

## 訪問看護師の属性が地域連携促進に与える要因分析

オオキ マサタカ アサウミ  
大木 正隆\*<sup>1</sup> 浅海 くるみ\*<sup>2</sup>

**目的** 訪問看護師の属性が地域連携促進に与える関連要因を、統計的手法を用いて明らかにすることである。

**方法** 東京都の訪問看護ステーションに所属する訪問看護師875名に、郵送法無記名自記式質問紙調査を実施した。調査期間は、2017年10月～同年12月、分析対象は、711名（有効回答率81.2%）である。

**結果** 訪問看護師の属性で医療介護福祉の地域連携尺度の得点差を分析した結果（Mann-WhitneyのU検定）、訪問看護師の年齢（50～70代）、臨床経験年数（18年以上）、訪問看護経験年数（5年以上）、役職（主任+管理者）、夜間・休日オンコール経験（あり）、勤務形態（常勤）、ケアマネジャー資格（あり）の群が医療介護福祉の地域連携尺度の得点が有意に高かった（ $p < 0.05$ ）。さらに訪問看護師の属性を説明変数、医療介護福祉の地域連携尺度を目的変数としたロジスティック回帰分析を実施した結果、医療介護福祉の地域連携尺度には、訪問看護経験年数（5年以上、オッズ比（OR）：2.644、95%信頼区間（95%CI）：1.791～3.903）、役職（主任+管理者、OR：1.683、95%CI：1.065～2.659）が有意に関連した。

**結論** 訪問看護師の属性の視点から地域連携を促進していく上では、特に訪問看護経験年数、役職に着目することが重要である。

**キーワード** 訪問看護、地域連携、地域包括ケアシステム、訪問看護経験年数、役職

### I はじめに

近年、わが国の医療・ケアは、病院完結型から地域完結型に舵がとられている。そのため、在宅では療養者・家族が疾病とうまく付き合いながらエンドオブライフケアの最終段階である看取りまでを安心してできる体制、途切れることのないシームレスな医療・ケアが求められている。特に団塊の世代全員が後期高齢者となる2025年、さらに多死時代のピークを迎える2040年を見据えた在宅ケアを基盤とする地域包括ケアシステムの構築はわが国の喫緊の課題である。

地域包括ケアシステム構築に関する研究は、

2014年以降増加しており、地域包括支援センターや自治体を巻き込んだ先駆的な報告<sup>1)~3)</sup>がある一方で、多職種間の役割認識のずれ<sup>4)5)</sup>等の課題もあり、研究の進化に至っていないとの指摘がある<sup>6)</sup>。地域包括ケアシステムは保健・医療・福祉からみた町づくり<sup>7)</sup>と表現されることから、その構築においては、多職種・多施設連携は欠かすことができない。多職種連携を促進する要因として、先行研究では、専門職間連携促進プログラム<sup>8)</sup>やE-learning教材を用いた教育<sup>9)</sup>、カンファレンスの重要性<sup>10)</sup>等が報告されている。また松下ら<sup>11)</sup>は、多職種連携に対する組織風土上の促進要因として、多職種が自

\* 1 東京工科大学医療保健学部看護学科在宅看護学領域教授 \* 2 同講師

由<sup>かつ</sup>闊達に意見が言い合えること、相互傾聴、思いの共有等のソフト面での要因を明らかにしている。さらに早瀬<sup>12)</sup>は、多職種チーム医療における看護職のリーダーシップとその有効性の検討において、看護師が集団間調整機能のリーダーシップを発揮することによって、看護師と他職種スタッフおよび看護師同士の協力的行動が促進され、チーム医療が円滑に行われる可能性を示唆している。地域においては訪問看護師がその役割を担うことが期待されると考えられるが、訪問看護師のキャリア背景は様々であり、各地で訪問看護の場に即したキャリアラダーが開発されている<sup>13)14)</sup>ことから、一概に訪問看護師がその役割を担うことは難しい面も考えられる。そのため訪問看護師の中でも特にどのような特性をもった看護師がチーム内でリーダーシップを発揮できるかが問われるが、先行研究では明らかにされていない。一方で、多職種連携・地域連携の効果、機能等の程度を客観的・計量的に測定するツールとして、英語圏ではAITCS<sup>15)</sup>、わが国においては、阿部ら<sup>16)</sup>が開発した「医療介護福祉の地域連携尺度」等が知られている。

以上のことから、訪問看護師の属性に焦点を当て既存のツールを活用し、地域連携促進に与える要因を探索することは、地域包括ケアシステム構築を推進していく上で、今後ますます重要である。

本研究の目的は、訪問看護師の属性が地域連携促進に与える関連要因を、統計的手法を用いて明らかにすることである。

## Ⅱ 方 法

### (1) 研究デザイン

横断研究

### (2) 調査対象者および調査方法

東京都訪問看護ステーション協会ホームページ(2017年8月確認)に掲載されていた489の訪問看護ステーションの訪問看護師とした。往復はがきにて調査を依頼し、154の訪問看護ス

テーションから合計875名の訪問看護師の調査協力希望の返信があり協力を依頼した。また訪問看護師の中でケアマネジャーの資格を有する場合には、訪問看護師の立場から今までの経験を回答するよう依頼した。

