

## はしがき

我が国の特別養護老人ホームにおいては、入所（居）者の高齢化がますます進み、心身の疾病や障害が重度化し、ケアの困難さが増してきている。

このような特別養護老人ホームにおいては、入所（居）者の医療ケアと生活ケアも包含した全体的なケア提供を、資源を活用し、かつケア提供者の専門性を活かした連携・協働の上で看護職が中心になってなされていくことが必要であると考えます。

本研究班は、これからの特別養護老人ホームにおけるケアの提供方法や体制といったケア管理のあり方を提言することをねらいとし、看護職と介護職によるケア業務の現状を明らかにするために実態調査を行った。

本報告は、平成 20 年度看護職のケア業務の実態と 21 年度看護職および介護職によるケア業務の実態を明らかにした結果をまとめて報告、提言するものである。

本調査にあたり、お忙しい中をご協力いただいた施設、看護職リーダー、介護職リーダーの皆様にご心から感謝申し上げます。

調査票作成にあたり、貴重な助言をいただいた看護専門家の皆様、施設紹介の労を取っていただいた大学教員の皆様に御礼申し上げます。

調査票の送付・回収・集計作業を委託した(株)山手情報処理センターには、迅速な対応に感謝申し上げます。

平成 20, 21 年度 厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業）

日本老年看護学会 介護施設の看護職におけるケア管理研究班

中島紀恵子 太田喜久子

平成 22 年（2010）年 3 月

【研究組織】：平成 20 年度

(所属は当時のもの)

研究代表者：太田喜久子 (慶應義塾大学)

研究委員：中島紀恵子 (日本看護協会 看護研修学校)

高橋龍太郎 (東京都老人総合研究所)

奥野 茂代 (京都橘大学)

小野 幸子 (岐阜県立看護大学)

牛田 貴子 (信州大学)

桑田美代子 (青梅慶友病院)

杉本 知子 (神奈川県立保健福祉大学)

諏訪さゆり (認知症介護研究・研修東京センター)

段 亜梅 (兵庫大学看護学科)

得居みのり (姫路聖マリア病院)

平木 尚美 (兵庫医療大学)

松本佐知子 (寿泉堂総合病院)

丸尾 敦子 (近大姫路大学)

古川 直美 (岐阜県立看護大学)

古田さゆり (岐阜県立看護大学)

川喜田恵美 (慶應義塾大学)

増谷 順子 (慶應義塾大学)

【研究組織】：平成 21 年度

研究代表者：太田喜久子 (慶應義塾大学)

研究委員：中島紀恵子 (日本看護協会 看護研修学校)

高橋龍太郎 (東京都健康長寿医療センター)

奥野 茂代 (京都橘大学)

小野 幸子 (宮城大学)

牛田 貴子 (信州大学)

桑田美代子 (青梅慶友病院)

杉本 知子 (神奈川県立保健福祉大学)

諏訪さゆり (認知症介護研究・研修東京センター)

段 亜梅 (兵庫大学)

得居みのり (姫路聖マリア病院)

平木 尚美 (兵庫医療大学)

松本佐知子 (湯浅報恩会寿泉堂総合病院)

藤田 敦子 (近大姫路大学)

坪井 桂子 (岐阜県立看護大学)

川喜田恵美 (慶應義塾大学)

増谷 順子 (慶應義塾大学)

調査集計作業委託先：(株)山手情報処理センター

# 平成 20, 21 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業）

## 介護施設の看護職におけるケア管理に関する調査研究事業報告書

### 要約

#### 目的

特別養護老人ホームにおけるケア管理のあり方について提言することをねらいとし、特別養護老人ホームにおける看護職および介護職によるケア業務の実態を明らかにすることを目的とする。

#### 方法

特別養護老人ホームの看護職と介護職を対象とし、質問紙を用いた実態調査を行った。調査票郵送先は、看護系大学老年看護学担当教員の紹介と WAMNET により抽出した 700 施設である。調査対象者は各施設の看護職リーダーと介護職リーダーである。調査票は調査班で作成し、施設長宛郵送した。調査票は対象者が無記名回答後、返信用封筒を用いて返送した。研究代表者 1 名と研究委員 17 名からなる班会議を設置して調査内容や分析の検討を行い、調査票の送付・回収・集計作業は業務委託した。

#### 結果とまとめ

1. 調査票は回収数 397、有効回答数 392（有効回答率 56.0%）であった。
2. 調査施設の概要はほぼ全国の施設の実態を反映するものであった。看護職リーダーの背景、職員配置数、看取りの方針とケア管理の関連について多角的に分析した。
3. 看護職リーダーは 50 歳代、介護職リーダーは 30 歳代が多かった。特別養護老人ホームで働くことにした動機・経緯では、「高齢者ケアへの興味」と答えた割合が、両職とも最も高かった。
4. 組織ラインから職段階別にみると看護職、介護職がおかれている位置は、「3 段目の位置」が最も多く、組織的に両職は「横の系列関係」にあるというのが多くみられた。
5. 入所（居）者の経過による看護職の関与は、急変時の対応が最も高く、看取り時のケア、日々のケア、入所（居）時のケア、退所時のケアの順となった。この中で他職種との役割分担とその理由の実態を把握した。
6. ケア場面（①食事、②排尿、③排便、④生活リズム、⑤認知症に伴う行動・心理症状、⑥バイタルサイン）における看護職と介護職の 4 行為（判断、ケア方針、ケア行為、行為の評価）が、入所（居）者の体調変化の 4 事象（「自立して安定している時」「ほぼ自立しているが変化の兆しがある時」「変化が繰り返されている時」「体調が悪化している時」）によりどのように変化するかその実態を記述した。変化があり、体調悪化時は看護職が中心となりながら、状態に応じて看護職と介護職が協働・連携し、互いの役割をとっていた。
7. 看護職は医療的ケアを中心とした多岐にわたる業務を重層的に実施していた。現実の業務と看護職としてすべき業務との間に認識のずれが見られた。
8. 医療的ケアにおける 6 行為（観察、判断、実施、記録、異常時の医師への報告、本人・家族への説明と同意）における看護職と介護職の実施、連携の状況を分析した。

これらの結果に基づき、考察、提言を述べた。

# 介護施設の看護職におけるケア管理に関する調査研究事業

## 目次

I. はじめに	1
II. 研究目的	1
III. 調査方法	1
IV. 結果	3
第1節 研究協力施設, 看護職・介護職リーダーの特性とケア管理	3
1. 研究協力施設の概要	3
2. 看護職・介護職リーダーの特性	8
3. 看護職とケア管理	20
4. 看取りの方針とケア管理	26
5. 看護職と介護職の配置状況	28
6. まとめ	34
第2節 看護職の活動と協働	38
1. 入所(居)者の経過別にみた看護職の関与	38
2. 入所(居)時のケア	38
3. 退所時のケア	43
4. 日々のケア	45
5. 急変時のケア	48
6. 看取り時のケア	50
7. まとめ	52
第3節 入所(居)者の体調の変化と看護職・介護職のケア関与	55
1. 食事ケア	55
2. 排尿ケア	60
3. 排便ケア	64
4. 生活リズムケア	68
5. 認知症に伴う行動・心理状態へのケア	72
6. バイタルサインに関するケア	77
7. 医療的ケア	82
8. まとめ	86

第4節. 看護職の日課業務の特徴	88
1. 日常的に実施している業務の特徴	88
2. 必ず実施すべきと思う業務の特徴	92
3. 【日常的に実施している業務】と【必ず実施すべきと思う業務】との比較	93
4. まとめ	96

## V. 考察および提言

1. 研究協力施設, 看護職・介護職リーダーの特性とケア管理	100
2. 看護職の活動と協働	104
3. 看護職の日課業務の特徴	105
4. 入所(居)者の体調の変化と看護職・介護職のケア関与	107
5. 提言	109

## 資料

看護職リーダー用調査票、介護職リーダー用調査票

## I. はじめに

我が国の特別養護老人ホームにおいては、入所（居）者の高齢化がますます進み、心身の疾病や障害が重度化し、ケアの困難さが増してきている。特別養護老人ホームの看護の実態については、1985年東京都老人総合研究所看護学研究室による調査や、1990年日本看護協会調査研究室による調査などが行われている。2003年、2004年には特別養護老人ホームにおける看護サービスのあり方検討会が開かれ、医療ケアについては2008年厚生労働省が実態調査を実施している。

最近の特別養護老人ホームの入所（居）者の高齢化、重度化の実態を踏まえると、入所（居）者の日々の生活の中で、入所（居）者の健康の変化を予測・予防したケア、変化を最小にとどめるようなケア、重度化した状態へのケア、生涯を全うできるための看取りのケアなどさまざまな健康の変化に対応できるケアを提供することが求められている。このような複雑な対応を日常的に実施していくためには、入所（居）者の医療ケアと生活ケアも包含した全体的なケア提供を、資源を活用し、かつケア提供者の専門性を生かした連携・協働の上で看護職が中心になってなされていくことが必要であると考えられる。

本研究班は、このような特別養護老人ホームの背景を踏まえ、看護職と介護職によるケア業務の現状を明らかにするために実態調査を行った。これを基に、これからの特別養護老人ホームにおけるケアの提供方法や体制といったケア管理のあり方を提言することをねらいとして活動している。

本論は、実態調査の第一報における看護職によるケア業務の実態を明らかにした結果と第二報における看護職と介護職によるケア実態を明らかにした結果をまとめ、特別養護老人ホームにおけるケア管理のあり方についての提言を報告するものである。

## II. 研究目的

特別養護老人ホームにおけるケア管理のあり方について提言することをねらいとし、本調査は、特別養護老人ホームにおける看護職および介護職によるケア業務の実態を明らかにすることを目的とする。

## III. 調査方法

1. 研究対象者：特別養護老人ホームの看護職および介護職リーダー、1施設各1名である。  
特別養護老人ホームは下記条件を満たすところとした。
  - a. 開設して3年目以上の施設（施設の規模は問わない）
  - b. 施設長から調査協力の同意が得られる可能性の高い施設
  - c. 調査協力の同意が得られる看護職および介護職リーダーのいる施設
2. 調査方法および内容：
  - 1) 看護系大学の老年看護学担当教員宛に、上記条件を満たす3～5施設の紹介と回答を依頼した。
  - 2) 老年看護学担当教員より紹介のあった施設の施設長宛に、研究協力依頼書と調査票、返信用封筒を郵送した。
  - 3) 福祉保健医療情報 WAMNET より上記条件を満たす施設を無作為に抽出し、施設長

宛、調査依頼を行った。

- 4) 調査票は、調査班で検討し作成した。調査票は、ケアの実態調査、看護職および介護職基本調査から成っており、本報告ではケアの実態調査と看護職および介護職基本調査結果を用いている。
- 5) 看護職および介護職リーダーは、調査票回答後、返信用封筒を用いて調査票を返送した。

### 3. 分析方法

- 1) (1) 看護職・介護職リーダーの背景と研究協力施設の特性、(2) 看護職の活動と協働の実態、(3) 看護職・介護職のケアの実態調査、(4) 看護職の日課業務の特徴について、項目ごとまた項目間の関係を基本統計分析手法—単純集計、クロス集計、ピアソンのカイ二乗検定等を用いて分析した。
- 2) 専門家（特別養護老人ホームの経験ある看護職リーダー）から調査結果についての意見を取り入れ、解釈の妥当性を高め、特別養護老人ホームの看護のあり方についての考察に生かした。
- 3) 調査期間：平成 20 年 4 月～平成 22 年 3 月

### 4. 倫理的配慮

施設長宛に、研究協力依頼書を郵送し、施設長から、看護職および介護職リーダーに研究協力依頼書と調査票を渡していただいた。看護職および介護職リーダーからは匿名による調査票を郵送で回収するため、同意書はとらず、調査票への回答により研究協力への承諾が得られたこととした。施設長、看護職および介護職リーダー、それぞれへの研究協力依頼書に、研究協力は自由意志によること、拒否しても不利益はないことを明記した。

## IV. 結果

大学教員による紹介施設 399 と WAMNET から無作為抽出した施設 301 の計 700 施設に調査票を発送した。調査票の回収数は 445、そのうち有効回答数は 441（有効回答率 63.0%）であった。この協力施設数は、全国の特別養護老人ホームの施設数（平成 19 年度 10 月）5,892 施設<sup>1)</sup>の、6.7%にあたる。

結果は、1. 看護職・介護職リーダーの背景と研究協力施設の特性、2. 看護職の活動と協働の実態、3. 入所（居）者の体調の変化と看護職・介護職のケア関与、4. 看護職の日課業務の特徴の実態調査について述べる。

### 第 1 節 研究協力施設、看護職・介護職リーダーの特性とケア管理

#### 1. 研究協力施設の概要

本調査結果のうち、可能なものは全国全数調査の値と比較して表記した。全国調査データとして使用したのは、厚生労働省介護サービス施設・事業者調査結果<sup>1)</sup>である。公表されている最新値（平成 19 年度 10 月 1 日）を利用した。そのため本調査とは約 1 年半の差がある。

この結果、研究協力施設の概要は全国の傾向とほぼ同じであり、この調査結果が特別養護老人ホームのケア管理の現状を示していると考えられる。

研究協力施設の概要の結果は、(1) 研究協力施設の状況、(2) 施設長、看護・介護職員の状況、(3) 入所（居）者の状況、(4) ケア提供・医療提供の方針、体制、(5) 夜間・休日の看護対応、医師対応体制、(6) ケアの指針・マニュアル、(7) 入所（居）者の制限について、以下に記述する。

##### 1) 研究協力施設の状況

###### (1) 所在地

表 1-1 のように分布しており、やや東海・北陸が多いが、全国傾向と大きな違いはなかった。

表 1-1. 所在地

n = 392

	施設数	北海道・東北	関東・甲信越	東海・北陸	近畿	中国・四国	九州・沖縄
調査 実数	392	45	137	101	50	19	40
率	100.0	11.5	34.9	25.8	12.8	4.8	10.2
全国 実数	5892	860	1773	751	919	752	837
率	100.0	14.6	30.1	12.7	15.6	12.8	14.2

###### (2) 開設主体

全国の傾向と大差なく、ほとんどが社会福祉法人 87.5%であった。（全国 91.3%）

###### (3) 開設年

1953～1980 年が 66 施設（16.8%）、1981～1990 年が 62 施設（15.8%）、1991～2000 年が 136 施設（34.7%）、2001 年以降が 109 施設（27.8%）、無回答 19 施設（4.8%）で、平均すると開設から 16.3 年経過していた。介護保険法施行以後に開設した施設は、1/4 強であった。

注 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成 19 年介護サービス施設・事業所調査結果概況、平成 21 年度 1 月 23 日厚生労働省発表



#### (4) 入所（居）定員数

入所（居）定員数でみると、表 1-2 のように、本調査の方がやや 60 人未満の小規模施設が少なく、60～99 人の中規模施設が多い傾向にあった。

表 1-2. 入所（居）定員数 n = 392

	施設数	60人未満	60～99人	100人以上	無回答
調査 実数	392	134	182	73	3
率	100	34.2	46.4	18.6	0.8
全国 実数	5892	2715	2176	1001	0
率	100	46.1	36.9	17	0

$\chi^2 = 21.000$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$

#### (5) 居室形態

「ユニット型」「一部ユニット型」「その他」に分類した。表 1-3 のように、「ユニット型」および「一部ユニット型」がやや多い傾向であった。調査期間の 1 年半の違いが反映しているかもしれないが、「ユニット型」の普及は進み、調査時点で 1/5 の施設が導入していた。

本調査の協力施設の方が、国内施設全数と比べてユニット型の居室形態をとる施設が多く、従来型を含むその他は少ない。

表 1-3. 居室形態 n = 392

	施設数	ユニット型	一部ユニット型	その他	無回答
調査 実数	392	82	55	246	9
率	100.0	20.9	14.0	62.8	2.3
全国 実数	5892	932	507	4453	0
率	100.0	15.8	8.6	75.6	0

$\chi^2 = 26.443$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$

#### (6) 短期入所（居）の併設と定員

98.5%と、ほとんどの施設が短期入所（居）を併設していた。定員の平均は 13.8 人、調査時点での入所（居）者の平均は 12.4 人であった。

### 2) 施設長、看護・介護職員の状況

#### (1) 施設長の職種

「その他」が 41.6%と最も多く、多彩な経歴を持つ施設長が多かった。また「社会福祉職」が 40.8%と専門職種の中ではそのほとんどであり、「看護職」7.7%、「介護職」3.1%、「医師」1.8%と、他の専門職はごく少数であった。

#### (2) 看護・介護職員

看護職員一人当たりの入所（居）者数は平均  $19.3 \pm 8.0$  人、介護職員一人当たりの入所（居）者数は平均  $2.9 \pm 1.2$  人で、全国値の看護 19.5 人、介護 2.5 人と比べると、やや介護職員一人当たりの入所（居）者数が多い傾向であった。いずれもばらつきは大きく、施設間に差があった。

また、職員数に占める常勤数の割合をみると、看護職員では  $76.4 \pm 21.3\%$ 、介護職員では  $75.9 \pm 17.1\%$  で、両職種がほぼ同じ割合を示した。またいずれもこのばらつきが大きく、施設間に差があった。

### 3) 入所（居）者の状況

#### (1) 介護度別にみた入所（居）者の構成割合

表 1-4 のように、本調査結果は、全国調査の傾向とほとんど同じで、要介護 4、要介護 5 それぞれ、入所（居）者の約 1/3 をしめた。

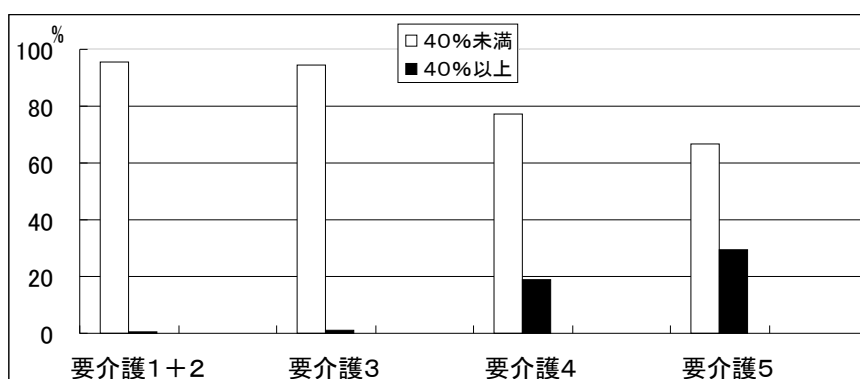
表 1-4. 要介護度別にみた入所（居）者の構成割合 n = 392

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
調査	割合	100	3.1	8.8	21.3	32.6
全国	割合	100	3.9	9.8	21.2	32.3

#### (2) 介護度別の構成割合

介護度別に入所（居）者の構成割合を、40%未満と 40%以上に 2 区分し、図 1-1 に示した。介護度があがるほど、その構成割合 40%未満が減少し 40%以上が増加する。

図 1-1. 介護度別構成割合 n = 392

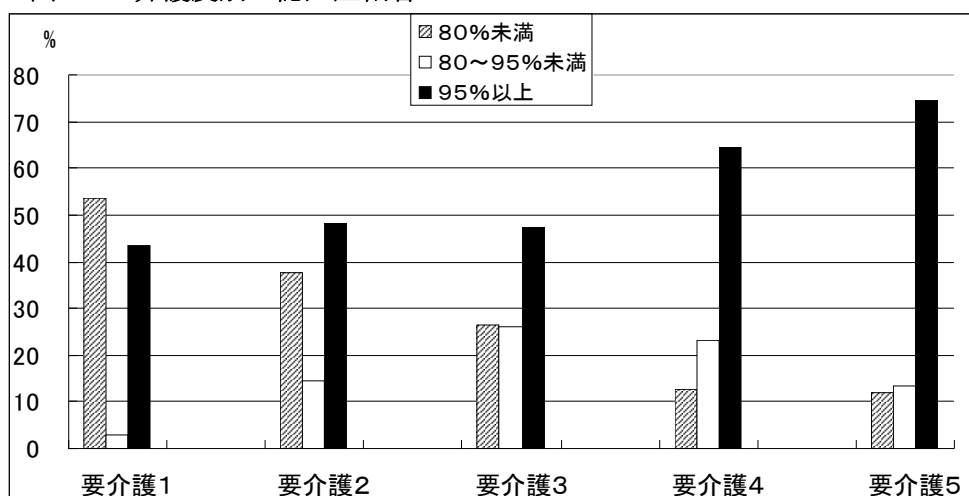


40%未満とは：調査時点において、入所（居）者数に対し、介護度人数の占める割合が 40%未満である施設の割合

#### (3) 介護度別の認知症割合

介護度別に入所（居）者の認知症高齢者割合を、80%未満、80～95%未満、95%以上に 3 区分し、図 1-2 に示した。介護度があがるほど、認知症高齢者割合 80%未満が減り、95%以上が増加する。

図 1-2. 介護度別の認知症割合 n = 392



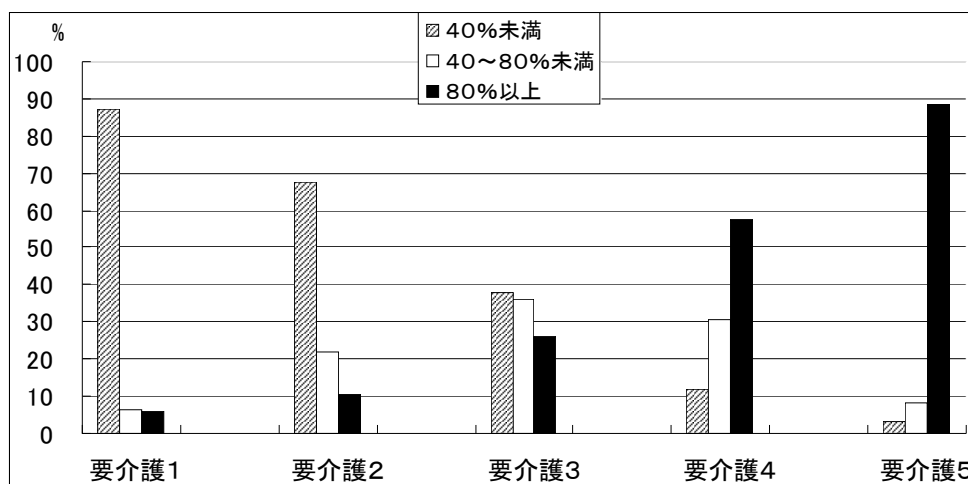
80%未満とは：調査時点において、入所（居）者数に対し、認知症高齢者の占める割合が 80%未満である施設の割合

#### (4) 介護度別のおむつ利用割合

介護度別に入所（居）者のおむつ利用割合を、40%未満、40～80%未満、80%以上に3区分し、図 1-3 に示した。介護度があがるほど、おむつ利用割合 40%未満が減り、80%以上が増加する。

図 1-3. 介護度別のおむつ利用割合

n = 392



40%未満とは：調査時点において、入所（居）者数に対し、おむつ利用者の占める割合が 40%未満である施設の割合

#### 4) ケア提供・医療提供の方針、体制

##### (1) 入所（居）者の受け持ち制

「看護・介護ともに受け持ちを固定化している」のは 94 施設（24.0%）であった。「介護職のみが固定化している」のは 225 施設（57.4%）であり、「看護職のみが固定化している」施設はほとんどなかった。「看護・介護ともに固定化していない」施設も 64 施設（16.3%）あり、施設によって受け持ち制の取り組みは様々であった。

##### (2) 短期入所（居）での受け持ち制

短期入所（居）を併設している 386 施設のうち、「看護・介護ともに受け持ちを固定化している」のは 55 施設（14.2%）であった。「介護職のみが固定化している」のは 132 施設（34.2%）であり、「看護職のみが固定化している」施設はほとんどない。「看護・介護ともに固定化していない」施設が最も多く 188 施設（48.7%）であった。一般の入所（居）と比べると、受け持ちを固定化しない傾向であった。

##### (3) 看取りの方針

「施設で看取る」のは 201 施設（51.3%）と約半数であり、「医療機関に委ねる」が 78 施設（19.9%）あった。「その他」を選んだ施設も 98 施設（25.0%）と多く、施設か病院かと二者択一する難しさをあらわしているとも考えられる。

##### (4) 重度対応加算

この「加算の算定がある」のは 266 施設（67.9%）で、「今後加算の予定」を含めると 72.0%となり、多くの施設が加算の方向を示していた。

##### (5) 看取り介護加算

この「加算の算定がある」のは 212 施設（54.1%）で、「今後加算の予定」を含めると 62.3%となり、6 割以上の施設が加算の方向を示していた。

## (6) 訪問看護の導入

訪問看護の「導入あり」は、わずかに 16 施設 (4.1%) で、ほとんどが「導入なし」であった。

## (7) 医師の常勤・非常勤別

「常勤」は 22 施設 (5.6%) で、ほとんどが「嘱託」であった。

## (8) 受診・入院などが必要な場合に利用する医療機関

「協力病院・診療所対応」が 336 施設 (85.7%) と多く、「併設の診療所・病院」は 18 施設 (4.6%) と少なかった。

## 5) 夜間・休日の看護対応、医師対応体制

### (1) 看護の夜間対応

「オンコール対応体制」が 377 施設 (96.2%) とほとんどで、「夜勤勤務対応体制」は 11 施設 (2.8%) とごく少数であった。また「オンコール対応体制」の具体的な対応は、「必要に応じて出勤」354 施設 (93.4%) で、「電話対応のみ」も 20 施設 (5.3%) 存在した。

夜間看護師の出勤が必要か否かを判断するポイントとして、「介護職だけでなく、看護職の専門的対応が必要か否かを判断して出勤する」293 施設 (74.7%)、「介護職の報告だけでは十分な判断が出来ず、詳細な観察が必要か否かを判断して出勤する」218 施設 (55.6%)、「介護職の不安緩和が必要か否かを判断して出勤する」141 施設 (36.0%) であった。

看護職が不在時の対応方法として、「マニュアルに基づき対応できるようになっている」201 施設 (51.3%)、「必要に応じて、その都度介護職に対応方法を示している」248 施設 (63.3%) であった。

### (2) 医師の夜間・休日対応

夜間は「配置医師が対応」が 159 施設 (40.6%) で、そのうち配置医師が「必要に応じて出勤する」75.5%、「電話対応のみ」17.6%であった。また夜間は「協力病院・診療所の医師が対応」が 134 施設 (34.2%) で、そのうち協力病院・診療所の医師が「必要に応じて出勤する」55.2%、「電話対応のみ」29.1%であった。

休日は「24 時間対応」が 283 施設 (72.2%) で、そのうち医師が「必要に応じて出勤する」69.6%、「電話対応のみ」20.5%であった。また「日中のみ対応」は 28 施設 (7.1%) と、わずかであった。

医師の夜間・休日に関する質問に関して、「その他」や「無回答」がそれぞれ 10~20% あり、状況による、その時々で対応するなど、原則が明確ではないことも考えられる。

## 6) 入所(居)者の制限

### (1) 医療処置の種類と受け入れ可能人数別施設の割合

医療処置 16 項目について、受け入れ可能人数を質問したところ、表 1-5 のようになった。受け入れ可能人数は、「1 人」「2~3 人」「4~9 人」「10 人以上」の 4 区分にした。ただし、各施設の定員数を考慮せずに受け入れ可能人数の回答素数のみで区分している。

受け入れ可能人数がほとんどない項目は、「人工呼吸器の管理」「中心静脈栄養」「連続携行腹膜透析」であった。受け入れ人数が比較的多いのは、「胃ろう造設」「膀胱留置カテーテル」であった。「酸素療法」「経鼻経管栄養」「ストマ(便・尿路)造設」「インスリン注射」の 4 項目は、施設により、受け入れ可能人数に差がみられた。これら 4 項目は、施

設の体制やケア方針などを反映する指標となる可能性がある。

表 1-5. 医療処置の種類と受け入れ可能人数別施設の割合 (%) n = 392

	項目	1人	2人~3人	4人~9人	10人以上
＜呼吸管理＞	酸素療法	8.4	25.0	8.8	1.8
	人工呼吸器の管理	0.5	0.5	0.0	0.0
	気管切開のケア	7.4	4.4	1.3	0.3
	気管内吸引	5.1	4.9	10.5	4.1
	ネブライザー	7.7	16.6	7.3	1.8
＜栄養管理＞	経鼻経管栄養	4.1	13.8	13.0	6.1
	胃ろう造設	0.3	10.4	35.5	21.9
	経腸栄養	5.1	5.6	5.9	2.3
	中心静脈栄養	1.5	1.5	0.0	0.0
＜排泄管理＞	膀胱留置カテーテル	5.9	9.9	36.3	7.1
	ストマ(便・尿路)造設	14.5	7.6	17.1	1.5
	導尿	9.2	13.5	10.4	0.5
＜予薬の管理＞	麻薬	6.4	5.4	1.0	0.0
	インスリン注射	8.4	32.4	14.8	2.0
＜透析のための通院＞	血液透析	7.1	4.9	0.8	0.0
	連続携行腹膜透析	1.8	0.8	0.3	0.0

(2) 入所(居)可否の最終決定における看護職判断の影響力

また入所(居)可否の最終決定において、看護職の判断がどの程度影響力を持つかについては、「非常に大きい」のは114施設(29.1%)、「まあまあ影響する」のは187施設(47.7%)、「あまり影響しない」のは79施設(20.2%)であり、ばらつきがみられる。

2. 看護職・介護職リーダーの特性

1) 年齢、性別、経験年数

調査に協力した看護職リーダーの年齢は、ほぼ半数の49.5%が50歳代で、次いで40歳代が33.4%であり、この2つの年代で8割を超えていた。一方、介護職リーダーの年齢は30歳未満と30歳代で47.9%であった。看護職リーダーと比べて介護職リーダーは、比較的若い年齢層に多い。

表 1-6. 年齢

	合計	30歳未満	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上	無回答
看護職	392 100.0%	7 1.8%	34 8.7%	131 33.4%	194 49.5%	25 6.4%	1 0.3%
介護職	441 100.0%	66 15.0%	145 32.9%	109 24.7%	112 25.4%	7 1.6%	2 0.5%

また性別をみると、女性が95.2%と圧倒的に多い看護職リーダーと、1/4強が男性である介護職リーダーというように、傾向が違っている。

表 1-7. 性別

	合計	男性	女性	無回答
看護職	392 100.0%	18 4.6%	373 95.2%	1 0.3%
介護職	441 100.0%	125 28.3%	313 71.0%	112 0.7%

通算経験年数では、看護職リーダーは 20 年以上が半数以上であるのに比べ、介護職リーダーは、5～10 年未満が 37.2%、10～15 年未満が 29.0%である。看護職リーダーはベテラン層に、介護職リーダーはいわゆる中堅層に多いといえる。

表 1-8. 通算職経験年数

	合計	5年未満	5～10年 未満	10～15年 未満	15～20年 未満	20年以上	無回答
看護職	392 100.0%	7 1.8%	19 4.8%	60 15.3%	73 18.6%	230 58.7%	3 0.8%
介護職	441 100.0%	30 6.8%	164 37.2%	128 29.0%	57 12.9%	61 13.8%	1 0.2%

介護施設での経験年数では、看護職リーダーは、10 年以上、5～10 年未満、5 年未満におおよそ 3 等分されていたのに比べ、介護職リーダーは 10 年以上が 52.4%とほぼ半数を占めていた。

通算年数と介護施設での経験年数を照合すると、介護職リーダーは勤務経験のほとんどが介護施設での勤務経験となっている。これらから、特別養護老人ホームにおける高齢者ケアは、医療機関等での臨床経験を経て介護施設での経験年数が様々な看護師リーダーと、介護施設での経験が豊かな中堅層の多い介護職リーダーのもとで実施されているといえよう。

表 1-9. 介護施設での経験年数

	合計	5年未満	5～10年 未満	10年以上	無回答
看護職	392 100.0%	97 24.7%	135 34.4%	156 39.8%	4 1.0%
介護職	441 100.0%	43 9.8%	166 37.6%	231 52.4%	1 0.2%

## 2) 取得している免許・資格（複数回答）

看護職リーダーの取得免許は、国家資格である看護師が 70.2%であった。

介護職リーダーの所有免許・資格は、国家資格である介護福祉士が 91.6%であった。同じく国家資格である社会福祉士は、介護福祉士と重複所持している者が多いと考えられる。

表 1-10. 取得免許・資格

	看護師	准看護師	無回答
看護職	275 70.2%	114 29.1%	3 0.8%

	介護福祉士	社会福祉士	ヘルパー2級	ヘルパー1級	その他	無回答
介護職	404 91.6%	20 4.5%	90 20.4%	22 5.0%	85 19.3%	4 0.9%

ケアマネジャーの資格は、看護職リーダーでも介護職リーダーでも、40%前後が取得していた。ケアマネジャー資格の所有による利点について、98 名の自由記述回答があった。約 6 割以上の人々が「介護保険制度のしくみ、制度の内容の理解」、「他職種との連携、情報の共有」、「高齢者および家族の理解が深まる」、「家族にサービスの情報提供ができる」と回答していた。また、看護職リーダーの中には、ケアマネジャー資格を有していても、現

在はケアマネジャーとして勤務していないという人が多く、「ケアプランへの関心が持てる」「ケアプランへの参加ができる」、「ケアへつなげていくことができる」、「ケアマネジャーの仕事の内容が理解できる」「医療だけでなく福祉の視点からもみることができる」など、ケアプランへの理解や助言・参加、ケアマネジャーの仕事への理解などについて述べられているものが3割近くみられた。少数ではあるが、「ケアマネジャー資格を持っていても利点がない」、「利点があるか分からない」、「実際に関わっていない」、「給与などに反映されていない」などの回答があった。

表 1-11. ケアマネジャー資格の有無

	合計	ケアマネジャーあり	ケアマネジャーなし	その他	無回答
看護職	392 100.0%	145 37.0%	191 48.7%	14 3.6%	42 10.7%
介護職	441 100.0%	182 41.3%	222 50.3%	6 1.4%	31 7.0%

### 3) 役職

看護職リーダーの場合、「主任」が22.0%で最も多く、次いで「主査・主幹」が19.2%、以下「師長」が7.5%、「リーダー」7.2%、「課長」5.0%とばらつきがみられた。介護職リーダーの場合、「主任」が46.5%と全体の半数近くを占めていた。施設によって役職名が違っているので、組織ラインにおける位置がはっきりしないが、いずれも看護職・介護職内のまとめ役割が多いようである。

表 1-12. 役職

	合計	施設長	副施設長	部長	科長	課長	係長	師長・士長	主任
看護職	359 100.0%	3 0.8%	5 1.4%	9 2.5%	4 1.1%	18 5.0%	11 3.1%	27 7.5%	79 22.0%
介護職	359 100.0%	-	1 0.3%	5 1.4%	-	13 3.6%	21 5.8%	15 4.2%	167 46.5%

	副主任	リーダー	チーフ	マネージャー	生活相談員	ケアマネジャー	主査・主幹	その他	不明
看護職	11 3.1%	26 7.2%	14 3.9%	4 1.1%	2 0.6%	-	69 19.2%	36 10.0%	41 11.4%
介護職	19 5.3%	52 14.5%	11 3.1%	8 2.2%	13 3.6%	6 1.7%	4 1.1%	14 3.9%	10 2.8%

### 4) 組織上の位置づけ

この10数年来の介護政策の著しい変化に対応して、現在介護施設に働く看護職と介護職が、組織上どのような位置にありどんな職名をもっているかの実態を明らかにする中で、ケアの連携上の課題を考えることにする。

データは、質問「組織図を描き、ご自身の位置づけを下記に示してください」に記載されている回答内容とした。有効回答は、看護職298人(76.0%)、介護職328人(74.4%)であった。

分析は、組織図に記載された内容から組織、職位の実態を総覧し、実態の分析事項として「1. 回答者は、組織ラインの何番目にいるか」「2. 回答者の組織における系列関係は

どうか」「3. 回答者の直属の上司は、だれか」の3点に焦点をあてた。

(1) 組織ラインにおける位置

組織ラインの位置は、施設長を1番目とし、回答者の記載された位置の順位づけをしてみた。

「1. 回答者は、組織ラインの何番目にいるか」は、2から6段目までの回答があった(表1-13)。

看護職では、2段目33.6%、3段目43.7%、4段目15.7%、5段目6.0%、6段目1.1%であった。また介護職では、2段目19.9%、3段目45.8%、4段目26.5%、5段目6.9%、6段目1.0%であった。

看護職の組織ラインの位置は、3段目が約4割で最も高率であり、2,3段目を合わせると約8割であった。

また、介護職の組織ラインの位置は、3段目が約5割で最も高率であり、2,3段目を合わせると約7割であった。

表 1-13. 組織ラインにおける位置

	合計	職段階				
		2	3	4	5	6
看護職	268 100.0%	90 33.6%	117 43.7%	42 15.7%	16 6.0%	3 1.1%
介護職	306 100.0%	61 19.9%	140 45.8%	81 26.5%	21 6.9%	3 1.0%

※無回答を除く

(2) 看護職・介護職の組織における系列関係

「2. 回答者の各々の組織における系列関係はどうか」をみると「横の系列関係に位置づいているもの」「縦の系列関係に位置づいているもの」「ミックスの系列関係に位置づいているもの」の3つに分類された。

看護職では、「横の系列関係」73.2%が最も多い。また「ミックスの系列関係」が極端に少なく、「記載不明」が多い(表1-14)。

介護職では、「横の系列関係」58.8%と多い。すなわち、看護職と介護職は、組織として上下関係の系列や職種が混在したなかでの系列は極めて少なく、両職は互いに「横の系列関係」が多数であった。しかし両職とも「記載不明」が多かった。

表 1-14. 看護職・介護職の組織における系列関係

	合計	系列関係			
		横	縦	ミックス	記載不明
看護職	298 100.0%	218 73.2%	5 1.7%	2 0.7%	73 24.5%
介護職	328 100.0%	193 58.8%	5 1.5%	0 0.0%	130 39.6%

※無回答を除く



(3) 看護職・介護職の直属の上司

「3. 回答者の直属の上司は、だれか」をみると、総数 190（看護職 81、介護職 109）の職名の記載があった（表 1-15,1-16）。直属の上司の職名上位 3 は、看護職、介護職共に施設長、事務長、副施設長であった。また 4・5 位は、相談員、生活相談員・相談員であった。

看護職と介護職別の直属上司の主な特徴は、以下の 5 項目にまとめられた。

表 1-15. 直属上司名:看護職の場合

no	職名数	直上司	n(%)
1	1	施設長	86(28.9%)
2	1	事務長	30(10.1%)
3	1	副施設長	20(6.7%)
4	1	生活相談員	15(5.0%)
5	1	相談員	7(2.3%)
6	2	医師/嘱託医	5(1.7%) 小計:10(3.4%)
7	5	介護長/看護係長/事務課長/主任/副所長	3(1.0%) 小計:15(5.0%)
8	15	課長/課長補佐/介護部長/看護師/看護主任/管理課長/係長/ケアマネージャー/施設長補佐/事業課長/次長/総括主任/統括課長/統括主任/部長	2(0.7%) 小計:30(10.5%)
9	54	1Fフロアリーダー/チーフ/ユニット主任/医師・生活相談員/科長/介・看護マネージャー/介護・看護師長/介護フロア主任/介護課長/介護係長/介護支援専門員係長/看護サービス部部长/看護リーダー/看護職員主任/看護責任者/管理医/居室部長/業務主査/係長・相談員・ケアマネ/施設ケア科長/施設介護課長/施設次長/施設長補佐(相談員)/施設長補佐・嘱託医/事務管理者/事務局次長/事務次長/事務長補佐/次長兼支援課長/主幹/主任ケアワーカー/主任看護師/主任生活相談員/所長/常勤医師/生活サービス室室長/生活指導員/生活支援室長/生活部長/相談課長/総括ケアマネージャー/統括相談員事務長/特養・事業所統括主任/特養主任/特養部長/部門長/副園長/副施設長、事務長/副主幹/副主任/養護係長/寮母長/療養課長 (アイウエオ順)	1(0.3%) 小計:54(16.2%)
10		記載不明	32(10.7%)
<b>合 計</b>			<b>298(100%)</b>

職名の数の合計 81

※無回答を除く

表 1-16. 直属上司名:介護職の場合

no	職名数	直上司	n(%)
1	1	施設長	56(17.1%)
2	1	事務長	19(5.8%)
3	1	副施設長	18(5.5%)
4	1	相談員	17(5.2%)
5	1	生活相談員	14(4.3%)
6	1	課長	9(2.7%)
8	2	介護主任/主任	8(2.4%) 小計:16(5.8%)
9	1	介護長	7(2.1%)
10	2	介護課長/次長	5(1.5%) 小計:10(3.0%)
11	4	科長/主任生活相談員/副園長/副所長	4(1.2%) 小計:16(4.8%)
12	8	チーフ/介護係長/介護部長/係長/事務課長/統括主任/ケアマネジャー/生活相談員・ケアマネジャー	3(0.9%) 小計:24(7.2%)
13	12	サービス部部长/介護主幹/看護師/看護師長/看護長/師長/施設長補佐/事業課長/室長/主任介護員/相談員・ケアマネ/総合施設長	2(0.6%) 小計:24(7.2%)
14	74	1課課長/3階フロアリーダー/ケアサービス課課長/ケアマネ・栄養士・看護/ケアマネ・相談員/サービス担当副所長/チーフリーダー/ホーム主任/マネージャー/リーダー/ワーカー長/苑長補佐・生活相談員/介護チーフ/介護看護科長/介護看護師長/介護係長兼生活相談員/介護支援専門員・生活相談員/介護職主任/介護統括課長/看介護養育長/看護介護士長/管理部長/居室部長/業務主査/施設サービス係長/施設サービス部副園長/施設課長/施設介護課長/施設介護次長・生活相談員/施設次長/施設長代理/施設部長/施設福祉課長/施設福祉課長補佐兼看護師/施設福祉部部长/事業部長/事務管理者/事務次長/事務長・事務長補佐/次長兼支援課長/次長兼相談員/主任・介護/主任看護職員/主任管理栄養士/主任生活相談員兼主任ケアマネジャー/主任相談員・相談員/所長/生活サービス室室長/生活支援室長/生活室長兼生活相談員/生活部長/相談員・介護支援専門員/総括ケアマネジャー/総括ケア部長/総括マネージャー/総括主任/総括主任・主任生活相談員/総括主任生活相談員/総婦長/総務管理課事務長/第一係長/中間管理職/特養・介護・看護トータル/特養課長/特養統括/特養部長/特養部門長/副ホーム長/副園長兼主任看護師/副施設長兼介護支援専門員/副施設長兼相談員/副主幹/副総合施設長/養護係長 (アイウエオ順)	1(0.3%) 小計:74(22.2%)
15		記載不明	24(7.3%)
<b>合 計</b>			<b>328(100.0%)</b>

