

## Home Oriented Careプログラムへの参加による病棟新人看護師の 在宅生活志向の変化

<sup>1)</sup> 鳥取大学医学部保健学科地域・精神看護学講座（主任教授：吉岡伸一）

<sup>2)</sup> 鳥取大学医学部保健学科基礎看護学講座

<sup>3)</sup> 鳥取大学医学部保健学科母性・小児家族看護学講座

雑賀倫子<sup>1)</sup>，深田美香<sup>2)</sup>，花木啓一<sup>3)</sup>

Changes in attitudes toward home health care of young nurses  
who worked in wards and participated in a newly-designed training  
course on home-oriented health care.

Michiko SAIGA<sup>1)</sup>，Mika FUKADA<sup>2)</sup>，Keiichi HANAKI<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> *Department of Nursing Care Environment and Mental Health, School of Health Science  
Faculty of Medicine, Tottori University*

<sup>2)</sup> *Department of Fundamental Nursing, School of Health Science Faculty of Medicine,  
Tottori University*

<sup>3)</sup> *Department of Women's & Children's Family Nursing, School of Health Science  
Faculty of Medicine, Tottori University*

### ABSTRACT

The purpose of this study was to explore changes in the attitude toward home health care of young nurses who worked in wards and participated in a training course on home-oriented health care from May 2015 to February 2018. A questionnaire was distributed to 37 nurses of whom 28 agreed to participate. The attitude toward home health care of individual participant was evaluated using a visual analogue scale, and the "Yamagishi Scale" was used to evaluate home-oriented nursing practice. The attitude toward home health care was positively enhanced after one and two years during the course, and it remained so one year after the end of the course. Home-oriented nursing practice was significantly improved one year after the end of the course. These results indicated a positive impact provided by the training course on the attitude of young nurses toward home health care. (Accepted on February 5, 2021)

**Key words :** home health care, home-oriented care, young nurses

## はじめに

厚生労働省は、2011年の介護保険制度改正において、地域包括ケアシステムの実現に向けた取り組みを進め、2017年の改正においては地域包括ケアシステムのさらなる推進を提唱している。住み慣れた地域で生活が続けられるよう、入院前から地域、外来部門と連携をはかり、退院時の支援の強化など地域の関係者との連携を推進することで切れ目のない看護を提供していくことが求められる。それは、2018年度の診療報酬改定により、退院支援加算から入退院支援加算へと名称が変更になったことから、入院前の支援も評価されることになり、継続した看護が必要であると考えられる。

人生の最終段階における医療に関する意識調査<sup>1)</sup>において、どこで過ごしながら医療・療養を受けたいかの問いで、「自宅」との回答が最も多かった。住み慣れた場所で、医療や療養を受けたいと願っている方は多く、それに応えていけるような退院支援が求められる。退院支援は、患者の入院経過をみながら、患者・家族の脅威とならないような介入のタイミングを見極め、相手の語りや事情に根気強く付き合う心構えが必要であり、また、一度に提供する情報量などをアセスメントしながら進めるスキルも不可欠である<sup>2)</sup>。そのため、知識だけでなく患者の生活背景からアセスメントし、的確に伝えるコミュニケーションスキルが求められる。それに加え、三井ら<sup>3)</sup>は看護師の意識として、自宅に向けた準備が一番低く、医療依存度が高いまま地域に帰る患者や高齢患者、高齢家族が増え、資源の調整・活用について、患者個々に適用できる制度が異なるために、対応の難しさ・経験の少なさが影響していると述べている。退院支援をするにあたり、入院から退院までを繋ぐだけでなく、退院した後の生活を見据えた関わりが入院時から求められる。

新人看護職員研修ガイドラインでは、看護職員としての基本姿勢や態度、管理的側面や技術的側面が盛り込まれている<sup>4)</sup>。先行研究をみると、技術的側面は、状況を設定したシミュレーション教育が導入されている<sup>5,7)</sup>が、多職種連携や退院支援についてのプログラムは見当たらない。退院支援については、情報共有シートなどを活用している研究<sup>8,9)</sup>が多く、新人看護師に限ったものではない。新人看護師は、経験の少なさや知識の少なさ

