

## IX 疾病・障害を持った老人の受け入れ可能性

### 1) 器具装着者などの受け入れ可能性

表61は器具装着者など日常的医療管理や処置を必要とする人が入所を希望した場合の受け入れ可能性を示している。「バルンカテーテル挿入」の場合88%の施設が可能。「定期的に注射をしている」は72%、「人工肛門保持」は67%、「ペースメーカー装着」は60%、「経管栄養施行」は57%が可能としている。「酸素療法を継続実施」は21%、「気管カニューレ装着」は14%と受け入れ可能施設が少ないのは、吸引などの処置を、看護職がいない時間帯にも行う必要がありうるためであろう。

受け入れ可能な施設の比率は、「酸素療法を継続実施」を除けば、施設内医療の状況による有意な差はみられない。「酸素療法を継続実施」している老人の受け入れについては、常勤医の有無、回診回数、施設内診療所が保険医療機関か否かによる差がみられる（図52）。その他の状態の老人の受け入れ可能性は、リーダー看護職の属性や看護婦配置数など、看護職の側の事情が影響している（図53～55）。

### 2) 精神障害のある老人の受け入れ可能性

表62は、精神症状や問題行動がある老人の受け入れ可能性を示している。「夜間の異常行動」、「幻視、幻聴などの幻覚」、「物とられ妄想、しつと妄想、いじめられ妄想など」がある老人の受け入れは、いずれも、約9割の施設が受け入れ可能としている。「戸外を徘徊し戻れなくなってしまう」老人が受け入れ可能なのは6割。施設構造がそれなりに工夫されていないと、限られた人手でケアすることは困難な

表61 器具装着者などの受け入れ可能性〔複数回答〕

(今、次のような病態の人が入所を希望したとしたら、貴施設では受け入れは可能ですか。)

	可能と思われる、またはすでに受け入れている		今は困難だが今後受け入れていきたい	
	件数	割合	件数	割合
バルンカテーテル挿入	747	88.0	42	13.0
経管栄養施行	480	56.5	117	36.1
気管カニューレ装着	121	14.3	117	36.1
人工肛門保持	565	66.5	118	36.4
ペースメーカー装着	509	60.0	87	26.9
定期的に注射をしている	609	71.7	59	18.2
酸素療法を継続実施	175	20.6	84	25.9
その他	23	2.7	6	1.9
計	3229	380.3	630	194.4
有効回答施設数	849	100.0	324	100.0

