

府域で勤務する訪問看護師ががん看護実践で必要と
感じることの実態調査研究

大阪国際がんセンター

塩月 絵美香

目次

【第1章】緒言	1
【第2章】研究方法	3
【2-1】研究目的	3
【2-2】研究デザイン	3
【2-3】調査方法	3
【2-4】調査内容	3
【2-5】解析方法	4
【2-6】倫理的配慮	4
【第3章】結果	4
【3-1】配布数	4
【3-2】回答数	4
【3-3】回答者背景	4
【3-4】施設背景	6
【3-5】がん患者への支援内容	6
【3-6】がん患者を支援するうえで負担に感じること	7
【3-8】拠点病院との連携で感じること	8
【3-9】拠点病院との連携についてより良くするための工夫	10
【3-10】がん看護の学習ニーズ	11
【3-11】どのような学習に興味があるか	11
【3-12】学習の機会があるか	11
【3-13】学習への配慮はしているか	12
【3-14】スタッフの学習ニーズ達成度	12
【3-15】スタッフの学習が進められない要因	12
【第4章】考察	13
【4-1】配布数及び回答数	13
【4-2】在宅看護の構造的特性とがん看護の負担感	13
【4-3】専門性が蓄積されにくい構造的背景	14
【4-4】学習環境の制約	15
【4-5】病院との連携不全	15
【4-6】訪問看護師が必要と感じていることの本質	16
【第5章】結論	17
【第6章】章 文献	17

表の目次

表 1	二次医療圏毎の調査依頼用紙配布数、返送数、配布完了割合	4
表 2	二次医療圏単位の回答数 (人)	4
表 3	管理者経験年数 (人) n = 394	5
表 4	管理者の取得資格 (人) 複数回答	5
表 5	管理者の専門資格 (人) 複数回答	5
表 6	スタッフ経験年数 (人) n = 1051	5
表 7	管理者の取得資格 (人) 複数回答	5
表 8	管理者の取得資格 (人) 複数回答	5
表 9	事業所に勤務する看護職員数 (正看護師・准看護師)	6
表 10	施設利用者で最も多い主傷病名 施設数 (個) n = 394	6
表 11	年間のがん患者利用者割合 施設数 (個) n = 394	6
表 12	がん患者の支援内容 スタッフ (人) 複数回答.....	7
表 13	がん患者の医療処置内容 スタッフ (人) 複数回答.....	7
表 14	がん患者支援の負担に感じること	8
表 15	がん看護実践で必要と思うと回答した割合 (%)	8
表 16	拠点病院との連携で上手くいったと感じる経験	9
表 17	拠点病院との連携で改善したいと思うこと	10
表 18	拠点病院との連携をより良くするための工夫.....	11
表 19	がん看護に関する学習ニーズ.....	11
表 20	どのような学習に興味があるか スタッフ n=1051(人).....	11
表 21	学習の機会	12
表 22	スタッフに学習の機会を提供しているか 管理者 n=394(人).....	12
表 23	学習ニーズの達成度 スタッフ n=1051(人).....	12
表 24	がん看護学習が進まない要因 スタッフ n=1051(人).....	12

【第1章】緒言

本邦では、1981年にがん（悪性新生物）が脳血管疾患に代わり死因第一位となった。1984年には、対がん10カ年総合戦略等に基づくがん対策の取り組みが始まったが、がんは総死亡の26.5%（人口10万対死亡率310.7/2021年）を占めて、依然、現在に至るまで死因の第一位を占めている¹⁾。2006年にがん対策基本法が成立後は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策推進基本計画が策定（第1期/2007年）され、現在の第4期がん対策推進基本計画に至るまで、国の施策としてがん対策に取り組んできた。診断精度の向上や集学的治療の発展などにより、2021年には、75歳以上の高齢者を除く年齢調整死亡率（67.4%）が2005年（92.4%）よりも減少し、地域がん登録における全癌の5年相対生存率は（68.9%/2010～2012年）、初回公表値（61.8%/1997～1999年）に比して部位別によって差はあるものの、多くの部位で生存率の向上が認められている²⁾。死亡率の減少、生存率の向上によって、「がん＝不治の病」ではなくなった。一方で、がん患者は治療終了後も再発や転移の早期発見のため通院や検査が必要であり、治療の選択肢が増えたことで治療内容によっては生涯に渡ってがん治療が必要になった。加えて、1970年以降、がん患者の90%が病院で亡くなっていたが、2016年から漸減し、2021年には70.8%に減少、自宅など病院以外の場所で死亡する患者は29.2%まで増加した³⁾。これらのことから、がん患者は、がんと診断された後も治療や療養中、看取りなど様々な場面でがんと共生しながら社会で生活していることが推察できる。

さらに、小児がん（0～14歳）の10年相対生存率は男性73.2%、女性79.3%、AYA世代（adolescent and young adult; 15～29歳）の10年相対生存率は男性66.0%、女性75.3%と報告されており、診断および集学的治療の進歩により若年でがんと診断された患者は、長期に渡りがんサバイバーとなる。AYA世代でがんを罹患した患者は、就労・就学・結婚・出産・育児・介護など、さまざまなライフイベントの時期を、がんと共生しながら社会で生活している。がんサバイバーとして過ごす期間も長期化している一方で、利用できる社会資源は依然として少ない。そのため、患者が個々に抱える問題を理解するには、患者の社会的背景を踏まえて支援する必要がある。しかし、全がん患者に占めるAYA世代の割合は少なく、拠点病院で勤務する看護師であっても、十分に理解できているとはいえない現状がある。

大阪府下には67施設のがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）があるが、平均在院日数は年々減少している。そのため、拠点病院で治療を受けているがん患者であっても、治療途中の療養支援や終末期の看取りの場面では、住み慣れた地域や家庭に戻り、療養生活を送ることが多い。がん治療は、がんの組織型によって多様であり、手術・化学療法・放射線治療に加え、分子標的薬やゲノム医療など、年々その内容は進化している。

こうした状況から、がん患者が住み慣れた地域社会で生活を継続するためには、がん治療を担う拠点病院をはじめとする専門医療機関と、地域医療を担う施設との連携が重要とな

る。第4期がん対策推進基本計画では、がん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供すること、さらに、がん患者や家族が住み慣れた地域社会で生活しながら支援を受けられる環境整備を目標としている⁴⁾。