による退院支援の困難感や自信のなさを感じている<sup>10)</sup>が、成長プロセスの中で、自己の課題として知識・経験を身につけ、退院支援に関わりたいとする面もある<sup>11)</sup>。看護師にとって、退院支援は重要な看護実践の一側面であり、それは新人看護師にとってはハードルの高いものであると考えられる。

そこで、鳥取大学医学部附属病院では、2015年在宅生活志向 (Home Oriented Care: HOC) の育成を基本理念に据えた3つのコースからなる「在宅医療推進のための看護師育成プログラム」を開講した。このプログラムは、①新人看護師への在宅生活志向教育の充実、②病院看護師への訪問看護体験等によるキャリア形成支援、③訪問看護師への訪問看護能力強化支援を目的としたもので、在宅生活志向を育み、新人からキャリアを積んだ看護職までの幅広い層を対象にする全国的にも特色のある取り組みである。本研究では、そのうちの1つの新人看護師用在宅生活志向向上教育プログラムへの参加による新人看護師の在宅生活志向の変化を明らかにし、今後の取り組みへの示唆を得ることを目的とした。

## 対象および方法

### 1. 調査対象

在宅医療推進のための看護師育成支援事業の「在宅生活志向をもつ看護師育成コース」の2015年度から受講を開始した新人看護師37名を対象とした。

#### 1) 「在宅生活志向をもつ看護師育成コース」の概要

新卒から卒後3年目までの新人看護師が対象。このコースの目的は、対象者のこれまでの生活とこれからの生活を意識し、対象者と関わり、在宅生活志向をもちながら看護実践ができることである。在宅生活志向 (Home Oriented Care) とは、患者のこれまでの生活とこれからの生活を見据えた看護を実践するところざしとする。内容は、集合研修 (講義&グループディスカッション) と個人課題とし、HOCノートにて集合研修の振り返りや個人課題をまとめ提出し、在宅推進支援室スタッフによる教育支援を受ける双方向教育で構成され、在宅意識を高める2年間のコースである (表1)。

### 2. 調査時期

2015年5月～2018年2月

表1 在宅生活志向をもつ看護師育成コース

| 開催時期  | プログラム内容  |  |
|---|--|--|
| 1年目<br>(2015年度)   | 5月 個人課題①：このコースへの思い<br>【ねらい】 受講動機を各受講生が明確化する  |  |
|   | 集合研修①：施設内看護での在宅生活志向看護の重要性（講義& GD）<br>【講師】 医療福祉支援センター看護師長<br>【ねらい】 在宅生活志向の必要性を知る  |  |
|   | 個人課題②：集合研修をまとめ、目標を立てる<br>【ねらい】 現在の自分に足りない視点を明確化し、1年の目標を立てる   |  |
|   | 個人課題③：自分の病院の退院支援について知る<br>【ねらい】 退院のシステムを知ることにより、入院時よりどのような情報収集アセスメントが必要かわかる  |  |
|   | 集合研修②：退院システムについて（講義& GD）<br>【講師】 受講生所属の地域連携室の看護師長もしくは副師長<br>【ねらい】 他施設の退院システムを知る  |  |
|   | 1～2月 個人課題④：受け持ち患者がどのような支援を受けて退院したかをまとめる<br>【ねらい】 退院支援の学びを活かし、自分がどのような関わりをしているか振り返る   |  |
|   | 集合研修③：在宅生活志向を考える～訪問看護師の視点から（講義& GD）<br>【講師】 全国新人訪問看護師の会 4名の訪問看護師<br>【ねらい】 看護実践のまとめを行い、課題の明確化をする。実際に訪問看護を行っている新人看護師の報告により、退院支援の視点を再確認する |  |
|   | 3月 個人課題⑤：2年目の目標  |  |
|   | 2年目<br>(2016年度)  | 5月 集合研修④：退院後の生活と地域資源について（講義& GD）<br>【講師】 ケアマネージャー<br>【ねらい】 在宅生活志向に必要な知識の確認ができる                 |
|   |  | 6～10月 個人課題⑥：受け持ち患者の退院後の生活を知る<br>【ねらい】 退院支援を行った患者に外来時インタビューを行い、実際に退院してからの生活や受講生が行った退院支援の内容を確認する |
| 8～9月 意見交換会（3回に分けて実施）<br>別コースの訪問看護ステーション実習を経験した受講生のカンファレンスに参加<br>【ねらい】 実習後の報告を聞き、実践へ取り組めることを学ぶ<br>別コースの受講生と退院支援について意見交換を行える  |  |  |
| 集合研修⑤：在宅生活志向による看護実践（講義& GD）<br>【講師】 訪問看護経験者である看護部長<br>【ねらい】 退院支援を行った患者が、地域で生活者として療養していく具体例を通じて、今後の病院看護師としての退院支援の視点について明確にする |  |  |
| 12月   |  |  |
| 2月 個人課題⑦：まとめ<br>2年間意識したこと、今後の課題   |  |  |

