評価」、「専門能力の発展」、「同僚との関係性」、「倫理」、「協働」、「研究と臨床探究」、「資源の活用」、「リーダーシップ」、「システムシンキング」が用いられている。専門看護師にとって「看護過程」は看護実践の土台を成すものであり、CCNS の看護実践の過程に焦点化したコンピテンシーを検討するには必要な視点である。また、専門職行動は「専門的实践」、「個人の实践評価」、「専門能力の発展」を含む 10 の概念で構成されている。これは CCNS が効果的な看護実践を推進するための思考、行動、意欲、態度が含まれている。また隣接する看護分野のコンピテンシーとしては、米国看護大学協会が示している成人－老年 CNS のコンピテンシー

(American Association of Colleges of Nursing, 2010) の内容も参考資料と成り得る。

IX. 評価指標の開発に関する研究

医療・看護分野における評価指標の開発研究は、医療の質や看護の質評価を目的とした指標開発が散見される。医療では、急性心筋梗塞に対する医療の質評価指標（尾藤，松井，茅野，2010）や NICU・GCU における疼痛管理の質指標の開発（小澤，舩場，福島，2014）、看護では、訪問看護における清潔・感染防止の質評価指標（岡田，岡本，山本，2007）や老人看護専門技術の評価指標（正木，谷本，黒田，高橋，鳥田，喜多 2018）、介護老人保健施設における終末期ケアの質評価指標（横矢，百瀬，2014）が開発されている。これらの評価指標の開発プロセスに用いられている方法論は、評価項目案の抽出・作成には文献調査やインタビュー調査が、項目案の検討・修正には、専門家のエキスパートパネルによるデルファイ法や修正デルファイ法が用いられていた。

デルファイ法は、1960 年代にアメリカの RAND Corporation（ランド・コーポレーション）が核攻撃を受けた場合の影響について軍事専門家の意見を集約するために考案された判断の測定方法であり、看護や健康科学研究においては、研究の優先事項を見出すことに用いられている（keeney, et al, 2011）。専門家パネルから関心のある問題について書面での判断を得る方法で、郵送法による匿名の回答、質問紙を用いた繰り返しの回答とフィードバックによる意見の集約、フィードバックではパネルメンバーの回答に記述的あるいは統計的分析を加え、意見の集約の程度がわかるようにすることがこの方法の特徴である（Grbich, C, 1999 / 上田，上田，今西訳(訳)，2003)。広く専門家の意見を募る方法として使われてきたが、回収率の低さ（篠崎，山内，2007）や専門家の定義、選出方法、集約手法の信頼性や妥当性、合意形成への疑問などの欠点（Burns & Grove, 2005）が指摘されている。

修正デルファイ法は、こうしたデルファイ法の欠点を補うために米国のカリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）とランド・コーポレーション（RAND Corporation）が開発した方法である。修正デルファイ法では、専門家パネルメンバーが顔を合わせる場を設け、少数意見を取り入れたり、意見が分かれた場合にはそれが何故か、討論できる機会を提供できる（Fitch, et al., 2001）。この方法を用いた研究として、集中ケアの国際的な教育プログラムに関するコア・コンピテンシーの開発（The CoBaTrICE Collaboration, 2006）、緩和ケアに関する医学部の卒前教育の学習到達目標の作成（Kizawa, et al., 2012）、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの作成（新幡，2015）が報告されている。

X. 文献検討の総括

医療を取り巻く環境が激変する中、わが国の高度実践看護師には、所属組織において卓越した実践を行い、その成果を示していくことが求められている。CCNS が所属組織の看護実践の質を高める重要な役割を担っていくには、卓越した実践能力の獲得が必須である。さらにその実践能力を一定水準に高めるには、コンピテンシーを明示した教育と評価を行い、実践能力を啓発し、発展させる必要があると考える。

海外ではコンピテンシーに関する研究、それを基盤とした教育や評価が行われている。日本では医学教育や看護管理者の評価に、コンピテンシーが導入されてきているものの、看護基礎教育やキャリア教育にコンピテンシーを導入するには、看護実践能力との違いなど、用語に対する共通理解に課題がある。

看護師を対象としたコンピテンシーに関する研究は、年々増加傾向にあるが、高度実践看護師の実践やコンピテンシーに関する研究は十分とはいえず、CCNS の卓越した臨床実践のコンピテンシーに関する研究は皆無である。

これまでに CCNS の卓越した実践能力を成果に結びつく思考や行動特性とし、学習により獲得し、伸ばせる能力として捉えたコンピテンシー評価指標は存在しない。そこで、このような視点での CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標の開発を課題とした。開発にあたり、CCNS とクリティカルケア看護領域の専門家の合意形成による評価指標とするために、教育に関するコンピテンシーや学習目標の作成に活用されている修正デルファイ法を用いることにした。

第 3 章 研究方法

I. 研究目的

本研究の目的は、高度実践看護師の中心的能力である臨床実践に焦点化した CCNS の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発することである。

II. 研究の意義

本研究の成果は、わが国の高度実践看護師である CCNS の実践能力の向上と発展に資するものである。以下に学術的、実践的、社会的側面から意義を記述する。

1. 学術的意義

わが国における CNS を含む高度実践看護師の実践能力やコンピテンシーに関する研究は十分ではない。臨床実践における CCNS の複雑で見えにくい高度な実践内容を可視化し、直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発することは、CCNS を含む高度実践看護師に必要とされるコンピテンシーの獲得に有効な教育方法や教育評価に寄与できる。

2. 実践的意義

CNS の直接ケアとは、患者や家族に直接的に行われるケアという狭義の意味を超えて、CNS の 6 つの役割を有機的に機能させて行われるすべてのケアであると考えられる。開発した評価指標は、直接ケアの実践において CCNS がどのように役割を機能させているか、具体的な行動レベルで示している。この評価指標は、教育機関におけるコンピテンシーを基盤とした CCNS の教育や評価に活用でき得る。さらに CCNS および CCNS を志す看護師が自己評価ツールとして活用することによって CCNS の実践力の育成・強化に貢献できる。

3. 社会的意義

本研究で開発した評価指標が活用されることで、各教育機関における教育内容や教育方法に影響を与えることができ、CCNS だけでなく、他の専門看護分野の CNS にも共通するコンピテンシーを提供することができる。また、CCNS と協働する同僚の看護師、看護管理者、他の専門職など、広く社会に対してわが国の高度実践看護師である CCNS の卓越した直接ケア能力を示すことに貢献できる。

Ⅲ．用語の概念規定

1. クリティカルケア看護

疾病や手術、外傷などの重度の侵襲によって生命が脅かされるような健康問題を有する患者とその家族に対して状況に応じた集中的かつ濃厚なケアを提供すること。

2. クリティカルケア看護専門看護師

クリティカルケア看護専門看護師とは、日本看護協会の専門看護師認定審査に合格し、クリティカルケア看護の分野において卓越した看護実践能力を有することが認められた者である。日本看護協会は制度上、急性・重症患者看護専門看護師という名称を用いているが、本研究ではクリティカルケア看護専門看護師の名称を用いる。

3. コンピテンシー

コンピテンシーとは、専門職業人がある状況で業務を行う能力であり、知識・技術の統合に加えて倫理感や態度も含まれる。生まれつき備わっている能力ではなく、学習により修得できる能力である(Ten, 2005 ; 田川ら, 2006 ; Frank, et al., 2010)。また、ある職務やある状況において、高い成果・業績を生み出すための特徴的な行動特性である(Spencer, et al., 1993) というコンピテンシー概念を基盤とし、本研究では、期待される成果を導くために知識、スキルを統合し、積極的に生かそうとする思考や行動、意欲、態度を含む能力をコンピテンシーとする。

4. 直接ケアコンピテンシー

患者・家族・集団との関わりの中で、患者の健康問題を総合的に捉え、病態と治療を理解した専門的かつ直接的なケアの提供のために、「調整」、「教育」、「研究」、「相談」、「倫理調整」の役割機能を駆使し、早期回復の促進、生活の質の改善・向上につながる効果的な看護実践を推進する能力とする。

5. 評価指標

指標とは、物事の見当をつける為の目印である(広辞苑第7版)。コンピテンシーを評価するには、コンピテンシーを明らかにし、それを評価指標として設定する必要がある。本研究では、CCNSの直接ケアコンピテンシー項目を確定し、その獲得状況の評価に活用することを意図したものを評価指標とする。

IV. 研究の構成

本研究は、CCNS の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発するために 3 段階で構成した（図 1）。

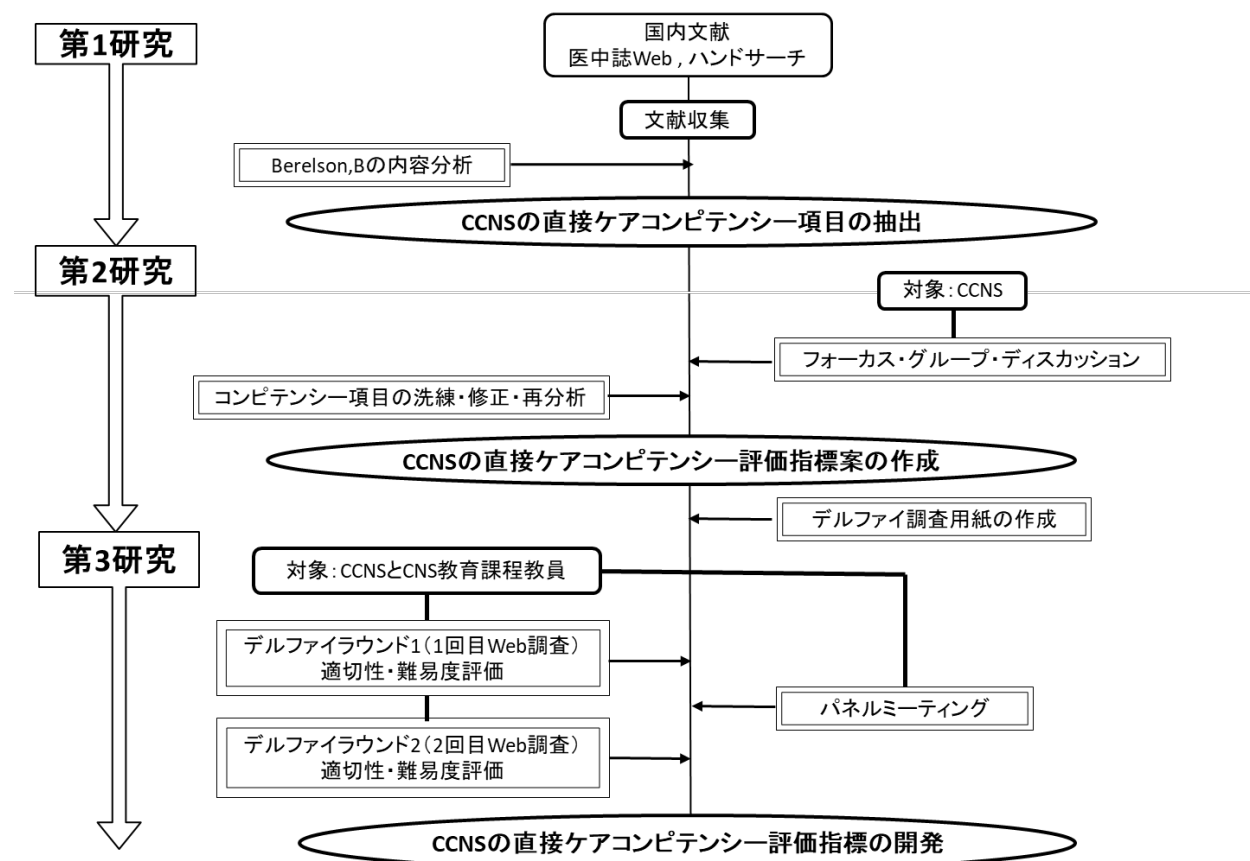


図1 本研究の構成

第 1 研究では、国内文献を対象とし、内容分析を行い CCNS の直接ケアコンピテンシー項目を抽出した。

第 2 研究では、CCNS を対象とし、フォーカス・グループ・ディスカッション（Focus group discussion 以下、FGD とする）を行い、直接ケアコンピテンシー項目の表現や内容を検討・再分析し、CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案を作成した。

第 3 研究では、クリティカルケア看護のエキスパートパネルの合意を得た CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標を開発するために CCNS とクリティカルケア看護専攻教育課程の教員を対象に 2 回の Web 調査（デルファイラウンド 1、デルファイラウンド 2）とパネルミーティングを実施し、評価指標案の適切性と難易度を評価した。

1. 研究期間

2016 年 3 月から 2021 年 3 月

2. 研究デザイン

本研究は、質的・量的アプローチによる探索的順次デザインである。最初に質的研究を実施し、そこから導き出された結果を基に量的研究で評価指標を開発することを目的とすることから、3 段階で構成した。

第 1 研究は、質的記述的研究デザインとした。文献から CCNS の直接ケアコンピテンシーを抽出するには、CCNS が臨床でどのように思考し、実践し、態度や意欲を示しているかについて記述された文脈に着目して分析し、分類・命名する必要がある。コンピテンシー項目をカテゴリとして体系的に表現するには、客観的、体系的、数値的記述のための調査技術 (Berelson, B, 1952 / 稲葉, 金 (訳), 1957) である Berelson の内容分析を参考とした。

第 2 研究は、FGD を用いた質的記述的研究デザインとした。FGD は、あらかじめ選定された研究のテーマについて、焦点を定めた議論をしてもらうために、明確に定義された母集団から少人数の対象者を集めて行うディスカッション (Knodel et al., 1990) である。文献から抽出したコンピテンシー項目が、臨床実践の現状を反映したコンピテンシーであるか、CCNS の視点を導入して、内容と表現の妥当性を検討する必要があるため、FGD を用いた。

第 3 研究は、修正デルファイ法を用いた量的記述的研究デザインとした。修正デルファイ法は、デルファイ法の欠点を補うために考案された方法である。海外では、集中ケアの国際的な教育プログラムに関するコアコンピテンシーの開発 (The CoBaTrICE Collaboration, 2006) に用いられている。日本では、緩和ケアに関する医学部の卒前教育の学習到達目標の作成 (Kizawa, et al., 2012) や専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの作成 (新幡, 2015) に修正デルファイ法を用いた研究報告がある。クリティカルケア看護領域の専門家の合意を得るには、質問紙のみによる回答とフィードバックだけではなく、パネルメンバーが対面で意見交換できる場を設け、意見が分かれた場合にはそれを議論する機会が必要である。また、研究者が評価指標へ具体的な意見を収集し、パネルメンバーが合意できる評価指標に修正することが可能であると考え、修正デルファイ法を用いることにした。

3. 研究の概念枠組み (図 2)

本研究は、国内文献を基礎資料として CCNS の臨床実践における直接ケアコンピテンシー項目を抽出する。CCNS は、患者とその家族の状況を迅速かつ的確に判断し、予測性のある看護を提供する必要がある。CNS の 6 つの役割は、各々が独立したものではなく、卓越した実践をするには、調整・相談・教育・倫理調整・研究の役割を必要に応じて有機的に機能させる能力が必要となる。したがって、

本研究では CCNS が 6 つの役割をどのように機能させながら患者や家族、集団に対して直接ケアを実践しているのかに注目した。

CCNS の直接ケアコンピテンシーを構成する枠組みとして、米国クリティカルケア看護協会の AACN Scope and Standards for Acute Care Clinical Nurse Specialist Practice (AACN 急性期ケア CNS の実践の範囲と基準) を参考にした。急性期ケア CNS の実践の範囲は、「看護過程」、「専門的实践」、「個人の実践評価」、「専門能力の発展」、「同僚との関係性」、「倫理」、「協働」、「研究と臨床探究」、「資源の活用」、「リーダーシップ」、「システムシンキング」であることが示されており、わが国の CNS の 6 つの役割と類似していることから、この 11 の概念を CCNS の直接ケアコンピテンシーを抽出する際のデータ収集と分析のプロセスにおいて参考とした。

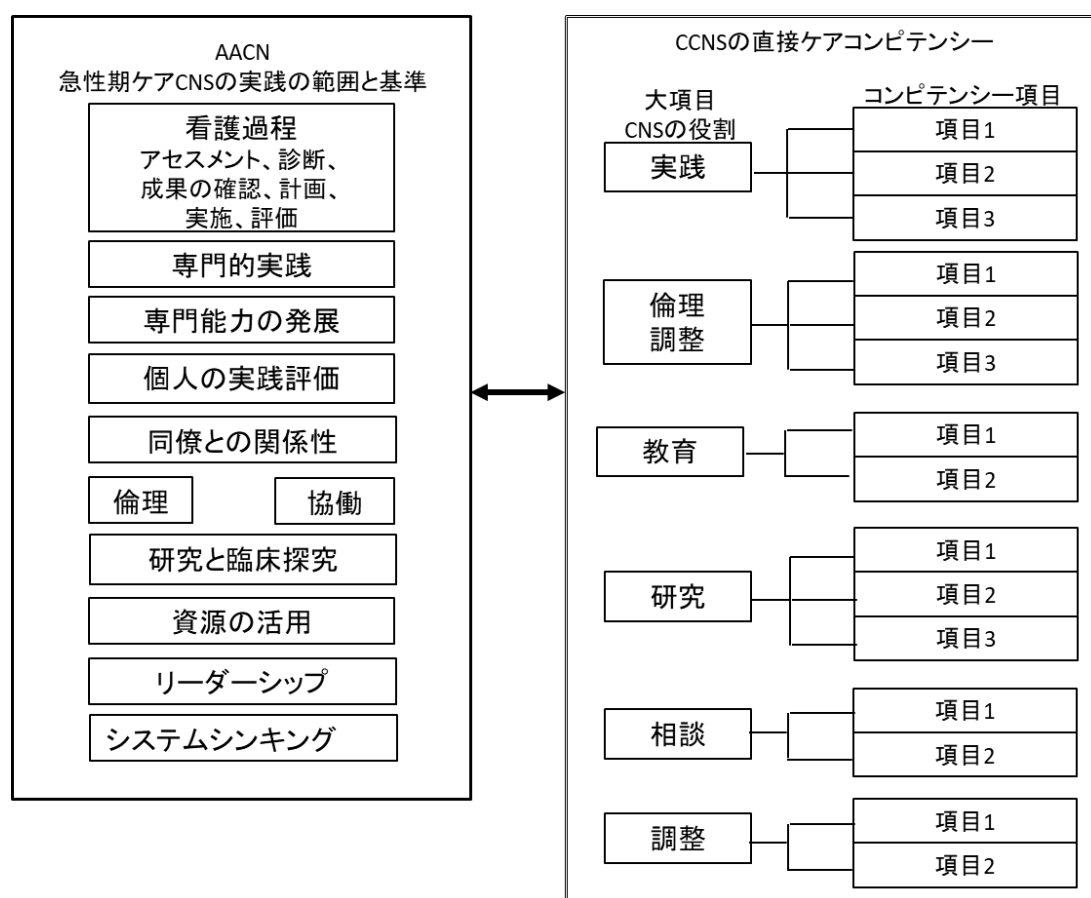


図2 研究の概念枠組み

4. 研究の概要

1) 第 1 研究

第 1 研究は、CCNS の臨床実践に焦点化し、CNS の 6 つの役割を CCNS がどのように機能させながら直接ケアを実践しているのかについて、CCNS の実践が記述された国内文献から直接ケアコンピテンシーを項目として抽出

することを目的とした。データ収集は、医学中央雑誌 Web 版を検索データベースとした。さらにデータベースに掲載されていない雑誌で重要な論文があることが想定されるため、看護専門雑誌のハンドサーチも加えて、文献を検索した。分析方法は、Berelson（1952/1957）の内容分析を参考とした。

2) 第 2 研究

第 2 研究は、臨床実践家である CCNS を対象とした FGD によって CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案を作成することを目的とした。第 1 研究の結果に CCNS の視点を導入して、評価指標案の内容と表現の妥当性を検討した。FGD の内容を反映した CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案を作成し、Web によるデルファイ調査のための調査用紙を作成した。調査用紙は CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案の各項目について適切性と難易度をリッカートスケールで評価を求める形式とした。対象の基本属性は、数値の記入または選択肢による回答形式とした。

3) 第 3 研究

第 3 研究は、修正デルファイ法を用いて CCNS の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発することを目的とした。修正デルファイ法は、同一のパネルメンバーに対する調査とその結果に基づいたパネルミーティングでの討論によって意見を集約する方法である。本研究では、Fitch らのマニュアル（Fitch et al.,2001）と修正デルファイ法を用いて専門的緩和ケアを担う看護師のコアコンピテンシーを明らかにした先行研究（新幡，2015）を参考とし、以下の 4 つのプロセスを踏んで実施した。

(1) CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案の作成（第 2 研究）

(2) 適切性・難易度評価

CCNS とクリティカルケア看護専攻教育課程の教員をパネルメンバーとし、CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案に対する適切性と難易度を評価するためにデルファイラウンド 1（1 回目 Web 調査）を実施した。適切性の評価は、Fitch らのマニュアル（Fitch et al.,2001）と新幡（2015）の適切性評価を参考とし、9 段階のリッカートスケールで、「9. 必要不可欠」から「1. 全く必要ない」で評価した。

難易度の評価は、新幡（2015）の難易度評価を参考とし、CCNS の卓越した直接ケアのコンピテンシーとして、実施することの困難さのレベルを評価することを目的に実施した。4 段階のリッカートスケールで「4. とても難しい」から「1. とても簡単である」で評価した。調査結果を基に全体の回答の傾向および評価が分かれ検討が必要なコンピテンシー項目をまとめたパネルミーティング資料を作成した。

(3) パネルミーティング

対象者を東京都内の会議室に招集し、パネルミーティング資料を配布し、検討すべき項目について議論した。ミーティングの検討結果に基づいて直接ケアコンピテンシー項目を修正し、デルファイラウンド 2（2 回目 Web 調査）に使用する調査票を作成した。

(4) 適切性・難易度の再評価と獲得が望ましい時期の調査

パネルミーティングによる議論を経て、修正した CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案を対象者に提示し、デルファイラウンド 2（2 回目 Web 調査）を実施した。本調査では、CCNS の直接ケアコンピテンシーが、どの時点で獲得できるとよいかという視点で評価してもらうために、獲得が望ましい時期を「1. 入学前」「2. 在学中」「3. 修了後」とし、項目を設けた。データを集計し、CCNS の直接ケアコンピテンシー項目の適切性と難易度、合意の程度を分析した。合意を示す同意率の推奨される範囲は、51%～70%とされている（Polit & Beck, 2010）。コンピテンシーを明らかにした先行研究（The CoBaTrICE Collaboration, 2006；新幡, 2015）では、66%、75%の報告がある。本研究では、対象が臨床実践家と教育課程の教員という 2 つの専門家集団の合意であるため、コンピテンシーに対する意見に相違や差が生じる可能性が予測される。この相違や差を許容することにし、適切性の合意の基準を 75%以上とした。

第 4 章 第 1 研究

CCNS の直接ケアコンピテンシー項目の抽出

I. 研究目的

CCNS の臨床実践に焦点化し、CNS の 6 つの役割を CCNS がどのように機能させながら直接ケアを実践しているか、知識、技能、態度などの要素を包含した CCNS の直接ケアコンピテンシー項目を抽出することを目的とした。

II. 実施期間

2017 年 4 月～2018 年 3 月

III. データ収集方法

1. 対象文献の選択

CCNS の直接ケアコンピテンシーを明らかにするには、臨床実践の場における CCNS の実践を抽出する必要があるため、実践内容が記述された国内文献を対象とした。医学中央雑誌 Web 版を用いて、日本看護協会が急性・重症患者専門看護師の資格認定を開始した 2005 年から 2017 年 10 月を検索期間とした。

「専門看護師」のキーワードで「原著論文」に限定して検索すると、377 件が該当し、「急性・重症患者看護専門看護師」で AND 検索すると 6 件が抽出されたが、「コンピテンシー」「実践」「役割」を組み合わせた AND 検索では 0 件となった（検索日：2017 年 5 月 8 日）。そこで、キーワードを「急性・重症患者看護専門看護師」and「実践」で入力し、事例報告、実践報告、解説に範囲を広げて検索した結果、18 件が該当した（検索日：2017 年 5 月 8 日）。このうち、CCNS の実践に該当しない 11 文献を除外し、看護専門雑誌のハンドサーチで入手した解説 3 件を加えた合計 10 件を分析対象とした。対象文献を表 1 に示した。

2. 分析方法

分析は Berelson（1952/1957）の内容分析を基に以下の手順で行った。

- 1) 文献を精読後、「患者・家族に対する実践内容やアセスメント、活動の意図、意欲」について示されている部分を 1 文脈とした。
- 2) 「CCNS の思考、実践内容、態度、意欲」が記述されている箇所を 1 記録単位とした。
- 3) 個々の記録単位の意味内容の類似性に基づいてサブカテゴリ化し、命名す

る際には「CCNS の思考、行動、意欲、態度を含むコンピテンシーとして表現されているか」という問いをかけながら行った。カテゴリ化する際には、直接ケアにおける CNS の役割実践の内容を表すカテゴリとして命名した。サブカテゴリ化、カテゴリ化のプロセスにおいて、米国クリティカルケア看護協会の AACN Scope and Standards for Acute Care Clinical Nurse Specialist Practice「米国クリティカルケア看護協会 急性期ケア CNS の臨床実践と専門職行動の基準」(AACN, 2014) の 11 の概念を参考にしながら分類した。

- 4) 生成したカテゴリは、内容の類似性に基づいて、「コンピテンシー群」に分類した。
- 5) 質的研究の経験のある研究者 1 名とクリティカルケア看護領域に精通した指導教員 1 名からスーパーバイズを受け、結果の内容妥当性と適切性を確保した。信頼性の確保は看護学研究者 2 名にランダムに抽出した記録単位のサブカテゴリへの分類を依頼し、研究者とのサブカテゴリの判断が一致している程度を確認し、Scott の式を用いて一致率を算出した (Scott, 1955 ; 舟島, 2007)。計算式は、以下のとおりである。

$$\pi = \frac{Po - Pe}{1 - Pe} \quad Pe = \sum_{i=1}^k Pi^2 \quad Po = \frac{\text{一致した記録単位数}}{\text{全記録単位数}}$$

k : カテゴリ Pi : i のカテゴリに分類した記録単位数の全記録単位数中の割合

表1 対象文献

著者・発行年	タイトル	雑誌名	種別
伊藤ら・2014	集中治療室で終末期に至った患者に対する急性・重症患者看護専門看護師の倫理調整	日本クリティカルケア看護学会誌, 10(3)	原著
戸田・2014	若年拡張型心筋症患者の末期心不全における倫理調整の実践	倉敷中央病院年報, 76	原著
古賀ら・2017	急性・重症患者看護専門看護師のせん妄ケアは包括的患者生活管理である	日本クリティカルケア看護学会誌, 13(1)	原著
北村・2005	各分野でのCNSの活動アウトカム 急性看護領域 クリティカルケア看護専門看護師としての活動と評価	臨床看護, 31(11)	解説
岸田・2006	クリティカルケア看護 最大の目標は患者の全身状態の安定	看護実践の科学, 31(1)	解説
宇都宮ら・2012	専門看護師の臨床推論・2 患者の「ふみとどまる力」を支える	看護管理, 22(2)	解説
宇都宮ら・2013	人工呼吸器離脱困難者が歩行する— 個々の専門性を活かし、総合力を高める	看護管理, 23(4)	解説
北村・2013	急性・重症患者看護 組織が「変革したい」ということにCNSだからこそ取り組む	看護, 65(14)	解説
荒井ら・2014	専門看護師の臨床推論 患者を受け入れることに対するチームの不安に向き合う	看護管理, 24(3)	解説
細萱・2017	急性・重症患者看護専門看護師としての役割	日本医科大学医学会雑誌, 13(4)	解説

3. 倫理的配慮

本研究は既存資料を対象にしているため、倫理審査は受けていないが、著作権法（平成 29 年版）に基づき、対象文献を明記した。分析過程では、著者の主旨が損なわれないように要約し、記述内容が忠実に反映されるように配慮した。

IV. 結果

CCNS の思考、実践内容、態度、意欲を含む記述は、226 記録単位に分割された。意味内容の類似性に基づき分類した結果、61 サブカテゴリを抽出した。サブカテゴリの内容は、CCNS の実践内容が具体的に表現されていることから、これを CCNS の直接ケアコンピテンシー項目とした。さらに CCNS の直接ケアにおける役割実践の内容として、16 カテゴリの大項目を生成した。16 カテゴリの役割実践の内容を類似性で区分すると、看護過程の展開に関するコンピテンシー群、役割遂行のコンピテンシー群、実践を促進するコンピテンシー群に分類された。

Scott の計算式に基づく 16 カテゴリへの分類の一致率は、79.6%、80.2%であり、信頼性確保の目安である 70%（舟島，2007）を満たしていた。

以下、抽出された 61 の CCNS の直接ケアコンピテンシー項目（表 2）について、看護過程の展開に関するコンピテンシー群、役割遂行のコンピテンシー群、実践を促進するコンピテンシー群ごとにカテゴリ【 】, サブカテゴリ< >で表記し、結果を示す。なお、表の〔 〕内は、各カテゴリを形成した記録単位数とそれが記録単位総数に占める割合を示した。

