

原著論文

北海道における訪問看護師と 大学病院看護師の連携推進のための基礎調査

牧野 志津* 塩川 幸子* 山内 まゆみ* 平塚 志保** 井戸川 みどり**
伊藤 俊弘* 澤田 裕子** 奥田 久美** 平瀬 美恵子*** 服部 ユカリ****

【要 旨】

超高齢化と過疎化が進む北海道では、地域の特性を考慮した地域包括ケアの推進が課題であり、特に大学病院看護師と訪問看護師の連携は重要である。

本研究の目的は、北海道における訪問看護師の看護実践に際しての困難感、ニーズを把握し、大学病院看護師と訪問看護師の相互理解に基づいた連携の取り組みを行うための基礎資料とすることである。

北海道の訪問看護師に無記名自記式質問紙を配付し、欠損値を含む回答を除外した187名の回答を分析対象とした（有効回答率64.9%）。北海道の三次医療圏ごとの比較では訪問距離等で有意な差があった。また、訪問看護師には何らかの困難感があり、困難感には訪問件数の多さが関連していた。訪問看護師の8割以上が専門的知識を有する看護師との交流を望んでおり、「災害時の利用者の安全・健康の確保」、「感染症の予防や発生時の対応」等の研修会開催等を希望していた。今後の取り組みとして、北海道の広域性を踏まえ、ICTの活用、共に学び合える支援困難事例の事例検討会の必要性が示唆された。

キーワード 訪問看護師、困難感、ニーズ、看護連携

I 緒言

超高齢化が進展しているわが国において、2025年以降も地域包括ケアシステムを地域の実情に応じて深化・推進させる必要がある。そのためには、それぞれの地域に適した仕組み作りとネットワークの拡充が重要である¹⁾。

北海道の人口は2040年には428万人と、ピークから24.8%減少し、高齢化率は40.9%を占めると推計されている²⁾。加えて、3,000人未満の自治体も増加し、今後も少子高齢化・過疎化が加速し全国を上回る速さで進行していくと予想される。また、積雪寒冷地で広域分散型社会である北海道では、医療の偏在、遠方への移動負担など医療・介護の整備には様々な課題があり、情報通信技術（Information

and Communication Technology 以下、ICT）を活用した業務の効率化、遠隔医療や相談の実施等について、積極的な検討が必要とされている³⁾。

北海道の三次医療圏は、道北、道央、道南、オホーツク、十勝、釧路・根室の6圏域に区分され、大学病院等の主要な医療機関が広範囲の圏域をカバーし、高度な医療を提供する役割を担っている。これらの医療機関での治療を終えた患者の中には、複数の医療管理をしながら在宅医療に移行するなど複雑な課題を抱えるケースも多く存在し、医療のバトンをつなぐ退院支援の重要性はますます高まっている。

患者が望む暮らしを安心・安全に続けるためには、急性期病院から在宅への道筋をつけるための看護と看護の連携強化、なかでも日常的な医療管理の中心

*旭川医科大学医学部看護学科看護学講座 **旭川医科大学病院看護部

旭川医科大学看護職キャリア支援センター *札幌保健医療大学

的役割を果たす訪問看護師とのつながりが重要となる。看護職は、医療・介護・福祉等のあらゆる場において幅広く活躍する専門職で、連携の中心的役割を担う存在であり⁴⁾組織を超えて看護職同士がつながる連携体制の構築が重要である。看護職の連携を深める取組みとしては、交流会を通じたプログラムや訪問看護研修などがある。また、連携体制構築に向けたプロセスとしては、病院を地域のケアシステムの一機関ととらえ病院内・地域の両方の視点から課題を検討することが重要とされている⁴⁾。しかし、病院と在宅といった場の異なる看護職間の相互理解や連携は必ずしも十分ではないとの報告も多い⁵⁾⁶⁾。したがって、地域における看護職間の連携体制を構築するためには、各地域の特性を踏まえた相互理解が不可欠である。特に、広域な医療圏を持つ北海道においては、高度急性期医療を担う大学病院の看護師と、日常的な医療管理を担う地域の訪問看護師との連携が、患者の生活を支える上で重要な鍵となる。その第一歩として、訪問看護師の活動実態や看護実践における困難感、ならびに支援に対するニーズを明らかにすることが必要である。

本研究の目的は、北海道における訪問看護師の看護実践に際しての困難感、ニーズを把握し、訪問看護師への理解を深め、大学病院看護師と地域で活動する訪問看護師が相互理解に基づいた連携の取り組みを行うための基礎資料とすることである。

II 研究方法

1. 対象者

北海道庁保健福祉局施設運営指導課介護保険サービス事業所に掲載されている訪問看護事業所 536 か所（2019 年 12 月 31 日時点）に在籍する訪問看護師を対象とした。

2. 調査期間

2020 年 2 月～3 月

3. 調査方法

北海道の訪問看護事業所（以下、事業所）536 か所の管理者に、文書にて研究の趣旨を説明し、研究協力の可否を確認するとともに、協力可能な看護職員数について回答を依頼した。研究協力を承諾した 94 事業所の訪問看護師 438 名に、無記名自記式質問紙を郵送し、回答を依頼した。