GD：グループディスカッション

3. 調査内容

1) 基本属性

基本属性として年齢、性別を尋ねた。

2) 在宅志向自己認識（以下、志向自己認識）：「あなたの在宅志向がどのくらいか0～100であてはまるところにタテ線を入れてください。在宅志向とは、『病院内において対象者の在宅生活を見据えること』をいいます」と質問し、visual analog scale

により評価した。高スコアほど志向自己認識が高いことを示す。

3) 在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度（以下、実践自己評価）：山岸ら<sup>12)</sup>が作成し、「退院後の生活に関するアセスメント」、「患者・家族の今後の療養に関する意向の確認」、「ケアのシンプル化」、「地域の医療者との連携」、「退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の

表2 志向自己認識の経時的変化

|        | スタート時          | 1年後            | 2年後            | 終了1年後          | Friedman検定<br>P値 |
|--------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| 志向自己認識 | 2.8 [2.3, 5.1] | 4.8 [2.5, 6.5] | 5.5 [4.8, 6.6] | 6.1 [4.4, 7.1] | 0.025            |

中央値 [25%タイル値, 75%タイル値]

Wilcoxonの符号付き順位検定, Bonferroniの不等式による補正: \*\*: P&lt;0.05/6

実施」の5下位尺度(25項目)からなる。「常にしている」「たいていしている」「時々している」「あまりしていない」「ほとんどしていない」「まったくしていない」の6件法順序尺度で評価する。下位尺度の得点は構成する項目の平均値とし、尺度合計得点は下位尺度得点の合計とした。下位尺度得点の範囲は1~6点、尺度合計得点の範囲は5~30点であり、高スコアほど在宅志向看護を実践しているとの自己評価が高いことを示す。尺度を使用するにあたり、山岸氏から許諾を得た。

#### 4. 調査方法

スタート時の2015年6月、受講1年後の2016年2月、受講2年後の2017年2月、終了1年後の2018年2月に、自記式質問紙を用いて調査を行った。ただし、4回すべての調査に回答した対象を確認するため、受講生番号の記載を求めた。受講生番号の管理は研究協力者が行った。研修スタート時、研修1年後、2年後、終了1年後にそれぞれ調査票を配布し、留置き式回収箱への回収を行った。

#### 5. 分析方法

基本属性は記述統計を行った。Shapiro-Wilk検定で正規性の検定を行った結果、正規性は認めなかったため、各評価時期の変数の比較には、Friedman検定を行った。Friedman検定後、Wilcoxonの符号付順位検定を行い、Bonferroniの不等式による補正(P<0.05/6)を行った。志向自己認識、実践自己評価は、中央値[25%タイル値, 75%タイル値]で示す。志向自己認識と実践自己評価の関係にはSpearmanの順位相関係数を用いた。統計処理は、SPSS Statistics ver.25 (IBM社, 東京, 日本)を用いた。有意水準は5%とした。

#### 6. 倫理的配慮

対象者に対して、研究への参加は任意であり、受講の成績とは一切無関係とし、参加に同意しない場合でも不利益を受けないこと、また受講生番号の割り振りは研究者にはわからないため個人

の特定ができないことを保証した。研究の依頼は、口頭と文書を用いて行った。調査票の提出により同意が得られたものとした。本研究は、鳥取大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した(No.1507A031)。

