様　式　Ｃ－１９、Ｆ－１９、Ｚ－１９　（共通）

科学研究費助成事業　　研究成果報告書

平成 ２６ 年　 ６ 月 ２７ 日現在

機関番号：２２７０２
研究種目：若手研究(B)
研究期間：2011～2013
課題番号：２３７９２６８６

研究課題名（和文）コンピテンシーに着目した実践的訪問看護能力の育成に関する基礎的研究

研究課題名（英文）Fundamental study about training of practical home-nursing-care capability which paid its attention to competency

研究代表者
丸山　幸恵（MARUYAMA, YUKIE）

神奈川県立保健福祉大学・保健福祉学部・助教

研究者番号：５０５５０６９６

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費）　1,900,000円、（間接経費）　570,000円

研究成果の概要（和文）：本研究は、質の高い在宅ケアを提供している訪問看護師の訪問看護行為を明確にし、訪問看護師の就業環境およびキャリア背景と訪問看護行為との関連について分析することを目的に調査を行った。その結果、訪問看護行為として25の行為が抽出された。またこれらの訪問看護行為は、キャリアラダーの達人期にある者が最も実施率が高く、訪問看護師養成講習会、現任教育の実施等の関連から、訪問看護師育成の充実が必要であることが示唆された。

研究成果の概要（英文）：This research clarified the home-nursing-care act of the visit nurse who offers high quality home care, and investigated for the purpose of analyzing about the relation of a visit nurse's employment environment and a career background, and a home-nursing-care act.
As a result, the act of 25 was extracted as a home-nursing-care act.
Moreover, as for the implementation rate, what has these home-nursing-care acts in the expert term of a career rudder was the highest, and it was suggested from relation, such as implementation of a visit nurse short course and in-service education, that visit nurse training needs to be substantial.

研究分野：看護学

科研費の分科・細目：地域・老年看護学

キーワード：訪問看護ケア　人材育成　現任教育

１．研究開始当初の背景

介護保険法制度導入以来、医療環境は進歩しているが、診療報酬の改正により在院日数が短縮し、医療依存度の高い在宅療養者が増加している。また、核家族化や少子化による夫婦のみ世帯や単独世帯の増加から、家族介護は大きな問題も抱えている。そのため、訪問看護師は、高度な専門的知識、多様なニーズに対応する調整力など、質の高い看護が求められている。しかし、これまでの自身の研究結果では、多様なキャリア背景をもつ訪問看護師の教育の困難性が挙げられ、訪問看護師の看護実践能力を向上させる教育体制の整備は進んでいない。訪問看護実践能力や育成の在り方についての報告はほとんどなく、在宅療養者が安心して療養できる環境を確保していくため、訪問看護師の人材育成について検討する必要がある。

看護は複雑な人間関係の中で看護サービスを提供しており、能力や資質を駆使して人間関係に対処し、患者や家族が満足のいく看護サービスを提供できる行動力が重要となる。近年、医療機関での人材育成の能力評価指標として、行動力を重視し成果を生み出すための特徴的な行動特性であるコンピテンシーが注目されている。しかし、報告されている看護のコンピテンシーは、医療機関に勤務する臨床看護師を対象としたものである。臨床と在宅での看護では物的、人的、社会的に相違があり、臨床での看護実践能力が高くても在宅で看護ができるとはかぎらないため、訪問看護として検討する必要がある。

訪問看護師に求められている能力としては、「患者・家族の個別性を尊重する能力」「看護過程展開能力」「信頼関係構築能力」「観察力・判断力」「ケアチームのマネジメント能力」[1)~3)]が報告されている。しかし、これらの能力は訪問看護に従事する上で必要な能力である。実践能力の高い訪問看護師の物事の捉え方や考え方、行動など、多角的・総合的に訪問看護実践能力を明確にし、能力の高い訪問看護師を育成していくための教育体制について検討していく必要がある。

２．研究の目的

以上により本研究は、質の高い在宅ケアを提供している訪問看護師の訪問看護行為を明確にし、さらに訪問看護師の就業環境およびキャリア背景と訪問看護行為との関連について明確にすることを目的する。

