

## 群馬県内の病院看護職の属性と在宅を見据えた看護実践度との関連

ホリコシ マサタカ トキワ ヨウコ ウシクボ ミツコ コンドウ ヒロコ  
堀越 政孝\*1 常盤 洋子\*2 牛久保 美津子\*2 近藤 浩子\*2  
ヨシダ トオル サコウ ケイコ カンダ キョコ  
吉田 亨\*2 佐光 恵子\*2 神田 清子\*2

**目的** 在宅医療が急速に推進されている中、在宅ケアを見据えた看護を提供できる人材養成が求められている。特定の地域における人材養成体制を整えるには、その地域の現状を把握する必要がある。地域特性に基づいた現任教育が施されることで、ニーズに対応したより質の高い看護が提供できる。よって、本研究では、群馬県内病院看護職の在宅を見据えた看護活動の実践に関する自己評価得点と属性との関連を明らかにした。

**方法** 群馬県内11病院（県内6市2郡にある140床以上の病院）の看護職を対象に質問票調査を実施した。基本属性（年齢、経験年数、職位、配属、在宅看護論履修の有無、在宅看護研修の受講有無）と、在宅を見据えた看護活動の実践に関する自己評価得点との関係を検討した。

**結果** 回収数は2,136名（回収率73.3%）であった。年齢は、30歳未満、30歳代が3割、40歳以上が4割、経験年数は5年未満が3割、5～10年未満は2割で、10年以上が5割を占めた。職位は、9割がスタッフであり、配属は、内科系が3割、外科系が2.5割、混合、外来・中央部門がそれぞれ2割であった。在宅看護論を履修している者が7割、在宅看護研修を受講していない者が7割、看護実習指導を経験していない者が8割であった。全因子において、年齢と経験年数が高いほど有意に高かった。また、在宅看護論を履修していない者、在宅看護研修の受講者、看護実習指導経験者、スタッフよりも管理職である師長・副師長の実践度が有意に高かった。また、「社会資源の活用」では、副師長よりも師長のほうが、実践度が高かった。

**結論** 看護職の職位、年齢など属性を考慮しながら、在宅を見据えた看護を提供できる人材養成を行う必要がある。経験や役職に関わらず、病棟看護師全員が、日頃からある程度の水準で在宅を見据えた看護を提供できるようなシステムが必要であり、在宅を見据えた視点を持つ看護職を養成するためには、個々の背景を考慮した建設的かつ継続的な現任教育が必要である。

**キーワード** 在宅ケア、病棟看護、地域包括ケア、人材養成

### I 緒 言

わが国においては、2025年に高齢者人口が約3500万人に達すると推計されており<sup>1)</sup>、入院中心の医療では、さらに財政が逼迫し、医療サービスの質の確保に支障をきたす。政府は対策として、患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療・介護間の連携強

化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を目指している<sup>2)</sup>。これにより、疾病を抱えながら住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられる環境が整備される。地域包括ケアシステムを支えるには、入院中から在宅での暮らしを見据えた医療の視点を持つ人材が必要である。また、自宅で療養して、必要に

\* 1 群馬大学大学院保健学研究科看護学講座講師 \* 2 同教授

なれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせた6割以上の国民が「自宅で療養したい」と回答したとの調査結果があり<sup>3)</sup>、在宅医療に関する国民のニーズも高まってきている。つまり、地域包括ケアシステムの構築は急務である。

第六次医療計画（計画期間：2013～2017年度）の策定に先立ち、2012年に医療計画策定指針が示され<sup>4)</sup>、一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図ることや在宅医療・連携を推進していくことが指針の見直しとして示された。在宅医療・連携の推進には、起点となる病院看護が重要な役割を担う。医療依存度の高い患者が在宅での療養へと移行する場合、病棟において在宅を見据えた看護介入を行い、在宅で実施する必要がある技術的な指導や、社会資源の調整などが必要となる。また、患者だけでなく、家族も含めて看護の対象と捉えて関わる視点が不可欠である。さらには、退院後に通う外来での看護も、在宅と病院をつなぐ継続性の確保には欠かせない。