この目標に基づき、大阪府がん診療連携協議会がん看護部会（以下、がん看護部会）は、大阪府のがん看護体制を整備し、がん看護に携わる看護師の資質向上と、がん看護実践レベルの均てん化を図ることを目的として2023年度に発足した。がん医療・看護を継続できる体制を整えるためには、専門性の高い看護師の育成が課題であり、その対象には、府域で生活する担癌患者を支える訪問看護師も含まれる。

就業している看護師・准看護師のうち訪問看護ステーションに勤務する看護職員数は4.9%（6.2万人/128.1万人）を占める⁵⁾。大阪府内においては、大阪府訪問看護ステーション協会に所属する施設の延べ職員数のうち看護職員（看護師・准看護師）数は、8353人であった（2021年）⁶⁾。本邦の高齢化の影響もあり、在宅療養支援病院、訪問看護事業所は増加しており、地域社会でがん患者の療養生活を支える訪問看護師は、重要ながん看護の担い手である。しかし、訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神・および行動の障害」（41.8%）が最も多く、次いで「神経系の疾患」（24.7%）、「悪性新生物」（12.1%）である⁷⁾。そのため、訪問看護師は、さまざまな腫瘍や治療背景をもつがん患者を受け入れているだけでなく、幅広い世代の患者や、がん以外の疾患を抱えながら社会で生活する患者も支援していることが明らかである。こうした状況を踏まえると、日進月歩で進化するがん治療のすべてを継続的に学習し続けることは、訪問看護師にとって困難であることが推察される。徳岡らは、進行・再発治療期のがん患者・家族に対する訪問看護師の看護実践上の困難が、「倫理的問題」「看護実践するうえで拠り所となる知識・技術」「在宅ケアの提供システムに関すること」⁸⁾だと明らかにしている。竹之内らは、終末期に在宅療養生活を送る小児がん患者と家族への支援を行う訪問看護師の困難に「疾患特有の症状アセスメント」や「子供と家族への心理的ケア」をあげ、「医療機関との連携体制」「疾患に関連した知識の取得」がニーズであると明らかにしている⁹⁾。守田らの調査においても、「医療者の知識不足」や「病状把握の困難さ」が述べられている¹⁰⁾。一方、2023年度にがん看護部会が実施した、拠点病院代表者が考える府域におけるがん看護の現状とneeds調査では、「がん患者へがん医療・看護が継続できる連携」「がん看護教育内容と研修方法」がニーズとして明らかとなっている。先行研究より、訪問看護師、拠点病院看護師共に、病院と地域の連携やがん看護の教育・知識に困難を感じておりニーズがあることが明らかである。

訪問看護師が、がん看護を実践するうえで何を必要と感じているのかを明らかにできれば、がん医療・看護を継続するために、拠点病院で勤務する看護師と訪問看護師の双方が必要と考える「がん看護に携わる看護師の資質向上」と「看護実践の均てん化」を検討するための基礎資料となると考えた。そこで本調査に取り組み、その結果を報告する。

【第 2 章】研究方法

【2-1】研究目的

本研究の目的は、「がん看護に携わる看護師の資質向上」と「看護実践の均てん化」を検討するために、府域で勤務する訪問看護師が、がん看護を実践するうえで必要と感じていることを明らかにすることである。

【2-2】研究デザイン

実態調査研究

【2-3】調査方法

登録方法：令和 6 年近畿厚生局訪問看護ステーションの指定一覧（コード内容別訪問看護事業所一覧表）（令和 7 年 1 月公開分）の登録事業者の施設管理者に対して研究の趣旨を説明のうえ、二次元コードを記した依頼文を配布する。事業所内で対象者に配布、回答を依頼する。

対象者：令和 6 年近畿厚生局訪問看護ステーションの指定一覧（コード内容別訪問看護事業所一覧表）（令和 7 年 1 月公開分）の登録された事業所の施設管理者と、当該事業所で勤務する訪問看護師

予定研究対象者数：施設管理者と訪問看護師合わせて 2000 名

設定根拠：2020 年度に大阪府が大阪府訪問看護ステーション協会に委託し実施された調査に回答した 974 事業所の看護職（看護師、准看護師）延べ数 8353 人の 30%（オンライン調査の平均回答率）からの推測値

【2-4】調査内容

1)無記名、選択式（一部自記式）の質問紙調査

選択方法は、「ある・少しある・あまりない・ない」「思う・少し思う・あまり思わない・思わない」の四検法と自由記述とした。

2)登録方法に沿って訪問看護を実践する看護師と施設管理者に依頼文を配布する（2025 年 4 月）

3)対象者が二次元コードからアンケートフォームに接続し回答する（2025 年 5 月）

その際、インターネット接続に関わる利用料金が生じる場合は研究協力者の負担である

4) 質問内容：

【属性】勤務医療圏、性別、年代、取得資格、看護師経験年数（年代）、訪問看護経験年数（年代）

【がん看護実践経験】「がん患者割合（概算）」「関わる疾患の多いもの 3 疾患」「関わることが多い患者の年代」

【がん看護実践で困っていること】「がん（疾患）の知識」「がん治療の知識」「がん看護の知識」「がん患者との関わり」「がん患者家族との関わり」「症状アセスメント」「症状コン

トロール」「がん患者の精神的ケア」「家族の精神的ケア」

【がん看護実践で必要と感じていること】「がん（疾患）の知識」「がん治療の知識」「がん看護の知識」「症状アセスメント」「症状コントロール」「がん患者の精神的ケア」「家族の精神的ケア」

【学習ニーズ】「がん看護について（知識）」「がん看護について（体験学習）」

【学習ニーズを妨げる要因】「時間」「コスト」「組織」

【拠点病院との連携】「連携で良かったこと」「連携で悪かったこと」「良悪の割合」

【2-5】解析方法

選択式の回答は記述統計量に記し、統計解析には Excel2021 を用いた。自由記述は内容分析を行い、生成 AI（ChatGPT、Copilot）を補助的に使用してコード化を行った。最終的なコード・カテゴリーは質的研究経験者 2 名以上で照合し、妥当性を確保した。

【2-6】倫理的配慮

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター倫理審査委員会の承認を得た

【第 3 章】結果

【3-1】配布数

令和 6 年近畿厚生局訪問看護ステーションの指定一覧（コード内容別訪問看護事業所一覧表）の登録事業者（令和 7 年 1 月公開分）2270 施設に調査依頼用紙を送付した。2270 通の内、57 通が返送され、配布完了数は 2213 施設（97.5%）であった。