1. 看護過程の展開に関するコンピテンシー群（表 2）

看護過程の展開に関するコンピテンシー群には、直接ケアにおける CCNS の役割実践の内容として、8 カテゴリが含まれた。

1) 【回復の可能性を見通した包括的なアセスメント】〔記録単位数 27，割合 11.9%〕

【回復の可能性を見通した包括的なアセスメント】は、複雑かつ困難な状態や状況にある救急・重症患者の回復の可能性を視野に入れ、短時間に可能な範囲で包括的にアセスメントすることである。コンピテンシー項目は、< 包括的に病歴を聴取し、生理的・機能的変化の評価に必要な身体診察をする>、< 呼吸・循環・代謝機能データを中心に転帰の評価に必要なデータを取得する>、< クリティカルな病態と回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する>、< 回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する>、< 2 次的合併症と自立・安全に関する潜在的なリスクを認識する>、< 患者・家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する> の 6 項目から構成された。

2)【批判的思考による問題の特定と優先順位づけ】〔記録単位数 3, 割合 1.3%〕

【批判的思考による問題の特定と優先順位づけ】は、患者・家族の全体像を把握したうえで批判的思考を用いて介入すべき問題を特定し、優先順位をつけることである。コンピテンシー項目は、＜データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする＞と＜問題に優先順位をつけるため、患者・家族・他職種と協力する＞の 2 項目で構成された。

3)【多角的視点によるアウトカムの設定】〔記録単位数 11, 割合 4.9%〕

【多角的視点によるアウトカムの設定】は、患者と家族を中心としたケアを実施するために多角的視点でアウトカムを設定することである。コンピテンシーは、＜患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する＞、＜アウトカム達成に向けて段階的な指標を設定する＞の 2 項目で構成された。

4)【分析的な思考と判断による最適なケア計画の立案】〔記録単位数 26, 割合 11.5%〕

【分析的な思考と判断による最適なケア計画の立案】は、患者・家族に最適なケアを提供するために看護チームのケア能力や専門職連携の必要性を分析・判断しながら、ケア計画を立案することである。コンピテンシーは、＜安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する＞、＜看護スタッフとコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する＞、＜安全で最適なケアについて CNS の思考と判断を看護チーム・スタッフに説明する＞、＜患者の転帰を最適化するために専門職連携の必要性を判断する＞、＜患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する＞、＜複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たす全人的なケアを計画する＞の 6 項目から構成された。

5)【患者・家族を中心としたケア計画の個別的な調整】〔記録単位数 11, 割合 4.9%〕

【患者・家族を中心としたケア計画の個別的な調整】は、立案したケア計画を実行する際に個別的な調整をすることであり、＜患者・家族に合わせて根拠に基づく治療・ケアを個別に調整する＞、＜患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する＞の 2 項目のコンピテンシーで構成された。

6)【患者の転帰を最適化する看護実践】〔記録単位数 16, 割合 7.1%〕

【患者の転帰を最適化する看護実践】は、患者の転帰を最適化するためにガイドラインや根拠に基づくケアを他職種と連携して実践と評価を行いながら、実践を変革・発展させることである。コンピテンシーは、＜根拠に基

づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する＞、＜患者の転帰に焦点化したケアを実施する＞、＜専門職連携および根拠に基づくケアの実践によって患者の転帰を最適化する＞、＜評価過程で得た情報に基づいて、診断・予測転帰・ケアを適時に変更する＞、＜質の高いケアを促進する方略を特定しケアや実践を変革・発展させる＞の 5 項目から構成された。

7) 【専門知識・技能に裏付けされた個別的看護実践】〔記録単位数 43, 割合 19.0%〕

【専門知識・技能に裏付けされた個別的看護実践】は、専門看護師教育課程等で修得した知識や技能を基に患者・家族に個別的な看護実践をすることであり、コンピテンシーは、＜薬理学的知識と技能に基づき、薬理学的介入や非薬理学的ケアを実践する＞、＜病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する＞、＜患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する＞、＜患者・家族・医療者に生じるストレス・危機の専門知識に基づき、個別的に介入する＞、＜患者・家族の意思や希望を共有し、悲嘆・苦悩に対するケアを実践する＞、＜病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する＞、＜呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する＞の 7 項目で構成された。

8) 【多角的・多面的視点による実践評価】〔記録単位数 10, 割合 4.4%〕

【多角的・多面的視点による実践評価】は、患者・家族を中心にした最適な看護実践を行うために多角的かつ多面的な評価を行うことである。コンピテンシーは、＜医療チームメンバーの臨床実践を評価する＞、＜患者中心/安全/適時/効果的/効率的/公正なケアを保証するために患者・家族/看護実践/組織を評価する＞、＜患者への適切性を判断するためにケア、ガイドライン、プロトコルを評価する＞、＜患者・家族/看護実践/医療チームにおける医療上の転帰に対する CNS の実践の効果を評価する＞の 4 項目で構成された。

表2 61のCCNSの直接ケアコンピテンシー項目

n=226

No	サブカテゴリ（項目）	記録 単位数	カテゴリ（大項目）
1	＜包括的に病歴を聴取し、生理的・機能的変化の評価に必要な身体診察をする＞	6	
2	＜呼吸・循環・代謝機能を中心に転帰の評価に必要なデータを取得する＞	4	
3	＜クリティカルな病態と回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する＞	7	【回復の可能性を見通した 包括的なアセスメント】
4	＜回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する＞	5	〔記録単位数27, 割合11.9%〕
5	＜2次の合併症と自立・安全に関する潜在的なリスクを認識する＞	3	
6	＜患者－家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する＞	2	
7	＜データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて看護診断する＞	2	【批判的思考による 問題の特定と優先順位づけ】
8	＜問題に優先順位をつけるため患者・家族・他職種と協力する＞	1	〔記録単位数3, 割合1.3%〕
9	＜患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する＞	9	【多角的視点による アウトカムの設定】
10	＜アウトカム達成に向けて段階的な指標を設定する＞	2	〔記録単位数11, 割合4.9%〕
11	＜安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する＞	8	
12	＜看護スタッフとコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する＞	4	
13	＜安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護チーム・スタッフに説明する＞	3	【分析的な思考と判断による 最適なケア計画の立案】
14	＜患者の転帰を最適化するために専門職連携の必要性を判断する＞	5	〔記録単位数26, 割合11.5%〕
15	＜患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する＞	3	
16	＜複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たす全人的なケアを計画する＞	3	
17	＜患者・家族に合わせて根拠に基づく治療・ケアを個別に調整する＞	7	【患者・家族を中心とした ケア計画の個別的な調整】
18	＜患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する＞	4	〔記録単位数11, 割合4.9%〕
19	＜根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する＞	2	
20	＜患者の転帰に焦点化したケアを実施する＞	3	【患者の転帰を最適化する 看護実践】
21	＜専門職連携および根拠に基づくケアの実践によって患者の転帰を最適化する＞	5	
22	＜評価過程で得た情報に基づいて、診断・予測転帰・ケアを適時に変更する＞	4	〔記録単位数16, 割合7.1%〕
23	＜質の高いケアを促進する方略を特定しケアや実践を変革・発展させる＞	2	
24	＜薬理学的知識と技能に基づき、薬理学的介入や非薬理学的ケアを実践する＞	8	
25	＜病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する＞	5	
26	＜患者・家族の心情をとらえ、納得のいく意思決定を支援する＞	5	【専門知識・技能に裏付け された個別的看護実践】
27	＜患者・家族・医療者に生じるストレス・危機の専門知識に基づき、個別的に介入する＞	3	
28	＜患者・家族の意思や希望を共有し、悲嘆・霊的苦悩に対するケアを実践する＞	6	〔記録単位数43, 割合19.0%〕
29	＜病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する＞	9	
30	＜呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する＞	7	
31	＜医療チームメンバーの臨床実践を評価する＞	2	
32	＜患者中心/安全/適時/効果的/効率的/公正なケアを保証するために患者・家族/看護実践/組織を評価する＞	3	【多角的・多面的視点による 実践評価】
33	＜患者への適切性を判断するためにケア、ガイドライン、プロトコルを評価する＞	2	〔記録単位数10, 割合4.4%〕
34	＜患者・家族/看護実践/医療チームにおける医療上の転帰に対するCNSの実践の効果を評価する＞	3	

看護過程の展開に関するコンピテンシー群

表2 続き 61のCCNSの直接ケアコンピテンシー項目

n=226

No	サブカテゴリ（項目）	記録 単位数	カテゴリ（大項目）
35	＜治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する＞	7	【様々な倫理的問題に対処するための調整】
36	＜倫理的なケアが提供できる職場風土を推進する＞	6	
37	＜倫理原則を用いて医療チームの倫理的葛藤を調整する＞	2	
38	＜倫理的問題に対処できる倫理的環境の確立と維持を促進する＞	1	
39	＜医療者に生じる対立やストレスを調整する＞	1	【最適なケア提供に向けた人的・物的環境の調整】
40	＜迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人を調整する＞	2	
41	＜患者の転帰を改善するために患者・家族に指導・教育する＞	2	【患者の転帰を最適化する教育的支援】
42	＜ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する＞	3	
43	＜医療上の転帰を改善するために患者・家族/看護スタッフ/組織における教育を調整する＞	2	
44	＜看護チームの成長を促進する＞	3	
45	＜研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する＞	2	【研究成果の吟味と活用】
46	＜ケアや実践の質を改善する活動を通して臨床研究を推進する＞	1	
47	＜研究成果を看護ケアに効果的に導入する＞	1	
48	＜患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う＞	2	【患者・家族のアウトカム達成に向けた相談】
49	＜個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う＞	3	
50	＜スペシャリティに応じたコンサルテーションを行う＞	2	
51	＜チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する＞	2	【他職種連携を促進するリーダーシップ】
52	＜安全/質の改善/根拠に基づく実践/研究から臨床への移行に対するアプローチにおいて、専門職間の連携を促進する＞	3	
53	＜専門職の機能を発揮できるようにシステム構築を促進する＞	3	
54	＜医療チームにおける調整的役割を自覚し、リーダーシップおよび責任能力の点で役割モデルとなる＞	6	
55	＜看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する＞	3	【相互理解・相互関係を深化させるコミュニケーション】
56	＜コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化に努める＞	5	
57	＜高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する＞	4	
58	＜自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる＞	4	【研鑽による専門的実践の維持・向上】
59	＜専門的実践や教育活動に自発的に従事する＞	3	
60	＜専門的な認定資格を自発的に維持する＞	2	
61	＜専門的実践能力を確保するために他者評価・自己評価する＞	4	

2. 役割遂行に関するコンピテンシー群（表2 続き）

役割遂行に関するコンピテンシー群には、直接ケアにおける CCNS の役割実践の内容として、6 カテゴリが含まれた。

1) 【様々な倫理的問題に対処するための調整】〔記録単位数 16, 割合 7.1%〕

【様々な倫理的問題に対処するための調整】は、クリティカルケアの臨床で遭遇する様々な倫理的問題に対処するためのである。コンピテンシーは、＜治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療

者を調整する＞、＜倫理的なケア提供できる職場風土づくりを推進する＞、＜倫理原則を用いて医療チームの倫理的葛藤を調整する＞、＜倫理的問題に対処できる倫理的環境の確立と維持を促進する＞の 4 項目から構成された。

2)【最適なケア提供に向けた人的・物的環境の調整】〔記録単位数 3, 割合 1.3%〕

【最適なケア提供に向けた人的・物的環境の調整】は、最適なケアを提供するための人や環境の調整であり、＜医療者に生じる対立やストレスを調整する＞、＜迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人を調整する＞のコンピテンシーで構成された。

3)【患者の転帰を最適化する教育的支援】〔記録単位数 10, 割合 4.4%〕

【患者の転帰を最適化する教育的支援】は、患者の転帰を最適化するために患者・家族・看護スタッフ・組織に教育的な支援をすることである。コンピテンシーは、＜患者の転帰を改善するために患者・家族に指導・教育する＞、＜ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する＞、＜医療上の転帰を改善するために患者・家族/看護スタッフ/組織における教育を調整する＞、＜看護チームの成長を促進する＞の 4 項目から構成された。

4)【研究成果の吟味と活用】〔記録単位数 4, 割合 1.8%〕

【研究成果の吟味と活用】は、看護の質を向上させるために研究の推進や研究成果を吟味して臨床活用を検討することである。＜研究成果の看護実践への活用可能性を分析する＞、＜ケアや実践の質を改善する活動を通して臨床研究を推進する＞、＜研究成果を看護ケアに効果的に導入する＞の 3 項目のコンピテンシーから構成された。

5)【患者・家族のアウトカム達成に向けた相談】〔記録単位数 7, 割合 3.1%〕

【患者・家族のアウトカム達成に向けた相談】は、患者・家族の目標を達成するために他の看護師や他職種などから相談を受けることである。コンピテンシーは、＜患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う＞、＜個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う＞、＜スペシャリティに応じたコンサルテーションを行う＞の 3 項目から構成された。

6)【他職種連携を促進するリーダーシップ】〔記録単位数 14, 割合 6.2%〕

【他職種連携を促進するリーダーシップ】は、他職種連携による医療チームが適切に機能するようにリーダーシップを発揮することである。コンピテンシーとして、＜チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する＞、＜安全/質の改善/根拠に基づく実践/研究から臨床への移行に対するアプローチにおいて、専門職間の連携を促進する＞、＜専門職の機能

を發揮できるようにシステム構築を促進する＞、＜医療チームにおける調整的役割を自覚し、リーダーシップおよび責任能力の点で役割モデルとなる＞の4項目から構成された。

3. 実践を促進するコンピテンシー群（表2 続き）

実践を促進するコンピテンシー群には、直接ケアにおけるCCNSの役割実践の内容として、2カテゴリが含まれた。

1) 【相互理解・相互関係を深化させるコミュニケーション】〔記録単位数 12, 割合 5.3%〕

【相互理解・相互関係を深化させるコミュニケーション】は、患者・家族へのよりよい直接ケアを推進するために、CCNSと他者（看護管理者や看護師、患者・家族、他職種等）との相互理解と相互の関係性を深めるコミュニケーションをとることである。コンピテンシーとして、＜看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する＞、＜コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化に努める＞、＜高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する＞の3項目から構成された。

2) 【研鑽による専門的実践の維持・向上】〔記録単位数 12, 割合 5.3%〕

【研鑽による専門的実践の維持・向上】は、高度実践看護師としての自身の専門的実践を維持し、向上させていくことである。コンピテンシーは、＜自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる＞、＜専門的実践や教育活動に自発的に従事する＞、＜専門的な認定資格を自発的に維持する＞、＜専門的実践能力を確保するために他者評価・自己評価する＞の4項目から構成された。

V. 考察

1. 看護過程の展開に関する CCNS のコンピテンシーの特徴

CCNS は、複雑かつ困難な問題を抱える救急・重症患者に対して【回復の可能性を見通した包括的なアセスメント】を迅速に行いながら、ただちに介入すべき問題について【批判的思考による問題の特定と優先順位づけ】をし、【多角的視点によるアウトカムの設定】についての役割が期待されていた。また、最適なケアを提供するためには、看護チームのケア能力や専門職連携の必要性について【分析的な思考と判断による最適なケア計画の立案】をし、立案した計画について【患者・家族を中心としたケア計画の個別的な調整】役割を担っていた。卓越した実践として、臨床ガイドラインやケアを特定の患者への適用を判断したり、実践の評価に基づいて適時にケアを変更するなどを行いながら、【患者の転帰を最適化する看護実践】と教育課程等で修得した【専門知識・技能に裏付けされた個別的看護実践】が役割として期待されていることが明らかになった。評価においては、アウトカムの達成のみならず、医療チームメンバーの実践や患者に適用されたケア、ガイドライン、プロトコルの評価、さらには、CCNS としての自らの実践について【多角的・多面的視点による実践評価】をする役割を持つことが今回明らかになった。

看護過程とは実践の方法論である。救急・クリティカルケアの臨床は、生命危機が差し迫っているという状況的な特徴があり、CCNS には、迅速な臨床判断を繰り返しながら看護過程をダイナミックに展開する能力が求められる。また、その場での CCNS の思考を他の看護師や医療チームメンバーに説明する能力も必要不可欠である。分析の結果、看護過程の展開に関するコンピテンシー群に分類された 34 のコンピテンシー項目の記録単位数は、147 であり、記録単位総数の 65%を占めていた。この結果を米国の「急性期ケア CNS の臨床実践と専門職行動の基準」(AACN, 2014)と照合してみると、看護過程は、急性期ケアの実践に特化した能力であり、アセスメント、診断、転帰の同定、計画、実施、評価に関するパフォーマンス基準が示されている。つまり、看護過程は CCNS にとって卓越した実践の基盤であり、重要な位置づけにあると考えられる。看護過程は、CCNS が患者・家族の個別性を考慮したうえで、回復の可能性、つまり肯定的な結果を予測し、科学的根拠に基づいてアセスメントし、看護ケアを行うための実践の方法論であることを鑑みると、CCNS にとって必須のコンピテンシーであると言える。

2. 役割遂行に関する CCNS のコンピテンシーの特徴

CCNS は、患者や家族、医療者に生じる【様々な倫理的問題に対処するための調整】と【最適なケア提供に向けた人的・物的環境の調整】の役割を実践していた。患者中心の医療・看護を提供するためには、【患者の転帰を最適化する教育的

支援】が重要な役割であり、患者、家族、看護スタッフ、他職種を対象に教育的な関わりを持っていた。根拠に基づく実践を推進するために【研究成果の吟味と活用】、さらには、【患者・家族のアウトカム達成に向けた相談】を看護スタッフや他職種に行なっていた。医療チームにおいては、自身の調整的役割を自覚し、【他職種連携を促進するリーダーシップ】をとっていた。このように CCNS は、臨床実践の中で、CNS の役割を有機的に機能させながら、多職種連携においてリーダーシップを発揮する能力が求められていることが明らかになった。

米国の Hamric の役割開発理論（Hamric & Taylor, 1989）によれば、米国の CNS は 3～6 年で役割に対する自信を獲得しているが、日本の CNS は役割獲得の感覚を得るまでには約 3 年を要し、その後も経験と努力を積み重ねて、6～10 年を必要としていることが報告されている（田中, 2015）。この役割遂行に関するコンピテンシーは、CCNS の教育課程における役割実習を通して CNS の 6 つの役割を実践的に理解し、さらに臨床での役割経験を積むことで獲得が可能になるコンピテンシーであると考ええる。

今回、役割遂行に関するコンピテンシー群に分類された 20 のコンピテンシー項目の記録単位数は、54 であり、記録単位総数の 23.9% を占めていた。記録単位数を CCNS の役割別に見ると、倫理調整は 16、教育は 10、相談は 7、研究は 4、調整は 2 であった。さらにわが国の CNS の 6 つの役割には含まれていないが、リーダーシップは 14 であった。特に相談、研究、調整は、CCNS の直接ケアコンピテンシーを検討するには記録単位数が少ないため、臨床で実践活動をしている CCNS に具体的な役割実践の内容を確認する必要があると考ええる。

3. 実践を促進する CCNS のコンピテンシーの特徴

CCNS は、高いコミュニケーションスキルによって看護管理者や医療チームメンバー、患者－看護師間の【相互理解・相互関係を深化させるコミュニケーション】が役割上、必要であることが明らかになった。また、自身の実践を促進するために様々な活動の中で【研鑽による専門的実践の維持・向上】への意欲や姿勢を示す役割を持つことが示された。

実践を促進するコンピテンシー群に分類された 7 のコンピテンシー項目の記録単位数は、25 であり、記録単位総数の 11.1% を占めていた。米国の「急性期ケア CNS の臨床実践と専門職行動の基準」（AACN, 2014）と照合すると、この 2 つの役割と 7 つのコンピテンシーは、同僚との関係性、専門能力の発展、個人の実践評価のパフォーマンス基準に該当する。

CNS が実践をリードし、役割を果たしていくには、看護管理者をはじめとする看護スタッフ、医師や他職種、組織内外の CNS とのコミュニケーションネットワークを開発する必要がある。特に所属組織内における看護管理者とのコミュニケーションは CNS 活動をしていくうえで重要である（Baird & Prouty, 1989）とされている。

CNS が自発的に目的意識を持ち、行動することは、専門的実践の促進につなが

る（AACN, 2014）ため、CCNS は、高度な看護実践に関連する最新の知識や能力を獲得し維持する生涯学習者であり続ける必要がある。実践を促進するコンピテンシー群に分類された項目は、他者との関係性を深めるための高いコミュニケーション力と CCNS としてのキャリアを積み、必要な知識と技能を探究していくための姿勢や態度を含むコンピテンシー項目として必要不可欠であると考ええる。

VI. 結論

CCNS の直接ケアコンピテンシー項目は、CCNS の思考、実践内容、態度、意欲について記述された 10 の国内文献から Berelson の内容分析によって抽出した。

CCNS の直接ケアコンピテンシー項目は、226 記録単位から 61 サブカテゴリが抽出された。さらに CNS の直接ケアにおける役割実践の内容として、16 カテゴリの大項目が生成された。16 カテゴリは、看護過程の展開に関するコンピテンシー群、役割遂行のコンピテンシー群、実践を促進するコンピテンシー群に分類された。

看護過程の展開に関するコンピテンシー群の 34 項目の記録単位数は、全記録単位数の 65% を占めており、わが国の CCNS の直接ケアコンピテンシーの中で基盤となる重要な位置づけにあるコンピテンシーであることが示唆された。役割遂行に関するコンピテンシー群の項目は、記録単位数が十分とはいえず、コンピテンシー項目として確定するには、臨床で実践活動をしている CCNS に役割実践の内容を確認する必要があることが分かった。実践を促進するコンピテンシー群の項目は、CCNS が高度実践看護師として実践をリードするには、高いコミュニケーション力が必要であること、さらに自己研鑽によって知識と技能を維持・向上させていく姿勢や態度を示すことが重要であることが明らかとなった。

第 5 章 第 2 研究

CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案の作成

I. 研究目的

第 1 研究で明らかにした CCNS の直接ケアコンピテンシー項目について、専門家による検討を加え、直接ケアコンピテンシー評価指標案を作成することを目的とした。

II. 実施期間

倫理審査承認後～2018 年 10 月

III. 実施方法

1. 対象

5 年以上の臨床実践経験のある CCNS、6～8 名を対象とした。FGD では、CCNS の卓越した実践を言語化できることが必要である。5 年以上の臨床実践経験を持つ CCNS は、認定更新審査に合格しており、臨床実践の中で培われた自己の実践や思考、態度について豊富に語るができると判断したことが対象を選定した理由である。

2. 対象の選定方法

日本看護協会ホームページの分野別登録者一覧に登録されている CCNS 223 名（2018 年 6 月現在）の中から、研究者が経験豊富と判断した依頼元の CCNS 2 名を介しての紹介方式で対象者のエントリーが可能となるスノーボール・サンプリング法（雪だるま式紹介方式）を用いた。

具体的な選定方法は、以下のとおりである。

- 1) 依頼元の CCNS 2 名に研究対象者の紹介依頼文書（資料 1）をメールで送付し、対象候補者の紹介を依頼した。依頼元の CCNS は対象候補者には含めないことにした。
- 2) 依頼元 CCNS の紹介・連絡により、研究協力の意思がある対象候補者は研究者に電子メールで連絡をしてもらった。
- 3) 研究者は、連絡があった対象候補者に研究協力依頼文書（資料 2）、研究への参加協力に関する説明書（資料 3）を送付した。
- 4) 参加協力の意思がある CCNS に電子メールに[フォーカス・グループ・ディスカッションに協力する]ことを明記し、研究者に返信してもらった。その際、次の対象候補者 1～2 名の紹介を依頼した。

- 5) 対象候補者数が確保できた時点で FGD の日程や場所についての調整を行い、FGD の当日、実施前に研究者は研究への参加協力に関する説明書（資料 5）を用いて対象候補者に文書と口頭で説明し、同意書 2 部（資料 4、資料 5）に署名を得ることで対象者とした。

3. FGD の方法

抽出したコンピテンシー項目の内容と表現の妥当性を検討する必要があるため、CCNS の視点を導入して、検討するために FGD を行った。対象者が集合しやすく日帰りが可能な場所として東京都内の会議室を選定した。対象者の都合に応じて日程を設定し、時間は 90 分～120 分とした。

FGD は、手引き（資料 6）に基づいて以下の手順で実施した。

- 1) FGD 検討資料（資料 7）を当日配布した。
- 2) 研究目的の説明と参加者の自己紹介を実施した。
- 3) 司会進行は研究者が務め、以下の 4 つのディスカッションテーマを説明した。
 - (1) 患者・家族・集団に対する卓越した直接ケアの能力として、CCNS の臨床実践の現状を反映しているか。
 - (2) CCNS の 6 つの役割や期待が反映されているか。
 - (3) コンピテンシーの表現は適切であるか。
 - (4) 他に追加すべきコンピテンシーはあるか。第 1 研究で抽出できなかった新たなコンピテンシーも存在することが推定されたため、それらについて意見を出してもらった。
- 4) FGD の内容は、対象者の同意を得て IC レコーダーに録音した。

4. 分析方法

議論内容を逐語録化し、議論の結果に基づきコンピテンシー項目の表現を修正した。議論の中で修正が困難なコンピテンシー項目については、研究者が文献の記録単位に戻り、再検討し、コンピテンシー項目の表現を修正した。

5. データの信用性と妥当性の確保

信用性はデータとその解釈が真実であるという確証である。研究者は、信用性の確保として、FGD の進行の役割を担いながら、対象者の発言を注意深く聴き、意味内容が不明確な発言については、その都度、確認しながら進め、発言内容のとらえ方に齟齬が生じないように留意した。

検討が必要なコンピテンシー項目については、コンピテンシー項目とその解釈に対応する記録単位を確認し、得られた結果が記録単位に基づいたものであるか、確認・検討した。解釈の妥当性を確保するために、指導教員のスーパー

ビジョンを受け、データとその解釈に矛盾や飛躍がないかを検討した。修正したコンピテンシー項目は、対象者にメールで送付し確認してもらうことにより、内容と表現の妥当性を確保した。

6. 倫理的配慮

本研究は、本大学院看護学研究科倫理審査会の承認を得て実施した（通知 No.1 ）。

1) 研究対象者の人権擁護への対応

(1) 説明と同意

研究者は、対象者に研究目的、意義、方法、研究への参加協力の自由意思、研究への参加協力の拒否と撤回、研究結果の公表について、文書と口頭で十分説明し、同意を得た。研究への参加協力の拒否・撤回をした場合でも不利益は一切生じないこと、本研究ではスノーボール・サンプリング法により対象をリクルートするが、紹介された対象候補者が研究に参加協力しない場合も依頼元の CCNS および対象候補者には何の不利益も生じないことを説明した。また、本研究は所属する施設へは一切関与せず、業務に影響することはないことを説明した。

(2) プライバシーの保護

FGD の内容は、事前に対象者の同意を得て IC レコーダーに録音した。得られたデータは逐語録化する際に所属施設、個人名など、個人が特定できる内容は記号化した。データを取り扱うパソコンは専用とし、インターネットに接続しない状態で使用した。データは博士論文作成、学会発表、学会誌への投稿以外には使用しないことを説明した。

(3) 個人情報の取り扱い

研究対象者の郵送先住所やメールアドレスなどの個人情報は、研究対象者リストを作成し、電子媒体にてパスワードを付して保管し、施錠可能な棚に保管することで研究者以外閲覧できないようにした。研究に使用するデータは、FGD で得られた録音データ、メモとし、研究対象者との連結不可能匿名化を保障した。

2) 試料・情報の保管・破棄の方法

IC レコーダー、研究者のメモ、逐語録、データ分析時の資料は、パスワード付きの電子媒体に保管した。データは施錠可能な場所に博士論文提出後 5 年を経過した日まで保管する。継続的な研究の参考資料とする場合は、研究者の責任の下で 13 年を経過した日（定年退職時期）までを保管期間とする。保管期間後は、紙媒体はシュレッダーにて裁断し、電子媒体のデータは消去し復元不可能な状態に初期化する。

3) 研究対象者に生じる負担並びに予想されるリスク及び利益、これらの総合的評価並びに当該負担及びリスクを最小化する対策

FGD を東京都内で実施するにあたって、対象者の都合に配慮して日時を決定した。FGD による対象者の疲労度を考慮し、10 分の休憩時間を設けた。

FGD では、初対面の対象者と議論することになるため、不安や緊張から自分の意見を出しにくいことが懸念されるため、研究者は場の雰囲気注意到意を払いながら、対象者が自分の意見を出せるように配慮して進行した。

4) 研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況

本研究において利益相反はない。

5) 研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応

研究対象者が FGD の逐語録、研究データの閲覧を希望した場合は、他の研究対象者の個人情報とプライバシー保護の観点から支障がない資料のみ閲覧可能であることを説明した。

IV. 結果

1. 対象者の概要（表 3）

対象者の概要を表 3 に示した。対象者は 7 名、FGD は 3 名と 4 名の 2 グループとし、2018 年の 5 月に各 1 回実施した。実施時間は 120 分から 136 分であった。

表3 対象者の概要

	年齢	職位	所属部署	医療施設の類型	所在地
A	40歳代	スタッフ	集中治療室	地域医療支援病院	近畿
B	40歳代	主任	救命救急センターICU	地域医療支援病院	関東
C	30歳代	副主任	救命救急センターICU	特定機能病院	関東
D	50歳代	主査	救命救急センターICU	一般病院	近畿
E	40歳代	スタッフ	集中治療室	一般病院	関東
F	30歳代	スタッフ	集中治療室	特定機能病院	関東
G	40歳代	スタッフ	看護部	特定機能病院	関東

