

療養者・家族の願望を叶えるために

在宅看護研究センター

村松 静子

課外での訪問看護ボランティアを3年続けた私は、在宅看護を研究的に実践してみたいと思うようになっていました。そして設立したのが在宅看護研究センターです。センターを設立して7年が経過しました。今日は、これまでの私の体験を通して、社会が求める看護の専門性は、果たしてどのようなところに潜んでいると思われるかについて、私個人の考えを述べさせていただきます。

私は20数年間、臨床そして教育と一度も休まずに勤務してきました。その過程においてとても印象に残っている場面、患者・家族の声があります。私がボランティアをしていた頃のことです。ある42歳の男の患者さんがおっしゃいました。「私は1年前、胃癌を宣告され手術しました。その時は病名を告知されて良かったと思っていました。手術した時は看護婦も医師も私のそばにうさいほど来てくれました。でも、私の下半身がまったく動かなくなった今、医師は私の前を素通りし、看護婦も声はかけてくれますが、もう他の方を向いている。こんなだったら告知なんかされなきゃ良かった。それに、医師も看護婦も今だったら家へ帰れるから帰りなさいという。私だって帰りたいですよ。でもまったく動けない私が帰ったら、いったい誰が面倒をみってくれるんですか。結局、妻や母や子供たちが看なければならぬじゃないですか。その大変さを考えたら、私は帰りたいって言えないですよ。早く私のような者でも家で療養できるようにして下さい」。

悩み悩んだ末、私は在宅看護研究センターを設立しました。世の中から看護を評価してもらうために、買っただけの看護をめざして…。昭和61年4月1日～平成3年3月31日までの延訪問回数6,744回、緊急訪問300回、6年の間に在宅療養者が求めるものは明らかに変化して来ました。①高齢者が高齢者を見る②介護や家事の経験がない男性が女性を見る③高齢者二人

だけの生活または一人暮らしの増加④胃管・尿留置カテーテル・カニューレ・IVH・PTCD・CAPD・レスピレーターの装着等、高度医療の絡み⑤在宅での治療継続希望者の増加⑥在宅死希望者の増加。

私が実施した研究の結果をみますと、在宅で終末期の患者を抱えた家族は、患者の容態の急変や悪化を目のあたりにしたとき、全員が危機に陥っています。さらに介護を続ける体力がない、病状に即したケアができない等が家族介護者の直面することの多い危機であることがわかりました。そして最後の看取りの場が適切だったと答えている家族介護者の一致意見は次の3点でした。看護婦は、『救いを求めたいと思っているとき、例えば夜間でもすぐ助けてくれた』『救いを求めたいと思っていることをその場でとりあげてくれた』『最終的には自分で解決できるように援助してくれた』。

看護婦は、患者の肉体や人格から切り離せない貴重な部分へかかわっております。この点は医師や法律家、あるいは聖職者等、専門職と呼ばれる方たちと一致していると思われます。しかし実際には、看護問題の解決方法やその過程において、素人ではできない判断内容までが何らかの形で明確に打ち出され、それが看護の結果に現れていると言えるでしょうか。私は、それはまだ言い難いことのように思うのです。「看護と介護はどこが違うの？」よく耳にする言葉です。

また、看護教育は学生やスタッフを自分たちで養成し、その質を維持・向上させ、質を保証するという責任を負っているかどうかという点についても、まだ言い切ることができないように思うのです。残念ながら、まだまだ医師におぶさっている部分が多いのではないのでしょうか。

さらに、看護という役割に見合った報酬が得られていないという実情があると思うのです。老人保健法では、1回の訪問料がどうにか7,000円を越えましたが、

診療報酬点数では24時間の基本看護料がやっと3,000円を越えたところです。素人ではできない部分を含めてすべきことをきちんと行い、質が保証できて初めて社会からその専門性を認められ、妥当な報酬が得られるのです。その結果において初めて、看護の専門家が誕生したといえることになるのではないのでしょうか。そして、看護の専門性はこの辺りに潜んでいるように私には思えるのです。

センターを設立して7年目、私の耳には多くの言葉が残っております。「私が8年間やってきた介護を看護の専門家の目で評価してください」「介護ではない看護ってすばらしいですね」「必要な時に、必要なことを、必要最小限行って欲しいのです。必要以上に言われたり、されたりすると私たちはパニックになってしまいます」「私たちの話を黙って聞いて欲しい」「同

じ目線で話して欲しい」「単なる技術者であっては困ります」「主治医とのコンタクトを直接家族に代わって密にとって欲しい」「家族に対し、できるだけ詳しい説明をして下さい」「最後の最後まで病む者の命を守る努力をして欲しいのです」「苦痛をとってもらえたのだという認識を家族がもてるように努力してほしいのです」「普通の看護婦ではなく、本当の看護婦さんにやってもらいたいのです」…。

在宅療養を決意される方々は、私たち看護婦に正に看護の専門性を求めているのです。看護婦として自らの資質を高める上で欠かすことのできないもの、それは自らの考えと実践を多くの前に提示し評価を受けること、そして他者の意見を耳にし、考えを深めるとともに、視野を広めることが大切であることを私は今、身を持って体験しているのです。

老人の入院・在宅ケアを通して

島田 妙子

私は、教育や研究に直接たずさわっておりませんので、日常の看護業務の中から、体験したことを述べてみます。看護婦として22年経過しましたが、この4～5年は、本当の看護婦をしたという実感を持っております。私の所属している東京白十字病院は、社会福祉法人の病院で昔は結核療養所でした。現在は、ベッド数が200床足らずの小さな一般内科病院です。一般内科病院ですから、ご他聞にもれず入院患者の平均年齢は60歳を越えています。平均年齢は60歳を超えていますが、中学生から100歳の誕生日を迎える人まで年齢の幅は大きくなっています。小さい病院ですから小回りがきくので、生き生き働ける場所ではないかと思っています。

最近問題になっていることは、看護婦の応募は多いのですが、夜は働きたくない昼間だけの勤務を希望する人が多いことです。そこで、私までも月数回の夜勤をする事になります。管理者の立場にあって、一看護婦の業務に徹してみる機会は『看護』を再発見する場になり、楽しみでもあります。さて、在宅の話は、村松先生が情熱を注いで詳しく話されましたので重複を避けたいと思います。

入院患者の世話をして在宅の患者の世話にも関わって、両方の分野に片足づついれているいろいろおもしろいことに気がきました。

一番気になったのは、『看護婦の専門職としての責任』と言う事です。在宅の場合、訪問看護婦は一人で複数の患者を自分の患者として受け持ち、受け持ち患者の看護プロセスに付いて責任を持ちます。何か問題が発生した場合その看護婦の判断が求められ、計画が実施されます。病棟の看護婦の場合、看護婦の責任の大半を占めているのは、8時間の勤務時間内に課せられた責任が中心になっています。一人の患者をトータルに私が責任を持つことは少ないように思います。受け持ちの患者はあるのですが、今日この勤務時間内の

責任であり、その時間から解放されると、気になっても自由です。自分の受け持ちではないが気になる患者があると、意見を述べたり（口を挟んだり）行動を起こしたり（手を出したり）することになります。結果としては、自分の受け持ち患者の責任が中途半端になりチームワークを乱すことになります。

看護の研究が進み、学問として体系づけが出来つつある一方で現実の職場の中では、個としての看護婦が患者をトータルに責任を持って看ることが少なく、問題が発生すると主治医の指示が優先する事もすくなくありません。看護婦が判断して、行動することに責任が持てる専門職としての実力と医療の中のコンセンサスが欲しいと思います。

