

原著論文

介護老人保健施設に勤務する看護師の医療処置に対するコンフリクト

川田京子¹⁾、山脇京子²⁾

介護老人保健施設あいおい¹⁾ 高知大学教育学研究部医療学系看護学部門²⁾

Conflicts over medical treatment among nurses working at an elderly care home

Kyoko Kawada¹⁾ Kyoko Yamawaki²⁾

Aioi elderly care home¹⁾

Kochi University Research and Education Faculty Medicine Unit, Nursing Sciences Cluster²⁾

要 旨

本研究の目的は、介護老人保健施設（以下、老健）に勤務する看護師の医療処置に対するコンフリクトを明らかにし、老健の看護の質向上のための示唆を得ることである。老健に勤務する看護師6名に半構造化面接を実施し、質的帰納的に分析を行った。その結果、【必要とされる能力と乖離した未熟な知識や技術への焦慮】【ケア体制への困惑】【共通理解するためのコミュニケーション不足】【介護保険制度による医療提供不足への不満足】【医療処置の必要性の思慮】の5個のコアカテゴリーが抽出された。以上より、老健に勤務する看護師は、医療処置を実践するにあたり、利用者の生命と安全を擁護するため、看護師自らの能力不足だけでなく所属組織の方針や社会制度に起因する医療提供不足、高齢者医療のあり方など多面的なコンフリクトを抱えていることが明らかになった。

キーワード：介護老人保健施設、看護師、医療処置、コンフリクト

Abstract

This study aimed to identify conflicts over medical treatment among nurses working at an elderly care home, and obtain suggestions to improve the quality of nursing care provided at care homes. Semi-structured interviews were conducted involving 6 nurses working at an elderly care home. The obtained data were analyzed using a qualitative and inductive approach. As the results, the following 5 major categories were extracted: [frustration over a lack of medical knowledge and immature skills that are far from the required level], [confusion over nursing care system], [lack of communication for mutual understanding], [dissatisfaction with the amount of care provided under the long-term care insurance system], and [giving consideration to the need for medical care]. Thus, the nurses working at the elderly care home had multilateral conflicts over the provision of medical treatment, such as not only their own lack of ability, but also an insufficient amount of care provided for patients and the current status of elderly care directly attributable to the policy of their organization and social systems, in order to protect patients' lives and safety.

Keyword: elderly care homes, nurse, medical treatment, conflicts

【緒 言】

老健では、平成14年9月の医療機関への転院率31.3%、死亡率1.3%であったが¹⁾、平成22年9月には転院率48.9%、死亡率6.0%²⁾と推移してきた。この状況は老健に医療依存度の高い利用者の入所が増えていることを示している。

特に高齢者は、保有する合併症も多く³⁾、環境の変化への適応能力も低いことから、合併症の再燃や病状の急変などを招き、救急搬送される件数も年々数を増している⁴⁾。そのため、老健に勤務する看護師には、救急看護からターミナルケアに至る、あらゆる健康の段階に対応できる医学的知識と適切な日常生活の援助ができる技術が必要となる。その上、医療処置を必要とする利用者には、生活を支える視点でエビデンスに基づいた安全な医療処置を提供する責任⁵⁾が求められる。加えて、地域包括ケアシステムに示されるように「住み慣れた地域での生活」を目指し、医療的支援や生活支援の必要性の有無に関わらず、在宅復帰強化が推進されている。

このような状況から、老健の看護師は利用者には医療処置を行う場合、利用者個々の病状や背景など幾多の個別性を勘案し、自らの知識や技術、限られた医療器具や手段を駆使して、その利用者にとって最善の方法を選択する必要がある。さらに、多職種協働によるチームケアを行う上で、医師が常駐しないことから、看護師は、唯一医療者として、チーム内でリーダーシップも発揮しなければならない。

一方、老健の施設基準における医師および看護師数は、100床当たり医師1名、看護師9名であり、介護保険制度創設以来、変遷はない。老健に勤務する看護師は、看護師個々の教育背景や勤務経験などの違い⁶⁾から看護師間の知識や技術力の差が大きい。そのため、

研修や継続教育の必要性が高いにも関わらず、看護師配置が少ないという理由から、病院に勤務する看護師に比べて、その機会が充足されていない⁷⁾。また、老健は、特別養護老人ホームに比べ看護師の定着率が低く、孤独感や孤立感を持ち、他職種との協働のしづらさなど職務環境の厳しい状況が報告されている⁸⁾。

つまり、老健では、利用者の重症度が高くなってきているにも関わらず、看護師の資質向上への取り組みや職務環境の不十分な現状にあることから、看護師個々が倫理観に拠って、利用者の生命と安全を擁護しようとする時、さまざまなコンフリクトを体験していることが推察できる。