2 次医療圏毎の調査依頼用紙配布数、返送数、配布完了割合は表 1 参照。

表 1 二次医療圏毎の調査依頼用紙配布数、返送数、配布完了割合

	大阪市				泉州	北河内	堺市	豊能	中河内	南河内	三島	計
	北部	西部	東部	南部								
配布数	191	92	254	299	252	249	242	224	202	142	123	2270
返送数	5	3	10	8	4	5	6	5	7	2	2	57
配布完了割合 (%)	97.4	96.9	96.1	97.3	98.4	98	97.5	97.8	96.5	98.6	98.4	97.5

【3-2】回答数

訪問看護ステーション施設管理者（以下、管理者）は、394 名。訪問看護を実践する看護師（以下、スタッフ）は、1051 名から回答があった。二次医療圏単位の回答数は表 2 参照。

表 2 二次医療圏単位の回答数（人）

	大阪市				泉州	北河内	堺市	豊能	中河内	南河内	三島	計
	北部	西部	東部	南部								
管理者	33	20	47	53	45	37	40	25	38	30	26	394
スタッフ	156	63	120	139	107	100	85	64	81	59	77	1051

【3-3】回答者背景

1) 管理者；属性

管理者の看護師経験年数分布は表 3 参照。管理者は 21～35 年の看護師経験を有する層が中心となる構造を示した。訪問看護師経験年数では、看護師経験年数とは対照的に経験年

数が1～10年の層が中心であった。16年以上の訪問看護経験をもつ看護師は減少し、比較的短い訪問看護経験年数で管理職に就くケースが多い構造が示唆された。また、訪問看護領域における長期経験者の希少性が示された。

表 3 管理者経験年数（人） n = 394

経験年数	1-5年	6-10年	11-15年	16-20年	21-25年	26-30年	31-35年	36-40年	41年以上
看護師	7	51	46	47	72	72	63	26	10
訪問看護師	155	100	62	33	31	10	2	1	0

管理者が取得している資格は、正看護師が最も多く、次いでケアマネージャーが多かった（表4）。取得している看護専門資格では、専門看護師資格は6名、認定看護師はA課程13名、B課程3名、特定行為研修修了者12名であった（表5）

表 4 管理者の取得資格（人）複数回答

取得資格	正看護師	ケアマネ	准看護師	保健師	介護士	助産師	社会福祉士	MSW
管理者（人）	393	61	52	11	10	4	4	2

表 5 管理者の専門資格（人）複数回答

取得資格	専門看護師	認定看護師		特定行為
		A課程	B課程	
有り	6	13	3	12
無し	388	381	391	382

2) スタッフ；属性

スタッフの看護師経験年数（表6）は、管理者と比べてより幅広い経験年数層に分布していた。スタッフの訪問看護師経験は、管理者と同様に経験年数の短い層が多い構造で長期経験者が極めて少ない分布を示した。

表 6 スタッフ経験年数（人） n = 1051

経験年数	1-5年	6-10年	11-15年	16-20年	21-25年	26-30年	31-35年	36-40年	41年以上
看護師	113	206	159	141	155	141	80	40	16
訪問看護師	668	198	80	55	29	15	5	1	0

スタッフが取得している資格は、正看護師が最も多く、次いで准看護師が多かった（表7）。取得している看護専門資格では、専門看護師資格は8名、認定看護師はA課程13名、B課程3名、特定行為研修修了者18名であった（表8）

表 7 管理者の取得資格（人）複数回答

取得資格	正看護師	准看護師	ケアマネ	保健師	介護士	助産師	社会福祉士	MSW
スタッフ（人）	990	148	71	67	20	6	4	0

表 8 管理者の取得資格（人）複数回答

取得資格	専門看護師	認定看護師		特定行為
		A課程	B課程	
有り	8	13	3	18
無し	1043	1038	1048	1033

3) 事業所規模

管理者 394 名の回答によると、勤務する看護職員（正看護師・准看護師）の人数は「2～10 人」の事業所が 335 施設（85%）を占めていた（表 9）。31 人以上の中・大規模事業所はわずか数施設にとどまり、訪問看護ステーションの大半が 10 人未満の小規模事業所で構成されていることが明らかとなった。

表 9 事業所に勤務する看護職員数（正看護師・准看護師）

項目	2-10人	11-20人	21-30人	31-40人	41-50人	51-60人	61-70人	71-80人	計
施設数（件）	335	42	9	4	1	2	0	1	394

【3-4】施設背景

1) 施設利用者の特徴（管理者回答）

管理者が回答した所属施設を利用する利用者の最も多い主傷病名は、【循環器系の疾患】が最も多く選ばれた（表 10）。

表 10 施設利用者で最も多い主傷病名 施設数（個） n = 394

施設で最も多い疾患	施設数
循環器系の疾患	157
精神および行動の障害	86
神経系の疾患	43
悪性新生物	34
呼吸器系の疾患	28
損傷・中毒・その他外因の影響	4
先天奇形・変形・染色体異常、	4
その他	38

2) 年間のがん患者利用割合（管理者回答） n = 394

管理者の回答では、1～9%（155 名）が最も多く 0%（44 名）と回答した施設もあり、がん患者をほとんど受け入れていない施設もみられた。スタッフの回答でも、管理者と同様に 1～9%（594 名）が最も多くがん患者を受け入れていない施設が一定割合含まれていることが示された。（表 11）。

表 11 年間のがん患者利用者割合 施設数（個） n = 394

利用割合	0%	1-9%	10-19%	20-29%	30-39%	40-49%	50-59%	60-69%	70-79%	80-89%
管理者 n=390	44	155	113	48	21	5	1	1	1	1
スタッフ n=1051	80	594	191	113	29	23	7	6	7	1

2) AYA 世代がん患者の利用状況

AYA 世代がん患者の施設利用経験を管理者 394 名に尋ねると、全員から回答があり「ある」と回答した施設は 52 施設で、342 施設は利用経験が「ない」と回答した。

【3-5】がん患者への支援内容

がん患者に対する支援内容について、回答者が実施している支援を複数選択で尋ねた結果、身体介護が最も多く、次いで医療行為が多かった。また、日常生活上の相談・助言や 在