次に、『患者の個別性に関わる』ということです。私事になりますが、父（79歳）が、癌末期で入院しました。79歳は年齢的には高齢者・老人の部類に入りますが、現職の人で、老人扱いされるのを嫌い、家では家長として一人前の生活をしていました。入院して37.3-5度の微熱がつつき下半身が浮腫んでだるいといと訴え、浮腫みが取れると、腹水が溜まりつらい思いをしていました。ある時、看護婦に「おまえ、看護婦だろ看護婦だったら看護婦しろ、医者你真似をしなくても言い」と怒鳴っていました。受け持ちナースは検温の後で「頭いたくないですか、お腹はどうですか」と質問しています。患者は「みて判らんか、みて判らんやつに言ってもわからん」といらいらしています。看護婦は、腹水に関する看護上の情報をえるために当然の行為として、聴診器を腹部にあてると、老人患者から前述のことばが出たのでした。癌末期の症状の解明(?)に熱心なあまり患者のその人に焦点が合っていなかったのでしょうか。『看護婦だったら看護婦しろ』『医者你真似をしなくてもいい』これは私にとってもショックな言葉でした。

患者の個別性に関わる場合、高齢者とか老人はどこ

で線を引くのでしょうか。「キンさん・ギンさん」が100歳で元気でテレビに出演しますと老人にも個性があるように思います。70歳から高齢者としても100歳までには30年あります。30年は、人が生まれて30歳結婚して人の親になるほどの歳月です。

それを70歳以上はひっくるめて老人として「老人だから」という前提で関わられるのでしょうか。

個性とは、その生きてきた時代から生じるその人の生きざまに、看護をどう反映させるということではないでしょうか。

病院では、夜9時になると消灯され、就寝することが日課です。眠れずにベッドでゴソゴソしている状況が続くと、規律を守らない問題患者になります。入院前の生活と時間がかけはなれている病院生活は、治療以前の問題として、患者にとってストレスになります。個性は、その人の生活時間を承知して、夜中ゴソゴソしていても、彼が順応するまでは彼のつらさや努力を受け入れて、待ってあげることではできないのでしょうか。

後方病院として私の病院の最近の問題は、40~60歳の単身男性の脳卒中後遺症の患者が多くなったことです。一次病院で救急期を終り、紹介されて転入院される方が多い当院では、必然的に治療とは別に、患者その人の個性に直接関わっていかなければ、退院後の生活はないのです。

看護婦は医学知識や技術だけでなく、社会学・心理学などを加えた、総合的に見るゼネラリストとしての立場も、必要になっています。

次に、家族の存在も大きな役割を持っています。基準看護では、家族に付添いを求めているわけではありませんが、家族がかかわることが結果として患者の表情をやわらげ、可能性を前進させることになり、患者の個性に合せやすく、患者は大きく変化します。これは、家族に“やらせる”看護をするのではなく我々看護チームに家族を積極的に巻き込んで、一緒にかかわることによって、退院後の在宅生活へつなげられます。たまたま面会時に、処置をすることになった場合とか、時には面会時に合わせて処置をするという時、家族を外に出すのではなく、家族に同席してもらって

患者の経過にふれたり、身体を支えてもらうなど、家族と共同作業することによって、家族が参加できる場づくりができます。家族も知らず知らずのうちに看護計画に参加し、役割が持てるようになります。退院にむけて、家族を呼び出し改めて指導をするやり方は、家族を緊張させ拒否につながることもなります。

一方で、看護婦側にも色々なタイプがあるように思います。治療・処置の介助が得意な人と治療・処置は不得手だが、生活援助に熱心な人と大きく分けられます。前者は能率よくテキパキとこなしますし、後者は患者から評価されても同僚からは、グズグズしているノロマな人になります。

老人に状況を正しく認知して健康回復に行動を起こさせるための働きかけは、生活援助を通して治療・処置が実践できるチームワークが必要でしょう。同僚の得手・不得手を戦略に前向きに考えれば、お互いの得手が患者のケアに貢献できると思います。

次に、在宅では、私の患者として看護婦の責任の所在がはっきりしています。病棟での看護で、主治医の指示によって動くことが中心になると、一看護婦の責任の所在は薄くなります。日勤から夜勤に申し送ったから責任は移動していく。

在宅であれ臨床であれ「看護の専門性」を追求するなら、患者に主治医があるように、看護婦の私は、患者に「わたしが、あなたの看護婦です」と広言し、入院から退院まで、退院後の生活の自立にむけて責任が持てることではないでしょうか。そうなりたいと思います。

最近病棟で患者さんから、「私の先生は毎日顔をのぞかせてくれるけれど、私の担当の看護婦さんは誰ですか。」と質問されます。患者の多くは、入院時に病歴を聴取され、オリエンテーションを受けたナースを、受け持ちナースと思っているようです。

私の看護婦さんはすばらしいと患者同志で自慢しあう看護婦が、臨床の中に育ってほしいと思います。病棟全体の患者をみながらもそれぞれが自分の患者を持っていることが、結果として幅の広い看護婦に成長していくことではないかと思います。そうあってほしいと願っています。

高齢化社会が求める看護の専門性—専門性発揮のための課題— 継続看護の研究実践の立場から

埼玉県立衛生短期大学

大河原 千鶴子

はじめに～病院からみた継続看護の必要性へのとり組み

最近、入院患者も高齢化が進み、特に脳神経系疾患患者のように、障害を伴ったまま退院を余儀なくされ、ひき続き介護を要する場合が少なくない。従って患者・家族に対し継続的な看護の必要性が増大している。

そこでここ数年来、「病院からみた継続看護の必要性」を課題にして、看護連絡票など記録の分析や実践した事例の検討により、(1)患者・家族の退院時状況ならびに在宅後の変化、(2)ケアの場選択に関する要因、(3)継続看護の必要性判断、(4)継続看護に必要な看護指導と介護者の現状認知およびケア方法の取得、(5)在宅ケア継続後の訪問による指導と支援などについて、検討を累積し共同研究として学会報告を重ねてきたので、その主要な部分を資料により提示しながら、認識をあらたにシンポジウムのねらいについて考えてみたい。

1. 退院後ケアの場選択に関連する要因について

患者の退院後に看護婦が継続看護を要すると判断しても、実際の退院先は、患者本人の状態や受け入れ側の家族状況により、退院即家庭に戻るということが、スムーズに行かないケースが多くなっている。

最初に紹介するのは、本学看護学科の実習病院である浦和市内総合病院に、入院した脳神経系疾患患者を対象として、退院時に継続看護が必要と判断された84例のうち、退院後に在宅ケアが継続された35例(41.7%)と、直接他施設に移った49例(58.3%)に関し、本人および家族の状況を比較検討することにより、ケアの場の選択に関連する要因を探ることを、研究目的としたものである。

結果について、在宅、他施設の特徴的などころを説明すると、年代別では40代ならびに70代から80代と高齢化するに従い、他施設が多くなっている。さらに年

代別と性別でみると、40代から60代までは在宅に女性が多く、高齢者は男性が在宅を占めている。他施設は、40代、50代の男性が多く、60代からは女性が増加している。つまり50代までの女性は、状況がよいこともあるが、独居の1例を除き在宅であるのに対し、男性は状況がよくても他施設へ移っているということになる。その理由としてリハビリなど積極的治療を求める場合とし、生活経済的に一家の柱となっている世代の男性が倒れた場合、妻が代わりに働くなどにより在宅ケアを困難にしている。

このことに関して在宅と他施設を、退院時のADL(日常生活動作)の状況でみたものが、表1である。移動能力別に5段階に分類し、年齢別、性別について比較した。在宅は、起立以上が65.8%であり、他施設ではより介護を要する「寝たきり」および「寝たり起きたり」が63.3%を占め、明らかに有意な差($P < 0.01$)が認められた。ここでも注目できるのは、退院時の移動能力のみでは、退院後の方向制が説明できない群があることである。それは、在宅における「寝たきり」および「寝たり起きたり」の12例と、施設にみられる「室内歩行可」および「室外歩行可」13例の存在である。

これらの結果は、患者を受け入れ介護を行なう家族状況等に関連があり、家族形態、主な介護者、介護者の健康状態の3点について介護力をしらべたところ、何れも施設ケースの方が悪い傾向を示していた。なお在宅ケアを支える介護力に影響を及ぼす諸条件のうち、家族受入れ態勢、介護代替者の有無、近隣との交流について比較した結果、何れも在宅の方が際立って良好であった。