職名の数の合計 109

※無回答を除く

第 1 として、看護職、介護職共に直属の上司の職名上位 3 は、施設長、事務長、副施設長であった。看護職では、「施設長」3 割、「事務長」「副施設長」が共に約 1 割であった。介護職では、「施設長」2 割、「事務長」「副施設長」が共に約 1 割であった。

第 2 として、直属上司に「施設長」を挙げた看護職、介護職の約 9 割（看護職 94.8%、介護職 91.7%）は組織ラインの「2 段目に位置している」と回答した者であった。

第 3 として、看護職の 6 位には、「医師、嘱託医」があげられていたが、介護職が直属上司に「医師、嘱託医」をあげた者はいなかった。

第 4 として、看護職の 16%、介護職の 22%を占める直属上司の名称は、「看護係長」「看護主任」「栄養士」のような資格や専門領域による名称でなく、「フロアリーダー」「チーフリーダー」「特養・事業所統括主任」「総括ケアマネジャー」「総括ケア部長」のように、組織マネジメントをイメージしやすい名称が多く挙げられていた。

第5として、両職に共通して直属上司の職名の多様化が進んでおり、看護職81種、介護職109種もあった。

(4) 介護施設の居室形態別にみた看護職・介護職の組織ラインにおける位置

①居室形態別にみた組織ラインにおける位置

介護施設における経営体制をみる1つの指標になる居室形態のタイプを「従来型」「ユニット型」「従来型+ユニット型」の3タイプに分類した。看護職の場合、約66%が「従来型」に所属していた。「ユニット型」に20%、「従来型+ユニット型」の複合型をもつ施設に所属するものは約13%であった。タイプ別に職段階をみるといずれのタイプにおいても3段階(41.5%,50.9%,44.1%)の回答が最も高率であり、次いで2段階(34.1%,35.8%,29.4%)、4段階(15.3%,9.4%,23.5%)であった(表1-17)。

介護職もタイプ別にみた所属場所は、看護職とほぼ同じ割合(60%、23%、13%)であった。タイプ別に職段階をみると3段階(44.3%、48.6%、45.0%)の回答が最も高率であった(表1-18)。しかし、「従来型」「従来型+ユニット型」の2タイプでは4段階(25.9%、42.5%)、2段階(23.8%、7.5%)の順であり、「ユニット型」においては2段階(20.0%)、4段階(18.6%)の順であった。また「従来型+ユニット型」では、3段階(45.0%)、4段階(42.5%)の回答でほぼ同率であった。

表1-17. 居室形態と組織ラインにおける位置:看護職

		合計	職段階				
			2	3	4	5	6
合計		268 100.0%	90 33.6%	117 43.7%	42 15.7%	16 6.0%	3 1.1%
居室 形態	従来型	176 100.0%	60 34.1%	73 41.5%	27 15.3%	13 7.4%	3 1.7%
	ユニット型	53 100.0%	19 35.8%	27 50.9%	5 9.4%	2 3.8%	0 0.0%
	従来型+ ユニット型	34 100.0%	10 29.4%	15 44.1%	8 23.5%	1 2.9%	0 0.0%
	その他	3 100.0%	1 33.3%	0 0.0%	2 66.7%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	2 100.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

※職段階の無回答を除く

表 1-18. 居室形態と組織ラインにおける位置:介護職

		合計	職段階				
			2	3	4	5	6
合計		306 100.0%	61 19.9%	140 45.8%	81 26.5%	21 6.9%	3 1.0%
居室形態	従来型	185 100.0%	44 23.8%	82 44.3%	48 25.9%	9 4.9%	2 1.1%
	ユニット型	70 100.0%	14 20.0%	34 48.6%	13 18.6%	9 12.9%	0 0.0%
	従来型＋ ユニット型	40 100.0%	3 7.5%	18 45.0%	17 42.5%	2 5.0%	0 0.0%
	その他	2 100.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%
	無回答	9 100.0%	0 0.0%	5 55.6%	3 33.3%	1 11.1%	0 0.0%

※職段階の無回答を除く

②居室形態別にみた看護職・介護職の組織における系列関係

居室形態 3 タイプ別に看護職・介護職の組織における系列関係をみた。

看護職の場合は、居室形態の「従来型」「ユニット型」「従来型＋ユニット型」のいずれにおいても「横の系列関係」(76.2%,70.7%,63.4%)が高率であった(表 1-19)。またこれら 3 タイプにおいて「記載不明」の回答が 2～3 割を占めていた。

介護職の場合は、居室形態の「従来型」「ユニット型」「従来型＋ユニット型」のいずれにおいても「横の系列関係」(63.5%,54.2%,50.0%)が高率であった(表 1-20)。またこれら 3 タイプにおいて「記載不明」は、3～5 割であり、特に「ユニット型」「従来型＋ユニット型」において高かった。

表 1-19. 居室形態と看護職・介護職の組織における系列関係：看護職

		合計	系列関係			
			横	縦	ミックス	記載不明
合計		298 100.0%	218 73.2%	5 1.7%	2 0.7%	73 24.5%
居室形態	従来型	193 100.0%	147 76.2%	2 1.0%	1 0.5%	43 22.3%
	ユニット型	58 100.0%	41 70.7%	1 1.7%	0 0.0%	16 27.6%
	従来型＋ ユニット型	41 100.0%	26 63.4%	2 4.9%	1 2.4%	12 29.3%
	その他	3 100.0%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	3 100.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	2 66.7%

※系列関係の無回答を除く

表 1-20. 居室形態と看護職・介護職の組織における系列関係：介護職

		合計	系列関係			
			横	縦	ミックス	記載不明
合計		328 100.0%	193 58.8%	5 1.5%	0 0.0%	130 39.6%
居室形態	従来型	203 100.0%	129 63.5%	5 2.5%	0 0.0%	69 34.0%
	ユニット型	72 100.0%	39 54.2%	0 0.0%	0 0.0%	33 45.8%
	従来型＋ ユニット型	42 100.0%	21 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	21 50.0%
	その他	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%
	無回答	9 100.0%	4 44.4%	0 0.0%	0 0.0%	5 55.6%

※系列関係の無回答を除く

5) 特別養護老人ホームで働くことにした動機・経緯（複数回答）

特別養護老人ホームで働くことにした動機・経緯について、「勤務体制・時間」「収入」「通勤の利便性」「高齢者ケアへの興味」「その他」の5つの項目で、あてはまるもの全てを選択するように回答を求めた。

看護職リーダーでも介護職リーダーでも、もっとも多かったのは、「高齢者ケアへの興味」であったが、その割合は介護職リーダーの方が30%近く高かった。それ以外の動機では、看護職リーダーでは「勤務体制・時間」と「通勤の利便性」を動機・経緯としてあげており、これらの割合は介護職リーダーと比べて多かった。介護職リーダーでは、「高齢者ケアへの興味」とは大きく割合に差をつけて、「通勤の利便性」「収入」が続いていた。

表 1-21. 特別養護老人ホームで働くことにした動機・経緯

	勤務体制・時間	収入	通勤の利便性	高齢者ケアへの興味	その他	無回答
看護職	179 45.7%	20 45.1%	144 36.7%	207 52.8%	58 14.8%	15 3.8%
介護職	35 7.9%	41 9.3%	86 19.5%	356 80.7%	55 12.5%	16 3.6%

\*設問は複数回答である。

\*%表示は、各項目で「あてはまる」と回答した人数／サンプル数×100を示している。

6) 特養で働くことにした動機・経緯（複数回答）と所有免許・資格（複数回答）との関連

介護職リーダーでは所有免許・資格に関係なく、もっとも高い動機は「高齢者ケアへの興味」であった。しかし、介護福祉士・社会福祉士の国家免許取得者と、ヘルパー1級・ヘルパー2級の資格取得者とは、傾向が大きく違っている。複数の免許・資格を有している者が存在するため、その免許・資格にのみ影響されるとは言い難いが、ヘルパー1級・ヘルパー2級の資格取得者の傾向として、「勤務体制・時間」と「通勤の利便性」をあげた

者は、介護福祉士・社会福祉士と比べて多かった。

介護福祉士・社会福祉士の国家免許取得者と、ヘルパー1級・ヘルパー2級の資格取得者とは、なぜこのような動機に違いがみられたのか。聞き取り調査の結果、ヘルパーは夜勤がなく短時間勤務であるパートタイマーとして勤務している場合が多いことや、低賃金であることなどが影響しているのではないかということであった。

前述のように看護職リーダーも、ヘルパー1級・ヘルパー2級の資格取得者と同様に、「勤務体制・時間」と「通勤の利便性」を動機にあげた者が多かった。看護職は介護職とは違い、もともと夜勤がない勤務形態である。職業生活以外の家庭生活や社会生活を考慮した勤務を選択しているという点が、ヘルパー1級・ヘルパー2級の資格取得者と同様の傾向を示した理由ではないかと考える。

表 1-22. 特養で働くことにした動機・経緯と所有免許・資格との関連

		特養で働くことにした動機・経緯					無回答
		勤務体制・時間	収入	通勤の利便性	高齢者ケアへの興味	その他	
所有免許・資格	介護福祉士	31 7.7%	37 9.2%	79 19.6%	321 79.5%	54 13.4%	15 3.7%
	社会福祉士	0 0.0%	1 5.0%	2 10.0%	17 85.0%	3 15.0%	0 0.0%
	ヘルパー2級	11 12.2%	8 8.9%	18 20.0%	73 81.1%	11 12.2%	2 2.2%
	ヘルパー1級	3 13.6%	1 4.5%	7 31.8%	16 72.7%	7 31.8%	0 0.0%
	その他	8 9.4%	13 15.3%	15 17.6%	61 71.8%	19 22.4%	5 5.9%
	無回答	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

\*設問は複数回答である。

\*%表示は、各項目で「あてはまる」と回答した人数/サンプル数×100を示している。

#### 7) 現在の仕事への満足度

看護職リーダーも介護職リーダーも、「現在の仕事への満足度」は、「大変満足している」と「満足している」を合わせると約半数であり、同様の傾向であった。

表 1-23. 現在の仕事への満足度

	合計	大変満足している	満足している	やや不満	不満	無回答
看護職	392 100.0%	24 6.1%	199 50.8%	126 32.1%	15 3.8%	28 7.1%
介護職	441 100.0%	29 6.6%	212 48.1%	150 34.0%	27 6.1%	23 5.1%

#### 8) 現在の仕事への満足度と所有免許・資格（複数回答）との関連

介護職リーダーでは、「大変満足している」と「満足している」の割合を合算して所有免許・資格別に傾向を見ると、社会福祉士の80%が満足と回答しており、介護福祉士・ヘルパー1級・ヘルパー2級の50%前後の値とは大きく違っていた。

特に介護福祉士は、同じ国家資格であるに、なぜこのような差が生じるのか。この影響

要因について聞き取り調査を実施した。その結果、業務内容の違いや職位としての将来性などにより、仕事に対する意欲も違うのではないかという意見が出された。たとえば、社会福祉士は相談業務担当者として他職種とは一線を引いた専門性が発揮できるが、介護福祉士は介護業務遂行において看護師やヘルパーとの共働の中で専門性が見いだしにくい状況がある。また社会福祉士は課長などの役職につくなど将来に目標を持っている場合もある。これらが、仕事への満足度の違いとして現れているのではないかと推察した。

表 1-24. 現在の仕事への満足度と所有資格との関連

		合計	現在の仕事への満足感				
			大変満足している	満足している	やや不満	不満	無回答
所有免許・資格	介護福祉士	404 100.0%	25 6.2%	197 48.8%	135 33.4%	25 6.2%	22 5.4%
	社会福祉士	20 100.0%	3 15.0%	13 65.0%	3 15.0%	0 0.0%	1 5.0%
	ヘルパー2級	90 100.0%	3 3.3%	42 46.7%	39 43.3%	3 3.3%	3 3.3%
	ヘルパー1級	22 100.0%	4 18.2%	6 27.3%	11 50.0%	1 4.5%	0 0.0%
	その他	85 100.0%	7 8.2%	37 43.5%	29 34.1%	7 8.2%	5 5.9%
	無回答	4 100.0%	1 25.0%	2 50.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%
合計		441 100.0%	1 6.6%	2 48.1%	1 34.0%	0 6.1%	0 5.2%

#### 9) 研修会の開催と参加状況

看護職リーダーの回答から、83.7%が自施設内で研修会を開催していた。その頻度みると、年間平均開催回数は7.3回であるが、10回以上が37.8%、5～9回が16.8%、5回未満が43.9%と、開催回数が多い施設と少ない施設の2極化がみられる。看護職が研修を企画・実施している研修がある施設は77.0%であった。外部研修に参加する機会のある施設は80.1%であった。この参加回数は、年間平均参3.0回で、5回未満が85.1%であった。介護職リーダーの回答では、90.9%が自施設内で研修会を開催していた。その頻度みると、年間平均開催回数は8.7回であった。介護職が研修会を企画・実施している研修がある施設は83.9%であった。外部研修に参加する機会のある施設は86.8%で年間平均4.2回であった。看護リーダー介護リーダー共に、外部研修に参加する機会を持ち、自施設内の研修会を自分たちで開催し、相互教育の機会を作っていた。

#### 10) ケアの指針・マニュアル

##### (1) ケアの指針・マニュアルなど文書化している施設の割合

21項目について、ケアの指針やマニュアルなど文書化の有無を質問したところ、文書化している割合が高い項目から順に並べると、表 1-25 となった。「感染予防と発生時の対処」や「身体拘束の廃止・適用時の基準・対応」は90%以上の施設で文書化しているが、項目によってばらつきが大きかった。

表 1-25. ケアの指針・マニュアルなど文書化している施設の割合

降順 n = 392

	割合
Q. 感染予防と発生時の対応	96.4
R. 身体拘束の廃止・適用時の基準・対応	92.9
I. 入所(居)者の日常生活(食事・排泄・清潔・移動などの)ケア方法	86.7
G. 入所(居)者の急変・病状悪化時の対応	86.5
S. 転倒・転落の予防と発生時の対応	86.2
T. 褥創予防と発生時の対応	85.7
B. 入所(居)の優先度の決定(優先入所基準)	79.8
J. 入所(居)者の看取り介護の対応	74.7
D. 入所(居)者の受け入れ時の対応	73.0
C. 入所(居)に関する相談対応	66.8
K. 入所(居)者の退所(居)時の対応	65.6
F. 入所(居)者の退所(居)時の対応	65.3
E. 入所(居)者の受診・通院対応	63.3
U. 虐待予防と発見時の対応	63.0
H. 入所(居)者の入院対応	62.2
A. 入所(居)の制限	61.5
L. 看護職間や介護職との連携	57.7
P. 家族との対応・連携	53.8
M. 配置医師の対応	52.3
N. 施設内他職種との連携(L以外)	44.1
O. 施設外職種との連携	27.6

(2) ケアの指針・マニュアルなど文書化している施設の中で、「定期的」に改正する割合  
 ケアの指針やマニュアルなど文書化している施設に対して、その改正のタイミングについて、「定期的」か、不都合の発生や制度の変更の場合などに行う「不定期的」かについて質問した。「定期的」に改正する割合が高い項目から順に並べると、表 1-26 となった。「定期的」の割合が高いのは、「転倒・転落の予防と発生時の対応」、「褥創予防と発生時の対応」「感染予防と発生時の対応」や「身体拘束の廃止・適用時の基準・対応」「虐待予防と発生時の対応」の 5 項目で、いずれも 40%以上の施設で「定期的」に改正していた。

表 1-26. ケアの指針・マニュアルなど文書化している施設で、「定期的」  
 に改正する割合

降順 n = 392

	定期的
S. 転倒・転落の予防と発生時の対応	45.0
T. 褥創予防と発生時の対応	43.8
Q. 感染予防と発生時の対応	43.7
R. 身体拘束の廃止・適用時の基準・対応	43.7
U. 虐待予防と発見時の対応	40.5
I. 入所(居)者の日常生活(食事・排泄・清潔・移動などの)ケア方法	38.8
L. 看護職間や介護職との連携	36.3
N. 施設内他職種との連携(L以外)	35.3
O. 施設外職種との連携	34.3
P. 家族との対応・連携	29.9
J. 入所(居)者の看取り介護の対応	29.7
B. 入所(居)の優先度の決定(優先入所基準)	29.7
K. 入所(居)者の退所(居)時の対応	28.8
D. 入所(居)者の受け入れ時の対応	28.0
M. 配置医師の対応	26.8
C. 入所(居)に関する相談対応	26.3
H. 入所(居)者の入院対応	25.8
E. 入所(居)者の受診・通院対応	24.6
F. 入所(居)者の退所(居)時の対応	24.2
G. 入所(居)者の急変・病状悪化時の対応	23.6
A. 入所(居)の制限	21.2



尚、行政の施設監査関係の資料<sup>23)</sup>と照合すると、表 1-25 および表 1-26 の上位 6 項目が、行政による監査の対象内容と一致しており、そのため多くの施設でケア指針・マニュアルを整備していると考えられる。表 1-25 で下位にある項目の「看護職間や介護職との連携」「配属医師の対応」「看護・介護をのぞく施設内他職種連携」「施設外職種との連携」「家族との対応・連携」はいずれも連携に関する項目であり、これらは全て表 1-26 で中位に位置していることが特徴的である。これら連携について、ケアの指針・マニュアルなど文書化している施設は半数程度かそれ以下と多くはないが、そのうち約 1/3 は「定期的」に改正を実施しており、これら連携に関する項目はケアに対する意識やケアの実態などを反映

### 3. 看護職とケア管理

これまで述べてきた「看護職リーダーの特性」と「研究協力施設の概要」の 2 側面をクロス集計して、ケア管理の実態の検討を行った。

尚、ケア指針・マニュアルなど文書化の有無では、21 項目のうちケアに対する意識やケアの実態などを反映する指標となる可能性がある連携に関する 5 項目：「看護職間や介護職との連携」「配属医師の対応」「看護・介護をのぞく施設内他職種連携」「施設外職種との連携」「家族との対応・連携」を、「文書化あり」と「文書化なし」の 2 区分でクロス集計に用いた。また、医療処置別入所（居）受け入れ可能人数では、16 項目のうち施設により受け入れ可能人数に差がみられた「酸素療法」「経鼻経管栄養」「ストマ（便・尿路）造設」「インスリン注射」の 4 項目を、「1 人」「2～3 人」「4～9 人」「10 人以上」の 4 区分でクロス集計に用いた。

#### 1) 看護職リーダーの介護施設経験年数とケアの指針・マニュアルの文書化

看護職リーダーの介護施設経験年数の 3 区分と、ケア指針・マニュアルなど文書化の有無のうち連携に関する 5 項目をクロス集計した。

表 1-27、表 1-28 のように介護施設経験年数が高いほどケアの指針・マニュアルの文書化がされているのは、「看護職間や介護職との連携」「看護・介護をのぞく施設内他職種連携」であった。逆に、表 1-29 のように「配属医師の対応」では、看護職リーダーの介護施設経験年数が浅い「5 年未満」の施設が、「5～10 年未満」や「10 年以上」の施設よりも文書化している傾向があったが、有意差は認められなかった。

この結果の解釈は検討を要するが、看護職と、介護職および他の職種という複数人との連携について、経験のある看護リーダーのいる施設ほど文書化することでより連携を促進しようとしているとも捉えられる。一方、看護職の医師との対応は、経験年数の少ない看

注 2) 福島県ホームページ 福祉監査課 社会福祉法人・施設監査資料、障害福祉実地指導事前調査書、介護保険実地指導参考調書 様式第 3 号（平成 20 年 5 月 16 日更新）  
<http://www.pref.fukushima.jp/shidoukansa/yousiki.html>

注 3) 宮崎市ホームページ 社会福祉法人・社会福祉施設について 指導監査要項・指導監査基準より指導監査基準 利用者処遇編 老人福祉施設 特別養護老人ホーム（通常型）用及び指導監査基準 利用者処遇編 老人福祉施設 特別養護老人ホーム（ユニット型）  
<http://www.city.miyazaki.miyazaki.jp/www/contents/1171882548266/index.html>

看護師リーダーのいる施設ほど、医師との関係性も浅いため、連携を文書化しておく必要があるのではないかと予測される。

する指標となる可能性がある。

表 1-27. 看護職リーダーの介護施設での経験年数と「看護職間や介護職との連携」に関するケア指針やマニュアルなど文書化の有無との関連性

n = 353

		L.看護職間や介護職との連携		
		合計	文書化あり	文書化なし
看護職リーダーの介護施設での経験年数	5年未満	89 100.0	53 59.6	36 40.4
	5~10年未満	119 100.0	74 62.2	45 37.8
	10年以上	145 100.0	98.0 67.6	47.0 32.4

$\chi^2 = 1.728$ ,  $df = 2$ ,  $p = n.s.$

表 1-28. 看護職リーダーの介護施設での経験年数と「看護・介護をのぞく施設内他職種との連携」に関するケア指針やマニュアルなど文書化の有無との関連性

n = 341

		N.施設内他職種との連携(L以外)		
		合計	文書化あり	文書化なし
看護職リーダーの介護施設での経験年数	5年未満	88 100.0	41 46.6	47 53.4
	5~10年未満	116 100.0	58 50.0	58 50.0
	10年以上	137 100.0	73.0 53.3	64.0 46.7

$\chi^2 = 0.974$ ,  $df = 2$ ,  $p = n.s.$

表 1-29. 看護職リーダーの介護施設での経験年数と「配属医師対応」に関するケア指針やマニュアルなど文書化の有無との関連性

n = 347

		M.配属医師の対応		
		合計	文書化あり	文書化なし
看護職リーダーの介護施設での経験年数	5年未満	86 100.0	54 62.8	32 37.2
	5~10年未満	118 100.0	65 55.1	53 44.9
	10年以上	143 100.0	84.0 58.7	59.0 41.3

$\chi^2 = 1.223$ ,  $df = 2$ ,  $p = n.s.$

2) 看護職リーダーのケアマネジャー資格所持とケアの指針・マニュアル文書化の有無

看護職リーダーのケアマネジャー資格の有無と、ケア指針・マニュアルなど文書化の有無のうち連携に関する5項目をクロス集計した。

表 1-30、表 1-31、表 1-32、表 1-33 のように、「配属医師対応」、「看護・介護をのぞく施設内他職種連携」、「施設外職種連携」「家族との連携・対応」のケアの指針・マニュアルのなど文書化は、有意差はなかったがケアマネジャーの「資格なし」が「資格あり」よりも行っていた。今後この理由については検討を要する。

表 1-30. ケアマネジャー資格所持と「配属医師対応」に関するケア指針やマニュアルなど文書化の有無との関連性 n = 302

		M.配属医師の対応		
		合計	文書化あり	文書化なし
看護職リーダーのケアマネジャーの資格所有	資格あり	133 100.0	72 54.1	61 45.9
	資格なし	169 100.0	102 60.4	67 39.6

$\chi^2 = 1.179$ ,  $df = 1$ ,  $p = n.s.$

表 1-31. ケアマネジャー資格所持と「看護・介護をのぞく施設内他職種との連携」に関するケア指針やマニュアルなど文書化の有無との関連性

n = 296

		N.施設内他職種との連携(L以外)		
		合計	文書化あり	文書化なし
看護職リーダーのケアマネジャーの資格所有	資格あり	130 100.0	61 46.9	69 53.1
	資格なし	166 100.0	85 51.2	81 48.8

$\chi^2 = 0.535$ ,  $df = 1$ ,  $p = n.s.$

表 1-32. ケアマネジャー資格所持と「施設外職種連携との連携」に関するケア指針やマニュアルなどの文書化有無との関連性 n = 293

		O.施設外職種との連携		
		合計	文書化あり	文書化なし
看護職リーダーのケアマネジャーの資格所有	資格あり	132 100.0	34 25.8	98 74.2
	資格なし	161 100.0	58 36.0	103 64.0

$\chi^2 = 3.550$ ,  $df = 1$ ,  $p = n.s.$

表 1-33. ケアマネジャー資格所持と「家族との連携・対応」に関するケア指針やマニュアルなど文書化の有無との関連性 n = 301

		P.家族との対応・連携		
		合計	文書化あり	文書化なし
看護職リーダーのケアマネジャーの資格所有	資格あり	132 100.0	75 56.8	57 43.2
	資格なし	169 100.0	103 60.9	66 39.1

$\chi^2 = 0.523$ ,  $df = 1$ ,  $p = n.s.$

3) 夜間看護師出勤の判断ポイントとして「介護職の不安緩和の必要性」をあげた看護職リーダー×ケアの指針・マニュアルなど文書化の有無

夜間に看護師の出勤が必要か否かを判断するポイントの3つの質問のうち、「判断している」の回答が36.0%と最も少なかった「介護職の不安緩和が必要か否かを判断して出勤する」と、ケア指針・マニュアルなど文書化の有無のうち連携に関する5項目をクロス集計した。回答が最も少なかった「介護職の不安緩和が必要か否かを判断して出勤する」の項目に注目したのは、他の2つの判断理由は、看護職の入所(居)者への観察・対応を理由にしているのに対し、上記判断理由は、看護職リーダーが介護職の状態に注目しそれに

対応しようという職員の人的マネジメントに関する内容を含んでいるためである。これを判断理由とする看護職リーダーと、連携に関わる文書化を促進している施設との傾向を把握しようとするものである。

表 1-34、表 1-35、表 1-36 のように、「配属医師対応」、「看護・介護をのぞく施設内他職種連携」、「施設外職種連携」の 3 項目で、「介護職の不安緩和のために出勤の必要性を判断する」看護職リーダーの施設の方がケアの指針・マニュアルなど文書化をしていた。中でも、施設外職種連携の文書化は有意に高かった。

表 1-34. 「介護職の不安緩和のために出勤が必要か判断する」看護リーダーと「配属医師対応」に関するケア指針やマニュアルなど文書化の有無との関連性

n = 315

		M.配属医師の対応		
		合計	文書化あり	文書化なし
介護職の不安緩和のために出勤が必要か否かを判断する	判断している	129 100.0	85 65.9	44 34.1
	なし	186 100.0	107 57.5	79 42.5

$\chi^2 = 2.239, df=1, p=n.s$

表 1-35. 「介護職の不安緩和のために出勤が必要か判断する」看護リーダーと「看護・介護をのぞく施設内他職種連携」に関するケア指針やマニュアルなど文書化の有無との関連性

n = 311

		N.施設内他職種との連携(L以外)		
		合計	文書化あり	文書化なし
介護職の不安緩和のために出勤が必要か否かを判断する	判断している	127 100.0	73 57.5	54 42.5
	なし	184 100.0	86 46.7	98 53.3

$\chi^2 = 3.469, df=1, p=n.s.$

表 1-36. 「介護職の不安緩和のために出勤が必要か判断する」看護リーダーと「施設外職種連携」に関するケア指針やマニュアルなど文書化の有無との関連性

n = 307

		O.施設外職種との連携		
		合計	文書化あり	文書化なし
介護職の不安緩和のために出勤が必要か否かを判断する	判断している	122 100.0	47 38.5	75 61.5
	なし	185 100.0	49 26.5	136 73.5

$\chi^2 = 4.957, df=1, p<0.05$

#### 4) 看護職リーダーの介護施設経験年数と医療処置別入所（居）受け入れ可能人数

看護職リーダーの介護施設経験年数の 3 区分と、医療処置別入所（居）受け入れ可能人数のうち施設により差がみられた 4 項目について、受け入れ可能人数の 4 区分とでクロス集計した。

表 1-37 のように、「酸素療法」では介護施設経験年数が長いほど、受け入れ人数が多い傾向にあった。また表 1-38 のように「経鼻経管栄養」は、介護施設経験年数の長短と受

け入れ可能人数割合に大差はないが、10人以上受け入れる施設割合をみると、看護職リーダーの介護施設経験年数が「10年以上」の施設は、「5年未満」や「5～10年未満」の施設よりも割合が高い。

表 1-37. 看護職リーダーの介護施設での経験年数と「酸素療法」の受け入れ可能人数との関連性

n = 171

		酸素療法の受け入れ可能人数				
		合計	1人	2～3人	4～9人	10人以上
看護職リーダーの介護施設での経験年数	5年未満	34 100.0	10 29.4	17 50.0	7 20.6	0 0.0
	5～10年未満	68 100.0	14 20.6	40 58.8	11 16.2	3 4.4
	10年以上	69 100.0	8 11.6	41 59.4	16 23.2	4 5.8

表 1-38. 看護職リーダーの介護施設での経験年数と「経鼻経管栄養」の受け入れ可能人数との関連性

n = 143

		経鼻経管栄養の受け入れ可能人数				
		合計	1人	2～3人	4～9人	10人以上
看護職リーダーの介護施設での経験年数	5年未満	31 100.0	3 9.7	13 41.9	11 35.5	4 12.9
	5～10年未満	47 100.0	7 14.9	14 29.8	21 44.7	5 10.6
	10年以上	65 100.0	6 9.2	27 41.5	18 27.7	14 21.5

$\chi^2 = 6.561$ ,  $df = 6$ ,  $p = n.s.$

5) 入所（居）の可否決定への看護職の影響×医療処置別入所（居）受け入れ可能人数

入所（居）の可否決定への看護職の影響の3区分と、医療処置別入所（居）受け入れ可能人数のうち施設により差がみられた4項目について受け入れ可能人数の4区分とでクロス集計した。

表 1-39 のように、「インスリン注射」の受け入れ可能人数に、全体としては看護職の判断が影響している傾向がある。また「インスリン注射」の受け入れ可能人数は、2～3人で抑えている傾向がみられた。「インスリン注射」で看護職の判断の影響が、「非常に大きい」群と「まあまあ影響する」群、「あまり影響しない」群と「まあまあ影響する」群においてそれぞれ比較すると、「非常に大きい」群、「あまり影響しない」群において、「まあまあ影響する」群よりも受け入れ可能人数が多い傾向にあった。

表 1-39. 入所（居）の可否の最終決定への看護職の影響と「インスリン注射」の受け入れ可能人数との関連性

n = 224

		インスリン注射の受け入れ可能人数				
		合計	1人	2～3人	4～9人	10人以上
入所（居）可否の最終決定への看護職の影響	非常に大きい	71 100.0	10 14.1	37 52.1	22 31.0	2 2.8
	まあまあ影響する	109 100.0	18 16.5	66 60.6	23 21.1	2 1.8
	あまり影響しない	44 100.0	5 11.4	22 50.0	13 29.5	4 9.1

6) 看護職員一人当たりの入所（居）者とケア管理との関連

「研究協力施設の概要」の中でも、結果にばらつきが大きく施設間に差があった「看護職員一人当たりの入所（居）者」に焦点をあてて、ケア管理との関連について検討した。

尚、看護職員一人当たりの入所（居）者数は、15人未満の「高配置群」、15～20人未満

の「中配置群」、20人以上の「低配置群」の3区分に分けてクロス集計に用いた。

(1) 看護職員一人当たりの入所(居)者数×入所(居)者の介護度別構成割合

要介護4と要介護5について、入所(居)者の介護度別構成割合の2区分と、看護職員一人当たりの入所(居)者数3区分でクロス集計した。

看護職員一人当たりの入所(居)者数別にみた要介護4の入所(居)者構成割合別施設数では、特徴はみられなかった。

看護職員一人当たりの入所(居)者数別にみた要介護5の入所(居)者構成割合別施設数では、表1-40のように、「高配置群」は「低配置群」に比べ、要介護5の入所(居)者構成割合が高い傾向があった。

表 1-40. 看護職員一人当たりの入所(居)者数と要介護5の入所(居)者

構成割合別施設数との関連性

n = 372

			要介護5の入所(居)者構成割合別施設数			
			合計	40%未満	40%以上	無回答
看護職員一人当たり入所(居)者数	高配置群	15人未満	102 100.0	62 60.8	37 36.3	3 2.9
	中配置群	15~20人	132 100.0	89 67.4	42 31.8	1 0.8
	低配置群	20人以上	138 100.0	104 75.4	30 21.7	4 2.9

(2) 看護職員一人当たりの入所(居)者数×入所(居)者の介護度別認知症割合

要介護2と要介護3について、入所(居)者の認知症割合の3区分と、看護職員一人当たりの入所(居)者数3区分でクロス集計した。

看護職員一人当たりの入所(居)者数別にみた要介護2の入所(居)者認知症別施設数では、特徴はみられなかった。また要介護3でも同様に、特徴はみられなかった。

(3) 看護職員一人当たりの入所(居)者数×医療処置別入所(居)受け入れ可能人数

医療処置別入所(居)受け入れ可能人数のうち施設により差がみられた4項目の受け入れ可能人数4区分と、看護職員一人当たりの入所(居)者数3区分でクロス集計した。

表1-41のように、「酸素療法」の受け入れ可能人数は、看護職員の配置が「高配置群」はばらつきが大きく、「高配置群」「中配置群」「低配置群」とも2~3人としているところの割合が多かった。

また表1-42のように「経鼻経管栄養法」では、「高配置群」ではばらつきはあるが4~9人の割合が最も高かったのに比し、「中配置群」や「低配置群」では、2~3人の割合が多かった。

表 1-41. 看護職員一人当たりの入所(居)者数と「酸素療法」の受け入れ

可能人数の関連性

n = 166

			酸素療法の受け入れ可能人数				
			合計	1人	2~3人	4~9人	10人以上
看護職員一人当たり入所(居)者数	高配置群	15人未満	55 100.0	19 34.5	23 41.8	9 16.4	4 7.3
	中配置群	15~20人	58 100.0	7 12.1	39 67.2	10 17.2	2 3.4
	低配置群	20人以上	53 100.0	5 9.4	33 62.3	15 28.3	0 0.0

表 1-42. 看護職員一人当たりの入所（居）者数と「経鼻経管栄養法」の受け入れ

可能人数の関連性

n = 139

			経鼻経管栄養の受け入れ可能人数				
			合計	1人	2~3人	4~9人	10人以上
看護職員一人当たり入所（居）者数	高配置群	15人未満	49 100.0	8 16.3	14 28.6	19 38.8	8 16.3
	中配置群	15~20人	51 100.0	5 9.8	21 41.2	18 35.3	7 13.7
	低配置群	20人以上	39 100.0	3 7.7	17 43.6	12 30.8	7 17.9

$\chi^2 = 3.881$ ,  $df = 6$ ,  $p = n.s.$

#### 4. 看取りの方針とケア管理

現在、介護保険施設における看取りについて様々な検討がなされ、本調査でも「重度対応加算」や「看取り介護加算」について、多くの施設で「算定あり」または「導入予定である」という結果であった。しかし調査時点での看取りの方針については、約半数が「施設で看取る」、約 2 割が「医療施設に委ねる」、残りの約 3 割がその他・無回答であり、方針を決めかねている、または一概には言い切れないものを感じさせる結果であった。

そのため、看取りの方針を取り上げ、看護職リーダーの背景やケア管理との関連について検討した。

##### 1) 看護職リーダーの介護施設経験年数×看取り方針

看護職リーダーの介護施設経験年数 3 区分と、看取り方針の 3 区分でクロス集計した。

表 1-43 のように、看護職リーダーの介護施設経験年数の長短に関わらず、「施設で看取る」割合はほぼ同数である。しかし、全体に「その他」の割合が高い傾向で、特に 10 年以上の経験年数で高い。これは看取りの方針を決めかねているのか、その時々状況によって柔軟に対応できているということか、別の理由からなのか、今後検討が必要となる。

表 1-43. 看護職リーダーの介護施設経験年数と看取り方針の関連性 n = 373

		看取り方針別の施設数			
		合計	施設で看取る	医療施設に委ねる	その他
看護職リーダーの介護施設での経験年数	5年未満	94 100.0	50 53.2	22 23.4	22 23.4
	5~10年未満	132 100.0	70 53.0	31 23.5	31 23.5
	10年以上	147 100.0	81 55.1	23 15.6	43 29.3

$\chi^2 = 3.894$ ,  $df = 4$ ,  $p = n.s.$

##### 2) 看護職員一人当たりの入所（居）者数×看取り方針

看護職員一人当たり入所（居）者数 3 区分と、看取り方針の 3 区分でクロス集計した。

看護職員一人当たりの入所（居）者数の多少にかかわらず、看取り方針に特徴はみられなかった。

##### 3) 居室形態×看取り方針

居室形態 3 区分と、看取り方針の 3 区分でクロス集計した。

表 1-44 のように、「ユニット型」「一部ユニット型」「従来型を含むその他」の居室形態にかかわらず、「施設で看取る」割合はほぼ同数である。しかし、「一部ユニット型」では他の 2 つの居室形態と比べて「医療施設に委ねる」割合が極端に低くなっている分、「その他」が増加している。この理由については、今後検討が必要となる。

表 1-44. 居室形態と看取り方針の関連性

n = 371

		看取り方針別の施設数			
		合計	施設で看取る	医療施設に委ねる	その他
居室形態	ユニット型	80 100.0	42 52.5	19 23.8	19 23.8
	一部ユニット型	55 100.0	30 54.5	5 9.1	20 36.4
	その他(従来型を含む)	236 100.0	125 53.0	53 22.5	58 24.6

 $\chi^2 = 6.903, df = 4, p = n.s.$ 

以上、施設の看取りの方針と、看護職リーダーの介護施設経験年数、看護職員一人当たりの入所(居)者数、居室形態との間に特徴はみられなかった。

## 4) 入所(居)者の受け持ち制×看取り方針

入所(居)者の受け持ち制の3区分と、看取り方針の3区分でクロス集計した。

表 1-45 のように、施設で看取る方針を持っている施設は、有意差はなかったが、受け持ちを固定化している割合が高かった。

表 1-45. 入所(居)者の受け持ち制と看取り方針との関連性 n = 362

		看取り方針別の施設数			
		合計	施設で看取る	医療施設に委ねる	その他
入所(居)者の受け持ち制	看護職・介護職ともに受け持ち固定化	51 100.0	33 64.7	7 13.7	11 21.6
	介護職のみ受け持ち固定化	128 100.0	69 53.9	27 21.1	32 25.0
	看護職・介護職ともに固定化していない	183 100.0	88 48.1	43 23.5	52 28.4

 $\chi^2 = 4.797, df = 4, p = n.s.$ 

## 5) 看取り方針×ケアの指針・マニュアルなど文書化の有無

看取り方針の3区分と、ケア指針・マニュアルなど文書化の有無のうち連携に関する5項目について受け入れ可能人数の4区分とでクロス集計した。

表 1-46、表 1-47 のように、「施設で看取る」方針の施設は、「医療施設に委ねる」方針の施設と比べて、有意差はなかったが「配属医師対応」および「看護・介護をのぞく施設内他職種連携」に関するケア指針やマニュアルなど文書化をしている割合が高かった。

表 1-46. 看取り方針と「配属医師対応」に関するケア指針やマニュアルなど文書化の有無との関連性 n = 339

		M. 配属医師の対応		
		合計	文書化あり	文書化なし
看取り方針	施設で看取る	180 100.0	107 59.4	73 40.6
	医療施設に委ねる	73 100.0	36 49.3	37 50.7
	その他	86 100.0	51.0 59.3	35.0 40.7

 $\chi^2 = 2.380, df = 2, p = n.s.$



表 1-47. 看取り方針と「施設内他職種」に関するケア指針やマニュアルなど  
 文書化の有無との関連性 n = 334

		N.施設内他職種との連携(L以外)		
		合計	文書化あり	文書化なし
看取り方針	施設で看取る	177 100.0	92 52.0	85 48.0
	医療施設に委ねる	73 100.0	34 46.6	39 53.4
	その他	84 100.0	40.0 47.6	44.0 52.4

$\chi^2 = 0.798$ ,  $df = 2$ ,  $p = n.s.$

6) 入所（居）の可否決定への看護職の影響×看取りの方針

入所（居）の可否決定への看護職の影響の3区分と、看取りの方針3区分でクロス集計した。

表 1-48 のように、全体傾向として大きな違いはないが、看護職の判断の影響が「非常に大きい」群と「まあまあ影響する」群、「あまり影響しない」群と「まあまあ影響する」群においてそれぞれ比較すると、「非常に大きい」群と「あまり影響しない」群は、「まあまあ影響する」群よりも、「施設で看取る」が多く、「医療施設に委ねる」が少なかった。施設における看取りの方針は、看護職の判断の影響と、看護職の判断以外の影響もあるといえる。

表 1-48. 入所（居）の可否の最終決定への看護職の影響と看取りの方針との関連性

n = 367

		看取り方針別の施設数			
		合計	施設で看取る	医療施設に委ねる	その他
入所(居)可否の最終的決定への看護職の影響	非常に大きい	111 100.0	65 58.6	19 17.1	27 24.3
	まあまあ影響する	182 100.0	88 48.4	43 23.6	51 28.0
	あまり影響しない	74 100.0	42 56.8	15 20.3	17 23.0

$\chi^2 = 3.664$ ,  $df = 4$ ,  $p = n.s.$

5. 看護職と介護職の配置状況

各施設はその経営状況から、ケア専門職の配置数をどのようにしているのか。「看護職（常勤）一人当たり入所者数」と「介護職（常勤）一人当たり入所者数」の2つの指標から整理した。人件費削減のため、配置基準内ではあるが介護職の配置を多く看護職の配置を少なくする傾向があるのではないかと考えたためである。

集計方法は以下の通りである。

その1. 「入所者数」と「看護職（常勤）数」「介護職（常勤）数」の3つの調査値から、「看護職（常勤）一人当たり入所者数」と「介護職（常勤）一人当たり入所者数」を算出した。

その2. 「看護職（常勤）一人当たり入所者数」の中央値（17.29）で2群に分割した。同様に「介護職（常勤）一人当たり入所者数」の中央値（2.68）でも2群に分割した。中央値を境にして一人あたり入所者数が多い群を低配置群、少ない群を高配置群とした。

その3「看護職（常勤）一人当たり入所者数」の2群と、「介護職（常勤）一人当たり入所者数」の2群を組み合わせ、4群に分類した。すなわち、高看護・高介護配置群、高看護・低介護配置群、低看護・高介護配置群、低看護・低介護配置群である。この4群の度数と割合を算出した。

表 1-49. 看護職（常勤）一人当たり入所者数 × 介護職（常勤）一人当たり入所者数

		介護職員常勤一人あたり入所者数		
		合計	高配置群 2.68人未満	低配置群 2.68人以上
看護職（常勤） 一人あたり入所者数	高配置群 17.29人未満	計	高看護－ 高介護	高看護－ 低介護
		150 49.1%	102 33.4%	48 15.7%
	低配置群 17.29人以上	計	低看護－ 高介護	低看護－ 低介護
		155 50.9%	50 16.4%	105 34.5%
計		305 100.0%	152 49.8%	153 51.2%

この結果、高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の割合が高く、高看護・低介護配置群と低看護・高介護群は少なかった。

看護職と介護職の両方を多く配置している施設と、両方少ない配置の施設があるのは何故だろうか。聞き取り調査では、平成 13 年度以降、特別養護老人ホームの居室形態がユニットケアに移行し始めたこと<sup>4)</sup>により、職員数を多く確保する必要性が出てきたことが影響しているのではないかと意見が聞かれた。また、看取り介護加算、重度化対応加算など制度改正が実施されたこと<sup>5)</sup>により、これに対応しようとする施設では職員数を確保する必要性が出てきたことも影響しているのではないかと意見もあった。

#### 1) 看護職・介護職の配置状況と施設特性との関連

高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群とでは、施設特性がどのように違うのであろうか。看護職リーダーと介護職リーダーの両方から回答があった 359 施設の中で、「高看護・高介護配置群」102 施設と「低看護・低介護配置群」105 施設の計 207 施設分を基礎データにして検討した。尚、無回答は外した。

注 4) 厚生労働省ホームページ 報告書「2015 年の高齢者介護」ユニットケアについて

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3b.html>

注 5) 厚生労働省ホームページ 平成 18 年度介護報酬等の改定について 一概要一

[http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1003-11h\\_0002.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1003-11h_0002.pdf)

(1) 居室形態

前述の聞き取り調査の結果を受けて、看護職・介護職の配置状況の2群間で居室形態との差を検討した。高看護－高介護配置群では、従来型も半数以上だが、ユニット型も30%以上で、低看護－低介護配置群のユニット型は10%に満たない。検定の結果、 $p < 0.001$ で高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の両群間に有意差が認められた。

表 1-50. 看護職・介護職の配置状況と居室形態

	合計	従来型	ユニット型	従来型＋ ユニット型
高看護－ 高介護配置群	101 100.0%	58 57.4%	32 31.7%	11 10.9%
低看護－ 低介護配置群	104 100.0%	80 76.9%	9 8.7%	15 14.4%

$p < 0.001$

(2) 受け持ち体制

看護職・介護職の配置状況の高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の2群間で、受け持ち体制の差の検定を行った結果、両群間では有意差がみられなかった。

表 1-51. 看護職・介護職の配置状況と受け持ち体制

	合計	看護職・介護 職とも担当が 固定化してい る	看護職の み、担当が 固定化してい る	介護職の み、担当が 固定化してい る	看護職・介護 職とも担当が 固定化してい ない
高看護－ 高介護配置群	102 100.0%	31 30.4%	1 1.0%	55 53.9%	15 14.7%
低看護－ 低介護配置群	103 100.0%	21 20.4%	1 1.0%	67 65.0%	14 13.6%

$p = n.s$

(3) 看取り方針

看護職・介護職の配置状況の高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の2群間で、看取り方針の差の検定を行った結果、両群間では有意差がみられなかった。

表 1-52. 看護職・介護職の配置状況と看取り方針

	合計	施設で 看取る	医療施設 に委ねる	その他
高看護－ 高介護配置群	99 100.0%	59 59.6%	19 19.2%	21 21.2%
低看護－ 低介護配置群	103 100.0%	54 52.4%	18 17.5%	31 30.2%

$p = n.s$

(4) 重度化対応加算

前述の聞き取り調査の結果を受けて、看護職・介護職の配置状況の高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の2群間で、重度化対応加算の差の検定を行った。その結果、両群間では有意差がみられなかった。

表 1-53. 看護職・介護職の配置状況と重度化対応加算

	合計	算定あり	算定なし	今後加算 導入予定
高看護－ 高介護配置群	99 100.0%	78 78.8%	17 17.2%	4 4.0%
低看護－ 低介護配置群	102 100.0%	67 65.7%	32 31.4%	3 2.9%

$p = n.s$

(5) 看取り介護加算

前述の聞き取り調査の結果を受けて、看護職・介護職の配置状況の高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の2群間で、看取り介護加算の差の検定を行った。その結果、両群間では有意差がみられなかった。

表 1-54. 看護職・介護職の配置状況と看取り介護加算

	合計	算定あり	算定なし	今後加算 導入予定
高看護－ 高介護配置群	101 100.0%	58 57.4%	34 33.7%	9 8.9%
低看護－ 低介護配置群	104 100.0%	58 55.8%	41 39.4%	5 4.8%

p=n.s

(6) 看護職の夜間対応体制

看護職・介護職の配置状況の高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の2群間で、看護職の夜間対応体制の差の検定を行った結果、両群間では有意差がみられなかった。

表 1-55. 看護職・介護職の配置状況と看護職の夜間対応体制

	合計	夜間勤務 対応体制	オンコール 対応体制
高看護－ 高介護配置群	102 100.0%	4 3.9%	98 96.1%
低看護－ 低介護配置群	104 100.0%	2 1.9%	102 98.1%

p=n.s

(7) 要介護5の入所（居）者数構成割合

要介護5の入所（居）者数構成割合は、前年度報告<sup>6)</sup>と同様に「40%未満」「40%以上」の2群とした。

看護職・介護職の配置状況の高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の2群間で、要介護5の入所（居）者数構成割合の差の検定を行った結果、両群間では有意差がみられなかった。

表 1-56. 看護職・介護職の配置状況と要介護5の入所（居）者数構成割合

	合計	40%未満	40%以上
高看護－ 高介護配置群	100 100.0%	68 68.0%	32 32.0%
低看護－ 低介護配置群	104 100.0%	80 76.9%	24 23.1%

p=n.s

(8) 要介護2の入所者の認知症高齢者割合

要介護2の入所者の認知症高齢者割合は、前年度報告<sup>6)</sup>をもとに「95%未満」「95%以上」の2群とした。

看護職・介護職の配置状況の高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の2群間で、要介護2の入所者の認知症高齢者割合の差の検定を行った結果、両群間では有意差がみられなかった。

注 6) 平成 20 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金 介護施設の看護職におけるケア管理に関する調査研究事業報告書(2009).

