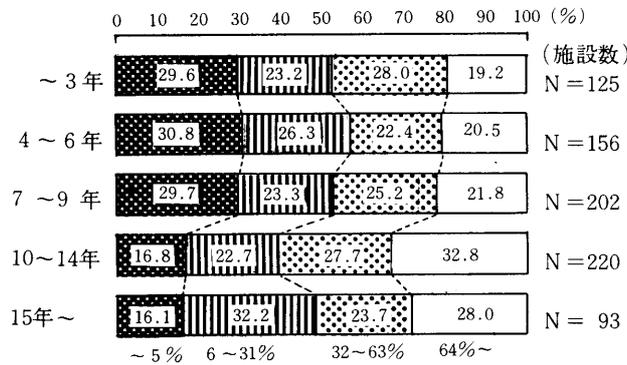


図72 退所者に対するホームで終末を迎えた人の比率，リーダー看護職の勤続年数別



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とる者は、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

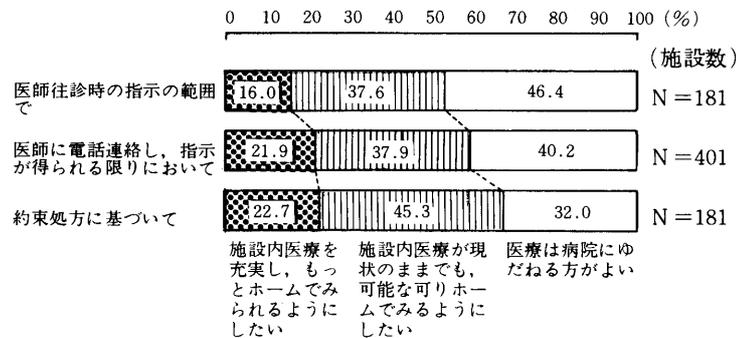


図74 ホームでの終末期の受け止め、看護職が行う医療処置の範囲（終末期）別

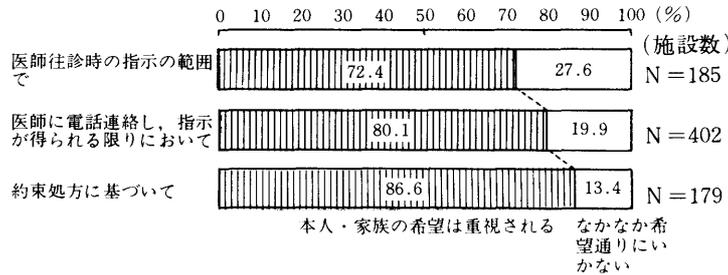
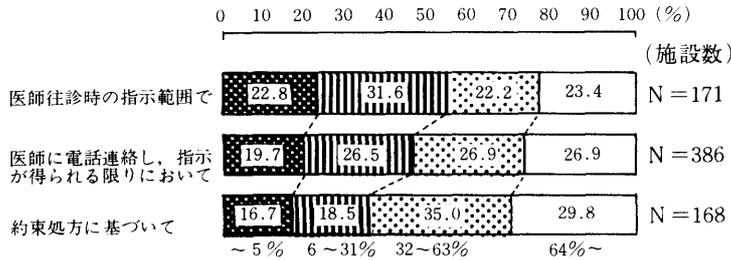


図75 退所者中ホームで終末を迎えた人の比率、看護職が行う医療処置の範囲（終末期）別



ホームでは医師の回診が週1~2回である中で、終末期にある入居者に対して、看護職が自分の判断と裁量でかなりの対応ができるということが、終末期の受け止めを可能にする一つの要因とみることができる。

2) 看護職による受療判断と老人の受け入れ

入居者の受療について、看護職が主体的に役割を担っているか否かということは、疾病・障害を持った老人の受け入れにどう影響しているであろうか。ここでは、外部の医療機関で受診させるか否かを看護職自身が実質的に判断しているか否か、また、入院について看護職としての判断基準があるか否かによる影響を分析した。