次に在宅ケアが継続された35例のうち、追跡できた34例を対象として検討した結果の中から、在宅ケア継続後に死亡したケース13例について、退院時ADLと

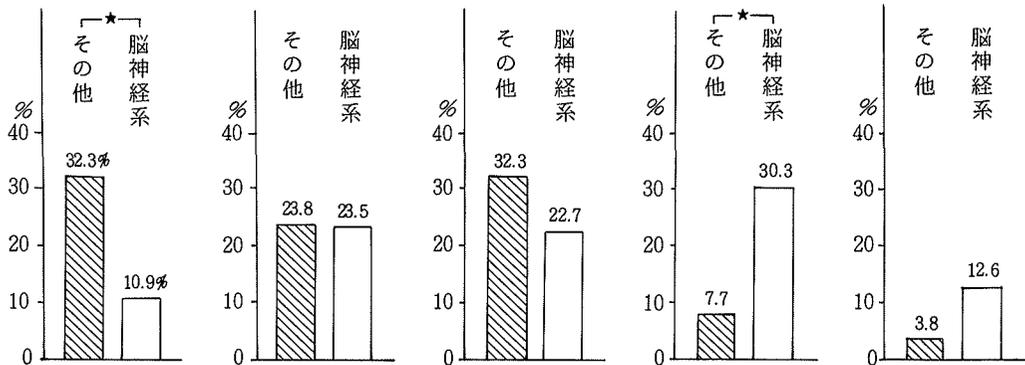
表1 ADLの状況 (移動能力)

●男○女

年齢	在宅 n=35					施設 n=49				
	寝たきり	寝たり起きたり	起立可	室内歩行可	室外歩行可	寝たきり	寝たり起きたり	起立可	室内歩行可	室外歩行可
40歳未満					○					
40歳代			○	○		●		○	●●	●
50歳代			○	○○	○○○	●●	●	●●	●●	
60歳代	● ○	● ○		●● ○	● ○	●● ○	● ○		●●●	
70歳代	●●● ○	● ○	●	●●● ○○○	●	●●●● ○	● ○	●	●●●	●
80歳代	●	●				● ○○○○ ○	●	●	●	
計	7	5	3	12	8	21	10	5	11	2

その他 n: 48
脳神経系 n: 35

★ P < 0.10



医療的 管理	リハビリ	生活 指導	家族 支援	社会資源の活用その他
排泄管理 インスリン自己管理 創部処置 呼吸管理 経管栄養 血圧管理 医療・服薬継続 症状観察, 異状発見	運動訓練 家事動作訓練 職業リハビリ ADL継続拡大 寝たきり、呆け予防 発語訓練	食事、栄養 肺炎、床ずれ予防 運動 清潔 排泄	心理的支援 家族関係調節 介護方法確認 家族の健康管理	医療、福祉制度 の活用 家屋構造の改善 経済的問題 医療機関との連携 地域社会との交流

図1 退院時必要な援助

表2 介護者の認識の変化 ～在宅ケアの見込みがたつまで～

	患者の状態, 看護婦の働きかけ	妻の反応, 認知状況
入院時	意識レベルが低下し, 刺激しないと眠ってしまう。ICUにおいて救命ケア。	妻と娘が面会時, ベッドサイドで呼びかけては「このままでは死んでしまうのでは」と涙ぐむ。
10日目	病状安定し4人部屋へ。昼間妻の付添を認め看護指導を行う。	患者のそばに居たいと妻が希望。看護婦と共に食事介助, 清拭, 良肢位の保持。
20日目	前日発熱, 夕方解熱。 患者は「家に帰りたい」という。	この状態で家庭で面倒をみる自信は全く無いと。
40日目	食事を自分で摂取できるのは2, 3口, 表情は明るくなる。	妻に疲れみられ休むよういったが, 病院に居たい。
2月目	尿器操作は自分で可能だが妻に依存, 自力ですよう指導。	元気になってきたことを喜ぶ。
2月10日	昼食は車椅子に腰掛けて摂取するように仕向け妻に教える。	看護婦が幾回か共に行い妻は移動介助が上達。
2月20日	つかまり立ち2, 3分可能。 ポータブル便器への移動介助を教える。	食事, 清拭, 排泄の介助が妻1人で可能となる。
4月目	下肢の振り出し, 健側での支え起坐保持が困難。	歩くことは無理と認識し家庭で面倒をみたい。介護の見込みがついたと。

在宅期間について説明する。ADLレベルが起立可以下と低い場合、7例中6例が1年以内の死亡となっており、室内および室外歩行可の場合は、6例中5例が1年以上の在宅後に死亡している。例外はあるものの概してADLレベルが低い場合に、在宅短期間で死亡しており、両者は関連を有している。

以上、主なことを提示したが、退院後在宅ケアが次の施設への入所かを、左右する要因としては、患者本人の移動能力や年代、性別等をあげることができる。しかしそれ以上に影響が大きいのは、家族の受入れ態勢および介護支援体制であることがわかる。

2. 継続ケア必要性の判断理由について脳神経系疾患ケースとその他のケースの比較

対象は老人・成人ケース83例で、その内訳をみると、脳神経系以外（その他）48例、脳神経系35例である。

脳神経系患者において問題となった退院時移動能力は、83例全体で、室内、外あわせると約7割が歩行可能である。それを年齢別にみると、高齢化するに従い減少傾向であり、疾患別ではその他約8割、脳神経系約6割で、その他は脳神経系に比べ移動能力の問題が少ない。

図1は退院時継続ケア必要性の判断理由を、その内容から5群に分け検討を行なった結果である。その多いのは、医療管理および生活指導といった本人に対する援助内容であり、介護を要する度合いの高い脳神経系は、家族支援および社会資源の活用がその他を上まわっている。

さらに観察期間5年間の生存例、死亡例について両者を比較してみたところ、脳神経系のケースは、その他のケースより在宅ケア期間が長期であることがわかった。

3. 看護の専門性を求められること

以上により在宅を選んだ特に高齢な脳神経系疾患ケースの場合、可能なかぎり退院までに室内歩行までADLの拡大が望まれる。また患者の入院中介護者に対する徹底した看護指導が必要であり、在宅ケア移行後は、継続訪問による重点的な指導・支援が重要である。

4. 退院に向けての患者・家族への看護指導

ここでは具体的な1事例として、脳神経系の病棟に入院した77歳の男性をとりあげる。入院時の概要は、意識レベルの低下や麻痺など脳神経症状を伴い、日常生活動作のほとんどに介護が必要という状態であった。

家族は妻と次女の3人暮らし、主たる介護者は、65歳で健康、世話ずきでテキパキ働く妻であり、嫁いだ娘も含めて交代で代替可能であった。

医師による予後の見込みは「CT上から歩行の自立は望めず、起座、起立の状態退院」となっていた。そこで看護婦は「家庭で受け入れるためには、介護に熟練を要する」と判断した。そこに目的をおいて危機的状況を脱し、病状が安定した10日目に4人部屋に移した時点で、食事介助および全身清拭を妻と共に実施しながら、指導を開始している。

病状に即したケア指導視点の重点順序は、食事から始まり清潔、排泄、移動であった。排泄は、尿道バルンカテーテル抜去後、約1週間で失禁がなくなって妻が介助できるようになり、間もなく患者自身も尿器操作が可能となった。

このケースの指導過程で、専門職としての看護婦が意図しなければならないのは、病状の改善と共に患者の自立を促し、自信を回復させることであった。ところが妻がまめで世話ずきなこともあり、患者がごちなくやるのを、見ていられないと自分がやってしまい、患者が依存的になりやすい傾向がみられた。患者のペースをよく観て、手助けにとどめるよう再三指導している。一方長年連れ添ってきた妻への依存により、精神的安定を得て自分がかんばりを示すことがみられることから、看護婦としては、それを認めた上で患者のやる気を引き出し、支持するよう働きかける必要がある。

介護にあたった妻の認識の変化をみると、表2の如く入院20日目に、患者は「家に帰りたい」と希望していたが、妻は「家庭で面倒をみる自信は全くない」と言っていた。しかし移動の介助までできるようになった4か月目には、「歩くことは無理かも知れない」と現状を認知した上で、「介護の見込みがついた、家庭でみたい」と積極的な介護意欲を示し、在宅ケアへと態度変容をしていることがわかる。