３．研究の方法

１）訪問看護師のコンピテンシーに着目した訪問看護実践の構成要素

①研究デザイン：行動結果面接法による質的研究

②研究対象：研究協力に同意の得られたＫ県内にある訪問看護ステーションに３年以上勤務する訪問看護師 14 名である。

③インタビュー項目：対象者の属性、訪問看護に従事することになった動機、訪問看護に重要な職務内容、訪問看護に従事して印象にある成功体験、訪問看護に従事して印象にある失敗体験、訪問看護に必要な要件

④研究期間：平成 23 年 10 月～平成 24 年 3 月

⑤倫理的配慮：調査にあたり訪問看護ステーション管理者に、本研究の目的および倫理的配慮に関する文書を送付し、研究協力の同意を得た。研究対象者には、管理者から研究の趣旨および倫理的配慮に関する文書等を配布してもらい、インタビュー調査に同意された者のみを研究対象者とした。

研究協力は、自由意思であり、協力しない場合においても不利益にならないこと、調査結果は本研究以外に使用しないこと、調査内容は全てコード化し個人が特定されないようにすることを書面および口頭にて説明した。

２）訪問看護実践状況とキャリアラダーおよび就業環境との関連

①研究デザイン：郵送による質問紙調査

②研究対象者：A 県内にある WAMNET に掲載されている訪問看護ステーション 135 施設に従事している訪問看護師 807 人

③調査内容：

・基本属性：年齢、資格、医療機関の看護経験年数、訪問看護経験年数、就業形態など

・キャリアラダー

・職員教育環境:現任教育プログラムの有無、訪問看護技術・能力評価の状況、同行訪問指導状況など

・専門職的自律性(44 項目)：菊池ら [4)]が開発した看護師の自律性測定尺度を用いた。

・訪問看護実践(59 項目)：(1)の研究により抽出された訪問看護実践と、訪問看護に関する先行研究から質問項目を作成した。

④研究期間：平成 26 年 1 月～3 月

⑤配布・回収方法：

訪問看護ステーション管理者に、研究の趣旨及び方法、倫理的配慮等を記載した文書を送付し説明し、従事している訪問看護師への調査用紙等の配布を依頼した。対象者には、同封した返信用封筒にて質問紙の返送をしてもらった。

⑥倫理的配慮

訪問看護ステーション管理者に、研究の趣旨および倫理的配慮等を書面にて説明した。研究対象者には、書面にて研究の趣旨ならびに倫理的配慮等を説明した。倫理的配慮につい

ては、研究協力は対象者の自由意思であること、調査を拒否しても不利益は生じないこと、調査データは統計的に処理し個人が特定されないように処理すること、調査結果は本研究の目的以外に使用しないことを説明し、調査用紙の返送をもって本研究の同意を得たものとした。

４．研究成果

１）訪問看護師のコンピテンシーに着目した訪問看護実践能力の構成要素

①対象者の概要

対象者の平均年齢は 44.1±8.3 歳であった。

表1 対象者概要

ケースNo	年齢	資格	臨床看護師年数	訪問看護師年数
1	46	看護師　保健師　認定訪問看護師	0年	9.8年
2	44	看護師　ケアマネジャー	8年	10年
3	50	看護師　保健師　ケアマネジャー	8年	13年
4	52	看護師　ケアマネジャー	16年	4年
5	39	看護師	10年	8年
6	36	看護師　ケアマネジャー	4年	10年
7	33	看護師　ケアマネジャー	3年	8.5年
8	46	看護師　認定訪問看護師	7年	9年
9	59	看護師　ケアマネジャー	10年	7年
10	33	看護師	3年	5年
11	47	看護師　ケアマネジャー　アロマセラピー	10年	3年
12	52	看護師	3年	6年
13	49	看護師　ケアマネジャー	11年	15年
14	32	看護師　ケアマネジャー	6年	5年

臨床看護師年数の平均年数は 7.1±4.2 年、訪問看護師年数は 8.1±3.4 年であった。対象者 14 人の内、学生時に在宅看護学を履修した者は人であった。

②訪問看護師実践の要素

＜分析方法＞インタビュー内容は逐語録を作成し、対象者が語っている訪問看護の経験の語りから、思いや行動についてコード化した。対象者ごとに類似するコード、または差異があるコードの意味を明確にし、別の対象の語りから現れたコードと比較し、繰り返しみられる要素をサブカテゴリとして命名した。サブカテゴリ間の関連性を明確にし、類似するものをカテゴリとして命名した。

