

看護職が付き添ったもの11.0件であった。また入居者が急性症状を呈してホーム内で手当てをうけた日数は、延106.8人日（12月の1か月間）であった。

3) 退所理由

平成元年の4月から12月までの9か月間の退所者は、実員100人あたり平均14.7人であった。1ヵ月あたり1.6人である。その退所理由別内訳をみると、8割弱は死亡である。「ホームで死亡」と「入院先で死亡」が相半ばしており、後者の方がやや多い（表41）。

退所者中の「ホームで死亡」の比率は、年々少しずつ低下している（表42）。その理由としては、入居者が高齢化・重度化しているにもかかわらず看護職員数が増えないので、終末までめんどろをみられないケースが増えた、あるいは病院病床が増え入院させやすくなった、などが考えられる。

表41 退所理由別退所者数（平成元年4月～12月）
（有効回答施設数826）

	1施設あたり 平均	実員100人 あたり平均
家族ひきとり	0.6人	0.8人
ホームで死亡	4.2人	5.4人
入院先で死亡	4.7人	6.0人
入院による		
一般病院	1.6人	2.0人
措置廃止		
精神病院	0.1人	0.1人
その他	0.3人	0.4人
計	11.5人	14.7人

表42 退所者中ホームで終末を迎えた人の比率
（過去5年間）

昭和60年度	41.8%（有効回答施設数795）
61年度	40.0%（ ” 809）
62年度	40.5%（ ” 812）
63年度	39.2%（ ” 824）
平成元年4月～12月	36.9%（ ” 825）

V 健康管理および受療に関する看護職の役割

特別養護老人ホームにおいて看護職がはたしている役割は、その広がりも深さも、施設による格差が大きい。先にみたように、看護職員の配置状況、医療の状況、入居者の精神的・身体的状況には大きな格差があるが、その違いにより看護職に求められることや出来ることに違いが出てくるためである。加えて1施設の看護職員数が少ないため、看護職員個々人の考え方や力量の違いも、役割のとり方を大きく左右する。

しかしどんな施設であれ、入居者が日常的に健康を維持し、医療が必要になった時にはすぐ適切な受療が出来るようにとりはからうことは、特別養護老人ホームの看護職の中心的な役割といえる。そこでこの調査では、その役割をどの程度、どのようにはたしているかを把握することとした。

1) 入所希望者に対する入所前の面接

特別養護老人ホームが受け入れる老人は、たいてい何らかの疾病・障害を持っている。しかしホームの医療・看護には限界がある。そこで看護職としては、病状から見てホーム入所が本当にふさわしいのか、入院治療を要する状態ではないかと、気になるところである。

普通、個々のホームの看護職は入所申請受け付けから入所決定までのプロセスにはかかわっていない。従って看護職が入所前面接を行うとしても、入所決定後である。しかし、入所適否の判定から実際の入所までにはかなり時間がたち、入所希望者の精神的・身体的状態は変化している場合も多いので、ホームの看護職が入所直前本人に面接し、状態を再チェックすることは重要である。そのことにより、もし入院が必要な状態であれば、入所させてからすぐ病院へというような、老人にとって負担になる事態を避けることが出来る。

調査結果によれば、「いつも面接する」が43%，残る施設は「面接することもある」と「面接することはない」がほぼ同数である。「面接することはない」としている施設でも、看護職自身としては、その大半（72.7%）が「できれば面接をしたい」と回答している（表43）。

面接しない、あるいはできない理由についての自由記述の回答をみると、最も多いのが「施設として面接することはない」（「面接するシステムになっていない」、「福祉事務が入所決定するので」、「行政の指導によりできないことになっている」など）というもの。次いで「他の職種（施設長、生活指導員、

表43 入所希望者に対する入所前の面接

いつも面接する	380	43.1
面接することもある	249	28.3
面接することはない	246	27.9
無回答	6	0.7
計	881	100.0
できれば面接をしたい	179	72.7
面接しなくともよい	27	11.0
無回答	40	16.3
計	246	100.0

寮母長など）が面接する」、「時間がとれない」（「業務多忙」、「入所決定から入所までの期間が短く、面接する時間がとれない」など）などである。「特に面接の必要を感じていない」（「診断書など書類からの情報や入所時の面接で足りる」、「医師が面接し、その指示で仕事をしている」など）という回答もあるが、少数である。

