

2012 年度 聖路加看護大学大学院博士論文

論文題目

がん看護における
協働的コンサルテーション尺度の開発

Development of Collaborative Consultation Instrument
in Cancer Nursing

氏名 梅田恵

第1章 序論	1
I. 諸言	1
II. 研究目的	4
III. 研究意義	4
第2章 文献検討	5
I. 看護におけるコンサルテーションの理解	5
II. 高度実践看護の役割拡大	8
III. がん看護におけるコンサルテーションの評価	10
第3章 予備研究	12
I. 目的と研究方法	12
II. 結果	12
1. 対象の背景	12
2. コンサルテーションについてのコード内容の抽出	13
3. コンサルテーションの過程のカテゴリ化	16
4. コンサルテーションの困難の内容のカテゴリ化	17
5. コンサルテーションを推進する内容のカテゴリ化	18
III. 本研究への示唆	19
1. がん看護におけるコンサルテーションの過程の特徴	19
2. がん看護におけるコンサルテーションの過程と困難について	20
IV. 結論	21
第4章 研究方法	22
I. 研究デザイン	22
II. 測定用具の開発	22
1. 協働的コンサルテーション尺度の開発	22
2. 痛みの知識尺度	27
3. 緩和ケアの困難感尺度	27
4. 専門職的自律性尺度	28
5. 基本データ	29
III. 質問紙の表面妥当性の検証	29

IV.	研究対象者	30
V.	データ収集期間.....	31
VI.	調査方法.....	31
VII.	分析方法.....	32
VIII.	倫理的配慮	32
第5章	結果	34
I.	対象者の属性	34
1.	がん看護についての背景	34
2.	施設の特性	36
3.	活動背景.....	37
4.	がん看護専門看護師.....	37
5.	痛みの知識尺度の傾向	39
6.	緩和ケア困難感尺度の傾向	39
7.	専門職的自律性尺度の傾向.....	39
II.	項目分析.....	40
III.	構成概念妥当性の検証.....	44
1.	探索的因子分析.....	44
2.	下位尺度の命名.....	46
3.	確認的因子分析.....	47
IV.	信頼性の検証.....	47
V.	併存的妥当性の検証	50
1.	各尺度の合計得点の看護師とがん看護専門看護師の平均値の差	50
2.	尺度間相関	52
VI.	臨床的妥当性の検証.....	54
1.	協働的コンサルテーション尺度の各項目での看護師・がん看護専門看護師の平均値の差	54
2.	がん看護専門看護師の組織上の位置づけによる協働的コンサルテーション尺度の平均値の差	55
3.	協働的コンサルテーションの合計得点と属性の関係	58
第6章	考察	59

I. 協働的コンサルテーション尺度の信頼性と妥当性.....	59
II. がん看護における協働的コンサルテーションの構成概念.....	60
III. 痛みの知識尺度における測定の適切性について.....	61
IV. がん看護における協働的コンサルテーション尺度の使用について.....	62
V. 研究の限界と今後の方向性.....	63
第7章 結論	65
参考文献.....	エラー! ブックマークが定義されていません。

図表目次

表 1: コンサルテーションの内容(看護師)	14
表 2: コンサルテーションの内容(がん看護専門看護師)	15
表 3: がん看護におけるコンサルテーションの過程	16
表 4: コンサルテーションについての困難の内容(看護師)	17
表 5: コンサルテーションについての困難の内容(がん看護専門看護師)	17
表 6: コンサルテーションを推進する内容(看護師)	18
表 7: コンサルテーションを推進する内容(がん看護専門看護師)	19
表 8: 協働的コンサルテーション尺度の下位項目候補と精選項目	24
表 8(続き): 協働的コンサルテーション尺度の下位項目候補と精選項目	25
表 9: 協働的コンサルテーション尺度の下位項目候補(50 項目)	26
表 10: 対象者の属性(1)	34
表 11: 対象者の属性(2)	34
表 12: がん看護についての背景	35
表 13: 施設の特徴	36
表 14: 活動背景	37
表 15: がん看護専門看護師認定後の年数とコンサルテーション対応数	38
図 1: 対象がん看護専門看護師と全がん看護専門看護師の年別認定者数	38
図 2: がん看護専門看護師のコンサルテーション対応数	39
表 16: 看護師とがん看護専門看護師の各尺度の平均値の差	40
表 17: 項目分析の結果	42
表 17(続き): 項目分析の結果	43
表 18: 因子分析(最尤法、プロマックス回転)の結果	45
表 19: 最終因子分析(最尤法、プロマックス回転)、信頼係数の結果	48
図 3: モデル適合度	49
表 20: 看護師とがん看護専門看護師の各尺度の合計得点/正解数	51
表 21: 尺度間の Pearson の相関係数	52
図 4: 協働的コンサルテーション尺度と緩和ケアの困難感尺度の合計得点の散布図	53
図 5: 協働的コンサルテーション尺度と専門職的自律性尺度の合計得点の散布図	53

表 22: 看護師とがん看護専門看護師の協働的コンサルテーション尺度の平均値の差	55
表 23: がん看護専門看護師の組織上の位置づけによる 協働的コンサルテーション尺度の平均値の差.....	57
表 24: 下位尺度への影響要因	58

資料目次

資料 1: 質問紙.....	i
資料 2: メーリングリストへの依頼文	viii
資料 3: 研究協力依頼書	x
資料 4: 研究の説明文	xi
資料 5: 研究実施許可書	x iv
資料 6: 看護師への研究協力のお願い.....	x v

第1章 序論

1. 諸言

がん医療は日々進歩し、高齢化や治療の長期化、治療や療養の場の多様化を背景に、意思決定支援、がん治療やがんの進行に伴う症状マネジメントは、ますます複雑になってきている。日本では、2007年に施行されたがん対策基本法 [総務省, 2006]のもと、がん診療連携拠点病院の整備やがんの診断期からの緩和ケアへの取り組み、集学的がん治療や緩和ケアを包括できる地域資源も含めたネットワークの構築など、さまざまな改革が進行中である。特に、がん対策推進基本計画では、緩和ケアを重視する世界的な動向 [Smith, 2012]や患者の声 [がん患者団体支援機構, 2007]を反映し、がん治療と緩和ケアが調和して提供できる体制が求められている [厚生労働省健康局, 2007]。

多彩な経験や専門性をもつ看護師が、多様化する療養の場で、生活しながら治療を継続するがん患者を支えている。緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面している患者や家族の Quality of life (以下 QOL とする) を改善するアプローチであり [WHO, 2012]、患者の生活や尊厳を守る看護の本質的な役割と重なる。つまり、多様化する療養の場でのがん医療・緩和ケアを保証していくためには、看護師の活躍は欠くことはできない。看護師の緩和ケアに関する知識や意識の向上、そして地域の医療・介護資源を含めた緩和ケアのネットワーク構築が急がれる。

WHO (World Health Organization) や EAPC (European Association for Palliative Care) は、緩和ケアサービス提供者や場の専門性に応じた段階を「一次緩和ケア」「二次緩和ケア」「三次緩和ケア」と設定し、専門性の異なるサービス間での連携を推奨している。「一次緩和ケア」は、地域を基盤とした訪問看護や診療所・病院などの一般の医療者が提供する基本的な緩和ケアである。「二次緩和ケア」は、一次緩和ケアを提供するスタッフへのコンサルテーションや、必要に応じたより専門的な緩和を目的とした治療やケアを提供している。「二次緩和ケア」は、特化した緩和ケア教育を受け緩和ケアの専門性をもつ医療者で構成される緩和ケア病棟や緩和ケアチーム^{注1}、在宅ケアチームなどのサービスがそれにあたる。「三次緩和ケア」は、高い専門性を持ち、緩和ケ

^{注1} 緩和ケアチーム: 緩和ケアの専門性をもつ、医師・看護師・薬剤師などがチームを組み、プライマリ・ケア・チームへのコンサルテーションを行い、多くの患者・家族への緩和ケアの質の向上をめざすチームのことである。日本では 2002 年より「緩和ケア診療加算」として、このような取り組みが保険診療の対象となっている。

ア教育の提供や研究を含むより困難な状況へのサービスである [志真, 2007] [WHO, 2007] [EAPC, 2009]。この一次・二次・三次緩和ケアの連携には、一次緩和ケアの担い手であるプライマリ・ケア・スタッフやプライマリ・ケア・チームと、二次・三次緩和ケアの担い手である緩和ケアの専門性の高い医療者とのコンサルテーションや教育的な関わりが重要となる。

看護師を対象とした緩和ケア研修は、都道府県看護協会などで広く行われている [高橋, 2010]。緩和ケアに関する研修会参加者の知識や患者への関心、アセスメント力の向上についての効果は報告されているが [Gagnon,他, 2010]、[de Rond,他, 2000]、[Ger, 他, 2004]、[Adriaansen, 2008]、研修の成果が、患者アウトカムである痛みの緩和や QOL の改善につながることを確認には至っていない。また、症状マネジメントについての研修を受講していても知識や技術の自信に必ずしも繋がってはならず [宮下, 2009]、患者アウトカムの向上に貢献できる看護師教育を実現していくためには、集合教育だけではなく、臨床での体験を通して知識や経験を再認識し、実践できる自信や自律性を高めるコンサルテーションと教育が連動できる体制づくりが求められている。

看護におけるコンサルテーションは、高度実践看護師^{注2}の取り組みとして注目されている [Hamric, 1989]、[Arlene, 2009]。コンサルテーションは、高度実践看護師の活動のきっかけとなる重要な役割 [Barron, 2009]とされ、国際看護師協会の提唱する高度実践看護の機能や、Doctor of Nursing Practice の能力としても重視されている [ICN, 2001-2011]、[AACN, 2006]。しかし、コンサルテーションは、さまざまな要素が絡む複雑な現象であるため、コンサルテーション過程の在り様と患者アウトカムの関連性についての実証には至っていない。

日本では、1996 年から日本看護協会による専門看護師の認定が始まり、2012 年 5 月現在、10 分野 795 名の専門看護師が活動している。中でも、がん看護分野の認定者は 327 名と最も多い [日本看護協会, 2012]。がん医療の変革のなか、がん看護専門看護師^{注3}の配置ががん診療連携拠点病院で求められ、チーム加算などの診療報酬の算定要件にも加えられるようになった。がん対策の即戦力としてがん看護専門看護師への期待は大きく、がん看護の役割拡大のチャンスでもある。しかし一方で、認定後 5 年未満のがん看護専門看護師が 75%をしめ、高度実践看

注2 高度実践看護師 (Advanced Practice Nurse) : Clinical Nurse Specialists や Nurse Practitioners、Nurse Anesthetists、Nurse Midwives など、さまざまな名称を使っている大学院教育を受け、看護理論やエビデンスに基づく専門性の高い活動を行う認定を受けた看護師の総称である。日本における専門看護師 (Certified Nurse Specialist) も高度実践看護師に含まれる。

注3 がん看護専門看護師 (Certified Nurse Specialist in Cancer Nursing) : 看護系大学大学院でのがん看護についての専門教育を受け、日本看護協会の認定試験に合格し、がん看護専門看護師登録されている看護師である。

看護師として役割開発途上の認定者が、このがん対策における看護への期待に応えていかなければならない現状がある。新たな役割を担う専門看護師の活躍や能力の充実には、看護管理者による支援は重要である[眞嶋,他,2012]。特に、コンサルテーションにおける新たな看護師と専門看護師の関係性の構築が、組織全体の質の向上につながる専門看護師の活用のカギとなる[高橋, 2009]、[安部,他,2009]。しかし、コンサルテーションにおける取り組みや看護師と専門看護師の関係性が把握できるツールはなく、看護管理者にとって専門看護師によるコンサルテーションは件数や、印象、利用した看護師の感想でしか評価できていない。看護師間のコンサルテーションの活用が円滑に効果的に推進されていくためには、コンサルテーション過程を客観的に把握し、看護師や看護管理者、専門看護師が、同じ視点からコンサルテーションを捉え、検討を進める必要がある。

研究者は、自らががん看護専門看護師として緩和ケアチームや外部コンサルタントとして看護師へのコンサルテーションに携わってきた。経験してきた看護師間のコンサルテーションは、患者アウトカムの向上や看護師の成長を導き、さらに、がん看護専門看護師として成長できる貴重な機会であった。看護師間のコンサルテーションでは、看護師とがん看護専門看護師は、患者の不安や苦痛へのケア、新たな治療計画についての患者教育、他職種との交渉などの場面で、看護活動の協働を行ってきた。看護師とがん看護専門看護師の協働の過程は、看護師の問題意識をきっかけとし、がん看護専門看護師の問題の再分析、ケアの方向性や介入の分担についての話し合い、介入成果の共有、と常に相互作用を繰り返し展開していた。この協働の過程を通して、患者アウトカムの向上や組織的な発展が認識され、コンサルテーションの活用をさらに促進してきたと考えている。しかし一方で、コンサルテーションを単なるアドバイスと捉え、委譲したり指導したりする関係であるとの誤解[小迫,2006]や、専門看護師の役割や位置づけの不明確さ[野末, 2004]、専門看護師自身の役割認識の甘さ、早期解決し認められたいとの気持ちの焦りなどが要因となり、コンサルテーション過程を看護師と協働して進めることの難しさにも直面してきた。このことは役割開発に取り組む多くの専門看護師も直面する共通の課題である [山田, 他, 2010]、[長谷川, 他, 2009]。

看護師間のコンサルテーション過程における看護師と専門看護師の協働が円滑であることは、看護の質の向上には不可欠である。しかし、コンサルテーションにおける看護師と専門看護師の協働性を客観的に測定できるツールは開発されておらず、協働性と患者アウトカムや看護師の成長との関連性についても明らかにはされていない。

質の高い看護の普及に不可欠となる看護師間のコンサルテーションが、看護師、看護管理者、

専門看護師と立場が異なっても、同じ視点から客観的に捉えられ、コンサルテーションの有効活用に向けた検討が促進されるよう、看護師間で行われるコンサルテーション過程の測定が必要である。そこで今回、がん看護に焦点をあて、看護師とがん看護専門看護師のコンサルテーションを測定するための尺度開発に取り組むこととした。

II. 研究目的

本研究の目的は、がん看護におけるコンサルテーションの協働性を測定するための協働的コンサルテーション尺度を開発することである。

III. 研究意義

がん看護におけるコンサルテーションの協働性を測定する尺度の開発により、客観的・数量的にコンサルテーションを把握することは、組織体制や看護師・コンサルタントとなる看護師の能力とコンサルテーションの関連性、そして、コンサルテーションと患者アウトカムや看護師の成長、組織の発展の関連性を探索する研究を可能にする。そして、その研究結果に基づき、看護師間のコンサルテーションや、高度実践看護師の活用の在り方の検討を促進することができる。

また、看護師やコンサルタントとなる看護師が、がん看護におけるコンサルテーションを共通認識することを具体化し、コンサルテーションの活用の円滑化に向けた取り組みを促進することができる。

教育的にも、がん看護におけるコンサルテーションの協働性を測定する尺度は、コンサルテーションを利用したり提供したりする看護師の能力の指標とすることができ、学習すべき方向性を具体的に提示することを可能とする。

第2章 文献検討

“コンサルテーション”は、看護や医療分野において専門家間の関係を示す用語として使用されているが、外来語でもあり、共通した理解には至っていない。そこで、看護において使用されている“コンサルテーション”の歴史や定義について文献検討を行った。

また、“コンサルテーション”は、高度実践看護の役割の特徴として高度実践看護の役割開発と重ねて報告されているため、高度実践看護の役割拡大について、そして、がん看護における高度実践看護師によるコンサルテーションの評価についての文献検討を行った。

1. 看護におけるコンサルテーションの理解

“Consultation”は、ラテン語の“com「共に」”と“sedere「座る」”を語源とし [Online Etymology Dictionary, 2002-2012]、「意思決定をする前に人々やグループで話し合うこと。公式な話し合い。専門家との話し合い。医師の診察 [Oxford 現代英英辞典、2000]」を意味する。この“Consultation”の日本語訳は、「(専門家に対する)相談; 諮問; 診察(鑑定)を受けること。(専門家の)会議, 協議)審議)会。(書物などの)参考, 参照 [研究社 新英和中辞典]」となり、カタカナ読みでの“コンサルテーション”と、日本語訳となる“相談”が混在している。

1973年に日本看護協会は看護的な働きかけの要素として、「主に身体的ケアに集約される支援的なもの、主に言語を通しての相談的なもの指導的なものがある」と述べ、さらに相談について「対象となっている個人が、その直面している問題がはっきりするように、また解決の方向付けができるように言葉によるコミュニケーションを通して援助すること」と説明し、“相談”の対象を患者や家族とした問題解決に向けた援助ととらえてきた [日本看護協会, 1973]。その後、日本看護協会の認定看護師・専門看護師制度の中で、「コンサルテーション(相談)」が使用されているが [日本看護協会, 1995]、“コンサルテーション”と“相談”の意味について同義語として解釈され、看護における日本語での“コンサルテーション”の解釈が混乱する要因となっている。

1970年代後半にコンサルテーション・リエゾン精神医学が他科の医師の依頼に応じて患者の精神状態や行動について、またそれらに対する処置や治療方針について相談・助言を行い、連携していく機能を“コンサルテーション”として導入している [小此木, 1982] [保坂, 1989]。このコンサルテーション・リエゾン精神医学が導入した“コンサルテーション”は、先に述べた認定看護師・専門看護師制度における“コンサルテーション(相談)”の用語に繋がっており、“コンサルテーシ

ョン”を専門家間の関係として使用する場合、“相談”以上の意味をもつ用語として解釈していく必要がある。医学のなかでも、“コンサルテーション”や“リエゾン”のような用語は、日本の伝統として馴染みにくく、適切な使用がされていない [保坂, 1989]。外来語である“コンサルテーション”の用語は定義を明確にして使用する必要がある。

医療分野での“コンサルテーション”は、1940年代の米国でメンタル・ヘルスへのニーズの増大により、精神科医が他科の医師や地域で活動する看護師やソーシャルワーカーなどを対象に支援を始めたことがはじまりである。精神科医である Caplan G.は、効果的・発展的にメンタル・ヘルスに関する他分野の専門家への“コンサルテーション”を推進していくために、“コンサルテーション”を「今、起こっている活動上の解決が困難で他の分野の専門家の能力が必要であると考えられる問題について、支援を求める専門家であるコンサルティと、他の分野の専門家であるコンサルタントの2人の間で起こる介入のプロセスである(筆者訳)」と定義し、コンサルティが対象としている事例の問題解決のためのクライアント中心の事例コンサルテーション、コンサルティの問題解決のためのコンサルティ中心の事例コンサルテーション、組織体制の改善を行うプログラム中心の管理的コンサルテーション、管理者をコンサルティとするコンサルティ中心の管理的コンサルテーションと4つのタイプに分類した [Caplan, 1970]。このようなコンサルテーションの枠組みが、コンサルタント(この時はメンタル・ヘルスの専門家)の基盤となり、コンサルタントの教育や、コンサルティへの支援の強化が行われた [Caplan, 1970]。

日本の専門看護師制度に大きく影響した Hamric A.B.は、「The Clinical Nurse Specialist in Theory and Practice [Hamric, 1983]」の中で、“コンサルテーション”は、「エキスパートな実践」、「教育」、「研究」と並んで、Clinical Nurse Specialist を特徴付けるサブロールとして位置付けた [Hamric, 1989]。ここでは、コンサルテーションの定義は、先にあげた Caplan G.の定義に基づき解説されている [Barron, 1989]。

1990年代後半より、米国では大学院教育を受けた Clinical Nurse Specialist や Nurse Practitioner の役割の共通点が認識されるようになり [Murphy-Ende, 2002]、[American Nurses Credentialing Center, 2008]、高度な看護実践の役割や機能、教育、認定方法、名称などが、高度実践看護(Advanced Practice Nursing)に統合されるようになってきている [Spross, 2000]。この動きのなか、Hamric A.B.は、高度実践看護の主要能力として①直接実践、②患者・家族・他のケア提供者へのエキスパートなコーチングと説明、③コンサルテーション、④研究、⑤臨床や専門分野における組織的なリーダーシップ、⑥協働、⑦倫理的な意思決定、を提示している [Hamric, 2009]。そして、同書の中で Barron & White は「コンサルテーションは実践的ケアを強化

