

保健福祉施設における保健・医療・福祉専門職の連携 — 業務量調査にもとづく看護職のあり方 —

(施設ケア/専門職種間の連携/業務量調査)

岡崎美智子*・古賀美紀*・土作幸恵*

Collaboration of the Health Care Providers in the Nursing Facility - The Way of the Nursing Occupation Based on the Time Study -

(collaboration/nursing facility caring/time study)

Michiko OKAZAKI*, Miki KOGA*, Yukie TSUCHISAKU*

本研究の目的は、業務量調査をとおり、保健福祉施設の各専門職種の提供するケアの実態を明らかにし、各専門職の連携の糸口を探ると共に、看護職がどのように専門性を発揮する必要があるかを探求することにある。研究対象は、研究の協力が得られた山口県H特別養護老人ホーム、K老人保健施設、北九州市A身体障害者療護施設の、保健・医療・福祉の専門職である看護職、介護職、福祉職であった。研究方法は、標準ケアプログラムに基づき、各専門職者が施設利用者に提供しているケア内容を各専門職に調査員を配置し、勤務時間帯の行動を共にし、利用者に提供したケア内容を秒単位で、各施設24時間の観察記録を行った。統計解析は、SPSS10.0 for windowsを用い、一元配置分散分析 (ANOVA) を行い有意水準5%とした。研究結果は、全対象者のケア時間において施設、職種、業務、勤務帯、ケア項目で各変数を比較すると、すべての変数で統計学的に有意差がみられた。職種別のケア内容では、ケア項目、業務、勤務帯、施設別に各変数を比較すると、ほとんどの変数で統計学的に有意差がみられ、すべての専門職種で間接業務、直接ケア、間接ケアの順にケアを提供していた。本研究で得られた結果は、各専門職と連携しながら看護職が果たす役割について示唆を与えるものである。

はじめに

平成9年度、保健福祉法にもとづく保健福祉施設は、特別養護老人ホーム3,713、老人保健施設は2,376、身体障害者療護施設は310施設を有しており、最新のデータでは老人保健施設2554 (平成12年度) 身体障害者療護施設327 (平成10年度) と増加傾向にある。これらの保健福祉施設では看護婦(士)、介護福祉士、社会福祉士、作業療法士、理学療法士など多様な専門職者が従事している。

1990年の社会福祉六法の改正を皮切りに、保健・医療・福祉に関連する法律や制度の改正が次々と行われた。さらに、疾病構造の変化、家族機能の低下、住民ニーズの多様化などを背景に、専門職者の役割を再考する必要がある。

専門職種の連携は、従来の4つの指標 1)理論、技術

が高度で代替不能性が高いこと 2)職業機能の緊急性、不可欠性から要請される理論、技術の必要性 3)理論、技術の利用性 4)理論技術の応用に際しての創造性が求められていた¹⁾。池川ら^{2) 3) 4)}田村ら⁵⁾工藤ら⁶⁾が紹介したInter - profession workでは、1)役割 2)適応能力 3)チームワークが問われ、多様な専門職者間の連携の重要性が指摘されている。山崎⁷⁾は高齢者ケアシステムの観点から、ケアマネジメントの必要性を、千田⁸⁾は看護婦(士)の医療チームをコーディネートする機能の必要性を指摘している。中島⁹⁾は多様な専門職種間の連携のあり方を提言し、砂村ら¹⁰⁾は看護婦(士)と介護福祉士の問題解決思考過程の相違を明らかにしているが、その連携については述べていない。

業務量調査に関する最近の報告では、日本看護協会 (JNA:Japan Nursing Association)による「看護必要度ワーキンググループ」の急性期一般病棟を対象としたものがある。そのなかで、嶋森¹¹⁾は、病状の重い患者でもADL (Activities of daily living) が自立し、意識が明瞭

*看護学科 School of Nursing

な場合はケアに要する時間が少ない。それに対して病状は重篤でなくてもコミュニケーションのとれない痴呆、ADLが自立していない患者はケアに多くの時間を要するとしている。さらに、筒井¹²⁾の実施した調査では、業務量を把握する場合、考慮する必要がある記録や会議等の時間をケア時間に加えていなかった。これらのことから、保健福祉施設における専門職種間の連携のあり方を示唆する研究は、社会的にも緊急課題といえる。

I 研究目的

- 1) 業務量調査をとおり、保健福祉施設の各専門職種の提供するケアの実態を明らかにする。
- 2) 各専門職種の役割や機能について法的な限界を認識のうえで、連携の糸口を探る
- 3) 専門職種間の連携に向けて、看護職がどのように専門性を発揮する必要があるかを探求する。

II 研究方法

1. 対象

山口県H特別養護老人ホーム（以下H特養）、K老人保健施設（以下K老健）、北九州市A身体障害者療護施設（以下A療護）の保健・医療・福祉の専門職である看護職7名、介護職34名、福祉職4名であった。対象者には倫理的配慮として研究の目的方法など各施設の専門職者および利用者に説明を行い、承諾を得た。