看護職による入所前面接の実施率は、図9、10に示すように、看護職の免許や年齢によって差がみら

図9 入所希望者に対する入所前面接，常勤看護婦数別

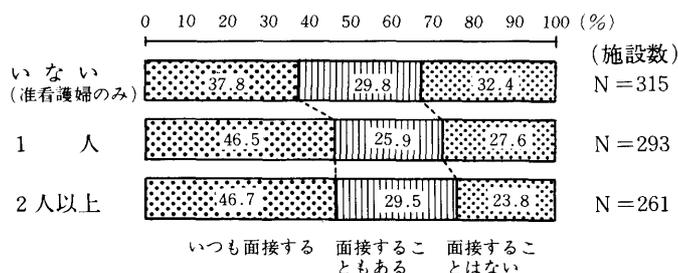
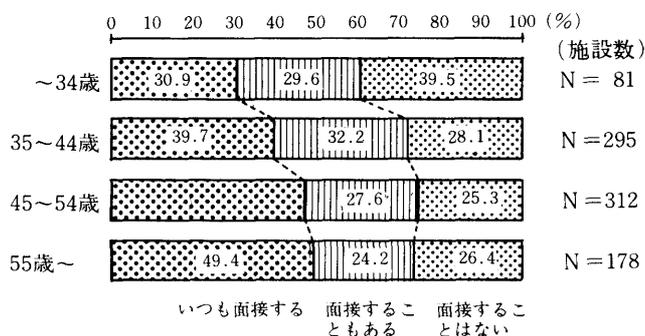


図10 入所希望者に対する入所前面接，リーダー看護職の年齢別



れる。

看護職による入所前面接の実施の有無は、老人の入所に関連した看護職の責任と権限の持ち方の違いを反映していると考えられる。

2) 入居者に対する健康教育

ホーム入居者はとかく受け身で依存的な存在になりがちであるが、ホームにいてもできるだけ自立した生活ができるよう配慮する必要がある。健康管理に関しても、入居者を単なる管理の対象ではなく、健康を守る主体としてとらえる視点を持つことは重要である。そのためには「健康教育」が必要である。

ホームの看護職は入居者の日常生活にかかわりながら、その中で健康教育を行うことが可能である。調査では、「入居者自身が、自分の健康状態を知り、自分で健康に気を配ったり、適切な援助を求めるための教育を行っていますか」という問いに対し、ほとんど(82.5%)が「実施している」と回答している(表44)。

自由記述の回答より、どのような機会に教育を行っているかをみると、「日々の生活の中で」、「随時」(「部屋回りの時」、「処置をする時」、「介護しながら」、「入居者から質問があった時」など)行っているところが最も多い(回答のあった669施設中467施設)。次いで「回診時」や「定期健診時」(112施設)、「入居者の懇談会の時」あるいは「健康講座のようなものを開催する」などの集団教育(90施設)、「入所時に行う」(54施設)、園内放送、ポスター、園内新聞などの利用(15施設)などがあげられている。

教育の内容は、糖尿病・肥満・高血圧などの慢性疾患のある人の生活指導、風邪・食中毒などの予防、不眠・便秘などの相談を受けた時の対応、治療にともなう説明と生活指導など様々である。さらに、入居者が自分の老化を知りそれを受け入れられるように働きかける、あるいは自分で異常に気づき、それ

表44 入居者への健康教育

実施している	727	82.5
実施していない	133	15.1
無回答	21	2.4
計	881	100.0
→ できれば実施したい	91	68.4
実施しなくともよい	7	5.3
無回答	35	26.3
計	133	100.0

を適切に表現できるよう励ますことなど、ことさら「健康教育」とは考えないで常日頃行っているが、実は重要な「健康教育」といえるものが多々あると思われる。

なお、健康教育を「実施していない」と回答しているのは133施設（全体の15%）であるが、その7割弱は「出来れば実施したい」と回答している。実施しない、あるいはできない理由としては、「痴呆などのため理解できない」、「業務多忙で時間がない」などがあげられている。