### (3) 調査期間

2017年10月～同年12月とした。

### (4) 調査内容

訪問看護師の属性として、性別、年齢、臨床看護経験年数、訪問看護経験年数、役職、夜間・休日オンコール経験の有無、勤務形態、ケアマネジャー資格の有無を調査した。また医療介護福祉の地域連携の実践を評価するために、阿部ら<sup>16)</sup>が開発した「医療介護福祉の地域連携尺度」を採用した。この尺度は26項目からなり、26項目すべて5件法(5=そう思う～1=そう思わない)で回答できるものであり点数が高い程、地域連携が良好であることを示すものである。なお、尺度使用にあたり尺度開発者には使用の承諾を得た。

### (5) 分析方法

訪問看護師の属性については、記述統計値(平均値、標準偏差、中央値)を算出した。また医療介護福祉の地域連携尺度得点には、正規性の検定として、Kolmogorov-Smirnovによる検定を行った結果、正規分布( $p=0.187$ )であることを示したため、記述統計値(平均値、標準偏差)を算出した。また訪問看護師の属性から捉えた医療介護福祉の地域連携尺度の分析には、Mann-WhitneyのU検定、 $\chi^2$ 検定を用いた。さらに訪問看護師の属性間に強い相関や多重共線性<sup>17)</sup>がないことを確認した上で、それを説明変数、医療介護福祉の地域連携尺度を従属変数とするロジスティック回帰分析を実施した。データの統計解析にはIBM SPSS Ver.16 for Windowsを使用し、有意水準は5%とした。

### (6) 倫理的配慮

アンケート調査では、個人が特定できるよう

な情報は収集せず（氏名、住所、連絡先等）、匿名性を確保し、対象者のプライバシーを保護した。またアンケート調査内容は、対象者の負担を考慮し、必要最低限のものとした。その他、研究への協力は、強制ではなく自由であり、参加協力しても途中でやめることが可能であること、質問があれば研究者と連絡がとれるように

連絡先を書面に明記した。その上で訪問看護ステーションに調査協力の依頼をし、返信をもって同意を得たものとした。また本研究の実施にあたっては、事前に研究者が所属する東京工科大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認年月日：2016年9月30日、承認番号：E16HS-023）。

表1 訪問看護師の属性 (n=711)

	n (名)	%		n (名)	%
性別			役職		
女性	683	96.1	管理者	95	13.4
男性	28	3.9	主任等	58	8.2
年齢			スタッフ	558	78.5
20代	37	5.2	夜間・休日オンコール		
30代	156	21.9	経験あり	491	69.1
40代	305	42.9	経験なし	220	30.9
50代	175	24.6	勤務形態		
60代	37	5.2	常勤	502	70.6
70代	1	0.1	非常勤	209	29.4
臨床看護経験年数 平均±標準偏差 中央値	18.2±9.0 18.0(1-50)		ケアマネジャー資格		
訪問看護経験年数 平均±標準偏差 中央値	7.0±5.9 5.0(1-30)		あり	184	25.9
			なし	527	74.1

表2 医療介護福祉の地域連携尺度 単純集計結果 (n=711)

医療介護福祉の地域連携尺度	平均値 ±標準偏差
6 因子26項目合計	3.66±0.62
第1 因子 他施設の関係者と気軽にやりとりができる	
1. 患者（利用者）と一緒にみている他の施設の関係者に知りたいことを気軽に聞ける	3.88±0.95
2. 一緒にみている患者（利用者）のことで連絡をとる時に、躊躇せずに連絡ができる	3.97±0.96
3. 一緒にみている患者（利用者）のことで、連絡のとりやすい時間や方法がわかる	3.56±0.96
4. 一緒にみている患者（利用者）のことで連絡をとる時に、担当者にすぐにつながる	3.29±0.93
第2 因子 他職種の役割がわかる	
5. 患者（利用者）に関わる職種の一般的な役割がだいたいわかる	4.30±0.72
6. 患者（利用者）に関わる地域の他の職種の困っていることがだいたいわかる	3.50±0.91
7. 患者（利用者）に関わる自分以外の職種の動き方が実感をもってわかる	3.52±0.90
8. 患者（利用者）に関わる自分以外の職種のできることがわかる	3.83±0.82
第3 因子 地域で関係する人の名前・顔・考え方がわかる	
9. 地域で患者（利用者）に関わっている人の考え方や方針がわかる	3.31±0.86
10. 地域で患者（利用者）に関わっている施設の理念や事情がわかる	2.92±0.91
11. 地域で患者（利用者）に関わっている人の、性格、つきあい方がわかる	3.06±1.00
12. 地域で患者（利用者）に関わっている人の、名前と顔がわかる	3.15±1.02
第4 因子 多職種で話合う等の機会がある	
13. 患者（利用者）に関わるいろいろな職種が、直接会って話す機会がある	3.79±0.92
14. 普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある	3.47±1.03
15. 地域連携に関して、課題や困っていることを共有し、話し合う機会がある	3.46±1.01
16. この地域には多職種で話し合える雰囲気がある	3.56±0.96
第5 因子 地域に相談できるネットワークがある	
17. 患者（利用者）に関わることで、気軽に相談できる人がいる	3.78±0.97
18. 患者（利用者）に関わることで困ったことは、誰に聞けばいいのかだいたいわかる	3.92±0.88
19. 患者（利用者）に関わることで困った時には、まず電話してみようと思う人がいる	3.80±0.97
20. 患者（利用者）に関わることで困った時に、相談できる場（メーリングリスト等）がある	3.20±1.14
第6 因子 地域のリソースが具体的にわかる	
21. 地域で患者（利用者）を往診してくれる医師がわかる	4.21±0.82
22. 地域で患者（利用者）をよくみている訪問看護ステーションがわかる	3.91±0.92
23. 地域で患者（利用者）をよくみているケアマネジャーがわかる	3.95±0.89
24. 地域で患者（利用者）の訪問服薬指導をよく行っている薬局がわかる	3.61±1.04
25. 地域で患者（利用者）が利用できる介護サービスがわかる	3.84±0.89
26. 患者（利用者）が在宅で利用できる地域の医療資源やサービスがわかる	3.76±0.90