## 結 果

調査票は、37名に配布し、研究参加の同意が得られ、全4回の在宅生活志向の評価が可能であった28名を分析対象とした。対象者の平均年齢は23.8±4.8歳、男性1名、女性27名であった。

#### 1) 志向自己認識(表2)

あなたの在宅志向がどのくらいかを尋ねた志向自己認識では、スタート時2.8 [2.3, 5.1] から1年後4.8 [2.5, 6.5] と上昇し、さらに2年後5.5 [4.8, 6.6]、終了1年後6.1 [4.4, 7.1] と上昇した。スタート時と比較して1年後、2年後は有意に高くなった。

#### 2) 実践自己評価(表3)

「退院後の生活に関するアセスメント」

スタート時3.5 [2.8, 4.0] から1年後4.0 [3.4, 4.6] と上昇し、さらに2年後4.6 [4.2, 4.9]、3年後4.8 [4.6, 5.0] と上昇した。経時的では有意な差は認められなかった。

「患者・家族の今後の療養に関する意向の確認」

スタート時4.0 [3.5, 4.4] から1年後4.4 [4.2, 5.2] と上昇し、2年後4.2 [4.9, 5.2] と一旦下がり、終了1年後5.0 [4.6, 5.4] と上昇した。1年後はスタート時より有意に高くなったが、ほかに有意差はなかった。

「ケアのシンプル化」

スタート時4.0 [3.2, 4.3] から1年後4.0 [3.6, 4.6] と変化なく、2年後4.2 [4.0, 5.0]、終了1年後5.0 [4.0, 5.0] と上昇した。経時的では有意な差が認められなかった。

「地域の医療者との連携」

スタート時1.9 [1.1, 3.0] から1年後2.2 [1.2,

表3 実践自己評価の経時的変化

n=28

|   | スタート時             | 1年後               | 2年後               | 終了1年後             | Friedman検定<br>P値 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| 退院後の生活に関するアセスメント  | 3.5 [2.8, 4.0]    | 4.0 [3.4, 4.6]    | 4.6 [4.2, 4.9]    | 4.8 [4.6, 5.0]    | 0.022            |
| 自宅のトイレ・風呂・ベッド等の環境についてアセスメントしている   |                   |                   |                   |                   |                  |
| 自宅の手すり、玄関の段差等の情報を収集し、移動方法をアセスメントしている                                      |                   |                   |                   |                   |                  |
| 退院後の掃除・洗濯・食事等生活支援の必要性をアセスメントしている  |                   |                   |                   |                   |                  |
| 患者が退院後、自宅でのどのように生活するかをアセスメントしている  |                   |                   |                   |                   |                  |
| 退院後の経済的支援の必要性をアセスメントしている  |                   |                   |                   |                   |                  |
| 患者・家族の今後の療養に関する意向の確認  | 4.0 [3.5, 4.4]    | 4.4 [4.2, 5.2]    | 4.2 [4.9, 5.2]    | 5.0 [4.6, 5.4]    | 0.031            |
| 「どのような状態になったら退院したい」と考えているかを患者に聞いている                                       |                   |                   |                   |                   |                  |
| 自宅で過ごすことについて、患者がどうおもっているのかを聞いている  |                   |                   |                   |                   |                  |
| 「どのような状態になったら退院したい」と考えているかを家族に聞いている                                       |                   |                   |                   |                   |                  |
| 患者が自宅で過ごすことについて、家族がどう思っているのかを聞いている  |                   |                   |                   |                   |                  |
| 家族が退院後の介護にどれくらい負担を感じているかを聞いている  |                   |                   |                   |                   |                  |
| ケアのシンプル化  | 4.0 [3.2, 4.3]    | 4.0 [3.6, 4.6]    | 4.2 [4.0, 5.0]    | 5.0 [4.0, 5.0]    | 0.099            |
| 入院中から、患者・家族が退院後も実施できる服薬・ケアの方法にしている  |                   |                   |                   |                   |                  |
| 投薬やカテーテル管理の手順等、患者・家族が自宅でもできるように、入院中からできるだけシンプルにしている                       |                   |                   |                   |                   |                  |
| 入院中に行っている処置や看護ケアが、退院後も可能かを見直している(頻回の体位変換、疼痛時や吐き気時の注射を自宅ですることができる方法に見直すなど) |                   |                   |                   |                   |                  |
| 退院後の患者の生活を予測して、入院中のケアを計画している  |                   |                   |                   |                   |                  |
| 入院中に行っている処置や看護ケアが、患者の目標から考えて、退院後も必要かを見直している(入院中に留置した尿道カテーテルを見直すなど)        |                   |                   |                   |                   |                  |
| 地域の医療者との連携  | 1.9 [1.1, 3.0]    | 2.2 [1.2, 3.7]    | 3.6 [3.0, 4.6]    | 4.1 [3.6, 4.8]    | 0.022            |
| 遅くとも退院1週間前くらいには訪問看護ステーションに相談するように心がけている                                   |                   |                   |                   |                   |                  |
| 遅くとも退院1週間前くらいには診療所医師に相談するように心がけている  |                   |                   |                   |                   |                  |
| なるべく早くケアマネージャーに相談するように心がけている  |                   |                   |                   |                   |                  |
| 訪問看護師と直接連絡を取るなど、顔の見える関係を作ろうとしている  |                   |                   |                   |                   |                  |
| 退院前、診療所や訪問看護ステーションやケアマネージャーと合同でカンファレンスをするように心がけている                        |                   |                   |                   |                   |                  |
| 退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の実施   | 4.0 [3.0, 4.5]    | 4.4 [3.6, 5.0]    | 5.0 [4.0, 5.2]    | 5.0 [4.4, 5.0]    | 0.104            |
| 退院後に必要な医療処置(傷の消毒、カテーテル管理、吸引等)について患者・家族に十分に説明している                          |                   |                   |                   |                   |                  |
| 退院後に患者・家族が無理な服薬やケアを続けられるかを、入院中に確認している                                     |                   |                   |                   |                   |                  |
| おむつ交換が必要な患者の場合、実際に家族が交換できるかを入院中に確認している                                    |                   |                   |                   |                   |                  |
| 退院後に予測される事態とその対応について患者・家族に説明している(次回受診時までには何かあったらどうするか、症状が変化したらどうするかなど)    |                   |                   |                   |                   |                  |
| 退院後も必要な衛生材料(ガーゼ・消毒・カテーテル等)が継続して調達できるかを、入院中に確認している                         |                   |                   |                   |                   |                  |
| 実践自己評価合計  | 17.3 [14.9, 19.8] | 20.0 [16.4, 22.4] | 22.7 [19.9, 24.5] | 24.0 [21.4, 25.0] | 0.017            |

Wilcoxonの符号付き順位検定, Bonferroniの不等式による補正: \*\*: P<0.05/6 中央値 [25%タイル値, 75%タイル値]

表4 実践自己評価合計と志向自己認識の相関

|        |       | 実践自己評価合計 |        |       |       |
|--------|-------|----------|--------|-------|-------|
|        |       | スタート時    | 1年後    | 2年後   | 終了1年後 |
| 志向自己認識 | スタート時 | .706**   | .706*  | .536  | .116  |
|        | 1年後   | .703**   | .767** | .281  | .436  |
|        | 2年後   | -.274    | -.226  | .564* | -.080 |
|        | 3年後   | .071     | .016   | .363  | .233  |

Spearmanの順位相関係数 \* : p&lt;0.05

3.7], 2年後3.6 [3.0, 4.6], 終了1年後4.1 [3.6, 4.8]と上昇した。2年後は、スタート時、1年後より有意に高かった。また、終了1年後は、1年後より有意に高かった。

「退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の実施」

スタート時4.0 [3.0, 4.5] から1年後4.4 [3.6, 5.0], 2年後5.0 [4.0, 5.2] と上昇し、終了1年後は5.0 [4.4, 5.0] と変化はなかった。経時的では有意な差は認められなかった。

実践自己評価合計

スタート時17.3 [14.9, 19.8] から1年後20.0 [16.4, 22.4], 2年後22.7 [19.9, 24.5], 終了1年後24.0 [21.4, 25.0] と上昇した。終了1年後が、1年後より有意に高くなった。

3) 志向自己認識と実践自己評価合計の相関関係(表4)

志向自己認識と実践自己評価合計の関係は、スタート時、1年後、2年後でそれぞれ正の相関がみられた。

## 考 察

2年間のプログラムを行い、3年間の変化が明らかになった。看護師個々の人生経験や、退院支援等の経験の有無は、退院後の生活を具体的にイメージできるかどうか大きくかわってくる<sup>13)</sup>ことから、経験の浅い新卒から卒後3年目の看護師にとって、プログラム受講は、具体的に退院後のイメージをすることや在宅生活志向を意識した実践へ目を向けることができているのではないかと考える。

「患者・家族の今後の療養に関する意向の確認」は、1年後がスタート時より高くなり、「地域の医療者との連携」は、2年後が、スタート時、1年後より高く、また、終了1年後が、1年後より有意に

高かった。退院システムや退院支援の実際を学び、実際の関わりを振り返ることで、退院支援を理解したと考えられる。退院支援とは療養の支援に関わるあらゆることに対する意思決定支援であるといわれている<sup>2)</sup>。また、入院中のケアに直結する患者の生活状況や患者・家族の希望の把握といった看護活動はよく実施できていると述べられている<sup>13)</sup>。今回、新卒訪問看護師、介護支援専門員や訪問看護経験のある看護部長などの講義にて、地域資源や多職種連携についての学びを深め、プログラムの個人課題④、⑥において、受け持ち患者への看護の実際を振り返ることで、実施できていると自己評価したと考えられる。

診療報酬改定のために、退院支援や地域連携に係る診療報酬は拡充されており、入退院時の医療・介護連携に関する報酬として入院から退院までの連携の加算がある<sup>14,15)</sup>。そのため、退院支援システムの中で、他職種との連携を取ることが盛り込まれていると考えられる。また、病棟看護師が訪問看護師との同行訪問後、多職種で患者を支えていることを実感し、患者を継続して支える訪問看護師の存在を認識する機会になったと述べられている<sup>16)</sup>ように、訪問看護師の役割を基礎教育で学んだ後でも、今回のプログラム参加により連携という視点で学び直すことで、より具体的に連携できるのではないかと考えられる。

「退院後の生活に関するアセスメント」、「ケアのシンプル化」、「退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の実施」に関しては、経時的な変化は認められなかった。近藤らの研究<sup>13)</sup>において、退院後のケア方法の簡素化は十分実施できていないとあるように、簡素化するということは難易度が高く、病棟の退院指導に沿って個性を取り入れた指導をしたところで、病棟の枠内でしか生活というものを考えられないのではないかと考えら

れる。先行研究<sup>16,17)</sup>より、同行訪問する前では、退院指導に個別性・具体性が盛り込みにくく、指導内容の優先順位が不明確であったが、同行訪問後は、在宅での生活を考慮した個別性・具体性のある指導の必要性の認識に変化していた。野上ら<sup>18)</sup>によると、退院前後訪問の経験の有無で、「ケアのシンプル化」において有意な差があり、自宅での実際の様子を知ることで、具体的なイメージがつくことで、生活に関するアセスメントが具体的となり、ケアのシンプル化に繋がるのではないかと考えられる。

山本ら<sup>19)</sup>によると、病棟看護師の退院支援の実施状況の低い項目の1つとして、エンパワーメント促進があがった。これは、退院後の生活に向けて患者や家族のもつ強さを引き出し、主体的な行動や自信がもてるよう支援していく内容が含まれている。退院後、地域の資源を利用しながらも、患者・家族がケアを継続していく必要がある。そのため、患者・家族の力を見極めた指導の実施が求められるも、入院期間短縮により、思うように取り組めない現実があるのではないかと考えられる。