在宅医療機器への対応も多く、がん患者の療養生活を継続するうえで必要な情報提供や機器管理に関する支援が広く行われていた。一方、生活援助や福祉用具貸与、訪問入浴介助、福祉用具購入の支援は比較的少なく、生活環境整備や福祉用具に関する支援は身体介護や医療行為に比べて実施頻度が低かった。（表 12）

表 12 がん患者の支援内容 スタッフ（人） 複数回答

支援内容（複数回答）	人
身体介護（食事 清拭 入浴 排泄 体位変換 移動 服薬等の介助）	941
医療行為（点滴、注射、創傷処置	875
日常生活上の相談・助言	733
在宅医療機器	625
生活援助（調理 洗濯 掃除 買い物 衣服の整理 ベッドメイキング	267
福祉用具貸与（車椅子、ベッド一式	193
訪問入浴介助	173
福祉用具の購入	126
通院、外出介助	45
その他	46

医療処置の実施内容は、在宅酸素療法（HOT）が最も多く、点滴静脈注射、膀胱留置カテーテル管理が続いた（表 13）。

表 13 がん患者の医療処置内容 スタッフ（人） 複数回答

医療処置内容	
在宅酸素療法（HOT）	874
点滴静脈注射	828
膀胱留置カテーテル	827
ストマ（人工肛門/膀胱）	738
麻薬を用いた疼痛管理	675
経管栄養法（胃ろうを含む）	661
在宅中心静脈栄養法（IVH）	505
抗がん剤（内服）	454
ドレーン管理	212
輸血	124
腹水穿刺	104
胸水穿刺	16
その他	62

【3-6】がん患者を支援するうえで負担に感じること

訪問看護実践者であるスタッフ 1051 名中、479 名が自由記述として寄せられた「がん患者の支援で負担に感じている内容」をコード化しカテゴリーに分類した結果、7つの主要カテゴリーが抽出された。経験がない、分からない、分類ができない短すぎる回答は無効回答とした。コードは 446 個抽出され、無効回答は 28 個であった（表 14）。

表 14 がん患者支援の負担に感じること

カテゴリー	コード	コード数
精神的・感情的負担	本人の精神的ケアが難しい	78
	死・予後へ向き合うことが精神的負担	36
	言葉かけ・コミュニケーションの難しさ	34
	精神的ケアの方法に悩む	28
	感情移入・共感による負担	22
	精神的ストレス・責任感による気持ちの重さ	14
疼痛・症状緩和の困難さ	疼痛コントロールのむずかしさ	36
	副作用・症状の個人差の対応	12
	トータルペインの緩和	10
家族支援・関係調整の負担	家族の精神的ケア	24
	家族との方向性のすり合わせ	13
	家族関係の複雑さ	10
急変・緊急対応・看取りの負担	急変時の対応	22
	看取りの準備・喪失感	10
	終末期の変化への対応	7
時間的・体力的負担	時間的拘束・訪問頻度	14
	体力的な負担	10
	傾聴・寄り添いに時間がかかる	7
他職種・制度・連携の負担	他職種との連携の難しさ	14
	制度・サービス調整	8
	職場体制の課題	4
知識・技術面の不安	専門知識の不足	12
	医療技術の負担	6
意思決定支援・ACPの難しさ	意思決定支援の難しさ	10
	入院・看取りのタイミング	5

【3-7】 がん看護実践で必要と感ずること

がん看護実践において、「必要と思う」「少し必要と思う」「あまり必要と思わない」「必要と思わない」の4項選択で回答を求めた。管理者、スタッフ共に全員が回答し、そのうち「必要と思う」と回答した割合を表15に示す。

表 15 がん看護実践で必要と思うと回答した割合 (%)

	スタッフ	管理者
がん患者の精神的ケア	93.9	96.7
症状アセスメント	93.6	94.7
症状コントロール方法	93.4	95.7
家族看護	92.6	93.4
がん看護の知識	92.5	92.6
がん患者の意思決定	92.1	94.2
コミュニケーション（患者・家族）スキル	91.9	93.7
がん（疾患）の知識	91.1	89.8
がん治療の知識	90.1	85.3
倫理的問題	89.7	92.4
コミュニケーション（医療従事者間）スキル	89.3	92.4
がん患者の医療処置	88.2	84.0
がん患者の社会的支援	85.4	84.3

【3-8】 拠点病院との連携で感ずること

拠点病院と一般病院の両方から退院してくるがん患者を支援している訪問看護師に対し、拠点病院との連携で感ずていることを自由記載で尋ね、拠点病院の連携に好意的な表現を示す回答257件から74のコードを抽出し、カテゴリー化した結果、5つの主要カテゴリーが

抽出された。経験がない、分からない、分類ができない短すぎる回答は無効回答とした（表 16）。拠点病院は、多職種連携・緩和ケア・退院支援のいずれも高い水準で整備されており、訪問看護師にとって連携しやすい環境であり、退院後の情報共有や相談対応など、在宅移行後も継続的に支援が得られる点が評価された。一方で、拠点病院との連携で改善したいと思うことに、9つの主要カテゴリーが抽出され（表 17）。連携体制は概ね整っているが、実務レベルでは情報共有・連携の質に改善の余地があった。

表 16 拠点病院との連携で上手くいったと感じる経験

カテゴリー	コード	コード数
多職種・医師との連携体制の充実	情報提供が適切にされている	6
	医師・資格看護師との連携が取りやすい	4
	退院支援の連携がスムーズ	4
	急変時の受け入れが可能	2
	退院後も相談対応してくれる	2
	退院支援の介入のタイミングが適切	1
	退院支援の連携が手厚い	1
	継続看護の体制が整っている	1
緩和ケア体制の充実	緩和ケア導入がスムーズ	3
	苦痛緩和に向けた支援がある	3
	緩和ケア外来・専門スタッフによる疼痛管理	2
	症状悪化時や今後の過ごし方の相談対応があ	2
	オピオイド使用方法の説明がある	1
	精神面のケアが感じられる	1
	死後の話し合いの場がある	1
退院支援・在宅準備体制の整備	退院準備がととのっている	4
	退院後も継続的な支援がある	4
	在宅生活について指導されている	3
	退院前に家族と本人の意思確認がある	2
	搬送カードの提供がある	1
	訪看につなぐタイミングが良い	1
	退院時カンファレンスがある	1
	退院支援看護師が頼りになる	1
	退院後も情報共有されている	1
患者・家族への説明と意思決定支援	症状、治療方針の説明が丁寧	3
	疾患や緩和ケアへの理解度が高い	3
	説明内容と対応が良い	3
	ADL・QOLを考慮した相談ができています	1
	家族との話し合いができています	1
	患者の気持ちの変化に対応してくれる	1
専門職の関与・支援体制	資格看護師の支援・相談が受けられる	7
	カウンセラーが関与している	1
	MSWが頼りになる	1