図52 酸素療法施行者の受け入れ可能性、医療の状況別

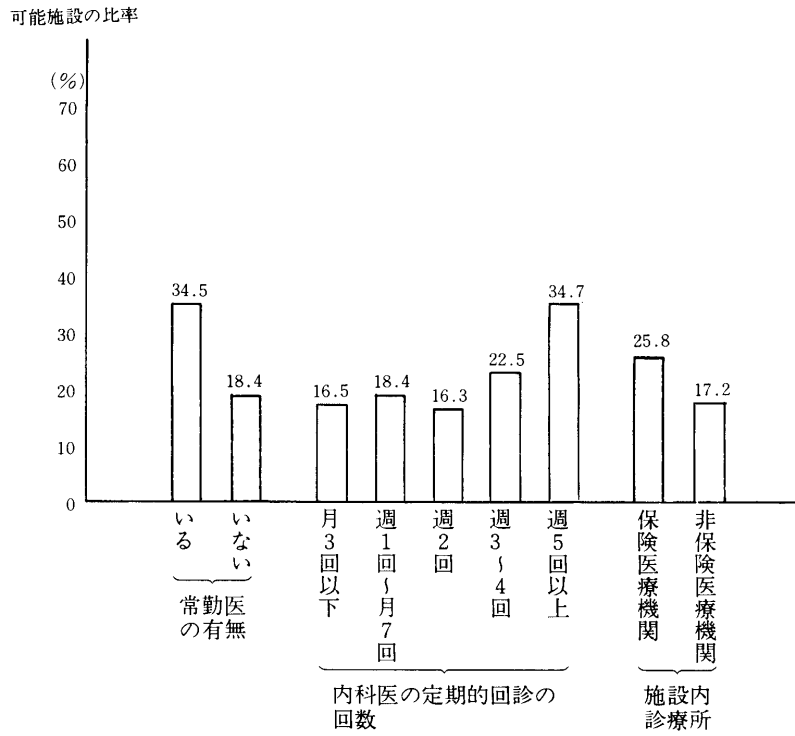


図53 器具装着者の受け入れ可能性、常勤看護婦数別

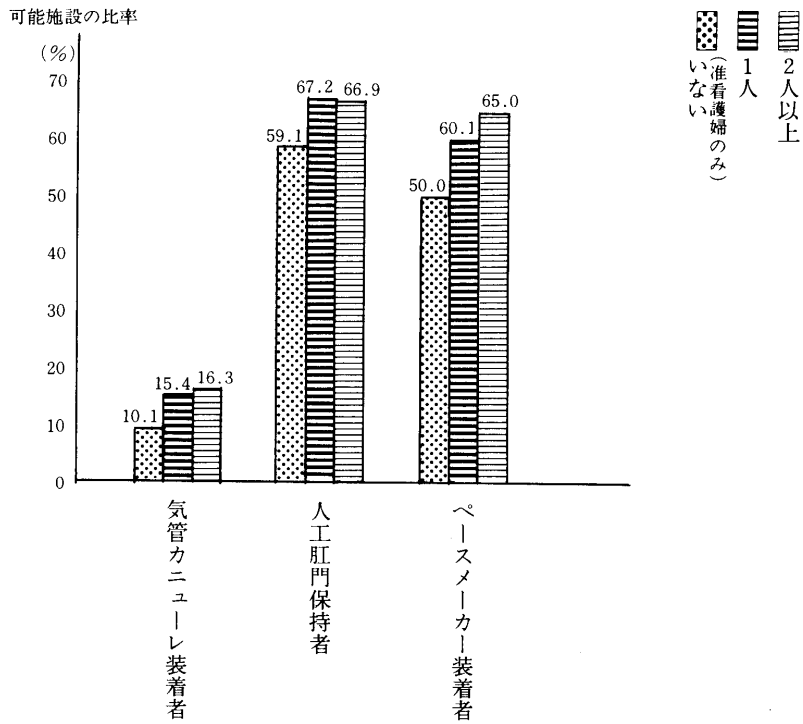


図54 経管栄養施行者の受け入れ可能性、リーダー看護職の年齢別

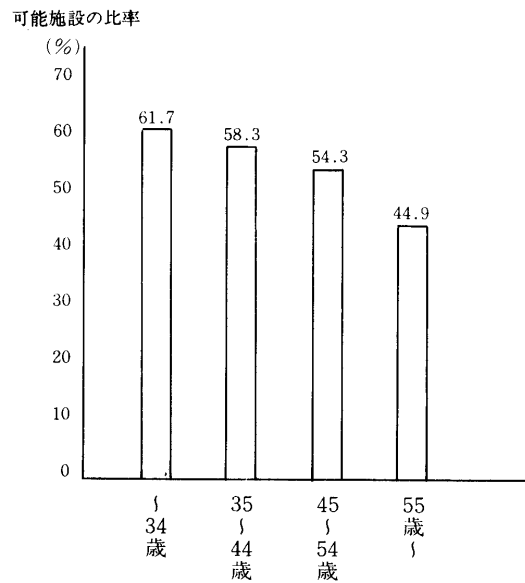
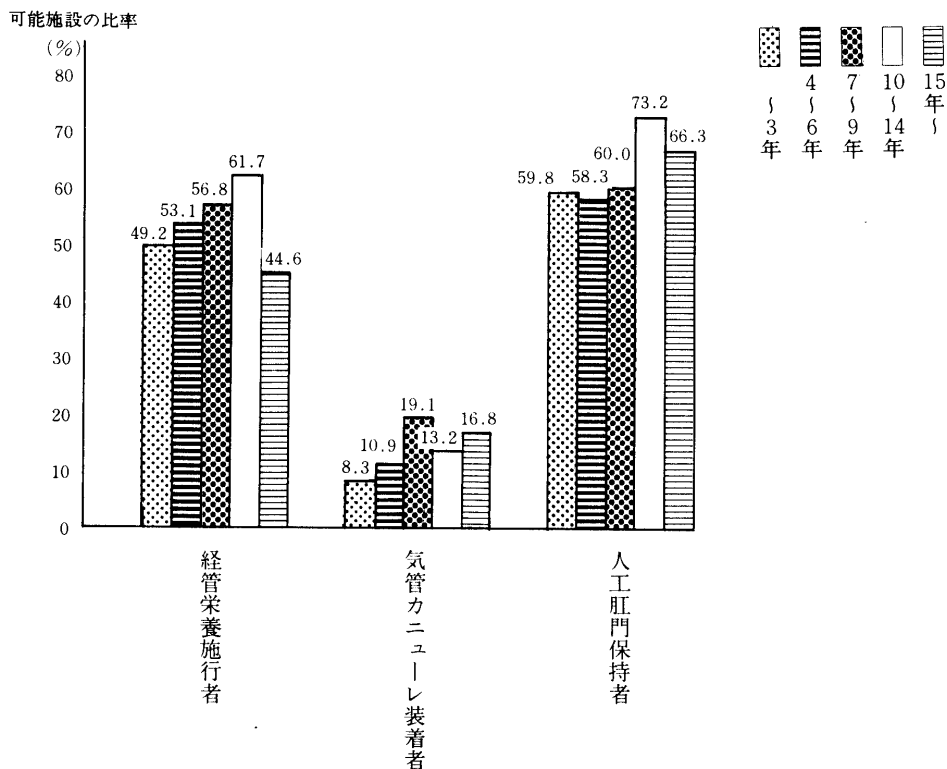


図55 器具装着者等の受け入れ可能性、リーダー看護職の勤続年数別



ためと思われる。ホームで受け入れが困難なのは「むやみに暴力をふるう」、「自殺念慮が強い」老人であり、可能としている施設は、各々29.9%、22.4%である。精神科医の協力が得られないとホームでは手にあまるということであろうか。

表62 精神障害がある人の受け入れ可能性〔複数回答〕

(今、次のような精神症状または問題行動がある人が入所を希望したとしたら、貴施設では受け入れは可能ですか。)

	可能と思われる、またはすでに受け入れている		今は困難だが今後は受け入れていきたい	
夜間の異常行動(せん妄・興奮など)	734	87.8	24	15.0
幻視・幻聴・その他の幻覚	755	90.3	17	10.6
妄想(物とられ妄想・しつと妄想など)	741	88.6	17	10.6
自殺念慮が強い	187	22.4	62	38.8
心気症状	654	78.2	31	19.4
むやみに暴力をふるう	250	29.9	48	30.0
戸外を徘徊し、戻れなくなる	497	59.4	62	38.8
その他	27	3.2	3	1.9
計	3845	459.9	264	165.0
有効回答施設数	836	100.0	160	100.0