コンフリクトとは、“葛藤”と和訳されて用いられることもある。また、複数の相互排他の要求（欲求）が同じ強度をもって同時に存在し、どの要求（欲求）に応じた行動をとるかの選択ができずにいる状態をさす⁹⁾、と言われている。

老健の看護師が実践する医療処置に関する先行研究を概観すると、医療処置の現状⁵⁾¹⁰⁾¹¹⁾や病院と老健の看護の違いに対する戸惑い¹²⁾¹³⁾、高齢者ケアへのジレンマ¹⁴⁾、利用者急変時の対応¹⁵⁾¹⁶⁾などは明らかにされているが、看護師の医療処置に対するコンフリクトに焦点をあてた研究は見当たらない。

コンフリクトは組織業績にプラス効果をもたらすものもあれば、業績を悪化させるものもあり、コンフリクトを認知することが業績を上げるための第一歩である¹⁷⁾と、ロビンスは述べている。老健における業績とは、自らの苦痛を他者に正確に伝えられない利用者が多いことから、「安全性が担保された利用者に寄り添った良質なケアサービス」と考えられる。

したがって、良質なケアサービスを提供す

るためには、勤務している看護師および看護管理者が医療処置に対するコンフリクトを認知することが重要であり、認知したコンフリクトがなぜ起きるのかを理解することにより、医療処置に対する看護師のコンフリクトへの対応策を講じることができる。さらには、老健の看護管理者として、その対応策をマネジメントし、老健に勤務する看護師の職務環境を整えることにも活用できると考える。

そこで、本研究は、老健の看護師の医療処置に対するコンフリクトについて明らかにし、組織として取り組むべき課題について示唆を得ることを目的とした。

【方 法】

1. 研究デザイン：質的帰納的研究デザインを用いた。
2. 対象者：対象者は、3施設より、老健勤務経験1年以上かつ老健勤務以前に病院勤務経験歴5年以上の看護師で、管理職より推薦があり、研究に同意が得られた者とした。
3. データ収集方法・期間：データ収集方法は、老健で看護師が行っている医療処置について半構成的インタビューガイドを用いて、協力施設内で面接を行った。面接内容は、「医療処置を行う際、理想とする状況との乖離に対し、迷ったり、悩んだりして意思決定に困ったこと。同僚や他職種間、利用者および家族との間での意見や考え方の相違で困ったり、悩んだりしたこと」などである。面接は1回で、面接内容は対象者の同意を得て録音した。データ収集期間は、2013年6月～8月であった。
4. データ分析方法：面接内容を逐語録に起こし、老健の看護師の医療処置に対するコンフリクトに関連する記述部分を対象者の言葉のまま抽出するとともに、対象者の表

現を忠実に、コード化した。また、対象者ごとの分析を行い、類似性共通性を明確にし、全体分析を行った。

5. 倫理的配慮：本研究は、高知大学医学部倫理審査委員会による研究計画書の査読の結果、臨床研究等の倫理指針に該当しないため、付議の必要を認めないと判断された。対象者に対して、研究の主旨、プライバシー保護の厳守、秘密が保護される権利、自己決定の権利、研究に伴う対象者の利益・不利益、同意撤回について文書及び口頭で説明し、同意を得た上で実施した。また、面接内容は、無記名で取り扱い、研究者が厳重に管理した。研究終了後、同意書、記録、集計データはシュレッダーにかけ、録音資料、USBフラッシュメモリー等はすべて消去、破棄した。
6. 用語の定義：
 - 1) 老健における医療処置：与薬、栄養、処置、急変時の対応に関すること。
 - 2) 老健の看護師の医療処置に対するコンフリクト：医療器具や器材に限られた老健で、看護師が医療処置を実践する場合、理想とする状況との乖離に対し、迷ったり悩んだり困ったりしている状態。
 - 3) 看護師：看護師及び准看護師。
 - 4) 介護職：介護福祉士及び介護員。

【結 果】

1. 対象者の概要：対象者は6名で、性別は女性5名、男性1名で、平均年齢は43.2（±9.2）歳、看護師経験年数は、平均17.5（±7.9）年であり、老健での勤務年数は平均3.7（±2.3）年であった。老健への配置理由は、希望配属が1名、定期異動が4名、新規就職が1名であった。また、6名とも、老健勤務は本職場が初めてであった。
2. 介護老人保健施設に勤務する看護師の医