表 1-57. 看護職・介護職の配置状況と要介護 2 の入所者の認知症高齢者割合

	合計	95%未満	95%以上
高看護－ 高介護配置群	79 100.0%	44 55.7%	35 44.3%
低看護－ 低介護配置群	86 100.0%	51 59.3%	35 40.7%

p=n.s

(9) 要介護 3 の入所者の認知症高齢者割合

要介護 3 の入所者の認知症高齢者割合は、前年度報告 6) をもとに「95%未満」「95%以上」の 2 群とした。

看護職・介護職の配置状況の高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の 2 群間で、要介護 3 の入所者の認知症高齢者割合の差の検定を行った結果、両群間では有意差がみられなかった。

表 1-58. 看護職・介護職の配置状況と要介護 3 の入所者の認知症高齢者割合

	合計	95%未満	95%以上
高看護－ 高介護配置群	87 100.0%	49 56.3%	38 43.7%
低看護－ 低介護配置群	92 100.0%	56 60.9%	36 39.1%

p=n.s

(10) 「酸素療法」の受け入れ可能人数

「酸素療法」の受け入れ可能人数は、前年度報告 6) をもとに「1 人」「2~3 人」「4 人以上」の 3 群とした。

看護職・介護職の配置状況の高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の 2 群間で、「酸素療法」の受け入れ可能人数の差の検定を行った結果、両群間では有意差がみられなかった。

表 1-59. 看護職・介護職の配置状況と「酸素療法」の受け入れ可能人数

	合計	1人	2~3人	4人以上
高看護－ 高介護配置群	53 100.0%	10 18.9%	26 49.1%	17 32.1%
低看護－ 低介護配置群	52 100.0%	4 7.7%	25 48.1%	23 44.2%

p=n.s

注 6) 平成 20 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金 介護施設の看護職におけるケア管理に関する調査研究事業報告書(2009).

(11) 「経鼻経管栄養療法」の受け入れ可能人数

「経鼻経管栄養療法」の受け入れ可能人数は、前年度報告<sup>6)</sup>をもとに「3人まで」「4~9人」「10人以上」の3群とした。

看護職・介護職の配置状況の高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の2群間で、「経鼻経管栄養療法」の受け入れ可能人数の差の検定を行った結果、両群間では有意差がみられなかった。

表 1-60. 看護職・介護職の配置状況と「経鼻経管栄養療法」の受け入れ可能人数

	合計	1~3人	4~9人	10人以上
高看護－ 高介護配置群	44 100.0%	15 34.1%	14 31.8%	15 34.1%
低看護－ 低介護配置群	36 100.0%	13 36.1%	11 30.6%	12 33.3%

p=n.s

(12) 入所の可否の最終決定への看護職の影響

看護職・介護職の配置状況の高看護－高介護配置群と低看護－低介護配置群の2群間で、入所の可否の最終決定への看護職の影響の差の検定を行った結果、両群間では有意差がみられなかった。

表 1-61. 看護職・介護職の配置状況と入所の可否の最終決定への看護職の影響

	合計	非常に大きい	まあまあ影響する	あまり影響しない
高看護－ 高介護配置群	94 100.0%	37 39.4%	42 44.7%	15 16.0%
低看護－ 低介護配置群	94 100.0%	28 29.8%	55 58.5%	11 11.7%

p=n.s

注 6) 平成 20 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金 介護施設の看護職におけるケア管理に関する調査研究事業報告書(2009).

## 6. まとめ

### 1) 研究協力施設の概要

研究協力施設の状況は、全国の傾向とほぼ同じで、多くは社会福祉法人が開設主体で定員100人未満の規模、短期入所(居)を併設し、要介護4と要介護5が、それぞれ入所(居)者数の1/3ずつをしめていた。介護保険施行以後に開設した施設が1/4強あり、ユニット型は調査時点で1/5の施設で導入していた。

施設長の職種は、医療・福祉専門職以外と、社会福祉職で2分しており、看護職は一割に満たなかった。

看護職員一人当たりの入所(居)者数の平均は、全国並みの19.3人であった。そのうち3/4が常勤であるが、配置人数や常勤率などは施設によって差が大きかった。介護職員一人当たりの入所(居)者数の平均は、全国よりやや低い2.9人で、看護職員と同様に、配置人数や常勤率などは施設によって差が大きかった。

介護度があがるほど、認知症割合やおむつ利用割合が増加し、要介護1でも95%以上が認知症である施設が、全施設数の43.6%と高かった。

受け持ち制は施設により様々であり、施設で看取るという方針をもつのは約半数であった。短期入所での受け持ち制は、一般入所よりも固定化していなかった。重症対応加算や看取り介護加算は、算定しているまたは今後算定予定の施設が多く、医師のほとんどが嘱託医(94.4%)で、医療が必要な場合の対応は協力病院・診療所が対応していた。

看護職の夜間対応は、ほとんどの施設(96.2%)がオンコール対応体制で、必要に応じて出勤していた。また医師の夜間対応は配置医師では3/4が必要に応じて出勤、協力病院・診療所医師では半数強が必要に応じて出勤し、これ以外の多くが電話対応のみであった。

入所(居)者の制限について医療処置の種類別に受け入れ可能人数を集計したところ、医療処置項目によって、受け入れ可能人数がほとんどない項目、受け入れ人数が比較的多い項目、施設により受け入れ可能人数に差がみられる項目に分かれた。入所決定での看護職の判断の影響は、非常に影響するが29.1%、まあまあ影響するが47.7%、あまり影響しないが20.2%であった。

### 2) 看護職・介護職リーダーの特性

本調査結果から、看護職リーダーと介護職リーダーのそれぞれの背景の傾向を下記のようにまとめた。

#### (1) 看護職リーダー

年齢は50歳代が49.5%でほとんどが女性である。通算経験年数では、20年以上が半数以上と長い職業経験を持つが、介護施設での経験年数は、10年以上から5年未満までさまざまである。国家資格である看護師が70.2%であり、その他は准看護師がリーダーを果たしており、常勤者が准看護師のみという施設の存在も推察される。ケアマネジャーの資格は、40%前後が取得していた。役職名は、「主任」が22.0%で最も多く、次いで「主査・主幹」が19.2%、以下「師長」が7.5%、「リーダー」7.2%とばらつきがみられるものの、看護職内のまとめた役割であった。

特別養護老人ホームで働くことにした動機・経緯は、「高齢者ケアへの興味」が52.7%であるが、「勤務体制・時間」45.7%、「通勤の利便性」36.7%も高い値を示しており、約

半数が現在の仕事を満足と捉えている。

研修会の開催に積極的で、83.7%が自施設内で研修会を開催し、年間平均開催回数は7.3回であったが、開催回数が多い施設と少ない施設の2極化していた。80.1%は外部研修に年間平均3.0回参加していた。

## (2) 介護職リーダー

年齢は30歳代が47.9%で、1/4強が男性であった。通算経験年数では、5～10年未満が37.2%、10～15年未満が29.0%で、勤務経験のほとんどが介護施設での勤務経験であった。

介護職リーダーの所有免許・資格は、国家資格である介護福祉士が91.6%であった。ケアマネジャーの資格は、40%前後が取得していた。

役職名は、介護職リーダーの場合、「主任」が46.5%と全体の半数近くを占めており、介護職内のまとめた役割であった。

特別養護老人ホームで働くことにした動機・経緯について、もっとも多かったのは、「高齢者ケアへの興味」が80.7%と突出して多く、その他の理由は少数派であった。しかし、免許・資格別にみると、介護福祉士・社会福祉士の国家免許取得者と、ヘルパー1級・ヘルパー2級の資格取得者とは、傾向が大きく違っていた。介護福祉士・社会福祉士では、「勤務体制・時間」と「通勤の利便性」をあげた者は少なく、「高齢者ケアへの興味」に特化している。その一方で、ヘルパー1級・ヘルパー2級では、「高齢者ケアへの興味」が70%に割合が減り、「通勤の利便性」の割合がそれぞれ30%、20%に上昇する。また、仕事の満足度では、社会福祉士の80%が満足と回答しているが、介護福祉士・ヘルパー1級・ヘルパー2級の50%前後で、同じ福祉職であっても免許・資格によって傾向は大きく違っていた。

研修会の開催に積極的で看護職の値を上回る90.9%が自施設内で研修会を開催し、年間平均開催回数は8.7回であった。86.8%は外部研修に年間平均4.2回参加していた。

## (3) 両リーダーの傾向が異なる点

看護職リーダーと比べて介護職リーダーは、比較的若い年齢層に多く、通算経験でも看護職リーダーはベテラン層に、介護職リーダーはいわゆる中堅層に多いといえる。女性がほとんどの看護職リーダーに比べて、介護職リーダーは1/4強が男性である。専門性の基盤となる資格が国家資格である割合は、看護職リーダーが70.2%であり、介護職リーダーは91.6%と、介護職の方が20%高い。

特別養護老人ホームで働くことにした動機・経緯では、「高齢者ケアへの興味」と答えた割合は看護職リーダー52.8%、介護職リーダー80.7%と、介護職リーダーの方が30%近く高いという明らかに違いを示した。看護職リーダーでは介護職リーダーと比べて、「勤務体制・時間」、「通勤の利便性」の回答割合が高かった。介護職リーダーの中でも、看護職のこの傾向に比較的近い値であったのは、ヘルパー1級・ヘルパー2級であった。

仕事の満足度では、社会福祉士の80%が満足と回答しており、看護職リーダーと介護福祉士・ヘルパー1級・ヘルパー2級の50%前後の値とは大きく違っていた。

## (4) 組織上の位置づけ

### ①組織ラインにおける位置

組織ラインから職段階別にみると両職がおかれている位置は、「3段目に位置してい



る」が看護職、介護職ともに最も多かった。次に多い位置は、看護職では2段目が、介護職では4段目であった。職段階からみると看護職が介護職よりも1段階上位に位置するものが現状ではやや多いという違いがみられた。

居室形態別にみると「3段目に位置している」は、「従来型」「ユニット型」「従来型＋ユニット型」のいずれにおいても看護職、介護職とも4～5割で最も多かった。しかし「2段目に位置している」は、看護職3～5割の方が介護職1～2割に比べ多かった。また「従来型＋ユニット型」における介護職の場合、「3段目に位置している」「4段目に位置している」が約4割でほぼ同率の回答であった。

## ②看護職・介護職の組織における系列関係

両職が「横の系列関係」にあるのは、看護職約7割、介護職約6割であった。しかし両職の組織における系列関係において「記載不明」が多く、看護職約2割、介護職約4割であった。

居室形態別にみた両職の系列関係は、「従来型」「ユニット型」「従来型＋ユニット型」のいずれにおいても「横の系列関係」が看護職6～7割、介護職5～6割で最も多いが、看護職の方に高い傾向がみられた。一方介護職では、「ユニット型」「従来型＋ユニット型」において「横の系列関係」と「記載不明」の回答がそれぞれ約5割を占めていた。

## ③看護職・介護職の直属の上司

直属の上司は、両職共通して「施設長」「事務長」「副施設長」の順に多い。割合をみると「施設長」が看護職では3割、介護職では2割であり、「事務長」「副施設長」が各々約1割であった。

直属上司を「施設長」とした看護職、介護職が組織ラインの「2段目に位置している」の回答は、約9割（看護職94.8%、介護職91.7%）を占めていた。

看護職の直属上司の6位に「医師、嘱託医」があげられていたが、介護職の直属上司に「医師、嘱託医」をあげた者はいなかった。

両職に共通して直属上司の職名の多様化があげられ、看護職81種、介護職109種もあった。

(5) ケアの指針・マニュアルなど文書化の有無と見直しは、行政監査項目では整備して定期的な見直しをしていたが、これ以外の項目では7割以下の整備状況であり、整備していても定期的な見直しが3割以下という項目も少なくなかった。

## 3) 看護職とケア管理

- (1) 看護職リーダーの介護施設経験年数の長さ、看護職間、介護職、施設内他職種などとの連携に関わるケアの指針・マニュアルの文書化との関連は明確ではなかった。
- (2) 看護職リーダーのケアマネジャー資格取得者の有無と、医師、施設内他職種、施設外職種、家族との連携・対応におけるケアの指針・マニュアルなどの文書化との関連はみられなかった。
- (3) 看護職の夜間対応で介護職の不安緩和を判断理由にしている看護職リーダーの施設の方が、連携に関わるケアの指針・マニュアルのうち施設外職種との連携の文書化が有意になされていた。
- (4) 医療処置（酸素療法、経鼻経管栄養）を有する入所（居）者の受け入れについて、

看護職リーダーの介護施設経験年数の長さとの関係を見ると、経鼻経管栄養の受け入れ割合は高かったが、明確な関連性はみられなかった。

- (5) 「インスリン注射」の受け入れ可能人数と、入所（居）の可否の最終決定への看護職の影響力とは、関連している傾向があった。
- (6) 看護職員一人あたりの入所（居）者数が多いほど、要介護 5 の入所（居）者構成割合、「経鼻経管栄養法」の受け入れ可能人数が高い傾向があった。しかし、介護区分別認知症割合や「酸素療法」の受け入れ可能人数とは、関係しなかった。

#### 4) 看取りの方針とケア管理

- (1) 施設で看取るという方針をもっている施設と、看護職リーダーの介護施設経験年数、看護職員一人あたりの入所（居）者数、居室形態との傾向は見られなかった。
- (2) 施設で看取るという方針をもっている施設は、有意差はなかったが看護職と介護職の入所（居）者の受け持ちを固定化し、医師や施設内他職種との連携に関するケア指針やマニュアルなどを文書化している割合が高かった。
- (3) 施設で看取るという方針は、入所（居）の可否決定へ看護職の判断と、同時に、看護職の判断以外の影響もみられた。

#### 5) 看護職と介護職の配置状況と施設

看護職と介護職の常勤者配置状況について、「一人当たり入所者数」から検討した。中央値で 2 群に分割し、一人あたり入所者数が多い群を低配置群、少ない群を高配置群として、看護職介護職の配置状況の内訳を見ると、看護職と介護職が共に高い配置である高看護-高介護配置群と、看護職と介護職が共に低い配置である低看護-低介護配置群が、それぞれ 1/3 をしめていた。

さらに、高看護-高介護配置群と低看護-低介護配置群とでは、施設特性がどのように違うのかについて、居室形態、受け持ち体制、看取りの方針、重症化対応加算、看とり介護加算、看護職の夜間対応体制、要介護 5 の入所（居）者数構成割合、要介護 2 の入所者の認知症高齢者割合、要介護 3 の入所者の認知症高齢者割合、「酸素療法」の受け入れ可能人数、「経鼻経管栄養療法」の受け入れ可能人数、入所の可否の最終決定への看護職の影響と、さまざまな側面から統計的に検討した。その結果、有意差が認められたのは、居室形態のみであり、高看護-高介護配置群と低看護-低介護配置群の違いには、ユニット化が影響していることが、明らかになった。

## 第2節. 看護職の活動と協働

看護職の活動と他職種との協働の実態を把握するため、入所（居）者の経過として、(1) 入所（居）時、(2) 退所（居）時、(3) 日々のケア、(4) 急変時、(5) 看取り時の5つを設定し、(1)～(5)各々に6～11の細項目の行為を列挙して、これらについての〈看護職の関与〉、〈分担している職種〉、〈その職種に分担している場合の理由〉を得た。

なお、〈看護職の関与〉はその有無を、また、〈分担している職種〉は介護職、生活相談員、その他の職種を列挙して、さらに〈その職種に分担している場合の理由〉は9項目を列挙して、選択してもらう形で回答を得た。

その結果、392名より回答が得られ、以下に示すとおりであった。

### 1. 入所（居）者の経過別にみた看護職の関与

入所（居）者の経過別、即ち、(1) 入所（居）時、(2) 退所（居）時、(3) 日々のケア、(4) 急変時、(5) 看取り時において、いずれのケアにおいても看護職が関与していたが、〈看護職が関与している〉割合が最も高かったのは、(4) 急変時の対応で93.6%であり、最も低かったのは、(2) 退所（居）時で33.6%であった（表2-1）。

一方、〈看護職が関与していない〉は、上記結果を裏付けるように、その割合が最も高かったのは、(2) 退所（居）時の42.7%であり、最も低かったのは、(4) 急変時で4.2%であった（表2-2）。

表2-1. 経過別でみた看護職が関与している割合

n=392

経過	(1) 入所(居)時	(2) 退所(居)時	(3)日々のケア	(4)急変時	(5)看取り時
看護職が関与している	206名 52.7%	131名 33.6%	216名 55.2%	366名 93.6%	270名 69.0%

表2-2. 経過別でみた看護職の関与していない割合

n=392

経過	(1) 入所(居)時	(2) 退所(居)時	(3)日々のケア	(4)急変時	(5)看取り時
看護職が関与していない	162名 41.4%	167名 42.7%	153名 39.1%	16名 4.2%	44名 11.3%

### 2. 入所（居）時のケア

入所（居）時のケアを【入所（居）申し込み（受付）】【事前面接】【入所（居）の決定】に分け、各々具体的行為における〈看護職の関与〉、〈分担している職種〉、〈その職種に分担している場合の理由〉について以下に示した。

#### 1) 入所（居）時のケア

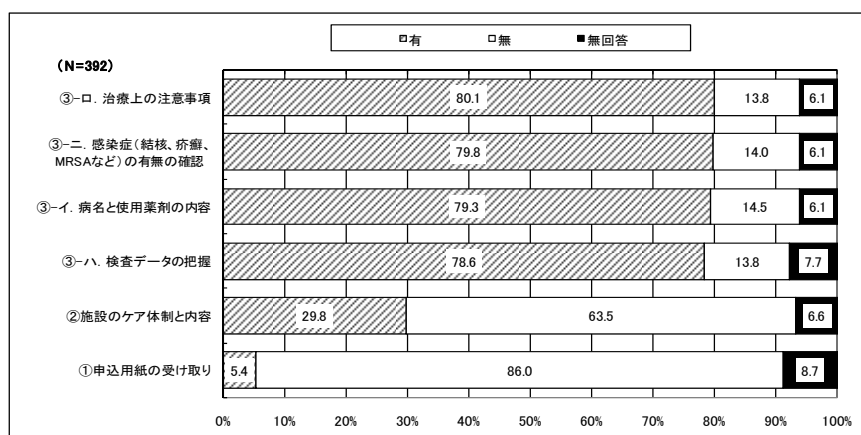
(1) 入所（居）時の【入所（居）申し込み（受付）】における看護職の関与（図2-1）

入所（居）時の【入所（居）申し込み（受付）】における6行為のいずれも〈看護職が関与している〉であり、中でも80%前後を占めた行為は、『イ. 病名と使用薬剤の内容』『ロ. 治療上の注意事項』『ハ. 検査データの把握』『ニ. 感染症（結核、疥癬、MRSAなど）の有無の確認』を含む「③事前情報に基づいた配置医師からの助言を得る」の4行為であった。

一方、「①申し込み用紙の受け取り」は、〈看護職が関与している〉割合が少なく、8.7%

であった。

図 2-1. 入所（居）時：入所（居）申し込み（受付）における看護職の関与

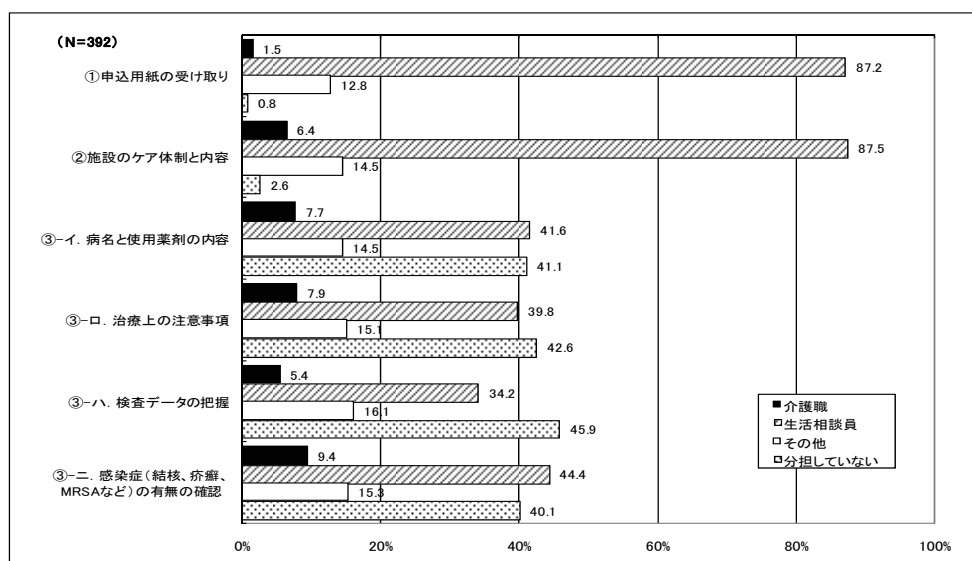


(2) 分担している職種 (図 2-2)

入所（居）時の【入所（居）申し込み（受付）】における 6 行為は、いずれも介護職・生活相談員・その他の職種に分担していたが、＜介護職に分担している＞は、いずれの行為も 10%未満であった。しかし、＜生活相談員に分担している＞は、いずれの行為も 30%以上を占め、殊に「①申し込み用紙の受け取り」と「②施設のケア体制と内容（可能な医療処置、看取り介護等を含む）入居の際の費用等諸々の説明」の 2 行為は、約 90%を占めた。

一方、＜分担していない＞は、『イ. 病名と使用薬剤の内容』『ロ. 治療上の注意事項』『ハ. 検査データの把握』『ニ. 感染症（結核、疥癬、MRSA など）の有無の確認』を含む「③事前情報に基づいて配置医師からの助言を得る」の 4 行為がいずれも約 40%であった。

図 2-2. 入所（居）時：入居申し込み（受付）における分担している職種



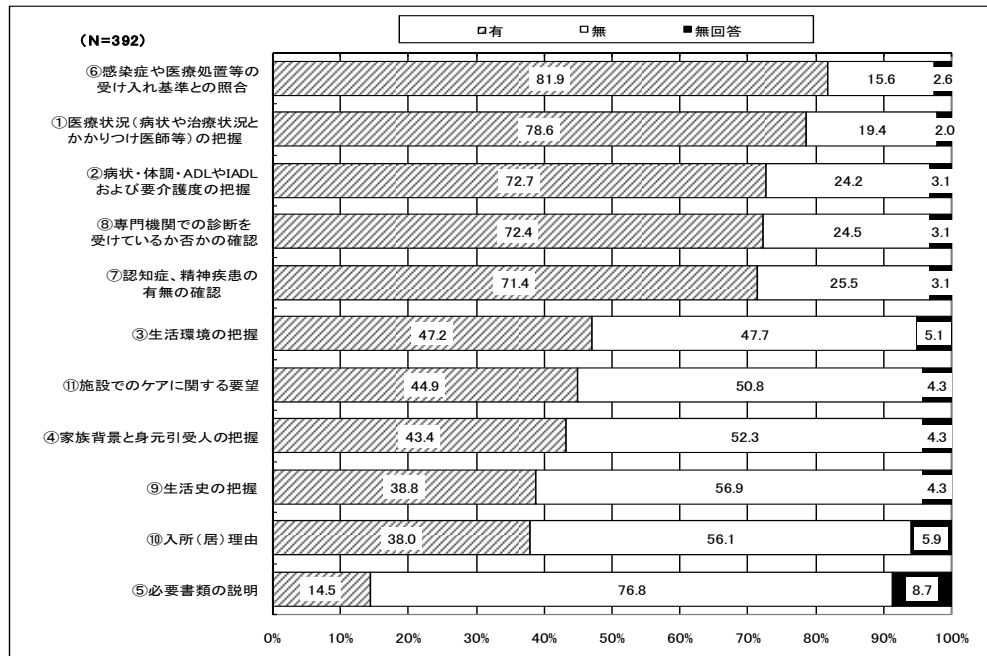
(3) 入所（居）時の【事前面接】における看護職の関与 (図 2-3)

入所（居）時の【事前面接】として列举した 11 行為は、いずれも＜看護職が関与して

いる>であり、殊に「⑥感染症や医療処置等の受け入れ基準との照合」が80%以上を占め、「②病状・体調・ADLやIADLおよび要介護度の把握」「⑦認知症、精神疾患の有無の確認」「専門機関での診断を受けているか否かの確認」の2行為も70%以上を占めた。

一方、<看護職が関与している>の最も低かったのは、「⑤必要書類の説明」の14.5%であった。

図 2-3. 入所（居）時：事前面接における看護職の関与

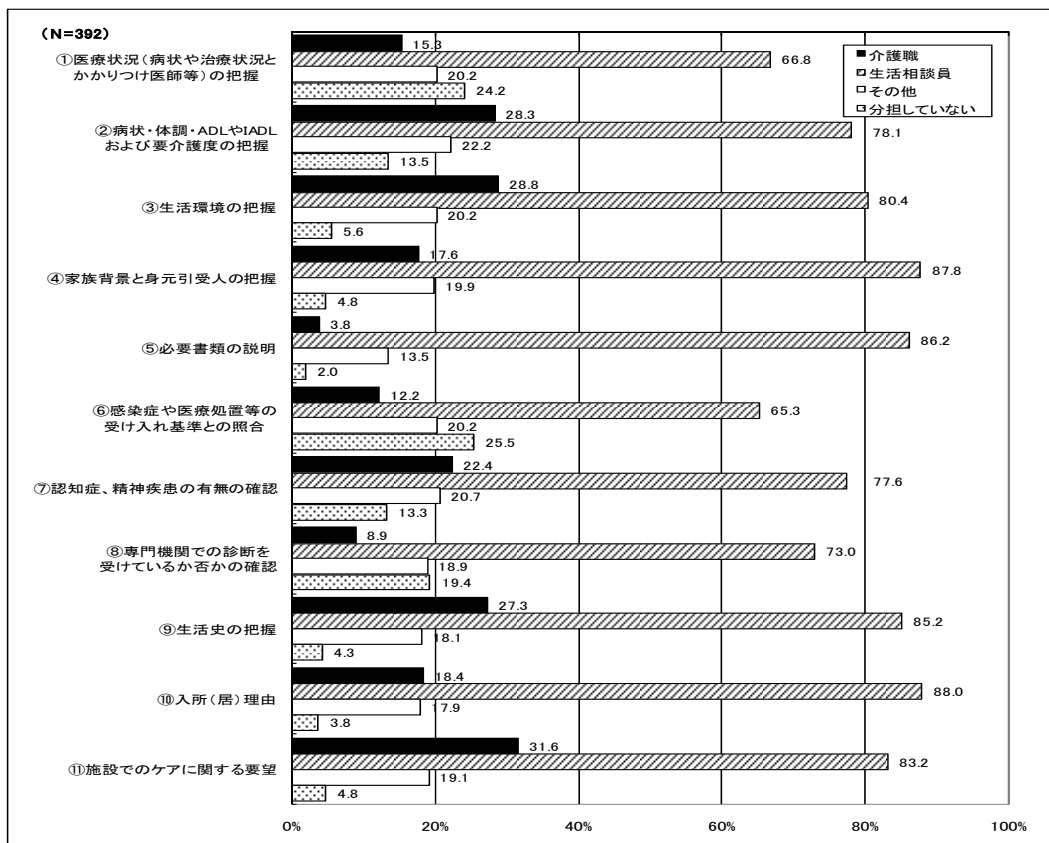


(4) 分担している職種 (図 2-4)

【事前面接】として列挙した11行為はいずれも、介護職・生活相談員・その他の職種に分担していたが、<介護職に分担している>は、高いものでも「⑪施設でのケアに関する要望」の1行為で31.6%であった。しかし、<生活相談員に分担している>は、いずれの行為も60%以上を占め、殊に「②病状・体調・ADLやIADLおよび要介護度の把握」「③生活環境の把握」「④家族背景と身元引受人の把握」「⑤必要書類の説明」「⑦認知症、精神疾患の有無の把握」「⑨生活史の把握」「⑩入所(居)理由」「⑪施設でのケアに関する要望」の8行為は、いずれも80%前後を占めた。また、<その他の職種に分担している>は、その割合が高い行為でも20%程度に過ぎなかった。

一方、<分担していない>は、いずれの行為でもみられたが、その割合が高いものでも「①医療状況(病状や治療とかかりつけ医師等)の把握」と「⑥感染症や医療処置等の受け入れ基準との照合」の2行為で20%台であった。

図 2-4. 入所（居）時：事前面接における分担している職種

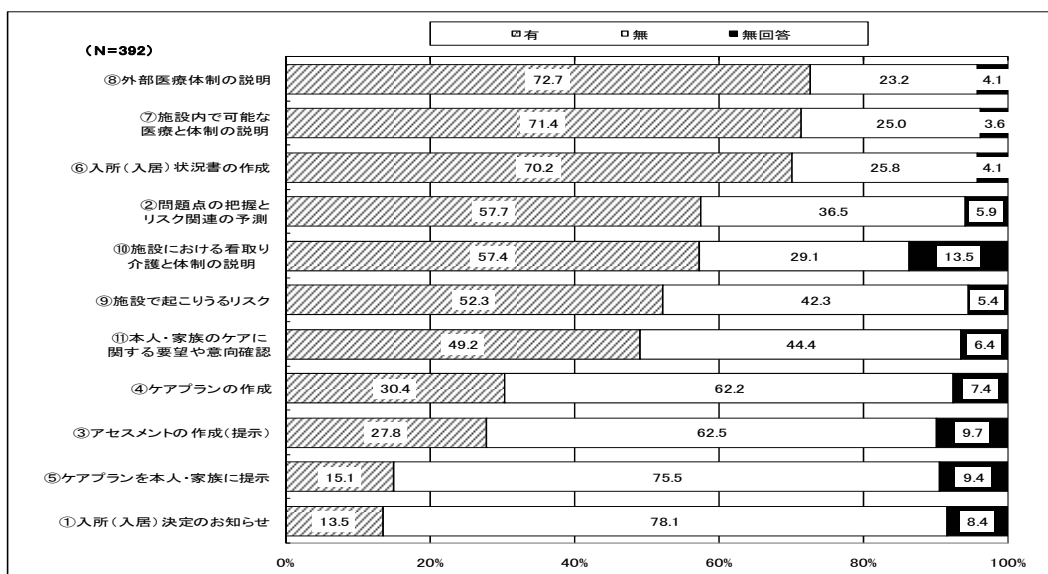


(5) 【入所（居）の決定】における看護職の関与（図 2-5）

入所（居）時における【入所（居）の決定】として列挙した 11 行為は、いずれも＜看護職が関与している＞であり、殊に「⑥入所（居）状況書の作成」「⑦施設内で可能な医療と体制の説明」「⑧外部医療体制の説明」3 行為は、70%台であった。

一方、＜看護職が関与している＞の最も低かった行為は、「①入所（居）決定のお知らせ」の 13.5%であった。

図 2-5. 入所（居）時：入所（居）の決定における看護職の関与

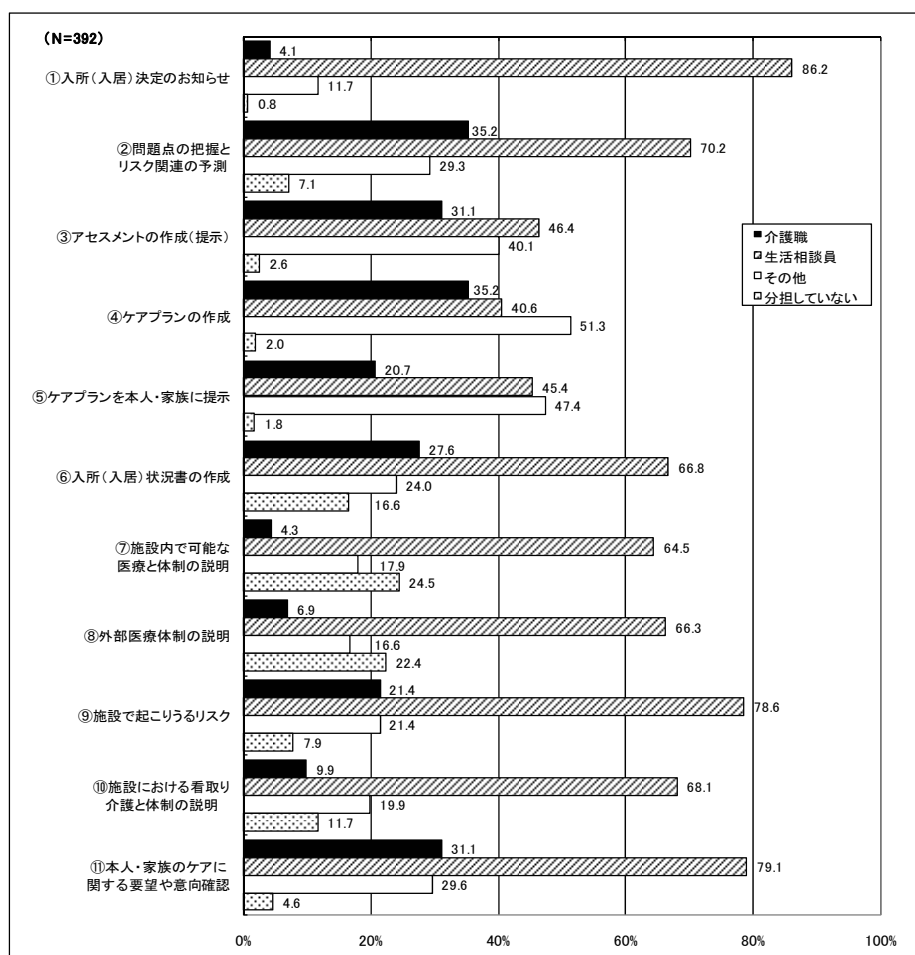


(6) 分担している職種 (図 2-6)

【入所(居)の決定】として列挙した 11 行為はいずれも、介護職・生活指導員・その他の職種に分担していたが、<介護職に分担している>は、その割合が高いものでも 30% 台で、「②問題点の把握とリスク関連の予測」「③アセスメントの作成(提示)」「④ケアプランの作成」「⑪本人・家族のケアに関する要望や意向確認」の 4 行為であった。しかし、<生活相談員に分担している>は、いずれの行為も 60%以上を占め、殊に、「①入所(居)決定のお知らせ」「⑨施設で起こりうるリスクと対応の説明」「⑩本人・家族のケアに関する要望や意向確認」の 4 行為は、80%前後を占めた。また、<その他の職種に分担している>は、「④ケアプランの作成」と「⑤ケアプランを本人・家族に提示」の 2 行為で 50%前後を占めた。

一方、<分担していない>は、その割合が高いものでも 20%台であり、「⑦施設内で可能な医療と体制の説明」と「⑧外部医療体制の説明」の 2 行為であった。

図 2-6. 入所(居)時：入所(居)の決定における分担している職種



(7) 入所(居)時における行為を分担している場合の理由 (表 2-3)

入所時の【入所(居)申し込み(受付)】・【事前面談】・【入所(居)の決定】において、介護職・生活相談員・その他の職種に分担している場合の理由は、列挙した A~I の中から選択(複数回答)して回答してもらうものであった。その結果、その理由は、【入所(居)申し込み(受付)】・【事前面談】・【入所(居)の決定】でその割合は多少異なるものの、「A.

教育・研修を受けて、判断や対応方法の知識・技術を持っている」「B. 必要性や対応方法を個別に説明・指導し、実施可能と判断できる」「C. 専門的な有資格者である」「E. 看護職との連携が密で組織的に取り組める体制になっている」の4項目に集中し、いずれも20～30%台であった。

表 2-3. 入所（居）時における行為を分担している場合の理由

分担理由	A 教育・研修を受けて、判断や対応方法の知識・技術を持っている	B 必要性や対応方法を個別に説明・指導し、実施可能と判断できる	C 専門的な有資格者である	D 施設の方針・マニュアルとして明示し、周知している	E 看護職との連携が密で組織的に取り組める体制になっている	F その役割がとれるように人員数が配置されている	G 入所（居）者の状態がほぼ安定している	H 入所（居）者の状態が変化しやすく不安定である	I 入所（居）者の状態が重篤である	無回答
(1)入所（居）時	29.7	25.0	29.9	16.9	25.0	8.9	3.0	1.2	0.9	36.5
【入居申し込み（受付）】	28.9	24.9	30.0	16.8	26.7	8.8	3.0	1.1	1.1	34.2
【事前面接】	28.8	24.3	26.3	15.0	26.5	9.0	3.2	1.3	0.9	38.3
【入所（居）の決定】	31.2	25.9	33.3	18.8	22.5	8.9	2.9	1.2	0.8	36.0

(8) 「入所（居）時における看護職の関与」と「対象者の属性」との有意差

「入所（居）時における【入所（居）申し込み（受付）】【事前面接】【入所（居）の決定】」と「対象者の属性」との間で有意な差を認めたものは以下のとおりであった。

a. 「入所（居）時における看護職の関与が70%以上の群」において、経験年数「5年以上」の方が「5年未満」より有意に高く（ $p=0.014$ ）、同様に「ケアマネジャーの資格あり」が「資格なし」より有意に高かった（ $p=0.043$ ）。

b. 【入所（居）申し込み（受付）】では、「入所（居）申し込み（受付）における看護職の関与が70%以上の群」において、「介護職のみ、担当が固定化している」方が「看護職・介護職とも担当が固定していない」より有意に高く（ $p=0.036$ ）、同様に「看護師」の方が「准看護師」より有意に高かった（ $p=0.048$ ）。

c. 【事前面接】では、「事前面接における看護職の関与が70%以上の群」において、「介護施設での経験年数5年以上」の方が「5年未満」より有意に高かった（ $p=0.043$ ）。

d. 【入所（居）の決定】では、「入所（居）の決定における看護職の関与が70%以上の群」において、「看護師」の方が「准看護師」より有意に高かった（ $p=0.031$ ）。

### 3. 退所（居）時のケア

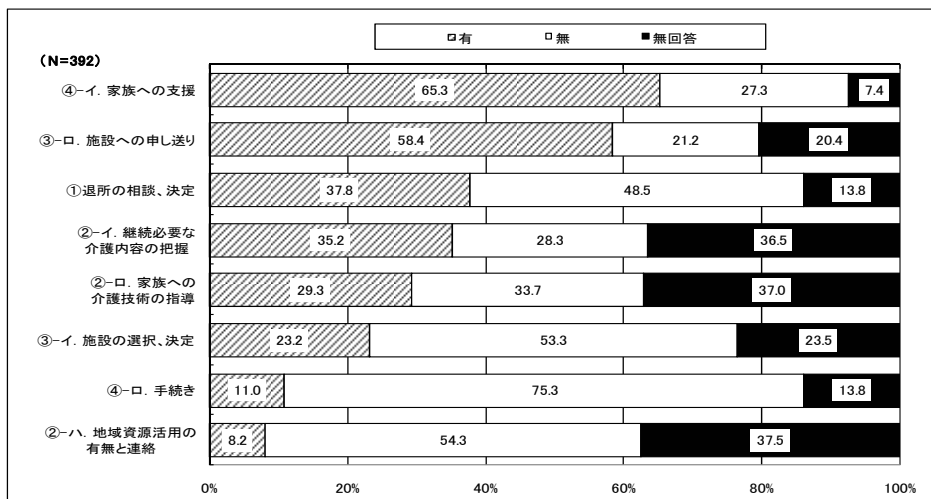
(1) 退所（居）時における看護職の関与（図 2-7）

退所（居）時の行為として列挙した8行為は、いずれも＜看護職が関与している＞であったが、その割合は必ずしも高くなく、高いものでも「④死亡退所への対応」の『イ. 家族への支援』で65.3%、「③他施設移行に伴う準備」の『ロ. 施設への申し送り』で58.4%の2行為であった。

また、＜看護職が関与している＞割合が低かった行為は、「在宅医療移行に伴う準備」の『ハ. 地域資源の活用の有無と連絡』と「④死亡退所への対応」の『手続き』の2行為で10%前後であった。



図 2-7. 退所（居）時における看護職の関与

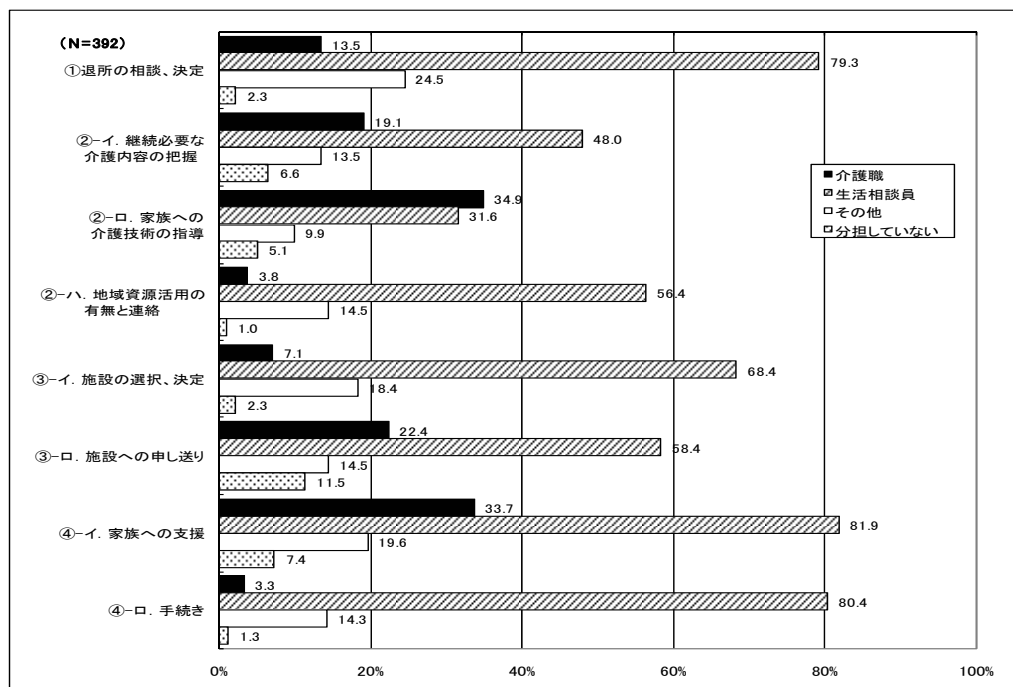


(2) 分担している職種 (図 2-8)

退所（居）時における 8 行為は、いずれも介護職・生活相談員・その他の職種に分担していたが、＜介護職に分担している＞行為で高いものでも 30% 台で、「②在宅医療移行に伴う準備」の『ロ. 家族への介護技術の指導』と「④死亡退所への対応」の『家族への支援』の 2 行為であった。しかし、＜生活相談員に分担している＞行為は、低いものでも 30% 以上であり、「①退所（居）の相談、決定」「④死亡退所への対応」の『イ. 家族への支援』『ロ. 手続き』の 3 行為はいずれも 80% 前後を占めた。また、＜その他の職種に分担している＞は、高いものでも 20% 前後で、「①退所（居）の相談、決定」「④死亡退所への対応」の『イ. 家族への支援』、「③他施設移行に伴う準備」の『イ. 施設の選択、決定』の 3 行為であった。

一方、＜分担していない＞は、その割合が最も高かった行為でも「③他施設移行に伴う準備」の『ロ. 施設への申し送り』の 11.5% に過ぎなかった。

図 2-8. 退所（居）時における分担している職種



(3) 退所（居）時における行為を分担している場合の理由について（表 2-4）

退所（居）時における 8 行為について、介護職・生活相談員・その他の職種に分担している理由は、入所（居）時と同様、4 項目に集中し、「A. 教育・研修を受けて、判断や対応方法の知識・技術を持っている」「B. 必要性や対応方法を個別に説明・指導し、実施可能と判断できる」「C. 専門的な有資格者である」が約 30%、「E. 看護職との連携が密で組織的に取り組める体制になっている」が 18.0%であった。

表 2-4. 退所（居）時における行為を分担している場合の理由

分担理由	A 教育・研修を受けて、判断や対応方法の知識・技術を持っている	B 必要性や対応方法を個別に説明・指導し、実施可能と判断できる	C 専門的な有資格者である	D 施設の方針・マニュアルとして明示し、周知している	E 看護職との連携が密で組織的に取り組める体制になっている	F その役割がとれるように人員数が配置されている	G 入所（居）者の状態がほぼ安定している	H 入所（居）者の状態が変化しやすく不安定である	I 入所（居）者の状態が重篤である	無回答
比率の平均	28.8	27.4	27.6	14.9	18.0	6.4	1.8	1.2	1.7	41.3

(4) 「退所（居）時における看護職の関与」と「対象者の属性」との有意差

「退所（居）時における看護職の関与」と「対象者の属性」との間には有意差を認めるものはみられなかった。

#### 4. 日々のケア

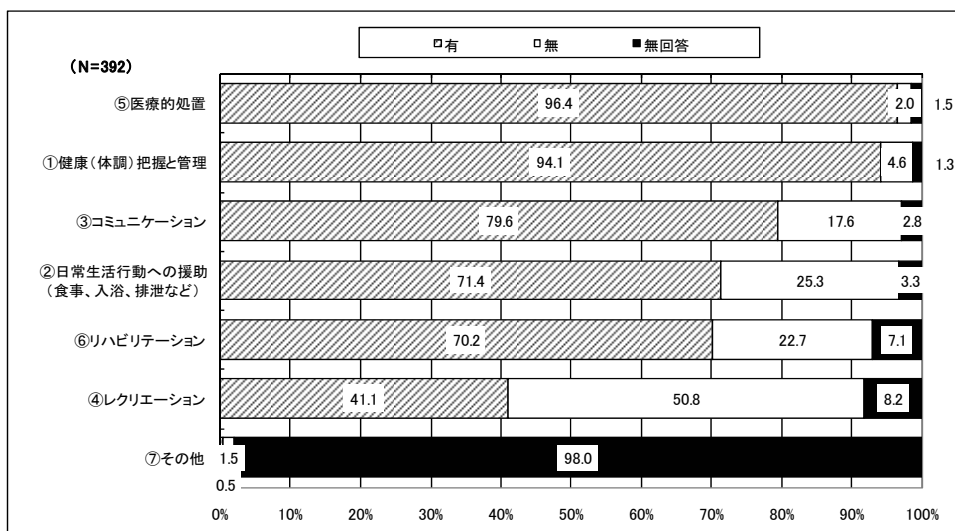
日々のケアは、【日中のケア】と【夜間のケア（看護師不在時）】に分けて回答を得た。

(1) 【日中のケア】における看護職の関与（図 2-9）

【日中のケア】の行為として列挙した 7 行為は、いずれも＜看護職が関与している＞であり、中でも「⑤医療的処置」と「①健康（体調）把握と管理」の 2 行為は 90%以上を占めた。

一方、＜看護職が関与している＞割合が低かった行為は、「⑦その他」を除くと「④レクリエーション」の 41.1%であった。

図 2-9. 【日中のケア】における看護職の関与

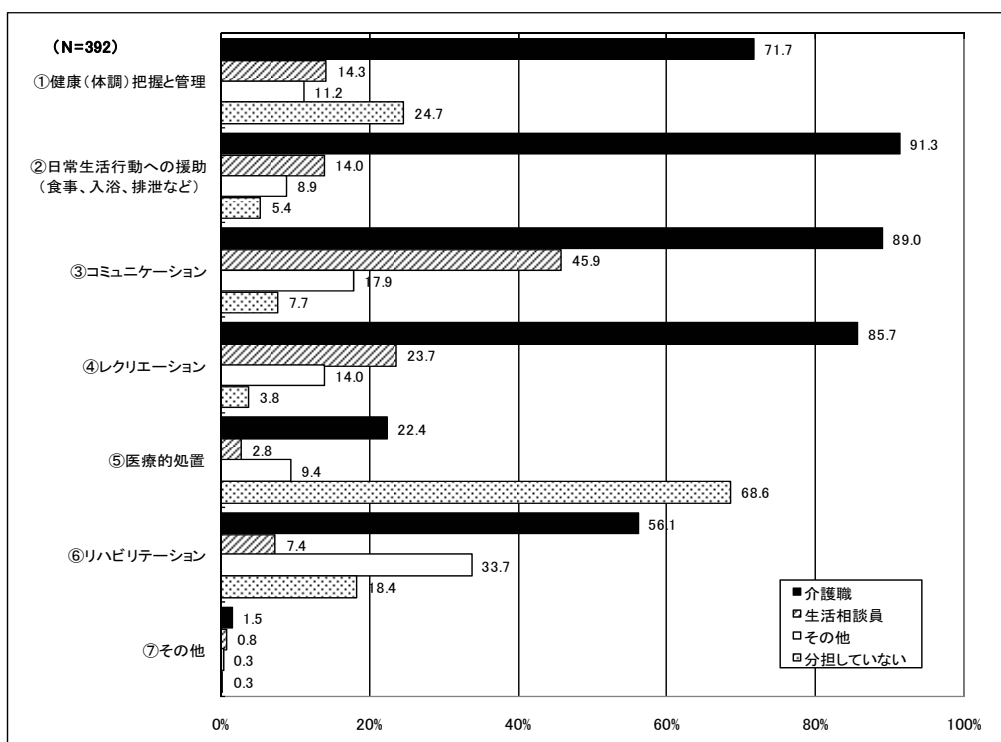


(2) 分担している職種 (図 2-10)

【日中のケア】の行為として列挙した7行為は、いずれも介護職・生活相談員・その他の職種に分担していた。＜介護職に分担している＞割合が高かった行為は「②日常生活行動への援助(食事、入浴、排泄など)」と「③コミュニケーション」の2行為で90%前後、「④レクリエーション」の85.7%であった。＜生活相談員に分担している＞は、その割合が高かった行為でも、「③コミュニケーション」の45.9%であった。＜その他の職種に分担している＞割合が最も高かった行為は「⑥リハビリテーション」の33.7%であり、職種としては理学療法士、作業療法士、機能訓練士が挙げられていた。

一方、＜分担していない＞割合が高かった行為は「⑤医療的処置」の68.6%であった。

図 2-10. 【日中のケア】における分担している職種

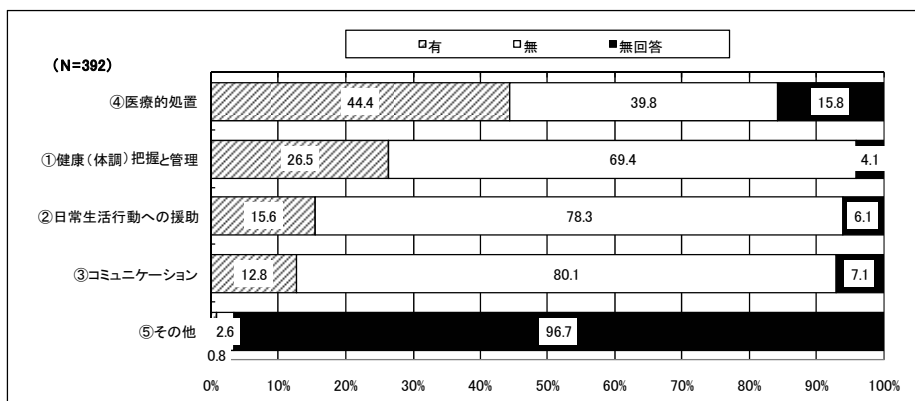


(3) 【夜間のケア（看護師不在時）】における看護職の関与（図 2-11）

【夜間のケア】として列挙した 5 行為いずれも＜看護職が関与している＞が、その割合が最も高かった行為は、【日中のケア】と同様「④医療的処置」の 2 行為で 44.4%であった。

一方、＜看護職が関与している＞割合が最も低かった行為は、「⑤その他」を除くと、「③コミュニケーション」の 12.8%であった。

図 2-11. 【夜間のケア】（看護師不在時）における看護職の関与

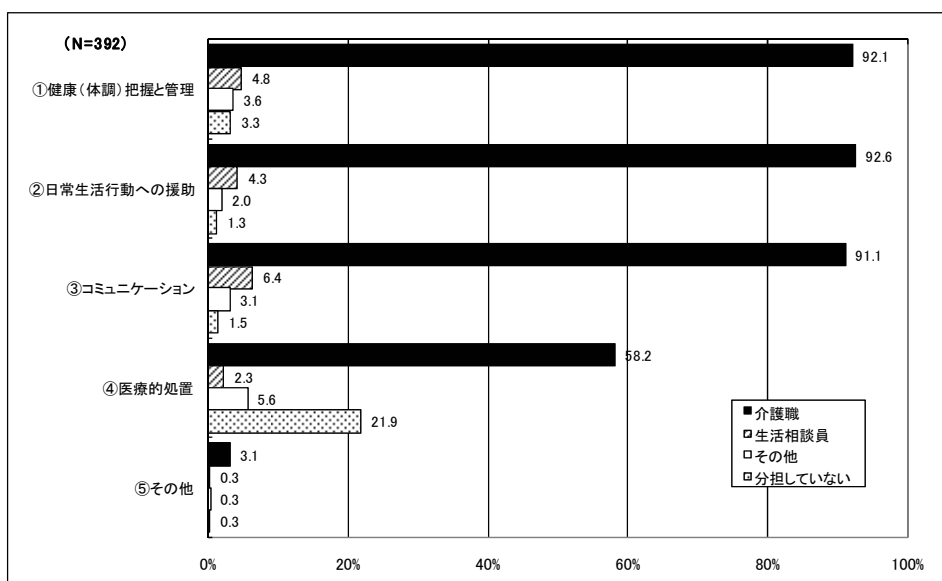


(4) 分担している職種（図 2-12）

【夜間のケア】として列挙した 5 行為はいずれも介護職・生活相談員・その他の職種に分担していたが、＜介護職に分担している＞割合が高く、「④医療的処置」がかろうじて 58.2%であるものの、「①健康（体調）把握と管理」「②日常生活行動への援助」「③コミュニケーション」の 3 行為はいずれも 90%以上を占めた。また、＜生活相談員と分担している＞割合は、全行為が 10%以下であったが、そのうち最も高かった行為は、「③コミュニケーション」の 6.4%であった。＜その他の職種に分担している＞割合が高かった行為は「④医療的処置」で、職種としては主に医師が挙げられていた。

一方、＜分担していない＞割合が高かった行為は、【日中のケア】と同様、「④医療的処置」の 21.9%であった。

図 2-12. 【夜間のケア】（看護師不在時）における分担している職種



(5) 日々のケアにおける行為を分担している場合の理由 (表 2-5)

日々のケアの各行為における分担している場合の理由として最も多かったのは、日中のケアも夜間のケアも「A. 教育・研修を受けて、判断や対応方法の知識・技術をもっている」の30%台であったが、B・C・Eの理由も約20~30%を占めていた。

表 2-5. 日々のケアにおける行為を分担している場合の理由

分担理由	A 教育・研修を受けて、判断や対応方法の知識・技術を持っている	B 必要性や対応方法を個別に説明・指導し、実施可能と判断できる	C 専門的な有資格者である	D 施設の方針・マニュアルとして明示し、周知している	E 看護職との連携が密で組織的に取り組める体制になっている	F その役割がとれるように人員数が配置されている	G 入所(居)者の状態がほぼ安定している	H 入所(居)者の状態が変化しやすく不安定である	I 入所(居)者の状態が重篤である	無回答
日々のケア	33.9	26.6	24.6	14.1	29.6	9.1	6.6	1.2	0.9	36.6
【日中】	34.2	26.8	29.4	13.5	29.1	10.4	7.2	1.4	0.9	35.1
【夜間】	33.4	26.4	17.3	15.0	30.4	7.0	5.8	0.9	0.9	38.9

(6) 「日々のケアにおける看護職の関与」と「対象の属性」との有意差

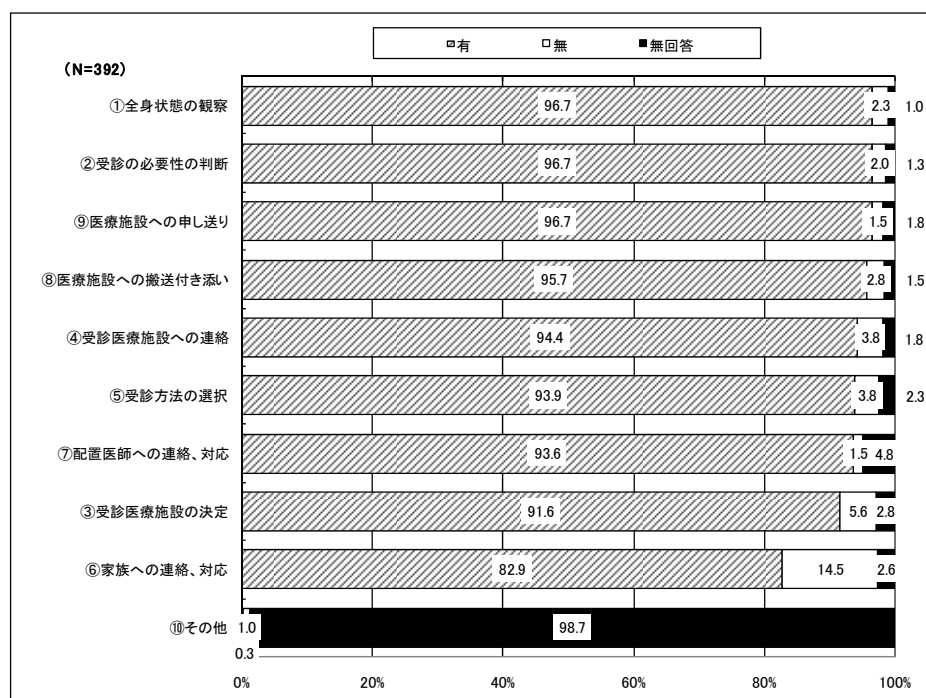
「日々のケアにおける看護職の関与が70%未満」において、「配置医師が必要に応じて施設に来る」が「電話対応のみ」より有意に高かった (p=0.026)。

## 5. 急変時のケア

(1) 急変時における看護職の関与 (図 2-13)

急変時として列挙した9行為（「⑩その他」を除く）では、＜看護職が関与している＞割合が高く、全ての行為で80%を上回っていた。中でも、最も高い割合を示したのは「①全身状態の観察」、「②受診の必要性の判断」、「⑨医療施設への申し送り」の3行為で、いずれも90%以上を占めた。

図 2-13. 急変時における看護職の関与

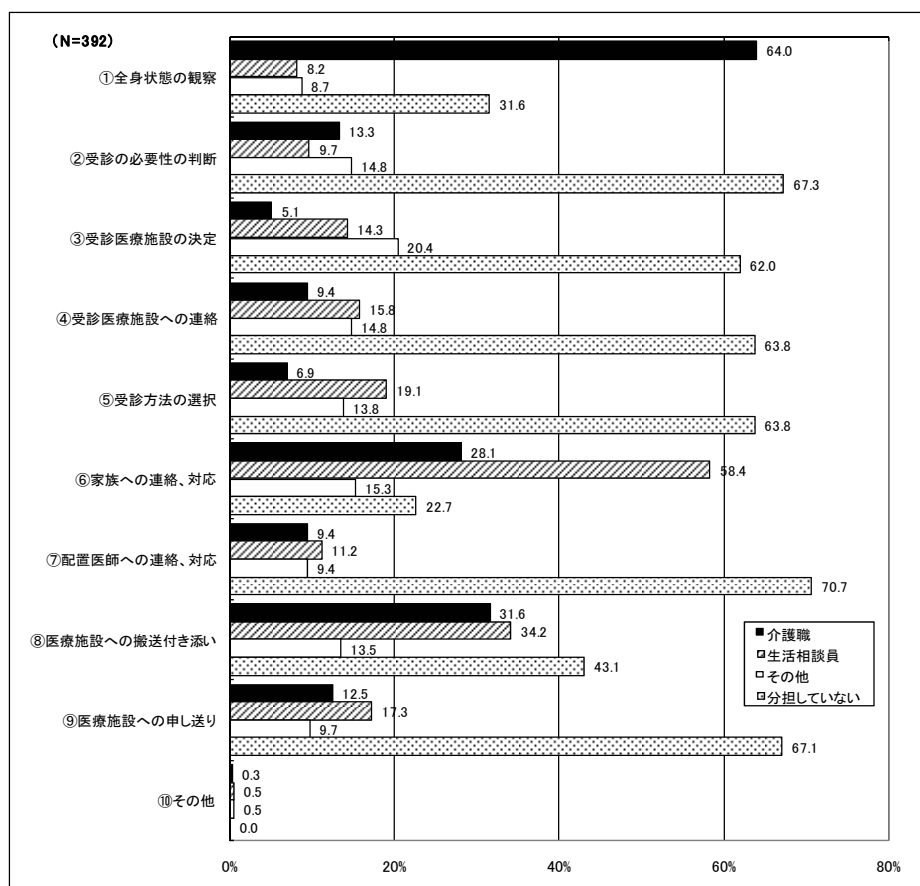


## (2) 分担している職種 (図 2-14)

急変時における 10 行為すべて、介護職・生活相談員・その他の職種に分担していたが、<介護職に分担している>行為としてその割合が最も高いものは「①全身状態の観察」の 64.0%であった。また、<生活相談員に分担している>割合では、最も高いものは「⑥家族への連絡・対応」の 58.4%であった。

一方、<分担していない>は、「⑦配置医師への連絡、対応」が 70.7%、「②受診の必要性の判断」「③受診医療施設の決定」「④受診医療施設への連絡」「⑤受診方法の選択」「⑨医療施設への申し送り」の 5 行為が 60%台であった。また、その割合が最も低かったのは「⑥家族への連絡・対応」の 22.7%であった。

図 2-14. 急変時における分担している職種



## (3) 急変時における行為を分担している場合の理由 (表 2-6)

介護職・生活相談員・その他の職種に行為を分担している場合の理由をみると、「C. 専門的な有資格者である」「E. 看護職との連携が密で組織的に取り組める体制になっている」「A. 教育・研修を受けて、判断や対応方法の知識・技術を持っている」の 3 項目に集中し、いずれも 30%以上であった。

表 2-6. 急変時における行為を分担している場合の理由

分担理由	A 教育・研修を受けて、判断や対応方法の知識・技術を持っている	B 必要性や対応方法を個別に説明・指導し、実施可能と判断できる	C 専門的な有資格者である	D 施設の方針・マニュアルとして明示し、周知している	E 看護職との連携が密で組織的に取り組める体制になっている	F その役割がとれるように人員数が配置されている	G 入所(居)者の状態がほぼ安定している	H 入所(居)者の状態が変化しやすく不安定である	I 入所(居)者の状態が重篤である	無回答
比率の平均	32.1	25.6	35.5	20.0	34.6	7.2	2.0	2.8	3.2	28.4

(4) 「急変時における看護職の関与」と「対象の属性」との有意差

「急変時における看護職の関与が 70%以上の群」において、「看護師」の方が「准看護師」より有意に高かった (p=0.001)。

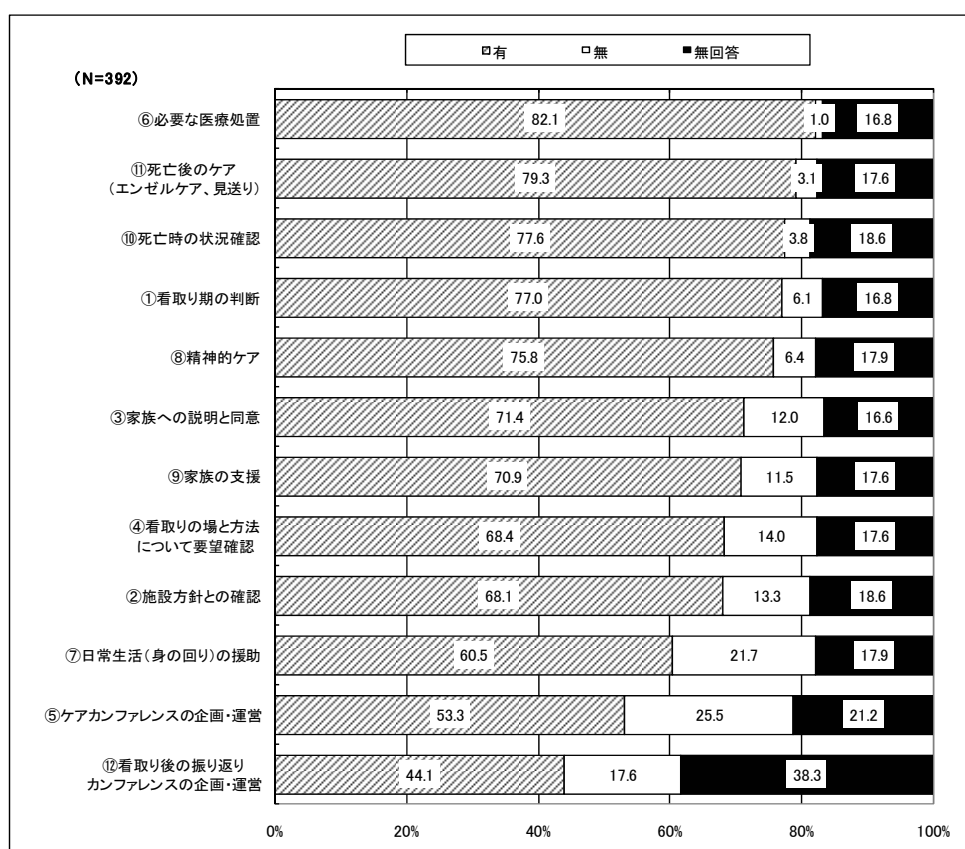
## 6. 看取り時のケア

(1) 看取り時における看護職の関与 (図 2-15)

看取り時として列挙した 12 行為は、いずれも <看護職が関与している> が 50%以上を占め、中でも 7 行為は 70%以上を占めた。殊に「⑥必要な医療処置」と「⑪死亡後のケア (エンゼルケア、見送り)」の 2 行為は 80%前後を占めた。「⑩死亡時の状況確認」や「⑪看取り期の判断」という看護職による判断行為は 77%を超えていた。

一方、<看護職が関与していない> 割合が最も高かった行為は、「⑤ケアカンファレンスの企画・運営」の 25.5%であった。

図 2-15. 看取り時における看護職の関与

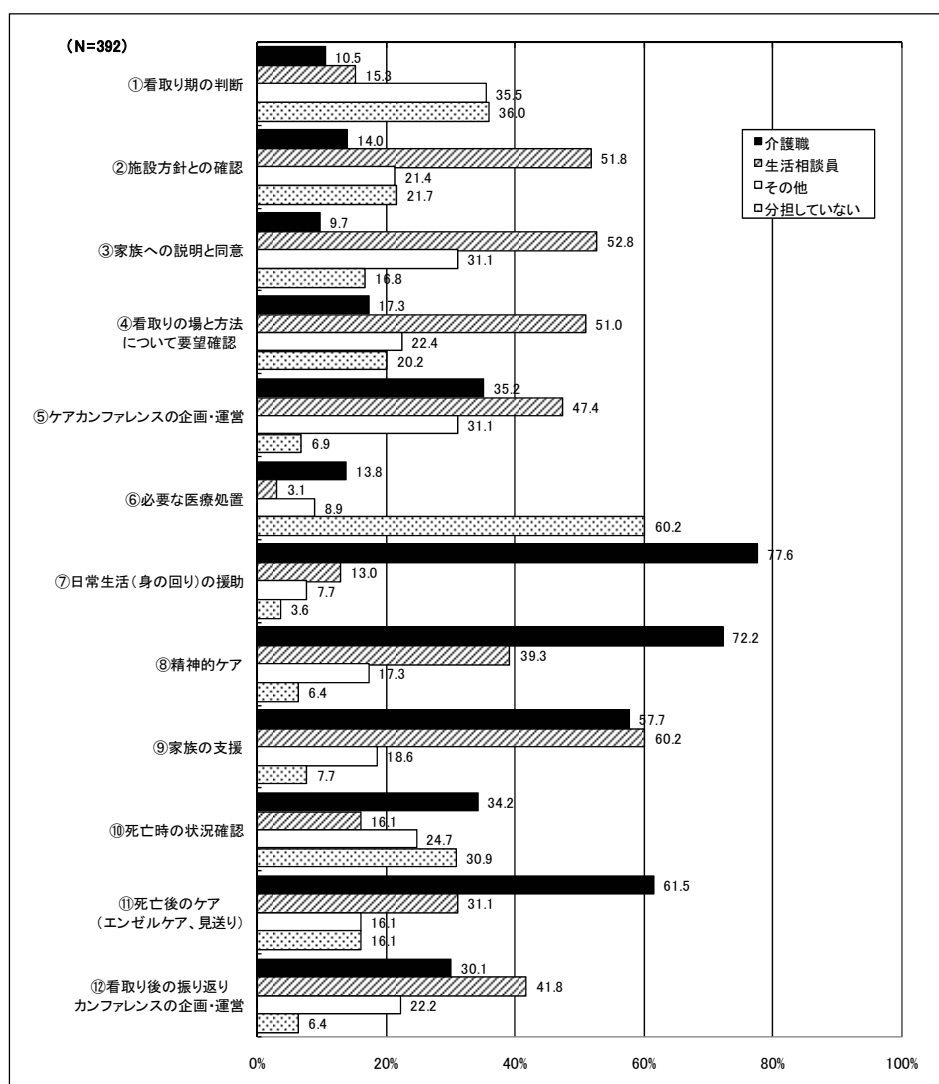


## (2) 分担している職種（図 2-16）

看取り時の 12 行為いずれも介護職・生活相談員、その他の職に分担していたが、＜介護職に分担している＞割合が高い行為は、「⑦日常生活（身の回り）の援助」と「⑧精神的ケア」の 2 行為で 70% 台であった。また、＜生活相談員に分担している＞行為で 70% 以上を占めたものはなかったが、「⑨家族への支援」は 60.2% であった。また、＜その他の職種に分担している＞行為は、その割合が高いものでも「①看取り期の判断」の 35.5% であった。

一方、＜分担していない＞は、その割合が最も高いもので「⑥必要な医療処置」であり、60.2% であった。

図 2-16. 看取り時における分担している職種



## (3) 看取り時における行為を分担している場合の理由（表 2-7）

看取り時における行為を介護職・生活相談員・その他の職種に分担している場合の理由において、その割合が高かったのは、「A. 教育・研修を受けて、判断や対応方法の知識・技術を持っている」の「C. 専門的な有資格者である」の 2 項目で約 30% であり、B・D・E も 20% 台であった。



表 2-7. 看取り時における行為を分担している場合の理由

分担理由	A 教育・研修を受けて、判断や対応方法の知識・技術を持っている	B 必要性や対応方法を個別に説明・指導し、実施可能と判断できる	C 専門的な資格者である	D 施設の方針・マニュアルとして明示し、周知している	E 看護職との連携が密で組織的に取り組める体制になっている	F その役割がとれるように人員数が配置されている	G 入所(居)者の状態がほぼ安定している	H 入所(居)者の状態が変化しやすく不安定である	I 入所(居)者の状態が重篤である	無回答
比率の平均	30.9	26.0	31.7	23.6	29.7	6.1	1.5	2.3	3.3	35.0

(4) 「看取り時における看護職の関与」と「対象の属性」との有意差

「看取り時における看護職の関与が 70%以上の群」において、「重度化対応加算の算定あり」の方が「算定なし」より有意に高く ( $p < 0.001$ )、同様に「看取り介護加算の算定あり」の方が「算定なし」より有意に高く ( $p < 0.001$ )、さらに「配置医師が必要に応じて施設に来る」の方が「電話対応」より有意に高かった ( $p = 0.005$ )。また、「看取り時における看護職の関与が 70%以上の群」において、「介護施設での経験年数 5 年以上」の方が「5 年未満」より有意に高く ( $p = 0.049$ )、同様に、「看護師」の方が「准看護師」より有意に高かった ( $p = 0.002$ )。

7. まとめ

1) 入所(居)者の経過別にみた看護職の関与度

看護職が関与している割合が最も高かったのは「急変時の対応」であり、以下順に、「看取り時のケア」、「日々のケア」、「入所(居)時のケア」となり、最も関与の割合が低かったのは「退所時のケア」であった。

2) 入所(居)時のケア

①【入所(居)申し込み(受付)】の 6 行為では、「③事前情報に基づいた配置医師からの助言を得る」は看護職の関与が高かったものの、「①申込用紙の受け取り」と「②施設のケア体制と内容、入居の際の費用など、諸々の説明」の 2 行為は、生活相談員に分担している割合が高かった。

②【事前面接】の 11 行為では、看護職の関与として、「⑥感染症や医療処置等の受け入れ基準との照合」「②病状・体調・ADL や IADL および要介護度の把握」「⑦認知症、精神疾患の有無の確認」「⑧専門機関での診断を受けているか否かの確認」の 4 行為が 70%以上を占めていた。11 行為すべては、生活相談員に分担しており、いずれの行為も 60%以上を占め、殊に「②病状・体調・ADL や IADL および要介護度の把握」「③生活環境の把握」「④家族背景と身元引受人の把握」「⑤必要書類の説明」「⑦認知症、精神疾患の有無の把握」「⑨生活史の把握」「⑩入所(居)理由」「⑪施設でのケアに関する要望」の 8 行為は、いずれも 80%前後を占めた。

③【入所(居)の決定】の 11 行為では、「⑥入所(居)状況書の作成」「⑦施設内で可能な医療と体制の説明」「⑧外部医療体制の説明」は 70%以上を占め、介護職に分担している行為は、その割合が高いものでも 30%台であったが、<生活相談員に分担している>は、いずれの行為も 60%以上を占め、殊に、「①入所(居)決定のお知らせ」「⑨施設で起こりうるリスクと対応の説明」「⑩本人・家族のケアに関する要望や意向確認」は、80%前後を占めた。さらに、<その他の職種に分担している>は、「④ケアプランの作成」と「⑤ケ

アプランを本人・家族に提示」の50%前後であった。

④「入所（居）時における看護職の関与」と「対象者の属性」とで有意差の検定から

a. 「入所（居）時」は、経験年数が「5年以下」より「5年以上」の方が、また、「ケアマネジャー資格なし」より「ケアマネジャーの資格あり」の方が看護職の関与が多かった。

b. 「入所（居）申し込み（受付）」において「看護職・介護職とも担当が固定していない」より「介護職のみ、担当が固定化している」方が、また「准看護師」より「看護師」の方が看護職の関与が多かった。

c. 事前面接では、「介護施設での経験年数5年未満」より「介護施設での経験年数5年以上」の方が看護職の関与が多かった。

d. 「入所（居）の決定」では、「准看護師」より「看護師」の方が看護職の関与が多かった。

これにより、介護施設での経験年数が長く、ケアマネジャーの資格を持つ看護師ほど、入所（居）時のケアに関与していることがわかる。入所（居）者のアセスメント、家族介護状況のアセスメントはその後の施設におけるケアの方向性を決める重要なことであり、介護職や生活相談員と協働しながら、看護職の関与はさらに求められるものである。

### 3) 退所（居）時のケア

退所（居）時の8行為では、いずれも看護職が関与していたが、その割合は高いものでも「④死亡退所への対応」の『イ. 家族への支援』および「③他施設移行に伴う準備」の『ロ. 施設への申し送り』の60%前後であった。また、介護職に分担している行為は高いものでも30%台であったが、生活相談員に分担している行為は、低いものでも30%以上であり、「①退所の相談、決定」「④死亡退所への対応」の『イ. 家族への支援』『ロ. 手続き』はいずれも約80%を占めた。

在宅もしくは他施設への退所（居）に際して、必要なケアを継続して行えるようにするために、看護職の関与は重要となる。また、死亡退所の場合の家族への支援における看護職の関与も課題である。

### 4) 日々のケア

①日々のケアの【日中のケア】の7項目では、「⑤医療的処置」と「①健康（体調）把握と管理」に看護職が関与している割合が高かった。また、「⑤医療的処置」は、他職種と分担していないと回答したのは約70%であり、看護職が担っていることは多いが、日中においても介護職と分担している医療的処置があることも推測された。また、【日中のケア】では、この「⑤医療的処置」以外は、介護職に分担している行為の割合が全般的に高かった。

【夜間のケア】については、介護職が分担している行為がほとんどであり、「医療的処置」も関与は58.2%であった。これは、看護職が夜勤に組み込まれていない体制の影響である。

②配置医師との関係において、日々のケアにおける看護職の関与が少ないほど、「電話のみの対応」より「配置医師が必要に応じて施設に来る」が多かった。このことは、看護職による日々のケアにおける関与を強化する必要性が示唆されたといえよう。

### 5) 急変時のケア

①急変時の9行為では、看護職の関与している割合が高く、全ての行為で80%以上であ

った。しかし、その一方で、看護職は「全身状態の観察」は「介護職」に、「家族への連絡・対応」は「生活相談員」に行方を分担していることも多く、他職種と協働している実態であった。

②急変時において「准看護師」より「看護師」の方に看護職の関与している割合が高かった。

医療的な判断や医療処置や必要となることの多い「急変時のケア」では、特別養護老人ホームにおいて唯一の医療職であり、専門的知識と技術を持つ看護職の関与が高く認められる領域である。ただし、急変は、看護職が不在になる時にも生ずることから、介護職や生活相談員との協働は必須であり、これが分担に繋がっており、介護職が的確な対応ができるよう準備されているといえよう。

#### 6) 看取り時のケア

①看取り時の12行為では、いずれの行為も看護職の関与が50%以上を占め、中でも7行為は70%以上を占め、その内「⑥必要な医療処置」と「⑪死亡後のケア（エンゼルケア、見送り）」は80%前後を占めた。「⑩死亡時の状況確認」や「⑪看取り期の判断」という看護職による判断行為は77%を超えていた。介護職に分担している行為は、「⑦日常生活（身の回り）の援助」と「⑧精神的ケア」が70%台であり、生活相談員に分担している行為として「⑨家族への支援」は60.2%であった。一方、「⑤ケアカンファレンスの企画・運営」と「⑫看取り後の振り返りカンファレンスの企画・運営」は、看護職の関与の割合は半程度であり、看護職の関与の割合が他の行為より低かった。

②「重度化対応加算の算定あり」の方が「算定なし」より、「看取り介護加算の算定あり」の方が「算定なし」より、「介護施設での経験年数5年以上」の方が「5年未満」より、「配置医師が必要に応じて施設に来る」の方が「電話対応」より、「看護師」の方が「准看護師」より看護職の関与が多かった。

特別養護老人ホームにおける看取りは生活の延長線上としての看取りである。入所（居）者が過剰な延命処置による苦痛を回避でき、自然で安らかな死を迎えることができるためには家族、医師、ならびに施設職員が共通の認識をもつてのぞむことが必要であり、施設で唯一の医療職である看護職の果たす役割は大きい。よりよい看取りケアを施設全体で推進していくために、ケアカンファレンスにおける看護職の関与は、さらに求められるものである。

### 第3節. 入所（居）者の体調の変化と看護職・介護職のケア関与

入所（居）者の体調の変化の4事象「自立していて安定している時」「ほぼ自立しているが変化の兆しがある時」「変化が繰り返されている時」「体調が悪化している時」における看護職、介護職のケア行為の実態を調査した。ケア場面は、1. 食事、2. 排尿、3. 排便、4. 生活リズム、5. 認知症に伴う行動・心理症状、6. バイタルサインの6場面とした。

体調変化とその場面で行われるケア行為においては、意識するしないに関わらず、看護職と介護職それぞれが、6つの場面の「①この状態の判断」、「②この状態におけるケア方針の決定、伝達」、「③この状態における見守りなど具体的なケア行為」、「④③の行為の評価」における状況判断をしつつ、ケア行為を実施していると考えられた。

そこで、本調査ではこの状況への関与の度合いを「いつもしている」「ときどきしている」「まれにしている」「全くしていない」に分類し、それぞれのケア場面における、入所（居）者の体調の変化に応じた看護職と介護職の関わりを明らかにすることとした。

そのために、各々の職種の間接関わりの上記4つの分類での割合を出し、その後「いつもしている」と「いつもしていない」の2つに再分類してクロス集計を行った。なお、「いつもしていない」は、「ときどきしている」「まれにしている」「全くしていない」をまとめたものである。有意差は  $p<0.01$  とした。

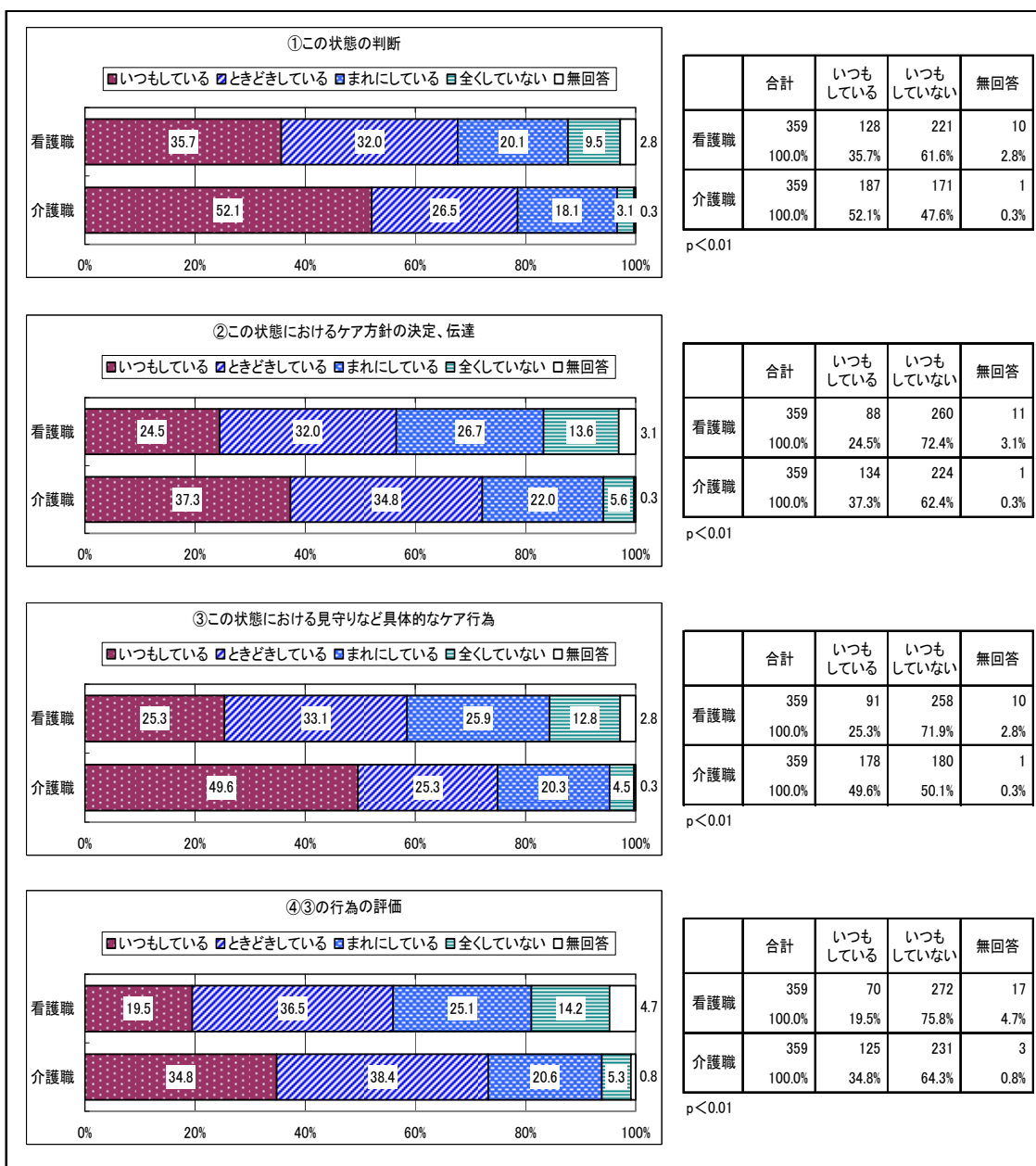
以下、食事、排尿、排便、生活リズム、認知症に伴う行動・心理症状、バイタルサインの順に結果を記述していく。

#### 1. 食事ケア

a. 自立摂取が可能で、かつ栄養状態良好であり、脱水・感染がない場合（図3-1）

この場合は、「①この状態の判断」、「②この状態におけるケア方針の決定、伝達」、「③この状態における見守りなど具体的なケア行為」、「④③の行為の評価」（以下、①②③④とする）ともに、看護職と介護職間で有意差が見られ、「いつもしている」と回答した介護職が看護職を上回っていた。特に、①と③については、「いつもしている」と回答した介護職がそれぞれ52.1%、49.6%と約半数を占めていた。

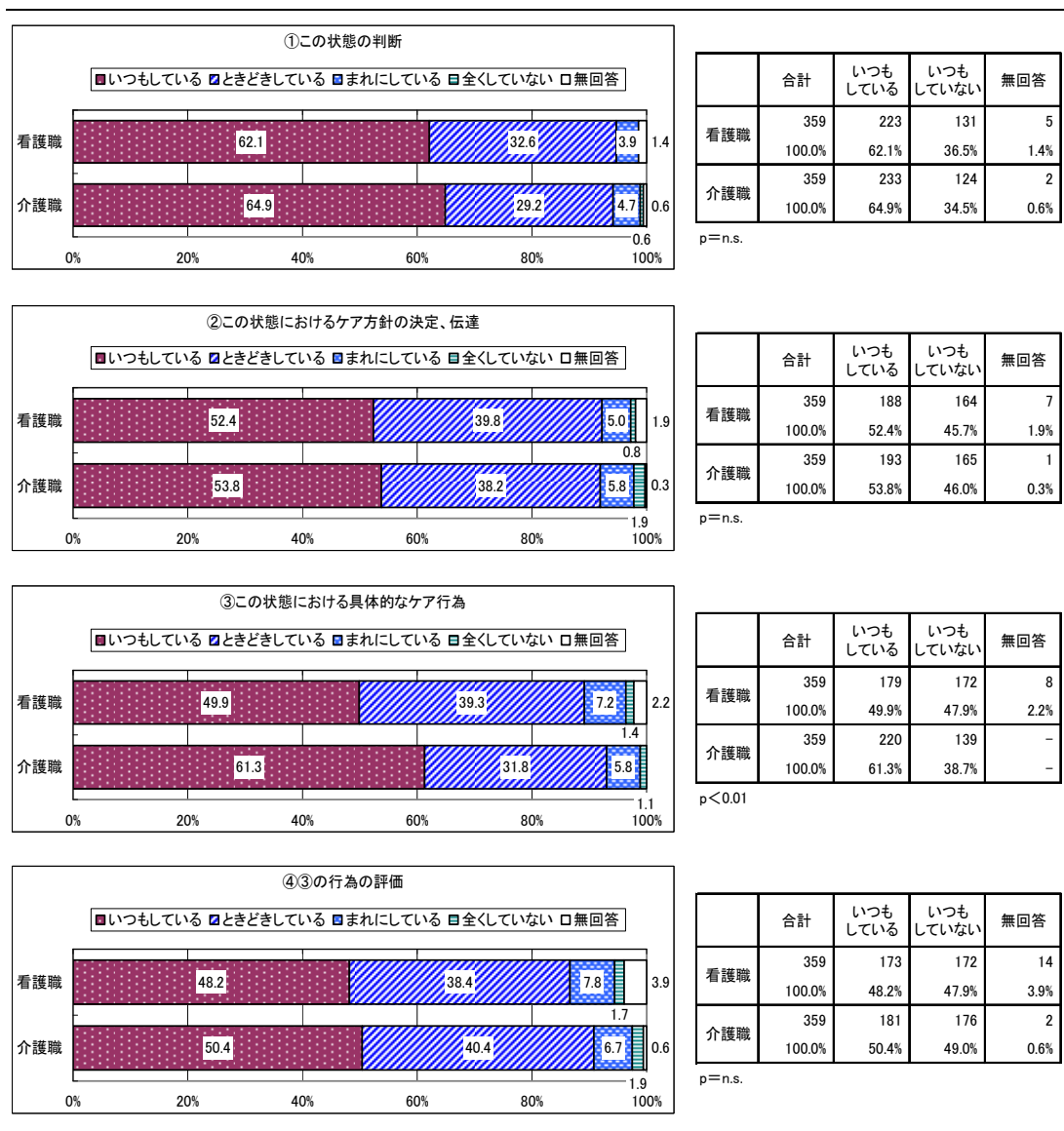
図 3-1. 【食事ケア】 自立摂取が可能で、かつ栄養状態良好であり、脱水・感染がない場合



b. 自立摂取が可能だが、栄養不良、脱水、感染などの問題が予測される場合（図 3-2）

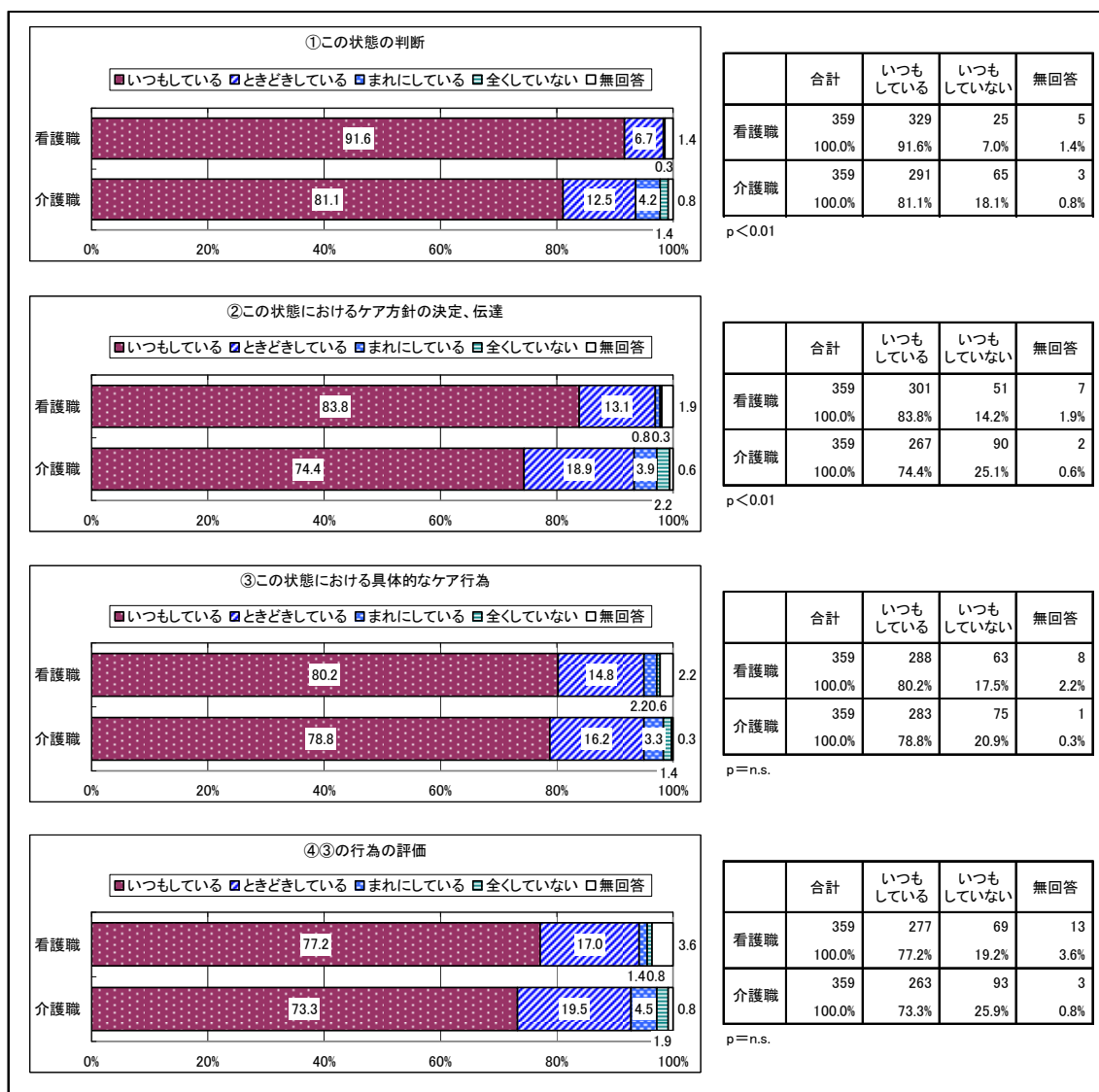
この場合は、①、②、④において看護職と介護職では有意差はみられず、看護職、介護職ともに 5~6 割が「いつもしている」と回答していた。ただし、有意差がみられた③では、「いつもしている」と回答した介護職が 61.3%おり、看護職の 49.9%を上回っていた。

図 3-2. 【食事ケア】自立摂取が可能だが、栄養不良、脱水、感染などの問題が予測される場合



c. 自立摂取が低下し、栄養不良、脱水、感染などの症状を繰り返している場合（図 3-3）  
 この場合は、①、②において「いつもしている」と回答した看護職はそれぞれ 91.6%、83.8%であったが、「いつもしている」と回答した介護職はそれぞれ 81.1%、74.4%であり、看護職と介護職に有意差がみられた。一方、③、④については看護職と介護職との間に有意差はみられなかったが、それぞれ 7~8 割の者が「いつもしている」と回答していた。

図 3-3. 【食事ケア】自立摂取が低下し、栄養不良、脱水、感染などの症状を繰り返している場合



d. 自力摂取が困難で、栄養不良、脱水、感染などの症状が重篤である場合（図 3-4）

この場合では、①～④のいずれにおいても看護職と介護職の間に有意差がみられた。具体的には、「いつもしている」と回答したのは看護職で 88.9%～96.4%、介護職は 76.6%～83.0%であり、看護職のほうが「いつもしている」と回答した者が多かった。

図 3-4. 【食事ケア】 自力摂取が困難で、栄養不良、脱水、感染などの症状が重篤である場合



以上から、食事に関する状態判断からケア行為の評価までの関与については、「a. 自力摂取が可能で、かつ栄養状態良好であり、脱水・感染がない場合」と「b. 自力摂取が可能だが、栄養不良、脱水、感染などの問題が予測される場合」は、看護職より介護職の関与する割合が高かった。

さらに、「c. 食事摂取が低下し、栄養不良、脱水、感染などの症状を繰り返している場合」や「d. 自力摂取が困難で、栄養不良、脱水、感染などの症状が重篤である場合」への関与は、看護職と介護職ともに高いことに加え、その割合は介護職より看護職のほうが高かった。

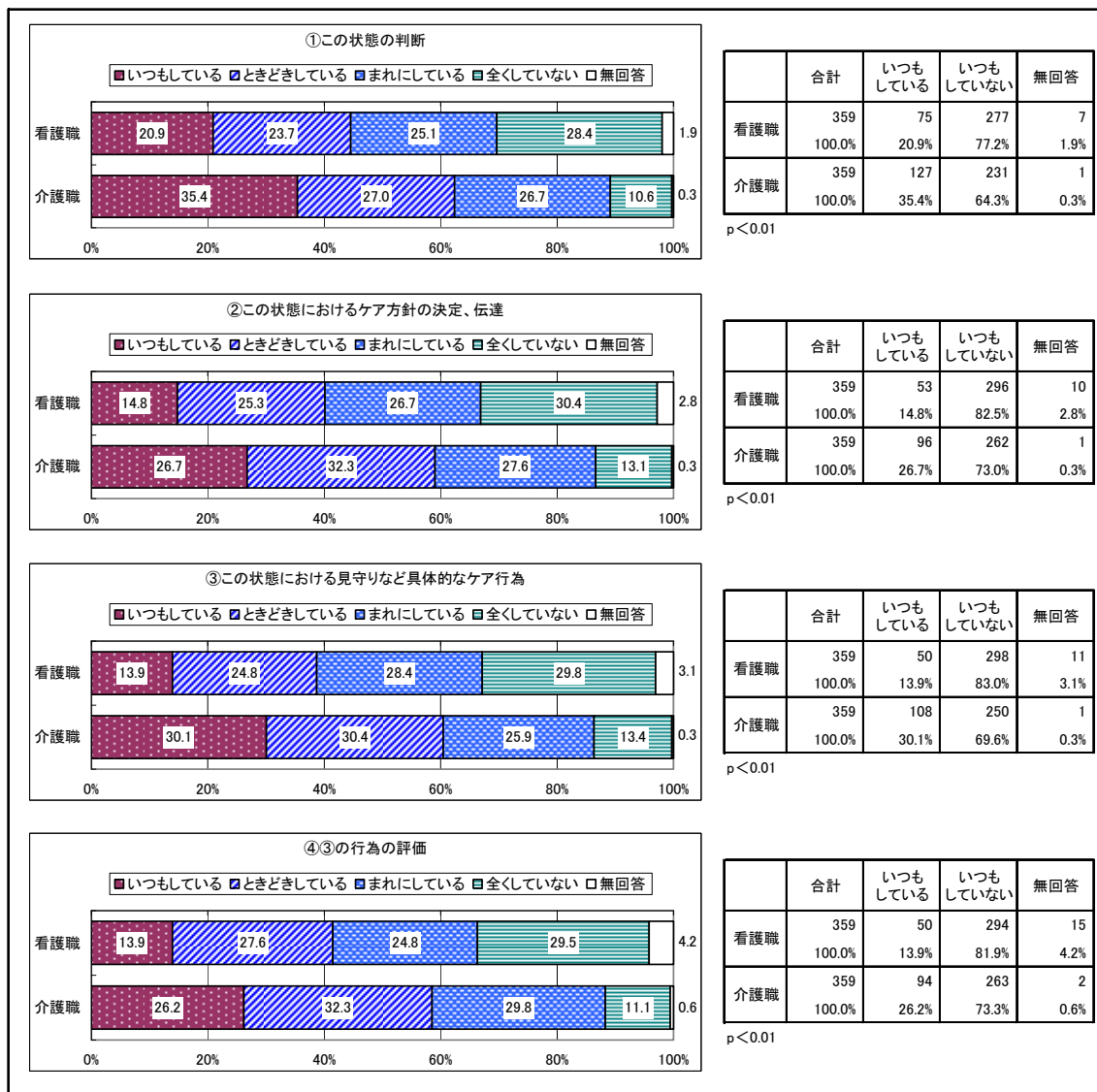


## 2. 排尿ケア

### a. 排尿動作が自立し、排尿に関する問題がみられない場合（図 3-5）

この場合では、①～④ともに、看護職と介護職で有意差が見られ、「いつもしている」と回答した介護職が看護職を上回っていた。「いつもしている」と回答したのは、介護職 26.2%～35.4%、看護職 13.9%～20.9%であった。

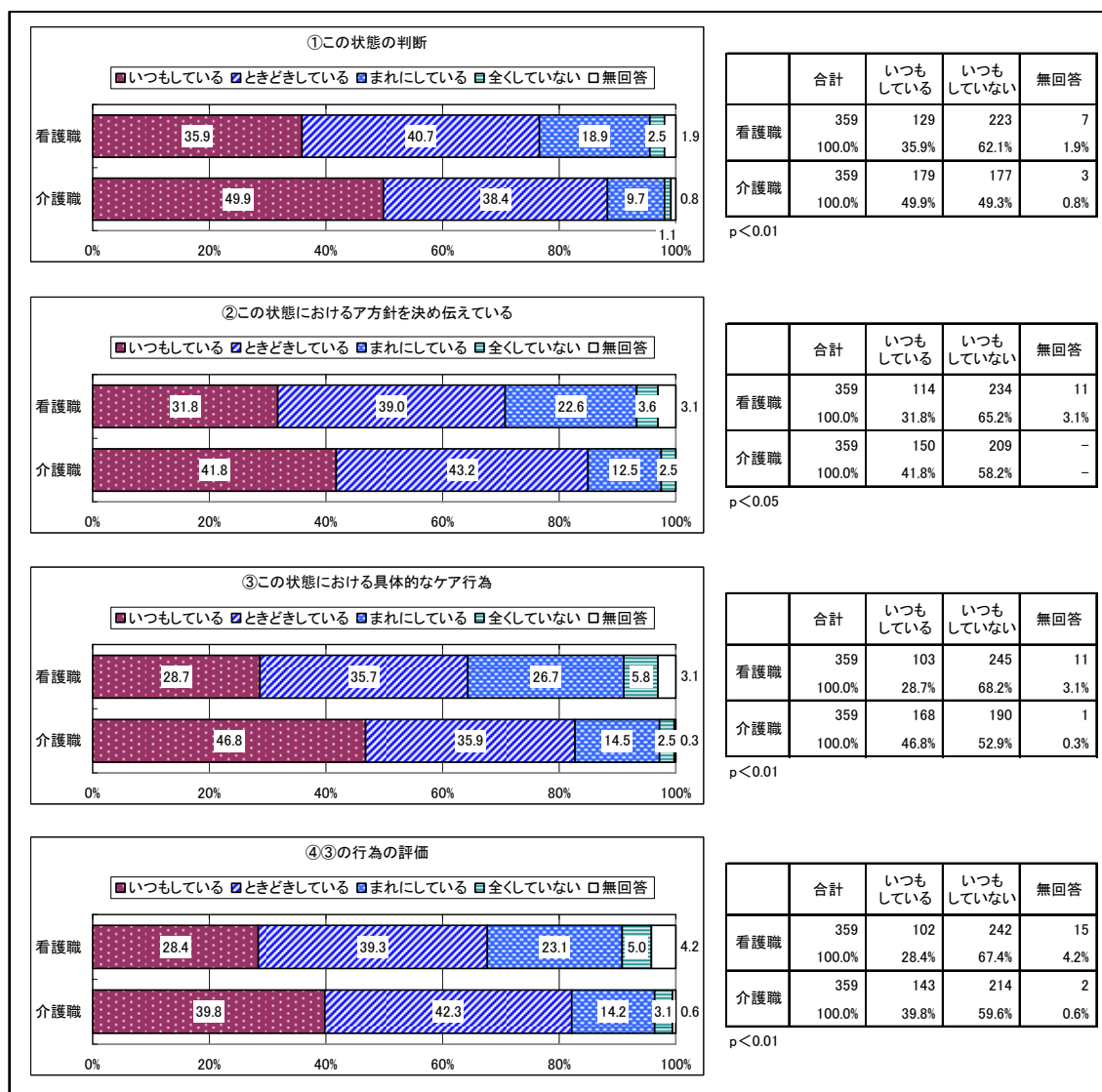
図 3-5. 【排尿ケア】 排尿動作が自立し、排尿に関する問題がみられない場合



b. 排尿動作は自立しているが、排尿に関する問題が予測される場合（図 3-6）

この場合では、①、③、④において看護職と介護職で有意差がみられ、「いつもしている」と回答した介護職が看護職を上回っていた。「いつもしている」と回答したのは、介護職 39.8%~49.9%、看護職 28.4%~35.9%であった。しかし、「いつもしていない」の内訳をみると、看護職、介護職ともに約 4 割が「ときどきしている」と回答していた。

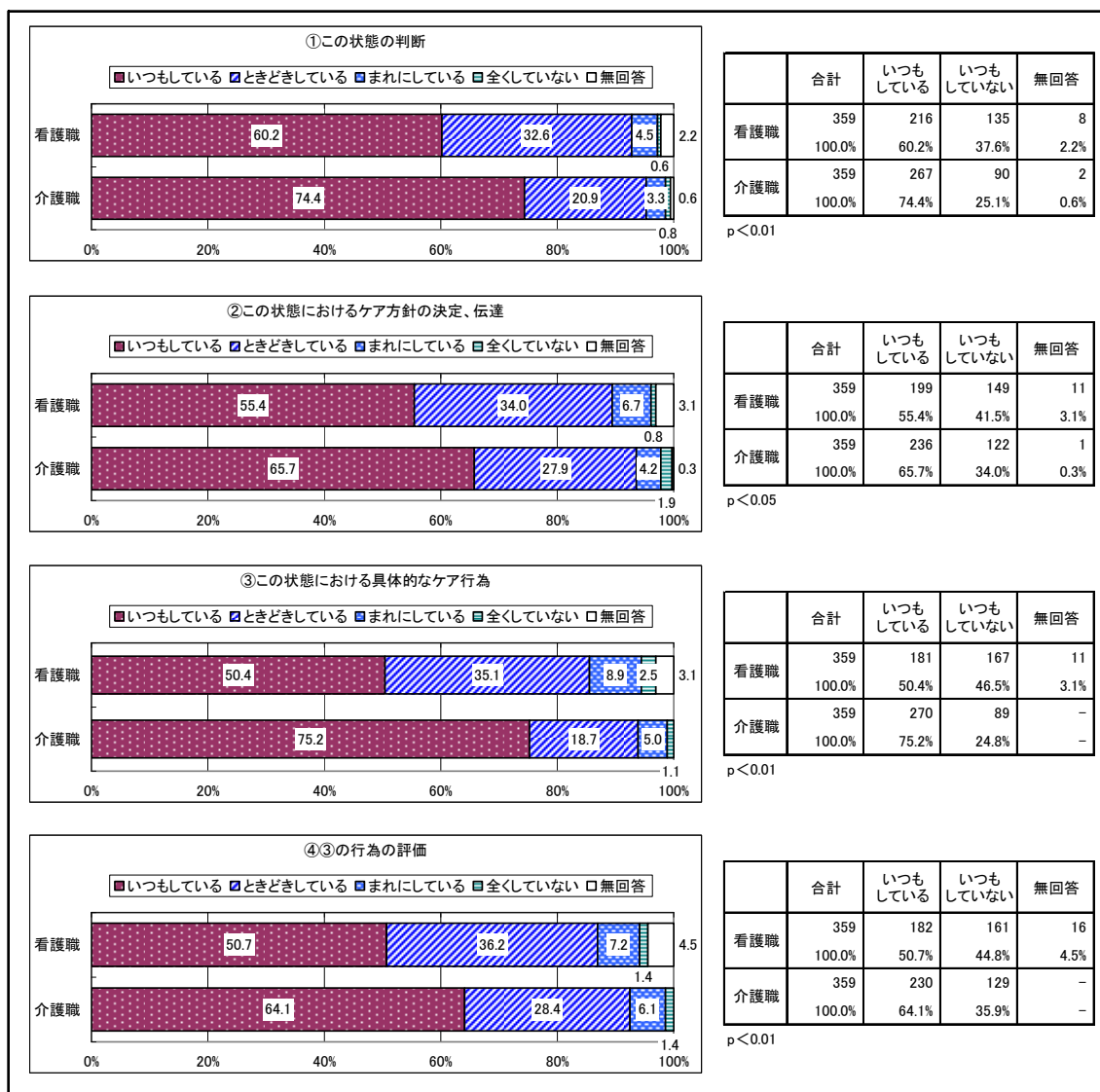
図 3-6. 【排尿ケア】 排尿動作は自立しているが、排尿に関する問題が予測される場合



c. 排尿動作に介助を要し、排尿に関する問題が繰り返されている場合（図 3-7）

この場合は①、③、④において看護職と介護職とで有意差がみられ、「いつもしている」と回答した介護職が看護職を上回っていた。しかし、「いつもしていない」の内訳をみると、「ときどきしている」と回答している看護職は 32.6%~36.2%、介護職は 18.7%~28.4%であった。なお、①~④のいずれにおいても、「いつもしている」「ときどきしている」と回答した者は、看護職と介護職の約 9 割であった。

図 3-7. 【排尿ケア】 排尿動作に介助を要し、排尿に関する問題が繰り返されている場合



d. 排尿動作に全面的な介助を要し、排尿に関する障害・疾病を発症している場合 (図 3-8)

この場合では、①、②、④において有意差がみられ、「いつもしている」と回答している看護職が介護職を上回っていた。③は有意差はみられず、看護職、介護職ともに「いつもしている」と回答した者は約 8 割であった。さらに、「いつもしていない」の内訳をみると、「ときどきしている」と回答したのは、看護職 8.6~14.2%、介護職 12.0~17.8%であった。①~④のいずれにおいても、「いつもしている」「ときどきしている」と回答した者はあわせて、看護職と介護職の約 9 割であった。

図 3-8. 【排尿ケア】 排尿動作に全面的な介助を要し、排尿に関する障害・疾病を発症している場合



以上から、排尿に関する状態判断からケア行為の評価までの関与については、入所（居）者の体調の変化の4事象「a. 排尿動作が自立し、排尿に関する問題がみられない場合」～「d. 排尿動作に全面的な介助を要し、排尿に関する障害・疾病を発症している場合」のいずれにおいても看護職、介護職ともに低かった。

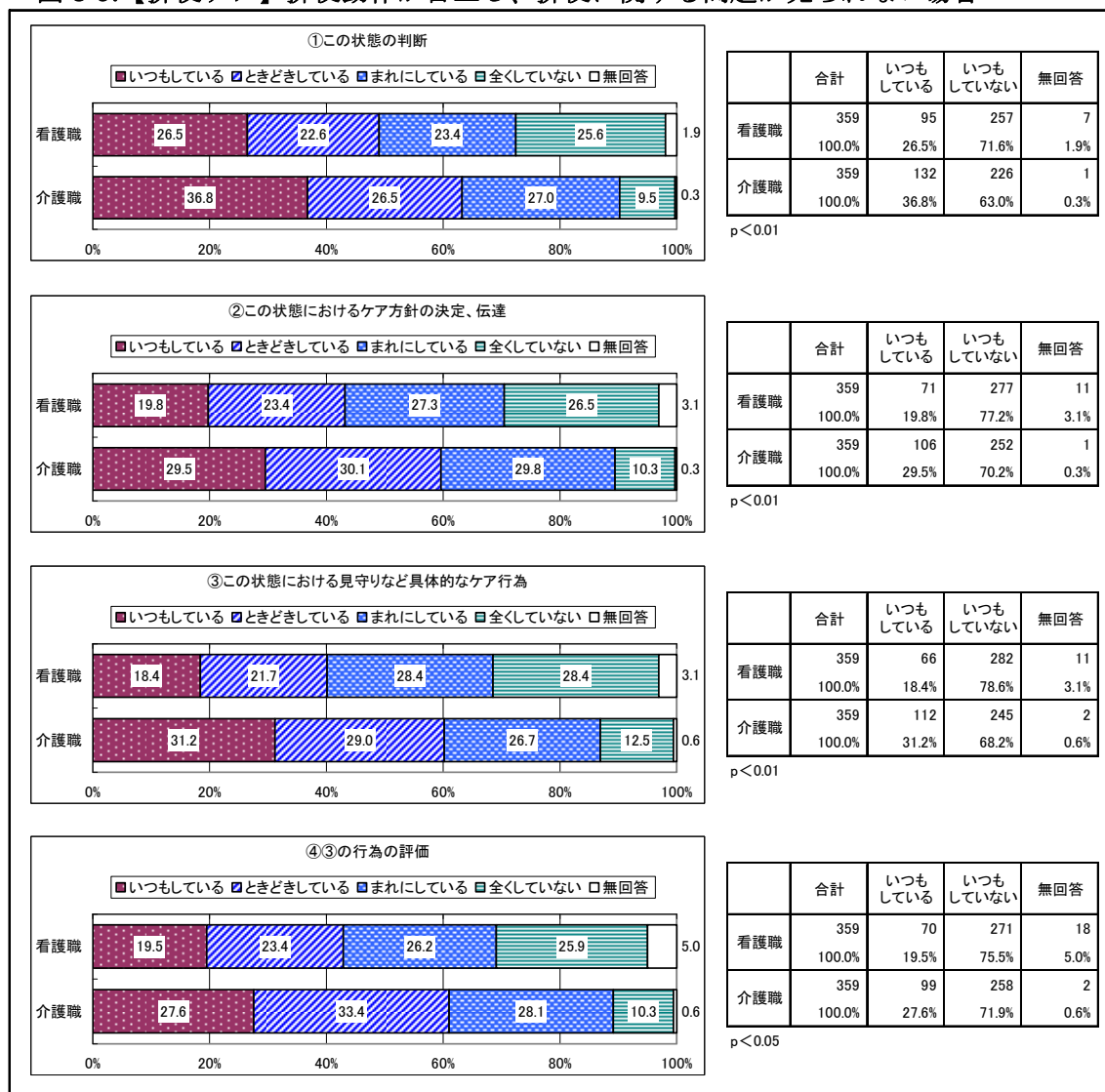
また、「a. 排尿動作が自立し、排尿に関する問題がみられない場合」、「b. 排尿動作は自立しているが、排尿に関する問題が予測される場合」、「c. 排尿動作に介助を要し、排尿に関する問題が繰り返されている場合」においては介護職が、「d. 排尿動作に全面的な介助を要し、排尿に関する障害・疾病を発症している場合」においては看護職の関与の割合が高くなっていた。

### 3. 排便ケア

#### a. 排便動作が自立し、排便に関する問題が見られない場合（図3-9）

この場合では、①、②、③のいずれにおいても看護職と介護職で有意差がみられ、「いつもしている」と回答した介護職が看護職を上回った。さらに、「いつもしていない」の内訳をみると、「ときどきしている」と回答したのは看護職21.7～23.4%、介護職26.5～33.4%であった。なお、①～④のいずれにおいても、「いつもしている」「ときどきしている」と回答した者は介護職約6割であったが、看護職4～5割であった。

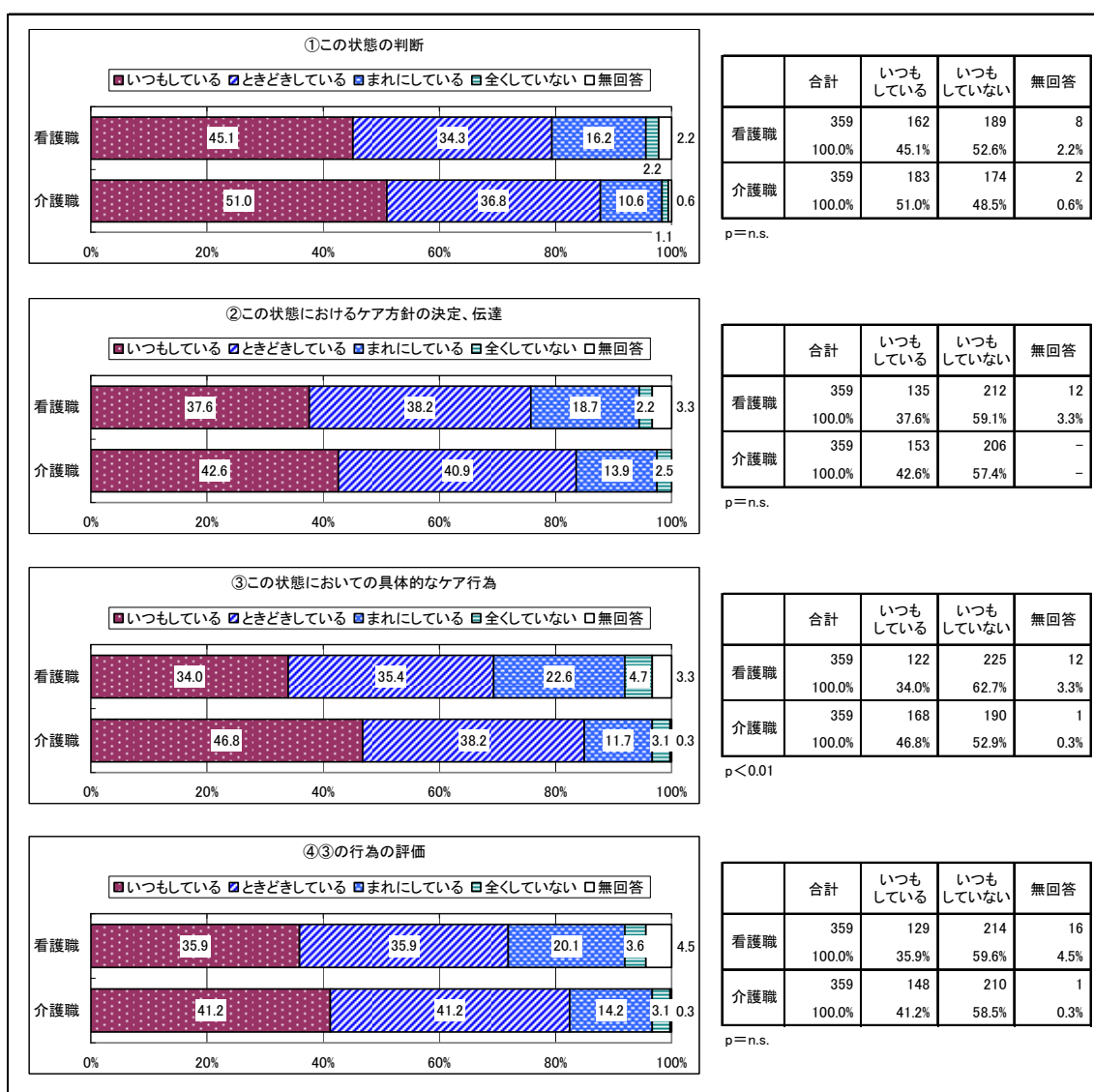
図3-9. 【排便ケア】排便動作が自立し、排便に関する問題が見られない場合



b. 排便動作は自立しているが、排便に関する問題が予測される場合（図 3-10）

この場合では、③のみが看護職と介護職間で有意差がみられ、「いつもしている」と回答した介護職が看護職を上回っていた。なお、①、②、④については有意差はみられず、「いつもしている」と回答した介護職は 41.2%~51.0%、看護職は 35.9%~45.1%であった。また、「いつもしていない」の内訳をみると、「ときどきしている」と回答しているのは看護職 34.3%~38.2%、介護職 36.8%~41.2%であった。すなわち、①~④のいずれにおいても、「いつもしている」「ときどきしている」と回答した者はあわせて介護職の 8 割を超えていたが、看護職では約 7 割であった。

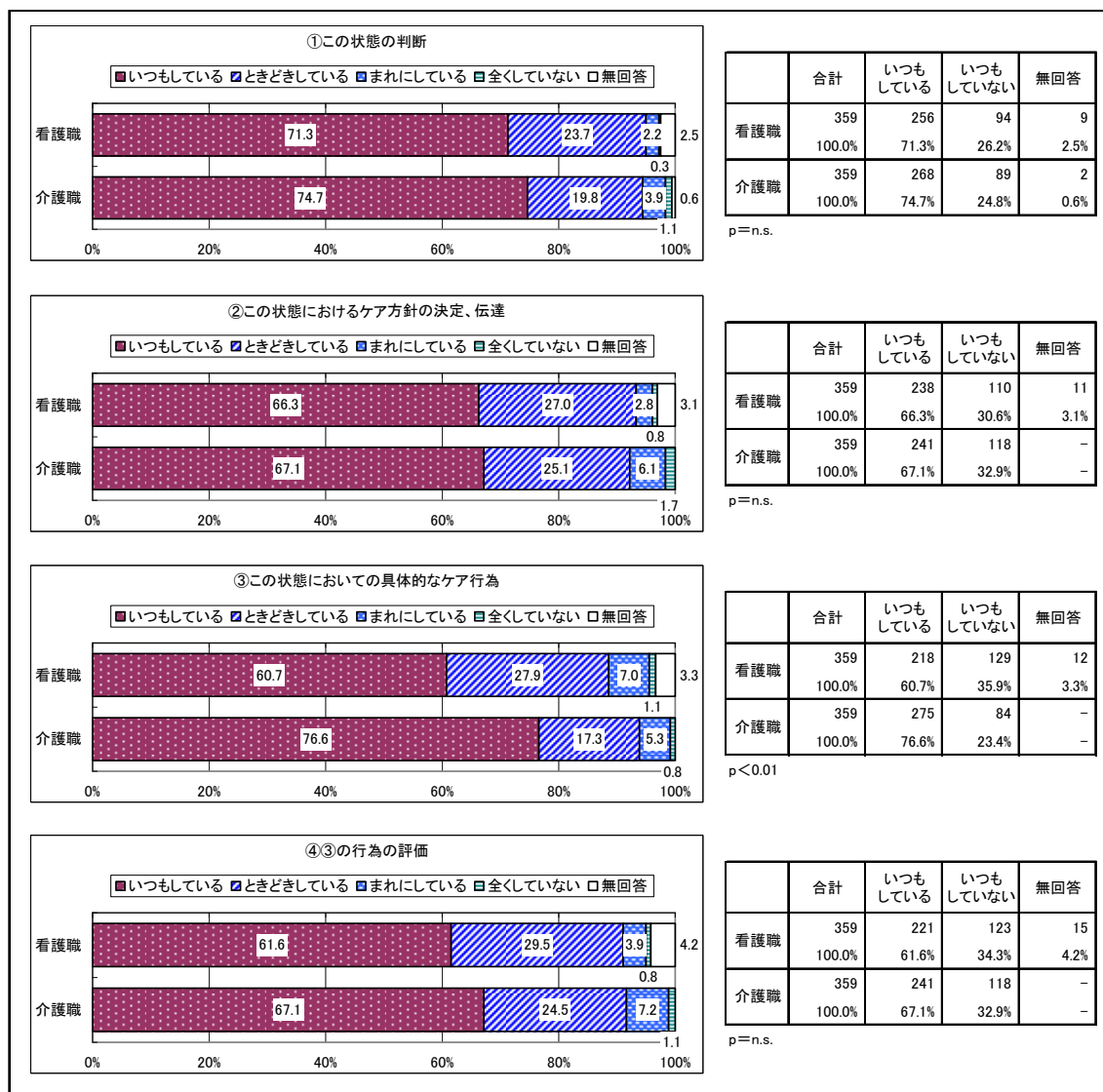
図 3-10. 【排便ケア】 排便動作は自立しているが、排便に関する問題が予測される場合



c. 排便動作に介助を要し、排便に関する問題が繰り返されている場合（図 3-11）

この場合では、③のみ看護職と介護職間で有意差がみられ、「いつもしている」と回答した介護職が看護職を上回っていた。①、②、④では有意差はみられず、「いつもしている」と回答した介護職は 67.1%~74.7%、看護職は 61.6%~71.3%であった。また、「いつもしていない」の内訳をみると、「ときどきしている」と回答したのは、看護職の 23.7%~29.5%、介護職では 17.3~25.1%であった。①~④のいずれにおいても、「いつもしている」「ときどきしている」と回答した者は、看護職と介護職ともに 9 割であった。