入居者に対する健康教育の実施率は、入所前面接と同様、看護職の所持免許や年齢による差がみられる（図11, 12）。

図11 入居者への健康教育の実施、常勤看護婦数別

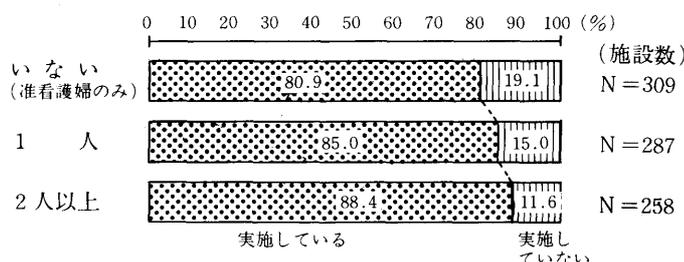
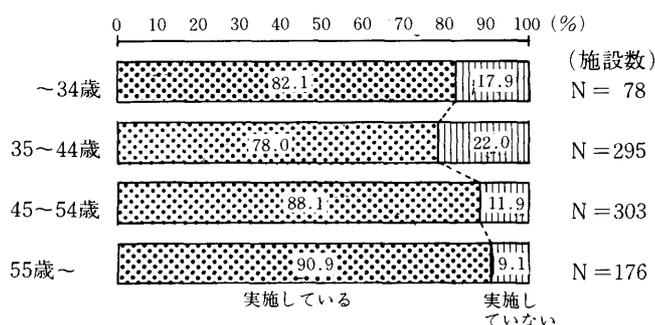


図12 入居者への健康教育の実施、リーダー看護職の年齢別



3) 医療処置

先にみたように、常勤医のいる施設は少なく、内科医の回診は週1~2回が平均的なところである。医師不在の時間が長いため、入居者に何らかの症状が出た場合、看護職としてどう対応するかは、その後の健康状態に大きく影響する。まず、症状を適確にとらえ医師に連絡し指示を求めることが基本であるが、医師に適切な情報が提供されるか否かによって、医師の指示もちがってくる。

さらに、医師がいつでも、あるいはすぐに往診できるとは限らないので、看護職自身が医療処置をすることは多い。その際、看護職が医師からどのように指示を受け、どこまで医療上の対応をするかは、施設により様々である。

調査では、軽微な症状が出た場合、病態急変時、終末期にわけて、医師の指示をどのように受けどこまで看護職が医療処置を行うかを問うた。表45はその結果である。

軽微な症状の場合には、看護職は医療処置を「医師往診時の指示に加え、必要に応じて医師に電話連

表45 看護職が行う医療処置の範囲

	軽微な症状が出た場合		病 態 急 変 時		終 末 時	
	件数	割合(%)	件数	割合(%)	件数	割合(%)
医師往診時の指示の範囲で行う*	72	8.2	268	30.4	187	21.2
上記に加え、必要に応じて医師に電話連絡し、指示が得られる限りにおいて行う	416	47.2	393	44.6	412	46.8
上記に加え医師との間であらかじめ決めた約束処方に基づいて行い事後報告する	371	42.1	161	18.3	184	20.9
そ の 他	21	2.4	57	6.5	91	10.3
無 回 答	1	0.1	2	0.2	7	0.8
計	881	100.0	881	100.0	881	100.0

*「病態急変時」については「医師の往診を求め、その指示に基づき行う」

絡し、指示が得られる限りにおいて行う」と「往診時や電話による指示に加え、医師との間で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、両者あわせて約9割を占めている。

病態急変時では、看護職が行う医療処置は「医師の往診を求め、その指示の範囲」に限られるところが3割、「医師に電話連絡し、その指示で」が半数弱、「約束処方」にもとづいて行うこともあるのは、2割弱と、ばらつきが大きい。

終末期に看護職が行う医療処置も病態急変時と類似の傾向であるが、病態急変時と比べ「医師往診時の指示の範囲」に限られるところは少ない。

常勤医の有無や医師の回診回数、即ち医師不在時間の長短により、看護職が行う医療処置の範囲は異なると考えられるが、調査結果では、常勤医の有無による有意な差はみられなかった。内科医の定期的回診の回数別にみると、軽微な症状が出た場合についてのみ、週5回以上とそれ以下とで差があるが（週5回以上はそれ以下と比べ、「約束処方」が少ない）、週4回以下ではほとんど差がない（図13）。また病態急変時や終末期については、回診回数による有意な差はない。しかし同じ電話連絡による指示でも、医師の回診回数が少なくなるほど、看護職に高い判断・対処能力が求められるであろう。