### Ⅲ 結 果

#### (1) 対象

128の訪問看護ステーション（有効回答率83.1%）から711名の訪問看護師（有効回答率81.3%）の回答が得られた。

#### (2) 訪問看護師の属性（表1）

性別は女性が683名（96.1%）を占め、年齢は40代が305名（42.9%）で最も多く、臨床看護経験年数は平均18.2±9.0年、訪問看護経験年数は平均7.0±5.9年、役職はスタッフが558名（78.5%）を占め、夜間・休日オンコール経験ありの訪問看護師は491名（69.1%）、常勤訪問看護師は502名（70.6%）、ケアマネジャー資格ありの訪問看護師は184名（25.9%）であった。

#### (3) 医療介護福祉の地域連携尺度における単純集計（表2）

医療介護福祉の地域連携尺度全26項目の記述統計値（平均値±標準偏差）は、3.66±0.62であった。

医療介護福祉の地域連携尺度全26項目のうち、点数が高かった項目は、順に「5. 患者（利用者）に関わる職種の一般的な役割がだいたいわかる」4.30±0.72, 「21. 地域で患者（利用者）を往診してくれる医師がわかる」4.21±0.82, 「2. 一緒にみている患者（利用者）のことで連絡をとる時に、躊躇せずに連絡ができる」3.97±0.96であった。また点数が低かった項目は、順に「10. 地域で患者（利用者）に関わっている施設の理念や事情がわかる」2.92±0.91, 「11. 地域で患者（利用者）に関わっている人の、性格、つきあい方がわかる」3.06±1.00, 「12. 地域で患者（利用者）に関わっている人の、名前と顔がわかる」3.15±1.02であった。

表3-1 訪問看護師の属性（年齢）からみた医療介護福祉の地域連携尺度得点（n=711）

医療介護福祉の地域連携尺度	年齢2群 (中央値=40)		有意差
	20代~40代 (n=498)	50代~70代 (n=213)	
第1因子 他施設の関係者と気軽にやりとりができる			
1. 患者（利用者）と一緒にみている他の施設の関係者に知りたいことを気軽に聞ける	3.83±0.97	4.00±0.89	0.051ns
2. 一緒にみている患者（利用者）のことで連絡をとる時に、躊躇せずに連絡ができる	3.89±0.98	4.14±0.86	0.003**
3. 一緒にみている患者（利用者）のことで、連絡のとりやすい時間や方法がわかる	3.49±0.98	3.72±0.91	0.007**
4. 一緒にみている患者（利用者）のことで連絡をとる時に、担当者にすぐにつながる	3.23±0.90	3.44±1.00	0.005**
第2因子 他職種の役割がわかる			
5. 患者（利用者）に関わる職種の一般的な役割がだいたいわかる	4.27±0.72	4.39±0.74	0.014*
6. 患者（利用者）に関わる地域の他の職種の困っていることがだいたいわかる	3.42±0.90	3.68±0.89	0.001**
7. 患者（利用者）に関わる自分以外の職種の動き方が実感をもってわかる	3.43±0.89	3.72±0.88	0.000***
8. 患者（利用者）に関わる自分以外の職種のできることがわかる	3.78±0.82	3.97±0.80	0.005**
第3因子 地域で関係する人の名前・顔・考え方がわかる			
9. 地域で患者（利用者）に関わっている人の考え方や方針がわかる	3.26±0.84	3.41±0.90	0.039*
10. 地域で患者（利用者）に関わっている施設の理念や事情がわかる	2.87±0.90	3.05±0.94	0.010*
11. 地域で患者（利用者）に関わっている人の、性格、つきあい方がわかる	3.03±0.99	3.14±1.00	0.135ns
12. 地域で患者（利用者）に関わっている人の、名前と顔がわかる	3.11±1.00	3.25±1.05	0.091ns
第4因子 多職種で話合う等の機会がある			
13. 患者（利用者）に関わるいろいろな職種が、直接会って話す機会がある	3.74±0.91	3.89±0.95	0.021*
14. 普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある	3.43±1.02	3.54±1.05	0.139ns
15. 地域連携に関して、課題や困っていることを共有し、話し合う機会がある	3.39±1.01	3.62±0.99	0.004**
16. この地域には多職種で話し合える雰囲気がある	3.48±0.94	3.75±1.00	0.000***
第5因子 地域に相談できるネットワークがある			
17. 患者（利用者）に関わることで、気軽に相談できる人がいる	3.74±0.97	3.87±0.95	0.081ns
18. 患者（利用者）に関わることで困ったことは、誰に聞けばいいのかだいたいわかる	3.91±0.86	3.97±0.93	0.253ns
19. 患者（利用者）に関わることで困った時には、まず電話してみようと思う人がいる	3.77±0.99	3.89±0.94	0.136ns
20. 患者（利用者）に関わることで困った時に、相談できる場（メーリングリスト等）がある	3.14±1.14	3.36±1.14	0.014*
第6因子 地域のリソースが具体的にわかる			
21. 地域で患者（利用者）を往診してくれる医師がわかる	4.16±0.85	4.33±0.75	0.019*
22. 地域で患者（利用者）をよくみている訪問看護ステーションがわかる	3.85±0.94	4.05±0.87	0.015*
23. 地域で患者（利用者）をよくみているケアマネジャーがわかる	3.90±0.89	4.08±0.86	0.014*
24. 地域で患者（利用者）の訪問服薬指導をよく行っている薬局がわかる	3.55±1.06	3.77±0.97	0.010*
25. 地域で患者（利用者）が利用できる介護サービスがわかる	3.80±0.87	3.95±0.92	0.013*
26. 患者（利用者）が在宅で利用できる地域の医療資源やサービスがわかる	3.71±0.86	3.87±0.96	0.010*

注 Mann-WhitneyのU検定, \*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05, ns=有意差なし



表3-2 訪問看護師の属性（看護経験年数・役職）からみた医療介護福祉の地域連携尺度得点（n=711）

地域連携尺度	臨床看護経験年数2群 (中央値=18年)		有意差	訪問看護経験年数2群 (中央値=5年)		有意差	役職		有意差
	18年未満 (n=365)	18年以上 (n=346)		5年未満 (n=380)	5年以上 (n=331)		スタッフ (n=558)	主任+管理者 (n=153)	
第1因子									
1	3.73±0.98	4.04±0.88	0.000***	3.67±1.00	4.11±0.83	0.000***	3.80±0.97	4.16±0.78	0.000***
2	3.86±1.00	4.09±0.88	0.003***	3.77±0.99	4.18±0.86	0.000***	3.90±0.97	4.22±0.81	0.000***
3	3.41±1.01	3.72±0.89	0.000***	3.38±1.00	3.77±0.88	0.000***	3.49±0.97	3.83±0.86	0.000***
4	3.19±0.91	3.39±0.95	0.007**	3.19±0.91	3.41±0.94	0.001**	3.26±0.92	3.37±0.99	0.128ns
第2因子									
5	4.21±0.74	4.41±0.69	0.000***	4.19±0.74	4.46±0.67	0.000***	4.25±0.74	4.51±0.63	0.000***
6	3.34±0.89	3.67±0.89	0.000***	3.28±0.90	3.76±0.84	0.000***	3.41±0.90	3.82±0.86	0.000***
7	3.38±0.90	3.66±0.85	0.000***	3.33±0.89	3.73±0.85	0.000***	3.43±0.89	3.83±0.84	0.000***
8	3.71±0.83	3.98±0.75	0.000***	3.67±0.83	4.04±0.75	0.000***	3.75±0.83	4.16±0.67	0.000***
第3因子									
9	3.20±0.82	3.42±0.88	0.000***	3.13±0.84	3.50±0.84	0.000***	3.22±0.84	3.61±0.86	0.000***
10	2.81±0.90	3.04±0.91	0.002**	2.76±0.90	3.12±0.90	0.000***	2.84±0.89	3.22±0.96	0.000***
11	2.96±0.97	3.17±1.02	0.010*	2.94±0.97	3.21±1.00	0.001**	2.96±0.98	3.41±0.97	0.000***
12	3.09±0.97	3.23±1.07	0.047*	2.98±1.01	3.38±1.00	0.000***	3.02±1.00	3.62±0.93	0.000***
第4因子									
13	3.68±0.92	3.91±0.89	0.001**	3.59±0.94	4.03±0.84	0.000***	3.71±0.93	4.07±0.79	0.000***
14	3.34±1.01	3.60±1.02	0.000***	3.29±1.02	3.67±1.01	0.000***	3.38±1.03	3.76±0.96	0.000***
15	3.29±1.00	3.63±0.99	0.000***	3.23±0.99	3.71±0.96	0.000***	3.39±1.01	3.70±0.95	0.001**
16	3.41±0.92	3.73±0.97	0.000***	3.36±0.93	3.79±0.96	0.000***	3.48±0.95	3.83±0.96	0.000***
第5因子									
17	3.74±0.97	3.84±0.95	0.182ns	3.66±0.99	3.90±0.94	0.001**	3.76±0.96	3.83±0.99	0.365ns
18	3.88±0.87	3.97±0.88	0.149ns	3.82±0.89	4.04±0.84	0.002**	3.89±0.88	4.05±0.87	0.025*
19	3.77±0.98	3.84±0.97	0.395ns	3.73±0.99	3.88±0.97	0.059ns	3.77±0.98	3.92±0.95	0.063ns
20	3.08±1.14	3.34±1.13	0.004**	3.08±1.16	3.34±1.13	0.003**	3.16±1.14	3.34±1.14	0.096ns
第6因子									
21	4.09±0.85	4.33±0.76	0.000***	4.07±0.84	4.39±0.75	0.000***	4.15±0.85	4.45±0.67	0.000***
22	3.81±0.91	4.02±0.92	0.001**	3.74±0.93	4.12±0.87	0.000***	3.83±0.93	4.19±0.84	0.000***
23	3.85±0.87	4.06±0.87	0.001**	3.80±0.88	4.14±0.84	0.000***	3.87±0.88	4.26±0.81	0.000***
24	3.44±1.06	3.77±0.99	0.000***	3.43±1.04	3.84±0.99	0.000***	3.49±1.04	4.05±0.90	0.000***
25	3.70±0.88	4.01±0.85	0.000***	3.64±0.91	4.11±0.77	0.000***	3.74±0.91	4.24±0.67	0.000***
26	3.61±0.87	3.91±0.88	0.000***	3.54±0.89	4.01±0.84	0.000***	3.65±0.91	4.16±0.74	0.000***