5. 看護の専門性を求められること

以上みてきたように、この事例の場合、入院当初に妻から希望があったこともあり、長期にわたって指導を行なったが、医師の診断だけでなく、患者・家族側に立った看護の視点に基づく、看護婦としての判断を磨くことが重要である。またケア方法の指導にあたっては、高齢者の特性をふまえた対応、適切な状況判断と的確で優れた看護技術を示しつつ、順序立てて介護

表3 患者および介護の概要

case	年・性	疾患名	退院時の状況	家族構成	介護状況
1	84才 女性	心筋梗塞 右脳梗塞	(入院期間 81日) 寝たきり 左半身麻痺 自力体位変換不可能 仙骨部褥創 夜間せん妄 バルーンカテーテル挿入 日常生活全面介護	 4世代7人家族	日常生活全面介護 主な介護者：長男夫婦 介護代替者あり
2	84才 女性	小脳出血 糖尿病	(入院期間 21日) 寝たきり 自力体位変換可能 バルーンカテーテル挿入 日常生活全面介護	 3世代5人家族 ↘：主な介護者	日常生活全面介護 主な介護者：嫁 介護代替者なし

表4 患者および介護状況の変化 Case. 1

表5 患者および介護状況の変化 Case. 2

在宅経過	状況本人の変身化体	家族の介護状況 心理の変化	訪問看護者の かかわり
退院時		本人の「畳の上で死にたい」という希望をかなえるため自宅で面倒を見ることにした。	←
2週間		介護の負担が重く、家族の健康問題からしかるべき病院に入院させるかと迷う。	←
1M後		夜騒がれるので他施設へと思ったが、ようやく介護の目安がでてきた。	
2M後		在宅で看ることが生活のペースにとけこんで、介護にも距離がおけるようになった。	←
3M 4M後		介護の不安がなくなり、どう見ていくかという点が分かり始めた。余裕がみられる。 ・介護代替者（ケースのいとこ、孫）の協力 ・主たる介護者が旅行に出かける。	←
6M後		今時点で出来ることはしてあげたい。これ以上の悪化を避けるために、最大限の努力をしている。	←

在宅経過	状況本人の変身化体	家族の介護状況 心理の変化	訪問看護者の かかわり
退院時		本人の意志不明だが家族は入院の継続を希望。	
2週間		介護者は1人、直接困る事はないが何かあったらと不安。	←
1M後		介護代替え予定の義妹が全く来ない。介護疲れ	←
4M後 4.5M後		この1年は私が看ようと思うと強調。ぜひまた来て下さいと訪問に対する受入れが積極的になる。	←
5.5M後		病状現状維持のため長期戦の覚悟で取り組みたい。夫、息子が直接介護に手を出さなくても、心理的支援近隣交流は良い。 訪問時具体的指導は助かり、励ましとなった。	←

者に教え、手助けすることによって、現状認知と方法が身につく介護意欲へと繋がり、在宅ケアへの準備ができると考えられる。

6. 在宅ケア継続後訪問による看護指導と支援について

ここで紹介する2つの事例(ケース)は、両者共84歳の女性でいわゆる寝たきり老人である。このようなケースは、最初に紹介した在宅と他施設の比較では、すべて他施設移行であったが、その後のケースであり在宅ケアに継続している。

退院後2週目から定期的な訪問により、患者の状態および家族による介護の実態を、継続的に明らかにすると共に、どの次期にどのような指導・支援が重要であるかを、把握することを目的として検討したものである。

患者および介護の概要は表3、その変化と訪問看護婦のかかわりは、表4、5に示した通りである。

在宅ケアの重要な要素である家族の介護状況と心理の変化をまとめると、入院中の看護指導により、当初から在宅ケアに積極的であったケース1の場合でも、在宅1か月頃までは、患者の昼夜逆転、夜間せん妄などに家中が振りまわされ、介護の負担が重く再入院させるかと迷っていた。訪問により対応方法について共に考え、支援すると共に入浴サービス、貸しベッドの

利用をすすめ、保健婦との連携により、往診医をさがし、随時家族からの電話相談を受け助言を行なった。その結果介護の目安が付き、2か月頃から徐々に4か月頃までには、患者をとり込んだ生活に馴れ、介護のペースをつかみ余裕が出てきて、6か月経過後は、積極的な介護が行なえるようになった。

入院の看護指導が十分でなく、在宅ケアに消極的であったケース2の場合、訪問を継続し指導・支援をするうちに、4~5か月頃には介護に対する自覚が向上し、訪問に対する受入れが積極的になり、長期戦の覚悟で取り組みたいというようになった。その影には夫や息子たちの励まし、近隣からの支えがあったことは見逃せない。

図2は、初回および6か月後の訪問時評価である。紹介した2つのケースは、84歳という高齢で、性別、退院時の移動能力(寝たきり)は共通している。家族の受け入れ態勢、介護状況、看護代替者の有無、在宅ケアに対する考え方、患者と介護者との関係、入院中の看護指導など要因、条件に相違があった。しかし退院後早期の継続的な訪問看護により、患者・家族の支援を行なった結果、在宅ケアに一応の見通しがついた。

7. 看護の専門性発揮の課題

以上の検討から次のことが考えられる。

- 1) 入院中の看護指導が徹底された場合は、介護者

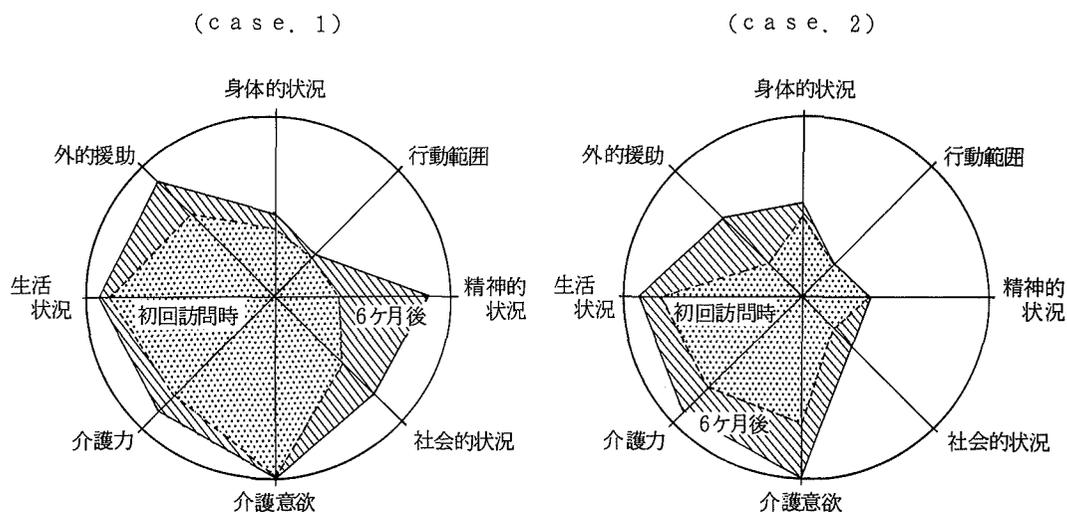


図2 在宅ケア継続後の評価

によりかなり有効に活用されるが、予期せぬ変化には対応しきれず、医療および看護の専門的な支援が必要となる。

2) 介護者が実際に行なっていることを看護が果たす役割は大きいと思われる。

3) 高齢者が療養環境に適応するまで、および介護者がケースをとり込んだ生活ペースになれば、介護の覚悟ができるまでには2～6か月近くかかり、その間の重点的な指導・支援が大切で、その後の在宅ケアの方向に影響を及ぼす。