看護職が行う医療処置の範囲は、医師の状況よりも、むしろ併設病院の有無が影響している。軽微な

図13 看護職が行う医療処置の範囲（軽微な症状が出た場合）、内科医の定期的回診の回数別

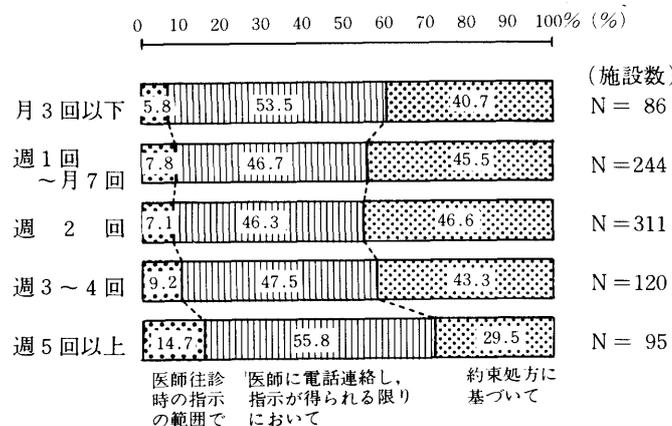
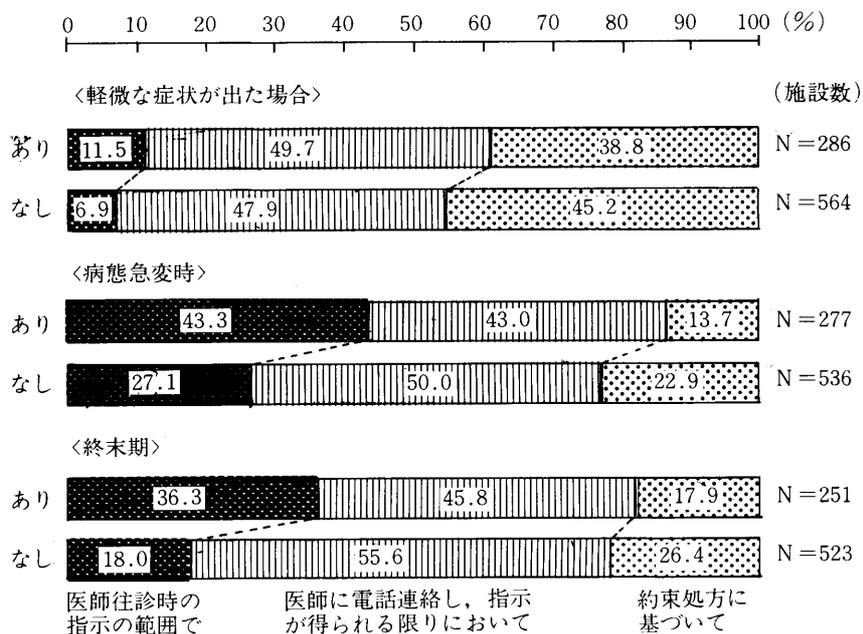


図14 看護職が行う医療処置の範囲，併設病院の有無別

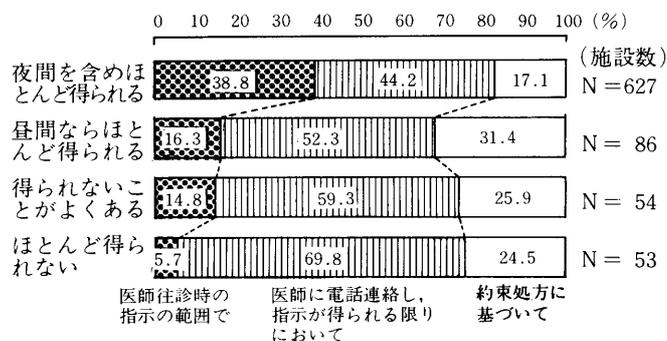


症状の場合，病態急変時，終末期いずれの場合も有意な差がみられる（図14）。即ち併設病院が「ある」施設では，看護職が自ら処置を行う範囲が狭いのは，病院の医療が活用しやすいためであろう。特に病態急変時や終末期について，併設病院が「ある」施設では，看護職が行う処置が「医師往診時の指示の範囲」に留まる施設の比率が高いのは，併設病院への入院で対処することが多いためと考えられる。

なお，終末期に，医師の回診が週1～2回かそれ以下でも，看護職は「往診時の指示」の範囲でしか処置をしない施設もかなりあるが，この場合も，ホーム内で終末期を受け止めることが少ないのだろうと考えられる。終末期に看護職が行う医療処置の範囲の違いによって，終末期の入居者をどこまでホームで受け止めるかに差があることについては，後述する（第10章第1節）。