治癒が望めないが医療を必要とする入居者のケアについての考え方と、入院判断基準の有無との関係をみると、判断基準がある場合は「施設内医療が現状のままでも、可能な限りホームでみるようにしたい」とする者が多く、判断基準がない場合は「医療は病院にゆだねる方がよい」とする者が多い(図76)。

図76 入院かホームか(考え方)、入院判断基準の有無別

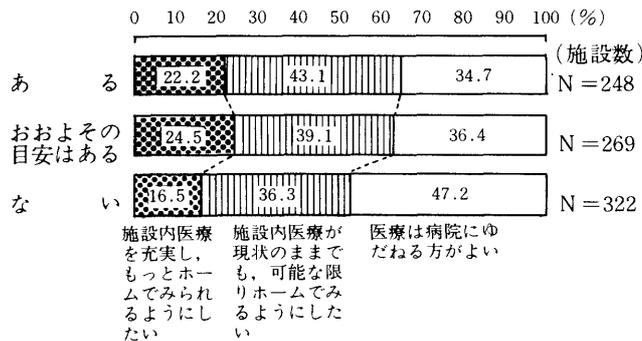


図77 入院かホームか過去5年間の変化(精神症状について)、外部での受療を実質的に判断する人別

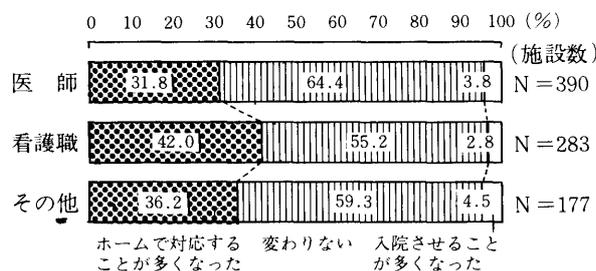
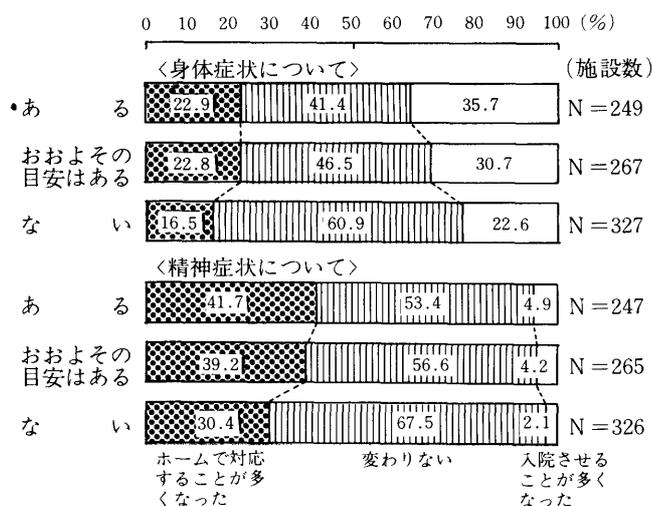


図78 入院かホームか過去5年間の変化, 入院判断基準の有無別



逆に言えば、可能な限りホームでみるようにしようと思えば、どのような場合は病院にゆだねるかをはっきりさせる必要が生ずるといえよう。

「同程度の病状でかつては入院させていたがホームでは対応することが多くなった」とする施設の比率は、外部での受療の判断を医師にゆだねている場合と比べ、看護職自身が判断している場合の方が高い。また入院判断基準がない場合と比べ、ある場合の方が高い(図77, 78)。さらに、疾病・障害を持った入居者への対応・受け入れ能力が「向上した」とする施設の比率は、入院判断基準がない場合と比べ、ある場合の方が高い(図79)。

入居者の受療について看護職が主体的に役割を取っているということが、疾病・障害を持った老人の受け入れの巾を広げる方向に作用しているとみることができる。

ところが、外部での受療を看護職が判断する場合、他職種(医師, 生活指導員, 施設長)が判断する場合と比べ、酸素療法を行っている人でも受け入れられるとする施設の比率が低く(図80)、退所者中ホームで終末を迎えた人の比率が低い施設が多い(図81)など、上述したことと一見相反するような結果もでている。受療を看護職が判断するのは、常勤医がいないとか、回診回数が少ない場合が多く、看護職としては自分で判断するだけに、ホーム内では対応できることに限界を感じ、慎重になるためと考

えられる。

図79 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, 入院判断基準の有無別

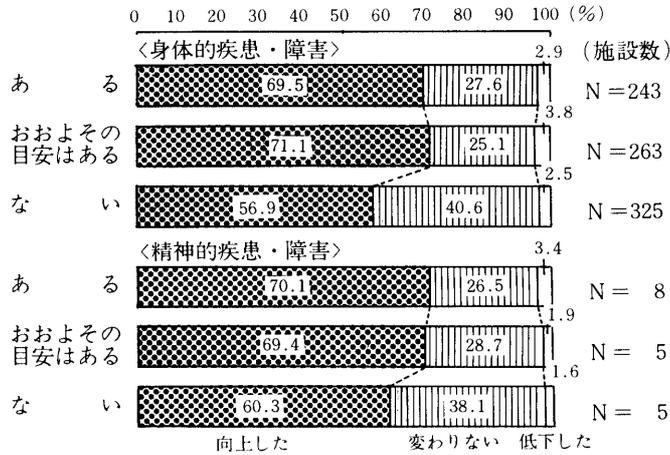


図80 酸素療法施行者の受け入れ可能性, 外部での受療を実質的に判断する人別

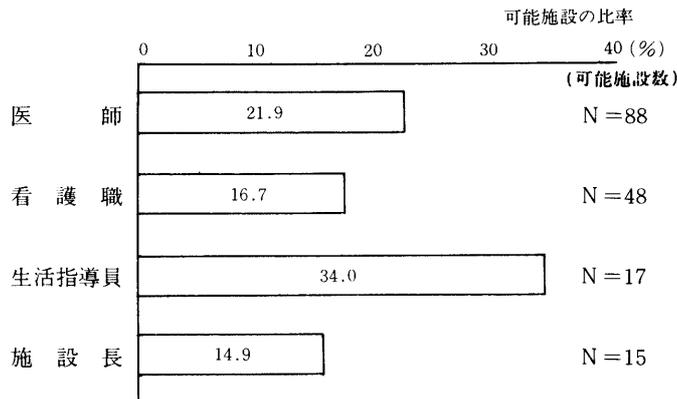
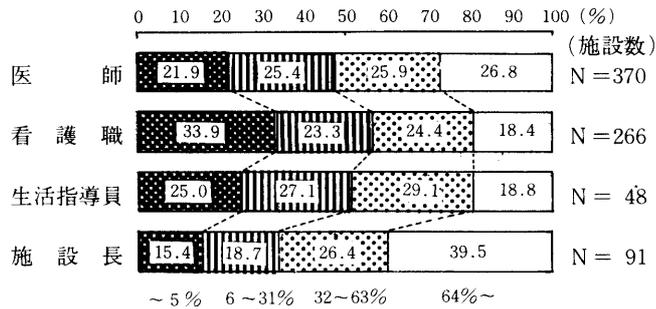


図81 退所者中ホームで終末を迎えた人の比率, 外部での受療を実質的に判断する人別



3) 看護職の夜勤と老人の受け入れ

夜間の病態変化への対応策は、終末期の受け止めに影響している。看護職が夜勤をする施設および寮母が直接医師に連絡する施設では、本人・家族がホームで終末を迎えたいと望む場合、その希望は「重

図82 ホームでの終末期の受け止め、夜間の病態変化に関する対応策別

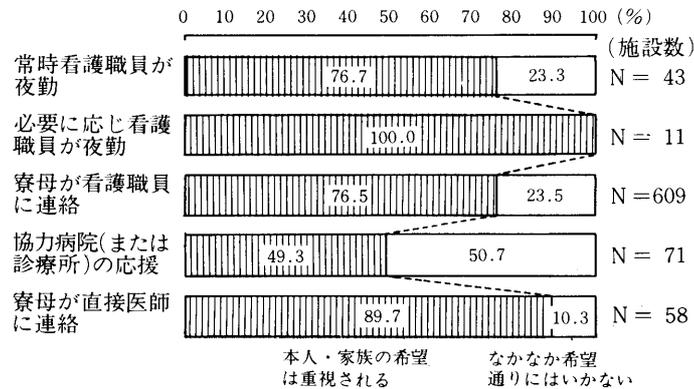
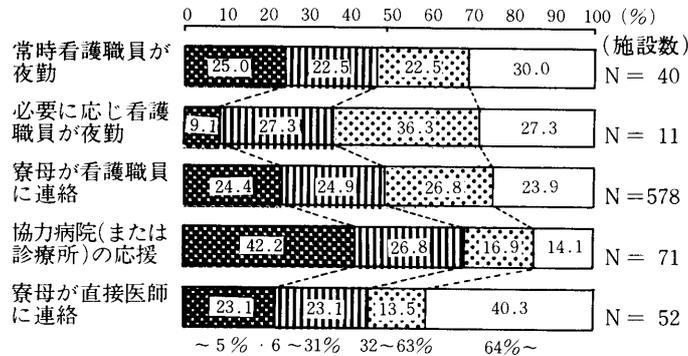


図83 退所者中ホームで終末期を迎えた人の比率、夜間の病態変化への対応策別



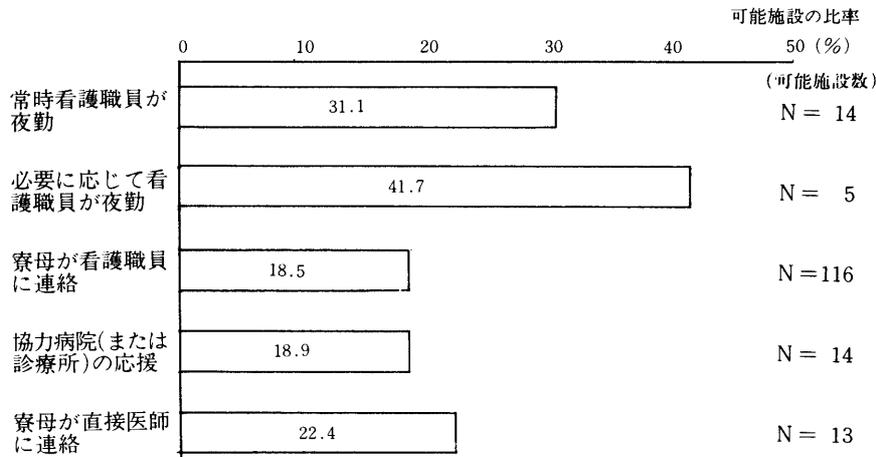
視される」と回答した比率が高く、実際に退所者中ホームで終末を迎えた人の比率が高い施設が多い。「なかなか希望通りには行かない」の比率が高く、ホームで終末を迎えた人の比率が低いのは、夜間に「協力病院に依頼」を求める場合である（図82, 83）。看護職が夜勤をしているか医師が夜間でも気楽に対応してくれれば、終末期の受け止めはしやすく、協力病院への依存が高ければ終末期は病院に移す場合が多いということのあらわれであろう。

なお、看護職が夜勤をしている場合は、していない施設と比べ、夜間でも医療処置を実施する必要性が生じる可能性がある酸素療法施行者を、受け入れられると回答している率が高い（図84）。

4) 寮母とのチームワークと老人の受け入れ

疾病・障害を持った老人の受け入れの可能性は、看護職の能力や努力に左右されるのみならず、看護職と寮母とのチームワークの良否が問題となる。ここでは、看護職が寮母に対し健康管理に関する知識の伝達や助言を行っているか否か、入居者の精神症状が悪化した時、まず医師の指示をあおぐかそれとも寮母と一緒に改善策を考えるか、そして寮母と一緒にどの程度ケースカンファレンスを行っているかという3点と、老人の受け入れの可能性との関係を分析した。

図84 酸素療法施行者の受け入れ可能性、入所者の夜間の病態変化に関する対応策別



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をとる者の比率は、寮母へ知識伝達・助言を行い、寮母と一緒に改善策を考えるとこころでは、そうでないところに比べ高い。またカンファレンスの回数が多くなるほど、比率が高くなる(図85~87)。看護職員が疾病・障害のある入居者をできるだけホームでみていこうという気持ちになるか否かは、寮母とのチームワークの良否の影響をうけていることがわかる。

精神症状に関し「同程度の病状でかつては入院させていたがホームで対応することが多くなった」と

図85 入院かホームか(考え方)、寮母への健康管理に関する知識伝達・助言の実施の有無別

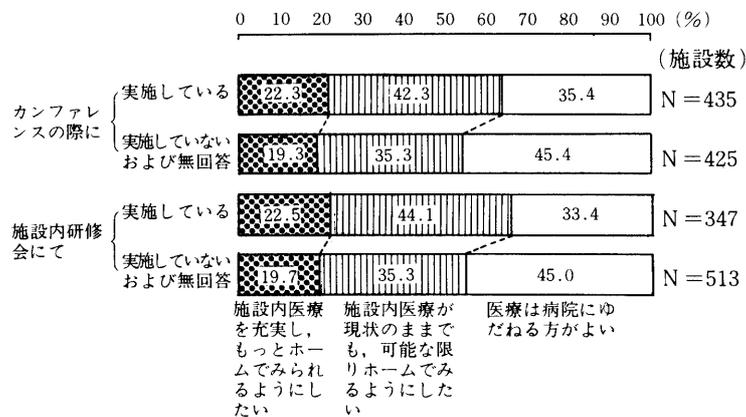


図86 入院かホームか(考え方)、精神症状悪化時の対処方法別

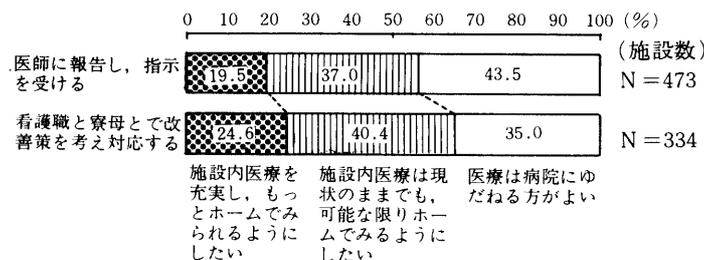


図87 入院かホームか (考え方), ケースカンファレンスの回数別

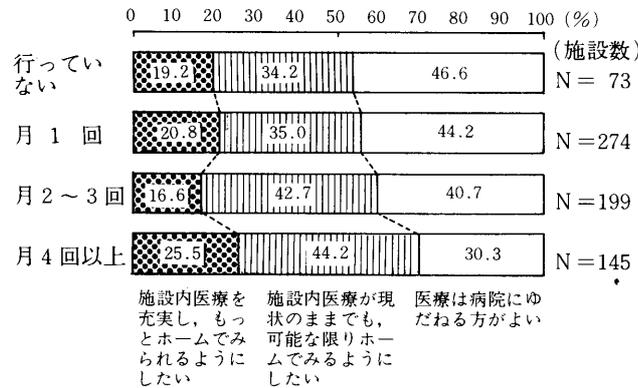


図88 入院かホームか過去5年間の変化 (精神症状について), 寮母への健康管理に関する知識伝達・助言の実施の有無別

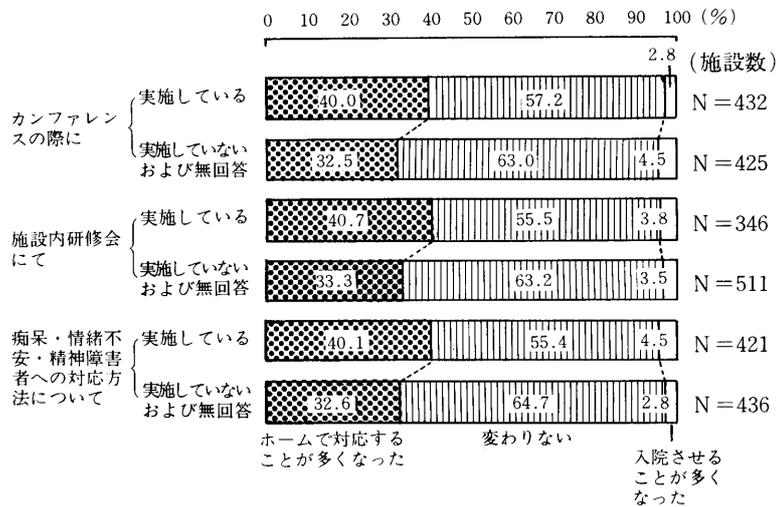
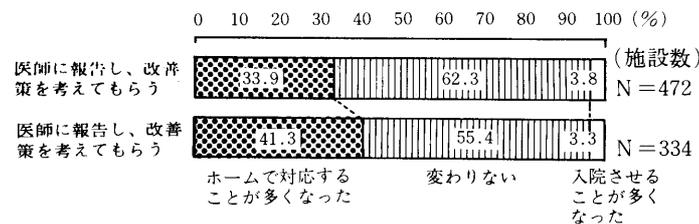


図89 入院かホームか過去5年間の変化 (精神症状について), 精神症状悪化時の対処方法別



する施設の比率も、寮母への知識伝達・助言を行い、寮母と一緒に改善策を考えると高くなる (図88, 89)。但し身体症状に関しては有意な差はみられなかった。

さらに、疾病・障害を持った入居者への対応、受け入れ能力が「向上した」との回答も、寮母に対し知識伝達・助言が行われている方が、またカンファレンスも回数が多いほど比率が高い (図90, 91)。

