

【研究報告】

新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」ために 必要と捉える実践能力

－ 新人訪問看護師と管理者の比較 －

松 原 みゆき, 眞 崎 直 子*

【要 旨】

目的：訪問看護ステーションの新人訪問看護師と管理者が捉える新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」実践能力の必要性の捉え方を比較することである。

方法：同意の得られた56カ所の訪問看護ステーションに勤務する新人訪問看護師60名と管理者56名に、無記名自記式質問紙調査を実施した。

結果：回収率は75.8%（回収数88人）であり、新人訪問看護師43人、管理者41人を分析対象とした。両者に有意な差があったのは、組織内の連携、医療処置、利用者・家族支援・他職種との連携、災害時の対応、在宅での感染管理に関する実践能力であった。これらは、新人訪問看護師が、管理者に比べて必要であると回答した割合が高かった。

考察：新人訪問看護師は、管理者より、必要だと捉えている実践能力があることが明らかになった。両者の捉え方に違いがあることを理解し、新人訪問看護師の育成をする必要がある。

【キーワード】 新人訪問看護師, 実践能力, 訪問看護

I. はじめに

日本では、地域包括ケアシステムの構築が推進される中、担い手の中心として、訪問看護はこれまで以上に、高度で専門的な役割が期待される。しかし、訪問看護ステーション（以下、訪問看護St）従事者数は看護職全体の約2%であり、訪問看護師の数は不足している。2025年には、1.6倍の約5万人の訪問看護師が必要とされる（日本看護協会、2016）。近年、訪問看護師として、新卒の受け入れが始まったが（長江ら、2012）、新入職者のうちの1.4%と少ない。つまり、訪問看護師の雇用のほとんどが、病院等での勤務経験を持ち入職した看護師（以下、新人訪問看護師）であり、勤務経験や経験場所も様々である。全年齢を対象とし看取りまでを含めた地域包括ケアの構築には、訪問看護Stは不可欠な地域の拠点であり、訪問看護師の確保と質の担保が急務である（佐藤、2016）。しかし、訪問看護Stは、小規模事業所が6割を占め、教育体制は十分といえない（川本、2016）。

訪問看護は、原則一人で利用者宅へ訪問し、適切

なアセスメントを行ない、次の訪問までに必要なケアを提供する。新人期は、主に先輩の訪問看護師に同行訪問しながら、必要な実践能力を習得する。訪問看護は、一件当たりの報酬請求になるため、一人で訪問できないと訪問看護Stの収益が上がらない。そのため、新人期は、まず一人で訪問できることが目標で、「ひとりで訪問できる」実践能力の習得が必要となる。新卒に対しては、能力に合わせた段階的な同行訪問、病院実習や基礎看護技術研修、振り返りなど、独り立ちまで1～2年間の細かいプログラムが作成されている（長江ら、2013）。一方、新人訪問看護師は、7割が5回未満の同行訪問の後、一人で訪問を開始している（日本看護協会、2008）。病院等の勤務経験がある新人訪問看護師であっても、訪問看護に初めて従事する際、訪問看護と施設看護とで求められる実践能力に大きな相違があることに戸惑う（古橋、2009）。また、一人で訪問する時期が早く、一人で看護を提供することに大きな不安を感じている（小森、二重作、2011）。そこで、病院から訪問看護へ移行した新人訪問看護師への、

* 日本赤十字広島看護大学

訪問看護に必要な実践能力の習得に向けた手厚い支援も重要であると考えた。しかし、クリニカルラダーなどのツールを使用し人材育成をしている訪問看護 St は少なく（神奈川県訪問看護推進協議会，2015），まして，新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」実践能力の達成度の基準を明確にして支援している訪問看護 St も少ない（小森，二重作，2011）。新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」判断は，管理者や先輩訪問看護師の判断や時間的・経済的余裕のなさが基準であることが多い（小森，二重作，2011）。これらの現状から，新人訪問看護師と管理者の「ひとりで訪問できる」実践能力の捉え方に相違があると考えられた。相違があれば，新人訪問看護師の不安が解消されず，負担を強いている可能性がある。本研究は，訪問看護 St の新人訪問看護師と管理者の，新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」実践能力の必要性の捉え方を明らかにし，比較した。そして，新人訪問看護師が，「ひとりで訪問できる」実践能力を習得するための支援を検討することとした。

Ⅱ．研究方法

1．研究デザイン

研究デザインは，量的記述的研究である。

2．用語の操作的定義

訪問看護分野では，同じ新人期でも，新卒と病院等での勤務経験のある訪問看護師では，育成方法が大きく違い，区別され用いられることが多い（富安，川越；2005；木下，2009）。また，管理者は，初めて訪問看護に携わる看護師が，安心して訪問するための支援には，1 年くらい神経を遣っている（中村，2009）。よって，本研究では，新人訪問看護師とは，「新卒を除いた初めて訪問看護に従事し 1 年未満の看護師」とした。ひとりで訪問できるとは，「他看護師の同行がなく利用者宅に訪問し，その場で適切なアセスメントを行い必要なケアを提供できる」とした。実践能力とは，先行文献（高瀬，寺岡，宮腰，川田，2011；松谷ら，2010；清崎，1999）を参考とし，「訪問看護を実践するに必要な資質，専門的姿勢，知識，技術に基づいたケア能力」と定義した。