入居者の病状が急変した場合の医師往診の可否との関係でみると，医師往診が「夜間を含めほとんど得られる」場合は他と比べ「医師往診時の指示の範囲」の比率が高く，往診が「昼間ならほとんど得られる」場合は他と比べ「約束処方」の比率が高い（図15）。

図15 看護職が行う医療処置の範囲(病態急変時)，入居者の病状が急変した場合の医師往診の可否別



看護職が行う医療処置の範囲は、看護職自身の力量や考え方によるところも大きいと考えられる。リーダー看護職の所持免許別にみると、「看護婦」は「准看護婦」と比べ、「約束処方」の比率が高く、「医師往診時の指示の範囲で」の比率が低い（図16）。ところが、リーダー看護職の勤続年数が長くなるにつれ「約束処方」の比率が低くなる（図17）のはなぜであろうか。就職してしばらくの間は、医師不在時でも、入居者の病態の変化にできるだけ対応しようという意欲があるのに、次第にその意欲をなくしてしまうような事情があるとしたら、それは由々しい問題である。それとも、以前より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選ぶ人が徐々に増えてきたことの反映であろうか。

図16 看護職が行う医療処置の範囲，リーダー看護職の所持免許別

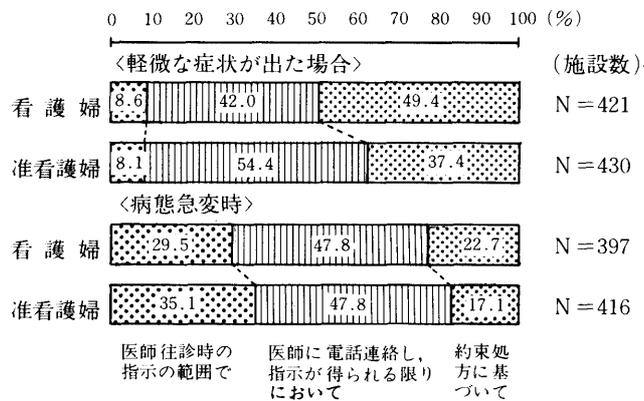
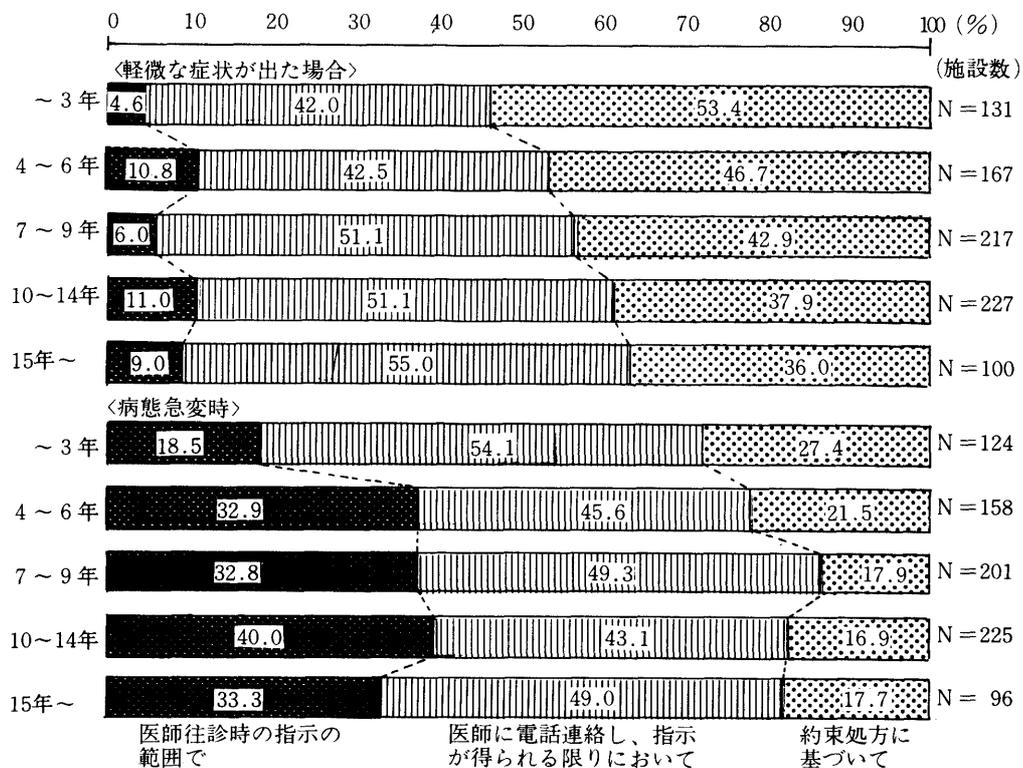


図17 看護職が行う医療処置の範囲，リーダー看護職の勤続年数別



4) 受療の判断

ホーム内で提供できる医療には限界があるため、外部の医療機関での受療が適切に行えるということは、入居者にとって重要なことである。外部医療機関への通院・入院は、治療上の必要と本人にとっての負担のバランスを考え、また本人や家族の意向や施設内の対応能力をもふまえて決められるべきであろう。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。

調査では、外部での受療を実質的に判断する人（本人・家族の意向をふまえた施設側の判断）について

表46 外部での受療を実質的に判断する人

(入居者に入院・通院治療を受けさせるか否かについて、本人・家族の意向をふまえた施設側の判断は、実質的に誰が行うことが多いですか。いちばん多い人を1人だけ選んで下さい。)

医 師	402	45.6
看 護 職	288	32.7
寮 母 長	3	0.3
生 活 指 導 員	50	5.7
施 設 長	101	11.5
ケ ー ス に よ る	28	3.2
そ の 他	2	0.2
無 回 答	8	0.8
計	881	100.0

て問うた。その結果は「看護職」は3割強にとどまり、「医師」が半数近くを占めている（表46）。

医師がホームにいる時間や頻度が多いほど、「医師」が判断する施設が増え、常勤医が「いる」施設では73.8%、回診が「週5回以上」では67.3%、併設診療所が「ある」施設では60.2%にのぼる（図18～20）。

「看護職」が受療判断をするか否かは、リーダー看護職の職位によって差がある。「看護職、寮母ともに統括する職位についている」場合は、受

図18 外部での受療を実質的に判断する人、常勤医の有無別

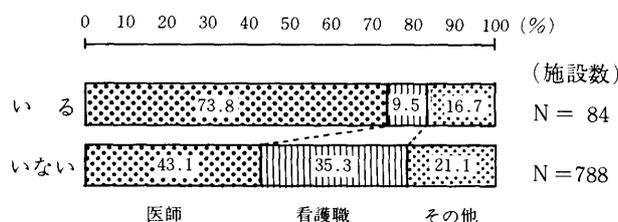


図19 外部での受療を実質的に判断する人、内科医の定期的回診の回数別

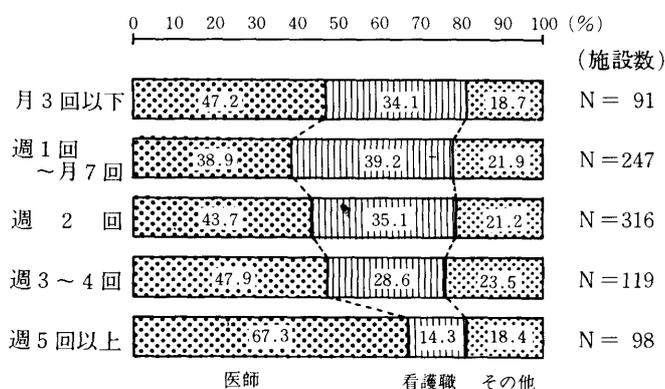


図20 外部での受療を実質的に判断する人、併設診療所の有無別

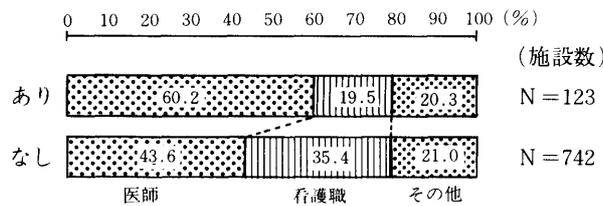
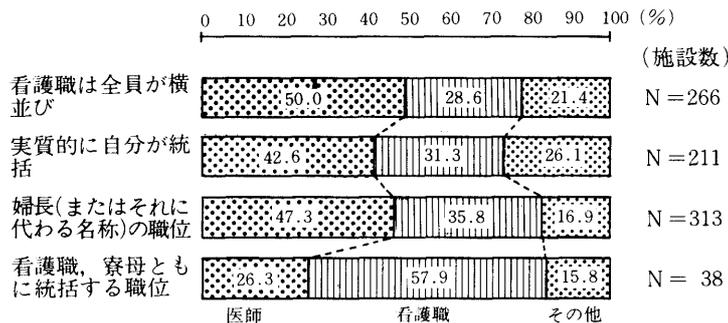