2. 方法

標準ケアプログラム¹³⁾にもとづき、各専門職者が施設利用者に提供しているケア内容（ケア項目、ケア時間、ケア回数）を調査した。各専門職者に調査員を配置し、勤務時間帯の行動を共にし、利用者に提供したケア内容を秒単位で、各施設24時間の観察記録を行った。

3. 期間

平成10年9月から平成12年9月まで、調査期間は、平成12年3月22日から3月25日であった。

4. 統計解析

統計ソフトはSPSS10.0 for windowsを用い、ケア時間を従属変数、ケア項目、職種、業務、勤務帯、施設を独立変数と設定し、一元配置分散分析（ANOVA）を行い有意水準5%とした。

5. 本研究の用語の定義

- 1) ケア項目：標準ケアプログラムにもとづき健康

（診療に関する援助および観察など）、食事、排泄、清潔、更衣、活動、コミュニケーション、リハビリテーション、Quality of Life（以下QOL）、環境整備、その他業務の11項目から成り立ち、各施設において日常的に行われているケア内容を総称している。それぞれのケア項目は、下位概念である細項目をそれぞれに有している。

- 2) 業務区分：ケア項目ごとに直接ケア、間接ケア、間接業務として業務区分を設けた。それぞれ内容は、次のように定義した。

直接ケアは、各専門職者が利用者に直接触れて行うケア行為。

間接ケアは、直接ケアにともなう前準備と後始末を含む行為。

間接業務は、利用者全体に関係する業務であり、利用者が特定できない場合と、専門職者間の教育・研修・会議等を含む。

- 3) 総ケア時間（秒）：専門職者が提供するケア時間の合計を表す。
- 4) ケア回数（回）：専門職者が提供しているケアの回数の合計を表す。しかし、ケアにともなう準備から後始末までを1回とするのではなく、準備・介助・後始末をそれぞれ数量化した。また、複数の利用者に同時に同じケアを行った場合、利用者が異なるごとに1回のケアを行ったとして数量化した。
- 5) 平均ケア時間（秒）：総ケア時間をケア回数で除した値を表す。
- 6) 看護職（以下Ns）：看護婦、准看護婦を総称している。
- 7) 介護職（以下CW）：介護福祉士、寮母、療護員を総称している。
- 8) 福祉職（以下SW）：社会福祉士、ケアマネージャー、介護支援専門員を総称している。
- 9) 勤務時間帯：各施設に基づいた時間帯でそれぞれ、日勤・早出・遅出・夜勤と分類し各勤務帯の総時間の異なりは考慮していない。
- 10) ADLレベル：各施設で日常的に用いられている移動手手段に基づいて、寝たきり（以下A）、リクライニングチェア（以下B）、車椅子（以下C）、杖歩行（以下D）、独歩（以下E）に分類した。

III 研究結果

1. 対象者および施設の概要

専門職者の構成は、A療護でNs 2（12%）、CW 14

(82%), SW 1(6%)名, H特養でNs 3(14%), CW 16(76%), SW 2(10%)名, K老健でNs2(29%), CW 4(57%), SW 1(14%)名であり, 全施設では, Ns 7(16%), CW 34(75%), SW 4(9%)名であった。

施設の特徴として利用者の主要疾患は, A療護では脳性マヒ41(44%), 便秘症25(27%), 筋緊張19(20%)名, H特養では脳梗塞43(49%), 老人性痴呆症20(30%), 虚血性心疾患19(20%)名, K老健では老人性痴呆症30(35%), 脳梗塞29(34%) 高血圧症15(17%)名であった。施設利用者の平均年齢は 69 ± 2.4 歳の男性81(32%), 女性173(68%)名の254名であった。施設の利用形態が, 入所利用は211(83%), ショートステイは43(17%)名であった。

さらに入所利用者のADLのレベル(不明者9名を省く)が, Aは6(3%), Bは6(3%), Cは131(65%), Dは26(13%), Eは33(16%)名であった(図1)。それぞれの特徴としてA療護は, AおよびB, K老健はAがまったくみられなかった。

2. 全対象者のケア内容

全対象者のケア時間を, 施設($P<0.0001$), 職種($P<0.0001$), 業務($P<0.0001$), 勤務帯($P<0.0001$), ケア項目($P<0.0001$)で各変数を比較すると, すべての変数で統計学的に有意差がみられた。職種別にみた専門職者一人当りの総ケア時間はNs 21615.57, CW 23295.21, SW 18747.00と介護職が, 平均ケア時間はNs 66.00, CW 96.38, SW 241.90と福祉職がもっとも長かった(表1)。また, ケア項目別にみた全対象者の専門職者一人当りの総ケア時間はその他業務5948.67, 食事4403.27, 清潔3122.44であり, 平均ケア時間はその他業務193, 清潔113, リハビリテーション110と多くを占めていた(表1)。

3. 職種別のケア内容

全対象を職種別に分類し, ケア項目, 業務, 勤務帯, 施設別で各変数を比較すると, ほとんどの変数で統計学的に有意差がみられた(図2)。

業務別では, Nsの平均ケア時間は直接ケア89.06(24%), 間接ケア48.49(13%), 間接業務233.26(63%), CWは直接ケア69.10(28%), 間接ケア42.83(17%), 間接業務137.26(55%), SWは直接ケア82.33(17%), 間接ケア109.18(22%), 間接業務291.69(61%)であり, すべての専門職種で間接業務, 直接ケア, 間接ケアの順にケアを提供していた。ケア項目別でその他業務は184.11(22%)と, もっとも多い傾向にあるものの, 他のケアでは共通した傾向はみられなかった。さらに, 勤務帯および施設別では共通した傾向はみられなかった。

4. 施設別のケア内容

全対象を職種別に分類し, ケア項目, 職種, 業務, 勤務帯別で各変数を比較すると, すべての変数で統計学的に有意差がみられた(図3)。

職種別の平均ケア時間は, A療護はSW 202.96(50%), Ns 142.72(35%), CW 60.85(15%), H特養はSW 277.56(53%), Ns 87.87(20%), CW 72.30(17%), K老健は, SW 214.57(59%), Ns 81.11(23%), CW 63.93(18%)であり, すべての施設でSW, Ns, CWの順に長い特徴が見られた。すべての施設の業務別では間接業務, 直接ケア, 間接ケアの順に多く, A療護は間接業務173.47(60%), 直接ケア76.19(27%), 間接ケア36.10(13%), H特養は間接業務185.23(60%), 直接ケア73.47(24%), 間接ケア48.38(16%), K老健は間接業務166.53(62%), 直接ケア54.26(20%), 間接ケア49.71(18%)であった。ケア項目でもっとも多く提供していたケアは, その他業務であるという傾向があった。しかし, 勤務帯別では共通した傾向はみられなかった。

5. 看護職のケア内容

対象を看護職者に限定し, 施設別に分類し, ケア項目(図4), 業務別($P<0.0001$)で各変数を比較するとすべての変数で統計学的有意差がみられた。

すべての施設で, もっとも多くのケア時間を提供していたのがその他業務(24%)であった。それ以外の項目を施設別にみると, A療護では健康(24%), コミュニケーション(7%), QOL(7%), H特養ではQOL(13%), 清潔(12%), 食事(11%), K老健では環境整備(25%), 食事(12%), 清潔(10%)だった。健康の平均ケア時間(秒)は, A療護では96.12(24%), H特養では59(7%), K老健では75(9%)であった。

まったく提供されていないケア項目は, 3施設で共通していたのはリハビリテーションであった。

IV 考 察

1. 業務量調査にもとづく保健福祉施設のケア内容

すべての専門職種で, 業務区分別は間接業務, 直接ケア, 間接ケアの順にケアを提供しており, ケア項目別ではその他業務がもっとも多い傾向にあった。その他業務とは, 記録・会議・清掃作業等であり, 各専門職種とも本来の独自の機能以外の雑務に追われ, その結果, 間接業務にかかる時間が多くなっているものと考えられる。前述した嶋森は, 3病院を対象とした「看護業務を提供している職員に対する

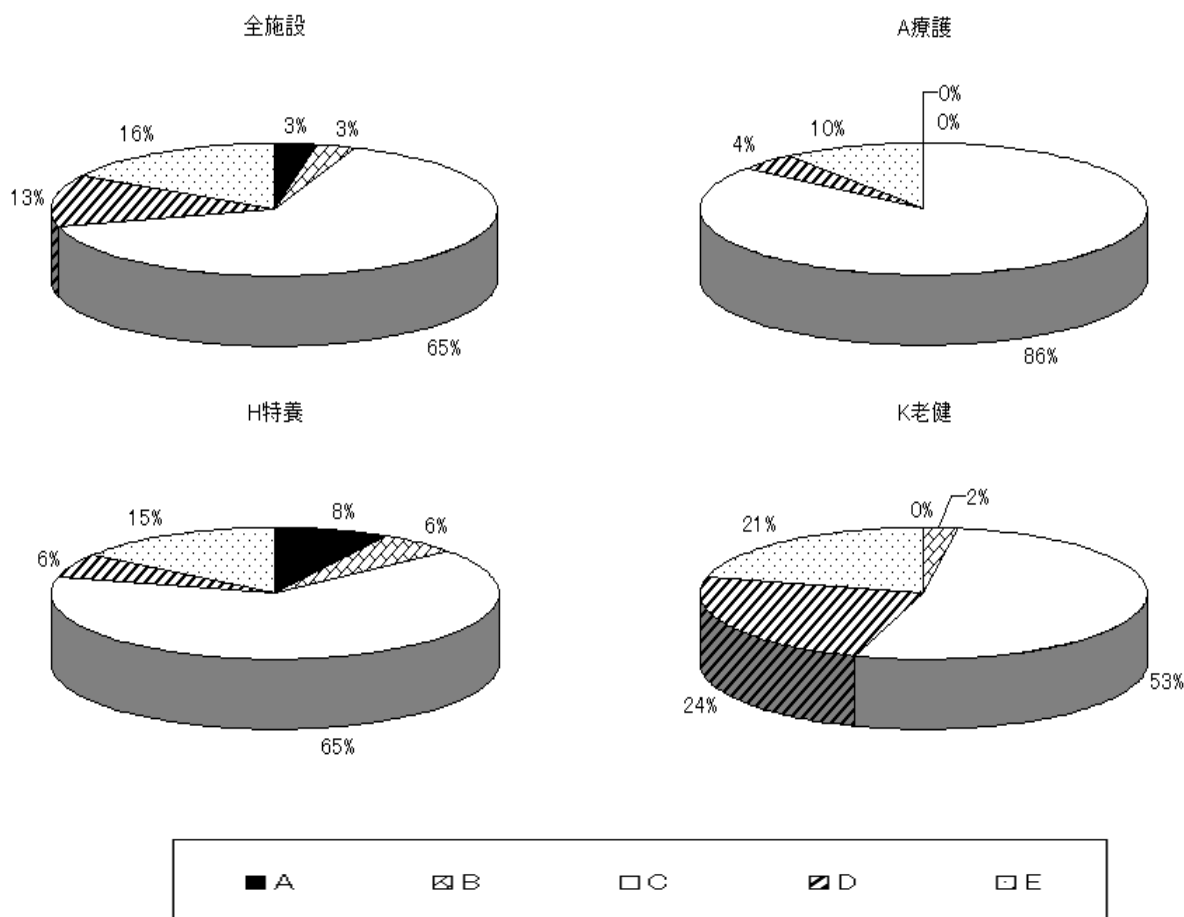
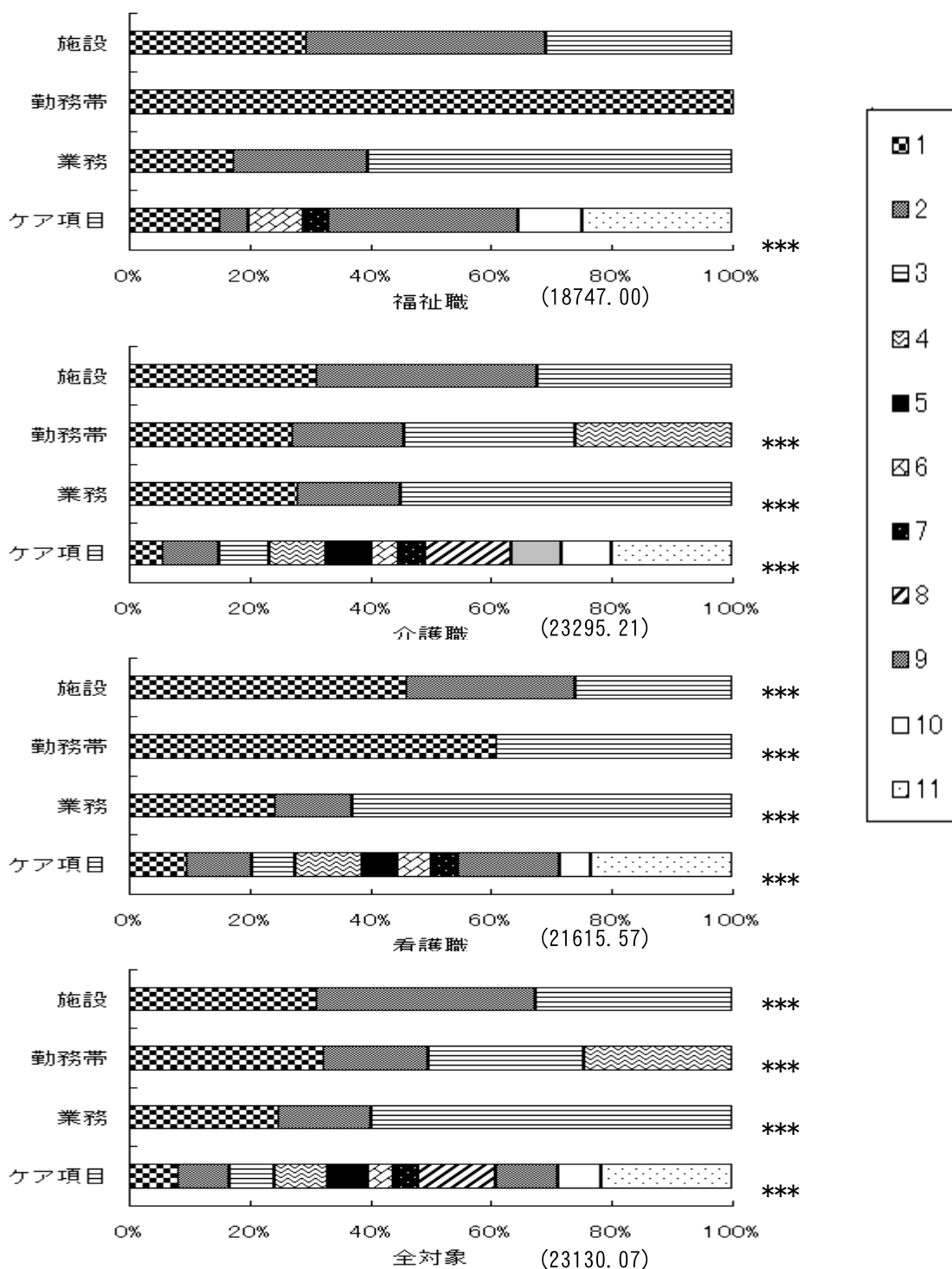


図1 利用者のADLレベルの分布

表1 各専門職者一人当りのケア内容

	職種	健康	食事	排泄	清潔	更衣	活動	コミュ	リハ	QOL	環境整備	その他	総計
時間	Ns	7036.71	1907.14	676.29	1802.43	513.71	1456.29	866.43	0.00	509.57	237.43	6609.57	21615.57
	CW	543.47	5431.85	3291.91	3761.56	1472.09	2239.59	867.53	6.47	359.68	746.32	4574.74	23295.21
	SW	44.00	28.50	0.00	0.00	0.00	618.00	568.00	0.00	924.50	93.50	16470.50	18747.00
	全	1509.13	4403.27	2592.42	3122.44	1192.16	1973.60	840.73	4.89	433.20	609.13	5948.67	22629.64
回数	NS	80.71	19.00	10.00	17.43	9.86	27.14	21.57	0.00	3.29	4.86	30.43	224.29
	CW	13.12	74.12	52.94	50.97	26.21	62.79	26.65	0.06	5.68	11.82	29.91	354.26
	SW	0.25	0.50	0.00	0.00	0.00	5.75	11.75	0.00	2.50	0.75	56.00	77.50
	全	22.49	59.00	41.56	41.22	21.33	52.18	24.53	0.04	5.02	9.76	32.31	309.44
平均 (SD)	Ns	87.18 (208.95)	100.38 (212.17)	67.63 (68.31)	103.42 (113.64)	52.12 (59.55)	53.65 (93.60)	40.17 (60.54)	0	155.09 (368.46)	48.88 (48.34)	217.22 (308.10)	96.38 (199.97)
	CW	41.43 (58.92)	73.29 (170.94)	32.18 (83.75)	73.80 (117.31)	56.17 (79.37)	35.67 (42.46)	32.56 (54.98)	110.00 (95.00)	63.36 (123.04)	63.12 (122.35)	152.94 (336.69)	65.76 (146.78)
	SW	176.00 (0)	57.00 (24.00)	0	0	0	107.48 (120.67)	48.34 (56.34)	0	369.80 (568.30)	124.67 (105.28)	294.12 (695.70)	241.90 (609.69)
	全	67.11 (162.58)	74.63 (173.28)	62.38 (83.23)	75.75 (117.30)	55.88 (48.12)	37.82 (50.63)	34.27 (55.97)	110.00 (95.00)	86.26 (214.35)	62.44 (118.34)	184.11 (412.87)	73.13 (179.33)

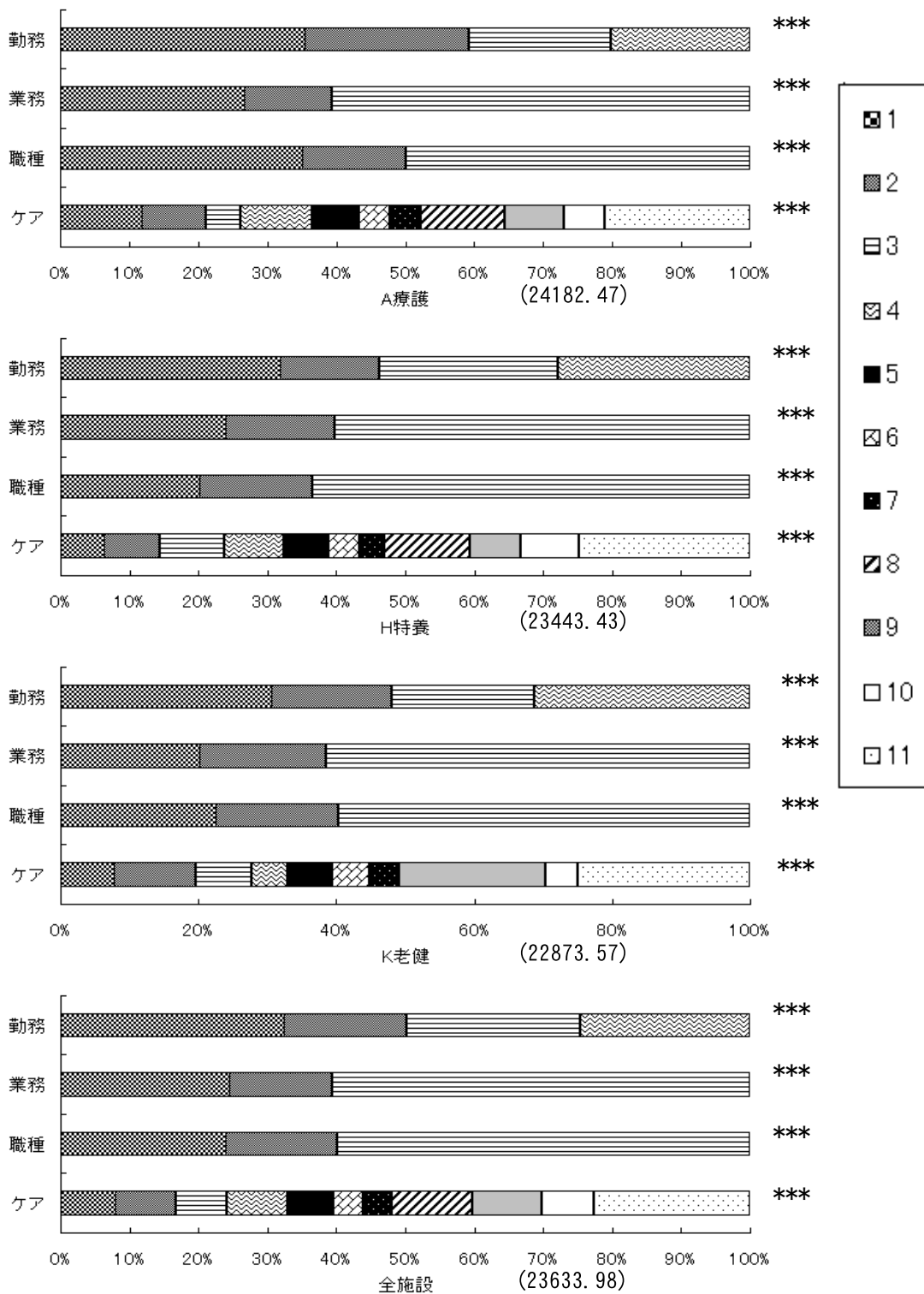
時間 = 総ケア時間 (秒), 回数 = ケア回数, 平均 = 平均ケア時間 (秒), SD = 標準偏差, 全 = 全対象



ケア項目：1健康, 2食事, 3排泄, 4清潔, 5更衣, 6活動, 7コミュニケーション, 8リハビリテーション, 9QOL, 10環境整備, 11その他

業務：1直接ケア, 2間接ケア, 3間接業務 勤務：1日勤, 2早出, 3遅出, 4夜勤 施設：1A療護, 2H特養, 3K老健

図2 各職種の施設, 勤務帯, 業務およびケア項目区分平均ケア時間 (***) $P < 0.0001$



ケア項目：1健康，2食事，3排泄，4清潔，5更衣，6活動，7コミュニケーション，8リハビリテーション，9QOL，10環境整備，11その他

業務：1，直接ケア，2間接ケア，3間接業務 勤務：1日勤，2早出，3遅出，4夜勤 職種：1看護職，2介護職，3福祉職

図3 各施設における勤務，業務，職種およびケア項目区分の平均ケア時間 (***)P<0.0001

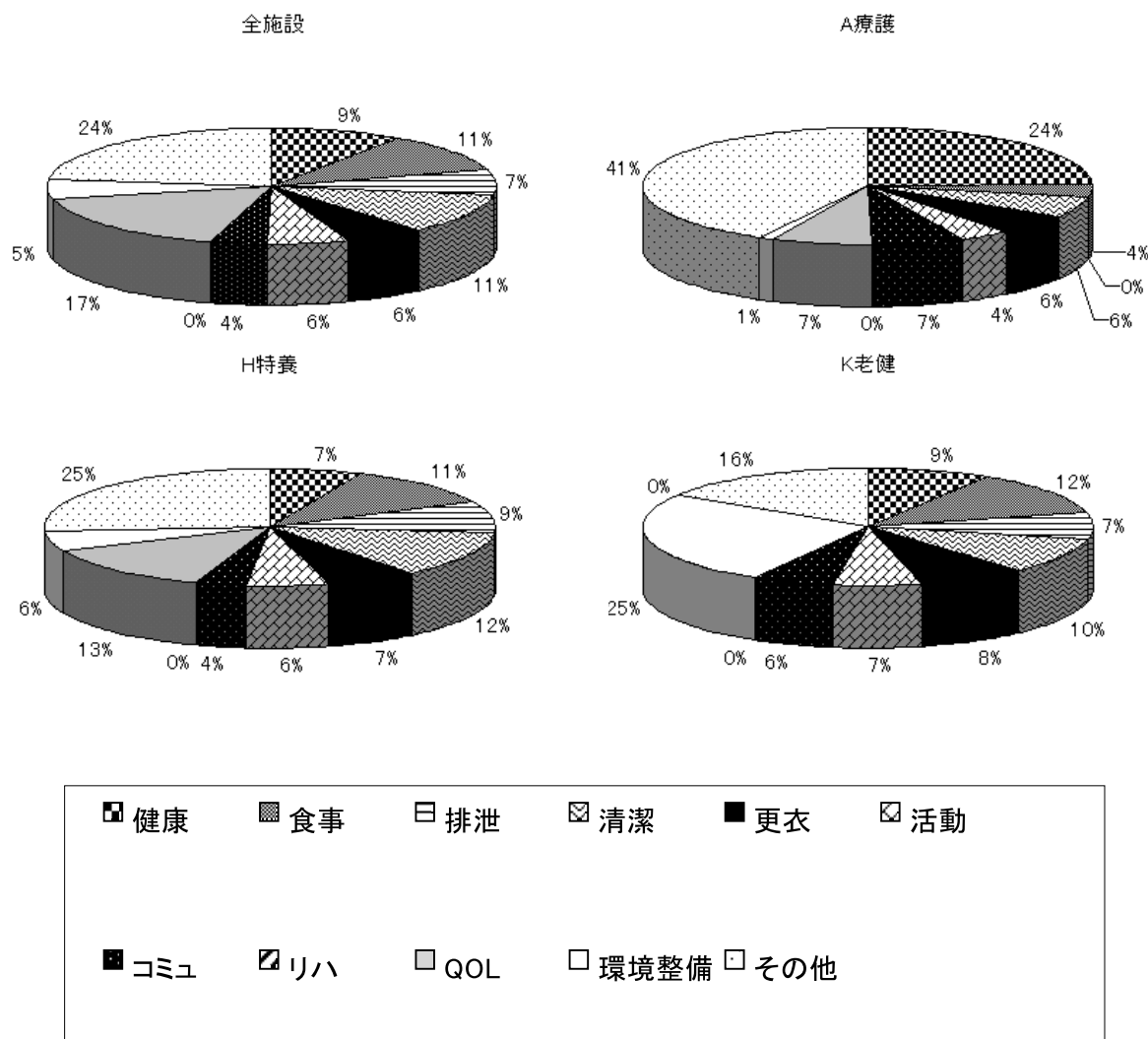


図4 看護職における各施設別ケア項目の平均ケア時間割合

1分間タイムスタディ調査」の調査結果から、看護職が記録や会議に費やす時間が長く、これらの業務が適切に管理できると業務の効率化を図ることができると述べている¹⁴⁾。

今回の調査結果では看護職のみならず、介護職・福祉職にも同様な傾向があることが示されたが、その他業務の内容を検討するには対象数が少ないため、今後の課題とするところである。

2. 各専門職者の提供するケアの特徴

すべての施設で職種別の平均ケア時間はSW、Ns、CWの順に長く、業務区別では間接業務、直接ケア、間接ケアの順で、ケア項目別ではその他業務の項目が最も多くケア提供されていた。これらの結果は、多項目にわたって比較的短いケア時間を繰り返している看護職や介護職に比べて、SWは各施設ともに記録などのデスクワークや、利用者の家族への相談業務・家庭訪問に関連した時間を費やして

いるため、平均ケア時間が長い結果を得たと考えられる。このことから、SWは法的業務の範囲に含まれる相談援助のケア提供を多く行っていることが、本研究において実証された。

各施設別のケアの特徴をみてみると、A療護では健康と清潔のケア項目が他の2施設よりも長く、ケア時間を提供している。これは入所者の多くが脳性マヒであり、他の2施設の服薬に関するケア以外に、健康の項目に関わるケアが多く提供されていることが考えられる。清潔の項目では、入浴に関するケアを必要とする入所者が多く、ケア時間も長くなるためと考えられる。A療護の入所者のADLレベルは、寝たきり及びリクライニングチェアで生活している者はいないが、脳性マヒや筋緊張による障害を持っている入所者は多い。このような健康レベルの入所者へ、機器や特殊浴槽による入浴等、利用者のニーズに沿って積極的に入浴ケアを提供している結果、

清潔ケアが多くなったと考えられる。その一方、排泄に関わるケア提供時間は他の2施設よりも少ない。このことは、おむつ使用者が少ないことと、排泄行動の自立へ向けて積極的なケア提供が行われていることを反映している。

H特養において、3施設中で最も多くのケア提供を行っていたのは、排泄と環境整備であった。H特養の入所者のADLレベルは、3施設の中で唯一、寝たきりの入所者がおり、おむつ交換をはじめとする排泄ケアや、失禁に伴うシーツ交換に多くのケア時間を必要としているためと考えられる。

K老健では食事とQOLに関わるケアの提供時間が、他の2施設よりも長かった。これら3施設のケア内容の特徴から、CWは法的業務の範囲に含まれる心身に何らかの支障を有する人の日常生活援助に関するケアを多く提供していることが実証された。Nsは、保助看法第5条の療養上の世話と診療の補助業務を特徴づける結果を得ている。

また別の視点から考察すると、老健は、病院での医療ケアから在宅での看護・介護・リハビリテーションを中心とした生活サービスに移行するまでの中間施設という役割がある。K老健の入所者のADLは、リクライニングチェアの状態で生活する入所者はいても、寝たきりの入所者がいないという点で、この中間施設としての役割を果たしていることを伺わせる。中でも食事に関するケアの提供が多いことは、病院で脳血管障害などの治療を終了した後に老健へ入所した場合、まず受けるケアが食事に関することが多い傾向と伺えた。またQOLのケア提供時間が長いことは、病院と違って積極的にレクリエーションを行って生活リズムを持たせる工夫をしていることや、本人の好む趣味の援助を行っているためと考えられる。一方、他の2施設と比較して、リハビリテーションに関わるケア時間が全くなかったことは、理学療法士との分業が徹底しているためと思われる。今後、理学療法士を加えた業務量調査を行う必要がある。

3. 看護職が果たす保健福祉施設における役割の特徴

各専門職が提供しているケアでは、看護職はケア項目のなかでも健康のケア提供が比較的多い。施設別では、A療護で健康のケア提供は2割を超えており、これは他の2施設の約3倍にあたる。しかし、その内容は健康に関わる調整業務が多く、H特養やK老健で健康項目の殆どを注射業務や医療処置に費やしているものとは対照的である。これは、特養や老健の入所者は疾患を抱えた高齢者であり、リハビ

リテーションと平行して健康状態の悪化予防のために医療行為が継続される施設であるためであろう。このように同じ項目であっても看護職に期待される役割は施設によって異なるため、施設に合った柔軟な対応で役割を果たしていることが実証された。

V 結 論

- 1) すべての専門職種ごとにケア内容に相違があり、平均ケア時間は福祉職、ケア回数では介護職が多く、平均ケア時間のケア項目別ではその他業務、業務区分では間接業務が多くを占めた。
- 2) 施設ごとに利用者の特徴とケア内容に相違があり、それぞれの施設が果たすべき機能の特徴が認められた。
- 3) 看護職は健康に関するケア提供が多く、施設ケアチームの中で医療従事者として果たす役割が大きい。

VI 今後の課題

今回の調査は11項目からなるケア項目について、各専門職の業務内容を明らかにしたが、今後は各ケア項目の小項目についての検討を加え、より詳細な内容の分析を行っていく必要がある。これは、施設によって異なる業務内容の基準づくりになる客観的データを集積すること、各専門職がその専門性を維持し質の高いケアを提供するために、必要な要員を決めるデータとして有益だと考えるからである。また、保健・医療・福祉専門職の連携を有機的に調整するための看護職の役割は、利用者と家族の健康ニーズにそって、各専門職がそれぞれの専門性を発揮出来るようにマネジメントし、複雑な人間関係を調整する能力を求められていることが明らかとなった。これらの課題を反映出来る看護学教育の教育課程および教育方法を検討する必要がある。

(本研究は、「福祉施設におけるケアプランに基づく標準ケアプログラムの運用に関する研究」平成11-12年度産学共同研究助成：日通工株式会社福祉・医療SI部岡橋俊行氏の協力を得て実施した)

引用・参考文献

- 1) 草刈淳子：専門職（プロフェッション）の概念と専門職化が進み始めた看護職. *インターナショナルナーシングレビュー*, 18, 1, 4-10, 1995.
- 2) 池川清子, 田村由美, 工藤桂子：第1部: Inter -

- professionとは何か - 用語の定義および英国における発展経過 - . Quality Nursing, 4, 11, 73-80, 1998.
- 3) 池川清子, 田村由美, 工藤桂子: 第2部: 世界のInter-professional教育と実践の動向 - ヨーロッパにおける先駆的諸活動 . Quality Nursing, 5, 5, 303-308, 1999.
- 4) 池川清子, 田村由美, 工藤桂子: 第2部: 世界の教育と実践の動向Inter-professional - アメリカ合衆国におけるInter-professional活動 . Quality Nursing, 5, 5, 381-386, 1999.
- 5) 田村由美, 工藤桂子, 池川清子: 第1部: Inter-professionとは何か - Rawson, D. の概念モデル - . Quality Nursing, 4, 12, 52 - 60, 1998.
- 6) 工藤桂子, 田村由美, 池川清子: 第2部: Inter-professionの実践 - 高齢者・障害者ケア領域での試みと介護者の問題 - . Quality Nursing, 5, 2, 73-80, 1999.
- 7) 山崎麻耶: わが国における新しい高齢者ケア提供システムとケアマネージメント. インターナショナルナーシングレビュー, 18, 4, 33-36, 1995.
- 8) 千田みゆき: チーム医療において在宅療養者をどう支えるか. インターナショナルナーシングレビュー, 22, 5, 39-43, 1999.
- 9) 中島紀恵子: 多様な職種間連携の脅威と刷新. 日本看護科学会誌, 19, 2, 1-7, 1999.
- 10) 砂村由有子, 川村佐和子, 数間恵子, 川島みどり: 在宅療養支援における看護と介護の連携に関する研究. 看護研究, 6, 11, 1996.
- 11) 嶋森好子: 看護職にとっての「看護必要度」. 看護, 52, 3, 30-32, 2000.
- 12) 筒井孝子: 急性期病棟における業務量調査データを用いた看護時間推定モデルの開発 - 「看護必要度」予測システム構築のための基礎研究 - . 看護, 52, 3, 25-29, 2000.
- 13) 岡崎美智子, 森脇美智子他: 標準ケアプログラム導入と福祉施設ケアの質的向上に関する研究. 第6回日本看護福祉学会講演集, 2000.
- 14) 嶋森好子: 看護必要度 - 時間を用いた看護測定ツールの開発. 看護, 52, 1, 32-35, 2000.

(受付 2000年9月28日)

