

原著論文

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 金井 一 薫

The Abilities Expected for Community Nursing
— A Survey on the Views of Active Community Nurses'

Yoshiaki Kawakami, Hitoe Kanai

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Tokyo Ariake University of Medical and Health Sciences

Abstract : The needs for nursing in the community became rapidly diversified. In spite of such situation, the professional standards for community nurses' abilities have not been clarified, and unclear also is the discrepancy in nurses' abilities between those as expected and those in reality now. The purpose of this survey, therefore, is to make explicit the practical criteria for the practitioners of community nursing and the levels of abilities expected in response to respective cares. The survey is an instance of the quantitative analysis on the data from community nurses on active duty. As a result, 12 categories were identified. It was also revealed that among the most highly expected are the ability of representing for the protection of human rights and that of organizing a network for community care. It was thus suggested that the constant improvement of the newly demanded practical abilities uncovered in this paper should be realized as the highest priority in the execution of quality nursing in community care.

key words : community care, nursing abilities, community nurse

要旨 : 地域ケアにおける最近の看護のニーズは急拡大している。一方、それに対する看護の今日的な能力の構成概念、またその概念を構成する具体的な能力について、現状と看護師の期待とのあいだにどの程度の乖離があるかといった点は明らかにされていない。そこで本研究では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、かつ概念を構成する具体的な能力における期待の程度を明らかにした。その結果、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。

キーワード : 地域ケア, 看護能力, 地域看護

I. 緒 言

地域で暮らす要介護・要支援高齢者の増加、また居宅において継続的な療養等が必要な住民を中心に、看護のニーズが増加している。訪問看護の利用者数の推移を見ても、要介護・要支援高齢者の利用者数は、2001年から2011年の10年で約1.5倍に増えている¹⁾。また、それ以外の医療保険を利用する訪問看護の利用者数についても、同じく約2倍に増加している²⁾。

特に要介護・要支援者の訪問看護の利用者数は、2011年において約28.7万人と訪問看護利用者数全体の74.3%

を占める等¹⁾、高齢者人口の増加に伴い、ますます需要は拡大すると考えられる。

さて、こうした訪問看護等の看護を必要とする対象者は、さまざまな条件のもとで生活をしている。この地域で生活するという個別事情が対象者のニーズを多様なものにしてしている結果、生活から切り離され病院で治療や療養をする患者とは異なり、対応する看護の内容が複雑で多岐にわたっていることが少なくない。

全国訪問看護事業協会が2003年3月に発行した報告書「訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書」(全国訪問看護事業協会, 2003)

において、訪問時に時間を費やすケア内容は「バイタルサインの測定」に次いで「家族への説明・連絡」が多いとしている。また同調査結果においては、看護職自身が実施する必要があると考えているケアとして、「他機関との連絡」、「療養指導」、「家族との連絡」といった内容を上位にあげている³⁾。

しかし調査報告から10年が経過している現在、対象個々人の生活やニーズの変化によって看護師に必要な能力は大きく変化していると考えられる。

こうした地域ケアにおける看護師に必要な能力、また現代において重要と認識される内容について、上野ら⁴⁾は訪問看護師及びその利用者に対して調査を行っている。そしてそれぞれの認識から能力の項目を概念化し、看護師と利用者の認識のちがいを明らかにしている。またその他の先行研究⁵⁻⁸⁾においても、看護師への調査により地域における看護師に必要な能力を概念化、構造化し、それらの具体的な能力の項目について整理をしている。

しかし、それらの結果によって、地域ケアを担う看護師における今日的な課題、または現在の実務として重要な能力が明らかにされたとは言いがたい。それは次の理由による。

先行研究において、調査の対象となった看護師は、データ収集をインタビュー法で行った研究では数人から12人までであり、対象となる人数が少ない。調査票によりデータ収集を行った場合でも、対象となった地域が1市または1県から最大4県であり、対象の地域が限定されている。

地域における要介護・要支援高齢者等に対しては、地域包括支援センターが一次的な窓口となっている。この機関においては、保健師または経験のある看護師が必置となっており、地域ケアの重要な一翼を担っている。しかし、これまでの研究における対象は、すべて訪問看護ステーションの看護師であった。

量的調査が行われた場合、調査票にはあらかじめ能力項目が記述され、各項目における重要性等を対象者に問う内容となっている。しかし、その能力項目は介護保険が施行される2000年以前または直後の文献から抽出されたもの、または在宅看護学教育の内容から構成されたものとなっている。そのため、特に介護保険が開始された以降の、今日的で現実的に必要とされる能力について明らかにされていない結果となっている。

また看護師に必要な能力の構成概念及びその各能力について、実際のところ看護師はその能力を有しているのかどうか、さらにその能力への期待の程度はどうか、その結果、どの能力が具体的に不足していると考えられるかといったことは明らかにされていない。

さらに調査票にあらかじめ提示された以外の能力項目について、対象者に問うていないため、それらの項目以外に看護師らが必要と感じている能力について拾い上げ

られていない。

これらの先行研究では明らかにされなかった点を踏まえ、本研究の目的は、現在、実際に必要とされている能力をベースに、国内で地域ケアを担っている看護師が期待する能力について明らかにし概念化することである。そして、その個々の能力における看護師自身の評価と期待の程度を明らかにすることによって、地域ケアを担う看護師において、強化すべき能力を反映した教育プログラムの作成に資する内容を明らかにすることにある。

II. 対象と方法

1. 研究デザイン

調査の対象を全国の地域包括支援センターの保健師または看護師、訪問看護ステーションの看護師とし、地域ケアにおいて必要とされる能力について、現在看護師が有していると思われる能力と今後期待される能力の二つの視点から量的調査を行った。

2. 調査対象者

比較的整備が早かったと考えられる東京都23区、及び全国の政令指定都市(2011年7月現在)の19都市(札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市)にあるすべての地域包括支援センター946事業所について、各自治体のホームページから全数抽出した。また同様にそれらの自治体における訪問看護ステーション1,054事業所を事業者名簿から無作為抽出した。そして、地域包括支援センターと併せて2,000事業所に所属する看護師および保健師を今回の調査対象者とした。

3. 調査票配布回収方法

無記名の記入式調査票を、郵送法にて2,000事業所に送付し、回答された調査票は返送用封筒に封入し研究者宛てに返送することを依頼した。配布及び回収終了までの期間は、2011年7月10日～2011年8月10日の1ヵ月間とした。

調査票は、地域包括支援センターまたは訪問看護ステーションに所属する1名の保健師、看護師による回答を求めた。

回答された調査票について、各質問項目に対しひとつの回答を求めているにもかかわらず、複数の回答があった場合、また未記入の項目が多数あった場合は、その項目に関する回答は無効とした。

