

付 特別養護老人ホームの保健医療・看護についての意見

—自由記述の回答より—

ホームは生活の場というけれど……

- 健康管理だけではすまない治療を要する入所者が多く、老人病院化しているのではないかと思う。病院よりの直接入所者が多く、薬の使用が多すぎる。
- 特養は生活の場と言われているが、重度化、高齢化がすすむなか、又、特養が終生のケアを求められる安住の地であるためには、必要最低限の医療、治療行為が受けられる場である必要がある。他の職種との連携を図りながら日常生活援助を行い、疾病の予防、早期発見、病状の緩和、手当てなどの健康管理をし、入所者が生き生きとした生活を送ってもらうようにする事が、特養ホームの看護の目的、役割であると考えている。

しかし現状では痴呆症状等の精神症状があったりすると、一般病院への入院が困難であったり、精神科への入院は、家族から拒まれたりして、結局、本人、家族の希望にそってホーム内で重症者を引き受ける事が多くなっている。ところが少ない看護スタッフでは、夜勤体制をとる事が出来ないため施設で行える医療には限界がある。又、日頃の業務でもかなりの負担が出ている。

そのような現状の中でホームにおける看護は、このスタッフで、どこ迄医療を要する老人を受け入れ、ターミナルまで引き受けられるのか、試行錯誤の毎日である。

病状が落ち着き慢性状態といわれ、1つ2つの医療器具をつけて退院を余儀なくされる老人を情的には引き受けたいが、現在のホームの看護力では困難である。特養ホームの看護はどうあるべきなのでしょう。
- 当園は過去、点滴を要した人が10名程いました。長い人で数年間も続けていましたが、果して、これでよいのかと、悩みました。現在、点滴等は、してはいけなくなりましたので施設看護婦としての健康管理面に重視出来るようになりました。これで、よいのだと思っています。
- 老人ホームは生活の場でありながら、入所老人のほとんどがなんらかの慢性疾患をもち治療を続ける必要がある。医師不在の中で総合的で適切な看護判断、処置、指導が要求される。一寸のバイタルサインの見落としで大変な経過をとることが多く、特養ホームでの看護業務の大変さを、問題が起きる度に痛感している。
- 老人ホームは生活の場であり、病院は治療の場で、その点が根本的に違うんだとよくいわれます。その通りだと思っています。老人ホームの老人は病人ではない、老人ホームは医療は必要がない、生活の場だから医療や看護は必要でない、介護が必要だと耳にします。けど特養には、病気を持っている人がほとんどで、持っていないながらなんとか生活しているのではないのでしょうか。特養には医療が必要であり、医療の内容をレベルアップすべきだと思います。特養の看護婦として6年がすぎ、理想と現実の差を痛い程感じる日々が続いています。上司と医師の板ばさみになり、職員とのチームワークも本当に難しいですね。私たちは日常業務に追われる毎日で、ゆっくり老人と向き合うことは、口で言う程容易ではありません。老人との会話をもっと欲しいと思います。

施設内医療の充実を

- 脱水と診断を受け毎日点滴に通院しなければならない。脱水症をおこすほどの人にとって、通院は負担である。バルンカテーテル交換も以前はホームで施行していたが、今は全身麻痺の方々ですら通院させなければならない。貧血検査のための採血にも通院しなければならない。医師の回診はあっても、このような状態である。

特養は立地条件が悪いところが多く、通院が大変である。静脈採血、血糖検査位のことは、施設内で行いたい。

- 医療の充実（例えば、一週間位の点滴ができる）がなされたならば、入院し、過度の医療行為をすることがなくなるであろうと思われる。
- 老人は入院を望まないことが多い。基準看護と言いながら、オムツ、食事全面介助となると、なかなか付き添いなしでは入院できない事が多い。長期医療を要する場合はともかく、短期なら施設での治療も認めてもらい看護したい。高齢者の疾病に於いては、治療半分、看護半分で、顔見知りの職員の看護は、老人には大きな心の支えとなり、特に終末期に心のやすらぎを得る事が出来るように思う。
- 日常生活の中での医療、看護はあくまでさりげなく生活を支えるべきものであり、そのためには必要最小限の医療機能が、施設そのものに備わっていなければなりません。
- 複数疾病を持ち衰弱している人や痴呆性老人の増加により、ホームにおける医療は以前にまして必要となってきている。特養における医療看護の必要性にもっと目を向けてもらいたい。
- 特養に常勤医が必要である。ホームは生活の場であり、ケアの場である。老人は、ここで自分の余生を築き上げてきたのである。この地が一番幸せと思う老人が、常勤医不在の為に病院へ行かざるを得ないのは、大きな悲しみ、苦しみ、不安であろうと思う。人生の集大成としての死を迎えるに際し、職員も入居者も共に充実した気持ちで別れを惜しむ事が出来れば……とと思ってやまない。
- 当ホームには24時間医師が不在です。緊急時の往診は委託医療機関に依頼し、日中の開業時間帯はまだ良いのですが、夜間は完全に医師不在です。その時間帯に勤務する寮母の仕事に医療的な面が加わり、加えて私達看護婦が必要時呼び出されます。

ホームは生活の場であると言われていますが、老人の高齢化に伴い、更に医療が要求されるでしょう。

- 新入居者を面接するとき、看護婦・寮母とで対応できる範囲で老人を選んでいるが、ホーム医師と精神科医師との連携医療がとれば、受け入れられる範囲は広がるのではと思う（入居者側がホームを選ぶ時代が早く来れば良いが……）。

病院の受け入れが悪い

- 嘱託医は内科専門医でないため内科受診が（3年前より）多くなってきた。入居者50名それぞれ受

診している内科医が異なる。

医師や看護婦の中には、ホームで生活している老人も地域住民の一人であるという意識が低く「また老人ホームか」という目がないでもない。嘱託医は「いつでも連れて来て受診させて下さい」というが、我々ホームの看護婦は「お願いします」「お世話になります」という気持ちで依頼している。

協力病院は当町の総合病院であるが、入所者が急変したとき、受診や入院が出来ない場合もある。特に夜間土、日は他病院からの出張医の診療であり、平常時の老人を把握していないため「年が年だからこんなものではないか」といわれる。また、ホームには看護婦がいるから医療処置管理（IVH、継続酸素管理）など出来るのではないか、とホームの実状を理解していない。

確かに医療を必要とする老人は増えてきているが、医師往診も困難、常勤医のいない中で、IVH、継続酸素管理など本音はホームの中で行いたくない。

- 入院する病院がなく困ってしまう。たとえ、入院できたとしても、重症の人ばかりなので手がかかるといことで、看護婦に嫌われてしまう。もう少し、一般病院においても理解がほしい。「入院させるとしたら、若い人と老人どっちが優先か言わなくてもわかるだろう……。」これが医療関係者の言葉か。
- ホーム内で治療をしないよう厚生省より指導がある。しかし、その反面、老人ホームの老人を受け入れてくれる病院がないのが実状である。特に国立病院では、なるべく連れて来ないように、「ホームは最終段階でしょう」と言われた。
- 最近の出来事です。ねたきり痴呆性老人の陰部が湿疹？（確かな診断下されず）でひどい状態になりました。皮膚科、婦人科受診を繰り返し、ホーム内医療の限界を越えたと判断し、総合病院に向きましたが同じ事しか出来ないという事で、入院受け入れはしてもらえませんでした。付き添っていた私の力不足だったのかもしれませんが、逆に「よし、ホームで出来る限りの方法を見つけ、何とかケアで治癒に向けて見よう」と考えております。そして、一方では他の病院へも受診に行く方法を人脈を通して考えている現状です。老人であること、治癒の可能性が低い場合の入院希望はなかなかむずかしいのでしょうかね。
- 制度上の悩みが大きい。特養の入居者は大抵が、2・3の疾病を持っており、それでいながら福祉施設ということで医療上の制約を受ける。入居者は医療機関に対する信頼が強いので、ホームで日常生活をしながらも体の様子がおかしいと、当然のことながら通院治療を望むが、特に慢性疾患などの場合、症状が顕著でないので医療側は、年寄りの甘えという受け取り方をする。病院のベット不足などもあって、医療側の対応には不満が残る。

病院の医療に疑問

- ホームの看護の有り方と云うのは、ホスピスと同じだと思います。現代の医療は複雑化し、知識、技術も大切ですが一番重要な心の部分、やさしさ、思いやりの心、やさしい言葉使い等が忘れさら

ているように思います。

- 入所者を病院に入院させると、すぐに褥瘡をつくられ、ホームにもどって数ヶ月、又重症例では数年かけてその治療におわれることがあります。病院は救命の場とは思いますが、看護者の恥とされる褥瘡はつくらない努力をしていただきたいと思います。毎回老人ホーム看護婦研究会で話題となる問題です。ちなみに当ホームでは褥瘡0人です。最近入院中につくられた褥瘡を完治させました。
- 病院、家庭でバルン、点滴などを必要以上に行い、寝たきり状態を作ってからホームに入所してくる。
与薬も多く1回に15種類位の錠剤を服用している人もいる。ホームに入って最低限必要な薬だけに減らし体調が良くなる人もいる。入所者も薬を多く欲しがり過剰医療の弊害がホームまで持ち込まれる。
- 我々施設がわからみで、医療機関から入所して来る老人のADLは、実に重度であるケースが多いと思う。リハビリが充分なされず、どうしようもなくなって施設利用では、入所して来る患者が不幸。
- 入院すると付き添いが必要となってくる。長期の家族付き添いは不可能な人が多く、後は家政婦を依頼するようになるが、付き添い費用が大きく、苦情をいう家族もいる。