療処置に対するコンフリクト

老健に勤務する看護師の医療処置に対するコンフリクトは、【必要とされる能力と乖離した未熟な知識や技術への焦慮】【ケア体制への困惑】【共通理解するためのコミュニケーション不足】【介護保険制度による医療提供不足への不満足】【医療処置の必要性の思慮】の5個のコアカテゴリーと14個のカテゴリー、47個のサブカテゴリーが抽出された(表1)。以下、コアカテゴリーについての説明と、代表的なサブカテゴリーと対象者の語りを示す。なお、コアカテゴリーを【 】, カテゴリーを { }, サブカテゴリーを 〈 〉 で表す。

1) 【必要とされる能力と乖離した未熟な知識や技術への焦慮】

【必要とされる能力と乖離した未熟な知識や技術への焦慮】とは、医師が常駐していない老健における利用者の急変への対応や日々実践する医療処置に関する知識や技術に不十分さが見られ、質向上を必要とするが、看護師個々のレディネスの違いや研修機会に恵まれ難く焦慮を抱いている、という現状への不安や焦りである。【医師が常駐していないため、看護師の急変対応への観察能力や状況判断に委ねられる責任の重み】 【老健の看護師に必要な基本的知識と技術の不足】 【レディネス格差への戸惑い】 【研修に参加できない焦り】 の4個のカテゴリーから構成されていた。

たとえば、【医師が常駐していないため、看護師の急変対応への観察能力や状況判断に委ねられる責任の重み】 は、利用者の急変等の緊急時、自分の判断が利用者の生命にも関わるかも知れない、という責任の重さについての内容であり、〈急変を捉える観察能力に期待されている責任の重み〉 〈適切な判断をする責任の重み〉 〈医療機器が少ない環境での状態観察に戸惑う〉 〈急変時、一人で判断し、連絡するタイミングに苦悩し、迷う〉 〈病状

の進展予測の難しさ〉 〈急変時、看護師一人で対応するのは忙しく、気持ちに余裕がない〉 〈緊急急変時、医師に情報提供する負担感〉 〈円滑な急変対応ができるよう気を回す〉 の8個のサブカテゴリーから構成されていた。対象者の「急変時、看護師一人なので不安」や「状態が悪い時、病院だと心電図モニターを着けて観察できるが、ここではそれができない」などの語りから抽出された。

2) 【ケア体制への困惑】

【ケア体制への困惑】とは、療養方針が明確でないため、緊急時の初期対応への戸惑いや組織の安全管理体制が脆弱であるため、安全なケアが提供できないことについての内容である。【療養方針が明確でないことによる緊急時対処行動への戸惑い】 【脆弱な安全管理体制による介護事故への不安】 の2個のカテゴリーから構成されていた。

たとえば、【脆弱な安全管理体制による介護事故への不安】 は、利用者の安全が担保された医療処置を提供しようとする看護師の、組織の安全管理体制への不安を表した内容である。〈安全な医療処置ができない看護体制に危惧の念を抱く〉 〈マニュアル遵守の風土が低いことを憂慮する〉 〈認知症利用者の管理体制に難渋する〉 の3個のサブカテゴリーから構成されていた。対象者の「感染対策のルールを守らない職員がいる」や「徘徊する認知症利用者の管理が難しい」などの語りから抽出された。

3) 【共通理解するためのコミュニケーション不足】

【共通理解するためのコミュニケーション不足】とは、多職種協働による良好なチームケアを実践するために必要な、職員間および家族との間を媒体するコミュニケーション不足についての内容である。【看護師間の情報共有不足】 【他職種との価値観の違いによる連携の脆弱さ】 【話しかけづらい医師との協働