＜結果＞

訪問看護実践として、25 の行為が抽出された。利用者および介護家族に向けた看護行為には 14 の行為があり、「利用者の健康状態を良好に維持できるように病状をアセスメントする」、「利用者・家族が希望する生活が可能であるかアセスメントする」、「利用者の意向に可能な限り添えるように、家族の意志決定を促す」、「選択の重みを受け止め、家族の思いの揺れに寄り添う」、「根底にある思いを引き出すために、相手の話に耳を傾ける」、「介護者が安心して自立した介護ができるように、支持的な心理的サポートをする」、「治療に関わる影響を説明し、家族に治療の方向を決定してもらう」と、意志決定に関わる 5 つの行為、利用者・家族を主体とした「利用者の生活や健康状態に合わせて処置の内容や方法を変更する」、「利用者がくつろいで生活できるようにリラクゼーションを意図したケアを提供する」、「利用者・家族の意向に沿い、生活する事を支援する」、「家族主体の介護に赴きを置き、利用者の健康状態に問題がなければ家族の価値観に合わせた方法でケアする」、「介護者の介護方法を容認し、負担にならないように段階的に具体的な介護方法を伝える」、「介護者が自立して介護できるように、介護者の話に耳を傾け、心配事はその場で解決する」、「介護者自身の生活が維持できるように、家族介護協力体制やサービス調整の助言をする」の行為が抽出された。

介護ケアチーム連携に関する行為としては 5 つの行為が抽出され、「チームとして統一した方向性で関われるように情報交換の場を設ける」、「利用者を含むサポートネットワークを繋げるため通訳的な役割を担う」、「相手の性格に合わせて意向確認の役割を変更する」、「利用者・家族と訪問看護師が共に重荷に感じないように、関係性が悪化した場合は担当を交代する」、「一人で抱え込まず、訪問看護師同士で共助する」の行為が抽出された。

また、関係性を構築するため看護師自身の姿勢として、「チームの関係性を良好に維持するためのアサーティブな自己表現を活用する」、「自身の傾向を知り、不快な印象を与えないように振る舞う」、「人との関係性の中で、振る舞いや提案の仕方を変える」、「利用者・家族自身が意思決定できるように、一歩離れた立場で待つ」、「利用者と良好な関係を築くため、提案のタイミングを見計らい、看護師の行動が見えるように振る舞う」、「理解の曖昧さを認識し、情報は可視化する」の 6 の行為が抽出された。

２）訪問看護実践と就業環境および専門職的自立性との関連

調査用紙の回収は 463 人(回収率 57.4%)、有効回答率 95.9%であった。

①対象者の属性
対象者が従事している訪問看護ステーションの従事者数は平均 7.4±3.9 人であった。
対象者の平均年齢は 47.4±8.8 歳、医療機関での従事平均年数は 18.3±9.6 年、訪問看護従事平均年数は 7.1±5.0 年であった。性別では 443 人(97.7%)が女性であり、432 人(97.3%)が正看護師の資格を所有していた。看護師資格と兼ねて保健師の資格を所有していたものは 19 人(4.2%)、ケアマネジャーは 28 人(6.3%)であった。学生時に在宅看護学を履修した者は 115 人(26.0%)であった。
就業形態では 287 人(65.1%)が常勤であり、管理職等の役職を有する者は 86 人(19.5%)であった。キャリアラダーでは、一人前が 183 人(42.8%)と多く、次に中堅が 143 人(33.4%)、新人は 55 人(12.9%)、達人が 47 人(11.0%)であった。
職員の教育環境として、訪問看護師養成講習会を受講したものは 170 人(38.3%)であり、施設に職員教育プログラムがあると回答した者は 184 人(42.6%)と半数と、共に満たしていなかった。職員教育担当者は管理者が 180 人(42.7%)であった一方で、担当やは特にいないと回答した者も 181 人(42.9%)であった。初めての家庭を訪問する時の同行訪問指導者は訪問日担当看護師が 130 人(34.3%)、受持ち看護師が 111 人(29.3%)、管理者が 98 人(25.9%)であった。単独訪問の判断として、同行訪問後に自動的に単独訪問となる場合が 266 人(65.4%)、管理者の判断が 50 人(12.29%)、受持ち看護師の判断が 43 人(10.6%)であった。また、看護技術・能力評価をしていないと回答した者が 204 人(47.1%)であり、訪問看護師の教育は、新人訪問看護師の力量によることが強く、新人訪問看護師の負担が強いことが考えられる。