精神障害がある老人の受け入れ可能性は、医療処置を必要とする人の受け入れと違って施設内医療の状況や看護職の状況による有意な差はみられなかった。

### 3) 施設としての受け入れ能力の変化

第4章でみたように、高齢化にともない、疾病・障害の重い入居者が増えている。それに応じて、疾病・障害をもった老人に対する職員の対応能力や施設としての受け入れ能力の向上がみられる。身体的疾病・障害に関しても、精神的疾病・障害に関しても、ともに63%の施設が「向上した」と回答している(表63)。

対応・受け入れ能力が向上した理由を自由記述の回答よりみると、最も多いのが「研修会、学習会、他施設の見学・実習などによる知識・技術の向上」である(回答のあった453施設中235施設)。次に多いのが「経験の積み重ねによる対応能力の向上」(「最近では病院から直接入所する人が増え、ほとんどの入居者が疾病を持ち、しかも重度化してきている。そういった人を受け入れる日々の積み重ねで、対応能力も向上した」、「痴呆をもつ入居者の増加により、問題に直面するたびにそのケースから学んだ」など)である(173施設)。

表63 疾病・障害を持った入居者への対応・受け入れ能力の変化

(過去5年位の間に、病気・障害を持った入居者への職員の対応能力や、施設としての受け入れ能力は向上したと思いますか。)

身体的疾患・障害に関して			精神的疾患・障害に関して		
向上した	554	62.9	向上した	553	62.8
変わらない	271	30.8	変わらない	265	30.1
低下した	25	2.8	低下した	18	2.0
無回答	31	3.5	無回答	45	5.1
計	881	100.0	計	881	100.0

次いで「職種間話し合いによる成果」(「さまざまな職種と一緒にケースカンファレンスを持ち対応方法を検討し、連携推進に努めている。その結果職員間のチームワークが良くなり、ケアの向上につながっている」など)(46施設)、「意欲の向上」(24施設)があげられており、介護福祉士制度が意欲の向上をもたらしたとの指摘もある。精神的疾病・障害に関しては「精神科医の協力」(58施設)、「設備の

充実」(43施設)をあげた施設は多い。身体的疾病・障害に関しては、「リハビリテーションの導入」(「リハビリテーションの導入が入居者のADL向上や介護技術の向上につながった」など)もあげられている(25施設)。

対応・受け入れ能力が「低下した」との回答は2～3%と少ないが、その理由を記した回答の過半数は、「職員不足」を指摘している。具体的には、「入居者は重度化しているが職員数は変わらないので、最低限の業務に追われている」、「同じ人数でデイサービス、ショートステイにも対応しなくてはならない」、「人手不足で寮母が研修会に参加する機会が減った」、「生活指導員が現場にタッチできないほど事務量が増えたので、ケースカンファレンスなどが少なくなった」などである。また「職員の入れかわり」をあげている施設もある。

対応・受け入れ能力が「向上した」とする回答は、内科医の定期的回診回数が多いほど、「向上した」とする回答が多い(図56)。また、回答者であるリーダー看護職の職位が高いほど高率である(図57)。勤続年数別にみると、「7～9年」までは勤続年数が長くなるほど比率が高くなるが、それを超えると