表1 介護老人保健施設に勤務する看護師の医療処置に対するコンフリクト

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
必要とされる能力と乖離した未熟な知識や技術への焦慮	医師が常駐していないため、看護師の急変対応への観察能力や状況判断に委ねられる責任の重み	急変を捉える観察能力に期待されている責任の重み
		適切な判断をする責任の重み
		医療機器が少ない環境での状態観察に戸惑う
		急変時、1人で判断し、医師に連絡するタイミングに苦悩し、迷う
		病状の進展予測の難しさ
		急変時、看護師1人で対応するのは忙しく、気持ちに余裕がない
		急変等の緊急時、医師に助言や提案をする負担感
	老健の看護師に必要な基本的知識と技術の不足	円滑な急変対応ができるよう気を回す
		創処置の知識と技術の不足
		家族への病状説明の知識と技術の不足
		説明責任を遂行できる知識習得のための努力不足への不満
		手技ミスへの不安
		高齢者ケアのスキルが低い
		観察技術の不熟さ
	レディネス格差への戸惑い	医療と在宅をシームレスに連携させるための知識習得が不十分
		レディネスの差が大きく戸惑う
	研修に参加できない焦り	自分の行っているケアが気になる
		医療から取り残されてしまう不安や焦りがある
ケア体制への困惑	研修参加に気兼ねする	
	療養方針が明確でないことによる緊急時対応行動への戸惑い	
	急変時や病状悪化時の療養方針を共有する場を持っていないもどかしさ	
	急変時や病状悪化時の家族の意向が未確認であることで生じた戸惑い	
	マニュアルがないことによる急変時対応への不安	
	脆弱な安全管理体制による介護事故への不安	
共通理解するためのコミュニケーション不足	安全な医療処置ができない看護体制に危惧の念を抱く	
	マニュアル遵守の風土が低いことを憂慮する	
	認知症利用者の管理体制に難渋する	
	看護師間の情報共有不足	
	情報共有できないことによる医師の指示受けの遅れ	
	価値観や意識の相違による連携の取りづらさ	
	他職種との価値観の違いによる連携の脆弱さ	医師によって方針が違うことへの戸惑い
		介護士と連携が取りづらく歯がゆい
		介護士の異変に気付く能力に不安
		ケアプランに看護師の意見が取り入れられず釈然としない
		リハビリテーション職員との意見の不一致
		不適切な部屋の配置に不満
	話しかけづらい医師との協働に困惑	管理栄養士との視点の相違への戸惑い
		話しかけづらい医師との協働に困惑
施設側の思いと家族の思いとの摺合わせが難しい		
家族との認識の違いへの戸惑い	利用者のリスク認識に乏しい家族の行動への戸惑い	
	薬手帳を持ってきていないことがあり、薬を合わせる事が難しい	
	医師の勤務時間が限られていることへのもどかしさ	
	看護師が少なく、ケアが行き届かないもどかしさ	
介護保険制度による医療提供不足への不満	病院に比べて使用する衛生材料が限られていることへの戸惑い	
	他施設受診の必要性を認識する中で、手続きおよび費用面の間で揺れる	
	検査や治療費を制限されることによる満たされない思い	
	医師の治療方針への戸惑い	
医療処置の必要性の思慮	治療食と生活重視の嗜好の優先度に躊躇する	
	病状に適した治療の場を選択することへの配慮	
	日常生活が優先されない治療方針への戸惑い	
	治療に対する本人の思いが分からないもどかしさ	

に困惑} {家族との認識の違いへの戸惑い} の4個のカテゴリーから構成されていた。

たとえば、{看護師間の情報共有不足} は、〈情報共有できないことによる医師の指示受けの遅れ〉〈価値観や意識の相違による連携の取りづらさ〉の2個のサブカテゴリーから構成されていた。対象者の「医師の指示を必要とするような利用者の変化を看護師間で情報共有ができない」「自分の部署のことだけ分かっていたらいい、という看護師の考え方に困る」などの語りから抽出された。

4) 【介護保険制度による医療提供不足への不満足】

【介護保険制度による医療提供不足への不満足】とは、老健と医療機関では医療提供に格差があることについての内容である。{人的不足によるケアサービスの不足} {包括報酬による医療提供不足へのもどかしさ} の2個のカテゴリーから構成されていた。

たとえば、{人的不足によるケアサービスの不足} は、利用者への医療提供の質の低下を危惧することについての内容であり、〈医師の勤務時間が限られていることへのもどかしさ〉〈看護師が少なく、ケアが行き届かないもどかしさ〉の2個のサブカテゴリーから構成されていた。対象者の「常時、利用者のことを分かっている先生がいないのは不安」や「足が腫れている人がいても観察する時間がない」などの語りから抽出された。

5) 【医療処置の必要性の思慮】

【医療処置の必要性の思慮】とは、利用者の生活を支えるケアに視点が置かれている老健で行う医療提供に対し、その人らしさを求めるために戸惑い、病前の本人の思いが分からないもどかしい思いについての内容である。{日常生活が優先されない治療方針への戸惑い} {治療に対する本人の思いが分からないもどかしさ} の2個のカテゴリーから構成されていた。

たとえば、{日常生活が優先されない治療方針への戸惑い} は、老健に入所している高齢利用者に対して、各疾患ガイドラインにあるような治療が必要かどうか悩む、ということについての内容である。〈医師の治療方針への戸惑い〉〈治療食と生活重視の嗜好の優先度に躊躇する〉〈病状に適した治療の場を選択することへの配慮〉の3個のサブカテゴリーから構成されていた。対象者の「本人はどう思っているんだろう」や「食事制限している利用者の家族が、差し入れをコソコソ食べさせたり。でも、“いつ急変や具合が悪くなるかも分からない中で、そこまで厳しく制限するべきなのか”という考え方と“医学的管理をするのも自分らの仕事や”ってところで葛藤がある」などの語りから抽出された。