表 17 拠点病院との連携で改善したいと思うこと

カテゴリー	コード	コード数
情報共有・報告体制の改善	情報が不十分、詳細を知りたい	8
	情報共有を密にして関係を築きたい	7
	連絡・報告手段がない	6
	情報が上手く伝わらない	2
	患者家族の情報頼りになっている	2
医師・専門職との連携強化	医師の対応が遅い/連絡がつかない	7
	MSWや外来と連携が取れない	2
	院内の連携がとれていない	2
	医師と患者の状態認識に齟齬がある	1
退院前カンファレンスの質とタイミング	退院前カンファレンスが開催されない/少ない	5
	カンファレンスを早く開催し退院調整をしたい	3
	意見交換できるカンファレンスが必要	1
在宅移行・退院後の支援体制	退院後の準備が整っていない	4
	退院後の生活を考えた支援が必要	3
意思決定支援・ACPの充実	本人・家族の理解が不十分	4
	意思決定の場がない/共有されない	3
	方向性のすり合わせが悲痛用	1
緊急時対応・受け入れ体制	緊急時の受け入れ体制が不十分	3
	夜間、土日など時間外対応がない	2
	酸素ボンベが借りられない	1
連絡手段の多様化	連絡にICTやMCSやメールなどの活用がしたい	3
	明確な連絡方法、手段が必要	2
職種間理解・教育の不足	在宅支援、訪問看護の理解不足	4
	社会資源、がん治療の知識不足	3
地域・他院との連会	緩和ケア病棟やホスピスに繋がらない	2
	地域病院との連携が弱い	1
	がん以外の受け入れがない	1

【3-9】拠点病院との連携についてより良くするための工夫

訪問看護師に対し、拠点病院との連携についてより良くするための工夫を自由記載で尋ねた。回答 374 件から 328 のコードを抽出し、カテゴリー化した結果、6 つの主要カテゴリーが抽出された（表 18）。

表 18 拠点病院との連携をより良くするための工夫

カテゴリー	コード	コード数
教育・研修の充実	実践的な症例検討・事例共有	42
	多職種合同研修の開催	38
	がん看護・治療に関する知識習得	26
	専門・認定看護師による講義・指導	18
	地域横断的な勉強会・交流会	18
同行訪問・現場連携の強化	資格看護師・専門職の同行訪問	34
	医師・病棟看護師の在宅同行	12
	初回訪問時の支援者同席	6
	外来・受診時の訪問看護師同行	6
情報共有・報告体制の改善	状態変化・治療方針の共有	14
	サマリーの質向上・返却	12
	MCS・ICTなどのツール活用	10
	担当者会議・報告窓口の設置	10
カンファレンス・検討会の定着	退院前カンファレンスの早期開催	18
	デスカンファレンス・振り返りの場	8
	外来治療中の情報共有カンファレンス	6
	担当者会議・将来検討会	6
人材育成・派遣・相談体制	専門職の派遣・訪問支援	10
	拠点病院からの地域支援	8
	認定看護師への相談窓口	6
顔の見える関係づくり・交流	病院・訪問看護間の交流機会	12
	担当者同士の直接的な関係構築	8

【3-10】がん看護の学習ニーズ

訪問看護師に対し、がん看護に関する学習ニーズの有無を尋ねた結果、ほとんどのスタッフががん看護に関する学習の必要性を感じていた（表 19）。また、管理者に対し、スタッフのがん看護に関する学習ニーズをどの程度感じているかを尋ねた結果、管理者の大多数がスタッフの学習ニーズを認識していた（表 19）。

表 19 がん看護に関する学習ニーズ

設問	対象	n	ある	少しある	あまりない	ない
がん看護に関する学習ニーズがある	スタッフ	1051	776	245	23	7
スタッフに学習ニーズがあるか	管理者	394	216	140	36	2

【3-11】どのような学習に興味があるか

スタッフに対し、がん看護に関する「どのような学習内容に興味があるか」を、講義と演習に分けて尋ねた結果、いずれの形式においても、緩和ケア、副作用対策、薬物療法など訪問看護におけるがん看護の中心的領域への関心が最も高いことが明らかとなった（表 20）。学習方法は、演習よりも講義形式の方が多く選ばれる傾向があった。

表 20 どの様な学習に興味があるか スタッフ n=1051(人)

学習形態	学習項目													
	緩和ケア	副作用対策	薬物療法	意思決定支援	フィジカルアセスメント	放射線療法	がん医療の現状(概論)	看護技術	栄養管理	褥瘡・ストマケア	看護倫理	手術	排尿ケア	その他
講義ニーズ	930	774	751	668	649	457	410	325	342	300	293	270	234	20
演習ニーズ	679	431	391	445	522	211	—	394	268	392	208	130	247	12

【3-12】学習の機会があるか

スタッフに医療・がん看護に関する学習機会があるかを尋ねた結果（表 21）、約半数のス

スタッフが「学習機会があまりない／ない」と感じていた。一方で、管理者にスタッフにがん看護の学習機会が提供されているかを尋ねた結果管理者の過半数は学習機会が提供されていると認識していた。特にスタッフ側では、「少しある」が最も多く、“機会はあるが十分ではない”という実感が示されたが、管理者は学習機会を提供できていると捉えている傾向がみられた。

表 21 学習の機会

設問	対象	n	ある	少しある	あまりない	ない
がん看護に関する学習機会がある	スタッフ	1051	165	406	375	105
スタッフに学習機会があるか	管理者	394	116	134	124	20

【3-13】学習への配慮はしているか

管理者に対し、スタッフががん看護を学習するためにどのような配慮を行っているかを尋ねた結果、最も多かったのは「良い研修があれば勤める」であり、管理者の支援は「機会の提示」にとどまる傾向がみられた（表 22）。

表 22 スタッフに学習の機会を提供しているか 管理者 n=394(人)

がん看護学習するための配慮内容	複数回答
職員に良い研修があれば勤める	296
勤務時間内に学習時間を設ける	172
研修費用を助成している	140
優先的に研修の希望を叶える	118
その他	17