図56 精神的疾患・障害を持った入居者への対応能力・受け入れ能力の変化、内科医の定期的回診の回数別

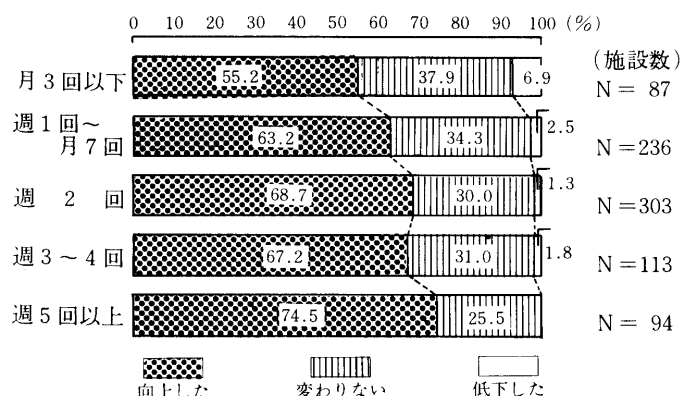


図57 疾患・障害を持った入居者への対応能力・受け入れ能力の変化、リーダー看護職の職位別

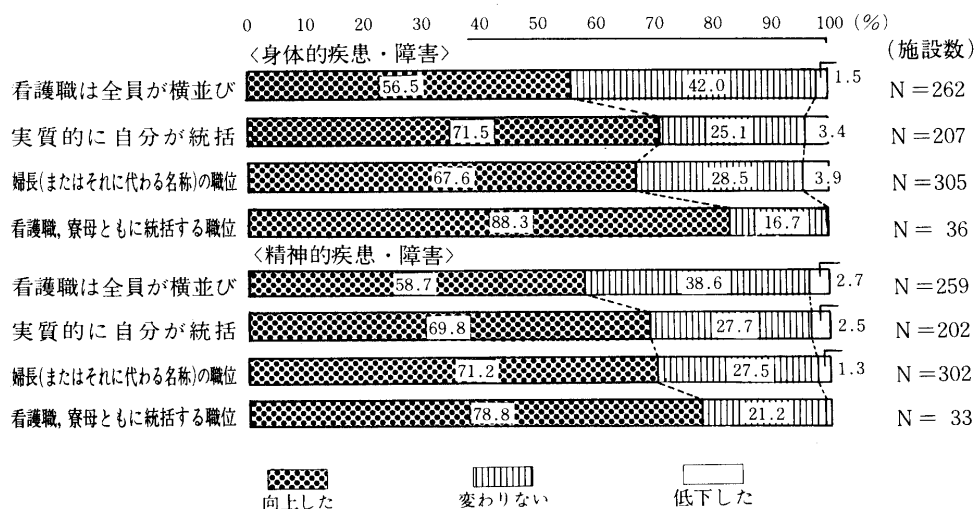
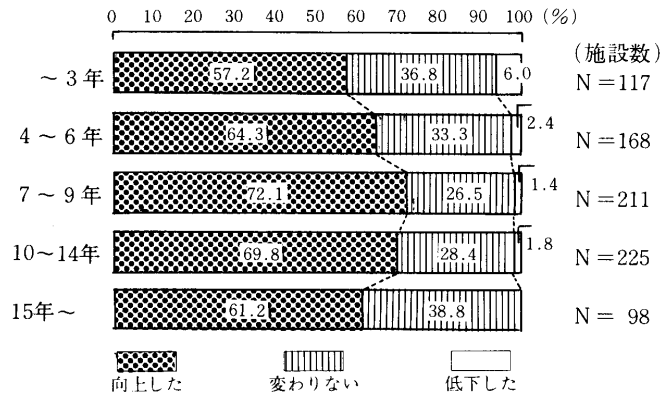


図58 疾患・障害を持った入居者への対応能力・受け入れ能力の変化，リーダー看護職の勤続年数別



比率が低下する（図58）。「向上した」とみるか否かは、施設の実態と担当者の意識の両面を反映していると考えられるが、リーダー看護職が高い職位を与えられていれば、他の看護職や寮母の対応能力向上のためのリーダーシップを発揮しやすいため、「向上した」の比率が高くなったと考えられる。他方、ホームに就職して10年位までは肯定的な回答が増えるのは、自分の経験の積み重ねや他の職員へのリーダーシップによると考えられる。しかし、勤続年数がそれ以上になると肯定的な回答が減るのは、中にはマンネリ化、あるいはあきめらてしまう人もいることによるのかもしれない。

4) 入院かホームか (実情)

同程度の病状で入院させるかホームで対応するかは、施設差はもちろんのこと、同じ施設でも年代的な変化があると思われる。過去5年位の間の変化を問うたところ、身体症状では「ホームで対応することが多くなった」との回答より「入院させることが多くなった」との回答の方が多い（前者20%，後者28%）。しかし精神症状については「ホームで対応することが多くなった」35.3%に対し、「入院させることが多くなった」は3.5%にすぎない（表64）。

身体症状に関し「入院させることが多くなった」理由について、222の施設が自由記述の回答をよせているが、その中で最も多いのは「入居者の高齢化・重度化」である（83施設）。即ち「入居者の高齢

表64 入院かホームか、過去5年間の変化

(過去5年位の間、同程度の病状でかつては入院させていたが、今はホームで対応することが多くなったとか、逆にかつてホームで対応していたが、今は入院させることが多くなったというような変化がありますか。)

	身体症状について		精神症状について	
	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)
ホームで対応することが多くなった	176	20.0	311	35.3
変わらない	439	49.8	515	58.5
入院させることが多くなった	247	28.0	31	3.2
無回答	19	2.2	24	2.7
計	881	100.0	881	100.0

化・重度化に伴い、介護量が増加したが、それに見合うだけの職員の増員がなされていないので、職員の負担が大きい。他の入居者のケアにも影響する、「早期に適切な医療処置がなされれば、施設の生活に戻れることも多いので」などである。

その他の回答を多い順にならべると、「本人・家族が入院治療を望むケースが増えた」（44施設）、「施設内医療が行政指導で規制されるようになったため」（39施設）、「協力病院の受け入れ体制が良くなった」（32施設）、「医師の方針による」（30施設）、「施設長の方針による」（10施設）などである。

身体症状に関し、「ホームで対応することが多くなった」理由については、150の施設が回答をよせているが、その中で最も多いのは「本人・家族がホームでの療養を希望する」（「経済的理由」、「入院すると付き添いが必要だが、付き添う人がいない」、「入院が3ヵ月を超えてホームの籍がなくなるのは困る」、「慣れた環境での生活を望む」など）である（61施設）。その他の回答を多い順にならべると、「入院しにくい」（「協力病院が満床であることが多い」、「痴呆、ADL低下を伴う老人は、病院の受け入れが悪い」、「入院しても急性期が過ぎれば退院をすすめられる」など）（38施設）、「職員の看護・介護技術の向上」（32施設）、「医師や病院の協力が得られるようになった」（「医師が常勤になった」、「医師の回診回数が増えた」、「医師がホームでの療養に積極的」、「病院の協力で対応できることが増えた」など）

（26施設）、「看護職や寮母の考え方や意欲」（「入院が延命につながったとしても、ADLの低下や褥瘡の問題があり、結局本人にとって良いのか疑問なので」、「老人にとって環境の変化は大きな負担となり、病状がよけい悪化する」、「終末期を自然に近い状態で送らせたいと職員も望む」など）（15施設）などである。

