

福岡大学博士論文

訪問看護師の看護実践能力の向上を目指す継続教育に関する研究
A study on continuous education aimed at improving nursing skills
of home-visiting nurses

令和4年3月

小 森 直 美

Naomi Komori

Abstract

This study elucidates the practical issues related to continuing education of visiting nurses and analyzes the reality of continuing education that contributes to improvement in nursing practice. We focus on visiting nurses and empirically clarify what measures can be derived. The purpose of this study is to empirically clarify what measures can be derived by analyzing the actual state of continuing education that contributes to the improvement of nursing practice. For this purpose, the following four research questions were posed:

1. What are the characteristics of home healthcare nurses working in home healthcare agencies in Japan?
2. What is the image of a visiting nurse with improved nursing practice skills?
3. How can there be a community of visiting nurses and continuing education?
4. What is the educational method that supports active learning and nurtures practical nursing skills while solving issues related to the continuing education of visiting nurses?

This study was divided into two parts. In the first, we clarified the actual issues related to continuing education of home healthcare nurses engaged in home healthcare agencies in Japan. In the second, the new measures for continuing education are demonstrated and discussed.

Our findings indicate that home healthcare nurses and visiting nurses cover all types of diseases and patients. They are also part of the lives of patients and their families. It was also clarified that home healthcare nursing, was developed from dispatch nursing, and has unique characteristics in Japan.

Therefore, the continuing education of visiting nurses must be able to match and respond to this. Second, home health aide who have developed the ability to practice nursing are autonomous nurses with a firm sense of ethics and freedom to follow their own will; an objective perspective that allows them to consider the discretion of self-determination under work-related restrictions. We elucidated that an autonomous visiting nurse must have a firm sense of ethics, the freedom to follow her own will, and an objective perspective that allows her to consider the discretion of her own decisions under work restrictions. Third, home health aides practice nursing for patients and their families, collaborate with other professions

involved in health, medical care, and welfare; thus, the continuing education of home health aides must reach a stage where they can be active in the community. In addition, home healthcare nursing needs to shift from nursing to cure injuries and illnesses to nursing to support the lives of patients and their families, which requires an understanding of the human way of life and values, making the continuity of home healthcare nurses is essential.

Therefore, it is essential to develop each experience into a more scientific system of knowledge using the method of continuing education. Therefore, in the continuing education of home health care nurses, it is essential to develop each experience into a more scientific knowledge system. This nursing practice ability could not be achieved by the individual visiting nurse alone. We believe that the development of these nursing practice skills could not be achieved by individual nurses alone. Therefore, mutual support among visiting nurses is essential to develop the ability to examine the situation of home nursing and themselves. Furthermore, home healthcare nurses from nearby facilities need to think, support, and learn from each other. In addition, to achieving the goals of home health care nursing, we believe that a community of home healthcare nurses from nearby home health care nursing facilities who think, support, and learn from each other is necessary.

Fourth, the method of continuing education combines systematic learning of medical knowledge and skills with a systematic system of knowledge that transforms empirical knowledge into scientific knowledge and skills, and continuing education that fosters the ability to look objectively at events in visiting nursing and oneself. In addition, there is a need for continuing education that would enable visiting nurses to become active learners. This was made possible by the method of objectively reflecting on nursing practice, making sense of events, and guiding problem solving through group discussions in which visiting nurses talked about their nursing practice, inferred the feelings of patients and families, and considered the strengths of patients and families. In developing this method of continuing education for home health care nurses, we used Malcolm S. Knowles' "Contemporary Adult Education. In developing this method of continuing education for home health care nurses, we used Malcolm S. Knowles' "Contemporary Practice in Adult Education" as a guide, and incorporated the ideas of Yasukata's "Experiential Practice Education" and Charles A. Rapp and Richard J. Goscha's

"Strengths Model." Based on the above four elucidations, we developed a continuing education program that incorporates this method for nurses at a functional home healthcare agency responsible for the care of patients with high medical dependency. This continuing education program was designed for: 1) nursing of cancer patients, 2) nursing of children in medical care, 3) nursing of patients with amyotrophic lateral sclerosis, and 4) nursing of patients with dementia. In fact, we have demonstrated the program as a seminar.

The results show that the nursing practice skills of visiting nurses who took this continuing education program tended to improve when calculated using the Home Nursing Quality Self-Assessment Scale. It was also found that they fit Nonaka's SECI model. With this, we can advance and contribute to the practical issues in the continuing education of home health care nurses based on scientific findings, including the appropriate place and method for the continuing education of home health care nurses who can play a social role. This is a collaborative effort between visiting nurses. It attempted to build a community among visiting nurses and to find a direction for an active knowledge system that would enhance the autonomy of visiting nurses from the perspective of continuing education. However, this study has not been able to expand to the improvement of the practical skills of other professions such as physical therapists, occupational therapists, and caregivers who work in patients' homes. We believe that this method will enable other professionals to learn actively as well.

目次

序章 研究の目的と方法	1
第1節 問題の所在と研究の目的	
第2節 研究の方法と構成	
第3節 用語の定義	
第1項 看護師と訪問看護師	
第2項 訪問看護事業所と機能強化型訪問看護事業所	
第3項 訪問看護師の継続教育	
第4項 自律と他律	
第5項 訪問看護師の支え合い、学び合う共同体	
第6項 訪問看護師の看護実践能力	
第一部 訪問看護師の継続教育における現実的課題と解決方策	
第1章 日本の訪問看護の制度と歴史からみる訪問看護師の実相	40
第1節 派出看護の始まりと訪問看護師の特質	
第2節 保健・医療・福祉の統合化と訪問看護	
第2章 看護研究の変遷からみる継続教育の課題と解決方策の探求	52
第1節 看護研究が示す訪問看護師の継続教育の課題	
第2節 訪問看護師の継続教育に関わる看護研究の抽出方法	
第3節 継続教育に関わる看護研究の変遷	
第1項 訪問看護制度の創設期	
第2項 介護保険法の創設期	
第3項 後期高齢者医療制度の創設期	
第4項 地域包括ケアシステムの構築期	
第4節 看護研究にみられる継続教育の偏りと課題解決の方策	

第3章	日本と諸外国の訪問看護師に関わる医療制度と教育	86
第1節	北欧・北米の訪問看護師に関わる医療制度と教育	
第2節	訪問看護師の教育に関わる諸外国からの示唆	
第4章	訪問看護師の目標設定の構造と継続教育	103
第1節	訪問看護師の目標設定の構造を可視化する必要性	
第2節	訪問看護師の目標設定の構造を抽出する試み	
第3節	訪問看護師の目標設定の構造	
第4節	訪問看護師の目標から見る継続教育のあり方	
第5節	小結 -訪問看護師の継続教育に求められている期待-	
 第二部 訪問看護師の自律を目指す継続教育の実証		
第5章	医療依存度の高い患者の看護を担う訪問看護師の継続教育プログラムの開発	135
第1節	機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育の課題	
第2節	機能強化型訪問看護事業所看護師の教育ニーズの抽出方法	
第3節	訪問看護師の教育ニーズからみた継続教育の内容	
第4節	訪問看護師の継続教育プログラムの開発の過程	
第6章	医療依存度の高い患者の看護を担う訪問看護師の継続教育プログラムの実施	152
第1節	機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育プログラムの目的、目標	
第2節	機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育プログラムの教育内容と方法	
第3節	継続教育プログラムを活用したセミナーの設備と広報活動等	

第7章 医療依存度の高い患者の看護を担う訪問看護師の継続教育プログラムの評価と考察	165
第1節 アンケートによる継続教育プログラムの評価	
第2節 看護実践能力からみる継続教育プログラムの評価	
第3節 SECIモデルによる継続教育プログラムの考察	
第4節 実事例の考察	
終章 訪問看護師の看護実践能力の向上を目指す継続教育の方策	208
第1節 訪問看護師の継続教育のあり方	
第1項 訪問看護師の看護実践の特質	
第2項 自律が育まれた訪問看護師像	
第3項 支え合い、学び合う共同体による継続教育の場	
第4項 訪問看護師の自律を育む継続教育の必要性	
第2節 新たな訪問看護師の継続教育の推進	
巻末1 訪問看護師の継続教育に関する看護研究一覧	229
巻末2 継続教育プログラムで共有された看護実践内容	264
参考文献一覧	278

序章 研究の目的と方法

第1節 問題の所在と研究の目的

未だかつてない高齢社会を迎えている日本は、年金や介護、福祉、医療などの社会保障費の拡大が止まらない状況にある¹⁾。社会保障費の拡大は、患者の平均在院日数を削減するために長期入院患者の診療報酬を引き下げるなど、医療費適正化計画という政策目標を掲げるまでに至っている。これによって退院を余儀なくされた患者の行き先の受け皿の一つに、患者の居宅がクローズアップされ、最期のときを自分らしく生きるという療養生活上のQOLの観点とも相まって、これを可能にする在宅医療の推進や、訪問看護師の看護実践能力の向上が求められている²⁾。近年では、人工呼吸器や持続点滴輸液ポンプ、痰の吸引など、常時、医療機器を使用しなければならない患者、すなわち医療依存度の高い患者も居宅へとシフトしはじめ、在宅療養中の患者数は増加の一途を辿っている³⁾。

日本の高齢社会の特徴は、年間の死亡者数が毎年約10万人規模で増加し続けるというところにある。2042（令和24）年のピーク時には年間166万人の死亡者数が見込まれている⁴⁾。第二次世界大戦後、病院の増床とともに患者の死亡場所も居宅から病院に大きく転換したが、これからの日本は病院以外の居宅や施設が積極的に看取りに関与していかなければならない状況にある。居宅で患者を看取るには、いつも患者と家族の傍にいて、相談にのり、適切に判断し対応する訪問看護事業所に従事する看護師（以下、訪問看護師）が重要な役割を担うことになる。

看取り期にある患者の看護を行う訪問看護師は、疾患や治療法のほかに人工呼吸器や在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養管理などの在宅医療機器の取り扱いや真摯な姿勢、倫理的な思考を用いて、問題解決に導くことが求められている。医療は日進月歩であるため、常に、医学的知識や看護技術等の更新が求められる。訪問看護師はこれらを継続教育で学び、患者の居宅に一人で赴いて看取りに対応する必要がある。つまり、これらの患者が自らの居宅で安心して療養す

るには、訪問看護師の看護実践能力の向上が求められている。

掛谷⁵⁾によると300床未満の中規模病院は、継続教育の実施率93.8%であるが、訪問看護事業所の継続教育の実施率は24.6%である⁶⁾。他方、看護師には資格継続のための免許更新制度はなく、看護師養成所等を卒業した後の教育は、個々の学習や組織で行う教育にゆだねられている。そのため、訪問看護師の看護実践能力の向上を目的に、日本看護協会や看護系大学等が中心となって各地で研修会等を開催している⁷⁾⁸⁾。訪問看護師の研修会への参加は、個人的達成感を充足させることがわかっている⁹⁾¹⁰⁾。さらに生涯学習の機会を得たいと考えている訪問看護師も多い。一方で、訪問看護事業所が小規模であることから代替要員の確保ができず、訪問看護師は研修会等に参加しづらいことも指摘されている¹¹⁾¹²⁾¹³⁾。訪問看護師は病院や施設の看護師として働いた後に就業するものや未就業からの復職が多く、職業キャリアや年代は幅広い。このように訪問看護師の継続教育は、さまざまな現実的課題を抱えている。

一般的に、患者の居宅を訪問して看護を行う者を訪問看護師と呼称するが、保健師や助産師のように訪問看護師という国家資格があるわけではない。したがって訪問看護師の養成教育もない。訪問看護を内包する「在宅看護論」が看護基礎教育の科目となったのは、1997（平成9）年である¹⁴⁾。それゆえ1997（平成9）年以前に看護師養成所等を卒業した看護師は「在宅看護論」を学んでいない。1997（平成9）年当時、看護基礎教育は治療が済んだ患者を円滑に療養生活へ移行するための看護活動を行う看護師を養成する意図をもって、「在宅看護論」が位置づけられた。いわゆる退院支援や転院調整、外来看護などの継続看護と呼ばれるものである。この「在宅看護論」は成人看護学や老年看護学、小児看護学、母性看護学、精神看護学とは異なり、知識体系の「学問」ではなく実践の科目「論」として位置づけられており、学問体系としては未発達分野であると考えられている。この「在宅看護論」は2022（令和4）年度の入学生から「地域・在宅看護論」へと名称を変え、単位数も他の看護の「学問」より多い、8単位へと拡大される。これは、病院ではなく地域で働く

看護師の養成を狙っているものと考えられる¹⁵⁾。一方で、何をどう教育するのかはそれぞれの看護師養成所等に委ねられており、訪問看護師に関わる看護基礎教育は過渡期にあって確立できているとはいえない。これは看護基礎教育において訪問看護に関わる獲得すべきものは何か、確立されていないということである。

本論で扱う訪問看護師は、患者の傷病を加療する病院や保健施設で働く看護師とは異なり、看護師自らが設立し、経営に携わる訪問看護事業所に従事している訪問看護師である。その訪問は1週間に一度であったり二度であったりするし、1回の訪問は30分であったり60分であったりとまちまちである。なぜなら、訪問看護は患者との契約によって成り立つ看護だからである。この限られた時間のなかで、療養生活を送る患者を支えるために持てる力を注ぎこみ、訪問看護活動を行うことを業とする者が訪問看護師である。この看護活動は患者の居宅に一人で赴いて行われるため、他者にはわかりにくいし、自己の裁量に任されているところが大きい。さらに現在は、訪問看護は看護を提供するというひとつの手段、場でしかないと捉えられており、病院に勤務する看護師と訪問看護事業所に従事する訪問看護師は同等に扱われている。同等に扱われているということは、訪問看護のもつ特質を喪失してしまっているということになる。訪問看護の特質が明確になっていないということは、その事柄に深く関わり、それに精通することもできなくなり、何を行えばよいのかに迷いがでるということになる¹⁶⁾。金井¹⁷⁾は、ケアの原理・本質を理解することで、看護や介護者は自らの信条や人生観レベルで相手の状況を判断してしまうことを避け、対象の条件、状況を看護の視点で見つめ、介護、看護の思考をもって現象していることの意味を判断できるようになると述べている。つまり条件、状況に合わせた形で援助方法は工夫していくことになる。これは訪問看護と病院における看護が、同じではないことを示している。

訪問看護は社会的な役割期待が高まる一方で、訪問看護の専門教育者や研究者は少なく、系統だった知識体系が未確立であることから在宅看護の専門教育

職者間の合意形成はなされていない。基礎看護教育における「在宅看護論」が「地域・在宅看護論」になり、単位増を控えている今こそ、訪問看護師とは何を行う看護師か、訪問看護師のありのままの姿から訪問看護の特質を明らかにする必要がある。そこで訪問看護師の特質とは何か、一つ目の問いを立てた。

先にも述べたように、訪問看護に関わる看護基礎教育において獲得すべきものが明らかになっていないということは、その先の継続教育において獲得していくべきものも確立されていないということであり、それは訪問看護師の看護実践能力の向上に支障をきたすことになる。松谷は看護師の看護実践能力について「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性であり、複雑な活動で構成される全体的統合的概念である」¹⁸⁾と述べている。日本看護協会や厚生労働省は、看護師の看護実践能力を向上させる必要があると謳っているものの、看護実践能力が向上した訪問看護師とは、どのような訪問看護師かは明らかにしていない。

訪問看護事業所でよく行われている継続教育は、現任訓練といわれる先輩訪問看護師による同行訪問、いわゆるオンザジョブトレーニング（OJT）が殆どである。OJTが決して悪いということではないが、これだけでは指示された採血や注射、処置を行うだけの訪問看護師となってしまう。ただルーティンをこなすだけの訪問看護師や、いわれたことをいわれた通りに行う訪問看護師を、看護実践能力が向上した訪問看護師といえるのか。看護実践能力が向上した訪問看護師像が明らかになっていないために、どのような訪問看護師になることを目指せばよいのか、どのような継続教育を行えばよいのかを見失っているのである。そこで本研究は、看護実践能力が向上した訪問看護師とは如何なる訪問看護師像か、2つ目の問いを立てた。

看取り期にある患者は、一日中、頻回な訪問看護を必要とする。この対応は365日必要となるため、複数の訪問看護師の協力体制が求められる。そのため、介護保険法は看取り期にある患者の看護は、複数の訪問看護事業所が協力し合って提供するよう促している。看取り期にある患者の訪問看護を複数の訪問看

護事業所で提供し合うように促しているということは、訪問看護師の継続教育も近隣の訪問看護事業所の訪問看護師同士で考え、教え合い、学び合う共同体による結びつきが必要ではないかと考えた。この学び合う共同体とは、利益を求めて集合するのではなく、ゲマインシャフトのような本質でつながるような全人的結合であり、有志が勉強会を行うようなイメージである。つまり一人で患者の居宅を訪問して看護を提供するからこそ、訪問看護師同士で支え合い、学び合う共同体が必要だと考える。このつながりは上も下もなく、強要されるものでもない。しかし、異なる訪問看護事業所の訪問看護師同士で考え、教え合い、学び合う訪問看護師の共同体は現在ない。

先にも述べたように、医療依存度の高い患者や看取り期にある患者の看護を行うには、疾患や治療法のほかに在宅医療機器を取り扱う知識や技術、真摯な姿勢、倫理的な思考、問題解決能力等の看護実践能力が求められる。この看護実践能力は、患者の急変時や状態悪化時、災害時に、迅速かつ適切に発揮されるものでなければならない。一方で、経験できる症例やカバーできる専門知識など、訪問看護師が臨機応変に対応する場面や習得する機会は限られる。そこで本研究は、訪問看護師の共同体とそれに基づく継続教育は如何にあり得るか、3つ目の問いを立てた。

第2章で詳細に述べるが、直近5年間に行われた訪問看護師の継続教育に関する研究は、人材確保・育成のための事業として医療機関や福祉機関等での実習をプログラム化した研究¹⁹⁾や講義・演習・見学実習を含む15日間の「高齢がん患者に安心をもたらすケアを創造していく訪問看護師育成」研修プログラムを実施した研究²⁰⁾、訪問看護の質向上に向け訪問看護師をシャドーイングした実習研修²¹⁾、ナイチンゲールの「看護覚え書」を読み解く研究会²²⁾、在宅医療の推進を目的に作成された多職種における研修プログラム「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」²³⁾、講義形式による糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援する継続教育プログラム²⁴⁾、高性能シミュレーターを用いた急変時の対応研修会²⁵⁾などが行われている。いずれの

研究においても、研修会等の受講が訪問看護師の満足度を高めることはわかっている。一方で、これらの研究のほとんどは医学的知識の補充と疾患別の訪問看護技術の学びであり、訪問看護そのものを全体的に捉え看護実践能力の向上について論じたものはない。医学的知識の補充や疾患別の訪問看護技術が必要ないということではないが、これらの継続教育は受動的な講義形式や実習形式の学び方であって訪問看護師の能動的な学びではない²⁶⁾。

訪問看護師の事例検討会を行った安藤の研究では、2名の訪問看護師の事例をもとにディスカッションを用いた結果、不安が解消する、別の事例に応用できる等の学びが生じていたことを報告している²⁷⁾。それと同時に、困ったときに相談できる場や専門的知識を実践的に学べる場などを訪問看護師は求めていることも示唆していた。このように能動的に学ぶことの効果はわかっているものの、どのような教育方法が望ましいのかを明らかにした訪問看護師の看護研究はなく、なにより訪問看護師は自分たちで学ぶということに慣れていない。中央教育審議会は「生涯にわたって学び続ける力、主体的に考える力を持った人材は、学生から見て受動的な教育の場では育成することができない」²⁸⁾としており、やっとアクティブラーニング等の能動的な学び方が基礎看護教育で取り入れられ始めたところである。河井の研究も理論的な考察にとどまっていて、今後、学習と成長に変革と革新を生み出す教授の実践や組織的なあり方を具体的な実践と結び付けていくことが重要な課題である²⁹⁾。大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会でも示されている通り、教授内容の洗練とそれに合わせた教授方法の工夫が不可欠となっている。山中が「看護者は自らの看護行為を真摯に問い直し意味付けるために看護を語り合う場が必要とされる。このような相互主観性を基盤にした人間理解による看護実践の積み重ねは臨床の価値として評価され、また、日々の看護実践の問い直しや臨床の知として創造されていく」³⁰⁾と述べているように、看護師の継続教育にとって事象の意味づけの価値は明らかである。一方で、訪問看護師は事象の意味づけの方法を獲得できていない。

訪問看護師がかかわる患者は一人として同じものはおらず、病態や症状等が異なるだけでなく、患者の自宅はそれぞれに異なり医療を提供する場ではなく生活をする場である。そして家族背景も違う。それゆえ訪問看護師は、患者ひとりひとりに合わせた個別性のある対応が病院に勤務する看護師に比べてより求められる。また、訪問看護は他の医療従事者の目の行き届かない二人だけの場であることが多く、その看護実践が適切であるか否かは訪問看護師自身の倫理観にゆだねられている。そのため訪問看護師は、自らを律し、自らの行動規範のなかで、考え、判断し、能動的に職務を遂行できる自律した訪問看護師であることが求められている。訪問看護師は医療行為の一部を実施する家庭医の役割を担うことになるが、現代の医療のエビデンスはすべてが明らかになったわけではなく限定的であり、主観的な判断に頼らざるを得ない場面もある。一方で、科学的根拠に基づくサイエンス的なアプローチも当然のことながら必要となる。それには訪問看護師が事象や自らを能動的かつ客観的に捉え、意味づけを行う訓練を必要とすると考えられた。現段階において、これらの事象や自らを客観的に捉えなおす、訪問看護師の継続教育は見当たらない。そこで訪問看護師の継続教育に関わる現実的課題を解決でき、且つ、看護実践能力を育むことができる能動的な学びを支える教育方法とは如何なるものか、4つ目の問いを立てた。

訪問看護師の自律を高め、看護実践能力の向上を目指す継続教育の方法は、ひとが生涯に渡って学び、育つための方法でなければならず、人びとの健康問題の理解やその援助方法、健康の維持、増進について学ぶための学問である看護学で解明することは難しい。訪問看護師の継続教育は、生涯教育のひとつであるがゆえに、教育学的なアプローチであれば見えてくるものがある。それは看護学の世界だけではわからないこと、解けないことを教育学の世界から行うということであり、そのためには教育学で認められることが必須だといえる。

以上のことから、訪問看護師の看護実践能力の向上を可能にする継続教育を解明する問いは、以下の4点を設定した。

- (1) 日本の訪問看護事業所に従事する訪問看護師の特質とは何か。
- (2) 看護実践能力が向上した訪問看護師とは如何なる訪問看護師像か。
- (3) 訪問看護師の共同体とそれに基づく継続教育は如何にあり得るか。
- (4) 訪問看護師の継続教育に関わる現実的課題を解決し、且つ、看護実践能力を育むことができる能動的な学びを支える教育方法とは如何なるものか。

以上、4つの問いを解くことによって、訪問看護師同士の学び合う共同体の構築を試み、訪問看護師の自律性を高める能動的な知の体系を、継続教育の観点から方向性を見出す。そして訪問看護師を社会的に認知させ、看護基礎教育の確立に繋ぐ提言を行う。

病院における看護は、入院した全ての患者に自動的に提供されるものであり、チームで提供されるが、訪問看護は、患者、家族との契約によって個別に提供される。訪問看護が必要だと医師や訪問看護師が判断したとしても、患者、家族が認めなければ患者の居宅に入らせてもらうことも、看護を提供することもできない。なぜなら、訪問看護師は患者の居宅に招かれた客だからである。また、訪問看護師の職務は一人で患者の居宅を訪問するという看護の提供方法をとることから、訪問看護師の看護実践を可視化することの難易度は高い。しかし、訪問看護師の看護実践を可視化することによってはじめて、訪問看護師の現実的課題が見え、解決方法は導かれる。この4つの問いを解明することによってのみ、本研究の目的は果たされる。

第2節 研究の方法と構成

本研究は質的研究方法と量的研究方法を合わせて用いる。なぜなら、訪問看護師の看護実践能力の向上を目指す継続教育という、数値や統計データで表現

しづらいものを取り上げるためである。

訪問看護師の看護実践能力は、個々人、全く異なるもので、それを比較することに意味をもたない。また、看護実践能力の捉え方にも個人差があるし、何をもって看護実践能力を身につけたかも明らかになっていない。そのため、看護実践という対象のある場面をできるだけ損なわずに記述することが求められる。一方で、分析結果の信頼性や妥当性を担保することは、本研究において重要な意味を持つ。訪問看護師の看護実践能力を育成する継続教育を再現できるか否かの蓋然性、もしくは確率によって分析結果を説明できることによって科学的知見とすることができる。それゆえ、本研究は質的研究方法と量的研究方法を合わせて用いることが好ましいと考えた。

また、本研究では訪問看護師という職業の本質について取り上げる。訪問看護師という職業の本質を突き詰めることとは、自らの知識や看護技術を磨き、経験を積み上げ、その看護の実践能力を高めていくことを意味するものであると捉えている。谷内は「日常生活のなかで、われわれ人間はある目的に向かって活動し、行動する。働くということも広い意味で活動するなかに含まれる。ある人は経済的な豊かさを求めて働き、ある人は自分の夢を実現するために働き、ある人は社会や世の中に貢献したくて働くなど、働く目的や働き方は人それぞれによってさまざまである」³¹⁾と述べている。働く目的は人によりさまざまであるため、おのずと働くことの意味も人によって異なる。つまり、働くという行為は極めて個人的なものであり、普遍的な概念定義は難しく、仮に定義したとしても一般論的なものとなり、あまり意味を持たないものとなる。ただ、間違いなくいえることは、神田がいうように「人間は生活していくために働く必要があり、労働という行為を通して自らの存在意義を確かめている」³²⁾ということである。言い換えるならば、訪問看護師として働くことは個人の生活基盤を支えることでもあり、一方で自らのアイデンティティを確立させるために必要不可欠な活動といえる。

他方、訪問看護師として働くことは「生計を立てるための仕事となる職業は、

社会的分担や役割を果たす活動で興味や誇りをもって行う活動であり、自分の働いた成果が社会に、組織にどう還元されるかを強く意識した活動」³³⁾といえる。

個人がその職業の領域において能力を高めることに価値があり、それは個人の生きがいにつながる。しかし「本来、職業は個人の人生や生活のなかで重みのあるものではあるが、愛や余暇、学習などの職業以外の人生に関わる役割や時間をどう過ごすかが大きな意味を占めている。この両輪あつての人生であり、生活といえる。それゆえ、職業生活と非職業生活はうまく調和させていかなければならないもの」³⁴⁾といえる。そのためには先ず、訪問看護師の実相を明らかにし、訪問看護師の継続教育における現実的課題を明確にする必要があると考えた。

以上の課題解明と実証について論述するため、本研究は2部構成とする。第一部は、日本の訪問看護事業所に従事する訪問看護師の継続教育に関する現実的課題を解明し、課題を解決するための新たな方策について言及する。第二部では、一部で解明した新たな継続教育の方策を実証する。

第一部第1章の日本の訪問看護の制度と歴史からみる訪問看護師の実相では、訪問看護の始まりから現在に至るまでの歴史の変遷を辿ることで、訪問看護の実相から日本独自の特徴をもって訪問看護が展開されてきたことを説明する。これによって、日本の訪問看護事業所に従事する訪問看護師の特徴とは何かを明らかにする。

第2章の看護研究の変遷からみる継続教育の課題と解決方策の探求では、これまで行われてきた訪問看護師の継続教育に関する看護研究論文の動向を辿る。これによって訪問看護師の継続教育に関わる看護研究がどのように変容したか、訪問看護師の継続教育がどの段階にあってどの段階に至っていないのか、これまでに何が明らかになって何が明らかにされていないのかを明確にする。これは、訪問看護師の共同体とそれに基づく継続教育は如何にあり得るかを言及するとともに、訪問看護師の継続教育に関わる現実的課題を解決し、且つ、看護

実践能力の向上を目指すことができる能動的な学びを支える教育方法とは如何なるものかについて解明する。

第3章の日本と諸外国の訪問看護師に関わる医療制度と教育では、北欧、北米の訪問看護に関わる医療制度と教育を概観し、諸外国から日本の訪問看護師の継続教育の方向性の示唆を得る。これは、訪問看護師の共同体とそれに基づく継続教育は如何にあり得るかについて述べることになる。

第4章では、訪問看護師の目標設定の構造から看護観を導き出す。訪問看護師はどのようになりたいと思っているのか、そのなりたい自分になるためには、どのような看護実践能力を身につける必要があるかが、第4章で導き出される。これによって、この看護実践能力を身につけるためには、訪問看護師の共同体とそれに基づく継続教育は如何にあり得るかが解明できる。それは看護実践能力が向上した訪問看護師像とは如何なる訪問看護師像かを、解明することにもなる。また、訪問看護師の継続教育に関わる現実的課題を解決し、且つ、看護実践能力を育むことができる能動的な学びを支える教育方法とは如何なるものかについても言及する。

第4章で用いる質的研究方法は、看護の対象の性質や特徴など、数値で表すことのできないデータを扱うことができる。患者や家族といった対象のある看護という職業の構造を取り扱う分析は、数値や統計は適さず、具体的な個人や状況に基づいて解明する必要がある。質的研究方法は仮説がない状態から仮説を作り上げ、質的データを抽象化して得られる概念を組み合わせることで対象を表現する理論の構築ができるとともに、量的研究方法では黙殺されてしまう少数の意見にも注目し、要素の抽出に用いることができる。質的研究方法で扱う質的データは、面接によって得られた口頭データや観察データもあるが、本章では無記名自記式質問紙調査の自由記述の内容をテキストとして分析に用いた。訪問看護師が考える看護実践能力を身につけた訪問看護師像を明らかにするには、訪問看護師に圧力を加えないデータを収集することが重要である。そのため、本章では無記名自記式質問紙の自由記述を用いた。

第二部では、医療依存度の高い患者の訪問看護を行う訪問看護師の継続教育プログラムを開発し、実証的に解明する。

第5章は、医療依存度の高い患者の看護を担う機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育のニーズ調査を実施した結果に基づいて、継続教育の教育内容について言及する。

第6章の継続教育プログラムの実施では、教育ニーズの調査から得られた結果をもとに開発した医療依存度の高い患者の看護を担う機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育プログラムを紹介する。

第7章では、実際に医療依存度の高い患者の看護を担う機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育を行った結果を、評価、考察する。この論述は、受講者である訪問看護師から得たアンケートの記述内容と、看護実践能力を測定した結果およびSECIモデルに当てはめて考察する。

これらによって、訪問看護師の継続教育に関わる現実的課題を解決し、且つ、看護実践能力を育むことができる能動的な学びを支える教育方法とは如何なるものかを解決に導くことになる。巻末2には、この継続教育において実際に訪問看護師が語った看護実践内容について記述した。

この看護実践能力の向上を目指すプログラムの理論的枠組みは、ノールズ (Malcolm S. Knowles, 1913-1997)³⁵⁾ の「成人教育」を用いた。ノールズは、アンドラゴジーを「成人の学習を援助する技術と科学 (the art and science of helping adults learn)」、ペダゴジーを「子どもを教育する技術と科学 (the art and science of teaching children)」と定義し、こうしたペダゴジーとアンドラゴジーの概念における考え方の比較に「学習者の概念」「学習者の経験の役割」「学習へのレディネス」「学習への方向づけ」という4つの項目を用いている。成人は生活状況によって個人差はあるものの、年齢を重ねていく中で得た知識と経験から自己決定性を持つ存在であることから、成人教育者が知識や技術を一方的に与えるといった受動的な学習ではなく、学習者が実際の生活などによって生じた問題や課題を解決するために、自ら学

びたいことを決定していくといった能動的な学び方を説いたものである。

この成人教育を看護に応用する際、看護界でよく用いられているデューイ (John Dewey, 1859-1952)³⁶⁾とショーン (Schön A Donald, 1931-1997)³⁷⁾の理論を用いて安酸が開発した「経験型実習教育」を基盤に、新たに訪問看護師の継続教育へと発展させる方法を用いた。安酸は、教師が教えたいと考えたことを教えていく指導型の教育ではなく、学生の直接的経験に焦点を当てて、経験から学ぶ力を育成する「経験型実習教育」を提唱している³⁸⁾。この教育方法を基盤に、訪問看護師の看護実践を学びに変える継続教育の方法を考案した。また、視点を転換するという方法は、Charles A. Rapp と Richard J. Goscha のストレングスモデル (The Strengths Model) の考え方を取り入れた³⁹⁾。ストレングスモデルとは、ケアを受ける患者、家族を強みからとらえるといった考え方の転換によるアプローチ (A recovery oriented approach) を明らかにしたものである。

さらに、本論が言及した看護実践能力を育むことができる能動的な学びを支える教育方法を、野中⁴⁰⁾が開発した SECI モデルに当てはめて考察した。SECI モデルとは、知識創造活動に注目したナレッジ・マネジメントの枠組みであり、個人がもつ暗黙知を、共同化、表出化、連結化、内面化という4つのプロセスを経て、集団や組織の形式知へと変える手法である。本研究で行った継続教育が SECI モデルの4つのプロセスに合致し得るかを考察することによって、訪問看護師の看護実践能力の向上という測定しづらいものを考察するに至った。

これらによって本研究は、日本の訪問看護事業所に従事する訪問看護師の特質とは何か、看護実践能力が向上した訪問看護師とは如何なる訪問看護師像かを言及したのちに、訪問看護師の共同体とそれに基づく継続教育は如何にあり得るか、訪問看護師の継続教育に関わる現実的課題を解決でき、且つ、看護実践能力を育むことができる能動的な学びを支える教育方法とは如何なるものかについて論述するに至った。本研究は訪問看護師の継続教育という現実的課題

に科学的知見から、どのように前進、貢献できるのかという意義について言及することになり、訪問看護師の継続教育に相応しい場、方法、そして社会的な役割を果たせる看護師像を創り出すことができると考えている。

第3節 用語の定義

第1項 看護師と訪問看護師

『保健師助産師看護師法』は、看護師とは厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者と定めている(第5条)⁴¹⁾。また『保健師助産師看護師法』は、保健師、助産師、看護師について定めているが、本論で用いる訪問看護師については定めていない。したがって、日本には訪問看護師という国家資格は存在しないし、訪問看護師の養成教育もない。そのため、本研究では訪問看護師という用語を定義しておく。

医療の業界や看護研究分野、基礎看護教育の教科書など、一般的に使用されることの多い訪問看護師という用語は、訪問看護事業所に従事する看護師を意味する。CiNiiの検索エンジンで「訪問看護師」を検索すると、実に2,000件以上がヒットする。これに見るように、医学・看護学界では一般的に使われている用語である。本研究においても、看護師が設立し経営者かつ管理者となっている訪問看護事業所に従事する看護師を、訪問看護師と定める。また本研究では、都度、病院で勤務する看護師との比較を用いる。それによって訪問看護事業所に従事する訪問看護師が明確になると考えるからである。そのため、本研究は病院に勤務する看護師と訪問看護事業所に従事する看護師を区別するためにも、訪問看護師という呼称を用いる。

他方、訪問看護事業所には准看護師も従事している。准看護師であっても看護実践能力の向上は必要であり、継続教育を必要としている。本研究の継続教育は看護師であろうと准看護師であろうと看護職の学びを区別することはない。

病院で働くことを一般的に病院勤務というが、介護保険法は訪問看護事業所で働く看護師を「従事者」と定めていることから、本研究は訪問看護事業所に従事する訪問看護師と記述する。

第 2 項 訪問看護事業所と機能強化型訪問看護事業所

介護保険法や健康保険法ならびに国民健康保険法等において、訪問看護を提供する事業所として設置認可されているものが訪問看護事業所である。訪問看護ステーションと呼称することもあるが、本論では都道府県から指定を受けた事業所を意味する訪問看護事業所という用語を用いて論ずる。

一般的に、働き手は就労の場に多大な影響を受けるものである。そのため、訪問看護事業所に従事する訪問看護師に関わる本研究を進めていくにあたり、訪問看護事業所がどのような環境下にあるかを説明しておく。

日本の医療法は、病院や施設を経営する者を医師と定めている⁴²⁾。なぜなら医師が主権をもつ事業形態だからである⁴³⁾。このような日本の医療の状況下において、唯一、訪問看護師による経営や管理が許され、且つ、常勤換算で看護師数 2.5 人を満たすことができれば新規開設が許されているものが訪問看護事業所である⁴⁴⁾。この 2.5 人は、常勤 1 名、非常勤 1.5 名であってもそれを可能としている。一方で、患者の居宅で看護を提供するには医師の訪問看護指示書が必要であり、患者との契約によって始めて訪問看護の提供が開始できる。すなわち医師の指示がなければ患者を得ることも、看護を提供することもできない。その主権は、訪問看護も医師にある。それでも訪問看護事業所数は、年々増加の一途を辿っている。

先にも述べた通り、訪問看護は 3 つの法制度に基づくサービス事業として展開されている。その 3 つの制度は健康保険法ならびに国民健康保険法等と介護保険法である。さらに訪問看護は、その提供機関によって、病院や診療所などの医療機関が行う訪問看護、訪問看護事業所からの訪問看護、行政からの訪問

看護の3つに分けることができる。

一般的に、健康保険法に基づく病院や診療所が訪問看護を行う場合は訪問看護と呼称し、介護保険法の事業所指定を受け訪問看護を提供する場合を訪問看護ステーションと呼称する。一方で、介護保険法によると訪問看護ステーションは居宅介護サービス事業所の一つと位置づけられており、制度上は訪問看護事業所である。本研究は病院や診療所に付属する訪問看護ではなく、介護保険法に基づき看護師が起業し、管理、運営する訪問看護事業所に従事する訪問看護師を対象にする。

訪問看護事業所は、1992（平成4）年に老人保健法の改正によって医療機関から独立し、都道府県知事の指定を受けて65歳以上の療養者を対象に訪問看護を提供する事業所として設置された。1994（平成6）年には健康保険法の改正によって、年齢制限のない対象者に訪問看護を提供できる事業所となり、2000（平成12）年には、健康保険法ならびに国民健康保険法等と介護保険法の3つの制度に基づくサービス事業所として位置づけられた。

介護保険法に基づく指定を受けた訪問看護事業所は、健康保険法に基づく訪問看護事業所の指定を受けたものとみなされる。健康保険法の指定訪問看護のみを行う事業所の場合は、健康保険法の定める基準に基づき、地方厚生支局長から指定を受ける。健康保険法の保険医療機関に指定された病院、診療所は、介護保険法による指定居宅サービスとして指定されたものとみなされ、みなし訪問看護ステーションと呼ばれる⁴⁵⁾。

介護保険法に基づき訪問看護事業を開始するためには人員基準を満たし、都道府県知事から指定居宅サービス事業者の指定を受ける必要があるが、医療法人や社会福祉法人などの公益法人、医師会、看護協会、NPO法人、地方公共団体、企業の営利法人など、さまざまな事業体を有している。

訪問看護事業所の代表者は都道府県知事から訪問看護事業所の指定を受け、訪問看護事業所を開設できる⁴⁶⁾。つまり、介護保険法による訪問看護事業所の代表者は看護師免許をもっていなくても開設できる。一方で、管理者は看護

師でなければならない。それは訪問看護師が、訪問看護事業所の経営と看護提供の職責を担っていることを意味する。

訪問看護事業所を開設するための人員の基準は、常勤の管理者を一人配置すること、管理者を保健師または看護師とすることと定めており、その管理者は訪問看護師としての兼務を可能としている。職員は、看護師、准看護師、保健師以外に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を適当数配置することができる。また、訪問看護事業所は、運営に必要な広さのある専用の事務室を設けなければならない⁴⁷⁾。そのため、管理者は自らの居宅を事業所にしているものも少なくない。それは訪問看護事業所の経営が、不安定であることを示すものでもある。

予算や財務などの経営、人材、品質、情報、安全、リスク管理等が訪問看護事業所の管理者には求められ、加えて、主治医をはじめとした他職種との連携、訪問看護の診療報酬請求事務、訪問看護事務所の設備、備品の管理、衛生材料の調達、そして訪問看護の職務にあたらなければならない。他にも、訪問看護サービスの質の向上のために、訪問看護事業所内外の研修を計画することや、訪問看護事業が円滑に実施できるよう運営規程を定め、事業所内に提示することも求められている。とくに、個人情報の取り扱いについては、利用目的を明確に示さなければならず、患者からの苦情相談窓口を設け、苦情があった場合にはすみやかに改善措置をとることも、管理者には求められている。なにより、訪問看護事業所の経営が安定し、継続的な看護サービスを提供できるようにすることは、患者の療養生活の安定につながる。これらのことから訪問看護事業所を管理、運営するということは、本来の業務である訪問看護の提供以外に、たくさんの業務が存在していることがわかる。看護師が管理者となることができることや、3つの法制度に位置づけられていることなどから、訪問看護事業所は地域社会の期待を受けて誕生したものといえる。

さらに近年では、看取りを含むがん末期患者や難病疾患患者、人工呼吸器等の医療機器を日常的に使用しなければならない医療的ケア児など、医療依存度

の高い患者の長期療養の場が患者の居宅へシフトしている。この医療依存度の高い患者の訪問看護を担う訪問看護事業所が新たに誕生した。機能強化型訪問看護事業所の誕生である。

2014（平成 26）年、診療報酬改定によって機能強化型訪問看護管理療養費 1 および 2 の加算が認められた⁴⁸⁾。機能強化型訪問看護管理療養費とは、医療依存度の高い患者に訪問看護を提供することによって、これまでの診療報酬額を超える機能強化型訪問看護管理療養費が算定できる。機能強化型訪問看護管理療養費を算定する訪問看護事業所は、この算定要件を満たし、都道府県知事に申請することによって開設できる。機能強化型訪問看護管理療養費が算定できる訪問看護事業所を、医療の業界では機能強化型訪問看護事業所と呼称している。本研究においても、機能強化型訪問看護管理療養費が算定できる訪問看護事業所を機能強化型訪問看護事業所と呼称する。

機能強化型訪問看護管理療養費を算定するには、機能強化型 1 の場合は看護師数 7 名以上、機能強化型 2 の場合は看護師数 5 名以上の、人員を満たさなければならない等の要件がある。その他、年間看取り件数や、在宅がん医療総合診療料を算定している療養者数、超重症児等の小児の訪問看護を積極的に取り組んでいること、訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置されていること、24 時間対応体制加算を届け出ていること等もある。他にも、地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましいとしている⁴⁹⁾。他方、望ましいとしながら、人材育成のための研修を「病院及び地域において在宅療養を支援する医療従事者の知識及び技術の習得等、在宅医療の推進に資する研修」と示し、実績の報告まで求めている。一方で、機能強化型訪問看護管理療養費の算定ができる訪問看護事業所が行わなければならない訪問看護師の人材育成のための教育内容や方法は定められていない。機能強化型訪問看護事業所に勤務する看護師の継続教育や人材育成のためには、教育項目や方法など、ある一定の基準を示す必要がある。

2018（平成 30）年の診療報酬改定では、人材育成等に一定の継続教育を担

っている訪問看護事業所に対し機能強化型訪問看護管理療養費 3 の加算を設けるなど、さらに訪問看護事業所の機能強化型化が進められることになった⁵⁰⁾。訪問看護事業所の機能強化型化は訪問看護事業所の大型化を推進するものであり、医療依存度の高い患者の在宅療養を推進するという意味をもつものと考えられる。

訪問看護事業所数は全国 9964 事業所に上る一方、機能強化型訪問看護事業所の届出数は 548 事業所であり、特に大都市部で届け出が多い傾向にある⁵¹⁾。以上のことから、機能強化型訪問看護事業所は、より一層、訪問看護を推進するものとなる。

第 3 項 訪問看護師の継続教育

CiNii の検索エンジンを用いて継続教育を検索するとその殆どが看護に関わる論文になるほど、看護と継続教育との親和性は高い。継続教育は 1960 年頃から工学分野で用いられた用語で、化学・技術の加速的な進歩に対応するために大学等の卒業者を対象とした教育として紹介されたことを始まりとする。

夏目は「EU 域内外での各国間・企業間の競争が激化する中で、競争力を維持・向上する観点から、政府は国民の能力向上やそのための手段としての学校教育や社会人向けの継続教育の普及に努めている」⁵²⁾と紹介している。中村は「資格取得や技能訓練を主たる目的とした継続教育や、最近では、移民や外国人労働者の増加を背景に、外国人を対象とした語学プログラムなども存在する」、「特定の職業集団を対象とした継続教育のコースなどが設けられている」⁵³⁾とドイツの継続教育の機会の提供について紹介している。他にも、関は継続教育と生涯学習との違いを「生涯学習は専門・職業教育のみならず、一般教育が重視されることが強く求められており、知識の集積よりも学ぶ方法を学ぶことに力点が置かれている」⁵⁴⁾と述べている。溝上は生涯教育について「フルタイムの義務教育が終了した後に履修されるすべての学習機会を含む。それ

らの学習機会はフルタイムのこともあればパートタイムのこともあり、また職業教育及び非職業教育の双方を含むもの⁵⁵⁾と記述している。竹森は継続教育を資格取得後の卒後教育と定めるとともに、「生涯学習としては専門職団体等が提供する生涯研修制度と、主に大学（大学院含む）の提供するリカレント教育などが考えられる⁵⁶⁾と述べている。これらのように、職業上の継続した教育という意味において継続教育という用語は使用されてきた。

教育と類似した用語に学習があるが、本来は異なる概念をもっている。角替は、学習とは「経験あるいは経験の反復によって生じる行動の持続的変化の過程あるいはその結果⁵⁷⁾であると述べている。教育基本法は生涯学習について「国民一人一人が、自己の人格を磨き、豊かな人生を送ることができるよう、その生涯にわたって、あらゆる機会に、あらゆる場所において学習することができ、その成果を適切に生かすことのできる社会の実現が図られなければならない⁵⁸⁾とある。山本は「生涯学習は、生涯を通じて一定の活動による考え方や行動様式を変容する過程である⁵⁹⁾と定義し、「生涯教育を個人、集団、社会の向上のために、生涯を通じて人間的、社会的、職業的な発達を図る営みとしておこう。人間個人についていうと、生涯学習は個人の側で行われる考え方や行動様式の変容の過程であるのに対し、生涯教育はそれに働きかける側の営みである⁶⁰⁾と述べている。さらに頼⁶¹⁾は生涯教育とは生涯にわたる学習を支援する教育システム、生涯学習とは各人が自発的に学習の機会を求め、生涯を通じて自己の充実と生活向上を実現することであると定め、生涯教育は生涯学習へと変化していると述べている。つまり中原がいうように、学習とは日常の中で複合的・継続的に進行する組織・個人の行動や考え方が変化していくプロセスであり、教育とは組織・個人による主体的な活動としての学習を効果的・効率的に実現するための意図的な支援活動と見なすことができる⁶²⁾。ほかにも研修という用語もあるが、期間を限定し知識や技術を磨き修めるものについては研修という用語が使われている。以上のことから、本論は職業にかかわる資格を取得した後、職務上の能力を向上させることを目的とする教育を

継続教育と定義する。

看護領域における継続教育とりわけ日本看護協会の定義は「看護における継続教育とは、看護の専門職として常に最善のケアを提供するために必要な知識技術、態度の向上を促すための学習を支援する活動である。継続教育は、看護基礎教育での学習を基盤とし、体系的に計画された学習や個々人が自律的に積み重ねる学習、研究活動を通じた学習などさまざまな形態をとる学習を支援するように計画されるもの」⁶³⁾である。McDonald(2010-)は「ナイチンゲールは私たち看護するものにとって、看護とは、私たちが年ごと月ごと週ごとに進歩しつづけていないかぎり、まさに退歩しているものといえる、そういうものなのです」⁶⁴⁾と云い、継続して学ぶことの重要性を唱えた。また「看護婦学校を卒業さえすれば、程度の差こそあれ看護婦として認められているが、一度卒業証書を得れば永久に有能な看護師であるという考えを捨てることを提案する。看護婦に対する職場での継続教育は、必ず国民福祉の向上に役立つものである」⁶⁵⁾とジャッド(Charles Hubbard Judd, 1873-1946)は述べている。1975(昭和50)年には、国際看護婦協会大会において継続教育に関する宣言が採択された。それゆえ看護職であれば継続教育が必要なことは自明のことである。したがって訪問看護師の継続教育にかかわる現実的課題を解決するのも、自明のことだといえる。中山は看護師の教育ニーズを「看護専門職者として望ましい状態と現状に乖離のある看護職が望ましい状態に近づくための教育の必要性である」⁶⁶⁾と示しており、日本看護協会のいう「専門職である看護職が職業人として個々に能力を開発、維持・向上し、自らキャリアを形成するための学習」⁶⁷⁾は必ず求められる。グレッグもまた「看護基礎教育での学習を基盤とし、個々人が自律的に積み重ねる学習」⁶⁸⁾を継続教育と定めている。

本論は、看護師資格の取得後の教育のあり方を問うものであるため学習ではなく教育であり、継続的かつ計画的に進めていくという意味をもつため研修ではなく教育である。さらに、看護師資格取得後の訪問看護に携わる職務能力の

向上に関わる教育であることから、訪問看護師の継続教育という用語が適切であると考へた。以上のことから、本研究で扱う訪問看護師の継続教育とは、訪問看護に従事する看護師が職務上の能力を向上させるために訪問看護事業所や個人が自律的に積み重ねる学習を支援する活動と定義する。

第4項 自律と他律

個人が自律的に積み重ねる学習を支援する活動を、継続教育の定義とするならば、訪問看護師の継続教育が目指すところのジリツの意味は一人で立つ自立ではなく自律である。すなわち訪問看護師の自律を目指すための継続教育と言い換えることができる。

自律 (autonomy) は、自分の行為を自身の立てた規範に従って主体的に規制し行動することである⁶⁹⁾。つまり自らのなかに揺るぎない規範意識をもち、それに従い、考え、行動することを高めていくことが、本論の目指すところの教育である。この自律という語に相反する語として他律があるが、宮川は自由を自律と強制を他律と対応させ、自律と他律ははっきりと区別されるのだという暗黙の前提を浮かび上がらせ、それを捨てるということが必要だと述べている⁷⁰⁾。田村は「自律の問題が「みずからを律する」という本来の意味からしても、道徳的、倫理的地平で理解されがちである。しかしカントではこの問題は、道徳の領域に止まらない。というのもカントが思索の中心に据えていたのは、人間がすべての活動において、いかにして自律的たりうるかの解明だったからである」⁷¹⁾と述べている。要するに自律と他律は切り分けることはできず、自律と他律は結びつくものだといえる。他律は自律のためにある。

藤田は「それ(自律)を可能にする場を組織することの重要性はつまり、自律を個人の問題として考えるのではなく、自律の場が他律の場の内でのどのように組織されて現れてくるのかということ、そしてその他律の場がいかに見えなくなっていく、潜在化していくのかということ、その上で自律の場がそれ自体

としていかに浮き上がってくるのかということとして捉えることの可能性に他ならない」⁷²⁾と述べている。尾崎も「教育目的としての自律概念を問う議論は、自律か他律かという選択に帰結するのではなく、自律とは何か（どのような状態か）、自律への移行はいかにして達成されるのか、自律への移行はいかなる働きかけを必要とするのかを問うことを求める」⁷³⁾と述べている。ノールズ⁷⁴⁾は、生活上のあらゆる経験は、依存性から自律性への流れに影響を及ぼす。また、ある経験がわれわれを依存性から離れさせる程度によって、それは教育的と呼ばれることになるとし、成人期は活動の量から質へと重点が変わり、成熟しつづける人間は参加志向的な人間なのであると述べている。このように教育において自律と他律は、自身で行為を決めることと他人に依存することが、本来分かちがたいものであることを理解しておく必要がある。

Holec (Henri Holec, 1981-) ⁷⁵⁾ は、自律的な言語学習者は、学習状況の全体に責任を負うと述べ、担当する能力を自律と定義した。Little (David Little, 1991-) ⁷⁶⁾ は、成人教育において「学習は自発的であり、個人的なニーズを満たす。ただし、学習者は自分たちが充実していることを特に認識していて、彼らが必要性または自律的に行動していること。この無意識の自律性が主要な特徴の1つ」だと述べている。つまり、学習者における自律とは、自分自身が学ぶことに責任をもち、自ら目標のために、計画的に、生涯にわたって継続的に学習していくことだと考える。それは学習者と教育者の関係にもいえる。

訪問看護師は、疾病や障害、後遺症、また急性期、慢性期、終末期にかかわらず加療を必要とする乳児から高齢者までの全ての患者を対象に、主治医の訪問看護指示書を受けて、安心して日常生活が送れるよう医師や他職種らと連携、協働しながら、一人、患者の居宅に赴いて看護を行う者である。主治医と患者をつなぐ訪問看護師は、診療の補助や病態の観察という家庭医の一端を担う役割があるとともに、本来の役割は、日常生活の援助という役割もある。したがって訪問看護師の職務は、かなりの医学的知識や看護技術が求められるとともに

に、自己裁量にゆだねられていることが多く、そこには責任と負担が伴うことになる。それには、自らの感情を制御することも必要になってくる。そのため訪問看護師は言われたことを言われたとおりにやるだけではなく、自らの言動を真摯かつ倫理的に自身で捉え、自らを律し、自分で自分を管理し、考え、職務を進めることができる看護師であることが求められている。つまり、訪問看護師は自らを客観的に捉えることができなければならないと考えている。そこで、本研究のいう自律した訪問看護師とは、自らを律し、事象や自らを客観的に見ることができる看護師であり、自己決定の裁量を見窮めて自らの意志に従う自由と業務上の制限を理解した上で、体系的かつ科学的、系統的な知識と技術を持ち実践できる看護師と定義する。訪問看護師は、この自律を、継続教育によって習得していく必要がある。

古賀は「患者擁護の役割として看護実践において自己決定をもたらす行動する能力であり、適切な感情コントロールとの統合により成熟しながら、専門職としての価値付けとなるような他者および自己への尊重によるエンパワーメントの相互作用として発揮される」⁷⁷⁾と定義している。訪問看護師の場合、自らの言動を倫理的観点から考えることができているか、自分自身の言動を客観的に管理できているかという視点に立ち、自律が育まれているか、否かが判断されている。他者の目が届かない患者と訪問看護師二人だけの訪問看護の提供場面では、この2つが重要となってくる。そうでなければ、患者の急変時や悪化時、災害時に、話すことができない病状にあるものや死に逝く段階にある患者を支えることはできない。一方で、看護師であるからといって最初から自律した訪問看護師であるということもない。なぜなら病院に勤務する看護師と訪問看護師は異なる職務であり、病院に勤務する看護師は一人で看護実践することはないからである。だからこそ訪問看護師には継続教育が必要だといえる。

本論における訪問看護師の自律を目指す継続教育とは、大学教員等から受動的に学ぶ継続教育ではなく、訪問看護師自らが能動的に学ぶ継続教育の意味において用いる。それは自律と他律が溶け合う結びつきであって、訪問看護師が

真の自律を果たすための継続教育である。訪問看護師は学習者であって成人教育者でもある。そして、訪問看護師自身が学ぶことに責任を負わなければならないと考えている。

他にも、本論では医師や他職種との連携、協働という言葉は何度も用いることになるが、本論で用いる他職種は、多職種ではない。本論は訪問看護師の継続教育を取り上げるものであるため、訪問看護師以外は他の職種と考えることがスマートである。しかし、過去に行われた看護研究のなかには多職種という用語が出てくる。それはそのまま用いることとする。

以上のことから、訪問看護師の継続教育に関わる現実的課題を解決でき、且つ、看護実践能力を育むことができる能動的な学びを支える教育方法とは如何なるものか、訪問看護師の継続教育の確立を目的に、これら4つの問いを解明する。

第5項 訪問看護師の支え合い、学び合う共同体

本研究の中で用いる訪問看護師の共同体について説明しておく。

訪問看護師の共同体は、現存するものではない。本研究は、訪問看護師の共同体が訪問看護師の継続教育には欠かせないものであるという立場をとる。

テンニェス (Ferdinand Tennes, 1855-1936)⁷⁸⁾は、利害関係による結びつきゲゼルシャフトではなく、自然発生した有機的な社会集団のことを共同体組織ゲマインシャフトと説明した⁷⁹⁾。ゲマインシャフトとは、人間の心に無限の影響をおよぼし、持続的な真実の共同といわれている。似たような用語にレイヴ (Jean Lave, 1939-) とウエンガー (Etienne Wenger, 1952-) が用いている実践共同体がある。実践共同体とは、あるテーマに関する関心や問題、熱意などを共有し、その分野の知識や技巧を、持続的な相互交流を通じて深めていく人々の集団と説明している。レイヴとウエンガーは「学習者は否定なく実践者の共同体に参加するのであり、また、知識や技能の習得には新参者

が共同体の社会文化的実践の十全的参加（full participation）へと移行していくことが必要だということである」⁸⁰⁾と実践共同体を示した。西口は実践共同体を以下のように説明している。

「学習のカリキュラムは本質的には状況に埋め込まれたものである。それは単独では考えられるものではなく、また勝手な教え込み的（didactic）なことばで操作されるものでもない。また、正統的周辺参加を形作る社会的関係から分離して分析できるものでもない。学習のカリキュラムは共同体の特徴なのである。共同体ということばを使うとき、私たちは何か原始的な文化の共有体を意味しているわけではない。成員は異なる関心を寄せ、活動的に多様な貢献をし、様々な考えをもっていると考えられる。私たちの見解では多層的レベルでの参加が実践共同体の成員性には必然的に伴っているとす。共同体ということばは必ずしも同じ場所にいることを意味しないし、明確に定義される。これとはっきりわかるグループを意味してもいない。あるいは社会的に識別できる境界があるわけでもない。それは参加者が自分たちが何をしているか、またそれが自分たちの生き方と共同体にとってどういう意味があるかについての共通理解がある活動システムへの参加を意味している」⁸¹⁾

つまり正統的周辺参加の概念によって捉えられる学習とは、学習主体が実践共同体として実際の活動に参加し、そこへの参加の形態を徐々に変化させながら、より深く実践共同体の活動に関与するようになる過程だと述べている。中原らは、実践共同体への参加形態つまり状況と行為の関係の変化に伴って学習主体の視点が移行し、それによって実践についての新たな理解を生み出していく。学習主体は自分が実践共同体の中でどのような位置にいるのかということを通して、自分が何者であるのか、また自分が何者になりつつあるのかと、認識を形成し変化する状況的学習という考え方を広めたと述べて

いる⁸²⁾。本論でいうところの共同体は、看護を提供する側の結集であり、この実践共同体に近いものを考えている。本論が用いる共同体とは、近隣の訪問看護事業所に従事する訪問看護師同士が、自ら、看護実践能力を高めるために結集し、支え合い、学び合うことで看護実践能力を育んでいく継続教育の場と定義する。

本論でいうところの共同体は、佐藤のいう学びの共同体とは異なる。佐藤は「公共性の哲学」「民主主義の哲学」「卓越性の哲学」を示し、三つの哲学を実践する装置が「活動システム」であり教室における協同的学び、職員室における同僚性の構築（教師全員による授業研修）、保護者の学習参加（授業参観の改革）によって、対話的コミュニケーションをすべての活動に貫くシステムを示している⁸³⁾。

本論における学び合う共同体は、看護技術や医学的知識のほかに真摯な姿勢、倫理的な思考、問題解決能力など、訪問看護に必要な実践的学びを共有するために対象者自らが自然と結集するものであって、尚且つ、コミュニケーションにとどまることはない。なにより訪問看護師自身が、この学び合う共同体が必要だと思ふような結びつきでなければならない。訪問看護師の学び合う共同体は、訪問看護師のための継続教育において、訪問看護師を主観から客体化させ、証言や根拠に基づく科学として発展させるものが求められる。

竹森は社会福祉専門職の養成教育終了後の継続教育の現状を整理し、卒後教育の枠組みを自己教育力概念から考察することを目的に、先行研究を概観し人材育成と生涯学習の統合的な視点から卒後教育を把握することが肝要であると指摘している⁸⁴⁾。その上で、卒後教育のありようについて自己教育力概念を用いて考察し、卒後教育の新たな学習の場としての実践共同体の可能性を論じている。山崎は企業における職場内の人材育成としてプログラムが有効に機能するには、実践共同体の存在が役立つと述べている⁸⁵⁾。本研究が目指している共同体は、一企業のなかで収まってはならないし、もしかすると看護職だけにとどまらないかもしれない。なぜなら、訪問看護事業所には理学療法士や作

業療法士、言語聴覚士も従事しているからである。訪問看護師が関わっている共同体に近いものとして、地域包括ケアシステムもあるがこれとも異なる⁸⁶⁾。このように訪問看護師の継続教育に関する支え合い、学び合う共同体について、述べた論文は存在しない。ノールズ⁸⁷⁾は、多くの活動グループは、彼らが行動を起こしたり、しばしば変革の主体として自らの力量を高めたりするような、諸問題への知識を増やすような計画された活動にたずさわっている。活動のグループのプログラムにこの種の教育的要素が含まれるとき、活動グループを学習のためのフォーマットとしてみなしてもよいであろうと述べている。つまり、本論のいう支え合い、学び合う共同体は、訪問看護師が、看護実践能力を高めるために結集し、支え合い、学び合うことで看護実践能力を育んでいく継続教育の場ということである。

第 6 項 訪問看護師の看護実践能力

看護師の看護実践能力を定義づけるために、さまざまな取り組みが行われてきた。例えば厚生労働省の大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会は、2011（平成 23）年看護実践能力の定義と卒業時到達目標を 5 つの能力群とそれぞれの群を構成する 20 の看護実践能力として示している（中山他，2011）⁸⁸⁾。5 つの能力群は、以下の通りである。

- I 群 ヒューマンケアの基本に関する実践能力
- II 群 根拠に基づき看護を計画的に実践する能力
- III 群 特定の健康課題に対応する実践能力
- IV 群 ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力
- V 群 専門職者として研鑽し続ける基本能力

例えば文部科学省の大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会は、2017（平成 29）年に看護学教育モデル・コア・カリキュラムを示している（内布他，2017）⁸⁹⁾。看護学教育モデル・コア・カリキュラムにおける看護

系人材として求められる基本的な資質・能力は、以下の通りである。

- 1 プロフェッショナリズム
- 2 看護学の知識と看護実践
- 3 根拠に基づいた課題対応能力
- 4 コミュニケーション能力
- 5 保健・医療・福祉における協働
- 6 ケアの質と安全の管理
- 7 社会から求められる看護の役割の拡大
- 8 科学的探究
- 9 生涯にわたって研鑽し続ける姿勢

他にも日本看護協会は、看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）に、ニーズをとらえる力、ケアする力、協働する力、意思決定を支える力を標準的指標と定めている。松谷⁹¹⁾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性であり、複雑な活動で構成される全体的統合的概念である」と看護実践能力について述べている。片平（2021）は、「訪問看護師の看護実践能力は専門職としての姿勢、知識、技術等に基づいたケア能力であり、訪問看護の実践のために生活の場で発揮される等の特徴がある」⁹²⁾と述べている。これらは、一般的に求められている主体的な看護師の実践能力だと捉えることができる。

一方で、訪問看護師の職務は、一人で訪問するという看護の提供形態から、自己裁量にゆだねられることも多く、責任も伴う。そのため、訪問看護師は言われたことを言われたとおりにやるだけではなく、自らの言動を真摯かつ倫理的に捉え、自らを律し、自分を管理し、考え、職務を進めていくことが求められている。つまり、事象や自らを、客観的に捉える能力が求められていると考えられた。以上のことから、本研究は訪問看護師に求められている看護実践能力を、学士課程のコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標に到達した上で、主治医等と協働し、自律して訪問看護を行うために事象や自らを客観的に見る

能力と定義した。

-
- 1) 厚生労働統計協会 (2020) 厚生 の 指 標 国 民 衛 生 の 動 向 2020/2021, 67 (9), pp.11-27, 東京.
 - 2) 厚生労働省 (2020) 訪問看護 第182回社保審一介護給付費分科会資料 3. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000661085.pdf>> (検索日 2021年5月26日)
 - 3) 内閣府 (2019) 令和元年版高齢社会白書<<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/index.html>> (検索日 2021年5月26日)
 - 4) 山田雅子 (2016) 訪問看護 これまでと、これから、聖路加看護学会誌, 20 (1), pp.3-9.
 - 5) 掛谷和美・城生弘美 (2017) 中規模病院における新人看護師の習熟度に影響する要因一職場環境と新人研修プログラムの側面から一, 日本看護研究学会雑誌, 40 (5), pp.790-802.
 - 6) 日本看護協会医療政策部 (2014) 2014年訪問看護実態調査報告書, p.46, 東京.
 - 7) 藤田佐和・門田麻里・森本悦子・庄司麻美 (2019) 高齢がん患者に安心をもたらすケアを創造していく訪問看護師育成一研修のプログラム開発と教育効果一, 高知県立大学紀要看護学部編, 69, pp.9-21.
 - 8) 森下幸子・野村陽子・森下安子・川上理子・小原弘子・池田光徳 (2018) 中山間地域等の新任・新卒訪問看護師育成のための「訪問看護師スタートアップ研修」の評価, 高知県立大学紀要看護学部編, 68, pp.25-39.
 - 9) 梅原麻美子・古瀬みどり・松浪容子 (2007) A県内の訪問看護師の処遇・職務環境とバーンアウトとの関連, 北日本看護学会誌, 9 (2), pp.27-

33.

- 10) 千田みゆき (2006) 看護職者の生涯学習ニーズとその支援状況 (その2) A 県における訪問看護師の調査, 日本看護学会誌, 16 (1), pp. 207-214.
- 11) 川上理子・森下安子・松木里江・川森淳子・時長美希 (2005) 訪問看護師の継続研修に対するニーズと課題, 高知女子大学紀要, 54, pp. 27-34.
- 12) 久保谷美代子・柏木聖代・村田昌子・田宮菜奈子 (2010) 訪問看護ステーションにおける看護職員の外部研修への参加の実態と関連要因, プライマリ・ケア, 33 (1), pp. 42-49.
- 13) 鈴木育子・石津仁奈子・佐藤正子 (2015) 統合分野における在宅看護論教授法と実習指導の課題と方向性—過去6年間の在宅看護論に関する文献検討—, 足利工業大学看護学研究紀要, pp. 27-35.
- 14) 厚生労働省 (2019) 看護基礎教育検討会報告書, p. 9, 東京.
- 15) 医学書院 (2019) 医学界新聞, カリキュラム改正のポイントとその対応, <https://www.igaku-shoin.co.jp/aper/archive/y2019/PA03348_01> (検索日 2021 年 9 月 8 日)
- 16) 田井康雄 (2011) 教師の専門性に関する一考察, 京都女子大学発達教育学部紀要, pp. 17-27.
- 17) 金井一薫 (2008) KOMI 理論, p. 100, 現代社, 東京.
- 18) 松谷美和子・三浦友理子・平林裕子・佐居ユミ・卯野木健・大隈香・奥裕美・堀成美・伊部俊子・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), pp. 18-28.
- 19) 松田優子・加納美代子・小林尚司 (2020) 訪問看護師を地域で育てる「豊田訪問看護師育成センター」開設の取り組み, 日本赤十字豊田看護大学紀要, 15 (1), pp. 69-75.
- 20) 藤田佐和・門田麻里・森本悦子・庄司麻美 (2019), 前掲 7), pp. 9-21.

- 21) 金子美千代・丹羽さよ子・堤由美子・春田陽子・野中弘美・木佐貫彰
(2019)「地域での暮らしを最期まで支える人材養成」の課題 履修生の看護過程展開上の特徴からの検討, 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 29 (1), pp.39-48.
- 22) 桶河華代・高島留美・松井克奈子・奥田のり美・千田昌子・城ヶ端初子
(2019) ナイチンゲールの看護思想を実践に活かすための研究会の取り組みと課題, 聖泉看護学研究, 8, pp.59-65.
- 23) 土屋瑠見子・吉江悟・川越正平・平原佐斗司・大西弘高・村山洋史・西永正典・飯島勝矢・辻哲夫 (2017) 在宅医療推進のための多職種連携研修プログラム開発 都市近郊地域における短期的効果の検証, 日本公衆衛生雑誌, 64 (7), pp.359-370.
- 24) 内海香子・牛久保美津子・磯見智恵・麻生佳愛・高木あけみ・熊倉みつ子・永井恵子・伴野祥一・飯田苗恵・和久紀子 (2016) 糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援する訪問看護師を対象とした継続教育プログラムの評価, The Kitakanto Medical Journal , 66 (2), pp.139-148.
- 25) 小原弘子・大川宣容・森下幸子・井上正隆・森下安子 (2016) シミュレーション教育を取り入れた「在宅療養者への急変時の対応」研修の評価, 高知県立大学紀要(看護学部編), 65, pp.41-48.
- 26) 文科省 (2017 年) は, 自ら課題を発見し, その解決に向けて主体的・協働的に探究し, 学びの成果等を表現し, 更に実践に活かしていけるようにすることが重要であると能動的学習の必要性について記述している。その中で, 能動的学習は課題の発見と解決に向けて主体的・協働的に学ぶ学習と説明している。本論においても, この意味において能動的という用語を用いた。新学習指導要領では, 総則において「主体的・対話的で深い学び」の実現に向けた授業改善について定めている。一方で, 受動的学習とは与えられた情報を覚え, 言われたことを言われた通りに行い, 決められた手

順で進めていく効率的に教えるための学習であるといえる。

- 27) 安藤幸子・山岡由実・蒲池あずさ・西山忠博・石田絵美子 (2016) 強い心理反応や精神症状を有する利用者や家族の対応に困難を感じる訪問看護師への支援体制の検討 訪問看護師を対象にした事例検討会を通して, 神戸市看護大学紀要, 20, pp. 33-41.
- 28) 中央教育審議会 (2012) 新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて <https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2012/10/04/1325048_1.pdf> (検索日 2021 年 6 月 6 日)
- 29) 河井亨 (2019) アクティブラーニングおよび主体的・対話的で深い学びと学生の成長のあいだにはどのような関係があるのか, 社会システム研究, 38, pp. 1-26.
- 30) 山中久美子・越村利恵 (2007) 臨床の知の創造 患者と看護者のコミュニケーションの諸相, 日本看護科学会誌 27 (1), pp. 61-67.
- 31) 谷内篤博 (2007) 働く意味とキャリア形成 働く意味とキャリア形成, pp. 1-28, 勁草書房, 東京.
- 32) 神田嘉延 (2010) 青年の自立と労働 一稲森和夫の働き方論を中心として一, 鹿児島大学稲盛アカデミー研究紀要, 2, pp. 17-50.
- 33) 谷内篤博 (2007), 前掲 31), pp. 1-28.
- 34) 同前, pp. 1-28.
- 35) Malcolm S. Knowles (1980) The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy, Englewood Cliffs: Prentice Hall/Cambridge, p39, .
- 36) John Dewey (1998) Experience and Education : <http://ruby.fgcu.edu/Courses/ndemers/Colloquium/ExperienceEducationDewey.pdf>, Kappa Delta Pi; Anniversary 版, 市村尚久訳 (2017) 経験と教育, p. 43, 講談社, 東京.

- 37) Donald Alan Schön(1984)-The Reflective Practitioner_ How Professionals Think In Action-Basic Books pdf.
柳沢昌一・三輪建二監訳 (2007)『省察的実践とは何か——プロフェッショナルの行為と思考』, pp.1-440, 鳳書房, 東京.
- 38) 安酸史子・北川明・小野美穂・小森直美・山住康江 (2018) 看護を教える人のための 経験型実習教育ワークブック, p. 5, 医学書院, 東京.
- 39) Charles A.Rapp., Richard J.Goscha, 田中英樹監訳 (2014) The Strengths Model A Recovery Oriented Approach to Mental Health Services ストレングスモデル リカバリー志向の精神保健福祉サービス, p. 45, 金剛出版, 東京.
- 40) 野中郁次郎 (2003) 知識創造の方法論, pp.91-104, 東洋経済新報社.
- 41) 厚生労働省 (2018) 保健師助産師看護師法<<https://hourei.net/law/323AC0000000203>> (検索日 2021 年 4 月 8 日)
- 42) 厚生労働省 (1948) 医療法 <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail_main?vm=01&id=2199> (検索日 2020 年 12 月 10 日)
- 43) 松尾匡・橋本貴彦 (2013) なぜ医療機関は医師が経営するのか, 立命館経済学, 61 (6), pp.1289-1301.
- 44) 川原加代子他 (2017) 在宅看護論第 5 版, pp.98, 医学書院, 東京.
- 45) 同前, p.94.
- 46) 同前, p.94.
- 47) 同前, pp.96-97.
- 48) 厚生労働省保険局医療課 (2020) 令和 2 年度診療報酬改定の概要 (在宅医療・訪問看護), <<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000608534.pdf>> (検索日 2020 年 12 月 10 日)
- 49) 同前, p7.

- 50) 日本訪問看護財団（2020）令和2年度に本訪問看護財団事業のご案内，
<<https://www.jvnf.or.jp/2020/homecare-web.pdf>>
（検索日 2020年12月10日）
- 51) 同前，p. 7.
- 52) 夏目達也（2017）フランスの大学における社会人向け継続教育，名古屋高等教育研究，17，pp. 139-160.
- 53) 中村佐里・波多野和彦（2019）生涯学習とその機会提供について — ドイツの生涯学習を中心に —，教育総合研究：江戸川大学教職課程センター紀要，5.6，pp. 21-27.
- 54) 関正夫（1987）生涯教育の観点からみた継続教育の課題，日本工業教育協会誌，35（1），pp. 55-57.
- 55) 溝上智恵子（1993）日本の成人教育と高等教育の開放，学位授与機構研究紀要学位研究，1，pp. 31-48.
- 56) 竹森美穂（2018）社会福祉専門職の卒後教育に関する一考察 — 自己教育力からの検討 —，佛教大学大学院紀要社会福祉学研究科篇教育学研究科篇，46，pp. 49-65.
- 57) 角替弘規（2016）生涯学習社会に求められる教師の資質，桐蔭論叢，33，pp. 15-21.
- 58) 文部科学省（2021）教育基本法，<
https://www.mext.go.jp/b_menu/kihon/about/mext_00003.html>（検索日，2021年5月21日）
- 59) 山本恒夫・浅井経子・手打明敏・伊藤俊夫（1995）生涯学習の設計，p. 4，実務教育出版，東京.
- 60) 同前，pp. 28-29.
- 61) 頼瑜瑩（2020）中国における「生涯教育」から「生涯学習」への転換 — 民間教育訓練産業の視座から —，東京外国語大学海外事情研究所，22，pp. 239-251.

- 62) 中原淳・荒木淳子 (2006) 企業内人材育成入門, p.195, ダイヤモンド社, 東京.
- 63) 日本看護協会 (2012) 継続教育の基準, 看護, 52 (11), pp.72-77.
- 64) Lynn McDonald(2010) The Collected Works of Florence Nightingale, Women s History Review, 19 (5), pp.721-740.
- 65) Charles H. Judd (1928) Adult Education, American Journal of Nursing, 28(7), pp.654.
- 66) 中山登志子・舟島なをみ (2015) 「教育ニードアセスメントツールー実習指導者用ー」の開発ー実習指導者の役割遂行を支援する看護継続教育の実現に向けてー, 日本看護研究学会雑誌, 38 (1), pp.73-83.
- 67) 日本看護協会 (2021) 生涯学習支援, <<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/training/plan/index.html>> (検索日 2020 年 12 月 10 日)
- 68) グレグ美鈴・池西悦子 (2012) 看護教育学 看護を学ぶ自分と向き合
う, pp.17-21, 南江堂, 東京.
- 69) 新村出編 (2018) 広辞苑 第七版, p1485, 岩波書店, 東京.
- 70) 宮川幸奈 (2019) 自律を目指す教育に関する自然主義的研究, 九州大学学
術情報リポジトリ, pp.27-28.
- 71) 田村一郎 (1989) ドイツ観念論における「自律思想」の展開, 北海道大学
図書館会, p.61.
- 72) 藤田雄飛 (2013) 自律と他律の舞台論, 教育基礎学研究, 10, pp.41-
56.
- 73) 尾崎博美 (2012) 教育学的「自律」概念を問うことの意義とは何か
ー教育目的としての「自律」概念がもつ特徴に注目してー, 教育学的
「自律」概念の再検討, 近代教育フォーラム, 21, pp.210-211.
- 74) Malcolm S. Knowles (1980), 前掲 35), p.7, p.17.

- 75) Henri Holec (1981) *Autonomy and foreign language learning*.
Oxford: Pergamon. [First published 1979, Strasbourg:
Council of Europe.
- 76) David Little (1991) *Learner Autonomy 1: Definitions,
Issues and Problems*.
- 77) 古賀節子 (2009) 「看護師の自律性」概念分析, 豊橋創造大学紀要, 23,
pp. 87-103.
- 78) Ferdinand Tönnies, 杉之原寿一訳 (1954) *ゲマインシャフトとゲゼル
シャフト 純粹社会学の基本概念*, pp. 16-18, 理想社.
- 79) テンニェスは「人々の意思は、相互にさまざまな関係を結んでいる。この
ような関係はいずれも、一方が働きかけ、あるいは与えるかぎりにおいて、
他方が応じ、あるいは受取るところの相互作用である。しかし、これらの
作用は、その性質上他人の意志または身体を保存する傾向をもっているか、
あるいはそれをそこなう傾向をもっているかのいずれかである。すなわち、
肯定的なものであるか、あるいは否定的なものである。この論文では、相
互肯定の関係だけが研究の対象としてとりあげられるであろう。このよう
な相互肯定の関係はいずれも、多における一または一における多を表現し
ている。それは、意志およびその力の表現とみなされるところの、相互に
とりかわされる援助、救済、給付から成っている。この肯定的な関係によ
って形成される集団は、内および外に対して統一的に働く存在または物と
みなされ、結合体と呼ばれる。この相互肯定的な関係そのものには、した
がってまた結合体には、実在的な有機的な生命体と考えられるものと、観
念的機械的な形成物と考えられるものがある。前者がゲマインシャフト
の本質であり、後者がゲゼルシャフトの概念である」と述べた。
- 80) 同前, pp. 16-18.
- 81) Jean Lave & Etienne Wenger, 佐伯胖訳 (1993) *Situated Learning
legitimate peripheral participation* 状況に埋め込まれた学習,

p. 7, 産業図書, 東京.

82) 西口光一(2003)日本語教育と状況的学習論, 日本語・日本語教育を研究する, 21, pp. 6-8.

83) 中原淳・荒木淳子・北村士朗・長岡健・橋本諭(2014), 前掲 61), p. 195.

84) 佐藤学(2014)学びにおけるコミュニケーションの構造 : 対話的実践による学びの共同体へ, 日本コミュニケーション学会, 42, pp. 7-13.

85) 竹森美穂(2018), 前掲 55), pp. 49-66.

86) 厚生労働省(2021)は、地域包括ケアシステム地域包括ケアシステムは厚生労働省の政策のひとつで、団塊の世代が75歳以上となる2025(令和7)年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指しているものである。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だと述べていて、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位でサービス提供体制を構築することを目指している。本論でいうところの共同体は、如何なる疾病や障害等があろうとも住み慣れた居宅で自分らしく患者が生活できるようにという意味においては近いものがあるが、共同体と地域包括ケアシステムの分かるところは、訪問看護師は高齢者のために結集するものでもないし、市町村から言われたからというものでもない。

<<https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/>

[bunya/hukushi_kaigo](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo)

[/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf)> (検索日

2021年5月23日)

87) Malcolm S. Knowles(1980), 前掲 35), p. 187.

- 88) 中山洋子他 (2011) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会
最終報告, <
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vb6s-
att/2r9852000001vbk2.pdf](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vb6s-att/2r9852000001vbk2.pdf)> (検索日 2021 年 12 月 20 日)
- 89) 内布敦子他 (2017) 看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程
においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～, <
[https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gai
you/_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf)> (検索
日 2021 年 12 月 20 日)
- 90) 日本看護協会 (2021) 看護師のクリニカルラダー, <
[https://www.nurse.or.jp/nursing/education/jissen/ladder/pd
f/guidance_int.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/education/jissen/ladder/pdf/guidance_int.pdf)> (検索日 2021 年 12 月 20 日)
- 91) 松谷美和子 (2010), 前掲 18), pp.18-28.
- 92) 片平伸子, 植村由美子 (2021) 日本の訪問看護師の看護実践能力につい
てのナラティブレビュー, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 44 (2),
pp.89-96.