4. 調査内容

1) 個人属性

年齢、性別、事業所所在地域、看護職経験年数と訪問看護経験年数を調査した。

2) 訪問看護活動体制・状況

総職員数、1 日の平均訪問件数、訪問先までの最大移動距離と夏季冬季の移動時間、看護実践能力向上のための活動参加、ICT の活用状況を調査した。

3) 看護実践に際しての困難感

看護実践に際しての困難感は「常にある」「しばしばある」「時々ある」「まれにある」「ない」の 5 段階で回答を依頼した。さらに困難を感じる状況を調査した。

4) 専門的知識を有する看護職との連携ニーズ

専門的知識を有する看護職との人材交流希望の有無は「是非したい」「機会があればしたい」「あまりしたくない」「したくない」の 4 段階で回答を依頼した。さらに人材交流の希望施設・内容と方法、連携内容のニーズを調査した。

5. 分析方法

記述統計量を算出後、14 の事業所所在地域は、三次医療圏 6 圏域に分類した。6 圏域の比較については、Kruskal-Wallis 検定で有意差を確認し、有意な組み合わせを特定するために、Bonferroni 法の多重検体の補正による Mann-Whitney の U 検定を行った。Bonferroni 補正は有意水準 0.05 を 6（三次医療圏 6 圏域）で割った補正後の有意水準を用いて有意性を判定した。困難感は順序データの中央値を基準として、それよりも高い順序に位置する「常にある」「しばしばある」を「困難感高群」、低い順序に位置する「時々ある」「まれにある」「ない」を「困難感低群」とした。この 2 群について変数間の差を t 検定、 χ^2 検定で比較した。次に、困難感の高低を従属変数とし、多重共線性を確認した後、個人属性である年齢・性別・看護職経験年数・訪問看護経験年数および、2 群間の t 検定、 χ^2 検定で $p < 0.10$ であった項目を独立変数としてロジスティック回帰分析を行った。人材交流の希望は、「是非したい」「機会があればしたい」を「ニーズあり」、「あまりしたくない」「したくない」を「ニーズなし」の 2 群とし、変数間の差を t 検定、 χ^2 検定で比較した。データ解析には統計ソフト SPSS Ver 27 を使用し、有意水準を 5%とした。

6. 倫理的配慮

研究参加者に対し、研究目的と方法、参加の自由意思と匿名性の確保、結果の公表等について文書で説明し、調査用紙の返送をもって同意とみなした。本研究は旭川医科大学倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 18232、承認日 2019 年 9 月 4 日)。

Ⅲ 結果

本調査では、協力を得た 94 施設の訪問看護師 438 名に調査票を配付し 288 名の回答を得た(回収率 65.8%)。その後、欠損値を含む回答を除外し、分析に必要なデータが揃っている 187 名の回答を最

終的な分析対象とした(有効回答率 64.9%)。

表 1 に個人属性と訪問看護活動体制・状況を示す。平均値(標準偏差)は年齢 47.91 (8.25) 歳、看護職経験年数は 22.94 (8.73) 年、訪問看護経験年数は 7.49 (7.07) 年、1 日の訪問件数は 3.45 (1.01) 件であった。性別では、女性が 177 名 (94.70%) であった。実践能力向上のための活動に参加している者は「外部の研修」で 127 名 (67.91%)、「事業所内のケース検討」が 119 名 (63.64%) であった。ICT の活用状況について「記録の電子化」を実施している事業所に所属する者は 142 名 (75.94%)、「職員間の端末活用」は 128 名 (68.45%) であった。

表 1 個人属性, 訪問看護活動体制・状況

		<i>n=187</i>	
年齢(歳)	平均値(標準偏差)	47.91 (8.25)	
性別(人)	男性	<i>n</i> (%)	10 (5.30)
	女性	<i>n</i> (%)	177 (94.70)
看護職経験年数(年)	平均値(標準偏差)	22.94 (8.73)	
訪問看護経験年数(年)	平均値(標準偏差)	7.49 (7.07)	
総職員数(人)	平均値(標準偏差)	8.86 (4.43)	
訪問件数 (件/日)	平均値(標準偏差)	3.45 (1.01)	
最大訪問距離 (km)	平均値(標準偏差)	17.77 (15.01)	
最大移動時間(分)	夏季	平均値(標準偏差)	26.08 (14.48)
	冬季	平均値(標準偏差)	32.33 (16.23)
実践能力向上のための活動(複数回答)			
外部の研修	<i>n</i> (%)	127 (67.91)	
事業所内のケース検討	<i>n</i> (%)	119 (63.64)	
法人内の研修	<i>n</i> (%)	94 (50.27)	
事業所内の勉強会	<i>n</i> (%)	79 (42.25)	
事業所内の外部講師の勉強会	<i>n</i> (%)	54 (28.88)	
ICT の活用状況(複数回答)			
記録の電子化	<i>n</i> (%)	142 (75.94)	
職員間の端末活用	<i>n</i> (%)	128 (68.45)	
利用者に相談等での端末利用	<i>n</i> (%)	79 (42.25)	
退院時共同指導オンライン実施	<i>n</i> (%)	23 (12.30)	
勉強会・研修会等でオンライン実施	<i>n</i> (%)	4 (2.14)	
サービス担当者会議オンライン実施	<i>n</i> (%)	3 (1.60)	

表2に看護実践に際しての困難感と希望する人材交流と連携内容を示す。困難感は1名(0.53%)を除く186名(99.47%)にあった。困難を感じる状況は「一人で判断するとき」が123名(66.13%)、「自己決定を尊重して判断するとき」が108名(58.06%)であった。専門的知識を有する看護師との人材交流を「是非したい」「機会があればしたい」と答えた者は165名(88.71%)であり、そのうち人材交流

の希望施設は近郊病院が104名(63.03%)で最も多く、大学病院は41名(24.85%)であった。希望する連携内容は、「退院前カンファレンスの参加」が134名(81.21%)と最も多く、次いで「退院時に共同で指導」が88名(53.33%)、「退院前の書面での情報共有」が84名(50.91%)で、退院する前の連携を希望していた。

表2 看護実践の困難感と希望する人材交流と連携内容

		<i>n</i> = 187	
		<i>n</i>	(%)
困難感の有無			
	常にある	25	(13.37)
	しばしばある	74	(39.57)
	時々ある	72	(38.50)
	たまにある	15	(8.02)
	なし	1	(0.53)
困難を感じる状況 (<i>n</i> =186: 困難感なし以外)			
(複数回答)	一人で判断するとき	123	(66.13)
	自己決定を尊重して判断するとき	108	(58.06)
	予測したケアをするとき	90	(48.39)
	限られた状況でフィジカルアセスメントするとき	86	(46.24)
	生活環境の創意工夫をするとき	67	(36.02)
専門的知識を有する看護師との人材交流希望の有無			
	是非したい	25	(13.44)
	機会があればしたい	140	(75.27)
	あまりしたくない	13	(6.99)
	したくない	9	(4.84)
希望する施設 (<i>n</i> =165: 是非したい・機会があればしたい)			
(複数回答)	近郊病院	104	(63.03)
	大学病院	41	(24.85)
	近郊の教育機関	34	(20.61)
希望する連携内容 (<i>n</i> =165: 是非したい・機会があればしたい)			
(複数回答)	退院前カンファレンスの参加	134	(81.21)
	退院時に共同で指導	88	(53.33)
	退院前の書面での情報共有	84	(50.91)
	退院後の電話での情報共有	81	(49.09)
	退院後の書面での情報共有	73	(44.24)
	退院後の病棟看護師の同行訪問	61	(36.97)
	退院後のICTでの情報共有	53	(32.12)

表3に希望する人材交流の内容と方法について示す。「災害時の利用者の安全・健康の確保」の「研修会開催」を希望する者が111名(67.27%)と最も多く、次いで「皮膚や褥瘡のケア」の「実践指導」が104名(63.03%)、「感染症の予防や発生時の対応」の「研修会開催」が102名(61.82%)、「認知症の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia 以下、BPSD)やせん妄への対応・ケア」の「困難事例相談」と「摂食・嚥下障害のケア」の「実践指導」が同数の99名(60.00%)であった。

表4に三次医療圏ごとの比較について示す。道央圏の最大訪問距離の中央値(四分位範囲)は9.50

(5.63-15.00) kmであり、道北圏14.00(10.00-22.50) km、オホーツク圏22.50(15.00-29.25) km、十勝圏27.50(14.25-45.00) km、釧路・根室圏30.00(20.00-50.00) kmの医療圏と比べて有意差があった。さらに道央圏の最大移動時間は夏季で20.00(15.00-30.00)分、冬季で25.00(20.00-33.75)分であり、釧路・根室圏の夏季35.00(25.00-50.00)分、冬季40.00(30.00-60.00)分と比べて有意差があった。オホーツク圏の訪問看護経験年数の中央値(四分位範囲)は9.50(6.25-18.50)年であり、道央圏4.00(2.00-7.75)年、道北圏5.00(2.00-11.00)年に比べて有意差があった。

表3 希望する人材交流の内容と方法

希望する内容(複数回答)	希望する方法			
	同行訪問	困難事例相談	実践指導	研修会開催
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
認知症のBPSDやせん妄への対応・ケア	37 (22.42)	99 (60.00)	53 (32.12)	70 (42.42)
精神疾患のケア	31 (18.79)	90 (54.55)	36 (21.82)	70 (42.42)
皮膚や褥瘡のケア	52 (31.52)	64 (38.79)	104 (63.03)	50 (30.30)
がん緩和ケア	23 (13.94)	86 (52.12)	61 (36.97)	89 (53.94)
非がん疾患の緩和ケア	21 (12.73)	76 (46.06)	56 (33.94)	83 (50.30)
看取りのケア	20 (12.12)	74 (44.85)	52 (31.52)	92 (55.76)
摂食・嚥下障害のケア	42 (25.45)	57 (34.55)	99 (60.00)	63 (38.18)
排泄障害のケア	27 (16.36)	66 (40.00)	78 (47.27)	65 (39.39)
脳卒中のリハビリテーション	37 (22.42)	33 (20.00)	76 (46.06)	58 (35.15)
利用者の急変時の対応・救急処置	12 (7.27)	53 (32.12)	69 (41.82)	82 (49.70)
災害時の利用者の安全・健康の確保	9 (5.45)	56 (33.94)	45 (27.27)	111 (67.27)
感染症の予防や発生時の対応	11 (6.67)	59 (35.76)	57 (34.55)	102 (61.82)

表4 三次医療圏ごとの比較

	道央圏 n = 80	道南圏 n = 9	道北圏 n = 53	オホーツク圏 n = 24	十勝圏 n = 6	釧路・根室圏 n = 15	p値*
年齢(歳)	中央値 49.00 四分位範囲 (43.00 - 55.00)	49.00 (41.00 - 56.50)	45.00 (41.00 - 49.50)	49.50 (41.50 - 54.75)	53.50 (48.25 - 59.00)	48.00 (42.00 - 50.00)	0.043
看護職経験年数(年)	中央値 23.00 四分位範囲 (16.25 - 30.75)	28.00 (18.50 - 32.50)	20.00 (14.00 - 25.00)	25.00 (16.00 - 26.75)	33.00 (21.50 - 37.00)	21.00 (15.00 - 26.00)	0.035
訪問看護経験年数(年)	中央値 4.00 四分位範囲 (2.00 - 7.75)	2.00 (1.50 - 18.00)	5.00 (2.00 - 11.00)	9.50 (6.25 - 18.50)	4.00 (1.70 - 19.75)	8.00 (2.00 - 15.00)	0.005
総職員数(人)	中央値 8.00 四分位範囲 (6.00 - 12.75)	5.00 (3.00 - 9.50)	9.00 (6.00 - 10.00)	10.50 (7.00 - 15.25)	7.00 (5.75 - 8.25)	9.00 (4.00 - 9.00)	0.045
最大訪問距離(km)	中央値 9.50 四分位範囲 (5.63 - 15.00)	25.00 (7.35 - 35.00)	14.00 (10.00 - 22.50)	22.50 (15.00 - 29.25)	27.50 (14.25 - 45.00)	30.00 (20.00 - 50.00)	<.001
最大移動時間(分) 夏季	中央値 20.00 四分位範囲 (15.00 - 30.00)	25.00 (15.00 - 35.00)	25.00 (20.00 - 30.00)	23.75 (16.25 - 30.00)	35.00 (23.75 - 41.25)	35.00 (25.00 - 50.00)	<.001
冬季	中央値 25.00 四分位範囲 (20.00 - 33.75)	30.00 (17.50 - 38.75)	30.00 (25.00 - 40.00)	30.00 (20.00 - 40.00)	37.50 (28.75 - 46.25)	40.00 (30.00 - 60.00)	0.002

*: Kruskal Wallis 検定の結果

有意水準を0.05÷6=0.0083として、Mann-Whitney のU検定を行った(Bonferroni法)

●: 道央に対して有意差あり ◆: 道北に対して有意差あり

表 5-①に困難感の高低群の比較について示す。平均値（標準偏差）は、年齢では困難感高群が 46.20（7.18）歳で、困難感低群の 49.83（8.96）歳と比べて有意差があった。看護職経験年数は困難感高群が 21.00（7.42）年で、困難感低群の 25.11（9.57）歳と比べて有意差があった。中央値（四分位範囲）は、訪問件数の困難感高群は 4.00（3.00-4.00）件であり、困難感低群の 3.00（2.50-4.00）件に比べて有意差があった。困難感高群は「事業所内の勉強会」に参加している者、「記録の電子化」を実施している事業

所に所属する者が、困難感低群と比べて少ない傾向を認めたが有意差はなかった（ $p < 0.1$ ）。困難を感じる状況のうち、困難感高群で「一人で判断するとき」「予測したケアをするとき」「限られた状況でフィジカルアセスメントするとき」「生活環境の創意工夫をするとき」と回答した者は困難感低群に比べて有意に多かった。