【考 察】

1. 【必要とされる能力と乖離した未熟な知識や技術への焦慮】

老健では、医師が常駐していないことに加え、看護師も少なく、利用者の急変時に必要な観察力や判断力などは、対応する看護師個々の経験知や能力に委ねられる状況にある。また、急変時の初期対応が、予後を左右することになる¹⁸⁾にも関わらず、病状の変化を観察するための医療機器も少ない。そのような環境において、老健の看護師は“利用者の生命を護る”という倫理観から、特に、利用者の急変時、“一人で対応しなくてはならない”ことに責任の重みを強く意識すると共に、〈急変等の緊急時、医師に助言や提案をする負担感〉もあり、気持ちに余裕がない状態を呈し、躊躇して決断しづらいというコンフリクトを示していた。その上、〈病状の進展予測の難しさ〉を認識し、〈急変時、1人で判断し、医師に連絡するタイミングに苦悩

し、迷う」という体験から、一人で判断しなくてはならないため、医師に連絡するタイミングを図りきれないなど、経験や知識・技術不足などから派生した“自信のなさ”からの不安がコンフリクトを生じていた。日々の処置では、人工呼吸器装着や抗がん剤治療など、高度な知識と技術を必要とする事例があるにも関わらず、自己研鑽の機会が得られ難いことから、ミスへの不安や焦りがコンフリクトを生んでいることが分かった。

つまり、【必要とされる能力と乖離した未熟な知識や技術への焦慮】というコンフリクトは、利用者の医療依存度が高くなり、既存の知識や技術だけでは良質なケアを提供できない状況にも関わらず、自己研鑽の機会が得られ難いため、能力向上への取り組みが捗らないもどかしさが、その要因と考えられる。

山下ら¹⁹⁾は、「老健は、医療と福祉の中間施設としての役割を担うが、医療ニーズが高い利用者や利用者自身で自己の病状を的確に他者に伝えることが難しいなどコミュニケーション障害を併せ持っていることも多く、看護師が病状の観察やアセスメント力によって、病状管理を行なう必要性が高い」と述べている。

医療依存度の高くなった老健で、看護師が自信を持って判断できるようになるためには、勤務する看護師が専門的知識や技術を習得できる研修や自己研鑽の機会を得られやすいよう、看護師の目標や希望を把握し、支援することが重要と考える。

2. 【ケア体制への困惑】

老健の看護師は、【必要とされる能力と乖離した未熟な知識や技術への焦慮】に示したように急変時や医療処置を行う時、一人で判断する機会が多いことから、安全で効率性の高いケア提供を心掛けている。

しかし、看護師が少ないため、入所時に家族と関わる機会が少なく、カンファレンスに

も参加しづらい体制にあり、利用者個々の急変等の緊急時療養方針を共有できないもどかしい悩みがコンフリクトを生じていた。また、利用者や家族の急変等の緊急時の意向を確認するシステムがない現況では、看護師にとって、急変等の初期対応時、判断に迷い、迅速対応ができないので困ってしまう、というコンフリクトが表された。加えて、「急変時の対応がその時々で違うのが困る」という語りで示されるように、緊急時対応マニュアルが未整備な体制での急変対応には不安を伴い、適時適切な判断に迷い、困ってしまうというコンフリクトを抱いていた。

さらに、安全性を重視する看護師にとって、与薬管理や誤嚥リスク回避などの安全が保障されない看護体制を危惧し、安全性を確保することに腐心する悩みがコンフリクトとなっていた。また、職員の教育課程やレディネスなどの違いから、病院に比較して、安全を保障するためのマニュアル遵守の意識風土が低いことを憂慮する悩みもコンフリクトを生んでいた。そして、認知症利用者の増加により、他の利用者の安全確保のための管理体制に難渋するという、利用者双方への倫理的な悩みからもコンフリクトを生じていた。

つまり、【ケア体制への困惑】というコンフリクトは、利用者の医療依存度の高度化や認知症利用者の増加などにより、急変や医療処置に伴う介護事故のリスクが高くなってきたにも関わらず、看護師の安全および効率性を重要とする考え方と組織の緊急時対応方針の曖昧さや安全管理への脆弱さ、という管理体制の差がその要因と考えられる。

そのため、利用者一人ひとりの情報を集約し、共有できるシステムの構築および利用者急変等の緊急時対応マニュアル整備の必要性が示唆された。さらに、安全なケア提供体制への取り組みに関しては、現在の看護体制での安全性重視への創意工夫、全体研修や職場