第一部 訪問看護師の継続教育における現実的課題と解決策

第1章 日本の訪問看護の制度と歴史からみる訪問看護師の実相

第1節 派出看護の始まりと訪問看護師の特質

日本の訪問看護事業所に従事する訪問看護師の特質とは何かを明らかにするために訪問看護の実相を示す。それは訪問看護師がどのような経緯を経て、どのように発展してきたのか、訪問看護師という言葉はいつから用いられるようになったのかを考察することによって見えてくる。そこで訪問看護師という職業の実相を明らかにするために、訪問看護の歴史と訪問看護に関わる法制度、社会背景を概観した。

訪問看護師という呼称は、病院や施設において患者の看護にあたる看護師と居宅へ赴いて看護を提供する看護師、この二つの看護を区分するために用いられるようになったものと捉えられた。

患者の生活の場に赴く看護である訪問看護の起源は、江戸時代まで遡ることができた。

「わが国では、江戸時代から往診による在宅治療と肉親や使用人による家庭内看護が、人々の生活に深く根をおろしていたので、富裕な人ほど居宅で看護を望む傾向が強かった。日本に初めて生まれた訓練を受けた看護婦は、この特権富裕層の需めに応じて家庭へ派出し、傷病者のベッドサイドケアに従事した」¹⁾

病院がなかった時代に始まった家庭における看護は、全ての看護の始まりであり、近代日本の訪問看護活動は派出看護²⁾として広がったといわれている。これは、19世紀前半のイギリスにおいても同様で、料理人、執事、家政婦など、幾多の家事奉公職集団のなかに看護婦が一つの職域として分化し、独立の幹旋ルートも有していたことがわかっている³⁾。すなわち、訓練を受けた看護

師や奉公人が家人とともに療養上の世話を行ったことが訪問看護の始まりであった。

明治時代になると欧米で先進的な看護教育を受けて帰国した者たちが看護婦を養成する学校を立ち上げ、そこで教育訓練を受けた看護婦たちは患者宅へ赴き看護を提供するようになった。高木兼寛は1884（明治17）年に有志共立東京病院を設立、1885（明治18）年には日本における最初の看護婦養成機関を設立した。1888（明治21）年には有志共立東京病院看護婦教育所を卒業した看護婦によって、初めて病人との個人契約のもとで看護婦が病人のいる病院や家庭に出向いて病人に付き添って看護を行うという派出看護が行われた⁴⁾。

「医部又は病家の請求によりては無報酬にて慈善看護婦又は産婆を派出する事あるべし」と、派出看護婦が独自の採算性をもって活動していたといわれており、貧困者だけでなく、富裕階級層に対しても派出看護を行い、次第に定着していった⁵⁾。この頃は「紳士豪商の間に、病気見舞いとして看病婦を贈ることの流行を初めた」⁶⁾といわれている。一方で、陸軍では徴兵令が制定された1873（明治6）年から、すでに看病人・看病卒を対象とした看護学教育が開始されていた⁷⁾。

この時代の訪問看護は、急性で重傷な患者の治療まで患者の家で展開され、看護婦は患者の居宅に寝泊まりしてまで看護を行ったといわれている。山田は看護史研究会の『派出看護婦の歴史』という著書において、1889（明治22）年、大隈重信が路上で襲われ足に大けがを負った事件の際、大隈の妻が、その派出看護婦の仕事ぶりを「周到緻密、細心誠意、医師の指示を得て機を誤らず、病者の意を汲んで声なきに聞き、形なきに見て、動作し、万事に至らないことがなく」⁸⁾と記録に残されていたと報告している。この頃の派出看護婦は、病人の生活を丸ごと抱え込んだ身近な存在であったため、自ずと病人の立場に立つ一方で、主治医にたいしてはむしろ対面する立場にあった⁹⁾。夏目漱石は派出看護婦の存在と行為を「好意」という言葉を用いて、『思い出す事など』に以下のように書き残している。

「看護婦は五十グラムの粥をコップの中に入れて、それを鯛味噌と混ぜ合わせて、一匙ずつ自分の口に運んでくれた。余は雀の子か鳥の子のような心持がした。医師は病の遠ざかるに連れて、ほとんど五日目ぐらいごとに、余のために食事の献立表を作った。ある時は三通りも四通りも作って、それを比較して一番病人に好きそうなものを撰んで、あとはそれぎり反故にした。

医師は職業である。看護婦も職業である。礼も取れば、報酬も受ける。ただで世話をしていない事はもちろんである。彼等をもって、単に金銭を得るが故に、その義務に忠実なるのみと解釈すれば、まことに器械的で、実も蓋もない話である。けれども彼等の義務の中に、半分の好意を溶き込んで、それを病人の眼から透かして見たら、彼等の所作がどれほど尊とくなるか分からない。病人は彼等のもたらす一点の好意によって、急に生きて来るからである。余は当時そう解釈して独りで嬉しかった。そう解釈された医師や看護婦も嬉しかろうと思う。

子供と違って大人は、なまじい一つの物を十筋二十筋の文からできたように見窮める力があるから、生活の基礎となるべき純愛な感情を恣のままに吸収する場合は極めて少ない。本当に嬉しかった、本当にありがたかった、本当に尊かったと、生涯に何度思えるか、勘定すれば幾何もない。たとい純潔でなくても、自分に活力を添えた当時のこの感情を、余はそのまま長く余の心臓の真ん中に保存したいと願っている。そうしてこの感情が遠からず単に一片の記憶と変化してしまいそうなのを切に恐れている。好意の干乾びた社会に存在する自分をはなはだぎごちなく感ずるからである」¹⁰⁾

このように明治の時代においても、派出看護婦が献身的に患者に尽くした形跡が残されている。すなわち訪問看護の起源は、患者の看病という仕事を行う

ために人をさしむけることが派出看護の語源であり、病院内に勤務する看護とは異なって独自に発展したものと考えられる。

1892（明治 25）年には京都看病婦学校を母体に、病院を基点とする巡回看護婦制度が発足した。これは、婦人伝道師と看護婦が同伴して貧困家庭を訪問するもので、宗教的な基盤を持つ救済活動の一部であった。この巡回看護は、保健師の地域における母子保健活動へつながる基盤となった¹¹⁾。

日本赤十字社の看護婦養成所を卒業した高木ハルは、「1894（明治 27）年の日清戦争では本社の要請により、8月に広島陸軍予備病院に派遣され、12月には京都支部の救護班に編入された。河原は、高木ハルは京都支部救護班で看護婦副取締に任ぜられ、主に伝染病者を収容する第三分院を担当した。戦後はこの経験を活かし、有事のため普段から看護婦の技術を高め、精神を涵養する必要があるとして、支部監督のもとに派出看護婦会「平安看護会」を設立したいと陳情、これを設立した」と述べている¹²⁾。

大正時代に入ると、派出看護婦の需要は高まり、派出看護婦会の数も年々増加した。需要の高まりに応じ、ときに無資格者を派出するようなことも出現し、これによって会に所属する派出看護婦の質が低下したといわれている。そのため、1915（大正 4）年、初めて看護婦規則が制定されることになった¹³⁾。この看護婦規則には職務内容や資格要件が記されたが、この頃の看護婦は医師の手伝いを行うものと捉えられていた。1923（大正 12）年、関東大震災の際、済生会病院が産婆と看護婦に対して臨時の短期講習をし、罹災者の家庭訪問を行わせた記録が残っている。山田は「訪問看護を生活の場に赴く看護活動ととらえるなら、病院が少なかった時代に海外で専門教育を受けた日本の看護婦たちが、まず、訪問看護という方法で家庭に看護を届けたのが日本の組織的な看護活動の祖と考えてよい」¹⁴⁾と述べている。

このように大正時代の派出看護婦は、医療機関や患者と個別契約のできる非常に能力の高い看病をする人という職業の系譜として展開されていった¹⁵⁾。すなわち、当時から訪問看護に携わる看護師の存在は、疾患や障害等をもつ患

者の生活とともにあったと考えられる。これが訪問看護の実相である。このことから明治から大正時代にあった派出看護は、派出看護婦が急性期の患者であろうと慢性期の患者であろうと患者を選別することなく看護を行っていたといえる。これが、現在行われている訪問看護師の特質につながっている。

近年、病院は病院機能の区別化が進み、救急病院であっても1次救急から3次救急まで区分されており、厚生労働省によって医療機能は4区分化されている。同じ病院のなかであっても、内科であったり外科であったりと区分されている。それによって病院に勤務する看護師は、急性期だとか慢性期だとかいって、患者を選好みして収容する。そして私は小児が専門、私は糖尿病が専門というのである。一方で、訪問看護師は看護を行う相手を選好みすることはない。外科だろうと小児だろうと終末期の高齢者であろうと、同じように看護を提供する。それは派出看護婦の頃から変わらずに行われており、これは訪問看護の特質である。いわゆる何でも屋である。

訪問看護を必要とする全ての患者が対象であるということは、これら全ての看護が行えるよう知識や技術等を身につけなければならないということになる。したがって訪問看護師の継続教育は、多種多様な疾患と患者、かつ、それらが抱える課題を解決できる能力を育むものでなければならないことを意味する。他方、訪問看護は派出看護当初から法制度の影響を受けていたことが伺える。

第二次世界大戦前の看護婦は、4つに区分されていた。1つ目は病院付属の養成所の生徒、いわゆる見習い看護婦、2つ目は指定看護婦養成所を卒業し無試験で資格を取得、病院で働く看護婦、3つ目は指定看護婦養成所以外の養成所を卒業し、試験を受験し合格して資格を取得した病院で働く看護婦、4つ目が派出看護婦協会に所属しながら資格を取得し、派出看護婦協会から派出された派出看護婦であった。山下は、第二次世界大戦前は派出看護婦会と呼ばれる看護婦会が、患者もしくは病院と直接的に契約を結び、所属看護婦を病院、診療所、家庭に供給する経営体があったと述べている¹⁶⁾。この頃の病院で働く看護婦は、学歴および教育機関の異なる看護婦が混在するという複雑な構造を

持っていた¹⁷⁾。

1941（昭和 16）年になると、看護婦の戦時救護希望者が急増したこともあり、派出看護婦を希望するものは激減し、家庭内のケアを担う役割は派出看護婦から派出婦へ移行していった。派出婦とは介護士の前身である。

第二次世界大戦後はGHQの看護改革により、従来の派出看護婦会は制度上、存続できなくなった¹⁸⁾。これによって派出看護婦は廃れていく。一方で、1948（昭和 23）年に改正された職業安定法により、看護婦や助産婦の有料の紹介事業が再び可能となり、1951（昭和 26）年有料職業紹介事業に家政婦が加わった後、1995（平成 7）年に付添婦が解消されるまで継続されたのである¹⁹⁾。戦中戦後の混乱期に、派出看護婦は付添看護婦、付添婦に代替され、民間の職業紹介事業になった。このように訪問看護師の役割や呼称は、派出看護婦の頃から法制度によって変容している。

昭和の時代になると「徐々に病院が整備され、病院内での看護活動が中心となる。終戦後の小規模病院は、手術後であっても入院するベッドを確保することができなかったため、そのまま自宅に帰り、派出看護婦が術後管理を行った²⁰⁾とある。これは昭和の時代になっても、派出看護婦が急性期から慢性期に至るまで、さまざまな患者の療養の場に赴いて看護を提供していたことを示している。松田は「今日では看護婦といえば病院看護婦のことであり、派出看護婦といえば付添婦ぐらいにしか思わない人が多い。しかし、日本の近代看護史のなかで長いあいだ主流であったのは、むしろ派出看護婦であったのである。彼女らは、病院や家庭に出向き、ベッドサイドで四六時中病人のケアに従事し、なによりも病人側に寄り添って、病院や往診の医師に対してはむしろ対面してきた。これに対して病院看護婦の方は、医療技術の発展とともに次第に医療の主役である医師を介助する仕事に追われてきたのである²¹⁾と述べている。看護史研究会によると、わが国の近代看護は、1888（明治 21）年に専門の訓練を受けた看護婦が、派出看護婦の形をとって社会に第一歩を踏み出したのがその最初であったと述べている²²⁾。「病人の為になすべき事は皆己れの責任な

れば成べく他人を労することなく而して病人をして満足せしむる様心を用ゆるべし」²³⁾と派出看護婦心得にもある。つまり訪問看護の原型となった派出看護婦の時代から、訪問看護師は患者、家族の生活と共にあったといえる。これも訪問看護師の特質である。

吉野²⁴⁾は、訪問看護の発生及び変遷に共通する因子の探索を目的に行った看護研究において、第一次世界大戦後は経済不況により拡大した貧困層・労働者階級を対象にした訪問看護が主流になったことや、訪問看護活動の多くは、その基盤に、人道主義やキリスト教の奉仕の精神を持っていたこと、訪問看護活動者には高レベルの知識と技術が求められており、人員確保に独自の養成課程を設ける主体も少なくなかったことについて述べている。

派出看護婦といわれる時代から、訪問看護師は一定区域の対象者の家庭や病院を訪問し、専門医への連絡や処置の指示受け、その職責を担いながら看護活動を行っていたことがわかる。その活動は、何を成さなければならぬかを理解し実現できる制度と歴史のなかから一旦は滅亡してしまっただが、訪問看護となって再び行われているのである。そして、今や訪問看護師の活躍が期待される時代が到来している。

第2節 保健・医療・福祉の統合化と訪問看護

1948（昭和23）年『保健婦助産婦看護婦法』が制定された。17年後の1965（昭和40）年には、京都堀川病院が訪問看護活動を開始した²⁵⁾。これが病院を拠点に地域に赴く訪問看護活動の始まりであった。

1974（昭和49）年には板橋区に訪問看護室が設置された²⁶⁾。この頃は訪問看護に対する報酬もなく、交通費の実費程度の報酬であったと記録に残されている。訪問看護という名称はこの頃から始まり、病院の中で行う看護ではなく居宅に訪問して看護を提供するという意味で使われるようになったと考えられる。つまり病院のサービスの一部という位置づけであった。

1982（昭和57）年老人保健法が制定され、65歳以上の高齢者の退院後に訪問看護活動を行うことによって、退院患者継続看護・指導料という経済的評価が受けられるようになった。1992（平成4）年には医療機関から独立し、都道府県知事の指定を受けて、看護師が訪問看護事業所を設置できるようになった。このときはじめて、訪問看護料の算定が法制度に位置付けられた。1994（平成6）年には、健康保険法の改正によって高齢者以外の患者であっても訪問看護が提供できるようになった²⁷⁾。

2000（平成12）年には介護保険法が施行され、訪問看護事業所は医療保険と介護保険の2つの法制度に基づくサービス事業所として位置づけられた。これは訪問看護事業に携わる看護師にとって、大きな転機となった。これによって患者は利用者と呼称されるようになり、患者と契約を結ぶことが訪問看護を提供する要件となったのである。

このようにして訪問看護師は患者の状態に応じて柔軟に法制度を使い分けながら、多忙で高額な診療報酬を求める医師に代わって、主治医の訪問看護指示書をもとに、患者、家族の療養上の世話と診療の補助業務を担うことになったのである。これは居宅で療養する患者の容体を観察する役割、つまり家庭医の役割の一端を担うという職務が、訪問看護師に与えられることになったことを示している。家庭医とは、その家族と最も近い医師であり、家族に合った医療を総合的に考える者であり、なんでも相談できる医療従事者である。一家の健康を保つ家庭医の役割の一端を担う訪問看護師は、医師の指示のもと、ひとりで患者の居宅に赴いて看護を提供する。医師の監視下において看護を提供する病院に勤務する看護師には、考えられないほどの重責を担う自律した訪問看護師であった。その動力は自らが定めた確固たる倫理観と意志に従う自由であり、業務上の制限のもと自己決定の裁量を考えることができる客観的な視点をもった看護師である。したがって、看護とは人を看て護ることができなければならないものといえる。

現行の法制度においては高齢者施設も居宅として扱われており、訪問看護の

提供ができる施設もあるなど、訪問看護師の活動の場は拡大している。近年では、医療行為を必要とする医療的ケア児²⁸⁾が通う幼稚園や特別支援学校においても、訪問看護師が入って看護行為を行うことが許された。これは、文部科学省のテリトリーに厚生労働省が資格を与えた訪問看護師が入って看護行為を行うことができるという画期的なものであった。病院や施設および患者の居宅という看護師が活動できる場の制限が取り払われたということである。つまり、保健・医療・福祉の統合化である。保健・医療・福祉の統合化は、訪問看護師によって行われたのである。一方で、特別支援学校における訪問看護師が医療行為を行う報酬は、医療的ケア児の保護者が支払う実費にゆだねられており、保険診療に位置付けられてはいない。やっと、モデル事業が始まった段階にある。現段階では、医療的なケアを必要とする子どもが特別支援学校に通学する際には、保護者の付き添いが必要な状況にある。

2000（平成 12）年の介護保険法施行以降、訪問看護の対象者は医療依存度の高い患者が増加傾向にある。先にも説明した通り医療依存度の高い患者とは、在宅人工呼吸器や在宅酸素療法、経鼻カテーテルや胃瘻による経管栄養法、経静脈栄養法、持続腹膜還流法、腎瘻や膀胱瘻など、病院を退院した後も継続的な治療を必要とする患者であるが、こうした医療機器の管理や排泄管理、栄養管理等を含んだ日常生活の援助活動が、近年、患者の居宅で訪問看護師によって行われている。また、最期のときを住み慣れた自宅で過ごしたいと望む患者と自宅で看取ってあげたいと望む家族が増加し、在宅看取りは急増している。

以上のことから訪問看護という用語は、派出看護から名称を変え、法制度に基づいて患者の居宅へ赴き看護を提供するという提供方法から用いられるようになったと考えた。そして訪問看護師は、疾病や障害、後遺症、さらには急性期、慢性期、終末期に関わらず加療を必要とする乳児から高齢者までの患者を対象に、主治医の訪問看護指示書を受けて、安心して日常生活が送れるよう、患者の居宅に赴いて看護を提供する者であるという特質が明らかとなった。そしてこの職務は、さまざまな企業や職種らと連携し、協働することが求められ

ていた。これは居宅での療養を必要とする、全ての患者のために訪問看護があることを意味する。そして訪問看護師は、派出看護の時代から現代に至った今でも、患者、家族の生活と共にある。この訪問看護の特質を担うことができる訪問看護師は、自らの意志に従う自由と訪問看護師の業務上の制限を理解し、倫理観に基づいて自己決定の裁量を考えることができる、自らを客観視できる看護師でなければならず、そのためには体系的かつ科学的な知識と技術を習得した看護師であることが求められていた。すなわち自律した訪問看護師である。したがって訪問看護師の継続教育は、多種多様な疾患と患者に対応する知識と技術、課題解決能力、そして自律を育むものでなければならないことは明らかである。

-
- 1) 山田雅子 (2016) 訪問看護 これまでと、これから, 聖路加看護学会誌, 20 (1), pp. 3-9.
 - 2) 訓練を受けた看護婦が患者と契約を結んで患者の居宅や病院を訪問して看護を提供することであり, 日本では 1884 (明治 17) 年頃から開始された。
 - 3) 日下修一 (2011) 日本と英国イングランドにおける近現代看護の変遷と文献的検討—看護婦数と看護婦規則の変遷—, 獨協医科大学看護学部紀要, 5 (1), pp. 29-37.
 - 4) 松田誠 (1996) 慈恵病院派出看護婦考, 東京慈恵会医科大学雑誌, 111 (1), pp. 109-122.
 - 5) 亀井美知子 (1997) 近代日本看護史, pp. 96, ドメス出版, 東京.
 - 6) 同前, p. 95.
 - 7) 鈴木紀子 (2013) 陸軍看護学教科書—明治 5 年から明治 23 年まで—, 日本看護歴史学会誌, 26, pp. 79-93.

- 8) 山田雅子 (2016), 前掲 1), 看護史研究会 (1983)『派出看護婦の歴史』, 勁草書房.
- 9) 松田誠 (1996), 前掲 4), pp. 109-122.
- 10) 夏目漱石 (1996) 夏目漱石全集 7, pp. 637-638, 筑摩書房, 東京.
- 11) 山田雅子 (2016), 前掲 1), pp. 3-9.
- 12) 川原由佳里・鷹野朋実・山崎裕二・高橋朋子・吉川龍子・川嶋みどり (2012) 明治期における日本赤十字社京都支部の看護婦養成と派出看護活動 京都支部選出看護婦「高木ハル」の個人史から, 日本看護歴史学会誌, 25, pp. 58-73.
- 13) 山田雅子 (2016), 前掲 1), pp. 3-9.
- 14) 同前, pp. 3-9.
- 15) 米沢慧 (2018) 看護師のための明治文学, 日本医療企画, pp. 46-49, 東京.
- 16) 山下麻衣 (2017) 看護婦の歴史 寄り添う専門職の誕生, pp. 68-92, 吉川弘文館, 東京.
- 17) 同前, pp. 68-92.
- 18) 日下修一 (2014) 日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ, pp. 130-131, 日本看護協会出版会, 東京.
- 19) 杉山恵子 (2003) 公衆衛生看護婦 1890-1930-ナース・カバンの看護婦たち-Part (1), 恵泉女学園大学人文学部紀要, 15, pp. 15-35.
- 20) 山田雅子 (2016), 前掲 1), pp. 3-9
- 21) 松田誠 (1996), 前掲 4), pp. 109-122.
- 22) 看護史研究会著 (1983) 派出看護婦の歴史, pp. 1, 勁草書房, 東京.
- 23) 大関和子 (1988) 派出看護婦心得 近代日本看護名著集成第 7 巻, p. 4, 大空社, 東京.
- 24) 吉野純子・青木康子・菊池珠緒・加城貴美子・園岡照子・柴原君江 (1999) 訪問看護の発生とその変遷(第一報), 川崎市立看護短期大学紀要, 4 (1),

pp. 1-12.

25) 山下麻衣 (2017), 前掲 16), pp. 68-92.

26) 同前, pp. 68-92.

27) 野地有子 (1997) 地域看護における在宅ケアと地域看護管理: 個のケアと
コミュニティケアの統合, 聖路加看護大学紀要, 23, pp. 22-28.

28) 厚生労働省は、2021 (令和 3) 年 6 月「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」(医療的ケア児支援法) を定めた。医学の進歩を背景として、NICU 等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引等の医療的ケアが日常的に必要な子どもを医療的ケア児と名付けた。医療的ケア児の数は 20, 000 人を超えている。この法制度によって、このような医療的ケアの必要な子どもたちやその家族への支援は、責務に変わることになった。医療的ケア児支援法は医療、福祉、保健、子育て支援、教育等の他職種連携が必要不可欠であると述べている。

第2章 看護研究の変遷からみる継続教育の課題と解決方策の探求

第1節 看護研究が示す訪問看護師の継続教育の課題

歴史と訪問看護の制度から訪問看護師の特質は明らかとなったが、次に行わなければならないことは、訪問看護師の継続教育に関する現実的課題を探求すること、そして、現実的課題の解決方法を模索することである。

前章において訪問看護は、保健師、看護師、准看護師の有資格者が居宅や施設に赴いて看護を提供することだと説明した。そして訪問看護を提供する対象は、全ての疾患の患者であり、全ての在宅で療養する人びとであることを説明した。この患者、家族に対して彼らが望む生活を支援することは、訪問看護師に重い負担と責任がかかることを意味するものであった。そのため、訪問看護師はこの重責に耐えられるだけの知識や技術、真摯な姿勢、倫理的な思考、問題解決能力などの看護実践能力を、継続教育によって身につけなければならないと述べてきた。看護基礎教育に訪問看護師の養成教育がない現在にあっては、この継続教育が重要な意味を持つ。そのため、現在行われている訪問看護師の継続教育を分析し、これまでに明らかになっていることや、まだ明らかになっていないことを解明しておかなければならない。

先の記述の通り訪問看護の設置主体は、病院などの医療法人から出向く訪問看護や企業が設置した営利法人からの訪問看護、そして行政による訪問看護の3種類が存在している。2014（平成26）年には営利法人の占める割合が医療法人を上回り、2016（平成28）年には営利法人47.2%、医療法人28.4%となった¹⁾。また、2016（平成28）年度は1,234事業所の新規開設があり686事業所が休止・廃止するなど、東京、大阪などの人口規模が大きく訪問看護事業所数の伸び率が高い都道府県においては、休止数、廃止数が多いことが報告されている²⁾。これを齊藤は、高齢社会を背景に介護や看護をビジネス化する動きが加速している現状だと述べている³⁾。つまり、給料や待遇を求めて、訪問看護師の従事先の流動が起きているということを示している。訪問看護師の従事先の流動は、看護実践能力をもち自律して訪問看護を行っている訪問看護

師が訪問看護事業所から流出することになり、これによって訪問看護師間で引き継がれていた知識や技術等は引き継がれずに分断されてしまうことになる。すなわち、看護実践能力を持っている訪問看護師が、訪問看護事業所に定着しないということは、訪問看護師の継続教育にも影響を及ぼすことになりかねない。

また、近年では訪問看護師の継続教育は、インターネットを活用した教育が散見される^{4) 5)}。他にも高齢者支援のための地域包括ケアシステムや、医療的ケア児および障害者のための地域共生社会の構築など、さらなる職種間連携や協働に関わる継続教育も増加するなど、訪問看護師の継続教育は医学的知識や看護技術に関わる教育から、患者と時代の要請に合ったものに変化している。このように訪問看護師の継続教育は、序章で述べた課題に加えて、近年、新たな課題を抱える事態に至っている。

一方で、これまで訪問看護師の継続教育に関する看護研究が、積み重ねられてきたことはいうまでもない。これまでも、現在においても、さまざまな訪問看護師の継続教育に関わる看護研究は行われている。つまり、これまでにどのような継続教育に関わる看護研究が行われてきたかを明らかにしておかなければ、次に進むことはできないということである。訪問看護師の継続教育がインターネットにかかわろうとも、訪問看護師の従事先の流動が起こっていようとも、訪問看護師は自律して看護を実践する能力を育てていかなければならない。看護職として成長するための継続教育を確立し、訪問看護師自ら学ぶ力を習得するには、訪問看護師の継続教育に関する現実的課題を探求し、解決方策を見出す必要がある。

そこで、本章では継続教育に関わる看護研究の変遷と、継続教育に関する看護研究内容の分析を行い、これまで継続教育に関するどのような取り組みが行われてきたのかを明らかにするとともに、継続教育に関する課題の解明へとつなげる。本章で行わなければならないことは、まず、これまで行われてきた訪問看護師の継続教育に関する看護研究の動向を辿り、これまでに明らかになっ

ていることや、まだ明らかになっていないことを解明することである。そして、どのような継続教育が訪問看護師の看護実践能力の向上を可能にすることができるかについて考察を深める。この観点から訪問看護師の継続教育に関わる看護研究の変遷を解明することによって、訪問看護事業所に従事する訪問看護師の看護実践能力を育む継続教育を見出すための一助とすることができる。

第2節 訪問看護師の継続教育に関わる看護研究の抽出方法

日本の看護研究論文の選出は、医学中央雑誌および Japanese Institutional Repositories Online (JAIRO、学術機関リポジトリポータル)を用い、キーワードに[訪問看護][継続教育][生涯学習]を組み合わせで検索した。検索期間は1983(昭和58)年から2019(令和元)年11月までに発表された原著論文を中心に収集した。看護研究論文の収集にあたっては文献の掲載先からも追加選出するなどのハンドサーチや Google scholar による補足収集も行った。

看護研究論文は、訪問看護師の継続教育に関する記述のあるものをタイトルと抄録でスクリーニングした後、①訪問看護事業所に従事する訪問看護師の継続教育に関わるものであること、②訪問看護師の特質に関わるものであることの2つの基準により選定、精読した。その後、Matrix Method⁶⁾の手続きに沿って要約⁷⁾し、①日本における訪問看護事業所に従事する訪問看護師の継続教育の何が明らかになったのか、②何が明らかになっていないのか、③これらの看護研究はどのような目的で行われたのか、というレビュークエスションのもと看護研究論文を分析した。次に、訪問看護に関わる法制度ごとに、分析した看護研究論文を並べていった。その後、法制度ごとに区分した看護研究を、意味内容の類似性に基づいてカテゴリを形成し考察した。分析の対象となった看護研究論文は190件であった。

本章の手続きは、すでに社会に受け入れられ多くの人々が納得できる訪問看

護に関わる看護研究論文を、法制度ごとに意味内容の類似性に基づいて分析したということに意義がある。この法制度ごとにカテゴリ名をつけていった方法であれば、制度ごとの変遷を捉えることができ、訪問看護師の看護実践能力を高める継続教育を導き出すことができる。そして論理の飛躍にならないという妥当性を確保できる。訪問看護の継続教育に関する看護研究や著書は多数認められるものの、その多くに欠けているものが、歴史と法制度そして継続教育における学習者と教育者の関わり方を明らかにするという視点である。これによって訪問看護師の継続教育がどのような国内動向を受けたものか、真に求められている看護実践能力を向上する継続教育とは何かを明らかにすることができる。そこで、訪問看護に関わる法制度に基づき継続教育に関する看護研究をカテゴライズしたところ、「訪問看護制度の創設期」、「介護保険法の創設期」、「後期高齢者医療制度の創設期」、「地域包括ケアシステムの構築期」と、4つの期に分類することができた。次節では、この4つの期ごとに区分し看護研究論文を考察する。

また本章では、訪問看護事業所に従事する訪問看護師の継続教育に関わる看護研究論文の変遷を分析する上で重要となる訪問看護事業所、訪問看護師、継続教育の用語の取り扱いについて以下のようにした。

序章でも述べた通り、訪問看護事業所は、しばしば訪問看護ステーションという名称で扱われることがあるが、それは設置主体の違いによるものである。本章では、その看護研究論文に記されている通りの名称を用い、本研究の定義に無理やり沿わせることはしなかった。また、日本は2001（平成13）年に『保健婦助産婦看護婦法』が『保健師助産師看護師法』に改定されたことによって、男女ともに「看護師（かんごし）」という名称に統一された。そのため、『保健師助産師看護師法』改正（2001年12月12日）以降は、現状通り看護師、それ以前を看護婦と記述した。また、看護研究論文のほとんどにみられる訪問看護師という名称はそのまま用いた。

第3節 継続教育に関わる看護研究の変遷

第1項 訪問看護制度の創設期（～1999年頃）

1983（昭和58）年老人診療報酬において老人医療受給対象者への「退院患者継続看護・指導料」として初めて訪問指導が認められ、1992（平成4）年の老人保健法改正によって「老人訪問看護事業」が定められた。1994（平成6）年には健康保健法改正により、訪問看護の提供対象の年齢制限が取り払われ、看護を必要としている全ての対象者のための訪問看護制度となった⁸⁾。また、1997（平成9）年には看護基礎教育に訪問看護を内包する在宅看護論がカリキュラム規定された。

この1999年までの「訪問看護制度の創設期」の看護研究論文は、活動の実態（藤原⁹⁾，1999；葉久¹⁰⁾，1999；辻¹¹⁾，1999）や訪問看護の試み（西野¹²⁾，1991）、重度障害への挑戦（高橋¹³⁾，1994）等が発表されていた。

日本の訪問看護は1992（平成4）年、老人訪問看護事業が定められたことを始まりとするが、先進国の中で最も遅れて制度化されたといわれている¹⁴⁾。イギリスでは1948（昭和23）年頃から、カナダでは1950（昭和25）年頃から、アメリカは1965（昭和40）年頃から開始されたといわれている。山田は、当時の様子を「制度化当初の訪問看護は、志の高い医療者たちのボランティア精神に支えられて育てられた」¹⁵⁾と述べている。栗田は、訪問看護が「訪問看護の制度化を契機に拡大し、少子高齢社会の到来等の社会情勢の大きな渦の中、『訪問看護』『在宅療養移行支援』『自宅以外のすまい・施設での看護』の枠組みで発展してきた」¹⁶⁾と述べている。このことから「訪問看護制度の創設期」の看護研究は、訪問看護師の継続教育というより、訪問看護制度という新たな社会インフラを地域に根付かせるために、取り組みを紹介するという意味が込められ、まとめられたものであったといえる。看護研究論文の内容から、訪問看護を根付かせるために失敗は許されなかったことが伺われた。これは、訪問看護師が社会的な背景と期待に応えるべく、看護活動を担っていたことを

示している。一方で、どのような継続教育が訪問看護師の看護実践能力の向上を可能にするのかは明らかにされていなかった。

第2項 介護保険法の創設期（2000年～2007年）

2000（平成12）年介護保険法が施行された¹⁷⁾。このときの訪問看護は、健康保険法と国民健康保険法等の医療保険と、介護保険法の3つの法制度に基づくサービス事業所として位置づけられ、これらの法制度を患者の状況に応じて柔軟に使い分けながら人々の生活を幅広く支える役割が期待されることになった¹⁸⁾。それは、患者の病態が回復した後に居宅にもどるのではなく、日常生活動作がままならない患者であっても自宅へ帰らなければならないという、患者、家族が覚悟を迫られることになったという意味をもつ。

2000年から2007年までの「介護保険法の創設期」の看護研究論文は、訪問看護技術に関する研究が複数、発表されていた。訪問看護技術に関する看護研究論文のなかでも、感染対策技術に関する看護研究は6件行われていた（城戸口¹⁹⁾，2005；小松²⁰⁾，2007；工藤²¹⁾，2006；呉地²²⁾，2006；前田²³⁾，2010；中野²⁴⁾，2002）。これは、当初、感染症が蔓延していたことを示すものと考えられた。感染症は、患者の生命と療養生活を脅かすことになり、訪問看護師の健康状態にも影響を及ぼす。そのため、感染症対策は重要だったと考えられる。また、訪問看護事業所の実態調査や課題についての看護研究が行われていた（廣部²⁵⁾，2001；石本²⁶⁾，2002；角田²⁷⁾，2006；鈴木²⁸⁾，2000；立石²⁹⁾，2000；吉越³⁰⁾，2001）。他にも、様々なニーズ調査も行われていた（千田³¹⁾，2006；飯吉³²⁾，2000；川島³³⁾，2006；松下³⁴⁾，2004）。これは「訪問看護制度の創設期」が一段落し、新たな法制度の下、訪問看護事業所の現状や実態がどのように変化しているのか、研究機関や教育機関の訪問看護に関わる研究者らが調査を開始したものと考えられる。

その他、「介護保険法の創設期」に看護技術に関わる研究が多かった理由と

して、准看護師が影響したのではないかと考えられる。准看護師制度は第二次世界大戦後の看護需要に対応し、その不足を補うものとして、1951（昭和 26）年に『保健婦助産婦看護婦法』を改正して創られた。それは現在でも変わることなく、訪問看護事業所の看護師不足を補う要員として重要な役割を担っている。看護師の勤務先は病院が多いものの、准看護師の勤務先は診療所や訪問看護事業所、介護保険施設が多いことからいえる。准看護師の就業場所の年次推移においても、病院勤務者は減少傾向で、診療所や訪問看護事業所、介護保険施設は増加している³⁵⁾。このことから、准看護師が多い訪問看護事業所は、看護技術の確立が急務であったといえる。新たな法制度に合わせ、一人で患者の居宅を訪問するためには、さまざまな看護技術の確立が必要で、准看護師のために継続教育に関する研究が増加したのではないかと考えられた。また、この頃の訪問看護師は、看護基礎教育で在宅看護論を学んでいないことも看護技術の確立を要した一因といえる。

一人で患者の居宅へ赴く訪問看護は、主治医に代わって患者の病態把握や急変時対応、病状の維持のための看護と高い観察力が求められる。そのため、看護師および准看護師にとって医学的知識の補充は重要であった。さらに、医師もしくは看護師の指示のもと診療の補助や療養上の世話をを行う准看護師にとって、看護技術の確立も容易ではなかったと考えられた。栗田は、「医療機関に入院したときから在宅での生活を念頭においた看護の必要性および在宅医療のニーズに対応するためには、訪問看護サービスの質と量を拡充する必要があった」³⁶⁾と述べている。これは、「介護保険法の創設期」の研究が、高齢化の伸展とともに高齢者の看護・介護が社会的な課題となり、訪問看護事業所の准看護師の需要や地域社会のニーズに対応するためと、訪問看護サービスの質と量を拡充するために准看護師の看護技術の確立が必要であったことが推察できる。すなわち、訪問看護師の継続教育は、看護技術の向上を目的とするものでなければならなかったことが確認できた。これは、現在も変わっていない。一方で、訪問看護そのものを全体的に捉え、看護実践能力の向上の観点から論じたもの

はなかった。また、看護実践能力を育むための継続教育の方法は明らかにされていなかった。

他方、依然として訪問看護事業所の実態調査や課題研究、様々なニーズ調査は行われていた。「訪問看護制度の創設期」に引き続き、実態調査や課題研究が複数行われているということは、地域差を示しているものと考えられた。これは訪問看護事業所の継続教育に関する実態が、まだ明らかになっていないことを示しているものといえる。病院に勤務する看護師に関する看護研究は、研究者らも比較的現場に入りやすいが、患者の居宅に一人で訪問するという訪問看護師の実態は可視化することが難しい。文化や慣習など、地域差がある訪問看護は研究者らにとって魅力的な看護研究の現場であることも推察できた。

第3項 後期高齢者医療制度の創設期（2008年～2014年）

介護保険法は施行後10年が経過し、病院ではなく最期まで住み慣れた地域で暮らすことができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの実現を目指すことになった³⁷⁾。それでも社会保障費の拡大は止まらなかったため、2008（平成20）年老人保健法を廃止し、後期高齢者医療制度を創設することになった。世帯に1枚であった医療保険証は、高齢者1人に1枚、後期高齢者医療保険証として交付されることになり、高齢者全員が保険料を負担することになった。これは、高齢化の伸展とともに老人医療費が膨らみ、自己負担を増やさない限り、皆保険制度の維持が難しいところまできているためと考えられた。また、2013（平成25）年には障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、すなわち、障害者総合支援法が名称を変えて施行された。

「後期高齢者医療制度の創設期」の看護研究は、訪問看護事業所に従事する訪問看護師を対象に研修会を実施した研究や、教育プログラムの研究が行われていた。

訪問看護事業所に従事する訪問看護師を対象に研修会を実施した研究（新井³⁸⁾、2010；荒川³⁹⁾、2012；畠山⁴⁰⁾、2014；井口⁴¹⁾、2012；小松⁴²⁾、2011；古瀬⁴³⁾、2012；久保谷⁴⁴⁾、2010；前田⁴⁵⁾、2009；中西⁴⁶⁾、2014；岡⁴⁷⁾、2009；高木⁴⁸⁾、2014；滝内⁴⁹⁾、2009；安田⁵⁰⁾、2012）や、現任教
育研究（柄澤⁵¹⁾、2011；柄澤⁵²⁾、2012；川野⁵³⁾、2011；小森⁵⁴⁾、2011；
豊田⁵⁵⁾、2011）、教育プログラムの研究（生田⁵⁶⁾、2013；片倉⁵⁷⁾、2008；
内海⁵⁸⁾、2011）など、訪問看護師の継続教育に関わる研究が21件行われた。

この「後期高齢者医療制度の創設期」になると、日本看護協会や看護系大学
などが、一斉に訪問看護師の継続教育を行うようになった。

2015（平成27）年、厚生労働省の介護サービス施設・事業所調査の概況に
よると、訪問看護事業所の平均従事者数は4.8人（2015年10月）である。
大田は、「訪問看護事業所は規模が小さく、所在地が点在し、集合教育が困難
であること、訪問看護を担っている年齢層や社会的役割、教育背景の多様性な
どにより教育ニーズの把握が困難であることなどから、病院で従事している看
護師と同様の教育アプローチでは対応困難である」⁵⁹⁾と述べている。また、
御厩は、「研修に関する研究が多いことは、訪問看護の人員、人材、時間に制
約がある職場特性から、職場内だけの教育だけでなく、研修による教育方法に
対する関心が高いことが考えられる」⁶⁰⁾と述べている。これは、研究者らが
訪問看護師の継続教育について模索しているものといえる。

病院には図書室などの教育環境が整備されているものの、訪問看護事業所や
介護福祉系の施設と併設されている訪問看護事業所には整備されていない。ま
た平均従事者数4.8人の訪問看護事業所では、1名の訪問看護師を日中に行わ
れる外部研修に出すことも代替等を考慮すると難易度は高い。訪問看護事業所
に再就職した看護師や准看護師は、職歴や年齢がさまざま、個別の教育ニー
ズにあった継続教育を整えていくことは困難が伴う。そのため、必要性和ニー
ズ、教育環境に応じるカタチで看護系大学を中心に地域全体で訪問看護師の継
続教育に関わるようになったのではないかと推察できる。一方で、研修会など

を展開する教育プログラムは、受講する側からすると一方的に与えられた教材であって、自らが行った看護内容を振り返るものではなかった。一人で患者の居宅を訪問して看護を提供する訪問看護は、自らの看護実践を振り返り、客観的に意味づけすることで価値付けられる。疾患や対応法など、指導者から教授を受けるということも初学者には重要なことではあるものの、訪問看護技術をすでに確立している訪問看護師には、自分自身の看護の経験を客観的に意味づけすることが最も重要だと考える。このような教育プログラムや研修は行われていなかった。

第4項 地域包括ケアシステムの構築期（2015年～2019年）

2015（平成27）年、一億総活躍社会というコンセプトが打ち出され「安心につながる社会保障」と銘打って、在宅医療や訪問看護における地域包括ケアシステムの推進が図られることになった⁶¹⁾。地域包括ケアシステムとは、住み慣れた居宅で最期まで過ごすというスローガンである。それによって介護保険法は、寝たきりやフレイル⁶²⁾にならないよう介護予防事業が強化されることになった。子供、高齢者、障害者などの全ての人々が、地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会という掛け声のもと、居宅で暮らすことを推奨していったのである。2018（平成30）年の診療報酬改定では、機能強化型訪問看護管理療養費1・2が新設され、2019（令和元）年には、機能強化型訪問看護管理療養費3が追加されることになった。

「地域包括ケアシステムの構築期」の看護研究は、他職種連携や協働といった地域包括ケアに関わる研究が行われていた（藤田⁶³⁾，2019；古川⁶⁴⁾，2019；小原⁶⁵⁾，2019；菅沼⁶⁶⁾，2017；吹田⁶⁷⁾，2017；武政⁶⁸⁾，2017；山本⁶⁹⁾，2019）。また、災害看護教育（益田⁷⁰⁾，2015）や、Skypeなど情報伝達にコンピュータを駆使した教育（小原⁷¹⁾，2016；小瀬古⁷²⁾，2019）が行われた。

他には、HIVの研究(久野⁷³⁾, 2016)や、精神科疾患患者の研究(安藤⁷⁴⁾, 2016; 小瀬古⁷⁵⁾, 2019)、小児に関わる研究(青山⁷⁶⁾, 2018; 松崎⁷⁷⁾, 2016; 松澤⁷⁸⁾, 2016; 中山⁷⁹⁾, 2017; 鈴木⁸⁰⁾, 2016)、難病患者の研究(柊中⁸¹⁾, 2018; 関永⁸²⁾, 2016)などのさまざまな研究が行われた。終末期の研究(平山⁸³⁾, 2015)や、がん患者に関する研究(森本⁸⁴⁾, 2018; 佐藤⁸⁵⁾, 2017; 庄司⁸⁶⁾, 2019; 菅沼⁸⁷⁾, 2017; 徳岡⁸⁸⁾, 2016; 山本⁸⁹⁾, 2019)も6件行われた。また、セミナー(中島⁹⁰⁾, 2018; 佐野⁹¹⁾, 2019)や研修会に関する研究(小原⁹²⁾, 2016; 小瀬古⁹³⁾, 2019; 前川⁹⁴⁾, 2015; 中村⁹⁵⁾, 2015; 仁科⁹⁶⁾, 2016; 岡本⁹⁷⁾, 2019; 大河原⁹⁸⁾, 2019; 佐藤⁹⁹⁾, 2017; 吹田¹⁰⁰⁾, 2017; 山本¹⁰¹⁾, 2019; 山崎¹⁰²⁾, 2019)は13件行われた。教育プログラムに関する研究6件(平山¹⁰³⁾, 2015; 森本¹⁰⁴⁾, 2018; 庄司¹⁰⁵⁾, 2019; 鈴木¹⁰⁶⁾, 2016; 吉本¹⁰⁷⁾, 2015; 吉行¹⁰⁸⁾, 2016)も行われた。

この「地域包括ケアシステムの構築期」の看護研究は、地域包括ケアシステム¹⁰⁹⁾という名のもとに、他職種、他機関の連携や協働に関わる研究がみられるようになった期であった。長崎は「それぞれの専門職の特徴や仕事内容について、事例検討やカンファレンスで意見交換することによって、同じ事例を他職種がどのように考え、行動するのかを比較した上で理解できるようになることが必要だ」¹¹⁰⁾と述べている。そして「専門性の違いを確認し整理した上で、多職種連携の意味を考え始めなければならない」¹¹¹⁾と述べている。これは日本の在宅医療に関わる職種が、職種間の連携、協働が必要だと理解はしているものの、進まない現状にあることを示していると推察できる。

他には、患者の疾患ごとに連携する職種にフォーカスを当てた研究がみられた。そのうち、がん患者の研究が6件行われたことは、死因第一位であることが影響しているものと考えられた。がん以外の疾患の研究も複数行われていたことから、幅広い年齢層、多様な疾患を抱えながら療養生活を送る患者が増加していることを示しているものと考えられた。

山田は「いかなる疾病や障害を持とうとも、その人が過ごしたい場所で過ごすことを目指す看護の総体を在宅看護ととらえるならば、訪問看護は在宅看護のひとつの機能として位置づけられ、歴史と共に形を変える」¹¹²⁾と述べている。幅広い年齢層、さまざまな疾患の患者、さまざまな家族背景と家族構成の居宅に赴き、一人で看護を提供する訪問看護師は、幅広い知識や技術、対応力、そして責任感が求められる。この多様かつ個別性の高い訪問看護という職業を担う訪問看護師の看護実践能力は、最初から持ち得たものではなく、この職責を全うすべく努力した成果と積み重ねによって習得されたものである。この看護実践能力を個人のものだけにするのではなく、次の世代に引き継いでいかなければならない。

鶉飼は、訪問看護全体を統括する者が個別に細部の指示を出さなくても、各機関、各職員が目的を共有し、自分の職責や他職種などとの相互補完関係を認識し、切れ目のない連携が実現できるレベルを最も高度な連携と位置づけている¹¹³⁾。これが、訪問看護師に求められている他職種連携のレベルである。訪問看護師は、誰かに指示をされたわけではなく、自ら考えて、他職種の補完にかかわる。そこには、何がしたいかではなく、何に対して責任をもつのかがある。誰の仕事なのか、決まっていない隙間の業務は居宅であるという療養の場の都合上、多々存在する。なぜなら、それは本来であれば患者自身が行うものだからである。誰が行うものでもない患者自身が行えない業務を自分の仕事として捉え全うしようとすることは、訪問看護という業務に対して責任をもつということである。訪問看護師は、常に、責任が問われている。一方で、この責任は訪問看護師の責任感だけに頼るものではなく、根拠をもって対応できるものにする必要がある。

その他、セミナーや研修会等の研究は20件行われており、「後期高齢者医療制度の創設期」に引き続き継続教育に関わるセミナーや研修会の研究は、複数行われていることがわかった。これは、訪問看護師がいまだに継続教育に課題を抱えているということを示すものだといえよう。岡村は、職業教育を「一定

又は特定の職業に従事するために必要な知識、技能、能力や態度を育てる教育」とし、「社会が大きく変化する時代においては、特定の専門的な知識、技能の修得とともに、多様な職業に対応し得る社会的、職業的自立に向けて、必要な基盤となる能力の育成も重要である。このような能力は、具体の職業に関する教育を通して育成していくことが極めて有効である。」¹¹⁴⁾と述べている。訪問看護に関わる継続教育は、保健・医療・福祉のあらゆる面から、訪問看護師の社会的、職業的自律に向けて、看護実践能力の育成のために行われていた。これは、訪問看護師の職業上の役割を果たすという意味が鑑みられるものであった。

第4節 看護研究にみられる継続教育の偏りと課題解決の方策

訪問看護師の継続教育に関わる先行研究は、4つの期ごとに「訪問看護制度の創設期」（1983年から1999年）14件、「介護保険法の創設期」（2000年から2007年）31件、「後期高齢者医療制度の創設期」（2008年から2014年）71件、「地域包括ケアシステムの構築期」（2015年から2019年）74件と、あわせて190件を抽出することができた。これら看護研究論文数の増加傾向から、訪問看護師の継続教育は重要だと捉えられていることがわかった。

第1節でも述べたように、訪問看護師の継続教育に関わる看護研究は、国内動向の変容や法制度に影響を受けて変化している。川淵も、医療は政治の影響を受けると述べている¹¹⁵⁾。したがって、これからも国内の動向や法制度の影響を受け続けると考えられる。しかし、訪問看護の目的が患者の療養生活を支援するためのものであるならば、訪問看護師の継続教育の目的は患者の療養生活を支援するために学ぶものという普遍的なものでなければならない。そして方法も普遍的なものとなる。そこで、これまで行われた訪問看護師の継続教育に関する看護研究が、看護実践能力を身につけるために役立ったかという視点から考察する。

抽出された看護研究のうち単著は 33 件（17%）で、その多くは共著による研究であった。研究デザインは質的研究 41 件、量的研究 129 件、症例研究（事例研究）8 件、活動報告 5 件、文献研究 7 件であった。68%が量的研究であったことから、訪問看護の継続教育に関する研究は、仮説の検証や予測、一般化を狙う意図のものが多いといえる。また、下記の表 1 および表 2 にもあるように、訪問看護の知識を獲得するために必要な疾患や治療法等を学ぶものが多かった。さらには訪問看護師を対象にしたものが 173 件、患者と家族を対象にしたものが 2 件、他職種を対象にしたものが 8 件、文献検討が 7 件であった。ほかにも、訪問看護事業所の管理者を対象とした看護研究は 8 件であった。これらの看護研究論文を分析した結果から、訪問看護師の継続教育に関する看護研究は積み重ねられてきたことがわかる。さらに心不全や糖尿病、小児看護、精神看護、がん、感染症等と看護を細かく区分して、継続教育は積み重ねられてきたといえる。同行訪問や事例検討、技術教育など、医学的知識の補充や具体的な看護技術について、受動的な教育方法による継続教育が行われてきたことがわかった。これらの継続教育は、訪問看護を発展させるために役に立ったと考えられた。

この看護研究からみた訪問看護師の継続教育は、看護技術を訪問看護技術へ展開した段階（Bloom のいう知識・理解・応用）¹¹⁶⁾まで到達していると考えた。一方で、看護を小項目に分類してしまっていて、看護実践全体を捉えきれていないという課題が明らかとなった。看護実践全体を捉える方法を獲得することができれば、訪問看護実践という事象を客観的に考察することで、患者の居宅という環境や患者、家族に合わせた個別性の高い看護技術へと発展できる段階（Bloom のいう分析・統合）¹¹⁷⁾に到達すると考えられた。

表 1 および 2 にある通り、訪問看護師の継続教育は、看護師自身の医学的知識補充や訪問看護技術の習得のために受動的に行われる傾向があって、看護の対象者である患者、家族に行った訪問看護の実践内容を振り返り、学びを得るという能動的な継続教育の内容や方法は殆ど行われていないことがわかった。

これら医学的知識の補充や訪問看護技術の習得、仮説の検証を狙う意図の継続教育に関する看護研究ばかりでは、課題解決能力などの看護実践能力を身につけることにはつながらないのではないかと考えた。これは、看護研究論文からみた訪問看護師の継続教育の偏りである。

訪問看護師には、医学的知識の補充や訪問看護技術の習得が不必要であるとはいえない。患者の療養生活を支えるためには、病態を把握して、これからどのように推移するのか、しっかりと判断することが求められる。つまり、与えられた教材を学ぶという受動的な学習から、自分が経験した看護実践を学びに変えるという能動的な学びへと転換されなければならない。与えられた教材、課題から学ぶということは、訪問看護師として責任をもって自ら学ぶということにはならないし、看護実践を自らの価値判断に基づいて考えるということにはならない。医学的知識も能動的に自ら学ぶことが重要だといえる。

自ら、能動的に学ぶ力を身につけることができれば、さらに思考力・判断力・表現力等の看護実践能力を習得でき、自律性の高い看護活動ができる段階に到達すると考えられる。看護実践を学びに変える方法によって能動的に学ぶという方法を習得することができれば、さらに思考力・判断力・表現力等を身につけ、自律して看護実践を行うことができる段階に到達する。能動的に学ぶ、つまり訪問看護師の自律した継続教育は、患者、家族との間で実際にあった出来事を学びの対象にしていくことが必要だといえる。ノールズ¹¹⁸⁾は、成熟のひとつの次元は、われわれの過去に何が重要でありまた未来に何が重要となるのかについての、より深いパースペクティブ¹¹⁹⁾を獲得することにあると述べている。つまり、自己決定性が成人の学習の特徴と位置づけることができる。しかし、訪問看護師の継続教育に関する看護研究は、患者、家族との間で実際にあった出来事から多角的なものを見かた、考え方を学んでいる形跡はなかった。

患者が障害や後遺症、慢性疾患を抱えながら居宅で日常生活を送るということは、患者にとってあたりまえのことであっても、訪問看護師にとっては困難

を伴うことである。なぜなら、訪問看護師は医師の指示に基づいて、患者の不安定な病状を安定化させ、居宅で暮らすことができるよう看護を提供するものだからである。また、介護保険法に基づき、介護支援専門員の作成するケアプランの限られた時間のなかで看護活動を行わなければならないことも、困難を伴う一要因となっている。訪問看護は、医師や介護支援専門員らから指示を受けてという限られた範囲の中で、多大な裁量を任されている。そのため、この困難を伴う訪問看護は、言われたことを言われたとおりにやるだけではなく、自らの言動や感情を制御し、真摯かつ倫理的に現象を捉え、自らを律し、自分で自分を管理し、考え、進めていかなければならない。すなわち、事象や自らを、客観的に捉えるという訪問看護師の自律であり、看護実践能力が向上した訪問看護師像とは如何なる訪問看護師像かが明らかになった姿である。訪問看護師が看護を提供する場合は、患者と自分だけの場が広がっており、他の誰の目も存在しない。この自律の規範意識は看護倫理であり、患者が最期のときを自分の居場所である居宅で、自分らしく生ききるために看護を提供するということにある。

訪問看護師の継続教育に関わる看護研究論文数の増加傾向は、御厩も述べているように、訪問看護事業所の増加に伴い研究数も増加しているものと考えられた¹²⁰⁾。訪問看護師の継続教育に関わる看護研究は、今後も他職種連携・協働、多種多様な患者の疾患をキーワードに増加していくものと考えられる。量的研究デザインが129件と多かったことや訪問看護事業所の継続教育に関わる実態調査および課題研究が多かったことなどから、訪問看護師の継続教育に関する研究は、訪問看護事業所の実態把握や訪問看護の発展には役立った。一方で、患者、家族のためには行われていないと考えられた。このような訪問看護師の継続教育ばかりでは、看護実践能力を高めることにはならない。看護実践能力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であることが求められている。

さらに、近隣の訪問看護事業所の訪問看護師同士が連携し、学び合う、教え

合うという継続教育の連携の構想はないことが確認された。訪問看護師としてすでに確立した看護技術を取得しているものにとって、他の訪問看護事業所の訪問看護師と支え合い、学び合うという継続教育の連携がいかに難しいことなのかを示している結果であった。近年、訪問看護師の継続教育にかかわる看護研究は、保健、医療、福祉の職種間連携や協働について行われている傾向にある。これは、訪問看護師が患者、家族に対する看護実践にとどまらず、地域社会のなかで活動していることを示している。このように訪問看護師の継続教育は、訪問看護師が地域社会で活動できる段階に到達するものでなければならないことは明らかである。一方で、訪問看護師が地域社会で活動できる段階に到達することは、訪問看護師の個人の努力で到達することは難しい。

訪問看護師の継続教育は、訪問看護事業所のなかだけでは継続教育に限界があることや、各訪問看護事業所で行われている継続教育に温度差があること、訪問看護事業所ごとに行われている継続教育は他の訪問看護事業所の看護師だと学べないこと、それぞれの訪問看護事業所で行われている活気的な看護の取り組みの共有が行われていないこと等の現実的課題がある。御厨も「訪問看護の継続教育が実践の場の多様性や看護師経験の多様性から由来する諸問題を解決することや、成人教育¹²¹⁾であることの方策などが求められる」¹²²⁾と述べている。これからは、訪問看護事業所の中だけで訪問看護師の継続教育を行えばよいという時代ではなく、地域全体で訪問看護師の継続教育を考える時代を迎えている。この後の章で詳しく述べるが、諸外国の訪問看護にかかわる継続教育は、連携・協働が活発に行われている。

訪問看護師の継続教育は、訪問看護の看護実践から課題を抽出すること、その課題から訪問看護の本質を見出すこと、その本質を訪問看護師同士で共有することで訪問看護師の学びに変え、看護実践能力を育むことができる。そのためには、看護実践そのものを訪問看護師同士で共有し合い、患者、家族の気持ちを推察すること、そして患者、家族の強みを考えることで、客観的な視点を養うことができ、新たな側面から課題を捉えなおすことによって可能になる。

そして、どのようにすればよかったのかを話し合うことこそ、訪問看護の実践家のための継続教育であり、自律を育むことになり得る。訪問看護師の共同体とそれに基づく継続教育は如何にあり得るか、それは訪問看護師ひとりでは成し得ることができないものを、訪問看護師の共同体は成し得ることができるといふことだと考えられた。

「ひとは、生涯のあらゆる場面で看護師にケアを受ける。そのため、看護はこれまでひとの健康と生活を支援するために発展してきた。看護師の社会的責務は人々の期待と信頼を背に、日々の実践に必要な技を磨き、且つ、また人々の保健医療、福祉サービスの改善に立ち向かい、より健康的な社会をつくるべく常に努力を積み重ねることが求められている」¹²³⁾と看護系大学協議会が声明を出している。訪問看護師の看護実践能力の向上を可能にする継続教育は、訪問看護師が患者の療養生活を支援するために、多種多様な訪問看護の実践の場の諸問題を解決して、看護実践能力を蓄えていくために行われなければならない。訪問看護師の継続教育の看護研究論文を概観すると、訪問看護師の継続教育は、医学的知識の補充や看護技術を習得するための受動的な学びになってしまっていることがわかった。

訪問看護師は、自らが自分に課した規範意識の中で看護を行う。それは自己決定の裁量を考え、自分の意志に従う自由と訪問看護師の業務上の言動の制御ができるということである。この訪問看護師の自律こそ、二つ目の問い、看護実践能力が向上した訪問看護師像である。そして、訪問看護師の自律を高めるためには、他訪問看護事業所の訪問看護師と支え合い、学び合う継続教育の共同体が重要であり、隠れてしまっている現実から課題を抽出し、共有し、そこにあつた課題を捉えなおすこと、すなわち看護実践の意味づけによって実践を学びに変え、看護実践能力にすることができる。ノールズもアンドラゴジーの学習者の経験の役割について、「人間は成長・発達するにつれて、経験の蓄えを蓄積するようになるが、これは自分自身および他者にとってのいっそう豊かな学習資源となるのである。さらに、人びとは、受動的に受け取った学習によ

りいっそうの意味を付与する。それゆえ、教育における基本的方法は、経験的手法である」¹²⁴⁾と述べている。訪問看護師の継続教育に関わる現実的課題を解決し、且つ、看護実践能力を育むことができ、能動的な学びを支えるには、訪問看護師の共同体と看護実践を意味づけし学びに変える方法が必要だと考えられた。

表 1 訪問看護師の継続教育内容に関わる看護研究の分類

分類	執筆者（年代）論文名	内容
受動型教育	山本（2019）退院支援と訪問看護師を結ぶ継続看護の支援を目指したシミュレーション教育の検討	呼吸・循環を安全・安楽に整えるなどの重複した症状のアセスメント力育成型研修や医療機関連携型のシミュレーション教育について述べた研究
事例教育	佐野（2019）訪問看護師を対象とした在宅心不全看護セミナーの評価と内容の改善	心不全の事例を交えながら講義や演習を行い、より実践的で活用可能な内容を盛り込む必要性が示唆された研究
演習	中島（2019）地域においてストーマセミナーを7年継続した活動の検討	ストーマ教育を講義と演習形式で行った研究
受動型教育	山崎（2019）認知症の人をケアする職員に対するシミュレーション研修の有効性の検討 訪問系職員を対象とした研修会の実施およびその評価	シミュレーション研修を取り入れた認知症研修の有効性について述べた研究
受動型教育	佐野（2019）訪問看護師を対象とした在宅心不全看護セミナーの評価と内容の改善	心不全に関する知識の獲得やアセスメント能力を強化し、心不全の増悪徴候を早期発見できるようセミナーを行った研究
受動型教育	中島（2018）地域においてストーマセミナーを7年継続した活動の検討	セミナーを受講した看護師、介護士、訪問看護師、ヘルパー146名を対象にアンケートを実施した研究
受動型教育	庄司（2018）「質の高い在宅がん看護実践を創造していく看護師養成プログラム」研修の長期的教育効果と教育支援の展望 平成24年度から平成26年度の研修生への調査を通して	「質の高い在宅看護実践を創造していく看護師養成プログラム」（在宅がん医療と薬理と疼痛緩和、在宅がん患者と栄養、在宅がん患者とコミュニケーション、在宅がん終末期におけるフィジカルアセスメント）の修了生が、研修終了後に修得した内容を実践の場でどのように活用しているかについて明らかにした研究
受動型教育	吹田（2017）地域包括ケアを担う医療従事者を対象とした感染症対策研修会の有効性と課題	感染症対策研修会を実施した結果を明らかにした研究
受動型教育	盛次（2017）高齢者施設および在宅医療ケアにおける尿道留置カテーテルの取扱の現状と課題	非急性期ケアにおける尿道留置カテーテルの取り扱いの現状を把握した研究
臨床心理研修	仁科（2016）訪問看護師の仕事満足度を高める臨床心理研修プログラムの試行と評価	仕事満足度を向上させるプログラムである「看護のための臨床心理研修プログラム」を作成し、試行・評価した研究
管理者研修	谷垣（2016）マグネット訪問看護ステーション管理者の組織育成	マグネット訪問看護ステーションの管理者を対象に職員の定着のためにどのような組織育成を行っているのかの研究
受動型教育	内海（2016）糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援する訪問看護師を対象とした「継続教育」プログラムの評価	糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援するための訪問看護師の「継続教育」プログラムを実施・評価した研究
事例検討	安藤（2016）強い心理反応や精神症状を有する利用者や家族の対応に困難を感じる訪問看護師への支援体制の検討 訪問看護師を対象にした事例検討会を通して	訪問看護利用者やその家族に強い心理反応や精神症状があり、対応に困難を感じている訪問看護師を対象に事例検討会を実施した研究
受動型教育	小原（2016）シミュレーション教育を取り入れた「在宅療養者への急変時の対応」研修の評価	シミュレーション教育を取り入れた「在宅療養者への急変時の対応」研修を行った研究
受動型教育	吉行（2016）訪問看護師に対する高齢者総合的機能評価を活用した介護予防教育プログラムの効果	介護予防教育プログラム（PGM）を実施し、訪問看護師の高齢者に関する知識、CGAの理解について行った研究
受動型教育	平山（2015）在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理教育の試み『在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理の質の向上を図る教育プログラム』の開発	在宅終末期ケアの質の向上に向け『開発版：在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理の質の向上を図る教育プログラム』（以下、教育プログラム）を考案した研究
実地研修	中村（2015）エイズ中核拠点病院における訪問看護師に対する実地研修の有用性	エイズ中核拠点病院における訪問看護師に対する実地研修の有用性について検討した研究
受動型教育	小笠原（2014）高知県における専門分野「がんにおける質の高い看護師育成事業」5年間の成果と今後の課題	在宅療養を支援するために必要な継続看護の視点を養い、アセスメント能力を高める目的で、訪問看護同行研修を実施した研究
受動型教育	中西（2014）地域連携を視野に入れたストーマケアセミナーの検討 院内専門セミナーを訪問看護師に開放して	院内ストーマケアが地域連携にどのように役立っているかについて行った研究
受動型教育	生田（2012）訪問看護師を対象とした在宅人工呼吸療法を行う障がい児の訪問看護研修プログラムの開発とその評価	在宅人工呼吸療法など高度な医療的ケアを行う障がい児の訪問看護についての研修プログラムを作成し、実施後の評価と効果を明らかにした研究
受動型教育	古瀬（2012）在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師のスキルアップを目的としたセミナーの効果	在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師のスキルアップを目的としたセミナーを実施し、その効果を検証した研究
受動型教育	品川（2012）小児在宅ケアに関する教育プログラムの検討	A 県小児在宅ケア研修会へ参加した小児在宅ケア提供者（訪問看護側、病院側）が抱える困難や研修会への期待の内容を明らかにした研究

受動型教育	内海（2011）糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援するための訪問看護師の「継続教育」プログラムにおける構成要素	糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援する訪問看護師への「継続教育」プログラムにおける構成要素を、訪問看護師の学習ニーズを調査した研究
受動型教育	小松（2011）訪問看護師対象の感染管理に関する在宅人工呼吸器研修会への参加効果	感染管理教育プログラム『在宅人工呼吸器感染管理研修会』を、15名を対象に開催し、学習効果を検証した研究
受動型教育	滝内（2010）訪問看護師を対象とした持続携行式腹膜透析に関する研修会の効果検証	訪問看護師を対象に持続携行式腹膜透析（CAPD）の感染管理に焦点を当てた研修会を実施し効果を評価した研究
受動型教育	新井（2010）訪問看護師を対象とした精神科訪問看護研修会の評価	精神科訪問看護研修会の評価した研究
受動型教育	小松（2010）訪問看護師の在宅ターミナルケアに関する知識・技術の修得状況	訪問看護師を対象とした「在宅ターミナルケアに関する教育プログラム」の開発に資する研究
受動型教育	滝内（2009）訪問看護師を対象とした「感染対策に関する基礎的知識」研修会の効果検証 研修前後の修得状況を通して	訪問看護師を対象とした「感染対策に関する基礎的知識」研修会の効果した研究
受動型教育	前田（2009）訪問看護師を対象とした「膀胱留置カテーテル挿入・管理」感染管理研修会効果検証	『膀胱留置カテーテル挿入・管理』研修会を開催し、参加者の学習効果を検証した研究
受動型教育	前田（2008）訪問看護師を対象とした「手洗い・うがい」研修会の効果検証	「手洗い・うがい」を研修会の効果検証した研究
受動型教育	片倉（2008）統合失調症をもつ利用者に効果的な訪問看護を提供するための教育プログラムの開発	統合失調症をもつ利用者への訪問看護を行っている看護師に対する教育プログラムを開発し、その効果を検討した研究

表 2 訪問看護師の継続教育方法に関わる看護研究の分類

分類	執筆者（年代）論文名	内容
受動型教育	山本（2019）退院支援と訪問看護師を結ぶ継続看護の支援を目指したシミュレーション教育の検討	呼吸・循環を安全・安楽に整えるなどの重複した症状のアセスメント力育成型研修や、医療機関連携型のシミュレーション教育
受動型教育	小瀬古（2019）精神科訪問看護師を対象とした Skype 研修と取り組み	Skype を用いて精神科訪問看護師を対象に行った研修の効果を述べた研究
個別面談	武（2017）訪問看護師にとっての対応困難事例の困難要素について テキストマイニングソフトを用いた個別面接調査の分析結果より	困難事例について多職種連携チームでの対応を促進するため、訪問看護師の困難要素を明確にした研究
文献	大田（2017）日本における訪問看護師の「継続教育」に関する文献レビュー	訪問看護師の「継続教育」におけるニーズに関するもの16件と、研修のプログラム評価やプログラム策定に関するもの12件に分別した文献研究
教材の開発	武政（2017）地域包括ケアシステムを担う次世代人材教育のための教材開発研究 モデル事例を精練するためのチェックリストの作成	地域包括ケアシステムを担う次世代人材教育のための教育モデルを開発した研究
学習環境	佐藤（2017）大学と訪問看護師が協働で進める訪問看護技術研修の実践と評価 大学の学習環境を活用した技術研修の効果	大学の学習環境活用した訪問看護技術を強化するための研修についての研究
同行訪問	島村（2017）受け持ち病棟看護師と訪問看護師による退院後同行訪問の実施	受け持ち病棟看護師と退院後同行訪問を行った研究
同行訪問	中尾（2017）地域中核病院における認定看護師と地域の訪問看護師との同行訪問システム構築	院内フローなどについて検討した研究
受動型	安田（2012）山間地域の訪問看護ステーションの活動上の課題と現任教育の方策	山間地域にある訪問看護ステーションの管理者が捉えた活動上の課題について行った研究
個別支援	吉本（2011）訪問看護をめざす看護師を対象とした学び直しプログラムにおける自己決定的な学習に必要な個別的学习支援	訪問看護を目指す看護師を対象とした系統的・個別的な学び直しプログラム（14科目 360時間）を受講した看護師の研究
看護計画	佐久川（2010）島嶼における大学と実習先との協働による看護職者の看護実践力向上の試み（第2報） 事例検討による訪問看護計画の検討と看護実践の変化	事例検討による訪問看護計画の修正を行い、その後の看護実践の変化について、訪問看護師の自己評価の検討した研究

*分類は、筆者が看護研究論文を読んで分類したものである。

-
- 1) 全国訪問看護事業協会（2018）訪問看護ステーションのサービス提供の在り方に関する調査研究事業 <<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/H15-2-1.pdf>>（検索日 2019 年 12 月 11 日）
 - 2) 齋藤尚代・川並和恵・夷亀いずみ・真柄和代・朝日玲子・皆川裕（2018）県内訪問看護ステーションの新卒採用の現状と課題，日本看護学会論文集：在宅看護，48，pp. 51-54.
 - 3) 同前，pp. 51-54.
 - 4) 久常節子・小池智子・斎藤訓子（2002）看護職の医療・看護政策に対する関心，日本看護管理学会誌，6，pp. 27-45.
 - 5) 田川晴菜・窪田和巳・山口さおり・深堀浩樹（2013）看護政策に関わる看護職が現在の職業・立場につくまでの経験，日本看護管理学会誌，17，pp. 48-56.
 - 6) Matrix Method 法とは，多くのアプリケーションにおいて基本的な原理を体系的に取り扱うときに用いられる構造解析法である。
 - 7) Garrard Judith 安部陽子訳（2012）Health science literature review made easy third edition，pp.14-15，医学書院，東京.
 - 8) 厚生労働統計協会（2018）地域の医療と介護を知るために－わかりやすい医療と介護の制度・政策－，厚生指針，65（1），pp. 49-53.
 - 9) 藤原泰子・大塚邦子・菊地よしこ（1999）介護者の褥瘡に関する知識と褥瘡予防教育の課題 済生会訪問看護ステーション利用者の介護者の実態，日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会誌，3，pp. 23-28.
 - 10) 葉久貴司・吾妻雅彦・柿内聡司・橋本卓樹（1999）当院における在宅酸素療法の現状 高知赤十字病院医学雑誌，7，pp. 9-13.
 - 11) 辻里美・森本由美・木村由美・大野美穂（1999）熊本県における訪問看護の対象者及び活動の実態，九州国立看護教育紀要，2，pp. 51-60.
 - 12) 西野聡・林隆夫・松下捷彦（1991）在宅酸素療法患者の家庭への訪問看護

- の試み, 医療, 45, pp.751-755.
- 13) 高橋由佳利・石田暉 (1994) 重度障害への挑戦 病院から自宅へ 脳梗塞に慢性心不全を合併した1症例, Journal of Clinical Rehabilitation, 3, pp.339-342.
- 14) 野村陽子 (2016) 看護制度と政策, p.209, 法政大学出版局, 東京.
- 15) 山田雅子 (2016) 訪問看護 これまでと, これから, 聖路加看護学会誌, 20 (1), pp.3-9.
- 16) 栗田麻美・奥田眞紀子 (2016) 奈良県における在宅看護の変遷と現状, 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, 12, pp.4-13.
- 17) 厚生労働統計協会 (2020) 厚生 の 指標 国民衛生の動向 2020/2021, pp.11-27, 東京.
- 18) 山田雅子 (2016), 前掲 15), pp.3-9.
- 19) 城戸口親史・水島ゆかり・前田修子・中山栄純・滝内隆子・浅見美千江 (2005) 在宅における看護師の感染管理を必要とするケアの実施状況と課題, 日本在宅ケア学会誌, 9, pp.76-82.
- 20) 小松妙子・前田修子・滝内隆子 (2011) 訪問看護師対象の感染管理に関する在宅人工呼吸器研修会への参加効果, 日本環境感染学会誌, 26, pp.41-48.
- 21) 工藤綾子・稲富恵子・稲葉裕 (2006) 在宅医療廃棄物の適正処理に関する研究の分析 現状の問題と今後の課題, 日本在宅医学会雑誌, 8, pp.161-166.
- 22) 呉地祥友里・大湾明美・久貝千秋・我如古康子 (2006) A 県訪問看護ステーションにおける感染予防対策の実態 (第1報) 管理者の感染予防対策を中心に, 日本看護学会論文集: 老年看護, 36, pp.136-138.
- 23) 前田修子・滝内隆子・小松妙子 (2010) 訪問看護師を対象とした感染管理の連携・指導に関する研修会の評価 研修会参加前後における知識・技術の修得状況の変化から, 日本在宅ケア学会誌, 13, pp.85-92.

- 24) 中野匡子・小野喜代子・安村誠司（2002）介護保険居宅サービス事業所管理者と訪問サービス従業者の感染予防対策の実態，日本公衆衛生雑誌，49，pp. 1239-1249.
- 25) 廣部すみえ（2001）訪問看護婦の判断の基盤となる能力 困難な判断場面から，福井県立大学看護短期大学部論集，12，pp. 29-40.
- 26) 石本傳江・宗正みゆき・長谷川浩子・兼安久恵・迫田綾子（2002）看護職による静脈注射の現状と課題，看護，54，pp. 71-76.
- 27) 角田千春・山下貞子・花輪菊江・田口明仁・新井やすよ・古明地文子・菅沼真由美（2006）地域との連携を推進していくための教育プログラムの評価と課題 研修後のレポート分析により，日本看護学会論文集：地域看護，36，pp. 40-42.
- 28) 鈴木英子・阪井哲男・松田博雄・橋本佳美（2000）在宅人工換気療法のごどもが地域の小学校に入学するまで 医療的ケアをめぐる諸問題，小児保健研究，59，pp. 500-507.
- 29) 立石修・野木村健・本田陽一・後藤豊・陳勁一・望月正武・中山陽・藤村壽路（2000）社会的入院患者退院に関しての介護の問題，訪問看護と介護，5，pp. 496-499.
- 30) 吉越洋枝（2001）訪問看護婦の看護技術の実態と教育に関する調査研究 93名の訪問看護婦の調査結果から，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，26，pp. 434-441.
- 31) 千田みゆき・林滋子・水戸美津子・松下由美子・村松照美・佐藤悦子・白鳥さつき（2006）看護職者の生涯学習ニーズとその支援状況（その2）A県における訪問看護師の調査，日本看護学会誌，16，pp. 207-214.
- 32) 飯吉令枝・熊倉みつ子・佐々木美佐子・小林恵子・平澤則子・斎藤智子・矢坂陽子（2000）N県内の訪問看護ステーションにおける看護職の教育ニーズ，新潟県立看護短期大学紀要，6，pp. 57-70.
- 33) 川島恵津子（2006）訪問看護ステーションに勤務する看護師のキャリアニ

- ーズの要因に関する研究, 看護・保健科学研究誌, 7, pp.93-102.
- 34) 松下祥子・和田ユキ・田中重子・渡部裕之・小倉朗子・小西かおる・石井昌子 (2004) 神経難病に関する在宅サービス提供者の研修ニーズへの保健所の取り組み, 日本難病看護学会誌, 9, pp.144-149.
- 35) 野村陽子 (2016), 前掲 14), pp.1-6.
- 36) 栗田麻美・奥田眞紀子 (2016), 前掲 16), pp.4-13.
- 37) 厚生労働省 (2019) 地域包括ケアシステムの実現へ向けて <
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/> (検索日 2019年12月11日)
- 38) 新井香奈子・梶原理絵・中野康子・大向征栄・山田小百合・竹野淳・宮脇美千子 (2010) 訪問看護師を対象とした精神科訪問看護研修会の評価, 兵庫県立大学地域ケア開発研究所研究活動報告集, 4, pp.5-11.
- 39) 荒川貴代美・鶴田来美・長谷川珠代 (2012) 訪問看護師に必要な能力と教育に関する研究 A 県看護協会が主催する訪問看護研修 STEP1 の有用性, 日本看護学会論文集, 看護総合, 42, pp.390-393.
- 40) 畠山玲子・増満昌江・松村香・方波見柳子・小浦さい子 (2014) 「特定行為に係る看護師の研修制度」に関する在宅看護の訪問看護師の意識調査, 人間総合科学, 26, pp.109-116.
- 41) 井口久子・小林利江 (2012) 長野県訪問看護研修受講者数減少要因についての考察, 長野県看護研究学会論文集, 32, pp.40-42.
- 42) 小松妙子・前田修子・滝内隆子 (2011) 訪問看護師対象の感染管理に関する在宅人工呼吸器研修会への参加効果, 日本環境感染学会誌, 26, pp.41-48.
- 43) 古瀬みどり・松浪容子 (2012) 在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師のスキルアップを目的としたセミナーの効果, 日本看護研究学会雑誌, 35 (1), pp.167-173.

- 44) 久保谷美代子・柏木聖代・村田昌子・田宮菜奈子 (2010) 訪問看護ステーションにおける看護職員の外部研修への参加の実態と関連要因, プライマリ・ケア, 33, pp. 42-49.
- 45) 前田修子・滝内隆子・小松妙子 (2009) 訪問看護師を対象とした「膀胱留置カテーテル挿入・管理」感染管理研修会効果検証, 日本環境感染学会誌, 24, pp. 417-424.
- 46) 中西恵美・中務直美・南裕恵・山下八重子 (2014) 地域連携を視野に入れたストーマケアセミナーの検討 院内専門セミナーを訪問看護師に開放して, STOMA: Wound & Continence, 21, pp. 50-52.
- 47) 岡由美子・西村康子・津禰鹿篤子・村尾妙子 (2009) 医療依存度の高い在宅療養者の防災における危機管理意識の向上 避難移送シミュレーションを実施して, 訪問看護と介護, 14, pp. 56-61.
- 48) 高木日登美・矢萩由香・浪花弘美・長田千穂・矢田美奈子 (2014) 退院支援を実践した患者への訪問看護同行研修の評価, 日本看護学会論文集: 地域看護, 44, pp. 85-88.
- 49) 滝内隆子・前田修子・小松妙子 (2009) 訪問看護師を対象とした「感染対策に関する基礎的知識」研修会の効果検証 研修前後の修得状況を通して, INFECTION CONTROL, 18, pp. 1312-1321.
- 50) 安田貴恵子・柄澤邦江・御子柴裕子・酒井久美子・下村聡子, 北山秋雄 (2012) 山間地域の訪問看護ステーションの活動上の課題と現任教育の方策, 日本ルーラルナーシング学会誌, 7, pp. 17-29.
- 51) 柄澤邦江・安田貴恵子・御子柴裕子・酒井久美子・下村聡子・北山秋雄・松原智文 (2011) 長野県の訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズ(第1報) スタッフに対する調査の分析, 長野県看護大学紀要, 13, pp. 17-27.
- 52) 柄澤邦江・安田貴恵子・御子柴裕子・酒井久美子・下村聡子・北山秋雄・松原智文 (2012) 長野県の訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズ(第

- 2報)管理者に対する調査の分析, 長野県看護大学紀要, 14, pp.25-34.
- 53) 川野英子・猪腰江美子 (2011) 訪問看護師を対象にした家族看護に関する現任教育の現状, 家族看護, 9, pp.138-145.
- 54) 小森直美・二重作清子 (2011) 訪問看護ステーションにおける新入職者のための育成支援に関する研究, 木村看護教育振興財団看護研究集録, 18, pp.31-38.
- 55) 豊田久美子・力石泉・藤井淑子・小川敬子・辻橋幹恵・柴崎さと子・中西京子 (2011) A 県における看護職の現任教育の実態と課題 病院, 訪問看護ステーション, 介護保険・福祉施設の比較, 日本看護学会論文集: 地域看護, 41, pp.281-284.
- 56) 生田まちよ・宮里邦子 (2013) 訪問看護師を対象にした在宅人工呼吸療法を行う障がい児の訪問看護研修プログラムの開発とその評価, 熊本大学医学部保健学科紀要, 9, pp.11-26.
- 57) 片倉直子・山本則子・石垣和子 (2008) 統合失調症をもつ利用者に効果的な訪問看護を提供するための教育プログラムの開発, 日本在宅ケア学会誌, 11, pp.65-74.
- 58) 内海香子 (2011) 糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援するための訪問看護師の「継続教育」プログラムにおける構成要素, 千葉看護学会会誌, 16, pp.55-65.
- 59) 大田博 (2014) 日本における訪問看護師の「継続教育」に関する文献レビュー, 四條畷学園大学看護ジャーナル, 1, pp.1-7.
- 60) 御厩美登里 (2014) 訪問看護におけるスタッフ教育に関する文献的考察, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 10, pp.49-55.
- 61) 厚生労働省 (2019), 前掲 37) .
- 62) フレイルとは、「Frailty (フレイルティ)」が語源となっており「虚弱」や「老衰」、「脆弱」などを意味する。日本老年医学会は 2014 年 5 月に高齢者において起こりやすい「Frailty」に対し、正しく介入すれば戻ると

いう意味があることを提唱するため「フレイル」と共通した日本語訳を用いることにした。

- 63) 藤田瑞季・有年絵美・藤澤邦江・隅野裕一・中山文子・明石智子 (2019) 地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師との連携の在り方 訪問看護師への質問調査から, 赤穂市民病院誌, 20, pp.144-147.
- 64) 古川直美 (2019) 看護活動から導かれた職種間連携・協働を推進する要素, 岐阜県立看護大学紀要, 19, pp.99-110.
- 65) 小原弘子 (2019) 【看護と介護-専門性と協働から考える】訪問介護員との協働に関する訪問看護師へのインタビュー調査, 看護実践の科学, 44 (1), pp.41-47, 2019.
- 66) 菅沼真由美・花輪啓子・瀧本まどか・遠山雅子・浅川和美・中村弥生・丹澤キイ (2017) 看護小規模多機能型居宅介護における終末期がん独居高齢者の看取り 複数の主治医との調整と介護職への看取り教育, 訪問看護と介護, 22, pp.131-135.
- 67) 吹田夕起子・福井幸子・矢野久子・前田ひとみ・細川満子 (2017) 地域包括ケアを担う医療従事者を対象とした感染症対策研修会の有効性と課題, 日本赤十字秋田看護大学日本赤十字秋田短期大学紀要, 21, pp.39-45.
- 68) 武政奈保子・方波見柳子・田中博子・森實詩乃・吉田一子・野田義和・吉田千鶴 (2017) 地域包括ケアシステムを担う次世代人材教育のための教材開発研究 モデル事例を精錬するためのチェックリストの作成まで, 帝京科学大学紀要, 13, pp.185-192.
- 69) 山本恵美子・加藤沙弥佳・川崎由美子・中島孝治・小松弘幸・畠中香織 (2019) 退院支援と訪問看護師を結ぶ継続看護の支援を目指したシミュレーション教育の検討, 医療の広場, 59, pp.15-18.
- 70) 益田育子・馬場千晶・松井夏子 (2015) 首都圏の訪問看護師が必要と考える震災発生直後の対応と事前の対策, リハビリテーション連携科学, 16, pp.116-124.

- 71) 小原弘子・大川宣容・森下幸子・井上正隆・森下安子 (2016) シミュレーション教育を取り入れた「在宅療養者への急変時の対応」研修の評価, 高知県立大学紀要, 65, pp. 41-48.
- 72) 小瀬古伸幸・進あすか (2019) 精神科訪問看護師を対象とした Skype 研修と取り組み, 日本看護学会論文集: 精神看護, 49, pp. 55-58.
- 73) 久野暢子 (2016) HIV 陽性者への在宅療養支援未経験訪問看護師に対する HIV ケア準備性育成に向けた短時間研修用プログラムの作成, 広島大学保健学ジャーナル, 13, pp. 30-31.
- 74) 安藤幸子・山岡由実・蒲池あずさ・西山忠博・石田絵美子 (2016) 強い心理反応や精神症状を有する利用者や家族の対応に困難を感じる訪問看護師への支援体制の検討 訪問看護師を対象にした事例検討会を通して, 神戸市看護大学紀要, 20, pp. 33-41.
- 75) 小瀬古伸幸・進あすか (2019), 前掲 72), pp. 55-58.
- 76) 青山京子・山下恵・石黒彩子 (2018) 愛知県 C 地域における小児訪問看護の現状と課題, 日本ヒューマンヘルスケア学会誌, 3, pp. 59-66.
- 77) 松崎奈々子・阿久澤智恵子・久保仁美・今井彩・青柳千春・下山京子・金泉志保美 (2016) 訪問看護ステーションにおける小児の受け入れの現状と課題, 日本小児看護学会誌, 25, pp. 22-28.
- 78) 松澤明美・白木裕子・連利博・竹谷俊樹・平澤明美・新井順一 (2016) 茨城県北・県央地域の訪問看護ステーションにおける小児訪問看護の実施状況と課題, 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 7, pp. 19-27.
- 79) 中山亜沙美・柴田由美子・徳増裕宣 (2017) 小児在宅リハビリテーションの実態調査とリハビリテーションを行ううえでセラピストが求めていること, 総合リハビリテーション, 45, pp. 1249-1254.
- 80) 鈴木ひろ子・橘ゆり・小畑正子 (2016) 訪問看護ステーション研修をすることで小児専門病院の看護師が得た効果, 日本看護学会論文集: 在宅看護, 46, pp. 95-98.

- 81) 柗中智恵子・中込さと子・須坂洋子 (2018) 神経難病領域の認定・専門看護師からみた遺伝看護の「継続教育」への課題, 日本遺伝看護学会誌, 16, pp. 56-67.
- 82) 関永信子・才崎郁香・金村美和 (2016) 筋萎縮性側索硬化症患者の在宅療養における喀痰吸引に関する文献検討, *International Nursing Care Research*, 15, pp. 123-132.
- 83) 平山恵美子・岩月すみ江・上條育代 (2015) 在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理教育の試み『在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理の質の向上を図る教育プログラム』の開発, *地域ケアリング*, 17, pp. 77-83.
- 84) 森本悦子・庄司麻美・橋本理恵子・藤田佐和 (2018) 「質の高い在宅がん看護実践を創造していく看護師養成プログラム」の教育効果, *高知県立大学紀要*, 67, pp. 19-26.
- 85) 佐藤千津代・富田真佐子・渡部光恵 (2017) 大学と訪問看護師が協働で進める訪問看護技術研修の実践と評価 大学の学習環境を活用した技術研修の効果, *日本在宅看護学会誌*, 5, pp. 79-87.
- 86) 庄司麻美・橋本理恵子・森本悦子・藤田佐和 (2019) 「質の高い在宅がん看護実践を創造していく看護師養成プログラム」研修の長期的教育効果と教育支援の展望 平成 24 年度から平成 26 年度の研修生への調査を通して, *高知県立大学紀要*, 67, pp. 27-34.
- 87) 菅沼真由美・花輪啓子・瀧本まどか・遠山雅子・浅川和美・中村弥生・丹澤キイ (2017), 前掲 65), pp. 131-135.
- 88) 徳岡良恵・林田裕美・田中京子・香川由美子・古谷緑 (2016) 進行・再発治療期のがん患者・家族に対する訪問看護師の看護実践上の困難と学習ニーズ, *日本がん看護学会誌*, 30, pp. 45-53.
- 89) 山本恵美子・加藤沙弥佳・川崎由美子・中島孝治・小松弘幸・畠中香織 (2019), 前掲 68), pp. 15-18.

- 90) 中島香寿代・今野日登美 (2018) 地域においてストーマセミナーを7年継続した活動の検討, 全国自治体病院協議会雑誌, 57, pp. 591-594.
- 91) 佐野元洋・岡田将・永田絵理香・眞嶋朋子・小林欣夫 (2019) 訪問看護師を対象とした在宅心不全看護セミナーの評価と内容の改善, 医療職の能力開発, 6, pp. 71-16.
- 92) 小原弘子・大川宣容・森下幸子・井上正隆・森下安子 (2016), 前掲70), pp. 41-48.
- 93) 小瀬古伸幸・進あすか (2019), 前掲72), pp. 55-58.
- 94) 前川厚子 (2018) 訪問看護師と介護職を対象にしたオストメイト終活支援研修会の企画と運営, 東海ストーマ・排泄リハビリテーション研究会誌, 38, pp. 59-67.
- 95) 中村美保・岡崎雅史・見元尚・前田武英・光畑知佐子・西原えり子・武内世生 (2015) エイズ中核拠点病院における訪問看護師に対する実地研修の有用性, 日本エイズ学会誌, 17, pp. 106-112.
- 96) 仁科祐子・金子周平 (2016) 訪問看護師の仕事満足度を高める臨床心理研修プログラムの試行と評価, 米子医学雑誌, 67, pp. 49-55.
- 97) 岡本双美子・江口恭子・杉本吉恵・檜木野裕美・中村裕美子 (2019) 訪問看護研修会の評価ー訪問看護実践への活用ー, 大阪府立大学看護学雑誌, 25, pp. 97-105.
- 98) 大河原知嘉子・森岡典子・柏木聖代・緒方泰子 (2019) 東京都の訪問看護事業所における教育・研修の実態と事業所規模との関連 テキストマイニングを用いた混合研究方法による分析, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 42, pp. 85-91.
- 99) 佐藤千津代・富田真佐子・渡部光恵 (2017) 大学と訪問看護師が協働で進める訪問看護技術研修の実践と評価 大学の学習環境を活用した技術研修の効果, 日本在宅看護学会誌, 5, pp. 79-87.
- 100) 吹田夕起子・福井幸子・矢野久子・前田ひとみ・細川満子 (2017),

- 前掲 67), pp. 39-45.
- 101) 山本恵美子・加藤沙弥佳・川崎由美子・中島孝治・小松弘幸・畠中香織 (2019), 前掲 69), pp. 15-18.
- 102) 山崎尚美・池俣志帆・百々望・百瀬由美子・山根友絵 (2019) 認知症の人をケアする職員に対するシミュレーション研修の有効性の検討 訪問系職員を対象とした研修会の実施およびその評価, 日本看護福祉学会誌, 24, pp. 105-120.
- 103) 平山恵美子・岩月すみ江・上條育代 (2015), 前掲 83), pp. 77-83.
- 104) 森本悦子・庄司麻美・橋本理恵子・藤田佐和 (2018), 前掲 84), pp. 19-26.
- 105) 庄司麻美・橋本理恵子・森本悦子・藤田佐和 (2019), 前掲 85), pp. 27-34.
- 106) 鈴木ひろ子・橘ゆり・小畑正子 (2016), 前掲 80), pp. 95-98.
- 107) 吉本照子・長江弘子・辻村真由子 (2015) 大学教員と訪問看護ステーション看護師の協働による新卒訪問看護師の育成プログラムにおける合意形成の課題 文化的視点からの考察, 文化看護学会誌, 7, pp. 2-12.
- 108) 吉行紀子・河野あゆみ (2016) 訪問看護師に対する高齢者総合的機能評価を活用した介護予防教育プログラムの効果, 老年看護学, 20, pp. 47-56.
- 109) 地域包括ケアシステムとは、厚生労働省が打ち出したシステムのことで、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 (令和 7) 年を目途に、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が切れ目なく一体的に提供される体制のことである。この体制を実現させるために、自助、互助、共助、公助という考えに基づき、地域住民・介護事業者・医療機関・町内会・自治体・ボランティアなどが一体となって地域全体で取り組むよう推進している。

- 110) 長崎和則・竹中麻由美・直島克樹・進藤貴子・土屋景子(2015)他職種及び多職種連携(IPW)に関する学生の意識と理解の変化に関する研究-演習授業コメントの質的分析を通して-, 川崎医療福祉学会誌, 25(1), pp. 49-61.
- 111) 同前, pp. 49-61.
- 112) 山田雅子(2016), 前掲15), pp. 3-9.
- 113) 鵜飼知鶴・畑吉節未(2016)療養通所介護事業に従事する看護師がとらえる訪問看護師との連携の実際, 日本看護学会論文集:在宅看護, 46, pp. 87-90.
- 114) 岡村慎一(2012)専修学校におけるキャリア教育の現状と今後の普及・推進, 他の高等教育機関におけるキャリア教育との比較, 文部科学省平成23年度教育研修活動補助事業「専修学校におけるキャリア教育技法に関する調査研究」報告書, p. 20.
- 115) 川淵孝一(2005)日本の医療が危ない, p. 95, ちくま新書, 東京.
- 116) Benjamin S Bloom, J Thomas Hastings, and George F Madaus, (1971) Handbook on Formative and summative Evaluation of Student Learning. 渋谷憲一・藤田恵璽・梶田勲一訳(1974)学習評価ハンドブック上・下, pp. 92-109, 第一法規出版株式会社, 東京.
- 117) 同前, p. 92-109.
- 118) Malcolm S. Knowles (1980) The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy, Englewood Cliffs: Prentice Hall/Cambridge, p. 21.
- 119) パースペクティブとは見込みや前途を表す用語として用いられている。ノールズはさまざまな物事の見方や考え方、将来の見通しという意味において、パースペクティブという用語を用いたと考えられる。
- 120) 御厩美登里(2014), 前掲60), pp. 49-55.

121) 文部科学省は1971(昭和46)年の社会教育審議会答申「急激な社会構造の変化に対処する社会教育のあり方」において、生涯の各時期における社会教育の課題の一環として成人一般に対する教育の機会の提供の必要性を指摘した。また1981(昭和56)年の中央教育審議会答申「生涯教育について」においても成人期の教育の提言が行われた。なお、1972(昭和47)年には「生涯教育における成人教育の意義と役割」を主題とするユネスコの第三回世界成人教育会議を積極的に招致し、東京会議が開催された。このように、各方面から男子成人を含む一般成人教育の重要性が指摘され、成人に対する社会教育の充実が図られてきている。

122) 前掲116), p. 420.

123) 日本看護系大学協議会(2019)看護職の教育に関する声明<
<http://www.janpu.or.jp/umin/kenkai/seimei.html>>(検索日2019年12月11日)

124) 前掲118), p. 39.