図 3-11. 【排便ケア】排便動作に介助を要し、排便に関する問題が繰り返されている場合



d. 排便動作に全面的な介助を要し、排便に関する障害・疾病を発症している場合(図 3-12)  
 この場合では、①、②、④において、看護職と介護職との間に有意差がみられ、「いつもしている」と回答した看護職が介護職を上回った。③については有意差はみられず、看護職、介護職ともに約 8 割が「いつもしている」と回答していた。

図 3-12.【排便ケア】排便動作に全面的な介助を要し、排便に関する障害・疾病を発症している場合



以上から、排便に関する状態判断からケア行為の評価までの関与については、入所(居)者の体調の変化の4事象「a. 排便動作が自立し、排尿に関する問題がみられない場合」～「d. 排便動作に全面的な介助を要し、排便に関する障害・疾病を発症している場合」のいずれにおいても看護職、介護職ともに低かった。

しかし、「d. 排便動作に全面的な介助を要し、排尿に関する障害・疾病を発症している場合」においては、状態の判断からケア行為の評価まで関与する割合は、介護職より看護職のほうが高かった。

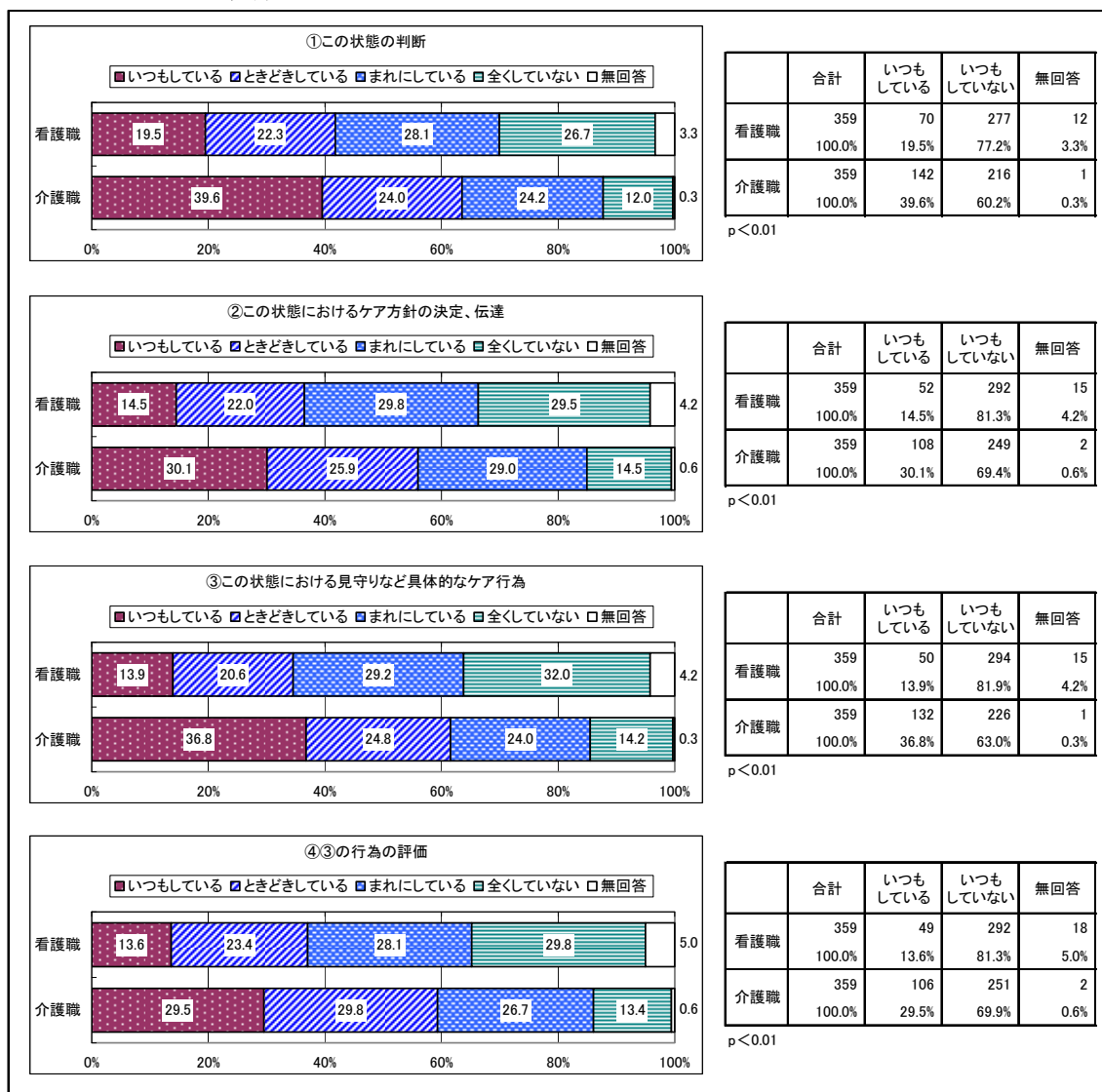


#### 4. 生活リズムケア

a. 睡眠・覚醒リズムが安定し、利用者のいつもの生活の流れがある場合（図 3-13）

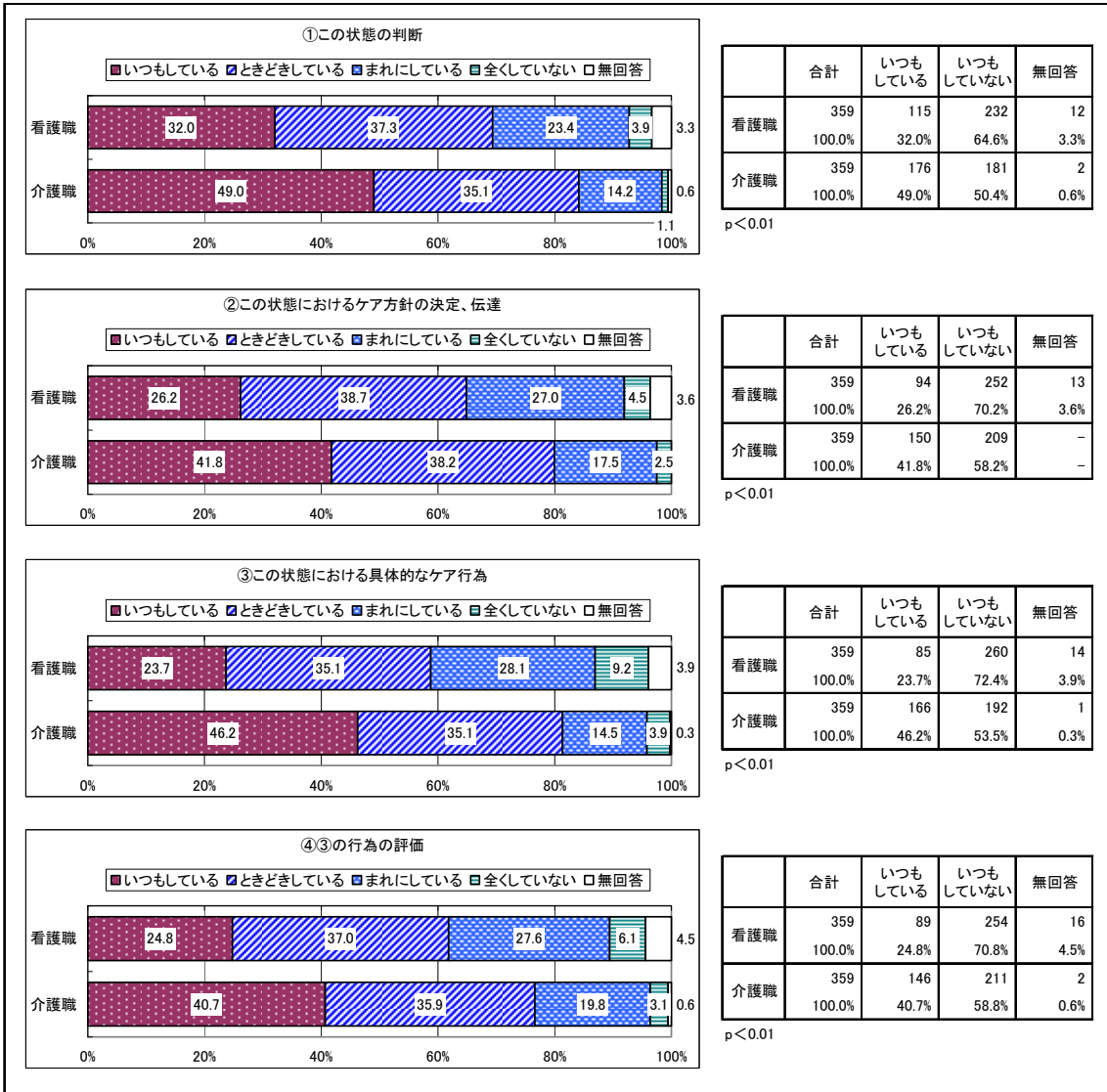
この場合においては、①～④のいずれにおいても看護職と介護職との間に有意差がみられ、「いつもしている」と回答した介護職が看護職を上回っていた。「いつもしていない」の内訳をみると、「ときどきしている」と回答しているのは、看護職 35.1%～38.7%、介護職 35.1～38.2%であった。①～④のいずれにおいても、「いつもしている」「ときどきしている」と回答した者の割合は、看護職と介護職に約 20%の差がみられた。

図 3-13. 【生活リズムケア】睡眠・覚醒リズムが安定し、利用者のいつもの生活の流れがある場合



b. 睡眠・覚醒リズムは安定しているが、そのリズムの乱れが予測される場合（図 3-14）  
 この場合では、①～④のいずれにおいても看護職と介護職との間に有意差がみられ、「いつもしている」と回答した介護職が看護職を上回っていた。

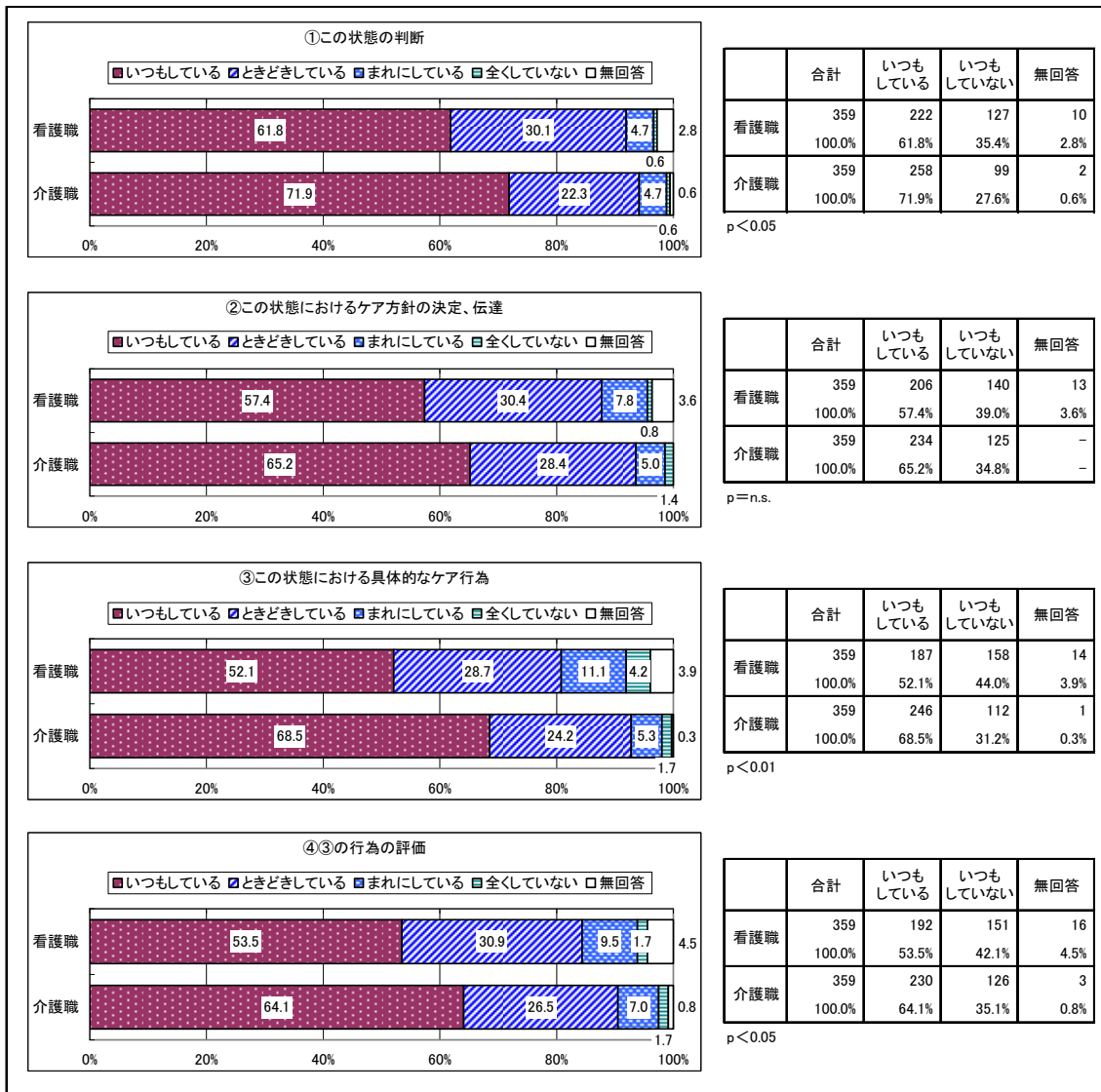
図 3-14. 【生活リズムケア】睡眠・覚醒リズムは安定しているが、そのリズムの乱れが予測される場合



c. 睡眠・覚醒リズムが不安定で、そのリズムの乱れが繰り返されている場合（図 3-15）

この場合では、①、③、④において有意差がみられ、「いつもしている」と回答した介護職が看護職を上回った。②では有意差は見られなかったが、「いつもしている」の回答は介護職が看護職を上回っていた。

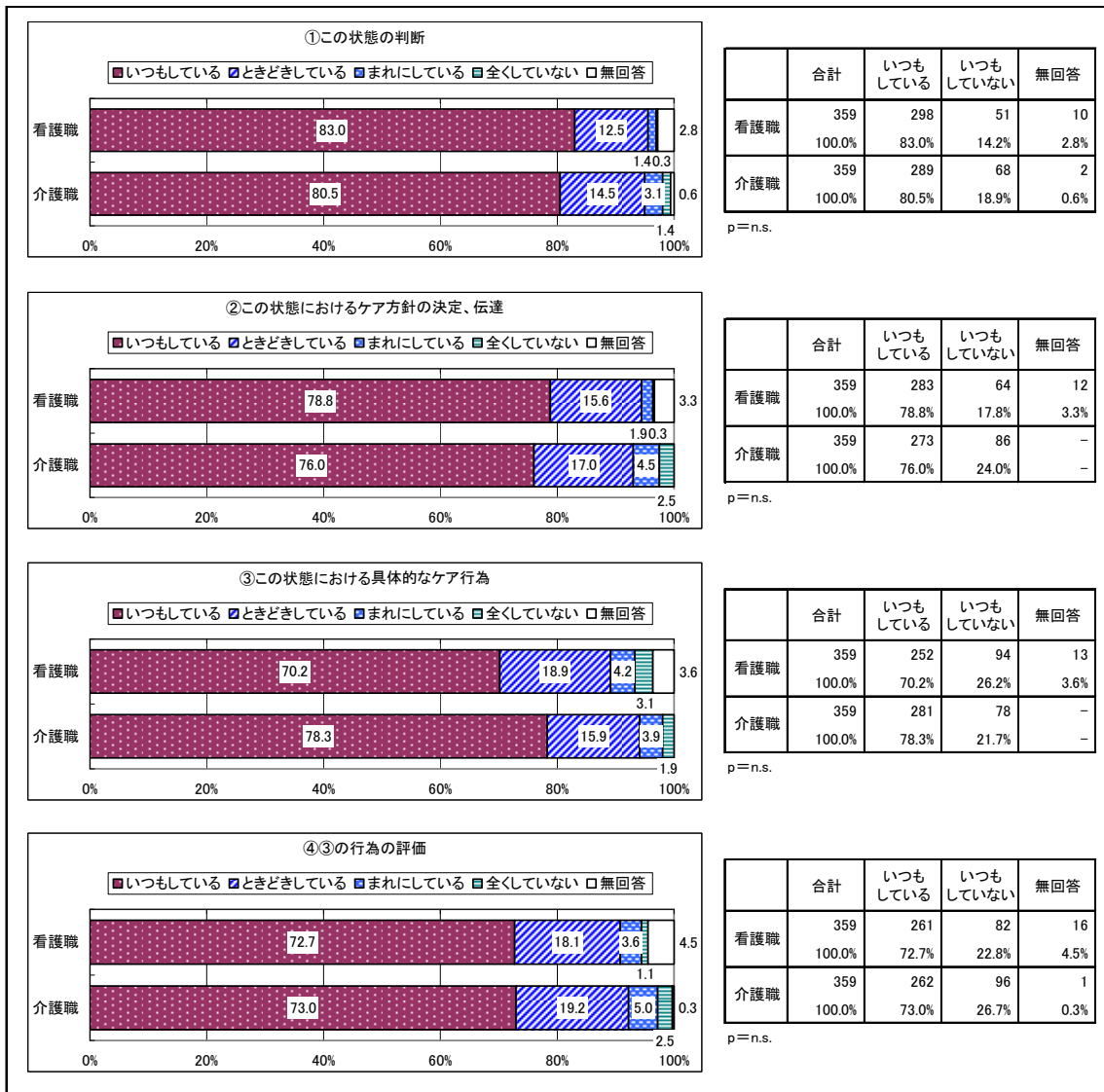
図 3-15. 【生活リズムケア】睡眠・覚醒リズムが不安定で、そのリズムの乱れが繰り返されている場合



d. 睡眠・覚醒リズムが乱れ、さまざまな不都合（昼夜逆転、不眠、不活動など）が続いている場合（図 3-16）

この場合については、①～④のいずれにおいても看護職と介護職との間に有意差はみられなかった。しかし、「いつもしている」と回答した者の割合は、①と②において看護職がそれぞれ 83.0%、78.8%で、介護職よりも高かった。また、③、④においては、「いつもしている」と回答した介護職がそれぞれ 78.3%、73.0%で看護職よりも上回っていた。

図 3-16. 【生活リズムケア】睡眠・覚醒リズムが乱れ、さまざまな不都合（昼夜逆転、不眠、不活動など）が続いている場合



以上から、睡眠に関する状態判断からケア行為の評価までの関与については、「a. 睡眠・覚醒リズムが安定し、利用者のいつもの生活の流れがある場合」、「b. 睡眠・覚醒リズムは安定しているが、そのリズムの乱れが予測される場合」、「c. 睡眠・覚醒リズムが不安定で、そのリズムの乱れが繰り返されている場合」では、介護職のほうが高かった。

一方、「d. 睡眠・覚醒リズムが乱れ、さまざまな不都合が続いている場合」は「①判断」と「②ケア方針の決定・伝達」において看護職が、「③具体的なケア行為」「④評価」では介護職の関与の割合が高くなっていった。

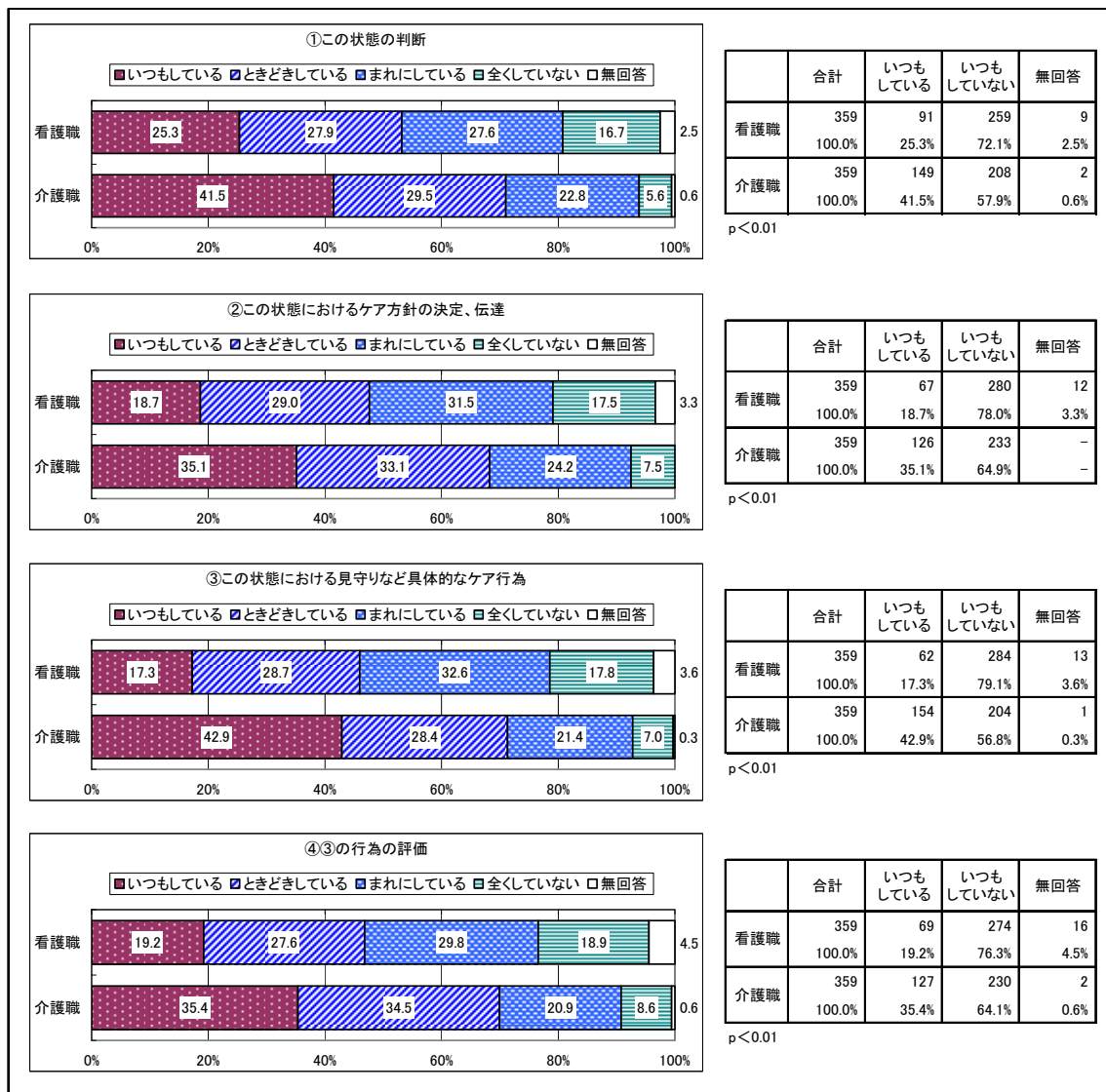
## 5. 認知症に伴う行動・心理状態へのケア

### a. 認知症に伴う行動・心理状態がみられない場合（図 3-17）

認知症に伴う行動・心理状態がみられない場合、看護職は「いつもしている」が①25.3%、②18.7%、③17.3%、④19.2%であった。①～④のいずれも、「いつもしている」は、看護職より介護職のほうが多かった。「ときどきしている」は、③は、ほぼ同数であり、①②④においては看護職より介護職のほうが多かった。①～④のいずれも、「まれにしている」は、看護職が介護職より多かった。①～④のいずれも、「全くしていない」は看護職のほうが多かった。

また、「いつもしている」と「いつもしていない」の2群間で比較すると、すべての項目において介護職のほうが看護職よりも有意に多かった。

図 3-17. 【認知症に伴う行動・心理状態へのケア】 認知症に伴う行動・心理状態がみられない場合

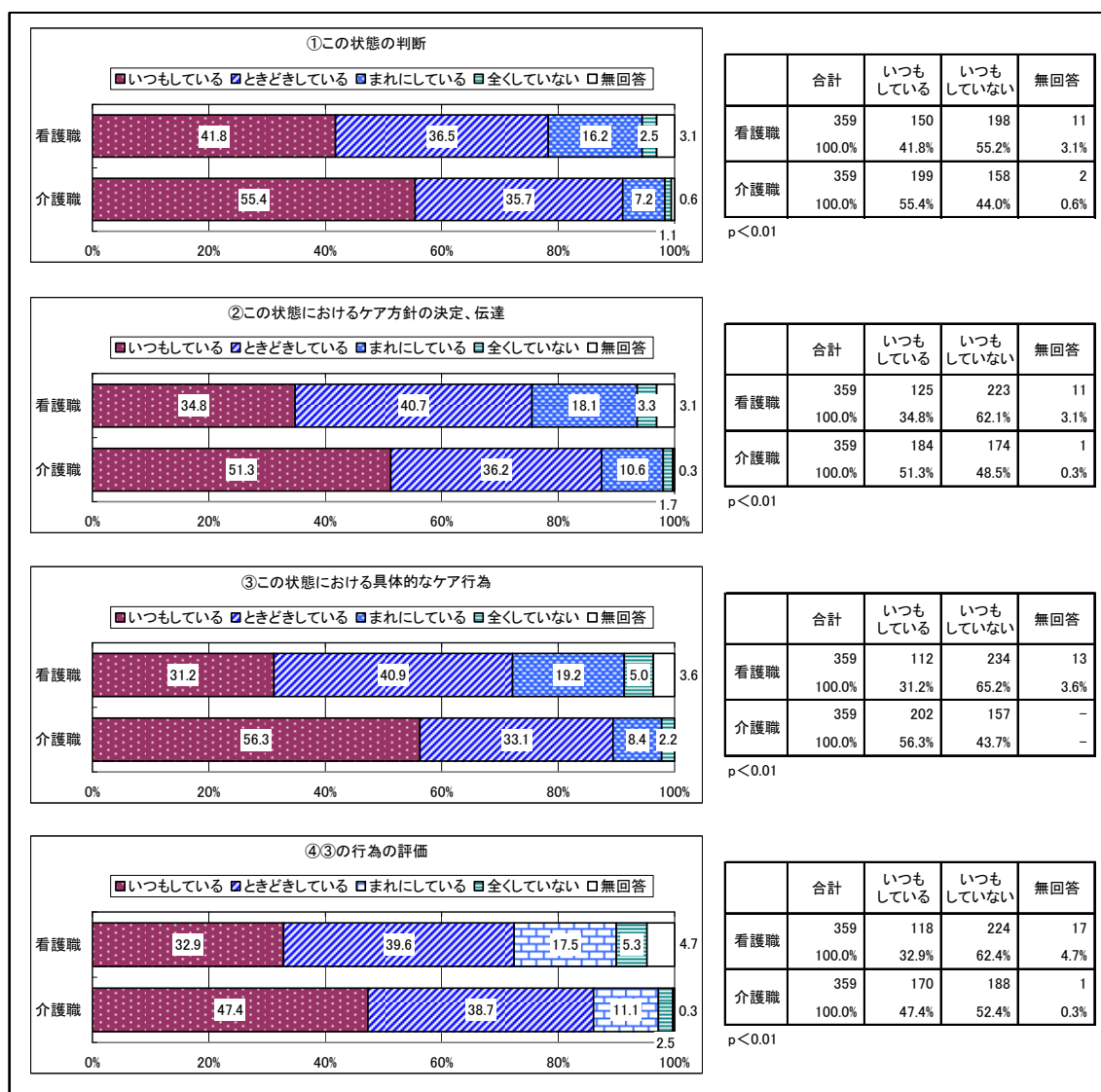


b. 認知症に伴う行動・心理状態が予測される場合（図 3-18）

認知症に伴う行動・心理状態が予測される場合、看護職は「いつもしている」が①41.8%、②34.8%、③32.1%、④32.9%であった。①～④のいずれも、「いつもしている」は、看護職より介護職のほうが多かった。「ときどきしている」は、介護職より看護職のほうが多かった。「まれにしている」は、看護職が介護職より多かった。「全くしていない」は看護職のほうが多かった。

また、「いつもしている」と「いつもしていない」の2群間で比較すると、すべての項目において介護職のほうが看護職よりも有意に多かった。

図 3-18. 【認知症に伴う行動・心理状態へのケア】 認知症に伴う行動・心理状態が予測される場合

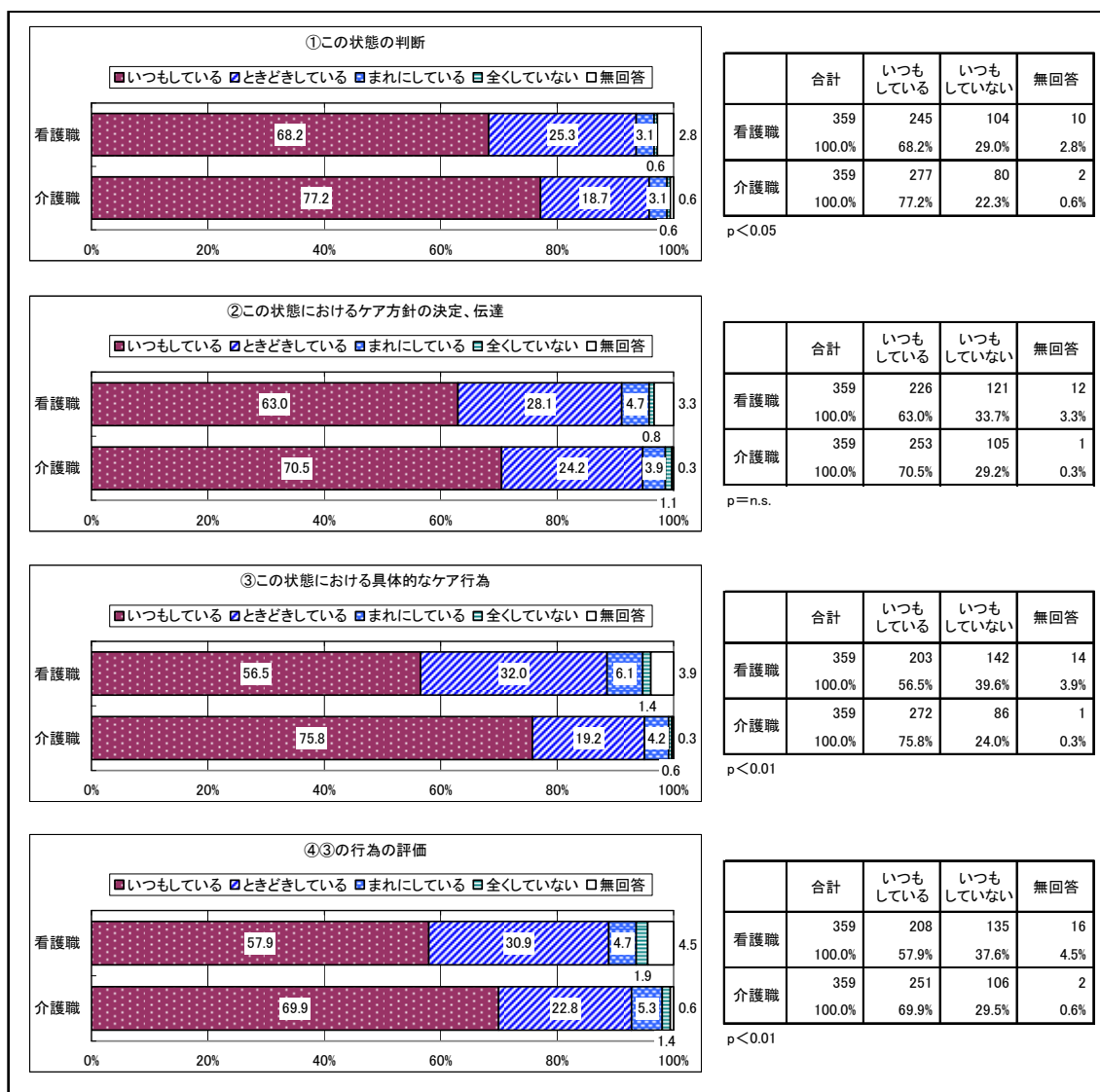


c. 認知症に伴う行動・心理状態を繰り返している場合（図 3-19）

認知症に伴う行動・心理状態を繰り返している場合、看護職は「いつもしている」が、①68.2%、②63.0%、③56.5%、④57.9%であった。①～④のいずれも、「いつもしている」は、看護職より介護職のほうが多かった。「ときどきしている」は、介護職より看護職のほうが多かった。「まれにしている」「全くしていない」は、ほぼ同数であった。

また、「いつもしている」と「いつもしていない」の2群間で比較すると、③④の2項目において介護職のほうが看護職よりも有意に多かった。

図 3-19. 【認知症に伴う行動・心理状態へのケア】認知症に伴う行動・心理状態を繰り返している場合



d. 認知症に伴う行動・心理状態が悪化しコントロールできない場合（図 3-20）

認知症に伴う行動・心理状態が悪化しコントロールできない場合、看護職は「いつもしている」が①87.2%、②83.0%、③75.2%、④76.6%であった。①②④では、「いつもしている」は、看護職が介護職より多かった。「ときどきしている」「まれにしている」は、③この状態における見守りなど具体的なケア行為」は看護職が介護職より多く、①②④は看護職より介護職のほうが多かった。「まれにしている」「全くしていない」は、ほぼ同数であった。

また、「いつもしている」と「いつもしていない」の2群間で比較すると、①②の2項目は看護職のほうが介護職よりも有意に多かった。

図 3-20. 【認知症に伴う行動・心理状態へのケア】認知症に伴う行動・心理状態が悪化しコントロールできない場合





以上、「a. 認知症があるが、認知症に伴う行動・心理症状がみられない」場合、「b. 認知症があり、認知症に伴う行動・心理症状が予測される」場合、①から④のすべての項目において、「c. 認知症があり、認知症に伴う行動・心理症状を繰り返している」場合、③④の項目において、「いつもしている」は看護職と介護職間で有意差がみられ、介護職が看護職より有意に多かった。

また、「d. 認知症があり、認知症に伴う行動・心理症状が長期化しコントロールできない」場合、「いつもしている」は看護職が介護職より多かった。殊に「①この状態の判断」「②この状態におけるケア方針の決定、伝達」の 2 項目において、看護職と介護職間で有意差がみられ、看護職が介護職より有意に多かった。

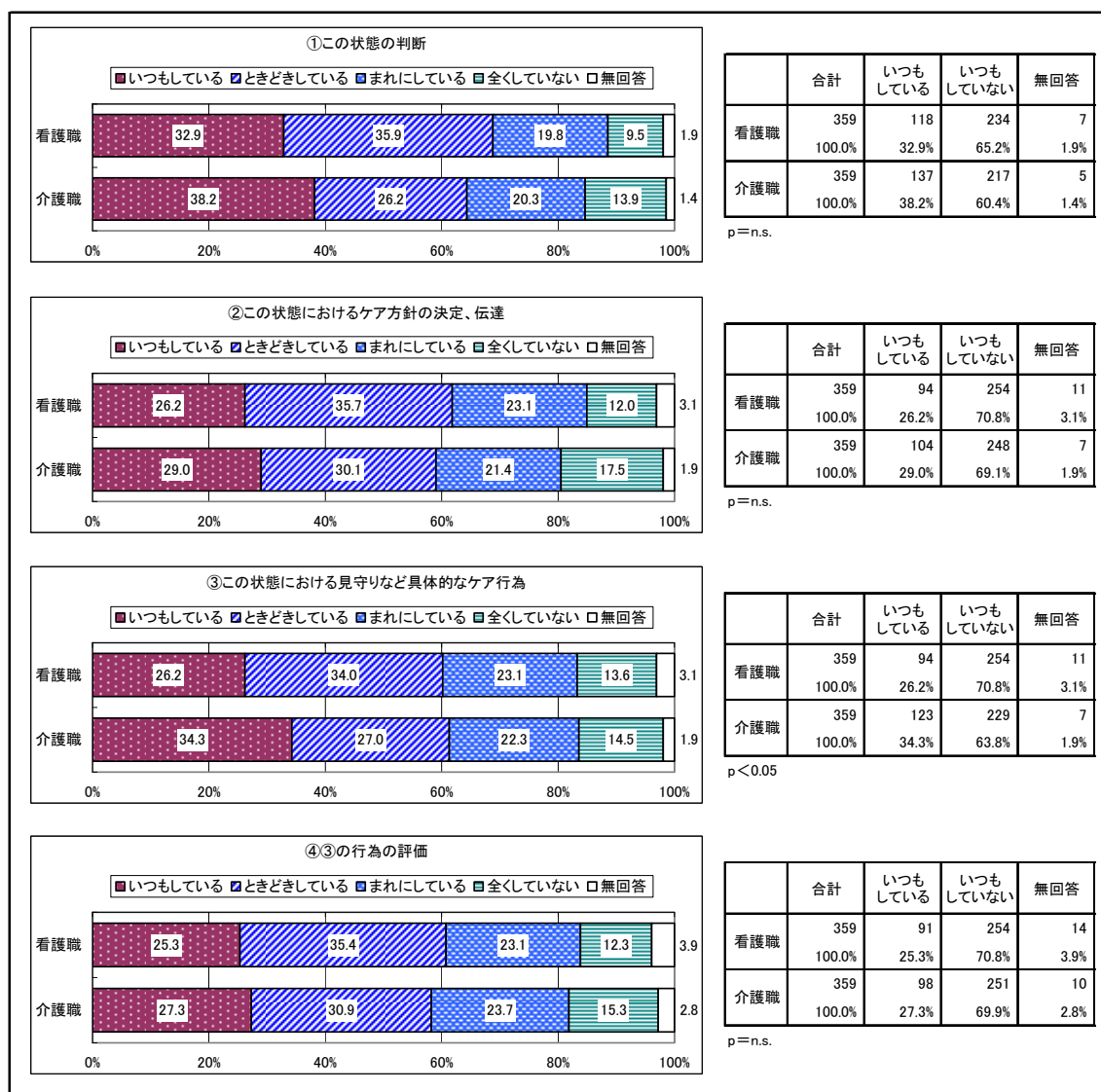
## 6. バイタルサインに関するケア

### a. バイタルサインが安定している場合（図 3-21）

バイタルサインが安定している場合、看護職は「いつもしている」が①32.9%、②26.2%、③26.2%、④25.3%であった。①～④のいずれも、「いつもしている」は、看護職は介護職のほうが多かった。「ときどきしている」は、看護職が介護職よりも多く、「まれにしている」は、ほぼ同数であった。「全くしていない」は介護職のほうがやや多かった。

また、「いつもしている」と「いつもしていない」（ときどきしている、まれにしている、全くしていない）の2群間で比較すると、③のみ有意差が認められ、介護職が看護職より有意に多く、介護職が見守りなどの具体的ケアを行っていることが示された( $p<0.05$ )。

図 3-21. 【バイタルサインに関するケア】バイタルサインが安定している場合

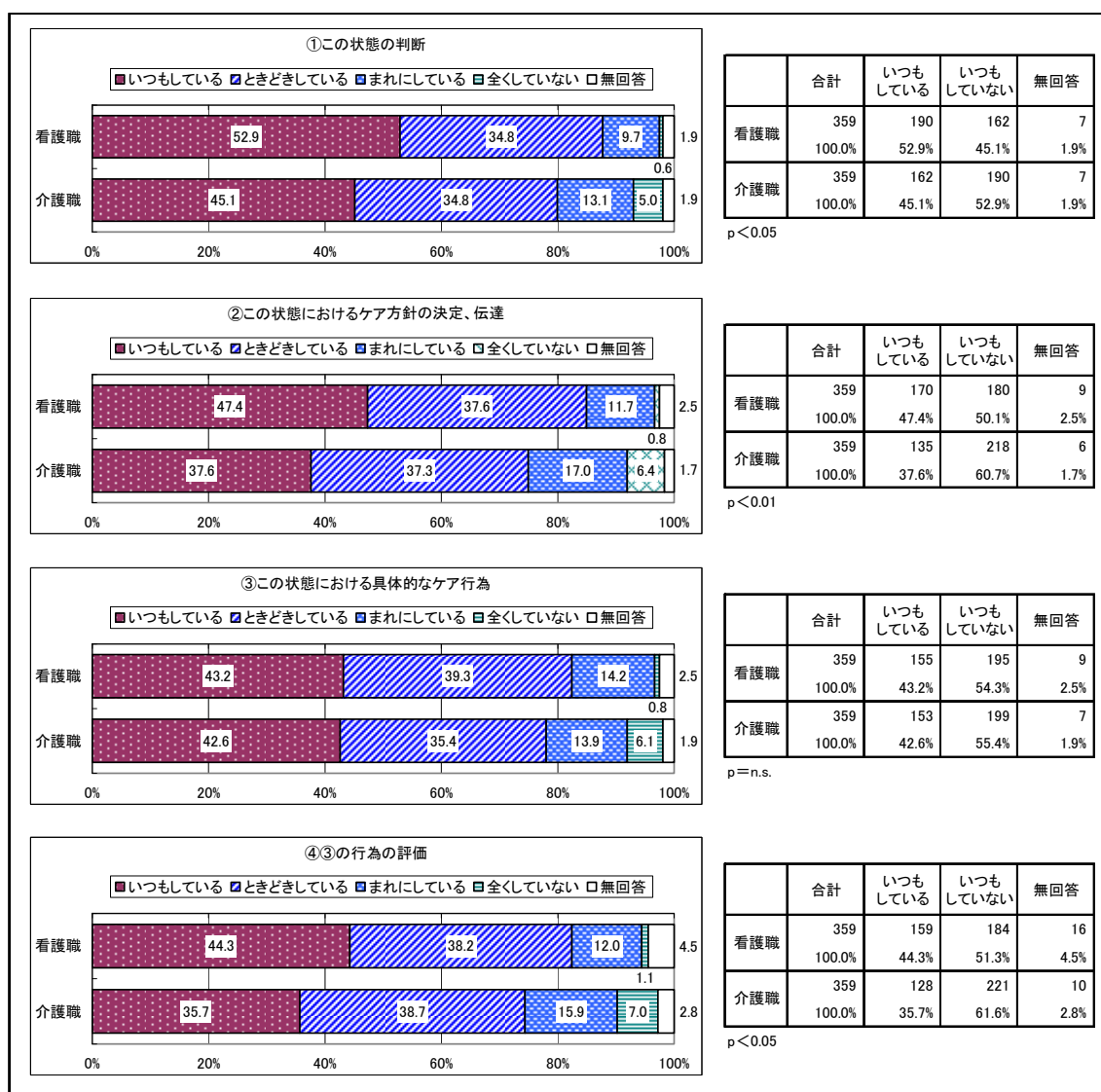


b. バイタルサイン（意識・脈拍・体温・血圧）が、今は安定しているが、不安定になることが予測される場合（図 3-22）

バイタルサイン（意識・脈拍・体温・血圧）が、今は安定しているが、不安定になることが予測される場合、看護職は「いつもしている」が①52.9%、②47.4%、③43.2%、④44.3%であった。①、②、④の項目は、「いつもしている」は看護職のほうが介護職よりも多かった。「ときどきしている」は、看護職と介護職はほぼ同じであった。「まれにしている」は、介護職のほうが看護職よりも多かった。「全くしていない」は、①～④のいずれの項目も介護職のほうが看護職よりも多かった。