4) 直接的な介護援助のみならず、心理的な支え、励ましは在宅ケアを継続する上で重要である。

5) 在宅ケアに医療が継続されなければならない時、適切な家庭医の確保が困難な場合があり、訪問看護による支援はより肝要となる。

特別養護老人ホームにおける看護機能を探ることから

千葉大学看護学部看護実践研究センター

吉田 伸子

近年、新設・増設のラッシュが続いている特別養護老人ホームには高齢社会を目前にした老人施設ケアの柱として、又地域在宅ケア支援の資源として、熱い期待が寄せられている。また開設より永くて20年そこそこの若い施設に於ける多職種協働の試みは高齢社会における保健・医療・福祉ケアの在り方、看護職の果たすべき役割や他職種との連携のひな型でもある。今回私は取り組んで来た研究成果を整理し、老人看護ケア構造なるものを提言しつつ、また特別養護老人ホームで行われている看護機能探求の角度から、本シンポジウムのテーマに迫ってみた。

1. まず看護者にとって高齢者のケアとはなにかということであるが、大学病院看護婦はベッタサイドにおいてケア提供者として、医師を除くとほとんど唯一の存在である。そこでの看護婦の看護行為の家族委託という設定場面に投影された意識を因子分析することによりケア意識の構造を探ると“身の回りの世話”“セルフケア”“身体ケア”といった命名が可能で、まとまりあるケア意識によって成り立つケア構造の存在が確認された。これらは重なり合うことのないケアの領域として3次元空間に描くことが可能である。

一方、寮母、生活指導員という協働者のある特養ホーム看護婦のケア意識の構造をほぼ同様にみると対象の健康段階に沿って垂直的にイメージしているように推察された。そこで身体ケアの目標次元として“健康の破綻の査定と対応”“健康の回復”、“健康の増進”という3次元を設定した。これら身体ケアにはいずれも保助看法で規定されている診療の補助行為を含む。身体ケアのうちの“健康の破綻の査定と対応”にはプライマリーケアの要素が含まれ、身体の生理機構を直接整え生体の持つ自然治癒力を最大に発揮しうよう働きかける。また安らか

な死への看護をも含むことになる。

他のケア領域は因子構成項目の吟味によって身の回りの世話には“日常生活障害の補完”、“日常生活の質の向上”を、セルフケアには“認識の形成”ならびに“行動の形成”を目標次元として設定した。すると図1および表1に示したような $3 \times 2 \times 2 = 12$ のケアが構成される。

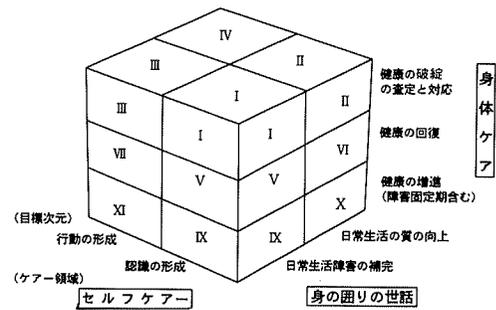


図1 看護者にとっての老人看護ケア構造

表1 老人看護ケアの構成

身体ケア	身の回りの世話	セルフケア
I 健康の破綻の査定と対応	日常生活障害の補完	認識の形成
II 健康の破綻の査定と対応	日常生活の質の向上	認識の形成
III 健康の破綻の査定と対応	日常生活障害の補完	行動の形成
IV 健康の破綻の査定と対応	日常生活の質の向上	行動の形成
V 健康の回復	日常生活障害の補完	認識の形成
VI 健康の回復	日常生活の質の向上	認識の形成
VII 健康の回復	日常生活障害の補完	行動の形成
VIII 健康の回復	日常生活の質の向上	行動の形成
IX 健康の増進	日常生活障害の補完	認識の形成
X 健康の増進	日常生活の質の向上	認識の形成
XI 健康の増進	日常生活障害の補完	行動の形成
XII 健康の増進	日常生活の質の向上	行動の形成

老人はケア提供者の援助を受けつつ I から IV, V から VIII, IX から XII を達成して行くことによって、より質の高いあわせを手にする事が可能になる。

しかし老人の場合これが遅々として進まない、あるいは徐々に低下してしまうことが特徴であるとも言える。具体的な看護内容と方法は疾患、性、年齢、心身の障害部位・程度・回復可能性、ケアの場やマンパワーなど多くの条件によりさまざまなバリエーションが適切に選択されなければならないが、今回は仮説として老人看護ケアのおよその構造的枠組みを示してみた。

2. 特養ホームにおける看護機能について

特養が対象にしている寝たきり老人は(図2参照)一見して明らかなように日常生活動作能力の中でも移動動作に著しい能力低下があり、歩行、トイレ、風呂などに支障を来しているのが特徴である。こうした老人に対して特養では寮母、指導員、看護婦が直接処遇職員として世話を当たっている。

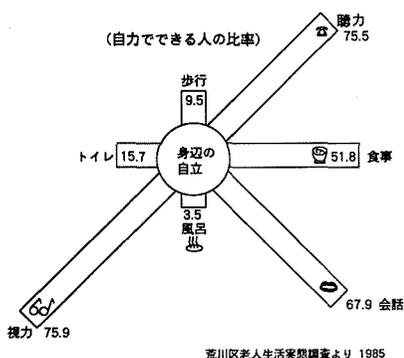


図2 寝たきり老人像

千葉県の上54の特養ホームの直接処遇職員、寮母、生活指導員、看護婦の本務意識から見た看護機能に対する協働状況の調査でみると、特養ホームケアは大学病院看護婦の家族への看護委託の際、意識に存在が推定された“身の囲りの世話”“セルフケア”“身体ケア”を3職種がほぼ分掌し、かつ補い合う協働の形でなされている事が示された。またホームの実務の柱である寮母は本務意識では“身の囲りの世話”を本務としているが、実際の業務施行状況を問う意識調査より仕事の意識構造をみると、第一に“自立と生活の質の向上をめざすケア”、第二に“健康の破綻に対応するケア”、第三に“健康と自立のレベルに対応する身の囲りの世話”となっており、特養ホームケアの実質を

よく表す仕事意識構造となっていた。

3. 特養ケアの成否を決めるもの

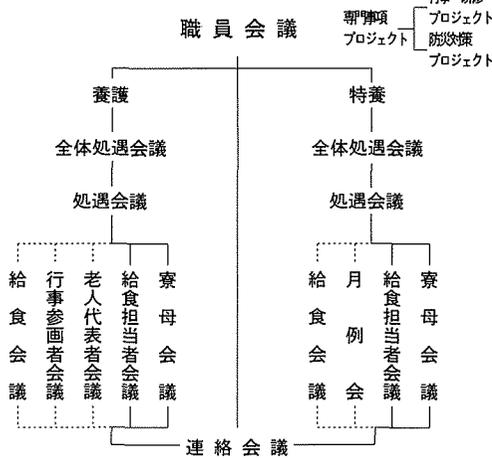
特養の老人ケアの実際業務量における各職種の仕事の力点を知る為、生活指導員の業務施行状況の結果も因子分析し、3因子を取り出して仕事意識の構造をみてみた。3職種の仕事意識の因子構造をその因子の命名一覧で示すと表2のようになる。看護職以外は生活の質の向上をめざすケアを第一義に置いていることが分かる。さらにこの仕事意識に対する影響要因をみる為、各職種の各因子の因子得点を基準変数とし、この仕事意識に影響すると思われる施設や本人の属性、職務に対する意識などを説明変数として、量的変数に関しては重回帰分析、質的変数に関しては数量化一類を用いて要因分析を行った。しかし、重回帰分析により明らかにされた影響要因の説明率は以外と小さく関連要因の探索的意義に止まるものであった。しかし、仕事満足意識、職業継続意識関連の要因は積極的な影響をもたらすようであった。また質的変数の影響に関しては寮母はどちらかという、婚姻関係、老人との同居経験など生活経験が、指導員、看護婦は設立主体、学歴や資格取得意欲など、施設の理念や職業意識が仕事の積極性に影響することなどを推測できた。

表2 三職種の仕事意識構造各三因子の命名

	看護婦	寮母	生活指導員
第I因子	健康破綻のレベルを査定し回復をめざすケア	自立と生活の質の向上をめざすケア	健康と自立のレベルに対応し生活の質の向上をめざすケア
第II因子	身の自立を査定し生活の質の向上をめざすケア	健康の破綻に対応するケア	健康と自立の破綻に対応する身の囲りの世話
第III因子	生活の拡大をめざすケア	健康と自立のレベルに対応する身の囲りの世話	変化に適応し社会生活の拡がりの中でめざすケア