本研究の調査項目は次のとおりである。

4. 調査内容

1) 基本属性

基本属性は、事業所所在地、事業所種別、回答者の職種、回答者が地域ケアに携わった経験年数とした。

2) 地域ケアを担う看護師の現在の能力についての評価と今後の期待について

現在、臨床で実際に求められ実践されている能力項目を調査票に反映させるため、地域包括支援センター等の地域ケアを行う諸機関、また訪問看護ステーションの看護師を対象とした職能要件書⁹⁻¹¹⁾を編集し、地域ケア

を行う看護師に必要と考えられる能力項目表を仮作成した。実際に活用されている職能要件書の内容は個々の事業者が所属する各職種に要求する能力であるため、あらかじめ地域包括支援センター、訪問看護ステーションで実際に働いている看護師らに模擬調査を行い、意見を収集した後に内容、分量等の調整を行った。

その結果、表1のとおり「能力項目」を作成した。これらの各能力項目について、自分たち自身の「A. 現

表1 能力項目

1. 応対などの基本的なマナーが身についている。
2. 敬語を正しく使い、適切な言葉遣いをする。
3. 対象者や家族との関係を大切にしながら面接し、情報収集をする。
4. 初めての相談内容や依頼内容を適確に把握する。
5. 対象者からの相談内容、居住環境から、生活問題に気づく。
6. 世帯の経済、家族関係等の問題を把握する。
7. 相談の主訴を理解し、情報提供、助言、社会資源の提供を行う。
8. 関係する法令や制度等を理解しており、わかりやすく説明をする。
9. 職域を越える業務については、担当者に相談をする。
10. サービス担当者とは良好な関係づくりをめざす。
11. 地域の専門職と、日頃から情報交換・協力依頼する関係性を保っている。
12. 地域のさまざまな機関に働きかけ、新たな資源開発、有効なネットワークを構築する。
13. 観察・コミュニケーションを通じて、適切なアセスメントをする。
14. アセスメントの結果等をサービス担当者や関係者に説明し、相互理解に努める。
15. 対象者の要望、担当者からの専門的な意見をまとめ、ケアプランに反映、必要に応じ変更する。
16. 関係機関への連絡調整が行われ、サービスの実施や効果を把握する。
17. 虐待ケースに気付く。
18. 虐待等の実態把握から、具体的な解決に結びつける。
19. 成年後見制度の活用等、対象者の権利擁護に関する相談支援を実施する。
20. 地域ケアの初級者等に、地域ケアに関する説明・指導をする。
21. 地域ケアに関する新しい知識や技術等に関心を持ち、実践に取り入れる教育を行う。
22. 職員からの相談に対し、スーパービジョンを行う。
23. 認知症に関する専門的知識がある。
24. 認知症者への対応方法がわかって実施する。
25. 認知症に関する医療との連携や治療内容がわかる。
26. 精神病に関する専門的知識がある。
27. 精神障害者への対応がわかって実施する。
28. 精神病に関する医療との連携や治療内容がわかる。
29. 異常を早期発見し、適切な初期対応をする。
30. 緊急時の内容を、関係者に適確に連絡する。
31. 病状の変化、不測の事故などを担当の医師に報告し指示を得る。
32. 感染予防に関する専門的知識を持っている。
33. 感染予防対策を把握し、適確な指導を行う。
34. 対象者の疾病等から、与薬の目的を理解する。
35. 薬剤とその使用に関する知識を持ち、適切な管理・与薬方法を指導する。
36. 在宅酸素等の医療機器に関する知識を持ち、取り扱い方、注意点など指導する。
37. 気管内吸引に関する知識を持ち、吸引の実施方法、取り扱い方、注意点など指導する。
38. 経管栄養（胃ろう等）の知識を持ち、実施方法、取り扱い方、注意点など指導する。
39. リハビリについての知識を持ち、簡単なリハビリの実施、指導をする。
40. PT等の専門職者と連携し、必要なリハビリの内容を理解する。
41. 各種セラピー（アロマ等）、療法（動物介在療法、音楽療法等）の知識を持っている。
42. 皮膚の損傷や褥創の発生要因等の知識を持ち、実施、指導をする。
43. 皮膚の状態をアセスメントし、医師と連携しながら改善をはかる。
44. ターミナル期の状態を理解し、サービス担当者や情報共有をする。
45. ターミナルにおいて予想される経過を理解し、関係者や家族に説明する。
46. 死後の処置を、適切にする。
47. 居室等の室温、換気、採光を調節し、環境を整える。
48. 対象者に応じたベッド、寝床を整える。
49. 対象者にあった食事介助をする。
50. 対象者に応じた食事内容、食事形態の指導をする。
51. 安全で適切な体位変換、移動・移乗介助をする。
52. 対象者に応じた排泄介助（トイレ誘導、オムツ交換等を含む）を行う。
53. 対象者に応じた整容、更衣介助を行う。
54. 対象者に応じた清拭、入浴清拭等を行う。
55. 対象者に応じた洗顔・整髪・髭剃り、目・耳・鼻の保清・爪切りを行う。
56. 口腔内の状態を観察し、対象者に応じた口腔ケア（義歯の清掃等を含む）を行う。
57. 福祉用具について知識を持ち、助言や指導をする。
58. 住宅改修申請の知識を持ち、助言や指導をする。

在の能力項目に対する評価」及び「B. 今後の期待」を求めた。現在の能力及びその期待について、「欠けている」や「期待しない」といった否定的な評価については各々「大いに欠けている」、「少し欠けている」、または「あまり期待しない」、「まったく期待しない」の2段階に分け、回答者が戸惑うことなく答えやすいことを目的に、表2のとおり4段階評価とした。

表2 評価段階

A 現在の能力についての評価	B 今後の期待
1. 大いに欠けている	1. まったく期待しない
2. 少し欠けている	2. あまり期待しない
3. 問題ない	3. 現在と同じでよい
4. すぐれている	4. 現在より期待する

また、表1に示した58項目以外に調査対象となる看護師が考える能力項目も明らかにするため、自由記述回答として表3の内容を調査に加えた。

表3 記述回答

Q 1. 地域で仕事をする看護師に不足を感じている能力はありますか？
Q 2. 地域ケアを担う看護師にどのような能力を期待しますか？

5. 分析方法

まず回答者の基本属性について、事業所所在地、所属する事業所、職種、地域ケアの経験年数ごとにまとめた。

次に、「A 現在の能力についての評価」の各能力項目における評価結果について、因子分析（主因子法、プロマックス回転法）を行い固有値1.0以上の因子を抽出し構成概念を検討した。

その後、各構成概念とそれらを構成する能力項目についての「A 現在の能力についての評価」及び「B 今後の期待」の評価における平均を求めた。

その平均から、特に現在の能力が不足していると考えられている構成概念を明らかにするとともに、現在の能力がすぐれていると考えられている構成概念についても明らかにした。