注 Mann-WhitneyのU検定, \*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05, ns=有意差なし

(4) 訪問看護師の属性からみた医療介護福祉の地域連携尺度得点 (表3-1~表3-3)

訪問看護師の属性（年齢、臨床看護経験年数、訪問看護経験年数）に関する正規性の検定として、Kolmogorov-Smirnovによる検定を行った結果、非正規分布（p=0.000）であることを示した。そのため中央値（年齢=40、臨床経験年数=18年、訪問看護経験年数=5年）で2群とした。その他の訪問看護師の属性については役職（スタッフ・主任+管理者）、夜間・休日オンコール経験（なし・あり）、勤務形態（非常勤・常勤）、ケアマネジャー資格（なし・あり）で2群とした。2群とした訪問看護師の7属性で医療介護福祉の地域連携尺度の得点差を分析した結果（Mann-WhitneyのU検定）、訪問看護師の年齢（50代~70代）の群が19項目、臨床看護経験年数（18年以上）の群が23項目、訪問看護経験年数（5年以上）の群が25項目、役職（主任+管理者）の群が22項目、夜間・休

日オンコール経験（あり）の群が22項目、勤務形態（常勤）の群が13項目、ケアマネジャー資格（あり）の群が20項目で医療介護福祉の地域連携尺度の得点が有意に高かった（p<0.05~p<0.001）。

特に医療介護福祉の地域連携尺度における第6因子（地域のリソースが具体的にわかる）の全項目については、訪問看護師の属性すべてにおいて有意差が認められた。一方で医療介護福祉の地域連携尺度における第5因子の項目については、訪問看護師の属性でみた場合、有意差が認められない項目が属性ごとに1項目以上みられた。

(5) 医療介護福祉の地域連携尺度の関連要因 (表4-1~表4-2)

地域連携尺度得点の平均値3.66で2群とし、訪問看護師の属性と地域連携尺度得点との単変量解析（χ<sup>2</sup>検定：両側）を行った（表4-1）。

表3-3 訪問看護師の属性（オンコール経験・勤務形態・ケアマネジャー資格）からみた医療介護福祉の地域連携尺度得点（n=711）

地域連携尺度	夜間・休日オンコール経験		有意差	勤務形態		有意差	ケアマネジャー資格		有意差
	なし (n=220)	あり (n=491)		非常勤 (n=209)	常勤 (n=502)		なし (n=527)	あり (n=184)	
第1因子									
1	3.65±1.07	3.99±0.88	0.000***	3.75±0.99	3.93±0.93	0.021*	3.79±0.97	4.13±0.84	0.000***
2	3.79±1.05	4.05±0.90	0.004***	3.88±0.99	4.00±0.94	0.155ns	3.89±0.99	4.19±0.84	0.000***
3	3.31±1.06	3.68±0.89	0.000***	3.43±0.98	3.61±0.95	0.017*	3.47±0.99	3.82±0.85	0.000***
4	3.18±0.92	3.34±0.94	0.041*	3.23±0.94	3.31±0.93	0.227ns	3.25±0.93	3.41±0.94	0.032*
第2因子									
5	4.19±0.79	4.36±0.69	0.012*	4.23±0.77	4.34±0.70	0.103ns	4.25±0.73	4.48±0.67	0.000***
6	3.29±0.94	3.59±0.88	0.000***	3.39±0.91	3.54±0.91	0.046*	3.43±0.92	3.68±0.84	0.001**
7	3.29±0.92	3.62±0.86	0.000***	3.40±0.94	3.56±0.87	0.059ns	3.45±0.89	3.69±0.89	0.002**
8	3.62±0.84	3.94±0.79	0.000***	3.71±0.81	3.89±0.81	0.007**	3.76±0.83	4.04±0.77	0.000***
第3因子									
9	3.12±0.86	3.40±0.84	0.000***	3.26±0.84	3.33±0.87	0.251ns	3.28±0.86	3.40±0.86	0.132ns
10	2.71±0.90	3.02±0.91	0.000***	2.76±0.91	2.99±0.91	0.002**	2.88±0.93	3.07±0.86	0.024*
11	2.81±1.04	3.17±0.96	0.000***	2.84±1.04	3.15±0.96	0.000***	3.01±1.00	3.22±0.97	0.018*
12	2.81±1.04	3.30±0.98	0.000***	2.87±1.02	3.27±0.99	0.000***	3.11±1.01	3.26±1.03	0.090ns
第4因子									
13	3.65±0.98	3.85±0.89	0.017*	3.76±0.98	3.80±0.90	0.943ns	3.72±0.92	3.96±0.90	0.001**
14	3.28±1.07	3.55±1.00	0.003**	3.33±1.10	3.52±0.99	0.068ns	3.39±1.03	3.65±1.01	0.004**
15	3.24±1.02	3.56±0.98	0.000***	3.33±1.07	3.52±0.97	0.068ns	3.39±1.01	3.65±0.97	0.003**
16	3.38±0.89	3.65±0.98	0.000***	3.49±0.92	3.59±0.98	0.189ns	3.50±0.96	3.73±0.96	0.003**
第5因子									
17	3.75±0.99	3.79±0.96	0.587ns	3.79±0.95	3.77±0.98	0.897ns	3.75±0.98	3.86±0.94	0.205ns
18	3.93±0.88	3.93±0.88	0.948ns	3.98±0.83	3.90±0.90	0.433ns	3.89±0.89	4.02±0.84	0.087ns
19	3.82±1.00	3.80±0.96	0.539ns	3.83±0.98	3.79±0.97	0.568ns	3.78±1.00	3.87±0.90	0.453ns
20	3.14±1.14	3.23±1.14	0.423ns	3.16±1.14	3.22±1.15	0.647ns	3.19±1.13	3.24±1.19	0.648ns
第6因子									
21	3.99±0.90	4.31±0.76	0.000***	4.09±0.88	4.27±0.79	0.012*	4.15±0.86	4.39±0.70	0.001**
22	3.67±0.97	4.02±0.89	0.000***	3.79±0.96	3.96±0.91	0.035*	3.86±0.93	4.04±0.89	0.033*
23	3.69±0.95	4.07±0.83	0.000***	3.85±0.89	3.99±0.88	0.036*	3.90±0.89	4.09±0.88	0.009**
24	3.26±1.10	3.78±0.97	0.000***	3.44±1.09	3.69±1.01	0.006**	3.54±1.04	3.81±1.01	0.002**
25	3.55±0.95	3.98±0.83	0.000***	3.70±0.93	3.91±0.86	0.006**	3.78±0.90	4.02±0.84	0.002**
26	3.43±0.96	3.90±0.83	0.000***	3.55±0.95	3.84±0.86	0.000***	3.68±0.89	3.98±0.88	0.000***

注 Mann-WhitneyのU検定, \*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05, ns=有意差なし

その結果、地域連携尺度得点には、訪問看護師の年齢：p<0.01、臨床看護経験年数：p<0.001、訪問看護経験年数：p<0.001、役職：p<0.001、夜間・休日オンコール経験：p<0.001、勤務形態：p<0.01、ケアマネジャー資格：p<0.01が有意に関連していた。

また地域連携尺度得点に関連の見られた前述の訪問看護師の属性7項目間において、強い相関(rs=0.7以上)がなく多重共線性がないことを確認した上で、訪問看護師の属性を説明変数、医療介護福祉の地域連携尺度を目的変数としたロジステック回帰分析を実施した。なお、本研究では変数の情報量が少なくなることを防ぐために強制投入法を用いた。その結果、モデル係数のオムニバス検定はp<0.001、HosmerとLemeshowの検定はp=0.888を示し、医療介護福祉の地域連携尺度には、訪問看護経験年数（5年以上、オッズ比（OR）：2.644、95%

表4-1 医療介護福祉の地域連携尺度の関連要因（訪問看護師の属性）

訪問看護師の属性	医療介護福祉の地域連携尺度（合計）		
	平均 (3.66) 未満 n (%)	平均 (3.66) 以上 n (%)	有意差
訪問看護師の属性			
年齢（50代～70代）	80(24.5)	123(34.5)	0.003**
臨床看護経験年数（18年以上）	123(38.9)	199(57.7)	0.000***
訪問看護経験年数（5年以上）	101(32.0)	205(59.6)	0.000***
役職（主任+管理者）	43(13.2)	103(29.0)	0.000***
夜間・休日オンコール経験（あり）	202(62.3)	270(75.6)	0.000***
勤務形態（常勤）	215(66.2)	268(75.5)	0.005**
ケアマネジャー資格（あり）	64(19.7)	109(30.9)	0.001**

注 1) 単回帰分析一部回答に欠損あり、欠損値を除外し%を算出  
2)  $\chi^2$ 検定（両側）、\*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01

信頼区間（95%CI）：1.791～3.903）、役職（主任+管理者、OR：1.683、95%CI：1.065～2.659）が有意に関連した。

表4-2 医療介護福祉の地域連携尺度の関連要因（訪問看護師の属性）

Ⅳ 考 察

(1) 医療介護福祉の地域連携  
尺度得点

医療介護福祉の地域連携尺度得点について、本研究では合計3.6±0.6であったのに対して、阿部ら<sup>16)</sup>の研究では2.9±0.8と点数に差がみられた。この理由として阿部ら<sup>16)</sup>の研究では、研究対象の6割以上が病院内の専門職であることが考えられる。病院内の退院支援に関して嶋崎ら<sup>18)</sup>は病棟看護師が患者の退院を目標としていることが多く、病院内では入院期間のみの病院環境に限局された生活支援になりがちであることを報告している。一方で本研究の研究対象は、地域の訪問看護師であり、療養者・家族を多施設で支えていくことが常であることから、その経験値が結果に反映していることが考えられる。また阿部ら<sup>16)</sup>の研究は本研究より数年前に実施された研究であることから、その間にわが国が推進している地域包括ケアシステムの構築が進展し、本研究との点数に差が見られたことも考えられる。

一方で、本研究の医療介護福祉の地域連携尺度（26項目）において、第3因子の3項目は特に点数の低い項目であった。確かに該当項目中の他施設の理念や事情、スタッフの顔と名前、性格や付き合い方までを理解するためには、単なる療養者・家族の情報共有という意味での連携だけではうまくいかない。つまりサービス担当者会議や地域ケア会議等の機会を活用し、多職種の理念や考え方にも興味・関心をもつ姿勢が必要であると考えられる。

(2) 訪問看護師の属性からみた医療介護福祉の地域連携尺度得点

訪問看護師の属性から医療介護福祉の地域連携尺度得点を分析した結果、すべての属性において半数以上の項目で有意差が確認でき、多くの項目で訪問看護師の経験や知識が地域連携に関与していることが明らかとなった。

	医療介護福祉の地域連携尺度					
	詳細	採択変数	有意差	オッズ比	95%信頼区間	
					下限	上限
訪問看護師の属性						
年齢	50代～70代	—	0.782	0.945	0.631	1.414
臨床看護経験年数	18年以上	—	0.351	1.201	0.818	1.764
訪問看護経験年数	5年以上	○	0.000***	2.644	1.791	3.903
役職	主任+管理者	○	0.026*	1.683	1.065	2.659
夜間・休日オンコール経験	あり	—	0.346	1.263	0.777	2.054
勤務形態	常勤	—	0.656	1.118	0.684	1.828
ケアマネジャー資格	あり	—	0.840	1.044	0.687	1.586

注 ロジステック回帰分析（強制投入法）、\*\*\*p < 0.001、\*p < 0.05

特に第6因子（地域のリソースが具体的にわかる）の全項目については、すべての属性において有意差が認められた。この結果から訪問看護師は、経験や知識を重ねていく過程において自身の療養者・家族に関係するリソースだけでなく、地域全体のリソースの特徴まで視野を広げる意識が重要であることが考察された。

第5因子（地域に相談できるネットワークがある）の項目については、訪問看護師の属性でみた場合、有意差が認められない項目が属性ごとに1項目以上みられた。この理由として有意差の認められなかった両群の点数に着目すると、両群の点数が比較的高い状況での有意差なしという点から、昨今のわが国の地域包括ケアシステム構築の発展<sup>19)</sup>を考慮すると、地域で相談できるネットワークの構築が確立してきていることが考えられる。

(3) 医療介護福祉の地域連携尺度の関連要因

本研究ではロジステック回帰分析の結果、臨床看護経験年数以上に訪問看護経験年数が医療介護福祉の地域連携尺度に関連していた。田中ら<sup>20)</sup>は病棟看護師と比較して訪問看護師は、対象の退院後の実際の生活や環境に応じた綿密なアセスメントやケアプランの提案が可能であること、また、地域におけるフォーマル・インフォーマルサービスの最新情報の把握と活用が可能であること、さらには長期的なモニタリングおよび対応が可能であること等の利点・役割を述べている。この点からも訪問看護師の経験年数が多職種連携を基盤とする地域連携に関与していることが考察される。

また役職（管理者＋主任）が医療介護福祉の連携尺度に有意に関連していた理由として、管理職は通常の訪問看護のみならず、実践的経営の視点からのネットワーキングや交渉・折衝能力が求められている<sup>21)</sup>ことから、その点が地域連携に関与していることが考察され、訪問看護ステーション内の療養者・家族の情報共有の場面においても、意識的に共有されることが望まれる。

#### （４）本研究の限界と意義

本研究において最も大きな限界は対象者の選択バイアスである。本研究の対象は都内の訪問看護ステーションを対象としていることから、今後はより広い母集団を無作為に抽出することで精度を高めることが望まれる。また本研究は縦断研究の点から、因果関係を明らかにすることができていない。

以上の限界はあるものの、本研究は訪問看護師の属性の視点から地域連携促進に与える関連要因を明らかにできた点は、今後の地域包括ケアシステム構築を進めていく上で有用であると考えられる。

## V 結 論

訪問看護師の属性の視点から地域連携を促進していく上では、特に訪問看護経験年数、役職に着目することが重要である。

### 謝辞

本研究にあたり、ご多忙の中、質問紙調査にご協力いただきました訪問看護ステーションの皆様へ深謝いたします。

本研究は科学研究費補助金（若手研究B：16K20840、2016年～2018年）を受けて実施した。

なお、本研究における利益相反は存在しない。

## 文 献

- 1) 澤登久雄. 病院が地域の健康を支える拠点に！おた高齢者見守りネットワーク「みま～も」と全世代対象対応型コミュニティ「おおもり語らいの

駅」. 医療事務 2019；26(567)：20-3.