以上のことより3職種の看護機能からみた仕事意識の構造には違いがあり、それが本人の属性や施設条件などの要因によって影響されることを踏まえ、よき協働を実現していくためには対応に慮が望まれる。実際にはそれに増して仕事を助長し、補い合うものは各職員の自覚的取り組みであろう。それを喚起しつつ、互いの情報やアイデアを共有する場

面として特養では、処遇会議を中心とした各種会議がもたれている。(図3参照)この他にも、日々の朝礼、申し送りなどによって種々の情報が共有され、ケア実践の維持・発展がなされているのが特養の老人ケアである。



例：千葉市W養護・特別養護老人ホームの場合

図3 会議系統図

4. 高齢社会に向けての保健・医療・福祉のケア体系と看護職者のめざすもの

図4は日本における老人施設看護の行われている“場”の概略図である。現在日本の老人は経済力、選択時の健康度などによってこうしたケアを利用している。しかし、現在養護老人ホームと老人保健施設の特養化が問題視され、当然ケアの不適合も起きていると思われる。今後特に、政策のめざすように地域における在宅ケアを重点に据える場合は図5のマーガレットとメリーのモジュール2や3が示しているような、老人がどこにいても一定の許容範囲において、最適ケアが受けられるよう、ケアの吟味、統合、調整のできる職種が有効に機能していることが必要となろう。あるいはまた特養ケアから学べば、複数の専門職員、家族（老人）も含めた合議による柔軟な対応が望まれる。

ところがこうした状況に対応する看護職種のマンパワーの問題は山積みしていると言ってよい。図6は日本が65歳人口の全人口に占める割合が7%を越えた、いわゆる高齢化社会に突入した1970年より

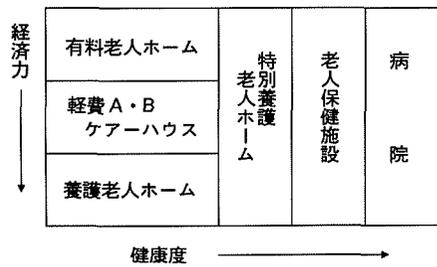
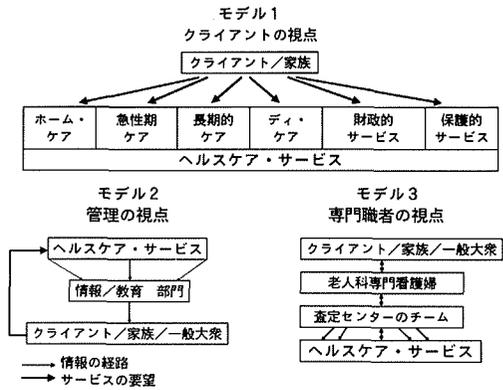
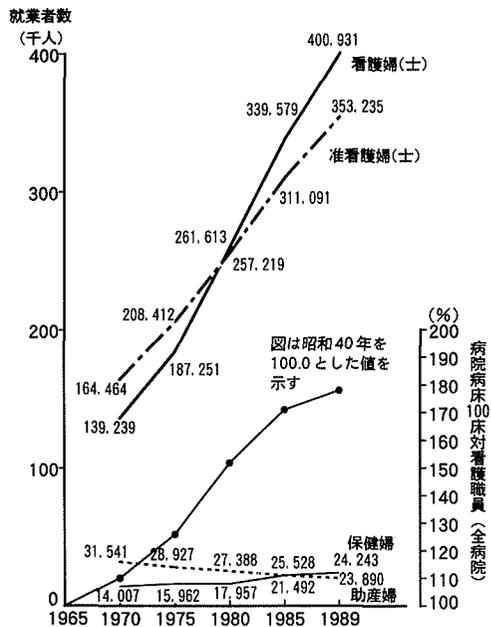


図4 日本における老人施設看護の“場”



Margaret A. & Mary J. C. のModel of Long Time Care

図5



「平成3年看護関係統計資料集」「厚生省人口動態統計」による「医療施設調査」

図6 看護職種の職種別就業者数推移

表3 医療関係者数と率（人口10万対）

		昭和45年(1970)末現在		平成2年(1990)末現在	
		実数	率 人口10万対	実数	率 人口10万対
医	師	118,990	114.7	*193,682	157.7
歯	科 医 師	37,859	36.5	* 68,692	55.9
薬	劑 師	79,393	76.5	* 84,302	68.7
保	健 婦	14,007	13.5	25,303	20.5
助	産 婦	28,087	27.1	22,918	18.5
看	護 婦	273,572	263.8	745,301	602.9
歯	科 技 工 士	8,722	8.4	40,932	33.1
歯	科 衛 生 士	5,804	5.6	32,433	26.2
あん摩・マッサージ指圧師		62,923	60.7	91,969	74.4
はり師・きゅう師		68,916	66.4	119,960	97.0
柔道整復師		5,974	5.8	22,904	18.5

資料 厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」〔衛生行政業務報告〕
 注1) *印は医療施設(薬局)の従事者、昭和63年末現在
 注2) 看護婦には看護士、准看護婦及び准看護士を含む。

表4 就業先および免許区分別看護婦(士)数

		昭和45年(1970)末現在		平成2年(1990)末現在	
		実数	構成割合(%)	実数	構成割合(%)
総	数	273,572	100.0	745,301	100.0
看護婦学校及び養成所		2,086	0.8	6,665	0.9
保健所		357	0.1	1,228	0.2
病院		213,880	78.2	581,249	78.0
診療所		52,919	19.3	138,549	18.6
老人保健施設		—	—	2,559	0.3
学派出看護婦		872	0.3	747	0.1
その他		974	0.4	281	0.0
(免許区分)		2,484	0.9	14,023	1.9
看護婦		126,476	46.2	395,496	53.1
准看護婦		143,298	52.4	325,907	43.7
看護士		1,104	0.4	9,268	1.2
准看護士		2,694	1.0	14,630	2.0

資料 厚生省「衛生行政業務報告」

1989年までの看護婦の飛躍的に増加した様子を示している。これとて病院病床数の増加に少しばかりの上乗せがあったのみで患者の高齢化、高度先進医療への対応に追いついていないのが現状である。表3に示したように医療関係者の1970年と1990年の比較で、問題にしたいのは保健婦の増加が看護婦に比べ格段少ないことである。また表4に示したように看護婦の就職先の割合はほとんど変わっておらず、老人保健施設の項にわずかと、「その他」に特養看護婦等が含まれ、1%の増加をみるのみである。看護職は今、現職のなかで対象となる老人に出来ることを見直し、また多々ある問題を乗り越え、訪問看護

ステーションなど老人看護実践分野を開拓して、他職種とのよき協働から学び、老人看護に関する知見を構造的、系統的に蓄積して、優れた実践を導くことができるならば、老人の真のしあわせに貢献するばかりでなく、看護学の発展にも資すると考える。

参考文献

1. 吉田伸子他：看護婦－患者関係に第三者が介在した場合の看護行為の委譲に関する看護婦の意識の研究，日本看護研究会雑誌 9 (2), p. 80, 1986.
2. 東条光雅：処遇・介護に関する特養職員の意識と態度，川島書店，1987.
3. 吉田伸子他：特別養護老人ホームの寮母，生活指導員，看護婦の本務意識ならびに職務意識よりみた協働構造に関する研究，日本老年社会学会第32回大会報告要旨集，p. 82, 1990.
4. 吉田伸子他：特別養護老人ホームの看護機能に関する研究－第2報－寮母，生活指導員，看護婦の業務施行状況調査よりみた仕事の構造ならびに要因分析，日本看護研究学会雑誌 14 (臨), p. 145, 1991.
5. 荒川区民生委員協議会・荒川区社協：昭和58年荒川区老人生活実態調査，1987.
6. 平成3年度千葉市和陽園運営方針，p. 7, 1991.
7. Mary J. Cruse, Margaret Alderman: The Coming of Age in Nursing Care of the Elderly, Vol. 36, No. 2, p. 47~49, 1980.
8. (株)日本看護協会 老人保健医療検討委員会：高齢者の在宅ケアと看護の役割，1991.
9. (株)日本看護協会：平成4年度「看護の日・看護週間」看護フォーラム資料，1992.
10. (財)厚生統計協会：国民衛生の動向 昭和46年特集号，厚生指標，1971.
11. (財)厚生統計協会：国民衛生の動向 平成3年特集号，厚生指標，1991.