さらに、構成概念及びそれらを構成する能力項目について、現在の能力が欠けている一方、今後の期待が大きいものにおいて、特にその隔たりの程度が大きいものを抽出した。

また自由記述回答の中から、提示した58項目以外に必要と回答された能力項目を明らかにした。

分析は統計解析ソフトJMP Pro 10.0.0を使用した。

6. 倫理的配慮

対象者には、研究の意義、方法、自由意思の尊重について記した文書を、調査票とともに郵送した。また調査

票においては個人を特定できる情報の記載は一切排除し、調査の返却をもって、個人々の本研究への同意が得られたものとした。返却された調査用紙のデータはすべて記号化し保持した。

本研究は東京有明医療大学倫理委員会の承認を得た（承認番号—有明医療大倫理委承認第26号）。

III. 結果

1. 回収率と対象者の基本属性（表4）

調査票692通（回収率34.6%）が回収され、保健師や看護師以外からの回答や、調査票に不備のあった41通を除外し、計651通（有効回答率94.0%）を分析対象とした。

対象者の所属する事業所は、地域包括支援センター42.9%、訪問看護ステーションが56.3%であった。保有資格は、保健師15.3%、看護師が84.7%であった。看護師における地域ケアの経験年数は、「10年以上15年未満」が32.1%と最も多く、次に「5年以上10年未満」（27.5%）、「15年以上」（14.9%）の順に多かった。

2. 能力項目に関わる共通因子について

「能力項目に関する評価」による各能力項目について因子分析を行い、12因子が抽出された（表5）。

第1因子は、基本的な生活援助に関連する項目の因子負荷が高く、「基本的な生活援助」に関する因子と解釈した。

第2因子は、医療処置や皮膚等の観察、終末期ケア、感染予防や薬剤の理解・管理に関する項目の因子負荷が高く、「医療処置・観察、終末期ケア」に関する因子と解釈した。

第3因子は、精神障害者への対応に関する因子負荷が高く、「精神障害者へのケア」と解釈した。

第4因子は、インテークから相談援助、社会資源や関連法規を使いながら問題解決をするといったプロセスに関する項目の因子負荷が高く、「相談援助・問題解決」に関する因子と解釈した。

第5因子は、対象者のアセスメント、ケアプラン作成、関係機関への連絡調整に関連する項目の因子負荷が高く、「ケアプラン、連絡調整」に関する因子と解釈した。

第6因子は、指導・スーパービジョン、各種療法に関する項目の因子負荷が高く、「指導教育」に関する因子と解釈した。

第7因子は、各サービス担当者との連携に関する項目の因子負荷が高く、「他職種連携及び地域連携」に関する因子と解釈した。

第8因子は、応対の態度、対象者やその家族との関係づくりに関する因子負荷が高く、「一般的マナー、人間関係」に関する因子と解釈した。

第9因子は、虐待防止、権利擁護に関する因子負荷が高く、「虐待防止・人権擁護」に関する因子と解釈した。

表4 対象者の基本属性 (n=651)

項目		回収数	%
事業所所在地	札幌市	22	3.4%
	仙台市	32	4.9%
	新潟市	24	3.7%
	千葉市	9	1.4%
	東京23区	177	27.2%
	さいたま市	19	2.9%
	川崎市	20	3.1%
	横浜市	78	12.0%
	相模原市	8	1.2%
	静岡市	16	2.5%
	浜松市	23	3.5%
	名古屋市	32	4.9%
	京都市	45	6.9%
	大阪市	40	6.1%
	堺市	17	2.6%
	神戸市	22	3.4%
	岡山市	8	1.2%
	広島市	31	4.8%
	北九州市	15	2.3%
	福岡市	13	2.0%
所属する事業所 (職種)	地域包括支援センター (保健師)	279 (83)	42.9%
	(看護師)	(183)	
	訪問看護ステーション (保健師)	366 (14)	56.3%
	(看護師)	(351)	
	居宅介護支援事業所 (看護師)	5 (4)	0.8%
	無回答	1	0.2%
職種	保健師	97	15.3%
	看護師(准看護師含)	539	84.7%
	無回答	15	2.4%
地域ケアの経験年数	3年未満	92	14.1%
	3年以上5年未満	69	10.6%
	5年以上10年未満	179	27.5%
	10年以上15年未満	209	32.1%
	15年以上	97	14.9%
	その他 および 無回答	5	0.8%

第10因子は、福祉用具や住宅改修に関する因子負荷が高く、「福祉用具・住宅改修」に関する因子と解釈した。

第11因子は、急変時の緊急対応に関する因子負荷が高く、「急変時対応」と解釈した。

第12因子は、認知症者への対応に関する因子負荷が高く、「認知症者へのケア」と解釈した。

3. 各因子、及びそれらを構成する能力項目から見た「現在の能力」と「今後の期待」の比較

「現在の能力」において、3.0より低い値を示すものが「能力が欠けている」という評価になる。表6から点数が低い順にその構成概念を並べると、「精神障害者ケア」、「虐待防止 人権擁護」、「福祉用具、住宅改修」、「他職種

連携及び地域連携」、「相談援助、問題解決」、「指導教育」、「一般的マナー 人間関係」、「認知症者へのケア」、「ケアプラン、連絡調整」であった。

一方、「現在の能力」において、「問題ない」か「すぐれている」と言える3.0を超えて大きい値として評価されている構成概念は、「医療処置 観察 終末期ケア」、「基本的な生活援助」、「急変時対応」であった。