精神症状については、「ホームで対応することになった」理由を251の施設が記している。その中で最も多いのは「職員の対応能力の向上」（107施設）であり、次いで「精神科医の協力」（「精神科医が定期的に診療を行い、内服薬などで症状のコントロールができるようになった」など）（86施設）である。その他多い順にあげると、「精神症状をもつ入所してくるケースの増加。そのような人は、施設で拒否したら受け皿がない」（36施設）、「痴呆老人を受け入れてくれる病院がない」（31施設）、「設備の充実」（「痴呆専門棟の増床」、「センサー、フェンスなどの整備」、「モニターテレビの設置」、「危険のない個室の整備」など）（22施設）、「本人がホームでの生活を望む」あるいは「家族が入院を希望しない」（17施設）、「入院するとかえって病状が悪化する」（13施設）などである。

精神症状に関しては「入院させることが多くなった」との回答はごく少数であるが、その主な理由は、精神症状のある入居者の増加に応じた人員増や設備の改善がないための「ホームでは対応しきれない」（「事故防止ができない」、「他の入居者に影響する」など）（回答のあった25施設中17施設）ということである。また「早期治療のため」（4施設）との回答もあった。

入居者の高齢化、疾病・障害の重度化にともない、職員の対応能力は向上しているが、介護量の増加に見合った職員の増員が見られないため、対応が困難になっている。その結果、身体症状に関しては入院が減らない、あるいは増えている。しかし精神症状に関しては、病院には入院しにくいだけに、同程

図59 入院かホームか過去5年間の変化、リーダー看護職の所持免許別

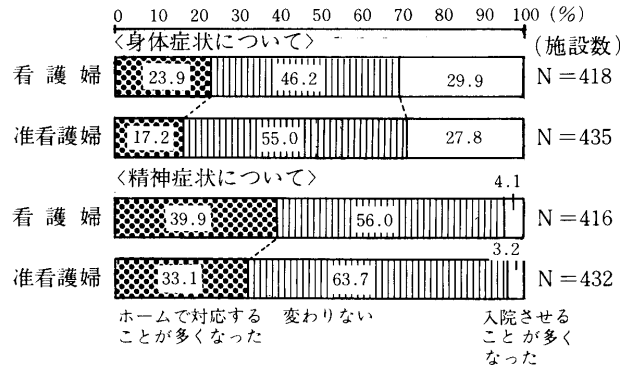


表65 ホームに退院できず転院したケースの有無

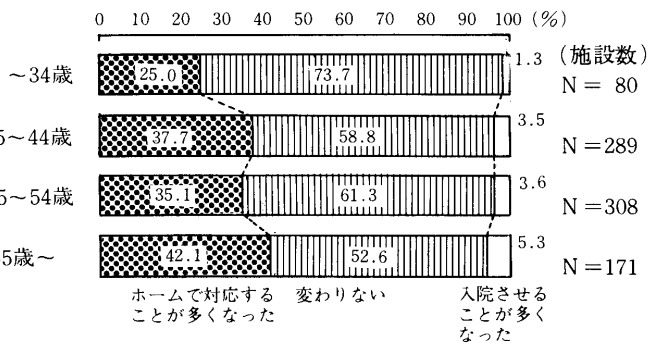
(入居者が入院し、症状が落ち着いて退院許可が出たものの、ホームでは受け止められないので他の病院に転院したというケースは、過去5年間の間に何名ありましたか。)

あ	る	115	13.1	→ 1	人	53
な	い	753	85.4	2		23
無	回	13	1.5	3		12
計		881	100.0	4~9		11
				10~17		3
				無	回	13
				計		115

→ そのようなケースの増減

増えている	16	13.9
変わらない	25	21.7
減っている	5	4.3
まれなケースなので何ともいえない	58	50.5
無回答	11	9.6
計	115	100.0

図60 入院かホームか過去5年間の変化(精神症状について)、リーダー看護職の年齢別



度の症状なら、以前と比べホームで対応することが多くなった、というのが、特別養護老人ホームの一般的な状況といえそうである。

なお、「ホームで対応することが多くなった」とする回答は、リーダー看護職が「准看護婦」より

「看護婦」である場合の方が高率である(図59)。また年齢が高い方が高率である(図60)。

次に、入院していた入居者に退院許可が出たものの、ホームでは受け止められないので他の病院に転院したというケースの有無について問うた。過去5年間にそのようなケースが「ある」と回答した施設は13%であり、大半の施設では、退院後の受け止めはスムーズである(表65)。受け止められなかったケースのほとんどは、「急性期が過ぎ退院となったが、なお施設医療の域を超える医学的管理を必要としている」ケースである。

### 5) 入院かホームか(考え方)

入居者を入院させるかホームで対応するか、実態については前述したとおりである。では看護職としては、どうしたいと考えているであろうか。



表66 入院かホームか（考え方）

（治癒は望めないが医療を必要とする入居者のケアについて、あなたはどのように考えますか。あなたの考えに最も近いものに1つだけ○をつけて下さい。）

施設内医療を充実し、もっとホームでみられるようにしたい	179	20.3
医師や病院などの往診・協力体制は現状のままであったとしても可能な限りホームでみるようにしたい	334	37.9
医療は病院にゆだねる方がよい	347	39.4
無 回 答	21	2.4
計	881	100.0

調査では、治癒は望めないが医療を必要とする入居者を、ホームで受け止めて行きたいか、それとも病院にゆだねる方が良いと考えるかについて問うた。その結果は表66のとおりである。「医師や病院などの往診・協力体制は現状のままであったとしても、可能な限りホームでみるようにしたい」と「医療は病院にゆだねる方がよい」がほぼ同数である。前者に「施設内医療を充実し、もっとホームでみられるようにしたい」を加えると、6割弱が治癒が望めないならホームで、と考えている。