高齢化社会が求める看護の専門性

— 専門性発揮のための課題 —

看護と介護業務の機能と連携

弘前学院短期大学

大和田 猛

はじめに

高齢化社会の到来に伴って老人ケアシステムの総合化が、地域社会や老人福祉施設の臨床現場で議論されている。そのためには、保健や医療・福祉とのサービスの連携・協働が何よりも重要であるとの認識も合意されているようである。とくに、慢性疾患や健康問題の様相に特徴をもつ老人へのサービス接近は身体的、精神的、家族的な生活全体への援助という視野をもたなければならない。とくに「生活の場」としての性格をもつ老人福祉施設においては、看護面でのニーズがより高い人も、精神面の悩みをかかえている人も、あるいは福祉のサービスが必要とされている人も包括的な看護、介護、福祉サービスを提供しなければならない。医療の中心も、cure（治療）から care（世話）の時代に移行してきているとか、QOLの保障とか呼ばれてる昨今、老人福祉施設や老人保健施設に勤務する看護職、介護職は相互にどのような連携・協力をし、専門性を認識し、固有の機能や役割を意識しているのであろうか。相互の役割期待や役割認知、役割遂行上の意識の相違を実践業務の中から模索し、検討することが要請されている。「生活の場」としての施設で、老人が日常生活に適応し、安心して老いていくためには、看護職、介護職の専門職種相互の業務実態を検討することが、相互の業務の上での連携や協働を考えていく上にも必要不可欠であろう。

本報告では以上のような問題意識のもとに、青森県内の老人保健施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホームの三種類の施設で働く看護職、寮母職（介護職）に対して実施したアンケート調査結果の一部を報告し、看護職、介護職の業務実態や業務意識を明らかにし、相互の専門性や協働性を模索したい。

I 調査の一般概況

1992年1月に青森県内の養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、老人保健施設（1992年1月現在）全個所の看護職、介護職に対して、業務実態意識調査を目的にしたアンケート調査を実施した。回答のあった施設別内訳は、養護老人ホーム（看護職10名、介護職10名）20名。特別養護老人ホーム（看護職47名、介護職47名）94名。老人保健施設（看護職11名、介護職11名）22名である。つまり、看護職68名、介護職68名、合計136名から回答があったことになる。調査対象者の平均年齢は、養護老人ホーム（看護職44.1才、介護職47.1才）、特別養護老人ホーム（看護職40.5才、介護職38.7才）、老人保健施設（看護職41.5才、介護職33.1才）となり、看護職、介護職とも平均年齢が最も高いのは養護老人ホームである。看護職で最も平均年齢が低いのは、特別養護老人ホームであり、介護職のそれは老人保健施設である。対象者の性別人数内訳は、看護職（男性3名、女性65名）、介護職（8名、女性59名、無回答1名）とも圧倒的に女性が多く（124名）、男性はわずかに11名である。このことから看護職、介護職とも女性の専門職としての性格が強いことが再認識される。対象者の保有免許資格をみると、看護職は、准看護婦56%、正看護婦37%、社会福祉主事7%、介護福祉士2%という状況である。介護職のそれは、とくになし38%、介護福祉士35%、社会福祉主事29%、准看護婦7%という様相である。看護職については、正看護婦よりも准看護婦の免許資格者が業務に従事している者の数が多いこと、介護職については、介護福祉士の資格保有者よりも、何の資格、免許もとくにない者が上回っていることが問題点として指摘できよう。

II 看護職、介護職からみた重要業務

看護職自身が認知している重要業務は、上位順

<()内数字は%>に、①バイタルサインのチェック・健康観察(以下、健康観察と略す)(99)、②医療処置の補助(以下、処置補助と略す)(99)、③記録・申し送り・カンファレンス(以下、記録等と略す)(94)、④与薬の準備・服薬介護(以下、与薬と略す)(94)、⑤回診の補助(87)、⑥急性期・末期の看病・世話(以下、看病と略す)(87)、⑦入院・通院の付き添い(以下、通院付添いと略す)(81)、⑧話相手になる(以下、話相手と略す)(68)、⑨身の回りの世話(49)、⑩家族への対応(46)、⑪職員への指導・助言・教育(以下、職員教育と略す)(42)、⑫カウンセリング(35)となっている。

一方、看護職が介護職の重要業務と認識しているのは、①身の回りの世話(96)、②話相手(96)、③記録等(79)、④通院付添い(79)、⑤自分自身の研修(以下、研修と略す)(78)、⑥クラブ活動・行事の企画運営(以下、行事等の運営と略す)(75)、⑦レクリエーションの介助(72)、⑧家族への対応(69)、⑨環境の整備(63)、⑩健康観察(59)、⑪看病(57)、⑫リハビリテーションの介助(以下、リハビリ介助と略す)(53)ということになる。

看護職が自分の固有業務で重要なこととしているものと、介護職にも業務役割期待をしているものがオーバーラップしているものを拾ってみると、身の回りの世話、話相手、記録等、通院付添い、家族への対応、健康観察、看病となる。これらの業務は、それぞれの職種でそのウエイトの置き方、高低やスタンスによる相違はあるものの、施設利用者の日常生活を援助する場面で相互に連携や協力をしなければならない業務として認知されている。看護職の重要業務と認識されているもの、介護職の重要業務とは必ずしも考えられていないものは、処置補助、与薬、回診の補助、職員教育であり、医療行為に直接的にかかわり、医療看護の技術や知識を要する業務は看護職の固有業務と認識されている。

一方、看護職からみて介護職の重要業務と期待し認識されているものは、行事等の運営、レクリエーションの介助、研修ということになる。特に研修が重要業務として期待されているのは介護職の専門性や技術・知識の向上を検討しなければならないことを示唆している。

さて、介護職が自身の重要業務と判断している業務

内容は、①身の回りの世話(99)、②話相手(96)、③記録等(93)、④レクリエーションの介助(76)、⑤行事等の運営(76)、⑥研修(75)、⑦健康観察(63)、⑧家族への対応(56)、⑨環境整備(54)、⑩看病(53)、⑪カウンセリング(50)、⑫リハビリ介助(42)であった。介護職からみて看護職の重要業務として役割認知しているものは、①健康観察(93)、②処置補助(93)、③与薬(90)、④看病(88)、⑤記録等(81)、⑥通院付添い(76)、⑦回診の補助(75)、⑧リハビリ介助(51)、⑨話相手(49)、⑩カウンセリング(46)、⑪職員教育(44)、⑫身の回りの世話(38)であった。

介護職が自身の固有業務として重要視しているものと看護職業務として役割期待しているものがオーバーラップしているものは、健康観察、身の回りの世話、話相手、記録等、カウンセリング、リハビリ介助、看病である。相対的に介護職に固有性が高いと考えられているものは、レクリエーションの介助、行事等の運営、研修、家族への対応、環境整備ということになる。

これからのことから、自身の重要業務と相手に期待する業務を検討すると、処置補助、与薬、職員教育という業務は看護職に、レクリエーションの介助、行事等の運営、環境整備については介護職に固有性が高い業務と理解される一方、身の回りの世話、話相手、記録等、通院付添い、家族への対応、カウンセリング、看病、健康観察などはそれぞれが固有の業務と考えていても、役割認知、役割期待の上に職種間で微妙な相違があるということであり、介護職と看護職の連携・協働によるチームワークの処置による老人への全体的な生活援助が求められている事になる。

Ⅲ 健康状態・病状把握のための職種間連携 —看護職・介護職—

看護、介護職員相互に利用者の健康状態や病状把握のための情報交換・報告がどのような形で連携を保って行われているかをみた。

看護職は、①介護職員から毎日報告(81)、②看護職員相互に(78)、③カンファレンスで(68)、④介護職員から適宜(57)、⑤介護職員の日誌から(56)、⑥生活指導員から適宜(46)、⑦生活指導員から毎日(13)となっている。一方、介護職は、①介護職員相互に(88)、②看護職員から毎日報告(81)、③カン

ファレンスで (51), ④生活指導員から適宣 (47), ⑤看護職員から適宣 (46), ⑥看護職員の日誌から (38), ⑦生活指導員から毎日 (19) となっており, お互いの職種間で情報交換が行われていることがわかる。相互職種間の情報伝達システム, 記録様式, カンファレンスのもち方などは健康状態・病状把握のためのチームワークに不可欠の課題であると考えられる。

IV 日常業務の中で費やす時間の多い業務

— 介護職・看護職 —

介護職の業務の中で費やす時間の多いものをみると, ①身の回りの世話 (97), ②話相手 (79), ③記録等 (79), ④レクリエーション介助 (63), ⑤行事等の運営 (59), ⑥環境整備 (53), ⑦リハビリ介助 (35), ⑧健康観察 (22), ⑨カウンセリング (16), ⑩看病 (16) ということになる。

看護職の業務の中で費やす時間の多いものは, ①処置補助 (88), ②与薬 (87), ③健康観察 (87), ④通院付添い (74), ⑤記録等 (69), ⑥看病 (54), ⑦回診補助 (51), ⑧身の回りの世話 (51), ⑨話相手 (28), ⑩レクリエーション介助 (16) であった。

介護・看護職に共通する比較的費やす時間の多い業務は, 身の回りの世話, 話相手, 記録等看病, レクリエーション介助, 健康観察となり, これらは多分にオーバーラップする部分がある。しかし介護職は身の回りの世話をはじめとする身体的, 精神的援助に比較的時間をかけ, 看護職は健康観察, 与薬, 処置補助といった医療看護的援助に時間を費やしていることがわかる。

V 日常業務の上で時間を増やしたい業務

— 看護職・介護職 —

それぞれの日常業務の中でより時間をかけたい業務内容として看護職は, ①話相手 (82), ②健康観察 (38), ③カウンセリング (38), ④看病 (32), ⑤記録等 (31), ⑥身の回りの世話 (28), ⑦職員教育 (24), ⑧リハビリ介助 (21), ⑨処置補助 (13), ⑩環境整備 (12), となり, 必ずしも実際に費やしている時間の多さとは重ならないことがわかる。特に, 話相手になる, カウンセリング, 身の回りの世話, 職員教育など, 狭い範囲の医療看護的援助にとどまらず, 教育的機能や心理, 精神的援助も志向していることが推察される。

介護職は, ①話相手 (90), ②研修 (56), ③身の回りの世話 (53), ④カウンセリング (37), ⑤記録等 (35), ⑥リハビリ介助 (32), ⑦レクリエーション介助 (32), ⑧行事等の運営 (22), ⑨職員教育 (15), ⑩家族への対応 (13) が時間を増やしたい業務と考えている。介護職についても狭い A D L 介助だけでなく, 又実際に費やしている時間の多い業務以上に, 家族への対応やカウンセリングなど心理, 精神的援助を志向していることがわかる。これらのことが介護職, 看護職に共通している点は, 老人の生活援助をより一層濃密なものしていこうとする認識の表われとみられる。又, 介護職が研修により一層時間をかけたいとしているのは, 専門職としての位置づけの低さを自覚した意識の表われであろうか。

VI 日常業務の上で時間を減らしたい業務

— 看護職・介護職 —

日常業務の中で費やす時間を減らしたいと考えている業務内容について, 看護職は, ①与薬 (72%), ②通院付添い (63), ③処置補助 (32), ④記録等 (29), ⑤回診の補助 (18), ⑥身の回りの世話 (16), ⑦行事等の運営 (15), ⑧健康観察 (9), ⑨環境整備 (9), ⑩外部との連絡調査 (9) となっており, 医療看護の固有業務として考えられている業務もかなりあげられている。

一方, 介護職は, ①環境整備 (41), ②記録等 (34), ③行事等の運営 (29), ④通院付添い (25), ⑤与薬 (18), ⑥外部との連絡調整 (16), ⑦身の回りの世話 (12), ⑧家族への対応 (12), ⑨看病 (10), ⑩レクリエーション介助 (6) となっている。

両職種に共通して時間を減らしたい業務内容とされたのは, 与薬, 通院付添い, 記録等, 身の回りの世話, 行事等の運営であり, これらはより効率の良い対応が期待されると同時に, 相互の役割分担をより明確にした上での協働・連携が必要とされていると考えられる。介護職は, 医療看護的業務をより減らしたいと考えている職員の多いことがわかる。

おわりに

看護業務は一般に法的には, 「診療の補助」と「療養上の世話」とされている。診療の補助は医療援助(ケア), 療養上の世話は生活援助(ケア)と考える

こともできるが、この生活ケアは多分に介護業務とオーバーラップし、医療ケアでさえもが施設によっては介護業務の一部と理解されている。

生活ケアについては病棟においても看護助手、介護者、付添人（家族）等無資格者が中心である所が多い。

看護職は施設において健康管理に責任をもつが、24時間にわたって老人の生活に密接にかかわっている介護職が、老人の病状や状況の変化をいち早く知り得る立場にあることから、介護職の観察から得られた情報なくしては健康状況の把握は難しい。したがって介護職の協力は看護の業務遂行に不可欠がある。

又、介護職は生活援助に責任をもつが、生活援助の計画、選択については健康状態についての情報がなくては安全性や適切性に欠けることになる。したがって看護職の助言は不可欠である。さらに生活援助行為等についても医学的判断や技術が必要な老人には、看護職が直接かかわる必要がある。

施設においては、看護職が24時間体制でないため、看護婦が不在の夜間や休日には看護的処置（浣腸、投薬、吸引、検温など）介護職がせざるをえない。そして日常生活援助の面で食事介助やオムツ交換、入浴介助などに看護職が実際にかかわっている施設も少なくない。看護職は「診療の補助」という医療ケア業務のみには不満をもち、「療養上の世話」という生活ケア業務をかなり志向している。つまり医療・生活統合的看護を意識しているといえる。

換言すれば、従来の保健・健康管理業務、治療・看護業務を中心にしながらも、個別的な心理的援助、文化的・精神的援助、社会性・社会関係の維持・拡大への援助、家族関係への援助等についても生活ケア業務として高い志向意識がみられるということである。それは

介護職が看護職に期待している意識とも関連している。

したがって、看護職や介護職の業務は、主要なところでは各々が責任をもっている、かなり多くの部分で業務が重なり合っているのが実情である。

老人の日常生活が、健康状態や障害の状況と密接にかかわっている以上、看護職や介護職の連携なくしては、老人が真に生き生きとした生活を施設で送ることは不可能に近い。

施設の中で、老人の生理的生存維持の生命だけでなく、人格的生命維持・社会的生命維持のための働きかけは、医療ケアと生活ケアの一体化した統合的援助が必要不可欠といえる。

したがって看護職と介護職の連携が円滑にいくために何よりも必要なことは、両者が相互の専門性や役割を認め合った上での協働である。

そのためには、相互の業務の実態、業務意識、業務遂行上の役割認識・役割期待・役割認知等の実証的検討を積み重ね、より一層、臨床現場実践の中で、固有な専門的業務を明確にしていくことであろう。

今後は、他職種との連携・協働の在り方に検討を加え、看護の在り方、介護の在り方、業務マニュアル、基準を明確にしていくことが重要である。

（なお、本報告でのアンケート調査は、弘前大学教育学部 大串靖子助教授、弘前大学医療技術短期大学部 一戸とも子講師、報告者の共同研究により実施したものである。調査結果については一部を単純集計として報告したが、もとより施設相互間の職種や質問項目間のクロス集計等も分析して考慮しなければならない。このことについては今後、継続して検討されることになろう）