先行研究を概観すると、在宅を見据えた看護活動に関する研究は、数件行われている。齋藤ら<sup>5)</sup>は、全国の病棟看護師における在宅看護の視点や実践の認識と関連要因を明らかにし、峰村ら<sup>6)</sup>は、3病院を対象として、在宅支援に関する病院看護師の認識や提供されている看護の実態などを報告している。このように在宅を見据えた看護の実態や影響する要因などについて、大規模な調査や報告がされている。しかし、地域の特性は多様化しており、その特性に応じた看護が提供されない限り、円滑な地域包括ケアシステムは構築されない。特に、地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要<sup>2)</sup>である。そのため、特定の地域におけるニーズに応じた人材養成体制を整えるには、その地域の現状を把握する必要がある。

そこで、本研究では、群馬県内の病院看護職の在宅を見据えた看護活動と属性との関係を明らかにすることを目的とした。

## Ⅱ 方 法

### (1) 研究デザイン

本研究は、横断研究である。調査期間は平成26年11月1日から31日であり、対象は群馬県内11病院（県内6市2郡にある140床以上の病院）に勤務する2,914名の看護職とした。

### (2) 調査方法

無記名自記式質問票による留め置き調査を行った。まず、研究の主旨・実施方法を対象施設看護部長に説明し、調査の実施についての承諾を得た。その後、調査対象者に質問票を配布し、回答後に封筒に密封して病棟に設置した大封筒に投函してもらった。調査期間終了後、大封筒を回収した。

### (3) 調査内容

#### 1) 基本属性

以下のとおりに分類し、単一選択回答とした。  
①年齢：30歳未満、30歳代、40歳以上、②経験年数：5年未満、5～10年未満、10年以上、③職位：スタッフ、副師長、師長、④配属：内科系病棟、外科系病棟、内科・外科混合病棟、外来・中央部門、⑤在宅看護論履修の有無、⑥在宅看護研修の受講、⑦看護実習指導の有無

#### 2) 在宅を見据えた看護活動の自己評価

「在宅生活の情報把握（8項目）」「退院に向けた調整・指導（6項目）」「社会資源の活用（6項目）」「多職種協働（5項目）」の4因子から構成される「病院看護職の在宅を見据えた看護活動尺度」（5件法25項目）を用いた。「病院看護職の在宅を見据えた看護活動尺度」は、春原が作成した6因子20項目からなる「在宅の視点のある病院医師」尺度<sup>8)</sup>を参考に、群馬大学医学部附属病院看護部とともに尺度項目の検討を行い、本調査を実施し、因子分析と信頼性分析を経て、4因子25項目から構成されたものである（Cronbach'sの $\alpha$ ：0.96）。回答選択肢は、全項目において「常にする（5点）」「よくする（4点）」「時々する（3点）」「あまりしない

(2点)」「全くしない(1点)」であり、項目に該当しない場合をかながみ、「非該当」が設けられている。

#### (4) 分析方法

基本属性については、属性ごとに記述統計を算出した。また、在宅を見据えた看護活動の自己評価については、回答項目における「非該当」と「無回答」を除外し、因子ごとの平均値を算出し、病院看護職の在宅を見据えた看護活動に影響する要因を検討するため、基本属性それぞれにおける「病院看護職の在宅を見据えた看護活動尺度」4因子の平均値の差を比較した。多群間(年齢・経験年数・職位・配属)では一元配置分散分析を行い、その後多重比較を行った。まずLevene検定を行い、等分散性が認められた場合は、TukeyHSD検定を、等分散性が認められない場合は、Games-Howell検定を行った。また、2群間(在宅看護論履修・在宅看護研修の受講・看護実習指導の有無)ではt検定を行った。有意水準は $p < 0.001$ ,  $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$ を採用した。統計解析には、統計ソフトIBM SPSS Statistics 22を使用した。