3．研究対象者

A 県内の訪問看護 St を，独立行政法人福祉医療機構が運営する介護保険関係の情報サイト WAM-NET と訪問看護ステーション連絡協議会のホームページから検索した。2014 年 10 月現在の休止・廃止を除いた 185 ヲ所の訪問看護 St 全てに，調査協力と対象者把握（管理者及び新人訪問看護師の在籍人数

など）のための情報提供を依頼する内容の往復はがきを郵送し，同意の有無と協力者の人数を記入し返信してもらった。同意が得られたのは，56 ヲ所であり，新人訪問看護師と管理者の両方の施設が 33 ヲ所（58.9%），管理者のみの施設が 23 ヲ所（41.1%）であった。複数の新人訪問看護師から同意が得られた施設が，13 ヲ所あった。その結果，新人訪問看護師 60 名と管理者 56 名に調査をした。

4．調査方法

無記名自記式質問紙調査を実施した。質問紙は，新人訪問看護師用と管理者用を作成した。同意の得られた訪問看護 St 宛てに，郵送で配布・回収した。調査期間は，2014 年 10 月～2015 年 2 月であった。

5．調査内容

1）基本属性

対象者の年齢，性別，資格，病院等での看護師経験年数，訪問看護経験年数とした。管理者には，管理者経験年数を加えた。

2）訪問看護 St の設置主体と新人訪問看護師に対する教育内容

新人訪問看護師への職場内研修の内容，新人訪問看護師がひとりで訪問できるまでの同行訪問回数と回数の十分さ，新人訪問看護師の職場外研修の受講の有無とした。

3）新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」実践能力の必要性の捉え方

基本的能力，専門的能力，組織的・管理的能力の大項目に，具体的な内容を示す中項目・小項目を設けた。基本的能力は，訪問看護を行うための基本的に身につけておく実践能力 16 小項目，専門的能力は，訪問看護を行うために求められる技術や支援などの実践能力 16 小項目，組織的・管理的能力は，組織で働く上で必要なリスクマネジメントなどの実践能力 10 小項目とし，42 小項目とした。それぞれの必要性の捉え方を，必要である，まあまあ必要である，あまり必要でない，必要でないの 4 件法で聞いた。項目は，先行文献（日本訪問看護振興財団，2011；中瀬，立石，藤原，2011；川村，1995）を参考に，新人訪問看護師の教育経験のある訪問看護 St 管理者 3 人と研究者で決めた。

4）「ひとりで訪問できる」ようになった時の不安と必要と思う支援

新人訪問看護師に，「ひとりで訪問できる」ようになった時の不安と必要と思う支援を，自由記載で回答を求めた。

6．分析方法

対象者の属性，訪問看護 St の特性，両者が捉え

る新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」実践能力の必要性の捉え方を、両者で単純集計した。両者の必要性の捉え方の比較は、Fisher's exact testを用い、正確有意確率を求めた。解析には統計ソフトIBM SPSS Statistics Ver. 22.0を使用し、有意水準は10%とした。自由記載は、新人訪問看護師の感じる不安や必要な支援の具体的な内容として意味づけられる記述を抽出し、カテゴリー化した。

7. 倫理的配慮

訪問看護 St 宛てに、研究目的、内容などを記載した協力依頼書を郵送した。返信があった訪問看護 St 管理者宛てに、回答の任意性、匿名性の確保など倫理的配慮を記載した趣意書と質問紙を送付した。新人訪問看護師には、管理者から同様の内容を含む趣意書と質問紙を配布してもらった。新人訪問看護師へは、個人の意味で返信できるように、個別の返信用封筒を同封した。質問紙の返信をもって同意とみなした。本研究は、著者が所属する大学内の研究倫理審査委員会で承認を得て実施した（承認番号：1321, 2014年10月23日）。

Ⅲ. 研究結果

1. 回答者の概要 (表 1)

回収数は88人（回収率75.8%）であった。うち、実践能力の全項目に回答した84人（95.5%）を分析対象とした。内訳は、新人訪問看護師43人、管理者41人であった。

新人訪問看護師の性別は、女性が41人（95.3%）を占め、年齢は、平均41.8±7.6歳（mean±SD, 以下同様）であった。資格は、看護師が35人（81.4%）で最も多かった。病院等での看護師経験は平均14.2±7.7年、訪問看護師経験は平均0.5±0.3年であった。

管理者の性別は、女性が38人（92.7%）を占め、年齢は、平均50.2±7.8歳であった。資格は、看護師が37人（90.2%）で最も多かった。病院等での看護師経験は平均14.9±9.3年、訪問看護師経験は平均8.5±6.3年、管理者経験は平均6.0±5.4年であった。設置主体は、医療法人14人（34.1%）が最も多かった。

職場内教育の内容は、両者とも、同伴訪問が最も多く、次いでカンファレンスや勉強会であった。新人訪問看護師が一人で訪問するまでの同行訪問回数は、新人訪問看護師は5.6±5.9回、管理者は6.4±7.1回であった。同行訪問回数の十分さは、十分である、まあまあ十分であるが新人訪問看護師は34人（81.0%）、管理者は28人（68.3%）であった。新人訪問看護師を職場外研修へ受講させている事業所は、新人訪問看護師は13人（30.2%）、管理者は19

