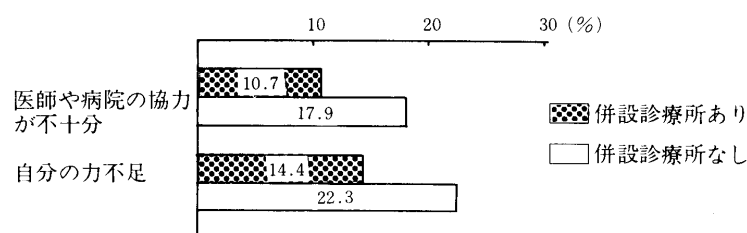
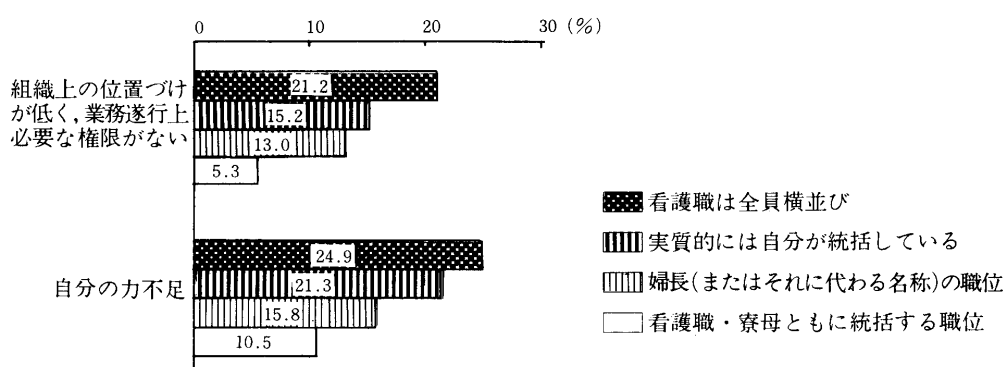


図95 健康管理業務をすすめる上での支障〔複数回答〕、併設病院の有無別



\* %は図94と同じ

図96 健康管理業務をすすめる上での支障〔複数回答〕、リーダー看護職の職位別



\* %は図94と同じ

出図94), リーダー看護職の位置づけが低いほど(前出図96), ケースカンファレンスの回数が少ないほど(前出図93), また併設病院が「ある」と比べ「ない」場合の方が(前出図95) 比率が高い。

ケースカンファレンスの回数別にみると、全項目にわたって業務上の支障としてあげる率に有意な差がある。ケースカンファレンスによって看護職と寮母との意志疎通をよくすることが、健康管理業務を行う上でいかに大切かがわかる。

## XII ま と め

### 1 入居者の状況

特別養護老人ホーム入居者の高齢化, 疾病・障害の重度化が問題になっているが, 本調査でもそのことは裏付けられた。過去5年間に, 3分の2の施設で平均年齢が1歳以上増加し, 8~9割の施設で, 精神面, 身体面ともに重度な人が増加している。

調査時の平均年齢は80.5歳。入居者100人あたり, 痴呆などで行動上に問題がある人37.4人, 四肢の

麻痺がある人27.5人、嚥下障害のある人7.7人、バルンカテーテルを挿入している人1.8人、経管で栄養を取っている人1.1人、定期的に注射をしている人5.2人である。調査対象施設全体としては上記のとおりであるが、施設間格差が大きい。

## 2 施設の医療状況

9割の施設で、常勤医がいない。嘱託医などの内科医の定期的回診は、週1～2回が平均的なところであるが、月1回から毎日まで、施設間格差が大きい。病態急変時の往診は、4分の3は昼夜とも問題ないが、残りは夜間などに問題があり、「往診はほとんど得られない」ところも1割弱存在している。

ほとんどの施設では、多かれ少なかれ痴呆など精神障害のある老人をかかえている。しかし、精神科医の定期的回診がある施設は4割である。残る6割については、精神科医の協力があれば、薬による症状のコントロールが可能になるなど、精神障害がある老人の受け入れ、対応がもっとスムーズになるのではなかろうか。

内科、精神科以外の診療科の医師回診がある施設は少ない。従って看護職は、外部の医療機関での受診が適切に行えるよう援助する役割がある。但し耳鼻科と眼科については、通院にも困難がみられる。なお、通院については相当時間がかかり、入居者にとっても、付き添う看護職にとっても、負担になっているようである。

入居者の入院については概ねスムーズであるが、付き添いが必要な場合や痴呆を伴う場合などは、入院が困難なこともある。

一般的にみて施設の医療状況は施設間格差が大きい。看護職の責任の度合い、および入居者が享受できる医療サービスには、かなりの差があるものと思われる。

## 3 看護職員とその他のケア要員

65%の施設は、厚生省が示す配置基準どおりに看護職員を配置している。30%の施設は基準以上に配置しており、残る5%は基準を満たしていない。

看護職員1人あたりの入所定員および寮母数は、施設間格差が大きい。そのことによって、看護職の業務、寮母との役割分担も違ってくると思われる。

特別養護老人ホームの多くは、在宅老人も利用できる地域に開かれた施設をめざしているが、地域サービス専任の看護職員を配置している施設は7%にすぎない。ほとんどは、入居者担当の看護職員が地域サービスを兼務しているため、業務が広がり多忙になっている。国は地域サービスの拡充を期待しているが、それには看護職員の配置基準の引き上げが伴うべきである。

特別養護老人ホームは、心身の障害がある人のための施設である以上、本来なら理学療法士、作業療法士を配置すべきであるが、理学療法士を配置している施設は4分の1、しかもそのほとんどは非常勤である。作業療法士を配置している施設は1割に満たない。

#### 4 看護職の医師との関係

大半の施設では、いつでも医師の判断を仰ぐことのできる状況ではないので、入居者の病状把握と病態が変化した時の最初の対応は、看護職の判断にかかっている。しかし看護職の裁量の幅は、施設により人により相当違いがある。

医師不在時入居者の病態が変化した場合、看護職が行う医療処置の範囲は、軽微な症状なら、「医師に電話連絡し、指示が得られる限りにおいて行う」と、「あらかじめ決めた約束処方に基づいて行い、事後医師に報告する」とが相半ばしており、両者あわせて9割を占める。ところが病態急変時の対応は、「医師の往診を求めその指示で」が30%、「電話による指示が得られる限りにおいて」が45%、「約束処方」が18%と、看護職の裁量の幅の違いは大きい。

この差は、医師の回診回数など施設内医療状況の違いの影響は少なく、看護職の力量や考え方によるところが大きいようである。なお併設病院がある施設では、病院の医療が活用しやすいため、看護職の判断で対応することが少ない。

外部での受療は、治療上の必要のみならず、通院や入院に伴う本人の負担、本人や家族の意向、施設内の対応能力などを考慮して決める必要がある。看護職はこれらすべての情報を持てる立場にあるため、受療の判断は看護職の重要な役割といえる。しかし実質的に看護職が判断する施設は3割強に留まり、半数近くは医師が判断している。

#### 5 看護職と寮母とのチームワーク

看護職が入居者の健康管理を行うには、寮母の協力を得ることが不可欠である。

ほとんどの施設で、入居者の日々の健康状態を把握するために、寮母から情報を得ている。また寮母に対し、健康管理に関する知識を伝えたり、相談に応じ助言をしている。

9割の施設では、看護職と寮母とがともに参加するカンファレンスを開催しているが、その頻度は7割が月2回以下であり、概して頻度は少ない。カンファレンスにて健康管理に関する情報交換や知識の伝達・助言を行う施設は約半数である。

カンファレンスの実施回数が多いほど、看護職と寮母との協力関係は良好であり、たとえば入居者に精神症状や異常行動が出現した時、すぐ医師の指示を求めるのではなく、寮母と一緒に対応策をたてるところが多い。そして、健康管理業務全般が積極的である。その結果、治癒の見込みはないが医療を必要とする人、精神障害のある人を受け入れる許容量が大きく、終末までホームで看とることも多くなる。

他方、カンファレンスの回数が少ないほど、「看護職の役割がホームの職員に理解されていない」、「組織上の位置づけが低く、業務上必要な権限がない」、「寮母とのチームワークがうまくいかない」、「医師や病院の協力が不十分」、「自分の力不足」などが、健康管理業務をすすめる上で支障になると感じている者が多い。

看護職と寮母とのチームワーク、そしてそれを促進するカンファレンスは、健康管理業務をすすめる上での鍵といえよう。

## 6 看護職の業務

看護職が最も多くの時間を割いている業務は「日常的な医療処置」であるところが最も多い（41%）。次いで「入居者の健康状態の把握」（35%）、「薬の分包・与薬」（15%）の順である。入居者の重度化に伴い、日常的な医療処置が多くなっていると考えられる。

残業理由で多いのは、「入居者の病状悪化時や末期の入居者の医療・看護」、「入院・通院の付き添い」、「日常業務が勤務時間内に終わらない」の順である。

看護職は現実の業務時間配分に満足している訳ではない。「薬の分包・与薬」、「入院・通院の付き添い」、「日常的な医療処置」などは時間をとられすぎているので減らしたいと考えている。そして「入居者との会話」、「健康状態の把握」、「急性期・末期の入居者の世話・観察」などにもっと時間をかけたいと思っている。病気になってしまった入居者への医療的対応に追われるのではなく、予防を含めた健康管理業務および入居者との人間的な触れ合いを望んでいるといえる。また「看護職自身の研修」にもっと時間をかけたいと考える者も多い。しかし、看護職として納得のいくような業務の担い方は、増員をしなければ困難であろう。

なお、「通院の付き添い」を減らしたいと思うのは、ホームが概して辺りなところにあって通院が不便であるにもかかわらず、施設内でできる医療が制約されているために、ささいなことでも通院しなければならないところに矛盾を感じるためであり、このことは看護婦にとってのみならず入居者にとっても負担になっている。

## 7 看護職の夜勤

看護職が常時夜勤をしているのは5%、病状が不安定な入居者がいる時だけ夜勤（または当直）をするのも含め、看護職が夜勤をする施設は16%である。看護職が7人以上の施設に限れば、3分の2の施設が常時夜勤をしている。夜勤体制を組むには、看護職を7人以上配置する必要があるだろう。

9割弱の施設は看護職員数が4人以下であり、人数の上から常時夜勤体制を組むのは無理である。夜勤の病態変化への対応策としては、寮母が看護職に連絡し、看護職が電話で指示、またはホームに出向くというのが、最も一般的なやり方である。その際、ほとんどの施設では、病状が不安定な入居者がいる時、夜間に起こりうる変化とその対応策を看護職が寮母に伝えている。また、半数強は、看護職のうちの誰かが、いつでも連絡に応じられるよう自宅待機制をとっている。しかし自宅待機制をとっていても、そのことに対する手当などの保障はないのが普通であり、この点の改善が望まれる。

実際に寮母から夜間に連絡がくるのは、平均して月2～3回である。回数としてはそれほど多くはないが、勤務時間外でも入居者のことを気遣う心理的負担、夜中に起きて電話対応し、時にホームに出向

くことの身体的負担は大きい。

看護職の夜勤が必要と考えるか否かについては意見がわかれている。現在寮母が看護職に連絡する方法をとっている施設の場合、看護職を増員できるなら、何らかの夜勤または当直制を導入を検討したいとする者と、夜勤の必要はない、または無理と考える者とが、半々である。特別養護老人ホームは夜勤のないところというイメージのもとに就職しても実際には、夜勤体制をとっていないと勤務時間外にまで責任がかかること、寮母からの連絡だけで自分で直接老人をみないで指示をすることの怖さを知ることなどから、年数がたつにつれ看護職も夜勤をした方が良いと考える者が増える。

## 8 疾病・障害を持った老人の受け入れ可能性

入居者の疾病・障害の重度化にともない、重度な老人への職員の対応能力、施設としての受け入れ能力の向上がみられる。身体的疾患・障害に関しても、精神的疾患・障害に関しても、各々63%の施設が5年前と比べて「向上した」としている。

治癒は望めないが医療を必要としている入居者を、「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」21%、「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」39%と、ホームで対応したい気持ちを持っている者が6割。他の4割は「医療は病院にゆだねる方が良い」と考えている。

職員の対応能力が向上し、かつ看護職が「治癒が望めないならホームで」という気持ちを持っていても、重度の人数が増え介護量が増加しているのに職員数が増えないため、重度の人の受け入れには限界がある。身体症状に関しては、同程度の症状で以前と比べ「ホームで対応することが多くなった」ところより「入院させることが多くなった」ところの方が多い。但し精神症状に関してはその逆で、「入院させることが多くなった」はごくわずかである。

器具装着者などが入所を希望した場合、「バルンカテーテル挿入」なら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%、「経管栄養施行」は57%が可能としている。「酸素療法継続実施」、「気管カニューレ装着」など、看護職がいない夜間でも吸引などの処置を行う必要がある老人については、受け入れ可能な施設は少ない（各々21%、14%）。

これら常時医療を必要とする人の受け入れ可能性は、施設内医療状況の違いによる差はわずかであり、むしろ看護職の人数や力量などの影響が大きい。

夜間の異常行動、幻覚、妄想などの精神障害がある人の受け入れは、約9割の施設で可能である。しかし徘徊の激しい人の受け入れは、施設構造などの関係もあり、受け入れ可能なのは6割。また自殺念慮が強い人や、むやみに暴力をふるう人については、受け入れ可能な施設は少ない（各々22%、30%）。精神科医の協力があれば、受け入れ可能な施設はもっと増えるであろう。

なお、精神障害のある人の受け入れ可能性は、看護職の医師からの自立度と、看護職と寮母とのチームワークの良否が影響している。

## 9 ターミナルケア

本人や家族が、終末をホームで迎えたい、迎えさせたいと望む場合は多い。その希望は「重視される」が4分の3、「なかなか希望通りに行かない」が4分の1である。

調査対象施設全体としては、「ホームで死亡」による退所と「入院先で死亡」および「入院による措置廃止」による退所との比率は4：6である。退所者中前者が占める比率は、過去5年間に少しずつ減っている。

ホームで終末まで看取ることが出来ない理由の一つは、施設内医療の不十分さである。施設内医療が充実しているほど、終末期の受け止めはスムーズである。ところが併設病院がある施設では、終末期の入居者を病院に移すことが多いため、「なかなか希望通りに行かない」の比率が高く、実際にもホームで終末を迎えた人の比率は低い。

他方、看護職の考え方や経験、力量などの影響も大きい。看護職が健康管理業務に積極的で、医師から自立していることと、終末期の受け止めに積極的であることとは、関連している。

## 10 看護職の位置づけと役割のとり方

31%の施設は看護職全員が横並びであり、24%は看護職の中の1人が責任者の職位は与えられておらず実質的に統括している。両者あわせて55%が、看護職はフォーマルな責任者のポストを与えられていない。

また64%は看護職は施設長の直属であるが、36%は他の職種の下で働くような位置づけとなっている。

このように、組織内での看護職としての権限と責任をフォーマルに認めていない施設が多いのは、福祉関係者にとっては医療関係者は異質な存在であり、看護職に何を期待し、寮母など他の職種とどのように役割分担させるかがわかりにくいことに起因しているといえよう。そして結果として看護職は医師に依存的となり、他のホームの職員に目が向かなくなり、寮母とのチームワークを阻害している。そして、医療を必要とする人や終末期にある人の受け止めに消極的となる結果をもたらしている。

## 11 看護職の属性と健康管理サービスの質

調査対象施設全体で、看護婦数と准看護婦数の比率は36：64である。また看護婦がいる施設数と准看護婦のみの施設数は66：34である。看護職の中のリーダー的な立場にある人の所持免許は、看護婦と准看護婦がほぼ半々である。リーダーが看護婦である方が、また看護婦が2名以上いる場合はそうでない場合に比べ、寮母に対するリーダーシップをとり、医療を必要とする老人の受け入れに積極的で、医師に対し自立的、入居者への健康教育や入所前面接の実施率が高い、などの傾向がみられる。

リーダー看護職の年齢は40歳代が最も多く38%を占めており、平均46歳。23歳から71歳までの開きがある。年齢が高いほど寮母との関係は密接であり、入居者への健康教育や入所前面接などの実施率も高

い。

勤続年数は1年未満から26年までばらついており、平均8.5年。定着の良し悪しにかなり差がありそうである。勤続15年ぐらいまでは、概して勤続年数の長さが看護職としての役割遂行にプラスに作用しているが、15年以上になると、医師の指示下でのみ業務を担い、寮母との協力関係が乏しく、医療を要する人や終末期にある人の受け入れに消極的である者が多くなるという傾向がある。

老人看護を行う上で、看護職の年齢や経験は重要な要素である。しかし15年以上の者に上記のような傾向がみられるのは、意欲低下、マンネリ化をきたすような環境があるのか、それとも15年以上前には、はじめから老人看護への意欲や関心がないままに就職する者が多かったのであろうか。

特別養護老人ホームは、看護職の人数が少ないだけに、個々人の力量が健康管理業務の質を大きく左右する。調査結果はそのことを直接的に実証した訳ではないが、全体を通してそれを推測させるに足るものであった。

特別養護老人ホームでは、入居者の健康状態は不安定であるにもかかわらず医師不在の時間が長く、看護職の責任は重い。医師の指示で仕事することに慣れている者は、そのような状況に不安を持つ。しかし実力に応じ、自分の判断と責任で対処する幅が広がる。そして医師から自立的であることと寮母とのチームワークが良いことは相関しているようである。しかも、このチームワークは、健康管理サービス向上の最も重要な要素である。

看護界全体に、徐々に老人看護への関心が高まっている。それだけに老人看護への関心と意欲を持って特別養護老人ホームを就職先として選択する者が増えている。以前より、資質の高い看護職を確保しやすくなっていると思われる。しかし理想を求め期待を持ってホームを就職先を選んだ者は、受け入れ体制が整っていないと、かえって挫折しやすい。看護職の意欲を生かす職場環境作りが看護職の定着を促し、そのことは必ずやサービスの向上につながるであろう。