②訪問看護実践
訪問看護実践 59 項目の実践状況として、「全く実践していない」～「常に実践している」の 4 段階で回答を求めた。「ときどき実践している」「常に実践している」を合わせ 80%であった項目は 39 項目(66.1%)であった。実施状況が 70%に満たない項目は、「あえて利用者や家族に、看護師の知識力や行動が見えるように振る舞う(40.8%)」、「介護に迷いのある家族を、心理的駆け引きで後押しする(61.3%)」、「いつまでなら在宅介護できるのか、介護に期限をつけて考えることで、家族自身が望む意思決定を促す(50.9%)」、「家族内で意向を統一する働きかけとして、家族内で反対している存在を確認する(60.4%)」、「看護に囚われず、利用者の生活状況に合わせて生活を支援するため、家事援助をする(35.8%)」、「チームとして良好な関係性を維持するため、アサーティブな自己表現を活用する(68.5%)」の 6 項目であった。(表 2)

表2 訪問看護実践

		全く実践していない n (%)	留意しているがあまり実践してない n (%)	ときどき実践している n (%)	常に実践している n (%)
1	あえて利用者や家族に、看護師の知識力や行動が見えるように振る舞う。	95 (21.40)	168 (37.84)	157 (35.36)	24 (5.41)
2	介護に迷いのある家族を、心理的駆け引きで後押しする。	42 (9.46)	130 (29.28)	202 (45.50)	70 (15.77)
3	いつまでなら在宅介護できるのか、介護に期限をつけて考えることで、家族自身が望む意思決定を促す。	66 (14.86)	152 (34.23)	156 (35.14)	70 (15.77)
4	家族内で意向を統一する働きかけとして、家族内で反対している存在を確認する。	44 (9.91)	132 (29.73)	184 (41.44)	84 (18.92)
5	看護に囚われず、利用者の生活状況に合わせて生活を支援するため、家事援助をする。	162 (36.49)	123 (27.70)	125 (28.15)	34 (7.66)
6	チームとして良好な関係性を維持するため、アサーティブな自己表現を活用する。	52 (11.71)	88 (19.82)	199 (44.82)	105 (23.65)

③専門職的自律性
専門職的自律性は、「認知能力(70 点)」「実践能力(70 点)」「具体的判断能力(35 点)」「抽象的判断能力(35 点)」「自立的判断能力(25 点)」の 5 つの下位尺度に分類される。「認知能力」の平均点数は 49.1±6.9 点、「実践能力」は 47.8±8.4 点、「具体的判断能力」は 26.6±4.6 点、「抽象的判断能力」は 19.8±4.3 点、「自立的判断能力」は 19.0±3.3 点であった。

④訪問看護師養成講習会の受講と訪問看護実践との関連
訪問看護師養成講習会の受講状況と訪問看護実践に有意な関連のみられた項目は 14 項目あり、表 3 に示した。有意な関連のみられたいずれの項目も、講習会を受講している者は受講していない者に比べ、各項目の訪問看護実践を実施している割合が多かった。

表3 訪問看護師養成講座の受講と訪問看護実践との関連

		養成講習 未講習 n	%	受講 n	%	p値
リラクゼーションを目的としたケアを提供する。	実施	206	75.2%	151	88.8%	p＜0.001
	未実施	68	24.8%	19	11.2%	
医学的に課題があっても現時点で問題がなければ、相手の価値観に合わせてケアする。	実施	234	85.4%	157	92.4%	0.034
	未実施	40	14.6%	13	7.6%	
介護負担軽減のため、現在の介護方法の変更を提案する。	実施	249	90.9%	164	96.5%	0.034
	未実施	25	9.1%	6	3.5%	
介護者を主体とした家族内の介護協力体制を構築する。	実施	197	71.9%	138	81.2%	0.031
	未実施	77	28.1%	32	18.8%	
家族内で意向を統一する働きかけとして、家族内で反対している存在を確認する。	実施	155	56.6%	113	66.5%	0.046
	未実施	119	43.4%	57	33.5%	
家族が抱く罪悪感情を打消し、あるがままの介護を容認する。	実施	211	79.6%	149	91.4%	0.001
	未実施	54	20.4%	14	8.6%	
自宅療養の継続が可能かどうかを評価する。	実施	244	89.1%	163	95.9%	0.013
	未実施	30	10.9%	7	4.1%	
利用者や家族の希望に合わせ生活する場の視点でケアを模索する。	実施	251	91.6%	164	96.5%	0.049
	未実施	23	8.4%	6	3.5%	
看護に囚われず、利用者の生活状況に合わせて生活を支援するため、家事援助をする。	実施	88	32.1%	71	41.8%	0.042
	未実施	186	67.9%	99	58.2%	
各家庭に合わせて振る舞いや言動、提案の仕方を変える。	実施	244	89.1%	161	94.7%	0.041
	未実施	30	10.9%	9	5.3%	
利用者･家族と訪問看護師が、共に重荷に感じないように関係性が悪化した場合は、担当を交代す	実施	212	77.4%	151	88.8%	0.002
	未実施	62	22.6%	19	11.2%	
相手に合わせて行動できるように自身の考えや行動の傾向を知る。	実施	206	75.2%	144	84.7%	0.017
	未実施	68	24.8%	26	15.3%	
在宅医療技術の情報を得るため、専門書を読む。	実施	198	72.3%	141	82.9%	0.010
	未実施	76	27.7%	29	17.1%	
在宅医療技術の情報･技術を得るため、外部研修に参加する。	実施	201	73.4%	147	86.5%	0.001
	未実施	73	26.6%	23	13.5%	

χ^2検定

⑤現任教育プログラムの有無と訪問看護実践との関連

施設における現任教育プログラムの有無と訪問看護実践との関連について、有意な関連のみられた項目は、5項目であった。(表4)「リラクゼーションを目的としたケアを提供する」「介護者を主体とした家族内の介護協力体制を構築する」「介護に迷いのある家族を、心理的駆け引きで後押しする」「ケア時間を配分し、訪問時間内にケアを終了する」の4項目は、いずれも現任教育プログラムがある施設で従事している者はプログラムがない者に比べ、実践している者の割合が高かった。しかし「介護者の思いや介護を否定しないように介護方法の提案をする」については、現任養育プログラムがない者の方が、割合が高くなっていた。これは、現任教育により考え方が固まってしまう事も考えられるが、セルの標本数に0がみられるために、明確には言えない。

表4 現任教育プログラムの有無と訪問看護実践との関連

		現任教育プログラム 無し n	%	有り n	%	p値
リラクゼーションを目的としたケアを提供する。	実施	191	77.0%	156	84.8%	0.045
	未実施	57	23.0%	28	15.2%	
介護者の思いや介護を否定しないように介護方法の提案をする。	実施	248	100.0%	179	97.3%	0.014
	未実施	0	0.0%	5	2.7%	
介護者を主体とした家族内の介護協力体制を構築する。	実施	174	70.2%	152	82.6%	0.003
	未実施	74	29.8%	32	17.4%	
介護に迷いのある家族を、心理的駆け引きで後押しする。	実施	137	55.2%	126	68.5%	0.005
	未実施	111	44.8%	58	31.5%	
ケア時間を配分し、訪問時間内にケアを終了する。	実施	214	86.3%	170	92.4%	0.046
	未実施	34	13.7%	14	7.6%	

χ^2検定もしくはFisher正確確立検定

⑥訪問看護技術･能力評価の実施状況と訪問看護実践との関連

有意な関連のみられた項目は、「リラクゼーションを目的としたケア提供する」「看取りへの意思決定の揺れを認め思いの揺れに付き合う」の2項目であった。

「リラクゼーションを目的としたケア提供する」では、定期的評価(未実施26人、19.4%)、不定期評価(未実施11人、11.6%)、評価なし(未実施49人、24.0%)で評価していない者が未実施の割合が最も高かった（p＜0.05)。「看取りへの意思決定の揺れを認め思いの揺れに付き合う」も同様に、定期的評価(未実施9人、6.7%)、不定期評価(未実施4人、4.2%)、評価なし(未実施27人、13.2%)と、評価していない者が未実施の割合が最も高かった。(p＜0.05)