- 2) 林佳子. 病院関係者の呼びかけにより発足した小児がんの子どもをもつ家族会の活動経過. 香川県立保健医療大学雑誌 2018；9：87-94.
- 3) 寫末憲子, 小嶋章吾, 首長正博, 他. 包括的支援体制をめざす先駆的自治体とソーシャルケア職能団体との協働 生活支援記録法 (F-SOAP) による多機関多職種連携の試み. 地域ケアリング 2018；20(2)：49-55.
- 4) 吉田令子, 武田保江. 文献から見た地域包括ケアシステムにおける訪問看護の連携の現状と課題. 退院支援の多職種連携に焦点を当てて. 目白大学健康科学研究 2021；14：35-42.
- 5) 村瀬真望, 花岡千子, 三宅由希子. 病棟看護師と訪問看護師の連携の在り方の検討. A病院の退院支援における現状と課題から. 日本看護学会論文集：慢性期看護 2018；48：3-6.
- 6) 原華代, 根木香代子, 坂口桃子. 地域包括ケアシステムにおける国民の期待に応えうる看護師の資質の検討. 常葉大学健康科学部研究報告集 2018；5(1)：83-92.
- 7) 大木正隆, 浅海くるみ. 地域包括ケアシステムにおける訪問看護師の役割と訪問看護の実際. 臨床老年看護 2020.98-105.
- 8) 藤川あや, 月野木ルミ. 訪問看護師と介護支援専門員を対象としたrelational coordination理論に基づく専門職間連携促進プログラムの検討. 日本看護学会誌 2020；40：572-8.
- 9) 堀口智美, 浅田優也, 多崎恵子, 他. 「看護師が糖尿病チーム医療を促進するスキルを高めるE-learning教材」を用いた教育方法の検討. 日本看護学会誌 2020；40：579-86.
- 10) 丸谷瑠依子, 勝尾亜佑美, 青木奈緒美, 他. A病院での精神科急性期治療・ケアの質を担保する取り組み 急性期閉鎖病棟の評価カンファレンスと多職種連携の推進. 日本精神科看護学術集会誌 2020；62(2)：207-11.
- 11) 松下博宣, 市川香織, 藤谷克己, 他. 組織風土に関わる多職種連携の阻害・促進要因の検討 組織風土パーセプションの共起ネットワーク分析. 保健医療福祉連携 2020；13(1)：11-20.
- 12) 早瀬良. 多職種チーム医療における看護職のリー



- ダーシップとその有効性の検討. 中部大学生命健康科学研究所紀要 2019 ; 15 : 48-55.
- 13) 遠藤貴栄, 村崎佳代子. 各機関・事業所のクリニカルラダー 東京都訪問看護ステーション協会 訪問看護の場に即したキャリアラダーの作成. コミュニティケア 2021 ; 23(7) : 51-8.
- 14) 赤堀奈緒子, 岡由美子, 増田とみえ, 他. 静岡県看護協会立訪問看護ステーション 訪問看護の特徴を反映した「訪問看護師のクリニカルラダー」を作成して. 看護 2017 ; 69(14) : 16-25.
- 15) Carole Orchard, Linda L Pederson, Emily Read, et al. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) : Further Testing and Instrument Revision. J Contin Educ Health Prof 2018 ; 38(1) : 11-8.
- 16) 阿部泰之, 森田達也. 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発. Palliative Care Research 2014 ; 9(1) : 114-20.
- 17) 一般社団法人日本理学療法学会連合. 多重共線性. ([http://jspt.japanpt.or.jp/ebpt\\_glossary/multicollinearity.html](http://jspt.japanpt.or.jp/ebpt_glossary/multicollinearity.html)). 2021.9.14.
- 18) 嶋崎明美, 清家百合枝. 退院支援推進における病棟看護師の継続看護の視点の重要性. 日本医療マネジメント学会雑誌 2012 ; 13(3) : 123-6.
- 19) 田中滋. 地域包括ケアシステムの歩みと自治体の果たすこれからの役割. (<https://www.fujitsu.com/jp/solutions/industry/public-sector/local-government/featurestory/170601.html>). 2021.9.14.
- 20) 田中奈津子, 国井由生子, 森下里美, 他. 病院看護職と地域看護職における「看看連携」の行為の抽出に関する文献学的検討. Yokohama Journal of Nursing 2008 ; 1(1) : 82-7.
- 21) 訪問看護ステーション管理者養成プログラムの開発報告書平成18年6月. 主任研究者. 山崎摩耶. 社団法人全国訪問看護事業協会.