ホームでみるようにしたいと思う理由について、400人より自由記述の回答がよせられている。回答数の多い順にあげる（カッコは回答数）。

- ホームの方が入居者の生活レベルを保ったまま終末期を過ごすことができる。(109)
- 入居者や家族が希望する。(104)
- 病院よりホームの方が、質の良い介護・看護が提供できる。(48)
- 老人は環境変化の影響を受けやすいので、入院により痴呆の進行などの問題が出てくる。(45)
- 入院によって得られる濃厚な医療は、老人にとって意味がないように思う。また治療によって主たる疾患は落ち着いたとしても、褥瘡、ADL低下など、新たな問題が発生する。(32)
- 入院は付き添いの問題、医療費の問題など、本人や家族の経済的負担が大きい。(21)
- 職員も心情として、最期までケアをしたいと思う。(11)

以上のような理由により、看護職の多くは、治癒が望めないならホームで対応したいと考えている。しかし現実には、ホームで対応したいと考えているところでも、同程度の身体症状で、以前と比べ「ホームで対応することが多くなった」施設より「入院させることが多くなった」施設の方が多い。職員不足や施設内医療の限界などから、看護職としては不本位ながら入院させざるをえない場合も多々あると考えられる。但し、精神症状に関しては、ホームで対応したいと考えている施設はそうではないところと比べ、「ホームで対応することが多くなった」施設の比率が高い（図61）。

なお、治癒が望めない入居者の医療を「病院にゆだねる方がよい」と考えるか、「ホームでみるようにしたい」と考えるかの違いは、1つには施設内医療の現状を反映しており、常勤医がいる施設、医師の定期的回診が多い施設では、「ホームで」と考える者の比率が高い（図62, 63）。他方、看護職が生活指導員の下におかれている施設では、それ以外と比べ「病院で」と考える者の比率が高い（図64）。

図61 入院かホームか過去5年間の変化、入院かホームか（考え方）別

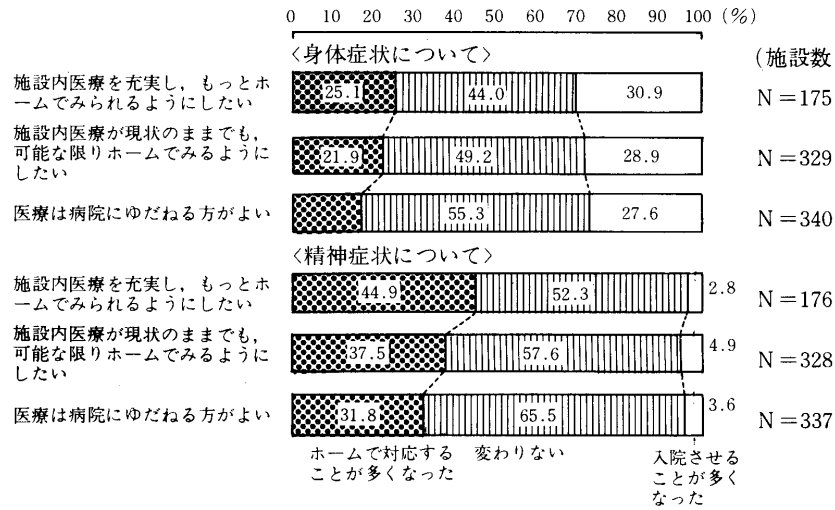


図62 入院かホームか（考え方）、常勤医の有無別

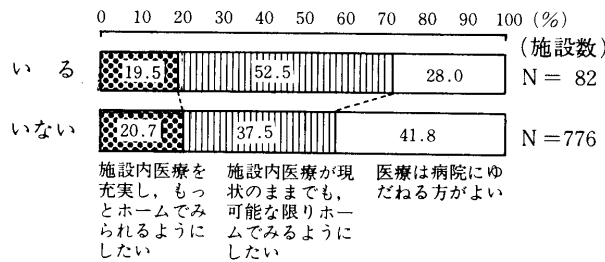
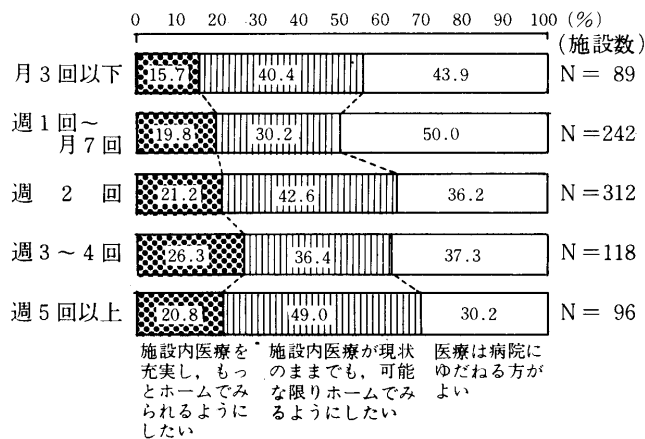


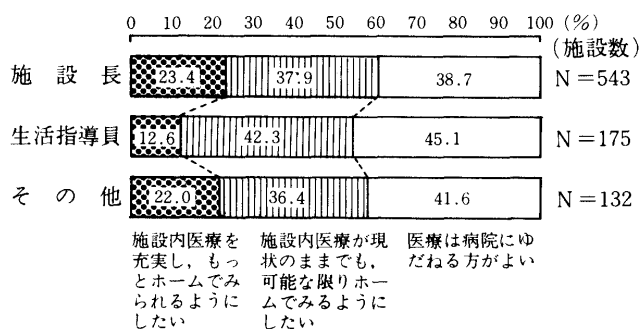
図63 入院かホームか（考え方）、内科医の定期的回診の回数別



6) 終末期のケア

「治癒が望めないならホームで」という考え方は、終末もホームで受け止めることにつながる。本人や家族が最期をホームで迎えたいと望む場合、その希望は「重視される」と回答したところが75%に対し、「なかなか希望通りに行かない」が25%である（表67）。