2. FGD の結果

第 1 研究で明らかにした 61 の CCNS の直接ケアコンピテンシー項目について議論した結果、CCNS の臨床実践の現状を反映しているコンピテンシーであること、削除するコンピテンシーは無いことが確認され、新たに「看護過程の記録」に関するコンピテンシーを追加する意見が出された。

コンピテンシーの表現の適切性については、対象者から内容の理解が難しいと指摘された 24 項目を議論した。表 4 に CCNS の直接ケアコンピテンシー項目に対する議論の要約を示した。議論に基づき、コンピテンシー項目の表現の修正は、①FGD で文言のみの修正、②CCNS の具体的な実践の語りを基に検討し修正、③コンピテンシー項目を形成した記録単位に戻り研究者が再検討し修正、とした。

以下、看護過程の展開に関するコンピテンシー群の項目、役割遂行に関するコンピテンシー群の項目、実践を促進するコンピテンシー群の項目に分けて、結果を記述する。

1) 看護過程の展開に関するコンピテンシー群の項目

24 項目中、No. 1 から No. 28 の項目は、看護過程の展開に関するコンピテンシー群の項目である。対象者は患者・家族への卓越した実践という視点で自らの実践を内省しながら議論していた。

No. 1、No. 2、No. 3、No. 7、No. 8 の項目は、議論の結果に基づき文言を修正した。No. 9 と No. 10 は、「アウトカム」を用いるか、「目標」とするか検討したが、FGD では意見が割れたため、今回は「アウトカム」を採用することにした。No. 16、No. 17、No. 22、No. 26、No. 28 は、議論を基に文言を修正した。No. 27 の項目は、患者・家族と医療者では、ストレスや危機の内容や介入方法が異なることから、この項目については記録単位の内容に戻って再検討し、研究者が表現を修正した。

議論の中で、「看護過程の記録」に関するコンピテンシーの必要性について意見が出された。CCNS は、「臨床で看護スタッフや医師、他職種に患者の状態や治療・看護の経過を口頭で伝えるだけでなく、適切に記載することが求められる」や「患者のアセスメントを簡潔明瞭に記載できるスキルが必要」、「自身が担当した患者・家族の看護サマリーを簡潔明瞭に文書化できる能力は必要」が主な内容であった。「看護過程の記録」に関するコンピテンシーは、61 項目には含まれていないため、コンピテンシー項目に追加することで全員から賛同が得られた。FGD の意見内容を基に研究者が項目に命名することにした。

2) 役割遂行に関するコンピテンシー群の項目

No. 36 から No. 53 は、役割遂行に関するコンピテンシー群の項目である。対象者には「患者・家族に最適な看護を提供するために、倫理調整、調整、

教育、研究、相談の役割が適切に表現されているか」という視点で、議論を依頼した。

結果、倫理調整に関する No. 36、No. 37、No. 38 は、対象者の議論を基に実際の倫理調整活動に即した表現になるように文言を修正した。No. 39 と No. 27 については、内容が類似しているとの意見があったため、記録単位の内容に戻って検討し、研究者が表現を修正することにした。教育に関する No. 43 と No. 44 は、議論の結果に基づき文言を修正した。研究に関する No. 46 は、具体性に欠ける表現であったため、記録単位の内容に戻って検討し、研究者が表現を修正することにした。

相談に関する No. 50 は、文献では相談に関する記述が少なく、コンピテンシーの表現が抽象的であることから、対象者に実際の相談内容を語ってもらい、その場で表現を修正した。システム構築に関する No. 53 は、必要ではあるが具体性に欠けるとの意見があったが、議論の中では適切な表現への修正が困難であったため、今回は修正しないことにした。

3) 実践を促進するコンピテンシー群の項目

No. 56 と No. 61 は、実践を促進するコンピテンシー群の項目である。対象者は「CCNS がよりよい臨床実践を推進していくために必要な役割や姿勢、態度が適切に表現されているか」の視点で議論していた。この 2 項目は、議論に基づき文言を修正した。

表4 CCNSの直接ケアコンピテンシー項目に対する議論の要約

No	コンピテンシー項目	議論の要約
1	包括的に病歴を聴取し、生理的・機能的変化の評価に必要な身体診察をする	・「生理的・機能的変化を評価するために」が適切
2	呼吸・循環・代謝機能を中心に転帰の評価に必要なデータを取得する	・脳神経系や認知機能を追加する ・これらのデータは現状と今後の予測の評価に必要
3	クリティカルな病態と回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する	・「クリティカルな病態」は不要
7	データの解釈・統合から全体像を把握し、批判的思考を用いて看護診断を行う	・看護診断という表現でよい？ ・看護問題・医療問題・共同問題を明確にする必要がある ・看護診断ではなく問題と表現したほうが理解できる
8	問題の優先順位を付けるために患者・家族・他職種と協力する	・他職種とするか、多職種なのかを明確にする ・看護職以外の職種とするなら他職種でよいのではない
9	患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する	・アウトカムもしくは目標と表現するか、要検討
10	アウトカムの達成に向けた段階的な指標を設定する	・アウトカムもしくは目標と表現するか、要検討
16	複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たす全人的なケアを計画する	・患者を短期間に全人的にとらえるのは難しい ・幅広く全体を捉えたケアという意味で包括的が適切ではないか
17	患者・家族に合わせて根拠に基づく治療・ケア計画を個別に調整する	・治療とケア2つの要素が入っている、治療は除いたほうがよい ・治療計画は医師、ケア計画は看護師だと思ふ
22	評価過程で得た情報に基づいて、診断・予測転帰・ケアを適時に変更する	・「実践の評価過程」としたほうが理解できる
26	患者・家族の心情をとらえ、納得のいく意思決定を支援する	・「納得のいく」は状況的・時間的に難しい現状がある
27	患者・家族・医療者に生じるストレスや危機に対して専門知識に基づき、個別的に介入する	・患者・家族と医療者への対応は異なるので区別すべき
28	患者・家族の意思や希望を共有し、悲嘆・霊的苦悩に対するケアを実践する	・霊的苦悩の理解が難しいのではない ・苦悩だけでも意味は伝わる
36	倫理的なケアが提供できる職場風土を推進する	・倫理的なケア提供を広めていく環境づくりが必要
37	倫理原則を用いて医療チームの倫理的葛藤に対処する	・医療チームの「メンバーに生じる」と修正
38	倫理的問題に対処できる倫理的環境の確立および維持を促進する	・倫理的な感受性を高めるために職場環境を調整している
39	医療者に生じるストレスや対立を調整する	・【27】と内容が類似しているため検討・修正が必要
43	医療上の転帰を改善するために患者・家族/看護スタッフ/組織における教育を調整する	・患者・家族に焦点化した指導・教育のコンピテンシーに修正
44	看護チームの成長を促進する	・具体性に欠ける ・臨床では実践活動を通して教育的にかかわっている
46	ケアや実践の質を改善する活動を通して臨床研究を推進する	・コンピテンシーとして具体性に欠けるため要検討
50	スペシャリティに応じたコンサルテーションをする	・文献では相談に関する記述が少ないため要検討。 ・臨床では患者ケアに関する相談や個々のCNSの専門に応じた相談をしている ・自身のサブスペシャリティに応じて看護スタッフや他職種の相談に対応することはある。
53	専門職の機能を発揮できるようにシステム構築を促進する	・必要であるが具体性に欠けるため要検討
56	コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化に努める	・「努める」ではなく「支援する」が適切
61	専門的実践能力を確保するために他者評価・自己評価する	・「確保」というより「維持・向上」ではないか

3. CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案（表 5-1、表 5-2、表 5-3）

FGD の結果、24 のコンピテンシー項目の表現を修正した。24 項目のうち、記録単位の内容に戻り、研究者が再検討・修正したコンピテンシー項目は、No. 27 と No. 39、No. 46 であった。No. 27 と No. 39 の 2 つは、コンピテンシー内容が類似していること、患者・家族と医療者では対応が異なることから区別したほうがよいとの意見を基に、修正後「No. 26 患者・家族に生じるストレス・危機の専門知識に基づき、個別的に介入する」と「No. 40 医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する」とした。No. 46 は、具体性に欠ける表現であるため、研究役割の記録単位に戻り、検討した結果、修正後「No. 46 研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する」とした。新たに追加した看護過程の記録に関するコンピテンシーは、FGD での CCNS の語りを基に「No. 28 診察・アセスメント・介入・評価の記録を簡潔明瞭に文書化する」と命名した。研究者が修正・命名した上記のコンピテンシー項目は、対象者に電子メールで項目案をフィードバックし、同意を得た。

修正が完了したコンピテンシー項目は、項目内容の順序性を考慮して、項目番号を入れ替えた。結果、CCNS の直接ケアコンピテンシー項目は、新たに追加された看護過程の記録に関するコンピテンシー1 項目を含む 62 項目に集約された。

この 62 の CCNS の直接ケアコンピテンシー項目を直接ケアコンピテンシー評価指標案とした（表 5-1、表 5-2、表 5-3）。表 5-1 には、看護過程に関するコンピテンシー群、表 5-2 には、役割遂行に関するコンピテンシー群、表 5-3 には、実践を促進するコンピテンシー群を示した。また、各表には修正前の項目番号と修正後の入れ替えた項目番号を示した。表現を修正した項目にはアスタリスク*を付し、新たに追加した項目は○印で示した。

尚、この CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案を基に第 3 研究で使用する調査用紙を作成した（資料 11 参照）。

表5-1 CCNSの直接ケアコンピテンシー評価指標案
－看護過程に関するコンピテンシー群－

修正前 No	修正後 No	コンピテンシー項目
		* 1 生理的・機能的変化を評価するために包括的な病歴聴取と身体診察をする
		* 2 現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能のデータを中心に取得する
		* 3 回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する
		4 回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する
		5 2次の合併症と自立・安全に関する潜在的なリスクを認識する
		6 患者・家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する
		* 7 データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする
		* 8 患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位をつける
		9 患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する
		10 アウトカムの達成に向けて段階的な指標を設定する
		11 安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する
14	12	患者の転帰を最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する
		13 安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護チーム・スタッフに説明する
12	14	看護スタッフとコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する
		15 患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する
		* 16 複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たす包括的なケアを計画する
		17 患者・家族に合わせて根拠に基づくケアを個別に調整する
		18 患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する
		19 根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する
		20 患者の転帰に焦点化したケアを実施する
24	21	薬理学的知識と技能に基づき、薬理学的介入や非薬理学的ケアを実践する
25	22	病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する
29	23	病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する
30	24	呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する
26	* 25	患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する
27	* 26	患者・家族に生じるストレス・危機の専門知識に基づき、個別的に介入する
28	* 27	患者・家族が抱く悲嘆・苦悩に対するケアを実践する
	○ 28	診察・アセスメント・介入・評価の記録を簡潔明瞭に文書化する
22	* 29	実践の評価過程で得た情報に基づいて、診断・予測転帰・ケアを適時に変更する
23	30	質の高いケアを促進する方略を特定しケアや実践を変革・発展させる
21	31	専門職連携および根拠に基づくケアの実践によって患者の転帰を最適化する
31	* 32	医療チームメンバーの臨床実践をフィードバックする
32	33	患者中心/安全/適時/効果的/効率的/公正なケアを保証するために患者・家族/看護実践/組織を評価する
33	34	患者への適切性を判断するためにガイドライン、プロトコル、ケアを評価する
34	35	患者・家族/看護実践/医療チームにおける医療上の転帰に対するCNSの実践の効果を評価する

* 印：表現を修正した項目 ○ 印：新たに追加した項目

**表5-2 GCNSの直接ケアコンピテンシー評価指標案
－役割遂行に関するコンピテンシー群－**

修正前 No	修正後 No	コンピテンシー項目
35	36	治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する
36	* 37	倫理的なケア提供を広める職場風土づくりを推進する
	* 38	医療チームメンバーに生じる倫理的葛藤を倫理原則を用いて調整する
	* 39	倫理的感受性を醸成させるために職場の環境を調整する
	* 40	医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する
	41	迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人を調整する
	* 42	医療上の転帰を改善するために患者・家族に指導・教育する
	43	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する
	* 44	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために患者・家族/看護スタッフ/他職種に学習を促す
	* 45	看護チームの成長を促進するために実践活動を通して教育的にかかわる
	46	研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する
	* 47	研究成果を看護スタッフに周知する
	48	研究成果を看護ケアに効果的に導入する
	49	患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う
	50	個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う
	* 51	自身のサブスペシャリティに応じて看護スタッフ、他職種に対するコンサルテーションを行う
	52	チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する
	53	安全/質の改善/根拠に基づく実践/研究から臨床への移行に対するアプローチにおいて、専門職間の連携を促進する
	54	専門職の機能を発揮できるようにシステム構築を促進する
	55	医療チームにおける調整的役割を自覚し、リーダーシップおよび責任能力の点で役割モデルとなる

* 印: 表現を修正した項目

**表5-3 GCNSの直接ケアコンピテンシー評価指標案
－実践を促進するコンピテンシー群－**

修正前 No	修正後 No	コンピテンシー項目
55	56	看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する
56	* 57	コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化を支援する
57	58	高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する
58	59	自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる
59	60	専門的実践や教育活動に自発的に従事する
60	61	専門的な認定資格を自発的に維持する
61	* 62	専門的実践能力を維持・向上するために他者評価・自己評価する

* 印: 表現を修正した項目

V. 考察

1. FGD の適切性と妥当性

今回の FGD の目的は、CCNS の臨床実践の現状を反映しているコンピテンシーであるか、6 つの役割や期待が反映されているか、コンピテンシーの表現は適切であるか、追加すべきコンピテンシーの有無、の 4 テーマについて議論することであった。対象者 7 名は、依頼元の CCNS から直接、対象条件に該当する CCNS に連絡してもらうことでリクルートしたため、臨床経験は豊富であった。職位は、スタッフが 4 名、副主任、主任、主査がそれぞれ 3 名であり、臨床における職位と CNS の役割との違いなどの視点から CCNS の直接ケアコンピテンシー項目への意見が出された。CCNS の卓越した実践について、臨床実践の中で培われた自己の実践や思考、態度を言語化できており、対象者として適切であったと考える。

FGD の運営方法については、対象者の都合により、3～4 名の 2 グループに分かれての実施となった。通常、FGD は 10 人以上の人数では自発的なディスカッションが進まないことが懸念されるため、1 グループ 6～12 名が最適人数とされている(千年, 阿部, 2000 ; Vaughn et al., 1996)。今回、推奨されている人数よりも少人数での実施になったが、少人数であったことが議論を促進する要因になったと推察する。61 項目のコンピテンシーをひとつずつ確認しながら、意見を出し合う場では少人数のほうが意見を述べやすかったと考えられる。また、FGD の参加者は、デリケートなトピックや自分の価値観について語る場合は、他人同士が自由に意見を述べやすい (Vaughn et al., 1996) とされている。しかし、今回の対象者はスノーボール・サンプリング法でリクルートしたため、グループの中に知人同士もいた。それが功を奏し、緊張感や構えを持たずに自身の臨床実践を想起しながら、意見を述べることができたと考える。今回、計画していた約 2 時間で 4 つのテーマについて議論し、コンピテンシー項目の修正意見が出されたことは、方法として採用した FGD は妥当であったと考える。

2. CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案の内容妥当性

FGD を経て、62 項目の CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案項目を作成した。看護過程の展開に関するコンピテンシー群の項目は、CCNS の卓越した看護実践を反映したコンピテンシー内容であることを確認し、表現を修正することができた。No. 1 から No. 35 のコンピテンシー項目は、対象者である CCNS らが自らの実践内容を語ることによって、卓越した実践内容が言語化され、コンピテンシー項目に反映されたと考える。また、今回の FGD で看護過程の展開に関するコンピテンシー群の項目は、患者と家族を中心とした直接臨床実践の基礎的な位置づけにあることが共通認識されたと推察する。新たに追加された

看護過程の記録に関するコンピテンシー項目「診察・アセスメント・介入・評価の記録を簡潔明瞭に文書化する」は、CCNS らの議論から、その必要性が明らかになった。CCNS は、患者や家族に関する自身のアセスメントや介入・評価について、言語化して他者に明瞭に伝えるだけでなく、それを文書化するスキルも重要視していた。看護・医療チームのカンファレンスの中では、複雑かつ重篤な病態の患者に対する看護を要約して説明する。CCNS は、自身の思考を説明する際に簡潔明瞭な文書を作成して、多職種カンファレンスを行うことがあるため、必要なコンピテンシーと捉えていたと考える。

役割遂行に関するコンピテンシー群の項目では、先行研究で CNS は問題解決に取り組む際に 6 つの役割のいくつかを重なり合わせて機能させていることが報告されている（梅田，2007；本山，2007）。今回の FGD の結果からも CCNS は、直接ケアを実践する際に役割認識の下で、患者や家族だけでなく、看護師や多職種にも影響を与えながら実践していることが明らかとなった。また、CCNS は看護スタッフが抱える困難に対し、教育を基盤にしながら役割モデルとして、相談や調整役割を通して支援していることが明らかにされている（宮岡・宇都宮，2018）。卓越した直接ケアを提供するには、患者・家族と看護師・他職種の置かれた状況を判断し、意図的に倫理調整、調整、教育、相談の役割を果たすことが重要であり、それらが今回修正したコンピテンシーに反映されたと考える。

実践を促進するコンピテンシー群では、CCNS はコミュニケーションを重要視していた。CCNS が臨床実践において、リーダーシップをとり、実践を促進していくには、看護管理者をはじめとする医師や他職種とのコミュニケーションが重要となること（Baird & Prouty, 1989）は、すでに先行研究からも明らかである。FGD によって、高いコミュニケーション能力と自身の専門的実践能力の維持・向上がコンピテンシーとして必須であることが確認された。

以上より、内容妥当性のある CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案が作成できたと考える。

3. FGD の限界と今後の課題

臨床現場で活躍する CCNS 7 名を対象に FGD を実施した。対象者を 2 つのグループに分け、1 グループ 3～4 名の少人数で実施したことで、活発な意見交換がされたと判断する。しかしながら、61 項目のコンピテンシーを 2 時間程度で議論してもらったため、ひとつひとつの項目に十分な時間をかけて検討したか、という点については課題が残る。第 3 研究では、専門看護師教育課程の教員を含めたデルファイ調査を実施することによって、CCNS の直接ケアコンピテンシーの精度を高めていく。

VI. 結論

第 2 研究では、第 1 研究で抽出した CCNS の直接ケアコンピテンシー項目について、FGD により臨床実践家である CCNS らの議論を基に修正し、直接ケアコンピテンシー評価指標案を作成した。FGD の結果、CCNS の臨床実践の現状を反映したコンピテンシーであること、削除が必要なコンピテンシーは無いことが確認された。コンピテンシーの表現の適切性については、対象者から理解し難いと指摘された 24 のコンピテンシー項目の表現を修正した。さらに、看護過程の記録に関する新たなコンピテンシー項目が追加され、CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案は 62 項目で構成された。FGD を取り入れたことで、CCNS が役割を意図的に機能させながら直接ケアを行っている実践内容と現状が反映されたコンピテンシーに修正することができた。

第 6 章 第 3 研究

CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標の開発

I. 研究目的

修正デルファイ法を用いて CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標を開発することを目的とした。

II. 調査期間

倫理審査承認後～2020 年 3 月

III. 調査方法

1. 対象

本研究では、第 2 研究の対象者に加え、以下の条件に該当する者を対象（パネルメンバー）とした。

- 1) CCNS として 5 年以上の臨床実践経験を持ち、認定更新審査に合格している者
- 2) クリティカルケア看護専攻教育課程の指導教員として修了生を輩出している者
- 3) 本研究の趣旨を理解し研究協力の意思がある者

2. 対象の選定理由と選定方法

1) 選定理由

本研究は、クリティカルケア看護の専門家の合意を得た CCNS の直接ケアコンピテンシーの評価指標の開発を目指しているため、パネルメンバーは、CCNS とクリティカルケア看護専攻教育課程の教員とするのが妥当であると考えた。CCNS として 5 年以上の臨床実践経験があり、認定更新審査に合格している者は、6 つの役割を意識した豊富な実践経験を有している。その経験から直接ケアコンピテンシーの適切性や難易度について有益な意見を収集できると考えた。教員は、CCNS を志す大学院生への指導経験を基に直接ケアコンピテンシーの難易度や修得時期についての意見が得られると考え、選定した。

2) 選定方法

対象者の選定には、修正デルファイ法を用いた先行研究（The CoBaTrICE Collaboration, 2006；新幡, 2015）の対象者（パネルメンバー）数 12～20

名を参考とし、CCNS10名と教員10名の計20名程度とした。標本抽出法は、研究協力に同意の得られた者のみでの標本抽出になることから便宜的標本抽出である。

CCNSの選定方法は、日本看護協会ホームページの分野別登録者一覧に登録されているCCNS（2018年10月）の中から、研究者と利害関係のない知人を介しての紹介方式で対象者のエントリーが可能となるスノーボール・サンプリング法（雪だるま式紹介方式）を用いた。研究者の知人に研究対象者の紹介を文書（資料8）で依頼し、条件を満たすCCNSに連絡してもらった。連絡を受けた後、参加協力の意思のある対象候補者には、電子メールに「デルファイ調査に協力する」ことを明記し、研究者に返信してもらった。研究者は、研究協力依頼文書（資料9）と研究参加協力説明書（資料10）を対象候補者に郵送して、同意が得られた者をパネルメンバーとした。

教員の選定方法は、日本看護系大学協議会ホームページに掲載されている高度実践看護師教育課程一覧（2018年10月）のクリティカルケア看護の27教育課程の中から、教育課程に在学生がいることが確認できた教育課程の教員とした。同様に研究協力依頼文書（資料9）と研究参加協力説明書（資料10）を対象候補者に郵送して、研究に参加協力の意思がある場合は、電子メールに「デルファイ調査に協力する」ことを明記し、研究者に返信してもらい、同意が得られた者をパネルメンバーとした。

3. 調査内容

対象の個人背景と第2研究で作成したCCNSの直接ケアコンピテンシー評価指標案の各項目について、適切性、難易度、獲得が望ましい時期（2回目Web調査時）を調査した。

1) 対象の個人背景

年齢、性別、看護師の臨床経験年数、CCNSの臨床経験年数、最終学歴、取得している認定資格（CNS資格を除く）について、数値の記入または多項選択肢による回答を求めた。

2) 適切性

適切性は、「CCNSの直接ケアコンピテンシーとして臨床現場で実際に必要なものとして適切であるか」という視点で評価してもらった。9段階のリッカートスケールとし、「9. 必要不可欠」から「1. 全く必要ない」による評価とした。さらにそれぞれに選択した理由や意見等の自由記載欄を設けた。

3) 難易度

難易度は、「CCNSの直接ケアコンピテンシーとして実施することが難しいレベルかどうか」という視点で評価してもらった。4段階のリッカートスケ

ールとし、「4. とても難しい」から「1. とても簡単である」の評価とした。
さらにそれぞれに選択した理由や意見等の自由記載欄を設けた。

4) 獲得が望ましい時期（2 回目 Web 調査のみ）

CCNS の直接ケアコンピテンシーとして、獲得が望ましい時期について、
「1. 入学前」「2. 在学中」「3. 修了後」について回答を求めた。

4. 調査手順と方法

1) 調査票の作成（資料 11）

第 2 研究で作成した CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案を基に 1
回目 Web 調査に使用する調査用紙を作成した。

2) デルファイラウンド 1：1 回目 Web 調査

- (1) パネルメンバーに 1 回目 Web 調査用の URL とパスワードを個別に電子メールで送付した。
- (2) Web 調査の URL にアクセスしてもらい、パスワードを入力して Web 調査画面から回答してもらった。回答期限は 2 週間とした。
- (3) データは、CCNS の直接ケアコンピテンシーの項目ごとに適切性と難易度について記述統計を行い、同意の程度を分析した。自由記載欄のデータは内容の類似性で分類・集計した。
- (4) 上記の結果を基に全体の回答の傾向、自由記載内容について、検討が必要な論点をまとめ、パネルミーティング時の資料を作成した。

3) パネルミーティング

- (1) パネルメンバーにはミーティングに参加可能な日時について事前に確認し、参加者が最も多い日程で調整した。場所は東京都内の会議室とし、時間は 2 時間程度とした。
- (2) ミーティングの司会進行は研究者が行った。ミーティング用に作成した資料を配布し、検討が必要な論点について議論した。ミーティングの内容はメンバーの許可を得て、IC レコーダーに録音した。
- (3) 当日対面でミーティングに参加できないメンバーには、事前にミーティング資料をメールで送付した。検討が必要な論点についての意見をメールで収集することで文書による参加とし、当日、他のメンバーに研究者が代理で伝えた。
- (4) ミーティングの検討結果に基づき、コンピテンシー項目を修正し、2 回目の web 調査に使用する調査票を作成した（資料 12）。

4) デルファイラウンド 2 : 2 回目 Web 調査

- (1) パネルメンバーに 1 回目の調査結果資料、パネルミーティングの検討結果資料の 2 点をメールで送付した。
- (2) 2 回目の Web 調査用の URL とパスワードを個別に電子メールで送付し、1 回目と同様に Web 調査の URL にアクセスしてもらい、パスワードを入力して Web 調査画面から回答してもらった。回答期限は 2 週間とした。
- (3) CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案の項目ごとに適切性と難易度および獲得が望ましい時期について、データを集計し、同意の程度を分析した。

5) 3 回目以降の調査について

第 2 研究で CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案の内容妥当性について検討する段階を経ていることから、2 回の web 調査で合意を得ることを目標とした。合意が得られない項目等がある場合は、2 回目の調査結果に基づき再度、項目を修正し、3 回目調査を計画していたが、今回、2 回目調査で意見の収束が得られたため、終了とした。

6) CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標の完成

意見の収束が得られた最終的なコンピテンシー項目を対象者に報告し、意見の有無を確認したうえで、CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標の完成とした。

5. 分析方法

データ分析は、統計解析ソフトウェア SPSS 23.0 J for Windows を使用した。CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標としての適切性、難易度、獲得が望ましい時期について各変数の傾向を把握するため、それぞれ記述統計を行った。

適切性については、平均値、中央値を算出した。9 段階のスケールのうち 7～9 と回答した場合は「必須である」、4～6 の回答は「望ましい」、1～3 は「必要ない」と判断し、対象者の 75% が「必須である」と回答した場合は合意が得られたものと判断した。一方、対象者の 75% が「必要ない」と回答した場合は、評価指標項目から削除することにした。

合意を示す同意率については、コンピテンシーの明確化を目的とした先行研究 (The CoBaTrICE Collaboration, 2006 ; 新幡, 2015) の同意率を参考にすることが妥当であると判断し、75%以上の同意率を合意の基準とした。

難易度については、平均値、中央値を算出した。自由記載については、記載内容の類似性で分類し、パネルミーティング時に検討したうえで評価指標項目に追加・修正を加えることにした。

6. 倫理的配慮

本研究は、本大学院看護学研究科倫理審査会の承認を得て実施した（通知 No. 10、No. 1 ②）。

1) 研究対象者の人権擁護への対応

(1) 説明と同意

研究者は、対象者に研究目的、意義、方法、研究への参加協力の自由意思、研究への参加協力の拒否と撤回、研究結果の公表について、文書と口頭で説明した。研究への参加協力の拒否・撤回をした場合でも不利益は一切生じないことを説明した。

本研究ではスノーボール・サンプリング法により対象となる CCNS をリクルートした。紹介された対象候補者が研究に参加協力しない場合も依頼元の CCNS および対象候補者には何の不利益も生じないことを説明した。また、本研究は所属する施設へは一切関与せず、業務に影響することはないことを説明した。

(2) プライバシーの保護

Web による調査を実施するにあたり、回答したデータは SSL（Secure Socket Layer）で暗号化されて通信されるため、第三者によるデータの閲覧や改ざんは防止可能であることを説明した。

パネルミーティングでの発言内容は、事前に対象者の同意を得て IC レコーダーに録音するが、得られたデータを文書化する際には、所属施設、個人名など、個人が特定できる内容は記号化した。

データを集計・分析するパソコンは専用とし、Web に接続しない状態で使用する。データは博士論文作成、学会発表、学会誌への投稿以外には使用しないことを説明した。

(3) 個人情報の取り扱い

研究対象者の郵送先住所やメールアドレスなどの個人情報は、研究対象者リストを作成し、電子媒体にてパスワードを付して保管し、施錠可能な棚に保管することで研究者以外閲覧できないようにする。研究に使用するデータは、Web 調査によるデータとパネルミーティングで得られた録音データ、メモとし、研究対象者との連結不可能匿名化を保障した。

2) 試料・情報の保管・破棄の方法

Web 調査で収集したデータは、一旦 Web 上に保管されるが、調査期間が終わり次第、パスワード付きの電子媒体にデータを移し、Web 上のデータは速やかに削除する。データ分析時の資料は、パスワード付きの電子媒体に保管する。データは施錠可能な場所に博士論文提出後 5 年を経過した日まで保管する。継続的な研究の参考資料とする場合は、研究者の責任の下で 13 年を経過した日（定年退職時期）までを保管期間とする。保管期間後

は、紙媒体はシュレッダーにて裁断し、電子媒体のデータは消去し復元不可能な状態に初期化する。

3) 研究対象者に生じる負担並びに予想されるリスク及び利益、これらの総合的評価並びに当該負担及びリスクを最小化する対策

修正デルファイ法によりデータ収集をするため、研究対象者には、2回のWeb調査とパネルミーティングへの参加協力を依頼することになる。61項目に対する適切性、難易度、基本属性、自由記載欄に回答してもらうため、回答時間は30分～40分を要する。回答に1時間以上かかる場合は、一旦回答を中断して10分程度の適度な休息を取り、軽い体操や遠くの景色を見るなどして眼精疲労をきたさないように説明した。