これまで、病院内での在宅看護に関連した教育（退院調整、地域連携等）はアドバンスな内容と捉えられ、中堅以降の看護師への教育内容と位置付けられているか、もしくは、教育プログラムとして行われていなかった。また、教育プログラムとして行われたとしても、新人看護師は対象外となることが多く、看護基礎教育で学んだことを実践に活かせぬままであったと考える。三井ら<sup>3)</sup>によると、ラダーⅣ、ラダーⅢの看護師は、リーダーなどを担うことにより、退院支援に関する事例カンファレンスに参加する機会があり、その中で退院支援の概念とプロセスを理解し、実践に繋がられているが、ラダーⅡ、ラダーⅠ、ラダー0の看護師は退院支援を実践するには厳しく、サポートが必要であると報告している。今回、2年間のコースを受講することで、在宅生活志向を意識し実践へと繋がっており、病棟でサポートを受けながら、コース終了1年後も在宅生活志向は維持できていると考えられる。

新人看護師の成長のプロセス<sup>20)</sup>では、【キャリア初期における役割移行】を経験し、看護学生から看護師へと移行していくと述べられている。新人看護師は、リアリティショックの経験だけでなく、

職場での繋がりの困難さなど様々な経験をしていく中で、対象者の在宅生活を見据えたかわりをする事自体が難しいのではないかと考える。しかし、筆者ら<sup>21)</sup>の研究によると、今回の研究対象であるプログラム受講生が、1年目に在宅生活志向の変化がみられ、非受講生は1年を通して変化がみられなかった。このことから、プログラムの受講生は、今回さらに対象者の在宅生活を見据えたかわりを意識することができ、1年後、2年後と上昇したと考えられる。

先行研究によると<sup>22,23)</sup>、看護師経験年数が長くなるほど、より実施されており、若手看護師自身も退院支援を困難にする一要因として、経験の少なさや知識の少なさによる困難感や自信のなさをあげている。また、若手看護師の退院支援行動の変化に影響している要因<sup>10)</sup>として、全般的な理解の深まり、自発的に他者へ助言を求める行動がとれる、意識の向上、看護師としての自覚や責任感の芽生えをあげられ、経験を積んでいくことで得られているものと考えられる。

また、退院支援に関する研修会への参加は、自己評価が有意に高く、退院支援に関して同僚へ相談する人も有意に自己評価が高いこと<sup>23,24)</sup>より、今回のプログラムへの参加と、プログラム受講生同士でのディスカッションを通して、新人でも自己評価は有意に高くなったのではないかと考えられる。

今回、スタート時、1年後、2年後では、在宅生活志向の自己認識が高いと、実践している自己評価が高いという結果が得られたことより、経験年数の少ない看護師であっても、教育を受けることで実践へ活かす力がついてきているのではないかと考える。

今回のコース受講により、新卒から卒後3年目の新人看護師の経時的な在宅生活志向の変化を評価することで、一定の効果が得られていると考える。

本研究の限界として、比較対照群がないため、プログラム受講の間の様々な経験が結果に加味されていない。また、今回の実践自己評価の尺度は、自己評価であるため実践している内容の客観的評価はできていない。今後は、具体的な例示を行うなど、実践していることを具体的かつ客観的評価していくことが課題である。

## 結 語

本研究では、新人看護師用在宅生活志向向上教育プログラムへの参加による新人看護師の在宅生活志向の変化を明らかにし、プログラムの効果を検討した。在宅生活志向の自己認識が高いと、実践している自己評価が高いという結果が得られた。経験の浅い新卒から卒後3年目までの新人看護師にとって、プログラム受講は、具体的に退院後のイメージをすることや在宅生活志向を意識した実践へ繋がっていることが示唆された。