また、「いつもしている」と「いつもしていない」の2群間で比較すると、①、②、④の3項目において、有意差が認められ、「いつもしている」は、看護職が介護職より有意に多かった( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ )。一方、「いつもしていない」は、介護職が看護職より有意に多かった。つまり、具体的なケア行為は、不安定になることが予測された場合、看護職と介護職が関わっていることが示された。

図 3-22. 【バイタルサインに関するケア】 バイタルサイン（意識・脈拍・体温・血圧）が、今は安定しているが、不安定になることが予測される場合



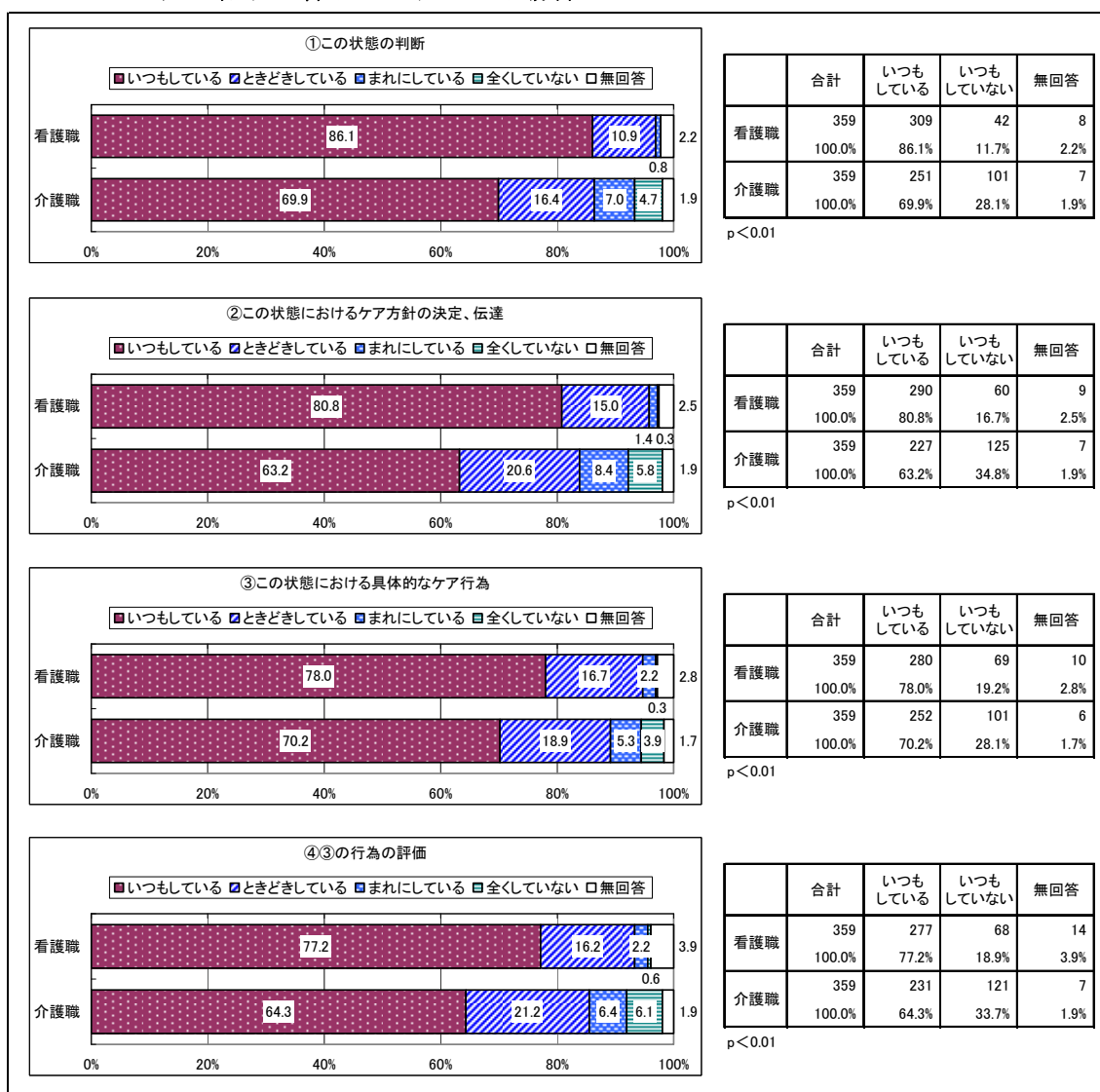
バイタルサインが今は安定しているが不安定になることが予測されている場合であっても、①～④の項目の「いつもしている」と回答した看護職が100%ではなかった。その理由を看護職リーダーに聞き取り調査を実施した結果、おそらく夜勤時に不在であることをふまえて回答したのではないかという意見であった。

c. 意識は安定しているが、呼吸、脈拍、体温、血圧の乱れが繰り返されている場合（図3-23）

意識は安定しているが、呼吸、脈拍、体温、血圧の乱れが繰り返されている場合、看護職は「いつもしている」が①86.1%、②80.8%、③78.0%、④77.2%であった。「いつもしている」は、看護職のほうが介護職よりも多かった。「ときどきしている」、「まれにしている」、「全くしていない」は介護職のほうが看護職よりも多かった。

また、「いつもしている」と「いつもしていない」（ときどきしている、まれにしている、全くしていない）の2群間で比較すると、①～④のすべての項目において、有意差が認められ、「いつもしている」は、看護職が介護職より有意に多かった。一方、「いつもしていない」は、介護職が看護職より有意に多かった。①～④のすべての項目において、有意差

図 3-23. 【バイタルサインに関するケア】意識は安定しているが、呼吸、脈拍、体温、血圧の乱れが繰り返されている場合



が認められ、「いつもしている」は、看護職が介護職より有意に多かった。一方、「いつもしていない」は、介護職が看護職より有意に多かった。すなわち、バイタルサインの乱れが繰り返されるようになってくると、看護職が介護職よりも関わっていることが示された。

d. 意識が低下し、呼吸、脈拍、体温、血圧の異常な状態が続いている場合（図 3-24）

意識が低下し、呼吸、脈拍、体温、血圧の異常な状態が続いている場合、看護職は「いつもしている」が①96.1%、②94.7%、③93.3%、④92.8%であった。「いつもしている」は、看護職のほうが介護職よりも多かった。「ときどきしている」、「まれにしている」、「全くしていない」は介護職のほうが看護職よりも多かった。

また、「いつもしている」と「いつもしていない」（ときどきしている、まれにしている、全くしていない）の2群間で比較すると、①～④のすべての項目において、有意差が認められ、「いつもしている」は、看護職が介護職より有意に多かった。一方、「いつもしていない」は、介護職が看護職より有意に多かった。

図 3-24. 【バイタルサインに関するケア】意識が低下し、呼吸、脈拍、体温、血圧の異常な状態が続いている場合



以上、「a バイタルサインが安定している場合」では、③のみ「いつもしている」は介護職が看護職より有意に多く、介護職の関与の割合が高くなっていた。「b. バイタルサイン（意識・脈拍・体温・血圧）が、今は安定しているが、不安定になることが予測される」場合では、①、②、④の 3 項目において、「いつもしている」は、看護職より介護職のほうが有意に多く、「c. 意識は安定しているが、呼吸、脈拍、体温、血圧の乱れが繰り返されている」「d. 意識が低下し、呼吸、脈拍、体温、血圧の異常な状態が続いている」場合では、①～④のすべての項目において、「いつもしている」は、看護職が介護職より有意に多く、看護職の関与の割合が高くなっていた。

## 7. 医療的ケア

看護職と介護職を対象に、医療的ケア（酸素療法、胃ろう、与薬管理、インスリン注射、膀胱留置カテーテルなど）における「観察」「判断」「実施」「記録」「異常時の医師への報告」「本人・家族への説明と同意」の6行為について、[主にどの職種（看護職と介護職及びその他）が行っているか]の回答を得たものであり、看護職より392名、介護職より441名の回答が得られた。

### (1) 医療的ケアにおける「観察」について（図3-25、表3-1）

看護職の回答では、[看護職（が行っている）]が372名（94.9%）、[介護職（が行っている）]が268名（68.4%）、他方、介護職の回答では、[看護職（が行っている）]が371名（84.2%）、[介護職が行っている]が375名（85.0%）であり、看護職の回答では看護職の方が介護職よりも「観察」していると回答した割合が高い傾向を示したが、介護職の回答では介護職の方が看護職よりも「観察」していると回答した割合が、わずかに（0.9%）超えた。

また、「観察」を行っているその他の職種として、看護職の回答では、[生活相談員]が11名、[ケアマネジャー]が6名、[医師]・[機能訓練指導員]・[栄養士]が各々2名などであり、介護職の回答では、[生活相談員]が17名、[ケアマネジャー]が15名、[栄養士（管理を含む）]が3名、[副施設長]が2名などであった。

図3-25.【医療的ケア】観察

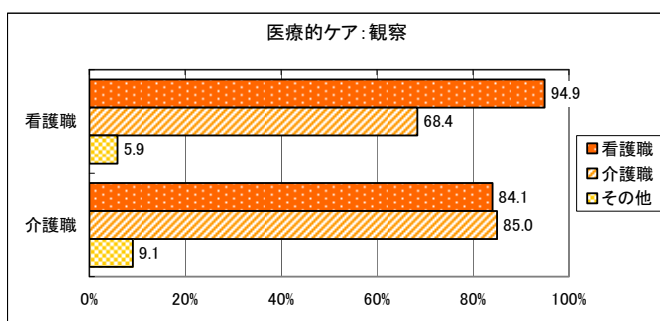


表3-1.【医療的ケア】観察

	合計	看護職	介護職	その他	無回答
看護職	392	372	268	23	6
	100.0%	94.9%	68.4%	5.9%	1.5%
介護職	441	371	375	40	4
	100.0%	84.1%	85.0%	9.1%	0.9%

### (2) 医療的ケアにおける「判断」(図3-26、表3-2)

看護職の回答では、[看護職（が行っている）]が383名（97.7%）、[介護職（が行っている）]が37名（9.4%）であり、介護職の回答では、[看護職（が行っている）]が430名（97.5%）、[介護職が行っている]が90名（20.4%）と、看護職・介護職とも、看護職が「判断」していると回答した割合が高い傾向を示した。

また、「判断」しているその他の職種として、看護職の回答では、[医師]が15名、[生活相談員]・[ケアマネジャー]が各々3名などであり、介護職の回答では、[医師]が14名、[生活相談員]・[ケアマネジャー]が各々8名、[施設長]・[副施設長]が各々2名であった。

図 3-26. 【医療的ケア】判断

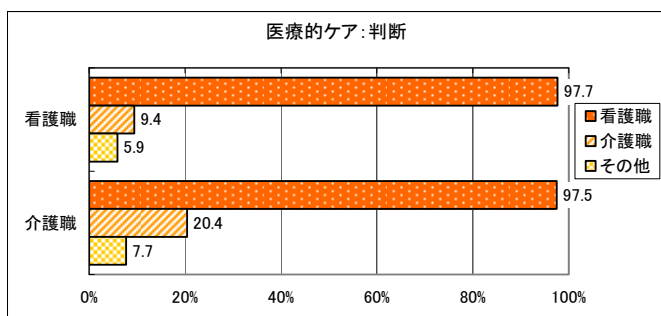


表 3-2. 【医療的ケア】判断

	合計	看護職	介護職	その他	無回答
看護職	392	383	37	23	6
	100.0%	97.7%	9.4%	5.9%	1.5%
介護職	441	430	90	34	5
	100.0%	97.5%	20.4%	7.7%	1.1%

(3) 医療的ケアにおける「実施」(図 3-27、表 3-3)

看護職の回答では、[看護職 (が行っている)]が 384 名 (98.0%)、[介護職 (が行っている)]が 107 名 (27.3%) であり、介護職の回答では、[看護職 (が行っている)]が 422 名 (95.7%)、[介護職が行っている]が 186 名 (42.2%) と、看護職・介護職とも看護職が「実施」していると回答した割合が高い傾向を示した。但し、介護職の 42.2%が「介護職が実施している」と答えていた。

また、「実施」しているその他の職種として、看護職の回答では、[ケアマネジャー]・[医師]が各々3名、[生活相談員]が2名などであり、介護職の回答では、[医師3名]、[ケアマネジャー]・[生活相談員]が各々1名であった。

図 3-27. 【医療的ケア】実施

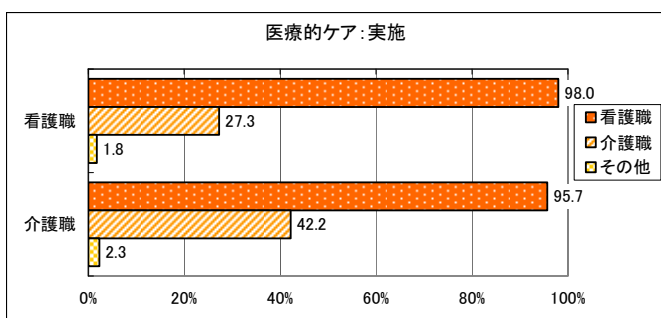


表 3-3. 【医療的ケア】実施

	合計	看護職	介護職	その他	無回答
看護職	392	384	107	7	6
	100.0%	98.0%	27.3%	1.8%	1.5%
介護職	441	422	186	10	6
	100.0%	95.7%	42.2%	2.3%	1.4%

(4) 医療的ケアにおける「記録」(図 3-28、表 3-4)

看護職の回答では、[看護職 (が行っている)]が 384 名 (98.0%)、[介護職 (が行っている)]が 158 名 (40.3%) であり、介護職の回答では、[看護職 (が行っている)]が 416 名 (94.3%)、[介護職が行っている]が 273 名 (61.9%) で、看護職・介護職とも看護職が「実施」していると回答した割合が高い傾向を示した。但し、[介護職 (が行っている)]が看護職で 40.3%、介護職でも 61.9%を占め、いずれの職種においても介護職が記録していると回答した割合が低いとはいえない実態であった。

また、「記録」をしているその他の職種として、看護職の回答では、[生活相談員]が5名、[ケアマネジャー]が4名、[医師]が2名などであり、介護職の回答では、[生活相談員]が8名、[ケアマネジャー]が6名、[医師]1名であった。



図 3-28. 【医療的ケア】記録

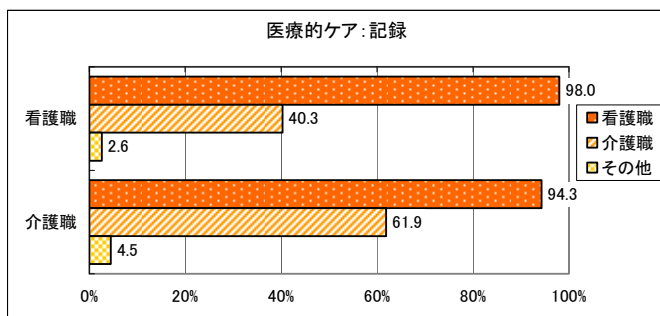


表 3-4. 【医療的ケア】記録

	合計	看護職	介護職	その他	無回答
看護職	392 100.0%	384 98.0%	158 40.3%	10 2.6%	6 1.5%
介護職	441 100.0%	416 94.3%	273 61.9%	20 4.5%	4 0.9%

(5) 医療的ケアにおける「異常時の医師への報告」は (図 3-29、表 3-5)

看護職の回答では、[看護職 (が行っている)]が 385 名 (98.2%)、[介護職 (が行っている)]が 40 名 (10.2%) であり、介護職の回答では、[看護職 (が行っている)]が 434 名 (98.4%)、[介護職 (が行っている)]が 48 名 (10.9%) で、看護職・介護職とも看護職の方が「報告」していると回答した割合が高い傾向を示した。

また、「報告」しているその他の職種としては、看護職の回答では、[生活相談員]が 8 名、[ケアマネジャー]が 2 名などであり、介護職の回答では、[生活相談員]が 17 名、[ケアマネジャー]が 5 名、[施設長]が 2 名などであった。

図 3-29. 【医療的ケア】異常時の医師への報告

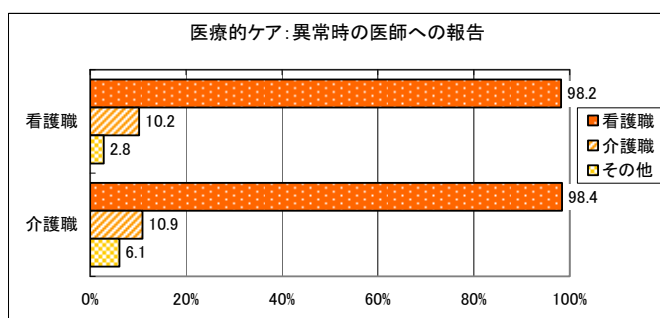


表 3-5. 【医療的ケア】異常時の医師への報告

	合計	看護職	介護職	その他	無回答
看護職	392 100.0%	385 98.2%	40 10.2%	11 2.8%	6 1.5%
介護職	441 100.0%	434 98.4%	48 10.9%	27 6.1%	4 0.9%

(6) 医療的ケアにおける「本人・家族への説明と同意」(図 3-30、表 3-6)

看護職の回答では、[看護職 (が行っている)]が 357 名 (91.1%)、[介護職 (が行っている)]が 65 名 (16.6%) であり、介護職の回答では、[看護職 (が行っている)]が 388 名 (88.0%)、[介護職 (が行っている)]が 108 名 (24.5%) で、看護職・介護職とも看護職が「本人・家族への説明と同意」を行っているという回答した割合が高い傾向を示した。但し、介護職の回答で[介護職が行っている]が 24.5% 占めていた。

また、「本人・家族への説明と同意」をその他の職種が行っていると回答したのは、看護職で 42.6%、介護職でも 49.4% を占め、いずれも低くない実態であった。その他の職種として、看護職の回答では、[生活相談員]が 108 名、[ケアマネジャー]が 29 名、[医師]が 19 名、[施設長]が 4 名などであり、介護職の回答では[生活相談員]が 137 名、[ケアマネジャー]が 54 名、[医師]が 24 名、[施設長]が 5 名、[副施設長]が 3 名、[責任者・管理者]が 3 名などであった。

図 3-30. 【医療的ケア】本人・家族への説明と同意

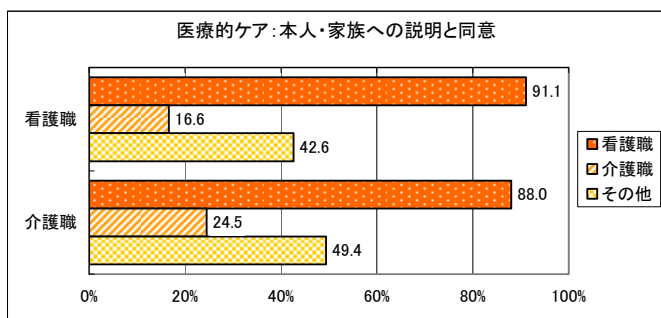


表 3-6. 【医療的ケア】本人・家族への説明と同意

	合計	看護職	介護職	その他	無回答
看護職	392	357	65	167	6
	100.0%	91.1%	16.6%	42.6%	1.5%
介護職	441	388	108	218	4
	100.0%	88.0%	24.5%	49.4%	0.9%

## 8. まとめ

### 1) ケア場面別の入所（居）者の体調の変化と看護職・介護職の関与

ケアの 6 場面（食事、排尿、排便、生活リズム、認知症に伴う行動・心理状態、バイタルサイン）における、入所（居）者の体調変化の 4 事象（自立している時・ほぼ自立しているが変化の兆しがある時・変化が繰り返されている時・体調が悪化している時）と看護職と介護職のケアの関与度の実態を下記のようにまとめた。ケアの関与度は、4 行為（判断・ケア方針・ケア行為・行為の評価）における実施頻度 4 段階の回答を「いつもしている」「いつもしていない」の 2 つに再分類し示した。

- (1) 食事、排尿、排便、生活リズム、認知症に伴う行動・心理状態の 5 場面の体調変化の 4 事象において、介護職は看護職と同等、またはそれ以上に 4 行為の「いつもしている」と回答した割合が多く、介護職が主体的に関わっていた。看護職は、すべてのケア場面で、安定から変調に向かうにつれて「いつもしている」と回答した者の割合が高くなっていた。
- (2) 食事のケア場面においては、「変化が繰り返されている時」「体調が悪化している時」の体調変化に伴い看護職の「いつもしている」と回答した割合が他のケア場面よりも多かったことから、利用者の健康状態が不安定な場合の状態判断からケア行為の評価において、看護職の果たす役割がより重要であると考えられた。看護職の日常業務の中でも食事介助と観察や経管栄養は、他の業務よりも頻繁に行われていたことから<sup>6)</sup>、生命維持にとって重要な食事について看護職は積極的に関与していると考えられた。
- (3) 排尿、排便ケア場面においては、体調が悪くなるほどに看護職が関与する割合が有意に高いのは食事と同様であるが、同じ排泄場面においても排尿より排便の方に看護職は関与していた。これは、排便に比べて排尿は回数が多いことから状態の判断やケア行為の評価は介護職に任されている現状があり、合併症のリスクが高くなると看護職が関与するようになる実態を表していると思われる。先行研究でも日常的に実施している看護業務の上位に「排泄援助と観察(状態が安定している時)」「膀胱留置カテーテルの管理」「浣腸」「摘便」が入っている<sup>6)</sup>ことから、状態が安定しているときから健康状態が不安定で何らかの医療を必要とする状態まで、看護職は関与しているといえるだろう。
- (4) 生活リズムにおいて、睡眠・覚醒リズムが安定している場合の看護職の関与の割合は、4 つのケア場面の中で最も低かった。これはその他のケア場面と比べ、背景となる要因が異なっていると考えられる。つまり、生活リズムの変調は、食事や排泄に比べて生命の危機に直結しにくいことに加え、日常業務で頻繁に行っている「夜勤者の申し送り参加と利用者の状態把握」を通して夜間の入所（居）者の状況の把握に努めても、看護職は一般に特養においては夜勤をしていない<sup>6)</sup>ことから、介護職との間で生活リズムの変調がある利用者の情報やその調整に向けたケア方針が共有しにくい状況があるのではないかと考えられた。

---

注 6) 平成 20 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金 介護施設の看護職におけるケア管理に関する調査研究事業報告書(2009).

- (5) 認知症に伴う行動・心理症状においては、事象「(1) 認知症があるが、認知症に伴う行動・心理症状がみられない」「(2) 認知症があり、認知症に伴う行動・心理症状が予測される」「(3) 認知症があり、認知症に伴う行動・心理症状を繰り返している」の場合、「いつもしている」は看護職より介護職が多く、「(4) 認知症があり、認知症に伴う行動・心理症状が長期化しコントロールできない」場合になると「いつもしている」は看護職が介護職より多く、状態の判断やケア方針の決定、伝達について、看護職が介護職よりも多く関わっていた。この看護職と介護職の「いつもしている」の割合の傾向は、「排尿・排便」「生活リズム」と同様のパターンであった。認知症の症状は、これらの日常生活の状態が整えられていないと安定しないことから、看護職は日常生活における症状の観察や「予測」「判断」「評価」について、「排尿・排便」「生活リズム」と同様に看護職が関与していると考え。そして、認知症の症状を安定するために、排泄や生活リズムを整える関わりが必要である。
- (6) 看護職は認知症に伴う行動・心理症状においては、事象 (1) ～ (4) の場合、いずれも「④③の行為の評価」が「③この状態における具体的なケア行為」を上回っていた。このことは認知症ケアには、どの段階も看護職も介護職もどちらも関わっているが、認知症の症状が安定しているときは、生活ケアが主体であるため、看護職による薬物の調整などの医療ニーズが多くならないように予防的な判断や評価のもとで、介護職が実際的なケアを実施していると考え。
- (7) バイタルサインが安定している場合、「いつもしている」は介護職が看護職より有意に多く、特に見守りなど具体的なケア行為を中心に関わっていることが示された。また、バイタルサインの乱れが繰り返されるようになり、不安定になった入所（居）者に対しては、看護職・介護職ともに関わりが増え、かつ、看護職が介護職よりも多く関わっていた。特にバイタルサインの体調が悪化している時は、「判断から評価」のすべてで、看護職が「いつもしている」の割合が 90%以上を占めており、「重篤化した入所（居）者の健康管理とその対応」に関する看護職の活動の実態が明らかになったと考えられる。

## 2) 医療的ケアの実態

医療的ケア（酸素療法、胃ろう、与薬管理、インスリン注射、膀胱留置カテーテルなど）における「観察」「判断」「実施」「記録」「異常時の医師への報告」「本人・家族への説明と同意」の 6 行為について、「主にどの職種が行っているか」の実態を下記のようにまとめた。

- (1) 看護職と介護職の実施状況の占める割合は異なったものの、[看護職のみが実施している]、あるいは[介護職のみが実施している]行為はなかった。これは特養における看護職の法的配置数（100 名の利用者に 3 名）から、看護職の夜勤体制を導入していない施設が大半であることが影響していると捉えられる。また、医療施設における在院日数の短縮化や入居優先基準により、医療依存度の高い入所（居）者や入所（居）者の高齢化とそれに伴う認知症高齢者の増加などにより、重度化した高齢者の入所（居）者が増加する一方で、限られた配置数の看護職のみでは対応困難な状況にあり、介護職に依頼・移譲せざるを得ない状況になっていると推察される。

- (2) 6 行為とも、[看護職が行っている]割合が[介護職が行っている]割合より高い傾向を示し、看護職の方が役割を果たしている実態が示された。これは、特養において、常勤の医師がいる施設が少なく、その大半が週に 1・2 回往診する嘱託医である現状から、看護職が施設で唯一の医療職であり、また看護専門職としての役割から考えても、当然の結果といえる。但し、[看護職が行っている]は、看護職の回答では 9 割以上 (91.1%~98.2%) を占めたが、介護職の回答では 84.1%~98.4%と行為によって幅がみられた。
- (3) [介護職が行っている]行為として、6 行為のうち看護職も介護職も回答した割合の高かったのは、「観察 (看護職 68.4%、介護職 85.0%)」、「実施 (看護職 27.3%、介護職 42.2%)」「記録 (看護職 40.3%、介護職 61.9%)」であり、一方、[介護職が行っている]行為として、看護職も介護職も回答した割合が低いものは、「判断 (看護職 9.4%、介護職 20.4%)」「異常時の医師への報告 (看護職 10.2%、介護職 10.9%)」であった。
- (4) 6 行為のいずれも、[介護職が行っている]とする回答は、看護職の回答より介護職の回答の方が高い割合を示す傾向を示し、看護職と介護職間、その実施状況についての認識が異なっていた。これは、何を医療的ケアと捉えるかについて看護職と介護職の捉え方の違いの結果と推測されるが、実際は確認が必要であろう。
- (5) 「本人・家族への説明と同意」は、看護職・介護職とも看護職が行っていると回答した割合が高い (91.1%、88.0%) 傾向を示し、看護専門職が果たす役割と捉えられることから当然の結果といえる。しかし、他 (看護職・介護職以外) の職種が行っていると回答したのが看護職では 42.6%、介護職でも 49.4%を占めた。その他の職の内訳は、看護職・介護職とも、[生活相談員]が多く、次いで[ケアマネジャー]、[医師]、[施設長]などであった。施設によっては患者や家族への対応は窓口を一つにした方が混乱が少ないということや、入所 (居) 者や家族の状況によっては、ケースバイケースで、より適切な対応のためという観点から、このような結果になったと考える。

#### 第 4 節. 看護職の日課業務の特徴

本稿では、介護施設の看護職が日常どのような業務を行っているか、またそれら業務について看護職が必ず行うべきと認識しているかの現状を明らかにする。検討の主な視点は、設定した業務 56 項目における看護職の日常的に実施している業務、必ず実施すべきと思う業務、日常的に実施している業務と必ず実施すべきと思う業務との比較である。

##### 1. 日常的に実施している業務の特徴

###### 1) 時間毎の分布と特徴

看護職が日常的に実施している表 4-1 に示す業務 56 項目は、表 4-2 のように、ある時間帯に集中し行われているものと、ほぼまんべんなく行われているものの、二つのパターンがみられた。一日の業務の中で最も集中している時間壘台は、上位 5 位からみ 10 時台 (16 種類の業務)、次いで 9 時台 (13 種類)、そして 14 時台 (12 種類)、8 時台 (10 種類)、16 時台 (9 種類) と続く。つまり 8~10 時の時間帯と 14 時および 16 時の時間帯に集中していると言える。また、一日のある時間帯に集中している業務は、12 時台の「201 食事



表 4-2. 日常的に実施している業務

n=380

時間帯	50%以上	40%以上	30%以上	20%以上	10%以上	0%
7:00					308	106、111、205、207、313、314、315、317、318、319、320、321、324、325、327、328、330、403、404、407、408、
8:00			101	308、322	103、104、201、301、305、307、326、	205、207、315、316、328、330、
9:00		101、301、	103、104、	105、108、	109、302、303、308、318、319、405、	315
10:00			301、318、	105、319、406、	102、202、204、302、303、304、309、324、325、404、405、	315、316、
11:00					102、105、305、308、318、319、326、406、	106、315、316、
12:00	201	308	326	206	307	106、205、312、315、316、317、
13:00						106、314、315、316、317、320、322、
14:00			328	202、301、	107、204、207、303、318、319、324、325、408、	314、315、316、317、
15:00					102、204、301、328、	315、316、322、
16:00				102、106、308、	107、109、301、402、403、407、	315、320、
17:00			106	308、322、	102、307、407、	309、314、315、316、317、
18:00				201	308、326、	205、312、315、316、320、328、
19:00						101、202、205、206、207、309、312、314、315、316、317、320、327、328、329、330、404、
20:00						107、108、201、202、204、205、206、207、307、308、312、313、314、315、316、317、320、321、322、327、328、329、330、404、

## 2) 日常的に実施している業務間の関連

看護職が日常的に実施している業務間の関連を明らかにするために、日課業務毎に相関係数を検定した結果、表 4-3 のように 15 項目間に相関関係が認められた。看護職は、浣腸と排便、じょく創の処置と創傷処置、体調不良者の観察と心身の観察、受診時の搬送の手配と受診の付き添い・報告、他職種との打ち合わせと各職種に情報提供する、などのように合理的な組み合わせで業務を行っていると同える。

表 4-3. 日常的に実施している業務間の関連

相関係数(r)	日常的に実施している業務	計
0.5 以上	<324 浣腸と 325 排便 r=0.63>、<318 創の処置と 319 創傷処置 r=0.61>、<304 吸引(咽頭手前までの口腔内)と 305 吸引(鼻腔)r=0.54>、<307 経鼻経管栄養と 308 胃ろうによる栄養管理 r=0.53>	4
~0.4	<301 体調不良者の観察・バイタルサインチェックと 302 心身の観察 r=0.47>、<405 受診時の搬送の手配と受診先への確認と 406 受診の付き添い・報告 r=0.47>、<321 疼痛管理(麻薬の使用なし)と 327 麻薬の管理 r=0.46>、<402 セシやカスト等の消毒と 403 包交車等の医薬品・衛生材料の補充と整理 r=0.46>、<103 他職種との打ち合わせと 104 利用者の医療面について各職種に情報提供 r=0.40>	5
~0.3	<305 吸引(鼻腔)と 306 吸引(咽頭より奥または気切)r=0.38>、<327 麻薬の管理と 330 マッサージ・保湿等皮膚ケア、肺リハビリテーション r=0.38>、<101 夜勤者の申し送り参加と利用者の状態把握と 104 利用者の医療面について各職種に情報提供 r=0.35>、<301 体調不良者の観察・バイタルサインチェックと 303 ラウンド r=0.32>、<304 吸引(咽頭手前までの口腔内)と 306 吸引(咽頭より奥または気切)r=0.31>、<101 夜勤者の申し送り参加と利用者の状態把握と 103 他職種との打ち合わせ(必要時)r=0.30>	6



## 2. 必ず実施すべきと思う業務の特徴

### 1) 時間毎の分布と特徴

必ず実施すべきと思う業務は、表 4-4 のように 40 項目あり、13 時台を除いた日勤帯全般に分布している。これら業務のなかでは、「301 体調不良者の観察・バイタルサインチェック」が最も高いと認識している。

また 8 時から 10 時の時間帯は、必ず実施すべきと思う業務内容が最も重複している。具体的な主な内容は、体調不良者の観察・情報収集、胃ろうの管理や服薬管理および創傷処置などの『医療的ケア』である。

表 4-4. 必ず実施すべきと思う業務（時間ごとの分布） n=380

時間帯	50%以上	40%以上	30%以上	20%以上	10%以上
7:00					308、322
8:00				308,322	101,104,301,307
9:00			301	101,104	103,105,108,303
10:00				301,318,319	105,405,406
11:00					318
12:00				308,326	201,206,307
13:00					
14:00				301,328	
15:00					328
16:00					102,106,308,402,407
17:00				106	102,308,322,326
18:00					
19:00					
20:00					

### 3. 【日常的に実施している業務】と【必ず実施すべきと思う業務】との比較

#### 1) 全体の比較

看護職が【日常的に実施している業務】は、表 4-5 のように『医療的ケア』（49.3%）が最も高く、次いで、『相談・報告・連携・記録』（23.7%）、『生活援助』（13.5%）、である。一方看護職が【必ず実施すべきと思う業務】と認識している項目は、表 3-5 のように『医療的ケア』（56.5%）が最も高く、次いで、『相談・報告・連携・記録』（24.4%）、『生活援助』（6.6%）、である。『生活援助』の業務は、実務実態より認識の%割合が低くずれがあると伺える。

表 4-5. 日常的に実施している業務と必ず実施すべきと思う業務の比較

	日常的に実施		必ず実施			
	延べ回数	%	延べ回数	%		
相談・報告・連携・記録	101 夜勤者の申し送り参加と利用者の状態把握	369	2.9	198	2.7	
	102 記録	476	3.7	258	3.6	
	103 他職種との打ち合わせ（必要時）	309	2.4	141	2.0	
	104 利用者の医療面について各職種に情報提供	300	2.4	223	3.1	
	105 必要時、医師への報告	328	2.6	220	3.1	
	106 夜勤者への申し送り（連絡、報告、指導、相談）	296	2.3	190	2.6	
	107 定期的なミーティング（介護職、栄養士、PT、ST、生活相談員などとの連携・相談）	215	1.7	101	1.4	
	108 看護職カンファレンス	223	1.7	149	2.1	
	109 介護職への指導・助言	252	2.0	143	2.0	
	110 家族との面談、病状報告、相談、助言	158	1.2	102	1.4	
	111 看護・介護過程の展開	95	0.7	30	0.4	
小計	3021	23.7	1755	24.4		
生活援助	201 食事介助と観察（状態が安定している時）	472	3.7	108	1.5	
	202 入浴介助と観察（状態が安定している時）	289	2.3	65	0.9	
	203 排泄介助と観察（状態が安定している時）	145	1.1	18	0.2	
	204 コミュニケーション	269	2.1	77	1.1	
	205 アクティビティやレクリエーションへの参加、活動支援	98	0.8	16	0.2	
	206 重症者の食事・清潔・排泄・移乗・移動などの援助	286	2.2	142	2.0	
	207 個別機能訓練	159	1.2	48	0.7	
小計	1718	13.5	474	6.6		
医療的ケア	301 体調不良者の観察、バイタルサインチェック	692	5.4	526	7.3	
	302 心身の観察	280	2.2	144	2.0	
	303 ラウンド（巡室）	381	3.0	188	2.6	
	304 吸引（咽頭手前までの口腔内）	290	2.3	118	1.6	
	305 吸引（鼻腔）	308	2.4	169	2.3	
	306 吸引（咽頭より奥または気切）	196	1.5	108	1.5	
	307 経鼻経管栄養	347	2.7	229	3.2	
	308 胃ろうによる栄養管理	764	6.0	509	7.1	
	309 点滴	111	0.9	88	1.2	
	310 膀胱（留置）カテーテル管理	142	1.1	91	1.3	
	311 人工肛門（ストーマ）のケア	51	0.4	29	0.4	
	312 ネブライザー	35	0.3	17	0.2	
	313 酸素療法（酸素吸入）	46	0.4	18	0.2	
	314 気管切開のケア	19	0.1	15	0.2	
	315 人工呼吸器の観察	0	0.0	0	0.0	
	316 中心静脈栄養（ポート（埋め込みタイプ）を含む）	3	0.0	3	0.0	
	317 持続モニターの管理（心拍・血圧・酸素飽和度等）	14	0.1	7	0.1	
	318 じょく創の処置	377	3.0	279	3.9	
	319 創傷処置	310	2.4	221	3.1	
	320 疼痛管理（麻薬の使用あり）	13	0.1	8	0.1	
	321 疼痛管理（麻薬の使用なし）	41	0.3	19	0.3	
	322 インスリン注射	360	2.8	282	3.9	
	323 導尿	49	0.4	41	0.6	
	324 洗腸	218	1.7	151	2.1	
	325 摘便	220	1.7	134	1.9	
	326 服薬管理（麻薬管理を除く）	523	4.1	307	4.3	
	327 麻薬の管理	14	0.1	11	0.2	
	328 回診介助と指示受け	273	2.1	210	2.9	
	329 諸検査のための検体採取（血液、便、尿、痰、膿）	161	1.3	128	1.8	
	330 マッサージ、保湿等皮膚ケア、肺リハビリテーション	50	0.4	16	0.2	
	小計	6288	49.3	4066	56.5	
	その他	401 医務室の清掃	190	1.5	81	1.1
		402 セツンやカスト等の消毒	248	1.9	159	2.2
403 包交車等の医薬品、衛生材料の補充と整理		204	1.6	122	1.7	
404 入所（入居）者や退院者の把握と受け入れ		183	1.4	88	1.2	
405 受診時の搬送の手配と受診先への確認		222	1.7	135	1.9	
406 受診の付き添い、報告		288	2.3	142	2.0	
407 翌日の業務調整・検査・受診者等の確認		207	1.6	116	1.6	
408 各行事・各会議への参加		190	1.5	64	0.9	
小計	1732	13.6	907	12.6		
合計	12759	100.0	7202	100.0		

2) 【日常的に実施している業務】と【必ず実施すべき業務】と認識している項目の比較  
 看護職が【日常的に実施している業務】と【必ず実施すべき業務】と認識している項目について、それぞれの時間帯ごとに $\chi^2$ 分析を行った結果、表 4-6 のように有意差が $p<.0001$ の項目は 42 項目で 10 時台、15 時台に重複が多いことがわかった。

表 4-6. 【日常的に実施している業務】と【必ず実施すべき業務】と認識している項目の比較

時間	有意差が $p<.0001$ の項目
7:00	201
8:00	101、103、201
9:00	101、103、201、203、302
10:00	202、204、205、207、302、303、406
11:00	
12:00	102、202、204、304、404
13:00	201、206、308、326
14:00	202、203、408
15:00	107、202、203、204、205、207、408
16:00	102、109、406
17:00	106、201、407
18:00	201
19:00	
20:00	

3) 要介護度別（要介護 4 と要介護 5）の比較

①要介護 4 の 40%以上で、有意差が $p<.0001$ の項目は、以下の 2 項目であった。

a. 12 時台は「201 食事介助と観察（状態が安定しているとき）」である。

b. 14 時台は「202 入浴介助観察（状態が安定しているとき）」である。

②要介護 4 の 40%未満、有意差が $p<.0001$ の項目は、表 4-7 のように 25 項目である。

③要介護 5 の 40%以上で、有意差が $p<.0001$ の項目は、表 4-8 のように 8 項目である。

④要介護 5 の 40%未満、有意差が $p<.0001$ の項目は、表 4-9 のように 20 項目である。

表 4-7. 【日常的に実施している業務】と【必ず実施すべき業務】と認識している項目の比較（要介護度 4 の 40%未満）

時間	有意差が $p<.0001$ の項目
7:00	201
8:00	101、 201
9:00	101、 201、 203
10:00	202、 204、 207、 406
11:00	204、 304
12:00	201、 206、 308、 326
13:00	203
14:00	202、 204、 205、 207、 408
15:00	
16:00	
17:00	201、 407
18:00	201
19:00	
20:00	

表 4-8. 【日常的に実施している業務】と【必ず実施すべき業務】と認識している項目の比較（要介護度 5 の 40%以上）

時間	有意差が $p<.0001$ の項目
7:00	
8:00	201
9:00	101、 103
10:00	
11:00	
12:00	201、 308、 326
13:00	
14:00	202
15:00	
16:00	
17:00	201
18:00	
19:00	
20:00	

表 4-9. 【日常的に実施している業務】と【必ず実施すべき業務】と認識している項目の比較（要介護度 5 の 40%未満）

時間	有意差が $p<.0001$ の項目
7:00	
8:00	101、 201
9:00	101、 103、 203
10:00	202、 204、 205、 207、 406
11:00	204
12:00	201、 326
13:00	
14:00	202、 204、 205、 408
15:00	202、 205
16:00	
17:00	
18:00	201
19:00	
20:00	

これら要介護 4 と要介護 5 の比較では、その項目は『生活援助』、『医療的ケア』等などの業務の種類によって偏りがあるわけではなく、まんべんなく分布している。両者に共通していない業務は、要介護 4 に「206 重症者の食事・清潔・排泄・移乗・移動などの援助」「304 吸引」が見られ、要介護 5 に「103 他職種との打ち合わせ」「406 受診の付き添い・報告」が見られることである。

#### 4. まとめ

看護職は、日常的に『医療的ケア』を中心に、看護職同士あるいは他職種との相談・報告・連携や受診のための手続き、施設内での医療提供に必要な器材の整備などを重層的に行っている。また、要介護 4 または 5 の入所（居）者の食事・入浴・排泄といった ADL の援助にも日常的に関与していることから、看護職は嚥下や痰の喀出が難しいために自力での生命保持が困難な入所（居）者や健康状態が不安定な入所（居）者、苦痛の緩和が必要な入所（居）者などの医療面から生活面までの多岐にわたるケアを重層的に展開していると考えられる。この同じ時間帯に特定のいくつかの業務を重ね、並行して行うことをブリコラージュ（あらかじめ用意された枠組みに基づくのではなく、与えられた条件下でとにかく何とかしようという仕事の仕方）といい、これは職業人としての介護や看護の仕事の特徴でもある<sup>7)</sup>とされている。そういう意味で業務間での相補関係が高かった具体的な常務は、浣腸と排便、褥創の処置と創傷処置、受診時の搬送の手配と受診の付き添い・報告、他職種との打ち合わせなどで、いずれもケアの内容が類似もしくは連続したプロセスにある内容であり、業務の組み合わせとしては至極当然の結果であるといえる。

また、多面的関係の中でイメージを少しずつずらしながら仕事を重ね合わせ、短い時間にいくつもの業務をこなすやり方は単に業務の効率を考えて動くことだけではなく、ケア

注 7) 中島紀恵子：認知症患者の家族に対する看護のあり方。家族看護, 7(1), 6-15, (2009).

の内容とケアが関連している意味を考えつつ業務を行っているといえる。具体的には、「体調不良者の観察等による利用者の状態把握」をした上で、「吸引」や「経管栄養法」といった生命維持のためのケアを行い、また「皮膚・創傷ケア」、「服薬管理(麻薬を含む)」などの苦痛や不快の緩和に向けたケアを実施するとともに、「医師への報告」、「回診介助の指示受け」などの診療に関連した業務を行っている。また、「巡室」して「観察」や「経管栄養」、「インスリン注射」などの医療的ケアを行っている時間の中でも、「夜勤者の申し送り参加と利用者の状態把握」、「他職種との打ち合わせ」など、職員間での連携を進めることで、入所(居)者が必要な医療を円滑に受けられるよう取り計らっている。

このように看護職は、業務間の関連や業務量などをイメージしたり考えることで、いくつもの業務を重ねて行っているが、その業務に対する看護職の認識については、実際に日常的に行っている業務と、実施すべきと考えている業務は必ずしも一致していないということが明らかになった。看護職が【日常的に実施している業務】は、『医療的ケア』が最も高く、次いで、『相談・報告・連携・記録』、『生活援助』であった。一方、看護職が【必ず実施すべきと思う業務】と認識している項目は、『医療的ケア』が最も高く、次いで、『相談・報告・連携・記録』、『生活援助』であり、『生活援助』の業務は、実務実態より認識の割合が低く、ずれがあったことは前述した。特にここでいう『生活援助』の業務とは、「状態が安定している時の食事・入浴・排泄介助と観察」、「アクティビティやレクリエーションへの参加」などが主であり、これらの業務において看護職は【必ず実施すべきと思う業務】の認識は薄いということが言える。また、『その他』としての各行事・各会議への参加においても認識の程度は低いと言える。入浴・排泄の介助においては、状態が安定している時という前提があるが、介助が必要ということは身体的もしくは精神的に障害などがあるということであるが、その障害の程度はそれほど高い状態ではないということなのであろうか。いずれにしても、看護職は【必ず実施すべきと思う業務】とは認識していないが、【日常的に実施している業務】として行っており、一旦急変など何かがあった時に、これらの業務を他職種に任せる可能性があると推測できる。より落ち着いて急変の対応できるために、このような認識のずれがある業務を把握し、普段の時に他職種(主に介護職)へ情報提供しより良い連携を維持していることが重要であると考えられる。

また、アクティビティやレクリエーション、各行事などは特別養護老人ホームが老人介護福祉施設で生活を基盤に考える場所であるという特徴からの項目であるが、これらについては介護職が主体的に行い、看護職は医療や安全等側面からフォローするというような役割であることを認識している可能性があると考えられる。しかし、生活の場である特養は、療養上の世話のみでなく、生活機能を維持・向上し、QOLを高めていくためにアクティビティや個別機能訓練などが求められている。理学・作業療法士以外によるリハビリテーションについては、看護職が最も充実・強化したい看護行為として1位に挙げているという報告<sup>8)</sup>もあり、今後はさらに理学・作業療法士と連携しながら日常生活の中でのリハビリを看護職の日課業務として取り組む必要があるだろう。

『医療的ケア』については【必ず実施すべきと思う業務】と認識している割合が最も高

注 8) 小野幸子他：A県特別養護老人ホームの現状と看護職が認識している充実・強化したい看護行為。

岐阜県立看護大学紀要, 5(1), 27-32, (2005).

いという結果は出ているが、その中でも「心身の観察」、「胃ろうによる栄養管理」、「服薬管理」などについてはその認識は低く、日常的に実施している業務との間でずれが生じている。つまり、看護職はこれらの業務よりもっと優先度が高いものがあると考えている可能性があると考えられる。次いで高かったのが『相談・報告・連携・記録』であるが、ここでも「夜勤者の申し送り参加と利用者の状態把握」、「記録」、「他職種との打ち合わせ」などの連携についての認識は低く、また「介護職への指導・助言」という項目も認識が薄かった。これは、現在の特養の入所（居）者に行う日常業務の中では、看護職は他職種との連携システムがまた確立されてない可能性があり、看護職間独自に業務を行う可能性もあると考えられる。しかしながら、特別養護老人ホームの看護職が充実・強化したい看護行為として、「医療的処置」より「記録・報告・連携」、「病状観察・心理的支援などの行為」が上位 10 位までに挙がっているという報告<sup>9)</sup>の結果とは異なっている。また、看護職者との連携の問題で 7 割以上の介護職者が夜間処置の連絡調整や急変時の対応を問題と捉え、半数以上が状態観察や意見の受け入れを問題としていたという報告もある<sup>10)</sup>。これは特別養護老人ホームが要介護度の高い高齢者の生活の場であり、死亡退所の割合も高いという現状からターミナルケアが必要であり、そのためには他職種の連携が必要であるということ視野に入れた医師と介護職を対象とした看護職への期待を調査した報告である。今回の調査の日課業務内容には直接的なケア項目として、ターミナルケアは選択肢になかったが、ターミナルケアと関係がありそうな医療的ケア項目（点滴、中心静脈栄養、酸素療法、気管切開、人工呼吸器、疼痛管理など）も看護職はほとんど実施項目として挙げていなかった。恐らく今回の調査対象である施設の多くはターミナルケアが必要な入所（居）は多くはなく、「夜勤者の申し送り参加と利用者の状態把握」、「記録」、「他職種との打ち合わせ」などの項目については、看護職は【必ず実施すべきと思う業務】という認識が低いのではないかと考える。しかし、ターミナルケアが必要な入所（居）者がいる場合、また現在は入所者がいない状況でもターミナルケアを考えた時に、介護職は不安に感じ、看護職に対して医療処置と夜間の対応を期待しているということは忘れてはいけないことであると考えられる。

また、別の報告では、同じ県内でも地区によってその施設や入所（居）者の特性は異なり、それによって、看護活動の課題の程度や内容が異なる<sup>10)</sup>ということから、今回の調査は全国の特養を対象としており、看護職が【必ず実施すべきと思う業務】においても、地域限定で調査した場合とでは結果は異なるのかもしれない。さらに、また別の報告においては看護職の認識を「大切に思う行為」と「より充実（強化）したい看護行為」の 2 段階で分けてその認識の程度を調査しているが、その報告からも看護職は実践している看護行為について、実践しているほどには大切に思ったり、充実（強化）したい行為とは思って

---

注 9) 小野幸子他：G 県下 2 地区の特別養護老人ホームに働く看護職の看護活動に関する意識。岐阜県立看護大学紀要, 2(1), 83-89, (2002).

注 10) 加瀬田暢子, 山田美幸, 岩本テルヨ：特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職者と医師の看護職者に対する期待。南九州看護研究雑誌, 4(1), 23-28, (2006).

いなかったという結果が出ている<sup>11)12)</sup>。また、この認識の2段階においては「大切に思う看護行為」よりも「より充実(強化)したい看護行為」になるにしたがって、認識の割合が低くなるという結果も出ている。

今回の結果から、看護職間、介護職、他職種や家族との連携に関わるケア指針やマニュアルの文書化が、施設のケアの実態を反映する指標となることが推測されたが、協働の実態における分担理由をみると、専門性や相手の能力や体制を挙げているものが多く、ケアの指針やマニュアルを根拠としている割合は必ずしも高くなかったということがあるなど、今後も分析をすすめ、さらに聞き取り調査を行うなど、ケア業務の実態を明らかにしていく必要がある。

今後、看護職のケア業務に関わる要因として、施設の背景、看護職の位置づけ、人員配置、ケア業務の現状、看護職の認識など構造的にとらえる要因を判別していく必要がある。入所(居)者の高齢化、重度化に対応した特別養護老人ホームにおけるケア提供方法、体制のあり方を提言できるよう、引き続き検討していく。

今回の調査では【日常的に実施している業務】を選び、その中からさらに【必ず実施すべきと思う業務】をマークするという形式で認識を把握しており、日常的には実施していないが【必ず実施すべきと思う業務】は挙がってこない形態をとっている。したがって、本来の認識を把握するという意味では、さらに工夫・検討をする必要があると言える。

また、『その他』としての「入所(居)者や退院者の把握と受け入れ」、「翌日の業務調整・検査・受診等の確認」においては【必ず実施すべきと思う業務】の認識が薄いという結果が出ているが、これにおいて看護職はこのような管理的な業務は【必ず実施すべきと思う業務】とは認識せず、実際は看護職以外の職員、生活相談員や介護主事のような者が行っていることを表していると考ええる。

さらに要介護度別で分析した結果からは要介護4と要介護5においても、ほぼ同様の結果が出ている。しかし両者を比較した際には、要介護4に「206重症者の食事・清潔・排泄・移乗・移動などの援助」「304吸引」が、要介護5に「103他職種との打ち合わせ」「406受診の付き添い・報告」において【必ず実施すべきと思う業務】の認識が低いという結果が出ている。つまり、看護職はこれらの業務においては、要介護4、5であっても看護職以外の職員が行ってもよいのではないかと考えているということである。

看護職の業務は、日常的に『医療的ケア』『相談・報告・連携・記録』が過半数を占めており、またこれらの業務を必ず実施すべき業務と認識している。しかし、『生活援助』の業務は、必ず実施すべき業務という認識に比べ実務実態の割合の方が高く、ずれがあると伺える。加えて、『医療的ケア』『相談・報告・連携・記録』においても、項目によっては実務実態と認識にはずれが生じており、さらに詳しく調査し、検討していくことが必要ではないかと考える。

---

注 11) 小野幸子他：G 県下 2 地区の特別養護老人ホームの現状と看護職が認識している看護活動の課題 第 2 報. 岐阜県立看護大学紀要, 3(1), 36-41,(2003).

注 12) 小野幸子他：G 県下 2 地区の特別養護老人ホームの現状と看護職が認識している看護活動の課題 第 3 報. 岐阜県立看護大学紀要, 4(1), 52-58,(2004).



## V. 考察および提言

### 1. 研究協力施設、看護職・介護職リーダーの特性とケア管理

本調査の施設の概要はほぼ全国の施設の実態を反映するものであるといえた。また看護職リーダーの介護施設での経験年数の豊富さや、受け持ちの固定化などが施設のケアの充実につながるであろうことが予測された。

#### 1) 看護職・介護職リーダーと施設特性に関して

##### (1) 看護職・介護職リーダーの専門性以外の背景の特徴

看護職リーダーと介護職リーダーそれぞれの背景の特徴と、両リーダーの傾向が異なる点について報告した。特別養護老人ホームにおける高齢者ケアは、介護施設での経験年数は様々であるが、医療機関等での臨床経験を経て、様々な疾患や処置などを経験し、高齢者のあらゆる状態を判断、対応できる大半が女性の看護職リーダーと、介護施設での経験が豊かな中堅層で看護職リーダーよりは比較的若い年齢層で 1/4 強が男性の介護職リーダーのもとで実施されているといえよう。これら年齢、性別、経験年数等の背景は、看護職、介護職といった職種の専門性とは関係ない。「専門性とは特定の目標性を有する仕事を一定の判断力と技能を駆使して効果的になし遂げる能力のことである」<sup>13)</sup>の定義を用いて、看護の専門性、介護の専門性をそれぞれ考えると、「看護・介護それぞれの目標を持って、看護判断・介護判断と看護技術・介護技術を駆使して効果的に成し遂げる能力」となる。年齢、性、経験年数等がこの能力に必ずしも関係するとはいえない。

最初の介護福祉士が誕生したのが昭和 63 年であり、その後教育や職場環境の整備により徐々に増加していったことを考えれば、介護職リーダーの年齢が若く中堅層が多いのはあたりまえの傾向である。また看護婦が女性限定の職業としてではなく、男性にも門戸を開いた歴史もそれほど古くはなく、看護職リーダーのほとんどが女性であるのもうなずける。これらの特徴は、それぞれの職種の歴史が色濃く関係している結果であるため、専門性とは別に議論されるべきであると考えられる。

また看護職リーダーと介護職リーダーの勤務動機が違う傾向となるのも、個人のライフコースとの関連で考えるものであろう。特別養護老人ホームへの入職する看護師は、年齢や家族状況から、病院とは違い夜勤がないことを選択理由にあげる場合も多いだろう。同様の勤務動機の傾向を示したヘルパー資格取得者に関して、聞き取り調査からは、夜勤がなく短時間勤務が可能であることが関連するであろうという意見であった。

時代の変化に伴い、介護職リーダーの年齢層は上昇するであろうし、男性看護職リーダーも増加するであろう。また施設看護の専門性を志向した、若い看護師が増えるかもしれない。専門性以外の背景は、年数が経過する中で変化していくものである。そのため、むしろ職員のワークライフバランスを考えた働き方の実践を考えた上での、連携のあり方を提言していくことが必要であろう。

また看護師の勤務動機の約半数は「高齢者ケアへの興味」をあげており、病院のように煩雑な業務ではなく、じっくりと高齢者に関わることができる職場として魅力を感じ選択していると考えられる。

---

注 13) 小笠原浩一：高齢者介護分野における仕事・能力の現状と展望 三浦文夫編 図解高齢者白書 2003 年度版. 154-164, 全国社会福祉協議会, 東京(2003)

介護職も看護職も「高齢者ケアへの興味」という点で一致した、国家資格所有者の多い専門職として自立した存在として、連携のあり方を考えていくことが必要と考える。

### (2) 介護職リーダーが所持する免許・資格の多様性

介護職リーダーは、介護施設のみ勤務経験ではあるが、リーダーに就く者は10年以上の経験があり、日常生活援助の技術が高く、利用者の生活支援を中心的な立場で実施し、強い責任感を持っている。

しかし、介護職リーダーの免許・資格には、介護福祉士、社会福祉士、ヘルパー1級、ヘルパー2級、その他と多彩であり、複数の免許・資格を所持している場合もある。特に社会福祉士は介護福祉士資格の上位資格として取得している場合が多い。

社会福祉士では仕事の満足度が80%と、他の免許・資格と比べ大変高い値を示した。「何故同じ国家資格である介護福祉士との間に30%の差が生じるのか」について、専門家から影響要因などの聞き取り調査を実施した結果、業務内容や職位としての将来性の違いなどにより、仕事に対する意欲も違うのではないかという意見が出された。たとえば、社会福祉士は相談業務担当者として他職種とは一線を引いた専門性が発揮できるが、介護福祉士は日々一番近くで利用者の介護業務遂行にあたっているが、看護師やヘルパーとの共働の中で専門性が見いだしにくい状況がある。また社会福祉士は課長などの役職につくなど将来に目標を持っている場合もある。これらが、仕事への満足度の違いとして現れているのではないかと推察した。

前述したように勤務動機では、介護福祉士・社会福祉士の国家免許取得者と、ヘルパー1級・ヘルパー2級の資格取得者とは、傾向が大きく違っていた。その違いについても聞き取り調査を実施した結果、ヘルパーの個人的な背景は家庭を持ちながら働いている場合が多く、勤務形態がパートタイマーで低賃金の傾向であっても、家庭などを優先するためにこの勤務形態を希望している場合がみられた。この傾向は看護職の中でも「勤務体制・時間」と「通勤の利便性」を動機にあげていたことから、病院で勤務するより賃金が安くても、自分の生活などに合わせて介護施設での勤務を希望している場合と同様であると考えた。各職種によって特徴は様々であり、これらは背景や免許などの違い、将来性、個人の価値観などが影響していると考えられる。

しかし、それぞれの勤務体制や職責、将来性、賃金など多様な違いを有している集団であることが、一緒に勤務をしても看護職には理解しにくいのではないかとと思われる。

福祉職という大枠として捉えるのではなく、独立した一つ一つの職種として理解することが、連携を考える上で必要と考える。

### (3) 学習機会の確保に向けた努力

看護リーダー、介護リーダー共に、外部研修に参加する機会を持ち、自施設内の研修会を自分たちで開催していた。看護職と介護書の合同企画・実施であったか否かは今回調査していないが、自施設の看護職や介護職が研修会を企画したり講師となったりすることは、看護技術・介護技術の向上に直結する活動である。高齢者の生活の場において、納得したケアが提供できること、自信を持ってケアが提供できることにもつながり、専門性を高めることにつながるだろう。多忙な勤務状況の中で、看護リーダー、介護リーダーがこれらの学習機会を確保する努力を行っていることは、良いケアをしたいという共通認識を育む

土壌として重要と考える。

#### (4) 制度改正やケア提供システムの変更が連携に与える影響

ケア管理を考える場合、ケアを提供する職員数は大きな指標となる。今回の調査で、看護も介護も多く配置している施設と、看護も介護も少ない配置の施設のいずれかに傾向が分かれているという結果は、新たな発見であった。

このような看護職・介護職の配置状況に有意に影響していたのは、ユニット型か従来型かという居室形態のみであった。しかし、聞き取り調査では居室形態だけでなく、重症化対応加算や看とり加算等の制度改正も影響しているのではないかという現場感覚に基づいた発言があったことから、人員配置は制度の影響が大きいと考える。

加算等の制度はまだ動き出したばかりで、今回の調査が十分その影響を反映しているとは言いがたい。今後、このような制度やシステムの変更が、連携に大きく影響を与えることが示唆される。

看護職・介護職リーダーの役職名について、本調査に協力した回答者の施設は、開設されて間もない「ユニット型」のケア体制であるがために、看護と介護の組織的な位置づけを明確に把握できない困難な事情があるのではないかと推測される。この背景において、看護職は、看護という明確な役職名であり、また限られた看護職数の中で組織における立場が明確にしやすい。しかし、介護職は前述したように現職が多様な役職名であり、また従事する介護スタッフも多いために組織における立場を明確にしがたく「記載不明」が多くなったのではないかと考える。組織で働く職員は、自分の位置が明確であれば周囲の情報を収集し個人の役割の明確化と共に、その情報を必要な立場に効果的に授受することが可能となり、組織経営に参画でき、またモラルにも良い影響が期待できる。

堀田(2003)<sup>14)</sup>は、「ユニットケアを行う施設の留意点として施設長や各ユニットのリーダーは常に相互のコミュニケーションを図り、スタッフ同士の連携やスタッフの意識・技術を高める研修などの機会を充実させることが必要」と報告している。今後は、看護職や介護職の職務スキルを向上させることと共に一人一人の組織における位置を明確にし、特別養護老人ホームの経営やサービスの質の向上に反映させる人材育成が重要である。

#### (5) 看護職・介護職の組織上の位置づけと今後の課題

看護職・介護職は、組織ラインの職段階において「3段目に位置している」が共に多く、居室形態の3パターンのいずれにおいても同傾向であった。また両職の組織における系列関係は、「横の系列関係」が看護職約7割、介護職約6割が多かったが、一方で介護職の「記載不明」も多かった。さらに両職の直属の上司の職名の多様化が特徴的であった。

今から22年前に鎌田ら(1988)<sup>15)</sup>は、当時すでに入所(居)者のほとんどが疾病を有し常に急変の危険性を抱えており、このために看護師は健康管理の責任者として常駐し、常駐医不在のもとで医療を担う者として寮母(福祉施設で老人ホーム、身体障害者更生援護施設で生活援助・介護に従事した職名)への教育・指導をはじめとする深刻な悩みを抱

注 14) 堀田勉：2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて—。高齢者介護研究会報告書補論2(2003)。

注 15) 鎌田ケイ子,大淵律子,巻田ふき：特別養護老人ホームにおける看護の実態調査報告書。6,13,21,27,30,55,56,(財)東京都老人総合研究所看護研究室,東京(1988)。

えていること、また特別養護老人ホームの看護業務に対する認識は「医療的業務が主であり、生活援助が従である」という認識が高く、寮母と約6割が協力関係をもっているにも拘らず医療的業務と生活援助を統合してかかわろうとする場合には摩擦を生じることが多いこと、さらに看護師は業務上の位置づけから組織的にも孤立している傾向があること、などの実態を明らかにした上で、看護師が日々の身の回りの世話と健康管理を結びつけて行うことの必要性と、看護師が生活援助面への配慮ができる組織上の体制づくりの必要性を提言している。

現在の介護保険法による特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）における看護職には、利用者の個別的、自立的な生活を支援するという目標のもとに医療ニーズ、生活ニーズの両側面に対応して、介護職をはじめとする他職種間における協働が重要視されている。この介護保険制定後の制度設計が、看護職と介護職の組織において看護職約7割、介護職約6割という「横の系列関係」の回答になったのではないかと推察される。一方で、両職の「系列関係」の「記載不明」が看護職約2割、介護職約4割で多く、特に介護職の「ユニット型」「従来型+ユニット型」の2タイプにおいて約5割を占めていた。「記載不明」とは、調査者からみて「看護職と介護職の組織図の記載内容の不一致のもの」「看護職か介護職のいずれか一方のみの組織図を記載しているため判明不可によるもの」であった。この「記載不明」の割合の多さは、看護職と介護職の直属の上司の職名の著しい多様化とも関係があると推察される。また特別養護老人ホームが、2002年より介護給付対象となった新型特養（ユニットケア）のケア体制の導入など多機能の組織として変革途上にあることも、回答者が全体の組織図を記載しにくくしているのかもしれない。

介護施設の組織体系は、24時間のケアを担う両職を中心に変動しており、全体組織としての体系的体制は過渡期にあると推察される。特別養護老人ホームでは、入所（居）者の自立支援と尊厳の保持という介護保険法の基本理念のもと利用者に対し、より質の高い介護支援・介護予防支援を提供できるよう、施設および地域における医療と介護に従事する多職種間の「連携」「協働」が喫緊の課題とされている。

今後、特別養護老人ホームでは、看護職や介護職が十分に職務を発揮できるよう組織における位置の明確化、さらなる職能スキル向上の教育、組織マネジメントに参画できるためのキャリアアップシステムや教育プログラムの確立など課題である。

また老年看護の分野では、複雑で解決困難な課題に対して卓越した知識、技術を同僚や他職種に広め、高齢者や介護家族に対するサービスの質向上のための「連携」「協働」の調整役として老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師が誕生し活動している。これらの職を有効に活用できるシステムが導入されるよう、早期検討が望まれる。

## 2. 看護職の活動と協働

入所（居）者の経過による看護職の関与は、最も高かったのは「急変時の対応」であり、「看取り時のケア」、「日々のケア」、「入所（居）時のケア」の順となり、最も関与の割合が低かったのは「退所時のケア」であった。すべての経過における看護職の判断、実施による関与の実態と、他職種と役割分担している理由も含めた現状をとらえることができた。

入所（居）時のケアは、介護施設での経験年数が長く、ケアマネジャーの資格を持つ看護師ほど、入所（居）時のケアに関与していることが明らかになった。入所（居）者のアセスメント、家族介護状況のアセスメントはその後の施設におけるケアの方向性を決める重要なことであり、介護職や生活相談員と協働しながら、看護職の関与はさらに求められるといえる。

退所（居）時のケアは、退所（居）時の8行為では、いずれも看護職が関与していたが、その割合は高いものでも「④死亡退所への対応」の『イ．家族への支援』および「③他施設移行に伴う準備」の『ロ．施設への申し送り』の60%前後であった。在宅もしくは他施設への退所（居）に際して、必要なケアを継続して行えるようにするために、看護職の関与は重要となる。また、死亡退所の場合の家族への支援における看護職の関与も課題であると考えられた。

日々のケアは、【日中のケア】における「コミュニケーション」「レクリエーション」の各行為は、看護職が＜介護職に分担している＞割合が高かった。これらのケア行為は認知症高齢者にとってニーズが高いものであることをふまえると、看護職による予防的な判断や評価のもとで、介護職が実際的なケアを実施しているということは両職者が役割分担をしながらともに支えあって入所（居）者の認知症ケアを実践している状況を示したものと考えられる。したがって入所（居）者の認知症ケアを実践するには、各々の役割をお互いに理解しあって各々の責務を遂行していく必要があるといえる。【夜間のケア】については、介護職が分担している行為がほとんどであり、「医療的処置」の関与は58.2%であった。これは、看護職の夜勤体制が整備されていないことが影響していると考えられる。

急変時のケアは、急変時の9行為では、看護職の関与している割合が高く、全ての行為で80%以上であったが、他職種と協働している実態も示された。医療的な判断や医療処置や必要となることの多い「急変時のケア」では、特別養護老人ホームにおいて唯一の医療職であり、専門的知識と技術を持つ看護職の関与が高く認められる領域である。ただし、急変は、看護職が不在になる時にも生ずることから、介護職や生活相談員との協働は必須であり、これが分担に繋がっており、介護職が的確な対応ができるよう準備されているといえよう。

看取り時のケアは、看取り時の12行為では、いずれの行為も看護職の関与が50%以上を占めていた。特別養護老人ホームにおける看取りは生活の延長線上としての看取りである。入所（居）者が過剰な延命処置による苦痛を回避でき、自然で安らかな死を迎えることができるためには家族、医師、ならびに施設職員が共通の認識をもつてのぞむことが必要であり、施設で唯一の医療職である看護職の果たす役割は大きい。よりよい看取りケアを施設全体で推進していくために、ケアカンファレンスにおける看護職の関与は、さらに求められるものである。

### 3. 看護職の日課業務の特徴

日常的に、看護職が医療的ケアを中心とした多岐にわたる業務を、看護職同士や他職種と連携しながら重層的に実施している実態が明らかになった。また看護職のケア業務の現状と看護職自身によるすべきケアとの認識は、医療的ケアにおいては一致しているが、生活ケアにおいてはずれがあり、すべきではないと認識しながら実施しているという傾向がみられた。

### 4. 入所（居）者の体調の変化と看護職・介護職のケア関与

本調査では、入所（居）者の体調の変化に対応した看護・介護の連携（仕事・配分）の実態を明らかにするため、図 5-1「健康の変調（事象（1）～（4））とロングタームケア」に示したように、健康の変調を事象（1）～（4）に分類し、調査内容の枠組みとして捉えた。また 4 事象について、医療ニーズと体調の変化との関係を図 5-2「事象（1）～（4）の経時的変化」に示した。

事象（1）は、医療ニーズの割合が低く、体調が安定している状態といえ、看護職の意思決定は低い。この状態では、介護職によるかかわりの配分が高いと考えられる。

事象（2）は、体調の変化は小さいが、体調に変化をきたす可能性が予測されたり、潜在的な問題がある状態といえ、看護職の意思決定は事象（1）に比べ高い。この状態では、看護職と介護職が協働したかかわりをしていると考えられる。

事象（3）は、体調の変化が繰り返され、それに伴い医療ニーズの割合が高くなり、急変や重度化への移行の可能性がある状態といえ、この状態では、看護職による急変や重度化の状態把握、予測、予防的なかかわりと介護職との協働したかかわりをしていると考えられる。

事象（4）は、体調の変化が急変、重度化した状態であり、医療ニーズの割合が高く、看護職の意思決定は高い。この状態では、看護職の専門性やアセスメント力による判断をもとに、看護職と介護職が体調の変化について情報共有し、協働したかかわりをしていると考えられる。

図 5-1 健康の変調（事象（1）～（4））とロングタームケア

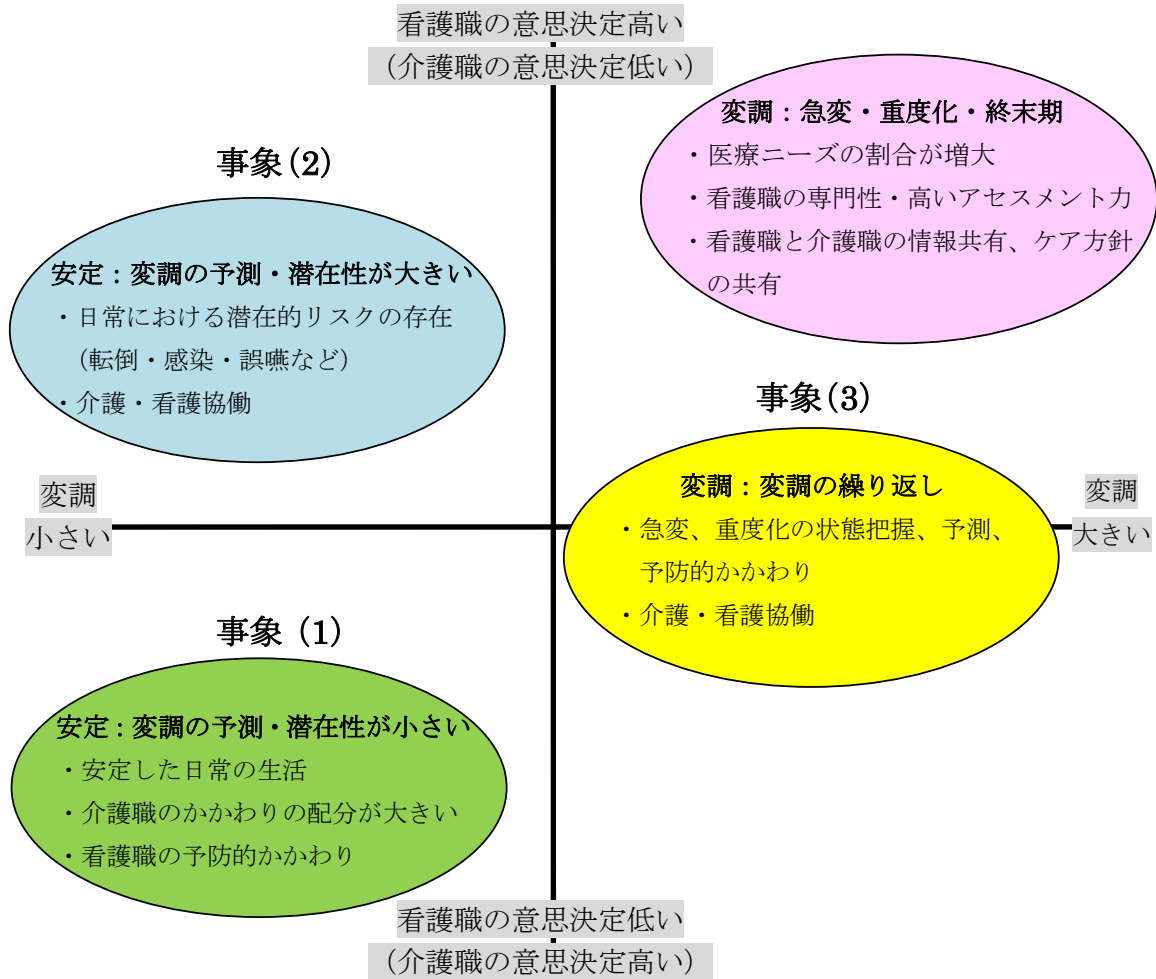
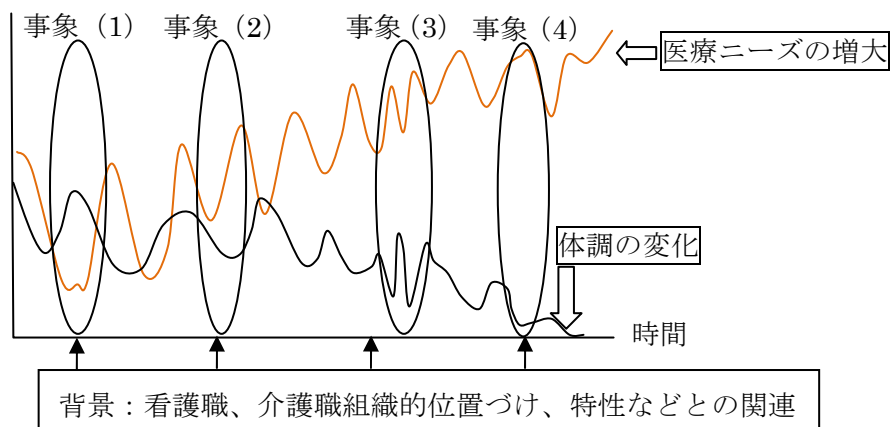


図 5-2 事象（1）～（4）の経時的変化



1) ケア場面ごとの看護職・介護職のケア行為の関連について

食事、排尿、排便、生活リズム、認知症に伴う行動・心理症状、バイタルサインのすべてのケア場面において、どの段階においても看護職と介護職が協働して関わっているという実態が示された。特に看護職は、事象（1）の安定から（4）の変調に近づくにつれて、「いつもしている」の割合が多かった。このことは、入所（居）者の認知症の症状がコン

トロールできなくなっていくなかで、誤嚥のリスクや排泄コントロールなど身体状態などの観察をもとに「予測」「判断」などの予防的な看護職の関わりが求められている実態を反映していると考えられる。その経過は、症状がみられなかったりコントロールできなくなったりと不安定に揺れ動くなかで、入所（居）者の生活ニーズと医療ニーズの割合は変動しており、看護職と介護職が共に生活ニーズを充足するケアを行っていくことで、医療ニーズの割合が少なくなっていくこともあり得る。入所（居）者がその人らしく生活できるために、健康な状態から症状が不安定にならないようにバイタルサインの測定や症状を観察するという、予測や判断などの予防的な関わりが必要である。

バイタルサインが安定している場合には介護職が看護職よりも多く関わっている実態が示された。また、バイタルサインが不安定になるにしたがって、看護職も介護職も関わりの割合が増え、かつ看護職の関与している割合が高くなっていた。このことは、入所（居）者の要介護度が4と5を合わせると約7割を占める状況から考えると実態を反映したものと捉えることができる。看護職の関わりについては、特に事象（2）バイタルサインが不安定になる以降、増えていた。この結果は、医師の常勤する施設がわずか4.6%に留まっており、ほとんどが嘱託医であるため看護職が入所（居）者の健康管理のほとんどを任されている特養の医療体制を反映したものである。加えて、看護職が関与している割合が最も多かったのが「急変時の対応」であることをふまえると、入所（居）者の状態が安定した時期から変化を捉えて状態に応じて関わりを増しているかつ、看護職は入所（居）者の状態が悪くなってからのみ関わるのではなく、予防的に関わっている看護活動の実際が示されたと考える。したがって、生活の場である特別養護老人ホームにおいては、入所（居）者がその人らしく生活できるために、バイタルサインの安定している状態から悪化を防ぐよう状態の判断や予測などの予防的な関わりを多く持つことが必要と考える。

## 2) 看護職と介護職のケア提供の特性について

先行研究でも「体調不良者の観察・バイタルサインチェック」と「心身の観察」、「ラウンド」には相関関係が認められており<sup>6)</sup>、看護職は、体調不良者の元に足を運び、自分の目でみて状態を把握しようとしていると推測される。このことから、食事、排泄、睡眠といった生活行動1つ1つの変化だけでなく、健康状態の変化の度合いを通して包括的に入所（居）者の状態をとらえるのが看護職の特徴といえよう。

また、看護職の日常業務の中でも「夜勤者の申し送り」「他職種との打ち合わせ」「利用者の医療面について各職種に情報提供」「介護職への指導・助言」は他の業務より頻繁に行っていることが明らかになっている<sup>6)</sup>。今回の研究では、同様の生活援助場面において看護職と介護職がどのように協働あるいは連携しているかは問うていないものの、体調が不安定になるほどに、それぞれが積極的に関与することは明らかになっている。

以上から、看護職の人員に限りがある特養では、直接的なケアを行う能力に加えて介護職を通して間接的に入所（居）者のケアを行う能力、つまり教育や相談あるいは調整といったより高度な能力が、看護職には求められているといえるであろう。

---

注 6) 平成 20 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金 介護施設の看護職におけるケア管理に関する調査研究事業報告書(2009).



3) 医療的ケアにおける「観察」「判断」「実施」「記録」「異常時の医師への報告」「本人・家族への説明と同意」の6行為に関する看護職と介護職の実施状況について

医療的ケアにおける「観察」「判断」「実施」「記録」「異常時の医師への報告」「本人・家族への説明と同意」の6行為に関する看護職と介護職の実施状況の結果、いずれの行為も[看護職が行っている]と回答する割合が高い現状が示されたが、同時にいずれの行為も[介護職が行っている]現状も示された。特養に看護職が配置されている意味からすると、いずれの行為も看護専門職である看護職が担うことが望ましいと捉えられる。しかし、医療施設における在院日数の短縮化や入居優先基準により医療依存度の高い入所（居）者や入所（居）者の高齢化とそれに伴う認知症高齢者が増加する一方で、法的な配置数の看護職では、看護職が夜勤体制に組み込むことが困難なことも含めて、介護職はじめ他職種に依頼・移譲せざるを得ない状況にあることが示唆された。但し、平成21年の介護報酬の改定では、看護職の配置数を手厚くしている施設への加算が認められたように、医療・看護の専門家ではない介護職に安易に依頼・移譲することなく、入所（居）者の安全の観点から、入所（居）者の現状から必要な看護職の配置数を割り出して増員を図る努力や、介護職に依頼・移譲できる医療的ケアの種類と範囲を適切に決め、看護職がその適否を確認する体制などが必要であろう。

## 5. 提言

これまでの結果、考察を踏まえ、特別養護老人ホームにおけるケア管理のあり方について、看護職個々の向上と、ケアの連携・体制に関わる提言を下記のように述べる。また日本老年看護学会は、これらの必要性と方向性に対して、学会としてどのように寄与していくか検討していく必要がある。

### 1) 看護職個々の向上

- 看護職は、「生活援助」について日常的に実施しているが、必ずしも実施すべきとは捉えられていなかった。しかし、健康の変調における看護職の関与の実態からも、体調の変化の予防や異常の早期発見のため、生活援助を行いながら観察や判断がなされることが必要であり、むしろ看護職として生活援助への関与と責任が求められる。この関与のしかたには、直接的な援助と間接的な援助があり、高齢者の状態が安定している場合は、介護職による看護職への異常の報告により看護職が方針を決定するなど円滑な連携の上での間接的な関与も含まれる。
- 看護職は、個々の専門的知識、技術を施設内外での研修で常に高め、高齢者の体調変化の予防や異常の早期発見のためのアセスメント力を養うことが必要である。
- 看護職は、少ない人数で機能的な役割を發揮するために、個別ケアのマネジメントと同時に、関連職種との連携を含めたケアシステムや組織をつくるマネジメント力を養う必要がある。
- 看護職リーダーと介護職リーダーは、それぞれが研修を自主開催するなど学習機会を持っていたが、今後は、看護職と介護職の合同の学習機会をもつなど、連携を強化し、スタッフを育てることに関与する必要がある。
- 看護職は医療的ケアを他職種と連携しながら重層的に実施していたことから、看護職がリーダーシップをとり、優先度や効率性を考慮した業務のマネジメント力を身につける必要がある。

### 2) ケアにおける連携・体制

- 生活相談員などとの連携の上で、看護職が入所（居）者の入所時、入所（居）者の健康状態を統合的にアセスメントし、看護の視点を生かした情報収集、看取り後の振りかえり、退所への関与（家族支援を含む）、退所時の他施設、医療連携など、入所（居）者の経過全体に関与し、マネジメントできる体制をつくる必要がある。
- 介護職の資格範囲（ヘルパー、社会福祉士など）が広いことから、看護職は各人の背景（知識の有無、意識など）を認識しながら、看護職と介護職が共に新しい知識を取り入れ、向上していくために、教育・研修を支援することが必要である。

- 看護職と介護職は高齢者への興味を持ち、仕事満足感が高いことが示されたことから、ワークライフバランスを考えた柔軟な勤務体制を取り入れることで、意欲を持った質の高いスタッフの確保がなされる必要がある。
  
- 人員配置の充実  
施設の構造（居室形態）と制度が看護職と介護職の配置状況に影響することが明らかになったが、今後さらに重度化、後期高齢者の増加が予測されることから、入所（居）者の現状から必要な看護職の配置数を割り出して増員を図る努力が必要である。
  
- 組織上の位置づけの明確化  
看護職と介護職の組織における位置づけは「横の系列関係」が多かったが、不明確な施設も多く、連携協働を強化するためにも、それぞれの専門性の違いを活かした組織における位置づけを明確化する必要がある。
  
- 看護職の夜間体制はオンコールである施設がほとんどであったが、高齢者の重度化、後期高齢者の増加により体調の変化をきたしやすい状況にあるため、看護職の夜勤業務を導入する必要がある。施設外のリソースとして、訪問看護ステーションとの連携を普段から持ち活用することも必要である。
  
- スペシャリストの活用  
今後ますます複雑で困難な健康状態を有する高齢者が多くなるため、卓越した知識、技術を持った認定看護師、専門看護師を活用していく必要がある。必ずしも1施設に1人のスペシャリストを配置しなくても、スペシャリストが複数施設に関与し、ラウンドできるような新しい体制を構築することも必要である。
  
- 看護職と介護職の入所（居）者の受け持ちの固定化は、施設で看取るという方針をもつことや、医師や施設内他職種との連携に関するケア指針やマニュアルなどを文書化している割合が高かった。また入所（居）者のケースカンファレンスなどを通し、仕事への意欲の向上につながる可能性があるため、受け持ち体制の更なる導入が求められる。
  
- 医療的行為の適切な移譲  
必要な知識・技術をもつ介護職に依頼・移譲できる医療的ケアの種類と範囲を適切に決めるとともに、看護職がその適否を確認するなど、行為と責任を明確にした体制づくりが必要である。

以上