表1 病棟看護師の背景 (N=2,136)

	人数 (%)
年齢	
30歳未満	671(31.6)
30歳代	654(30.8)
40歳以上	799(37.6)
経験年数	
5年未満	568(26.7)
5~10年未満	419(19.7)
10年以上	1 137(53.5)
職位	
スタッフ	1 778(87.8)
副師長	151(7.5)
師長	97(4.8)
配属	
内科系病棟	508(27.4)
外科系病棟	468(25.2)
内科・外科混合病棟	442(23.8)
外来・中央部門	436(23.5)
在宅看護論履修	
あり	1 419(67.0)
なし	698(33.0)
在宅看護研修受講	
あり	618(29.1)
なし	1 505(70.9)
看護実習指導	
あり	433(20.6)
なし	1 673(79.4)

#### (5) 倫理的配慮

本研究は、群馬大学医学部疫学研究に関する倫理審査会の承認を得て実施した(承認番号:26-34, 承認年月日:平成26年10月3日)。調査への協力は自由意志に基づくものであり、調査協力を断ることによって不利益を受けることは一切ないことを十分説明した。調査は無記名であるため、回答の提出をもって同意の承認を得たものとした。また、回答内容によって個人が特定されないよう、個人のプライバシー保護と情報管理を慎重に行った。

### Ⅲ 結 果

群馬県内11病院に依頼し、全病院から協力が得られた2,136名(73.3%)から有効回答を得て、分析に用いた。

#### (1) 対象の基本属性

年齢は、30歳未満、30歳代が3割、40歳以上が4割、経験年数は5年未満が3割、5~10年未満は2割で、10年以上が5割を占めた。職位は、9割がスタッフであり、配属は、内科系が3割、外科系が2.5割、混合、外来・中央部門がそれぞれ2割であった。在宅看護論を履修している者が7割、在宅看護研修を受講していない者は7割、看護実習指導を経験していない者が8割であった。

#### (2) 「病院看護職の在宅を見据えた看護活動尺度」4因子と属性の関連

4因子の尺度得点(平均±標準偏差)は、「在宅生活の情報把握」: $3.3 \pm 0.7$ 、「退院に向けた調整・指導」: $3.1 \pm 0.9$ 、「社会資源の活用」: $2.7 \pm 0.8$ 、「多職種協働」: $3.2 \pm 0.9$ であった。全因子の平均得点が3点前後となり、実施頻度としては頻繁に行われているとは判断できない。全因子において共通したのは、在宅看護論履修なし、在宅看護研修受講あり、看護実習指導経験ありの得点が有意に高かった点( $p < 0.001$ )と、配属において外来・中央部門よりも病棟で得点が有意に高かった点( $p <$