表 5-②に専門的知識を有する看護師とのニーズの有無の比較について示す。人材交流のニーズの有無によって全ての変数に有意な差はなかった。

表 5-① 困難感の高低群の比較

							<i>n</i> = 187		
		困難感高群			困難感低群		<i>p</i> 値		
		n = 99			n = 88				
年齢(歳)	平均値 (標準偏差)	46.20 (	7.18	)	49.83 (	8.96	)	0.003	
看護職経験年数(年)	平均値 (標準偏差)	21.00 (	7.42	)	25.11 (	9.57	)	0.001	
訪問看護経験年数(年)	中央値(四分位範囲)	4.00 (	2.00 -	10.00)	6.00 (	2.00 -	12.00)	0.474	
総職員数 (人)	中央値(四分位範囲)	8.00 (	5.00 -	13.00)	7.00 (	6.00 -	10.00)	0.308	
訪問件数 (件)	中央値(四分位範囲)	4.00 (	3.00 -	4.00)	3.00 (	2.50 -	4.00)	0.014	
最大訪問距離 (km)	中央値(四分位範囲)	15.00 (	8.00 -	25.00)	14.00 (	7.00 -	23.75)	0.723	
最大移動時間(分)	夏季	中央値(四分位範囲)	25.00 (	20.00 -	30.00)	20.00 (	15.00 -	30.00)	0.292
	冬季	中央値(四分位範囲)	30.00 (	25.00 -	40.00)	30.00 (	20.00 -	40.00)	0.311
性別	男性	<i>n</i> (%)	3 (	3.03	)	7 (	7.95	)	0.194
	女性	<i>n</i> (%)	96 (	96.97	)	81 (	92.05	)	
実践能力向上のための活動参加(複数回答)									
	外部の研修	<i>n</i> (%)	62 (	45.26	)	65 (	56.52	)	0.100
	事業所内のケース検討	<i>n</i> (%)	61 (	44.53	)	58 (	50.43	)	0.542
	法人内の研修	<i>n</i> (%)	47 (	34.31	)	47 (	40.87	)	0.418
	事業所内の勉強会	<i>n</i> (%)	36 (	26.28	)	43 (	37.39	)	0.084
	事業所内の外部講師の勉強会	<i>n</i> (%)	30 (	21.90	)	24 (	20.87	)	0.648
ICTの活用状況(複数回答)									
	記録の電子化	<i>n</i> (%)	70 (	51.09	)	72 (	62.61	)	0.076
	職員間の端末活用	<i>n</i> (%)	67 (	48.91	)	61 (	53.04	)	0.809
	利用者に相談等での端末利用	<i>n</i> (%)	40 (	29.20	)	39 (	33.91	)	0.589
	勉強会・研修会等でオンライン実施	<i>n</i> (%)	11 (	8.03	)	12 (	10.43	)	0.600
	サービス担当者会議オンライン実施	<i>n</i> (%)	1 (	0.73	)	3 (	2.61	)	0.344
	退院時共同指導オンライン実施	<i>n</i> (%)	0 (	0.00	)	3 (	2.61	)	0.102
困難を感じる状況(複数回答) (<i>n</i> =186：困難感なし以外)			n=99		n=87				
	一人で判断するとき	<i>n</i> (%)	77 (	77.78	)	46 (	52.87	)	<.001
	自己決定を尊重して判断するとき	<i>n</i> (%)	56 (	56.57	)	52 (	59.77	)	0.659
	予測したケアをするとき	<i>n</i> (%)	55 (	55.56	)	35 (	40.23	)	0.037
	限られた状況でフィジカルアセスメントするとき	<i>n</i> (%)	53 (	53.54	)	33 (	37.93	)	0.033
	生活環境の創意工夫をするとき	<i>n</i> (%)	43 (	43.43	)	24 (	27.59	)	0.025

年齢,看護職経験年数：対応のない t 検定

訪問看護経験年数,総職員数,訪問件数,移動距離・時間：Mann-Whitney の U 検定

実践能力向上,ICT活用状況： χ^2 検定(期待度数が5以下の場合はfisherの直接確率法)

表 5-② 専門的知識を有する看護師へのニーズの有無の比較

		ニーズあり		ニーズなし		p 値	
		n = 165		n = 22			
年齢（歳）	平均値（標準偏差）	47.99（	8.06）	47.32（	9.71）	0.722	
看護職経験年数（年）	平均値（標準偏差）	22.99（	8.41）	22.55（	11.02）	0.858	
訪問看護経験年数(年)	中央値(四分位範囲)	5.00（	2.00 - 11.50）	5.00（	2.00 - 13.00）	0.783	
総職員数（人）	中央値(四分位範囲)	8.00（	6.00 - 11.00）	9.00（	5.75 - 12.25）	0.733	
訪問件数（件）	中央値(四分位範囲)	3.50（	3.00 - 4.00）	4.00（	3.00 - 4.00）	0.095	
最大訪問距離（km）	中央値(四分位範囲)	15.00（	8.00 - 25.00）	10.00（	5.00 - 20.00）	0.147	
最大移動時間(分)	夏季	中央値(四分位範囲)	25.00（	15.00 - 30.00）	20.00（	15.00 - 30.00）	0.287
	冬季	中央値(四分位範囲)	30.00（	20.00 - 40.00）	30.00（	20.00 - 32.50）	0.433
性別（人）	男性	n(%)	7（	4.24）	3（	13.64）	0.098
	女性	n(%)	158（	95.76）	19（	86.36）	
実践能力向上のための活動参加(複数回答)							
	外部の研修	n(%)	116（	70.30）	11（	50.00）	0.055
	事業所内のケース検討	n(%)	106（	64.24）	13（	59.09）	0.637
	法人内の研修	n(%)	86（	52.12）	8（	36.36）	0.165
	事業所内の勉強会	n(%)	68（	41.21）	11（	50.00）	0.433
	事業所内の外部講師の勉強会	n(%)	47（	28.48）	7（	31.82）	0.746
ICTの活用状況(複数回答)							
	記録の電子化	n(%)	125（	75.76）	17（	77.27）	0.876
	職員間の端末活用	n(%)	114（	69.09）	14（	63.64）	0.605
	利用者に相談等での端末利用	n(%)	72（	43.64）	7（	31.82）	0.292
	勉強会・研修会等でオンライン実施	n(%)	21（	12.73）	2（	9.09）	1.000
	サービス担当者会議オンライン実施	n(%)	3（	1.82）	1（	4.55）	0.406
	退院時共同指導オンライン実施	n(%)	2（	1.21）	1（	4.55）	0.242
年齢,看護師経験年数：対応のない t 検定							
訪問看護経験年数,総職員数,訪問件数,移動距離・時間：Mann-Whitney のU検定							
実践能力向上,ICT活用状況：χ ² 検定(期待度数が5以下の場合はfisherの直接確率法)							

表 6 に困難感が高い者に対する関連要因について示す。個人属性と前述した困難感高低群で有意差を認めた「訪問件数」および有意な傾向があった「事業所内の勉強会」「記録の電子化」を独立変数とした ($p < 0.1$)。困難感の高さには,平均訪問件数が

多いこと (オッズ比 = 1.448, 95%信頼区間: 1.050-1.997) が有意に影響した。また、「記録の電子化」を実施している事業所に所属する者が困難感に負の影響がある傾向がみられた (オッズ比 = 0.499, 95%信頼区間: 0.236-1.056)。

表 6 困難感の高低に関連する要因

変数	OR	ORの 95% 信頼区間		<i>p</i> 値
		下限	上限	
年齢 (歳)	1.002	0.929	1.081	0.956
性別 男性 (vs. 女性)	0.390	0.083	1.832	0.233
看護職経験年数	0.940	0.876	1.007	0.079
訪問看護経験年数	1.013	0.964	1.065	0.602
訪問件数 (件/日)	1.448	1.050	1.997	0.024
事業所内の勉強会 参加している (vs. 参加していない)	0.668	0.357	1.250	0.207
記録の電子化 活用がある (vs. 活用がない)	0.499	0.236	1.056	0.069
ロジスティック回帰分析(強制投入法)				
従属変数 (困難感高い1 困難感低い0)				
OR: オッズ比				

IV 考察

本研究において、北海道の訪問看護師の平均年齢 47.8 歳、看護職の平均経験年数 22.9 年、女性は 94.7% を占め、全国の調査結果（平均年齢 47.0 歳、看護職の平均経験年数 22.3 年、女性は 98%）⁷⁸⁾ と大きな差はみられなかった。訪問看護の平均経験年数は北海道が 7.49 年であり、全国平均 9.1 年であることから 1.6 年ほど短かったが、その他の特徴に関しては全国の訪問看護師と同様の傾向を示す集団であった。

1. 北海道の地域特性

三次医療圏ごとの比較において、札幌市を中心とする道央圏は、道北、オホーツク、十勝、釧路・根室の医療圏よりも訪問距離が短かった。道央圏には 359 (67.0%) の訪問看護事業所が集中しており（調査時点）、北海道内で最も人口密度が高いことから移動距離が短くなったと考えられる。一方、道北、オホーツク、十勝、釧路・根室の医療圏は人口密度が低く、広範囲にわたるエリアに少ない事業所が点在しているため、1 件あたりの訪問距離が長くなったと考えられる。訪問看護の業務における調査⁸⁾では半数が「訪問先への移動にかかる負担が大きい」と回答しており、訪問距離が長く訪問看護師の負担が大きくなれば業務過多となりケアの質の低下や利用者への対応が困難になる可能性も考えられる。遠隔地の在宅療養者支援として、高齢在宅療養者へのテレナーシングの活用⁹⁾や、広域積雪僻地の療養者と訪問看護担当者をつなぐための遠隔看護システムの開発¹⁰⁾が試みられ、オンライン研修会の有用性¹¹⁾が明らかになっている。したがって、道北・道東地域の広域性という特徴から ICT の活用が重要な方法として役割を果たす。

2. 訪問看護師の看護実践における困難感

訪問看護師は、看護実践に際して、ほぼ全員が程度の差はあれ何らかの困難感があった。困難感高群では困難感低群と比較して「一人で判断するとき」の困難感が強く、その理由として、一人で判断しなければならないことや状態の変化を予測したケアなど、訪問看護の特徴である看護師が単独で負う責任の重さに関することが考えられる。また、困難感には訪問件数の多さが関連した。「判断を必要とする場面の多さ」を感じる人ほど仕事負担感が大きい¹²⁾

ことが報告されており、訪問件数が多いことは、訪問場面での判断の多さにつながることから負担が生じ困難感に関連すると考えられる。1 日の訪問件数が多いと情緒的消耗感や脱人格化といった精神的な疲れや共感力が乏しくなるなどバーンアウトの症状に関連する¹³⁾ことが報告されていることから、本研究の対象者においても訪問件数が多いと困難感が高いだけでなくバーンアウトのリスクを生じる可能性がある。困難感の軽減には、研修参加や事例報告が有効であり¹⁴⁾、困ったことを共有し、知識や技術の学習機会を得ることができれば、心理的負担の軽減につながることを考えられる。訪問看護師の体験した支援困難事例について大学病院看護師と話し合いをすることで大変さを分かち合い、実践に活かせる知見を得ることは、困難感の軽減にも寄与すると示唆される。

3. 訪問看護師のニーズと取り組みの展望

訪問看護師の 9 割近くに、専門的知識を有する看護師との人材交流のニーズがあった。その内容では、「災害時の利用者の安全・健康の確保」と「感染症の予防や発生時の対応」に研修会開催の方法が上位に位置していた。この調査は 2020 年に行われ、2018 年の北海道胆振地方東部地震や COVID-19 流行の影響を受けたことが考えられた。近年、地震や台風、洪水などによる自然災害が増え、その規模も大きくなっていることや、COVID-19 をはじめ、さまざまな感染症が発生し、医療現場に大きな影響を与えていることから、研修を受けて専門的な知識を得たいというニーズがあることが推察される。また、「皮膚や褥瘡のケア」と「摂食・嚥下障害のケア」に関する実践指導の方法も上位に位置していた。大学病院は幅広い領域の専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了者が在籍する教育機関であり、遠隔医療に関連したセキュリティの高い ICT システムを有している。専門性の高い看護師が訪問看護事業所に出向き支援を行った結果、看護実践の課題が解決された¹⁵⁾ことや、ICT を用いた介入においても訪問看護の質の向上がみられ、専門性の高い看護師にも良い影響を与えた¹⁶⁾ことから、知識の伝達だけではなく、互惠関係のもとに共に学び合いができるような取り組みが必要である。一方、訪問看護師の 6 割以上が専門的知識を有する看護師との人材交流は近郊病院を希望しており、大学病院は 3 割に

も満たなかった。日頃の交流のなさが影響していることが考えられた。大学病院と訪問看護ステーションとの連携について、日常的に連絡を取る頻度が少なくても事例検討会を重ねることによって心理的距離が近くなった¹⁷⁾という報告があり、事例検討会の取り組みが有効と考える。さらに、病院看護師と訪問看護師との連携を図るプログラムにおいて、同じ患者に関わる看護職同士の連携の重要性が指摘されている¹⁸⁾。取り組みを通じて、顔の見える関係性から、信頼感を持って一緒に仕事ができるようになる関係性¹⁹⁾に発展させ、連携の最終目標である患者と家族の満足度を最大にする²⁰⁾ことが、地域包括ケアに寄与すると考える。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究は、北海道に限定した地域の訪問看護師を対象としたが、回収したデータには欠損値が多く含まれていた。そのため、回収された288名のデータのうち、187名の欠損値を含まない分析対象であるデータと、欠損値を含む101名の除外したデータの主要変数に有意な差があるかを比較したところ、有意差は認められなかった。したがって、欠損によるバイアスの可能性は低いと考えられるが、分析対象のデータが母集団を十分に代表していない可能性を完全に否定できない。また、分析対象者の減少により検定力が低下し、統計学的検出能力が制限された可能性も考えられる。質問項目の難易度や数の見直しに加え、オンライン調査を取り入れるなど、欠損値が生じにくい方法を検討することで、回収率の向上を図り、分析の精度と信頼性を高めることが課題である。

V 結論

北海道における訪問看護師の看護実践に際しての困難感、連携に関するニーズを把握し、訪問看護師への理解を深め、大学病院看護師と訪問看護師が連携の取り組みを行うための基礎資料とする調査を行った。その結果、三次医療圏により訪問距離等で有意差があった。また、ほぼ全員の訪問看護師は何かの困難感があり、困難感には訪問件数の多さが関連した。専門的知識を有する看護師との交流を8割以上の者が望み、その内容は「災害時の利用者の安全・健康の確保」、「感染症の予防や発生時の対応」

等で、方法は研修会開催等のニーズであった。今後の取り組みについては、北海道の広域性を踏まえ、ICTを活用すること、共に学び合えるような支援困難事例やニーズに応じた事例検討会を開催することの示唆を得た。

謝 辞

本研究にご協力いただいた北海道の訪問看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。

本研究は、旭川医科大学看護職キャリア支援センター「訪問看護事業所における看護職連携に関するニーズ調査報告書」(2021年1月28日)、第29回日本看護研究学会北海道地方会学術集会(2021年8月オンライン)における発表をもとに加筆修正したものである。

本研究に開示すべき利益相反は存在しない。

引用文献

- 1) 厚生労働省：第18回医療介護総合確保促進会議、2022
<https://www.mhlw.go.jp/content/12403550/001024544.pdf> (最終閲覧日 2024年11月5日)
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)、2018
<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/t-page.asp> (最終閲覧日 2024年11月5日)
- 3) 北海道：北海道医療計画[改訂版](別冊)－北海道地域医療構想－平成28年12月、2016
https://www.pref.hokkaido.lg.jp/fs/6/2/0/1/3/6/1/_/01_kousou_1-5.pdf (最終閲覧日 2024年11月5日)
- 4) 厚生労働省：病院看護管理者のための看護連携体制の構築に向けた手引き－地域包括ケアを実現するために－、2019
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000538278.pdf> (最終閲覧日 2024年11月5日)
- 5) 又吉忍：病棟看護師と訪問看護師の看護の視点と連携の課題 ALS(筋萎縮性側索硬化症)療養者の事例を通して、椋山女学園大学看護研究、13、14-24、2021
- 6) 交野好子、池原弘展、諸江由紀子、ほか：地域包括ケアシステム導入にあたっての現状と課題(第

- 1 報) 当該地域に居住する高齢者の看護上の課題に焦点を当てて、敦賀市立看護大学ジャーナル、6、1-14、2021
- 7) 厚生労働省：令和4年度介護事業経営概況調査結果、2024
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/153-1/r04_gaikyoukekka.pdf (最終閲覧日 2024 年 11 月 5 日)
- 8) 日本看護協会：訪問看護実態調査 報告書、2014
<https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2015/homonjittai.pdf> (最終閲覧日 2024 年 11 月 5 日)
- 9) 亀井智子：高齢者看護の新たな展開－高齢者在宅療養者へのテレナーシングの活用と効果－、日本老年医学会雑誌、51、42-45、2014
- 10) 菊地ひろみ、照井レナ、柿山浩一郎、ほか：広域寒冷積雪地における地域完結型遠隔看護システムの構築－在宅療養者に対する効果－、日本遠隔医療学会雑誌、9(2)、159-162、2013
- 11) 星紫織、堀内寿志、橋本賢勇、ほか：Web システムを利用したオンライン研修会の試み、医学検査、70(1)、123-127、2021
- 12) 光本いづみ、松下年子、大浦ゆう子：訪問看護師の仕事負担感や就業意思と業務特性との関連、産業医大誌、30、185-196、2008
- 13) 梅原麻美子、古瀬みどり、松浪容子：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、27-33、2007
- 14) 山口陽子、百瀬由美子：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、日本看護福祉学会誌、20(2)、211-226、2014
- 15) 日本看護協会：訪問看護サービス等における専門性の高い看護師によるサービス提供のあり方に関する試行的調査研究事業 報告書、2019
https://nurse.repo.nii.ac.jp/records/2000272/file_details/30_provideservice_arikata.pdf?filename=30_provideservice_arikata.pdf&file_order=0
(最終閲覧日 2024 年 11 月 5 日)
- 16) 井上里恵、藤原奈佳子、郷良淳子：病院に勤務する認定看護師が訪問看護師のケアの質を補完する遠隔看護支援システムの有用性の検証、日本看護研究学会雑誌、42 (2)、195-210、2019
- 17) 服部ユカリ、牧野志津、大坪智美、ほか：大学病院と訪問看護ステーションの Web 会議システムを用いた事例検討会の効果－混合研究法による縦断的研究－、北海道医学雑誌、94 (2)、85-95、2019
- 18) 福田裕子：地域包括ケアでの「病院と地域の看護師間の連携を深めるプログラム」とその効果、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団 2018 年度 (前期) 一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書、2019
- 19) 森田達也、野末よし子、井村千鶴：地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?、Palliative Care Research、7(1)、323-333、2012
- 20) 前田信雄：保健医療福祉の統合、勁草書房、13-16、1990

A Basic Survey to Promote Collaboration between Visiting Nurses and University Hospital Nurses in Hokkaido

Shizu MAKINO * Sachiko SHIOKAWA * Mayumi YAMAUTI * Shiho HIRATSUKA **
Midori IDOGAWA ** Toshihiro ITOH * Yuko SAWADA ** Kumi OKUDA **
Mieko HIRASE *** Yukari HATTORI ****

Abstract

As Hokkaido faces super-ageing and rapid decline of population, promoting community-based integrated care tailored to specific local contexts is a significant challenge. Particularly, the collaboration between university hospital nurses and visiting nurses is essential for providing continuous and comprehensive patient care.

An aim of this study is to provide a basic data for promotion mutual understanding and collaboration between university hospital nurses and visiting nurses by elucidating difficulties and needs in visiting nursing practice. For that purpose, an anonymous self-administered questionnaire survey was conducted with visiting nurses in Hokkaido and we analyzed 187 valid responses (64.9%), excepting the responses including missing values.

In view of tertiary medical areas in Hokkaido, travel distances varied statistically significantly depending on the area of service of home-visit nursing agencies. Visiting nurses faced some difficulties in nursing practice, which was related to the number of home visits. Over 80% of visiting nurses wish to interact with nurses who have specialist knowledge expecting training sessions for “ensuring the safety and health of visiting nursing users in the event of disasters” and “infectious disease prevention and responses to such diseases.” The findings suggest the necessity to use information and communication technology considering the wide area of Hokkaido, and to provide case review meetings where different nurses can learn about difficult cases together.

Key words visiting nurses, difficulties, needs, nursing collaboration

* Department of Nursing, School of Medicine, Asahikawa Medical University

** Nursing Department, Asahikawa Medical University Hospital

*** Nursing Support Center for Career Development, Education, and Research, Asahikawa Medical University

**** Sapporo University of Health Sciences