第3章 日本と諸外国の訪問看護師に関わる医療制度と教育

第1節 北欧・北米の訪問看護に関わる医療制度と教育

訪問看護の歴史や法制度から訪問看護師の特質を明らかにするとともに、これまでに日本で行われた看護研究から継続教育の現実的課題と解決方策について触れた。これによって訪問看護師の継続教育の現実的課題と解決方策は見えてきたが、本研究の目的が日本の訪問看護師の継続教育を取り扱うものであるがゆえに、諸外国の訪問看護に関わる医療制度と教育について触れておく必要がある。且つ、それは重要な意味をもつ。これによって諸外国の訪問看護に関わる教育から日本の訪問看護に関わる継続教育の方向性を探ることができるとともに、諸外国の教育から示唆を得ることもできる。

諸外国の訪問看護に関わる教育について論じるためには、まず、諸外国の訪問看護に関わる医療制度について説明しなければならない。なぜなら、日本の訪問看護と諸外国の訪問看護では、関わる医療制度が異なるため教育も異なるし、日本のような訪問看護師という呼称もないためである。したがって、諸外国の訪問看護に関わる教育について説明した上で、日本と諸外国の訪問看護に関わる継続教育を考察しなければ理解が及ばない。そのため、在宅医療の先進国といわれている北欧・北米のオランダ、デンマーク、フランス、イギリス、スウェーデン、ドイツ、アメリカの訪問看護に関わる教育を国別に説明した後に、訪問看護にかかわる継続教育について考察を行うこととする。その際、二次資料として先に発表されている報告書や研究論文を使用する。

まず、オランダの保健医療福祉制度は、健康保険法、特別医療費補償法、社会支援法、公衆衛生法の4つの法律によって成り立っている。このうち、訪問看護は特別医療費補償法に基づく、特別医療費保険を対象に位置づけられており、保険料を主な財源としている。在宅ケアを提供する事業者は、ケア判定センターが認定した患者に必要な機能の種類と量に基づいてサービスを提供し、その報酬は出来高払いで支払われる¹⁾。ケア判定センターは、疾病や障害、意

思疎通、日常生活上の問題、住環境、社会活動、学習、家族や友人、隣人からの支援可能性や公的および一般サービスの利用可能性などの項目を、オランダ共通の基準に基づいて評価する。オランダは機能と量に基づいて給付を行うことを原則とするため、日本の居宅サービスのような訪問看護事業所やヘルパーステーションといったサービス内容別の区分はない。そのため、事業者は機能の種類と週当たりの時間や回数等に基づき、患者ごとにカスタマイズされたケアを提供する。オランダにはビュートゾルフ(Buurtzorg)という考え方があって、看護や介護と機能別に分業することなくチームで包括的に実践すること、そして、それぞれの事業所に大きな裁量権が与えられている。また、2001（平成 13）年には安楽死法が制定されており、患者の安楽死のためにチームで議論、共有化することによってシステムが構築されていったといわれている^{2) 3)}。

オランダの訪問看護に関わる教育は、1990（平成 2）年代に病院や精神保健、障害者ケア、施設ケア、在宅ケアといった領域を超え、あらゆる看護、介護職を一律に教育し、内容のばらつきも解消している。そのうえ介護職から看護職へのレベルアップを可能としている。レベル 1 はケアヘルパー、レベル 2 は介護福祉ヘルパー、レベル 3 はケアワーカー、レベル 4 は看護師である^{4) 5)}。

デンマークは日本と同様に国民皆保険制度が整備されている。なお、デンマークでは家族が介護を提供する義務や責任はないという考え方が定着しており、地方自治体は十分な介護サービスを提供することが期待されている⁶⁾。デンマークの訪問看護は、介護サービスと一緒にになった組織と、訪問看護サービスを独立して提供する組織の 2 種類があり、在宅ケアにおいて看護師はケア提供の中心的役割を果たしている。看護師の管理下のもと、社会保健アシスタントによる服薬管理、カテーテル交換などの医療処置が行われ、社会保健ヘルパーは家事援助と身体介護に従事している⁷⁾。

デンマークの看護実践の範囲は日本よりも広く、医師が行う必要のある行為

のみを定め、それ以外は看護師が責任を持つことになっている。日本においても特定看護師と呼ばれる 38 の特定行為を行う看護師資格が『保健師助産師看護師法』の改正に基づいて 2015（平成 27）年に開始されたところである⁸⁾。

デンマークの訪問看護にかかわる教育は、高等学校卒業後に看護教育機関において 3 年 6 カ月の教育を受けなければならない。これは、日本の看護基礎教育とほぼ同程度といえる。一方で、デンマークの社会保健アシスタントの養成は 1 年 8 カ月、社会保健ヘルパーは 1 年 2 カ月の養成期間を要している。

フランスは、医療保険による保健医療サービスを提供しており、日本の国民健康保険のような地域保健は存在せず、退職後、保険者が変わることはない。介護手当は 60 歳以上の要介護高齢者を対象とした所得制限のない介護給付費として 1990（平成 2）年代に導入された。また、収入を要件としない普遍的かつ本格的な個別化自律手当を 2002（平成 14）年に導入している⁹⁾。また、フランスには終末期患者の新たな権利法であるクレス・レオネッティ法が 2016（平成 28）年に制定されている¹⁰⁾。クレス・レオネッティ法とは、救急時以外、医師は患者が残した事前指示書に従わなければならないことや、死に至るまでの持続的で深いセデーションを合法化したものである。セデーションとは、鎮痛剤や鎮静剤を用いた痛みや意識を低下させる処置をいう。フランスでは、本人の意思表示が患者の権利法によって整っている。

フランスでは看護師が自宅等で開業することが認められており、医師の処方に基づいて訪問看護サービスを提供することができる。自宅等で開業する看護師を開業看護師と呼び、注射や医療処置などの医療行為と清拭などの身体的なケアを行うことができる¹¹⁾。この開業看護師による訪問看護は、1975（昭和 50）年に開始された。対象は高齢者である。開業看護師は、医療保険の保険者である疾病金庫から、各行為の点数に応じて出来高払いの報酬を得ている。これは、疾病金庫から全国自律連帯金庫を通して各州の保健庁に配分された財源をもとに地方自治体が行っているものである。この財源は、患者のニーズに

応じて1件当たりの包括払いになっており、日本の健康保険法と介護保険法の使い分けに似ている。一方で、開業看護師の行為は、医師の処方に基づいて行われるものであっても、いちいち医師に問うことなく独自の判断で行える。

フランスの訪問看護にかかわる教育制度は、高等学校卒業後、3年間看護学校において教育を受け、国家試験に合格する必要がある。日本同様、免許更新制度はない。開業看護師として開業するためには、卒後最低でも3年以上の病院経験を必要とする¹²⁾。介護職は、医療系介護士と社会生活介護士があり、医療系介護士は在宅で生活を送る患者のケアの中心的な役割を担っている。また、フランスの終末期ホスピスや高齢者入所施設には、患者を診ない職員対応専任の心理療法士が必置されている。これは、プロフェッショナル意識をもち続けるには、バーンアウトしてしまってはならない、バーンアウトは全てが無とかしてしまうという考えのもとに行われている。毎日の心のケアをうまく整えていくことが肝要だということを意味する¹³⁾。

イギリスの保健医療福祉制度は、国民保健サービス法に基づく包括的保健医療サービスと、各地方自治体の責任によって運営される社会福祉サービスの2つがある。訪問看護は国民保健サービス法で提供されるため、租税を主な財源としている。イギリスの国民保健サービスの事業者は包括予算によって運営されており、保健医療スタッフへの報酬は俸給制によって支払われている。国民保健サービスに雇用されていない看護師は、民間病院、介護施設、学校、民間企業などで雇用されている¹⁴⁾。

近年、イギリスの保健医療政策は、日本同様、入院医療から地域保健サービスへの移行をすすめており、高齢化による長期的かつ多様なニーズに対応するため、住み慣れた地域での効果的で効率的なケアの提供を目指している。日本の訪問看護師にあたるサービスを地区看護師と呼び、病院から退院した患者、複雑で長期的なケアニーズを抱える患者、衰弱または終末期にある患者を対象として適切な看護プログラムを計画して提供されるようになっている。

イギリスでは、病院から退院の連絡を自治体福祉部が受けると、直ちに福祉部のソーシャルワーカーや作業療法士が家屋改造を含めた退院準備やナーシングホームへの入所のための動きを開始する。それは、ソーシャルワーカーが責任を担っている現状ではあるものの、看護師や理学療法士、作業療法士が行うこともある。ケースに必要なことであれば、専門職種にこだわらず誰かがその任を果たすという前提条件が形成されている¹⁵⁾。

イギリスの教育は、国ではなく各専門職団体の自律かつ自主規制に任されていることが特徴的である。訪問看護の担い手となる看護師スタッフは看護助産審議会という専門職団体が教育と資格認定の基準、ガイドラインを設定し、質の担保を図っている。看護師として看護助産審議会に登録するためには、大学学部以上の教育レベルを要する。地区看護師などの上級資格を得るためには、追加で最低1年の専門プログラムを受ける必要がある。

一般看護師と地区看護師の職務上の違いは、一部薬剤の処方権をもつことである。それ以外の行為の可否については看護助産審議会では規制していない。地区看護師の具体的な役割は、医師ではなく雇用主が作成する職務記述書に準拠することになっている¹⁶⁾。

スウェーデンの保健医療福祉制度は、県議会が訪問看護・介護サービスを決定し、県議会の職員が各病院・施設等と契約を行う。1992（平成4）年のエーデル改革によって医療と福祉が統合され、施設から在宅へと重点が移されている。

エーデル改革とは、高齢者ケアに関する財政及び提供の責任を市（コミュニオン）に一元化するものである。国は社会保障を、県（ランスタイピング）は保健医療を、市（コミュニオン）は福祉と教育を担当しており、住民の受診は地域の診療所の医師が家庭医となっているため、最初に地域診療所もしくは母子センター等を受診する。そして必要があれば地域診療所の医師が専門医を紹介することになる¹⁷⁾。

在宅看護は、昼間の重度訪問看護と軽度訪問看護に分かれ、夜間の訪問看護は定期巡回及び 24 時間連絡体制が確立され、民間委託した看護介護株式会社が実施している。訪問看護を含めた保健医療福祉サービスの重たる財源は、自治体ごとに徴収する地方所得税が充てられており、その税率は平均 32%となっている。県（ランスタイング）の管轄で提供される訪問看護サービスは、原則無料である。一方、市（コミューン）の管轄で提供される訪問看護サービスは、高齢者住宅ケアと一体となって提供される場合が多く、患者の経済状況に応じて自己負担が求められている。

県（ランスタイング）が管轄する地区診療所からの訪問看護は、地区診療所に勤務する地区看護師や准看護師が患者宅の住居を訪問してサービスの提供を行う。市（コミューン）が管轄する在宅看護では、コミューンに雇用される地区看護師がサービス提供の中心を担っており、在宅看護などの他の高齢者ケアと統合され、24 時間対応がなされる場合が多い。これはエーデル改革後に可能となった形態で、患者のニーズに沿ったケアの提供を可能にしている。重度者の訪問看護は病院をベースとする医師や看護師の混合チームが 24 時間対応の訪問サービスを提供している。

スウェーデンの看護教育は、国立医科大学又は民間独立教育機関の看護コースで 3 年間の学部教育を受ける必要がある。国立医科大学は県（ランスタイング）の財源で賄われ、実習も付属の大学病院で実施される。教育プログラムを終えた一般看護師は国立保健福祉委員会に申請することで、資格を得ることができる。資格の期限や更新制度は存在しない。

訪問看護サービスの中心的役割を担う地区看護師は上級の看護職であり、看護師資格取得後 2 年間の職業経験と 1 年間の継続教育を受ける必要がある。一方で、ヘルパーと准看護師の教育制度は高校教育における介護コースを出ることにより取得可能とされている。ヘルパー及び准看護師が提供する主なサービスは、入浴、更衣、食事、排泄などの身体介護や家事援助、散歩等と定められている¹⁸⁾。

ドイツは、1883（明治 16）年に世界初の社会保険方式を取り入れた医療保険制度の国である。ドイツの医療保険は皆保険制度をとっておらず、一定以上の所得のある者の任意加入となっている。医療保険の保険者である疾病金庫は、政府から独立した自主管理原則に則った公の法人である¹⁹⁾。介護保険は社会扶助の一部である介護扶助に位置づけられ、1995（平成 7）年から施行されている。介護保険の被保険者は原則、公的医療保険の被保険者の範囲に準じている²⁰⁾。

ドイツでは看護師が患者宅を訪問する看護の提供サービスのうち、医療保険は治療看護を提供し、介護保険は基礎介護及び家事援助を給付の対象としている。また、在宅介護施設で雇用されている看護師や介護士が、訪問看護を含む在宅サービスの中心的担い手となっている。

訪問看護は、主に医療保険及び介護保険によって賄われる。ドイツの医療保険は薬剤や特殊な治療等を除き、原則無料となっている。訪問看護サービスについても自己負担は発生しない。ドイツの介護保険は要介護別に定められた給付の範囲において、給付される。介護保険に要する費用は、介護金庫が共同して負担するように定められている。なお、ドイツの介護保険は現金給付を選択することができ、現金給付は家族による介護に報いるという目的で導入されている。家族は基礎介護や家事援助などのサービスを受けないかわりに、現金を受け取ることができる。

在宅介護施設では看護師や介護士が雇用され、養成教育を受けた専門職の責任の元、各種サービスが提供されている。在宅介護施設は福祉団体や地方自治体によって各地に設置されている。

ドイツでは一般看護師資格を得るために病院等に付属する看護専門学校等で 3 年間の教育を受けた後、国家試験に合格しなければならない。一方で、ドイツには保健師という業務を行う看護専門職はいない。ドイツでは学部を要する大学は少なく、看護専門学校での養成が一般的である。介護士の資格は 3 年間

の養成教育を受け、国家試験に合格することによって資格が与えられる。介護士は、医療関係職に分類されている。

ドイツの卒後教育は、2 時間から 3 日間の短期講習が準備されており、疼痛管理や老人看護、管理能力の向上、安全対策、緩和ケア、心肺蘇生法、インターネットによる情報検索表計算ソフトなどが行われている。また、1 年から 3 年の長期研修制度による州政府認定の「集中治療・麻酔」「がん」「手術」「精神」「地域」「感染症」の専門看護師課程がある。日本は修士課程の教育に準ずるが、ドイツでは修士課程ではないものの、教育内容としては高度な知識と実践教育が行われている²¹⁾。

自己責任の精神が大切にされるアメリカでは、社会保障に関わる国の介入は少ない。医療保険は高齢者と障害者を対象としたメディケアと、低所得者を対象としたメディケイドである。どちらにも該当しない国民は、2014（平成 26）年から民間の医療保険制度（コマーシャル）に加入することになった。また、アメリカには介護保険はない。医療のメディケアと貧困のメディケイドのどちらにも該当しない場合、アメリカ高齢者法によって費用の補助を受けることができるものの、州ごとに運用状況は異なり、予算も少ないため十分な支援とはいえない。そのほとんどは無償のケア、家族やボランティアによって支えられており、経済的な事情から施設よりも在宅でケアを受ける患者が多い。アメリカ連邦政府によると、1995（平成 7）年から 1996（平成 8）年の間に、ホームケアを受けた患者の総数は 2,500 万人であった。患者は訪問看護業者と自由に契約を結びサービスを受けることができるものの、経済力によって受けられるサービスに違いがある²²⁾。

アメリカは 1893（明治 26）年には訪問看護が開始され、非営利団体のナーシングプラクティショナー（専門看護師）が活躍している。また、アメリカの在宅介護企業は看護と介護のサービスが一体化されて提供されている。これはケアサービスの効果がみられないケアプランには、保険支払いが行われないという

厳しいものである。アメリカで行われている在宅サービスは、それぞれのサービスが同じ介護目標達成のために相乗効果を上げるケアプラン統合化が進められている²³⁾。

アメリカの訪問看護事業所は、大学院を出た看護師とソーシャルワーカーのペアという小規模で開業されている。ケアマネジメントは高齢者との個別契約であり、全額自費でまかなわれている。

アメリカの看護教育は、Pre-nursing Program に在籍し必修科目を受講した成績が上位 40 名のみが看護学科に入学できる。必修科目には、化学や数学、解剖学、生理学、心理学、英語、栄養学、コミュニケーション学等があり、成績 (GPA) が高いことが条件となる。また、再試験制度はなく科目が不合格だった場合は nursing Program から外される。

アメリカの教育機関には入ることは簡単であっても卒業することは難しいといわれる所以である。また、医療職であってもアメリカにおける解雇は日常である。アメリカの看護師は、与えられた責任の基に判断し行動することを十分に理解している²⁴⁾。

是澤は、アメリカのホームケア看護の真髄はリーダーシップにあると述べている²⁵⁾。アメリカのホームケアナースは、大きな義務と専門的責任がガイドラインに記述され、ナースはその重みに耐えなければならないという²⁶⁾。そのため、アメリカのホームケアナースにとって継続教育は欠かすことのできないものになっている。メディケアのガイドラインの変更時や感染予防技術の確認時など、年 1 回は必ず継続教育が行われる。継続教育のプログラムへの参加は必須的なもので、出席状況はモニタリングされている²⁷⁾。

このように、北欧・北米の訪問看護に関わる教育は少なからず違いはあるものの、それぞれの国ごとの世情に合わせて発展してきたことがわかる。

第 2 節 訪問看護師の教育に関わる諸外国からの示唆

患者の居宅で看護を提供するという視点から、日本と諸外国の看護教育について考察した結果、二つの方向性を見出すことができた。

一つ目は、職種間の協働・連携である。オランダにはビュートゾルフ (Buurtzorg) という考え方があり、看護や介護など、機能別に分業することなくチームで包括的に実践することや、それぞれの事業所に大きな裁量権が与えられていた。介護と看護の統一した教育によって、これを可能にしている。イギリスでは、病院から退院の連絡を自治体福祉部が受けると、直ちに福祉部のソーシャルワーカーや作業療法士が家屋改造を含めた退院準備やナーシングホームへの入所のための動きを開始する。これをソーシャルワーカーに代わって看護師や理学療法士、作業療法士が行うこともある。ケースに必要なことであれば、専門職種にこだわらず誰かがその任を果たすという前提条件が形成されている。またスウェーデンは、市（コミュニティ）の管轄で提供される訪問看護サービスは介護など他の高齢者住宅ケアと一体となって提供される場合が多く、患者の経済状況に応じて自己負担が求められている。重度者の訪問看護は病院をベースとする医師や看護師の混合チームが、24時間対応の訪問サービスを提供している。アメリカの在宅介護企業は、看護と介護のサービスを一体化して提供している。いずれも諸外国においては、看護の提供や継続教育も職種間の垣根を越えて行われていた。日本では職種の垣根を超えることはまずない。

日本でも他職種連携、協働は重要であるといわれていて、コメディカルと呼ばれる医師の指示の元で働く看護師や薬剤師、理学療法士、作業療法士などの基礎教育（IPE）は、高等教育で共同して行われるようになってきた²⁸⁾。しかし、IPEは病院内で働く医療職種間連携教育であり、医療専門職を目指す大学生のための基礎教育である。一方で、患者の居宅においてケアを提供する介護士と訪問看護師を統一化した基礎教育は行われていない。なぜなら、高等教育として介護系の職業教育を行っている大学がなかなか見当たらないためといえるであろう。

一方、日本においても患者の療養生活を支援するための職種間の継続教育は、厚生労働省の推進によって始まっている。そして介護保険法は、看護職と介護職の同一時間のケアの提供を許可し、一人で行うことが難しい行為は協働してケアを行うことを認めている。これからの患者の療養生活を支援する職種間の連携、協働は、教育から行わなければならないものといえるであろう。他職種連携、協働に向けて教育を見直す時期が来ている。

日本は、一般的にその職域の範疇を超えることはとても困難を伴うことである。それは教育機関の区分や、省庁の区分、職種ごとの教育等の分断が根底にあるからであろう。オランダのように介護から看護へ階段を上るように統一化した基礎教育を行うことは難しいとしても、継続教育は職域の枠を超え、患者、家族の生活のQOLを目指して統合化すれば、協働、連携は進むと考えられる。すなわち、連携を基盤にする継続教育の模索という方向性である。本研究が述べている共同体による継続教育の方法は、職種の枠を超えることを可能にするかもしれないと考えている。

二つ目に、看護行為の範囲である。オランダはレベル5の看護師が、ケアマネジメント業務を行う中心的な役割を担っており、日本のような介護支援専門員という職業はない。デンマークはカスタマイズされたケアを提供するために、あらかじめ医師が行う必要のある行為のみを定め、それ以外は看護師が責任を担っており、日本に比べ行為の範囲は広い。フランスの開業看護師の行為は、医師の処方に基づいて行われるものではあるが、独自の判断で行うことができるようになっている。アメリカは医療職であっても解雇は日常的に行われ、自らの責任の基に行為を判断し行動している。他にも、日本において医師が行う行為に処方権があるが、看護師の処方権を導入している国はイギリスやオランダ、スウェーデン、アメリカがある。その他、オーストラリアや韓国、アイルランド、ニュージーランド、ボツアナ、南アフリカも看護師の処方権を認めている²⁹⁾。遠山³⁰⁾は患者の個別の状況に応じたきめ細やかなケアと急変などに対する迅速な対応が求められるため、担当の訪問看護師の裁量でその場で必要

な薬剤の処方ができるれば、療養者への迅速な対応が可能となると考えると述べている。一方で、医師は医師の管理下で処方することとし、処方行為に伴う責任の問題や診療報酬の問題について懸念を示しているとともに、訪問看護師は責任過重を心配していることがわかっている。処方権付与は単なる教育制度の整備だけではなく、責任の所在を法的に整備することや、診療報酬上の明確な区分等、広くコンセンサスを得ることが必要であると述べている³¹⁾。このように日本における訪問看護師の処方権は、現状認められる状況にはない。

近年、日本においても医師に近い医療行為ができる看護師を養成する特定行為研修が始まっている。この研修は、保健師助産師看護師法を改正して定められた。特定行為ができる看護師になるためには、長期間の研修が課されている。一方で、小規模の訪問看護事業所に従事する看護師が、長期間の研修を受講することは難しい。特定行為のできる看護師が誕生した現段階において、訪問看護師の看護行為の拡大を可能にすることは難しいであろう。したがって日本の場合は、訪問看護師の看護行為の範囲を拡大するか否かではなく、継続教育によって看護実践能力を向上させることで、患者の急変時や悪化時、災害時を乗り越えていかなければならない。それは看護行為の拡大ではなく、患者が行為の拡大を必要とする事態に陥らないで済むようにするということである。すなわち訪問看護師の看護実践能力の向上によって、患者の病態の安定化を図るという二つ目の方向性である。

フランスは終末期ホスピスや高齢者入所施設に、患者を診ない、職員対応専任の心理療法士が必置されている。これから多老多死時代を迎える日本の訪問看護事業所でも、訪問看護師のメンタルヘルスケアを考えていかなければならない。これも事象や自らを客観的に捉え、その現象を意味づけ、学びに変えることができる力を高めていくことで対応するしかない。そのためには訪問看護師同士で支え合いながら、学び合う継続教育が必要だと考える。

近年、諸外国の継続教育に関わる看護研究は、看護教育を提供する方法の変化として急速に成長したeラーニングについて行われているものが散見される。

その方向性は、日本においても同様である。ガイ (Rouleau Guy, 2019-) ³²⁾ は、e-ラーニングが主に看護師の反応、知識、およびスキルに影響を認めたと報告している。一方で、e-ラーニング学習をどのようにして実践に変え、患者の転帰に影響を与えることができるかは不明のままである。これは、看護教育における e-ラーニングは、科学的、方法論的、理論的、実践ベースのさらなるブレークスルーが必要であるということである。ほかにも、ビルングスとロールズ (Billings D M & Rowles, 2001-) ³³⁾ が、World Wide Web のための継続的な看護教育の提供開発として、自宅や職場でインターネットやイントラネットへのアクセスを増加させていることを報告している。これら訪問看護師のニーズを満たすため、看護教育コースを継続して利用できるようにしたと報告している。日本の継続教育に関わる研究においても、e-ラーニングの研究が行われている。さらに、日本訪問看護財団は、訪問看護事業所や自宅で自分の都合の良い時間に得ることができる知識、技術として e-ラーニングを推進している ³⁴⁾。e-ラーニングは、日本や諸外国においても、訪問看護事業所に従事する看護師が学びの機会を得るという意味で、これからも発展していくものと推察できる。一方で、e-ラーニングは、どのように看護実践に反映するかが鍵となる。この反映は人によって異なるものである。訪問看護の対象者は、高齢者や壮年期の患者、医療的ケアを必要とする子どもである。対象者が人である以上、訪問看護は必ずデジタルの想像空間を超えて、人を対象に人の手で行わなければならない。それゆえ、実践の科学と呼ばれている看護実践を行う技能を養うには、実践を内省することが重要だと考える。

諸外国の在宅看護実践に関わる研究において、アンドラーデ (Angelica M Andrade, 2016-) は在宅看護に関わる看護実践の統合的文献レビューにおいて、在宅看護の看護実践を「科学的生産性」と表現している ³⁵⁾。48 件の文献を分析した結果、対人サポート、患者、家族、介護者への健康教育、技術的手順、臨床および管理監督の実行など、在宅に関わる看護師は多様な行動をとるとデータで示しており、その看護実践は複雑と報告している。また、看護師が

自分の経験から得た知識と科学的な推奨事項を実践に対する反省とともに使用していること、技術的ケアにおいても必要に応じて関係および教育活動が際立っていることを「科学的生産性」と表現して記述した。これは、継続教育の重要性を述べている。日本においても継続教育の確立によって、看護実践能力を高めることができる。その際、看護実践を客観的に考察し、意味づけすることによって訪問看護の実践を学びにする方策が必要になってくる。

-
- 1) 尾形裕也 (2002) OECD 諸国における医療制度改革の動向, 医療と社会, 12 (2), pp. 79-106.
 - 2) 松田晋哉 (2002) 欧州の医療制度改革, 医療と社会, 12 (1), pp. 51-69.
 - 3) 大森正博 (1998) オランダの医療制度改革と「規制された競争」, 医療と社会, 7 (4), pp. 99-129.
 - 4) 福吉潤, 株式会社キャンサーズキャン (2014) 外国における訪問看護制度についての調査研究報告書. 厚生労働省老年保健事業推進費等補助金保健健康推進等事業, pp. 47-55.
 - 5) 同前, pp. 47-55.
 - 6) 太田大介 (2016) デンマークの医療制度とその背景にある同国民の生活観についての考察, 聖路加国際大学紀要, 2, pp. 29-31.
 - 7) 山田ゆかり (2011) デンマークにおける医師と看護師の「継続教育」分担 海外社会保障研究, 174, pp. 42-51.
 - 8) 厚生労働省 (2015) 特定行為に係る看護師の研修制度 <
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>> (検索日 2021 年 4 月 8 日)

- 9) 原田啓一郎 (2007) フランスの高齢者介護制度の展開と課題, 海外社会保障研究, 161, pp. 26-36.
- 10) 山崎摩耶 (2018), フランスにおける終末期医療の法制化と患者の権利法: クレス・レオネッティ法と現場にみる終末期医療の実際, 文化連情報, 489, pp. 32-37.
- 11) 善生まり子 (2011) フランスの在宅入院制度および在宅ケアシステムについて看護の観点から学ぶ～日本訪問看護振興財団「フランスの訪問看護事情視察」に参加して～, 埼玉県立大学紀要, 13, pp. 139-147.
- 12) 奥田七峰子 (2004) フランス 看護師のやりがいにつながる高い報酬 (特集 世界を知って日本が進化する諸外国の在宅ケア事情), コミュニティケア, 6 (1), pp. 17-22.
- 13) 同前, pp. 17-22.
- 14) 福吉潤, 株式会社キャンサーズキャン (2014), 前掲 4), pp. 7-19.
- 15) 佐藤喜代治 (2004) 職種にこだわらないマネジメント<イギリス>, コミュニティケア, 53, pp. 23-26.
- 16) 福吉潤, 株式会社キャンサーズキャン (2014), 前掲 4), pp. 7-19.
- 17) 田中正子 (2009) スウェーデン・ストックホルム県における在宅医療状況と看護教育及びパリアティブケアー訪問看護の視点からー, 宇部フロンティア大学看護学ジャーナル, 2, pp. 55-61.
- 18) 峰村淳子 (2003) デンマーク・スウェーデン訪問看護・継続看護視察研修報告, 東京医科大学雑誌, 61 (1), pp. 74-76.
- 19) 陳亮 (2019) ドイツ保険契約法における責務の法的性質について, 明治大学法律論叢, 91 (6), pp. 169-217.
- 20) 宣賢奎 (2010) 日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察, 共栄大学研究論集, 8, pp. 1-18.
- 21) 松森直美 (2013) ドイツの看護教育, 人間と科学 : 県立広島大学保健福祉学部誌, 13 (1), pp. 41-49.

- 22) 是澤節子 (2004), 「継続教育」の一端を担うホームケアナース<アメリカ>, コミュニティケア, 53, pp. 31-34.
- 23) 服部万里子 (2004) 諸外国の在宅ケア事情から考える日本の在宅ケア, コミュニティケア, 53, pp. 4-16.
- 24) 横田知子 (2015) 米国との比較でとらえる日本の看護教育, 朝日大学保健医療学部看護学科紀要, 1, pp. 3-37.
- 25) 是澤節子 (2004), 前掲 22), pp. 1-34.
- 26) 同前, pp. 1-34.
- 27) 同前, pp. 1-34.
- 28) 大嶋伸雄 (2009) 保健医療福祉系大学におけるインタープロフェッショナル教育 (IPE) の認知度と今後の発展性に関する全国調査, 日本保健医療福祉連携教育学会学術誌・保健医療福祉連携, 1 (1), pp. 7-34.
- 29) 水木麻衣子・高橋都・甲斐一郎 (2010) 看護師の処方権導入に関する文献研究-利害関係者の視点から-, 社会技術研究論文集, 7, pp. 222-231.
- 30) 遠山寛子・春日広美・北素子 (2010) 看護師の薬剤処方権付与に関する訪問看護師および在宅療養に携わる医師の意識と課題, 第 30 回日本看護科学学会学術集会講演集, p. 499.
- 31) 同前, p. 499.
- 32) Rouleau Guy, Gagnon M, Côté J, Payne-Gagnon J, Hudson E, Dubois C, Picasso J, (2019) Effects of E-Learning in a Continuing Education Context on Nursing Care: Systematic Review of Systematic Qualitative, Quantitative, and Mixed-Studies Reviews, Journal of Medical Internet Research, 21, pp. 1-19.
- 33) D M Billings, C J Rowles, (2001) Development of continuing nursing education offerings for the World Wide Web, Journal of continuing education in nursing, 32, pp. 107-113.

34) 日本訪問看護財団 (2020) 訪問看護 e ラーニング

<<https://www.jvnf.or.jp/e-learning/>> (検索日 2020 年 8 月 20 日)

35) Angélica Mônica Andrade, Kênia Lara Silva, Clarissa Terenzi Seixas, Patrícia Pinto Braga (2016) Nursing practice in home care: an integrative literature review, Revista Brasileira de Enfermagem, pp. 210-219.

第4章 訪問看護師の目標設定の構造と継続教育

第1節 訪問看護師の目標設定の構造を可視化する必要性

過去に行われた資料や看護研究論文を用いて訪問看護師の継続教育について述べてきたが、本論の目指すところが訪問看護師のための継続教育であるため、訪問看護師が何を考え、どのようにしたいために看護活動をしているのかを明らかにしなければ、本研究が論及する訪問看護師のための真に望ましい継続教育とはならない。そのため、第4章では訪問看護師が描いているビジョンに向かって、自らが感じている脆弱性を克服するために、どのような目標を定めているのかという目標設定の構造を解明する。これは、どのような看護師になりたいと思っているか、看護師として大切にしていることは何かという訪問看護師の看護観を明らかにすることになり、それとともに訪問看護師の目標を達成するために必要な継続教育について明らかにすることができる。

三井は「看護職は感情労働者である。患者へのコミットメントを求めるといふ感情規則があるがゆえに、看護職はときに強い感情を喚起される。にもかかわらず同時に、患者に常に好意的であれという感情規則や、常に「合理的」であれという感情規則も課せられている。職務の中にこうした規則が同時に並存しているからこそ、看護職は自身の感情を管理しなくてはならないという瞬間を経験するのである」¹⁾と述べている。そして「看護職の顧客である患者は、疾患や障害による苦悩の中にある人々であり、そうした人々に安心・安楽な心的状態を作り出すことは、それ自体が患者のためであり、望ましいことである。労働者による感情管理が職務に与える効果を論じる議論は多いが、そのほとんどが組織の活性化や組織的目標の達成を効果として想定しているのに対して、看護職の場合には事情が異なる。看護職のいう患者のためは、確かに組織的目標でもあるのだが、それだけにはとどまらない望ましさを含む。このような患者のために貢献するという点で、看護職の感情管理が論じられるときには、それが望ましいものだという前提が置かれる傾向にある」²⁾と述べている。このように訪問看護師は患者に行う看護行為は、患者へのコミットメントがあり、

患者にとって望ましいものであるために、看護師の目標が設定される。つまり訪問看護師の実践は、看護の意味を見出す看護師自身の認識に影響を受けており、対象の理解や課題解決策など、その後の看護過程の展開に変化が生じる。看護実践能力の向上を目指すには、看護師自身の看護観が影響するのである。

津田³⁾は、「山谷という場で大きく揺さぶられたことによって看護師の感情体験が看護師と看護される側と双方の自立を促す看護観となる」と述べている。高藤⁴⁾は、「認知症高齢者が在宅で生活することの意味を尊重し、隠された力を信じ、チームの力で守るという看護観に基づいてかかわることであった」と報告している。小野⁵⁾は、「在宅高齢者を看取る訪問看護師の看護観は家族が後悔を残さない意図的な関わりの重要性、人として、専門職としての家族との距離感をつかむことであった」と報告している。これらの看護研究は、山谷集落における活動や認知症高齢者への活動、高齢者の看取りに関わる訪問看護師の看護観等、特殊な環境下にある訪問看護師の看護観であって全体像を捉えきれてはいない。また訪問看護師の目標設定を実現しようとする過程から、看護観を取り上げたものはない。この看護観、すなわち看護師なりの看護に対する見方や信念、自らの看護行為の基盤として大事にしていることを明らかにすることは、訪問看護師の意識レベルから訪問看護師の特質を確認することになる⁶⁾。そして2つ目の問いである、看護実践能力が向上した訪問看護師とは如何なる訪問看護師像かを解明することにもなる。

序章でも述べた通り、訪問看護師の看護実践能力の向上は、訪問看護師個人によって異なる意味を持つ。その個人によって異なる看護実践能力が向上した姿を明らかにするには、訪問看護師自身の看護観が必要である。なぜなら看護観とは、看護師として患者にどのような看護を行うのかという看護師が大切にしている信念や価値であり、看護師がよく問われるものである。薄井は「看護実践を支えるものが看護観であり、看護観は看護技術に表現され、看護の正しい発展には方法論や技術論のみならず看護観が必要」⁷⁾と述べている。つまり、この看護観が看護実践に大きく影響するのである。

看護実践能力の向上は個人によって異なる意味を持つものであるならば、この看護観もまた看護師ひとり一人異なる。訪問看護師は、どのような体験から自分自身の弱さに向き合い、その弱さを克服しようとするのか、その弱さを克服するために何をどのようにしているのか、この看護観の構造によって訪問看護師の看護実践能力とは何かを紐解くことになる。これは訪問看護師の看護実践能力の向上の意味に含まれる概念のうち、理論や知識といったものではなく、経験から生じる意欲や価値観といった訪問看護師個々人の意識レベルから専門家としての役割に持ち込まれたものなのである⁸⁾。

小川⁹⁾は、「訪問看護師としての能力や成長に関する意識は、他者からの承認を得ることで専門職としての満足度を高めることができ、さらに研修会に参加することで自分の職業キャリアを高めることができる」と述べている。この研究は他者からの承認や研修会の参加など、訪問看護師をとりまく環境に着目した研究であって、訪問看護師自身の目標管理など、訪問看護師の看護観の構造からみた看護実践能力を取り扱ったものではない。訪問看護師の看護実践能力の向上をはかるためには環境を整えることも重要ではあるが、訪問看護師自身が何を考え、どのように看護実践能力を高めているのか、訪問看護師の内面を明らかにしておかなければならない。畑中¹⁰⁾は、「看護観の発展には<自己の看護が揺らぐ体験に直面>をした看護師が<体験との向き合い>により<自己の看護の考え方の広がり>を得て<めぐす看護の定まり>がなされる【看護観形成過程】と、その実現に向け<看護ケア方法の探索>をして<めぐす看護を意識した看護ケアの実践を行い<看護ケアの承認による看護への自身>を得る過程を繰り返しく<体験の積み上げによる看護観の確立>に至る【看護観確立過程】があった」と報告している。村瀬¹¹⁾は、「熟練看護師においては新人期の漠然とした自己の看護観の具現化に向かう」と報告している。これらは看護師の看護観であり、訪問看護師の看護観を明らかにしたものではない。訪問看護師の看護観から看護実践能力が向上した姿を明らかにすることは、訪問看護師個人の看護実践能力の向上を目指す本研究の継続教育にとって不可欠な

ことである。

井上¹²⁾は、「看護師の目標管理が個人の目標と組織の目標が統合されることによって組織を強化でき、個々人のモチベーションをも向上させる」と述べている。一方で、多忙な看護業務のなかで個人の目標と組織の目標を機能させることは容易ではないと述べている。訪問看護事業所は組織規模も小さく、常時、訪問看護師が集まって施設内で勤務する体制にはないことから、個人の目標到達度ををはかることはかなり難しい。林¹³⁾は、「看護師の職業キャリアの形成及びそれに影響を及ぼす要因は、経験年数や労働条件に対する満足度、職場におけるモデルやメンターの存在である」と述べている。訪問看護の場合、患者宅を一人で訪問するという看護の形態のため、モデルやメンターなど、個人の看護技術等が洗練されていく様子を他者に承認してもらうことは難しいことである。

アペル (Karl Otto Apel, 1922-2017) は、「ある一定の目標を達成せんとするような行為に先立つ現在の望みこそが、行為の動機とみなされねばならない」と述べている。また、「未来へ向かう目標設定は、未来の可能性の開示として理解され、人間の行為の可能性として存続する」¹⁴⁾としている。鈴木¹⁵⁾は「看護師の課題とは目標と現状との差、すなわちギャップにあり、自分にとってなんとかしたいと感じていること、克服したいものである」と述べている。

願いや思いといったビジョン、つまり訪問看護師の看護観は、何を考え、どのように行動しようとする中に生まれているのかを捉えることによって、訪問看護師が現実と対座し、課題解決のために悪戦苦闘する過程、すなわち訪問看護師の目標設定の構造を明らかにすることになる。これから訪問看護師になる看護師を自律へと導く筋道ともなる。シャイン (Edgar Henry Schein, 1928-) ¹⁶⁾は、キャリアは人の職業生活が適切に組み立てられ、着実に進歩をとげているという意味に使われ、どのように発達してきたか、どの程度自覚しているかを含んでいるとしている。そして、自己概念の一要因となるキャリ

ア・アンカーとは、自分の弱さはなにか、目標はなにか、さらに自分がやっていることを判断する基準は何かであると述べている。これは2つ目の問い、どのような看護師像が形成されているのかを解くために、訪問看護師の目標設定を可視化することが必要だということを示している。

以上のことから、本章では訪問看護師の看護観へと導くことになる目標設定の構造から、訪問看護師の看護実践能力を育むこととは何か、訪問看護実践能力が向上することによって、どのような看護師像が形成されるのかを捉える。それは訪問看護師の看護観を叶えるための、継続教育を明らかにすることにつながると考えられる。

第2節 訪問看護師の目標設定の構造を抽出する試み

先にも述べた通り、訪問看護師の目標設定の構造を可視化することは困難を伴うことである。なぜなら、誰しも自分の目標を他者に知られることは望まないからである。今回、25名の訪問看護事業所の管理者の協力を得て、125名の訪問看護師を対象にアンケート（無記名自記式質問紙）に記述するという形で、訪問看護師の目標設定の構造の抽出を試みた。無記名で自由記述という無記名自記式質問紙ならば、自らの目標を明かしてくれるのではないかと考えたからである。そこで訪問看護師の目標設定の構造を明らかにするために、無記名自記式質問紙の自由記述内容を、質的記述的に分析するという方法を取った。

無記名自記式質問紙の基本的属性の各変数は記述統計値（度数・平均・標準偏差）を算出して、分布を確認した。さらに、無記名自記式質問紙の自由記述欄を、テキストとして記述し分析に用いた。文字化されたデータを、コーディング化していった。さらに、意味内容の類似性に基づき、カテゴリ化していった。その工程を、絶えず比較しながら反映することを繰り返した。そしてサブカテゴリ、カテゴリの順に抽象度をあげて整理した。

自由記述調査内容は、大きく3項目とした。1. 日頃、あなたが訪問看護師として勤務する上で感じる弱みを教えてください、2. あなたの訪問看護師としての夢を教えてください、3. あなたが訪問看護師として掲げている自己目標を教えてください、である。以下、1. 訪問看護師が感じている脆弱性、2. 訪問看護師のビジョン、3. 訪問看護師の目標設定と表記する。訪問看護師ひとりひとりの目標設定が、訪問看護師の目標設定になる。そして、このビジョンは訪問看護師の看護観へとつながる原動力となると考えた。

本章の倫理的配慮として、訪問看護事業所の管理者の承諾を得て実施した。一方で、管理者からの圧力につながらないように配慮してもらった。回収は、直接、研究者に返信郵送する形で行った。また、質問項目は25名の管理者の同意が得られたものとした。訪問看護事業所の管理者に、倫理的に問題がないか検討してもらった。対象者への依頼文書には調査の主旨、協力の有無は任意であること、不参加により不利益を被らないこと、保管方法等を明記した。調査によって得られた情報の匿名性や秘密の保持等、結果公表に際し個人及び所属組織名が特定されないよう配慮することも明記した。また、質問紙の返信をもって同意とみなした。本調査は、大学の研究倫理審査会の承認を得て実施した。

第3節 訪問看護師の目標設定の構造

無記名自記式質問紙調査の結果、対象者125名中99名から回答が得られた(回収率79%)。対象者である訪問看護師の平均年齢や看護師歴、訪問看護師の経験年数、現職の勤続年数、雇用形態、従業員数、資格の詳細は、表1に示す。

訪問看護師個人の基本属性は、平均年齢は40.4歳で、年代別では40歳代が46名と最も多く、次いで30歳代25名であった。看護師歴(±SD)は19.7(±8.11)年であり、訪問看護師としての経験年数は3年から5年と答えた

対象者、及び、5年から10年と答えた対象者が25名ずつで約半数（50%）を占めた。有する資格は看護師87名（88%）、准看護師10名（10%）、保健師2名（2%）であった。

訪問看護事業所の基本属性は、常勤雇用70名（71%）、非常勤雇用25名（25%）、期限付き雇用4名（4%）であった。現在の訪問看護事業所の勤続年数（±SD）は6.42（±5.23）年、最大値は29年、最小値は1カ月であった。訪問看護事業所の従業員数（±SD）は7.58（±3.74）、最大値は15、最小値は2であった。

表1 対象者の基本属性

n = 99				
項目		結果		
年代		人数	%	
	20代	1	1	
	30代	25	25	
	40代	46	46	
	50代	23	23	
	60代	4	4	
看護師歴		平均	最小値	最大値
		19.7	6	40
				SD
				8.11
訪問看護師の経験年数(年)		人数	%	
	1年未満	12	12	
	1年以上2年未満	11	11	
	2年以上3年未満	25	25	
	3年以上5年未満	25	25	
	5年以上10年未満	23	23	
	10年以上	3	3	
現職の勤続年数(年)		平均	最小値	最大値
		6.42	1カ月	29
				SD
				5.23
雇用形態		人数	%	
	常勤	70	71	
	非常勤	25	25	
	期限付き雇用	4	4	
従業員数(人)		平均	最小値	最大値
		7.58	2	15
				SD
				3.74
資格		人数	%	
	看護師	87	88	
	准看護師	10	10	
	保健師	2	2	

本調査の結果、看護師歴と訪問看護師としての経験年数に差があって、看護師歴は長いものの訪問看護師としての経験年数は短いことがわかった。これは、先行研究に一致する結果であった。また、訪問看護師の有する資格は、看護師資格が准看護師資格に対して多かったことも、柿沼¹⁷⁾や光本ら¹⁸⁾の先行研究と同様の結果であった。

現在の訪問看護事業所における訪問看護師の平均勤続年数は6.42年であったことから、ひとつの訪問看護事業所に長期間に渡って従事する訪問看護師はそう多くはないといえる。これは、訪問看護師の看護実践能力を向上させるという視点から見ると、あまり好ましい傾向ではない。勤続年数が短いということは、患者、家族から見ると担当の訪問看護師が何度も変わるということになる。患者は、自らの家に訪問看護師を招き入れ、家庭内の家具の配置から家庭の経済的事務まで知られ、日常生活全般にわたって支援してもらうことになる訪問看護師が、幾度も変わることを望んではいないであろう。訪問看護の実践は、ほかの誰も見ていない患者と訪問看護師という2人きりの状況下で実施される。それゆえ、訪問看護師の看護実践は、他者の信頼の上に成り立っているものといえる。そのため、訪問看護師の看護実践は他者の信頼に込め得るものでなければならないと考えられた。

本研究の対象者は、平均年齢40.4歳で、年代別では40歳代が46名(46%)と最も多く、次いで30歳代25名(25%)であったことから、本研究の対象者は、エリクソン(Erik Homburger Erikson, 1902-1994)¹⁹⁾の発達段階で表すと多くの訪問看護師が成人期から成熟期にあるものと考えられた。成人期から成熟期にある多くの訪問看護師は結婚して家庭をもち、子どもを育てるというだけでなく、社会的な役割や業績に関心を示し、助け合おうとする段階にある。一方で、看護師歴(±SD)は19.7(±8.11)年であるものの、訪問看護師の経験年数は3年から5年が25名(25%)、5年から10年が25名(25%)であったことから、看護職歴は長いものの訪問看護師としては、やっと一人前の訪問看護師レベルにあると考えられる²⁰⁾。成人期から成熟期に

ある多くの訪問看護師であっても、訪問看護師としてはやっと一人前の訪問看護師レベルにあるというねじれが生じていた。社会的な役割に興味、関心はあるものの、自分自身の訪問看護実践能力はおぼつかないというジレンマを抱えている訪問看護師が多いと考えられた。

1. 訪問看護師が感じている脆弱性は表 2 の通りであった。この質問に対し訪問看護師が答えた回答は、67 のコードから 4 つのカテゴリとして導かれた。以下、カテゴリは『』で示し、サブカテゴリは[]、コードは斜文字にアンダーラインを引き示す。

4 つのカテゴリとは、『看護実践に関わる脆弱性』『対人関係に関わる脆弱性』『組織・システムの脆弱性』『社会・他職種連携の脆弱性』であった。それは、[場面の判断力と決断力のなさ]、[病態・状況のアセスメント力と課題解決力のなさ]、[訪問看護を提供する技術力の不足]、[物事を俯瞰してみる力と根拠となる知識のなさ]、[伝達する力と傾聴する力のなさ]、[患者・家族に対応する力と応える力のなさ]、[業務の煩雑さ・多忙さ]、[組織の脆弱さ]、[訪問看護システムの課題]、[他職種等との調整の難しさ]、[法制度等に対するジレンマ]がサブカテゴリとして導かれた。

次に、2. 訪問看護師のビジョンは表 3 の通りであった。この質問に対し訪問看護師が答えた回答は、51 のコードから 4 つのカテゴリが区分できた。以下、カテゴリは【】で示し、サブカテゴリは[]、コードは斜文字にアンダーラインを引き示す。

4 つのカテゴリは、【自分自身のスキルアップビジョン】【患者・家族が自分らしく生活できるビジョン】【組織に関するビジョン】【地域社会・制度改革のビジョン】であった。それは、[知識・技術・資格の獲得]、[看護観に基づく看護の提供]、[患者の安心・安全・安楽なケアの提供]、[患者と家族の生活支援]、[患者と家族の相談相手]、[組織・システムのあり方]、[教育的な支援]、[同僚に認められる看護師]、[他職種・他機関等との円滑な連携]、[社

会貢献活動]のサブカテゴリから導かれた。

3. 訪問看護師の目標設定は表4の通りであった。この質問に対し訪問看護師が答えた回答は、62のコードから4つのカテゴリに区分された。以下、カテゴリは<>で示し、サブカテゴリは[]、コードは斜文字にアンダーラインを引き示す。

4つのカテゴリは、<個人のスキルアップ目標><顧客満足度の向上目標><組織のマネジメント目標><社会貢献目標>であった。[自分の技能・知識の向上]、[患者のケアの提供]、[患者・家族の生活支援]、[事業所戦略]、[社内システム・組織風土]、[人材育成]、[安心して働ける職場]、[自己管理・健康管理]、[他機関や他職種との連携]のサブカテゴリが導かれた。その他、目標はないという訪問看護師も存在した。

表2の訪問看護師が感じている脆弱性は、4つのカテゴリが導かれた。それは、『看護実践に関わる脆弱性』『対人関係に関わる脆弱性』『組織・システムの脆弱性』『社会・他職種連携の脆弱性』であった。

訪問看護師は、自分の判断に自信がない、ひとりで判断できない、施設を勧めるべきか迷うなど、訪問看護の提供の場面において求められる自分の判断に関わる看護実践能力の脆弱性を感じていた。また、判断したあとも正しい選択であったか考えてしまう、判断したあとにこれでよかったのか悩むなど、決断した後も「場面の判断力と決断力のなさ」にかかわる脆弱性を継続して抱えていた。さらに、状況の変化についていけない、病状の把握ができていない、自分の担当患者が重症化してしまう、改善がなかなかできないなど、[病態・状況のアセスメント力と課題解決力のなさ]を克服したいと感じていた。また、技術が未熟、自分の関わりに力不足を感じる、物事を広く考えられていないなど、[在宅看護を提供する技術力の不足]を感じていた。他にも、自分自身のスキルアップができていない、勉強が足りていない、新しい技術や知識が入らないことによる遅れなど、[物事を俯瞰してみる力と根拠となる知識のなさ]

を克服したいと感じていた。これらは、患者・家族に対する看護の提供場面において感じる自らの『看護実践に関わる脆弱性』であった。これは患者のためにもっと看護実践能力を磨きたいという気持ちの現れである。

さらに訪問看護師は、自分の言葉が相手の心に届いていない、患者・家族を指導する力が不足している、場面に合わせた助言ができていないなど、「伝達する力と傾聴する力のなさ」の脆弱性を感じていた。また、どこからどこまで手助けするのかわからない、どこまでの関わりを持つかわからない、家族の理解と協力が得られない、家族への十分なフォローが出来ていない、苦手意識を相手（患者）に持ってしまうなど、[患者・家族に対応する力と応える力のなさ]に脆弱性があると看護実践のなかで感じていた。これらは、『対人関係に関わる脆弱性』であった。

そして訪問看護師は、業務が多忙すぎる、患者が多すぎて新規を断らざるを得ない、日々の業務だけに流されているなどの[業務の煩雑さ・多忙さ]や、看護師の質が担保できていない、子供が病気でも出勤しなければならない、スケジュールががら空きで訪問回数が減ったなどの[組織の脆弱性]について記述していた。また、役割が果たせているかの確認ができない、ニーズとダイヤモンドのギャップを埋められないなど、[訪問看護システムの課題]について、看護実践のなかで感じていることを記述していた。これは『組織・システムの脆弱性』であった。

他にも訪問看護師は、病院との連携が上手くいかず満足な内容が伝わらない、医師や家族等に情報が伝えられず対応が遅れるなど、[他職種等との調整の難しさ]や、介護保険に振り回されている、ケアマネジメントが上手くいっていないなど、[法制度等に対するジレンマ]について記述していた。これらは訪問看護師が感じる『社会・他職種連携の脆弱性』であった。

表3の訪問看護師のビジョンは、4つのカテゴリが導かれた。訪問看護師は【自分自身のスキルアップビジョン】【患者・家族が自分らしく生活できるビジョン】【組織に関するビジョン】【地域社会・制度改革のビジョン】であった。

訪問看護師は、最新医療の知識を習得したい、適切な医療や知識と判断力を身につけたい、認定看護師の取得、苦手な分野を減らしたい、保険や福祉について詳しくなりたい、多様な疾患に対応できる看護師になりたいなど、[知識・技術・資格の獲得]と自分の夢の実現に向けて記述していた。また、相手に気持ちが伝わる表現ができる看護師になりたい、信頼してもらえる看護師になるなど、自分自身の[看護観に基づく看護の提供]を夢と記述していた。これらは訪問看護師の【自分自身のスキルアップビジョン】だと考えられた。

ターミナル期の患者が安心して安楽な生活を送ることができるようケアを提供する、医療ニーズの高い患者も安心できる対応をしたい、患者の症状の悪化のサインに早く気づき適切な対応ができるようになりたい、患者の問題を改善に導けるようになりたいなど、患者のために自分の看護実践能力を高めたいとする[患者の安心・安全・安楽なケアの提供]を夢と記述している訪問看護師がいた。また、自分の訪問で不安だった事や疑問が軽減できる、在宅での生活をしっかりサポートしたいなど、[患者と家族の生活支援]を夢と記述する訪問看護師もいた。その他、カウンセラー的な存在でありたい、患者とゆったりと向き合いたい、患者・家族にずっと関わる看護師でいたい、どんな病気の方でも相談やアドバイスできるようになりたいなど、[患者と家族の相談相手]になりたいと自分の夢を記述する訪問看護師もいた。これらは【患者・家族が自分らしく生活できるビジョン】を描いているものといえる。

訪問看護師のなかには、チームの一員として貢献できるようになりたい、病棟のナースステーションのような機能をもつ地域の方が気軽に寄れる街の中のステーションでありたいなどの[組織・システムのあり方]や、後輩の育成をしていきたい、後輩の手本になりたい、あなたに看護してもらえて良かったと言われる訪問看護師をたくさん育てたいなどの[教育的な支援]や、看護師から頼ってもらえる看護師になりたいなどの[同僚に認められる看護師]という【組織に関するビジョン】を、夢と記述している訪問看護師もいた。

さらに、引きこもりの人に関わりたい、地域の方の役に立ちたい、訪問看護

が社会から認められるなど [社会貢献活動] の夢や、他部署と連携し素早く対応できるシステムの確立、他ステーションとの連携をとり地域全体で在宅看取りや小児人工呼吸器の対応ができるようになってほしい、地域単位の管理ステーションがあってサテライト的なステーションの管理者体制をつくるなど、
[他職種・他機関等との円滑な連携] を夢と記述した訪問看護師もいた。これは【地域社会・制度改革のビジョン】だと考えられ表4の訪問看護師の目標設定は、4つのカテゴリが導かれた。この4つのカテゴリは、<個人のスキルアップ目標><顧客満足度の向上目標><組織のマネジメント目標><社会貢献目標>であった。

<個人のスキルアップ目標>は、リハビリ力の向上、研修出席・知識を深める、今までの経験を活かし訪問でできる事を見極める、リーダーの資質を身につける、訪問看護師の役割を果たすことができる、自分ができることを増やす、看護研究の発表・論文投稿、緩和ケアについて学びを深める、コミュニケーション能力の向上、色々な場面での適格に判断し対応できる、フィジカルアセスメント学習、アセスメントがもっとしっかりできる、介護保険・医療保険の内容制度を把握する、認知症等の資格試験を受験し自分の知識を深める、自分の看護をふりかえる等の、[自分の技能・知識の向上]から導かれていた。

<顧客満足度の向上目標>は、患者のニーズに添ったケアの提供、患者に喜んでもらえる様なケアの提供、必要な良質な医療サービスと情報とケアの提供、健康を取り戻す手助け・積極的に看取りに関わる、患者が安心して過ごすことが出来るケアの提供、患者が満足できるケアを提供する、個人個人の症状を把握し適切な看護が提供できるは、[患者のケアの提供]と、在宅療養が不安なく自分らしく継続できる支援、患者・家族の安心・安全な生活の確保、患者が自分らしく在宅療養できる生活の援助、患者の手助けができる、患者の職場との関係を作っていく、患者の笑顔と家族の笑顔が増えるように支える、在宅への退院支援などの[患者・家族の生活支援]から導かれていた。

<組織のマネジメント目標>は、常勤の負担が減るよう手助けできる看護師

になる、同行訪問などの回数を増やす、事業所の宣伝をするためにポスターを作る、患者の獲得・患者の拡大・訪問件数の確保、病院連携をとり訪問看護が関わることのアピール、体制の改善・がん看護について勉強会を開催するなどの[事業所戦略]や、業務マニュアル、技術マニュアルの修正追加し業務を円滑化する、医療機器の簡易マニュアルを作成しトラブル時の円滑化を図る、スタッフの健康管理をする、事業所の理念、チームワークの強化、働きやすい職場にする、ディスカッションに参加して事業所を活性化する、職場環境の調整、ほうれんそう（報告、連絡、相談）ができるなどの[事業所内システム・組織風土]、スタッフが負担なく継続できる、スタッフの教育内容を拡大するなどの[人材育成]、スタッフが目標を持ち働きスキルアップできるなどの[安心して働ける職場づくり]、仕事中に事故に合わない、医療事故など起こさずケアを行うの[自己管理・健康管理]から導かれた。＜組織のマネジメント目標＞を記述した訪問看護師は最も多かった。

＜社会貢献目標＞は、家族、社会資源、地域との連携を図る、福祉行政等の関係者機関と連携し支援体制を構築、もっと地域に貢献できることは何かを探る、他職種との連携技術の向上、グループホームの介護スタッフへの看取りの指導、他職種連携を積極的に行い相互役割を理解し看護の役割を発揮するなどの[他機関や他職種との連携]から導かれた。

表 3 訪問看護師のビジョン

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
【自分自身のスキルアップ ビジョン】	知識・技術・資格の 獲得	最新医療の知識を修得したい 適切な医療知識や、判断力を身につけたい 広い視野で教養を身につけ業務の質を高めたい 苦手な分野を減らしたい 保険や福祉について詳しくなりたい 認定看護師の取得 多様な疾患に対応できる看護師になりたい 個性のある看護ができるようになりたい
	看護観に基づく 看護の提供	与えられた仕事をきちんとこなす 自信をもって実践できるようになりたい 信頼にしてもらえる看護師になる 気持ちが相手に伝わるように表現できる
【患者・家族が 自分らしく生活 できるビジョ ン】	患者の安心・安全・ 安楽なケアの提供	ターミナル期の利用者が安心して安楽なケアの提供 医療ニーズの高い患者も安心できる対応をしたい 在宅患者、家族に満足してもらえる看護の提供 患者にとって役に立つ看護をめざして 患者の症状の悪化のサインに早く気づき 適切な対応ができるようになりたい 人間性の面でもっと寄り添える看護をしたい 安心を届けられるよう誠実にとりくみたい 患者の問題を改善に導けるようになりたい
	患者と家族の 生活支援	訪問することで不安だった事や疑問が軽減できる 在宅での生活をしっかりサポートしたい 患者の立場に立って考えたい
	患者と家族の 相談相手	カウンセラー的な存在でありたい 患者・家族が笑顔で過ごせるよう力になりたい 患者の方とゆったりと向き合いたい 患者・家族にずっと関わる看護師でいたい 患者と家族が生き活きとその人らしくハッピーに すごせるためのサポートがしたい どんな病気の方でも相談やアドバイスがしたい
【組織に関する ビジョン】	組織・システムの あり方	チームの一員として貢献できるようになりたい 在宅ホスピス（看取り）をしたい 病棟のナースステーションのような機能をもつ地域 の方が気軽に寄れる街の中のステーションでありたい
	教育的な支援	後輩の育成をしていきたい 後輩の手本になりたい あなたに看護してもらえて良かったと言われる訪問 看護師をたくさん育てたい
	同僚に認められる 看護師	看護師から頼ってもらえる看護師になりたい 的確な判断、実践、指導ができるようになりたい 定年までこのままいてずっといてほしいといわれた い
【地域社会・ 制度改革の ビジョン】	他職種・他機関等と の円滑な連携	医師をはじめとする他職種との連携を深めたい 他ステーションとの連携をとり地域全体で在宅看 取りや小児人工呼吸器対応できるようになってほ しい 訪問看護師や他職種らと対等な関係性を築き たい 他部署と連携し素早く対応できるシステムの確 立 病院と患者・家族の橋渡し 地域単位の管理ステーションがあってサテライト 的なステーションの管理者体制をつくる
	社会貢献活動	引きこもりの人に関わりたい 地域の方の役に立ちたい 訪問看護が社会から認められる

表 4 訪問看護師の目標設定

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
＜個人のスキルアップ目標＞	自分の技能・知識の向上	<p>リハビリ力の向上 研修出席・知識を深める 今までの経験を活かし訪問でできる事を見極める リーダー資を身につける 訪問看護師の役割を果たすことができる 質の高い看護の提供ができる 部署に慣れる・自分ができていることを増やす 看護研究の発表・論文投稿 緩和ケアについて学びを深める コミュニケーション能力の向上 色々な場面での適格に判断し対応できる ファイジカルアセスメント学習 アセスメントがもっとしっかりできる 介護保険・医療保険の内容制度を把握する 知識等の資格試験を受験し自分の知識を深める 自分の看護をふりかえる</p>
＜顧客満足度の向上目標＞	患者のケアの提供	<p>患者のニーズに添ったケアの提供 患者の喜ぶようなケアの提供 必要な良質な医療サービスと情報とケアの提供 健康を取り戻す手助け・積極的に関わる 患者が安心して過ごせるケアの提供 患者が満足できるケアを提供する 個人個人の症状を把握し適切な看護が提供できる 在宅療養が不安なく自分らしく継続できる支援 患者・家族の安心、安全な生活の確保 患者が自分らしく在宅療養できる生活の援助 患者の手助けができる 患者の職場との関係を作っていく 患者の笑顔と家族の笑顔が増えるように支える 在宅への退院支援</p>
	患者・家族の生活支援	
＜組織のマネジメント目標＞	事業所戦略	<p>常勤の負担が減るよう手助けできる看護師になる 同行訪問などの回数を増やす 事業所の宣伝をするためにポスターを作る 患者の獲得・患者の拡大・訪問件数の確保 病院連携をとり訪問看護が関わることのアピール 体制の改善・がん看護について勉強会を開催する</p>
	事業所内システム・組織風土	<p>業務マニュアル、技術マニュアルの修正追加し業務を円滑化する 医療機器の簡易マニュアルを作成しトラブル時の円滑化を図る スタッフの健康管理をする 事業所の理念 チームワークの強化 働きやすい職場にする ディスカッションに参加して事業所を活性化する 職場環境の調整 ほうれんそう（報告、連絡、相談）ができる</p>
	人材育成	<p>スタッフが負担なく継続できる スタッフの教育内容を拡大する</p>
	安心して働ける職場づくり	<p>やり方を伝える スタッフが目標を持ち働きスキルアップできる</p>
＜社会貢献目標＞	他機関や他職種との連携	<p>仕事に事故に合わない 医療事故など起こさずケアを行う 家族、社会資源、地域との連携を図る 福祉、行政等の関係者機関と連携し支援体制を構築 もっと地域に貢献できることは何かを探す 他職種との連携技術の向上 グループホームの介護スタッフへの看取りの指導 他職種連携を積極的にし、相互役割を理解し看護の役割を發揮する</p>

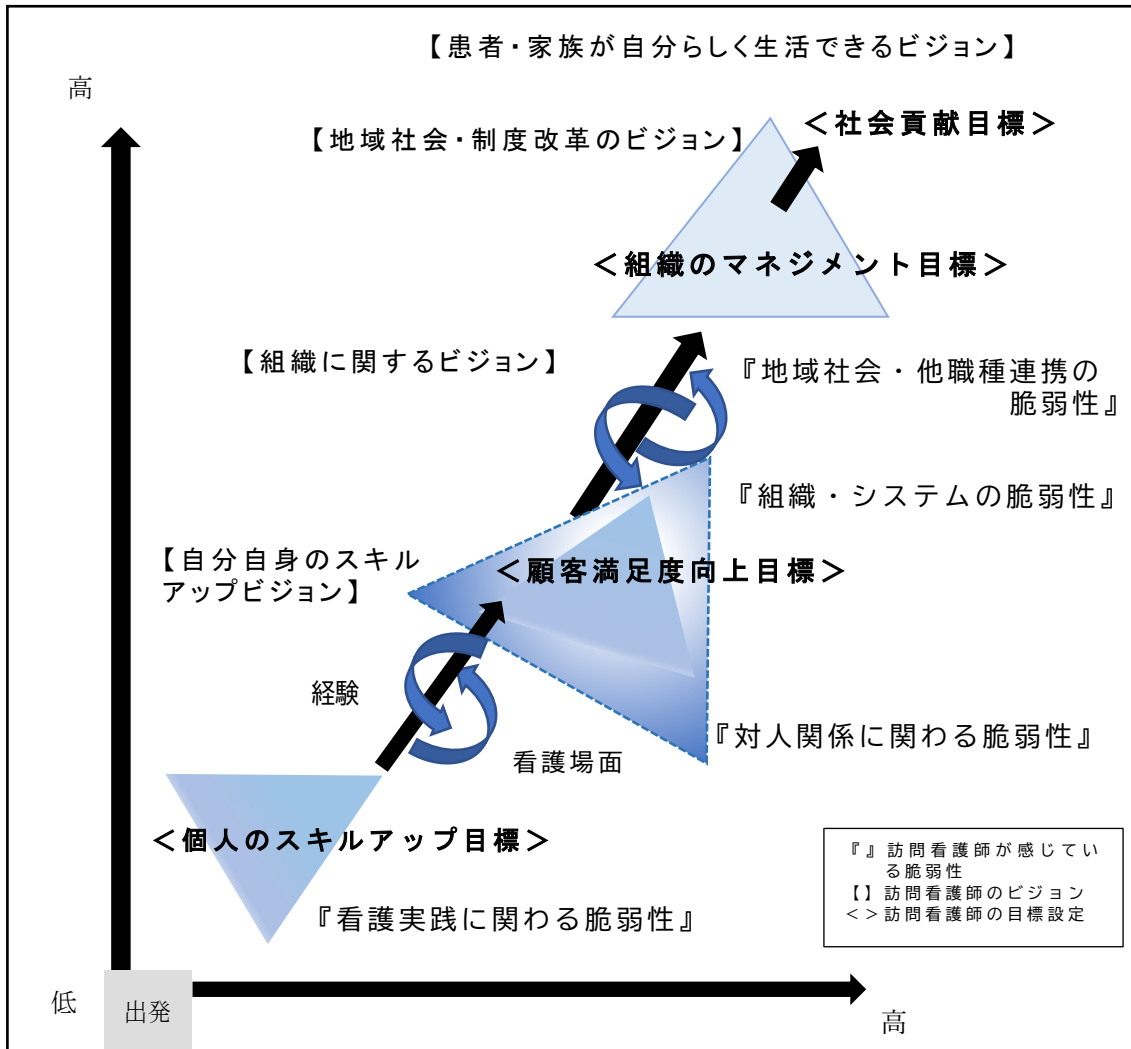


図 1 訪問看護師の目標設定の構造

第 4 節 訪問看護師の目標から見る継続教育のあり方

99 名の訪問看護師から導かれた目標設定は、4 つのカテゴリとなった。この 4 つのカテゴリは、<個人のスキルアップ目標><顧客満足度の向上目標><組織のマネジメント目標><社会貢献目標>であった。これらは訪問看護師

が患者の居宅に一人で赴き、看護を提供するという方法から自律した訪問看護師になることを目標にしていると読み取れた。そして、自律した訪問看護師は地域社会のために活動することを目標に捉えていると考えられた。

自律した訪問看護師は、[場面の判断力と決断力のなさ]や[病態・状況のアセスメント力と問題解決力のなさ]、[物事を俯瞰してみる力と根拠となる知識のなさ]、[伝達する力と傾聴する力のなさ]、[患者・家族に対応する力と応える力のなさ]等を克服していて、看護実践能力をもっている。しかし、自律していない訪問看護師はその看護実践能力が不足している。そのため、訪問看護師は、[自分の技術・知識の向上]や[患者のケアの提供][患者・家族の生活支援]が上手くできるようになりたいと目標を設定するものと考えられた。つまり訪問看護を提供するためには、患者、家族への関わり方が重要になると理解しているからこそその記述であった。自律した訪問看護師は、患者、家族に共感する力を持ち合わせており、患者、家族と上手に関わることができる。＜個人のスキルアップ目標＞は、色々な場面での確な判断を行い適切に対応できる、今までの経験を活かして訪問できることを見極めるなど、[自分の技能・知識の向上]を目標にするというものであった。また、これらの多種多様な目標に到達するための継続教育は、それぞれの事象や自らを振り返るものが適切だと考えられた。

これらの＜個人のスキルアップ目標＞は、自分の看護実践能力を高めるために自らに課題を課すものと考えられた。自分自身に課題を課すのは、日常的に医療機器を必要とする医療的ケア児や看取り期にあるがん患者、終末期にある高齢者が求める、一日でも長く自分の居宅で自分らしく安心して暮らしたいという患者の気持ちに応えるためと考えられた。この患者、家族の気持ちに応えることができるのは、看護実践能力を育み自律した訪問看護師である。看護実践能力を育み自律した訪問看護師になるには、継続教育が必要である。なぜなら訪問看護師は初めから自律した訪問看護師ではないからである。

先にも述べた通り、自律した訪問看護師は自らの言動や感情をコントロール

し、言われたことを言われたとおりにやるだけではなく、真摯かつ倫理的に現象を捉え、自分で自分を管理し、考え、職務を進めることができる。看護実践能力をもつ訪問看護師は、自己決定の裁量を考えることができ、自分の意志に従う自由と業務上の言動の制御を理解している看護師である。こうした訪問看護師になるためには、沢山の看護実践を積むことが求められる。一方で、さまざまな疾患や病態、年代等の実事例を経験することは難しい。そのため、継続教育によって沢山の看護実践例を、多角的かつ客観的に捉える視点を育まなければならないのである。看護実践例を客観的に捉えることができるようになると、看護実践のなかでどのように対応すれば良いのかを導き出すことができるようになる。それによって、自律は導かれる。なぜなら訪問看護師に必要なのは、人を看て護ることであり、患者、家族、他職種の立場から何を行わなければならないかを考え、課題解決に結び付けることだからである。訪問看護に正解はないし、訪問看護師個々に看護技術も異なり、患者、家族も決して同じではない。そのため訪問看護師には考えるということが求められる。この看護を考えるということは、看護実践そのものから、そこで何が起きているのか客観的に捉えることだといえる。ひとつひとつの看護実践から何を学ばなければならないのか、自ら捉えることができるようになれば、訪問看護師の自律は育まれることになる。看護は主観ではなく客観でなければならず、証拠や根拠に基づいた実践の科学であることが求められている。カンやコツに頼るという主観であるかぎり、訪問看護は科学になり得ない。訪問看護が証拠や根拠に基づいた科学へと導かれた暁には、誰もが自律した訪問看護師になる道がみえてくると考えられた。

訪問看護師は[患者の安心・安全・安楽なケアの提供]や[患者と家族の生活支援]、[患者と家族の相談相手]など、【患者・家族が自分らしく生活できるビジョン】を夢と記述していた。これらは自分の夢であるにもかかわらず、自らが主語になかった。高橋²¹⁾によると病院に勤務する看護師は、自分はここにとどまるべきだという義務感や責任から病院組織に残るものが減るといわれ

ている。これは病院に勤務する看護師は、義務感や責任から逃れたいという気持ちを抱えていることを示している。一方で、訪問看護師は義務感や責任から逃れようとしているようにはみえなかった。柘田²²⁾は、看護師の目標管理が専門家としての自律や職業的地位を高めると述べている。訪問看護師の場合、日常的に自律や責任、義務感にさらされることによって、自らの責務を考えるようになるのではないかと考えられる。それによって訪問看護師は、他者を主語に据えた目標を導くようになると思う。これが、職責を担おうとする訪問看護師の目標設定の構造と考えられた。これは訪問看護師の特質でもあると考えられる。訪問看護師は看護実践によって、自らの態度や価値観の形成が刺激され、将来の目的や目標の形成が導かれるのである。

ブルームは「学習者の情意的特性は学習者の個人史と経験において規定されるものであり特定の学習課題と個人史をどのように関係させるかによる」²³⁾と述べている。さらに「学習者の情意的態度は学習者の中に持っている将来の目標、目的、方針一式と現在の課題との関係についての知覚によって決定され得る。もしも、現在の課題をそれらの目標達成に寄与するものとみなす場合には肯定的態度をとるようになり、目標達成を妨げるとか無関係なものとみなす場合には、その課題に対して否定的態度をとったり明らかな反対を示したりしがちである」²⁴⁾と記している。

一般企業で働く人びとは、日々、顧客の生命を考え、自らの言動を真摯かつ倫理的に規制し、自分で自分を管理し、職務を進めている人は少ないが、訪問看護師の看護実践は、患者の生命と家族の生活に立ち向かうものであり、そこには責任が伴っている。この訪問看護を担う訪問看護師の責任感は、一人で患者の居宅を訪問するということによって育まれているのではないかと考えられた。一方で、訪問看護師の責任感に頼るというのも誤っている。この訪問看護という職業を担う訪問看護師の看護実践能力は、継続教育によって育成されていくものでなければならない。自らの言動を真摯かつ倫理的に自分で捉え、自分で自分を管理し、考え、職務を進めることができる訪問看護師は、自己決定

の裁量を考えることができ、自分の意志に従う自由と訪問看護師の業務上の行動の制御について考えることができる看護師である。つまり訪問看護師の自律である。

自律が育まれた訪問看護師の目標は、より高い段階にある。患者、家族を常に気かけ、考え、組織や社会に貢献したいと考えている看護師だと考えられた。このような自律した訪問看護師になるためには継続教育が必要であった。なぜなら、先にも述べたように最初から自律した訪問看護師ではないことが目標設定の構造からわかったためである。この訪問看護師の看護実践を担うには、もちろん医学的知識は重要である。しかしながら、医学的知識を得るための学びが、いつまでも受動的であっては自律した訪問看護師にはなれない。自ら、学ぶという知の体系を構築していくことが大切だといえる。

常勤の負担が減るよう手助けできる看護師になる、同行訪問などの回数を増やす、事業所の宣伝をするためにポスターを作るなど、明確な[事業所戦略]を目標とするものや、業務マニュアル・技術マニュアルの修正追加し業務を円滑化する、医療機器の簡易マニュアルを作成しトラブル時の円滑化を図る、チームワークの強化、ディスカッションに参加して事業所を活性化するなど、[社内システム・組織風土]の改革を目標に挙げた看護師がいた。さらに、スタッフの教育内容を拡大する、スタッフが目標を持ち働くなかでスキルアップできるなど、訪問看護事業所の[人材育成]を目標とする訪問看護師もいる。これらの<組織のマネジメント目標>を挙げる訪問看護師は、小規模である訪問看護事業所の経営について考えていることを示している。この<組織のマネジメント目標>のなかに、自らの役割を客観的に考えている目標を確認することができた。患者に継続的に訪問看護を提供し続けるためには、訪問看護事業所経営が盤石でなければならない。この自律した訪問看護師を育てていくことが、訪問看護事業所経営を盤石にすることになる。これらの思いから<組織のマネジメント目標>が導かれているのではないかと推察できた。訪問看護師の継続教育は、これらの目標を叶えることができるためのものであることが求め

られていた。

訪問看護師を教育するために必要だと考えられている先輩訪問看護師との同行訪問の実施は、人間的側面や経営的側面から複数回行うことは難しい。そのため同行訪問が十分に行われる環境づくりを検討していくことや、同行訪問の目的や目標を明確にする、意図的に実施する、振り返るなど、少ない同行訪問の教育効果をより高める方法を検討する必要があるといわれている²⁵⁾。一方で、同行訪問は先輩看護師の模倣にとどまってしまう可能性がある。訪問看護の特徴に、自分以外の他者が看護を提供している場面を見る機会は少ないといえることがある。病院の看護師であれば、ひとりになることが難しいほどであるが、訪問看護の看護実践はそうはいかない。先輩看護師の模倣はもちろん必要ではあるものの、訪問看護師は先輩看護師の看護実践能力を超えていく必要がある。そのため、訪問看護事業所における訪問看護師の継続教育は、ケースカンファレンスにおけるケアの評価や検討、情報の共有を人材育成に代えている。訪問看護事業所で多く行われているケースカンファレンスを人材育成に活用するためには、看護実践の中から、その意味を取り出し、学びに変えることが必要になる。その方法は、看護実践能力が向上した訪問看護師であれば容易に行うことはできるが、そうでない訪問看護師は看護実践を学びにかえる方法が必要になるし、この意味を取り出すことのできる訪問看護師を、育てていくことが必要になる。経験年数を重ねた訪問看護師であっても、“今、私は〇〇を学んでいるんだ”“〇〇を学んだんだ”と明確に自分で理解できる訪問看護師は、そう多くはない。

訪問看護の看護実践において、訪問看護師は自分だけでは解決できない課題に遭遇する。その難しい課題を善処に導くためには、医師や介護士、介護支援専門員など、他者に頼らなければならないことも訪問看護師は承知している。障害があろうと、後遺症をもっていようと、患者が住み慣れた居宅で自分らしく生活していくためには、市町村や他機関、他職種らと連携、協働しなければならない。一方で、市町村や他機関、他職種らとの連携、協働は困難を伴う。

なぜなら、市町村や他機関、他職種それぞれに思惑や立場があるためである。そのため、市町村や他機関、他職種らとの連携、協働が【地域社会・制度改革のビジョン】になっていると考えられた。

[他機関や他職種との連携]にかかわる<社会貢献目標>を目標とした訪問看護師は、福祉行政等の関係者機関と連携し支援体制を構築する、地域に貢献できることは何かをもっと探す、他職種との連携技術の向上、グループホームの介護スタッフへの看取りの指導、他職種との連携を積極的に行い相互理解の発展と看護の役割を発揮するなど、地域全体を見ていることがわかった。

日本訪問看護財団は、以下のように、地域で活動するアクションプランを作成している。

「一人暮らしの高齢者や高齢者夫婦世帯、重度の心身障がいのある方が増えてきます。どう地域で支えあうか、最期まで支援していくかが大きな課題となります。地域特性に応じて、訪問看護師は様々な機能を発揮しつつあります。例えば、まちの保健室や認知症カフェなどを訪問看護ステーションに併設したり、自治会や老人クラブに出向いて健康づくり・健康相談にかかわっています。また、療養通所介護や児童発達支援事業、看護小規模多機能、ホスピスや有料老人ホームなどを開設して看護の必要な方を支えています。これからも地域住民の健康ニーズを把握して、様々な看護関連サービス・事業所を開発し、保健師や助産師、医療・介護・福祉関係者等他職種と協働して地域包括ケアづくりを推進したいものです。一中略—2040 年を展望し、どこに住んでいても病気や障がいがあっても、看取りの時期を迎えるときも、訪問看護を活用しながら「一人でも大丈夫」と希望と安心を持って暮らせる地域共生社会の実現をめざしたいものです。」²⁶⁾

訪問看護師の<社会貢献目標>の原点は、目の前の患者と向き合うなかに生

まれていた。目の前の患者と向き合うなかで、訪問看護師に最初に生まれる目標は<個人のスキルアップ目標>であった。自分の看護技術を高めるために更に自らに課題を課し目標と定め、その内なる目標から、日々葛藤しジレンマを抱えるなど、悪戦苦闘するうちに徐々に外へと視点が拡がり、社会を変えていきたい、社会に貢献したいという気持ち「社会貢献目標」へと導かれていた。

訪問看護師は、[患者の安心・安全・安楽なケアの提供]、[患者と家族の生活支援]、[患者と家族の相談相手]など、【患者・家族が自分らしく生活できるビジョン】を実現するために、『対人関係に関する脆弱性』を克服し、<顧客満足度の向上目標>につなげていた。これは、訪問看護師自身の【自分自身のスキルアップビジョン】を叶えるためだけではなく、【患者・家族が自分らしく生活できるビジョン】であった。これらの結果から、訪問看護師の患者、家族のために活動するという看護観が明らかとなった。相手に気持ちが伝わる表現ができる看護師になりたい、信頼してもらえる看護師になるなど、自分自身の[看護観に基づく看護の提供]にとどまらず、自分の訪問で不安だった事や疑問が軽減できる、在宅での生活をしっかりサポートしたいなど、[患者と家族の生活支援]や、カウンセラー的な存在でありたい、患者とゆったりと向き合いたい、患者・家族にずっと関わる看護師でいたい、どんな病気の方でも相談やアドバイスできるようになりたいなど、[患者と家族の相談相手]になりたいと自らの看護観を記述している訪問看護師もいた。これらは【患者・家族が自分らしく生活できるビジョン】を叶えたいとする看護観を描いているものと考えられた。

患者・家族を支援する職務であることの訪問看護師の認識は、訪問看護業務の特徴である1人で患者、家族の居宅に赴き看護を提供するという特殊な看護の形態や、表2に示された訪問看護師に求められている5つの力[場面の判断力と決断する力のなさ][病態・状況のアセスメント力と課題解決力のなさ][伝達する力と傾聴する力のなさ][患者・家族に対応する力と応える力のなさ]が、求められる職務に関係していることが複雑に影響し合っていると推

察された。訪問看護師が感じている脆弱性のひとつひとつは、看護師個人が抱えるには重たいものである。また、克服しなければならないハードルも高い。しかし、重たい脆弱性や高いハードルは、訪問看護事業所の規模が小さいことや、支えなければならない患者・家族という顔の見える存在がいること等によって、訪問看護師の目標設定として動機づけられていた。

以上のことから、訪問看護師の目標設定の構造は、訪問看護の提供場面や自らの経験のなかで『看護実践に関わる脆弱性』『対人関係に関わる脆弱性』を感じることから始まり、その弱さを受容し、それを克服しようとして個人のスキルアップ目標＜や＜顧客満足度の向上目標＞となっていることがわかった。それに伴って自分自身が従事する『組織・システムの脆弱性』や『社会・他職種連携の脆弱性』を感じるようになる。それらを克服しなければ、【患者・家族が自分らしく生活できるビジョン】を帰結することができないと考えた訪問看護師は、＜組織のマネジメント目標＞や＜社会貢献目標＞を目標に据えていると考えられた。それは、家族、他機関、他職種、地域社会が手をとりあい、ともに暮らすという【地域社会・制度改革のビジョン】であった。これは訪問看護師の特質でもあった。そして患者、家族が自分らしく生活できるというビジョンや地域社会や制度を変えたいというビジョンは、看護実践能力が向上した訪問看護師が描くビジョンであると考えられた。

5 節 小結 -訪問看護師の継続教育に求められる期待-

訪問看護師の社会を変えていきたいという目標は、訪問看護が社会に認められていないという思いから出発しているものと考えられた。しかし、社会を変えるということは、簡単に成し遂げられるものではないし、何をどう変えたいのかも漠然としすぎている。社会を変える、世の中をよくするには、人間の心のあり方や道徳心に訴える方法や、社会の構造や法制度を転換させようとする方法等があるが、この訪問看護師のいう社会を変えるという目標に近づくには、

まず、己が変わることが先決だと考えられる。つまり、社会を変えたいという目標を達成するには、社会が求めている訪問看護師になることが先決であり、訪問看護を学び続け、訪問看護を高めていくことから始めなければならないということである。これまで述べてきたように、社会が求めている訪問看護師になるためには、訪問看護とはいったい何なのか、看護実践能力を持ち合わせた訪問看護師とはどのような看護師なのかが明らかになっていなかったために、目指すべき訪問看護を捉えることができていなかった。それが、ようやく見えてきた。

訪問看護師とは、内科や外科、高齢者や小児、精神科や終末期など、細かく看護を区分するのではなく、全ての患者、家族の看護が行えるものであった。それは高齢者であろうと子どもであろうと、精神疾患であろうと終末期であろうと、全ての患者が住み慣れた家で暮らせるように看護するものであった。目の前にいる患者が自らの居場所である居宅で暮らせるよう、訪問看護師は患者の病態を観察し、必要なケアを施し、主治医らと連絡を取り合うなど、家庭医の役割の一端を担わなければならなかった。

そして訪問看護師は、患者、家族の生活とともにあった。患者、家族の生活とともにあるということは、患者の成育歴や生活歴であったり、家族背景であったり、患者、家族の経済状況でさえも手に取るようにわかるということである。これらの状況をわかった上で、患者の最善を考え、患者、家族の心に寄り添って、訪問看護師として何ができるのかを考えていく必要があった。この役割を担うことができる訪問看護師は、主治医の指示を受けて、自己決定の裁量を見窮め、自らの意志に従う自由と業務上の制限が理解できる看護師が求められていた。すなわち訪問看護師は、訪問看護の事象や自らを客観的に見ることができる看護師でなければならず、体系的かつ科学的な知識や技術と能動的に学ぶことができる、自律した訪問看護師であった。この自律した訪問看護師を育むために継続教育に求められている期待とは、医学的な知識や技術などの体系的な学びと、経験知を科学的な知識や技術に変える系統的な知の体系を合わ

せもつ、訪問看護の事象や自らを客観的に見て考察できる力を育むことができる継続教育であり、訪問看護師らが能動的に学ぶことを身につけることができる継続教育である。なぜなら、看護とは人を看て護ることだからといえる。

一方で、訪問看護師は最初から看護実践能力を有していたということでもなかった。看護実践能力が未熟である訪問看護師は、自らの[場面の判断力と決断する力のなさ]や[病態・状況のアセスメント力と課題解決力のなさ]、[伝達する力と傾聴する力のなさ]、[患者・家族に対応する力と応える力のなさ]があると感じていた。島内²⁷⁾は、意思決定支援に携わる医療者は、生かす医療ではなく、その人らしく自分らしく生きることを支える医療への転換が求められており、そのためには関わる医療者の意識改革が重要であると述べている。金子²⁸⁾は体験からの学びやその意味は人それぞれであり、地域の暮らしを最期まで支える人材の育成にはなり得ない。その体験ひとつひとつをより深い学びにする関わり・教育が不可欠であると述べている。ノールズ²⁹⁾は、成人教育は、成人が一人で、あるいは他者とともに行う自己開発のプロセスであり、さまざまな機関がその従業員やメンバーや対象者の成長と発達のために行うものである。そして、すべてのプロセスと活動を、運動の理念や社会的実践の領域に結びつけるものと述べている。つまり、訪問看護師に必要なのは傷病を治すための看護から、患者、家族の生活を支援するという看護への転換が重要だということであり、患者、家族の生活を支援する訪問看護師は、人間の生きざまや価値観を理解した上で行う必要がある。この訪問看護師の看護実践能力は、そう簡単に身につけられるものではない。それゆえにこそ訪問看護師の継続教育は、経験ひとつひとつをより科学的な知の体系に成長させる継続教育の方法が不可欠なのである。

これらの看護実践能力を育むことは、訪問看護師自身の力だけでは成し得ることはできないと考えられた。訪問看護の事象や自らを客観的に考察する能力を育むには、訪問看護師同士の支え合いは欠かせないことであった。そして訪問看護師の目標を達成するには、近隣の訪問看護事業所の訪問看護師同士によ

る支え合い、学び合う共同体が必要だと考えられた。経験をより科学的な知の体系に成長させるには、他訪問看護事業所の訪問看護師から学ぶという意識の改革も必要であり、それには看護実践のなかで成長と発達を可能にする訪問看護師の共同体が必要であった。

ノールズ³⁰⁾は、おそらく学校のようにでない場で会合を開くことによって成人の教育に対する抵抗は緩和されるであろう。ポジティブな自己概念を形成してきた過去の成功経験を単に提供するだけで十分であろう。あらゆる成人教育者の基本的・直接的な使命は、人びとにニーズを満足させ、目標の達成を援助することであると述べている。すなわち、訪問看護師らが互いに経験を語り合い、目標を話し、互いに目標達成のために学び合い、支え合うことが、訪問看護師の継続教育には求められている。

訪問看護師同士が支え合い、学び合う共同体は誰もが容易に想像できるであろう。一方で、困難を伴うのは訪問看護実践や自らを客観的に見る能力を養う継続教育の方法である。いかにして事象や自らを客観的に考察する力を育てていくのか。その動力は、倫理観と自律である。社会を変え、地域に貢献できる訪問看護師を育む継続教育であり、誰もが看護実践能力を向上させることができる継続教育の確立が期待されている。第二部では、この看護実践能力を育む方法について実証的に論述する。

-
- 1) 三井さよ (2006) 看護職における感情労働, 大原社会問題研究所雑誌, 567, pp. 14-26.
 - 2) 同前, pp. 14-26.
 - 3) 津田哲也・川喜田晶子・宮本真巳 (2013) "ゆだねる"境地に開かれて
山谷地域における訪問看護師の体験が照射する看護の本質, 精神科看護,

- 40 (7), pp. 48-57.
- 4) 高藤裕子・森下安子・時長美希 (2010) 認知症高齢者の生活機能の維持・向上を支援する訪問看護師の姿勢, 高知学園短期大学紀要, 40, pp. 11-21.
 - 5) 小野若菜子・麻原きよみ (2007) 在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観, 日本看護科学会誌, 27 (2), pp. 34-42.
 - 6) 畑中純子・伊藤収 (2013) 看護観が体験から発展するまでの看護師の思考のプロセス, 日本看護科学会誌, 36, pp. 163-171.
 - 7) 薄井坦子 (2019) 科学的看護論 (第3版), pp. 153-155, 日本看護協会出版会, 東京.
 - 8) Thompson Joyce Beebe, Henry O Thompson (1985) ケイコ・イマイ・キシ訳 (2004) 看護倫理のための意思決定10のステップ (第1版), 日本看護協会出版会, 東京.
 - 9) 小川有希子・山崎律子 (2013) 訪問看護ステーションで働く訪問看護師の労働条件に関する意識—過去20年の文献検討—, 福岡県立大学看護学研究紀要, 10 (2), pp. 83-90.
 - 10) 畑中純子・伊藤収 (2013), 同掲1), P. 164.
 - 11) 村瀬智子 (2014) 熟練看護師の看護観を変えた経験—2人の熟練看護師のライフストーリーの比較—, 日本赤十字豊田看護大学紀要 9 (1), pp. 35-54.
 - 12) 井上真由美・細川恵子・松田久美・喜多奈々・中川友恵・鈴見由紀 (2006) 看護師の個人目標設定プロセスの現状, 看護研究発表論文集録, 38, pp. 45-48.
 - 13) 林有学・米山京子 (2008) 看護師におけるキャリア形成およびそれに影響を及ぼす要因, 日本看護科学会誌, 28 (1), pp. 12-20.
 - 14) Karl Otto Apel, 竹市明弘編 (1985) 現代哲学の根本問題: 分析哲学の根本問題, p. 26, 晃洋書房, 京都.

- 15) 鈴木敏恵 (2016) ポートフォリオとプロジェクト学習, pp. 2-21, 医学書院, 東京.
- 16) Edgar Henry Schein, (2003) Career Anchors and Career Survival キャリア・アンカー, pp. 21-23, 白桃書房, 東京.
- 17) 柿沼直美・飯田苗恵・大澤真奈美・原美弥子・斎藤基 (2015) 訪問看護ステーションにおける安定的な経営管理のための自己評価尺度」の開発, 日本看護科学会誌, 35, pp. 1-9.
- 18) 光本いづみ・松下年子・大浦ゆう子 (2008) 訪問看護師の仕事負担感や就業継続意思と業務の特性との関連, 産業医科大学雑誌, 30, pp. 185-196.
- 19) Erik Homburger Erikson, 村瀬孝雄・近藤邦夫訳 (1989) ライフサイクル, その完結, pp. 87-95, みすず書房, 東京.
- 20) Patricia Benner, Judith Wrubel, 難波卓志訳 (1999) 現象学的人間論と看護, pp. 80-83, 医学書院, 東京.
- 21) 高橋澄子・平井さよ子・飯島佐知子・賀沢弥貴 (2010) 病院看護組織における目標管理とその効果測定, 日本看護管理会誌, 14, pp. 49-58.
- 22) 栢田三枝子・斎藤京子・菅野八重子 (2004) 看護師の職務満足度と離職との関係 (第2報) —2年間の比較と目標管理の評価との関係に焦点を当てて—, 日本看護学会論文集: 看護管理, 35, pp. 214-216.
- 23) Benjamin Samuel Bloom, (1976) Human Characteristics and School Learning, McGraw-Hill Book Company, p15. Bloom, B. S., 梶田叡一・松田彌生訳 (1985) 個人特性と学校学習—新しい基礎理論—, p. 15, 第一法規出版, 東京.
- 24) 同前, p. 15.
- 25) 渡辺二治子・神奈川県訪問看護推進協議会 (2015) 訪問看護ステーションにおける人材育成についての実態調査報告書 <https://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/life/951216_3011643_misc.pdf> (検索日

2020年9月1日)

- 26) 日本看護協会・全国訪問看護事業協会・日本訪問看護財団 (2019) 訪問看護アクションプラン 2025, 東京.
- 27) 島内節・内田陽子 (2015) 在宅におけるエンド・オブ・ライフケア—看護者が知っておくべき基礎知識—, pp. 3-10, ミネルヴァ書房, 東京.
- 28) 金子美千代・丹羽さよ子・堤由美子・春田陽子・野中弘美・木佐貫彰 (2019) 「地域での暮らしを最期まで支える人材養成」の課題: 履修生の看護過程展開上の特徴からの検討, 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 29 (1), pp. 39-48.
- 29) Malcolm S. Knowles (1980) The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy, Englewood Cliffs: Prentice Hall/Cambridge, p. 9.
- 30) 同前, p. 9.

第二部 訪問看護師の自律を育む継続教育の実践

第5章 医療依存度の高い患者の看護を担う訪問看護師の継続教育プログラムの開発

第1節 機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育の課題

第一部では訪問看護師の継続教育における現実的課題と、新たな解決方策について述べた。第二部では、この新たな解決方策を実証する。

これまで述べてきたように、訪問看護師の継続教育は、訪問看護師の特質や看護実践能力が向上した訪問看護師像が明らかになっていなかったことなどから、さまざまな現実的課題を抱えていた。さらに序章でも述べた通り、近年においては看取りを含むがん末期患者や医療機器を日常的に使用しなければならない難病疾患患者、医療的ケア児など、医療依存度の高い患者の長期療養の場が患者の居宅へシフトしていることによって、新たな課題を生んでいる。それは訪問看護師の継続教育が、医療依存度の高い患者に対応できるものでなければならないことを意味する。本章では、看護実践能力の向上を目指す継続教育を明らかにするために、この医療依存度の高い患者の看護を行うための訪問看護師の継続教育を用いて述べていく。

序章の用語の定義にも述べた通り、2014（平成26）年の診療報酬改定によって新たに機能強化型訪問看護管理療養費1および2の加算が認められた。機能強化型訪問看護管理療養費IおよびIIの算定条件は、看護師数や年間看取り件数、在宅がん医療総合診療料を算定している患者数、超重症児等の小児の訪問看護を積極的に取り組んでいること、訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置されていること、24時間対応体制加算を届け出ていること等が定められている。ほかにも、地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましいとしている。一方で望ましいとしながらも、人材育成のための研修を病院及び地域において在宅療養を支援する医療従事者の知識及び技術の習得等、在宅医療の推進に資する研修と示し、

報告まで求めている。しかし、これらの知識や技術の習得方法や、在宅医療の推進に資する研修の教育内容は示されていない。報告を課すのであれば、医療依存度の高い患者を看護するためには何をどのように学ばよいか、機能強化型訪問看護事業所に従事する訪問看護師の継続教育について、ある一定の基準を示す必要があると考えた。

これまで機能強化型訪問看護事業所に関する看護研究においては、患者特性に関連する実施回数の多い訪問看護ケア項目¹⁾や、機能強化訪問看護事業所の実態や課題²⁾は明らかにされている。機能強化型訪問看護事業所の看護師による地域在住高齢者を対象にした在宅療養啓発活動プログラムの検証³⁾も行われている。他方、機能強化型訪問看護事業所に勤務する看護師の人材育成を目的とした教育ニーズ調査は行われていないし、機能強化型の継続教育プログラムも開発されていない。機能強化型訪問看護事業所に勤務する看護師の人材育成のためには、機能強化型訪問看護事業所に従事する看護師や機能強化型への移行を検討している訪問看護事業所に従事する看護師自身のニーズをもとに、教育項目や方法等を導き出すことが望ましいと考えた。

ノールズは、成人教育の「ニーズと関心には①対象となる人びとのニーズと関心、②プログラムを提供する組織や機関のニーズと関心、③地域社会や一般社会のニーズと関心があり、これら三つの源泉は成人教育のプログラム計画において考慮されるべきである。教育的ニーズは、人びとが自分自身、組織、地域社会のために学ぶべきものである」⁴⁾と述べている。このことから教育的ニーズ調査を行えば、訪問看護師が学ぶべき内容の手がかりが得られると考えられた。

本章では、この教育ニーズ調査の結果をもとに、機能強化型訪問看護事業所および機能強化型訪問看護事業所への移行を検討している訪問看護事業所に従事する看護師を対象に、継続教育プログラムの開発を目指した。これらが明らかになることで、医療依存度の高い患者を支えることができる機能強化型訪問看護事業所の推進、ひいては機能強化型訪問看護の拡充に寄与できるものと考え

える。それは医療依存度の高い患者の訪問看護を担う看護師の看護実践能力の向上を可能にする継続教育について、言及できるものとなる。

第2節 機能強化型訪問看護事業所看護師の教育ニーズの抽出方法

機能強化型訪問看護事業所および機能強化型訪問看護事業所への移行を検討している訪問看護事業所に従事する看護師の教育ニーズを明らかにするために、首都近郊3県の訪問看護事業所に従事する看護師を対象にアンケート調査を実施した。

本研究の調査対象の選定は、2017（平成29）年5月時点の介護サービス情報公表システムの訪問看護事業者情報を使用し、首都近郊3県に登録のあった964事業所とした。訪問看護事業開始予定の事業者情報やみなし指定の事業所は除いた。この964事業所に勤務する看護師を対象に、無記名自記式質問票と研究依頼書、研究計画書を用いて郵送法による送付・回収を実施した。また、調査対象者の選定は訪問看護事業所に一任し、管理者か、任意の看護師かがわかるように設問内容で区別した。首都近郊3県は、都心から10km～50km圏内の後期高齢者人口増加率が200%を超えている⁵⁾。そのため、対象地域の選定理由として、後期高齢者増加率が著しいことによってターミナル患者やがん患者の増加が見込まれると考えた⁶⁾。

本章の調査は、量的記述デザインによる調査研究として行った。調査実施期間は2017年7月から8月とした。無記名自記式質問票は、医学中央雑誌 Web version5、CiNii（1983～2011）を文献データベースとして利用し「訪問看護師」「継続教育」をキーワードに絞り込み、研究目的に沿った先行文献を分析した結果と、訪問看護研修テキスト⁷⁾の単元に合わせた項目等を参考に作成した。

訪問看護事業所の属性は、機能強化型訪問看護管理療養費算定要件である常勤数、非常勤数、併設施設の有無および種類、24時間対応体制加算の有無、

機能強化型訪問看護事業所 1 および 2、機能強化型訪問看護事業所でない事業所には移行意思の有無、年間看取り数、筋委縮性側索硬化症等の厚生労働大臣の定める疾病等（以下、別表第 7 とする）⁸⁾ の患者数、雇用形態とした。また、訪問看護事業所の属性は対象者全員に回答を求めた。

教育ニーズ調査は、機能強化型訪問看護事業所および移行意思ありと答えた訪問看護事業所の看護師に絞って行った。対象者の属性は、年代、看護師としての勤務年数、訪問看護経験年数、現事業所での勤務年数、意向意思ありと答えた訪問看護事業所の看護師には、機能強化型訪問看護事業所で働く就業意思の有無とした。項目ごとに、1：全くそう思わない～6：非常にそう思うの 6 段階リッカートスケールで回答を求めた。教育環境及び研修に関する希望は、1 回あたりの研修時間、開催曜日の希望、研修頻度、研修の取り扱い、年間教育計画の有無、訪問看護事業所の教育方法および教育ツールの項目とした。

データの分析は、変数ごとに単純記述統計を行った。教育ニーズ調査の分析は、Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定および χ^2 検定の実施後、教育ニーズと機能強化型訪問看護事業所群と移行意思群、教育ニーズと機能強化型訪問看護管理療養費算定要件の比較は、Mann-Whitney の U 検定を実施した。分析には統計ソフト SPSS Ver. 25 を用い、すべての分析で有意水準 5%とした。

本章の倫理的配慮として、対象者として同意、協力をするものに対して無記名自記式質問票の提出を求め、返信および調査票への記載をもって同意を得たこととした。また、事業所情報は個人情報保護管理者を置き、無記名自記式質問票に識別番号を付与して ID 化するとともに対応表を作成して匿名加工情報化処理を行い、1 か月間の質問票の撤回期間を設けた。質問内容は精選し、負担がかからないように配慮した。なお、本研究の無記名自記式質問票による調査は、倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号 2651）。また、COI も該当しないと承認を受けて実施した（承認番号 28-232）。

第3節 訪問看護師の教育ニーズからみた継続教育の内容

本章の継続教育のニーズ調査の結果は 964 部中 456 部が回収され（回収率 47%）、8 割以上の回答があった 447 部を有効回答とし分析の対象とした（有効回答率 98%）。

表 2 に示す通り、訪問看護事業所における看護師の職位は、管理者 240 名（57%）、看護師 207 名（46%）であった。表 1 に示す通り、訪問看護事業所の常勤数は、平均 4.06（SD±2.35）、非常勤数は平均 2.9（SD±2.5）であった。併設施設は、居宅支援事業所 91、病院 32、ヘルパーステーション 6 であった。24 時間対応体制加算ありは 399（89%）であった。447 の訪問看護事業所のうち、機能強化型訪問看護事業所 1 は 22（5%）、機能強化型訪問看護事業所 2 は 19（4%）であった。機能強化型訪問看護事業所以外の訪問看護事業所のうち移行意思のある訪問看護事業所は、406 中 92（23%）であった。機能強化型訪問看護事業所でない理由について看護師不足と回答したものは 178（44%）であった。

教育ニーズ調査に協力した訪問看護師は機能強化型訪問看護事業所に従事する訪問看護師 52 名（回収率 11%）から協力が得られた。うち、24 名（46%）が管理者であった。対象者の年代は、45-50 歳代 15 名（29%）が最も多く、看護師勤務年数は 20 から 25 年未満 15 名（29%）が最も多かった。訪問看護経験年数は 1 年以上 5 年未満 21 名（40%）が最も多かった（表 2）。

訪問看護事業所では、表 2 の通り、「新採用者教育プログラム」や「ケアマニュアル」等の教育ツールを活用していた。訪問看護師の 1 回あたりの研修時間の希望は 6 時間が 26 名（50%）で最も多く、研修開催曜日の希望は土曜午前が 28 名（54%）、研修頻度の希望は 2 か月に 1 回 22 名（42%）が多かった。

表 1 訪問看護事業所の属性

すべての訪問看護 ST の背景		(n = 447)	
項目	平均	(SD)	
常勤数	4.06	(SD ± 2.4)	
非常勤数	2.00	(SD ± 2.5)	
年間看取り数	10.18	(SD ± 2.5)	
年間別表第 7 の患者数	12.74	(SD ± 15.6)	
項目	区分	人数	%
職位			
	管理者	240	57
	スタッフ	207	46
機能強化型 ST 数			
	機能強化型 1	22	5
	機能強化型 2	19	4
	機能強化型なし	406	91
併設施設			
	あり	340	76
	なし	107	24
24 時間対応体制加算			
	あり	399	89
	なし	48	11
機能強化型 ST 以外の訪問看護 ST の背景 (n = 406)			
機能強化型 ST への移行意思			
	あり	92	23
	なし	84	21
	わからない	230	57
機能強化型 ST でない理由			
	看護師不足	178	44
	患者不足	107	26
	居宅支援事業所がない	62	15
	その他	59	15
併設施設の種類 (n = 340)			
	居宅支援事業所	91	27
	複数併設	89	26
	病院	32	9
	ヘルパーステーション	6	2
	その他	122	36

※別表第 7 は、厚生労働大臣が認める疾病等

※訪問看護事業所の表記を表問看護 ST と一部変換している。

表2 機能強化型事業所および機能強化型事業所への移行意思のある訪問看護事業所に勤務する看護師の属性と教育環境等

項目	区分	n	%
対象者の属性 n=52			
年齢			
25歳未満		1	1.9
25-30歳未満		0	0.0
30-35歳未満		3	5.8
35-40歳未満		3	5.8
40-45歳未満		13	25.0
45-50歳未満		15	28.8
50-55歳未満		7	13.5
55-60歳未満		5	9.6
60-65歳未満		3	5.8
65-70歳未満		2	3.8
看護師としての勤務年数			
1-5年未満		1	1.9
5-10年未満		0	0.0
10-15年未満		7	13.5
15-20年未満		2	3.8
20-25年未満		15	28.2
25-30年未満		12	23.1
30-35年未満		9	17.3
35-40年未満		3	5.8
40以上		3	5.8
訪問看護経験年数			
1-5年未満		21	40.4
5-10年未満		3	5.8
10-15年未満		12	23.0
15-20年未満		10	19.2
20-25年未満		6	11.5
25年以上		0	0.0
現訪問看護STでの勤務年数			
1-5年未満		27	51.9
5-10年未満		7	13.5
10-15年未満		7	13.5
15-20年未満		8	15.4
20-25年未満		3	5.8
25年以上		0	0.0
職位			
管理者		24	46.2
スタッフ		28	53.8
看護師の訪問看護STの属性			
機能強化型1		18	34.6
機能強化型2		16	30.7
移行意思あり		18	34.6

項目	区分	n	%
教育環境及び研修等 n=52			
訪問看護STの教育方法（複数回答可）			
同行訪問と振り返り		49	94.2
ケースカンファレンス		47	90.4
職場内研修		39	75.0
伝達講習		39	75.0
技術演習		35	67.3
講師招聘講義		32	61.5
ステーション合同教育		20	38.5
e-ラーニング		10	19.2
年間教育計画の有無			
あり		37	71.2
なし		15	28.8
訪問看護STが活用している教育ツール（複数回答）			
ケアマニュアル		26	50.0
技術チェックリスト		25	48.1
新採用者教育プログラム		20	38.5
現任教育プログラム		19	36.5
管理者育成教育プログラム		19	36.5
日本訪問看護財団OJTシー		17	32.7
訪問看護ラダー		11	21.2
研修の取り扱い（手当）			
出張扱い（代休あり）		10	19.2
受講費の一部負担あり		8	15.4
有休扱い		5	9.6
交通費のみ支給		15	28.8
手当なし		14	26.9
1回あたりの研修時間の希望			
1時間（60分）		4	15.4
1時間半（90分）		6	11.5
3時間（180分）		1	1.9
4時間		14	26.9
6時間		26	50.0
6時間以上		1	1.9
研修開催曜日の希望			
平日夜		11	21.2
土曜午前		28	53.8
土曜午後		6	11.5
日曜午前		4	7.7
日曜午後		3	5.8
研修頻度の希望			
2カ月に1回		22	42.3
1カ月に1回		21	40.4
3週間に1回		2	3.8
2週間に1回		7	13.5

※訪問看護事業所の表記を表問看護STと一部変換している。

表3 訪問看護師の教育ニーズの分析

	機能強化型 ST 群 n=34		機能強化型 ST ではないが移行意思 のある ST 群 n=18		p 値	24 時間対応体制がある ST 群 n=47		24 時間対応体制がない ST 群 n=5		p 値
	mean (±SD)	中央値 (最小-最大)	mean (±SD)	中央値 (最小-最大)		mean (±SD)	中央値 (最小-最大)	mean (±SD)	中央値 (最小-最大)	
化学療法	4.4 (±1.0)	4.5 (2-6)	4.9 (±1.0)	4.5 (4-6)	.59	4.7 (±0.9)	5.0 (3-6)	4.4 (±1.5)	4.0 (2-6)	.71
最新がん治療	4.4 (±0.9)	4.5 (1-6)	4.8 (±0.9)	4.5 (4-6)	.68	4.7 (0.9)	4.0 (3-6)	4.8 (±1.2)	5.0 (3-6)	.77
麻薬の使用方法	4.8 (±1.0)	5.5 (3-6)	5.4 (±1.0)	5.5 (4-6)	.14	5.3 (±0.9)	6.0 (3-6)	4.4 (±1.0)	4.0 (3-6)	.08
がん症状コントロール	4.9 (±0.9)	5.0 (3-6)	5.3 (±0.9)	5.0 (2-6)	.24	5.3 (±0.9)	5.0 (2-6)	4.8 (±0.7)	5.0 (4-6)	.18
皮下埋め込み型ボートの管理	4.4 (±1.2)	5.0 (1-6)	4.7 (±1.2)	5.0 (1-6)	.55	4.7 (±1.2)	5.0 (1-6)	3.6 (±1.6)	4.0 (1-6)	.14
輸液ポンプの構造と管理	4.2 (±1.4)	4.0 (1-6)	4.6 (±1.4)	4.0 (1-6)	.28	4.7 (±1.3)	4.0 (1-6)	3.6 (±1.6)	4.0 (1-6)	.28
補充・代替医療	4.3 (±0.9)	4.0 (3-6)	4.3 (±0.9)	4.0 (3-6)	.66	4.4 (±0.9)	4.0 (3-6)	4.6 (±1.2)	4.0 (3-6)	.76
在宅終末期ケア(看取りを含む)	4.9 (±1.1)	6.0 (3-6)	5.4 (±1.1)	6.0 (1-6)	.10	5.3 (±1.0)	6.0 (1-6)	4.4 (±1.0)	4.0 (3-6)	.05*
リンパドレナージ	4.6 (±1.1)	5.0 (3-6)	4.7 (±1.1)	5.0 (1-6)	.66	4.8 (±1.1)	5.0 (1-6)	4.6 (±1.2)	4.0 (3-6)	.69
臓器別がん看護	4.6 (±1.0)	5.0 (3-6)	4.8 (±1.0)	5.0 (2-6)	.77	4.8 (±1.0)	5.0 (2-6)	4.8 (±1.0)	4.0 (4-6)	.86
死後処置	4.4 (±1.1)	5.0 (3-6)	4.7 (±1.1)	5.0 (1-6)	.21	4.6 (±1.1)	5.0 (1-6)	4.2 (±1.1)	4.0 (3-6)	.36
緩和ケア	4.9 (±1.0)	6.0 (3-6)	5.5 (±1.0)	6.0 (2-6)	.10	5.4 (±1.0)	6.0 (2-6)	4.6 (±1.2)	4.0 (3-6)	.16
看護倫理	4.8 (±1.1)	5.0 (3-6)	5.1 (±1.1)	5.0 (2-6)	.73	5.1 (±1.0)	5.0 (2-6)	4.6 (±1.2)	4.0 (3-6)	.41
腹膜透析ケア	4.2 (±1.2)	4.0 (1-6)	4.4 (±1.2)	4.0 (2-6)	.95	4.4 (±1.2)	4.0 (1-6)	4.6 (±1.2)	4.0 (3-6)	.87
自動腹膜透析装置	4.3 (±1.2)	4.0 (1-6)	4.2 (±1.2)	4.0 (2-6)	.29	4.4 (±1.2)	4.0 (1-6)	4.8 (±1.2)	5.0 (3-6)	.51
慢性疾患罹患児と家族ケア	4.3 (±1.3)	5.0 (1-6)	4.9 (±1.3)	5.0 (2-6)	.41	4.7 (±1.2)	5.0 (1-6)	4.2 (±1.6)	4.0 (2-6)	.55
小児人工呼吸器管理	4.3 (±1.3)	5.0 (1-6)	4.9 (±1.3)	5.0 (2-6)	.25	4.7 (±1.3)	4.0 (1-6)	4.2 (±1.2)	4.0 (3-6)	.32
小児感染予防の原因と予防	4.3 (±1.2)	5.0 (1-6)	4.8 (±1.2)	5.0 (2-6)	.31	4.7 (±1.2)	4.0 (1-6)	4.4 (±1.0)	4.0 (3-6)	.47
成長・発達を考えた障害児ケア	4.5 (±1.3)	5.0 (1-6)	5.1 (±1.3)	5.0 (2-6)	.26	4.9 (±1.2)	5.0 (1-6)	4.2 (±1.6)	4.0 (2-6)	.36
血糖パターンと管理	4.7 (±1.0)	5.0 (3-6)	4.8 (±1.0)	5.0 (2-6)	.89	4.8 (±1.0)	5.0 (2-6)	5.0 (±0.9)	5.0 (5.0)	.76
自己注射の管理と指導技術	4.8 (±1.0)	5.0 (3-6)	4.7 (±1.0)	5.0 (2-6)	.88	4.8 (±1.0)	5.0 (2-6)	5.2 (±0.7)	5.0 (4-6)	.43
糖尿病合併症予防のケア	4.8 (±1.0)	5.0 (3-6)	4.8 (±1.0)	5.0 (2-6)	.88	4.9 (±1.0)	5.0 (2-6)	4.8 (±1.2)	5.0 (3-6)	.86
糖尿病の適切な食事療法	4.8 (±1.0)	5.0 (3-6)	4.7 (±1.0)	5.0 (2-6)	.54	4.9 (±1.0)	5.0 (2-6)	5.2 (±0.7)	5.0 (2-6)	.51
褥瘡予防と創傷ケア	4.7 (±1.1)	5.0 (2-6)	5.3 (±1.1)	5.0 (3-6)	.18	5.1 (±0.9)	5.0 (3-6)	4.0 (±1.7)	3.0 (2-6)	.15
自己導尿患者のケア	4.2 (±1.3)	5.0 (1-6)	4.7 (±1.3)	5.0 (3-6)	.48	4.6 (±1.2)	5.0 (1-6)	3.6 (±1.6)	4.0 (1-6)	.16
腎臓・膀胱瘻のケア	4.2 (±1.2)	5.0 (1-6)	4.9 (±1.2)	5.0 (3-6)	.16	4.7 (±1.1)	5.0 (1-6)	3.4 (±1.5)	3.0 (2-6)	.05*
難易度の高い人工肛門ケア	4.6 (±1.1)	5.0 (1-6)	5.3 (±1.1)	5.0 (3-6)	.18	5.0 (±1.1)	5.0 (1-6)	4.6 (±0.8)	4.0 (4-6)	.24
尿道留置カテーテルケア	4.4 (±1.1)	5.0 (1-6)	5.0 (±1.1)	5.0 (3-6)	.15	4.8 (±1.1)	5.0 (1-6)	4.0 (±1.1)	4.0 (3-6)	.10
感染症のアセスメントと対応	4.6 (±1.2)	5.0 (1-6)	5.0 (±1.2)	5.0 (3-6)	.49	4.9 (±1.1)	5.0 (1-6)	4.4 (±1.6)	5.0 (2-6)	.65
胃腸・腸瘻のケア	4.6 (±1.1)	5.0 (2-6)	4.9 (±1.1)	5.0 (3-6)	.74	4.9 (±1.0)	5.0 (2-6)	4.2 (±1.2)	3.0 (3-6)	.37
難易度の高い誤食・嚥下・口腔ケア	4.7 (±1.1)	5.0 (1-6)	5.1 (±1.1)	5.0 (3-6)	.89	5.0 (±1.1)	5.0 (1-6)	4.6 (±1.2)	4.0 (3-6)	.45
一次救命処置	4.6 (±1.3)	5.0 (1-6)	4.5 (±1.3)	5.0 (1-6)	.73	4.7 (±1.3)	5.0 (1-6)	4.4 (±1.2)	5.0 (3-6)	.57
在宅療養療法と理学療法・排痰法	4.6 (±1.2)	5.0 (1-6)	5.2 (±1.2)	5.0 (1-6)	.18	5.0 (±1.2)	5.0 (1-6)	4.6 (±1.0)	5.0 (3-6)	.33
理学療法・作業療法	4.7 (±1.2)	5.0 (3-6)	4.6 (±1.2)	5.0 (1-6)	.65	4.7 (±1.1)	5.0 (1-6)	4.8 (±1.2)	5.0 (3-6)	.92
キネステティクス	4.2 (±1.4)	4.0 (1-6)	3.9 (±1.4)	4.0 (1-6)	.28	4.2 (±1.4)	4.0 (1-6)	4.6 (±1.2)	4.0 (3-6)	.61
精神障害ケア	4.5 (±1.2)	5.0 (1-6)	4.6 (±1.2)	5.0 (1-6)	.86	4.7 (±1.2)	5.0 (1-6)	4.4 (±1.4)	4.0 (3-6)	.52
ユマニチュード	4.6 (±1.2)	5.0 (1-6)	4.7 (±1.2)	5.0 (1-6)	.80	4.7 (±1.1)	5.0 (1-6)	4.8 (±1.2)	5.0 (3-6)	.92
認知行動療法	4.5 (±1.2)	5.0 (1-6)	4.4 (±1.2)	5.0 (1-6)	.47	4.6 (±1.1)	4.0 (1-6)	4.6 (±1.4)	5.0 (3-6)	.96
看護理論	4.2 (±1.2)	4.0 (1-6)	4.4 (±1.2)	4.0 (1-6)	.76	4.4 (±1.2)	4.0 (1-6)	4.2 (±1.0)	4.0 (3-6)	.45
家族看護	4.6 (±1.3)	5.0 (1-6)	5.1 (±1.3)	5.0 (1-6)	.21	4.9 (±1.2)	5.0 (1-6)	4.6 (±1.2)	4.0 (3-6)	.47
災害看護	4.6 (±1.2)	5.0 (2-6)	4.4 (±1.2)	5.0 (1-6)	.36	4.7 (±1.2)	5.0 (1-6)	4.6 (±1.2)	4.0 (3-6)	.82

Mann-Whitney の U 検定 (p = .05*) ※訪問看護事業所の表記を訪問看護 ST と一部変換している。

機能強化型訪問看護事業所に勤務する看護師の教育ニーズのうち、平均値の高かった教育項目は、表 3 の通り「がん症状のコントロール」4.9 (±0.9)、「緩和ケア」4.9 (±1.0)、「在宅終末期ケア (看取りを含む)」4.9 (±1.1)であった。移行意思のある訪問看護事業所に勤務する看護師の教育ニーズは、「緩和ケア」5.5 (±1.0)、「麻薬の使用法」5.4 (±1.0)、「在宅終末期ケア (看取りを含む)」5.4 (±1.1)であった。機能強化型訪問看護事業所および移行意思のある訪問看護事業所に勤務する看護師の教育ニーズは、全ての項目が 4 以上の平均値であった。一方で、算定要件のうち 24 時間対応体制加算の有無は、「在宅終末期ケア (看取りを含む)」「腎臓・膀胱瘻のケア」の教育項目に有意差を認めた ($p=0.05$)。本章の調査に協力した訪問看護事業所の常勤数と、機能強化型訪問看護事業所ではない事業所にその理由を聞いた結果、看護師不足と答えた事業所が最も多かったことから、機能強化型訪問看護事業所へ拡大するための喫緊の課題は訪問看護に携わる人材の確保にあると考えられた。小野らは、機能強化を図るために必要な支援は訪問看護人材の確保であると述べている⁹⁾。今回の対象者の訪問看護事業所の常勤数は、算定要件 1 の 7 人以上、算定要件 2 の 5 人以上に届いていない。非常勤数に比べ常勤数が多い結果ではあるものの、約半数近くが非常勤であることから、この非常勤が常勤に移行するような支援が必要だと考えられた。

看護師勤務年数 20-25 年未満 15 名 (29%) や 25-30 年未満 12 名 (23%) であったにも関わらず、訪問看護師経験年数 1-5 年未満 21 名 (40%)、現施設での勤務年数 1-5 年未満 27 名 (52%) であったこと、年代 25 歳未満 1 名、25-30 歳未満 0 名であったことから、新規訪問看護事業所数の増加や、転職した訪問看護師の多さが推察できる。先にも述べたように、齊藤らは、近年、医療依存度の高い患者の訪問看護の増加や、新規事業所の開設や休止、廃止が相次いでいることは、少子高齢社会を背景に介護や看護をビジネス化する動きが加速し看護実践能力を維持するという課題に直面していると述べている¹⁰⁾。訪問看護は、患者宅に一人で訪問する看護提供体制から高い観察力や実践力が

求められる。一方で、訪問看護事業所が小規模のため代替要員の確保ができず、外部研修には参加しづらい等が、川上¹¹⁾や久保谷ら¹²⁾によって指摘されている。そのため、転職した看護師や非常勤であっても、訪問看護事業所内外にかかわらず看護師ごとのニーズに沿った人材育成の教育が受けられる環境を整えることが求められている。

機能強化型訪問看護事業所に勤務する看護師の教育ニーズは、「がん症状コントロール」、「緩和ケア」、「在宅終末期ケア（看取りを含む）」が高かった。機能強化型訪問看護事業所ではない移行意思のある訪問看護事業所に従事する看護師の教育ニーズは、「緩和ケア」「麻薬の使用方法」「在宅終末期ケア（看取りを含む）」が高かった。この結果から、がんに関わるターミナルケアの教育ニーズが高い傾向にあることがわかった。また、機能強化型事業所に従事する訪問看護師の教育ニーズ「緩和ケア」「がん症状コントロール」「在宅終末期ケア（看取りを含む）」は、機能強化型訪問看護管理療養費算定要件に合致している。これは、算定要件が機能強化型訪問看護事業所の経営に直結するため、複数のがんに関わるターミナルケアを必要とする患者を受け入れていることが考えられた。

また、機能強化型訪問看護事業所と機能強化型訪問看護事業所ではない移行意思のある訪問看護事業所に従事する訪問看護師の教育ニーズに、明らかな有意差は認めなかった。このことは、機能強化型訪問看護事業所か否かにかかわらず、訪問看護事業所に従事する訪問看護師は同様の教育ニーズを持っていることが推察できる。山本は、訪問看護師の教育ニーズのうち「がん患者の在宅療養」が最も高かったと述べている¹³⁾。今回、全ての教育項目が4以上の平均値を認めた。これは、看護師の学びたいという教育ニーズの表れといえる。ノールズ¹⁴⁾も、教育ニーズとは、人びとが自分自身、組織、地域社会のために学ぶべきものであると述べている。

機能強化型訪問看護管理療養費算定要件のうち24時間対応体制加算は、「在宅終末期ケア（看取りを含む）」「腎瘻・膀胱瘻のケア」の教育項目に有意差を

認めた。それ以外の算定要件や、管理者と訪問看護師の回答の比較に有意差は認めなかった。この結果から、機能強化型訪問看護事業所および移行意思のある訪問看護事業所に勤務する訪問看護師は、ターミナルケアを必要とする場面に遭遇する機会が増加しているものと推察できる。秋山は在宅でターミナルケアを受ける人が確実に増えてきていると述べている¹⁵⁾。ターミナルケアは、機能強化型訪問看護事業所に勤務する訪問看護師に最も求められる看護技術である。ドーリン (Dorin L, 2014-) ¹⁶⁾ は、専門家は介護者とその家族の特定のニーズに対応する必要があると述べている。ターミナルケアの教育ニーズが高かったことは、訪問看護師が最期まで在宅でという患者、家族のニーズを支えるための能力、技術の習得を求めているためといえる。

「腎瘻・膀胱瘻のケア」と24時間対応体制加算に有意差を認めた理由は、推測の域は超えられないものの、夜間に「腎瘻・膀胱瘻のケア」が発生する数や、がん等の疾病によって「腎瘻・膀胱瘻のケア」を必要とする患者が増加しているものといえる。大槻は、カテーテル管理等の医療処置管理、実施、指導を7割以上の利用者に実施していると述べている¹⁷⁾。今回の調査によって、より具体的な医療処置管理の内容が明らかになったものといえる。グレイヘン (Glajchen M&Bookbinder, 2001-) ¹⁸⁾ は、訪問看護は多種多様なケアをしなければならないため、必要な能力を促進するための幅広い教育の機会を提供する継続教育が必要であると述べている。また、飯吉は自分の技術が不十分であるという自覚から研修希望につながっていると述べている¹⁹⁾。このことから、先に定義した看護専門職の望ましい状態と現状の乖離や訪問看護の現状が教育ニーズとなって表れているものと推察できる。

機能強化型訪問看護事業所および移行意思のある訪問看護事業所は、さまざまな教育方法や教育ツールを活用していた。これは、病院の継続教育とは異なり、教育環境等に合わせて独自のスタイルを確立してきているものと推察できた。また、研修等の教育ニーズ調査の結果から、2ヵ月に1回、6時間程度の外部研修を希望する傾向がみられた。

この結果から、「がん症状コントロール」「緩和ケア」「在宅終末期ケア（看取り）」を含んだ機能強化型訪問看護管理療養費算定要件に該当する疾患等にフォーカスした継続教育プログラムが、機能強化型訪問看護事業所訪問看護師の教育ニーズであると考えた。すなわち、第1章でも述べた通り、訪問看護は政治の影響を受けるということであった。この訪問看護師の教育ニーズを、継続教育プログラムに用いることとした。

第4節 訪問看護師の継続教育プログラムの開発過程

本章第3節において明らかになったように、機能強化型訪問看護事業所に従事する訪問看護師は、機能強化型訪問看護管理療養費の算定要件にかかわる継続教育を望んでいることが明らかとなった。ノールズ²⁰⁾は成人教育のニーズは「今ある資源がみたそうとするものよりもずっと大きいので、重複の問題は誇張されやすいため、機関の目的と教育哲学、実行可能性、人びとの関心の三つのフィルターによりふるい分けで残ったニーズは、プログラムの目標を作成する際の原材料となる」と述べている。そのため、機能強化型訪問看護管理療養費の算定要件を基に、継続教育プログラムを開発しなければならないと考えた。機能強化型訪問看護事業所に従事する訪問看護師のための継続教育プログラムは、図1の手順を踏んで開発に挑んだ。そして、機能強化型訪問看護事業所及び機能強化型訪問看護事業所への移行を検討している訪問看護事業所に勤務する訪問看護師の、看護実践能力の向上と訪問看護師同士の共同体の構築のための継続教育プログラム（以下、継続教育プログラム）を本研究は開発した。

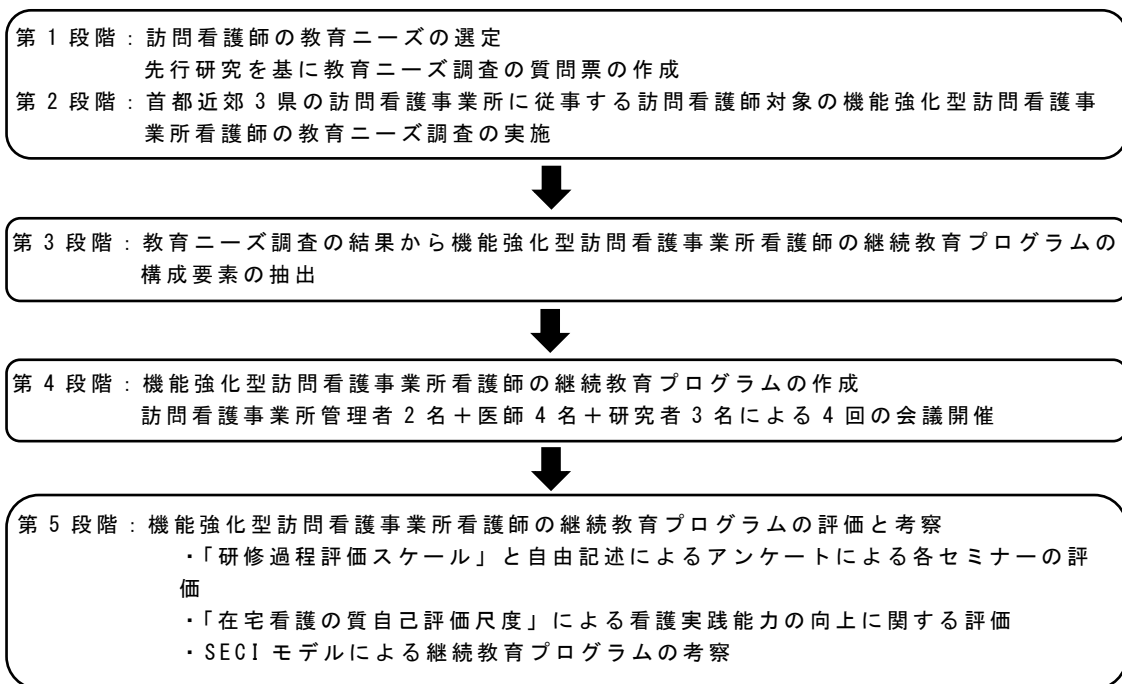


図1 機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育プログラムの開発の流れ

機能強化型訪問看護管理療養費を診療報酬として申請するには、先にも述べたように機能強化型訪問看護管理療養費1の場合、訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、介護保険制度によるターミナルケア加算の算定件数が求められる。その他、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護事業所と共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数や当該訪問看護事業所が6月以上の指定訪問看護を実施した利用者であって、あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、7日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者数を合計した数が前年度に20以上なければならない。かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上、特掲診療料の施設基準等別表第七に該当する利用者が月に10人以上いることである。つまり機能強化型訪問看護事業所の訪問看護師の継続教育プログラムは、第1回はがん患者の看護、第2回は医療的ケア児の看護、第3回は筋委縮性側索硬化症患者の看護が望ましいのでは

ないかと考えた。また、機能強化型訪問看護管理療養費 3 の場合、特掲診療料の施設基準等別表第七に規定する疾病等の利用者、特掲診療料の施設基準等別表第八²¹⁾に掲げる者又は精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者が月に 10 人以上いることが求められる。又は複数の訪問看護事業所で共同して訪問看護を提供する利用者が月に 10 人以上いることである。そのため、第 4 回は認知症を合併する患者の看護が望ましいのではないかと考えられた。この結果に基づいて、医療依存度の高い患者の看護を担う訪問看護師のための継続教育プログラムの内容を決定するに至った。

-
- 1) 大槻奈緒子・福井小紀子・藤田淳子・清水準一・林田賢史・清崎由美子
(2019) 機能強化型訪問看護事業所における利用者特性別での訪問看護ケアの実施実態, 日本看護科学会誌, 39, pp.183-192.
 - 2) 小野美奈子, 川原瑞代, 河野朋美他 (2017) 訪問看護ステーションの機能強化に関わる実態と課題, 宮崎県立看護大学看護研究・研修センター事業年報, 6, pp.20-25.
 - 3) 淵野万希子・福田広美・佐々木真理子・稲生野麦・佐藤弥生 (2018) 地域在住高齢者を対象にした機能強化型訪問看護ステーションの看護職による在宅療養啓発活動プログラムの検証, 看護科学研究 16 (1), pp.13-25.
 - 4) Malcolm S. Knowles (1980) The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy, Englewood Cliffs: Prentice Hall/Cambridge, pp.82-118.
 - 5) 国土交通省 (2015) 平成 27 年度首都圏整備に関する年次報告 <
https://www.mlit.go.jp/hakusyo/syutoken_hakusyo/syutoken_hakusyo/h21/h21syutoken__files/1-1.pdf. > (検索日 2020 年 7

月 21 日)

- 6) 唐仁原俊博 (2014) 格差拡大! 2030 年地域別医療&介護「崩壊危機レベルマップ」 <<https://president.jp/articles/-/16799?page=2>>
(検索日 2015 年 12 月 1 日)
- 7) 川越博美・山崎摩耶・佐藤美穂子編集 (2005) 最新 訪問看護研修テキスト ステップ 1-②, pp. 43-214, 日本看護協会出版会, 東京.
- 8) 別表第七の疾病とは、末期の悪性腫瘍・多発性硬化症・重症筋無力症・スモン・筋萎縮性側索硬化症・脊髄小脳変性症・ハンチントン病・進行性筋ジストロフィー症・パーキンソン病関連疾患 (進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症・パーキンソン病 (ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)・多系統萎縮症 (線条体黒質変性症・オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)・プリオン病・亜急性硬化性全脳炎・ライソゾーム病・副腎白質ジストロフィー・脊髄性筋萎縮症・球脊髄性筋萎縮症・慢性炎症性脱髄性多発神経炎・後天性免疫不全症候群・頸髄損傷・人工呼吸器を使用している状態である。これらは、患者の居宅において看護を提供した場合、通常介護保険が優先されるが厚生労働大臣の定める疾病等は介護保険の利用者でも訪問看護は医療保険で行われ、週 4 日以上の訪問看護が利用できる。
- 9) 小野麻由子 (2020) 地域包括ケアシステムにおける看護職の在宅シフト支援コンピテンシー尺度の開発, 日本看護管理学会誌, 24 (1), pp. 32-42.
- 10) 齋藤尚代・川並和恵・夷亀いずみ・真柄和代・朝日玲子・皆川裕 (2017) 県内訪問看護ステーションの新卒採用の現状と課題, 日本看護学会論文集: 在宅看護, 48, pp. 51-54.
- 11) 川上理子・森下安子・松木里江・川森淳子・時長美希 (2005) 訪問看護師の継続研修に対するニーズと課題, 高知女子大学紀要看護学部編, 54,

pp. 27-34.

- 12) 久保谷美代子・柏木聖代・村田昌子・田宮菜奈子 (2010) 訪問看護ステーションにおける看護職員の外部研修への参加の実態と関連要因, プライマリ・ケア, 33, pp. 42-49.
- 13) 山本さやか, 百瀬由美子, 天木伸子, 他 (2016): 訪問看護師の研修参加状況と教育ニーズ, 日本看護学会論文集: 在宅看護, 46, pp. 99-102.
- 14) Malcolm S Knowles (1980), 前掲 4), pp. 82-118.
- 15) 秋山正子 (1998) 在宅ホスピスケアにおける訪問看護婦の役割, ターミナルケア, 8 (3), pp. 211-217.
- 16) Dorin L, Turner S, Beckmann L (2014) Which need characteristics influence healthcare service utilization in home care arrangements in Germany?, BMC Health Serv Res, 14, p. 233.
- 17) 大槻奈緒子・福井小紀子・藤田淳子・清水準一・林田賢史・清崎由美子 (2019), 前掲 1), pp. 183-192.
- 18) Glajchen M, Bookbinder M, (2001) Knowledge and Perceived Competence of Home Care Nurses in Pain Management: A National Survey, J Pain Symptom Manage, 21(4), pp. 307-316.
- 19) 飯吉令枝, 熊倉みつ子, 佐々木美佐子, 他 (2000): N 県内の訪問看護ステーションにおける看護職の教育ニーズ, 新潟県立看護短期大学紀要, 6, pp. 57-70.
- 20) Malcolm S Knowles (1980), 前掲 4), pp. 82-118.
- 21) 別表第七は厚生労働大臣が定める「疾病」であるのに対し、別表第八は厚生労働大臣が定める「状態等」が記載されている。特別管理加算が必要な利用者は、週 4 日以上、かつ、1 日の回数制限がなくなる。1 回の利用時間は 90 分までとされている。また、複数回訪問看護事業所を利用することができる。その状態等は、在宅悪性腫瘍患者指導若しくは在宅気管切開

患者指導管理を受けている状態にある者、又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理、又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、真皮を超える褥瘡の状態にある者、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者である。

第6章 医療依存度の高い患者の看護を担う訪問看護師の継続教育プログラムの実施

第1節 機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育プログラムの目的、目標

継続教育プログラムの教育目的は、機能強化型訪問看護事業所及び機能強化型訪問看護事業所への移行を検討している訪問看護事業所に従事する訪問看護師の看護実践能力の向上と、医療依存度の高い患者の療養を援助する訪問看護師同士の共同体を構築することとした。

継続教育の教育目標は、1. がん患者、医療的ケア児、筋委縮性側索硬化症患者、認知症を合併する患者の病態と症状、治療法について最新の知識を得ることができる、2. 患者のフィジカルアセスメントについて理解することができる、3. 医療処置を的確に、苦痛なく提供できる技術を習得することができる、4. 客観的に看護実践を振り返り、看護実践の意味づけを行うことができる、5. 各事業所間の連携力・協働力を向上させることができることとした。

佐藤¹⁾や野崎ら²⁾は、ブルームらの階層的で系統性をもった教育目標分類体系（タキソノミー）³⁾を用いて、看護教育の認知領域、情意領域、精神運動領域を示している。そこで継続教育プログラムの認知領域の教育目標は、1. がん患者、医療的ケア児、筋委縮性側索硬化症患者、認知症患者の病態と症状、最新の治療法を習得し、看護計画を立案することができる、2. がん患者、医療的ケア児、筋萎縮性側索硬化症患者、認知症患者の症状と病態を関連づけることができることとした。

認知領域とは、指導目標を設定するにあたり、その教育目標分類体系を参考にすると良いといわれている。認知領域は、知識の習得や理解を示す能力・行動特性であり、より高次の段階では論理的思考力や創造性が含まれる。第2章でも説明したが、認知領域は知識・理解・応用・分析・総合・評価の6つに分類され、単純なものから複雑なものへと区分されている。看護教育では、認知領域の目標と評価として、分析・総合・評価をひとつにまとめて問題解決とし

て表すことが多い⁴⁾。そのため、本研究は最新の医学的知識を学んで、看護計画に活かすことができることを目標においた。

継続教育プログラムの情意領域の教育目標は、1. 事象を客観的に受け入れ、自己内省する力を習得し、一貫した行動をとることができる、2. さまざまな訪問看護事業所を受け入れ、その価値観を共有し、訪問看護事業所間の連携力・協働力を向上させることができるとした。情意領域は、興味、態度や価値観にかかわる能力・行動特性のことであり、受容・反応・価値づけ・組織化・個別性の5つに分類されている。看護教育では、学生が対象者に関心を向ける能力、優しさや思いやりある態度、さまざまな価値観を受容する能力などである。情意領域の目標は他の2つに比べ、おき方に苦勞することが多い。そのため、上記5分類を用いるより、受容・反応・内面化(価値づけ・組織化・個性化)の3分類を用いることが多い⁵⁾。そのため、本研究は個人、組織、共同体において自らの学びを活かすことができる価値観を目標においた。

継続教育プログラムの精神運動領域の教育目標は、1. 患者のフィジカルをアセスメントすることで病態と症状をコントロールでき、在宅療養を継続できるよう行動できる、2. 居宅で療養生活を送る患者に対する医療処置を的確に、苦痛なく提供できる技術を習得し、自らの行動を調和した形で実施できるとした。精神運動領域は神経系と筋肉系の中の協応にかかわる能力・行動特性であり、技能の獲得にかかわる。また精神運動領域は、模倣・操作・精確化・分節化・自然化の5つに分類されている。看護教育では、日常生活行動援助や治療に伴う援助、フィジカルアセスメント・コミュニケーションなどの看護技術の習得が精神運動領域に含まれる。看護教育では、模倣・コントロール(操作・精確化)、自動化(分節化・自然化)の3分類を用いることが多い⁶⁾。そのため、本研究は患者の療養生活をコントロールでき、患者、家族、訪問看護師間等において調和することができる行動を目標においた。継続教育プログラムの全体像は図1に示した通りである。

機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育プログラムの教育目的：機能強化型訪問看護事業所及び機能強化型訪問看護事業所への移行を検討している訪問看護事業所に従事する訪問看護師の看護実践能力の向上と、医療依存度の高い患者の療養を援助する訪問看護師同士の共同体を構築する

セミナーの教育目標

1. がん患者、医療的ケア児、筋萎縮性側索硬化症患者、認知症を合併する患者の病態と症状、治療法について最新の知識を得ることができる
2. 患者のフィジカルアセスメントについて理解することができる
3. 医療処置を的確に、苦痛なく提供できる技術を習得することができる
4. 客観的に「実践」を振り返り、「実践」の意味づけを行うことができる
5. 各事業所間の連携力・協働力を向上させることができる

【認知領域の教育目標】

- がん患者、医療的ケア児、筋萎縮性側索硬化症患者、認知症患者の病態と症状、最新の治療法を習得し、看護計画を立案することができる
- がん患者、医療的ケア児、筋萎縮性側索硬化症患者、認知症患者の症状と病態を関連づけることができる

【情意領域の教育目標】

- 事象を客観的に受け入れ、自己内省する力を習得し、一貫した行動をとることができる
- さまざまな訪問看護事業所を受け入れ、その価値観を共有し、訪問看護事業所間の連携力・協働力を向上させることができる

【精神運動領域の教育目標】

- 患者のフィジカルをアセスメントすることで病態と症状をコントロールでき、在宅療養を継続できるよう行動できる
- 居家で療養生活を送る患者に対する医療処置を的確に、苦痛なく提供できる技術の習得し、自らの行動を調和した形で実施できる

【改善】

- ・ アンケート結果（出席率・参加者数・アンケート内容）をもとに会議を開催し、プログラムや目的、目標および方法や内容について検討する。
- ・ グループ・ディスカッション内容をもとに会議を開催し、改善点や修正点について検討する。

第1回

- ① 訪問看護の「実践」に必要ながん患者の病態と症状及び治療法の更新と、フィジカルアセスメント方法の習得
- ② がん患者に対する医療処置を的確に、苦痛なく提供できる方法と注意点の習得
- ③ がん患者の看護「実践」の振り返りと課題の抽出、課題解決方法の模索
- ④ 事業所内の訪問看護師の継続教育に関する課題解決方法の共有
- ⑤ 事業所間の連携方法や内容の共有

各セミナーの教育方法

- ① がん患者、医療的ケア児、筋萎縮性側索硬化症患者、認知症を合併する患者の最新治療のミニ講義
- ② フィジカルアセスメント方法と看護を行う際の注意事項の説明
- ③ 実際にあった事例を基に「実践」を客観的に振り返り、課題の抽出と解決方法のグループ・ディスカッションの実施（図3参照）
 - ・ 訪問看護師の経験の共有
 - ・ 患者・家族の気持ちの推測
 - ・ 患者・家族の強みを考える
 - ・ 課題の抽出
 - ・ 解決方法の助言と提案
- ④ 訪問看護事業所内の継続教育に関する課題解決方法のグループ・ディスカッションの実施
 - ・ 各事業所が抱えている課題
 - ・ 課題が発生要因の究明
 - ・ 事業所同士の解決方法の助言と提案
 - ・ 解決方法のまとめ
- ⑤ 事業所間の連携や協働についてディスカッションの実施
 - ・ 連携、協働にかかわる課題の抽出
 - ・ 課題の発生要因の分析
 - ・ 解決方法のまとめ

各セミナーの評価

- 教育目標1.2の評価**
- ・ 出席率
 - ・ 参加者数
 - ・ 各回の参加者による「研修過程評価シート」アンケートの単純集計（平均、中央値、最頻値）、多変量解析
- 教育目標3.4.5の評価**
- ・ 各回の参加者によるアンケートの自由記述欄の質的内容分析
- 教育目標1.2.3の評価**
- ・ 「在宅看護の質自己評価尺度」の単純集計（平均、中央値、最頻値）、多変量解析と質的内容分析
- 教育目標3.4.5の評価**
- ・ グループディスカッション内容を記載した用紙の質的内容分析
 - ・ グループディスカッション内容をICレコーダの録音によって逐語録にしてデータ化した質的内容分析

第2回

- ① 訪問看護の実践に必要な医療的ケア児の病態と症状及び治療法の更新と、フィジカルアセスメント方法の習得
- ② 医療的ケア児に対する医療処置を的確に、苦痛なく提供できる方法と注意点の習得
- ③ 医療的ケア児の看護「実践」の振り返りと課題の抽出、課題解決方法の模索
- ④ 事業所内の訪問看護師の継続教育に関する課題解決方法の共有
- ⑤ 事業所間の連携方法や内容の共有

第3回

- ① 訪問看護の実践に必要な筋萎縮性側索硬化症患者の病態と症状及び治療法の更新と、フィジカルアセスメント方法の習得
- ② 筋萎縮性側索硬化症患者に対する医療処置を的確に、苦痛なく提供できる方法と注意点の習得
- ③ 筋萎縮性側索硬化症患者の看護「実践」の振り返りと課題の抽出、課題解決方法の模索
- ④ 事業所内の訪問看護師の継続教育に関する課題解決方法の共有
- ⑤ 事業所間の連携方法や内容の共有

第4回

- ① 訪問看護の実践に必要な認知症を合併する患者の病態と症状及び治療法の更新と、フィジカルアセスメント方法の習得
- ② 認知症を合併する患者に対する医療処置を的確に、苦痛なく提供できる方法と注意点の習得
- ③ 認知症を合併する患者の看護「実践」の振り返りと課題の抽出、課題解決方法の模索
- ④ 事業所内の訪問看護師の継続教育に関する問題解決方法の共有
- ⑤ 事業所間の連携方法や協働内容の共有

【各セミナーのファシリテーターの留意事項】

- ・ 一人の看護師が話すのではなく、受講者全員が発言するように留意する
- ・ 客観的意味づけは、順序を守って誘導する
- ・ 受講者が何を学んだのかを明らかにして終了する
- ・ 互いに認め合い、助け合うという視点で会話する
- ・ 発言者の意見を遮らず、攻撃的な発言にならないように留意する

図1 機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育プログラムの構造

第2節 機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育プログラムの教育

内容と方法

継続教育プログラムの教育内容は、各セミナーの教育方法は、①がん患者、医療的ケア児、筋委縮性側索硬化症患者、認知症を合併する患者の最新治療のミニ講義、②フィジカルアセスメント方法と看護を行う際の注意事項の説明、③実際にあった事例を基に看護実践を客観的に振り返り、課題の抽出と解決方法のグループ・ディスカッションの実施、④訪問看護事業所内の継続教育に関する課題解決方法のグループ・ディスカッションの実施、⑤事業所間の連携や協働についてグループ・ディスカッションの実施とした。

継続教育プログラムの教育方法の主軸となる訪問看護師のグループ・ディスカッションは、看護実践の客観的振り返り（訪問看護師の思いの共有、患者・家族の気持ちの推測、患者・家族の強みを考える）、看護実践の意味づけ、課題の抽出、そして課題解決方法の模索とした。

各回の開始時と終了時に、研究代表者からプログラムの教育目標や事例の考察方法、訪問看護事業所内における訪問看護師の継続教育と訪問看護事業所間の連携・協働について解説を行った。

第1回継続教育プログラムの教育内容は、①訪問看護の看護実践に必要ながん患者の病態と症状及び治療方法の更新と、フィジカルアセスメント方法の習得、②がん患者に対する医療処置を的確に、苦痛なく提供できる方法と注意点の習得、③がん患者の看護実践の振り返りと課題の抽出、課題解決方法の模索、④事業所内の訪問看護師の継続教育に関する課題解決方法の共有、⑤事業所間の連携方法や内容の共有とした。

第2回継続教育プログラムの教育内容は、①訪問看護の看護実践に必要な医療的ケア児の病態と症状及び治療方法の更新と、フィジカルアセスメント方法の習得、②医療的ケア児に対する医療処置を的確に、苦痛なく提供できる方法と注意点の習得、③医療的ケア児の看護実践の振り返りと課題の抽出、課題解決方法の模索、④事業所内の訪問看護師の継続教育に関する課題解決方法の共

有、⑤ 事業所間の連携方法や内容の共有とした。

第3回継続教育プログラムの教育内容は、①訪問看護の看護実践に必要な筋委縮性側索硬化症患者の病態と症状及び治療方法の更新と、フィジカルアセスメント方法の習得、②筋委縮性側索硬化症患者に対する医療処置を的確に、苦痛なく提供できる方法と注意点の習得、③筋委縮性側索硬化症患者の看護実践の振り返りと課題の抽出、課題解決方法の模索、④事業所内の訪問看護師の継続教育に関する課題解決方法の共有、⑤事業所間の連携方法や内容の共有とした。

第4回継続教育プログラムの教育内容は、①訪問看護の看護実践に必要な認知症を合併する患者の病態と症状及び治療方法の更新と、フィジカルアセスメント方法の習得、②認知症を合併する患者に対する医療処置を的確に、苦痛なく提供できる方法と注意点の習得、③認知症を合併する患者の看護実践の振り返りと課題の抽出、課題解決方法の模索、④事業所内の訪問看護師の継続教育に関する問題解決方法の共有、⑤事業所間の連携方法や協働内容の共有とした。

機能強化型訪問看護事業所と機能強化型訪問看護事業所への移行を目指している訪問看護事業所に従事する訪問看護師を対象にした継続教育プログラムを、セミナーとして構成した。

本研究における各セミナーの教育方法は、3つの展開からなる。

1つ目は、受講者を各グループ5～6名ずつ1グループにしたことである。さまざまな訪問看護師同士が語り合う機会にするために、このグルーピングは、各回、異なるメンバーとした。ノールズ⁷⁾も4から6人のバズ・グループ（討論グループ）を推奨している。そこで、本研究は近隣の訪問看護事業所という条件の下、5～6名のグルーピングを行った。そして1グループごとに、1名のファシリテーターを位置付けた。

3～5名の訪問看護事業所において継続教育を行うには、まず訪問看護事業所管理者の理解を得る必要があり、スタッフの参加を促すにも訪問看護事業所

管理者の理解が必要になる。訪問看護事業所管理者の理解を促進するには、まずファシリテーターになってもらう必要があると考えた。それは、リーダーシップということではなく、グループ内外の状況やメンバーの変化を感じ取り、グループの自律と成長を促すための継続教育の主旨の理解という視点から設定した。そのため、ファシリテーターを研究協力メンバーとして位置づけ、セミナーの企画段階から携わってもらい、ファシリテーターとしての育成を行って実施した。本研究において、このファシリテーターは、重要な意味を持つ。

ファシリテーターの目的は、中立的な位置からグループの力を引き出し、自分たちの力で成果にたどり着くことである。そのためファシリテーターには、グループを動かすためのグループメンバーから感じ取る、グループメンバーに介入する、グループディスカッション全体を振り返る、というファシリテーターとしての能力について説明した。ファシリテーターの役割は、グループが目指している目標を明確にすることや、グループディスカッションのプロセスを構築すること、グループディスカッションの経緯を発展的に運営することである。そのためファシリテーターへの注意事項として、1. 一人の看護師が話すのではなく、受講者全員が発言するように留意する、2. 客観的意味づけは、順序を守って誘導する、3. 受講者が何を学んだのかを確認して終了する、4. 互いに認め合い、助け合うという視点で会話する、5. 発言者の意見を遮らず、攻撃的な発言を避ける、などに留意してもらった。今回のセミナーでは、本研究の主旨を説明し、理解の得られた訪問看護事業所管理者をファシリテーターとしたが、この継続教育の方法が身につくれば、グループメンバーからファシリテーターが現れると考えている。今後、継続教育を推進していくにあたっては、ファシリテーターの育成が重要な鍵となる。

また、訪問看護事業所間の連携や協働についてもグループ・ディスカッションを行うという方法を用いた。各ディスカッションの後には、なぜ、このようなディスカッションを繰り返し行っているのかについて説明を付け加えた。ノールズは「ほとんどの組織化された学習は、集団のなかで芽生える。それは、

主に人びとを集合体として扱うことで効果的な運営ができるからであり、またグループによってもたらされる学習への資源と動機づけが多くあるからである。成人教育の目標に向けて二種類のグループが利用される。そのひとつは学習活動のためにつくられたグループであり、もうひとつは、学習以外の目的のためにつくられて、補足的な機能として学習活動を行っているグループである」⁷⁾と述べている。訪問看護師の場合、地域社会の活動に携わるという職務を担っているため、グループで活動するという動機づけを狙う意味も込めて、グループディスカッションを用いた。

グルーピングは参加者の地域に基づいて構成するようにした。これが訪問看護師同士の共同体の構築に向けての土台となることを狙った。ノールズ⁸⁾は、「これらのニーズへの関心を発展させることが、ひとつの教育的目標となるべきなのであろう。あるいは、これらのニーズのいくつかは、今ある関心とつなげていくことで活性化していくであろう」と述べている。訪問看護師の看護実践の語りは、他訪問看護事業所の訪問看護師と自分自身は一緒だと思いを巡らせることになり、似たような経験は共同体意識を生み出すことになる。そして訪問看護師同士の似たような経験は、訪問看護師の関心に結びつくのではないかと考えた。これがノールズのいう個人のニーズ、組織のニーズ、そして地域社会のニーズへと拡がり、訪問看護師のグループ学習は訪問看護師の共同体としての目標を生み出すことになると考えられる。

二つ目は、専門領域に従って4回ともに異なる医師の講師から、研究目的に沿った内容となるような実践事例のフィジカルアセスメントの講義を実施してもらったことにある。研究代表者は、医師に対して実施してもらう内容、方法について詳細な調整を行った。訪問看護師が陥りやすい症状の見逃しや同一症状から異なる疾患に結びつく実例等、効果的かつ看護の発展に結びつくよう実際の実践事例を使用してもらった。これは、訪問看護師の継続教育は体系的な学びと科学的かつ系統的な学びを併せ持つものが求められていると考えたことから計画した。また、訪問看護師の気持ちの共有化も、実際にあった看護実践

を用いた。ノールズは、「経験の交流によって考え方を交わらせ豊かにしていくことは、活動を高めていく刺激となる。参加者は、他の人の成功と失敗から多くのものを学ぶことができる」⁹⁾と述べている。丸山¹⁰⁾は、新人と一人前の訪問看護師数が中堅と達人の訪問看護師数より多いステーションでは、組織力を高め、職員の能力を向上できるように、教育体制や職員の指導体制を早急に構築していく必要があり、他のステーションとの交流や教育機関などからのサポートが重要だと述べている。訪問看護師の看護実践を客観的に捉えなおすということは、在宅で起こりうる問題を想起させ、課題解決に結びつけるという知の蓄積となり得る。つまり、訪問看護師の力を合わせた新たな継続教育の創造であり、訪問看護師にとって重要な学びとなると考えた。訪問看護師の課題は、自らの言動を真摯かつ倫理的に自分で捉え、自らを律し、自分で自分を管理し、考え、職務を進めることができるものが求められており、継続教育の目標は、その場の状況に合わせて考えて行動する力、つまり自律を育むものである必要があった。そのためには能動的に学ぶ、すなわち看護実践の意味づけの積み重ねは、看護実践能力を育むことにつながっているのだという意識が重要だと考えた。ただ漫然と看護実践を積み重ねるだけでは、課題解決策はでてこない。能動的に学ぶことによってはじめて看護実践に活かすことができると考えられた。

三つ目は、看護実践の意味づけに基づいた課題解決方法についてグループ・ディスカッションを行ったことにある。セミナーの主軸である看護実践の意味づけによるグループ・ディスカッションは、図2に示す通り、まず、その時の訪問看護師の思いを共有することから始めてもらった。訪問看護師に似たような看護実践を担当したことがあるかと問うたところ、巻末3にあるような看護実践が次々と語られていった。次に、患者、家族らの気持ちをグループ全員で推測してもらい、続けて患者、家族の強みは何かについてディスカッションしてもらった。そして、その場に実在した課題は何であったかについて、ディスカッションしてもらった。この過程は、実際にあった看護実践事例から何が学

べるのかを明確に発言してもらおうというものである。それとともに、どのようにすればよかったのかを繰り返し話し合ってもらった。

先にも述べた通り、この新たな訪問看護師の自律性を育成するための継続教育は、安酸の「経験型実習教育」¹¹⁾を参考に開発した。安酸の推奨する「経験型実習教育」は、学生が主に臨地実習現場での経験を振り返り、反省（リフレクション）的経験として自らの経験を意味づけていく力をはぐくむことを支援する教授法である。安酸の推奨する「経験型実習教育」は、学生の直接的経験を教材化し、学生の学習可能内容を見出す指導者のための教授法である。本研究においても患者、家族の気持ちを推測することを取り入れた。

患者、家族の強みを考える方法は、Charles A. Rapp と Richard J. Goscha のストレングスモデル¹²⁾の考え方を取り入れた。Rapp と Goscha は「すべての人は目標や才能や自信を有しており、また、すべての環境には、資源や人材や機会が内在していると見る」¹³⁾とし、ストレングスモデルを推奨している。ストレングスモデルは、「私たちが問題より可能性を、強制ではなく選択を、病気よりむしろ健康を見るようにする。それらを見ることができれば、成果が得られよう。私たちが欠陥というぬかるみにはまっている限り、成果を得ることはできない。私たちが欠陥に焦点を当てた暗黙の了解という束縛を脱しない限り、効果的な援助はできないであろう」¹⁴⁾と述べている。つまり、人の生活に影響を及ぼしている要因を明らかにし、その要因を変えることができる方法である。本研究においても患者のできないことばかりを見るのではなく、患者の強みを探す方法を取り入れた。これが看護実践をもとに意味づけを行う作業であった。看護師は看護問題を抽出して看護を計画するという看護過程に慣れている。一方で、患者、家族の強みを考えるということには慣れていない。そのため、なぜこのようなことを行っているかについて、訪問看護師は説明を必要としていた。最も重要なことは看護の正解を導きだすのではなく、事象や自らを客観的に捉えなおすということであって、グループ・ディスカッションによって看護実践の意味づけを行い、受動的な学習から能動的

な学習へと転換することであった。

これが自律を目指す機能強化型訪問看護事業所看護師が、自ら、看護実践を能動的に学習する方策である。これを繰り返すことによって、看護実践や自らを客観的に捉える力を育むことができ、ひいては訪問看護師の自律を育むことにつながると考えられた。

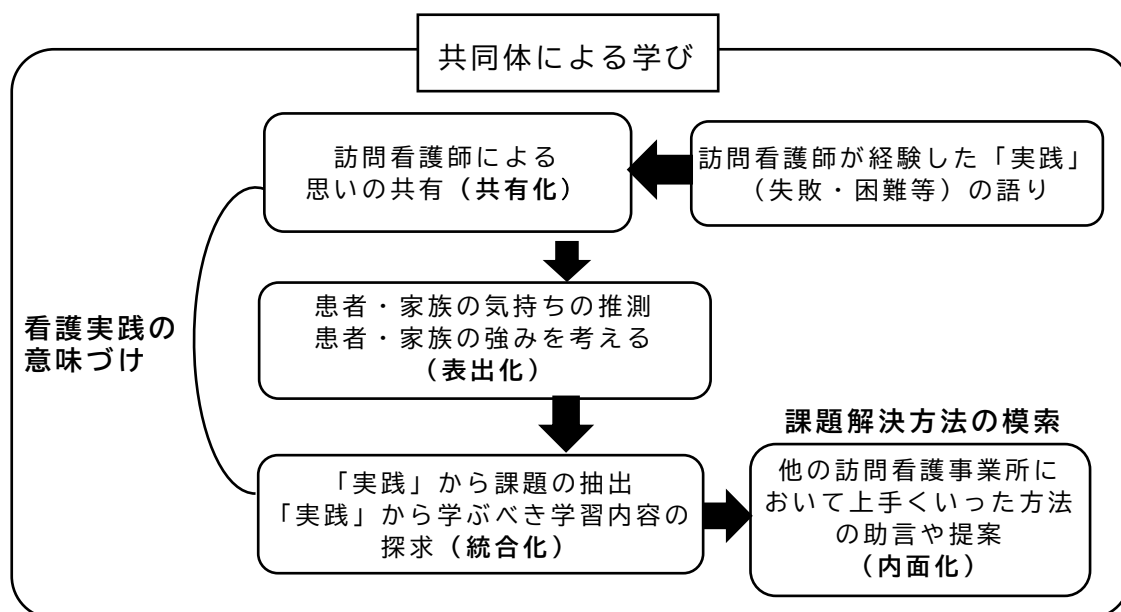


図2 看護実践の意味づけ方法と共同体による学びの構成

第3節 継続教育プログラムを活用したセミナーの設備と広報活動等

ノールズ¹⁵⁾によると、適切な宣伝活動は単にプログラムを紹介するだけではなく、より深い部分に入っていく。成人教育は販売されなければならないのである。成人教育の主な役割のひとつは学び続けるという考え方を人びとのなかに売り込むことと記し、成人教育の可能性を人びとが信じることは、社会と個々の人々にとって重要であると述べている。すなわち、継続教育の可能性を信じ、能動的に学び続けるという考え方を人びとのなかに浸透させるべく、継続教育プログラムを活用したセミナーの広報活動等を熟慮し、開催しなければ

ならない。

成人教育の宣伝方法は、対象者を特定すること、キャンペーンの実施、宣伝用の資料の準備と配布、結果の評価の4つのステップをふむものであるとしている¹⁶⁾。そこで、今回、受講の可能性を最大限に拡げるため、継続教育プログラムの開催広報や宣伝用の資料配布は、A県A地区3市にまたがる全訪問看護事業所49施設に対して行った。案内リーフレット(ちらし)とセミナーの目的を記載した依頼文書を、郵送法を用いて全ての訪問看護事業所に送付して募った。ノールズ¹⁷⁾は、ポイントは事前に入念な計画を立てておくことと述べ、少なくとも約3週間前の告示が効果的と述べている。本研究においても、各セミナー2か月前に送付を実行した。そして受講したい訪問看護師は、研究者に対してFAXもしくはメールを用いて申し込みをするよう促した。FAXは、訪問看護師が医師や介護支援専門員に連絡を取る際に用いている。一方で、訪問看護師は職業上のメールアドレスを持っていないことが多々あるため、より馴染みがあって抵抗感の少ない方法としてFAXによる申し込み法を用いた。

各セミナーの頻度は、2ヵ月に1回、週半ばの夕方18時から2時間程度とした。そのため本継続教育プログラムに基づいたセミナー会場は、3市の地域包括ケアシステムの中心に位置するA大学病院研修室を使用し、参加費は無料とした。A大学病院は公共交通機関の交通の便に長けていることや、訪問看護師なら一度は訪れている場所であろうと推察されること、設備使用料を無料にすることができたため、セミナー会場として用いた。18時から20時までの開催時間を考えると、受講者が安全に帰宅してもらえるかが重要だと考えた。参加費を無料にしたことによって、財政的な目標は策定せず、広報活動費や講師料は研究助成金で賄った。このように、継続教育プログラムを実施するには、設備と広報活動等について綿密に計画しておくことが重要になる。今回、研究助成金を活用したが、このような金銭的に賄う方法が、なければ受講者の訪問看護師らが負担する必要がある。

機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育プログラム開発および実施・評

価については大学の倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号 3079）。

受講者に対して受講前に説明書を用いて、本セミナーの主旨を説明した。本研究の対象者として同意、協力をするものに対して同意書の提出を求め、また、同意撤回期間も設けた。アンケートの記載の有無で不利益が生じることはないことや、アンケートは自由意思であること、回答内容は個人が特定できる形では公開されないこと、調査内容に関わる相談・問い合わせ窓口を説明書に明記するといった配慮を行った。アンケート用紙の保管方法や個人が特定される住所や事業所名は質問項目にしないこと、取得したデータは申請した3年の保存期間を経て速やかに削除し、書類はシュレッダー処理を行うこと等について説明し、同意を得て実施した。このように、訪問看護師の権利を守ること、アンケートや個人情報の使用を倫理的に考慮すること、そしてあらゆる対策を講じることによって継続教育プログラムは実施できる。

-
- 1) 佐藤みつ子・宇佐美千恵子・青木康子（2018）看護教育における授業設計， p. 89， 医学書院， 東京.
 - 2) 野崎真奈美・水戸優子・渡辺かづみ（2016）計画・実施・評価を循環させる授業設計， pp. 44-49， 医学書院， 東京.
 - 3) Bloom B S, Hastings J T, et all, 梶田叡一・藤田恵壘・渋谷憲一（1973）教育評価法ハンドブック—教科学習の形成的評価と総括的評価， pp. 429-441， 第一法規出版， 東京.
 - 4) Malcolm S. Knowles (1980) The modern practice of adult education : from pedagogy to andragogy, Englewood Cliffs: Prentice Hall/Cambridge, p. 39.
 - 5) 野崎真奈美・水戸優子・渡辺かづみ（2016）， 前掲 2）， p. 45.
 - 6) 同前， p. 45-49.

- 7) 同前, p. 45-49.
- 8) Malcolm S. Knowles (1980), 前掲 3), pp. 66-216.
- 9) 同前, pp. 66-216.
- 10) 同前, pp. 66-216.
- 11) 丸山幸恵・後藤順子・叶谷由佳 (2017) 訪問看護ステーションにおける看護実践レベルと職場環境との関連, 千葉科学大学紀要, 10, pp. 109-113.
- 12) 安酸史子編集 (2015) 経験型実習教育: 看護師をはぐくむ理論と実践, pp. 60-66, 医学書院, 東京.
- 13) Charles A. Rapp., Richard J. Goscha, 田中英樹監訳 (2014) The Strengths Model A Recovery Oriented Approach to Mental Health Services ストレングスモデル リカバリー志向の精神保健福祉サービス, p. 45, 金剛出版, 東京.
- 14) 同前, p. 45.
- 15) 同前, p. 45.
- 16) Malcolm S. Knowles (1980), 前掲 3), pp. 66-216.
- 17) 同前, pp. 66-216.

第7章 医療依存度の高い患者の看護を担う訪問看護師の継続教育プログラムの評価と考察

第1節 アンケートによる継続教育プログラムの評価

本章では、本研究において開発した看護実践能力を育むための継続教育プログラムを実際に評価することを試みる。その評価法の一つ目は、訪問看護師が記述したアンケートによる継続教育プログラムの評価の試みである。

佐藤ら¹⁾は、認知領域の目標の評価法は客観試験や論述試験、口答試験、状況設定試験を紹介し、精神運動領域の目標の評価法は観察法や状況設定試験、情意領域の目標の評価法は逸話試験や面接法、質問紙等の評価法があると示している。そこで本研究における各セミナーの評価法は、認知領域継続教育目標と精神運動領域継続教育目標は受講者の集合調査によるアンケート法、情意領域継続教育目標はグループ・ディスカッション内容やアンケートの自由記述欄を用いた質的内容分析法を用いた。

アンケートの調査項目は、1.年代、2.性別、3.現施設での就業年数、4.訪問看護師歴、5.「研修過程評価スケール」34項目、6.自由記述欄とした。アンケートは、舟島の「看護実践・教育のための測定用具ファイル第3版」の「研修過程評価スケール」²⁾34項目を用いた。「看護実践・教育のための測定用具ファイル第3版」は、1996年発刊以来、看護系研究では頻繁に用いられているものであり、信頼性や妥当性は確保されている。

「研修過程評価スケール」は、看護職者が研修の過程を評価する基準23カテゴリを用いて34質問項目から構成されていて、回答は5段階のリッカート法（全くあてはまらない1点～非常にあてはまる5点）で総得点は34点から170点の範囲に分布する。そのため、セミナーの企画や評価を行う本研究には適していると考えた。使用にあたっては使用許諾手続きを行って活用した。

ノールズ³⁾は、評価のプロセスは次のいくつかのきわめてシンプルな段階から成ると述べており、①あなたが回答を求めている設問の作成、②そうした設問への答となるようなデータの収集、③データを分析し、提示された設問に

対する回答の意味を解釈すること、④得られた知見にもとづき、あなたの計画、実践、プログラムを修正することと記述している。そのため本研究の継続教育目標の 1.2.3. は、上記質問内容を用いて評価できると考えた。アンケートは、セミナー当日開始前に配布し、受講後に提出を求め、アンケート回収ボックスに投函してもらう形で回収した。回収した質問紙は ID で管理し、このアンケートは計 4 回実施した。

アンケートは、項目全てに回答してあるものを有効回答として集計・解析に用いた。アンケートの分析は、各項目を頻度集計した後、受講者ごとの全ての回答の総和に対して、基本属性を説明変数に用いた線形回帰モデルで解析を行った。次に基本属性を説明変数とし「研修過程評価スケール」各項目を目的変数とする、順序ロジスティック回帰分析を実施した。また、先にも述べたようにアンケートの自由記述欄は、意味内容の類似性に基づいてカテゴリを形成する質的内容分析法を用いて評価した。グループでディスカッションされた内容についても質的内容分析法を用いて分析した。グループ・ディスカッションで共有された内容は巻末 2 に示す。

継続教育プログラムに基づいた本セミナーは、2019 年 5 月から 11 月までの間、計 4 回を開催した。第 1 回受講者数 23 名、第 2 回受講者数 18 名、第 3 回受講者数 28 名、第 4 回受講者数 13 名の、延べ 80 名が受講した。また、4 回を通して受講した訪問看護師は 8 名であった。

アンケートは延べ 80 名の受講者に実施した。有効回答は 80 (有効回答率 100%) であった。本セミナーを受講した訪問看護事業所数は、第 1 回 11 事業所、第 2 回 12 事業所、第 3 回 14 事業所、第 4 回 8 事業所であった (平均値 11.25)。全 49 訪問看護事業所中の 11 訪問看護事業所は、全体の 22% に当たる。つまり、A 県 A 地区 3 市の訪問看護事業所のうち 22% が機能強化型訪問看護事業所であるか、機能強化型訪問看護事業所への移行を検討している訪問看護事業所かもしれないということがいえる。全国訪問看護事業協会⁴⁾

がおこなった 2016（平成 28）年の調査報告書によると、機能強化型訪問看護管理療養費 1 を届け出ている訪問看護事業所の全国平均は 3.5%、機能強化型訪問看護管理療養費 2 を届け出ている訪問看護事業所の全国平均は 3.7%、機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない訪問看護事業所は 90.6%であることから、本研究の 23%という数値は高い値であると考えられる。これは本研究を実施した A 県 A 地区 3 市が、首都近郊県に位置することが要因ではないかと推察した。一方で、機能強化型訪問看護事業所数は訪問看護事業所全体数からみるとまだまだ少ないといえるであろう。

表 1 に示す通り、年代別の受講者構成は 20 代 2 名（3%）、30 代 25 名（31%）、40 代 37 名（46%）、50 代 5 名（6%）、60 代以降 11 名（14%）であった。性別は男性 7 名（9%）、女性 73 名（91%）であった。訪問看護師歴は 5 年未満 18 名（23%）、5 年以上 10 年未満 16 名（20%）、10 年以上 20 年未満 18 名（23%）、20 年以上 28 名（35%）であった。現施設での就業年数は 5 年未満のものが 52 名（65%）、5 年以上 10 年未満 17 名（21%）、10 年以上 20 年未満 11 名（14%）であった。

本セミナーの受講者は幅広い年代層に跨っていたものの、現施設における就業年数は 5 年未満 52 名（65%）と半数以上が就職して間もない訪問看護師であることがわかった。一方で、約半数の訪問看護師が訪問看護師歴 10 年以上であった。このことから、新規事業所数の増加と転職する訪問看護師の多さが推察できる。先にも述べた通り訪問看護事業所は、近年、医療依存度の高い患者の訪問看護の増加や、新規事業所の開設や休止、廃止が相次いでいるという課題に直面していると考えられた⁵⁾。本研究の結果は、この先行研究を裏付けるものとなったといえる。茂野⁶⁾は、訪問看護はそこでの郷土食や伝統的な祭りなど、共通する文化・風習・価値観や家族構成、家族背景等の影響を受けやすく、家族の思いや介護方法などに寄り添った臨機応変な看護が求められていると述べている。患者の居宅にひとりで訪問する看護提供体制から、訪問看護師は高い観察力が必要であり、何より、患者は気心の知れた何でも相談でき

る長い付き合いの訪問看護師を望んでいるであろう。訪問看護事業所の休止、廃止という動きは、患者に寄り添う看護の提供を阻むことになるかも知れないという懸念が残ると考えられる。

表1 受講者の基本属性とセミナーの評価 n=80

変数	第1回		第2回		第3回		第4回	
	有効 回答数	M (SD)	有効 回答数	M (SD)	有効 回答数	M (SD)	有効 回答数	M (SD)
参加施設数	11	0.26	12	0.29	14	0.33	8	0.19
参加者数	21		18		28		13	
4回参加者							8	19
3回参加者					10	24	2	5
2回参加者			10	24	7	17	2	5
1回参加者	21	48	8	19	11	26	1	2
Age								
20-29	3	0.14	2	0.11	3	0.11	3	0.23
30-39	1	0.05	1	0.60	2	0.70	1	0.80
40-49	9	0.43	8	0.44	14	0.50	6	0.46
50-59	8	0.38	6	0.33	9	0.32	2	0.15
60-	0	0.00	1	0.06	0	0.00	1	0.08
性別								
男	3	0.14	2	0.11	1	0.40	1	0.80
女	18	0.86	16	0.89	27	0.96	12	0.92
訪問看護師歴							M13.76 SD(±9.82)	
5年未満	8	0.38	2	0.11	4	0.14	4	0.31
5-10年未満	4	0.19	3	0.17	6	0.21	3	0.23
10-20年未満	4	0.19	4	0.22	7	0.25	3	0.23
20年以上	5	0.24	9	0.50	11	0.39	3	0.23
現勤続年数		2.7(2.3)		6.4(5.7)		4.8(4.7)		3.7(2.8)
5年未満	17	0.81	8	0.44	18	0.64	8	0.61
5-10年未満	4	0.19	5	0.28	4	0.14	4	0.31
10-20年未満	0	0.00	5	0.28	6	0.21	1	0.08
20年以上	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
研修過程評価スケールの得点							M152.95SD(±17.86)	
最大値	170	156.8	167	140.6	170	154.0	170	160.4
最小値	127		103		118		129	
4.看護実践に活用できる内容であった								
非常にあてはまる	17	0.81	7	0.39	17	0.61	11	0.85
かなりあてはまる	3	0.14	7	0.39	10	0.36	2	0.15
どちらともいえない	1	0.05	4	0.22	1	0.04	0	0.00
あまりあてはまらない	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
全くあてはまらない	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
5.臨床の現状に似合う内容であった								
非常にあてはまる	18	0.86	7	0.39	18	0.64	11	0.85
かなりあてはまる	3	0.14	7	0.39	9	0.32	2	0.15
どちらともいえない	0	0.00	4	0.22	1	0.04	0	0.00
あまりあてはまらない	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
全くあてはまらない	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

表1の通り、本研究の「研修過程評価スケール」の結果は、平均得点（±SD）152.95（±17.86）であった。看護実践に活用できる内容であったと回答した受講者は、非常にあてはまる52名（65%）、かなりあてはまる22名（28%）であった。臨床の現状に似合う内容であったと回答した受講者は、非常にあてはまる54名（68%）、かなりあてはまる21名（26%）であった。同じ「研修過程評価スケール」を活用した山澄⁷⁾が行った研修は、平均得点147.7（SD±16.78）であったことから、本セミナーは受講者のニーズに応え得るセミナーであったと推察できた。

受講者のニーズに応え得るセミナーであった理由の一つに、表2にも見られる通り、訪問看護師間の交流が効果的に働いたのではないかと考えられた。巻末2にあるように、訪問看護師は答えのないひとつひとつの看護実践を振り返り、どのようにすればベターであったかを懸命に検討していた。患者、家族と患者、家族を取り巻く関係者らにとって、より良いものとなるようにという願いが込められている。これらを見ると訪問看護師の看護実践そのものに内包されている、訪問看護師という職業人としての苦しみや悲しみ、歯痒さを、共有し合っているように受け取れる。このディスカッションの内容は、患者、家族に対する訪問看護師の思いで溢れているように見えた。

病院の看護師は8時間ほどの勤務時間を終えると次の看護師に引き継がれるが、訪問看護師の場合はそうではない。医師と同じように自宅に電話を持ち帰り、入浴するときも、寝ているときも片時も電話を離さずにいる。夜中であっても必要と判断した場合は、患者の居宅を訪問するという職務を担っている。また、病院に勤務する看護師は2～5年程度で病棟を交代する。これは経験を積むという意味と、マンネリ化を防ぐという意味がある。一方で、訪問看護師は5年、10年、20年と患者との契約に基づいて看護が提供されていく。患者の生活と共にあるということは、患者のライフイベントも一緒に経験するという意味をもつ。患者の誕生日等のライフイベントも一緒に経験することによって、訪問看護師は自分ごとのように患者、家族を捉えるようになっていくもの

と推察できる。これは、訪問看護師が患者、家族とともに過ごす「時間的流れ」である。

渡辺⁸⁾は、職業キャリアの形成には「時間的流れ」や「時の経過」が内包されると述べている。「時間的流れ」や「時の経過」は簡単に得られるものでもない。訪問看護師の「時間的流れ」や「時の経過」は、ゆっくりと患者、家族と訪問看護師の間に感情とともに積み重なっていくものである。そのため訪問看護師が日頃感じている感情は、訪問看護師同士でなければ共有できないということになる。訪問看護師の看護実践を共有することは、訪問看護師の交流となり得る。つまり訪問看護師の看護実践の共有という訪問看護師同士の交流が、セミナーに対する満足感へと結びついたのでないかと推察できた。この訪問看護師の交流は、本研究でいうところの共同体である。

シルバ (Vagnára Ribeiro Silva, 2017-) ⁹⁾は、看護チームにとって最も高い満足度を得るにはプロフェッショナルステータスが重要で、そのためには相互作用が最も重要であると述べている。磯山 ¹⁰⁾ は訪問看護事業所の連携戦略は重要な戦略として位置づけられており、訪問看護事業所の連携の対象として最も多く挙げられていたのは、他の訪問看護事業所であったことを明らかにしている。久保谷 ¹¹⁾ や川上 ¹²⁾ は、訪問看護師の研修ニーズの一つに最新の情報入手があることを報告している。青山 ¹³⁾ は、訪問看護師は情報不足などに不安を抱き、研修会や他の訪問看護事業所との交流を希望していたことを明らかにしている。本セミナーの自由記述においても、他事業所の看護師の話が聞けたことは有意義であったと記述されていた。

訪問看護事業所が異なると他事業所の情報は入り辛いし、訪問看護師間の交流も難しい。情報交換や相互作用によるケア内容の充実化のためにも、事業所間の訪問看護師の交流は効果的に働くと推察できる。すなわち、訪問看護の看護実践の共有や患者、家族らの気持ちを推察すること、そこにあった課題を捉えなおすこと、すなわち意味づけを行う継続教育は、訪問看護師にとって充実した学びの機会と成り得ると考えられた。柄澤 ¹⁴⁾ も訪問看護の実践を通して

学ぶ内容(OJT)の意味づけや、二次医療圏の範囲で研修を行うなどの学習の機会の検討が必要であると述べている。実際に、このセミナーでの学びが看護実践能力を育むことになったか否かは、確認できていない。しかし、自らの看護を客観的に捉えなおすという方法は、訪問看護師の看護実践能力の向上へと向かわせるものとなるのではないかと考えられた。

表 2 の通り、セミナー受講者の年代別の自由記述は、40 歳代の記述が最も多く、その内容は他の受講者とディスカッションできたことに対するものが多くみられた。巻末 2 に記述しているように、訪問看護師はひとつひとつの看護実践を振り返り、どうすればよかったのか、看護実践を客観的に考察する試みを行うと、「この時間内だと、自分たちの苦痛を共有し合うぐらいで終わっちゃう」、「訪問看護同士のこんな機会ないですよね、こういう意見交換の場がね」、「お互いに訪問看護同士じゃないと分かんないですよね」と訪問看護師同士で共有できたことを肯定的に受け止めているように評価できた。この本セミナーに対する訪問看護師の肯定的な受け止めは、実践例や事例を取り入れたセミナーであったためではないかという、二つ目の理由が考えられた。

表 2 自由記述欄の質的内容分析

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	年代
訪問看護の技術と知識の獲得	苦悩から学ぶ	・小児看護は未経験なので遠慮したいと思う気持ち	20
		・小児も成人も変わらない部分もある	20
		・小児は絶対にやりたくないわけではない	20
		・ALSの患者がいないのでなかなかイメージがつかない	20
		・普段は一人でアセスメントし対応することが多い	20
		・ALSは連携の難しさがある疾患だと思う	20
		・小児の訪問看護の課題は根深い	30
		・とても興味深い内容と感じた反面、自分の知識不足や消極的な面が強くてた	30
		・勉強になったがもっと勉強しないといけないと感じた	40
		・現在、苦慮している症例についての研修だったため、とても良い経験ができた	40
		・人間として自分がALSになった時を考えるとどうしても生きていく意味が見つからないとおもってしまうことが看護師として悲しく思う	50
		・小児の訪問看護の依頼がほとんどなく自信がない	50
		・積極的に考えたことはなかったが今日の内容を聞いて、とても興味ももてた	20
		・事例を通して具体的に考えることができた	20
	・病態をイラストで示していただき、とてもわかりやすかった	20	
	・事例はわかりやすかった	20	
	・事例を取りあげ話し合うことができてよかった	20	
	・高齢者の多様な疾病が関連しており、状況で判断する上でいろいろなアセスメントをすることが参考になった	40	
	・親子は頼りたくでも頼れない環境があるのだなと思った	20	
	・時期や本人の状態に合わせるということがいかにALSにとって大切な知ることができた	20	
	・予後が急速な患者、緩慢な患者、それぞれに合わせていく必要があるとわかった	20	
	・訪問看護でできることは幅広いと感じた	20	
	・事例がまさに訪問中の患者と一致し、参考になった	30	
	・Nsの学びや経験が重要だと感じた	30	
	・医療的ケア児の対応について、まだまだ知らないことや受け入れが少ないことがわかった	40	
	・実践に活かせる内容だった。勉強になった	40	
	・現状、取り組んでいるテーマだったので基本的な看護、ケアをよく考えて、その人らしさを大切に今後も勉強し続けたいと感じた	50	
・普段の仕事の中で活用できる研修だと思った	30		
・独身で子どももいないので患児がいると和む	20		
・ALSについて改めて学ぶことができた	20		
・アセスメントの面ですごく勉強になった	20		
・アセスメント力を上げつつ、家族のニーズにそり添える訪問看護師を目指したいと思えた	20		
・改めて基礎理解を深めることができた	40		
・相談支援専門員の話など知らないことも多く楽しかった	40		
・この研修をずっと待っていた。誘ってくれてありがとう	40		
・今後も研修に参加して知識を高めたい	40		
・前頭葉型認知症があることを初めて知った	40		
・最新の治療を知れてよかった	40		
・ALS患者がどう経過していくのか知ることができた	40		
・ラジカットについて10日間連続で行うことを知った	40		
・訪問看護として体制も考えないといけないということを教えてもらった	40		
・ALSに関して、とてもわかりやすく学ぶことができた	50		
・難病に関する原因など改めて勉強、復習できた	50		
・がん末期が多いので、明日他のスタッフに伝達、共有する	30		
・今日の研修を事業所のスタッフに伝えていきたい	40		
・ALSの患者に対し、どのような対応が必要なのか学んだことを共有し、活かしていけそうだと思う	40		
・ALSについてわかりやすかったので、他のスタッフにも伝える	40		
・自分のスタッフ同士の話し合いで学びを深める	50		
・スタッフの勉強や刺激にもなる	50		
・スタッフの負担軽減にもなる	50		
連携と協働	事業所スタッフとの共有		

	・他の事業所の小児看護の取組を学ぶことができた	30
	・病状説明がうまくいっていないところがディスカッションでいくつもあった	20
	・グループワークで他の方の話が聞けて良かった	20
	・グループ内の他の事業所の方の意見も聞けて学ぶことが多かった	20
	・ディスカッションが聞けてよかった	30
	・大変活発な意見交換が行えたと思う	30
	・普段、合わない他の事業所の方と話す機会になるためとても良いと思う	30
	・ALSの患者の訪問を通じて、同じ苦労や悩みがあることがわかり、自分だけじゃないのだと思えたことで明日からもまた頑張る訪問していこうと力をもらった	40
	・グループでの話し合いも話しやすかった。司会の方もよかった	40
	・他の事業所の対応など、勉強させていただくことが多かった	40
	・皆さんに聞いてもらいたかった。もっとグループワークで話ができる協力仲間づくりができると思う	40
	・他の事業所の看護師と意見交換できてとてもよかった	40
	・講義後、実際に関わっている方の話を伺うことができて大変参考になった	40
	・Bグループのメンバーは、一生懸命良い意見がたくさん出ていたと思うが、発表までのまとめが苦手なようで、もったいないと感じた	40
	・良いメンバーだった	40
	・アセスメントの仕方がグループによって違い、他の方の意見も聞けて参考になった	40
グループから学ぶ	・他の事業所の運営など、話せてよかった	40
	・他の事業所スタッフのさまざまな意見を聞けてとても参考になった	40
	・小児を受け入れるにあたって、グループで他のステーションの方の意見など聞く機会ができてよかった	40
	・勉強になった。他の事業所との話し合いが効果的だった	40
	・グループワークでALS患者の悩みや関わり方など、意見交換ができてよかった	40
	・先生の話や聴いたうえで、日常の看護についてグループワークができてよかった	40
	・ALSの患者を実際に訪問していなかったが、スライド、他の事業所の話を通じて、感じ取り、理解を深めることができた	40
	・まだALSの患者を受け入れていないのでグループワークで他の方の意見を聞けて良い経験になった	40
	・難病だと構えてしまうことも多いが、他のステーション同士で勉強する場があればよいのかなと思った。他の事業所の同行をしてみたい	40
	・他の事業所の具体的な話を聴くことができたと思う	50
	・他の事業所の様子を知れてよかった	50
	・新たな発見、別の考え方が聞けて参考になった	50
	・まだオープンして浅いので、日々、他の事業所と勉強してみたい	50
	・遅れて参加したが、グループワークに自然と入れた	50
	・スタッフが少ないので、一人で悩むより、いろいろなナースと意見交換してみたい	50
	・グループワークで他の事業所の方から貴重な話が聞けた	50
	・この研修は効果があると思う	50
	・他の方のアセスメント内容の意見が聞けて勉強になった	50
連携を学ぶ	・家族と訪問看護師、医師の交流等を思い出して、理解したり話したり、周りのことを見たり考えたりする必要があると感じた	40
	・顔の見える連携がやはり一番やりやすいと思う	50
	・アセスメント能力が向上することで、医師や他のサービス事業所同士の協力協働に効果があると思う	50
	・協力して訪問を行うことでお互いに助け合えると良い	50
	・また参加したい	20
研修に対する意見	・少し時間が足りない感じがした。しかし、仕事を終えてからの参加にはちょうど良いとも思える。とても良い勉強会だった	50
	・もっと時間があればよいと感じた	40

表3の通り、現施設での就業年数と「研修過程評価スケール」項目を線形回帰モデル分析したところ、現施設での就業年数が減少するほど各項目の和が高い傾向が示唆された（回帰係数=-0.6；95%信頼区間-1.7～0.5；p=0.29）。さらに表4の通り、訪問看護師歴と「研修過程評価スケール」項目を順序ロジスティック回帰分析したところ、訪問看護師歴が増加するにつれ、実践例や事例を取り入れたセミナーであったという項目に対して高い点数を回答する傾向があった（オッズ比1.02；95%信頼区間1.0～1.1；p=0.51）。また、現施設の就業年数が減少するにつれ、実践例や事例を取り入れたセミナーであったとする項目に対して高い点数を回答する傾向があった（オッズ比0.85；95%信頼区間0.8～1.0；p=0.006）。訪問看護師歴が減少するにつれて、セミナーが他の受講者の意見を知る機会となったとする項目に対して高い点数を回答する傾向もみられた（オッズ比0.93；95%信頼区間0.9～1.0；p=0.01）。

表3 「研修過程評価スケール」と基本属性の線形回帰モデル分析

Effect	Estimate（推定値）	95%信頼区間		p値
		下限	上限	
Intercept	157.2	147.3	167.1	0.001
Age40代	-1.7	-12.9	9.5	0.76
Age50代	4.3	-8.9	17.6	0.51
Age30代	0			
男	6.3	-8.5	21.0	0.39
女	0			
訪問看護師歴	-0.2	-0.7	0.2	0.31
現施設の就業年数	-0.6	-1.7	0.5	0.29

表 4 「研修過程評価スケール」と基本属性の順序ロジスティック回帰分析

有意項目	基本属性	オッズ比	95%信頼区間		p 値
			下限	上限	
実践例や事例なども取り入れられた研修であった	現施設の就業年数	0.85	1.0	1.1	.01
実践例や事例なども取り入れられた研修であった	訪問看護師歴	1.02	1.0	1.1	0.5
受講者の緊張をやわらげるように配慮された研修であった	年代	0.09	0.8	1.1	.03
受講者の緊張をやわらげるように配慮された研修であった	現施設の就業年数	0.94	0.8	1.1	.03
他の受講者の意見を知る機会がある研修であった	現施設の就業年数	0.93	0.9	1.0	.01

看護実践に活用できる内容であったとアンケートに回答した受講者は、非常にあてはまる、かなりあてはまるを合わせて 74 名 (93%)、臨床の現状に似合う内容であったと回答した受講者は、非常にあてはまる、かなりあてはまるを合わせて 75 名 (94%) であったが、さらに訪問看護師歴が増加するにつれ、本セミナーが実践例や事例を取り入れたものであったと回答する傾向が見られたことは、経験豊富な訪問看護師であればあるほど、実践例や事例に関する継続教育の必要性を認めているものと受け取ることができる。

古瀬¹⁵⁾は、訪問看護事業所に従事する看護師は、病棟のように同様の疾患で同様の治療を行っている患者が常に存在しているわけではないため、継続的な知識、技術の習得に結びつかないと報告している。訪問看護師は、様々な疾患や多様な患者、家族に接する機会を得ることは難しいものの、本セミナーのような実践例や事例を客観的に捉えなおす方法によって、看護実践能力を育むことができる。Fujino¹⁶⁾は、高い情緒的知能を持つ看護師は状況能力が高く、経験により看護能力が向上することを明らかにしている。客観的に事象をみる

ことができる訪問看護師は、患者・家族を理解するという状況能力を持っていて、その能力が課題解決に導くからといえる。

小川¹⁷⁾は、他者からの承認を得ることで訪問看護師の専門性の満足度は高くなり、研修に参加することでさらに自分のキャリアを高めることができると報告している。本セミナーに参加した訪問看護師は、他訪問看護事業所の訪問看護師と話し合うことによって承認を受け、さらに満足度が高まったといえるであろう。この訪問看護師同士で看護実践を客観的に捉え、課題について考えること、つまり看護実践から学ぶことが最も重要で、今後も看護実践の意味づけを行う継続教育を続けていくことが大事だといえる。

訪問看護師歴が減少するにつれ、他の受講者の意見を知る機会となったとする項目に対して高い点数を回答する傾向があったということは、経験の浅い訪問看護師にとって、学び多き機会であったと感じられるものとなったと考えられる。訪問看護師の看護実践能力は、訪問看護師歴や現施設での就業年数による影響を受けるものの、セミナー等で他者とかがわり合うことによって更に促進できる。ウエレット(Jérôme Ouellet, 2017-)¹⁸⁾は、雇用主は看護師のニーズにもっと注意を払うべきであり、そのためには、看護師が職場での継続的な教育のプロセスに関与する必要があると述べている。林¹⁹⁾もまた、看護師としてキャリア形成していくためには互いに関係し合う中で成長することを意識した支援に組織的に取り組むことが有用で、自己の生き方全体を踏まえたキャリア教育の取り組みが必要であると述べている。訪問看護事業所の経営に携わっている訪問看護師は、訪問看護師歴や現施設での就業年数に関わらず研修等を積極的に受講させる等、他の訪問看護事業所と関わりがもてる継続教育を、受講する環境を整えていかなければならないであろう。

21名で始まった本セミナーの受講者のうち4回を通して参加できた看護師は8名であり、3回目まで継続して受講した者は10名であった(表1)。これは、複数回に渡って受講するセミナーは3名から4名程度の小規模な訪問看護事業所にとって負担が高いことを示している。なぜなら、継続したセミナーを

受講するためには、夜間待機担当を複数回外す等の配慮を行わなければならないということが生じるからである。第2章でもあったように他の研究者らがいうように、複数回行う必要のあるセミナーや研修会は受講者の都合で教育を受けることができるネット環境を活用した方法が望ましいともいえる。一方で、顔の見える関係が有用であることは今回のアンケート調査の結果、明らかである。だからこそ訪問看護師らが、自ら柔軟につながる共同体が重要だと考えている。

訪問看護師が記述したアンケートによると、本研究が開発した看護実践能力の向上を目指す継続教育プログラムは、訪問看護師の看護実践に活用できる内容であったという回答を得ることができた。これは本研究が開発した方法が、看護実践能力を育むことができる継続教育として、訪問看護師に受け入れられたといえるであろう。

第2節 看護実践能力からみる継続教育プログラムの評価

訪問看護師に受け入れられた本研究の継続教育プログラムではあるが、次に、訪問看護師の看護実践能力が向上したかを評価しなければならない。訪問看護師の看護実践能力から本研究の継続教育プログラムを評価するために、1.年代、2.性別、3.現施設での就業年数、4.訪問看護師歴、5.雇用形態、6.学歴、7.「在宅看護の質自己評価尺度」30項目を用いた。第1節のアンケート同様、舟島の「看護実践・教育のための測定用具ファイル第3版」の「在宅看護の質自己評価尺度」²⁰⁾30項目を用いた。

「在宅看護の質自己評価尺度」30項目は、看護にかかわる看護職者が日々の看護実践を自己評価する際に活用できる測定用具であり、6つの下位尺度（Ⅰ：クライアント・家族との関係性を維持し発展させる行動、Ⅱ：問題を明確化しクライアント・家族と問題を共有する行動、Ⅲ：家族の問題対処を補足し強化する行動、Ⅳ：クライアント・家族のプライバシーを擁護しプライバシ

一への過剰な侵入を回避する行動、V：家族構成員間の関係性を維持し強化する行動、VI：知識・技術を提供し他職種と共同して問題を解決・回避する行動)から構成されている。回答は5段階のリッカート法(ほとんど行っていない1点～いつも行っている5点)で、得点が高いほど在宅看護の質が高いことを意味し、各下位尺度の得点は5点から25点、総得点は30点から150点の範囲に分布している。何をもちいて在宅看護の質というのかは明確だとはいえないものの、他に看護実践能力を数値で評価するものが見当たらなかったため、「在宅看護の質自己評価尺度」を用いることとした。看護実践能力が向上したか否かを測定するために、全4回を通して受講した訪問看護師を対象に、第1回受講前と第4回受講後の2回実施した。

「在宅看護の質自己評価尺度」は、各項目の頻度集計を行った後、変数間の比較と、「在宅看護の質自己評価尺度」項目と基本属性の順序ロジスティック回帰分析、また受講者ごとの全ての回答の総和に対して基本属性を説明変数に用いた線形混合回帰モデル分析を行った。さらに、介入効果を推定するための各項目の和と訪問看護師歴との相関分析と、途中受講の継続をあきらめてしまった訪問看護師(ドロップアウト者)の属性と1回目のトータルスコアとの要因分析を実施した(表7)。分析は、統計ソフトSASを活用した。

「在宅看護の質自己評価尺度」の平均値(±SD)は、134.63(SD±11.10)であった。各項目の和に対して線形混合モデル回帰分析を用いた解析において、第1回セミナー前と第4回セミナー後における各項目の和の改善の傾向が示唆された(回帰係数=2.5;95%信頼区間-9.2~14.2;p=0.59)(表6)(図1)。また、現施設での就業年数が長いほど各項目の和が高い傾向が示唆された(回帰係数=0.4;95%信頼区間-1.3~2.2;p=0.52)。また、訪問看護師歴が減少するにつれて、看護の提供によって解決しない問題は他の専門機関を紹介する項目に対して高い点数を回答する傾向があった(オッズ比0.94;95%信頼区間0.9~1.0;p=0.05)(表8)。

本論の分析結果の信頼性、妥当性を確保するために、モデルのデータへの当

てはまりを表す赤池情報量基準（AIC）を用いて算定したところ、固定効果に介入有無のみを入れた場合（286.0）と、本論で用いたモデルで解析した場合（257.2）を比較した結果、本論で用いたモデルがより観測データに適合していることを確認した。

表5 「在宅看護の質自己評価尺度」の変数間の比較（n=8）

下位尺度名（変数）	質問項目内容	第1回セミナー前		第4回セミナー後		t値
		M	SD	M	SD	
I：クライアント・家族との関係性を維持し、発展させる行動	非言語的コミュニケーションからクライアント・家族の意志を理解する	4.5	0.76	4.5	0.53	0.00
II：問題を明確化し、クライアント・家族と問題を共有する行動	クライアントから得た情報と家族から得た情報を照らし合わせる	4.6	0.52	4.5	0.53	0.55
III：家族の問題対処を補足し、強化する力	家族が適切な方法で問題を解決できていることを伝える	4.5	0.53	4.4	0.74	0.42
IV：クライアント・家族のプライバシーを擁護し、プライバシーの過剰な侵入を回避する行動	クライアント・家族の体面を傷つけないように訪問方法や服装などを工夫する	4.5	0.53	4.1	0.64	2.05
V：家族構成員間の関係性を維持し、強化する行動	必要に応じてクライアントから家族への感謝を表すことばを引き出す	4.0	0.53	4.5	0.53	-1.53
VI：知識・技術を提供し、他職種と協力して問題を解決・回避する行動	看護の提供によって解決しない問題は他の専門機関を紹介する	4.0	1.07	4.0	0.93	0.00

表 6 「在宅看護の質自己評価尺度」による線形混合回帰モデル分析 (n = 8)

変数	Estimate (推定値)	95%信頼区間		p 値
		下限	上限	
Intercept	137.9	120.0	155.9	0.00
Age (40代)	-7.3	-31.0	16.5	0.44
Age (50代または60代)	-6.5	-34.3	21.3	0.55
Age (20代または30代)	0			
Gender (男)	-16.7	-44.2	10.8	0.17
Gender (女)	0			
Intervention (有)	2.5	-9.2	14.2	0.59
Intervention (無)	0			
大学卒	-2.3	-21.8	17.2	0.76
専門学校卒	0			
訪問看護師歴	-0.1	-0.7	0.5	0.55
現施設での就業年数	0.4	-1.3	2.2	0.52

表 7 「在宅看護の質自己評価尺度」によるドロップアウト者の属性と1回目のトータルスコアとの要因分析 (n = 8)

変数	Estimate (推定値)	オッズ比	95%信頼区間		p 値
			下限	上限	
Intercept	3.4				0.63
学歴	-1.2	0.3	0.0	8.4	0.48
年代	0.7	2.07	0.2	21.2	0.54
職歴	0.0	1.02	0.9	1.1	0.73
性別	11.3	83004.03	0	0	0.98
訪問看護師歴	0.0	0.98	0.7	1.3	0.89
1回目のトータルスコア	-0.0	0.96	0.9	1.0	0.35

表 8 「在宅看護の質自己評価尺度項目」と基本属性の順序ロジスティック回帰分析

(n = 8)

有意項目	基本属性	オッズ比	95%信頼区間		p 値
			下限	上限	
家族が適切な方法で問題を解決できていることを伝える	現施設の就業年数	1.24	1.0	1.5	.003
必要に応じてクライアントから家族へ感謝を表すことばを引き出す	雇用形態	5.51	1.2	22.3	.028
看護の提供によって解決しない問題は他の専門機関を紹介する	現施設の就業年数	0.94	0.9	1.0	.047

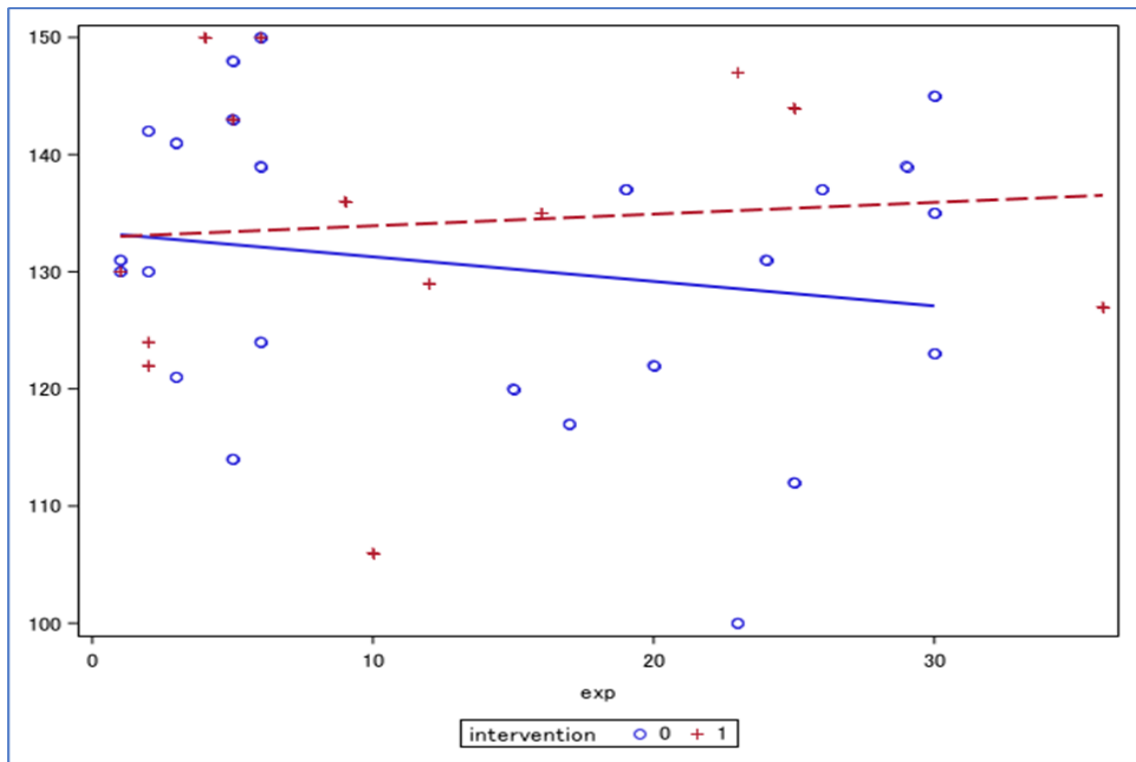


図 1 「在宅看護の質自己評価尺度」の介入前後の各項目の和と訪問看護師歴との相関分析

本セミナーの介入前後の各項目の和と訪問看護師歴との相関分析の結果は、わずかにその有用性を示したものの被験者数が8名と少なかったため信頼できる数値とはいえない。しかし、本セミナーを受講した8名の訪問看護師は、看護実践能力が向上したことは間違いない。今回、4種類のテーマでセミナーを企画したが、テーマ毎の受講者数に差は認められなかった（表5）。さらに、セミナーを途中ドロップアウトした受講者と属性についての要因分析を行ったが、その要因は明らかにすることができなかった（表7）。

三浦²¹⁾が行った「在宅看護の質自己評価尺度」を用いた研修は、平均得点122.0（SD±16.0）であったが、本セミナーの受講者の平均得点は134.63（SD±11.10）であった。これは、本セミナーの受講者である訪問看護師の看護実践能力が、三浦が行った研修に比べて高いことを示している。単純に比較することはできないが、本セミナーを受講した訪問看護師の看護実践能力が以前から高い傾向にあったとも考えられる（表1）。それは、本セミナーが機能強化型訪問看護事業所もしくは機能強化型訪問看護事業所への移行を目指している訪問看護事業所の訪問看護師を対象としていたことが要因と推察できた。それは現施設での就業年数が長くなるにつれ、他の専門機関を紹介せずとも豊富な経験によって問題解決ができてしまっていると答えた看護師が増加する結果からも推察できる（表8）。看護実践能力が育まれた訪問看護師は、患者・家族を理解するという状況判断能力を持っていて、その能力によって課題解決に導くことができる。そのため、看護実践能力を積み重ねた訪問看護師が増えることによって、医療依存度の高い療養者が在宅療養生活を継続できるようになるのである。

訪問看護師の看護実践能力が向上したかを測ることは、とても困難なことである。一方で、本研究において開発した新たな継続教育の方法を、「在宅看護の質自己評価尺度」において評価したところ、8名の訪問看護師のデータではあるものの、第1回受講前の数値に比べ、第4回受講終了後に行った数値は上昇していた。これは紛れもない事実であった。

第3節 SECIモデルによる継続教育プログラムの考察

これまで訪問看護師が記述した「研修過程評価スケール」と「在宅看護の質自己評価尺度」によって、継続教育プログラムを用いたセミナーを受講した訪問看護師の看護実践能力が向上したかの評価を行った。それでも、本研究が開発した訪問看護師の継続教育の方法は、看護実践能力の向上を目指すことができるか、判断するには難しいものがある。なぜなら、看護実践能力の向上に結び付いたかを判断することは、膨大な時間を要することや目に見えないものの判断だからである。そこで本節では、野中と竹内²²⁾が開発したSECIモデルに本研究の継続教育の方法を当てはめて考察を試みる。SECIモデルにあてはまるということは、理論に基づいているといえるようになる。

野中と竹内は、暗黙知と形式知の相互変換によってなされる絶え間ない知識創造のプロセスを理論化し、組織での知識創造モデルを開発している。同理論の中核を成す四つの知識変換モード(図1)は、①共同化(Socialization)、②表出化(Externalization)、③連結化(Combination)、④内面化(Internalization)であり、野中と竹内は各モードの英語の頭文字を取って、これをSECIモデルと名付けている。

暗黙知という概念は、もともとはPolanyiがその著書『暗黙知の次元』²³⁾で唱えたものであり、なんとなく自分ではわかっているが、他人に言葉で明確に伝えることができない知識のことである。また形式知とは、言葉、図表、数値などで表現できる客観的に整理・伝達可能な知識のことである。

SECIモデルの「共同化」とは、各人の暗黙知を他人と共有することである。「表出化」とは、曖昧な個人の知識を明確なコンセプトで表し、集団の知として発展させていくプロセスである。また「連結化」とは、異なる形式知を統合して体系化し、新しい形式知を創造することである。そして「内面化」とは、組織の中で生み出された新しい形式知を再び個人の暗黙知へと体系化していく

プロセスのことである。この SECI モデルを教育に用いて考察した研究は複数みられる。本研究においても継続教育プログラムを SECI モデルに当てはめて考察する。



図2 SECI モデルの4つの知識変換モード図

本研究の看護実践能力を育む継続教育プログラムのモデル（図2）は、訪問看護師が自分の経験した看護の看護実践をグループメンバーに共有することから始めた（共有化）。訪問看護師が経験した看護実践を語ることによって、お互いにその場面を想像し、訪問看護師が行った看護実践を理解することが可能になる。次に、訪問看護師は患者、家族の気持ちを推測し、患者・家族の強みを考える（表出化）。これは患者、家族の立場に立つことで患者・家族を捉えなおすという新たな考え方を生み出すことになる。つまり視点を転換するのである。強みを考えることは、見えなくなっている患者の才能や資源や可能性を見出すストレングスモデル²⁴⁾につながる。できないことばかりをみるのではなく、できること、可能性を探るのである。これも発想の転換である。これによって訪問看護師は患者、家族の気持ちを受け入れることができるようになる。

そしてグループ・ディスカッションを通して、さまざまな視点と発想に触れることによって看護実践能力が向上することになる。それは客観的に事象を見る視点を養うことでもある。次に、最善だと考えられるいくつかの解決方法を提案し合うことで、さまざまな訪問看護の方法を学ぶのである（統合化）。最後に、得られた知見と課題解決方法を、訪問看護師ひとりひとりが体系化していくのである（内面化）。

本研究が開発した継続教育が SECI モデルに合致したことは、訪問看護師の経験知が系統的かつ科学的な知の体系となり、訪問看護の看護実践能力の向上に繋がることになるといえるであろう。

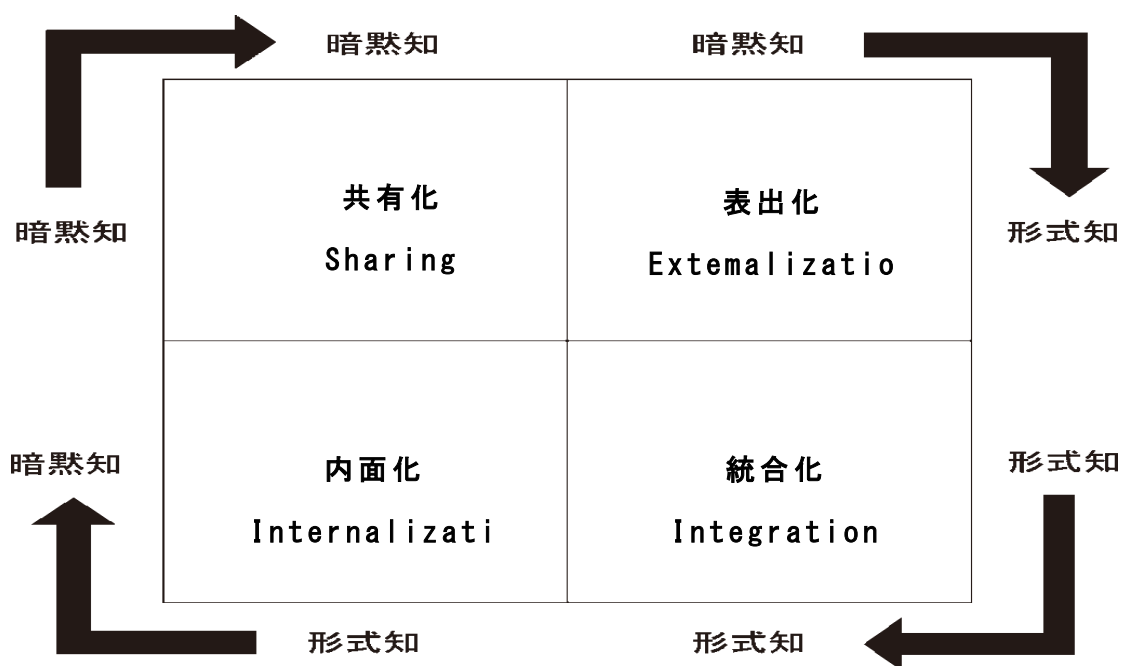


図3 訪問看護師の継続教育プログラムによる学びの生成図

大切なことは訪問看護事業所の訪問看護師同士の語り合える環境である。異なる考えをもつもの同士で語り合える環境を整えることによって、訪問看護師の内面化、統合化つまり看護実践能力の向上を可能にするのである。一方で、

訪問看護師は自分たちで能動的に自律して学ぶということに慣れてはいない。そのため、本論が行ったように継続教育プログラムに基づいたセミナーが必要なのだと考えている。だからこそ、あえて訪問看護師同士の語り合える環境、客観的に事象をみつめなおす一連のプロセスを創造したのである。このプロセスを経て訪問看護師間の共同体は形成され、ともに課題解決に臨むことができるようになると考えている。

SECI モデルは暗黙知と形成知という二元論に基づいているが、実際には相互作用によって、より深い創造を生むことになる。それは個々の訪問看護師の内面化にとどまらず、訪問看護事業所内の訪問看護師同士で共有化され、それぞれが患者の看護へと活かしていくことになるのである。そして、それはまた新たな系統的、科学的な知の体系として、反復され、改善されていくことになる。なぜなら看護実践は生きているものであり、変化することが予測されるのである。いかに変化しようとも、この一連のプロセスを学んだ訪問看護師は考えるという行為を止めることはないといえる。

本論が推奨する訪問看護師の継続教育の方法は、看護実践能力の向上を目指すものであって、それが本当に育まれたのかを実証することは難しい。そのため看護実践能力を育む継続教育とはせず、向上を目指す継続教育とした。看護実践能力が向上したか否かは、訪問看護師が客観的に事象をアセスメントできるようになったことで判断できる。訪問看護師は看護実践の場において困難に遭遇したとき、自らの倫理観と意志に従う自由そして訪問看護師の業務上の制限のもとに自己決定の裁量を考える客観的な視点をもって、患者や家族の気持ちを推察し、患者と家族の強みは何だろうかと考える。そして、どのようにすることが患者、家族にとって最も望ましい着地点かを探し続ける。そのとき、訪問看護師は看護実践能力が身についたといえるのである。

第4節 実事例の考察

訪問看護師は、患者、家族の基本情報や、その生活場面の状況をもとに、情報の取得とアセスメントを繰り返すことによって思考を循環させながら、患者、家族の全体像を捉えて看護を導く。そのため本論の推奨する継続教育が、この訪問看護師の看護実践のための学びとなったかを判断するには、やはり実践を考察することが必要であろう。医療依存度の高い患者の看護を担う訪問看護師の継続教育プログラムの評価、考察をまとめるにあたり、実事例を紹介することによって締めくくりにする。

訪問看護師の支え合い、学び合う様子を理解しやすいように、話し合われた内容をできるだけ損なうことなくプロセスレコードのように記述した。

実際に、継続教育プログラムを用いたセミナーで語られた内容は、以下の通りであった。

事例 1 筋委縮性側索硬化症 ALS の看護

訪問看護師が語った事例は、筋委縮性側索硬化症 ALS の患者についてである。このグループは 5 名の訪問看護師で行われた。

筋委縮性側索硬化症は、手や足、喉、舌等の全身の筋肉が徐々にやせ衰え、力を消失し、最期には呼吸や心臓の動きを止めてしまう難病である。しかし、筋肉そのものの病気ではなく、筋肉を動かし、運動をつかさどる神経が障害を受けているといわれている難病であり、その治療法は現時点においてみつかっていない。

訪問看護師 A :

気管切開、人工呼吸器をどうしていくかっていうことで、すごく悩んでいる。最初にアドバンスケア（あらかじめ、看取りを含めて終末期をどうするかを話し合うこと）を取るときは、ほとんどの方が、人工呼吸器は付けない、気管切開はしないっておっしゃる。病状のこれからのこととかもみんな知っているから言うけど、だんだん症状が進んできて、いざ苦しい、つらい、痰が切れないとかってなってきたときに、その気持ちは揺らぐってところはそうなんですけど、そのときに最初に取っていた意思決定の

部分を尊重するってなると、苦しくなる前にオピオイドを導入して緩和ケアを図るっていうタイミングのところ難しいなあっていつも思っていて…。結局、苦しみが本人を惑わせるっていうか、最終的に気管切開をしたからこれでよかったかという、一時的に苦痛が取れるからそのときはいいけど、そこからさらに地獄を見る、みたいな絵図になる経験とか…そういう ALS の患者が結構いるのを見ていて。本当にオピオイド（麻薬）の導入は、がんとか違ってしづらいじゃないですか。モルヒネしか今は、認められてないから、呼吸抑制とか先生も気になって、積極的に導入しない傾向にあるなど…、特に在宅だと、病院みたいにすぐに対応もできないし。その症状進行と、本人の意思決定の揺らぎと、オピオイドの導入ってところのタイミング…その辺が難しいなあっていつも思う。

その前の段階ってまだいろいろ体が動いたり、ご飯が食べられたり…気持ちちは揺れていますけど、何となく余裕があるじゃないですか。いよいよ呼吸に症状が出たときっていうところが、私は早期にオピオイド導入したほうが良いと思っていて…苦しいを感じる前にオピオイドを導入して、まだ 1 段階、進み、1 段階、進むってなるときには、タイプレションをどんどんして調整していったほうが良いなと思っていたんですけど、なかなかその辺、在宅ってちょっと弱いのかなって思うところがあって…困っている。先生とやりとりとか本人の意思がどういうふうに今、揺らいでいるのかとか、今後どういうふうに症状が進んじゃうのかとか、その最終段階、呼吸っていうところに症状が来たときに、結構、迷うときが多いですね。他のステーションっていうか、どうされているか聞きたい…。

訪問看護師 B :

うちはまだケアに入ったばかりなのですが、患者さんは初期段階ですね。今時点で、今、本当に呼吸器は付けないって話していますが、今後どうなるか、そこが揺れている状態で…。これを見ても、呼吸状態が悪くなって、昨日の夜には痰が詰まった、吸引器を導入しようっていうような状態になっているので、その先のオピオイドのことまでまだ分からないですけど。でも若いので…皆さん結構、若い人が多いじゃないですか。だからそこで、どういうふうに持っていったいいのかすごく悩んでいる。看護師だからはっきり物を言っちゃって、こういうふうに段階を踏んでいくので、どういうふうに考えたらいいかっていうのを言っちゃうと泣いちゃったりして。

訪問看護師 C :

わかる。わかる。そこを強く言っちゃうと、訪問看護が入れなくなっ

やうと困っちゃうし、先生も強く言っちゃうと、今度、拒否られてしまうし、すごく今、悩んでいるような状態です。2クール目の点滴が終わって2週間のお休み中なのだけれど、その2週間の休んでいる間は看護婦は来なくていいって…。お仕事がしたいって言っていて、すごく悩んでいますね。その状態で、夜間、痰が絡んじやって、吸引器を導入したほうがいいのではってというような感じで、昨日きょうの昼間、電話かかってきたって感じですが。でも看護婦が入れない…指導は誰がするのだろうかとかという感じ。強く言っちゃうと、前もって考えてこういうふうにしていきましょって言うのと泣いちゃうし。対症療法の針を打ちにいきたいとか、その状態なので、すごく困っていて。本当に家に入れないので、私たちが。現在、今、悩んでいる状態です。

訪問看護師 D :

いくつですか？その患者さん

訪問看護師 B :

50歳。男性。やっとできた子どもが3歳…。

ファシリテーター訪問看護師 E

それはつらい…。ほかにありますか？

訪問看護師 D :

以前、関わっていた患者さまが ALS の患者の会に参加して、予後だとかいろいろな段階の方々が来るので、すごく実感したみたいで…ショックもあったけれど、先生の説明、私たちの説明、まだそんなに実感はなかったみたいなのね。その会に行って、情報交換をして、ラジカットの効果だとかもお友達ができてお話しするようになって、途中でラジカットの点滴をやめましたね。気切（気管切開）はしないでお亡くなりになったのですが。

訪問看護師 C :

病院ですか。ご自宅ですか。

訪問看護師 D :

最後の最後に病院…。苦しいって病院に救急車で行っちゃったんだけど、間もなく…。

ファシリテーター訪問看護師 E :

それでは、そのときの患者さんと家族の気持ちを考えてみましょうか。

訪問看護師 C

たぶん、なんでこんな病気になってしまったんだろう…って考えていると思う…私の患者さんは。

訪問看護師 B :

私の患者もそう。理解できていないと思う。

訪問看護師 A :

みんなそうですよね…自分がそんな病気だなんて、最期の最後まで疑っているかもしれない…うちなんか、家族もそう。在宅でっていついたのに、さっさと病院に入院させてしまうんだもの。

訪問看護師 D :

でも、またすぐ在宅にもどってきませんか？

訪問看護師 A :

1週間もしないうちに戻ってきた。治療の対象じゃないから入院できないって皆わかっている。だから、先のことについて説明しているのに…聞く耳を持たない…

訪問看護師 D :

気持ちが怒りから受容するまで、命がもたない…心が体についていけないのだと思う。

訪問看護師 B :

さっきも先生（セミナー講師）も言っていたんですけど、はっきりとした導入基準（気管切開や胃瘻、人工呼吸器導入の基準）はないので、本人が苦しいって言ったときとかは、判断できないですよ…

訪問看護師 C :

仕方ないですよ…私でもそうだと思う…

ファシリテーター訪問看護師 E :

心と体のバランスが取れていないということでしょうか…

訪問看護師 D :

がんだったら、だいたいこんな感じで死ぬってみんなわかっていると思うけど、ALSは何その病気？って感じだと思いますね。

ファシリテーター訪問看護師 E :

であれば、仕事したいとかいう気持ちもわかりますよね。今のうちに稼いでおかなければと私も思いますもん。家族もまさかすぐ死んじゃうとか思っていないでしょ。予後は3～5年ですからね…早いですよ。

訪問看護師 C :

だから、先のことについて話しているのに…私たちっていったい何？と思います。

ファシリテーター訪問看護師 E :

まあ～まあ～。責めても仕方ないですよ…では、次に患者さんと家族の強みを考えていきましょう。

訪問看護師 D :

うちの ALS はまだ受け入れてないんですけど、心との向き合い方がすごく前向きになったりするから…すごく大事だと思う。タイミング、タイミングで病院だと言いやすいと思います。

ファシリテーター訪問看護師 E :

それは、心が強いということですか？

訪問看護師 D :

はい。

ファシリテーター訪問看護師 E :

なるほど…確かに心が強いこと大事ですよ。他には？

訪問看護師 B :

であれば、うちの ALS は 3 歳の子どもがいることかな。生きなきゃって思っていると思うから…

ファシリテーター訪問看護師 E :

そうですね～家族か…

訪問看護師 C :

それでいえば、うちの ALS さんは私たちがついていることかな…

ファシリテーター訪問看護師 E :

はいはい。そうですね～痰がからまったといえ、なんとかしようとする…。

訪問看護師 C :

そうそう。

訪問看護師 B :

そうですね。ご本人さんの中で、例えば、気管切開とか胃瘻の話先生から聞いたんだよねとか、先生って情報提供までで終わるんですよ、たいがい。どうしたいかとか、それについてどう思うかとか、それから大事なことを後で看護師は聞くことが多いので、そのときに、先生のお話、聞いてどう思われましたかとか、どのように理解されましたかっていうのを聞いて、さらに補足で付け足して、あなたに選択する権利があるっていう…正解ってないじゃないですか。このペグをどうするかとか呼吸器をどうするかって。確かに延命的なペグとか NPP. V は海外的にも、延命ではないんですけど、それって本人の価値観の中だと思うんですよ、私は。だから、本人がどうしたいかっていうところを尊重しますよっていうスタンスで接して、看護師だからっていうのもあるけど、あまり強くは私は言わないです。事実を伝える感じですかね。

ファシリテーター訪問看護師 E :

そういうふうには、そういったこんな状況に、どういうふうには解決してとか、経験則にもなりますし、思い付いた範囲でもいいんですけど、こんな感じでやっているよっていうところを 3 つのテーマに、他はいかがですか。いろんなこと、例えばタイミングだったり、意思決定っていう結構、話が出ていらっしゃるようなんですが、その辺に関して、どのように関わっているかですかね、解決策というよりは。

訪問看護師 D :

先生からペグとか気切とか NPPV とかの治療的なアクションを起こすような情報提供があったときに、先ほどご本人さんこういう話をされたっていうのがあって、私たちというか私のステーションでは、担当者会議っていう形で、あくまでこちらから提案するのではなくて、本人が話したいってタイミングのときに、本人主催で担当者会議っていうのをするんですよ。担当者会議とは本人には言わないんですけど、お気持ちを話してみる機会を設けてみませんかって、家族とかと折り入って。例えば、家族と本人同士で話すと、感情が入り乱れちゃって建設的な話ができなかったりするんで、例えば私たちが仲介に入って、医療的な情報提供をしながら、それについて話し合ってみませんかっていうことで、ケアマネジャーさんに担当者会議を開きたいんですっていうことでご連絡させていただくんですけど、一応、ご本人さまがお気持ちを話す機会をつくりましょうってことで。私たちは、ケアの中で、ラジカットして補正とかしてっていう中では、そういう大事な話ってあらためて席を設けたほうがいいと思うので。ただ、堅苦しくなく。堅苦しいとそれこそ泣いちゃったりするんで、お気持ち、話しましょうってことで、話す時間として設けますね。それが割と、正しい意思決定を支援する場面になったり、方向性を決めるきっかけになったりとか、それを繰り返してやっていくことで、アドバンスケアプランニングをしていくっていう形で。私のところではそういう感じで取り込んでますね。

ファシリテーター訪問看護師 E :

すごい、いいですね。発信がなければ、そういった形で意図的にその場をつくって、流すっていう。心が強いんだからですね。

訪問看護師 D :

タイミングを本人に任せるってところで。話しませんか、話しませんかって言うと負担になるし、自分もう、そこまで病状が進行しているんだなっていう衝撃にもなっちゃうから。ただ、ご本人さんは、自分的には不安

とかって話したいんですよ。話したいんだなって感じるときよくあるんですよ。いろいろ話したいし聞きたいし、知りたいし、他のみんながどうしている、先ほどもおっしゃっていたんですけど、ALS の会とか。ピアサポート効果ってメリットとして発揮される場面とデメリットとして発揮される場面、多いと思うんですよ。ある程度、元気な人は、行ったらデメリットが、こんなになっちゃうんだ、将来っていうのもあるけれども、今、病状が進行していて今後どうしようって悩んでいる人、本当に、こういうふうに案外生活しているんだとか。ピアサポートを情報提供する場面としても、そういう担当者会議という名で、本人に気持ちを話していただいて、今後の意思決定の確認とか治療方針の決定とかを助ける場面をつくるっていうのを、訪問とは別に組んでいます。

訪問看護師 A :

みなさん、ALS 結構、診ているんですか？

訪問看護師 B :

うちは今は、一時期 6、7 人ぐらいたんですけど、今は 3 人ですかね。お亡くなりになっちゃったりとか、急変して病院に、病状が進行して家族がギブアップで入院でっていうのが割と多いと思います。利用者さんが多いからなんですけど。

訪問看護師 A :

ステーションが大きいんですよ？

訪問看護師 B :

そうですね…

訪問看護師 D :

活かせそうな感じ？どうですか？

訪問看護師 A :

家族に言っている言葉を家族から聞いたり、家族からの情報を。

訪問看護師 C :

うちは、まだ家族も治ると思っている。若いからかな…

ファシリテーター訪問看護師 E :

それは厳しい…

訪問看護師 C :

調べているけど治るっていう、治ると思う希望。

訪問看護師 D :

たまにありますよね、すごい調べる方って本当、調べますからね。引っ掛かりますよね、詐欺みたいなのに。これが治る薬ですとか、海外でや

っているやつとか。

訪問看護師 B :

なので、そうやって言われちゃうと、いやいやって感じになっちゃうじゃないですか。先生もはっきり言っているんですよ。病院側も言っているんですよ。

ファシリテーター訪問看護師 E :

診断されてどのくらいですか

訪問看護師 B :

去年に診断されているので…

ファシリテーター訪問看護師 E :

そういう方いらっしゃいますよね、治るとか。

訪問看護師 D :

だから提案で。でも悪いほうに考えていて良くなったら、良いほうに持っていったらいいんじゃないですかって言っても、それでも、いや、うちは違うって否定されちゃうので。

訪問看護師 A :

治ると思わせておくのは精神的な安定を図るために仕方ないかもしれないけど、どっちにしろ進んだら、そのときを考えなきゃいけないときはきますからね。

ファシリテーター訪問看護師 E :

そうですね～今日は話しませんか会、いいこと聞きました。

訪問看護師 D :

診断を受けたときに、すごい強い衝撃を受けるから、そこでちょっと大変な気持ちになっちゃうと思うんです。

訪問看護師 C :

くせがありますよね。なんでだろうな。でもいいこと聞いた。

訪問看護師 B :

難病ケースって難しい患者さん、いますもんね。

ファシリテーター訪問看護師 E :

これで、本日は終わります。また、次回お会いできると嬉しいです。ありがとうございました。

訪問看護師 A・B・C・D

ありがとうございました。

事例 1 の訪問看護師らは、筋委縮性側索硬化症を受け入れられない患者の看

護について、悩んでいる様子である。そして「最終段階、呼吸っていうところに症状が来た時、結構、迷うことが多いですね。…どうされているか聞きたい」、「若い人が多いじゃないですか。だからこそ、どういうふうに持っていいのかすごく悩んでいる」、「そこを強く言っちゃうと訪問看護が入れなくなっちゃうと困るし、先生も強く言っちゃうと今度、拒否られてしまうし、すごく今、悩んでいるような状態です」と、患者の意志に沿って看護を行うには、どうすればいいのかということについて、訪問看護師は他の訪問看護師の話を聞きたがっている。これは、訪問看護師が他の事業所の訪問看護師から学びたがっていることを示している。すなわち訪問看護師自身の能動的な学びとなる共同体が、構築されようとしていることを現している。

次に、患者の気持ちは「なんでこんな病気になってしまったんだろう」、「家族もそう」、「心に体がついていかないのだと思う」と、患者の難病を受け入れがたい気持ちを推察し、患者の気持ちを尊重しようとする。一方で、「だから、先のことについて話しているのに…私たちっていったい何?」と、難病を受け入れられないでいる患者に対して腹立たしい気持ちや困惑する気持ちにある訪問看護師の様子が受け取れる。この訪問看護師は、自律に至っているとはいえない。その上で、「うちの ALS は 3 歳の子どもがいる」、「そうですね～家族か…」、「心が強い」「それでいえば、うちの ALS さんには私たちがついていることかな…」と患者には家族がいる、患者は治りたいという前向きな気持ちを持っている、自分たちがついているという患者、家族の強みを言い始める。このように患者、家族の立場にたって患者や家族の気持ちを想像すること、そして患者、家族の強みを考えることによって視点を転換する。これによって訪問看護師らは事象を客観的に捉えることができるのである。それは、患者の理解を深めようとすることでもある。この作業が、訪問看護師の自律を向上させる。

次に、この患者の気持ちを「本人が話したいってタイミングのときに、本人主催で担当者会議をするんですよ。…ご本人様がお気持ちを話す機会をつくりましょうってことで」と訪問看護師 D が解決策を提案する。さまざまな職種で、

本人の意志を家族や事業所間が同意形成する場を設けてはと提案するのである。ファシリテーターの訪問看護師がそれに同意すると、訪問看護師の患者を責める発言が急激に減少する。結局のところ、本人の意志に沿いたいという訪問看護師たちの姿がそこにあるということだと考えられる。

この事例1は、それぞれの訪問看護師が自分の経験を話し始めるが、本来、ひとつの事例を深く掘り下げて話し合うであろうと予想していた。事象を深く、客観的に捉えなおすという方法を考え出したからである。一方で、この事例1の様子は、さまざまな訪問看護師が自分の話を聞いてもらう場所になったともいえる。これによって訪問看護師は、親近感をもって自分の本当の気持ちを言えているように見受けられる。この場合、ファシリテーターの訪問看護師は、無理に話を遮るのではなく、訪問看護師らに任せることが望ましい。これが、誰からか指示されたものや強制されたものではない、上も下もない、訪問看護師自身が支え合い、学び合う共同体の構築である。自らが経験した看護実践を学びに変える、これが訪問看護師の自律を育むことになる。

事例2 認知症を合併した患者の看護

訪問看護師が語った事例2は、認知症の患者についてである。このグループは5名の訪問看護師で行われた。

ファシリテーター訪問看護師E:

日常で認知症を合併された患者さんの、個人的に困ったこととか、ステーション全体で困ったこととかあれば挙げていただいてよろしいですかね。いっぱいいらっしゃいますよね。

訪問看護師A:

診断されてないけど絶対に認知症だよなっていう人が結構、多いですよ。診断されてない人のほうが多いかもしれない。もう認知症と決めつけているけど、絶対だもん、と思う人の方が多い。だから、診断されてちゃんとお薬飲んで治療している人のほうが少ない、うちは。

訪問看護師 B :

すごく困って悩んで、最近、解決した事例。80代女性の1人暮らし、結婚もしたことない、身寄りもみんなお亡くなりになっちゃってただ1人、ハウスに1人で入所、マンション型に住んでいる人で、血圧も測らせてくれない、失禁もしている、お風呂に何年も入っていない…。

訪問看護師 A :

ひどい…。

訪問看護師 B :

最近、1階のお風呂にも来ないし、大浴場にも、自宅のお風呂も倉庫化していてクモの巣で、どうなっているのか訪問看護で、見てほしいって行って、週に1回で依頼あったんだけど、顔を覚えてもらうために週2回、血圧も拒否でバイタル測れない。そこで、ちょっとずつ話、聞くところから、看護婦っぽい格好ではなくてラフな格好に変えて、友達ですぐそばを通ったからとか、また来たよとか、わざと下の名前を呼んだりとかして、血圧が測れるようになり、温かいおしぼりでちょっと目やにが付いている、拭きましょうというところから顔を拭いてくれるようになって、今度はお風呂。も、怒らすと、たんすに寝ている刀が出てきて、これで死んでやるとか、そのマンションの10階から飛び降りてやるとか脅されながら入っていて、あるとき、下着も着替えも全然できなかったのに、背中だけ拭かせてくれるようになり、ちょっとずつ洋服も着替えれるようになったの。あるときたんすの中も、全部きれいなオムツが積み重なっているんだけど、勝負服みたいなレースの肌着が出てきて、いいのあるじゃないですかって言ったら、それ昔、着ていたのよどうたらこうたらって言って着てくれるようになり、お金を持っている方だったので、ヘルパーさんにおしゃれなひらひらレースのセクシーな下着を、80代女性に着てもらって、ちょうどトイレに入っているところから洗面所に入浴に連れて行って、脱がした1回目は、見せ物にしてとかすごいかんかんに怒ってびしゃびしゃしながら何とかお風呂、入って、ちくしょうとか言いながらガンガンたたかれながら入った後、最後「ありがとう」って言うてみたり。それを毎週では怒られていて、月1回、お風呂、入れたらいいねってぐらいから、今、毎週、入れています。それで毎週、入れたきっかけが、男性職員が良かったの。意外だったの。その男性職員にニコニコ、あんた名前、何ていうのって、色ボケが入っていたアルツハイマー型の認知症だった。1年半やってから、やっと。

訪問看護師 A:

粘り勝ちですね。

訪問看護師 B:

粘りたいような、粘りたくないような。意外だった。1 人暮らしだし、恥ずかしいってする人だったから、男性は拒否っていた。こっちもね。そうしたら意外だったので、施設の人もびっくり、男性でしたかみたいなの。そんな例があったかな。

訪問看護師 C:

お風呂、入らないですね。

訪問看護師 B:

すごかった、ぱいぱいの裏なんか、軽石こすっているみたいに化石化しちゃっている、すごかったよ。

訪問看護師 A:

せっかくいい薬を先生が出してくれても、家族が調整しちゃって、結構、夜に大騒ぎして、夜中の 1 時、2 時、3 時、4 時でも、あーあーとか言いながら動き回っている声がある中で、息子が殺してもいいですかって。ちょっと待ってみたいなの、なんで薬やめちゃうのよ、それはちょっと僕的にはとか言って、そんなこと言っているから治らないのよみたいな、1 年ぐらい殺すだの死ぬだの、家庭崩壊するな、このうちはって思ってたんだけど、最近はそういう電話はなくなったんだけど。すごい妄想、せん妄、見えない子どもがいたりとかあるんだな。あと、お風呂はやっぱり入らないし、そういう人に限ってひもパンとか、なんでみたいなの。

訪問看護師 C:

ティーバックとか。

訪問看護師 A:

それを、あんた持っていきなさいよ、新しいからって、いや 1 回、はいてるでしょみたいなというのとか、ほら私、いや分からないから、全面レースとか、毛がはみ出しちゃうんじゃないみたいな、何これみたいな。でも、持たせようとするんだよ、ちょっと待ってみたいなの。あと、夫婦そろって認知とかね。

訪問看護師 D:

今、ステーションで訪問している人で、夫婦ともに認知症なんですけど、最初ご主人が認知症で、2 人暮らしで、奥さんはしっかりしていたんですけど、奥さんの認知が進んできて、ご主人が認知症で、訪問した

ら最初から探し物から始めるんですね。セットするためのお薬を探したりとか、今度お薬なくなるから受診してもらわないといけないけど保険証がない、診察券がないとか、もう医療保険証は今度 3 回目を交付してもらいました。家のどこかにあるんですけど見つからなくて。最初、奥さんは比較的しっかりしていたんだけど、2 人の夫婦関係がもともと、短気な人で暴力があったんですね。それで奥さんが私たちが訪問看護に入るちょっと前に、包括にそのことで相談したりしたこともあったので、奥さんが積極的にご主人の認知症でお薬、飲めないことに関わろうとしないというか、ご主人が触らせない。自分のことは自分でっていうところがあるけど、受診についていってもらうのも、お父さん 1 人で行けるからみたいな感じのことがあったり、過小評価する。夫の認知度を、お父さんそのくらいまでできるでしょみたいな。そのうち、奥さんもあれになっちゃって、奥さんのほうも増やして…週 2 回、行くんですけど、訪問と訪問の間に起きていることが分からない。奥さんに聞いても分からないし、忘れていたりとか。両方の受診介助とか、受診の声掛けとかをケアマネと協力して、ケアマネは付き添ってくれたりとかでやっているっていう感じですね。子どもさん、いらっしゃるんですけど…主に関わっていた長男も、ご主人が認知だし短気だし、なんかあったのか最近は来なくなっちゃったみたいな。もっとひどいケースもいっぱいあると思いますけど、そういう感じで。

訪問看護師 A :

分からなくなっちゃってきちゃうね。

訪問看護師 B :

認知は多くなったね。まだ 1 人、訪問で門前払い、「結構です、健康健康」って言って。門前払いで困っているかな。

訪問看護師 A :

窓越し訪問とかない？こんな感じで、ちょっと開けてよみたいな。きょうは駄目でした、入れませんでした…って

訪問看護師 C :

小窓から手を出してもらって血圧を測らせていただくみたいな。ちょっと精神科もかぶっていたかもしれないですけど、取りあえず血圧、測らせてもらって、どうですかみたいな感じの。

ファシリテーター訪問看護師 E :

なかなか、怒ったりする方とかもいるので、そこら辺の対応というのが難しい方とか多いですよ。

訪問看護師 B :

ニコニコね。血圧だけ計らせてって言って、血圧のやつとバイタル測って記録していると、もう帰るって迫ってきて。ちょっとずつだね。改善策というか、癌のフェントス（麻薬の貼付薬）とかも、毎日じゃなくて3日に1度、貼り替えればいいというものもあるから、認知症で支援の軽い人でも、薬は飲んでくれない。ヘルパーとか内服で入ってもらったりするのに点数ないから、3日に1回、パッチ貼るみたいなのが早く出るといいかな。

ファシリテーター訪問看護師 E :

認知症の方の気持ちって、どんな気持ちなんでしょうね。

訪問看護師 A :

わかんないんじゃないの。わかんないから怖いとか？

訪問看護師 B :

ほっといて！じゃないかな…あれやこれや私らがいうから。

訪問看護師 C :

それって悲しいですね～こんなに一生懸命やっているのに。

訪問看護師 B :

仕方ないんじゃないの？本人も好きで認知症になっているわけじゃないしね。

訪問看護師 D :

確かに…忘れてしまうっていうのは、嫌なことも忘れるわけだから、自分が癌だってこともわからなくていいのかも。

ファシリテーター訪問看護師 E :

おう！先に進んでしまっていますね～じゃあ、次は患者、家族の強みです。

訪問看護師 A :

忘れてしまうっていうことが強みか…

訪問看護師 D :

強みというか、本人にとっては恐怖かもしれませんがね…

訪問看護師 B :

夫婦揃ってね

ファシリテーター訪問看護師 E :

内服もしないでしょうし、難しいですね。服薬管理というのが独居のうちの方とかだと難しいというかできないというか。

訪問看護師 A :

確かにね～ごっそり隠している人もいるしね。こんなに隠していたのって一回、見つけてびっくりしたときがあったけど。飲んでいたんじゃないかって隠していたのかみたいなの。これ強みかな？

ファシリテーター訪問看護師 E :

内服とかで工夫されているところってありますか？

訪問看護師 A :

認知症 2 人でいるうちの内服は、毎日入っているんですよ。

ファシリテーター訪問看護師 E :

看護が？

訪問看護師 A :

看護が毎日、午前午後で入っているのと、ヘルパーさんが朝昼晩で入って、往診も入ってみたいなの。そうじゃないと本当に危ないおうちなんですよね。

訪問看護師 B :

点数もあるよね。

訪問看護師 A :

介護保険でヘルパーさんたちががつり入って、私たちは医療保険で。そういう病気の人なので医療保険でがつり入って、奥さんのほうは介護保険で時々入ってみたいなのを組み合わせて、1 日 3 回みたいなの。この間も…

ファシリテーター訪問看護師 E :

難病がらみですか？

訪問看護師 A :

旦那さんは難病みたいのがあって、旦那さんはもともと医療で入っていたけど、旦那さんはすごいしっかりしてたんです。それが見る見るうちに同じぐらいまで来ちゃって、一番、危なかったのが、窒息しそうになっているのに俺は食べるって…人が吸引しているそばから、水、飲むからとかやっているから、ちょっと待って救急車を呼ぶからみたいなの。何回もそういうのを繰り返してきていて、訪問介護が入るとするのは安否確認が一番なんだけど、この間、生肉、食べててね…

訪問看護師 C :

焼かないで？

訪問看護師 A :

焼かないささみの肉、食べていて、どういうことなのこれはみたいなの、お母さんが食べる、おらって。2 人とも認知だから勝手に生あげるし、じいさんも生うまいなって言って、うまいわけないだろ。何それみ

たいな。火事で焼け死ぬか、生もの食べて感染して死ぬかみたいな。

訪問看護師 B :

それか窒息か…

訪問看護師 A :

窒息はもう 2 回ぐらいやっているから。ストーブも灯油、入れるところにお湯、入れたりとか、ポリタンクが少し下のほうにあると火を付けてティッシュ入れようとしたりとか、絶対これ無理だよねって。でも息子がそれを覚悟でうちに帰したいって退院のときに。じゃあもう、がつり入ろう、他 2 回入ります、ヘルパーさんも入りますみたいな…

ファシリテーター訪問看護師 E :

息子さんは、同居はしてくれないんでしょうか。

訪問看護師 A :

わざわざ近くに引っ越してきてくれたんだけど、子どもがまだ 2 歳ぐらいで小さくて、再婚で…ちょっと子どもがみたい。悪い人じゃないんですけど…そこが一番、何回も訪問行っているかなみたいな。お母さんは徘徊するからあちこちで拾って連れて帰ってきたりとか、お金は配っちゃうし、旦那さんに買ってきた食材みんな配っちゃうし。

ファシリテーター訪問看護師 E :

制度を使ってやりたいですね。

訪問看護師 B :

点数ない人は、先生にお薬を昼だけとかにしても…。朝晩だけとか、その人の家庭のニーズに合わせて、内服の飲み方の変更を依頼する。

訪問看護師 C :

そっか…私たちが関わっていくしかないか…

訪問看護師 D :

取りあえずアプローチする、危険信号を発すると家族が出てくる。

訪問看護師 C :

やっぱり私たちが関わっていくしかないんですね～

訪問看護師 D :

最近なんですけど、頑張っている人だったんですけど、急に無表情とかそういう反応が乏しくなってきた、鬱ほどじゃないですけど。認知症が進んだんじゃないかみたいな感じで先生は思っていて、薬を出したんですよね、2 種類ぐらい。そうしたら余計、動かなくなって、今度よだれとか垂らすようになって、ますます症状がひどくなったと、奥さんが。お薬、始めてからひどくなっているんだけどみたいになって、そう

したら夕方と寝る前に飲んでる薬、どっちかを最初にやめたんですよ。それよりはだいぶいいんだけど、やっぱり反応が乏しくて、よだれは垂らす、表情も硬いってなって、私たちが的には本当は専門家に見せて薬、出したほうがよかったよねってみんなで言っていたんですけど、最近、亡くなったっていう。なので、最初から出すのではなくて、先生（プログラムの講師）がいろいろ薬の話、していましたけど、飲み合わせが悪いと余計、症状が悪くなる。今も言われていたし、確かにとっつて。最初にどこかの先生に相談するなり何なりして、それから出したほうがよかったんじゃないかって、家の人も薬、飲んだからおかしくなったよねみたいになっていて。確かにそのタイミングと癌末期だったんですけど、最終的には老衰ですみたいになって、えっ、みたいな感じだったんですけど。私たちもその薬って精神科の薬だよねってみんな言っていて、それって急に出しちゃうんだみたいな。精神科みたいになっちゃっているけどみたいな。本当は癌末期で、えっ、みたいな。最初はおとなしい人たちなんだけど意外にしゃべっててっていう感じの人がそういうふうになったから、認知症、進んだんじゃないかなみたいな。でも最終的に病名は結局、老衰みたいになっていて。奥さんが心残りだったんじゃないかなと、あの薬からだよねみたいになっていて、ちょっとかわいそうだったかなって。

訪問看護師 D:

一番いいのが、私たちの医療者が言うのを、家族に、先生このお薬って必要ですか？みたいに、タイムリーに言ってもらわないといけない。そういうふうにもっていきしかないですよ。私たちは診断できないし、判断はしていいんだろうけどなかなか言葉は難しいじゃないですか。だからそう思うなら電話しますみたいな、そういうスピード感も必要ですね。

訪問看護師 A:

結局のところ、私たちがしっかり関わっていくしかないんだよね。

訪問看護師 B:

ですね…

ファシリテーター訪問看護師 E:

これで、本日は終わります。また、お会いできると嬉しいです。ありがとうございました。

訪問看護師 A・B・C・D

ありがとうございました。

事例2の訪問看護師らは、認知症の患者の介入拒否や介入困難について悩んでいる様子である。「血圧も測らせてくれない、失禁もしている、お風呂に何年もはっていない…」、「ガンガンたたかれながら入浴介助…」「薬を出してもらったのに家族が調整していて…」、「保険証がない…診察券がない…」と、患者の介入拒否や介入困難に対して、訪問看護師はどのように介入すればよいのかということについて話し合っている。

この訪問看護師らは、認知症の患者の気持ちを尋ねられると「わかってないんじゃないの?」、「ほっといて!かな?」、「仕方ないんじゃないの?本人も好きでなっているわけじゃないしね」と、患者の気持ちを推察しており、患者の気持ちを尊重しようとしているようにみえる。一方で、認知症の患者の気持ちが推察できないでいる様子である。この看護実践を意味づける方法は、ファシリテーターの役割が重要になるが、メンバーもこの方法の狙いを理解して臨むことが求められる。事象を客観的にみることができるようになるためには、積み重ねが必要であって、今、なぜこれを議論しているのかを理解できるようになると、自律が育まれているといえる状況に近づいているといえる。

認知症を抱える患者の強みを尋ねると「嫌なことも忘れるわけだから、自分が癌だっていうこともわからなくていいのかも」と、患者の認知力の低下を強みと言う。自分が自分でわからなくなってしまう不安や恐怖は、誰もが患う可能性を有しており、訪問看護師自身も同様である。一方で、認知症を抱える患者の強みが見えにくいことを示している。

この事例2は、訪問看護師自身の経験を他の看護師に聞いてもらうことに終始していた。この訪問看護師らの経験は、訪問看護師であっても予測不可能で、思いも寄らないような場面が繰り返されていることを他の訪問看護師に聞いてもらいたいのではないかと考えられる。この様子から伺われることは、訪問看護師が抱える苦悩が深いことを現している。全てがわからないという不安と恐怖は、訪問看護師自身にも重く圧しかかっているようである。

その上で、「毎日訪問に入る」「医師に内服の飲み方の調整をしてもらう」や「家族にタイムリーに伝える」など、患者に直接、訪問看護師自身が関わっていくことが最善だと提案している。それは、認知症があったとしても患者が自分らしく、安全かつ安心して生活できるように支えていこうという決意ではなからうか。認知症を患った患者は、自分の意志を伝えることに困難を強いられる。そのため、いつも患者と家族のそばにいて、患者、家族の最善を考える訪問看護師は、何が求められているのか、何ができるのか、事象や自らを客観的に捉えようと試みる必要がある。このように訪問看護師らによって事象を客観的に考察する継続教育の方法は、新たな科学的、系統的知識を生み出し、訪問看護師自身の看護実践能力を向上させていくのである。

-
- 1) 佐藤みつ子・宇佐美千恵子・青木康子（2018）看護教育における授業設計，p. 89，医学書院，東京．
 - 2) 舟島なをみ（2015）看護実践・教育のための測定用具ファイル 第3版，pp. 169-178，医学書院，東京．
 - 3) Malcolm S. Knowles（1980）The modern practice of adult education：from pedagogy to andragogy，Englewood Cliffs：Prentice Hall/Cambridge，p. 39．
 - 4) 全国訪問看護事業協会（2017）訪問看護のケア実態及び必要性に関する調査研究事業報告書，pp. 36-247．
 - 5) 齊藤訓子（2017）日本看護協会における在宅医療推進の取り組み，<
https://www.ncgg.go.jp/zaitakusuishin/zaitaku/documents/zaitaku09_6.pdf>（検索日 2020年6月10日）
 - 6) 茂野香おる・吉岡京子・林千冬・益加代子・玉田雅美・岩本里織・柳澤理子・大野かおり（2020）基礎看護学看護学概論，p. 231，医学書院，東京．

- 7) 山澄直美・舟島なをみ・中山登志子 (2014) 研修課程評価スケール—院内教育用を用いた評価活動の有効性検証, 看護教育学研究, 23, pp.1-16.
- 8) 渡辺三枝子編著 (2018) 新版キャリアの心理学, pp.19, ナカニシヤ出版, 京都.
- 9) Vagnára Ribeiro da Silva, Luciane de Souza Velasque, & Teresa Tonini, (2017) Job satisfaction in an oncology nursing team Revista Brasileira de Enfermagem, 70, pp.988-995.
- 10) 磯山優・王麗華 (2012) 訪問看護ステーションの連携戦略とマーケティング, 埼玉学園大学紀要経営学部篇, 12, pp.37-46.
- 11) 久保谷美代子・柏木聖代・村田昌子・田宮菜奈子 (2010) 訪問看護ステーションにおける看護職員の外部研修への参加の実態と関連要因, プライマリ・ケア, 33, pp.42-49, 2010.
- 12) 川上理子・森下安子・松木里江・川森淳子・時長美希 (2005) 訪問看護師の継続研修に対するニーズと課題, 高知女子大学紀要, 54, pp.27-34.
- 13) 青山京子 (2018) Difficulties Experienced by Home Visiting Nurses in Providing Pediatric Nursing Care; An Analysis Based on Free Descriptions, 修文大学紀要, 9, pp.25-33.
- 14) 柄澤邦江・安田貴恵子・御子柴裕子・酒井久美子・下村聡子・北山秋雄・松原智文 (2012) 長野県の訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズ(第2報)管理者に対する調査の分析, 長野県看護大学紀要, 14, pp.25-34.
- 15) 古瀬みどり・松浪容子 (2012) 在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師のスキルアップを目的としたセミナーの効果, 日本看護研究学会雑誌, 35, pp.167-173.
- 16) Yuriko Fujino, Michiko Tanaka, Yoshikazu Yonemitsu, Rieko Kawamoto (2014) The Relationship Between Characteristics of Nursing Performance and Years of Experience in Nurses With

High Emotional Intelligence , International journal of nursing practice, 21, pp.876-881.

- 17) 小川有希子・山崎律子 (2013) 訪問看護ステーションで働く訪問看護師の労働条件に関する意識 過去 20 年の文献検討, 福岡県立大学看護学研究紀要, 10, pp.83-90.
- 18) Jérôme Ouellet , Joséphine Mukamurera (2017) How Can Employers Support Home Care Nurses' Continuing Education and Nursing Professional Development at Workplace? Results of a Canadian Qualitative Survey , Recherche en soins infirmiers, 131, pp.29-40.
- 19) 林有学・米山京子 (2008) 看護師におけるキャリア形成およびそれに影響を及ぼす要因, 日本看護科学会誌, 28, pp.12-20.
- 20) 舟島なをみ (2015), 前掲 2), pp.169-178.
- 21) 三浦弘恵・舟島なをみ・鈴木恵子 (2005) 在宅における看護実践自己評価尺度の開発, 千葉看護学会会誌, 11 (1), pp.31-37.
- 22) 野中郁次郎・竹内 弘高 (1996) 知識創造企業, pp.91-104, 東洋経済新報社, 東京.
- 23) Michael Polanyi, 高橋勇夫訳 (2003) The Tacit Dimension, 暗黙知の次元, pp.15-54, ちくま芸術文庫, 東京.
- 24) Charles A.Rapp., Richard J.Goscha, 田中英樹監訳 (2014) The Strengths Model A Recovery Oriented Approach to Mental Health Services ストレングスモデル リカバリー志向の精神保健福祉サービス, p.45, 金剛出版, 東京.

終章 訪問看護師の看護実践能力の向上を目指す継続教育の方策

本研究の目的は、訪問看護師の継続教育に関わる現実的課題を解決し、自律した訪問看護師を育む継続教育の確立に繋げることを実証的に明らかにするものであった。それを訪問看護師同士の共同体の構築を試み、今後の訪問看護師の資質、能力向上の方向性を、継続教育の方法によって見出すことであった。そして訪問看護師を社会的に認知させ、専門教育に繋げる提言を行うものでもあった。これらを、4つの問いを立て、この問いを解くことによって成し遂げることに挑んだ。この得られた科学的知見から、訪問看護師の継続教育に関する提言をもって本論文の結論としたい。以下、この4つの問いを解く形で本研究を総括する。

第1節 訪問看護師と継続教育のあり方

第1項 訪問看護師の看護実践の特質

日本の訪問看護事業所に従事する訪問看護師の特質とは何か。訪問看護師の特質を見出すために、第1章の訪問看護の制度と歴史から訪問看護の実相を明確にするとともに、第4章の訪問看護師の目標設定の構造において、訪問看護師の特質の確認を行った。

訓練を受けた看護師や奉公人が家人とともに療養上の世話を行ったことがすべての看護の始まりであり、訪問看護の始まりであった¹⁾。明治、大正時代に行われていた人をさしむけるという派出看護が訪問看護の語源と考えられ、居宅で療養生活を送る患者の看護を居宅に赴いて行うという職務を担うために、独自に発展してきたものだと考えられた。派出看護が誕生した時から、派出看護婦は急性期の患者であろうと慢性期の患者であろうと、患者を選別することなく看護を行ってきたという特質をもっていた。医師でいうところの総合臨床医のような、オールラウンドプレイヤー的な働きであり、それは、訪問看護師が患者を選ばないということであった。そして訪問看護師は、派出看護当時から

ら疾患や障害等をもつ患者の生活とともにあった。患者の疾病や障害だけを見るのではなく、患者と家族の生活を支えるという意味において、そうであった。

第二次世界大戦後、法制度が改正されたことに基づき、派出看護から訪問看護に名称を変えた²⁾。それは看護師をさしむけるという派出看護から、患者の居宅へ赴いて看護を提供するという提供方法へと転換したものであった。そして患者の状態に応じて、柔軟に法制度を使い分けながら、多忙で高額な診療報酬が定められている医師に代わって、主治医の訪問看護指示書に従い、患者、家族の療養上の世話と診療の補助業務を担う役割が訪問看護師に与えられたものであった。これは、本来の看護師の業務である療養上の世話と診療の補助業務とともに、患者の居宅で患者の病態を観察し主治医に報告するという家庭医の一端の役割が、訪問看護師に与えられたとも考えられた。それは、内科や外科、小児科、精神科などと専門性に特化し、医師の監視下において他の看護師とともにチームで働く病院勤務の看護師には考えられないほどの重責を担う、訪問看護師という特質をもっていることがわかった。

2000（平成 12）年の介護保険法の施行以降、訪問看護師が看護を提供する対象者は医療依存度の高い患者が増加する傾向にあった³⁾。病院を退院した後も継続的な治療を必要とする患者である。こうした医療依存度の高い患者の医療機器の管理や排泄管理、栄養管理など、医療行為を含んだ日常生活の援助活動が、現在、患者の居宅で行われている。また、最期のときを住み慣れた自宅で過ごしたいと望む患者と、自宅で看取ってあげたいと望む家族が増加しており、在宅看取りも急増している。これらの患者を眼前に、訪問看護師として倫理観という行動規範に従って、考え、実践することが求められていた。

一方で、この医療依存度の高い患者の在宅療養は、訪問看護師だけでは支えることができなくなっている。主治医や介護支援専門員、薬剤師、介護士、市町村の保健師、ベッドや車椅子等のレンタル企業など、さまざまな職種や企業との連携が求められるようになっていった。これは訪問看護師が、地域社会での活躍を期待されているといえるものでもあった。

以上のことから、訪問看護師の実相は、派出看護婦を起源に、疾病や障害、後遺症、さらには急性期、慢性期、終末期に関わらず加療を必要とする乳児から高齢者までの全ての患者が、安心して日常生活が送れるよう、主治医の訪問看護指示書を受けて患者の居宅にひとり赴いて看護を提供する、という特質をもっていることが明確となった。それは、訪問看護師がいつも患者、家族の生活とともにあることを示していた。さらに訪問看護師は、家庭医の一端を担うという重責を引き受け、医師や他職種らと連携、協働し、地域社会で看護活動を行う者であるという特質が明らかとなった。

第2項 自律が育まれた訪問看護師像

看護実践能力が向上した訪問看護師とは如何なる訪問看護師像か。それは、自らの言動や感情を制御し、患者、家族が置かれている実態を真摯かつ倫理的に捉えるとともに、自らを律し、自分で自分を管理し、考え、職務を進めることができる自律した訪問看護師像であった。その問いは、第2章と第4章の訪問看護師の目標設定の構造によって解かれた。

訪問看護師の目標は、＜個人のスキルアップ目標＞や＜顧客満足度の向上目標＞、＜組織のマネジメント目標＞、＜社会貢献目標＞であることが解明された。それは【自分自身のスキルアップビジョン】や【患者・家族が自分らしく生活できるビジョン】、【組織に関するビジョン】、【地域社会・制度改革のビジョン】に動機づけられていた。一方で、訪問看護師は『看護実践に関わる脆弱性』や『対人関係に関わる脆弱性』、『組織・システムの脆弱性』、『社会・他職種連携の脆弱性』を感じていた。それは訪問看護師の[場面の判断力と決断力のなさ]や[病態・状況のアセスメント力と課題解決力のなさ]、[訪問看護を提供する技術力の不足]、[物事を俯瞰してみる力と根拠となる知識のなさ]、[伝達する力と傾聴する力のなさ]、[患者・家族に対応する力と応える力のなさ]、[業務の煩雑さ・多忙さ]、[組織の脆弱さ]、[訪問看護システムの課題]、

[他職種等との調整の難しさ]、[法制度等に対するジレンマ]等のサブカテゴリから導かれた。すなわち、看護実践能力が向上した訪問看護師像は、治療法や病態生理などの体系的な知識や技術に長けているだけではなく、これらの科学的かつ系統的な知識や技術を持ち合わせている訪問看護師ということであった。

終章第1節で明らかになったように、訪問看護師の実相は、派出看護婦を起源に、疾病や障害、後遺症、さらには急性期、慢性期、終末期に関わらず加療を必要とする乳児から高齢者まで全ての患者が、安心して日常生活が送れるよう、主治医の訪問看護指示書を受けて患者の居宅にひとり赴いて看護を提供するという特質をもっている。さらに訪問看護師は、家庭医の一端を担うという重責を引き受け、医師や他職種らと連携、協働し、地域社会で看護活動を行う者であるという特質も明らかとなった。これらの看護を行うには、言われたことを言われたとおりにやるだけでは、患者、家族の生活を支えることはできなかつたのではないかと考えられた。

第4章にあるように、看護実践能力が育まれた訪問看護師は、患者、家族に共感する力を持ち合わせており、患者、家族と上手く関わるができる。これは訪問看護師が、自らの言動や感情を制御し、患者、家族が置かれている実態を真摯かつ倫理的に捉えるとともに、自らを律し、自分で自分を管理し、考え、職務を進める必要があつた。つまり訪問看護師の自律である。その動力は、自らが定めた確固たる倫理観と意志に従う自由と訪問看護師の業務上の制限のもと自己決定の裁量を考えることができるという客観的な視点をもった、自律した訪問看護師であつた。なぜなら、看護とは人を看て護ることだからである。

藤田⁴⁾は、①個人の尊厳と自律性を前提にした道徳再武装、②個々人の自律性と多様性を前提にした強制的な市民社会の形成、③すべての子どもの自立と豊かな人生設計が可能となるような基礎学力と自立心、自尊心の形成、この3つを満たすような教育の実現を図る意味において、教育の再武装という用語を用いている。つまり医学的知識の補充や看護師の共同体による経験知の体系

化、系統化によって、訪問看護師は体系的な知識と技術だけでなく科学的かつ系統的な知識と技術によって武装化しておかなければならなかったのである。なぜなら、訪問看護師は独りで患者の居宅に赴かなければならぬためである。療養中の患者は、言葉を発することができない病状にある者や死に逝く段階にある者もいる。また、これらの患者が急変した際や悪化した際、災害時などに、迅速かつ適切に対応することが求められる。

患者の居宅で看護を提供するには、これらの看護実践能力の脆弱性を克服するための継続教育を必要としていることが明らかとなった。一方で、社会を変えていきたい、社会に貢献したいという訪問看護師の目標を達成するには、訪問看護師同士の支え合い、学び合いが欠かせないことが明らかとなった。

第 3 項 支え合い、学び合う共同体による継続教育の場

訪問看護師の共同体とそれに基づく継続教育は如何にあり得るか。それは訪問看護師自身の力だけでは成し得ることができないものを、訪問看護師同士の支え合い、学び合う共同体によって可能にするということであった。

第 2 章で明らかになったように訪問看護師の継続教育に関する看護研究は、1983（昭和 58）年頃から行われており、当初の研究は訪問看護制度が開始されたばかりで社会に訪問看護を根付かせるために行われていた。2000（平成 12）年になると、介護保険制度が創設され、訪問看護は医療保険と介護保険の両法に位置付けられることになった。この医療保険と介護保険に位置付けられた訪問看護は、この時期、訪問看護技術の確立が急務であったことを伺わせた。2008（平成 20）年頃には、後期高齢者医療制度と障害者総合支援法が制定されることになり、障害や後遺症をもつ患者や難病患者にわたるまで、訪問看護師の継続教育に関する研究が幅広く行われるようになった。この頃から、訪問看護事業所に従事する訪問看護師に対してさまざまな研修が行われるようになった。これは、訪問看護師の継続教育が実践研究として扱われるようにな

ったものといえる。2015（平成 27）年になると社会保障費の拡大対策として、一億総活躍社会というコンセプトや、生まれた地域で最期まで自分らしく暮らすという地域包括ケアシステムが叫ばれるようになったため、他職種連携、協働をキーワードに、さまざまな人々と訪問看護師が関わっているという研究報告が複数行われるようになったのである。以上のことから、訪問看護師の継続教育に関する看護研究は、政策によって変動していることがわかった。川渕⁵⁾も、医療は政治の影響を受けると述べている。訪問看護師の継続教育にかかわる看護研究が、保健、医療、福祉の職種間連携や協働について行われている傾向にあるということは、訪問看護師の活動が患者、家族に対する看護実践にとどまらず、地域社会のなかでの活動を求められていることを示している。つまり、訪問看護師の継続教育は、訪問看護師が地域社会で活動できる段階に到達するものが求められているということであった。一方で、訪問看護師が地域社会で活動できる段階に到達するには、訪問看護師の個人の努力で到達することは難しい。これからは、訪問看護事業所の中だけで訪問看護師の継続教育を行えばよいという時代ではなく、地域全体で訪問看護師の継続教育を考える時代を迎えている。第 3 章で明らかにしたように、すでに諸外国の訪問看護にかかわる継続教育は、連携・協働が活発に行われている。

訪問看護師の継続教育は、訪問看護の看護実践から課題を抽出すること、その課題から訪問看護の本質を見出すこと、その本質を訪問看護師同士で共有することで訪問看護師の学びに変え、看護実践能力を育むことにつなげることができると考えられた。そのためには、近隣の訪問看護事業所の訪問看護師同士による支え合い、学び合う共同体が必要だと考えられた。

第 3 章で行った諸外国と日本を訪問看護に関わる医療制度と教育を概観した結果、一つ目に日本の療養生活を送る患者、家族に携わる職種間の教育はセパレートされていることがわかった。諸外国の訪問看護に関わる教育は、医療と福祉、介護の連携が実現されやすい環境を長い年月をかけて築き上げ、実践されていた。日本では、看護職は身近ケアと病状の観察や医療看護処置の提供に

責任をもつ形で患者に関わり、介護職は家事援助に責任をもつ形で患者に関わっている。これでは、在宅療養を支援する関係職種との連携、協働は進まないと考えられた。日本の訪問看護に関わる継続教育に足りないものは、連携、協働ではないかと推察した。患者が自分の居場所である居宅で安心して療養生活を送るためには、患者、家族の生活のQOLの向上を目指して、まず訪問看護師間の継続教育を統合化する必要があると考えられた。

二つ目に看護行為の範囲があった。日本における訪問看護師の看護行為の拡大は難しい。したがって日本の場合は、訪問看護師の看護行為の範囲を拡大するか否かではなく、継続教育によって看護実践能力を向上させることで患者の急変時や悪化時、災害時を乗り越えていかなければならないと考えられた。すなわち訪問看護師の看護実践能力の向上によって患者の病態の安定化を図るという視点である。そのためには訪問看護師同士で支え合いながら、学び合うという共同体を用いた継続教育が必要だと考えられた。

第4章小結にもあるように、訪問看護師に必要なのは傷病を治すための看護から、患者、家族の生活を支援するという看護への転換が重要だということであり、患者、家族の生活を支援する訪問看護師は、人間の生きざまや価値観を理解した上で行う必要があった。この訪問看護師の看護実践能力は、そう簡単に身につけられるものではない。それゆえにこそ訪問看護師の継続教育は、経験ひとつひとつをより科学的な知の体系に成長させる継続教育の方法が不可欠なのである。これらの看護実践能力を育むことは、訪問看護師自身の力だけでは成し得ることはできないと考えられた。訪問看護の場面や自らを客観的に考察する能力を育むには、訪問看護師同士の支え合いは欠かせないものであった。そして訪問看護師の目標を達成するにも、近隣の訪問看護事業所の訪問看護師同士による支え合い、学び合う共同体が必要だといえる。

第2部において述べたように、機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育プログラムを開発し、このプログラムを用いたセミナーを実施したところ、延べ80名がこれに参加した。このプログラムを受講した訪問看護師の研修過

程評価スケールによる平均得点は 152.95 (SD±17.86) であり、山澄⁶⁾が行った研修の平均得点 147.7 (SD±16.78) より高値であった。本セミナーの自由記述において、他事業所の看護師の話が聞けたことは有意義であったと記述されていたことから、訪問看護師の支え合い、学び合う共同体による継続教育は、訪問看護師らの看護実践能力を高め、自律性を育むことができると考えられた。訪問看護師のケアの充実化には、訪問看護事業所間の訪問看護師の交流が効果的に働くと推察されたのである。経験をより科学的な知の体系に成長させるには、他訪問看護事業所の訪問看護師から学ぶという意識の改革が必要であり、それには看護実践のなかで共に成長することを可能にする訪問看護師の共同体が必要だと考えられた。

訪問看護師の看護実践能力の向上を可能にする継続教育は、訪問看護師が患者の療養生活を支援するために、多種多様な訪問看護の実践の場の諸問題を解決して、看護実践能力を蓄えていくものが求められていた。第2章の訪問看護師の継続教育の看護研究論文を概観すると、訪問看護師の継続教育は、医学的知識の補充や看護技術を習得するための受動的な学びになってしまっていることがわかった。訪問看護師は、自らが自分に課した規範意識の中で看護を行う。それは自己決定の裁量を考え、自分の意志に従う自由と訪問看護師の業務上の言動の制御ができるということであった。この訪問看護師の自律こそが、看護実践能力が向上した訪問看護師像であった。それには、他訪問看護事業所の訪問看護師と支え合い、学び合う継続教育の共同体が重要であり、隠れてしまっている現実から課題を抽出し、共有し、そこにあった課題を客観的に捉えなおすことによって可能になると考えられた。

第4項 訪問看護師の自律を育む継続教育の必要性

訪問看護師の継続教育に関わる現実的課題を解決し、且つ、看護実践能力を育むことができる能動的な学びを支える教育方法とは如何なるものか。それは、

自律した訪問看護師を育むために、医学的な知識や技術などの体系的な学びと、経験知を科学的な知識や技術に変える系統的な知識の体系を合わせもち、訪問看護の事象や自らを客観的に見て考察できる力を育むことができるものであった。

自律した訪問看護師になるための継続教育の方法を確立するために、第2章において看護研究論文から継続教育のあり方を考察した。そして第3章において日本と諸外国の訪問看護に関わる教育の比較を行い、継続教育の示唆を得た。また、第5章において訪問看護師の継続教育のニーズを抽出し、ニーズに基づいて新たな継続教育の方法を開発した。そして、第6章において実際に新たな継続教育の方法を用いて、継続教育を実践し、考察した。

第2章において看護研究論文を分析した結果から、訪問看護師の継続教育に関するさまざまな看護研究が積み重ねられていることがわかった。さらに心不全や糖尿病、小児看護、精神看護、がん、感染症などと、看護を細かく区分して、継続教育は積み重ねられていたことが明らかとなった。これは医学的知識の補充や具体的な看護技術の習得のために行われた継続教育であった。これらの継続教育は、訪問看護を発展させるには役立った。この看護研究論文に見られる訪問看護師の継続教育によって、看護技術を訪問看護技術へ展開した段階（Bloom のいう知識・理解・応用）⁷⁾まで到達していると考えられた。一方で、看護を小項目に分類してしまっているのは、看護実践全体を捉えきれていないという課題が明らかとなった。看護実践全体を捉える方法を獲得することができれば、患者の居宅という環境や患者、家族に合わせた個別性の高い訪問看護へと発展できる段階（Bloom のいう分析・統合）⁸⁾に到達することができると考えられた。

第2章において先に行われた看護研究論文を検討したが、これまで行われた訪問看護師の継続教育は、看護師自身の医学的知識補充や訪問看護技術の習得のために受動的に行われる傾向があった。これら医学的知識の補充や訪問看護技術の習得、仮説の検証を狙う継続教育ばかりでは、課題解決能力などの看護実践能力を身につけることにはつながらないのではないかと考えられた。訪問

看護実践内容を振り返ることで学びを得るという能動的な継続教育の内容や方法は殆ど行われていなかったのである。これを、看護研究論文からみた訪問看護師の継続教育の偏りと述べた。訪問看護の実践から課題を抽出し共有することや、訪問看護の本質を見出す継続教育を行うことによって、看護の対象者である患者、家族に合わせた個別性の高い訪問看護へと到達することができると考えられた。

次に、どのような方法を用いれば、訪問看護師が能動的に看護実践から課題を抽出し共有することや、訪問看護の本質を見出す継続教育看護実践能力の向上を目指す継続教育にすることができるのか。それは、訪問看護師の訪問看護実践を意味づけする継続教育の方法しかないと考えられた。なぜなら、訪問看護師が患者、家族の生活とともにあるということは、患者の成育歴や生活歴であったり、家族背景であったり、患者、家族の経済状況でさえも手に取るようにわかるということである。これらの状況をわかった上で、患者の最善を考え、患者、家族の心に寄り添って、訪問看護師として何ができるのかを考えていくことが求められていた。この役割を担うことができる訪問看護師は、主治医の指示を受けて、自らの倫理観に従って自己決定の裁量を見窮め、自らの意志に従う自由と業務上の制限が理解できる看護師でなければならなかった。すなわち訪問看護師は、訪問看護の事象や自らを客観的に見ることができる看護師でなければならず、体系的かつ科学的な知識や技術と能動的に学ぶことができる自律した訪問看護師でなければならなかった。なぜなら、看護とは人を看て護ることだからであった。

この自律した訪問看護師を育むための継続教育は、医学的な知識や技術などの体系的な学びと、経験知を科学的な知識や技術に変える系統的な知の体系を合わせもち、訪問看護の事象や自らを客観的に見て考察できる力を育むことができるものであった。かつ、訪問看護師らが能動的に学ぶことを身につけることができる継続教育であることが求められていた。この自律した訪問看護師の看護実践能力は誰であっても習得することができなければならないし、次の世

代に引き継がなければならないのである。この自律した訪問看護師は、自律した訪問看護師の傍にいれば引き継がれるものでもないし、見様見真似で身につくものでもない。この自律した訪問看護師像は、個々人が継続教育を積み重ねることによって成し得るものなのである。川崎⁹⁾は、自律性は個人が楽しく働く上で仕事のモチベーションに大きく影響すると述べているが、訪問看護師も自律を獲得することによって、自らの働く原動力に変えることができるであろう。この自律した訪問看護師像こそ、看護実践能力が向上した姿であり目指す像であると考えられた。

次に、どのようにして経験知を系統的かつ科学的な知識や技術にするか。本研究は安酸の推奨する「経験型実習教育」¹⁰⁾を参考にした。「経験型実習教育」は、学生が主に臨地実習現場での経験を振り返り、反省的経験として自らの経験を意味づけていく力をはぐくむことを支援する教授法である。安酸は、学生の直接的経験を教材化し、現場で起きたことと患者・看護師の思いを推測させ、学生の学習可能内容を見出す指導者のための教授法を見出した。本研究においても、患者、家族の気持ちを推察することを取り入れた。そして、患者、家族の強みを考える方法は、Charles A. RappとRichard J. Goschaのストレングスモデル¹¹⁾の考え方を取り入れた。RappとGoschaは「すべての人は目標や才能や自信を有しており、また、すべての環境には、資源や人材や機会が内在していると見る」¹²⁾とし、ストレングスモデルを推奨している。ストレングスモデルは、「私たちが問題より可能性を、強制ではなく選択を、病気よりむしろ健康を見るようにする。それらを見ることができれば、成果が得られよう。私たちが欠陥というぬかるみにはまっている限り、成果を得ることはできない。私たちが欠陥に焦点を当てた暗黙の了解という束縛を脱しない限り、効果的な援助はできないであろう」¹³⁾としている。つまり、人の生活に影響を及ぼしている要因を明らかにし、その要因を変えることができる方法であった。本研究においても患者のできないことばかりを見るのではなく、患者の強みを探す方法を取り入れたのである。本研究において最も重要なことは、看護の正

解を導きだすのではなく、事象を客観的に捉えなおすということであって、視点を転換することにあつた。この訪問看護実践の意味づけは、受動的な学びから能動的な学びへと転換させる方法でもあつた。

木下は、訪問看護の実践者が考える訪問看護の専門性を「看護サービスを売り、事業を経営できる」¹⁴⁾ ことだと述べているが、看護サービスを売り、事業を経営するには自律した訪問看護師である必要があつた。この自律した訪問看護師になるためには、自らの看護実践を振り返ることを恐れてはならないし、重責を担うためには、より多くの科学的かつ系統的知識と技術を習得した看護師であることが求められていた。

この訪問看護師の継続教育の方法を開発するにあたっては、ノールズ¹⁵⁾の成人教育の現代的実践を手がかりにした。それは、訪問看護師の訪問看護実践を客観的に捉えなおすという、新たな継続教育の方法の試行であつた。第7章の評価、考察において記述した通り、課題を捉えなおすという継続教育の方法は、訪問看護師にとって充実した学びの機会と成り得たのではないかと考えている。一方で、実際に、このセミナーの学びが、その後の看護実践能力となつたか否かを確定させることはできていない。しかし、自らの看護を客観的に捉えなおすという実践の意味づけを行う継続教育の方法は、必ず、訪問看護師を自律に向かわせるものになると考えている。

第7章において継続教育プログラムを受講した訪問看護師が答えた「良かった」というアンケートの自由記述は、訪問看護経験年数の長い訪問看護師であっても、そう感じたということであつた。訪問看護は様々な疾患や多様な患者、家族に接する機会を得ることが難しい。しかし、共同体による継続教育は自分の経験のように実践例や事例を学ぶことができる。なぜなら、訪問看護師、患者、家族の気持ちを考え、患者、家族の強みを考えていくためである。これによって、訪問看護師のさまざまな病態の患者や予測不可能な事態に対応する力は育まれると考えられた。最も難易度の高い臨機応変に対応する力を育むことを可能にする。結果、医師や他職種らと連携、協働し、すべての患者が住み慣

れた自宅で安心して療養生活を送ることができるようになると考えられた。それを実現するには、異なる訪問看護事業所に従事する訪問看護師同士で支え合い、学び合う共同体による継続教育の場と、客観的看護実践の振り返りや課題の抽出、課題解決方法の模索を中心とする看護実践の意味づけを行う継続教育の方法が適切であったと考えられた。この訪問看護師の継続教育の方法は、専門医による系統的知識と看護実践や事例を取り入れた経験知を知の体系化としてまとめ上げたことによって、訪問看護を証拠や根拠に基づく科学へと導いた。看護は、実践の科学であることが求められていた。

第2節 新たな訪問看護師の継続教育の提言

本研究は、訪問看護師に関わる看護研究や歴史資料、目標設定の構造などから、訪問看護師の実相を明らかにすることによって、看護実践能力が向上した訪問看護師像と訪問看護師の自律を育む継続教育について解明することができた。最後に、訪問看護の専門教育者や研究者らに向けて、訪問看護師の看護実践能力を向上させる継続教育の方策について三つの提言を行っておきたい。

一つ目に共同体による継続教育の方法の留意点である。共同体による継続教育は、必ず、その時の訪問看護師の気持ちを共有することから始める必要がある。その気持ちを共有することで自分が出した実践例を学びに変える気持ちにもなるし、訪問看護師同士で肯定することによって協調性も生まれる。訪問看護師は、いつも、患者、家族のことを考えて、ひとりで看護活動を行っている。しかし、思いが強すぎると上手くいかないこともある。看護にありがちな押しつけである。患者、家族は長年培った家族背景や習わしがあって、居宅という場の特性から訪問看護師の看護に関わる提案を受け入れられないこともある。そのとき訪問看護師が行わなければならないことは、患者、家族の気持ちを推測すること、患者、家族の強みを考えることである。薄井¹⁵⁾はもう一人の自分を相手の立場に立たせて描くということが大切だと述べている。訪問看護師

は、患者、家族の気持ちを考えることや、患者、家族の強みを考えることによって、視点を転換し、事象を客観的に見ることができるようになる。客観的に事象をみることができるようになると、患者、家族に何が起きているのか、患者、家族を最善に導くにはどのような方法があるかを、考えることができるようになる。患者、家族の強みを考えることは簡単ではないが、この患者、家族の強みを考えることは、思わぬ可能性を生み出すことになる。他にも、患者、家族の気持ちの受け止めに推進させることになり、課題解決へと導くことを容易にするのである。

最後に行うことは、課題解決に向けたディスカッションである。ディスカッションはコミュニケーション能力を高めるとともに知恵を生み出すことができ、訪問看護の本質をみつめなおすことにつながる。そして、この看護実践から何がいえるか、何が学べるのか、訪問看護師個人が理解できなければならない。これが、共同体と看護実践の意味づけを行う継続教育の全容である。これによって、過去の看護実践を教材にすることができ、看護実践を能動的に学ぶことに変えられる。ノールズ¹⁶⁾のいう成人期にある学習者が問題や課題を解決するために、自ら学びたいことを決定していくといった成人教育の訪問看護版だと考えている。一方で、本研究は訪問看護師の看護実践能力の向上を目指すものであって、患者の居宅で働く他職種の実践能力の向上までに拡大することはできていない。この方法は、他職種であっても同様に能動的に学ぶことを可能にするであろう。

自分が療養生活を必要とする疾病を患い、障害や後遺症をもつ患者となったとき、どのような生活を送りたいか、どのような生活に変わってしまうだろうかと考えてみる。食事の準備や洗濯、掃除といった家事全般を誰に担ってもらうか、排泄や入浴、食事といった身の回りの世話を誰に手伝ってもらうか、それらについて考える健常人は少ないであろう。また、経済的困窮に至る可能性について、どれほどの人がイメージできるであろう。看護師を目指す看護学生であっても同様である。それらを想像する力が訪問看護を行う上でいかに大切

かを知っておかなければならない。この想像は現実のものとかげ離れているかもしれないし、個人で感じる気持ちは異なるかもしれない。一方で、この想像が他者を思いやる気持ちになり、客観的に他者を理解しようとする言動になって現れる。この想像は患者、家族の求めている看護へとつながる。この想像する力こそ、看護基礎教育で育まなければならないものであるし、継続教育にもいえる。想像する力つまり客観的に見る力によって、学ぶ知識、身につける技術、心得ておく態度がわかる。自分が患者になったらと患者の気持ちを思うことは、看護師にとって最も忘れてはならないことだといえる。

訪問看護は、患者、家族の生活全般がわかることや揺れ動く感情の背景など、裏も表も全てに関わる面白さや、たった一人で患者の居宅を訪問して看護を提供するという看護の醍醐味を味わうことができる。この想像する力つまり客観的に事象や自らを看る視点を育むために、継続教育の看護実践の意味づけのなかに取り入れた。これが本研究における継続教育方法の特色である。

二つ目に訪問看護師の共同体の必要性である。看護実践能力を向上させるということは、訪問看護師として自律することであると述べてきたが、一方で、訪問看護師の看護実践能力を育むということが自律を意味するものであるがゆえに、訪問看護師の職責は軽くはないといえる。高波¹⁷⁾は在宅という限られた環境において単独で看護を提供する訪問看護はさまざまな看護過誤が起これ、看護職の法的責任が前面に出てくると述べている。この重い職責を分かち合い、軽くするためにも、訪問看護師同士で支え合い、学び合う共同体による継続教育は重要だと提言する。

訪問看護は病院で働いた後や育休後に就業するものも増加しており、これから訪問看護に携わろうとする看護師も少なくはない。訪問看護事業所を経営する訪問看護師は、看護師ひとり一人が自分らしく学び、成長できるよう支援していくことが大切である。これからの訪問看護事業所は、個人のライフスタイルに合わせた働き方の多様性も取り入れる必要がある。一方で、どのように訪問看護事業所が取り組みを行っているかは、他事業所からは見えにくい。だか

からこそ良いものは共有し、変えるべきものは躊躇なく変えていかなければならない。共同体は互いに助け合う文化を醸成し、実践知を作り出し、次の世代へと継承することができる。自分が働く訪問看護事業所さえよければそれでよいという時代は終わっているのである。

本研究で示した訪問看護師の継続教育の共同体を活用した機能強化型訪問看護事業所看護師の継続教育プログラムを、量的、質的調査結果に基づいて評価、考察した結果、このプログラムを用いたセミナーは訪問看護師らから一定の評価を受けた。また、野中と竹内ら¹⁸⁾のSECIモデルに当てはめることによって考察も行った。この科学的知見に基づいて、これからの訪問看護師の継続教育は、このような方法をとることによって訪問看護師たちで高め合っていけると考えている。

三つ目に、訪問看護師の専門教育の必要性についてである。本論はなぜ、自明のことである訪問看護師の継続教育を取り上げなければならなかったか。それは、訪問看護師の看護実践能力の向上の意味について十分に確立できていないことを始まりに、何より訪問看護師がコツや感覚などに頼ろうとするところがあることにあった。看護実践は感覚で行ってはならないし、訪問看護は人間性で乗り切るものではない。経験知というものは主観的なもので、それに固執するかぎり、看護技術はカンやコツの伝授でしかない。しかし、この継続教育の方法によって経験知は系統的かつ科学的な知の体系にまとめられ、誰にでも伝授できるものとなったといえるであろう。証拠や根拠すなわちエビデンスに基づいた科学として看護実践、継続教育が行われてこそ、訪問看護は発展することができる。あたりまえのことがあたりまえにおこなわれていない昨今を憂い、本論から訴えることにした。今後もこの新たな継続教育の普及を自分の活動の軸に据えていく。訪問看護の社会的認知の拡大と普及を目指し、看護実践能力の発展を願うとともに、早急な専門教育の確立を期待する。

訪問看護師は、自らの役割を果たして活動すること、つまり働くことを通して、人や社会に関わっていく。人や社会に関わるには、看護実践能力が必要で

ある。一方で看護実践能力は、ある年齢に達すると自然に獲得されるものではない。社会人、職業人として自律していくためには、基盤となる能力や態度を自ら育み、一人一人が自律する努力をする必要があると考えられた。

ケルン憲章（1999年）¹⁹⁾は、すべての人々が義務教育期間だけでなく、生涯を通じて学習を継続することを奨励し、また可能とすべきことを生涯学習の基本原則に掲げている。そして、生涯を通じて技能の再修得の身近な機会を提供する成人にとっての技能の習得、これには高度な職場での学習制度や自己啓発学習に必要な技能を備えさせることが含まれるべきであるとされている。つまり訪問看護師は学び続けるという権利を有しているし、学び続けるという責任を持っている。ユネスコ生涯学習権宣言（1985年）²⁰⁾において、「すべての国は、成人教育の活動においても、サービスにおいてもたしかな発展をとげるために、大胆で想像力に満ちた努力をおこなうべきである。そのことによって、女性も男性も、個人としても集団としても、その目的や条件や実施上の手順を自分たちできめることができるようなタイプの成人教育を発展させるのに必要な、教育的・文化的・科学的・技術的蓄積を、わがものとなしうるのである」とある。つまり訪問看護師は、自律して学ぶことを怠ってはならないと考えられた。ドラッカー（Peter F. Drucker, 1909-2005）も「これからは誰もが、高度の知識、しかも専門家した知識をもたなければならない。その結果、高等教育の重心が、若者から成人の継続教育へと移行していく」、「その継続教育への流れは企業にも影響を与える」、「したがって、専門的な継続教育が成長分野となる」²¹⁾と述べている。訪問看護師の継続教育が生涯学習のひとつである限り、訪問看護師は看護実践能力の向上を目指す必要があった。

2011年中央教育審議会「今後の学校におけるキャリア教育・職業教育の在り方について（答申）」に「人は、他者や社会とのかかわりの中で、職業人、家庭人、地域社会の一員等、様々な「役割」を担いながら生きている。これらの「役割」は、生涯という時間的な流れの中で変化しつつ積み重なり、つながっていくものである。また、このような「役割」の中には、所属する集団や組

織から与えられたものや日常生活の中で特に意識せず習慣的に行っているものもあるが、人はこれらを含めた様々な「役割」の関係や価値を自ら判断し、取捨選択や創造を重ねながら取り組んでいる」²²⁾とある。自らの役割を果たして活動すること、すなわち働くということを通して、人や社会に関わることになる。その関わり方が自分らしさであったりする。人が自分の生涯の中でさまざまな役割を果たす過程で、自らの役割の価値や自分と役割との関係を働くなかに見出していく連なりや積み重ねが、看護実践能力を育むという意味である。

IT や人工知能によって就業構造が変化しようとも、組織や集団による就業構造が崩壊しようとも、看護のもつ意味や働くことによって得られる価値や役割、そして継続教育の必要性に変わりはない。一方で、自分らしく働くことの価値観や役割観は多様であって然るべきであるが、看護師として働くことは自分一人で成り立つものではないことを知っておかなければならない。ゆえに個々人が自分の生き方に対峙し、看護という職業のもつ意味に意識的に向き合うことが求められている。

訪問看護師は、2020（令和 2）年から 2021（令和 3）年と、新型コロナウイルス感染症に罹患した自宅療養中の患者の訪問を行っている。医師や保健所が自宅療養者の状態を勘案して訪問が必要と判断した場合、訪問看護師に委託し、訪問看護師が患者の居宅に赴き健康観察を行っているのである。自ら感染症に罹患するリスクを抱えながらも、訪問する看護師の姿が度々メディアに取り上げられることになった。訪問看護師は、自宅で過ごしたい患者のために訪問することを業とするものであったが、この度の出来事は入院を希望しているにも関わらず、入院できない患者の訪問を担うことになったのである。現在も、訪問看護師は感染症に罹患する環境のなかに身を置きながら、その職務を果たすべく活動を続けている。稲葉²³⁾は、感染した患者に訪問看護サービスを提供した場合の対策として、感染者を訪問する職員は他の患者の訪問看護業務は行わず、それ以外の業務はリモートワークで対応していると報告している。さらに、「新型コロナウイルス感染者への訪問においては、職員が抱える心身の

負担に対し、看護職という使命感のみでは負いきれない部分をどのように支援していくかが目下の課題です。地域での生活を支援する訪問看護師にとって、日常の訪問業務を行いながら目に見えないウィルスの脅威に対峙する精神的な負担は、危険手当の増額のみではカバーしきれません。こうした負担感の払拭には、それぞれの訪問看護ステーションで行っている具体的な感染対策内容を、圏域レベルの範囲で常に情報共有し、よりよい対策のあり方を模索していくことが効果的ではないでしょうか。新しい生活様式に追随する訪問看護の体制整備が求められていると考えます」と述べている。つまり、訪問看護師間で支え合い、学び合う共同体が求められている。

本研究は、障害や後遺症など、療養生活を営む人々をどのように見つめるのか、どのようにして経験から知を生成し、実践の中から価値を生みだし、具体的な技術として展開するのか、そしてこれが社会の中でどのように位置づけられるのかを、訪問看護師自身が認知し、語り合う営みを扱ったものである。以上をもって、訪問看護師の看護実践能力を育む継続教育についての総括とする。

-
- 1) 山田雅子 (2016) 訪問看護 これまでと、これから, 聖路加看護学会誌, 20 (1), pp. 3-9.
 - 2) 同前, pp. 3-9.
 - 3) 厚生労働統計協会 (2020) 訪問看護, 国民衛生の動向・厚生 of 指標 2020/2021, 67 (9), p. 191, 厚生労働統計協会, 東京.
 - 4) 藤田英典 (2001) 新時代の教育をどう構想するか-教育改革国民会議の残した課題-, 岩波ブックレット, 533, p. 27.
 - 5) 川淵孝一 (2005) 日本の医療が危ない, p. 95, ちくま新書, 東京.
 - 6) 山澄直美・舟島なをみ・中山登志子 (2014) 研修課程評価スケール-院内教育用を用いた評価活動の有効性検証, 看護教育学研究, 23, pp. 1-16.

- 7) Benjamin S Bloom, J Thomas Hastings, and George F Madaus, (1971) Handbook on Formative and summative Evaluation of Student Learning. 渋谷憲一・藤田恵璽・梶田叡一訳 (1974) 学習評価ハンドブック上・下, 上 pp. 81-154, 下 pp. 103-178, 第一法規出版株式会社, 東京.
- 8) 同前, 上 pp. 81-154, 下 pp. 103-178.
- 9) 川崎千加 (2010) 仕事の自律性とモチベーションー 司書へのインタビュー調査からの検証 一, 大阪女学院短期大学紀要, 40 号, pp.71-101.
- 10) 安酸史子・江上千代美・江上史子・奥祥子・小野美穂・北川明・金城やす子・金城祥教・小森直美・清水夏子・田中美延里・塚原ひとみ他 (2015) 経験型実習教育:看護師をはぐくむ理論と実践, pp. 60-66, 医学書院, 東京.
- 11) Charles A.Rapp., Richard J.Goscha, 田中英樹監訳 (2014) The Strengths Model A Recovery Oriented Approach to Mental Health Services ストレングスモデル リカバリー志向の精神保健福祉サービス, p. 45, 金剛出版, 東京.
- 12) 同前, p. 45.
- 13) 同前, p. 45.
- 14) 木下由美子 (2005) 実践者が考える訪問看護の専門性ー在宅看護学教育の基礎的資料として, 訪問看護と介護, 10 (4), pp. 318-325.
- 15) 薄井坦子 (2019) 科学的看護論第 3 版, p 147, 日本看護協会出版会, 東京.
- 16) Malcolm S Knowles, (1988) The modern practice of adult education, Cambridge Book Co; Revised, p.7, p.17, p.187, pp.82-118, pp. 66-216.
- 17) 高波澄子 (2000) 訪問 (在宅) 看護をめぐる看護職の法的責任, 日本地域

- 看護学会誌, 2 (1), pp. 80-86.
- 18) 野中郁次郎・竹内弘高 (1996) 知識創造企業, pp. 91-104, 東洋経済新報社, 東京.
- 19) 外務省 (1999) ケルンサミット, https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/summit/cologne99/g8s_sg.html (検索日 2021 年 9 月 7 日)
- 20) ユネスコ (1985) 学習権宣言, <
<http://image01.seesaawiki.jp/1/slifelonglearningtufs/2716141d4d646a64.pdf>> (検索日 2021 年 9 月 8 日)
- 21) Peter F Drucker, 上田惇生訳 (2002) ネクスト・ソサエティ, pp. 128-129, ダイアモンド社, 東京.
- 22) 文部科学省中央教育審議会 (2011), <https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/02/01/1301878_1_1.pdf> (検索日 2020 年 9 月 23 日)
- 23) 稲葉典子 (2021) 【コロナ禍における訪問看護 現場での対応と今後の方向性】訪問看護ステーションの体制 体制整備・計画的な物品補充が安心して働く礎に, コミュニティケア, 23 (4), pp. 16-18.

巻末 1 訪問看護師の継続教育に関する看護研究一覧

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
1983	老人保健法施行	訪問看護をめぐって	信太優子他 日本看護研究学会雑誌, 1983.	訪問看護をめぐって制度の接点を明らかにする	症例研究	高齢者	在宅福祉サービスの分野で欠けている訪問看護制度は、老人医療と老人福祉の接点となるべきものであり、速やかに制度化することが緊要である。Cure ではなく、“Care”を主体としたナーシング・ホームの制度化を急ぐべきである
83		訪問看護に関する一考察～在宅寝たきり老人の介護者の訪問看護に対する意識を通して～	春木瞳他 日本看護研究学会雑誌 1983,6 (2) , pp. 2-27.	在宅寝たきり老人の介護者の実態と訪問看護に対する希望について研究する	量的研究	高齢者	65 歳以上の在宅寝たきり老人の介護者には、健康障害をもつものが多かった。老人の ADL に障害が大きいほど、介護者は介護に困難を感じていた。訪問看護を介護者が希望する要因として、訪問看護を受けた経験が大きかった。在宅寝たきり老人への援助として、ADL の改善をはかることが重要であった
88		在宅 IVH 患者の看護を考える：症例の援助経過を通して	宮崎歌代子 東京医科大学病院看護研究集録, 1988.	HPN 症例を通して、管理の実際を紹介し問題点の検討と今後の援助のあり方について考える	症例研究	消化器疾患患者	自分が正しく治療を続けなければならないと自覚する動機づけ、自己管理の認識、それを支える確実な教育の継続、家族を含めたチームとしての一貫性のある支援がなされれば、HPN は可能であることがわかった
91	老人訪問看護新設	在宅酸素療法患者の家庭への訪問看護の試み	西野聡他 医療, 1991, 45 (8) pp. 751-755.	在宅酸素療法患者の日常生活の管理教育、指導する必要性の検討	症例研究	慢性呼吸不全患者	医師、薬剤師、看護婦による訪問チームを結成し、HOT 患者宅への訪問看護を開始することは、生活の場と対面して、普段の生活状況を知ることは病院での指導だけでは十分にできない部分を具体的に補うことができ、正しく HOT を施行するにあたっての家族の理解と協力を得るためにも有用である
94	健康保険法改正	重度障害への挑戦 病院から自宅へ 脳梗塞に慢性心不全を合併した 1 症例	高橋由佳利他 Journal of Clinical Rehabilitation, 1994, 3 (4) pp. 339-342.	在宅を中心としたリハビリテーションの有効性の検討	症例研究	慢性心不全患者	家族指導や教育、日常生活動作介助法、嚥下障害食、低圧膀胱管理、心不全の家庭管理指導、及び訪問看護の利用方法と緊急時の対応方法・連絡体制であった。在宅での維持・管理が十分行われ、退院 6 ヶ月後には機能面で一部改善が認められた
97	介護保険法公布	精神科訪問看護による精神分裂病の再発予防効果の検討	緒方明他 精神医学, 1997, 39 (2) , pp. 131-137.	精神科訪問看護あり群となし群の比較	量的研究	精神科疾患患者	訪問看護あり群は再発率が低く、平均在院日数も低下する。再発契機はライフイベントや断薬・怠薬、再発症状は陽性症状と非精神病性症状が認められたが、精神障害者の社会福祉の充実には、それらの観察や援助が重要である
97		高齢者 HPN 症例に対する看護上の問題点と対策	中西千里他 癌と化学療法, 1997, 24 (1) . pp. 529-531.	高齢者 HPN 症例の問題点の経験	活動報告	高齢者	専門の看護婦による指導、教育、外来での頻回の診察による問題点の把握、訪問看護システムの導入等が重要である
98		呼吸管理の必要な重症心身障害児・者の在宅支援に関する研究	内藤美津子他 日本重症心身障害児・者の在宅支援に関する研究 1998, 23 (1) , pp. 23-27	呼吸管理が必要な重症心身障害児の在宅支援に必要なものは何か	文献検討	重症心身障害児	日常的、長期的な支援が必要。看護婦の重症児と介護者のノードに応えられる知識や技術をもつ必要性。危険を察知できること、適切に対処できるよう日頃からその方法やルートを心得ていて緊急時に行動できること。在宅支援サービスの PR をし、コーディネート機能の確立が必要である
98		慢性期分裂病患者の社会適応能力と社会復帰を阻害する要因に関する研究	和久津里行他 社会精神医学研究紀要, 1998, 27 (1) , pp. 16-23.	精神分裂病患者の社会適応能力の評価と社会復帰を阻害する要因と改善対策	量的研究	精神分裂病患者	社会適応能力は初発時年齢や精神症状の重症度と関連を認めた。社会復帰を阻害している要因は「家族、生活上の問題」であった。具体的な改善対策として「家族に対する心理教育」「訪問看護等の人的支援」が挙げられた

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
1998		呼吸管理の必要な重症心身障害児・者の在宅支援に関する研究	内藤美津子他 日本重症心身障害学会 誌, 1998, 23(1), pp. 23-27	呼吸管理が必要な重症心身障害児の在宅支援に必要なものは何か	文献検討	重症心身障害児	日常的、長期的な支援が必要。看護婦の重障児と介護者のニーズに応えられる知識や技術をもつ必要性。危険を察知できること、適切に対処できるよう日頃からその方法やルートを心得ていて緊急時に行動できること。在宅支援サービスのPRをし、コーディネート機能の確立が必要である
98		慢性期分裂病患者的社会適応能力と社会復帰を阻害する要因に関する研究	和久津里行他 社会精神医学研究紀要, 1998, 27(1), pp. 16-23.	精神分裂病患者の社会適応能力の評価と社会復帰を阻害する要因と改善対策	量的研究	精神分裂病患者	社会適応能力は初発時年齢や精神症状の重症度と関連を認めた。社会復帰を阻害している要因は「家族、生活上の問題」であった。具体的な改善対策として「家族に対する心理教育」「訪問看護等の人的支援」が挙げられた
99		当院における在宅酸素療法の現状	葉久貴司他 高知赤十字病院医学雑誌, 1999, 7(1), pp. 9-13.	在宅酸素療法の現状	活動報告	慢性呼吸不全患者	在宅酸素療法は、医療情勢の変化と共に広がってきた在宅医療の一つであるが、重症例も多く、更にきめ細やかな病診連携、訪問看護を含めた医療、日常管理、患者教育、患者交流などが必要と考えられる
99		訪問看護婦のストレス因子の検討	松山洋子他 看護研究 1999, 32(6), pp. 489-496.	看護婦のストレス構成要素とそれに影響する要素を明らかにする	量的研究	訪問看護婦	訪問看護婦のストレスは「対応の不備」、「上司・同僚との連携」、「医師との葛藤」、「負担感」、「達成感」、「効率性」の六つのカテゴリからなっている。ストレスマネジメントのためには職位ごとのアプローチが必要で、24時間対応の勤務体制より多くの負担感を認知している
99		熊本県における訪問看護の対象者及び活動の実態	辻里美他 九州国立看護教育紀要, 1999, 2(1), pp. 51-60.	熊本県における訪問看護の対象者及び活動の実態	量的研究	訪問看護婦	訪問看護活動の内容として、創傷処置や経管栄養、呼吸管理等の医療処置、清潔や食事、排泄、リハビリテーションに関する援助・指導が求められていた。介護力の問題や対象者の状態に合った援助や指導方法、社会資源の活用等について苦慮し、それに対する工夫が求められていることがわかった
99		介護者の褥瘡に関する知識と褥瘡予防教育の課題 済生会訪問看護ステーション利用者の介護者の実態	藤原泰子他 日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会誌, 1999, 3(1), pp. 23-28.	介護者の褥瘡に対する知識・予防方法を知る	量的研究	介護者	介護者で床ずれ(褥瘡)という言葉を知っている者は89.9%であったが、原因を知らない者21.2%、褥瘡予防の指導を受けていない者40.3%、褥瘡予防のための介護用品を使用していない者が22.8%であった。褥瘡予防教育を受けた者の14.0%は指導された内容を実施していなかった。在宅療養者の褥瘡予防には、高齢の介護者が理解しやすい内容・方法での技術指導と共に、医療従事者への褥瘡ケア教育が必要である
99		在宅患者家族への遠隔医療導入の効果	山内香織他 三豊総合病院雑誌 1999, 20, pp. 41-44.	在宅患者家族への遠隔医療導入の効果	質的研究	家族	SDSで有意な改善が見られ、介護者の鬱状態の軽減に遠隔医療が有効であった。テレビ電話を導入して良かった点としては、安心感が増したという人が多かった
99		訪問看護ステーション利用者の遺族の悲嘆過程に及ぼす影響	上村康子他 癌と化学療法, 1999, 26, pp. 249-252.	遺族の悲嘆過程に及ぼす影響を明らかにし訪問看護婦としての支援の在り方を検討する	質的研究	がん患者	患者の療養中の介護者数、サポート体制、医療者とのコミュニケーションのモチ等が悲嘆過程に影響を与えることがわかった。遺族の負担が最小限で、早期にグリーフワークを終えることができるためには、在宅療養中から介護力及びサポート体制を整えること、死の準備教育を含む家族の精神的ケアが十分に行われること、医療者とのコミュニケーションが多くもたれ、良好な関係を築くことが重要である

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2000	介護保険法施行	社会的入院患者退院に関する介護の問題	立石修他 訪問看護と介護, 2000, 5(6)p. 496-499.	社会的入院患者退院に関する介護問題を明らかにする	量的研究	介護者	社会的入院症例の85%は介護を必要とし、入浴介助を必要とする例が最も多かった。家族がいない群と比べて家族がいる群の方が介護を必要とする例が多く、社会的入院の解消には自宅介護の充実が重要と考えられた
00		在宅人工換気療法のこどもが地域の小学校に入学するまで医療的ケアをめぐる諸問題	鈴木英子他 小児保健研究 2000, 59(4), pp. 500-507.	在宅人工換気療法のこどもが地域の小学校に入学するまで医療的ケアをめぐる諸問題を明らかにする	症例研究	先天性中枢性肺胞低換気症候群患者	地域の市立小学校へ入学。入学に際して、気管内吸引を誰が行うかが一番の問題となったが、看護婦資格を持つ養護教諭を配属することで解決された
00		特定機能病院退院患者の地域での看護ニーズと生活満足度に関する要因の検討	河野啓子他 在宅医療, 2000, 29, pp. 47-56.	特定機能病院退院患者の心身状態、保健医療福祉サービス受給状況、家庭・仕事の状況等の実態と生活満足度に関連する要因の検討	量的研究	患者	看護ニーズとしては、自宅での医療処置(吸入、痰の吸引、酸素吸入、褥瘡の処置など)に対するもの、退院時の気持ちを安定させる支援、主観的健康状態を高めるための支援、保健医療福祉サービス導入や利用の窓口機能とサービスの実施、健康と生活の支援者(団体)をもてるようにする援助、介護者への健康支援、有職者には仕事と病気の調への支援及び生活満足度向上への支援などが挙げられた
00		リハビリテーション看護の専門性に関する意識調査 当院の看護教育のあり方を考える	坂本真理他 日本リハビリテーション看護学会学術大会集 録, 2000, 12, pp. 99-101.	リハ看護の専門性に対する看護・介護職の認識の検討	量的研究	看護・介護職	リハ看護の専門的機能の重要と思われる項目は、看護・介護職員に浸透していることが確認された。重要度・認識度ともに高かった項目は、入院時からリハ専門職とともに検討され、日々のカンファレンスで評価が繰り返されている項目であることが確認されたに教育していく必要があると考えられた
00		N県内の訪問看護ステーションにおける看護職の教育ニーズ	飯吉令枝他 新潟県立看護短期大学紀要, 2000, 6, pp. 57-70.	訪問看護婦の教育ニーズを明らかにし、訪問看護ステーションに勤務する看護職に対する今後の教育のあり方を検討する	量的研究	管理者	管理者の全員が自分自身の研修の必要性を感じ、「経営管理」、「ステーション運営」、「ケアの質の管理」の研修を4割以上の人が強く望んでいた。管理者の約8割がスタッフに対して研修の必要性を感じ、特に専門技術に関する研修をスタッフに受けさせたいとしていた。訪問看護婦の殆どが研修の必要性を感じており、今後学習を希望する訪問看護技術は「ターミナルケア」が最も多かった
01		訪問看護婦の判断の基盤となる能力 困難な判断場面から	廣部すみえ 福井県立大学看護短期大学部論集 2001, 12, pp. 29-40.	訪問看護者の判断に困った、戸惑った場面での判断についての検討	質的研究	訪問看護婦	訪問看護の判断力の基盤に、患者・家族との人間関係形成能力、病状予測能力、自己受容能力の向上が必要である。整備課題として、医師の指示との関係整備、看護管理の問題の検討の必要性が示唆された
01		訪問看護婦の看護技術の実態と教育に関する調査研究 93名の訪問看護婦の調査結果から	吉越洋枝 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集, 2001, 26, pp. 434-441.	訪問看護婦の看護技術の実態と教育状況を知る	量的研究	訪問看護婦	訪問看護では、日常経験度の高い基本的看護技術や指導技術、心理的看護ケア技術の必要度が高いことが明らかになった。又、訪問看護に従事する前の教育体制の配慮、特に潜在看護婦に対する再教育の場を拡大する必要があることが示唆された

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2001		訪問看護ステーションにおける事例検討会開催状況とその意義	熊倉みづ子他 新潟県立看護短期大学紀要, 2001, 7, pp. 55-64.	訪問看護の質の向上に寄与する事例検討会のあり方検討	量的研究	訪問看護師	施設内で独自の事例検討会を定期的を実施していた施設は 18.6%であり、不定期で実施していた施設は 39.0%であった。市町村等の事例検討会へ参加した施設は 60.6%であり、その他の事例検討会へ参加した施設 39.0%であった。施設内の事例検討会では、検討資料の準備をしたものが 29.4%、検討記録を残しているものが 70.6%であった。管理者が考える事例検討会の意義は、①看護実践の改善、②看護師の資質の向上③看護師間の連携・チームワークの向上④スタッフの意欲の向上の4点に分けられた
02	改定名称変更 「保健師助産師看護師法」	介護保険居宅サービス事業所管理者と訪問サービス従業者の感染予防対策の実態	中野匡子他 日本公衆衛生雑誌, 2002, 49(12), pp1239-1249.	地域の訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護事業所の感染予防対策の実態を明らかにする	量的研究	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護事業所	地域の訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護事業所の感染予防対策は、事業所の種類による違い以前に対象とした地域の事業所全体で改善すべき点があることが明らかになった。従業者の調査結果からは従業者は研修の受講、マニュアルの活用、血液・排泄物の取り扱い、手洗いについて改善の必要があることが明らかになった
02	看護師等による静脈注射の実施	看護職による静脈注射の現状と課題	石傳江他 看護, 2002, 54(15)pp. 71-76.	医療施設及び訪問看護施設における看護職による静脈注射の現状と課題を明らかにする	量的研究	看護師および訪問看護師	医療施設では 90%以上、訪問看護施設では 60%が看護職による静脈注射を実施していた。静脈注射に対する認識は、医師が「相対的医行為」であると 95%が答えているのに対して、看護管理者は「看護業務範囲である」としたのは約 50%であった。又、医師・看護管理者共に、現状では静脈注射の実施に関して看護職の能力不足があると約半数が指摘し、教育プログラムの検討が必要であることが示唆された
03		訪問看護ステーション管理者の訪問看護師への学習支援に対する考えと実際	赤沼智子他 千葉大学看護学部紀要, 2003, 26, pp. 45-49.	訪問看護ステーションの管理者の実践教育に対する考え方を明確にする	量的研究	訪問看護師	訪問看護師養成講習会等の受講にはばらつきがあった。また、非常勤職員は特に講習会の受講率が低く、病棟等の臨床経験だけで、訪問看護の即戦力として期待されていることが分かった。この様なことから、雇用形態の問題も踏まえて、非常勤職員へも可能な学習支援の必要性が示唆された。管理者の多忙と共に、管理者の意識としてスタッフ育成の優先度が低いことも推察された
03		訪問看護師養成講習会におけるロールプレイングの評価 訪問看護師・高齢患者・介護者体験からの学び	流石ゆりこ他 看護教育, 2003, 44(11), pp. 996-1001.	訪問看護師養成講習会におけるロールプレイングの評価	質的研究	訪問看護師	訪問看護師、高齢患者、介護者のいずれの「継続教育」を演じた者も共通して、在宅における「面接技術の難しさ・大切さ」や「面接関係の難しさ」をあげていた。三つの異なった立場に演じることで、相手を「知る」レベルから「理解する」レベルにまで到達できたと考えられ、ロールプレイングが有効な教育手段であることが示唆された
03		訪問看護職の MBI の positive な感情と関連する要因「継続教育」の視点からの考察	松井妙子他 日本看護学会論文集:看護教育, 2003, 34, pp. 219-221.	訪問看護職者の「継続教育」に資する	量的研究	訪問看護師	「個人的達成感」「職務の達成感」は、コミュニケーションの自己評価が高いこと、及び自己の職務姿勢が積極的であることと有意な関連が認められた

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
0 4		訪問看護ステーションにおける訪問リハビリテーション教育の必要性 看護職による訪問リハビリテーション実施状況調査から	九里美和子他 訪問看護と介護, 2004, 9(3), pp. 210-213.	訪問看護ステーションにおける訪問リハビリテーション教育の必要性の検討	質的研究	訪問看護師	リハビリテーションの研修を受けている者は 33%、受けていない者 67%であった。訪問時のリハビリテーションで困ったことがあると答えた者は 13 名おり、その内容は、リハビリテーションの方法や看護目標の設定などに関するものであった。また、訪問リハの実施が困難な場合は、PTやOTとの連携を求めている。この結果をもとに、施設内におけるリハビリテーションに対する現任教育及び新人教育のプログラムを立案、実施する必要がある
0 4		大阪府内における訪問看護職の看護ケアの自己評価に関する研究(その2) 看護ケアの自己評価と関連する要因分析	松井妙子他 大阪府立看護大学医療技術短期大学部紀要, 2004, 9, pp. 51-57.	訪問看護職の質的向上のため現任研修において優先的に取り入れるべき教育内容の検討	量的研究	訪問看護師	訪問看護師の看護ケアの 5 つの成分(「生活行動支援」「病状の把握」「在宅生活継続の支援」「医療処置」「ターミナルケア」)に関連する要因の分析を行った結果、主な関連要因として援助関係の 2 成分(「傾聴・受容・共感的態度」「説明と同意」)が認められた。今後、訪問看護特有の援助関係形成方法について具体的な内容を明らかにし、現任教育における演習プログラムの開発を急ぐ必要があると考えた
0 4		訪問看護ステーションにおける管理運営の問題点及び課題	安齋ひとみ他 福島県立医科大学看護学部紀要, 2004, 6, pp. 57-71.	訪問看護ステーションの看護管理者に、管理運営の問題点を明らかにする	量的研究	管理者	看護管理者がトップマネージャーとして設置母体から位置づけられている事業所は、トップマネジメントの業務である経営管理、教育を含む人事管理、組織全体の方向づけが機能している傾向がみられた。反対に設置母体が予算関係のトップマネジメント業務を担っている事業所の看護管理者は、中間管理者として位置づけられていることが伺えた。看護管理者は、財務管理を行っている割合が低く、今後経営に関して財務管理とトップマネジメント業務について研鑽の機会が必要であることが示唆された。また、今後の利用者拡大に向けて重要と考えられる訪問看護ステーション活動について述べた
0 4		訪問看護ステーション管理者育成のための教育プログラム作成	藤原泰子他 済生, 2004, 905, pp. 47-46.	訪問看護ステーションの管理者がステーションを維持・発展させていけるような事業所経営ができるようになるためにはどのような行動をすればいいかについて検討	量的研究	管理者	管理者は、短期間で交替することなく、経営的に安定した事業所運営ができることを期待されていた。ステーション管理者の教育プログラムについて検討し、管理者になるにあたり学習すべき内容、ステーションや設置主体で取り組むべき内容、などが明らかになった

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2004		神経難病に関する在宅サービス提供者の研修ニーズへの保健所の取り組み	松下祥子他 日本難病看護学会誌, 9(2), pp. 144-149.	筋萎縮性側索硬化症(以下、ALS)療養者の看護に関する、訪問看護師の保健所からの研修ニーズを明らかにする	量的研究	筋萎縮性側索硬化症患者	神経難病療養者の看護経験のある者は59名(88.1%)で、神経難病療養者の看護経験年数は3~4年が21名で最も多かった。また、研修ニーズについては、「終末期の症状と緩和ケアの方法」など「医学的知識」が最も高かった。地域の看護職や介護支援専門員を対象とした「医学的知識」と「難病の制度とその活用法」の講演会に対するニーズが高いことが分かった。これらの結果を踏まえ当保健所では、上記テーマについて講演会を開催するとともに、「医学的知識」に次いでニーズの高かった「看護の知識・技術」については、講演会以外の研修形態も検討することとした
05	介護保険法改正	訪問看護師の継続研修に対するニーズと課題	川上理子他 高知女子大学紀要(看護学部編), 2005, 54, p p27-34.	訪問看護師の研修に対するニーズおよび課題と今後の訪問看護師研修プログラムについて検討するための調査	質的研究	管理者	訪問看護研修に対するニーズとして、研修内容、研修方法が挙げられ、現状の課題として研修参加の困難さがあげられた
05		在宅における看護師の感染管理を必要とするケアの実施状況と課題	城戸口親史他 日本在宅ケア学会誌, 2005, 9(2), pp. 76-82.	在宅における感染管理を必要とするケアの実施状況を調査	量的研究	訪問看護師	感染予防技術の実施状況は、看護ケア項目ごとに違いがあった。また、以下の課題が挙げられた。1)看護師は Standard Precautions の考え方にに基づき、ケアを提供する必要がある。2)感染防護用品を十分に使用できるような環境を整えていく必要がある。3)感染防護用品を不適切に廃棄することが感染を広げることを理解し、ケアを提供する必要がある。4)看護技術の維持・向上のため、現任教育の実施が必要である。5)在宅の場に応じた物品を工夫し、適切にケアを実施する必要がある
05		Sustained nurse home visiting in early childhood: exploring Australian nursing competencies	Lynn Kemp 他, Public Health Nurs, 2005, 22(3), pp. 254-259.	包括的なモデルを提供するために必要な看護能力を特定し、さらなる能力開発が必要な分野を強調する	量的研究	ナーシングホーム	ナーシングホーム訪問 SNHV の包括的なモデルを提供するために必要な看護能力を特定し、さらなる能力開発が必要な分野を強調することを目的としている。能力の開発は、(a) 子どもの発達に関する知識の向上、健康の社会的決定要因、個人および集団のより広範な結果 (b) 詳細な観察、予測ガイダンス、交渉、モデリングと実験、全体的なケース管理、および学際的なチームでの作業における高度なスキル (c) 「協力」し、リスクテイクを支援するための態度能力。一般看護師と子供および家族の看護師のために現在公開されているコンピテンシーは、SNHV を実行するために必要な異なる高度なコンピテンシーを網羅していない。質の高い SHNV サービスを提供するには、能力開発とそれに関連する看護師のトレーニングとサポートが必要である

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2006	介護予防訪問看護 介護保険法の改定	A県訪問看護ステーションにおける感染予防対策の実態(第1報) 管理者の感染予防対策を中心に	呉地祥友他 日本看護学会 論文集:老年看護, 2006, 36, pp. 136-138.	訪問看護ステーションの管理者を対象に感染予防対策の実態を明らかにする	量的研究	管理者	感染マニュアルの整備状況は法人別、経験年数別で有意差は見られず教育体制でも全項目に有意差は見られなかった。研修の参加経験者は全体の27人(65.9%)で、参加していない理由として「情報が乏しい」を多くあげていた。具体的方法で有意差が見られたのは法人別では医療器具の滅菌・消毒方法の「自前の医療機関に依頼」のみで経験年数別では「手洗い方法の取り決め」「手袋装着の時期の取り決め」であった。
06		地域との連携を推進していくための教育プログラムの評価と課題 研修後のレポート分析により	角田千春他 日本看護学会 論文集:地域看護, 2006, pp40-42.	病棟看護師に訪問看護師やケアマネジャーと同行訪問する研修を行わせ、看護の連携についての学びを明らかにする	質的研究	看護師	レポートから、職種間の連携の必要性、情報提供の必要性、具体的な連携の方法、在宅サービスの現状の理解、看護職間の信頼関係づくり、看護師の姿勢の学びが明らかとなった
2006		在宅緩和ケアにおけるプライマリ・ケアチームと緩和ケアチームの連携 プライマリ・ケアチームの医師から眺めたその促進及び阻害因子	斎藤信也他 日本在宅医学会雑誌, 2006, 8(1), pp. 117-123.	プライマリ・ケア医に対する面接をもとに連携を促進あるいは阻害する因子について検討する	質的研究	医師	連携促進因子として ¹⁾ 医師同士の人間関係、 ²⁾ 訪問看護ステーションの積極活用、 ³⁾ グループ診療、 ⁴⁾ 緊急事態の対応策が、また阻害因子として、 ¹⁾²⁾ 人主治医体制、 ²⁾ 医療制度の不備が挙げられた
06		村山地区訪問看護師のストーマケアの実態調査 地域連携におけるWOC看護認定看護師の果たす「継続教育」を考える	多田千和子他 山形市立病院 済生館医学雑誌, 2006, 31(1), pp. 88-92.	ストーマケアについての学習方法やケアにおいて困難を感じた経験、WOC看護認定看護師に望むことなどを調査	量的研究	訪問看護師	学習方法(複数回答)は、「ステーション内の経験者からの指導」が最も多く53%、「本や看護雑誌」が40%、「セミナー」と「看護協会訪問看護師研修会」への参加がそれぞれ26%、「その他」が9%であった。ストーマケアにおいて困難を感じた経験は80%が有しており、問題が最後まで解決されなかったケースが21%あった
06		在宅医療廃棄物の適正処理に関する研究の分析 現状の問題と今後の課題	工藤綾子他 日本在宅医学会雑誌, 2006, 8(1), pp. 161-166.	本研究は、在宅医療廃棄物に関する論文を分析し、現状の問題と今後の課題を明らかにする	文献検討	訪問看護師	在宅医療廃棄物の問題は【廃棄物の廃棄方法】【廃棄物に関する指導】【訪問看護師の負担・困惑】【利用者の廃棄に関する困惑】【廃棄事故】【管理者の困惑】であった。在宅医療廃棄物の課題は【廃棄物に関する廃棄システムの構築】【「継続教育」分担と連携】【情報提供】【マニュアル作成】【医療職者の教育】【廃棄時の工夫】であった
06		訪問看護ステーションに勤務する看護師のキャリアニーズの要因に関する研究	川島恵津子 看護・保健科学研究誌, 2006, 7(1), pp. 93-102.	主体性を強く求められる訪問看護ステーションで働くキャリアニーズの要因を検討する	量的研究	訪問看護師	訪問看護師は、キャリアニーズの要因として、継続的な現任教育、職務に満足できること、職務を継続していけるための条件、将来の展望などがあることが示唆された。これらの訪問看護師のキャリアニーズを充足させるためには、過去に参加した教育をさらにレベルアップさせるものとして、死生観、家族看護、看護教育などの大きな講演会や研修会に県内外を問わずに参加することや、施設内で行う小規模な勉強会を継続的に実施する必要性が示唆された

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2006		看護職者の生涯学習ニーズとその支援状況(その2) A県における訪問看護師の調査	千田みゆき他 日本看護学会, 誌, 2006, 16(1) , pp. 207-214.	訪問看護師の生涯学習ニーズとその支援状況の実態を把握する	量的研究	訪問看護師	半数が仕事と生活の両立に障害があると答えたが、現職を継続したい者は 91.5% あった。全体の 41.5% は生涯学習を目的とする研修等の経験があり、勤務先から時間的調整などの支援を受けた者はそのうちの 38.4% であった。今後の生涯学習の機会を得たいという者は 74.4% あり、そのうちの 78.6% が勤務先からの支援を希望し、勤務時間の配慮、学習費用の負担、情報の提供を求めている
06		病院看護師による訪問看護師との同行訪問看護研修の試み	三澤康雄 愛仁会医学研究誌, 2006, 38, pp. 119-120.	訪問看護師同行研修の学び	質的研究	病棟看護師	退院後の療養生活や在宅管理に興味を持つ卒業 6~20 年目の病院看護師 14 名が参加し、訪問看護師との訪問看護同行研修を実施した。1) 病院看護師が同行訪問への関心を持つことで、様々な気付きにつながった。2) 同行訪問は病院と在宅が連携するための有用な一策である。3) 退院後の患者の状態を訪問看護師から病棟看護師にフィードバックするシステムの構築が必要である
07		訪問看護従事者の感染管理に関する学習の現状と要望 学習機会、所属機関、訪問看護経験年数による比較	小松妙子他 環境感染, 2007, 22(1) , pp. 41-45.	訪問看護従事者を対象に在宅における感染管理に関する学習の現状と要望について実態調査	量的研究	訪問看護師	学習機会のある者は約 7 割で、所属機関や訪問看護経験年数の相違に関係なく学習方法はカンファレンスの割合が最も高く、学習媒体の使用頻度はビデオ等の視聴覚教材より書籍の方が高かった。学習方法への要望は、学習機会の有無、所属機関や訪問看護経験年数の相違に関係なく研修会、学習媒体への要望では、在宅向けの書籍が最も高かった
07		病院・訪問看護師間の連携のための病棟看護師との同行訪問の試み	瀬戸広子 日本看護学会 論文集: 地域看護, 2007, 37, pp . 135-136.	訪問看護師同行研修の学び	質的研究	病棟看護師	病院に訪問看護ステーションを併設しているという施設の特徴をいかして、退院後に訪問看護を受けながら在宅療養を行っている患者を対象として、病棟看護師と訪問看護師との同行訪問を試み、訪問後の意識調査を実施して連携のための対策としての有効性を検討した
07		在宅医療廃棄物適正処理のための訪問看護ステーションの教育的課題	工藤綾子他 日本在宅医学会 誌, 2007, 9(1), pp. 141-142.	在宅医療廃棄物に関するアンケート	量的研究	訪問看護師	在宅医療廃棄物に関する講習会・勉強会に参加したことのある訪問看護師の割合は 25% であった。施設責任者のうち職員を講習会に参加させているのは 35%、感染性医療廃棄物の教育を実施しているのは 70%、感染性医療廃棄物の事故対策マニュアルを作成しているのは 38% であった
07		The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study (BRUM).	K Jolly 他 Health Technol Assess , 2007, 11(35), pp. 1-118	心臓リハビリテーションの在宅プログラムの相対的な有効性と費用対効果を、センターベースのプログラムとともにハートマニュアルを使用して評価すること	量的研究	心臓疾患患者	低リスクから中リスクの患者のための在宅心臓リハビリテーションプログラムは、従来のセンターベースのプログラムと比較して劣った結果を生み出さない。この試験での家庭訪問のレベルにより、在宅プログラムは医療サービスにとってより費用がかかったが、センターベースのプログラムに参加する患者が負担する費用の違いがあった

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2008	老人保健法廃止	統合失調症をもつ利用者に対効果的な訪問看護を提供するための教育プログラムの開発	片倉直子他 日本在宅ケア学会誌, 2008, 11(2), pp. 65-74.	統合失調症をもつ利用者への訪問看護を行っている看護師に対する教育プログラムを開発し、その効果を検討する	質的研究	統合失調症患者	当プログラムの実施により、訪問看護師は利用者に対する自らの先入観に気づき、基本的姿勢や態度を変え、それをきっかけに利用者の意思表出を促し、利用者の意思に基づく支援が行えるようになっていたことが分かった
08		訪問看護師を対象とした「手洗い・うがい」研修会の効果検証	前田優子 日本環境感染学会誌, 2008, 23(1), pp. 41-47.	訪問看護師の要望が高かった「手洗い・うがい」を研修会の効果検証	量的研究	訪問看護師	(1) 研修会のテーマ、開催方法、学習目標・内容・方法は、大部分の参加者からよい評価が得られた。(2) 知識・技術の研修会後の修得状況は、全項目において研修会前よりも上昇していたが、手洗い必要物品の選択・準備・持参に関する項目は低い傾向であった
08		Relationship between the job characteristics of home-visiting nurses and their job-related burden and intention to continue working	Izumi Mitsumoto 他 Journal of UOEH 2008, 30(2), p. 185-196	この調査の目的は、訪問看護師の仕事の特徴、彼らの仕事量、そして彼らの仕事を継続する意図との関係を明らかにすることでした。	量的研究	自己問診調査	「職務内容と現実との食い違い」、「訪問以外にも仕事が多い」、「決断を迫られる状況が多すぎる」と感じた看護師「または「非常に多くの複雑な看護スキル」があったことは、彼らの仕事量を負担に感じる可能性が高かった。「介護施設の今後の展望」について前向きに感じた」
08		訪問看護ステーションにおける感染予防対策の全国調査	峯川美弥子他 日本環境感染学会誌, 2008, 23(5), pp. 343-349.	訪問看護ステーションにおける感染対策の状況を把握する	量的研究	訪問看護師	感染対策マニュアルは東京都 65.7%、東京都を除く全国 77.1%の看護ステーションが保有しており、感染対策研修を行っている事業所は各々54.5%、70.9%であった。手洗いの指導は東京都 74.6%、東京都を除く全国では 72.5%の事業所でおこなわれており、「石鹸と流水」に次いで、擦式消毒薬の使用が多かった。訪問看護師への予防接種の勧奨は東京都 85.8%、東京都を除く全国 86.0%の事業所で行われており、インフルエンザワクチンはそのほぼ全部で実施されていた
09		医療依存度の高い在宅療養者の防災における危機管理意識の向上 避難移送シミュレーションを実施して	岡由美子他 訪問看護と介護, 2009, 14(1), pp. 56-61.	避難移送シミュレーションを実施	活動報告	医療依存度の高い療養者	参加者からは自主的な意見や提案も行われ、搬送に際して具体的な方法や必要物品などが確認できた
09		訪問看護ステーション管理者による新人訪問看護師への関わり 安心して訪問を任せられるようになるまで	中村順子 日本看護管理学会誌, 2009, 13(1), pp. 5-13.	訪問看護ステーション管理者が、新人訪問看護師に安心して訪問を任せられるようになるまでの関わりを探索し、構造を示すこと	質的研究	管理者	管理者が安心して訪問を任せられるようになるまでの関わりとして【ゆらぎを乗り越え訪問看護師としての自信の回復を促す】【訪問看護師としての適性を探る】【看護師の個性を活かし訪問看護師としての能力の充実を図る】【ゆらぎを越えた先にある訪問看護のおもしろさへと導く】【事業所の力を維持するための働きかけにより看護師の成長を促す】の5つのカテゴリが抽出され【ゆらぎを乗り越え訪問看護師としての自信の回復を促す】を中核カテゴリとした

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2009		訪問看護師を対象とした「膀胱留置カテーテル挿入・管理」感染管理研修会効果検証	前田修子他 日本環境感染学会誌, 2009, 24 (6), pp. 417-424.	『膀胱留置カテーテル挿入・管理』研修会を開催し、参加者の学習効果を検証した	量的研究	膀胱留置カテーテル患者	研修会は膀胱留置カテーテル挿入・管理に関する感染管理の知識・技術を向上させる上で効果的であったと考えられた。ただし、修得状況があまり上昇しなかった項目は、今後、教育方法の検討が必要である
09		透析室看護師が訪問看護師との同行訪問を試みての意識や指導内容の変化について	山七瑞穂 済生会下関総合病院院内看護研究集録, 2009, pp. 33-36.	訪問看護師同行訪問の学び	質的研究	透析患者	訪問看護を利用している外来透析患者の定期訪問日に透析室看護師が訪問看護師に同行して訪問を行い、受け持ち患者の生活環境を把握することによる看護師の意識の変化を明らかにする
09		訪問看護師を対象とした「感染対策に関する基礎的知識」研修会の効果検証 研修前後の修得状況を通して	滝内隆子他 INFECTION CONTROL, 2009, 18 (12), pp. 1312-1321.	訪問看護師を対象とした「感染対策に関する基礎的知識」研修会の効果	量的研究	訪問看護師	16項目に関する知識の研修前の自己評価の平均点は5点満点中2.8点で、「感染症法」に関する知識が最も低く2.2点であったが、研修後には16項目の平均点は4.1点で14項目に有意な得点の上昇がみられ、「感染症法」に関する自己評価も3.9点に上昇した
10		訪問看護師を対象とした感染管理の連携・指導に関する研修会の評価 研修会参加前後における知識・技術の修得状況の変化から	前田修子他 日本在宅ケア学会誌, 2010, 13 (2), pp. 85-92.	「感染管理に関する関係機関・職種との連携・指導」と「感染管理に関する療養者・家族への指導」研修会を開催し、その評価検討	量的研究	訪問看護師	両研修会とも参加者の他職種との連携や指導に関する知識や技術に向上が認められたが、第4回では訪問看護師自身が連携の必要性を感じ他職種に積極的に連携を図る知識・技術が、また、第5回では精神運動領域における学習項目の修得状況が、それぞれあまり上昇しなかった
10		訪問看護師の在宅ターミナルケアに関する知識・技術の修得状況	小松妙子他 日本在宅ケア学会誌, 2010, 13 (2), pp. 93-100.	訪問看護師を対象とした「在宅ターミナルケアに関する教育プログラム」の開発に資する	量的研究	ターミナル患者	6点満点で【基礎的知識(9項目)】1は4.2点、【基礎的技術(10項目)】は4.8点と5点に達していなかった。時期別では、【悪化期(35項目)】15.0点、【臨死期(8項目)】5.2点、【死別期(4項目)】5.1点であった。属性との関連では、看護職通算経験年数および訪問看護経験年数の長い者、ターミナルケアの実施人数の多い者の修得度が高かった
10		訪問看護ステーションにおける看護職員の外部研修への参加の実態と関連要因	久保谷美代子他 プライマリ・ケア, 2010, 33 (1), pp. 42-49.	訪問看護ステーションにおける看護職員の外部研修参加の実態と研修参加に関連する要因を明らかにする	量的研究	訪問看護師	訪問看護ステーションの看護職員の外部研修への参加が低いことに関連要因は、「専従の常勤看護師がいない」「診療所に併設されている」「准看護師がいる」「実務経験のない新卒者の常勤採用の考えを持っている」ことであった
10		訪問看護師を対象とした精神科訪問看護研修会の評価	新井香奈子他 兵庫県立大学地域ケア開発研究所研究活動報告集, 2010, 4, pp. 5-11.	精神科訪問看護研修会の評価	量的研究	精神科疾患	今後希望する研修内容として、「精神疾患に関する事例検討会」「精神科訪問看護への同行訪問体験実習」「精神疾患の薬物療法について」の3つが挙げられた

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2010		訪問看護ステーションにおける感染管理対策の現状と課題	五十嵐久人 山梨大学看護学会誌, 2010, 8(2), pp. 39-44.	訪問看護ステーションの感染管理状況を把握する	量的研究	訪問看護師	感染管理マニュアルは 96.8%で整備されていた。記載項目は手洗い等の手指衛生に関するものが最も多く、感染性廃物の取扱いが最も少なかった。職員のインフルエンザワクチン接種については、98.2%が職員に対する接種勧奨を行っていた。しかし「必ず接種する」のは61.4%と勧奨のみを行う事業所も多く含まれていた。感染管理に対する研修会の開催・参加については72.8%の施設が行っており、開催頻度は平均1.68回/年となった。利用者の感染症の有無の確認については「訪問看護指示書の記載欄で確認する」が46.3%という結果を得た
10		訪問看護師の在宅人工呼吸療養者支援の現状および支援に関わる研修参加のニーズ調査	古瀬みどり 訪問看護と介護, 2010, 15(4), pp. (1341-7045)298-303.	人工呼吸器装着療養者を支援する際に困難と感ずることは何か	量的研究	人工呼吸療養者	人工呼吸器装着療養者を支援する際に困難と感ずることは何かという質問に対して最も多かった回答は「排痰ケア・呼吸理学療法」(34.2%)であり、次いで「人工呼吸器の管理」(33.7%)、「在宅療養に関する法・制度の理解」(31.0%)の順であった。支援する際に重要な能力と感ずるものは何か?という質問に対して最も多かった回答は「人工呼吸器の管理」(60.9%)、次いで「フィジカルアセスメント・観察」(56.5%)、「排痰ケア・呼吸理学療法」(42.4%)の順であった
10		訪問看護師を対象とした持続携帯式腹膜透析に関する研修会の効果検証	滝内隆子他 透析ケア, 2010, 16(6), pp. 700-708.	訪問看護師を対象に持続携帯式腹膜透析(CAPD)の感染管理に焦点を当てた研修会を実施し効果进行评估	量的研究	CAPD患者	23項目中19項目において、参加者の80%以上に修得度の上昇が認められた
10		島嶼における大学と実習先との協働による看護職者の看護実践力向上の試み(第2報)事例検討による訪問看護計画の検討と看護実践の変化	佐久川政吉他 日本ルーラナーシング学会誌, 2010, 5, pp. 87-93.	事例検討による訪問看護計画の修正を行い、その後の看護実践の変化について、訪問看護師の自己評価の検討	症例研究	訪問看護師	事例検討で見出された課題として、身体面に偏ったアセスメントと計画、生活面のアセスメントの不足、問題家族としての捉え方、力のある家族として捉えたアセスメントの不足、隣近所などの地域の強さを活用する視点の弱さがあった
10		看護基礎教育において在宅看護論を履修した訪問看護師による教育評価	木下由美子他 看護教育, 51(8), pp. 708-713.	看護基礎教育において在宅看護論を履修した訪問看護師の教育評価を明らかにする	量的研究	訪問看護師	看護基礎教育の在宅看護論の授業に対する満足度は、実習指導者の指導に対して高く、演習に関する項目が低かった。また、訪問看護を行ううえで現在の自分に不足している項目として、療育児を看護する力(125名(68.3%))、精神疾患療養者を看護する力(115名(62.8%))、社会資源の知識(110名(60.1%))などが多く挙げられた
10		A県下における小児訪問看護の実態と課題	田中真由子他 訪問看護と介護, 2010, 15(8), pp. 608-613.	A県下の訪問看護ステーションにおける小児訪問看護の現状と課題を明らかにする	量的研究	小児	小児訪問看護「実施あり」が25施設(46.3%)で、1施設あたり平均1.9件の利用があるなど、A県では小児訪問看護の実施率が高いことが明らかになり、現状と今後の課題についての示唆が得られた

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2011	自治体に地域包括ケアシステム推進の義務	透析室看護師が訪問看護師との同行訪問を試みての意識や行動の変化	山七瑞穂 日本看護学会 論文集: 看護 総 合, 2011, 41, pp . 40-43.	訪問看護を利用している外来透析患者の受持ち透析室看護師3名を対象に、訪問看護師との同行訪問を試み、訪問前、訪問直後、訪問から1ヵ月後に面接を行った。	質的研究	透析患者	受持ち透析室看護師は同行訪問したことで、想像の中の患者像という意識から、生活の場を知り全体像を把握するという意識に変化した
11		病棟看護師が訪問看護への同行訪問を行うことで得た気づき	森田周子 日本看護学会 論文集: 地域 看護, 2011, 41, pp . 266-269.	入院中に関わった患者の訪問看護師に同行した病棟看護師を対象に、半構成的インタビューを行う	質的研究	訪問看護師	【病院と在宅の違いに気づく】【在宅療養の継続に必要なものに気づく】【退院指導を考える】【訪問看護師との連携の大切さを実感する】【自己の関わりを振り返る】というカテゴリが生成された。 【在宅療養の継続に必要なものに気づく】のサブカテゴリには[家族は患者の介護ができています][在宅でも必要な医療が受けられる][訪問看護師が在宅療養を支えている][医師と看護師の連携が在宅療養を支えている]があった
11		訪問看護師対象の感染管理に関する在宅人工呼吸器研修会への参加効果	小松妙子他 日本環境感染 学会 誌, 2011, 26(1) pp. 41-48.	訪問看護師を対象とした感染管理教育プログラム『在宅人工呼吸器感染管理研修会』を、2ヶ所の訪問看護ステーション訪問看護師15名を対象に開催し、学習効果を検証する	量的研究	訪問看護師	修得度の全体平均は、事前修得度3.1点から事後修得度4.1点に上昇した。項目別修得度は、全項目において事後に上昇した。参加者個人の事前から事後の修得度は、全項目において「上昇」群の割合が「変化なし」・「低下」群より高かった。以上より、研修会は学習目標達成に効果があったと評価できる。今後は、修得度が低かった項目について、学習内容・方法の検討が必要と考える
11		糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援するための訪問看護師の「継続教育」プログラムにおける構成要素	内海香子 千葉看護学会 誌, 2011, 16(2) , pp. 55-65.	糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援する訪問看護師への「継続教育」プログラムにおける構成要素を、訪問看護師の学習ニーズに基づき明らかにする	量的研究	糖尿病患者	訪問看護師への当該「継続教育」プログラムの構成要素として、【在宅における糖尿病セルフケア支援の考え方】【利用者のセルフケアの経時的変化】【在宅安全なセルフケアの実態把握】【安全な在宅継続のための支援】【利用者の生活と折り合いのついたセルフケアの支援】【利用者の活気や意欲を高める支援】【家族への支援】【多職種との連携】【専門家の知識・サポートの活用】の9要素が導出された
11		訪問看護をめざす看護師を対象とした学び直しプログラムにおける自己決定的な学習に必要な個別学習支援	吉本照子他 千葉看護学会 誌, 2011, 16(2) , pp. 85-93.	訪問看護を目指す看護師を対象とした系統的・個別的な学び直しプログラム(14科目360時間)を受講した看護師10名への個別学習支援の内容と評価	量的研究	看護師	個別学習支援の内容として、【受講者自身による学習目標設定の考え方と具体的な方法の明示】【よりの確な自己評価および自己の強みの意識化に関する促し】【受講者の学習ニーズおよび個人生活に即して受講の効果を高めるための環境調整、促しおよび評価的支援】【就職先の選択に関わる考え方と具体的な情報提供】が明らかになった

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2011		訪問看護ステーションにおける家族介護者へのグリーフケアの実施に関する全国調査	小野若菜子 日本在宅ケア学会誌, 2011, 14(2), pp. 58-65.	訪問看護ステーションにおける家族介護者へのグリーフケアがどのように行われているかといった実施状況と今後の課題を明らかにする	量的研究	訪問看護師	看取り後のグリーフケアが業務として位置づけられている訪問看護ステーションは 149(44.9%)と半数弱であり、そのうち、自宅訪問を実施している訪問看護ステーションが 147(98.7%)と全数近くを占めていた。また、管理者の8割以上がグリーフケアの必要性を感じているにもかかわらず、時間不足、人員不足や採算、グリーフケアの方法の不明瞭さ、グリーフケアの地域のサポート体制の未確立といった多岐にわたる実施上の課題を挙げた
11		訪問看護師を対象にした家族看護に関する現任教育の現状	川野英子他 家族看護, 2011, 9(1), pp. 138-145.	家族看護に関する現任教育の現状を明らかにする	質的研究	訪問看護師	家族看護に対する現任教育は、1ヵ月程度の同行訪問により行われており、家族とのコミュニケーションや訪問時のマナーが伝えられていたが、体系的な教育は実施されていないことが分かった
11		事例検討会に継続参加している在宅ケアに従事する看護職者の経験	前久保恵他 甲南女子大学研究紀要(看護学・リハビリテーション学編), 2011, 5, pp. 165-172.	在宅ケアに従事する看護職者が事例検討会へ自主的に継続参加する中で経験するものを明らかにする	質的研究	訪問看護師	在宅ケアに従事する看護職者が事例検討会へ自主的に継続参加することの経験は、「安心な場としての事例検討会への参加」、「対話を通して事例を絵解きする」、「事例検討会と実践との連動」、「他者からの影響を受けながらの継続参加」、「学びの場をプロデュースし、自己の学びと他者の学びを統合する」の5つのカテゴリに分類することができた
11		A県における看護職の現任教育の実態と課題 病院、訪問看護ステーション、介護保険・福祉施設の比較	豊田久美子他 日本看護学会論文集: 地域看護, 2011, 41, pp. 281-284.	看護職現任教育の実態について調査する	量的研究	訪問看護師	1)病院・訪看・介護施設とも施設内研修の内容は患者の安全や安寧に関するものが多い。2)病院では施設内研修が盛んに行われているが、訪看と介護施設では看護職者数の少なさなどの環境要因から計画的に実施できにくい傾向にある。3)訪看と介護施設では研修体制に対して約7割が満足しておらず、その理由は施設外研修に関するものが多く、「日程・時間が合わない」「勤務の都合がつかない」「研修会場が遠い」などである
11		長野県の訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズ(第1報) 管理者に対する調査の分析	柄澤邦江他 長野県看護大学紀要, 2011, 13, pp. 17-27.	長野県の訪問看護師に現任教育の現状と学習ニーズを把握する	量的研究	訪問看護師	管理者は、初任期には訪問看護の基礎を学ぶこと、中堅期以降にはより専門性の高いニーズに応えるための知識・技術を学ぶとともに、組織全体の視点も学ぶ必要があると捉えていた。管理者自身もまた組織のリーダーとしての研修が必要であるとともに、専門的知識や技術を学ぶ必要があると捉えていた。これらのことから、今後、特に初任期には訪問看護・在宅看護の基本を学び直す機会が保障されることが望ましいと考える。また、訪問看護の実践を通して学ぶ内容(OJT)の意味づけや、二次医療圏の範囲で研修を行うなどの学習の機会の検討が必要である

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2011		訪問看護ステーションにおける新入職者のための育成支援に関する研究	小森直美他 木村看護教育 振興財団看護 研究集 録, 2011, 18, pp .31-38.	訪問看護ステーションにおける新入職者の育成支援の検討に資する	質的研究	訪問看護師	1)新入職者の独り立ちの判断基準が曖昧である、2)新入職者の育成のため、先輩看護師の過負担が存在している、3)新入職者のスキル判断がなされていない、などが明らかになった。また、新入職者からみた課題として、1)小規模であるため、育成支援が受けにくい、2)先輩看護師に時間的余裕がない、3)新入職者の採用時期にばらつきがあり、個別対応がむずかしい、4)新入職者のスキルが不透明、5)新入職者の技術・知識不足、6)単独で業務を行うことへの不安感、が明らかになった
12		専門職連携のためのシステム方法論を応用した学びの場の可能性	増野章子 最新精神医学, 2012, 17(1) , pp. 59-65.	ソフトシステム方法論を応用したワークショップを開き、所属、職種の異なる専門職間において支援への「思いの共有」をする意義を明らかにする	質的研究	訪問看護師	葛藤を生じつつ自己を振り返り「思いの共有」に至った過程と、参加した専門職に連携への意欲の向上といった成果が示された。これらのことから、異なる専門職との支援への「思いの共有」体験は、専門職に連携の意欲と力量を高める学びの場の可能性をもたらすと考えられた
12		精神科訪問看護に同行したA病院のラダー2看護師の学び精神科訪問看護体験後のレポート分析より	山口真奈美 福井県立病院 看護部研究発 表集録 平成 23年度 Page28- 31(2012.02)	精神科訪問看護に同行したラダー2看護師の学びを明らかにする	質的研究	精神科疾患患者	27名のレポートには130の学びが記載されており、訪問看護体験でラダー2看護師に学んで欲しい内容の4つの大項目の内、最も学びが多く記載されていたのは「生活能力の維持・向上へ向けた支援について学ぶ」(記述件数 39)、最も少なかったのは「治療継続支援について学ぶ」(4件)で、ラダー2看護師に学んで欲しい内容に含まれなかった記載が52件あった
12		B市における訪問看護ステーションの災害への備えと今後の課題(原著論文)	西岡洋子他 日本看護学会 論文集: 地域 看護, 2012, 42, pp .81-83.	B市における訪問看護ステーションの災害への備えの実態を把握する	量的研究	管理者	災害対策マニュアルの有無によりマニュアル有り群(4ヶ所)とマニュアル無し群(6ヶ所)に分け比較した結果、マニュアル無し群では、職員の防災意識と対応能力の向上を当面の最も重要な課題として挙げていたが、災害への備えの実施は少なく、日頃から災害へ備えるためには、まずマニュアルを整備する必要があると考えた
12		小児在宅ケアに関する教育プログラムの検討	品川陽子 大分県立病院 医学雑 誌, 2012, 39, pp .35-40.	A県小児在宅ケア研修会へ参加した小児在宅ケア提供者(訪問看護側、病院側)が抱える困難や研修会への期待の内容を明らかにし、小児在宅ケア教育プログラムを検討する	量的研究	訪問看護師	参加者は、小児看護の経験不足や知識不足、社会資源の乏しさ、制度の難しさなど感じており、実践的な学びの場や情報交換の場を求めている。小児在宅ケアの教育プログラムとして、知識、演習(実技、事例検討)に至るまで、系統立ち、かつ他職種・他機関相互のネットワークが拡大・強化できることとその継続性が求められている

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2012		長野県訪問看護研修受講者数減少要因についての考察	井口久子他 長野県看護研究学会論文集, 2012, 32, pp. 40-42.	長野県訪問看護研修の受講者数は、研修内容そのものへの満足度が高いにも拘わらず、1999 年度をピークに減少傾向にある。その要因を明らかにする	量的研究	訪問看護師	研修会場までの所要時間が短い地域の受講者数が多く、所要時間が長い地域の受講者数は少ない傾向がみられた。長野県においては研修会場へのアクセスの悪い地域からは研修参加が困難であり、受講者数減少の一因と考えられた
12		訪問看護師に必要な能力と教育に関する研究 A 県看護協会が主催する訪問看護研修 STEP1 の有用性	荒川貴代美他 日本看護学会論文集：看護総論, 2012, 42, pp. 390-393.	訪問看護研修 STEP1 の有用性を評価する	量的研究	訪問看護師	訪問看護師に必要な能力(12 領域 62 項目)に関する認識の得点を両群で比較したところ、62 項目中 31 項目で受講群の方が有意に高く、総合得点の平均は受講群で 280.1、未受講群で 271.8 であった。領域別では「訪問看護計画」「日常生活・療養生活ケア」「医療管理」「リハビリテーション」「感染管理」「終末期ケア」「権利擁護」「家族看護」において、受講群の方が有意に得点が高かった
12		石川県内のがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師の求める教育支援 ケアの実施状況とその困難感、学習ニーズの分析から	岩城直子他 石川看護雑誌, 2012, 9, pp. 71-80.	がん療養者の在宅緩和ケアを強化するための教育支援内容を検討する	量的研究	訪問看護師	がん療養者への援助内容 37 項目について、援助の実施度と困難感、また、在宅緩和ケアを実践する上で獲得したい知識・スキル 8 項目の不足感と獲得希望度について、57 名から有効回答を得た。看護援助の実施度は高い傾向にあり、実践上の困難感は、“時々～しばしば”感じる傾向にあった。また、“最新のがん治療”「麻薬類の使い方」「CVC ポート」「疾患」「症状コントロール」「補完・代替医療」「リンパドレナージ」の知識、“コミュニケーションスキル”の不足感は、“しばしば”あり、その知識・スキルの獲得希望は高かった
12		長野県の訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズ(第 2 報) スタッフに対する調査の分析	柄澤邦江他 長野県看護大学紀要, 2012, 14, pp. 25-34.	長野県の訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズを把握する	量的研究	訪問看護師	スタッフは 5 年以上の臨床経験をもち、現在までに病棟や手術室、施設などの様々な経験をもっていた。スタッフの 89.0%は職場内研修(OJT)を受講していたが、職場外研修は、職場の日程調整と家庭との両立が難しいという理由から、受講することが難しい状況であった。特に、非常勤スタッフは仕事と家庭の両立を困難に感じていた。スタッフが受講して役立った研修会は、ターミナルケア、認知症ケア、呼吸ケアなどであった
12		在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師のスキルアップを目的としたセミナーの効果	古瀬みどり他 日本看護研究学会雑誌, 2012, 35(1), pp. 167-173.	在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師のスキルアップを目的としたセミナーを実施し、その効果を検証する	量的研究	訪問看護師	セミナー後、“呼吸介助”と“家族への療養指導”“家族の相談”で困難感の軽減したものが多くみとめられた。受講内容の活用状況は“家族ケア”が最も良好であった。また、6 ヶ月後の評価で活用状況がよいのは“事例検討”であった。医療依存度の高い人工呼吸療養者の在宅療養を支援する訪問看護師のスキルアップを促進するには、“人工呼吸器管理”や“呼吸リハビリテーション”といった技術的な内容だけではなく、“事例検討”など問題解決能力を高めるための演習を取り入れることが有用と示唆された

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2012		山間地域の訪問看護ステーションの活動上の課題と現任教育の方策	安田貴恵子他 日本ルーラルナーシング学会誌, 2012, 7, pp. 17-29.	山間地域にある訪問看護ステーションの管理者が捉えた活動上の課題	質的研究	管理者	山間地域における訪問看護 St 看護師の実践能力の向上、訪問看護 St が山間地域の看護資源として定着すること、関係者との連携強化による在宅ケアニーズへの対応の3つに集約された。これらの課題は山間地域の貴重な看護資源として「継続教育」を発揮させるための目標でもあり、<日常の訪問看護活動の振り返りを活用した学習><山間地域の特性や在宅ケアの現状の共有と課題の検討><医療機関、行政、福祉を含めた市町村単位・圏域単位学習体制>という現任教育の方策が導かれた
12		要介護高齢者への歯科保健医療提供に関する研究 訪問看護ステーションの状況について	押川麻衣子他 日本歯科医療管理学会雑誌, 2012, 47(2), pp. 149-155.	「訪問看護ステーション」が、市町村保健センターや地域歯科医療機関などと連携して高齢者の口腔保健に関与している状況について調査する	量的研究	歯科	「施設の開設主体」をみると、医療法人によるものが 44.5%を占め、医師会、会社(営利法人)それぞれが 15.1%、社会福祉法人が 14.4%であった。併設施設は、居宅介護支援事業所と在宅介護支援センターを合わせると 78.1%となり、多くが在宅介護支援と併設で、次いで病院・診療所が約半数、介護老人保健施設が約 1/4 であったが、併設施設のないものは 15.8%あった
12		長期膀胱留置カテーテル管理における訪問看護師の困難経験	前田修子他 日本在宅ケア学会誌, 2012, 16(1), pp. 68-75.	訪問看護師向け膀胱留置カテーテル管理研修プログラムの開発を目指し、長期膀胱留置カテーテル管理における訪問看護師の困難経験を明らかにする	量的研究	訪問看護師	【カテーテル留置に伴う合併症・トラブルとそのアセスメント、対応に伴う困難】 【本人・介護者への指導に伴う困難】 【カテーテル関連物品の使用に関する困難】 【医師との連携に伴う困難】 【カテーテルの挿入・抜去手技に伴う困難】 【医療職以外の在宅ケアスタッフによるカテーテル管理の困難】 の6つのカテゴリが形成された
12		ホームヘルパーによる在宅 ALS 患者の気管内痰吸引の現状と課題	内山久美他 International Nursing Care Research, 2012, 11(4), pp. 35-43.	在宅 ALS 患者の気管内痰吸引についての現状と課題を先行研究から明らかにする	文献検討	ALS	在宅 ALS 患者の気管内痰吸引の課題として、1. 訪問看護ステーションの増設と診療報酬の改正が必須である、2. 在宅 ALS 患者の気管内痰吸引をホームヘルパーが安全・安楽に実施できるためには吸引研修体制の充実が急務である、3. 保健所を核とした医療機関、訪問看護(介護)事業所、行政、教育機関の地域の支援ネットワークの稼働が解決の糸口となる
12		地域ケアを担う看護師が期待する看護の能力 地域で活動する看護師への調査から	川上嘉明他 Journal of Tokyo Ariake University of Medical and Health Sciences, 2012, 4, pp. 17-27.	地域で実践をしている看護師に対し量的調査を行うことにより、看護の能力について概念化し、構成する具体的な能力における期待の程度を明らかにする	量的研究	訪問看護師	地域ケアを担う看護師の今日的な看護における能力は 12 の構成概念に整理された。また期待が高い具体的な能力として、人権擁護の支援や地域ケアのネットワークづくりといったいくつかの内容が明らかとなり、今後、地域ケアにおいて最新かつ現実的に強化をすべき看護の重要な能力であることが示唆された

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2012		在宅緩和ケアに携わる訪問看護師への臨床現場でのコンサルテーションの提供 カナダにおける学びから	片山陽子他 ホスピスケアと在宅ケア, 2012, 20(3), pp. 286-296.	カナダの緩和ケアスペシャリストのコンサルテーションの活動報告	活動報告	訪問看護師	緩和ケアの専門知識を有するスタッフによる 24 時間体制の相談支援と、臨床現場における訪問看護師のニーズに応じたタイムリーな個別指導やメンターシップの提供は、訪問看護師のスキル向上とケア提供への自信に貢献することが示された。さらに、集合教育を受ける機会が少ない訪問看護師への教育支援には e-learning などのコンテンツは有用であることが示され、これらの体制整備を日本に適用する形で構築する必要性が示唆された
12		島根県内看護師のキャリア形成に資する「継続教育」へのニーズ調査 看護職代表者への調査	石橋照子他 島根県立大学出雲キャンパス紀要, 2012, 7, pp. 43-51.	島根県内看護師キャリア形成に資する「継続教育」へのニーズ調査	量的研究	訪問看護師	認定看護師の割合は、病院で 11 施設 (45.8%)、訪問看護ステーションでは 1 施設 (4.8%) であった。回答施設の看護管理者が必要と考える認定看護師の数は 300 名を超えているにもかかわらず、10 年後までに育成予定が立っている人数は 58 名にとどまっていた
13	障害者総合支援法改正	小児(重症心身障害児)への訪問看護ができる人材育成方略に関する検討 「訪問看護経験(支援)表」を活用した同行訪問による支援の評価	近藤奈緒子他 日本看護学会論文集: 地域看護, 2013, 43, pp. 107-110.	重症心身障害児への訪問看護に小児看護経験の無い看護師が同行する方法で実施したモデル事業 8 事例について検討	症例研究	訪問看護師	「不安の軽減」「指導の方法」「看護実践の経験促進」「相互に学びあう」「小児看護への自信と関心の高まり」「小児看護の研修への示唆」の 6 項目と 11 の支援内容および 11 の経験内容が抽出された
13		在宅での看取りに取り組む訪問看護師の困難に関する文献検討	藤本悦子他 看護・保健科学雑誌, 2013, 13(1), pp. 83-87.	エンド・オブ・ライフケアの実践と支援に繋がる研究の課題を検討	文献検討	訪問看護師	医学中央雑誌 Web(ver. 4)により 2012 年 4 月に文献検索を行った。【結果】対象の 8 文献より、家族によるケアが主体となる在宅看護の特殊性から、病状の変化に伴い揺れ動く患者や家族に対するケア体制や看護師への支援不足が指摘された
13		ネットワーク活動を行う訪問看護認定看護師の活動に関する現状と課題	横山奈穂美他 日本看護学会論文集: 地域看護, 2013, 43, pp. 123-126.	訪問看護認定看護師の活動に関する現状と課題	量的研究	訪問看護認定看護師	活動に対する自己評価は、達成できた 10.5%、やや達成できた 21.1% であった。訪問看護認定看護師の約半数がその専門性に悩んでいた。ネットワーク活動についての評価は、とても良い、良いで 100% を占めた。ネットワーク活動は訪問看護認定看護師の活動意欲の向上や相互支援の場となり、質の高い看護の提供と地域全体の在宅ケアの向上に繋がると考えられる
13		訪問看護師による住環境(療養環境)評価についての実態調査	鹿島英子 日本看護学会論文集: 地域看護, 2013, 43, pp. 127-130.	訪問看護師による住環境評価が在宅療養を支える現場においてどのように実施されているか明らかにする	量的研究	訪問看護師	訪問看護ステップアップ研修の受講経験有りは 44.5%(A)、住宅改修関係研修の受講経験有りは 13.7%、住宅改修への関わり経験有りは 43.2%(B)、住環境に関する講義・研修などの受講希望有りは 84.2% であった。また、日々の訪問において住環境評価を実施しているのは 56.2%(C)、訪問看護提供時に住環境評価を実施する必要性を認識しているのは 95.8%(D) であった

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2013		訪問看護師を対象にした在宅人工呼吸療法を行う障がい児の訪問看護研修プログラムの開発とその評価	生田まちよ他 熊本大学医学部保健学科紀要, 2013, 9, pp. 11-26.	在宅人工呼吸療法など高度な医療的ケアを行う障がい児の訪問看護についての研修プログラムを作成し、実施後の評価と効果を明らかにする	量的研究	在宅人工呼吸療法	知識に対する認識の変化は、各セッションの直前と直後、3ヵ月後では有意に上昇しているセッションが多かった。看護ケアや技術への不安や受け入れへの抵抗感は、研修直前と直後の間で有意に低下し、看護ケアや技術への不安は、直後と3ヵ月後の間で有意に低下していた
13		【新卒訪問看護師を育てる】新卒訪問看護師の育成に必要な環境と教育体制	齊藤磨理子他 コミュニティケア, 2013, 15(4), pp. 56-61.	新卒訪問看護師の育成に必要な環境と教育体制について調査する	質的研究	訪問看護師	新卒者を採用している理由は、さまざまで、「人材の確保」というところもあれば、「新卒者を採用し、一から教えていったほうが身につくのが早いだろうと考えた」などが語られた。新卒者を採用していることの周知方法は、1ヶ所は特別に周知はしていないが、他の訪問看護ステーションはホームページや学生を対象として開催する訪問看護セミナーで周知していた。新卒で訪問看護師になりたい学生が増えるために学校教育に期待することは、「訪問看護の魅力を学生に伝えてほしい」などの意見が語られた
13		在宅ケア利用者の満足度に関する研究スタッフ教育の一環として	青木伸也他 医学と生物学, 2013, 157(6), pp. 1078-1083.	訪問看護ステーションにおいて平成19年度より5年間継続して実施した訪問看護利用者の満足度調査の結果を明らかにし、スタッフ教育への示唆を得る	量的研究	訪問看護師(利用者)	利用者満足度では「この先、本人の状態がどうなりそうか本人(家族)に教えてくれる」の項目の改善がみられた。今後充実して欲しいサービスについては「介護者の介護負担を軽減する工夫や方法の指導」「介護者の相談・話し相手」の項目の選択が両年度とも多いという知見が得られた。在宅看護においては、本人の看護だけでなく家族全体の看護を必要とし家族看護的なアプローチやレスパイトケアの必要性が高まっていることが示唆された
13		訪問看護師が認識する在宅移行時の連携促進要因と阻害要因	樋口キエ子他 医療看護研究, 2013, 10(1), pp. 38-44.	訪問看護師が認識する入院患者の在宅移行時における訪問看護師と病院看護師との連携を促進する要因と阻害する要因を明らかにする	質的研究	訪問看護師	在宅移行時の『連携の促進要因』として、【退院後をイメージした在宅移行時の準備に関する連携】【連絡部署設置による連携の効果を共有】【連携力向上に繋がる関係者の工夫】等3カテゴリとその内容が抽出された。『連携の阻害要因』は【家族への介入が希薄な状態での連携】【院内外連携システムの未整備】【ツール活用と連携内容のずれ】【看護職間連携の希薄】等4カテゴリとその内容が抽出された。
13		在宅ケアにおける市保健師と訪問看護師との連携促進のあり方の検討	三好智美他 医療看護研究, 2013, 10(1), pp. 11-19.	在宅ケアにおける市保健師と訪問看護師との連携状況と促進要因を明らかにし、両者の連携促進のあり方について検討した	量的研究	市保健師と訪問看護師	連携の割合は市保健師・訪問看護師ともに低かった。連携「有」と関連していたのは、市保健師は、現業務での在宅療養者(児)との関わり「有」、「訪問看護師と常に或いは機会があれば情報交換している」「訪問看護ステーションの活動内容を知っている」の3項目、訪問看護師は、「管理職」「常勤」、連携等研修会の参加経験「有」、「市保健師と常に或いは機会があれば情報交換している」「市保健師の活動内容を知っている」「市保健師との連携強化はとても必要である」の6項目だった

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2013		HIV 陽性者への在宅療養支援未経験の訪問看護師における HIV ケアに関する認識	加瀬田暢子他 日本在宅医学会誌, 2013, 15 (2), pp. 165-170.	HIV/AIDS 罹患者 (HIV 陽性者) への在宅療養支援 (HIV ケア) が未経験の訪問看護師における HIV ケアの認識	質的研究	HIV 患者	HIV ケアに関する効果的な教育的介入方法構築に資すると期待された。59 人の協力者が 1 グループ 5-6 人で討議し、質的帰納的分析をした結果、【専門知識がないからケアを難しく感じる】【感染に対する不安】【現実味がない】などの 10 カテゴリーを得た
13		熟練の訪問看護ステーション管理者が期待する訪問看護のありよう人材活用と育成の関わりから	中村順子 日本看護科学会誌, 2013, 33 (4), pp. 33-42.	熟練の訪問看護ステーション管理者が行う訪問看護を活かし・育てる関わりの中から熟練管理者が期待する訪問看護のありようを明らかにする	質的研究	管理者	熟練管理者が期待する訪問看護は【近づき寄り添う看護】であり、「生活支援医療の専門職であること」すなわち生活を支援する医療専門職としての「継続教育」を取ることに《オンリーワンの看護ができること》すなわち療養者主体の個別性の高い看護ができることの 2 つの下位概念により構成されていた。結論: 熟練管理者が期待する【近づき寄り添う看護】は療養者・家族と近い 2.5 人称の立ち位置で行う看護であり、生活を支援する医療の専門職としての適切な「継続教育」遂行とともに療養者・家族主体の個別性の高い看護を展開することである
13		Ethical issues in practice: a survey of home-visiting nurses in Japan	Kiyomi Asahara 他 Jpn J Nurs Sci, 2013, 10 (1), p. 98-108.	この研究の目的は、訪問看護師が実践で遭遇した倫理的問題の特定の要素と頻度、倫理的問題と人口統計データとの関係、および倫理教育と職場環境の経験を特定すること	自記式質問票	訪問看護師と患者・家族	倫理的問題に遭遇する頻度に関する項目および探索的因子分析により、次のことが明らかになった。(i) クライアントの尊重または関連する専門家との関係に関する懸念。(ii) 訪問看護師とクライアントと家族、または関連する専門家間の治療または世話の見方の違い。(iii) 家族とクライアントまたは訪問看護師との間の意図の不一致。すべての要因は、現在の位置、訪問看護師としての勤務経験の期間、および看護教育の種類と有意に正の関係があった
14		皮膚・排泄ケア認定看護師に対する訪問看護師のニーズと連携	門田千晶 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 2014, 17 (4), p. 286-293.	訪問看護師が、皮膚・排泄ケア認定看護師に対してどのようなニーズがあるのかを把握し、ストーマケア・褥瘡ケアの向上と効果的な連携がとれるような在宅ケアの判断基準の基礎資料を得る	質的研究	訪問看護師	訪問看護師のニーズを表す 82 のコードから 13 のサブカテゴリと 7 のカテゴリが抽出され、「院外連携の業務体制づくり」「相談連絡体制」「終末期ケアの連携」「相互の学びによる専門的ケアの提供」「訪問看護師との関係構築」「知識向上への支援」「統一したケアの提供」のニーズがあることが明らかになった
14		地域連携を視野に入れたストーマケアセミナーの検討院内専門セミナーを訪問看護師に開放して	中西恵美他 STOMA:Wound & Continence, 2014, 21 (1), pp. 50-52.	院内ストーマケアが地域連携にどのように役立っているか	量的研究	訪問看護師	セミナー満足度は 80 から 90% が 4 件、70 から 89% が 5 件、50 から 69% が 1 件であった。訪問看護件数は、コロストミーが 0 から 10 件、ウロストミーが 0 から 4 件であった。困った時の対処方法はステーションカンファレンスを行うが 6 件、WOCN に相談が 3 件などであった

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2014		訪問看護におけるスタッフ教育に関する文献的考察	御厩美登里他 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 2014, 10(1), pp. 49-55.	訪問看護におけるスタッフ教育に関する研究の動向を把握する	文献検討	訪問看護師	訪問看護におけるスタッフ教育に関する研究は、「スタッフ教育を行う人と教育を受ける人」「スタッフ教育の背景」「スタッフ教育の方法・内容」に分類できた
14		地域総合病院における精神科訪問看護活動の経過と今後の課題	互優 北海道農村医学会雑誌, 2014, 46, pp. 52-56.	精神保健医療福祉の改革ビジョンによる、活動準備期(2010年4月～2011年9月)と活動開始期(2011年10月～2013年3月)に分けての報告	活動報告	精神科疾患患者	精神科訪問看護の主な対象は、病棟から退院し再発の可能性がある患者で、訪問活動は2名一組で行い、活動時間は平日週5日の8:30～17:00としている。活動開始期の訪問件数/月は250件前後で推移しており、2013年3月現在の利用者数は66名である。今後の課題として、夜間や休日に支援を要する患者や、就労した患者への対応について検討する必要があると考えられた
14		退院支援を実践した患者への訪問看護同行研修の評価	高木日登美他 日本看護学会論文集: 地域看護, 2014, 44, pp. 85-88.	在宅療養を支援するために必要な継続看護の視点を養い、アセスメント能力を高める目的で、訪問看護同行研修を実施した。その成果と評価	質的研究	看護師	以下の5カテゴリが抽出された。1)入院中に思い描いていたことと実際の生活とのギャップ。2)生活者として生き生きとした患者の姿。3)訪問看護師の看護の専門性と実践。4)退院支援実践の評価。5)生活者として患者を捉えることの重要性
14		高知県における専門分野「がんにおける質の高い看護師育成事業」5年間の成果と今後の課題	小笠原麻紀他 がん看護, 2014, 19(4), pp. 395-401.	「がんにおける質の高い看護師育成事業」(研修)を実施し67名が修了しており、今回、その成果と課題を明らかにする	量的研究	がん患者	6つの研修目的のうち、療養場所の移行支援のための他職種との協働、および倫理的問題への対処については、〈他職種との協働の重要性が理解できた〉〈倫理的感受性が高まった〉など、「必要性を理解する」までの到達はできていたものの、〈他職種や他施設との協働までには至っていない〉〈倫理的問題に気づくことができてチームで対処するには至っていない〉など、実践活動にまでは至っていないことが分かった
14		クロザピン内服者への対応について 訪問看護スタッフ間の勉強会およびフローシートの活用を試みて	大城愛乃他 病院・地域精神医学, 2014, 56(3), pp. 189-192.	患者専用の観察チェックシートを作成して訪問時の聴取漏れなどをなくし、全訪問看護スタッフが統一した観察を行えることを目指した取り組み	量的研究	訪問看護師	勉強会・知識テストを行い理解が深まることで、訪問看護スタッフの不安が軽減して、患者の対応に自信が持てるようになっていたことが分かった。クロザピン専用観察チェックシート(フローシート)を使用すると、看護スタッフは統一した視点で訪問先での観察ができると考えられた
14		エンド・オブ・ライフ・ケアに関する病院および訪問看護事業所の看護師交流会開催に対するニーズの実態 東京都北多摩北部保健医療圏における調査より	綿貫成明他 国立病院看護研究学会誌, 2014, 10(1), pp. 19-26.	エンド・オブ・ライフ・ケアに興味を持つ看護師が、地域の交流会開催に対してもニーズの実態を明らかにする	量的研究	訪問看護師	「たくさん看取っている」の回答は51%、研修の経験者は61%、交流会の参加希望者は84%だった。看取り経験者は、研修経験率と交流会参加希望率が共に高かった。交流会について、形式は講演会による知識獲得、看護師同士の情報交換や交流、事例検討会による困難事例の分析、内容は家族・遺族ケア、看護の基本姿勢、倫理的問題、コミュニケーションの希望が多かった

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2014		北海道の訪問看護師の「在宅における看護実践自己評価」とその関連要因	太田眞智子他 日本在宅ケア学会 誌, 2014, 18(1) , pp. 60-67.	「在宅における看護実践自己評価(以下、自己評価)」に関連する要因を明らかにする	量的研究	訪問看護師	自己評価が有意に高かった人の特性は、看護師のブランクがない、訪問看護経験が5年以上、介護支援専門員資格保有、仕事にやりがいを感じている、主治医との連携がとれている、職場での学習・業務支援がある。他の訪問看護ステーションとの学習や交流があることであった
14		訪問看護ステーションにおける皮膚・排泄ケア認定看護師による他事業所への相談活動の実態と課題	岡部美保他 日本褥瘡学会 誌, 2014, 16(4) , pp. 505-511.	皮膚・排泄ケア認定看護師が、他の事業所の看護師からの相談に対応している活動の実態を明らかにする	量的研究	訪問看護師	コンサルティの所属先は11ヶ所。クライアントは48名、65歳以上が91.0%、仙骨部15.0%、重症褥瘡慢性期60.4%、治癒・改善率は52.0%であった。相談は237回、うち同一日訪問が125回であった。コンサルティの初回相談は、薬剤の選択、局所ケア方法の順で、コンサルタンの提案は、スキンケア方法、除圧・減圧の方法等であった
14		「特定行為に係る看護師の研修制度」に関する在宅看護の訪問看護師の意識調査	畠山玲子他 人間総合科学, 2014, 26, pp. 109-116.	訪問看護師を対象に、「特定行為に係る看護師の研修制度」導入の必要性、訪問看護師に求める具体的な「医行為」、「薬剤処方」、「特定行為に係る看護師の研修制度への参加意識」について意識調査を実施した	量的研究	訪問看護師	導入が必要であるとの回答が71%得られ、導入の意識が比較的高かった。「訪問看護師に求める具体的な医行為」については、医師の管理下で看護師が実施の項目と、看護師独自で実施の項目いずれも増える結果となった。「薬剤処方」については、「緩下剤、洗腸薬の処方」と「皮膚疾患の処方」の2項目以外は、処方は難しいという意見が多く、慎重な対処が必要であることが示唆された。「特定行為に係る看護師の研修制度」については40歳代と60歳代に参加意識の傾向が見られた
14		当科における在宅医療・在宅緩和ケアの検討	緑川靖彦他 癌と化学療法, 2014, 41(1) , pp. 66-68.	当科における1996年の訪問看護科の発足からの在宅医療・在宅緩和ケアの検討	量的研究	訪問看護師	2013年10月までに190名に在宅医療を行った。男性105名、女性85名、年齢は32～102歳、平均年齢78.7歳、在宅医療期間は1日～8年10ヵ月、癌は168名(88.4%)であった。168名が亡くなり、在宅看取りを半数を超える88名(52.4%)に行った。疼痛コントロールのためにオピオイドを使用、home parenteral nutrition(HPN)、home enteral nutrition(HEN)の他、PEG造設、胸腹水の除去を行った
15		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	松原みゆき他 日本赤十字広島看護大学紀要, 2015, 15, pp. 11-19.	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を明らかにする	質的研究	病棟看護師	病棟看護師の退院支援の関わり方の認識は、訪問前は、【患者・家族の思いの表出】【退院の方向性を決定する支援】【ソーシャルワーカーとの連携】、訪問後は、【病棟看護師が在宅移行を考えて支援】【病棟看護師の患者の家族との積極的な関わり】【在宅も含めた多職種との連携】【退院直後のサービス利用調整】であった。退院指導方法の認識は、訪問前は【パンフレットを用いた指導】【病院のやり方で指導】【指導内容の優先順位の不明確さ】、訪問後は、【患者の家族への患者の状態の説明】【患者の家族が自信をもって介護ができる具体的な指導】であった

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2015	介護保険法改正 「介護予防・日常生活支援総合事業」	訪問看護に特有な知識・技術に対する困難感と関連要因の検討	山口陽子他 日本看護福祉学会誌, 2015, 20(2), pp. 211-226.	訪問看護師の訪問看護に特有な知識・技術に対する困難感と関連要因として個人特性・研修参加との関係を明らかにする	量的研究	訪問看護師	訪問看護に特有な知識・技術の困難感とは、『訪問看護における医療処置』『他職種等との人間関係と調整』『訪問看護に特有な技術』『地域で活動するための専門的知識』『利用者や家族との人間関係』の5因子から構成されていると推測される。訪問看護に特有な知識・技術に対する困難感と個人特性との関係では、離職経験があり、管理者、常勤者の困難感が低く有意差が認められた
15		「学習ニードアセスメントツール-訪問看護師用-」の開発	鈴木美和他 淑徳大学看護栄養学部紀要, 2015, 7, pp. 1-12.	訪問看護師の学習ニードアセスメントツールを開発する	量的研究	訪問看護師	開発尺度は内的整合性および安定性を確保していることを示した。ロールモデルがいる者がいない者よりも(t=3.204, p<.05)、専門誌講読数の多い者が少ない者よりも(t=2.814, p<.05)尺度総得点が高い傾向が、尺度が既知グループ技法による構成概念妥当性を確保していることを示した
15	創設	兵庫県看護協会 CNS/CN 看護管理者ネットワークシステムを用いた認定看護師1名の地域活動支援を経験して共に成長する人材育成	大迫しのぶ 市立伊丹病院誌 2015, 29, pp. 18-23.	認定看護師1名の地域活動支援を経験して共に成長する人材育成を目的に研修会を開催して評価する	量的研究	訪問看護師	研修後のアンケートでは、「とても役に立つ・役に立つ」が研修内容で75%、実習のアロマセラピーで82%、アロママッサージで89%、自由記載では「まだ知識が不足している」「もっと詳しく知りたい」「実際に実習して理解できた」「実践に役立てたい」「実際には難しい」との意見があった
15		「特定行為に係る看護師の研修制度」に関する訪問看護師の意識調査	畠山玲子他 日本在宅看護学会誌, 2015, 3(2), pp. 66-73.	特定行為に係る看護師の研修制度に関する訪問看護師の意識を明らかにする	量的研究	訪問看護師	71%が「特定行為に係る看護師の研修制度」導入が必要であると回答した。また、「必要理由」8項目のうち、「2. 看護師が治療や臨床判断ができる状況が日常業務の中で多々あることも事実である」と「3. 患者のより身近にいる看護師にしかできない判断や行為がある」に強い関連性が認められた
15		A県における小児訪問看護受け入れの実態調査 過去5年の研修活動評価と今後の指針作成に向けて	松本康代他 日本看護学会論文集: 在宅看護, 2015, 45, pp. 47-50.	A県における今後の小児訪問看護の研究指針作成に向けて実態調査	量的研究	訪問看護師	平成17年調査時に比べて小児訪問看護の普及が進んでいることを確認できたと同時に、課題も多くある現状が明らかになった
15		エイズ中核拠点病院における訪問看護師に対する実地研修の有用性	中村美保他 日本エイズ学会誌, 2015, 17(2), pp. 106-112.	エイズ中核拠点病院における訪問看護師に対する実地研修の有用性について検討	量的研究	HIV患者	研修前は HIV 感染症/AIDS の基礎知識・HIV 感染症の治療・感染対策と曝露時の対応・社会保障制度などに関する知識が不十分であったが、研修後には20問のテストに対し全問正解し、研修で知識が向上したと思われた。研修後のアンケートには、「偏見がなくなった。」「医療従事者が否定も肯定もせず中立的立場でサポートをしていくことが重要と感じた。」等と書かれた。研修前は、スタンダードプリコーションで対応できることや HIV 感染症専用の消毒剤が不要であることを知らず、HIV に対して特別意識や偏見を持っていたが、正しい知識を得ることで不安・恐怖が取り除かれた

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2015		大学教員と訪問看護ステーション看護師の協働による新卒訪問看護師の育成プログラムにおける合意形成の課題 文化的視点からの考察	吉本照子 文化看護学会誌, 2015, 7(1), pp. 2-12.	大学教員と訪問看護ステーション(事業所)の看護師が新卒訪問看護師の育成プログラムを協働して実施した際の合意形成過程を明らかにし、問題とその要因、および課題を文化的視点から考察する	質的研究	訪問看護師	各利用者に対する訪問看護技術の習得のための手順書、および新卒者の学習課題に関する自己評価票の活用における合意形成の問題が見られた。事業所の看護師は訪問看護技術の習得と利用者への適用を新卒者の優先課題とし、その達成のために手順書を作成し、技術チェック票としての自己評価票を期待した。一方、大学教員は手順書による画一的なケアを危惧し、生涯学習者としての学習スキル開発のための自己評価票の活用をより重視していた
15		在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理教育の試み『在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理の質の向上を図る教育プログラム』の開発	平山恵美子他 地域ケアリング, 2015, 17(6), pp. 77-83.	在宅終末期ケアの質の向上に向け『開発版:在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理の質の向上を図る教育プログラム』(以下、教育プログラム)を考案	量的研究	終末期ケア	本教育プログラムは特にケアリング倫理が深まる一方、倫理理論の深まりは不十分であることが明らかとなった。また、ケアリング倫理の深まりの度合いは、ピリーフ(信条・価値観)に大きく影響を受けることも認められた
15		患者を生活者として支援する力を育む(その2) “看護・転医前訪問”実践後の看護師の実態把握	小田朋未他 共済医報, 64(3), pp. 283-289.	訪問看護を行っていないH病院は、平成22年12月から独自で構築した看護・転医前訪問を開始した。今回、この取り組みが看護師にとってどのような影響があったかを明らかにする	量的研究	訪問看護師	看護・転医前訪問を行った看護師に4点の学びがあることが明らかになった。1. 生活者として患者・家族を支える力を育む機会となる。2. 看護実践の振り返りによるやりがい感を実感できる。3. 生活を見据えた退院指導・環境調整の重要性を学ぶことができる。4. 継続ケアに活かすための具体的な情報共有の必要性を学ぶことができる
15		在宅同日同行訪問に対する訪問看護師の反応に関する実態調査	櫻井有世 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 2015, 19(3), pp. 346-350.	訪問看護師の反応	質的研究	皮膚・排泄ケア認定看護師	皮膚・排泄ケア認定看護師による在宅同日同行訪問の運用に関する地域の訪問看護師の反応について調査をすることで、地域医療施設が必要としている要望を明らかにし、さらなる地域連携の強化対策について検討する
15		熟練の訪問看護ステーション管理者による人材活用と育成の関わり	中村順子 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要, 2015, 23(2), pp. 71-81.	熟練の訪問看護ステーション管理者が行う訪問看護師を活かし・育てる関わりを記述し構造化する	質的研究	管理者	管理者の根幹となる思い【トライアングルの中にある価値の双方向性の確信により三者が活かし・いかされる】看護師に求める看護師像として【近づき寄り添う看護師像を示す】看護師の活かし方として【近づき寄り添う看護師として活かす】【地域の存在感あるリソースとして活かす】【ひとりひとりの看護師が持っているものを活かす】活かすための管理者の働きかけとして【看護師が働きやすい基地を作る】【訪問看護師としての後姿を示す】の7つが抽出された

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2015		Peer supporter experiences of home visits for people with HIV infection	Han Ju Lee HIV AIDS (Auckl), 2015, 24(7), pp. 233-239.	この研究の目的は、HIV感染者のための家庭訪問プログラムでの彼らの仕事に関する仲間の支持者の経験を調査することであった	フォーカスグループを使用して定性的記述研究を実施	サポーター	調査結果によると、仲間のサポーターは、所属感など、「継続教育」においていくつかの肯定的な側面を経験するが、ポジションの不安定さ、仕事関連のストレス、懸念など、「継続教育」で成功するのを困難にする問題も経験する調査結果は、安定した効果的なピアサポータープログラムを維持するために、そのようなポジションには、財政的支援、「継続教育」に関連するストレスを防止および管理する方法のトレーニング、および十分に開発された教育とトレーニングのプログラムが必要であることを示唆した
15		首都圏の訪問看護師が必要と考える震災発生直後の対応と事前の対策	益田育子他 リハビリテーション連携科学, 2015, 16(2), pp. 116-124.	首都圏での大震災を想定し、発生直後の対応と事前対策を検討する	質的研究	訪問看護師	「震災発生直後に行なう対応」と、「訪問看護ステーション等で行なう事前対策」、「臨機応変に対応できる看護師を育てるための対策」、「在宅療養者とその家族と共に行なう事前対策」、「訪問看護師が連携して行なう事前対策」の5つの大カテゴリが抽出された
15		「訪問看護ステーションにおける安定的な経営管理のための自己評価尺度」の開発	柿沼直美他 日本看護科学会誌, 2015, 35, pp. 1-9.	訪問看護ステーションにおける安定的な経営管理のために、管理者が活用可能な自己評価尺度を開発する	量的研究	管理者	因子分析により抽出された7因子は、【第1因子:意思疎通がよく、働きやすい職場環境の形成】【第2因子:資金の管理】【第3因子:サービスの拡充】【第4因子:収支のモニタリング】【第5因子:生産性の向上】【第6因子:看護の質保証】【第7因子:市場調査】であった
15		初年度1年間を病院に派遣することによる新卒訪問看護師教育の試み	中島由美子 日本看護学会論文集. 在宅看護, 2015, 46, pp. 103-106.	訪問看護師の新人研修に関する	質的研究	新卒看護師	新卒訪問看護師を、雇用後の初年1年間、法人の異なる病院(研修病院)に派遣し、新卒訪問看護師教育プログラムに沿って教育を行い、採用後2年迄の育成状況について報告した
16	退院後訪問指導料報酬制度新設	訪問看護師に対する高齢者総合的機能評価を活用した介護予防教育プログラムの効果	吉行紀子他 老年看護学, 2016, 20(2), pp. 47-56.	訪問看護師に対し高齢者総合的機能評価(CGA)を活用した介護予防教育プログラム(PGM)を実施し、訪問看護師の高齢者に関する知識、CGAの理解と活用意向、介護予防の意欲と自信、虚弱高齢者への支援方針に対する効果	量的研究	介護予防	介入後、CGAの理解と活用意向の得点は、介入群では上昇し群間に有意な変化の差を認めた(ともに p<.001)。また、介護予防の意欲と自信の得点は、介入群では上昇し群×時間の交互作用を認めた(p=.002, p<.001)。虚弱高齢者への支援方針では、介入群は対照群に比べ、具体的な支援内容を提案していた
16		シミュレーション教育を取り入れた「在宅療養者への急変時の対応」研修の評価	小原弘子他 高知県立大学紀要(看護学部編), 2016, 65, p. 41-43.	訪問看護師を対象に、シミュレーション教育を取り入れた「在宅療養者への急変時の対応」研修	量的研究	訪問看護師	5つの研修到達目標のうち、「救急搬送の必要性を判断できる」「SBARを用いて、医療機関あるいは主治医に報告できる」「救急搬送まで安全・安楽を確保できる」の3項目で、研修前・研修直後・研修1ヵ月後に自己評価が有意に上昇したにもかかわらず、その評価点は向上した

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2016		強い心理反応や精神症状を有する利用者や家族の対応に困難を感じる訪問看護師への支援体制の検討 訪問看護師を対象にした事例検討会を通して	安藤幸子他 神戸市看護大学紀要, 2016, 20, pp. 33-41.	訪問看護利用者やその家族に強い心理反応や精神症状があり、対応に困難を感じている訪問看護師を対象に事例検討会を実施し、その有効性と課題、事例検討会以外の支援ニーズ	量的研究	精神科疾患患者	事例検討会の効果として、「自分の看護が間違っていないと自信が持てる」、「精神障がい者の理解が深まり対応方法もわかる」など6項目が抽出された。また事例検討会の課題としては、「参加する時間の確保が難しい」などが、事例検討会以外の支援ニーズとしては、「精神疾患や福祉制度に関する専門的な知識や対応方法が知りたい」など7項目が抽出された
16		訪問看護ステーションにおける小児の受け入れの現状と課題	松崎奈々子他 日本小児看護学会誌, 2016, 25(1), pp. 22-28.	A県内のステーションにおける、小児受け入れ状況と今後の受け入れに対する考えや受け入れに必要な研修及び支援体制を明らかにする	量的研究	小児	小児を受け入れていたステーションは、全体の31%であり、病状観察や医療的ケア、遊びの援助等、多様な看護を提供し、主に医療機関と連携していた。加えて、医療機関だけでなく他機関・多職種との連携を必要としていた。小児を受け入れていなかったステーションは、小児を受け入れるためには「小児看護の経験」、「緊急時に受け入れてくれる医療機関」が必要だと考えていた
16		過疎・高齢化が進む中山間地域の訪問看護ステーション管理者が求める支援ニーズ	松錦純他 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 2016, 23, pp. 89-103.	中山間地域の管理者が求めている管理運営上の支援ニーズおよび訪問看護提供上の支援ニーズを明らかにする	質的研究	管理者	訪看 ST 管理運営上の支援ニーズとして、【安定的運営のための人材確保】、【人材育成のための条件整備】の2つのカテゴリ、訪問看護提供上の支援ニーズとして、【広範囲の訪問看護エリアをカバーする必要性】、【在宅療養継続への支援体制構築】、【訪問看護の普及と有効活用の必要性】、【地域住民との濃密な関係性への配慮】、【介護者不在への対応】、【療養生活上の困りごとに対する迅速な対応】の6つのカテゴリが抽出された
16		茨城県北・中央地域の訪問看護ステーションにおける小児訪問看護の実施状況と課題	松澤明美 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 2016, 7(1), pp. 19-27.	茨城県北・中央地域の小児訪問看護の実施状況と課題を明らかにする	量的研究	小児	0ヶ所(回収率52.6%)の回答を分析の結果、45.5%のステーションが小児訪問看護を実施し、50.0%のステーションが小児訪問看護を経験していた。訪問している子どもはすべて医療的ケアを要し、64.4%が未就学児であった。また55.5%のステーションが小児訪問看護を難しいと答え、理由では小児看護経験のあるスタッフの不足、小児看護の知識や技術を学べる機会が少ない、マンパワーの不足が上位にあがった。
16		訪問看護ステーションの運営に関する検討 管理者の悩みから把握した運営の課題	須永恭子 日本看護学会論文集: 在宅看護, 2016, 46, pp. 79-82.	経営状態(黒字/赤字)について尋ねるとともに、「運営に関する悩み」を明らかにする	量的研究	管理者	経営状態が黒字と答えた107名の自由記述内容を質的帰納的に分析した。1)過剰な仕事量。2)管理業務と訪問の両立による負荷。3)スタッフの不足。4)スタッフの育成不足。5)スタッフとのコミュニケーションの難しさ。6)スタッフの処遇の悪さ。7)自身のワークライフバランスが維持できない。8)自身の能力不足。9)設置主体との関係構築の難しさ。10)経営の不安定さ。11)管理者としての重圧。12)管理者としての評価に対する不満。13)後継者不在の不安であった。

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2016		糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援する訪問看護師を対象とした「継続教育」プログラムの評価	内海香子他 The Kitakanto Medical Journal, 2016, 66(2), pp. 139-148.	糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援するための訪問看護師の継続教育プログラムを実施・評価	量的研究	訪問看護師	75%以上が全ての内容を役立つと回答した。自由記載では、講義内容について理解できた、他の訪問看護師と悩みを共有できたという意見が多数みられた。専門家会議では、質問票の回答から、プログラムの目標は達成されたと評価された
16		進行・再発治療期のがん患者・家族に対する訪問看護師の看護実践上の困難と学習ニーズ	徳岡良恵他 日本がん看護学会誌, 2016, 30(1), pp. 45-53.	進行・再発治療期のがん患者・家族を看護するうえで訪問看護師が感じる困難と学習ニーズを明らかにする	質的研究	がん患者	進行・再発治療期のがん患者・家族を看護する上での困難は、「治療の継続・中止に関わる介入に思い悩む」「先の見えない不安への対応に悩む」「化学療法に関連した知識がわからない」など9カテゴリ、困難の解決に向けた学習のニーズは、「化学療法に関する基礎知識を得たい」「最新の薬物療法について学びたい」など7カテゴリが抽出された
16		訪問看護ステーション研修をすることで小児専門病院の看護師が得た効果	鈴木ひろ子他 日本看護学会論文集:在宅看護, 2016, 46, pp. 95-98.	小児専門病院の看護師5名を対象に、訪問看護ステーションでの小児1件以上を含む1日研修を実施し、その効果を調べる	質的研究	看護師	【退院困難という固定観念からの脱却】 【患者中心の意味の再認識】という患者の看法の変化や、【訪問看護師の実践力の高さを再実感】という訪問看護の見かたの変化、さらに、【看護が伝わるサマリー創造】 【組織を超えた連携システムの構築】という連携のための課題の発見という気づきの広がりが生じていた
16		訪問看護師の研修参加状況と教育ニーズ	山本さやか他 日本看護学会論文集:在宅看護, 2016, 46, pp. 99-102.	訪問看護師の研修参加状況と教育ニーズについて調査	量的研究	訪問看護師	研修参加状況は、勤務するステーション独自で職場内研修を開催していると答えた人が1628名(66%)、外部研修に参加していると答えたのが2261名(92%)であった。教育ニーズ(受講したい研修項目)は、「がん患者の在宅療養」が最も多く、次いで「終末期の身体的苦痛・疼痛の緩和方法」、「褥瘡に対するアセスメント・創処置」の順であった
16		マグネット訪問看護ステーション管理者の組織育成	谷垣 静子 他 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 2016, 39(2), pp. 111-115.	マグネット訪問看護ステーションの管理者を対象に職員への定着のためにどのような組織育成を行っているのか	質的研究	管理者	管理者は、「看護実践を共有し訪問看護のレベルをあげる」努力をし、「利用者・家族の期待に応える」ため《多職種とチームを組む》ことで【訪問看護の使命を示す】ことに取り組んでいた。また、管理者は、「スタッフの強みを伸ばす」「スタッフの主体性を育む」ことに努め、「スタッフのワークライフバランスを考える」ことで【スタッフ個々の個性を活かし育む】職場づくりに取り組んでいた
16		訪問看護師の倫理的ジレンマを通してみた在宅看護問題とその後方支援	久米 美代子他 日本ウーマンズヘルズ学会誌, 2016, 15(1), pp. 63-72.	訪問看護師が在宅現場で感じている倫理的ジレンマ、その対応、今後希望する後方支援について明らかにする	量的研究	訪問看護師	日常の訪問看護実践の中でどの程度問題を感じているかは、利用者を精神的にも身体的にも傷つけないように対応し、利用者や家族が孤独を感じないように対応する等利用者の意思決定を支援するための情報提供をしていることが明らかになった。日常の訪問看護実践の中で遭遇する問題に対して行っている対応は訪問看護に関する契約書を事前に取り交わし、利用者が納得するように話し合い、看護を実践していた。問題解決のために今後希望する後方支援について、年齢、学歴、看護師経験、訪問看護師経験に関わらず、ほとんどの者が信頼して相談できる人、実践に役立つマニュアル、研修会などの後方支援を必要としていた

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2016		訪問看護師の仕事満足度を高める臨床心理研修プログラムの試行と評価	仁科祐子他 米子医学雑誌, 2016, 67, pp. 49-55.	「上司・他スタッフとの関連性」の側面から、仕事満足度を向上させるプログラムである「看護のための臨床心理研修プログラム」を作成し、試行・評価した	量的研究	訪問看護師	全体的な仕事満足度、職場の人間関係満足度、他職種との連携満足度は介入前よりも介入直後、さらに6ヵ月後に平均得点が増加していた。プログラムに参加して印象に残ったこと、良かったことなどについての自由記述を分析したところ、37のコード、10のサブカテゴリ「心理学の専門的知識を知ったこと」「新たな出会いがあったこと」「振り返りができたこと」「今後に活用できるものを得られたこと」の四つのカテゴリが抽出された
16		筋萎縮性側索硬化症患者の在宅療養における喀痰吸引に関する文献検討	関永信子他 インターナショナル Nursing Care Research, 2016, 15(4), pp. 123-132.	ALS患者の在宅療養から喀痰吸引に関する内容を文献から明らかにすることを目的	文献検討	ALS患者	ALS患者の在宅療養における喀痰吸引の内容は、たん吸引の現状、たん吸引の範囲と責任、看護師「継続教育」、支援体制、たん吸引に関する問題・要因、介護職との連携、求められる能力、欧米との比較、自動吸引装置の導入の9つに分類された
16		在宅高齢療養者に対する看護師の口腔ケアへの取り組みに関する現状分析	藤川君江他 日本口腔ケア学会雑誌, 2016, 11(2), pp. 13-19.	誤嚥性肺炎予防に向けた口腔ケアの取り組みに関する認識および問題点の構成要素	量的研究	肺炎患者	クラスター分析で七つのクラスターに分類され、クラスター1は「言語聴覚士への期待」、クラスター2は誤嚥性肺炎予防には口腔ケアが重要、クラスター3は「家族指導は柔軟な対応」、クラスター4は「誤嚥リスクが高くないとケアプランにあがらない」、クラスター5は「歯科医師や歯科衛生士の専門的口腔ケアの介入への期待」、クラスター6は「主治医との連携困難」、クラスター7は「アセスメント力が重要」と名づけた
17		高齢者施設および在宅医療ケアにおける尿道留置カテーテルの取扱いの現状と課題	盛次浩司他 日本環境感染学会雑誌, 2017, 32(1), pp. 34-41.	非急性期ケアにおける尿道留置カテーテルの取り扱いの現状の把握と関連尿路感染症予防	量的研究	訪問看護師	カテーテルの使用率は訪看10.5%、特養3.5%、老健3.8%、療養病床24.6%であった。カテーテル使用理由については、訪看では、医学的理由以外の「介護者の負担軽減」「尿失禁ケア」の理由も多くみられた。療養病床では「褥創治療」「尿閉・神経因性膀胱」「終末期ケア」の順であった
17		地域中核病院における認定看護師と地域の訪問看護師との同行訪問システム構築	中尾久美子 全国自治体病院協議会雑誌, 2017, 56(3), pp. 357-361.	院内プロジェクトメンバー(医師・看護科長・認定看護師・医事課・経営企画室情報グループ・地域連携センター)を選出し、院内フローなどについて検討した。	質的研究	訪問看護師	お互いの意見交換のツールとして、行政が推進している電子@連絡帳を活用することでよりスムーズな意見交換ができた。訪問看護師と同行訪問を行うことで、認定看護師の専門的な知識や技術を地域の訪問看護師や患者にも提供でき、認定看護師も在宅での患者の生活を把握し、患者の生活に合わせた援助を訪問看護とともに考えることができた
17		受け持ち病棟看護師と訪問看護師による退院後同行訪問の実施(第2報) 訪問看護師の気づきと看護活動の変化	島村敦子 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 2017, 39, pp. 11-19.	受け持ち病棟看護師と退院後同行訪問を行った訪問看護師の気づきと看護活動の変化および、連携の変化を明らかにする	質的研究	訪問看護師	同行訪問直後の気づきは、同行訪問対象者、病院との連携、自身の看護活動に関連した6カテゴリにまとめられた。同行訪問3ヵ月後の看護活動の変化は、同行訪問対象者を取り巻く状況への理解の深まり、病棟看護師へのフィードバックを行うなどの看護活動の変化と、同行訪問前と変わらない考え方を含む6カテゴリにまとめられた

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2017		訪問看護ステーションにおける訪問看護師の現任教育の実態と課題	丸山幸恵他 千葉科学大学紀要, 2017, 10, pp. 101-108.	訪問看護師への指導ならびに事業所内教育の実態について明らかにし、訪問看護師の現任教育の課題の検討	量的研究	訪問看護師	訪問看護師の指導・教育は、主に管理者が担っており、管理者は過重な業務をこなしている現状がわかった。新入職者は、既職者と同様に、同行訪問後は自動的に単独訪問をしていたことがわかり、訪問看護師の個々の能力より、利用者の状況に合わせて訪問を調整していることが推測された
17		実践報告 看護小規模多機能型居宅介護における終末期がん独居高齢者の看取り複数の主治医との調整と介護職への看取り教育	菅沼真由美他 訪問看護と介護, 2017, 22(2), pp. 131-135.	終末期がんで独居の91歳の女性に対して、化学療法治療を継続しながら地域で生活を希望する患者の事例を報告	症例研究	がん患者	本事例では「可能な限り化学療法を受け、病院ではなく地域で生活し、看取られたい」という患者の意思を尊重した支援ができた
17		大学と訪問看護師が協働で進める訪問看護技術研修の実践と評価大学の学習環境を活用した技術研修の効果	佐藤千津代他 日本在宅看護学会誌, 2017, 5(2), pp. 79-87.	大学の学習環境(在宅で使用される医療技術に関する機器備品を備えた在宅看護論演習室)を活用した訪問看護技術を強化するための研修(計3回)を実施	量的研究	現任訪問看護師や施設看護師	受講直後の研修評価は高く、30名が技術研修の内容に満足できたと回答した。また、研修受講後1~3カ月の評価については、19名から回答を得、学んだ技術を実践できる機会がある者については全員が「演習は役に立っている」「よりよく実践できるようになっている」と回答した
17		長野県内訪問看護ステーション管理者を対象とした在宅療養支援に関する実態調査	小林千世他 長野県看護研究学会論文集, 2017, 37, pp. 4-7.	県内(長野県)の訪問看護ステーション管理者を対象に在宅療養支援の実態	量的研究	管理者	県内の訪問看護ステーション管理者からみたステーションの対応力は概ね良好な評価であったが、関係各所との連携や地域資源の理解や活用できる対応力、災害時対応システムなどの課題へ取り組める対応力、個人のライフステージや家族の意思決定への関与など、より踏み込んだ高い調整力を要する支援への対応力の育成が必要であることが示唆された
17		訪問看護師を対象とした在宅療養支援に関する実態調査	高橋宏子他 長野県看護研究学会論文集, 2017, 37, pp. e8-11.	県内(長野県)の訪問看護ステーション看護師の在宅療養支援の実態と課題	量的研究	管理者	在宅療養支援に対する訪問看護師の自己評価が高かった項目は、「利用者と適切なコミュニケーションを図ることができる」「利用者の家族と適切なコミュニケーションを図ることができる」「利用者・家族の状況に合わせて、支援者・各職種の「継続教育」を理解できる」「利用者の病状について説明できる」など、個別支援に関する内容であった。一方、自己評価が低かったのは、「災害時の準備・対応について支援できる」など訪問看護だけでは解決が困難な内容であった
17		訪問看護師の学習ニーズに関連する個人的要因と組織要因	小笠原ゆかり他 四日市看護医療大学紀要, 2017, 10(1), pp. 27-37.	訪問看護師の「継続教育」に関連する個人的要因及び訪問看護ステーションの組織要因を明らかにする	量的研究	訪問看護師	訪問看護師の個人的要因として「年齢」「勤務形態」「学会の参加状況」「定期的な購読雑誌」「家族のサポート体制」が職場外研修参加の有無と有意に関連していた。組織要因として「管理者のサポート体制」「研修参加状況」「研修参加への同僚の理解」「研修支援に対する職場の雰囲気」「看護職の常勤数」が職場外研修参加の有無と有意に関連していた

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2017		終末期がん患者への食事/栄養サポートにおいて訪問看護師が抱く困難	佐藤まゆみ他 千葉県立保健医療大学紀要, 2017, 8(1), pp. 9-18.	訪問看護師が抱える終末期がん患者の食事/栄養サポートに関する困難を明らかにする	量的研究	がん	困難の程度を調査したところ、困難の程度が最も高い項目は「食べることを妨げている症状をコントロールすること」94.6%であった。困難の程度は、年齢、看護師経験年数、1年間に関わる終末期がん患者の人数、終末期がん患者の食事/栄養サポートに関する研修会への参加経験により違いが認められた
17		地域包括ケアを担う医療従事者を対象とした感染症対策研修会の有効性と課題	吹田夕起子他 日本赤十字秋田看護大学日本赤十字秋田短期大学紀要, 2017, 21, pp. 21-39.	研修会の有効性と課題について検討する	量的研究	地域包括ケアを担う医療関係者	感染症対策研修会について、役立ったと回答した者は96.6%で、感染症に対する知識の習得や針刺し予防対策、標準予防策の再認識の機会となっていた。“職場で活かせる”、“感染管理の情報が得られにくいので今回のような研修会を行ってほしい”等の記述があったことから本研修会の有効性が示唆された
17		訪問看護における在宅感染予防の実践状況と実践できないケアの理由	柄澤邦江他 日本赤十字看護学会誌, 2017, 17(1) pp. 53-59.	訪問看護師の在宅感染予防の実践状況と実践できないケアの理由を明らかにする	量的研究	訪問看護師	在宅感染症予防研修会の受講率は47.7%であり、常勤が非常勤よりも有意に多く受講していた。職場の在宅感染予防マニュアルを活用したことがある者は64.3%であった。清潔操作や自分の健康管理は実践できていたが、訪問準備や手指衛生などは実践できていなかった。実践できないケアの主な理由は、【自分自身の知識・技術】と【訪問先の家庭の事情】であった
17		地域包括ケアシステムを担う次世代人材教育のための教材開発研究モデル事例を精錬するためのチェックリストの作成まで	武政奈保子他 帝京科学大学紀要, 2017, 13, pp. 185-192.	地域包括ケアシステムを担う次世代人材教育のための教育モデルを開発する	質的研究	訪問看護師	KJからは、主に【生活者の視点】、【家族の発達】、【家族と療養者の強みの生成】、【地域への関与】を含む12の中項目と38の小項目が作成された
17		訪問看護ステーションの機能強化に関わる実態と課題	小野美奈子他 宮崎県立看護大学看護研究・研修センター事業年報, 2017, 6, pp. 20-25.	県内における訪問看護ステーションの人材確保の現状と工夫、多職種との連携の現状を明らかにする	量的研究	訪問看護師	機能強化型訪問看護ステーションを申請しているのは7ヶ所であった。申請をしていない訪問看護ステーションのうち、43ヶ所は「要件を満たせば申請したい」と回答した。申請に不足している要件としてあげられたのは「ターミナル加算件数」35ヶ所(53.0%)、常勤職員数29ヶ所(43.9%)、などであった。申請をしている訪問看護ステーションは、管理療養費1が1ヶ所、管理療養費2が6ヶ所であった。機能強化型訪問看護ステーションは「重症者の受け入れ」の「継続教育」をもっとも果たしていると自己評価した
17		日本における訪問看護師の「継続教育」に関する文献レビュー	大田博 四條啜学園大学看護ジャーナル, 2017, 1, pp. 1-7.	訪問看護師の「継続教育」に関する研究をレビューし、今後の訪問看護師の「継続教育」における課題を概説	文献検討	訪問看護師	文献の内容は、訪問看護師の「継続教育」におけるニーズに関するもの16件と、研修のプログラム評価やプログラム策定に関するもの12件に分別できた。22件が定量的なアプローチが研究方法としてとられており、そのうち4件が縦断的な測定が行われていた。訪問看護師の「継続教育」のニーズでは、訪問看護師は対人関係技術に関する教育を望んでいたが、人的資源や時間制約により十分に満たされていない

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2017		訪問看護師にとっての対応困難事例の困難要素について テキストマイニングソフトを用いた個別面接調査の分析結果より	武ユカリ他 日本在宅医学会誌, 2017, 19(1), pp. 11-17.	困難事例について多職種連携チームでの対応を促進するため、訪問看護師の困難要素を明確にする	質的研究	訪問看護師	【体制・マネジメント】 【職務】 【疾患・障害】 【現状認識】 【治療・ケアに対する反応】 【利用者・家族の不服】 【人間関係】 【療養環境】 の8カテゴリーの困難要素を特定し、「利用者・家族の感情」「訪問看護師の職務意識」「地域体制の整備と訪問看護ステーションのチームマネジメント」について考察した
17		調査 小児在宅リハビリテーションの実態調査とリハビリテーションを行ううえでセラピストが求めていること	中山亜沙美他 総合リハビリテーション, 2017, 45(12), pp. 1249-1254.	実際の供給体制を明らかにすべく、小児領域のリハビリテーションを行っている訪問看護の事業所数とリハビリテーションスタッフ数の調査を行う	量的研究	訪問看護師	今回の研究結果から、以下の3つの課題、(1)事業所の少なさとマンパワー不足の問題、(2)在宅リハビリテーションの認知度の低さ、(3)経験・教育・情報共有の場の少なさ、が明らかになった。また、経験・教育が不足しているという共通点と、小児在宅開始に前向きな施設も多いという意外な点も挙がった
17		訪問看護師のコミュニケーション機器に関する認知度と透明文字盤の技術習得状況	渡邊友紀子他 日本難病看護学会誌, 2017, 22(2), pp. 215-227.	訪問看護師のコミュニケーション機器に関する認知度と透明文字盤の習得状況を明らかにする	量的研究	難病	9種類のコミュニケーション機器の使用あるいは支援経験と認知度は透明文字盤が最も高く、機能が複雑になるにつれ低下していた。透明文字盤については、25名(89%)が技術習得の必要がある、使用したいと回答した。透明文字盤の使用経験を有する者は15名(54%)であり、主に神経難病患者に使用していた。透明文字盤の技術習得方法(複数回答)は、経験のある看護師からの指導10名(67%)、患者・家族からの指導8名(53%)、研修会4名(27%)、書籍1名(7%)であった。透明文字盤の技術習得については、85%が困難ありと回答した
18	診療報酬改定「機能強化型」の創設	公立八女総合病院における在宅輸血の体制構築	深堀道俊 日本輸血細胞治療学会誌, 2018, 64(1), pp. 59-65.	同系列の緩和病院と、訪問看護ステーションの3者が医療連携して在宅輸血の体制を構築	量的研究	訪問看護師	2015年5月～2017年2月に、5例の患者に延べ20回の在宅輸血を計画し18回実施した。これらの患者に輸血副作用はなく、QOLの改善が得られた。患者の病態悪化により予定輸血の中止が1回、血液搬送中の病態急変で輸血に至らず、血液が廃棄されたことが1回あった。輸血後感染症検査ができたのは1例のみであった
18		神経難病領域の認定・専門看護師からみた遺伝看護の「継続教育」への課題	終中智恵子他 日本遺伝看護学会誌, 2018, 16(2), pp. 56-67.	遺伝性神経難病領域の認定・専門看護師の遺伝看護ケアの実施状況、態度、学習意欲に影響を及ぼす要因の分析	量的研究	遺伝性神経難病	神経難病領域の専門性を持つ看護師は、遺伝看護の実践の場があり学習レディネスは高かった。診断初期や告知時の対応、遺伝学的検査に対する意思決定支援、遺伝医療部門との連携方法と遺伝カウンセリング後のフォローアップ方法、在宅における関わり方、遺伝的課題や倫理的課題の推論方法について教育の範囲を設定する必要があることがわかった。また、知識・経験・学習機会の少なさが自信のなさにつながっていた

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2018		「質の高い在宅がん看護実践を創造していく看護師養成プログラム」の教育効果	森本悦子 高知県立大学 紀要(看護学部編), 2018, 67, p. 19-26.	平成 27 年度に「質の高い在宅がん看護実践を創造していく看護師の養成プログラム」プログラムの教育効果について検討する	量的研究	がん	研修の満足度については、10 名が「満足」、2 名が「まあまあ満足」と回答していた。満足度が高かったことから、実施した内容は在宅がん看護実践を担う看護師のニーズに沿った内容であったと考えられた。研修直後から多くの研修内容が役立つと評価されており、研修後 6 ヶ月後でも有用性が高いと評価されていた
18		利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発(第 3 報)	藤澤まこと他 岐阜県立看護大学紀要, 2018, 18(1), pp. 63-75.	入院時から計画的支援が実践できる看護職者を育成するための「退院支援研修プログラム(以下研修プログラム)」を試行し、その成果を明確にする	量的研究	訪問看護師	成果として(1)患者・家族の意向に沿った退院後の療養生活に向けた支援ができる、(2)スタッフの退院支援の質向上に向けた教育的支援ができる、(3)退院支援の組織的取り組みの推進に向けた取り組みができる、の 3 点が把握された
18		「質の高い在宅がん看護実践を創造していく看護師養成プログラム」研修の長期的教育効果と教育支援の展望 平成 24 年度から平成 26 年度の研修生への調査を通して	庄司麻美 高知県立大学 紀要(看護学部編), 2018, 67, p. 27-34.	平成 24 年から平成 26 年の「質の高い在宅看護実践を創造していく看護師養成プログラム」の修了生が、研修終了後に修得した内容を実践の場でどのように活用しているか	量的研究	がん	対象者は各々 3 から 20 の複数の研修内容を活用しており、7 名が「在宅がん医療と薬理」と「疼痛緩和」について、6 名が「在宅がん患者と栄養」「在宅がん患者とコミュニケーション」「在宅がん終末期におけるフィジカルアセスメント」について活用していた
18		地域においてストーマセミナーを 7 年継続した活動の検討	中島香寿代他 全国自治体病院協議会雑誌, 2018, 57(4), pp. 591-594.	セミナーを受講した看護師、介護士、訪問看護師、ヘルパー146 名を対象にアンケートを実施した	量的研究	ストーマ教育	アンケート回収率は 89.7%であった。全体的な評価は「とても有益」または「有益」が 89%、「ふつう」が 11%であった。実習に対する評価は 94%が「とても有益」と回答し、難易度については、「適切」が 81%、「やや難しい」が 10%であった
18		県内訪問看護ステーションの新卒採用の現状と課題	齋藤尚代 日本看護学会 論文集: 在宅看護, 2018, 48, pp. 51-54.	訪問看護ステーションの人材育成・教育体制と新卒採用の現状、新卒看護師を採用するにあたり訪問看護ステーションで整備すべき内容について	量的研究	管理者	新卒看護師の採用経験があるのは 4.9%で、条件があえば新卒を採用すると 39.2%が回答した。自由記述を KJ 法で分類した結果、51 のコード、23 のサブカテゴリ、「新卒看護師のサポート」「新卒看護師の教育」「訪問看護ステーションの組織化」「訪問看護への思い」「訪問看護師同士のつながり」「コミュニケーション」「新卒採用の困難感」に分類された
18		訪問看護師と介護職を対象にしたオストメイト終活支援研修会の企画と運営	前川厚子 東海ストーマ・排泄リハビリテーション研究会 誌, 2018, 38(1), pp. 59-67.	ストーマ保有者数の推移	量的研究	ストーマ教育	東海ブロック圏に在住するストーマ保有者は 23278 人となり、一時的なストーマ保有者と合わせて 24978 人と推察された

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2018		愛知県 C 地域における小児訪問看護の現状と課題	青山京子他 日本ヒューマンヘルスケア学会 誌, 2018, 3(2), pp. 59-66.	愛知県 C 地域の訪問看護ステーションにおける、小児訪問看護の現状と課題について明らかにする	量的研究	小児	ステーションの設置主体は営利法人が最も多く (44.8%)、小児訪問看護を実施していたのは 16 施設 (52%) であった。実施年数の平均は 7.9 年で、5 年以下のステーションが 46.7% であった。89 人の小児が訪問看護を利用し、年齢は 6~11 歳が最も多く 39.3% であった。小児訪問看護を実施していないステーションの理由として、小児看護の知識や技術に対する不安や、小児科医との連携の困難さがあつた
18		【ハラスメントから看護師を守る 当事者を支える組織づくり】 ハラスメント被害を伝えやすい組織の風土づくり 訪問看護師のハラスメントに対する支援ニーズとは 患者からの暴力・ハラスメント対応研修を実施して	武ユカリ 看護展 望, 2018, 43(8), pp. 0721-0724.	訪問看護師のハラスメントに対する支援ニーズについて	量的研究	訪問看護師	研修の中で最も優先順位が高いと思つた項目として「暴力の価値基準によるチーム内の意思決定」「場面対応(困つた事例の具体的対応)」「暴力(暴言)のエスカレーションに応じた初期対応」などがあげられた。勉強になったことについての自由記述より、回答者の「気づき」と「学び」が抽出された。「気づき」では「ハラスメントに対する認識が不足していた」「ハラスメントへの対応力が不足していた」などの 4 点があげられた
18		訪問看護ステーションにおけるリスク管理の実態	吉松恵子他 訪問看護と介護, 2018, 23(10), pp. 740-744.	訪問看護師のリスク管理の現状	量的研究	管理者	対象者の平均年齢は 49.2±9.8 歳、訪問看護歴は平均 7.5±5.6 年であった。リスク管理研修が事業所内において開催されているのは 73.0%、リスク管理カンファレンスの開催は 88.0% であった。インシデント者の経験は 70% であったが、経験者のうち 43.6% は報告書を記載していなかつた
18		訪問看護ステーション管理者のビリーブメントケアを担当する看護師への支援プロセス	小澤美和他 ヘルスサイエンス研究 = The Japanese journal of health science research, 2018, 22(1), pp. 63-68.	訪問看護ステーション管理者(以下、管理者)のビリーブメントケア実践における担当看護師への支援プロセスについて調査を行った	質的研究	管理者	管理者は、生前のケアにおける担当看護師への支援として、〈負担を減らすための取り組み〉として利用者の生前に同行訪問を行うなどの直接的支援と、〈担当者一人が抱え込まない〉といった間接的な支援も行っていた
18		Violence against the elderly: the conceptions of nursing professionals regarding detection and prevention	Kénia Stephanie Morais Costa Martins Rev Gaucha Enferm, 2018, pp. 23-39.	高齢者に対する暴力の検出と予防に関して、基礎保健ユニットで働く看護専門家の概念を分析すること	記述的、探索的、定性的研究	高齢者	4 つのカテゴリが特定された。高齢者に対する暴力を特定するために使用される戦略は高齢者に対する暴力の種類; 暴力の疑いを見つけた後に使用される行為、SUS と高齢者に対する暴力の問題。多くの専門家は、起こりうるケースを認識/不信しているが、どのように進めるかを知らない。問題の側面は、実際的な介入が臨床環境と社会的文脈で実行されることを必要とする

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2019		【看護と介護-専門性と協働から考える】訪問介護員との協働に関する訪問看護師へのインタビュー調査	小原弘子 看護実践の科学, 2019, 44(1), pp. 41-47.	訪問介護員との協働への向け、訪問看護師がどのような行動をとっているのかを明らかにすること	質的研究	訪問介護職員および訪問看護師	訪問介護員との協働でケア提供へ向け訪問介護員への関わりが必要であった事例は、「胃瘻からの栄養注入」「誤嚥の危険性が高い療養者への食事介助」など6つであった。内容分析の結果、訪問介護員との協働へ向けた訪問看護師の行動として、「異なる組織・職種間でも情報を効果的に共有する」「訪問介護員が病状を踏まえて確実にケアを提供できるように働きかける」「訪問介護員が迷いや不安なく対応できるように働きかける」「同じチームのメンバーとして訪問介護員に関わる」の4つのカテゴリが抽出された
19		Expanding a Foot Care Education Program for Nurses: A Quality Improvement Survey	Tara L Beuscher, J Wound Ostomy Continence Nurs, 2019, 46(5), pp. 441-445.	フットアンドネイルケア：看護師教育プログラムの評価	量的研究	看護師	過去5年間にウィスコンシン大学オークレア「継続教育」が主催したフットアンドネイルケア：看護師教育プログラムを完了した445人の過去の参加者に送信した。22%の回答率で99件の回答があった。機器の使用、「継続教育」と責任、および診療場所に固有の臨床診療についていくつか質問した。ほとんどの参加者は、練習で足指の爪を創面切除するために機械式回転ファイルを使用した
19		精神科訪問看護師を対象とした Skype 研修と取り組み	小瀬古伸幸他 日本看護学会論文集：精神看護, 2019, 49, pp. 55-58.	複数の人と無料通話ができるインターネット電話Skypeを用いて精神科訪問看護師を対象に行った研修の効果	量的研究	精神疾患	Skype研修の満足度は44.4%が「やや不満」と回答しており、その理由として「質問や話したことに対する反応も分からず話づらい」「一方的な感じがする」「その時の場の雰囲気に分かりにくい」などが挙げられた。こうしたコミュニケーションのとりづらさを反映して、「Skype研修ではどのような研修を受講したいですか」の質問には全員が「講義形式」と回答しており、今後、Skypeに適した講義内容の選択など、改善を加える必要があると考えられた
19		訪問看護師を対象とした在宅心不全看護セミナーの評価と内容の改善	佐野元洋他 医療職の能力開発, 2019, 6(2), pp. 71-76.	心不全に関する知識の獲得やアセスメント能力を強化し、心不全の増悪徴候を早期発見できること	量的研究	心不全	合計39名の訪問看護師が対象となり、受講前後で比較した心不全に関する知識、アセスメント能力の10項目全てで有意な上昇が認められた。自由記載の回答より、「聴診や採血データ、フィジカルアセスメントの判断が不十分と感じる、演習の時間がもっと欲しい、心臓リハビリテーションや心エコー所見について知りたいなどのニーズが挙げられた
19		認知症の人をケアする職員に対するシミュレーション研修の有効性の検討 訪問系職員を対象とした研修会の実施およびその評価	山崎尚美他 日本看護福祉学会誌, 2019, 24(2), pp. 105-120.	シミュレーション研修を取り入れた認知症研修の有効性を明らかにする	量的研究	認知症	「認知症ケア自己評価尺度」は研修前、研修3ヵ月後の平均値の比較では、すべての項目で自己評価は増加していた。研修内容の満足度では、「模擬患者を用いた演習はリアリティがあり満足度のいくものであった」が40名(63.5%)、「認知症ケアに関する講義は認知症の理解に役立った」は39名(62.9%)、「模擬患者を用いた演習は実践に活用できる内容であった」は38名(61.3%)が回答していた

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2019		看護活動から導かれた職種間連携・協働を推進する要素	古川直美 岐阜県立看護大学紀要, 2019, 19(1), pp. 99-110.	職種間連携・協働の実践事例から、看護の専門性に立脚した職種間連携・協働を推進する要素を明確化する	質的研究	訪問介護職員および訪問看護師	職種間連携・協働を推進する要素は、【原動力となる信念・動機がある】、【利用者に提供される医療・介護サービスの中や、他職種との関係の中で、看護の業務・責務を位置づける】、【必要なケアの判断及びケアの実施に向けてネットワークを拡げる】、【医療チーム・ケアチームでの活動が成立するよう働きかける】、【他職種の方針・判断を把握し、看護の判断・見解を踏まえて調整を図る】、【他職種・他部門・他機関で助け合い、補い合う】、【主体である利用者の参加を支援する】、【取り組みの結果を確認し、学びを得る】、【利用者・他職種・他部門・他機関に看護の「継続教育」・機能の理解を促す】、【他部門・他機関と繋がるための基盤を作る】、【ケアの充実に取り組む職場の風土がある】の11に分類された
19		教育担当者が捉える新人訪問看護師がひとりでの訪問でできるために必要な実践能力とその影響要因	松原みゆき他 日本赤十字広島看護大学紀要, 2019, 19, pp. 13-22.	訪問看護新人訪問看護師がひとりでの訪問に必要な実践能力とその影響要因を検討する	量的研究	訪問看護師	回答数は158(77.5%)で、121(76.6%)を分析対象とした。教育担当者が、「かなりできる」必要があると捉えた割合が高かったのは、主に新人訪問看護師が訪問先まで安全に移動し、同僚に相談しながら一人で安全にケアを遂行するリスクマネジメントに関する実践能力であった。実践能力の捉え方に影響する要因は、教育体制ではクリニカルラダー、新人教育プログラムがあること、教育担当者の判断材料では新人教育マニュアル、スタッフの意見を参考にすること、利用者の受け持ちがチーム制であることであった
19		在宅療養を支援する訪問看護認定看護師が認識する在宅療養支援上の課題や困難	徳武千足他 長野県看護学会論文集, 2019, 39, pp. 11-14.	訪問看護認定看護師が認識する在宅療養支援上の課題や困難について検討する	質的研究	訪問看護師	41のコード、18のサブカテゴリ、「地域における在宅療養支援システムの問題」「訪問看護師の教育体制上の課題と取り組み」「地域住民に対する訪問看護の周知の必要性」「がん・難病・重症児等の特性を持つ対象者に関する連携・支援上の課題」の四つのカテゴリが抽出された
19		訪問看護研修会の評価 訪問看護実践への活用	岡本双美子他 大阪府立大学看護学雑誌, 2019, 25(1), pp. 97-105.	研修受講者が研修内容を日々の訪問看護実践にどのように活用しているのかを明らかにする	量的研究	訪問看護師	受講者は今回の研修内容を、【研修内容に関連した看護技術】や【研修内容に関連した指導技術】、【在宅看護に必要な看護技術】【知識の共有と連携】、そして【内省と意欲向上】へ活かそうと考えていることが分かった
19		地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師との連携の在り方 訪問看護師への質問調査から	藤田瑞季他 赤徳市民病院誌, 2019, 20, pp. 144-147.	地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師の連携について検討する	量的研究	訪問看護師	地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師との連携について、「情報交換の必要性」「具体的な情報提供と共有」のカテゴリが抽出された。また、地域包括ケア病棟看護師に求めることについて、「在宅療養への思い」「地域包括ケア病棟看護師としての専門性を深める」「地域包括ケア病棟看護師への対応」のカテゴリが抽出された

年	政策	標題	著者・雑誌名	目的	デザイン	対象	概要
2019		過疎地域の訪問看護師が看護実践で感じる判断上の困難	林一美他 石川看護雑誌, 2019, 16, pp. 59-65.	過疎地域の訪問看護師が看護実践で感じる判断上の困難を明らかにする	質的研究	褥瘡管理	看護実践で感じる判断上の困難は、「受診判断」「身体の継続観察における予後の推定」、「異常察知の見極め」「判断をケアに繋げる力・ケアの効果をあげるために他職種を巻き込む」「呼吸器管理」「褥瘡管理」の6つの看護行為に関するものであった
19		在宅療養を支援する訪問看護認定看護師が認識する在宅療養支援上の課題や困難	徳武千足他 長野県看護研究学会論文集, 2019, 39, pp. 11-14.	訪問看護認定看護師が認識する在宅療養支援上の課題や困難について検討する	質的研究	がん・難病・重症児	「地域における在宅療養支援システムの問題」「訪問看護師の教育体制上の課題と取り組み」「地域住民に対する訪問看護の周知の必要性」「がん・難病・重症児等の特性を持つ対象者に関する連携・支援上の課題」の四つのカテゴリが抽出された
19		東京都の訪問看護事業所における教育・研修の実態と事業所規模との関連 テキストマイニングを用いた混合研究法による分析	大河原知嘉子他 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 2019, 42(2), pp. 85-91.	訪問看護事業所の教育・研修内容の実態を可視化し、事業所規模により比較する	量的研究	小児	医療機関では中規模でより記載され、規模が小さいほど実施割合が高かった。研修テーマ38カテゴリのうち「精神科看護」「小児看護」などは中規模以上で記載されており、量的にも規模が大きいほど実施割合が高かった
19		退院支援と訪問看護師を結ぶ継続看護の支援を目指したシミュレーション教育の検討	山本恵美子他 医療の広場, 2019, 59(6), pp. 15-18.	訪問看護師が、がん患者をケアのどのような状況で判断に迷い、困難感が生起するかについて検討する	質的研究	がん	訪問看護師の教育は呼吸・循環を安全・安楽に整えるなどの重複した症状のアセスメント力育成型研修や、医療機関連携型のシミュレーション教育が必要であることが示された
20		COPD-Specific Self-Management Support Provided by Trained Educators in Everyday Practice is Associated with Improved Quality of Life, Health-Directed Behaviors, and Skill and Technique Acquisition: A Convergent Embedded Mixed-Methods Study	Myriam Gagné 他 Patient . 2020, 13(1), p. 103-119.	慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者に自己管理サポートを提供する呼吸器教育者を対象とした「継続教育」活動の効果をより適切に文書化する必要がある。したがって、講義ベースの「継続教育」活動に参加した呼吸器教育者によって提供される実際のCOPD固有の自己管理サポートについて説明し、COPD患者の転帰を評価した	量的研究	慢性閉塞性肺疾患（COPD）	COPD固有の自己管理サポートに関する7時間の講義ベースの「継続教育」活動に続いて、ケアの豊富な経験を持つ呼吸器教育者が、情報の提供、吸入技術トレーニング、禁煙アドバイスを含み自己管理サポートを提供した。これにより、患者の生活の質、健康志向の行動、スキルと技術の習得が向上しました。健康資源の利用を減らすために、トレーニングは能動学習法を採用することができる。より多くの時間とリソースを定期的なフォローアップ訪問の実施に費やすこともできる

*年は最初のマスだけ全てを記述し、2マス目からは下2桁を記述している。

*政策は年の始まりのマスに記述している。

*デザインは、論文の内容から筆者が判断して記述している。

巻末 2 継続教育プログラムで共有された看護実践内容

カテゴリ	コード
筋委縮性側索硬化症 (ALS) 患者の看護	<p>50 歳男性の筋委縮性側索硬化症の患者は、妻しかメインで介護する人がいない。吸引も夜間の 2 時間おきにやらなければならないので、妻も眠れていない状態。そういったところでの介護負担で、今後、見ていけるのかなっていうところですが、妻のことが心配でたまらない</p> <p>3 歳のお子さんがある。まだお仕事されているが病状は進行してきている</p> <p>IT 企業のお勤めで、ホームページとか作っているような方で、自分で病気のことも調べていると思う</p> <p>抱えているお仕事もたくさんあって、責任感もあってっていうところで、お仕事も最後まできちっとやりたいって思っても、病状もどんどん進んでいく</p> <p>経済的な不安、出てきている</p> <p>奥さんはやっぱり病状を受け入れられない</p> <p>今、ラジカットの点滴をやっている。効果はでていない</p> <p>2 週間点滴で、時間をたくさん取られてしまうっていうところはつらい</p> <p>いろんなものの焦りごとで、生活のなかに焦りもいっぱい出ている</p> <p>いろんな手続きを始めたが、病状の進行を考えると手続きが追い付かない</p> <p>高額医療のお金もまだ返ってこない。金銭面も厳しい</p> <p>医師からの厳しい告知も多くてつらそう</p> <p>どういうふうに話をしあげようかと悩む</p> <p>奥さんが心閉ざしてしまうのではないかと…心配</p> <p>どう言ったらいいかっていうのは、今すごく悩んでいる</p> <p>仕事をどうしてもしたいから、今週は訪問看護をキャンセルしたいと電話いたしたが、昨日、夜、痰が詰まった感じになって、苦しくて眠れなかったっていう情報が他から回ってきて…悩ましい</p> <p>奥さんに電話をして、大丈夫なの？みたいな話をしたが、妻は大ごとだと思っていない。痰が詰まれば死んでしまうのに</p> <p>吸引器を借りとけば安心じゃないかみたいな思いしかないみたいで、これでいいのだろうか</p> <p>吸引器がきても自分ではできないよねって話、電話ではするのだけれど、いっこうに先に進まない</p> <p>患者は、全てを受け入れられていない</p> <p>病気がどんどん進行していく中で、患者もご家族も気持ちが付いていけなくて状態を知りたいらしく、ご本人の親御さんが来る</p> <p>介護を手伝ってもらえるのかなとか、逆に、手伝ってもらうことになっても、こういう家族関係が出来上がるかなとか思う。こんなときに、遠縁にしている親戚が続々とでてくるみたいな</p> <p>患者は若くて、どう支えてあげて、どう声を掛けてあげたら、少しずつでも受け入れて、この先のことを考えられるかなって悩むばかりで…</p> <p>日本 ALS 協会という会を話して行ってもらった。でも他人事だと思っているよう</p> <p>今年の 5 月ぐらいに転んで立ち上がれなくなった時に、はっきりとまた主治医に言われたのに…、治療しなくちゃいけないよってことで、つい最近からラジカットを始めたけど、芳しくなくて</p> <p>本当にこの間の進行がすごく早い</p> <p>進行が早いから、今まだ、痰が 1 回、詰まったかなぐらいだけど、このまま呼吸筋に来て、人工呼吸器だろうなと思う</p> <p>患者も家族も全然、病状に気持ちが追い付けてないだろうなって、追い付けないだろうなっていう</p> <p>もう延命はしないって一度〇〇病院で言っているみたい。子どもは小さいのにそれでいいのかと思う</p> <p>何度も確認していかなきゃと思っている</p> <p>子どもの成長は見たくないのかなと心配になる。でも、経済的なことを考えると延命しないという気持ちもわかる</p> <p>延命っていう言葉だけで簡単に判断したのかもしれない</p> <p>簡単に延命しないなんて言っちゃ駄目なんじゃないっていう年齢だと思う</p> <p>おむつを受け入れてくれただけよかった。ズボンも下ろせないし</p>

入院前までは伝え歩きできていたのに、病院から車椅子で返ってきた
最初に病名を聞いたときは、家が崩壊するって思った
家で一番の働き盛りのお父さんが筋委縮性側索硬化症になってしまって、この先
どうすればいいのか
家族は、疾患の理解や受け入れはできない
呼吸器も胃瘻も全部付けて、本人も生きたいっていう意思と家族も生かしてとい
う意思があれば
結局のところ、介護疲れで家庭が崩壊する
家族を支える法整備がしっかりなってくれればと思う。お金もすごくかかること
だし
実家にお金を借りるとか、大変なことが目に見えて起きる
やっぱり治療はしてあげたい、看護もしてあげたい
何の治療をしても、結局、対症療法にしかない
難病だから、治る治療はない
適切なときに適切な治療っていうけど、進行が早くて気持ちが追い付かない。受
け入れられないうちにどんどん進んじゃって
適切なときに病院に入れてあげたいけど、現実的に本当にそれって可能なのかな
って思う
若い方は進行が早くて、早く TLS に入っちゃう
意思伝達機械を使いこなすのが大変
意思伝達機械は本当に眼球の動きだけで話せる
介護士さんのほうが逆に意思を理解していて…長年、患者に付き合っているって
本当に大事
でも、若い患者に残された時間が長いっていうのはない
若いだけに、そんなに長い時間は残っていない
例えば、どこかに希望っていうものが見えたらいいけど
子どももいるし、妻も一生懸命
こういうことで怒っていますっていうようなクレームめいたこともちゃんと伝え
てくれた
患者本人は、子どものことに気持ちがいけるかっていうと、そこまで実際いけな
いかなって思う。自分のことだけで精いっぱいだと思う
ALS の特徴として意思疎通ができなくても、頭は本当にクリアで辛いだらうなと思
う。認知も伴っているって言っていたけど、高齢の方だと特に認知が進んでいく
若い方だと、もしかしたらそのまま意識クリアなままで進んでいく、病状がって
いう感じかなと思ったりする
小さい子どももいるし、市町村の保健師に入ってもらったほうがいいと言って入
ってもらったけれど、なにもしてくれない
保健師って何をどこまでしてくれるのかなっていうのが今の一番の疑問点です
患者は、パソコンも打ちにくくなってきていてと保健師に相談したら、訪問看護
さんのほうが得意なんじゃないですかって返されちゃって…絶句した
私たちは、福祉について勉強していないから弱いのに、在宅でもたらいまわしに
なっている
保健師が福祉に動いてくれたらいいのにと思う。じゃあ、どこの誰に聞けばいい
のって思う。やっぱり、自分たちで調べないと患者は守れない
リハビリスタッフもいるから、こういう動作が大変になってきた、ご飯、食べる
のに手が上げるのがつらくなってきたら、工夫してくれたりする
呼吸リハと、リハビリスタッフがいることで、どう動いたら、家の中、効率よく
どこに手すり付けようとかか相談できる
電動車椅子をすぐ入れました。病院から帰ってきたときは普通の車いす乗って
いたのです
手の動きですぐ疲れて大変って言っていたから、最初にその言葉だけで判断した
それは、とても喜ばれた。そしたらよく眠れたって…よかった！と思った
症状に合わせて話をすれば割とスムーズに受け入れてくれる
先のことを考えて、こっちが言うことはなかなか受け入れてくれない
タイミングでそれを決めなきゃいけないみたいなところで、迷ってはいけな
いではない
いろんな情報を見て、患者自身も家族を見渡せるとかで判断する。変わったらま
たそれに合わせて、それが 2 点、3 点、5 点と…もっとするかもしれない

家族との信頼関係をまず築く
遠位性のニューロパチーの患者が、色々と講演などの活動をしている
若い方だが電動車椅子で旦那さんが付きっきりで活動している
そういう励みの話を、たまに話す。こういう日々の生活の中にパッと希望を伝える
きれいに化粧もされるけど、旦那さんが全部されている
私は旦那さんがいないと成り立たないみたいな感じで、すごいと思う
そういう意識の徹底をしなければいけないということ
確かに、心さえ負ければってことですよ
看護師の私たち自身も苦しいですよ
妻が諦めきれなくて、食べさせちゃだめだといっているのに食べさせて救急車に乗るはめになった
病院から退院したとき、すでに車椅子なのに立たせて！歩かせて！と妻がいう
お父さん、歩けるよね！立てるよね！と妻がいう。どんなに本人にとってつらいことか…
シャワー浴の対象じゃないのに、ずっとシャワー浴をしていて、訪問入浴を受け入れてくれない
入院して状態が悪化したと家族はいう。進行している状態だから悪化したように見えるだけなのに
入院中、妻が家に連れて帰りたいという。こんなに状態が悪いのに
妻はお金がかかることを心配している
妻が1時間ごとの痰の吸引をしてくれない。ここがまた悲しい
妻にいつても妻は手を抜いてしまう。気持ちはわかるけど…患者の命にかかわるつらい…自分の担当が悪くなるのがわかかっていても何もできないことが
状況が悪化で入院をしているのに、妻がずっと在宅に戻りたいって言っていて殺してしまいそう
今後、呼吸器だったり、胃瘻だったりをどうしていくべきなのかなって話し合っている
私たちのほうが、主治医より患者を見ていることが多い。だから、私たちから、主治医にどういうふうに話を投げ掛けるかがポイント
うちの患者は、当初、呼吸器は付けないって言っていたので、あらためて話し合いとか、そういうタイミングをどうみつけるかっていう話をしている
本人が胃瘻も嫌だ、呼吸器も気切もしたくないって言っていたのに、苦しくなったりすると呼吸は楽にしてほしいって言う訴えがでてくる
患者はお話しをするたびに意見がコロコロ変わる
患者は74歳だったが判断能力が落ちているところもあって、娘はどうしたらいいのかしらっていう感じで悩んだりしている
主治医がどう動きたいのかっていうのが読めない
主治医と連携がうまくいってないところが一番難しい
入院先の主治医が、苦しいから人工呼吸器を付けなきゃかわいそうじゃないって言う。それって、かわいそうとか主治医がいうことですかって思う。患者や妻が決めることでしょ
母親が病気だった。その母親が息子の病気で死にたいって言っていると息子が私たちに話す。死にたいのは息子でしょって思う
主治医は、あまり先の話積極的にしたがない
今、こういう状況ですって主治医に報告はするが、それに対するリアクションがあまりない
夜に急変して呼ばれる
それまでの本人、家族の意思決定と、実際にそうなったときの意思決定が統一されていない。そのときにあたった先生の意味になってしまっている
なぜ予想をしなかった結果になっちゃうのかなと思う。どうしたらよかったんだろうって…今でも思う
最終的に、最初の考えと変わった結果になってしまった
医師どうしの意思が統一されてなかったってところと、本人、家族もその場合になると揺れてしまって、先生に言われたからっていう…後で後悔してもどうにもならない

40代のALSの患者。ラジカットの点滴をしている。通常のラジカットの投与方法ではなく、週に2回、火・金で2パックずつ投与しているが、副作用もあって主治医のかわりに往診にきた先生がそのオーダーで悩んでいて
今後どうしてこうかっていうのに悩んでいるのに、患者が医療従事者である程度、理解できているので、どう話をしたらいいのかと悩んでいる
奥さんが疲れちゃって結局入院して施設行きという患者がいた。
主治医といろいろ話し合いをした結果、気切はしないけどベグを造設したいって
いう方がいた
往診の体制がまだまだ少ないので、在宅医より施設のほうがいいのではないかと
いうことになった
その患者は80代後半の高齢の方で、気切もベグもしたくないと言っているけれど、
も、きっと動けなくなるし苦しくなるし、また気持ちが揺れてきてっていうこ
とは起こるだろうから、今から話し合いを何度もしている
難病は、救急車とかってそんなバタバタするものなんだかなと思うし、静かにお
うちで亡くなるっていうところまで持っていけないのかなっていう気持ちがある
本人の意思と家族の意思とかっていうところが入り交じると、看護師は優先が何
っていうところで悩むってこと
みんなそれぞれいろいろな意見を持っているナースたちなので、意見が違ったり
するときもあるけど、強く言える人が勝ちちゃうところがある
結構、ALSに限らず、病気で今までの家族関係みたいなのが表ざたになるな
って
いうのがある
妻は人工呼吸器がつけたいが介護はあんまり頑張りたくないという
患者と妻の関わり、患者と家族との関わりや、看護師もそれぞれ性格や意見も違
うので関わり方はいい意味でも悪い意味でもそれぞれだと思う。でも、どう方向
性を統一していかうかと考えている
関わり方の統一をしていかうと、空いた時間とかにいろいろ話してはいる
医療と医療で謙遜し合い。向こうも分かっているし、こっちも分かっているみた
いな感じで謙遜する
病院の看護師は、そんなことは分かっていますみたいな感じでいわれることがあ
る。こちらは意思を確認したいという気持ちがある。でも、そこにまだ立ち入れ
ない部分でもある
往診の先生に連絡が取れなくて、結局、高熱と肺炎の症状で救急車を呼ぶしかな
かったってのがすごく残念だった。結局、帰ってこずに亡くなってしまった
自宅で看取るということが可能だったと思うと、先生…みたいな感じがどうし
てもあって、やりきれない感じがある
結局、入院しちゃうと帰れなくなっちゃうケース多いです
もうちょっと細かく私たちも対応していたら、違ったのではないかという思いが
ある。医療者が、ここは問題だったなっていうケースを看護師目線として、こう
いうふうにできたらよかったなっていうのは、すごいポジティブフィードバック
かなと思う
つらい思いなるべくさせたくないのでも早めに対処してあげたほうがと思う。主治
医が話さないのなら看護から話していいものかっていうのもある
ALSは、往診の先生がいて、検査とか入院をするようなバックアップがあるケー
スが多いと思うが、そうやって決めてしまうと、じゃあそちらでというケー
スになる可能性が高い
患者さん自身も、2つバックアップと往診とって持っている、一般的なことは往
診でもいいけど、自分の神経的なことはこっちには言わないでと、病院を使い分
けている人が多い
最初にアドバンスケアを取るときは、ほとんどの方が人工呼吸器は付けない、気
管切開はしないって言う。病状のこれからのこととかもみんな知っているから言
うけど、だんだん症状が進んできて、いざ苦しい、つらい、痰が切れないとかっ
てなってきたときにその気持ちは揺らぐ
最初に取りついていた意思決定の部分を尊重するとなると、苦しくなる前にオビ
オイドを導入して緩和ケアを図るっていうタイミングのところ難しいな
っていつも思う
結局、苦しくなると本人を惑わせるというか、気管切開をしたからこれでよ
かったと一時的に苦痛が取れるからそのときはいいが、そこからさらに地獄を
見ると
みたいな絵図になる経験とか、結構ALSの患者にみる

オピオイドの導入とか、がんとは違ってしづらいじゃない。今は、モルヒネしか認められてない。主治医も呼吸抑制が気になって積極的には導入しない傾向にあると思う。特に在宅だと病院みたいにすぐに対応もできないし。その症状進行と本人の意思決定の揺らぎと、オピオイドの導入ってところのタイミングが難しいなっていつも思う

いよいよ呼吸に症状が出たときというところで、私は早期にオピオイド導入したほうが良いと思っていて、苦しさを覚える前にオピオイドを導入して、まだ1段階、そしてまた1段階進むってなるときにはタイプレーションをどんどんして調整していったほうが良いなと思っていた。でも、在宅っていうのは、そこがちょっと弱いのかなって思うところがある

先生とやりとりとか本人の意思がどういうふうか、揺らいでいるのかとか、今後どういうふうか症状が進んでいくのかとか、その最終段階、呼吸っていうところに症状が来たときに、結構、迷うときが多い

患者が若いので、だからそこで、どういうふうか持っていった方がいいのかすごく悩んでいる

看護婦だからはっきり物を言っちゃって、こういうふうか段階を踏んでいくので、どういうふうか考えたらいいかって言うのを言っちゃって泣いてしまったり本当のことを話しているのに、患者はそれを聞きたくないがために拒否してしまう

点滴を休んでいる間は、看護師はこなくていいと…看護師を点滴する人だと思っている

針とか、漢方とかそういうのに行きたいとか、その状態なので、すごく困っている

患者がALSの集まりに参加して予後だとかいろんな段階の方々が来るので、すごく実感したみたい

ショックもあったけども、先生の説明、私たちの説明、まだそんなに実感はなかったみたいなのね。その会に行くと、情報交換をして、ラジカットの効果だとかもお友達ができてお話しするようになって、途中でラジカットやめました。気切はしないでお亡くなりになった

最初入院した病院が早く患者を手放し過ぎていると感じる

難病指定の申請もできてない状態で帰ってくる

ラジカット1本で2万円いっちゃうので、私たちが何回、入ってもお金は発生しないですよってというような説明もしているが、お仕事をしたいから来ないでほしい、時間が欲しいという

気切だとか、選択、意思決定とかいろいろ経過、出たときに、あと将来的な見通しをいかに説明するかってところが、さっき言ったように難しい

ALSは患者との心との向き合い方がすごく親密になると感じる

ALSは、はっきりとした導入基準はないので本人が苦しいって言ったときとか導入時期だと考えている

若い人が発症しやすい病気の方ほど、予後が短い、だから、余計に何ていった言葉、掛けてあげていいのかなって言うのがすごく悩んでくる

今は仕事がしたいからとか、来なくていいとか、そのぐらいの余裕があるときは元気だと思う

もっと症状が進行して切羽詰まった状態のときとか、もっと段階が進むと、気持ちも変動が激しくなるし、その段階に応じて自分の状況を受け入れざるを得ない状況にもなってくる

状態が悪化すると私たちが言っていることの聞き入れる状況も変わってくるし、時を見てと思う

今は言わないほうが良いタイミングのときは言わないですし、聞いてればいいし、そしたら向こうから心、開いてくるときもあるし、その辺の心の揺れ動きは、この病気の特に経過が長い、だけれども確実に進行していくってところでは難しいところではある

どうしていいか分からないときは何も言わないことにしている

気管切開とか胃瘻の話先生から聞いたのよねと聞くと、先生って情報提供まで終わっている

どうしたいとか、それについてどう思うとか、大事なことを後で看護師は聞くことが多い

先生のお話を聞いてどう思われましたかとか、どのように理解されましたかっていうのを聞いて、さらに補足で付け足して、あなたに選択する権利があるっていうのが正解ではないでしょうか

確かに延命的なペグとか NPP. V は海外的にも延命ではない。それって本人の価値観の中だと思う

本人がどうしたいかっていうところを尊重しますよっていうスタンスで接する

あまり強くは言わない。事実を伝える感じ

発信があるまでは黙る

家族と本人同士で話すと、感情が入り乱れちゃって建設的な話ができなかったりする

それが割と、意思決定を支援する場面になったり、方向性を決めるきっかけになったりとか、それを繰り返してやっていくことで、アドバンスケアプランニングをしていくっていう形が良い