本人・家族がホームで終末を迎えたいと希望する場合、その希望は「重視される」と回答している施

図90 疾患・障害を持った入居者への対応・受け入れ能力の変化、寮母への健康管理に関する知識伝達・助言の実施の有無別

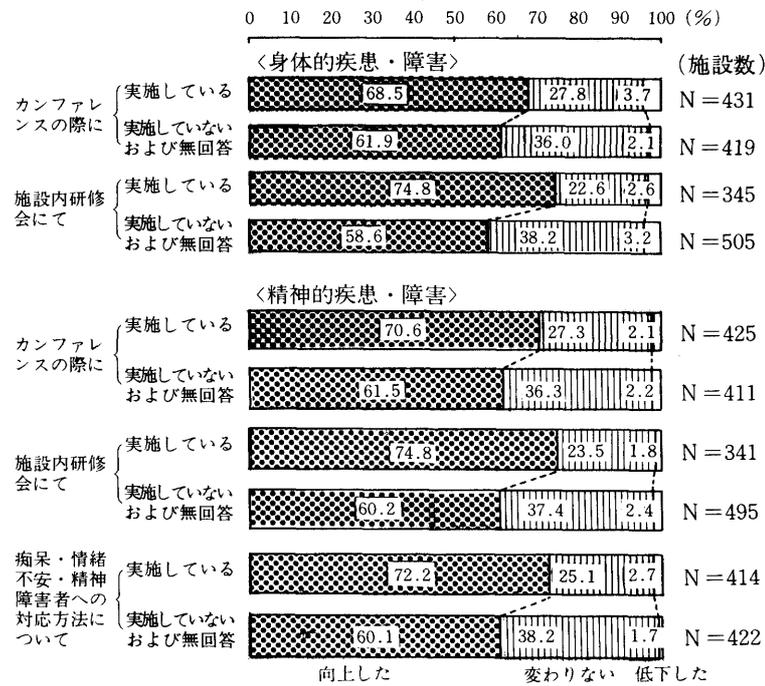
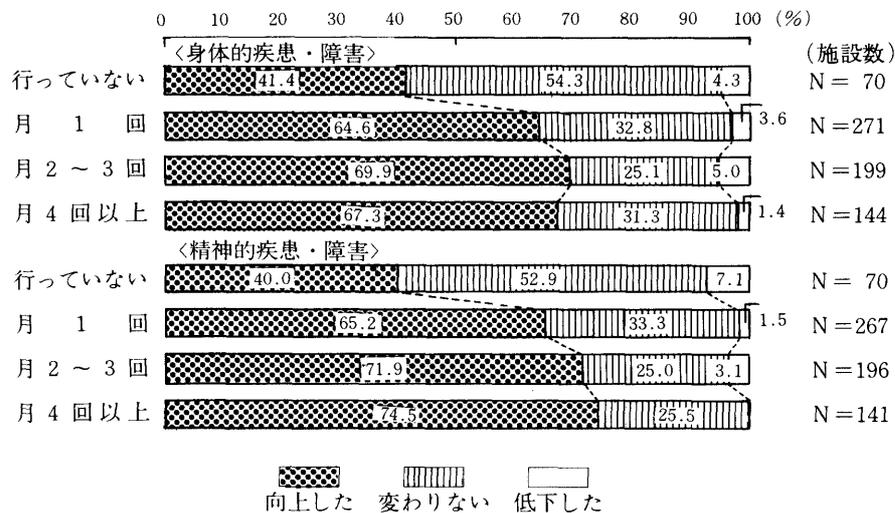


図91 疾患・障害を持った入居者への対応・受け入れ能力の変化、ケースカンファレンスの回数別



設の比率は、ケースカンファレンスの回数が多いほど高い (図92)。

精神障害の中でも特に受け入れ困難な「自殺念慮が強い」ケースおよび「むやみに暴力をふるう」ケースについて、知識伝達・助言が実施されている施設、看護職と寮母とで改善策を考える施設の方が、またカンファレンス回数が多いほど、受け入れを可能とする施設の比率が高いことがわかった (表69~71)。

図92 ホームでの終末期の受け止め、ケースカンファレンスの回数別

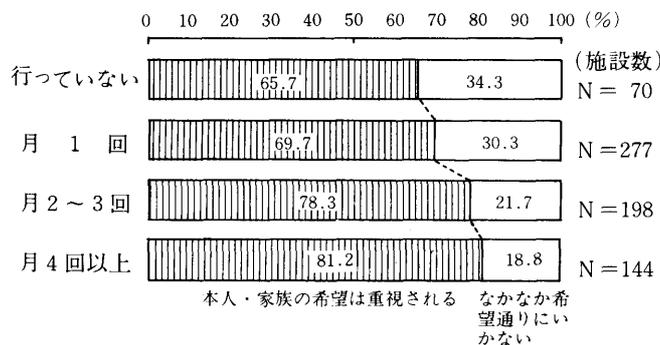


表69 精神障害のある老人の受け入れ可能性、寮母への健康管理に関する知識伝達・助言の実施の有無別

		自殺念慮が強い人受け入れ可	むやみに暴力をふるう人受け入れ可	回答施設数
カンファレンスの際に	実施している	108 (24.7)	146 (33.3)	438 (100.0)
	実施していない, および無回答	79 (17.8)	104 (23.5)	443 (100.0)
施設内研修会にて	実施している	86 (24.5)	109 (31.1)	351 (100.0)
	実施していない, および無回答	101 (19.1)	141 (26.6)	530 (100.0)
痴呆・情緒不安定精神障害者への対応方法について	実施している	114 (26.5)	141 (32.8)	430 (100.0)
	実施していない, および無回答	73 (16.2)	109 (24.2)	451 (100.0)
計		187 (21.2)	250 (28.4)	881 (100.0)

表70 精神障害のある老人の受け入れ可能性、精神症状悪化時の対処方法別

	自殺念慮が強い人受け入れ可	むやみに暴力をふるう人受け入れ可	回答施設数
医師に報告, 改善策を考えてもらう	90 (18.8)	123 (25.6)	480 (100.0)
看護職と寮母とで改善策を考え対応する	86 (24.9)	110 (31.8)	346 (100.0)
計	176 (21.3)	233 (28.2)	826 (100.0)

表71 精神障害のある老人の受け入れ可能性、ケースカンファレンスの回数別

	自殺念慮が強い人受け入れ可	むやみに暴力をふるう人受け入れ可	回答施設数
行っていない	12 (16.2)	19 (25.7)	74 (100.0)
月1回	49 (17.3)	61 (21.6)	283 (100.0)
月2~3回	45 (22.2)	62 (30.5)	203 (100.0)
月4回以上	40 (27.2)	56 (38.1)	147 (100.0)
計	146 (20.7)	198 (28.0)	707 (100.0)

器具装着者などの受け入れを可能性についても、知識伝達・助言の実施の有無およびケースカンファレンスの回数によって差がみられた (表72, 73)。

以上のことから、看護職の寮母に対する健康管理に関するリーダーシップと両者のチームワークが、身体的・精神的な疾病・障害を持った老人の受け入れを可能性を広げる重要な要因であることがわかる。

表72 器具の装着者等の受け入れ可能性、寮母への健康管理に関する知識伝達・助言の実施の有無別

		経管栄養施行者受け入れ可	気管カニューレ装着者受け入れ可	酸素療法施行者受け入れ可	回答施設数
カンファレンスの際に	実施している	244 55.7	69 15.8	97 22.1	438 (100.0)
	実施していない, および無回答	236 53.3	52 11.7	78 17.6	443 (100.0)
施設内研修会にて	実施している	209 59.5	58 16.5	74 21.1	351 (100.0)
	実施していない, および無回答	271 51.1	63 11.9	101 19.1	530 (100.0)
計		480 54.5	121 13.7	173 19.9	881 (100.0)

特に精神障害のある老人の受け入れに関しては、両者のチームワークが極めて重要である。

表73 器具装着者等の受け入れ可能性、ケースカンファレンスの回数別

	人工肛門保持者受け入れ可	酸素療法施行者受け入れ可	回答施設数
行っていない	43 (58.1)	12 (16.2)	74 (100.0)
月 1 回	187 (66.1)	47 (16.6)	283 (100.0)
月 2 ~ 3 回	119 (58.6)	41 (20.2)	203 (100.0)
月 4 回以上	108 (73.5)	39 (26.5)	147 (100.0)
計	457 (64.6)	139 (19.7)	707 (100.0)

XI 健康管理業務をすすめる上での支障

表74は、施設内で健康管理業務をすすめる上で何らかの支障があるか否かを問うた結果である。半数弱が「ある」と回答しており、その内容として最も多いのが「業務が多く忙しいこと」、次いで「医師や病院の協力が不十分なこと」、「看護職の組織上の位置づけが低く、業務遂行上必要な権限がないこと」、「看護職の役割がホームの職員に理解されていないこと」の順である。

複数回答の選択肢としてあげた各項目を、業務上の支障と感じている者の比率が、施設の医療状況、看護職の配置状況、ケースカンファレンスの実施状況、回答者の属性などにより差があるか否かを分析した。