【3-14】スタッフの学習ニーズ達成度

スタッフに対し、がん看護に関する学習ニーズがどの程度達成されているかを 0～100 % の達成度で尋ねた結果、達成度には大きなばらつきがあった（表 23）。0～50% の範囲に 836 名（79.5%）が集中しており、多くのスタッフが学習ニーズを十分に満たせていないと感じていた。また、達成度 0（全く達成していない）も存在していた。

表 23 学習ニーズの達成度 スタッフ n=1051(人)

学習ニーズ達成度	0%	1-10%	11-20%	21-30%	31-40%	41-50%	51-60%	61-70%	71-80%	81-90%	100%
	103	210	155	178	55	238	48	26	32	1	5

【3-15】スタッフの学習が進められない要因

スタッフに対し、がん看護に関する学習が進まない要因を尋ねた結果、最も多かったのは「費用をかけたくない」であり、次いで「支援がない（時間）」「支援がない（費用）」など、個人の負担や環境要因が大きく影響していることが明らかとなった（表 24）。

表 24 がん看護学習が進まない要因 スタッフ n=1051(人)

学習が進まない要因	費用をかけたくない	支援がない（時間）	支援がない（費用）	学習する機会がない	学習する場所がない	時間をかけたくない	研修に行くと言にくい
思う	440	406	402	251	231	169	165
少し思う	472	401	337	445	426	474	234
あまり思わなし	94	194	218	246	275	309	396
思わない	45	50	94	109	119	99	256

【第4章】考察

本研究は、訪問看護ステーションに勤務する管理者およびスタッフを対象に、背景属性、施設特性、がん患者への支援内容、支援に伴う負担、拠点病院との連携、そして学習ニーズを包括的に調査したものである。これらの結果を、在宅看護の構造的特性、専門性蓄積の困難性、学習環境の制約、病院との連携不全の構造的要因の観点から検討する。その結果を以下に考察する。

【4-1】配布数及び回答数

本研究では、近畿厚生局に登録されている訪問看護ステーション 2270 施設に調査依頼紙を送付し、2213 施設に配布が完了した。配布完了率は高く、二次医療圏ごとの配布率も 96～98%台で安定しており、調査対象の偏りが少なく、地域全体の訪問看護ステーションを網羅的に対象とできたことを示し、サンプリングバイアスが小さいと評価できる。訪問看護領域の調査では、事業所の小規模性や業務多忙により調査協力が得られにくいことが指摘されている。本研究でも医療圏ごとに回答数のばらつきがみられたが、高い配布完了率が確保されており、いずれの医療圏でも回答が得られていることから、今回の回答数は訪問看護領域の調査として十分な規模であると考えられる。

【4-2】在宅看護の構造的特性とがん看護の負担感

本研究では、管理者・スタッフともに看護師経験は長い一方、訪問看護経験は 1～10 年の層が中心であり、訪問看護特有の判断力を蓄積する前に管理者や実践の中心を担う構造が示された。訪問看護は、病院とは異なり看護師が単独で臨床判断を行う場面が多い^{11) 12)}。特にがん患者では、疼痛・呼吸困難・不穏など症状変動が急激であるため、訪問看護師は不確実性の高い状況で独立した判断や高度なアセスメントが求められる¹³⁾。病院では医師や多職種が常に近くにいるため判断が分散されるが、在宅では看護師が唯一の医療者であることが多く、判断の責任が集中する。臨床経験では対応できない訪問看護特有の経験が少ないスタッフで構成される組織では判断負担が個々の看護師に集中しやすく心理的負担や不安が増大しやすいと考えられる。

さらに、訪問看護ステーションの主傷病は循環器疾患・精神疾患・神経疾患が中心であり、がん患者の利用割合は 1～9%が最多で、0%の施設も一定数存在した。これは、2022 年に厚生労働省の調査の結果では精神および行動の障害、神経系の疾患が過半数を占め、主傷病名が悪性新生物である訪問看護利用者は比較的少ない傾向と一致している¹⁴⁾。がん患者の受け入れが少ない施設では、がん看護に必要な判断力や専門性が蓄積されにくく、負担感の増大につながる。

加えて、在宅は生活の場であり、患者の身体的苦痛だけでなく、患者・家族の不安や葛藤などの感情が看護師に直接向けられる。特にがん患者の終末期では、家族の意思決定支援や看取りの調整が必要となり、看護師は医療者であると同時に家族支援者としての役割

も担っている。このことから、在宅看護は医療・生活・感情が交絡し、病院看護とは質的に異なる負担構造を持つと考えられる。Fengら（2024）は、感情労働がバーンアウトや離職意向に影響することを示しており¹⁵⁾、訪問看護師は単独で患者・家族と自宅など家庭環境で密接に関わり感情労働を担うため負荷が大きい。

病院で看護経験を積んだ看護師であっても、訪問看護の特徴的な部分であり、訪問看護経験の浅いスタッフでは、がん看護経験の不足と相まって心理的負担を高める要因となり得る。特にがん患者が少ない施設では、経験を蓄積する機会が限られるため、がん看護に必要な判断力を育成する仕組みが必要である。

【4-3】専門性が蓄積されにくい構造的背景

本研究の回答施設は、がん患者の利用割合が全体として低く、AYA世代がん患者の看護経験は更に限られていることが明らかになった。これは、個々の看護師の努力の問題ではなく、訪問看護制度の構造的特徴によって専門性の蓄積が阻害されていることを示している。

第一に、訪問看護ステーションは小規模事業所が多いことが挙げられる。

本研究では管理者回答の85%が看護職員2～10名の小規模事業所であった。訪問看護ステーションの多くが常勤換算5人未満で運営されており¹⁶⁾、小規模事業所では、24時間対応や急変時対応を維持しながら高度ながん看護を提供することは困難である。症例経験が偏在する。その結果、がん患者の受け入れ数が限定的になり、がん看護に必要な症例経験が偏在する構造が生じる。がん患者の利用割合が少ない施設では、看取りや急変対応だけでなく、がん治療を継続しながら在宅療養する患者の支援、症状緩和、意思決定支援、家族ケアなど、がん看護に特有の実践経験を積む機会が限られる。藤本ら（2021）が示すように、専門的実践知は経験の蓄積によって獲得される¹⁷⁾が、症例数が少ない環境では学んだ知識を次の症例で活かす機会が得られず、専門性が蓄積されにくい。