発信がなければ、そういった形で意図的にその場をつくる

患者本人は、不安とかっていう話をしたいのだと思う。話したかったのだと感じるときよくある

今、病状が進行していて今後どうしようって悩んでいる人、本当に、こういうふうに案外、生活をしているとかは本人に話を聞いてもらう

本人も家族も治ると ALS を思っている。治らないのに

先週、話したときに、奥さんが泣きながらまだ治るって言う

治ると思わせておくのは精神的な安定を図るために仕方ないかもしれない

どっちにしろ、進行したら、考えなきゃいけないときはきますから

診断を受けたときに強い衝撃を受けるから、そこでちょっと大変な気持ちになっちゃうと思う

発症して1年ぐらいですが、ここからがスタートだと思っている

急に病状を聞く部分が結構あったみたいで理解ができてなかった部分があったみたいで、すごく心理的なショックが大きい

ここ数日で夜間に痰がらみで呼吸苦があって、急きょ、吸引器を求めてきたっていう感じ

何としても、訪看としてはこのタイミングで入りたい

発症が分かっただけですぐ治療を開始してしまったので、病状説明が全く、ALS っていう診断は付いているが、今後どうなるのぐらいの説明状態

急激に進行してきているが、本人の受け入れがまだ全然追いついてないというような状況で、もう動けない

日中、奥さん働いて1人になるのに、エアマットは使いたくないとか、おむつは嫌だ、パットも嫌だ、じゃあトイレに行けるかっていうと行けないっていう感じ

まだ若い30代の女性。進行はしている。歩けなくなって車いすに移行されて、ラジカットの点滴をやっている。その方は自分でしっかり今後のこととかもご主人と一緒に考えているけれども、本当にその状態になったらどうなるかねっていうところはみんなで言っている

40 ちょっとの若い男性で、もう呼吸器に乗っている。先は短い

70 代の女性で、呼吸器に乗っている。よく事務所の中でテーマに出るのは、ご本人は呼吸器に乗ることは希望してなかったのに、ご主人が希望で、結局、乗ってしまったということ

多分、ご主人も、そういう今後のこととか、介護の長さとか全然、想像できなくて、生きていてほしいって思いで多分乗ってしまったのだと思う。ご主人のストレスがものすごく奥様がつかう

介護者も血糖コントロールが結構うまくいかなくて、だんだん高血糖になってくるので、それに伴ってぼんやりすることが増えていて心配

人工呼吸器も、湿気が多くて水がたまればそれもイライラの原因になっている

訪問のなかのヘルパーと一緒に入っていることが多い。そこにクレームをワーって言う。それをご本人さまは聞いていて分かっているんで、多分つらいと思う

レッツチャットを使ってコミュニケーションが取れているが、いつもいうことは同じ

医師たちも対応が難しくなっている

私たちが直接、薬の調整はできるわけではないことが、いつも困難にぶつかる

みんな人工呼吸器を導入するときは生きていてほしいと思うけど、いざ介護生活になるとっていうところが、きっと誰もあるだろうなって思う

24 時間、365 日介護だから、それは大変なことだと思う
中年の方だったんですけど、結局、最後まで大好きなせんべいを食べながら、気切もせず何もせずに亡くなった。そういう生き方もある
家族といろいろ話をしているが、そうだよねっていうふうには時間
がなさすぎる
私たちが言葉選ばなきゃとか、顔色一つできっと分かっちゃうだろうとか、なかなか対応の仕方がそれぞれなのかなと思ったりする
先の明るい病気ではないので、どうやって QOL を上げていくっていうか、持っていく方もすごく悩ましい。患者と 2 人いろんな話をしながら、少しでも気持ちが明るくなれると思う
やっぱり患者には正直には話さないといけない
サービスを提供する側のアプローチがちょっとずれていると、実際、今それがピンポイントなのかしらと悩んでしまうときがある
特に一番重きを置くのが今この人のためにいいのかしらと、苦痛の緩和になるのかしらということ
がんの患者の家族にはなかなか説明がいてないっていうか、いけない
医師を含めてもう一回 IC してもらおうと良いと思う
退院時、病院から呼んでもらえるようになって、どこでどういう IC がされていたのかって確認はできて入った方が 1 人。まだ若かったかな、その方も 40 代ぐらい
家族が急きょ、入院になっちゃったときに本人の受け入れ先がなかった
全部、家のもの持ってきてくださいになって
入院先をまず探すところをケアマネと一緒に、いろんなところに連絡を取って
今までレスパイトで使ってみたことがある所に連絡しても、今いっぱいですって断られちゃった
老老介護の方も、もしかしたら介護者が倒れるっていうリスクはある。そうなったらどうするみたいな話もする
若い患者はネットで本当によく調べている。私たちよりも知ってビックリする
本当に苦しくなったら、そこで気切っていう選択肢も入ってくる
せかすようなタイミングじゃ駄目だし、遅すぎてもダメだし
体調が悪くて機嫌が悪かったりする
私たちが意思決定じゃなくて、主治医に往診でやっていただきたいなってすごく思う
看護師としてっていうよりも人間として聞いていて、なんでそこまでして生きないといけないんだろうってどうしても。私だったら、早く死なしてくれよって思う
兄をがんで最近亡くしたら、すごく迷った。苦しかったけど、セデーションかけたりすることに迷いが出た。これが家族の気持ちなのかと思った。それまでは全然考えられていなかった
最初に取りっていた意思決定の部分を尊重するってなると、苦しくなる前にオピオイドを導入して緩和ケアを図るっていうタイミングのところ難しいなっていつも思っている
結局、苦しくなるから本人を惑わせるっていうか、最終的に気管切開をしたからこれでよかった、一時的に苦痛が取れるからそのときはいいですけど、そこからさらに地獄を見る、みたいな絵図になる経験がある
本当、オピオイドの導入、がんとか違ってしづらい。モルヒネしか今、認められてないから、呼吸抑制とか先生も気になって、積極的に導入しない傾向にあるなど、特に在宅だと
病院みたいにすぐに対応もできないし。その症状進行と、本人の意思決定の揺らぎと。オピオイドの導入ってところのタイミング、その辺が難しいなっていつも思っている
本当にだんだん体が硬くなってくる
睡眠がすごい短くなってくる。夜中の 3 時に起きて永遠とずっと起きていて、いつも寝不足状態と本人が話す
いつもだるい、倦怠感がある
点滴しても効果がないと思いつながら行っている
看護師として葛藤というか、切なくなる

自宅で見るのがだんだん大変になって、入院してしまうっていう流れがある。退院してくるときって、家族の方も本人も家に帰りたいていうが 24 時間、休みなく続くと、やはり厳しい
意思をくみ取るのにすごく時間がかかってしまう
家族もすごく疲労している
介護の問題がすごく大きい
本人と家族のけんかについていうか、本人は頑張ってる家になりたいというけど、家族は疲れて限界かなと
退院して早々にそんな感じになった
私たちは、どうくみ取ってあげたらいいだろうと思う
家族のフォローも大変だ
看護師にすごく意見を求められてもどうお話ししていいやら、どうっていうのがすごく悩んだ
ALS の患者は情報収集がすごく上手である
私じゃなくて違う人に訪問をお願いしたいみたいな、もう行きたくない感じになることもある
足が冷たく四肢冷感著明とかなってくるので、足浴とかをそこでやってきたほうがいいのかとか、そういうリハと一緒に患者さんのことをいろいろ考えたりする
リハのときは言うけど看護のときは言っていないとか、知らない情報とかがあるので、お互いに共有できる部分はいい

認知症患者
の看護

家族に介助方法指導するときに、全員の言っていることがばらばらにならないようにする
私たちは違う事業所で仕事しているし動いているから、電話かけ合っても空振りだ、じゃ、今度向こうがいなくて、今度はこっちがいなくてっていうこともある
例えば、発作が起きたらこういう薬を使うとか、こういうときはこうするって家族が決めているので、そのとおりにやっている
診断されていないけど絶対に認知症だよなっていう人が結構、多い
診断されていない人のほうが多いかもしれない
診断されてちゃんとお薬飲んで治療している人のほうが少ない
80 代女性の 1 人暮らし、結婚もしたことない、身寄りもみんなお亡くなりになっちゃってただ 1 人、ハウスに 1 人で入所、マンション型に住んでいる
血圧も測らせてくれない、失禁もしている、お風呂に何年も入っていない
最近、デイでもお風呂に入らないし、自宅のお風呂も倉庫化していてクモの巣だらけでどうなっているのか
週に 1 回で依頼があったが、顔を覚えてもらうために週 2 回訪問した。血圧も拒否でバイタルも測れない
看護婦っぽい格好ではなくてラフな格好に変えて、友達ですぐそばを通ったからとか、また来たよとか、わざと下の名前を呼んだりとかして入ったりする
血圧が測れるようになり、温かいおしぼりでちょっと目やにが付いているから拭きましようというところから顔を拭かせてくれるようになって、今度はお風呂にチャレンジ
怒らすと、たんすから寝ている刀が出てきて、これで死んでやるとか、そのマンションの 10 階から飛び降りてやるとか脅されながらやっている
あるとき、下着も着替えも全然できなかったのに、背中だけ拭かせてくれるようになり、ちょっとずつ洋服も着替えられるようになった
あるときたんすの中も、全部きれいなオムツが積み重なっていた。勝負服みたいなレースの肌着が出てきて、いいのあるじゃないですかって言ったら、それ昔、着ていたのよと言って着てくれるようになり、お金を持っている方だったので、ヘルパーさんにおしゃれなひらひらレースのセクシーな下着を 80 代女性に着けてもらって…昔を思い出してもらおうとか
ちょうどトイレに入っているところから洗面所に入浴に連れて行って、脱がした 1 回目は、見せ物にしてとかすごいかんかんに怒られた
びしゃびしゃに濡れながら何とかお風呂に入って、ちくしょうとか言いながらガンガンたたかれながら入った後、最後に「ありがとう」って言うてみたり
月 1 回、お風呂に入れたらいいねっていうぐらいから、今は毎週入れている

毎週、お風呂に入れたきっかけは男性職員だった。意外だったの。その男性職員にニコニコ、あんた名前、何ていうのって、患者がいう。色ボケが入っていたアルツハイマー型の認知症だったみたいで

乳房の裏が軽石でこすっているみたいに化石化しちゃっていた

せっかくいい薬を先生が出してくれても、家族が調整しちゃって内服できていない

結構、夜に大騒ぎして、夜中の1時、2時、3時、4時でも、ああとか言いながら動き回っている声がする中で、息子が殺してもいいですかって。ちょっと待ってみたいな…なんで薬やめちゃうのよ、それはちょっと僕的にはとか言って、そんなこと言っているから治らないのよみたいな…1年ぐらい殺すだの死ぬだの、家庭崩壊するなど思っていた

すごい妄想、せん妄、見えない子どもがいたりとかある

夫婦そろって認知とか、困る

夫婦ともに認知症ですけど、最初ご主人が認知症で、2人暮らしで、奥さんはしっかりしていたんですけど、奥さんの認知が進んできて

ご主人が認知症で、訪問したら最初から探し物から始まる。セットするためのお薬を探したりして。今度お薬なくなるから受診してもらわないといけないけど保険証がない、診察券がないとか、もう医療保険証は今度3回目を交付してもらいました。家のどこかにあると思うけど見つからなくて

2人の夫婦関係がもともと、短気な人で暴力があった

奥さんが積極的にご主人の認知症でお薬、飲めないことに関わろうとしないというか、ご主人が触らせない、自分のことは自分でというところがあるけど、受診に付いていってもらえるのも、お父さん1人で行けるからみたいな感じで過小評価する

訪問と訪問の間に何が起きているか分からない

奥さんに聞いても分からない。すべて忘れてしまっている

主に関わっていた長男も、最近は来なくなっちゃったみたいな

認知症は多くなった。まだ1人、門前払いで困っているかな

軒先訪問とかない？こんな感じで、ちょっと開けてよみたいな。きょうは駄目でした、入れませんでしたって

小窓から手を出してもらって血圧を測らせていただくみたいな

がんのフェントスとかも、毎日じゃなくて3日に1度、貼り替えればいいというものもあるから、認知症で支援の軽い人でも薬は飲んでくれない、ヘルパーとか内服で入ってもらったりする

フェントスが洋服に貼ってあったりする。なんのシール？みたいな麻薬なのにこれ効いているの？みたいな、効いているわけがないけどシップ貼っておこうよみたいな

駄目だ。出されても貼れない人いる

内服で麻薬がいても内服もしないでしょうし、難しい

服薬管理というのが独居で認知症があると難しいというかできないというか、主治医はわかっているのかと思う

ごっそり隠している人もいる。こんなに隠していたのって一回、見つけてびっくりしたときがあった。飲んでいたではなく隠していたか…みたいな

看護が毎日、午前午後で入っているのと、ヘルパーさんが朝昼晩で入って、往診も入ってみたいな

旦那さんは難病みたいのがあって、旦那さんはもともと医療で入っていたけど、旦那さんはすごいしっかりしていたのに、それが見る見るうちに同じぐらいまで来ちゃって、一番、危なかったのが、窒息しそうになっているのに俺は食べるって…

私が吸引しているそばから、水を飲むからとかやっているから、ちょっと待って水を飲む前に救急車に乗ってみたいな…

訪問介護が入るといのは安否確認が一番だけど、この間は、患者が生肉を食べて死にそうになった

窒息はもう2回ぐらいやっている

ストーブも、灯油を入れるところにお湯を入れたりとか

ポリタンクが少し下のほうにあると、火を付けたティッシュを入れようとする

息子がわざわざ近くに引っ越してきてくれたけど、再婚して子どもがまだ2歳ぐらいで小さくて、ちょっと子どもがみたいな…親より子どもが優先

旦那さんじゃなくお母さんが徘徊するから、みんなで、あちこちで拾って連れて帰ってきたりとか
お金は配っちゃやし、旦那さんに買って来た食材みんな配っちゃう
その人の家庭のニーズに合わせて、内服の飲み方の変更を依頼する
もともとの性格も頑固な方で、高齢夫婦2人で住んでいらっしゃった方がいた。その方は訪問に行っても夫婦で口げんか、そのうち物を投げ始めたりとかというの
もあって、ご家族もなかなかお仕事をされているのでその場にいるというのは難
しくて、最終的には病院を紹介して入院という形になった
物を投げたり、けんかをされちゃうと抑えようがなくて、そういうときは厳しい
と思う。自分たちの身の安全を守るほうが大切だし、2人しかいないお宅に入っ
ていけないといけなくて
ご夫婦ともに認知症で旦那さんのほうが認知症は進んでいる。娘さんは熱心で、
ケアマネさんとも連絡を取っているっていう方だが、訪問したらいないという
のが何回も続いていて
探しに行くところから始まるので、30分の訪問看護になっているのに、いないか
ら探さなきゃいけないという
カレンダーに書いても本人はわからない
家族の方も結局、仕事があるから、ほぼ野放し状態な感じというのが実情
インスリンは打てませんという。薬でも飲めないのに
昼にご飯前に必ず行くよとは言っているのに、ご飯を早く食べちゃったからと
か、庭仕事に行っちゃう…本当に訪問看護が必要なのかと思う
インスリンを間違えて低血糖を起こすより、飲み薬のみで対応する。それが飲め
なければ、それはその人の人生のなかのなりたいなと思う。そういうのも先生に言
っていかないといけな気がする
看護が入ったからといって改善できるところは限界があると感じる
訪問に伺ったら興奮とか…でも仕方ないかなって思う
本人の状態と予後的なところとパーソナリティと治療方針が一致していない
どこまで本人にその治療をしてもらうかを、判断能力がないのであれば、家族と
主治医で話し合ってもらって、必ずしも積極的にいろいろやっていかなくてもいい
のではないかなと思う
家族の理解が一番大事。認知症という病気に対する理解が進んでないと、適切に
対応していただけない
理解が足りな過ぎて放置し過ぎちゃうとか、家族の情報提供とか指導教育的など
ところで、認知症の理解って他の病気よりも分かりづらいのではないかなって思う
どうしても精神面というところがメインに出ちゃうから、がんとかよりも介護と
かも長期化しやすい
見ている人がもう少し理解できたら、在宅療養ももっと円滑なんじゃないかなと
思うケースが結構ある
家族があつてのことだけど、長期化する
終わりが無い介護ってまさしく認知症だよな
時間的に拘束されちゃうと、結構きついなと思うときはある
痛いだけじゃないしね。痛いと言われると痛いかもしれないけど。見たところ
で、けががあるわけじゃないし、それを抑圧していくわけにもいかないし
家族ケアも大事だと思う
祖母が10年前に認知症で徘徊していた。デイサービスに週5ぐらいで通わせて、
昼夜逆転でよく旦那が迎えに来るからとか言っただけで外に出て…自分たちの生活もあ
るしって本当に思った
訪問させてもらうときにいらっしゃらなかつたりとかっていうのは結構あつたり
する。その前に電話して、今から訪問しますって一報を入れたりとかしている
幻視とかがあつていろんな人が家に来たとかっていう訴えとか、物を取られてしま
ったっていう物取られ妄想とかある患者さんもいらっしゃる
薬のカレンダーを設置していたけど、その薬のカレンダーもどこかにいってしま
つたり
管理が難しかったりとか、息子さんがファイルをひもでくくって、その薬をフ
ァイルに入れてくださり、いろいろ策は練ってくださったけど、それもどこかへ行
ってしまったりする
薬の管理のフォローというのが認知症の方には必要なのかなかと思ったり

1日1回にしてほしいですね、認知症の人は一本化で。すごい最小限にしてほしい

服錠を見ていると、こんな薬いるのかというものがある

この認知症の患者にコレステロールの薬とか要らないでしょって思う

お薬の副作用でそうになっているかもしれない。重ね飲みがいけないのかもしれない。先生を信用しないわけじゃないけど

先生にも意識付けという意味でいったら、看護師からも難しくなったといわないといけない

ポリファーマシーもトピックに挙がっている

認知症の人に減量していくと、先生のところにポイント入りますよ、みたいのはどうだろう

眠剤とかを含む薬剤のポリファーマシーの効果を、薬剤を5錠ぐらい減らすと薬剤管理料が入る

ポリファーマシーの基準だと、相当、飲んじゃっていることで影響があるからということだと思う

やっぱり放つ空気がどよんとしていると、なんか知らないけど絶対に失敗する

認知症の方って、社会的な役割が減ってきて、その喪失感で症状が悪化したり、それが機で発症したりとかもある

訪問前に来たときに、あと5分ぐらいで着きますってときに、訪問前に電話とか認知症は基本、意味ないから、直前ぐらいになったら、この前はありがとうございます、トイレ貸していただいてって言って入る

今ちょうどおうちの前、通ってちょっと顔、見せてもらっていい？って、知り合いのおばさんみたいに話して、その人の尊重する姿勢を持っているんだけど、ちょっとフレンドリーシップの感じも持たせつつ、警戒させない雰囲気づくりっていうのがうまくいく

マスク取っていますね。訪問前にマスク取って、マスクしてないとしてないで、何回か行って、してるときの失敗率が激しくて、えたいが知れないっていうのはあれなのかなって、名札とかも外しています、かしこまるじゃないですか、この辺

がちりユニホームとかスーツとかだと、スーツの人とかにめちゃくちゃ怒っていた

認知症になるとわからなくなるから、たぶん何者なんだろうと思っちゃうのよね。警戒しちゃう

崩しみたいのが工夫として必要なのかな

それだったら結果的に必要なケアが受けられて、嫌な思いをしないというところが、限られた30分というところではゴールかなみたいな

その日その日の関わりになっちゃうし、どうしても。継続的にか信頼関係ってどうしても難しい

この成功体験をスタッフと共有して、失敗しちゃったスタッフとかにこういうやり方、良かったよとかを伝授しながら、いろいろ工夫していくみたいなのは、とても効果的

どうしても怒っている時は、あまり関わらず、すぐ撤退

その人も必死というか落ち着くのがかなり時間かかるから

怒り出す人はいる。私もそのときは無理だと思って撤退する。何、言っても多分無理

かみつくし、たたくし、なんか飛んでくるし

息子さんと2人暮らしの90歳代のおばあちゃん、定期訪問に行ったが、興奮してる状態で、バイタル測ろうとしたら何するみたいな感じだった

九州がご実家で、だから飛行機で私は帰るんだよと荷造りを一生懸命していて、息子さんも、何、言ってんだよ、いつもそんなことばっか服、出してってすごく怒ってて、そんな場に私、登場しちゃってどうしようと思ってしまった

息さんが銀行かなんかに行きたいと言っていたので、離れたほうがいいかなと思って、私がいますので行ってきてくださいって言って、行ってもらって、お母さんのほうにはゆっくり話を聞いて

荷造りあんたも手伝ってちょうだい、それを入れてちょうだいって言うから、どうしようと思いつつ一緒に荷造りをして、興奮しちゃっているから一回、外に行って、飛行機がそこに来るはずだから見に行きましょうって言って、飛行機、来ませんねって言いながら外で座っていた

そうしたら、疲れたからきょう行くはやめようって言ってくれたからよかったと思っただけ、その興奮が夜とかで、すごく続いたら、自分はどうしてよかったのかな、分からなかったかなって
対応がうまくいけばいいけど、興奮が収まらないときとかどうしたらよかったんだろうなっていう思いが残る
そのぐらいだったら息子さんはいつものことですよみたいな感じ。ある程度ご家族は慣れていて
怒ったりはしているけど身体的な虐待とかにまでは発展していないので、まるっきり2人暮らしなので
家族のフォローも相当大変そう
うちはレビー小体の患者ですけど、物取り妄想が多い妻を夫は静かに見ているんですよ
相当、攻撃するらしい。夫が取ったって。夫は一言も言わないの
浮気しているだろうとかいろいろ…幻覚と幻視の攻撃か夫にいつている。夫が好きなんだと思う
時々乱暴になるけど、そういう高まった感情が夫になくて、逆に旦那さんが心配だから薬も飲めよって言って素直に飲んでた時期は越えちゃって、言われたくない、聞きたくないっていう。だから薬も実は飲んでなくて、多分、症状、進んでいるんじゃないかなっていうところですよ
いいときを知っているだけに、そんなになってないときをね
患者さんの彼女が越えられなかったときに連絡してくる。訪看とケアマネに報告してくる
ケアマネさんはそれで行ったりとかして、そこがあるので今はまだ持っているかな
うんうんって電話越しなので大人になれるじゃないですか
足をヘビがかみつきにくる、あとおはやし隊も毎日やってくる
彼女にはそれが見える。見ているのは娘さん1人で、ヘビとかおはやし隊に娘さんは参っちゃって、そんなものは来ないよって否定を初めはしていたんですけど、否定すると余計、良くないということを伝えながら、でも来る日と来ない日があって
認知症っていうだけで、なんの認知症だろうって娘さんはいつも頭を痛めているけど怖くて精神科には連れて行けないっていう
どの時点で精神科受診を勧めたほうがいいのかっていうことを、いつも話し合いそこへ受診に行く、行かないって、結局は家族の判断だと思う
どう勧めていいかが私たちもよく分からなくて、私たちは勝手に言えない
看板上に精神科って書いてある所は行きにくいじゃないですか
薬の飲み合わせも結構あるみたいですよ
他の先生には言いにくいですよ
でも言えなかったら患者さんが結局は困るのではないかと考えると、そこはこちらがうまくやっていかないといけないところなのかな。でもそのうまくよく分からない
受診が大変になってきたからって言って、〇〇クリニックさんとかの往診につなげていくと、そっちにつながるかもしれない
通院っていう状態だったら通院が困難になってきたので在宅専門の先生についていう方向で話をもっていくとつながりそうな気がする
頑張ってる人だったけど、急に無表情とかそういう反応が乏しくなってきた、鬱ほどじゃないですけど、認知症が進んだんじゃないかみたいな感じで先生は思っていて薬を出した、2種類ぐらい。そうしたら余計、動かなくなって、今度はよだれとか垂らすようになって、ますます症状がひどくなった
奥さんが、お薬、始めてからひどくなっているんだけどみたくて、そうしたら夕方と寝る前に飲んでる薬、どっちかを最初にやめたんですよ
やっぱり反応が乏しくて、よだれは垂らす、表情も硬くなって、私たちが的には本当は専門家に見せて薬、出したほうがよかったよねってみんなで言っていた
薬の飲み合わせが悪いと余計、症状が悪くなる。最初にどこかの先生に相談するなり何なりして、それから出したほうがよかったんじゃないかって思う
家の人も薬、飲んだからおかしくなったよねみたくて、確かにそのタイミングと顔末だったんですけど、最終的には老衰ですよみたいな感じで、えっ、みたいな感じだった

本当は顔末で、えっ、みたいなの。最初はおとなしい人たちだけど意外にしゃべってって感じの人がそういうふうになったから、認知症、進んだんじゃないかなみたいなの。でも最終的に病名は結局、老衰みたいになっていて
私たちは診断できないし、判断はしていいんだろうけどなかなか言葉は難しいじゃないですか。だからそう思うなら電話しますみたいな
取りあえずアプローチする、危険信号を発すると家族が出てくる
奥さんが見かねて、もうどっちも飲ませてないわって最終的にはなったんですけど、その辺がね
誤嚥しそうですよね
認知症、増えている感覚がある
認知症のこういう治療薬って1回、飛ばしたのが致命的というところも正直あるじゃないですか。なかなか介入できない
先生の言う物言いも、客観的じゃないじゃない
先生はプライドが高過ぎる。こっちが、もの申してるみたいで言いづらいなど。それ違うんじゃないのって思っただけでもない
家族の方から言ってもらくと、今度、家族の方と先生との関係があまりよろしくなくなってる
先生的には、受け入れてくれる先生と、自分の概念を貫く先生といろいろいる
結局、患者さんが家で疼痛コントロールが付かずに苦しむっていうパターン
在宅で支えたかったけど、結局、疼痛コントロールで一時入院とか、そういうのが相次いでおりました。医師とのうまく、苦手だから余計に細かい報告もなくなってしまっていていっているところ
落ちたら、ADLも病状も下がるじゃないですか、緊急的に。なので、それに追い付けない現状がある
この人が来てもらってもいいけど、この人に来てもらうんだったら、もう訪問看護はやめますみたいな、本当にそんなパターンもあるの
いい人悪い人じゃなくて、合う合わないっていうのも
ここまで来て我慢する必要はないので、どんどん私は替えるんですけど
患者さんで、少しちょっと暴力的になりつつあるような、今までの優しいお父さんが豹変しちゃうような人とかもみる
結構すぐ電話すれば、先生が対応してくださるし。あと、毎朝 Skype、毎朝でもないか、何か気になる方がいたら Skype で、その場で先生と状況報告して顔と顔ですね。やっぱり
顔の連携ですね、やっぱり最終的には。コミュニケーションって大事
本当に困っているっていうのも、こっちで親身になって伝えていて、何とかしてあげたいっていう思いを伝えたりとか
結局1人の方は、私が訪問行ったときに、奥さんの髪の毛をつかんで離さなくなっちゃって
やっぱり、行けるメンバーも少なくなる
結構お母さんって、子どもに対してやり方っていうか、こだわりがある方が多くなって。そのやり方を、統一したやり方ができるとなると、決まったスタッフしか行けなくなった
その限られたスタッフ、大体2人ぐらいで回していることが多い
他の人がその状況を知らないとか相談もできなかつたり。その行ってるスタッフだけで、どうなんだろうねって話しして、なかなか問題解決できなかつたり
お母さんも子どものケアとか介護でもう大変で、そういう相談する気持ちの余裕もない
お母さんのやり方もあるから変えられないっていうところ。結構そういうところで、私たちも、どうしたらもうちょっと良くなるかねっていうのは、日頃から悩んでやっている
他のステーションも一緒に入ってるので、その連携っていうのがなかなか取れなくて
結局は、お母さんがどっちのステーションにも同じやり方で指導してっていう感じにはなるんですけど。もう一つのステーションのほうがどうやっているのかなんてのは、私たち状況が分からなくてっていう感じ
ステーション内の情報共有とかなかなかできない
お母さんに休息を取らせたいので、ちょっと実家に帰るんです。ちょっと休憩取りに行ったり、駐車場に行ったりするんです

医療的ケア
児の看護

お母さんとも話しする時間がそんなに長く取れなくて、1人でその子どもを見てる今はりハビリだけで、気管切開してる子ぐらいなんですけど
呼吸器付けてるお子さんいらっしゃって。お母さんは1人だけれど、きょうだいがいったりとかする
医療的行為が必要な子どもさんだけじゃなくって、他のきょうだいの分の学校の行事だったりに参加したいじゃないですか。そうすると、そのお母さんやお父さんを参加させるために、お留守番してるっていうことが多い
お母さんに結局、分かんないことがあると、電話をしたりとかすることになってしまうので、先ほどおっしゃったように、どうしても慣れてる看護師が行くようになっちゃって
3人ぐらいで毎回、代わり番こに行ったりとか。お母さんも、やっぱり大事なお子さんなので、高齢者と違って命懸けで守りたいわけで
そういう重症児を抱えていらっしゃるお母さん同士って結構、団結力があって、すごいこだわりっていうか、自分たちのやり方っていうののしっかり持っていて
意外とお母さんたちが強かったりするんで、こっちがいくら提供しても、それをすっと受け入れてくださる方が少ないところもあるのかなって
小児科の先生も、きっとご苦労なさっているんだろうなっていうのは、常日頃思っていて
お母さんたちも必死なんだよねと思いながら、自分たちだって自分の子どもがそうであれば、そうだろうねっていうの思うんですけども
なかなか、たかが看護師っていう感じで、私のやり方はこうだからって言われちゃうと、そうですよねって

セミナーに 対する意見	この時間内だと、自分たちの苦痛を共有し合うぐらいで終わっちゃう 私、訪問看護師なんですけど、訪問看護同士のこういう意見交換の場はないですよ お互いに訪問看護同士じゃないと分かんないですよ 皆さん本当に一生懸命議論されて、こういう皆さんに支えられて、意思決定とか患者さんを支えられてるんだなと思って、感謝しかない
----------------	--

* 語られた内容をできるだけそのままを記述している。

参考文献一覽

欧文文献

单行本

- David Little (1991) *Learner Autonomy 1: Definitions, Issues and Problems.*
- Donald E Super, (1980) A life-span, life-space approach to career development, 16(3), pp. 282-298, *Journal of Vocational Behavior*,
- Henri Holec (1981) *Autonomy and foreign language learning.* Oxford: Pergamon. [First published 1979, Strasbourg: Council of Europe.
- Lynn McDonald, ed. (2010) *The Collected Works of Florence Nightingale*, 19 (5), pp. 721-740, *Women s History Review*,
- Malcolm S Knowles, (1988) *The modern practice of adult education*, p. 7, p. 17, p. 187, pp. 82-118, pp. 66-216, Cambridge Book Co; Revised.

論文

- Angélica Mônica Andrade, Kênia Lara Silva, Clarissa Terenzi Seixas, Patrícia Pinto Braga (2016) Nursing practice in home care: an integrative literature review, *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 210-219.
- Billings DM, Rowles CJ, (2001) Development of continuing nursing education offerings for the World Wide Web, *Journal of continuing*

education in nursing, 32, pp. 107-113.

• Charles H. Judd, (1928) Adult Education, American Journal of Nursing, 28(7), p.654.

• Dorin L, Turner S, Beckmann L, et al. (2014) Which need characteristics in fluence healthcare service utilization in home care arrangements in Germany?, BMC Health Serv Res, 14, p.233.

• D M Billings, C J Rowles, (2001) Development of continuing nursing education offerings for the World Wide Web, Journal of continuing education in nursing, 32, pp. 107-113.

• Glajchen M , Bookbinder M, (2001) Knowledge and Perceived Competence of Home Care Nurses in Pain Management:A National Survey, J Pain Symptom Manage, 21(4), pp. 307-316.

• Jérôme Ouellet, Joséphine Mukamurera (2017) How Can Employers Supp. ort Home Care Nurses' Continuing Education and Nursing Professional Development at Workplace? Results of a Canadian Qualitative Survey, Recherche en soins infirmiers, 131, pp. 29-40.

• Kirstin Manges , Jill Scott-Cawiezell , Marcia M Ward (2016) Maximizing Team Performance: The Critical Role of the Nurse Leader, Nursing Forum an independent voice for Nursing, pp. 21-29.

• Roberta Heale , Patti Dickieson, Lorraine Carter, Elizabeth F Wenghofer (2014) Nurse practitioners' perceptions of interprofessional team functioning with implications for

nurse managers, *Journal Nursing Management*, pp. 924-930.

• Rouleau G, Gagnon M, Côté J, Payne-Gagnon J, Hudson E ,
Dubois

C, Picasso J, (2019) Effects of E-Learning in a Continuing
Education Context on Nursing Care: Systematic Review of
Systematic

Qualitative, Quantitative, and Mixed-Studies Reviews,
Journal of

Medical Internet Research, 21, pp. 1-19.

• Titilayo Olufunke Oshodi 1, Benjamin Bruneau 2, Rachel
Crockett 3, Francia Kinchington 4, Shoba Nayar 2, Elizabeth
West (2019) Registered nurses' perceptions and experiences of
autonomy: a descriptive phenomenological study, *BMC Nursing*,
pp. 2-14.

• Vagnára Ribeiro da Silva, Luciane de Souza Velasque, &
Teresa

Tonini, (2017) Job satisfaction in an oncology nursing team
Revista Brasileira de Enfermagem, 70, pp. 988-995.

• Yuriko Fujino, Michiko Tanaka, Yoshikazu Yonemitsu, Rieko
Kawamoto (2014) The Relationship Between Characteristics of
Nursing Performance and Years of Experience in Nurses With
High Emotional Intelligence, *International journal of nursing
practice*, 21, pp. 876-881.

和文文献

単行本

• 秋元典子 (2020) 看護の約束, p. 97, 株式会社ライフサポート社, 神奈川.

- ・秋山正子（2011）在宅ケアのつながる力， p. 25， 医学書院， 東京.
- ・薄井坦子（2019）科学的看護論第3版， p. 155， 日本看護協会出版会， 東京.
- ・Edgar H Schein, (2003) Career Anchors and Career Survival
キャリア・アンカー， pp. 21-23， 白桃書房， 東京.
- ・Erik Homburger Erikson, 村瀬孝雄・近藤邦夫訳（1989）ライフサイクル
ル， その完結， pp. 87-95， みすず書房， 東京.
- ・大関和子（1988）派出看護婦心得 近代日本看護名著集成第7巻， p. 4， 大
空社， 東京.
- ・Karl-Otto Apel, 竹市明弘編（1985）現代哲学の根本問題：分析哲学の
根本問題， p. 26， 晃洋書房， 京都.
- ・亀井美知子（1997）近代日本看護史， p. 96， ドメス出版， 東京.
- ・Garrard Judith 安部陽子訳（2012）Health science literature
review made easy third edition, pp. 14-15, 医学書院， 東京.
- ・川越博美・山崎摩耶・佐藤美穂子編集（2005）最新 訪問看護研修テキスト
ステップ1-②， pp. 43-214， 日本看護協会出版会， 東京.
- ・川原加代子他（2017）在宅看護論第5版， p. 98， 医学書院， 東京.
- ・川淵孝一（2005）日本の医療が危ない， p. 95， ちくま新書， 東京.
- ・看護史研究会著（1983）派出看護婦の歴史， p. 1， 勁草書房， 東京.
- ・日下修一（2014）日本の看護のあゆみー歴史をつくるあなたへ， pp.
130-131， 日本看護協会出版会， 東京.
- ・グレッグ美鈴・池西悦子（2012）看護教育学 看護を学ぶ自分と向き合
う， pp. 17-21， 南江堂， 東京.
- ・厚生労働統計協会（2020）厚生の指標 国民衛生の動向 2020/2021， pp.
11-27， 東京.
- ・佐藤みつ子・宇佐美千恵子・青木康子（2018）看護教育における授業設
計， p. 89， 医学書院， 東京.

- ・茂野香おる・吉岡京子・林千冬・益加代子・玉田雅美・岩本里織・柳澤理子・大野かおり（2020）基礎看護学看護学概論， p. 231， 医学書院， 東京．
- ・島内節・内田陽子（2015）在宅におけるエンド・オブ・ライフケア—看護者が知っておくべき基礎知識—， pp. 3-10， ミネルヴァ書房， 東京．
- ・John Dewey（1998）Experience and Education： <<http://ruby.fgcu.edu/Courses/ndemers/Colloquium/ExperienceEducationDewey.pdf>> Kapp. a Delta Pi; Anniversary 版， 市村尚久訳（2017）経験と教育， p. 43， 講談社， 東京．
- ・Jean Lave & Etienne Wenger， 佐伯胖訳（1993）Situated Learning legitimate peripheral participation 状況に埋め込まれた学習， p. 7, p. 80， 産業図書， 東京．
- ・鈴木敏恵（2016）ポートフォリオとプロジェクト学習， pp. 2-21， 医学書院， 東京．
- ・茂野香おる・吉岡京子・林千冬・益加代子・玉田雅美・岩本里織・柳澤理子・大野かおり（2020）基礎看護学看護学概論， p. 231， 医学書院， 東京．
- ・谷内篤博（2007）働く意味とキャリア形成働く意味とキャリア形成， pp. 1-28， 勁草書房， 東京．
- ・田村一郎（1989）ドイツ観念論における「自律思想」の展開， p. 61， 北海道大学図書館会， 北海道．
- ・Charles A. Rapp., Richard J. Goscha, 田中英樹監訳（2014）The Strengths Model A Recovery Oriented Approach to Mental Health Services ストレングスモデル リカバリー志向の精神保健福祉サービス， p. 45， 金剛出版， 東京．
- ・Donald Alan Schön, -The Reflective Practitioner_ How Professionals Think In Action-Basic Books (1984).pdf, 柳沢昌一・三輪建二監訳（2007）『省察的実践とは何か——プロフェッシ

- ヨナルの行為と思考』, pp. 1-440, 鳳書房, 東京.
- ・Thompson Joyce Beebe. Thompson Henry O. (1985) / ケイコ・イマイ・キン (2004) 看護倫理のための意思決定 10 のステップ (第 1 版), 日本看護協会出版会, 東京.
 - ・中原淳・荒木淳子 (2006) 企業内人材育成入門, p.195, ダイヤモンド社, 東京.
 - ・夏目漱石 (1996) 夏目漱石全集 7, pp. 637-638, 筑摩書房, 東京.
 - ・新村出編者 (2018) 広辞苑 第七版, p.1485, p.1424, 岩波書店, 東京.
 - ・野崎真奈美・水戸優子・渡辺かづみ (2016) 計画・実施・評価を循環させる授業設計, pp. 44-49, 医学書院, 東京.
 - ・野中郁次郎 (2003) 知識創造の方法論, pp. 91-104, 東洋経済新報社, 東京.
 - ・野中郁次郎・竹内 弘高 (1996) 知識創造企業, pp. 91-104, 東洋経済新報社, 東京.
 - ・野村陽子 (2016) 看護制度と政策, p.209, 法政大学出版局, 東京.
 - ・Patricia Benner, Judith Wrubel , 難波卓志訳 (1999) 現象学的人間論と看護, pp. 80-83, 医学書院, 東京.
 - ・Ferdinand Tennes, 杉野原寿一訳 (1954) ゲマインシャフトとゲゼルシャフト 純粹社会学の基本概念, pp. 16-17, 理想社, 東京.
 - ・藤田英典 (2001) 新時代の教育をどう構想するか-教育改革国民会議の残した課題-, 533, p.27, 岩波ブックレット, 東京.
 - ・舟島なをみ (2015) 看護実践・教育のための測定用具ファイル 第 3 版, pp. 169-178, 医学書院, 東京.
 - ・Peter F Drucker, 上田惇生訳 (2002) ネクスト・ソサエティ, pp. 128-129, ダイヤモンド社, 東京.
 - ・Benjamin Samuel Bloom (1976) Human Characteristics and School Learning, McGraw-Hill Book Company, p.15. Bloom, B.S,

- 梶田 叡一・松田 彌生 訳（1985）個人特性と学校学習—新しい基礎理論—，
p.15，第一法規出版，東京．
- ・ Benjamin S Bloom, J Thomas Hastings, and George F Madaus,
（1971） Handbook on Formative and summative Evaluation of
Student Learning. 渋谷 憲一・藤田 恵璽・梶田 叡一 訳（1974） 学習評
価ハンドブック上・下，上 pp. 81-154，下 pp. 103-178，第一法規出版
株式会社，東京．
 - ・ Malcolm S Knowles, 堀 薫夫・三輪 建二 監訳（1988） The modern
practice of adult education, 成人教育の現代的実践 ペタゴジー
からアンドラゴジーへ， Cambridge Book Co; Revised, p.7, p.17,
p.420， 鳳書房，東京．
 - ・ 安酸 史子・江上 千代美・江上 史子・奥 祥子・小野 美穂・北川 明・金城 や
す子・金城 祥教・小森 直美・清水 夏子・田中 美延里・塚原 ひとみ 他
（2015） 経験型実習教育：看護師をはぐくむ理論と実践， pp. 60-66， 医
学書院，東京．
 - ・ 安酸 史子・北川 明・小野 美穂・小森 直美・山住 康江（2018） 看護を教える
人のための 経験型実習教育ワークブック， p.5， 医学書院，東京．
 - ・ 山下 麻衣（2017） 看護婦の歴史 寄り添う専門職の誕生， pp. 68-92， 吉
川 弘文館，東京．
 - ・ 山本 恒夫・浅井 経子・手打 明敏・伊藤 俊夫（1995） 生涯学習の設計， p.4，
pp. 28-29， 実務教育出版，東京．
 - ・ 米沢 慧（2018） 看護師のための明治文学， pp. 46-49， 日本医療企画，東
京．
 - ・ 渡辺 三枝子 編著（2018） 新版キャリアの心理学， p. 19， ナカニシヤ出版，
京都．

報告書

- ・岡村慎一（2012）専修学校におけるキャリア教育の現状と今後の普及・推進，他の高等教育機関におけるキャリア教育との比較，文部科学省平成23年度教育研修活動補助事業「専修学校におけるキャリア教育技法に関する調査研究」報告書，p. 20，東京．
- ・河原加代子・東京都訪問看護支援検討委員会 訪問看護 OJT マニュアル作成部会（2013）訪問看護 OJT マニュアル，p. 1，東京都．
- ・厚生労働省（2019）看護基礎教育検討会報告書，p. 9，東京．
- ・全国訪問看護事業協会（2017）訪問看護のケア実態及び必要性に関する調査研究事業報告書，pp. 36-247，東京．
- ・日本看護協会（2000）継続教育の基準，看護，52（11），pp. 72-77，東京．
- ・日本看護協会医療政策部（2014）2014年訪問看護実態調査報告書，p. 46，東京．
- ・日本看護協会・全国訪問看護事業協会・日本訪問看護財団（2019）訪問看護アクションプラン2025，東京．
- ・福吉潤，株式会社キャンサーズキャン（2014）外国における訪問看護制度についての調査研究報告書．厚生労働省老年保健事業推進費等補助金保健健康推進等事業，pp. 47-55，東京．

論文等

- ・青山京子（2018）Difficulties Experienced by Home Visiting Nurses in Providing Pediatric Nursing Care; An Analysis Based on Free Descriptions，修文大学紀要，9，pp. 25-33．
- ・青山京子・山下恵・石黒彩子（2018）愛知県C地域における小児訪問看護の現状と課題，日本ヒューマンヘルスケア学会誌，3，pp. 59-66．
- ・秋山正子（1998）在宅ホスピスケアにおける訪問看護婦の役割，ターミナルケア，8（3），pp. 211-217．
- ・新井香奈子・梶原理絵・中野康子・大向征栄・山田小百合・竹野淳・宮脇美

- 千子（2010）訪問看護師を対象とした精神科訪問看護研修会の評価，兵庫県立大学地域ケア開発研究所研究活動報告集，4，pp. 5-11.
- ・荒川貴代美・鶴田来美・長谷川珠代（2012）訪問看護師に必要な能力と教育に関する研究 A 県看護協会が主催する訪問看護研修 STEP1 の有用性，日本看護学会論文集，看護総合，42，pp. 390-393.
 - ・安藤幸子・山岡由実・蒲池あずさ・西山忠博・石田絵美子（2016）強い心理反応や精神症状を有する利用者や家族の対応に困難を感じる訪問看護師への支援体制の検討 訪問看護師を対象にした事例検討会を通して，神戸市看護大学紀要，20，pp. 33-41.
 - ・飯吉令枝・熊倉みつ子・佐々木美佐子・小林恵子・平澤則子・斎藤智子・矢坂陽子（2000）N 県内の訪問看護ステーションにおける看護職の教育ニーズ，新潟県立看護短期大学紀要，6，pp. 57-70.
 - ・医学書院（2019）医学界新聞，カリキュラム改正のポイントとその対応，
https://www.igaku-shoin.co.jp/aper/archive/y2019/PA03348_01
 （検索日 2021 年 9 月 8 日）
 - ・生田まちよ・宮里邦子（2013）訪問看護師を対象にした在宅人工呼吸療法を行う障がい児の訪問看護研修プログラムの開発とその評価，熊本大学医学部保健学科紀要，9，pp. 11-26.
 - ・井口久子・小林利江（2012）長野県訪問看護研修受講者数減少要因についての考察，長野県看護研究学会論文集，32，pp. 40-42.
 - ・石本傳江・宗正みゆき・長谷川浩子・兼安久恵・迫田綾子（2002）看護職による静脈注射の現状と課題，看護，54，pp. 71-76.
 - ・磯山優・王麗華（2012）訪問看護ステーションの連携戦略とマーケティング，埼玉学園大学紀要経営学部篇，12，pp. 37-46.
 - ・稲葉典子（2021）【コロナ禍における訪問看護 現場での対応と今後の方向性】訪問看護ステーションの体制 体制整備・計画的な物品補充が安心し

- て働く礎に, コミュニティケア, 23 (4), pp. 16-18.
- ・井上真由美・細川恵子・松田久美・喜多奈々・中川友恵・鈴見由紀
(2006) 看護師の個人目標設定プロセスの現状, 看護研究発表論文集録, 38, pp. 45-48.
 - ・鵜飼知鶴・畑吉節未 (2016) 療養通所介護事業に従事する看護師がとらえる訪問看護師との連携の実際, 日本看護学会論文集: 在宅看護, 46, pp. 87-90.
 - ・内田陽子・島内節・河野あゆみ (2001) 訪問看護のアウトカム評価と費用対効果に関する研究, 日本看護科学会誌, 21 (1), pp. 9-17.
 - ・内布敦子他 (2017) 看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～, <https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf> (検索日 2021年12月20日)
 - ・内海香子 (2011) 糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援するための訪問看護師の「継続教育」プログラムにおける構成要素, 千葉看護学会会誌, 16, pp. 55-65.
 - ・梅原麻美子・古瀬みどり・松浪容子 (2007) A 県内の訪問看護師の処遇・職務環境とバーンアウトとの関連, 北日本看護学会誌, 9 (2), pp. 27-33.
 - ・大河原知嘉子・森岡典子・柏木聖代・緒方泰子 (2019) 東京都の訪問看護事業所における教育・研修の実態と事業所規模との関連 テキストマイニングを用いた混合研究方法による分析, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 42, pp. 85-91.
 - ・大嶋伸雄 (2009) 保健医療福祉系大学におけるインタープロフェッショナル教育 (IPE) の認知度と今後の発展性に関する全国調査, 日本保健医療福祉連携教育学会学術誌・保健医療福祉連携, 1(1), pp. 27-34.

- ・大城照代（2006）看護部委員会活動の機能と「継続教育」の評価－委員会活動における委員長と委員の認識について，日本看護学会論文集看護管理，36，pp. 199-201.
- ・太田大介（2016）デンマークの医療制度とその背景にある同国民の生活観についての考察，聖路加国際大学紀要，2，pp. 29-31.
- ・大田博（2014）日本における訪問看護師の「継続教育」に関する文献レビュー，四條畷学園大学看護ジャーナル，1，pp. 1-7.
- ・大槻奈緒子・福井小紀子・藤田淳子・清水準一・林田賢史・清崎由美子（2019）機能強化型訪問看護事業所における利用者特性別での訪問看護ケアの実施実態，日本看護科学会誌，39，pp. 183-192.
- ・大森正博（1998）オランダの医療制度改革と「規制された競争」，医療と社会，7（4），pp. 99-129.
- ・岡由美子・西村康子・津禰鹿篤子・村尾妙子（2009）医療依存度の高い在宅療養者の防災における危機管理意識の向上 避難移送シミュレーションを実施して，訪問看護と介護，14，pp. 56-61.
- ・尾形裕也（2002）OECD 諸国における医療制度改革の動向，医療と社会，12（2），pp. 79-106.
- ・岡田理沙（2020）新卒訪問看護師の就業上の困難，日本在宅看護学会誌，8，pp. 51-59.
- ・岡村慎一（2012）専修学校におけるキャリア教育の現状と今後の普及・推進，他の高等教育機関におけるキャリア教育との比較，文部科学省平成23年度教育研修活動補助事業「専修学校におけるキャリア教育技法に関する調査研究」報告書，p. 20.
- ・岡本双美子・江口恭子・杉本吉恵・檜木野裕美・中村裕美子（2019）訪問看護研修会の評価－訪問看護実践への活用－，大阪府立大学看護学雑誌，25，pp. 97-105.
- ・小川有希子・山崎律子（2013）訪問看護ステーションで働く訪問看護師の

- 労働条件に関する意識—過去 20 年の文献検討—, 福岡県立大学看護学研究紀要, 10 (2), pp. 83-90.
- ・奥田七峰子 (2004) フランス 看護師のやりがいにつながる高い報酬 (特集 世界を知って日本が進化する諸外国の在宅ケア事情), コミュニティケア, 6 (1), pp. 17-22.
 - ・桶河華代・高島留美・松井克奈子・奥田のり美・千田昌子・城ヶ端初子 (2019) ナイチンゲールの看護思想を実践に活かすための研究会の取り組みと課題, 聖泉看護学研究, 8, pp. 59-65.
 - ・尾崎博美 (2012) 教育学的「自律」概念を問うことの意義とは何か—教育目的としての「自律」概念がもつ特徴に注目して—, 教育学的「自律」概念の再検討, 近代教育フォーラム, 21, pp. 210-211.
 - ・小野麻由子 (2020) 地域包括ケアシステムにおける看護職の在宅シフト支援コンピテンシー尺度の開発, 日本看護管理学会誌, 24 (1), pp. 32-42.
 - ・小野美奈子, 川原瑞代, 河野朋美他 (2017) 訪問看護ステーションの機能強化に関わる実態と課題, 宮崎県立看護大学看護研究・研修センター事業年報, 6, pp. 20-25.
 - ・小野若菜子・麻原きよみ (2007) 在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観, 日本看護科学会誌, 27 (2), pp. 34-42.
 - ・外務省 (1999) ケルンサミット, <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/summit/cologne99/g8s_sg.html> (検索日 2021 年 9 月 7 日)
 - ・柿沼直美・飯田苗恵・大澤真奈美・原美弥子・斎藤基 (2015) 訪問看護ステーションにおける安定的な経営管理のための自己評価尺度の開発, 日本看護科学会誌, 35, pp. 1-9.
 - ・柿原加代子・大野晶子・東野督子・水谷聖子・沼田葉子・小笹由里江・三河内憲子 (2012) 継続勤務している看護師のキャリアアップに関する

- る認識, 日本赤十字豊田看護大学紀要, 7 (1), pp. 153-159.
- ・角替弘規 (2016) 生涯学習社会に求められる教師の資質, 桐蔭論叢, 33, pp. 15-21.
 - ・掛谷和美・城生弘美 (2017) 中規模病院における新人看護師の習熟度に影響する要因—職場環境と新人研修プログラムの側面から—, 日本看護研究学会雑誌, 40 (5), pp. 790-802.
 - ・片倉直子・山本則子・石垣和子 (2008) 統合失調症をもつ利用者に効果的な訪問看護を提供するための教育プログラムの開発, 日本在宅ケア学会誌, 11, pp. 65-74.
 - ・片平伸子, 植村由美子 (2021) 日本の訪問看護師の看護実践能力についてのナラティブレビュー, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 44 (2), pp. 89-96.
 - ・金井一薫 (2008) KOMI 理論, 現代社, p. 100, 東京.
 - ・金子美千代・丹羽さよ子・堤由美子・春田陽子・野中弘美・木佐貫彰 (2019) 「地域での暮らしを最期まで支える人材養成」の課題 履修生の看護過程展開上の特徴からの検討, 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 29 (1), pp. 39-48.
 - ・亀井美知子 (1997) 近代日本看護史, ドメス出版, pp. 96, 東京.
 - ・柄澤邦江・安田貴恵子・御子柴裕子・酒井久美子・下村聡子・北山秋雄・松原智文 (2011) 長野県の訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズ(第1報)スタッフに対する調査の分析, 長野県看護大学紀要, 13, pp. 17-27.
 - ・柄澤邦江・安田貴恵子・御子柴裕子・酒井久美子・下村聡子・北山秋雄・松原智文 (2012) 長野県の訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズ(第2報)管理者に対する調査の分析, 長野県看護大学紀要, 14, pp. 25-34.
 - ・河井亨 (2019) アクティブラーニングおよび主体的・対話的で深い学びと学生の成長のあいだにはどのような関係があるのか, 社会システム研究,

38, pp. 1-26.

- ・川上理子・森下安子・松木里江・川森淳子・時長美希（2005）訪問看護師の継続研修に対するニーズと課題，高知女子大学紀要，54，pp. 27-34.
- ・川崎千加（2010）仕事の自律性とモチベーション— 司書へのインタビュー調査からの検証 —，大阪女学院短期大学紀要，40，pp. 71-101.
- ・川島恵津子（2006）訪問看護ステーションに勤務する看護師のキャリアニーズの要因に関する研究，看護・保健科学研究誌，7，pp. 93-102.
- ・川野英子・猪腰江美子（2011）訪問看護師を対象にした家族看護に関する現任教育の現状，家族看護，9，pp. 138-145.
- ・川原由佳里・鷹野朋実・山崎裕二・高橋朋子・吉川龍子・川嶋みどり（2012）明治期における日本赤十字社京都支部の看護婦養成と派出看護活動 京都支部選出看護婦「高木ハル」の個人史から，日本看護歴史学会誌，25，pp. 58-73.
- ・神田嘉延（2010）青年の自立と労働 —稲森和夫の働き方論を中心として—，鹿児島大学稲盛アカデミー研究紀要，2，pp. 17-50.
- ・城戸口親史・水島ゆかり・前田修子・中山栄純・滝内隆子・浅見美千江（2005）在宅における看護師の感染管理を必要とするケアの実施状況と課題，日本在宅ケア学会誌，9，pp. 76-82.
- ・木下由美子（2005）実践者が考える訪問看護の専門性—在宅看護学教育の基礎的資料として，訪問看護と介護，10（4），pp. 318-325.
- ・日下修一（2011）日本と英国イングランドにおける近現代看護の変遷と文献的検討—看護婦数と看護婦規則の変遷—，獨協医科大学看護学部紀要，5（1），pp. 29-37.
- ・日下修一（2014）日本の看護のあゆみ—歴史をつくるあなたへ—，日本看護協会出版会，pp. 130-131，東京.
- ・工藤綾子・稲富恵子・稲葉裕（2006）在宅医療廃棄物の適正処理に関する

- る研究の分析 現状の問題と今後の課題, 日本在宅医学会雑誌, 8,
pp. 161-166.
- ・久保谷美代子・柏木聖代・村田昌子・田宮菜奈子 (2010) 訪問看護ステーションにおける看護職員の外部研修への参加の実態と関連要因, プライマリ・ケア, 33 (1), pp. 42-49.
 - ・栗田麻美・奥田真紀子 (2016) 奈良県における在宅看護の変遷と現状, 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, 12, pp. 4-13.
 - ・呉地祥友里・大湾明美・久貝千秋・我如古康子 (2006) A 県訪問看護ステーションにおける感染予防対策の実態(第1報)管理者の感染予防対策を中心に, 日本看護学会論文集: 老年看護, 36, pp. 136-138.
 - ・厚生労働省 (1948) 医療法 <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail_main?vm=01&id=2199> (検索日 2020 年 12 月 10 日)
 - ・厚生労働省 (2010) 訪問看護の現状等について<www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0118-7b.pdf> (検索日 2020 年 9 月 1 日)
 - ・厚生労働省 (2020) 訪問看護 第 182 回社保審一介護給付費分科会資料 3. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000661085.pdf>> (検索日 2021 年 5 月 26 日)
 - ・厚生労働省 (2015) 特定行為に係る看護師の研修制度<<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>> (検索日 2021 年 4 月 8 日)
 - ・厚生労働省 (2018) 保健師助産師看護師法<<https://hourei.net/law/323AC0000000203>> (検索日 2021 年 4 月 8 日)
 - ・厚生労働省 (2019) 地域包括ケアシステムの実現へ向けて<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kai-go_koureisha/chiiki-houkatsu/> (検索日 2019 年 12 月 11 日)
 - ・厚生労働省 (2021) 地域包括ケアシステム, <<https://www.mhlw>

go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/
chii

ki-houkatsu/dl/link1-4.pdf> (検索日 2021 年 5 月 23 日)

- ・厚生労働省 (2019) 看護基礎教育検討会報告書, p9, 東京.
- ・厚生労働省 (2019) 看護職のキャリアと働き方支援サイト<
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/nurse/> (検索日 2020 年 11 月 9 日)
- ・厚生労働省保険局医療課 (2020) 令和 2 年度診療報酬改定の概要 (在宅医療・訪問看護), <<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000608534.pdf>> (検索日 2020 年 12 月 10 日)
- ・厚生労働統計協会 (2018) 地域の医療と介護を知るために－わかりやすい医療と介護の制度・政策－, 厚生 の 指標, 65 (1), pp. 49-53.
- ・厚生労働統計協会 (2020) 訪問看護, 国民衛生の動向・厚生 の 指標 2020/2021, 67 (9), p. 191, 厚生労働統計協会, 東京.
- ・古賀節子 (2009) 「看護師の自律性」概念分析, 豊橋創造大学紀要, 23, pp. 87-103.
- ・国土交通省 (2015) 平成 27 年度首都圏整備に関する年次報告<
https://www.mlit.go.jp/hakusyo/syutoken_hakusyo/syutoken_hakusyo/h21/h21syutoken__files/1-1.pdf. > (検索日 2020 年 7 月 21 日)
- ・小瀬古伸幸・進あすか (2019) 精神科訪問看護師を対象とした Skype 研修と取り組み, 日本看護学会論文集: 精神看護, 49, pp. 55-58.
- ・小原弘子 (2019) 【看護と介護-専門性と協働から考える】訪問介護員との協働に関する訪問看護師へのインタビュー調査, 看護実践の科学, 44 (1), pp. 41-47, 2019.
- ・小原弘子・大川宣容・森下幸子・井上正隆・森下安子 (2016) シミュレーション教育を取り入れた「在宅療養者への急変時の対応」研修の評価, 高

- 知県立大学紀要, 65, pp. 41-48.
- ・小原千春・松浦真理子・中田千恵子・谷口真理子・川由京子・高住美加・大濱理砂・山本さとみ (2008) 看護部委員会活動における委員の意欲に影響する因子, 日本看護学会論文集看護管理, 38, pp. 431-433.
 - ・小松妙子・前田修子・滝内隆子 (2011) 訪問看護師対象の感染管理に関する在宅人工呼吸器研修会への参加効果, 日本環境感染学会誌, 26, pp. 41-48.
 - ・小森直美・二重作清子 (2011) 訪問看護ステーションにおける新入職者のための育成支援に関する研究, 木村看護教育振興財団看護研究集録, 18, pp. 31-38.
 - ・是澤節子 (2004), 「継続教育」の一端を担うホームケアナース<アメリカ>, コミュニティケア, 53, pp. 31-34.
 - ・齋藤尚代・川並和恵・夷亀いずみ・真柄和代・朝日玲子・皆川裕 (2018) 県内訪問看護ステーションの新卒採用の現状と課題, 日本看護学会論文集:在宅看護, 48, pp. 51-54.
 - ・齋藤訓子 (2017) 日本看護協会における在宅医療推進の取り組み, <https://www.ncgg.go.jp/zaitakusuishin/zaitaku/documents/zaitaku09_6.pdf>(検索日 2020年6月10日)
 - ・佐々木秀美 (2015) ナイチンゲールの国家登録制度問題論争にみる看護の本質論—看護はキリスト教的愛の実践—, 広島文化学園大学看護学部紀要, 17 (1), pp. 10-26.
 - ・佐藤喜代治 (2004) 職種にこだわらないマネジメント<イギリス>, コミュニティケア, 53, pp. 23-26.
 - ・佐藤千津代・富田真佐子・渡部光恵 (2017) 大学と訪問看護師が協働で進める訪問看護技術研修の実践と評価—大学の学習環境を活用した技術研修の効果—, 日本在宅看護学会誌, 5, pp. 79-87.
 - ・佐藤学 (2014) 学びにおけるコミュニケーションの構造 : 対話的实践によ

- る学びの共同体へ，日本コミュニケーション学会，42，pp. 7-13.
- ・佐野元洋・岡田将・永田絵理香・眞嶋朋子・小林欣夫（2019）訪問看護師を対象とした在宅心不全看護セミナーの評価と内容の改善，医療職の能力開発，6，pp. 71-16.
 - ・庄司麻美・橋本理恵子・森本悦子・藤田佐和（2019）「質の高い在宅がん看護実践を創造していく看護師養成プログラム」研修の長期的教育効果と教育支援の展望 平成24年度から平成26年度の研修生への調査を通して，高知県立大学紀要，67，pp. 27-34.
 - ・吹田夕起子・福井幸子・矢野久子・前田ひとみ・細川満子（2017）地域包括ケアを担う医療従事者を対象とした感染症対策研修会の有効性と課題，日本赤十字秋田看護大学日本赤十字秋田短期大学紀要，21，pp. 39-45.
 - ・菅沼真由美・花輪啓子・瀧本まどか・遠山雅子・浅川和美・中村弥生・丹澤キイ（2017）看護小規模多機能型居宅介護における終末期がん独居高齢者の看取り 複数の主治医との調整と介護職への看取り教育，訪問看護と介護，22，pp. 131-135.
 - ・杉山恵子（2003）公衆衛生看護婦1890-1930-ナース・カバンの看護婦たち-Part（1），恵泉女学園大学人文学部紀要，15，pp. 15-35.
 - ・鈴木育子・石津仁奈子・佐藤正子（2015）統合分野における在宅看護論教授法と実習指導の課題と方向性-過去6年間の在宅看護論に関する文献検討-，足利工業大学看護学研究紀要，pp. 27-35.
 - ・鈴木英子・阪井哲男・松田博雄・橋本佳美（2000）在宅人工換気療法の子どもが地域の小学校に入学するまで 医療的ケアをめぐる諸問題，小児保健研究，59，pp. 500-507.
 - ・鈴木紀子（2013）陸軍看護学教科書-明治5年から明治23年まで-，日本看護歴史学会誌，26，pp. 79-93.
 - ・鈴木ひろ子・橘ゆり・小畑正子（2016）訪問看護ステーション研修をすることで小児専門病院の看護師が得た効果，日本看護学会論文集：在宅看

- 護, 46, pp. 95-98.
- ・角田千春・山下貞子・花輪菊江・田口明仁・新井やすよ・古明地文子・菅沼真由美 (2006) 地域との連携を推進していくための教育プログラムの評価と課題 研修後のレポート分析により, 日本看護学会論文集: 地域看護, 36, pp. 40-42.
 - ・関正夫 (1987) 生涯教育の観点からみた継続教育の課題, 日本工業教育協会誌, 35 (1), pp. 55-57.
 - ・関永信子・才崎郁香・金村美和 (2016) 筋萎縮性側索硬化症患者の在宅療養における喀痰吸引に関する文献検討, インターナショナル Nursing Care Research, 15, pp. 123-132.
 - ・^{せんけんけい}宣賢奎 (2010) 日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察, 共栄大学研究論集, 8, pp. 1-18.
 - ・全国訪問看護事業協会 (2018) 訪問看護ステーションのサービス提供の在り方に関する調査研究事業 <<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/H15-2-1.pdf>> (検索日 2019年12月11日)
 - ・善生まり子 (2011) フランスの在宅入院制度および在宅ケアシステムについて看護の観点から学ぶ～日本訪問看護振興財団「フランスの訪問看護事情視察」に参加して～, 埼玉県立大学紀要, 13, pp. 139-147.
 - ・田井康雄 (2011) 教師の専門性に関する一考察, 京都女子大学発達教育学部紀要, pp. 17-27.
 - ・高木日登美・矢萩由香・浪花弘美・長田千穂・矢田美奈子 (2014) 退院支援を実践した患者への訪問看護同行研修の評価, 日本看護学会論文集: 地域看護, 44, pp. 85-88.
 - ・高藤裕子・森下安子・時長美希 (2010) 認知症高齢者の生活機能の維持・向上を支援する訪問看護師の姿勢, 高知学園短期大学紀要, 40, pp. 11-21.
 - ・高波澄子 (2000) 訪問(在宅)看護をめぐる看護職の法的責任, 日本地域

- 看護学会誌, 2 (1), pp. 80-86.
- ・高橋甲枝・清村紀子・梶原江美・伊藤直子 (2012) 臨床看護師の学習ニードと個人要因および環境要因との関連, 日本看護科学学会誌, 32 (2), pp. 34-43.
 - ・高橋澄子・平井さよ子・飯島佐知子・賀沢弥貴 (2010) 病院看護組織における目標管理とその効果測定, 日本看護管理会誌, 14, pp. 49-58.
 - ・高橋政子 (1983) 教育技法研究 目で見ると看護史-魅力ある看護史の授業をめざして- 大隈重信狙撃事件と慈恵の派出看護婦一, 看護教育, 医学書院, 24 (10), p. 10, 東京.
 - ・高橋由佳利・石田暉 (1994) 重度障害への挑戦 病院から自宅へ 脳梗塞に慢性心不全を合併した1症例, Journal of Clinical, Rehabilitation 3, pp. 339-342.
 - ・田川晴菜・窪田和巳・山口さおり・深堀浩樹 (2013) 看護政策に関わる看護職が現在の職業・立場につくまでの経験, 日本看護管理学会誌, 17, pp. 48-56.
 - ・滝内隆子・前田修子・小松妙子 (2009) 訪問看護師を対象とした「感染対策に関する基礎的知識」研修会の効果検証 研修前後の修得状況を通して, INFECTION CONTROL, 18, pp. 1312-1321.
 - ・武政奈保子・方波見柳子・田中博子・森實詩乃・吉田一子・野田義和・吉田千鶴 (2017) 地域包括ケアシステムを担う次世代人材教育のための教材開発研究 モデル事例を精練するためのチェックリストの作成まで, 帝京科学大学紀要, 13, pp. 185-192.
 - ・竹森美穂 (2018) 社会福祉専門職の卒後教育に関する一考察 自己教育力からの検討一, 佛教大学大学院紀要社会福祉学研究科篇教育学研究科篇, 46, pp. 49-65.
 - ・立石修・野木村健・本田陽一・後藤豊・陳勁一・望月正武・中山陽・藤村壽路 (2000) 社会的入院患者退院に関しての介護の問題, 訪問看護と介

護, 5, pp. 496-499.

- ・ 田中正子 (2009) スウェーデン・ストックホルム県における在宅医療状況と看護教育及びパリアティブケアー訪問看護の視点からー, 宇部フロンティア大学看護学ジャーナル, 2, pp. 55-61.
- ・ 田村一郎 (1989) ドイツ観念論における「自律思想」の展開, 北海道大学図書館会, p. 61.
- ・ 千田みゆき (2006) 看護職者の生涯学習ニーズとその支援状況 (その2) A 県における訪問看護師の調査, 日本看護学会誌, 16 (1), pp. 207-214.
- ・ 千田みゆき・林滋子・水戸美津子・松下由美子・村松照美・佐藤悦子・白鳥さつき (2006) 看護職者の生涯学習ニーズとその支援状況(その2)A 県における訪問看護師の調査, 日本看護学会誌, 16, pp. 207-214.
- ・ 中央教育審議会 (2012) 新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて<https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2012/10/04/1325048_1.pdf> (検索日 2021年6月6日)
- ・ 陳亮 (2019) ドイツ保険契約法における責務の法的性質について, 明治大学法律論叢, 91 (6), pp. 169-217.
- ・ 辻里美・森本由美・木村由美・大野美穂 (1999) 熊本県における訪問看護の対象者及び活動の実態, 九州国立看護教育紀要, 2, pp. 51-60.
- ・ 津田哲也・川喜田晶子・宮本真巳 (2013) “ゆだねる”境地に開かれて 山谷地域における訪問看護師の体験が照射する看護の本質, 精神科看護, 40 (7), pp. 48-57.
- ・ 土屋瑠見子・吉江悟・川越正平・平原佐斗司・大西弘高・村山洋史・西永正典・飯島勝矢・辻哲夫 (2017) 在宅医療推進のための多職種連携研修プログラム開発 都市近郊地域における短期的効果の検証, 日本公衆衛生雑誌, 64 (7), pp. 359-370.
- ・ 唐仁原俊博 (2014) 格差拡大! 2030年地域別医療&介護「崩壊危機レベル

マップ」 <<https://president.jp/articles/-/16799?page=2>> (検索日 2015 年 12 月 1 日)

- ・ 遠山寛子・春日広美・北素子 (2010) 看護師の薬剤処方権付与に関する訪問看護師および在宅療養に携わる医師の意識と課題, 第 30 回日本看護科学学会学術集会講演集, p. 499.
- ・ 徳岡良恵・林田裕美・田中京子・香川由美子・古谷緑 (2016) 進行・再発治療期のがん患者・家族に対する訪問看護師の看護実践上の困難と学習ニーズ, 日本がん看護学会誌, 30, pp. 45-53.
- ・ 豊田久美子・力石泉・藤井淑子・小川敬子・辻橋幹恵・柴崎さと子・中西京子 (2011) A 県における看護職の現任教育の実態と課題 病院, 訪問看護ステーション, 介護保険・福祉施設の比較, 日本看護学会論文集: 地域看護, 41, pp. 281-284.
- ・ 内閣府 (2018) 日本経済 2017-2018 <<https://www5.cao.go.jp/keizai3/2017/0118nk/nk17.html>> (検索日 2020 年 9 月 1 日)
- ・ 内閣府 (2019) 令和元年版高齢社会白書 <<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/index.html>> (検索日 2021 年 5 月 26 日)
- ・ 長崎和則・竹中麻由美・直島克樹・進藤貴子・土屋景子 (2015) 他職種及び多職種連携 (IPW) に関する学生の意識と理解の変化に関する研究-演習授業コメントの質的分析を通して-, 川崎医療福祉学会誌, 25 (1), pp. 49-61.
- ・ 中島香寿代・今野日登美 (2018) 地域においてストーマセミナーを 7 年継続した活動の検討, 全国自治体病院協議会雑誌, 57, pp. 591-594.
- ・ 中西恵美・中務直美・南裕恵・山下八重子 (2014) 地域連携を視野に入れたストーマケアセミナーの検討 院内専門セミナーを訪問看護師に開放して, STOMA: Wound & Continence, 21, pp. 50-52.
- ・ 中野匡子・小野喜代子・安村誠司 (2002) 介護保険居宅サービス事業所管

理者と訪問サービス従業者の感染予防対策の実態，日本公衆衛生雑誌，
49，pp. 1239-1249.

- ・中村佐里・波多野和彦（2019）生涯学習とその機会提供について ― ドイツの生涯学習を中心に―，教育総合研究：江戸川大学教職課程センター紀要，5.6，pp. 21-27.
- ・中村美保・岡崎雅史・見元尚・前田武英・光畑知佐子・西原えり子・武内世生（2015）エイズ中核拠点病院における訪問看護師に対する実地研修の有用性，日本エイズ学会誌，17，pp. 106-112.
- ・中山亜沙美・柴田由美子・徳増裕宣（2017）小児在宅リハビリテーションの実態調査とリハビリテーションを行ううえでセラピストが求めていること，総合リハビリテーション，45，pp. 1249-1254.
- ・中山登志子・舟島なをみ（2015）「教育ニードアセスメントツール―実習指導者用―」の開発―実習指導者の役割遂行を支援する看護継続教育の実現に向けて―，日本看護研究学会雑誌，38（1），pp. 73-83.
- ・中山洋子他（2011）大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告，<
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vb6s-att/2r9852000001vbk2.pdf>>（検索日 2021 年 12 月 20 日）
- ・夏目達也（2017）フランスの大学における社会人向け継続教育，名古屋高等教育研究，17，pp. 139-160.
- ・西口光一（2003）日本語教育と状況的学習論，日本語・日本語教育を研究する，21，pp. 6-8.
- ・仁科祐子・金子周平（2016）訪問看護師の仕事満足度を高める臨床心理研修プログラムの試行と評価，米子医学雑誌，67，pp. 49-55.
- ・西野聡・林隆夫・松下捷彦（1991）在宅酸素療法患者の家庭への訪問看護の試み，医療，45，pp. 751-755.
- ・日本看護協会（2020）看護職の「継続教育」拡大の推進と人材育成 看護

- 師のクリニカルラダーの開発について <<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/jissen/kaihatsu/index.html>> (検索日 2020 年 9 月 1 日)
- ・ 日本看護協会 (2021) 生涯学習支援, <<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/training/plan/index.html>> (検索日 2020 年 12 月 10 日)
 - ・ 日本看護協会 (2021) 看護師のクリニカルラダー, <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/jissen/ladder/pdf/guidance_int.pdf> (検索日 2021 年 12 月 20 日)
 - ・ 日本看護協会医療政策部 (2014) 2014 年訪問看護実態調査報告書, p. 46, 東京.
 - ・ 日本看護系大学協議会 (2019) 看護職の教育に関する声明 <<http://www.janpu.or.jp/umin/kenkai/seimei.html>> (検索日 2019 年 12 月 11 日)
 - ・ 日本訪問看護財団 (2020) 訪問看護 e ラーニング <<https://www.jvnf.or.jp/e-learning/>> (検索日 2020 年 8 月 20 日)
 - ・ 日本訪問看護財団 (2020) 令和 2 年度に本訪問看護財団事業のご案内, <<https://www.jvnf.or.jp/2020/homecare-web.pdf>> (検索日 2020 年 12 月 10 日)
 - ・ 野地有子 (1997) 地域看護における在宅ケアと地域看護管理: 個のケアとコミュニケーションケアの統合, 聖路加看護大学紀要, 23, pp. 22-28.
 - ・ 畠山玲子・増満昌江・松村香・方波見柳子・小浦さい子 (2014) 「特定行為に係る看護師の研修制度」に関する在宅看護の訪問看護師の意識調査, 人間総合科学, 26, pp. 109-116.
 - ・ 畑中純子・伊藤収 (2013) 看護観が体験から発展するまでの看護師の思考のプロセス, 日本看護科学会誌, 36, pp. 163-171.

- ・ 柊中智恵子・中込さと子・須坂洋子（2018）神経難病領域の認定・専門看護師からみた遺伝看護の「継続教育」への課題，日本遺伝看護学会誌，16，pp. 56-67.
- ・ 服部万里子（2004）諸外国の在宅ケア事情から考える日本の在宅ケア，コミュニティケア，53，pp. 14-16.
- ・ 葉久貴司・吾妻雅彦・柿内聡司・橋本卓樹（1999）当院における在宅酸素療法の現状 高知赤十字病院医学雑誌，7，pp. 9-13.
- ・ 林有学・米山京子（2008）看護師におけるキャリア形成およびそれに影響を及ぼす要因，日本看護科学会誌，28（1），pp.12-20.
- ・ 原田啓一郎（2007）フランスの高齢者介護制度の展開と課題，海外社会保障研究，161，pp. 26-36.
- ・ 久常節子・小池智子・斎藤訓子（2002）看護職の医療・看護政策に対する関心，日本看護管理学会誌，6，pp. 27-45.
- ・ 久野暢子（2016）HIV 陽性者への在宅療養支援未経験訪問看護師に対するHIV ケア準備性育成に向けた短時間研修用プログラムの作成，広島大学保健学ジャーナル，13，pp. 30-31.
- ・ 平山恵美子・岩月すみ江・上條育代（2015）在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理教育の試み『在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理の質の向上を図る教育プログラム』の開発，地域ケアリング，17，pp. 77-83.
- ・ 廣部すみえ（2001）訪問看護婦の判断の基盤となる能力 困難な判断場面から，福井県立大学看護短期大学部論集，12，pp. 29-40.
- ・ 藤田佐和・門田麻里・森本悦子・庄司麻美（2019）高齢がん患者に安心をもたらすケアを創造していく訪問看護師育成－研修のプログラム開発と教育効果－，高知県立大学紀要看護学部編，69，pp. 9-21.
- ・ 藤田瑞季・有年絵美・藤澤邦江・隅野裕一・中山文子・明石智子（2019）地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師との連携の在り方 訪問看護師への

- 質問調査から，赤穂市民病院誌，20，pp. 144-147.
- ・藤田雄飛（2013）自律と他律の舞台論，教育基礎学研究，10，pp. 41-56.
 - ・藤原泰子・大塚邦子・菊地よしこ（1999）介護者の褥瘡に関する知識と褥瘡予防教育の課題 済生会訪問看護ステーション利用者の介護者の実態，日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会誌，3，pp. 23-28.
 - ・淵野万希子・福田広美・佐々木真理子・稲生野麦・佐藤弥生（2018）地域在住高齢者を対象にした機能強化型訪問看護ステーションの看護職による在宅療養啓発活動プログラムの検証，看護科学研究 16（1），pp. 13-25.
 - ・古川直美（2019）看護活動から導かれた職種間連携・協働を推進する要素，岐阜県立看護大学紀要，19，pp. 99-110.
 - ・古瀬みどり，・松浪容子（2012）在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師のスキルアップを目的としたセミナーの効果，日本看護研究学会雑誌，35（1），pp. 167-173.
 - ・前川厚子（2018）訪問看護師と介護職を対象にしたオストメイト終活支援研修会の企画と運営，東海ストーマ・排泄リハビリテーション研究会誌，38，pp. 59-67.
 - ・前田修子・滝内隆子・小松妙子（2009）訪問看護師を対象とした「膀胱留置カテーテル挿入・管理」感染管理研修会効果検証，日本環境感染学会誌，24，pp. 417-424.
 - ・前田修子・滝内隆子・小松妙子（2010）訪問看護師を対象とした感染管理の連携・指導に関する研修会の評価 研修会参加前後における知識・技術の修得状況の変化から，日本在宅ケア学会誌，13，pp. 85-92.
 - ・益田育子・馬場千晶・松井夏子（2015）首都圏の訪問看護師が必要と考える震災発生直後の対応と事前の対策，リハビリテーション連携科学，16，pp. 116-124.
 - ・柘田三枝子・斎藤京子・菅野八重子（2004）看護師の職務満足度と離職との関係（第2報）—2年間の比較と目標管理の評価との関係に焦点を当て

- て一，日本看護学会論文集：看護管理，35，pp. 214-216.
- ・松井妙子・岡田進一（2003）大阪府内の訪問看護職の burnout に関連する要因 利用者とのコミュニケーション技術と職務環境を中心に，日本在宅ケア学会誌，7，pp. 40-48.
 - ・松尾匡・橋本貴彦（2013）なぜ医療機関は医師が経営するのか，立命館経済学，61（6），pp. 1289-1301.
 - ・松崎奈々子・阿久澤智恵子・久保仁美・今井彩・青柳千春・下山京子・金泉志保美（2016）訪問看護ステーションにおける小児の受け入れの現状と課題，日本小児看護学会誌，25，pp. 22-28.
 - ・松澤明美・白木裕子・連利博・竹谷俊樹・平澤明美・新井順一（2016）茨城県北・県央地域の訪問看護ステーションにおける小児訪問看護の実施状況と課題，茨城キリスト教大学看護学部紀要，7，pp. 19-27.
 - ・松下祥子・和田ユキ・田中重子・渡部裕之・小倉朗子・小西かおる・石井昌子（2004）神経難病に関する在宅サービス提供者の研修ニーズへの保健所の取り組み，日本難病看護学会誌，9，pp. 144-149.
 - ・松田晋哉（2002）欧州の医療制度改革，医療と社会，12（1），pp. 51-69.
 - ・松田誠（1996）慈恵病院派出看護婦考，東京慈恵会医科大学雑誌，111（1），pp. 109-122.
 - ・松田優子・加納美代子・小林尚司（2020）訪問看護師を地域で育てる「豊田訪問看護師育成センター」開設の取り組み，日本赤十字豊田看護大学紀要，15（1），pp. 69-75.
 - ・松谷美和子・三浦友理子・平林裕子・佐居ユミ・卯野木健・大隈香・奥裕美・堀成美・伊部俊子・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），pp. 18-28.
 - ・松原みゆき・眞崎直子，・長尾美香，・中上美恵子・古賀聖典・柴田絹代・今

- 田菜摘（2019）教育担当者が捉える新人訪問看護師がひとりで訪問できるために必要な実践能力とその影響要因，日本赤十字広島看護大学紀要，19，pp. 13-22.
- ・松本康代・下釜聡子・田口敬代・立石容子（2015）A 県における小児訪問看護受け入れの実態調査 過去 5 年の研修活動評価と今後の指針作成に向けて，日本看護学会論文集：在宅看護，45，pp. 47-50.
 - ・松森直美（2013）ドイツの看護教育，人間と科学：県立広島大学保健福祉学部誌，13（1），pp. 41-49.
 - ・丸山幸恵・後藤順子・叶谷由佳（2017）訪問看護ステーションにおける訪問看護師の現任教育の実態と課題，千葉科学大学紀要，10，pp. 101-108.
 - ・三浦弘恵・舟島なをみ・鈴木恵子（2005）在宅における看護実践自己評価尺度の開発，千葉看護学会会誌，11（1），pp. 31-37.
 - ・御厩美登里（2014）訪問看護におけるスタッフ教育に関する文献的考察，北海道医療大学看護福祉学部学会誌，10，pp. 49-55.
 - ・水木麻衣子・高橋都・甲斐一郎（2010）看護師の処方権導入に関する文献研究-利害関係者の視点から-，社会技術研究論文集，7，pp. 222-231.
 - ・溝上智恵子（1993）日本の成人教育と高等教育の開放，学位授与機構研究紀要学位研究，1，pp. 31-48.
 - ・三井さよ（2006）看護職における感情労働，大原社会問題研究所雑誌，567，pp. 14-26.
 - ・光本いづみ・松下年子・大浦ゆう子（2008）訪問看護師の仕事負担感や就業継続意思と業務の特性との関連，産業医科大学雑誌，30，pp. 185-196.
 - ・峰村淳子（2003）デンマーク・スウェーデン訪問看護・継続看護視察研修報告，東京医科大学雑誌，61（1），pp. 74-76.
 - ・宮川幸奈（2019）自律を目指す教育に関する自然主義的研究，九州大学学

術情報リポジトリ, pp. 27-28.

- ・村瀬智子 (2014) 熟練看護師の看護観を変えた経験-2人の熟練看護師のライフストーリーの比較-, 日本赤十字豊田看護大学紀要 9 (1), pp. 35-54.
- ・森下幸子・野村陽子・森下安子・川上理子・小原弘子・池田光徳 (2018) 中山間地域等の新任・新卒訪問看護師育成のための「訪問看護師スタートアップ研修」の評価, 高知県立大学紀要看護学部編, 68, pp. 25-39.
- ・森田敏子・魚崎須美・早川佳奈美・細川つや子・上田伊佐子 (2018) 看護基礎教育と看護継続教育の歴史的変遷からみた専門職としての看護キャリア形成, 徳島文理大学研究紀要, 95, pp. 95-114.
- ・森本悦子・庄司麻美・橋本理恵子・藤田佐和 (2018) 「質の高い在宅がん看護実践を創造していく看護師養成プログラム」の教育効果, 高知県立大学紀要, 67, pp. 19-26.
- ・文部科学省 (2021) 教育基本法, <https://www.mext.go.jp/b_menu/kihon/about/mext_00003.html> (検索日, 2021年5月21日)
- ・文部科学省中央教育審議会 (2011), <https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/02/01/1301878_1_1.pdf> (検索日 2020年9月23日)
- ・安田貴恵子・柄澤邦江・御子柴裕子・酒井久美子・下村聡子, 北山秋雄 (2012) 山間地域の訪問看護ステーションの活動上の課題と現任教育の方策, 日本ルーラルナーシング学会誌, 7, pp. 17-29.
- ・山崎敏雄・寺島尚志・方波見力 (2008) 実践力開発プログラムによる効果的な実践共同体の構築, 工学・工業教育研究講演会講演論文集, 0, pp. 606-607.
- ・山崎尚美・池俣志帆・百々望・百瀬由美子・山根友絵 (2019) 認知症の人をケアする職員に対するシミュレーション研修の有効性の検討 訪問系職員を対象とした研修会の実施およびその評価, 日本看護福祉学会誌, 24,

pp. 105-120.

- ・山崎摩耶（2018），フランスにおける終末期医療の法制化と患者の権利法：クレス・レオネッティ法と現場にみる終末期医療の実際，文化連情報，489，pp. 32-37.
- ・山澄直美・舟島なをみ・中山登志子（2014）研修課程評価スケール—院内教育用を用いた評価活動の有効性検証，看護教育学研究，23，pp. 1-16.
- ・山田雅子（2016）訪問看護 これまでと，これから，聖路加看護学会誌，20（1），pp. 3-9.
- ・山田ゆかり（2011）デンマークにおける医師と看護師の「継続教育」分担，海外社会保障研究，174，pp. 42-51.
- ・山中久美子・越村利恵（2007）臨床の知の創造 患者と看護師のコミュニケーションの諸相，日本看護科学会誌 27（1），pp. 61-67.
- ・山根一美・井上祐子・倉田節子・小川育恵・岡須美恵（2013）中堅看護師から中間看護管理者への役割移行に伴う支援に関する文献検討，ヒューマンケア研究学会誌，5（1），pp. 79-83.
- ・山本恵美子・加藤沙弥佳・川崎由美子・中島孝治・小松弘幸・畠中香織（2019）退院支援と訪問看護師を結ぶ継続看護の支援を目指したシミュレーション教育の検討，医療の広場，59，pp. 15-18.
- ・山本さやか，百瀬由美子，天木伸子，他（2016）：訪問看護師の研修参加状況と教育ニーズ，日本看護学会論文集：在宅看護，46，pp. 99-102.
- ・ユネスコ（1985）学習権宣言，<
http://image01.seesaawiki.jp/1/s/Lifelong_learning_tufs/2716141d4d646a64.pdf>（検索日 2021年 9 月 8 日）
- ・横田知子（2015）米国との比較でとらえる日本の看護教育，朝日大学保健

医療学部看護学科紀要, 1, pp. 33-37.

- ・吉越洋枝 (2001) 訪問看護婦の看護技術の実態と教育に関する調査研究
93名の訪問看護婦の調査結果から, 神奈川県立看護教育大学校看護教育
研究集録, 26, pp. 434-441.
- ・吉野純子・青木康子・菊池珠緒・加城貴美子・園岡照子・柴原君江
(1999) 訪問看護の発生とその変遷(第一報), 川崎市立看護短期大学紀
要, 4(1), pp. 1-12.
- ・吉本照子・長江弘子・辻村真由子 (2015) 大学教員と訪問看護ステーショ
ン看護師の協働による新卒訪問看護師の育成プログラムにおける合意形成
の課題 文化的視点からの考察, 文化看護学会誌, 7, pp. 2-12.
- ・吉行紀子・河野あゆみ (2016) 訪問看護師に対する高齢者総合的機能評価
を活用した介護予防教育プログラムの効果, 老年看護学, 20, pp. 47-
56.
- ・米沢慧 (2018) 看護師のための明治文学, 日本医療企画, pp. 46-49, 東
京.
- ・^{よりゆえい}頼瑤瑩 (2020) 中国における「生涯教育」から「生涯学習」への転換—民
間教育訓練産業の視座から—, 東京外国語大学海外事情研究所, 22,
pp. 239-251.
- ・渡辺二治子・神奈川県訪問看護推進協議会 (2015) 訪問看護ステーション
における人材育成についての実態調査報告書<[https:// www.pref.
kanagawa.jp/uploaded/life/951216_3011643_misc.pdf](https://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/life/951216_3011643_misc.pdf)> (検索日
2020年9月1日)