図64 入院かホームか（考え方）、リーダー看護職の直属上司別



希望通りに行かない理由について、184施設が自由記述の質問に答えている。その中で最も多いのは、「看護職員の不足」（「夜勤ができるほど看護婦がいない。夜間寮母のみでは対応できない」、「終末期で濃厚ケアを要する入居者がでると、他の入居者へのケアが手薄になる」など）（65施設）である。次いで多いのが、「施設内医療の範囲を超える場合は、受け止められない」（「病状悪化とそれに伴う苦痛の緩和が施設内医療では充分行えない」、「医療処置の増加に対応できるだけの設備が整っていない」など）（59施設）である。

その他の回答として、「施設として終末期は入院という方針をとっているため」、「終末期になると協力病院へ入院となるのがほとんど」など（35施設）、「常勤医がいない」、「緊急時往診してもらえない」、「死亡の確認ができない」など（22施設）がある。少数ではあるが「一般の人並の医療は受けさせるべきである」、「他の入居者が動揺する」といった、看護職である回答者の考え方を、本人や家族の希望通りにホームで看とることができない理由として述べている者もいる。

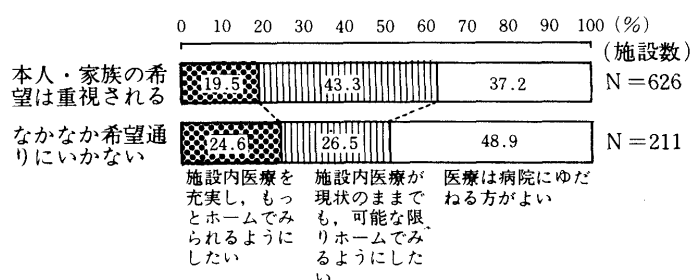
終末期の受け入れと「入院かホームか」についての考え方とは関係が深く、「本人・家族の希望は重視される」施設では、回答者であるリーダー看護職が「施設内医療が現状のままで、可能な限りホームでみるようにしたい」と考える者が多く、「なかなか希望通りに行かない」施設では、「医療は病院にゆだねる方がよい」と考える者が多い（図65）。

表67 ホームでの終末期の受け止め

（本人や家族がホーム内での死を望む場合、その希望は重視されますか。）

重視される	645	73.2
なかなか希望通りにいかない	211	24.0
無回答	25	2.8
計	881	100.0

図65 入院かホームか（考え方）、ホームでの終末期の受け止め別



4分の3の施設では、ホーム内で終末を迎えたいという本人や家族の希望は「重視される」と回答しているのであるが、実際には、入居者のうちどれ位がホームで終末を迎えているのであろうか。平成元年4月から12月までの9か月間にホームを退所した人は、全体でみると入居者100人あたり14.7人、うちホームで終末を迎えた人は5.4人（37%）である。ホームで終末を迎えた人の比率の過去5年間の変化をみると、少しずつ減ってきている（前出表42）。また、施設による格差が大きい（表68）。

**表68 退所者中ホーム内で終末を迎えた人の比率**  
(平成元年4～12月)

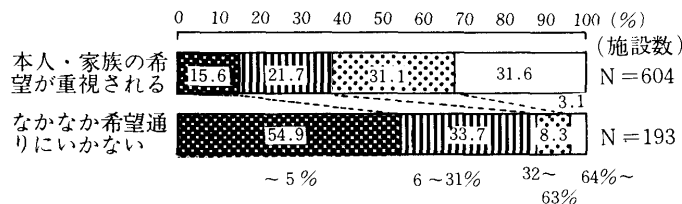
0%	192	21.8
1～9	55	6.2
10～19	80	9.1
20～29	76	8.6
30～39	51	5.8
40～49	55	6.2
50～59	84	9.5
60～69	59	6.7
70～79	49	5.6
80～89	56	6.4
90～99	25	2.8
100	43	4.9
無回答*	56	6.4
計	881	100.0

\*期間内に退所者がいなかった場合を含む

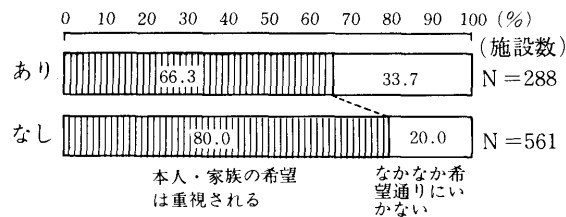
本人や家族にホーム内で終末を迎えたいと希望しても、「なかなかその通りにいかない」と回答している施設では、実際にホームで終末を迎えた人の比率が低い傾向がみられる（図66）。またホームにおける終末期の受け止めと、施設の医療状況との関係を見ると、併設病院が「ある」施設は「ない」施設と比べ、「なか希望通りにいかない」の比率が高く、ホームで終末を迎えた人の比率も低い傾向がみられる（図68, 69）。終末期には併設病院に入院させることが多いためと考えられる。

