

介護老人保健施設における
診療看護師の活用に関する研究

2018年3月

桜井 礼子

介護老人保健施設における
診療看護師の活用に関する研究

東京医療保健大学大学院看護学研究科博士課程

桜井 礼子

目次

| | |
|--|----------------|
| 第Ⅰ章 序章 | 1 |
| 1.1 老健施設と診療看護師の活用の必要性 | |
| 1.2 用語の定義 | |
| 第Ⅱ章 老健施設長および看護管理者が抱く介護老人保健施設の将来像と 看護職に求めている役割 — 質問紙調査を通して — | 5 |
| 2.1 研究の背景 | |
| 2.2 研究目的 | |
| 2.3 研究方法 | |
| 2.4 結果 | |
| 2.5 考察 | |
| 2.6 結語 | |
| 図表 | 39 |
| 第Ⅲ章 介護老人保健施設における診療看護師の活用に関する実態調査 — 診療看護師へのインタビュー調査 — | 52 |
| 3.1 研究の背景 | |
| 3.2 研究目的 | |
| 3.3 研究方法 | |
| 3.4 結果・考察 | |
| 3.5 米国におけるNPの活動と日本の診療看護師の養成と活動 | |
| 3.6 老健施設における診療看護師の活用 | |
| 3.7 結語 | |
| 図表 | 71 |
| 第Ⅳ章 介護老人保健施設における診療看護師の活用に関する提案 | 84 |
| 4.1 今後の老健施設のあり方と看護師の役割 | |
| 4.2 老健施設長が描く将来の老健施設像 | |
| 4.3 診療看護師の活用についての提案 | |
| 文献 | 90 |
| 謝辞 | |
| 添付資料 | |
| 資料1 施設長用 | (第Ⅱ章 質問紙調査票) |
| 資料2 看護管理者用 | (第Ⅱ章 質問紙調査票) |
| 資料3 インタビューガイド | (第Ⅲ章 インタビュー調査) |

第 I 章 序章

1.1 老健施設と診療看護師の活用の必要性

「老人保健施設」は、昭和 62（1987）年に老人保健法において医療施設として創設された施設であり、創設から 30 年が経過した。老人保健法の中で、「病状が安定期にあり入院治療をする必要はないが、リハビリテーションや看護・介護を中心とした医療ケアを必要とする寝たきり老人を対象に、入所サービスや在宅サービスを行う施設」と規定され、病院医療から在宅医療への中間的役割を果たす医療施設として位置付けられた（小山 1993）。

平成 12（2000）年には、介護保険制度がスタートし、老人保健施設は介護保険法の中で、「介護老人保健施設」と名称を変更し、「要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」と規定され、介護予防の機能をより強化し、施設医療（病院）と在宅医療をつなぐ中間施設として位置づけられた。

一方、高齢化が急速に進展し後期高齢者人口の増加や疾病構造が変化する中で、医療費の増大を抑制しプライマリーバランスを考慮した医療制度改革が求められ、日本の医療の方向性が、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」に大きくシフトしている。このような中で、「病院」と「在宅」の中間施設としての介護老人保健施設（以下老健施設）の施設数は、平成 28 年 10 月で全国に 4,241 ヶ所（厚生労働省 2017）となっている。

老健施設は、施設医療と在宅医療を橋渡しする中間施設として位置付けられた施設であるにも拘わらず、入所者の平均在所日数は、平成 12 年の介護保険制度の開始時は 185 日であったものが、平成 25 年には 311 日と大幅に増加しており（厚生労働省 2013）、提供するサービスも多様化している。在所日数が増大している主な要因としては、①要介護度が高い入所者が増えていること、②医療施設（病院）では、患者の入院期間の短縮化が図られ、疾病が完治しないまま老健施設に送られてくる入所者が増加したこと、③医療的ケアを必要とされる入所者が多く、老々介護が多い在宅では対応できないために退所できない入所者が増えていること、④終末期を老健施設で送りたいと希望する入所者が増加していることなどがあげられている。

在所日数の増加に伴い、医療的処置、医学的管理が必要な高齢の入所者が増加し、さらに看取り件数も増加している状況にある。

入所者の状況が、大きく変化してきたにも拘わらず、老健施設で医療が提供できる医師、看護職員等の人員配置基準は、平成 12 年の介護保険制度がスタート時に設定されたものが変更されていないままである。

制度的には、介護施設の一つとして位置付けられている老健施設が、時代・社会の変化に対応し、プライマリーバランスを考慮し、入所者のニーズ（介護と医療が提供できる中間施設）に応えられる施設として日本の医療・介護を支えていくためには、老健施設における看護職の専門性、とくに診療看護師を活用できる、仕組みづくりを考えていく必要があることを認識したことが本研究に取り組むきっかけである。

さらに、療養型病床の廃止に伴い、介護も提供できる医療施設としての「介護医療院」が平成 30 年度からスタートすることになっており（厚生労働省 社会保障審議会介護給付費分科会 2017）、介護施設としての老健施設の特徴を明確にしていく必要もあると考える。

診療看護師（NP）は、日本ではまだ制度化されていないが、アメリカでは、1960 年代に NP の活動が始まっており（草間 2008）、イギリス、韓国（Jae 2016）、オーストラリア等でも自律的に処方や医療も提供できる看護師として活動している（ICN 2009, AANP HP）。

日本では、平成 20 年から大分県立看護科学大学（大学院）で診療看護師の養成教育が開始され（藤内 2008, 草間 2008）、平成 29 年現在、全国で 7 大学の大学院で診療看護師の養成が行われている（草間 2017）。日本 NP 教育大学院協議会が実施する「NP 資格試験」を合格した診療看護師はすでに 350 名近くおり、その多くは病院等の医療施設で活動していて、老健施設や在宅看護を担い訪問看護ステーションで活用している診療看護師は限られている。

本研究で老健施設での診療看護師の活用が必要と考えた理由は以下の通りである。

①現在の人員配置のままでは、老健施設において医療的介入が必要な入所者に十分なサービスを提供することはできない。

法令上、入所の利用者に医療を提供できる職種は、医師、歯科医師、看護師のみである。看護師は、医師の指示の下で、診療の補助行為ができるとされており、看護師独自の判断で、診療の補助行為を行うことはできない（保助看法第 37 条）。

老健施設の人員配置を考えると、常勤の医師は 1 人でよく、夜間には、医師は常駐していない。したがって、夜間に医療的な介入が必要な症例が発生した場合には、制度的には、対応できない。しかし、実態は、夜間常駐の看護師が対応しているのが現状である。

②老健施設の看護職の約半数は、准看護師である。

准看護師は、看護師の指示の下で、看護師の業務ができることになっている（保助看法・第 6 条）。現在、全国レベルでみると、看護師全体に占める准看護師の割合は、23.3%（平成 27 年）であるが、老健施設の場合は、准看護師の割

合が創設当初から 50%以上を占めており、徐々に割合は減少しつつあるものの、准看護師の割合は 48.8%（平成 27 年）で、約半数を占めていることは変わりない（日本看護協会出版会編集 2016）。老健施設では、入所者の急変時への対応などを 24 時間体制で行う必要があるが、夜間は医師が常駐していない老健施設がほとんどであり、夜勤帯に准看護師が 1 人という場合もある。

一方、前述したとおり、診療看護師は制度化されていない。しかし、平成 26（2014）年、保健師助産師看護師法が改正され、厚労省が指定した研修機関で所定の研修を修了した看護師は、手順書（包括的指示の一つの手段として捉えられている）によって、特定行為（診療の補助行為の一部）を実施することができるようになった（「特定行為に係わる看護師の研修制度」第 37 条）。特に大学院修士課程を修了した看護師は「診療看護師」（NP）として、現在、特定行為省令（平成 27 年）において特定行為に指定されている 38 項目すべての診療の補助行為が手順書（省令で手順書の記載内容が標準化されている）で実施できるようになっている。さらに、特定行為以外の診療の補助行為についても、それぞれの医療施設で作成した手順書に基づいて実施できる（厚生労働省 HP）。

老健施設の多くは、入所者 100 名に対して常勤医師 1 名と 10 名程度の看護師（施設規模等によって看護師数は異なる）で、入所者の医療的処置に当たっている。入所者にとって、安心、安全な医療的処置を提供していくためには、キャリアアップした診療看護師の活用方法の検討が必要と思われる。制度ができて数年しかたっていないために、老健施設で活躍する診療看護師に焦点を当てた調査研究は少ない。

これらの背景から、本研究では、「介護老人保健施設における診療看護師の活用に関する研究」をテーマに、診療看護師の能力を活用し、法令上も、時代・社会のニーズに対応できる老健施設を目指していくための方策を検討する際の情報収集を行うこととした。

第 II 章では、老健施設の施設長および看護管理者が抱く介護老人保健施設の将来像と看護職に求めている役割等を、質問紙調査で明らかにすることにした。診療看護師（NP）の活用については、施設長および看護管理者の考え方が大きく関係すると考え、それぞれの意見を聴取させていただくことにした。特に、地域医療構想ビジョン、地域包括ケアシステムの構築などにより、医療・介護を取り巻く環境が大きく変化している中で、老健施設の在り方のビジョンを構築していくためには、施設の責任者の考えが重要と考えた。しかし、診療看護師については、老健施設長、看護管理者を含めた社会の認知度が低いと考え、将来の老健施設における高度な実践力をもった看護師も含めて看護職の役割等について質問し、老健施設の責任者である施設長及び看護管理者の考えを把握することとした。

第Ⅲ章では、老健施設で働く診療看護師を対象にインタビュー調査を行い、診療看護師が老健施設の中でどのような役割を果たしているのか、また診療看護師が考える老健施設での課題などを把握することとした。

第Ⅳ章では、第Ⅱ章、第Ⅲ章の調査結果をもとに、老健施設における診療看護師の活用の提案をまとめた。

今回の提案を実証（評価）することは、制度化してまだ日は浅く、難しい。しかし、今回の調査結果、および提案が、在宅医療の方向性の転換の中で、老健施設の診療看護師の役割の明確化と活用の拡大や、老健施設の看護師の質向上、ひいては老健施設の医療の質の向上につながることを期待している。

1.2 用語の定義

1.2.1 診療看護師（NP : Nurse Practitioner）

一般社団法人日本 NP 教育大学院協議会が教育課程認定を行った大学院修士課程を修了し、日本 NP 教育協議会が実施するNP資格認定試験に合格した者で、対象者のQOL向上に向けた高度な思考力・判断力、実践力を備えた自律した看護師とする（日本 NP 教育大学院協議会 HP）。

日本 NP 教育大学院協議会は、診療看護師のコンピテンシー（能力）として、① 包括的健康アセスメント能力、② 医療処置管理の実践能力、③ 熟練した看護実践能力、④ 看護管理能力、⑤ チームワーク・協働能力、⑥ 医療保健福祉の活用・開発能力、⑦倫理的意思決定能力、の7つをあげている（藤内 2015）。

第Ⅱ章 老健施設長および看護管理者が抱く介護老人保健施設の将来像と 看護職に求めている役割 ー質問紙調査を通してー

2.1 研究の背景

超高齢社会、人口減少社会を迎えた日本では、2025年を一つの目標年として社会保障制度、とくに医療・介護制度の改革が急速に進められ、「地域医療構想ビジョン」、「地域包括ケアシステムの構築」に向けての検討が行われている。

一方、診療報酬制度、介護報酬制度の定期的な改定を通して、医療経費、介護経費の適正化を図り、限られた財源の中で効果的、効率的な医療、介護の提供を通して、医療保険制度、介護保険制度の改革、持続性を目指している。

このような中で、介護老人保健施設（以下、老健施設という）は、「看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指し、高齢者の生活支援や在宅復帰支援」（介護保険法第八条・28項）を目的とした介護保険施設としてサービスを提供してきた。

老健施設は、平成28年で全国に4,241ヶ所設置されており（厚生労働省2016）、患者が病院等の医療施設から在宅医療へ移行する際の「中間施設」及び「在宅療養者を支える施設」としての役割が求められ、2025年に向けてますます役割・機能が期待されている。

核家族化の進展、高齢者の独居世帯の増加等により、老健施設の入所者の平均在院日数は311.3日（厚生労働省2013）と長期化の傾向にあり、入所者は高齢化し、さまざまな疾患や合併症を持った入所者が増加し、医療的ケアや認知症ケアの必要な入所者や、病態の急変や看取りなどの対応が必要な入所者も増加してきている。

一方で、看護職の人材不足が大きな問題となっており、在宅医療の必要性が強調されているにもかかわらず、老健施設や訪問看護ステーションの看護師の確保の難しさは日常的になっており、効果的な解決の目処が見えないのが現状である。老健施設では、看護職員のうち、約半数を准看護師が占めており、2025年問題の解決に向けて、中間施設としての役割を果たしていく上での大きな課題であると考えられる。

また、配置基準の常勤医師1人体制の下、入所者に対してニーズに合った医

療的処置が提供できるか否かも大きな課題であると考え。

このため、今後の老健施設の方向性やあり方について、施設長および看護管理者の考え、特に施設の責任者である施設長の考えを知りたいと考えた。

医師、看護師の人材確保も難しい中で、医療処置も提供体制を整備していかなければならない老健施設では、質の高い看護を提供できる体制、とくに看護職に求める役割、高度な実践力を備えた看護師（診療看護師）の活用が今後の老健施設の方向性ではないかと考えている。

2.2 研究目的

老健施設の運営責任者である施設長および看護管理者を対象に質問紙調査を行い、①老健施設において看護職が果たしている役割の実態、②老健施設の施設長と看護管理者が考える老健施設の今後の機能とあり方、および看護師の役割への期待、③施設長および看護管理者が高度な実践力を持つ看護師に期待していることを明らかにし、今後の老健施設での診療看護師の就労の可能性と役割について考察することとする。

2.3 研究方法

2.3.1 研究デザイン

老健施設の施設長および看護管理者を対象にした、郵送法による無記名自記式質問紙調査とした。

2.3.2 調査対象

調査対象の老健施設として、東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県、大阪府、秋田県、和歌山県、石川県、島根県、大分県の10都府県の全ての老健施設1,167施設（平成29年4月現在・HP上に公表された施設）を質問紙への回答者として各施設の施設長および看護管理者を質問紙の回答者とした。

調査対象県は、地方との比較をするために、大都市圏と地方とした。高齢者が選択できる医療資源（サービス付高齢者住宅など）が比較的多い東京都および周辺の神奈川県、千葉県、埼玉県、および大阪府の5県を大都市圏、高齢化率が高く、医療・看護人材の確保が難しい県の代表として、秋田県（東北）、石川県（中部）、和歌山県（関西）、島根県（中国）および大分県（九州）を選択

した。

2.3.3 調査内容

1) 施設長を対象とした調査項目

- (1) 施設長の属性：職種、老健施設での経験年数
- (2) 施設のあり方に関する考え方：老健施設の役割、地域他機関との連携等

2) 看護管理者を対象にした調査項目

- (1) 看護管理者の属性：専従/兼務、経験年数(看護職/管理者)
- (2) 施設の概要：病床区分、介護保険報酬の加算
- (3) 平成 28 年度の平均入所日数、入所者の介護度
- (4) 提供している医療処置と医療処置を提供する専門職種
- (5) 就業者数（医師・看護職・介護職・リハ職・栄養士・薬剤師等）

3) 施設長・管理者共通の項目

- (1) 施設の概要：所在地、開設主体、入所定員数、利用率、在宅復帰率
- (2) 老健施設で実施される入所者へのケア（17 項目）を実施すべき職種（10 職種）
- (3) 看護師に期待する役割と能力（提示した役割・能力（10 項目））
- (4) 老健施設の職員配置の考え方と評価
- (5) 自由記述（今後の老健施設のあり方等に関する意見や課題等）

2.3.4 質問紙の配布と回収方法

- 1) 対象とする老健施設の看護管理者宛に、調査計画書、施設長および看護管理者用の研究協力依頼文書、質問紙、および返信用封筒の一式を郵送した。
- 2) 施設長には、看護管理者より、質問紙および返信用封筒を渡してもらった。
- 3) 質問紙の回収は、施設長、看護管理者それぞれ別々の返信用封筒に入れ、返送してもらうこととした。

2.3.5 調査期間

調査は、平成 29 年 7 月～8 月に実施した。

2.3.6 データ分析

質問項目ごとに分析は、各項目で記述統計を実施した。項目により、 χ^2 検定、t検定、Mann-Whitney 's U 検定を用いて分析し、有意水準は $p < 0.05$ とした。統計処理には、IBM SPSS Statistics 21を用いた。

2.3.7 倫理的配慮

本研究は、東京医療保健大学の「ヒトに関する研究倫理委員会」に承認を得て実施した（承認番号 28-29）。

調査は郵送法による無記名自記式の質問紙調査であり、質問紙の返送をもって同意とみなした。また調査の実施にあたって、結果を公表すること、また公表の際には施設等が特定できないよう配慮する旨を文書にて説明した。

本研究において利益相反はない。

2.4 調査結果

2.4.1 質問紙の回収

質問紙の回収数は、施設長からの回答 212 件（回収率 18.2%）、看護管理者からの回答 230 件（回収率 19.7%）であった。このうち、施設長からの回答で所在県の記載のなかった 1 件を除き、211 件（18.0%）を分析対象とした。ただし、質問項目によっては、回答されていない項目があったため、回答割合を算出する際の標本数（分母）は項目によって異なる。

都府県別の回収数（全体および都府県別の回答割合）を表 II-1 に示す。

都府県別の回答率では、施設長からの回答数は 15.7~27.8%、看護管理者からの回答数は 17.2~26.0% で都府県によって異なっていた。

2.4.2 施設長、看護管理者の属性

1) 施設長の属性

施設長の職種と老健施設の施設長としての勤務年数の結果を表 II-2 に示す。

施設長は医師が最も多く 90.5%、看護職が 4.3%、社会福祉士が 2.8%であった。その他としては、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士であった。なお、老健施設の施設長は、介護保険法の改正により医師でなくてもよいとされた。

施設長の経験年数は、2~5 年が 93 名（44.1%）と最も多く、次いで 10 年以

上が47名(22.3%)であった。

2) 看護管理者の属性

看護管理者としての雇用形態と職位、看護師としての経験年数、現在所属あるいは過去に所属していた老健施設での経験年数と現在所属の老健施設における看護管理者としての経験年数に関する回答結果を表Ⅱ-3に示す。

看護管理者としての雇用形態は、大部分が常勤であった。しかし、日常業務の中で管理者としての業務に専従できていると回答した看護管理者は26.1%で、65%の看護管理者は、看護師の業務を兼務していた。

看護師としての経験年数は、7年～55年に分布し、平均経験年数は29.9(±8.51)年であり、看護師としての経験年数が10年以下は1.8%であった。

老健施設の勤務経験年数は、1年未満～28年と幅があり、平均経験年数は8.3(±6.00)年であった。

老健施設での管理者としての経験年数では、1年未満～27年と幅があり、平均経験年数は5.56年(±4.71)であった。経験年数が5年以下の管理者が57%おり、1年未満が22.2%を占めていた。管理者経験1年未満の看護管理者の看護師としての経験年数の平均値は27.9年、老健施設での看護師経験は3.5年であった。

2.4.3 調査施設の概要(施設長、看護管理者)

施設の開設者、基本類型による施設の種類、施設の病床区分、入所定員数、在宅復帰支援と在宅復帰率、入所以外に提供しているサービス、施設に併設している医療・介護施設等の結果を表Ⅱ-4に示す。

1) 設置主体

開設者は、医療法人が施設長調査では73.9%、看護管理者では72.6%で最も多く、次いで社会福祉法人が、施設長調査では17.5%、看護管理者調査では14.8%であった。その他としては、公益または一般財団法人、公益または一般社団法人等であった。

2) 基本類型による施設の種類

施設の種類は、通常型が施設長調査では90.0%、看護管理者調査では86.1%を占めており、療養型はそれぞれ2.3%(5施設)、3.0%(7施設)であった。

3) 在宅復帰加算別

施設長を対象とした結果では、従来型が、施設長(50.7%)・看護管理者(41.7%)と最も多く、加算型が(31.3%)・(37.4%)、在宅強化型(16.6%)・(17.0%)を占めていた。加算型が看護管理者で6%多かった。

4) 入所定員数

入所定員数は16~200人に分布しており、施設長98.3人(±30.49)・看護管理者96.2人(±30.90)で、入所定員数が100~109人の施設が全体のそれぞれ(44.1%)・(45.2%)を占めていた。

5) 平成28年度の施設平均利用率と在宅復帰率

平成28年度の平均利用率は、施設長91.8%(±10.54)・看護管理者91.4%(±10.61)あった。

平成28年度の在宅復帰率は0%~81.3%に分布し、施設長28.6%(±20.72)・看護管理者28.1%(±20.78)であった。

6) 病床区分

施設の病床区分では、一般床のみが54.8%、一般病床の他に認知症の専門病床がある施設は37.2%であった。認知症病床を備えている施設の1施設当たり病床数は14~100床と幅があり、平均値は42.7床(±14.75)であった。認知症専門病床のみの施設は3施設であった。

7) 老健施設が提供しているサービスと併設する施設

老健施設が提供しているサービスとしては、短期入所が83.0%、通所サービスが80.4%であった。その他のサービスとしては、施設数は少ないが、訪問リハビリテーション20件、緊急ショートステイ3件などであった。

老健施設に併設している医療・介護施設で最も多かったのは、居宅介護支援事業所54.3%であった。

2.4.4 報酬における介護加算の取得状況(複数回答)

施設の平成28年度介護報酬において各施設が取得している介護加算について回答数が多かった順に表Ⅲ-5に示す。

介護加算で最も多かったのは「短期集中リハビリテーション加算」が91.7%であり、次いで「介護職員処遇改善加算」が90.0%、人員配置に関連して「夜勤職員配置加算」が83.4%、「サービス提供体制強化加算」が74.2%であった。また、食に関連して、「栄養マネジメント加算」が89.5%、「療養食加算」が82.5%であった。

2.4.5 従業者数

老健施設で、人員配置が定められている医師、看護職員・介護職員、理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士、薬剤師、栄養士の人員配置を、常勤換算人数（常勤人数・非常勤人数）で回答を求めた。

回答があったが、そのうち常勤換算の人数が記載されていない施設を除き、179施設の集計を行った。施設定員数との関連があることから、今回は、①看護職員（看護師が占める割合）、介護職員（介護職員のうち介護福祉士が占める割合）を算出した。

看護職員総数に対して看護師が占める割合は60.5%、介護職員総数に対して介護福祉士が占める割合は72.1%であった。

2.4.6 入所者の状況

1) 入所者の平均入所期間（平成28年度）

回答があった177施設の平均入所期間は28日～1246日に分布し、平均の入所期間は387.4（±243.6）日であった。

一般床のみの老健施設（99施設）の平均の入所期間は402.7日、一般病床と認知症病床のある老健施設（65施設）の平均入所期間は382.4日であった。

入所期間の地域性との関連を見るため、地方型老健施設（秋田県、石川県、和歌山県、島根県、大分県）と都市型老健施設（東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県、大阪府）に分けて分析をした。地方型（45施設）の平均入所日数は470.3日、都市型（131施設）の平均入院日数は361.9日であり、地方型老健施設の入所日数の方が有意に長い結果であった（ $p=0.01$ ）。

平均入所日数は28日～1,246日と幅広く、平均入所日数が1000日を越える老健施設が調査対象県の老健施設の中に5施設あった。地方型が3施設、都市型が2施設であり、各施設とも在宅復帰率は20%以下であった。平均入所日数と

在宅復帰率の相関を見ると相関係数 ($r=-.464$) で、在宅復帰率が高いほど、平均入所日数が有意に短い結果であった ($p=0.000$)。

2) 入所者の介護度 (平成 28 年度)

介護度別の入所者の割合についての結果を表Ⅱ-6 に示す。表Ⅱ-6 の値は、施設ごとに要介護 1～要介護 5 の入所者の割合を回答してもらい、要介護度ごとに平均値を求めたものである。

要介護 4 の入所者が 27.3% を占め、要介護度 3 の割合が 24.7%、要介護 5 の割合が 18.5%、要介護度 2 の割合が 17.9%、要介護度 1 の割合が 11.1% の順であった。

3) 緊急搬送数 (平成 28 年度)

緊急搬送数 (平成 28 年度) については 142 件の施設から回答を得た。

緊急搬送数は施設規模 (定員数) あるいは入所者数によって違いがあると考え、100 床あたりの救急搬送数を算出すると、搬送数は 0～84.7 件に分布し、平均値は 11.8 件 (225 施設) であった。

4) 看取り件数 (平成 28 年度)

平成 28 年度の看取りの件数に関して、183 件の施設から回答があった。施設あたりの看取りの平均値は 9.4 件/年 (± 8.21 , 最少値 0 件～最大値 56 件、中央値 : 7 件) であった。看取りが 56 件と最も多かった施設は、療養型老健施設であった。

看取り研修は施設規模の違い (定員数) あるいは入所者数によって違いがあると考え、100 床あたりの看取りの件数を、0 件の施設を除き算出すると、看取り件数は 0.7～142 件に分布し、平均値は 9.8 件/年 (142 施設) であった。

2.4.8 入所者に実施している医療的ケアと実施している職種

入所者に対して行っている医療的ケアと、それぞれの医療的ケアを主に実施している職種についての結果を表Ⅱ-7 に示す。本調査では、表Ⅱ-7 に示す 17 の医療的ケア (「経鼻経管利用の管理」「胃ろう・腸ろうの管理」「点滴の指示」「点滴の管理」「中心静脈栄養の管理」「経口吸引・経鼻吸引」「気管カニューレ吸引」「酸素療養の管理」「人工呼吸器の管理」「膀胱留置カテーテルの管理」「人

工肛門の管理」「インシュリン注射」「血統値測定」「疼痛の管理（麻薬を用いない）」「疼痛の管理（麻薬使用）」「褥瘡の処置、透析の管理」をあげて回答を求めた。実施している職種としては、医師、看護師、准看護師、介護福祉士の4職種とした。医療的ケアを提供する入所者がいない施設があったため、医療的ケア毎に実施率を算出する際の分母の値は異なる。表Ⅱ-7は医療的ケアの実施率の高い順とした。

実施率の高い医療的ケアは、「褥瘡の処置」98.7%、「血糖測定」97.8%、「点滴の管理」97.0%、「点滴の指示」96.5%、「経口吸引・経鼻吸引」と「膀胱留置カテーテルの管理」が95.2%と95%を越えていた。

看護師が実施する割合が100%の医療的ケアは、「褥瘡の処置」、「経口吸引・経鼻吸引」、「膀胱留置カテーテルの管理」、「インシュリン注射」であった。実施率が高い医療的ケアについては、「点滴の指示」以外は、看護師が実施する割合が90%台であった。

准看護師は、実施率が80%以上の実施率の項目については、看護師より実施率は低いが、「点滴の指示」以外は80%以上の実施割合であった。

介護福祉士による医療的ケアでは、「人工肛門の管理」が29.5%と最も高く、「膀胱留置カテーテルの管理」16.4%、「経口吸引・経鼻吸引」は13.7%「胃ろう・腸ろうの管理」12.3%であった。

2.4.9 現在強化している事業や取り組み（施設長・複数回答）

現在強化している事業、または今後強化したい事業や取り組みについて、表Ⅲ-8の項目をあげ、回答を求めた。その結果を表Ⅱ-8に示す。

現在強化している取り組みでは、「通所リハビリテーション」が最も多く72.5%、「短期入所」が63.0%、「在宅復帰支援」54.0%、「入所者の看取りケア」51.2%の順であった。その他では、訪問リハビリテーションの強化、通所リハビリテーション、比較的重度または重度の認知症ケア、精神疾患利用者のケア、緊急ショートステイ、地域住民を対象とした介護予防事業などであった。

今後強化したい事業では、「地域住民の相談等のサービス提供」が最も多く45.5%、次いで「一体的な支援が提供できるネットワークの構築」が45.0%であった。その他では、入所におけるリハビリテーション回数を増やすこと、退所者への訪問リハビリテーション、地域住民の健康増進などがあげられた。

2.4.10 連携をとっている機関や施設と今後連携を強化したい機関や施設（施設長・複数回答）。

連携を取っている施設または今後連携を強化したい施設として表Ⅱ-9の施設をあげ回答を求めた。

現在連携を取っている施設で最も多かったのは「地域の病院」で93.4%、「居宅支援事業所」の80.1%、「地域包括支援センター」の73.0%、「介護老人福祉施設」52.1%の順であった。

2.4.11 今後、老健施設の業務を担っていくのが好ましい職種（複数回答）

今後の老健施設の運営上、人材確保等を考えた場合、老健施設の業務（質問紙であらかじめ提示した業務）を担う職種として業務実施者は、誰が行うことが好ましいかを複数回答で回答を求めた。施設長、看護管理者の結果を表Ⅱ-10に示す。

施設長、看護管理者のそれぞれの意見、および比較結果を以下に示す。

1) 施設長

看護師が好ましいと回答された業務は「褥瘡処置」が最も高く96.2%、「服薬管理」94.3%、「看取りケア」94.1%、「吸引（口腔・経口）」93.8%「経管栄養」91.7%、「感染管理」91.9%と6項目が90%を越えていた。また、「入所者の日々の健康管理」は89.6%で、これらは全て、他の職種よりも看護職が高い値を示した。

看護師と准看護師の比較では、10%以上の差がある項目を見ると、「入所者の生活リハビリテーション」以外の業務すべてで、看護師が高い値を示していた。20%以上の差があった業務は、「日々の健康管理」「入所者のケア計画と評価」「入所者の服薬管理」「入所者の経管栄養」「入所者・家族への説明・相談」「感染管理」「他施設への入退院に関する情報提供」の7項目であった。

介護福祉士が好ましいと回答された業務で最も高かったは「日常生活のケア」で95.2%であり、「認知症ケア」89.8%、「入所者のケア計画と評価」が78.5%の順でこの3つの業務に関しては、他の職種に比べて介護福祉士が好ましいとされた。

介護福祉士とその他の介護職員では、特に「入所者の健康管理」と「入所者のケア計画と評価」で約40%の差がみられ、多くの項目が20~30%の差で、介護福祉士がその他の介護職員よりも高かった。

2) 看護管理者

職種別に見ると、医師が担うのが最も好ましいと回答された業務は、「入所者の服薬の指示」94.1%、「入所者の血液検査等の指示」91.9%で90%を越えていた。この2項目以外の業務に関しては、医師よりも看護師が担うのが好ましいとされた。

看護師が好ましいと回答された業務は、「看取りケア」が最も高く95.7%であり、「褥瘡処置」94.3%、「日々の健康管理」94.2%、「吸引（口腔・経口）」93.8%、「経管栄養」93.4%、「感染管理」93.4%、「服薬管理」91.1%、「入所者の認知症ケア」90.5%の順であり、どの項目も90%を越えていた。

介護福祉士が担うのが好ましいと回答された業務で高かったは「日常生活のケア」で95.9%であり、「認知症ケア」93.2%、「看取りケア」90.4%の順であった。また、「入所者のケア計画と評価」を介護福祉士が担うのが好ましいと回答した割合が82.8%で、他の職種に比べて高かった。この業務に対して医師・看護師を好ましい職種として回答された割合はそれぞれ27.6%、73.3%であった。

看護師あるいは准看護師を好ましい職種としてあげられた業務で両者の間で10%以上の差がある業務は、「入所者の日々の健康管理」「入所者の服薬管理」「入所者のケア計画」「入所者の血液検査等の指示」「入所者の服薬の指示」「入所者・家族への説明・相談」「入所者・家族の在宅療養支援」「感染管理」「他施設への入退所に関する情報提供」の8項目であった。

すべての業務について専門性の高い看護師が担うのが好ましい業務として選択されているのがこの割合は6.6%～41.2%の範囲にとどまっており、看護師よりも割合が高かったのは、「入所者の血液検査等の指示」「入所者の服薬の指示」の2項目の業務のみであった。

3) 老健施設の施設長と看護管理者の回答の比較

業務を担う職種として、看護師が最も高い割合で選択された業務は、「入所者の褥瘡処置」「入所者の吸引（経口・経鼻）」「入所者の看取りケア」「入所者の服薬管理」「入所者の経管栄養」「感染管理」「入所者の日々の健康管理」「入所者の認知症ケア」の8業務であった。また、「入所者・家族への説明相談」は、看護管理者は80.9%で最も高い割合であったが、施設長は看護師が70.2%、介護支援専門員が78.4%で介護支援専門員の方が高かった。

介護福祉士が最も高い割合で選択された業務は、「入所者の日常生活ケア」「入所者のケア計画と評価」「入所者の認知症ケア」の3業務であった。

看護師が担っていくことが好ましいとされた業務で施設長と看護管理者で有意差が認められたのは、「入所者・家族への説明・相談」(p=0.010)、「入所者・家族の在宅療養支援」(p=0.011)、「他施設への入退所に関する情報提供」(p=0.000)でいずれも看護管理者が有意に高かった。

業務担当する職種として准看護師が選択された業務では、施設長は看護師と比較して20%以上低い値を示しており、看護管理者は看護師と比較して10%程度の低い値となっており、施設長と看護管理者では、17項目のうち12項目で施設長が看護管理者と比較して有意に低い値を示した(p値 0.000~0.048)。

高度な実践力をもった看護師に関しては、施設長が17項目のうち12項目で看護管理者と比較して有意に高い値を示した(p値 0.000~0.016)。

4) 業務内容に関する比較

施設長、看護管理者の比較では、「入所者の看取りケア」「感染管理」「他施設への入退所に関する情報提供」で、有意差のある職種が多かった(p値 0.000~0.014)。

「入所者の看取りケア」では、准看護師、介護福祉士、その他の介護職員、リハビリ専門職、介護支援専門員、その他の職種(管理栄養士等)の割合が、看護管理者が施設長と比較して10%から20%有意に高い値を示した(p値 0.000~0.017)。

「他施設との入退所に関する情報提供」では、看護師、准看護師、介護福祉士、その他の介護職員、リハビリ専門職、介護支援専門員で看護管理者が施設長と比較して有意に高い値を示した(p値 0.000~0.038)。

2.4.12 老健施設で働く看護師の能力への期待度(施設長・看護管理者)

15項目の能力を提示し、それぞれの能力に対する設長及び看護管理者の期待度について、“非常に期待する”“期待する”“あまり期待しない”“期待しない”をそれぞれ4~1と数値化し、能力ごとの期待度の値を比較した結果を表Ⅲ-11に示す。

施設長の意見では、期待度で最も高かったのは「入所者の急変の対応」が3.82、次いで「終末期にある入所者・家族への支援」3.70、「治療方針に基づき医療的

処置を安全に実施・管理できる」3.68、「多職種と協働して看取りを行うことができる」3.66の順であった。

看護管理者の意見では、期待度で最も高かったのは、「入所者の急変時への対応」が3.86で、次いで「終末期にある所者・家族のアセスメントと支援」が3.70、「入所者の健康管理」と「入所者への医療的処置を安全に実施・管理」が3.69であった。

施設長と看護管理者の回答を比較すると、施設長と看護管理者ともに期待度が高い能力として、「入所者の急変の対応」（施設長3.82、看護管理者3.86）が最も高く、次いで「終末期にある入所者・家族への支援」（施設長、看護管理者3.70）であった。

施設長と看護管理者で異なった評価であったものは、「加齢による生理的な変化を考慮した包括的なフィジカルアセスメント」に関しては、施設長と看護管理者間で有意な差が認められ、施設長が3.47（±0.620）と看護管理者が3.66（±.494）で、看護管理者の期待度が有意に高かった（ $p=0.001$ ）。「認知症のある入所者の行動、生活状況を的確にアセスメントし、支援ができる」では、施設長が3.39（±0.59）、看護管理者が3.50（±0.56）で、看護管理者の期待度が有意に高かった（ $p=0.04$ ）。その他の能力については、施設長と看護管理者の間で有意な差は認めなかった。

2.4.13 入所者のケアの質確保のための人材確保および効果的な人員配置（施設長・看護管理者）

入所者のケアの質の確保のための人材確保、および効果的な人員配置についてどのような点が重要と考えるかを複数回答で尋ねた。結果を表Ⅱ-12に示す。

施設長と看護管理者の結果を比較すると、施設長、看護管理者とも共通して「介護職員の増加」（施設長74.4%、看護管理者76.0%）、「看護師の増加」（施設長72.0%、看護管理者70.3%）が高かった。

「看護職員のうち、看護師の比率を高めること」に対して重要であると回答したのは、施設長が23.7%、看護管理者が33.2%であり、看護管理者の割合が有意に高かった（ $p=0.30$ ）。

「介護職員のうち、介護福祉士の比率を高めること」に対しては、重要であると回答したのは施設長が45.0%、看護管理者が64.2%で、看護管理者の割合が有意に高かった（ $p=0.000$ ）。

施設長の意見では、准看護師、看護補助者の人数の増加と回答した割合は、それぞれ40.3%、15.2%であり、看護師の人数増加の72.0%に比べて低かった。また、看護管理者等専任の施設の管理業務を行う人員が重要に対しても24.6%であった。介護職員のうち、介護福祉士の比率を高めることは45.0%であった。また、専門性の高い看護師に関する施設長の意見では、ナースプラクティショナーが1件で、「老健ではNPがいてくればほとんどのメディカルケアが対応できると思う」との理由であった。

看護管理者の意見では、「准看護師、看護補助者の人数の増加」と回答した割合は、それぞれ24.0%、7.4%であり、看護師の人数増加の70.3%に比べて低かった。また、「看護管理者等専任の施設の管理業務を行う人員が重要」に対しても38.0%の回答があった。

「看護管理者等専任の施設の管理業務を行う人員が重要」の設問に対しては、「重要である」と回答したのは、施設長が24.6%、看護管理者が38.0%であり、看護管理者が有意に高い値を示した ($p=0.003$)。

可能ならば配置したい、または増やしたい職種の問題に70件の回答があった。言語聴覚士が20件で最も多く、「嚥下機能の訓練等の必要性」が主な理由であった。次いで多かったのは歯科衛生士が11件で、「口腔ケアの充実」があげられていた。また、薬剤師が4件で、「薬剤の整理と看護業務の軽減」がその理由であった。

その他として、専門性の高い看護師として、診療看護師1件で「医師不在時でもその役割を担い柔軟性のある対応が今後必要となってくる」との理由であった。また、認知症認定看護師1件、皮膚排泄ケア認定看護師1件があげられていた。

2.4.14 専門性の高い看護師の配置について（看護管理者）

専門性の高い看護師の配置に関する結果を表Ⅱ-13に示す。

施設に「認定看護師」、「専門看護師」、または「特定行為ができる看護師」が雇用されているかを尋ねた。「雇用している」と回答したのは16施設（7.0%）であった。具体的な職種としては、診療看護師（NP）が2件、特定行為に係る研修を修了した看護師が2件、在宅専門看護師1件、訪問看護認定看護師1件、認知症認定看護師1件、他認定看護師1件、感染管理認定看護師1件、認定看

看護管理者 1 件であった。その他として、呼吸療法認定士 1 件、介護職員等によるたんの吸引指導看護師 3 件、認知症ケア専門士 1 名であった。

これら専門性の高い看護師に関して「今後機会があれば雇用したい」との意見は 35 施設 (15.2%) であった。雇用したいと考えている職種と記載があった資格は、認定看護師 (認知症) 7 件、皮膚排泄ケア認定看護師 5 件、特定行為に係る研修を修了した看護師 2 件、老人看護専門看護師 1 件、専門看護師 1 件、摂食・嚥下障害看護 1 件、感染管理看護 1 件であった。

2.4.15 老健施設のあり方等に対する意見等 (自由記述による回答)

質問紙調査の自由記載欄で、これからの老健施設のあり方について等に関する意見を、老健施設長、看護管理者それぞれに求めた。

施設長からは 211 名のうち 90 名 (42.9%)、看護管理者からは 230 名のうち 98 名 (42.6%) の回答を得た。

記述された意見は、KJ 法を参考にして、コード化し、サブカテゴリー化、カテゴリー化した。

サブカテゴリー《 》、コード『 』として、主な結果を以下に示す。

1) 施設長の意見

施設長の意見からは、194 個のラベルが抽出され、49 のサブカテゴリー、8 つのカテゴリーに分類した。その分類結果の一覧を表 II-14 に示す。

カテゴリーとしては、「人材育成の必要性」「人材確保」「入所者の特性」「ケアの質の向上」「今後の老健施設のあり方」「老健施設の財政」「介護報酬・人員配置の見直し」「制度その他」の 8 つとなった。

施設長の意見として多かったのは、「老健施設の財政」に関するもので、入所者の医療依存度が高い高齢者の入所者が増加したにもかかわらず、『薬剤や他科受診などの医療費が老健施設の持ち出し』となることから、『入所を断る』こともあり、《医療保険の適用による老健内での医療サービスの提供の拡充》が必要であり、入所者に対して医療保険の適応範囲を拡大を望むものであった。

「今後の老健施設のあり方」では、《老健のあり方を明確にする》ことの必要性があるとの意見が複数あった。また、《老健の役割が果たせていない》という現状と、《在宅復帰の流れをつくる必要性》が挙げられた。また、「入所者の特性」では《在宅復帰困難な者が増加》《特養の入所待ちの増加》などが挙

げられた。その理由として『独居や家族がみることができない』など受け入れ側の問題が指摘されており、《看取りの必要性》も挙げられ、『看取りも積極的に行っていくことが必要』との意見であった。

2) 看護管理者の意見

看護管理者の意見からは、197個のコードが抽出され、53のサブカテゴリー、7つのカテゴリーに分類した。分類の結果を表Ⅱ-15に示す。カテゴリーは、「老健施設の看護職に求められる能力」「人材育成」「人材確保」「入所者の特徴の変化」「ケアの工夫と質向上」「老健施設の役割」「介護報酬・人員配置の見直し」の7つとなり、医療保健の範囲の拡大など、医師と同様の項目であった。

看護管理者の意見として、「老健施設の看護職に求められる能力」カテゴリーでは、看護師に必要な知識・技術の内容の他に、《老健施設の看護師に対する認識不足》として、看護職の中にも『老健では看護師がゆっくりした看護ができるというイメージを持っている人が多い』といった意見や《老健施設の看護師に対する社会的評価が低い》との意見があった。

「入所者の特徴」では、《在宅復帰が困難な入所者の増加》があげられ、『家族の介護力がなく在宅復帰が可能な人は極わずか』『入所者の機能が向上しても在宅復帰ができない事例が増えている』との記述であった。

看護管理者の意見には、施設長とは異なり「ケアの工夫と質向上」に対する意見が多く、《多職種協働でのケア体制》《看取りのケアを充実》といった意見がある一方、《本来のケアが提供できていない》とし、人材不足が理由として挙げられていた。

「老健の役割」では《本来の老健の役割》とし、『医療機関からの受け入れ、看取り、リハビリの強化』をあげているものと、《老健の役割の変化》として、『看取りを行っている施設が増え、特養との違いがなくなっていると感じる』といった記述があった。

2.5 考察

2.5.1 調査対象の老健施設の特性

今回の調査した施設の概要と厚生労働省「介護サービス事業所調査」結果と

比較した。

施設の開設（経営）主体別の構成割合は、全国平均（平成 28 年度）は、医療法人が 75.1%、社会福祉法人が 15.3%であり、本調査とほぼ同じであった。

入所定員数の全国の平均値（平成 28 年度）は 87.3 人であり、本調査の入所定員数は、施設長調査では 98.3 人・看護管理者調査では 96.2 人であり、本調査の入所定員数の方が多かった。本調査結果の入所者数を都市型・地方型で見ると、都市型は 102.3 人、地域型は 77.8 人と入所定員数には有意差が認められており、都市型として首都圏および大阪を対象としたことで、本調査では大規模な施設が全体として多かったと考えられた。

平均入所日数は、全国平均では、平成 25 年で 311.3 日、平成 28 年では 299.9 日であった。本調査では、回答があった 177 施設の入所期間は 28 日～1246 日に分布し、平均入所日数は 387.4 日であった。都市型と地域型別では、都市型 360.2 日、地方型 470.3 日であり、地方型が有意に長い結果であった。地方型の中でも、特に秋田県の平均入所人数は長く、秋田県は高齢者率が全国で最も高い県であり、今回の調査では対象数は少ないものの、平均入所日数と高齢化率との間の関連性が示唆された。

在宅復帰加算の取得割合については、全国調査（厚生労働省, 2016）では、在宅強化型が 13.6%、加算型が 29.3%であった。本調査では、在宅強化型が施設長調査で 16.6%・看護管理者調査で 17.0%、加算型が施設長調査で 31.3%・看護管理者調査で 37.4%であり、在宅強化型、加算型ともやや高い割合であった。在宅復帰支援の加算取得率は、全国的には増加傾向を示しており、老健施設が在宅復帰に向けた支援の取り組みを強化している姿勢がうかがえた。一方、本調査で在宅復帰率が 0%と回答した施設もあり、平均入所日数と在宅復帰率は負の相関が認められたことから、地域性または施設により、平均入所日数、在宅復帰率が異なることが推察された。

2.5.2 老健施設における看護師の役割への期待

1) 老健施設長および看護管理者の看護師および各職種への期待

(1) 医療的ケアについて

本調査では、医療的ケアとして 17 項目を挙げ、それぞれの医療的ケアを現在、老健施設で実施しているのかを質問した。その結果、17 項目のうち 5 項目を除き約 50%以上の施設ですでに実施されており、老健施設での医療的ケアが多岐

にわたることが明らかとなった。

医療的ケアをどの職種が実施しているかの問いに対しては、「点滴の指示」を医師が行っている(99.1%)以外は、看護師あるいは准看護師が実施していた。医療的ケアの中で、介護福祉士が実施していると回答があったもので10%を越える医療的ケアは、「経口吸引・経鼻吸引」「膀胱留置カテーテルの管理」「疼痛の管理(麻薬を用いない)」「胃ろう・腸ろうの管理」「酸素療法の管理」「人工肛門の管理」の6項目であった。これらの項目の中「経口吸引・経鼻吸引」以外のものは、法的には看護職しかできない行為であるが、看護職が24時間配置されていない施設があることや、夜間の看護職の配置が1名のみである施設が多く、夜間等の医療的ケア(診療の補助行為)を配置人数の多い介護福祉士が担っていると考えられる。

これに対して、将来、医療的ケアを担う職種として、どの職種に期待するか老健施設長および看護管理者に問うた設問に対して、看護師に期待しているものとして、90%以上の施設長、看護管理者が上げた項目として、「入所者の日々の健康管理」「入所者の服薬管理」「入所者の経管栄養」「入所者のたん吸引」「入所者の褥瘡処置」「入所者の看取りのケア」「感染管理」がある。これらの項目に関しては、准看護師に対する期待も大きいことが明らかとなった。准看護師の割合は、老健施設の創設当時(約65%)に比べ減少はしているものの、依然として看護職の約50%を占めている現状を反映していると考えられる。

入所者の「経管栄養」・「吸引」に関しては、施設長の28.2%・48.6%、看護管理者の42.5%・53.1%が介護福祉士を今後、業務を任せることが好ましい職種としてあげており、老健施設における介護福祉士に対する今後の期待が大きいことが明らかとなった。これら2つの診療の補助行為に関しては、平成24年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が改正され(厚生労働省HP)、介護福祉士も実施が可能となり、すでにこれに関連した教育も進められており、今後ますます期待が高まると考えられる。

高度な実践力を持つ看護師への期待は、施設長で12.6~54.3%、看護管理者で7.1%~41.2%であり、期待する割合は全体として低く、認知度が低いことがうかがえた。しかし、施設長の方が看護管理者よりも高度な実践力をもつ看護師を協働する専門職としてとらえ、期待しているのではと考えられた。

(2) 看取りについて

現在、老健施設では、在宅復帰が困難で入所期間が長期となる入所者が増え、施設で最期を迎える入所者が増加しており、本調査においても看取りを行っている施設は、約8割であった。老健施設での看取りに関しては、医師ではなく、看護職が中心となり看取りのケアを実施していることが本調査結果からも明らかとなった。

「看取り」ケアに関しては、多職種が係わって行われているが、施設長と看護管理者の間で期待している職種に対する意見が異なり、看護管理者は、介護福祉士を含む介護職への期待が大きかった。介護職が不安なく終末期にある入所者にかかわっていくためには、看護職のリーダーシップのもとで入所者の看取りのプロセスを確立していくことが必要である。多職種が協働する老健施設においては、看護職は介護職やリハ職などの他職種よりも看取りの経験を有し、老健施設ならではの看取りを牽引する役割を期待されており、多職種が協働し看取りを行うには教育が必要であるとの報告がされている（山本 2016）。

さらに看護職の「死亡の確認」については制度化される見通しがたっており、看護職が看取りを業務として行うことができるようになる期待も高まるものと予想される。川原ら（2015）は、高齢者の「予想される死」における看護職による呼吸停止確認の現状と認識について、全国の老人保健・福祉施設の看護職を対象に調査を行った。呼吸停止の確認を看護師が行っているのは、特養が50%に対して、老健施設は約20%であり、確認をしていない群で、条件を整えば実施すべきと回答したのは約半数であった。老健施設は看護師が24時間配置されている施設が多いことから、今後、「死亡の確認」が看護師の役割となる場合には、家族の理解や環境を合わせて整備していく必要があると考えられた。看護師が「死亡確認」を行えるようにするために、現在、看護師に対する研修が厚生労働省によってすすめられている。

(3) 日常生活のケアについて

老健施設において「入所者の日常生活ケア」「入所者のケア計画と評価」「入所者の認知症ケア」をいずれの職種が担うのがよいと考えるかの質問に対し、施設長および看護管理者とも、介護福祉士との回答が最も多く、生活を中心とした介護は、介護福祉士の専門性を活かした活動を期待していることが明らかとなった。日常生活の自立に向けて入所者のセルフケア能力を高める働きかけ

も、看護職よりも主としてリハ職と介護職への期待が高かった。

しかし、日本看護協会の調査（2017）では、老健施設の看護職員が実施する生活支援の業務の実施割合は、「食事形態や嚥下等の食事摂取に関する相談・支援」は 94%、「認知症の行動・心理症状への対応に関する相談・支援」は 87% であり、看護職員の重要な業務と考えているとの回答も 9 割を超えていたと報告している。今後、介護職員と看護職の間での生活支援に係る業務に対するタスクシフト、タスクシェアリングを考えていく必要があると考えられる。

(4) 入所者・家族への説明について

施設長と看護管理者の間で看護師の役割として期待する内容で開きがあったのは、「入所者・家族への説明・相談」「入所者・家族の在宅療養支援」「他施設への入退所に関する情報提供」の役割であった。入所者・家族の説明は、看護管理者は看護職が行うことを期待している者が 8 割と他の職種と比較して高いのに対し、施設長は介護支援専門員（ケアマネジャー：現在ケアマネジャーの多くは介護福祉士が占めている）を、役割を期待する職種として選択した。看護職は入所者を医療的側面・生活の側面から評価し、家族に説明することが可能であり、看護職がその任を担うのが効果的であると考えられる。

また、「入所者・家族の在宅療養支援」「他施設への入退所に関する情報提供」では、両者とも介護支援専門員が期待される職種であった。在宅療養や病院等の他施設との連携においては、看看連携ができる体制があることが、入所者のケアの継続に欠かせないものと考えられる。老健施設で働く看護職は、その多くが病院での経験のみであり、在宅での療養や社会資源の活用などについては、知識や経験が乏しいことも考えられる。今後、老健施設入所者の在宅復帰を進めていくためにも、入所者・家族への十分な説明が必要であり、老健施設の看護職には在宅療養に関する経験があることが望ましく、経験のない看護師に対しては、経験できる機会をつくる必要があると考えられた。

2.5.2 看護職の役割

現在、日本の法律で診療が提供できるのは医師、歯科医師と看護師（医師の指示の下）のみである。しかし、老健施設の入所者の医療的ケア、医療的介入が必要な人々は年々増加している。老健施設の人員配置を考えると、病院のように看護師のシフト体制による 24 時間配置が難しい老健施設が存在する中で、

法的に診療行為ができる看護師の配置基準（現在の入所者数を 3 で除した数以上とし、その 2/7 を看護職員、5/7 を介護職員とする）の見直し等が必要とされる。

1) 看護師による健康管理業務

老健施設は病院から入所する者が多く、病状が不安定で病院に戻るケースも多いことが指摘されており、入所者の健康状態のコントロール、健康管理が必要である。高齢者は一般に抵抗力や予備力は低下しており、環境の変化などにより体調不良を起こすリスクも高い。看護師を中心として、日々のケアを行っている介護職員の目を通して、または看護職が直接観察することで、入所者のわずかな変化を見逃さず、タイムリーな対応ができるような体制づくりが必要である。入所者の体調に変化が認められた際は、介護者から看護師への報告、さらに看護師の判断で医師への報告がされる連携体制を整えておくことが、入所者の安心・安全な健康管理（QOL の向上）につながっていると考えられる。

多職種連携がケアの質を向上させる要因の一つであることを、施設長、看護管理者ともにとりあげていた。老健施設においては、入所者の日常生活の援助を主として行う介護職が、24 時間体制で入所者の傍でケアをしており、リハビリテーションスタッフや看護職と協働しながら、入所者の自立に向けたケアを行っている。入所者個々の病状のアセスメントに関する知識・技術を看護師から介護職員に伝えていくことが、老健施設のケアの質向上に不可欠であり、看護職の重要な役割と考える。

2) 医療的処置

老健施設は、「看護および医学的管理下のもとに介護が行われる」施設である。医療的処置が必要な入所者に対して、医療的処置を実施するのは看護職員の業務である。今回の調査からも、老健施設において実施頻度の高い医療的処置としては、「服薬管理」「血糖値測定」「インシュリン注射」「褥瘡予防と処置」「痰の吸引」「経管栄養」などであることが明らかとなった。

日本看護協会が行った（2016）医療処置に関する調査結果では、医療処置が必要な入所者の受け入れ実績「あり」の割合が高い順に、「褥瘡処置」95.4%、「尿道留置カテーテル」93.1%、「経管栄養法（胃ろうを含む）」89.2%、「吸引（口腔・鼻腔・気管内のいずれか）」87.9%の順であり、本調査と、ほぼ同様の結果であ

った。

これらの医療的処置の多くは、昼間に限らず24時間実施する必要のある処置である。しかし、看護師が24時間配置されていない施設もあり、医療的処置の実施が介護福祉士によって行われることも考え、看護師の係りを検討する必要がある。医療的処置にあたっては、専門的な知識と技術が必要とされる。看護師は看護師以外の者によって行われる医療的処置やケアが安全にできているかをモニタリングし、必要時は介護福祉士等の職員への指導や医療的処置の管理方法を検討することも看護師の役割であると考えられる。一方、医師、看護師以外の職種が医療的処置を担うことができる制度的な仕組みづくりが不可欠である。

さらに、平成26年に制度化された特定行為に係る研修を修了した看護師を活用し、手順書により医療処置ができる体制を整えることも、常勤医師が1名しかいない老健施設にとっては今後の大きな課題であると考えられる。

また、現状で受け入れ困難な利用者を受け入れるために今後必要な体制についての調査結果（複数回答）（日本看護協会 2016）では、「看護職員の増員」が61.3%で最も多く、次いで「研修などによる看護職員のスキルアップ」58.1%、「医師との連携強化」49.7%、「研修などによる介護職員のスキルアップ」が49.1%、「地域の医療機関との連携強化」35.2%、「介護職員の増員」31.9%となっていた。今後、医療的ケアが必要な入所者を受け入れるためには、看護職員の配置人員の増員に加えて、医師との連携の強化と人材育成が必要であり、高度な実践力を持った看護師の活用も視野にいれていく必要がある。

3) 緊急時の対応

「入所者が急変した際、医師への報告や応急処置などタイムリーな判断と対応ができる」ことが、施設長、看護管理者ともに看護師への役割として期待が高かった。近年、病院から病状が安定しないまま入所してくる事例や医療的ケアの必要度の高い入所者が増え、終末期の対象者もいることから、入所者の症状が重度化していることを反映した期待である。

夜間・緊急時の体制に関する日本看護協会の調査（2015）、緊急時対応のマニュアルや施設内のルールを整備状況に関する日本看護協会の調査（2016）では、緊急時対応のマニュアルや施設内のルールに関しては、96.2%の施設が「ある」と回答していた。また、夜間対応のマニュアルや施設内のルールについては、

94.0%の施設がすでに「ある」と回答していた。

老健施設の人員配置は、100名の入所者に対して医師（常勤）1名が基準であり（厚生労働省令 1999）、この施設基準が変わらない限り、夜間・休日は医師が不在となり、看護職員と介護職員が入所者の病状を管理することになる。配置が多い介護職員が入所者の変化に気づく場合が多いので、介護福祉士が看護師にどのような場合にどのような情報を伝えるのかを明確にし、看護師はその情報をもとに判断し行動できる体制が不可欠である。また、看護職員が夜間オンコール体制の施設も1割強あることが報告されている（日本看護協会 2016a）。このような場合の情報伝達はさらに重要となる。

4) 多職種との連携・協働における役割

老健施設では、介護保険のケアプランの見直しのために、入所者のケアカンファレンスが定期的開催されている。このカンファレンスは、介護支援専門員を中心に、医師、看護職員、介護職員、リハビリテーションスタッフ、栄養士、相談員および薬剤師等が加わり、入所者の状態について話し合い、情報共有をする場である。これらの場において、入所者の病状を含め入所者を包括的にとらえ、在宅に向けた支援の方向性の判断についてリーダーシップを発揮できるのは、医療的視点と療養上の支援の視点をもった看護師の役割と考えられる。

5) 在宅復帰に関連した看護職の役割

今回の調査では、入所者・家族への在宅療養支援に関する事項に対しての看護職への役割期待は他の項目と比較して低いものであった。

丸山ら（2015）は老健施設の看護職の役割と認識を構成する因子6つを抽出しているが、そのうち在宅復帰に関連した因子として、「在宅復帰支援の取り組み」「在宅ケアチームでの連携と協働」を挙げている。しかし、看護師自身の「在宅復帰支援への取り組み」への認識は低く、その要因として福祉分野の知識や高齢者理解のための学習意欲、家族支援やケアプランなどの老健施設の特性に対応する知識等が不十分であると認識している看護職が多いことが指摘されている。

今後、看護職の役割として在宅復帰に向けた支援にどのように取り組むのかに関しては、看護基礎教育の内容を再検討していく必要があると考える。

2.5.3 老健施設で働く看護師に求められる能力

本調査で、施設長および看護管理者が看護師に求めている能力として15項目を提示し、それぞれの能力に対する施設長及び看護管理者の期待度について回答してもらい、その結果を数値化(1~4)した。施設長、看護管理者ともに、いずれの項目に対しても、3.2以上の回答であり、看護師の能力として期待されていることが明らかとなった。常勤医師の配置が少ない中、医師の指示の下で、医療的処置が実施できる看護師への期待は大きく、その能力に対する期待も大きい。

本調査結果および看護師の制度的な役割(保健師助産師看護師法)を勘案し老健施設の看護師に求められる能力として以下の5つを挙げ、考察を加える。

1) 高齢者のフィジカルアセスメント能力

看護師には、五感を駆使して、対象者を的確にアセスメントし、対象者の病態から対象者を総合的に判断する能力が必要である。老健施設の場合、医療的処置ができる職種である看護師は、患者の急変時、特に医師が常駐していない夜間の対応などが的確にできる能力が求められる。

フィジカルアセスメントに関する能力は、老健施設の看護師にとって最も必要とされる基本的能力であると考えられる。フィジカルアセスメントに関しては、看護基礎教育において看護師の基本的技術として習得すべき項目とされている。しかし、老健施設の入所者は高齢者であり、加齢に伴う生理的な変化を考慮した包括的なアセスメント能力は、卒後研修や、継続した自己研鑽により向上させていく必要がある。

2) 医療的処置に関する能力

対象者のアセスメントの結果、医療的処置が必要と判断された場合は、医師の指示の下で、診療の補助行為として対象者に適切な処置ができなければならない。

老健施設では、高血圧や糖尿病などの複数の「生活習慣病」を持った入所者が多い。高齢者であるため、病態が複雑で、症状も多様であり、個々の対象者によって対応も異なることから、個々の対象者の特性に応じた対応ができる能力が不可欠とされる。また、認知症の入所者が増加している中、認知症ケアに対する専門的知識と技術も必要である。

老健施設で実施頻度が高い医療処置の一つに「褥瘡処置」がある。褥瘡は、入所者の全身状態、栄養状態や ADL をアセスメントしながら、褥瘡予防を図ることが第一義的に求められるが、栄養状態が悪く、要介護度が高い入所者の場合、褥瘡が避けられない場合もある。発生してしまった褥瘡の増悪を防ぐための医療処置に関する能力も老健施設の看護師にとって必要な能力である。また、特定行為研修で「創傷管理関連」区分の研修を修了した看護師は、「褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」および「創傷に対する陰圧閉鎖療法」があらかじめ手順書を作成することにより、看護師の判断のもとで実施できる（厚生労働省 HP・看護師の特定行為研修制度）。

終末期のケアおよび看取りには、多職種がかかわっていく。老健施設におけるターミナル期のあり方は、入所者に対して穏やかな看取りをチームで行うためには、看護職が看取りのプロセスを十分理解し、終末期の入所者・家族をケアチームで支援できる実践能力が求められる。

3) 健康状態（疾患）のコントロール

老健施設の入所者の健康レベルは、さまざまな段階にある。老健施設は本来、医療施設と在宅医療との中間的施設であり、入所者の在宅復帰が目標である。個々の入所者の、健康状態をアセスメントし、入所者の個別性を重視した介護予防に向けた支援が提供できる能力が求められる。

4) 多職種との協働、連携、および調整能力（医療的ケアをチームで進めていく能力）

老健施設は、多職種の活動を通して多岐にわたるケアを提供することができることが特徴である。看護職はさまざまな職種とのコミュニケーションをとっていく立場にある。本調査でも、看護師には、個々の入所者のケアプランを共有し、入所者毎の医療的判断をチームに伝えていく役割が求められていることが明らかとなった。看護職は、チームとしてそれぞれの職種の専門性の強みを理解し、他職種の医療的な知識・技術の不足する部分を補いながら、それぞれの職種の対等な関係性を担保しながら、共に高め合ってケアチームを形成し協働する能力が必要であると考えられる。

入所者のケアに関しては介護職員との協働、医療的処置に関しては医師との協働が多い。介護保険施設で働く看護職と介護職の連携・協働に関して研究が

行われている。松田ら（2013）は、看護職と介護職の協働の形から、それぞれ独立して働くよりも、看護師と介護士がペアになって行うケアの方が、満足度が高い傾向を示したと報告している。小林ら（2015）は、高齢者の看護にあたる看護職の協働・連携について、看護職は介護職に対して、基本的な人間関係の基盤として「介護職との信頼関係の構築」、「高齢者の共通理解のための情報共有」、さらに介護職のケアを評価しフィードバックする「介護職の士気を高める」、高齢者の健康観察や急変時の対応に関する必要な知識を提供する「教育的関わり」を示している。一方、林ら（2010）は、老健施設の職種別の職業性ストレスについて調査し、リハビリテーション職・看護師・介護福祉士・ソーシャルワーカーの連携の視点から、それぞれの職種の役割を調査し、各職種に求められる役割と現実の業務の間にギャップがあると報告している。この要因として、他の職種に対する理解の不足やマンパワーの不足から業務に余裕がないことなどがあげられていた。看護師は、チーム医療のキーパーソンとして位置づけられており、老健施設にあっても、医療的ケアを提供できる専門職のスキルを發揮したキーパーソンとしての活動が求められる。

5) 入所者と家族への説明能力

老健施設の役割のひとつは、入所者の在宅復帰の支援である。入所者の在宅復帰にあたっては、入所者および家族等が、在宅へ移行した後の生活も含め、現在およびこれからの状況を理解し、納得する必要がある。入所者と家族へ現在の病状や今後の見通しをわかりやすく伝える役割は看護師が担うことが望ましい。高齢の入所者、その家族が、在宅療養に関する具体的な情報、介護保険のしくみや在宅で活用できる社会資源等の情報を理解し、伝えていかなければならない。老健施設の看護職は、入所者の在宅復帰した場合の支援などを他機関・他施設と情報を共有し、連携・調整が行える能力が求められている。

2.5.4 老健施設の今後のあり方

1) 調査結果から明らかになった老健施設の現状

2025年の医療・介護の確保を目指して医療・介護福祉に係る社会保障制度の改革（医療構想ビジョン、地域包括ケアシステムの構築など）が進められている。そのような中で、介護医療院なども創設され、介護老人保健施設の今後の在り方は、設置者、利用者にとって関心が高いことである。いずれにしても、

限られた医療財源、介護財源の中で、将来の在り方を考えていかなければならないことは間違いない。

医療ニーズ、介護ニーズが変化する中で、今回の調査では、老健施設の施設長が、老健施設の将来をどのように考えているかを明らかにすることも目的の1つとした。医療施設と、在宅医療の「中間施設」に位置付けられ、入所者の在宅復帰を支援する老健施設は、入所者ニーズの変化等に伴い、在宅強化型施設・加算型施設などに分化しており、今回の調査でも、両者を合わせると、約5割の施設が在宅強化型施設・加算型施設であり、入所者のニーズに応える財源を確保するために、介護報酬上のさまざまな加算を付けていることが明らかとなった。

また、①入院の入院期間の短縮化に伴い、病状が不安定のまま入所してくること、②認知症を有しているものが多く見守りが必要であること、③介護度が高い入所が多いこと、④入所者の年齢が年々高くなっていることなどに伴い、老健施設における医療的処置およびケア量が増大しており、これへの対応が現状では追いつかないとの意見が多数あった。

今回の調査で在宅復帰率は0%と回答した施設は、施設長調査では6.3%、看護管理者調査では6.8%であり、在宅復帰率が低い施設ほど入所期間は長い傾向が認められ、「中間施設」としての機能からは離れ、特養の入所待ちの施設として利用されている施設もあった。

2) 老健施設の現状の課題と解決に向けての対応（期待）

(1) 医療的ケアの提供体制の拡大と保険適応

入所者の医療的ニーズが増大しているが、薬剤、他科受診などの医療的処置に係る経費の施設の持ち出し分が大きいことがあげられ、医療的ケアの範囲が大きい入所者に対しては、施設として希望する治療等の提供ができないことを理由に、入所を断わらざるを得ないケースもあるとのことであった。

施設内で医療的処置ができる体制を整えることで、入所受け入れ対象者の範囲が拡大し、入所者にとって慣れた生活の場で治療を受けることができることは施設にとっても利用者にとってもメリットであると考えている施設長が多かった。

このためには、医療保険の適応範囲を拡大するか、または介護保険の中で加算の検討することと、看護職・介護職を増員する配置基準の見直しを求めている

た。その一方で、看護職、介護職の確保の難しさも老健施設にとっては大きな課題でもある。「老健施設の特徴は、多職種が働くことにより医療的ケアを含め多岐にわたるヘルスケアを提供することができることである」と認識している施設長が多かった。

(2) 人員の確保

今回の調査から、人員確保、特に介護福祉士と看護職員の確保が課題であると回答した施設長が7割であり、老健施設においても人員確保および定着が課題であることが改めて明らかとなった。

厚生労働省・平成28年の介護サービス施設・事業所調査の概況介護サービス施設・事業所調査による1施設・事業所当たりの常勤換算従事者数を見ると、医師1.1人、看護師5.1人、准看護師4.8人、介護職員27.8人(介護福祉士18.3人)、理学療法士1.8人、作業療法士1.3人、言語聴覚士0.3人、介護支援専門員1.5人、支援相談員1.6(社会福祉士0.6人)、管理栄養士1.0人、栄養士0.2人、歯科衛生士0.1人などであった。看護・介護職、およびリハビリテーション専門職では、人員配置基準よりも多い配置数となっている。いずれの施設も、リハビリテーションの強化によるためや日常生活ケアの向上のために人員配置を基準より高めに雇用している施設があるためと考えられる。

本調査でも、「短期集中リハビリテーション実施加算」の取得は91.7%、人員配置を促進する加算として「介護職員処遇改善加算」「夜勤職員配置加算」「サービス提供体制強化加算」などの取得率は70%を越えていた。しかし、ニーズがあり人員の採用をしたいにもかかわらず、実際の人員確保が十分にできていない施設があることも明らかとなった。

日本看護協会の調査報告(2017)では、看護職員の採用状況について、「採用予定数を確保できた」「採用予定数に満たなかったが、確保はできた」の計が58.5%であった。「全く確保できなかった」が17.1%、「採用予定はなかった」が21.0%であった。また、介護職員の採用状況は、「採用予定数を確保できた」は29.0%、「採用予定数に満たなかったが、確保はできた」が51.0%となっていた。

日本看護協会の調査報告(2016b)では、老健施設の2014年度の常勤看護職員の離職率は16.4%で2008年度の18.9%と一般病院の看護師の離職率(13.4%)に比べて高い値を示していること、常勤看護職員のうち、2014年度新規採用者の離職率(入職1年以内の離職率)は38.3%と高い値を示している。また、2014

年度の常勤介護職員の離職率は 14.2%であり、常勤介護職員のうち、2014 年度新規採用者の離職率（入職 1 年以内の離職率）は 33.0%と高い値を示していることも報告している。

金子ら（2017）の老健施設働く看護師を対象としたワーク・エンゲージメント（仕事に関するポジティブで充実した状態）と離職との関連を見た研究では、離職意向には健康観との関連からは、身体、精神、社会的サポートを行うことは離職予防につながることで、また働く理由との関連からは、職務を遂行する中で感じる充実感を意識的に感じるように支援していくことがワーク・エンゲージメントを高めることにつながることを示唆されている。

看護職員に関しては、老健施設 1 施設あたり全国平均で看護師が 5.9 人、准看護師が 5.5 人で、看護職員に占める看護師の割合は 52%であった。また同調査の都府県別に今回対象とした都府県を見ると、看護職員数は 10.3～13.3 人と幅があった。看護職員に占める看護師の比率が最も高いのは神奈川県で 66%、最も低いのは島根県の 44%であり、都市型の方が地方型と比較して、看護師の比率が 50%を超えていた。本調査でも老健施設の看護職員の約 60%が看護師であった。厚生労働省・平成 28 年度の介護サービス施設・事業所調査（2016）では、1 施設・事業所あたりの職員配置数は、看護師 5.1 人、准看護師 4.8 人であり、准看護師の比率は 45.5%であった。准看護師が医療的処置だけでなく、医療的な判断などの役割を果たすためには、准看護師の能力向上に向けた方策の検討が必要と考える。

人員確保については、本調査では、看護師よりも介護福祉士の人材確保の要望が高かった。また介護福祉士の人材確保を重要としたのは、都市型が有意に高かった。平成 28 年度の老健施設の定員 100 人当たりの常勤換算従業者数（厚生労働省 2016）では、施設あたりの介護職員総数は全国平均が 32 人であり、介護福祉士が介護職員総数に占める割合は 66%であった。今回調査した都府県で地方と都市を比較すると、秋田県、島根県、大分県では介護福祉士の比率が高く 70%を超えていた。今後、都市部においては介護福祉士の確保が難しくなることが推察された。

(3) 老健施設における看取り

平成 28 年度の全国調査（厚生労働省 2016）の老健施設の退所者数に占める死亡退院の割合が 12%であり、入所者の病態、在宅復帰率を考えると、今後ま

すます増加する可能性が示唆される。

自由記述の中に、悪性腫瘍でもターミナルを家庭的な雰囲気である老健施設で過ごしたいと考える高齢者がいるとの記述もあった。

施設長の調査では、「看取り」に対しては、約5割が現在強化している項目と回答していた。一方、約2割の施設は、「看取り」については考えていないとの回答であった。日本看護協会の調査（2016c）では約15%の施設が看取りは行わない方針と回答していた。しかし、入所者の病状や入所期間の長期化、利用者・家族の希望等により、老健施設においては、看取りは今後も増加する傾向にあると考えられる。

老健施設における終末期ケアを強化していく場合には、穏やかな最期を迎えられる環境を整えていく必要がある。老健施設における看取りは今後の老人保健施設の在り方を考える上で、重要なキーワードになると考えられる。

3) 施設長が考える今後の老健のあり方

施設長を対象とした調査として、現在強化していると回答のあった取り組みは、「通所リハビリ」「短期入所」「在宅復帰支援」「入所者の看取り」が5割を越えていた。また介護加算の取得状況では、「短期集中リハビリテーション実施加算」の取得割合が最も多く約9割であった。また、現在連携を取っている施設としては、「地域の病院」が9割、「居宅支援事業所」が8割、「地域包括支援センター」が7割、「退所者に対する訪問看護」約5割であった。

施設長を対象とした調査結果からは、次の役割をもった老人保健施設の姿が浮かび上がった。

- ①介護予防とためのリハビリテーションを中心とした在宅復帰の支援を堅持する施設
- ②超高齢社会で多死社会となった日本にとっては、在宅復帰率を維持しつつも、看取りにも対応できる施設
- ③「地域包括支援システムにおける拠点施設としての老健施設
今後強化したい取組としては
- ①一体的な支援が提供できるネットワークの構築
- ②地域住民の相談等のサービス提供

地域包括ケアシステムにおいては、老健施設が地域の拠点施設となるよう、取り組みが検討されていた。

最近は、通所リハビリだけではなく、訪問リハビリへの強化についても加算が認められており、地域へのサービスは今後も強化されていくと考えられる。

一方、在宅復帰率が低い地域（施設）も存在しており、中間施設としての機能が果たせないとの意見や、老健施設のあり方の多様性をもってもよいのではないかとの意見もあった。医療・介護を取り巻く環境や地域の特性により、老健施設が担う役割は、都道府県単位ではなく、地域によって異なっており、今回の調査では、療養型老健施設は、2～4%と少数であったが、療養型老健施設からの自由記述には、今後介護医療院の開設による影響を懸念する声があった。

地域包括支援システムが進む中で、高齢者の「住まい」確保を目的として、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームなどがつくられてきている。有料老人ホームの入所費用を見ると、介護老人保健施設に入所した方が安価になるケースもあることが自由意見の中にあっただ。

老健施設の在宅復帰が進まず、入所期間の長期化の一つの理由として、入所者が居宅場所として移る事のできる特養などの施設が不足していることが挙げられていた。特養の入所者は、平成 27 年 4 月より原則要介護 3～5 の者に限られている。厚生労働省（2017）から平成 29 年 3 月 7 日付の報道発表では、特養の入所申込者の状況は、全体では 29.5 万人が待機しており、このうち在宅の者が 41.7%、在宅でない者が 58.3%であった。

東京都、大阪府、千葉県、埼玉県、神奈川県は、今後急速な高齢化が予想され、高齢者人口の増加が急激に起こることが示唆されながら、介護保険施設等の施設設置が進んでいない地域として指摘されている（みずほ情報総研株式会社 2017）。

今後、地域の実情にあった老健施設のあり方と人材確保の方策が必要と考えられた。

2.5.5 施設長および看護管理者の高度な実践力を持つ看護師への期待

本調査において、今後、老健施設の業務を担っていくのが好ましい職種として、「高度な実践力を持つ看護師」を質問項目の選択肢としてあげた。結果、施設長の方が看護管理者よりも期待した割合は高かったものの、施設長で 12.6～54.3%、看護管理者で 7.1%～41.2%であった。施設長・看護管理者とも最も高かったのは「感染管理」に係る看護師であった。これは、認定看護師の中で感染管理認定看護師の登録数が最も多く（2017 年 8 月現在・日本看護協会 HP）、

認知度が高いことを示していると考えられる。

施設長の自由記述には、専門性の高い看護師に関し、ナースプラクティショナーの雇用を希望する意見が1件あり「老健ではNPがいてくればほとんどのメディカルケアが対応できると思う」との理由があげられた。医師の中には、海外等でのナースプラクティショナーの活動を見たり、ともに働いた経験のある医師もいると考えられた。同様に看護管理者からも、診療看護師の雇用を希望する意見や、自分が診療看護師を目指したいという意見もあった。

本調査において、「認定看護師」、「専門看護師」、または「特定行為ができる看護師」の雇用に関しては、「雇用している」と回答したのは16施設(7.0%)であった。具体的な職種としては、診療看護師(NP)が2施設、特定行為に係る研修を修了した看護師が2施設であった。また、大学院を修了した看護師としては、在宅専門看護師(CNS)が1施設、認定看護師としては、訪問看護認定看護師、認知症認定看護師、認定看護管理者がそれぞれ1施設などであった。これら専門性の高い看護師に関して「今後機会があれば雇用したい」との意見は35施設(15.2%)にとどまっていた。

これまで、老健施設で働く診療看護師、認定看護師、専門看護師に関する報告が散見される。廣瀬(2015)は、老健施設での診療看護師(NP)の活動成果として、入所者の救急搬送件数の減少や慢性的な症状をもつ入所者の症状コントロールとして褥瘡処置への対応などを報告している。また、廣瀬(2015)は入所者の看取りを多職種とチームで取り組んだ経験を報告している。十時ら(2015)は、大学院を修了した診療看護師(事業対象看護師)がいる施設を導入群、いない施設を非導入群とし、看護師・介護士等のスタッフに対して、対応の困った点を医療行為や入所者の症状に関しての対応の困った点について質問し、診療看護師がチーム員の困った状況を解消する役割をとっていることを明らかにした。

この他、田中(2015)は皮膚・排泄認定看護師として、市丸(2016)は認知症看護認定看護師として、加藤(2015)は摂食・嚥下障害看護認定看護師として、大久保(2015)は老人専門看護師として、それぞれの専門性とキャリアを活用した老人保健施設の活動の報告を行っている。専門性の高い看護師が施設に配置されることは、ケア全体の質を引き上げる効果が期待できると考えられる。

今後に向けて、今回の調査結果から、老健施設の施設長および看護管理者も、

運営者の視点を重視した老健施設の将来を考えることが改めて明らかとなった。入所者のアドボゲーターとしての役割を果たす必要のある看護職、看護界が老健施設の将来にもっと目を向け、高度な実践ができる看護職の人材育成と人材の活用を積極的に行い、老健施設のケアの向上のために積極的にアイデアを出していくことが必要であると考えられる。

2.5.6 研究の限界と今後の課題

今回の質問紙調査の限界としては、回収率が 20%弱と低かった点である。また今回は 10 都府県と限定して調査を行っているが、地域の特性を明示できる調査対象県の選定が必要であると考えられた。

今後の課題として、調査時期としては、平成 30 年度から介護医療院が創設されることや、診療報酬・介護報酬の同時改定があることから、老健施設のあり方も変化する可能性がある。今後の老健施設のあり方と看護師の役割について注視していく必要があると考えている。

2.6 結語

老健施設の運営責任者である施設長および看護管理者を対象に質問紙調査を行い、老健施設において看護職が果たしている役割の実態、老健施設の施設長と看護管理者が考える老健施設の今後のあり方、施設長および看護管理者が看護師に期待していることについて明らかにした。

1) 調査対象

調査対象は、10 都府県の全ての老健施設 1,167 施設を選定し、選定した各施設の施設長および看護管理者に質問紙を送付し、回答を求めた結果、施設長 211 (回収率 18.0%)、看護管理者 230 名 (回収率 19.7%) から回答が得られた。

2) 看護職に求められる役割

- ①入所者の 24 時間の健康管理
- ②入所者の病状に合わせた医療的処置の実施およびモニタリング (他職種が実施した医療的処置を含む)
- ③緊急時の対応
- ④多職種との連携・協働における役割

であった。

3) 看護職に求められる能力

- ①高齢者のフィジカルアセスメント
- ②医療的処置
- ③健康状態（疾患）のコントロール
- ④多職種との協働、連携、および調整
- ⑤入所者と家族への説明

の5つの能力であった。

4) 施設長が考えている今後の老健のあり方

- ①リハビリテーションを中心とした在宅復帰の支援を堅持する施設
- ②在宅復帰率を維持しつつも、看取りにも対応できる施設
- ③「地域包括ケアシステム」における拠点施設

の3点があげられた。

5) 高度な実践力をもった看護師（診療看護師）の必要性の検討

老健施設の入所者の医療的ケアのニーズの増加による医学的判断と医療処置の実施について、常勤医師が1名の中で実施していくには、的確な医学的判断ができる診療看護師の活用の必要性が示唆された。

表Ⅱ-1 都府県別の回収数（回答割合）

| | 施設長 | | | | 看護管理者 | | | |
|------|-----|------------|------------|---------------|-------|------------|-----------|---------------|
| | 回収数 | 割合* (%) | 質問紙 送付数 | 回答割合** (%) | 回収数 | 割合* (%) | 県別 送付数 | 回答割合** (%) |
| 東京都 | 36 | 17.1 | 193 | 18.7 | 35 | 15.2 | 193 | 18.1 |
| 神奈川県 | 30 | 14.2 | 191 | 15.7 | 38 | 16.5 | 191 | 19.9 |
| 埼玉県 | 28 | 13.3 | 164 | 17.1 | 32 | 13.9 | 164 | 19.5 |
| 千葉県 | 22 | 10.4 | 163 | 13.5 | 28 | 12.2 | 163 | 17.2 |
| 大阪府 | 40 | 19.0 | 217 | 18.4 | 41 | 17.8 | 217 | 18.9 |
| 秋田県 | 15 | 7.1 | 54 | 27.8 | 11 | 4.8 | 54 | 20.4 |
| 石川県 | 8 | 3.8 | 34 | 23.5 | 8 | 3.5 | 34 | 23.5 |
| 和歌山県 | 7 | 3.3 | 41 | 17.1 | 8 | 3.5 | 41 | 19.5 |
| 島根県 | 8 | 3.8 | 39 | 20.5 | 10 | 4.3 | 39 | 25.6 |
| 大分県 | 17 | 8.1 | 73 | 23.3 | 19 | 8.3 | 73 | 26.0 |
| 総数 | 211 | 100.0 | 1169 | 18.0 | 230 | 100.0 | 1169 | 19.7 |

*：全体に対する都府県別の回収割合

**：質問紙の発送数に対する回収割合

表Ⅱ - 2 施設長の属性

| | | (n=211) | |
|----------|-------|---------|--------|
| | | 人数 | 割合 (%) |
| 施設長の職種 | 医師 | 191 | 90.5 |
| | 看護職 | 9 | 4.3 |
| | 社会福祉士 | 6 | 2.8 |
| | その他 | 5 | 2.4 |
| 施設長の経験年数 | 1年未満 | 30 | 14.2 |
| | 2～5年 | 93 | 44.1 |
| | 6～10年 | 38 | 18.0 |
| | 10年以上 | 47 | 22.3 |
| | 無回答 | 3 | 1.4 |

表Ⅱ-3 看護管理者の属性

| | | (n=230) | |
|------------|-----------|---------|--------|
| | | 人数 | 割合 (%) |
| 看護管理者の雇用形態 | 常勤 | 222 | 96.5 |
| | 非常勤 | 5 | 2.2 |
| | 無回答 | 3 | 1.3 |
| 専従・兼務 | 管理者の業務に専従 | 60 | 26.1 |
| | 看護職の業務を兼務 | 149 | 64.8 |
| | その他 | 13 | 5.7 |
| | 無回答 | 8 | 3.5 |
| 看護師経験年数 | 6～10年 | 4 | 1.7 |
| | 10～20年 | 30 | 13.0 |
| | 21～30年 | 87 | 37.8 |
| | 31～40年 | 90 | 39.1 |
| | 41年～ | 15 | 6.5 |
| | 無回答 | 4 | 1.7 |
| 老健の経験年数 | 1年未満 | 31 | 13.5 |
| | 2～5年 | 60 | 26.1 |
| | 6～10年 | 63 | 27.4 |
| | 11～20年 | 66 | 28.7 |
| | 21～30年 | 5 | 2.2 |
| | 無回答 | 5 | 2.2 |
| 老健の管理者経験年数 | 1年未満 | 51 | 22.2 |
| | 2～5年 | 82 | 35.7 |
| | 6～10年 | 56 | 24.3 |
| | 11～20年 | 27 | 11.7 |
| | 21～30年 | 3 | 1.3 |
| | 無回答 | 11 | 4.8 |

表Ⅱ-4 施設の概要（施設長・看護管理者）

| | 看護管理者 n=230 | | 施設長 n=211 | | |
|---------------------------|------------------------------|--------|-----------|--------|------|
| | 施設数 | 割合 (%) | 施設数 | 割合 (%) | |
| 開設主体 | 医療法人 | 167 | 72.6 | 156 | 73.9 |
| | 社会福祉法人 | 34 | 14.8 | 37 | 17.5 |
| | 公 営 | 4 | 1.7 | 4 | 1.9 |
| | その他 | 18 | 7.8 | 14 | 6.6 |
| | 無回答 | 7 | 3.0 | 0 | 0.0 |
| 基本類型 | 介護保険施設Ⅰ型（通常型） | 198 | 86.1 | 190 | 90.0 |
| | 介護保険施設Ⅱ型（療養型） | 6 | 2.6 | 3 | 1.4 |
| | 介護保険施設Ⅲ型（小規模介護療養型） | 2 | 0.9 | 2 | 0.9 |
| | ユニット型介護老人保健施設Ⅰ型 | 14 | 6.1 | 11 | 5.2 |
| | ユニット型介護老人保健施設Ⅱ型 | 1 | 0.4 | 2 | 0.9 |
| | 無回答 | 9 | 3.9 | 3 | 1.4 |
| 病床区分 | 一般病床のみ | 126 | 54.8 | | |
| | 一般床と認知症病床 | 84 | 36.5 | | |
| | 認知症専門病床のみ | 3 | 1.3 | | |
| | 無回答 | 17 | 7.4 | | |
| 定員数 | 49人以下 | 14 | 6.1 | 10 | 4.7 |
| | 50～69人 | 23 | 10.0 | 19 | 9.0 |
| | 70～89人 | 24 | 10.4 | 21 | 10.0 |
| | 90～99人 | 21 | 9.1 | 21 | 10.0 |
| | 100～109人 | 104 | 45.2 | 93 | 44.1 |
| | 110～129人 | 17 | 7.4 | 17 | 8.1 |
| | 130～149人 | 4 | 1.7 | 4 | 1.9 |
| | 150人以上 | 23 | 10.0 | 23 | 10.9 |
| | 無回答 | 0 | 0.0 | 3 | 1.4 |
| 在宅復帰支援 | 在宅強化型 | 39 | 17.0 | 35 | 16.6 |
| | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（加算型） | 86 | 37.4 | 66 | 31.3 |
| | 従来型 | 96 | 41.7 | 107 | 50.7 |
| | 無回答 | 9 | 3.9 | 3 | 1.4 |
| 通所・短期入所 サービス (複数回答) | 通所サービス | 185 | 80.4 | | |
| | 短期入所 | 191 | 83.0 | | |
| | その他 | 28 | 12.2 | | |
| | 無回答 | 4 | 1.7 | | |
| 併設施設 (複数回答) | 病院 | 86 | 37.4 | | |
| | 診療所 | 40 | 17.4 | | |
| | 居宅介護支援事業所 | 125 | 54.3 | | |
| | 訪問看護ステーション | 61 | 26.5 | | |
| | 地域包括支援センター | 46 | 20.0 | | |
| | 特別養護老人ホーム | 18 | 7.8 | | |
| | 認知症対応型共同生活介護事業所 (グループホーム) | 35 | 15.2 | | |
| | その他 | 36 | 15.7 | | |

注 数値は平成29年4月現在

表Ⅱ - 5 老健施設における介護報酬の介護加算の取得状況（複数回答）

| | (n=229) | |
|----------------------|---------|-------------|
| | 施設数 | 取得割合 (%) |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 | 210 | 91.7 |
| 介護職員処遇改善加算 | 206 | 90.0 |
| 栄養マネジメント加算 | 205 | 89.5 |
| 夜勤職員配置加算 | 191 | 83.4 |
| 療養食加算 | 189 | 82.5 |
| 初期加算 | 183 | 79.9 |
| 退所時指導加算 | 180 | 78.6 |
| 退所時情報提供加算 | 174 | 76.0 |
| サービス提供体制強化加算 | 170 | 74.2 |
| 退所前訪問指導加算 | 158 | 69.0 |
| 経口維持加算 | 145 | 63.3 |
| 退所前連携加算 | 143 | 62.4 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 135 | 59.0 |
| ターミナルケア加算 | 135 | 59.0 |
| 口腔機能維持管理体制加算 | 113 | 49.3 |
| 退所後訪問指導加算 | 110 | 48.0 |
| 入所前後訪問指導加算 | 108 | 47.2 |
| 認知症ケア加算 | 87 | 38.0 |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | 86 | 37.6 |
| 口腔機能維持管理加算 | 84 | 36.7 |
| 経口移行加算 | 76 | 33.2 |
| 老人訪問看護指示加算 | 51 | 22.3 |
| 在宅復帰支援機能加算 | 43 | 18.8 |
| 認知症専門ケア加算 | 24 | 10.5 |
| 地域連携診療計画情報提供加算 | 23 | 10.0 |
| 若年性認知症入所者受入加算 | 21 | 9.2 |
| 認知症情報提供加算 | 12 | 5.2 |
| 療養体制維持特別加算 | 11 | 4.8 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 9 | 3.9 |

表Ⅱ - 6 入所者の要介護度（平成 28 年度）別の入所者割合

n = 189

| 要介護度 | 平均割合 (%) | 標準偏差 | 最少値 (%) | 最大値 (%) |
|------|----------|------|---------|---------|
| 要介護1 | 11.1 | 6.68 | 0.0 | 35.0 |
| 要介護2 | 17.9 | 6.39 | 0.0 | 38.0 |
| 要介護3 | 24.7 | 6.67 | 4.0 | 60.0 |
| 要介護4 | 27.3 | 7.45 | 3.0 | 44.6 |
| 要介護5 | 18.5 | 8.55 | 0.0 | 67.0 |

表Ⅱ - 7 入所者に実施している医療的ケアと実施者（複数回答）

n=230

| | 実施している施設数 | 実施している施設の割合（％） | 割合（％） | | | | |
|------------------------|-----------|----------------|-------|-------|------|-------|--------|
| | | | 医師 | 看護師 | 准看護師 | 介護福祉士 | その他の職種 |
| (1) 経鼻経管栄養の管理 | 111 | 48.3 | 28.8 | 92.8 | 77.5 | 6.3 | 9.0 |
| (2) 胃ろう・腸ろうの管理 | 212 | 92.2 | 21.7 | 98.6 | 80.7 | 12.3 | 2.4 |
| (3) 点滴の指示 | 222 | 96.5 | 99.1 | 10.4 | 6.3 | 0.0 | 0.0 |
| (4) 点滴の管理 | 223 | 97.0 | 13.0 | 99.6 | 80.7 | 0.4 | 0.0 |
| (5) 中心静脈栄養の管理 | 30 | 13.0 | 20.0 | 46.7 | 26.7 | 0.0 | 46.7 |
| (6) 経口吸引・経鼻吸引 | 219 | 95.2 | 9.6 | 100.0 | 82.6 | 13.7 | 2.3 |
| (7) 気管カニューレ吸引 | 71 | 30.9 | 15.5 | 91.5 | 73.2 | 7.0 | 9.9 |
| (8) 酸素療法の管理 | 206 | 89.6 | 31.6 | 99.5 | 82.5 | 11.7 | 0.0 |
| (9) 人工呼吸器の管理 | 36 | 15.7 | 13.9 | 55.6 | 36.1 | 2.8 | 38.9 |
| (10) 膀胱留置カテーテルの管理 | 219 | 95.2 | 26.0 | 100.0 | 81.7 | 16.4 | 1.8 |
| (11) 人工肛門の管理 | 200 | 87.0 | 14.5 | 99.0 | 81.5 | 29.5 | 3.0 |
| (12) インシュリン注射 | 212 | 92.2 | 15.1 | 100.0 | 81.1 | 0.0 | 0.5 |
| (13) 血糖値測定 | 225 | 97.8 | 9.3 | 99.6 | 83.6 | 3.1 | 0.9 |
| (14) 疼痛の管理（麻薬を用いない） | 217 | 94.3 | 41.0 | 97.2 | 80.6 | 10.1 | 0.9 |
| (15) 疼痛の管理（麻薬使用） | 77 | 33.5 | 46.8 | 81.8 | 61.0 | 1.3 | 13.0 |
| (16) 褥瘡の処置 | 227 | 98.7 | 27.3 | 100.0 | 83.3 | 8.8 | 0.4 |
| (17) 透析の管理（在宅自己腹灌流を含む） | 38 | 16.5 | 18.4 | 57.9 | 50.0 | 2.6 | 44.7 |
| (18) その他 | 9 | 3.9 | 33.3 | 100.0 | 88.9 | 33.3 | 11.1 |

表Ⅱ-8 強化している事業、今後強化していきたい事業や取り組み（複数回答）

(n=211)

| | 現在強化している 取り組み | | 今後強化したい 取り組み | | 考えていない | |
|------------------------------|------------------|-------|-----------------|-------|--------|-------|
| | 施設数 | % | 施設数 | % | 施設数 | % |
| (1)在宅復帰支援 | 114 | 54.0% | 68 | 32.2% | 37 | 17.5% |
| (2)入所者に対する医療の提供 | 105 | 49.8% | 42 | 19.9% | 70 | 33.2% |
| (3)入所者の看取りケア | 108 | 51.2% | 70 | 33.2% | 40 | 19.0% |
| (4)通所リハビリテーション | 153 | 72.5% | 30 | 14.2% | 36 | 17.1% |
| (5)短期入所 | 133 | 63.0% | 25 | 11.8% | 60 | 28.4% |
| (6)初期の認知症患者のケア | 80 | 37.9% | 60 | 28.4% | 74 | 35.1% |
| (7)退所者に対する訪問診療 | 9 | 4.3% | 63 | 29.9% | 139 | 65.9% |
| (8)退所者に対する訪問看護 | 9 | 4.3% | 62 | 29.4% | 140 | 66.4% |
| (9)一体的な支援が提供できる ネットワークの構築 | 54 | 25.6% | 95 | 45.0% | 67 | 31.8% |
| (10)地域住民の相談等のサービス 提供 | 60 | 28.4% | 96 | 45.5% | 61 | 28.9% |
| (11) その他 | 14 | 6.6% | 12 | 5.7% | 186 | 88.2% |

表Ⅱ-9 連携を取っている施設または今後連携を強化したい施設

(n=211)

| | 現在強化している 取り組み | | 今後強化したい 取り組み | | 考えていない | |
|---------------|------------------|------|-----------------|------|--------|------|
| | 施設数 | % | 施設数 | % | 施設数 | % |
| (1)地域の病院 | 197 | 93.4 | 33 | 15.6 | 3 | 1.4 |
| (2)在宅診療所 | 80 | 37.9 | 70 | 33.2 | 70 | 33.2 |
| (3)訪問看護ステーション | 104 | 49.3 | 54 | 25.6 | 63 | 29.9 |
| (4)介護老人福祉施設 | 110 | 52.1 | 43 | 20.4 | 67 | 31.8 |
| (5)地域包括支援センター | 154 | 73.0 | 45 | 21.3 | 28 | 13.3 |
| (6)居宅介護支援事業所 | 169 | 80.1 | 30 | 14.2 | 27 | 12.8 |
| (7)地域の自治区 | 78 | 37.0 | 78 | 37.0 | 65 | 30.8 |
| (8)市町村 | 99 | 46.9 | 60 | 28.4 | 63 | 29.9 |
| (9) その他 | 5 | 2.4 | 5 | 2.4 | 201 | 95.3 |

Ⅱ-10 介護老人保健施設の業務で今後業務を担うのが好ましい職種

—施設長と看護管理者の比較—

(複数回答)

| 主な業務内容 | | (%) | | | | | | | | | | |
|--------------------|-------|------|---------|------|------|-------|-------|---------|---------|-------|---------|--------|
| | | 医師 | 高度実践看護師 | 看護師 | 准看護師 | 看護補助者 | 介護福祉士 | その他介護職員 | リハビリ専門職 | 社会福祉士 | 介護支援専門員 | その他専門職 |
| (1)入所者の日々の健康管理 | 施設長 | 73.5 | 40.8 | 89.6 | 65.9 | 15.6 | 74.4 | 31.3 | 30.8 | 10.4 | 16.1 | 2.4 |
| | 看護管理者 | 65.8 | 24.4 | 94.2 | 84.0 | 11.1 | 65.8 | 41.3 | 30.2 | 6.2 | 13.8 | 5.3 |
| (2)入所者のケア計画と評価 | 施設長 | 37.8 | 26.3 | 66.5 | 45.0 | 9.6 | 78.5 | 33.5 | 51.7 | 26.3 | 72.7 | 3.3 |
| | 看護管理者 | 27.6 | 16.3 | 73.3 | 59.7 | 8.6 | 82.8 | 47.1 | 47.1 | 19.9 | 73.3 | 9.5 |
| (3)入所者の日常生活ケア | 施設長 | 12.5 | 18.3 | 65.4 | 53.4 | 30.3 | 95.2 | 72.1 | 31.7 | 13.0 | 19.2 | 1.4 |
| | 看護管理者 | 3.7 | 7.8 | 76.0 | 72.4 | 29.5 | 95.9 | 76.5 | 26.3 | 7.8 | 18.0 | 3.7 |
| (4)入所者の血液検査等の指示 | 施設長 | 95.7 | 31.9 | 20.0 | 10.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.4 | 1.0 | 1.0 | 0.5 |
| | 看護管理者 | 91.9 | 27.0 | 22.5 | 10.8 | 0.0 | 0.5 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.5 |
| (5)入所者の服薬の指示 | 施設長 | 93.8 | 26.5 | 20.9 | 10.9 | 0.5 | 1.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.0 |
| | 看護管理者 | 94.1 | 25.3 | 23.1 | 9.0 | 0.0 | 0.5 | 0.5 | 0.0 | 0.0 | 0.5 | 1.4 |
| (6)入所者の服薬管理 | 施設長 | 20.9 | 37.0 | 94.3 | 65.4 | 7.1 | 17.1 | 6.2 | 1.9 | 2.4 | 1.9 | 1.4 |
| | 看護管理者 | 21.4 | 25.9 | 91.1 | 80.8 | 3.1 | 25.0 | 8.0 | 0.0 | 0.0 | 0.9 | 7.1 |
| (7)入所者の生活リハビリテーション | 施設長 | 14.3 | 12.9 | 41.9 | 32.4 | 12.9 | 65.7 | 42.9 | 94.8 | 6.7 | 11.4 | 1.4 |
| | 看護管理者 | 9.8 | 8.0 | 51.3 | 45.5 | 14.3 | 75.9 | 52.2 | 91.5 | 4.5 | 6.7 | 2.7 |
| (8)入所者の経管栄養 | 施設長 | 18.0 | 31.6 | 91.7 | 71.4 | 9.2 | 28.2 | 6.8 | 2.4 | 1.0 | 0.5 | 7.3 |
| | 看護管理者 | 11.3 | 18.4 | 93.9 | 86.3 | 4.7 | 42.5 | 13.7 | 0.5 | 0.0 | 0.5 | 5.2 |
| (9)入所者の吸引(経口・経鼻) | 施設長 | 14.9 | 34.1 | 93.8 | 79.3 | 12.0 | 48.6 | 11.1 | 6.3 | 1.4 | 1.0 | 1.0 |
| | 看護管理者 | 8.5 | 17.0 | 93.8 | 87.9 | 2.7 | 53.1 | 11.6 | 6.7 | 0.9 | 0.9 | 0.9 |
| (10)入所者の褥瘡処置 | 施設長 | 27.5 | 39.3 | 96.2 | 80.1 | 10.4 | 20.4 | 7.1 | 1.9 | 1.9 | 2.4 | 0.9 |
| | 看護管理者 | 21.9 | 28.5 | 94.3 | 87.3 | 3.1 | 24.1 | 5.7 | 1.3 | 0.4 | 1.3 | 0.9 |
| (11)入所者の看取りケア | 施設長 | 54.5 | 45.5 | 94.1 | 76.7 | 21.3 | 69.3 | 45.0 | 26.7 | 17.3 | 29.7 | 3.5 |
| | 看護管理者 | 46.2 | 31.7 | 95.7 | 89.4 | 22.1 | 90.4 | 73.1 | 41.8 | 21.2 | 41.3 | 12.5 |
| (12)入所者の認知症ケア | 施設長 | 45.4 | 42.0 | 87.4 | 73.9 | 23.2 | 89.9 | 60.9 | 52.2 | 18.4 | 30.0 | 3.9 |
| | 看護管理者 | 34.1 | 30.5 | 90.5 | 85.5 | 29.5 | 93.2 | 80.9 | 63.2 | 25.0 | 44.5 | 7.7 |
| (13)入所者・家族への説明・相談 | 施設長 | 68.3 | 43.3 | 70.2 | 40.4 | 6.7 | 43.8 | 13.9 | 31.7 | 57.2 | 78.4 | 7.2 |
| | 看護管理者 | 69.1 | 31.8 | 80.9 | 54.5 | 4.1 | 53.2 | 23.2 | 30.5 | 52.3 | 77.3 | 10.5 |
| (14)入所者・家族の在宅療養支援 | 施設長 | 38.7 | 31.2 | 60.8 | 42.7 | 10.1 | 49.7 | 19.6 | 50.8 | 57.8 | 77.9 | 5.5 |
| | 看護管理者 | 36.1 | 24.9 | 73.2 | 53.2 | 8.8 | 62.9 | 35.1 | 59.0 | 59.5 | 82.0 | 15.6 |
| (15)感染管理 | 施設長 | 74.3 | 54.3 | 91.9 | 69.0 | 13.3 | 46.7 | 24.8 | 17.1 | 8.6 | 13.8 | 2.9 |
| | 看護管理者 | 66.8 | 41.2 | 93.4 | 77.4 | 14.6 | 64.6 | 40.3 | 27.9 | 17.3 | 25.7 | 9.7 |
| (16)通所リハビリテーション | 施設長 | 34.0 | 16.0 | 51.5 | 34.5 | 11.5 | 60.0 | 40.0 | 89.0 | 14.5 | 24.0 | 4.0 |
| | 看護管理者 | 29.0 | 7.1 | 50.0 | 42.9 | 10.0 | 66.2 | 44.8 | 90.5 | 20.5 | 23.3 | 5.2 |
| (17)他施設への入退所に関する | 施設長 | 55.6 | 27.1 | 55.6 | 35.7 | 6.8 | 35.7 | 15.5 | 34.8 | 50.2 | 75.4 | 7.2 |
| | 看護管理者 | 62.6 | 20.7 | 72.5 | 55.0 | 4.5 | 57.2 | 27.9 | 44.6 | 54.5 | 84.7 | 13.1 |

* p < 0.05

** p < 0.01

分析：χ²検定

II-11 介護老人保健施設の看護師に求められる能力への期待度 施設長と看護管理者の比較

| 看護師に求められる能力 | 期待度 | | 期待度 | | p値 |
|--|------|------|------|------|---------|
| | 平均値 | SD | 平均値 | SD | |
| (1) 加齢による生理的な変化を考慮した包括的な フィジカルアセスメントが実施できる (n=211) | 3.47 | 0.62 | 3.66 | 0.49 | 0.002** |
| (2) 入所者の健康状態を包括的にとらえ、予防的な 視点を含む健康管理ができる (n=210) | 3.62 | 0.53 | 3.69 | 0.48 | 0.154 |
| (3) 入所者が急変した際、医師の報告や応急処置など タイムリーな判断と対応ができる (n=211) | 3.82 | 0.39 | 3.86 | 0.35 | 0.445 |
| (4) 治療方針に基づき、入所者に必要な医療的処置を 安全に実施・管理できる (n=210) | 3.68 | 0.50 | 3.69 | 0.47 | 0.790 |
| (5) 日常生活の自立に向けて入所者のセルフケア能力 を高める働きかけが行える (n=211) | 3.28 | 0.67 | 3.35 | 0.62 | 0.375 |
| (6) 介護職と連携して、個別性のある安全に配慮した ケア計画を立案し実践できる (n=211) | 3.45 | 0.60 | 3.48 | 0.54 | 0.828 |
| (7) 認知症のある入所者の行動、生活状況を的確に アセスメントし、支援ができる (n=211) | 3.39 | 0.59 | 3.50 | 0.56 | 0.046* |
| (8) 終末期にある入所者・家族の意向を把握し、入所者の状態 を適切にアセスメントし支援ができる (n=208) | 3.70 | 0.51 | 3.70 | 0.49 | 0.890 |
| (9) 多職種と協働して、看取りを行うことができる (n=205) | 3.66 | 0.57 | 3.65 | 0.51 | 0.413 |
| (10) 入所者・家族への在宅療養に関する支援ができる (n=210) | 3.32 | 0.67 | 3.36 | 0.60 | 0.734 |
| (11) ケアチームの形成のためのリーダーシップとコミュニケー ションがとれる (n=211) | 3.47 | 0.59 | 3.54 | 0.58 | 0.191 |
| (12) 入退所に関連して、他機関・他施設と情報を共有し、連 携・調整が行える (n=210) | 3.20 | 0.72 | 3.26 | 0.72 | 0.280 |
| (13) 入所者・家族に対しての説明責任を果たすことが できる (n=211) | 3.43 | 0.62 | 3.52 | 0.57 | 0.132 |
| (14) 入所者に関する健康問題の対応やケア方法について 介護職からの相談に対応する (n=211) | 3.51 | 0.56 | 3.60 | 0.49 | 0.167 |
| (15) 介護職等が医療的な処置を行う際に、必要な指導や 支援を行える (n=211) | 3.50 | 0.61 | 3.56 | 0.57 | 0.355 |

* p < 0.05

** p < 0.01

Mann-Whitney's U test

表Ⅱ-12 人員確保のための人員配置で重要な点（施設長・看護管理者）

（複数回答）

| | 施設長（n=211） | | 看護管理者（n=229） | |
|------------------------------|-------------|-------|--------------|-------|
| | 「重要である」の回答数 | 割合（%） | 「重要である」の回答数 | 割合（%） |
| 看護師の人数の増加 | 152 | 72.0 | 161 | 70.3 |
| 准看護師の人数の増加 | 85 | 40.3 | 55 | 24.0 |
| 看護補助者の人数の増加 | 32 | 15.2 | 17 | 7.4 |
| 看護職員のうち、看護師の比率を高めること | 50 | 23.7 | 76 | 33.2 |
| 介護職員の人数の増加 | 157 | 74.4 | 174 | 76.0 |
| 介護職員のうち、介護福祉士の比率を高めること | 95 | 45.0 | 147 | 64.2 |
| リハビリテーション専門職の増員 | 120 | 56.9 | 111 | 48.5 |
| 看護管理者等専任の施設の管理業務を行う人員の重要 | 52 | 24.6 | 87 | 38.0 |
| 夜間のスタッフとして、看護職員を配置すること | 89 | 42.2 | 97 | 42.4 |
| 夜間の介護職の人員を増やすこと | 89 | 42.2 | 111 | 48.5 |
| 可能ならば配置をしたい、または増やしたいと思う職種がある | 52 | 24.6 | 23 | 10.0 |
| その他の人員配置の工夫 | 37 | 17.5 | 10 | 4.4 |

表Ⅱ-13 専門性の高い看護職の配置の有無

| | 回答数 | 割合 (%) |
|---------------------------|-----|--------|
| (1)雇用している | 16 | 7.0 |
| (2)雇用していない | 171 | 74.3 |
| (3現在は雇用していないが機会があれば雇用したい) | 35 | 15.2 |
| (4)わからない | 1 | 0.4 |
| 無回答 | 7 | 3.0 |
| 合計 | 230 | 100.0 |

表Ⅱ-14 これからの老健施設のあり方の意見や課題（自由記述）の回答（施設長）

n=90 (42.9%)

| カテゴリー | サブカテゴリー |
|---------------------|-----------------------------------|
| 人材育成の必要性 | 各職種の質向上のため人材育成が必要性(5) |
| | 看護師、リハ職のリーダーシップの育成(2) |
| | 老健の看護職のスペシャリストが必要(2) |
| | 看護職の質向上(2) |
| | 高度な実践力をもった看護師(1) |
| | 老健の医師としてのリーダーシップや総合的能力などの必要性(5) |
| | 介護士の質向上(3) |
| | 介護福祉士の役割拡大(2) |
| 人材確保 | リハビリテーション専門職の確保(2) |
| | 医師の対応困難(1) |
| | 看護職の確保または増員が必要(3) |
| | 人材確保が現在も将来も困難(8) |
| | マンパワーの確保(5) |
| | 介護職の人員確保(4) |
| 入所者の特性 | 重症者の増加(3) |
| | 長期入所者の増加(3) |
| | 在宅への復帰が困難な者が増加(8) |
| | 入所者の状態(6) |
| | 特養等への入所待ちの増加(4) |
| | 看取りの必要性(5) |
| ケアの質の向上 | 入所者の療養環境の改善(2) |
| | 入所者のケアの改善(3) |
| | ケアの工夫(2) |
| | ケアの質向上(3) |
| | 看取りを進める(2) |
| | 多職種協働と連携(4) |
| 今後の老健施設のあり方 | 老健の役割が果たせていない(6) |
| | 利用者のニーズとのギャップ(2) |
| | 老健の機能を十分に発揮できない(2) |
| | 老健の役割が理解されていない(5) |
| | 老健の役割の見直し(2) |
| | 老健の役割の多様性(6) |
| | 老健のあり方を明確にする(7) |
| | 在宅復帰の流れをつくる必要性(6) |
| 老健施設の財政 | 薬剤・医療機関受診に対する負担軽減(5) |
| | 医療保険の適用による老健施設内での医療サービスの提供の拡充(15) |
| | 医療費負担による入所者の制限(2) |
| | 無駄な処方を減らす(1) |
| | 老健施設の経営(7) |
| 介護報酬・ 人員配置基準の見直し | 介護報酬加算の見直し(4) |
| | スタッフの給与アップや処遇改善による人員の確保(6) |
| | 介護報酬のアップと人件費(3) |
| | 介護報酬の見直し(4) |
| | 人員配置の基準の見直し(5) |
| 制度その他 | 制度(5) |
| | 社旗福祉法人の意見(2) |
| | 質の確保のための政策(1) |
| | その他(7) |

表Ⅱ-15 これからの老健施設のあり方の意見や課題（自由記述）の回答（看護管理者）

n=98 (42.6%)

| カテゴリー | サブカテゴリー |
|--------------------------|---------------------------|
| 老健施設の看護師にもとめられる能力 | 看護師に必要とされる知識・技術(3) |
| | チーム、地域との連携する能力(3) |
| | 老健施設の看護師の社会的評価(3) |
| | 専門性の高い看護師(3) |
| | 老健の看護に対する看護師の認識不足(5) |
| 人材育成 | 看護師の研修の機会が必要(2) |
| | 専門知識をもったNSの育成(7) |
| | 看護基礎教育のあり方(3) |
| | 看護師の能力の向上(3) |
| | 介護士・ヘルパーの地位向上(1) |
| | 介護職員の人材育成(8) |
| | 老健の職員の人材育成(3) |
| | |
| 人材確保 | 看護師の不足・確保(9) |
| | 看護師の労働環境の厳しさ(4) |
| | 介護職員の不足・確保(3) |
| | 労働環境の見直し(2) |
| | 人員配置の工夫(2) |
| | マンパワーの不足(1) |
| 入所者の特徴の変化 | 医療依存度の高い入所者の増加(3) |
| | 入所者の高齢化・重度化(2) |
| | 在宅復帰が困難な入所者の増加(7) |
| | 入所期間を延長したいという利用者・家族の要望(4) |
| | 利用者の特徴(6) |
| ケアの工夫と質向上 | 看取りのケアを充実(5) |
| | 職員の質の向上(4) |
| | 設備の充実(1) |
| | 看護業務の多様化(1) |
| | 医療・地域連携の必要性(2) |
| | 多職種協働(8) |
| | 介護職の看取りの負担感(2) |
| | 利用者には選ばれる施設(3) |
| | サービスの向上と充実(5) |
| | |
| 老健の役割 | 老健の役割への理解(2) |
| | 老健の役割の変化(5) |
| | 老健の本来の機能が果たせていない(2) |
| | 従来の老健の役割(6) |
| | 看取りの場としての役割(1) |
| | 在宅復帰のための受け皿の整備(1) |
| 老健の財政・労働環境・介護報酬・人員配置の見直し | 看護職員の増員(4) |
| | スタッフの負担の増加(3) |
| | 人員配置基準の見直し(7) |
| | 老健施設の財政(5) |
| | 介護報酬のアップ(7) |
| | 制度の改革(3) |
| 診療報酬・介護報酬 | 医療保険の範囲の拡大(12) |
| | 医療的ケアへの加算(8) |
| | 介護保険の見直し(7) |
| | 医療費負担による入所者の制限(3) |
| | 病院受診への付き添い(2) |

第三章 介護老人保健施設における診療看護師の活用に関する実態

—診療看護師へのインタビューを通して—

3.1 研究の背景

介護老人保健施設（以下老健施設）は、「介護者に対して心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるように看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うこと」を目的とする施設であり、病院等の医療施設と在宅をつなぐ中間施設としての役割を果たしてきた。「地域完結型医療」が推進される中で中間施設としての老健施設の果たす役割は今後ますます重要となる。

現在の老健施設は介護施設として位置づけられ介護報酬の対象施設となっている。しかし、入所者の要介護度が4～5と高く慢性疾患を持ちながら療養する者や医療的ケアが必要で長期入所となる入所者が増加している。このため、入所者のケアニーズは、日常生活援助とリハビリテーションだけではなく、医療的ケア及び看取りなど多岐にわたっている。

老健施設のスタッフの中で法的に医療を提供できる職種は、医師と看護師（平成24年4月から痰の吸引と経管栄養は介護福祉士も可能となった）に限られており、老健施設で働く看護職には、入所者の日常的な健康管理、医療的処置から急変時の判断と対応、看取りと様々な健康レベルの入所者への対応が求められている。さらに、看護職は介護職員と協働して入所者への24時間支援を行わなければならない、夜間に医療的処置が必要な症例が発生した場合には、医師の指示を受けることなく、自らの判断で処理を行わなければならないのが実態である。老健施設の看護師からは、「精神的負担が大きい」「責任が重い」「医学的判断が難しい」といった業務に対する悩みが報告されている（日本看護協会2016）。

平成26年に保健師助産師看護師法が改正され、厚労省が指定した研修機関で所定の研修を修了した看護師は、特定行為（診療の補助行為の一部）を手順書によって実施することができるようになった（保助看法第37条「特定行為に関する看護師の研修制度」）。

特定研修の制度に先立ち、平成20年から大学院修士課程において診療看護師（NP：nurse practitioner）の教育が開始されており、日本NP教育大学院協議会が実施する「NP資格試験」を合格した者が、平成29年3月で350名近くいる。

診療看護師に関しては、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の報告書（2017）でも、「日本において診療看護師の必要性について検討すべきである」とされている。診療看護師の教育のスタートの段階から係わってきた一人として、老健施設での診療看護師の活動は、これからの老健施設のあり方を検討する際の重要な課題であると考えてきた。すでに現在、介護施設で働いている診療看護師は全国で5名いる。

老健施設の施設基準では、入所者 100 名に対して常勤医師は 1 人とされており、特定行為に限らず、すべての診療の補助行為を手順書で実施できる診療看護師の存在は大きいと考えられている。

そこで本研究では、老健施設で働く診療看護師を対象にしたインタビュー調査により、診療看護師の活動の実態を明らかにし、診療看護師の老健施設での今後の活用の方向性を提示できればと考えた。

3.2 研究目的

老健施設における診療看護師の活動の実態、および診療看護師からみた老健施設の今後のあり方と課題等を明らかにする。

3.3 研究方法

3.3.1 研究デザイン

半構造化インタビュー

3.3.2 調査期間

平成 29 年 10 月

3.3.3 調査対象

介護老人保健施設で働く診療看護師 3 名

3.3.4 調査方法

- 1) 対象者は、日本 NP 学会等の HP で公表されている記事等を利用、または研究者個人のネットワークから選定した。
- 2) 対象者に、研究協力依頼文書、同意書を郵送し、調査への協力を依頼し、同意書への署名と同意書の返送をもって研究協力の同意を確認した。

3) 対象者から指定のあった日時と場所にて、インタビューガイドをもとにインタビューを実施した。インタビューは、研究者 1 名で実施し、インタビューに際して対象者の許可を得て、IC レコーダーに記録した。1 人当たりのインタビュー時間は 1 時間～1 時間半とした。

3.3.5 インタビューガイドの内容

- 1) 対象者のキャリアについて（年齢、看護師経験年数、資格等）
- 2) 老健施設で働くことになったきっかけや動機
- 3) 老健施設での役割と業務（一日の業務を中心に）
- 4) 診療看護師としての実践活動と活動に対する自己・他者評価
- 5) 老健施設の看護職の課題
- 6) 効果的な人員配置についての意見
- 7) 今後の老健施設のあり方

3.3.6 分析方法

インタビュー結果を逐語録に起こし、記録されたデータから、インタビュー項目にそって、質的記述的に分析を行った。

インタビュー結果は、IC レコーダーに記録された音声データおよびインタビューアの記録から、記述的データ（逐語録）を作成、記述的データから、全体を文脈の単位、または 1 内容を 1 項目とした単位とレコード化し、意味内容の類似性に基づきカテゴリー化し、カテゴリーにネーミングし分析を行った。

3.3.7 倫理的配慮

本研究は、東京医療保健大学の「ヒトに関する研究倫理委員会」の承認を得て実施した（承認番号 29-14）。対象者には、調査によって得た情報は、本研究の目的以外には使用しないこと、研究への参加については、対象者の自由意思であり、研究協力の同意をした後でも中断できることを説明した。結果の公表にあたっては、個人が特定されないよう配慮する旨を説明した。

3.4 研究結果と考察

3.4.1 対象者の背景と施設概要

- 1) 対象者の属性等

3名の対象者の属性と施設の概要を表Ⅲ-1に示す。なお、対象者の所属施設での職位等を、個人が特定されない範囲で以下に示す。

対象者の職位は、老健施設の管理者（副施設長、統括副部長）である者が2名であり、診療看護師として看護スタッフのシフトの一員として夜勤に従事するものが1名であった。また、病院と老健施設を兼務している1名の診療看護師は、週3日医師の不在時に老健施設で勤務し、老健施設のスタッフからの相談などの業務にかかわっていた。勤務形態は異なるが、3名とも、診療看護師（NP）として役割をもって勤務していた。

3.4.2 対象者の看護師としての経験

対象者は、いずれも二次指定救急病院での勤務経験を有し、救急外来、ICU、外科病棟などで働いた経験があった。また、3名とも病院の勤務経験に加えて、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、地域保健センター（保健師）、介護支援センター、訪問看護ステーション等の経験を有していた。

3.4.3 インタビュー内容の分析結果と考察

分析した結果、264のコードが抽出され、53のサブカテゴリー、11のカテゴリーと4つのコアカテゴリーに分類された。コアカテゴリーからサブカテゴリーを表Ⅲ-2、コアカテゴリーからコードまでの全てを表Ⅲ-3に示す。

4つのコアカテゴリーは

- ①老健施設における診療看護師としての実践活動
- ②診療看護師として必要と考えている能力
- ③看護の質向上に向けての看護師の課題
- ④診療看護師が考えている老健施設の今後のあり方と課題

であった。

本論文の主な目的である、

- (1)老健施設における診療看護師としての実践活動
- (2)診療看護師の視点から見た老健施設の現状と今後のあり方に着目してインタビュー内容をまとめ、考察する。

1) 老健施設における診療看護師の実践活動

老健施設で活動している診療看護師がインタビューの中で語った具体的な成果を通して、老健施設における診療看護師の実態を明らかにする。

なお「」は、インタビューの中で、診療看護師が実際に語ったことを記述したものであり、コード化したものは『』を用いている。

(1) 予防的な健康管理による救急搬送件数の減少

発熱や転倒など入所者の容態に変化があった場合、『診療看護師がファーストコールを受ける体制』がとられていた。

診療看護師は、「急変の早期発見とその対応よりも、急変を起こさない健康管理が重要である」ことを、3名の診療看護師とともに強調していた。そのために、『異常の早期発見だけでは対応できたとは言えない』と考え、『急変しないように、いつもと違う変化（予兆）を早い段階で気づいてあげないといけない』と考えていた。さらに、「入所者の異常の早期発見では遅く、入所者の普段の生活の様子や行動の変化から、体調の変化に気づくことが重要」と述べていた。入所者の変化の予兆をいち早く発見することの意義、および看護職・介護職と連携の必要性をスタッフに繰り返し伝えていた。

その結果、診療看護師が「初期の段階で簡単な検査をして入所者にあった薬剤を選択し使用することで重症化を防ぐことができている」との実態が分かった。

このように、診療看護師は、常に入所者の状況を把握し、入所者の生活に根ざした、日々の生活状況の変化を察知する予防的な関わりを重視していた。入所者の把握を『毎朝、フロアーをラウンドし、入所者全員の状況を把握』『状態が変化している入所者に対しては、自ら身体所見を聴取する』行動をとっていた。また、『新入所者の身体診察を頭から足の先まで丁寧にみること』や『ハイリスクの入所者は病態を把握し、医師と共に方向性を決定しておくこと』により、入所者の個別の状況をあらかじめ把握しリスクを評価し、スタッフと情報を共有していた。入所者を直接診る、または、看護職・介護職の目を通してながら、対象に起こっている身体的な変化や生活行動を注意深く観察することで、生活行動からどのようなことが起こっているのかを確認し、推論し、判断し対応するというステップを踏んでいた。山田（2016）は、老健施設に勤務する看護師には、個々の高齢者のさまざまな事柄、主に身体的特性を把握するアセス

メント技術が必要であると述べている。さらに、山田（2016）は、高齢者の疾病の特性を概念化して、疾病による根拠や誘因がつかみにくいと報告している。診療看護師は『看護師に気づかない症状を察知する』『診療看護師だから気づけることがある』と症状を見逃さずに、また、臨床推論の力をもって症状の要因を考え、適切にタイムリーに対応できることが、診療看護師の強みであると考えられた。

(2) 褥瘡処置・褥瘡予防

診療看護師の一人は、「現在、施設には褥瘡をもった入所者は一人もいない」と語った。診療看護師は、重度な褥瘡を持つ入所者に対してブリードマン等を実施し数ヶ月かけて治癒に導き、褥瘡のある入所者はいない状況であった。

褥瘡は発生させないことが重要であるが、栄養状態や退院変換などの状況によっては発生が防ぎえないこともある。特に老健施設では褥瘡を持ち入所する者も少なくない。褥瘡のケアには、予防から褥瘡の程度に応じた医療処置まで様々な段階の処置が必要となる。褥瘡については医師がさほど関心をよせてこなかったのが現状である。診療看護師は、大学院で学んだ科学的根拠にもとづく褥瘡処置を実践していた。その結果、『医師が診療看護師の褥瘡への対応に一目置くようになった。』『褥瘡の治療に関する使用する薬剤の選択からすべて診療看護師に任せるようになった』とのことであった。これは、特定行為である、「褥瘡に関する血流のない壊死組織の除去」を診療看護師が実践自らの判断で実践できるようになったこと（大釜 2013）が大きいと考えられた。

また、褥瘡の予防、悪化防止は、診療看護師だけでできるわけではない。診療看護師は、『栄養士との褥瘡回診』に取り組み、『介護士は褥瘡予防のために自ら入所者にあつたマットを選択するようになる』などの変化をもたらし、多職種との連携をとりながら、褥瘡の発生予防に取り組んでいた。

また、最近では褥瘡処置にエコーを活用し、正確な診断と治療にむずびつけられるようになった（藪中 2016）。診療看護師は、『エコー技術を生かした褥瘡管理』を修得する準備をしていた。新たな治療法やケアを臨床現場に取り入れることも診療看護師の役割と考えられた。

(3) 入所者の生活にあつた血糖のコントロール

診療看護師は、特定行為として血糖コントロールに係る薬剤調整すなわち、

インスリンの投与量の調整を行うことができる。診療看護師は、入所者の生活状況に合わせ、『糖尿病があって血糖のコントロールを厳密にするより、その人にとって最も良い方法をとる』『生活の場の中で、トータルがよければいい』と入所者の状況、入所者の希望もとり入れた緩やかな血糖のコントロールを行っていた。

老健施設は、生活モデルに基づいたケアの提供を通して症状マネジメントをしている点が特徴であり、入所者の生活を重視した診療看護師の視点が生きていると考えられる。広瀬（2013）は、特定看護師としての入所者の血糖コントロール不良の事例を報告しており、多職種と連携し問題を共有、家族との関係を形成し、日々の生活の中で健康評価を行い、異常の早期発見と介入などを行ったことが血糖コントロールに効果的であったと述べている。老健施設に入所する高齢者にとっては、家庭的な雰囲気の中での生活環境が整えられており、診療看護師は血圧コントロールや血糖のコントロールにおいて、常に入所者の生活の視点を重視していることが特徴であり、医師とは異なる症状マネジメントが提供できると考えられた。

(4) 診療看護師の存在による看護職・介護職の変化

診療看護師の日常勤務状況を見て、施設スタッフが自らの役割を認識し自分たちの役割を自主的に遂行するようになった事例を紹介する。

① 看取りのケア

「施設で看取りを始めた頃は、入所者の状況が悪くなると介護士から人員を増やしてほしいとの要望があった」と語った。診療看護師は、看取りの事例があるたびに、スタッフ達とカンファレンスを行い、その人らしい看取りは何かを、看護職や介護職とともに話し合った。カンファレンスを繰り返すうちに、介護職は看取りに対して自ら前向きに、ターミナルの入所者の部屋に積極的に訪室し、自らできることを考え取り組むように変化した。「介護職が本来すべきケアを、自信をもってするようになった」と診療看護師は高く評価していた。

② ファーストコールの報告内容の充実

「診療看護師として勤務した当初は、ファーストコールの際の看護師から医師への報告は、「熱が出た」といった情報のみで、医師からは報告を受けても何が起きているのかわからないとよく言われた」と語った。看護師からのファースト

ストコールを診療看護師が受けるようにし、その際に「呼吸はどうか、まだ見ていないときは行くまでに見てほしい」と観察事項を伝えるようにした。その結果、看護師はファーストコールの際、「熱が出た、おなかが痛い」だけではなく、自分が観察した呼吸や排泄の状況など、必要な観察事項を伝えてくれるように変化した。

③低カリウム血症の事例

「いつも起き上がることができる人が起きない」という介護士からの報告により低カリウム血症がわかった事例が語られた。「薬の長期服薬の副作用による低カリウム血症 2 事例が発生した際に、この情報をカンファレンスで看護師・介護士で共有した。その後、同様の症状の入所者が発生した場合に、介護士は『少し前から入所者が水を飲みたがった』という症状を見逃さずその原因を考えるようになった。」

診療看護師は、看護職・介護職から入所者の状況報告や相談を受けた場合、何が起きているのかをスタッフと一緒に考え、必要時は処方まで考えていた。診療看護師は、「看護師の力量を見て、すでに備わっている能力をあと一押しすることが必要」と述べている。診療看護師は、24 時間入所者に関わる看護師・介護士の観察力、医療の知識をもつ看護師の判断力を高めるための関わりを意図的に実施していた。また、診療看護師は、看護職・介護職に対して「言語化し伝えること」「予測を含む説明をすること」を心がけていた。このことにより、「看護師・介護士の観察や判断の幅が広がる」と同時に、「不安なく、安心感をもって業務に向き合うことができている」ことが分かった。

全ての職員に同じ要求をするのではなく、『前向きな看護師は変化してくれる』とし、看護職や介護職のやる気を評価しつつ、関心をもってもらえるようにカンファレンスを開いたり、変化を待つ姿勢も示していた。

川田ら（2016）は、看護保健施設で働く看護師の医療処置に対するコンフリクトとして、「医師が常駐していないため、看護師の急変対応への観察能力や状況判断に委ねられる責任の重み」や「老健施設の看護師に必要な基本的知識と技術の不足」を感じていると報告している。看護職員は看護師と准看護師、介護職員は介護福祉士と初任者研修のみの職員などが働いており、教育課程の違いやこれまでのキャリアによりそれぞれの職種の力量はさまざまである。このため、それぞれが成長してけるような個別のアプローチとチームとしてのアプ

ローチを診療看護師は使い分けていた。

また、老健施設における看護活動では、終始、看護師が自ら判断を行い、選択や決定した内容にもとづき個々の高齢者に適した良質な看護支援をほどこす力が必要との報告があり（山田 2015）、看護師の判断力を高めていく上で、診療看護師は大きな役割を果たしていた。

(5) 診療看護師による薬剤の調整

診療看護師は、薬剤の処方権はもっていないが、老健施設の診療看護師 3 名は、『提示処方の確認・調整』、とくに減薬を行っていた。また、『病院からの入所者は、12～13 種類の薬を内服している』ものがおり、入所者の生活状況に合わせて医師と相談の上、減薬に取り組んでいた。『新入所の人の処方にあたっては利用者、家族に確認する』、また『薬の調整は、できるだけ利用者さんと話をして判断する』と患者・家族が納得して治療を受けることができることを重視し、さらに、退所後のことも考えた上で薬の調整にあたっていた。

診療看護師は、「入所者の状況に応じた薬剤の調整を、手順書に従って行うことは自分の役割と思う」と述べていた。

薬の処方については、介護報酬に一括して含まれるため、内服薬の数が多く高価であれば、それだけ施設の財政を圧迫することになる。診療看護師は、入所者の様子をみながら、5～7 剤くらいに調整を行っていくよう医師と共に薬剤の調整を行っていた。また、減薬した入所者の臨床検査データなどを収集し分析し、効果についても統計的に評価をしていた。これらの診療看護師の取り組みは、医療費全体の低減につながると考えられる。

(6) 診療看護師による医療的行為の実践

今回インタビューを行った診療看護師は、省令で特定行為とされている「胃ろうチューブの交換」「感染の初期症状に対する薬剤の臨時投与」「脱水症状の際の補液」「褥瘡の壊死組織のデブリードマン」「糖尿病の血糖コントロールのためのインシュリンの量の調整」「定期処方の調整」などを日常的に実施していた。

診療看護師は、特定行為 38 項目以外の全ての診療の補助行為に対して、あらかじめ手順書を準備し、医師の包括的指示を得ておくことで、診療看護師の判断で診療の一部を担うことができる。医療的介入をタイムリーに行うことがで

きることは、入所者の症状コントロールや悪化予防、また日常的に行われる処置なども、対象の負担を少なく安全に行うことができると考えられる。老健施設で診療看護師が行う手順書による処置の数は病院で働く診療看護師と比較すると少ないが、入所者に変化があった際、診療看護師の判断で処置や投薬がタイムリーにできるとことは入所者にとってもメリットがあり、同時に医師の負担軽減にもつながっていると考えられる。

(7) 診療看護師が繋ぐ多職種との連携・協働

多職種が協働する老健施設は、それぞれの職種間の専門的な視点や役割が発揮されることが重要である。特に看護職は医療的ケアの実施者であるため、医師との協働が重要である。

医師と看護師を含め、診療看護師は、職種の専門性を理解し、その仲介役として、多職種からの相談を受け、必要時には情報共有を助け、多職種が共通した理解・認識のもとで入所者のケアができ、それぞれの職種の役割と活動が明確になるように、フラットな関係の中で、多職種をつなぐ役割をとっていた。これは、診療看護師の病態や薬理学等の知識基盤と、包括的な入所者の把握、他職種の役割を理解することで、他職種をつなぐことが可能であると考えられる。

入所者に関する健康問題について看護師が医師に報告し指示を受けることに関連して、看護職と医師との関係は、時にストレスとなることが報告されている（川田 2014）。診療看護師は、看護職や介護職から相談を受け一緒に解決していくよう協働していたが、医師との連携がうまくいくような支援も行っていった。

また、診療看護師は、医師と看護職員、介護職員をつなぐだけでなく、リハビリテーションの専門職からは、「日常生活でのリハビリをどのように看護職・介護職に伝えるかの方法を検討」したり、「栄養士とは回診や褥瘡回診を通して情報共有」、「ケアマネジャーとはケアカンファレンスの持ち方などの相談」にのっていた。また、老健施設の入所者は約 9 割が内服治療を受けている。非常勤ではあるが薬剤師を雇用する施設も増えている。診療看護師は入所者の薬剤に関しては、薬剤師に入所者の情報を提供し連携をとっていた。

多職種が働く老健施設においては、診療看護師は、様々な職種と対等に意見交換をし、さらに職種と職種をつなぐ役割を果たしていた。ヘルスケアチームとして活動する老健施設において、診療看護師は重要な役割を果たすことがで

きると考えられる。

(8) 診療看護師が行うインフォームドコンセント

「新入所者の身体診察は聴診器をあてて、頭から足先までしっかり観察すること」を行い、『ハイリスクの入所者の査定と急変の可能性とその際の対応などのインフォームドコンセントを実施する』のも診療看護師の役割と語っていた。また、『ハイリスクの入所者に対しては、入所時に病態を把握して医師とともに方向性を決定しておく』という対応も行っていた。入所の判定会議の前に、『相談員とも相談して受け入れの判断をすること』、「入所希望者の背景をとらえ、家族の意向も踏まえて入所」を検討しており、家族の思いも大事にし、治療を受けることに重きがある場合は療養病床をすすめるといった対応をとっていた。

(9) 地域との連携（在宅復帰支援）

地域との連携では、診療看護師は、入所者とその家族が、『どの場所（自宅や施設等）が入所者にとって最もよい療養場所なのかを考える』こと、また、自ら地域の情報を把握しており、『選択する手助けをすることが可能』であると考えていた。

診療看護師は、在宅復帰する先の療養環境を意識しており、『訪問看護の看護判断と共通する能力』であり、『予防してQOLを上げることで、在宅復帰に向かうことができる』ことや、『ケアマネとの連携や施設での終末期（看取り）の選択』などに関する情報を、入所者および家族に対して提供していた。

老健施設の役割のひとつは、在宅復帰の支援である。今回インタビューをした診療看護師のうち、キャリアの中に訪問看護を経験している者が2名いた。退院支援を進めるにあたっては、老健施設の看護職には、地域のケアマネジャーとの連携、地域の医療担当者に入所者の情報を提供するなどの役割が求められる。老健施設における他施設との調整は主に介護支援専門員かソーシャルワーカーなどであるが、入所者の病状や医療的ケアの内容とそれに関連した生活状況などは、看護職が提供することがふさわしいと考えられることから、診療看護師の入所退所にかかわる実践が重要であると考えられる。

「退所者の在宅療養の場を理解することにより、もっと在宅に帰れる人を増やせるのではないか」との語りがあった。近年、病院の看護師の訪問看護ステーションでの研修が行われているが、同様に老健施設の看護師が訪問看護ステ

ーションで研修を行ったことが効果的であったとの報告がある（山本、2016）。老健施設で働く看護職は、地域での高齢者の生活を見て、在宅復帰支援に向けた看護の力を発揮できるようになると良いと考える。

また、在宅看護を経験した人は、老健施設に就職するとスムーズに受け入れられるという報告もある（学校法人立命館 2012）。在宅での生活の視点と予防看護の視点が明確にあることは老健施設の看護と共通するものであり、福祉職を含むヘルスケアチームとの協働を経験したことなどがその要因ではないかと考えられる。老健施設の看護師も、退所した入所者がどのような生活を送るのかをイメージできるよう、また在宅でどのような職種と協働し資源を使っていくことができるのかの判断ができることが求められている。診療看護師の視点から看護師への積極的な働きかけが求められると考える。

(10) 低血圧のプロトコールの作成

1 人の診療看護師から、『低血圧のプロトコールを作成しようと考えている』という発言があった。作成しようとした理由は、「老健は血圧低下が多く、入浴中など意識消失のような症状が多い。老健では時々みられるのでプロトコールをつくってみようと思っている。まずは、循環血液量の低下を判断して、まずは補液を行う。経過を追っていきながら、脳とか急性疾患を除外してみていく。医師に伝わる前に対処ができれば、除脈など個々の状況がわかるので、対処しながら、脳内の頭蓋内病変は除外する。バイタルサインが安定していなければだめですが。迷走神経反射とか、排便の後とか、食堂にいつてずっと待つ間のその後の血圧低下の症例が多い。38 項目にはないがこれは作っておかなければと思う。高齢者ならではの症状への対応が、プロトコールを使うことによって介護士さんや、看護師が、実施ができるようになると思う」とのことであった。

診療看護師は、高齢者に多く発生する症状に対して、プロトコールを作成し、看護職・介護職が適切に対応できるようになることが必要だと考えていた。診療看護師は、ガイドラインや手順書の作成に熟知しており、有効なプロトコールの作成が可能と考えられる。

(11) 日々の実践の中での診療看護師のスキルの向上

インタビュアーから、「診療看護師になってどんなことが変わったのか」という質問をなげかけたところ、診療看護師からは、自分の診療看護師としての能

力は「入所者や一緒に働く看護職や介護職に育ててもらっていると思う」との答えが返ってきた。「日々の業務の中で、スタッフからの相談を受け、説明すると「なるほど」と納得してもらい、その反応で自らの力を知ったりする」とのことだった。日々の臨床の現場での積み重ねが、診療看護師のスキルアップをしているともいえると考えられた。また、「スタッフはまあ〇〇の言っていることだから聞いておこう」と思っているだろうと語り、スタッフから一目置かれ信頼されているという関係性を感じた。

診療看護師は、老健施設で働くまでに、看護師として経験を積み重ねていた。これまでの経験から得た知識や能力は、診療看護師（NP）として老健施設で働くまでの経験として、『フィジカルをみなくてはいけないというのは、ICUでの経験がいかされている』、『病態を把握して方向性を決め予測して対処することは、訪問看護で常にやってきたこと』などの語りがあった。さらに、診療看護師（NP）になろうと思ったきっかけがあり、『ジェネラリストである診療看護師に出会い、自分の行きたい方向と思った』ことや、『高齢化や医師不足の中、医師が担っているところに食い込んでいくことにより社会に貢献できる』などの動機づけがあったことが語られた。

これらの経験知に加えて、診療看護師（NP）が認識する自己の役割や診療看護師（NP）の能力が語られた。

また、診療看護師はその役割を果たすために、常に自己を高める外部の活動を考え、『外部の研修への参加などの自身のスキルアップ』をし、『NP学会での継続して発表』といった自分自身にあった研修への参加や研究への取り組みを行っていた。

常に自己研鑽をする診療看護師の態度は、『NPによって最新の情報を調べるのは当たり前。不確かなことはできない』こと、また、『入所者を大先輩として、人間の尊厳を大切にすることが重要だと思っている』看護の対象である入所者に対して尊敬の念を抱き、ケアをしている姿勢がうかがえた。

また、診療看護師の強みは、「医療処置管理の実践能力」として、包括的指示のもとで診療の補助を行うことができることである。平成27年10月に施行された「特定行為に係る看護師の研修制度」は、厚労省によると、2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくために、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、特定行為（一定の診療の補助、例えば脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補

正) など) を行う看護師を養成し、確保していく必要があり、このために、研修制度を創設し、その内容を、研修を通して標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことを目的としたものであるとされている(厚生労働省 HP)。

診療看護師は、「特定行為研修を修了した看護師にさらに「包括的健康アセスメント能力」「医療処置管理の実践能力」「熟練した看護実践能力」を強化し、自律して実施するためには、関係者(医師)を含めて自らの施設にあった手順書を作成していく必要がある。

手順書の記載事項としては、省令では、①看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲、②診療の補助の内容、③当該手順書に係る特定行為の対象となる患者、④特定行為を行うときに確認すべき事項、⑤医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制、⑥特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法が提示されているが、診療看護師の視点から老健施設において安心・安全を担保しながら医療的介入がタイムリーにできるものを作成していく必要がある。

また、診療看護師は、自らの能力を評価し謙虚な姿勢をもち、知識・技術を高めるための努力をおしまない態度が見受けられた。そのための自己研鑽の機会への積極的な参加する姿勢が見られた。診療看護師は、看護師のモデルとなる存在であると考えられた。

2) 診療看護師(NP)のとらえる老健の現状と今後のあり方

(1) 診療看護師の老健施設の看護師への期待

診療看護師からみた老健施設の看護師に必要とされる能力は、『医師のいないところで五感を使ってフィジカルアセスメントとができる』ことや、『症状アセスメントができる』こと、『介護士の相談・指導ができる』ことがあげられた。一方では、看護師が実施しているケアの実践について『看護本来の役割である対象者のQOLをあげるためのケアが不足している』ことがあげられた。

診療看護師が、看護職への期待として語られたことは、看護師も介護士とともに入所者の直接的な日常生活援助にもかかわりをもつべきであること、看護師はもっと外に目を向けて視野を広げてほしいといった意見であった。

診療看護師から老健施設で働く看護師に対しての期待をまとめると、①臨床判断に基づき入所者の健康管理を行うこと、②介護職との役割分担を明確にし

て協働し、必要時はリーダーシップを発揮すること、③看護職の役割を多職種に説明できること、④実践力を高めるためのモチベーションをもつことであった。

今後さらに高齢化が進む中で、老健施設で働く看護師の人員確保が課題となることから、今後も准看護師が一定数を占めることが予測される。准看護師であっても法的な業務は看護師とかわらないことから、看護師としてのモチベーションをもって自らのスキルアップをはかり、介護職との協働のあり方などを前向きに考えていく必要があると考えられた。

さらに、日本看護協会（2012）は、介護施設における看護職のための実践者向けの「系統的なプログラム」の提案を行っている。研修プログラムの特徴は、実践者に求められる「マネジメント能力」を盛り込んでいる点であること、また、研究プログラムの項目を「Ⅰ介護施設の特徴と看護師の役割」「Ⅱ看護実践のための知識・技術」「Ⅲ実践効果を活かすための知識・技術」の3つにまとめている。介護施設における教育のニーズは高いものの、研修会への参加はなかなか難しい現状がある。施設内、施設外での看護師のスキルアップの機会が望まれる。

(2) 医療依存度の高い入所者への対応

診療看護師がとらえる老健施設の現状では、入所者の状態では、『医療依存度の高い入所者が増えている』ことや『重度認知症が増加している』ことがあげられた。また、今後の老健のあり方として、多職種がそろっている老健施設だからこそ、診療報酬の問題が解決されれば、もっと医療依存度の高い人も受け入れができるのが可能でないかとの意見や、地域で暮らす高齢者の健康管理の役割ができるのではとの意見もあった。

地域包括ケアシステムの中で地域をつなぐ拠点施設としての役割が老健施設に求められていることから、地域で生活する高齢者を対象として、診療看護師の能力を活かした新たな取り組みを考えていく可能性もあるのではと考えられる。

(3) 老健施設で働く職員の能力に応じた働き方の提案

また、老健施設で働く看護職員の経験年数も雇用形態もいろいろであることがあげられた。診療看護師のとらえる老健施設のあり方では、老健施設の人員

配置の課題として、『医師一人では無理な体制』であること、医師を増やすのは難しいが、『診療看護師などの資格を持つ看護師を増やすことはひとつの解決策』となるとの意見であった。また、これから少子化になると、医師・看護師のマンパワーの不足がさらに深刻になることから、老健施設に働く看護の人員は、今後も様々な年齢や働き方をする『看護師の人材の多様さを受け入れる』ことや、『年配の看護師も働きやすい方法を考えて業務をとらえていく』ことの意味があった。『看護職員として、看護師・准看護師をひとくくりにしていいのと思う』との意見もあった。ケアの質を維持するためには、看護ケアを標準化したり、業務をシステムティックにし、様々な看護職や介護職が、その能力に応じて働きやすい環境をつくり出す必要があるとの意見も聞かれた。

今回インタビューに協力いただいた3名の診療看護師が所属していた老健施設は、医療法人が2名、福祉法人が1名であり、施設規模も50床から120床と幅があった。職位としては、管理者の役割を担うものが2名であった。3人の所属施設で共通していたものは、看護部の責任者がいて、看護職または介護職をまとめる役割をとっていた。また、施設長をはじめ、施設全体が診療看護師の存在を重視しており、看護管理者が診療看護師の相談にのったり、働き方についてのアドバイスをしたりしている施設もあった。老健施設で働く診療看護師はまだ少数であり、モデルがない中で活動をしてきているが、現在活動している診療看護師の働き方は、今後は、他の老健施設での働き方のモデルになるのではないかと考える。3人の診療看護師は、それぞれの施設の中で自分の役割を模索しながら、周囲と協同しながら生き活きと活動しており、たのもしく感じた。

老健施設の診療看護師には、マネジメント能力が重要であると考えられるが、組織（施設全体）として診療看護師の活動を支える仕組みづくりを考えていくことも重要であると考えられた。

3.5 米国における NP (Nurse Practitioner) の活動と日本の診療看護師の養成と活動

1) 米国における NP の養成と活動

米国では、高度実践看護師 (APN) の1つとして、1965年からNPの養成教育が開始され (草間 2017)、国家資格として認証され、2017年現在、23万人を超えるCNP (Certified Nurse Practitioner) がいる (AANP 2016)。米国において

は、州ごとに NP の裁量権などの活動範囲の違いがあり (Christopher 2015, AANP HP)、現在コンセンサスモデルにより全米共通の資格となるよう調整が行われている (Newland 2016, Lounds 2013, 松崎 2014)。また、2000 年から、臨床看護学博士 (DNP : Doctor of Nurse Practitioner) のコースが誕生し、高度実践看護師である 4 つの専門職 (NP, CNS、麻酔看護師、助産師) を対象として博士課程の教育がすすめられている。2015 年時点で、DNP プログラムに在籍する学生数は 2 万 1995 名で、DNP の課程をもつ大学数は 289 となっている。一方、従来の研究博士課程をもつ大学は全米で 133 であると報告している (SeonAc Yeo 2015) .

米国の NP の活動は、病院で働く NP も多いが、プライマリー領域で働く NP も、近年ニーズが高くなっている (Newland 2016)。高齢者施設である介護施設等では、医師ではなく NP が入所者の健康管理を行い、診療 (検査の指示や処方等) を行っている (Rosenfeld 2004, Christian 2009)。医師と NP を比較した調査によると、医師とほぼ同等の評価、またはそれ以上の評価を受けているとの報告が多い (Horrocks 2002)。

2) 日本における診療看護師の養成と活動

日本では、平成 20 年度 (2008 年) から大分県立看護科学大学 (大学院) で診療看護師の養成教育が開始された (H. Fukuda 2014)。診療看護師の教育は、プライマリー領域およびクリティカル領域コースがある (草間 2017)。

診療看護師としての能力は、看護師として働きだしてから経験し獲得してきた看護師本来の能力に、大学院教育を加え、臨床に出て研修と知識・技術を学び、診療看護師として働くことで、知識・技術が蓄積され育てられていく能力であると考えられる。

診療看護師の能力として、日本 NP 教育協議会は、7 つの能力を示している。①「包括的健康アセスメント能力」、②「医療処置管理の実践能力」、③「熟練した看護実践能力」、④「看護管理能力」、⑤「チームワーク・協働能力」、⑥「医療保健福祉の活用・開発能力」、⑦「倫理的意思決定能力」である (藤内 2015)。7 つの能力のうちの①および②については、医学的な基礎知識・技術をもとに医療的介入を自律的に実施できることを目指した診療看護師の能力として加えられたものである。日本における大学院での診療看護師の教育のスタートにあたって米国の NP のコンピテンシーを参考に (NONPF 2006, 2016) 「安全性の高い

「医療的介入」も実践できる NP として、看護基礎教育課程、現任教育の過程で不足してきた医学の基本的な知識・技術、とくに 3P (Advanced Physical Assessment, Pharmacology, Pathology) に関連した知識等を系統的に学び、実践現場での確かな臨床推論、治療的介入ができるスキルを習得することを目指した」と述べている (草間 2017)。

ここに示されている 7 つの能力は、老健施設の看護師の役割を考えると、全てにおいて重要な能力であると考えられる。特に高齢者を対象とするため、「包括的な健康アセスメント」は重要であり、さらに「倫理的意思決定能力」として、高齢者の思いや希望をかなえられるよう配慮が必要であると考えられる (岸上 2017)。

平成 27 年度から「特定行為に係る研修」制度が開始され、診療看護師は特定の医行為を医師の包括的指示のもとで実践できる (厚労省)。日本看護協会においても、NP (Nurse Practitioner (仮称)) の制度化に向けての検討が開始されており (29 年日本看護協会活動指針)、今後のプライマリー領域での診療看護師 (NP) の活動が超高齢社会の日本の医療を支えていくことになるかと信じている。

3.6 老健施設における診療看護師の活用

老健における診療看護師の活動は、医師が 24 時間いない老健施設で、入所者の健康管理と医療的行為を実施するだけでなく、日々の業務の中で、看護師・介護士と協働し、スタッフに対して教育的関わりを行っていた。また、診療看護師は、入所者・家族の意向を組み、対象を包括的にとらえ、十分な説明を行い、入所者の安全・安心につながる実践をしていた。

老健施設での医療的介入の必要な入所者の増加、現在の老健施設の施設基準 (常勤医師 1 名、看護・介護職員は、入所者数を 3 で除した数以上とし、その 2/7 を看護職員、5/7 を介護職員とする) において、タイムリーに、安心して安全な医療処置を提供していくためには、制度的な観点からも診療看護師を置くことが好ましい状況であることは今回の調査からも明らかとなった。

しかし、診療看護師の養成数は限られており、すべての老健施設に診療看護師を配置するおくことは、不可能に近い。

日本看護協会の調査 (2017) では、外部の認定看護師・専門看護師等、専門性の高い看護職員によるコンサルテーションや技術指導の利用と今後の利用予定について、「利用している」が 14%、「今後検討する」が 20%であることが報

告されている。自施設での診療看護師の雇用は難しい状況であっても、地域ごとに診療看護師の能力を活用した、コンサルテーションなど複数の施設で診療看護師をシェアする仕組みを作っていくことも一案であるとする。

このためには、各地域での医療構想ビジョン、地域包括ケアシステムの構築などに、診療看護師自身も関心を持ち、積極的に参加していく必要がある。

3.7 結語

- 1) 老健施設で働く診療看護師3名を対象として、インタビュー調査を行い、診療看護師が実践する老健施設でのサービス提供の取り組みとその効果について情報を入手した。
- 2) 老健施設における診療看護師の実践に関しては、①老健施設における診療看護師の実践活動、②診療看護師として必要と考えている能力、③老健施設における質向上のための看護師の課題、④診療看護師が考えている老健施設のあり方と課題の4つのコアカテゴリーが抽出された。
- 3) 診療看護師の主な実践活動としては、①入所者を包括的にとらえた予防的健康管理、②看護職・介護職の判断を後押しする教育的関わり、③医療的行為の実施、④診療看護師（NP）ならではの活動 ⑤多職種との連携・協働 ⑥入所者・家族の意向をくむ、⑦地域との連携を考える、の7点であった。また、自らの看護師（RN）としてのキャリアに、診療看護師としての知識・技術が加わった実践活動が行われていることが明らかとなった。
- 4) 医療依存度の高い入所者が今後も増加することが予測され、その一方で医療スタッフ特に常勤医師、看護師（RN）が限られている。入所者の健康管理や医療的処置等を看護職員や介護職員等と協働しつつ、入所者の医療的ケアを安全・安心に行っていくためには、診療看護師の存在が効果的であり、現在、老健施設で働いているNPが、そのモデルを作っていくものと期待される。

表Ⅲ-1 調査対象者の背景

| 項目 | A | B | C |
|------------|--------------|---------------------------|----------------------------|
| 年齢 | 40歳代 | 40歳代 | 50歳代 |
| 看護師経験年数 | 26年 | 22年 | 19年 |
| 診療看護師経験年数 | 7年目 | 1年8ヶ月 | 7年目 |
| 老健勤務年数 | 9ヶ月 | 1年8ヶ月 | 12年 |
| 当該施設勤務経験年数 | 9ヶ月 | 1年8ヶ月 | 12年 |
| 資格 | 看護師 | 看護師/保健師 養護教諭 | 看護師 介護支援専門員 認知症ケア専門士 |
| 職位 | 統括副部長(病院と兼務) | 診療看護師 | 副施設長 |
| 勤務形態 | 日勤のみ | 夜勤あり | 日勤のみ |
| 設置主体 | 医療法人 | 福祉法人 | 医療法人 |
| 病床数 | 50床 | 120床(ショートを含む) (認知症40床) | 100床(ショートを含む) |

表Ⅲ-2 インタビュー結果

| コアカテゴリー | カテゴリー | サブカテゴリー(コード数) |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 老健施設における 診療看護師の 実践活動 | 入所者を 包括的にとらえた 予防的健康管理 | 入所者の日々の状況の把握(4) |
| | | 入所者の包括的な情報収集(4) |
| | | 予防的健康管理(10) |
| | | 褥瘡処置・褥瘡予防(9) |
| | | 救急(2) |
| | | 入所者の血圧コントロール(5) |
| | | 糖尿病への対応(3) |
| | | 認知症への対応(6) |
| | NPの視点からみた入所者の生活(9) | |
| | スタッフとのかかわりと変化 | 入所者の病状管理に関する看護師・介護士との日々の協働とNPの判断(8) |
| | | スタッフへの指導(3) |
| | | スタッフのスキルアップ(5) |
| | | カンファレンス(3) |
| | | NPが入ったことによるスタッフの変化(7) |
| | スタッフのストレスマネジメント(1) | |
| | 診療看護師 ならではの 特徴的な活動 | 診療看護師ならではの活動(4) |
| | | 医療的行為の実践(4) |
| 入所者の状況に応じた薬剤の調整(8) | | |
| 多職種との連携・協働 | 入所者のリスクの査定とハイリスクの入所者の対応の方向性の判断(7) | |
| | 診療看護師が繋ぐ多職種との連携・協働(9) | |
| 他職種からの相談(3) | | |
| 入所者・家族の意向をくむ | 入所者・家族の意向を確認する(3) | |
| 地域との連携 | 在宅復帰する先の療養環境を考える(4) | |
| 診療看護師と 能力として 必要と考 える | 診療看護師になるまでのキャリア | 診療看護師になろうと思ったきっかけ(5) |
| | | これまでの経験から得た知識や能力(8) |
| | | 老健で働きたいという思い(5) |
| | 診療看護師の 態度・能力および 自己研鑽 | 自己を高めるための外部での活動(3) |
| | | 老健や連携する病院の場を利用したスキルアップ(6) |
| | | 診療看護師としての態度(5) |
| | | 老健の診療看護師に求められる能力(3) |
| | | 診療看護師が認識する自己の役割(3) |
| | | 診療看護師の能力(5) |
| | | 診療看護師の技術(2) |
| め看的 看護の 質向上 の課題 | 診療看護師からみた看護・介護職 | 看護職への期待(6) |
| | | 老健施設の看護職師に必要な能力(11) |
| | | 看護職と介護職の協働(5) |
| | | 看護師と介護士の違い(3) |
| | | 報告体制(2) |
| | | 介護士の観察力とその後の対応(3) |
| 診療看護師が 考えて いる 老健施設 のあり方 と 課題 | 診療看護師が とらえる 老健のあり方 | 看護職員と適正配置(9) |
| | | 老健が提供するサービスの質を高める役割(3) |
| | | 老健の人員配置の課題(5) |
| | | 老健の看護(6) |
| | 新たな老健の機能とあり方(3) | |
| | 老健施設の現状 | 入所者の受け入れの範囲(3) |
| | | 入所者の特徴(5) |
| | | 看護管理体制(6) |
| | | 診療看護師の職位および組織での位置付けと役割(7) |
| | | 職員(4) |
| 医療的ケアの役割拡大(1) | | |
| 外部との連携(3) | | |
| 報酬(5) | | |
| 通所サービスへの係り(3) | | |

表Ⅲ-3 インタビュー結果

| | カテゴリー | サブカテ | コード |
|----------------------------|---------------------|--------------------|--|
| コアカテゴリー・老健施設における診療看護師の実践活動 | 入所者を包括的にとらえた予防的健康管理 | 入所者の日々の状況の把握(4) | 状態が変化している入所者に対しては、NP自ら身体所見をとりに行く |
| | | | 毎日、9時から施設長である医師と、看護師から情報を得なが、身体所見と合わせてらウンドする |
| | | | 朝の申し送り、事例カンファレンスでディスカッションをし、多職種で情報を共有する |
| | | | 毎朝、フロアーをラウンドし、入所者の全員の状況を把握する |
| | | 入所者の包括的な情報収集(4) | 看取り目的の入院では本人の意思を確認することが難しいが、家族とコミュニケーションをとり、家族がいいなと思えるような看取りができる |
| | | | 入所者のこれまでの生活に関して情報を詳細に集めることにより、入所者の特性がわかり、今からの支援の方向性につながる |
| | | | 120名すべての情報の把握はできてはいないが、新入所者はできるだけ把握するようにしている |
| | | | 入所者50名は全員を把握している |
| | | 予防的健康管理(10) | 転倒などの際は、受診の必要性とタイミングを見計らい、看護師にアドバイスする |
| | | | 体調が悪くならなうように、あらかじめ指示をもらい対応する |
| | | | 複数の疾患のある対象も早目に対応をすれば何とかなる |
| | | | 急変しないように、いつもと違うちょっとした変化(予兆)を急変を前の段階で気づいてあげないといけない |
| | | | 救急入院ではなく受診しての入院。 |
| | | | 看護職・介護職が24時間対象をみているので、予防が重要であり予防的な管理が可能 |
| | | | 急変させるのは自分の力のなさだとみんなに言っている |
| | | | 異常の早期発見では対応できたとは言えない |
| | | 褥瘡処置・褥瘡予防(9) | 入所者の様子で気づくのは私たちの仕事。バイタルが動くのは最後だから |
| | | | バイタルが変化してから入所者の変化を知るのは専門職として恥ずかしいこと |
| | | | エコー技術を活かした褥瘡管理 |
| | | | 褥瘡処置への対応 |
| | | | 重症な褥瘡もすべて一人で処置をする |
| | | | 褥瘡への対応は医師も一目置くようになり、自分の判断で治療方法も選択している |
| | | | 褥瘡で栄養士とのコラボ |
| | | | 科学的根拠を持った褥瘡処置を实践 |
| | | 栄養士と月2回、褥瘡回診を行っている | |
| | | 栄養士との連携 | |
| | | 褥瘡は一人もいない | |

表Ⅲ-3 インタビュー結果

| | カテゴリー | サブカテ | コード |
|----------------------------|---------------------|--------------------|---|
| コアカテゴリー・老健施設における診療看護師の実践活動 | 入所者を包括的にとらえた予防的健康管理 | 救急(2) | 熱発や転倒など、体調に変化があった場合、NPがファーストコールを受ける |
| | | | 初期の段階で簡単な検査をして薬剤を使用することがスムーズに行えるようになった |
| | | 入所者の血圧コントロール(5) | ガイドラインを使った血圧のコントロール。測る時間はバラバラでは意味がない |
| | | | 薬の処方権は自分たちにはないが、どういう薬がいいなかと思うとき、医師と違っているのは、入所者の状況がつぶさに見えることだと思う |
| | | | なぜこの人は今血圧が高いのかを行動から考える |
| | | | 生活の中で血圧のコントロールができる |
| | | | 老健での血圧管理はやりやすく実効性があると思う |
| | | 糖尿病への対応(3) | 糖尿病があって血糖のコントロールを厳密にするより、その人にとって最も良い方法をとる |
| | | | 生活の場の中で、トータルでよければいい |
| | | | 病院とは違った緩やかさ |
| | | 認知症への対応(6) | 日勤は、一般棟は80床で、認知棟は40床だけど、3分2が認知棟にさかれている |
| | | | 便の回数が多い、便を触っちゃう。じゃあどうしよう考える。 |
| | | | 介護士さんは一度で済む。方法を考えて薬まで出して一遍に終わる |
| | | | 認知症の人は薬があっているかを考える |
| | | | 介護士とのコミュニケーションで入所者の情報を得て判断する |
| | | | 介護士さんがどうしたいかで一緒に考え判断する |
| | | NPの視点からみた入所者の生活(9) | 生活そのものが、その人の行動と症状が関連する |
| | | | 生活そのものがその人の健康状態を作っている。生活を見ている点は病院とは違う |
| | | | 生活の有りようをつぶさに見れるということ |
| | | | COPDの急性増悪の兆候を入所者の行動で気づく |
| | | | 診療看護師だから気づけることがある |
| | | | エビデンスをもって判断ができる |
| | | | 利用者さんの一つ一つの行動が解釈や判断の材料にはなっていると思う |
| | | | 対象のことをわかっていると、NPだからこそ気が付けることがある |
| | | | 看護師が気づかない症状を察知する |

表Ⅲ-3 インタビュー結果

| | カテゴリー | サブカテ | コード |
|---|---------------|-------------------------------------|--|
| コアカテゴリー・老健施設における診療看護師の実践活動 | スタッフとのかかわりと変化 | 入所者の病状管理に関する看護師・介護士との日々の協働とNPの判断(8) | 現場の介護職も看護職も日々不安を抱えている。申し送りで、こういう人だから大丈夫という現場も安心をすし、業務が円滑になる。 |
| | | | 申し送りで、私がこういう人だから注意してみとってくださいという、なんかおかしいなという報告をしてくれる。 |
| | | | 日勤は、看護師・介護士のコンサルテーションで終わることが多い |
| | | | いろいろな問題を一緒に解決することで、スタッフが自分を育ててくれていると思う |
| | | | 看護師・介護士さんが自分のところにきてくれるので、いろいろな問題を一緒に解決する |
| | | | 看護師・介護士それぞれが安心できるような説明と、必要な観察項目やケアの提案か指示 |
| | | | 相談されたら、どうしたいか一緒に考えて処方までする。一気に解決できる |
| | | | カンファレンスではなく、コミュニケーションを大切に個別に対応し判断を伝えている |
| | | | 夜間帯の介護士のための勤務のため、介護士さんから相談を受けたら直接入所者を見て大丈夫と伝える |
| | | | なにかしら答えをもとめて自分のところにくるのかなと思う。 |
| | | スタッフへの指導(3) | 自らが直接ケアに関わって、少しづつ変えていく |
| | | | 看護職が困っていることやいやな仕事を引き受けて結果を見る |
| | | | 看護師が疾患や身体所見に興味をもてるように、看護師の関心を引き出言葉かけや関わり |
| | | スタッフのスキルアップ(5) | 必要な観察の視点を指導する |
| | | | 統括部長として、職員全体の力量をあげていく |
| | | | 自分がいなくてもなりたつよう、みんなの力をみんなで上げていく体制 |
| | | | 若い看護師には、自分のもっているものをできるだけ多く教えようと思う。 |
| | | カンファレンス(3) | 看護師にも介護士にも、皆に分かるように伝えてあげなければと思う |
| | | | 何かあるときは原因を考え、看護師がいたらみんなでカンファレンスをする、そこに介護士が入って来る |
| | | | 認知症については、カンファレンスの記録をしっかり残す |
| | | NPが入ったことによるスタッフの変化(7) | 看取りでは、介護士が不安をもっていたので、デスクンファレンスを行った |
| | | | 科学的な根拠をもち、判断ができるスキルをあげる支援 |
| | | | ファーストコールの報告内容の充実 |
| | | | 前向きな看護師は変化してくれる |
| | | | 介護士が本来すべきケアを自信をもって行えるようになったと思う |
| | | | 介護職の看取りに対する前向きな変化 |
| | | 介護職は褥瘡予防は積極的にかかわるようになった。 | |
| | | スタッフのストレスマネジメント(1) | 自分たちが取り組めるように工夫している |
| 認知棟ではそれだけケアが大変だし、関わるのにストレスが多い。この人の治療ってこれでいいと説明して納得することもあれば、ああご苦労様ですむことがある | | | |

表Ⅲ-3 インタビュー結果

| | カテゴリー | サブカテ | コード |
|----------------------------|------------------|-----------------------------------|---|
| コアカテゴリー・老健施設における診療看護師の実践活動 | 診療看護師ならではの特徴的な活動 | 診療看護師ならではの活動(4) | クリティカルパスの作成 |
| | | | 低血圧のプロトコールの作成をしようと考えている |
| | | | 医師だけでは100名みることは難しいが、家族の希望をとりいれたり、薬のことにかかわったり対応はスムーズになった |
| | | | 薬の説明など、対応がスムーズになった |
| | | 医療的行為の実践(4) | 定期的な検査の指示だし 3ヶ月～半年ごと入所者に合わせた項目を選択 |
| | | | 胃ろうの交換が必要な入所者は、診療看護師が診療所で行っている |
| | | | 抗菌薬の手順書の作成 |
| | | | 検査データを見て、指示変更の必要性を検討する |
| | | 入所者の状況に応じた薬剤の調整(8) | 入所者の病態によっては手順書に従って薬を処方できることは自分の役割と思う |
| | | | 薬剤の調整(減薬)は医師が担っていて5種ぐらいに減らしている |
| | | | 内服薬の変更は医師と相談し実施している |
| | | | 病院から来る入所者の薬は多剤併用で10剤から12剤で新薬を使っている人も多い |
| | | | 定期処方の更新の際に、薬の確認を行い、医師、薬剤師と調整を行う |
| | | | 新入所の人の方の際には利用者・家族に確認をする |
| | | | 薬の調整は、できるだけ利用者さんと話しをして判断する |
| | | 入所者のリスクの査定とハイリスクの入所者の対応の方向性の判断(7) | 薬価は施設負担となるが、薬剤の調整(減薬)は入所者の体調を見て丁寧にやっている |
| | | | 入所時のハイリスクの入所者の査定と急変の可能性などのインフォームドコンセントをしっかりと伝えるのも診療看護師の仕事 |
| | | | ハイリスクの入所者は病態を把握し、医師と共に方向性を決定しておく |
| | | | 新入所者の身体診察は聴診器をあてて、頭から足先までしっかり見る |
| | | | 新入所者の身体診察の結果は医師・看護師と共有する |
| | | | 医療的ケアや感染症、内服などにより入所の判断をしている |
| | | | 家族の思いも大事にし、医療的ケアに重きがあれば療養病床を考えたりする |
| | | 入所の判定会議の前に、相談員とも相談をして受け入れの判断をする | |

表Ⅲ-3 インタビュー結果

| | カテゴリー | サブカテ | コード |
|--|--------------|----------------------------------|---|
| コアカテゴリー・老健施設における診療看護師の実践活動 | 多職種との連携・協働 | 診療看護師が繋ぐ多職種との連携・協働(9) | 毎日、医師と一緒に入所者をラウンドする |
| | | | サービス担当者会議はあるが、業務の中にリハを巻き込んでいない |
| | | | リハ職はPT・OT・STが1名ずつそろっていて、3名のうちに1名が必ず参加し、摂食嚥下で気になる人などは、リハ職から申し送りをしている |
| | | | 看護の責任者との協働と連携 看護師のことは看護科長に任せるようにしている |
| | | | 多職種と関わり、対応策を協議する |
| | | | 病態生理がわかっているからできるNPと多職種との連携 |
| | | | ケアマネも一緒に回診をする |
| | | | 多職種の協働することで伝わるものがある |
| | | | 協働する職種がお互いに理解すること 介護の仕事をするまでの過程は医療の知識は不足していることを理解すること |
| | 他職種からの相談(3) | 介護の責任者がいないので介護の人とコミュニケーションをとっている | |
| | | 多職種のコンサルテーション(相談にのる) | |
| | | リハ職の相談に対して提案をして結果を待つ | |
| | 入所者・家族の意向をくむ | 入所者・家族の意向を確認する(3) | 入所者・家族の意向を確認する |
| | | | どの場所(自宅や施設等)が入所者にとって最も良い場所なのかを考える |
| | | | 看取りという目的できた人は、本人の意思を確認することが難しいが、家族とのコミュニケーションをとる |
| | 地域との連携 | 在宅復帰する先の療養環境を考える(4) | 入所者の状況をみて次の施設を考える |
| 入所者の受け入れ先の情報を熟知していて、市内の施設のサービス状況を把握、退所先について提案をすることができる | | | |
| 予防してQOLを上げることで、在宅復帰に向かうことができる | | | |
| ケアマネとの連携や施設での終末期(看取り)の選択 | | | |

表Ⅲ-3 インタビュー結果

| | カテゴリー | サブカテ | コード |
|--------------------------|-----------------|----------------------|--|
| コアカテゴリー・診療看護師として必要と考える能力 | 診療看護師になるまでのキャリア | 診療看護師になろうと思ったきっかけ(5) | 研修会で米国のNPのことを聴いて、家族にきちんと説明できる、軟膏の処方できる、これしかないと思った |
| | | | 末期の患者さんと家族との出会いが変わるきっかけをつくった |
| | | | 様々な疾患をもった高齢者がいて、医師は100名に1人であり、自分は看護師として何も知らない、できないことを痛感 |
| | | | ジェネラリストである診療看護師に出会い、自分の行きたい方向と思った |
| | | | 高齢化や医師が不足 医師が担っているところに食い込んでいくことにより社会に貢献できる |
| | | これまでの経験から得た知識や能力(8) | 二次救急を10年経験し力がついた |
| | | | 外科病棟で10年間子育てをしながら働いた |
| | | | 脳外と循環器の経験がなく高齢者を視る上では弱い部分と思い、NPの研修で1から勉強した |
| | | | 病院で経験した診療科によってNPとしての能力が違ってくる点がある |
| | | | 対象の病態を把握して方向性を決め予測して対処することは、訪問看護で常にやってきたこと |
| | | | 救急にいて何で家に帰れないんだろうと思っていたが、地域で家庭訪問を経験をし、だから家に帰れないんだというのがわかり、この経験が先々こうあればいいというのが見えてくる |
| | | | フィジカルをみなくってはいけないというのは、ICUでの経験がいかされている |
| | | | 特養にいて認知症ケアに困っていたことがあり、認知症専門士の資格をとった |
| | | 老健で働きたいという思い(5) | 老健で働きだしたのは、老健の立ち上げにかかわったのがきっかけ |
| | | | 10年間特養を経験して、嘱託の医師が往診で見るだけで、急変時には入院が必要なときには病院を探したり、たいへんな思いをした。 |
| | | | 医師がいて医療が提供され、高齢者が安心して生活ができる老健で働こうと思った |
| | | | 一般病院を退職し、診療看護師コースを修了してすぐにここに就職した |
| | | | 自分の肌に合う高齢者福祉の現場だと思った |

表Ⅲ-3 インタビュー結果

| | カテゴリー | サブカテ | コード |
|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--|
| コアカテゴリー・診療看護師として必要と考える能力 | 診療看護師の 態度・能力および 自己研鑽 | 自己を高めるための外部での活動(3) | NP学会で継続して発表したい |
| | | | 外部の研修への参加などのP自身のスキルアップ |
| | | | エコーの技術を活かし、褥瘡エコーを学び褥瘡管理を行いたい |
| | | 老健や連携する病院の場を利用した スキルアップ(6) | 検査データから対象の状況を医師と一緒に確認する |
| | | | 病院での回診について臨床推論を学ぶ |
| | | | 減薬の仕方を施設の医師から学んでいる |
| | | | 薬剤の処方の方の現状分析 |
| | | | 週1回(午後)は病院の院長回診に参加し自分がわからなところを医師にコンサルしたりする |
| | | | 病院でのNPとしての技術の経験 |
| | | 診療看護師としての態度(5) | NPにとって最新の情報を調べることは当たり前。不確かなことはできない |
| | | | NPとして対応できるようにすることを戒めとしている |
| | | | やれることはやるというNP |
| | | | 診療看護師の面白さ |
| | | 老健の診療看護師に求められる能力(3) | 入所者を大先輩として、人間の尊厳をたいせつにすることが重要と思っている |
| | | | 最初は何ができるのかわからなかったが、1年目手探りで方向性が見えた |
| | | | 自分は老健の経験はないが、診療看護師の資格を得て、何ができるかわからないが最初から老健に飛び込もうと考えた。 |
| | | 診療看護師が認識する自己の役割(3) | NPとして生活を丸ごと見れる、生活を丸ごと見れる中に判断をくわえていくことができるのが老健のNP。 |
| | | | いろいろな問題を解決するが、スタッフが自分を育ててくれている。そういう役割と思ってくれている |
| | | | 入所者に変化があったときに早期に対応することが役割かと考えていたけど、異常の早期発見ではないなと思ってきた |
| | | 診療看護師の能力(5) | 平常の健康管理、普段の血圧管理、血糖管理、疼痛管理、いい状態を保つことが自分の役割 |
| | | | NPになってからの自分と以前の自分の比較はできない。今までのことは忘れている |
| | | | 自分の気づきと判断には必ず根拠がある。変化の気づきは直観ではないと思う |
| | | | 自分がNPとしてできていることが、皆は知らないということに気づく |
| | | | NPが行うIC(インフォームドコンセント)は先を見通して、個別性を踏まえて説明をする |
| 診療看護師の技術(2) | 長年の中で経験の中で当たり前のようにできている部分がある | | |
| | 高齢者のQOLをあげる、エコーを使い、根拠を持った排泄への支援 | | |
| | | 定期的な頸動脈のエコーによる老健の中での予防的な関わり | |

表Ⅲ-3 インタビュー結果

| | カテゴリー | サブカテ | コード |
|--------------------------|--|---------------------|--|
| コアカテゴリー・看護の質向上のための看護師の課題 | 診療看護師からみた看護・介護職 | 看護職への期待(6) | 看護職がもっと直接ケア (QOLの向上に) 関わってほしいという思い |
| | | | 看護職も日常生活援助のかかわりをもつ |
| | | | 看護職の仕事の姿勢 (言われたことしかしない。その日が無事に終わればいい) は変わってほしい |
| | | | 中間施設として在宅につながるには、看護師が在宅のイメージを持つことが重要 |
| | | | 医療・介護の制度をもっと知る |
| | | | 看護師はもっと外に目を向けて視野を広げてほしい |
| | | 老健施設の看護職師に必要な能力(11) | 多職種の協働する際のスキル |
| | | | 疾患と身体所見がうまくむすびついてくるといいのかなと思う |
| | | | 看護師の症状アセスメント力の不足 |
| | | | 他の職種と働くスキルが必要 |
| | | | 医師のいないところで五感を使ってフィジカルを使うことができる |
| | | | 日常生活の中にリハビリがもっとはいると良い |
| | | | 介護職の相談にのることができる看護師の力量が必要 |
| | | | 本来の対象のQOLを上げるケアが不足している |
| | | | 身体所見と薬剤の知識があること |
| | | | 看護師は症状アセスメントができる |
| | | | 看護の強みは介護がわかり、医療的なケアができること |
| | | 看護職と介護職の協働(5) | 介護職と看護職は日常的なりハビリをしている |
| | | | 認知症のケアへの対応を皆で取り組むようになった |
| | | | 日々のケアを介護職と看護職で行っていることが重要 |
| | | | 協働する職種がお互いを理解すること |
| | | | 看護師と介護士でどちらがリーダーということはない |
| | | 看護師と介護士の違い(3) | 業務的な観点でみている介護士と看護師の視点がずれることもあるよう |
| | | | 介護士と看護師では、大丈夫というのに幅がある |
| | | | 介護士は大丈夫という幅せまく、感覚もわかりづらいだろう |
| | | 報告体制(2) | 看護職員・介護職員はちょっとおかしいなと気づくと、見てくださいと言ってる |
| | | | 介護士は気づいたことは看護師に報告、看護師は気になると私 (NP) に言うという報告体制はできている |
| 介護士の観察力とその後の対応(3) | キャリアのある介護士は高齢者の行動の変化を察知しバイタルを測定するなど観察力と対応力を持っている | | |
| | 入所者の行動やわずかな症状から熱発や体調不良、脳梗塞につく | | |
| | 低カリウム血症では、いつも起き上がれる人が起きないと報告してくれた | | |

表Ⅲ-3 インタビュー結果

| | カテゴリー | サブカテ | コード |
|--------------------------------|------------------|------------------------|--|
| コアカテゴリー・診療看護師が考えている老健施設のあり方と課題 | 診療看護師がとらえる老健のあり方 | 看護職員と適正配置(9) | 看護師の人材の多様さを受け入れる |
| | | | 業務をシステムティックにする |
| | | | 人材の活用は難しい |
| | | | シンプルに、にこやかに仕事ができるマンパワーがいればいいのか、管理をきちんとしていくのか |
| | | | スタッフも高齢化している |
| | | | 年配の看護師もやりやすい方法を考えて業務としてとらえていく |
| | | | チームとなり、今あるマンパワーを活用するにの、安全をベースにした課題 |
| | | | 職員は笑顔で入所者に対応できる人が良い |
| | | | 人柄や一生懸命さ。能力、関係性など |
| | | 老健が提供するサービスの質を高める役割(3) | カンファレンスの記録は目をむけられるように工夫している |
| | | | 人の入れ替わりがあり、ケアの質を均一にしていくのは難しい |
| | | | 記録は難しい |
| | | 老健の人員配置の課題(5) | 看護職員として、看護師・准看護師をひとくくりとしていいのかと思う。 |
| | | | 医師を増やすのはむずかしいが、診療看護師などのライセンスを持つ看護師を増やすことはひとつの提案としてある |
| | | | これから少子高齢化になると、医師看護師もマンパワーフア足に直面 |
| | | | 介護保険の人員配置は、医療依存度の高い人が増えてきており、この配置で在宅に帰すのは非常に厳しい |
| | | | 医師一人では無理な体制 |
| | | 老健の看護(6) | 老健の看護職は医療処置が多いが、もともとの看護の力が発揮されていない |
| | | | 尊厳を大事にすること。老健に来て観察ポイントを磨く能力 |
| | | | 家庭的な、人間くさいところが好き |
| | | | 予防してQOLを挙げることで、在宅復帰に向かうことができる |
| | | | 老健の看護は病院にいたのではわからない |
| | | | 老健の看護はやりがいを感じる人と負担とを感じる人に分かれると思う |
| | | 新たな老健の機能とあり方(3) | 看護師の働き方医療依存度の高い人がこれから増え続けるのであれば、仕事を簡単にしていく、簡便化 |
| | | | やる気も体力もない看護師たちをどうとらえて業務を組み立てていくか |
| | | | 新たな老健施設の機能として、健康管理のチェック機能があっても良い |

表Ⅲ-3 インタビュー結果

| | カテゴリー | サブカテ | コード |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|
| コアカテゴリー・診療看護師が考えている老健施設のあり方と課題 | 老健施設の現状 | 入所者の受け入れの範囲(3) | 医療依存度が高い人が多い、気切の人も見てもいいのかなと思ひ |
| | | | 在宅復帰にかかわっている |
| | | | 看取りを目的とした入所を希望する人を受け入れている |
| | | 入所者の特徴(5) | 医療依存度の人が増えている |
| | | | 年間の看取りは12~13人 |
| | | | 看取りを目的とした入所者がいる |
| | | | 重度認知症の増加とその対応 |
| | | | 医療依存度の高い人が増え、病院に搬送するケースが増加した |
| | | 看護管理体制(6) | 看護管理者の役割が明確になっている組織である |
| | | | 看護介護部長が管理者としている |
| | | | 看護科長がとりしきっている |
| | | | 看護管理者の負担が大きい |
| | | | 看護管理者とスタッフのコミュニケーションの良さ |
| | | 診療看護師の職位 および組織での位置付けと役割(7) | 診療看護師が入った体制づくり |
| | | | 何か必要な判断するとき、NPの肩書は重要 |
| | | | 副施設長でありNP |
| | | | 診療看護師 (NP) |
| | | | 受け入れ側はNPとして雇用 |
| | | | NPとしての立ち位置を明確にする |
| | | | NPがすべて自分でやると、業務はスムーズに進むが、ただの便利屋になってしまう |
| 統括といわれ、組織の中でどう動くか悩んでいる | | | |
| 職員(4) | 看護師さんは若い人もいますが、体力的にちょっとという人もいる | | |
| | 看護職員は経験年数も雇用形態もいろいろ | | |
| | 介護職の離職が多い | | |
| | リハ職は専門職として自立している。抜け目なくできている | | |
| 医療的ケアの役割拡大(1) | 夜間は介護福祉士が吸引を行っている | | |

表Ⅲ-3 インタビュー結果

| | カテゴリー | サブカテ | コード |
|--|---------|---------------|--------------------------------------|
| 診療看護 施設の 看護師 が考 え方 と課 題 老健 施 | 老健施設の現状 | 外部との連携(3) | 連携はケアマネジャーが行っている |
| | | | 看護師は在宅支援までかかわってはいない |
| | | | 訪問看護ステーション等があり法人内で完結している |
| | | 報酬(5) | 加算がとれるようにケアマネに働きかける |
| | | | 通所にも関わる。在宅を継続するという意味では重要なサービスである |
| | | | 病床をうまくまわさないといけないが、看護師はそのあたりを理解していない |
| | | | 在宅復帰率を上げると病床利用率が低下する |
| | | | 在宅復帰率は30%で加算型をとっている |
| | | 通所サービスへの係り(3) | 通所リハの看護師とは連携をとるが、主治医・ケアマネが違うので対応が難しい |
| | | | 通所でケアをしても、その後につながらない |
| | | | 通所で何かあれば連絡が来る |

第Ⅳ章 介護老人保健施設における診療看護師の活用に関する提案

本研究では、介護老人保健施設(以下老健施設)における診療看護師の活用に焦点をあて、第Ⅱ章では、老健施設の施設長及び看護管理者を対象に、老健施設の将来像と看護職に求める役割と能力等について質問紙調査を実施した。第Ⅲ章では、老健施設で活躍する診療看護師を対象に老健施設での活動実践、抱えている課題等について、インタビュー調査を行った。

医療・介護・福祉などを取り巻く環境が大きく変化する中で、第Ⅱ～第Ⅲ章の結果をもとに、老健施設における看護師、診療看護師に関する提案を行う。

4.1 今後の老健施設のあり方と看護師の役割

4.1.1 老健施設の機能

本来の中間施設としての在宅復帰を目指すとともに、一方では看取りも行っていく必要性が示唆された。地域包括ケアの拠点として、その地域の特性とニーズにあった機能が求められている。

4.1.2 医療的処置が必要な入所者の増加

入所者の要介護度が重度化し、また医療施設から早期に退院し病状が不安定のまま入所してくる入所者が増えてきており、老健施設においては医療的処置の必要な入所者が増加してきている。高齢化し重症化する入所者に対し、適切な医療的ケアを実施すること、および生活を基盤とした健康管理は、老健施設の看護師の役割とあることが明らかとなった。入所期間が長期化し入所者の高齢化も進んでいる現状では、老健施設に入所中に発熱等の病状の変化を起こす事例も多く、肺炎等は老健施設内で治療が可能である。今後、入所者に対する医療的処置が増える可能性が高く、老健施設で医療的処置を実施することができる看護職員の配置に対するニーズが高まってきている。このため、看護師の中でも、医療的な判断が自律的にできる診療看護師が必要とされている。

4.1.3 老健施設での看取りの件数の増加

平成28年の厚労省の調査では、老健施設からの死亡退所数が退所者の12%となり、初めて10%を越える数値となった。老健施設の多くがこれまでは積極的な看取りを行ってこなかったが、入所期間が長期化し入所者と家族が老健施設での終末

期を迎えることを希望することもあり、今後はさらに看取りが増える可能性がある。

第Ⅱ章で実施した調査では、施設長、看護管理者とも看取りケアは、終末期ケアと合わせて、看護師に対する役割期待が大きいケア項目であった。また、看取りに関しては、老健施設の介護福祉士の看取りに対する態度形成プロセスに関する調査（中里, 2015）や、老健施設の看取りに関する看護管理者の実践に関する調査（小野, 2015）や、老健施設における終末期ケアの質評価指標の開発に関する研究（横矢, 2014）があり、老健施設の終末期および看取りについては、専門職がチームとして関わるのが重要であり、その中心となるのは看護師であると報告している。制度的にも認められている診療看護師を活用し、チームとしての看取りを進めていく必要がある。

4.1.4 入所以外のサービスを提供する施設の増加

老健施設は、老人保健施設として創設された時から、入所サービスおよび通所サービスを提供する施設として機能してきた。また、地域包括ケアシステムが進められる中にあるのは、地域の拠点として在宅療養を支える施設としての役割も求められてきている。近年では老健施設からの訪問リハビリテーションが増加している。また、地域貢献活動も増えてきており、ボランティアの受け入れは9割の施設で行われており、住民参加の祭り等の開催が5割～6割、老健施設であり地域住民への健康教室が強化型・加算型老健施設では約3割において実施されていた。

看護職は、入所者の在宅復帰支援だけでなく、地域包括ケアシステムにおける個々の老健施設の役割を認識し、地域に目を向けていく必要があると考えられる。

4.1.5 医療的処置に対する保険給付と経営

施設内で医療的処置が実施された場合の介護報酬の加算が算定される項目としては、肺炎、尿路感染症、帯状疱疹の治療、ターミナルケアの実施等であり、検査・処置等のうち一般的なものについては介護報酬の基本施設サービス費に包括されており、診療報酬からは給付されない。たとえば、心電図、褥瘡の処置、抗生剤等は介護報酬「基本施設サービス」の範疇であるが、呼吸機能検査、胃ろうカテーテル交換、投薬・注射のうち、抗悪性腫瘍剤、医療用麻薬、血液凝固因子製剤などは診療報酬の適応となる。健施設で多い内服薬の処方や認知症等で精神科等を受診した際の受診料などは、基本サービス料に包括されて施設の持ち出しとなっている。

施設長および看護管理者の意見では、介護報酬により運営している老健施設にと

っては、内服薬や施設内での医療的処置に加算がつくことで、人員配置を増やすことや高齢者が安定して施設で生活できることを挙げられていた。肺炎等の治療が介護保険の加算がつくようになり、肺炎や尿路感染を理由にした病院への入院件数は減少したとの効果が表れている。全国老健協会の介護老人保健施設における医療提供実態等に関する調査研究事業報告書（平成 29 年 3 月報告）によると、入所受け入れを断ったケースの理由で最も多かったのは、医療依存度が高すぎるというものであった。今後、医療的依存度の高い入所者が増えた場合、今のままの報酬体系では、老健施設の財政状態が厳しくなる可能性が考えられる。

そのような中でも、老健施設で提供されるケアの質を高め、入所者に安全・安心な看護を提供できるよう、個々の看護師の力量を高めていく必要があると考えられる。

4.1.6 看護師（RN）業務の明確化（介護福祉士とのすみわけ）

老健施設は、医療的ケアが実施できる看護師と准看護師の看護職員と、介護予防等を中止に行う介護福祉士が協働して働く場である。介護福祉士およびその他の介護職員は、入所者の日常生活のケアを中心として、看護職員は入所者の健康管理と医療的ケアを中心とした役割が主としたものが、これまでの役割分担であった。しかし、痰の吸引と経管栄養に関しては、現在は研修を修了した介護福祉士が実施でき、今後平成 29 年度以降の介護福祉士の国家試験を受ける受験者には、痰の吸引と経管栄養の処置が認められることとなっている。このため、医師不在の多い夜間帯を中心として、24 時間のケアを職種間でどのように分担をしていくのか検討していく必要がある。このため、看護師のキャリア活用にあたっては、看護師と介護福祉士との医療的処置に対する業務のすみわけを明確化し協働していくことが重要であると考えられる。

4.1.7 看護職の業務分担・裁量範囲の階層化

老健施設で働く看護職は、看護師、准看護師であるが、現在、医療的処置の実施に関しては、看護師・准看護師ともに同等の役割を担っている施設が多い。しかし、看護師は、入所者の健康状態の変化に対応して、自ら判断を行い、対応を選択し決定した内容にもとづき個々の入所者に看護を提供していく能力が求められている。このため、看護師がより本来の業務に専念するためには、医療的処置の実施を含めて、看護師と准看護師、必要に応じては看護補助者を含めた役割業務分担を明確に

していくことが必要であると考え。看護職員として看護師、准看護師、看護補助者がある。看護補助者を含めて、看護職間の裁量範囲を明確にし、看護職の階層化を検討していくことが、医療費の削減の視点からも重要であると考え。特に看護補助者の業務を明確にすることは、医療安全の視点から喫緊の課題である。

4.2 老健施設長が描く将来の老健施設像

老健施設の施設長が考える今後の老健のあり方は、これまでの中間施設の役割を堅持しつつも、看取りや医療的ケアの増大への対応をしていくことが役割ととらえていることが分かった。また、地域の在宅療養者へのサービスの強化への取り組みもあげられていた。看護職に対する期待は、医療的処置や健康管理だけにとどまらず、感染管理や救急の対応など幅広い能力が求められていた。しかし、医療依存度が高い入所者を受け入れることは、現在の介護保険の報酬制度では財政的に厳しい状況である。現状の制度の下では、老健施設の多職種協働の力を最大限に発揮し医療依存度の高い入所者を受け入れができるよう努力すると同時に、必要な人員確保に向けた新たな方策や介護保険の見直しを強く求めている。

4.3 診療看護師の活用についての提案

4.3.1 老健施設における診療看護師の活動の実態

第Ⅲ章の調査から、老健施設における診療看護師の役割と実践は、①入所者を包括的にとらえた予防的健康管理、②看護職・介護職の判断を後押しする教育的関わり、③医療行為の実施、④診療看護師（NP）ならでの活動、⑤多職種との連携・協働、⑥入所者・家族の意向をくむ、⑦地域との連携を考えるなどであった。自らの看護師としてのキャリアに、診療看護師としての知識・技術が加わった実践活動が行われていることが明らかとなった。老健施設における診療看護師は、医師の役割の一部を担い、入所者に対してエビデンスに基づいた症状マネジメントを行い、生活を重視した健康管理と、入所者へのタイムリーな医療的ケアを実践していた。

診療看護師は、看護師の能力をベースに病態生理や臨床推論、薬理学の知識も加えた実践活動を行っており、老健施設では医師の役割の一部を担うことができると考えられる。特に医師が24時間いない老健施設では、診療看護師は、看護職・介護職の医療的・介護的な実践を支援し、その他の多職種と連携し、入所者の予防的健康管理およびスタッフでの教育的関わりを実践しており、入所者の安全・安心の視点からも重要な人材と考えられた。

4.3.2 診療看護師の養成

診療看護師の養成機関は、現在（2017年）、7校の大学院修士課程のみであり、プライマリーコースとして、在宅や老健施設等で働く診療看護師を養成している課程は、そのうちの3校にとどまる。このため、全ての施設が診療看護師を雇用することは養成課程の数等から難しいと考えられる。

養成課程を増やしていくためには、看護師のキャリアを積んだ診療看護師の活動をもっとPRしていくことが重要であると考えます。老健施設で自律して活動する診療看護師の活動とその魅力を伝え、診療看護師を目指したいと考える看護師を増やしていく必要があると考えます。

老人保健協会が出版する老健の雑誌に、日本老健施設における看護人材確保に向けて、「プライマリー看護の面白さ・やりがいは老健施設にこそ、ある」と題した診療看護師のインタビュー記事が掲載された（広瀬 2017）。さらに、診療看護師の活動の成果を、看護界だけでなく、広く医療保健福祉の現場で協働する人々や、施設の利用者からの声を、もっと広くPRしていく必要があると考えます。

米国におけるNPの創設にかかわったフォード氏は、NPの創設における課題と解決策（Ford 2017）において、広報の重要性を指摘している。また、NPを含む高度実践看護師として拡大された役割は、看護の重要な一部であり、看護師が持つ多くの情報や知識が実践に移され、看護として組み入れられた結果であると述べている。

診療看護師のインタビューを通して、地域で活動する老健施設の診療看護師と、訪問看護ステーションで働く診療看護師の実践は、共通した部分が多い。今後、病院を中心とした看護職の活動の場が、地域を中心とした施設・在宅看護にシフトしていくことが考えられる。しかし、病院で積んだ経験と、老健施設の看護師に求められる役割との違いにとまどうことも多く、自問自答しつつ自分の役割を見いだしていくとの報告がある（山田 2015）。看護基礎教育においても、老健施設などの介護保健施設や訪問看護ステーションで働く看護師に必要な能力を抽出し、早くから教育に取り入れていく必要があるのではないかと考える。

4.3.3 診療看護師の活用

複数の老健施設が診療看護師のスキルを共有する仕組みを考えていく必要がある。たとえば、診療看護師が自らコンサルタント組織を起業し、複数の老健施設を担当する方法や、1つの拠点となる老健施設に診療看護師を配置し、近隣の老健施

設を担当する方法などが考えられる。この場合、診療看護師の活動を通して、看護師・介護士等のスキルアップしていくことが主たる役割となる。

4.3.4 チーム介護・医療における診療看護師の活用

老健施設は創設当初から多職種が協働する施設として、医療の専門職と介護・福祉の専門職が共働する場である。全国老人保健施設協会（老健協会）が介護老人保健施設の理念と役割として以下の5点を提示している。

- ① 包括的ケアサービス施設：利用者の意思を尊重し、望ましい在宅または施設生活が過ごせるよう チームで支援
- ② リハビリテーション施設：体力や基本動作能力の獲得、活動や参加の促進、家庭環境の調整など 生活機能向上を目的に、集中的な維持期リハビリテーションを実施
- ③ 在宅復帰施設：多職種からなるチームケアを行い、早期の在宅復帰
- ④ 在宅生活支援施設：在宅療養の継続と介護予防、入所や通所・訪問リハ等を提供
- ⑤ 地域に根ざした施設：地域住民との交流、情報提供、相談業務

上記の理念にそった老健施設の機能を果たすためには、入所者へのサービスのみではなく、通所や在宅サービスを利用する人々を含めて、チームで取り組む必要性がある。そのチームケアにおいては、医療的側面と生活支援の側面の両方についての役割を担うことができる診療看護師がチームのコーディネーター役として関わるのが重要であると考えられる。

今回インタビューをした診療看護師3名のうち1名は、病院と老健施設を兼務しながら、診療看護師としての役割を果たしていた。日本の老健施設の設置主体は、医療法人が約75%、福祉法人が約15%を占めており、法人内の機能を活用した一体的な高齢者サービスも行われている。地域包括ケアシステムが進められる中で、老健施設が地域のハブとなり、さまざまなサービスを提供していくことが可能であると考えられる。地域で活動する診療看護師の中には、訪問看護ステーションに勤務する者もいる。地域で活躍する診療看護師が共同して高齢者のあらたなサービスを提案していくことが期待される。

引用文献

第 I 章

AANP (American association of Nurse Practitioner)

<https://www.aanp.org/legislation-regulation/state-legislation/state-practice-environment>

International Council of Nurses (ICN) (2009). Nurse practitioner/advanced practice nurse: Definition and characteristics. ICN, Geneva, Switzerland.

Jae Sim Jeong (2016). The current situation of nurse practitioner education focusing on clinical practicums in Korea.

厚生労働省 第 144 回社会保障審議会介護給付費分科会 (2017) 資料 3 介護療養型医療施設及び介護医療院.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000174015.html>

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成 25 年、平成 18 年)

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2c.html>

厚生労働省(2016)「平成 28 年介護サービス施設・事業所調査の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyoyu.pdf>

厚生労働省 特定行為に係る看護師の研修制度について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>

小山秀夫 (1993). 老人保健施設制度の展開と評価. 季刊・社会保障研究, 28 (4), 370-382

草間朋子 (2008). アメリカにおけるナースプラクティショナー制度と日本への導入の可能性. 病院, 67(4), 312-316.

草間朋子 (2008). ナースプラクティショナー要請の必要性. -高度な実践化の養成とその業務・資格の制度化を目指して- 看護展望, 33(4). 21-24

草間朋子 (2017). 日本における NP を巡る 10 年. 日本 NP 学会誌 1 (1). 1-4.

日本看護協会出版会編集「平成 28 年看護関係統計資料集」日本看護協会出版. 2016.

日本 NP 教育大学院協議会 HP, 診療看護師 (NP)

<http://www.jonpf.jp/kyogikai.html>

藤内美保、桜井礼子、高野政子他 (2008). 大学院修士課程におけるナースプラクティショナー養成教育-大分県立看護科学大学の取り組み-. 看護展望, 33(4) 25-31.

藤内美保、山西文子 (2015). 大学院博士課程における診療看護師 (NP) 養成教育と法制度. 看護研究 48(5), 410-419.

第 II 章

e-Gov 法令検索 HP 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成十一年厚生省令第四十号)

http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=411M50000100040

林隆司, 泉谷利彦, 縄井清志, 星虎男, 澤田和彦, 杉野一行他(2010). 介護老人保健施設における専門職の役割—リハビリテーション職・看護師・介護福祉士・ソーシャルワーカーの連携の視点から—. 国際保健学研究. 1, 41-54.

廣瀬福美 (2015). 地域での看取りを支え多職種力を発揮させる要に, コミュニティケア. 2015-1. 28-32.

廣瀬福美 (2015) 介護老人保健施設における診療看護師 (NP) の活動成果. 看護研究. 48(5), 456-458.

市丸徳美 (2016). リスク予測・判断と介護職への支援でケアの質の向上. コミュニティケア, 2016-5. 54-57

金子直美、小長谷百恵 (2017). 介護老人保健施設で働く看護職の離職以降に影響を及ぼす因子—ワーク・エンゲージメントに注目した介入を目指して—, 昭和学会誌, 77(2), 170-180.

加藤節子 (2015). “口から食べる喜び” がひろがっていくように CN として支援していく. コミュニティケア. 2015-6, 110-113.

川原礼子、齋藤美華、坂川奈央、東海林志保 (2015). 高齢者の「予想される死」における看護職による呼吸停止確認の現状と認識. 東北大医保健学科紀要, 24(2) 65-75.

厚生労働省 (2016). 「平成 28 年度 介護サービス施設・事業所調査」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/index.html>

厚生労働省 (2013). 「平成 25 年度 介護サービス施設・事業所調査」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2c.html>

厚生労働省 (2010) チーム医療の推進について (チーム医療の推進に関する検討会 報告書) 平成 22 年 3 月 19 日,
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>

厚生労働省 HP 喀痰吸引等制度について 2017. 8. 15
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuho-go/tannokyyuin/01_seido_01.html

厚生労働省 HP (2017) 特別養護老人ホームの入所申込者の状況 平成 29 年 3 月 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000157884.html>

公益社団法人日本看護協会 (2017). 介護施設等における看護職員に求められる役割とその体制にあり方に関する調査研究事業報告書 平成 29 年 3 月 62

公益社団法人日本看護協会 (2016a). 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査 報告書. 公益社団法人 日本看護協会 医療政策部. 2016 年 3 月 31 日発行 16

公益社団法人日本看護協会 (2016b). 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査 報告書. 公益社団法人 日本看護協会 医療政策部. 2016年3月31日発行 78-79

公益社団法人日本看護協会 (2016c). 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査 報告書. 公益社団法人 日本看護協会 医療政策部. 2016年3月31日発行 22

小林貴子, 仁科聖子, 松尾淳子, 市川佳映 (2015). 介護保険施設における高齢者ケアの看護・介護の協働・連携に関わる看護職の実践, 大阪医科大学看護研究雑誌 5. 65-75.

松田直正, 善福正夫, 瀬戸奈津子, 品田雄市 (2013). 介護老人保健施設における看護職と介護職の協働の類型と職務満足度に関する研究. 第43回日本看護学会論文集 看護総合 2013

丸山泰子, 櫛直美, 横尾美智代 (2015). 介護老人保健施設の看護職の役割・認識とやりがい感との関連. 日本看護研究学会雑誌, 38(5), 23-32

みずほ情報総研株式会社 (2017) 特別養護老人ホームの開設状況に関する調査 研究報告書 平成29年3月 5

大久保抄織 (2015), 老健の看護師として“老い”と向き合い多職種をつなぐ役割を担う. コミュニティケア. 2015-2, 36-40

十時友紀, 小野美喜, 福田広美, (2015). 介護老人保健施設の事業対象看護師の導入により期待されるチームへの効果: 導入施設と非導入施設の困った体験の比較より. コミュニティケア, 17(4), 67-71.

田中千恵 (2015). 介護老人保健施設における皮膚・排泄ケアの展開. コミュニティケア, 5015-6 64-67.

山本道代, 林裕子 (2016). 介護老人保健施設における見取りの教育に関する文献検討 北海道大学研究紀要, 41, 1-9.

第三章

AANP (American association of Nurse Practitioner)

<https://www.aanp.org/legislation-regulation/state-legislation/state-practice-environment>

Christian R. Baker K. (2009). Effectiveness of Nurse Practitioners in nursing homes: a systematic review JBI Libr Syst Rev. 2009;7(30):1333-1352

Christopher W. Blackwell, Donna Felber Neff (2015). Certification and education as determinants of nurse practitioner scope of practice: An investigation of the rules and regulations defining NP scope of practice in the United States. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 27, 552-557

H. Fukuda, S. Miyauchi, M. Tonai, M. Ono, J.K. Magilvy, S. Murashima "The first nurse practitioner graduate program in Japan" INR 61 (4) , 487-490, 2014

学校法人立命館 (2013). 介護関連施設における利用者の重度化に対応した看護職の人材確保に関する調査研究事業報告書.

広瀬福美 (2013). 介護老人保健施設における特定看護師の介入と効果 -血糖コントロール不良の虚弱高齢者事例を通して-. 看護科学研究, 11, 12-16.

Jamesetta A. Newland (2016). NP activities in the United States: Practice and research. 看護科学研究, 14, 32-42.

川田京子, 山脇京子 (2014). 介護老人保健施設に勤務する看護師の医療処置に対するコンフリクト. 高知大学看護学会誌, 8(1), 3-14.

岸上弥栄美、梅津美香、奥村美奈子 (2017) . 高齢者ケア施設における倫理に適った看護実践の構築と利用者・家族の反応. 看護研究, 50(6), 585-591.

草間朋子 (2017). 日本における NP を巡る 10 年. 日本 NP 学会誌 1 (1). 1-4.

公益社団法人 日本看護協会 医療政策部 (2016). 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査 報告書. 公益社団法人 日本看護協会 医療政策部. 2016 年 3 月 31 日発行

厚生労働省 HP 特定行為に係る看護師の研修制度 2017.10.5
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>

厚生労働省 HP 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護等の働き方ビジョン
検討会報告書平成 29 年 4 月 6 日
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161081.pdf>

公益社団法人 日本看護協会 (2017). 介護施設等における看護職員に求められる役割とその体制のあり方に関する調査研究事業報告書

公益社団法人 日本看護協会 (2015) 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査報告書 平成 27 年

松崎 加代子 (2014). 米国における高度実践護公認看護師に関する全米統一規定モデルおよび我が国における特定看護師制度の文献検討, 神奈川歯科大学短期大学部紀要, 1. 81-93.

National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF) (2006) .
Domains & Core Competencies of Nurse Practitioner Practice

National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF) (2016)
Domains & Core Competencies of Nurse Practitioner Practice 2016

大釜信政、中筋直哉 (2013). 本邦における高度実践看護師の裁量権拡大に関する文献検討. ヒューマンケア研究学会誌, 4(2), 37-45.

Rosenfeld P1, Kobayashi M, Barber P, Mezey M. (2004). Utilization of nurse practitioners in long-term care: findings and implications of a national survey. J Am Med Dir Assoc. Jan-Feb;5(1):9-15.

藤内美保 (2016) . 大分県立看護科学大学第 16 回看護国際フォーラム 日本における NP 教育開発のプロセスと現在. 看護科学研究 Vol14, 11-13.

SeonAc Yeo, (2017). 米国における DNP の現状と展望. 看護研究, 50(1), 12-17.

Sue Horrocks, Elizabeth Anderson, Chris Salisbury. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 324

藪中幸一 真田 弘美 (2016). エコーによる褥瘡のアセスメント方法. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌 J. Jpn. WOCM. 20(4), 390-397.

山田由紀 (2015). 介護老人保健施設における看護師の経験知から導き出された看護実践能力の特性. 立命館人間科学研究 31 (2) , 19-34.

山田由紀 (2016). 介護老人保健施設に勤務する看護師が捉えた高齢者の疾病とその看護活動に関連する解釈学的分析. 高齢者ケアリンク学研究会誌. 6 (2) . 23-33

山田由紀 (2016). 介護老人保健施設に勤務する看護師のアセスメント技術に関する研究. 看護研究, 49 (5) , 416-424.

山本悦子 (2016). 在宅復帰を支える老健看護師の役割 (報告 2) 在宅での医療・介護を見すえて多職種 of 専門性を集結させる, コミュニティケア, 18 (5) , 58-61.

第IV章

広瀬 福美 (2017). プライマリー看護の面白さ・やりがいは老健施設にこそ、ある. 老健, 28(5), 22-25.

公団法人 本看護協会 医療政策部. 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査 報告書. 公益社団法人 日本看護協会 医療政策部. 2016 年 3 月 31 日発行

厚生労働省 特定行為に係る看護師の研修制度 手順書

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>

厚生労働省 介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 28 年度調査）「介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業」

公益社団法人全国老人保健施設協会 HP 介護老人保健施設の理念と役割

http://www.roken.or.jp/wp/about_roken/rinen

公益社団法人 全国老人保健施設協会 介護老人保健施設における医療提供実態等に関する調査研究事業報告書（平成 29 年 3 月報告）

Loretta C. Ford (2017). Dr.Loretta C. Ford からのメッセージ 新しい専門職としてのナースプラクティショナーの創設～課題と解決策～. 日本 NP 学会誌 1(2), 1～6.

中里容子、杉澤秀博, 介護老人保健施設における介護福祉士の看取りに対する態度形成のプロセス. 応用老年学, 9(1), p90-99. 2015

小野光美, 介護老人保健施設の看取りにおける看護管理者の実践内容. 日本看護倫理学会誌, 7(1), p68-49

横矢ゆかり、百瀬由美子 (2014). 看護職の自己評価に焦点を当てた介護老人保健施設における終末期ケアの質評価指標の開発, 日本看護研究学会誌, 37(1). 31-43.

山田 千春 (2015) .介護老人保健施設における看護職の役割定義の活動の特徴—看護職と介護職との相互行為に焦点づけて— . 老年社会科学, 37(3), 316-324.

謝辞

本研究の質問紙調査にご協力いただきました介護老人保健施設の施設長、看護管理者の方々、また貴重な時間を提供いただきました診療看護師の皆様に、心より御礼申し上げます。

研究の遂行並びに論文執筆にあたり、丁寧にご指導くださいました東京医療保健大学の草間朋子先生に、心より感謝申し上げます。

最後に、博士後期課程の皆様、教務事務の皆様、また研究室の先生方に多大なるご協力をいただきましたことにも感謝申し上げます。

3. 貴施設で、現在強化している事業、あるいは、今後、強化していきたいと考えておられる事業や取り組みは何ですか（複数回答）。

| | 現在強化している 事業や取り組み | 今後強化したい 事業や取り組み |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)在宅復帰支援 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)入所者に対する医療の提供 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)入所者の看取りケア | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)短期入所 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6)初期の認知症患者のケア | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7)退所者に対する訪問診療 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8)退所者に対する訪問看護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9)一体的な支援が提供できるネットワークの構築 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10)地域住民の相談等のサービス提供 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) その他 (具体的に：) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. 貴施設が、すでに連携をとっている機関や施設あるいは、今後、連携を強化したい機関や施設はどこでしょうか（複数回答）。

| | 現在連携を とっている | 今後連携を とってきたい |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (1)地域の病院 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)在宅診療所 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)訪問看護ステーション | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6)居宅介護支援事業所 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7)地域の自治体 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8)市町村 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に：) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. 今後の老健施設の運営（人材確保等）を考えた場合、次に示す業務は、今後、誰が行うことができるようになれば好ましいとお考えでしょうか(複数回答可)。

| 主な業務内容 | 医師 | 高度な実践力をもった看護師 | 看護師 | 准看護師 | 看護補助者 | 介護福祉士 | その他介護職員 | リハビリ専門職 | 社会福祉士 | 介護支援専門員 | その他専門職（ ） |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)入所者の日々の健康管理 | <input type="checkbox"/> |
| (2)入所者のケア計画と評価 | <input type="checkbox"/> |
| (3)入所者の日常生活ケア | <input type="checkbox"/> |
| (4)入所者の血液検査等の指示 | <input type="checkbox"/> |
| (5)入所者の服薬の指示 | <input type="checkbox"/> |
| (6)入所者の服薬管理 | <input type="checkbox"/> |
| (7)入所者の生活リハビリテーション | <input type="checkbox"/> |
| (8)入所者の経管栄養 | <input type="checkbox"/> |
| (9)入所者の吸引（経口・経鼻） | <input type="checkbox"/> |
| (10)入所者の褥瘡処置 | <input type="checkbox"/> |
| (11)入所者の看取りケア | <input type="checkbox"/> |
| (12)入所者の認知症ケア | <input type="checkbox"/> |
| (13)入所者・家族への説明・相談 | <input type="checkbox"/> |
| (14)入所者・家族の在宅療養支援 | <input type="checkbox"/> |
| (15)感染管理 | <input type="checkbox"/> |
| (16)通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> |
| (17)他施設への入退所に関する 情報提供 | <input type="checkbox"/> |

*高度な実践力をもった実践看護師：認定看護師、専門看護師、特定行為研修を修了した看護師等をさす。

6. 老健施設で働く看護師に求められる能力に対する期待はどのくらいとお考えですか
 ≪4：非常に期待する 3：期待する 2：あまり期待しない 1：期待しない≫

| 看護師に求められる能力 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)加齢による生理的な変化を考慮した包括的なフィジカルアセスメントが実施できる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)入所者の健康状態を包括的にとらえ、予防的な視点を含む健康管理ができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)入所者が急変した際、医師の報告や応急処置などタイムリーな判断と対応ができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)治療方針に基づき、入所者に必要な医療的処置を安全に実施・管理できる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)日常生活の自立に向けて入所者のセルフケア能力を高める働きかけが行える | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6)介護職と連携して、個別性のある安全に配慮したケア計画を立案し実践できる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7)認知症のある入所者の行動、生活状況を的確にアセスメントし、支援ができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8)終末期にある入所者・家族の意向を把握し、入所者の状態を適切にアセスメントし支援ができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9)多職種と協働して、看取りを行うことができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10)入所者・家族への在宅療養に関する支援ができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11)ケアチームの形成のためのリーダーシップとコミュニケーションがとれる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12)入退所に関連して、他機関・他施設と情報を共有し、連携・調整が行える | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13)入所者・家族に対しての説明責任を果たすことができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14)入所者に関する健康問題の対応やケア方法について介護職からの相談に対応する | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (15)介護職等が医療的な処置を行う際に、必要な指導や支援を行える | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. 入所者のケアの質の確保のための人材確保、および効果的な人員配置についてどのような点が重要とお考えでしょうか（複数回答可）。

- (1) 看護師の人数の増加
- (2) 准看護師の人数の増加
- (3) 看護補助者の人数の増加
- (3) 看護職員のうち、看護師の比率を高めること
- (4) 介護職員の人数の増加
- (5) 介護職員のうち、介護福祉士の比率を高めること
- (6) リハビリテーション専門職の増員
- (7) 看護管理者等専任の施設の管理業務を行う人員の重要
- (8) 夜間のスタッフとして、看護職員を配置すること
- (9) 夜間の介護職の人員を増やすこと

(10) その他、可能ならば配置をしたい、または増やしたいと思う職種とその理由

職種：
理由：

(11) その他の人員配置の工夫

8. その他、これからの介護老人保健施設のあり方を考える上で、ご意見や課題などをご記入ください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

《質問紙票》

(看護管理者用)

全 7 頁にわたり、質問事項がございます。お手数をおかけいたしますが、ご記入のほど、よろしくお願いいたします。

該当する項目の口に✓を、() には、該当する
数値または文字をご記入ください。

1. 看護管理者について

1) 雇用形態

- (1)
-
- 常勤 (2)
-
- 非常勤

2) 管理業務について

- (1)
-
- 管理者としての業務に専従 (2)
-
- 看護職としての業務と管理者業務
-
- (3)
-
- その他()

3) 経験年数

- (1) 看護師の経験年数 () 年
-
- (2) 貴老健施設における勤務年数 () 年
-
- (3) 貴老健施設の管理者としての年数 () 年

2. 施設概要について (29年1月現在)

1) 開設主体

- (1)
-
- 医療法人 (2)
-
- 社会福祉法人 (3)
-
- 公営
-
- (4) その他 ()

2) 施設の所在地

- (1)
-
- 秋田県 (2)
-
- 東京都 (3)
-
- 神奈川県 (4)
-
- 埼玉県 (5)
-
- 千葉県
-
- (6)
-
- 石川県 (7)
-
- 大阪府 (8)
-
- 和歌山県 (9)
-
- 島根県 (10)
-
- 大分県

3) 介護老人保健施設の種類 (基本類型)

- (1)
-
- 介護保険施設Ⅰ型 (通常型) (4)
-
- ユニット型介護老人保健施設Ⅰ型
-
- (2)
-
- 介護保険施設Ⅱ型 (療養型) (5)
-
- ユニット型介護老人保健施設Ⅱ型
-
- (3)
-
- 介護保険施設Ⅲ型 (小規模介護療養型) (6)
-
- ユニット型介護老人保健施設Ⅲ型

4) 在宅復帰について

-
- 在宅強化型
-
- 在宅復帰支援機能加算を算定
-
- いずれでもない

5) 入所定員数・利用率

- (1) 入所定員数 () 人
-
- (2) 施設平均利用率 () % 《平成 28 年度平均》
-
- (3) 在宅復帰率 () % 《平成 28 年度平均》

6) 施設内の病床区分 (複数回答)

- (1)
-
- 一般病床 (2)
-
- 認知症専門病床 () 床

7) 入所以外に提供しているサービス (複数回答)

- (1)
-
- 通所サービス (2)
-
- ショートステイ
-
- (3)
-
- その他 ()

8) 貴施設に併設している医療・介護施設等(複数回答)

- (1) 病院 (2) 診療所 (3) 特別養護老人ホーム
 (4) 訪問看護ステーション (5) 訪問介護支援事業所
 (6) 認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)
 (7) 地域包括支援センター
 (8) その他 ()

9) 貴施設の平成 28 年度介護報酬における介護加算の取得状況について(複数回答)

| | |
|--|---|
| (1) <input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算 | (2) <input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション実施加算 |
| (3) <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算 | (4) <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 |
| (5) <input type="checkbox"/> 若年性認知症入所者受入加算 | (6) <input type="checkbox"/> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 |
| (7) <input type="checkbox"/> ターミナルケア加算 | (8) <input type="checkbox"/> 療養体制維持特別加算 |
| (9) <input type="checkbox"/> 初期加算 | (10) <input type="checkbox"/> 入所前後訪問指導加算 |
| (11) <input type="checkbox"/> 退所前訪問指導加算 | (12) <input type="checkbox"/> 退所後訪問指導加算 |
| (13) <input type="checkbox"/> 退所時指導加算 | (14) <input type="checkbox"/> 退所時情報提供加算 |
| (15) <input type="checkbox"/> 退所前連携加算 | (16) <input type="checkbox"/> 老人訪問看護指示加算 |
| (17) <input type="checkbox"/> 栄養マネジメント加算 | (18) <input type="checkbox"/> 経口移行加算 |
| (19) <input type="checkbox"/> 経口維持加算 | (20) <input type="checkbox"/> 口腔機能維持管理体制加算 |
| (21) <input type="checkbox"/> 口腔機能維持管理加算 | (22) <input type="checkbox"/> 療養食加算 |
| (23) <input type="checkbox"/> 在宅復帰支援機能加算 | (24) <input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算 |
| (25) <input type="checkbox"/> 認知症情報提供加算 | (26) <input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算 |
| (27) <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 | (28) <input type="checkbox"/> 地域連携診療計画情報提供加算 |
| (29) <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算 | |

3. 職員の配置について

| 職種別の職員数（常勤/非常勤） | | | H29年4月現在 | | |
|-----------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|----|
| 職 種 | 常勤換算 | 常勤 | 人数 | 非常勤 | 人数 |
| 医師 | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 看護師 | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 准看護師 | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 介護福祉士 | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| その他の介護職員 | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 理学療法士 | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 作業療法士 | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 言語聴覚士 | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 介護支援専門員 | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 社会福祉士 | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 栄養士 | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 薬剤師 | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| その他 () | . 人 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

4. 入所者のおよび施設における医療・看護の提供状況について

1) 入所者の平均入所期間（平成 28 年度）

平均入所日数 () 日

2) 介護度別の入所者の割合（質問紙に記入していただいた直近の値：平成 28 年度）

要介護 1 約 () %

要介護 2 約 () %

要介護 3 約 () %

要介護 4 約 () %

要介護 5 約 () %

3) 特別な対応（緊急入院・看取り）等

(1) 看取りの件数 () 件/年（H28 年度）

(2) 救急搬送数 () 件/年（H28 年度）

4) 入所者に対して行っている医療的ケアと、主に実施している職種についてお答えください。(複数回答可)

| 実施している医療的処置・ケア等 | 主な実施者 | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| | 医師 | 看護師 | 准看護師 | 介護福祉士 | その他の職種 (具体的に) |
| (1) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養の管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (2) <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろうの管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (3) <input type="checkbox"/> 点滴の指示 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (4) <input type="checkbox"/> 点滴の管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (5) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養の管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (6) <input type="checkbox"/> 経口吸引・経鼻吸引 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (7) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ吸引 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (8) <input type="checkbox"/> 酸素療法の管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (9) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (10) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテルの管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (11) <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (12) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (13) <input type="checkbox"/> 血糖値測定 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (14) <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 (麻薬を用いない) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (15) <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 (麻薬使用) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (16) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (17) <input type="checkbox"/> 透析の管理 (在宅自己腹灌流を含む) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (18) <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

5. 今後の老健施設の運営（人材確保等）を考えた場合、次に示す業務は、今後、誰が行うことができるようになれば好ましいとお考えでしょうか(複数回答可)。

| 主な業務内容 | 医師 | 高度な実践力をもった看護師 | 看護師 | 准看護師 | 看護補助者 | 介護福祉士 | その他介護職員 | リハ職 | 社会福祉士 | 介護支援専門員 | その他の専門職 |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 入所者の日々の健康管理 | <input type="checkbox"/> |
| 入所者のケア計画と評価 | <input type="checkbox"/> |
| 入所者の日常生活ケア | <input type="checkbox"/> |
| 入所者の血液検査等の指示 | <input type="checkbox"/> |
| 入所者の服薬の指示 | <input type="checkbox"/> |
| 入所者の服薬管理 | <input type="checkbox"/> |
| 入所者の生活リハビリテーション | <input type="checkbox"/> |
| 入所者の経管栄養 | <input type="checkbox"/> |
| 入所者の吸引（経口・経鼻） | <input type="checkbox"/> |
| 入所者の褥瘡処置 | <input type="checkbox"/> |
| 入所者の看取りケア | <input type="checkbox"/> |
| 入所者の認知症ケア | <input type="checkbox"/> |
| 入所者・家族への説明・相談 | <input type="checkbox"/> |
| 入所者・家族の在宅療養支援 | <input type="checkbox"/> |
| 感染管理 | <input type="checkbox"/> |
| 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> |
| 他施設への入退所に関する 情報提供 | <input type="checkbox"/> |

* 高度な実践力をもった実践看護師：認定看護師、専門看護師、特定行為研修を修了した看護師等をさす

6. 老健施設で働く看護師に求められる能力に対する期待はどのくらいとお考えですか
 ≪4：非常に期待する 3：期待する 2：あまり期待しない 1：期待しない≫

| 看護師に求められる能力 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) 加齢による生理的な変化を考慮した包括的なフィジカルアセスメントが実施できる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) 入所者の健康状態を包括的にとらえ、予防的な視点を含む健康管理ができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) 入所者が急変した際、医師の報告や応急処置などタイムリーな判断と対応ができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) 治療方針に基づき、入所者に必要な医療的処置を安全に実施・管理できる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) 日常生活の自立に向けて入所者のセルフケア能力を高める働きかけが行える | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) 介護職と連携して、個別性のある安全に配慮したケア計画を立案し実践できる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) 認知症のある入所者の行動、生活状況を的確にアセスメントし、支援ができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) 終末期にある入所者・家族の意向を把握し、入所者の状態を適切にアセスメントし支援ができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) 多職種と協働して、看取りを行うことができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) 入所者・家族への在宅療養に関する支援ができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) ケアチームの形成のためのリーダーシップとコミュニケーションがとれる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) 入退所に関連して、他機関・他施設と情報を共有し、連携・調整が行える | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) 入所者・家族に対しての説明責任を果たすことができる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) 入所者に関する健康問題の対応やケア方法について介護職からの相談に対応する | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) 介護職等が医療的な処置を行う際に、必要な指導や支援を行える | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. 入所者のケアの質確保のための人材確保、および効果的な人員配置についてどのような点が重要とお考えでしょうか（複数回答可）。

- (1) 看護師の人数の増加
- (2) 准看護師の人数の増加
- (3) 看護補助者の人数の増加
- (3) 看護職員のうち、看護師の比率を高めること
- (4) 介護職員の人数の増加
- (5) 介護職員のうち、介護福祉士の比率を高めること
- (6) リハビリテーション専門職の増員
- (7) 看護管理者等専任の施設の管理業務を行う人員の重要
- (8) 夜間のスタッフとして、看護職員を配置すること
- (9) 夜間の介護職の人員を増やすこと
- (10) その他、可能ならば配置をしたい、または増やしたいと思う職種とその理由

(11) その他の人員配置の工夫

8. 専門性の高い看護師の配置について

貴施設に「認定看護師」、「専門看護師」、または「特定看護行為ができる看護師」を雇用されていますか。

- (1) 雇用している →具体的な資格等（ ）
- (2) 雇用していない
- (3) 現在は雇用していないが機会があれば雇用したい
（具体的な資格： ）
- (4) わからない

9. その他、これからの介護老人保健施設のあり方を考える上で、ご意見や課題などをご記入ください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

<インタビューガイド>

1. 研究テーマ

介護老人保健施設で働く看護師のキャリア形成とその活用
専門性の高い看護職へのインタビュー調査

2. インタビューの目的

介護老人保健施設（以下老健施設）で働く診療看護師を対象にインタビューを行い、老健施設の利用者への質の高い看護ケアの実践や効果的なサービス提供体制の取り組みの実践から、専門性の高い看護師の看護実践とその効果を明らかにする。さらに、老健施設におけるケアの質を高めるために診療看護師に求められる看護実践能力やマネジメント能力を明らかにし、老健施設の診療看護師の活用について検討することを目的とする。

3. インタビューを始める前の手続き

1) あいさつ

- ・今回のインタビューの目的について、あらためて説明をする旨を伝える。
- ・インタビューの時間は40分～60分を予定していることを伝える。

2) 研究の概要についての説明

- ・研究の趣旨について説明（これまで文書で依頼した内容について確認をする）
- ・インタビューの主な内容
 - ①対象者のこれまでの経験について
 - ②老健施設で働くことになったきっかけや動機
 - ③老健施設での役割と業務
 - ④自らの経験をいかした実践活動について
 - ⑤キャリア形成について
 - ⑥老健施設の看護職の課題
 - ⑦効果的な人員配置についての意見

3) インフォームドコンセントの再確認<いつでも中断できることなどを伝える>

- ・インタビューに先立ち、研究への参加の同意について、同意書の項目に従って、倫理的配慮について再確認を行う。インタビュー中の録音についても同意を得る。
- ・すでに同意しているからと言って、研究への参加は、いつでも、何の不利益なしに撤回することができることを説明する。

4. インタビュー内容

1) 対象者のキャリアについて

- ・あなたのこれまでの看護実践、または看護管理の経験を教えてください。
⇒年齢、経験年数、勤務場所（固有の施設名は不要）、主な業務内容等
- ・あなたがお持ちの資格について教えてください。また、資格をとりたと思った動機についても教えてください。

2) 老健施設で働くことになったきっかけや動機

- ・老健施設で働くことになったきっかけや動機を教えてください。

3) 老健施設での役割と業務

- ・老健ではどのような立場で、どのような役割や業務をおこなっていますか。
- ・あなたの一日の活動、週間予定を具体的に教えてください。

4) 老健施設で働く有資格者として、またら自らのキャリアをいかした活動について

『これまでの実践活動について、効果的であった取り組みについて、具体的な活動内容とその効果についてお聞きします。』

- ・課題としてどのようなことを考えましたか。それはなぜですか。
- ・看護職として、またはあなたご自身にどのような役割が求められていると考えましたか。
- ・具体的にどのような取り組み、または改善を行いましたか。

<できるだけ具体的に話を聞く>

*対象者（入所者・通所者）への取り組みと対象者からの反応

*看護職へのアプローチ

*多職種へのアプローチ（連携・協働）

どのような職種と連携・協働したのか。

連携・協働する上での工夫した点、困難だった点

*管理者へのアプローチ 等

- ・取り組むに対する効果的にとらえたこと（評価指標）について教えてください。
- ・役割を遂行するにあたって大変だったと思うことを教えてください。
- ・取り組みや役割を遂行するにあたって、どのような知識や技術、マネジメント等の能力が必要だと考えますか。

5) キャリア形成について「知識・技術」の維持とキャリアアップの機会

- ・ご自身の知識や技術を向上させるための、どのようなことに取り組んでいますか。

6) 老健施設の看護職の課題

- ・老健施設で働く看護職に関して、課題と考えていることがありましたら教えてください。

7) 老健施設の効果的な人員の配置についての意見

- ・老健施設で働く看護職の人員配置について、看護職の実践能力や多職種と協働といった視点から、具体的な提案や課題がありましたらご意見をおきかせください。

5. インタビュー後に伝えること

- ・インタビューへのお礼
- ・インタビューの後から、取り消したいことや確認したいことなどがあつた場合は、承諾書の「写し」にある連絡をいただきたい旨を伝える。
- ・この調査結果をとりまとめて学会や論文などに発表した後は、インタビューの内容を取り消すことはできないことを再度説明し、了解をいただく。