本研究を行うにあたりご協力頂きましたプログラム受講生の皆様、在宅医療推進支援室 大草智子様、赤坂綾夏様、都田久美子様、下村小百合様に心より感謝申し上げます。

なお本研究は、日本在宅ケア学会第22回学術集にて発表したものを加筆修正した。

## 文 献

- 1) 人生の最終段階における医療に関する意識調査平成29年度報告書。 [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf) (閲覧日2020年9月7日)
- 2) 臺有桂, 石田千絵, 山下留理子. ナーシング・グラフィカ在宅看護論①地域療養を支えるケア. メディカ出版: 大阪; 2019. p.79.
- 3) 三井貞代 他. 退院支援に関する看護師の意識調査-5年前からの意識の変化と課題-. 信州大学医学部附属病院看護研究集録2018; **46** (1): 10-14.
- 4) 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】. 厚生労働省, [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf) (閲覧日2020年12月22日)
- 5) 山田隆子 他. 頸動脈ステント術 (CAS) を想定した新人看護師へのシミュレーション教育プログラムによる学習効果 プログラム受講後と1年後の調査. 日本シミュレーション医療教育学会雑誌 2019; **7**: 8-17.
- 6) 中野葉子 他. 新卒看護師への状況設定シミュレーション研修の試み 入職後9ヵ月の実践能力評価. 日本医療マネジメント学会雑誌 2020; **20** (4): 183-188.
- 7) 前田果歩里 他. 精神科に勤務する新人看護師の希死念慮のある患者への対応力向上を意図した教育的介入 ロールプレイング法を導入して. 国立病院機構熊本医療センター医学雑誌 2017; **17** (1): 177-185.
- 8) 佐藤幸一 他. 退院支援における看護師間の情報共有の取り組みの評価 情報共有シートを活用して. 日本看護学会論文集: 慢性期看護; 2019: **49**: 123-126.
- 9) 岡田麻衣 他. 円滑な退院支援システムの構築 スクリーニングシート・退院調整チェックリストを用いて. 南大阪病院医学雑誌 2016; **63** (1): 41-42.
- 10) 中村円. 若手看護師の行う積極的な退院支援に影響を及ぼした要因. 日本看護学会論文集看護管理 2015; **45**: 327-330.
- 11) 田中いずみ 他. 看護実践における新人看護師の成長プロセス. 富山大学看護学会 2015; **15** (1): 1-15.
- 12) 山岸暁美 他. 「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」の開発および信頼性・妥当性の検証. 看護管理 2015; **25** (3): 248-254.
- 13) 近藤浩子 他. 群馬県内病院看護職における在宅を見据えた看護活動の縦断的变化. THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL 2019; **69**: 17-26.
- 14) 居宅介護支援の報酬・基準について (案). 厚生労働省, [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000185792.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000185792.pdf) (閲覧日2020年11月25日)
- 15) 在宅医療・介護連携における診療報酬と介護報酬. 厚生労働省, <https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/houkatsu/documents/seireisiryoku5.pdf> (閲覧日2020年11月25日)
- 16) 辻村真由子 他. 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1報) 病棟看護師の気づきと看護活動の変化. 千葉大学大学院看護学研究科紀要 2017; **39**: 1-9.
- 17) 松原みゆき 他. 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. 日本赤十字広島看護大学紀要 2015; **15**: 11-19.
- 18) 野上瀬奈 他. 病棟看護師の退院前後自宅訪問経験と在宅療養への移行を支援する看護実



- 践の自己評価の関連. 日本看護学会論文集: 在宅看護 2019; **49**: 11-14.
- 19) 山本さやか 他. 地域医療支援病院の病棟看護師における退院支援の実施状況とその関連要因. 愛知県立大学看護学部紀要 2018; **24**: 83-90.
- 20) 田中いずみ 他. 看護実践における新人看護師の成長プロセス. 富山大学看護学会誌 2015; **15** (1) : 1-15.
- 21) 雑賀倫子 他. 新人病棟看護師を対象とした在宅生活志向育成プログラムの効果 Home-Oriented Careの推進を目指して. 日本看護科学学会学術集会講演集 2016; **36**: 542.
- 22) 峰村淳子 他. 病院看護師の在宅支援の看護についての研究 (第4報) -3施設の看護師の認識と行動の実態分析-. 東京医科大学看護専門学校紀要 2008; **18** (1): 1-22.
- 23) 堀越政孝 他. 群馬県内の病院看護職の属性と在宅を見据えた看護実践度との関連. 厚生学の指標 2017; **64** (4): 35-40.
- 24) 田村瞳 他. 病棟看護師のがん患者への在宅の視点を持った看護実践自己評価に関連する要因. 保健学研究 2019; **32**: 65-73.