表2 基本属性ごとにみた各因子平均得点

	在宅生活の情報把握				退院に向けた調整・指導				社会資源の活用				多職種協働			
	n	平均値	標準偏差		n	平均値	標準偏差		n	平均値	標準偏差		n	平均値	標準偏差	
年齢																
30歳未満	578	3.18	0.67	***]	608	2.94	0.80	***]	591	2.53	0.78	***]	592	3.00	0.85	***]
30歳代	521	3.29	0.72		552	3.05	0.86		561	2.62	0.80		532	3.21	0.89	
40歳以上	631	3.45	0.75		668	3.25	0.85		662	2.94	0.88		641	3.44	0.93	
経験年数																
5年未満	485	3.14	0.66	***]	511	2.88	0.78	***]	497	2.53	0.76	***]	491	2.91	0.83	***]
5~10年未満	354	3.28	0.71		370	3.06	0.88		373	2.60	0.82		366	3.20	0.87	
10年以上	888	3.42	0.74		946	3.20	0.85		942	2.84	0.87		907	3.41	0.92	
職位																
スタッフ	1 451	3.25	0.71	***]	1 526	3.00	0.83	***]	1 525	2.62	0.82	***]	1 483	3.12	0.89	***]
副師長	131	3.68	0.70		138	3.54	0.79		130	3.00	0.82		131	3.76	0.76	
師長	70	3.74	0.56		83	3.53	0.70		76	3.43	0.67		75	3.95	0.62	
配属																
内科系	457	3.33	0.66	***]	480	3.06	0.76	***]	466	2.75	0.77	***]	468	3.28	0.87	***]
外科系	432	3.40	0.65		449	3.16	0.78		441	2.73	0.77		434	3.33	0.83	
混合	407	3.35	0.63		427	3.12	0.80		417	2.71	0.78		417	3.27	0.86	
外来・中央部門	230	2.91	0.92	239	2.76	1.05	275	2.41	0.97	229	2.75	1.02				
在宅看護論履修																
あり	1 188	3.26	0.70	***]	1 248	3.02	0.84	***]	1 239	2.61	0.81	***]	1 211	3.12	0.89	***]
なし	537	3.45	0.74		576	3.22	0.85		569	2.92	0.88		550	3.44	0.93	
在宅看護研修受講																
あり	504	3.59	0.67	***]	543	3.39	0.79	***]	536	3.06	0.84	***]	514	3.57	0.86	***]
なし	1 222	3.20	0.71		1 283	2.95	0.83		1 275	2.56	0.80		1 249	3.08	0.89	
看護実習指導																
あり	379	3.57	0.71	***]	401	3.33	0.80	***]	387	2.93	0.82	***]	390	3.57	0.84	***]
なし	1 334	3.24	0.71		1 409	3.01	0.85		1 409	2.64	0.84		1 360	3.13	0.91	

注 1) 年齢・経験年数・職位・配属は一元配置分散分析および多重比較, その他3項目はt検定  
 2) \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

0.001)である。病棟間では有意差はみられなかった。その他の属性については、以下に、因子ごとに述べる。

1) 在宅生活の情報把握

年齢および経験年数が高いほど得点が有意に高かった。職位では、スタッフ・副師長間、スタッフ・師長間において、管理職である師長・副師長の方が得点は有意に高かったが、師長・副師長間では有意差がみられなかった。

2) 退院に向けた調整・指導

年齢においては、年齢が高いほど得点が有意に高かったが、40歳未満では有意差がみられなかった。また、経験年数が高いほど得点が有意に高かった。職位では、管理職の方が得点は有意に高く、師長・副師長間では有意差がみられなかった。

3) 社会資源の活用

年齢、経験年数共に高いほど得点が高い傾向がみられたが、40歳未満、経験年数10年未満においては有意差がみられなかった。また、管理職の得点は高く、副師長の得点は、3.0±0.8、師長は3.4±0.7と全体平均の2点台よりも有意

に高い値であった。さらに、副師長・師長間でも、師長の得点が有意に高かった。

4) 多職種協働

年齢、経験年数が高いほど得点は有意に高かった。職位では、他因子同様に管理職の得点は有意に高かったが、師長・副師長間では有意差がみられなかった。

IV 考 察

在宅を見据えた看護活動は、経験や役職があるほど、また、研修受講や実習指導の経験がある方が、より実施していることが明らかとなった。ただし、頻繁には実施されておらず、特に、社会資源に関する看護活動はその傾向が顕著であることが明らかとなった。以上から、在宅を見据えた看護活動に影響する要因を踏まえて、現任教育における課題と方略について考察した。

全4因子の平均得点は3点前後であり、頻度としては時々行われているという状況であった。これは、入院中の看護は治療が中心であり、重ねて短期間の入院では、在宅を見据えた看護介