ターミナルケア

- 治るものなら入院、治らないものならホームで最期をと、社会的にも望む声が高まっている中で、終末期をホームで過ごし看取るという現状にある。
家族からの感謝が増す一方では、職員の就業及び拘束時間が長びく為、心身の過労も増している。
- 重度化した老人が（本人が入院を希望してさえ）治る見込みがないと云うことで、病院から入院をしぶられることがあります。施設で終末を看取することは理想的だと考えますが、実状では、痛い人、苦しむ人を安らかにしてあげられる体制ではなく、唯、放置することになってしまうでしょう。
- 「離床計画」「歩行計画」といろいろあるが、「終末の計画」ということも入れるべきであると思う。本人の意向、家族の意向をも入所時にうかがい、人間一人を尊重できる終末ケアを可能に出来る医療体制がホームに作れたらと、常に悩みの一つとして気持ちの中にある。
- 老人の終末看護をホームで行うことは大変良い事と思います。しかし、医師との連絡、又、医師不在時、土曜日、日曜日の急変など大変な精神的負担を感じます。
- 終末ケアを希望する、あるいは入院しないで施設で治療を希望する場合、経管栄養、バルンカテーテル等、すべて施設負担になるなど医療面での矛盾を感じています。
- 併設病院におくり込むケースが多くなる昨今、施設看護婦として病院への入院がベストなのか、入院時付き添いながら老人の顔を見るにつけて、できることならば施設で治療・看護を最後までしてあげたい気持ちになってしまいます。最後まで責任を果たせないことを、看護婦としてのプライドが許せず、無精につらくなってしまいます。

- 特養といえば、いわゆるターミナルケアの場と心得、極力不必要な検査、治療を避けるよう努力しています（平均年齢83歳の老人の身体は、検査したらどこか異常が見つかるのが普通で、発見されたら、厭でも検査を重ね治療され、痴呆のかかった人などは環境の変化と共に発狂しかねない）。

吐血、下血、心臓発作、脳出血の疑い、呼吸困難や疼痛で本人の苦痛が大きい場合以外は、積極的に受診を勧めないようにしています。通常ではないと判断した場合でも、本人の苦痛が少なく本人や家族が入院治療を望まない場合は、ホームで様子見るよう努力しています。

家族とのかかわり

- 老人が安らかな終末を迎える為には、日頃より家族に働きかけてホームに来て頂く機会をつくる事が重要な事ではないかと思う。
- 家庭では、家族に囲まれて死ぬ（最後をいきる）。特養では個室に入ると「死ぬ部屋にやられた」と怖れる場合が多い。日常的に家族とのコミュニケーションをとり、家族と老人が共に過ごすコミュニティハウスが必要だと思う。
- ホームに入所と同時に家族がふりむかなくなる。もっと、老人の所に家族が来てあげれば良いと思う。家族が来ると、食欲のなかった人も食欲が出、笑顔が増え、病気も早く治癒するように思われる。

夜間看護の問題

- ホームで終末を迎える老人が多数を占める現状である。終末ケアにおいて、日中は看護婦3人の常勤により寮母と共に医師の指示範囲で医療行為をする事が出来るが、夜間における体制がケースバイケースで行われ、夜勤寮母に対してかなり負担をかけていることが一番の問題である。

入院という手段をとれば問題は解決する訳であるが、本人や家族の希望をかなえようとする、終末をホームで看取る結果になる。ホームの方針として、出来る限り希望にそうように処遇しているため、今後看護婦の勤務体制を考えていかなければならない。

- 年々、入所者は高齢化、重度化していくので、看護量は増えていくが、一番の問題は、看護婦が夜勤をしていないで、自宅待機をしている点だと思う。夜勤寮母も、どの辺で看護婦に連絡をすべきか迷っている場合が多いようである。

理想的には、夜勤体制（常時勤務という形で）が望ましいが、もしできない場合は、当直制で、少なくとも夜間（自宅の）電話音が鳴りひびかない、プライベートな時間をもっと持ちたいと思っている。夜勤はなくても夜間の待機（救急当番という）がある為、結局昼夜神経をすり減らす。待機は病院では手当が出るが、こういう施設でも手当をつけて欲しい（年の $\frac{1}{2}$ は拘束されてる訳だから）。

- 夜間の緊急時は（異常時）、婦長宅に電話連絡があるが、いつ電話がかかるわからず、時間も予測できず、精神的、肉体的負担が大きい。
- 当ホームでは看護婦が常にポケットベルをもつことで寮母の安心度は大きいようだが、看護婦自身

の心身の疲労度は大きい。24時間の拘束は、個人衛生を守りとおすことが不可能で、仕事にまで影響がおよぶ。責任ある良い仕事をするには夜勤看護婦がいる状態が必要だと思う。また、老人の状態を24時間観察して初めて責任ある仕事ができるのでは。

- 我ホームは常勤の医師もおり、看護婦の夜勤も出来ていて24時間看護婦が途切れることはないのですが、それでも老人の高齢虚弱化が進み手一杯の状態です。他ホームの寮母の話を見ると夜間看護婦がいなくて不安だと言います。老人の世話をする寮母を不安にはいけません。それが老人にはね返るからです。
- 2名の看護婦で休日祭日が交替制です。他の職種に比較して休日は、少なく、また、時間外の自宅待機があり自分自身の時間が制限されて、いつも困っております。上司の方にも看護の職種だから当然と言われておりますが、改善すべき大きな課題と思っております（自宅待機は無報酬です）。
- 老人の生の声は、夜間も安心して医療が受けられる事を願っているようです。看護婦の顔を見るとホッとするという声を聞くと、もっと看護婦を多く増やしてほしいとつくづく思います。

医療処置に追われている

- オブラートに包んだり、錠剤は砕かなければ服用できない老人が多く、薬の分包に毎日追われています。その他毎日の処置、経鼻栄養、膀胱洗、定期採血、採尿、EKG、X線などがあり、一日おき位に通院に付き添わねばならないこともあります。ホームは生活の場、家庭の延長と言われておりますが、疾病・障害の重度な入所者が多くなった現状では、一番大切な精神面の看護ができません。
- 入所老人が重症化し、看護婦は褥瘡や皮膚疾患の処置に毎日追われ、本来の医務室としての役割、予防医学の分野まで手がまわらないのが現状となっている。また、身体面でのケアで手いっぱいなため、精神面でのケアまで手がまわらない。
- 医療的行為は禁じられているにもかかわらず、CAPDのような処置を必要とする入所者が多い。ただ一日を施設内を走り回らただけで終わっていることが多い。先日、腹痛を訴えていた女性の利用者が、ほんの4-5分話し相手になっただけで治った例があった。もっと、老人と施設の看護婦らしい接し方をしていきたいと思う。
- 朝8:00~夕17:30まで、終日、小犬の様に小走りで業務遂行に専念しています。とにかく多忙です。

高齢者満80歳以上平均95名位、慢性疾患で治療中の者約65名です。両下肢不自由100名以上。

常勤医師不在のため、看護より、医療又は医療補助業務が大部分を占めている現状です。

看護婦が少なすぎる

- 入居者の生きがいを見つけようとするれば多くの対話が必要だと思う。ADLの拡大に努めようとするれば、余裕をもって見守る態度が必要である。

作業に追われ、言ってはならない「ちょっと待ってね」という言葉が出てしまう。老人には、「今話したい」「今してほしい」「今すぐに」という気持ちが強い。それを満足させてあげるのが一つの大切な看護ではないだろうか。

- 当ホームは入所定員80名で看護婦の定員3名のところ、1名分は寮母職でうめられ2名で行っている現状です。1週間の内3日間は、確実に1人勤務、そして、代休や年休が入ると1週間通して殆ど1人勤務という状況で働いています。その中で老人の入院や外来検査が入ると、半日以上は病院に費やされ、ホームの老人はおきざりにされている状態の中で、計画的なケアは出来にくいのが現状です。
- 定員50人に対して、看護婦2人では、家庭の事情がある場合や病気になった場合にも、なかなか休む事ができない。入院、通院等があったり看護職1名の勤務の日等は、入所者の健康状態を観察する時間すらない。

精神的負担が大きい

- 病院勤務と違い、医師が非常勤です。何をやるにも自分達の最初の判断に全てかかって来る、その責任の重さに押しつぶされそうです。
- 老人の容態が悪くなっている場合、当直寮母に夜間の注意事項を申し送っていくが、時々これよかったかなあーと、夜間家で寝ていても不安なことがある。
- 施設における看護は、非常に漠然としていると思います。看護の基本として学んだことは、寮母が介護として行っており、医療行為がイコール看護婦の仕事といったイメージがあります。施設に医師がいない中で求められるのは、医療面での知識、診断力なのです。私達看護婦としては、“医師じゃない”と言いたい気分です。責任の重さを感じずにはられません。
- 入居者の病状に関して、看護婦の判断が重視され精神的負担が大きい。
- 看護婦の人数が少ないため一人勤務が多く、常に不安がある。また、業務が終わってからも仕事のことを頭から離れず、現在不眠がちである。
- 入居者の重度化にともない、医療処置等も5～6年前に比較すると非常に煩雑で、複雑となり仕事量も増加したにもかかわらず、医師は、以前と同じような嘱託医制で不在の事が多く、緊急時、症状悪化時、また、他科受診時の紹介状が揃わず、看護婦が判断することが大部分であるため、責任を伴う業務ゆえ、緊張がたえない。
- 常勤医のいない施設で入居者の病状の重度化（入所の時点で重度）、痴呆性老人（徘徊、夜間大声等、問題行動のある人）等、対応に判断を迫られるケースが多く、それぞれの対応を見つけてはいるものの、不安はぬぐい切れない。姑息的な処置に終わり、系統的な健康管理は難しい。
- 痴呆老人への対応、処遇、看護の困難さはひとしおだ。職員達は休憩時間も当番で痴呆老人を見ており、職員にかかる精神的ストレスは大きい。

職員間のチームワークが大切

- 医師、施設長、指導員、寮母、栄養士、看護婦など、全職員が自由に意見交換し合うカンファレンスを頻回に持っていることで、常に皆の意志統一のもとに入居者の処遇および看護している。特養のように他職種の集うところでは、このようなあり方が一番大切な基本だと思う。
また職員研修の中でも特に施設内研修を重視し、寮母だけでなく、全員で学習し合っていることが、全体のレベルアップはもちろん、心のチーム・ワークにもつながっている。
- 当ホームは、直接処遇者である寮母—看護婦間に問題はなく、仕事が前向きに出来るすばらしさがある。20年の歴史あるホームだが、良い歴史は残し未来へ進む。入居者を第一に考える施設長の考えを理解できているため、全職員が同じ方向に進めると思う。
- 看護婦の役割に「健康管理」「予防看護」……等あるが、もう一つの大きな役割はバイタルサインや症状のみかたを寮母に教えていくことにあると思う。看護婦より絶対的に多い寮母が発見者となることは多く、看護技術を実際の場で提供し、寮母の処遇活動の中に応用をはかることが大切。
- 特養で働く看護婦の役割の中で一番大切なことは、他の職種との連携とチームワークです。他の職種より情報を得ながら、早期発見と治療で、重症にならなくてすむことは度々あります。全職員が一体となり、仕事が重なり合い、健康管理をしていく必要があります。
- 何よりも看護婦、寮母の連携が大切で、マンネリ化しないように勉強会をしたり、研修会に交替で出席しております。
- 看護職員と他の職員（指導員、寮母、栄養士、調理士等）との連携が上手くいってれば、特別むずかしい看護の場ではないと思う。実習にきた看護学生が「ここで看護の原点を見た」という感想を発表していたが、それは今の病院看護で見落とされているものを感じたのだろうと思う。ただし、私達はこれからもっと研鑽を重ね、視野を広くする必要があろう。

看護職のリーダーシップ

- 特別養護老人ホームという言葉から、イメージしたのは、まず「病院と家庭との中間的な存在」であり、そういった場での看護婦の役割について、はじめは「生活の場であり、治療の場ではないので、看護婦は、身体上、精神上なにか問題の生じたときにその対処、問題解決をして行くのが役割」と思っていました。又、同じような内容を何かの文献でも読んだように記憶をしています。
実際に仕事をしてみて、入居者は、ほとんどが身体的、及び精神的に常に問題をかかえており、何か問題の生じたときではなく、常に、こちらからの看護の働きかけを必要としているのが現状です。また、日常生活面に関しては、病院以上に看護が必要と感じる事も多いです。
現状の問題として、あげられる一つとして、寮母の質の向上をはかる必要があるという事。例えば同施設では寮母さんの年齢が20～30歳代と若く、保母の専門学校に通っていた人などさまざまです。

特養で働くための知識・技術なしで入る場合が多く、若い人が多いため家庭医学程度の内容も知らない事があるようです。それを解決していくためには看護婦にかなりの指導力が要求されます。だから、臨床での経験だけでなく、「指導ができる」という事が重要だと思います。正直に言って臨床も3年程度の私は、医療に関してしろうとの方々に理解してもらおうのが、こんなに大変とは思いませんでした。又、寮母さんだけではなく、施設内の看護婦以外の人たちは医療面にしろうとなので、うまく理解してもらい、いい関係をとろうとするのに頭を悩ませる事が多いです。

ある意味では病院勤務以上に大変で、問題も多く、かなり優秀な看護婦を必要とする場かもしれません。

- 看護婦の施設に於ける位置づけは曖昧で看護婦への期待も施設長により著しい差があります。看護職としてリーダーシップをとってきたのですが、施設長が代わり、寮母こそ主役ですとの方針で看護職は軽視され、いささかやる気を失くしています。今では辛くてもリーダーシップにこだわらず、後ろの方から見守るのも寮母、指導員、栄養士との連携プレイのこつではないかと思えてきました。

外国のナースィングホームのように真に看護婦がリーダーとなる施設を夢見ています。

寮母との関係がむずかしい

- 施設で働く看護婦は「縁の下の力持ち」と私は思っています。何故かと申しますと、施設とは、生活の場であって、医療、治療の場と違うからです。でも現実はどうでしょう。脳血管障害により半身麻痺、痴呆、褥瘡の他、一人でいくつかの病気をもっている入居者が殆どです。これで治療、看護の場では無いと言えるでしょうか。施設では寮母が中心になって働いています。介護技術は殆どが看護婦から教わり、また、研修などで勉強しています。しかし看護婦もまた必要です。ところが、自分達の知識や技術を教えると、一番先に出て来る言葉が「えらそうに一。えー、そんなことまでするの。」という言葉です。そうすると看護婦としては、寮母のやっている事にはがゆい気持ちで遠くから見ていくことになります。その結果、看護婦は寮母の影になり、存在があっても位置づけというものが無くなって来ます。こういったことは、施設看護婦の研修会等で必ずと言っていいくらい出て来る問題です。看護婦は必要だけれど寮母にとって目の上のタンコブなんですネ。結局、位置づけがはっきりとしていない為、手出し、口出しはどこまでしていいのやら迷っている人達が多いわけです。

施設に勤めている看護婦は、大半が長年の病院務めを経て、病院感覚でものを言うのでしょうか。私がよく使う言葉に、介護を知らずに看護はできない、介護は看護の基礎なんだと。だから、間違った介護をしていると「間違っていますヨ」と言います。だが、その一言が言えない人が沢山いるのです。だから、研修会において日頃の寮母の態度のうっぷんをはらしているのでしょうか。寮母と看護婦が仲良くやっている施設は殆ど無いでしょう。寮母は寮母としての専門意識があり、看護婦は看護婦としてのプライドがある。そのぶつかり合いはまるで水と油です。昨年より介護福祉士の資格制度も出来、寮母達も勉強し、とても良いことだと思いますが、そのことでますます、看護婦—寮母間に言いしれ