⑦キャリアラダーと訪問看護実践との関連

訪問看護実践の59項目の内、44項目に有意な関連がみられた。(表5)いずれの実施項目も新人期と回答した者が未実施の割合が最も高かった。

⑧キャリアラダーと専門職的自律性

結果を表6に示した。下位尺度5項目に対していずれも有意な関連がみられ、達人期の点数が最も高い点数を示した。

表5　キャリアラダーと実践している訪問看護ケアとの関連

		新人 n	(%)	一人前 n	(%)	中堅 n	(%)	達人 n	(%)	P値
医療の専門職である立場を崩さず、健康を害する利用者の行為は医師へ報告する。	実施	39	70.9%	164	89.6%	138	96.5%	45	95.7%	p<0.001
	未実施	16	29.1%	19	10.4%	5	3.5%	2	4.3%	
この先の病状を予測するために訪問と訪問の間の病状経過を把握する。	実施	46	83.6%	167	91.3%	135	94.4%	46	97.9%	0.043
	未実施	9	16.4%	16	8.7%	8	5.6%	1	2.1%	
利用者の健康状態に合わせて、その日のケア方法を変更する。	実施	45	81.8%	178	97.3%	142	99.3%	47	100.0%	p<0.001
	未実施	10	18.2%	5	2.7%	1	0.7%	0	0.0%	
リラクゼーションを目的としたケアを提供する。	実施	33	60.0%	144	78.7%	123	86.0%	43	91.5%	p<0.001
	未実施	22	40.0%	39	21.3%	20	14.0%	4	8.5%	
看護に対する評価と切り離して、利用者の行き場の無いストレスを受け止める。	実施	37	67.3%	162	88.5%	129	90.2%	46	97.9%	p<0.001
	未実施	18	32.7%	21	11.5%	14	9.8%	1	2.1%	
興奮している時期を外し、快の感覚が得られたタイミングでケアの提案をする。	実施	37	67.3%	128	69.9%	115	80.4%	42	89.4%	0.007
	未実施	18	32.7%	55	30.1%	28	19.6%	5	10.6%	
利用者の爽快感を引き出しながら少ずつケアを勧める。	実施	40	72.7%	155	84.7%	126	88.1%	44	93.6%	0.02
	未実施	15	27.3%	28	15.3%	17	11.9%	3	6.4%	
あえて利用者や家族に、看護師の知識力や行動が見えるように振る舞う。	実施	15	27.3%	68	37.2%	71	49.7%	22	46.8%	0.015
	未実施	40	72.7%	115	62.8%	72	50.3%	25	53.2%	
介護できない部分を認め、介護者ができる範囲での介護を指導する。	実施	52	94.5%	182	99.5%	142	99.3%	47	100.0%	0.045
	未実施	3	5.5%	1	0.5%	1	0.7%	0	0.0%	
介護負担軽減のため、現在の介護方法の変更を提案する。	実施	44	80.0%	171	93.4%	137	95.8%	46	97.9%	0.002
	未実施	11	20.0%	12	6.6%	6	4.2%	1	2.1%	
介護者には介護方法について、必要なことを段階的に指導する。	実施	40	72.7%	167	91.3%	137	95.8%	46	97.9%	p<0.001
	未実施	15	27.3%	16	8.7%	6	4.2%	1	2.1%	
介護方法を家族の生活状況に合わせて具体的に伝える。	実施	44	80.0%	178	97.3%	137	95.8%	47	100.0%	p<0.001
	未実施	11	20.0%	5	2.7%	6	4.2%	0	0.0%	
介護者が安心して介護できるように困りごとはその場で解決する。	実施	44	80.0%	166	90.7%	130	90.9%	46	97.9%	0.027
	未実施	11	20.0%	17	9.3%	13	9.1%	1	2.1%	
介護者の生活維持を考えてサービス調整や介護者の健康行動を促す。	実施	43	78.2%	168	91.8%	136	95.1%	46	97.9%	0.001
	未実施	12	21.8%	15	8.2%	7	4.9%	1	2.1%	
介護者を主体とした家族内の介護協力体制を構築する。	実施	30	54.5%	130	71.0%	118	82.5%	45	95.7%	p<0.001
	未実施	25	45.5%	53	29.0%	25	17.5%	2	4.3%	
介護に迷いのある家族を、心理的駆け引きで後押しする。	実施	22	40.0%	100	54.6%	100	69.9%	36	76.6%	p<0.001
	未実施	33	60.0%	83	45.4%	43	30.1%	11	23.4%	
介護者自身が状況の変化に対応し安心して生活できるように、緊急時の対応について確認する。	実施	45	81.8%	176	96.2%	142	99.3%	47	100.0%	p<0.001
	未実施	10	18.2%	7	3.8%	1	0.7%	0	0.0%	
治療に関わる影響を説明し、家族に治療方針を決定してもらう。	実施	30	54.5%	140	76.5%	112	78.3%	43	91.5%	p<0.001
	未実施	25	45.5%	43	23.5%	31	21.7%	4	8.5%	
意思決定に利用者本人の思いを重視し、介護者に利用者の思いを喚起させるような声掛けをする。	実施	32	58.2%	127	69.4%	117	81.8%	43	91.5%	p<0.001
	未実施	23	41.8%	56	30.6%	26	18.2%	4	8.5%	
いつまでなら在宅介護できるのか、介護に期限をつけて考えることで、家族自身が望む意思決定を促す。	実施	18	32.7%	89	48.6%	82	57.3%	30	63.8%	0.004
	未実施	37	67.3%	94	51.4%	61	42.7%	17	36.2%	
家族内で意向を統一する働きかけとして、家族内で反対している存在を確認する。	実施	20	36.4%	105	57.4%	100	69.9%	34	72.3%	p<0.001