第二に、専門看護師（CNS）や認定看護師（CN）が訪問看護ステーションに少ないことも専門性の蓄積を阻害している。本研究では、訪問看護ステーションに所属する専門看護師・認定看護師は極めて少なかった。一方で、2024年に筆者が実施した大阪府がん診療連携拠点病院66施設の調査では大阪府内の拠点病院66施設には、専門看護師151（2022年度大阪府登録数の59.2%）、認定看護師A課程795名（2022年度大阪府登録数の59.2%）、B課程182名（2022年度大阪府登録数の72.5%）が集中していることが明らかとなった。これは、大阪府内に存在する専門・認定看護師の相当数が病院に偏在していることを示すものである。専門・認定看護師は病院内で教育・コンサルテーション・チーム医療など多岐にわたる役割を担っており、在宅領域へ人材を供給する余力が乏しい。この偏在は、訪問看護師が必要と感じている高度ながん看護能力（症状緩和、意思

決定支援、精神的ケアなど) に対し身近に相談できる専門職が不在であることを意味する。認定看護師教育課程の長期化により、小規模事業所で働きながら資格取得を目指すことはさらに困難となっている。以上より、訪問看護師ががん看護の専門性を蓄積しにくい背景には、症例数の少なさ、小規模事業所の構造、専門職の偏在という複数の構造的要因が存在する。本研究で「同行訪問」「専門職への相談」が強く求められたことは、専門性を“内部で育てる”ことが構造的に困難であるため、“外部からアクセス可能な形で提供してほしい”という現場の切実なニーズを反映している。

以上より、訪問看護師ががん看護の専門性を蓄積しにくい背景には、症例数の少なさ、小規模事業所の構造、専門職の偏在という複数の構造的要因が存在する。

【4-4】学習環境の制約

訪問看護師の97.1%が学習ニーズを有していた一方、学習経験があると回答したのは54.3%にとどまり、達成度50%以下が79.5%を占めた。これは、学習意欲と学習機会の間には大きな乖離があることを示す。

訪問看護は単独訪問・24時間対応・緊急訪問など業務負荷が高く、学習時間の確保が困難である。先行調査では、時間外対応や休日対応、夜間訪問などもあり管理者も訪問に入らざるを得ない体制など、訪問看護の業務負荷が極めて高いことが示されている^{18) 19)}。

管理者の支援は「良い研修があれば勤める」とどまり、勤務時間内の学習保障や費用助成は限定的であった。スタッフが挙げた阻害要因には「代替要員がない」「費用負担が重い」など、個人では解決できない構造的制約が多かった。日本看護協会の調査でも、研修に出せない(人員不足)、研修プログラムがない/活用できない、研修予算がない、時間外研修は家庭事情で参加困難など、同様の課題が存在することが示されている¹⁶⁾。

厚労省資料でも、24時間体制の負担の大きさ、人材不足による研修参加の困難さ、ICT活用や研修体制の地域差が指摘されており¹⁸⁾、訪問看護師の学習環境は個人任せになりやすい。結果として、訪問看護師の学習は“自己犠牲型”になりやすく、学習ニーズの高さに対して学習機会が十分に保証されていない現状が明らかとなった。

【4-5】病院との連携不全

訪問看護師は、拠点病院との連携において【退院前カンファレンスの質・タイミング】【退院後の支援体制】【情報共有の不足】を課題として挙げた。

先行研究では、病院看護師が在宅ケアの視点を持っていない、退院後の生活をイメージできない、社会資源の知識が不足していると指摘している¹⁹⁾。病院看護師と訪問看護師の連携については、急性期医療を担う病院と生活を基盤とする在宅医療は活動領域が異なるため、それぞれの価値観や看護感を基盤とし不十分なコミュニケーションや先入観によって【病院と在宅は2つの別世界】と表現されるギャップが生じる²⁰⁾。本研究でも、情報共有の不足や連携の温度差が指摘され、訪問看護師が在宅での判断に必要な情報

を十分に得られていないことが明らかとなった。

特に、症状緩和の方針、治療経過の見通し、ACPの進行状況、家族の理解度などは在宅ケアの質を左右する重要な情報であるが、これらが共有されていないことが負担感の背景にある。厚生労働省の「がん診療連携拠点病院整備指針」では、拠点病院は集学的治療・緩和ケア・ACP・症状緩和の方針を整理し、地域に共有する責務を負うとされている。しかし、本研究の結果は、制度上は求められている連携が、現場レベルでは実現していないというギャップを示した。

【4-6】訪問看護師が必要と感じていることの本質

本研究では、訪問看護師ががん看護を实践するうえで「必要である」と回答した項目は、症状アセスメント、症状コントロール、がん患者および家族への精神的ケア、意思決定支援など、がん看護の核心に位置する高度な判断力と対人支援能力であった。これらは単なる知識の不足を示すものではなく、訪問看護という実践環境において不可欠な“実践基盤”を構成する要素である。訪問看護師がこれらの能力を必要と感じる背景には、前節までに示した複数の構造的課題が影響している。

第一に、訪問看護は単独訪問が基本であり、がん患者の急激な症状変化や不確実性の高い状況に対して、看護師が単独でアセスメントし対応する必要がある。病院のように多職種が関与できる環境とは異なり、判断の責任が個々の看護師に集中するため、症状アセスメントや症状緩和に関する高度な判断力が不可欠となる。

第二に、訪問看護ステーションの小規模性とがん症例の偏在により、がん看護に特有の症状変化、終末期の意思決定支援、家族ケアなどの経験を蓄積する機会が限られている。経験の蓄積が難しい構造の中で、訪問看護師はがん看護に必要な専門性を自施設内で補完することが困難であり、結果として「知識」「判断力」「精神的ケア能力」などの必要性を強く感じる状況が生じている。

第三に、訪問看護師は患者だけでなく家族の不安・葛藤・悲嘆と向き合う感情労働を担っている。特に終末期やAYA世代のがん患者では、家族支援や意思決定支援の複雑性が増し、精神的ケアの必要性が高まる。これらの支援は高度なコミュニケーション能力や倫理的判断を伴うため、訪問看護師は「精神的ケア」「家族支援」「意思決定支援」を重要な学習領域として認識している。

第四に、退院前後の情報共有の不十分さや病院と在宅の価値観ギャップにより、訪問看護師は在宅での判断に必要な情報を十分に得られていない。症状緩和の方針、治療経過の見通し、ACPの進行状況など、在宅でのケアの質を左右する情報が不足しているため、訪問看護師は「情報共有」「連携体制」「相談できる専門職の存在」を強く必要としている。