入が十分には行えていないと自己評価していることを示している。経験を積んでいる看護師の得点が高い傾向がみられたが、在宅を見据えた看護を標準化していくには、全体的な底上げが必要である。

在宅を見据えた看護を提供するには、まず入院前の生活を把握する必要がある。加えて、入院中に行われた治療とその影響を多角的に捉えて、退院に向けて看護を提供していかなくてはならない。つまり、入院前の在宅生活の情報把握が、支援の基点となる。今回調査対象とした施設では、入院時に生活背景を必ず聴取している。しかし、「病院看護職の在宅を見据えた看護活動尺度」の因子「在宅生活の情報把握」は、居住地域や自宅構造、患者・家族の経済状況、介護力などの具体的な情報把握に関するものであり、この因子の平均値から判断すると、おおむねが時々行っているという評価であった。実施度を上げるためには、個々の情報収集能力を高め、収集への意識をより深化させていく必要がある。

さらに「社会資源の活用」では、師長・副師長間でも差があり、病棟・部署間での連絡・調整を行う機会の多い師長が、より実施している現状が明らかとなった。しかし、日頃から患者に密接に関わっているのは、スタッフの看護師である。退院調整については、退院が決定されてから開始される訳ではなく、患者の一番近い存在である病棟看護師が患者を多角的に観察し、早期の段階で患者・家族の本心を引き出す関わりが求められる<sup>9)</sup>といわれている。一番関わりの多いスタッフが主体となることで、病院から在宅につなぐ支援が充実し、地域包括ケアシステムが機能していく。ただ、前述のとおり、他の3因子と比べ得点が低く、実施されづらい状況であるため、スタッフだけでなく、管理職の教育も見直していかなくてはならない。

在宅看護論履修なし群の尺度得点が、あり群よりも高かったのは、履修なし群の方が、経験年数が高いためであると考えられる。峰村<sup>10)</sup>の先行研究でも同様の結果が出ており、在宅看護論履修有無単独の影響よりも看護師としての臨

床経験年数や経験の内容も関係しており、臨床での経験の意味づけの仕方が重要であると述べている。在宅看護論を履修していない看護師は、在宅を見据えた看護活動に関する知識や技術は、経験により補完されていると予測される。一方、履修をしている世代は、知識や技術をすでに持っているが、現場での経験や人としての成長なくしては、実施に結びつかないという見方ができる。履修している世代でも経験年数の差はあるため、特に若い看護師への経験の場や機会を設定していけると良い。また、在宅看護研修受講については、受講している者の方が、在宅を見据えた看護をよく実施しているという結果を得た。これは当然のことではあるが、研修の内容や参加頻度などは明らかにしていないため、どのような研修が養成に有効なのかは、今後明らかにしていく必要がある。さらに、実習指導経験も影響することが明らかになった。これは、指導するという視座が、深い思慮を導いたものと推察する。指導を行うには、自身の経験と指導内容の理解、そして学生理解が必要であり、自身の在宅を見据えた視点での看護実践の強化に意識が向いた結果であると考えられる。指導は、自身の成長を促すツールでもあるので、多くの病棟看護師が経験することが望ましい。このように、経験がある看護師ほど在宅を見据えた看護活動を行っている傾向がある。しかし、経験年数だけでなく、管理職であることや研修の経験が影響していることを踏まえると、退院支援・調整に関わる頻度の高い熟練看護師が、在宅を見据えた看護活動を多く行っていると回答していることが想像できる。より入院期間が短縮されていく中では、一部の経験値のある看護師だけが対応していくのでは、退院支援・調整を十分に行えないのは目に見えている。また、早期から在宅を見据えた看護活動をすることで、患者のQOLが高まることが明らかになっており<sup>11)</sup>、退院支援・調整が必要な患者だけに在宅を見据えた看護を提供するのではなく、日頃の看護活動が在宅を見据えた視点で行われることが非常に重要である。