他方、併設診療所が「ある」施設は「ない」施設と比べ、または医師の回診回数が多いほど、ホーム

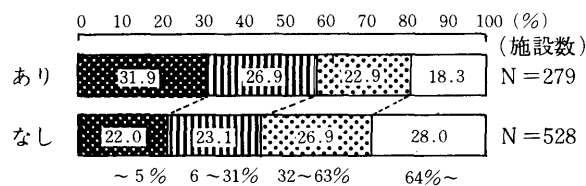
**図66 退所者中ホームで終末期を迎えた人の比率、ホームでの終末期の受け止め別**



**図67 ホームでの終末期を受け止め、併設病院の有無別**



**図68 退所者中ホームで終末を迎えた人の比率、併設病院の有無別**



で終末を迎えた人の比率が高い傾向がみられる (図69, 70)。

ホームにおける終末期の受け止めの、看護職の配置状況やリーダー看護職の属性などによる違いはほとんどみられなかった。但し、リーダー看護職の勤続年数が「10～14年」の場合、「本人・家族の希望は重視される」の比率が最も高い (図71, 72)。看護職の熟練が、終末期の受け止めを可能にする一つの要因になっているといえるのではなかろうか。但し「15年～」ではその比率は低下しており、意欲をともなわなければ経験もプラスに作用しないことをうかがわせる。

図69 退所者中ホームで終末を迎えた人の比率、併設診療所の有無別

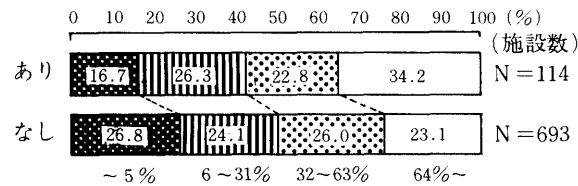


図70 退所者に対するホームで終末を迎えた人の比率、内科医の定期的回診の回数別

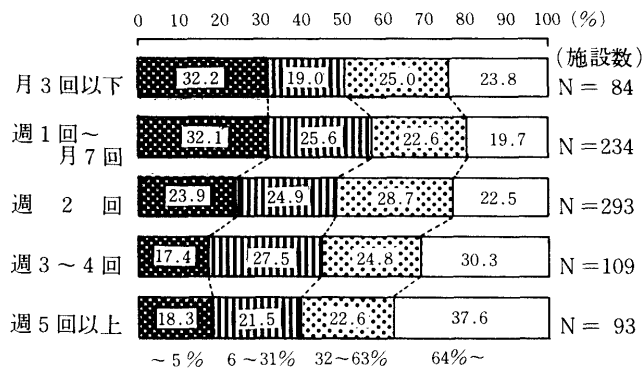


図71 ホームでの終末期の受け止め、リーダー看護職の勤続年数別

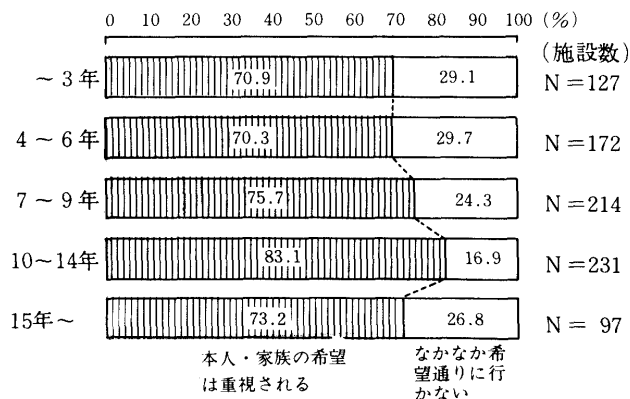
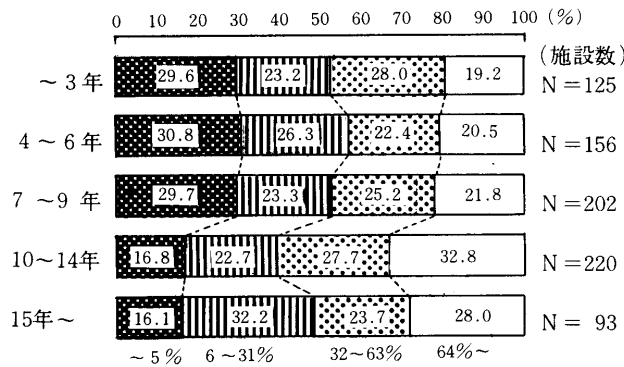


図72 退所者に対するホームで終末を迎えた人の比率，リーダー看護職の勤続年数別



## X 看護職の役割のとり方が疾病・障害を持った老人の受け入れに及ぼす影響

### 1) 看護職が行う医療処置と終末期の受け止め

ホームで入居者の終末期を受け止めようとするれば、多くの場合看護職が終末期の医療を引き受ける必要がある。そこで終末期に看護職が行う医療処置が、医師往診時の指示に限られる場合、医師に電話連絡し指示が得られる限りにおいて行う場合、あらかじめ取り決めた約束処方に基づいて行うこともある場合のいずれか、即ち看護職の判断と自由裁量の余地の違いによって、ホームでの終末期の受け止めに違いがあるか否かを分析した。

まず、治癒が望めないが医療を必要とする入居者を、病院にまかせるのではなく、施設内でみるようにしたいという考え方をする者は、終末期に看護職が行う医療処置の範囲が広いほど多い(図73)。また医療処置の範囲が広いほど、ホームで終末を迎えたいという「本人・家族の希望は重視される」とする施設が多くなり、実際に退所者中ホームで終末を迎えた人の比率が高くなる(図74, 75)。大半のホ

図73 入院かホームか(考え方), 看護職が行う医療処置の範囲(終末期)別