	未実施	35	63.6%	78	42.6%	43	30.1%	13	27.7%	
看取りへの意志決定の揺れを認め思いの揺れに付き合う。	実施	34	61.8%	168	91.8%	138	96.5%	46	97.9%	p<0.001
	未実施	21	38.2%	15	8.2%	5	3.5%	1	2.1%	
選択する重みや後悔の念を受け止め家族の選択を支持する。	実施	31	56.4%	168	91.8%	139	97.2%	47	100.0%	p<0.001
	未実施	24	43.6%	15	8.2%	4	2.8%	0	0.0%	
家族が抱〈罪悪感情を打消し、あるがままの介護を容認する。	実施	36	66.7%	148	85.1%	123	87.9%	41	89.1%	0.005
	未実施	18	33.3%	26	14.9%	17	12.1%	5	10.9%	
自宅療養の継続が可能かどうかを評価する。	実施	43	78.2%	164	89.6%	138	96.5%	47	100.0%	p<0.001
	未実施	12	21.8%	19	10.4%	5	3.5%	0	0.0%	
利用者･家族の希望が自宅で可能かどうかを判断するために、観察しアセスメントする。	実施	41	74.5%	158	86.3%	137	95.8%	46	97.9%	p<0.001
	未実施	14	25.5%	25	13.7%	6	4.2%	1	2.1%	
今後の予測を立てつつ、利用者や家族の意向に合わせてケア内容を決定する。	実施	44	80.0%	170	92.9%	137	95.8%	47	100.0%	0.001
	未実施	11	20.0%	13	7.1%	6	4.2%	0	0.0%	
利用者や家族の希望に合わせ生活する場の視点でケアを模索する。	実施	43	78.2%	172	94.0%	139	97.2%	47	100.0%	p<0.001
	未実施	12	21.8%	11	6.0%	4	2.8%	0	0.0%	
相手が発した言葉を大切にし、話の中から情報の糸口を見つける。	実施	45	81.8%	169	92.3%	139	97.2%	46	97.9%	0.002
	未実施	10	18.2%	14	7.7%	4	2.8%	1	2.1%	
世間話や生活状況から相手の考え方や価値観を見極め、根底にある意向を見出す。	実施	46	83.6%	168	91.8%	139	97.2%	45	95.7%	0.008
	未実施	9	16.4%	15	8.2%	4	2.8%	2	4.3%	
コミュニケーション不足を回避するため、事前に医師の説明内容や意向を確認する。	実施	35	63.6%	137	74.9%	125	87.4%	42	89.4%	p<0.001
	未実施	20	36.4%	46	25.1%	18	12.6%	5	10.6%	
利用者や家族の希望に対して訪問看護で提供できる内容を説明し、一歩離れた立場で意思決定を待つ。	実施	39	70.9%	165	90.2%	135	94.4%	45	95.7%	p<0.001
	未実施	16	29.1%	18	9.8%	8	5.6%	2	4.3%	
理解の曖昧さを認識し、口頭だけでな〈可視化して情報を残す。	実施	34	61.8%	138	75.4%	111	77.6%	41	87.2%	0.027
	未実施	21	38.2%	45	24.6%	32	22.4%	6	12.8%	
利用者･家族と訪問看護師が、共に重荷に感じないように関係性が悪化した場合は、担当を交代する。	実施	28	50.9%	150	82.0%	128	89.5%	44	93.6%	p<0.001
	未実施	27	49.1%	33	18.0%	15	10.5%	3	6.4%	
相手に合わせて行動できるように自身の考えや行動の傾向を知る。	実施	30	54.5%	143	78.1%	120	83.9%	45	95.7%	p<0.001
	未実施	25	45.5%	40	21.9%	23	16.1%	2	4.3%	
利用者の普段見えていない部分を浮き彫りにし、家族も含めた担当者が今後の方向性を統一するために会議を開く。	実施	36	65.5%	122	66.7%	114	79.7%	39	83.0%	0.012
	未実施	19	34.5%	61	33.3%	29	20.3%	8	17.0%	
利用者に統一したケアが提供されるように、他機関と詳細な情報交換をする。	実施	47	85.5%	172	94.0%	141	98.6%	46	97.9%	0.003
	未実施	8	14.5%	11	6.0%	2	1.4%	1	2.1%	
チームとして良好な関係性を維持するため、アサーティブな自己表現を活用する。	実施	28	50.9%	116	63.4%	107	74.8%	40	85.1%	p<0.001
	未実施	27	49.1%	67	36.6%	36	25.2%	7	14.9%	
相手の物事の捉え方に合わせて、意向確認の役割を変更する。	実施	32	62.7%	120	68.6%	107	80.5%	36	81.8%	0.018
	未実施	19	37.3%	55	31.4%	26	19.5%	8	18.2%	
利用者を含むサポートネットワークを繋げるため、通訳的な役目を担う。	実施	32	58.2%	129	70.5%	114	79.7%	34	72.3%	0.022
	未実施	23	41.8%	54	29.5%	29	20.3%	13	27.7%	
ケア時間を配分し、訪問時間内にケアを終了する。	実施	48	87.3%	154	84.2%	132	92.3%	45	95.7%	0.047
	未実施	7	12.7%	29	15.8%	11	7.7%	2	4.3%	
在宅医療技術の情報を得るため、専門書を読む。	実施	36	65.5%	135	73.8%	116	81.1%	41	87.2%	0.027
	未実施	19	34.5%	48	26.2%	27	18.9%	6	12.8%	
在宅医療技術の情報・技術を得るため、外部研修に参加する。	実施	35	63.6%	135	73.8%	121	84.6%	44	93.6%	p<0.001
	未実施	20	36.4%	48	26.2%	22	15.4%	3	6.4%	