以上より、経験の浅い看護師から熟練看護師

全員が、一定水準を満たした在宅を見据えた看護を提供できるシステムを整備していくことにより、退院後のQOL維持・向上が可能となり、結果として再入院する患者が減少し、地域包括ケアシステムも機能していくという正のサイクルが生まれる可能性があるといえる。そのため、現任教育では構造化された教育プログラムが必要となる。そして、高等教育からの一貫したプログラムであることが望ましい。近年、病棟看護師が入院早期から退院後の生活に目を向けられるような取り組みとして、訪問看護ステーションとの連携により、同行訪問などの研修を行っている病院もある<sup>12)</sup>。そのような取り組みを標準化し、在宅での生活を見据えられる病棟看護師の養成を促進していくことが望まれる。

今回は、在宅を見据えた看護活動の自己評価をデータとして用いたが、実施されている看護活動の質やそれに伴うアウトカムについては、客観的評価は十分ではない可能性がある。そのため、今後は結果の精度をより高めるために、看護ケアを受ける側である患者視点や地域や在宅、外来で活動している看護職視点での看護活動の評価を行っていく必要がある。さらに、県内様々な地域の拠点となる11病院を対象としたが、県の地域特性を網羅しきれていないとは限らない。今後は継続的なサンプリングだけでなく、今回対象とした病院以外の特徴も網羅したデータの収集を行い、精度を高めていく必要がある。

## 謝辞

本研究にご協力いただきました群馬県内看護職の皆様へ深謝致します。本研究は、第62回北関東医学会総会での発表内容に、一部加筆・修正を加えたものである。また、文部科学省GP課題解決型高度医療人材養成プログラム「群馬一丸で育てる地域完結型看護リーダー」事業の一部として実施した。本研究における利益相反は存在しない。

## 文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ. 今後の高齢者人口の見通し ([http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkat-su/dl/link1-1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkat-su/dl/link1-1.pdf)) 2016.3.2.
- 2) 厚生労働省ホームページ. 地域包括ケアシステム ([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkat-su/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkat-su/)) 2016.3.2.
- 3) 厚生労働省ホームページ. 在宅医療の最近の動向. 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室 ([http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24\\_0711\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf)) 2016.3.2.
- 4) 厚生労働省ホームページ. 医療計画作成指針. 厚生労働省医政局長通知 ([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/iryuu\\_keikaku/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/)) 2016.3.2.
- 5) 齋藤郁子, 赤間明子, 大竹まり子, 他. 全国の病棟看護師における在宅看護の視点に関する意識ならびに実践の認識と関連要因に関する研究. 北日本看護学会誌 2010; 12(2): 13-25.
- 6) 峰村淳子, 吉田久美子, 丸山美知子, 他. 在宅支援の看護に関する病院看護師の認識・行動の実態. 看護展望 2008; 33(4): 81-9.
- 7) 峰村淳子, 吉田久美子, 宮崎歌代子, 他. 病院看護師の在宅支援の看護についての研究 (第4報), 3施設の看護師の認識と行動の実態分析. 東京医科大学看護専門学校紀要 2008; 18(1): 1-34.
- 8) 春原光宏. 「在宅の視点のある病院医師」尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. OPTIM Report 2012: 562-4.
- 9) 田中弘子, 伊藤綾子, 真野響子. 急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割. 東京医療保健大学紀要 2010; 1: 65-71
- 10) 峰村淳子. 施設内看護師の在宅支援の看護についての研究 (第3報), 認識・行動の実態と影響要因分析を通じた看護教育への一提言. 東京医科大学看護専門学校紀要 2004; 14(1): 1-12.
- 11) Mary T Fox, Malini Persaud, Ilo Maimets, et al. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr 2013; 13: 70.
- 12) 松原みゆき, 森山薫. 訪問看護の同行訪問を経験した病棟看護師の退院支援に対する認識の変化. 日本赤十字広島看護大学紀要 2015; 15: 11-9.