図21 外部での受療を実質的に判断する人、リーダー看護職の職位別



療判断をする人が「看護職」である比率は57.9%であり、「医師」の倍以上である(図21)。裏返せば、看護職の位置づけが低く権限もないので、受療判断をするところまでの責任を負えないということかもしれない。

入院の判断は通院以上に、医学的判断以外の要素がからんでくる。たとえば、治癒は望めないが医療を必要とする場合どこまで治療をする必要があると考えるのか、本人が入院したくないと考えている場合本人の意向と受療の必要のどちらを優先するのか、観察や処置の必要性の高い入居者を看護職と寮母とのチームワークでどこまで受けとめられるのか、など。これらをめぐって職種による判断の違いがある。従って、医師だけの判断で入院を決めたり、看護職がその都度、場当りの入院の是非を決めたのでは、トラブルのもとになる。そこで、入居者の入院にかかわることの多い看護職が、入居者を入院させるか否かが問題となった時、入院についての誰もが納得する判断基準を持っていることが望まれる。

調査結果では、入院に関する看護職としての判断基準(または他職種との合意事項)が「ある」と回答したのは28.5%、「はっきりしたものではないがおおよその目安はある」が31.1%「特にない」が37.8%であった(表47)。

判断基準が「ある」あるいは「おおよその目安はある」場合、その内容を自由記述の形で問うたところ、大半は「施設内で対応しきれない治療を要する」、「介護よりも医療が優先する」、「看護婦が不在の時に寮母だけでは対応できない」など、施設内医療の限界について記したものであった。

表47 入院判断基準の有無

(入居者を入院させるか否かについて、看護職としての判断基準または他職種との合意事項はありますか。)

あ	る	251	28.5
お	おおよその目安はある	274	31.1
特	に	333	37.8
無	回	23	2.6
計		881	100.0

図22 入院判断基準の有無，常勤看護婦数別

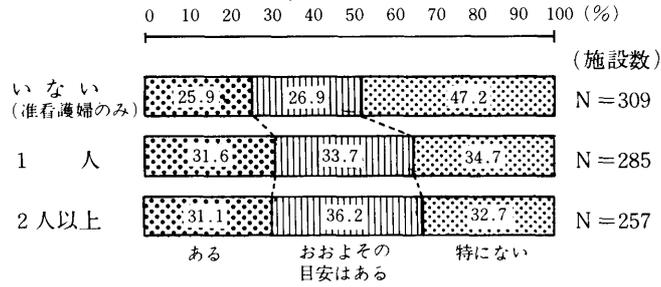


図23 入院判断基準の有無，リーダー看護職の直属上司別

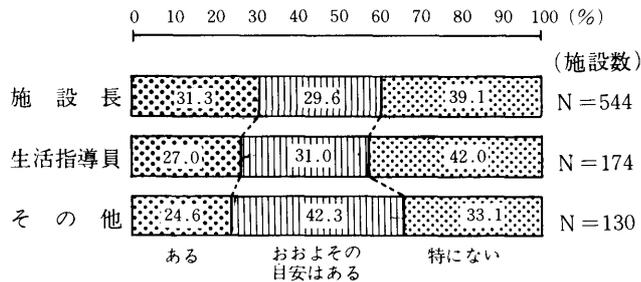
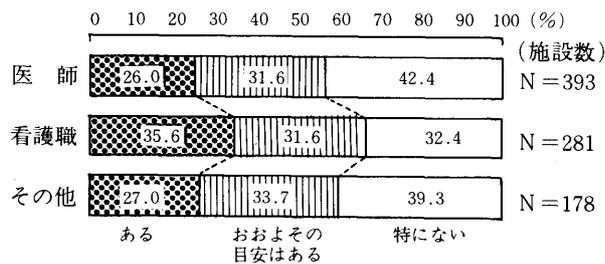


図24 入院判断基準の有無，外部での受療を実質的に判断する人別



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