表 1 回答者の概要

		新人 訪問看護師 (n = 43)		管理者 (n = 41)	
項目		n	%	n	%
性別	男	2	(4.7)	3	(7.3)
	女	41	(95.3)	38	(92.7)
年齢	Mean ± SD	41.8 ± 7.6歳		50.2 ± 7.8歳	
	Min～Max	28～62歳		35～69歳	
資格	保健師	3	(7.0)	1	(2.4)
	看護師	35	(81.4)	37	(90.2)
	無回答	5	(11.6)	3	(7.3)
病院等での 看護師経験	Mean ± SD	14.2 ± 7.7年		14.9 ± 9.3年	
	Min～Max	2～38年		0.2～39年	
訪問看護師 経験年数	Mean ± SD	0.5 ± 0.3年		8.5 ± 6.3年	
	Min～Max	0.1～1.0年		0～20.6年	
管理者経験 年数	Mean ± SD			6.0 ± 5.4年	
	Min～Max			0.2～17.3年	
設置主体	医療法人	13	(30.2)	14	(34.1)
	株式会社・有限会社	12	(27.9)	9	(22.0)
	医師会	10	(23.3)	7	(17.1)
	日赤・社会保険関係団体	2	(4.7)	2	(4.9)
	社会福祉法人	1	(2.3)	3	(7.3)
	公立	1	(2.3)	2	(4.9)
	看護協会	1	(2.3)	2	(4.9)
	社会福祉協議会	1	(2.3)	1	(2.4)
	その他	2	(4.7)	1	(2.4)
新人訪問看護 師への職場内研修の 内容 (複数回答)	同行訪問	40	(31.0)	39	(26.7)
	カンファレンス	29	(22.5)	35	(24.0)
	勉強会・伝達講習	28	(21.7)	35	(24.0)
	事例検討	19	(14.7)	22	(15.1)
	シミュレーション学習	5	(3.9)	4	(2.7)
	e-learning	4	(3.1)	5	(3.4)
	ロールプレイング	3	(2.3)	2	(1.4)
	その他	1	(0.8)	4	(2.7)
新人訪問看護師 との同行訪問回数	Mean ± SD	5.6 ± 5.9回		6.4 ± 7.1回	
	Min～Max	1～30回		2～40回	
新人訪問看護師が ひとりで訪問する までの同行訪問 回数の十分さ	十分である	9	(20.9)	4	(9.8)
	まあまあ足りている	25	(58.1)	24	(58.5)
	あまり十分でない	7	(16.3)	6	(14.6)
	十分でない	1	(2.3)	1	(2.4)
	無回答	1	(2.3)	6	(14.6)
新人訪問看護師の 職場外研修の 受講の有無	有	13	(30.2)	19	(46.3)
	無	30	(69.8)	20	(48.3)
	無回答			2	(4.9)

人（46.3%）であった。

2. 新人訪問看護師と管理者の「ひとりで訪問できる」実践能力の必要性の捉え方の比較 (表 2)

両者に有意な差があったのは、42小項目のうち 8 小項目であり、全て新人訪問看護師のほうが、管理

表2 新人訪問看護師と管理者の「ひとりで訪問できる」実践能力の必要性の捉え方の比較

大項目	中項目	小項目	新人訪問看護師 (n=43)		管理者 (n=41)		p
			n	%	n	%	
基本的 能力	基本 姿勢	事業所の理念・チームの目標を理解する	必要である	26 (60.5)	26 (63.4)	0.625	
			まあまあ必要である	17 (39.5)	15 (36.6)		
			あまり必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)		
			必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)		
		事業所のルールを守る	必要である	35 (81.4)	34 (82.9)	0.772	
			まあまあ必要である	8 (18.6)	6 (14.6)		
			あまり必要でない	0 (0.0)	1 (2.4)		
			必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)		
		職員間の協調性を大切にする	必要である	34 (79.1)	34 (82.9)	0.738	
			まあまあ必要である	9 (20.9)	7 (17.1)		
			あまり必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)		
			必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)		
	マナーや礼儀に気を配る	必要である	40 (93.0)	41 (100.0)	0.241		
		まあまあ必要である	3 (7.0)	0 (0.0)			
		あまり必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
		必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
	倫理的 態度	訪問看護時間（開始時間）を守る	必要である	38 (88.4)	38 (92.7)	0.713	
			まあまあ必要である	5 (11.6)	3 (7.3)		
			あまり必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)		
			必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)		
		勤務時間内に業務が終了できるように努力する	必要である	33 (76.7)	29 (70.7)	0.454	
			まあまあ必要である	9 (20.9)	12 (29.3)		
			あまり必要でない	1 (2.3)	0 (0.0)		
			必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)		
訪問エリアの交通機関の利用方法、道路事情などを把握する		必要である	31 (72.1)	24 (58.5)	0.252		
		まあまあ必要である	12 (27.9)	16 (39.0)			
		あまり必要でない	0 (0.0)	1 (2.4)			
		必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
コミュニケーション 能力	利用者・家族の人権や自由を尊重する	必要である	40 (93.0)	38 (92.7)	1.000		
		まあまあ必要である	3 (7.0)	3 (7.3)			
		あまり必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
		必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
	利用者・家族の意思を尊重し、目標を共有して活動する	必要である	40 (93.0)	36 (87.8)	0.478		
		まあまあ必要である	3 (7.0)	5 (12.2)			
		あまり必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
		必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
	コミュニケーションを通して、利用者・家族と良好な関係をつくる	必要である	42 (97.7)	38 (92.7)	0.354		
		まあまあ必要である	1 (2.3)	3 (7.3)			
		あまり必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
		必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
利用者・家族に関する内容を、他者に説明する	必要である	34 (79.1)	23 (56.1)	0.120			
	まあまあ必要である	6 (14.0)	13 (31.7)				
	あまり必要でない	2 (4.7)	2 (4.9)				
	必要でない	1 (2.3)	3 (7.3)				
組織内 の連携	日々の看護活動を同僚・管理者に報告・連絡・相談する	必要である	40 (93.0)	40 (97.6)	0.616		
		まあまあ必要である	3 (7.0)	1 (2.4)			
		あまり必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
		必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
	業務上のわからないことや悩みなどを、同僚・管理者に自ら相談する	必要である	38 (88.4)	35 (85.4)	0.754		
		まあまあ必要である	5 (11.6)	6 (14.6)			
		あまり必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
		必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
	チームとしてケアを提供していることを、他者に説明する	必要である	35 (81.4)	23 (56.1)	0.025**		
		まあまあ必要である	5 (11.6)	14 (34.1)			
		あまり必要でない	2 (4.7)	1 (2.4)			
		必要でない	1 (2.3)	3 (7.3)			
自己啓発	知識・技術向上のために自己学習や研修会への参加の努力をする	必要である	28 (65.1)	24 (58.5)	0.654		
		まあまあ必要である	15 (34.9)	16 (39.0)			
		あまり必要でない	0 (0.0)	1 (2.4)			
		必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
	周囲の意見を聞き入れ視野を広げる努力をする	必要である	35 (81.4)	28 (68.3)	0.211		
		まあまあ必要である	8 (18.6)	13 (31.7)			
		あまり必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
		必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
	専門的 能力	訪問看護の準備・終了時の後始末を確実に行う	必要である	42 (97.7)	36 (87.8)	0.105	
			まあまあ必要である	1 (2.3)	5 (12.2)		
			あまり必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)		
			必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)		
バイタルサインの測定		必要である	40 (93.0)	37 (90.2)	0.710		
		まあまあ必要である	3 (7.0)	4 (9.8)			
		あまり必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
		必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
日常生活援助（清潔・排泄・食事援助など）		必要である	39 (90.7)	32 (78.0)	0.227		
		まあまあ必要である	2 (4.7)	7 (17.1)			
		あまり必要でない	2 (4.7)	2 (4.9)			
		必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)			
リハビリテーション看護	必要である	24 (55.8)	24 (58.5)	0.932			
	まあまあ必要である	17 (39.5)	15 (36.6)				
	あまり必要でない	2 (4.7)	2 (4.9)				
	必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)				
医療処置（浣腸・点滴・吸引など）	必要である	39 (90.7)	32 (78.0)	0.066*			
	まあまあ必要である	2 (4.7)	8 (19.5)				
	あまり必要でない	2 (4.7)	1 (2.4)				
	必要でない	0 (0.0)	0 (0.0)				

Fisher's exact test

* $p < .1$. ** $p < .05$. *** $p < .01$.