以上より、訪問看護師が必要と感じていることの本質は、①高度な判断力（症状アセスメント・症状緩和・意思決定支援）、②精神的ケア・家族支援などの対人支援能力、③在宅での判断を支える情報基盤（退院前後の情報共有・方針の明確化）、④専門性にアクセスできる仕

組み（相談体制・同行訪問・カンファレンス）の4領域に整理できる。

これらは、個人の学習ニーズではなく、地域全体で整備すべき基盤的要素である。訪問看護師が必要と感じていることは、地域のがん看護の質を担保するための“構造的ニーズ”であり、個人努力では解決できない領域である。

訪問看護師が必要と感じていることは、地域におけるがん看護の質を担保するために整備すべき基盤そのものであり、がん看護の資質向上と実践の均霑化を図るためには、拠点病院を中心とした地域全体の連携・教育・専門性循環の仕組みづくりが不可欠である。

【第5章】結論

大阪府域の訪問看護師は、がん看護に関する高い学習ニーズを有しているが、症例数の少なさ、学習機会の不足、連携体制の課題など、構造的要因により専門性を蓄積しにくい状況にある。がん看護の資質向上と実践の均てん化を図るためには、拠点病院と地域をつなぐ連携体制の強化、訪問看護師の学習を保障する仕組みづくり、専門性を循環させる地域全体の教育モデルの構築が求められる。

【第6章】章 文献

1. 厚生労働省(2022年),令和3年(2021)人口動態統計(確定数)の概況,
2026年3月1日閲覧,参照先:厚生労働省厚生労働統計一覧
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/index.html>
2. 国立がん研究センター(2023),がんの統計 2023
2026年3月1日閲覧,参照先:がん情報サービス,
http://ganjoho.jp/public/ga_links/report/statistics/2023_jp.html
3. e-Stat(2023),人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡,2025年6月5日閲覧,
参照先:政府統計の総合窓口,<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411652>
4. 厚生労働省(2023年8月1日),がん診療連携拠点病院等の整備について,
2026年3月1日閲覧,参照先:がん対策情報 がん診療連携拠点病院等,
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunituite/bunya/kenkou_iryuu/gan/gan_byoin.html
5. 厚生労働省(2025),就業保健師・助産師・看護師・准看護師,2026年3月1日閲覧,
参照先:令和4年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/22/dl/kekka1.pdf>
6. 大阪府訪問看護ステーション協会(2025),2021年訪問看護実態調査報告書,
2025年6月5日閲覧,参照先:一般社団法人大阪府訪問看護ステーション協会,
https://daihoukan.or.jp/committee/jittaichosa_iinkai/oosakahoumonkangotyousa2023/
7. 厚生労働省(2023),社会保険審議会介護給付費分科会(第220回)資料,
2025年6月5日閲覧,参照先:訪問看護,

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001123919.pdf>

8. 徳岡良恵,林田裕美,他: 進行・再発治療器のがん患者・家族に対する訪問看護師の看護実践上の困難と学習ニーズ,日本がん看護学会誌,30(1),p45-53,2016.
9. 竹ノ内直子,後藤裕明: 終末期に在宅療養生活を送る小児がん患者と家族へ支援を行う上での訪問看護師の困難及びニーズ,日本小児血液・がん看護学会誌,59(2),p167-174,2022.
10. 守田弘美,本田裕子,他: 当科での小児がん患者に対する終末期在宅医療の取り組み,日本小児血液・がん看護学会雑誌 57(3),p275-280,2020.
11. 木下由美子: 実践者が考える訪問看護の専門性 在宅看護学教育の基礎的資料として,訪問看と介護, 10(4), 318-325,2005.
12. 仁科祐子,谷垣静子,乗越千枝: 鳥取県内の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師の仕事に対する思い—自由記述の分析より明らかとなった肯定的思いと否定的思い—,米子医誌, 60(2), 53-65, 2009.
13. Mitra Mousavi Shabestari et al : Nurses' perception of uncertainty in clinical decision-making: A qualitative study, Heliyon 10, e36228,2024.
14. 厚生労働省 (2023) ,訪問看護参考資料,2026年3月1日閲覧,
参照先 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001103292.pdf>
15. Hanbo Feng, Meng Zhang et al : The Level and Outcomes of Emotional Labor in Nurses: A Scoping Review, Journal of Nursing Management Volume 2024.
16. 公益社団法人 日本看護協会,地域における訪問看護人材の確保・育成・活用策に関する調査研究事業 報告書,平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業, 2026年4月1日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136673.pdf>
17. 藤本学,島村美香 他: 熟達看護師と熟達前看護師の看護実践知に対する認識の差異,日本看護科学会誌, 41, p796-805, 2021.
18. 中島朋子(2025) : 在宅医療、医療・介護連携における訪問看護の役割と課題,第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ, 2026年4月1日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001567405.pdf>
19. 牛久保美津子,近藤浩子 他: 退院後の暮らしを見据えた病院看護職員育成のための現状と課題-病院管理者等へのグループインタビューから-,日本プライマリ・ケア連合学会誌,40(2),p67-72,2017.
20. Helle Vendel Petersen et al : "It is two worlds" cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study, Journal of Clinical Nursing,28,P1999-2008,2019.
21. 原口道子,松田千春: 病院看護師と訪問看護師の看護連携による在宅療養支援指標の

開発,日本在宅ケア学会誌,29(1),p132-142,2025.

22. 内田史江, 谷垣静子: 在宅療養がん患者のターミナル期における訪問看護支援に影響を及ぼす要因の検討, 日本看護科学会誌, 38, p124-132,2018.

23. 佐々木純子,難波峰子,二宮一枝: 訪問看護ステーション管理者の管理実践上の困難, 日本地域看護学会誌,17(2): p10-17,2014.

24. 佐々木純子,難波峰子,二宮一枝: 訪問看護ステーション管理者のワーク・エンゲイジメントとその関連要因,岡山県立大学保健福祉学部紀要,21(1),p 35-43,2014.

【第7章】章 謝辞

大阪府下の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師および管理者、訪問看護ステーション協会、大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課、大阪府がん診療連携協議会がん看護部会をはじめ本研究にご協力いただきました皆様に感謝申し上げます。

なお本研究は、公益財団法人がん研究振興財団の助成を受けて行った研究である。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない