

地域包括ケアシステム導入にあたっての現状と課題（第3報）

一病院・訪問看護ステーション・高齢者施設の

看護管理者に焦点を当てて一

交野好子¹⁾ 池原弘展¹⁾ 諸江由紀子²⁾ 大枝かよ子³⁾ 北村隆子¹⁾

中村ひとみ⁴⁾

1) 敦賀市立看護大学, 2) 元 JCHO 若狭高浜病院 JCHO 高岡ふしき病院, 3) 元杉田玄白記念小浜病院
4) 杉田玄白記念小浜病院

要旨

わが国では超高齢社会の進展に対応するため、地域包括ケアシステムが構築され活動が行われるようになってきた。本研究では、病院・高齢者施設・訪問看護ステーションにおいて、高齢対象者が目的に応じて介護保険を背景に各施設を転移する中での施設間および他職種との連携について、看護管理者の立場から捉えた現状と課題について明らかにするものである。

病院・高齢者施設・訪問看護ステーションの看護管理者の語りから3つのテーマが明らかとなった。1つ目は、高齢者や家族の期待やニーズに応えようとしても、医療提供者の対象理解や施設の対応能力に限りがあり、対応が充分に行えていないというジレンマであった。2つ目は、看護管理者として各々の看護師の能力向上を図り、その結果として看護の質に反映させたいと思っているが、それ以前に、人口減少により過疎化した地域においては、看護人員の確保の困難さと質の保証の狭間で苦勞を強いられている現実が見られた。3つ目は、過疎化した地域では他職種連携が欠かせない現状であるが、看護の継続のための情報共有の難しさや、他職種との役割分担や関係性をめぐる問題が指摘された。

このような地域においては、人材を生かすためには、他職種との連携が欠かせない。また、他職種で連携するために各職種の役割を明確にすることが必要と考えた。そうした中で、看護職にあっては意識的なリーダーシップと調整機能が発揮できる環境づくりに努めていくことが必要であると言える。

キーワード：地域包括ケアシステム、看護管理者、高齢者、連携、課題

I はじめに

わが国では、超高齢社会の進展に対応するための体制整備が進められてきた。2000年に介護保険制度が成立し、高齢者介護・自立支援システムの在り方が厚生労働省を中心に議論されてきた（厚生労働省 HP, 地域包括ケアシステム, 2021）。2015年には介護保険法の改正により、「高齢者の生活を支える」

という観点から地域包括ケアシステムが構築され、在宅医療・介護連携の推進等、地域における活動が行われるようになってきている（厚生労働省 HP, 介護保険, 2021）。

高齢者の現況および特性については、第1報、第2報で記した通りである。このような高齢対象者は、疾患による病院への入院、病

院から退院した後は在宅において医療や看護・介護を受けるか、また、介護老人福祉施設（以下特養とする）、介護老人保健施設

（以下老健とする）（特養と老健の2施設を表す場合は、高齢者施設とする）への入所等の生活へと変化せざるを得ない状況になっている。その一方で、人口の少ない地方においては、医療関係者の慢性的な人材不足も避けて通れない課題である。そうした条件下で高齢者の生活を総合的に支えるためには病院、高齢者施設、訪問看護ステーション等の小規模な医療施設が相互に連携を取りながらマンパワーを発揮して問題解決に当たらなければならないと考えている。

しかし、高齢者の尊厳を支え、安全と安心を提供するといった看護的視点からみると、病院から高齢者施設、高齢者施設から病院、病院から在宅療養、在宅療養から病院への入院といった移動の中で、対象者は一定の看護レベルを保証したケアが受けられているのかが明らかになっていない。むしろ看護職員の不足や業務の多忙さ、看護技術の未熟さ、他の職種との業務分担の曖昧さなどによって看護の質の低下を嘆く声も聞こえてくる（日比野、2020。山岸、2020）。しかし、対象者にとっては、どのような条件の基でも質が保証された医療や看護・介護を受ける権利を有することに違いはない。

そこで本研究では、病院・高齢者施設・訪問看護ステーション等において看護管理者の職にある看護部長等から、現在行われている高齢者看護の実態を語ってもらいながら、看護が目指すもの、また、それを阻害する因子、現在の問題等を明らかにすることを目的とする。さらに、高齢対象者のために効果的かつ合理的看護を展開するためには、病院・高齢者施設・訪問看護ステーション間において、どのような連携が可能なのかを模索することも目的に加え取り組むものである。

II 研究の方法

研究期間は、平成30年5月～平成31年10月までである。

研究デザインは、質的記述的研究である。研究対象者は、福井県嶺南地区で若狭地域にある中小規模病院、訪問看護ステーション、介護老人保健施設等の施設において管理職にある看護職者の同意が得られた8名である。内訳は、病院3名、特養2名、老健1名、訪問看護ステーション2名であった。

データ収集の方法は、研究目的に沿ったグループディスカッションを開催し、①それぞれの施設においてどのような看護を目指してケアを実践しているのか。②日常の看護における問題と捉えていること（困っていること）、③対象者が施設を移行する際の問題等について質問を行った。

ディスカッションの時間は約1時間半であった。そこで語られた内容を録音し、逐語録を作成し、参加者の発言を質的に分析し、問題の抽出を行った。逐語録は約36000字、抽出された重要項目は213項目であった。分析内容は以下の結果に示す通りである。

倫理的手続きは以下に示す通りである。

研究対象者に対して本研究の趣旨と目的を書面と口頭で説明する。説明内容は、①発言内容はテープに録音させていただく。②研究対象者ならびに所属施設名は匿名とし、個人が特定されないよう全て記号化する。③発言したくないことは拒否しても良い事、研究の参加を途中で中止するのは自由であり、それによって今後の関係に影響することはない。④発言内容は学術研究以外に使用しないこと、データは施設のできるどころに厳重に保管する。研究終了後のデータは敦賀市立看護大学において5年間保存するである。以上の説明を行ったうえで承諾していただいた方には同意書に署名をしていただくこととする。同意書については、そのコピーを研究対象に渡す。

本研究は、敦賀市立看護大学研究倫理審査委員会の承認を受けた。(2018.5.8)
CITI JAPAN (現 eAPRIN) 修了(2016.8.26)

Ⅲ 結果

研究結果は、最初に病院・高齢者施設・訪問看護ステーション等において管理職の職を務める看護師のグループディスカッションにおいて語られた現状と問題点を分析した。その結果、現状と問題点の背景にある看護内容や質の問題、それぞれの施設特有の規制、他職種との役割認知、連携等に関する問題、さらに、地域特性や人材不足、国・行政等の制約等に関する問題が重層的に関連している様相が明らかになった。

分析結果の表記は最も抽象化したカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを『 』, 対象者が語った言葉は「 」で示した。

1 看護の立場からみた高齢者の健康支援の現状と課題

研究対象者のディスカッションにおいて語られた現状と問題点は以下の通りである。

本調査対象が看護管理者として勤務する病院および施設、訪問看護ステーションにおける看護の対象者は多くが高齢者である。高齢者の背景については、単独世帯や夫婦世帯が多く、老々介護も増加してきている。そのため、病院から高齢者施設への入所や、訪問看護ステーションからの訪問看護や介護士による生活支援を受けるといった状況にある。

一方、高齢者は「病気でパートで病名のオンパレード、いつ心臓が停止してもおかしくない状況にある」。また、高齢者は「同じ量のご飯を食べていても体重が減っていく」といったように全身機能が極めて低下した状況にあることを前提にして、「施設が変わっても十分な観察や適切な看護ケアが必要」とされる。

1) 高齢者の退院後の生活全体を想定した

適切な医療指示と対応が必要

先にも述べたように、高齢者は諸機能の低

下に伴い、多くの疾病を持っているため、日常の環境や活動(身体を動かす)、食事等の生活そのものが身体機能や精神活動と直接的に関係するといった特性がある。

そこで、高齢者の退院を例にとっても、医師の退院の判断は、主に疾病や症状などの医学的判断が中心であり、健康維持に必要な生活行動や生活環境等の判断はかけていることが語られた。看護師は、「突然、急性期並みに退院指示が出されたりする」、「(退院後の)日常生活がうまく行かずに3日もしないで再入院になることもある」、「退院オーダーは医師が出すが、(看護師は)まだまだ(無理)と思っても突然退院ということになってしまう」、「退院して環境が変わることで身体的に変化(乱れ)が生じる」と語っていた。生活や環境状況を踏まえた判断が必要である。しかし、看護師と医師の退院判断基準は異なる点が認められた。また、看護管理者は「退院はゴールではなく、その次の段階に移行するきっかけであるが、ゴールになってしまっていることもある」と述べている。

こうした状況は『高齢者の身体面や生活環境面に対する不十分な理解』と、『退院にあたっての準備不足、退院後の健康管理不足を招くもの』であり、【退院後の予測を踏まえた対応の不十分さ】という問題が挙げられる。

2) 高齢者施設の特性を踏まえた指示内容が必要

高齢者施設である特養は介護保険によって生涯入居できる施設であり、老健は自宅復帰を目指すための施設である。老健では入所者100人に対して一人以上の常勤医師、看護職員については看護・介護職員総数の7分の2程度とされ、明確な人数は規定されていない。特養においても看護・介護職員については同様で、医師の数の規定はない。看護師も夜間などは常駐者がいないこともある。研究対象地域の老健はいずれも入居者70名であるため医師は常勤していない。

したがって、病院から退院後入居する施設によって引き受けられる医療範囲が異なるのである。特養および老健といった施設や在宅看護においても、簡単な医療行為であっても行う事はできない。例えば、「(圧迫部位の)皮膚が剥離していても介護施設には処置を行う材料がない」、「褥瘡にはせめてワセリンを塗布してガーゼをつけておくが、それでよいのか疑問であり、傷は悪化することもある」といったように『施設の制約により、十分なケアが出来ない』状況にある。

「移行先での医療行為の可能性の有無を確認せずに退院をされた場合などは退院時指示が出されても、医療行為が継続できない」といった問題が発生する。例えば、「血糖チェックやインシュリン注射の指示が出されることがある」など、入所施設での混乱も認められた。「退院後の健康の管理が十分に出来ない状況では、対象者の安全な生活は確保できない」と言う問題が挙げられた。

また、特養では「心臓停止になった場合は対応できない」「見取りや医療行為が行えない」。「看護の必要性からみて見取りは行いたいと思っても対応できない」という状況にあった。そこで、「心肺停止状態に陥った場合は施設で対応できないため、救急車を呼んで病院に運んでもらっている」。「今、心臓マッサージをしていますと言って救急隊に来てもらっている」などが語られた。さらに、「(心臓停止の)現場に立ち会ってもらえる医師が確保できないため死亡診断書が出せない」という問題もある。こうした状況に対して、本人・家族は「最後の最後までこの施設で、一口でもご飯を食べて、食べたいものを食べて、そのまま朝起きたら亡くなっているのが理想と言っている」点からも、『施設が引き受けられる医療内容と対象者のニーズが異なる』ことは明らかであり、『各施設間の理解不足と相互のコミュニケーション不足』が認められた。以上から、【施設や人員配置の特性を相互に理

解した指示や対処】が必要であると言える。

3) 在宅における看護・介護サービス内容の適正化が必要

病院または高齢者施設から家庭に帰り、療養生活を行うにあたっては、多くの場合、それを繋ぐのはケアマネージャーである。つまり、ケアマネージャーによって支援計画が立案され、訪問看護や介護が行われる。そこで、「ケアマネージャーの職種は介護系または福祉系が多いことから、支援計画にフィジカルに対する判断や対応が十分に取り入れられない」、「支援計画にフィジカル面が取り入れられていないと、必要な調整が出来ず、状態がうまく維持されていかない」という問題点が看護の管理者からは挙げられた。

以上からケアマネージャーが立案する支援計画は『対象に対して総合的な見地からのケア計画が不十分』と言える。それは、【対象および家族のニーズと状況を踏まえた看護ケアに繋がらない】と言ったもどかしさ感じると語られていた。

2 看護師の能力向上を基盤にした看護の質に関する課題

本稿は、病院・高齢者施設・訪問看護ステーションにおける看護領域の管理者である人たちの発言である。看護管理者は、看護の質の向上を目指した看護師の能力向上のための臨床教育の役割も担っており、自己研鑽が必要な専門職として、スタッフそれぞれが研鑽を積んでいるのか、と疑問に思うことも多いと感じていた。

自己研鑽を積み専門職として力量を挙げたいと思っていないのではないかと思われる事柄に、「看護師の中には、勤務場所毎に一般病院、療養・老健といった順位があると思っている人もいる。そのことが明らかになったのは、病院から高齢者施設に配置転換されると一段下になったと思ひ込み、“わたし何か悪いことをしましたか”と受け入れ難い旨を訴えておられました」このように、『看護師のモチ

ベーションや能力は職場配置場所や管理者の判断と言った要因によって決められているという感覚』を持っている点が挙げられた。

また、一方では、「単に看護という資格で働くための職場を選択しているといった看護師もいる」ことが明らかになった。

次に、看護の実践に当たっては、看護ケアの開発やケアの安全性、より高い効率性などを目指して、より良い方法へと改善を図る必要がある。こうした看護ケアの改善や開発に関する問題についてみると、看護師の中には改善や変更を望まない者も多く、「古い昔のやり方（ケアの方法）に捉われ変化（改善）を望まない看護師」がいる。そのため、「いろいろ改革したいと思ってもかつての風習みたいなものがあり、変更は困難」と語る管理者もみられた。

その中の1つに、高齢者の施設利用頻度が高まっている現状に対応しきれていない病室の配置を例に紹介すると、「病室の構造上ベッドが壁に付いているため、片側ケアしかできない」。片側のみでは、対象者のケアが不十分である。「おむつ交換が一人では出来ない」点は「介護者の負担を大きくしている」などの問題が指摘されている。まず、このような問題を問題として捉えているか否かである。問題と認識されたなら何らかの合理的解決を試みることであろう。しかし、「昔からそのようにしていたからと」「不都合でも諦める」と考える者はその現状に留まっているのである。すなわち、『ケアを提供する環境に注目した改革と創意工夫をしていく姿勢の不足』といえる。

臨床における看護師教育の問題について語られた最後は、過疎化した地域における看護人員の確保についてであった。過疎化した地域では人員の確保は困難極まるものがある。しかし、人員が確保されたからといって、看護師の人材不足からくる問題はすぐには解決には至らないのも現状である。人員が確保さ

れても研修や教育に十分な時間を掛けることは困難である。そのために、「看護師の数を優先すると看護が荒れて来る」といった発言も見られた。「看護が荒れる」という表現の裏には、決まった業務のみを済ませるという意味があり、「患者中心の看護から遠ざかるという意味が含まれている」という。その背景には、「働ける人に働ける状態で働き続けてもらうことが重要」という反面、「働く人たちの要望を優先すると患者中心の看護にズレが生じてくる」。したがって、内容的には、「人数が増えても（対象者への）真のサポートに繋がっていかなくなる」といった問題であり、これは『看護人員の増員とそれに伴う弊害』と言える。また、「要望が通った人は良いが、我慢してもらった人には不満が溜まってくる」といったように『対象者に対する看護の質の確保』や『看護師のモチベーション』の問題へと発展してくることが明らかになった。こうした点からも厳しい現状を先に置いて理想を述べるならば、看護管理者として『看護の基本的な役割意識をもった人員の不足』を解消し、【有能な看護師の確保と働き方の工夫の不十分さ】を解決することを提起したい。

3 退院後の施設または在宅への移行に伴う連携に関する問題点

高齢対象者が退院後に高齢者施設に移ったり、自宅に帰り訪問看護ステーションからの看護・介護を受けたりするにあたり、施設間およびその施設の担当者同士の連携無くして安全で安心した生活は確保できないといっても過言ではない。さらに担当者は看護師同士もさることながら、医師や理学療法士、介護士、ケアマネージャー等の他職種との連携も重要な課題となる。そうした環境の中で、現在どのような問題を抱え、どのような点を改善していくことが必要なのかの視点から、看護管理者が感じている語りの中から現状と問題点を抽出した。

1) 看護が継続されるために必要な情報の

共有の困難さ

最初に、結果の2で述べてきたように、病院から退院するにあたって、対象を引き受ける側の医師・看護師等は、退院後の生活全体と対象者の行動状況、また、その関係を想定した適切な退院指示を望んでいることは言うまでもない。それに加えて、高齢者の移行先である高齢者施設側、すなわち、対象者を引き受ける側においては、「突然入所してこられることがあるが、準備ができない状況もある」。高齢者施設での受け入れに当たっては、看護師の人材不足や夜間看護師不在と言う点から「指示の内容によっては継続的な医療的ケアが行えないこともある」、「退院後自宅に帰るのなら到底退院は無理と思っても施設への移行ということで退院指示が出ているのではないかと思える現状がある」、と語っていた。

また、高齢者施設・在宅ともに対象者の状態によっては、看護を継続していかないと悪化するだろうと予測されても「退院の予定が前もって知らされることがなく、情報が不十分でケアが継続され難い」ことがある。

現在、高齢者施設への移行も自宅に帰られて療養生活を行う場合においても看護を継続するために必要な情報共有の場は、退院時カンファレンスである。看護を継続するための『退院時カンファレンスを通しての情報共有の必要性』や『病院は他施設レベルで可能な看護や処置を見極めた退院判断と指示』が求められていた。以上から【病院と高齢者施設の連携と理解の不十分さ】が問題として挙げられた。

2) 連携にあたっての他職種間の役割分担

の不明確さ

地域包括ケアシステムでは、医療系の他職種連携において目的を達成することとされている。そのためには、医療関係者はそれぞれの役割を相互に理解しあい、尊重しながら対象者への対応を行っていくことは当然のこ

とである。特に医療関係者の中でも最も対象の健康や疾病に関係するのは医師である。医師と看護師の連携は其中でも中心に位置付けられている。したがって、前項の施設間移行に関しても、医師の指示や対応に関連した問題が挙げられた。本項では医師との関係については第1報、結果4において一部記述しているので省略する。

次に、理学療法士との関係についてみると、「対象者の生活行動は日常生活においても理学療法士の指示を必要とする」としたり、「患者を動かすのに理学療法士の指示がないと動かしはいけない」といったような取り決めのある施設も見られた。日常生活を援助する看護師の判断は許されないのかと、思わず看護師の業務範囲や日常生活の援助の範囲に疑問を持たざるを得ない問題が挙げられた。

特養や老健は「病院ではないので介護士が生活を支援する場である」と同時に看護師よりも介護士の数が圧倒的に多いことから「介護士は数の論理で看護師を下に見る傾向がある」等医療関係者の間で起こる人間関係にもおよぶものもあり、他職種連携であるがために起こりうる問題といえる。

また、病院から在宅に移行するにあたって、介護保険を活用する場合は、ケアマネージャーによって支援計画が立てられる。この件に関しては、結果1の3)においても述べた通りである。ケアマネージャーの背景は介護や福祉の出身者が多く、「介護計画に生活の支援ばかり入れようとして、疾病や身体機能状況の把握、適切かつ必要な看護ケアが入らない」といった問題点が抽出された。これに対して「訪問看護が必要であることを伝え、看護を入れるように依頼しても訪問看護料が高いからという理由で外す傾向」にあった。『ケアマネージャーによる介護計画は生活支援が中心になり、必要な身体的観察や看護ケアが入らない』といった状況が明らかにされた。

4 医療人材が得られない過疎化した地域の 中小規模病院

人口密度が低く、過疎化した地域においては、病院も高齢者施設も中小規模であり高度な先端医療を行う医療施設や救急に十分対応できる施設が少ないのが現状である。また、開業する医師も少なく、個人病院数も限られている。一方、それぞれの地域の特性にあった病院や施設は存在するものの、地域医療に関心を寄せて来る医師や看護師も少ないのが現状である。したがって、常に人材不足の状況から抜け出すことが出来ず、勤務者の負担は増幅し、さらに人材不足に陥るという悪循環になっている。

看護師についてみると、「県の6割は中心地に集中している」、残りの4割が県内の地域に分散している状況にある。「看護体制も10対1から13対1に変更」と「夕方や夜間になると人が不足して患者の安全が確保できない」。人員確保に手をこまねていることもなく「求人を公募しても応募者はなくそれ以上に退職者が多い」といった現実がある。その上に「2対1介護職員を3対1でもカツカツで、介護職員の日々の業務が回らないので看護師が介護職員のお手伝いに行く」と「当然ながら看護の仕事をする人がいなくなる」。『人員不足は、職種に関係なく、医療関係者すべてに言える』のである。しかし、看護職員の増員とそれに伴う弊害で述べたように、『人員の確保と質の充実を同時に考えていく』必要がありながら、【看護職員および医療関係者の人材の確保が最優先】とした一見矛盾した状況に陥っているという問題が挙げられた。その理由は、人材が不足していると【患者の安全や安心が確保できない】からである。

医療人材の不足は、看護職の努力だけでは解決されない問題である。そこで、少ない人材の中でどのようにかつ対象者の安全を守りながら、より良い生活を支援していけるかについて医療連携の中で検討していく課題とし

て抽出された。

IV 考察

病院・高齢者施設・訪問看護ステーションにおいて看護職として管理を行っている人たちの語りの中からは、次のようなテーマが抽出された。1つ目は看護の管理者として、高齢者やその家族の期待やニーズに応えようとしても、医療提供者の対象理解や高齢者施設の対応能力に限りがあり、健康維持のためのニーズに対応できないジレンマがある。2つ目は、看護管理者として各々の看護師の能力向上を図り、その結果として看護の質に反映させたいと思っているが、それ以前に、人口減少により過疎化した地域においては、看護人員の確保の困難さと質の保証の狭間で苦労を強いられている現実が見られた。3つ目では他職種連携が欠かせない現状であるが、看護の継続のための情報共有の難しさや、他職種との役割分担や関係性をめぐる問題も表出してくる現状がリアルに取り上げられていた。この3点を中心に考察する。

1 高齢者の退院後は健康状況・生活、場所、 医療の可能性を想定した対応

高齢対象者が何らかの疾患のために病院に入院し、その後退院するにあたっては生活の場を家庭とするか高齢者施設とするかは、本人を始めとする家族の希望はもとより、その時の状況によっても選択が分かれることは言うまでもない。

第1段階では、高齢者にとっての最も適した退院の時期の決定である。結果にも述べたように看護師は、「突然、急性期並みに退院指示が出されたりする」、「(退院後の)日常生活がうまく行かずに3日もしないで再入院になることもある」、「退院オーダーは医師が出すが、(看護師は)まだまだ(無理)と思っても突然退院ということになってしまう」と語っていた。このように、対象者の退院は、これから起こりうる事態を常に予測し、家庭や施

設において健康面の管理が行われなければならないが、高齢者の特性と同時に退院後の移行先の生活環境面の特性も考慮されないと、健康面に大きな影響が生じるという関係が明らかにされた。平らも（平，鈴木，2020）高齢入院患者の退院支援の課題の中で，在宅生活への指導と支援では，管理されていない環境への移行は危機的な状況に陥りやすいため，患者および家族の不安や介護にあたる家族の不安に十分こたえる支援体制の必要性を指摘している。

第2段階では，退院にあたっては家庭に帰り，訪問看護ステーションの看護や介護を受けるのか，特養や老健といった高齢者施設に入居するのかの決定である。高齢者施設に入居するにしても入居の目的と条件があるため，これも高齢者の状況に応じての選択となる。病院からいずれかの施設に対象者が移行するにあたっては，その施設における医療行為の可能な範囲を十分に理解した上で受け継いで行かなければならない。可能な医療行為を確認しないで施設に入所時に出された指示の例として，「血糖チェックやインシュリン注射の指示が出されることがあるが医師や看護師が常時いないので，このような医療行為はできない」など，「退院後の健康の管理が十分に出来ない状況では，対象者の安全な生活は確保できない」と言う問題が挙げられた。

このような問題は看護師の意欲や努力によって解決される問題でないことから，【国や行政に提言していかなければならない課題】である。日本看護協会は，「2025年に向けた看護の挑戦 いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護」の中で，「地域包括ケアシステムにおいては，患者・住民に質の高い医療・介護などのサービスが必要な時に切れ目なく提供されることが重要である。特に，患者のいのちをまもるための医療は欠かせない。看護職は，医師との連携の下，患者の疾病や治療内容を理解し，身体的状態などを的確に観察，

アセスメントする。そして患者の病態の変化を予測するとともに，その兆候を察知し，医療の必要性を判断する。それに基づき看護職自身が包括的な指示に即して医療的介入を行うか，または，医師につないで適時適切な医療を提供し，いのちをまもる。」といったビジョンを示しており，看護職があることでシームレスなサービス提供が行えることを示している。そのため，このような場面に遭遇した場合，せめて特定行為研修を修了した看護師が地域に在住することができれば，特定行為であれば看護師の判断で，対応でき対象者のニーズに応えることができるのではないかと考える。看護人材の少ない中でも【特定行為を行える看護師教育を開設し，当該資格をもつ看護師の確保】が急がれる。

第3には高齢対象者とケアシステムの信頼関係に関する問題である。特養は生涯入居できる施設として本人・家族は「最後の最後までこの施設で生涯を送りたい」さらに「一口でもご飯を食べて，食べたいものを食べて，そのまま朝起きたら亡くなっているのが理想」と考え入所しているにも関わらず，「心臓停止になった場合は対応できない」「見取りや医療行為が行えない」という矛盾が生じている。その背景には医師の確保ができないため，心肺停止後にも関わらず病院へ移送しなければならない現状がある。海田らは（海田，山田，山口，2021）高齢者施設長期入所者の心肺停止後搬送は予後不良であり，看取りを行える体制を構築する必要性を挙げている。こうした点から見ても高齢者の尊厳の保持という地域包括ケアシステムの目的は決して十分に達し得ているとは言い難いのではないかと考える。

最後に，退院後の生活で健康状況，すなわち，介護度にあつた最も適切な生活やケアの支援が得られるか否かについての課題である。この支援計画はケアマネージャーが立案する。看護師の立場からみると，「ケアマネージャー

の職種は介護系または福祉系が多いことから、支援計画にフィジカルに対する判断や対応が十分に取り入れられていない」、「支援計画にフィジカル面が取り入れられていないと、必要な調整が出来ず、状態がうまく維持されていない」といった問題提起がされていた。

ケアマネージャーの資格を取得するための介護支援専門員実務研修受講試験の合格者の内訳をみると、令和2年度では介護福祉士が55.9%と最も多い。次いで看護師・准看護師16.9%、社会福祉士10.0%、理学療法士6.0%、作業療法士3.0%、その他8.2%となっている。

(厚生労働書 HP, 第23回介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況, 2020) ケアマネージャーの仕事は重要であるが、介護福祉士では高齢者の疾患の程度や予測される危険、機能の状況等は到底期待してもかなわないものである。下吹越らもケアマネージャーの基礎資格による訪問看護導入の判断要因の相違(下吹越, 兒玉, 八代, 2020)の研究で、看護職ケアマネージャーは対象者の将来を見据え医療知識も含めて判断をしているが、介護職ケアマネージャーの医療知識については十分でないことを指摘している。したがって、訪問看護ステーションや高齢者施設に勤務する看護師の力を活用し対象に対して総合的な見地からのケア計画を立てられることを期待するものである。

2 看護師の能力向上を通して看護も質の向上を目指す

対象にとってより良い看護を提供したいと強く考える看護管理者ほど臨床現場における問題発見に優れていたり、看護スタッフの教育に力を注いだりするのは当然のことである。しかし、そこには解決の難しいバリアーが重層的に存在していることも確かである。

その1つには、長い時間をかけて病院の文化の中で出来上がっていく勤務場所毎の順位付けや合理性や効率を度外視した昔からしているケアの固執などは、理屈で解決できない

問題だからである。そうした感覚は看護師の能力の向上によって一概に解決されるものでもない。

次に結果の4に取り上げた医療人材の不足である。過疎化した地域においては病院も高齢者施設も中小規模であり、常に人材不足の状況から抜け出すことができない。特に看護人員の確保である。人口が少ないということは相対的に看護師の絶対数も少なく、採用の動きも少ないことは言うまでもない。看護師の資格を有していることのみで採用した場合、看護部長の表現では『看護が荒れてくる』という現象に繋がる。日本看護管理学会「看護の適正評価に関する委員会」の調査(小池ら, 2014)でも、回答のあった病院の74%が将来の病院機能を見据えた取り組みで「看護師の増員」をあげており、人員の確保と質の充実を同時に考えていくことが望ましいが、人材の確保を優先しなければならない現実がある。その理由は対象者の最低限の安全を確保しなければならないからである。つまり、本項の冒頭に述べたように、良い看護を提供したいと強く思う看護管理者ほど、そうした現象に気づき、こうありたい看護との距離が開いていくジレンマに苛まれるのである。

看護師の能力向上を図り、看護の質を確保していくためには、研修の機会も1つの刺激効果として重要である。しかし、「向上心をもって研修に参加したいけど(地域性から)研修が開催される場から遠方で出席できない」という問題やその反対に「研修の場があっても参加してもらえない」といった両者の問題が抽出された。研修自体で直ちに变化することは難しいが、同じ仲間が集まり話し合う機会となることの効果も見逃すことのできない刺激として有効と考える。

3 施設間の移行に伴う職種間の効果的な連携

連携の第一歩は、対象者の施設間の移行に伴い、まず看護が継続されるための情報の共

有と有効な活用である。病院退院後に転移する高齢者施設等では医師・看護師の不足や夜間の不在等様々な問題を抱えている現状がある。そうした状況を十分理解した上で治療等が決定されなければならない。さらに、退院の何日か前に情報が提供されてはじめて、受け入れ側の準備が整えられ看護の計画も立てられ看護が継続されることになるのである。また、『退院時の情報共有のためのカンファレンスの効率化』の必要性もインタビュー結果から抽出された。

次に、対象者を中心にした他職種の役割分担や関係性の円滑化についての課題である。

病院から他施設へ移行するにあたっては様々な他職種との関わりが発生し、それに伴う職種間の役割の曖昧さや次元の高くない人間関係に関する問題も認められた。「対象者の生活行動は理学療法士の指示を必要」とするといった取り決めのある病院も見られた。対象者の身体的機能および生活状況を総合的に見て判断するのは看護師である。機能の一部をもって看護が指示にしたがわなければならないとしたら、看護ケアの概念や業務の範囲を改正しなければならない問題に発展すると考える。例えば、食事や睡眠、運動、日常生活、さらには内服と身体状況、また、相互の関係など全てに亘って判断するのは看護師の役割であると考えが間違いなのであろうか。

また、看護師と介護士の関係についても同様である。改めて専門職業としての定義や保健師助産師看護師法を解説しなければならない他職種連携である。川口ら（川口，行實，2019）も看護の継続について介護に関わる専門職同士の専門性の理解不足を指摘している。いずれにしても、『それぞれの職種の役割の明確化と他職種を尊重した活動』と同時に看護師は意識的な【リーダーシップと調整機能が発揮できる環境】づくりに努める必要がある。

地域包括ケアシステムが構築され、活動が行われるようになってきた。そこで、本研究では、病院・高齢者施設・訪問看護ステーションにおいて看護管理者の職にある看護部長等の立場からみた、各施設、さらに、高齢対象者が介護保険を背景に各施設を目的に応じて転移する中での施設間および他職種との連携についての現状と問題点および今後の課題を明らかにするものである。その上で、高齢対象者のために効果的かつ合理的看護を展開するためには、病院・高齢者施設・訪問看護ステーション間において、どのような連携が可能なかを模索することを目的に取り組むものである。

その結果、病院・高齢者施設・訪問看護ステーションにおいて看護職として管理を行っている人たちの語りの中からは、次のようなテーマが抽出された。1つ目は看護の管理者として、高齢者やその家族の期待やニーズに応えようとしても、医療提供者の対象理解や高齢者施設の対応能力に限りがあり、健康維持のためのニーズに対応できないジレンマみられた。

また、高齢者施設である特養においては、生涯入居できる施設として本人・家族は「最後の最後までこの施設で生涯を送りたい」と考え入所しているにも関わらず、「心臓停止になった場合は対応できない」「見取りや医療行為が行えない」という矛盾が生じていた。退院後の生活で健康状況についても介護度にあったケアの支援が必要とされているが、「ケアマネージャーの職種は介護系または福祉系が多いことから、支援計画にフィジカルに対する判断や対応が十分に取り入れられてない」といった問題提起がなされた。

2つ目は、看護管理者として各々の看護師の能力向上を図り、その結果として看護の質に反映させたいと考えても、それ以前に、人口減少により過疎化した地域においては、医療人材をはじめ看護人員の確保が難しい状況

V. おわりに

にある。さらに、人材の確保、看護の質の保証の狭間で苦勞を強いられている現実が明らかになった。こうした地域の中では、特に施設間をはじめ、他職種との連携が欠かせない現状である。しかし、連携の前提となる『それぞれの職種の役割の明確化と他職種を尊重した活動』、同時に看護師は意識的な【リーダーシップと調整機能が発揮できる環境】づくりに努めていかなければならないと考える。

最後に、本研究において語られた内容について筆者は、中小規模であってもそれぞれの施設の看護の管理者としての看護観とそれに基づく鋭い現実的問題の注視に尊敬と敬意を表する。

謝辞

本研究にご協力いただいた看護管理者の方々に深謝いたします。

利益相反

本研究に報告すべき利益相反は無い。

文献

海田賢彦，山田賢治，山口芳裕（2021）「三次搬送された高齢者施設長期入所者の検討」『日本救急医学会雑誌』32（3），123-129
高齢者の看護上の課題に焦点を当てて一『敦賀市立看護大学ジャーナル』6（投稿中）
川口真実，行實志都子（2019）「地域生活を支援する福祉専門職の医療と介護の意識について-自由記述による連携の意識と共通認識の明確化-」『日本福祉大学社会福祉学部日本福祉大学社会福祉論集』141，83-94
小池智子，大島敏子，齋藤訓子，鈴木恵子，松浦正子，宮本千津子，真下綾子，伊勢田暁子（2015）「地域包括ケア時代の病院の選択と看護管理者の戦略」『日看管会誌』

18（2），135-147

厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiki-houkatsu/

（検索日 2021年7月16日）

厚生労働省ホームページ「介護保険の概要」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html（検索日 2021年8月6日）

厚生労働省ホームページ「第23回介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187425_00007.html

（検索日 2021年9月1日）

日比野直子（2020）。「名古屋市南部の訪問看護ステーションの管理者が捉えている看護小規模多機能型居宅介護の認識 訪問看護ステーション管理者のアンケート調査より」『日本健康医学会雑誌』29（3），336-342.

日本看護協会（2015）『2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン』東京，公益社団法人日本看護協会

下吹越直子，兒玉慎平，八代利香（2020）「ケアマネージャーの基礎資格による訪問看護導入の判断要因の相違」『日本職業・災害医学会会誌』68（5），283-290

山岸暁美，中神 祐介，妹尾 栄治ら（2020）.

「本人の意向を反映した人生の最終段階の医療・ケアの実現のために何が求められるのか？ 増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題」『日本在宅救急医学会誌』4（1），61-68.

（受付日：2021年10月1日）

（受理日：2021年11月26日）

Current Status and Issues in the Introduction of The Community-based Integrated Care System (3rd report) -Focusing on Nursing Managers in Hospitals, Visiting Nursing Stations, and Elderly Care Facilities-

Yoshiko KATANO¹⁾, Hironobu IKEHARA¹⁾, Yukiko MOROE²⁾, Kayoko OOEDA³⁾,
Takako KITAMURA¹⁾, Hitomi NAKAMURA⁴⁾

1) Faculty of Nursing Science, Tsuruga Nursing University

2) Former JCHO Wakasa Takahama Hospital, JCHO Takaokafushiki Hospital

3) Former Sugita Genpaku Memorial Obama Municipal Hospital

4) Sugita Genpaku Memorial Obama Municipal Hospital

Abstract

In order to cope with the development of a super-aging society in Japan, The Community-based Integrated Care System has been established and activities are being carried out. This study clarifies the current situation and issues that can be seen from the standpoint of nursing managers in hospitals, elderly care facilities, and visiting nursing stations in terms of cooperation among facilities and with other professions as elderly patients move from one facility to another according to their purposes against the backdrop of long-term care insurance.

Three themes were identified from the narratives of nursing managers at hospitals, elderly care facilities, and visiting nursing stations: first, the dilemma of trying to meet the expectations and needs of elderly and their families, but not being able to do so adequately due to the limited understanding of the target audience by healthcare providers and the limited response capacity of the facilities. Secondly, nurse managers want to improve the competency of each nurse and reflect the results in the quality of nursing care. However, in a depopulated area with a declining population, they were forced to struggle between the difficulty of securing nursing personnel and guaranteeing quality. Thirdly, in depopulated areas, multidisciplinary cooperation is essential, but the difficulty of sharing information for the continuity of nursing care and the problems related to the division of roles and relationships among the various professions were pointed out.

In such a region, collaboration among multiple professions is essential in order to make the most of human resources. In addition, it was thought necessary to clarify the roles of each profession in order to collaborate with other professions. In addition, we thought that it was necessary for the nursing profession to make efforts to create an environment in which conscious leadership and coordination functions can be exercised.

Keyword the Community-based Integrated Care System, Nursing manager, elderly, cooperation, issue