χ^2検定もしくはFisher正確確立検定

表6　キャリアラダーと専門職的自律性

	キャリアラダー	n	ME	(min－Max)	p値
認知能力	新人	55	46.00	(29.00-65.00)	P<0.0001
	一人前	176	47.00	(25.00-61.00)	
	中堅	140	51.00	(37.00-65.00)	
	達人	44	54.00	(45.00-65.00)	
実践能力	新人	55	41.00	(24.00-63.00)	P<0.0001
	一人前	176	46.50	(26.00-65.00)	
	中堅	140	50.00	(31.00-65.00)	
	達人	44	54.50	(39.00-65.00)	
具体的判断能力	新人	55	24.00	(13.00-33.00)	P<0.0001
	一人前	176	26.00	(14.00-35.00)	
	中堅	140	28.00	(18.00-35.00)	
	達人	44	31.00	(23.00-35.00)	
抽象的判断能力	新人	55	17.00	(8.00-26.00)	P<0.0001
	一人前	176	19.00	(6.00-29.00)	
	中堅	140	21.00	(10.00-30.00)	
	達人	44	23.00	(14.00-30.00)	
自立的判断能力	新人	55	17.00	(10.00-25.00)	P<0.0001
	一人前	176	19.00	(7.00-25.00)	
	中堅	140	20.00	(10.00-25.00)	
	達人	44	21.00	(15.00-25.00)	

kuruskal-wallis検定

〔その他〕
ホームページ等
http://www.kuhs.ac.jp/

６．研究組織
(1)研究代表者

丸山幸恵（MARUYAMA　YUKIE）
神奈川県立保健福祉大学
研究者番号：50550696