パネルミーティングは、実施場所を東京都内に予定しているため、対象者の都合を十分に配慮して日時と場所を決定した。また、ミーティングが120分以上に及んだため、対象者の疲労度を考慮し、10分の休憩時間を設けた。ミーティングでは、初対面の対象者と議論することになるため、不安や緊張から自分の意見を出しにくいことが懸念される。研究者は場の雰囲気注意到意を払いながら、対象者が自分の意見を出せるように配慮して進行した。

4) 研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況

本研究において利益相反はない。

5) 研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応

研究対象者がFGDの逐語録、研究データの閲覧を希望した場合は、他の研究対象者の個人情報とプライバシー保護の観点から支障がない資料のみ閲覧可能であることを説明した。

IV. 結果

1. 対象者（パネルメンバー）の背景（表 6）

パネルメンバーは、当初 15 名から協力が得られたが、途中 2 名から辞退があり、最終的に 13 名であった。13 名の内訳は、CCNS が 8 名、教員が 5 名であった。教員の中には CCNS の資格を持つ者と持たない者が含まれていた。年齢は、40 歳代が 8 名 (61.5%) で最も多かった。看護師の臨床経験年数は、25 年以上が 4 名 (30.8%)、20～24 年以上が 3 名 (23.1%) と、20 年以上が多かった。専門看護師資格取得後の臨床経験年数では、6～9 年が 7 名 (53.8%)、10～14 年が 4 名 (30.8%) であった。専門看護師教育課程の教育経験年数は、6～9 年が 2 名 (15.4%)、10 年以上が 2 名 (15.4%)、5 年未満が 1 名であった。

表6 対象者（パネルメンバー）の背景

項 目	n	%
年齢		
30歳代	1	7.7%
40歳代	8	61.5%
50歳代	4	30.8%
看護師の臨床経験年数		
10年未満	1	7.7%
11～14年	2	15.4%
15～19年	2	15.4%
20～24年	3	23.1%
25年以上	4	30.8%
未回答	1	7.7%
専門看護師資格取得後の臨床経験年数		
6～9年	7	53.8%
10～14年	4	30.8%
15年以上	0	0.0%
専門看護師教育課程の教育経験年数		
5年未満	1	7.7%
6～9年	2	15.4%
10年以上	2	15.4%

N=13

2. デルファイラウンド 1 : 1 回目 Web 調査

パネルメンバー13名から回答を得た。

1) 適切性(表 7、表 8、表 9)

適切性については、62 項目中、6 項目を除いたすべての項目で、パネルメンバーの 75%以上が「必須である」(7~9)と回答した。6 項目(No. 20、No. 28、No. 31、No. 32、No. 40、No. 54)については、中央値 6 以下の「望ましい」(4~6)と回答した。この 6 項目については自由記載の内容から、表現が理解しにくいなど、言葉の解釈が難しいという意見が散見された。

2) 難易度(表 10、表 11、表 12)

難易度については、「4. とても難しい」から「1. とても簡単である」の 4 段階で評定してもらったが、項目によって回答にバラツキがみられた。難易度「3. やや難しい」「4. とても難しい」(3~4)と回答した項目は、看護過程に関するコンピテンシー項目では、No. 4、No. 6、No. 7、No. 9、No. 11、No. 15 のアセスメントや判断に関する項目であった。役割遂行に関するコンピテンシー項目では、No. 38、No. 39、No. 40 の倫理調整や調整役割の項目と No. 44、54、55 の教育とリーダーシップの項目に難易度(3~4)と回答していた。回答者の自由記載欄をみると、個人差が関係することや、職位に伴う役割の影響があることが記載されていた。

表7 デルファイラウンド1 看護過程の展開に関するコンピテンシー群 適切性

No	看護過程の展開に関するコンピテンシー				適切性※
		Mean (SD)	Median	Range	75%以上: 必須
1	生理的・機能的変化を評価するために包括的な病歴聴取と身体診察をする	8.87 (0.34)	8	8-9	○
2	現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能のデータを中心に取得する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
3	回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
4	回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する	8 (0.37)	8	7-9	○
5	2次の合併症と自立・安全に関する潜在的なリスクを認識する	8 (0.37)	8	7-9	○
6	患者・家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
7	データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする	8.6 (0.49)	8	8-9	○
8	患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位をつける	8.87 (0.34)	8	8-9	○
9	患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する	8 (0.52)	8	7-9	○
10	アウトカムの達成に向けて段階的な指標を設定する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
11	安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する	8.87 (0.34)	8	8-9	○
12	患者の転帰を最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する	8 (0.52)	8	7-9	○
13	安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護チーム・スタッフに説明する	8.53 (0.50)	8	8-9	○
14	看護スタッフとコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
15	患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
16	複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たす包括的なケアを計画する	8.6 (0.61)	8	7-9	○
17	患者・家族に合わせて根拠に基づくケアを個別に調整する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
18	患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
19	根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する	7.27 (0.68)	8	7-9	○
20	患者の転帰に焦点化したケアを実施する	6.4 (0.49)	6	6-7	
21	薬理学的知識と技能に基づき、薬理学的介入や非薬理学的ケアを実践する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
22	病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する	8 (0.37)	8	7-9	○
23	病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する	8 (0.52)	8	7-9	○
24	呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
25	患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する	8 (0.52)	8	7-9	○
26	患者・家族に生じるストレス・危機の専門知識に基づき、個別的に介入する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
27	患者・家族が抱く悲嘆・苦悩に対するケアを実践する	8 (0.37)	8	7-9	○
28	診察・アセスメント・介入・評価の記録を簡潔明瞭に文書化する	5.93 (0.68)	5	5-7	
29	実践の評価過程で得た情報に基づいて、診断・予測転帰・ケアを適時に変更する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
30	質の高いケアを促進する方略を特定しケアや実践を変革・発展させる	8 (0.37)	8	7-9	○
31	専門職連携および根拠に基づくケアの実践によって患者の転帰を最適化する	6.2 (0.54)	6	5-7	
32	医療チームメンバーの臨床実践をフィードバックする	6.87 (0.72)	6	5-8	
33	患者中心/安全/適時/効果的/効率的/公正なケアを保証するために患者・家族/看護実践/組織を評価する	7.87 (0.34)	7	7-8	○
34	患者への適切性を判断するためにガイドライン、プロトコール、ケアを評価する	7.13 (0.34)	7	7-8	○
35	患者・家族/看護実践/医療チームにおける医療上の転帰に対するCNSの実践の効果を評価する	7.87 (0.34)	7	7-8	○

※○印は、対象者の75%が「必須である」と回答したことを示す

表8 デルファイラウンド1 役割遂行に関するコンピテンシー群 適切性

No	役割遂行に関するコンピテンシー				適切性※
		Mean (SD)	Median	Range	75%以上: 必須
36	治療や終末期ケアにおいて倫理的意識決定ができるように患者・家族・医療者を調整する	8.6 (0.49)	8	8-9	○
37	倫理的なケア提供を広める職場風土づくりを推進する	7.87 (0.34)	7	7-8	○
38	医療チームメンバーに生じる倫理的葛藤を倫理原則を用いて調整する	8 (0.37)	8	7-9	○
39	倫理的感受性を醸成させるために職場の環境を調整する	8 (0.52)	8	7-9	○
40	医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する	6.47 (0.62)	6	6-8	
41	迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人を調整する	7.33 (0.47)	7	7-8	○
42	医療上の転帰を改善するために患者・家族に指導・教育する	8 (0.52)	8	7-9	○
43	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する	7.87 (0.34)	7	7-8	○
44	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために患者・家族/看護スタッフ/他職種に学習を促す	7.93 (0.25)	8	7-8	○
45	看護チームの成長を促進するために実践活動を通して教育的にかかわる	7.93 (0.25)	8	7-8	○
46	研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する	8.6 (0.49)	9	8-9	○
47	研究成果を看護スタッフに周知する	8 (0.37)	8	7-9	○
48	研究成果を看護ケアに効果的に導入する	8.6 (0.49)	9	8-9	○
49	患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う	8 (0.37)	8	7-9	○
50	個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う	8.6 (0.49)	9	8-9	○
51	自身のサブスペシャリティに応じて看護スタッフ、他職種に対するコンサルテーションを行う	8.6 (0.49)	9	8-9	○
52	チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する	8 (0.37)	8	7-9	○
53	安全/質の改善/根拠に基づく実践/研究から臨床への移行に対するアプローチにおいて、専門職間の連携を促進する	8.6 (0.49)	9	8-9	○
54	専門職の機能を発揮できるようにシステム構築を促進する	5.4 (0.49)	5	5-6	
55	医療チームにおける調整的役割を自覚し、リーダーシップおよび責任能力の点で役割モデルとなる	8.6 (0.49)	9	8-9	○

※○印は、対象者の75%が「必須である」と回答したことを示す

表9 デルファイラウンド1 実践を促進するコンピテンシー群 適切性

No	実践を促進するコンピテンシー				適切性※
		Mean (SD)	Median	Range	75%以上: 必須
56	看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する	8.6 (0.49)	9	8-9	○
57	コミュニケーションを駆使して患者・家族-看護師の相互関係の深化を支援する	7.93 (0.25)	8	7-8	○
58	高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する	7 (0.52)	7	6-8	○
59	自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる	8.53 (0.62)	9	7-9	○
60	専門的実践や教育活動に自発的に従事する	7.87 (0.34)	7	7-8	○
61	専門的な認定資格を自発的に維持する	8.53 (0.62)	8	7-9	○
62	専門的実践能力を維持・向上するために他者評価・自己評価する	8.53 (0.50)	9	8-9	○

※○印は、対象者の75%が「必須である」と回答したことを示す

表10 デルファイラウンド1 看護過程の展開に関するコンピテンシー群 難易度

No	看護過程の展開に関するコンピテンシー	難易度		
		Mean (SD)	Median	Range
1	生理的・機能的変化を評価するために包括的な病歴聴取と身体診察をする	2.4 (0.49)	2	2-3
2	現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能のデータを中心に取得する	2.27 (0.44)	2	2-3
3	回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する	2.33 (0.47)	2	2-3
4	回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する	3.13 (0.5)	3	2-4
5	2次の合併症と自立・安全に関する潜在的なリスクを認識する	2.47 (0.5)	2	2-3
6	患者・家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する	3.4 (0.49)	3	3-4
7	データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする	3.47 (0.5)	3	3-4
8	患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位をつける	2.53 (0.5)	3	2-3
9	患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する	3.27 (0.44)	3	3-4
10	アウトカムの達成に向けて段階的な指標を設定する	3 (0.52)	3	2-4
11	安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する	3.07 (0.25)	3	3-4
12	患者の転帰を最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する	3.07 (0.44)	3	2-4
13	安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護チーム・スタッフに説明する	2.8 (0.4)	3	2-3
14	看護スタッフとコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する	2 (0.37)	2	1-3
15	患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する	3.27 (0.44)	3	3-4
16	複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たす包括的なケアを計画する	3.27 (0.44)	3	3-4
17	患者・家族に合わせて根拠に基づくケアを個別に調整する	2.8 (0.54)	3	2-4
18	患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する	2.93 (0.25)	3	2-3
19	根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する	2.8 (0.4)	3	2-3
20	患者の転帰に焦点化したケアを実施する	3.2 (0.4)	3	3-4
21	薬理学的知識と技能に基づき、薬理学的介入や非薬理学的ケアを実践する	2.8 (0.54)	3	2-4
22	病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する	2.73 (0.68)	3	2-4
23	病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する	3.13 (0.34)	3	3-4
24	呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する	2.93 (0.44)	3	2-4
25	患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する	3.2 (0.4)	3	3-4
26	患者・家族に生じるストレス・危機の専門知識に基づき、個別的に介入する	3.13 (0.50)	3	2-4
27	患者・家族が抱く悲嘆・苦悩に対するケアを実践する	3.47 (0.5)	3	3-4
28	診察・アセスメント・介入・評価の記録を簡潔明瞭に文書化する	2.93 (0.93)	3	1-4
29	実践の評価過程で得た情報に基づいて、診断・予測転帰・ケアを適時に変更する	3.47 (0.62)	4	2-4
30	質の高いケアを促進する方略を特定しケアや実践を変革・発展させる	3.53 (0.5)	4	3-4
31	専門職連携および根拠に基づくケアの実践によって患者の転帰を最適化する	3.53 (0.5)	4	3-4
32	医療チームメンバーの臨床実践をフィードバックする	3.13 (0.34)	3	3-4
33	患者中心/安全/適時/効果的/効率的/公正なケアを保証するために患者・家族/看護実践/組織を評価する	3.27 (0.44)	3	3-4
34	患者への適切性を判断するためにガイドライン、プロトコール、ケアを評価する	2.87 (0.34)	3	2-3
35	患者・家族/看護実践/医療チームにおける医療上の転帰に対するCNSの実践の効果を評価する	3.33 (0.6)	3	2-4

表11 デルファイラウンド1 役割遂行に関するコンピテンシー群 難易度

No	役割遂行に関するコンピテンシー	難易度		
		Mean (SD)	Median	Range
36	治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する	3.2 (0.54)	3	2-4
37	倫理的なケア提供を広める職場風土づくりを推進する	3 (0.37)	3	2-4
38	医療チームメンバーに生じる倫理的葛藤を倫理原則を用いて調整する	3.2 (0.4)	3	3-4
39	倫理的感受性を醸成させるために職場の環境を調整する	3.07 (0.25)	3	3-4
40	医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する	3.27 (0.44)	3	3-4
41	迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人を調整する	3.07 (0.44)	3	2-4
42	医療上の転帰を改善するために患者・家族に指導・教育する	2.6 (0.49)	3	2-3
43	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する	2.67 (0.47)	3	2-3
44	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために患者・家族/看護スタッフ/他職種に学習を促す	3.2 (0.40)	3	3-4
45	看護チームの成長を促進するために実践活動を通して教育的にかかわる	2.67 (0.47)	3	2-3
46	研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する	2.53 (0.62)	3	1-3
47	研究成果を看護スタッフに周知する	2 (0.52)	2	1-3
48	研究成果を看護ケアに効果的に導入する	2.8 (0.4)	3	2-3
49	患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う	2.73 (0.44)	3	2-3
50	個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う	2.8 (0.4)	3	2-3
51	自身のサブスペシャリティに応じて看護スタッフ、他職種に対するコンサルテーションを行う	2.87 (0.34)	3	2-3
52	チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する	2.93 (0.57)	3	2-4
53	安全/質の改善/根拠に基づく実践/研究から臨床への移行に対するアプローチにおいて、専門職間の連携を促進する	2.73 (0.44)	3	2-3
54	専門職の機能を発揮できるようにシステム構築を促進する	3.6 (0.49)	4	3-4
55	医療チームにおける調整的役割を自覚し、リーダーシップおよび責任能力の点で役割モデルとなる	3.67 (0.47)	4	3-4

表12 デルファイラウンド1 実践を促進するコンピテンシー群 難易度

No	実践を促進するコンピテンシー	難易度		
		Mean (SD)	Median	Range
56	看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する	2.67 (0.47)	3	2-3
57	コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化を支援する	3 (0.37)	3	2-4
58	高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する	3.33 (0.6)	3	2-4
59	自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる	2.87 (0.62)	3	2-4
60	専門的実践や教育活動に自発的に従事する	1.93 (0.25)	2	1-2
61	専門的な認定資格を自発的に維持する	2.33 (0.6)	2	1-3
62	専門的実践能力を維持・向上するために他者評価・自己評価する	2.67 (0.47)	3	2-3

3. パネルミーティング

1) 実施方法と参加者

パネルミーティングは、パネルメンバーが顔を合わせ、少数意見を取り入れたり、意見が分かれた場合にそれを討論し合う場である。

場所は、東京都内の会議室とし、2019 年 12 月にパネルメンバーの時間の都合に配慮し、午前と午後の 2 回に分けて実施した。会議時間は、1 回目が 2 時間、2 回目が 2 時間 15 分であった。

パネルメンバー13名のうち、8名が対面で参加した。5名は会議日に都合がつかないとの申し出があったため、事前に第1回目の調査結果を集計した配布資料（表6～表12）をメールで送信した。パネルミーティング開催の前日までに、検討が必要なコンピテンシー項目に対する意見を研究者に返信してもらい、収集した意見は、研究者が当日、他のメンバーに伝えることで対応した。

会議は、研究者が進行を務め、議論内容をパネルメンバーの同意を得て IC レコーダーに録音した。パネルミーティングの検討課題は、1 回目調査の適切性で意見が分かれた 6 項目とそれ以外に修正を要する項目の有無についての 2 点を議論した。

2) 6 項目の検討課題の討論

検討課題は、適切性の評価が「必須である」（7～9）と「望ましい」（4～6）に回答が分かれた以下の項目である。「No. 20 患者の転帰に焦点化したケアを実施する」、「No. 28. 診察・アセスメント・介入・評価の記録を簡潔明瞭に文書化する」、「No. 31 専門職連携および根拠に基づくケアの実践によって患者の転帰を最適化する」、「No. 32 医療チームメンバーの臨床実践をフィードバックする」、「No. 40 医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する」、「No. 54 専門職の機能を発揮できるようにシステム構築を促進する」。6 項目の検討課題に対するパネルメンバーの討論内容の要約を表 13 に示し、結果を記述する。

- (1) No. 20 に対する意見は、「救急・重症患者では患者の転帰は、今後どうなるのか分からないこともあるが、CNS は現在の状態から予測される転帰を推測してケアを行っていると思う」、「患者の転帰を“予測される転帰”という文言に修正すると意味が理解できる」、「予測しつつ、その時に必要なケアをしているので、時間的要素を追加したほうがよい」が出された。コンピテンシーとしては適切であることに同意が得られたため、表現を修正し、2 回目の調査に含めることにした。
- (2) No. 28 に対しては、「看護師として、できて当たり前のことである」、「アセスメントを的確に分かり易く書くことが重要」、「簡潔明瞭な記録が重要なので、これを文頭に持ってくると強調されてよい」などが出された。記録を分かり易く簡潔に記載することは、看護師としてごく当

たり前の事である、という意見と CNS は適切な情報を簡潔明瞭に記録できなければならないという意見に割れたが、結果、コンピテンシーとしては適切であり、表現を修正して、2 回目の調査をすることにした。

表13 6項目の検討課題の討論内容の要約

No	コンピテンシー項目	パネルメンバーの意見
20	患者の転帰に焦点化したケアを実施する	<ul style="list-style-type: none"> ・救急・重症患者では患者の転帰は、今後どうなるか分からないこともあるが、CNSは現在の状態から予測される転帰を推測してケアを行っていると思う ・患者の転帰を予測される転帰に修正すると意味が理解できる ・予測しつつ、その時に必要なケアをしているので、時間的要素を追加したほうがよい
28	診察・アセスメント・介入・評価の記録を簡潔明瞭に文書化する	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師としてできて当たり前のことである ・アセスメントを的確に分かり易く書くことが重要 ・簡潔明瞭な記録が重要なので、これを文頭に持ってくると強調されてよい
31	専門職連携および根拠に基づくケアの実践によって患者の転帰を最適化する	<ul style="list-style-type: none"> ・「専門職連携」と「根拠に基づくケアの実践」の2つを実践することによって、患者の転帰をよくすることを目指したいが現状は難しい ・専門職連携と現在のケアを通して、患者の最適な状態にあるか確認はしている ・患者の転帰を最適化ではなく、患者の最適なアウトカムを確認するとしてはどうか
32	医療チームメンバーの臨床実践をフィードバックする	<ul style="list-style-type: none"> ・これが必要なことは分かるが、実際の現場では医師や他職種の実践評価やフィードバックは難しい ・フィードバックというか、実際は、他職種を含むメンバーが実践しているケアについて効果があるかについて協議している ・フィードバックではなく、「臨床実践の効果を協議する」が適切ではないか
40	医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する	<ul style="list-style-type: none"> ・これは必要かも知れないが、内容によってはリエゾンナースに依頼することもある ・場合によっては、CNSではなく看護管理者が介入する ・チームのリーダーシップ役割を考えるとCNSに必要なコンピテンシーではある ・実際に介入・調整しているCCNSもいる
54	専門職の機能を発揮できるようにシステム構築を促進する	<ul style="list-style-type: none"> ・システム構築のイメージがつか疑問である ・主に病院内での患者ケアに関する看護システムには関わることがある ・院内のシステムに限定したほうが分かり易い

(3) No. 31 には、「専門職連携と根拠に基づくケアの実践の2つを実践することによって、患者の転帰をよくすることを目指したいが現状は難しい」、「専門職連携と現在のケアを通して、患者が最適な状態にあるか確認はしている」、「患者の転帰を最適化ではなく、患者の最適なアウトカムを確認するとしてはどうか」という意見が出された。この項目は、適切であることに同意が得られたが、内容の理解が難しいことが確認されたため、コンピテンシーの文言を修正することにした。

(4) No. 32 に対する意見は、上記の No. 31 と同様に、「これが必要なことは分かるが、実際の現場では医師や他職種の実践評価やフィードバックは難しい」、「フィードバックというか、実際は他職種を含むメンバーが実践しているケアについて効果があるかについて協議している」、「フィードバックではなく、臨床実践の効果を協議する、が適切ではないか」

であった。CCNS の実践の情報が得られたことから、それを反映した表現に修正した。

- (5) No. 40 に対しては、「これは必要かも知れないが、内容によってはリエゾンナースに依頼することもある」、「場合によっては、CNS ではなく看護管理者が介入する」、「チームのリーダーシップ役割を考えると CNS に必要なコンピテンシーではある」、「実際に介入・調整している CCNS もいる」という意見が出された。コンピテンシー項目としての適切性を議論した結果、チーム医療の中でリーダーシップを発揮する際にこのコンピテンシーは必要であるという結果に至った。コンピテンシー項目の表現は変更せずに 2 回目の調査に用いることにした。
- (6) No. 50 については、「システム構築のイメージがつくか疑問である」、「主に病院内での患者ケアに関する看護システムには関わることがある」、「院内のシステムに限定したほうが分かり易い」などが出された。コンピテンシーの適切性については確認されたため、病院内に限定した表現に修正することにした。

3) 6 項目の検討課題以外の討論(表 14)

6 項目の検討課題以外に、表現等について修正を要する項目の有無について確認したところ、パネルメンバーから 14 項目について表現の修正意見が出された。14 項目の討論内容の要約を表 14 に示した。以下の 11 項目、No. 12、No. 13、No. 14、No. 21、No. 26、No. 29、No. 30、No. 34、No. 41、No. 42 については、パネルメンバーの意見を基に会議中に修正した。会議中に修正案が決定しなかった No. 33、No. 53、No. 55 の項目は、研究者が修正案を検討し、2 回目調査で確認することに同意が得られた。

表14 6項目の検討課題以外の討論内容の要約

No	コンピテンシー項目	パネルメンバーの意見
12	患者の転帰を最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の転帰という表現がしっくりこない。 ・患者にとって望ましい結果や成果を最適にすることだと思う ・アウトカムか目標という表現ではどうか
13	安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護チーム・スタッフに説明する	<ul style="list-style-type: none"> ・コンピテンシー項目に看護スタッフという表現が使用されているが、看護師に統一したほうがよい
14	看護スタッフとコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床ではスタッフだけでなく、師長・主任クラスにもCNSの思考や判断を伝えることが多い
21	薬理学的知識と技能に基づき、薬理学的介入や非薬理学的ケアを実践する	<ul style="list-style-type: none"> ・薬理学的介入の文言は不要で、薬理学的知識と技能に基づく介入でよいのではないかと
26	患者・家族に生じるストレス・危機の専門知識に基づき、個別的に介入する	<ul style="list-style-type: none"> ・「患者・家族に生じるストレス・危機の専門知識に基づき、個別的に介入する」の前後の文章を入れ替えると分かり易い ・個別的介入することが原則なので「個別的」の文言はなくても理解できる
29	実践の評価過程で得た情報に基づいて、診断・予測・転帰・ケアを適時に変更する	<ul style="list-style-type: none"> ・適時というキーワードが重要 ・強調されるように文頭に持ってきてはどうか。 ・「診断」だけだと医学診断とも考えられるため、「問題」としたほうが理解できる
30	質の高いケアを促進する方略を特定しケアや実践を変革・発展させる	<ul style="list-style-type: none"> ・「質の高い」は一般的によく言われるが何を持って質の高いと判断するかが微妙 ・「よりよい」つまり、今しているケアよりも、よいケアにしていく必要があるため、「よりよいケア」としてはどうか
33	患者中心/安全/適時/効果的/効率的/公正なケアを保証するために患者・家族/看護実践/組織を評価する	<ul style="list-style-type: none"> ・組織という概念が大きいがここでいう組織は看護チームや医療チーム、部署や部門も含まれるという認識でよい ・評価のプロセスには分析があるが、それも含んだ評価という理解でよい ・表現をもう少しすっきりさせるとよい ・患者・家族の評価はこの項目にいれなくてもよい
34	患者への適切性を判断するためにガイドライン、プロトコルを評価する	<ul style="list-style-type: none"> ・ガイドライン、プロトコルの評価のみにしたほうが理解しやすいのではないかと ・ケアの適切性はその時々患者状況に応じて評価するので、ケアは不要と思う
35	患者・家族/看護実践/医療チームにおける医療上の転帰に対するCNSの実践の効果を評価する	<ul style="list-style-type: none"> ・ここに医療上の転帰という言葉が突然出てくるのに違和感がある ・患者・家族に対する実践と医療チームにおけるCNSの実践は評価すべき ・医療上の転帰は不要でCNS自身の実践評価を中心にしたほうがよい
41	迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人を調整する	<ul style="list-style-type: none"> ・人を人材にするというのではないかと ・実際にはチーム構成なども調整している
42	医療上の転帰を改善するために患者・家族に指導・教育する	<ul style="list-style-type: none"> ・医療上の転帰という言葉がイメージしにくい ・患者の転帰としてはどうか、転帰を改善するためというより、患者の転帰に応じてかもしれない ・患者の状態を改善・維持するために、ICU入院中から自宅でのセルフケアをイメージして患者や家族を含めて指導や教育を調整したりしている
53	安全/質の改善/根拠に基づく実践/研究から臨床への移行に対するアプローチにおいて、専門職間の連携を促進する	<ul style="list-style-type: none"> ・内容がもう少し明確になるとよい
55	医療チームにおける調整的役割を自覚し、リーダーシップおよび責任能力の点で役割モデルとなる	<ul style="list-style-type: none"> ・表現をもう少しすっきりさせるとよい

以上のパネルミーティングでの討論を経て、CCNSの直接ケアコンピテンシー評価指標案（修正版）を作成（表15-1、表15-2、表15-3）し、2回目調査用紙（資料12）を作成した。

表15-1 CCNSの直接ケアコンピテンシー評価指標案（修正版）

No	看護過程の展開に関するコンピテンシー群
1	生理的・機能的変化を評価するために包括的な病歴聴取と身体診察をする
2	現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能のデータを中心に取得する
3	回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する
4	回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する
5	2次の合併症と自立・安全に関する潜在的なリスクを認識する
6	患者・家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する
7	データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする
8	患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位をつける
9	患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する
10	アウトカムの達成に向けて段階的な指標を設定する
11	安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する
12	アウトカムを最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する
13	安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護師や看護チームに説明する
14	看護師とコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する
15	患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する
16	複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たす包括的なケアを計画する
17	患者・家族に合わせて根拠に基づくケアを個別に調整する
18	患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する
19	根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する
20	患者の予測される転帰に焦点化したケアを適時に実施する
21	薬理学的知識と技能に基づくケアと非薬理学的ケアを実践する
22	病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する
23	病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する
24	呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する
25	患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する
26	ストレス・危機状況にある患者・家族に専門知識に基づき介入する
27	患者・家族が抱く悲嘆・苦悩に対するケアを実践する
28	簡潔明瞭に身体診察・アセスメント・介入・評価を文書化する
29	実践の評価過程で得た情報に基づき、適時に問題・予測されるケアを変更する
30	ケアの評価に基づき、よりよいケアを促進する方略を特定し、実践を変革・発展させる
31	根拠に基づくケアと専門職連携によって、患者の最適なアウトカムを確認する
32	医療チームメンバーにおける臨床実践の効果を協議する
33	患者中心の安全で効果的・効率的・公正なケアを保証するために看護実践および組織を評価する
34	患者への適切性を判断するためにガイドライン、プロトコルを評価する
35	患者・家族/医療チームにおけるCNS自身の実践の効果を評価する

表15-2 CCNSの直接ケアコンピテンシー評価指標案（修正版）

No	役割遂行に関するコンピテンシー群
36	治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する
37	倫理的なケア提供を広める職場風土づくりを推進する
38	医療チームメンバーに生じる倫理的葛藤を倫理原則を用いて調整する
39	倫理的感受性を醸成させるために職場の環境を調整する
40	医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する
41	迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人材・チームを調整する
42	患者の状態変化に応じて患者・家族への指導・教育を調整する
43	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する
44	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために患者・家族/看護師/他職種に学習を促す
45	看護チームの成長を促進するために実践活動を通して教育的にかかわる
46	研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する
47	研究成果を看護師に周知する
48	研究成果を看護ケアに効果的に導入する
49	患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う
50	個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う
51	自身のサブスペシャリティに応じて看護師、他職種に対するコンサルテーションを行う
52	チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する
53	研究と臨床実践との協働において専門職間の連携を促進する
54	専門職の機能を発揮できるように院内のシステム構築を促進する
55	医療チームにおける調整的役割とリーダーシップにおいて役割モデルとなる

表15-3 CCNSの直接ケアコンピテンシー評価指標案（修正版）

No	実践を促進するコンピテンシー群
56	看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する
57	コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化を支援する
58	高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する
59	自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる
60	専門的実践や教育活動に自発的に従事する
61	専門的な認定資格を自発的に維持する
62	専門的実践能力を維持・向上するために他者評価・自己評価する

4. デルファイラウンド2：2回目 Web 調査

1 回目 Web 調査と同様にパネルメンバー13 名から回答を得た。

1) 適切性（表 16、表 17、表 18）

適切性については、62 項目中、すべての項目でパネルメンバーの 90% 以上が「必須である」と回答した。メンバーのうち 1 名のみが、6 と回答した項目が 16 項目あったが、この 16 項目の中央値がすべて 8 を示したことから、すべての項目で適切性があると判断した。

2) 難易度と獲得時期（表 19、表 20、表 21）

難易度については、「4. とても難しい」から「1. とても簡単である」の 4 段階で評価したが、回答のバラツキは 1 回目調査とほぼ同様の結果であった。

コンピテンシーの獲得時期をみると、看護過程に関するコンピテンシー項目の No. 1～No. 6 の項目と No. 14、No. 17、No. 19～22、No. 28、No. 34 は、入学前から在学中に獲得が望ましいと回答していた。No. 7～13 と No. 31 の項目は、在学中から修了後と回答していた。また、看護過程に関するコンピテンシーの中でも No. 30、No. 32、No. 33、No. 35 については、メンバー全員が修了後の獲得が望ましいと回答した。

役割遂行に関するコンピテンシーの獲得時期では、No. 36、No. 39、No. 49、No. 51、No. 53～55 の項目は、メンバー全員が修了後の獲得が望ましいと回答した。CNS の役割についてのコンピテンシーではあるが、No. 37、No. 44、No. 55 などは、入学前から獲得が望ましいと回答していた。

実践を促進するコンピテンシーの獲得時期は、No. 56 と No. 58 のコミュニケーションについての項目が修了後の獲得が望ましいと回答していた。

以上の結果をパネルメンバーにメールで報告した。2 回目の調査結果に対する異論はなかったことから、2 回の調査とパネルミーティングにて合意が得られ、意見が収束したと判断し、3 回目調査は不要とした。

表16 デルファイラウンド2 看護過程の展開に関するコンピテンシー群 適切性

No	看護過程の展開に関するコンピテンシー	適切性※		
		Mean (SD)	median	Range
1	生理的・機能的変化を評価するために包括的な病歴聴取と身体診察をする	8.31 (0.82)	8	6-9
2	現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能のデータを中心に取得する	8.62 (0.49)	9	8-9
3	回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する	8.69 (0.46)	9	8-9
4	回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する	8.62 (0.49)	9	8-9
5	2次的合併症と自立・安全に関する潜在的なリスクを認識する	8.69 (0.46)	9	8-9
6	患者・家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する	8.23 (0.7)	9	7-9
7	データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする	8.62 (0.49)	8	8-9
8	患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位をつける	8.54 (0.5)	9	8-9
9	患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する	7.85 (0.86)	8	6-9
10	アウトカムの達成に向けて段階的な指標を設定する	7.92 (0.92)	8	6-9
11	安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する	7.77 (0.80)	8	6-9
12	アウトカムを最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する	7.92 (0.92)	8	6-9
13	安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護師や看護チームに説明する	8.08 (0.73)	8	7-9
14	看護師とコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する	8.31 (0.46)	8	8-9
15	患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する	8.15 (0.66)	8	7-9
16	複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たす包括的なケアを計画する	8.00 (0.68)	8	7-9
17	患者・家族に合わせて根拠に基づくケアを個別に調整する	7.92 (0.73)	8	7-9
18	患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する	7.62 (0.49)	8	7-9
19	根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する	8.00 (0.68)	8	7-9
20	患者の予測される転帰に焦点化したケアを適時に実施する	8.31 (0.72)	8	7-9
21	薬理学的知識と技能に基づくケアと非薬理学的ケアを実践する	8.08 (0.83)	8	6-9
22	病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する	8.31 (0.46)	8	8-9
23	病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する	8.23 (0.70)	8	7-9
24	呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する	8.69 (0.46)	9	8-9
25	患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する	8.69 (0.46)	9	8-9
26	ストレス・危機状況にある患者・家族に専門知識に基づき介入する	8.08 (0.73)	8	7-9
27	患者・家族が抱く悲嘆・苦悩に対するケアを実践する	8.15 (0.66)	8	7-9
28	簡潔明瞭に身体診察・アセスメント・介入・評価を文書化する	8.23 (0.42)	8	8-9
29	実践の評価過程で得た情報に基づき、適時に問題・予測されるケアを変更する	8.69 (0.46)	9	8-9
30	ケアの評価に基づき、よりよいケアを促進する方略を特定し、実践を変革・発展させる	8.38 (0.62)	8	7-9
31	根拠に基づくケアと専門職連携によって、患者の最適なアウトカムを確認する	8.15 (0.36)	8	8-9
32	医療チームメンバーにおける臨床実践の効果を協議する	8.00 (0.88)	8	6-9
33	患者中心の安全で効果的・効率的・公正なケアを保証するために看護実践および組織を評価する	8.15 (0.86)	8	6-9
34	患者への適切性を判断するためにガイドライン、プロトコルを評価する	7.85 (0.86)	8	6-9
35	患者・家族/医療チームにおけるCNS自身の実践の効果を評価する	8.23 (0.8)	8	6-9

※○印は、対象者の90%が「必須である」と回答したことを示す

表17 デルファイラウンド2 役割遂行に関するコンピテンシー群 適切性

No	役割遂行に関するコンピテンシー				適切性※
		Mean (SD)	median	Range	90%以上： 必須
36	治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する	7.85 (0.86)	8	6-9	○
37	倫理的なケア提供を広める職場風土づくりを推進する	7.69 (0.61)	8	7-9	○
38	医療チームメンバーに生じる倫理的葛藤を倫理原則を用いて調整する	7.77 (0.7)	8	7-9	○
39	倫理的感受性を醸成させるために職場の環境を調整する	7.85 (0.77)	8	7-9	○
40	医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する	7.46 (0.63)	8	6-8	○
41	迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人材・チームを調整する	7.46 (0.63)	8	6-8	○
42	患者の状態変化に応じて患者・家族への指導・教育を調整する	8.15 (0.77)	8	7-9	○
43	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する	7.85 (0.86)	8	6-9	○
44	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために患者・家族/看護師/他職種に学習を促す	7.46 (0.84)	8	6-9	○
45	看護チームの成長を促進するために実践活動を通して教育的にかかわる	7.92 (0.62)	8	7-8	○
46	研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する	8.08 (0.47)	8	7-9	○
47	研究成果を看護師に周知する	7.77 (0.7)	8	7-9	○
48	研究成果を看護ケアに効果的に導入する	8.23 (0.7)	8	7-9	○
49	患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う	7.69 (0.72)	8	7-9	○
50	個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う	8.15 (0.86)	8	7-9	○
51	自身のサブスペシャリティに応じて看護師、他職種に対するコンサルテーションを行う	8.08 (0.73)	8	7-9	○
52	チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する	8.00 (0.68)	8	7-9	○
53	研究と臨床実践との協働において専門職間の連携を促進する	7.85 (0.66)	8	7-9	○
54	専門職の機能を発揮できるように院内のシステム構築を促進する	7.92 (0.83)	8	6-9	○
55	医療チームにおける調整的役割とリーダーシップにおいて役割モデルとなる	8.08 (0.62)	8	7-9	○

※○印は、対象者の90%が「必須である」と回答したことを示す

表18 デルファイラウンド2 実践を促進するコンピテンシー群 適切性

No	実践を促進するコンピテンシー				適切性※
		Mean (SD)	median	Range	90%以上： 必須
56	看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する	8.15 (0.66)	8	7-9	○
57	コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化を支援する	7.62 (0.84)	8	6-9	○
58	高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する	7.69 (0.72)	8	7-9	○
59	自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる	8.0 (0.78)	8	7-9	○
60	専門的実践や教育活動に自発的に従事する	8.0 (0.88)	8	7-9	○
61	専門的な認定資格を自発的に維持する	8.23 (0.7)	8	7-9	○
62	専門的実践能力を維持・向上するために他者評価・自己評価する	8.31 (0.72)	8	7-9	○

※○印は、対象者の90%が「必須である」と回答したことを示す

表19 デルファイラウンド2 看護過程の展開に関するコンピテンシー群の難易度と獲得時期

No	看護過程の展開に関するコンピテンシー	難易度			獲得時期 %(n)		
		Mean (SD)	Median	Range	入学前	在学中	修了後
1	生理的・機能的変化を評価するために包括的な病歴聴取と身体診察をする	2.46 (0.50)	2	2-3	76.9 (10)	23.1 (3)	0
2	現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能のデータを中心に取得する	2.46 (0.50)	2	2-3	76.9 (10)	23.1 (3)	0
3	回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する	2.46 (0.50)	2	2-3	61.5 (8)	38.5 (5)	0
4	回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する	3.31 (0.46)	3	3-4	61.5 (8)	38.5 (5)	0
5	2次の合併症と自立・安全に関する潜在的なリスクを認識する	2.77 (0.42)	3	2-3	61.5 (8)	38.5 (5)	0
6	患者一家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する	3.46 (0.50)	3	3-4	61.5 (8)	38.5 (5)	0
7	データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする	3.69 (0.46)	4	3-4	0	46.2 (6)	53.8 (7)
8	患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位をつける	2.62 (0.49)	3	2-3	0	61.5 (8)	38.5 (5)
9	患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する	3.00 (0.68)	3	2-4	0	38.5 (5)	61.5 (8)
10	アウトカムの達成に向けて段階的な指標を設定する	3.00 (0.55)	3	2-4	0	46.2 (6)	53.8 (7)
11	安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する	3.00 (0)	3	3	0	30.8 (4)	69.2 (9)
12	アウトカムを最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する	3.15 (0.66)	3	2-4	0	15.4 (2)	84.6 (11)
13	安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護師や看護チームに説明する	2.85 (0.36)	3	2-3	0	15.4 (2)	84.6 (11)
14	看護師とコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する	2.0 (0.55)	2	1-3	76.9 (10)	23.1 (3)	0
15	患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する	3.31 (0.46)	3	3-4	23.1 (3)	61.5 (8)	15.4 (2)
16	複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たす包括的なケアを計画する	3.31 (0.61)	3	2-4	46.2 (6)	30.8 (4)	23.0 (3)
17	患者・家族に合わせて根拠に基づくケアを個別に調整する	2.92 (0.62)	3	2-4	15.4 (2)	84.6 (11)	0
18	患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する	3.0 (0.68)	3	2-4	15.4 (2)	38.5 (5)	46.1 (6)
19	根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する	2.77 (0.8)	3	2-4	7.7 (1)	92.3 (12)	0
20	患者の予測される転帰に焦点化したケアを適時に実施する	3.23 (0.42)	3	3-4	53.8 (7)	46.2 (6)	0
21	薬理学的知識と技能に基づくケアと非薬理学的ケアを実践する	2.62 (0.74)	2	2-4	46.2 (6)	53.8 (7)	0
22	病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する	2.85 (0.66)	3	2-4	15.4 (2)	84.6 (11)	0
23	病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する	3.0 (0.55)	3	2-4	15.4 (2)	53.8 (7)	30.8 (4)
24	呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する	2.92 (0.62)	3	2-4	53.8 (7)	30.8 (4)	15.4 (2)
25	患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する	3.23 (0.42)	3	3-4	15.4 (2)	53.8 (7)	30.8 (4)
26	ストレス・危機状況にある患者・家族に専門知識に基づき介入する	3.0 (0.55)	3	2-4	7.7 (1)	53.8 (7)	38.5 (5)
27	患者・家族が抱く悲嘆・苦悩に対するケアを実践する	3.46 (0.5)	3	3-4	15.4 (2)	15.4 (2)	69.2 (9)
28	簡潔明瞭に身体診察・アセスメント・介入・評価を文書化する	2.92 (0.62)	3	2-4	61.5 (8)	38.5 (5)	0
29	実践の評価過程で得た情報に基づき、適時に問題・予測されるケアを変更する	3.46 (0.5)	3	3-4	15.4 (2)	38.5 (5)	46.2 (6)
30	ケアの評価に基づき、よりよいケアを促進する方略を特定し、実践を変革・発展させる	3.38 (0.49)	3	3-4	0	0	100 (13)
31	根拠に基づくケアと専門職連携によって、患者の最適なアウトカムを確認する	3.46 (0.5)	3	3-4	0	30.8 (4)	69.2 (9)
32	医療チームメンバーにおける臨床実践の効果を協議する	3.0 (0.39)	3	2-4	0	0	100 (13)
33	患者中心の安全で効果的・効率的・公正なケアを保証するために看護実践および組織を評価する	3.15 (0.36)	3	3-4	0	0	100 (13)
34	患者への適切性を判断するためにガイドライン、プロトコルを評価する	2.85 (0.36)	3	2-3	46.2 (6)	53.8 (7)	0
35	患者・家族/医療チームにおけるCNS自身の実践の効果を評価する	3.23 (0.58)	3	2-4	0	0	100 (13)

表20 デルファイラウンド2 役割遂行に関するコンピテンシー群の難易度と獲得時期

No	役割遂行に関するコンピテンシー	難易度			獲得時期 %(n)		
		Mean (SD)	Median	Range	入学前	在学中	修了後
36	治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する	3.15 (0.53)	3	2-4	0	0	100 (13)
37	倫理的なケア提供を広める職場風土づくりを推進する	3.0 (0.68)	3	2-4	23.1 (3)	0	76.9 (10)
38	医療チームメンバーに生じる倫理的葛藤を倫理原則を用いて調整する	3.15 (0.66)	3	2-4	0	15.4 (2)	84.6 (11)
39	倫理的感受性を醸成させるために職場の環境を調整する	3.08 (0.62)	3	2-4	0	0	100 (13)
40	医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する	3.08 (0.47)	3	2-4	15.4 (2)	7.7 (1)	76.9 (10)
41	迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人材・チームを調整する	3.15 (0.53)	3	2-4	15.4 (2)	0	84.6 (11)
42	患者の状態変化に応じて患者・家族への指導・教育を調整する	2.77 (0.42)	3	2-3	15.4 (2)	0	84.6 (11)
43	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する	2.62 (0.49)	3	2-3	15.4 (2)	15.4 (2)	69.2 (9)
44	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために患者・家族/看護師/他職種に学習を促す	3.31 (0.46)	3	3-4	30.8 (4)	30.8 (4)	38.4 (5)
45	看護チームの成長を促進するために実践活動を通して教育的にかかわる	2.54 (0.5)	3	2-3	23.1 (3)	23.1 (3)	53.8 (7)
46	研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する	2.46 (0.63)	3	1-3	0	53.8 (7)	46.2 (6)
47	研究成果を看護師に周知する	1.85 (0.36)	2	1-2	15.4 (2)	53.8 (7)	30.8 (4)
48	研究成果を看護ケアに効果的に導入する	2.62 (0.49)	3	2-3	0	46.2 (6)	53.8 (7)
49	患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う	2.77 (0.42)	3	2-3	0	0	100 (13)
50	個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う	2.77 (0.42)	3	2-3	0	15.4 (2)	84.6 (11)
51	自身のサブスペシャリティに応じて看護師、他職種に対するコンサルテーションを行う	2.85 (0.36)	3	2-3	0	0	100 (13)
52	チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する	2.92 (0.62)	3	2-4	15.4 (2)	46.2 (6)	38.4 (5)
53	研究と臨床実践との協働において専門職間の連携を促進する	2.85 (0.36)	3	2-3	0	0	100 (13)
54	専門職の機能を発揮できるように院内のシステム構築を促進する	3.54 (0.5)	4	3-4	0	0	100 (13)
55	医療チームにおける調整的役割とリーダーシップにおいて役割モデルとなる	3.54 (0.5)	4	3-4	0	0	100 (13)

表21 デルファイラウンド2 実践を促進するコンピテンシー群の難易度と獲得時期

No	実践を促進するコンピテンシー	難易度			獲得時期 %(n)		
		Mean (SD)	Median	Range	入学前	在学中	修了後
56	看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する	2.77 (0.42)	3	2-3	0	0	100 (13)
57	コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化を支援する	3.0 (0.68)	3	2-4	15.4 (2)	38.4 (5)	46.2 (6)
58	高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する	3.15 (0.66)	3	2-4	0	0	100 (13)
59	自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる	2.92 (0.73)	3	2-4	23.1 (3)	0	76.9 (10)
60	専門的実践や教育活動に自発的に従事する	2.23 (0.8)	2	1-4	7.7 (1)	30.8 (4)	61.5 (8)
61	専門的な認定資格を自発的に維持する	2.0 (0.55)	2	1-3	23.1 (3)	0	76.9 (10)
62	専門的実践能力を維持・向上するために他者評価・自己評価する	2.62 (0.49)	3	2-3	0	15.4 (2)	84.6 (11)

V. 考察

1. 修正デルファイ法活用の適切性

第3研究は、修正デルファイ法を参考とし、クリティカルケアの専門家の合意を得た CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標を作成した。修正デルファイ法の特徴は、検討すべき事項について適切な情報を与えられた専門家らが、第1ラウンドで個別に評価を行い、その評価結果を資料とした会議（パネルミーティング）での討議後に、第2ラウンドで再度評価を実施することである（Fitch et al,2001）。第3研究では、パネルメンバー数は、20名を目標にしていたが、最終的に CCNS 8名と教育課程の教員5名の合計13名から協力が得られた。CCNS は条件に該当する十分な経歴を持ち、自らの実践を言語化できるメンバーであった。今回のパネルミーティングでも積極的に意見を述べており、それらをコンピテンシー項目に反映できたことから、パネルメンバーとして適切であったと考える。教育課程の教員については、5名と参加人数は少ないものの、条件に該当する教育歴があり、教育課程における学生の状況を踏まえて、CCNS に必要なコンピテンシーや役割期待について意見を述べていた。CCNS の資格を持たない教員もいたため、コンピテンシー内容や獲得時期に関する意見を十分に得られたか、という点において課題は残るが、対象者としては適切であったと推察する。

今回、2回のデルファイ調査で合意形成することができた。先行研究（The CoBaTrICE Collaboration, 2006）と比較すると、意見が分かれる項目数が少なく、2回の調査で意見が集約できた。この要因として、パネルミーティングで CCNS と教員が対面で議論し、コンピテンシー項目の解釈に共通理解が得られたこと、パネルミーティングの欠席者から事前に議論内容に対する意見を収集していたこと、2回のデルファイ調査に対して全員が回答してくれたことが影響していると推察する。以上より、修正デルファイ法の活用は適切であったと考える。

2. CCNS の直接ケアコンピテンシーの米国との比較

2回のデルファイ調査とパネルミーティングによって、CCNS の直接ケアコンピテンシー項目の内容に共通理解が得られ、項目のネーミングもより洗練させることができた。CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標の概念枠組みを考えるうえで参考にした、米国の急性期ケアおよびクリティカルケアの CNS たちが臨床実践の基準として使用している AACN Scope and Standards for Acute Care Clinical Nurse Specialist Practice（AACN, 2014）と今回の結果を比較し、日本の CCNS の直接ケアコンピテンシーの特徴について考察する。

日本の専門看護師制度は、諸外国の専門看護制度や日本の医療制度、社会情勢などを考慮して創設されている（佐藤, 1999）。米国の CNS とは文化的背景

や医療制度、看護師の裁量権は異なるが、その実践や教育は、米国を参考に発展してきた。開発した CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標のうち、看護過程の展開に関するコンピテンシー群の各項目は、患者と家族を中心とした直接的臨床実践の基盤になるコンピテンシーという点において、米国と同様であることが明らかとなった。米国の急性期ケアおよびクリティカルケアの CNS には、アセスメント、診断、転帰の同定、計画、実施、評価に至る一連の看護過程が臨床実践の基準として示されている（AACN, 2014）。日本の CCNS が卓越した直接ケアを提供するには、この基本ともいえるべき看護過程の展開に関するコンピテンシーが実践を支える重要なコンピテンシーであることが浮き彫りとなった。電子カルテによる看護記録が一般的な中で、患者・家族によりよい看護ケアを提供するために CCNS のアセスメントや判断、実践をいかに簡潔明瞭に他者に伝え、文書化するかが、求められているといえる。チーム医療において CCNS がリーダーシップを発揮し、現場を変革していくには、根底に確実な看護過程を展開するコンピテンシーが必須であり、それがチーム医療のダイナミックな展開につながると考える。

わが国の CNS には、6 つの役割が期待されており、CCNS は直接ケアを実践するとき、これらの役割を認識したうえで患者や家族、看護師や多職種にも影響を与えながら実践している。パネルミーティングでは、この役割実践における調整、教育、多職種連携、リーダーシップの内容がより明確に反映されたコンピテンシー項目に修正することができた。多職種連携とリーダーシップは、現行では CNS の役割には含まれていないが、わが国がチーム医療を推進していく中で、高度実践看護師である CNS に期待されている役割である。病院看護部が CNS に求める要件の中のひとつにリーダーシップが示されており、多職種を巻き込み統制をとること、人と調和してリーダーシップを発揮することが求められている（馬場，栗城，内山，2018）。このように CCNS には、6 つの役割以外に期待されている役割があり、役割遂行のコンピテンシーに反映することができたと考える。

3. CCNS の直接ケアコンピテンシーの難易度と獲得時期

CCNS の直接ケアコンピテンシーの難易度については、2 回のデルファイ調査の結果から、項目によってバラツキがあることが示された。そこで、コンピテンシーの獲得が望ましい時期についての調査結果から、どのコンピテンシーがいつの時期に獲得することが望ましいか、時期の目安について考察する。

看護過程の展開に関するコンピテンシー群の項目は、CCNS の直接ケアコンピテンシーの中で基礎として重要な位置づけであることは明らかである。このうち、フィジカルアセスメントや患者・家族の現状評価、今後の予測について推論を展開する能力に該当するコンピテンシー項目は、臨床のベテランナースであれば、実践できる項目でもある。したがって、これらに該当するコンピテンシーは、入学前から在学中に獲得することが望ましいと考えられる。また、

CCNS の卓越した実践を反映する実践の変革・発展、臨床実践の効果についての協議、実践や組織の評価に該当するコンピテンシー項目は、難易度が高く、教育課程在学中に演習や実習を通して体験的に学修し、修了後に獲得が望まれるものであるといえる。

役割遂行に関するコンピテンシー群の項目を獲得するには、CNS の 6 つの役割を経験的に理解する必要がある。役割を理解し、認識したうえで患者・家族や看護師・他職種に意図的に関わることが求められるため、必然的に難易度は高くなる。今回の結果からも特に倫理調整と相談、および、CNS の 6 つの役割には含まれていないが、多職種連携、リーダーシップに該当する項目は、教育課程在学中の演習や実習で CNS の役割実践を学修し、修了後の獲得を目指すことが妥当ではないかと考える。また、6 つの役割の中でも、研究成果の活用や周知、組織内での教育活動、調整に該当する項目は、入学前から意識的に職場内で取り組むことによって獲得が可能と考えられる。

実践を促進するコンピテンシー群の項目は、基本的なコミュニケーション能力をベースに、CCNS として高いコミュニケーション能力が求められている。自身のコミュニケーション能力について入学前から意識し、高めていく必要がある。教育課程在学中を通して、高いコミュニケーション能力が獲得できるよう努め、修了後に発揮できるようになることが期待される。また、専門性の維持、向上、発展に関するコンピテンシー項目は、意欲や態度で示されることから、入学前から修了後にわたって生涯学習者として獲得し続ける必要があると考える。

VI. 結論

修正デルファイ法により、クリティカルケア看護の専門家の合意を得た CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標を開発した。1 回目の Web 調査では、62 項目中、6 項目を除くすべての項目でパネルメンバーの 75% 以上が適切であると回答した。難易度は、個人によるバラツキがあった。パネルミーティングでは、1 回目の Web 調査の適切性評価で意見が分かれた 6 項目とそれ以外の修正項目の有無について議論した。討議により、6 項目についての適切性は同意が得られ、20 項目については、文言を修正した。2 回目の Web 調査によって、62 項目中すべての項目でパネルメンバーの 90% 以上が適切であると回答し、意見の集約が得られた。

第 7 章 総括

I. 総合考察

本研究では、高度実践看護師の中心的能力に位置付けられている直接的臨床実践に焦点化して、CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標を開発した。開発過程では、順次的に 3 段階の研究を実施した。各段階の研究結果、考察、結論については、第 4 章、第 5 章、第 6 章に記載した。本章では、研究全体を総括し、考察する。

1. CCNS の直接ケアコンピテンシーの特徴

開発した CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標を表 22-1、表 22-2 に示す。評価指標は 62 項目で構成された。看護過程の展開に関するコンピテンシー群 35 項目、役割遂行に関するコンピテンシー群 20 項目、実践を促進するコンピテンシー群 7 項目である。

高度先進医療が展開されるクリティカルケア領域では、日常的に様々な治療やケアが複合して行われる状況にあるため、複雑で重症化した患者の全身管理を中心とした専門性の高いコンピテンシーが CCNS には必要である。本研究で明らかにした CCNS の直接ケアコンピテンシーのうち、看護過程の展開に関するコンピテンシー群の 35 項目は、前述した状況の中で、患者・家族を中心とした直接ケアを提供する際の基盤となる必須のコンピテンシーであると考ええる。

Benner ら(1992)は、クリティカルケアの熟練看護師の専門性について、予測能力に関連した切迫の感覚、多様で複雑な患者の手がかりの察知力、患者の優先性の理解力、患者管理の同時性への集中力を挙げている。これらは、コンピテンシー項目の「No. 2 現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能のデータを中心に取得する」、「No. 3 回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する」、「No. 4 回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する」、「No. 8 患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位をつける」、「No. 20 患者の予測される転帰に焦点化したケアを適時に実施する」に共通すると考える。Dunn (1992) は、多種多様な技能を同時に使いこなし、ケアの優先順位を素早く認識し、意思決定して、めまぐるしく変化する状況で患者の反応を即座に評価する能力をコンピテンスとしている。前述したコンピテンシー項目に加え、「No. 22 病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する」、「No. 24 呼吸循環の専門的知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する」、「No. 29 実践の評価過程で得た情報に基づき、適時に問題・予測されるケアを変更する」などは、Dunn (1992) の示すコンピテンスを内包したコンピテンシーであり、CCNS が看護過程を展開する際の基本となる重要なコンピテンシーであることがわかる。CCNS は、患者の症状や病態の急激な進行に即座に対応し、データを「瞬時」あるいは「短時間」に収集し、生命危機を回避する予測性のある実践と評価、ケアの適時の実

施と変更を実践しており、これらは CCNS の卓越した臨床実践を示す特徴的なコンピテンシーであると考ええる。

2. CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標の内容妥当性

小松（2014）は、CNS の臨床での役割は多様であるため、その卓越した実践や効果は見えにくく、CNS による看護実践の効果検証は、十分なエビデンスが得られていない現状を指摘している。今回、CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標の開発にあたり、わが国の CCNS の卓越した実践を可視化する必要があった。

第 1 研究と第 2 研究は、質的研究デザインとした。第 1 研究では、CCNS が CNS の 6 つの役割をどのように機能させながら直接ケアを実践しているかに注目し、知識、技能、態度などの要素を包含した直接ケアコンピテンシー項目を国内文献から質的帰納的に分析し、抽出した。文献のみでは抽出できないコンピテンシー項目があることが予測されたため、第 2 研究では、抽出したコンピテンシー項目の内容と表現の妥当性を検討する必要があった。CCNS を対象とした FGD によって、CCNS の卓越した直接ケアのコンピテンシーとして現状を反映しているか、6 つの役割が反映されているか、表現は適切であるか、について討議することで、CCNS の臨床実践を反映したコンピテンシー項目に修正することができたと考える。CCNS の見えにくい卓越した実践を可視化・言語化するには、第 1 研究と第 2 研究は本研究において基盤となる研究であった。

第 3 研究では、修正デルファイ法を参考に、CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標の内容妥当性を適切性評価と難易度から検討した。修正デルファイ法におけるパネルミーティングでは、合意が得られる項目は、討議を省略できる利点（Fitch et.al, 2001）があるため、本研究においても合意が得られた項目の議論は省略し、必要な検討課題に十分な時間を費やすことができた。対面で討議することでパネルメンバー間のコンピテンシー項目に対する内容の解釈に共通理解が得られ、合意を形成することができたと推察する。これにより、内容妥当性を確保した評価指標が開発できたと考える。

3. CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標の汎用性

わが国では、CNS をグローバル水準の高度実践看護師に育成するために、高度実践看護師を「対象のクオリティ・オブ・ライフの向上を目的として、個人、家族、集団に対してケアとキュアの融合による高度な看護学の知識、技術を駆使して、疾病の予防及び治療・療養・生活過程の全般を統合・管理し、卓越した看護ケアを提供する者」と定義し、高度実践看護師の共通能力水準を 6 つの役割で示している（日本看護系大学協議会，2020）。この共通能力水準に示された役割を果たす能力を育成することが、教育課程を担当する教員に求められていると同様に、CNS を志す看護師にも求められている。

表22-1 CCNSの直接ケアコンピテンシー評価指標

群	No	コンピテンシー項目
看護過程の展開に関するコンピテンシー群	1	生理的・機能的変化を評価するために包括的な病歴聴取と身体診察をする
	2	現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能のデータを中心に取得する
	3	回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する
	4	回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する
	5	2次的合併症と自立・安全に関する潜在的なリスクを認識する
	6	患者・家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する
	7	データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする
	8	患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位をつける
	9	患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する
	10	アウトカムの達成に向けて段階的な指標を設定する
	11	安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する
	12	アウトカムを最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する
	13	安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護師や看護チームに説明する
	14	看護師とコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する
	15	患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する
	16	複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たす包括的なケアを計画する
	17	患者・家族に合わせて根拠に基づくケアを個別に調整する
	18	患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する
	19	根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する
	20	患者の予測される転帰に焦点化したケアを適時に実施する
	21	薬理学的知識と技能に基づくケアと非薬理学的ケアを実践する
	22	病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する
	23	病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する
	24	呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する
	25	患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する
	26	ストレス・危機状況にある患者・家族に専門知識に基づき介入する
	27	患者・家族が抱く悲嘆・苦悩に対するケアを実践する
	28	簡潔明瞭に身体診察・アセスメント・介入・評価を文書化する
	29	実践の評価過程で得た情報に基づき、適時に問題・予測されるケアを変更する
	30	ケアの評価に基づき、よりよいケアを促進する方略を特定し、実践を変革・発展させる
	31	根拠に基づくケアと専門職連携によって、患者の最適なアウトカムを確認する
	32	医療チームメンバーにおける臨床実践の効果を協議する
	33	患者中心の安全で効果的・効率的・公正なケアを保証するために看護実践および組織を評価する
	34	患者への適切性を判断するためにガイドライン、プロトコルを評価する
	35	患者・家族/医療チームにおけるCNS自身の実践の効果を評価する

表22-2 CCNSの直接ケアコンピテンシー評価指標（続き）

群	No	コンピテンシー項目
役割遂行に関するコンピテンシー群	36	治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する
	37	倫理的なケア提供を広める職場風土づくりを推進する
	38	医療チームメンバーに生じる倫理的葛藤を倫理原則を用いて調整する
	39	倫理的感受性を醸成させるために職場の環境を調整する
	40	医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する
	41	迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人材・チームを調整する
	42	患者の状態変化に応じて患者・家族への指導・教育を調整する
	43	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する
	44	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために患者・家族/看護師/他職種に学習を促す
	45	看護チームの成長を促進するために実践活動を通して教育的にかかわる
	46	研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する
	47	研究成果を看護師に周知する
	48	研究成果を看護ケアに効果的に導入する
	49	患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う
	50	個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う
	51	自身のサブスペシャリティに応じて看護師、他職種に対するコンサルテーションを行う
	52	チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する
	53	研究と臨床実践との協働において専門職間の連携を促進する
	54	専門職の機能を発揮できるように院内のシステム構築を促進する
	55	医療チームにおける調整的役割とリーダーシップにおいて役割モデルとなる
実践を促進するコンピテンシー群	56	看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する
	57	コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化を支援する
	58	高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する
	59	自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる
	60	専門的実践や教育活動に自発的に従事する
	61	専門的な認定資格を自発的に維持する
	62	専門的実践能力を維持・向上するために他者評価・自己評価する

今回、開発した CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標は、クリティカルケア看護分野の教育課程の教員、CCNS、CCNS をめざす看護師が活用することを想定して開発した。教育機関においては、CCNS をめざす看護師の入学前、在学中、修了時のコンピテンシー評価に活用可能であると考え。活用例として、入学時に習得すべきコンピテンシーとして学生に提示し、その習得状況を自己評価することでレディネスの把握に活用できる。在学中は、演習や実習の評価指標として、自己評価・他者評価に活用する。修了時には、教育課程在学中に習得できたコンピテンシーと、課題とするコンピテンシーの明確化に活用

可能であると考え。さらに、CCNS や CCNS を志す看護師には、この評価指標は、自己のコンピテンシーの習得状況を評価するツールとして提供することができる。CCNS を志す看護師にとっては、入学前の自身のコンピテンシーの自己評価に使用するだけでなく、職場の上司や同僚からの他者評価にも可能であると考え。

次に、他の専門看護分野の CNS への活用可能性について考察する。開発した評価指標の 62 項目のうち、役割遂行に関するコンピテンシー群と実践を促進するコンピテンシー群のコンピテンシー項目は、他の専門看護分野の CNS にも共通するコンピテンシーであることが示唆された。林田ら（2013）は、がん看護 CNS の実践に必要な能力を、がん看護 CNS の立場と CNS コース担当教員の立場で各々 16 の能力を明らかにしている。そのうち、情報・知識を獲得する能力、アセスメント能力、倫理的能力、問題の分析力、交渉力、企画力、役割を獲得する能力、コミュニケーション能力などは、がん看護 CNS と教員双方が必要な能力と捉えていた。これらの能力や力は、役割遂行に関するコンピテンシー群の倫理調整や業務・人材・チームの調整、教育、コンサルテーションなどのコンピテンシー項目に含まれる能力であると考え。また、コミュニケーション能力は、実践を促進するコンピテンシー群の中でも CCNS がダイナミックな実践を推進していくための鍵となるコンピテンシー項目である。クリティカルケア看護分野は、直接ケアを提供する対象の経過が急性期であるため、短い時間軸の中で実践と評価を繰り返しながら看護を展開するという特徴を持つ。時間軸の相違や対象者が異なっているにもかかわらず、複雑かつ解決困難な諸問題を抱える対象に卓越した直接ケアを提供するには、役割遂行に関するコンピテンシー群、実践を促進するコンピテンシー群の各項目は、他の専門看護分野の CNS にも共通するコンピテンシーではないかと考える。したがって、開発した CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標は、他の専門看護分野の CNS の直接ケアコンピテンシーの評価にも一部活用が期待できると考える。

II. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は 3 点が挙げられる。1 点目は、クリティカルケア看護の専門家の合意を得ることに主眼をおいて評価指標を開発したため、評価指標活用の効果検証には至っていない。2 点目は、パネルメンバーである CCNS と教育課程の教員のバランスに偏りが生じたため、教員の視点での CCNS への役割期待や CCNS を志す看護師のコンピテンシーの習得に対する意見を十分に収集しきれなかったことである。3 点目は、CCNS の直接ケアコンピテンシーの難易度の評価にバラツキがあったこと、コンピテンシーの獲得時期についても様々な意見があり、それらの目安を提示することが困難であったことである。

今後は、CCNS および他の専門看護分野の CNS を対象に開発した直接ケアコンピテンシー評価指標を活用してもらうことで効果を検証していくことや、難易度とコンピテンシーの獲得時期の目安を提示するために、対象者数を増やした調

査研究を実施していくことが課題である。また、時代の趨勢に伴う CCNS の役割拡大を視野に入れ、直接ケアコンピテンシー評価指標の検討を続ける必要がある。

Ⅲ．結論

わが国の高度実践看護師である CCNS の実践力の育成・強化に資するために、CNS の中心的能力である臨床実践に焦点化した CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標を以下のプロセスを経て開発した。

国内文献から直接ケアコンピテンシー61項目を質的帰納的に抽出し、CCNSを対象にFGDで検討した結果、新たに1項目が追加され、62項目で構成されるCCNSの直接ケアコンピテンシー評価指標案を作成した。修正デルファイ法を用いて、62項目の評価指標案の適切性評価と難易度評価および獲得が望ましい時期について検討した。結果、適切性は、1回目のWeb調査では、62項目中、6項目を除いた56項目にパネルメンバーの75%以上が「必須である」と回答した。意見が割れた6項目は、パネルミーティングで適切性に理解が得られ、コンピテンシー項目の表現を修正した。2回目のWeb調査では、適切性は62項目すべての項目でパネルメンバーの90%以上が「必須である」と回答したことで、2回のデルファイ調査とパネルミーティングによってCCNSの直接ケアコンピテンシー評価指標の適切性が確認され、合意を得ることができた。

CCNSの直接ケアコンピテンシーのうち、看護過程の展開に関するコンピテンシー群は、救急・重症患者の症状や病態の急激な進行に即座に対応するためにデータを短時間に収集し、生命危機を回避する予測性のある実践と評価、患者の反応に基づいた適時のケアの変更が、短い時間軸の中でダイナミックに展開されるという特徴を持つコンピテンシーであった。一方で、役割遂行に関するコンピテンシー群と実践を促進するコンピテンシー群は、他の専門看護分野のCNSにも共通するコンピテンシーであることが示唆された。開発した評価指標は、CCNSに必要なコンピテンシーの獲得に有効な教育方法の検討や教育評価に貢献でき、CCNSの実践能力の向上と発展に寄与できる。

謝辞

本研究を実施する過程において、多忙な臨床や大学での業務を調整し、都内での会議や調査項目への回答などに、本当に多くの時間を提供してくださいました急性・重症患者看護専門看護師の皆様、教育課程の教員の皆様に心から深く感謝申し上げます。

本論文の審査にあたり、貴重なご指摘とご示唆を下さいました札幌市立大学大学院看護学研究科の樋之津淳子教授、松浦和代教授、札幌医科大学大学院保健医療学研究科の城丸瑞恵教授に深く感謝申し上げます。

また、本研究の計画段階から研究の実施、論文作成に至る過程において、本当に長い年月をかけて、ご指導くださいました札幌市立大学大学院看護学研究科中村恵子特任教授には、感謝の言葉では言い尽くせない程、心の底から深く感謝申し上げます。途中、幾度となく様々な出来事が降りかかり、学業継続を断念しようと考えた時期もありました。そのたびに信念を持って研究に取り組む姿勢を持ち続けることの大切さと勇気を与えていただきました。

博士課程の研究ゼミの中で、多くの気づきや示唆をくださいました檜山明子さん、田中広美さん、山内まゆみさんに感謝申し上げます。

最後に、長期間に渡って研究する環境を整えるよう、ご配慮や励ましを下さいました成人看護学領域の川村三希子教授、諸先生方、事務局職員の皆様に感謝を申し上げます。本当にありがとうございました。

本研究の一部は、文部科学省科学研究費（基盤研究 C、課題番号 16K12030）の助成を受けて実施した。

引用文献

- American Association of Colleges of Nursing. (2010). Adult-Gerontology Clinical Nurse Specialist Competencies. Retrieved from [https:// www. aacnnursing.org/Portals/42/AcademicNursing/pdf/AdultGeroCNSCompetencies-2010.pdf](https://www.aacnnursing.org/Portals/42/AcademicNursing/pdf/AdultGeroCNSCompetencies-2010.pdf)
- American Association of Critical-Care Nurses. (2000). The AACN Synergy Model for Patient Care. Retrieved from <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/nursing-excellence/standards/aacnsynergymodelforpatientcare.pdf?la=en>
- American Association of Critical-Care Nurses. (2014). AACN Scope and Standards for Acute Care Clinical Nurse Specialist Practice. Retrieved from <https://www.aacn.org/nursing-excellence/standards/aacn-scope-and-standards-for-acute-care-clinical-nurse-specialist-practice>
- 相原孝夫. (2002). コンピテンシー活用の実際. 日本経済新聞社.
- 新幡智子. (2015). 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2241/00135073>
- 馬場薫, 栗城尚之, 内山繁樹. (2018). 病院の看護部門における専門看護師の導入方法と人材要件. 北日本看護学会誌, 21(1), 57-63.
- Baird, S.B., & Prouty, M.P. (1989). Administratively enhancing CNS contributions. In Hamric, A.B. & Spross, J.A. (Eds), *The clinical nurse specialist in theory and practice*. (2nd ed., pp.261-283). Philadelphia: WB. Saunders.
- Benner, P., Tanner, C.A., Chesla, C. (1992). From beginner to expert : gaining A differentiated clinical world in critical care nursing. *ANS Adv Nurs Sci*, 14 (3), 13-28.
- Berelson, B. (1952) / 稲葉三千男・金 圭煥 (1957). 内容分析. みすず書房.
- 尾藤誠司, 松井邦彦, 茅野眞男 (2004). デルファイ変法を用いた急性心筋梗塞に対する医療の質評価指標作成の試み. 医療と社会. 13(4), 115-123.
- Blažun, H., Kokol, P., Vošner, J. (2015). Research literature production on nursing competences from 1981 till 2012: A bibliometric snapshot. *Nurse Education Today* 35, 673-679.
- Boyatzis, R.E. (1982). *The Competent Manager : A Model for Effective Performance*. Wiley.
- Burns, N., Grove, S.K. (2005) / 黒田裕子, 中木高夫, 小田正枝, 逸見功監訳 (2007). バーンズ&グローブ看護研究入門ー実施・評価・活用ー. エルゼビア・ジャパン.
- Cate, E.O. (2005). Entrustability of professional activities and competency based training. *Med Educ*, 39, 1176-1177.

- Cowan, D.T., Wilson-Barnett, D.J., Norman, I.J., Murrells, T. (2008).
Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool
for general nurses across Europe. *Int J Nurs Stud*, 45, 902-913.
- Curriculum(n.d.). Retrieved September 5, 2016 from <https://www.ocne.org/curriculum/>
- Desbiens, J. & Fillion, L. (2011). Development of the palliative care nursing
self-competence scale. *J Hosp Palliat Nurs*, 13(4), 230-241.
- Dunn, S.V. (1992). Orientation : the transition from novice to competent
critical care nurse. *Crit Care Nurs Q*, 15(1), 69-77.
- Fitch, K., Bernstein, S.J., Aguilar, M.D., Burnard, B., LaCalle, J.R., Lazaro,
p., Loo, M., McDonnell, J., Vader, J.P., Kahan, J.P. (2001). The RAND/UCLA
Appropriateness Method User's Manual. Retrieved from
https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf
- Frank, J.R., Snell, L.S., Cate, O.T., Holmboe, E.S., Carraccio, C., Swing,
S.R., Harris, P., Glasgow, N.J., Campbell, C., Dath, D., Harden, R.M.,
Iobst, W., Long, D.M., Mungroo, R., Richardson, D.L., Sherbino, J.,
Silver, I., Taber, S., Talbot, M., Harris, K. A. (2010). Competency based
medical education: theory to practice. *Med Teacher*, 32, 638-645.
- 舟島なをみ. (2007). 質的研究への挑戦 第2版. 医学書院.
- Grbich, C. (1999) / 上田礼子, 上田敏, 今西康子訳. (2003). 保健医療のための
質的研究入門. 医学書院.
- Hamric, A.B., Hanson, C.M., Tracy, M.F., O'Grady, E., T. (2014). *Advanced
practice Nursing : An Integrative Approach 5th ed.* Saunders.
- Hamric, A.B. & Taylor, J.W. (1989). *Role development of the CNS.*
*In: Hamric, A.B. and Spross, J.A., eds., The clinical nurse specialist in
theory and practice. 2nd ed.,* 41-82, Saunders.
- 橋本重治. (1983). 指導と評価 教育評価基本用語解説, 自己評価の項. *日本
教育評価研究会誌臨時増刊号*, 29(8), 38.
- 早野貴美子, 河原加代子, 小原真理子, 佐藤和美, 黒田裕子, 石田千絵, 菅野太
郎. (2010). 災害時の看護活動におけるコンピテンシーモデルの開発 震災
発生直後の看護活動におけるコンピテンシー要素の抽出と構造化. *日本災
害看護学会誌*, 12(2), 18-36.
- 林千冬, 益加代子, 小林由香, 平尾明美, 山口亜希子, 山本和代, 八木哉子, 山
本康子, 西浦郁絵, 鯉坂由紀. (2014). 師長・同僚の視点からみた急性期一
般病棟におけるジェネラリスト看護師のコンピテンシー. *神戸市看護大学
紀要*, 18, 11-18.
- 林田裕美, 田中京子, 吉田智美, 山口亜希子. (2013). がん看護専門看護師が実
践を行う際に必要な能力 がん看護専門看護師教育課程担当教員とがん看
護専門看護師の立場から. *大阪府立大学看護学部紀要*, 19(1), 41-51.

- 細田泰子, 星和美, 藤原千恵子, 石井京子. (2011). 施設内教育担当者の視点からみた中堅期の看護師のコンピテンシー. *大阪府立大学看護学部紀要*, 17(1), 37-44.
- 井部俊子, 大生定義 (監). (2015). 専門看護師の思考と実践. 医学書院.
- 市川官子, 櫻庭眞美, 坂本みよ子, 北川芳子. (2006). 主任看護師のコンピテンシー分析 コンピテンシー測定調査票を使用して. *日本看護学会論文集, 看護管理*, 36, 291-293.
- 井上仁美. (2014). 看護中間管理者のコンピテンシー. *高知女子大学看護学会誌*, 40(1), 109-116.
- 岩本真紀, 内海知子, 細原正子, 孝壽香織. (2014). リスク感性に必要なコンピテンシー要素の明確化. *香川県立保健医療大学雑誌*, 5, 15-22.
- 人事院. (2006). 人物実験におけるコンピテンシーと「構造化」の導入. *人事管理*, 335, 39-42.
- 神原裕子, 荒川千秋, 佐藤亜月子, 吉野由紀江, 川中淑恵, 杉本龍子, 関根龍子. (2008). 国内外における看護実践能力に関する研究の動向－看護基礎教育における看護実践能力育成との関連－. *目白大学健康科学研究*, 1, 149-158.
- 加藤恭子. (2011). 日米におけるコンピテンシー概念の生成と混乱. *産業経営プロジェクト報告書*, 34 (2), 1-23.
- Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H. (2011). *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. Wiley-Blackeell.
- Kizawa,Y., Sato,T., Tamba,T., Takamiya,Y., Morita,T.,Bito,S.,Otaki,J. (2012) Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: a modified delphi method. *Palliat Med*, 26(5), 744-752.
- Knodel, J.E., Sittitrai,W., Brown,T. (1990). Focus Group Discussions for Social Science Research: A Practical Guide with an Emphasis on the Topic of Ageing. Research Report, No.90-3. Population Studies Center, University of Michigan, Ann Arbor.
- 小松浩子. (2014). 我が国における高度実践看護師（専門看護師）制度・教育の変遷と課題. *学術の動向*, 9, 54-59.
- 厚生省健康政策局看護課. (1987). 看護制度検討会報告書 21世紀へむけての看護制度のあり方. 第一法規出版.
- 厚生労働省. (2013). 平成 26 年度診療報酬改定の基本方針. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000031544.pdf
- 上月頼子.(2013). アメリカ合衆国における APRN（上級実践看護師）の免許, 資格, 許可そして教育. *石川看護雑誌*, 10, 3-6.
- Liu, M., Kunaiktikul,W., Senaratana,W., Tonmukayakul,O., Eriksen,L. (2006). Development of competency inventory for registered nurses in

- the people's republic of China: scale development. *Int J Nurs Stud*, 44, 805-813.
- 正木治恵, 谷本真理子, 黒田久美子, 高橋良幸, 鳥田美紀代, 喜多敏明.
(2018). 高齢者の主体的な健康を創出・支援する老人看護専門技術の評価指標の開発. *千葉大学大学院看護学研究科紀要*, 40, 9-18.
- 真下綾子, 中谷喜美子, 陣田泰子, 市川幾恵, 佐藤久美子, 高橋恵子, 大水美名子, 坂本すが, 菅田勝也. (2011). 急性期病院における看護実践能力尺度の開発. *日本看護管理学会誌*, 15(1), 5-16.
- 眞嶋朋子, 佐藤禮子, 泰圓澄洋子, 楠潤子, 増島麻里子, 岡本明美, 渡邊美和, 佐藤美和, 浅野美知恵, 正木治恵. (2015). 看護系大学院修了者支援プログラム参加者のコンサルテーションに関する認識の変化. *千葉大学大学院看護学研究科紀要*, 37, 57-64.
- 松下佳代. (2011). 〈新しい能力〉による教育の変容－DeSeCo キー・コンピテンシーと PISA リテラシーの検討. *日本労働研究雑誌*, 614, 39-49.
- 松谷美和子, 三浦友理子, 平林優子, 佐居由美, 卯野木健, 大隈香, 奥裕美, 堀成美, 井部俊子, 高屋尚子, 西野理英, 寺田麻子, 飯田正子, 佐藤エキ子. (2010). 看護実践能力：概念，構造，および評価. *聖路加看護学会誌*, 14(2), 18-28.
- McClelland, D.C. (1973). Testing for Competence Rather Than for “Intelligence”. *American Psychologist*, 17(2), 219-243.
- Meretoja, R., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H. (2004) Nurse competence scale development and psychometric testing. *J Adv Nurs*, 47(2), 124-133.
- Mirabile, R.J. (1997). Everything You Wanted To Know About Competency Modeling. *Training&Development*, August, 73-77.
- 宮岡里衣, 宇都宮明美 (2018). 代理意思決定場面において看護師の感じる困難への急性・重症患者看護専門看護師が行う支援とその能力. *日本 CNS 看護学会誌*, 3, 7-14.
- 文部科学省. (2014). 育成すべき資質・能力を踏まえた教育目標・内容と評価の在り方に関する検討会育成すべき資質・能力を踏まえた教育目標・内容と評価の在り方に関する検討会一論点整理一. Retrieved from http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2014/07/22/1346335_02.pdf
- 本山清美 (2007). 外来がん化学療法におけるがん看護専門看護師の役割. *医学のあゆみ*, 222 (13), 1160-1165.
- 宗村美江子. (2007). チーフナースのコンピテンシー 虎の門病院におけるコンピテンシーモデルの開発とその活用. *看護管理*, 17 (10), 843-850.
- National CNS Competency task Force. (2008). Clinical Nurse Specialist Core Competencies. Retrieved from <http://www.nacns.org/docs/CNSCoreCompetenciesBroch.pdf>
- Nilsson, J., Johansson, E., Egmar, A., Florin, J., Leksell, J., Lepp, M.,

- Lindholm, C., Nordström, G., Theander, K., -Larsson, B.W., Carlsson, M., Gardulf, A.(2014). Development and validation of a new tool measuring nurses self-reported professional competence –the nurse professional competence (NPC)scale. *Nurs Educ Today*, 34, 574-580.
- 日本学術会議 健康・生活科学委員会 看護学分科会. (2011). 高度実践看護師制度の確立に向けてーグローバルスタンダードからの提言ー. Retrieved from <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t135-2.pdf>
- 日本看護系大学協議会.(2014). 高度実践看護師教育課程基準. Retrieved from <https://www.janpu.or.jp/file/apnkyoikukateikijun.pdf>
- 日本看護系大学協議会.(2020). 高度実践看護師教育課程基準. Retrieved from <https://www.janpu.or.jp/file/apnkyoikukateikijun.pdf>
- 日本看護系大学協議会 高度実践看護師制度推進委員会. (2011). 高度実践看護師養成の教育課程に関する提案. Retrieved from <https://www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2011/05/koudojissen7.pdf>
- 日本看護系大学協議会 広報・出版委員会編. (2008). 高度実践看護師のコア・コンピテンシーについてー現 CNS による現在の役割の認識と今後の課題. *看護学教育Ⅲ 看護実践能力の育成*. (pp. 44-68). 日本看護協会出版会.
- 日本看護系大学協議会 広報・出版委員会編. (2008). 第2章 日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案 (修正版). *看護学教育Ⅲ 看護実践能力の育成*. (pp. 69-72). 日本看護協会出版会.
- 日本看護系大学協議会 広報・出版委員会編 (2010). 専門看護師教育の現状. *看護学教育Ⅳ 看護学教育の質と評価*. 日本看護協会出版会.
- 日本看護協会. (2014). 資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者. Retrieved from <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>
- 日本看護協会. (2016). 看護師のクリニカルラダー (日本看護協会版) 活用のための手引き. Retrieved from https://www.nurse.or.jp/nursing/education/jissen/ladder/pdf/guidance_int.pdf
- 西津知江, 真田弘美, 萱間真美.(2008). 皮膚・排泄ケア認定看護師の褥創管理コンピテンシー・モデルの構築. *日本褥創学会誌*, 10(2), 17-121.
- 野嶋佐由美 (2011). 看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム導入に関する調査研究報告書. Retrieved from http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2011/06/16/1307329_1.pdf
- 岡田忍, 岡本有子, 山本則子. (2007). 高齢者訪問看護における清潔・感染防止の質評価に関する指標開発(第1報)-質評価指標開発のプロセス-. *日本感染看護学会誌*, 4(1), 27-40.
- 小澤美緒, 船場友木, 福島紗世. (2014). デルファイ変法による NICU・GCU における疼痛管理の質指標の開発. *日本新生児看護学会誌*, 20(2), 2-12.
- Polit D.F., Beck C.T.(2004)／近藤潤子監訳. (2010). 看護研究 原理と方法 第2版. 医学書院.
- Robb,Y., Fleming,V., Dietert,C.(2002). Measurement of clinical performance

- of nurses; a literature review. *Nurs Educ Today*, 22,293-300.
- Rychen,D.S., Salganik,L.H.(2003)／立田慶裕監訳(2006). キー・コンピテンシー—国際標準の学力をめざして. 明石書店.
- 坂口桃子, 作田裕美, 新井龍, 中嶋美和子, 田村美恵子, 木川真由美, 村井嘉子. (2006). 看護師のコンピテンシー 患者・看護師・医師からの情報に基づいて. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 4(1), 12-18.
- 作田裕美, 坂口桃子. (2008). 救急初療に働く看護師のコンピテンシーの特徴—1施設における調査から—. *日本臨床救急医学会雑誌*, 11, 14-20.
- 佐藤直子. (1999). *専門看護制度 理論と実践*. 医学書院.
- Scott,W.A.(1955). Reliability of content analysis: The case of nominal scale coding, *Public Opinion Quarterly*, 19,321-325.
- 千年よしみ, 阿部彩. (2000). フォーカス・グループ・ディスカッションの手法と課題: ケース・スタディを通じて. *人口問題研究*, 56(3), 56-69.
- 篠崎恵美子, 山内豊明. (2007). 看護基礎教育における呼吸に関するフィジカルアセスメント教育のミニマム・エッセンシャルズ. *日本看護科学会誌*, 27(3), 21-29.
- Spencer,L.M., & Spencer,S.M.(1993)／梅津祐良, 成田攻, 横山哲夫訳(2011). *コンピテンシー・マネジメントの展開 完訳版*. 生産性出版.
- 鈴木ゆず, 前川順子, 宮本和奈, 小野まい, 谷口郁子, 長町千里, 高田まり子. (2010). 外来で継続的な看護支援を行う看護師のコンピテンシー. *日本看護学会論文集, 成人看護 II*, 40, 257-259.
- 田川まさみ, 田邊政裕. (2006). コンピテンス基盤型教育. *千葉医学*, 82, 299 - 304.
- 田川まさみ. (2013). コンピテンシー、コンピテンシーの歴史、概念、理論. 田邊政裕編著. *アウトカム基盤型教育の理論と実践*. 篠原出版新社.
- 高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子, 川田綾子. (2011). 看護実践能力に関する概念分析: 国外文献のレビューを通して. *日本看護研究学会雑誌*, 34(4), 103-109.
- 武村雪絵編. (2014). *看護管理に活かすコンピテンシー*. メヂカルフレンド社.
- 田中久美子. (2015). 日本の専門看護師が役割を獲得するまでの内面的成長プロセス. *日本看護研究学会雑誌*, 38(1), 127-137.
- Ten Cate, O.(2005). Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*, 39, 1176-1177.
- The CoBaTrICE Collaboration. (2006). Development of core competencies for an international training programme in intensive care medicine. *Intensive Care Medicine*, 32, 1371-1383.
- 虎の門病院看護部. (2013). *看護管理者のコンピテンシー・モデル 開発から運用まで*. 医学書院.
- 上田礼子編. (2006). *看護大学・大学院教育の到達目標 (コンピテンシー)*. 多賀出版.

- 梅田恵. (2007). がん看護におけるスペシャリストとのハーモニー チーム医療を支える、新たな機能としてのがん看護専門看護師の模索. *日本がん看護学会誌*, 21(2), 134-135.
- 卯野木健. (2009). 【AACN synergy model for patient care】AACN synergy model for patient care とは よりよい看護実践と CNS に必要な能力. *看護研究*, 42(3), 207-216.
- Vaughn,S., Schumm,J.S., Sinagub,J.M (1996). *Focus Group Interviews in Education and Psychology*. SAGE Publications.
- Wangensteen.S.,Johansson.I.S.,Nordstrom.G.(2014). Nurse competence scale- psychometric testing in a Norwegian. *Nurs Educ pract*,12,1-8.
- ウィリアム・マーサー社. (2000). *実践 Q&A 戦略人材マネジメント*. 東洋経済新報社.
- 山根俊恵, 東美奈子, 草地仁史, 南迫裕子, 川村修司, 高田久美. (2010). 精神科認定看護師のコンピテンシーに関する研究. *日本精神科看護学会誌*, 53(1), 27-38.
- 横矢ゆかり, 百瀬由美子. (2014). 看護職の自己評価に焦点を当てた介護老人保健施設における終末期ケアの質評価指標の開発. *日本看護研究学会雑誌*, 37 (4), 31-43.