し、ポジティブに専門的関係を構築することができる。ただし、「コンサルテーション」と他のタイプの専門的関係とは区別して理解することが重要である」と述べている [Barron, 2009]。まず、臨床コンサルテーション (Clinical consultation) は、患者ケアやコンサルティの技術や信頼を高めるために、コンサルタントの患者への直接対応はコンサルティのスキルに応じて行い、成果への責任者はコンサルティである関係、共同マネジメント (Co-management) は、2 種類以上の専門家が共に患者に対応しケアを行い、成果を分かち合う関係、依頼・紹介 (Referral) は、別の専門家にケアを移譲することで、交渉により成果の責任は依頼を受けた側とみなされる関係、スーパービジョン (Supervision) は、年長の専門家による仕事の監視で、成果は両者の責任となる関係、と類似用語を区別している [Barron, 2009]。コンサルテーションの理解には、英語圏でも混乱があり、類似概念と識別することで、コンサルテーションを提供したり活用したりする看護師の共通認識を促している。

先に述べたように、日本では、訳語となっている“相談”と“コンサルテーション”についての理解に混乱があり、コンサルテーションを看護の高度化に活用していくためには、看護におけるコンサルテーションの概念や機能を、看護界で共通認識していく必要がある。

Barron&White は、高度実践看護のコンサルテーションのモデルを、コンサルテーションが行われる環境 (Ecological Field of the Consultation) の中で、「コンサルテーションの目的・アウトカム」に向かって、コンサルティの経験や教育などの「コンサルティの特徴」、スタッフと患者の関係やスタッフ同士の関係、組織体制などの「状況の要素」、臨床問題や社会的状況などの「患者/家族の特徴」、コンサルタントの経験や専門性、能力などの「高度実践看護師のコンサルテーションの特徴」、そして、コンサルテーションにおけるアセスメントや介入などの「コンサルテーションの過程と様相」が、絡む複雑な現象として示している [Barron, 2009]。特に「コンサルテーションの過程と様相」については、「コンサルテーションの紹介⇒紹介の評価⇒コンサルテーションの適切性の判断⇒コンサルテーションの主題のアセスメント⇒対象についての情報収集⇒コンサルテーションの課題の同定⇒介入⇒記録やフォローアップ⇒コンサルテーションの評価⇒再アセスメント」を一連の過程とし [Barron, 2009]、コンサルテーションすべき課題や方策を繰り返し検討する過程を重視している。このコンサルテーション過程では、コンサルティへの教育や患者への対応については推奨のみで、コンサルテーション過程に含まれるコンサルタントの実践や調整は別の過程として述べられている。

また、“協働 (Collaboration)” はコンサルテーションと関連し共通した概念とされ [Barron, 2009]、コンサルテーションでは目的や対象を明確にすることが重視されるが、協働では対等で

あることや、関係性、コミュニケーションを重視する [Hanson, 2009]。協働は、急性領域での医師と看護師の関係として概念化や尺度化が行われてきた [Shortell, et.al., 1991] [Ushiro, 2009]。看護師間の協働については、質的研究に留まっている。がん看護分野での看護師と Nurse Practitioner と協働については、共に働くということだけではなく、時間の共有や看護師の態度や認識、協働の障壁への対策が重要であることがケーススタディより導かれている [Moore, 2012]。看護師間の協働は、それぞれの組織的な位置づけや権限、看護師としての裁量が影響する関係性であり捉えにくい現象であることがわかる。さらに、コンサルテーションにおける協働では、目的や対象についての認識の共有も必要であり、さらに複雑な現象となる。したがって、協働を含むコンサルテーションはより複雑になるため、共通認識することが容易ではなく、その導入や活用の障壁となってきたことが考えられる。

II. 高度実践看護の役割拡大

高度実践看護の歴史は、1960 年代にさかのぼり、米国における精神看護を源流としている [Arlene, 2009]。

952 床の退役軍人病院に精神分野と急性期分野の Clinical Specialists が導入された 1 年後の報告では、コンサルテーションは精神看護で 131 件、急性期分野で 35 件あり、そのうち患者に関するコンサルテーションが約 80%、教育に関するコンサルテーションが約 20%、活動の障壁として①時間の制約、②看護管理や看護教育者と Clinical Specialists の間の相互の責任の欠如、③役割モデルの問題、④役割における脅威、⑤役割の実験的性質、をあげている [Woodrowl, 1971]。また、大学院教育を修了した 288 名の Clinical Nurse Specialists を対象とした調査(急性期分野 42.5%、がん看護分野 10.5%)では、頻度の高い活動は患者ケアとコンサルテーションであり、コストや雇用が役割に影響していること、看護管理者が最も支援的なリソースであることが報告されている [McFadden, 1994]。高度実践看護師が、新たな役割開発を行っていく過渡期では、医療財源などの影響も受けながらも看護管理者による支援を受け、高度実践看護の活用、つまり、高度実践看護師による看護師へのコンサルテーションが促進されていった。

がん看護分野における 104 名の Clinical Nurse Specialists を対象とした調査では、頻度の高い活動は高度実践やスタッフ教育であり、高度実践看護師の活動の成果としては患者・家族の知識、安楽、コーピングの向上などがあげられ、活動の障壁としては時間の不足・複数の仕事への期待が報告され、看護管理者の支援の重要性が述べられている [Smith, 1994]。

その後の全米の Clinical Nurse Specialists 724 名(内、がん看護分野 59 名)を対象とした調査

では、コンサルテーションや組織の変革への葛藤を抱えていたのは、看護部の直属となるスタッフ機能ではなく、ライン機能^{注4}にあった 22%の Clinical Nurse Specialists であった [Scott, 1999]。マネジドケアによる、医療コストへの保険者の介入の影響を受けコンサルテーションや教育のような間接的な活動を行う Clinical Nurse Specialists のポジションが確保しにくくなった時代背景もあり、スタッフ役割の 50%の Clinical Nurse Specialists も、管理的なリソースとしても期待されることで、高度実践看護師の役割と看護管理者の役割の狭間での葛藤を抱えていた [Scott, 1999]。

優良認定を受けた(Magnet A Status 指定)病院の看護部のトップを対象(N=119)とした研究では、87%の施設はすでに Clinical Nurse Specialists を雇用しており、優良認定には、Clinical Nurse Specialists のコンサルテーションや教育が重要であると回答している [Walker,, 2009]。医療を取り巻く状況の時代背景の変化とともに、高度実践看護師が直面する障壁は常に変化するものであるが、着実に高度実践看護師の必要性についての認識や活用が、米国では定着してきている。

がん看護関連の認定を行っている Oncology Nursing Certification Corporation の 2010 年の実態報告では、大学院教育を受けている Advanced Oncology Certified Nurse は 1,086 名、Advanced Oncology Certified Nurse Practitioner は 694 名、Advanced Oncology Certified Clinical Nurse Specialist は 304 名となり [ONCC, 2010]、着実にがん看護における米国の高度実践看護師は増加している。

英国では、1999 年に NHS(National Health Service)が医療改革を目的に、大学院教育もしくは、それ同等の教育背景をもつ Nurse Consultant の配置をすすめている [NHS, 不明]。英国では、1990 年代より、一般病院で緩和ケアのコンサルテーションを行う緩和ケアチーム^{注1}の活動が先行していた [Dunlop, 1998]。緩和ケアチームには、多くの Clinical Nurse Specialists が参加しており、この緩和ケア Clinical Nurse Specialists への、医療者の印象は良好であるにもかかわらず、その役割の理解が不十分であることや若い看護師や医師のスキルの低下が懸念され、緩和ケアの Clinical Nurse Specialists と医療者の関係性(コンサルテーションや協働)についての研究の必要性が提示されている [Jack, 2002]、[Mytton, 2003]。急性期病院での高度実践看護師の役割開発や実践への影響に関する 14 件の系統的文献検討では、活動の阻害要因も促進要因も同じように、高度実践看護師の性格や経験、専門性や教育背景、管理的・組織的な状況、

注4 スタッフ機能とライン機能:組織内での機能を 2 つのパターンに分類している。スタッフ機能は専門家の立場からさまざまな部署のメンバーを支え、ライン機能は部署の中で命令系統のもと直接業務を行うメンバーである。

医療者との関係性、リソースが影響していた [Jones, 2005]。英国においても高度実践看護の役割が曖昧であり、高度実践看護の活動の障壁となっている。英国は、日本と同じように高度実践看護の役割開発の過渡期にあると考えられ、看護師と高度実践看護師との関係性づくりについての模索が続いている。

日本では、看護管理者は、看護の質の向上や社会貢献のために、専門看護師の雇用への期待は大きい [佐々木, 他, 2010]、[平井, 他, 2005]、[岡部, 他, 2003]、[川上 他, 2002]。しかし一方で、採用後のポジションや活用が課題であるとした意見も根強い [長谷川, 2007]、[川上 他, 2002]。諸外国に比べ、日本では、高度実践看護師である専門看護師に関連した研究が少なく、実態や活動の効果についての把握も進行していない。まず、高度実践看護師の役割の特徴であるコンサルテーションについて、効果的で円滑な活用が促進されるよう、客観的に専門看護師と看護師のコンサルテーションにおける関係性を捉える指標の開発が必要である。

III. がん看護におけるコンサルテーションの評価

米国 Clinical Nurse Specialists 協議会) National Association of Clinical Nurse Specialists) が行った Clinical Nurse Specialist の成果に関する文献レビュー(1998~2003 年)では、調査研究 70 件、プログラムの開発 30 件、総説 55 件、この中で 8 文献ががん看護に関するものであった [Fulton, 2004]。このがん看護関連の 8 文献で高度実践看護師の成果されていたのは、入院期間とコストの低下 [Ahrens, 2003]、[Patton, 1995]、[Russell, 1989]、痛みのマネジメントの満足や痛みを識別する能力の向上、看護師の知識の向上 [Barnason, 1998]、一般状態や気分と生活の満足度の向上 [Coward, 1998] であった。この成果は、高度実践看護師による直接実践とコンサルテーションが混在し評価されているため、コンサルテーションの影響のみを判断することに限界がある。

また、がん看護における高度実践看護師による、医療者へのコンサルテーションが含まれた介入プログラムの評価を、無作為化比較試験により行った 6 件の報告がある。

Oleske は、訪問看護を受ける乳がんと直腸がん術後患者、転移性乳がん患者を合わせた 239 名を対象とし、Areawide Oncology Nurse Coordinators^{注5}のコンサルテーションと継続教育に

注5 Areawide Oncology Nurse Coordinators: 地域で活動するがん看護のコーディネーターであり、この研究において命名されている。何らかの教育を修了しているとされているが、それが大学院教育であるかは確認できなかった。

ついでに無作為化比較試験を行っている。その結果、がん患者をサポートする訪問看護師への役割モデルやコンサルテーションを行った介入群では、看護師の栄養のアセスメントが多かったことを報告している [Oleske, 1987]。

McCorkle は、肺がん患者 166 名を対象とした在宅ケアで、Clinical Nurse Specialist が含まれているチームと標準的なケアのチームと医師だけのチームでの無作為化比較試験の結果、Clinical Nurse Specialist が含まれているチームの介入で、症状や副作用の予防ができていたことを報告している [McCorkle, et al., 1989]。

また Rits は、乳がん患者 210 名を対象とした 2 年間の追跡調査における無作為化比較試験の結果、高度実践看護師の介入群で QOL が向上したがコストは変わらなかったことを報告している [Rits, et al., 2000]。

Moore は、肺がん患者 203 名を対象とした Clinical Nurse Specialist による看護主導型クリニックについての無作為化比較試験の結果、介入群では、患者の在宅での死亡が多く、安全・受容・コストでの効果が高かったことを報告している [Moore, et al., 2002]。

Bakitas は、緩和ケアを必要とする患者 322 名を対象とした緩和ケアの高度実践看護師による包括的精神的教育介入についての無作為化比較試験の結果、介入群では、患者の QOL が高く抑うつ傾向が低かったことを報告している [Bakitaset, et al., 2009]。

Temel は、転移のある小細胞がん患者 151 名を対象とした無作為化比較試験の結果、医師と高度実践看護師で構成された緩和ケアチームの介入群では、QOL が高く、ホスピス利用期間が長く、終末期の治療が少なく、生存期間が長くなっていたことを報告している [Temel, et al., 2010]。

これらはがん看護における高度実践看護師によるコンサルテーションの成果であるとも考えられるが、このコンサルテーション過程でどの程度、高度実践看護師は患者や家族と関わり、プライマリ・ケア・チームの看護師や医師と関係していたのかは提示されていない。高度実践看護師による効果的で円滑なコンサルテーションを普及していくためには、コンサルテーションにおける高度実践看護師と看護師の協働性をとらえ、コンサルテーションの成果と合わせて評価していく必要がある。

第3章 予備研究

I. 目的と研究方法

がん看護におけるコンサルテーションが、どのような構造や過程、成果として捉えられ、コンサルテーションに関わる看護師(コンサルティ)とがん看護専門看護師(コンサルタント)は、コンサルテーションについてどのような困難感を抱いているのかを確認するために予備研究を行った。

がん看護専門看護師によるコンサルテーションの構造・過程・成果について、看護師とがん看護専門看護師の両面から明らかにすること、がん看護専門看護師によるコンサルテーションの困難性とコンサルテーションの推進に関わる様相について、看護師とがん看護専門看護師の両面から検討することを目的とした。

用語の操作的定義は、「がん看護専門看護師によるコンサルテーション:看護師とがん看護専門看護師との協働により、コンサルティの知識や経験を深め、看護師としての自信を高める相互作用のプロセス」、「コンサルテーションの困難性:コンサルテーションを提供する、もしくは利用するうえでの難しさや悩み」とした。

インタビューを行い、その内容について内容分析を用いカテゴリを抽出した。

聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認(承認番号、11-036)を取得し、実施した。

II. 結果

1. 対象の背景

- 1) 看護師:がん看護に携わり、がん看護専門看護師によるコンサルテーションの利用の可能性のある施設に所属する看護師 5 名を対象とした。看護師経験年数は平均 16.2 ±8.64 年であった。
- 2) がん看護専門看護師:東京都に登録し、組織的にコンサルテーションの体制が整っていない施設の 8 名より協力の得られた 5 名を対象とした。看護師経験年数は平均 20 ±3.67 年、専門看護師認定後の経験年数は平均 2.2±1.35 年であった。コンサルテーションの頻度は1日に2~3件が2名、週に2件が1名、月に2~5件が2名であった。

2. コンサルテーションについてのコード内容の抽出

インタビューを行った逐語録より、コンサルテーションの構造・過程・成果に関わる内容を抽出しコード化を行い、構造と成果についての組織、患者、看護師(コンサルティ)、がん看護専門看護師(コンサルタント)で分類を行った。

- 1) 看護師:合計 171 コードが抽出された(表 1)。構造については 74 コードで組織・患者・看護師・がん看護専門看護師に分類された。過程については 37 コードであった。成果については、60 コードで組織・患者・看護師に分類された。
- 2) がん看護専門看護師:合計 228 コードが抽出された(表 2)。構造については、131 コードが抽出され、組織・患者・看護師・がん看護専門看護師に分類された。過程については 64 コードが抽出された。成果については 33 コードで、組織・患者・看護師に分類された。

表1:コンサルテーションの内容(看護師)

	構造【74コード】	過程【37コード】	成果【60コード】
組織	勤務が不規則で不在時が不明 管理者とのネットワークが確立 活用のきっかけが提示されない 何を依頼するのか判らない 常にコンタクトのとれる状況 OCNS以外のリソースがない リソースは相談範囲がわからない 周知できるような工夫 リソースは全て部長の直属 コンサルテーションのコスト化 OCNSとCNの違いも理解されていない 相談できる環境が整っていない 系統的な教育の体制の整備が必要である さらに老人がリエゾンでほしい 積極的に活用する方針が看護部から周知 いつでもリソースにコンタクトがとれる 緩和ケアチームは周知がされている OCNSやCNの活用について理解がない リソースの存在についてPRされていない	CNS・CNの活動日の確保 ポスターを使ってPR 院内研修での教育 医師との協働の促進 問題に応じて勉強会 看護を取り組める環境 双方に管理的に関わる リソースの種類が足りない コンサルの状況を監視 困った時にタイムリーに相談 依頼経路が明確 看護局での存在の周知 役職の壁 WOCの活動の影響 配置の工夫 コンサル内容の理解 業務外でコンサル 感謝の気持ちを伝える コンサルテーションの成果を上司に伝える 新しい知識や情報の収集(提供のため) 伝える力をつける 関わりが常時ある 気軽に声をかける 勉強会を通して関係性ができている コミュニケーションが円滑 同じ病棟のチームメンバーのように感じる 患者の特徴を説明する 状況を客観的にとらえようとする 主治医と緩和ケア医の意見の違いの調整 医師と医師の関係性に配慮 看護師の思いを分け持ってくれる 抵抗感はない 相談をしていいのかためらいがある 話しやすい 考えたり、調べたりしてコンサルとする 自分の考えを押し付けけない 本音を言うようにしている 教科書では学べないことが学べる 事例を通してやり取りができる できるように順序立てて、ケアが進められる 何を聞いても応えてもらえる コンサルティが問題解決できるように導いてくれる 納得して助言が受け入れられる 安心して相談できる 真剣に実践をしている姿を見せられる 効果的に関わられた経験がたまる CNSは現場に入るように努力している CNS・CN会を1回/月に持っている エキスパートであってもその場に行く 何を聞かれてもまず受け止める コンサルティとコンサルタンの双方から管理者へ報告 現場の問題を明らかにするプロセス 手を出すことだけではなく、指導・教育・実践のモデル リソースの活用を促す	就職輪旋でのPR ケースを通じたスタッフ間のネットワーク 看護が療養の世話での活躍を拡大 病院の理念の達成 早期からの対応の実現 依頼が増える 強みになる スタッフ間のコミュニケーションが円滑 各スタッフがまとまる 個々のナースの不安や悩みの減少 組織全体が変化している がん拠点をとるための実績 病院全体での目的が達成 CNSの活動への理解の高まり コンサルテーションの増加 よりよいチーム医療の実現 他職種との連携
患者	症状・痛みのマネジメント 患者や意思へ直接介入 痛みの評価 患者と医師の思いの違い 医師の説明と患者の理解のギャップ 看取ったあとの看護師の気持ちのサポート 相談を受けたケースについての確認 在宅のコーディネーション ケアについてのジレンマ 直接ケア(患者指導など)	知識(薬剤の使用、治療) 看護師が経験しない介入 さまざまなケース 倫理 悩み 不安 薬剤の量 ICの同席の依頼 家族とのかかわり	患者の変化 痛みの減少 痛みの軽減 患者のADLの向上 患者の反応 患者の希望が定まる 患者が痛みを表出 問題点が明確になる 患者の緩和ケアチームへの高い評価 CNSへの相談の希望 ADLの拡大 日常生活への復活 痛みの緩和 患者のQOL 患者による 看取りの準備 患者の緩和ケアチームへの高い評価
看護師	中堅はコンサルテーションができる。 コンサルテーションの敷居が高い印象 何を聞いていいかわからない 知識の不足 時間があり丁寧にケアをしすぎている 看護記録の表現が悪い 求められる緩和ケアの能力がバラバラ 技術の追いつかない状況 コンサルには及ばない状況 専門性を深める 専門分野の連携の推進	看護への興味が増える 意欲的に取り組む 看護師としての発言 根拠に基づく発言 看護ニーズを把握する 自信 次回のケアに参照 看護師の力 問題を自分で解決 患者との信頼関係 患者の見方の変化 主体的な発言の増加 主体的な判断の増加 看護実践が明らかになる 勉強への意欲が増す 患者へ踏み込んだケア 師長のがん患者への意識 患者への関わりの増加 看護記録の内容の変化 患者の理解 看護師の質の向上 看護の知識の向上 看護が生活基盤への援助で主導権 指示待ち看護師からの脱却	
がん看護専門看護師	専門看護師が努力している姿 専門看護師の活躍 発言の根拠が明確 知識とスキルに基づく活動 OCNSが一般看護師とは違う すごい人として目置く コミュニケーション能力 知識がある		

表 2: コンサルテーションの内容(がん看護専門看護師)

	構造【131コード】	過程【64コード】	成果【33コード】	
組織	常にコンサルを受けることができる 認定看護師のフォローが必要 個別の看護管理者の思考 十分活用されない依頼経路 横断的活動の仕組みを検討 CNSとコミュニケーションをとれない課長 医師から信頼を受ける地場固め 人の出入りを好まない師長 CNSの認知度 ケアの基準となる理念 部長が人材の効果的な活用を目指す 何を目指したケアをするのか考え直す CNSに管理も求める 用紙による依頼 コンサルテーションの不理解 看護師が抱え込み一人で責任をもとうとする組織文化 課長がコンサルテーションを理解 コンサルテーションを活用することのメリットを示す コンサルテーションでできるツールやきっかけの検討 コンサルテーションの必要性が理解されていない 疼痛だけでなく、がん全体のサポートをアピール コンサルテーションがケアの質に影響の不理解 バランスよくリソースが活用されるようにする CNSが業務独占をしていないことを伝える	依頼用紙の流れ 看護管理のバリア トップダウンの風土 タイムリーな対応が困難 中堅看護師への関わり リソースの活用 ハード面の整備 すぐに対応 看護相談室の開設 話をする場所 コンサルの体制 認定看護師の活用 いつでも受け入れる 病院理念の見直し 継続教育の在り方 他のリソースの活用を促す アドバイスを渡してしまっている 否定しない 気付いていない問題を拾う 病棟でのキーパーソンを見つける 情報を多く持っているスタッフとコンタクトする どこまで介入しようとしているのかを見極める 直接介入の依頼を受けていることも多い 相談できるまでの段階にある看護師との関わり スタッフの関心に沿った介入の優先 看護師があきらめている問題を取り上げる コンサルで教育的な意義が大きい 自分から積極的にかない 一緒に考える姿勢 コンサルティのケアの再現性を意識 ナースへの教育の必要性をキャッチ アドバイスだけでは済まない スタッフの成長を導くプロセス 現場の看護師の課題を拾う	活用の周知 依頼が続く カウンセリング料の算定 相談内容を提出 拠点としての研修の機会の確保 コンサルをすることの評価がない 医師の心理的負担の軽減 患者と医療者の間のクッション的な役割 クレームの軽減 地域のネットワークの促進 各部署、各専門職のバランス	
	症状・痛みのマネジメント オピオイドの使用 直接介入を依頼 薬剤 治療の選択 皮膚ケア スキントラブル 痛みへの非薬物療法(ケア) 医師との関わり 困難な事例 介入をしてほしい(気になる)	ケモ中のサポート 患者への説明 ケモ中のマネジメント 認知症のケース 家族との関わり 直接ケアの技法 ストーマ 鎮静の判断 地域連携 問題がある リンパ浮腫	患者に苦痛があるときは早急に対応 何が求められているかを明確にする コンサルティとのケアの共有を心掛けている 直接介入を依頼される コンサルティのコンディションを確かめる コンサルティに合わせた対応をする ちょっとした相談でも対応する コンサルティとのコミュニケーション 直接介入を見せたいことも大切 コンサルと直接介入のバランスが難しい 情報の共有が難しい 在宅との連携の必要性のキャッチ CNSもリソースを活用 コンサルティの満足度を高める工夫 CNSがチームと一体化できる機会 共に考え、共に進むことが出来る 看護の実践が見える 直接介入の依頼を受ける CNSが介入し少しずつスタッフに委譲 スタッフとの立場をできるだけ同じにする すぐに行動した後回しにしない 看護師が抱え込まずにオープンにしていくプロセス 患者へのケアが促進される 外部の情報やリソースの活用窓口 最善のケアをめざす 看護師の視点を広げる 状況に応じた工夫の提案により、ケアを広げる 現場の問題を救い上げる機能 CNSとしても専門性が高まる コンサルテーションの内容を分析 自己の介入を他者に評価して貰えるように、発表 体験と書面でアプローチが必要 患者のことを大切にしている思いは同じ 突っ込みすぎない 良い結果が出せるところからアプローチ 問題提示とスタッフの問題意識のバランス コンサルティの立場を尊重 介入やアドバイスを提供する範囲(限度)の見積り コンサルティへのアドバイスするタイミング 本当に相談したいと思っていることの内容を探る(アセスメントする) 問題の大きさや患者への影響を考え、実践のタイミングを見極める 問題を解決していくときの範囲を意識している スタッフがしてほしいことを見極める CNSが応じられることを見極める 向上心を持っているナースを生かす	痛みの低下 患者の言動 主治医からの良くなったと伝えられる 担当看護師から良くなったと伝えられる 痛みのコントロール 状態の安定 患者・家族の反応 思考がまとまる 生きる目的(患者の希望)が見出せる 感情の表出がある 医療者とのコミュニケーションが向上
看護師	看護を学んでこられた背景や経験 問題を見ようとする傾向 自分たちの中だけで解決しようとする リソースを活用がわからない 指示待ち看護師からの脱却 看護にできることを示せていない 看護への意欲が低い CNSの役割が理解されない 勇気のない看護師 スタッフへの患者の期待が低い CNSへの時間の配慮がない 看護師の看護観を広げる 看護師の主体性の向上 看護師の入れ替わりがあり、周知が難しい 看護ケアの質の底上げ 患者へのスタッフのエネルギー スタッフのモチベーション 活用のタイミングが理解 ケアの必要性への気づき 同時に同じような問題が提示 コンサルをすると患者のアウトカムがよくなる経験 主体的に看護することの意義を経験していない これまでのやり方で問題なかったと思っている ケアを導くEBMについて理解がCNSとは異なる スタッフの看護についての表現力が乏しい	記録が不十分 看護の質の向上 スタッフの主体性 相談する側のプライド 依頼者に偏りがある 対等に他職種と話ができる がんまつわる問題が難しい 看護の表現ができない 表面的なケア 予測性がない 変化や改善に意識がない 看護の質の向上 看護師の役割を認識 看護師の満足 スタッフのニーズ 看護としての主張 相談に慣れていない 状況の把握が不十分 判断に時間を要する 人材活用の意義	コンサルテーション件数 相談した人の成長 ケアの再現性、応用 病棟でのケアや結果の共有 患者アウトカムとの共有 スタッフの満足 共に介入した看護師の満足 スタッフの成長 再度依頼する コンサルの感想 勉強会ではアンケート	
	がん専門性 大学院で学び続ける 根拠ある発言に努める コンサルティのすそ野を広げる 最新の情報の提供 コンサルティの変化を大切にいく 引き出しを増やす(技術、倫理、知識) 記録の時間が取れない 倫理調整にもっと対応したい 悩むことがあり、コンサルをする コンサルのスタイルへの悩み コンサルティの情熱や能力の見極め困難 CNSIに声をかけやすい環境づくりに努力 コンサルテーションから、CNSの活動が始まる	コンサルはCNS活動の窓口 eラーニングの利用 変えようとするものの負担 時間がない 勤務を合わせにくい コーチングの力 先輩の実践に学ぶ 情報の整理能力 コンサルティの信頼を獲得 医師との対等な関係 効率性を重視		

3. コンサルテーションの過程のカテゴリ化

以後、カテゴリは【 】で表記した。

がん看護におけるコンサルテーションの過程では、がん看護専門看護師からは 64 コード、看護師からは 37 コード、計 101 コードが抽出された。それらは 12 サブカテゴリと、3 カテゴリ【コンサルテーションの認識】、【共有する看護活動】、【看護師とがん看護専門看護師の関係性】に分類された(表 3)。

表 3: がん看護におけるコンサルテーションの過程

カテゴリ (コード数)	サブカテゴリ (コード数)	コード(101)	
コンサルテーションの認識 (42)	がん看護専門看護師の専門性(11)	コンサルテーションの内容を分析	自己の介入を他者に評価して貰えるように、発表
		ナースへの教育の必要性をキャッチ	CNSが応じられることを見極める
		現場の看護師の課題を拾う	何を聞いても応えてもらえる
		教科書では学べないことが学べる	新しい知識や情報の収集(提供のため)
	コンサルテーションについての考え(10)	納得して助言が受け入れられる	伝える力をつける
		状況を客観的にとらえようとする	
		現場の問題を明らかにするプロセス	CNSがチームと一体化できる機会
		看護の実践が見える	共に考え、共に歩むことが出来る
	看護師の準備性(10)	スタッフの成長を導くプロセス	看護師が抱え込まずにオープンにしていくプロセス
		看護師の視点を広げる	手を出すことだけでなく、指導・教育・実践のモデル
		現場の問題を救い上げる機能	コンサルで教育的な意義が大きい
		スタッフの関心に沿った介入の優先	患者の特徴を説明する
コンサルテーションの成果(7)	考えたり、調べたりしてコンサルとする	看護師があきらめている問題を取り上げる	
	コンサルティのコンディションを確かめる	患者のことを大切にしている思いは同じ	
	コンサルティに合わせた対応をする	情報を多く持っているスタッフとコンタクトする	
	病棟でのキーパーソンを見つける	向上心を持っているナースを生かす	
コンサルテーションの管理体制(4)	最善のケアをめざす	相談できるまでの段階にある看護師との関わり	
	効果的に開かれた経験がつめる	CNSとしても専門性が高まる	
	コンサルティの満足度を高める工夫	患者へのケアが促進される	
	コンサルティのケアの再現性を意識		
共有する看護実践 (36)	がん看護専門看護師の実践(14)	関わりが常時ある	コンサルテーションの成果を上司に伝える
		CNS・CN会を1回/月に持っている	コンサルティとコンサルタンの双方から管理者へ報告
		直接介入の依頼を受ける	アドバイスを渡してしまっている
		直接介入の依頼を受けていることも多い	アドバイスだけでは済まない
	問題の明確化(9)	直接介入を見せていくことも大切	コンサルティへのアドバイスするタイミング
		直接介入を依頼される	真剣に実践をしている姿を見せられる
		コンサルと直接介入のバランスが難しい	状況に応じた工夫の提案により、ケアを広げる
		エキスパートであってもその場に行く	体験と書面でアプローチが必要
	がん看護専門看護師の調整(8)	患者に苦痛があるときは早急に対応	CNSは現場に入るように努力している
		スタッフがしてほしいことを見極める	問題提示とスタッフの問題意識のバランス
		気がついていない問題を拾う	介入やアドバイスを提供する範囲(限度)の見積もり
		何が求められているかを明確にする	どこまで介入しようとしているのかを見極める
ケアの共有(5)	問題の大きさや患者への影響を考え、実践のタイミングを見極める		
	本当に相談したいと思っていることの内容を探る(アセスメントする)		
	問題を解決していくときの範囲を意識している		
	リソースの活用を促す	主治医と緩和ケア医の意見の違いの調整	
障壁の緩衝(12)	他のリソースの活用を促す	医師と医師の関係性に配慮	
	CNSが介入し少すスタッフに委譲	外部の情報やリソースの活用の窓口	
	CNSもリソースを活用	在宅との連携の必要性のキャッチ	
	事例を通してやり取りができる	コンサルティとのケアの共有を心掛けている	
看護師とがん看護専門看護師の関係性(23)	情報の共有が難しい	できるように順序立てて、ケアが進められる	
	コンサルティが問題解決できるように導いてくれる		
	スタッフとの立場をできるだけ同じにする	相談をしていいのかためらいがある	
	安心して相談できる	良い結果が出せるところからアプローチ	
関係づくり(7)	コンサルティの立場を尊重	話しやすい	
	否定しない	突っ込みすぎない	
	何を聞かれてもまず受け止める	自分の考えを押し付けけない	
	ちょっとした相談でも対応する	自分から積極的にいかない	
コミュニケーション(4)	気軽に声をかける	一緒に考える姿勢	
	勉強会を通して関係性ができている	すぐに行動し後回しにしない	
	看護師の思いを分け持ってくれる	感謝の気持ちを伝える	
	同じ病棟のチームメンバーのように感じる		

4. コンサルテーションの困難の内容のカテゴリ化

- 1) 看護師：24コードを抽出し、6サブカテゴリと、2カテゴリ【看護師の姿勢】、【組織体制】に分類された(表4)。

表4: コンサルテーションについての困難の内容(看護師)

カテゴリ	サブカテゴリ (コード数)	コード(24)
看護師の姿勢	相談への躊躇(3)	気軽に活用できるほうがいい このようなことを相談をしていいのかためらいがある。
	看護師の能力(2)	看護師の知識が足りない 新卒でナースが多く、コンサルには及ばない
	看護管理者の障壁(1)	役職をもつと相談しにくい OCNS以外のリソースがない さらに老人がリエゾンのCNSがほしい 職種が足りない
組織体制	組織体制の問題(7)	困った時にタイムリーに相談したい 配置の工夫 勤務が不規則だと、不在時がわからない。 相談できる環境が整っていない、
	コンサルテーションの理解(6)	活用のきっかけが提示されない。 何を依頼するのかをわかっていない 何を聞いていいかわからない 利用の機会が少ないと相談範囲がわからない
	コンサルテーションの周知(5)	周知が低い PR不足 院内でのPRが不足していて周知されていない 周知できるような工夫がほしい リソースの存在についてPRされていない

- 2) がん看護専門看護師：49コードを抽出し、9サブカテゴリと、3カテゴリ【看護師の姿勢】、【がん看護専門看護師の姿勢】、【組織体制】に分類された(表5)。

表5: コンサルテーションについての困難の内容(がん看護専門看護師)

カテゴリ	サブカテゴリ (コード数)	コード(49)
看護師の姿勢	看護への姿勢(13)	看護師が抱え込む組織文化 主体的に看護をしていない
		看護への意欲が低い これまでのやり方で問題ないと思っている
		問題や改革への意識がない ケアへの理解の違い
		問題を見ようとしない 専門性の認識がない
看護管理者の障壁(4)	看護管理のバリアがある。 個別の看護管理者の思考 コミュニケーションを取れない 外部者の出入りへの抵抗	
	看護アセスメント力の不足(3)	予測性の不足 複雑でリソースの利用を判断できない 看護を表現できない
	相談に慣れていない	
がん看護専門看護師の姿勢	コンサルテーションの成果を高める(5)	相談者の満足度を高める 良かった経験が積み重ならない コンサルティの成長につながらない 現在のスタイルの限界 コンサルテーションの評価が行えない
	関係づくり(4)	振る舞いへの配慮 情報の共有が難しい 関係を悪くしたくないので、突っ込み過ぎない 認定活動にもつなげるようにしている
	コンサルテーション・プロセスのバランス(4)	問題提示のバランス アドバイスばかりに偏る コンサルテーションと直接介入のバランス コンサルティの能力や情熱に応じた対応
組織体制	コンサルテーションの理解(6)	相談のタイミングの配慮がない コンサルテーションを理解していない 役割の理解がされない コンサルテーションの効果を知らない コンサルテーションを必要性を理解していない
	コンサルテーションの周知(4)	認知度が低い 相談に慣れていない 活用が理解されていない 依頼の流れが周知されない
	組織体制の問題(3)	環境 時間が合わせにくい 記録の時間が取れない 依頼者の偏り タイムリーに関われない 看護師の入れ替わりが激しい

5. コンサルテーションを推進する内容のカテゴリ化

- 1) 看護師：63コードを抽出し、10 サブカテゴリと、5 サブカテゴリ【がん看護専門看護師との良好な関係】、【看護師の看護の専門性への高い意識】、【看護管理者の支援】、【がん看護専門看護師の高度実践看護力】、【組織体制の整備】に分類された(表6)。

表6: コンサルテーションを推進する内容(看護師)

カテゴリ	サブカテゴリ (コード数)		コード(63)
がん看護専門看護師との良好な関係	身近な存在(12)	どんなことでも聞ける雰囲気がある	迷っていると声をかけてくれるので話し出しやすい
		いつもCNSがラウンドしている	エキスパートであってもその場に行くことが大切
		インフォーマルに受けてくれる	業務外でもコンサルテーションを受けてくれる
		関わりが常時ある	困った時にタイムリーに相談できる
		同じ病棟のチームメンバーのよう	常にコンタクトがとれる
	コンサルタントとのコミュニケーション(7)	気軽に声をかけている	安心して依頼できる
		コミュニケーションが円滑	勉強会を通して関係性ができている
		役割分担を明確にする	頼りすぎになることもあり、注意が必要
		CNSの現場に入る努力	コンサルテーションのキーパーソンを明確にする
		感謝の気持ちを伝える	
看護師の看護の専門性への高い意識	コンサルティの能力の向上(11)	状況を客観的にとらえる	中堅になるとコンサルテーションが活用できる
		看護師にもある程度知識がある	何を依頼しているのか師長がトリアージできる
		知識がある	中堅の看護師が増える
医師との関係の調整(2)		相談者も責任を持つ	患者の特徴を説明する
		体系的な継続教育が必要	患者の状況を伝える。
看護管理者の支援	看護管理による支援(4)	看護師自身も専門性を意識する	
		相談を持ちかけるように交渉を進める	医師と医師の関係性に配慮
	看護部の方針(4)	CNSと看護師に管理的に関わる	管理者とのネットワークが確立してきている
		コンサルテーションがある組織としての業務改善を進める	
がん看護専門看護師の高度実践看護力	コンサルティとコンサルタントの双方から報告を受ける管理者がいる	部長のリソースを活用への方針	積極的に活用する方針が看護部から周知している
		がん看護以外のリソースがある	リソースであるCNS・CN会を1回/月に持っている
		教科書では学べないことが学べる	CNSの存在で、現場が変化してきている
	コンサルテーションの成果への意識(9)	看護師の質の向上になる	コンサルテーションの成果を上司に伝える
		看護の知識の向上につながる。	自分で問題解決できたときの喜びがある
		安心できる	同じ状況に再度遭遇したときの参考になる
		事例を通してやりとりができ、自分の力にできる	
コンサルタントの高い専門能力(2)	患者の評価が高く、相談したくなる	主治医と緩和ケア医の意見の違いの調整をしている	
組織体制の整備	コンサルテーションの体制(8)	リソースは全て部長の直属である	円滑、依頼経路が明確になり良かった
		依頼経路が明確である	コンサルテーションがコスト化される
	コンサルテーションの周知(4)	CNSの勤務体制を公開している	いつでも連絡がつくことが重要
		看護局での存在が周知されている	相談できる環境がある
		ポスターを使ってPRしている	何をコンサルテーションできるのか提示
		CNSの存在がPRされている	コンサルタントの存在の周知がある

- 2) がん看護専門看護師: 59 コードを抽出し、8 サブカテゴリと、3 カテゴリ【看護師との良好な関係】、【がん看護師の高度実践看護の力】、【組織体制の整備】に分類された(表7)。

表 7: コンサルテーションを推進する内容(がん看護専門看護師)

カテゴリ	サブカテゴリ (コード数)	コード(59)
看護師との 良好な関係	コンサルティとの円滑な コミュニケーション(13)	否定しない CNSの利用促進を優先させる 用紙による依頼にこだわらない 病棟のキーパーソンを見つける 中堅看護師への関わり ちょっとした相談でも対応する コンサルティの立場の尊重
	ケアの共有(11)	相談できない看護師との関わりを大切にしている コンサルティとのコミュニケーションを大切にしている 声をかけやすい環境づくりに努力している 情報を多く持っているスタッフとコンタクトする スタッフとの立場をできるだけ同じにする 求めに応じて継続や信頼を獲得していく
がん看護 専門看護師 の高度実践看護 の力	コンサルティとのケアの共有を心掛けている 実践のタイミングを見極める 共に考え、共に歩むことが出来る 気付いていない問題を拾う 問題を解決の範囲を意識している コンサルティへのアドバイスするタイミング	コンサルティとのケアの共有を心掛けている 直接介入の依頼を受けても、少しずつ委譲する CNSが業務独占をしていないことを伝える 現場の看護師の課題を拾う 介入やアドバイスを提供するバランス
	コンサルティへのアドバイスのタイミング	良い結果が出せるところからアプローチしていく コンサルティ活用へのメリットを示す
	コンサルティの 意図を重視(8)	看護師全体の満足度を高める 専門看護師の活動の報告 組織への貢献のアピール 収益につながる提案 看護師が問題を抱え込まずオープンにする
組織体制 の整備	コンサルティの 高い専門能力(4)	看護師の介入したい範囲を見極める コンサルティが相談したいことを探る スタッフの関心に沿った問題に向き合う コンサルティのコンディションを確かめる
	迅速な対応(6)	最新の情報の提供 看護師の視点を広げる いつでも受け入れている すぐに対応 いつでもすぐに対応する
	コンサルティの 体制(4)	外部の情報やリソースの活用窓口となる スタッフの希望とCNSができることの見極め 常にコンサルを受けることができる 患者に苦痛があるときは早急に対応できる すぐに行動し後回しにしない
	組織の理念(3)	効果的な継続教育 教育の必要性の察知 部長が人材の効果的な活用目指している 人材活用の意義を共有する コンサルティできるツールの検討 コンサルティの体制が確立される バランスのよいリソースの活用

III. 本研究への示唆

1. がん看護におけるコンサルテーションの過程の特徴

がん看護におけるコンサルテーションの過程は、【コンサルテーションの認識】、【共有する看護活動】、【看護師とがん看護専門看護師の関係性】で構成されることがわかった。このコンサルテーションの過程のサブカテゴリには、コンサルテーションの構造である関わる看護師の能力に関連する[がん看護専門看護師の専門性]、[看護師の準備性]や組織体制である[コンサルテーションの管理体制]や、コンサルテーションの成果が含まれていた。このことは、先行研究で行った「がん看護専門看護師のコンサルテーションについての概念分析(掲載予定)」において、がん看護専門看護師のコンサルテーションの属性に、コンサルテーションの構造や成果に関する要素

が含まれていたことと共通する。がん看護におけるコンサルテーション過程の特徴として、構造や成果の要素が含まれていることがわかった。

もう一つの特徴として、【共有する看護実践】のサブカテゴリに[がん看護専門看護師の実践]や[がん看護専門看護師の調整]、[ケアの共有]が含まれ、これらのコード数は合計 27 コードと多く、コンサルテーション過程において、がん看護専門看護師は実践や調整を行っている比率が高かった。Barron & White の高度実践看護師のコンサルテーションのモデル [Barron, et. al., 2009] では、コンサルテーション過程における実践や調整などは介入として示されるに留まり、協働については相互関係として [Hanson, 2009]、別に捉えられてきた。しかし、日本の現状からは、コンサルテーションと協働を複合する概念として捉える必要性が示唆された。

今回対象となった施設やがん看護専門看護師は、コンサルテーションができる組織づくりの過渡期であるため、コンサルテーションのあり方の模索や新たな関係づくりに取り組む過程が多く含まれていたと考えられる。さらに、がん看護専門看護師の認定後の経験年数が浅く、高度実践看護師として役割拡大に取り組み、自らの高度実践力や高度調整力を高めることも重要な時期であった。看護活動を看護師と共有しながらコンサルテーションの過程を辿っていることは適切なステップである。

このような状況は、今回の研究対象施設だけではなく、がん対策基本法の施行(2007 年)後、加速したがん医療における体制の整備により、認定 5 年未満のがん看護専門看護師が 75%をしめる現状から、他の施設でも共通した現状であることが推測される。

以上のことから、がん看護におけるコンサルテーション過程には、構造や成果の要素、看護師とがん看護専門看護師の協働を含んだコンサルテーションとして評価していくことが重要であると考え、“協働的コンサルテーション”として以下のように操作的定義を行った。

「協働的コンサルテーションとは、がん患者の問題解決に向けて看護師とがん看護専門看護師が協働し展開するコンサルテーションの過程である。構成概念として【コンサルテーションの認識】、【共有する看護活動】、【看護師とがん看護専門看護師の関係性】が含まれる。」

2. がん看護におけるコンサルテーションの過程と困難について

がん看護におけるコンサルテーションの困難の内容は、看護師とがん看護専門看護師の双方にコンサルテーションの構造の要素である【看護師の姿勢】と【組織体制】がカテゴリとなった。さ

らにサブカテゴリには、看護師とがん看護専門看護師の双方にコンサルテーションの構造の要素である[看護管理者の障壁]、[コンサルテーションの理解]、[コンサルテーションの周知]、[組織体制の問題]が含まれた。これらの要素は、コンサルテーションの過程における【コンサルテーションの認識】とも共通し、コンサルテーションの困難はコンサルテーションが行われる構造、つまり、コンサルテーションができる組織づくりに起因していると考えられる。また、コンサルテーションの過程の【看護師とがん看護専門看護師の関係性】のサブカテゴリである[関係づくり]は、がん看護専門看護師の困難の内容のサブカテゴリと共通し、コンサルテーションの困難は看護師との関係作りに起因していると考えられる。

これらのことから、がん看護におけるコンサルテーションの困難性は、コンサルテーションができる組織づくり、看護師との関係作り、そして、先のコンサルテーションの特徴で述べたようにがん看護専門看護師の実践力や調整力の向上をめざした活動も含めコンサルテーション過程が展開していることにより、その過程の把握を難しくしていることがわかる。このような過程であるからこそ、がん看護におけるコンサルテーションを客観的に測定できる尺度開発が重要である。

IV. 結論

1. がん看護におけるコンサルテーションの過程の特徴として、コンサルテーションの構造や成果が含まれていた。
2. がん看護におけるコンサルテーションの過程の特徴として、がん看護専門看護師の実践や調整が含まれ、看護師との協働が多く含まれていた。
3. 「協働的コンサルテーションとは、がん患者の問題解決に向けて看護師とがん看護専門看護師が協働し展開するコンサルテーション過程である。構成概念として【コンサルテーションの認識】、【共有する看護活動】、【看護師とがん看護専門看護師の関係性】が含まれる。」と操作的定義された。
4. がん看護におけるコンサルテーションでは、コンサルテーションができる組織づくり、看護師との関係作り、さらにはがん看護専門看護師の実践力、調整力の向上も含めコンサルテーション過程が展開しており、そのことがコンサルテーションについての共通認識を困難にしている。したがって、この過程を評価するための尺度開発が必要である。

第4章 研究方法

I. 研究デザイン

本研究は、協働的コンサルテーション尺度の開発のための、量的横断的質問紙調査である。

II. 測定用具の開発

本研究の測定用具は、「協働的コンサルテーション尺度」、そしてこの尺度の併存妥当性を検証するために、協働的コンサルテーションに関連する「痛みの知識尺度」、「緩和ケアの困難感尺度」、「専門職的自律性尺度」、そして対象者の属性に関する基本データを用いた。以下に各尺度の作成過程と特徴を述べる。

1. 協働的コンサルテーション尺度の開発

1) 下位項目候補の抽出

予備研究で導かれた協働的コンサルテーションの操作的定義にそって、コンサルテーションに関連する文献を参照し、下位項目候補を抽出した(表 7)。

【コンサルテーションの認識】については 47 項目、【共有する看護活動】については 27 項目、【看護師とがん看護専門看護師の関係性】については 13 項目、合計 87 項目が抽出された。内容の重複を整理した結果、23 項目を削除し 64 項目の下位項目候補が抽出された(表 8)。

2) 内容妥当性の検討

抽出された下位項目候補が、協働的コンサルテーションの操作的定義にそった 3 つの構成概念に即した項目であり、臨床での現象と一致しているか、項目内容に誤解が生じないか、重複する項目はないかを確認するため、がん看護専門看護師 3 名と看護師 2 名と共に分析・項目の精選を繰り返して行い、内容妥当性を確保した。

さらに、専門家との協議の中で、いくつかの項目を削除し内容をまとめ変更や追加を行った。主語についても、看護師なのかがん看護専門看護師なのかが明確になるように設問を整えた。結果、協働的コンサルテーション尺度は、【コンサルテーションの認識】24 項目、【共有する看護活動】18 項目、【看護師とがん看護専門看護の関係性】8 項目、計 50 項目の項目で構成される尺度となった(表 9)。

本尺度の項目への回答は「全くそう思わない」「そう思わない」「どちらとも言えない」「そう思う」「かなりそう思う」の5段階のリッカートスケールで行い、順に1～5点に得点化した。肯定的な内容への回答が続くことで、規則的に回答されることを避けるため、10項目を逆転項目として設定した。また、回答者が混乱することを避けるために、看護師について問う項目、がん看護専門看護師について問う項目、両者について問う項目、コンサルテーションについて問う項目の順に質問項目を設定した。また、看護師、師長、認定看護師はコンサルティとして、がん看護専門看護師はコンサルタントとして回答を求めた。

表 8: 協働的コンサルテーション尺度の下位項目候補と精選項目

項目番号	コンサルテーションの認識 (47→24項目)	重複	専門家との協議で削除/変更	項目精選後の項目番号
1	がん看護専門看護師の見解やアドバイスを受け入れるかどうかは、看護師の自由である。	o		1
2	がん看護専門看護師のコンサルテーションは、ケアのプロセスの相談者である。	f		2
3	がん看護専門看護師の能力を見極め、がん看護についてのコンサルテーションを行っている。	c		
4	がん看護専門看護師のコンサルテーションにより、がん看護について組織的に変化する。			3
5	コンサルテーションは契約関係である。		削除	
6	がん看護専門看護師には、患者に対する直接ケアの責任(権限)はない。		削除	
7	コンサルテーションは、がん看護に困難を抱える看護師からの依頼によって始まる。	p	削除	
8	看護師は、がん看護についてのコンサルテーションの必要性を認識し依頼を行っている。			4
9	がん看護専門看護師は、患者と看護師のニーズを見極め、介入の方向性を検討している。	l		5
10	がん看護専門看護師は、がん看護についての経験を多く持っている。	m		
11	がん看護専門看護師は、がん看護についての専門性が高い。	m		6
12	患者のアウトカムが向上する。			7
13	がん看護を行う体制が整備される。	b	変更	
14	看護師はがん看護における問題解決能力が向上する。	q		8
15	看護師は成長する。	q	削除	
16	看護師が、がん看護におけるコンサルテーションについての依頼を行う。	p		
17	コンサルテーションは、その場限りの対応ではなく、継続するプロセスである。	f		
18	がん看護専門看護師は、アセスメントを行う。		変更	
19	がん看護専門看護師は、コンサルテーションの方向性の評価を行う。	l		
20	がん看護専門看護師は、コンサルテーションの経過後、再度アセスメントを行う。		変更	
21	がん看護専門看護師は、コンサルテーションの過程を分析している。		変更	
22	コンサルテーションの適切性についてアセスメントしている。	l	変更	
23	コンサルテーションの対象を、看護師か患者か部署の体制かを見極めている。	l		9
24	がん看護専門看護師は、依頼された課題への自身の対応能力を判断する。			10
25	がん看護専門看護師は、コンサルテーションを受けた問題の構造を明確にする。	l		
26	がん看護専門看護師は、コンサルテーションを受けた問題の構造を説明する。			11
27	看護師は、満足している。			12
28	看護師は、ケアについての良い経験を重ねている。	q	削除	
29	看護師は、成長している。	q		
30	コンサルテーションを行ったことの成果は把握できている。			13
31	いつでもコンサルテーションすることができる。	b		
32	コンサルテーションによる関係を理解している。	a		
33	がん看護の質を高めるためにがん看護専門看護師のコンサルテーションは必要である。			14
			追加	15
34	看護師は、がん看護専門看護師に何を依頼できるのかわかっている。	c		16
35	看護師は、がん看護専門看護師へのコンサルテーションの依頼の流れを知っている。	b		
36	がん看護専門看護師は、依頼するとすぐに対応している。		変更	
37	看護師は、がん看護専門看護師が、何についてコンサルテーションできるのかわかっている。	c		
38	がん看護専門看護師は、看護師と同じ看護師としての裁量で活動している。			17
39	看護師は、コンサルテーションで学んだことを、同じ問題に直面したとき生かすことができる。			18
40	がん看護専門看護師は、相談する看護師のニーズに応じて問題点を提示する程度を変える。		変更	
41	がん看護専門看護師は、相談する看護師の実践力や情熱に応じて対応を変える。	l	変更	
42	がん看護専門看護師は、相談を受けることと直接ケアを行うことのバランスをとる。	e		19
43	がん看護専門看護師の役割について理解している。			20
44	がん看護専門看護師は、コンサルテーションの必要性を看護師に確認している。			21
45	がん看護専門看護師は、コンサルテーションの主体がどの看護師であるかを明確にしている。			22
46	がん看護専門看護師は、直接ケアとアドバイスのバランスを考えている。	e		
47	がん看護専門看護師は、問題解決の範囲を見極めている。			23
			追加	24

表 8(続き):協働的コンサルテーション尺度の下位項目候補と精選項目

項目番号	共有する看護活動(27→18項目)	重複	専門家との協議で削除	項目精選後の項目番号
48	がん看護専門看護師は、コンサルテーションについて記録を残す。			25
49	がん看護専門看護師のコンサルテーションは、活動目標の監督を行っている。			26
50	看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションを行う中で、相互に協力を行っている。	h		27
51	がん看護専門看護師は、他のリソースの紹介を行う。	j		28
52	がん看護専門看護師は、ケアの方向性について指示をせず、推奨を行う。	o	削除	
53	がん看護専門看護師は、がん看護に関連する職種との連携をうまくはかることができる。	i		
54	看護師は、がん看護についての教育を受ける。		削除	
55	がん看護専門看護師は、コンサルテーション終了を看護師へ提示する。			29
56	がん看護専門看護師のコンサルテーションは、対応方法の提示を行う。	o		
57	看護師とがん看護専門看護師は共にコンサルテーションの進め方を検討する。			30
58	看護師とがん看護専門看護師は共に看護過程を辿る。	h		
59	看護師とがん看護専門看護師は共に多職種(医師や薬剤師など)へ働きかける。			31
60	看護師とがん看護専門看護師はケアにかかわるストレスを共有する。	h		32
61	看護師とがん看護専門看護師は共にカンファレンスへの参加を行う。			33
62	がん看護専門看護師は、必要に応じて、患者への直接ケアを行う。	g		34
63	がん看護専門看護師は、必要に応じて、看護師や多職種間の調整を行う。	i		35
64	がん看護専門看護師は、必要に応じて、実践モデルを示すなど看護師への教育を行う。			36
65	がん看護専門看護師は、専門性にもとづくアドバイス(助言)を行う。	n		
66	看護師とがん看護専門看護師の立場は同じである。	a		
67	看護師とがん看護専門看護師は、ケア提供に関係する情報を共有する。	h		37
68	がん看護専門看護師は、リソースの活用を提示する。	j		
69	がん看護専門看護師は、アドバイス(助言)だけを行う。	n		38
70	患者へのケアについて、どのように分担するのかを話し合っている。			39
71	がん看護専門看護師は、看護師と共に考える。	h		
72	がん看護専門看護師は、看護師が気付いていなかった問題を提示する。			40
73	がん看護専門看護師と看護師は、共に関わり、共に問題解決する。	h		41
74	がん看護専門看護師は、必要に応じて、直接ケアを行っている。	g		
			追加	42
項目番号	看護師とがん看護専門看護師の関係性(13→8項目)			
75	看護師とがん看護専門看護師の関係性には、上下関係はない。	a		43
76	がん看護専門看護師は、気持ちのよい(ストレスのない)コミュニケーションをとっている。	d		44
77	看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションを通して互いの信頼関係を深める。	k		45
78	がん看護専門看護師は、看護師への配慮を行う。	d		
79	がん看護専門看護師は、看護師の考えを否定することはない。	d	削除	
80	がん看護専門看護師は、コンサルテーションにおいて看護師の立場を尊重している。			46
81	看護師は、コンサルテーションを通して、がん看護専門看護師への信頼感を深めている。	k		
82	看護師は、がん看護専門看護師へのコンサルテーションを気軽に行うことができる。			47
83	看護師は、がん看護専門看護師へのコンサルテーションに慣れている。			48
84	看護師は、がん看護専門看護師を、同じチームメンバーのように感じている。			49
85	看護師は、がん看護専門看護師へのコンサルテーションは安心して行うことができる。			50
86	看護師とがん看護専門看護師のコミュニケーションは円滑である。	d		
87	看護師とがん看護専門看護師は、勉強会を通して関係性ができている。	k	削除	

表 9: 協働的コンサルテーション尺度の下位項目候補 (50 項目)

構成概念	内容妥当性検討後の項目番号	設問 (50項目)
コンサルテーションの認識 (24項目)	1	がん看護専門看護師のアドバイスを受け入れるかどうかは、依頼をした看護師の自由である。
	2	コンサルテーションは、その場限りの対応ではなく、継続するプロセスである。
	3	コンサルテーションにより、がん看護への院内の取り組みが増えた。
	4	看護師は、コンサルテーションの必要性を判断している。
	5	がん看護専門看護師は、依頼者である看護師のニーズを判断している。
	6	がん看護専門看護師は、がん看護についての専門性が高い。
	7	コンサルテーションにより、患者のQOLが向上する。
	8	看護師は、コンサルテーションにより、問題解決能力が高まる。
	9	がん看護専門看護師は、患者のニーズを判断している。
	10	がん看護専門看護師は、自身の対応の限界を判断している。
	11	看護師は、コンサルテーションの始まりと終わりが判っている。
	12	看護師は、コンサルテーションに満足している。
	13	看護師は、コンサルテーションの成果を把握している。
	14	コンサルテーションにより、新たな看護介入を取り入れることができる。
	15	コンサルテーションは、がん看護の質を高めるために必要である。
	16	看護師は、がん看護専門看護師に何を依頼できるのか判断している。
	17	看護師とがん看護専門看護師は、同じ看護師としての裁量で活動している。
	18	コンサルテーションで学んだことを、次回同じ問題に直面したとき生かすことができる。
	19	がん看護専門看護師は、看護介入とアドバイスのバランスを考えている。
	20	看護師は、がん看護専門看護師の役割について理解している。
	21	がん看護専門看護師は、コンサルテーションの必要性を判断している。
	22	がん看護専門看護師は、誰のためにコンサルテーションを行うのかを判断している。
	23	がん看護専門看護師は、対応する範囲を判断している。
	24	看護師は、コンサルテーションの依頼方法を把握している。
共有する看護活動 (18項目)	25	がん看護専門看護師は、コンサルテーションについて記録する。
	26	看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションの目的を共有している。
	27	看護師とがん看護専門看護師は、共に看護ケアを行う。
	28	がん看護専門看護師は、他のリソースの紹介を行う。
	29	がん看護専門看護師は、コンサルテーションの始まりと終わりを説明する。
	30	看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションの進め方を共に考える。
	31	がん看護専門看護師は、看護師や多職種間の調整を行う。
	32	看護師とがん看護専門看護師は、ストレスを共有する。
	33	看護師とがん看護専門看護師は、共にケースカンファレンスに参加する。
	34	がん看護専門看護師は、患者や家族への直接看護介入を行う。
	35	看護師とがん看護専門看護師は、共に多職種へはたらきかける。
	36	がん看護専門看護師は、患者や家族への看護介入について実践モデルを示す。
	37	看護師とがん看護専門看護師は、情報を共有する。
	38	がん看護専門看護師は、状況に応じてアドバイスを行う。
	39	看護師とがん看護専門看護師は、看護介入の分担を話し合う。
	40	がん看護専門看護師は、看護師が気付いていない問題を提示する。
	41	看護師とがん看護専門看護師は、共に問題解決を行う。
	42	がん看護専門看護師は、コンサルテーションにより導かれる成果の方向性を説明する。
看護師とがん看護専門看護師の関係性 (8項目)	43	看護師とがん看護専門看護師は、同じ立場である(上下関係はない)。
	44	看護師とがん看護専門看護師は、気持ちよくコミュニケーションをはかっている。
	45	看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションを通して信頼関係を深める。
	46	がん看護専門看護師は、看護師の立場を尊重している。
	47	看護師は、コンサルテーションを気軽に行うことができる。
	48	看護師は、コンサルテーションに慣れている。
	49	看護師は、がん看護専門看護師を同じチームメンバーのように感じている。
	50	看護師は、コンサルテーションを安心して行うことができる。

2. 痛みの知識尺度

看護師の知識不足により、患者や家族への対応方法が判断できないことをきっかけとして、がん看護専門看護師へのコンサルテーションの依頼が行われることが一般的である。したがって、がん看護に関する知識は、コンサルテーションにおける協働の在り方に関連することが予測される。そこで協働的コンサルテーション尺度の併存妥当性の担保するために「緩和ケアに関わる医療者の知識の評価尺度 [Nakazawa,他, 2009]、[中澤, 2008]」から、がん看護において共通して対応が求められる「痛み」の知識を測定することとした。

緩和ケアに関わる医療者の知識の評価尺度は、5ドメイン 20項目から構成され、その中の1ドメイン 6項目が「痛み」についての尺度である。本尺度の回答は、「正しい」「間違っている」「分からない」の3段階で行い、「分からない」は「間違っている」に含め正解率を求める。9名の専門家により内容妥当性が、さらに看護師773名を対象とした再テスト信頼性の分析、単変量分析、重回帰分析により信頼性・妥当性が確認されている。再テストに回答した148名の痛みのドメインの平均正解数2.4(最小値0、最大値6)、級内相関は0.82であり、内的一貫性も担保されている。緩和ケア病棟で活動する医療者の正解数がその他の部署で活動する医療者よりも有意に多かった [Nakazawa, 他,2009]。

しかし、本尺度は一般看護師用に作成され基本的な設問であるため、がん看護専門看護師には設問の難度を高める必要があると考えた。そのため、難度の高い問題を6項目追加し、合計12項目から構成される「痛みの知識尺度」として、本研究では使用することとした。この追加項目については、看護師3名、がん看護専門看護師3名、医師1名に、内容妥当性について確認を行った。

「緩和ケアに関わる医療者の知識の評価尺度」の開発者には、本研究の趣旨、尺度の使用の承諾と追加の設問について承認を得た。

3. 緩和ケアの困難感尺度

がん看護専門看護師の役割として、複雑で解決困難な看護問題をもつがん患者や家族への対応がある。がん看護専門看護師が対応するためには、看護師が対応の困難度を判断し、コンサルテーションを依頼することが不可欠である。したがって、がん看護における看護師の困難感、コンサルテーションにおける協働の在り方に関連することが予測される。そこで協働的コンサルテーション尺度の併存妥当性を担保するために、「緩和ケアに関わる医療者の困難感の評価尺度 [Nakazawa,他,, 2011]、[中澤, 2008]」を測定することとした。この尺度は、終末期がん患

者への緩和ケアの困難感を問う設問となっているが、がん看護全般に共通する設問であるため利用できると考えた。

「緩和ケアに関わる医療者の困難感の評価尺度」は、【症状緩和】、【専門家の支援】、【医療者間のコミュニケーション】、【患者・家族とのコミュニケーション】、【地域連携】の5ドメイン15項目から構成され、「思わない」「たまに思う」「時々思う」「よく思う」「非常によく思う」の5段階のリッカートスケールで評価し順に1～5点に得点化され、信頼性・妥当性が確認されている。

「緩和ケアに関わる医療者の困難感の評価尺度」の【症状緩和】と【専門家の支援】に含まれる3項目は、本研究の基本データとして収集する項目と重複したため省略し、3ドメインを含む合計12項目の「緩和ケアの困難感尺度」として本研究では使用することとした。

「緩和ケアに関わる医療者の困難感の評価尺度」の開発者には、本研究の趣旨について説明し尺度の使用について、承認を得た。

4. 専門職的自律性尺度

コンサルテーションは、コンサルティとコンサルタントの自律性が基盤となり展開する。特に、コンサルテーション過程での実践や多職種との調整を共有するか分担するかについての意図には、双方の専門職としての責任感が判断力、実践力を含めた自律性の高さが求められる。したがって、コンサルテーションに関わる看護師とがん看護専門看護師の専門職としての自律性は、コンサルテーションにおける協働の在り方に関連することが予測される。そこで、協働的コンサルテーション尺度の併存妥当性の担保するために、菊池らが作成した「専門職的自律性尺度 [菊池他, 1997a]」を用いることとした。

菊池らの開発した専門職的自律性尺度は、一般看護師の専門職的自律性を、看護師が看護の理論・技術を主体的・自主的に活用する力量形成の過程として捉え、看護場面を認知・判断・実践のレベルでとらえたモデルが基盤となっている。協働的コンサルテーションの構成概念に【共有する看護活動】が含まれており、この看護活動における専門職としての自律性を測定するには適した尺度であると考えた。

専門職的自律性尺度は、【認知能力】、【実践能力】、【具体的判断能力】、【抽象的判断能力】、【自立的判断能力】の5つの構成概念47項目から構成され、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「どちらとも言えない」「すこしはそう思う」「かなりそう思う」の5段階のリッカートスケールで順に1～5点に得点化される。各構成概念のCronbach α 係数が0.79～0.93、級内相関係数が0.56～0.67あり、信頼性・妥当性が確認されている [菊池他, 1997b]。

本尺度は構成概念別に使用することも可能であるとされているため、協働的コンサルテーションに関連すると考えた下位尺度の【認知能力】から 8 項目、【実践能力】から 6 項目、【抽象的判断能力】から 4 項目選択し、合計 18 項目とした。

「専門職的自律性尺度」の開発者には、本研究の趣旨について説明し尺度の使用について、承認を得た。

5. 基本データ

「基本データ」については、性別、年齢、教育、認定の取得、所属する医療機関の特性、看護師の経験、職位、所属部署、直属の上司、所属する医療機関のコンサルテーション体制、対応がん患者数、がん看護専門看護師へのコンサルテーション経験、がん看護の教育、がん看護への関心、入会している学会を設定した。

がん看護専門看護師を対象としたデータには、コンサルテーション件数、リソースの活用を設定した。

III. 質問紙の表面妥当性の検証

109 項目で構成された質問紙について便宜的標本抽出法により 30 名の看護師を選定した。対象者となった看護師に全項目への回答を依頼し、答えにくさ、表現のわかりにくさなどの意見の収集を行った。29 名より回収し、うちがん看護専門看護師が 11 名、看護師が 18 名であった。

1. 協働的コンサルテーション尺度

回答率、回答の傾向、設問へのコメントなどを参照し、以下の項目を削除し、44 項目とした。

Q1. がん看護専門看護師のアドバイスを受け入れるかどうかは、依頼をした看護師の自由である。

Q2. コンサルテーションは、その場限りの対応ではなく、継続するプロセスである。

Q7. コンサルテーションにより、患者の QOL が向上する。

Q14. コンサルテーションにより、新たな看護介入を取り入れることができる。

Q15. コンサルテーションは、がん看護の質を高めるために必要である。

Q17. 看護師とがん看護専門看護師は、同じ看護師としての裁量で活動している。

2. 痛みの知識尺度

正解数の平均値が 10.8 (最小値 5、最大値 12) であり、得点分布差が小さかったため、難度

の高い項目で誤回答が少なかった Q9 と Q11 を、さらに難度を上げ以下のように変更した。

Q9. がまんできず繰り返し麻薬を使用するのは身体依存である。

⇒Q9. 体動時の痛みは、複数の鎮痛薬を組み合わせ、緩和するしかない。

Q11. 不安や怒り、寂しさなどの感情は痛みの閾値を低下させ、痛みの緩和を難しくする。

⇒Q11. 不安や怒り、寂しさなどの感情は痛みの閾値を上昇させ、痛みの緩和を難しくする。

3. 緩和ケアの困難感尺度

回答の傾向やコメントに問題はなく、同じ 12 項目を継続して使用することとした。

4. 専門職的自律性尺度

18 項目の Cronbach α 係数は 0.961 と高かった。そこで、回答者の負担を軽減するため類似した内容の項目があり、相関が高い項目を各下位尺度より 1 項目選択し、以下の 3 項目を削除、15 項目とした。15 項目の Cronbach α 係数は 0.948 と信頼性は保たれた。

Q29. 私はこれまでの経過から患者の今後の行動を予測することができる。

Q33. 私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる。

Q41. 私は将来変化するであろう問題に向けて看護の方法を選択できる。

以上の検討の結果、測定用具は、協働的コンサルテーション尺度 44 項目、痛みの知識尺度 12 項目、緩和ケアの困難感尺度 12 項目、専門職的自律性尺度 15 項目、そして基本データ 17 項目で構成される 100 項目の質問紙(資料 1)が作成された。

IV. 研究対象者

対象者は、がん看護に携る看護師とがん看護専門看護師とした。

対象者数については、尺度開発では、項目数に対して 5~10 倍のサンプル数の設定が望ましいとされている [石井, 2005]。本研究で開発する協働的コンサルテーション尺度は、現在 50 項目であるが、20~30 項目の尺度として完成を予定しており、最低でもこの 5 倍となるサンプル数 150 名が必要となる。看護師を対象とした調査の回収率は 80%程度が見込まれるため、対象数を 200 名とし、160 名の回収を目標と設定し、看護師 100 名とがん看護専門看護師 100 名へ質問師の配布を計画した。

質問紙は、がん看護専門看護師のメーリングリストを通じて 5 施設の紹介を受け、看護部責任

者の同意をもとに 15～30 名のがん看護専門看護師が所属する施設でがん看護に携わっている合計 115 名の看護師に配布した。そして、がん看護専門看護師のメーリングリストを通じて研究協力の同意のあったがん看護専門看護師 80 名と、日本看護協会が公開しているがん看護専門看護師登録者一覧 [日本看護協会, 2012]より無作為抽出された 40 名のがん看護専門看護師合計 120 名に配布した。看護師とがん看護専門看護師の合計 235 名への質問紙の配布を行った。

V. データ収集期間

2012 年 9 月 1 日～2012 年 10 月 30 日

VI. 調査方法

留め置き法と郵送による質問紙調査。

1. 日本専門看護師協議会のがん看護専門看護師注メーリングリスト(加入者は約 200 名/全認定者 327 名)を通じて、研究協力のために施設紹介が可能ながん看護専門看護師を募集した(資料 2)。そして以下の手順で看護師の研究協力者を募った。
 - 1) 看護部責任者より研究協力の内諾が得られた施設を訪問または電話を行った。
 - 2) 研究者より、あらためて資料 3・4 に沿って研究の説明を行い、以下の①～⑤の手順にそって質問紙の配布や収集を行うことの承諾を得た。
 - (1) 研究実施許可書(資料 5)に、看護部責任者より署名を受けた。
 - (2) 施設 10～20 名の看護師へ看護部責任者より、部署の管理者を通じて質問紙の配布を行った(資料 1・4・6)。
 - (3) 研究協力者については、看護部責任者よりがん看護に携る看護師の選抜を依頼した。
 - (4) 質問紙の回収は、質問紙に同封した封筒による郵送法とした。
 - 3) 研究協力者が 100 名に到達するまで、協力施設を増やしていった。
2. 日本専門看護師協議会のがん看護専門看護師メーリングリストを通じて、研究協力が可能ながん看護専門看護師を募集した(資料 2)。メールにて協力が可能との連絡を受け、1 週間以内に質問紙を郵送した(資料 1・4・6)。がん看護専門看護師 100 名以上の協力が得ら

れず、日本看護協会の専門看護師登録一覧より、無作為に対象者を選定し、郵送にて依頼者を増やした。質問紙の回収は、質問紙に同封した封筒による郵送法とした。

VII. 分析方法

統計ソフト SPSS Ver.19 および AMOS Ver.19 を使用し解析を行った。

対象者の属性は、t検定と χ^2 検定を行った。天井効果・床効果とI-T 相関の分析を行い、適切性のない項目を削除した。

1. 尺度の内的一貫性は Cronbach の α 係数が 0.7 以上であることを確認した。探索的因子分析(最尤法、プロマックス法)により因子負荷量が 0.4 以下の項目は削除し、因子構造モデルを確認的因子分析によりモデル適合度を確認し構成概念妥当性を高めた。
2. 併存妥当性は、協働的コンサルテーション尺度の合計得点と痛みの知識尺度の正解数、緩和ケアの困難感尺度の合計得点、看護師の専門職的自律性尺度の合計得点との相関係数により検証した。
3. 臨床的妥当性は、看護師とがん看護専門看護師、がん看護専門看護師の管理体制別の協働的コンサルテーション尺度の各項目の平均点の差の検定と、従属変数を協働的コンサルテーション尺度の合計得点、独立変数に属性を設定し重回帰分析により検証した。

VIII. 倫理的配慮

1. 本研究に協力しないことで不利益をこうむらないこと、匿名にて結果の分析を進めることなど、倫理的配慮について説明文を添え、研究参加同意の意思は、質問紙の返却をもって確認した。
2. 本研究に協力することでの直接的な利益は還元できないが、結果の集計・分析により、がん看護におけるコンサルテーションが円滑に推進できるような評価や教育体制についての示唆となるよう発表を予定している。
3. 質問紙への回答は自由意思であることを伝え、回収は無記名で行った。
4. 施設や個人が特定できないよう記号化し、本研究報告を学会等で公表していく。
5. 収集したデータは電子的に匿名性を保持し処理をした。

6. 匿名化されたデータファイルは、鍵のかかるキャビネットで、研究者以外の者が取り出せないよう保管している。
1. 匿名化されたデータファイルは、学術誌への投稿後 3 年以上保管し、その後消去して破棄する。

聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認(承認番号、12-027)を取得し、実施した。

第5章 結果

1. 対象者の属性

質問紙の回収は 159 名 (67.7%) からであった。そのうち質問項目の 70% 以上回答されていたものを有効回答とした。その結果 157 名を有効とした。女性が 152 名 (96.8%) であり、がん看護専門看護師が 84 名 (53.5%)、看護師が 73 名 (46.5%) であった (表 10)。年齢は 25~55 歳で平均値は 38.22 ± 6.67 歳、看護師経験年数は 3~37 年で平均値は 15.3 ± 6.60 年であり、いずれもがん看護専門看護師が有意に高かった ($p < 0.001$) (表 11)。

表 10: 対象者の属性 (1)

項目	回答	全体 (N=157)		看護師 (n=73)		がん看護専門看護師 (n=84)		X ² 検定		
		度数	%	度数	%	度数	%	自由度	X ² 値	p値
性別	女性	152	96.8	68	93.2	84	100.0	1	5.94	0.015
	男性	5	3.2	5	6.8	0	0.0			
	回答なし	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
認定の有無	専門看護師	84	53.5	0	0	84	100	2	157.00	0.000
	認定看護師	10	6.4	10	13.7	0	0			
	認定なし	63	40.1	63	86.3	0	0			
	回答なし	0	0.0	0	0.0	0	0.0			

表 11: 対象者の属性 (2)

項目	度数	回答 なし	最小値	最大値	中央値	平均値	標準偏差	t検定			
								自由度	t値	p値	
年齢 (歳)	全体	157	2	25	55	38	38.22	6.67	153	-5.22	0.000
	看護師	73	1	25	55	35	35.44	7.30			
	がん看護 専門看護師	84	1	32	54	41	40.63	4.99			
看護師 経験年数 (年)	全体	157	1	3	37	15	15.30	6.60	154	-5.29	0.000
	看護師	73	0	3	37	10	12.55	6.97			
	がん看護 専門看護師	84	1	10	33	18	17.72	5.20			

1. がん看護についての背景

最終の看護基礎教育では、看護師に専門学校卒 (n=44) が多く、がん看護専門看護師には大学卒業者 (n=40) が多かった ($p < 0.001$)。学会への入会者は 100 名 (63.7%) と全体に多く、がん看護専門看護師は全員が入会していた ($p < 0.001$)。がん看護の卒後教育は、受けていない者

は 12 名 (7.6%) のみあった。がん看護への関心がある者が 154 名 (98.1%) であり大多数であった。対応がん患者数は 1 週間に 31 名以上対応している者が 69 名 (43.9%) であったが、その傾向は看護師とがん看護専門看護師の間に有意な差はなかった (表 12)。

表 12: がん看護についての背景

項目	回答	全体 (N=157)		看護師 (n=73)		がん看護専門看護師 (n=84)		X ² 検定		
		度数	%	度数	%	度数	%	自由度	X ² 値	p値
看護教育	専門学校	53	33.8	44	60.3	9	10.7	3	63.85	0.000
	短大	18	11.5	12	16.4	6	7.1			
	大学	56	35.7	16	21.9	40	47.6			
	大学院	29	18.5	0	0.0	29	34.5			
	回答なし	1	0.0	1	0.1	0	0.0			
学会の 入会	あり	100	63.7	16	21.9	84	100.0	1	100.86	0.000
	なし	55	35.0	55	75.3	0	0.0			
	回答なし	2	0.0	2	0.3	0	0.0			
卒後のがん看護 教育	5日以上	105	66.9	31	42.5	74	88.1	3	40.51	0.000
	1~4日	20	12.7	14	19.2	6	7.1			
	数時間	19	12.1	17	23.3	2	2.4			
	なし	12	7.6	11	15.1	1	1.2			
	回答なし	1	0.0	0	0.0	1	0.0			
がん看護の関心	あり	154	98.1	69	94.5	84	100.0	1	3.52	0.061
	なし	3	1.9	4	5.5	0	0.0			
	回答なし	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
がん看護専門看護師 への相談経験	あり	142	90.4	69	94.5	73	86.9	2	2.93	0.231
	なし	14	8.9	4	5.5	10	11.9			
	回答なし	1	0.0	1	0.0	1	0.0			
対応がん患者数	31名以上	69	43.9	33	45.2	36	42.9	3	2.99	0.394
	30~21名	31	19.7	13	17.8	18	21.4			
	20~11名	27	17.2	10	13.7	17	20.2			
	10名以下	29	18.5	17	23.3	12	14.3			
	回答なし	1	0.0	0	0.0	1	0.0			

2. 施設の特性

300床以上の施設に所属している者が139名(88.5%)であり、その多くはがん診療連携拠点病院(n=89)であった。がん看護専門看護師によるコンサルテーション体制は137名(87.3%)が所属施設にあると回答していたが、がん診療連携拠点病院であることによる差はなかった。がん看護専門看護師への相談経験も、がん拠点病院であることでの差はなかった。しかし、がん診療連携拠点病院に所属するがん看護専門看護師は57名(67.9%)と有意に多かった(表13)。

表 13: 施設の特性(N=157)

項目	回答	回答		がん診療連携拠点病院		その他		χ ² 検定	
		度数	%	度数	度数	自由度	χ ² 値	p値	
所属施設	300床以上	139	88.5	89	50	2	12.441	0.002	
	300床未満	13	8.3	2	11				
	その他	5	3.2	2	3				
	小計	157	100.0	93	64				
がん看護専門看護師によるコンサルテーション体制	ある	137	87.3	83	54	2	1.216	0.545	
	ない	17	10.8	9	8				
	わからない	3	1.9	1	2				
	小計	157	100.0	93	64				
がん看護専門看護師への相談経験	あり	142	90.4	85	57	2	1.501	0.472	
	なし	14	8.9	8	6				
	回答なし	1	0.0	1	0				
	小計	157	100.0	94	63				
がん看護専門看護師の認定	なし	73	46.5	36	37	1	5.561	0.018	
	あり	84	53.5	57	27				
	小計	157	100.0	93	64				

3. 活動背景

所属部署は入院病棟が 60 名 (38.2%)、複数の部署に所属(横断活動)が 47 名 (29.9%)であり、入院病棟では看護師(n=54)が、横断活動ではがん看護専門看護師(n=41)が多かった。職位のない者が 77 名 (49.0%)、主任・副師長が 46 名 (29.3%)、師長が 25 名 (15.9%)であり、職位のない者の多くが看護師(n=50)、主任・副師長・師長にはがん看護専門看護師(n=50)が多かった。組織上の位置づけはライン機能が 99 名 (63.1%)、スタッフ機能は 51 名 (32.5%)であり、がん看護専門看護師にはスタッフ機能(n=43)が多かった(表 14)。

表 14: 活動背景

項目	回答	全体 (N=157)		看護師 (n=73)		がん看護専門看護師 (n=84)		X ² 検定		
		度数	%	度数	%	度数	%	自由度	X ² 値	p値
所属部署	入院病棟	60	38.2	54	74.0	6	7.1	7	82.26	0.000
	外来	9	5.7	4	5.5	5	6.0			
	緩和ケアチーム	12	7.6	2	2.7	10	11.9			
	緩和ケア病棟	6	3.8	3	4.1	3	3.6			
	化学療法センター	7	4.5	3	4.1	4	4.8			
	相談支援センター	9	5.7	0	0.0	9	10.7			
	横断活動	47	29.9	6	8.2	41	48.8			
	その他	7	4.5	1	1.4	6	7.1			
職位	なし	77	49.0	50	68.5	27	32.1	3	23.68	0.000
	主任・副師長	46	29.3	17	23.3	29	34.5			
	師長	25	15.9	4	5.5	21	25.0			
	その他	9	5.7	2	2.7	7	8.3			
組織上の 位置づけ	ライン機能	99	63.0	65	89.0	34	40.5	2	40.15	0.000
	スタッフ機能	51	32.5	8	11.0	43	51.2			
	その他	7	4.5	0	0.0	7	8.3			

4. がん看護専門看護師

日本看護協会に登録されているがん看護専門看護師(N=329)のうち本研究の対象者は 84 名 (26%)であった。がん看護専門看護師認定後の経験年数の平均値は、全登録者(N=329)では 3.91±3.13 年 [日本看護協会, 2012]に対して、本研究の対象者(n=84)では 4.42±3.57 年とやや高い傾向であった。

認定された年についてはほぼ均等に分布していた(図 1)。

前月のコンサルテーションの対応数は 0~44 件で平均値は 9.41±9.71 とばらつきが大きく、がん診療連携拠点病院であること、横断活動あること、スタッフ機能であることの差はなかった(表 15)(図 2)。

表 15:がん看護専門看護師認定後の年数とコンサルテーション対応数(n=84)

項目	度数	回答 なし	最小値	最大値	中央値	平均値	標準偏差	t検定			
								自由度	t値	p値	
認定後の年 数(年)	全体	84	0	1	16	3	4.38	3.57	82	-0.69	0.493
	がん拠点	56	0	1	16	3	4.57	3.59			
	その他	28	0	1	15	3	4.00	3.57			
コンサル テーション 対応数(件)	全体	84	1	0	44	6	9.41	9.71	41	-1.30	0.200
	がん拠点	56	0	0	40	6	8.36	8.71			
	その他	27	1	0	44	6	11.59	11.39			
	全体	84	2	0	44	6	9.40	9.77	80	-1.44	0.153
	横断活動	50	0	0	44	7	10.64	10.70			
	その他	32	2	0	30	5	7.47	7.88			
全体	84	8	0	44	6	9.40	9.77	74	-1.26	0.211	
ライン役割り	34	—	0	40	4	8.03	9.56				
スタッフ役割り	42	—	0	44	8	10.93	10.26				

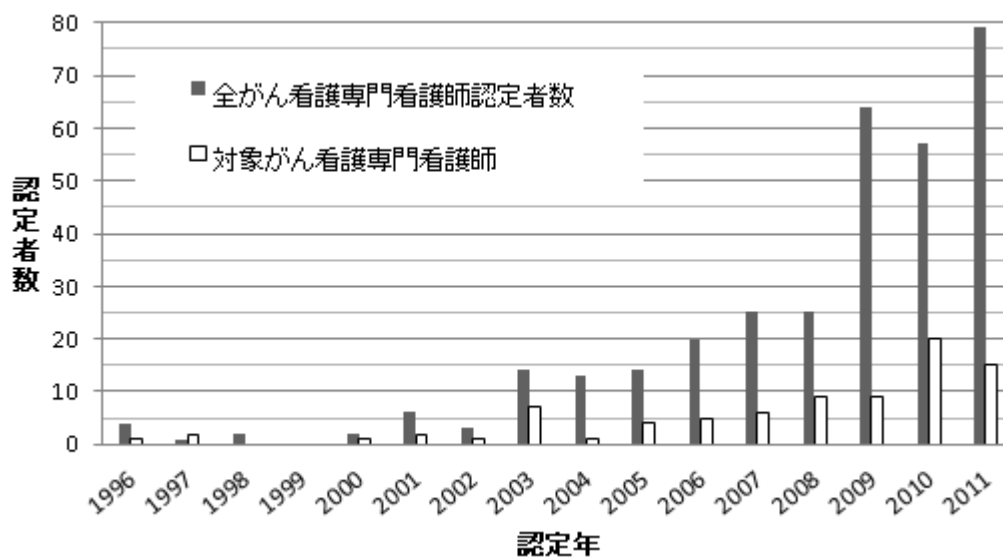


図1:対象がん看護専門看護師(n=84,欠損=1)と全がん看護専門看護師(N=329)の年別認定者数 [日本看護協会 認定部, 2012]

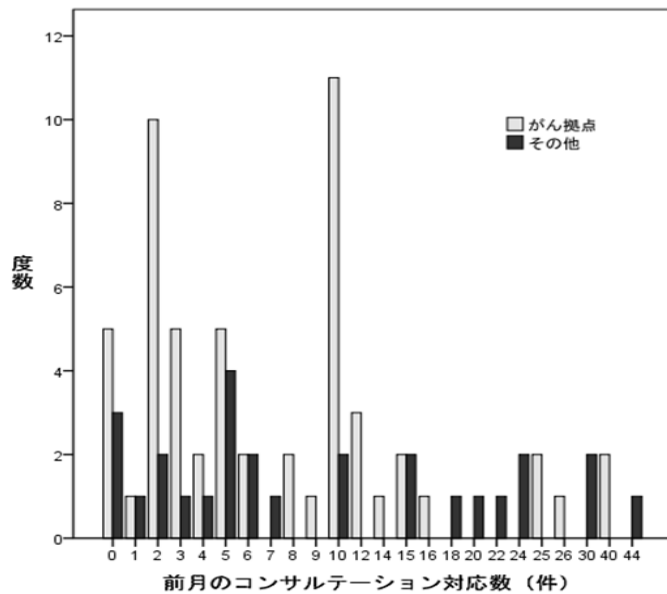


図 2:対象がん看護専門看護師(n=84,欠損=1)のコンサルテーション対応数(がん診療連携拠点病院とその他の施設の比較)

5. 痛みの知識尺度の傾向

痛みの知識の正解数の平均値は 9.64 ± 1.87 問であり、看護師はがん看護専門看護師より低かった(表 16)。

6. 緩和ケア困難感尺度の傾向

緩和ケアの困難感尺度の合計得点の平均値は 26.37 ± 6.88 点であり、看護師はがん看護専門看護師よりも困難感が高かった(表 16)。

7. 専門職的自律性尺度の傾向

専門職的自律性尺度の合計得点の平均値は 57.37 ± 9.08 点であり、看護師はがん看護専門看護師よりも自律性が低かった(表 16)。

表 16: 看護師とがん看護専門看護師の各尺度の平均値の差

項目	度数	回答 なし	最小値	最大値	中央値	平均値	標準偏差	t検定			
								自由度	t値	p値	
痛み知識尺度 正解数	全体	157	2	3	12	10	9.64	1.87	153	-7.61	0.000
	看護師	73	2	3	12	9	8.58	2.12			
	がん看護 専門看護師	84	0	8	12	11	10.54	0.95			
緩和ケア困 難感尺度 合計得点	全体	157	0	13	47	26	26.37	6.88	155	5.11	0.000
	看護師	73	0	16	47	29	29.16	6.88			
	がん看護 専門看護師	84	0	13	43	23	23.94	5.93			
専門職的自 律性尺度 合計得点	全体	157	1	32	75	58	57.37	9.08	154	-8.77	0.000
	看護師	73	1	32	70	53	51.72	8.29			
	がん看護 専門看護師	84	0	45	75	62	62.20	6.64			

II. 項目分析

1. 天井効果・床効果

協働的コンサルテーション尺度の 44 項目において、天井効果、床効果を確認し、基準に満たなかった以下の 5 項目を削除し、39 項目とした(表 17)。

Q72. 看護師とがん看護専門看護師は、情報を共有する。

Q82. がん看護専門看護師は、看護師の立場を尊重している。

Q90. がん看護専門看護師は、他のリソースの紹介を行う。

Q93. がん看護専門看護師は、コンサルテーションについて記録する。

Q95. がん看護専門看護師は、依頼者である看護師のニーズを判断している。

2. I-T 相関

39 項目について、さらに適切な項目を識別するために I-T 相関を確認し、Pearson の積率相関係数は 0.274~0.715 の範囲で算出された(表 17)。相関係数 0.8 以上の項目はなく、項目の重複による削除は必要なかった。相関係数が 0.4 以下であった以下の 4 項目は削除した(表 17)。

Q57. 看護師は、コンサルテーションの始まりと終わりが判っている。

Q68. 看護師とがん看護専門看護師は、同じ立場である(上下関係はない)。

Q73. 看護師とがん看護専門看護師は、ストレスを共有する。

Q74. 看護師とがん看護専門看護師は、共にケースカンファレンスに参加する。

以下の Q86 の相関係数は、0.347 と 0.4 を下回っていたが、コンサルテーション過程において、対応が可能である範囲を見極めは、協働において重要であるため削除を控えた。

Q86. がん看護専門看護師は、自身の対応の限界を判断している。

最終的に、項目分析において、44 項目から 9 項目が削除され、35 項目となった(表 17)。

表 17: 項目分析の結果(44→39→35 項目) ※網掛けは削除項目

	質問項目	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	天井効果	床効果	I-T相関(N=151)	
Q57	看護師は、コンサルテーションの始まりと終わりが判っている。	156	1	5	3.13	0.94	4.08	2.19	0.274 **	削除
Q58	看護師は、がん看護専門看護師に何を依頼できるのか判断している。	157	1	5	3.24	0.81	4.05	2.43	0.494 ***	
Q59	看護師は、がん看護専門看護師を同じチームメンバーのように感じている。	157	1	5	3.47	1.02	4.49	2.46	0.496 ***	
Q60	看護師は、コンサルテーションに満足している。	157	1	5	3.43	0.80	4.24	2.63	0.489 ***	
Q61	看護師は、コンサルテーションの成果を把握している。	157	1	5	3.38	0.88	4.26	2.50	0.512 ***	
Q62	看護師は、コンサルテーションの必要性を判断している。	157	1	5	3.54	0.96	4.49	2.58	0.457 ***	
Q63	看護師は、がん看護専門看護師の役割について理解している。	157	1	5	3.33	0.96	4.29	2.37	0.562 ***	
Q64	看護師は、コンサルテーションに慣れている。	157	1	5	2.88	1.01	3.89	1.87	0.535 ***	
Q65	看護師は、コンサルテーションの依頼方法を把握している。	155	1	5	3.34	1.08	4.41	2.26	0.606 ***	
Q66	看護師は、コンサルテーションを安心して行うことができる。	157	1	5	3.63	0.91	4.54	2.72	0.664 ***	
Q67	看護師は、コンサルテーションを気軽に行うことができる。	156	1	5	3.50	0.97	4.47	2.53	0.655 ***	
Q68	看護師とがん看護専門看護師は、同じ立場である(上下関係はない)。	157	1	5	3.57	1.12	4.69	2.46	0.297 ***	削除
Q69	看護師とがん看護専門看護師は、看護介入の分担を話し合う。	157	1	5	3.38	0.95	4.33	2.43	0.594 ***	
Q70	看護師とがん看護専門看護師は、気持ちよくコミュニケーションをはかっている。	157	2	5	4.01	0.73	4.74	3.28	0.592 ***	
Q71	看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションの進め方を共に考える。	157	1	5	3.58	0.89	4.46	2.69	0.608 ***	
Q72	看護師とがん看護専門看護師は、情報を共有する。	157	2	5	4.44	0.65	5.09	3.79		削除
Q73	看護師とがん看護専門看護師は、ストレスを共有する。	157	1	5	3.62	0.90	4.53	2.72	0.374 ***	削除
Q74	看護師とがん看護専門看護師は、共にケースカンファレンスに参加する。	157	1	5	3.69	0.95	4.65	2.74	0.316 ***	削除
Q75	看護師とがん看護専門看護師は、共に多職種へはたらきかける。	157	2	5	3.84	0.80	4.65	3.04	0.412 ***	
Q76	看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションの目的を共有している。	157	1	5	3.68	0.77	4.44	2.91	0.597 ***	
Q77	看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションを通して信頼関係を深める。	157	1	5	4.08	0.68	4.75	3.40	0.715 ***	
Q78	看護師とがん看護専門看護師は、共に看護ケアを行う。	157	1	5	3.98	0.89	4.87	3.09	0.451 ***	
Q79	看護師とがん看護専門看護師は、共に問題解決を行う。	157	2	5	4.22	0.62	4.84	3.59	0.640 ***	

p<0.01, *p<0.001

表 17(続き):項目分析の結果(44→39→35 項目)※網掛けは削除項目

質問項目	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	天井効果	床効果	I-T相関(N=151)	
Q80 がん看護専門看護師は、看護介入とアドバイスのバランスを考えている。	157	2	5	4.11	0.68	4.79	3.44	0.669 ***	
Q81 がん看護専門看護師は、看護師が気付いていない問題を提示する。	157	1	5	4.14	0.73	4.87	3.41	0.406 ***	
Q82 がん看護専門看護師は、看護師の立場を尊重している。	156	1	5	4.28	0.72	5.00	3.57		削除
Q83 がん看護専門看護師は、患者のニーズを判断している。	157	1	5	4.24	0.62	4.87	3.62	0.606 ***	
Q84 がん看護専門看護師は、コンサルテーションの始まりと終わりを	156	1	5	3.26	0.97	4.23	2.29	0.445 ***	
Q85 がん看護専門看護師は、コンサルテーションの必要性を判断している。	157	1	5	3.97	0.72	4.70	3.25	0.530 ***	
Q86 がん看護専門看護師は、自身の対応の限界を判断している。	157	1	5	3.90	0.85	4.75	3.05	0.347 ***	
Q87 がん看護専門看護師は、状況に応じて看護師へアドバイスを	157	2	5	4.31	0.58	4.89	3.74	0.605 ***	
Q88 がん看護専門看護師は、状況に応じて患者や家族への直接	157	2	5	4.29	0.65	4.94	3.64	0.517 ***	
Q89 がん看護専門看護師は、対応する範囲を判断している。	157	2	5	4.09	0.69	4.78	3.40	0.535 ***	
Q90 がん看護専門看護師は、他のリソースの紹介を行う。	157	1	5	4.24	0.82	5.05	3.42		削除
Q91 がん看護専門看護師は、誰のためにコンサルテーションを行う	157	3	5	4.15	0.59	4.73	3.56	0.487 ***	
Q92 がん看護専門看護師は、がん看護についての専門性が高い。	157	3	5	4.35	0.62	4.97	3.73	0.534 ***	
Q93 がん看護専門看護師は、コンサルテーションについて記録する。	157	1	5	4.13	0.88	5.01	3.26		削除
Q94 がん看護専門看護師は、コンサルテーションにより導かれる成果の方向性を説明する。	157	2	5	3.85	0.81	4.66	3.05	0.599 ***	
Q95 がん看護専門看護師は、依頼者である看護師のニーズを判断している。	157	1	5	4.19	0.83	5.02	3.37		削除
Q96 がん看護専門看護師は、患者や家族への看護介入について実践モデルを示す。	156	1	5	4.00	0.85	4.85	3.15	0.522 ***	
Q97 がん看護専門看護師は、看護師や多職種間の調整を行う。	157	2	5	4.20	0.75	4.94	3.45	0.488 ***	
Q98 コンサルテーションで学んだことを、次回同じ問題に直面したとき生かすことができる。	157	2	5	4.01	0.58	4.59	3.44	0.443 ***	
Q99 コンサルテーションにより、がん看護への院内の取り組みが増えた。	157	1	5	3.71	0.98	4.69	2.72	0.606 ***	
Q100 看護師は、コンサルテーションにより、問題解決能力が高まる。	157	1	5	4.22	0.74	4.96	3.48	0.523 ***	

p<0.01, *p<0.001

III. 構成概念妥当性の検証

1. 探索的因子分析

精選された 35 項目の協働的コンサルテーション尺度の因子構造と原案の構成概念との整合性を検討した。因子分析は最尤法(プロマックス回転)で行った。8 回の反復で回転が収束し、6 因子が抽出された(表 18)。因子負荷量が 0.4 以下となった以下の 5 項目は、構成概念の妥当性を高めるために削除した。

Q69. 看護師とがん看護専門看護師は、看護介入の分担を話し合う。

Q77. 看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションを通して信頼関係を深める。

Q83. がん看護専門看護師は、患者のニーズを判断している。

Q98. がん看護専門看護師は、対応する範囲を判断している。

Q100. 看護師は、コンサルテーションにより、問題解決能力が高まる。

次に、スクリープロットの結果から固有値が 3~4 因子においてフラットになった。

まず、因子数を 4 として、最尤法(プロマックス回転)を行った。因子負荷量が 0.4 以下となる項目が 4 項目あり、第 4 因子は以下の 3 項目で項目内容のまとまりがなかった。固有値の累積%は 4 因子までで 54.0%、3 因子まででは 49.2%であったため、3 因子での解析結果と比較することとした。

Q92. がん看護専門看護師は、がん看護についての専門性が高い。

Q60. 看護師は、コンサルテーションに満足している。

Q81. がん看護専門看護師は、看護師が気付いていない問題を提示する。

次に、因子数を 3 として再度、最尤法(プロマックス回転)を行った。3 因子を抽出するためには、6 回の反復が必要であった。しかし、3 因子では、固有値の累積%が 43.6%と 50%を超えなかった。因子負荷量が 0.4 以下となった以下の 3 項目を削除した。

Q75 看護師とがん看護専門看護師は、共に多職種へはたらきかける。

Q81 がん看護専門看護師は、看護師が気付いていない問題を提示する。

Q92 がん看護専門看護師は、がん看護についての専門性が高い。

表 18: 因子分析(最尤法、プロマックス回転)の結果(N=157)

	因子負荷量						
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	
Q88	0.809	-0.004	0.083	-0.200	0.001	0.141	
Q89	0.800	-0.123	-0.044	0.158	-0.054	-0.024	
Q86	0.720	-0.008	-0.253	-0.131	0.083	0.046	
Q96	0.678	-0.011	-0.088	0.000	0.174	0.041	
Q87	0.674	0.031	0.295	-0.075	0.005	-0.189	
Q85	0.570	0.262	-0.192	0.066	-0.102	0.171	
Q91	0.562	-0.050	0.052	0.160	-0.238	0.117	
Q80	0.550	0.074	0.161	0.098	0.006	-0.023	
Q94	0.506	0.029	0.059	0.312	-0.048	-0.197	
Q69	0.304	0.202	-0.155	0.209	0.225	0.118	
Q67	-0.034	0.837	0.107	-0.134	0.059	0.034	
Q64	-0.072	0.825	-0.197	0.125	0.071	-0.123	
Q66	-0.017	0.784	0.102	-0.043	0.056	0.001	
Q58	0.173	0.756	-0.148	-0.077	-0.122	-0.001	
Q65	-0.009	0.754	-0.154	0.066	0.209	-0.071	
Q63	0.096	0.699	0.064	0.055	-0.253	0.045	
Q62	-0.006	0.534	0.198	0.042	-0.265	-0.042	
Q59	-0.009	0.524	0.230	-0.132	0.008	-0.043	
Q92	-0.058	0.007	0.641	0.061	0.146	-0.030	
Q81	0.016	-0.080	0.562	-0.018	0.017	-0.013	
Q60	-0.076	0.355	0.549	-0.145	-0.112	0.042	
Q70	-0.247	0.169	0.473	0.199	0.144	0.064	
Q99	-0.099	0.234	0.404	0.210	0.004	0.099	
Q83	0.362	0.024	0.374	-0.106	0.198	0.056	
Q98	0.146	-0.111	0.308	0.146	0.071	0.088	
Q76	-0.050	-0.011	-0.039	0.801	0.063	0.055	
Q71	0.038	0.125	-0.125	0.709	0.090	-0.040	
Q84	0.116	-0.184	0.143	0.488	-0.032	-0.104	
Q61	-0.110	0.182	0.201	0.413	-0.119	0.069	
Q100	0.027	-0.021	0.221	0.385	0.086	-0.067	
Q78	0.212	-0.074	0.212	-0.115	0.498	-0.040	
Q75	-0.022	-0.108	0.003	0.173	0.481	0.196	
Q79	0.293	0.021	0.283	-0.021	0.414	0.012	
Q77	0.251	0.189	0.076	0.217	0.292	0.035	
Q97	0.298	-0.118	0.026	-0.043	0.204	0.820	
回転後の 負荷量平方和	7.389	7.124	6.575	6.425	3.665	2.059	
因子 相関	第1因子	1.000					
	第2因子	0.235	1.000				
	第3因子	0.482	0.547	1.000			
	第4因子	0.448	0.575	0.524	1.000		
	第5因子	0.451	0.229	0.299	0.249	1.000	
	第6因子	0.337	0.148	0.138	0.237	0.092	1.000

第2回目の因子分析で精選された27項目について、因子数を指定せず最尤法(プロマックス回転)を行った。5回の反復により3因子、因子負荷量が0.4以上、累積%は46.2、各因子内の項目が3項目以上となったため収束とした(表19)。因子相関は $r=0.285\sim 0.587$ と正の相関が確認された。

2. 下位尺度の命名

協働的コンサルテーション尺度27項目、3因子における下位尺度について検討した。

第1因子は、看護師を主語とした気持ちを表す「看護師は、コンサルテーションを気軽に行うことができる」「看護師は、コンサルテーションを安心して行うことができる」などの項目と、「看護師は、コンサルテーションの依頼方法を把握している」「看護師は、がん看護専門看護師の役割についての理解している」のような、コンサルテーションを行う前提となる項目が含まれていた。これらは、コンサルテーションを行う看護師の準備状態を表しており、この下位尺度を【**看護師の納得と受容**】と命名した。

第2因子は、原案の構成概念の【共有する看護活動】とほぼ共通した項目となった。特にがん看護専門看護師を主語とした項目が精選され、がん看護専門看護師が高度実践看護師としての役割をわきまえ、状況に応じて実施される実践や調整などの活動が含まれていた。この下位尺度を【**がん看護専門看護師の合理的な実践や調整**】と命名した。

第3因子は、「看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションの目的を共有している」「看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションの進め方を共に考える」など、看護師とがん看護専門看護師が、協働的コンサルテーションを進めるために関係性を構築し、相互に巻き込んでいく過程が示されていた。ここで構築される関係性は相互に意図のある関わりである。関係性の質を表す表現として「相互関係(mutual relation,/interrlation)」と「互惠性(reciprocity)」について検討を行った。相互関係は、一方的な関係ではなく双方向の関係であり、この意味合いは第3因子にも含まれている。次に互惠性は、心理社会学や進化生物学において、社会的関係性を表す概念として使用されることが多く、互いに特別に便宜や利益を与えあうこと[大辞泉]、相互貢献の関係性や社会的行為[瀧川,2009]であり、互いの利益を見越した協力関係を示している。第3因子は、第1因子である【**看護師の納得と受容**】との因子相関が $r=0.587$ 、第2因子である【**がん看護専門看護師の合理的な実践や調整**】との因子相関が $r=0.485$ と相関を示しており、看護師やがん看護専門看護師の意識や行動に影響する重要な因子である。協働的コンサルテーションは、双方の意図やコンサルテーションにおける目的意識も含んだ相互関係であるため、

互恵性がより適切であると考えた。そこで、第 3 因子を【看護師とがん看護専門看護師の互恵性】と命名した(表 20)。

3. 確認的因子分析

協働的コンサルテーション尺度の 27 項目について、共分散構造分析ソフトウェア Amos を用いて、確認的因子分析を行った。Amos での解析を行うにあたり、欠損値が含まれた 5 件のサンプルは削除し、欠損値のないデータ(n=152)で解析を行った。

因子分析で確認された 3 つの下位尺度を潜在変数とし、それぞれの質問項目を観測変数としてモデル適合度の解析を行った。適合度指標(GFI)は 0.794、自由度修正済み適合度指標(AGFI)は 0.758、比較適合度指標(CFI)は 0.871、平均二乗誤差平方根(RMSEA)は 0.070 であった。GFI が 0.8 に満たなかったため、修正指数を求め、改善度が 0.1 以上の誤差項を相関でつなぎ、再度解析を行った。GFI は 0.810、AGFI は 0.773、CFI は 0.897、RMSEA は 0.067 となり、GFI は ≥ 0.8 であり、GFI > AGFI、CFI は四捨五入にて 0.9 に達しており、RMSEA は、0.08 以下で許容範囲であった(図 3)。

潜在変数と観測変数の間には、全項目において 0.40 から 0.81 のパス係数が得られ、潜在変数間では、0.34 から 0.66 のパス係数が得られた。また、それぞれの構成概念(潜在変数)間のパス係数と、先の因子分析における因子相関と同じ傾向が認められ、このモデルの適合性が担保された。

以上のことから、因子分析で得られた協働的コンサルテーション尺度のモデル適合度は、確認された。

IV. 信頼性の検証

協働的コンサルテーション尺度 27 項目の Cronbach α 係数は 0.910、各下位尺度の Cronbach α 係数は 0.723~0.898 と 0.7 以上であった(表 19)。

表 19:最終因子分析(最尤法、プロマックス回転)、信頼係数の結果(N=157)

No.	因子名・質問項目	因子負荷量			共通性
		尺度全体の信頼係数 $\alpha = 0.910$	第1因子	第2因子	
第1因子: 看護師の納得と受容 (agreement) $\alpha = 0.898$					
Q67	看護師は、コンサルテーションを気軽に行うことができる。	0.881	0.011	-0.077	0.72
Q66	看護師は、コンサルテーションを安心して行うことができる。	0.863	0.028	-0.039	0.71
Q64	看護師は、コンサルテーションに慣れている。	0.764	-0.166	0.060	0.65
Q65	看護師は、コンサルテーションの依頼方法を把握している。	0.692	-0.005	0.047	0.61
Q59	看護師は、がん看護専門看護師を同じチームメンバーのように感じている。	0.661	0.058	-0.142	0.44
Q58	看護師は、がん看護専門看護師に何を依頼できるのか判断している。	0.644	0.039	-0.074	0.46
Q63	看護師は、がん看護専門看護師の役割について理解している。	0.629	-0.009	0.090	0.58
Q60	看護師は、コンサルテーションに満足している。	0.591	0.080	-0.086	0.42
Q62	看護師は、コンサルテーションの必要性を判断している。	0.581	-0.088	0.056	0.52
Q70	看護師とがん看護専門看護師は、気持ちよくコミュニケーションをはかっている。	0.472	0.019	0.181	0.49
Q99	コンサルテーションにより、がん看護への院内の取り組みが増えた。	0.426	0.087	0.214	0.47
第2因子: がん看護専門看護師の合理的な実践や調整 (logical practice and coordination) $\alpha = 0.892$					
Q88	がん看護専門看護師は、状況に応じて患者や家族への直接看護介入を行う。	-0.041	0.884	-0.134	0.70
Q96	がん看護専門看護師は、患者や家族への看護介入について実践モデルを示す。	-0.060	0.750	0.002	0.57
Q89	がん看護専門看護師は、対応する範囲を判断している。	-0.186	0.735	0.183	0.61
Q86	がん看護専門看護師は、自身の対応の限界を判断している。	-0.118	0.691	-0.164	0.48
Q87	がん看護専門看護師は、状況に応じて看護師へアドバイスをを行う。	0.119	0.685	-0.019	0.60
Q97	がん看護専門看護師は、看護師や多職種間の調整を行う。	-0.099	0.672	0.027	0.59
Q79	看護師とがん看護専門看護師は、共に問題解決を行う。	0.212	0.612	-0.048	0.54
Q80	がん看護専門看護師は、看護介入とアドバイスのバランスを考えている。	0.158	0.590	0.117	0.58
Q78	看護師とがん看護専門看護師は、共に看護ケアを行う。	0.104	0.514	-0.122	0.25
Q85	がん看護専門看護師は、コンサルテーションの必要性を判断している。	0.119	0.503	0.077	0.47
Q91	がん看護専門看護師は、誰のためにコンサルテーションを行うのかを判断している。	-0.044	0.480	0.202	0.51
Q94	がん看護専門看護師は、コンサルテーションにより導かれる成果の方向性を説明する。	0.057	0.401	0.324	0.53
第3因子: 看護師とがん看護専門看護師の互恵性 (reciprocity) $\alpha = 0.723$					
Q76	看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションの目的を共有している。	-0.045	-0.059	0.860	0.53
Q71	看護師とがん看護専門看護師は、コンサルテーションの進め方を共に考える。	0.090	-0.009	0.690	0.55
Q84	がん看護専門看護師は、コンサルテーションの始まりと終わりを説明する。	-0.063	0.096	0.459	0.33
Q61	看護師は、コンサルテーションの成果を把握している。	0.245	-0.080	0.441	0.41
因子相関		第1因子	1.000		
		第2因子	0.285	1.000	
		第3因子	0.587	0.485	1.000

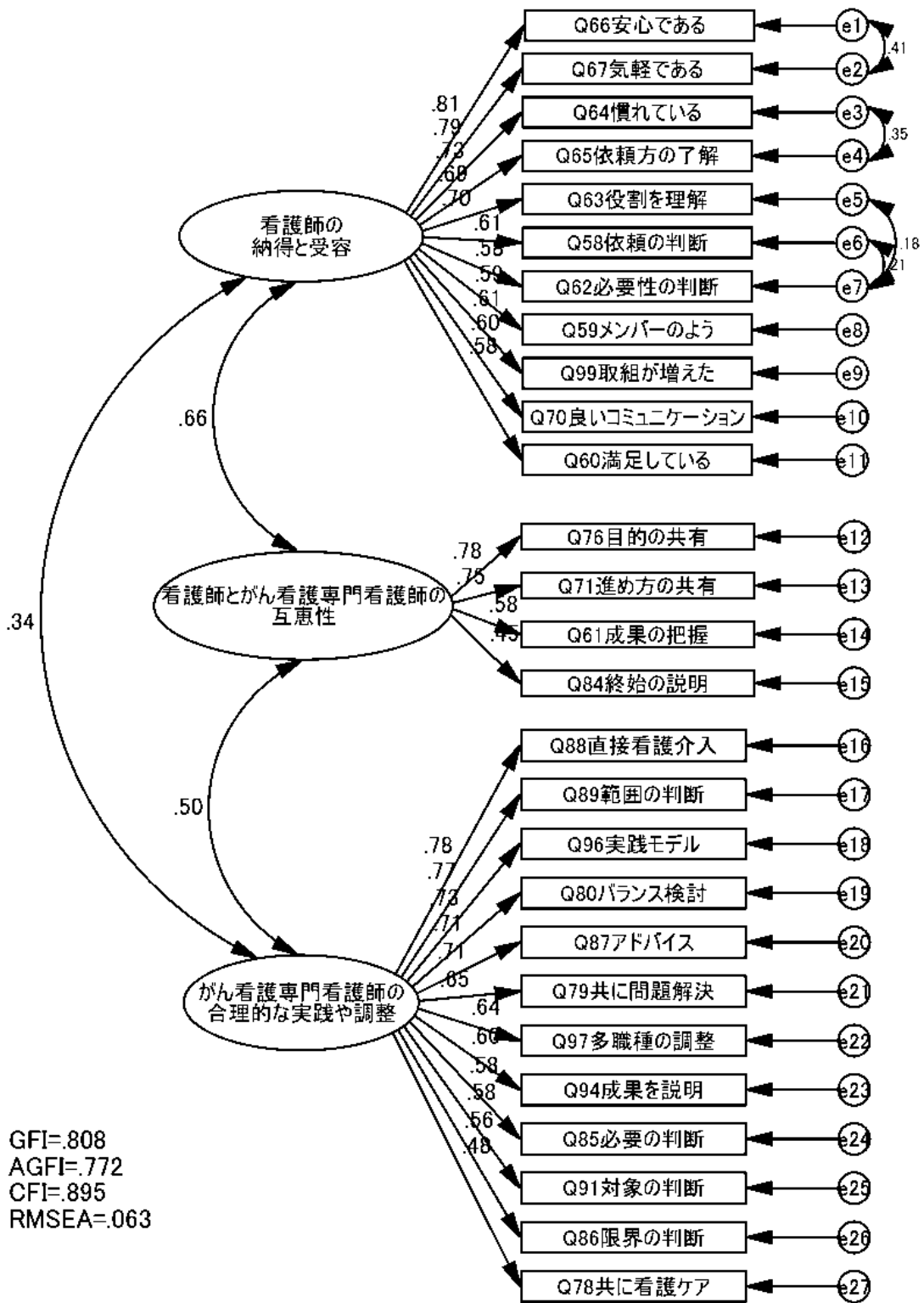


図 3:モデル適合度(N=152)

V. 併存的妥当性の検証

以後の解析は、欠損値のないデータ(N=152)を使用した。

1. 各尺度の合計得点の看護師とがん看護専門看護師の平均値の差

協働的コンサルテーション尺度とその下位尺度【看護師の納得と受容】、【がん看護専門看護師の合理的な実践や調整】、【看護師とがん看護専門看護師の互惠性】、緩和ケアの困難感尺度、専門職的自律性尺度のそれぞれの合計得点、痛みの知識尺度の正解数、信頼性係数、各尺度の看護師(n=69)とがん看護専門看護師(n=83)の平均の差について算出した(表 20)。

各尺度の信頼性係数は痛みの知識尺度以外で Cronbach α 係数が 0.723~0.936 と内的一貫性が保たれ、ほぼ正規分布であった。痛みの知識尺度での Cronbach α 係数は 0.654 と 0.7 に届かず、特にがん看護専門看護師では平均値は 10.52 ± 0.94 で、回答傾向のばらつきが小さく、最大値に偏った分布となった。

表 20: 看護師とがん看護専門看護師の各尺度の合計得点/正解数

(N=152, 看護師 n=69, がん看護専門看護師 n=83)

尺度の 合計得点/正解数 (最小値-最大値)	信頼性係数		最小値	最大値	中央値	平均値	標準偏差	t検定		
								自由度	t値	p値
協働的 コンサルテーション尺度 (5-135)	0.910	全体	58	134	102	101.37	12.40	150	0.32	0.748
		看護師	53	134	102	101.72	13.92			
		がん看護 専門看護師	72	124	102	101.07	11.06			
看護師の 納得と需要 (11-55)	0.898	全体	17	55	38	38.23	7.25	150	3.98	0.000
		看護師	17	55	40	40.68	7.44			
		がん看護 専門看護師	20	49	37	36.19	6.46			
下位 尺度 がん看護専門看 護師の合理的な 実践や調整 (12-60)	0.892	全体	25	60	49	49.23	5.91	150	-5.05	0.000
		看護師	25	59	46	46.77	6.23			
		がん看護 専門看護師	39	60	51	51.28	4.78			
看護師とがん看 護専門看護師 の互恵性 (4-20)	0.723	全体	4	20	14	13.91	2.58	50	1.61	0.110
		看護師	8	20	14	14.28	2.46			
		がん看護 専門看護師	4	19	14	13.60	2.66			
痛みの知識尺度 正解数 (0-12)	0.654	全体	3	12	10	9.64	1.84	149	-7.67	0.000
		看護師	3	12	9	8.56	2.08			
		がん看護 専門看護師	8	12	11	10.52	0.94			
緩和ケアの困難感尺度 (12-60)	0.803	全体	13	47	26	26.30	6.79	150	4.87	0.000
		看護師	16	47	28	29.04	6.79			
		がん看護 専門看護師	13	43	23	24.02	5.92			
専門職的自律性 (15-75)	0.936	全体	32	75	58	57.44	9.10	149	-8.42	0.000
		看護師	32	70	52	51.75	8.50			
		がん看護 専門看護師	45	75	62	62.10	6.60			

2. 尺度間相関

各尺度間の関係を Pearson の相関係数を算出し検討した(表 21)。

痛みの知識尺度とは相関を示さなかった。緩和ケアの困難感尺度の合計得点とは $r=-0.218$ ($p<0.01$)と負の相関があった。専門職的自律性尺度の合計得点とは $r=0.339$ ($p<0.001$)と正の相関があった。

緩和ケアの困難感は低いほうが協働的コンサルテーション尺度の得点が高く(図 4)、専門職的自律性が高いほうが協働的コンサルテーション尺度の得点が高い(図 5)傾向が確認された。

以上のことから、協働的コンサルテーション尺度の併存妥当性は検証された。

表 21: 尺度間の Pearson の相関係数 (N=152)

	協働的コンサルテーション尺度 合計得点	下位尺度		
		看護師の 納得と受容	がん看護専門看護師の合理的な 実践や調整	看護師とがん看護専門看護師の 互惠性
痛みの知識尺度 正解数	0.116	-0.047	0.284 ***	0.032
緩和ケアの困難感尺度 合計得点	-0.218 **	-0.109	-0.249 **	-0.171 *
医療者間の コミュニケーション	-0.225 **	-0.285 ***	-0.032	-0.206 *
下 位 尺 度				
患者家族との コミュニケーション	0.041	0.173 *	-0.149	0.053
地域連携	-0.153	-0.051	-0.199 *	-0.136
専門職的自律性尺度 合計得点	0.339 ***	0.068	0.541 ***	0.198 *

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

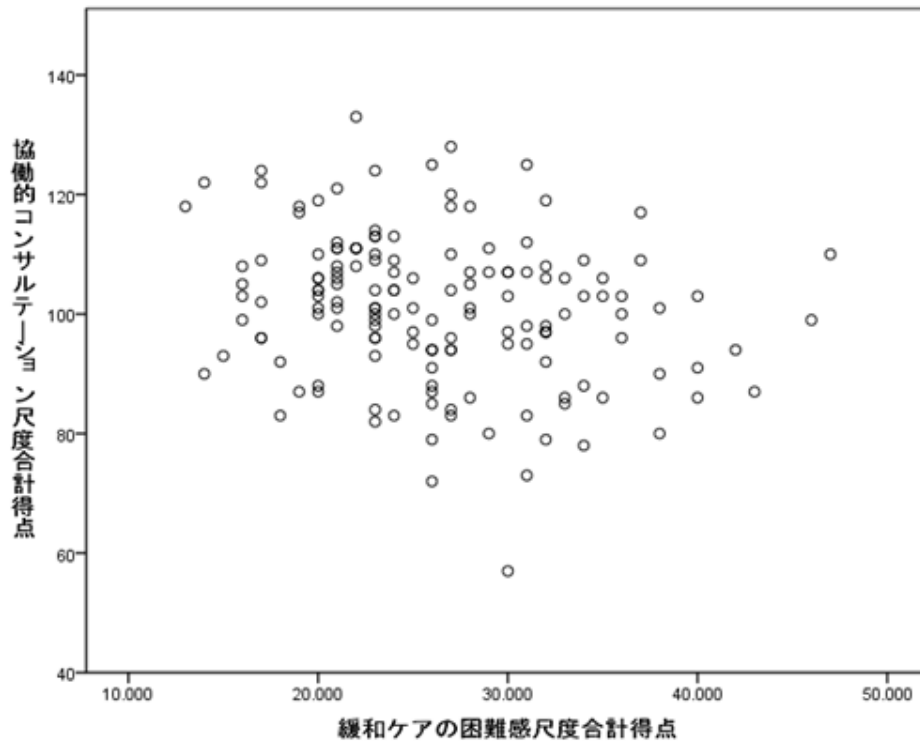


図 4: 協働的コンサルテーション尺度と緩和ケアの困難感尺度の合計得点の散布図

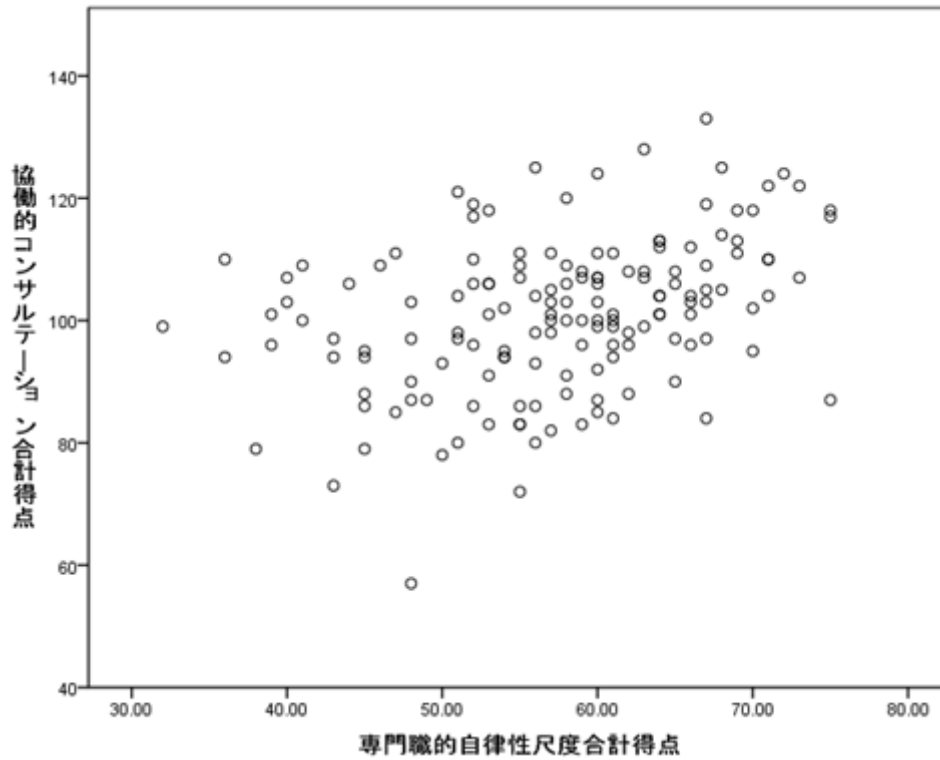


図 5: 協働的コンサルテーション尺度と専門職的自律性尺度の合計得点の散布図

VI. 臨床的妥当性の検証

以後の解析は、欠損値のない(N=152)データを使用した。

協働的コンサルテーション尺度項目の看護師とがん看護専門看護師、がん看護専門看護師の管理体制の違いによる平均値の差の検討と、重回帰分析により臨床的妥当性の検証を行った。

1. 協働的コンサルテーション尺度の各項目での看護師・がん看護専門看護師の平均値の差

協働的コンサルテーション尺度の得点は、専門看護師のコンサルテーション機能についての学習を修了し、意図的にコンサルテーション場面に関わるがん看護専門看護師が看護師よりも高くなると予測していた。そこで、各項目得点の平均を看護師(n=69)とがん看護専門看護師(n=83)で算出した(表 22)。下位尺度【看護師の納得と受容】では、全項目で看護師ががん看護専門看護師よりも平均値が高く、11項目中10項目で有意差があった。予測とは逆の傾向であったが、このことはこの下位尺度の全項目の主体が看護師であったこと影響したと考えられる。【看護師とがん看護専門看護師の互恵性】では差が確認されなかった。【がん看護専門看護師の合理的な実践や調整】では、12項目中11項目で看護師ががん看護専門看護師よりも平均値が低く、うち9項目で有意差があった。この傾向は予測と一致していた。

表 22: 看護師とがん看護専門看護師の協働的コンサルテーション尺度の平均値の差
(N=152)

構成 概念	No.	看護師 (n=69)		がん看護専門看護師 (n=83)		t検定		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	自由度	t 値	p値
納 得 と 受 容	Q67	3.74	1.08	3.33	0.84	150	2.65	0.011
	Q66	3.88	0.90	3.47	0.85	150	2.92	0.004
	Q64	3.17	0.94	2.70	1.00	150	3.00	0.003
	Q65	3.61	1.05	3.12	1.06	150	2.84	0.005
	Q59	3.68	1.06	3.34	0.97	150	2.09	0.039
	Q58	3.41	0.77	3.11	0.83	150	2.27	0.024
	Q63	3.62	0.91	3.08	0.95	150	3.54	0.001
	Q60	3.64	0.84	3.28	0.75	150	2.79	0.006
	Q62	3.87	0.75	3.30	1.03	150	3.82	0.000
	Q70	4.13	0.82	3.90	0.64	150	1.92	0.063
	Q99	3.93	0.86	3.57	1.04	150	2.30	0.020
互 恵 性	Q76	3.74	0.68	3.64	0.83	150	0.80	0.414
	Q71	3.70	0.91	3.49	0.85	150	1.41	0.160
	Q84	3.26	0.89	3.25	1.05	150	0.05	0.961
	Q61	3.58	0.81	3.22	0.91	150	2.57	0.011
	Q88	4.09	0.70	4.48	0.55	150	-3.89	0.000
合 理 的 な 実 践 や 調 整	Q96	3.71	0.93	4.27	0.70	150	-4.21	0.000
	Q89	3.86	0.75	4.29	0.57	150	-4.03	0.000
	Q86	3.33	0.76	4.40	0.58	150	-9.76	0.000
	Q87	4.22	0.62	4.41	0.52	150	-2.09	0.038
	Q97	3.86	0.84	4.48	0.53	150	-5.58	0.000
	Q79	4.19	0.67	4.28	0.57	150	-0.88	0.379
	Q80	3.93	0.73	4.28	0.59	150	-3.25	0.001
	Q78	3.90	0.94	4.10	0.84	150	-1.37	0.172
	Q85	3.81	0.86	4.13	0.56	150	-2.77	0.001
	Q91	4.00	0.57	4.30	0.56	150	-3.29	0.001
Q94	3.88	0.81	3.87	0.79	150	0.13	0.899	

2. がん看護専門看護師の組織上の位置づけによる協働的コンサルテーション尺度の平均値の差

コンサルテーションは部署の枠を越えて、がん看護専門看護師の自律的な関わりであるため、組織上の位置づけとしてスタッフ機能であることは積極的な関わりが行いやすく、協働的コンサルテーション尺度の得点が高くなると予測していた。ただし、がん看護専門看護師のコンサルテーション対応数については、ライン機能かスタッフ機能であるかによる差はなかった(表 14)。

各項目得点のライン機能(n=33)とスタッフ機能(n=43)での平均値の差を算出した(表 23)。ほ

ば全ての項目で、スタッフ機能のほうがライン機能よりも得点が高く、8 項目で有意差があった。下位尺度【看護師とがん看護専門看護師の互恵性】の 3 項目で有意差が認められた。このことは、スタッフ機能であるほうが積極的に看護師との相互関係を構築する取り組みが行いやすくなる臨床での現象と一致していた。

表 23: がん看護専門看護師の組織上の位置づけによる協働的コンサルテーション尺度の
平均値の差 (n=76, 欠損=7)

構成 概念	No.	ライン機能 (n=33)		スタッフ機能 (n=43)		t検定			
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	自由度	t 値	p値	
納 得 と 受 容	Q67	3.15	0.87	3.37	0.79	74	-1.16	0.251	
	Q66	3.24	0.87	3.58	0.76	74	-1.81	0.750	
	Q64	2.27	0.91	2.86	0.91	74	-2.78	0.007	
	Q65	2.70	0.92	3.40	1.07	74	-2.99	0.004	
	Q59	3.48	0.67	3.09	1.09	71	1.94	0.057	
	Q58	2.97	0.85	3.16	0.81	74	-1.01	0.317	
	Q63	2.79	1.08	3.21	0.83	74	-1.92	0.059	
	Q60	3.18	0.81	3.26	0.73	74	-0.42	0.676	
	Q62	3.09	1.04	3.40	1.03	74	-1.27	0.203	
	Q70	3.82	0.68	3.93	0.59	74	-0.76	0.447	
	Q99	3.06	0.97	3.88	0.98	74	-3.65	0.000	
	互 恵 性	Q76	3.24	0.90	3.84	0.65	74	-3.34	0.001
		Q71	3.27	0.94	3.58	0.76	74	-1.58	0.119
Q84		2.91	0.98	3.40	1.00	74	-2.12	0.038	
Q61		2.94	0.97	3.42	0.76	74	-2.42	0.018	
Q88		4.42	0.56	4.56	0.55	74	-1.05	0.299	
合 理 的 な 実 践 や 調 整	Q96	4.21	0.82	4.33	0.64	74	-0.68	0.501	
	Q89	4.15	0.57	4.42	0.54	74	-2.08	0.041	
	Q86	4.30	0.68	4.44	0.50	74	-1.02	0.311	
	Q87	4.33	0.54	4.47	0.50	74	-1.09	0.277	
	Q97	4.48	0.51	4.47	0.55	74	0.16	0.873	
	Q79	4.18	0.53	4.37	0.58	74	-1.48	0.144	
	Q80	4.18	0.64	4.37	0.54	74	-1.42	0.161	
	Q78	4.09	0.84	4.07	0.86	74	0.11	0.915	
	Q85	3.97	0.59	4.21	0.51	74	-1.90	0.062	
	Q91	4.27	0.57	4.30	0.51	74	-0.24	0.814	
Q94	3.61	0.83	4.05	0.75	74	-2.42	0.018		

3. 協働的コンサルテーションの合計得点と属性の関係

「看護師とがん看護専門看護師の平均値の差(表 22)」に示したように、協働的コンサルテーション尺度では差がなく、下位尺度の【看護師の納得と受容】では、看護師の平均点が高く、【がん看護専門看護師の合理的な実践や調整】では、がん看護専門看護師の平均点が高かった。この看護師とがん看護専門看護師の差への他の変数の影響を確認するために、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。従属変数を協働的コンサルテーション尺度の下位尺度【看護師の納得と受容】と【がん看護専門看護師の合理的な実践や調整】の合計得点とし、独立変数を年齢、経験年数、がん看護専門看護師の認定の有無、教育背景(看護基礎教育が「3年間」か「4年生大学以上」)、施設背景(がん診療連携拠点病院か否か)、組織上の位置づけとした。

【看護師の納得と受容】では標準偏回帰係数(β)は、がん看護専門看護師でない、スタッフ役割である、看護の基礎教育が4年以上であるの順に高かった。【がん看護専門看護師の合理的な実践や調整】では、がん看護専門看護師であることのみ標準偏回帰係数(β)が 0.365 ($p<0.001$)であった。協働的コンサルテーション尺度全体では確認できなかったが、下位尺度【看護師の納得と受容】ではがん看護専門看護師ではないことが、【がん看護専門看護師の合理的な実践や調整】では、がん看護専門看護師であることの影響が高いことが確認された(表 24)。

表 24: 下位尺度への影響要因(重回帰分析、ステップワイズ法) (N=152)

従属変数	独立変数	標準偏回帰係数(β)	t値	p値	R ²	F	p値
【看護師の納得と受容】 合計得点	がん看護専門看護師でない	0.594	5.843	0.000	0.204	11.631	0.000
	スタッフ役割りである	0.247	2.859	0.005			
	基礎看護教育が4年以上である	0.220	2.382	0.019			
【がん看護専門看護師の合理的な実践と調整】 合計得点	がん看護専門看護師である	0.365	4.609	0.000	0.133	21.244	0.000

第6章 考察

本研究では、がん看護におけるコンサルテーションの評価を可能とするため、コンサルテーションの協働性を測定する協働的コンサルテーション尺度の開発を行った。その結果、3つの下位尺度からなる27項目の協働的コンサルテーション尺度が作成された。

1. 協働的コンサルテーション尺度の信頼性と妥当性

協働的コンサルテーション尺度の作成の段階で専門家4名との協議や30名の看護師による質問項目についての意見を収集し、内容妥当性と表面妥当性は担保された。

探索的因子分析にて3因子構造で、各因子内の項目は4項目以上、因子負荷量も0.4以上の基準を満たした。累積パーセントは46.2%とは50%に到達しなかったが、最尤法で因子数が3因子構造となったこと、第3因子が4項目で寄与率が3.36と低値であったことを鑑み、因子分析を収束させた。各項目の主語が第1因子は「看護師は～」、第2因子は「がん看護専門看護師は～」、第3因子は「看護師とがん看護専門看護師は～」と別れた。この傾向は、本尺度を臨床の状況に合わせ使用していく上で、評価する主体が明確となりより有用性が高まると考え、因子名に反映した。

因子分析により得られた因子構造について確認的因子分析によるモデル適合度を確認した。モデル適合度の指標は、その尺度が評価する内容により適切性を研究者が判断することが重要とされており、決定的な基準値はない。協働的コンサルテーション尺度の作成は初めての試みであり、これまで認識されてこなかった現象を取り扱っているため、高い適合度を求めなかった。結果としてGFIが0.8以上であり、AGFI<GFI、CFIは0.9以上、RMSEAは0.08以下との基準を満たしていた。

以上のことから、探索因子分析、確認的因子分析により構成概念妥当性は検証された。

信頼性については、協働的コンサルテーション尺度27項目と各構成概念(下位尺度)のCronbach α 係数は0.7以上であり、内的一貫性は確保された。今回は対象となるがん看護専門看護師数に限りがあり、再テストによる安定性の確認はできておらず、再現性の確認は今後の課題である。

併存妥当性については、緩和ケアの困難感尺度と専門職的自律性尺度との相関が確認され、協働的コンサルテーションに関連する尺度との併存妥当性は検証された。

臨床的妥当性については、3つの側面から検討した。

まず、看護師とがん看護専門看護師での協働的コンサルテーション尺度得点に差があるとの仮定については、【看護師の納得と受容】では看護師が、【がん看護専門看護師の合理的な実践や調整】ではがん看護専門看護師が高くなる傾向が確認された。当初の仮定では、がん看護専門看護師の得点が全てにおいて高くなると想定していたが、構成概念ごとに項目の主語が「看護師～」「がん看護専門看護師～」と別れたことが影響した。臨床でも、看護師とがん看護専門看護師ともに、自身の行為や思考について認識はできているが、協働する対象についての認識が十分ではなく、この傾向が本尺度の得点の傾向として測定されたと考えられる。本尺度の使用により、コンサルテーションで協働する対象のコンサルテーションについての認識が確認でき、協働的コンサルテーションの促進に寄与すると考えられる。

次に、先行研究でがん看護専門看護師の組織上の位置づけがスタッフ役割のほうがライン機能より自律的に活動できる時間が確保できることが確認 [長谷川,他, 2009]されていたため、スタッフ役割であるがん看護専門看護師の協働的コンサルテーション尺度の得点が高くなると仮定していた。その傾向は、構成概念【看護師とがん看護専門看護師の互惠性】で確認された。他の構成概念でも各項目でスタッフ役割の得点は高い傾向はみられたが有意差は確認されなかった。がん看護専門看護師の経験年数が3年未満の対象者が半数をしめ、がん看護専門看護師としての能力や組織内での関係作りの過渡期であることから、【看護師の納得と受容】や【がん看護専門看護師の合理的な実践や調整】を高めるためには、組織上の位置づけよりも他の要素が影響していることが考えられる。組織上の位置づけがスタッフ役割であることは、意図的な関係作りである【看護師とがん看護専門看護師の互惠性】についての取り組みは増やすことができる要因であった。

最後に、看護師とがん看護専門看護師の差が、年齢や経験年数の影響により生じていないことを確認するために重回帰分析を行い、【看護師の納得と受容】、【がん看護専門看護師の合理的な実践や調整】には、がん看護専門看護師であることの影響が強いことが確認された。

以上により臨床的妥当性は検証された。

II. がん看護における協働的コンサルテーションの構成概念

予備研究より導かれた協働的コンサルテーションの構成要素【コンサルテーションの認識】、【共有する看護活動】、【看護師とがん看護専門看護師の関係性】は、因子分析の結果、異なっ

た因子構造が導かれた。新たな構成概念として、【看護師の納得と受容】、【がん看護専門看護師の合理的な実践や調整】、【看護師とがん看護専門看護師の互惠性】と命名した。

項目の精選を通して、主体が明確であり、行為レベルとして判断できる項目が残った。下位項目候補の精選過程では、協働的コンサルテーションとして、コンサルティもコンサルタントも同じ尺度で判断し回答できる項目の作成をめざし、できるだけ行為を取り上げることに努めたが、質問項目として洗練する中で、主体を明確に表現することや、設問を主語別に並べ、回答者も立場を明確にして回答することを求めたことなどにより、主体ごとの新たな因子構造が導かれたと考えている。

協働的コンサルテーション尺度の使用により、コンサルティとコンサルタントがコンサルテーションについて共通認識が促され、協働性が高まることが、コンサルテーションの円滑な活用につながると考え尺度開発を行った。協働的コンサルテーション尺度が、「看護師～」、「がん看護専門看護師～」、「看護師とがん看護専門看護師～」の構成概念(下位尺度)であることは、現状の分析をより具体的に促すことにつながり、望ましいか構造が導かれたと考えている。

III. 痛みの知識尺度における測定の適切性について

併存妥当性の検証のため使用した「痛みの知識尺度」と協働的コンサルテーション尺度の関係性は確認されなかった。

痛みをもつがん患者への対応についてのある程度の知識をもつコンサルティとなる看護師は、さらに知識や実践力を高めたいと意欲が高く、患者アセスメントの共有や患者ケアを共有する協働を伴うコンサルテーションをより求めている。また、コンサルタントとなるがん看護専門看護師は、知識が高いことにより、より積極的にコンサルティを巻き込んだ実践や調整を行っている。このような臨床の現状から、痛みの知識が高いことが協働的コンサルテーション尺度の得点を高くすると予測していた。

痛みの知識尺度の Cronbach α 係数は 0.654 と中程度の内的一貫性は確認されている。しかし、がん看護専門看護師の正解数が 10.52 ± 0.94 問(最小値 8、最大値 12)であり、ほぼ全員の正解数が高かった。このことは回答のばらつきが小さく、尺度間相関が適切に測定できていないことが考えられる。そこで、痛みの知識尺度は、今回の対象者の知識を測定するのに、適切な尺度でなかったと判断した。したがって、協働的コンサルテーション尺度と痛みの知識尺度の関係性は明らかにすることができなかった。

今回の対象者の痛みの知識は、正解数が平均 9.64 ± 1.84 問であった。今回の対象者の半数ががん看護専門看護師であることを鑑み、難解な設問を 6 問追加していたが、それでも正解数は高かった。一般看護師を対象とした先行研究では、6 問中正解数は平均 2.4 ± 1.7 問であった [Nakazawa, et al., 2009]。これを今回の結果と比較するため 2 倍し 4.8 問と比較しても、今回の対象者はさらに 2 倍の正解数であった。看護師とがん看護専門看護師では正解数に 2 問の差はあったが ($p=0.001$)、看護師だけの正解数を先行研究と比較しても痛みの知識が高い対象者であった。

先行研究が行われたのは 2007 年であり、がん対策が進む中、多くのがん看護の研修が行われている。今回の対象者の看護師経験年数が平均 15.3 ± 6.6 年と中堅が多く、がん看護の研修経験者も多かったことが要因と考えられる。また、がん看護専門看護師の所属施設の看護師が対象となっているため、がん看護専門看護師の活動も影響していたことが考えられる。看護師の痛みの知識の高さと、がん看護研修やがん看護専門看護師の活動との関連については、さらに検証を進めていく必要がある。

IV. がん看護における協働的コンサルテーション尺度の使用について

日本では、専門看護師の有効な活用とともに、コンサルテーションを看護に取り入れていくための試行錯誤が続いている [長谷川, 2007]、[川上 他, 2002]。高度実践看護師の活躍が先行している米国では、看護管理者のサポートにより高度実践看護師が役割を獲得し、高度実践を拡大していった経過がある [McFadden, 1994]、[Smith, 1994]。これまで、専門看護師のコンサルテーションは、組織への適応状況や性格など看護管理者や看護師らの印象により評価されることが多く、適切な評価を受けることが難しかった。

協働的コンサルテーション尺度の使用により、看護師間のコンサルテーションが行われている組織や部署において、看護師とがん看護専門看護師の協働についての認識や行為の程度を測定することが可能となる。今後、このコンサルテーションにおける協働性と患者アウトカムや看護師の成長、看護師やがん看護専門看護師の能力や組織の状況との関係性を探索することにより、コンサルテーションにおける協働の意義が検証され、協働的コンサルテーション尺度を管理ツールや教育ツールとして活用を広げていくことができるだろう。そして、協働的コンサルテーション尺度が管理ツールや教育ツールとして活用されることにより、看護師間のコンサルテーションの円滑で効果的な活用についての検討が進められ、専門看護師の役割開発における看護師と

の関係づくりや組織内での役割づくりにおける葛藤を緩衝でき、管理者による理解やサポートが促されることが期待される。

また、診療報酬などの後押しにより、がん看護専門看護師はスタッフ機能で活動することが増え、コンサルテーションを行う時間も確保されてきている。しかし一方で、組織上の位置づけが確保されても、患者アウトカムの向上や看護師の成長につながらない形骸化されたコンサルテーションでは、コンサルテーションを行う意義を看護師たちと共有することは難しい。効果が伴わないコンサルテーションは、弊害が大きい。

がん看護専門看護師の組織上の位置づけによる協働的コンサルテーション尺度の得点の差は、下位尺度である【看護師とがん看護専門看護師の互恵性】でしか確認されなかった。コンサルタントとしての経験年数が浅いことが要因と考えられる。協働のあるコンサルテーションを行っていくためには、がん看護専門看護師は、高度な実践や高度な調整についての能力は、大前提である。

これまで、専門看護師はコンサルテーションを通して、看護師や看護管理者との関係性について悩みを抱えてきた[山田,他,2010]。協働的コンサルテーション尺度により、看護師のコンサルテーションについての認識を客観的に把握することにより、コンサルタントとして養うべきコミュニケーションや対象への配慮、高度な実践力や調整力など、努力する方向性をより明確に見極めることに役立てることができ、看護管理者や教育者より教育的な支援も受けやすくなると考えている。

V. 研究の限界と今後の方向性

今回は、施設に所属する、がん看護に携わり、がん看護に関心のある看護師を対象としていた。がん看護におけるコンサルテーションは、がん患者が療養をするさまざまな場で必要とされる。今後、地域を対象としたがん看護におけるコンサルテーションや、所属の違うコンサルタント、がん看護専門看護師以外のコンサルタントによるコンサルテーションでの、協働的コンサルテーション尺度の使用を検証し、本尺度の汎用性を高めていきたい。

痛みの知識尺度と協働的コンサルテーションの関係について、選択した尺度の不適切性のため検証することができなかった。がん看護の知識を測定できる適切な尺度を使用し、協働的コンサルテーションと看護師の知識の関係性を検証していきたい。

協働的コンサルテーション尺度への属性の影響を分析したが、今回の対象者では類似性が

高く、限られた属性でしか影響を確認することができなかった。今後、対象者の幅を広げ、属性データを増やした調査を続け、協働的コンサルテーションへの影響要因の探索を続けていきたい。

さらに、がん看護分野だけでなく、他分野での協働的コンサルテーション尺度の検証を行い、がん看護分野外での適用も検討し、高度実践看護におけるコンサルテーションの協働性を測定できる尺度として洗練していきたい。

第7章 結論

協働的コンサルテーション尺度の開発を行った。

協働的コンサルテーション尺度は 27 項目の 3 因子からなる構造であった。協働的コンサルテーション尺度の下位尺度は、【看護師の納得と受容】、【がん看護専門看護師の合理的な実践と調整】、【看護師とがん看護専門看護師の互惠性】であった。各下位尺度の Cronbach α 係数は 0.898～0.723、尺度全体では 0.910 であり信頼性は検証された。また、3 因子構造におけるモデル適合度も確認された。妥当性は、探索的因子分析と確認的因子分析により構成概念妥当性が検証された。併存妥当性は、「緩和ケアの困難感尺度」との負の相関、「専門職的自律性尺度」との正の相関により検証された。臨床的妥当性は、看護師とがん看護専門看護師の各項目の平均値の差が確認され、がん看護専門看護師の組織上の位置づけの違いによる各項目の平均値の差が確認されたことにより検証された。

協働的コンサルテーション尺度の活用により、がん看護における看護師とがん看護専門看護師の協働についての認識や行為の程度の測定が可能となった。そして、コンサルテーションにおける協働性と患者アウトカムや看護師の成長との関連性の検証や、コンサルテーションにおける協働の意義についての探求に有用であることが考察された。