での機会教育などを通してマニュアル遵守の必要性について、職員全体の知識や意識の向上および行動変容に繋げていくことの必要性が示唆された。

3. 【共通理解するためのコミュニケーション不足】

利用者一人ひとりに、良質な医療処置をはじめとするケアを適時適切に提供するには、家族を含めた多職種が一人の利用者に起きている1つの事象を共通理解した上で、統一したケアを実践する必要がある。しかし、老健の看護師は、日々の業務の中で、看護師間でさえ、〈価値観や意識の相違による連携の取りづらさ〉を感じ、価値観や意識の相違などによる協調性の拙さがあり、適切なケア提供が適時に行えないという悩みがコンフリクトを生じていた。また、〈情報共有できないことによる医師の指示受けの遅れ〉と共に【ケア体制への困惑】で示された〈急変時や病状悪化時の療養方針を共有する場を持ってないもどかしさ〉を抱き、医師の指示を必要とする利用者の体調変化と情報の共有をできないことでケア提供の遅れを生じてしまう、という倫理的な悩みがコンフリクトとなっていた。同様のコンフリクトは、常に協働する医師や介護士との間に、連携の取りづらさや戸惑い、介護士の異変に気付く能力への不安な思いが、〈他職種との価値観の違いによる連携の脆弱さ〉として表された。他職種間との価値観の相違は、「心臓が弱っているということ」で看護は安静を目標としていたのに、リハさん（理学療法士）は、フロア内は歩いてトイレに行ってもらいたい、と視点が違っていた」という語りに示されており、利用者一人ひとりにとってよりよいケアの選択に戸惑うというコンフリクトを生じていた。また「怒る先生が当番の時は言いにくい、いつも医師がいないので、機嫌が悪くても指示受けしなくてはいけない」という語りに示されるように、

内面の感情を表す医師には苦手意識が強く、協働のしにくさがコンフリクトとなっていた。家族との間では、利用者の誤嚥や転倒転落に関するリスクや服薬管理など、安全に対する視点に、家族の捉え方と専門職としての捉え方の相違があり、家族の思いが分かりづらく困る、というコンフリクトを生じていた。

つまり、【共通理解するためのコミュニケーション不足】というコンフリクトは、利用者の医療依存度が高くなり、また、障害等で自らの容態を他者に正確に伝えられない利用者もいる状況では、家族を含め、多職種が共通の視点でケア提供する必要があるにも関わらず、コミュニケーションの双方向性が不十分であることから、利用者の状態について共通理解がなされていないこと、および【ケア体制への困惑】の要因にもあるように、情報共有システムの不備があることが、その要因と考えられる。

看護師は、看護師間・他職種間・家族との間に価値観の違いや知識の差を認識しながらも、対人的な苦手意識や「これは、必須でしょう、当たり前」という語りに示されるように、当たり前のことがなぜ分からないんだろう、という意識に留まるのみで、他職種や家族との考え方の違いを補完するための意図的なコミュニケーションが図られていないことが示唆された。

ロビンスは²⁰⁾、「人間関係のコンフリクトの原因として最もよく挙げられるのは、おそらくコミュニケーションの拙さである」、そして、「対人関係に生じるコンフリクトは、ほとんどの場合、非生産的コンフリクトである」と述べ、コミュニケーションの双方向性の重要性を示唆している。

今後、良好な多職種協働のチームケアを志向するには、情報共有システム構築を検討すると共に、日頃のコミュニケーションを通して、看護師間、他職種間および家族との間に

存在する専門性や固有性、価値観や知識の相違などについての理解を深めることが必要である。そして、チームの要である看護師のアーティファクティブなコミュニケーション技術²¹⁾の習得は必要不可欠な課題であると考えられる。

4. 【介護保険制度による医療提供不足への不満】

老健では、介護保険制度上、治療より健康管理に重きが置かれているため、医療機関に比べて医師および看護師配置が少ない上に、医療器具や器材に乏しく、医療提供内容に格差を生じるのは必然である。常に医師が在勤している医療機関とは異なり、老健では医師が常駐していないことから、適時に医師の指示をもらえない場合がある。そのため、看護師は利用者の苦痛を伴う状態への対処に判断がつかず、困惑し、〈医師の勤務時間が限られていることへのもどかしさ〉というコンフリクト生じていた。また、生活を支える視点から、エビデンスに基づいたケア提供を目標とするが、人員、時間、業務量が合致せず、〈看護師が少なく、ケアが行き届かないもどかしさ〉というコンフリクトを生じていた。

これらの人的不足に関するコンフリクトは【必要とされる能力と乖離した未熟な知識や技術への焦慮】で示されたコンフリクトと共通していることが分かった。

一方、限られた資源の中で医療処置を提供する現状に対し、「病院で受けるのと老健で受けるのと、同じ創でも処置内容が違うかな、被覆材も揃っていないし」という語りに示されているように、病院との処置内容の違いに戸惑い、処置方法に迷うことがコンフリクトとなっていた。さらに、他院受診や検査に関しても包括報酬では手続き面や施設負担という経済的側面の制約があることに対して、看護師の体調管理への積極的な姿勢との間に葛藤や充たされないもどかしさ、というコンフリクトを生じていた。