			新人訪問看護師 (n=43)		管理者 (n=41)		p	
大項目	中項目	小項目	n	%	n	%		
専門的能力	在宅看護技術	在宅医療にかかわる医療処置管理（HOT・在宅経管栄養・NPPV など）	必要である	37	(86.0)	30	(73.2)	0.134
			まあまあ必要である	4	(9.3)	10	(24.4)	
			あまり必要でない	1	(2.3)	0	(0.0)	
			必要でない	1	(2.3)	1	(2.4)	
	利用者・家族支援	利用者だけでなく家族を含めて働きかける	必要である	38	(88.4)	32	(78.0)	0.328
			まあまあ必要である	4	(9.3)	8	(19.5)	
			あまり必要でない	1	(2.3)	1	(2.4)	
			必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)	
		利用者・家族に合った教育・指導をする	必要である	36	(83.7)	30	(73.2)	0.575
			まあまあ必要である	6	(14.0)	10	(24.4)	
			あまり必要でない	1	(2.3)	1	(2.4)	
			必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)	
	利用者・家族のもつ力を高める働きかけをする	必要である	34	(79.1)	23	(56.1)	0.057*	
		まあまあ必要である	8	(18.6)	16	(39.0)		
		あまり必要でない	1	(2.3)	2	(4.9)		
		必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
	社会資源	地域の保健医療福祉資源を把握する	必要である	26	(60.5)	20	(48.8)	0.326
			まあまあ必要である	17	(39.5)	20	(48.8)	
			あまり必要でない	0	(0.0)	1	(2.4)	
			必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)	
	連携	医師に必要な情報を提供し、指示を得ることができる	必要である	41	(95.3)	33	(80.5)	0.046**
			まあまあ必要である	2	(4.7)	8	(19.5)	
			あまり必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)	
			必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)	
		他職種と情報交換することができる	必要である	40	(93.0)	28	(68.3)	0.005***
			まあまあ必要である	3	(7.0)	13	(31.7)	
			あまり必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)	
			必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)	
在宅看護過程		必要な看護情報（身体・精神・社会）の収集をする	必要である	41	(95.3)	35	(85.4)	0.151
			まあまあ必要である	2	(4.7)	6	(14.6)	
			あまり必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)	
			必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)	
	症状・病態と生活課題を一体的にアセスメントする	必要である	39	(90.7)	33	(80.5)	0.222	
		まあまあ必要である	4	(9.3)	8	(19.5)		
		あまり必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
		必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
必要な情報をもとにその日の援助計画を立てる	必要である	35	(81.4)	29	(70.7)	0.310		
	まあまあ必要である	8	(18.6)	12	(29.3)			
	あまり必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)			
	必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)			
安全管理	提供した看護援助を看護記録に正確に記載する	必要である	38	(88.4)	33	(80.5)	0.376	
		まあまあ必要である	5	(11.6)	8	(19.5)		
		あまり必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
		必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭におきケアをする	必要である	40	(93.0)	38	(92.7)	1.000	
		まあまあ必要である	3	(7.0)	3	(7.3)		
		あまり必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
		必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
	利用者の病態から予測される問題に予防的に対処する	必要である	37	(86.0)	34	(82.9)	0.768	
		まあまあ必要である	6	(14.0)	7	(17.1)		
		あまり必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
		必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
災害管理	利用者の不満・苦情やトラブルが生じた場合、管理者に速やかに相談・報告する	必要である	43	(100.0)	37	(90.2)	0.052*	
		まあまあ必要である	0	(0.0)	4	(9.8)		
		あまり必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
		必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
	災害時対応マニュアルを理解し、災害発生時には指示に従い適切に行動する	必要である	29	(67.4)	19	(46.3)	0.041**	
		まあまあ必要である	14	(32.6)	19	(46.3)		
		あまり必要でない	0	(0.0)	3	(7.3)		
		必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
感染管理	在宅看護に必要な感染対策を理解する	必要である	42	(97.7)	36	(87.8)	0.105	
		まあまあ必要である	1	(2.3)	5	(12.2)		
		あまり必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
		必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
	感染予防を考慮し、物品の選択や訪問順序を理解する	必要である	40	(93.0)	28	(68.3)	0.005***	
		まあまあ必要である	3	(7.0)	13	(31.7)		
		あまり必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
		必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
情報管理	プライバシーを保護して情報や記録物を取り扱う	必要である	40	(93.0)	38	(92.7)	1.000	
		まあまあ必要である	3	(7.0)	3	(7.3)		
		あまり必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
		必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
事業所の規定に合わせて情報を整理できる	必要である	34	(79.1)	27	(65.9)	0.266		
	まあまあ必要である	9	(20.9)	13	(31.7)			
	あまり必要でない	0	(0.0)	1	(2.4)			
	必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)			
組織運営管理	ステーションのサービス内容を、他者に説明する	必要である	26	(60.5)	17	(41.5)	0.194	
		まあまあ必要である	16	(37.2)	21	(51.2)		
		あまり必要でない	1	(2.3)	3	(7.3)		
		必要でない	0	(0.0)	0	(0.0)		
同僚が困らないように物品を整備・補充する	必要である	29	(67.4)	19	(46.3)	0.155		
	まあまあ必要である	13	(30.2)	19	(46.3)			
	あまり必要でない	1	(2.3)	2	(4.9)			
	必要でない	0	(0.0)	1	(2.4)			

Fisher's exact test

* $p < .1$. ** $p < .05$. *** $p < .01$.

者より必要と捉えている比率が高かった。(以下、小項目を〈 〉で示す)。

基本的能力では、組織内の連携〈チームとしてケアを提供していることを、他者に説明する〉が、新人訪問看護師は必要であるが35人(81.4%)、まあまあ必要であるが5人(11.6%)、あまり必要でないが2人(4.7%)、必要でないが1人(2.3%)に対し、管理者は必要であるが23人(56.1%)、まあまあ必要であるが14人(34.1%)、あまり必要でないが1人(2.4%)、必要でないが3人(7.3%)で、有意な差があった($p=.025$)。

専門的能力では、在宅看護技術〈医療処置(浣腸・点滴・吸引など)〉で新人訪問看護師は必要であるが39人(90.7%)、まあまあ必要であるが2人(4.7%)、あまり必要でないが2人(4.7%)に対し、管理者は必要である32人(78.0%)、まあまあ必要であるが8人(19.5%)、あまり必要でないが1人(2.4%)であった($p=.066$)。利用者・家族支援〈利用者・家族のもつ力を高める働きかけをする〉は、新人訪問看護師は必要である34人(79.1%)、まあまあ必要であるが8人(18.6%)、あまり必要でないが1人(2.3%)に対し、管理者は必要であるが23人(56.1%)、まあまあ必要であるが16人(39.0%)、あまり必要でないが2人(4.9%)で、有意な差があった($p=.057$)。連携〈医師に必要な情報を提供し、指示を得ることができる〉は、新人訪問看護師は必要であるが41人(95.3%)、まあまあ必要であるが2人(4.7%)に対し、管理者は必要である33人(80.5%)、まあまあ必要であるが8人(19.5%)で、有意な差があった($p=.046$)。連携〈他職種と情報交換することができる〉は、新人訪問看護師は必要であるが40人(93.0%)、まあまあ必要であるが3人(7.0%)に対し、管理者は必要である28人(68.3%)、まあまあ必要であるが13人(31.7%)で、有意な差があった($p=.005$)。

組織的・管理的能力では、安全管理〈利用者の不満・苦情やトラブルが生じた場合、管理者に速やかに相談・報告する〉が、新人訪問看護師は必要であるが43人(100.0%)に対し、管理者は必要であるが37人(90.2%)、まあまあ必要であるが4人(9.8%)で、有意な差があった($p=.052$)。災害管理〈災害時対応マニュアルを理解し、災害発生時には指示に従い適切に行動する〉が、新人訪問看護師は必要であるが29人(67.4%)、まあまあ必要であるが14人(32.6%)に対し、管理者は必要であるが19人(46.3%)、まあまあ必要であるが19人(46.3%)、あまり必要でないが3人(7.3%)で、有意な差があっ

た($p=.041$)。感染管理〈感染予防を考慮し、物品の選択や訪問順序を理解する〉が、新人訪問看護師は必要であるが40人(93.0%)、まあまあ必要であるが3人(7.0%)に対し、管理者は必要であるが28人(68.3%)、まあまあ必要であるが13人(31.7%)で、有意な差があった($p=.005$)。

3. 新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」ようになった時の不安と必要と思う支援(自由記載)

新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」ようになった時の不安と必要と思う支援の自由記載は、新人訪問看護師の37名(86.0%)からの回答を得た。

新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」ようになった時の不安は、一人で訪問すること自体の不安、利用者との関係性に対する不安、在宅で生活する利用者への援助に対する戸惑い、不測の事態に対する対応の不安、他職種との連携の難しさ、サポートの少なさへの不安、知識不足の7個のカテゴリーに分類された。(表3)

新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」ように

表3 新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」ようになった時の不安

カテゴリー	サブカテゴリー
一人で訪問すること自体の不安	一人で判断することへの不安
	一人でケアを行う身体的負担
	一人で提供したケアの適切性に対する不安
利用者との関係性に対する不安	看護技術を代わる人がいない負担
	利用者の満足度に対する不安
	利用者の受け入れに対する不安
在宅で生活する利用者への援助に対する戸惑い	利用者とのコミュニケーションに対する不安
	自宅に訪問することへの気遣い
	生活に踏み込んだ指導・援助への迷い
不測の事態に対する対応の不安	利用者の生活に応じた援助の適切性に対する不安
	利用者の急変への対応ができるか不安
	予定外のことがおきたときの判断が不安
他職種との連携の難しさ	利用者の異常を見逃してしまう不安
	主治医・他職種への報告の判断の難しさ
	他職種への指導の難しさ
サポートの少なさへの不安	研修が少ない
	精神面のサポートがない
	職場内が多忙で他看護師に相談できない
知識不足	多岐にわたる疾病への知識不足
	地域の社会資源に関する知識不足

表4 新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」ようになった時に必要と思う支援

カテゴリー	サブカテゴリー
常にサポートしてもらえる体制	事業所全体で支える職場づくり
	相談・連携しやすい雰囲気づくり
	緊急時に常に連絡・訪問してもらえる体制
振り返りの機会の確保	訪問直後の看護の振り返り
	定期的な看護の振り返り
同行訪問の確保	十分な同行訪問回数の確保
	能力に合わせた同行訪問回数の確保
	独り立ち後の同行訪問
教育体制の整備	新人・現任教育体制の整備
	教育マニュアルの整備
	職場内研修の整備
	職場外研修の参加への奨励
余裕のあるスケジュールの確保	情報収集のための訪問前の時間の確保
	余裕のある訪問時間の確保

なった時に必要と思う支援は、常にサポートしてもらえる体制、振り返りの機会の確保、同行訪問の確保、教育体制の整備、余裕のあるスケジュールの確保の5個のカテゴリーに分類された。(表4)

IV. 考 察

地域包括ケアシステムにおいて、中心的な役割を担う訪問看護師は、様々な実践能力が必要とされる。本研究は、新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」実践能力の必要性の捉え方を、新人訪問看護師と管理者とで比較した。両者の病院等での看護師経験年数は、ほぼ同じだった。そのため、施設看護での基本的な看護ケアに対する認識には大きな相違がないと考えられる。また、新人訪問看護師に対する職場内研修は、両者とも同行訪問やカンファレンス・伝達講習が多かった。東京都（東京都福祉保健局, 2015）の調査では、朝礼等での助言や指導・同行訪問が、長野県（柄澤ら, 2011）では、カンファレンス・伝達講習が最も多く、本研究も同様の結果だった。新人訪問看護師との同行訪問回数は、本研究では、5～6回であり、2006年の全国調査（日本看護協会, 2008）の6.8回とほぼ同様であった。したがって、本研究対象者が所属する訪問看護Stは、全国の訪問看護Stと新人教育の内容など大きく違いがないといえる。

調査をした実践能力の8割は、新人訪問看護師と管理者に有意な差がみられなかった。よって、両者

の新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」実践能力の必要性の捉え方は、概ね相違がないといえる。

しかし、両者の捉え方に相違がある実践能力があることも明らかになった。両者に有意な差があったのは、組織内の連携、医療処置、利用者・家族支援、他職種との連携、安全管理、感染管理、災害管理に関する実践能力であり、新人訪問看護師のほうが、管理者より必要であると捉えている比率が高かった。これらは、新人訪問看護師が、看護の場が病院から在宅に移行し、治療中心の看護から生活の質の向上への看護に役割を変更する課題に直面し、発想の転換を求められる能力だといえる。訪問看護活動は、利用者の生活の場に一人で訪問し、限られた時間の中で看護を提供すること、多組織とのチームアプローチが不可欠であること、小規模な組織運営であることなどの特徴がある(佐藤, 2016)。そのため、今回の訪問までの利用者の状態を予測し、訪問時に必要なケアを行う必要がある。特に、点滴や吸引といった〈医療処置〉は、訪問時間内に確実にこなさないと、利用者の生命の危険性にもつながることもある。新人訪問看護師は、自由記載にも看護技術を代わる人がいない不安をあげているように、医療処置の技術を訪問先で確実に一人で行なうことへのプレッシャーを感じている。加えて、新人訪問看護師は、一人で訪問する際の、ケアの適切性や利用者との関係性にも不安をもっている。〈チームでケアを提供しててくれることを、他者に説明する〉ことや〈利用者の不満・苦情やトラブルが生じた場合、管理者に速やかに相談・報告する〉必要性を、新人訪問看護師が管理者より感じているのは、日頃の相談から不測の事態の対応など、一人で訪問することへのサポート体制を求めていると考える。また、訪問看護は、訪問という断続的な形態をとるため、訪問看護師がいない間に利用者や家族ができるだけ自立して療養生活が送られるように支援する必要がある。そのため、新人訪問看護師は、施設看護よりさらに〈利用者・家族のもつ力を高める働きかけをする〉必要性を感じていると考える。そして、利用者の生活を両面から支えるためには、医療、介護、福祉の専門職種と連携を図りながらチームケアを展開する。そのためには、職種同士の顔の見える関係づくりを構築していく必要がある。しかし、その連携機関は、地域内に点在しており、母体施設が異なることも多い。日ごろ面識のない医師や介護職員と連携することは、新人期に直面する課題の一つといわれている(富安, 川越, 2005)。新人訪問看護師にとって、〈医師に必要な情報を提供し、指示を得ること

ができる〉〈他職種と情報交換することができる〉ことは、本研究の自由記載からも苦手意識があると推測する。感染管理や災害管理については、訪問看護の利用者の療養環境や衛生状況は様々であり、病院のように、緊急体制、医療器具、衛生材料が整っているわけではない。訪問看護師はひとりで訪問し、的確な判断力対応を求められるだけでなく、利用者と家族が、日頃の予防から発生時の対応まで、自立して行うことを目標とする。したがって、マニュアル通りではなく、利用者の特性や住まいなどを考慮した関わりや指導が必要となる。

このように、新人訪問看護師は、施設看護に比べ応用力を求められる実践能力を、管理者より必要性を強く感じていると考える。この捉え方の相違が、新人訪問看護師が、一人で訪問する時期が早いと感じるなどの不安につながっている可能性がある。新人訪問看護師は、一人で訪問し始めると、医療機関での看護とは違うことにギャップを感じ、自分が訪問看護に向いているのか、自信を失いかけることもある（中村，2009）。したがって、管理者や教育担当者は、この相違を認識し、新人訪問看護師の不安が軽減され、自信をもって成長していけるように、関わる必要がある。そのためには、「ひとりで訪問できる」実践能力はどのようなものが必要か明確に伝えたり、同行訪問時に意図的にロールモデルを示すなど、学習できる機会を多く持ち、効果的に実践能力が獲得できるように働きかけていく。また、共通認識できる新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」実践能力を評価する指標の作成も、有用であると考え。本研究では、新人訪問看護師が必要と考える支援として、常にサポートできる体制や振り返りの機会の確保があげられた。訪問看護Stは、これらの体制を整えることも大切である。小規模事業所が多い訪問看護Stにとっては、大規模で地域の基幹型の機能を有する機能強化型訪問看護Stの協力を得る他、各訪問看護Stの特徴を活かし、新人訪問看護師の実践能力の習得に協力しあうネットワーク作りも急務といえる。また、地域包括ケアで活躍できる看護師育成や訪問看護Stの人材確保の観点から、病院と訪問看護ステーション両施設間での看護師のアウトが検討されている（日本看護協会，2016）。訪問看護Stの新人訪問看護師にとっては、病院にアウトすることで、看護技術や連携方法などの実践能力を習得する機会となるといえる。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、対象者の地域が限定しており、この結

果を一般化するには限界がある。新人教育担当者が管理者ではない場合の必要と捉える実践能力に相違がある可能性もある。今後は、多角的に検討をする必要がある。また、本研究の実践能力の調査項目は、研究者らが作成したものである。今後洗練し、妥当性を検証していく必要がある。

VI. 結 論

本研究は、訪問看護Stの管理者と新人訪問看護師を対象に、新人訪問看護師が「ひとりで訪問できる」実践能力の捉え方の実態を明らかにした。その結果、新人訪問看護師は、新人訪問看護師と管理者の捉え方に相違がある実践能力があることが明らかになった。両者の捉え方に違いがあることを理解し、新人訪問看護師の育成をする必要がある。

本研究は、平成25年度公益財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団の助成を受け、実施した研究の一部である。

謝 辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力頂きました訪問看護ステーションの管理者と新人訪問看護師の皆様へ心より感謝申し上げます。

文 献

- 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） 管理者に対する調査の分析．長野県看護大学紀要，13，17-34.
- 古橋聡子（2009）．在宅看護管理とは何か，なぜ必要なのか（在宅看護管理）．木下由美子（編），新版 在宅看護論（第1版）（pp.231-254）．医歯薬出版．
- 神奈川県訪問看護推進協議会（2015）．神奈川県平成26年度 在宅医療（訪問看護）推進支援事業 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，13-24.
- 川本利恵子（2016）．あらゆる施設・場で活用してほしい「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」．コミュニティケア，18（6），10-13.
- 川村佐和子（1995）．訪問看護婦に求められる資質・能力・技術・教育．看護，47（12），34-44.
- 清崎由美子（1999）．病院と在宅はこう違う 訪問看護婦に必要な7つの能力．訪問看護と介護，4（9），722-723.

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, 31-38.

松谷美和子, 三浦友理子, 平林優子, 佐居由美, 卯野木健, 大隈香, 奥裕美, 堀成美, 井部俊子, 高屋尚子, 西野理英, 寺田麻子, 飯田正子, 佐藤エキ子 (2010). 看護実践能力 概念, 構造, および評価. 聖路加看護学会誌, 14 (2), 18-28.

長江弘子, 吉本照子, 辻村真由子, 松永敏子, 山木まさ, 星野恵美子, 澤田いつ子, 虻川良子, 保坂和子, 鈴木朋子, 権平くみ子 (2012). 「協会」「大学」「ステーション」で協働する千葉県の地域連携型人材育成の試み—自律した訪問看護師を現場で育てる! 「新卒訪問看護師教育プログラム」の開発. 訪問看護と介護, 17 (9), 803 - 808.

長江弘子, 吉本照子, 辻村真由子, 松永敏子, 山木まさ, 星野恵美子, 澤田いつ子, 保坂和子, 権平くみ子 (2013). 【来たれ! 新卒訪問看護師! 千葉県訪問看護実践センター事業の試み】【新卒訪問看護師育成プログラム】「新卒訪問看護師育成プログラム」の開発と概要組織として“現場”を支える公的仕組みを全国に. 訪問看護と介護, 18(8), 624-631.

中村順子 (2009). 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. 日本看護管理学会誌, 13 (1), 5-13.

中瀬美穂, 立石容子, 藤原麻子 (2011). 訪問看護

師のためのクリニカルラダーの開発. 訪問看護と介護, 16 (5), 372-378.

日本訪問看護振興財団 (2011). 訪問看護師 OJT ガイドブック (pp. 1-44). 日本訪問看護振興財団.

日本看護協会 (2008). 訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策の在り方に関する調査研究事業研究事業報告書 平成20年度老人保健健康増進等事業 (pp. 219-340). 日本看護協会.

日本看護協会 (2016). 地域における訪問看護人材の確保・育成・活用策に関する調査研究事業報告書 平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 (pp. 1-174). 日本看護協会.

佐藤美恵子 (2016). 利用者主体の訪問看護サービスを運営するために. 日本本訪問看護財団(監修), 新版 訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル 第3版 (pp. 107-161). 日本看護協会出版会.

高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子, 川田綾子 (2011). 看護実践能力に関する概念分析 国外文献のレビューを通して. 日本看護研究学会雑誌, 34(4), 103-109.

東京都福祉保健局 (2015). 東京訪問看護支援検討委員会報告書 (pp. 1-125). 東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課.

富安眞理, 川越博美 (2005). 病院から在宅に移行した新人訪問看護師が看護実践への自信を深める要因の検討. 日本看護学教育学会誌, 15 (2), 39-49.

Competencies required by new visiting nurses to make a visit without assistance

— A comparison of attitudes among new home-visiting nurses and nurse managers —

Miyuki MATSUBARA*, Naoko MASAKI*

Abstract:

Objective: To compare the attitudes of new home-visiting nurses and nurse managers employed by a visiting nursing station concerning the level of competencies required by a new home-visiting nurse to make a visit without assistance.

Method: We conducted an anonymous self-administered questionnaire with 60 consenting new home-visiting nurses and 56 nurse managers working for 56 visiting nursing station.

Results: The overall collection rate was 75.8% (88 responses) and we analyzed the valid responses of 43 new home-visiting nurses and 41 nurse managers. There were significant differences between the new home-visiting nurses and nurse managers in terms of their perceived need for competencies relating to cooperation within their own organization, medical procedures, support for patients and their families, coordination with other professions, support at the time of disaster and home-based management of infections. Specifically, a higher percentage of new home-visiting nurses responded that these competencies were necessary than their manager counterparts.

Discussion: Our study demonstrated that new home-visiting nurses perceived the need for a wider range of competencies than those deemed necessary by nurse managers. This finding highlights the need to train new home-visiting nurses based on an understanding of how their attitudes differ from those of nurse managers.

Keywords:

new home-visiting nurse, competency, visiting nursing

* Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing