

図22 入院判断基準の有無，常勤看護婦数別

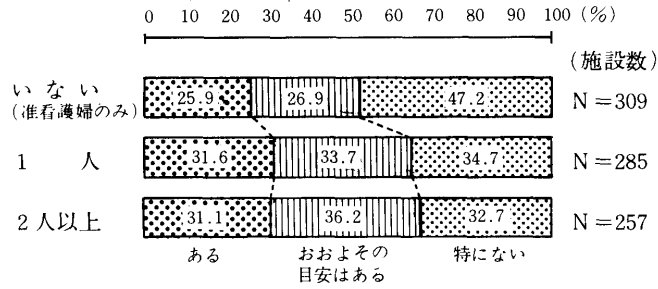


図23 入院判断基準の有無，リーダー看護職の直属上司別

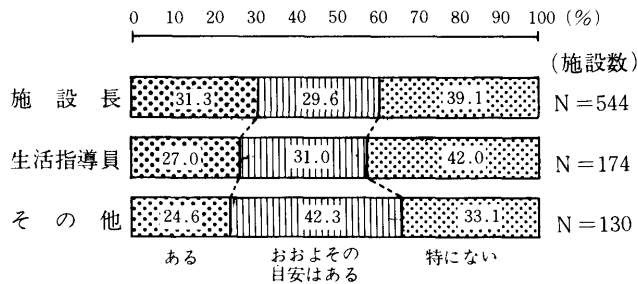
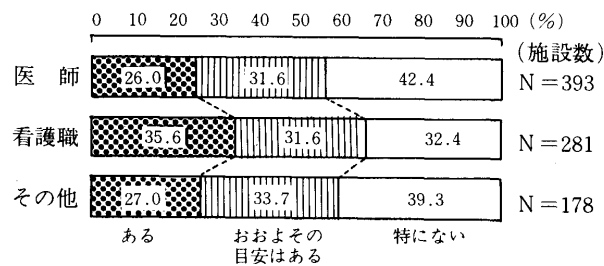


図24 入院判断基準の有無，外部での受療を実質的に判断する人別



看護職としての入院判断を持っているか否かは、看護職の所持免許や看護職の直属上司の職種によって差がみられる。准看護婦のみで看護婦がいない施設、看護職が生活指導員の下におかれている施設では、「特にない」の比率が高い（図22, 23）。

また、外部での受療を実質するに看護職が判断している場合は、入院判断基準が「ある」の比率が高く、受療判断を医師に委ねている場合は、「特にない」の比率が高い（図24）。

## VI 健康管理に関する看護職と寮母とのチームワーク

### 1) 健康状態把握のための寮母からの情報収集

老人ホームにおいては、看護職員数に比べ寮母の数の方がずっと多く、従って1人1人の入居者に接

する時間も寮母の方が長い。看護職にとって、日常生活の中の健康管理は寮母の協力なしには不可能である。従って、看護職と寮母との意志疎通や、健康管理に関する看護職のリーダーシップが、その施設の健康管理の質を大きく左右していると考えられる。

まず、看護職は入居者の健康状態把握のための情報を、寮母からどのように得ているであろう。このことについて問うた結果は、表48のとおりである。

表48 入居者の健康状態把握のための寮母からの情報収集〔複数回答〕

毎日報告を受ける	792	90.0
適宜報告を受ける	459	52.2
カンファレンスで報告を受ける	398	45.2
寮母の日誌から情報を得る	340	38.6
寮母から情報を得ることはほとんどない	1	0.1
計	1990	226.1
有効回答施設数	880	100.0

9割の施設では毎日報告を受けている。カンファレンスで情報交換がなされているのは半数弱、看護職が寮母の日誌に目を通し情報を得るのは4割弱である。

## 2) 寮母への健康管理に関する知識伝達・助言

看護職は寮母に対し、入居者の健康管理に関する知識を伝えたり、相談・助言に応じているか否かを問うた結果が、表49である。ほとんどの施設が必要に応じて行っており、カンファレンスで行うのは半数、施設内研修会で行うのは4割である。その内容としては、「一般的・初歩的な健康状態の把握方法」、「初歩的な応急処置」、「入居者が受けている治療や薬に関すること」についての知識伝達や助言は、各々83.4%、83.2%、84.6%の施設で行っている。「栄養・排泄・睡眠・清潔など日常生活援助に関する

表49 寮母への健康管理に関する知識伝達・助言の実施の有無〔複数回答〕

必要に応じて行う	860	98.2
カンファレンスの際に行う	438	50.0
施設内研修会にて行う	351	40.1
行っていない	2	0.2
計	1651	188.5
有効回答施設数	876	100.0

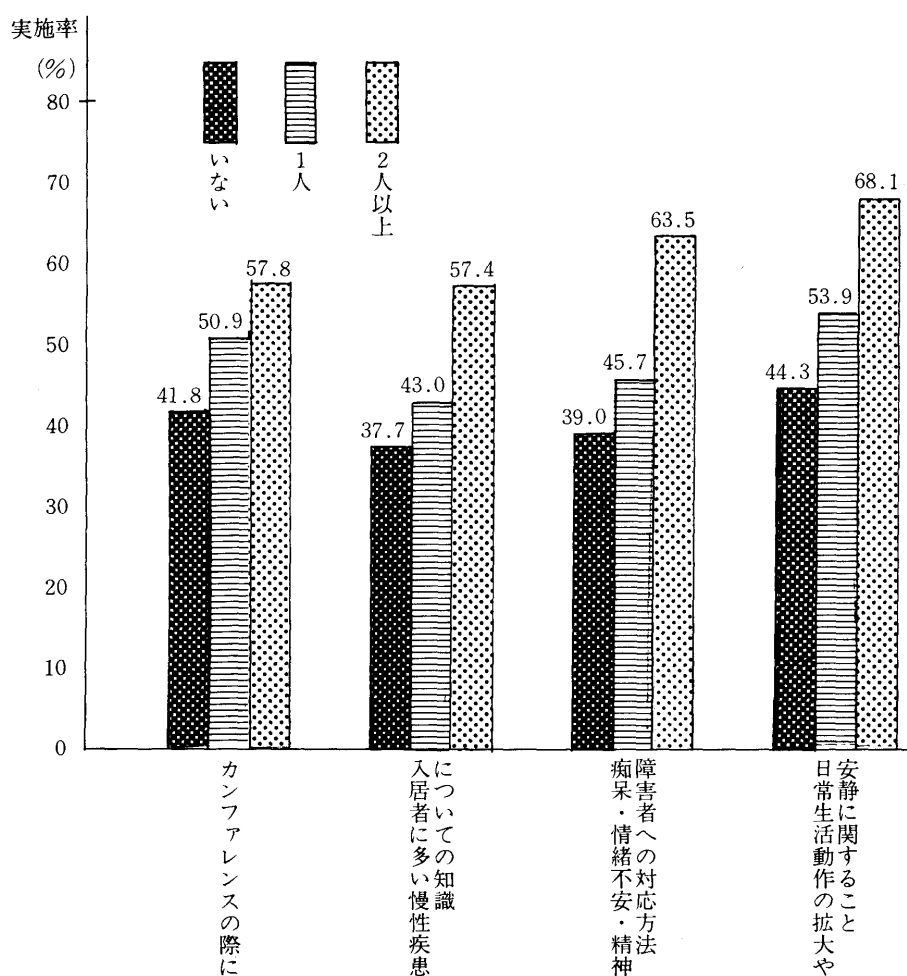
### その具体的な内容〔複数回答〕

一般的・初歩的な健康状態の把握方法	581	83.4
異常の早期発見の手がかり方法	550	78.9
初歩的な応急処置	580	83.2
入居者に多い慢性疾患の知識	402	57.7
入居者が受けている治療・薬	590	84.6
痴呆・情緒不安・精神障害者への対応方法	430	61.7
栄養・排泄・睡眠・清潔など、日常生活援助について	533	76.5
日常生活動作の拡大や安静	483	69.3
その他	37	5.3
計	4186	600.6
有効回答施設数	697	100.0

ること」、「日常生活動作の拡大や安静に関すること」、「痴呆・情緒不安・精神障害者への対応方法」など、寮母の日常業務分野に踏み込んだ知識伝達や助言については実施率が下がり、各々76.5%、69.3%、61.7%である。

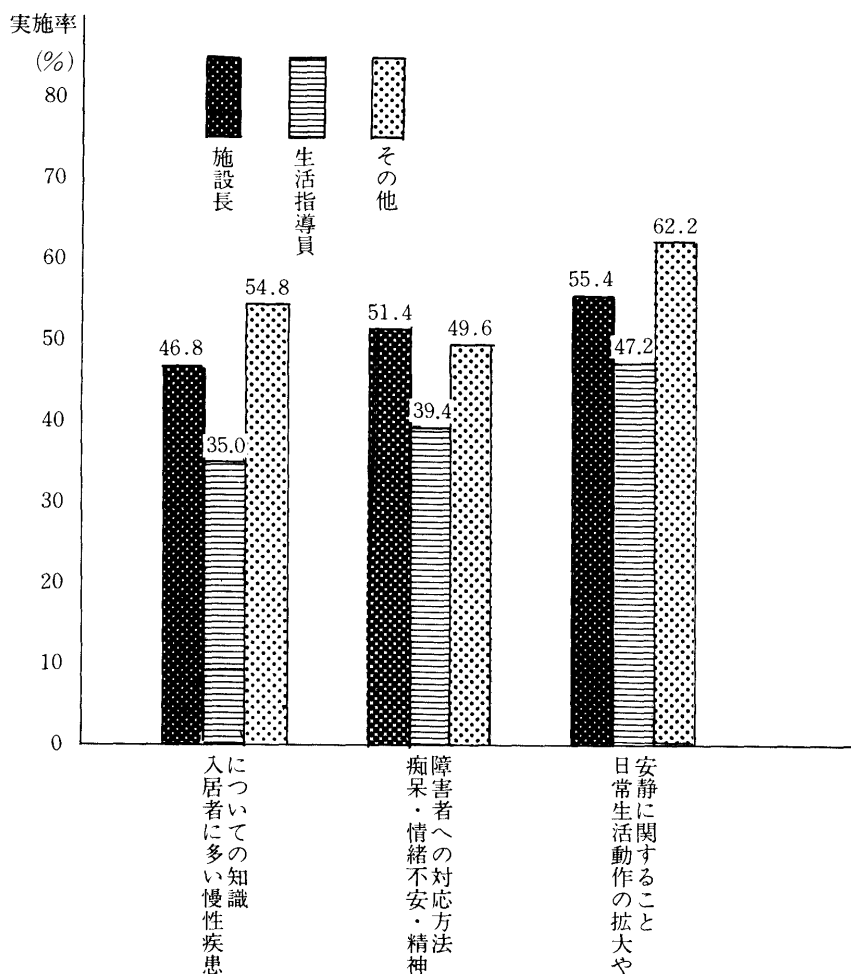
実施率の比較的低い「入居者に多い慢性疾病についての知識」、「痴呆・情緒不安・精神障害者への対応方法」、「日常生活動作の拡大や安静に関すること」の3項目について、またカンファレンスおよび施設内研修会で知識伝達・助言を行うか否かについて、看護職員の配置状況や属性などによる違いをみたところ、常勤看護婦数、リーダー看護職の直属上司、職位および年齢による有意な差がみられた。即ち、看護婦がおらず准看護婦のみの施設では実施率が低く、看護婦が2人以上いる施設では実施率が高い(図25)。常勤看護婦が1人であるのと2人以上であるのとの差は、受け持ちの入居者数の差による忙しさの違いというより、相談できる仲間がいるかどうかの違いによると考えられる(ちなみに、看護職員1人あたり入居者数による有意な差はみられなかった)。

図25 寮母への健康管理に関する知識伝達・助言の実施、常勤看護婦数別



\*実施率は複数回答の中の該当項目に○をつけた施設の全体に対する比率。

図26 寮母への健康管理に関する知識伝達・助言の実施、リーダー看護職の直屬上司別



\*実施率は図24に同じ

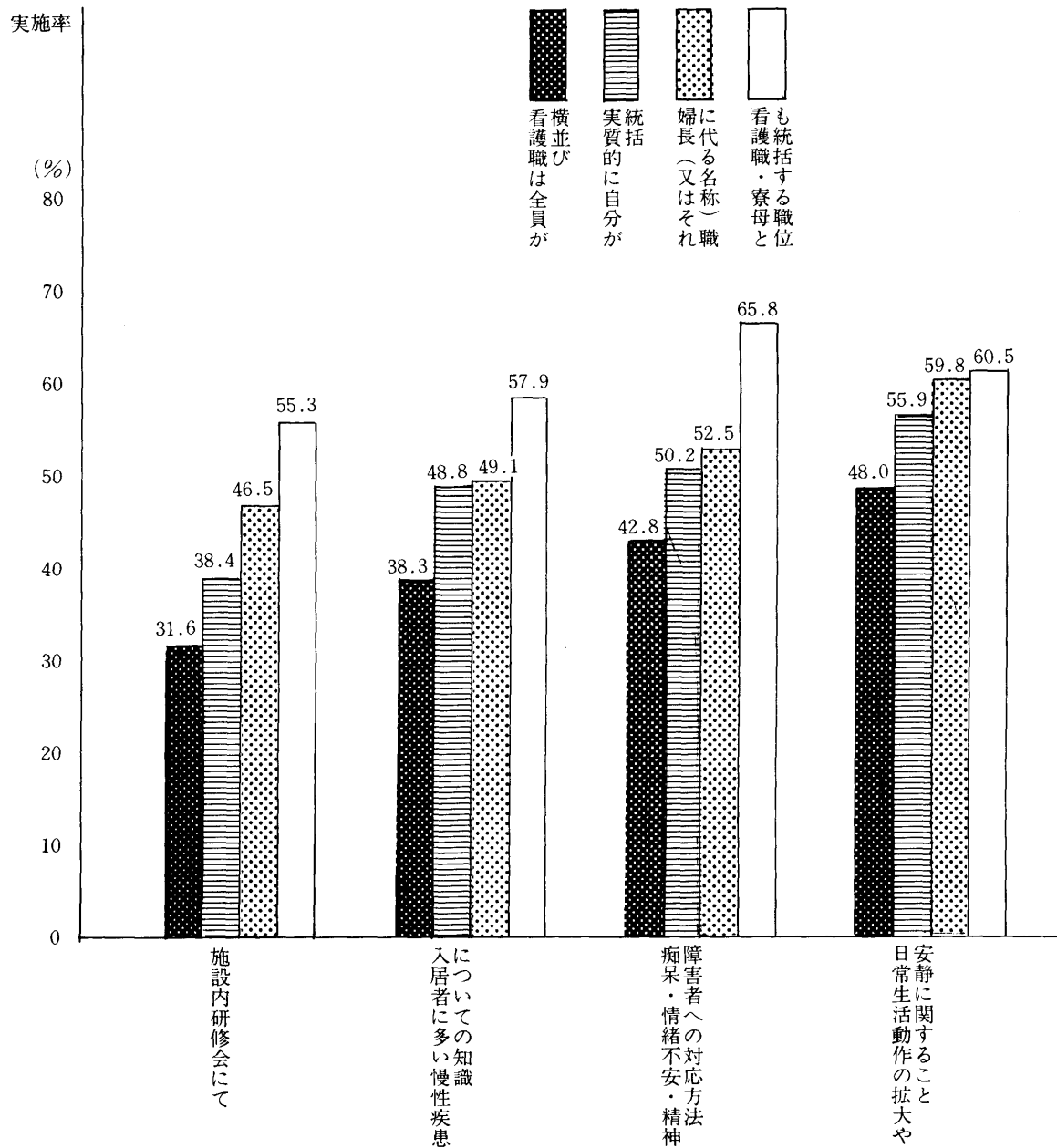
また、リーダー看護職が生活指導員の下に位置づけられているところは実施率が低い（図26）。さらにリーダー看護職の職位が高いほど実施率が高い（図27）。ことに施設内研修会で実施するか否かは、職位による影響が大きい。看護職の組織内の位置づけが低くては、他の職種に対して健康管理に関するリーダーシップをとりにくいことがわかる。

看護職の年齢による差もあり、年齢が高いほど実施率が高い（図28）。若い看護婦は、経験が浅いことによる力不足に加え、年上の寮母に対しリーダーシップをとることがむずかしいのかもしれない。

### 3) 精神障害悪化時における看護職と寮母との協力

入居者の精神症状（せん妄、幻覚、妄想、抑うつ、自殺念慮、心気症など）がひどくなったり、異常行動（暴力、はげしい徘徊、拒食など）が出現した時、看護職としては先ずどのように対処するのだろうか。調査結果では、精神症状については「医師に報告し、改善策を考えてもらう」方が「看護職と寮母とで改善策を考え対応する」より多く（各々54.5%、39.3%）、異常行動についてはその逆である

図27 寮母への健康管理に関する知識伝達・助言の実施、リーダー看護職の職位別



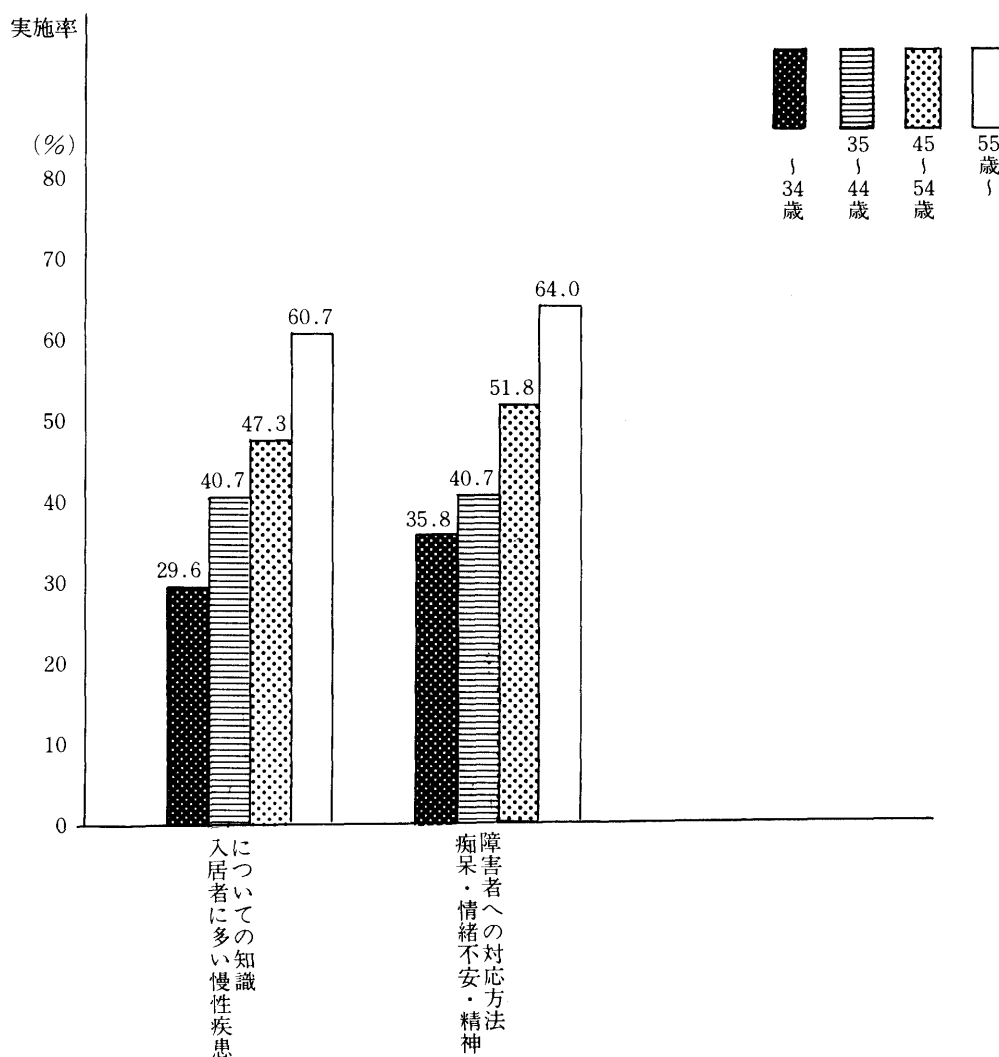
\* 実施率は図24に同じ

(各々42.1%, 49.8%) (表50)。

看護職と寮母とで対策をたて改善がみられた場合、その改善例の記述を求めたところ、精神症状については245、異常行動については305の施設が回答をよせた。その代表的なものを次に記す。

- 幻覚・妄想に対しては、その真偽に関して論争するよりも、正常な人間関係を保ちながら、幻想の世界に閉じこもらないように、日常生活面で働きかける。作業療法、サークル活動などの現実面で、自己を失わないよう援助する。

図28 寮母への健康管理に関する知識伝達・助言の実施、リーダー看護職の年齢別



\*実施率は図24に同じ

表50 精神障害悪化時の対処方法

- 1) 入居者に、せん妄、幻覚、妄想、抑うつ、自殺念慮、心気症などの精神症状がひどくなった時、あなたは先づ何をしますか。特別な場合でなく一般的な場合について、主なもの1つに○をつけて下さい。
- 2) 入居者に、暴力、はげしい徘徊、拒食などの異常行動が出現し対応に困った時、あなたは先づ何をしますか。特別な場合でなく一般的な場合について、主なもの1つに○をつけて下さい。

	精神症状がひどくなった時 <sup>1)</sup>		異常行動が出現した時 <sup>2)</sup>	
	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)
医師に報告、改善策を考えてもらう	480	54.5	371	42.1
看護職と寮母で改善策を考え対応する	346	39.3	438	49.8
寮母に一任する	2	0.2	3	0.3
その他	44	5.0	59	6.7
無回答	9	1.0	10	1.1
計	881	100.0	881	100.0

- 不安や寂しさから精神症状をきたすことも多いので、話をきちんと聞くようにする。遅番勤務の人が、異常行動のある人を集めて、昼の部屋で話し相手になるようにした。
- 精神症状の原因を究明する。何が気になっているのかを探るなど、不可解な言動でも何か意味があると考え、関心を注ぐ。たとえば同じ時刻に興奮、せん妄が激しくなる入居者に対し、空腹によるものではないかと考え、補食におにぎりを用意したところ改善がみられた。
- 日勤帯では職員が1名付き添って本人の思うままに行動を共にする。夜勤時は寮母室につれて来て、お茶、お菓子を食べて話し合う。
- 異常行動を抑制するのではなく、本人がそうする原因を探りながら、危険がないよう環境を整え、本人が好むように行動させる。
- 担当の寮母など、信頼している職員が相手になることで落ち着くことが多い。
- 拒食に対しては、本人の好むものを作ったり、お弁当にしたりする。または寮母と一緒に食事をしたりする。

入居者の精神症状が悪化したり異常行動が出現した時、看護職が先ず医師に指示を求めるか、寮母と一緒に対策を考えるかの違いは、一方では常勤医がいたり併設の診療所があって医師の指示が得やすいか否かによる（図29, 30）。しかし他方では看護職員の属性や職位による差もみられる。准看護婦は看護婦と比べ、また勤続年数が「5年以上」はそれ以下と比べ、医師の指示で対応しようとする者が多い（図31, 32）。先にみた看護職員が行う医療処置の範囲についてと同様、勤続年数が長い方が、自分の行動を医師の直接的な指示の範囲に限ろうするのは何故であろうか。リーダー看護職の職位は、高い方

図29 異常行動が出現した時の対処方法，常勤医の有無別

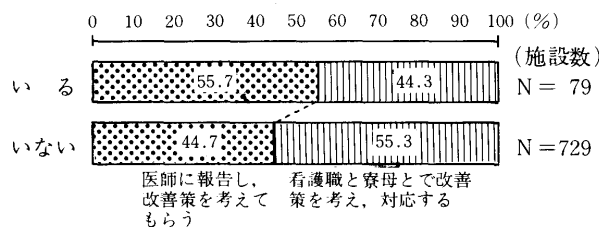


図30 精神障害悪化時の対処方法，併設診療所の有無別

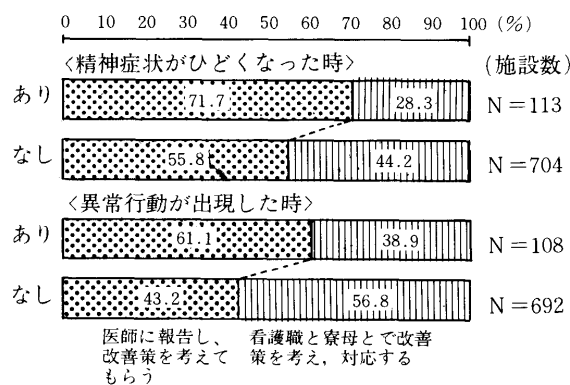


図31 精神障害悪化時の対処方法，リーダー看護職の所持免許別

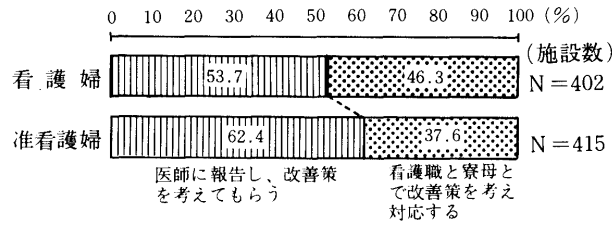


図32 精神障害悪化時の対処方法，リーダー看護職の勤続年数別

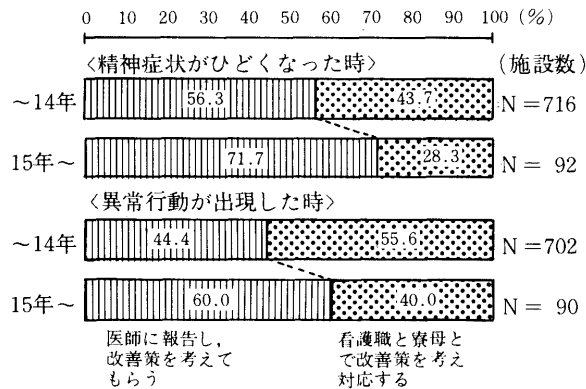
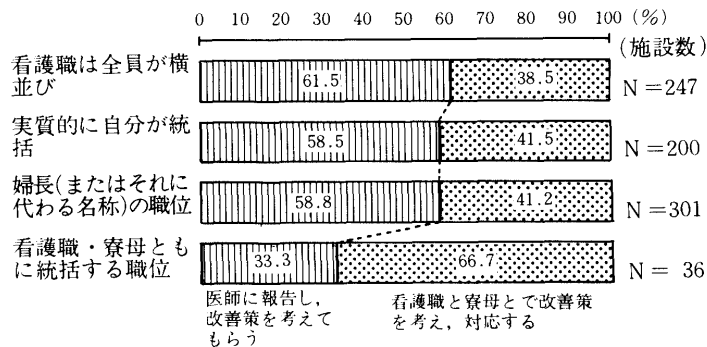


図33 精神障害悪化時の対処方法，リーダー看護職の職位別



が「看護職と寮母とで改善策を考え対応する」の比率が高くなる (図33)。

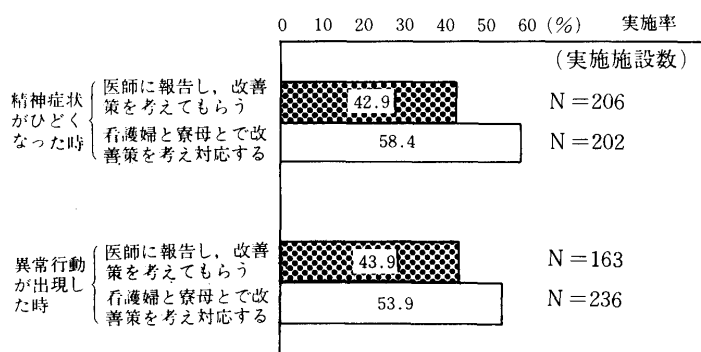
なお、「看護職と寮母とで改善策を考え対応する」施設は、医師の指示まで対応する施設と比べ、痴呆、情緒不安、精神障害者への対応方法について、看護職が寮母に知識伝達や助言をしているところが多い (図34)。

#### 4) ケースカンファレンス

看護職と寮母とが入居者個々のケースについて、各々が持っている情報を交換し、問題の所在と改善策を検討することは重要である。そのためには看護職と寮母とがともに参加するケースカンファレンスを行う必要がある。



図34 寮母への知識伝達・助言の実施<sup>\*</sup>、精神障害悪化の対処方法別



\*痴呆・情緒不安・精神障害者への対応方法について

調査結果では、ほとんどの施設 (90.9%) が、「行っている」と回答している。しかし定期的に行っているところは、そのうちの6割強である。ケースカンファレンスの頻度は月1回が最も多く、7割弱が月2回以下であるが、少数ながら毎日行っている施設もある (表51)。

ケースカンファレンスには、看護職と寮母以外に生活指導員が参加している施設がほとんどである。医師も参加する施設は1割以下である。

1割弱の施設ではケースカンファレンスを行っていないが、そのほとんどが回答者である看護職としては、「できれば行いたい」としている。そして、しない、あるいはできない理由としては、「忙しくて時間がとれない」、「指導的役割を持つ者がいない」、「職員間の人間関係がスムーズでない」などがあげられる。しかし、この自由記述で回答を求めた質問には回答が少なく、記述するのをためらうような理由があるように思われる。

看護職と寮母が参加するケースカンファレンスの実施率を、リーダー看護職の属性別にみると、年齢が高くなるにつれ実施率が高く、また回数も多いという傾向がみられる (図35)。しかし勤続年数別にみると、ケースカンファレンスの実施率が一番高いのは「4～6年」であり、それ以上では年数が長いほど実施が低下し、行っても回数の少ない施設の比率が高くなる (図36)。改めて話し合わなくてもやって行けると考えるようになるのか、それとも話し合っケアの改善をはかろうという意欲を減退させるような事情があるのか。

ケースカンファレンス実施の有無や実施回数は、健康管理に関する看護職の寮母に対するリーダーシップや協力関係に影響している。ケースカンファレンスの回数が多くなるにつれ、寮母への健康管理に関する知識伝達・助言の実施率は高くなる (図37)。また入居者の精神症状がひどくなったり異常行動が出現した時、ケースカンファレンスを行っている方が行っていない場合と比べ、「看護職と寮母とで改善策を考え対応する」施設の比率が高く、「医師への報告と指示」で対処しようとする施設の比率が低い (図38)。

表51 ケースカンファレンスの実施状況

実施の有無  
(看護職と寮母とがともに参加するケースカンファレンスを行っていますか。)

行っている	801	90.9
行っていない	74	8.4
無回答	6	0.7
計	881	100.0

できれば行いたい	63	85.1
行わなくてもよい	3	4.1
無回答	8	10.8
計	74	100.0

▶看護職・寮母の他に参加する職種〔複数回答〕

看護職・寮母のみ	22	3.6
生活指導員	598	96.8
医師	51	8.3
その他	352	57.0
計	1023	165.5
有効回答施設数	618	100.0

1回	219	44.6
2回	118	24.1
3回	29	5.9
4回	72	14.6
5～7回	15	3.0
8～11回	11	2.2
12～27回	12	2.4
28～30回	13	2.6
無回答	3	0.6
計	492	100.0

▶カンファレンスの頻度 (月間)

定期的	492	61.4
必要に応じて	159	19.9
無回答	150	18.7
計	801	100.0

1回	63	39.7
2回	42	26.4
3回	14	8.8
4～7回	17	10.7
8～27回	5	3.1
28～30回	3	1.9
無回答	15	9.4
計	159	100.0

▶改善策に関する結果の評価

(カンファレンスで検討された改善策に関して、後日のカンファレンスで結果の評価を行っていますか。)

行っている	648	80.9
行っていない	100	12.5
無回答	53	6.6
計	801	100.0

図35 ケースカンファレンスの回数、リーダー看護職の年齢別

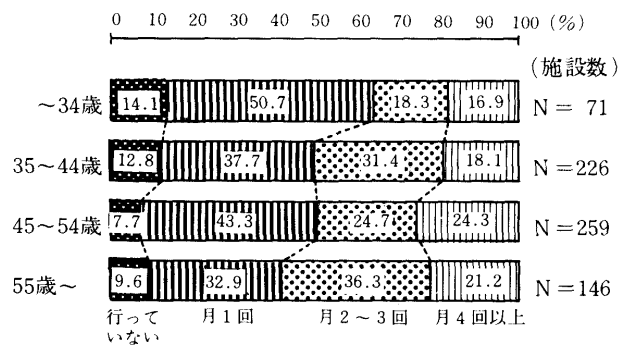


図36 ケースカンファレンスの回数, リーダー看護職の勤続年数別

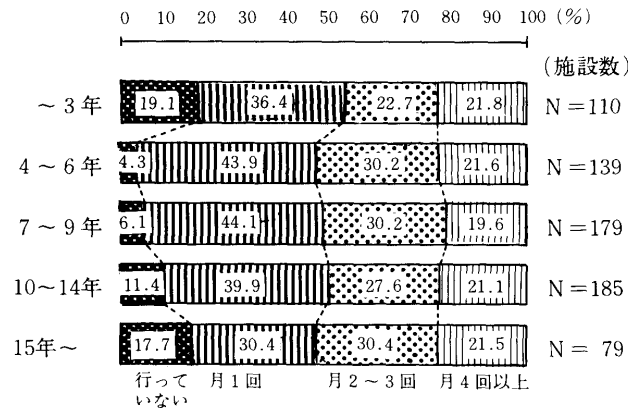
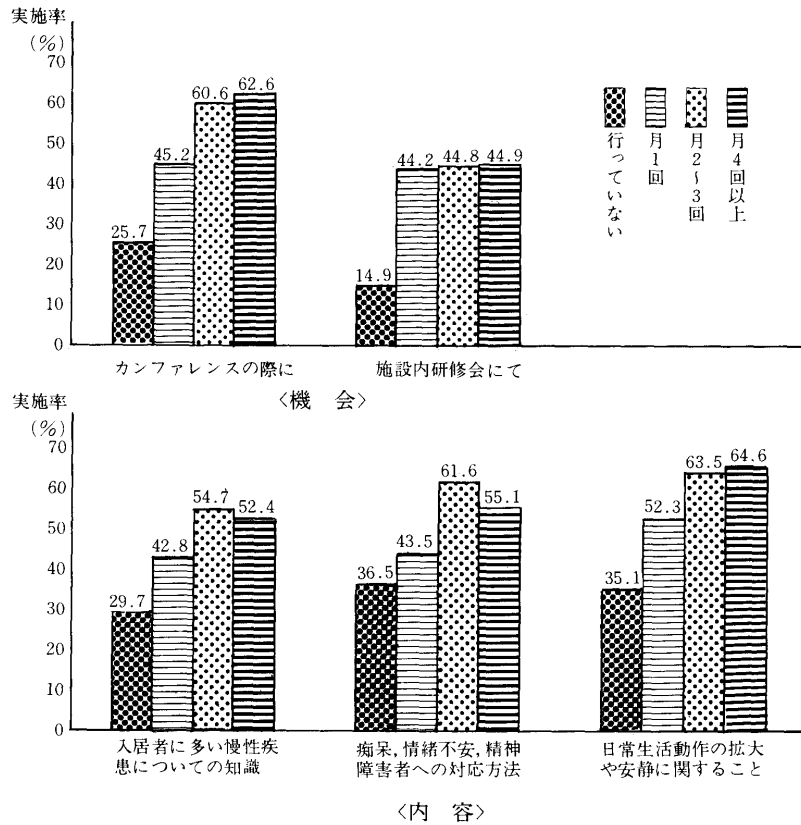


図37 寮母への健康管理に関する知識伝達・助言の実施, ケースカンファレンスの回数別



実施率は複数回答の中の該当項目に○をつけた施設の全体に対する比率。

入居者に入院や通院治療を受けさせるか否かも, ケースカンファレンスを行っていない施設では, もっぱら医師が判断する施設が多い (図39)。そして, 入居者を入院させるか否かの看護職としての判断基準を持っていない施設が増える (図40)。これらのことから, 寮母と一緒にケースカンファレンスを行うことのない施設の看護職は, 寮母よりも医師の方に目が向き, もっぱらその指示下で働こうとする

傾向があると推測することができる。

図38 精神障害悪化時の対処方法、ケースカンファレンス実施の有無別

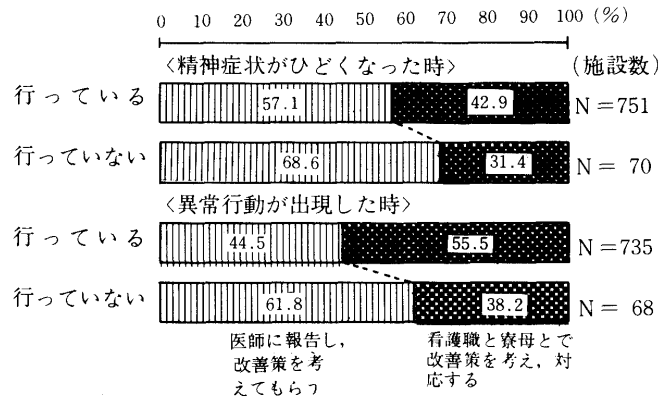


図39 外部での受療を実質的に判断する人、ケースカンファレンスの回数別

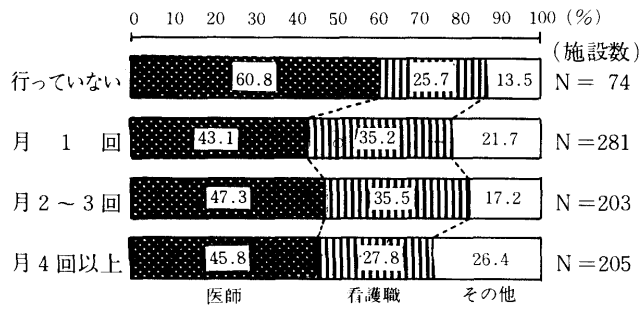
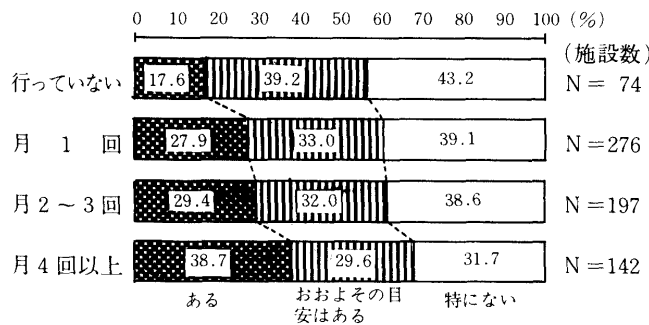


図40 入院判断基準の有無、ケースカンファレンスの回数別



## VII 看護職の夜勤

### 1) 夜間の病態変化への対応策

入居者の高齢化、疾病・障害の重度化傾向がみられる中で、看護職も夜勤をすべきか否かが議論にな