次に、構成概念及びそれらを構成する能力項目における現在の能力と今後の期待の乖離が大きいものは次のようであった。

現在の能力が欠けている一方で期待が高いと評価されている構成概念は、その隔たりの程度の大きいものから、「精神障害者へのケア」、「虐待防止・人権擁護」、「福祉

表5 能力項目に関する評価における因子分析結果

項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	因子7	因子8	因子9	因子10	因子11	因子12	
基本的 生活援助	53	0.94	0.01	-0.06	0.00	-0.05	0.03	-0.03	0.00	-0.02	-0.04	0.05	0.04
	55	0.92	0.01	-0.05	-0.04	-0.01	-0.01	0.04	-0.01	-0.01	-0.02	-0.02	0.06
	54	0.92	0.02	-0.07	0.02	-0.03	0.02	-0.06	0.04	-0.03	-0.04	0.05	0.07
	52	0.89	0.05	-0.06	-0.01	0.03	0.04	-0.05	0.00	0.00	0.00	-0.05	0.03
	51	0.83	0.06	0.02	0.05	0.02	-0.01	-0.05	-0.02	0.00	0.02	0.00	-0.02
	48	0.82	0.03	0.02	0.11	-0.02	-0.01	0.00	-0.03	-0.01	0.00	-0.02	0.03
	49	0.81	0.01	0.06	0.02	-0.02	-0.02	0.06	-0.04	0.10	0.01	-0.05	-0.03
	56	0.79	0.04	0.01	-0.02	-0.02	0.00	0.01	0.00	0.00	0.10	-0.03	-0.01
	50	0.79	0.05	0.07	0.03	0.00	-0.01	0.02	-0.05	0.06	0.03	-0.02	0.01
	47	0.76	0.03	0.05	0.10	0.04	-0.09	0.08	-0.01	-0.05	-0.01	0.00	0.02
医療処置 観察 終末期ケア	38	0.10	0.86	0.08	-0.04	0.10	-0.08	0.01	0.01	0.03	-0.10	-0.03	-0.19
	37	0.08	0.84	0.11	0.01	0.11	-0.17	0.01	0.03	0.06	-0.08	-0.02	-0.20
	36	0.03	0.82	0.11	0.03	0.04	-0.06	-0.03	0.01	0.05	-0.01	0.02	-0.21
	46	0.09	0.76	-0.05	0.09	-0.16	0.24	-0.07	-0.05	-0.03	-0.06	-0.05	0.04
	45	0.01	0.76	-0.10	0.14	-0.08	0.14	-0.03	-0.01	-0.04	0.10	-0.02	0.15
	43	0.02	0.70	-0.05	-0.14	0.12	0.09	-0.03	0.13	0.01	-0.03	0.05	0.06
	42	0.04	0.70	-0.07	-0.18	0.12	0.08	-0.10	0.16	0.01	0.01	0.01	0.12
	44	0.03	0.68	-0.15	0.13	-0.15	0.11	0.00	0.04	-0.04	0.15	0.05	0.21
	35	0.07	0.52	0.12	-0.08	0.06	-0.15	0.14	-0.08	-0.06	0.11	0.20	0.05
	34	0.11	0.50	0.14	-0.10	0.02	-0.18	0.12	-0.04	0.00	0.06	0.29	0.04
	33	-0.09	0.41	0.25	-0.02	-0.02	0.05	0.08	-0.15	-0.09	0.17	0.30	0.10
	32	-0.09	0.37	0.27	-0.07	-0.07	0.01	0.11	-0.11	-0.07	0.16	0.38	0.10
精神障害者 ケア	27	-0.02	0.02	0.98	0.17	-0.04	-0.02	-0.07	0.03	0.02	-0.13	-0.07	0.17
	26	-0.02	0.03	0.98	0.10	-0.01	-0.07	-0.04	-0.01	0.05	-0.10	-0.06	0.18
	28	0.01	0.06	0.95	0.10	-0.13	0.01	0.00	0.04	0.07	-0.11	-0.11	0.12
相談援助 問題解決	5	0.10	-0.01	0.04	0.72	0.15	-0.06	0.03	0.12	-0.11	0.02	0.21	-0.08
	6	0.09	-0.01	0.13	0.70	0.04	0.01	0.11	-0.02	0.09	0.02	0.09	-0.13
	7	0.06	-0.08	0.01	0.64	0.08	0.15	0.07	0.01	0.00	0.19	0.07	-0.04
	4	0.05	0.01	0.19	0.62	0.19	-0.01	0.01	0.16	-0.08	-0.02	0.09	-0.07
	8	-0.07	-0.05	0.13	0.57	-0.02	0.16	0.01	0.09	0.04	0.29	0.00	-0.07
ケアプラン 連絡調整	15	-0.07	0.02	-0.05	0.09	0.87	0.08	0.03	-0.06	0.00	-0.02	-0.06	0.12
	14	-0.02	0.05	-0.06	0.09	0.82	0.01	0.04	0.00	0.03	0.04	-0.08	0.03
	16	0.03	0.05	-0.11	0.07	0.79	0.02	0.12	-0.08	0.01	0.05	-0.09	0.10
	13	0.07	0.00	0.01	0.18	0.67	0.02	-0.18	0.06	0.02	0.03	0.13	0.04
指導教育	21	-0.03	0.04	-0.02	0.01	0.00	0.87	0.07	-0.02	0.08	-0.15	0.02	0.05
	20	0.02	-0.05	-0.08	0.05	0.01	0.82	0.05	0.03	0.04	-0.14	0.07	0.10
	22	-0.01	0.03	0.00	0.09	0.18	0.70	0.02	-0.05	0.08	-0.06	-0.01	-0.01
	41	0.01	0.03	0.33	0.12	-0.01	0.42	-0.17	-0.04	-0.13	0.25	0.06	-0.17
40	0.21	0.05	0.06	-0.24	0.02	0.30	0.06	0.13	-0.01	0.11	0.26	-0.17	
他職種及び 地域連携	10	0.06	0.00	-0.07	0.01	0.01	-0.02	0.80	0.16	0.00	-0.07	-0.01	0.01
	11	-0.03	0.04	-0.02	0.08	0.09	0.14	0.78	-0.06	-0.01	-0.02	-0.07	-0.03
	9	-0.01	-0.05	-0.11	0.07	-0.08	-0.06	0.77	0.13	0.03	0.00	0.21	0.01
	12	0.01	0.02	0.13	0.15	0.02	0.31	0.54	-0.12	-0.01	0.06	-0.24	0.04
一般的マナー 人間関係	2	-0.05	0.05	0.07	0.04	-0.12	-0.05	0.03	0.88	0.04	0.12	-0.09	0.06
	1	-0.05	-0.02	0.01	0.13	-0.03	0.01	0.04	0.85	-0.03	0.04	-0.01	0.07
	3	0.03	0.05	-0.03	0.21	0.14	-0.01	0.13	0.60	-0.02	-0.19	0.01	0.01
虐待防止 人権擁護	17	0.03	0.01	-0.02	-0.05	0.14	-0.03	-0.03	-0.05	0.81	-0.05	0.23	0.01
	18	-0.01	0.03	0.05	-0.04	-0.03	0.09	0.01	0.04	0.80	0.12	0.03	0.02
	19	0.01	-0.04	0.15	0.05	-0.08	0.20	0.04	0.02	0.67	0.13	-0.09	-0.07
福祉用具 住宅改修	58	-0.03	0.01	-0.13	0.14	0.05	-0.14	-0.06	0.02	0.07	0.99	-0.09	0.06
	57	0.08	0.03	-0.16	0.11	0.02	-0.12	0.02	0.03	0.07	0.89	-0.06	0.10
急変時対応	30	0.02	0.23	-0.13	0.19	-0.02	-0.01	0.00	-0.03	0.05	-0.09	0.80	0.08
	29	-0.02	0.29	-0.05	0.20	-0.04	0.01	-0.09	0.00	0.06	-0.08	0.78	0.08
	31	-0.01	0.34	-0.10	0.18	-0.07	0.04	0.00	-0.05	0.10	-0.10	0.74	0.02
認知症者ケア	24	0.11	-0.08	0.30	-0.08	0.08	0.05	0.01	0.06	-0.01	0.05	0.11	0.70
	23	0.05	-0.04	0.35	-0.14	0.11	-0.01	-0.02	0.06	-0.01	0.09	0.09	0.69
	25	0.04	0.08	0.37	-0.18	0.17	0.05	0.04	0.02	0.01	0.04	-0.02	0.61
寄与率	38.761	8.292	6.025	3.968	3.165	2.466	2.269	2.197	2.028	1.792	1.742	1.699	
累積寄与率	38.761	47.053	53.078	57.046	60.211	62.677	64.946	67.143	69.17	70.963	72.705	74.404	