資 料

- 資料 1 研究対象者の紹介依頼文書
- 資料 2 研究協力依頼文書
- 資料 3 研究への参加協力説明書
- 資料 4 研究協力同意書_本人控
- 資料 5 研究協力同意書_研究者控
- 資料 6 フォーカス・グループ・ディスカッションの手引き
- 資料 7 FGD 検討資料_CCNS の直接ケアコンピテンシー案
- 資料 8 研究対象者の紹介依頼文書
- 資料 9 研究協力依頼文書
- 資料 10 研究参加協力説明書
- 資料 11 第 1 回目調査票
- 資料 12 第 2 回目調査票

研究対象者の紹介のご依頼

施設名称()
様

札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻
博士後期課程実践看護学分野 菅原 美樹

平素よりお世話になっております。

現在、私はクリティカルケア看護(急性・重症患者看護)の専門看護師の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発する研究に取り組んでおります。作成した CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案を検討するために、フォーカス・グループ・ディスカッションに参加していただける 5 年以上の臨床実践経験を持つ CCNS を探しています。

そこで、〇〇様には、対象候補者を 2 名ご紹介していただきたく、お願い申し上げます。また、ご紹介いただいた 2 名の対象候補者には、研究者名を伏せて、以下の内容をメール等でお伝え頂きたく存じます。お手数をおかけいたしますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

- ☐ 日本のクリティカルケア看護(急性・重症患者看護)の専門看護師の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発するために、フォーカス・グループ・ディスカッションに参加して頂ける対象者を探しています。
- ☐ CCNS として 5 年以上の臨床実践経験がある対象者を募集しています。
- ☐ フォーカス・グループ・ディスカッションの場所は、東京都内の会議室で 2 時間程度を予定しています。日時は対象者決定後に調整します。研究協力者には交通費と謝礼が支払われます。
- ☐ 研究に興味・関心があり、協力の意思がある場合は、下記のアドレスにメールで連絡してください。

Email 送信先: 1875301@st.scu.ac.jp

件 名: 研究協力

本 文: 氏名と所属施設名 を記載

- ☐ メール送信後、3 日以内に研究者から研究に関する詳細な連絡をいたします。

資料 2 研究協力依頼文書

平成 年 月 日

施設名称 ()
様

札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻
博士後期課程実践看護学分野
菅原 美樹

クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー評価指標の開発に関する
研究への参加協力をお願い

謹啓

〇〇の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、大学院博士後期課程において、クリティカルケア看護専門看護師（以下、CCNS とする）の直接ケアコンピテンシー評価指標の開発に関する研究に取り組んでおります。

この度は、本研究に関心をお寄せ下さり、誠にありがとうございます。

現在、高度急性期を担う病院は、急性期患者に対して状態の早期安定化に向けた診療密度の濃い医療を提供する機能が求められており、CCNS には医師を含む多職種と連携し、その卓越した看護実践能力をより一層、発揮することが期待されています。しかしその一方では、実践力の強化、修了時のコンピテンシーの明確化、質の担保と量のバランスの確保など、教育上の課題があることも事実です。

そこで、CCNS が高度実践看護師として、その実践力を強化し、期待される役割を果たすには、CNS の中心的な能力に位置付けられている直接的臨床実践に焦点化した CCNS の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発する必要があると考えました。そのための前段階の研究として、作成した「CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案」を検討し、修正・洗練させるためにフォーカス・グループ・ディスカッションを実施したく、ご協力をお願いしたく存じます。

別添の研究説明書をご覧いただき、本研究の趣旨と依頼内容をご理解のうえご協力いただけます場合は、「フォーカス・グループ・ディスカッションに協力する」ことを明記のうえ、下記研究者の E-mail にご連絡をお願いいたします。また、5 年以上の臨床実践経験のある CCNS 2 名を対象候補者としてご紹介いただけますと幸いです。

ご多忙中、誠に勝手なお願いではございますが、ご協力を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。研究内容についてご不明な点がございましたら、下記研究者までご連絡ください。

謹白

【研究内容に関する問い合わせ先】

研究者：札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻 博士後期課程実践看護学分野

菅原 美樹 E-mail:1875301@st.scu.ac.jp

連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目 札幌市立大学大学院看護学研究科

研究指導教員：札幌市立大学大学院 看護学研究科

特任教授 中村恵子 E-mail:k.nakamura@scu.ac.jp

連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目 札幌市立大学大学院看護学研究科

【研究倫理に関する問い合わせ先】

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会

連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目 札幌市立大学桑園事務局気付

電話番号：011-726-2500 FAX：011-726-2506

平成 年 月 日

施設名称（ ）
様

札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻
博士後期課程実践看護学分野
菅原 美樹

研究への参加協力に関する説明書

1. 研究課題

クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー評価指標の開発
—フォーカス・グループ・ディスカッションによる CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案
の妥当性と信用性の検討—

2. 研究目的・意義

本研究の目的は、クリティカルケア看護専門看護師（以下、CCNS とする）の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発することである。今回は、文献検討により作成した CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案を検討し、修正・洗練させることを目的としています。

本研究によって日本独自の CCNS の卓越した実践における直接ケアコンピテンシーを明確にすることができ、その評価指標は、CCNS および CCNS をめざす大学院生が自身のコンピテンシーの獲得状況を自己評価し、自己研鑽するツールとして活用することが期待できます。教育機関においては、コンピテンシー評価に活用することで、大学院生のレディネスや獲得状況が把握でき、教育方法の工夫・改善に寄与できるものと考えています。

3. 研究方法

1) 研究対象者

5 年以上の臨床実践経験のある CCNS 6～8 名

2) 調査方法

方法：フォーカス・グループ・ディスカッション

日程・場所：日時・場所につきましては、後日、調整のうえ決定しましたら、別途ご連絡差
し上げます。（実施目安の月と場所を記載する予定）

時間：120 分程度を予定しています。

3) ディスカッション内容

作成した CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案について、以下の 4 点をご議論いただきます。

- ①日本の CCNS の臨床実践の現状を反映しているか？
- ②CCNS への役割期待が反映されているか？
- ③コンピテンシーの表現は適切であるか？
- ④新たなコンピテンシーとして考えられるものはないか？

4. 倫理的配慮

本研究は、札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会の承認を得て実施します。

1) 説明と同意

研究対象者に研究目的・意義、方法、研究への参加協力の自由意思、研究への参加協力の拒否権、研究結果の公表について、文書と口頭で説明し、同意を得て実施します。研究への参加協力については、一度同意をしていますがそれを撤回することができます。研究への参加協力の拒否・撤回をしても不利益が生じることはありません。また、本研究は所属する施設へは一切関与せず、業務に影響しないことを保証します。

2) プライバシーの保護と個人情報の保護

フォーカス・グループ・ディスカッションでは、同意を得てから内容をICレコーダーに録音し、必要時メモを取らせていただきます。ディスカッション時は、発言者を特定しにくいため、あらかじめ研究対象者にアルファベット記号(A・B・C・D・・・)を割り当てます。発言時はその記号を告げてからご発言くださいますようお願いいたします。尚、ディスカッションで話された内容は、終了後に口外しないことをお約束いたします。本研究で得られたデータは、秘密を厳守し、施設名や個人が特定されないように記号化して扱い、鍵付きの棚に保管します。使用するパソコンは、ネットワークに接続していないものとし、データの保管はパスワード付きの電子媒体を使用します。研究データは研究終了後、5年間保管したのち、紙媒体はシュレッダーにて裁断し、電子媒体のデータは消去し復元不可能な状態に初期化します。ただし、継続的な研究の参考資料とする場合は、研究者の責任の下13年間保管いたします。

3) 研究対象者への利益・不利益

フォーカス・グループ・ディスカッションは、対象者の業務に支障がないよう、時間・場所を調整します。ディスカッションが120分以上になる場合は、疲労度を考慮し、適宜、休憩時間を設けます。

4) 研究結果の公表方法

研究結果については、成果報告会、専門学会・専門誌等で発表する予定です。

5) 研究中・終了後の対応

フォーカス・グループ・ディスカッションについての質問や相談、研究データの閲覧を希望される場合は、下記【研究内容に関する問い合わせ先】の研究者までご連絡ください。また、倫理的に個人の権利が侵害されたときは、いつでも札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会へ申し出ることができますので、下記【研究倫理に関する問い合わせ先】にお問い合わせください。

以上、ご協力くださいますよう宜しくお願い申し上げます。

【研究内容に関する問い合わせ先】

研究者：札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻 博士後期課程実践看護学分野 菅原 美樹
連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北11条西13丁目 E-mail:1875301@st.scu.ac.jp

研究指導教員：札幌市立大学大学院 看護学研究科 特任教授 中村恵子

連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北11条西13丁目 E-mail:k.nakamura@scu.ac.jp

【研究倫理に関する問い合わせ先】

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会

連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北11条西13丁目 札幌市立大学桑園事務局気付
電話番号：011-726-2500 FAX：011-726-2506

ご本人様控

研究協力同意書

研究者 菅原 美樹 様

私は、「クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー評価指標の開発」を目的とした研究に参加協力するにあたり、研究者から説明文書に記載された以下の項目について十分説明を受け、理解しましたので、研究に協力することに同意します。

説明を受けて、理解した項目を□の中にレをご記入ください。

- ☐ 1. 研究目的・意義
☐ 2. 研究方法・FGD の所要時間
☐ 3. 自由意思による研究参加への同意と研究参加を拒否・撤回できること。拒否・撤回した場合でも協力者が不利な扱いを受けないこと。
☐ 4. プライバシーの保護と個人情報の保護
☐ 1) ディスカッション内容の録音 ☐ 許可する ☐ 許可しない
☐ 2) ディスカッション内容のメモ ☐ 許可する ☐ 許可しない
☐ 3) 個人情報の取り扱い
☐ 4) 研究データの保管と破棄の方法
☐ 5. 研究成果の公表
☐ 6. 研究者および研究指導教員の氏名、所属、連絡先

署名年月日： 平成 年 月 日 署 名： _____

説明年月日： 平成 年 月 日 研究説明者： _____

※本同意書は、研究対象者と研究者が1部ずつ保管する

【研究内容に関する問い合わせ先】

研究者：札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻 博士後期課程実践看護学分野 菅原 美樹
 連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目
 E-mail: 1875301@st.scu.ac.jp

研究指導教員：札幌市立大学大学院 看護学研究科 特任教授 中村恵子

連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目 E-mail: k.nakamura@scu.ac.jp

研究者控

研究協力同意書

研究者 菅原 美樹 様

私は、「クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー評価指標の開発」を目的とした研究に参加協力するにあたり、研究者から説明文書に記載された以下の項目について十分説明を受け、理解しましたので、研究に協力することに同意します。

説明を受けて、理解した項目を□の中にレをご記入ください。

- ☐ 1. 研究目的・意義
- ☐ 2. 研究方法・FGD の所要時間
- ☐ 3. 自由意思による研究参加への同意と研究参加を拒否・撤回できること。拒否・撤回した場合でも協力者が不利な扱いを受けないこと。
- ☐ 4. プライバシーの保護と個人情報の保護
- ☐ 1) ディスカッション内容の録音 ☐ 許可する ☐ 許可しない
- ☐ 2) ディスカッション内容のメモ ☐ 許可する ☐ 許可しない
- ☐ 3) 個人情報の取り扱い
- ☐ 4) 研究データの保管と破棄の方法
- ☐ 5. 研究成果の公表
- ☐ 6. 研究者および研究指導教員の氏名、所属、連絡先

署名年月日： 平成 年 月 日 署 名：

説明年月日： 平成 年 月 日 研究説明者：

※本同意書は、研究対象者と研究者が1部ずつ保管する

【研究内容に関する問い合わせ先】

研究者：札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻 博士後期課程実践看護学分野 菅原 美樹
 連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目
 E-mail:1875301@st.scu.ac.jp

研究指導教員：札幌市立大学大学院 看護学研究科 特任教授 中村恵子

連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目 E-mail:k.nakamura@scu.ac.jp

フォーカス・グループ・ディスカッションの手引き

1. テーマの説明(目的・意義の明確化)

CCNS の直接ケアコンピテンシー案は、

- ①日本の CCNS の臨床実践の現状を反映しているか？
- ②CCNS への役割期待が反映されているか？
- ③コンピテンシーの表現は適切であるか？
- ④新たなコンピテンシーとして考えられるものはないか？

2. FGD時の参加者の注意点の説明

- ①ICレコーダーに録音することについて説明し、同意を得る。
- ②2 人同時に話さないこと。

3. FGD 進行中のモデレーターの注意点

- ①疑問点は明確にする。
 - 「申し訳ないのですが、意味がよくわからないので、もう少し詳しく説明して頂けますか？」
 - 「例を挙げて頂けますか？」
- ②参加者全員に発言してもらえるように、意見が出しやすい雰囲気作りを行う。
 - 「違った意見があっても当然であること」
 - 「正しい答えを期待しているのではなく、参加者個々の意見を聞かせて欲しいこと」
- ③意見を一つにまとめないこと
- ④うなずきは、同意の意志表示になるため、うなずき過ぎないようにする。
- ⑤言語的表現に気をつけること。「すごいですね、それはいいですね。」
- ⑥意見が途切れても5～10 秒間待つ。

CCNSの直接ケアコンピテンシー案

直接ケアコンピテンシーとは

患者・家族・集団との関わりの中で、患者の健康問題を総合的に捉え、病態と治療を理解した専門的かつ直接的なケアの提供のために、「調整」「教育」「研究」「相談」「倫理調整」の役割機能を駆使し、早期回復の促進、生活の質の改善・向上につながる効果的な看護実践を推進する能力とする。

No	コンピテンシー項目	備考欄
1	包括的に病歴を聴取し、生理的・機能的変化の評価に必要な身体診察をする	
2	呼吸・循環・代謝機能を中心に転帰の評価に必要なデータを取得する	
3	クリティカルな病態と回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する	
4	回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する	
5	2次的合併症と自立・安全に関する潜在的なリスクを認識する	
6	患者－家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する	
7	データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて看護診断する	
8	問題に優先順位をつけるため患者・家族・他職種と協力する	
9	患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する	
10	アウトカム達成に向けて段階的な指標を設定する	
11	安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する	
12	看護スタッフとコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する	
13	安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護チーム・スタッフに説明する	
14	患者の転帰を最適化するために専門職連携の必要性を判断する	
15	患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する	
16	複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たす全人的なケアを計画する	
17	患者・家族に合わせて根拠に基づく治療・ケアを個別に調整する	
18	患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する	

19	根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する	
20	患者の転帰に焦点化したケアを実施する	
21	専門職連携および根拠に基づくケアの実践によって患者の転帰を最適化する	
22	実践の評価過程で得た情報に基づいて、診断・予測転帰・ケアを適時に変更する	
23	質の高いケアを促進する方略を特定しケアや実践を変革・発展させる	
24	薬理学的知識と技能に基づき、薬理学的介入や非薬理学的ケアを実践する	
25	病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する	
26	患者・家族の心情をとらえ、納得のいく意思決定を支援する	
27	患者・家族・医療者に生じるストレス・危機の専門知識に基づき、個別的に介入する	
28	患者・家族の意思や希望を共有し、悲嘆・霊的苦悩に対するケアを実践する	
29	患者・家族に生じるストレス・危機の専門知識に基づき、個別的に介入する	
30	呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する	
31	医療チームメンバーの臨床実践を評価する	
32	患者中心の安全で効果的・効率的・公正なケアを保証するために看護実践および組織を評価する	
33	患者への適切性を判断するためにケア、ガイドライン、プロトコルを評価する	
34	患者・家族/看護実践/医療チームにおける医療上の転帰に対するCNSの実践の効果を評価する	
35	治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する	
36	倫理的なケアが提供できる職場風土を推進する	
37	倫理原則を用いて医療チームの倫理的葛藤を調整する	
38	倫理的問題に対処できる倫理的環境の確立と維持を促進する	
39	医療者に生じるストレスや対立を調整する	
40	迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人を調整する	

41	患者の転帰を改善するために患者・家族に指導・教育する	
42	ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する	
43	医療上の転帰を改善するために患者・家族/看護スタッフ/組織における教育を調整する	
44	看護チームの成長を促進する	
45	研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する	
46	ケアや実践の質を改善する活動を通して臨床研究を推進する	
47	研究成果を看護ケアに効果的に導入する	
48	患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う	
49	個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う	
50	スペシャリティに応じたコンサルテーションをする	
51	チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する	
52	安全/質の改善/根拠に基づく実践/研究から臨床への移行に対するアプローチにおいて、専門職間の連携を促進する	
53	専門職の機能を発揮できるようにシステム構築を促進する	
54	医療チームにおける調整的役割を自覚し、リーダーシップをおよび責任能力の点で役割モデルとなる	
55	看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する	
56	コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化に努める	
57	高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する	
58	自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる	
59	専門的実践や教育活動に自発的に従事する	
60	専門的な認定資格を自発的に維持する	
61	専門的実践能力を確保するために他者評価・自己評価する	

研究対象者の紹介のご依頼

施設名称()
様

札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻
博士後期課程実践看護学分野 菅原 美樹

平素よりお世話になっております。

現在、私はクリティカルケア看護(急性・重症患者看護)の専門看護師の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発する研究に取り組んでおります。作成した CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標を検討するために、デルファイ変法による調査にご協力参いただける 5 年以上の臨床実践経験を持つ CCNS を探しています。

そこで、〇〇様には、対象候補者を 2 名ご紹介していただきたく、お願い申し上げます。また、ご紹介いただいた 2 名の対象候補者には、研究者名を伏せて、以下の内容をメール等でお伝え頂きたく存じます。お手数をおかけいたしますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

- ☐ 日本のクリティカルケア看護(急性・重症患者看護)の専門看護師の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発するために、デルファイ変法による調査に参加して頂ける対象者を探しています。
- ☐ CCNS として 5 年以上の臨床実践経験がある対象者を募集しています。
- ☐ 研究では 2 回の Web 調査とパネルミーティングを予定しています。パネルミーティングの場所は、東京都内の会議室で 2 時間程度を予定しています。日時は対象者決定後に調整します。研究協力者には交通費と謝礼が支払われます。
- ☐ 研究に興味・関心があり、協力の意思がある場合は、下記のアドレスにメールで連絡してください。

Email 送信先: 1875301@st.scu.ac.jp

件 名: 研究協力

本 文: 氏名と所属施設名 を記載

- ☐ メール送信後、3 日以内に研究者から研究に関する詳細な連絡をいたします。

2018 年 月 日

所属施設名称（ ）
様

札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻
博士後期課程実践看護学分野
菅原 美樹

デルファイ変法によるクリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー
評価指標の開発に関する研究への参加協力をお願い

謹啓

〇〇の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、大学院博士後期課程において、クリティカルケア看護専門看護師（以下、CCNS とする）の直接ケアコンピテンシー評価指標の開発に関する研究に取り組んでおります。

現在、高度急性期を担う病院は、急性期患者に対して状態の早期安定化に向けた診療密度の濃い医療を提供する機能が求められており、CCNS には医師を含む多職種と連携し、その卓越した看護実践能力をより一層、発揮することが期待されています。しかしその一方では、実践力の強化、修了時のコンピテンシーの明確化、質の担保と量のバランスの確保など、教育上の課題があることも事実です。

そこで、CCNS が高度実践看護師として、その実践力を強化し、期待される役割を果たすには、CNS の中心的な能力に位置付けられている直接的臨床実践に焦点化した CCNS の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発する必要があると考え、本研究に取り組んでおります。文献検討および CCNS を対象としたフォーカス・グループ・ディスカッションを経て作成した「CCNS の直接ケアコンピテンシー評価指標案」についてデルファイ変法を用いて検討したく、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

ご多忙中、誠に勝手なお願いではございますが、別添の研究説明書で本研究の趣旨と依頼内容、倫理的配慮についてお読みいただき、ご理解のうえご協力を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。尚、研究内容についてご不明な点がございましたら、下記研究者までご連絡ください。

謹白

【研究内容に関する問い合わせ先】

研究者：札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻 博士後期課程実践看護学分野

菅原 美樹 E-mail:1875301@st.scu.ac.jp

連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目 札幌市立大学大学院看護学研究科

研究指導教員：札幌市立大学大学院 看護学研究科

特任教授 中村恵子 E-mail:k.nakamura@scu.ac.jp

連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目 札幌市立大学大学院看護学研究科

【研究倫理に関する問い合わせ先】

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会

連絡先：〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目 札幌市立大学桑園事務局気付

電話番号：011-726-2500 FAX：011-726-2500

2018 年〇月〇日

研究への参加協力に関する説明書

1. 研究課題

デルファイ変法によるクリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー評価指標の開発

2. 研究目的と意義

本研究は、デルファイ変法によるクリティカルケア看護専門看護師(以下、CCNS とする)の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発することを目的としています。本研究によって日本独自の CCNS の卓越した実践における直接ケアコンピテンシーを明確にすることができ、その評価指標は、CCNS および CCNS をめざす大学院生が自身のコンピテンシーの獲得状況を自己評価し、自己研鑽するツールとして活用することが期待できます。教育機関においては、コンピテンシー評価に活用することで、大学院生のレディネスや獲得状況が把握でき、教育方法の工夫・改善に寄与できるものと考えています。

3. 研究方法

研究対象は、5 年以上の臨床実践経験のある CCNS とクリティカルケア看護専攻教育課程において修了生を 1 名以上輩出している教員です。

調査方法は、下記のとおりです。

1)Web 調査 1 回目

- ・対象者(パネルメンバー)の皆様は Web 調査用のアドレスとパスワードを電子メールで送付いたします。
- ・Web 調査のアドレスにアクセスしてもらい、パスワードを入力して Web 調査画面から回答いただきます。
- ・回答に要する時間は、約30分～40分です。 回答期限は 2 週間に設定させていただきます。

2)パネルミーティングへの参加

- ・パネルメンバーの皆様にご参集いただき、1回目の調査結果を集約した資料に基づいて、ご議論いただきます。ミーティングの内容は許可を得て、IC レコーダーに録音させていただきます。
- ・ミーティングに参加可能な日時を事前にパネルメンバーの皆様を確認し、参加者が最も多い日程を調整させていただきます。
- ・場所は東京都内と会議室とし、時間は 2 時間程度です。
- ・ミーティングに参加できない方には、事前にミーティング資料を郵送いたしますので、お目通しいたゞき、意見をメールにて頂戴したく存じます。
- ・ミーティング参加にかかる交通費・謝礼をお支払いいたします。

3)Web 調査 2 回目

- ・パネルメンバーの皆様は 2 回目の Web 調査用のアドレスとパスワードを電子メールで送付いたしますので、1 回目と同様の手順で Web 画面から回答いただけますと幸いです。回答期限は 2 週間に設定させていただきます。

※上記にてコンセンサスが得られない場合は、3 回目の調査にご協力いただくことがあります。

4. 倫理的配慮

- 本研究は、札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会の承認を得て、下記の倫理的配慮を遵守して研究を行います(承認番号:)。
- 本研究へのご協力は自由意思であり、ご協力の有無によって不利益を被ることはありません。
- 調査は無記名式であり、データは統計的に処理をしますので、個人が特定されることはありません。
- 回答したくないことは回答しなくてよく、途中でいつでも辞退することができます。ただし、無記名式で個人が特定できないため、回答後にデータを削除することはできないことをご了承ください。
- Web 調査画面1ページ目の「同意します」をクリックし、次のページ進んだ時点で本研究に同意が得られたとみなします。
- 回答いただいたデータはクレジット情報を扱う際に用いられる SSL (Secure Socket Layer) により暗号化されて通信されるため、第三者によるデータの閲覧や改ざんを防いだ状態で行われます。
- 収集したデータは、個人情報の取り扱いに関する認定機構【TRUSTe】から、一定の水準を満たしている認定を受けた環境で Web 上で一時保管されますが、調査期間が終わり次第速やかに、パスワード付きの電子媒体にデータを移し、Web 上のデータは速やかに削除します。
- 収集したデータは、研究者の責任の下、研究終了後 5 年間は施錠して保管し、外部へ持ち出しません。その後は、紙媒体は速やかにシュレッダーし、電子媒体のデータは消去し復元不可能な状態に初期化します。
- Web 調査の通信にかかる費用は自己負担となります。
- データは研究以外に使用しません。学会発表や論文作成においても個人を特定できるような公表は一切いたしません。
- 1 回の回答に要する時間は、30 分～40 分程度です。回答に 1 時間以上かかる場合は、一旦回答を中止してください。
- 研究結果は、看護学研究科公開発表会、専門学会・専門誌等で発表する予定です。データは本研究以外に使用することはない、成果公表時にも個人が特定されることは一切ありません。

以上、お読みいただき、ご協力いただけます場合は、下記にメールでご連絡いただけますよう
よろしくお願い申し上げます。

Email 送信先: 1875301@st.scu.ac.jp

件 名: デルファイ調査協力

文 文: 氏名と所属施設名を記載

また、ご不明な点は、お手数ですが下記にご連絡下さいますようお願い申し上げます。

【研究内容に関する問い合わせ先】

研究者:札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻 博士後期課程実践看護学分野 菅原 美樹

連絡先:〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目 E-mail:1875301@st.scu.ac.jp

研究指導教員:札幌市立大学大学院 看護学研究科 特任教授 中村恵子

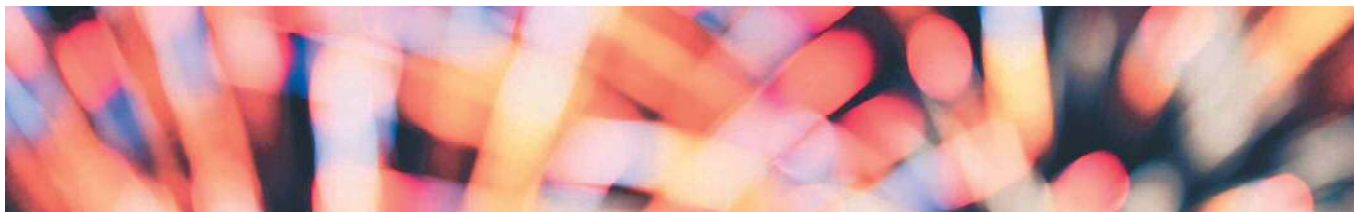
連絡先:〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目 E-mail:k.nakamura@scu.ac.jp

【研究倫理に関する問い合わせ先】

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会

連絡先:〒060-0011 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目 札幌市立大学桑園事務局気付

電話番号:011-726-2500 FAX : 011-726-2506



クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー 評価指標の開発 —第1回目調査— 本調査について

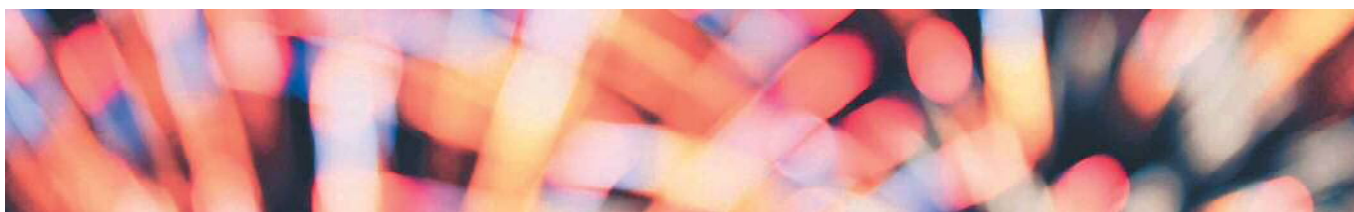
本調査に関心をお寄せいただきまして、ありがとうございます。

本研究は、クリティカルケア看護専門看護師（**CCNS**）の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発することを目的としています。

現在、高度急性期を担う病院は、急性期患者に対して状態の早期安定化に向けた診療密度の濃い医療を提供する機能が求められており、**CCNS**には医師を含む多職種と連携し、その卓越した看護実践能力をより一層、発揮することが期待されています。しかしその一方では、実践力の強化、修了時のコンピテンシーの明確化、質の担保と量のバランスの確保など、教育上の課題があることも事実です。

そこで、**CCNS**が高度実践看護師として、その実践力を強化し、期待される役割を果たすには、**CNS**の中心的な能力に位置付けられている直接的臨床実践に焦点化した**CCNS**の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発する必要があると考え、本研究に取り組んでおります。

今回、文献検討および**CCNS**を対象としたフォーカス・グループ・ディスカッションを経て作成した「**CCNS**の直接ケアコンピテンシー評価指標案」について検討したく、皆さまのご協力を賜れますよう宜しくお願い申し上げます。



クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー 評価指標の開発 —第1回目調査— 本調査への参加協力について

本研究は、札幌市立大学看護学研究科倫理審査会の承認を得て、以下の倫理的配慮を遵守して実施いたします（承認番号：No.10）。

- 本研究へのご協力は自由意思であり、ご協力の有無によって不利益を被ることはありません。
- 調査は無記名式であり、データは統計的に処理をしますので、個人が特定されることはありません。
- 回答したくないことは回答しなくてよく、途中でいつでも辞退することができます。ただし、無記名式

で個人が特定できないため、回答後にデータを削除することはできないことをご了承ください。

- ページ下の「同意します」をクリックし、次のページ進んだ時点で本研究に同意が得られたとみなします。
- 回答いただいたデータはクレジット情報を扱う際に用いられる**SSL (Secure Sockets Layer)**により暗号化されて通信されるため、第三者によるデータの閲覧や改ざんを防いだ状態で行われます。
- 収集したデータは、個人情報の取り扱いに関する認定機構【**TRUSTe**】から、一定の水準を満たしていると認定を受けた環境で**Web**上で一時保管されますが、調査期間が終わり次第速やかに、パスワード付きの電子媒体にデータを移し、**Web**上のデータは速やかに削除します。
- 収集したデータは、研究者の責任の下、研究終了後**5**年間は施錠して保管し、外部へ持ち出しません。その後は、紙媒体は速やかにシュレッダーし、電子媒体のデータは消去して復元不可能な状態に初期化します。
- データは研究以外に使用しません。学会発表や論文作成においても個人を特定できるような公表は一切いたしません。
- 研究結果は、学会および学会誌等に発表させていただきます。
- **1**回の回答に要する時間は、**30**分程度です。回答に**30**分以上かかる場合は、一旦回答を中断して**10**分程度の適度な休息を取るなどしてください。

ご不明な点は、お手数ですが下記にご連絡下さいますようお願い申し上げます。

【研究に関するお問合せ先】

研究者：菅原 美樹

札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻
博士後期課程 実践看護学分野

連絡先：E-mail:1875301@st.scu.ac.jp

〒060-0011 札幌市中央区北11条西13丁目

札幌市立大学大学院看護学研究科

研究指導教員：札幌市立大学大学院 看護学研究科

特任教授 中村恵子

連絡先：E-mail:k.nakamura@scu.ac.jp

【研究倫理に関するお問合せ先】

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会

電話番号：011-726-2500 FAX：011-726-2506

〒060-0011 札幌市中央区北11条西13丁目

札幌市立大学桑園事務局気付

*1. 以上をお読み頂き、本調査に同意していただけますか？

☐ 同意します

☐ 同意しません



クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー 評価指標の開発 —第1回目調査—

あなたについてお尋ねします。

2. あなたの臨床看護経験年数および大学院での教育経験年数を記入してください（例：15）

臨床看護経験年数

大学院教育経験年
数

3. 専門看護師、認定看護師の方は経験年数を記入してください（例：7）

専門看護師

認定看護師

※認定看護師の方
は認定看護分野を
記入して下さい。

4. あなたの最終学歴を選択してください

- ☐ 看護系大学院（修士課程）
- ☐ 看護系以外の大学院（修士課程）
- ☐ 看護系大学院（博士課程）
- ☐ 看護系以外の大学院（博士課程）

5. あなたの年代を選択してください

- ☐ 20代
- ☐ 30代
- ☐ 40代
- ☐ 50代
- ☐ 60代

6. あなたの性別を選択してください

- ☐ 男性
- ☐ 女性



クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー 評価指標の開発 —第1回目調査—

CCNSの直接ケアコンピテンシーの「適切性」についてお伺いします

◆直接ケアコンピテンシーとは、

“患者・家族・集団との関わりの中で、患者の健康問題を総合的に捉え、病態と治療を理解した専門的かつ直接的なケアの提供のために、「調整」、「教育」、「研究」、「相談」、「倫理調整」の役割機能を駆使し、早期回復の促進、生活の質の改善・向上につながる効果的な看護実践を推進する能力”。

◆適切性は「臨床現場で実際に必要なコンピテンシーであるか」という視点で、9段階のうち当てはまる回答にチェックしてください。

* 7. 看護過程の展開に関する直接ケアコンピテンシーの適切性について

必要不可欠 9 ----- 1 必要ない

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
1. 生理的・機能的変化を評価するために包括的な病歴聴取と身体診察をする	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. 現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能データを中心に取得する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. 回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 2次的合併症と自立・安全に関する潜在的なリスクを認識する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. 患者一家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
8. 患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位をつける	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10. アウトカムの達成に向けて段階的な指標を設定する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性やケア能力を分析する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12. 患者の転帰を最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護チーム・スタッフに説明する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14. 看護スタッフとコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
15．患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づき推奨されるケアを決定する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16．複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たすケアを計画する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17．患者・家族に合わせて根拠に基づくケアを個別に調整する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18．患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19．根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
20．患者の転帰に焦点化したケアを適時に実施する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21．薬理的知識と技能に基づき、薬理的介入や非薬理的ケアを実践する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
22．病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
23．病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
24．呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25．患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
26．患者・家族に生じるストレス・危機の専門知識に基づき、個別的に介入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27．患者・家族が抱く悲嘆・苦悩に対するケアを実践する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
28．診察・アセスメント・介入・評価の記録を簡潔明瞭に文書化する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29．実践の評価過程で得た情報に基づいて、診断・予測転帰・ケアを適時に変更する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
30．質の高いケアを促進する方略を特定しケアや実践を変革・発展させる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
31. 専門職連携 および根拠に基 づくケアの実践 によって患者の 転帰を最適化す る	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
32. 医療チーム メンバーの臨床 実践をフィード バックする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. 患者中心/安 全/適時/効果的/ 効率的/公正なケ アを保証するた めに患者・家族/ 看護実践/組織を 評価する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
34. 患者への適 切性を判断する ためにガイドラ イン、プロト コールを評価す る	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. 患者・家族/ 看護実践/医療 チームにおける 医療上の転帰に 対するCNSの実 践の効果を評価 する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

ご意見等がありましたらお書きください

* 8. 役割の遂行に関する直接ケアコンピテンシーの適切性について

必要不可欠 9 _____ 1 必要ない

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
36．治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
37．倫理的なケア提供を広める職場風土づくりを推進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38．医療チームメンバーに生じる倫理的葛藤を倫理原則を用いて調整する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
39．倫理的感受性を醸成させるために職場の環境を調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40．医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
41．迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人を調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42．医療上の転帰を改善するために患者・家族に指導・教育する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
43．ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44．ケアの質改善や根拠に基づく実践のために患者・家族/看護スタッフ/他職種に学習を促す	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
45．看護チームの成長を促進するために実践活動を通して教育的にかかわる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46．研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47．研究成果を看護スタッフに周知する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48．研究成果を看護ケアに効果的に導入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49．患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50．個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51．自身のサブスペシャリティに応じて看護スタッフ、他職種に対するコンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52．チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
53 . 安全/質の改善/根拠に基づく実践/研究から臨床への移行に対するアプローチにおいて、専門職間の連携を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54 . 専門職の機能を発揮できるようにシステム構築を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

55 . 医療チームにおける調整的役割を自覚し、リーダーシップおよび責任能力の点で役割モデルとなる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

ご意見がありましたらお書きください

* 9. 実践の促進に関する直接ケアコンピテンシーの適切性について

必要不可欠 9 ----- 1 必要ない

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
56．看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
57．コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化を支援する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58．高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
59．自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60．専門的実践や教育活動に自発的に従事する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
61．専門的な認定資格を自発的に維持する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62．専門的実践能力を維持・向上するために他者評価・自己評価する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

ご意見がありましたらお書きください



クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー 評価指標の開発 —第1回目調査—

次に、**CCNS**の直接ケアコンピテンシーの「難易度」についてお伺いします

◆直接ケアコンピテンシーとは、

“患者・家族・集団との関わりの中で、患者の健康問題を総合的に捉え、病態と治療を理解した専門的かつ直接的なケアの提供のために、「調整」、「教育」、「研究」、「相談」、「倫理調整」の役割機能を駆使し、早期回復の促進、生活の質の改善・向上につながる効果的な看護実践を推進する能力”。

◆難易度は「コンピテンシーとして身につけ、実施することの難しさ」という視点で、当てはまる回答にチェックしてください。

* 10. 看護過程の展開に関する直接ケアコンピテンシーの難易度について

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
1. 生理的・機能的変化を評価するために包括的な病歴聴取と身体診察をする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能のデータを中心に取得する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
5. 2次的合併症と自立・安全に関する潜在的なリスクを認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 患者－家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位を付ける	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. アウトカムの達成に向けて段階的な指標を設定する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 患者の転帰を最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
13．安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護チーム・スタッフに説明する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14．看護スタッフとコミュニケーションを取り、患者のニーズを満たすケアを判断する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15．患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16．複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たすケアを計画する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17．患者・家族に合わせて根拠に基づくケアを個別に調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18．患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19．根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20．患者の転帰に焦点化したケアを実施する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21．薬理学的知識と技能に基づき、薬理学的介入や非薬理学的ケアを実践する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
22．病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23．病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24．呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25．患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26．患者・家族に生じるストレス・危機の専門知識に基づき、個別的に介入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27．患者・家族が抱く悲嘆・苦悩に対するケアを実践する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28．診察・アセスメント・介入・評価の記録を簡潔明瞭に文書化する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29．実践の評価過程で得た情報に基づいて、診断・予測転帰・ケアを適時に変更する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
30．質の高いケアを促進する方略を特定しケアや実践を変革・発展させる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31．専門職連携および根拠に基づくケアの実践によって患者の転帰を最適化する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32．医療チームメンバーの臨床実践をフィードバックする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33．患者中心/安全/適時/効果的/効率的/公正なケアを保証するために患者・家族/看護実践/組織を評価する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34．患者への適切性を判断するためにガイドライン、プロトコルを評価する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35．患者・家族/看護実践/医療チームにおける医療上の転帰に対するCNSの実践の効果を評価する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ご意見がありましたらお書きください

* 11. 役割の遂行に関する直接ケアコンピテンシーの難易度について

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
36．治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37．倫理的なケア提供を広める職場風土づくりを推進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38．医療チームメンバーに生じる倫理的葛藤を倫理原則に基づき調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39．倫理的感受性を醸成させるために職場の環境を調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40．医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41．迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人を調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42．医療上の転帰を改善するために患者・家族に指導・教育する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43．ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
44．ケアの質改善や根拠に基づく実践のために患者・家族/看護スタッフ/他職種に学習を促す	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45．看護チームの成長を促進するために実践活動を通して教育的にかかわる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46．研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47．研究成果を看護スタッフに周知する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48．研究成果を看護ケアに効果的に導入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49．患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50．個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51．自身のサブスペシャリティに応じて看護スタッフ、他職種に対するコンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
52. チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. 安全/質の改善/根拠に基づく実践/研究から臨床への移行に対するアプローチにおいて、専門職間の連携を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. 専門職の機能を発揮できるようにシステム構築を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. 医療チームにおける調整的役割を自覚し、リーダーシップおよび責任能力の点で役割モデルとなる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ご意見がありましたらお書きください

* 12. 実践の促進に関する直接ケアコンピテンシーの難易度について

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
56．看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57．コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化を支援する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58．高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59．自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60．専門的実践や教育活動に自発的に従事する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61．専門的な認定資格を自発的に維持する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62．専門的実践能力を維持・向上するために他者評価・自己評価する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ご意見がありましたらお書きください



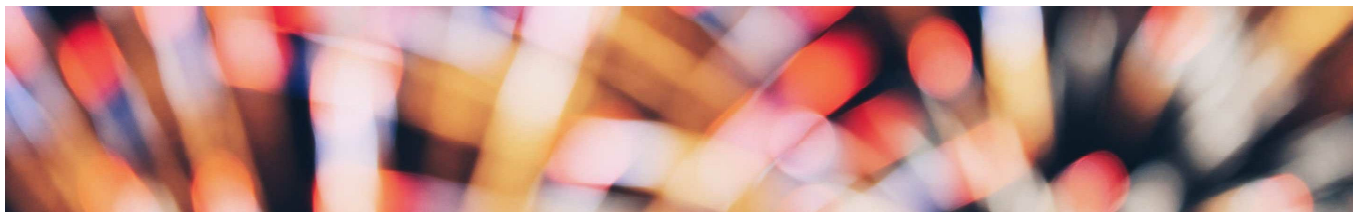
クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー 評価指標の開発

ー第1回目調査ー

第1回目の調査はこれで終了です。

お忙しい中、アンケートにご協力いただきまして、心より感謝申し上げます。
集計でき次第、第2回目の調査を、実施いたしますので、引き続きご協力の程、
どうぞよろしくお願い申し上げます。

完了ボタンをクリックしてください。



クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー 評価指標の開発 －第2回目調査－ 本調査について

本調査にご協力いただきまして、ありがとうございます。

本研究は、クリティカルケア看護専門看護師（CCNS）の直接ケアコンピテンシーの評価指標を開発することを目的としています。

第1回目の調査に引き続き、第2回目の調査を行います。

今回は、パネルミーティングの結果を受けて、検討・修正した項目で調査を実施いたします。

修正した項目は、**赤字**で示しています。

ご協力の程、どうぞ宜しくお願い申し上げます。



クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー 評価指標の開発 －第2回目調査－ 本調査への参加協力について

本研究は、札幌市立大学看護学研究科倫理審査会の承認を得て、以下の倫理的配慮を遵守して実施いたします（承認番号：No.1-②）。

- 本研究へのご協力は自由意思であり、ご協力の有無によって不利益を被ることはありません。
- 調査は無記名式であり、データは統計的に処理をしますので、個人が特定されることはありません。
- 回答したくないことは回答しなくてよく、途中でいつでも辞退することができます。ただし、無記名式で個人が特定できないため、回答後にデータを削除することはできないことをご了承ください。
- ページ下の「同意します」をクリックし、次のページ進んだ時点で本研究に同意が得られたとみなします。
- 回答いただいたデータはクレジット情報を扱う際に用いられるSSL（Secure Sockets Layer）により暗

号化されて通信されるため、第三者によるデータの閲覧や改ざんを防いだ状態で行われます。

- 収集したデータは、個人情報の取り扱いに関する認定機構【TRUSTe】から、一定の水準を満たしていると認定を受けた環境でWeb上で一時保管されますが、調査期間が終わり次第速やかに、パスワード付きの電子媒体にデータを移し、Web上のデータは速やかに削除します。
- 収集したデータは、研究者の責任の下、研究終了後5年間は施錠して保管し、外部へ持ち出しません。その後は、紙媒体は速やかにシュレッダーし、電子媒体のデータは消去して復元不可能な状態に初期化します。
- データは研究以外に使用しません。学会発表や論文作成においても個人を特定できるような公表は一切いたしません。
- 研究結果は、学会および学会誌等に発表させていただきます。
- 1回の回答に要する時間は、30分程度です。回答に30分以上かかる場合は、一旦回答を中断して10分程度の適度な休息を取るなどしてください。

ご不明な点は、お手数ですが下記にご連絡下さいますようお願い申し上げます。

【研究に関するお問合せ先】

研究者：菅原 美樹

札幌市立大学大学院 看護学研究科看護学専攻
博士後期課程 実践看護学分野

連絡先：E-mail:1875301@st.scu.ac.jp

〒060-0011 札幌市中央区北11条西13丁目

札幌市立大学大学院看護学研究科

研究指導教員：札幌市立大学大学院 看護学研究科

特任教授 中村恵子

連絡先：E-mail:k.nakamura@scu.ac.jp

【研究倫理に関するお問合せ先】

札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会

電話番号：011-726-2500 FAX：011-726-2506

〒060-0011 札幌市中央区北11条西13丁目

札幌市立大学桑園事務局気付

* 1. 以上をお読み頂き、本調査に同意していただけますか？

☐ 同意します

☐ 同意しません



クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー 評価指標の開発 －第2回目調査－

CCNSの直接ケアコンピテンシーの「適切性」についてお伺いします

◆直接ケアコンピテンシーとは、

“患者・家族・集団との関わりの中で、患者の健康問題を総合的に捉え、病態と治療を理解した専門的かつ直接的なケアの提供のために、「調整」、「教育」、「研究」、「相談」、「倫理調整」の役割機能を駆使し、早期回復の促進、生活の質の改善・向上につながる効果的な看護実践を推進する能力”。

◆適切性は「臨床現場で実際に必要なコンピテンシーであるか」という視点で、9段階のうち当てはまる回答にチェックしてください。

* 2. 看護過程の展開に関する直接ケアコンピテンシーの適切性について

必要不可欠 9 _ _ _ _ _ 1 必要ない

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
1. 生理的・機能的変化を評価するために包括的な病歴聴取と身体診察をする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能データを中心に取得する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
4. 回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 2次的合併症と自立・安全に関する潜在的な問題を認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 患者一家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位をつける	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観に見合ったアウトカムを決定する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. アウトカムの達成に向けて段階的な指標を設定する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性やケア能力を分析する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
12. アウトカム を最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を 看護師 や看護チームに説明する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 看護師 とコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. 患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づき推奨されるケアを決定する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. 複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たすケアを計画する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. 患者・家族に合わせて根拠に基づくケアを個別に調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. 患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. 根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
20．患者の 予測される 転帰に焦点化したケアを適時に実施する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21．薬理学的知識と技能に 基づく ケアと非薬理学的ケアを実践する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
22．病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23．病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
24．呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25．患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
26． ストレス・危機状況にある患者・家族に 専門知識に基づき介入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27．患者・家族が抱く悲嘆・苦悩に対するケアを実践する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
28． 簡潔明瞭に 身体診察・アセスメント・介入・評価の記録を文書化する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
29. 実践の評価過程で得た情報に基づき、 適時に問題・予測される 転帰・ケアを変更する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
30. ケアの評価に基づき、よりよい ケアを促進する方略を特定し、実践を変革・発展させる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. 根拠に基づく ケアと 専門職連携 によって、 患者の最適なアウトカムを確認する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
32. 医療チームメンバーにおける臨床実践の 効果を協議する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. 患者中心/安全/適時/効果的/効率的/公正なケアを保証するために患者・家族/看護実践/組織を 評価する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
34. 患者への適切性を判断するためにガイドライン、プロトコルを評価する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. 患者・家族/ 医療チームにおけるCNS自身の実践 の効果を評価する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

ご意見等がありましたらお書きください

* 3. 役割の遂行に関する直接ケアコンピテンシーの適切性について

必要不可欠 9 _ _ _ _ _ 1 必要ない

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
36．治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
37．倫理的なケア提供を広める職場風土づくりを推進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38．医療チームメンバーに生じる倫理的葛藤を倫理原則を用いて調整する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
39．倫理的感受性を醸成させるために職場の環境を調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40．医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
41．迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人材・チームを調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42．患者の状態変化に応じて患者・家族に指導・教育を調整する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
43．ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44．ケアの質改善や根拠に基づく実践のために患者・家族/看護師/他職種に学習を促す	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45．看護チームの成長を促進するために実践活動を通して教育的にかかわる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46．研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47．研究成果を看護師に周知する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48．研究成果を看護ケアに効果的に導入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49．患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50．個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
51．自身のサブ スペシャリティ に応じて 看護 師 、他職種に対 するコンサル テーションを行 う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52．チームとし て機能するよう に他職種の専門 性の尊重と理解 を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53． 研究と臨床 実践との協働に おいて 専門職間 の連携を促進す る	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54．専門職の機 能を発揮できる ように 院内のシ ステム構築 を促 進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55．医療チーム における 調整的 役割とリーダー シップにおい て 役割モデルと なる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ご意見がありましたらお書きください

* 4. 実践の促進に関する直接ケアコンピテンシーの適切性について

必要不可欠 9 ----- 1 必要ない

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
56．看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57．コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化を支援する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58．高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59．自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60．専門的実践や教育活動に自発的に従事する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61．専門的な認定資格を自発的に維持する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62．専門的実践能力を維持・向上するために他者評価・自己評価する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ご意見がありましたらお書きください



クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー 評価指標の開発 －第2回目調査－

次に、**CCNS**の直接ケアコンピテンシーの「難易度」についてお伺いします

◆直接ケアコンピテンシーとは、

“患者・家族・集団との関わりの中で、患者の健康問題を総合的に捉え、病態と治療を理解した専門的かつ直接的なケアの提供のために、「調整」、「教育」、「研究」、「相談」、「倫理調整」の役割機能を駆使し、早期回復の促進、生活の質の改善・向上につながる効果的な看護実践を推進する能力”。

◆難易度は「コンピテンシーとして身につけ、実施することの難しさ」という視点で、当てはまる回答にチェックしてください。

* 5. 看護過程の展開に関する直接ケアコンピテンシーの難易度について

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
1. 生理的・機能的変化を評価するために包括的な病歴聴取と身体診察をする	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. 現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能のデータを中心に取得する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. 回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
5. 2次的合併症と自立・安全に関する潜在的な問題を認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 患者－家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位を付ける	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. アウトカムの達成に向けて段階的な指標を設定する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. アウトカム を最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
13．安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を 看護師 ・看護チームに説明する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14． 看護師 とコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15．患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16．複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たすケアを計画する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17．患者・家族に合わせて根拠に基づくケアを個別に調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18．患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19．根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20．患者の 予測される 転帰に焦点化したケアを実施する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
21．薬理学的知識と技能に 基づくケア と薬理的介入や非薬理的ケアを実践する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22．病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23．病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24．呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を実践する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25．患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26． ストレス・危機状況にある患者・家族 に専門知識に基づき介入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27．患者・家族が抱く悲嘆・苦悩に対するケアを実践する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28． 簡潔明瞭に身体 診察・アセスメント・介入・評価の記録を文書化する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
29. 実践の評価過程で得た情報に基づき、 適時に問題・予測される 転帰・ケアを変更する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. ケアの評価に基づき、よりよい ケアを促進する方略を特定し、実践を変革・発展させる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. 根拠に基づく ケアと専門職連携によって、 患者の最適なアウトカムを確認する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. 医療チームメンバーにおける 臨床実践の効果 を協議する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. 患者中心/安全/適時/効果的/効率的/公正なケアを保証するために患者・家族/看護実践/組織を評価する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. 患者への適切性を判断するためにガイドライン、プロトコルを評価する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. 患者・家族/ 医療チームにおけるCNS自身の実践 の効果を評価する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ご意見がありましたらお書きください

* 6. 役割の遂行に関する直接ケアコンピテンシーの難易度について

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
36．治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37．倫理的なケア提供を広める職場風土づくりを推進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38．医療チームメンバーに生じる倫理的葛藤を倫理原則に基づき調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39．倫理的感受性を醸成させるために職場の環境を調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40．医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41．迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人材・チームを調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42．患者の状態変化に応じて患者・家族に指導・教育を調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43．ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
44．ケアの質改善や根拠に基づく実践のために患者・家族/ 看護師 /他職種に学習を促す	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45．看護チームの成長を促進するために実践活動を通して教育的にかかわる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46．研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47．研究成果を看護スタッフに周知する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48．研究成果を看護ケアに効果的に導入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49．患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50．個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51．自身のサブスペシャリティに応じて 看護師 、他職種に対するコンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
52. チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. 研究と臨床実践との協働において専門職間の連携を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. 専門職の機能を発揮できるように院内のシステム構築を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. 医療チームにおける調整的役割とリーダーシップにおいて役割モデルとなる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ご意見がありましたらお書きください

* 7. 実践の促進に関する直接ケアコンピテンシーの難易度について

	とても難しい	やや難しい	やや簡単	とても簡単
56．看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57．コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化を支援する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58．高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59．自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60．専門的実践や教育活動に自発的に従事する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61．専門的な認定資格を自発的に維持する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62．専門的実践能力を維持・向上するために他者評価・自己評価する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ご意見がありましたらお書きください



クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー 評価指標の開発 －第2回目調査－

最後に、直接ケアコンピテンシーの習得が望ましい時期についてお伺いします。

◆直接ケアコンピテンシーとは、

“患者・家族・集団との関わりの中で、患者の健康問題を総合的に捉え、病態と治療を理解した専門的かつ直接的なケアの提供のために、「調整」、「教育」、「研究」、「相談」、「倫理調整」の役割機能を駆使し、早期回復の促進、生活の質の改善・向上につながる効果的な看護実践を推進する能力”。

入学前：教育課程入学前の時期

在学中：入学後から修了までの時期

修了後：教育課程修了から数年経過した時期

* 8. 直接ケアコンピテンシーについて習得が望ましい時期

	入学前	在学中	修了後
1. 生理的・機能的変化を評価するために包括的な病歴聴取と身体診察をする	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. 現状評価と転帰の評価をするために呼吸・循環・代謝・中枢神経・認知機能のデータを中心に取得する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 回復に影響を及ぼす可能性のある併存疾患を認識する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

	入学前	在学中	修了後
4. 回復に影響を及ぼす可能性のある心理社会的問題の存在を認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 2次の合併症と自立・安全に関する潜在的な問題を認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 患者－家族および家族間の関係性やダイナミクスを認識する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. データを解釈・統合して全体像を把握し、批判的思考を用いて問題を明確にする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 患者・家族・他職種と協力して、問題に優先順位を付ける	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 患者・家族・他職種と協力して患者の現状、潜在能力、価値観、環境に見合ったアウトカムを決定する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. アウトカムの達成に向けて段階的な指標を設定する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 安全で最適なケアを提供するために看護チームの特性・ケア能力を分析する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	入学前	在学中	修了後
12．アウトカム △を最適化するために専門職連携および根拠に基づくケアの適用を判断する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13．安全で最適なケアについてCNSの思考と判断を看護師・看護チームに説明する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14．看護師とコミュニケーションをとり、患者のニーズを満たすケアを判断する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15．患者の転帰を最適化または改善するために根拠に基づく推奨されるケアを決定する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16．複雑な患者・家族の多面的なニーズを満たすケアを計画する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17．患者・家族に合わせて根拠に基づくケアを個別に調整する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18．患者・家族、他職種と協力してケア計画の実施を個別に調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19．根拠に基づく臨床ガイドラインやケアを特定の患者に適合させて実施する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

	入学前	在学中	修了後
20．患者の 予測される 転帰に焦点化したケアを実施する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21．薬理学的知識と技能に 基づくケア と薬理的介入や非薬理的ケアを实践する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22．病態の専門知識と技能に基づき、安全と自立を考慮したセルフケアを支援する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23．病態の専門知識と技能に基づき、治療に伴う苦痛を緩和する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24．呼吸循環の専門知識と技能に基づき、予測性のある呼吸循環管理を实践する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25．患者・家族の心情をとらえた意思決定を支援する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26． ストレス・危機状況にある患者・家族に 専門知識に基づき介入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27．患者・家族が抱く悲嘆・苦悩に対するケアを实践する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	入学前	在学中	修了後
28．簡潔明瞭に 身体診察・アセ スメント・介 入・評価の記録 を文書化する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29．実践の評価 過程で得た情報 に基づき、適時 に問題・予測さ れる転帰・ケア を変更する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30．ケアの評価 に基づき、より よいケアを促進 する方略を特定 し、実践を変 革・発展させる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31．根拠に基づ くケアと専門職 連携によって患 者の最適なアウ トカムを確認す る	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32．医療チーム メンバーにおけ る臨床実践の効 果を協議する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33．患者中心/安 全/適時/効果的/ 効率的/公正なケ アを保証するた めに患者・家族/ 看護実践/組織を 評価する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34．患者への適 切性を判断する ためにガイドラ イン、プロト コールを評価す る	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35．患者・家 族/医療チーム におけるCNS自 身の実践の効果 を評価する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	入学前	在学中	修了後
36．治療や終末期ケアにおいて倫理的意思決定ができるように患者・家族・医療者を調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37．倫理的なケア提供を広める職場風土づくりを推進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38．医療チームメンバーに生じる倫理的葛藤を倫理原則に基づき調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39．倫理的感受性を醸成させるために職場の環境を調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40．医療チームメンバーに生じる対立やストレスを調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41．迅速かつ円滑に最適なケアを提供するために業務・人材・チームを調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42．患者の状態変化に応じて患者・家族の指導・教育を調整する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43．ケアの質改善や根拠に基づく実践のために必要な教育を組織内で企画・運営する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	入学前	在学中	修了後
44．ケアの質改善や根拠に基づく実践のために患者・家族/ 看護師 /他職種に学習を促す	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45．看護チームの成長を促進するために実践活動を通して教育的にかかわる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46．研究成果の看護ケアや実践への活用可能性を分析する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47．研究成果を 看護師 に周知する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48．研究成果を看護ケアに効果的に導入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49．患者のアウトカムを達成するために必要な資源を導入するためのコンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50．個々の患者のケアに関する専門的コンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51．自身のサブスペシャリティに応じて 看護師 、他職種に対するコンサルテーションを行う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52．チームとして機能するように他職種の専門性の尊重と理解を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	入学前	在学中	修了後
53．研究と臨床実践との協働において専門職間の連携を促進する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
54．専門職の機能を発揮できるように院内のシステム構築を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55．医療チームにおける調整的役割とリーダーシップにおいて役割モデルとなる	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
56．看護管理者との有益なコミュニケーションによって役割の相互理解を促進する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57．コミュニケーションを駆使して患者・家族－看護師の相互関係の深化を支援する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
58．高いコミュニケーションスキルを用いて医療チームの対人関係問題に介入する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59．自己研鑽し、専門的なパフォーマンスを向上させる	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
60．専門的実践や教育活動に自発的に従事する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61．専門的な認定資格を自発的に維持する	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

入学前

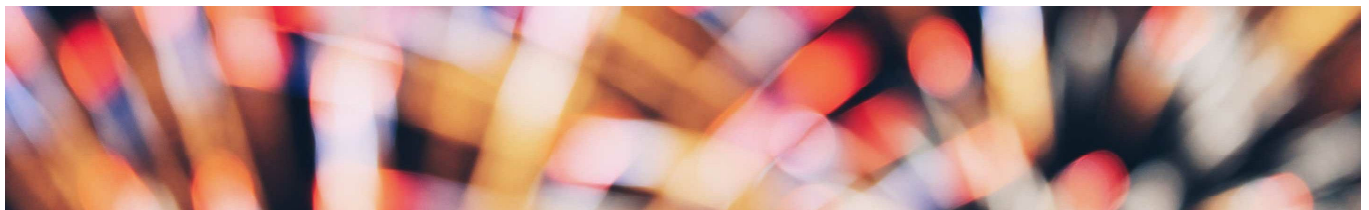
在学中

修了後

62．専門的実践
能力を維持・向
上するために他
者評価・自己評
価する



ご意見がありましたらお書きください



クリティカルケア看護専門看護師の直接ケアコンピテンシー 評価指標の開発

－第2回目調査－

第2回目の調査はこれで終了です。

お忙しい中、調査にご協力いただきまして、心より感謝申し上げます。
今回の結果で、皆様から適切性についてコンセンサスが得られた場合は、これ
で調査は終了となります。

最後に、完了ボタンをクリックしてください。