つまり、【介護保険制度による医療提供不足への不満】というコンフリクトは、利用者の医療依存度が高くなり、医療機関と類似した医療処置が増加しているにも関わらず、人的不足や包括報酬という限られた医療提供内容に、医療機関との格差が存在する現状が、その要因と考えられる。

老健は、昭和63年の制度化以降の20年間で、当初の中間施設というイメージから大きく変わり、今では医療ニーズはかなり高まっている²²⁾。高橋⁸⁾は、老健の看護師は病院同様の医療処置を行うのであれば、医師が常時いて看護体制の整った病院で勤務したいと考えて出している、と述べており、少ない看護師配置で医学的管理を行うことへの負担から離職に繋がることを示唆された。

そのため、看護管理者は医師と連携し、利用者の予測されうる病状の進展と自施設の医療水準を勘案し、医療機関への転院時機を見極める必要性とその役割を今後ますます期待されるのではないかと考える。

5. 【医療処置の必要性の思慮】

老健では、医療処置を必要とする急変や病状の変化が増えてきたが、利用者自身の治療への思いが分からない事例も多く、老健の看護師は、利用者にとって最も有益な治療やケアを選択しなければならない場合がある。

「高齢者は、いつ急変したり悪くなったりするか分からない中で、食べたいものを食べさせてあげたい反面、医学的管理をしなければならぬという葛藤がある」に示されているように、高齢者の生活の質を保つため“食の楽しみ”をケアとして取り組んでいきたい思いと、食事療法という治療との間で優先度に迷う、というコンフリクトを生じていた。

また、病状が悪いときこそ馴れたところで治療した方がよいのか、病院での治療がよいのかと、治療の場を選択することへの迷い、というコンフリクトが表されていた。

さらに、病状が悪くなった時や服薬拒否がある場合などに、看護師は、本人の思いが分からない中で、利用者に寄り添い、判断や決断に迷う、というコンフリクトを生んでいた。つまり、【医療処置の必要性の思慮】というコンフリクトは、利用者の医療依存度が高くなり、利用者の急変や病状の変化に接する機会が増えたにも関わらず、意思表示できない利用者も多い上に、急変や病状変化時の個々の対応方針が曖昧であるため、利用者の思いに寄り添い、最善の治療やケアの選択を決断しなくてはならないことが、その要因と考えられる。

現在の老健では、認知症や老老介護、意思表示ができない利用者など意思決定に困難を呈する事例が増えてきている。しかし、利用者の病状悪化や急変時のケア方針が曖昧であり、〈日常生活が優先されない治療方針への戸惑い〉に示されるように、生活と治療の間に立ち、決断しづらい悩みがコンフリクトを生じていた。ターミナルを迎える利用者もいる中で、利用者の尊厳を守り、老健で過ごす日々をより充実させたものにしていくためには、多職種がそれぞれの専門性を活かしながら、生活を支える視点でケアを遂行できるよう、入所当初から家族参画カンファレンスを持ち、利用者への思いや互いの意見などを語り合う関係性を築いていくことが必要である。そして、利用者の生活史や家族史など人生の軌跡に寄り添う姿勢を大切に、その人らしく過ごせるよう、施設全体として安寧や安楽などの知識やケア提供技術を育むことが必要と考える。

【結 論】

老健に勤務する看護師は、利用者の高齢化や疾病構造の変化に伴い、老健での医療の占める割合が増えてきたことから、日々実践し

ている医療処置に対して、【必要とされる能力と乖離した未熟な知識や技術への焦慮】【ケア体制への困惑】【共通理解するためのコミュニケーション不足への困惑】【介護保険制度による医療提供不足への不満足】【医療処置の必要性の思慮】というコンフリクトを抱いていた。

これらのコンフリクトの要因は、看護師間だけでなく他の職種や利用者・家族との関係性の未熟さに加え、知識や技術格差、価値観の違いなど多岐多様であり、それらの要因は関連し合うことが示された。そして、看護師は、唯一医療者として利用者の生命と安全を擁護するため、家族を含めた他の職種と協働しながらサービスの質向上を図ることの必要性を認識していた。

今後、老健の看護管理者は、老健に勤務する看護師の医療処置に対するコンフリクトを軽減し、施設サービスの質向上や看護師の離職防止が図られるよう、看護師のみならず協働する老健職員全体の安全管理および高齢者ケアへの知識と技術向上に向けた教育機会の検討、および重症化した医療度の高い利用者の転院時期の見極めの必要性が示唆された。

【謝 辞】

本研究にあたり、研究の趣旨に同意し、貴重な時間を使い、インタビューにご協力くださいました対象者の皆さま、施設関係者の皆さまに心よりお礼申し上げます。

本研究は、平成25年度高知大学大学院総合人間自然科学研究科看護学専攻に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。

【文 献】

- 1) 社団法人全国老人保健施設協会：第3章

- 介護老人保健施設の現況. 介護白書～5年目を迎えた介護保険制度～. 99. 社団法人全国老人保健施設協会. 2004
- 2) 公益社団法人全国老人保健施設協会編集: 第2章介護老人保健施設の現況. 平成24年版介護白書～地域の中で“キラリと輝く介護老人保健施設”であるために～. 75. TAC 出版. 2012
- 3) 白石尚基・清崎克美・白石陽治: 老人保健施設における救急医療の現状と救命救急講習の経験. 日本医事新報. 3989. 25-29. 2000
- 4) 中村弘: 【救急司令室は悩んでいる】老人介護施設からの高齢傷病者救急搬送要請への対応. 救急医療ジャーナル. 15 (5). 24-28. 2007
- 5) 深堀浩樹・石垣和子・伊藤隆子他: 高齢者ケア施設の看護職による医療処置を安全・確実に行うための工夫と経験した危険な場面の特徴. 老年看護学. 15 (1). 44-53. 2011
- 6) 渡辺みどり・征矢野あや子・白鳥さつき他: 老人保健施設看護職者の教育ニーズと教育プログラムの検討. 身体教育医学研究. 7 (1). 1-6. 2006
- 7) 斉藤訓子: 「看護師職能委員会Ⅱ」の立ち上げと現在の取り組み. 看護. 65 (5). 40-42. 2013
- 8) 高橋優子 (2009. 9. 30). 介護保険施設における看護師の実態と定着への課題～介護老人福祉施設と介護老人保健施設の看護職員の比較結果～. 社会教育研究. 31-46. 8. 10. 2014
<http://hdl.handle.net/2115/39926>
- 9) 中島義明・安藤清志・子安増生: 心理学辞典. 285. 有斐閣. 2010
- 10) 生野繁子・吉岡久美・岡崎美智子他: 介護保険施設における看護職の配置と実施している医療ケアに関する現状と問題点. 日本看護福祉学会誌. 16 (1). 27-51. 2010
- 11) 小木曾加奈子・安藤邑恵・平澤泰子他: 認知症高齢者に対するケア実践の傾向～介護老人保健施設における看護職と介護職の認識に着目をして～. 第40回日本看護学会論文集 (老年看護). 45-47. 2010
- 12) 加藤基子・丹治優子・廣田玲子: 介護保険施設における看護職員の看護活動と看護に対する認識. 老年看護学. 10 (2). 92-102. 2006
- 13) 小木曾加奈子・安藤邑恵・平澤泰子他: 介護老人保健施設におけるケア実践者の離職意向～看護職と介護職の認識の違い～. 第39回日本看護学会論文集 (看護管理). 108-110. 2008
- 14) 渡邊智子・八島妙子・茂野香おる他: 介護老人保健施設での看護・介護職者が有する倫理的ジレンマ～高齢者の生活リズム調整に関して～. 第36回日本看護学会論文集 (看護管理). 392-394. 2005
- 15) 福田和美・渡邊智子: 介護老人保健施設の看護師が経験している入所者の急変とその対応. 日本看護医療学会雑誌. 12 (2). 44-54. 2010
- 16) 藤野あゆみ・百瀬由美子・松岡広子他: 介護老人保健施設で急変した高齢者に対する看護師の判断プロセス. 日本看護福祉学会誌. 16 (2). 151-163. 2011
- 17) Stephen P. Robbins: *Essentials of Organizational Behavior* (2004). 高木晴夫訳 (2011). (新版) 組織行動のマネジメント～入門から実践へ. 316-342. ダイヤモンド社. 2011
- 18) 太田祥一・三島史朗・行岡哲男他: 老人施設入所者の三次救急搬送の現状. プライマリケア. 24 (4). 272-276. 2001
- 19) 山下科子・小木曾加奈子・平澤泰子他: 看護職が認識する介護老人保健施設での役割～高齢者看護の実践を通して～. 第42回

日本看護学会論文集 (老年看護). 71. 2012

20) 前掲書¹⁷⁾. 225-254.

21) 勝原裕美子: Be アサーティブ! 現場に
活かすトレーニングの実際. 67-88. 医学
書院. 2004

22) 江澤和彦: おさえておこう! 高齢者医療
のポイント. 老健. 20(12). 36. 2010

23) 長江弘子: 実践! エンド・オブ・ライフ
ケア. Nursing Today. 28 (3) 7-15. 2013