ぬ深いみぞが出来ていると思います。人の世話をするという事は、自らの感情を抑え、相手に不快感を与えないことです。おのおのが勝手な言動、行動をとっては世話をされる側もたまりません。こういったことの解消策は無いものでしょうか。寮母と看護婦が、腹の中をさぐり合いながらうわべだけ仲良くしても長続きしません。困ったことだと思います。施設で働く看護婦の位置づけを、はっきりとしてほしいと思います。

- 看護婦がリーダーシップをとねばならない場合が多いのに、はっきり意見を述べると寮母に「意見を言うばかりで、自分ではしない。」といわれ、孤立してしまうのを恐れ、自分の業務もそこそこに、寮母と一緒に生活援助に一生懸命になっているのです。指導員は寮母に近い立場にあるので、反発されず、恵まれていると思います。

看護婦1：寮母15。しかも、組織上の位置づけもはっきりしない。こんな状態で若い人が1人の力で育っていくのでしょうか？ こんな現状では、いくら特養の看護婦の業務内容が検討されようと、絶対に変わらないと思います。

介護職は伸びている、そして看護は……

- 介護福祉士や保母・福祉系大学・短大卒の若い職員が競って入職し素晴らしい看護を展開している。福祉施設の中の介護者（寮母・寮父）の方があらゆる意味で優れた看護（介護）を提供している。このことは、看護協会も十分注目しなければ、将来増大する福祉関係の分野で看護婦の看護婦たる真の働きはナースでなく「介護福祉士」が担うということになり兼ねない。本当に情熱的で素晴らしい職業人である。
- 今後は介護の資格者を多く受け入れ、看護の面でも協力してより良い施設としていかなければいけないと考えますが、国家試験資格者である介護福祉士と准看護婦との間柄を危惧するものです。
- 看護界はよき指導者を福祉の分野に送り、看護婦の生活介護能力を高める必要があります。能力の高い生活指導員、ホームヘルパーは、どんどん仕事の範囲を広げ、能力を高めています。

医師との関係

- 自分の意志を伝えられなくなっても、なお同じように栄養確保、呼吸確保の指示が続く時、看護婦として情けなくなるのです。これしか今私のする事はないのかと……。
- 老人は全てが慢性疾患をもち、医療とは切り離せないもの。現状は、医師が非常勤の上に老人専門医ではないということにも問題あり、看護婦が医師の分野までの責任をもたされているのが現実。
- 嘱託医がいるという事で、ほとんどの人に投薬がなされ、必要のない人は胃薬でも飲ませようとしているように思われる（私の施設では）。
- 常勤医がいなくて少々不安ですが、限られた施設の定員ですのでその中でうまくやっています。医師との信頼関係が深ければ、急患時はいつでも往診してもらえます。又、重症者のいるときは電話

連絡は密にしていますので、あまり負担に感じていません。

大切にしていること

- 老人看護のプロでありたい（老人看護の専門性、福祉の知識等の不足がある）。
地域社会福祉の一端を負う心がまえや視野を持つ必要がある。
- 老人ホームの看護婦は、病院の感覚で仕事は出来ません。ボランティア精神がなければホームの看護婦とはいええないと思います。技術だけでは、だめです。愛情、優しさ、聞き上手な方が一番です。私も努力はしていますが、むずかしいです。
- 「看護婦さんの姿をみると一日が安心です。」との入所者の言葉に衿を正し職務に専念しております。
- 15年間、数多くの看取りをして思うことは、死の瞬間迄人間らしく生きられるよう援助してあげること。それがホームの看護職のつとめと思っている。
ホームはあくまでも家庭の延長であり、出来得る限り専門医による外来治療と、気心の知れたホームドクターによる定期診察で、心穏やかに過ごして欲しいと願っている。
- 身寄りのない老人が多く、身体的、精神的にも弱っております。その方々の笑顔をつくる事は私達の仕事だと思っています。高齢で老化がすすみ身体的な病気は多くもっていますが精神的におちついていけば痛さも軽くなります。「心の健康」をモットーにふれあいの時間を多くもち精神的な看護に重点をおいてます。俳句クラブの指導をしたり、お茶会を開いたり、楽器演奏に加わったりして老人の中に溶け込むことで信頼関係が生まれ、その結果老人の病の訴えは最少限にとどまります。
「痛い」と訴えた時は原因をよく聞き、痛い部分をなでてあげ、湿布をした時はその上をもう一度手で押さえてあげる等小さな心づかいに気をつけています。痛いと言えはすぐ鎮痛剤や注射に頼るのではなく、副作用の事をまず考え、ある時は民間療法、電気治療等相手の身になって考えます。
看護は知識、技術も確かに大事ですが「看」の字の如く、やさしい手、やさしい目でみまもる事だと思っています。褥瘡防止のマットや円座等も手づくりでキルティングでつくり部屋のインテリアにしています。尿器カバーやおむつ専用車も園の職員のアイデアを生かし、特注して作ってもらいました。終末看護もある時は安らかな死を迎えるよう添い寝をする事もありました。おむつ替えも看護婦2人で老人になったつもりで、実際に「かえっこ」をし、老人の恥ずかしさを体験してみました。
私にとって、特養のナースとして誇りをもち准看護婦として幸せに満ちた毎日を送っています。
- 特養に入所する老人は、すでに何かの疾病や障害をもっている人がほとんどであるが、当ホームでも嘱託医の定期往診（週1回）と投薬、検査によって病気や障害と共存しつつも、平穩に日常生活を送り長寿を全うされている。

当ホームでは、注射等の医療行為はほとんど行っておらず、必要な場合は協力病院に入院、治療をゆだねている。家族や老人の多くは、入院は避けたい意向であるため、状態の変化に際しても医師の

指示をうけながら、寮母、調理員等と綿密な観察と連絡をとりながら、水分補給と食欲の回復に重きをおいて介護に当たっている。それにより入院することもなく、体力回復されることも多い。

老人の日常生活の介護に深く携わり、会話やふれあいの機会を多くもつことにより、看護婦に対する信頼感を得、ひとりひとりの老人の個性や状態をよりよく理解することが出来る。そのことが、1日も長く、心身共に安らかな日を送っていただくのにお役に立つなら満足である。

- 医療にかたよらず、介護が重要。看護の原点に基づいて、老人一人一人が日々を少しでも満足して頂けるように、笑顔、優しさを持って職務に専念出来る事を幸に思っています。
- 日常生活における健康管理、身体的・精神的両面の看護、介護生活に密着した医療を大切に、正しい知識技術に裏づけされた“カン”と客観的なものの見方、人間を愛する心を養っていきたく思っております。
- 特養ホームは、あくまで生活の場であって医療の場であってはならないと思います。看護婦として、入所者をケアする寮母の補佐役でありたい。

ホームの看護はやりがいがある

- 施設の看護には病院看護とは明らかに違う役割があり、看護の原点ともいべきやりがいのある仕事と思っています。
- 特養老人ホームに勤務して8年になろうとしているが、個別の総合的看護の場面はホームならではの思いを強くしている。充実した毎日である。病院勤務時代知らずに過ごした所がたくさん見えてくる。しかし、病院勤務したのを否定しているのではなく経験の深さがいかに大事か、看護診断が求められる機会が多いから。
- 老人看護には生活援助を基盤とした真の総合看護があります。
- 常に死と背中合わせのお年寄りの健康管理を常勤医不在現場で行わなければならない、夜間対応についてもホームナースにかかるプレッシャーは計り知れません。それでもお年寄りが一生懸命生きようとしている姿が好きです。私達看護婦が出勤して来るのを待って夢中で訴えるお年寄り、笑顔で迎えてくれるお年寄り、無視するお年寄り（心を開く楽しみがあります）、言語障害のお年寄り、皆、家族です。私達職員もその一員です。これからも人生の諸先輩であるお年寄りと一緒に学び生活していきたいと思えます。
- 「命」……「大事な親」を預かっている事を常に頭に入れて、残された命をわらしになった方達に一日でも楽しく生きて欲しいと願い、「死んだ方がまだ」と言われないうように、自分もわらしにかえったり、先生になったり、子供になったり、孫になったり、恋人になったり、嫁になったり、親になったり、友達になったり、泣いたり、笑ったり、おこったり、おこられたりしながら毎日をすごしております。そして、お年寄りに、「ああ、あんたがきてくいやって良かった。」「あんたがおってくいやって良かった。」と言ってもらった時、「報われた。」「心が通じたのだな。」とこの仕事に満足

し、ますます入所者の為に頑張れるし、意欲がわいてきます。大変、責任の重い仕事ですが、自分を必要としてくれる入所者がいて、自分を待っていてくれる……と感じるこの頃、この仕事に生きがいをみいだせた様に思えます。

- 入居者同志の日常の中でも「ここで安心して死ぬまで見てもらえる」という会話も聞かれ、そんな折にふれ、日々の介護にも責任を感じ、仕事の仕方が深められたものです。

待遇がわるい

- 施設看護婦としての本格的研修は全国大会のみ、旅費がかかると云う事で出席できません。又、看護婦数が少ないので研修に出るのは想像以上に大変です。夜勤はないものの自宅待機があり、年間1人4ヶ月間福祉の精神でやっております。給料面の待遇等にも不満はありますが、この仕事が好きなのです。もっと魅力のある職場にならないものかと思いつつ仕事をしています。

- 特養看護婦の給与面の改善が是非必要です。

夜間の当番制、自宅待機24時間拘束になりますが、私の場合、年間約90日、ボランティアでやっています。

日勤をして、夜間電話で起こされたり、又は夜間呼出しで施設に出向いて、看護して、そのまま、休まず日勤に入ることも、しばしばあります。

看護婦数が少なすぎます。ですから、休めないのです。

このままでは、特養看護婦の志願者は近々、なくなるでしょう。そんな気がしています。

働きやすい職場に

- 常に学び問題意識を持ち向上しようとする意欲が今の特養では低下してしまうのはなぜだろうか？病院看護婦は違うと思う。この高齢化の進む中で特養は大事な臨床であるのに、向上心を押さえつけようとする何かはここにはある。

- 病院などと全くちがった内容のためか、暗く特殊な雰囲気があり、楽しく働くことができずストレスがたまる。

- ホームのナースは、直接病院の仕事に携わることがないので医療面に遅れを感じる。

看護技術の低下と過去に経験のない疾病を持った老人の看護に自信を持ってない。

- 多くの看護婦が働き場とする病院と勝手のちがう職場の雰囲気にとまどい、福祉施設の看護婦として働くよろこびを感じるまでもなく、職場の良さを知ることもなく職場を去った人もいます。又、施設を働き場として求める人が少ないので、先輩として働き良い職場づくりに努め、老人看護のよろこびを伝えたいと思います。学生実習を利用して、若い人達に老人の看護の要点と老人に接する心構えを指導しながら、老人看護のよろこびを体験させて施設で働くナースを育成したいと思います。

勉強会・研修会など、学ぶ機会がほしい

- 看護婦として病院に勤務していても、施設などに同じ看護婦が仕事しているなど知るよしもありませんでした。何も知らず老人施設に飛び込んでしまい、今となってはもう少し勉強してからでも遅くなかったかと後悔しております。自分の力不足は毎日痛感させられるし、自分のテンポとは別の流れで現実（生活）が進んでいく時、本当に学生時代に何を学んだのかと思いました。昔勉強した本をひもといってもその中に「施設看護」の無い事に驚きました。

事実、自分の未熟や経験不足の為に老人や他職員にも迷惑をかけていると思います。風邪一つでも実際の経験が手本です。骨折、老衰、様々な老人特有の症状にとまどいながら考える事は、従来の看護婦養成の教育科目の中に施設看護があったらなあという事でした。是非考えて下さい。

- 看護職の勉強会、研修会が寮母職に比べて少ない。
- 老人ホームの看護のあり方というものが勉強不足でよくわからない。勉強できる機会を多くもっていきいたいと思うが、なかなか時間がなく、ままならない現状である。地方は特に、勉強する場所、機会が少ない。
- 施設内看護婦の会みたいなものができればいいなあと思うのですが……。
- 最新の医療技術から取り残されるような不安感もありますので、そのような医療に関する講習会等があればと思います。
- 施設内看護婦と、一般病院の看護婦との交流が、もっと活発になっていけば、お互いの立場の理解と情報交換も出来、良いのではないかと思います。
昨年、特別養護老人ホームの職員で看護協会に加入しているのは、県内では私達の施設だけのようである。施設内看護という限定された枠の中で看護を考えるのではなく、老人看護という分野の中の施設内看護という位置づけから、勉強していきいたいと思っている。
- 勉強会に参加したいと思っても、1人が公休、1人が研修に出てしまえば、残りは1人となり、結局、勉強会はあきらめなければなりません。
- 医師のいない所で、栄養と水分の摂取と排泄のバランスを整え老人の健康を守る力は、経験と学びの大きさにかかわってくると思う。施設で働く看護婦に、准看免許だけの人、または経験の少ない人の場合はかなりの濃厚な研修が必要と思う。
- 施設看護婦になる為には、現在の看護教育だけでは不十分なのではないかと感じている。もっと、福祉の分野での教育が必要なのではないか。
- 在宅でも経管栄養を行っているとするならば、施設でも何らかの対応を考えざるをえない。施設看護婦に対する研修の充実強化を切望している。

地域サービスの充実を

- 訪問看護や家族介護の指導，相談の方面にも幅を広げていきたいです。
- 在宅でのひとり暮らしおよび老夫婦世帯も増え，また，痴呆性老人の増加等もあり，在宅サービスの充実の必要性を痛感している。
- 在宅福祉サービスをもっと充実していけたらと思う。例えば入浴サービス1人平均月1～2回しか利用してもらえない。本人，家族とも回数を増やしてほしいと希望しているが現実には職員の人数や場所の関係でできない。入園者の場合，週2回は，実施している。
- 在宅老人への各種サービス等大切な事はわかりますが，そのための人員が確保されなければ入所者の処遇低下は目に見えます。ゆとりある介護が出来るよう，お願いしたいものです。
- 当施設ではショートステイ受け入れも行っており地域とのかかわりが大きい。以前では在宅訪問指導も行っていたが日常業務に追われ現在では訪問指導にいけない状態ではない。特養は地域に開かれた施設として利用されるべきと思っているが，なかなかそこまでいかない。
- 全身状態が悪くてもショートステイを利用するためにつれてくる。看護婦がいるからと病院と勘違いをしている。ショートステイ利用者に，安定剤や睡眠剤を持参する人が多く，薬によるふらつき，転倒などあり，予防に苦慮する。
- 地域サービス（短期，入浴）利用者のADL，病状等の把握が行き当たりばったりで難しく，今後，事故につながるおそれがある。

その他

- 最近，中間施設や老人病院の数が少なく，特養では中間施設や老人病院のような役割まで行っている。もっと多く増設され，特養としての機能が十分に果たせることを願っている。
- 最近，長期入院の末に特養ホームに入所する老人が多くなり，中間施設的な面が多いように思われて来た。
- 痴呆がひどい老人が入居し，痴呆専門のホームとの間で話し合いができ措置替えをしたいと思っても，福祉事務所が特養同士の措置替えの許可をださない為，不本意ながら精神病院へ送るケースがある。ケースバイケースでスムーズな運用を望む。
- 2週間に一回は外来受診をしなければ薬はもらえません。そんな状態の方が数人いられると，ただ受診することに追われる状態になるし，寒い中，暑い中，長い時間またされるのはとてもかわいそうな状態の時もあります。