主因子法 プロマックス回転、固有値1.0以上の因子を選択

表6 各因子、及びその能力項目から見た「現在の能力」と「今後の期待」の比較

項目	Mean±SD(点)				
	現在の状態		今後の期待		
基本的 生活援助	53	3.11 ± 0.51	3.45 ± 0.54		
	55	3.07 ± 0.54	3.46 ± 0.56		
	54	3.12 ± 0.50	3.45 ± 0.55		
	52	3.10 ± 0.55	3.48 ± 0.55		
	51	3.06 ± 0.54	3.50 ± 0.54		
	48	3.07 ± 0.52	3.48 ± 0.54		
	49	2.99 ± 0.53	3.48 ± 0.57		
	56	2.99 ± 0.59	3.53 ± 0.56		
	50	3.03 ± 0.55	3.53 ± 0.53		
	47	3.05 ± 0.54	3.50 ± 0.53		
全体	3.06 ± 0.46	3.49 ± 0.51			
医療処置 観察 終末期ケア	38	3.09 ± 0.58	3.57 ± 0.53		
	37	3.08 ± 0.59	3.55 ± 0.53		
	36	3.02 ± 0.61	3.56 ± 0.53		
	46	3.02 ± 0.69	3.46 ± 0.62		
	45	3.01 ± 0.65	3.63 ± 0.52		
	43	3.03 ± 0.66	3.61 ± 0.52		
	42	3.05 ± 0.62	3.61 ± 0.53		
	44	3.05 ± 0.62	3.63 ± 0.51		
	35	3.06 ± 0.59	3.58 ± 0.52		
	34	3.12 ± 0.57	3.54 ± 0.52		
	33	2.83 ± 0.64	3.63 ± 0.52		
	32	2.88 ± 0.63	3.60 ± 0.53		
	全体	3.02 ± 0.49	3.58 ± 0.44		
精神障害者ケア	27	2.30 ± 0.73	3.71 ± 0.54		
	26	2.32 ± 0.73	3.70 ± 0.54		
	28	2.31 ± 0.75	3.71 ± 0.54		
	全体	2.31 ± 0.70	3.71 ± 0.52		
相談援助 問題解決	5	2.86 ± 0.65	3.68 ± 0.49		
	6	2.62 ± 0.70	3.67 ± 0.51		
	7	2.61 ± 0.70	3.72 ± 0.49		
	4	2.82 ± 0.58	3.66 ± 0.48		
	8	2.34 ± 0.69	3.74 ± 0.49		
全体	2.65 ± 0.55	3.70 ± 0.42			
ケアプラン 連絡調整	15	2.83 ± 0.61	3.63 ± 0.52		
	14	2.80 ± 0.62	3.63 ± 0.51		
	16	2.81 ± 0.62	3.62 ± 0.53		
	13	2.94 ± 0.60	3.61 ± 0.51		
全体	2.85 ± 0.53	3.62 ± 0.47			
指導教育	21	2.34 ± 0.72	3.72 ± 0.52		
	20	2.40 ± 0.72	3.70 ± 0.53		
	22	2.33 ± 0.70	3.71 ± 0.54		
	41	2.07 ± 0.74	3.53 ± 0.68		
	40	2.84 ± 0.69	3.60 ± 0.55		
全体	2.66 ± 0.48	3.65 ± 0.45			
他職種連携	10	2.85 ± 0.62	3.59 ± 0.52		
	11	2.69 ± 0.72	3.65 ± 0.51		
	9	2.83 ± 0.65	3.58 ± 0.52		
	12	2.26 ± 0.72	3.73 ± 0.53		
全体	2.59 ± 0.48	3.64 ± 0.43			
一般的マナー 人間関係	2	2.63 ± 0.63	3.63 ± 0.52		
	1	2.73 ± 0.60	3.63 ± 0.51		
	3	2.91 ± 0.66	3.67 ± 0.48		
全体	2.75 ± 0.54	3.64 ± 0.45			
虐待防止 人権擁護	17	2.76 ± 0.62	3.62 ± 0.53		
	18	2.44 ± 0.68	3.67 ± 0.54		
	19	2.12 ± 0.71	3.66 ± 0.60		
全体	2.44 ± 0.58	3.65 ± 0.49			
福祉用具 住宅改修	58	2.60 ± 0.63	3.64 ± 0.53		
	57	2.42 ± 0.69	3.62 ± 0.56		
全体	2.51 ± 0.62	3.63 ± 0.52			
急変時対応	30	3.16 ± 0.61	3.56 ± 0.52		
	29	3.14 ± 0.61	3.59 ± 0.52		
	31	3.15 ± 0.61	3.57 ± 0.52		
全体	3.15 ± 0.58	3.58 ± 0.50			
認知症者ケア	24	2.74 ± 0.65	3.69 ± 0.51		
	23	2.78 ± 0.62	3.67 ± 0.51		
	25	2.76 ± 0.66	3.69 ± 0.51		
	全体	2.76 ± 0.59	3.68 ± 0.49		
因子を構成しな かった項目	39	2.78 ± 0.66	3.60 ± 0.55		

用具・住宅改修」,「他職種連携及び地域連携」,「相談援助・問題解決」,「指導教育」,「認知症者へのケア」,「一般的マナー・人間関係」,「ケアプラン・連絡調整」等であった(図1)。

また各能力項目における隔たりの結果は図1のとおりであった。隔たりの大きいものから順に、図の右端に較差の順位を記した。

4. 自由記述に回答された、その他の不足する能力及び期待する能力

自由記述に回答された、調査票で提示した以外の能力項目及び期待する能力は、表7のとおりであった。

IV. 考 察

東京23区を加えた全国の政令都市に所在する地域包括支援センター、訪問看護ステーションから得られた651人の調査に対する回答が、本研究の分析対象となった。これまでに全国を対象とした調査はなく、また対象人数においても最多数である。

対象となった事業所は地域包括支援センターと訪問看護ステーションがほぼ半分である一方、保健師の回答者が15.3%、看護師の回答者が84.7%であった。地域包括支援センターにおいて、保健師資格を持たない看護師の割合は約70%を占めているという調査報告¹²⁾があるが、本調査においても地域包括支援センターからの看護師による回答は約2/3を占めていた。地域包括支援センターにおける看護師は「経験のある看護師」であり、その経験とは病棟経験ではなく、地域ケアや地域保健等の経験とされている¹³⁾。地域ケアについてある程度理解している看護師らが回答をしていると考えられる。

また、回答者の地域ケアにおける経験年数が5年以上である回答者が全体の75.3%を占めており、一定程度の経験を持つ保健師または看護師の回答であると考えられる。

さて、今村ら⁵⁾は、「看護実践能力育成に向けた卒業時の到達目標」(看護学教育の在り方に関する検討会2004)で示された内容を能力の項目のベースに、55項目の看護実践能力を作成している。そして、在宅看護学の教育内容を検討することを目的に、在宅看護学の担当教員及び4県の訪問看護師を対象とした看護実践能力に関する調査研究をしている。

そして訪問看護師が考える重要な能力の項目の因子分析の結果から、次の10因子をあげている。①地域ケアシステムの中で在宅療養生活の継続を支援する能力、②在宅療養者・家族を尊重し信頼関係を構築する能力、③在宅看護の課題解決に取り組む能力、④在宅療養上の問題を明確にする能力、⑤在宅療養者を取り巻くソーシャルサポートを調整する能力、⑥在宅療養者の意志を尊重したケアを立案する能力、⑦家族のニーズに応じた支援を

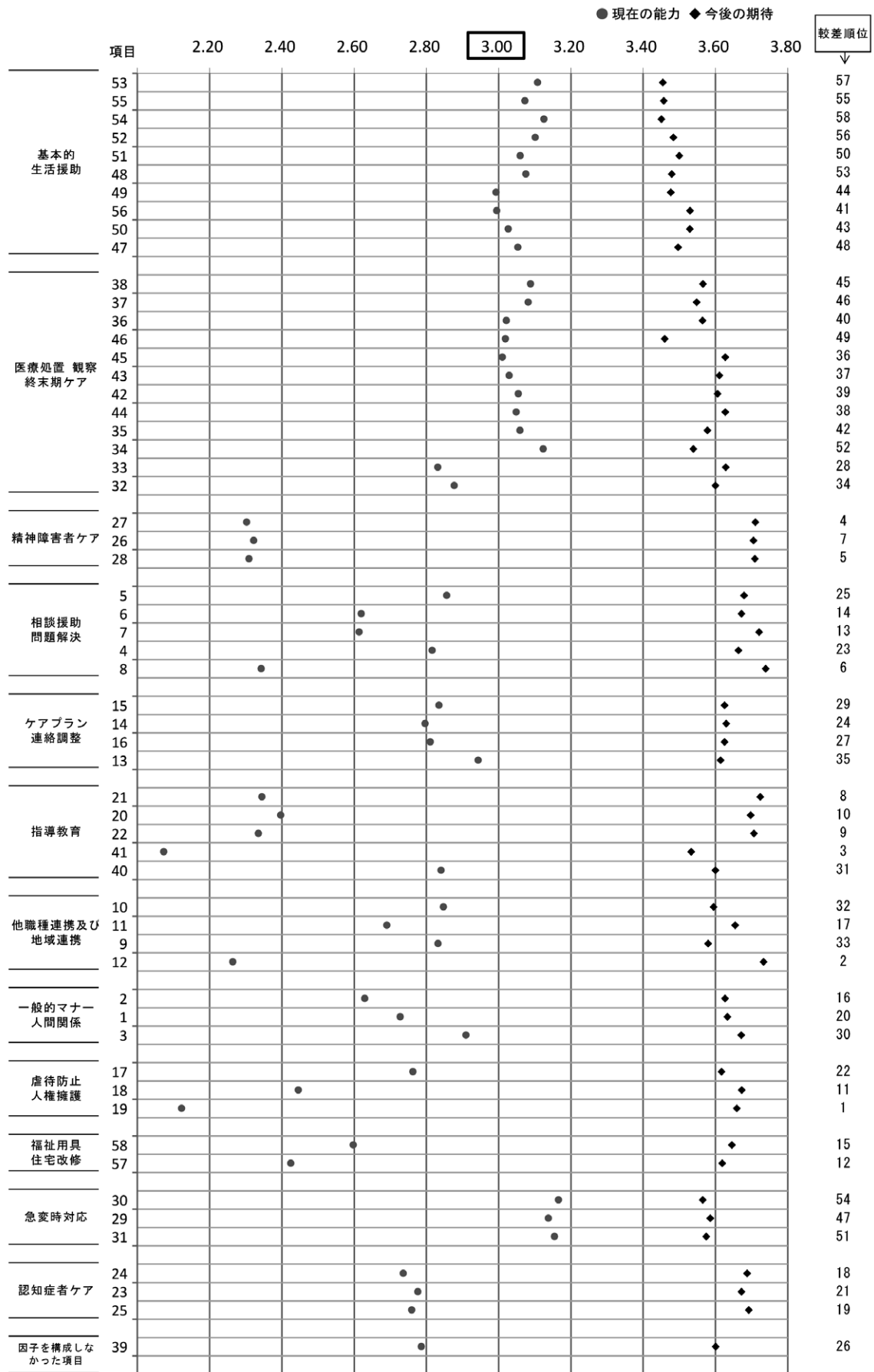


図1 「現在の能力」と「今後の期待」の各平均点と隔たりの状態

表7 自由記述からの「不足する能力」及び「期待する能力」

不足する能力	期待する能力
<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニケーション技術(特に“傾聴”)が不足している。 ・ 病院の看護師をはじめ在宅看護を経験する人は、利用者目線でのコミュニケーションが不足している。 ・ 新しい医療機器、医療処置に関する知識 ・ プレゼンテーション能力、他職種に看護の内容がわかる様に伝える能力 ・ 介護職に歩み寄り、物事をわかるように説明する能力。 ・ 精神病患者、難病患者、小児に関する知識が十分ではなく、ニーズに応えられていない。 ・ 各専門職を認め、連携を取るための助言を聞く謙遜な態度 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者や家族、他機関・他職種とのコミュニケーション能力(調整) ・ 病院での常識ではなく、地域や暮らしの実状に合わせて支援できるコミュニケーション力 ・ これまで病院でしか見られなかった重症児・者、精神疾患患者が増えている。専門知識が必要。 ・ 多職種との連携が必要となるので、コミュニケーション力とプレゼンをする能力が必要 ・ 看護師がヘルパーと共に活動する上でも、上からの目線ではなく、知識の向上への支援を行う事 ・ 精神疾患や小児(NICUから退院する小児)の利用者が少しずつ増えている。専門的学習が必要。 ・ 専門職としての役割を尊敬し合うコミュニケーションの取り方が特に必要

する能力, ⑧状況に応じた看護実践をする能力, ⑨看護実践を評価する能力, ⑩専門職として自己研鑽する能力, である。

本研究においては、能力項目について最近の職務要件書をベースに作成したことから、結果として現れた構成概念はそれらと大きく異なっている。職能要件書は実際の臨床で必要と考えられる能力を網羅的にとらえ、いずれも実務的な能力として作成されている。どの能力項目も臨床の看護師に不可欠な能力であるという前提がある。したがって、因子分析によって現れた構成概念は今日的かつ実践的であり、現実の臨床に必要な能力を顕著に表していると考えられる。

それらの構成概念について、現在の能力が欠けていると評価された順に並べた結果は、①精神障害者へのケア, ②虐待防止・人権擁護, ③福祉用具・住宅改修, ④他職種連携及び地域連携, ⑤相談援助・問題解決, ⑥指導教育, ⑦一般的マナー 人間関係, ⑧認知症者へのケア, ⑨ケアプラン・連絡調整, ⑩医療処置・観察, 終末期ケア, ⑪基本的な生活援助, ⑫急変時対応であった。それらひとつひとつについて、以下に考察する。

①精神障害者へのケアであるが、これを構成した各能力項目は、現実の能力と期待の隔たりが他の能力と比較しおしなべて大きかった(26, 27, 28の能力項目)。このことは地域で精神疾患を持つ対象者への専門知識や対応, また治療等に関し能力が十分でない一方で、そうした能力への期待が高いことを示している。

訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護は、その利用者数からみても2000年から2007年の間に約3倍に増加している¹⁴⁾。また地域では本人だけではなく、家族が精神疾患を病むケースへの看護が大きな課題になっている¹⁵⁻¹⁶⁾。地域ケアにおいて、精神疾患を持つ対象者への看護が重要な課題となっており、看護師自身が能力

の向上について期待が高いことが示唆される。

②虐待防止・人権擁護について、能力項目では虐待の実態把握から解決、また成年後見制度等の活用といった内容について、現状と期待との隔たりが顕著であった(18, 19の能力項目)。上野ら⁴⁾や今村ら⁵⁾の能力項目においては、「意志の尊重」、「在宅療養者の権利・尊厳を擁護する」といった内容にとどまっている。しかし、特に高齢者虐待における通報者は4割以上が介護サービスに関わる職員であり¹⁷⁾、虐待に気づきやすい状況にある。その重大性の認識と解決の具体策に関する知識を持っていることは以前にも増して重要であり、また地域包括支援センターに所属する看護師であれば、その対応のための実践力も必要となってくる。

③福祉用具・住宅改修であるが、これも知識と助言及び指導に関し現状の能力が低い一方で期待が高い能力項目で構成されている(57, 58の能力項目)。介護保険の居宅サービス利用者の半数は福祉用具を利用している¹⁸⁾。用具の不利用や不適切な環境が家族の介護負担を増長しているケースや、用具の誤用が事故の原因となることもあり¹⁹⁾、知識に基づく正しい使用法等の指導・助言は看護においても重要である。

④他職種連携及び地域連携については、今村ら⁵⁾や王ら⁷⁾においても抽出されている概念である。一方、具体的な能力項目として、地域の機関への働きかけとネットワーク構築といった能力については、本研究で明らかになった期待が高い項目である(12の能力項目)。地域での看取り、また地域防災システムを検討する際、目的に適した地域機関のネットワーク化、組織づくりや住民主体の運営の仕組みづくりは、ますます重要となっている²⁰⁾。

⑤相談援助・問題解決においては、その具体的な根拠となる法令等の理解、またそれらをわかりやすく説明す

る能力について高く期待されている（8の能力項目）。病院看護において、管理職でなければ法令等を理解し説明する機会は少ないと思われる。しかし、地域ケアにおいて介護保険制度をはじめ、成年後見制度等、その規定事項を理解し説明する機会は日常的にあり、看護に不可欠な能力である。

⑥指導教育において、地域ケア初級者への教育や継続教育等に関し、現状と期待の隔たりが大きい項目が見られた（20, 21, 22の能力項目）。先行研究⁴⁻⁸⁾では個々の看護師における能力の向上が必要であると認識される一方、組織的な現任教育、また資質向上のための継続教育に関する言及はない。しかし、病院看護の経験者が地域ケアの実践の現場で働き始める際の教育機会、またシステム化された学習の継続的な機会が地域ケアの組織内では得られにくいだけに、重要な課題と考えられる。

この構成概念においては、理学療法また各種セラピー、療法の理解といった能力項目も含まれている（40, 41の能力項目）。それらを理解し、家族らが実施できることの助言・指導等ができる能力についても、期待が高いことが推察される。

⑦一般的マナー 人間関係については、上野ら⁴⁾の研究において接遇能力として概念化されている。一方、看護師へのインタビューにより能力項目を抽出した王ら⁷⁾の研究、また在宅看護学教育の内容からそれらを抽出した今村ら⁵⁾の研究からは、こうした社会的なマナー・態度に関する課題は出ていない。しかし地域ケアは、まず他者との関係性を円滑に取り結ぶことから始まる。したがって、社会人としての基本的な言動・態度、社会に受け入れられる常識ある関わり方の基礎が身につけていることは重要視されてよい。

⑧認知症者へのケアであるが、精神障害者へのケアとともに、特定対象者へのケアとして概念化された。介護サービスにおける訪問看護を利用する対象者において、その約8割が認知症を有している²¹⁾。認知症に対する専門知識、また対応の能力、治療の理解等は現代の地域看護には必須であると考えられる。

⑨ケアプラン・連絡調整については、地域ケアに求められる特有の能力である。特に介護サービスとしての訪問看護はケアプランを元に計画実施され、ケアプランの評価及び見直しに収束されなければならない。ケアマネジャーを中心に他の専門職との連絡調整は欠かせない。こうした能力は先行研究⁴⁻⁸⁾では明らかにされていない。

これは、介護保険の浸透と共に、ケアプランによって他職種と目的を共有する中、訪問看護は行われることが当然のこととして理解されてきたためと考える。また、本調査の対象の約半分は、地域包括支援センターに所属する保健師、看護師である。対象者のケアを統括する上で、ケアプランの作成やメンテナンス、連絡調整は日常的に行われており、地域ケアの基本的な能力と考えられる。

⑩医療処置・観察、終末期ケアについて、またこれを構成する能力項目のほとんどについて、現在の能力に問題は無いと答えられている。一方、感染予防に関する専門知識や対策の指導については、現在の能力にある程度の問題があると考えられている。

上野ら⁴⁾以外の先行研究⁵⁻⁸⁾においては「感染予防」に関する能力項目がないが、季節性または地域の施設等で集団感染を起こす感染症等は、今日的な重要な課題である。また、病院看護を経験した看護師が地域での看護で戸惑うことの一つは清潔・不潔の操作についてである。生活の場では限られた資源、支援する人や物品また経済状態によって、たとえば吸引や導尿等が最良の清潔状態でできるとは限らない²²⁾。条件を調整することにより、より良い状態の感染予防が生活の場において維持できるようアレンジする能力も必要である。

⑪基本的生活援助であるが、これを構成した能力項目について、おしなべて現在の能力に問題は無いと回答されていることが、他の構成概念との大きなちがいである。「訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書」（全国訪問看護事業協会、2003）においては、整容や排泄介助は看護職員でなくともよいとする調査回答が半数以上を超えている。今後の期待も他の構成概念より低く、現在の能力との隔たりが少ない。地域ケアにおける看護には必要な能力ではあるが、介護職員との協働が可能な能力領域である。

⑫急変時対応については、12の構成概念の中で現在の能力において問題がなく、かつ期待との隔たりが最も少なかった。看護が得意とする能力領域であり、また経験のある看護師であれば、病院臨床で身につけている能力であると考えられる。地域で急変する対象者に接する機会は多くはない。一方、遭遇した際は観察、判断、一次的な救急対応を即時に、また一人で行わなければならない。経験に裏付けられた、高度な能力が必要であると考えられる。

以上があらかじめ提示した具体的な項目から分析された能力の構成概念とその考察である。本研究では、それ以外に不足している能力と期待される能力について自由記述を求めたところ、いくつかの重要な能力が指摘された。

ひとつは、コミュニケーションの能力である。王ら⁷⁾や富安ら⁸⁾の研究において、訪問看護師へのインタビューによってこのコミュニケーション能力が必要であることが明らかにされている。そのコミュニケーションの対象は看護の対象者に限らず、家族や他機関・他職種等である。またその目的は、信頼関係の構築、説明に対する納得を得ること、互いに了解できるレベルを調整することなどである。対象の実状に合わせわかりやすく伝えることは、ことさら重要となる。また対象の訴えを受け入れつつ妥協点を調整するプロセスは、病院における医療者と患者の関係におけるそれとは大いに様相が異なる

る。患者の意志や生活が優先されるからである。

また他職種において、中でも介護職は看護職の重要な連携職種となるが、良好なコミュニケーションによって、カウンターパートとしてお互いを尊重し合う関係が必要とされる。職務要件書の中にも取り上げられていなかったコミュニケーション能力は、看護師であれば誰もが既に持ち合わせている能力と認識されているかもしれない。しかし、それ自体の巧拙が問題を引き起こしたり、人間関係等を複雑にしたりしやすいだけに、適切なコミュニケーションを行うためのトレーニングは必須とも言える。

この他に医療機器や処置の高度化、また対象者が難病患者やNICUから退院する重症児に及んでいること等により、対応の能力向上についても期待する能力として回答されていた。今後は、どの対象者にもオールラウンドに対応できる能力を持つ一方、対象の特殊性によっては専門的な看護が提供できる看護師による対応を考へることも必要となる。

以上、地域において実践をしている看護師が期待する能力について概念化し、現状の能力との隔たりをあらわにすることによって、今日的な重要性を含み、強化すべきと示唆される能力を明らかにしたと考へる。

急変時対応や医療処置、基本的生活援助に代表される能力概念は、看護師が病院臨床において組織的、また体系的な現任教育を受け、キャリアを積むことができる能力である。対照的に、本研究により現状の能力と期待の隔たりが大きいことが明らかになった虐待や人権擁護、他職種や地域との連携、相談援助等といった能力は、地域ケアにおける看護に特有の課題と言へる。一方、そうした能力について能力開発プログラム、クリニカルラダーを用いるような段階的な教育が、実際の現場では展開できないのが現状であると考えられる²³⁾。

地域ケアが量的に、また質的に大きな変貌を遂げている現在、それを担う看護師の能力においても臨床が抱えている具体的なニーズを反映した教育プログラムが必要であることは間違いない。今後、そうした能力の育成については、基礎看護教育の中で地域ケアにおける看護の重要な能力として十分に教育され学習されるべきものであると考へる。

V. おわりに

高齢者の増加に伴い、加齢による衰弱、慢性疾患やその後遺症とともに地域で生活を送る対象者が急増している。そのため、生命や健康状態をアセスメントしつつ生活を調整することができる看護師の存在はますます重要となる。そして、そうした対象に対する職種連携の中では、看護師がチームの中心となることが多くの場合適切であると考えられる。

このような現代の地域におけるケアの実状から、地域で実効的な実践活動が展開できるよう、基礎看護教育の中で今日的で現実的な能力がトレーニングされることは、これからの地域ケアの担い手となる看護師を育成する上での喫緊の課題といへる。

謝 辞

本稿は、平成23～24年度文部科学省科学研究・挑戦的萌芽研究(課題番号:23660025)の助成を受け実施した研究成果の一部である。本研究にご協力いただいた方々に心から感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 厚生労働省. 介護給付費実態調査(平成13年5月審査分～平成23年5月審査分), 2011: 8.
- 2) 厚生労働省. 訪問看護療養費実態調査, 2011.
- 3) 社団法人 全国訪問看護事業協会. 訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書. 2003.
- 4) 上野いづみ, 丹羽さよ子. 利用者が求める「訪問看護師の能力」—利用者との訪問看護師の認識の比較から—, 訪問看護と介護 2010: 15 (10): 804-811
- 5) 今村優子, 森下安子, 時長美希. 在宅看護学領域における看護実践能力の構造—看護基礎教育における検討—, 高知女子大学看護学会誌 2011: 36 (2): 20-30.
- 6) 柿原加代子. 地域で看護職に必要とされる看護実践能力—訪問看護ステーションと老人保健施設で働く看護職の意識調査から—, 日本赤十字愛知短期大学紀要, 2003: 14.
- 7) 王 麗華, 木内妙子, 小林亜由美 ほか. 在宅看護現場において求められる訪問看護師の能力, 群馬パース大学紀要 2008: 6: 91-99.
- 8) 富安眞理, 松本浩幸, 酒井昌子. 在宅療養者・家族のQOLにつながる訪問看護実践能力の検討, 日本健康教育学会誌 2005: 13: 212-213.
- 9) 大河原民子. すぐに使える 訪問看護ステーションの仕事内容・課業一覧表—いずみ訪問看護ステーションの課業の策定事例—, 師長主任業務実践: 2011: 16 (350): 27-35.
- 10) 社会福祉法人パール. 職能要件書. 2009.
- 11) 楠田丘, 齋藤清一. 職能要件書マニュアル全集. 東京: 産労総合研究所: 1999.
- 12) 三菱総合研究所. 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書. 2012.
- 13) 厚生労働省. 全国介護保険担当課長会議資料, 2005: 6.
- 14) 厚生労働省. 第15回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 資料2. 2009: 4.
- 15) 厚生労働省. 精神保健医療福祉の改革ビジョン, 2004: 9.
- 16) 井上智可, 林 一美. 精神疾患患者を対象とする訪問看護スタッフの困難に関する文献レビュー, 石川看護雑誌2012: 9: 121-130.
- 17) 厚生労働省. 平成23年度 高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果, 2011.
- 18) 厚生労働省. 平成23年度介護給付費実態調査の概況(平成23年5月審査分～平成24年4月審査分), 2012.
- 19) 東島弘子. なぜ福祉用具の事故が起こるのか?. おはよう 21: 2012: 3 (1): 12-13.
- 20) 川上嘉明. 東日本大震災レポート. 東京: 日本看護協会出版会: 2011. p.515-518.
- 21) 厚生労働省. 平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況. 2009.
- 22) 和田 雪, 佐々木佐代子. 在宅ケアの実際と医療的ケアの指導: 病院と在宅との違い, ネオネイタルケア: 2011. 24(3): 249-253.
- 23) 柄澤邦江, 安田貴恵子, 御子柴裕子 ほか. 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 2011: 13: 17-27.